

第 1 回 2025.02.01

みんなで考える自殺予防

張 賢徳 氏

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 所長

今、若い人の自殺の増加が止まらず、大変深刻な状況になっています。つい最近も、厚生労働省が昨年（2024 年）1 年間の自殺者数を発表して、報道でも大きく取り上げられましたが、小・中・高校生（児童・生徒）の自殺者数が残念ながら過去最多を更新しています。一昨年（2023 年）は 514 人で過去最多と言われましたが、昨年はそれを上回って 527 人となり、過去最多を更新し続けています。年代別にみると、小学生 15 人、中学生 163 人、高校生 349 人となっています。

大人の自殺者数に比べると数は少ないのですが、諸外国との比較でみると、日本の若者の自殺率は高いのです。また若い人は、体の病気で亡くなることが大人に比べて圧倒的に少ないですから、自殺が若者の死因第 1 位を占める状況がずっと続いています。これは公衆衛生学的にも非常に大きな問題だと認識されています。

19 歳以下の自殺の原因・動機は、警察庁を情報源とする国の発表によると、「学業不振や進路に関する悩みなど学校問題」が最も多く、「うつ病などの健康問題」「親子関係の不和など家庭問題」が続きます。なぜ警察が関わっているのかというと、自殺なのか他殺なのかを判別するために警察がまず臨場して様々な聞き取り調査を行います。ご遺族から聞き取った情報とか、遺書が残っていればそれを見るとき、そういう情報をもとに自殺と判定していきます。

ここからは、大人も含めた自殺の全体的な話を共有していきたいと思います。まずは、数値から見た日本

の自殺についてです。自殺者数の変化をグラフにすると目を引くのは 1998 年です。この年に自殺者数がすごく増えて 3 万 2863 人となりました。3 万人を突破したのは日本の統計史上、初めてのことです。その後、約 15 年間、年間自殺者 3 万人時代が続きました。2012 年によりややく 3 万人を下回り、以後、順調に減っていくのですが、2020 年に増加に転じました。新型コロナの流行が始まった年です。コロナ元年に、残念ながら自殺がまた増加に転じてしまったのです。

1998 年を少し振り返っておきます。前年の 1997 年の自殺者数は 2 万 4391 人だったので、単年度で 35% も増加したことになります。これは世界的にも驚かれたほどの急増で、こんなに増える国は珍しいのです。後でもお話しますが、日本の自殺の大きな特徴は、何か社会的な問題が起こった時に自殺の激増が起こりやすいということです。この特徴を私たちは知っておく必要があると思っています。

1998 年とその前後には、女性の自殺率の変化はほとんどないのですが、男性は 40 代半ばから 60 代の年齢層の自殺率が非常に高まりました。1998 年の激増は、働き盛りの男性の自殺が激増したことで起こったことになります。では社会的に何があったのかというと、1997 年は「山一ショック」があり、日本は本当に深刻な経済危機に見舞われました。この年の 11 月、山一證券の社長の涙の記者会見があり、それが何度何度もニュース映像で流されて、「日本はどうなってしまうのだろう」と深刻な不安が社会を覆いました。そして 1998 年には、長銀（日本長期信用銀行）や日債銀（日本債券信用銀行）が破綻し、未曾有の経済危

機と言ってもいいような状況が続きました。

このような年だったので、誰がどう考えても経済問題が関係したことは分かります。それは感覚的な問題だけではなく、統計からも見えてきます。統計解析によって、男性の自殺率は経済問題（完全失業率など）とリンクすることが分かっています。特に 1960 年代の高度経済成長以降、非常にリンクしています。一方、女性の自殺率は経済問題との相関関係は見られません。では、女性は経済的な影響を受けないのかというと、そんなことはありません。山一ショックがあった 30 年近く前は、日本人女性の社会進出が諸外国に比べて大変遅れている状況でした。男性並みにバリバリ働いている女性は非常に少なかったことが、経済問題との相関関係が見られない大きな理由になったと思っています。後でご紹介しますが、女性も経済問題によって自殺が増える状況が、新型コロナの流行下で起こっています。

「年間自殺者 3 万人」時代が続く中で国が動き、2006 年、自殺対策基本法という法律ができました。NPO 法人ライフリンクなどが署名活動を行って政治家を動かし、議員立法でこの法律ができたのです。社会的な問題として自殺予防に取り組むべきだ、という理念がうたわれた法律になっています。法律ができると何が大きく変わるのかというと、予算や人員が付くのです。これが非常に大きくて、日本全国、各自治体で自殺対策が始まりました。色々な対策がうたれ、大きな予算も使われた結果、5 年後くらいから 3 万人を下回ってきて、以後、減少が続いたわけです。結果的にとても良かったと思います。科学的に見ると、当時は色々な対策が同時に行われたため、どれがどう効いたのかという検証が難しくなっています。ただ、あの時は異常事態でしたから、何とかしないといけないということで、多角的多方面の活動が一気に行われたわけです。

2012 年から 3 万人を下回り、順調に減って、一時期は 2 万人近い水準まで下がってきたわけですが、一方で、手放しでは喜べないということを次に指摘しておきます。人口が多い国は、自殺者数が多くても不思議ではありません。その国の自殺者が本当に多いのか少ないのかは、自殺率（人口 10 万人当たりの自殺者数）でみないといけないのです。そこで日本の自殺

率を見ると、男性の自殺率は女性の 2 倍から 3 倍高くなっています。これは日本特有の現象ではなく、万国共通現象です。世界的に見ても男性の方が自殺率は高いのです。これには興味深い説が色々あるのですが、本日は時間の関係で割愛させていただきます。

ここで注目していただきたいのは、日本人全体の自殺率です。日本の自殺率はずっと 15 を超えてきていて、年間自殺者 3 万人時代には 25 を超えていました。世界のワースト 10 にいつも入っている状況だったのです。では自殺率 15 になればいいのかというと、決してそんなことはありません。WHO（世界保健機関）が世界の国々の自殺率を色分けした地図（一番高い国は赤色）を見ると、15 以上が自殺率の一番高い国として区分けされています。日本は赤色で区分けされる状況が続いています。日本はどうしてこんなに自殺率が高いのか、どうにかしなければいけない、という認識をもっと広げていく必要があると思っています。慢性的な自殺率の高さがまだ続いているのです。

次に、コロナ禍で自殺はどうなったのか、ということをも月別自殺者数の推移をもとに見ていきます。まずコロナ前の 2019 年を見ると、1 月の 1686 人から始まって、12 月は 1494 人になりました。月ごとに凸凹はありますが、トレンドとしては右肩下がりになっています。2020 年も、スタートの 1 月は前年とほとんど変わらない 1684 人でした。1 回目の緊急事態宣言があった 4 月の段階でも、自殺者数は前年を下回っていましたが、7 月（1865 人）から急激に増えてきました。8 月（1931 人）、9 月（1889 人）は高止まりで、10 月（2230 人）に急増しました。6 月（1572 人）から 10 月にかけて 40% も増えたのです。たった 4 か月の間に、国全体の自殺者が 40% も増えるという激増現象がまた起こってしまったわけです。

男女別で見えてみると、今申し上げたトレンドは男性にもだいたい当てはまりますが、2020 年の 1 年間を均してみると男性の自殺者数はもとも多く、コロナでいきなり増えたわけではありません。一方、女性は 6 月から 10 月にかけて男性以上の激増があり、なんとこの間に 70% 増となりました。これは本当に異常事態で、コロナの中で女性の自殺が激増したのです。なぜこんなことが起こったのか、自殺率に関係する要因を考えてみます。まず関係するのは経済問題で、経

経済状況が悪くなると自殺が増えて、経済状況が良くなると自殺は減ります。これは多くの国で見られる現象です。先ほどは 1998 年の山一ショックを取り上げましたが、コロナ禍の中で起こった経済問題はこれと様相を異にしています。

2020 年の経済問題は、内需型サービス業（宿泊業・飲食サービス業）が一番影響を受けました。コロナの中でステイホームや三密回避が呼びかけられて、学校は休みになる、働いている人はテレワークになる、ということで人流が一気に減り、サービス産業が大打撃を受けたのです。そこで働いていたのはどんな人かというと、男性よりも女性で、正規雇用よりも非正規雇用が多くて、アルバイトや非正規雇用の人から職を失っていくことになりました。そのため、この時に経済問題の直撃を受けたのは男性よりも女性、年配者よりも若者、ということになります。これが、働き盛りのお父さんたちが直撃を受けた山一ショックとは大きく違う部分です。

さらに、コロナ禍の影響は経済問題だけではなくありません。コロナでステイホームの時間が増えて、一家団らんが増えたと思いたいのですが、残念ながらハッピーなご家庭だけではなく、家庭内暴力（DV）が 1.5 倍になりました。コロナ前から色々な問題や緊張をはらんでいたご家庭で、顔を突き合わせる時間が増えたがゆえに、ストレスが増してしまったのではないかと考えられます。また、児童相談所の児童虐待相談対応件数も増え、2020 年は 20 万件を超えました。これは 1999 年度の約 18 倍となっています。自粛やソーシャルディスタンスにより、人と直接会って話をしたり、遊びに行ったりする機会が激減し、ストレス発散の場がなくなる現象も起こりました。コロナ禍で女性や若者を襲ったマイナスの社会的要因を整理すると、経済問題、自粛やテレワークで増加した家族との接触の増加（家事の負担増、DV 増、虐待増）、リアルな対人交流の減少、ということが挙げられます。

このようなことが重なって、コロナの中で自殺が増えてしまい、メディアは「コロナ自殺」と呼んだりもしました。確かに分かりやすい言葉です。しかし、その理解だけでいいのでしょうか。社会的な要因は確かに大事ですが、ちょっと冷静に考えると、それだけで自殺が起きるのでしょうか。例えば、倒産の憂き目に

あった社長がみんな自殺するわけではありません。自殺の本体には一体何があるのか、それを見ないといけません。その本体を知るためには、ライフイベントという入口と、自殺という出口をつなぐ矢印（ライフイベント⇒自殺）の部分で何が起きているのか、中身を調べる必要があります。これが自殺の実態調査ということになります。統計的な数値だけでは見えてこないものを知らないといけないのです。

では、どのような実態調査をするのかというと、心理学的剖検という方法があります。亡くなられた人、一例一例を調査していく方法で、この調査方法は確立されています。剖検というのは、死因を同定するためにご遺体を解剖することですが、自殺の実態調査では解剖まではしません。心理学的という修飾語を付けて、解剖するくらい精緻に個人の人生を辿り、何が起こったのかを解明していきます。一番大事な情報源は近親者、ご家族からのインタビュー調査になります。1950 年代にアメリカで始まり、ヨーロッパ各国でも行われるようになり、自殺に関するとても大事なファクト（事実）が分かってきました。ただ、この調査方法が成立するためにはご遺族の協力が必要です。日本の場合、それが大きな壁になっています。欧米並みの高い協力率を得られず、地域調査がなかなかできていないのが日本の現状です。欧米では、この手の調査は協力率 90%を超える結果になっています。

今回ご紹介したいとても重要なファクトは、精神医学的な診断についてです。WHO が、世界の主要な心理学的剖検を用いた地域調査の結果を合算したデータを見ると、自殺と精神疾患には深い関係があることが分かります。自殺者の中で、精神疾患の診断がつかない人は 3%しかおらず、圧倒的の大多数が何らかの診断がつく状態にあったのです。もちろん、生前に精神科を受診していた人ばかりではありません。自殺者の中で精神科にかかっていた人は、多くの国でだいたい 40%台となっています。では、それ以外の人にどのように診断をつけたのかというと、先ほど申し上げたように、ご家族の聞き取り調査から本人がいなくても診断をつけるやり方を援用しています。この方法は精神医学では確立しています。

自殺者の精神疾患で最も多いのが気分障害（35.8%）です。うつ病、躁うつ病（双極性障害）が

中心のグループになります。2 番目は物質関連障害 (22.4%) です。精神医学で物質というとアルコールやドラッグを指し、アルコール依存症や薬物依存症がここに含まれます。アルコール依存症の人の自殺率が高いことは、精神科では古くから知られていましたが、それが実態調査によって事実として明るみに出てきました。続いて、ほぼ同率で統合失調症 (10.6%) とパーソナリティ障害 (11.6%) となっています。その他も合わせると、90% 以上の人で精神科の診断がつく状態だったことが分かっています。

この事実をあてはめて、私なりに考えている自殺に至るプロセスをご説明します。入口のライフイベント (リストラ、倒産、借金、離婚、離別死、病気、差別、その他の失敗や喪失、コロナ関連の様々なストレスなど) から、結末の自殺へと至る間に、多くの人は精神科の診断がつく状態になっているわけですが、この途中段階で非常に重要なのはサポートが得られるかどうか、ということです。同じようなライフイベントを被っても、助けてくれる家族や友達がいったり、相談機関につながることでできたりすると、このプロセスから脱出できる可能性が高くなります。しかし、残念ながらそういうサポートが少なかったり、なかったりするとプロセスが進行し、多くの人が精神科の診断がつく状態となって、自殺へのプロセスが加速してしまいます。精神科の診断は、ひとりの人に複数つくこともあり、これは日常臨床ではよくあることです。例えば、もともとアルコールの問題を持っていた人がこのプロセスにはまり込むと、最終段階ではアルコール＋うつ病 (うつ状態) になることがよくあります。統合失調症の人がこのプロセスにはまりこんでしまい、最終段階ではうつ病 (うつ状態) になって最後のプロセスが加速されてしまうこともあります。

今述べたプロセスをもとに自殺を大別すると、大きく 2 つに分かれると思っています。ひとつは「理性的な自殺」です。本人の思考力や判断力に病的な影響がなくても、本人が決めたことで自殺してしまいます。安楽死などがこれに該当すると思いますし、古くは切腹などがこれに当てはまります。もう 1 つが「思考力・判断力に病的な影響があった結果生じる自殺」です。ここで強調したいのは、どちらの自殺が多いのかということです。これはもうお分かりのように、圧倒的に後者のパターンです。私たちは日本人の意識として、

切腹文化の名残がメンタリティの中に染み込んでいますので、理性的な自殺が多いのではないかなと思う人もいるかもしれません。ですが、実は「思考力・判断力に病的な影響があった結果生じる自殺」がはるかに多いのです。これを強調しておきたいと思います。だからこそ自殺は防ぐべきもので、「自殺は本人の決めたことだから」と放っておくことはできないのです。

どうして自殺を防がないといけないのか、という根本的な問いに対する私の答えは「精神的な変調 (メンタル不調) が介在する自殺行動は予防や治療の対象です」ということになります。自殺対策基本法では、自殺は社会的に追い詰められた末に起こるものだから防がなければいけない、と言われていて、私はそれに異を唱えるつもりはないのですが、可哀そうだから防がなければいけない、というだけでは論拠として弱いのです。

10 年くらい前、私は一般の人向けの講演会でフロアからこう指摘されたことがあります。ご高齢のご婦人が「可哀そうなのは分かるけど、本人が決めたことだからしょうがないのでは」と言われたのです。そのように思っている人が多いのだとすれば、自殺を防がないといけないという機運は盛り上がりません。日本では自殺の容認論や自己責任論が結構強いのではないかとと思っています。それが慢性的な自殺率の高さにつながり、社会に衝撃を与える出来事が起こった時に自殺の激増が起こる、という私たちのメンタリティのベースラインになっているのではないのでしょうか。そこは変えていかないといけないと思っています。少なくとも今日言いたいのは、「多くの自殺にはメンタル不調が介在しているので、予防や治療の対象になります」ということです。ぜひ、この認識を共有していただきたいと思います。

一方、数は少ないとはいえ「理性的な自殺」も確かにあります。これについてはどうすればよいのでしょうか。その是非は精神科医の見を超えているので、私が正解を持っているわけではありません。安楽死は国全体で認めている所がありますから、国民全体の合意を得ないといけない問題です。でも個人的には、どのような自殺であっても「ない」社会の方が良いと思っています。もうひとつ強調したいのは、職業人としては絶対に自殺をほう助してはいけない、ということでは

す。何らかの職種で人の命に関わる現場にいる人たちは、自殺を容認したり手助けしたりすると、日本は安楽死も法的に認めていませんから、自殺ほう助罪や殺人罪に問われます。何らかの職種として現場で仕事をする以上は、自殺は絶対に防ぐというスタンスで臨むことが正解です。

以上が自殺全体のお話で、ここから若者や子どもの話題に移っていきます。子どもの自殺の背景はどうかということ、大人とほとんど変わらず、90%以上は精神医学的な診断がつく状態だったことが米国の調査で分かっています。しかし、大人と違う特徴も指摘されています。出典が古いのですが、1981年に当時の総理府青少年対策本部が発表した「児童・思春期の自殺の特徴」についてお伝えします。ここでは「唐突で衝動的」「致死性の高い手段」「些細な腑に落ちない動機」「高い被暗示性」（他からの影響を非常に受けやすく模倣自殺や連鎖自殺に注意）「生と死の境目がはっきりしていない死生観」（この世からの一時的な逃避として自殺を考える）が挙げられています。

また、教職を長く務めた長岡利貞さんが2012年に指摘した若者の自殺の特徴は、「幅広く柔軟に考える力が乏しい、社会経験や知識が乏しい」「衝動性、短絡性」「叱られて、疑われて、馬鹿にされて、仲間外れにされて」「窮地に追い込まれて」「いっぺんやってやろう、脅かしてやろう、驚かせてやろう」「低年齢ほど自殺念慮を抱いてから決行するまでの時間が短い」などです。最近では、子どもの自殺予防の専門家である阪中順子さんが「強い孤立感」「無価値感」「強い怒り」「苦しみが永遠に続くという思い込み」「心理的視野狭窄」などが大人よりも起こりやすいと指摘しています。

このような先行研究を参考に、児童・思春期の自殺の特徴を私なりに次のようにまとめました。

- ◎大人よりも衝動的・短絡的に見える自殺が多い
 - ◎そのきっかけは大人からすれば些細なことが多いのだが、子どもは大人よりも幅広く柔軟に考える力が乏しいため、子ども自身にとっては深刻になり得る
 - ◎心理的視野狭窄に陥りやすい
 - ◎被暗示性が大人よりも高い
- 教育現場に携わる人たちは、このような特徴を知っ

ておく必要があると思っています。

次に、若者の心性、心の状態について少しお話しします。ここでキーワードとなる「自己愛」について、私なりに考えていることをご紹介します。自己愛は決して悪い意味ではなく、私たちが生きて行く上で健全な自己愛は絶対に必要になります。しかし、残念ながら自己愛が十分に育たない人たちもいます。虐待を受けて育った子どもたちは、大人になっても十分な自己愛が育っていないので、自信が持てなかったり、何かがあると自分を大事にする気持ちを持てなかったり、という状態になりがちです。これが、精神医学的な診断名で言うと境界性パーソナリティ障害とか、反社会性パーソナリティ障害の人達です。養育環境の中で虐待を受けた経験が多い人たちと言われています。そのような人たちの心性の中核には、傷ついた発育不全の自己愛があることが分かっています。

もう1つの自己愛の病理としては、逆に肥大化し過ぎた自己愛があります。端的に言うと甘やかされて育った人たちで、現代の若い世代ではこういう肥大化した自己愛を持つ人が増えていると言われています。その結果、こういう人たちがうつ病になると、周りを責める他罰性の傾向が出ると言われています。古典的なうつ病は、自分を責める自責的な症状が特徴ですが、現代の若者がうつになると「学校が悪い」「先生が悪い」「上司が悪い」というふうになりやすいと言われています。もちろん、若者が皆そういうふうになるわけではないですが、中高年のうつに比べると他罰的傾向が多くみられ、その背景にある肥大化した自己愛が関係しているのではないかと私は思っています。

さらに私が最近思っているのは、私が勝手に考えたネーミングですが、「混合性自己愛パーソナリティ障害（肥大化した自己愛＋傷ついた自己愛）」の人が現代日本で増えているのではないかとことです。なぜこんなことが起こるのかということ、一人っ子で大事に可愛がられて育つと、肥大化した自己愛になりやすいのですが、学業成績などで親の要求水準が非常に高く、ひどく怒られたり無視されたりすると発育不全の自己愛を併せ持ってしまうのです。これが若い人のうつ病の背景にあり、うつになりやすいのではないかと考えています。

もうひとつ事実をお知らせします。内閣府の「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査」（2013 年度）によると、日本の若者の自信や自分を大事にする気持ちは、諸外国に比べて非常に低いことが分かっています。自分自身に満足しているかどうかという結果を見ると、日本は半分以下なのですが、諸外国は 7 割から 8 割の人が自分に満足していると答えています。また、日本人の「自分への満足感」は、「自分は役立つ存在か否か」（自己有用感）との相関関係が強いことが指摘されています。逆に言うと、自己有用感を育てるような養育、指導をしていくことが大事だと思っています。いずれにしても、日本の若者はうつになりやすい心理的な素地があるのではないかと心配しています。

若者の自殺予防のために、もう一度、「自殺プロセス」を考えてみたいと思います。先ほど入口のライフイベントと言いましたが、実はもっと根底に家庭の問題とか、学校の問題とか、個人のパーソナリティーを形成するような部分も、長い目で見ると自殺のプロセスに関係するのではないかと考えています。いわゆるレジリエンスを育てることも、広い意味では自殺に対する抵抗力につながると考えています。学校や家庭も非常に大きな役割を担う場所、ということになります。

家庭や学校で特に大事なことを挙げておきます。

- ◎早くから「命の大切さ」を教える
- ◎ SOS を出していい、弱音を吐いていいことを教える
- ◎ 「健全な自己愛」が育つように配慮する（例えば「適切に」褒める、励ます、叱る）

社会全体としても、子どもたちのモデルになれるような大人が増えないといけないと思っています。最後に、ちょっと違和感を持たれるかもしれませんが、軍人の山本五十六の名言をご紹介します。「やって見せ、言って聞かせてさせてみて、誉めてやらねば、人は動かず」。山本はこうも言っています。「話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば、人は育たず」「やっている姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず」。軍人ですらこういうことを言っていますから、私たち現代社会の大人はこれをしっかり再認識した上で、子どもたちに接していかないといけないと思っている次第です。

Q. コロナ禍における女性の自殺の増加は欧米でもみられたのでしょうか

コロナで自殺が激増した国は、今のところ発表されている中では日本だけです。日本だけの特徴的なことだと言われています。そこには、私が今日推察しましたように、私たちのベースラインとして自殺を選択肢として考えやすいメンタリティが大いに関係していると思います。

例えば、キリスト教圏の人は小さい頃から「自殺をしてはいけない」と教えられて育ちます。僕は日本で生まれ育ち、小学校に行く前から時代劇を見て切腹を理解していました。理解するどころか、それが潔さ、決断、男らしさ、であると刷り込まれて育ってきました。苦境に陥った時、キリスト教圏の人は自殺を選択肢としてあまり考えないのに、日本人はそれを選択肢として考えやすいのではないかと考えています。そこをなんとかしていけないといけないと思っています。

Q. 『死にたい』は死にたいくらい辛いというメッセージと受け止めて、周囲は辛いことを減らしていかなければならないと思います。いかがでしょうか

全くその通りで、大正解です。「死にたい」と言われると、言われた方はびっくりします。私も精神科医を 30 年以上やっていますが、診察室で「死にたい」と言われながら泣かれると、プロとして困惑を表に出さないようにしますが、内心は本当にびびります。なぜみんな「死にたい」という言葉にびっくりするのかというと、死なれたら困ってしまうし、そんなことしないで欲しいという気持ちがあるからです。だから、「そんなこと言っちゃだめ」と言いがちですが、それは正しくありません。

「死にたい」というのは今から死にますという宣告ではなく、それくらい辛いんだという心の吐露、SOS なのです。言葉を額面通り受け止めてびっくりするのではなく、「それくらい辛かったんだね」という言葉を返してあげて、

話を聞いていくのが正解になります。

Q. 傷ついた自己愛と肥大化した自己愛の同居は日本の文化と関係しますか

他の国々の文化と比較しながらの考察はまだ深めていないのですが、少なくとも今日申し上げたのは現段階の日本の子どもの育て方です。そのベースには、少子化で子どもが減っているということがあり、甘やかしてしまうので自己愛が肥大化する傾向があります。その一方で、非常に高い要求水準を課してしまうご家庭の場合、そこに達しないと叱りつけたりするので、傷ついた自己愛が育ってしまいます。これは日本文化の問題というよりも養育の仕方の問題になりますので、他の国でも同じような現象があるのかもしれませんが。若い人のうつは日本だけでなく、多くの国で増えていることが報告として上がっていますので、その背景には、もしかすると若い人たちの自己愛の問題があるのかもしれない。

Q. 発達障害があって衝動性の強いお子さんは自殺の確率が高くなるのでしょうか

エビデンスとしてはまだ多く上がってきていないのですが、十分にあり得ることだと思います。発達障害で衝動性が高いお子さんの中には、適応がなかなかうまくいかず、死にたい気持ちが強くなって自殺してしまう人が実際にいると思いますので、日々の臨床や学校、ご家庭などでも注意していけないといけない問題だと思っています。