

自殺予防 カウンセラーのための手引き (日本語版初版)

この文書は、自殺予防に関連する団体や専門組織を対象とした一連の手引き書のうちの一つであり、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) が自殺予防のために国際的に提唱している SUPRE の一部として用意されたものである。

キーワード：自殺 / 予防 / 資源 / カウンセラー

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva
2000

監訳 河西千秋, 平安良雄
横浜市立大学医学部精神医学教室

The chief editors: Chiaki Kawanishi and Yoshio Hirayasu
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
Yokohama
2007

© World Health Organization

The Director-General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Japanese to Yokohama City University School of Medicine, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan which is solely responsible for the Japanese edition.

“Preventing suicide : a resource for counsellors”の日本語翻訳版の著作権は横浜市立大学精神医学教室に帰属します。本著作の複写・転用については、横浜市立大学医学部精神医学教室の許諾を得てください。

横浜市立大学医学部精神医学教室

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9, 電話 045-787-2667, Fax 045-783-2540

発行 初版 First publish 2007年9月
Publish:

監訳 河西千秋 Chiaki Kawanishi
Edited by: 平安良雄 Yoshio Hirayasu

訳 神庭功 Isao Kaniwa
Translated by: 河西千秋 Chiaki Kawanishi
名取みぎわ Migiwa Natori
平安良雄 Yoshio Hirayasu
松澤友子 Tomoko Matsuzawa
山田素朋子 Suhoko Yamada

発行者 横浜市立大学医学部精神医学教室
Publisher: 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
電話: 045-787-2667 , Fax: 045-783-2540
Department of Psychiatry
Yokohama City University School of Medicine
3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan
Tel: +81-45-787-2667
Fax: +81-45-783-2540

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| 緒言..... | 4 |
| 自殺の実態..... | 5 |
| 危険因子と危険な状況..... | 6 |
| 保護因子..... | 6 |
| 特別な集団と自殺..... | 7 |
| 自殺行動についてよく耳にする俗説..... | 8 |
| 自殺行動の評価 | 10 |
| 自殺行動への対応 | 11 |
| 自殺に傾いている子どもや青年期の若者のカウンセリング | 14 |
| 来談者の自殺に対応しているカウンセラー | 15 |
| 地域への有用な情報の提供 | 16 |

はじめに

自殺は、世紀をまたがり哲学者や神学者、医師、社会学者、および芸術家たちの関心を引きつけてきた複雑な事象です。フランスの哲学者であるアルベール・カミュは、彼の著作「シーシュホスの神話」の中で、自殺は唯一深刻な哲学的問題であると述べています。

私たちは、自殺を重要な公衆衛生学の課題として捉える必要があります。しかしながらその防止や制御は、残念ながら決して簡単な仕事ではありません。最新の研究では、自殺予防は実行可能ではあるものの、そのためにはありとあらゆる活動がなされなければならないということが示されています。それは、私たちの子どもや若者たちのために可能な限りの良い環境を提供することから始まり、精神障害の効果的な治療や、自殺の危険因子に対する環境調整を行うことも含まれます。的確な情報を普及させ、また啓発を行うことは自殺防止プログラムを成功させる上での主要な要素となります。

1999年に、WHOは自殺の防止のための国際的な事業、SUPREに着手しました。この小冊子は、特に自殺の防止に関わる地域や専門のグループのために準備された一連のSUPREの資料の1つです。これは、保健福祉専門家や教育者、行政機関、政府、立法機関、司法、報道機関、家族、地域のコミュニティを含む人々の広範で多様なつながりについて提示するものとなっています。

私たちは特に、この小冊子のたたき台を準備して下さった米国、グリーンズボロ、NBCC-InternationalのClinical Training Coordinator、Scott Hinkle博士に感謝したいと思います。そして、その校訂にあたったWHOの国際的な自殺予防のネットワークに関わる以下のメンバー、Annette Beautrais博士(ニュージーランド、クライストチャーチ、Christchurch School of Medicine)、フランス、パリのGroupe Hospitalier Cochin、Jean-Pierre Soubrier博士、私たちはさらに、これらの手引き書の叩き台の編集作業を支援して下さったインド、チェンナイ、SNEHAのLakshmi Vijayakumar博士、Danuta Wasserman教授(スウェーデン、ストックホルム、National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health and Department of Public Health)に感謝します。

私たちはさらに、これらの手引き書の叩き台の編集作業を支援して下さったインド・チェンナイ、SNEHAのLakshmi Vijayakumar博士に感謝します。

これらの資料は、今後広く配布されていきますが、これらの資料が効果的であるためには、それぞれの地域にあったかたちで翻訳され受け容れられていくとよいと思います。これらの資料に対するご意見や、翻訳・翻案の申し込みを歓迎します。

J.M.Bertolote博士
WHO精神保健部
精神・行動障害部門コーディネーター

自殺予防 カウンセラーのための手引き

毎年、世界中の武力紛争による死亡者よりも多くの人々が自殺する。世界中で、自殺予防における心理療法専門家の援助が非常に重要であり、必要とされていることが明らかである。

自殺は、生物学的、遺伝学的、心理学的、社会学的、そして環境的要因の複雑な相互作用の結果として生じる。地域における自殺行動の発見と専門家への紹介、そして対応の改善は、自殺予防における重要なステップである。自殺予防のための重要な課題は、危険性のある脆弱な人々を同定すること、自己破壊的な行為に影響を与える環境を理解すること、そして介入を効果的に構造化することである。従ってカウンセラーは、自殺行動に対応すると同時に、地域社会に基盤を置いた予防のためのイニシアチブをとる必要がある。¹

専門的なカウンセリングの実践は、認知、感情、行動に対する、もしくは組織的な介入方略を通して行われるメンタルヘルスと心理学、あるいは人の発達原則の適用と定義される。これらを適用することにより、専門のカウンセラーは精神病理学と同様に健康、個人の成長、そして職業的な成長の問題を取り扱う。カウンセラーは、大学での訓練や教育を受け、そしてしばしば学校、単科大学、総合大学、就職紹介機関、依存症施設、診療所、そして病院などで働いている。

これと関連することとして、自殺予防は、効果的な育児、家族のカウンセリング、精神疾患の治療、危険因子の環境的な制御、そして地域社会の教育などの様々な幅広い活動の中を含む。重要かつ主要な介入である効果的な地域教育には、自殺の予防や対処と同様に、自殺の原因の理解が含まれている。

カウンセラーは、物質乱用と気分障害の関係、自殺念慮と自殺行動との関係をよりよく理解することにおいて、個人を援助することができる。またカウンセラーは、再発予防の計画、社会支援の構築、そして必要時のより集中的な精神科治療とアルコール・薬物の治療センターへの紹介を行うことで援助を行うことができる。

自殺危機への対処において、実際的で、利用が可能で、そして必要な情報を含むカウンセラーのための明確なガイドラインが必要であることは明白であり、特に発展途上国においてなおさらである。² 残念なことであるが、メンタルヘルスのトレーニング・プログラムでは、自殺への対応における包括的なトレーニングというものはほとんど取り上げられない³。

カウンセリングの専門職において、来談者の自殺は、いわば仕事につきものであると見なされる。カウンセリングの約 25%が来談者の自殺を経験していると推定される⁴。自殺は、トレーニングを受けているものと同様に、すでに仕事を行っているカウンセラーの活動にも悪影響を及ぼす可能性がある。このような経験をもつカウンセラーは、来談者の死に対する反応として自尊心の喪失を感じ、侵襲的な思考と悪夢、怒りと罪悪感を感じると報告している。

この冊子は、自殺の危険や予防に関するカウンセラー教育のための情報案内としても作られている。

自殺の実態

2000年にはおよそ 100 万人の人々が自殺をしたと推定されていて、世界の多くの国で自

自殺は死因の上位 10 位以内に位置している。自殺者の 10 から 20 倍の人々が自殺を企図しているといわれるが、実際の数値はそれより高いと考えられる。自殺率は、人口統計分類により幅があるが、過去 50 年間でおよそ 60%増加している。自殺による損失を減らすことは、重大な国際的なメンタルヘルスの目標となっている。カウンセラーは、自殺予防において非常に重要な役割を果たすことができる。

保護因子

保護因子^{5,6}は自殺の危険を減少させる。それらはひとを自殺から防ぐものと考えられ、以下のものが挙げられる：

- 家族、友人、そして重要な関わりのある他の人からの支援
- 宗教、文化、そして民族的な信条
- 地域社会への参加
- 満ち足りた社会生活
- 社会との統合。例えば雇用、建設的な余暇の利用を通じて
- 精神保健のケアやサービスの利用

たとえそのような保護因子が自殺の危険を消すことがなくても、それらは生活上の極度の心的負荷を相殺することができる。

危険因子と危険な状況

自殺行動というものは、文化、遺伝学的、心理社会的、そして環境因子に従いある状況下においては共通点を示す。一般的な危険因子として以下のものが挙げられる

- 社会経済的地位や教育レベルの低さ。失職
- 社会的なストレス
- 家族機能、社会的なつながり、そして支援システムにおける問題
- 身体的、そして性的な虐待といった外傷体験
- 個人的な損失
- うつ病、人格障害、統合失調症、そしてアルコールや物質乱用などの精神疾患
- 無価値感や絶望的な感情
- 性的志向性の問題（同性愛など）
- 奇異な行動（認知のスタイルや人格傾向など）
- 判断力の低下、衝動制御の欠如、そして自己破壊行動
- 対処能力の低さ
- 身体疾患と慢性の痛み
- 他の人の自殺への曝露
- 自殺手段への接近
- 破壊的で暴力的な出来事（戦争または壊滅的な大災害のような）

自殺により命を絶つ人の 90%は精神疾患をもち、60%がそのときにうつ状態であったと推定されている。事実、すべてのタイプの気分障害は自殺行動に明らかに関連している。うつ病とその症状（例えば、悲哀、無気力、不安、いらいら、睡眠障害や摂食障害）が、潜在的自殺の危険性と関係することに警戒すべきである。

また自殺の危険は、統合失調症、物質乱用、人格障害、外傷後ストレス障害を含む不安

障害、そして精神疾患の重複においても高いことが知られている。⁶ 統合失調症のおよそ10 - 15%が自殺既遂に至り、罹患者の死因として最も多い。精神疾患に対する深い自己洞察、治療年数が短いこと、そして重度の抑うつ症状は、精神病において自殺の危険性を高めることと関連する。重大な人生の選択やストレスの状況下で、飲酒の影響は現実に対して視野を狭め、自傷の可能性につながる。アルコール症では、特にうつ病や人格障害が合併する場合、自殺の危険性が増大する。

子どもと思春期の若者の自殺による死の90%において、ある種の精神的障害が根本原因であると同定されており、最も多い診断は気分障害、不安障害、物質乱用、そして破壊的な行動障害である。

自殺傾向のある個人は、自殺傾向のない個人と比べてしばしば、虐待の経歴、家族問題、文化的な問題、対人関係の障害、そして不可抗力の、もしくは慢性のストレスへの曝露を含む環境的負荷をより多く経験している。抑うつ気分と相まって、これらの負荷は自殺の可能性を増大させる。実際、生活の重荷から生じる絶望感が加わると、それはうつ病単独の場合よりもさらに強い自殺の危険の前触れとなることすらある。

自殺未遂の既往は、自殺の危険を高める。加えて、危険因子として顕著なものには、自傷行為に関する持続的な念慮と、自殺を実行するための明確な計画と準備が含まれる。そして自殺を実行するための手段、機会、具体的な計画があって、抑止力が欠如するときに危険性は最も高くなる。

自殺行動と関連する危険因子を同定することは、カウンセラーの臨床における意志決定に重要である。そのような危険因子に関する知識は、最も危険な状態にある個人をカウンセラーが同定するのを助け、介入のみならず予防につなげることを可能とする。従って、カウンセラーにとってのリスク評価のトレーニングは、自殺を減らすために主要なものとなる。

自殺の意志の伝達には、「世界共通の様式」というものはないが、自殺行動の警告サインには、自身の幸福への関心の欠如、社会性の変化と仕事における生産性や学校の成績の低下、睡眠や食事のパターンの変化、身の整理、他人への償い、他人がどう感じているかということへの特別の関心、「死と暴力」といったテーマへの没頭、うつ病期の後の突然の気分の改善、そして、突然のあるいは増大する混乱といったものが含まれる。

特別な集団と自殺

子どもと青年期の若者

カウンセラーは、子どもや青年期の若者の自殺の予防において極めて重要な役割を担うことができる。子どもや若者が自殺に傾いているとき、彼らにとって問題解決やストレス対処、そして感情や感覚を言葉で表現することは難しい。いくつかのケースでは、仲間からの否定的な圧力が自己破壊的行動の背後にあるかもしれない。

子どもと青年期の若者に見られる自殺行動には、しばしば抑うつ気分、情緒的な問題、行動上の問題、社会的な問題、そして物質乱用を含む複雑な動機が絡み合っている。若者の間にある他の自殺に関する要因として、恋愛関係の喪失、進学にまつわる不適応や他の生活上のストレスへの対処困難、問題解決能力の乏しさに関連する問題、低い自己

評価、そして性同一性への葛藤が挙げられる。

自殺に傾いている子どもは、多くの場合、崩壊家庭や葛藤の多い家庭生活を経験している、離婚などの家族変化が結果として無力感や制御の欠如をもたらし得る。若者の間では、高いレベルの家族機能障害を伴う家族の精神疾患、家族からの拒絶、そして子ども時代のネグレクトと虐待が自殺の可能性を増大させる。若者の自殺では、家族性の精神疾患、家族サポートの少なさ、過去の自殺念慮もしくは自殺企図、規律上あるいは法律上の問題、そして家に装填された銃などが存在する率がより高い。自殺念慮や自殺企図は、仲間や大人に虐待を受けた子どもや若者により多く現れる。

その他の青年期の自殺の危険因子は、著名人、あるいはその若者の知己の人の自殺である。特に若者の間では、群発自殺という現象がみられる。自殺企図や自殺が広く報道されると、企図者の生活スタイルや個人的な特質に類似した集団、あるいは類似のコミュニティの中の自傷行為につながる。特に学校という環境においては、子どもや若者の自殺が起こった際の予防対策実施の必要性を支持するいくつかの根拠がある。

16歳以上の青年期の若者の間では、その苦悩の時期においてアルコールや物質乱用が自殺の危険を有意に増加させる。気分障害や不安障害、家出や絶望感なども自殺企図の危険を増加させる。青年期の自殺企図は、学校や仕事での失敗や恋人との争いのような屈辱的な人生経験としばしば関連する。診断のつくような人格障害における自殺は、その診断のない場合と比べて10倍多く、⁸ 青年期の自殺の80%が行為障害、外傷後ストレス障害、あるいは暴力的・攻撃的症候として診断される。

高齢者

うつ病は老年期の自殺行動と関連する主要な要因として広く知られている。高齢者に関してよく議論されるのは、自殺の手段としての薬物の悪用であるが、しかしながら、うつ病治療から得られる利益は、抗うつ剤の投薬の悪影響を大きくしのぐ。

高齢者にみられる自殺は、カウンセラーが自殺のメッセージに気付いていれば減らすことができる。自殺をする高齢者の約70%が、最終的な致死的行為の前に家族や他の人に自殺の意図を知らせている。従って、家族や友人と連絡がつくようなときには、本人と並行して家族や友人の面接（それは常に重要な方法であるが）を行わなければならない。

自殺行動についてよく耳にする俗説

自殺行動についての数々の俗説がある。なかでもより広く言われているものは以下の通りである：

俗説1：「自殺について語る人は、他人の注意を引きたいだけなので自分自身を傷つけることはない」というのは誤りである。

カウンセラーは、自殺念慮や自殺をする意志、あるいは自殺の計画について話す人と対面したときにはあらゆる予防措置をとらなければならない。全ての自傷のきざしは深刻に受け取られるべきである。

俗説2：「自殺は常に衝動的で、警告もなく起こる」というのは誤りである。

自殺による死は衝動的なものに見えるかもしれないが、実際にはいくらかの時間をかけて考えられたものであろう。自殺に傾いている多くの人々は、自身を傷つけようとする念慮を何らかの形で言葉や行動でもって伝えている。

俗説3：「自殺をしようと考えている人は本当に死にたいと思っているし、死ぬことを決意している」というのは誤りである。

自殺をしたいと考えているほとんどの人は、その考えを少なくとも別の一人の人に伝えている。あるいは危機介入のための電話か医師に伝えている。それは死ぬという言葉質を与えているのではなく、両価的であるという事を示しているのである。

俗説4：「人が改善のしるしを示したり自殺企図から生還した時には、彼らの危機は去っている」というのは誤りである。

実際は、最も危険な時期のひとつは危機の直後か、あるいは企図の後に病院に入院しているときである。また退院後1週間は、その人がまだ特に脆弱なので自傷の危険がある。将来の自殺の危険予測因子は「過去の自殺企図」であり、自殺に傾いている人のほとんどは続けて危険な状態にある。

俗説5：「自殺は遺伝する」というのは誤りである。

全ての自殺が遺伝と関連しているわけではなく、遺伝性を決定付けるような研究にも但し書きがある。しかしながら自殺の家族歴は、特にうつ病が多発する家族においては自殺行動の重要な危険因子のひとつとなる。

俗説6：「自殺企図者や既遂者は、すべて精神疾患を患っている」というのは誤りである。

自殺行動は、破壊的行動、攻撃的行動に加えて、うつ病や物質乱用、統合失調症や他の精神疾患と関連付けられている。しかしながら、この関連性は過度に評価されるべきではない。これらのそれぞれの精神疾患の相対比率は場所ごとに多様性があり、精神疾患が明白でない事例もある。

俗説7：もしカウンセラーが患者と自殺について話をすると、患者に自殺念慮を引き起こすことになるというの誤りである。

カウンセラーが、患者に自分自身を傷つけることを考えているのかどうか尋ねるだけで自殺行動が引き起こされることはない。実際には、その人の情動の評価やストレスによって引き起こされた状態の正常化が、自殺念慮の軽減のための必須の要素である。

俗説8：「自殺は“一部の特別な種類の人々”にだけ起こるもので、自分達には起こらない」というのは誤りである。

自殺はあらゆるタイプの人に起こり得るもので、実際にあらゆる種類の社会体制や家族に認められている。

俗説9：「人がいったん自殺企図を試みたら、その人は二度とそれを試みることはない」というのは誤りである。

実際には、自殺企図は非常に重要な自殺の予測因子である。

俗説10：「子どもは、死の結末をきちんと理解していないし、自殺行為を実施するだけの認知的な能力がないために自殺はしない」というのは誤りである。

まれではあるものの子どもは自殺はある。従って、あらゆる年齢の子どものあらゆる仕草は深刻に受け取られなければならない。

これらの自殺についての誤った認識により、カウンセラーは自殺傾向のある人を対象に仕事をすることに不安を感じたり準備不足と感じたりするかもしれないし、こういった人に対処するための効果的なカウンセリングの技法を開発しなければならない。自殺の危機介入についての情報、トレーニング、そして経験は、カウンセラーの能力を高める。トレーニングは、他者の強い感情に穏やかで寛容に対応する能力を高め、カウンセラーの防衛や受動性を減らし、解決されない悲嘆の問題を乗り越えるといった内容を含むべきである。さらに、危険因子の認識と危機的状態の理解が、カウンセラーにとって非常に大切な取り組みとなる。

自殺行動の評価

包括的な自殺行動の評価は、効果的なカウンセリングによる介入と予防活動の基礎となる。自殺危険性の評価の主要な目標は、予防と心理療法を行うための情報を提供することである。評価は、後の臨床的評価、カウンセリングによる介入、予防とポストベンションに結びつく。すべての自殺の危険性の評価は、次の内容を含む：

- 関連危険因子のまとめ
- あらゆる自殺関連行動の履歴
- 変えることのできない生物学的な、心理社会的な、メンタル面の、情動的な、あるいは医学的状态
- 絶望感の程度を含む現在の自殺関連症状の程度
- 蓄積したストレス因子
- 衝動性と自己制御の程度
- その他、状況の緩和に関する情報
- 保護因子

自殺危険性を評価するには、行動と危険因子の評価、背景の精神疾患の診断を行い、そして死に至る危険性を判断する必要がある。そしてさらに、その危険度についての評価を包括的に行うことが重要となる。下記の、「自殺の危険性が存在しない」から「かなり自殺の危険性が高い」までの5段階の評価尺度により、その指標を提供することができる。

1. **危険性がない**：本質的に自傷の危険性が存在しない
2. **軽度の危険性**：自殺念慮は限定されていて、自身を傷つけるための計画、あるいは準備はなされていない。そして他の既知の自殺の危険因子も存在しない。自殺を完遂する意志は明確ではないが自殺念慮は有している。具体的な計画はもっておらず、過去に自殺企図の既往はない。
3. **中等度の危険性**：明確な自殺念慮に基づいて自殺の計画と準備が認められ、自殺企図歴の可能性があり、そして他に少なくとも2つ以上の危険因子が存在する。あるいは、ひとつ以上の危険因子を有していて、自殺の意志や自殺念慮があるが明確な自殺の計画は否定的な状態。もし可能であれば、今抱えている情緒的、心理的状态を改善したいと本人が考えている。
4. **危険性が高い**：具体的で決意に基づいた、自身を傷つける計画とその準備。あるいは自殺企図を繰り返していて2つ以上の危険因子を有している。自殺念慮と自殺の意志が、周到な自殺の計画とそれを実行する方法とともに言語化されている。

認知の柔軟性と将来に対する絶望感、そして利用可能な支援について否定する。
そして過去に自殺企図の既往がある。

5. **非常に自殺の危険性が高い**:いくつかの有意な危険因子を複合的に有し自殺企図を繰り返している。迅速な対応と行動が不可欠。

カウンセラーが最終的になすべきことは、致命的自傷の可能性を同定する助けとなる自殺危険性尺度を用いて、その度合いを判断し確認することである。その判断の際は、偽陰性の過ちを犯すよりは偽陽性の判定をするほうが好ましいことがしばしばある。評価によって得られるデータは、介入や予防を目的としたカウンセリングの前後の比較のためにも有用である。

自殺の危険性の評価には、臨床面接、いわゆる正規の評価手順により得られる情報そして第三者から得られる評価可能な客観的情報が含まれる。「生きる理由」、「生活を続けていく理由」は、自殺危険性の評価においてその人の認知にかかわる重要な因子であり、スクリーニングや治療計画に組み込まれる必要がある。最終的には、自殺危険性の評価は多元的でなくてはならず、正常の人間の発達過程と性別による違い、家族歴、物質依存、孤立の程度、精神医学的診断、無力感/絶望感の度合い、そして人口統計学的観点³という文脈の中でその評価はなされなければならない。

一般に、青年と子どもの評価には、最低限次のことが含まれていなければならない：

- 臨床面接
- 行動の観察
- 両親、教師、親類、そして友人らによる客観的情報
- 危険因子と状況的な因子の評価
- 自殺念慮、計画、意志の評価と、「生きる意味」についての評価
- 家族や仲間・同僚の支援の利用可能性とその質

自殺行動への対応

残念ながら、自殺に傾いている人、あるいは自殺の可能性のある人への対応について、幅広い合意に基づいて定められた手順というものはない。しかしながら、カウンセリングの提供は、自殺に傾いている人が必要としていることに応えるものでなくてはならない。自殺に傾いている人の同定、評価、そして治療のためには多くの重要な因子について考慮しなくてはならない。このような人が必要としているものは、情報提供から心理療法、薬物療法まで幅がある。うつ病や他の行動の障害を治療するために、短期的・支持的なカウンセリングと薬物療法の組み合わせがしばしば必要とされる。

ある人が自殺念慮をもっているときには、迅速な手順でもって対応を開始することが重要である。これは、カウンセリングと同様、評価（例えば、両価性、衝動性、思考の頑なさ、そして自殺手段の致死性の程度）、支援要請、様々な程度の約束、そして家族の関与も含む。自殺に傾いている人への対応には、薬理的な治療、あるいは入院治療も含まれるであろう。

自殺の危機に際しての対応は、単一のものであってはいけない。しばしば重要なことは、他の保健機関を巻き込まなければならないということで、事例によっては公共の機関に通知されなければならないことさえある。事例を抱えたカウンセラーは特に、自殺の危機に

際して効果的に対処するために、自分が持ち合わせている能力というものにいつも気をつけておかなければならない。なお、第3機関を巻き込むことに関しては、倫理規定や法律の知識が重要である。

カウンセラーと保健に従事する専門家の協力が、自殺予防にとって不可欠である。地域において自殺の本質に関する情報を伝え、地域の公共施設と精神保健と医学的な治療計画との間の連携を構築するために、カウンセラー、心理士、社会福祉士、精神科看護師、精神科医、そして身体科の医師が共同で協調的に動く必要がある。

自殺の危機に際して、カウンセラーがすべき重要なことは以下のことである⁹：

- 穏やかに、そして支持的に
- 批判的にならないこと
- 相手が自分から心を開くことを助ける
- 自殺がひとつの選択であるという考えを一旦受容した上で、自殺が正しい判断ではないことを確認する
- よく耳を傾け、そして相手のセルフ・ケアの力を積極的に強化する
- カウンセリングの過程において、常に、「いま、ここで」に焦点をあてる
- 危機が緩和されるまで、詳細で、深層に入り込むようなかたちの心理療法は避ける
- 自傷の危険性の評価を補助してもらうために、他の人々に依頼をする
- 死に至る可能性を考慮しているかどうか、質問をする
- 致死的な自殺手段を除去する
- 効果的な危機対応の決定を行う

この最後のポイントについて詳しく述べると、自殺の危機にあるときの効果的な対応の決定というものは、人それぞれに異なる類型、複数の危険因子、自己を傷害する危険のレベルに関して予見される事柄に依拠する。特定の対象、あるいは特定の環境で働くカウンセラーは、彼らのそれぞれの組織や状況、あるいは背景に応じて自殺に対する対応計画を作成することになるだろう。たとえば、小児の外来患者の危機に対応するカウンセラーの場合、救急看護スタッフや医師がすぐに利用できるような施設や病院にいる大人の場合とはおそらく異なる、別のわかりやすい対応計画をもたなければならないだろう。明確に策定された対応計画は、質の高いケアを供給するだけでなく、利用可能な資源の紹介を含み、誰もがそのケアの体制の中で途方に暮れる事がないようなものでなくてはならない。

契約の有用性についてはほとんど根拠というものはないが、しかし多くのカウンセラーは、自殺の可能性のある個人と契約を結びたいと考える。これは、契約というものが有用である可能性があるからだ。しかしながら、もし自殺企図が起きたら、カウンセリング・スタッフ、保健専門家、家族、そして自殺犠牲者との間でのやり取りの、すべての情報を公開して、それを有効利用する必要がある。自殺企図への対応の訓練を行うことで、自殺の危機に対応するすべてのカウンセラーは自信をつけていくことができるであろう。

カウンセラーは、自殺の危険性のある個人から信用・信頼を寄せられるような関係を築くことが大切である。自殺の危険性がある人は、情報を共有することに抵抗はなく、カウンセラーがこの危機に対応してくれると信じるに違いない。危機が段階的に縮小するよう努めている間は、なんとしてもカウンセラーはその人の安全を保障する必要がある。

自殺危険性への対応において、カウンセラーは、その人が自傷や自殺の意志をもっているのかどうかを次のように尋ねなければならない：

- 自分自身を傷つけることを考えていましたか？
- 自分の人生を終らせることを考えていますか？
- 自殺をすることを真剣に考えましたか？
- これまでに、あなたは自分自身を傷つけることを考えましたか？あるいは今、そのことを考えていますか？
- あなたは、自身を害したり傷つけたりすることを考えることで、とても不快な気分になりましたか？
- あなたは、自分の人生を終わらせることを計画していますか？
- あなたは、それをどのようにして実行するのですか？そのことについて何か計画をもっているのですか？

もちろん、これらの質問は、その人にあった適切なやりかたで、特定の社会・文化的状況を考慮してなされるべきである。

軽度の危険性をもつ人に対しては、一般に、危険性が中等度かそれ以上に上昇する可能性があることを心に留めながら再評価と観察を行う必要がある。**中等度の危険性**のある人は、入院の必要性の頻回の評価、支援システムの積極的な活用、24 時間の救急システム、薬物治療の効果についての評価、そしてもし必要であればアフターケアのカウンセリングを要するであろう。もしその人の**危険性が高い**か、あるいは**きわめて高い**場合は、制限を加えるような介入が一般的に避けられないし、非自発的な入院を要するかもしれない。安全で効果的であるよう、最低限の制限を与えた環境で治療が行われるのが最良の方法であることが多い。ケアの継続の確保が、治療計画と向精神薬治療の必要性の評価にとって、精神疾患の診断を考慮することと同様に助けとなり得る。精神疾患の診断は、疾病および関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) や精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) に基づいて行われる。

自殺危険性への対応に当たる間に、カウンセラーは、自らの個人的な道徳観、宗教観、哲学的見地について表出することがないようにすることが大事である。なぜなら、それはコミュニケーションを妨げ、自殺傾向のある人を遠ざけることになりかねないからだ。利用可能な支援のための資源は、個人的なものでも地域のものでもその人に応じて慎重に検討される必要がある。これには、家族、友人達、聖職者、信仰による癒しを与える人、そして他の支援のための資源が含まれる。自殺の意志に関する秘密保持を約束しないことも重要である。

自殺企図のあとの 1 年間は、自殺企図の再発の危険が最も高い。従って、カウンセラーは、予め集中的な追跡調査や、ケース・マネジメント、継続的な電話による接触と支援、そして事例に応じたの自宅訪問を含むアフターケアを行う必要がある。結果として、カウンセラーは、どれくらい頻繁にその人との接触が必要となるのか、アフターケアを行うのにどのカウンセラーが対応できるのか、そしてどのくらいの期間なのかを定める必要がある。時期早尚での心理療法の終了と治療に対する不適切な反応は、自殺に関して望まぬ予後をもたらす可能性がある。

カウンセリングは、個人個人が必要としているものに対して個別的でなくてはならず、しばしば認知行動療法や弁証法的行動療法、精神力動療法、家族療法が適用される。自殺に傾いている人の治療過程で役立つ要素としては、その人個人の自律性を促しながらの激しい情動を解消することと、自己破壊的行動をコントロールすることである。内省を育てること、そして肯定的な自我意識を築いていくことと同様に、自身の無力感や絶望感・あ

きらめの感情を認め、それらを克服することが、自殺に傾いている人に対するカウンセリングの過程では重要である。

また、その人が自殺行動を通して伝えようとしているメッセージ、そして／あるいは、その人が解決しようとしている問題を同定することが最も有用な介入のひとつである。自殺傾向のある人に表出の機会を与えることによって、危機的状況を放散させることができる。しかしながら、カウンセラーは、言語的コミュニケーションにだけ頼ることについては注意が必要である。なぜなら、自殺念慮を示さないこと、あるいはそれを否認することが、背後にある真の自殺の意志を隠してしまう可能性があるからである。批判的にならない支援、積極的な傾聴、そして意味をもった探索的な問いかけが、自殺に傾いている人がとろうとするコミュニケーションを判断する助けになり得る。

自殺に傾いている子どもや青年期の若者のカウンセリング

カウンセリングは、自殺行動を示す全ての子どもや青年期の若者に適切であり、対処能力に強調を置いた認知行動療法に焦点を当てるべきである。効果的なカウンセリングの目標は、自分自身に対するより良い理解や葛藤的な感情の同定、自己価値観の改善、不適応行動の変化、効果的な葛藤解消のための技能の習得、そして仲間とのよりよい交流といったものを含んでいる。

生徒は自殺念慮の初期の段階では友人に頼ることが多い。そのような危険な状態にある同級生の同定のためのトレーニングを生徒に行うことが、必要な支援を生徒が受ける手助けとなる。ピア・カウンセリング・プログラムは、自殺危険因子や電話相談への連絡の仕方、そしてどのように友人をカウンセラーに紹介したらよいのかといったことについての学生の知識を増大させることがすでに分かっている。生徒は彼らが情報を入手できたり、質問をすることができたり、自分自身と自殺の考えに集中している友人をどのようにして援助できるのかといったことを学ぶことのできる場を必要としている。残念なことに、友人が自殺念慮を抱いていても、大人に相談しようとするのはそのうちのたった25%だけである。しかしながら、カウンセラーにより注意深く準備され行われる学校のクラスでの生徒たちへの説明は、この割合を増大させる助けとなり得る。

親の関心を引きつけ、他の保健機関や学校と協力することも効果的な自殺予防の過程となる。学校の自殺予防プログラムにおいて、自殺念慮のある若者に対する教育、同定、援助のための取り組みの中に生徒の両親を含めるべきである。教師は、多くの時間を子どもや若者と過ごし、生徒の精神保健上の問題についての良き情報提供者でもある。さらに、適切にトレーニングを受けていれば、学校の職員は生徒の自殺危険因子を同定することが可能である。学校現場で自殺行動が起きた場合は、親と連絡を取り、生徒が復学する前の適切な評価と援助を確保し、復学に際しては、生徒が積極的に迎え入れられることが大切である。

他の生徒の自殺に直面した生徒は、その出来事について多く話をするべきであるし、何が起こったのかを理解すべきである。学校における、遺された人たちへの支持的集団カウンセリングは、自殺による生徒・友人に関する喪失感に対処する助けとなる効果的な方法となり得る。これは、喪失の後の現実感を生徒に促し、亡くなった生徒のいない学校の環境に適応させるのに役立つ。そして、毎日の生活を続けていくための積極的な方向性というものを設定することができる。子どもが喪失感や傷つき、怒りそして不全感などの感情をあわせもっているときには、潜在的な自殺念慮やその意志に注意をあてるべきである。

そのような心理療法的介入は、フォロー・アップあるいはアフターケアを含むべきである。なぜなら、何人かの子どもは友人や生徒の自殺のあとしばらくの間は困難感をもち続けるかもしれないからである。

若者の自殺の危険への対処は、物質乱用や人格障害、衝動性¹⁰やストレスの多い友人関係といった存在のもとでは、さらに重要なものとなる。より深刻な事例では、若者の自殺への深い思い入れについて常に警戒しなければならない。もし家族がこのレベルでの見守りができず、若者も制御不能であるなら、適切な注意やケアが提供できるようにするために入院が必要となる。残念ながら、入院は保証になるわけではなく、自分自身を傷つけようとする若者はそれでも尚、その破壊的な目的を達成する方法を見つけるかもしれない。入院後、その子どもや若者は、カウンセラーなど、適切な訓練を受けた専門の保健従事者によるアフターケアを必要とする。この時点でのカウンセリングは、状況を安定させ精神薬理学的評価を考慮するのと同様に、死や拒絶、疎外感、喪失感、そして罰といった病的な幻想を減少させることに焦点を当てるべきである^{1, 11}。

自殺予防に関して、一次、二次、三次レベルの介入を考えることは重要である。一次レベルというのは、まだ自殺傾向の兆候を示していないか、その傾向がごく限定的な集団に関するものである。予防は、感情的、身体的、そして経済的に危険な状態を減少させるのと同様に、対人関係や社会の中で機能している役割を維持し、促進することにも焦点を当てるべきである。

学校内の教育プログラムは、教師が潜在的に自殺の危険性を有する生徒を同定するための学習の助けになるし、生徒が問題を抱えている仲間をどう支援できるのか、そしてどう配慮すべきなのかということを指導する上での助けとなる。積極的な精神保健に焦点を当てた地域のプログラムもまた、自殺予防において有用である。その効果は複合的な形で表されるが、自殺危機に関わるセンターや電話相談（ホット・ライン）は、多くのコミュニティーで自殺予防の取り組みの中心となる。

来談者の自殺に対応しているカウンセラー

自殺行動は、カウンセラーが遭遇するメンタル・ヘルスの危機の中で最も多いもののうちのひとつである。同僚や上司と話すこと、自殺がカウンセリングの結果として起こり得るのだということを受け容れること、「心理学的剖検」を実施すること、葬儀に参列することが、カウンセラーにとって来談者の自殺に対処する上での重要であることが報告されている。カウンセラーは、死や自殺という主題に伴う困難性を自分自身が認識する必要があるが、それだからといって自殺傾向のある人のためのケアを行う努力を止めるべきではない。

死への不安は、自殺に傾いている人を相手に仕事をするカウンセラーの能力を考える上で中心的なものである。カウンセラーの自殺に対する態度と価値感は、自殺に傾いている人を相手に行った仕事における効果と関連する。もし自殺が発生した場合、関係したカウンセラーにとって、自殺という結果に至った出来事の再確認、死という結果に至った因子の同定、メンタル・ヘルス・チームの反応の評価、そして将来の予防活動を改善するための示唆を引き出すことを含むディブリーフィングを行うことが必要となるだろう。完遂された自殺に関係したカウンセラーは、怒り、憤慨から罪責感や悲しみ、そして心的外傷後の症状まで、さまざまな感覚を経験するかもしれない。その際は、同僚の支援や支持的なカウンセリングがとても有効なものとなる。

地域への有用な情報の提供

カウンセラーは、地域での自殺の減少のために役立つ地域教育と啓発を行うことができる。例えば、カウンセラーが、自殺行動の危険のサインを広く周知することは大切なことである。自殺について人々に教育をすることは、地域社会が自殺の危険サインに気づいたり、自殺にまつわる迷信を払拭させる手助けになるかもしれない、さらに自殺の危険性がある人々に希望を与え、自殺以外の選択肢を再考することが必要とされるこれらの人々に希望を与えるかもしれない。地域の組織、第一線の保健従事者、そしてカウンセラーは、特殊な環境（例えば失業とその後の家族の安定性の喪失）や、自殺の危険因子（例えばうつ病、精神疾患、薬物・アルコール依存、家族歴）といった自殺に関する情報の普及に役立つことができる。

さらに、学校で働くカウンセラーにとって、自殺の危険性がある生徒の同定について、教師と両親に対して情報と教育の提供のための支援を行うことは重要である。スクール・カウンセラーは、自殺行動を発見し、そしてどのように援助を活用すればよいのか生徒をトレーニングしなければならない。例えば、予防プログラムに従事する生徒には、共感を示し積極的に傾聴するための情報と訓練が必要であり、同様に支援を必要としているかもしれない友人とどのように接触したらよいのかということについての情報、訓練も必要である。さらに、情報を得ることは、広く公表された自殺や自殺企図によって乱された感情を生徒が克服する助けとなり、「模倣自殺」を予防する助けとなる。米国の疾病予防管理センター（CDC）は、群発自殺を抑制するために提言を開発し、それが広く利用されている。

カウンセラーにとって、自殺という出来事に際してメディアをどう取り扱うかということも重要である。自殺の連鎖の可能性の予防するために、自殺を賛美しない、美化しない、あるいは死を脚色しないことをメディアに求めるということがその中に含まれるべきである。詳細な内容については、WHO の SUPRE の「自殺予防：メディア関係者のための手引き」を参照すべきである。

遺された人々の自助グループは、自分自身を助けるのに役立ち、建設的であり、もっている力を高める働きをもち、ポストベンションの役割を担う。遺された人によって構成されているこのような自助グループにおいて、心理療法専門家はさまざまな役割を果たすとともに、悲嘆の過程に関する有用な情報、自殺に関する情報を提供することができる。

遺された人々のグループに関係するカウンセラーは、自殺に影響を受けた家族や友人の大きな癒しとなることができる。遺された人々はしばしば罪悪感、怒りそして悲しみの感情の間で揺れ動く。そのような場合カウンセラーは、彼らがそれらの感情の過程を進んでいくための機会を提供することができる。多くの遺族は、自殺企図直後からカウンセリングを必要性としている。そのような心理療法は、遺族が自殺企図のストレスに対処するのを助け、自殺企図者に対応する際の、もしくは自殺で失った友人や家族の喪失感に対処する際の役割を明確化することを可能にする。

カウンセラーは、連鎖自殺や模倣自殺の危険を減少させるだけでなく、さらに家族や友人に、自殺行動における精神疾患の関与をよりよく理解してもらうための助けとなることができる。ポストベンションの集団カウンセリングは、自殺に関連するストレスや悲嘆を軽減する過程を含んでいて、死別の後の回復を健康的に促進する助けとなる。

カウンセラーは、人々が自殺が生じたことを受け容れ、積極的に人生を続け、そして遺された人々のグループを立ち上げることによって人々が死別による喪失に対処する方法を

作り出すことを支援することができる。このようなグループを始めることに関する詳細な情報は、同じく WHO の SUPRE の「自殺予防：遺された人々のためのグループの立ち上げ方」を参照してもらいたい。