

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

状態像の差異に応じた認知的評価に基づく
非自殺的な自傷行為からの回復プロセスの検討
Investigation of the recovery process from
nonsuicidal self-injury in terms of cognitive appraisal
tailored to differences in clinical features

2021 年 1 月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

飯島 有哉

IIJIMA, Yuya

研究指導担当教員： 嶋田 洋徳 教授

目 次

第 1 章 非自殺的な自傷行為に関する研究動向

第 1 節	非自殺的な自傷行為の実態	1
第 2 節	自傷行為の精神医学的位置づけと心理学的理解	15
第 3 節	非自殺的な自傷行為の心理学的支援に関する研究動向 ...	18
第 4 節	機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の理解と支援	21
第 5 節	機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の理解と支援 における検討課題	27

第 2 章 従来の研究の問題点と本研究の目的

第 1 節	従来の研究の問題点と本研究の目的	32
第 2 節	本研究の意義	33
第 3 節	本研究の構成	34
第 4 節	本研究で扱う概念の整理と関連用語の定義	37

第 3 章 非自殺的な自傷行為の機能に基づく状態像の分類

第 1 節	本章の目的	39
第 2 節	本邦における非自殺的な自傷行為の方法の整理（研究 1）	40
第 3 節	日本語版 Inventory of Statements About Self-injury の開発と 機能に基づく非自殺的な自傷行為の分類（研究 2）	46
第 4 節	本章のまとめ	67

**第4章 非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の構成要素の検討と
測定指標の開発**

第1節	本章の目的	70
第2節	非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の構成要素の検討 (研究3)	71
第3節	非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の測定指標の開発 (研究4)	77
第4節	本章のまとめ	95

**第5章 状態像の差異に応じた認知的評価と非自殺的な自傷行為からの
回復との関連性の検討**

第1節	本章の目的	96
第2節	質的検討による認知的評価と非自殺的な自傷行為からの回復 との関連性に関する仮説モデルの生成(研究5)	97
第3節	状態像の差異に応じた認知的評価と非自殺的な自傷行為から の回復との関連性に関するモデルの検討(研究6)	106
第4節	本章のまとめ	125

**第6章 状態像の差異に応じた非自殺的な自傷行為からの回復に及ぼす
認知的評価の影響性の検討**

第1節	本章の目的	126
第2節	状態像の差異に応じた非自殺的な自傷行為からの回復に及ぼ す認知的評価の影響性に関する短期縦断的検討(研究7)	127
第3節	本章のまとめ	142

第7章 総合考察

第1節	本研究の結果のまとめ	144
第2節	本研究から得られた知見による臨床心理学的示唆	147
第3節	本研究の限界と今後の課題	151
第4節	本研究の人間科学に対する貢献	155
引用文献		157
付 録		174

第 1 章

非自殺的な自傷行為に関する研究動向

第 1 節 非自殺的な自傷行為の実態

第 1 項 自傷行為の類型と定義の変遷 自傷行為とは、自ら自分自身の身体を傷つける行為であり、一見不可解にもみえるその行為は、精神医学や臨床心理学、文化人類学など、人間科学においてさまざまな観点から考察がなされてきた。一口に“自傷行為”といった場合にも、その定義や特徴はさまざまである。特に英語圏では定義の多様さが顕著であり、これまでに *self-mutilation*, *self-harm*, *self-injury* など自傷行為を指すものとしてさまざまな用語が用いられてきた。

自傷行為の大まかな類型としては、Favazza (1996) による分類が広く用いられている。Favazza (1996) は、まずさまざまな自傷行為を、一部の民族にみられる通過儀礼としての身体改造や治療を目的に行われる「文化的に認められた自傷」と、それ以外の「逸脱した自傷」に分けた。さらに、後者の自傷行為を精神医学的な治療の対象となるものとし、身体損傷の重篤度や回数、行動のパターンなどから、重篤型自傷 (*major self-mutilation*)、常同型自傷 (*stereotypic self-mutilation*)、表層型/中程度自傷 (*superficial/moderate self-mutilation*) の 3 種類に分類している。重篤型自傷は、眼球除去や去勢といった、身体損傷が重篤であり、多くの場合は精神病圏における精神疾患の症状である妄想や幻覚の影響下で発現する自傷行為である。常同型自傷は、自分の頭を叩く、壁にぶつける、自分を噛むなどの単調な行為を 1 日に何百回と繰り返すといった、主に知的能力障害をはじめとする神経発達障害や、脳性麻痺などの脳の器質的障害のために生じる自傷行為である。最後の表層型/中程度自傷は、い

わゆるリストカットに代表されるような、身体損傷は比較的軽度であり、しばしばある種の心理的苦痛を軽減するために行われる自傷行為である。表層型/中程度自傷は上記3種のなかでも最も発現率が高く、特に精神医学および臨床心理学の分野において近年着目されている自傷行為は一般的にはこのタイプを指している。

この表層型/中程度自傷はこれまでさまざまな用語によって定義されてきた (Table 1-1)。古くは Menninger (1938 草野訳 1963) によって、故意に身体の一部を傷つける行為は、自殺願望を身体の一部に局所化することで自殺既遂を回避しているとして「局所的自殺 (focal suicide)」と呼ばれた。また、自殺以外の意図から手首への自傷を繰り返す女性の一群を指して「リストカット症候群 (wrist-cutting syndrome)」という用語があてられた一方で (Rosenthal, Rinzler, Walsh, & Klauser, 1972), 過量服薬や物質依存を含むより広範な自傷的行為を指して「パラ自殺 (para-suicide)」 (Kreitman, Greer, & Bergley, 1969) や、「故意に自分の健康を害する行為 (deliberate self-harm; 以下, DSH とする)」 (Morgan, Burns-Cox, Pocock, & Pottle, 1975) という用語があてられた。しかし, Morgan et al. (1975) による DSH は絞首や飛び降りからリストカットまで, 致死性の高さの点において広範な行為を含んでいたことから, Pattison & Kahan (1983) によって, 絞首や飛び降り, 過量服薬などの致死性の高い自己破壊行動を除外し, 故意に自分の身体を切る, 焼く, 打つ, 刺すといった行為と物質乱用・依存に範囲を限定した形で DSH が再定義された。一方で, Favazza, Deroser, & Conteiro (1989) は過量服薬等を除外しているものの, 摂食障害においてみられる拒食や過食嘔吐といった摂食異常を DSH に含めており, DSH という用語が指す自己破壊的な行動の範囲は研究者間によって大きな差異が生じている。

Table 1-1
各自傷概念に含まれる自己破壊的行動の範囲 (松本, 2009 (p. 25) を一部改変)

	Menninger (1938)	Kreitman et al. (1969)	Rosenthal et al. (1972)	Morgan et al. (1975)	Pattison & Kahan (1983)	Favazza et al. (1989)	Simeon & Favazza (2001)	ISSS (2007, 2018)	APA (2013)
	局所的自殺	パラ自殺	リストカット 症候群	DSH	DSH	DSH	自傷行為	NSSI	NSSI
手首を切る	○	○	○	○	○	○	○	○	○
他の身体部位を切る	○	○		○	○	○	○	○	○
切る以外の方法による 身体への直接的損傷	○	○		○	○	○	○	○	○
物質乱用	○			○	○	○			
摂食異常									○
過量服薬		○		○					
絞首・飛び降り等		○		○					

Note: ISSS: International Society for the Study of Self-Injury, APA: American Psychiatric Association,

DSH: deliberate self-harm, NSSI: nonsuicidal self-injury, ○は各概念に含まれる自己破壊的行動の範囲。

2000年以降では、Simeon & Favazza (2001)による自傷行為 (self-injurious behavior) の定義を基に、Walsh (2006 松本・山口・小林訳 2007) や松本 (2009) によって自傷行為を「自殺の意図なしに、自らかつ直接的に、自分自身の身体に対して損傷を与えること」と定義した研究が盛んに行われるようになった。さらに、近年では、自傷行為研究のプラットフォームとしての役割を担う国際機関である International Society for the Study of Self-Injury (以下、ISSS とする) が 2005 年に設立されたことや、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; American Psychiatric Association (以下、APA とする), 2013 高橋・大野監訳 2014) に自傷行為が「非自殺的な自傷行為 (nonsuicidal self-injury; 以下、NSSI とする)」として「今後の研究のための病態」の項目に記載されたことを受け、自傷行為の定義として ISSS および DSM-5 における NSSI の定義を採用する研究が増えている。

2018年に更新された ISSS による定義では、NSSI とは、自分の皮膚を切る、刺す、火傷させる、身体を叩く・硬いものに打ちつけるなどの行為を指し、「自殺の意図なく、自ら故意に、自分自身の身体に対して損傷を加える行為であり、社会的・文化的に容認されていないもの」と定義されている。NSSI は、非致死性の予測を持って行われ、明確な自殺の意志を伴う自殺企図とはこの点で区別される。したがって、しばしば致死性の予測のもとになされる飛び降りなどの危険行動は NSSI に含まれないとされている。また、過量服薬 (overdose) や服毒 (self-poisoning) などに関しても、直接的な身体の損傷を伴わない点から NSSI には含まれないとすることが ISSS (2018) によって明記されている。

DSM-5 における NSSI の診断基準は Table 1-2 に示すとおりである。前述のような自傷行為が、否定的な気分や認知状態の緩和、対人関係の問

Table 1-2

DSM-5における非自殺的な自傷行為 (Nonsuicidal Self-Injury) の診断基準案

(American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳 2014)

-
- A. その損傷が軽度または中等度のみの身体的な傷害をもたらすものと予想して (すなわち, 自殺の意図がない), 出血や挫傷や痛みを引き起こしそうな損傷 (例: 切創, 熱傷, 突き刺す, 打撲, 過度の摩擦) を, 過去1年以内に, 5日以上, 自分の身体の表面に故意に自分の手で加えたことがある。
注: 自殺の意図がないことは, 本人が述べるか, または, 死に至りそうではないと本人が知っている, または学んだ行動を繰り返していることから推測される。
- B. 以下の1つ以上を期待して, 自傷行為を行う。
- (1) 否定的な気分や認知の状態を緩和する
 - (2) 対人関係の問題を解決する
 - (3) 肯定的な気分の状態をもたらす
- 注: 望んでいた開放感や反応は自傷行為中か直後に体験され, 繰り返しそれを行うような依存性を示唆する行動様式を呈することがある。
- C. 故意の自傷行為は, 以下の少なくとも1つと関連する。
- (1) 自傷行為の直前に, 対人関係の困難さ, または, 抑うつ, 不安, 緊張, 怒り, 全般的な苦痛, 自己批判のような否定的な気分や考えがみられる
 - (2) その行為を行う前に, これから行おうとする制御しがたい行動について考えをめぐらす時間がある
 - (3) 行っていないときでも, 自傷行為について頻繁に考えが浮かんでくる
- D. その行動が社会的に認められているもの (例: ボディーピアス, 入れ墨, 宗教や文化儀式の一部) ではなく, かさぶたをはがしたり爪を噛んだりするのみではない。
- E. その行動または行動の結果が, 臨床的に意味のある苦痛, または対人関係, 学業, または他の重要な領域における機能に支障をきたしている。
- F. その行動は, 精神病エピソード, せん妄, 物質中毒または物質離脱の間だけ起こるものではない。神経発達障害をもつ人においては, その行動は反復的な常同症の一様式ではない。その行動は, 他の精神疾患や医学的疾患 (例: 精神病性障害, 自閉スペクトラム症, 知的能力障害, レッシューナイハン症候群, 自傷行為を伴う常同運動症, 抜毛症, 皮膚むしり症) ではうまく説明されない。
-

題の解決，肯定的な気分状態の獲得の1つ以上を期待して行われることや，NSSIを行う前において，否定的な気分や考えなどの心理的苦痛やこれから行おうとする自傷行為について頻繁に考えが浮かんでくる状態を伴うといった特徴を有するとされている（APA, 2013 高橋・大野監訳 2014）。

第2項 自傷行為の有病率 これまでに，外国を中心に自傷行為の経験率をはじめとする，自傷行為に関する実態調査が行われてきた。外国，特にイギリスにおいて自傷行為が注目されるようになったのは1970年代頃からであり，思春期・青年期の若年層における自殺既遂や自殺企図の増加に伴うものであった。当初は医療現場における調査が一般的に行われており，自殺未遂から医療機関を受診した者の多くが過去に自傷行為の履歴を持っていることが知られるようになった（たとえば，Hawton & Goldacre, 1982）。一方で，1990年以来継続的に行われているアメリカの青少年危険行動調査によって，過去1年の自殺企図者のうち医療機関を受診したものは2.9%に過ぎなかったことが報告され（Centers for Disease Control and Prevention, 2004），イギリスにおける高校生の自傷行為者を対象としたHawton, Rodham, Evans, & Harriss（2009）による調査においても，医療機関を受診した者はわずか12.6%であり，医療機関につながらないケースが数多く存在することが指摘された。さらに，上記のHawton et al.（2009）による調査では医療機関を受診した者としなかった者との間に抑うつや不安症状，衝動性の強さなどには差がみられなかったことが報告されており，コミュニティサンプル内における自傷行為者であっても医療機関でみられる自傷行為者と同程度の自殺リスクや精神症状を有する可能性が指摘された。これ以降，自傷行為の実態調

査においては医療機関に限らないコミュニティサンプルでのデータが重視されるようになり，中学校，高等学校，大学をはじめとする学校場面における調査が主流となっている。

これまでに行われた自傷行為の実態に関する大規模な調査研究としては，Hawton, Rodham, & Evans (2006 松本・河西監訳 2008) や Brunner et al. (2014) による研究が挙げられる。Hawton et al. (2006 松本・河西監訳 2008) は，欧州6カ国にオーストラリアを加えた7カ国において，各国5,000人以上の15～16歳の生徒を対象とし，自傷行為の経験や方法に関する大規模な調査を実施した。その結果，過去1年間の自傷行為の経験率は，最も高かったオーストラリアで女子11.8%，男子1.8%であり，最も経験率の低かったオランダでは女子3.7%，男子1.7%であった。生涯経験率とした場合には，いずれの国においても概ね1.5倍～2倍であった (Table 1-3)。この研究では自傷行為として Platt et al. (1992) による「故意に自分を傷つける行為」(DSH) が取り上げられており，自己切傷，過量服薬，物質乱用，自殺関連行動などの経験率が測定されていた。自傷経験者が行った自傷行為のうち55.3%が自己切傷であり，次いで21.6%が過量服薬であった。また，性差についても検討しており，本研究では一貫して自傷行為は男性よりも女性に顕著にみられると結論づけている。

Brunner et al. (2014) は，欧州連合 (EU) による研究プロジェクトである Saving and Empowering Young Lives in Europe の一環として，欧州11カ国での大規模な自傷行為の実態調査を実施している。その結果，12,068名の生徒 (平均年齢 14.9 ± 0.89 歳) からの回答を得ており，全体の7.83%に反復性の自傷経験が認められ，調査時点での自傷行為の生涯経験率は27.6%であったことを報告している。国ごとの生涯経験率では，

Table 1-3
各国における自傷行為の経験率

	Hawton et al. (2006 松本・河西漢訳 2008) [DSH]				Brunner et al. (2014) [D-SIB]	
	過去1年間 (%)		生涯経験率 (%)		生涯経験率 (%)	
	女子	男子	女子	男子	女子	男子
オーストラリア	11.8	1.8	17.1	3.3		
イングランド	10.8	3.3	16.9	4.9		
オランダ	3.7	1.7	5.9	2.5		
ベルギー	10.4	4.4	15.6	6.8		
ノルウェー	10.8	2.5	15.3	4.3		
アイルランド	9.1	2.7	13.5	4.9	18.7	21.9
ハンガリー	5.9	1.7	10.1	3.2	19.0	14.4
オーストリア					30.2	21.3
エストニア					37.6	27.4
フランス					43.1	28.6
ドイツ					44.5	24.8
イスラエル					34.8	32.0
イタリア					21.1	20.5
ルーマニア					19.6	22.4
スロベニア					29.6	21.8
スペイン					32.3	25.8

Note: [] は各調査研究における自傷行為の定義を表す。DSH: deliberate self-harm, D-SIB: direct self-injurious behavior.

最高値がフランスの 38.5%，最低値がハンガリーの 14.1%となり，地域間で自傷行為の経験率に有意な差があることが明らかにされている。この研究では自傷行為を直接的自傷行為（direct self-injurious behavior; 以下，D-SIB とする）に限定しており，具体的には切る，焼く，打ち付ける，その他の方法（彫る，かさぶたをむくなど）による皮膚損傷が測定されている。方法ごとの割合は，自己切傷をはじめとする皮膚への自傷が最も高く，自傷経験者中の 46.4～65.1%がこのタイプの自傷を行っていた。また，このタイプの自傷は有意に女子に多く認められたことが報告されている。一方で，焼く，打ちつけるといった自傷行為の全体としての経験率は相対的には低いものの，女子と比べて男子により多く認められたとされている。

本邦においては，1970 年代後半から主に手首自傷（wrist cutting）の症例報告がされるようになり（たとえば，西園・安岡，1979），自傷行為をテーマに含んださまざまなメディアの流通と絡め，1990 年代から自傷行為者が増加したという医療現場での指摘がなされている（松本，2009）。2000 年代から本邦においても自傷行為に関する実態調査が行われるようになり，大規模なものとしては Matsumoto et al.（2008）によるものが挙げられる。この研究では，合計 1,726 名の中学生および高校生を対象として自己切傷による自傷行為の生涯経験率を調査しており，女子の 11.4%，男子の 7.4%に自傷経験が認められたことを報告している。また，濱田他（2009）は高校生 632 名を対象として，切ることによるものに限らない，自分を殴る・打ち付ける，かきむしる，刺す，毛を抜くなどの広範な自傷行為の生涯経験率を調査しており，切る自傷においては 7.8%，打つ自傷においては 25.3%，上記いずれかの方法とした場合には 40.8%の者が自傷行為の経験を持っていると回答したことを報告している。他

にも、中学生（村山他，2015；岡田他，2010），高校生（石田，2015；山口・松本，2005），大学生（濱，2005；井上，2017），16歳から49歳までの幅広い年齢層（阿江他，2012）を対象としたものなど、自傷行為の経験率に関する複数の調査研究が行われている。本邦では自傷行為の経験等についてたずねる一般的な質問項目や尺度は開発されておらず、またサンプルサイズも各研究によって大きく異なるため、研究によって報告される自傷行為の方法や経験率には差異が生じているが、切る自傷による経験率はおおよそ5～15%、打つ自傷においては10～40%とされており、決して少なくない者が自分自身を傷つける行為の履歴を持っているといえる。なお、本邦における自傷行為の経験率に関する性差については諸説あるが、切る自傷は女性に多く、打つ自傷は男性により多くみられるという欧米における知見（たとえば、Brunner et al., 2014）が概ね支持される形となっている（たとえば、Matsumoto et al., 2008）。

このように、従来は医療機関において特異的にみられるものとされていた自傷行為は、コミュニティサンプルにおいても一般的にみられる事象であることが多くの研究によって示され、今では思春期・青年期を中心とした若年層における公衆衛生的課題の1つとしてとらえられるに至っている。したがって、自傷行為の実態の解明や、支援の検討を行うにあたっては、コミュニティサンプルを含めた検討を行うことが必要であるといえる。

第3項 自傷行為の問題性 NSSIをはじめとする自傷行為は、明確な自殺の意図を伴わないものの、自殺企図や既遂と密接な関連を持つことが示されている。イギリスを中心としたヨーロッパ諸国では、1970年代頃より15歳から24歳までの思春期・青年期における自殺者数の増加が

問題視されており（たとえば，Charlton, 1995; Hawton, 1992），同時期に若年層での増加がみられていた過量服薬や服毒を含む「故意に自分を傷つける行為」である DSH と自殺既遂との関連性の検討が行われた。

たとえば，Brent et al. (1993) は自殺既遂者の遺族を対象としたインタビュー調査などを含む心理学的剖検の手法を用いることで，物質乱用の経歴が自殺既遂の重要なリスク要因となることを示した。また，同様の研究手法を援用した他の研究によっても，自殺既遂者のおよそ 1/4～2/3 に自殺既遂以前における非致命的な自傷行為の経歴がみられたことが示されている（Houston, Hawton, & Shepperd, 2001; Marttunen, Aro, & Lönnqvist, 1993）。

こうした自傷行為と自殺の関連性は，大規模なコホート研究によっても示されており，イギリスにおける一般病院を受診した 15～24 歳を対象とした 20 年間の追跡調査の結果，自殺既遂に至らなかった者の 26.0%，自殺既遂に至った者の 44.8% に DSH の経歴が認められたことが報告されている（Hawton & Harriss, 2007）。また，医療機関を受診した者を対象とした縦断調査研究のシステマティックレビューによって，10 代における DSH の経験は，10 年後の自殺既遂のリスクを数百倍にまで高めるといふ言及もされている（Owens, Horrocks, & House, 2002）。

本邦においては，2000 年代より松本を中心とした研究グループによって自傷行為に関する一連の研究が行われ（たとえば，松本，2009；松本・今村，2006），自己切傷による自傷行為の履歴を持つ精神科通院患者を対象とした追跡調査によって，22.4% が 3 年以内に致死性の極めて高い手段で自殺企図を試みたことを報告している（松本・阿瀬川・伊丹・竹島，2008）。この研究では，過量服薬や場合によっては飛び降りなどの重篤な自殺関連行動を含む DSH が後の自殺既遂と関連することを示し

た従来の研究に対して、必ずしもこれらの行為を伴わない、自己切傷による自傷行為であっても、後の深刻な自殺企図と密接に関連することを示した点で画期的であったといえる。

近年では、自傷行為の定義の変遷に応じ、過量服薬や物質乱用、飛び降りなどの行為を含まない、NSSIの定義に基づく自傷行為と自殺との関連性も検討されている。Klonsky, May, & Glenn (2013) は、思春期・青年期の精神科患者、一般の高校生、大学生、成人の4種類のサンプルを対象とした調査を実施し、NSSIと自殺企図の関連性を検討した。その結果、すべてのサンプルにおいてNSSIは自殺企図と中程度以上の関連性を示し、その効果量は、従来から自殺企図の予測因子とされてきた抑うつ、不安、衝動性、境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder; 以下、BPDとする) 傾向をいずれも上回っていた。こうした自殺企図に対するNSSIの影響性は縦断的にも検討されており、Ribeiro et al. (2016) による縦断調査研究を対象としたメタ分析によっても、医療機関におけるサンプルかコミュニティサンプルであるかを問わず、NSSIの経験が後の自殺企図のリスクを高めることが示されている。他にも、約1,000名の生徒を対象としたコホート研究によって、1年間における複数回のNSSIの経験がその後3年以内における抑うつや不安、摂食障害症状などの全般的な精神疾患の発症と関連することが報告されている (Wilkinson, Qiu, Neufeld, Jones, & Goodyer, 2018)。

このように、NSSIをはじめとする自傷行為は後の自殺リスクを大きく高めることや、自殺の問題に限らない精神症状を誘引することからも問題視されている。なお、NSSIをはじめとする自傷行為がなぜ自殺の問題に結びつくのかについては、これまで詳細なメカニズムの解明はなされていないものの、松本・山口 (2005a) は自身の臨床経験を踏まえ、自傷

行為の嗜癖化という観点から以下のようなプロセスを考察している (Table 1-4)。松本・山口 (2005a) によれば、開始初期の自傷行為は、主に嫌悪感情の処理や精神的な緊張状態の緩和などの「自己をコントロールするための自傷」として行われることが多いとされている。そして、自傷行為が繰り返される中で次第に痛みやそれに伴う効果への耐性が獲得され、さらに痛みの強い別の方法による自傷の実行という自傷行為のエスカレートへとつながる。自傷行為のエスカレートはやがて自傷行為のコントロールの喪失を招き、場合によっては本人が予測していなかった自殺既遂へと至るか、または、それまで上手く隠し通してきた自傷行為を周囲の者が発見し反応することで、自傷行為者は「周囲をコントロールするための自傷」としての効果が発見する。しかしながら、自傷行為が繰り返されることで自傷行為者にとって望ましかった周囲の反応はいつしか得られなくなり、「周囲をコントロールするための自傷」としての効果も失った自傷行為はさらなるエスカレートをみせるか、自身も周囲もコントロールする術を失った絶望の淵から自殺企図という選択を招くとされる。

すなわち、自傷行為は繰り返され、エスカレートしていく過程で自殺企図との結びつきを強めていくと考えられ、自傷行為が繰り返され維持されることを防ぐことで、最終的な自殺企図や既遂へと至るリスクを低減することが可能であるといえる。

なお、自己切傷などの自傷行為による内因性オピオイド系の活性や自傷行為者におけるセロトニン活性の低下といった生物学的作用機序の存在も明らかにされており (Osuch, & Payne, 2009), 松本・山口 (2005b) の調査において多くの自傷行為者が「自傷行為の制御に失敗したことがある」ことが報告されていることから、自傷行為には必ずしも当事者

Table 1-4

自傷行為から自殺企図へと至るプロセス
(松本, 2009 (p. 88); 松本・山口, 2005aをもとに作成)

-
1. 絶望の体験（「誰も助けてくれない」）
 2. 自分をコントロールするための自傷
 3. 自傷の効果の減弱
 4. 他の手段への移行（予測していなかった自殺既遂）・重要他者による発見
 5. 周囲をコントロールするための自傷
 6. 自傷の効果の減弱（自分も周囲もコントロールできなくなり絶望）
 7. 他の手段への移行・自殺企図
-

の積極的な意思によってのみ引き起こされるものではないという側面があるといえる。しかしながら、自傷行為は、行為への渴望という点で物質依存などの他の嗜癖行動とは異なる性質を持つことが示されており（Victor, Glenn, & Klonsky, 2012）、自傷行為の嗜癖化については知見が一致していない。

また、松本・山口（2005a）においては、「自己をコントロールするための自傷」がやがて「周囲をコントロールするための自傷」へとその意味合いを広げていくことが想定されているが、Victor, Styer, & Washburn（2016）においてはNSSIの持続期間の長さとはNSSIによって対人関係に影響を与えようとする意図の程度との間には関連性がないとしており、松本・山口（2005a）による先述のプロセスは必ずしも支持されていない。しかしながら、NSSIをより頻回に行う者において精神症状やより高い自殺リスクがみられることは複数の研究において示されており（たとえば、Wilkinson et al., 2018）、自傷行為の持続を防ぐことが最終的な自殺の問題の防止において重要であるといえる。

第2節 自傷行為の精神医学的位置づけと心理学的理解

第1項 DSM-IV-TR以前における自傷行為の位置づけ NSSIをはじめとする自傷行為は、従来、BPD患者が呈する問題行動の1つとして位置づけられてきた。実際に、DSM-IV-TR（APA, 2000 高橋・大野・染矢監訳 2002）においては、BPDの項における診断基準の1つとして「（5）自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」と記載されており、これ以外の箇所における記載はされていなかった。したがって、自傷行為は、感情的苦痛への対処のために行われるという側面以上に、

BPD 患者において特徴的にみられる「見捨てられることへの不安」に由来する，重要他者が自身を見捨て離れていくことを防ぐための，他者操作としての側面が強調されることが多かった。また，自傷行為が生じる要因に関しても，BPD 患者の特徴である衝動性や，不安定な対人関係およびその背景要因となる生育環境などの側面からの理解が主となっていた。たとえば，Linehan（1993a 大野監訳 2007）は，BPD が生じるにあたって，子どもの感情的体験が無視，否定，嘲笑されるような環境である，不認証環境の影響性を指摘している。Linehan（1993a 大野監訳 2007）によれば，こういった不認証環境によって，子どもは自分の内面に生じた感情が正しいものなのか，それが本当に存在しているのかについて自信が持てなくなってしまう。さらに，こうした環境は，たとえば，かんしゃくのような極端な感情的行動を起こした時にのみ親の反応を得られるといったような，子どもの極端な感情反応だけを差別的に強化してしまう。こうした，感情を表出したり制御したりするための非適応的な行動が強化され，適応的な行動が消去されるパターンが繰り返されることで，最終的に感情調節不全を抱えた者となってしまうとされている。

したがって，自傷行為は極端な感情的行動が不認証環境によって差別的に強化されていった中で形成されるものであると理解される。また，こうした不認証環境に長く身を置くことで，その辻褄あわせのように，自己不認証的行動である自傷行為を感情的苦痛への対処法略として依存的に選択するようになると理解されている（Miller, Rathus, & Linehan, 2007）。

このように，従来，自傷行為に対する心理学的理解においては，BPD に対する理解に基づき，その環境的要因が重視されてきた。たとえば，van der Kolk, Perry, & Herman（1991）は，幼少期における性的虐待をは

はじめとするトラウマ体験が後の自傷行為の発現に大きな影響を与えると述べており、Romans, Martin, Anderson, Herbison, & Mullen (1995) はコミュニティサンプルにおける女性を対象とした調査から、性的虐待の経験と DSH の間における一定の関連性を報告している（なお、その後 Klonsky & Moyer (2008) によるメタ分析によって性的虐待の経験と NSSI との関連性は非常に弱いことが示されている）。本邦においても、土居・三宅 (2018) によって自傷行為傾向と親子関係の関連性が検討されており、両親による不認証や過干渉、適切なサポートが供給されないことなどが自傷行為傾向に関連するとされ、親子関係における「心理的離乳」の達成に対する支援の必要性が述べられている。

第 2 項 DSM-5 以後における自傷行為の位置づけ このように、従来、自傷行為は BPD 患者に特異的にみられるものとして位置づけられ、発生要因として主にその環境的な要因が注目されてきた。しかしながら、自傷行為者のうち BPD の診断基準を満たすものは半数にも満たないことや、BPD 患者の大部分は自傷行為を行わないということが指摘されている (Muehlenkamp, 2005)。さらに、自傷行為は、BPD だけではなく、他のパーソナリティ障害群、抑うつ障害群、不安症群、摂食障害群、物質使用障害群などのさまざまな精神疾患と高い関連性を持つことがいくつもの研究によって示されている（たとえば、Glenn & Klonsky, 2013; Herpertz, 1995; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999）。そして、第 1 節でも述べてきたように、医療機関を訪れない、いわゆる非臨床群においても NSSI の症状を有する者が一定の割合でみられるなど、NSSI と特定の精神症状との間に一貫した結びつ

きがみられないことが明らかにされてきた (Klonsky & Muehlenkamp, 2007)。

こうした現状を踏まえ、近年では自傷行為を *Nonsuicidal Self-injury Disorder* (以下, *NSSID* とする) という 1 つの臨床単位としてとらえる動きが生じ、2013 年に改訂された *DSM-5* において、自傷行為は *NSSI* として「今後の研究のための病態」の独立した項目として記載されるに至っている。以上のように、自傷行為を行う者の中にはさまざまな状態像が混在しており、関連する精神症状に基づいた理解をするのではなく、*NSSID* という単独の臨床単位として扱い、その発生要因や支援方略について検討を行うことが必要であるといえる。

第 3 節 非自殺的な自傷行為の心理学的支援に関する研究動向

第 1 項 非自殺的な自傷行為に対する従来の心理学的支援 *NSSI* をはじめとする自傷行為に対する心理学的支援に関しては、自傷行為が長らく *BPD* の症状の 1 つとして位置づけられてきた経緯から、そのほとんどが *BPD* 患者を対象とした支援の検討に限られてきた。Turner, Austin, & Chapman (2014) は、*NSSI* に対する治療法に関するシステマティック・レビューを行い、*NSSI* への有効性が示されている心理学的支援法として、弁証法的行動療法 (*dialectical behavior therapy*; 以下, *DBT* とする) と感情調節集団療法 (*emotion regulation group therapy*; 以下, *ERGT* とする) を挙げている。

DBT では、個人セッション、グループセッション、24 時間対応の電話相談、スタッフへのコンサルテーションやミーティングによる包括的な支援によって、患者の対人関係スキルや感情調節スキル、苦痛耐性スキ

ル、マインドフルネススキルの獲得を目指していく（岸，2011；Linehan, 1993b 小野監訳 2007）。DBT では自己破壊的な行動を減少させることを優先しており，対照群を設定していない複数の研究において，NSSI の頻度や NSSI に対する衝動の低下に対する高い有効性が示されている（McDonnell et al., 2010; Stanley, Brodsky, Nelson, & Dulit, 2007; van Goethem, Mulders, Muris, Arntz, & Egger, 2012）。また，その効果は6ヶ月後および12ヶ月後にも維持されることが報告されている（Verheul et al., 2003）。一方で，無作為化比較試験（以下，RCT とする）においては対照群との間に大きな効果の差異は認められなかったという報告もされている（Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009）。

ERGT では，14 週間のグループセッションによって，感情の調節や受容のスキルの獲得，生活における目標や価値観を見出すことを行う。2 つの RCT によってその効果が検証されており，NSSI の頻度の低下に対して対照群よりも有効であることや，47%の患者において9ヶ月後における効果の持続がみられたことが報告されている（Gratz & Gunderson, 2006; Gratz, Levy, & Tull, 2012）

他にも，RCT による検討は行われていないものの，芸術療法の一種である voice-movement therapy（Martin et al., 2013），感情体験や対人関係における一貫したナラティブの生成を目指す精神力学的治療である dynamic deconstructive psychotherapy（Gregory, Remen, Soderberg, & Ploutz-Snyder, 2009），治療関係における転移を活用した精神力学的治療法である transference-focused psychotherapy（Clarkin et al., 2001）などの有効性が示唆されている。しかしながら，DBT においては摂食障害患者や双極性障害患者を対象とした検討も部分的には行われているものの，ERGT や他の治療法の効果検証を含め，その大部分が BPD 患者を対象と

しており、BPDに限らない多様な状態像の存在が指摘されている自傷行為者に対する心理学的支援に対する知見は不十分であるといえる。実際に、NSSIに対する支援法は未だ十分に確立されていないとされており、BPD患者に限られない多様な状態像を有する自傷行為者への支援方法の開発が必要であるとされている（Nock, 2012）。

第2項 非自殺的な自傷行為に対する近年の心理学的支援 近年では、DSM-5においてNSSIが独立した項目として記載されるなど、NSSIがBPD患者に限らずさまざまな状態像においてみられることが広く知られるようになったことから、BPDをはじめとする精神疾患の診断を必ずしも受けていない者を対象としたNSSIの治療法に関する研究が行われるようになってきている。たとえば、肯定的で修正的な治療関係の形成によって思春期の子どもたちの発達を支援することを目的とする集団精神療法である *developing group therapy*（以下、DGTとする）は、複数の研究グループによってBPDの診断基準を満たさない思春期の子どもにおけるNSSIに対する効果が検討されている（Green et al., 2011; Hazel et al., 2009; Wood, Trainor, Rothwell, Moore, & Harrington, 2001）。Wood et al.（2001）は、RCTによってDGTの効果検証を行い、DGTがNSSIの減少に対して対照群よりも有効であり、7ヶ月後にも効果の持続がみられたことを報告している。一方で、Hazel et al.（2009）による追試においては、同様の結果は再現されず、DGTそのもののNSSIに対する効果も支持されなかった。また、Green et al.（2011）による追試においては、介入による一定の効果が認められたが、NSSIの減少や効果の維持において対照群との差は認められておらず、各研究間で対象となった者の性別や被虐待経験の差異などによる影響が考察されている。

その他の BPD 患者に限らない NSSI に対する支援としては、**mentalization based treatment**（以下、**MBT**とする）の有効性の検討が行われている。**MBT**は、「自分や他者の行為を、個人的な欲望やニーズ、感情、信念、理由と言った思考的精神状態の観点から暗示的、明示的に意味のあるものとして理解すること」（**Bateman & Fonagy, 2010**）と定義されるメンタライゼーション能力の、自傷行為者本人およびその家族における向上を中核として、セルフコントロールと感情制御能力の改善を目指す、アタッチメント理論に根差した力動的な精神療法である。**Rossouw & Fonagy (2012)**は RCT によって **MBT**の効果検証を実施しており、思春期・青年期の **NSSI**の減少に対する有効性を報告している。しかしながら、**MBT**の効果検証の報告はこの 1 編のみであり、また、本研究では介入における治療の指導をすべて著者が実施しているなど、研究上の効果バイアスが存在する可能性を拭えないといった限界点も指摘されている。

以上のように、近年になって **BPD**患者に限らない幅広い自傷行為者への支援として **DGT**や **MBT**などの効果検証がされているが、RCT による効果の不一致や知見の不足などがみられ、未だ十分には治療法が確立していない現状にあるといえる。

第 4 節 機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の理解と支援

第 1 項 機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の理解 第 2 節においても述べてきたように、**NSSI**は **BPD**に限らない多様な状態像を持つことが明らかにされ、**NSSI**を単独の臨床単位としてとらえることの必要性が指摘されるようになってきている。また、第 3 節において述べ

られたように、対人関係理論やアタッチメント理論、力動的精神療法に基づくさまざまな支援法が考案されてきているものの、未だ十分な支援法の確立には至っていないと考えられる。このような背景を踏まえ、近年では行動科学的観点から、機能的アプローチによるNSSIの理解が試みられている（Nock & Prinstein, 2004）。機能的アプローチとは、行動を生起および維持させる先行事象や結果事象などの機能的なプロセスに基づき行動の理解や分類を行う立場であり、臨床上の問題となるさまざまな行動に対する理解や治療法の発展に貢献してきた（Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996）。より具体的には、引き金となる状況下（先行事象）においてNSSI（行動）をすることによって、個人にとって望ましいメリット（結果）が伴うためにNSSIが強化・維持されるといふ、自傷行為の「機能」の観点が重視される。この強化随伴性の観点からNSSIを理解すると、自己が否定される体験や「絶望の体験」、それにとともなう否定的気分などが先行事象となり、こうしたリスク状況下でNSSIを実行し、その結果として、否定的感情の緩和や肯定的気分の獲得、対人関係における問題の一時的な解決といった本人にとってのメリットを得ることで自傷行為が強化・維持されると理解される（Figure 1-1）。多様な精神症状を伴う状態像が混在するNSSID患者に対して、NSSIという共通する行動に基づき、その行動の機能に焦点を当てることで、NSSIの強化・維持に対して統一的な理解が可能となる点からも、NSSIを機能的アプローチに基づいて理解することは有用であると考えられている。

自傷行為の機能に関する検討は近年になって精力的に実施されており、これまでに精神科入院患者などの医療機関における臨床群のサンプルや、中学生、高校生、大学生をはじめとするコミュニティサンプルを

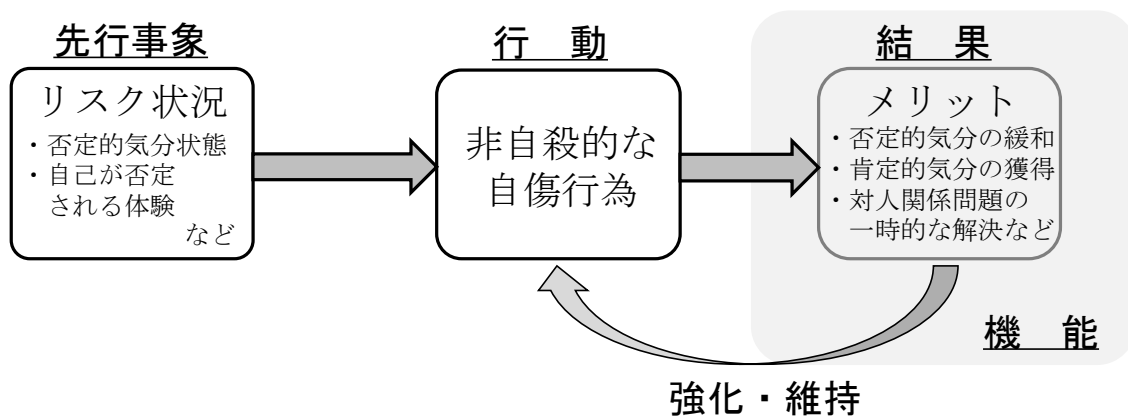


Figure 1-1. 強化随伴性の枠組みに基づく非自殺的な自傷行為の強化・維持の理解。

対象として複数の検討がされている。たとえば，Lloyd, Perrine, Dierker, & Kelley (2007) は複数の先行研究のレビューと自身の臨床経験から自傷行為の機能を測定可能な自記式質問紙である **Functional Assessment of Self-Mutilation** (以下，**FASM** とする) を作成し，中学生および高校生を対象とした調査から自傷行為の機能を「自動強化－社会的強化 (automatic-social)」と「好子出現－嫌子消失 (positive-negative)」の2軸から4象限に分類した。また，Nock & Prinstein (2004) は自傷行為の履歴を持つ精神科入院患者に対して **FASM** を用いた調査を実施し，自傷行為の機能が同様の4象限に分類されることを追試的に示している。

その後，Klonsky (2007) によるシステマティックレビューによって自傷行為の機能として13種類が整理され，これらを測定可能な質問紙尺度として **Inventory of Statements About Self-injury** (以下，**ISAS** とする) が新たに開発された (Klonsky & Glenn, 2009)。ISAS では，自傷行為による自殺の回避や他者との境界の線引きといった **FASM** では測定することが困難であった機能に関する項目が加えられており，より広範で詳細な自傷行為の機能が測定可能となった。さらに，ISAS で測定される13の機能は，心理的苦痛への対処などの個人内機能と他者に影響を与えることを含む対人間機能の2種類に大別されることが，大学生および医療機関における自傷行為者を対象としたそれぞれの調査研究によって示唆されている (Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, 2015)。

以上のように，コミュニティサンプルか医療機関における臨床群のサンプルかを問わず自傷行為の維持には一定の要因が関連することが確認されており，機能的アプローチは自傷行為者における多様な状態像を理解するうえで有用な観点であるといえる。

第 2 項 機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為に対する支援

このような機能的アプローチに基づく NSSI の理解を踏まえ、近年では実際の支援に関する実践およびその効果検証も行われるようになっており、NSSI の治療法に関する最近のシステマティックレビューによって、機能的アプローチに基づく治療法が NSSI の改善に対して一定のエビデンスを有していることが報告されている (Flaherty, 2018)。

機能的アプローチに基づく治療法においては、自傷行為の機能を同定したうえで、原則として機能的に等価となり得る代替行動の獲得や円滑な遂行を目的としてトレーニングを行うことが治療上の重要な構成要素の 1 つとされている (Klonsky & Muehlenkamp, 2007)。BPD 患者に限らない自傷行為者を対象とする機能的アプローチによる NSSI への代表的な治療法としては、*dialectical behavior therapy for adolescents* (以下 DBT-A とする) が挙げられる。DBT-A は、成人 BPD 患者を対象として開発された DBT を、思春期・青年期に対する支援のために Rathus & Miller(2002) が一部改変し転用したものである。DBT-A では、NSSI の代替行動としての適応行動スキルの獲得と不適応行動の減少に焦点を当てており、家族および、感情調節困難に伴う子どものスキル不足による NSSI を減少させることを目的として発展した。DBT-A は家族グループセッション、個人セッション、電話によるコンサルテーションから構成される。家族グループセッションでは本人およびその家族に対して、マインドフルネススキル、感情調節スキル、対人関係スキル、苦痛耐性スキルの獲得を目指したトレーニングが行われる。個人セッションでは、家族セッションで学んだスキルを実際の生活で適用することを目指した支援が行われ、電話コンサルテーションによって日常生活でのスキルの適用に対する強化を意図したコンサルテーションが行われる。

Mehlum et al. (2014) によって、NSSI を呈する 12 歳から 18 歳までの思春期・青年期を対象とした DBT-A の RCT が行われており、NSSI の改善に対して、対照群と比較してより大きな効果量が得られたことが報告されている。また、McCauley et al. (2018) による RCT によっても、DBT-A の効果に関する同様の結果が支持されており、DBT-A は現状では唯一の、複数の RCT によって BPD 患者に限らない NSSI に対する一定の有効性が支持されている治療法となっている。

しかしながら、結果を詳細にみていった場合には、これらの治療法によって NSSI の減少が認められたのは参加者の 60%ほどであり、そのうちおよそ半数に 1 年以内での NSSI の再発がみられていた (McCauley et al., 2018)。すなわち、DBT-A による介入を行った場合においても、支援によって NSSI が減少し、さらにその効果が持続するのは自傷行為者の中でも一部の者であるといえる。これに関し、DBT-A は、部分的に改変はされているものの、従来 BPD 患者の治療法として開発された DBT を転用したものであり、NSSI の背景に BPD に関する側面を持たない状態像に対しては必ずしも効果を有していない可能性が指摘できる。また、DBT-A をはじめ、これまで NSSI に対する有効性が示唆されてきた治療法は複数の治療コンポーネントから構成されているが、その多くが BPD に対する治療法を経験的に知られている NSSI の状態像に適用したものであることから、どの治療構成要素が NSSI の改善に対して有効であるのかはいずれの治療法においても示されておらず、治療メカニズムに関する検討の必要性が指摘されている (Adrian et al., 2019; Nock, 2012)。したがって、支援方略の精緻化にあたっては、さまざまな精神症状との関連性を有し、さらに非臨床群においても一定の割合でみられる NSSI における状態像の多様性を十分に考慮したうえで、その状態像に応じた治

療メカニズムに対する理解を深める必要があるといえる。

第5節 機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の理解と支援における検討課題

第1項 非自殺的な自傷行為の状態像の理解とその検討課題 第4節
第1項で述べられたように、機能的アプローチにおいてはNSSIを行った後に随伴する結果事象に基づく、NSSIの機能の観点から状態像の差異が理解される。そして、NSSIの機能は大きく「自動強化－社会的強化」と「好子出現－嫌子消失」の2軸から分類されている。この分類に基づき、NSSIの主な維持要因として嫌悪感情の処理である感情調節などの個人内機能が強調される状態像や（Klonsky, 2007）、他者をコントロールしようとする対人操作としての対人間機能（他者の注意、関心を引くなど）がより強調される状態像の存在が指摘されている（布柴, 2012）。一方で、NSSIをはじめとする自傷行為は、単一の機能のみによって反復されることはむしろ少なく、多くの場合に主な維持要因として複数の機能を併せ持っていることが知られている（Victor et al., 2016）。たとえば、Turner, Chapman, & Layden（2012）が自傷経験者を対象にwebサイト上で行った学術調査においては、自身の自傷経験に対して回答者の42%が5種類、41%が4種類の機能を有していたと報告しており、Walsh（2012 松本監訳 2018）によっても、個人内機能と対人間機能の両方がNSSIの重要な維持要因となる状態像の存在が指摘されている。したがって、NSSIの機能に基づいて状態像の分類を行うにあたっては、特に、機能の重複やその程度といった観点を考慮することが重要であるといえる。

また、機能的アプローチに基づく治療法においては、NSSIと機能的に

等価となり得る代替行動の獲得が目指されることから、自傷行為の機能を評価する際にはその重複およびその程度を考慮したうえで、状態像に応じた複数の機能を考慮した代替行動を設定するなど介入方法を最適化していく必要があるといえる。

しかし、これまでに自傷行為の機能における重複を考慮し、自傷行為者の状態像の検討を行った知見は非常に限られている。いくつかの先行研究によって自傷行為の機能間の相関関係といった関連性の検討は行われているが（Klonsky & Glenn, 2009; Turner et al., 2012）、実際に自傷行為がどのような機能を併せ持つのかといった、機能の重複を考慮した状態像の分類や、その特徴の検討は行われておらず、検討課題の1つであるといえる。

第2項 機能的アプローチに基づく非自殺的な自傷行為の回復プロセスの理解とその検討課題 機能的アプローチに基づく治療法においては、NSSI と機能的に等価となり得る代替行動の獲得および円滑な遂行が支援の中核となることから、NSSI からの回復とは、リスク状況となる先行事象に対して、NSSI ではなく代替行動を継続的に選択する状態であると理解することができる。しかしながら、現状の治療成果における課題点としても述べられたように、NSSI にはしばしば治療後における再発が報告されており、代替行動をレパトリリーとして獲得したものの、リスク状況下でその代替行動ではなく NSSI を優位に選択してしまうという状態の存在が指摘できる。したがって、NSSI からの回復プロセスの理解にあたっては、代替行動が選択されるプロセスの検討が必要であるといえる。

認知行動療法においては、不適応行動の維持や回復を予測する制御可

能な要因として、個人が持つ特定の予期や判断、信念や価値観といった認知的要因が重視される（たとえば、Persons, 2008）。なかでも、対処方略としての性質を持つ行動の選択に対しては、Bandura（1986）の社会的認知理論によって、行動に対する「認知的評価」が重要な役割を果たすことが指摘されている。Bandura（1986）は、認知的評価を行動の結果に対する予測である「結果予期」の評価と、その行動を上手く遂行できるかという「効力予期」の評価から構成されるものとし、それぞれの評価の高さが特定の行動の選択・実行に寄与することを提唱している。Hasking, Whitlock, Voon, & Rose（2017）は、このような行動に対する認知的評価という観点を対処行動としての性質を持つ NSSI に対して援用し、NSSI に対する認知的評価が NSSI の選択に寄与することを理論的に考察している。さらに、Dawkins, Hasking, Boyes, Greene, & Passchier（2018）によって、NSSI の実行に伴う利益の予測や、NSSI をしないでいられるという効力感（self-efficacy to resist NSSI）といった認知的評価が NSSI の実行と関連することが示唆されている。すなわち、このような NSSI に対する認知的評価に着目することによって一定の状況下における特定の行動の選択を予測することが可能であるといえることから、NSSI の維持や回復プロセスを検討するにあたっては、NSSI に対する認知的評価の観点到に着目する必要があると考えられる（Figure 1-2）。また、DSM-5（APA, 2013 高橋・大野監訳 2014）においても、「その行為を行う前に、これから行おうとする制御しがたい行動について考えをめぐらす時間がある」と記載されており、NSSI の実行前における、NSSI に関する認知活動の存在が特徴とされていることから、NSSI の選択・実行および回復のプロセスを認知的側面から検討することは妥当であると考えられる。

しかしながら、これまで NSSI に対する認知的評価の内容は部分的に

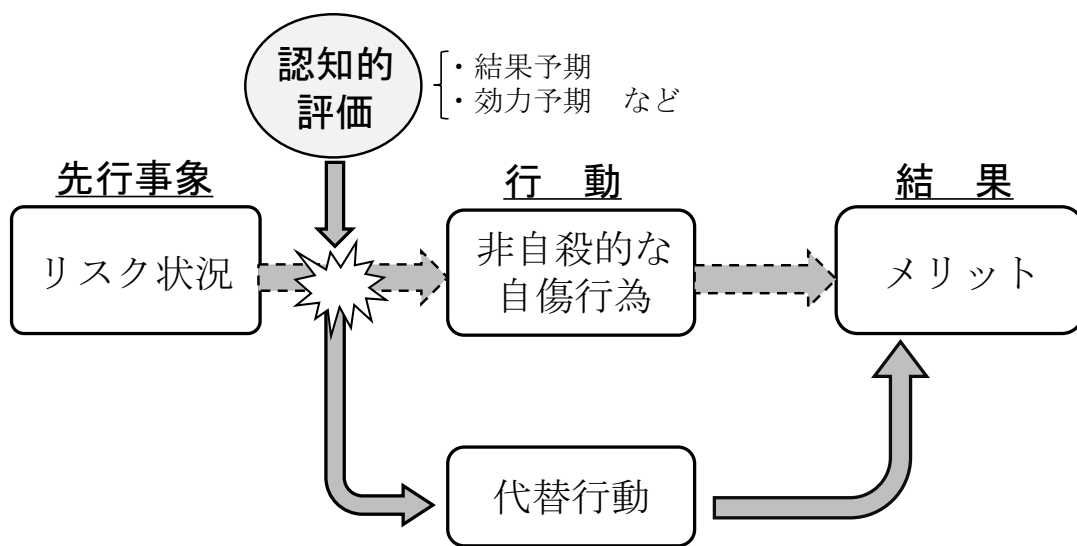


Figure 1-2. 認知的評価による非自殺的な自傷行為の選択プロセス（仮説）。

しか検討されておらず，その構成要素は明らかにされていない。また，認知的評価が実際に NSSI の実行や回復とどのような関連性を持つのかや，その影響性についても実証的な研究は行われていないことから，検討課題の1つであるといえる。

なお，認知的評価の具体的な内容は行動が持つ機能をはじめとする状態像によって異なると考えられ，認知的評価が行動の選択に与える影響性についても状態像によって異なると考えられることから，認知的評価の観点から NSSI の維持および回復を検討するにあたっては，NSSI の機能に基づく状態像の差異に応じた検討を行うことが必要であるといえる。NSSI の機能による状態像の差異を踏まえたうえで，NSSI に対する認知的評価の観点から NSSI の維持や回復について検討することによって，機能的アプローチに基づく支援法における NSSI の治療メカニズムの解明や支援法の精緻化に対する有用な知見を提供できると考えられる。

第 2 章

従来の研究の問題点と本研究の目的

第 1 節 従来の研究の問題点と本研究の目的

第 1 章においては、自傷行為の類型と定義の変遷、有病率、その問題性をはじめとする自傷行為の実態、自傷行為の精神医学的位置づけと心理学的理解、特に NSSI を対象とした心理学的支援について概観した。中でも、NSSI に対する理解および支援法としてその有用性が指摘されている機能的アプローチに焦点をあて、その問題点と検討課題について整理した。機能的アプローチに基づく NSSI に対する心理学的支援の問題点としては、その多くが従来 BPD 患者を対象とした支援法として開発されたものであり、これを NSSI に転用したものであることから、(1) NSSI における多様な状態像の考慮が不十分であること、(2) 治療メカニズムが不明瞭であり NSSI からの回復プロセスが明らかでないこと、の 2 点が挙げられた。これらに対する検討課題としては、問題点の(1)に対して、機能的アプローチに基づいた状態像の理解として、NSSI の機能に焦点を当てることの有用性が指摘され、NSSI の機能およびその重複を考慮した状態像の分類に関する検討の不足が挙げられた。問題点の(2)に対しては、NSSI に対する認知的評価の観点から NSSI からの回復プロセスを理解することの有用性が指摘され、NSSI に対する認知的評価の構成要素に関する検討の不足、および、状態像の差異に応じた認知的評価と自傷行為の実行・回復との関連性に関する検討の不足が挙げられた。

以上より、先行研究の問題点を踏まえた今後の研究の検討課題は以下のように整理することが可能である。

検討課題 (a) NSSI の機能に基づく自傷行為者の状態像の整理分類およびその特徴の記述がされていない。

検討課題 (b) NSSI に対する認知的評価の構成要素が明らかにされていない。

検討課題 (c) 状態像の差異に応じた、NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性、および、認知的評価が NSSI からの回復に与える影響性が明らかにされていない。

本研究では、以上の点を解決しながら、状態像の差異に応じた認知的評価に基づく NSSI からの回復プロセスの検討を行う。具体的には、従来の機能的アプローチにおける代替行動の獲得による支援の枠組みである、ストレスマネジメントによる NSSI の制御および代替行動の獲得による制御に、認知的評価に基づく制御の観点を加え、状態像の差異を考慮した検討を行うことによって、NSSI からの回復プロセスの理解を精緻化することを目的とする。

第 2 節 本研究の意義

本研究における意義は、大きく以下に示す 2 点が挙げられると考えられる。

まず 1 点目に、本研究によって NSSI の機能に基づく状態像の分類が行われ、その精神症状をはじめとする特徴が記述されることで、自傷行為の機能の様相から自殺リスクをはじめとする自傷行為者が抱える長期的なリスクや介入支援の緊急性についても一定のアセスメントを行うこ

とができると考えられる。そして、状態像の差異に応じた支援法を検討する際の基礎的な知見となり、各状態像に応じたより効果的な支援方略の発展や治療効果の向上に寄与すると考えられる。また、本研究によって明らかにされた状態像の分類を援用し、本研究での活用に限らない他の検討が行われることで、状態像に応じたさらなる知見の集積が可能であることから、これまで多様な状態像が指摘されてきた NSSI の体系的な理解と支援に関する知見の整理に貢献すると考えられる。

2点目に、本研究によって NSSI に対する認知的評価と NSSI の実行・回復との関連性やその影響性が明らかにされることで、NSSI に対する新たな治療標的を設定することができる。本研究では状態像に応じた認知的評価と NSSI との関連性を検討することから、より認知的側面への介入が有用な状態像を特定したうえで、その治療標的を提案することができる。これにより、従来の機能的アプローチによる支援方略の精緻化を提案することができ、より治療効果の高い支援を行うことが可能となると考えられる。

第3節 本研究の構成

本研究は、以下に示すとおり7つの章から構成される（Figure 2-1）。まず第1章において、自傷行為の実態や、心理学的理解および支援に関する先行研究を概観し、従来の研究における検討課題を整理した。続いて、本章において従来の研究における検討課題を踏まえた、本研究の目的と意義に関して検討した。

これらを踏まえ、第3章において NSSI の機能に基づく状態像の分類を行う。そのために、まず本邦における NSSI の具体的な方法を文献レビューによって整理する（研究1）。その後、NSSI の機能を測定する日

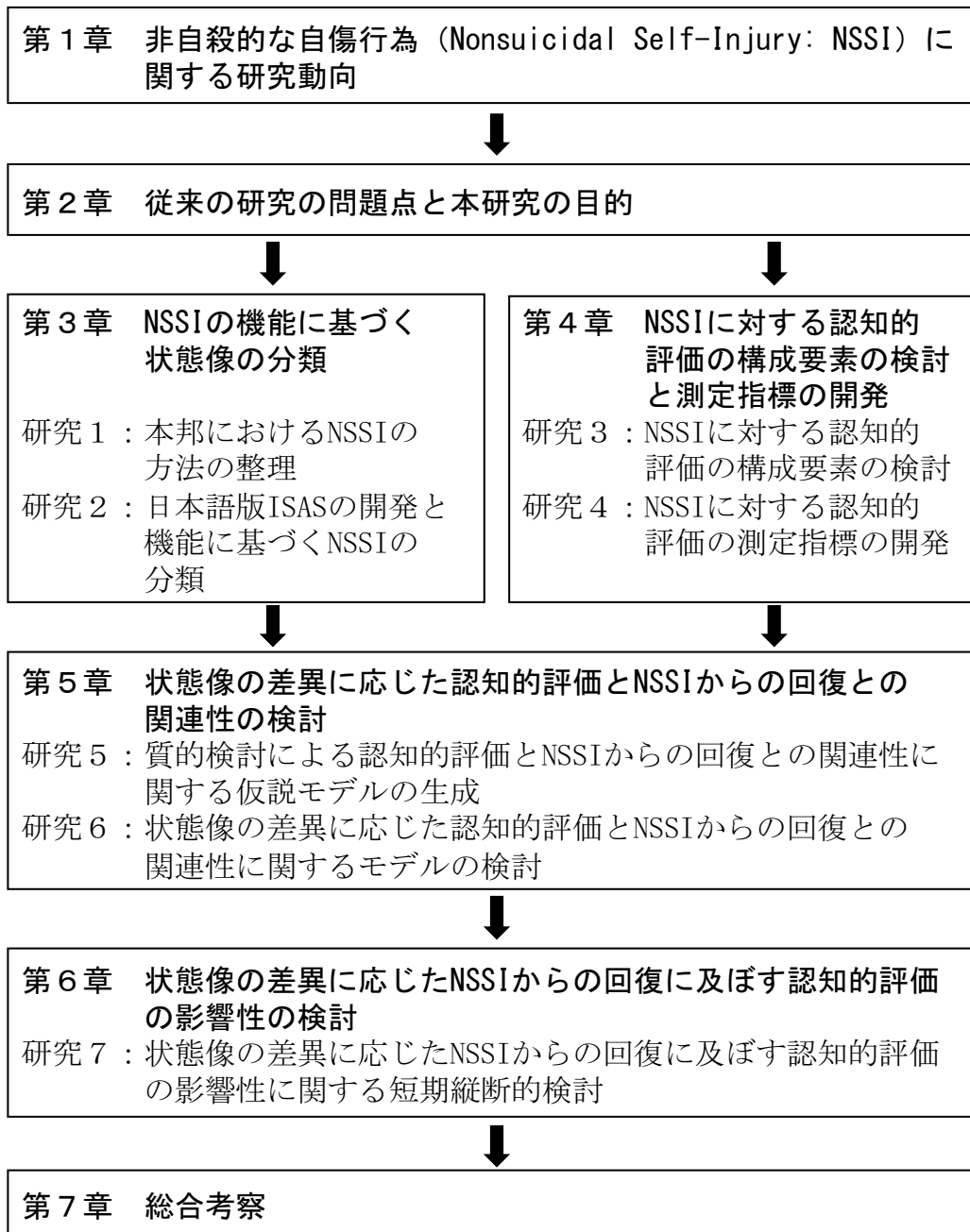


Figure 2-1. 本研究の構成。

本語版ツールである日本語版 ISAS を開発したうえで、NSSI の機能に基づく状態像の分類とその特徴の記述を行う（研究 2）。

第 4 章においては、NSSI に対する認知的評価の構成要素に関する検討と測定指標の開発を行う。まず、自傷行為者を対象としたインタビュー調査によって NSSI に対する認知的評価の構成要素となる概念を質的研究法によってボトムアップに抽出する（研究 3）。その結果をもとに測定指標の項目原案を作成し、量的手法によって NSSI に対する認知的評価の因子構造を明らかにし、その測定指標を完成させる（研究 4）。

第 5 章においては、第 3 章で明らかにされた状態像の差異に応じて、第 4 章で開発された NSSI に対する認知的評価の測定指標を用いて、NSSI に対する認知的評価と NSSI の実行・回復との関連性の検討を行う。まず、自傷行為者を対象としたインタビュー調査によって認知的評価と自傷行為からの回復との関連性に関する仮説モデルを質的に生成し（研究 5）、量的検討によって認知的評価と NSSI との関連性に関するモデルの検証および精緻化を行う（研究 6）。

第 6 章においては、第 5 章で明らかにされた NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性のモデルをもとに、認知的評価が NSSI の実行・回復に与える影響性について検討を行う。短期縦断的な調査研究手法によって、認知的評価が一定期間後の NSSI の実行・回復に与える影響性に関し、状態像の差異に応じた検討を行う（研究 7）。

そして、以上の研究結果を踏まえ、第 7 章において本研究の総合考察を行い、本研究で明らかになった知見のまとめと本研究の限界点および課題点、ならびに本研究の人間科学への貢献について検討する。

第4節 本研究で扱う概念の整理と関連用語の定義

以下に、本研究で扱う概念および関連用語の定義について整理する。

非自殺的な自傷行為 (Nonsuicidal Self-Injury: NSSI) 本研究では、これまでの自傷行為に関する概念および定義の変遷を踏まえ、自傷行為の概念として ISSS (2018) および DSM-5 (APA, 2013 高橋・大野監訳 2014) において定義されている NSSI を用いる。

NSSI の機能 NSSI 研究において、NSSI の機能といった場合には、NSSI を行う者が自己申告する NSSI を行う意図やこれに関連するものを表す場合と、NSSI によってもたらされる実際の結果を表す場合がある (Victor et al., 2016)。本研究では、より多くの先行研究における知見との整合をとるために、これまで Klonsky (2007), Lloyd et al. (2007), Nock & Prinstein (2004) らによって中心的に検討されてきた、自己申告による NSSI を行う意図やこれに関連するものを NSSI の機能とした。

NSSI に対する認知的評価 本研究における認知的評価とは、Bandura (1986) による結果予期や効力予期をはじめとする、特定の行動に対して個人が有する認知的な評価を指すこととし、NSSI に対する認知的評価を「NSSI を行った結果や、自身が NSSI を行うことに対する評価や考え」とした。

NSSI からの回復 本研究では、機能的アプローチにおける理論的枠組みをもとにし、NSSI から回復した状態を「リスク状況となる先行事象に対して、NSSI ではなく代替行動を継続的に選択する状態」としている。したがって、NSSI からの回復とは、代替行動の増加および NSSI の実行の減少の両側面を含むものとして位置づけることとした。

本研究におけるサンプリング対象 NSSI をはじめとする自傷行為は思春期・青年期に特に多くみられ、また自傷行為者の多くが医療機関を

受診していないことから、医療機関でのサンプリングに限らない、コミュニティサンプルでの調査の重要性が指摘されている（たとえば、Hawton et al., 2006 松本・河西監訳, 2008）。また、コミュニティサンプルにおける自傷行為者であっても、精神症状や自殺リスクを医療機関の受診に至る者と同様に有していることから（Hawton et al., 2009）、本研究では医療機関ではなく大学等を中心とするコミュニティサンプルにおける 20 代の自傷行為経験者を中心的な対象とした検討を行うこととした。

第 3 章

非自殺的な自傷行為の機能に基づく状態像の分類

第 1 節 本章の目的

本章では、NSSI の機能に基づいた状態像の分類を行いその状態像ごとの特徴を記述することを目的とする。これに際し、NSSI の具体的な方法を定義し、その機能の測定をすることが必要となる。しかしながら、本邦において具体的な NSSI の方法として測定される行動は研究によって異なっており知見が一致していない。そこで本章では、まず、本邦における NSSI の具体的な方法について整理することを目的として、システマティックレビューを行うこととした（研究 1）。

また、NSSI の方法を定義したうえでその機能を測定するにあたり、NSSI の機能を測定する日本語版ツールは開発されていない。外国における NSSI の機能を測定するツールとしては、自記式質問紙尺度として、Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM: Lloyd et al., 2007) と Inventory of Statements About Self-injury (ISAS: Klonsky & Glenn, 2009) が開発されている。ISAS では、FASM では測定することが困難であった機能に関する項目が加えられており、13 種類の NSSI の機能が測定可能となっていることから、本研究では日本語版 ISAS を開発することとした（研究 2）。

したがって、本章では、本邦における NSSI の具体的な方法をシステマティックレビューによって整理および定義し、NSSI の機能を測定する日本語版ツールとして日本語版 ISAS を開発したうえで、NSSI の機能に基づいた状態像の分類を行い、その状態像ごとの特徴を記述することを目的とした。

第2節 本邦における非自殺的な自傷行為の方法の整理（研究1）

目 的

本邦において測定されている NSSI の具体的な方法は先行研究によってさまざまであり，知見が統一されていなかったことから，研究1では研究論文のシステマティックレビューによって，本邦における NSSI の具体的な方法について整理し，以後の本論文における NSSI として含まれる行動を定義することを目的とした。

方 法

文献の抽出

本邦において NSSI として測定されている具体的な方法を抽出することを目的として，PRISMA 声明に沿い（Moher, Liberati, Tetlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009）文献の検索を行った。Figure 3-1 に文献検索のプロセスを示した。

国内における，事例研究および症例報告を除いた自傷に関する調査研究を抽出することを目的として，文献検索エンジンの CiNii Articles および Google Scholar によって，「自傷」AND「調査」-「事例」-「症例」を検索ワードとして査読付き学術論文を抽出した。その後，検索結果の論文のタイトルおよび抄録を読み，1）コミュニティサンプルを対象とした調査研究であること，2）自傷行為に関する調査項目が設定されていることを基準として論文の絞り込みを行った。その後本文を読み，3）調査項目内に自傷行為に関する具体的な記述があることを基準としてさ

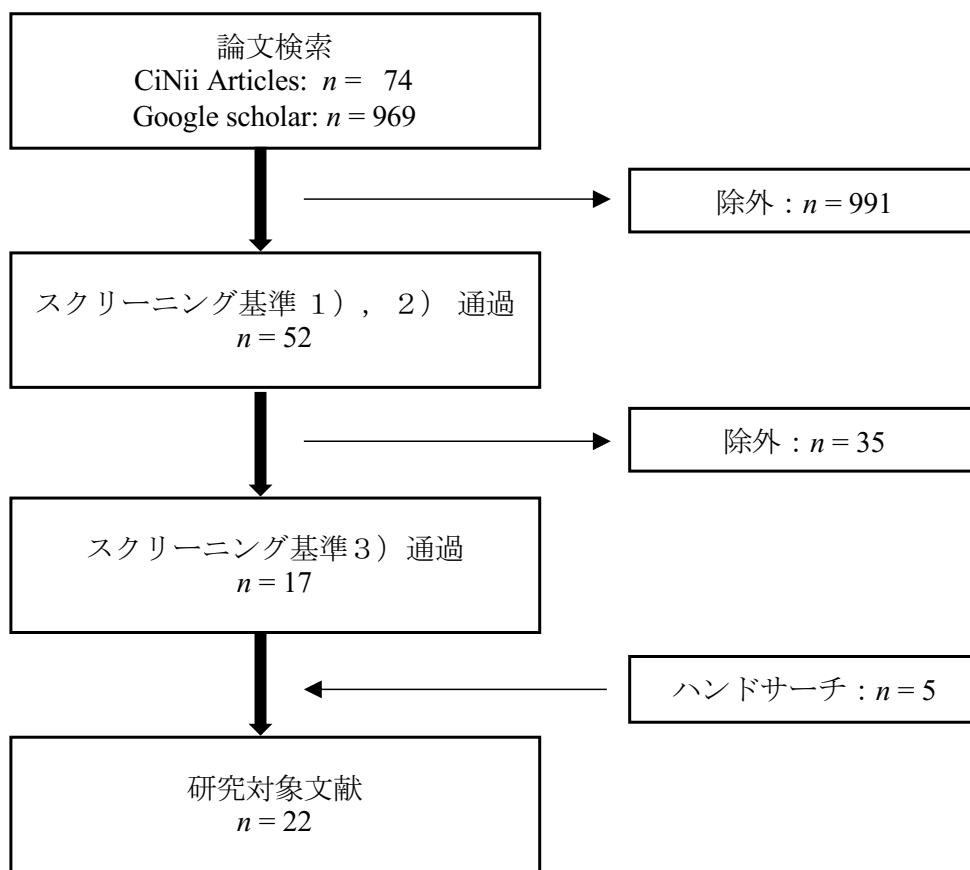


Figure 3-1. 文献の抽出プロセス。

らに論文の絞り込みを行った。最後にハンドサーチとして、抽出された論文の引用文献を確認し、上記と同様の基準で論文の抽出を行った。

なお、上記の手続きによる文献の抽出を行った後に、同様の条件で文献検索エンジンの医中誌においても文献抽出を行い、新たな文献が抽出されないことを確認した。

NSSI の方法の抽出

文献の抽出を行ったうえで、各研究で測定されている自傷行為に関する調査項目および調査結果の記述を読み込み、その中から NSSI に該当するものを抽出した。NSSI に該当するかどうかの判断に際しては、ISSS (2018) による NSSI の定義を基準として参照した。その後、KJ 法 (川喜田, 1967) を援用することでカテゴリーを生成し、NSSI の具体的な方法の整理を行った。

結 果

抽出された文献

文献検索の結果、条件を満たす 22 本の論文が抽出された。調査時期や調査対象、調査内容に関する記載内容から、研究間でサンプルに重複がみられると判断された場合には、同一調査とみなした。その結果、22 本の論文から、19 件の調査が抽出された。

NSSI の方法

抽出された文献から、NSSI の方法に該当する記述を抽出した結果、87 片の記述が抽出された。これらの記述を KJ 法を援用して分類した結果、

2つの大カテゴリから成る、11のカテゴリが生成された（Table 3-1）。大カテゴリは，《道具による自傷》と《道具によらない自傷》の2つが生成された。《道具による自傷》は、〈切る〉〈刺す〉〈焼く〉〈擦る〉〈彫る〉の5つのカテゴリから構成された。《道具によらない自傷》は、〈打つ〉〈かきむしる〉〈噛む〉〈つねる〉〈抜毛〉〈治癒妨害〉の6つのカテゴリから構成された。

なお、各論文において調査されていた NSSI のカテゴリおよび調査結果によるその出現率は Table 3-2 に示すとおりであった。

考 察

本研究の結果から、本邦における NSSI の具体的な方法は、切る、刺す、焼く、擦る、彫る、打つ、かきむしる、噛む、つねる、抜毛、治癒妨害の 11 種類に分類され、さらにこれらは道具を用いるものかどうかの点から 2 種類に大別されることが示された。したがって、以後本研究における NSSI を、以上の 11 種類の行動として定義することとした。なお、この結果にしたがい NSSI を測定する従来の質問紙を整理したところ、本研究で明らかになった 11 種類のすべての行動を含むものは Inventory of Statements About Self-injury (ISAS: Klonsky & Glenn, 2009) の section 1 のみであった。したがって、以後の研究において NSSI の経験をたずねる際には、これらすべての方法による NSSI の経験を測定可能な ISAS section 1 を用いることが妥当であると考えられた。そこで、続く第 3 節では、自傷行為の経験を測定する質問項目から構成されている ISAS section 1 および、自傷行為の機能を測定する質問紙尺度から構成されている ISAS section 2 の両方の翻訳を行うこととした。

Table 3-1

本邦における非自殺的な自傷行為の方法とそのカテゴリー

《大カテゴリー》	《カテゴリー》	具体例	《大カテゴリー》	《カテゴリー》	具体例
《道具による自傷》	《切る》	<ul style="list-style-type: none"> 切る ・self-cutting 自分のからだの表面を切る カミソリで首に傷をつける 刃物で傷つける 刃物による自傷行為 体の一部分(手首など)を切る 身体の一部を刃物などで傷つける 刃物や鋭利なもので自分の身体を切る 	《道具によらない自傷》	《打つ》	<ul style="list-style-type: none"> 叩く ・殴るなど ・self-hitting ・骨を折る 頭をぶつける ・身体をぶつける 自分の身体や壁を殴る 自分の身体を自分で叩く 壁に自分の拳や頭を打ち付ける 体の一部を強くぶつける 自分のこぶしで自分の身体や硬い壁をなぐる 壁を叩くなど、自分の身体の一部を硬いものに打ち付ける
	《刺す》	<ul style="list-style-type: none"> 刺す 針などを皮膚に刺す とがったものによる自傷行為 先のとがったもので傷つける 自分の皮膚をシャーペンなどがったもので刺す シャーペンやコンパスのような尖ったもので自分の身体を刺す 		《かきむしる》	<ul style="list-style-type: none"> かきむしる 皮膚をかきむしる 自分の髪の毛や皮膚をかきむしる 血が出るほどはげしく自分の皮膚をかきむしる 皮膚やかさぶたなどをかきむしる ひどくひっかく 爪をたてる
	《焼く》	<ul style="list-style-type: none"> タバコによる火傷 ライターやマッチによる火傷 酸を皮膚に垂らす タバコの火を押しつけるなど 自分の身体の一部を焼く 火のついたタバコを自分の皮膚に押しつけた ライターの火であぶったりする 		《嘔む》	<ul style="list-style-type: none"> 嘔む 嘔みつく 爪などを嘔む 自分の身体を嘔む
	《擦る》	<ul style="list-style-type: none"> 紙やすりを皮膚に擦る ガラスを皮膚に擦り込む 漂白剤やクレンザーで皮膚を擦り洗う 		《つねる》	<ul style="list-style-type: none"> 自分のからだをつねる 内出血してしまうほど強く自分の皮膚をつねる
	《彫る》	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚に文字を彫る 皮膚に絵を彫る 		《抜毛》	<ul style="list-style-type: none"> 髪を抜く 髪の毛や体毛などを抜く
				《治癒妨害》	<ul style="list-style-type: none"> 治りかけの傷を治らないようにする

Table 3-2
非自発的な自傷行為の方法ごとの出現率

調査対象	n	切る	打つ	かきむしる	刺す	つねる	焼く	噛む	抜毛	彫る	擦る	治癒妨害	全体
〈普段の使用率〉													
石田 (2015)	高校生	3,106	4.8%	15.0%	16.3%	6.0%	13.6%						55.6%
井村・渡邊・石田 (2017)	高校生	927	2.6%	8.8%	10.9%	5.5%	7.9%						
石田・國方・渡邊・井村 (2017)	高校生	812	9.4%	15.5%	19.0%	17.2%	7.3%						
井村・石田・渡邊・小池 (2018)	高校生	553	6.5%	21.5%	17.0%	8.3%	11.0%						
石田・江口・國方 (2018)	中学生	375		9.1%	18.7%	32.8%	38.1%						
	高校生	327		6.7%	13.8%	29.4%	35.5%						
	合計		5.3%	13.9%	15.9%	10.5%	14.3%						55.6%
			(n = 5,398)	(n = 6,100)	(n = 6,100)	(n = 6,100)	(n = 6,100)						(n = 3,106)
〈過去1年の経験率〉													
村山他 (2015)	中学生	2,561	○	○									11.8%
	合計												11.8%
													(n = 2,561)
〈生涯経験率〉													
山口・松本 (2005)	高校生	126	14.3%										
濱 (2005)	大学生	110	15.5%	3.6%	5.5%	13.6%		1.8%		3.6%	3.6%	4.5%	27.3%
Izutsu et al. (2006)	中学生	477	8.6%	19.9%									24.5%
松本・今村 (2006) ; Matsumoto et al. (2008)	中学生	1,173	10.3%	46.3%				1.2%					
	高校生	563	8.2%	38.7%				0.7%					
濱田他 (2009)	高校生	632	7.8%	25.3%	12.2%	16.9%			20.4%				40.8%
松本・今村 (2009)	中学生	245	6.5%	29.8%	7.8%	13.1%		17.6%					
岡田他 (2010) ; 高柳他 (2012) ; 大嶽他 (2012)	中学生	2,243	2.8%	8.2%									
大石 (2011)	大学生	155	6.5%										
阿江他 (2012)	16~49歳	1,540	7.0%										
猪飼・大河原 (2013)	大学生	508	4.1%	○	○	○	○	○	○				17.9%
神澤・中田・才野 (2016)	大学生	246	○	○	○	○	○	○					12.2%
関本・朝倉 (2017)	中学生	475	13.1%	39.4%				2.5%		4.2%			48.6%
井上 (2017)	大学生	419	5.0%	14.6%	21.0%			26.7%	27.2%				
	合計		6.8%	24.4%	10.3%	15.6%	14.1%	1.8%	23.1%	4.1%	3.6%	4.5%	30.9%
			(n = 7,126)	(n = 6,237)	(n = 1,406)	(n = 987)	(n = 245)	(n = 2,985)	(n = 1,051)	(n = 585)	(n = 110)	(n = 110)	(n = 2,448)

Note: 表中の○は、論文内に具体的な出現率の数値の記載はなかったが、自傷行為の定義として含まれていた行為の種類を表す。合計の出現率はサンプル数を考慮した加重平均を表す。

第3節 日本語版 Inventory of Statements About Self-injury の開発 と機能に基づく非自殺的な自傷行為の分類（研究2）

目 的

NSSI における状態像の多様性が指摘されており、NSSI の機能に基づく状態の理解が有用であると考えられるものの、NSSI の機能に基づく状態像の実証的な分類はされていない。本研究では、自傷行為の経験およびその機能を測定する日本語版ツールとして日本語版 ISAS を開発したうえで、NSSI の機能に基づく状態像の分類およびその特徴の記述を行うことを目的とした。

方 法

ISAS の構成

ISAS は2つの section から構成されている。section 1 は自傷行為の方法ごとの経験回数や、自傷行為を行う際の状況や痛みの有無などについてのそれぞれの質問項目から構成されている。section 2 は自傷行為の機能を測定する質問紙尺度となっている。

日本語版 ISAS の翻訳手続き

原著者の承諾を得たうえで、自傷行為者の臨床支援の経験を持つ大学院生および大学教員（ともに公認心理師、臨床心理士）と、英語圏での3年以上の滞在歴を持つ、臨床心理士および心理学を専攻する大学院生各1名の計4名で尺度の翻訳を実施した。その後、日本語が堪能であり

アメリカに位置する大学における心理学修士号学位を有する英語ネイティブスピーカー 1 名にバックトランスレーションを依頼し、項目の内容が適切であることの確認を行った。

日本語版 ISAS の妥当性に関する分析計画

section 2 の尺度に対しては、因子的妥当性と収束的妥当性の検証を行った。因子的妥当性の検証にあたっては、日本語版 ISAS が原版と同様の 13 の下位因子および 2 つの 2 次因子による因子構造を有するかを検討するために確認的因子分析を行った。収束的妥当性の検証にあたっては、思春期・青年期の精神科入院患者において NSSID と BPD の診断基準を同時に満たす者は 26%であったことが報告されており (Glenn & Klonsky, 2013) , 原版において ISAS section 2 の各因子得点は BPD 傾向と中程度以下の正の相関を持つことが示されていることから (Klonsky & Glenn, 2009) , 本研究においても同程度の相関関係が認められることを仮説とした。

調査対象者

首都圏に位置する大学 4 校と専門学校 1 校に在籍する学生を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。自由意思による回答に応じた者 592 名 (男性 220 名, 女性 367 名, 性別無回答 5 名, 平均年齢 20.21 ± 1.48 歳) を本研究における分析対象とした。欠損値は当該変数の分析ごとに除外した。

測 度

日本語版 ISAS 自傷行為の経験および機能に関する質問紙である

ISAS (Klonsky & Glenn, 2009) を日本語に翻訳し使用した。section 1 では、自傷行為の方法ごとの経験に関してたずねた。本尺度では、自傷行為の方法として「切る」「ひどくかきむしる」「噛む」「自分を叩く、打ち付ける」「火傷させる」「傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）」「彫る、削る」「ざらざらした表面に肌を擦り付ける」「つねる」「針などで刺す」「髪の毛や体の毛を抜く」「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」が列挙されており、各方法での自傷行為の生涯経験の有無および回数をたずねた。原版では自由記述によって経験回数の回答が求められていたが、回答に伴う心理的負荷を軽減する目的から本研究では「したこともしようと思っただこともない」「したことはないがしようと思っただことはある」「1回したことがある」「2～10回」「10～100回」「100回以上」の6件法で回答を求めた。なお、ISSS (2018) によって過量服薬はNSSIに含まれないとされていることから、本研究では「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」の項目への回答を分析対象から除外した。さらに、自傷経験があると回答した者に対しては、1) 初めて自傷を行った年齢、2) 最後に自傷を行った時期、3) 自傷を行う際に身体的な痛みを感じるか、4) 自傷を行う際に1人きりであるか、5) 自傷行為をしたと感じてから実際に自傷を行うまでの経過時間、6) 当時に自傷行為をやめたいと思っていたかについてたずねた。3) 4) 6) の質問項目に対しては、「はい」「ときどき」「いいえ」の3件法で回答を求め、5) の質問項目に対しては「1時間未満」から「1日以上」までの6件法で回答を求めた。

section 2 では、自傷行為の機能に関し、各項目の内容（例：自傷行為をしているとき私は、自分を落ち着かせている）に対して、自身の自傷行為の体験とどの程度関連があるかについてたずねた。回答は「0. 全

く関係ない」「1. いくらか関係ある」「2. とても関係ある」の3件法で求めた。

医療機関の受診経験 自傷行為者のうち医療機関を受診した経験のあるサブグループの割合を検討することを目的として、自傷行為に関連した精神科・心療内科の受診経験の有無を測定するために使用した。「自傷行為に関連して、精神科または心療内科の病院やクリニックなどを受診したことがありますか」の質問項目に対し、「継続的に受診したことがある」「1度だけ受診したことがある」「受診したことがない」から回答を求めた。

自殺に関する項目 自殺念慮および自殺企図の経験を測定するために使用した。Youth Risk Behaviors Survey (Kann, 2001) において用いられている内容をもとに質問項目を作成した。「今までに、本気で自殺することを考えたことがありますか」「今までに、実際に自殺を試みたことがありますか」の質問項目に対し、「はい」「いいえ」で回答を求めた。

Hospital Anxiety and Depression scale 日本語版 (HAD: 東他, 1996) 最近1週間における不安および抑うつを測定するために使用した。各7項目の合計14項目から構成されており、各項目に対してそれぞれ4件法で回答を求めた。得点が高いほど不安・抑うつが高いことを表す。

ボーダーラインスケール (BSI: 町沢・佐藤, 1990) BPDに特徴的にみられる自己認知の傾向を測定するために使用した。本研究では、全50項目のうち、特にBPDと強い関連性を持つことが示されている17項目を用いた。各項目に対して、「はい」「いいえ」の2件法で回答を求めた。得点が高いほどBPD傾向が高いことを表す。

データ解析

まず、日本語版 ISAS section 2 の因子的妥当性を検討するために、共分散構造分析による確認的因子分析および探索的因子分析を実施した。その後、日本語版 ISAS section 2 の収束的妥当性の検討を行うために、BSI との相関分析を実施した。信頼性の検討に対しては、 α 係数の算出による内的整合性の検討と、級内相関係数の算出による再検査信頼性の検討を行った。続いて、NSSI の機能に基づいた状態像の分類を行うために、日本語版 ISAS section 2 の因子得点の z 得点を用いて Ward 法によるクラスター分析を実施した。なお、クラスター数の決定に際しては、Upper Tail 法 (Mojena, 1977) による解析を用いた。最後に、クラスターごとの臨床的特徴を検討するために、クラスターと各種変数によるクロス集計表を作成し、 χ^2 検定および残差分析を実施した。

なお、共分散構造分析による確認的因子分析は SPSS Amos (ver. 26) , 探索的因子分析は統計解析ソフト HAD (ver. 16.0) (清水, 2016) , Upper Tail 法による解析は R studio (ver. 1.1.463) , それ以外の統計解析は SPSS Statistics (ver. 25) を用いて実施した。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された (承認番号 : 2018-289) 。

結 果

日本語版 ISAS の信頼性、妥当性の検討

まず、作成した日本語版 ISAS の section 2 における尺度の因子的妥当

性の検討を行った。いずれかの自傷行為の経験が複数回あると回答した者 267 名の回答を用いて、section 2 の尺度が原版と同様の 13 の下位因子によって構成されるかを検討するために確認的因子分析を行った。なお、以降すべての確認的因子分析における係数の推定方法には最尤法を適用した。また、モデル適合度の判断には Hu & Bentler (1999) による基準¹⁾を適用し、複数の指標において基準を満たす値が得られた場合にモデルの適合度は許容範囲であるとした。確認的因子分析の結果、すべての項目において.40 以上の因子負荷量が得られ、日本語版 ISAS は原版と同様の 13 の下位因子に収束することが示された (Table 3-3)。モデル適合度は複数の指標で基準を満たし、許容範囲内の値を示した (CFI = .89, TLI = .87, RMSEA = .06, SRMR = .05)。さらに、下位尺度ごとに Cronbach の α 係数を算出したところ、「刺激希求」において $\alpha = .66$ とやや低い値となったものの、その他の下位尺度では $\alpha = .72-.85$ となり、概ね良好な内的整合性が示された。

続いて、13 の下位因子が原版と同様の個人内機能と対人間機能の 2 つの 2 次因子によって構成されるかを検討するために、原版と同様の因子構造モデルを想定し 13 の下位尺度得点を用いた確認的因子分析を行った。その結果、因子負荷量の収束はみられたものの、モデルの適合度は不十分であった (Table 3-4)。そこで、13 の下位尺度得点を用いて探索的因子分析を実施した。因子数の決定に関し、平行分析 (O'Connor, 2000) では 2 因子、MAP (Velicer, 1976) では 3 因子構造が支持されたことから、因子数を 2 または 3 としてそれぞれ探索的因子分析を実施した。その結果、双方ともに因子負荷量の収束が認められたことから、確認的因子分析を実施し、モデル適合度の比較を行った。原版と同様の因子構造を想定した場合 (Model 1) と比べて、因子数を 2 とした場合 (Model 2)

Table 3-3

日本語版Inventory of Statements About Self-injury (section 2) の下位因子構造

下位因子名	番号	項目	因子 負荷量											
F 1: 感情調節 ($\alpha = .74$)	27	不安, 不満, 怒りや, その他の飲み込まれてしまいそうな感情を軽くしている	.77											
	14	自分の中に溜まった感情的なプレッシャーを発散している	.73											
	1	自分を落ち着かせている	.51											
F 2: 対人境界 ($\alpha = .82$)	28	自分と他者との間に壁をつくりあげている	.88											
	2	自分と他者との間に境界を作っている	.77											
	15	自分は他の人たちとは異なることを示している	.70											
F 3: 自罰 ($\alpha = .75$)	29	自分の不幸さや自分への嫌気などの感情に対処している	.82											
	16	自分の価値のなさやバカさに対する怒りを表している	.70											
	3	自分を罰している	.60											
F 4: セルフケア ($\alpha = .75$)	4	(傷を手当てすることで) 自分を気にかけて, 手当てしてあげる手段を作っている	.67											
	17	感情的な苦痛よりも, 気にかけて, 手当てしやすい身体の傷を作っている	.63											
	30	傷の手当てに集中することで, 満足感を得ている	.59											
F 5: 感覚回復 ($\alpha = .81$)	31	自分が実在しているのかわからなくなったとき, 自分がまだ生きていることを確かめている	.70											
	18	たとえ身体的な痛みであっても, (無感覚ではなく) 何かしらの感覚を得ようとしている	.69											
	5	感覚がない状態をとめるために痛みを引き起こしている	.61											
F 6: 自殺回避 ($\alpha = .85$)	32	自殺への衝動にストップをかけている	.84											
	6	自殺への衝動を避けている	.81											
	19	実際に自殺を試みることなく, 自殺への考えに対処している	.72											
F 7: 刺激希求 ($\alpha = .66$)	33	例えばスカイダイビングやその他の過激な活動をするのと同じように, 自分の限界を押し広げている	.76											
	20	極端なことをして自分や他の人を楽しませている	.62											
	7	興奮や高揚感を得るために何かをしている	.47											
F 8: つながり ($\alpha = .72$)	34	友人や大切な人との友情や強いつながりの印をつくっている	.78											
	8	仲間との関係を深めている	.75											
	21	周囲にあわせている	.56											
F 9: 対人操作 ($\alpha = .82$)	9	自分の感情的な痛みを他の人に知らせている	.81											
	22	周りの人からのケアや, 助けを探し求めている	.76											
	35	大切な人が自分から離れて行ったり, 自分を見捨てたりしないようにしている	.69											
F 10: 強さの証明 ($\alpha = .77$)	36	自分が身体的な痛みを耐えられることを証明している	.83											
	23	自分が頑丈で, 強いことを示している	.78											
	10	自分が痛みを耐えられるか試してみている	.67											
F 11: 苦痛の具体化 ($\alpha = .80$)	37	自分が体験している苦痛を形に表している	.76											
	11	自分がひどい状態であることの印を作っている	.75											
	24	感情的な痛みが本物であることを自分に証明している	.67											
F 12: 復讐 ($\alpha = .82$)	12	誰かへ仕返しをしている	.92											
	25	他者に対して復讐している	.90											
	38	身近なある人のことを傷つけようとしている	.57											
F 13: 自律性の確保 ($\alpha = .74$)	39	自分は自律していること, 独立しているということを確認している	.74											
	26	自分は他人の助けに頼る必要がないことを示している	.72											
	13	自分で自分のことはできることを示している	.61											
	因子間相関	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13
	F 2	.34												
	F 3	.91	.42											
	F 4	.39	.49	.38										
	F 5	.51	.64	.58	.60									
	F 6	.45	.42	.47	.42	.54								
	F 7	.36	.64	.36	.46	.75	.42							
	F 8	.12	.55	.12	.49	.37	.27	.64						
	F 9	.35	.50	.45	.71	.36	.39	.47	.38					
	F 10	.26	.48	.31	.46	.83	.41	.83	.52	.32				
	F 11	.66	.58	.72	.62	.72	.55	.55	.29	.78	.59			
	F 12	.23	.43	.34	.46	.42	.38	.45	.26	.72	.40	.64		
	F 13	.32	.58	.34	.45	.71	.40	.82	.70	.40	.83	.50	.35	

Table 3-4
 日本語版Inventory of Statements About Self-injury (section 2) の各 2 次因子構造モデルにおける適合度

	因子構造			適合度				
	F1	F2	F3	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Model 1	苦痛の具体化, 感覚回復, 自罰, 自殺回避, 感情調節	強さの証明, 自律性の確保, 対人境界, 刺激希求, 対人操作, セルフケア, 復讐, つながり	—	.88	.84	.11	.07	309.13
Model 2	苦痛の具体化, 対人操作, 復讐, 自罰, セルフケア, 自殺回避, 感情調節	感覚回復, 強さの証明, 自律性の確保, 刺激希求, 対人境界, つながり	—	.92	.90	.09	.06	238.13
Model 3	感覚回復, 強さの証明, 自律性の確保, 刺激希求, 対人境界, つながり	苦痛の具体化, 自殺回避, 自罰, 感情調節	対人操作, 復讐, セルフケア	.94	.92	.08	.05	215.07

および因子数を 3 とした場合 (Model 3) の両方でモデル適合度の上昇が認められたが、モデルの相対的な適合度を示す AIC において、Model 3 がより良好な値を示したことから、本研究では 3 因子構造を採用した (Table 3-5)。

各因子に含まれる項目群の解釈に際し、第 1 因子は、自分自身をコントロールできていることを確かめる機能である「自律性の確保」、他者との間に境界線を引き自己を保証しようとする機能である「対人境界」といった、自己同一性を保つことを示すと考えられる機能から構成されていたことから、「自己保全」と命名した。第 2 因子は、自身の心理的苦痛を目に見える形に具体化することで対処する機能である「苦痛の具体化」や、自身を罰することによる心理的苦痛への対処である「自罰」といった、さまざまな心理的苦痛への対処を示す機能から構成されていたことから、「苦痛対処」と命名した。第 3 因子は、自身の苦痛を他者に知らせめたり、他者が自分のことを見捨てないようにするなどの他者をコントロールしようとする機能である「対人操作」や、他者への仕返しや他者を攻撃しようとする機能である「復讐」といった、他者に対する不満などの要求を表出しようとする機能から構成されたことから、「対人要求」と命名した。

続いて、尺度の信頼性の検討を行った。2 次因子ごとに α 係数を算出したところ、 $\alpha = .76-.85$ となり、いずれも概ね良好な内的整合性を示した。また、およそ 3 週間の期間をあけた再検査に参加した調査協力者のうち自傷経験があると回答した 90 名を分析対象に級内相関係数を算出したところ、 $ICC = .79-.84$ となり、すべての 2 次因子で良好な再検査信頼性を示した。

最後に、BSI 得点を用いて収束的妥当性の検討を行った。各 2 次因子

Table 3-5
日本語版Inventory of Statements About Self-injury
(section 2) の2次因子構造

	F1	F2	F3
F1: 自己保全 ($\alpha = .85$)			
感覚回復	.76		
強さの証明	.75		
自律性の確保	.74		
刺激希求	.70		
対人境界	.67		
つながり	.61		
F2: 苦痛対処 ($\alpha = .79$)			
苦痛の具体化		.96	
自殺回避		.67	
自罰		.57	
感情調節		.52	
F3: 対人要求 ($\alpha = .76$)			
対人操作			.80
復讐			.77
セルフケア			.67
因子間相関			
	F2	.54	
	F3	.54	.55

得点と BSI 得点の相関係数を算出した結果、 $r = .16-.33$ ($p < .05$) となり、すべての因子で中程度以下の有意な正の相関が認められた。したがって、原版と同程度の数値が確認され収束的妥当性の検証における仮説は支持されたことから、本尺度の妥当性が確認されたと判断した。

自傷行為の機能に基づくクラスターの生成

自傷行為の機能に基づいた自傷行為者の分類を行うために、日本語版 ISAS section 2 の 2 次因子得点を標準化し、 z 得点を用いて Ward 法によるクラスター分析を実施した。クラスター数の決定においては、Ward 法によるクラスター分析に対して Upper Tail 法 (Mojena, 1977) を組み合わせることの有用性が示されている (志津・松田, 2011)。Upper Tail 法による検討の結果、3～5 クラスター構造が示唆され、各クラスターに分類された人数の割合およびクラスターの解釈可能性から、4 クラスター構造を採用することが適当であると判断した。

分類結果に基づく各クラスターの特徴として (Figure 3-2)、第 1 クラスターは、いずれの因子得点もほぼみられず、日本語版 ISAS で測定可能である意識的な機能によってではなく、習癖化した行動にみられるような一種の自動化された行為として持続していると考えられたため、「習癖異常群」²⁾と命名した。第 2 クラスターは、苦痛対処機能の得点のみが中程度みられる群であったことから、「苦痛対処群」と命名した。第 3 クラスターは、高い苦痛対処機能の得点に加え、自己保全機能の得点のみがみられたことから、「自己保全重複群」と命名した。第 4 クラスターでは、第 3 クラスターと同様の高い苦痛対処および自己保全機能の得点に加えて、高い対人要求機能の得点特徴的にみられたため、「対人要求重複群」と命名した。

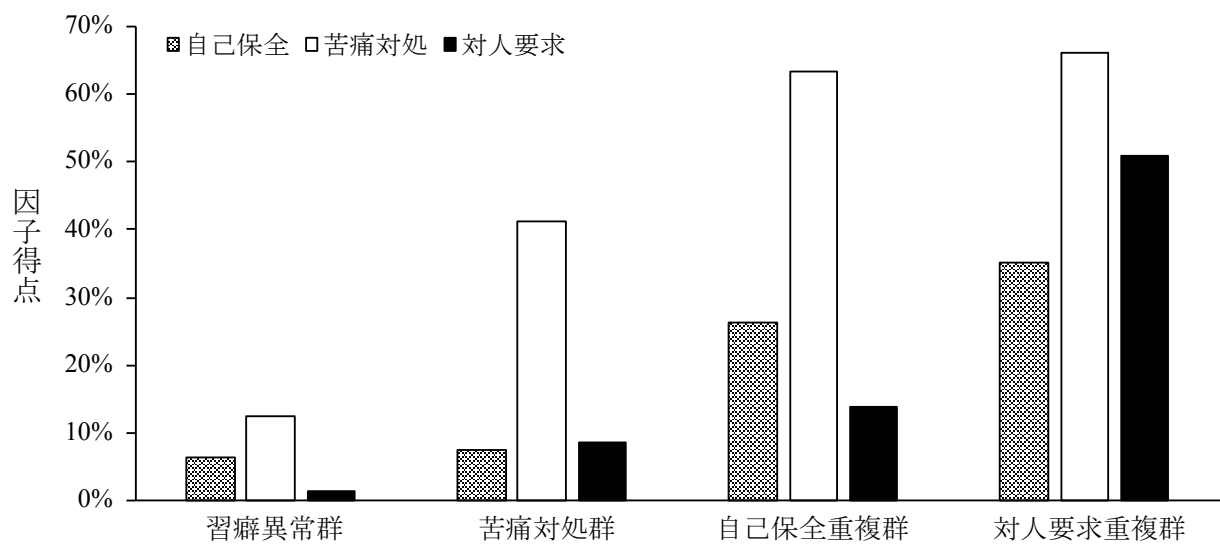


Figure 3-2. 各クラスターにおける日本語版ISAS section 2 の2次因子得点。
 (縦軸は各因子得点の最大値に対する平均値得点の割合。)

非自傷経験者を含めた調査対象者全体における性別ごとの各クラスターの出現率の差を χ^2 検定および残差分析によって検討したところ、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群でいずれも女性において有意に高い出現率が認められた。なお、分母を自傷経験者のみとした場合にはいずれのクラスターにおいても出現率に性差は認められず、性別に関わらず自傷行為者の中には一定の割合でそれぞれの状態像が存在することが示された ($\chi^2(3) = 4.63, n.s.$)。

群ごとの特徴の検討

続いて、NSSI の機能に基づいて分類された各群の臨床的特徴を明らかにすることを目的として、群ごとの顕在化する NSSI の方法、医療機関の受診の有無、自殺リスク、不安および抑うつの特徴について検討した。

まず、日本語版 ISAS section 1 に対する回答を用いて、群ごとの自傷行為の方法について検討した。各方法による自傷行為について「2～10回」以上したことがあると回答した者の数を群ごとに算出し、その出現率の差を χ^2 検定によって検討した (Table 3-6)。その結果、切る、かきむしる、噛む、叩く・打つ、傷口が治るのを妨げる (治癒妨害)、つねるの出現率に対して、群による有意差が認められた ($\chi^2(3) = 7.98-28.02, p < .05$)。また、火傷の出現率の群間差は有意傾向であった ($\chi^2(3) = 7.76, p < .10$)。残差分析の結果、習癖異常群では切る、かきむしる、噛む、叩く・打つ、つねるなど複数の方法の出現率が有意に低かった。反対に、苦痛対処群では叩く・打つ、つねるが有意傾向であったが比較的高い出現率を示した。自己保全重複群では、切る自傷の出現率が有意に高く、63.4%と4つの群の中で最も高い値を示した。対人要求重複群では切る、叩く・打つ、火傷させるといった複数の方法の出現率が有意に高かった。

Table 3-6
 クラスターごとの各項目における出現率

	非自傷経験者 (n = 325)	自傷経験者				χ^2 test
		習癖異常群 (n = 97)	苦痛対処群 (n = 89)	自己保全重複群 (n = 41)	対人要求重複群 (n = 39)	
性別						
男性 (n = 219)	143 (65.3%)]*	34 (15.5%)	25 (11.4%)]*	8 (3.7%)]*	9 (4.1%)]†	19.19 ***
女性 (n = 367)	179 (48.8%)]*	61 (16.6%)	64 (17.4%)]*	33 (9.0%)]*	30 (8.2%)]†	
自傷方法						
切る		21 (21.6%) (-)***	26 (29.2%)	26 (63.4%) (+)***	20 (51.3%) (+)*	28.02 ***
かきむしる		37 (38.1%) (-)***	51 (57.3%)	24 (58.5%)	22 (56.4%)	9.17 *
噛む		37 (38.1%) (-)**	42 (47.2%)	25 (61.0%) (+)†	23 (59.0%)	8.44 *
叩く・打つ		40 (41.2%) (-)***	59 (66.3%) (+)†	27 (65.9%)	30 (76.9%) (+)***	20.52 ***
火傷		3 (3.1%)	2 (2.2%)	2 (5.0%)	5 (12.8%) (+)***	7.76 †
治癒妨害		67 (69.1%) (+)*	44 (49.4%) (-)**	23 (56.1%)	25 (64.1%)	7.98 *
彫る		10 (10.3%)	8 (9.0%)	7 (17.1%)	5 (12.8%)	2.03
擦り付ける		15 (15.5%)	8 (9.0%)	6 (14.6%)	6 (15.4%)	2.05
つねる		49 (50.5%) (-)***	62 (69.7%) (+)†	28 (68.3%)	27 (69.2%)	9.22 *
刺す		17 (17.5%)	18 (20.2%)	14 (34.1%)	11 (28.2%)	5.55
抜く		54 (55.7%)	38 (42.7%)	24 (58.5%)	24 (61.5%)	5.70
自傷時に痛みを感じるか						
はい		46 (47.4%)	48 (55.2%)	18 (46.2%)	16 (44.4%)	9.76
ときどき		23 (23.7%)	29 (33.3%)	12 (30.8%)	13 (36.1%)	
いいえ		28 (28.9%)	10 (11.5%)	9 (23.1%)	7 (19.4%)	
自傷時に1人きりか						
はい		62 (63.9%) (-)***	68 (78.2%)	33 (84.6%) (+)†	27 (75.0%)	12.56 †
ときどき		18 (18.6%) (+)†	9 (10.3%)	6 (15.4%)	3 (8.3%)	
いいえ		17 (17.5%) (+)†	10 (11.5%)	0 (0.0%) (-)***	6 (16.7%)	
自傷をしたと感じてからの経過時間						
1時間未満		85 (87.6%)	72 (82.8%)	29 (74.4%)	29 (80.6%)	10.38
1~3時間		3 (3.1%)	5 (5.7%)	4 (10.3%)	3 (8.3%)	
3~6時間		0 (0.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
6~12時間		1 (1.0%)	2 (2.3%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	
12~24時間		0 (0.0%)	1 (1.1%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	
1日以上		8 (8.2%)	6 (6.9%)	4 (10.3%)	4 (11.1%)	
自傷をやめたいと思う (思っていた) か						
はい		55 (56.7%) (+)***	33 (37.9%)	18 (46.2%)	11 (30.6%) (-)†	11.41 †
ときどき		14 (14.4%)	18 (20.7%)	9 (23.1%)	7 (19.4%)	
いいえ		28 (28.9%) (-)†	36 (41.4%)	12 (30.8%)	18 (50.0%) (+)*	
受診経験						
なし		93 (95.9%) (+)***	75 (86.2%)	29 (74.4%) (-)**	28 (77.8%) (-)†	22.90 **
1度あり		1 (1.0%) (-)*	6 (6.9%)	1 (2.7%)	4 (11.1%) (+)*	
継続的にあり		3 (3.1%) (-)**	6 (6.9%)	9 (23.1%) (+)***	4 (11.1%)	

† p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001,

Note: (+)は有意に出現率が高いことを示す, (-)は有意に出現率が低いことを示す。

性別ごとの各クラスターの出現率においては、性別無回答者 (n = 5) を除き差の検定を実施した。

NSSI を行う際の状況などに関する項目への回答状況を同様に χ^2 検定によって検討したところ、「自傷を行う際に 1 人きりか」「自傷をやめたいと思うか（やめたいと思っていたか）」の質問項目への回答において、群による差が有意傾向であった ($\chi^2(6) = 11.41-12.56, p < .10$)。残差分析の結果、習癖異常群は自傷時に 1 人きりでない傾向があり、反対に自己保全重複群では自傷が 1 人きりの状況で行われる傾向が特に強いことが示された。また、習癖異常群は自傷をやめたいと思っている者が比較的多かったが、対人要求重複群では自傷をやめたいと思っている者の割合が有意に少なかった。

自傷行為に関連した医療機関の受診経験に対する回答状況を χ^2 検定によって検討したところ、群間での有意な回答の差異が認められた ($\chi^2(6) = 22.90, p < .01$)。残差分析の結果、医療機関の受診に至った者の割合は習癖異常群で最も少なく、自己保全重複群で最も多いことが示された。対人要求重複群では、医療機関の受診をしていないと回答した者の割合は低い傾向がみられたが、継続的な受診ではなく、1 度だけ医療機関を受診したと回答した者の割合が有意に高かった。

続いて、群ごとの自殺念慮および自殺企図の経験率について検討した。4 つの群に加え、自傷経験がないと回答した 325 名を 1 つの群として、5 群間での自殺念慮および自殺企図の経験率を χ^2 検定によって検討した (Table 3-7)。その結果、自殺念慮および自殺企図の両方に対して、群間における出現率の有意な差が認められた ($\chi^2(4) = 61.32-118.16, p < .001$)。残差分析の結果、自殺念慮、自殺企図ともに、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群において有意な出現率の高さが認められた。これら 3 群に対し、自傷経験のない群における出現率を基準としたオッズ比を算出したところ、自己保全重複群と対人要求重複群で特に高

Table 3-7
 クラスターごとの各項目における出現率

	非自傷経験者 (n = 325)	自傷経験者				χ^2 test
		習癖異常群 (n = 97)	苦痛対処群 (n = 89)	自己保全重複群 (n = 41)	対人要求重複群 (n = 39)	
自殺念慮あり	44 (13.5%)	34 (35.1%)	40 (46.0%) ^{***}	27 (69.2%) ^{***}	27 (75.0%) ^{***}	118.16 ^{***}
<i>odds ratio</i>			5.44 ^{***}	14.37 ^{***}	19.16 ^{***}	
自殺企図あり	7 (2.2%)	11 (11.3%)	13 (14.9%) [*]	11 (28.9%) ^{***}	11 (30.6%) ^{***}	61.32 ^{***}
<i>odds ratio</i>			7.98 ^{***}	18.51 ^{***}	19.99 ^{***}	
1年以内自傷行為者		45 (49.5%)	31 (38.3%)	19 (48.7%)	13 (36.1%)	
不安 (重度)	29 (9.1%)	7 (15.6%)	14 (46.7%) ^{***}	11 (61.1%) ^{***}	10 (76.9%) ^{***}	91.76 ^{***}
<i>odds ratio</i>			8.72 ^{***}	15.66 ^{***}	33.22 ^{***}	
抑うつ (重度)	12 (3.8%)	4 (8.9%)	6 (20.0%) ^{***}	3 (16.7%) [†]	4 (30.8%) ^{***}	27.55 ^{***}
<i>odds ratio</i>			6.38 ^{***}	5.10 ^{**}	11.33 ^{***}	

[†] $p < .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$,

Note: 自傷経験者における重度不安者および重度抑うつ者の割合は、1年以内自傷者における人数の値を示す。

い自殺念慮および自殺企図の出現率が認められた ($O.R. = 14.37-19.99, p < .001$)。

最後に、群ごとの不安および抑うつについて検討を行った。本研究では状態像の検討を目的としていることから、自傷行為者の個別性を考慮するために群内の合計得点の平均値ではなく、HADのカットオフ値を用いた。具体的には、明確な臨床上の苦悩を示すとされている11点をカットオフ値とし(東他, 1996)、5群間における重度の不安および抑うつを示す者の出現率の比較を行った。なお分析に際しては、自傷を行っていた時点からの期間の経過に伴い状態が回復している可能性が考えられたため、自傷経験がある者のうち、過去1年以内に自傷を行っていた者のみを分析対象とした。 χ^2 検定の結果、不安および抑うつの方に対して、群間における出現率の有意な差が認められた ($\chi^2(4) = 27.55-91.76, p < .001$)。残差分析の結果、不安、抑うつともに苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群において有意な出現率の高さが認められた。これらの群に対し、自傷経験のない群における出現率を基準としたオッズ比を算出したところ、不安においては苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群の順で特に高い値が認められた ($O.R. = 8.72-33.22, p < .001$)。抑うつにおいては、苦痛対処群および自己保全群と比べて対人要求重複群で特に高い値が認められた ($O.R. = 11.33, p < .001$)。

考 察

日本語版 ISAS の検討

本研究の目的は、NSSIの機能を測定する質問紙尺度である日本語版ISASを開発し、NSSIの機能に基づく自傷行為者の状態像の分類を行い

その臨床的な特徴を明らかにすることであった。

本研究において作成された日本語版 ISAS に関し、section 2 の尺度において、得られたデータから一定の水準の信頼性と妥当性があると判断した。また、原版と同様の 13 の下位因子から構成されることが確認された一方で、2 次因子に関しては、原版とは異なり 3 因子構造が支持された。各 2 次因子に含まれた下位因子を比較すると (Table 3-4)、おおよそ本研究で得られた「苦痛対処」の因子が原版の「個人内機能」に、「対人要求」の因子が「対人間機能」に対応しており、本研究で新たに「自己保全」の因子が得られた形であるといえる。佐野 (2015) によって自傷行為を心理的な「居場所」とする一群の存在が指摘されており、自傷行為が自己保全としての重要な機能を持つことが示唆されている。また、クラスター分析の結果からは、苦痛対処群と自己保全重複群の差異を特徴づける因子として「自己保全」の得点に差がみられており、本邦で見受けられる NSSI を機能の観点から評価する際に重要となる因子であることがうかがえる。

NSSI の機能に基づく状態像の分類結果の検討

続いて、NSSI の機能における重複やその程度を検討するために、日本語版 ISAS section 2 の 2 次因子の尺度得点を用いて NSSI の機能に基づく状態像の分類を行ったところ、4 つのクラスターが得られた。分析の結果から、苦痛対処の機能を基礎とし、これに自己保全および対人要求の機能が順に重なる形でクラスターが形成されることが示された。したがって、NSSI の機能としては苦痛対処が最も基礎的なものとしてみられるという指摘 (Edmondson, Brennan, & House, 2016; Klonsky, 2007) そのものは支持され、これに自己保全および対人要求の機能が重複していく

という理解が可能であると考えられる。このような背景から、NSSIが自己保全や対人要求の機能のみによって維持される状態像が見受けられなかったと推察される。すなわち、他者操作的に行われるNSSIであっても、その背景には自己保全や苦痛対処といった機能によって維持されている側面を併せ持っており、治療場面においてはこれら複数の機能を考慮した代替行動の支援が必要であることがあらためて確認されたといえる。

NSSIの機能に基づいて分類された各状態像の臨床的特徴

続いて、状態像ごとの臨床的特徴について検討した結果、状態像に応じた差異が認められた。

習癖異常群 まず、習癖異常群は、自傷の方法に関し、ほとんどの方法において他のクラスターと比べて出現率が低く、道具を用いない、かさぶたをはがすことや抜毛といった比較的皮膚損傷の程度が軽微な方法が主であり、自殺リスクや精神症状の程度においても非自傷経験者との間に有意な差は認められなかった。Stanford & Jones (2009)は、精神病理学的観点から自傷行為者の分類を試行し、抑うつや不安などの精神症状がみられない一群の存在を報告している。習癖異常群においても顕著な自殺リスクや精神症状が確認されなかったことから、本研究の結果は自傷行為を行っている者の中でも臨床的な危機介入を要する程度が低い者が一定数存在していることを示すものであると考えられる。なお、こうした習癖異常群については、つねる、毛を抜くなどの「身体をいじる動作」が習慣的に癖としてみられる、いわゆる習癖異常³⁾の存在が知られており、先行研究においては、一種の自傷行為として言及される場合もある(三上・松本, 2006)。本研究の結果からも、習癖異常群に分類された自傷行為者は、自傷をやめたいと思っている反面、必ずしも1人

きりでない状況で自傷を行っていることから、自身で制御し難い、習癖としての側面を持つ行為であることがうかがえる。また、本研究によって、こうした習癖異常群の自傷には否定的な気分や認知の緩和、あるいは対人関係の問題の解決などによって維持されるといった特徴が認められないことが明らかとなり、DSM-5におけるNSSIDには含まれない状態像であることが示唆された。したがって、今後はNSSIDの自傷と習癖異常群の自傷とは治療方略を分けて考え、習癖異常群に対してはNSSIにおける治療法をそのまま適用するのではなく、習癖としての特徴を踏まえたうえでその自傷行為を扱っていく必要があるといえる。以上を踏まえ、以後の本稿における研究においては、習癖異常群をNSSIDにおける状態像には含まれないものとして検討を行うことが妥当であると考えられた。

苦痛対処群 続いて、苦痛対処群は、叩く・打つや、つねるといったNSSIが特徴的にみられ、自己保全重複群や対人要求重複群と比べた場合にはその程度は低いものの、一定の自殺リスクおよび精神症状が認められた。叩く・打つなどの道具を用いない自傷はより衝動的に行われる傾向があるとされており（松本，2009）、苦痛対処群は苦痛対処を目的として衝動的に自傷が行われる状態像であると考えられる。この群は、不安や抑うつ、自殺念慮などの明確な心理的苦痛を抱えているものの自己切傷などの痕跡が残りやすい方法を用いることが少ないことから、周囲から発見されサポートを受ける機会を得にくい可能性がある。実際に、医療機関を受診したことがないと回答した者の割合は86.2%と習癖異常群に次いで高い値であった。したがって、さらなる状態の悪化につながる可能性も考えられ、早期に周囲が発見し専門的支援へとつなぐことが重要であると考えられる。

自己保全重複群 自己保全重複群は、切る、刺すといった自己切傷による自傷の出現率が最も高く、より深刻な自殺リスクと顕著な不安症状によって特徴づけられていた。また、継続的な医療機関の受診に至る者が比較的多く、医療場面における主な支援対象となる状態像であると考えられる。この群は、苦痛対処に加えて自己保全の機能によってNSSIが維持されていることから、出血を伴う自己切傷によって自己像の不安定さによる心理的苦痛や不安症状へと対処している可能性がある。また、この群におけるNSSIはもっぱら1人きりの状況下で行われていることから、自己を保つための孤独な対処法としての側面がうかがわれる。したがって、支援に際しては、苦痛対処にみられるような感情調節方略としての代替行動の獲得に加え、当事者が抱える空虚感などの自己像の不安定さを補う必要があると考えられる。

対人要求重複群 さらに、対人要求重複群は、切る、叩く・打つをはじめとする複数のNSSIの経験がみられ、最も高い自殺リスクおよび精神症状が認められた。複数の方法によるNSSIがみられる場合は、自傷による感情調節効果の減弱が生じており、希死念慮が高まりやすいとされていることから（松本，2009）、対人要求重複群はより高い自殺リスクを有しているといえる。またこの群では、不安・抑うつをはじめ重度の精神症状を伴いやすいことや、対人要求の機能を有するにあたって他者にNSSIが露見しやすいことから、医療機関の比較的高い受診率を示したと考えられる。その一方で、当事者はNSSIをやめたいと思っていない者の割合がすべての状態像の中でもっとも多く、受診は1度きりに留まる者が多かった。したがって、医療機関での継続的な支援の実施には困難が生じやすい可能性があり、対人要求重複群に対してはコミュニティにおける支援が中心となるケースが多くなると考えられ、たとえ

ば、学校場面においてはスクールカウンセラーや教職員による支援などを通じて、医療機関への継続的な通院を促進していくことも必要であると考えられる。

以上のように、NSSIの機能に基づく状態像によって自傷の方法や自殺リスクおよび精神症状の程度は異なり、NSSIが同時に多くの機能を有する状態にある者ほど、より深刻な自殺リスクや精神症状を呈すると理解することが可能であると示唆された。したがって、NSSIの機能を苦痛対処、自己保全、対人要求の観点から順に重複やその程度を考慮したアセスメントを行うことによって、自殺リスクの高さをはじめとする状態像の重症度の程度を含めたより詳細な査定を行うことが可能であると考えられる。そして、NSSIの治療および支援に際しては、機能の重複を考慮したアセスメントを行い、より適切な代替行動の選定を行うなどそれぞれの状態像の特徴を踏まえた支援を実施することが、より有効な支援方略となることが考えられる。

第4節 本章のまとめ

本章においては、第2節（研究1）によって、本邦におけるNSSIの具体的な方法として11種類の行動が整理され、本研究におけるNSSIとしての行動が定義された。さらに、第3節（研究2）によって一定の信頼性および妥当性を有する日本語版ISASが開発され、NSSIの機能を測定することが可能となった。最後に、NSSIの機能に基づく状態像の分類を行った結果、習癖異常群、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群の4群に分類されることが明らかとなり、それぞれの状態像におけるNSSIの機能および臨床的特徴に差異を有することが示された。NSSIの

機能による分類に基づいて比較を行った結果、精神症状や自殺リスクの差異に加えて、用いられる NSSI の方法や、NSSI が行われる状況といった NSSI そのものに関する質的な側面にも差異が認められた。したがって、以降はこれらの状態像の差異に応じて検討を進めていくことが有用であると考えられた。

なお、今回抽出された状態像のうち、習癖異常群においては DSM-5 において記載されている NSSI に特徴的とされている機能をいずれも有していなかったことから、特に支援を要する NSSID の状態像には該当しないことが示唆された。したがって、本論文においては、NSSI に特徴的にみられる、苦痛対処、自己保全、対人要求のいずれかの機能を伴う NSSI の履歴を持つ、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群の 3 群のいずれかに該当する者を以降の研究における研究対象者とする事とした。

付 記

本章における研究の一部は JSPS 科研費 19J14619 の助成を受けて実施された。また、研究 1 の内容の一部は、国内査読付き紀要論文集である早稲田大学臨床心理学研究（飯島・桂川，2019；第 19 巻，pp119-127）において公表されている。研究 2 の内容は、国内学術雑誌である *Journal of Health Psychology Research*（飯島・上村・桂川・嶋田，2020；第 33 巻，論文 ID：200511141）において公表されている。

なお、研究 2 において開発された日本語版 ISAS は付録 1 として添付している。

- 1) Hu & Bentler (1999) は、共分散構造分析における良好なモデル適合度の基準として以下の値を示している。CFI \geq .95, TLI \geq .95, RMSEA \leq .06, SRMR \leq .08
- 2) 研究 2 の内容が公表されている Journal of Health Psychology Research 誌上では、本研究における「習癖異常群」を「習癖群」と表現しているが、当該の群に分類された者はかさぶたをむく、毛を抜くなどの身体をいじる動作を習癖的に行っている者であり、「習癖異常群」と命名した方が表現上より適切であると考えられたため、本稿においては上記のように命名を変更した。
- 3) かつては、「習慣的に身体をいじる動作」を総称して「神経症性習癖」と呼ばれていたが、このような行動の発生機序を「神経症性」のみではすべてを説明できないと考えられるようになったことから、近年では習慣的に身体各部をいじる行為を総括する用語として「習癖異常」が使用されるようになっている（飯田，2006）。したがって、本研究においても上記のような行動を示す用語として、「習癖異常」を使用することとした。

第 4 章

非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の 構成要素の検討と測定指標の開発

第 1 節 本章の目的

本章では、NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性を検討するに先立ち、NSSI に対する認知的評価の構成要素を明らかにし、その測定指標の開発を行うことを目的とする。まず、NSSI に対する認知的評価は、Hasking et al. (2017) や Dawkins et al. (2018) によって、NSSI を行うことによる効果の評価や NSSI をしないでいられる効力感などが部分的に検討されてはいるが、これらの内容は自殺関連行動に関する知見をもとに仮説的に導き出されたものを含んでおり、NSSI に対する認知的評価の構成要素の全容は明らかにされていない。そこで、NSSI の選択・実行に関連し、NSSI からの回復に関与する NSSI に対する認知的評価の構成要素をボトムアップに抽出することを目的として、NSSI の経験を持つ者を対象としたインタビュー調査を行うこととした（研究 3）。

さらに、続く研究において、状態像の差異に応じた、NSSI に対する認知的評価と NSSI の実行・回復との関連性を検討するにあたって、NSSI の認知的評価の測定指標が必要となることから、研究 3 によって抽出された NSSI に対する認知的評価の構成要素をもとに、その測定指標の開発を行うこととした（研究 4）。

したがって、本章では、NSSI に対する認知的評価の構成要素を明らかにし、その測定指標を開発することを目的とした。

第 2 節 非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の構成要素の検討 (研究 3)

目 的

NSSI に対する認知的評価に関する検討は、これまで経験的に知られてきた部分的な要素のみに留まっていることから、研究 3 ではインタビュー調査および質的な分析手法を用いることでボトムアップに概念の生成を行い、NSSI に対する認知的評価における構成要素の全体像を明らかにすることを目的とした。

方 法

調査対象者

本研究では、自傷行為の選択に関連する自傷行為に対する認知的評価を検討する目的から、ストレスフルな状況において自傷行為を選択することおよび選択しないことの両方の経験を持つと考えられる、過去に反復的な NSSI の経験を持ち、現在は NSSI を行っていない者を調査対象者とした。なお、自傷行為は思春期・青年期に特に多くみられ、また自傷者の多くが医療機関を受診しておらずコミュニティサンプルでの調査の重要性が指摘されていることから（たとえば、Hawton et al., 2009）、本研究でも思春期・青年期のコミュニティサンプルにおける自傷経験者を調査対象者とした。インタビューでは自身の自傷経験を振り返り言語化することが求められたため、回答への抵抗感と経験の言語化能力を考慮し、調査対象者は過去 1 年間に NSSI を行っていない 25 歳未満の大学生

または大学院生とした。その後、NSSIを選択しないことに関連するNSSIに対する評価をさらに検討するために、自傷経験がない者に対してもインタビュー調査を実施した。なお、研究2の結果から、NSSIに自覚的な機能をほぼ伴わない習癖異常群に分類される者はNSSIDにおける状態像に含まれないことが示唆されていたことから、本研究においては苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに分類される者を調査対象とした。

募集案内の掲示・配布による研究参加者の募集を行い、NSSIの経験を持つ大学生および大学院生12名に対してインタビュー調査を実施した（男性2名、女性10名、平均年齢 20.33 ± 1.61 歳）。研究参加者の経験したNSSIの方法は重複を含め、切る自傷が8名、叩く・打ち付けるが6名、つねる、毛を抜くがそれぞれ2名ずつ、皮膚を削る、ひどくかきむしるがそれぞれ1名ずつであった。自傷経験を持たない者については、大学院生2名（男性1名、女性1名、平均年齢 23.00 ± 0.00 歳）に対してインタビュー調査を実施し、分析対象とした。なお、本調査において分析対象となった参加者は、研究2における質問紙調査の参加者でもあり、研究2におけるクラスター分析の結果から、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに分類されることが確認されていた。最終的な分析対象者には、各群4名ずつが含まれていた。

調査内容

1回60分程度の半構造化面接を実施した。インタビューでは、自傷経験者に対して、1)自傷を行っていなかった時期、2)自傷を頻回に行っていた時期、3)自傷を行わなくなっていた時期、4)現在、の各時期における、NSSIに対する認知的評価についてたずねた。なお、NSSI

に対する認知的評価を「自傷行為を行った結果や、自身が自傷行為を行うことに対する評価や考え」と定義し、説明を行ったうえでインタビューを実施した。非自傷経験者には、同様の内容について、自身が自傷行為をしない理由とあわせてたずねた。

分析方法

インタビューデータの分析は、木下（2003）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）に基づき行った。M-GTAではデータの切片化を行わず、分析ワークシートを用いて概念生成を行う。そのため、分析段階で半強制的に生じる概念水準の固定化が生じにくく、概念の水準のばらつきを考慮し、概念間の包含関係をデータのコンテクストを排除することなく検討することができる。本研究では自傷行為に対する評価の構成要素を明らかにすることを目的としていることから、概念の水準や包含関係についても分析手法に強制されずに検討することが可能なM-GTAを分析方法として採用した。

M-GTAではデータの収集と分析を並行して進めることを推奨しており、データの収集後、逐次データを追加して分析を行った。苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群各3名ずつの、合計9名分のインタビューデータの分析を実施した時点で新たな概念が生成されず、自傷経験者におけるNSSIに対する認知的評価に関して一定の理論的飽和に至ったと推測された。続いて、各群1名ずつ3名分のデータを追加し、新たな概念が生成されないことを確認した。最後に、今回得られた概念が非自傷経験者にみられる自傷行為に対する認知的評価を含むことができるかを検証する目的から、非自傷経験者2名に対してもインタビュー調査を実施し、新たな概念が生成されないことをもって思春期・青年期

のコミュニティサンプルにおける NSSI に対する認知的評価の概念生成は理論的飽和に至ったと判断された。

倫理的配慮

本調査は、調査への参加は任意であること、答えたくない内容には回答しなくて良いこと、いつでも調査を中断できることなどを事前に十分に説明し、研究参加への同意が得られた研究参加者に対して、プライバシーに配慮された面接室等において実施された。なお本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された（承認番号：2018-290）。

結 果

M-GTA による分析の結果、NSSI に対する認知的評価の構成要素として、11 の概念と 4 つのカテゴリーが生成された（Table 4-1）。まず、自傷をすることでストレスが発散できる、気持ちが落ち着く、誰かが心配してくれるなどの【有用性】、自傷をしていると優越感を感じるといった【肯定的印象】、自傷によって効果は得られるがその効果は一時的でしかない、結局は問題の根本的な解決にはならないといった【効果の限界】の概念が得られた。これらは、いずれも自傷をすることでどのような利益が得られるのか、あるいはその利益にはどのような限界点があるのかという、自傷の利益に関する評価であると考えられたため、〈自傷による利益〉とカテゴリー名を与えた。続いて、自傷をすれば信用を失うなどの【社会性の損失】、自傷の傷を見られることで親や先生に怒られる、周囲が声をかけてきて鬱陶しいなどの【面倒事】、自傷は怖い、

Table 4-1

非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の構成要素

〈カテゴリー〉	【概念】	具体例
〈自傷による利益〉	【有用性】	ストレスの発散になる 気持ちが落ち着く 誰かが心配してくれる
	【肯定的印象】	傷があるとかっこいい 優越感を感じる
	【効果の限界】	効果は一時的でしかない 結局は問題の解決にならない
〈自傷によるコスト〉	【社会性の損失】	信用を失う 周囲にひかれる かまってほしいのだと思われる
	【面倒事】	大人に怒られる 周囲に声をかけられてうっとうしい さらに大きな問題につながる
	【抵抗感】	怖い 道徳に反している 人や物にあたるよりまし
	【他者への配慮】	心配をかけてしまう 心配してくれる人に申し訳ない
	【否定的印象】	子どもっぽい 自分が成長できていないことになる
	【自傷しない利益】	人目を気にしなくて良い 自分の問題にきちんと向き合える
〈自傷しないコスト〉	【自傷への固執】	自分にとって必要なもの しなくても大丈夫なもの
	【代替対処効力感】	他の方法で対処できる もっと良い方法を知っている

親にもらった体を傷つけることは道徳に反しているといった【抵抗感】，心配してくれる人に申し訳ないなどの【他者への配慮】，自傷をしていることは子どもっぽいといった【否定的印象】の概念が得られた。これらはいずれも，自傷をすることで支払うコストに対する評価であると考えられたため，〈自傷によるコスト〉とカテゴリー名を与えた。さらに，自傷をしないでいるとコンプレックスを感じなくて済む，自分が抱えている問題ときちんと向き合えるなどの，自傷をしないことで得られる利益である【自傷しない利益】の概念が得られた。この概念は，〈自傷による利益〉，〈自傷によるコスト〉と同水準に位置するものであると考えられたため，単一概念ではあったが，〈自傷しない利益〉としてカテゴリー化を行った。最後に，自傷は自分にとって必要不可欠なものだったといった【自傷への固執】，今は他の方法で対処できているといった【代替対処効力感】の概念が得られた。これらはいずれも，自傷をしないとストレスフルな状況に対処できないといった，自傷をしないことに対するコストの程度を表すものであると考えられたため，他のカテゴリー名を踏まえて〈自傷しないコスト〉と命名した。

考 察

本研究の結果より，〈自傷による利益〉や〈自傷によるコスト〉といったカテゴリーが得られ，従来の研究でも扱われてきた自傷行為によって生じる結果に対する予測に関する概念が得られた。また，【代替対処効力感】の概念は，先行研究によって扱われてきた「自傷をしないことに対する効力感」を含むものであると考えられることから，本研究の結果から，従来の研究で扱われてきたNSSIに対する認知的評価の概念

を含んだうえで、より詳細な概念を得ることができたといえる。また、対処行動の選択に影響を及ぼす認知的要因として対処行動の実行に伴う利益とコストの認知が指摘されていることから（Kaiser & Miller, 2004）、自傷行為の実行に伴う利益とコストの認知をカテゴリーに含んだ本研究結果は、自傷行為に対する認知的評価の構成要素として十分な概念を抽出することができたと考えられる。

第 3 節 非自殺的な自傷行為に対する認知的評価の測定指標の開発 （研究 4）

目 的

NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性を検討するに先立ち、NSSI に対する認知的評価の測定指標の開発が必要であるため、本研究においては、研究 3 で得られた NSSI の選択および実行に影響する NSSI に対する認知的評価の概念をもとに項目原案を作成し、NSSI に対する認知的評価の測定指標として「自傷行為に対する認知的評価尺度（Appraisal of Self-Injury Scale; 以下、ASIS とする）」を開発することを目的とした。

方 法

調査対象者

首都圏の 3 校の大学または 1 校の専門学校に通う、大学院生を含む大

学生または専門学校生を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。自由意思による回答に応じ、回答に不備のなかった有効回答者 376 名を分析対象とした（男性 196 名，女性 173 名，性別無回答 7 名，平均年齢 20.15 ± 1.88 歳）。

測 度

日本語版 ISAS section 1 研究 2 において翻訳された日本語版 ISAS の section 1 を用いて、NSSI の経験をたずねた。本尺度では、自傷行為の方法として「切る」「ひどくかきむしる」「噛む」「自分を叩く、打ち付ける」「火傷させる」「傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）」「彫る、削る」「ざらざらした表面に肌を擦り付ける」「つねる」「針などで刺す」「髪の毛や体の毛を抜く」「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」が列挙されている。本研究では、これらの具体的な NSSI の方法を示したうえで、「今までに上記のような自傷行為を行ったことがありますか」と NSSI の経験の有無をたずねた。なお、ISSS (2018) によって過量服薬は NSSI に含まれないとされていることから、本研究では「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」の項目への回答を分析対象から除外した。

自傷行為に対する認知的評価尺度 (ASIS) 研究 3 で得られた概念およびその具体例と、インタビューデータをもとに、ASIS の項目原案を作成した (Table 4-2)。項目原案は、公認心理師および臨床心理士の資格を持ち、自傷行為者の臨床支援経験を有する大学院生と大学教員の 2 名で作成し、50 項目が作成された。回答は、「そう思わない」から「そう思う」までの 4 件法で求めた。本尺度得点を合計得点として解釈する際には、得点が高いほど自傷行為に対して肯定的な評価をしていることを

Table 4-2

自傷行為に対する認知的評価尺度の項目原案

【概念】	具体例	番号	項目
【有用性】	ストレスの発散になる	1	自傷行為はストレスの発散になる
		7	自傷行為をするとスッキリする
	気持ちが落ち着く	47	自分を傷つけることは気持ちを落ち着けるのに役立つ
		20	自傷行為は、どうしようもない気持ちに対処するのに役立つ
	誰かが心配してくれる	30	痛みを感じることは自分をコントロールするのに役立つ
		38	自傷行為によって、周囲の人が対応をかえてくれる
		27	自傷行為は困難な状況を切り抜けるのに役立つ
32	自傷行為をすれば、自分の意見を押し通せる		
【肯定的印象】	傷があるとかっこいい	13	体に傷跡があったり、包帯を巻いているとかっこいい
		44	自傷行為をしていると優越感を感じる
	優越感を感じる	41	自分を傷つけることができるのはすごい
【効果の限界】	効果は一時的でしかない	12	自傷行為で得られるものは一時的なものだ
		17	自傷行為による効果は長続きはしない
	結局は問題の解決にならない	23	自傷行為は、結局は問題の解決にならない
		35	自傷行為をしても状況はかわらない
		3	自傷行為をすると、あとで後悔したりむなしさを感じる
【社会性の損失】	信用を失う	4	自傷行為をしていると、信用を失う
	周囲にひかれる	8	自傷行為をしていると、悪い印象を持たれる
		15	自傷行為をしていると、周囲から変に思われる
		21	自傷行為をしていると、周囲からういてしまう
	かまってほしいのだと思われる	28	自傷行為をしていると、人目を引きたいのだと思われてしまう
		33	自傷行為をしていると、かまってほしいのだと思われてしまう
【面倒事】	大人に怒られる	39	自傷行為をすると、親や先生など周囲の人に怒られる
	周囲に声をかけられてうっとうしい さらに大きな問題につながる	43	自傷行為をすると、病院などに連れて行かれる
		48	自傷行為をしていると、周囲から声をかけられてうっとうしい
		10	自傷行為を続けることは、その先の大きな問題につながる
18	自傷行為を続けることで、その先もつと面倒なことになる		
【抵抗感】	怖い	2	自分を傷つけることは恐ろしい、怖いことだ
	道徳に反している	9	自傷行為は痛いからしたくない
		16	自分を傷つけることは良くない
		22	自分を傷つけることは道徳に反している
	人や物にあたるよりまし	29	自傷行為は、自分の体を害するので酒やタバコと同じようなものだ
		34	物や他人にあたるくらいなら、自分を傷つけた方がましだ
【他者への配慮】	心配をかけてしまう	24	自傷行為をすることで、誰かを悲しませてしまう
	心配してくれる人に申し訳ない	45	自傷行為をすることで、周囲に心配や迷惑をかけてしまう
		36	自分を傷つけることは、心配してくれる人に申し訳ない
【否定的印象】	子どもっぽい	40	自傷行為は、子どもっぽいことだ
	自分が成長できていないことになる	25	自傷行為をすることは、自分で問題を解決できないということだ
		49	自傷行為を続けることは、そこから成長できていないことだ
【自傷しない利益】	人目を気にしなくて良い	6	自傷行為をしなれば、友達に堂々と接することができる
		31	自傷行為をしなれば、うしろめたい気持ちやコンプレックスを感じずに過ごせる
		46	自傷行為は、しないほうが過ごしやすい
	自分の問題にきちんと向き合える	11	自傷行為をしないことで、問題と冷静に向き合うことができる
		19	自傷行為をしないことで、他に得られるものがある
【自傷への固執】	自分にとって必要なもの	14	自傷行為は、自分にとって必要なものだ
	しなくても大丈夫なもの	5	自傷行為は、しないでも生きていけるものだ
		26	つらいことや嫌なことがあると、ふと自傷行為のことが思い浮かぶ
【代替対処効力感】	他の方法で対処できる もっと良い方法を知っている	37	つらいことや嫌なことがあっても、自傷行為以外の方法で乗り越えられる
		50	自傷行為以外の方法で、ストレスの発散やリフレッシュができています
		42	自傷行為をしないと、困難な状況や気持ちに対処する方法がない

表すよう、項目得点の逆転処理を行った。各因子の下位尺度得点として解釈する場合には、項目得点の逆転処理は行わず、得点が高いほど各因子の様相がより強いことを表すように得点の処理を行った。

ボーダーラインスケール (BSI: 町沢・佐藤, 1990) BPD に特徴的にみられる自己認知の傾向を測定するために使用した。本研究では、全 50 項目のうち、特に BPD と強い関連性を持つことが示されている 17 項目を用いた。各項目に対して、「はい」「いいえ」の 2 件法で回答を求めた。得点が高いほど BPD 傾向が高いことを表す。

Hospital Anxiety and Depression scale 日本語版 (HAD: 東他, 1996) 最近 1 週間における不安および抑うつを測定するために使用した。各 7 項目の合計 14 項目から構成されており、各項目に対してそれぞれ 4 件法で回答を求めた。得点が高いほど不安・抑うつが高いことを表す。

収束的妥当性に関する仮説

ASIS の収束的妥当性を検討するために、以下の仮説を立てた。NSSI の経験を持つ者は、経験がない者と比べて NSSI に対してより肯定的な評価を有している (仮説 1)。BPD 患者において自傷行為がみられることが多い、自傷行為は BPD の診断基準の 1 つにも含まれていることから (APA, 2013 高橋・大野監訳 2014)、BPD 傾向と NSSI に対する肯定的な評価は中程度の正の相関を持つ (仮説 2)。NSSI は当事者の心理的苦痛への対処として行われることが多いことから (Taylor et al., 2018)、NSSI への肯定的な評価と抑うつ・不安状態は中程度以上の正の相関を持つ (仮説 3)。

データ解析

ASIS の開発にあたっては、まず、項目分析として G-P 分析および I-T 相関分析を実施した。続いて、探索的因子分析を実施し、結果の収束がみられた段階で共分散構造分析による確認的因子分析を実施した。また、NSSI の経験の有無による因子構造の配置不変性および因子負荷量の等値性を検討するために、最尤法を用いた共分散構造分析による多母集団同時分析を実施した。信頼性の検討に対しては、 α 係数の算出による内的整合性の検討および、級内相関係数の算出による再検査信頼性の検討を実施した。また、項目反応理論による尺度の測定精度の検討を実施した。収束的妥当性の検討には、ASIS の尺度得点と、BSI 得点および HAD 得点との間における相関分析を実施した。最後に、ASIS における尺度得点の特徴を検討するために、ASIS の尺度得点を従属変数、NSSI の経験の有無および性別を独立変数とした 2 要因分散分析を実施した。

なお、探索的因子分析は統計解析ソフト HAD(ver. 16.0)(清水, 2016)、共分散構造分析は SPSS Amos (ver. 26)、その他の統計解析は SPSS Statistics (ver. 25) を用いて実施した。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された（承認番号：2018-290）。

結 果

項目分析

ASIS の項目原案 50 項目に対して G-P 分析と I-T 相関分析を行った。

G-P 分析では、50 項目の合計得点によって調査対象者を上位 25%群と下位 25%群に分割し、各項目得点における平均値の群間差の検討を行った。 t 検定の結果、4 つの項目（項目 29, 38, 41, 48）において有意な群間差が認められなかった。また、I-T 相関分析の結果、G-P 分析時と同様の 4 項目において、合計得点に対して有意な正の相関が認められなかったため、該当項目を削除した。

因子分析

残った 46 項目を用いて、最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子数の決定においては、対角 SMC 平行分析と MAP による挟み込み法を用いた（堀，2005）。その結果、対角 SMC 平行分析では 12 因子、MAP では 4 因子が示された。まず、因子数を 4 に指定したうえで、いずれの因子に対しても負荷量が .40 未満であること、または、複数の因子に対して .40 以上の負荷量を示すことを基準に項目の削除を行い、反復的に分析を行ったところ、共通性が 1.00 を超えた項目が発生し不適解となった。そこで因子数を 5 に指定したうえで同様に分析を行ったところ結果が収束し、最終的に 5 因子 19 項目が抽出された（Table 4-3）。

第 1 因子は、「自分を傷つけることは、心配してくれる人に申し訳ない」といった、他者に対する配慮を表す項目から構成されたため、「他者への配慮」と命名した。第 2 因子は、「自傷行為をしないと、困難な状況や気持ちに対処する方法がない」といった、自傷行為に対する固執を表す項目から構成されたため、「自傷への固執」と命名した。第 3 因子は、「自傷行為による効果は長続きはしない」といった、自傷行為によって得られる効果の限界に対する評価を表す項目から構成されたため、

Table 4-3
自傷行為に対する認知的評価尺度の因子構造

項 目	因 子					
	F1	F2	F3	F4	F5	
F1 : 他者への配慮 ($\alpha = .79$)						
36 自分を傷つけることは、心配してくれる人に申し訳ない	.81	.04	-.02	-.07	-.10	
24 自傷行為をすることで、誰かを悲しませてしまう	.78	.00	.04	.08	.00	
22 自分を傷つけることは道徳に反している	.66	.03	-.08	-.08	.09	
45 自傷行為をすることで、周囲に心配や迷惑をかけてしまう	.61	-.09	.00	.12	.00	
F2 : 自傷への固執 ($\alpha = .75$)						
26 つらいことや嫌なことがあると、ふと自傷行為のことが思い浮かぶ	.07	.90	.10	-.07	-.06	
42 自傷行為をしないと、困難な状況や気持ちに対処する方法がない	.01	.61	-.17	.06	.11	
14 自傷行為は、自分にとって必要なものだ	-.02	.54	-.06	.11	.06	
34 物や他人にあたるくらいなら、自分を傷つけた方がましだ	-.04	.49	.14	.15	-.03	
37 つらいことや嫌なことがあっても、自傷行為以外の方法で乗り越えられる (R)	-.25	.41	-.03	-.10	.00	
F3 : 効果の限界 ($\alpha = .77$)						
17 自傷行為による効果は長続きはしない	-.05	.03	.83	.00	-.04	
12 自傷行為で得られるものは一時的なものだ	-.01	.03	.67	.08	-.02	
18 自傷行為を続けることで、その先もっと面倒なことになる	.03	-.11	.48	-.05	.27	
23 自傷行為は、結局は問題の解決にならない	.25	.03	.40	-.13	.03	
F4 : 自傷の有用性 ($\alpha = .83$)						
7 自傷行為をするとスッキリする	.05	-.03	-.02	.92	.01	
1 自傷行為はストレスの発散になる	.01	.07	.03	.77	.01	
20 自傷行為は、どうしようもない気持ちに対処するのに役立つ	-.03	.21	.05	.55	-.03	
F5 : 他者評価懸念 ($\alpha = .76$)						
15 自傷行為をしていると、周囲から変に思われる	-.01	.02	-.10	-.04	.94	
8 自傷行為をしていると、悪い印象を持たれる	-.07	.01	.10	.07	.74	
21 自傷行為をしていると、周囲からういてしまう	.26	.02	.01	-.03	.43	
	負荷量の平方和	4.37	3.83	3.73	3.67	3.25
	因子間相関					
	F2	-.46				
	F3	.63	-.39			
	F4	-.42	.65	-.33		
	F5	.54	-.19	.56	-.28	

Note: (R) は逆転項目を表す。

「効果の限界」と命名した。第4因子は、「自傷行為はどうしようもない気持ちに対処するのに役立つ」といった、自傷行為の有用性に対する評価を表す項目から構成されたため、「自傷の有用性」と命名した。第5因子は、「自傷行為をしていると、周囲から変に思われる」といった、他者からの評価の悪化を懸念する項目から構成されたため、「他者評価懸念」と命名した。最後に最尤法を用いた共分散構造分析による確認的因子分析を実施したところ、良好な適合度が示され(CFI = .96, TLI = .95, RMSEA = .05, SRMR = .05), 5因子構造の妥当性が確認された。

続いて、自傷経験の有無による因子構造の配置不変性を検討するために、自傷経験の有無を群とする共分散構造分析による多母集団同時分析を実施した。その結果、適合度の低下がみられたが、概ね良好な適合度を示し(CFI = .93, TLI = .91, RMSEA = .05, SRMR = .07), 因子構造の配置不変性が確認された。続いて、NSSIの経験の有無による因子負荷量の等値性を検討するために、等値性の制約を設定して分析を行ったところ、適合度の低下がみられた(Table 4-4)。群間における因子負荷量の一对比較を行ったところ、「自傷への固執」に関する項目14, 26, 34, 42の4つの項目で有意差が認められた(|z| = 2.12-6.40, $p < .05$)。これらの4項目は、自傷経験者の群においてより高い因子負荷量を示しており、「自傷への固執」は自傷経験者においてより特徴的な因子である可能性が考えられた。そこで、「自傷への固執」の因子に関わる項目を除いたモデルで再度適合度を算出したところ各種指標の向上が認められ、等値制約の有無による適合度の変化もわずかなものとなった(Table 4-4)。したがって、「自傷への固執」を除いたモデルにおける群間の因子負荷量の等値性が確認されたといえる。

Table 4-4

多母集団同時分析によるモデル比較

	因子数 ¹⁾	等値制約の有無 ²⁾	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Model 1	5 因子	なし	.93	.91	.04	.07	650.08
Model 2	5 因子	あり	.89	.88	.05	.11	717.89
Model 3	4 因子	なし	.94	.92	.05	.07	395.48
Model 4	4 因子	あり	.93	.92	.05	.09	395.57

Note: ¹⁾ 5 因子は探索的因子分析の結果から得られた 5 因子構造モデルを表し, 4 因子は 5 因子モデルから「自傷への固執」に関する 5 項目を除いたモデルを表す。

²⁾ 群間 (自傷経験の有無) における因子負荷量の等値制約の有無を表す。

信頼性の検討

因子分析の結果をもとに各因子に対応する下位尺度を構成しそれぞれ Cronbach の α 係数を算出したところ、 $\alpha = .75-.83$ となり、すべての因子で十分な内的整合性が認められた。また、調査協力者のうち依頼に応じた 117 名（男性 45 名、女性 71 名、性別無回答 1 名、平均年齢 20.88 ± 1.94 歳）に対して 1 回目の調査のおよそ 2 週間後に再検査を実施した。1 回目と 2 回目の検査間で NSSI の経験の有無に変化がなかったかを確認したうえで ASIS の各因子得点における級内相関係数を二元配置混合モデルによって算出したところ、 $ICC = .77-.91$ となり、十分な再検査信頼性が確認された。同時に、測定誤差の検討を行うために *Standard Error of Measurement (SEM)* および *Smallest Detectable Change (SDC)* を算出したところ、 $SEM = 3.58$ 、 $SDC = 9.93$ であった。

テスト情報関数

項目反応理論による尺度の測定精度の検討を行った。因子ごとにテスト情報関数を算出したところ、「他者への配慮」、「自傷への固執」、「自傷の有用性」に対しては $\theta = 0.0-2.0$ 付近における情報量が多く得られていることが示された。一方で、「効果の限界」、「他者評価懸念」に対しては、 $\theta = -2.0-0.0$ の付近における情報量が多く得られていることが示された。また、合計得点に対しても同様にテスト情報関数を算出したところ、 $\theta = 0.0-2.0$ 付近における情報量が多く得られていることが示された (Figure 4-1)。したがって、ASIS は、自傷行為に対して平均よりも肯定的な評価を持つ者に対してより高い測定精度を有していると考えられる。

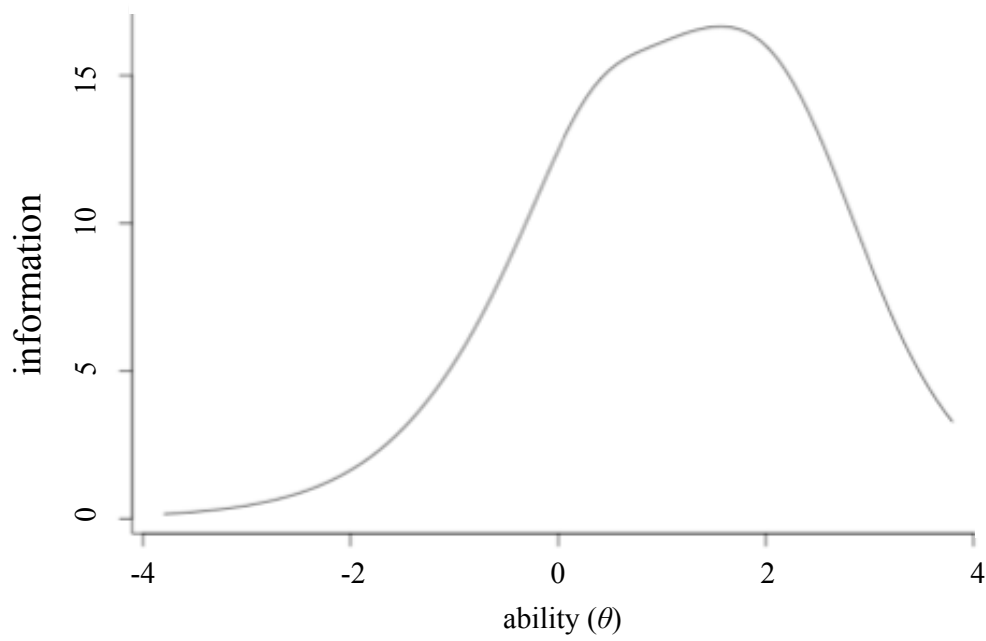


Figure 4-1. 自傷行為に対する認知的評価尺度の合計得点におけるテスト情報関数。

収束的妥当性の検討

収束的妥当性を検討するために、先述の3つの仮説の検証を行った。まず、NSSIの経験の有無に対して回答の得られた370名を分析対象として、自傷経験の有無を独立変数（自傷経験あり：103名、自傷経験なし：267名）、ASISの各因子得点および合計得点を従属変数として、*t*検定を行った。分析の結果、すべての因子得点および合計得点において有意差が認められた（ $|t|(368) = 3.51-8.61, p < .001$ ）。続いて、ASISとBSI、HADそれぞれの間における相関分析を実施した（Table 4-5）。その結果、ASISの合計得点は、BSI得点、HAD合計得点とそれぞれ中程度の正の相関を示した（ $r = .39-.40, p < .001$ ）。したがって、3つの仮説はいずれも支持され、ASISの収束的妥当性が確認された。

尺度得点の特徴

自傷経験の有無に加え性別によるASIS得点の特徴を検討するために、各因子得点および合計得点を従属変数として自傷経験と性別による2要因分散分析を実施した（Table 4-6）。その結果、すべての因子得点および合計得点に対して自傷経験による主効果が有意であった（ $F(1, 359) = 14.51-81.19, p < .001$ ）。性別の有意な主効果は「自傷への固執」および「自傷の有効性」において認められた（ $F(1, 359) = 7.02-19.58, p < .01$ ）。「自傷への固執」に対しては有意な交互作用もみられ（ $F(1, 359) = 8.75, p < .01$ ）、単純主効果検定の結果、自傷経験者において、男性よりも女性の方が有意に得点が高かった（ $F(1, 359) = 10.94, p < .001$ ）。したがって、ASISは全体として自傷経験者においてより高い得点を示し、特に「自傷行為の有用性」においては、男性よりも女性においてより高い得点を示す傾向があることが明らかとなった。また、「自傷への固執」に

Table 4-5

非自殺的な自傷行為に対する認知的評価と諸変数の相関関係

	他者への配慮	自傷への固執	効果の限界	自傷の有用性	他者評価懸念	合計得点
BSI	-.26 ^{***}	.50 ^{***}	-.19 ^{**}	.35 ^{***}	.02	.39 ^{***}
HAD	-.32 ^{***}	.50 ^{***}	-.22 ^{***}	.26 ^{***}	-.05	.40 ^{***}

Note: BSI: ボーダーラインスケール, HAD: Hospital Anxiety and Depression scale, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Table 4-6
 自傷経験と性別による自傷行為に対する認知的評価の差

	<i>M (SD)</i>				<i>F (η²)</i>		
	自傷経験なし		自傷経験あり		主効果		
	男性 (<i>n</i> = 150)	女性 (<i>n</i> = 111)	男性 (<i>n</i> = 44)	女性 (<i>n</i> = 58)	自傷経験	性別	
他者への配慮	13.05 (3.05)	13.61 (2.08)	11.48 (3.09)	11.53 (2.77)	31.85*** (.08)	.90 (.00)	.60 (.00)
自傷への固執	7.33 (2.36)	7.23 (2.05)	9.02 (3.32)	10.83 (3.99)	67.32*** (.16)	7.02** (.05)	8.75*** (.02)
効果の限界	14.39 (2.33)	14.67 (1.68)	13.09 (2.76)	13.52 (2.33)	22.01*** (.06)	1.84 (.01)	.08 (.00)
自傷の有用性	4.95 (2.33)	5.86 (2.37)	6.89 (2.28)	8.45 (2.53)	65.27*** (.15)	19.58*** (.05)	1.35 (.00)
他者評価懸念	10.15 (2.04)	9.91 (1.66)	8.84 (2.79)	9.40 (1.94)	14.51*** (.06)	.45 (.00)	2.75 (.01)
合計得点	29.70 (8.44)	29.91 (6.72)	37.50 (9.35)	39.83 (9.91)	81.19*** (.18)	1.67 (.01)	1.16 (.00)

*** $p < .01$, ** $p < .001$

においては、自傷経験のある女性において最も高い得点を示すことが明らかとなった。

考 察

ASIS の信頼性と妥当性

研究 3 によって得られた NSSI に対する認知的評価の概念をもとに尺度項目を作成し、本研究の結果から最終的に 5 因子 19 項目から成る ASIS が作成された。ASIS は、下位尺度ごとに十分な内的整合性が確認されており、再検査信頼性の検討においても良好な値が示されている。妥当性に関して、本尺度の項目は自傷経験者へのインタビューをもとに 2 名の専門家によって作成されており、内容的妥当性は担保されていると考えられる。また、確認的因子分析によって自傷経験の有無による因子構造の配置不変性が確認されており、因子的妥当性が示されている。さらに、収束的妥当性に関してあらかじめ設定した 3 つの仮説のすべてが支持された。したがって、本研究で作成された尺度は、一定の信頼性と妥当性を有していると考えられる。

ASIS の下位因子における特徴

これまで、NSSI に対する認知的評価は「自傷しないことに対する効力感」などの限定的な側面しか扱われてこなかったが、本研究によって複数の構成要素の存在が明らかとなり、「他者への配慮」「自傷への固執」「効果の限界」「自傷の有用性」「他者評価懸念」の 5 因子から成る、NSSI に対する評価を包括的に測定できる尺度が作成された。以下に、ASIS の各因子について考察する。

効果の限界・自傷の有用性 「効果の限界」「自傷の有用性」はともに NSSI によって得られる利益に関する評価であると考えられ、NSSI の選択においては、自傷によって得られる効果とその限界という観点から利益の評価を行うことが明らかとなった。先行研究では、対処行動の選択における利益の評価は、“肯定的結果への期待”や“情動調整への期待”など、対処行動の実行によってどれだけ利益を享受できるかといった有用性の観点が主に扱われてきた (Kaiser & Miller, 2004; 鈴木, 2006)。加えて本研究の結果から、同時に「しかしその効果は一時的である」といった効果の限界に対する評価についても着目することが有用である可能性が示された。したがって臨床場面においては、自傷行為者が NSSI に対してどのように有用性を評価しているのかに加えて、同時にその限界点をどのように評価しているのかに着目することで、自傷行為者が認識している NSSI の利益をより精緻に査定することが可能であるといえる。

他者への配慮・他者評価懸念 また、「他者への配慮」「他者評価懸念」はともに NSSI の実行に伴うコストの評価であると考えられ、他者への申し訳なさや他者からのネガティブな評価といった、対人関係に基づくコストの評価が NSSI の選択に影響していることが明らかとなった。先行研究においても、対処行動のコストは主に対人関係における悪影響の観点から評価されている (Kaiser & Miller, 2004)。NSSI には痛みや傷を負うなどの身体的なコストがあるようにも考えられるが、本研究の結果から、他の対処行動と同様に対人関係への悪影響といったコストが NSSI の選択において重要な意味を持つと考えられる。したがって、「他者と良い関係を保ちたい」という意思が自傷行為に対して抑制的に作用し、反対に、「他者にどう思われても良い」といった自暴自棄な考えは NSSI に対するコストの評価を低下させ、NSSI の実行を促進する可能性

があるといえる。

自傷への固執 「自傷への固執」に関して、自傷経験の有無による多母集団同時分析において、5因子構造とした場合には因子負荷量の等値性が支持されず、「自傷への固執」を除いた4因子構造とした場合にのみ支持された。すなわち、「自傷への固執」は自傷経験者においてより特徴的な因子であり、自傷経験がない者にはみられにくい評価観点である可能性が指摘できる。したがって、自傷経験がない者における「自傷への固執」得点の解釈には留意が必要であるといえる。

NSSI に対する認知的評価の構成要素

なお、研究3で得られたNSSIに対する認知的評価の構成要素（Table 4-1）と研究4で得られたASISの因子構造（Table 4-3）には一部異なる点がみられた。研究4の因子分析の結果、研究3における〈自傷による利益〉に対しては「自傷の有用性」と「効果の限界」、〈自傷によるコスト〉に対しては「他者への配慮」と「他者評価懸念」、〈自傷しないコスト〉に対しては「自傷への固執」の因子がそれぞれおおむね対応すると考えられる因子として抽出された。しかし、〈自傷しない利益〉のカテゴリーに対しては対応する因子が抽出されておらず、質問紙調査として実施した際には一定のまとまりを持った回答が得られにくい内容であることが考えられた。一般的に、質問紙調査と比べてインタビュー調査では得られる情報量が多く内容も多様であることから（鈴木, 2002）、〈自傷しない利益〉に当たる内容は、研究3で実施されたインタビュー調査のような場面では自身の体験を語る中で省察が深まり表面化するが、質問紙調査のような場面では抽出することが困難な概念であり、作成尺度の因子には含まれなかったのではないかと考えられる。

ASIS の尺度得点における特徴

ASIS の尺度得点における特徴としては、項目反応理論によるテスト情報関数の曲線 (Figure 4-1) からは、NSSI に対して平均よりも肯定的な評価を持つ者に対して高い情報量を持つことが示されている。したがって、NSSI の経験を持つ者に対する支援場面や、NSSI に対して肯定的な評価を持ち NSSI の実行のリスクを抱える者に対する早期支援などの場面において、ASIS は有用性を持つと考えられる。また、測定誤差の検討からは $SDC = 9.93$ という結果が得られており、合計得点が 10 点以上変化した場合に統計的に意味のある変化であることが示唆されている。

ASIS 得点の自傷経験と性別による特徴としては (Table 4-6) , すべての因子得点および合計得点において自傷経験の有無による有意差がみられており、NSSI の経験を持つ者は ASIS においてより高い得点を示すことが確認されている。また、性差に関しては、「自傷の有用性」に対してのみ有意差がみられ、女性は男性に比べて自傷行為の有用性を高く評価する傾向が示された。一般的に自傷行為全体の経験率として性差はみられないが、より周囲に認知されやすい切る自傷に関しては女性の方が経験率が高いことが知られている (たとえば, Matsumoto et al., 2008) 。また、自傷行為を行う理由として最も多いものは「スッキリするから」といった感情調節であるとされており (Taylor et al., 2018) , 研究 2 の結果においてもこの傾向は支持されていたことから、女性は男性に比べて感情調節による自傷行為を行っている者に接触する機会が多く、その有用性を経験の有無にかかわらず認知することが多いのではないかと考えられる。さらに、「自傷への固執」に対しては自傷経験と性別による交互作用が認められ、自傷経験のある女性において最も高い得点が見られていた。これは、自傷経験のある場合には男性と比べて女性の方が

自傷に固執しやすいことを示すものであるが、自傷行為の頻度や継続期間などの観点も踏まえた今後のさらなる検討が望まれる。

第 4 節 本章のまとめ

本章においては、第 2 節（研究 3）によって、NSSI に対する認知的評価の構成要素となる概念が生成され、これをもとに第 3 節（研究 4）によって、NSSI に対する認知的評価を測定可能な「自傷行為に対する認知的評価尺度（ASIS）」が開発された。その結果、NSSI に対する認知的評価は、自記式質問紙尺度によって測定可能な因子として、「自傷の有用性」「効果の限界」「他者評価懸念」「他者への配慮」「自傷への固執」の 5 因子から構成されることが明らかにされた。また、ASIS は一定の信頼性および妥当性を有することが確認され、その有用性が考察された。したがって、以降の研究においては、ASIS を用いて NSSI に対する認知的評価を測定し、NSSI からの回復との関連性および影響性の検討を行うこととした。

付 記

本章における研究は JSPS 科研費 19J14619 の助成を受けて実施された。また、研究 3 および研究 4 の内容は、国内学術雑誌である学校メンタルヘルス（飯島・上村・桂川，2020；第 23 巻，pp55-65）において公表されている。

なお、研究 3 および研究 4 において開発された ASIS は付録 2 として添付している。

第 5 章

状態像の差異に応じた認知的評価と 非自殺的な自傷行為からの回復との関連性の検討

第 1 節 本章の目的

本章では、第 4 章において開発された自傷行為に対する認知的評価尺度 (ASIS) を用いて、NSSI に対する認知的評価と NSSI を選択すること、あるいはしないこと、すなわち、NSSI の実行・維持あるいは回復との関連性について検討し、モデルを作成することを目的とする。また、その際に、第 3 章において明らかにされた、NSSI の機能に基づく状態像の差異に応じた検討を行うことを目的とする。

認知的評価と NSSI との関連性の検討を行うにあたり、認知的評価のどのような側面が NSSI の実行および回復と関連するのかについては、これまでほとんど検討がされておらず、十分な知見が見受けられなかった。そのため、まずは質的研究手法を用いて、NSSI からの回復過程における認知的評価の変化を明らかにし、認知的評価と NSSI からの回復との関連性に関する仮説モデルをボトムアップに生成することを目的として、NSSI の経験を持ち現在は回復している者を対象としたインタビュー調査を行うこととした（研究 5）。そして、続く研究において量的研究手法による状態像の差異に応じた仮説モデルの検証および精緻化を行うこととした（研究 6）。

したがって、本章では、状態像の差異に応じた認知的評価と NSSI からの回復との関連性に関するモデルを構築し、検討することを目的とした。

第2節 質的検討による認知的評価と非自殺的な自傷行為からの回復との関連性に関する仮説モデルの生成（研究5）

目 的

NSSIに対する認知的評価のどのような側面がNSSIの実行および回復と関連するののかについてはこれまでほとんど検討がされていなかったため、インタビュー調査によって、NSSIからの回復過程における認知的評価の変化を明らかにし、認知的評価とNSSIからの回復との関連性に関する仮説モデルを生成することを目的とした。

方 法

調査対象者

本研究では、NSSIからの回復過程における認知的評価の変化を明らかにすることを目的としていることから、過去に反復的なNSSIの経験を持ち、過去最近1年以内にはNSSIを行っておらず、現在はNSSIの改善がみられる者を調査対象者とした。調査対象者の年齢層は、研究3と同様に25歳未満の大学生または大学院生とした。なお、研究2の結果から、NSSIに自覚的な機能をほぼ伴わない習癖異常群に分類される者はNSSIDにおける状態像に含まれないことが示唆されていたことから、本研究においては苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに分類される者を調査対象とした。

募集案内の掲示・配布による研究参加者の募集を行い、NSSIの経験を持つ大学生・大学院生23名に対してインタビュー調査を実施した（男性

5名、女性18名、平均年齢20.61±1.90歳)。研究参加者の経験した自傷の方法は重複を含め、切る自傷が14名、叩く・打ち付けるが7名、つねるが6名、ひどくかきむしる、毛を抜くが3名ずつ、噛む、かさぶたをむく、皮膚を削るがそれぞれ2名ずつ、刺す、火傷させるがそれぞれ1名ずつであった。なお、本調査において分析対象となった参加者は、研究2における質問紙調査の参加者でもあり、研究2におけるクラスター分析の結果から、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに分類されることが確認されていた。最終的な分析対象者には、苦痛対処群に分類された者が8名、自己保全重複群に分類された者が10名、対人要求重複群に分類された者が5名含まれた。

調査内容

1回60分程度の半構造化面接を実施した。インタビューでは、1)自傷を行っていなかった時期、2)自傷を頻回に行っていた時期、3)自傷を行わなくなっていた時期、4)現在、の各時期における、NSSIに対する認知的評価の変化についてたずねた。なお、NSSIに対する認知的評価を「自傷行為を行った結果や、自身が自傷行為を行うことに対する評価や考え」と定義し、説明を行ったうえでインタビューを実施した。また、NSSIに対する認知的評価について自由に語られた後に、認知的評価の構成要素である「自傷の有用性」「効果の限界」「他者評価懸念」「他者への配慮」「自傷への固執」の各側面のうち語られていない要素がみられた場合には、各評価の概要を説明したうえで、これらの評価の変化についてもたずねた。

分析方法

インタビューデータの分析は、研究3と同様に木下（2003）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）に基づき行った。NSSIからの回復過程に伴うNSSIに対する認知的評価の変容プロセスを分析テーマとし、分析ワークシートを用いた概念生成を行った。概念生成においては、苦痛対処群7名、自己保全重複群9名、対人要求重複群4名の、合計20名分のインタビューデータの分析を実施した時点で新たな概念が生成されず、一定の理論的飽和に至ったと推測された。さらに、各群1名ずつの3名分のデータを追加し、新たな概念が生成されないことをもって、NSSIからの回復過程における認知的評価の変容に関する概念生成は理論的飽和に至ったと判断された。その後、概念間の関連性を、語りにおける時間軸を参照しながら図示し、概念関連図を作成した。

倫理的配慮

本調査は、調査への参加は任意であること、答えたくない内容には回答しなくて良いこと、いつでも調査を中断できることなどを事前に十分に説明し、研究参加への同意が得られた研究参加者に対して、プライバシーに配慮された面接室等において実施された。なお本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された（承認番号：2018-290）。

結 果

概念およびカテゴリーの生成

M-GTAによる分析の結果、NSSIからの回復における認知的評価の変

化に関する概念として、6つ概念から構成される3つのカテゴリーが生成された (Table 5-1)。なお、以下の説明において概念は【 】, カテゴリーは〈 〉内にそれぞれ表記し、インタビューで得られた語りの一部を“ ”内に斜体で表す。

まず、“またつらい状況になれば自傷をしよう”, “(1年以上実際に自傷を行ってはいないが)今でも自傷をしたいと思うことがある”, “周りに迷惑をかけずに1人で対処するには結局自傷しか方法がない”といった【自傷への固執の維持】の概念が生成された。反対に、“今は他のコーピング方法を知ってるので自傷をする必要はない”, “自傷も方法の1つとしてはあるけど自傷じゃなくても良いと思えるようになった”, “自傷はしなくても生きていけるものだって気づいた”といった【自傷への固執の減弱】の概念も生成された。これらの概念はともに自傷への固執の評価の変化に関するものであったことから、〈自傷への固執の変化〉とカテゴリー名を与えた。

続いて、“就職活動の開始をきっかけに、このままでは信用を得られなくて就職できなくなると思った”, “夏が近づいてきてこのままだと傷を隠し通せないなと思うようになった”といった、それぞれの理由による【他者評価懸念の増幅】の概念が生成された。また、“自傷を繰り返していくうちに結局何も問題が解決しないことに気がついた”, “自分が自傷をするパターンに気がついて、自傷をしても一瞬の効果しか得られないことに気がついた”といった、【効果の限界の気づき】の概念が得られた。さらに、“(家族や友人、パートナーなど)自分のことを大切にしてくれる人がいることを実感したことで、同時に自分を大切にしなくちゃいけないと思うようになった”, “(自傷をすることは)いつも心配してくれる友人に対して申し訳ないなと思うようになった”, “自傷をすることで

Table 5-1

非自殺的な自傷行為からの回復における認知的評価の変化に関する概念

〈カテゴリー〉	【概念】	具体例
〈自傷への固執の変化〉	【自傷への固執の維持】	<ul style="list-style-type: none"> ・ またつらい状況になれば、(自傷)すると思う。 ・ 今でも(自傷)したいと思うことがある。 ・ 周りには迷惑をかけたくないので、(対処方法は)自傷しかないと思う。
	【自傷への固執の減弱】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今は(自傷しなくても)、他のコーピングの方法を知っている。 ・ 自傷もあるけど、それじゃなくてもいいと思えるようになった。 ・ (自傷は)しなくても生きていけるものと気づいた。
〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉	【他者評価懸念の増幅】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就職活動を機に、このままでは信用を得られれず就職できないと思うようになった。 ・ これ以上傷が深くなると隠すことが難しくなると思った。 ・ 夏が近づいてきて隠すことが難しくなると思った。 ・ 高校生になり、より人目が気になるようになった。
	【効果の限界の気づき】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結局何も問題は解決していないことに気づいた。 ・ 自分が自傷をするパターンに気づき、落ち着くのは一瞬だと気づいた。 ・ もっと向き合うべき問題があり、こんなことしてる場合じゃないと思うようになった。 ・ 自分の心理はかわるかもしれないけど、周りの環境がかわってくれわけではないと気づいた。
	【他者への配慮の獲得】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分のことを大事にしてくれる人がいることを認識できるようになり、自分を大切にしないといけないと思うようになった。 ・ 周囲に迷惑かけてしまっていることを感じるようになった。 ・ いつも心配してくれる友人がいて、申し訳ないと感じるようになった。 ・ 心理士から「(自傷)しないでほしい」といわれた。
〈自傷の有用性の評価の維持〉	【自傷の有用性の評価の維持】	<ul style="list-style-type: none"> ・ やれば楽になるという考えは変わっていない。 ・ 今でも、一時的には効果があると思う。 ・ 今でも、1つの方法として自分の中にはある。 ・ 自傷のメリットには共感できるので、自分の中から消えてはいない。

周囲に迷惑をかけていると気づいた”といった【他者への配慮の獲得】の概念が得られた。これらの概念はいずれも、このまま自傷を続けることに対する葛藤を生じさせるものであると考えられたことから、〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉とカテゴリー名を与えた。

最後に、“（自傷から回復した現在においても）自傷をすれば楽になるという考えは変わっていない”，“今でも，1つの対処方法として自分の中にはある”，“自傷のメリットには（今でも）共感できる”といった，【自傷の有用性の評価の維持】の概念が得られた。本研究におけるインタビュー調査対象者となった過去に反復的なNSSIの経験を持つ者23名の全員において，この概念に該当する語りが得られた。なお，この概念と同一のカテゴリーに含まれると考えられる他の概念は生成されなかったため，〈自傷の有用性の評価の維持〉としてそのままカテゴリー化することとした。

概念関連図の生成

本研究によって生成された概念関連図を Figure 5-1 に示す。概念関連図より，〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉と〈自傷の有用性の評価の維持〉が拮抗する中で，〈自傷への固執の変化〉に影響し，NSSIの実行または代替行動の実行へとつながることが示唆された。そして，NSSIの実行および代替行動の実行は，それぞれ中長期的にはNSSIの維持・再発またはNSSIからの回復へとつながっていくことが示唆された。

なお，〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉のカテゴリーに含まれる概念のうち，【他者評価懸念の増幅】，【効果の限界の気づき】，【他者への配慮の獲得】の中のどのプロセスを経るのかについては個人差がみられた。また，“いつも心配してくれる友達に申し訳ないと思う

ようになった（ことで自傷はしないほうが良いと思った）”という語りが得られていた一方で、“母が自分のことを大切に思ってくれていることを実感し、自分の身体を大切にしないといけないと思ったけど、反対に混乱して、自傷を行う回数が増えた”という語りが得られたように、【他者への配慮の獲得】ととらえられる同様の概念であっても、NSSIからの回復に及ぼす影響性には、状態像による差異がみられることが示された。

また、〈自傷への固執の変化〉のカテゴリーに含まれる概念のうち、【自傷への固執の減弱】がみられた者は、代替行動の実行・獲得によってNSSIからの回復へと至っていた。一方で、【自傷への固執の維持】がみられる場合には、重大なストレスの消失などの環境変化に伴い一時的にNSSIの寛解がみられても、後にNSSIの再発が生じるケースが散見された。

その他には、〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉は、“スクールカウンセラーの先生に相談しにいった”、“自分なりに他の方法を試した”など、ときには身近な相談資源の活用を通して、一部直接的に代替行動の実行にも寄与することが示唆された。また、NSSIの実行と【自傷への固執の維持】、および、代替行動の実行と【自傷への固執の減弱】の間には、それぞれが互いに影響し合う相互作用性がみられた。

考 察

本研究の結果得られた概念関連図より、【自傷への固執の維持】は後のNSSIの実行や再発に影響し、【自傷への固執の減弱】は代替行動の実行およびNSSIからの回復に影響していた。【自傷への固執の維持】は重大なストレスの消失など環境の変化によりNSSIの寛解がみら

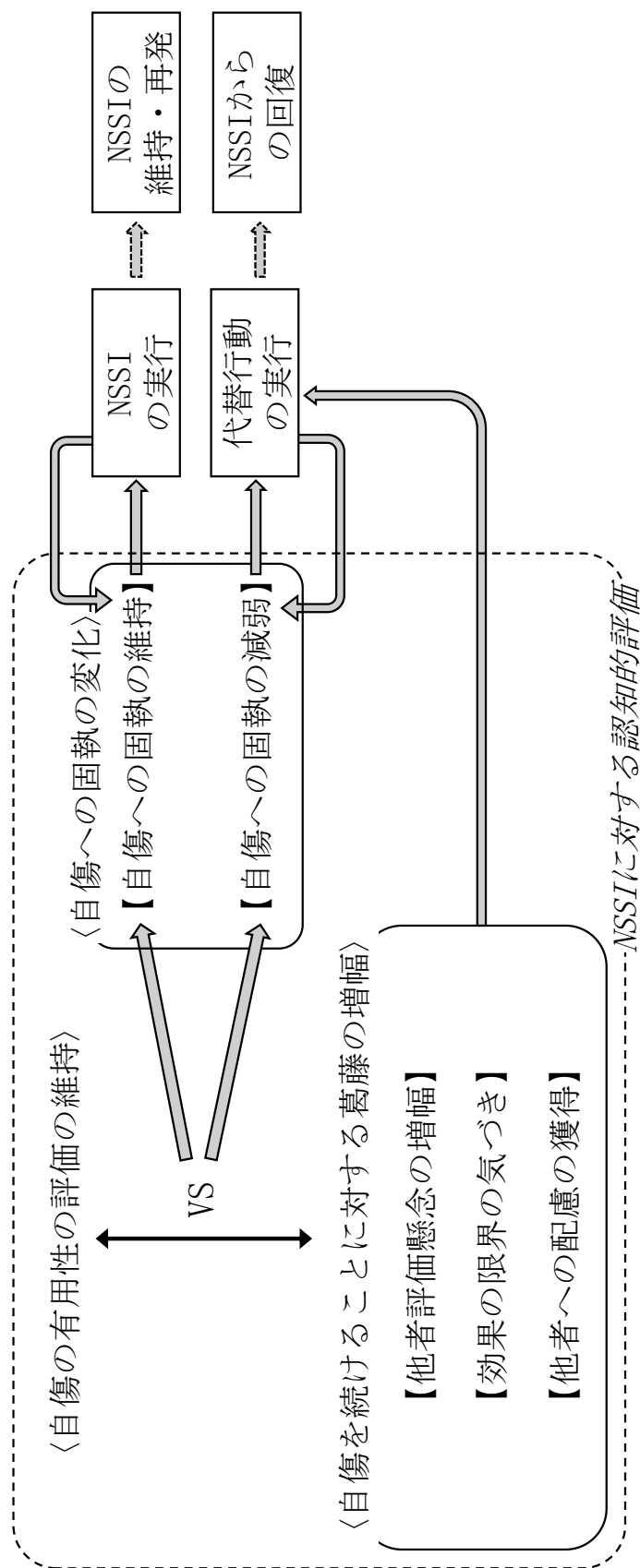


Figure 5-1. 認知的評価に基づくNSSIからの回復プロセス。（【】は概念名、〈〉はカテゴリ一名を表す。）

れた者に多く、その後 NSSI の寛解と再燃を繰り返している者が複数みられたことから、後の NSSI の再発に関与する概念であると考えられる。反対に、代替行動の獲得との相乗効果により【自傷への固執の減弱】がみられた者には、過去の NSSI のエピソードから長い期間を経過しても NSSI の再燃を経験していない者が多くみられた。したがって、NSSI に対する認知的評価の中でも、〈自傷への固執の変化〉が自傷の実行・維持や回復において中核的に関与することが示唆されたといえる。

また、〈自傷の有用性の評価の維持〉に関する語りがすべての調査対象者から得られていたのに対し、〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉に含まれる【他者評価懸念の増幅】【効果の限界の気づき】【他者への配慮の獲得】の3つの概念のうち、得られた語りの内容は調査対象者によって異なっていた。すなわち、「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」の3種類の認知的評価のうち、どの評価の変化によって NSSI からの回復が生じるかは状態像によって異なる可能性が示唆されたといえる。加えて、“母が自分のことを大切に思ってくれていることを実感し、自分の身体を大切にしないといけないと思ったけど、反対に混乱して、自傷を行う回数が増えた”という語りが得られていたように、同様の認知的評価の内容であっても、その評価が NSSI の実行や回復に対してどのように機能するかは必ずしも一定ではなく、状態像によって異なることが示唆された。

以上より、認知的評価と NSSI からの回復との関連性について、「自傷の有用性」「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」が「自傷への固執」へと影響し、「自傷への固執」が中核的に NSSI の実行および回復に影響するという、認知的評価における階層的な NSSI との関連性を仮説モデルとした。また、「他者評価懸念」「効果の限界」「他者へ

の配慮」の評価の影響性に関しては，状態像によって差異がみられることを仮説とし，続く研究で仮説モデルの検証を行うこととした。

第3節 状態像の差異に応じた認知的評価と非自殺的な自傷行為からの回復との関連性に関するモデルの検討（研究6）

目 的

本研究では，研究5において構築された，認知的評価とNSSIからの回復との関連性に関する仮説モデルをもとに，状態像の差異に応じた量的な検討を行い，仮説モデルの検証および精緻化を行うことを目的とした。

方 法

調査対象者

首都圏の3校の大学に通う大学生を対象に無記名自記式調査を実施した。また，オンライン調査会社である（株）クロス・マーケティングを通じて，20歳以上30歳未満の者（学生，一般就労者，無職者等すべての属性を含む）を対象としてオンライン上での無記名式自記式調査を実施した。なお，本研究では過去に反復的なNSSIの経験がある者を対象として調査を実施した。また，研究2の結果から，NSSIに自覚的な機能をほぼ伴わない習癖異常群に分類される者はNSSIDにおける状態像に含まれないことが示唆されていたことから，本研究においては苦痛対処

群，自己保全重複群，対人要求重複群のいずれかに分類される者を分析対象とした。最終的に，自由意思による回答に応じ，条件を満たし，回答に不備のなかった有効回答者 481 名を分析対象とした（男性 92 名，女性 389 名，平均年齢 25.00 ± 3.15 歳）。

手続き

調査開始時にスクリーニング項目を設定し，過去に NSSI の経験を持つ者のみを調査対象者とした。スクリーニング項目は，ISSS（2018）による NSSI の定義および ISAS section 1 の質問項目をもとに作成した。具体的には，「このアンケートでは，自傷行為についておたずねします。自傷行為とは，故意に（わざと），明確な自殺の意図を持たずに（本気で自殺しようとしたわけではなく）行った自分自身を傷つける行為のことを指します。具体的には以下のような行為を指します。切る，ひどくかきむしる，噛む，自分を叩く，打ち付ける，火傷させる，傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく），彫る，削る，ざらざらした表面に肌を擦り付ける，つねる，針などで自分を刺す，髪の毛や体の毛を抜く。あなたは，今までに上記のような自傷行為を行ったことがありますか。」とたずね，「1 度だけある」「複数回ある」「しようと思ったことはある」「しようと思ったこともない」の回答選択肢のうち，「複数回ある」と回答した者を調査対象者とし，以降の質問項目への回答を求めた。

測 度

日本語版 ISAS section 1, section 2 研究 2 において翻訳された日本語版 ISAS の section 1 および section 2 を用いて，NSSI の経験とその機能をたずねた。section 1 では，自傷行為の方法として「切る」「ひどくかきむしる」「噛む」「自分を叩く，打ち付ける」「火傷させる」「傷

口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）」「彫る，削る」「ざらざらした表面に肌を擦り付ける」「つねる」「針などで刺す」「髪の毛や体の毛を抜く」「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」が列挙されており，各方法での自傷行為の生涯経験の有無および回数をたずねた。原版では自由記述によって経験回数の回答が求められていたが，回答に伴う心理的負荷を軽減する目的から本研究では「したこともしようと思っただこともない」「したことはないがしようと思っただことはある」「1回したことがある」「2～10回」「10～100回」「100回以上」の6件法で回答を求めた。また，NSSIからの回復を測定するために，過去1年以内および過去1ヶ月以内におけるNSSIの経験の有無についてたずねた。具体的には，「あなたは過去1年以内に，上記のような自傷行為を行ったことがありますか。」「あなたは過去1ヶ月以内に，上記のような自傷行為を行ったことがありますか。」とたずね，それぞれ，「ある」「ない」の選択肢から回答を求めた。なお，ISSS（2018）によって過量服薬はNSSIに含まれないとされていることから，本研究では「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」の項目は除外した。

section 2では，自傷行為の機能に関し，各項目の内容（例：自傷行為をしているとき私は，自分を落ち着かせている）に対して，自身の自傷行為の体験とどの程度関連があるかについてたずねた。回答は「0．全く関係ない」「1．いくらか関係ある」「2．とても関係ある」の3件法で求めた。

代替行動に関する項目 NSSIの代替行動の獲得の程度を測定するために使用した。1）「あなたは，自傷行為をしたいと思うような場面（現在はそう思わないが，過去にはそう思っていたような場面も含む）に対する，自傷行為以外の対処方法を持っていますか。」とたずね，「1．

持っていない」「2. おそらく持っていない」「3. どちらともいえない」「4. おそらく持っている」「5. 明確に持っている」までの5件法で回答を求めた。ここで「4. おそらく持っている」または「5. 明確に持っている」と回答した者に対しては、その対処方法を自由記述で回答してもらい、2)「今までに、実際にそれらの方法を用いることで、結果的に自傷行為をせずにいられることがどのくらいありましたか」とたずね、「1. 全くない(自傷せずにいられない)」「2. あまりない(自傷せずにいられない)」「3. どちらともいえない」「4. しばしばそうである(自傷せずにいられる)」「5. いつもそうである(自傷せずにいられる)」までの5件法で回答を求めることで、代替行動がNSSIと機能的に等価となり得るものであるかを確認した。なお、ここで「1. 全くない(自傷せずにいられない)」または「2. あまりない(自傷せずにいられない)」と回答した者は、NSSIと機能的に等価な代替行動を獲得できていないとみなし、1)に対する回答ではなく、2)に対する回答に準じた項目得点を与えた。

自傷行為に対する認知的評価尺度(ASIS) 研究4で開発されたASISを用いて、NSSIに対する認知的評価を測定した。「自傷の有用性」「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」「自傷への固執」の5因子構造を有しており、全19項目から構成されている。回答は、「1. そう思わない」「2. ややそう思わない」「3. ややそう思う」「4. そう思う」までの4件法で求めた。得点が高いほど、各因子の様相がより強いことを表す。

自殺に関する項目 自殺念慮および自殺企図の経験を測定するために使用した。Youth Risk Behaviors Survey (Kann, 2001)において用いられている内容をもとに質問項目を作成した。「今までに、本気で自殺す

ることを考えたことがありますか」「今までに、実際に自殺を試みたことがありますか」の質問項目に対し、「はい」「いいえ」で回答を求めた。

分析対象者の選定手続き

本研究では、過去に反復的な NSSI の経験を持ち、それらが研究 2 によって示された、苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに該当する者を分析対象者とする事とした。本研究における調査対象者が上記の群に該当するかの判断基準を設定するために、研究 2 における日本語版 ISAS section 2 の尺度得点のデータを使用した ROC 曲線による検討によって、各群に分類するためのカットオフ値を設定することとした。

データ解析

認知的評価と NSSI からの回復との関連性に関するモデルの、状態像に応じた検討を行うにあたって、まず NSSI の機能と認知的評価との関連性を予備的に検討するために、ISAS section 2 の尺度得点と ASIS 得点を用いた相関分析を実施した。さらに、NSSI の機能に基づく状態像（苦痛対処群/自己保全重複群/対人要求重複群）を独立変数、各種変数を従属変数とする 1 要因分散分析によって、状態像間における諸変数の傾向に差があるのかについて検討した。同様の目的から、状態像間における NSSI の実行の有無に関する差について χ^2 検定によって検討した。そのうえで、共分散構造分析による多母集団同時分析を実施し、状態像に応じた認知的評価と NSSI からの回復との関連性に関するモデルの検証を行った。

なお、共分散構造分析は SPSS Amos (ver. 26) , それ以外の分析は SPSS Statistics (ver. 25) によって実施した。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された（承認番号：2020-020）。

結 果

分析対象者の選定

研究 2 の結果より (Figure 3-2) , 習癖異常群とそれ以外の 3 群との差異は ISAS section 2 における苦痛対処の因子得点によって特徴づけられていたことから、苦痛対処得点を用いて両群を分けるカットオフ値を設定することとした。習癖異常群とそれ以外の 3 群における苦痛対処得点を用いて ROC 曲線を作成した結果、6/7 をカットオフポイントとした場合に感度 - [1 - 特異度] が最大となったことから、苦痛対処得点が 6 点以下の場合に習癖異常群、7 点以上の場合に苦痛対処群とした。

同様に、苦痛対処群と自己保全重複群および対人要求重複群との差異は自己保全得点によって、自己保全重複群と対人要求重複群の差異は対人要求得点によって特徴づけられていたことから、上記と同様の手続きによってそれぞれのカットオフポイントを算出した結果、自己保全得点においては 6/7、対人要求得点においては 5/6 となった。したがって、苦痛対処得点が 6 点以下の場合に習癖異常群、苦痛対処得点が 7 点以上かつ自己保全得点が 6 点以下の場合に苦痛対処群、苦痛対処得点が 7 点以上かつ自己保全得点が 7 点以上かつ対人要求得点が 5 点以下の場合に自

己保全重複群，苦痛対処得点が7点以上かつ自己保全得点が7点以上かつ対人要求得点が6点以上の場合に対人要求重複群とした。

なお，上記の基準によって研究2における調査対象者を改めて分類し，従来のクラスター分析による分類との一致率を算出したところ，高い一致率を示した（weighted $\kappa = .86, p < .001$ ）。したがって，以後の研究においては，上記の基準によってNSSIの機能に基づく状態像の分類を行うこととした。

本研究における調査対象者を上記の基準を用いて分類した結果，習癖異常群156名，苦痛対処群170名，自己保全重複群72名，対人要求重複群84名となった。各群における日本語版ISAS section 2の2次因子得点の様相をFigure 5-2に示したところ，研究2におけるFigure 3-2と同様の傾向がみられた。また，各群におけるNSSIの方法について， χ^2 検定によって検討した結果（Table 5-2），習癖異常群においては治癒妨害，つねる，抜くといった方法においてのみ50%を超える出現率がみられ，他のほとんどの方法による自傷の出現率は他の群と比べて有意に低かった。苦痛対処群においては，噛む，叩く・打つ，つねるといった道具によらない自傷が主であったのに対し，自己保全重複群では切るや刺すといった道具による自傷の出現率が有意に高く，対人要求重複群では多くの方法において有意に高い出現率がみられ，さまざまな方法によってNSSIが行われていることが示されるなど，研究2における各クラスターと同様の傾向が確認された。したがって，本研究において設定したカットオフ値によって研究2によって明らかにされた状態像の差異に基づく群分けを行うことは可能であると判断し，研究2における結果に基づき習癖異常群の156名を除いたうえで，苦痛対処群，自己保全重複群，対人要求重複群に分類された326名を以後の分析対象者とした。

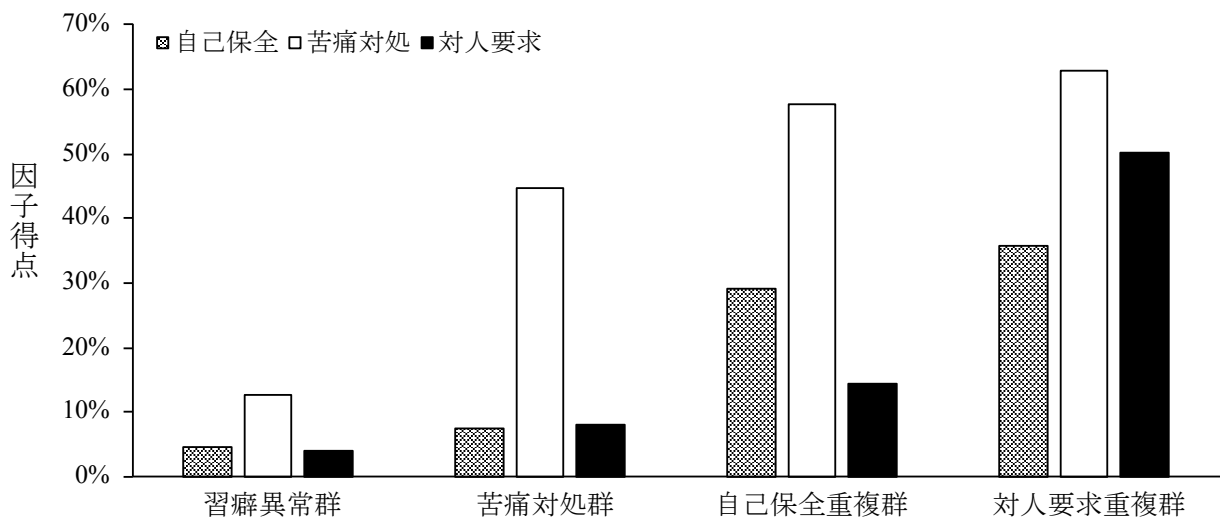


Figure 5-2. カットオフ値に基づく群分けによる各群における日本語版ISAS section 2 の2次因子得点。(縦軸は各因子得点の最大値に対する平均値得点の割合。)

Table 5-2

クラスターごとの各自傷方法における出現率

自傷方法	自傷経験者				χ^2 test
	習癖異常群 (<i>n</i> = 156)	苦痛対処群 (<i>n</i> = 170)	自己保全重複群 (<i>n</i> = 72)	対人要求重複群 (<i>n</i> = 83)	
切る	27 (17.3%) ^{(-)***}	53 (31.2%)	39 (43.2%) ^{(+)***}	46 (55.4%) ^{(+)***}	49.76 ***
かきむしる	38 (24.4%) ^{(-)***}	69 (40.6%)	33 (45.8%)	51 (61.4%) ^{(+)***}	32.92 ***
噛む	63 (40.4%) ^{(-)***}	91 (53.5%)	33 (45.8%) ^{(+)†}	54 (65.1%) ^{(+)***}	14.64 **
叩く・打つ	65 (41.7%) ^{(-)***}	105 (61.8%)	48 (66.7%) ^{(+)†}	60 (72.3%) ^{(+)***}	27.21 ***
火傷	6 (3.8%)	11 (6.5%)	8 (11.1%)	8 (9.6%)	5.30
治癒妨害	90 (57.7%)	79 (46.5%) ^{(-)***}	45 (62.5%)	52 (62.7%)	9.05 *
彫る	4 (2.6%) ^{(-)***}	11 (6.5%) ^{(-)†}	12 (16.7%) ^{(+)*}	20 (24.1%) ^{(+)***}	34.49 ***
擦り付ける	14 (9.0%) ^{(-)***}	17 (10.0%) ^{(-)*}	13 (18.1%)	25 (30.1%) ^{(+)***}	23.89 ***
つねる	81 (51.9%) ^{(-)*}	98 (57.6%)	44 (61.1%)	60 (72.3%) ^{(+)***}	9.53 *
刺す	16 (10.3%) ^{(-)***}	39 (22.9%)	31 (43.1%) ^{(+)***}	27 (32.5%) ^{(+)*}	34.34 ***
抜く	84 (53.8%)	87 (51.2%)	48 (66.7%)	48 (57.8%)	5.28

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$,

Note: ⁽⁺⁾は有意に出現率が高いことを示す, ⁽⁻⁾は有意に出現率が低いことを示す。

変数間の関連性の予備的検討

ISAS section 2 および ASIS の各下位因子得点を用いて、NSSI の機能と認知的評価の相関関係について検討した結果、苦痛対処の機能と自傷の有用性および自傷への固執との間において中程度の正の相関が認められたものの ($r = .47-.49, p < .001$) その他には顕著な相関関係は認められなかった (Table 5-3)。

状態像の群による認知的評価の差異について検討することを目的として、状態像の群を独立変数、ASIS の各因子得点を従属変数とする多変量分散分析を実施した。その結果、群の主効果は自傷の有用性および効果の限界の評価においてのみ認められた ($F(2, 322) = 4.84-4.98, p < .01$) (Table 5-4)。なお、これに係る効果量は中程度未満のものであった ($\eta_p^2 \leq .03$)。多重比較の結果、自傷の有用性の評価においては苦痛対処群に比べて自己保全重複群の値が大きく、効果の限界の評価においては対人要求重複群に比べて苦痛対処群の値が大きかった。

続いて、状態像の差異によって代替行動の獲得の度合いが異なるかについて検討することを目的として、状態像の群を独立変数、代替行動の獲得に関する項目得点を従属変数とした 1 要因分散分析を実施した結果、群による主効果は認められなかった ($F(2, 322) = 0.21, n.s.$)。

さらに、状態像によって最近の NSSI の実行の有無が異なるのかを検討するために χ^2 検定を実施した結果、群による過去 1 年および過去 1 ヶ月の NSSI の実行の有無には有意差が認められなかった ($\chi^2(2) = 0.14-2.93, n.s.$)。

以上の結果から、NSSI の機能と諸変数との直接的な関連性は部分的なものに留まっており、機能に基づく状態像の群によって層別化した多母集団同時分析による認知的評価と NSSI の実行・回復との関連性の検討

Table 5-3

非自殺的な自傷行為の機能と認知的評価の相関関係

		ISAS		
		苦痛対処	自己保全	対人要求
ASIS	自傷の有用性	.47 ***	.20 ***	.16 ***
	他者評価懸念	.12 *	.00	.03
	効果の限界	.04	-.05	-.08 †
	他者への配慮	-.05	-.01	.01
	自傷への固執	.49 ***	.19 ***	.20 ***

† $p < .10$, * $p < .05$, *** $p < .001$

Note: ISAS: Inventory of Statements About Self-injury

ASIS: Appraisal of Self-Injury Scale

Table 5-4
 状態像の群による認知的評価の差の検討

	<i>M (SD)</i>			<i>F (η_p²)</i>	
	①苦痛対処群	②自己保全重複群	③対人要求重複群	主効果	多重比較
自傷の有用性	8.44 (2.25)	9.46 (2.19)	8.80 (2.52)	4.98 ** (.03)	① < ②
他者評価懸念	9.20 (2.34)	9.11 (2.34)	9.13 (2.34)	.05 (.00)	
効果の限界	13.13 (2.39)	12.67 (2.53)	12.10 (2.68)	4.84 ** (.03)	① > ③
他者への配慮	10.17 (3.32)	9.47 (3.52)	10.31 (3.61)	1.36 (.01)	
自傷への固執	12.99 (3.14)	13.74 (3.37)	13.66 (3.50)	1.90 (.01)	

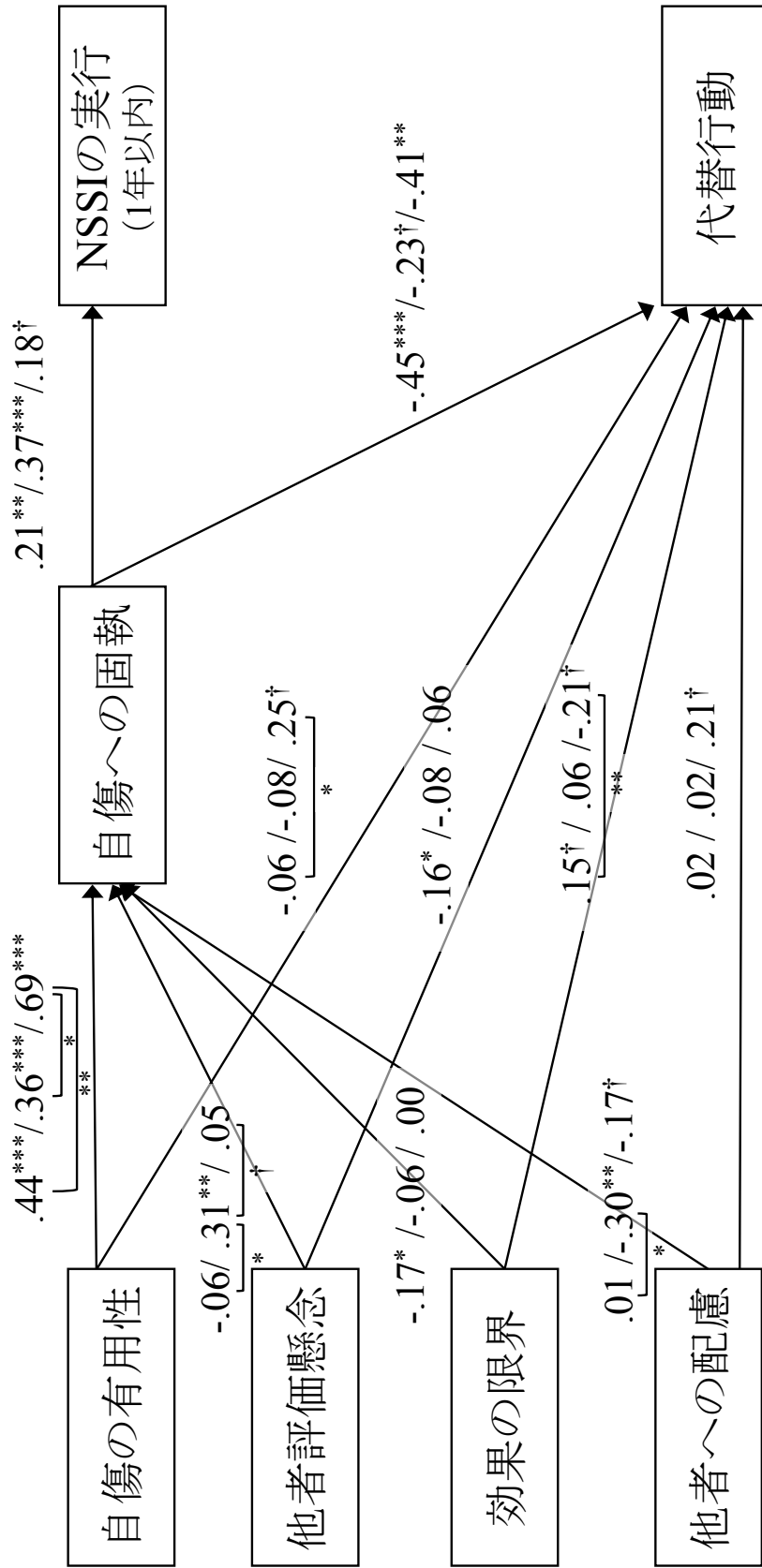
** $p < .01$

は可能であると判断した。なお、苦痛対処の機能と認知的評価の一部の因子において中程度以上の相関が認められていたが、苦痛対処の機能はすべての群において一定程度以上認められることが前提となっていることから、群による多母集団同時分析の実施を妨げるものではないと判断した。

状態像に応じた認知的評価と NSSI からの回復との関連性の検討

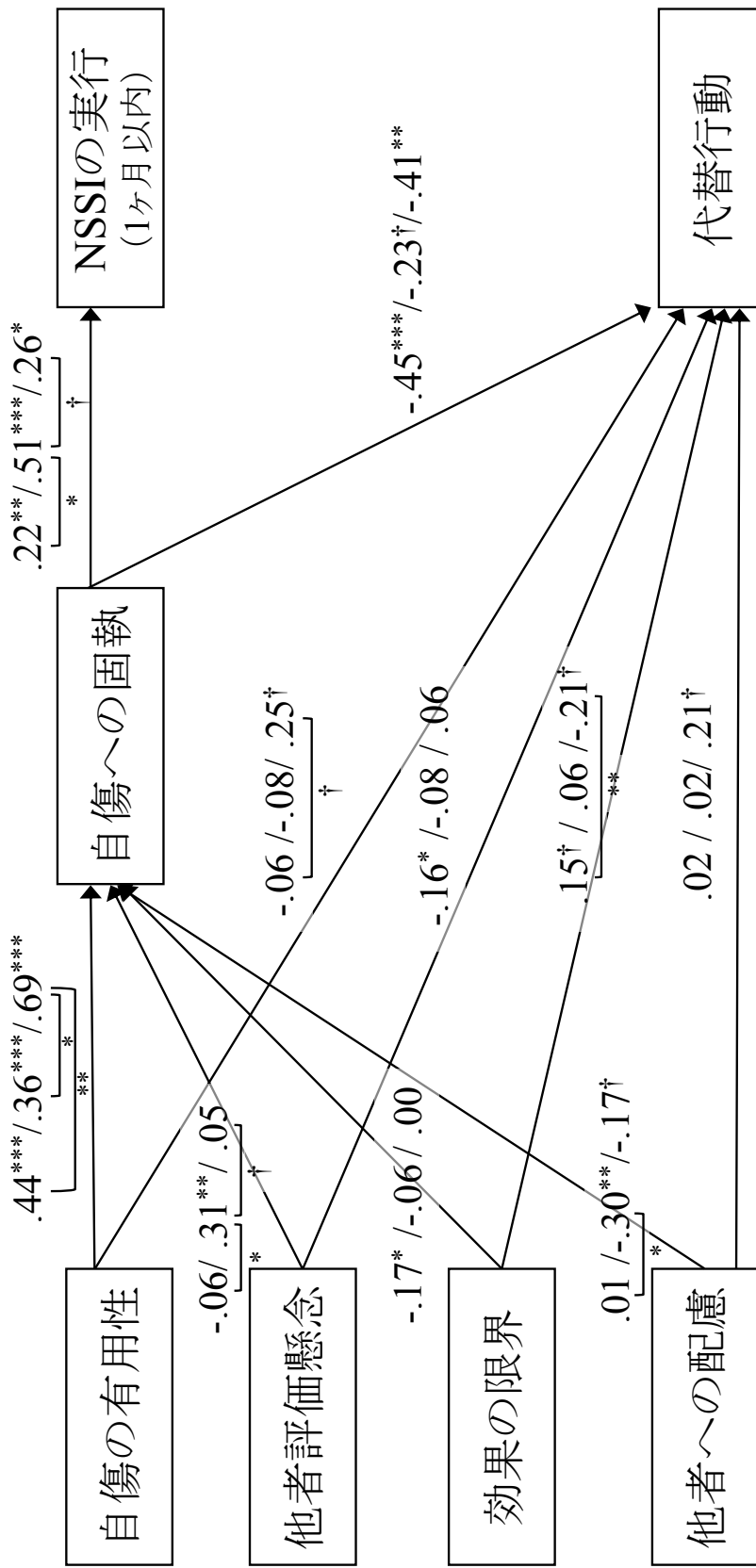
状態像に応じた、認知的評価と NSSI からの回復との関連性を検討するために、研究 5 において構築された仮説モデルをもとにパス図を作成し、状態像に応じた群分けによる多母集団同時分析を実施した。係数の推定方法には最尤法を用いた。その結果、許容範囲のモデル適合度が示され (CFI = .99, TLI = .94, RMSEA = .04, SRMR = .05), すべての群において自傷の有用性が自傷への固執を媒介し、過去 1 年以内または過去 1 ヶ月以内の NSSI の実行および代替行動の獲得に関連することが示された。なお、他者評価懸念、効果の限界、他者への配慮の評価と自傷への固執との関連性は、群によって異なる結果となった (Figure 5-3)。また、自傷への固執が NSSI の実行の有無に与える影響性のパス係数は、過去 1 年以内の NSSI の実行の有無よりも、過去 1 ヶ月以内の NSSI の実行の有無に対しての方が大きかった (Figure 5-4)。なお、研究 5 においては代替行動の獲得が NSSI からの回復へと影響していたことから、代替行動の獲得から NSSI の実行に対するパスが引かれることも想定されたが、このパス係数は有意とならず、適合度指標の顕著な向上も認められなかったことから、本研究においては当該パスは削除することとした。

以下に、群ごとの結果について記述する。まず、苦痛対処群では、自傷への固執に対して自傷の有用性の他に効果の限界の評価が有意な関連



CFI = .98, TLI = .91, RMSEA = .04, SRMR = .06

Figure 5-3. 状態像に応じた認知的評価と過去1年における非自殺的な自傷行為からの回復との関連性。(係数は左から順に、苦痛対処群 / 自己保全重複群 / 対人要求重複群におけるものを表す。) $^{\dagger} p < .10$, $^{*} p < .05$, $^{**} p < .01$, $^{***} p < .001$



CFI = .98, TLI = .91, RMSEA = .04, SRMR = .06

Figure 5-4. 状態像に応じた認知的評価と過去1ヶ月における非自殺的な自傷行為からの回復との関連性。(係数は左から順に, 苦痛対処群 / 自己保全重複群 / 対人要求重複群におけるものを表す。) $^{\dagger}p < .10$, $^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

性を示しており，効果の限界の評価は自傷への固執に対して負の関連を有していた。また，代替行動の獲得に対しては，他者評価懸念の評価は負の関連，効果の限界が正の関連を示した。

続いて，自己保全重複群では，自傷への固執に対しては，自傷の有用性の評価に加えて，他者評価懸念が正の関連，他者への配慮が負の関連を示した。代替行動の獲得に対しては，自傷への固執の他にはいずれの認知的評価も直接的な関連を示さなかった。

最後に，対人要求重複群においては，自傷への固執に対しては，自傷の有用性の評価に加え，他者への配慮が有意傾向の関連性を示し，負の関連を有していた。代替行動の獲得に対しては，自傷の有用性および他者への配慮が正の関連を示し，効果の限界の評価が負の関連を示した。

なお，群間における各パス係数の有意差は Figure 5-3 および Figure 5-4 に示すとおりであった。

考 察

本研究では，状態像に応じた認知的評価と NSSI からの回復との関連性の仮説モデルの検証を行うことを目的としていた。本研究の結果から，仮説モデルに基づいたパス図は一定の適合度を有することが示され，また，すべての状態像において自傷の有用性が自傷への固執に正の影響を与え，自傷の固執が NSSI の実行および代替行動の獲得に関連することが示された。したがって，研究 5 による仮説モデルにおける，自傷への固執の評価が NSSI の実行・回復に対して中核的に関連するという仮説が支持されたといえる。なお，自傷への固執の評価から過去 1 年以内における NSSI の実行の有無へのパス係数と，過去 1 ヶ月以内における

NSSI の実行の有無へのパス係数を比較すると、相対的に1ヶ月以内のNSSIの実行の有無に対するパス係数の方が値が大きく、この傾向は自己保全重複群および対人要求重複群においてより顕著であった。したがって、現在の自傷への固執の評価は、自己保全重複群や対人要求重複群において、より最近におけるNSSIの実行の有無に対して大きな予測力を持つと考えられる。また、他者評価懸念、効果の限界、他者への配慮と自傷への固執との関連性は状態像によって異なることが示され、これら3つの評価がNSSIの実行・回復に対して有する機能は状態像によって異なるという仮説も支持されたといえる。

以下に、各状態像における認知的評価とNSSIからの回復との関連性の特徴について記述する。

苦痛対処群 この群では、自傷の有用性の評価に加え、効果の限界の評価が自傷への固執に対して有意な関連性を示した。係数は-.17と小さかったが、効果の限界の評価を有していることが、自傷への固執を低下させる可能性が示唆された。また、代替行動の獲得に対しては、他者評価懸念が負の関連を持つことが示された。したがって、自傷に伴う他者評価懸念を有していることが、代替行動の獲得に妨害的に関連することが示唆されたといえる。研究5の結果からは、NSSIを行う者に特徴的な語りとして“他人に迷惑をかけたくない”、“他人や物に当たるくらいなら自分だけで解決できる自傷の方が良い”といった語りが得られていた。すなわち、他者からの評価を気にするという状態がかえって選択し得る代替行動のレパートリーを狭め、代替行動の獲得が阻害される可能性があると考えられる。自傷行為者には、他者に援助を適切に求めることができないという特徴があることが知られており（たとえば、松本，2009）、孤独な対処方法ともいわれるNSSIをもっぱら苦痛対処の機能のもとに

用いている苦痛対処群においては、他者評価懸念の高さが結果的に援助希求などの代替行動の獲得を阻害する可能性があると考えられる。

自己保全重複群 この群では、自傷の有用性の評価に加え、他者評価懸念と他者への配慮の評価が自傷への固執に対して有意な関連性を示しており、他者評価懸念の高さが自傷への固執を強め、他者への配慮が自傷への固執を低下させる可能性が示唆された。特に、他者評価懸念から自傷への固執に対するパス係数は他の群と比較して有意または有意傾向に値が高く、自己保全重複群において特徴的であった。研究5においては、他者評価懸念の増幅が自傷への固執の低下に寄与する1つの要因である可能性が示されていたが、本研究の結果から、自己保全群においては他者評価懸念は反対に自傷への固執を強める要因となる可能性が指摘される。この群では、NSSIは苦痛対処の機能に加えて、他者との境界線を引き、自己を保つといった自己保全の機能によって維持されている。すなわち、NSSIによって「自分は他の人とは違う」ということを確認することが重要であり、周囲から変に思われるような、あるいは、周囲の人は行わないような行為としてNSSIを実行することに意味があると考えられる。したがって、自己保全重複群においては、「自傷をすることで周囲から変に思われる」という自傷に伴う他者評価懸念の評価と自傷への固執の評価に正の関連がみられたのではないかと考えられる。

他者への配慮に関しては、自傷への固執と負の関連を示しており、研究5の結果から想定されていたように、自傷をすることで周囲に心配や迷惑をかけてしまうという他者への配慮の獲得が自傷への固執の減弱に寄与する可能性が示されたといえる。

代替行動の獲得に対しては自傷への固執からのパスも有意傾向に留まっており、他の認知的評価のいずれの因子得点も有意な関連性を示さな

かった。一方で、自傷への固執の評価から NSSI の実行に対するパス係数は他の状態像と比較して有意または有意傾向に値が高く、自己保全重複群においては、特に認知的評価によって NSSI の実行が予測される割合が大きいと考えられる。したがって、自己保全重複群においては他者評価懸念の低下および他者への配慮の獲得を含めた自傷への固執の低下が NSSI の実行の減少へ関与し、NSSI からの回復が生じると考えることができ、これらの認知的評価の変容が治療標的となる可能性があるといえる。

対人要求重複群 この群では、他者への配慮の評価が有意傾向を示したものの、自傷の有用性の評価の他には、自傷への固執に対して有意な関連性を示すものは認められなかった。また、自傷の有用性から自傷への固執に対するパス係数は他の群と比較して有意に値が高く、この群は自傷の有用性の評価によって自傷への固執の評価が特に形成されやすい状態像であると考えられた。したがって、NSSI に他者操作をはじめとする対人要求の機能の重複がみられる群においては、〈自傷を続けることに対する葛藤の増幅〉という認知的な変化を主な要因とする自傷への固執の低下は生じにくい可能性がある。一方で、自傷の有用性、効果の限界、他者への配慮の3つの因子において、代替行動の獲得との間に有意傾向ではあったものの、一定の関連性がみられた。したがって、この群においては NSSI に対する認知的評価が、自傷への固執の評価の変容を介さず、代替行動の獲得に直接的に関与する可能性があるといえる。しかしながら、自傷の有用性の評価と効果の限界の評価が代替行動の獲得に対して示した関連性は研究5における結果を踏まえ想定されていたものとは正負反対の方向であった。したがって、本研究の結果から、各種の認知的評価と NSSI からの回復との関連性には、状態像に応じた差異

が存在することが示されたといえる。

第 4 節 本章のまとめ

本章においては、第 2 節（研究 5）によって、認知的評価と NSSI からの回復との関連性についての仮説モデルが構築され、第 3 節（研究 6）によって、そのモデルが検証された。これらの研究のまとめとして、認知的評価のうち、自傷への固執の評価が NSSI からの回復において中核的に関与し、その他の因子と NSSI からの回復との関連性には、状態像による差異が存在することが明らかとなった。

以上を踏まえ、続く第 6 章では、認知的評価の中でも NSSI からの回復に対して中核的に関与することが示された自傷への固執の評価が、実際の NSSI からの回復を予測するのかを検討することとした。

付 記

本章における研究は JSPS 科研費 19J14619 の助成を受けて実施された。

第 6 章

状態像の差異に応じた非自殺的な自傷行為からの回復に及ぼす

認知的評価の影響性の検討

第 1 節 本章の目的

本章では、第 5 章において示された NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性をもとに、実際に認知的評価が NSSI からの回復に及ぼす影響性について、短期縦断調査によって検討することを目的とした。第 5 章において、NSSI に対する認知的評価の中でも、自傷への固執の評価が NSSI からの回復と中核的に関連することが示され、その関連性の大きさや、他の認知的評価の因子が自傷への固執や代替行動の獲得に対して持つ関連性は、NSSI の機能に基づく状態像によって異なることが示された。そこで本章では、機能的アプローチによる NSSI に対する支援において中心的に行われている代替行動の獲得支援の枠組みに、認知的評価を組み込み、NSSI からの回復に与える影響性を比較検討する。具体的には、1 ヶ月間の NSSI の維持または回復が、ストレスターの経験、代替行動の獲得に加え、自傷への固執の評価によってどの程度予測されるのか、その影響性の検討を行うこととした（研究 7）。なお、研究 6 において、自傷への固執の評価はより最近の NSSI の経験の有無と強い関連性を示していたことから、自傷への固執は比較的直近の NSSI の実行・回復の様相と関連すると考えられたため、調査間の期間を 1 ヶ月間とした。

第 2 節 状態像の差異に応じた非自殺的な自傷行為からの回復に及ぼす 認知的評価の影響性に関する短期縦断的検討（研究 7）

方 法

調査対象者

オンライン調査会社である（株）クロス・マーケティングを通じて、20 歳以上 30 歳未満の者（学生，一般就労者，家事手伝い等すべての属性を含む）を対象としてオンライン上での無記名自記式調査を実施した。なお，本研究では過去 1 年以内に反復的な NSSI の経験がある者を対象として調査を実施した。また，研究 2 の結果から，NSSI に自覚的な機能をほぼ伴わない習癖異常群に分類される者は NSSID における状態像に含まれないことが示唆されていたことから，本研究においては苦痛対処群，自己保全重複群，対人要求重複群のいずれかに分類される者を分析対象とした。第 1 回調査時点（Time 1）での調査対象者は 215 名（男性 45 名，女性 170 名，平均年齢 25.24 ± 2.84 歳）であり，第 2 回調査時点（Time 2）での回答に不備がみられず，最終的な分析対象となった者は 90 名（男性 16 名，女性 74 名，平均年齢 25.50 ± 2.70 歳）であった。

手続き

本研究では，同様の調査を 1 ヶ月間の期間をあけて 2 回実施した。調査開始時にスクリーニング項目を設定し，過去 1 年以内に NSSI の経験を持つ者のみを調査対象者とした。スクリーニング項目は，ISSS (2018) による NSSI の定義および ISAS section 1 の測定項目をもとに作成した。具体的には，「このアンケートでは，自傷行為についておたずねします。

自傷行為とは、故意に（わざと）、明確な自殺の意図を持たずに（本気で自殺しようとしたわけではなく）行った自分自身を傷つける行為のことを指します。具体的には以下のような行為を指します。切る、ひどくかきむしる、嘔む、自分を叩く、打ち付ける、火傷させる、傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）、彫る、削る、ざらざらした表面に肌を擦り付ける、つねる、針などで自分を刺す、髪の毛や体の毛を抜く。あなたは、今までに上記のような自傷行為を行ったことがありますか。」とたずね、「1度だけある」「複数回ある」「しようと思ったことはある」「しようと思ったこともない」の回答選択肢のうち、「複数回ある」と回答した者を調査対象者とし、以降の質問項目への回答を求めた。条件を満たし第1回目の調査に回答した者のうち不備のなかった者に対して、1ヶ月間の期間をあけて調査会社のオンラインシステムを通じて第2回目の調査協力依頼の連絡を行い、回答を求めた。

測 度

日本語版 ISAS section 1, section 2 研究2において翻訳された日本語版 ISAS の section 1 および section 2 を用いて、NSSI の経験とその機能をたずねた。section 1 では、自傷行為の方法として「切る」「ひどくかきむしる」「嘔む」「自分を叩く、打ち付ける」「火傷させる」「傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）」「彫る、削る」「ざらざらした表面に肌を擦り付ける」「つねる」「針などで刺す」「髪の毛や体の毛を抜く」「大量の薬物や危険な物質を飲み込む」が列挙されており、過去1ヶ月間における、各方法での NSSI の経験の回数を自由記述によってたずねた。なお、ISSS (2018) によって過量服薬は NSSI に含まれないとされていることから、本研究では「大量の薬物や危険な物質を

飲み込む」の項目は除外した。

section 2 では、過去 1 ヶ月間に行った NSSI の機能に関し、各項目の内容（例：自傷行為をしているとき私は、自分を落ち着かせている）に対して、自身の自傷行為の体験とどの程度関連があるかについてたずねた。回答は「0. 全く関係ない」「1. いくらか関係ある」「2. とても関係ある」の 3 件法で求めた

代替行動に関する項目 NSSI の代替行動の獲得の程度を測定するために使用した。1) 「あなたは、自傷行為をしたいと思うような場面（現在はそう思わないが、過去にはそう思っていたような場面も含む）に対する、自傷行為以外の対処方法を持っていますか。」とたずね、「1. 持っていない」「2. おそらく持っていない」「3. どちらともいえない」「4. おそらく持っている」「5. 明確に持っている」までの 5 件法で回答を求めた。ここで「4. おそらく持っている」または「5. 明確に持っている」と回答した者に対しては、その対処方法を自由記述で回答してもらい、2) 「今までに、実際にそれらの方法を用いることで、結果的に自傷行為をせずにいられることがどのくらいありましたか」とたずね、「1. 全くない（自傷せずにいられない）」「2. あまりない（自傷せずにいられない）」「3. どちらともいえない」「4. しばしばそうである（自傷せずにいられる）」「5. いつもそうである（自傷せずにいられる）」までの 5 件法で回答を求めることで、代替行動が NSSI と機能的に等価となり得るものであるかを確認した。なお、ここで「1. 全くない（自傷せずにいられない）」または「2. あまりない（自傷せずにいられない）」と回答した者は、NSSI と機能的に等価な代替行動を獲得できていないとみなし、1) に対する回答ではなく、2) に対する回答に準じた項目得点を与えた。

自傷行為に対する認知的評価尺度 (ASIS) 研究 4 で開発された ASIS を用いて、NSSI に対する認知的評価を測定した。「自傷の有用性」「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」「自傷への固執」の 5 因子構造を有しており、全 19 項目から構成されている。回答は、「1. そう思わない」「2. ややそう思わない」「3. ややそう思う」「4. そう思う」までの 4 件法で求めた。得点が高いほど、各因子の様相がより強いことを表す。

ストレスターの経験頻度 過去 1 ヶ月間におけるストレスターの経験頻度を測定した。具体的には、「最近 1 ヶ月の間、ストレスに感じる出来事を体験することがどの程度ありましたか。」とたずね、「0. ストレスに感じる出来事はまったくなかった」から「10. ストレスに感じる出来事が非常に多かった」までの 10 件法で回答を求めた。

分析対象者の選定手続き

本研究では、過去 1 年以内に反復的な NSSI の経験を持ち、それらが苦痛対処群、自己保全重複群、対人要求重複群のいずれかに該当する者を分析対象とした。本研究における調査対象者が上記の群に該当するかの判断および分類は、研究 6 において算出された日本語版 ISAS section 2 のカットオフ値をもとに行った。

過去 1 ヶ月以内における NSSI の実行度の算出手続き

本研究では、従属変数として過去 1 ヶ月間における NSSI の実行の有無ではなく、NSSI の実行の程度を測定するために、新たに NSSI の実行度を表す変数を設定した。NSSI の実行度の算出にあたっては、研究 6 におけるデータを用いて、各種の NSSI の経験が自殺念慮および自殺企図

の経験に与える影響性を算出し、算出された係数をもとに NSSI の方法ごとに重みづけを行った。具体的には、まず、日本語版 ISAS section 1 における NSSI の経験（「0. したこともしようと思っただけでもない」「1. したことはないがしようと思っただけはある」「2. 1 回だけしたことがある」「3. 2～10 回したことがある」「4. 10～100 回したことがある」「5. 100 回以上したことがある」）が、自殺念慮および自殺企図の経験から成る潜在変数に対して与える影響性を共分散構造分析（最尤法）によって算出した（Figure 6-1）。そして、本研究において自由記述によって回答された過去 1 ヶ月間における NSSI の方法ごとの経験回数を、研究 6 における回答選択肢に則り、0 回であれば 0 点、1 回であれば 1 点、2～10 回であれば 2 点、11～99 回であれば 3 点、100 回以上であれば 4 点とし、NSSI の方法ごとに算出されたパス係数に 1 を加えた値によって重みづけをしたうえで合計得点を算出することで、過去 1 ヶ月間における NSSI の実行度の得点とした。

データ解析

ストレスターの経験、代替行動の獲得、自傷への固執の評価が 1 ヶ月間の NSSI の実行度を予測するかを検討するにあたって、交差遅延モデルによる検討を行った。NSSI の実行度を従属変数とし、代替行動の獲得を独立変数とした分析と、自傷への固執を独立変数とした分析をそれぞれ実施した。なお、ストレスターの経験はそれぞれの分析において統制変数としてモデルに組み込んだうえで、状態像に応じた検討を行うために、状態像の群による多母集団同時分析を実施した。係数の推定には最尤法を用いた。その後、認知的評価の各因子が代替行動の獲得および自傷への固執に与える影響性についても同様に交差遅延モデルを用いて検

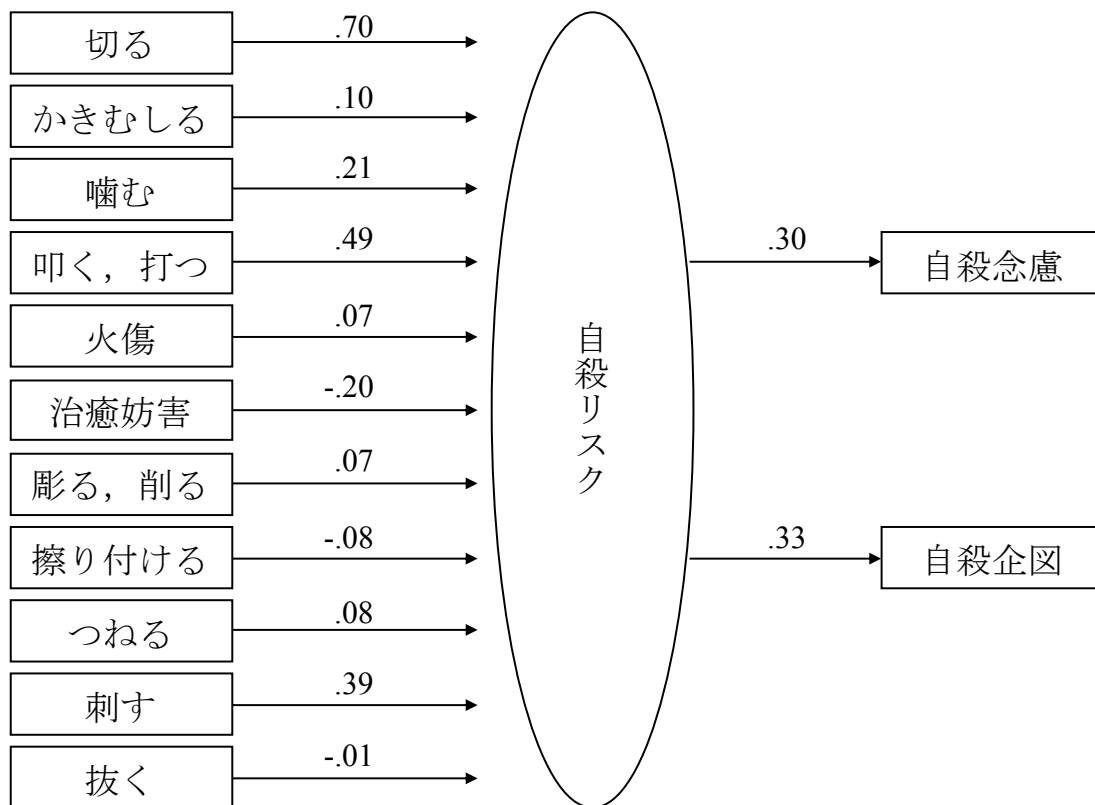


Figure 6-1. 各種の非自殺的な自傷行為の経験による自殺リスクの予測係数の算出。

討した。

すべての分析は SPSS Amos (ver. 26) によって実施した。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」による審査および承認を受けて実施された（承認番号：2020-020）。

結 果

分析対象者の選定

まず、過去1年以内にNSSIの経験があり、Time 1において不備のない回答が得られた215名の調査対象者を日本語版ISAS section 2の得点を用いて研究6と同様の基準によって分類した。その結果、習癖異常群68名、苦痛対処群60名、自己保全重複群33名、対人要求群54名であった。このうち、習癖異常群を除く147名にTime 2への調査協力を依頼し、最終的に苦痛対処群41名、自己保全重複群24名、対人要求重複群25名からの回答を得て、分析対象とした。

NSSIの機能の安定性に関する予備的検討

NSSIの機能におけるTime 1からTime 2にかけての安定性について予備的に検討を行った。まず、日本語版ISAS section 2の各2次因子得点におけるTime 1とTime 2の間の級内相関係数を算出した。その結果、いずれも中程度を上回る値が得られた($ICC = .70-.73$)。続けて、測定時期を独立変数とした対応のある t 検定を実施したところ、自己保全の得点において時期による得点の差が有意傾向であったものの、苦痛対処

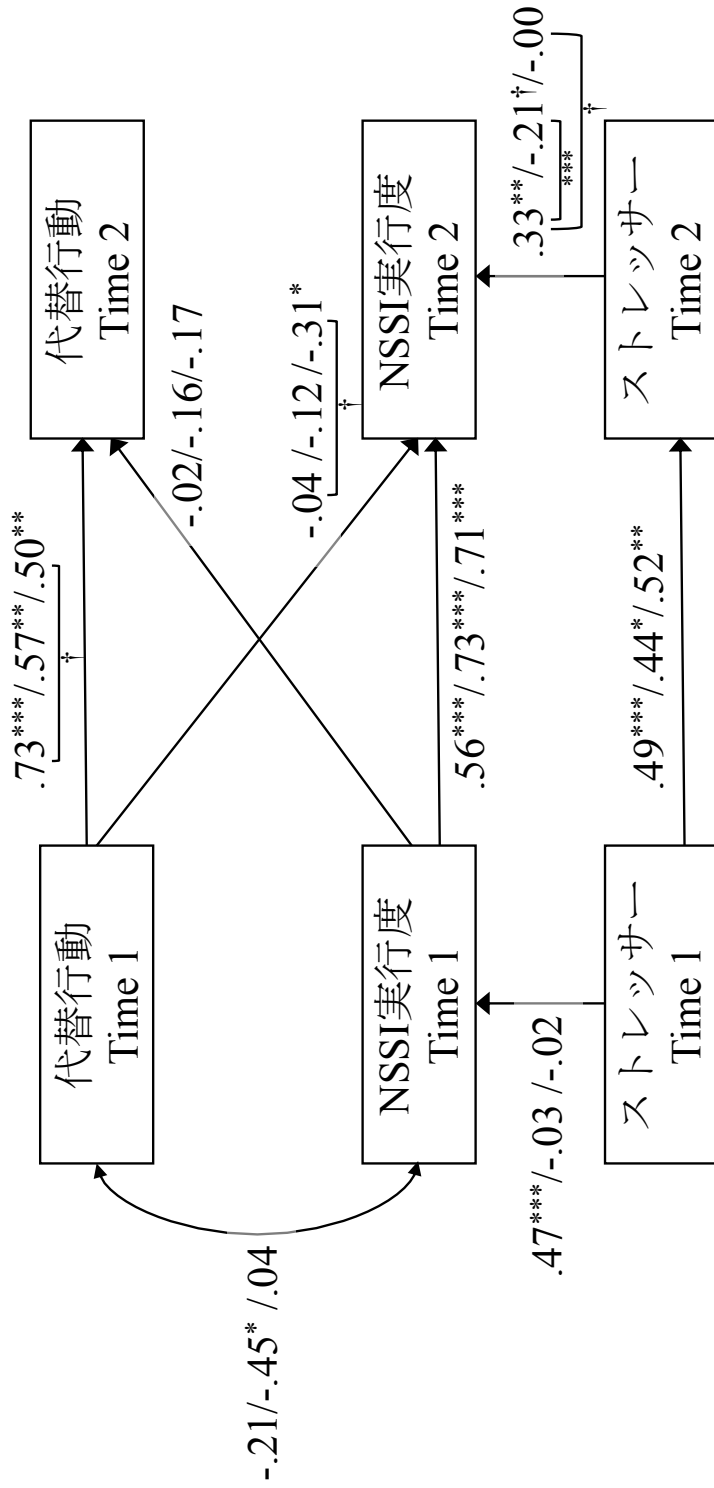
および対人要求においては時期による得点の有意差は認められなかった（苦痛対処： $t(89) = 1.37, n.s.$ ；自己保全： $t(89) = 1.94, p < .10$ ；対人要求： $t(89) = 1.62, n.s.$ ）。したがって、NSSIの機能の様相は概ね安定していたものと判断し、以下の分析における群分けにおいては、Time 1における日本語版 ISAS section 2 の尺度得点による群分けを適用した。

ストレスターの経験、代替行動の獲得、自傷への固執の評価のNSSIの実行度への影響性

1ヶ月間におけるストレスターの経験頻度によるNSSIの実行度の予測力、代替行動の獲得の程度による後の1ヶ月間のNSSIの実行度の予測力、自傷への固執の評価による後の1ヶ月間のNSSIの実行度の予測力について状態像に応じた検討をするために、以下の2つの分析を実施した。

まず、ストレスターの経験頻度を統制変数としてモデルに組み込んだうえで、代替行動の獲得とNSSIの実行度の尺度得点による交差遅延モデルを作成し、機能に基づく状態像の群による多母集団同時分析を実施した（Figure 6-2）。その結果、対人要求重複群において、Time 1における代替行動の獲得がTime 2におけるNSSIの実行度を有意に予測することが示された。苦痛対処群においては、Time 1とTime 2ともに、過去1ヶ月間におけるストレスターの経験頻度によって、各時点でのNSSIの実行度が有意に予測された。

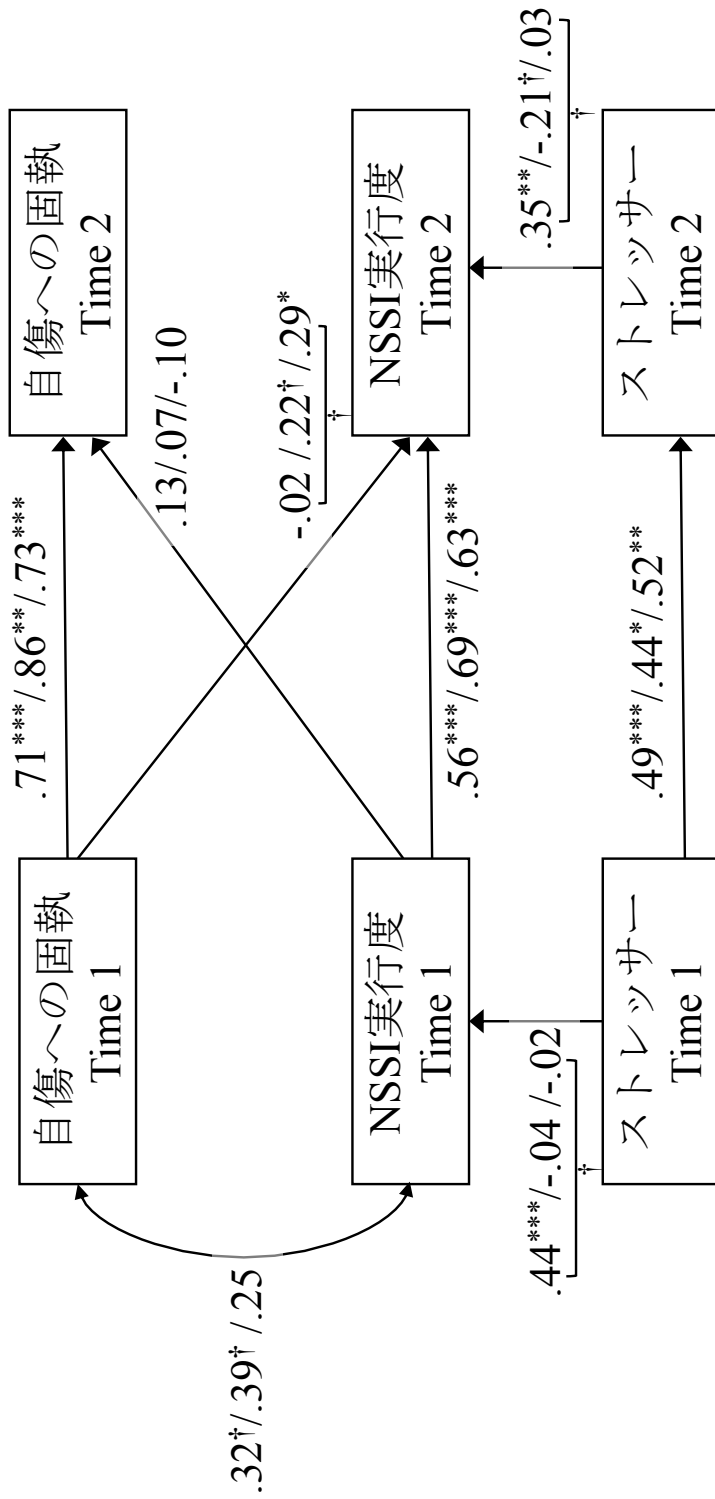
続いて、ストレスターの経験頻度を統制変数としてモデルに組み込んだうえで、自傷への固執の評価とNSSIの実行度の尺度得点による交差遅延モデルを作成し、多母集団同時分析を実施した（Figure 6-3）。その結果、自己保全重複群および対人要求重複群において、Time 1における



CFI = .97, TLI = .93, RMSEA = .05, SRMR = .17

Figure 6-2. 代替行動の獲得が非自殺的な自傷行為の実行度に与える影響性の検討。
 (係数は左から順に、苦痛対処群 / 自己保全重複群 / 対人要求重複群におけるものを表す。)

$^\dagger p < .10$, $* p < .05$, $** p < .01$, $*** p < .001$



CFI = .96, TLI = .92, RMSEA = .06, SRMR = .19

Figure 6-3. 自傷への固執の評価が非自殺的な自傷行為の実行度に与える影響性の検討。(係数は左から順に、苦痛対処群 / 自己保全重複群 / 対人要求重複群におけるものを表す。) $^{\dagger}p < .10$, $^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

自傷への固執の評価が Time 2 における NSSI の実行度を予測することが示された。苦痛対処群においては、先の分析と同様に、Time 1 と Time 2 ともに、過去 1 ヶ月間におけるストレスターの経験頻度によって、各時点での NSSI の実行度が有意に予測された。

なお、群間における各パス係数の有意差は Figure 6-2 および Figure 6-3 に示すとおりであった。

認知的評価の各因子と自傷への固執の評価および代替行動の獲得との因果関係の検討

NSSI に対する認知的評価における「自傷の有用性」「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」の評価と、「自傷への固執」の評価および代替行動の獲得との因果関係について検討するために、交差遅延モデルによる多母集団同時分析をそれぞれ実施した (Table 6-1)。その結果、苦痛対処群においては、認知的評価の各因子と自傷への固執との間には因果関係は認められず、自傷の有用性の評価と代替行動の獲得との間に双方向の因果関係がみられた。また、効果の限界の評価から代替行動の獲得に対する負の影響性がみられた。

自己保全重複群においては、自傷への固執から自傷の有用性に対して正の影響性がみられ、自傷への固執と効果の限界の評価との間には双方向の因果関係がみられた。代替行動の獲得に対しては他者評価懸念からの正の影響性がみられ、代替行動の獲得から効果の限界の評価に対する正の影響性もみられた。

対人要求重複群においては、自傷の有用性の評価から自傷への固執の評価に対する正の影響性がみられ、また、自傷への固執の評価から効果の限界の評価に対する負の影響性がみられた。代替行動の獲得と認知的

Table 6-1

認知的評価の各因子と代替行動の獲得および自傷への固執の評価の因果関係の検討

		Time 2					
		代替行動			自傷への固執		
Time 1	自傷の有用性	-.23 [*] / -.17 / .19			-.02 / .19 / .36 [*]		
	他者評価懸念	-.13 / .29 [†] / .27			.00 / .13 / -.03		
	効果の限界	-.19 [†] / .15 / .24			.09 / .17 [†] / -.11		
	他者への配慮	.06 / .11 / .16			.09 / -.14 / -.12		
	自傷への固執	-.04 / -.27 / -.30			- / - / -		
		Time 1					
		代替行動			自傷への固執		
Time 2	自傷の有用性	.21 [*] / -.07 / -.02			-.02 / .27 [*] / -.12		
	他者評価懸念	-.03 / -.09 / -.05			-.01 / -.08 / -.08		
	効果の限界	-.16 / .22 [†] / .08			.06 / -.23 [†] / -.24 [†]		
	他者への配慮	-.06 / -.06 / .04			.08 / -.02 / -.10		
	自傷への固執	-.08 / -.11 / .19			- / - / -		

[†] $p < .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$

Note: 係数は交差遅延モデルによる, 変数の組み合わせごとのTime 1からTime 2に対するパス係数を表し, 左から順に, 苦痛対処群 / 自己保全重複群 / 対人要求重複群におけるものを表す。

評価との間にはいずれも因果関係はみられなかった。

なお、群間における各パス係数の有意差は Table 6-1 に示すとおりであった。

考 察

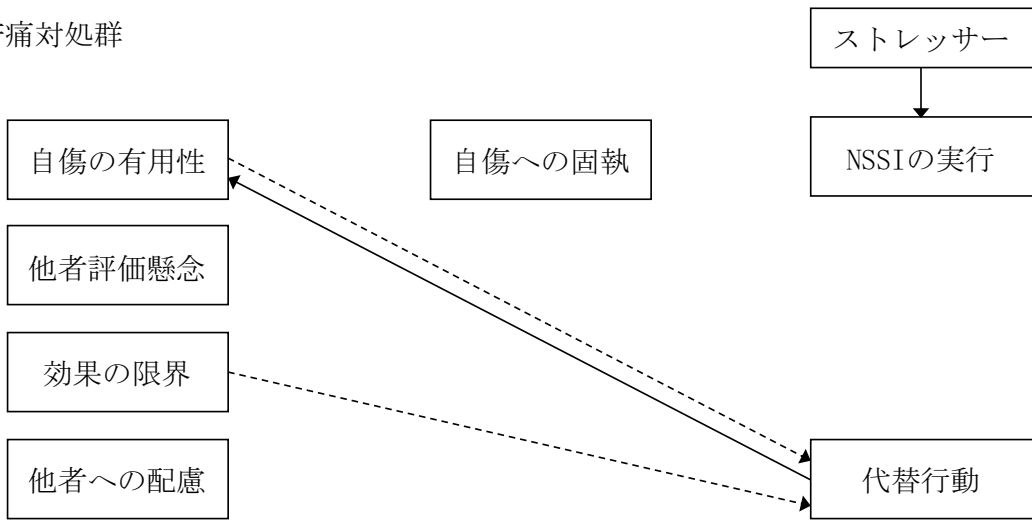
以上の分析結果をまとめ、各状態像の群における諸変数の因果関係を模式図に表した (Figure 6-4)。

各状態像における NSSI の実行度の予測要因

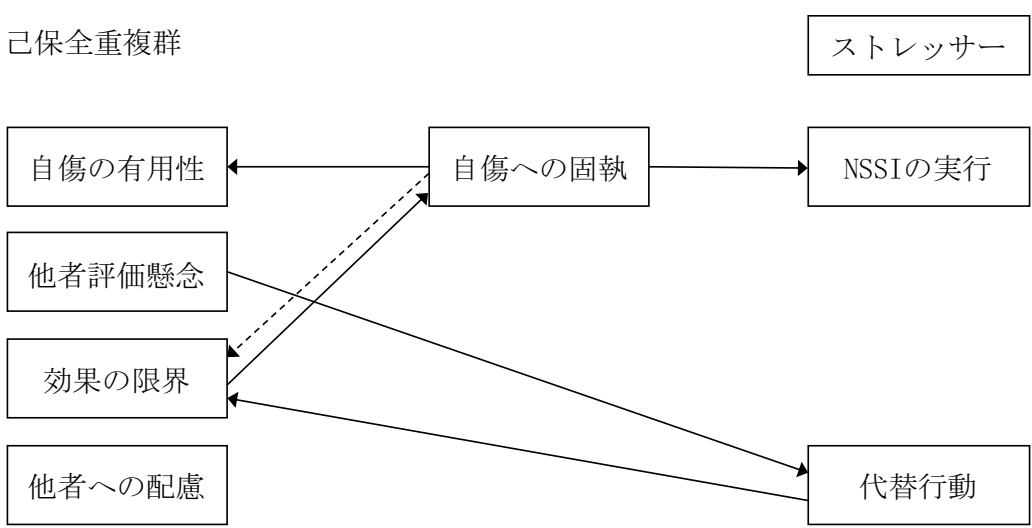
苦痛対処群 この群では、1ヶ月間における NSSI の実行度はその期間におけるストレスターの経験頻度によってのみ予測された。また、この群におけるストレスターの経験から同時点の NSSI の実行度に対するパス係数は、複数の分析時において他の群よりも有意に高い値を示していた。すなわち、NSSI が苦痛対処としての機能による、ストレスコーピングとしての役割を主としている群においては、NSSI の実行は認知的評価の様相や自覚的な代替行動の獲得の程度ではなく、ストレスターの経験によって制御される側面が他の状態像と比べて大きいと考えられる。したがって、苦痛対処群においては、ストレスターの経験の低減に寄与する支援が必要であると考えられる。

自己保全重複群 この群では、1ヶ月間における NSSI の実行度はストレスターの経験頻度や代替行動の獲得の程度ではなく、自傷への固執の評価のみによって予測された。すなわち、NSSI が苦痛対処に加えて自己同一性の保持といった自己保全としての機能を持つ場合には、NSSI の実行は必ずしもストレスターなどの環境要因によって反応的に生じてい

苦痛対処群



自己保全重複群



対人要求重複群

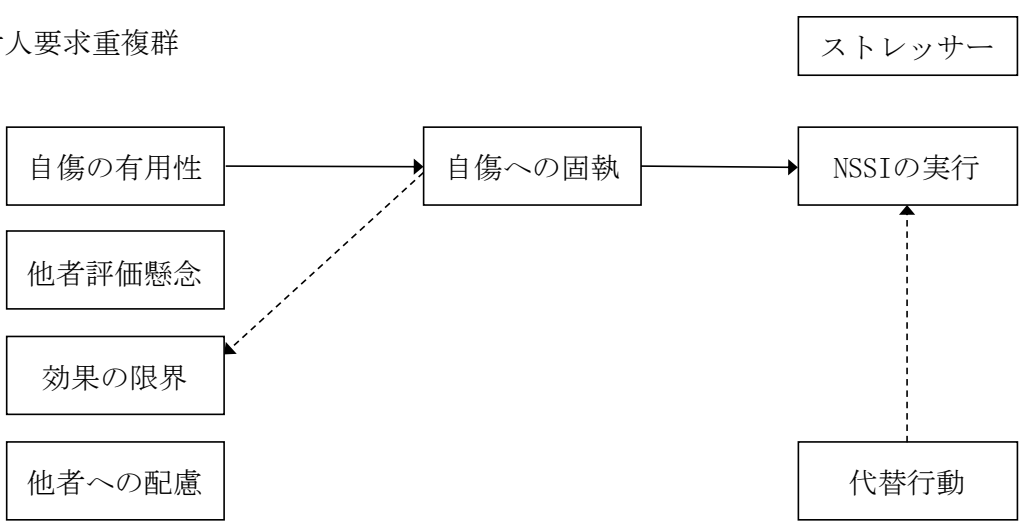


Figure 6-4. 非自殺的な自傷行為と認知的評価の因果関係のまとめ。
(実線は正の影響, 破線は負の影響を表す。)

るのではなく、自傷への固執という認知的評価のもとで慢性的に繰り返されているものであると理解することができ、認知的側面への支援が必要となると考えられる。

対人要求重複群 この群では、1ヶ月間におけるNSSIの実行度は自傷への固執の評価と代替行動の獲得の程度によって予測された。すなわち、苦痛対処、自己保全に加えて対人要求としての機能が加わった場合には、自傷への固執の評価だけではなく、NSSIと機能的に等価となり得る代替行動を獲得しているかがNSSIからの回復において重要となるといえる。したがって、この群においては、自己保全重複群において検討される自傷への固執という認知的側面への支援に加え、NSSIの代替行動の獲得を支援することが必要であるといえる。対人要求重複群と自己保全重複群との状態像間における主な相違点は、NSSIの維持要因として重要他者との対人関係における相手の操作や不満の表現が含まれる点である。すなわち、対人要求重複群において代替行動の獲得を支援するにあたっては、重要他者との円滑なコミュニケーションを促進するための対人スキルの獲得が必要となると考えられる。

認知的評価の各因子と自傷への固執の評価および代替行動の獲得との因果関係

代替行動の獲得と認知的評価との間には、状態像に応じて複数の因果関係が認められ、自傷の有用性、他者評価懸念、効果の限界から代替行動に対するパス係数は、苦痛対処群と対人要求重複群との間で係数の正負が異なり、有意差も認められていた。さらに、一部の係数においては苦痛対処群と自己保全重複群との間においても有意差が認められていた。したがって、認知的評価と代替行動との間における因果関係に関しては

状態像による差異がみられ、特に苦痛対処群においては他の2群と異なる点が多くみられることが示唆された。

また、自傷への固執に対しては、複数の他の認知的評価の因子との間においても、状態像に応じた因果関係がみられた。しかしながら、その因果関係は必ずしも各因子から自傷への固執へと係る方向性の因果関係ではなく、第6章（研究5，研究6）において想定されたNSSIに対する認知的評価における階層性を支持するものではなかった。したがって、自傷への固執と他の認知的評価の因子との間には、一方向性の因果関係ではなく双方向の影響性があるものとして、その相互作用を考慮した関係性を検討していく必要があるといえる。

第3節 本章のまとめ

本章では、ストレスターの経験頻度、代替行動の獲得に加え、第5章までにおいてNSSIからの回復との間におけるその中核的な関与が示唆されていた「自傷への固執」の評価が、NSSIの実行を実際に予測するのにかについて検討を行った。その結果、苦痛対処群ではストレスターの経験頻度によってNSSIの実行が予測され、自己保全重複群では自傷への固執の評価によって、対人要求重複群では自傷への固執の評価および代替行動の獲得によってNSSIの実行の程度が予測されることが示された。したがって、自傷への固執をはじめとするNSSIに対する認知的評価はNSSIの機能の重複がみられる状態像における、NSSIからの回復プロセスを説明する要因となるといえる。

また、自傷への固執と他の認知的評価の因子との関係性に関しては、第6章において想定されていた階層性は必ずしも支持されず、相互作用

性を考慮したさらなる関連性の検討の必要性が指摘された。

付 記

本章における研究は JSPS 科研費 19J14619 の助成を受けて実施された。

第 7 章

総合考察

第 1 節 本研究の結果のまとめ

本研究は、機能的アプローチの立場から NSSI の維持要因である機能に着目した状態像の分類を行ったうえで、NSSI に対する認知的評価の観点から NSSI の選択・実行について検討することで、状態像の差異を考慮した NSSI からの回復プロセスに関する理解を発展させることを目的としていた。以下に、本研究を構成する各研究（研究 1 ～研究 7）から得られた結果について概観し、整理を行う。

まず、第 3 章において、NSSI の機能を測定し、これに基づいた状態像の分類を行うにあたって、本邦においては具体的な NSSI の方法として測定される内容は研究によって異なっており知見が一致していなかった。そこで、研究 1 では本邦における NSSI の具体的な方法について整理することを目的として、システマティックレビューを行った。その結果、本邦における NSSI の具体的な方法として、〈切る〉〈刺す〉〈焼く〉〈擦る〉〈彫る〉の 5 つのカテゴリーから構成される《道具による自傷》と、〈打つ〉〈かきむしる〉〈嘔む〉〈つねる〉〈抜毛〉〈治癒妨害〉の 6 つのカテゴリーから構成される《道具によらない自傷》の、2 つの大カテゴリーに分類される合計 11 のカテゴリーが得られ、以後の研究ではこの 11 種類の行動を NSSI の具体的な方法として定義した。そのうえで、これらの NSSI の機能を測定する日本語ツールは開発されていなかったことから、研究 2 では上記 11 種類の NSSI の経験を測定可能であり、かつ、これらの NSSI の機能を測定可能な日本語版ツールとして日本語版 ISAS を開発した。その結果、一定の信頼性と妥当性を備えた日本語版

ISAS が開発され、これによって測定された NSSI の機能に基づく自傷行為者の状態像の分類が行われた。クラスター分析による群分けの結果、NSSI が主に苦痛対処の機能によって維持されている苦痛対処群、そこに自己保全の機能が加わった自己保全重複群、さらに対人要求の機能が加わった対人要求重複群、いずれの目立った機能も有さない習癖異常群の 4 つのクラスターが得られた。なお、その特徴から DSM-5 (APA, 2013 高橋・大野監訳 2014) における NSSID の状態像として該当しないと考えられた習癖異常群を除く 3 群が以降における研究対象者とされた。以上より、第 2 章において整理された検討課題の (a) 「NSSI の機能に基づく自傷行為者の状態像の整理分類およびその特徴が記述されていない。」に対する回答が得られた。

続く第 4 章では、NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性を検討するに先立ち、NSSI に対する認知的評価の構成要素の検討と、その測定指標の開発が行われた。研究 3 において、自傷行為経験者を対象としたインタビュー調査を行い、M-GTA による分析によって NSSI の選択に関連すると考えられる NSSI に対する認知的評価の構成要素が抽出され、11 の概念と 4 つのカテゴリーが明らかにされた。研究 4 では、これらの概念およびその具体例をもとに NSSI に対する認知的評価の測定指標の項目原案が作成され、因子分析等によって、最終的に「自傷の有用性」「他者評価懸念」「効果の限界」「他者への配慮」「自傷への固執」の 5 因子からなる、合計 19 項目の「自傷行為に対する認知的評価尺度 (ASIS)」が開発された。以上より、第 2 章において整理された検討課題の (b) 「NSSI に対する認知的評価の構成要素が明らかにされていない。」に対する回答が得られた。

第 5 章では、第 4 章で開発された ASIS を使用し、第 3 章で明らかに

された状態像に応じた、認知的評価と NSSI からの回復との関連性の検討を行った。まず、両者の関連性に関する知見はほとんどみられていなかったことから、研究 5 において、関連性の仮説モデルを構築するためにインタビュー調査による質的検討を行った。その結果、認知的評価のうち〈自傷への固執の変化〉のカテゴリーが NSSI からの回復プロセスにおいて中核的な役割を果たしていることが示唆された。続く研究 6 においてこの仮説モデルを検証した結果、すべての状態像において「自傷への固執」の因子が NSSI からの回復に対して中核的に関連していることが支持された。また、他者評価懸念、効果の限界、他者への配慮の評価は、状態像によって NSSI からの回復に対する関連性が異なることが示唆された。

最後に、第 6 章では、自傷への固執をはじめとする NSSI に対する認知的評価が実際の NSSI からの回復や NSSI の維持を予測するのかについて、ストレスターの経験、代替行動の獲得とあわせて、状態像の差異を踏まえたうえで短期縦断的に検討した（研究 7）。その結果、苦痛対処群では 1 ヶ月間の NSSI の実行度はストレスターの経験頻度によって予測された一方で、自己保全重複群および対人要求重複群においては、自傷への固執の評価によって 1 ヶ月後の NSSI の実行度が予測された。また、対人要求重複群においては、自傷への固執の評価に加え、代替行動の獲得の程度によっても、1 ヶ月後の NSSI の実行度が予測された。以上より、第 2 章において整理された検討課題の (c) 「状態像の差異に応じた、NSSI に対する認知的評価と NSSI からの回復との関連性および、認知的評価が NSSI からの回復に与える影響性が明らかにされていない。」に対する回答が得られた。

第2節 本研究から得られた知見による臨床心理学的示唆

本研究から得られた知見に基づき、各状態像におけるNSSIからの回復プロセスおよび支援方法について考察する。

苦痛対処群 まず、NSSIが主に感情調整や自罰などの苦痛対処としての機能によって維持している群においては、NSSIの実行が直近のストレス者の経験によって予測されることが明らかにされた。また、苦痛対処群においては、自身を殴る、硬いものに打ち付けるなどの道具を用いない方法によるNSSIが行われる傾向にあることが本研究より示されていた。こうした道具を使用しないNSSIは、切る、刺すなどの道具によるNSSIと比較して衝動的に行われることが多いとされていることから、苦痛対処群においては、NSSIが日常のストレス者の経験という環境的な要因によって反動的に生じていることが示唆された。したがって、苦痛対処群においては、ストレス者が除去されることや、個人のストレス者への対処能力が向上することによってNSSIからの回復が生じると考えられる。自傷行為者の一定数において自然寛解がみられるとされていることには、NSSIが中心的にみられる学齢期においては、進級や進学に伴う環境変化が一定のサイクルで訪れやすいという性質が寄与している可能性があるといえる。しかしながら、こうした環境的な変化に伴うNSSIの自然寛解は、同時に環境的な変化がネガティブに作用した場合にはNSSIの自然的な再発を生じさせることを意味する。したがって、環境調整によるNSSIの減少が期待される場合にも、コーピングレパトリーの拡充をはじめとするストレスマネジメントスキルの向上を図ることで、「NSSI以外の方法で自分は対処ができる」という効力感を向上させることが、NSSIの再発防止を視野にいれた支援においては重要となるといえる。

自己保全重複群 NSSIが苦痛対処の機能に加えて、他者との境界線の線引きなど、自己同一性を保つことである自己保全としての機能を持つ群においては、直近のストレスの程度ではなく、「自傷行為をしないと、困難な状況や気持ちに対処する方法がない」といった自傷への固執の認知的評価によってNSSIの実行が予測された。また、この群においては自身を切ることや刺すといった、道具による自傷行為が主なNSSIの方法として用いられていた。すなわち、この群においては、自己同一性の不安定さや空虚感を補うために、ストレスなどに反応する形ではなく、認知的評価に制御された、より能動的な形でNSSIが行われる側面があるといえる。第5章における横断的な関連性の検討と、第6章における縦断的な因果性の検討の間において、関連性における正負の方向については統一的な見解が得られなかったものの、いずれも自己保全重複群においては、他の状態像と比べて認知的評価の諸因子と自傷への固執の評価との間により密接な関連性が存在することが示唆されていた。したがって、自己保全の機能を伴う自傷行為者においては、その認知的側面に対する介入支援が必要であると考えられ、最終的な自傷への固執の評価の減弱によってNSSIからの回復が達成されるといえる。

自傷への固執の緩和に対しては、NSSIを行った結果や、NSSIを行わなかった結果に対する、より現実に即した正確な知覚を促進する方略が有用であると考えられる。たとえば、NSSIを行った結果、自身が予測していたような万能な効果が実際に得られていたのかや、NSSIを行わなかった結果、自身が予測していたような破局的な事象が生じていたのかを再検討することが提案できる。特に、研究5の結果から〈自傷の有用性の評価の維持〉というカテゴリーが得られていたことから、“自傷には意味がない”という自傷の有用性の評価の変容を積極的に促すのではな

く，“しかしその効果は一時的である”という効果の限界の評価を付加的に獲得することが有効であると考えられる。

対人要求重複群 NSSIが苦痛対処や自己保全に加えて、他者操作をはじめとする対人間における機能である対人要求の側面を持つ群においては、NSSIは自傷への固執の認知的評価に加え、NSSIと機能的に等価である代替行動の獲得の程度によって予測された。この群では、道具による自傷と道具によらない自傷のいずれもが他の群と比較して高い確率で出現しており、複数のNSSIが対人要求を含む複数の機能によって維持されている群であるといえる。この群においても、自傷への固執の評価によってNSSIの実行が予測される側面があることから、自己保全重複群において提案されたような、NSSIの結果へのモニタリングをはじめとする認知的側面への介入の有用性が指摘できる。しかしながら、本研究の結果から、NSSIの結果に対する評価である「効果の限界」は必ずしも自傷への固執やNSSIの実行度の低下に恩恵的な関連性のみを示してはいなかった。これは、NSSIの効果の限界を知覚したのみでは、自身の苦境への対処方略としてNSSIを手放すことはできず、反対に、効果の限界を知覚したうえでであってもNSSIをせざるを得ないといったように、かえって自傷への固執を高めることや、NSSIのエスカレートを招く場合があることを示している。対人要求重複群では、NSSIの実行の程度が自傷への固執の評価だけでなく、代替行動の獲得によっても予測されていたことから、認知的評価への介入に加えて、その代替行動の獲得を支援することが重要であるといえる。特に、この群においては、NSSIが対人関係における問題の解決においても用いられる側面があることから、身近な重要他者との円滑な関わりを支援するにあたって、対人関係スキルの獲得を支援することが有用であると考えられる。

また、自傷への固執の評価だけでなく、代替行動の獲得の支援が必要であるという面からは、この群における自傷行為者には、「何かしらの方法で目の前の苦境に対処せずにはいられない」という特徴があることも想定される。したがって、NSSIを行わなかった結果へのモニタリングを行う中で、「対処をしないでいる」という力を育むことが有用である可能性がある。

以上より、本研究で明らかにされた状態像ごとの回復プロセスおよび支援方法について考察された。なお、研究7のデータより、前向きに取得された1ヶ月間のNSSIの実行度には状態像による有意差が認められていなかったことから ($F(2, 87) = 0.99-1.99, n.s.$)、短期的にとらえた場合には、機能の重複がみられる状態において必ずしも重篤なNSSIがより頻回に行われるわけではないと考えられる。しかしながら、研究2のデータからは、回顧的に取得された生涯における自殺念慮や自殺企図の経験は、機能の重複がよりみられる状態像において多く確認された。したがって、機能の重複がみられる状態像は、中長期的にとらえた場合に比較的高い自殺リスクを抱えていると考えることができ、中長期的な継続的支援を展開していくことが重要であると考えられる。

また、研究2において明らかにされたNSSIの機能に基づく状態像は、苦痛対処、自己保全、対人要求の機能が順に重複していくという特徴を有していた。研究6においてNSSIの機能とNSSIの実行との間に関連性は認められておらず、研究7のデータにおいてもTime 1とTime 2の間における差得点を用いた相関分析の結果から、NSSIの機能の様相とNSSIの実行度との間における共変関係は認められていなかった ($r = -.07-.02, n.s.$)。さらに、Victor et al. (2016)によっても、NSSIの持続期間と機能の様相には関連性がみられなかったことが報告されている。

したがって、機能の重複は NSSI の重症化や遷延化によって生じるものではないと考えられる一方で、機能の重複には一定の方向性が認められることから、NSSI の支援においても一定の積み重ねによる階層性を設定することが可能であると考えられる。

本項において考察された、NSSI の機能に基づく状態像に応じた支援方法を階層的に整理したものを Figure 7-1 に示す。まず、NSSI が苦痛対処の機能のみによって維持している場合には、ストレスの除去やストレスマネジメントスキルの獲得が主な支援方略となる (Level 1)。自己保全の機能が重複している場合には、NSSI を行った、または行わなかった結果のモニタリングなどによる、自傷への固執の認知的評価の減弱が支援標的となる (Level 2)。さらに、対人要求の機能の重複がみられる場合には、自傷への固執の減弱の支援に加え、代替行動の獲得を目指した支援を行うことが有用であると考えられた (Level 3)。なお、各 Level において、どの支援方略を優先的に実施することがより有効であるかという点に関しては、NSSI の機能の時間的変化や治療経過に伴う変化を考慮した検討が必要であると考えられ、今後の検討課題であるといえる。

第 3 節 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界 続いて、本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究における限界点としては、大きく以下の 2 点が挙げられる。

1 点目に、本研究では先行研究との整合性をとる立場から NSSI の機能として、自記式質問紙調査による自傷行為者本人による自己報告を用いている。したがって、本研究における NSSI の機能は、自傷行為者本人がある程度自覚している内容のみを取り扱っており、当事者の NSSI に

<i>Level 3</i> 対人要求	・代替行動の獲得	・対人関係スキルの獲得 ・対処しないスキルの獲得
<i>Level 2</i> 自己保全	・自傷への固執の 認知的評価の減弱	・NSSIを行った/行わない 結果のモニタリング
<i>Level 1</i> 苦痛対処	・ストレスラーの減少	・ストレスラーの除去 ・ストレスマネジメント スキルの獲得
NSSIの機能	回復の予測因子	支援方略案

Figure 7-1. 本稿によって提案されたNSSIの機能に応じた階層的な支援方略案。

よってもたらされている現実における結果とは必ずしも整合しない可能性がある。本研究の知見は、自傷行為者がある程度自覚した機能に基づいた場合においても、その機能の様相に応じて認知的評価が NSSI からの回復を説明する要因となることを示した点で有意義なものであるが、NSSI において、自己報告による機能と、現実における機能との一致の度合いや、機能の測定法の差異によって、状態像の分類にも差異が生じるのかを今後検討し、知見を精緻化していく必要があるといえる。

2 点目に、本研究では、NSSI を行う者のほとんどが医療機関を訪れないという報告に基づき、自傷行為者のより広範なサンプルを収集し、状態像の差異に応じた回復プロセスの理解を行うことを目的としていたことから、コミュニティサンプルを対象とした調査を実施した。結果的に、医療機関を受診しているサンプルも本研究の調査対象者には含まれており、対人要求重複群においてその割合が多いことも示されてはいるものの、医療機関の受診の有無のみによる群分け等は実施していない。したがって、本研究における知見は、学校場面をはじめとするコミュニティ内における支援においては比較的その直接的な知見の援用が期待されるものの、医療機関における治療場面に対する知見の直接的な転用には一定の留意が必要であるといえる。しかしながら、本研究では NSSI の機能による状態像の差異の記述を行っており、医療機関におけるサンプル内であっても、患者が呈する NSSI の機能に応じてその治療標的が異なる可能性を示唆するものである。したがって、医療機関におけるサンプル内に限定した場合に、NSSI の機能による状態像の差異として本研究における知見が再現されるのかを追試することで、医療機関における治療場面により最適化した知見を得ることが可能となる。

今後の課題 さらに、今後の検討課題として以下の2点が挙げられる。

1点目に、NSSIの機能の変化に関する知見の不十分さが挙げられる。本研究においては、NSSIの実行度とNSSIの機能にはいずれのデータにおいても相関関係が認められなかったことから、NSSIの実行の度合いによってNSSIの機能は変化しないものとして位置づけ、その変化はあくまでNSSIという行動の学習過程によって生じるものであると理解された。しかしながら、Victor et al. (2016)においては、NSSIの機能は、NSSIに従事している期間中には変化がみられないものの、医療機関におけるNSSIの治療回復の前後においてそのスコアが減少したことを報告している。すなわち、複数の要因によって維持されていたNSSIであっても、治療回復によって維持要因が減少することが想定される。本研究の知見に照らし合わせれば、NSSIの治療回復に伴って、対人要求重複群から自己保全重複群、苦痛対処群へと状態像が変化する可能性を意味する。もし、このように状態像が変化するのであれば、本研究によって提案されたNSSIの機能に応じた階層的な支援方略における、適用順序についても提案が可能となる。たとえば、対人要求重複群においては、自傷への固執の評価の減弱と代替行動の獲得が支援標的となるが、対人要求の機能が減弱し、自己保全重複群としてみなすことが可能となった場合には、自傷への固執の評価の減弱が主な治療標的となるため、まずは代替行動の獲得として対人関係スキルの獲得を優先的に実施することが有用であると考えることも可能である。したがって、今後はNSSIの頻度の上昇などの重症化や、反対に回復していく過程において、NSSIの機能がどのように変化し得るのか、時間的な要因を含めた検討をさらに重ねることで、より頑健な知見を得ることが必要であるといえる。

2点目に、本稿における研究間での、認知的評価の諸因子の関連性に

おける結果の不一致がみられた。自傷の有用性や自傷への固執が一貫して NSSI に対して促進的に関連していた一方で、たとえば、苦痛対処群において、研究 6 では代替行動の獲得に対して促進的な関連がみられていた効果の限界の評価が、研究 7 においては抑制的な因果関係を示すなどがみられた。したがって、これらの認知的評価の作用の差異を説明する要因として、本稿における NSSI の機能による群分けは必ずしも十分ではなかった可能性がある。今後は、NSSI の機能だけでなく、NSSI を行わなくなってからの期間や、NSSI に対する衝動の程度など、認知的評価の作用に影響すると考えられる諸要因を総合的に考慮したうえで、状態像の差異に応じた認知的評価の影響性についてさらに検討を行うことで、より詳細な認知的評価に基づく回復プロセスの理解が可能となると考えられる。

第 4 節 本研究の人間科学に対する貢献

最後に、本研究によって得られた知見の人間科学に対する貢献について述べる。

NSSI をはじめとする自傷行為は、いわば生き延びるために自分自身を傷つけるという人間独特の行為であるといえ、かねてより文化人類学や精神医学などのさまざまな学問体系から多角的に考察されてきた問題であった。本稿は、この自傷行為という問題に対して、臨床心理学における自傷行為が持つ機能と認知的評価の観点から理解し、その問題の回復と支援に対して考察を加えるものであった。本研究の結果から、自傷行為はその機能に基づいて一定の分類を行うことが可能であり、状態像に応じて自傷行為が維持される要因だけでなく、回復する要因も異なるこ

とが示された。将来的に自死へと至る危険性を抱える自傷行為者において、そのサブタイプが存在することを示したことは、文化人類学をはじめ、近年急速に知見が重ねられている生物学の立場など、他の学術的視点から自傷行為に対する理解を深めるにあたって有用な知見となると考えられる。また、状態像に応じた自傷行為者の支援方法についても提案されたことから、従来より検討が重ねられてきた精神医学における知見の発展や、コミュニティにおける支援の最前線となる教育学や福祉学の立場における知見の発展にも貢献するものと考えられる。したがって、本稿は自傷行為の臨床心理学的理解への寄与に留まらず、生物・心理・社会モデルの観点から自傷行為をより深く理解し、その支援に関する知見の発展へと寄与すると考えられることから、人間科学に対する貢献を有するものであるといえる。

引用文献

- Adrian, M., McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Korlund, K., Avina, C., ...Linehan, M. M. (2019). Predictors and moderators of recurring self-harm in adolescents participating in a comparative treatment trial of psychological interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 1123–1132.
- 阿江 竜介・中村 好一・坪井 聡・古城 隆雄・吉田 穂波・北村 邦夫(2012). わが国における自傷行為の実態 — 2010 年度全国調査データの解析 — 日本公衆衛生雑誌, 59, 665–674.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.; Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (米国精神医学会 高橋 三郎・大野 裕・染矢 俊幸(監訳)(2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (米国精神医学会 高橋 三郎・大野 裕(監訳)(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 東 あかね・八城 博子・清田 啓介・井口 秀人・八田 宏之・藤田 きみ
 纒...川井 啓市(1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討 日本消化器病学会雑誌, 93, 884–892.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social*

cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11–15.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., ...Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*, 521–529.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ...Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*, 337–348.

Centers for Disease Control and Prevention (2004). Youth risk behavior surveillance-United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 53*.

Charlton, J. (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. *International Journal of Epidemiology, 24*, 45–52.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders, 15*, 487–495.

Dawkins, C. J., Hasking, A. P., Boyes, E. M., Greene, D., & Passchier, C. (2018). Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 35*, 39–48.

- 土居 正人・三宅 俊治 (2018) . 親子関係が自傷行為傾向に与える影響
心身医学, 58, 423–431.
- Edmondson, J. A., Brennan, A. C., & House, O. A. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders, 191*, 109–117.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., Deroosear, D. O., & Conteiuro, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 353–361.
- Flaherty, H. B. (2018). Treating adolescent nonsuicidal self-injury: A review of psychosocial interventions to clinical practice. *Child and Adolescent Social Work Journal, 35*, 85–95.
- Glenn, C. R., & Klosny, E. D. (2013). Non-suicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*, 496–507.
- van Goethem, A., Mulders, D., Muris, M., Arntz, A., & Egger, J. (2012). Reduction of self-injury and improvement of coping behavior during dialectical behaviour therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*, 21–34.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*, 25–35.
- Gratz, K. L., Levy, R., & Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a

- mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 365–380.
- Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., ...Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomized controlled trial with economic evaluation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d682.
- Gregory, R. J., Remen, A. L., Soderberg, M., & Ploutz-Snyder, R. J. (2009). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: Six-month outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 199–205.
- 濱 陽子 (2005) . 大学生を対象とした自傷行為の実態調査 — 自殺企図歴・過食行動・解離性体験・心的外傷体験との関連 — 臨床心理学研究, 3, 93–107.
- 濱田 祥子・村瀬 聡美・大高 一則・金子 一史・吉住 隆弘・本城 秀次 (2009) . 高校生の自傷行為の特徴 — 行為ごとの経験率と自傷行為前後の感情に着目して — 児童青年精神医学とその近接領域, 50, 504–516.
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2016). A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31, 1–14.
- Hawton, K. (1992). By their own young hand. *British Medical Journal*, 304, 1000.

- Hawton, K., & Goldacre, M. (1982). Hospital admissions for adverse effects of medicinal agents (mainly self-poisoning) among adolescents in the Oxford region. *The British Journal of Psychiatry*, *141*, 106–170.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate self-harm in young people: Characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 1574–1583.
- Hawton, K., Rodham, K., & Evans, E. (2006). *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- (ホートン, K., ロドハム, K., & エヴァンズ, E. 松本 俊彦・河西 千秋 (監訳) (2008). 自傷と自殺 — 思春期における予防と介入の手引き — 金剛出版)
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Harriss, L. (2009). Adolescents who self harm: A comparison of those who go to hospital and those who do not. *Child and Adolescent Mental Health*, *14*, 24–30.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152–1168.
- Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., & Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: Failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*, 662–670.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and

nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57–68.

堀 啓造 (2005) . 因子分析における因子数決定法 — 平行分析を中心に
して — 香川大学経済論叢, 77, 35–70.

Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people
aged 15-24: A psychological autopsy study. *Journal of Affective
Disorders*, 63, 159–170.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance
structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives.
Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6, 1–55.

飯田 順三 (2006) . 習癖異常とは こころの科学, 130, 14–16.

井村 亘・石田 実知子・渡邊 真紀・小池 康弘 (2018) . 高校生の自傷
行為に対するスキーマと対人ストレスの関連 川崎医療福祉学会
誌, 27, 433–439.

井村 亘・渡邊 真紀・石田 実知子 (2017) . 高校生の自傷行為に対する
教師サポートと対人ストレスの関連 学校保健研究, 59, 347–353.

猪飼 さやか・大河原 美以 (2013) . 母からの負情動・身体感覚否定経
験が自傷行為に及ぼす影響 — 解離性体験尺度 DES-II との関係
— 東京学芸大学紀要.総合教育科学系, 64, 171–178.

井上 清子 (2017) . 大学生の自傷行為の経験と意識 生活科学研究, 39,
137–143.

International Society for the Study of Self-Injury. (2007). *Definitional issues
surrounding our understanding of self-injury*. Conference proceedings
from the annual meeting.

International Society for the Study of Self-Injury. (2018). What is self-injury?

International Society for the Study of Self-Injury. Retrieved from <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury> (September 9, 2020)

石田 実知子 (2015) . 高校生における怒りに起因する自傷と他害および
援護要請の関連及び性差 インターナショナル nursing care research,
14, 11–20.

石田 実知子・江口 実希・國方 弘子 (2018) . 思春期用自他への暴力行
動尺度の開発 社会医学研究, 35, 13–19.

石田 実知子・國方 弘子・渡邊 真紀・井村 亘 (2017) . 高校生の精神
的健康に対する学生生活関連ストレスと自傷行為との関連 日本
保健科学学会誌, 20, 103–111.

Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., & Kojimoto,
M. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior
high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 172–
176.

Kaiser, C. R., & Miller, C. T. (2004). A stress and coping perspective on
confronting sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 68–178.

神澤 創・中田 玲奈・才野 雄大 (2016) . 若年者の自傷行為と精神的健
康に関する研究 帝塚山大学心理学部紀要, 5, 57–63.

Kann, L. (2001). The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring
health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272–
277.

川喜田 二郎 (1967) 発想法 — 創造性開発のために — 中央公論社

木下 康仁 (2003) . グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 —
質的研究への誘い — 弘文堂

- 岸 竜馬 (2011) . 弁証法的行動療法の有効性と問題点 立教大学臨床心理学研究, 5, 15–26.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226–239.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 215–219.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. N., & Washburn, J. J. (2015). The functions nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 9*, 44.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 231–237.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 166–170.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1045–1056.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 1501–1508.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry, 148*,

1665–1671.

Kreitman, A. E., Greer, S. P., & Bergley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, *115*, 746–747.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

(リネハン, M. 大野 裕 (監訳) (2007) . 境界性パーソナリティ障害の弁証法的行動療法 — DBT による BPD の治療 — 誠信書房)

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.

(リネハン, M. 小野 和哉 (監訳) (2007) . 弁証法的行動療法実践マニュアル — 境界性パーソナリティ障害への新しいアプローチ — 金剛出版)

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ...Lindenboim, L. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 757–766.

Lloyd, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*, 1183–1192.

町沢 静夫・佐藤 寛之 (1990) . 境界型人格障害の内的メカニズムの検討 — ボーダーラインスケールと臨床体験からの分析 — 精神医学, *32*, 1179–1185.

Martin, S., Martin, G., Lequertier, B., Swannell, S., Follent, A., & Choe, F.

(2013). Voice movement therapy: Evaluation of a group-based expressive arts therapy for nonsuicidal self-injury in young adults. *Music and Medicine: An Interdisciplinary Journal*, 5, 31–38.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 10–18.

松本 俊彦 (2009). 自傷行為の理解と援助「故意に自分の健康を害する」若者たち 日本評論社

松本 俊彦・阿瀬川 孝治・伊丹 昭・竹島 正 (2008). 自己切傷患者における致命的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因 — 3年間の追跡調査 — 精神神経学雑誌, 110, 475–487.

松本 俊彦・今村 扶美 (2006). 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 — 明治安田生命こころの健康財団 研究助成論文集, 42, 37–50.

松本 俊彦・今村 扶美 (2009). 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.

Matsumoto, T., Imamura, F., Chiba, Y., Katsumata, Y., Kitani, M., & Takeshita, T. (2008). Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 362–364.

松本 俊彦・山口 亜希子 (2005a). 嗜癖としての自傷行為 精神療法, 31, 329–332.

松本 俊彦・山口 亜希子 (2005b). 自傷行為の嗜癖性について — 自記

式質問票による自傷行為に関する調査 — 精神科治療学, 20, 931–939.

McCauley E, Berk M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korlund, K., ...Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75, 777–785.

McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 193–196.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Steiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091.

Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

(メニンガー, K. A. 草野 栄三良 (訳) (1963) . おのれに背くものの (上) (下) 日本教文社)

三上 克央・松本 英夫 (2006) . 習癖異常への対処と治療 こころの科

学, 130, 17–22.

Miller, A. L., Rathus, J.H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6, e1000097.

Mojena, R. (1977). Hierarchical grouping methods and stopping rules: An evaluation. *The Computer Journal*, 20, 359–363.

Morgan, H. G., Burns-Cox, C. J., Pocock, H., & Pottle, S. (1975). Deliberate self-harm: Clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 127, 564–574.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333.

村山 恭朗・伊藤 大幸・浜田 恵・中島 俊思・野田 航・片桐 正敏...辻井 正次 (2015) . いじめ加害・被害と内在化／外在化問題との関連性 発達心理学研究, 26, 13–22.

西園 昌久・安岡 誉 (1979) . 手首自傷症候群 臨床精神医学, 11, 1309–1315.

Nock, M. K. (2012). Future directions for the study of suicide and self-injury. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 41, 255–259.

Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the

assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 885–890.

布柴 靖枝 (2012). 青年期女子の自傷行為の意味の理解と支援 — 行動化を繰り返しつつ、自分らしさを模索していった女子学生の危機介入面接過程を通して — 学生相談研究, 33, 13–24.

O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 32, 396–402.

大嶽 さと子・伊藤 大幸・染木 史緒・野田 航・林 陽子・中島 俊思...
辻井 正次 (2012). 一般中学生における自傷行為の経験および頻度と抑うつとの関連 — 単一市内全校調査に基づく検討 — 精神医学, 54, 673–680.

大石 さおり (2011). ピアッシング, コスプレ, 自傷行為と自己概念との関連性の検討 日本家政学会誌, 62, 59–68.

岡田 涼・谷 伊織・大西 将史・中島 俊思・宮地 泰士・藤田 知加子...
辻井 正次 (2010). 中学生における自傷行為の経験率 — 単一市内における全数調査から — 精神医学, 52, 1209–1212.

Osuch, E. A., & Payne, G. W. (2009). Neurobiological perspectives on self-injury. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 79–110). New York: Routledge.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193–199.

Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The*

American Journal of Psychiatry, 140, 867–872.

Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.

Platt, S., Bille-Brahe, U., KerKhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., ...Sampaio Faria, J. (1992). Paracicide in Europe: The WHO/EURO multicenter study on paracicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97–104.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.

Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46, 225–236.

Romans, S. E., Martin, J., Anderson, J. C., Herbison, G. P., & Mullen, P. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1336–1342.

Rosenthal R. J., Rinzler, C., Walsh, R., & Klauser, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *The American Journal of Psychiatry*, 128, 1363–1368.

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313.

佐野 和規 (2015) . 青年期における自傷行為の開始・維持・改善と「居

- 場所」との関係 — 教員の支援方法に関わる質的分析 — 応用教育心理学研究, 32, 43-59.
- 関本 富美子・朝倉 隆司 (2017). 中学生における自傷行為の経験率, 性差と心理社会的要因 — 神奈川県の公立中学校における疫学調査 — 東京学芸大学紀要. 芸術・スポーツ科学系, 69, 183-191.
- 清水 裕士 (2016). フリーの統計分析ソフト HAD — 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案 — メディア・情報・コミュニケーション研究, 1, 59-73.
- 志津 綾香・松田 眞一 (2011). クラスタ分析におけるクラスタ数自動決定法の比較 アカデミア. 情報工学編: 南山大学紀要, 11, 17-34.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Simeon, D., & Hollander, E. (Eds.) *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington DC: American Psychiatric Publisher.
- Stanford, S., & Jones, M. P. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 807-815.
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., & Dulit, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 337-341.
- 鈴木 淳子 (2002). 調査的面接の技法 ナカニシヤ出版
- 鈴木 伸一 (2006). コーピングにおける認知過程の検討 心理学研究, 76, 527-533.
- 高柳 伸哉・伊藤 大幸・岡田 涼・中島 俊思・大西 将史・染木 史緒 (2012).

一般中学生における自傷行為のリスク要因 — 単一市内全校調査に基づく検討 — 臨床精神医学, 41, 87-95.

Taylor, J. P., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmala, U., & Dickson, M. J. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769.

Turner, B. J., Austin, S. B., Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 576-585.

Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: Associations with emotional and social functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 36-55.

Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41, 321-327.

Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197, 73-77.

Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2016). Functions of nonsuicidal self-injury (NSSI): Cross-sectional associations with

NSSI duration and longitudinal changes over time and following treatment. *Psychiatry Research*, 241, 83–90.

Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.

(ウォルシュ, B. W. 松本 俊彦・山口 亜希子・小林 桜児 (訳) (2007) . 自傷行為治療ガイド 金剛出版)

Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury, second edition: A practical guide*. New York: Guilford Press.

(ウォルシュ, B. W. 松本 俊彦 (監訳) (2018) . 自傷行為治療ガイド第2版 金剛出版)

Wilkinson, P. O., Qiu, T., Neufeld, S., Jones, P. B., & Goodyer, M. (2018). Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: Prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 222–226.

Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. N. N., & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1246–1253.

山口 亜希子・松本 俊彦 (2005) . 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.

Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296–301.

付 録

付録 1 :

日本語版 Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)

(研究 2 において作成)

付録 2 :

自傷行為に対する認知的評価尺度 (Appraisal of Self-Injury Scale: ASIS)

(研究 3 および研究 4 において作成)

付録 1 : 日本語版 Inventory of Statements About Self-injury

section 1

- 【1】 このアンケートでは、さまざまな自傷行為についておたずねします。
自傷行為とは、故意に（わざと）、明確な自殺の意図を持たずに（本気で自殺をしようとしたわけではなく）行った自分自身を傷つける行為のことを指します。
もしあなたが故意に（わざと）、自殺の意図を持たずに（自殺をしようとしたわけではなく）行っている場合には、その行為について回答してください。

-
1. あなたが、今までに意図的に（わざと）行った自傷行為の種類ごとの回数を大まかで構いませんので教えてください。
（例：0, 10, 100, 500 など）

切る	_____ 回	ひどくかきむしる	_____ 回
噛む	_____ 回	自分を叩く、打ち付ける	_____ 回
火傷させる	_____ 回	傷口が治るのを妨げる（例：かさぶたをむく）	_____ 回
彫る、削る	_____ 回	ざらざらした表面に肌を擦り付ける	_____ 回
つねる	_____ 回	針などで自分を刺す	_____ 回
髪の毛や体の毛を抜く	_____ 回	大量の薬物や危険な物質を飲み込む	_____ 回
その他（_____）	_____ 回		

-
2. もしあなたが行う自傷行為に主なものがあれば、上記の一覧の中にある行為を○で囲んでください（複数選択可）。

-
- 3-1. あなたは何歳のときにはじめて自傷行為を行いましたか？

_____ 歳

- 3-2. 最後に自傷行為を行ったのはいつですか？おおよその日付を教えてください。

（例：○日前、○ヶ月前、○年前 など）

_____ 前

付録 1 : 日本語版 Inventory of Statements About Self-injury

section 1 (続き)

4. あなたは自傷行為をしているとき、体の痛みを感じますか？

選択肢に○をつけてください： a. はい b. ときどき c. いいえ

5. あなたは自傷行為をするとき、1人きりですか？

誰かと一緒にいる場合や、通話などをしている場合には「いいえ」を選んでください。

選択肢に○をつけてください： a. はい b. ときどき c. いいえ

6. 普段、あなたが自傷行為をしたいと感じてから実際に自傷行為を行うまでに、どれくらいの時間が経過しますか？

選択肢に○を付けてください：

a. < 1時間 b. 1-3時間 c. 3-6時間
d. 6-12時間 e. 12-24時間 f. >1日

7. あなたは自傷行為を止めたいですか？または、自傷行為をしていた頃に止めたいと思っていましたか？

選択肢に○をつけてください： a. はい b. いいえ

注) 本研究においては、section 1 の回答方法等を各研究に応じて上記のものから部分的に改変し使用した。

付録 1 : 日本語版 Inventory of Statements About Self-injury

section 2

【2】このアンケートは、自傷行為の経験についてよりよく理解することに役立つために作られました。以下の記述のリストは、あなたの自傷の経験に関連があるかもしれないし、または関連がないかもしれません。あなたにとって最も当てはまると思う選択肢に、○をつけてください。

	全く関係ない	いくらか関係ある	とても関係ある
・ もしその記述があなたにとって 全く関係ない と思う場合には、0 に○をつけてください。			
・ もしその記述があなたにとって いくらか関係ある と思う場合には、1 に○をつけてください。			
・ もしその記述があなたにとって とても関係ある と思う場合には、2 に○をつけてください。			
“私が自傷行為をしているとき、私は…”			
1 自分を落ち着かせている	0	1	2
2 自分と他者との間に境界を作っている	0	1	2
3 自分を罰している	0	1	2
4 (傷を手当てすることで) 自分を気につけ、手当てしてあげる手段を作っている	0	1	2
5 感覚がない状態をとめるために痛みを引き起こしている	0	1	2
6 自殺への衝動を避けている	0	1	2
7 興奮や高揚感を得るために何かをしている	0	1	2
8 仲間との関係を深めている	0	1	2
9 自分の感情の痛みを他の人に知らせている	0	1	2
10 自分が痛みに耐えられるか試している	0	1	2
11 自分がひどい状態であることの印を作っている	0	1	2
12 誰かへ仕返しをしている	0	1	2
13 自分で自分のことはできるとを示している	0	1	2
14 自分の中に溜まった感情的なプレッシャーを発散している	0	1	2
15 自分は他の人々とは分離していることを示している	0	1	2
16 自分の価値のなさやバカさに対する怒りを表している	0	1	2
17 感情的な苦痛よりも、気につけ、手当てしやすい体の傷を作っている	0	1	2
18 たとえ身体的な痛みであっても、(無感覚ではなく)何かを感じようとしている	0	1	2
19 実際に自殺を試みることなく、自殺への考えに対処している	0	1	2
20 極端なことをして自分や他の人を楽しませている	0	1	2
21 周囲にあわせている	0	1	2

付録 1 : 日本語版 Inventory of Statements About Self-injury

section 2 (続き)

22	周りの人からのケアや、助けを探し求めている	0	1	2
23	自分が頑強で、強いことを示している	0	1	2
24	感情的な痛みが本物であることを自分に証明している。	0	1	2
25	他者に対して復讐している	0	1	2
26	自分は他人の助けに頼る必要がないことを示している	0	1	2
27	不安、不満、怒りや、その他の飲み込まれてしまいそうな感情を軽くしている	0	1	2
28	自分と他者との間に壁を確立している	0	1	2
29	自分の不幸さや自分への嫌気などの感情に対処している	0	1	2
30	傷の手当てに集中することで、喜びや満足を感じている	0	1	2
31	自分が実在しているのかわからなくなったとき、自分がまだ生きていることを確かめている	0	1	2
32	自殺への衝動にストップをかけている	0	1	2
33	例えばスカイダイビングやその他の過激な活動をするのと同じように、自分の限界を押し広げている	0	1	2
34	友人や大切な人との友情や強いつながりの印をつくっている	0	1	2
35	大切な人が自分から離れて行ったり、自分を見捨てたりしないようにしている	0	1	2
36	自分が身体的な痛みを耐えられることを証明している	0	1	2
37	自分が体験している苦痛を形に表している	0	1	2
38	身近なある人のことを傷つけようとしている	0	1	2
39	自分が自律していること、独立していることを確立している	0	1	2

(任意) 以下の空欄に、上記のリストよりもあなたにとって関係があると感じることがあれば挙げて下さい。

(任意) 以下の空欄に、自分に当てはまらなくても、何か追加した方が良いと思う項目があれば挙げて下さい。

付録 2 : 自傷行為に対する認知的評価尺度

【1】 このページでは、自傷行為に対してあなたが持つ考えについてお尋ねします。
以下の項目に対して、それぞれもっとも当てはまると思う数字を選択肢の中から1つ選び、○をつけてください。

	そ う 思 わ な い	や や そ う 思 わ な い	や や そ う 思 う	そ う 思 う
1 自傷行為はストレスの発散になる	1	2	3	4
2 自傷行為をしていると、周囲から変に思われる	1	2	3	4
3 物や他人にあたるくらいなら、自分を傷つけた方がましだ	1	2	3	4
4 自分を傷つけることは、心配してくれる人に申し訳ない	1	2	3	4
5 自傷行為による効果は長続きはしない	1	2	3	4
6 自傷行為は、どうしようもない気持ちに対処するのに役立つ	1	2	3	4
7 自傷行為をしていると、周囲からういてしまう	1	2	3	4
8 自傷行為をしないと、困難な状況や気持ちに対処する方法がない	1	2	3	4
9 自傷行為をすることで、誰かを悲しませてしまう	1	2	3	4
10 自傷行為を続けることで、その先もっと面倒なことになる	1	2	3	4
11 つらいことや嫌なことがあると、ふと自傷行為のことが思い浮かぶ	1	2	3	4
12 自分を傷つけることは道徳に反している	1	2	3	4
13 自傷行為で得られるものは一時的なものだ	1	2	3	4
14 自傷行為をするとスッキリする	1	2	3	4
15 自傷行為をしていると、悪い印象を持たれる	1	2	3	4
16 自傷行為は、自分にとって必要なものだ	1	2	3	4
17 自傷行為をすることで、周囲に心配や迷惑をかけてしまう	1	2	3	4
18 自傷行為は、結局は問題の解決にならない	1	2	3	4
19 つらいことや嫌なことがあっても、自傷行為以外の方法で乗り越えられる	1	2	3	4

謝 辞

本学位論文をまとめるにあたり，ご指導，ご支援を賜ったすべての方々に，この場をかりて感謝申し上げます。

そしてなにより，ご自身の経験を快くお話してくださいました研究参加者のみなさまに，心より感謝申し上げます。みなさまの語りを源とした本論文が，いつの日か，誰かの笑顔につながるものと信じています。