

非自殺的自傷行為に関する心理学的研究

自傷発生のリスクファクターと感情情報伝達過程の検討

2018 年度

吉備国際大学大学院

心理学研究科 心理学専攻

博士後期課程

D621601 土居正人

主指導教員：三宅俊治

副指導教員：森井康幸

目次

第1章 序論	1
第1節 本研究の臨床心理学における立ち位置	1
第2節 著者が臨床経験を通して見てきた自傷について	2
第3節 臨床心理学における「自傷行為」の立ち位置	4
第4節 「自傷行為」に関する本研究の展開	7
第2章 本論文の目的とこれまでの自傷行為研究	8
第1節 本論文の目的	8
第2節 自傷行為とは	8
第3節 これまでの先行研究	9
1. 歴史的概略	9
2. 自傷の経験率を指標とした西暦年別、発達過程及び初発年齢の比較	10
3. 自傷の尺度開発と倫理的側面	14
4. 自傷の特徴と機能	15
5. 自傷と他の疾患との関連	16
6. 自傷行為に関連する精神疾患	18
7. 自傷と家族関係	19
8. 自傷の治療と予防プログラム	20
9. 自傷者の最近の研究の動向と今後の展開	23
第4節 本章の結語	23
第3章 自傷に及ぼす親子関係の歪みについて	25
第1節 はじめに	25
第2節 なぜ、自傷と親子関係の関連を探るのか	25
第3節 自傷と親子関係に関する事例研究	26
第4節 自傷と親子関係に関する定量的研究	28
1. 自傷と虐待の関連に言及した研究	28
2. 虐待以外の親子関係と自傷に言及した研究	28
第5節 自傷行為の生起に及ぼす親子関係の影響の推論	30

第6節	本章の結語	33
第4章	自傷行為者の親子関係における不承認環境の検討	
	弁証法的行動療法による認証の観点から	34
第1節	はじめに	34
第2節	心理療法における弁証法的行動療法の位置付けとその歴史	34
第3節	弁証法的行動療法とは	37
第4節	感情調節障害が発生するプロセス	39
第5節	認証とは	40
第6節	自傷と親子関係	43
第7節	本章の結語	44
第5章	親子関係が自傷行為傾向に与える影響	46
第1節	問題と目的	46
第2節	方法	49
	1. 対象者	49
	2. 用いた尺度	49
	3. 調査手続き	49
第3節	結果	49
	1. 用いた2つの尺度の因子構造について	49
	2. 親子関係が自傷行為傾向に与える影響	54
	3. 自傷傾向（高・低）×学校段階（高校・大学）によって規定される 親子関係下位因子の検討	55
第4節	考察	58
第5節	本章の結語	61
第6章	非自殺的自傷行為発生までの経路の検討	
	自傷行為研究と感情調節研究の文献レビューを通して	63
第1節	はじめに	63
第2節	感情とその発達のプロセス	63
第3節	感情による情報伝達のプロセス	64

第4節	感情調節とそのプロセス	65
第5節	感情・感情調節とNSSIの関連について	67
第6節	親子関係とNSSIの関連	68
第7節	不承認環境・感受性と推論の誤りの関連	69
第8節	不承認環境と親の価値観	71
第9節	NSSI発生経路	72
第10節	結語	73
第7章	非自殺的自傷行為(NSSI)発生経路の検討	
	親子関係と感受性の高さから自傷傾向に至る経路について	75
第1節	問題と目的	75
第2節	方法	79
1.	対象者	79
2.	測定	79
3.	手続き	80
第3節	結果	80
1.	自傷高群と低群の因子間相関について	80
2.	基礎データの分析	81
3.	仮説モデル	82
4.	仮説モデルに基づく自傷低群と高群の比較	84
第4節	考察	86
1.	自傷傾向低群及び高群における仮説の評価	87
2.	パス図における自傷低群と自傷高群の相違	88
第5節	結論	89
1.	本研究の限界と将来の研究への方向性	89
第8章	結語：自傷行為の原因とその発生プロセスの検討	92
第1節	本論文の総括	92
第2節	本論文から指摘できる自傷行為への対応方法	94
第3節	本論文の限界	95
第4節	本論文の意義	96

引用文献	98
論文一覽	115
謝辞	116
資料	118

第1章 序論

第1節 本研究の臨床心理学における立ち位置

臨床心理学は、対象やその関連領域によって概ね5つの分野に分けられる。すなわち、教育、医療・保健、福祉、司法・犯罪、産業である。本研究は、青年期の生徒・学生の自傷行為発生の機序に焦点を当てており、生徒・学生が児童期から青年期にかけて精神的な自立に至る発達過程の中で家庭・学校で発生するストレスやその対処に情意的側面でのどのように関わってきたことで歪みが生じたのかについて検討を加えていく点で、教育臨床的なテーマといえる。それとともに、医療・保健とも関連するテーマと考えられる。

ところで、Witmer, L. が心理学的クリニック(The Psychological Clinic)をペンシルヴァニア大学(The University of Pennsylvania)に創設した1896年以来、アカデミックな立場から心理学者による臨床支援が始まった。それは学習障害児童たちへの支援であった。平等に教育を受けるという民主主義・平等主義の理念の下で今日の学校教育制度は教育機会の均等性を大前提に機能させているが、そこで学ぶ児童の教育課程で習得しなければならない教材理解という観点からすると、学年を経るに伴って教育内容が漸進的に高度になり広がり深化していく現実の中で、ある程度の発達上の個人差は当然承知されている。とはいえ、児童の教育内容の理解・応用の甚だしい遅滞は公的な義務教育にあつては、教員の立場からも児童の立場からも決して好ましいことではない。Witmer, L. の支援は、知能水準が著しく低くないにも拘わらず文字を読むことが困難な14歳の「読字障害」の少年に対してなされたものであり、生徒の知・情・意のうち知的活動の底上げに関連していたと言える。彼が臨床心理学の「臨床」に込めた思いの中には、「臨床」が文字通り *Bed Side* という意味を指し示しているように、従来の哲学的思索や教義的な心理学的原理に拘泥されない人間味溢れる関わりへの信念が窺える。そういう意味でクライアントに寄り添い、クライアントを心理的に支えるという実践に主眼が置かれていた(Witmer, 1907)。Witmer, L. の果たそうとした実践は、いわば、学校教育における学習面の適応的支援であったと位置づけられる。

学校教育の目的は、今日、学科目に関する知識の習得だけにあるのではなく、学校環境における多様な人間関係を経験することに伴う社会性の獲得も含む。近年、不登校やいじめ、発達障害への教育方針などの問題が指摘され、その改善に大きなエネルギーが充てられている。これらは、学校生活やその背後にある家庭環境における生徒・学生の

感情や意志・意欲的な側面の歪みが大きな比重を占め、それらに対してなされている。それは、近年の産業構造の変化、経済階層の二極化、核家族化の進展、保護者の学歴向上、少子化による親の子どもへの注意の過度の傾注などによって、青年期の精神的自立が円滑に進まないこととも相俟って、従来、卑近な形で目にしていた諸種の障害に替わって、新たな不適応を生じさせることとなった。このような近年の社会構造の変化の中で、自傷行為のメカニズムに関する検討は事例研究的に行われてきた(Linehan, 1993a)。クライアントに寄り添い、クライアントを心理的に支えるという臨床家の姿勢は、Witmer,L.の臨床的実践以来、大切にしなければならないことは言うまでもない。しかしながら、自傷行為の機序に立ち入って、その心理的メカニズムを一般化したり、理論化しようとする際には、多くの自傷行為者や健常者の比較をしたりすることによって、計量的に分析していくことが必要となろう。本研究は、そのような観点から、自傷行為の機序に計量的に接近していくのが目的である。

本研究は、小学校高学年から中学生・高校生にかけて顕著に発現する自傷行為について、学校社会における人間関係の形成の前提を担う家庭環境における人間関係の歪みに焦点を当てて検討したものである。

第2節 著者が臨床経験を通して見てきた自傷について

近年、日本において、自傷行為の症例研究は多く報告されてきた(柏田, 1988; 西園, 1982; 西園・安岡, 1977; 安岡, 2002)。自傷者は自傷行為のみで医療機関にかかることは少なく、実際に自傷を行っている 87.4%は医療機関を利用しないことを報告していることから(Howton, Rodham, & Evans, 2006)、一般人の中に存在する自傷者の特徴をより鮮明につかめているかについては疑問が残る。一方で学校現場において、教員あるいは養護教員は自傷者の対応に苦慮しており、スクールカウンセラーも週1回のみ勤務であり、対応できているとはいいがたい。自傷者の対応に最も困惑しているのは教育現場であり、教員や保護者は自傷者に対してどのように関わっていけばよいのか分からないのである(金・土川・金子, 2006; 松岡, 2012)。そのため、一般人の中にいる自傷者の特徴をつかむには医療機関よりも教育機関の方がより現実的な実態を捉えることができると考えられた。そのため、まず著者がこれまでの教育臨床における活動の中で見てきた自傷者の特徴について記述し、そこから分かることを考察する。

著者はこれまで自傷行為に関する研究を行いながら、その傍らで臨床経験を積み重ねていただいた。臨床経験の例として、著者は不登校児童生徒が集まる適応指導教室や児童

精神科，児童相談所，小学校，中学校，高校，大学など，教育・医療・福祉の3領域にまたがって勤務してきた。そこでは，たくさんの人々と出会い，様々な体験をさせていただいた。その中には当然自傷を行う者もあり，著者はいくつかの特徴があると考えている。そこでまず，その特徴について記述し，そこから考えられる自傷者の実態を考えたい。

①自傷前のストレス：まず，自傷者の状態について，自傷者は強いストレスを抱えていることが多く，そのストレスを解消することを目的に自傷が行われている。

②思考・意識・行動：自傷者の意識ははっきりしているのだが，人と会話をする時，目の前の人と話しているように感じない。誰か別の人と話しているように感じる。次に自傷者は「死にたい」と死への願望をつぶやくことが多い。その割には，直接的に自殺行為が遂行されることはまれであり，その代わりとして死ぬ意図を持たない自傷が行われやすい。そして，自傷者は「自分はダメな人間だ」とのネガティブな思考を持っており，周囲が自傷者を認めたり，褒めたりしても，自傷者はネガティブな解釈をしようとする。幸せが続くと，「いつまでもこの幸せが続くのだろうか」との恐れを抱き，その幸せをあえて自ら壊そうとする。さらに，自傷者は孤独感を強く感じている。そのため，常に人がいないといけなさと考えたり，周囲から関心を持たれなくなったりすると，「一人になるのでは」と強く不安を感じる。次に，自傷者は人から認められたい，受け入れられたいという願望が強い傾向がある。心の底にあるその思いを表現するために自傷を行う，あるいは，その承認欲求が満たされないことの代償として自傷が行われる。また，自傷者は衝動性が高い，あるいは抑うつが高いことから，一つのことを継続することが困難である。そのため，カウンセリングにおいて精神的健康を図る目的で，クライアントの趣味が増えるように支援しても，自傷者の場合，その趣味が長続きすることはあまりない。

③自傷を見られることへの意識：自傷方法の特徴としては，自傷者の中には，腕にある傷を他者からも見えるようにする者もいれば，例え夏であっても長袖の服を着るなどして隠そうとする者もいる。また，Tシャツなどでも隠れるように肩を自傷する者もいる。ここから，自傷をしていることについて他者から見られることへの意識が自傷者によって異なることが分かる。

④対人関係：自傷者の中には，自傷を遂行しそれを周囲に伝えることで結果的に相手を操作・支配しようとする者もいれば，一人誰にも分からないように自傷をし，周囲からは分からないようにする者もいる。次に，友達の少なさがあげられる。自傷をする者

は過去の友人関係において失敗を多く経験していることから、人を信頼することに自信が無い。例えば友達が存在したとしても、その関係は浅い。また、自傷者は人と初めて出会うとき、相手が良い対応をしてくれた場合（笑顔を見せるなど）、その相手を「良い人」と認識し、不愛想な態度をとるなどの反応が悪い人を「悪い人」と捉えようとする。前者の人に対して自傷者は依存的になり、関係がマンネリ化することによって注目や刺激が得られにくくなることから、些細なことでケンカをし、その関係を断ってしまう。その際に、関係が維持されるような対応を取ろうとはしない。一方で後者の場合、自傷者はその人を避けようとし、一向に関係が深まることが無い。

⑤親子関係：父親あるいは母親は、その子供（自傷者）に対して否定的であり、子供扱いをして一人の大人であることを認めようとししない。例えば外出することを許可しなかったり、異性との交遊関係に干渉したりする。自傷者の親は、世間体を気にするなど社会的価値観を重視するがあまりに、目の前にいる子供（自傷者）の状態をありのままで見ることができなくなっている。例えば、親は子供のテスト得点の高さやファッションに対する一定の価値観を持っており、それによって子供の良し悪しが決まっている。

⑥知能：最後に、自傷者には学力が高い者もいれば低い者もいる。そこから、学力と自傷は関連が無いと推測される。

以上のことから、自傷者は人との信頼関係の構築に心理的な障害を有しており、そこから親子関係や友達関係の不和が生じやすく、自己肯定感が低くなる。その割には自傷者は人からの注目を求めており、それが満たされないことから孤独感と抑圧から来る強いストレスを常に感じており、そのストレスを軽減するために自傷が行われるということが推測される。これらのことは全て著者の臨床経験から推測されたことであり、実証性に欠ける。そのため、現在までの実証的研究においてどこまでが明らかになっているかについて検討する必要がある。そこでまず、学問体系の一つである臨床心理学では自傷行為がどのように扱われ、理解されているのかについて検討する。

第3節 臨床心理学における「自傷行為」の立ち位置

臨床心理学は、「心理的に不健康な面もしくは問題行動をもつクライアントをより健康な方向に導くための専門的援助を行う領域」とされている(田中, 1996)。これまで臨床心理学の研究は、大脳生理学から社会文化的要因の分析にまで広がってきており、これらの知見を統合して、クライアントの問題のアセスメントと支援につなげる視点が注目されつつある。これは、「生物・心理・社会モデル」とよばれ、生物学的要因（遺伝、

脳、神経科学、生理学)や心理的要因(人格特性、発達、心理的状态)、社会的要因(親子や友達などの対人関係、文化、価値観、経済的要因)をそれぞれの観点からアセスメントする考え方である(岩壁・福島・伊藤, 2013)。パニック障害、注意欠陥・多動性障害などは、過去の研究結果より生物学的要因が認められており、抑うつや不安、怒りなどは心理的要因として捉える。家族や学校、会社などの集団における対人関係に加えて、国の文化や社会、政治、経済的状况などが社会的要因に含まれる。このように臨床心理学では自傷行為を改善、あるいは支援していくためには、まずアセスメントをすることが重要であり、自傷の状態や原因を解明する必要がある。そして、それは生物、心理、社会的側面から捉えていくことで個人を多角的に捉えることが可能になることを示している。生物学的要因としては、自傷をすることで脳内物質が活性化し、それにより不安や抑うつが解消されることで自傷が繰り返されることが考えられる。また、自傷者の生まれ持った気質(感受性など)が自傷をより悪化させる可能性も考えられる。心理的要因としては、その人の性格傾向によって、自傷を他者に見せたり、見せなかったりすることが想定され、それによって他者との関係を変化させる機能を有していることが想定される。社会的要因としては、成人になるための儀式としてバンジージャンプをして、結果的に自身の身体が傷つくことを選択するなど、文化的な儀式として自傷が行われてきたように、国の文化によっても自傷のとらえ方が異なることが予想される。また、親子関係や友人関係の悪化により、周囲からの支援を受けられず、それが自傷をエスカレートさせている可能性もある。このように自傷のアセスメントをするためには、それらを統合して捉えていく視点が必要であることを意味している。

また、臨床心理学は、「正常(normal)」と「異常(abnormal)」、「適応(adjustment)」と「不適応(maladjustment)」の観点から、治療や介入、健康増進によってより健康な方向に行動を変化させる学問体系である。まず、「正常」か「異常」かを分ける一般的な判断は、平均からの著しい偏りの状態であるかどうかであるとされる(沼, 2014)。次に、「適応」とは、外的な側面である環境と内的な側面である自己の欲求の双方が満たされ、バランスの取れた状態のことを指す(田中, 1996)。この一方が満たされない状態を「不適応」、あるいは適応障害(adjustment disorder)とよばれる。前者である環境から自己へ働きかける要因には、法律や社会道徳、慣習等の社会規範があり、これに同調できない場合が不適応となる。例えば犯罪や薬物乱用、怠学、性的逸脱などは、不適応行動である。自己の欲求としては、一次的欲求(生理的欲求)よりも二次的欲求(社会的欲求、安定感、自尊感情)が満たされない場合に不適応状態に陥りやすくなるとされる(田中, 1996)。

したがって、異常や不適応は、どちらも社会的基準から逸脱した行動が問題視されやすいという特徴を持っている。これらのことから、臨床心理学では、一般から外れている状態に陥っている人を支援することために「正常」と「異常」をアセスメントする必要があり、それだけではなく、「適応」と「不適応」の観点からもその現象を捉えていく必要があることを示している。なぜなら、異常であることが必ずしも不適応であるとは限らないからである。人は生命を維持するように生きようとし、社会の中で適応しようとするが、自傷は自分の身体を自ら傷つける行為であることから、生命の維持とは逆行している。この観点から考えてみると、「異常」である。しかし、自傷者本人にとっては、ストレスがかかっている日々の生活の中で生きていくために自傷が行われているとすれば、その行為は「適応」的なものかもしれない。

このように、臨床心理学では、個々のクライアントの外的な環境要因や内的な遺伝的要因などを全体的あるいは統合的に見るために生物・心理・社会モデルの観点からアセスメントしたり、正常・異常、適応・不適応の観点からアセスメントしたりすることで、不適応状態に陥ったクライアントを治療や支援につなげていく視点を持っており、アセスメントの重要性、すなわち問題となる現象の理解をすることが臨床心理学の第一歩であることを示している。従って、「自傷行為」は臨床心理学の中では、正常・異常、適応・不適応をアセスメントと支援の観点から理解し、捉えていくことを学問的立ち位置としている。

また、自傷行為は先述したように、American Psychiatric Association (2013a)『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』の「今後の研究のための病態」の診断名として掲載されたが、DSM-5以前の診断基準である、American Psychiatric Association (2000)『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』では、特に境界性パーソナリティ障害：**Borderline personality disorder**（以後、BPD）の一症状として扱われており、その他の解離性障害、うつ病、双極性障害、強迫性障害にも見られる行為であることから、自傷行為は精神疾患の中の一症状であるとみなされてきた。しかし、近年になって、精神疾患を持たない思春期・青年期の若者にも多く見られるようになってきており(Walsh, 2006)、自傷者は自身のことを「リストカッター」や「自傷ラー」などと称し、ネットやブログなどで自傷について語っている(100Q どっとねっと, 2004)ことから、自傷行為は独自の社会的文化を持ち始めている。このようなことから、自傷行為は精神疾患の一症状の観点のみから捉えることは適切ではなく、一つの心理的障害として広く心理的側面から、その実態の把握と治療方法の開発が検討されていく必要がある。

以上のことより、自傷は自らの身体を自らの意志を持って傷つける行為であり、一般に正常の範囲から外れている。また、この行為は社会的に容認しがたいことから、不適応行動であるとも考えられる。このように、「正常・異常」、「適応・不適応」の観点からアセスメントを通して心理的支援へと展開していく点において、臨床心理学的課題といえる。

第4節 「自傷行為」に関する本研究の展開

本論文では、先行研究のレビューとその知見を踏まえ、その上で実証的研究を行い、論を展開していく。

まず第1章では、「自傷行為」というテーマは臨床心理学の領域において、どう解釈され、どのように位置づけられているのかについて論考した。

第2章では、先行研究をレビューして自傷の現象を理解し、その上で今後の研究について検討する。そのためにまず、自傷研究の歴史、自傷の特徴や機能、自傷と関連する他の疾患などについて概観し、その中で自傷発生の原因に関する理論を検討していく。

第3章では、その原因となる理論の中でも、多く検討されてきている親子関係に関する先行研究をレビューし、なぜ親子関係に焦点を当てて検討していく意義があるかについて議論する。

第4章では、その親子関係の中の親から子への「不承認」に焦点を当てて、先行研究をレビューし、「承認」、あるいは「不承認」とは何かについて検討する。

第5章では、実際に親から子に対する「不承認」は存在するのか、親子関係には発達段階があり、自傷者は一般の青年者と異なるという知見があることから、その違いについて実証的な研究を行う。

第6章では、親子関係の不承認から自傷に至るまでの経路として、どのようなプロセスを経るのかについて、先行研究をレビューし、各理論を統合して、プロセスモデルを生成する。

第7章では、前章で得られたプロセスモデルが、実際には因果論に捉えた時の感情の不調に始まり、そのプロセス規制について実証的に検証する。

第8章では、全体のまとめを通して概観し、本論文から指摘できる自傷行為への支援方法について提案する。さらに、本論文の問題と研究的限界について説明し、本論文の研究的意義について言及する。

第2章 本論文の目的とこれまでの自傷行為研究

第1節 本章の目的

自分自身の身体を自ら意図的に傷つける行動は、一般に「自傷行為」とよばれ、近年、心身面、さらには人と人との関係（家族や友人）や社会適応などの社会的側面において問題である現象が目立ち始めた。日本では1990年頃から流行し始め、思春期にある一人の女子高校生が他界する直前に残した日記がきっかけとなり、インターネットやメディアを通じて「リストカット（自傷行為）」という言葉が一般に知られるようになった(南条, 2000)。自らの身体を自ら傷つけるという行為は一般的には理解しがたい。しかし、なぜか自傷は自傷者自身を魅了し、その行動を維持させるという機能を持っている。一体、自傷はどのようなメカニズムで起こり、それにより本人自身や周囲の人へどのような影響を与えるのか、そして、それはどこに原因があり、どのように治療や予防をしていけばよいのだろうか。本章の目的では、自傷行為はどこまで明らかになっているのかについて、先行研究をレビューし、そこから今後の研究の展開について検討することである。

第2節 自傷行為とは

自傷行為はこれまでに様々なよび方をされてきた。例えば、「自己毀損(self-mutilation)」や「故意の自傷行為(deliberate self-harm: DSH)」と表現されてきたが、最近では「自傷行為(self-injury)」や「自己切傷(self-cutting)、非自殺的自傷行為(non suicidal self-injury: NSSI)」とよばれることが多い。このようによび方が多いのは、自殺行為との差別化、あるいは自殺の定義の曖昧さからきている。そのような中、これまで自傷の定義としてよく用いられてきたのは、Walsh (2006; 松本訳, 2007)の「意図的に、自らの意思の影響下で行われる、致死性の低い身体損傷であり、その行為は社会的に容認されるものではなく、心理的苦痛を軽減するために行われる」であった。自傷の内容は、皮膚を切る、焼く、堅いものに打ち付けるなど、意識して体表面を損傷する行為を指しており、摂食障害や過量服薬などの内臓器官への無意識的な損傷は除外されている。近年では『DSM-』5の「今後の研究のための病態」において、「非自殺性自傷行為」が採用され、その内容を、以下に記した。

A. 自殺の意図が無く、切創、熱傷、突き刺す、打撲などを自分の体の表面に故意に自分の手で加えたことがあるかどうか。それが過去1年以内に5日以上あったか。

B. 否定的な気分や認知の状態を緩和したり、対人関係の問題の解決のためであったりするか。

C. 自傷行為の前に、対人関係の問題を抱え、抑うつや不安、怒りなどの情動や否定的な考えがあるか。そして、それを反すうする時間があるかどうか。

D. 自傷は社会的に認められているもの（例：ボディピアス、入れ墨、宗教や文化儀式の一部）や、かさぶたをはがしたり爪を噛んだりすることではない。

E. 自傷をした結果、社会生活に問題をきたしているかどうか。

F. 精神病性障害や神経発達障害などの自傷は含まない、としている。

以上の記述より、ボディピアスや摂食障害、過量服薬を定義に含めるか否か、あるいは名称をどのようにするかは研究目的によって様々であり、そこから生じる結果を研究間で比較することには問題がある。そのため、『DSM-5』のように定義や名称が統一されていくことが望まれる。

ちなみに、自傷の分類は、かつては症例の近似性をもっていくつか分類されていたが、Favazza(1996)の分類は信頼性が高いと考えられたため、記述する。それによると、自傷は「文化的に是認された自傷」と「逸脱した・病的な自傷」に分けられる。前者は文化的な習慣や儀式のことである。例えば、信仰を持つ治療者は人を癒すために、まず自身の病気を治療することを前提とし、頭から邪悪な魂を取り払うために自らの頭を切り開いていた。そして、その血には治癒的な力があるとされ、ひとかけらのパンや角砂糖を血に浸して病人に食べさせることで治そうとしていた。後者は3つに分類される。1つ目は「重症型」とよばれ、精神障害者に多い。例えば目をくりぬく、自己去勢、四肢の切断など、重篤な身体損傷を行う。2つ目は「常同型」であり、発達障害者、精神遅滞者などの先天性疾患に多く見られる。例えば、頭を1時間に5千回も打ち付けたり、眼球を圧迫したりするような単調な行動を繰り返す。3つ目の「中等度・表層型」は、致死性が低く、身体組織への損傷が少ない。これは一般の人に見られるリストカットなどの自傷を指している。本論文では、この3つ目の自傷と非自殺的自傷(NSSI)の定義に基づいて論じていく。

第3節 これまでの先行研究

1. 歴史的概略

自傷研究において、最古の報告は、Emerson (1913)の事例研究とされている(川谷, 2009)。心理士である Emerson, L.は 23 歳の女性の自傷患者に対して治療面接を行っていた。そ

の患者の左腕には多くの傷があり、乳房に一か所、そして右足には W の文字の傷跡があった。そして、父親との関係の悪化・叔父からの性的虐待の経験があり、彼女の自傷には性的感情に対する嫌悪感と罪悪感からの自罰の意味を持っていたと報告されている。これが世に初めて自傷行為が認識される報告となった。その後、Menninger (1938) は、身体の特定の部分のみを破壊する行為を焦点的自殺とよび、それは全身への自殺に変わる一種の部分自殺だと説明した。そして、自傷は「神経症的自己毀損」、「宗教的自己毀損」、「精神病者の自己毀損」、「臓器患者の自己毀損」、「習慣的ならびに伝統的形式の自己毀損」の 5 つに分類されるとした。

1930 年代以降の概略については、名島・切田(2011a; 2011b)による自傷研究のリストがある。それによると、自傷の研究は主に 1930 年代から始まっており、そこから 1960 年代までは事例研究で占められ、特に眼球損傷などの重篤な自傷の内容が多い。1970～80 年代は Wrist cutting syndrome が日本で紹介され、精神分析的な観点から研究されるようになった。そして 1990 年代になると、手首以外の自傷についても研究されるようになり、研究領域が広がっていくこととなった。2000 年代には質問紙開発と大規模な疫学調査が行われた。以上のことから、自傷の研究は 1990 年代までは事例研究が多く、量的な研究は近年になって始まったばかりである。実証的研究は 20 世紀末からようやく盛んになってきたことが分かる。

2. 自傷の経験率を指標とした西暦年別、発達過程及び初発年齢の比較

まず自傷の経験率について述べていく。Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener (2012) が経験率をまとめているので、それを表 2-1 に示す。

Muehlenkamp, et al. (2012)の結果をしてみると、各国の経験率のばらつきの差は激しく、例えばアメリカの過去 1 年の経験率では 7.3～37.2% と大きく乖離しており、各調査の精度に疑問が残る。

日本における自傷経験率は、表 2-2 に示している。自傷経験回数について、1 回以上の平均は男性 5.7%、女性 10.8% であるが、複数回の平均は男性 7.5%、女性 8% であり、回数を聞かない場合は男性 10.6%、女性 24.7% であった。これは過去の自傷経験を聞くか聞かないかによって、ばらつきが大きいことが分かる。このように生涯自傷経験を聞くのか、過去 1 年間の自傷経験を聞くのか、さらには 1 回以上か複数回以上か、男女を分けるのかどうかなどの質問内容や集計方法によって割合が大きく異なっているのである。他にも、自傷の方法として、自己切傷のみに絞るのか、摂食障害や過量服薬

表 2 - 1 国別自傷の経験率 (Muehlenkamp, et al., 2012)

国	生涯経験率 平均(%)	論文数	過去 1 年の経験率 平均(%)	論文数
アメリカ	22.3	5	15.5	5
中国	15.0	1	24.9	1
オーストラリア	14.1	1	33.3	1
デンマーク	21.5	1	16.2	1
ドイツ	25.6	1		
ベルギー	24.8	3		
フィンランド	11.5	1		
ハンガリー	5.5	1		
カナダ	14.7	3		

表 2 - 2 日本の自傷の経験率 (回数別)

自傷回数	男性 (%)	女性 (%)	出典
1 回以上	7.5	12.1	Matsumoto & Imamura (2008)
	3.9	9.5	阿江・中村・坪井・古城・吉田・北村 (2012)
1 回以上(平均)	5.7	10.8	
複数回	7.0	6.7	山口・松本・近藤・小田原・竹内・小阪・澤田 (2004)
	8.0	9.3	Izutsu, Shimotsu, Matsumoto, Okada, Kikuchi, Kojimoto, Noguchi, & Yoshikawa (2006)
複数回(平均)	7.5	8	
回数間かない	12.3	22.3	友田・湯本 (2009)
	8.8	27.0	伊尻 (2009)
回数間かない(平均)	10.6	24.7	

も自傷に含めるのかによって、調査結果が異なってしまう。このことから自傷の研究手法のばらつきの問題が窺える。しかし精度は悪いかもしれないが、ここからおおよその経験率を把握することはでき、この結果から自傷の割合は、海外では 10~20%で、日本では男性が 4~8%、女性が 10~20%といったところが推定される。

次に西暦年別の自傷経験率について、Hawton & Fagg (1992)は 1976~90 年のイングランドの一般病院において、15 年間の自傷患者数を集計している。その結果、女性では 1970 年代後半から 1980 年代前半にかけて減少しているが、1980 年代後半にかけて増加

していた。男性ではその期間は一定であった。その後、Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond (2000)は、1985～1995年の10年間での自傷の発生数を集計している。その期間で男性では27.7%、女性では28.3%増加していた。また、日本における自傷経験の有無に関する研究として、佐野(2016)が定時制高校生を対象にして量的調査を行っている。これは、リストカットなどの自傷の有無についてたずねており、「今している」、「前していたが今はやめた」、「したことがない」の3択であった。そのうちの「今している」と「前していたが今はやめた」と回答した者を自傷経験有りとし、比率を算出したところ、2004年23.4%、2005年13.4%、2006年18.9%、2007年24.6%、2008年23.3%、2009年17.8%、2010年25.2%、2011年23.4%、2012年22.7%、2013年18.1%、2014年18.7%、2015年23.4%であり、おおよそ20%付近を推移しており、2004年以降の増減は見られなかった。これらのことから、自傷経験率は1980年代後半から増加し、2000年代以降は一定の率を推移していることが窺える。増加している背景として、自傷行為は一般の人々に認知されるようになり、注目度が増すことで広がってきたといわれている (Favazza & Conterio, 1988)。

そして、初発年齢について最少年齢は8歳の女兒1人が確認されており(Hawton, Fagg, & Simkin, 1996)、日本における平均初発年齢は13.0歳(濱田・村瀬・大高・金子・吉住・本城, 2009)や13.9歳(山口・松本・近藤・小田原・竹内・小阪・澤田, 2004)であった。Matsumoto & Imamura (2008)の調査によると、年齢ごとの人数別に差の検定を行ったところ12歳から13歳にかけて有意に増加している。年齢別発生数について、女性の自傷は12～16歳までは発生数が増加し、その後10代後半まで安定する(Hawton, et al., 2000) (図2-1)。また、年代別自傷経験率として、Plener, Allroggen, Kapusta, Braehler, Fegert, & Groschwitz (2016)がドイツの人々を対象に疫学調査を行っており、それは14～24歳(26.9%)、25～34歳(28.2%)、35～44歳(17.9%)、45～54歳(10.3%)、55～64歳(12.8%)、65～74歳(1.3%)、75歳～(2.6%)であり、特に若い年齢集団において多く見られた。男女別・年代別に見てみると、日本における阿江・中村・坪井・古城・吉田・北村(2012)の研究では、16～29歳、30～39歳、40～49歳の順に、男性では3.0%、3.4%、5.5%であった。女性では15.7%、7.5%、5.8%であった。このことから、男性では年齢が上がるほど自傷経験率も上がり、女性では若年ほど率が高いことが確認できる。さらに、自傷経験率の男女比については、女性の方が男性よりも高いという結果(Hawton, Fagg, & Simkin, 1996; 川谷, 2004; Morgan, Pocock, & Pottle, 1975; Ross & Heath, 2002)があれば、男女差はないという結果 (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Jegaraj, Mitra, Kumar, Selva,

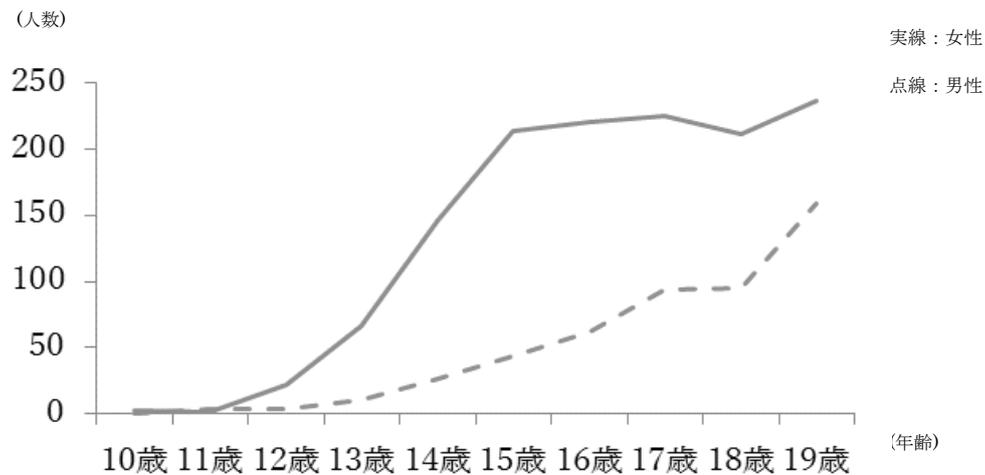


図 2-1 性別における故意の自傷行為の発生年齢とその人数 (Hawton, et al., 2000)

Pushparaj, Yadav, Prabhakar, & Reginald, 2016; Klonsky, 2011; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006)もあった。

以上のことから、自傷は1980年代後半から増加し、現在では10人に1人が自傷を行っているということになり、問題が深刻化している。そして、12～13歳頃から増え始め、30歳頃から減少している。これは、一つの病院の調査のみではあるが、西暦年(1976～1995年)においても増えてきていることから、単に高年齢の人の自傷経験率が少ないというわけではない。自傷が増加し、減少するまでの間の年代に何らかの原因があり、その原因が減るにつれて自傷も減少していると推測される。これは一体何であろうか。原因として、10代前半から増加し始め、30歳頃から減少する問題は、親子関係か友人関係が考えられる。親子関係で考えると、人は10歳頃から自我が芽生え始め、自己主張をする。そのため、親と考え方の違いにより衝突が増えることになる。30歳頃からは独立し始めるため、親子関係の葛藤が減ることから自傷の発生率が減少するのではないだろうか。また、友達関係も10代前半頃から複雑になり、20代になると社会人になり、友人関係が薄くなっていくことから、その葛藤が減るのではないかと推測される。

他にも、男女差に関する研究については、各研究で自傷の定義や質問内容にばらつきがあるため、結論には至っていない。しかし、自己切傷のみに限定すると女性の方が多いため(浅野, 2016)、自傷の心理社会的背景から測定した自傷傾向の調査では男女差がなか

ったことから(土居・三宅・園田, 2013), 自傷の方法には男女差がみられるが, 自傷の心性については男女とも同じであるのかもしれない。

3. 自傷の尺度開発と倫理的側面

Hawton, et al. (2006)によると, 自傷に及んだ青少年の 87.4%は病院を受診することがないことを報告している。そのため, 病院の患者のみを研究対象とするのは, あまりにも偏っている。このようなことから自傷の研究では, 一般人の中に潜伏している自傷者を対象に調査研究を行っていく必要がある。そのため, 自傷行為傾向の存否を見出すために 2000 年代頃から自傷行為の尺度研究が盛んに行われてきた。

まず, Sansone & Sansone (1998; 2005)は, それまでに作成された 9 つの自傷行為のアセスメント尺度を紹介し, その上で BPD を予測するための自傷行為尺度を作成している。一方, 自傷のみに焦点を絞った尺度構成に関しては, 岡田(2002; 2003; 2005)が先行研究をもとに, 自傷体験の頻度を調べる質問紙を作成したことを皮切りに, その後, 様々な自傷行為尺度が作成されてきた(角丸, 2004; Klonsky & Glenn, 2009; Martin, Cloutier, Levesque, Bureau, Lafontaine, & Nixon, 2013; 横山・東条, 2005)。しかし, それらの自傷行為尺度は, 直接的な自傷についてたずねる項目が多く含まれていた。例えば, 岡田(2002)の尺度では「刃物で体を傷つけたことがある」と自傷の方法を直接たずねており, 角丸(2004)は, 自分を傷つけたのは「身体のどの部分ですか (手, 手首, 腕, 顔, 頭, 足, 足首, 脚, 首, 胸, 腹, その他)」と細かく自傷した箇所をたずねている。これらは調査参加者の中に含まれる自傷行為傾向を持つ者に自傷行為に関する部位や手段の知識を与えることになり, 思春期の児童生徒に対して調査を実施するには, 倫理的な問題があると考えられた。また, 多くの先行研究では, 質問に際して使われた言葉が具体的ではなかった。例えば, Hawton, et al. (2006)が実施した調査では, 調査参加者に対する倫理的配慮から「自分を傷つける」との言葉を用いているが, 実際には調査参加者は, どのような対象についてたずねているのか, さらに, それが何をすることを意味するのかわかっていなかったと述べている。では, 項目内容を具体的にすればよいのかというところでもない。これは先述したように, 具体的にすればするほど調査参加者に無用な知識を与えてしまうことになる。

このような問題を一層するために, 土居他(2013)は, 自傷に関する内容を直接的に表現せずに, 自傷者の心理社会的背景から自傷傾向を測定する質問紙を開発し, その尺度の信頼性と妥当性を検討した。その尺度は, 4 件法で 20 項目 4 因子から成り立ち, 「寝

ていると動悸が激しくなることがある」などの抑圧状態因子、「自分をだめな人だと思いたくなくなるときがある」など、自分を責める内容からなる自責思考因子、「本当は周りの人に気づいてほしいことがある」などの承認欲求因子、「親は私のことをかまってくれない」などの親との関係不和が生じている親子葛藤因子からなる。この4因子の合計得点が上昇するほど自傷傾向が高まるとし、そして、一般群と実際に自傷をしている自傷群との平均得点を比較し、有意差があることを根拠に基準関連妥当性の確認を行っている。この尺度の適用は、倫理的な問題をクリアしていると考えられ、思春期である中・高校生に用いたとしても問題があるとは考えにくい。自傷研究では、知識のない者にまで必要のない情報を与えてはならないこと、さらには、自傷をしていることを明かすことは自傷者にとって強いストレスがかかっていること(Hawton, et al., 2006)を理解しなければならない。自傷行為の調査研究では常にこのような矛盾を抱えており、どう質問すれば自傷者をより正確に倫理的な問題をクリアしながら捉えられるのか、などの問題があることから、研究をすることがより難しくなっている。Hawton, et al. (2006)は、倫理的な観点から、16歳未満への調査は保護者への説明が不可欠であるとし、積極的な同意を得ようとする場合には、調査に参加予定の青少年の両親と面接を通して説明を行うことの必要性を説いている。直接的に自傷を聞く場合には、調査をすることの意義や、それによって起こり得る害についても説明をする必要があるだろう。したがって、自傷の研究では繊細な配慮はもちろんのこと、今後の研究を行っていくには倫理的側面にも傾注していく必要がある。

4. 自傷の特徴と機能

これまでの研究では症例研究が多く、主に自傷の特徴や機能について検討が行われてきた(柏田, 1988; 西園, 1982; 西園・安岡, 1977; 安岡, 2002)。その中でも特に、松本(2015)は自傷の維持要因として、「否定される関係性」「支配される関係性」「本当のことを言えない関係性」の3つの対人関係について述べている。重要な他者から否定される体験を繰り返すと自分のことを嫌いになり、そして、支配や束縛をされることで本当のことが言えなくなり、自分の感情を抑えるようになる。これらによって自傷を招き、さらにその行為が維持されやすくなるというのである。これらは全て、大切な人との間に生じている葛藤であり、自傷は対人関係の中で維持されていることが示唆される。しかし、これは質的な研究に基づく考察であり、一般化できるかについての疑問が残る。

そこで、最近では自傷の特徴や機能についての量的な、あるいは実証的な調査研究が

盛んになってきている。まず特徴として自傷に関連する心理状態は、抑うつが多く(土居他, 2013; Garrison, Addy, Mckeown, Cuffe, Jackson, & Waller, 1993; 岡田, 2003; Ross & Heath, 2002; 友田・湯本, 2009; 山口・中村・窪田・橋本・松本・宗像, 2014), 不安(土居他, 2013)や怒り(濱田・村瀬, 2007)にも関連している。さらに、行動的側面として、衝動性(Izutsu, Shimotsu, Matsumoto, Okada, Kikuchi, Kojimoto, Noguchi, & Yoshikawa, 2006; 喜田・水戸, 2012; 岡田, 2010; Stanford & Jones, 2009)や攻撃性(清瀧, 2008), 解離性(Gratz, et al., 2002; 星・宮岡, 2012; 猪飼・大河原, 2013; 岡田, 2003), 反復性(Hawton, et al., 1996; Nixon, Cloutier, & Affarwal 2002) , さらに、自傷の伝染性(松本・山口, 2006)があり、思考的側面として、自尊心の低さ(伊藤, 2014)や他者に対する不信感の強さ(浅野, 2015), 見捨てられることの恐怖(Gunderson & Zanarini, 1987) , 自罰(Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Klonsky, 2011)などが確認されている。

次に自傷の機能については、個人面と対人面に分けることができる。前者では、ネガティブな情動制御(Hilt, Cha, & Hoeksema, 2008; Klonsky, 2007; 2009; 2011)や体験回避(Chapman, Specht, & Cellucci, 2005; Chapman, et al., 2006; 福森, 2006), 痛覚脱失(Nock, 2010)としての機能があり、後者では他者をコントロールすること(Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007)や実利的要因など(Nock, 2010)があるという。

他にも、自傷経験の地域差について、田舎(15.4%)よりも都会(84.6%)に多いという結果(Plener, et al., 2016)がある一方で、教育歴、家計の収入には関連がなく(Klonsky, 2011), 人種にも関連がないとされる(Gratz, et al., 2002; Klonsky, 2011)。

以上要約すると、自傷には松本(2015)が述べるように対人関係が関連しており、その対人関係の葛藤から生じる抑うつや怒りなどのネガティブな情動を抑制し回避するために自傷が行われるということである。その一方で、自傷は地域差があるのにも関わらず、家計の収入に関連がないことなど、興味深い研究も見られる。したがって、自傷者の対人関係やその問題背景についてより詳細に検討していくことには、研究意義があると考えられる。

5. 自傷と他の疾患との関連

自傷と関連のある精神疾患は、BPD、解離性障害、強迫性障害に多く確認され(例えば、Favazza & Rsenthal, 1990; Levenkron, 1998; Sadie & Zoiden, 1951), 気分障害患者にも見られる(Inder, Crowe, Luty, Carter, Moor, Frampton, & Joyce, 2016; 松本・阿瀬川・伊丹・竹島, 2008)。最近では摂食障害との関連が注目を集めており(Favazza, Deroosear, &

Conterio, 1989; 松本他, 2008; 山口・松本, 2006), 拒食症患者の 35%, 過食症患者の 40.5% に自傷行為があるという (Favazza, 1989)。また, 行動的な問題として, 喫煙・飲酒経験, ピアスの経験(山口・松本, 2005), 薬物乱用(Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami, & Iseki, 2004; Matsumoto & Imamura, 2008)にも関連があるとされる一方で, 万引き(Matsumoto, et al., 2004; 野田・榎戸・窪田・中川・亀廣・樋口・地引, 2004)や人工妊娠中絶経験(阿江他, 2012)にも関連があり, 自傷者は他の多くの問題を抱えていることが窺え, 一律に自傷と精神疾患の関連を見出すことは困難である。このように自傷は主症状か副次的な症状かはともかくとして, 他の精神疾患や問題行動とも多く関連している。その疾患の一症状として含まれやすいことから, 定義すること自体が難しくなるのであろう。

そして, 自傷の研究の中で最も多いものは, 自殺との関連についてである(例えば, Eskin, 1995; Greydanus & Shek, 2009; Rubenstein, Heeren, Housman, Rubin, & Stechler, 1989; Stewart, Lam, Betson, & Chung, 1995; Wagner, Cole, & Schwartzman, 1995)。Owens, Horrocks, & House (2002)は, 先行研究の系統的レビューを行った上で, 自傷を繰り返している者の追跡調査期間における 1 年後の 1 年後の致死率は 2%(Owens, Horrocks, & House, 2002)であることを報告し, 松本他 (2008)は医療機関にて女性患者を対象に調査を実施し, 3 年後に追跡調査を実施したところ, 自傷者の致命的な自傷(過量服薬, 刺傷, 高い所からの飛び降り)に及んだ者は 22.4%であったとの報告している。しかも, 将来の自殺のリスクが一般群に比べて数百倍にまで高まる(Owens, et al., 2002)ことから, 自傷は自殺のリスクを高めることを示唆している。

一方, 「自傷」と「自殺企図」には違いがあるとの見解もある。どちらもネガティブな情動を緩和することに関しては同じであったが, 「自傷」は怒りの表現, 通常感情を取り戻すこと, 自分を罰することに関連し, 「自殺企図」は遂行しようとした結果, 他者との関係が良くなることに関連している(Brown, Comtois, & Linehan, 2002)。そして, 自傷者は自殺企図者に比べて抑うつが少なく, 自己効力感や親のサポートが高かったという(Brausch & Gutierrez, 2010)。これらの見解より, 「自傷」と「自殺企図」は, 質的に異なるが, その一方で自傷者の中にも自殺をする者が存在することから, 同じ部分もあることが推測される。すなわち, 自殺は自傷の延長上に存在しており, 抑うつが高まり, 親からのサポートが少なくなるほど, 自殺のリスクが高まる恐れもあることを示しているのではないかと考えられる。

6. 自傷行為に関連する精神疾患

自傷を行う者は BPD 患者に多いといわれ、自傷行為の経験がある BPD 患者は 59～70%とされている(Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Glimore, 1983; Cowdry, Pickar, & Davicesm, 1985)が、実際のところはどうであろうか。

まず、「パーソナリティ」とは、個人に持続的に存在する環境や自分自身についてのとらえ方や思考の総体であり、「パーソナリティ障害」とは、思考に柔軟性がなく非適応的で、そのために機能障害や主観的な苦痛を生じるものである(白波瀬, 2008)。そして、「BPD」は、①見捨てられないようにすることへの努力、②理想化とこき下ろし、③不安定な自己像、④衝動性、⑤自傷行為・自殺企図、⑥感情の不安定感、⑦空虚感、⑧怒りの制御困難、⑨重篤な解離状態などの症状を持つ(American Psychiatric Association, 2013b 高橋・大野 監訳, 2014)。その内面的思考には、「存在意義を疑う心」、「自己否定的認知」、「認知を圧倒する感情」があり、問題行動は「生きるための孤独な闘い」であり、BPD を抱える人は様々な思考によって苦しんでいるのである(疋田・越智・大森, 2014)。

また、自傷者は BPD だけでなく、解離性障害を抱える人にも見られるという見解がある(Levenkron, 1998; 岡野, 2006)。「解離性障害」は自身の二重化、離隔、過敏、幻覚、健忘・遁走、もうろう状態、人格交代などがあり(柴山, 2012)、「解離性同一性障害」は、2つ以上のパーソナリティの同一性の破綻を持ち、出来事の想起に空白があるとされる(American Psychiatric Association, 2013b)。そして、自傷行為は頻回にみられ、外来患者の 70%が自殺企図の経験がある(American Psychiatric Association, 2013a)。

Levenkron (1998)は解離性による自傷者と非解離性の自傷者、さらには、解離性の自傷者と BPD の自傷者に分けている。他にも、Walsh & Rosen (1988)は自罰的な自傷者と操作的な自傷者に分けている。Levenkron(1998)は、以後のことについて述べている。解離性の自傷者は感覚を麻痺させることに目的があり、抑うつ的で感情調節に困難さを抱え、健康度は低く、自己完結的である。自傷の跡の露出傾向は少なく、家族に発見されると罪悪感を生じるという。BPD を抱える自傷者は、他者を操作・支配することに目的があり、全体的な健康度は高いが感情調節に問題を抱えている。自傷は他者の感情と関連して起こり、養育的な態度から極端に拒否や撤退する割には注目を望み実行する。そして、自傷の露出度は高く、自傷を見せることによって二次的利得を生むとしている。

このように自傷者は大きく分けると二つに分けることが可能である。すなわち、解離性による自傷者は、自罰的で自己完結する傾向があり、BPD による自傷者は他者操作

的で、二次的利得を得ることに目的があるといった特徴を持つ。共通することは、どちらも根幹には感情調節の問題を抱えていると考えられる。たとえ同じ障害を抱えていたとして、両者に違いがあるのは、性格や家庭環境の違いがあると推測される。しかし、それについて検討された研究は見当たらなかった。それが分かれば、自傷の発生要因を検討することができるのではないかと考えられる。

解離性による自傷者もいることから、BPDを持つ自傷者が多いとは言えないのではないだろうか。それにもかかわらず、自傷者にはBPDを抱える人が多いと言われているのはなぜだろうか。上述のように、自傷者の87.4%は病院を受診することがなく(Hawton, et al., 2006)、一般人におけるおおよその自傷の割合は、海外では10~20%で、日本では男性が4~8%、女性が10~20%とされており(阿江他, 2012; 伊尻, 2009; Izutsu, et al., 2006; Matsumoto, & Imamura, 2008; Muehlenkamp, et al., 2012; 友田・湯本, 2009; 山口他, 2004)、BPD(発症率全体1.6%、男女比75%対25%)や解離性障害(発症率全体1.5%、男女比53%対47%)と比べると、自傷者の割合はかなり高く、大きなズレがあることが分かる。また、BPD患者は一次医療場面では約6%、精神科外来診療所で診察を受けた人の約10%、精神科入院患者の約20%を占めており(American Psychiatric Association, 2013b)、医療機関にかかりやすい傾向がある。さらに、実際に自殺によって死んでいる自傷者の多くは、精神医療に関わっていないことが調査によって確認されている(Ward-Ciesielski, Jones, Wielgus, Wilks, & Linehan, 2016)。そのため、医療機関による調査が行われやすいことから、自傷者の中にBPD患者が含まれやすくなると考えられる。極端な話ではあるが、つまり、一般人の10~20%に存在する自傷者のうち12.6%が医療機関にかかり、その医療機関にかかっている患者のうちの59~70%がBPDと診断されているとも考えられるのである。ここから、医療機関にかかっていない残りの87.4%の自傷者は、どのような症状を抱えているのかについての疑問が沸く。以上のような理由から、一般青年者の中に存在する自傷者の実態や予防・治療が遅れており、自傷の研究は医療機関だけでなく、一般人も対象にしていく必要があると考えられる。

7. 自傷と家族関係

これまでの自傷と親子関係についての研究は多く、特に虐待との関連について検討されてきた(阿江他, 2012; 川谷, 2004)。その中でも、多くは身体的虐待や性的虐待に関連があるとされ(Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Gratz, et al., 2002; Walsh & Rosen, 1988; Weierich & Nock, 2008)、重篤な家族の機能不全の体験との関連があ

ることを示している内容が多かった。

さらに、自傷者の人生において多く関わってきたのは親だけではない。家族関係の中できょうだい関係も大きく関係していると考えられる。例えば、**Graff & Mallin (1967)**によると自傷者は女性の場合、第一子(60%)に多いとされる。また、なぜきょうだい関係が自傷に関連しているかについて、**Linehan (1993a)**は自分と同じことをしても罰せられないきょうだいや、苦勞せずに女性性の基準に合わせる事ができている姉妹がいた場合、不公正さが目につき、葛藤が起こるのではと述べている。このように、家庭には親子だけではなく、きょうだいの関係性も存在する。そのため、競争や距離感などに差が生まれると考えられる。親は子供を平等に扱おうとしても、子供の性格や言動が異なるため、そうはいかないのかもしれない。もしここに原因があるとするならば、親子関係だけが自傷の引き金となっているわけではないことになる。しかし、これについては研究数がとても少ないことから、今後はこの領域にも注目していく必要があると考えられる。

8. 自傷の治療と予防プログラム

これまで、自傷患者に対し、認知行動療法によるアプローチが行われてきた(例えば、**Muehlenkamp, 2006; Walsh, 2006**)。しかし、自傷患者は治療の進行を妨害することが多く、認知行動療法では、これに対処する知見が少ないことから、治療が滞ることが多い。そのような背景があり、最近では**Linehan (1993a)**により弁証法的行動療法が開発され、効果をあげている。弁証法的とは普遍主義的思考と相対主義的思考の間に位置する「中道」のことであり、両極的な価値観や矛盾する思考をそのまま現実的に見る能力である。すなわち、どちらにも偏らないという考え方のことである。そして、認知行動療法との違いとしては、治療関係を重視することである。具体的な方法として、弁証法的なバランスによって、認証(受容)と問題解決技法(変化)が用いられる。認証とは、セラピストが患者を全体的にあるがままに受容し、かつ情動的、認知的反応の中で状況に応じた妥当な反応を探し、そこを確認し受け入れることである。問題解決技法は、①随伴性マネジメント、②エクスポージャー、③スキル訓練、④認知修正からなる。弁証法的行動療法では、柔軟な思考でアプローチをしていくため、ドロップアウト率が低いのである。そして、セラピストは、受容する状況を作り出し、その状況の中で患者の望ましくない行動を消去し、望ましい行動を引き出し強化する。その結果、自己認証の機能を得るようにしていくのである。このように「認証」は自傷治療の中核であり、認証あるいは受

容に関する研究が今後は必要になってくると予測される。

次に、自傷予防のプログラムについて述べる。現在、自傷者の取り巻く環境で起こっている問題として、学校現場では養護教員が自傷者に最も接する頻度が多い(松本, 2010)が、時間的・物理的環境側面に限界があるなど、自傷をする生徒の対応に苦慮している(出水・佐久間, 2009; 金, 2009)。また、自傷者の問題行動への対応として、スクールカウンセラー対策などの専門家の助言や研修会の必要性、緊急対応の必要性からスクールカウンセラーの常駐への希望などの声があがっている(金他, 2006; 松岡, 2012)。このように、周囲の人達も自傷者に対してどのように関わっていけばよいのか分からないことから、学校現場では自傷の適切な対応方法や予防方法が求められているのである。

そこでまず、自傷と関連深い自殺予防のプログラムについて述べる。日本では、文部科学省(2014)がスクールカウンセリング事業において、教員、保護者あるいは児童生徒に対してスクールカウンセラーが年数回の研修、講演会、心理教育プログラムなどを行うことを業務内容の一つとして定めている。その中でスクールカウンセラーは児童生徒に対して、自殺の予防的対応として心理教育プログラムを実施するよう求められており(岡山県教育庁義務教育課, 2013)、そこから、自殺や自傷予防のための心理教育プログラムの研究が期待されていることが窺える。

そこでまず、これまでの自殺予防プログラムについて見てみると(Claudine & Hawton, 2004)、海外では学校における自殺予防プログラムが実施されており、具体的には、自殺に対する関心を喚起し、相談できる体制を作るものが多い。しかし、このプログラムは自殺が一般的で許容されるものだという考え方を広めてしまい、かつ興味をあおってしまう可能性があるというのである。このように、生徒を対象とした自殺問題啓発プログラムがかえって害を及ぼす可能性もあるという危惧から、Hawton, et al. (2006)は、プログラムの中で青少年の自殺だけを取り上げるのではなく、むしろ思春期・青年期に生じる様々な問題に焦点を当てた内容を求めていく必要があると述べている。

その一方で、現在、自傷予防のための介入プログラムとしては、Jacobs, Walsh, McDade, & Pigeon (2009)が学校における自傷予防プログラムを提唱している。それは「自傷のサインプログラム」とよばれ、生徒、教師、保護者に対してアプローチをするものである。そのプログラムは、他者が自傷者の問題に気づき、関わり、あるいは心配を伝え、信頼できる大人につなげるようにしていくことが目的とされている。特に生徒だけでなく教師や保護者に対してアプローチをしているところが、効果的であると思われる。しかし、このプログラムは先述した自殺予防のプログラムのように、信頼できる他者とつなげる

ことはできても、環境のみにアプローチしているだけで、自傷者本人の能力やスキルには何もアプローチしていないのである。このようなプログラムの場合、周囲の人だけが関わるだけではなく、本人から主体的に環境に関わってく力を育てることも必要ではないのだろうか。また、このプログラムが倫理的な問題をクリアしていたとしても、自傷の方法（例えば「やけどをさせる（タバコやライターなどを使って）など」）について直接的な表現をしていることから、逆に知識を生徒に与えており、さらには、プログラムを実施することで、自傷行為自体が一般的なものであることを容認しているというメッセージにもなる恐れがある。このような介入は、ユニバーサルデザインによる予防を行うのではなく、自傷のハイリスク群のみを抽出して介入する方がより安全であると考えられる。さらに、このプログラムでは、学校教員、保護者、養護教諭、スクールカウンセラーのサポートだけでなく、地域のソーシャルワーカー、看護師、医師、臨床心理学者、さらには、保健所や精神保健福祉センターにも連携が必要だと考えられる。仮に全国の小・中・高校で実施するとして、実際にはコストがかかりすぎていて、実行することは困難であろう。山口・窪田・松本・宗像(2013b)も述べているように、学校臨床における自傷行為予防プログラムはまだ不十分である。

そのような中、自傷行為に直接的ではなく間接的に介入している研究もある(例えば、山口・窪田・橋本・宗像, 2012)。その一つとして、土居(2016)は、自傷に関して直接的な表現や介入を避けつつも、思春期に起こる様々な問題に対する問題解決を行うプログラムの効果を検討している。それは抑うつ予防プログラムとよばれ(佐藤・佐藤・石川・戸ヶ崎・尾形, 2013)、認知行動療法で構成されている。そして、そのプログラムを用いて抑うつを減少させることで、自傷傾向にどのような影響を与えるのかについて検討している。その介入は中学1年生を対象に実施され、プログラム内容は、「あたたかい言葉がけ」、「上手な頼み方と断り方（社会的スキル訓練）」、「嫌な気持ちを捕まえ、やっつける（認知再構成法）」から構成されていた。その結果、抑うつは低減したが、自傷傾向やその下位因子には影響を与えなかった。プログラム実施期間やフォローアップ測定までの期間の短さなどいくつかの問題が考えられた。結果は現れなかったが、このように間接的に介入し、自傷者本人が生活する社会の中で生きるスキルを高めた結果、自傷を予防することができるのであれば、それが最も自傷者や周囲の人に負担をかけずに実施することができるのではないのだろうか。抑うつ予防プログラムのような全国の小・中学校において実施しやすいプログラムに、自傷を減少させる要素があることが明らかになれば、それは有益な研究だと言えるのではないのだろうか。研究として、自傷

行為に直接的にアプローチすることは、科学性、客観性、そしてエビデンスとして大切なことである。しかし、自傷者本人の対人スキルや社会的スキル、学校現場の状況、倫理的な配慮などについて考慮することも、今後の自傷研究においては大切なことである。

9. 自傷者の最近の研究の動向と今後の展開

最後に、最近の動向を踏まえて今後の自傷研究について考えたい。Muehlenkamp, et al. (2012)は、DSH と NSSI の発生率を比較し、それらに有意な違いが見られなかったことを述べており、このことから定義の統一化についての検討が始まってきていることが窺える。そして、Gatta, Santo, Rago, & Battistella (2016)は NSSI の人は精神病理的尺度の得点が高かったことから、精神障害及び精神病理として DSM の診断に含んでいく必要があると述べている。最近では DSM-5 の「今後の研究のための病態」において、「NSSI」が掲載され、Plener, et al. (2016)は、ドイツの人々を対象に、NSSI の診断基準から疫学的調査を行っている。他にも、ネガティブ情動から NSSI を予測する研究(Houben, Claes, Vansteelandt, Berens, Sleuwaegen, Kuppens, 2016)や NSSI と自殺企図の違い(Franklin & Nock, 2016; Inder, et al., 2016; Roley-Roberts, Zielinski, Hurtado, Hovey, & Elhai, 2016), 自傷者と自殺企図者の死生観の違い(赤澤・松本・勝又・廣川・立森・竹島, 2012; 市川・藤森, 2015)などが研究されている。これらのことから近年の研究では、診断基準からの調査、感情と NSSI, 自殺企図, 死生観の違いへの関心が高まってきていることが分かる。

第4節 本章の結語

本章では先行研究をレビューし、自傷の現象を理解し、今後の研究領域について検討することであった。自傷の研究は 1990 年ごろから増加してきているが、未だに自傷の定義が曖昧であること、研究倫理の問題点、自傷発生率の増加と現象の原因、10 代前半から自傷の経験率が増加し 30 代前半に減少すること、男女差、他の疾患や問題行動との違い、BPD と解離性障害の違い、親子関係やきょうだい関係の自傷への影響、治療や集団介入プログラムの開発が遅れなど、現在においてもまだまだ明らかになっていないことは多い。今後の実証的研究では、以上に挙げた領域に焦点を当てて研究を進めていく必要がある。この中で特に大きな問題として考えられるのは、親子関係である。何故なら、既述したが、自傷研究では、特に親子関係に関する研究が多いこと、さらには、自傷は 12, 13 歳頃から増え始め(Matsumoto & Imamura, 2008), 30 歳頃から減少する傾向にあり(阿江他, 2012), この間に大きな変化としてあげられるのが、親子関係だ

からである。親子関係は、人生の初期段階において大きな影響を及ぼし、それが思春期・青年期になっても継続的に関係しあう。そのため、親子関係について検討を行うことで、自傷の発生要因あるいは維持要因が明らかになるかもしれないと考えた。そこで次章からは、この中の特に親子関係に焦点を当てて研究を進めていく。

第3章 自傷に及ぼす親子関係の歪みについて

第1節 はじめに

自傷行為の現象は、心身ともに人生の充実期を迎えようとする青年が、身体を鍛錬して精神的な充実を図ったり満足感を高めたりするのは反対の身体的毀損を伴う意識的行為を行うため、一見、不可解である。何故、自傷行為が生じるのか、自傷行為にどのように対応したらいいのかについて、臨床心理学、精神医学、心身関係学の分野から興味深い眼差しが向けられてきた。

そこで、本章では、以下の節において自傷と親子関係の歪みに焦点を絞り、事例研究や定量的研究の結果から、親子関係のどのような側面が自傷を引き起こしているかについて検討するのが目的である。

第2節 なぜ、自傷と親子関係の関連を探るのか

近年、自傷行為に関する問題は、学校を中心とする教育現場や学生相談などで顕著に見出すことができる。臨床相談などの事例からこの問題の背景を探っていくと、自傷生起には自傷者にとって重要な意味を持つ人物、すなわち両親、家族、同胞をはじめ、友人・恋人、信頼できる教師、指導者等々、との人間関係の崩壊、混乱、不調に行き当たる。中でも特に重要な意味を持つ人物は、両親である。というのは、著者の臨床経験から、自傷者とその親との関係が改善する方向の介入を行うことによって、概ね自傷の緩和や低減が顕著に見出されるからである。また、先述したように、自傷の発生は12～13歳頃から増え始め(Matsumoto & Imamura, 2008)、30歳以降減少する傾向にある(阿江他, 2012)。この12歳から30歳にかけて関わりが大きく、30歳以降の関係が希薄になっていく重要な他者として考えられるのは親であると考えられ、自傷と親子関係には強い関連性が想定される。

また、自傷に関する先行研究では、自傷者とその親との間の親子関係の歪みを扱った衝撃的報告が注目を浴びてきた。例えば、親から受けた虐待との関連(阿江他, 2012; 川谷, 2004)が報告されており、身体的虐待に加えて性的虐待も言及されてきた(Glassman, et al., 2007; Gratz, 2002; Walsh & Rosen, 1988; Weierich & Nock, 2008)。日本の自傷外来患者を対象に分析した結果では、自傷者のうち61.8%に親からの身体的虐待があり、また、41.2%に性的虐待があったとの報告がある(Matsumoto, et al., 2004)。乳児期のアタッチメント、幼児期・児童期における心理的距離の近さによる安定性の保証、青年期の自立に

向けての支援等々、子供にとっては親への信頼感を基礎に将来に向けて自立していくための建設的な関係が発達に応じて培われていくのが一般的親子関係である。それに対して、虐待は、子供にとって破滅的で、精神的に打ちのめされてしまうほどの甚大な負の衝撃であり、負の禍根を刻印することになる。

一方で、親子関係を虐待以外の視点で捉えると、親の子供に対する働きかけ、それに対する子供の反応、そして親の応答といったコミュニケーション回路の構成に始まって徐々に複雑な力学関係が構築されていくことになる。親から子への働きかけは、アタッチメント、子供の心理的安定性の増強、精神的自立への支援等々、社会的適応力を高めるはずのものであり、親から子供への注意、関心、働きかけは大きい筈である。しかしながら、自傷者の親の特徴について、Mclaughlin, Miller, & Warwick (1996)は、一般生徒の両親と比較して、子供が自傷をしていることの問題の重要性を過小評価しているとした。親から子供への関心度や発達への感受性には、自傷者の親と非自傷者の親とは相違があることが推測される。

このように親子関係は様々であり、個別性が大きい。しかしながら、子供にとって誕生から青年期の自立に至るまでの自我や諸種の精神機能の発達過程で一貫した持続性と直接的な影響力をもつという点で、肯定的にも否定的にも、子供の発達には極めて大きく強力なモーメントを担っていることは疑う余地がない。親からの虐待という負の親子関係が子供の自傷行為との関係において見出されていることは、自傷生起要因を探索していく上で、親子関係との強い関連性を示唆していると考えられる。

そのため、本章ではまず、自傷者本人への臨床心理学的・医療的働きかけを行った事例から推論される自傷行為者とその親との関係の不調に焦点を当てる。次に、自傷者を含む多数者の集団を対象として、発達の歪曲された親子関係に潜在する諸要因の定量的分析を通して、親子関係の「何」が自傷の誘因になっているかを検討する。その上で、自傷に関する事例研究と定量的研究で得られた所見の類似性や特異性に基づいて、自傷に影響する親子関係の歪みとは何かについて検討するのが目的である。

第3節 自傷と親子関係に関する事例研究

名島・切田(2011a; 2011b)は、自傷に関する研究リストを作成し、整理、検討した。それによれば、1930年代から1960年代までは眼球損傷などの重篤で特異な自傷内容の事例が取り上げられたこと、また、1970～80年代は Wrist cutting syndrome が精神分析的な観点から解釈されるようになったこと、そして1990年代には手首以外の自傷について

も研究が進められたことなど、20世紀末までは大半の自傷研究が事例研究で占められていた旨、時代的変遷と併せてまとめている。

そして、Walsh & Rosen (1988)は、自らの治療経験も踏まえて、多くの自傷が親からの身体的・性的虐待被害と関係しているという共通性を指摘した。また、川谷(2004)も、自傷を扱った事例研究において子供たちが親から虐待を受けていることを強調した。そのため、自傷と親からの虐待は、極めて強い結びつきを示すこととなった。

しかしながら、Walsh (2006)は、先の著書の出版から18年を経て、身体的虐待や性的虐待の経験がない一般の中学生や高校生においても自傷患者が目立つようになってきたとの臨床的知見を発表した。それは「新世代の自傷」とよばれており、昨今では必ずしも虐待などの衝撃的なストレス経験のみが自傷の引き金となっているわけではないことを示している。このことは、Klonsky & Moyer (2008)による45件の先行研究の通覧によるメタ分析が、性的虐待は必ずしも自傷行為の中心的な原因や役割を示していないとする結果とも合致する。

それでは、「新世代の自傷」は、親子関係におけるどのような側面と関連しているのであろうか。Linehan (1993a)は、自傷行為を引き起こす背景として家族とのやりとりのなかでの「不認証(invalidating)」が大きな役割を果たしていることを強調している。「不認証」とは、例えば、子供が情緒的体験をした時に親がそれを無視し、否定し、非難することによって、子供が親から認めてもらえないことを痛感することである。子供は、痛みによって自分の内面に生じた感情が正しいか否か、そもそもその痛みが本当に存在しているのか否か、自信が揺らいでしまう。さらには、その感情に対してどのように対処すればよいか分からないことから、自傷をすることで、その負の感情を減衰させることができる。親からの不認証を受けた子供は、他者を信頼することへの障害を抱えることになり(松本, 2015)、対人関係をうまく築くことができない上、感情的な混乱場面に遭遇する頻度が増加し、自傷が引き起こされ易くなっていく。しかし、このような過程によって、虐待ほど重篤ではなくても不認証(他にも過干渉やネグレクト)など、親子関係に何らかの歪みや問題があって、それらが長期にわたって継続されているとすれば、子供の感情は不安定になり、自傷が惹起されたとしても不思議ではない。

しかしながら、このような「不認証」は、臨床現場で子供たちによって語られるだけで、限られた事例間で推論されるに過ぎない。そのため、それを裏付ける定量的データはほとんど見出すことはできないのが現状である。したがって、この「不認証」についての量的データから自傷の生起との関連を検討していくことは、今後の自傷研究における

「不認証」の普遍性を確定していく上で、必要なことではないかと考えられる。

以上、自傷に及ぼす親子関係の歪みについて事例研究から見てきたが、事例研究では事例それぞれの個別性のために、個々の事例については深く掘り下げられるとしても、親子関係の歪みのどのような側面が自傷に影響しているのかに関する一般性や共通性については、定量的研究に委ねる必要がある。

第4節 自傷と親子関係に関する定量的研究

1. 自傷と虐待の関係に言及した研究

自傷と親子関係に関する定量的研究においても、事例研究で概観したような虐待との関連について検討した研究が多い。Glassman, et al.(2007)は73名, Gratz, et al.(2002)は133名, そして Weierich & Nock(2008)は94名をそれぞれ対象として、自傷者が身体的虐待や性的虐待を被ったこととの関連を報告している。また、既述したとおり、Matsumoto, et al.(2004)も日本の病院外来を訪れた自傷者を対象に分析した結果から、61.8%に身体的虐待、41.2%に性的虐待がそれぞれ認められること、さらに阿江他(2012)は1540名にのぼる対象者の調査結果から、自傷者には親からの虐待が認められることを報告している。これらの結果から、量的な調査からも自傷の背後には両親の虐待といった親子関係の重篤な歪みが関与していることが明らかとなった。

さらに、Kaplan, Tarlow, Stewart, Aguirre, Galen, & Auerbach (2016)は58名の自傷者を対象に、虐待経験を持たないBPD患者と虐待経験をもつBPD患者とを比較したところ、後者の方が過去の自傷の度合いが高く、自殺企図率は15倍も高いことを明らかにした。このことによって、BPDといった内因性、あるいは素因性のパーソナリティ要素が潜在している場合には、被虐待という経験的要素との複合的関与が自傷を誘発することが推察できる。また、自傷者のうち、身体的・性的虐待の双方を合わせた群は、身体的虐待無しで性的虐待のみの群よりも過去の自傷と自殺企図傾向がより高いことも見出した。これは、虐待の重篤度が大きいほど自傷や自殺の傾向が高まることを示している。このように、子供にとって主に身体的虐待や性的虐待などが生じる重篤な家族機能の歪みに遭遇した体験との関連が大きいという点は事例的研究における所見と同じであると見受けられる。

2. 虐待以外の親子関係と自傷に言及した研究

親からの顕著な虐待が誘因となっていない場合の自傷は、親子関係におけるどのよう

な側面が影響を及ぼしているのであろうか。この点については、事例研究では一般性が得られないし、親子関係においていくつか想定される要因や要因間の関係が明確とはならない。そのために、自傷に及ぼす親子関係の諸側面の影響を相関関係や因果関係として捉えうる多変量解析を用いた定量的研究を設定し、その結果を吟味する必要があるだろう。

虐待以外の親子関係が自傷に及ぼす要因(研究例)として、親の離婚(阿江他, 2012)、親との別離(Walsh & Rosen, 1988)、親の養育態度(Gratz, et al., 2002; 星・宮岡, 2012; 鵜木, 2010; 山口・窪田, 2013a; 山口他, 2013)などが挙げられる。親の離婚と別離に関する研究は、研究数が少なく、詳細についても検討されていなかったため、ここでは、複数の所見が得られていて、発達的に初期の親子関係で重要な意味を持つ親の養育態度に絞って、いくつかの研究を羅列的ではあるが詳述しておく。

まず、鵜木(2010)は女子大学生 335 名を対象に、親の養育態度の測定を行うために田研式親子関係診断テスト縮小版、アレキシサイミア(失感情症)傾向を測定するための TAS-20、そして海外の尺度を参考に作成した自傷行為経験頻度尺度(Self-Injurious Behaviors Questionnaire)をそれぞれ適用し、想起された児童期の親の養育態度、アレキシサイミア傾向、自傷の相関係数を算出した。その結果、養育態度「厳格・拒否」とアレキシサイミア傾向に $r = .40$ 、自傷と養育態度「厳格・拒否」の間に $r = .33$ 、自傷と「過保護と期待」の間に $r = .35$ の相関係数がそれぞれ得られ、自傷と「厳格・拒否」、「過保護と期待」といった児童期における親の養育態度との関連性、そして、自身の感情を適切に認識・表出し難いことが自傷行為へと発展していく可能性について言及している。

また、星・宮岡(2012)は、大学生 274 名を対象として彼らの指摘の想起に基づいて、児童期における親子関係とアレキシサイミアに関連した諸行動が自傷に及ぼす影響を重回帰分析によって明らかにした。それによれば、自傷は、自己の感情把握の困難さと解離性による影響が一般に顕著であった。女性の場合、父親の養育態度が過保護である場合、自傷に対する影響が示唆された。このように、感情的な素因とともに、両親と子供の間性の差及び養育態度の歪みの種類の組み合わせによっても、自傷傾向に相違が生じるということが示された。

さらに、Gratz, et al. (2002)は 159 名の大学生を対象に、16 歳までに親がとっていた養育態度、及びネグレクトと愛着の崩壊、両親に対する愛着の質的認知、などを回想して回答する様々な尺度、及び「故意の自傷行為項目(DSHI :Deliberate Self-Harm Inventory)」を用いて調査対象者の自傷の程度を測定することによって、自傷が、親からの不安定な愛着、情動的ネグレクトによってかなりの影響を受けていることを重回帰分析によって

明らかにした。特に、女子青年においては父親からの「不安定な愛着」と「情動的なネグレクト」への影響が、また母親からの「情動的なネグレクト」への影響が、それぞれ顕著であった。

以上は、自傷者が、その児童期以前の親の養育態度を想起したデータに基づいた研究であり、その想起データは過去の記憶を呼び戻すことから、解釈の違いによるバイアスが混入している可能性もある。それに対して、自傷傾向と青年期における親子関係を含めて、多くの尺度の関係を扱った研究も存在する。山口・窪田(2013b)と山口他(2013)は、自己抑制型行動特性尺度、情緒的支援認知尺度、特性不安(STAI)、抑うつ尺度(SDS)、自己解離尺度、自己否定感尺度、心的外傷後症候群尺度(PTSS)、親への甘え項目、家庭の居心地項目、それに自傷行為の有無・自傷念慮の頻度等々を781名の高校生に適用し、共分散構造分析を試みた。その結果、親からの情緒的支援、親への甘え認知、家への居心地の良よさによって愛着関係が決定されること、そして、「自傷行為動機」は、抑うつや特性不安が影響を及ぼしているわけではないこと、親子関係に基づく「嫌悪系潜在記憶情報」による「否定的自己イメージ」が自傷に大きな影響力を持っていること、などを明らかにした。

以上の結果をまとめると、自傷に関する情報の共通点がいくつか見出せる。すなわち、①自傷行為傾向を示す青年は、自己の感情を適切に認識・表出し難いアレキシサイミアの特徴を有している。②16歳以下の主に児童期以前の回想データではあるが、自傷者に対する両親の養育態度として、厳格さ、拒否性、過保護などが際だっている。③自傷者は、過去から持続する両親のネガティブな評価に基づく否定的な自己イメージをもっている、等々である。

第5節 自傷行為の生起に及ぼす親子関係の影響の検討

既述したように、自傷に及ぼす親子関係の歪みを事例研究、そして定量的研究からそれぞれ概観してきた。これらから共通して明らかになったことは、親からの身体的・性的虐待を受けたことによる重篤な自傷者も、一見軽微な親子関係の齟齬しか見出せないような「新世代の自傷」者も、親子関係の中に自傷を惹起させるような何らかの問題を抱えていたことが示唆されたことである。

それは、子供にとって衝撃的で重篤な虐待といった著しい負の関係であっても、軽微とはいえ延々と持続する親からの非受容的な関係であっても、一個の独立した人間として発達していく過程で、乳児期のアタッチメントを阻害し、児童期までの心理的安定性

を攪乱し、青年期における自立心の志向性を蔑ろにしてきた親子関係であったと推察できる。丁度、それはストレスを抱えた者がストレス反応を引き起こす際、重大なライフ・イベント型のストレッサーであっても、デイリーハッスル型のストレッサーであっても、ストレッサーの強度と継続時間との累積が個人のストレス耐性を超えた時に、心身に重篤な影響をもたらすのと同じような関係ではないかと考えられる。すなわち、自傷は、親子関係における歪みの大きさとその経過時間の累積が、個人毎に異なる感情の認知と表出の統制能力容量を超えた時に発生する結果であると思われる。

その親子関係の問題とは、一体、具体的には何を意味するのであろうか。事例的な研究における Linehan (1993a)の「不認証」、それに Gratz, et al. (2002)の定量的な研究で示された女子青年における父親からの「不安定なアタッチメント」と「情動的なネグレクト」、また母親からの「情動的なネグレクト」といった養育態度の歪み、星・宮岡(2012)の見出した女子児童期における「父親の過保護」、さらに山口・窪田(2013b)と山口他(2013)が示した親からのネガティブな評価が記憶痕跡として影響し続ける「否定的自己イメージ」などが、本章の概観を通して歪な親子関係としてそれぞれ抽出できる。

それらは、乳幼児期から青年期に至る親子関係における発達過程の問題と呼応してはいないだろうか。すなわち、乳幼児期・児童期に必要なアタッチメント、及び青年から成人への発達過程で必要な自立への支援の欠如であり、阻害ではなかっただろうか。

前者に関しては、「情動的なネグレクト」や「不安定なアタッチメント」等によって、親の養育態度が歪なために、親への信頼、同一視、モデリングなどに不調を来し、本来の親子関係が十分に醸成されなかった状態で終始、発達段階を時間的に経過していたことが推論される。

後者に関しては、自我同一性の獲得(Erikson, 1959)や情緒面での親からの自立という発達課題(Havighurst, 1972)の達成は、青年期における心理的離乳(河合,1977; 西平・久世,1988; 落合・佐藤,1996)が前提となるが、それが親子関係によって攪乱されていたことになるのではなかろうか。青年は一般に、親に依存しない一人前の成人となるために親の傘の保護から独立して、固有の個を生成し始める。ところが自傷青年は、その際、親からの独立過程や個の生成過程において必然的な心理的離乳を妨げる親子関係を強いられていたことが示唆される。

青年期の心理的離乳に関して、落合・佐藤(1996)は、青年期の親子関係において子供と親との心理的距離が段階的にいくつかのステップを踏みながら発達・推移するとする5段階過程仮説(抱え込む関係、守る関係、成長を念じる関係、手を切る関係、対等な

関係)を唱え、調査研究によって実証している(結果は、「親が子と手を切る関係」、「親が子を抱え込む関係」、「親が子を危険から守る関係」、「子が困ったときには親が支援する関係」、「子が親から信頼・承認されている関係」、「親が子を頼りにする関係」の6因子が抽出された)。青年期の親子関係の変化の様相を、発達の過程の段階として捉えようとするこの試みは、乳児期の「アタッチメント」に始まり自立した個として社会性を獲得していく過程の集大成が青年期の「心理的離乳」で終結するという大枠の中で、青年期における親子関係にも、いくつかの発達段階を仮定している点で注目値する。

そこで推察できることとして、通常ならば青年期の多くの子供は親からの心理的離乳という過程を経て、親と対等で建設的な親子関係を構築できることが予測される。ところが、自傷は、親子関係の発達の推移の歪みの反映と捉えると、親の側に心理的離乳を阻む行動があるため、子供は自立に向けた志向性が叶わないことに対して、親子関係の歪みや不調の認知として映ることになる。親からの虐待によって生じる自傷はそれに伴って喚起される感情エネルギーの自己身体への暴力的破壊という形の表出であり、「新世代の自傷」は親からの個としての「不認証」や不承認に対する不満や抵抗、個の独立の危機の訴えの表明でもある。換言すれば、自傷は、青年期の子供にとって、第二の人生の出発を指向することに対して為される親からの妨害や阻止に対する強烈な反撃でもあると考えられる。

しかしながら、自傷が、青年期の親子関係において心理的離乳を妨げる関係性を親が執り続けた場合に生じる反撃的・反抗的な行動だとしても、それが、何故自傷という自己の身体への行為となるのかは不明である。

ここで、あくまで推論であるが、自傷行為を喚起する心理的離乳を妨げる親子間の関係性についていくつかまとめてみると、①乳幼児期から青年期にかけての親子関係における歪み、②BPDやアレキシサイミアに見出せるような内因的で情緒的なパーソナリティ因子の関与、③乳児期から児童期に至るまでの親の養育態度などが想定される。自傷が青年期に発生しやすいこと、情動的なコントロールが脆弱であること、既に乳幼児期からの親の子供へのかかわりが何らかの偏りを示していることを勘案すると、自立への志向性が強まった青年期において、子供の自立を承認しない親子関係によって、一層顕著になっていくものと想定される。

自傷は、発達段階の各種段階における親子関係の歪みや感情・情緒的対処や統制の脆弱性によって発生する身体的損傷であり、意識的とはいえ、精神的な問題から身体毀損への影響が考えられる心身関係の問題でもある。それは不安を運動・感覚機能の異常や

減退という身体症状に転換するヒステリー機制，また，過重のストレスの持続によって心身の荒廃段階に至り器官選択の結果，各種の身体症状を発症する心身症のメカニズムなどの心身関係の問題にも匹敵するとも考えられる。それらに比べると，自傷の場合，親子関係の不調や葛藤，歪みが，何故，自己の身体毀損に結果していくのか，その科学的なメカニズムは不明であり，それを解明するのは今後の課題でもある。それを実証していくことによって，心身を結ぶいくつかの異なるチャンネルの機制について，心理学が寄与できる可能性を，自傷問題は提供しているともいえる。

第6節 本章の結語

これまでに見てきたことより，自傷者の親から子への関わり方，あるいは親子関係の発達段階（心理的離乳）には，何らかの歪みがある可能性が推察される。次章では，親子関係の中でも，Linehan (1993a)が述べる「認証」について注目し，検討を行う。

第4章 自傷行為者の親子関係における不認証環境の検討 弁証法的行動療法による認証の観点から

第1節 はじめに

Linehan (1993a)によると、自傷に多く見られるBPD患者(Clarkin, et al., 1983; Cowdry, et al., 1985)は、感情調節障害を抱えているとした説を唱えている。この説によると、BPD患者は患者自身が持つ生物学的基盤による感情的な傷つきやすさ(感受性の高さ)と家庭内における不認証環境が大きく影響し、それらが合わさることで感情調節不全をきたすとしている。そのため、自身が抑うつや不安などの感情が起こった時に、自分の感情、知覚、知識などを正確にとらえ表現することに対して自傷者はそれをどのように受け入れ、対処すればよいか分からないのである。そして、その感情を抑制するため、あるいは表現するための代替行動として自傷が行われる(Linehan, 1993a)。このように、自傷発生のリスクファクターには、親子関係が少なからず影響していることが窺える。

また近年、感情調節障害に対して効果のある治療法として、Linehan (1993a)が考案した弁証法的行動療法(Dialectical Behavior Therapy: DBT)がある(Shapiro & Shapiro, 1982)。この治療法には「認証(Validation)」とよばれる技法が用いられ、治療には認証が重要なものとして位置づけられている。したがって、この認証について調べることで、自傷あるいは自傷者の親子関係(不認証環境)の理解につながるのではないかと考えられた。

そこで本章では、先行研究における弁証法的行動療法をレビューしながら「認証」について明らかにし、その背景にある親子関係の不認証環境を検討していくことを目的とした。

ところで、Linehan (1993)が用いている「validation」や「invalidation」について、日本語の文献では、「認証・不認証(Linehan, 1993a 大野 監訳, 2007)」、「承認・不承認(細谷・福島, 2016)」、「有効化・無効化(Linehan, 1993a 小野 監訳, 2007; 森・小野, 2004; Spradlin, 2003 斎藤 監訳, 2009)」、「妥当化(岸, 2011)」、「確認(Feil, 1993 藤沢 監訳, 2001)」などと多岐にわたって訳されている。そこで本章では、「認証・不認証」で統一し、その訳が妥当であるかについての検討も行った。また、「emotion regulation」についても、感情調節(Linehan, 1993b 小野 監訳, 2007)や感情制御(榊原, 2014)と訳されており、本章では「感情調節」という表現を用いた。

第2節 心理療法における弁証法的行動療法の位置付けとその歴史

心理療法には、行動療法や認知療法の他に精神分析などの力動的心理療法や来談者中心療法などの人間性心理療法などがある。弁証法的行動療法の効果を、これらの心理療法と比較するにあたって、ここでは最も客観的な判断をするため統計的な効果量を参照することにした。Shapiro & Shapiro (1982)は医療機関において精神疾患を抱える患者に対する心理療法の効果を比較するためメタ分析を行った。これは介入群と統制群を用いた143の効果研究のメタ分析結果である。その結果、行動療法(効果量 1.06)や認知療法(1.00)は、力動的心理療法(0.40)や人間性心理療法(0.40)に比べて、効果が高いことが確認できる。それらに比べると、弁証法的行動療法の効果量は1年間を通して1.12と非常に高いことが示されている(Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, & Comtois, 1999)。このように弁証法的行動療法は心理療法の中でも特に効果があるものとして位置付けられている。

そこでまず、弁証法的行動療法が提唱されるまでに至った、行動療法の歴史について述べていく。Bach & Moran (2008)によると、行動療法には3つの世代があるとしている。第1世代は、1920年代以降から始まった系統的脱感作やエクスポージャーのように、レスポンド条件付けを主とする行動療法である。これはクライアントの一症状に対して、一つの技法を用いている所に特徴がある。第2世代には、1930年代以降に始まった、トークンエコノミー法や機能分析に応用されるようなオペラント条件付けを利用した行動分析と、1950年代以降の「認知革命」によって始まった認知修正法などが用いられる認知療法、そして、行動論的アプローチと認知論的アプローチの両方を用いる認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)が含まれる。第3世代には、アクセプタンス&コミットメントセラピー(Acceptance and Commitment Therapy: ACT)や機能分析的な心理療法(Functional Analytic Psychotherapy: FAP)、マインドフルネス認知療法(Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)、行動活性化療法(Behavioural Activation: BA)、そして、弁証法的行動療法が含まれる。このことから、第1世代の行動療法は、症状に対して単一の介入をする傾向が見られ、第2世代では機能分析や認知・イメージなどを取り入れ、それをパッケージにして介入しようとする傾向がある。第3世代になると、単一や複数パッケージの介入のだけでなく、統合的かつ全体的にとらえようとする流れがあると考えられる。

この第3世代の行動療法に共通することは、「マインドフルネス」の概念である。これは現在の起きていることに意識を集中させて、自己の状態をあるがままに受け止め、自分の存在を実感することであり(Kabat-Zin, 1990)、自分の思考、心配、後悔、批判に

よって注意をそらされるのではなく、代わりにその瞬間の自分に注意を向けて、次に何を
するのかを自分が選択できるようになることでもある(Mckay & Wood, 2011)。そして、
マインドフルな状態を導くための「マインドフルネス瞑想」では、自分で評価を下さず
今の自分を受け入れとらわれないようにするため、何もしないことの訓練と学習を行う
(Kabat-Zin, 1990; 春木・石川・河野・松田, 2008)。最近では、マインドフルネスの研究
は多く、これが主観的幸福感を高め(高田・田中・竹林・杉浦, 2016)、心配(田中・神村・
杉浦, 2013)や、怒りの反すう(平野・湯川, 2012; 平野・湯川, 2013)を低減させることが
分かってきている。他にも、BPD傾向の高い人は低い人に比べて、マインドフルネス
の尺度得点が有意に低いことを明らかにしている(斎藤・守谷, 2009)。このようにマイ
ンドフルネスは様々な症状に有効であることが確認されており、近年開発された行動療
法にも取り入れられるようになってきている。

マインドフルネスを採用している弁証法的行動療法の効果についての研究も多くさ
れてきている(Chalker, Carmel, Atkins, Landes, Kerbrat, & Comtois, 2015; Kliem, Kroger, &
Kosfelder, 2010; Koerner & Linehan, 2000; 小谷・森・立石他, 2013; Linehan &
Dexter-Mazza, 2008; Linehan, et al., 1999; Neacsiu & Tkachuck, 2016; Renneberg &
Rosenbach, 2016; Swales, Hibbs, Bryning, & Hastings, 2016)。そして、例えば自殺未遂の頻
度、入院日数の低下(Shearin & Linehan, 1994)、自傷行為の度合いとドロップアウト率
(Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund, Tutek, Reynolds, & Lindenboim,
2006)、抑うつ(Koons, Robins, Tweed, Morse, Bishop, & Bastian, 2001)、怒りの度合い(Koons,
et al., 2001; Shearin & Linehan, 1994)、解離(Kleindienst, Priebe, Gorg, Dyer, Steil, Lyssenko,
Winter, Schmahl, & Bohus, 2016; Koons, et al., 2001)、見捨てられスキーマ(井合・根建,
2017)の低減が確認されている。また、弁証法的行動療法はBPDだけでなく、他のB
群パーソナリティ障害：自己愛性パーソナリティ障害・反社会性パーソナリティ障害・
演技性パーソナリティ障害(Neacsiu & Tkachuck, 2016)や摂食障害(Safer, Telch, & Agras,
2001; Telch, Agras, & Linehan, 2001)を持つ患者にも有効であることが確認されている。
このように、弁証法的行動療法は有効性が確認されており、今後も普及していくことが
予測される。

このような流れがある中、これまで自傷患者には認知行動療法による介入が行われて
きた(例えば, Walsh, 2006; Muehlenkamp, 2006)。しかし、これまでの認知行動療法は認
知と行動の変容を重視しすぎる傾向があることから、自傷患者は治療の進行を妨害し
たり、治療をドロップアウトしたりすることが多かった(岸, 2011; Linehan, 1993a)。クライ

アントは常に問題を抱えており、その問題が増大するにつれて、クライアントはその問題を受け入れてくれないセラピストの態度に不満を覚える。そして、自傷行為や自殺企図などのパワーゲームに持ち込むようになる。すると、セラピストはクライアントの危機的な状況にしか注意を向けられなくなり、その結果、スキル訓練を維持することが困難になるのである。このような場面は臨床の現場では、必然的に出会いやすく、セラピストは圧倒され困難に追い込まれることになる(Linehan, 1993b; Linehan & Dexter-Mazza, 2008)。さらに、スキル訓練は、すぐに苦痛を減らすことができないことから強化されにくく、治療を維持すること自体が困難であるという。セラピストは絶望するクライアントに対して早急に変化を求めようとし、介入を急いでしまうことが多い。そこでクライアントは、変化できない自分を受け入れることができず、過去の不認証環境の体験を繰り返してしまうことになる。感情調節障害を持つ患者にとって、思考レベルでは衝動行動をしてはならないと理解するが、実際には衝動性によってその行動を制御できないのである。そして、クライアントは、衝動行動のコントロールに失敗した自分を受容できなければ、自分を否定し続けることと同じであると捉えてしまうのである。そこで Linehan は、ロジャーズの概念では変化できない自分を受容することができないと、変化できない自分をも受容するために、弁証法という概念を組み込んだのである(遊佐, 2007)。弁証法的行動療法において、セラピストは介入としての聴くこと、反射、認証を行い、クライアントの過去の体験を受け入れる。そして、現在の情動状態を観察して気づき、詳細に述べることで、その情動を拡大していくのである(McMain & Korman, 2001)。だからといって問題解決の視点がない認証は、それはそれで不認証になってしまう。そのため、認証と変化のバランスを取ることが重要になる。このことから、心理療法は既述した様に第一世代の単一の症状のみを扱う介入から、第三世代のクライアント個人を統合的に捉えようとする介入へと時代とともに変化を遂げており、個々のクライアントに合わせた治療法へと視点に移りつつある。その中で、これまで治療困難とされてきた BPD 患者にも支援の視点向き始めており、このような背景から弁証法的行動療法が開発されたのである。

第3節 弁証法的行動療法とは

では、その弁証法的行動療法とはどのようなものであるのだろうか。まず、「弁証法」とは西尾・岩淵・水谷 (2000)『岩波国語辞典』によると、「形式論理学が「A は A である」という同一律を基本に置き、「A でありかつ A ではない」という矛盾が起これば、

それは偽りだとするのに対し、矛盾を偽りだと決めず、物の対立・矛盾を通してその統一に、より一層高い境地に進むという、運動・発展の姿において考える見方」とされている。これを Linehan (1993a)が述べる「弁証法」として考えてみると、クライアントの思考として、どちらが正しくてどちらが間違っていると考えのではなく、その時の状況に応じて選択すること（「賢い心」）であり、カウンセラー側も認知行動療法のみ、あるいは認証のみと介入を偏るのではなく、クライアントの状態に応じて、選択することとして捉えている。

具体的に Linehan (1993a)の「弁証法的」とは、普遍主義的思考と相対主義的思考の間に位置する「中道」のことであり、両極的な価値観や矛盾する思考をそのまま現実的に見る能力であるという。普遍主義的思考とは、物事には真理があるという考え方であり、この場合、一方が正しくもう一方が誤っていることといった考え方である。相対主義的思考は、真理が相対的なものであるため、意見の不一致が生じて、どちらが真実かを追求することに意味はないと考える。そして、「弁証法的思考」とは、意見の不一致が生じた場合、両者が除外しようとしたところを受け入れ、全体的・包括的にとらえようとするのである。これは簡単に言うと、どちら側にも偏らないということである。方法としては、弁証法的なバランスによって、認証（受容= acceptance）と問題解決技法（変化= change）が用いられ、その都度、その間のバランスを取ることが求められる。そして、セラピストは認証する状況を作り出し、その状況の中で患者の自己不認証的行動を消去し、自己認証的行動を引き出し強化する。その結果、クライアントが自己認証の機能を得るようにしていくのである。問題解決技法ではスキル訓練、随伴性マネジメント、エクスポージャー、認知修正法が用いられる。その中で、随伴性マネジメントとエクスポージャー、認知修正法はこれまでの認知行動療法とほぼ同じ内容であることから、ここでは弁証法的行動療法特有の特徴であるスキル訓練について詳しく述べていく。

そのスキル訓練では、マインドフルネススキル、対人関係保持スキル、感情調節スキル、苦悩耐性スキルがある。Linehan (1993b)によると、弁証法的行動療法におけるマインドフルネススキルは、人が知的に知識を捉えている時や経験的事実に集中している時を「理性的な心」とよび、その人の思考と行動が現在の感情状態による時を「感情的な心」としている。そして、その人が「感情的な心」の時、論理的思考は困難となる。そのような時、情緒的経験と論理的思考の上に直感的知識を加えるのである。これを「賢い心」とし、「感情的な心」と「理性的な心」のバランスを取るものである。そして、このスキル訓練では「賢い心」を習得することを目標としている。例えば、自身に激し

い感情が沸き起こったとする（感情的な心）。その時、「これは感情的な心だろう」と思うようにする（理性的な心）。それにより、感情による不適応な行動を取らずに、冷静さと安心を感じていたら、それが「賢い心」とされる(Linehan, 1993b)。

次に、対人関係保持スキルでは上手な頼み事と断る事ができるようにクライアントを訓練していく。具体的には、相手の話を傾聴して理解を深め、自分がしてほしいことに関しては自分の考えを伝えて要求し、自分の嫌なことに関しては相手からの要求を断ることができるようにしていき、最終的には、日常における対人関係を安定させるのである(Mckay & Wood, 2011)。そして、感情調節スキルでは、感情に名前を付けて観察したり、時には反対の行動をとったりして、感情を安定させることを目的としている。さらに、苦悩耐性スキルは、感情的な状況に陥った時にその状況に対処するためのものであり、例えば氷を持って強く握りしめたり、漸進的筋弛緩法などのリラクセーションの技法を用いたりする。このようにスキル訓練では、弁証法的な発想を理解してもらうために、マインドフルネススキル（賢い心）を習得することを目的としており、日々の中で、常に迫ってきている問題に対処できるよう残り3つのスキルを同時に訓練しているところが認知行動療法と比べて特徴的である。治療を維持させるために日々の中でも強化が起こるように治療計画を立てなければならないのである。そのスキル訓練の結果、それぞれの能力が高まり、獲得した技能が般化することで変化が起こるようになる。こうすることによって、一方的な受容の姿勢だけではなく、変化が起こることで、クライアントの治療への動機付けが高まり、さらにそのことでセラピストの能力と動機付けが高まるのである(森・小野, 2004)。このように、弁証法的行動療法は、理想化とこき下ろしの間で感情的に揺れ動く患者とその揺れ動きに困惑するセラピストの間に生まれた治療法であり、それを受容と変化のバランスによって少しずつ前進していくのである。これはセラピストとクライアントの相乗効果によって進めていく治療法であり、セラピスト側の動機付けを考えるとといった新しい視点を取り入れている。

第4節 感情調節障害が発生するプロセス

まず、「感情」とは、人が自分自身に重要なことが起こっていることを情動反応として伝え、その場面に必要な行動を取れるようにするための準備をするものとされる(岩壁, 2009)。「感情調節」とは強い精神的興奮を抑え不適応行動を抑制し、協調的行動がとれるように調整し、強い感情を抱えていても注意を集中させることができること、としている(Linehan, 1993b)。そして、「感情調節障害」とは、感受性の高さから過剰に反

応してしまい、さらにその強い感情と行動をコントロールできないこととしており (Linehan, 1993b), その発症要因として、感情調節の能力に生物学的に障害を持って生まれた子供が、親や周囲の不認証環境の中で育つことで、感情調節障害を持つことになるというのである(森・小野, 2004; McMMain & Korman, 2001)。特に、感情と衝動的行動は結びついており、例えば、人は不安や恐れを感じると回避しようとし、恥ずかしさや罪悪感を感じると自己防衛的になる。悲しさを感じると心を閉ざし、怒りを感じると攻撃しようとする。そのような感情は心理的安定を阻害するものであり、感情を無視することは難しく、これらの衝動的な行動が、日常の生活を上手に過ごすことや対人関係、仕事をうまくこなす力に負の影響を及ぼしやすくするのである(Mckay & Wood, 2011)。さらに、Spradlin (2003)によると、感情には基本的感情と二次的感情があるとしている。前者は、感情にもともと備わった反応のことであり、生まれながら人間に組み込まれている生物学的な要素であるとしている。この感情は9つあるとされており、喜び、愛情、興味、悲しみ、驚き、恐怖、嫌悪感、罪悪感、怒りがあるとしている。その一方で、後者は基本的感情の後に生じ、「自動思考」、「思い込み」、「不合理な信念」によって出現する。これは、家庭内の環境にさかのぼれることから、後天的反応であるとされている。例えば、「男の子は泣いたら駄目だぞ」と親から怒られた子供は「どんな場合でも男は泣いてはならない」と過度に一般化する可能性がある。その後、泣くほど恐れるような状況が発生した場合、子供は男であるのにもかかわらず、自身が泣いていることに気づき、恥ずかしさを感じる。この恥ずかしさが二次的感情である。そして、この二次的感情は、衝動行動や代替行動によって鎮められる。このようにネガティブな二次的感情は過度の一般化などの推論の誤りの思考によって発生し、それは不認証環境によって作られるというのである。子供が素直に感情を表すことを認めない家庭環境によって、子供は自分の感情を味わったり伝えたりする機会を失い、それにより、自分自身の感情を不認証してしまうようになるのである。

第5節 認証とは

認証は受容の中に含まれることから、まず、セラピストの基本的態度から説明し、その後、認証について詳しく述べていく。ロジャーズは、セラピストに必要な基本的態度として、①自己一致（純粋性）、②共感的理解、③無条件の肯定的関心があるとしている(渡辺, 2002)。そのロジャーズの3つの基本的態度と認証にはどのような異同があるのだろうか。そこで、認証について説明する。まず、「認証」とはクライアント

の状況から考えれば納得できるものとしてセラピストが認めることであり、セラピストは積極的にクライアントを受容し、受容していることをクライアントに伝えること、としている(Linehan, 1993a)。「認証的戦略」は、出来事に対するクライアントの反応において、クライアントの内在的認証を探し、認め、反射することであるとしている(Linehan, 1997)。さらに詳しく述べると、セラピストはクライアントの行動や反応を許可し、是認し、支援し、権利を与えていく。その一方で、クライアントの言動により、セラピストが自身の中に恐怖を感じた時は、痛みや望ましくないこと、文化的、人格的に受け入れられないことをあからさまにクライアントに言う。そして、その時を「共に居る」のである。認証はクライアントに対して社会的望ましさを持つことではないし、褒めることでもないとしている。それにより、クライアントが自身の感情、思考、顕在的行動パターンを正確に捉えること（自己認証）ができるようになるのである(岸, 2011)。Linehan (1997)は、弁証法的行動療法に認証を組み込んだ理由として、治療の変化にについてクライアントの抵抗が生じた場合に対してバランスを取るために受容（認証）が必要であること、自己への気づきを増やすための自己認証を教えること、ドロップアウト率を下げることで、臨床的促進を強化すること、セラピストの治療への動機づけを高めること、をあげている。この認証という方法は、ロジャーズの「無条件の肯定的関心」に最も近く、「自己一致（純粋性）」にも近いというのである。

次に「肯定的関心」について、細谷・福島(2016)は、面接場面において、カウンセリングの技法として、肯定的関心（自身の感じ方や考え方を抑えることなく、積極的にクライアントを支持し、温かく接する関わり）と反射（利き手が話し手の内容をそのままの言葉で繰り返したり、わずかな言いかえで表現したりする応答のこと）、そして認証の違いについて実験を行っている。カウンセラー役は臨床心理士が担当し、クライアント役として学生 22 名が実験として面接を受けた。実験では、クライアント役に話をしてもらい、カウンセラー役は、肯定的関心、反射、認証のいずれかを用いて傾聴を行った。その結果、反射と肯定的関心、反射と認証には違いが見られたが、肯定的関心と認証には違いは見られなかったとしている。このことから、肯定的関心と認証は同じようなものであることが窺える。

最後に、「共感」とは、相手の感情に波長を合わせようと試み、その感情を共有し、共有した感情を相手に伝えることとされている(澤田, 1998)。その一方で、認証は常に相手の感情にいるという状態であり、他者を証明するためには、他者を知らなければできないのである。それに比べて、共感は自分のことを証明することであり、自分への視

点が多いことから、他者を理解するまでには至っていない点で認証とは異なるのだという(Linehan, 1997)。

さらに Linehan (1997)は認証的戦略について、細かく述べている。それによると、クライアント個人を認証することと、クライアントの経験と行動を認証することがあるとしている。認証的戦略にはレベルが6段階存在する。まず、レベル1（聴くことと観察すること）～2（正確な反射）では、クライアントの体験を理解するために、探検家として共に探すことを手伝おうとする姿勢を取ることである。クライアントの感情や思考、顕在的行動パターンを患者自身に観察させ、それをセラピストが反射して、正確に説明できるようにしていく。その中でクライアントが体験していることを、共に体験し、伝えることでマインドフルネスが生じるようにする。これは共感とよく似ているという。レベル3（非言語で表現する）～4（十分な観点から認める）では、クライアントの行動やコミュニケーションを知ることで、クライアントが考えていることや望んでいることを知ろうとする。クライアントの感情状態や思考に同意する必要はないが、理解を示し、その上で認めるのである。これは共感的解釈と似ているという。レベル5（現時点では合理的なものとして認める）～6（事実の中から有効なものを扱う）では、たとえばクライアントの感情や思考が非合理だったとしても、現時点まで生きてきた中では、合理的なものだったと伝えるのである。非合理的な内容の話の中に、少しでも肯定できる点を見つけ、伝える。これを Linehan (1993b)は「砂の入ったコップから小さな金塊を探し出す(小野 監訳, 2007)」と表現している。また、非合理的な感情や思考を受け入れる理由として、人の習慣となっている行動を強制的に変えることはできず、その人自身が変わろうとしない限り、変えることができないからである(Feil, 1993)。クライアントが経験していることは、たとえ非合理であっても本人にとってはそれが「真実」である。クライアントの経験、さらにはその感情や感覚が認証されれば、その人は生きていくという実感が起こり、実在感が生まれるようになる。それにより前に進もうとする気持ちが生まれることになる。このように認証は初期のレベルでは、共感と同じようなアプローチを用いているが、レベルが上がるにつれてクライアントを深く知り、その苦勞を受け入れ認め、そこから、わずかな光を見出すように関わるのである。このことから、認証と共感とは、相手を知ること、そして、受け入れること、さらには肯定的な部分を見つけることにおいて違いがあると考えられる。

以上のことをまとめると、「認証」とは、「セラピストは自己一致をした上で、クライアントの発言や反応、経験、感情、感覚を共に体験し、それを積極的に伝え、たとえク

ライアントの発言や思考，経験に不合理なことがあったとしても，クライアントがこれまでそうしてこなければ生きてこれなかったのだと捉え，その苦労を含めてクライアント個人を全体的に受け入れ認め，そこから，わずかな希望を見出すように関わること」ということになる。その認証を行ったうえで，変化を導く問題解決技法とのバランスを取りながら，治療は進められていくことになる。その光景は，まさに親が子供を受け入れ，次の道を共に考える姿であり，それは人間が成長していく過程を投影しているような治療法であるともいえるのではないのだろうか。

ところで，「validation」とは「認証」という訳が妥当なのであろうか。「認証」という言葉は認めて伝えること(鎌田・米山, 2001『大修館漢語新辞典』)であり，確認という意味合いが強い。そのため，認証は戦略としてクライアントの感覚や行動を確認し，伝えるためには言葉が合っているのかもしれない。しかしその一方で，「承認」は受け入れ認め許すこと(鎌田・米山, 2001『大修館漢語新辞典』)である。Rogers (1975)は「共感」のことについて，これは技術ではなく他者と共にいるあり方であり，態度であると述べているように承認も態度であると考えられる。このようなことから，「validation」は戦略で用いるときには「認証」で，親子関係など，人と人が自然にコミュニケーションをする態度として示すときは「承認」と言えるのではないかと考えられる。よって，治療場面では「認証」，「不認証」となるが，家庭環境を指すときは「承認環境」「不承認環境」と表す方が妥当であると考えられる。よって，以後はこのように表記し，使い分けことにする。

第6節 自傷と親子関係

これまで述べてきたことから，不承認は承認の反対として考えると，「親は自身の考えに一貫性がないことから親の都合によって言うことが変化したり，子供の発言や反応，経験，感情，感覚に対して否定的な態度で接し無関心であったり，子供が不合理な考え方を持っているとき叱って正そうとしたりし，クライアント個人を全体的に受け入れ認めようとはしないこと」として捉えられる。簡略化すると，「親が子供を全体的に受け入れ認めようとはしない態度」と考えられる。このような態度で接すると子供は感情調節障害を抱えやすくなり，そのため虐待ほどの重篤な親子関係が生じていなくとも，過干渉やネグレクト，不承認など親から子に対する態度や関わり，関係のみでも自傷が誘起されると推察される。しかし，その不承認環境と自傷に関する実証的なデータや研究は見当たらなかった。

また、吉益・大賀・加賀谷・北林・金谷(2012)によると、現代社会では価値観の多様化が進み、相手の性格、行動、容姿、性別、経歴、地位、能力、年齢、出自、家族、経済力、健康状態などの様々な価値基準で測られ、人はそれにとらわれており、その価値基準によって判断が偏り、ストレスを生み出していることに言及している。例えば子供の発達障害について、DSMのような診断基準が普及されたことによって、マニュアル化され情報が豊富になったことで偏った情報の氾濫が起き、発達障害の子供を持つ親はフィルターがかかった状態で見られるようになることがあり、実際の子供の状況（子供が現在何に困っていて、どうしてほしいのかなど）を見ることができなくなっている。それがまた別の問題を生じさせることになるのであろう。そして子供は、人生の始まりから親からの価値基準に束縛されながら生活を過ごすことになる。親は情報量の多さにより偏った見方を持ってしまい、その価値観によって子供と接することで、子供に推論の誤り（例えば、過度の一般化など）を生じさせる。その結果、親は子供をありのままの姿で見ることができなくなっているのではないのだろうか。しかし、実際に親の価値観が推論の誤りや過度の一般化を生じさせているのか、また、どのような価値観がそのような思考を招いているのかについての研究は見当たらなかった。今後は、この親の価値観による子供への影響についても検討していく必要があると考えられる。

第7節 本章の結語

自傷を行う者は感情調節障害を抱えていることが多い(Linehan, 1993a)。その障害に至るには、感情的な傷つきやすさを持つ生物学的な要素と不承認環境が大きく影響している。「不承認」とは、「親が子供を全体的に受け入れ認めようとはしない態度」とであると考えられた。

その感情調節障害には弁証法的行動療法が効果的であるとされ、その技法として「認証」が用いられる。認証が必要となった背景には、自傷者の治療は継続が困難であり、その根底には不承認環境が存在することが推察された。そのため、本章ではこの「認証」を理解することで不承認環境を検討しようとした。子供は、親から不承認的態度をとられ、感情に生物学的なもろさを有していると感情調節障害を誘発し、その結果自傷が行われやすくなる。

このことから、自傷は親からの虐待などの重篤な親子関係が無くとも、親から不承認的態度をとられ続けることによって、自傷が生じる可能性があることを示している。しかし、自傷者は実際に親から不承認を受けているのかどうか、または自傷者の親子関係

には歪みがあるのかについての実証的・量的データは見られなかった。よって、次章では親から子供に対して不承認環境が存在するのか、さらに、自傷者の親子関係の特徴について定量的調査を行い、実証的に検討する。

第5章 親子関係が自傷行為傾向に与える影響

第1節 問題と目的

これまでの自傷と親子関係の関連に言及した研究は、自傷者への身体的・性的虐待、家族のアルコール依存、親の喪失や離婚、家族内における暴力場面の目撃など、重篤な家族の機能不全の体験に関する内容が多かった(阿江他, 2010; Gratz, et al., 2002; Walsh & Rosen, 1988)。しかし、自傷の発生率は10~20%であり(土居・三宅, 2017)、自傷者のほとんどがこのような環境にいるとはとても考えにくい。そのような中、Walsh (2006)の臨床的な知見では、これらの特徴を持たない一般の中学生や高校生にける自傷行為の増加が記述され、それは「新世代の自傷」と名づけられた。昨今の自傷者は、必ずしも虐待などの多大なストレスを受けていることだけが引き金となっているわけではないようで、見かけの上ではそれほど重篤ではない親子関係の不調でも自傷が生じうるとする研究も報告されている(Baetens, Claes, & Martin, 2014; Bureau, Matin, Freynet, Poirier, Lafontaine, & Cloutier, 2010)。

それに関連して、自傷行為やBPDの治療法として弁証法的行動療法の開発を行ったLinehan (1993a)は、臨床的な経験から自傷者は親や養育者からの「不承認(invalidation)」を受けていると指摘している。このような精神から身体に影響する自傷発生メカニズムとして、彼女は生物学的基盤による感情的な傷つきやすさを抱えた上で、親や養育者からの不承認を受ける家庭環境があつて、感情調節機能に問題が生じるとしている。彼女は字義的定義を行っていないが、不承認とは、例えば子供が感情的体験をした時に、親がそれを無視するような態度をとったり、さらには頭ごなしに否定したりすることであるとしている。不承認が続くと、子供はその感情的体験の評価に混迷を覚え、その後の対処に混乱を起こしやすくなり、そうした感情制御の一方策として、感情低減の機能を持つ自傷が引き起こされるとしている。

このような親や養育者からの「不承認」は、自傷を引き起こす際の親子関係における際立った要因の一つであると考えられるが、それは臨床の場における事例的知見の域に留まっていて、量的な実証的データからの「不承認」の検討は未だ見当たらない。そのため、自傷傾向者の親子関係の量的データからの検討は、「不承認」仮説の可否を明らかにするための裏づけになると考えられる。

ところで、横山・市川(2006)は、精神分析的観点における発達の推移の観点から自傷者の親子関係の問題を述べている。それによれば、青年期に乗り越えなければならない

親子関係の発達課題として、自分自身の価値観の模索、親離れと自立、自分らしさへの気づきと身体的な成熟の受容などを挙げ、自傷者は、特に、これらのうち親子関係の課題を乗り越えていないという問題を指摘している。青年期における親子関係をテーマとする研究の1つとして、上記の親離れと自立、すなわち心理的離乳の過程について落合・佐藤(1996)は、実証的なアプローチを試みた。彼らは、青年期の発達課題には心理的離乳があるとし、その達成へのステップは5段階に分かれると述べている。児童期は、乳幼児期の親が安全基地となり愛着を持つ関係が続いているが、中学生から高校生、大学生へと、年齢が上がるにつれて、親元を離れていく心理的離乳の段階へと入っていく。そのような段階を経て心理的離乳が完了する。また、彼らは心理的離乳の発達段階説を実証するための調査を行っている。その結果、6因子が抽出され、それが心理的離乳の5段階説に対応することを明らかにした。その5段階の説明を表5-1に示す。親子の関係性が健全であると、学年が上がるとともに段階的に順調に発達していくのである。彼らは、開発した親子関係尺度86項目を中学生から大学院生までの540名に適用し、「抱え込む関係」、「手を切る関係」、「危険から守る関係」、「支援する関係」、「承認する関係」、「頼りにする関係」の6因子81項目を、対父親、対母親それぞれの関係から抽出した。その上で、それらの6因子個々の因子得点を中学生、高校生、大学生、大学院生毎に、「対父親」、「対母親」別にプロットすることで、青年期初期から後期までの親子関係における心理的離乳過程が、上記の因子の順に段階的に推移することを明らかにした。図5-1～5-4は落合・佐藤(1996)の研究の因子得点の結果である。中学生では、「抱え込む関係」や「手を切る関係」、「危険から守る関係」が両親とも高い得点を示していたが、高校生になるとその得点は減少し、逆に「承認する関係」や「頼る関係」が若干増加している。そして、大学生になると、さらに「抱え込む関係」、「手を切る関係」、「危険から守る関係」は減少し、「支援する関係」や「承認する関係」、「頼る関係」はより増加している。そして、大学院生になると「頼る関係」が増加している。このように、年齢が上がるにつれて、親子関係に変化が表れていることが確認できる。

以上、上記の知見に基づいて、心理社会的背景から青年期の自傷傾向を測定可能な自傷行為尺度を用いれば、青年期親子関係における親からの「不承認」が自傷に影響を及ぼしているのか否かについて、量的データを通して検証することが可能となる。さらには、親離れと自立、すなわち青年期における心理的離乳過程の発達の推移の歪みが自傷を誘起しているのか否かについても検討を行う。

本研究では、自傷傾向者は親から承認的態度を執られる認知をすることが少ないのか

表5-1 心理的離乳の5段階(落合・佐藤, 1996 を改変)

第1段階	親が子を抱え込む関係 (以後, 抱え込む関係)	子供を目の届く範囲に置いて管理し, 子供を抱え込み養う関係のこと。
	親が子と手を切る関係 (以後, 手を切る関係)	親と子の意見に相違があり, 子供と手を切り, 放任する関係のこと。
第2段階	親が子を危険から守る関係 (以後, 危険から守る関係)	子供の行動を制限し, 危険から守ろうとする親との関係のこと。
第3段階	子が困った時には親が支援する関係 (以後, 支援する関係)	目の届かない遠くに行ってしまった子を信じ, 困った時には子供の相談に乗る関係のこと。
第4段階	子が親から信頼・承認されている関係 (以後, 承認する関係)	子が子でありながらも心理的に親と対等になった状態。親が子供を理解し, 温かく見守っている関係のこと。
第5段階	親が子を頼りにする関係 (以後, 頼りにする関係)	子供が精神的, 物理的に親を支えてくれる状態のこと。

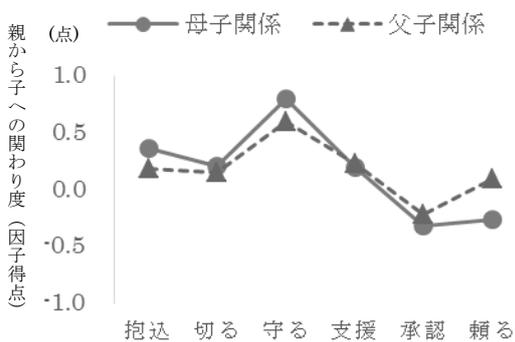


図5-1 中学生の親子関係の発達段階

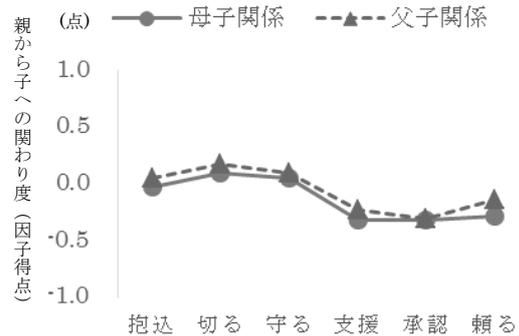


図5-2 高校生の親子関係の発達段階

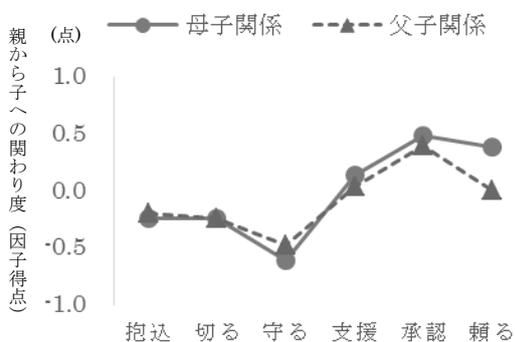


図5-3 大学生の親子関係の発達段階

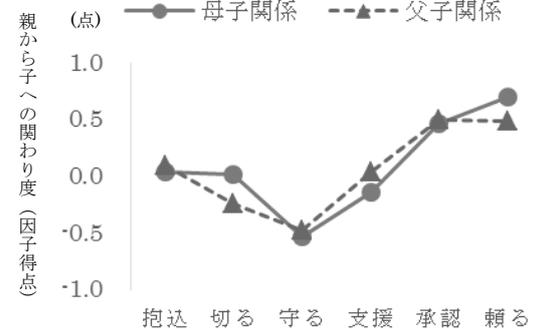


図5-4 大学院生の親子関係の発達段階

否か、また、自傷は青年期親子関係における心理的離乳過程の発達の歪みによって惹起されているのか否か、さらに高校生から大学生へと年齢が上がる中で父親・母親と息子・娘の関係のどのような組み合わせが自傷傾向に影響を与え易いのかについて、それぞれ検討するのが目的である。

第2節 方法

1. 対象者

調査参加者は高校生 445 名（1 年生 136 名，2 年生 151 名，3 年生 140 名）のうち、有効回答者 426 名、有効回答率 95.7%（男子 169 名，女子 257 名，平均年齢 16.6 歳， $SD=1.21$ ）と大学生 292 名（1 年生 107 名，2 年生 44 名，3 年生 76 名，4 年生 34 名）のうち、有効回答者 261 名、有効回答率 89.4%（男子 149 名，女子 112 名，平均年齢 20.1 歳， $SD=1.34$ ）であり、有効回答者計は 687 名、有効回答率 93.2%であった。

2. 用いた尺度

本研究では、4 因子（「抑圧状態」「自責思考」「承認欲求」「親子葛藤」）、4 件法で 20 項目からなる自傷行為尺度(土居他, 2013)、及び 5 件法で 81 項目 6 因子(抱え込む関係、手を切る関係、危険から守る関係、支援する関係、承認する関係、頼りにする関係)からなる心理的離乳に関する親子関係尺度(落合・佐藤, 1996)を用いた。本章の研究では、親から子への「承認する関係」について、この尺度の下位因子である「子が親から信頼・承認されている関係」因子を用いて表現することにした。

3. 調査手続き

高校生は各クラスの担当教員が実施した。大学生は、大学の授業内で第 1 著者が実施した。質問紙の配付に先立ち、本調査への参加は本人の自由意志であること、集団として統計的に分析し、個人を特定するものではないことなど説明した。その上で、質問紙を配布、口頭で研究内容および目的の説明を行った。フェイスシートに所属学科（高校と大学共に）、性別、学年、年齢の記入を要請した。

第3節 結果

1. 用いた 2 つの尺度の因子構造について

まず、本研究で用いた自傷行為尺度に対する 687 名の反応が先行研究(土居他, 2013)

と同じ因子構造になるか否かを検討するため、先行研究の因子数である4因子に合わせて設定し、因子分析（主因子法，Promax 回転）を行った。その結果，下位因子それぞれに負荷量の高い項目が先行研究(土居他, 2013)のそれとほぼ合致することが見出された（表5-2）。さらに，確認的因子分析により，因子構造の妥当性を吟味した。適合度指標は GFI=.920， AGFI=.898， RMSEA=.061， AIC=673.63 となり，先行研究(土居他, 2013)の諸指標(GFI=.855， AGFI=.815， RMSEA=.075， AIC=441.53)よりも，良好な適合度を示した。また，自傷行為尺度の合計得点である「自傷傾向得点」についてクロンバックの α 係数を算出したところ $\alpha=.76$ が得られた。

次に，落合・佐藤(1996)の親子関係尺度に対して主因子法，Promax 回転による因子分析を行った。スクリープロットを参考に因子数を検討した結果，4因子が適切と判断された。

表5-2 土居他(2013)自傷行為尺度の因子分析の結果

項目	1	2	3	4
自責思考				
6 ありのままの自分の姿が好きだ	.651	-.013	-.116	.095
10 これから先の将来が楽しみである	.644	-.071	-.020	.035
11 ありのままの自分を出したい	.595	.000	.274	-.073
2 何事もプラスの方向に考えている	.549	.120	-.067	-.096
14 私のことを認めてくれている人が多くいる	.536	-.237	-.013	.086
親子葛藤				
16 親は私のことをかまってくれない	-.059	.628	.002	.022
4 親はいつも私のことを怒ってばかりだ	.021	.594	.089	-.011
20 親を信用することができる	.191	-.571	.188	-.019
8 親はいつも自分より兄弟の方をかわいがっている	-.003	.563	.098	.084
12 親からの期待が重いと感じる	.075	.298	.243	.005
承認欲求				
19 人に魅力的と思われるために，私は相当の努力をしなければならないと思う	-.099	-.103	.637	-.094
18 自分をだめな人だと思いたくるときがある	-.294	.251	.568	.124
15 本当は親に認められたいと思うことがよくある	.157	.050	.433	-.064
3 本当は周りの人に気づいてほしいことがある	.045	.073	.427	.061
7 いつも友達がそばにいないと不安である	.138	-.023	.362	.044
抑圧状態				
17 唇をかみしめることがよくある	-.007	-.023	.069	.663
5 歯を食いしばることがよくある	.051	.018	-.006	.573
9 髪の毛をかきむしることがある	-.036	.004	-.064	.567
13 自分の身体から切り離されていると感じることがある	-.008	.172	.077	.352
1 寝ていると動悸が激しくなることがある	.097	.187	-.058	.270
因子間行列				
1	-	-.213	.014	-.111
2		-	.388	.460
3			-	.517
4				-

表5-3 落合・佐藤(1996)親子関係尺度(父親項目)の因子分析の結果

項目	第1因子:親が子を承認する	1	2	3	4
f31	父親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。	.763	-.241	-.004	-.016
f1	父親は、私が大人であることを認めてくれている。	.700	-.080	.154	-.162
f55	父親は、私のすることにめったに反対しない。	.692	-.311	-.019	-.052
f13	父親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。	.681	-.086	.259	-.218
f7	父親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。	.680	.025	-.052	.003
f79	父親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。	.665	-.029	-.168	.112
f25	父親は、私のプライバシーを尊重してくれる。	.648	.106	-.083	.037
f43	父親は、私を信用してくれている。	.618	.237	-.069	.055
f72	父親は、私を、父親自身と同等に扱ってくれる。	.578	.091	.127	-.054
f19	父親は、私を一人の人間として認めている。	.574	.202	-.068	-.058
f5	父親は、私のことには何でも口を出してくる。	-.559	.166	.413	-.057
f37	父親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。	.558	.271	.060	-.065
f49	父親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。	.535	.205	.183	-.064
f77	父親は、陰から私をそつと見守っている。	.477	.165	.004	.201
f61	父親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。	.472	.116	.026	.064
f2	父親とは、対等な関係なので言いたいことが言える。	.443	.092	.265	-.181
f75	父親は、私がしてあげてくれることを素直に喜んでくれる。	.443	.178	.119	.158
f81	父親は、「子の幸せは父親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。	.414	.252	.024	.098
f66	父親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。	.404	.216	-.014	.136
	第2因子:親が子を支援する				
f57	父親は、私が学校のことで困っていても相談ののってくれない。	.088	-.928	.361	.174
f68	父親は、私が勉強のことで困っていても相談ののってくれない。	.035	-.786	.339	.064
f40	父親は、私が友人のことで困っていても相談ののってくれない。	-.053	-.711	.268	.092
f46	父親は、私が進路のことで失敗しないようにアドバイスをくれる。	-.038	.684	.073	-.003
f4	父親は、私が学校のことで困った時には、いろいろ教えてくれる。	-.067	.678	.152	.016
f28	父親は、私が友人のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。	-.055	.621	.352	-.072
f3	父親は、私をほったらかしにしている。	-.076	-.555	.233	-.067
f52	父親は、私が勉強のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。	-.094	.525	.094	.141
f16	父親は、私が学校のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。	.093	.504	.301	-.009
f10	父親は、私が友人のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。	.066	.476	.346	-.065
f22	私が困った時に、父親は心の支えになってくれる。	.194	.457	.248	.015
f64	私が困った時に、父親はいろいろと助けてくれる。	.253	.449	.018	.152
f27	父親は、私が何をしてもお構いなしである。	.112	-.401	.349	-.162
	第3因子:親が子を頼る				
f48	父親は、私をあてにしている。	.145	-.305	.707	-.025
f36	父親は、迷った時には、私の考えを参考にしようとする。	.162	-.186	.639	.032
f42	父親は、私から精神的に支えられることもある。	.153	-.151	.613	.015
f30	父親は、わからないことがあると私に聞いてくる。	.108	-.146	.575	.012
f12	父親は、子どもというものは手をかけるほどうまく成長すると思っているようだ。	-.194	-.075	.555	.132
f60	父親は、私を頼りにしている。	.285	-.169	.547	.032
f41	父親は、私のことは何でも知っていたいと思っている。	-.246	-.056	.518	.205
f74	父親の後姿を見て、愛おしさをおぼえることがある。	.160	.114	.403	.049
	第4因子:親が子を守る				
f59	父親は、私を手放そうとしない。	-.100	-.171	.374	.352
f38	父親は、私の帰りが遅くなったときには迎えに来てくれる。	.280	-.077	-.153	.640
f32	父親は、私が夜遅く帰るときには迎えに来てくれる。	.284	-.054	-.189	.630
f8	父親は、私に夜一人で外出させないようにしている。	-.245	-.085	.114	.568
f67	父親は、悪い誘惑から私を守ってくれる。	-.126	.150	.178	.563
f71	父親は、悪い友人から私を守ってくれる。	-.082	.047	.293	.506
f80	父親は、私が危険な目にあわないように気をつけている。	.245	.175	-.013	.475
f76	父親は、私が夜自転車などに乗るときには、「ライト(電灯)をつけるように」と注意する。	-.009	.104	.058	.466
f56	私への危ない誘いは、父親が断ってくれる。	-.152	.026	.306	.454
f44	父親は、私が酒やタバコには近づかないようにしている。	-.031	-.149	.116	.448
	因子間行列	1	2	3	4
1		-	.635	.394	.297
2			-	.495	.545
3				-	.416
4					-

表5-4 落合・佐藤(1996)親子関係尺度(母親項目)の因子分析の結果

項目	第1因子:親が子を承認する	1	2	3	4
m31	母親は、私を信用してくれている。	.740	.043	-.026	-.011
m66	母親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。	.679	.016	.036	.106
m69	母親は、私のプライバシーを尊重してくれる。	.662	-.069	.025	.088
m43	母親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。	.661	.040	-.049	.079
m54	母親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。	.641	.001	-.125	.049
m37	母親は、私が大人であることを認めてくれている。	.630	.145	-.081	-.120
m59	母親は、陰から私をそっと見守っている。	.606	-.065	.148	.012
m63	母親は、「お前を信じているからやってみろ」と言ってくれる。	.599	.101	.050	.005
m13	母親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。	.590	-.033	-.128	.098
m81	母親は、私を、母親自身と同等に扱ってくれる。	.590	.008	.070	-.037
m62	私が困った時に、母親は心の支えになってくれる。	.578	-.081	.075	.255
m79	母親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。	.574	-.028	.080	.002
m19	母親は、私を一人の人間として認めている。	.572	.020	-.076	.128
m1	母親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。	.565	.039	-.135	-.064
m73	母親は、「子の幸せは母親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。	.558	.057	.167	.052
m71	母親は、私がしてあげることが素直に喜んでくれるようだ。	.536	.062	.060	.163
m49	母親は、私のすることにめったに反対しない。	.536	.083	-.162	-.168
m12	母親は、私のことには何でも口を出してくる。	-.518	.309	.273	.118
m25	母親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。	.510	-.041	.044	.129
m80	母親とは、対等な関係なので言いたいことが言える。	.501	.048	-.046	.078
m7	母親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。	.464	.266	-.139	-.014
m29	私が困った時に、母親はいろいろと助けてくれる。	.445	-.027	.079	.347
m24	母親は、私がやるべきことに、つつい手を出したがる。	-.423	.340	.380	.028
第2因子:親が子を頼る					
m16	母親は、私に精神的な面で頼ることがある。	-.081	.717	-.068	.121
m4	母親は、私に相談を持ちかけてくることがある。	-.003	.573	-.210	.347
m46	母親は、私を頼りにしている。	.320	.566	.065	-.159
m40	母親は、私をあてにしている。	.077	.556	.165	-.270
m28	母親は、私に話し相手になってほしいと思っている。	.036	.543	.071	.165
m22	母親は、私から精神的に支えられることもある。	.031	.541	.013	.105
m34	母親は、迷った時には、私の考えを参考にしようとする。	.240	.533	.011	-.045
m10	母親は、私に愚痴を聞いてもらうことがある。	-.110	.501	-.116	.386
m52	母親は、わからないことがあると私に聞いてくる。	.044	.480	.045	-.035
第3因子:親が子を守る					
m60	母親は、悪い誘惑から私を守ってくれる。	.299	-.136	.621	-.021
m38	私への危ない誘いは、母親が断ってくれる。	.069	.005	.570	-.074
m8	母親は、私に夜一人で外出させないようにしている。	-.138	-.120	.564	.152
m78	母親は、悪い友人から私を守ってくれる。	.171	-.003	.561	-.049
m2	母親は、私の夜の外出を許可してくれない。	-.276	-.107	.535	.132
m68	母親は、私が危険な目にあわないように気をつけている。	.322	-.105	.527	.086
m26	母親は、私が酒やタバコには近づかないようにしている。	.028	-.074	.503	-.015
m42	母親は、私を手放そうとしない。	-.026	.174	.453	-.082
m30	母親は、子どもというものは手をかけるほど成長すると思っているようだ。	-.073	.159	.449	-.088
m36	母親は、私が母親の言うことを聞くべきだと考えている。	-.193	.110	.437	-.104
m74	母親は、怖いことがあるといつもそばにいて守ってくれる。	.340	.074	.416	.076
第4因子:親が子を支援する					
m11	母親は、私が友人のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。	.247	.127	.025	.527
m5	母親は、私が学校のことで困った時には、いろいろ教えてくれる。	.258	.143	-.034	.517
m23	母親は、私が友人のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。	.269	.086	.089	.499
m17	母親は、私が学校のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。	.376	.104	-.033	.473
m47	母親は、私が勉強のことで困っていても相談ののってくれない。	-.341	.227	.060	-.352
因子間行列					
	1	2	3	4	
	1	-.370	.239	.456	
	2		-.278	.256	
	3			-.359	
	4				-.359

それぞれの因子毎に .400 以上の因子負荷量を示す項目を整理した結果、父子の親子関係尺度の反応から合計で 50 項目が、また、母子の親子関係尺度の反応から、合計 48 項目がそれぞれ選別された。本研究における 4 因子それぞれと、それらに対して負荷量の高い項目の対応が、先行研究(落合・佐藤, 1996)における「危険から守る関係」、「支援する関係」、「承認する関係」、「頼りにする関係」の因子とほぼ一致していたことから、本研究でも、先行研究と同じ因子名を採用した(表 5-3, 表 5-4)。先行研究で抽出された残りの 2 因子「抱え込む関係」と「手を切る関係」は、本研究では先行研究と同様の項目-因子間の関連が見出せなかったため、以下の分析から除外した。親子関係尺度に対する反応の確認的因子分析を行ったところ、父子の親子関係尺度では、GFI =.721, AGFI=.696, RMSEA=.071, AIC=4801.44, が、また、母子の親子関係尺度では、GFI=.784, AGFI=.763, RMSEA=.062, AIC=4022.11 がそれぞれ得られた。いずれの尺度においても GFI や AGFI はやや低く、AIC は高かった。また、クロンバックの α 係数(順に父親, 母親)を算出した結果、「危険から守る関係(α =.84, .68)」、「支援する関係(α =.82, .82)」、「承認する関係(α =.62, .91)」、「頼りにする関係(α =.91, .84)」がそれぞれ得られた。因子によっては、 α 係数があまり高くない因子もあったが、全体として通常水準にほぼ近いと判断し、以後ではこれらの因子を採用し分析を行った。因子分析において、スクリープロットを基準にするのか、先行研究の因子数を基準にするのかについて、自傷行為尺度は、因子分析をかけることで項目が削除され、数が少なくなりすぎることと、高い適合度を示していたことから、先行研究の 4 因子で固定し、因子分析を行った。親子関係尺度は、父親母親いずれも項目数が多かったことと、低い適合度を示していたことから、スクリープロットを基準にした因子分析を行った。各尺度の基礎データを表 5-5・表 5-6 に示す。

表5-5 自傷行為尺度の基礎データ

	自傷傾向 $n=688$		
	M	SD	α
自傷合計	2.1	.36	.76
抑圧状態	1.6	.53	.65
自責思考	2.5	.44	.74
承認欲求	2.5	.57	.62
親子葛藤	1.7	.53	.69

表5-6 心理的離乳の親子関係尺度の基礎データ

	母子関係 $n=661$			父子関係 $n=584$		
	M	SD	α	M	SD	α
危険から守る関係	2.8	.58	.68	2.8	.66	.84
支援する関係	3.4	.85	.82	3.0	.60	.82
承認する関係	3.4	.55	.91	3.4	.64	.62
頼りにする関係	3.0	.76	.84	2.5	.76	.91

2. 親子関係が自傷行為傾向に与える影響

まず、4種の親子関係パターンを区別する際、調査協力者のうち男子を息子、女子を娘と表記した。親子関係が自傷行為傾向に与える影響を検討するため、4種の親子関係パターン毎（父－息子、父－娘、母－息子、母－娘）に、親子関係尺度の各下位因子に負荷量の高い項目の評定平均値を説明変数、自傷行為尺度の評定平均値を目的変数として重回帰分析を行った。この分析では、親から子への態度や接し方などの関わり方の度合いによって自傷傾向得点に影響を及ぼすという前提に立っている。

相関係数の結果を表5-6（父－息子と父－娘）、表5-7（母－息子と母－娘）に、重回帰分析の結果を表5-8に示した。それによれば、「承認する関係」は、父－息子、父－娘、母－息子、母－娘のすべての親子関係パターンで標準偏回帰係数(β)が $-.36 \sim -.26$ を示した ($p < .001$)。すなわち、「不承認」の親子関係因子は、どの親子関係パターンでも自傷傾向を規定していることが示唆された。また、母－娘、母－息子の親子関係パターンにおいて「危険から守る関係」因子の標準偏回帰係数(β)はそれぞれ $.24, .28$ 、(いずれも $p < .001$)を、また「支援する関係」因子の標準偏回帰係数(β)はそれぞれ $-.22$,

表5-6 父－息子、父－娘関係と自傷傾向の相関係数

	①	②	③	④	⑤
①自傷傾向		-.357***	-.257***	-.025	.048
②危険から守る関係	-.355***		.689***	.470***	.352***
③支援する関係	-.265***	.680***		.524***	.541***
④承認する関係	-.137*	.444***	.594***		
⑤頼りにする関係	-.069	.319***	.658***	.492***	

※右上は父－息子関係(n=264), 左下は父－娘関係(n=320), * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表5-7 母－息子、母－娘関係と自傷傾向の相関係数

	①	②	③	④	⑤
①自傷傾向		-.348***	-.015	.152**	-.157**
②危険から守る関係	-.490***		.384***	.357***	.564***
③支援する関係	-.147**	.429***		.454***	.344***
④承認する関係	.112*	.181***	.186***		.375***
⑤頼りにする関係	-.228***	.534***	.313***	.418***	

※右上は母－息子関係(n=298), 左下は母－娘関係(n=361) * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表 5-8 親子関係と自傷傾向の重回帰分析の結果

	自傷傾向			
	父-息子	父-娘	母-息子	母-娘
	β	β	β	β
危険から守る関係	.136	.090	.280***	.237***
支援する関係	-.146	-.002	-.193**	-.216**
承認する関係	-.329***	-.357***	-.262***	-.363***
頼りにする関係	.179*	-.030	.073	.076
R^2	.151***	.124***	.173***	.264***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

※父-息子関係(n=264), 父-娘関係(n=320), 母-息子関係(n=298), 母-娘関係(n=361)

-.19 (いずれも $p < .01$) を共に示していること, さらに父-息子関係パターンにおいて「頼りにする関係」因子の標準偏回帰係数(β)が.18 であること ($p < .05$) も併せて見出せた。なお, 説明変数として用いた親子関係因子が自傷傾向を説明しうる重決定係数(R^2)は, 4 種の親子関係パターンそれぞれにおいて, .12~.26 であった (いずれも $p < .001$)。

3. 自傷傾向 (高・低) × 学校段階 (高校・大学) によって規定される親子関係下位因子の検討

次に, 自傷傾向者と一般青年者の高校・大学の年齢の推移による親子関係の違いを検討するため, 分析を行うことにした。そのため, 4 種の親子関係下位因子それぞれが, 自傷傾向の程度と学校段階という 2 つの要因によってどのように規定されるかを検討することを目的に, 自傷傾向 (高群・低群) と学校段階 (高校・大学) を独立変数, 親子関係尺度の各下位因子を従属変数とする 2×2 の分散分析を行った。自傷傾向低群は自傷得点の平均(2.1)以下とし, 自傷傾向高群は平均+1SD=(2.46)以上とした。表 5-9 は, 息子・娘から見た父子関係における 4 種の下位因子毎の評定平均得点を, 自傷程度 (高群・低群) と学校段階 (高校・大学) の組み合わせ毎に算出し, 併せてそれらの分散分析結果を示したものである。それによれば, 父-息子関係の「危険から守る関係」の学校段階($F(1,165) = 4.49, p < .05, \eta^2 = .03$), 「支援する関係」の自傷程度($F(1,165) = 6.60, p < .05, \eta^2 = .04$), 「承認する関係」の自傷程度($F(1,165) = 15.72, p < .001, \eta^2 = .08$)でそれぞれ主効果が認められたほか, 「承認する関係」では交互作用が認められた($F(2,165) = 4.14, p < .05, \eta^2 = .02$)。単純主効果検定により, 大学生において自傷低群($m = 3.6$)は高群($m = 2.9$)よりも

高かった($F(1,165)=5.43, p<.05$)。

父-娘関係では、「支援する関係」の自傷程度($F(1,228)=6.19, p<.05, \eta^2=.03$), 「承認する関係」の自傷程度($F(1,228)=24.03, p<.001, \eta^2=.09$)及び学校段階($F(1,228)=7.10, p<.01, \eta^2=.03$), 「頼りにする関係」の自傷程度($F(1,228)=5.60, p<.05, \eta^2=.02$)でそれぞれ主効果が認められた。また、「危険から守る関係」において交互作用が見られた($F(2,228)=7.06, p<.01, \eta^2=.03$)。単純主効果検定の結果, 大学生では自傷低群($m=2.7$)は高群($m=3.1$)よりも低かった($F(1,228)=14.90, p<.001$)。

表5-10は, 息子・娘から見た母子関係における4種の下位因子毎の評定平均得点を, 自傷程度(高群・低群)と学校段階(高校・大学)の組み合わせ毎に算出し, 併せてそれらの分散分析結果を示したものである。まず, 母-息子関係に関しては, 「危険から守る関係」の自傷程度($F(1,188)=9.77, p<.01, \eta^2=.04$)及び学校段階($F(1,188)=20.80, p<.001, \eta^2=.09$), 「支援する関係」の自傷程度($F(1,188)=13.81, p<.001, \eta^2=.07$), 「承認する関係」の自傷程度($F(1,187)=10.05, p<.01, \eta^2=.05$)でそれぞれ主効果が認められた。また, 「支援する関係」($F(2,188)=5.14, p<.05, \eta^2=.03$), 「承認する関係」($F(2,187)=4.61, p<.05, \eta^2=.02$)でもそれぞれ交互作用が認められた。単純主効果の検定結果から, 自傷低群にお

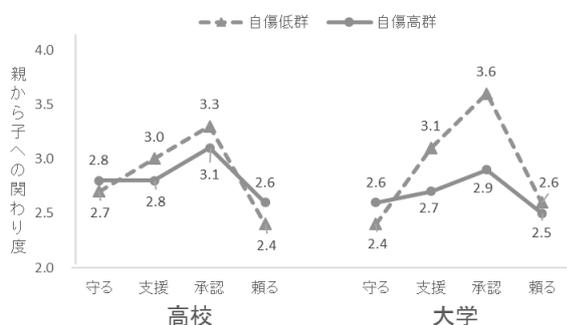


図5-5 父-息子の親子関係

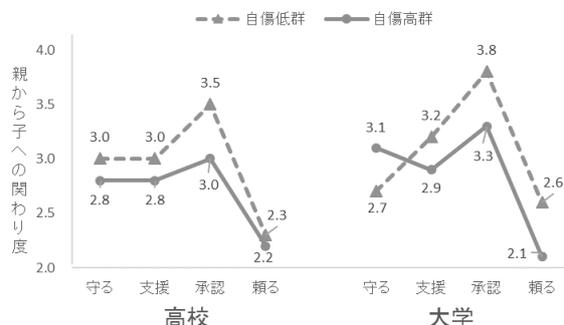


図5-6 父-娘の親子関係

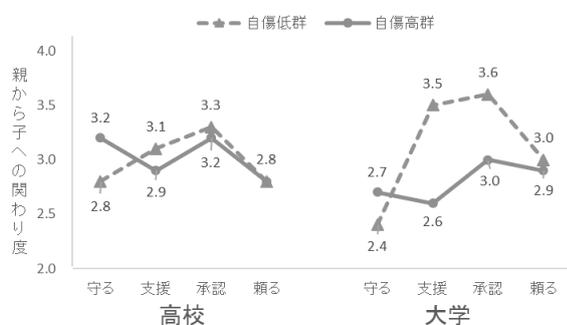


図5-7 母-息子の親子関係

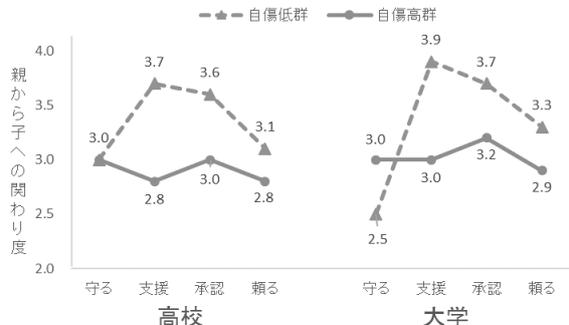


図5-8 母-娘の親子関係

表5-9 高校生・大学生における父子関係の差異の結果

		父-息子関係		主効果			父-娘関係		主効果		
		高校生	大学生	自傷高低	高校大学	交互作用	高校生	大学生	自傷高低	高校大学	交互作用
危険から	自傷低群	2.7 (.59)	2.4 (.75)	.61	4.49*	.33	3.0 (.60)	2.7 (.59)	.69	.33	7.06**
守る関係	自傷高群	2.8 (.43)	2.6 (.80)	.00	.03	.00	2.8 (.62)	3.1 (.71)	.00	.00	.03
支援する	自傷低群	3.0 (.56)	3.1 (.64)	6.60*	.05	.79	3.0 (.57)	3.2 (.53)	6.19*	2.26	.27
関係	自傷高群	2.8 (.60)	2.7 (.74)	.04	.00	.01	2.8 (.66)	2.9 (.71)	.03	.01	.00
承認する	自傷低群	3.3 (.52)	3.6 (.61)	15.72***	.00	4.14*	3.5 (.53)	3.8 (.55)	24.03***	7.10**	.00
関係	自傷高群	3.1 (.72)	2.9 (.79)	.08	.02	.02	3.0 (.73)	3.3 (.74)	.09	.03	.00
頼りにする	自傷低群	2.4 (.71)	2.6 (.83)	.20	.00	1.10	2.3 (.72)	2.6 (.70)	5.60*	.13	.11
関係	自傷高群	2.6 (.69)	2.5 (1.11)	.00	.00	.01	2.2 (.79)	2.1 (.82)	.02	.00	.01

※主効果・交互作用列の上は主効果・交互作用の値を、下は効果量 (η^2) 値を示している。効果量の目安: .01~=小, .06~=中, .14~=大 * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

※父-息子関係における自傷低群の高校生(n=61), 大学生(n=76), 自傷高群の高校生(n=16), 大学生(n=16). 父-娘関係における自傷低群の高校生(n=129), 大学生(n=62), 自傷高群の高校生(n=28), 大学生(n=13).

表5-10 高校生・大学生における母子関係の差異の結果

		母-息子関係		主効果			母-娘関係		主効果		
		高校生	大学生	自傷高低	高校大学	交互作用	高校生	大学生	自傷高低	高校大学	交互作用
危険から	自傷低群	2.8 (.42)	2.4 (.58)	9.77**	20.80***	.00	3.0 (.49)	2.5 (.56)	6.85**	5.90*	6.62*
守る関係	自傷高群	3.2 (.47)	2.7 (.67)	.04	.09	.03	3.0 (.68)	3.0 (.83)	.02	.02	.02
支援する	自傷低群	3.1 (.67)	3.5 (.91)	13.81***	.12	5.14*	3.7 (.82)	3.9 (.66)	38.17***	1.34	.03
関係	自傷高群	2.9 (.64)	2.6 (.85)	.07	.00	.03	2.8 (1.03)	3.0 (.82)	.13	.01	.00
承認する	自傷低群	3.3 (.39)	3.6 (.61)	10.05**	.01	4.61*	3.6 (.46)	3.7 (.48)	43.21***	3.31	.05
関係	自傷高群	3.2 (.67)	3.0 (.60)	.05	.00	.02	3.0 (.68)	3.2 (.53)	.14	.01	.00
頼りにする	自傷低群	2.8 (.59)	3.0 (.86)	.02	1.17	.15	3.1 (.72)	3.3 (.75)	6.17*	1.08	.17
関係	自傷高群	2.8 (.93)	2.9 (.99)	.00	.01	.00	2.8 (.80)	2.9 (.66)	.03	.01	.00

※主効果・交互作用列の上は主効果・交互作用の値を、下は効果量 (η^2) 値を示している。効果量の目安: .01~=小, .06~=中, .14~=大 * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

※母-息子関係における自傷低群の高校生(n=77), 大学生(n=82), 自傷高群の高校生(n=17), 大学生(n=16). 母-娘関係における自傷低群の高校生(n=149), 大学生(n=67), 自傷高群の高校生(n=31), 大学生(n=14).

いて前者の大学生で、自傷低群($m=3.5$)は高群($m=2.6$)よりも高かく($F(1,188)=9.90, p<.01$)、後者でも自傷低群($m=3.6$)の方が高群($m=3.0$)よりも低かった($F(1,187)=7.19, p<.01$)。次に、母-娘関係においては、「危険から守る関係」の自傷程度($F(1,257)=6.85, p<.01, \eta^2=.02$)及び学校段階($F(1,257)=5.90, p<.05, \eta^2=.02$)、そして「支援する関係」の自傷程度($F(1,258)=38.17, p<.001, \eta^2=.13, \eta^2=.13$)、「承認する関係」の自傷程度($F(1,257)=43.21, p$

<.001, $\eta^2=.14$), 「頼りにする関係」の自傷程度($F(1,258) = 6.17, p < .05, \eta^2=.03$)でそれぞれ主効果が認められた。さらに、「危険から守る関係」($F(2,257) = 6.62, p < .05, \eta^2=.02$)」に交互作用が見られた。単純主効果検定を試みた結果、大学生では自傷低群($m=2.5$)は高群($m= 3.0$)よりも低かった($F(1,257) = 36.23, p < .001$)。

第4節 考察

本研究の目的は、自傷傾向者が親から承認される経験をすることが少ないのか否か、また、自傷が青年期親子関係における心理的離乳過程の親子関係因子の発達の歪みによって惹起されているのか否か、さらに、父親・母親と息子・娘の関係において、どのような組み合わせが高校生から大学生への発達の推移の中で自傷傾向に影響を与え易いのか、について検討することであった。

本研究では、青年期の親子関係を測定するために「親子関係尺度」、自傷傾向を測定するために「自傷行為尺度」がそれぞれ用いられた。対象者の評定値を通して青年期の心理的離乳過程における親子関係因子として4種の因子（「危険から守る関係」、「支援する関係」、「承認する関係」、「頼りにする関係」）が抽出され、そのうち、「承認する関係」が自傷の減衰を促すことが、重回帰分析により4種の親子関係パターンすべてにおいて認められた。

本研究の所見では「承認する関係」が自傷を抑止する、すなわち子供にとって「承認されない関係」が自傷を誘発することが明らかとなった。だが、この「承認されない」関係と、Linehan (1993a)が述べている親からの「不承認」を被るという関係は、術語としては類似していても内容的には必ずしも同一とは言えない。というのは、Linehan (1993a)の「不承認」は子供の情緒・情動的側面への言及が強調されている一方、本研究の「承認されない」関係は、親子関係尺度の項目内容から推して、子供のもつ個としての人格、あるいは行動に対する不承認を指しているとも言えるからである。しかしながら、親子関係尺度では、親が子供の存在を否定しているという意味で、Linehan (1993a)の「不承認」を包括しているとも言える。異なる文脈の研究から生まれた「不承認」であるため、その内容的詳細については今後さらに検討が必要であるし、新たな親子関係尺度の構成も望まれる。

本研究結果からはまた、母子関係では「不承認」以外にも「危険から守る関係」、「支援しない関係」が自傷を促進していることが明らかとなった。特に母-娘関係ではこれら3因子の偏回帰係数が他の親子関係パターンよりも顕著であった。子供が自傷傾向を

顕著に示す場合、母親は子供を危険から守るために行動を制限しようとするが、その一方で相談にのるなどの支援は希薄であり、子供の側からしてみると、母親は子供を自立した存在として承認しようとし、いわば青年の自我同一性の確立に向けた親離れに対する「不承認」と映る。それ故、子供は自由が制約され、情緒的動揺が著しいときにその動揺をどのように制御すればいいのか、その情緒的混迷から脱却しようとして危険から守ってくれるはずの母親への庇護を求めて、自傷に訴える傾向を高めるものと推測される。

今回適用した親子関係尺度は、青年期の心理的離乳過程が段階的に順に推移するとする落合・佐藤(1996)の仮説に基づいて彼らが開発したものである。その先行研究で示唆された6因子のうち「危険から守る関係」、「支援する関係」、「承認する関係」、「頼りにする関係」の4因子は抽出できたが、その他の2因子、すなわち「抱え込む関係」、「手を切る関係」は抽出できなかった。先行研究が中学生・高校生・大学生・大学院生を調査対象としていたのに対して、本研究では中学生及び大学院生が含まれておらず、その親子関係が抽出されなかったためとも考えられる。また、息子・娘に対する父親と母親の関わり方について、先行研究(落合・佐藤,1996)の結果は中学生では「抱え込む関係」、「手を切る関係」の因子得点が高く、高校生から大学生に推移していく過程でこれらの親子関係及び、「危険から守る」関係の得点も低減していた。本研究の自傷低群では、4種の親子関係パターンの多くで、高校生と比べて大学生では「危険から守る関係」は低減し、「支援する関係」や「承認する関係」は増加していた(図1~4)。このことから、本研究の自傷低群における親子関係の結果は、先行研究(落合・佐藤,1996)の高校生・大学生と同じような親子関係の発達の推移を描いていたと想定される。

次に、本研究では、用いた親子関係尺度の評定値から抽出された「危険から守る関係」、「支援する関係」、「承認する関係」、「頼りにする関係」の各因子について、自傷程度(高・低)と学校段階(高校・大学)とがどのようにかかわっているかが明らかとなった。すなわち、父-息子、父-娘、母-息子、母-娘の親子関係4パターンすべてにおいて、「支援する関係」、「承認する関係」の2種の心理的離乳過程の親子関係得点はすべて、自傷高群の方が自傷低群よりも低かった。このことは、自傷傾向の顕著な青年は、自傷傾向の希薄な青年に比べて両親からの支援が感じられず、自立した人間として承認されていないと認知していることを意味している。また、自傷傾向の著しい青年男女は、それが希薄な青年に比べて、対母親関係では「危険から守る関係」を強く感じていた。換言すれば、自傷傾向の強い青年は、母親からの過干渉的なまでの「危険から守る関係」

を感じており、それが重荷になっていることが窺われる。

さらに、「危険から守る関係」は4種の親子関係パターンのうち、父－息子、母－息子、母－娘の3パターンで、学校段階が高校から大学に進むにつれて低減していた。しかしながら、父－娘、母－娘の関係パターンでは自傷程度と学校段階の2要因の間で交互作用が認められ、大学生の方がむしろ高い得点となっている。これは、心理的離乳という発達推移に逆行する親子関係といえる。同様の交互作用が、父－息子関係パターンにおける「承認する関係」、及び母－息子関係パターンにおける「支援する関係」、「承認する関係」で見出せ、自傷高群は低群に比べて、これらの得点が減衰していた。このことは、親と息子の親子関係パターンにおいて自傷高群の「承認する関係」が、高校から大学への通常の発達の推移と逆行して現れていることを物語っている。

また、海外でも本研究と一致する所見が散見される。Bureau, et al. (2010)は、カナダの大学生を対象に行った調査で、非自傷者に比べて自傷者は親から子への養育、信頼、コミュニケーションが少なく、過保護や疎外感が著しいという結果を報告している。

他にも、Baetens, et al. (2014)は、ベルギーの12歳の子供とその親1439名を対象に調査を行った結果、自傷者は非自傷者よりも、親から子への行動的・心理的制限が有意に高く、支援は低かったとしている。この行動的・心理的制限は、年齢こそ異なるが本研究における「危険から守る関係」において自傷高群が低群よりも有意に高い得点を示していることと、軌を一にしている。しかしながら、先行研究(Baetens, et al., 2014)では、本研究と比較して、国の違いや質問紙の違い、さらには父親・母親と息子・娘の組み合わせによる分析などが行われていないことから、所見の共通性は今後検討を加える必要があろう。

以上、本研究をまとめて整理すると、青年期の男子は、自傷低群では、両親からの「承認する関係」と母親からの「支援する関係」が高校から大学にかけて増大していくのに対して、自傷高群は低いままであった。青年期の女子は、自傷低群では両親による「危険から守る関係」が高校から大学にかけて低下していくのに対して、高群は高いまま推移していた。自傷低群の男子は高校生から大学生になる時期になって、一人の大人として認められ始め、それを親(特に母親)が背後からサポートしようとする傾向をもつが、高群はこれらの親子関係は高校生から停滞したまま変化していない。一方、青年期女子は、自傷低群では、高校生から大学生になると一人の大人として認められ始めるため、「危険から守ろうとする関係」が緩和して感じられるが、自傷高群は高校生と大学生でその関係は変わらない。これは、自傷高群の女子は親から未熟だとして信用が薄く、さ

らには管理されているとの感じを抱く。

特に、親から子への関わり度の得点が高校生で既に自傷傾向の高低に差があったことから、それ以前の学年（例えば、中学生）から、その関係が維持されてきたことが推測される。加えて、自傷高群は高校生から大学生にかけて変化する親子関係の発達の推移が見出せないため、心理的離乳を遂げた親子関係の水準に到達していないことが示唆される。

次に、親が子供を承認しないことの原因として愛着の関与が考えられる。親子の愛着が自傷行為に影響を与えているとする先行研究は多い(Gratz, et al., 2002; 山口・窪田, 2013b)。それらによれば、愛着が形成されなければ人を信頼することができず、不承認へとつながっていくとする。例えば、ネグレクトのような親から子への興味・関心が無いという理由だけから自傷が誘起されるのであれば、本研究結果が示すように、母親が子供を危険から守ろうとはしないであろう。母親が青年期の子供に対して過干渉的である反面、サポートをせず、不承認的であるという矛盾した関わりが自傷に大きく影響していると考えられる。

そのため、自傷の低減には青年期の親子相互の建設的関係の再構築が必要であることが示唆される。具体的には、親の子供への社会的自立に向けた感情的、あるいは全人格的尊重が望まれる。今後は、両親から子供への不承認や母親から子供への矛盾した関わりが自傷を惹起させるメカニズムの検討も必要と考えられる。

最後に本研究の問題点として、自傷行為尺度の項目の信頼性係数や、親子関係尺度の適合度の低さから、構成概念的妥当性への疑義は残る。そのため、自傷行為尺度の一層の洗練と、親子関係尺度のさらなる吟味や検証が必要であろう。今後は、中学生も含めて調査を行っていくことや両親から子供への不承認や母親から子供への矛盾した関わりによる自傷を惹起させるメカニズムの検討などが望まれる。

第5節 本章の結語

本研究では、青年期における心理的離乳過程における「不承認」という親子関係が自傷行為傾向を高めていることが明らかであった。高校生から大学生への親子関係の発達の推移を通じて、大学生になってまでも「危険から守る」といった過干渉、必要な「支援」の乏しさ、一人前の大人として認められない「不承認」という、親子関係の歪みが自傷を誘起していることも明らかとなった。したがって、自傷傾向の著しい青年は心理的離乳に達していないことが示唆される。特に母親の子供に対する関係の歪みが自傷に

は関与していることも示唆された。そのため、自傷の低減には親子相互の建設的関係の再構築が必要と考えられる。次章では、自傷の発生メカニズムについて焦点を当て、両親から子供への不承認から感情調節、自傷へとどのようなプロセスを経るのかについて、検討する。

第6章 非自殺的自傷行為発生までの経路の検討 自傷行為研究と感情調節研究の文献レビューを通して

第1節 はじめに

人は様々な感情を体験しながら社会生活を営んでいる。例えば映画を見て感動し涙を流したり、人と話をして笑いあったり、試験に落ちて落胆したりする。人の行為には常に何らかの感情や欲求、動機付けが関与している。これまでの章で述べてきたように、Linehan (1993a)は、自傷を行う者は、生物学的基盤による感情的な傷つきやすさを抱えており、かつ親や養育者から不承認を受ける環境が存在すると感情調節機能に困難をきたし、沸き起こった感情を抑えるために自傷が行われるとしている。ここで疑問なことは、自傷者が自身の身体を傷つけるまでに、なぜそのような過程を経るであろうか。本章では、親子関係のどのような関わりが、子供の身体・精神機能のうち、どの経路をたどり自傷へとつながるのか、そしてそこには感情調節がどのように結びついているのかについて先行研究をレビューし、そこから導き出される自傷発生機制のモデルを生成することを目的とする。

第2節 感情とその発達のプロセス

本章ではまず、「感情」とは何か、感情による情報伝達のプロセス、感情調節とそのプロセスについて述べる。その後、感情・感情調節と自傷の関連、そして感情調節が不承認環境・感受性・推論の誤りとどうつながるのか、さらには親がなぜ不承認するのかについて論述し、最後にそれらから得られた知見をもとに自傷発生のプロセスモデルを生成する。

まず「感情：(注1)」とは、先述したように、自身に重大なことが生じた時に、その場面に必要な行動を取れるように準備するものであるとされる(岩壁, 2009)。例えば感情は、恐れなど身の危険を感じた時に生じ、心臓を早く拍動させ、血液を体内の隅々まで血液を送り込み、逃げる体制を整えることができる。このようなことから、感情はさまざまな適応問題に対処し(Ekman, 1992)、時には意思決定に大きく関与することから(Oatley & Johnson-Laird, 1987)、次にどのような行動を取ることが最適かを判断する機能を有しており、人間の社会生活にとって重要な意味を持つ。

次に感情が発達していくプロセスについて述べたい。感情は2つあるとされ、基本的感情と二次的感情があるとされる(遠藤・石井・佐久間, 2015)。基本的感情とは、人間

の生物学的機能における根本的な反応として一つ一つが独立しており、「喜び」、「怒り」、「悲しみ」、「恐れ」、「嫌悪」、「驚き」の6種類があるとしている。二次的感情とは、基本的感情をもとに成長する過程で得られる複雑な認知的活動が関与して生まれる感情のこととし、1歳半ごろに生じるものとして、「てれ」、「共感」、「羨望」があり、さらに2歳を過ぎると「恥」、「罪悪感」、「誇り」などが生じる（表6-1）。これらは自己評価が関与する感情のことであり、親や社会などの外的環境から価値観を得ることで、客観的に自分を見つめる自己意識や自分の行いに対する善悪判断ができるようになる。人は発達と共に、このような感情を持つことで様々な欲求や思いを他者に表現することが可能となる。

表6-1 感情の発達 (遠藤他 (2015)より)

基本的感情 (先天的)		二次的感情 (後天的)	
喜び	happiness	てれ	embarrassment
怒り	anger	共感	empathy
悲しみ	sadness	羨望	envy
恐れ	fear	恥	shame
嫌悪	disgust	罪悪感	guilt
驚き	surprise	誇り	pride

第3節 感情による情報伝達のプロセス

感情は心の内面や身体的・生理的側面など個人内で起こることだけではなく、社会的な対人場面においても生じる。人は場面や状況に応じて感情が発生し、その生じた感情を整え、表出する。それにより他者に自己の状態を伝達することができる。感情の情報伝達によって他者との関係を良好に導いたり、時には壊したりする原因となる。Riggio (1986)は、対人場面における感情の情報伝達のプロセスは、①情報の解読（情緒的感受性・社会的感受性）、②情報の管理・制御（情緒的コントロール・社会的コントロール）、③情報の伝達（情緒的表現性・社会的表現性）の3つからなり、その情報は表情や身振りなどの非言語的情報（情緒的）と言葉などの言語的情報（社会的）の2つにそれぞれ分かれる（図6-1）。

それぞれについて説明していくと、まず感受性(sensitivity)とは、外界からの刺激を感知する感覚能力のことであり(中島・安藤・子安・坂野・繁樹・立花・箱田, 1999)、情緒的(社会的)感受性とは、非言語的(言語的)情報を利用して他者の感情状態や信念、

態度，地位（知識や社会的規範）を解釈することである(Riggio, 1986)。これが優れている人は，他者のしぐさ（言語とその内容）などの非言語的（言語的）コミュニケーションに対して敏感になる。情緒的（社会的）コントロールは，非言語的（言語的）情報を活用して表現を制御することである。これが優れている人は自身の感情の必要に応じて置き換えたり，表出したりすることが可能となる。情緒的（社会的）表現性は，非言語的（言語的）な方法を通じて信念や態度，地位（知識や社会的規範）を伝えることである。これに優れた者は，感情状態を正確に非言語的（言語的）コミュニケーションで伝えることである（カッコ内は，社会的情報について述べている）。

このように，社会的場面において人が生活していくためには，外界からの刺激を感じ取り，それに応じて感情を調節し，そしてそれを表現することで感情的コミュニケーションが可能となる。

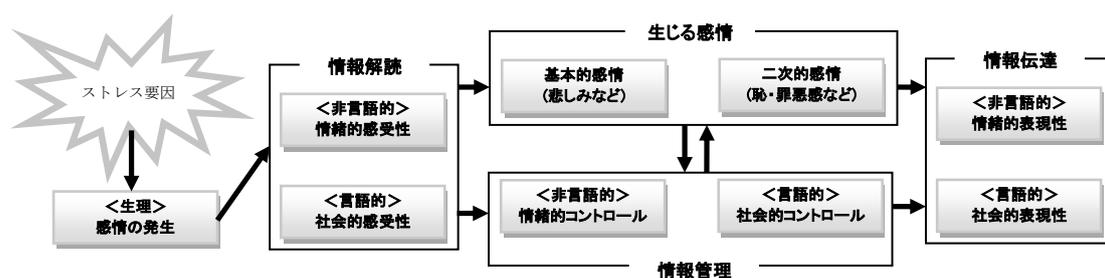


図6-1 社会的対人場面における感情的情報伝達プロセス (Riggio (1986)を参考)

第4節 感情調節とそのプロセス

我々が社会生活を過ごしていく際には，社会的に感じてはいけない感情が生じてしまうこともあるだろうが，そのような時は，どのようにしてそれを処理すればよいのであろうか。そこで，人の感情調節機能について，それぞれの研究者が述べる説を概観する。

Gross (1998)によると感情調節とは，①ネガティブ感情とポジティブ感情を増加，維持，減少させること。②感情調節をするための神経回路は様々な経路をたどり，重複することはない。③感情調節は，他人の感情に影響を与える試みに関するものを含めず，あくまで自身による調整に焦点を当てる。④「意識的で努力的」などの制御された規制から，「無意識的で楽」，「自動的」な方向へと移っていき，そこには連続性がある。⑤感情調節することが良いことであるか悪いことであるのかについての前提を持たない

こと、としている。そして、Gratz (2007) は、目標や意味のある活動に向かって行動することを前提にした上で、ネガティブな感情が生じた時の感情調節について述べている。それによると、①感情の気づきと理解、受け入れること、②目標指向行動を実行する能力とネガティブ感情を体験したときの衝動的行動の抑制すること、③全体的な感情の除去を目指すのではなく、感情反応をしている間の適切で柔軟な戦略を用いること、④生活において意味のある活動を追及し、ネガティブ感情の体験を受け入れること、としている。また、Linehan (1993b)は、感情調節障害を持つ患者の治療を行ってきた経験から、感情調節について述べている。それによると、①感情的な原因からの不適応な行動を抑制する。②周囲に合わせて、協調的に行動するよう調節する。③強い感情が起こった時に自分自身でなだめて落ち着かせる。④強い感情を抱えていたままでも、今すぐすべきことに注意を集中できる、としている。

このように感情調節とは、自身の感情を意識的・無意識的に受け入れ、そしてその状況に応じて適切な行動が取れるように調節する機能であると考えられる。しかし、遠藤他(2015)によると、感情調節とは、沸き上がった感情を自分自身で何らかの行動をとったり考え直したりするだけではなく、時には他の人に助けられることで、しずめたり、呼び起こしたり、維持することであるとしている。そこから、感情調節は自身の調整の問題だけではなく、他者からの影響や相互作用も含めて考えることが重要である。

次に、感情調節のプロセスについて、Gross & Thompson (2007)がそのモデルを提唱している(図6-2)。それによると、感情生起過程の各段階に応じて感情調節が行われると想定され、感情が生起され調節が行われるまでの過程を2段階に分けている。これは、先行焦点型感情調節(antecedent-focused emotion regulation)とよばれる感情が生起する前の段階における調節と、反応焦点型感情調節(response-focused emotion regulation)とよばれる感情が生起した後の段階における調節に分かれる。前者は再評価方略とよばれ、感情の原因となる出来事を再解釈し、認知を変えることにより感情の生起そのものを調節する方略である。後者は抑制方略とよばれ、感情が生起した後に感情の表出を抑える方略である(Gross, 1998)。再評価はポジティブ感情を増加させ、嫌な体験を減少させるが、抑制方略はポジティブ感情を減少させ、交感神経系が活性化することが実験から明らかになっている(Gross & Levenson, 1997)。

このような知見を踏まえて不適応な感情調節とは、起こった感情をただ抑え込むことであり、ネガティブな結果を生み出している。他方で適応的な感情調節とは、純粹に感じている気持ちを受け入れ、なおかつその時の周囲の状況に合うように認知を変えて再

評価し、感情を柔軟に表現する。そして、その結果、周囲からのサポートが得られるようにしていき、コミュニケーションの促進をはかるといった社会的スキルの重要な一部分であると考えられる。

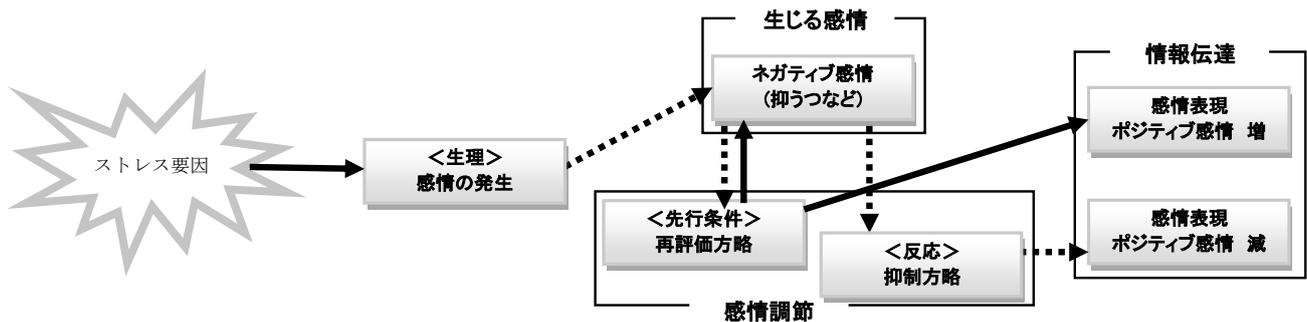


図 6-2 感情調節のプロセス (Gross & Thompson (2007)を参考に)

第5節 感情・感情調節と自傷の関連について

先述したように感情には様々なものがあり、その中で自傷に関連する感情について記述する。まず、自傷と抑うつに関連している研究は多い(土居他, 2013; Garrison, et al., 1993; Hilt, et al., 2008; 岡田, 2003; Ross & Heath, 2002; 友田・湯本, 2009; 山口他, 2014)。他にも、自傷と不安(土居他, 2013; 山口他, 2014)。自傷と怒り(濱田・村瀬, 2007; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005)などがあり、このようなネガティブ感情の高さが高いほど、自傷が行われるとされる(Brown, Williams, & Collins, 2007; Houben, et al., 2016)。自傷者は抑うつや不安を感じながら日々を過ごしており、時に対象となる人や状況に対して怒りを感じやすい傾向にあり、その生じた感情を抑えるために自傷が行われると考えられる。

次に、自傷と感情調節の関連について述べる。Adrian, Zeman, Erdley, et al. (2011)は、精神科病院にいる 99 名の女性患者を対象に調査を実施し、パス解析を行っている。その結果、家族や同僚からのサポートのなさが感情調節を通して、自傷と関連していた。そのため、青年期はより感情調節が障害されるとした。また、研究参加者自身の過去に感情調節の体験の有無について調べている研究もある。Tresno, Ito, & Mearns (2012)は、インドネシアにおいて調査を行い、自傷と感情調節の体験との関連を検討している。そ

の結果、自傷はネガティブ感情の調節体験の少なさに関連していることを示した。そして、Tresno, Ito, & Mearns (2013)は、日本人大学生を対象に、自傷と児童期虐待の間の媒介するものとして、感情調節体験を含めて検討した。結果、自傷の頻度の高さは、ネガティブ感情調節体験を持つことと負の相関を示した。

また、自傷者の感情調節を阻害するものには、対処能力や問題解決技能の少なさ(Cawood & Huprich, 2011; Nock & Mendes, 2008)があり、自己効力感の低さ(Cawood & Huprich, 2011)、自尊心の低さ(伊藤, 2014; Rotolone & Martin, 2012)、レジリエンスの少なさ(Rotolone & Martin, 2012)などの自傷者自身に関する問題がある一方で、家族や友人からの社会的支援の少なさ(Adrian, et al., 2011; Rotolone & Martin, 2012)、他者に対する不信感の強さ(浅野, 2015)、見捨てられることの恐怖(Gunderson & Zanarini, 1987)など、自傷者に関わる周囲の環境にも問題があることが窺える。

以上のことから、自傷者の感情調節には、問題解決能力の少なさや自己効力感、自尊心の低さなど、幼い頃からのネガティブ感情調節の体験の少なさに問題があることが示された。また、周囲の人に対する不信感や見捨てられ不安などから幼い頃から現在に至るまでのサポートの少なさがあることも感情調節と関連しており、そこから、過去の家庭環境(親子関係)に注目していく必要があると考えられる。

第6節 親子関係と自傷の関連

そこで、親子関係と自傷について述べる。Linehan (1993a)は、自傷者は、親や養育者との関わりの中で「不承認(invalidating)」を受けていると述べている。例えば、子供が何らかの感情を体験した時に、親がそれを否定的な態度で接し、無関心である場合、子供は自身の中に生じた感情が何であるのかを確認することができなくなる。そうすると、生じた感情を処理することができなくなることから、結果としてネガティブ感情を減少させる機能を持つ自傷が行われるとしている(Linehan, 1993a)。

しかし、この「不承認」が自傷に影響している説はあくまで臨床的知見であり、仮説である。そこで、土居・三宅(2018b)は、高校生と大学生計 687 人を対象に調査を行い、実際に親から子への不承認が自傷に影響を与えているのかについて検討している。重回帰分析の結果、父親・母親からの不承認が自傷に影響を与えることを示した。

以上のことから、人がストレスを受け、ネガティブな感情が生じた時、その人の過去に親からの不承認を受けてきた環境が存在すると、感情調節体験の少なさから、そのネガティブ感情に対処することができないことから、自傷行為によって緩和するといっ

た不適応行動がとられることになる（図6-3）。

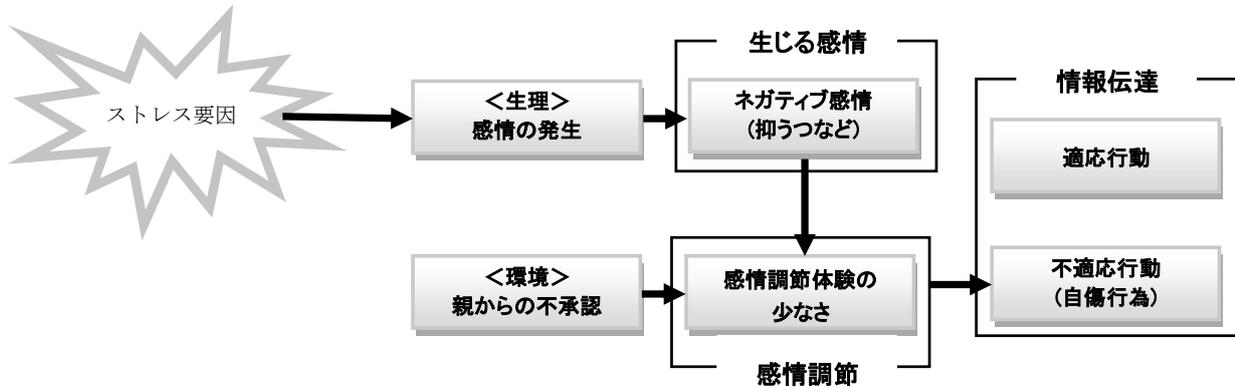


図6-3 周囲の環境が自傷に影響を与えるまでのプロセス

第7節 不承認環境・感受性と推論の誤りの関連

親からの不承認的な関わりは、感受性の低い子供にとってはほとんど影響を持たないが、その一方で感情的に傷つきやすい子供には破壊的な影響を持つ(Linehan, 1993b)。というのは、感受性の高い子供は、些細な出来事でもすぐに感情反応を引き起こしてしまうからである。「高い感受性」とは、刺激に素早く反応し、かつ感情反応の閾値が低いということであり(Linehan, 1993b)、特に情緒的感受性が高い者は、非言語的コミュニケーションにおいて他者の感情を速く効率的に解読することができるので、他者によって感情的に喚起されやすくなる(Friedman & Riggio, 1981)。そして、不承認環境であると、喚起された感情的苦痛をどのようにして制御や対処すればよいのか教わることができず、子供は、自身に小さな感情を抱えた場合、過度の一般化などにより認知をゆがめることで、それを認めようとせず抑制したり、恥ずかしさなどの二次的感情を抱えたりして、自分の感情に気づかないのである(Linehan, 1993a)。このことから、感受性とは、感知することや知覚することであり、それを認識することはまた別次元のことである。

そこで、思考である推論の誤りと自傷の関連とそのプロセスについて述べる。まず、推論の誤りについては、Beck, Rush, & Shaw, et al. (1979)が述べている。それによると、抑うつの素因であるスキーマを持っている時にネガティブなライフイベント（心理的ストレスや生化学的なバランスの喪失、視床下部の刺激など）が生じると推論の誤りが生じ、自動思考を経て抑うつ感情が沸き起こるのだとした。スキーマとは、例えば「全て

の人にいつも受け入れてもらわねばならない」といった、認知構造のより深層にある信念体系のことであり、環境が変わった時に柔軟に変えることができず、問題の元となる。推論の誤りは主に6つあり、恣意的推論（証拠もないのにネガティブな結論を引き出すこと）、選択的注目（その現象が明らかなものであったとしても、細部のネガティブな側面のみ注目すること）、過度の一般化（あることが正しいならば、それは類似するすべての場合でも正しいと解釈すること）、拡大解釈と過小評価（物事の重要度や意味の評価を大きくあるいは小さく見積もりすぎる）、個人化（自分に関係のない外的な出来事を自分のことだとして捉えること）、完全主義的・二分法的思考（物事を極端に白か黒かを決めないといけなくと考えること）がある。自動思考とは、自分の意志とは関係なくパターンの意識的に出てくる考えである。そして、これらの認知の歪みが自傷者の感情調節に影響を与えていると考えられる。

そこで、Spradlin (2003)が、親子関係における推論の誤りが起こるプロセスについて言及している。二次的感情は基本的感情の後に生じ、自動思考や推論の誤りなどの思考フィルターを通じて生じる反応のことであり、後天的に学習されたものであるとしている。例えば、親から「男は泣いてはいけない」と叱られた場合、子供は「いかなる場合でも泣いてはいけない」と過度に一般化してしまう。その結果、もし泣いてしまった場合、「男なのに泣いてしまった」と恥ずかしさを覚え、この恥ずかしさが二次的感情だとされる。このように推論の誤りによって、新たな二次的感情が生じ、生涯を通じて強められる。それが大人になってその特徴を維持し、自分自身の感情経験を確認することができないことから、他人の価値観に判断を置き問題解決を図ろうとする。健常の人であれば、問題が起こらないようにあらかじめ対策を取るものであるが、自傷者は問題が生じた時に、その問題が簡単に解決できると考えてしまい（過度の一般化）、その問題自体に対して深く考えずに関わってしまい、失敗した後になって生じた感情の処理ができなくなるのであろう。

では、どのようにしてその状態になってしまうのであろうか。過去の家庭環境において、安定した愛着が生まれるかどうかは、親が子供の出すサインに対して敏感に反応するかどうかによるものだとされる(無藤・森・遠藤・玉瀬, 2004)。例えば、乳児が危険を察知した場合、助けのためにタイミングよく応答すること、あるいは、嬉しい時には親が子供の笑顔を見て「嬉しいのね」と声をかけたり、悲しい時には「悲しいのね」と声をかけたりすることである。愛着とは、子に沸き起こった感情を親が認知や確認することであるとも捉えられ、不承認環境では、親が子供の出すサインに対して応答しない

ことであるとも考えられる。

このように、沸き起こった感情を認識するためには親や他者がその子の感情を承認（受け入れ認めること）する必要がある、それによって自身が自身の感情を確認すること（承認）へとつながっていくと推察される。そのため自傷者は、過去から現在まで不承認環境にいたことから、自身の感情の確認の失敗（不承認）を繰り返し続けた結果、自身の感情に気づけなくなっているということである。その割には、自傷者の心の中で何か得体のしれないもの（感情）が湧き上がってくるため、そこに葛藤が生じる。この場合、「別の考え方や助けになる考え方をする」、「友達ならなんていうだろうか」などの再評価方略、あるいは効果的な問題解決スキル、感情を特定するスキルなどを学習する経験を失っていることから、抑制方略を取らざるを得ないのではないだろうか。

以上のことから、不承認環境と感受性の高さがあることによって、感情を感じてはいけな思考えたり（自己不承認）、問題自体を簡単なものだと一般化しやすくなったりする（過度の一般化）。推論の誤りが生じることが示され、それらが自傷と大きく関係している可能性が示唆された。

第8節 不承認環境と親の価値観

では、親はなぜ不承認をするのであろうか。その背景の一つに親の価値観がある。前の章で述べたように、吉益他(2012)は、現代社会では例えば、相手の性格、行動、容姿、性別、経歴、地位、能力、年齢、出自、家族、経済力、健康状態などの価値観の多様化が進み、その価値基準によって判断が偏り、ストレスを生み出しているというのである。彼らは発達障害の例を出して説明している。それによると、発達障害に関する情報は豊富であり、その情報が多すぎるがあまりに偏った情報の氾濫がおきやすくなる。そして、発達障害の子供を持つ親は自分の子供をフィルターがかかった状態で見ようになり、ありのままの状態では見られなくなり、それがまた別の問題を生んでいるというのである。自傷者の不承認環境においてもこのような親の価値観によって、ありのままの子供を見ることができなくなっているのではないだろうか。

そこで、親の価値観による子供への関わり方の違いについて、実際に子供の性別によって、親の関わり方が異なることを示している研究がある。Brody (1996)は、127名の青年を対象に調査を行い、親子関係と感情表現との関連について検討している。その結果、ポジティブ、ネガティブに関わらず両親から子への関わりの度合いが、娘の方が息子よりも高く、特に母親から娘への関わりが強かったことを明らかにしている。そして、

Fivush (1993)は、30～35 か月の子供を持つ 18 人の母親を対象に過去の母子の会話について調査を行った。母親から子への会話の種類として、幸せ、好き、楽しいなどのポジティブな会話内容、そして、悲しみ、怒り、苦痛などのネガティブな会話内容についての程度詳しく聴く（確認程度、説明する、詳しく話をする）といった会話の質についてたずねた。その結果、母親は娘には悲しみや苦痛について、息子には苦痛について話しかけ、逆に娘には怒りの関わりが少なく、息子には悲しみや怒りの関わりが少なかった。ポジティブな内容について、母親は息子には確認程度であり、娘に対しては詳しく話をするが見られ、ネガティブな内容については、母親は息子については説明することが多く、娘に対しては詳しく話をしていた。ここから、母親は女兒に対しては悲しむことを許可するような関わりを、男児に対しては悲しみを表現することを否定するような関わりをしていた。また、母親は女兒には表現することを促進するような関わり方をしており、男児には表現することを抑制するような関わり方をしていた。さらに、Fuchs & Thelen (1988)でも同様のことを報告している。その調査では小学生 40 人を対象にしていた。結果、女兒は悲しみの表出は親に受け入れられると考えている一方で、男児は悲しみを表出すること自体が望ましくないと考えており、実際に悲しみを表出しなくなると報告した。親は性役割ステレオタイプや親自身が持つ性役割観と一致するような子育てをしており、欧米や日本では、「自分の深い感情について人に話すことは男らしくない」や「男は自分の感情を顔に出さない方が良い」などの感情表現を抑制することが男性性役割規範の一つにされ、女性は「暖かく共感的」であることが、女性性役割規範だと捉えられていた(遠藤他, 2015)。このように、性役割だけを見ても違いが見られ、これは一般家庭における結果である。不承認環境では、承認環境に比べ、親の価値観に何らかの違いがあると考えられるが、それについての研究は見当たらなかった。よって、今後は、この領域について検討していくことが課題である。

第9節 自傷発生の経路

以上のことから、感情が生じてから自傷に至るまでの経路を図6-4・6-5に示した。例えば、友達と喧嘩をするなどのストレスが発生したとする。すると生理現象としての感情が発生し、感受性が高い場合、その感情を感知することができる。そして、承認環境であるならば正常な推論を通して、悲しみや驚きなどの基本的感情をありのままに受け入れ感じ取る。その上で他の考え方をしてみることや解決策を考えることなどの再評価方略を用いることで、適応的な行動がとられる。その一方で、不承認環境では、

推論の誤り（「泣いてはいけない」など）があることから恥ずかしさを感じたり，問題を単純なことと考えるたりすること（後で別の問題が生じる）で，その感情を確認しようとせず，適応的な行動もとらない。その結果，抑うつなどのネガティブな二次的感情が生まれ，抑制方略を用いて感情を抑えようとするが，たまりにたまってしまった結果，自傷などの不適応行動によって，処理されると推定された。

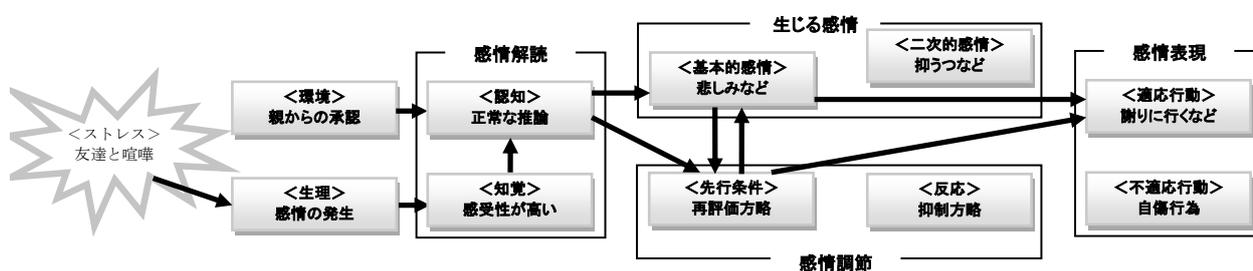


図6-4 過感受性・承認環境下における感情調節と適応行動のプロセスモデル

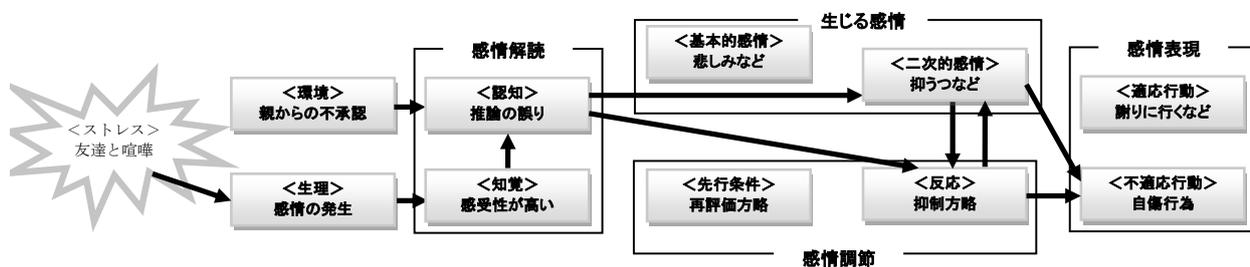


図6-5 過感受性・不承認環境下における感情調節と自傷のプロセスモデル

第10節 結語

本章では自傷の経路について検討してきた。親や養育者からの不承認環境と自傷者本人の感受性の高さが推論の誤りを促進し，自身の感情を不承認したり，物事を簡単に受け止めてしまったりして，あらかじめ対応するだけのスキルを習得しなかった結果，別の問題が生じたりして，抑うつや恥ずかしさなどの二次的感情が生じてしまう。そこで，生じた感情を抑圧する方略を取ることによって一時的に感情を抑えようとするが，問題が増えるとともに抑えることができなくなり，ネガティブ感情を緩和する効果のあ

る自傷に至るといふ経路が導き出された。次章では、この理論が実際の現象として存在するのか定量的な調査を行い、実際にはどのような経路をたどり、自傷にまで至るのかについての検討を行う。

付記

注1：「emotion」の日本語訳は、感情(中島他, 1999)や情動(遠藤他, 2015)などと表現される。感情は物事に接した時に心の内面で感じている主観的な気持ちのことであり、情動は、それに加えて随伴して生じる生理的変化(体が熱くなる、鳥肌が立つなど)や表出的変化(顔の表情や声の調子が変わるなど)を示すものとされる(遠藤他, 2015)が、研究によってその表現を同じものとしてみなしたり、そうではなかったりする。そこで、本稿では感情と情動を同義語として述べることにし、「感情」と表記する。そして、後者の定義を感情に含めるものとする。

第7章 非自殺的自傷行為(NSSI)を生起させる感情情報伝達過程の機制

親子関係の歪みと感情調節の不調を基礎とするプロセスモデルの検討

第1節 問題と目的

若者の自傷行為(非自殺的自傷: Non-Suicidal Self-Injury: NSSI)に及ぼす感情調節の影響について、Linehan (1993a) は生物社会的モデルを提唱した。それによれば、自傷に多く見出せる BPD 患者は、生物学的な基盤が想定される感情調節の脆弱性ととも感情的に傷つきやすい過感性を有している。そして、乳幼児期から親や養育者からの持続的な不承認に見舞われる境遇がそれに重なると、感情調節機能に障害を来し自傷を誘起するとしている。最近の研究においても、自傷と青年期及びそれに至るまでの親子関係・友人関係などの不調や不全を考慮に入れた検討が行われている(Adrian, et al., 2011; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; 土居・三宅, 2018b)。

ところで、感情は、基本的感情と二次的感情の2種類に分類される(VandenBos, 2015)。基本的感情は、「喜び」、「怒り」、「悲しみ」、「恐れ」、「嫌悪」、「軽蔑」、「驚き」からなり、人間の生物学的機能における根本的な反応として一つひとつが独立している。一方、二次的感情は、基本的感情をもとに発達過程で獲得する複雑な認知的活動が関与して生まれる感情であり、「誇り」、「羨望」、「欲求不満」、「嫉妬」、「不安」などが含まれる。特に、自傷は抑うつ(土居他, 2013; Garrison, et al., 1993; Hilt, et al., 2008; Ross & Heath, 2002)や不安(土居他, 2013)、怒り(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005)などのネガティブな感情に関連した行為であり、このような感情が高いほど、自傷が行われやすくなる(Brown, et al., 2007; Houben, et al., 2016)。これらの二次的感情には自己や状況に対する価値評価が関与しており、自ら自分を見つめる自己意識や自分の価値判断が根底にあって生じる。人は自己が有する価値基準に照らし合わせてその結果を感情として社会的環境の中で表出し他者に伝達するが、その過程には①感情情報の解釈(感受性)、②感情情報の管理・制御(感情調節)、③感情情報の伝達(表現)の3つのプロセスがあると言われている(Riggio, 1986)。人は発達と共に様々な二次的感情を生み出し、そのような感情を発揮することで自身の気持ちや心的緊張を大胆に表出し、時には言語で表現できない微細なニュアンスを非言語的情報として併せて表象し、社会的適応を図ってきた。このような感情の言語的・非言語的制御は、それら一連の感情情報の伝達過程における管理・制御を担う感情調節段階の役割が大きい。

これまで感情調節の機能については、Klonsky (2007) のレビューにより多くの関連研究が

紹介されている。感情調節とは、感情的体験を修正する時に用いられ(Thompson, 1994), 意識的なモニタリングを通してその状況における感情を解釈し, 怒りなどのネガティブ感情の標的を異なる行動をとることによって変更したり, あるいは, 無意識的に感情的反応の強度や持続時間を調節したりすることである(Gross, 1998)。Gross & Thompson (2007)は, 特に, negative な感情が生じたとき, その感情の気づきと理解, それに基づく衝動的行動の抑制と柔軟な行動方略への仕組みのいくつかを説いている。この感情調節のプロセスについて Gross & Thompson (2007) は2段階からなるモデルを提唱した。それは, 感情が生起する前の段階における調節(先行焦点型感情調節)と, 感情が生起した後の段階における調節(反応焦点型感情調節)からなる。前者は「再評価方略」ともよばれ, 感情の原因となる出来事を再解釈し, 元の感情的評価を変えることにより元の感情の生起そのものを調節する方略である。後者は「抑制方略」とよばれ, 感情が生起した後にその感情の表出を抑える方略である(Gross, 1998)。再評価方略はポジティブ感情を増加させ, 嫌な体験を減少させるが, 抑制方略はポジティブ感情を減少させ, 交感神経系を活性化させることが実験的に明らかになっている(Gross & Levenson, 1997)。

自傷者の感情調節水準については, 一般に低いと考えられるが, その感情調整能力の発揮を阻害するものに, 対処能力や問題解決技能の乏しさ(Cawood & Huprich, 2011; Nock & Mendes, 2008), 自己効力感の低さ(Cawood & Huprich, 2011), 自尊心の低さやレジリエンスの希薄さ(Rotolone & Martin, 2012) などの自傷者自身に関する問題がある。その一方で, 家族や友人からの社会的支援の少なさ(Adrian, et al., 2011; Rotolone & Martin, 2012), ネガティブ感情への調節体験の乏しさ(Tresno, et al., 2012; 2013), 見捨てられることへの恐怖(Gunderson & Zanarini, 1987) など, 自傷者の社会的環境にも問題があることが窺える。通常, 社会的環境において適応していくためには, 周囲の状況を感じ取り, それに応じて感情を調節し, その場で適切に表現することで感情的コミュニケーションを成立させなければならない。しかしながら, 自傷者の場合には, 生じた強い感情を再評価することなく抑え込むがゆえに, 抑うつなどのネガティブな二次的感情が生起するに至ると考えられる。したがって, 自傷者の感情調節機能不全は自傷者個人の内的問題だけではなく, 自傷者の外的な環境にも問題があることが示唆される。外的環境の最も大きな問題は, 家庭環境, 特に親子関係に存在していることは従来の所見から容易に推察できる。

親子関係と自傷の関連を扱ったこれまでの研究では, 子供への虐待(身体的虐待と性的虐待)と自傷に関するものが多かった(Glassman, et al., 2007; Gratz, et al., 2002; Kaplan, et al., 2016; Matsumoto, et al., 2004; Walsh & Rosen, 1988; Weierich & Nock, 2008)。しかし Walsh

(2006)は、親子関係において、そのような虐待が存在しなくとも自傷は行われるとの知見を報告し、それを「新世代の自傷」とよんだ。また、Klonsky & Moyer (2008) は多くの先行研究をもとにメタ分析を行い、児童期の性的虐待と自傷の間の相関は寧ろ小さく、性的虐待が自傷の中心的な原因となるには説明不足であることを指摘した。そこで、虐待以外の親子関係と自傷の関連について見ていくと、親からの過保護(Bureau, et al., 2010) や親からの心理的・行動的制限(Baetens, et al., 2014) など、親の養育態度における問題に意味を見出すことができる(Bureau, et al., 2010; Gratz, et al., 2002)。既述した Linehan (1993a) によれば、自傷者は親や養育者との関わりの中で「不承認(invalidating)」を受けているとしている。親から子への不承認とは、親が子供の経験を継続的に否定したり、気まぐれに反応したりする傾向を指し(Miller, Rathus, & Linehan, 2007)、親が子供の発言、反応、感情、感覚を含め、全体的にその子を受け入れず、かつ認めようとはしないこと(土居・三宅, 2017)である。例えば、子供が何らかの感情(嬉しさや悲しさなど)を体験した時に、一貫して親がそれに関心を示さず否定的である場合、子供は自身の中に生じた感情を適応的に確認したり学習したりする機会が極めて乏しくなる。そのような親の子供に対する不承認が続くと、子供は生じた感情を適切に処理することが困難となり、結果としてネガティブ感情を解消する機能を持つ行為のひとつである自傷に至るとされる(Linehan, 1993a)。

また、親からの不承認的な関わりは、他者の感情読解において通常的感受性をもつ子供たちにとってはほとんど影響がないが、逆に感情的に傷つきやすい過感な子供には破壊的な影響を与える(Linehan, 1993b)。というのは、感受性の高い子供は、感情的な刺激に素早く反応するための閾値が低く、些細な出来事でもすぐに情動的な反応を惹起し易い上、他者からの言語的・非言語的情報のいずれに対しても、それを迅速に解読できるとしても推論に誤りを来すことが多く、他者との関わりを通してしばしばネガティブ感情を喚起し易いからである(Friedman & Riggio, 1981)。すなわち、このような子供は、親からの不承認的環境に永く置かれてきた場合、喚起されたネガティブ感情の苦痛をどのようにして制御し、対処すればいいのかの学習が過去になされる機会が乏しかったため、子供自身は、感情読解段階 (Riggio, 1986) において例えば「過度の一般化」などの「推論の誤り」(Beck, et al., 1979)に至ってしまう。そこでは、沸き起こってきた感情を認めようとせず、抑制したり、恥ずかしさなどの二次的感情を抱えたりして、自分の感情に気づかないままである(Linehan, 1993a)。二次的感情は、自動思考や推論の誤りなどの思考フィルターを通じて生じるとされ(Spradlin, 2003)、推論の誤りは、抑うつ的なスキーマを形成している場合には、そのネガティブなライフイベントに遭遇すると生じ、自動思考を経て抑うつ感情を惹き起こす(Beck, et al., 1979)。例えば、親から「男は泣

いてはいけない」と叱られ続けた子供の場合、不承認的な環境で生育した過感性の強い子供では「いかなる場合にも泣いてはいけない」と過度に一般化してしまう。その結果、もし泣いてしまった場合、「男なのに泣いてしまった」との恥ずかしさを覚え、恥ずかしさという二次的感情を生む(Spradlin, 2003)。そのため、不承認環境と感受性の高さは、子供に「推論の誤り」を生じさせ、自己の感情を抑圧したうえで、二次的感情を引き起こし、それらが自傷に大きく影響していることが想定される。

次に、親の子供に対する不承認の中で、父親・母親の性役割によって養育態度に相違がみられることは自傷に関するいくつかの研究所見から推測される。父と母から息子と娘への親から子供への関係においてポジティブな感情表現もネガティブな感情表現も、いずれにおいても、娘への方が息子への方よりも関わりが大きく、特に母親から娘への関係が強かった(Brody, 1996)。また、青年期中後期の自傷の生起に関連する父親の養育態度と母親のそれとの相違が見出されていて、母親の過干渉や支援の乏しさは父親のそれらよりも大きな影響を与えていた(土居・三宅, 2018b)。さらに、16歳以前の子供の親の養育態度では、母親からの「情動的なネグレクト」、そして父親からの「不安定な愛着」と「情動的なネグレクト」が、それぞれ顕著であったとの報告(Gratz, et al., 2002)もある。これらのことより、父親・母親の性役割の相違による自傷への影響、あるいは自傷に至るまでの過程に違いがあることが推測される。

以上の先行研究を概観すれば、自傷の生起は、社会的環境の中で他者との間で生じる感情情報伝達過程における障害と、子供の養育過程において親から被った持続的な不承認という2つの大きな枠組みが推定できる。前者に関しては、Riggio(1986)の感情情報伝達過程、すなわち①感情情報の解釈(感受性)、②感情情報の管理・制御(感情調節)、③感情情報の伝達(表現)のうち、自傷者は親からの不承認を長年にわたって受けてきたことによって、感情情報の解釈段階における感受性が非自傷者のそれよりも著しく、言語的・非言語的感情情報のいずれに対しても「推論の誤り」が生じやすくなると想定される。その上、自傷者は感情調節段階において感情が生起する前の再評価方略の不調と、感情が生起した後の抑制方略による二次的感情(抑うつや不安)の喚起の止むなきに至る。一方、後者に関しては、子供に対する親の不承認が、父親及び母親の性役割に伴って異なることから、感情情報の管理・制御(感情調節)段階において異なる様相を呈し、自傷の生起に結びついていることが推測される。

このように自傷は、親からの不承認を持続的に甘受せざるを得ないことと、過感性の感情読解による「推論の誤り」や感情調節におけるネガティブな二次的感情の喚起を通して、蓄積された感情の遣り場を自傷という形の感情表出と感情伝達とを生むに至ることが想定できる。本研究では、自傷の生起に対して影響を及ぼす様々な変数のうち、その影響を個別の変数毎に

見てきた従来の研究スタイルとは別に、それらの諸変数を説明変数、自傷を目標変数として総合的に因果関係を計量化することによって、自傷に及ぼす感情情報のプロセスモデルを設定し検討するのが目的である。

第2節 方法

1. 対象者

被調査者は一般の大学生 692 名で、有効回答者数は 596 名であり、1年次生は 212 名、2年次生は 174 名、3年次生は 174 名、4年次生は 28 名であった。男性は 307 名、女性は 289 名であり、有効回答率は 86.1%であった。平均年齢は 19.5 歳、SD=1.32、全て日本人であった。

2. 測定

親子関係尺度：落合・佐藤(1996)の親子関係尺度の一部の項目を用いた。この尺度は、81 項目 6 因子(「親が子を抱え込む関係」、「親が子と手を切る関係」、「親が子を危険から守る関係」、「子が困った時には親が支援する関係」、「子が親から信頼・承認されている関係」、「親が子を頼りにする関係」)からなる。本調査ではこの中から「子が親から信頼・承認されている関係(父親 19 項目、母親 20 項目)」因子のみを使用し、5件法(1=まったく当てはまらない～5=完全に当てはまる)により回答を得た。結果の分析では、その因子の項目得点を反転させ、「子が親から不承認されている関係」の尺度として用いることにした。得点を反転させる理由は、承認の尺度のままでも同じ結果は得られるが、パス図の説明が理解しやすくなるためである。

感受性尺度：Riggio (1986)が作成した尺度(Social Skills Inventory: SSI)をもとにして、信頼性と妥当性を備えた榎野(1988)の日本語版尺度の中から、社会的感受性と情緒的感受性の両因子を測定できる項目を用いた。Riggio(1986)によれば、対人場面における情報伝達は、言葉などの言語的情報(社会的)と表情や身振りなどの非言語的情報(情緒的)との2つに分けられ、それぞれの感受性によって支配される。社会的感受性とは言語的情報を利用して知識や社会的規範を解釈することであり、情緒的感受性とは非言語的情報を利用して他者の感情状態や信念、態度、地位を解釈することである。これらの感受性が高くなることによって、他者との間の言語的・非言語的コミュニケーションにおける感情の解読が敏感になる。それぞれ 15 項目に対して、5件法(1=全く当てはまらない～5=非常に当てはまる)で回答を得た。

推論の誤り尺度(Thinking Errors Scale: TES)：本研究では、丹野・坂本・石垣・杉浦・毛利(1998)が Beck, et al. (1979)による推論の誤りのリストを参考に作成し、信頼性と妥当性を有す

る尺度を用いた。これは、恣意的推論(証拠もないのにネガティブな結論に至ってしまうこと)4項目, 選択的注目(細部のネガティブな側面のみに注目すること)3項目, 過度の一般化(わずかな経験から広範囲のことを解釈すること)6項目, 拡大解釈と過小評価(物事の重要度を大きくあるいは小さく見積もりすぎる)2項目, 個人化(自分に関係のないネガティブな出来事を自分のことだとして捉える)2項目, 完全主義的・二分法的思考(物事を極端に白か黒かを決めないといけないと考える)2項目から構成されていて, 4件法(1=まったく当てはまらない~4=まったく当てはまる)により回答を得た。

感情調節尺度: 吉津・関口・雨宮(2013)は, Gross(1998)の理論をもとにした Emotion Regulation Questionnaire の信頼性・妥当性に基ついて, その日本語版を再構成した。それは, 再評価方略因子6項目, 抑制方略因子4項目からそれぞれなっていて, 7件法(1=まったく当てはまらない~7=非常に当てはまる)により回答を得た。

POMS 短縮版:POMS(Profile of Mood States Brief Form Japanese Version)は, 「緊張-不安(Tension-Anxiety):以後「不安」, 「抑うつ-落ち込み(Depression-Dejection):以後「抑うつ」, 「怒り-敵意(Anger-Hostility):以後「怒り」, 「活気(Vigor)」, 「疲労(Fatigue)」, 「混乱(Confusion)」の6因子から構成され, そのうちの「不安(5項目)」, 「抑うつ(5項目)」, 「怒り(5項目)」のみについて, 5件法(1=まったくなかった~5=非常に多くあった)を用いた。そして, 本研究では, これら3つの因子をまとめて「ネガティブ感情尺度」とよぶことにした。

自傷行為尺度(土居他, 2013):4因子(「抑圧状態」, 「自責思考」, 「承認欲求」, 「親子葛藤」), 20項目からなる尺度で4件法(1=まったく違う~4=まったくその通り)により回答を得た。

3. 手続き

データ収集は, 大学内で集合調査として第一著者によって実施された。質問紙の配付前に, 本調査への参加は本人の自由意志であること, 集計されたデータは統計的に分析し, 個人を特定するものではないことなどの説明を行なって倫理的同意を得たほか, フェイスシートに所属学科や性別, 学年, 年齢などの記入を要請した。これらに加えて, 調査後に口頭で研究内容の説明, いわゆるディブリーフィング(debriefing)も行なわれた。

第3節 結果

1. 自傷高群と低群の因子間相関について

表7-1は, 本研究で用いた親子関係尺度, 感受性尺度, 推論の誤り尺度, 感情調節尺度, ネガティブ感情尺度, 自傷行為尺度に関して, 自傷傾向高群(92名)と自傷傾向低群(321

名)それぞれから得られた各因子の評価得点の間の相関行列である(右上半分が高群で、左下半分が低群)。

表7-1 自傷高群と自傷低群それぞれにおける各尺度の因子間の相関行列

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
①父不承認		.46***	-.18	-.26*	.00	-.10	-.08	-.05	.07	.04	.03
②母不承認	.55***		-.04	-.17	.16	-.23*	-.08	-.08	.05	.12	.22*
③情緒感受性	-.23***	-.13***		.53***	.21*	.17	.36***	.15	.11	.02	.19
④社会感受性	-.19***	-.13**	.51***		.54***	.19	.25*	.21*	.17	-.11	.07
⑤推論の誤り	.03	.14***	.26***	.51***		.12	.31**	.28**	.40***	.23*	.41***
⑥再評価方略	-.20***	-.17***	.23***	.20***	.09*		.48***	.03	-.17	-.18	.08
⑦抑制方略	-.07	-.06	.17***	.12**	.16***	.55***		.20	-.01	.02	.27**
⑧不安	.06	.10*	.20***	.36***	.51***	.05	.15***		.66***	.46***	.40***
⑨抑うつ	.14***	.18***	.19***	.28***	.56***	.02	.15***	.77***		.56***	.39***
⑩怒り	.13***	.17***	.10*	.15***	.41***	-.07	.05	.57***	.69***		.26*
⑪自傷傾向	.28***	.40***	.14***	.29***	.57***	.02	.16***	.56***	.62***	.55***	

※右上は自傷高群, 左下は自傷低群を示している。

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

2. 基礎データの分析

本研究では、自傷の詳細な分析を可能にするために、自傷傾向を高低2群に分けて分析した。高群は自傷者特有の心理社会的背景を持ち、自傷行為が行われる可能性が高く、精神健康度の低い臨床群を表している。低群はそのような背景を持たない比較的健康的な一般の大学生を表している。自傷傾向低群(n=321)は、その群に自傷行為者が混入することを極力避ける狙いから、その得点範囲を自傷得点の平均値 2.10 点以下とした。また、自傷傾向高群(n=92)は、平均値+1SD である 2.46 点以上を示した者とした。

土居・三宅(印刷中 a)は、本自傷行為尺度の識別精度を確認するため 91 名の大学生を対象に調査を行い、自傷者検出のためのカットオフ値を算出している。そこでは、平均値以下と自傷検出のためのカットオフ値 2.43 点以上を分析対象者とした場合、感度は 58.8%、特異度は 92.5%、陽性的中率は 71.4%、陰性的中率は 87.5%、正診率は 84.3%であった。本研究では、低群を平均値以下、高群をカットオフ値である 2.43 点を上回る 2.46 点で分析していることから、そのカットオフ値よりもより高く弁別された分析を行うことが可能となる。

表7-2は、自傷傾向低群、自傷傾向高群、及び両群合計それぞれに関して算出した各尺度の平均得点とSD、および α 係数である。また、自傷傾向低群と高群とで各因子ごとにt検定を行ったところ、「再評価方略」を除いて、他の因子や下位因子について、高群は低群よりも平均値が高かった(父親不承認(t(411)= -4.67, $p < .001$), 母親不承認(t(411)= -8.55, $p < .001$), 情緒的感受性(t(411)= -3.15, $p < .01$), 社会的感受性(t(411)= -5.53, $p < .001$), 推論の誤り

($t(411) = -11.49, p < .001$), 抑制方略($t(411) = -2.66, p < .01$), 不安($t(170.68) = -14.37, p < .001$), 抑うつ($t(135.38) = -15.76, p < .001$), 怒り($t(125.92) = -12.68, p < .001$), 自傷傾向($t(411) = -35.31, p < .001$)。そのため、自傷高群は、母親や父親からの「不承認」、相手の感情状態に対する「感受性」、相手の感情の「推論の誤り」、不安・抑うつ・怒りといった「ネガティブ感情」、感情調節における「抑制方略」、等々自傷低群よりも顕著であることが確認された。

また、 α 係数は、感受性尺度及び感情調節尺度を除き、いずれも.80 以上を示しており、尺度や下位尺度の項目間の一貫性が高かったことが示唆された。

3. 仮説モデル

プロセスモデルは、SPSS 23, SPSS Amos 23 を通して、本研究データを用いた構造方程式の解に基づいて構築された。すなわち、自傷傾向に関与すると想定される要因とそれらの関係を検討するために仮説モデルを作成した。構造方程式に基づくプロセスモデルを図7-1に示す。円は潜在変数を示し、長方形は測定変数を表している。パスが形成されている箇所は、先行研究の知見を踏まえて仮説の段階で関与を予測した。すなわち、父親・母親から子への不承認(家庭環境)と自傷者本人の感受性は、推論の誤り、感情調節(再評価方略と抑制方

表7-2 各尺度の平均値とSD および α 係数

		自傷低群 <i>n</i> =321	自傷高群 <i>n</i> =92	自傷全体 <i>n</i> =413	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	α
親子関係尺度	父親不承認	1.99(.80)	2.44(.87)	2.09(.84)	.93
	母親不承認	1.80(.64)	2.48(.77)	1.95(.73)	.93
感受性尺度	情緒的感受性	2.95(.54)	3.15(.54)	2.99(.55)	.76
	社会的感受性	3.34(.55)	3.69(.46)	3.42(.55)	.76
推論の誤り尺度		2.21(.55)	2.94(.50)	2.38(.61)	.93
感情調節尺度	再評価方略	4.48(1.04)	4.54(1.05)	4.49(1.04)	.79
	抑制方略	3.95(1.27)	4.34(1.12)	4.03(1.25)	.75
ネガティブ感情尺度	不安	2.29(.95)	3.72(.81)	2.61(1.10)	.86
	抑うつ	1.80(.82)	3.48(.92)	2.17(1.10)	.87
	怒り	1.70(.78)	3.11(.98)	2.01(1.02)	.88
自傷行為尺度	自傷傾向	1.77(.21)	2.66(.21)	1.97(.43)	.83

略), ネガティブ感情, 自傷傾向にそれぞれ影響を与える。また, 推論の誤りは, 感情調節, ネガティブ感情, 自傷傾向に影響を及ぼす。さらに, 感情調節の中で再評価方略はネガティブ感情に影響を及ぼし, ネガティブ感情は抑制方略に影響する。そして, それらはいずれも自傷傾向に影響を与えると予測した。親から子への不承認と感情調節は, 父親と母親による性別の違い, あるいは再評価方略と抑制方略の違いがそれぞれ異なって機能していることが予測されることから合成せず, 測定変数のみで設定した。そして, 再評価方略と抑制方略は同じ感情調節であるため, また, 父親不承認と母親不承認も同じ家庭環境であることから, 相関関係が想定された。プロセスモデルの適合性については, CMIN(χ^2 値), NFI(標準適合度指標), CFI(比較適合度指標), RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation), AIC(Akaike's Information Criterion: 赤池情報量基準) の5つの指標を基に評価された。分析結果の評価において, 小塩(2008)によると, CMIN は有意でない方が望ましいとされ, NFI と CFI の値は, 0 から1の範囲で適合度を示し, 0.90 以上の値を示せば当てはまりの良いモデルとされる。RMSEA は0.05 以下であれば小さいほど望ましく, 0.10 以上になると好ましくない。AIC は, 絶対的な基準があるわけではないが, より小さな値をとるほど良いとされる。その結果, χ^2 値はサ

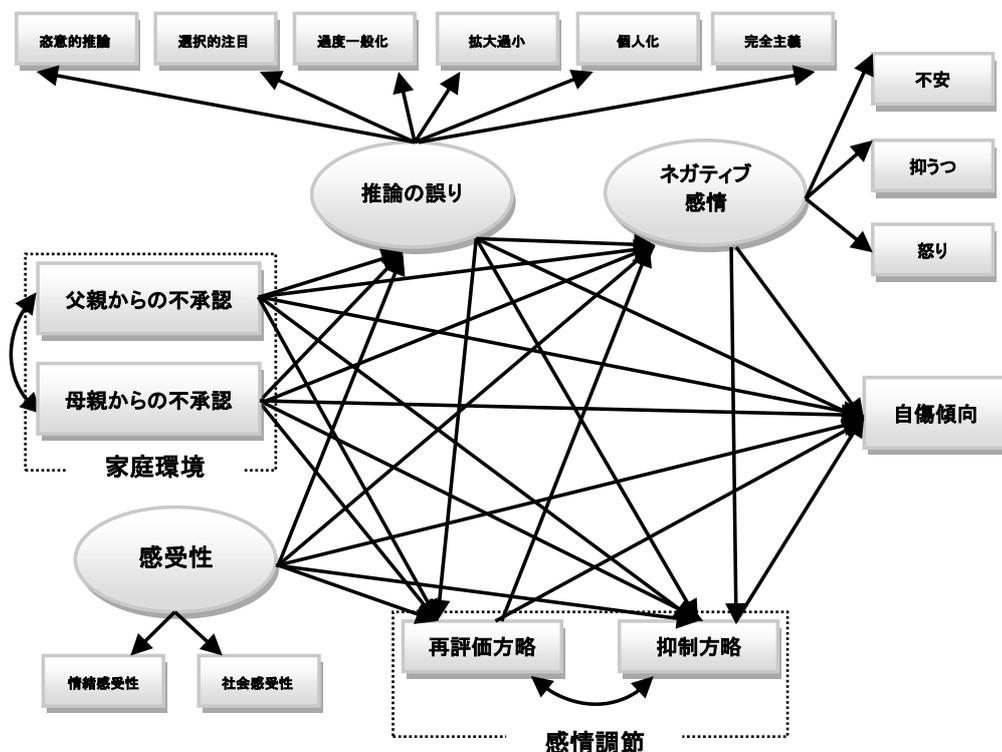


図7-1 分析前の過感受性・不承認環境下における自傷発生のプロセスモデル

サンプル数が多いことから有意であった($\chi^2(249)=608.670$, $p<.001$)。その他の指標は、NFI=.921, CFI=.951, RMSEA=.038, AIC=926.670 と、ほぼ高い適合度を示していたため、このモデルを採用した。

以上の適合性基準から、仮説化されたモデルに基づいて分析を行った。自傷低群に関して、標準偏回帰係数を付した最終モデルを図7-2に示した。また、自傷高群については、その結果を図7-3に示した。

4. 仮説モデルに基づく自傷低群と高群の比較

本研究の結果は、変数が多くあることから、羅列的に記述するのではなく、仮説に沿って記述を行う。本研究では自傷を惹起する原因として、親から子への「不承認」と自傷者本人の「感受性(感情的過感性)」の高さとが大きく規定しているという前提に立っている。その前提に立って自傷低群と自傷高群のパス図を比較しながら記述していく。自傷低群において、まず気づくのは、父親・母親それぞれの「不承認」及び本人の「感受性」が「自傷傾向」への有意なパスを直接的に生み出していることである(父親:非標準化係数 $B=.051$, 標準化係数 $\beta=.181$, $p<.001$; 母親: $B=.050$, $\beta=.143$, $p<.01$; 感受性: $B=.154$, $\beta=.192$, $p<.001$)。次に、本人の「感受性」から「推論の誤り」へのパスが顕著に認められ(感受性: $B=.988$, $\beta=.524$, $p<.001$)、「推論の誤り」は「ネガティブ感情」($B=.660$, $\beta=.435$, $p<.001$)を介して「自傷傾向」に至るか($B=.054$, $\beta=.190$, $p<.001$)、あるいは直に「自傷傾向」($B=.107$, $\beta=.251$, $p<.001$)を生じさせている。また、パスの顕著な経路として、「父親からの不承認」が「再評価方略」に負のパスを示し($B=-.232$, $\beta=-.181$, $p<.01$)、自傷高群で認められたような「再評価方略」から「ネガティブ感情」への有意なパスを示さなかった($B=.015$, $\beta=.019$, n.s.)。「父親からの不承認」から、「再評価方略」との間に有意な相関 ($r=.570$, $p<.001$)を示す「抑制方略」を経て、「自傷傾向」に至る経路($B=.023$, $\beta=.129$, $p<.05$)も注目される。その一方で、自傷高群で生じていた「母親からの不承認」から「再評価方略」への有意なパスは見られなかった(母親不承認: $B=-.118$, $\beta=-.073$, n.s.)。さらに、自傷高群で見出されたような「推論の誤り」からの「抑制方略」への有意なパスは示されなかった($B=-.026$, $\beta=-.011$, n.s.)が、「ネガティブ感情」が「抑制方略」に有意なパスを示し($B=.204$, $\beta=.127$, $p<.05$)、その「抑制方略」が「自傷傾向」に有意な正の影響を示すパス($B=.023$, $\beta=.129$, $p<.05$)は存在していた。この他、本研究の結果で明らかになったのは、「父親からの不承認」が「ネガティブ感情」に正の影響を与えていたことと($B=.138$, $\beta=.139$, $p<.05$)、「推論の誤り」が直接に「自傷傾向」に影響を与えていたこと($B=.107$, $\beta=.251$, $p<.001$)であった。なお、「父親からの不承認」と「母親からの不承認」の間には、有意な

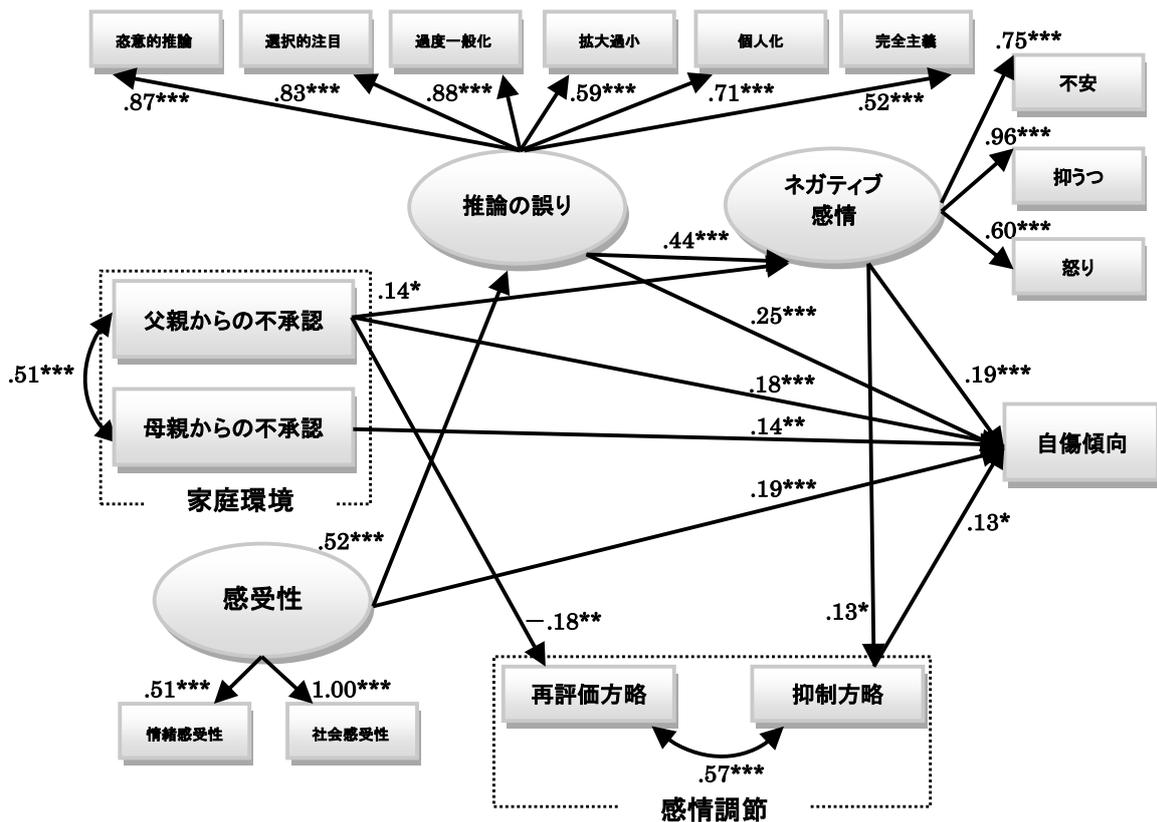


図7-2 自傷低群の過感受性・不承認環境下における自傷発生プロセスモデル

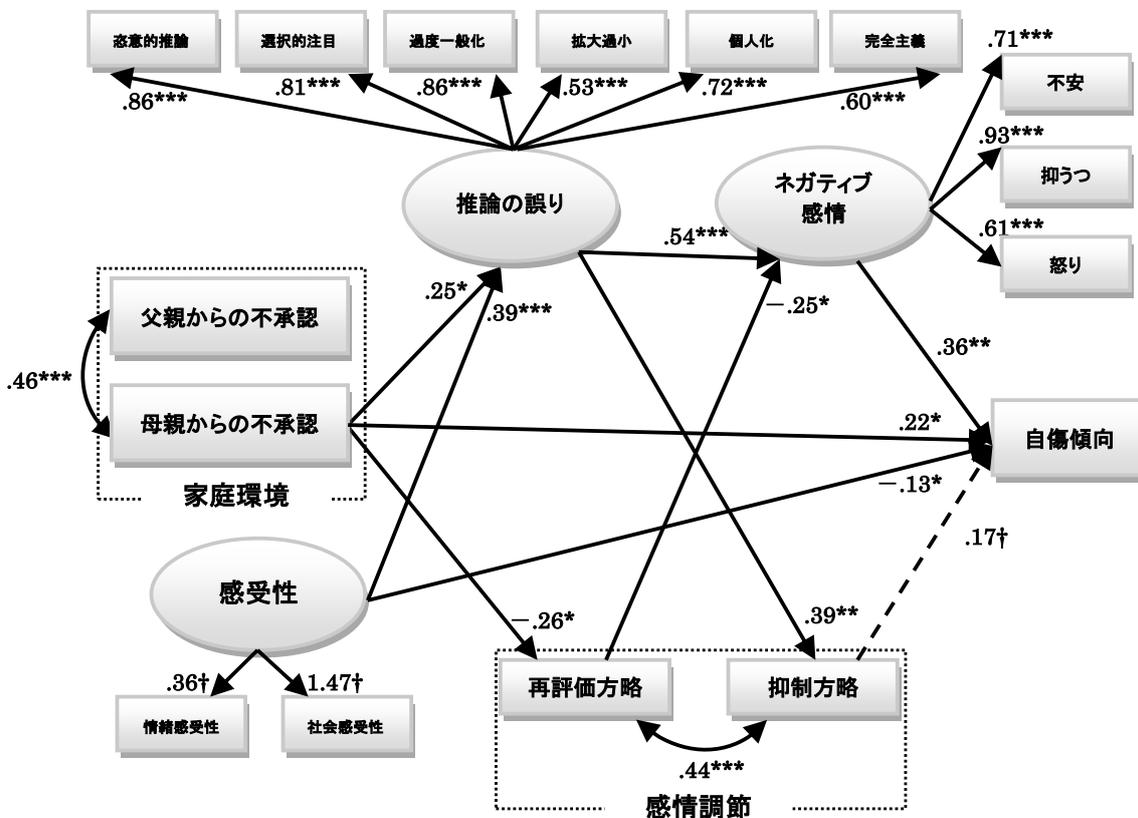


図7-3 自傷高群の過感受性・不承認環境下における自傷発生プロセスモデル

正の相関が見られた($r=.513, p<.001$)。

一方、高群の結果に関しては、「自傷傾向」への「父親からの不承認」からのパスは有意ではなく($B=-.029, \beta=-.119, n.s.$), 「母親不承認」から「自傷傾向」へのパスが有意であり (母親: $B=.061, \beta=.224, p<.05$), また、本人の「感受性」の高さから「自傷傾向」には有意な負のパスが見られた($B=-.137, \beta=-.126, p<.05$)。次に、「父親からの不承認」から「推論の誤り」には有意なパスが現れておらず($B=.023, \beta=.044, n.s.$), 「母親からの不承認」と「感受性」から「推論の誤り」への正のパスが共に有意であった(母親: $B=.148, \beta=.247, p<.05$; 感受性: $B=.937, \beta=.391, p<.001$)。そして、「推論の誤り」は「ネガティブ感情」を介して($B=1.011, \beta=.543, p<.001$), 「自傷傾向」に正のパスを示していた($B=.087, \beta=.358, p<.01$)。また、「父親からの不承認」及び「感受性」からは「再評価方略」への有意なパスをいずれも示していない(父親不承認: $B=.024, \beta=.020, n.s.$; 感受性: $B=.076, \beta=.014, n.s.$)が、「母親からの不承認」からは「再評価方略」への負のパスが生じ($B=-.353, \beta=-.261, p<.05$), 「再評価方略」から「ネガティブ感情」にも有意な負のパスが示された($B=-.205, \beta=-.247, p<.05$)。なお、「再評価方略」と「抑制方略」の間には、有意な正の相関が見られた($r=.443, p<.001$)。さらに、「推論の誤り」は「抑制方略」に有意な正のパスを示していたが($B=.949, \beta=.394, p<.01$), 自傷低群で見られたような「ネガティブ感情」から「抑制方略」へのパスは有意ではなかった($B=-.033, \beta=-.025, n.s.$)。そして、「抑制方略」から「自傷傾向」へのパスは通常の有意水準には達していないが、有意傾向を示した($B=.032, \beta=.171, p<.10$)。なお、「父親からの不承認」と「母親不承認」の間には、有意な正の相関が見られた($r=.459, p<.001$)。

第4節 考察

本研究の目的は、先行研究によって明らかにされてきた自傷発生の要因について測定可能ないくつかの尺度を同時に大学生に適用して、自傷に至る外的要因(親子関係)と内的要因(感覚機能・認知機能・感情機能の過感性)の双方を基盤としたプロセスモデルを構築し、自傷発生に関与する感情情報処理のメカニズムを検討することであった。このプロセスモデルは、一方で親から子への不承認が、また他方で自傷者本人の感受性の高さ(感情的過感性)による推論の誤りや感情調節機能の不調に伴うネガティブ感情の喚起といった感情情報伝達過程の歪みが、自傷に至るプロセスにおける重要な役割を担うことが構造方程式を通して描記された。本研究では、自傷に至る可能性の低い自傷低群(一般群)と自傷の可能性の高い自傷高群(臨床群)の構造方程式におけるパス係数の相違から、不承認という親子関係における父親と母親による性役割の意味、それに自傷者の感情情報伝達過程の歪みについて検

討する。

1. 自傷傾向低群及び高群における仮説の評価

自傷傾向低群のパス図から、本研究で予め想定した自傷者への親からの不承認(外的要因)及び他者から向けられた感情に関する対象者本人の感受性(内的要因)は、いずれも自傷傾向に影響することが明らかとなった。「父親からの不承認」や「母親からの不承認」、自傷者自らの「感受性」が「自傷傾向」には直接的に影響を及ぼすことが示唆されると同時に、「感受性」による「推論の誤り」、あるいはその「推論の誤り」が「ネガティブ感情」を喚起し「自傷傾向」を高めていることが強く推論できる。

次に自傷傾向高群のパス図からは、「自傷傾向」に及ぼす「母親からの不承認」の影響の意味の重大さと広がりなどが注目される。というのは、以下の3点の事実が示されているからである。第1点は、「母親からの不承認」から「自傷傾向」への直接的な影響($\beta = .22$)が見られる。このことは、自傷者にとって母親からの心理的無理解と存在の不容認が自傷行為の契機を生み出していると言える。第2点として、「母親からの不承認」は自傷者本人の「感受性」とも相俟って「推論の誤り」を惹起し(前者は $\beta = .25$ 、後者は $\beta = .39$)、一方で「ネガティブ感情」の喚起($\beta = .54$)とそれに続く「自傷傾向」を高め($\beta = .36$)、他方で感情調節における「抑制方略」を生み($\beta = .39$)、その結果、通常の有意水準には達していないけれども「自傷傾向」を高める傾向が認められる($\beta = .17$)。第3点は、「母親からの不承認」が自傷者本人の「再評価方略」を執り難くし($\beta = -.26$)、その「再評価方略」が乏しくなればなるほど「ネガティブ感情」を益々増大させている($\beta = -.25$)。そして、既述したように、「ネガティブ感情」の喚起によって「自傷傾向」が高められていく($\beta = .36$)。このように、特に「母親からの不承認」が存在する環境下にいた対象者は、感情調節の経験を親からの肯定的な感情的交流を通して学習する機会が乏しいことが推定される。感情調節は経験を通して獲得されるスキルであり、後天的に学習されるため親子関係の果たす役割は大きい。他の調査研究でも、家族からの社会的支援のなさが感情調節に問題をきたし、その結果自傷を誘発しているとした知見もいくつか見られ(Adrian, et al., 2011; Rotolone & Martin, 2012)、親子関係における問題が感情調節機能への不調に関連することが示唆される。

次に、自傷傾向高群のパス図から見出せることは、「感受性」から「自傷傾向」への直接的パスが負のパス係数を示していることである($\beta = -.13$)。このことは、自傷者の言語的なコミュニケーションが十分に発揮できないまでに制限されると(「社会的感受性」から「感受性」は $\beta = 1.47$)、自傷傾向を高めることを意味している。換言すれば、自傷者の言語的なコミュニケー

ション(社会的感受性)が十分に機能し発揮できれば、自傷傾向が緩和できることが期待される。これらのことから考えられるのは、「推論の誤り」が緩和するか、あるいは「推論の誤り」を経ないで感情を惹起することができれば、ネガティブ感情を減らす効果があると推測され、自傷傾向を低めることが期待できる。これは、ありのままの感情を捉えるといったマインドフルネスの観点からも同様のことが言える(Kabat-Zin, 1990)。しかし、その推論の誤りを緩和するには、「感受性」だけでなく「母親からの不承認」も改善される必要があることも重要であり、そのためには親子関係への支援が必須となる。

また、自傷傾向を高める要因である「推論の誤り」について、「感受性」の高さは親子関係よりも大きなリスクファクターであることを示しており、今後、自傷者自身の内的要因へのさらなる検討が必要であることを示唆している。

2. パス図における自傷低群と自傷高群の相違

自傷低群と自傷高群の相違に関して、まず目に付くのは低群で存在していた「自傷傾向」への3つの直接的なパスのうち、高群では「父親からの不承認」のパスの消失、「母親からの不承認」のパス係数の増強、「感受性」のパス係数の正から負への転換、という変化であった。これらのことから自傷は、外的要因の家庭環境の中でも父親よりも母親との心の絆の減弱あるいは喪失の影響が特に強いということが推論可能である。このように、親からの不承認が自傷傾向に影響していること、さらに、父親よりも母親の方が自傷傾向により大きな影響を与えていることは、先行研究の所見(土居・三宅, 2018b)と一致する。対象者にとって親からの不承認とも映る関わりには以下の関係にも該当する。例えば、青年対象者に対する親からの過保護(Bureau, et al., 2010)、親からの心理的・行動的制限(Baetens, et al., 2014)、疎外感を誘発するような親からのコミュニケーション不足(Bureau, et al., 2010)、親からの感情的なネグレクト(Gratz, et al., 2002)などは、対象者にとって親からの不承認とも映る関わりであり、本研究所見を支持するものと考えられる。

一方、内的要因として自傷者の「感受性」は、自傷低群では直接的に「自傷傾向」に対して促進的影響を、自傷高群では抑制的影響を及ぼしていて、作用としては真逆の方向性を持つがいずれにおいても「自傷傾向」に関わっていることは認められる。すなわち、自傷低群では社会的(言語的的感受性)及び情動的(非言語的的感受性)情報への「感受性」の促進によって「自傷傾向」が高められているのに対して、自傷高群では情動的(非言語的的感受性)情報が疎んじられ社会的(言語的的感受性)情報への「感受性」のみが支配的となって自傷を生起させる可能性が高いことが窺われる。このことは、自傷低群の対象者にとっては親からの言動に対す

る過感性が「自傷傾向」を高め、自傷高群の対象者にとっては親からの言動的なコミュニケーションさえもが疎遠なために、「自傷傾向」を高めたことが推測される。

以上のことから、生物学的脆弱性(感受性の高さ)と環境リスク(親子関係)の相互作用は推論の誤りと感情調節機能の重篤な不全につながり、それが自傷傾向を高めることを説いた Linehan(1993a)の見解と、本研究結果は一致している。さらには、自傷傾向には、父親・母親による性役割の違いがあることなどが明らかになり、この結果は、これまでの先行研究を統合するものとして、今後の自傷研究に寄与すると考える。

第5節 結論

本研究は、従来明らかにされてきた自傷の規定要因を組み込んだプロセス・モデルを作成することによって、自傷者の感情情報処理過程における歪みを通してその発生メカニズムに関する仮説を提出した点で意義がある。プロセス・モデルでは、自傷者に対する父母からの不承認という自傷者を取り巻く外的要因、及び自傷者本人の感情的過感性に基づく推論の誤りによる感情調節の歪みとネガティブ感情の仕組みという自傷者の内的要因とが明らかとなった。前者では、特に母親からの不承認が大きく関わると同時に親としての役割の違いが示唆された。また、後者では、自傷低群と自傷高群におけるパス経路の相違を比較・検討することにより、感情処理のプロセスにおける推論の誤りやネガティブ感情の喚起、それに感情調節の不調が推定された。

親からの不承認と感受性の高さが自傷傾向に影響を与える経路には、推論の誤りの高さ、再評価方略の低さ、抑制方略の高さ、及びネガティブ感情の高さによる経路が示唆された。このことから、親からの不承認や本人の過感性は、推論の誤りや感情調節、二次的感情を通して自傷傾向に強い影響を及ぼす危険要因となり得ることを窺わせる。これらの知見は、Linehan (1993a)が臨床的事例をもとに提唱した説をほぼ支持するものと考えられる。したがって、自傷傾向を減衰させるには、母親からの不承認に対する対人関係の改善、推論の誤りへの認知的介入、マインドフルネスのような感受性がより開放される心理的介入、再評価方略を高めるようなスキル訓練などが、意味あるものと思われる。

1. 本研究の限界と将来の研究への方向性

本研究の結果における解釈にはいくつかの限界がある。第1は、本調査では自傷行為尺度の高得点をもって自傷高群として扱ったが、直接的には自傷の有無を聞いていないことから、自傷高群の参加者が実際に自傷しているかどうかについて識別することが困難な点にある。こ

の自傷行為尺度における特定水準以上の得点は、自傷が行われる可能性を示すものであり、研究協力者に対する倫理的配慮に基づいて「自傷を行った経験がある」といった自傷者本人からの直接的言質を得た結果ではないことに留意していただきたい。しかし、土居・三宅(印刷中 a)では、平均値以下、自傷者検出のためのカットオフ値以上の場合の検査の陽性的中率は、71.4%であり、本研究における自傷高群には同程度の割合で自傷者が含まれていると推測される。この尺度を使用するメリットとして、これまでの自傷研究で用いられるような自傷の有無による2値変数である質的変数に比べて、この尺度は4件法、すなわち量的変数を用いて質問していることから、より高い精度が結果に反映すると考えられる。また、本調査における自傷は診断に基づいて検討していないことから、精神疾患の状態を系統的に評価すれば、より妥当性の高い結果を示すことができたであろう。

第2は、親からの不承認については、子が親から信頼・承認されている関係の尺度(落合・佐藤, 1996)の逆転項目を使用している。承認の反対が不承認であるかどうかについては、土居・三宅(2017; 2018b)が議論しているように、不承認とは親が子供の存在自体を受け入れ認めようとしなないことであり、この尺度の項目内容には、それらが多く含まれることが先行研究にて認証されている。しかし、不承認用に作られた尺度ではないことから、解釈には限界があると考えられる。

第3は、「感受性」に関して Linehan (1993a)が述べているのは生物学的基盤のある感受性であり、本研究で用いた感受性尺度は、社会的場面における対人関係スキルの測定を目的に作成された尺度である。今後は生物学的な感受性が捉えられる測度を用いることによってより精度の高い検討が行えると考えられる。

第4は、本研究では自己記入式調査を行っている。そのため、親子関係はあくまで子供からの視点による測定である。今後、一層客観的な結果を導くためには、親からの視点による親子関係尺度をあわせて用いることも考えるべきであろう。

第5は、自傷高群の「抑制方略」から「自傷傾向」へのパスは通常の有義水準ではなく、あくまで有義傾向であり、破線で表記した。統計的推定における有義か有義傾向かは、今後、何度か調査を繰り返して検証を重ねていく必要があるだろう。

第6は、図5のパス図において、下位因子である「社会的感受性」からその合成変数である「感受性」因子へのパス係数が 1.47 を示し、理論的枠組みを逸脱していた点にある。これは共線性の可能性が考えられるが、本研究の感受性尺度は、人の感受性を構成する要素として、社会的場面における対人関係の中で生じる言語的側面における感受性と非言語的側面における感受性の両者からなる。「感受性」は、一般に、それらが相互に関わって成立しており、両

者が共に並立することで感受性としてのまとまりを有する。そのため、理論的枠組みからは本研究における「感受性」の実測値には逸脱が認められるものの、本研究における討論では「社会的感受性」と「情緒的感受性」の相対的關係のみに言及するに留め、分析に含めることにした。また、「情緒的感受性」と「社会的感受性」は同じ「感受性」として、共線性の問題があるとしても、他の変数への波及効果は少ないものと推定される。以上のような限界があるにもかかわらず、本研究をあえて公表する理由は、自傷発生における感情処理メカニズムを洞察することで、今後の自傷行為研究に一石を投じることができると考えたからである。

本研究は、青年期の若者において環境要因である親子関係と子供自身の内的要因である感受性の強さと自傷の発生と維持に大きく寄与していることを実証した点に価値がある。多様な青年期の問題において、今後は親以外の環境要因(きょうだい関係・友達関係)も含めて検討していくことによって自傷の理解につながるものと期待できる。

付記

本研究では、利益相反はなかった。また、本研究は吉備国際大学の倫理審査委員会の認証を得ている(受理番号:17-54)。

第8章 結語

第1節 本論文の総括

近年、青少年の間で自傷が問題となっており、その問題を解決していくためにはまず、自傷発生のメカニズムについて明らかにしていく必要があると考えられた。そのため、本論文においては、自傷行為の発生原因とプロセスについて検討し、そこから得られた知見によって考えられる自傷者に対する関わり方、支援方法について検討することが目的であった。

第1章では、「自傷行為」というテーマはどのような研究領域で扱われ、どう解釈され、どのように位置づけられているのかについて論考した。その結果、臨床心理学の領域では、①自傷発生のメカニズムを理解し、自傷治療にはアセスメントと支援が必要であること、②アセスメントには、生物・心理・社会モデルの観点から検討すること、③それらが「正常と異常」、「適応と不適応」の観点から検討する視点の必要性が述べられた。自傷行為はこのような領域に位置しており、この観点から検討されている必要性があるとした。

第2章では、自傷行為の現象について明らかになっていることを把握するため、先行研究をレビューした。それによると、自傷経験率は1990年頃から増加してきており、2000年代以降は一定に推移している。しかし、未だに自傷の定義が曖昧であること、自傷の調査方法や自傷改善への介入プログラムなどにおける研究倫理に問題が残っていること、自傷経験率に男女差があるとの研究結果がある一方で無いといった結果もあること、親子関係やきょうだい関係が自傷に関連していること、そして、治療や集団介入プログラムの開発が遅れていることなど、多くの問題が残っている。また、他の精神疾患患者の中に自傷を行っている者が含まれており、自傷行為現象のみの分類や分析は困難であり、その精神疾患の中でも特にBPD患者の中に自傷者が多いとの見解が見られる一方で、解離性障害の患者にも自傷者が存在しており、実際の精神疾患と自傷の関連は、解明できているとは言い難い。その原因の一つとして、自傷者の多くが医療機関を利用しておらず、サンプル抽出の方法に問題が残っている。このようなことから、現代においても解明されていない研究領域が多いことを指摘した。

第3章では、自傷の発生原因の一つとして考えられる親子関係に焦点を当てて検討を行った。先行研究では虐待に関するものが多かったが、近年では「新世代の自傷」とよばれる、自傷者の背景に重篤な家族関係が見られない自傷現象が報告された。そこから、

自傷者の乳幼児期・児童期から青年期・成人へ至るまでの親子関係に何らかの歪みが存在することが推測された。乳幼児期・児童期ではアタッチメントに問題があること。さらに、自傷は青年期に好発し維持されている点から、青年期から成人期にかけて自立への承認や支援される関係に問題があり、親子関係の発達段階に遅れがあることを指摘した。

第4章では、親からの子への「不承認」を理解するため、Linehan が提唱する弁証法的行動療法の一技法である「認証」を理解し、そこから不承認環境を検討しようとした。その結果、不承認とは、「親は自己一致をしておらず、子供に対して無関心で否定的であり、そして子供個人を全体的に受け入れようとしない態度」であると解釈した。このような態度で接され、自傷者自身の感情に生物学的なもろさが存在すると、感情調節障害を誘発し、自傷が行われやすくなるとされる。このことから、親から子への不承認的態度によって、自傷が惹起される可能性が高まることが示唆された。

第5章では、自傷と親子関係の関連（親から子への不承認、親子関係の発達段階）に問題があるかについて検討するため、実証的調査を行った。その結果、青年期において親から子への不承認が自傷傾向を高めており、親から子への態度が、自傷と関係していることを明らかにした。そして、高校生から大学生への親子関係が発達の推移する中、大学生になっても変わらぬ過干渉的態度、支援の無さ、さらには一人前の大人として認めようとしない不承認的態度といった、親子関係の発達段階に歪みが存在し、それが自傷を誘発していることが明らかになった。そこから、自傷傾向の高い青年は、心理的離乳に達していないことが示唆された。特に母親の子供に対する関わりが自傷には大きく関与していることも示された。

第6章では、前章で親から子への不承認が自傷傾向を高めていることを明らかにした。そこで、親子関係から自傷発生に至るまでには、どのような要因が影響を及ぼし、そしてそれがどのような経路をたどるかについて詳しく検討するため、先行研究をレビューした。その結果、親が子を不承認する環境が存在し、かつ自傷者個人が過敏である上で、何らかのストレスを受けた時に、その沸き起こった感情を感じようとしなかったり、むしろ簡単なことと認識しようとしたりするなどの推論の誤りを通すことで、二次的なネガティブ感情を惹起させてしまうことになる。また、自傷者は感情調節スキルの不足から、ストレス状況で対処することができず、結果的にネガティブ感情のコントロールに失敗してしまう。このような経路を経て高まってしまったネガティブ感情を緩和するために自傷が行われるといった仮説が導き出された。

第7章では、前章の仮説で導き出された経路が、実際の現象として生じるのかを検討するため、実証的調査を行った。その結果、親から子への不承認と自傷者自身の感受性の高さが推論の誤りを促進し、ネガティブ感情を増加させること、さらには、親からの不承認や推論の誤りが感情調節に困難をきたし、ネガティブ感情のコントロール不全に陥っていること、これらのことが合わさって自傷傾向を相互に高め合っているということが明らかになった。

以上のことから、本論文で自傷発生の原因として示されたことは、親から子への不承認的態度と自傷者自身が持つ感受性の高さであった。前者は推論の誤りを高め、感情調節機能を低めることに影響し、後者は推論の誤りを大きく高めるリスクファクターであった。推論の誤りと感情調節機能不全がネガティブ感情を相乗的に高め、結果として自傷傾向を高めるといった経路があることが示された。

第2節 本論文から指摘できる自傷行為への支援方法

自傷が行われる原因の一つとして、親から子への不承認の存在があげられた。そのため、親子関係が改善し、親が子を受け入れ認めることができれば、子の推論の誤りを緩和することができ、結果的にネガティブ感情を低め、自傷傾向を減少させることができると推測される。そのため、親に対する相談などの介入が必要である。しかし、親子関係が改善されない場合も考えられる。そこで、自傷者の感受性の高さは、推論の誤りを通ると自傷傾向を高め、推論の誤りを通らないと、自傷傾向を減少させることも示された。推論の誤りを通らないようにするためには、ありのままの自信の感情を感じることで、自身の感覚に気づき、それらを受け入れることで、現実の状況を理解することができ、誰かに相談したり、問題解決をしたりするなどの適応的な行動を取ることができるようになることで、結果的に自傷傾向を低める効果があると考えられる。この場合、マインドフルネスなどの心理的介入を用いることが有効であろう。また、推論の誤りが自傷傾向を高めていることから、認知行動療法の認知再構成法などを用いることで、例えば自傷者が不承認環境の中でいたとしても、推論の誤りを予防することができると考えられる。さらには、感情調節機能不全が起こることにより、自傷傾向が高まっていることから、日々の出来事と沸き起こった感情との記録をつけてもらい、メタ認知機能を高めて、再評価方略ができるようにしたり、スキルトレーニングを行うことによって問題を対処し、未然にネガティブな感情が起こらないようにしたりすることで、起こってしまったネガティブ感情を適切な対応で処理することができ、その結果として自傷傾向を低めること

ができると考えられる。このようなことから、弁証法的行動療法は、ソーシャルスキルトレーニングや対人関係を改善するトレーニング、ネガティブ感情が沸き起こった時に対応する苦悩耐性訓練、自身の感情に気づくマインドフルネス訓練などを含めており、自傷治療には最適な治療方法であることが分かる。しかし、基本的な DBT では、スキルトレーニングをするトレーナーによる訓練や話をしっかりと聞き自傷者を認証するセラピストとの面接、さらには電話カウンセリングやケース会議などが必須であるとされている。そのため、日本国内でこれらを実施するには、施設設備や人力的コストの面からも困難である。今後は一般的な医療機関におけるカウンセリングでもできる治療法が開発されることが望まれる。しかし、自傷者は医療機関よりも教育機関に多く存在することから、スクールカウンセリングでも実施可能な治療、もしくは集団介入プログラムが開発されることが望まれる。

第3節 本論文の限界

これまでの研究において自傷の定義は、どこまでを含め区切るかによって、自傷経験率が研究によって異なるといった問題が存在した。さらには、本論文でも述べてきたように、自傷者は医療機関よりも学校現場などの教育機関、すなわち一般人の中に多く存在する。そのため、教育現場で自傷行為の研究が行っていくことがこの現象をより精度高く抽出することにつながると考えられる。しかし、教育機関で研究するには、自傷行為に関する内容を直接的にたずねる質問を用いることは倫理的に問題である。そこで本論文では、土居他(2013)が開発した自傷者の心理社会的背景を質問することで自傷傾向を測定する尺度を用いることにした。しかし、この尺度は自傷経験の有無をたずねていないわけではないため、平均+1SDの自傷高群の中に実際に自傷を行っていない者も含まれることになる。このようなことから、本論文の結果は自傷者を検出することへの問題が存在し、それを前提にした結果であることに留意したい。

特に、自傷研究で大きな障壁となるのは、倫理的問題である。例えば、自傷の有無について調査でたずねることにおいても、細心の注意を払わなければならない。なぜなら、人によっては自身の身体を傷つけるといった行為を想像するだけで気分が悪くなる調査協力者もいるからである。その対応方法としては、医師や看護師、臨床心理士などのチームを作り、何か問題があった場合は、すぐに対応が取れるようにした方がよいとも考えられるが、実際にそのような連携を取ることは、コストの面からも困難である。

しかし、その一方で、例えば、「自分を傷つけたことはありますか。」とたずね、自

傷に関する質問を曖昧にして、倫理的問題を回避するという方法もある。しかし、これもまた問題が残る。「自分を傷つける」とはどういう意味なのか、身体を傷つけるのか、あるいは心の中で思うことについてなのかなど、質問方法によっても、解答結果が異なってしまうのである。

また、佐野(2016)は、定時制高校生を対象に調査を行っているが、その中で、「リストカットなどの身体を傷つけることをしたことがある。」かどうかをたずねているが、これも、サンプル抽出の面で問題が残る。例えば、「壁を殴る」行為はどうであろうか。この行為はどのような目的であるかによって、自傷行為とも他害行為ともとらえられる。意図的に自分の体を傷つけるために壁を殴るのであれば自傷行為として捉えられるが、誰かに威圧を与えるために壁を殴るのであれば他害行為ともとらえられる。すなわち、リストカットのみに限定してしまうと、意図的に自身を傷つけるために壁を殴る対象者はここから外れてしまうのである。このように、自傷研究では倫理的側面やサンプル抽出の側面において多くの問題がからんでおり、研究自体が曖昧にならざるを得ない。しかし、それでも研究を進めていくのは、自傷者の多くは医療機関を利用しないまま、自殺に至ってしまう者もあり、一刻も早く自傷現象が解明され、改善することが求められているからである。曖昧にならざる状況だとしても、その中でより精度を高めようとしていく視点を持つ必要があり、今後もそのような問題を一つ一つ解決しながらも、進めていかなければならない。その意味でも、本論文の研究は倫理的な問題がクリアされている上で検討された結果であり、今後の自傷研究の一つの方向性を導くものと考えられる。

第4節 本論文の意義

本論文の意義を整理する。①自傷行為は定義が曖昧であり、様々な精神疾患の一症状としても含まれることから、研究によって結果が一致していない。そのような現状の中でも研究を行っていく必要があるのは、この行為によって多くの人々が現在も苦しんでいるからであると言及した。②自傷研究では、倫理的問題が大きく、研究自体を困難にさせている。倫理的問題をクリアした上での研究を行うことが、今後の自傷研究を発展させていくことにつながると指摘した。③先行研究をレビューし、現在どこまでが明らかになっているのかを示し、その中で、注目すべき点として、親子関係と自傷者自身の性質が問題の中心であることを示した。④親から子への「不承認」とは、「親は自己一致をしておらず、子供に対して無関心で否定的であり、そして子供個人を全体的に受け

入れようとしなない態度」であると示した。⑤自傷者の親子関係では、親から子への不承認が大きく影響を与えており、青年期の親子関係の発達段階である心理的離乳は一般青年者に比べて遅れていることを実証的研究で明らかにした。⑥親から子への不承認と自傷者自身の感受性の高さが推論の誤りと感情調節機能を通して、ネガティブ感情を高めた結果、自傷傾向に影響を与えるといったプロセスモデルを生成した。⑦そのプロセスモデルを基にパス解析を行った結果、親から子への不承認と感受性の高さが推論の誤りを促進し、さらに不承認と推論の誤りが感情調節機能を低下させ、それらがネガティブ感情を増幅させることで、結果的に自傷傾向を高めることを明らかにした。

引用文献

- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **39**, 389-400.
- 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 日本公衛誌, **59**(9), 665-674.
- 赤澤正人・松本俊彦・勝又陽太郎・廣川聖子・立森久照・竹島正 (2012). 若年者の自傷行為と過量服薬における自殺傾向と死生観の比較 自殺予防と危機介入, **32**(1), 34-40.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed.* American Psychiatric Association. Washington, D. C. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 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. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth ed.* American Psychiatric Association. Washington, D. C. (高橋三郎・大野裕 監訳・染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村將・村井俊哉 訳 (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association. (2013b). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5.* American Psychiatric Association. Washington, D. C. (高橋三郎・大野裕 監訳・染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村將・村井俊哉 訳 (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院)
- 浅野瑞穂 (2015). 自傷行為研究の展望と今後の課題について 立教大学臨床心理学研究, **9**, 13-23.
- 浅野瑞穂 (2016). Cutting への親和性尺度の作成 立教大学臨床心理学研究, **10**, 15-27.
- Bach, P. A. & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance & commitment therapy.* New Harbinger Publications. (武藤崇・吉岡昌子・石川健介・熊野宏昭訳(2009). ACT(アクセプタンス&コミットメント・セラピー)を実践する, 星和書店)
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J., & Griffith, J. W. (2014). Is non-suicidal self-injury associated with parenting

- and family factors? *The Journal of Early Adolescence*, **34**(3), 1-30.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. (坂野雄二訳 うつ病の認知療法 岩崎学術出版社)
- Brausch, A.M. & Gutierrez, P.M. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, **39**, 233-242.
- Brody, L. R. (1996). Gender, emotional expression, and parent-child boundaries. In R. D. Kavanaugh, B. Zommerberg, & S. Fein (Eds.), *Emotion: Interdisciplinary Perspectives*. Psychology Press, 139-170.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **111**(1), 198-202.
- Brown, S., Williams, K., & Collins, A. (2007). Past and recent deliberate self harm: Emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology*, **63**, 791-803.
- Bureau, J., Matin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M., & Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth Adolescence*, **39**(5), 484-494.
- Cawood, C. D. & Huprich, S. K. (2011). Late adolescent nonsuicidal self-injury: The roles of coping style, self-esteem, and personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, **25**, 765-781.
- Chalker, S. A., Carmel, A., Atkins, D. C., Landes, S. J., Kerbrat, A. H., & Comtois, K. A. (2015). Examining Challenging Behaviors of Clients with Borderline Personality Disorder. *Behavior Research Therapy*, **75**, 11-19.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L., & Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, **44**, 371-394.
- Chapman, A.L., Specht, M.W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **35**(4), 388-399.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A. Hurt, S. W., & Glimore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **92**, 263-275.
- Claudine, F. & Hawton, K. (2004). *DELIBERATE SELF-HARM IN ADOLESCENCE*. Jessica

- Kingsley Publishers Ltd. (クローディーン・フォックス, キース・ホートン 田中康夫 (監修) (2009). ハンドブック 青年期における自傷行為 エビデンスに基づいた調査・研究・ケア 明石書店)
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davicesm, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **15**, 201-211.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*. **135**(3), 495-519.
- 土居正人 (2016). 抑うつ予防プログラムが自傷行為傾向に与える影響 心理・発達総合研究センター紀要, **2**, 13-21.
- 土居正人・三宅俊治 (2017). 自傷行為者の親子関係における不認証環境の検討 弁証法的行動療法による認証の観点から 国際教育研究所紀要, **27**, 57-74.
- 土居正人・三宅俊治 (2018a). これまでの自傷行為研究と今後の展開について 国際教育研究所紀要, **28**, 29-50.
- 土居正人・三宅俊治 (2018b). 親子関係が自傷行為傾向に与える影響 心身医学, **58**(5), 423-431.
- 土居正人・三宅俊治 (印刷中 a). 自傷行為尺度のカットオフ値の推定 ROC 分析が示す自傷方法と男女差の検討 国際教育研究所紀要.
- 土居正人・三宅俊治 (印刷中 b). 自傷に及ぼす親子関係の歪みについて 吉備国際大学紀要.
- 土居正人・三宅俊治 (印刷中 c). 非自殺的自傷行為発生までの経路の検討 自傷行為研究と感情調節研究の文献レビューを通して 吉備国際大学紀要.
- 土居正人・三宅俊治・園田順一 (2013). 自傷行為尺度の作成とその検討 心身医学, **53**(12), 1112-1120.
- Ekman, P. (1992). *An Argument for Basic Emotions*. *Cognition and Emotion*, **6**, 169-200.
- Emerson, L. (1913). The case of Miss: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, **1**, 41-54.
- 遠藤利彦・石井佑可子・佐久間路子 編 (2015). よくわかる情動発達 ミネルヴァ書房.
- Erikson, E. H. (1959). *Psychological Issues: Identity and the Life Cycle*. International Universities Press. (小此木啓吾(訳編) (1973). 自我同一性 誠信書房)
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among

- Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, **51**(2), 158-172.
- Favazza, A.R. (1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, **40**(2), 137-145.
- Favazza, A.R. (1996). *Bodies Under Siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry second edition*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore. (A. R. ファヴァッツァ 松本俊彦(監訳) (2009). 自傷の文化精神医学 包囲された身体 金剛出版)
- Favazza, A.R. & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, **24**(1), 22-30.
- Favazza, A.R., Derosear, D.O., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat behavior*, **19**(4), 352-361.
- Favazza, A. & Rosenthal, R.J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioral Neurology*, **3**, 77-85.
- Feil, N. (1993). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with " Alzheimer's-type dementia"*. Health Professions Press.(藤沢嘉勝監訳(2001). バリデーション 痴呆症の人との超コミュニケーション 筒井書房)
- Fivush, R. (1993). Memory and affect in development: Emotional content of parent-child conversations about the past. *The Minnesota Symposium on Child Psychology*, **26**, 38-78.
- Franklin, J.C. & Nock, M.K. (2016). Nonsuicidal Self-Injury and Its Relation to Suicidal Behavior. *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises*, 401-416.
- Friedman, H. S. & Riggio, R. E. (1981). Effects of individual differences in non-verbal expressionness on transmission of emotion, *Journal of Nonverbal Behavior*, **6**, 96-102.
- 福森崇貴 (2006). 青年期における不快情動の回避と破壊的行動との関連 カウンセリング研究, **39**(1), 11-16.
- Fuchs, D. & Thelen, M. (1988). Children's expected interpersonal consequences of communicating their, *Child Development*. **59**(5), 1314-1322.
- Garrison, C.Z., Addy, C.L., Mckeown, R.E., Cuffe, S.P., Jackson, K.L., & Waller, J.L. (1993). Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents, *Journal of Child and Family Studies*, **2**(4), 339-352.
- Gatta, M., Santo, F.D., Rago, A., & Battistella, P.A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and*

Treatment, 2307-2317.

- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L., & Nock, M.K. (2007). Child Malreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism. *Behavior Research and Therapy*, **45**(10), 2483-2490.
- Graff, H. & Mallin, R. (1967) The syndrome of the wrist cutter. *Am J Psychiatry*. **124**(1), 36-42.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, **63**(11), 1091-1103.
- Gratz, K.L., Conrad, S.D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Ortho-Psychiatry*, **72**(1), 128-140.
- Greydanus, D.E. & Shek, D. (2009). Deliberate Self-harm and Suicide in Adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, **58**(3), 144-151.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74**(1), 224-237.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of hiding negative and positive emotion. *Journal Abnormal Psychology*, **106**, 95-103.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations, In Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, New York: Guilford Press, pp. 3-24.
- Gunderson, J.G. & Zanarini, M.C. (1987). Current Overview of the Borderline Diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, **48**(8), 5-11.
- 濱田祥子・村瀬聡美 (2007). 中学生の自傷行為に関する予備的研究 これまでの研究の流れと予備的な調査結果の報告 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター心理発達相談室紀要, **22**, 17-26.
- 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**(5), 504-516.
- 春木豊・石川利江・河野梨香・松田与理子 (2008). マインドフルネスに基づくストレス低減プログラムの健康心理学への応用 健康心理学研究, **21**(2), 57-67.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1992). Trends in deliberate self poisoning and self injury in Oxford. 1976-90. *BMJ*, **304**, 1409-1411.
- Hawton, K., Fagg, J., & Simkin, S. (1996). Deliberate Self- Poisoning and Self- Injury in

- Children and Adolescents Under 16 Years of Age in Oxford. 1976-1993, *British Journal of Psychiatry*, **169**, 202-208.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford. 1985-1995. *Journal of Adolescence*, **23**, 47-55.
- Hawton, K., Rodham, K., & Evans, E. (2006). *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley Publishers Ltd. (訳：松本俊彦，河西千秋 (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)
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay Company Inc. (児玉憲典・飯塚裕子 (訳) (1997). ハヴィガーストの発達課題と教育——生涯発達と人間形成—— 川島書店)
- 疋田琴乃・越智百枝・大森美津子 (2014). 境界性パーソナリティ障害患者の感情の揺れ動いた体験 香川大学看護学雑誌, **18**(1), 1-12.
- Hilt L. M., Cha C.B., & Hoeksema S. N. (2008). Nonsuicidal Self-Injury in Young Adolescent Girls: Moderators of the Distress- Function Relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**(1), 63-71.
- 平野美沙・湯川進太郎 (2012). マインドフルネスと怒り傾向との関連 感情心理学研究 第20回大会発表論文集, **20**, 19.
- 平野美沙・湯川進太郎 (2013). マインドフルネス瞑想の怒り低減効果に関する実験的検討 心理学研究, **84**(2), 93-102.
- 星真理子・宮岡佳子 (2012). 青年期の自傷行為に影響を及ぼす心理的要因の検討 ——衝動性・解離性・アレキシサイミア・被養育体験との関連から—— 跡見学園女子大学附属心理教育相談所紀要, 19-29.
- 細谷祐未果・福島哲夫 (2016). カウンセリング場面におけるセラピストの反射・バリデーション・肯定とクライアントの被共感体験・心理的距離との関連 日本女子大学人間社会研究科紀要, **22**, 217-244.
- Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2016). The emotion regulation function of non-suicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. *Journal Abnormal Psychology*, 1-21.
- 100Q どっとねっと (2004). 100Q どっとねっと 100 の質問集. (<https://www.100q.net/> 2018.11.4 access)

- 井合真海子・根建金男 (2017). 境界性パーソナリティ傾向者に対する認知的再構成の持続きが見捨てられスキーマの変容に及ぼす効果, **25**(3), 252-254.
- 市川悠・藤森和美 (2015). 大学生における自傷行為傾向と死生観との関連性の検討 聖マリアンナ医学研究誌, **15**, 12-18.
- 出水典子・佐久間春夫 (2009). 現代高校生における自傷行為の実態及びその対応への展望 奈良女子大学スポーツ科学研究, **11**, 87-92.
- 伊尻正一 (2009). 自傷におけるいじめ・不登校経験の影響 日本教育心理学会総会発表論文集, **51**, 82.
- Inder, M.L., Crowe, M.T., Luty, S.E., Carter, J.D., Moor, S., Frampton, C.M., & Joyce, P.R. (2016). Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-7.
- 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**(1), 171-178.
- 伊藤拓也 (2014). 自傷を止めることが解決か? 日本心理学会大会発表論文集, **78**, 321.
- 岩壁茂 (2009). 感情と体験の心理療法 1 感情の役割と感情の作業の治療原則 臨床心理学, **9**(2), 249-258.
- 岩壁茂・福島哲夫・伊藤絵美 (2013). 臨床心理学入門 多様なアプローチを越境する 有斐閣.
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H., & Yoshikawa, K. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyper-activity in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **15**, 172-176.
- Jacobs, D., Walsh, B., McDade, M., & Pigeon, S. (2009). *Signs of Self-Injury: ACT to Prevent Self-Injury High School Implementation Guide and Resources*. Screening for Mental Health, Inc. and The Bridge of Central MA. (松本俊彦 (監訳) (2010). 学校における自傷予防 「自傷のサイン」プログラム実施マニュアル)
- Jegaraj, M.K.A., Mitra, S., Kumar, S., Selva, B., Pushparaj, M., Yadav, B., Prabhakar, A.K.P., & Reginald, A. (2016). Profile of deliberate self-harm patients presenting to Emergency Department: A retrospective study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, **5**(1), 73-76.

- Kabat-Zin, J. (1990). *Full catastrophe living*. Delta Trade Paperbacks. (春木豊訳 (2007). マインドフルネスストレス低減法 北大路書房)
- 角丸歩 (2004). 大学生における自傷行為の臨床心理学的考察 臨床教育心理学研究 **30**, 89-105.
- 鎌田正・米山寅太郎 (2001). 『大修館漢語新辞典』 大修館書店.
- Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J.G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R.P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive Psychiatry*, **71**, 86-94.
- 柏田勉 (1988). Wrist Cutting Syndrome のイメージ論的考察 23 症例の動機を構成する 3 要因の検討 精神神経学雑誌, **90**(6), 469-496.
- 河合隼雄 (1977). 昔話の深層 福音館.
- 川谷大治 (2004). 自傷 リストカットを中心に 現代のエスプリ, **443**, 至文堂.
- 川谷大治 (2009). 自傷とパーソナリティ障害 金剛出版.
- 榎野潤 (1988). 社会的技能研究の統合的アプローチ(1) SSI の信頼性と妥当性の検討 関西大学大学院人間科学, **31**, 1-16.
- 喜田裕子・水戸部準 (2012). 大学生の自傷行為と社会的スキルおよび衝動性の関連 富山大学人文学部紀要, **57**, 39-56.
- 金愛慶 (2009). 小・中・高校における自傷行為への対応上の問題・限界・要望 名古屋学院大学論集 社会科学篇, **45**(3), 83-90.
- 金愛慶・土川洋子・金子尚弘・若本純子 (2006). 小・中・高校における自傷行為の実態及びその対応に関する研究 白梅学園大学研究年報, **11**, 106-113.
- 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.
- 清瀧裕子 (2008). 青年期における攻撃行動および自傷行為について 心理臨床学研究, **26**(5), 615-624.
- Kleindienst, N., Priebe, K., Gorg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., Winter, D., Schmahl, C., & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, **7**, 1-9.
- Kliem, S., Kroger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **78**(6), 936-951.

- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, **27**, 226-239.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Res*, **166**(2-3), 260-268.
- Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United states adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 1-6.
- 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. & Glenn, C.R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*, **31**,215-219.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (2000). Reserch on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. Research on DBT for BPD. *The Psychiatric Clinics of North Americ*, **23**(1), 151-168.
- 小谷野康子・森真喜子・立石彩美・宮本真巳 (2013). 感情調節困難な1事例に対する弁証法的アプローチによる感情変容プロセスの質的分析 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, **10**(1), 29-37.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, K. L., Morse, J. Q., Bishop, G. K., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, **32**(2), 371-390.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents : understanding the “What's” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, **34**(5), 447-457.
- Levenkron, S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming Self-mutilation*. Wieser & Wieser, Inc. (森川那智子訳 (2005). CUTTING 『リストカットする少女たち』 集英社文庫)
- Linehan, M.M., (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press. (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 Disorder*, The Guilford Press. (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. (1997). Validation and psychotherapy. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. *American Psychological Association*, 353-392.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (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.
- Linehan, M. M. & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. "Edit by Barlow, D. H. (2008) *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. The Guilford Press"
- Linehan, M. M., Schmidt, H. III., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions* **8**(4), 279-292.
- Lloyd-Richardson, E.E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M.L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, **37**(8), 1183-1192.
- Martin, J., Cloutier, F.P., Levesque, C., Bureau, J.F., Lafontaine, M.F., & Nixon, M.K. (2013). Psychometric Properties of the Functions and Addictive Features Scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A Preliminary Investigation Using a University Sample. *Psychological Assessment*, **25**(3), 1013-1018.
- 松本俊彦 (2010). 子どもの自傷行為への対応 心とからだの健康, **14**(9), 14-19.
- 松本俊彦 (2015). 自分を傷つけずにはいられない 自傷から回復するためのヒント 講談社.
- Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T., & Iseki, E. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clinical Neurosciences* **58**, 191-198.
- 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死的な「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, **110**(6), 475-487.
- Matsumoto, T. & Imamura, F. (2008). Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **62**, 123-125.

- Matsumoto, T., Imamura, F., Chiba, Y., Katsumata, Y., Kitani, M., & Takeshima, 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 (2006). 自傷の概念とその研究の焦点 精神医学, **48**(5), 468-479.
- 松岡靖子 (2012). 自傷行為を呈した生徒への常勤型スクールカウンセラーの対応 即時性と連携体制 カウンセリング研究, **45**, 51-61.
- Mckay, M. & Wood, J. C. (2011). *The dialectical behavior therapy diary. Monitoring your emotional regulation day by day*. New Harbinger Publications. (マッシュュー・マッケイ, ジェフリー・C・ウッド 遊佐安一郎・小島美夏訳 (2012). 毎日おこなう弁証法的行動療法自習帳 星和書店)
- Mclaughlin, J.A., Miller, P., & Warwick, H. (1996). Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem- solving. *Journal of Adolescence*, **19**, 523-532.
- McMain, S. & Korman, L. M., (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation, *Psychotherapy in practice*, **57**(2), 183-196.
- Menninger, K.A. (1938). *Man Against Himself*. New York, Harcourt Brace. (草野栄三郎 (訳) (1962). おのれに背くもの下 日本教文社)
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. The Guildord Press.
- 文部科学省 (2014). 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査 <<http://www.mext.go.jp>. 2018.12.28. access.>
- Morgan, H.G., Pocock, H., & Pottle, S. (1975). The Urban Distribution of Non-Fatal Deliberate Self-Harm. *Brit J Psychiat*, **126**, 319-328.
- 森美加・小野和哉 (2004). Dialectical Behavior Therapy (DBT: 弁証法的行動療法)による Borderline Personality Disorder (境界性人格障害)の治療 The DBT Skill Training Workshop を受講して こころの健康, **19**(2), 72-76.
- Muehlenkamp, J.J. (2006). Empirically Supported Treatments and General Therapy Guidelines for Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Mental Health Counseling*, **28**(2), 166-185.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, **6**, 10.

- 無藤隆・森敏昭・遠藤由美・玉瀬耕治 (2004). 心理学 有斐閣.
- 中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁榊算男・立花政夫・箱田祐司(1999). 心理学辞典 有斐閣.
- 名島潤慈・切田祐子 (2011a). 日本における自傷行為研究の展望と課題 (その1) 山口大学大学院教育学研究科附属臨床心理センター紀要, **2**, 45-56.
- 名島潤慈・切田祐子 (2011b). 日本における自傷行為研究の展望と課題 (その2) 山口大学大学院教育学研究科附属臨床心理センター紀要, **2**, 57-65.
- 南条あや (2000). 卒業式まで死にません 新潮文庫.
- Neacsiu, A. D. & Tkachuck, M. A. (2016). Dialectical behavior therapy skills use and emotion dysregulation in personality disorders and psychopathy: a community self-report study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, **3**(6), 1-12.
- 西平直喜・久世敏雄 (1988). 青年心理学ハンドブック 福音館.
- 西尾実・岩淵悦太郎・水谷静夫(2000). 岩波国語辞典 第6版デスク版 岩波書店.
- 西園昌久・安岡誉 (1977). Wrist cutting syndrome について 九州神経精神医学, **23**(3-4), 229.
- 西岡昌久 (1982). 手首自傷症候群 日本臨床, **40**, 912-913.
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F., & Affarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **41**(11), 1333-1341.
- Nock, M.K. (2010). Why do People Hurt Themselves? New Insights into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, **18**(2), 78-83.
- Nock, M. K. & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**(1), 28-38.
- 野田実希・榎戸英佐子・窪田孝・中川東夫・亀廣摩弥・樋口聖子・地引逸亀 (2004). wrist cutting における comorbidity について 初発年齢および摂食障害の関連性 金沢医科大学雑誌, **29**(2), 126.
- 沼初枝 (2014). 心理のための精神医学概論 ナカニシヤ出版.
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, **1**, 29-50.
- 落合良行・佐藤有耕 (1996). 親子関係の変化からみた心理的離乳への過程の分析 教育心

- 心理学研究, **44**(1), 11-22.
- 岡田斉(2002). 自傷行為に関する質問紙作成の試み 人間科学研究文教大学人間科学部, **24**, 79-95.
- 岡田斉 (2003). 自傷行為に関する質問紙作成の試みⅡ ——自傷行為を引き起こす要因についての検討—— 人間科学研究文教大学人間科学部, **25**, 25-32.
- 岡田斉 (2005). 自傷行為に関する質問紙作成の試みⅢ 刃物による自傷行為に着目して 人間科学研究, **27**, 39-50.
- 岡田斉 (2010). 自傷行為に関する質問紙作成の試みⅣ 行動抑制・行動賦活と自傷行為の頻度の関連性 人間科学研究文教大学人間科学部, **32**, 76-78.
- 岡野憲一郎(2006). リストカット ボーダーラインか解離性か? (林直樹編(2006). ころの科学 自傷行為 日本評論社, 76-83)
- 岡山県教育庁義務教育課 (2013). 第1回スクールカウンセラー配置事業連絡協議会資料.
- 小塩真司 (2008). はじめての共分散構造分析 Amos によるパス解析 東京図書.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, **181**, 193-199.
- Plener, P.L., Allroggen, M., Kapusta, N.D., Brahler, E., Fegert, J.M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, **16**, 353.
- Renneberg, B. & Rosenbach, C. (2016). “There is not much help for mothers like me”: Parenting skills for mothers with borderline personality disorder – a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, **3**(16), 1-7.
- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic Social Skills, *Journal of Personality & Social Psychology*, **51**, 649-660.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, **5**, 2-10.
- Roley-Roberts, M.E., Zielinski, M.J., Hurtado, G., Hovey, J.D., & Elhai, J.D. (2016). Functions of Nonsuicidal Self-Injury Are Differentially Associated with Suicide Ideation and Past Attempts among Childhood Trauma Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-11.

- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, **1**, 67-77.
- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). Giving up self-injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Archives of Suicide Research*, **16**, 147-158.
- Rubenstein, J.L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in “Nomal” adolescent: Risk and protective factors. *Amer J Orthopsychiat*, **59**(1), 59-71.
- Sadie, H. & Zoidens, M.D. (1951). Self-inflincted Dermatoses and their psychodynamics. *Journal of Nervous & Mental Disease*, **113**(5), 295-404.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa, *Am J Psychiatry*, **158**(4), 632-634.
- 斎藤富由起・守谷賢二(2009). 弁証法的行動療法におけるマインドフルネスと境界性パーソナリティ傾向の関連性 千里金蘭大学紀要, **6**, 43-50.
- 佐野和規 (2016). 学校教育における自傷行為への心理的対応方法に関する研究 博士論文, 兵庫教育大学.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (1998) . The self-harm inventory (SHI): Development of scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, **54**(7), 973-983.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2005). Assessment tools: Eating disorder symptoms and self-harm behavior. In J. L. Levitt, R.A. Sansone, & L. Cohen (Eds.) *Self-harm behavior and eating disorders*. New York: Brunner-Routledge.
- 佐藤正二・佐藤容子・石川信一・戸ヶ崎泰子・尾形明子 (2013). 学校でできる認知行動療法 子どもの抑うつ予防プログラム 日本評論社.
- 澤田瑞也 (1998). カウンセリングと共感 世界思想社.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, **92**, 581-604.
- Shearin, E. N. & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. **379**, 61-68.
- 柴山雅俊 (2012). 解離性障害のことがよくわかる本 影の気配におびえる病 講談社.
- 白波瀬丈一郎 (2008). 境界パーソナリティ障害 精神療法を中心に 精神経誌 **110**(12), 1219-1224.

- Spradlin, S. E. (2003). *Don't Let Your Emotions Run Your Life: How Dialectical Behavior Therapy Can Put You in Control*. New Harbinger Publications, Inc. (斎藤富由起 (監訳) (2009). 『弁証法的行動療法ワークブック あなたの情動をコントロールするために』 金剛出版)
- 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**(7), 807-815.
- Stewart, S.M., Lam, T.H., Betson, C., & Chung, S.F. (1995). Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **29**(3), 227-240.
- Swales, M., Hibbs, R. A. B., Bryning, L., & Hastings, R. P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behavior therapy (DBT): a routine outcome-monitoring pilot. *Springerplus*, **5**(1), 1137, 1-8.
- 高田圭二・田中圭介・竹林由武・杉浦義典 (2016). マインドフルネスと well-being と注意の制御の関連 パーソナリティ研究, **25**(1), 35-49.
- 田中富士夫 (1996). 臨床心理学概説 新版, 北樹出版.
- 田中圭介・神村栄一・杉浦義典 (2013). 注意制御, マインドフルネス, 脱中心化が心配へ及ぼす影響 パーソナリティ研究, **22**(2), 108-116.
- 丹野義彦・坂本真士・石垣琢磨・杉浦義典・毛利伊吹 (1998). 抑うつと推論の誤り 推論の誤り尺度(TESS)の作成 このはな心理臨床ジャーナル, **4**(1), 55-60.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, **69**(6), 1061-1065.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: Theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **59**(2/3), 25-52.
- 友田貴子・湯本めぐみ (2009). 大学生の自傷行為や危険行動の頻度および抑うつとの関連について 埼玉工業大学人間社会学部紀要, **8**, 43-49.
- Tresno, F., Ito, Y. & Mearns, J. (2012). Self-injurious behavior and suicide attempts among college students in Indonesia. *Death Studies*, **36**, 627-639.
- Tresno, F., Ito, Y. & Mearns, J. (2013). Risk factors for non-suicidal self-injury in Japanese college students: The moderating role of mood regulation expectancies. *International Journal of Psychology*, **48**(6), 1009-1017.

- 鵜木恵子 (2010). 自傷行為に対する養育態度及びアレキシサイミアの影響 *ストレス科学*, **25**, 153.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of Psychology Second Edition*. American Psychological Association; Revised, Washington, DC.
- Wagner, B.M., Cole, R.E., & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **25**, 358-372.
- Walsh, B.W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press. (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. & Rosen, P.M. (1988). *Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Press. (松本俊彦・山口亜希子 (訳) (2005). 自傷行為 実証的研究と治療方針 金剛出版)
- Ward-Ciesielski, E. F., Jones, C. B., Wielgus, M. D., Wilks, C. R., & Linehan, M. M. (2016). Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC Psychol*, **4**(13), 1-7.
- 渡辺三枝子 (2002). 新版カウンセリング心理学 カウンセラーの専門性と責任性 ナカニシヤ出版.
- Weierich, M.R. & Nock, M.K. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**(1), 39-44.
- Whitlock, J.L., Powers, J.L., & Eckenrode, J. (2006). The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury. *Developmental Psychology*, **42**(3), 1-11.
- Witmer, L. (1907). Clinical psychology. *Psychological Clinic*, **1**, 1-9.
- 山口亜希子・松本俊彦・近藤智津恵・小田原俊成・竹内直樹・小阪憲司・澤田元 (2004). 大学生における自傷行為の経験率 自記式質問票による調査 *精神医学*, **46**, 473-479.
- 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**, 512-522.
- 山口亜希子・松本俊彦 (2006). 女子大学生における自傷行為と過食行動の関連 *精神医学*, **48**(6), 659-667.
- 山口豊・窪田辰政 (2013a). 思春期自傷行為における性差の検討 共分散構造分析から

- 東海学校保健研究, **37**(1), 29-39.
- 山口豊・窪田辰政・橋本佐由理・宗像恒次 (2012). 思春期女子生徒への SAT イメージ療法による「自傷行為念慮」予防支援について ヘルスカウンセリング学会年報, **18**, 61-72.
- 山口豊・窪田辰政・松本俊彦・宗像恒次 (2013b). 思春期自傷行為と否定的自己イメージの因果モデルに関する研究 思春期学, **31**(2), 227-237.
- 山口豊・窪田辰政・須部宗生・杉山三七男・下川学・横沢民男・松本俊彦 (2013). 自傷行為の実態について, 21 世紀アジア学研究, **11**, 73-83.
- 山口豊・中村結美花・窪田辰政・橋本佐由理・松本俊彦・宗像恒次 (2014). 自傷行為と心理特性との関連についての予備研究 東京情報大学研究論集, **17**(2), 13-20.
- 安岡誉 (2002). 青少年の手首自傷(リストカット)の意味するもの こころの臨床 à・la・carte, **21**, 31-35.
- 横山史隆・市川宏伸 (2006). 児童・思春期の自傷行為 (林直樹 (編)(2006). こころの科学 日本評論社)
- 横山能佳・東條光彦 (2005). 自傷行為親和性尺度作成の試み 日本教育心理学会総会発表論文集, **47**, 637.
- 吉益光一・大賀英史・加賀谷亮・北林蒔子・金谷由希(2012). 親子関係とマインドフルネス 日衛誌, **67**, 27-36.
- 吉津潤・関口理久子・雨宮俊彦 (2013). 感情調整尺度 (Emotion Regulation Questionnaire) 日本語版の作成 感情心理学研究, **20**(2), 56-62.
- 遊佐安一郎 (2007). ドクター・ユサの訪問記 65 人格障害のための新しい治療アプローチ 弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy) 創始者, Marsha Linehan, Ph. D. を訪ねて 心の臨床 a・la・carte, **26**(4), 124-129.

論文一覧

本研究の第2章, 第3章, 第4章, 第5章, 第6章, 第7章は, 以下の論文および学会発表の内容にもとづいて加筆・修正したものである。

【第2章】

土居正人・三宅俊治 (2018a). これまでの自傷行為研究と今後の展開について 国際教育研究所紀要, **28**, 29-50.

【第3章】

土居正人・三宅俊治 (印刷中 b). 自傷に及ぼす親子関係の歪みについて. 吉備国際大学紀要.

【第4章】

土居正人・三宅俊治 (2017). 自傷行為者の親子関係における不認証環境の検討 弁証法的行動療法による認証の観点から 国際教育研究所紀要, **27**, 57-74.

【第5章】

土居正人・三宅俊治 (2017). 親子関係が自傷行為傾向に与える影響 岡山心理学会第 65 回大会 大会発表論文集, 32-33.

土居正人・三宅俊治 (2018b). 親子関係が自傷行為傾向に与える影響 心身医学, **58**(5), 423-431.

【第6章】

土居正人・三宅俊治 (印刷中 c). 非自殺的自傷行為発生までの経路の検討 自傷行為研究と感情調節研究の文献レビューを通して 吉備国際大学紀要.

【第7章】

土居正人・三宅俊治 (2018). 非自殺的自傷行為(NSSI)を生起させる感情情報伝達過程の機制 親子関係の歪みと感情調節の不調を基礎とするプロセスモデルの検討 岡山心理学会第 66 回大会 大会発表.

謝辞

私は、吉備国際大学の専任教員の仕事を務めている傍ら、吉備国際大学博士後期課程の学生として学ばせて頂くといった二足のわらじをはいた状態で、この3年間を過ごしてきました。本博士論文に関わる諸研究、および、博士論文の執筆について、多くの方々の温かいご指導により、ようやく本論文を完成させるまでに至りました。

「自傷行為」の研究を始めたのは、私が福山大学工学部生物工学科の学部3年生(2001年)からでした。そして大学卒業後、一般企業を経て、吉備国際大学大学院修士課程入学・修了をし、その後、適応指導教室・小中高校のスクールカウンセリング・大学の学生相談(教育領域)、児童精神科の療育と心理検査(医療領域)、児童相談所の休日・夜間相談員(福祉領域)、そして、大学教員として心理学領域の教育の経験を積み、現在に至っており、その間ずっとこのテーマについて研究をしてきました。この17年の間、研究を一貫して続けて来られたのは、恩師である三宅先生との出会いがあったからだと思っています。

研究者として未熟であった私を、修士課程の頃から博士課程まで、一つ一つ懇切丁寧に指導くださった三宅俊治先生には、ただただ尊敬と感謝の気持ちでいっぱいです。ある日のこと、自傷研究について三宅先生から質問されて、その質問に対して私が答えられなかった時、「これから専門家になる人がなぜ答えられないんだ」と、お叱りの言葉をいただきました。その時私は「このままではいけない」と、自分の甘さに気づき、専門家になる者として、心を改めるきっかけとなりました。三宅先生はこのような厳しい面もありますが、いつも学生の将来のことを考える暖かい面もあり、私もそのような人になりたいと思うようになりました。他にも礼儀礼節から始まり、社会人として必要な技能や日々の生活の相談に至るまで、数え切れないほどのご指導をしていただいたことについて、心より御礼申し上げます。

そして、本博士論文の完成にたどり着くことができたのは、他にも様々な人との出会いがあったからだと思います。

副指導教員である森井康幸先生には、研究の考え方から始まり、統計の方法まで細かく教えてくださりました。さらには、日常の大学業務における仕事面や岡山心理学会の運営においても多大なるご迷惑をお掛けしながらも、暖かく指導してくださりました。また、社会人として生き方を森井先生の背中を見ながら教わり、これからの道筋として大きな参考となりました。

日上耕司先生には、修士課程の頃から、行動理論や応用行動分析について、多くの指導をしていただき、博士の授業においても実践的研究に関して多くの助言をいただきました。自傷行為が維持されていく要因を考えるにあたって、強化の原理の理解につながりました。

園田順一先生には、修士課程の頃から、行動療法について、多くの実践的な指導を頂き、認定行動療法士を取得の際には、査読をしていただきました。そのようなご指導のお蔭で本論文における行動療法から認知行動療法、そして、弁証法的行動療法に至るまでの理解の促進につながりました。

田尻直輝先生には、海外の研究のトレンドや海外誌への投稿など、医学や理学など、他の専門領域まで、多くの研究に関することを教えていただきました。

宇都宮真輝先生は、学問と仕事を両立している中、日々困ったことの相談にのっていただき、精神的にもサポートしてくださり、本当に助かりました。

他にも、修士課程入学後から博士後期課程修了まで、暖かく見守っていただいた、吉備国際大学心理学部心理学科の津川秀夫先生、藤吉晴美先生、藤原直子先生、橋本翠先生、村上勝典先生、吉備国際大学大学院心理学研究科の小西賢三先生、また、田園調布大学の渡邊由己先生、桜美林大学の久保義郎先生、神戸親和女子大学の伊東真里先生、兵庫教育大学の野野裕史先生、佐田久真貴先生、人間環境大学の伊東義美先生、そして、元吉備国際大学大学院臨床心理学研究科の古田知久先生、中山哲哉先生、小林俊雄先生、成瀬悟策先生、吾郷晋浩先生、高山巖先生、太田中庸先生に心から御礼申し上げます。

当時大学院生だった矢吹章さん（現吉備国際大学心理・発達総合研究センター準研究員）は、博士後期課程の先輩であり、どのように課程を進めていけばわからなかった私に、研究活動の指針となるものを指導してくださりました。

最後に、私の元・現ゼミ生である、青野勇樹君、伊藤聡美さん、惣田梨奈さん、田口直也君、上堂蘭通君、後閑聖也君、延岡優美さん、齋藤菜摘さん、永瀬智貴君、松岡莉穂さん、金イエリンさん、清水理沙さん、田中沙貴さん、西村仁志君は、リサーチアシスタントとして、お手伝いをしてくださいました。

この博士論文が完成したのも、このような方々の支援があったからこそだと思っています。心よりお礼申し上げます。

資料

資料1-1 フェイスシート

【土居・三宅(2018b)「親子関係が自傷行為傾向に与える影響」の調査で用いられた用紙】

アンケートのお願い

吉備国際大学大学院
心理学研究科
博士(後期)過程
土居 正人

このアンケートは皆さんの親子関係と心の状態についてお尋ねするものです。授業における成績の評価になることはありません。ありのままに、深く考えずに答えましょう。このアンケートは強制ではないため、答えづらい質問があった場合は、回答を飛ばしてもかまいません。なるべく全て回答するよう、ご協力ください。

回答はコンピューターにより統計的に処理されます。またこのコンピューターにデータを入力後、シュレッダーにて処分するなど、個人情報の保護には最大限の配慮を致します。

なお、父親や母親がおられない方は、父親や母親に関する内容の項目を飛ばして記入してください。

◆◆◆始めに、あなたの性別、名前などをお答えください◆◆◆

①学科()

②学年()年

③年齢()歳

④性別(男 ・ 女)

資料1-2 【土居・三宅・園田(2013)の自傷行為尺度】

あなたの最近の行動や心の状態についてお尋ねします。以下の各文を読み、最もあてはまるものに○印をつけてください。

まったくその通り
 ほぼその通り
 やや違う
 まったく違う

- | | |
|--|-------|
| 1. 寝ていると動悸が激しくなることがある | _____ |
| 2. 何事もプラスの方向に考えている | _____ |
| 3. 本当は周りの人に気づいてほしいことがある | _____ |
| 4. 親はいつも私のことを怒ってばかりだ | _____ |
| 5. 歯を食いしばることがよくある | _____ |
| 6. ありのままの自分の姿が好きだ | _____ |
| 7. いつも友達がそばにいないと不安である | _____ |
| 8. 親はいつも自分より兄弟の方をかわいがっている | _____ |
| 9. 髪の毛をかきむしることがある | _____ |
| 10. これから先の将来が楽しみである | _____ |
| 11. ありのままの自分を出したい | _____ |
| 12. 親からの期待が重いと感じる | _____ |
| 13. 自分の身体から切り離されていると感じることがある | _____ |
| 14. 私のことを認めてくれる人が多くいる | _____ |
| 15. 本当は親に認められたいと思うことがよくある | _____ |
| 16. 親は私のことをかまってくれない | _____ |
| 17. 唇をかみしめることがよくある | _____ |
| 18. 自分をだめな人だと思いたくなくなるときがある | _____ |
| 19. 人に魅力的と思われるために、私は相当の努力をしなければならないと思う | _____ |
| 20. 親を信用することができる | _____ |

資料1-3 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：父子関係に関する項目1~30】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
 ややあてはまらない
 どちらでもない
 ややあてはまる
 かなりあてはまる

- | | |
|--|-------|
| 1. 父親は、私が大人であることを認めてくれている。 | _____ |
| 2. 父親とは、対等な関係なので言いたいことが言える。 | _____ |
| 3. 父親は、私をほったらかしにしている。 | _____ |
| 4. 父親は、私が学校のことで困った時には、いろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 5. 父親は、私のことには何でも口を出してくる。 | _____ |
| 6. 父親は、私に相談を持ちかけてくれることがある。 | _____ |
| 7. 父親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。 | _____ |
| 8. 父親は、私に夜一人で外出させないようにしている。 | _____ |
| 9. 父親は、「勝手に生きればよい」と言って私の世話はしてくれない。 | _____ |
| 10. 父親は、私が友人のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。 | _____ |
| 11. 父親は、自分ができなかったことや夢を私に託そうとする。 | _____ |
| 12. 父親は、子どもというものは手をかけるほどうまく成長すると思っているようだ。 | _____ |
| 13. 父親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。 | _____ |
| 14. 父親は、私がゲームセンターに行くことを禁止している。 | _____ |
| 15. 父親は、私にあまり関心を持っていない。 | _____ |
| 16. 父親は、私が学校のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。 | _____ |
| 17. 父親は、私がやるべきことに、ついつい手を出したがる。 | _____ |
| 18. 父親は、私に精神的な面で頼ることがある。 | _____ |
| 19. 父親は、私を一人の人間として認めている。 | _____ |
| 20. 父親は、私が異性と二人きりになることは許さない。 | _____ |
| 21. 父親は、私を嫌っているように思える。 | _____ |
| 22. 私が困った時に、父親は心の支えになってくれる。 | _____ |
| 23. 父親は、私の将来の道を決めてしまう。 | _____ |
| 24. 父親は、私に愚痴を聞いてもらうことがある。 | _____ |
| 25. 父親は、私のプライバシーを尊重してくれる。 | _____ |
| 26. 父親は、私の夜の外出を許可してくれない。 | _____ |
| 27. 父親は、私が何をしてもお構いなしである。 | _____ |
| 28. 父親は、私が友人のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 29. 父親は、私が父親の言うことを聞くべきだと考えている。 | _____ |
| 30. 父親は、わからないことがあると私に聞いてくる。 | _____ |

資料1-4 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：父子関係に関する項目31~60】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
ややあてはまらない
どちらでもない
ややあてはまる
かなりあてはまる

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 31. 父親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。 | _____ |
| 32. 父親は、私が夜遅く帰るときには迎えに来てくれる。 | _____ |
| 33. 父親は、私とほとんど話をしようとしなない。 | _____ |
| 34. 父親は、怖いことがあるといつもそばにいて守ってくれる。 | _____ |
| 35. 父親は、自分のまねをしていれば間違いないと私に言っている。 | _____ |
| 36. 父親は、迷った時には、私の考えを参考にしようとする。 | _____ |
| 37. 父親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。 | _____ |
| 38. 父親は、私の帰りが遅くなったときには迎えに来てくれる。 | _____ |
| 39. 父親は、子どもの責任を取る必要はないと言っている。 | _____ |
| 40. 父親は、私が友人のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 41. 父親は、私のことは何でも知っていたいと思っている。 | _____ |
| 42. 父親は、私から精神的に支えられることもある。 | _____ |
| 43. 父親は、私を信用してくれている。 | _____ |
| 44. 父親は、私が酒やタバコには近づかないようにしている。 | _____ |
| 45. 父親は、私に家に帰ってこないでもいいと言う。 | _____ |
| 46. 父親は、私が進路のことで失敗しないようにアドバイスをくれる。 | _____ |
| 47. 父親は、私の交友関係を全部知っていたいと思っている。 | _____ |
| 48. 父親は、私をあてにしている。 | _____ |
| 49. 父親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。 | _____ |
| 50. 父親は私に、「不良っぽい人とはつきあうな」と言っている。 | _____ |
| 51. 父親は、私の進路について全然関心が無いようだ。 | _____ |
| 52. 父親は、私が勉強のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 53. 父親は、私の進路について、父親の考えで決めようとする。 | _____ |
| 54. 父親は、急に雨になった日には、私のために傘を持ってきてくれる。 | _____ |
| 55. 父親は、私のすることにめったに反対しない。 | _____ |
| 56. 私への危ない誘いは、父親が断ってくれる。 | _____ |
| 57. 父親は、私が学校のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 58. 父親は、私が解決できないことをすぐ解決してくれる。 | _____ |
| 59. 父親は、私を手放そうとしない。 | _____ |
| 60. 父親は、私を頼りにしている。 | _____ |

資料1-5 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：父子関係に関する項目 61~81】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
 ややあてはまらない
 どちらでもない
 ややあてはまる
 かなりあてはまる

- | | |
|--|-------|
| 61. 父親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。 | _____ |
| 62. 父親は、門限を厳しくして私を管理しようとしている。 | _____ |
| 63. 父親は、私が困っている時でも助けてくれない。 | _____ |
| 64. 私が困った時に、父親はいろいろと助けてくれる。 | _____ |
| 65. 父親は、私に話し相手になってほしいと思っている。 | _____ |
| 66. 父親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。 | _____ |
| 67. 父親は、悪い誘惑から私を守ってくれる。 | _____ |
| 68. 父親は、私が勉強のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 69. 父親は、「お前を信じているからやってみろ」と言ってくれる。 | _____ |
| 70. 父親が有害であると判断したテレビなどは、私には見せないようにしている。 | _____ |
| 71. 父親は、悪い友人から私を守ってくれる。 | _____ |
| 72. 父親は、私を、父親自身と同等に扱ってくれる。 | _____ |
| 73. 私が夜外出するときには、父親がついてくることが多い。 | _____ |
| 74. 父親の後姿を見て、愛おしさをおぼえることがある。 | _____ |
| 75. 父親は、私がしてあげたことを素直に喜んでるようだ。 | _____ |
| 76. 父親は、私が夜自転車などに乗るときには、「ライト(電灯)をつけるように」と注意する。 | _____ |
| 77. 父親は、陰から私をそっと見守っている。 | _____ |
| 78. 父親は、私が変な雑誌を買ってくると取り上げる。 | _____ |
| 79. 父親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。 | _____ |
| 80. 父親は、私が危険な目にあわないように気をつけている。 | _____ |
| 81. 父親は、「子の幸せは父親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。 | _____ |

資料1-6 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：母子関係に関する項目 1~30】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
 ややあてはまらない
 どちらでもない
 ややあてはまる
 かなりあてはまる

- | | |
|--|-------|
| 1. 母親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。 | _____ |
| 2. 母親は、私の夜の外出を許可してくれない。 | _____ |
| 3. 母親は、私をほったらかしにしている。 | _____ |
| 4. 母親は、私に相談を持ちかけてくることがある。 | _____ |
| 5. 母親は、私が学校のことで困った時には、いろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 6. 母親は、私のことは何でも知っていたいと思っている。 | _____ |
| 7. 母親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。 | _____ |
| 8. 母親は、私に夜一人で外出させないようにしている。 | _____ |
| 9. 母親は、「勝手に生きればよい」と言って私の世話はしてくれない。 | _____ |
| 10. 母親は、私に愚痴を聞いてもらうことがある。 | _____ |
| 11. 母親は、私が友人のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。 | _____ |
| 12. 母親は、私のことには何でも口を出してくる。 | _____ |
| 13. 母親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。 | _____ |
| 14. 母親は、私がゲームセンターに行くことを禁止している。 | _____ |
| 15. 母親は、私が何をしてもお構いなしである。 | _____ |
| 16. 母親は、私に精神的な面で頼ることがある。 | _____ |
| 17. 母親は、私が学校のことで困っていると、自分で解決できるように励ましてくれる。 | _____ |
| 18. 母親は、私の交友関係を全部知っていたいと思っている。 | _____ |
| 19. 母親は、私を一人の人間として認めている。 | _____ |
| 20. 私が夜外出するときには、母親がついてくることが多い。 | _____ |
| 21. 母親は、私の進路について全然関心が無いようだ。 | _____ |
| 22. 母親は、私から精神的に支えられることもある。 | _____ |
| 23. 母親は、私が友人のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 24. 母親は、私がやるべきことに、ついつい手を出したがる。 | _____ |
| 25. 母親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。 | _____ |
| 26. 母親は、私が酒やタバコには近づかないようにしている。 | _____ |
| 27. 母親は、子どもの責任を取る必要はないと言っている。 | _____ |
| 28. 母親は、私に話し相手になってほしいと思っている。 | _____ |
| 29. 私が困った時に、母親はいろいろと助けてくれる。 | _____ |
| 30. 母親は、子どもというものには手をかけるほどうまく成長すると思っているようだ。 | _____ |

資料1-7 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：母子関係に関する項目31~60】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
 ややあてはまらない
 どちらでもない
 ややあてはまる
 かなりあてはまる

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 31. 母親は、私を信用してくれている。 | _____ |
| 32. 母親は、私が夜遅く帰るときには迎えに来てくれる。 | _____ |
| 33. 母親は、私に家に帰ってこなくてもいいと言う。 | _____ |
| 34. 母親は、迷った時には、私の考えを参考にしようとする。 | _____ |
| 35. 母親は、私が進路のことで失敗しないようにアドバイスをくれる。 | _____ |
| 36. 母親は、私が母親の言うことを聞くべきだと考えている。 | _____ |
| 37. 母親は、私が大人であることを認めてくれている。 | _____ |
| 38. 私への危ない誘いは、母親が断ってくれる。 | _____ |
| 39. 母親は、私にあまり関心を持っていない。 | _____ |
| 40. 母親は、私をあてにしている。 | _____ |
| 41. 母親は、私が勉強のことで困った時にはいろいろ教えてくれる。 | _____ |
| 42. 母親は、私を手放そうとしない。 | _____ |
| 43. 母親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。 | _____ |
| 44. 母親は、私が異性と二人きりになることは許さない。 | _____ |
| 45. 母親は、私が学校のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 46. 母親は、私を頼りにしている。 | _____ |
| 47. 母親は、私が勉強のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 48. 母親は、自分ができなかったことや夢を私に託そうとする。 | _____ |
| 49. 母親は、私のすることにめったに反対しない。 | _____ |
| 50. 母親は、私が変な雑誌を買ってくと取り上げる。 | _____ |
| 51. 母親は、私とほとんど話をしようとしな。 | _____ |
| 52. 母親は、わからないことがあると私に聞いてくる。 | _____ |
| 53. 母親は、私が友人のことで困っていても相談にのってくれない。 | _____ |
| 54. 母親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。 | _____ |
| 55. 母親は、私の帰りが遅くなったときには迎えに来てくれる。 | _____ |
| 56. 母親は、私を嫌っているように思える。 | _____ |
| 57. 母親の後姿を見て、愛おしさをおぼえることがある。 | _____ |
| 58. 母親は、私が解決できないことをすぐ解決してくれる。 | _____ |
| 59. 母親は、陰から私をそっと見守っている。 | _____ |
| 60. 母親は、悪い誘惑から私を守ってくれる。 | _____ |

資料1-8 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度：母子関係に関する項目 61~81】

あなたの現在の親子関係について質問します。もっともあてはまるところに○を付けてください。

まったくあてはまらない
 ややあてはまらない
 どちらでもない
 ややあてはまる
 かなりあてはまる

61. 母親は、私が困っている時でも助けてくれない。
62. 私が困った時に、母親は心の支えになってくれる。
63. 母親は、「お前を信じているからやってみろ」と言ってくれる。
64. 母親は、急に雨になった日には、私のために傘を持ってきてくれる。
65. 母親は、自分のまねをしていけば間違いないと私に言っている。
66. 母親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。
67. 母親が有害であると判断したテレビなどは、私には見せないようにしている。
68. 母親は、私が危険な目にあわないように気をつけている。
69. 母親は、私のプライバシーを尊重してくれる。
70. 母親は、門限を厳しくして私を管理しようとしている。
71. 母親は、私がしてあげてを素直に喜んでくれる。
72. 母親は、私が夜自転車などに乗るときには、「ライト(電灯)をつけるように」と注意する。
73. 母親は、「子の幸せは母親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。
74. 母親は、怖いことがあるといつもそばにいて守ってくれる。
75. 母親は、私の進路について、母親の考えで決めようとする。
76. 母親は私に、「不良っぽい人とはつきあうな」と言っている。
77. 母親は、私の将来の道を決めてしまう。
78. 母親は、悪い友人から私を守ってくれる。
79. 母親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。
80. 母親とは、対等な関係なので言いたいことが言える。
81. 母親は、私を、母親自身と同等に扱ってくれる。

【土居正人・三宅俊治 (2018). 「非自殺的自傷行為(NSSI)を生起させる感情情報伝達過程の機制 親子関係の歪みと感情調節の不調を基礎とするプロセスモデルの検討」の調査で用いられた用紙】

調査のお願い(心理学研究)

吉備国際大学大学院
心理学研究科
博士(後期)過程
土居 正人

このアンケートは皆さんの親子関係と心の状態や行動、状況についてお尋ねする
ものです。授業における成績の評価になることはありません。ありのままに、深く
考えずに答えましょう。このアンケートは強制ではないため、答えづらい質問があった
場合は、回答を飛ばしてもかまいませんが、なるべく全て回答するよう、ご協力くださ
い。

回答はコンピューターにより統計的に処理されます。またこのコンピューターにデー
タを入力後、シュレッダーにて処分するなど、個人情報の保護には最大限の配慮を
致します。

なお、父親や母親がおられない方は、父親や母親に関する内容の項目を飛ばして
記入してください。

◆◆◆はじめに、あなたの性別、名前などをお答えください◆◆◆

①学科() ③年齢()歳

②学年()年 ④性別(男・女)

資料 2 - 2 【土居・三宅・園田(2013)の自傷行為尺度】

あなたの^{フダン}普段の^{ジョウキョウ}状況や^{コウドウ}行動に関する^{カン}質問を^{シツモン}します。
 もっともあてはまる^ツところに○を付けてください。

まったくその通り
 ほぼその通り
 やや違う
 まったく違う

- | | |
|---|-------|
| 1. ^ネ 寝ていると ^{ドウキ} 動悸が ^{ハゲ} 激しくなることがある。 | _____ |
| 2. ^{ナニゴト} 何事も ^{ホウコウ} プラスの ^{カンガ} 方向に考えている。 | _____ |
| 3. ^{ホントウ} 本当は ^{マワ} 周りの ^{ヒト} 人に ^キ 気づいてほしいことがある。 | _____ |
| 4. ^{オヤ} 親はいつも ^{ワタシ} 私の ^{オコ} ことを怒ってばかりだ。 | _____ |
| 5. ^ハ 歯を ^ク 食いしばることがよくある。 | _____ |
| 6. ^{ジブン} ありのままの ^{スガタ} 自分の ^ス 姿が好きだ。 | _____ |
| 7. ^{トモダチ} いつも ^{フアン} 友達がそばにいないと不安である。 | _____ |
| 8. ^{オヤ} 親はいつも ^{ジブン} 自分より ^{キョウダイ} 兄弟の ^{ホウ} 方をかわいがっている。 | _____ |
| 9. ^{カミ} 髪の毛を ^ケ かきむしることがある。 | _____ |
| 10. ^{サキ} これから ^{ショウライ} 先の ^{タノ} 将来が楽しみである。 | _____ |
| 11. ^{ジブン} ありのままの ^ダ 自分を出したい。 | _____ |
| 12. ^{オヤ} 親からの ^{キタイ} 期待が ^{オモ} 重いと ^{カン} 感じる。 | _____ |
| 13. ^{ジブン} 自分の ^{シンタイ} 身体から ^キ 切り離されていると ^{カン} 感じる ^{カン} ことがある。 | _____ |
| 14. ^{ワタシ} 私の ^{ミト} ことを ^{ヒト} 認めてくれる ^{オオ} 人が多くいる。 | _____ |
| 15. ^{ホントウ} 本当は ^{オヤ} 親に ^{ミト} 認められたいと思う ^{オモ} ことがよくある。 | _____ |
| 16. ^{オヤ} 親は ^{ワタシ} 私の ^{ミト} ことをかまってくれない。 | _____ |
| 17. ^{クチビル} 唇をかみしめることがよくある。 | _____ |
| 18. ^{ジブン} 自分をだめな人だと思いたくなる ^{ヒト} ときがある。 ^{オモ} | _____ |
| 19. ^{ヒト} 人に ^{ミリョクテキ} 魅力的だと思われるために、 ^{オモ} 私は ^{ワタシ} 相当の ^{ソウトウ} 努力を ^{ドリョク} しなければならない ^{オモ} と思う。 | _____ |
| 20. ^{オヤ} 親を ^{シンヨウ} 信用することができる。 | _____ |

あなたの感受性に関する質問をします。
もっとも当てはまるところに○を付けてください。

非常に当てはまらない
やや当てはまらない
やや当てはまる
非常に当てはまる

1. 私は人の話の内容だけではなく、その人の身振りにも注目する。
2. 私は批判されたり、小言を言われたりしても、めったに不愉快にならない。
3. 私は感受性が高く、理解力のある人はいないと思う。
4. 私にとって周りの人は最大の喜びや苦しみのもとである。
5. パーティなどの人の集まりで、人が私に興味を持つと私はすぐに気づく。
6. 重要な討論の場で私はその場を観察したり分析したりするよりは、むしろその討論に参加したいほうである。
7. 私の行為の原因を知ることに関心がある。
8. 私は周りの人々の持つ雰囲気非常に影響を受けやすいほうである。
9. 私は他人の人の接し方を見て、その人の性格を正確に言い当てることができる。
10. 私はその場にふさわしい言動を自分がしているかどうか気になる。
11. 私は人の本当の感情がわかるので、人が私に感情を隠すことはできない。
12. 私に対して、他の人々が非常に親しく話しかけてくれることがよくある。
13. 私は初対面の人の性格を正確に判断することができる。
14. 私が私の行為についてどう思おうが、そんなことは私にとって関係ない。
15. 私は人と一緒にいるだけで、大きな喜びを感じる。
16. 私は自分の言ったことを人が誤解しているのではないかと心配することがよくある。
17. 私は人と会った瞬間に、その人がうつきかどうかすぐに見抜くことができる。
18. 私は両親から行儀作法が大事だといつも教えられてきた。
19. 私は人から悩みを打ち明けられることが嫌いである。
20. 私は人に微笑まれたり、嫌な顔をされたりすることに強く影響される。
21. 私は悲しい映画を見ると泣いてしまうことがある。
22. 私は批判に、たいへん敏感である。
23. 私は悩んでいる人を励ますために、よくその人に触れたり抱きしめたりすることがある。
24. 私が人に好かれていることは非常に重要なことである。
25. 私はただ人を眺めているだけで、かなりの時間を過ごすことができる。
26. 私は人から見られていると思うと、とてもあがってしまう。
27. 人はよく私を感受性があるって理解のある人だと言われる。
28. 私は自分が人にどんな印象を与えているのかが気になることがよくある。
29. 友人は腹を立てたり、不安になった時には心を沈めるために私を頼ってくる。
30. 私は周りの人が私のことをどのように考えているのかが気になることがよくある。

あなたの^{フダン} 普段の物事の^{モノゴト} とらえ方・^{カタ} 考え方に^{カン} 関する^{シツモン} 質問を^ア します。
 もっとも^ツ 当てはまるところに○を付けてください。

まったく当てはまらない
 あまり当てはまらない
 やや当てはまる
 まったく当てはまる

1. ^{ショウゴ} 根拠もないのに、^{ジブン} 自分に^{フリ} 不利な^{ケツロン} 結論をひきだすことがある。 |-----|
2. ^{ジブン} 自分に不利なことは、^{フリ} 些細な^{ササイ} ことでも、^キ 気になるほうである。 |-----|
3. ^{ナニ} 何か^{トモダチ} 友達とトラブルがあると「^{トモダチ} 友達が私を嫌いになった」と^{カン} 感じてしまうほうである。 |-----|
4. ^{タニン} 他人の成功や長所は^{セイコウ} 過大に^{カダイ} 考え、^{カンガ} 他人の失敗や短所は^{タニン} 過小^{シツバイ} 評価するほうである。^{タンショ} ^{カショウ} ^{ヒョウカ} |-----|
5. ^{ジブン} 自分に^{カンケイ} 関係がないとわかっていることでも、^{ジブン} 自分に^{カンケイ} 関係^{カンガ} づけて考えるほうである。 |-----|
6. ^{モノゴト} 物事は^{カンベキ} 完璧か^{ヒサン} 悲惨かのどちらか^{キョクタン} しかなく、^{カンガ} といったぐあいに^{キョクタン} 極端に^{カンガ} 考えるほうである。 |-----|
7. ^{コンキョ} 根拠もないのに、^{ヒカンテキ} 悲観的な^ダ 結論を出してしまうことがある。 |-----|
8. ^{ナニ} 何か^ヨ 良い出来事があっても、^{ムシ} それを無視してしまっていることがある。 |-----|
9. ^{チイ} ちょっとした^{シツバイ} 小さな失敗をしても、^{カンゼン} 完全な^{シツバイ} 失敗だと^{カン} 感じるほうである。 |-----|
10. ^{ジブン} 自分の^{シツバイ} 失敗や^{タンショ} 短所は^{カダイ} 過大に^{カンガ} 考え、^{ジブン} 自分の^{セイコウ} 成功や^{チョウシヨ} 長所は^{カショウ} 過小^{ヒョウカ} 評価するほうである。 |-----|
11. ^{ナニ} 何か^{ワル} 悪いことが起ると、^オ 何か^{ナニ} 自分の^{ジブン} せいであるかのように^{カンガ} 考えてしまうほうである。 |-----|
12. ^{ナニ} 何か^{ワル} 悪いことが^{イチド} 一度^{ジブン} 自分に起ると、^オ 何度も^{ナンド} 繰り返して^ク 起る^{カエ} ように^オ 感じるほうである。^{カン} |-----|
13. ^{モノゴト} 物事を^{キョクタン} 極端に^{シロ} 白か^{クロ} 黒かのどちらかに^ワ 分けて^{カンガ} 考えるほうである。 |-----|
14. ^ヨ たったひとつでも^ヨ 良くない^{ナカ} ことがあると、^{カン} 世の中すべて^{カン} そうだと^{カン} 感じてしまう。 |-----|
15. ^{コンキョ} 根拠もないのに、^{ヒト} 人が^{ワタシ} 私に^{ハンノウ} 悪く^{ハヤガテン} 反応したと^{カンガ} 早合点^{カンガ} してしまうことがある。 |-----|
16. ^ヨ たったひとつでも^ヨ 良くない^{カンガ} ことに^{カンガ} こだわって^{カンガ} しまい、^{カンガ} そればかり^{カンガ} クヨクヨと^{カンガ} 考えるほうである。 |-----|
17. ^{ケイケン} わずかな^{コウハンイ} 経験から、^{シイテキ} 広範囲の^{ケツロン} ことを^{ケツロン} 恣意的に^{ケツロン} 結論^{ケツロン} してしまうほうである。 |-----|
18. ^{コンキョ} 根拠もないのに、^{ジタイ} 事態は^{カクジツ} これから^{ワル} 確実に^{カンガ} 悪くなると^{カンガ} 考えることがある。 |-----|
19. ^{チイ} ちょっとした^{セイコウ} 小さな成功を^{カンゼン} すると、^{セイコウ} 完全な^{カン} 成功だと^{カン} 感じるほうである。 |-----|

資料 2-2 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度の信頼・承認されている因子項目の
みを抜粋：父子関係に関する項目】

<p style="text-align: center;"> <small>ゲンザイ</small> <small>チチオヤ</small> <small>オヤコ</small> <small>カンケイ</small> <small>シツモン</small> ・ あなたの現在の父親との親子関係について質問します。 もっとも当てはまるところに○を付けてください。 </p>	まったく当てはまらない やや当てはまらない どちらでもない やや当てはまる かなり当てはまる
<p>1. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>オトナ</small> <small>ミト</small> 父親は、私が大人であることを認めてくれている。</p>	_ _ _ _
<p>2. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ジブン</small> <small>カンガ</small> <small>コウドウ</small> <small>ミト</small> 父親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。</p>	_ _ _ _
<p>3. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ヒトリ</small> <small>ニンゲン</small> <small>ミト</small> 父親は、私を一人の人間として認めている。</p>	_ _ _ _
<p>4. <small>チチオヤ</small> <small>コドモ</small> <small>シ</small> <small>ワタシ</small> <small>クチ</small> 父親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。</p>	_ _ _ _
<p>5. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>シンヨウ</small> 父親は、私を信用してくれている。</p>	_ _ _ _
<p>6. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ハンタイ</small> 父親は、私のすることめったに反対しない。</p>	_ _ _ _
<p>7. <small>チチオヤ</small> <small>カンシヨウ</small> <small>ワタシ</small> <small>キ</small> 父親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。</p>	_ _ _ _
<p>8. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ジシン</small> <small>ドウトウ</small> <small>アツカ</small> 父親は、私を、父親自身と同等と扱ってくれる。</p>	_ _ _ _
<p>9. <small>チチオヤ</small> <small>カゲ</small> <small>ワタシ</small> <small>ミマモ</small> 父親は、陰から私をそっと見守っている。</p>	_ _ _ _
<p>10. <small>チチオヤ</small> <small>コ</small> <small>シアワ</small> <small>シアワ</small> <small>イ</small> <small>ワタシ</small> <small>ミマモ</small> 父親は、「子の幸せは父親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。</p>	_ _ _ _
<p>11. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>カンガ</small> <small>ソンチョウ</small> <small>ジブン</small> <small>イケン</small> <small>オ</small> <small>ツ</small> 父親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。</p>	_ _ _ _
<p>12. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>スナオ</small> <small>ヨロコ</small> 父親は、私ができることを素直に喜んでくれる。</p>	_ _ _ _
<p>13. <small>チチオヤ</small> <small>マエ</small> <small>シン</small> <small>イ</small> 父親は、「お前を信じているからやってみろ」と言ってくれる。</p>	_ _ _ _
<p>14. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ユウジン</small> <small>シン</small> 父親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。</p>	_ _ _ _
<p>15. <small>チチオヤ</small> <small>タガ</small> <small>コジン</small> <small>ソンチョウ</small> <small>ナカ</small> 父親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。</p>	_ _ _ _
<p>16. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>タチバ</small> <small>タガ</small> <small>リカイ</small> 父親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。</p>	_ _ _ _
<p>17. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>ソンチョウ</small> 父親は、私のプライバシーを尊重してくれる。</p>	_ _ _ _
<p>18. <small>チチオヤ</small> <small>ワタシ</small> <small>セイシンテキ</small> <small>オトナ</small> <small>ミト</small> 父親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。</p>	_ _ _ _
<p>19. <small>チチオヤ</small> <small>タイトウ</small> <small>カンケイ</small> <small>イ</small> <small>イ</small> 父親とは、対等な関係なので言いたいことが言える。</p>	_ _ _ _

資料 2-2 【落合・佐藤(1996)の親子関係尺度の信頼・承認されている因子項目の
みを抜粋：母子関係に関する項目】

<p>あなたの現在の母親との親子関係について質問します。 もっとも当てはまるところに○を付けてください。</p>	<p>まったく当てはまらない やや当てはまらない どちらでもない やや当てはまる かなり当てはまる</p>
<p>1. 母親は、私を、母親自身と同等に扱ってくれる。</p>	<p>_____</p>
<p>2. 母親は、私の将来の道を決めてしまう。</p>	<p>_____</p>
<p>3. 母親は、「子の幸せは母親の幸せ」だと言って、私を見守ってくれている。</p>	<p>_____</p>
<p>4. 母親は、私のプライバシーを尊重してくれる。</p>	<p>_____</p>
<p>5. 母親は、「お前を信じているからやってみろ」と言ってくれる。</p>	<p>_____</p>
<p>6. 母親は、私が自分の考えで行動しても認めてくれる。</p>	<p>_____</p>
<p>7. 母親も私も、それぞれの立場を互いに理解しようとしている。</p>	<p>_____</p>
<p>8. 母親は、私を信用してくれている。</p>	<p>_____</p>
<p>9. 母親は、私を一人の人間として認めている。</p>	<p>_____</p>
<p>10. 母親は、私のことを精神的に大人になったと認めている。</p>	<p>_____</p>
<p>11. 母親は、子供のことを信じているので、あまり口うるさくない。</p>	<p>_____</p>
<p>12. 母親は、私の考えを尊重し、自分の意見を押し付けることはない。</p>	<p>_____</p>
<p>13. 母親は、干渉はしないが、いつも私のことを気にかけている。</p>	<p>_____</p>
<p>14. 母親は、私が大人であることを認めてくれている。</p>	<p>_____</p>
<p>15. 母親は、私のすることめったに反対しない。</p>	<p>_____</p>
<p>16. 母親は、陰から私をそっと見守っている。</p>	<p>_____</p>
<p>17. 母親とは、お互いに個人として尊重しあう仲である。</p>	<p>_____</p>
<p>18. 母親は、私がしてあげてを素直に喜んでいるようだ。</p>	<p>_____</p>
<p>19. 母親は、私の進路について、母親の考えで決めようとする。</p>	<p>_____</p>
<p>20. 母親は、私が友人とうまくやっていると信じてくれている。</p>	<p>_____</p>