

# 自殺予防 教師と学校関係者のための手引き (日本語版第2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 / 教師

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 teachers and other school staff”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6月  
Publish: 第2版 Second publish 2007年9月

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  
佐藤玲子 Ryoko Sato  
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
過小評価されている問題.....	6
防御因子 .....	7
危険をもたらす因子と状況.....	8
苦痛の中にあり、自殺の危険性を有する生徒の同定の仕方 .....	11
自殺に傾倒している生徒に学校でどのように対応すべきか .....	12
提言の要約 .....	16
参考文献 .....	18

## 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、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ーを含む人々の広範で多様なつながりを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WHO協力機関、国立スウェーデン・ストックホルム行政区自殺研究・精神保健研究所の精神医学/自殺学教授であるDanuta Wasserman教授とVeronique Narboni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)、Richard Ramsay教授(カナダ、カルガリ、Calgary University)、Jean-Pierre Soubrier教授(フランス、パリ、Groupe Hospitalier Cochin)、Shutao Zhai博士(中国、南京、南京医科大学・Brain Hospital)に感謝します。

私たちはまた、以下の専門家の協力に感謝します。Britta Alin-Åkerman教授(スウェーデン、ストックホルム、Department of Education, Stockholm University)、Alan Apter教授(イスラエル、ペタ・ティクバ、Geha Psychiatric Hospital)、David Brent教授(米国、ピッツバーグ、Western Psychiatric Institute and Clinic)、Paul Corcoran博士(アイルランド、コーク、National Suicide Research Foundation)、Agnes Hultén博士(スウェーデン、ストックホルム、National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health)、Margaret Kelleher博士(アイルランド、コーク、National Suicide Research Foundation)、François Ladame教授(スイス、ジュネーブ、Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université Genève)、Gunila Ljungman博士(スウェーデン、ヴェステラス、Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Västerås Central Hospital)、Gunila Olsson博士(スウェーデン、ウプサラ、Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University)、Israel Orbach教授(イスラエル、ラマトガン、Bar-Ilan University)、Xavier Pommereau教授(フランス、ボルドー、Centre Abadie)、Inga-Lill Ramberg博士(スウェーデン、ストックホルム、National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health)、Per-Anders Rydélius教授(スウェーデン、ストックホルム、Division of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute)、David Schaffer教授(米国、ニューヨーク、Columbia University)、Martina Tomori教授(スロヴェニア、リュブリャナ、University of Ljubljana)、Sam Tyano教授(イスラエル、ペタ・ティクバ、Geha Psychiatric Hospital)、Kees van Heeringen(ベルギー、アントワープ、Unit for Suicide Research, Department of Psychiatry, University Hospital)、Anna-Liis von Knorring教授(スウェーデン、ウプサラ、Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University)、Myrna Weissman教授(米国、ニューヨーク、Department of Child Psychiatry, Columbia University)。

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 教師と学校関係者のための手引き

世界的に、自殺は15 - 19歳の年代において死因の上位5位以内にある。多くの国では、自殺はこの年代の青少年の間で死因の1位か2位となっている。

したがって、児童や青年期における自殺予防は最優先事項なのである。多くの国で、この年代のほとんどの児童・青年が学校に通っているということを考えると、学校は適切な予防活動を発展させるのにとっても良い場であるといえる。

この資料は基本的に、教師とスクール・カウンセラー、学校医、看護師、ソーシャル・ワーカーや自治体の教育委員会の委員といった、学校関係者に向けたものである。しかしながら、ここで提供される情報は公衆衛生の専門家や自殺予防プログラムに興味をもつ他のグループにとっても有用であると思われる。この手引きでは青年期における自殺行動の様相を簡潔に描写し、この行動の背景にある主要な予防因子や危険因子を示し、危険な状態にある個人をどのように同定して対処するかということや、また学校において自殺が企図されたり実行されたりした時にどのような行動したらよいかということについても述べる。

今までのところ、15歳以下の子どもの自殺は一般的にまれである。12歳以下ではさらにまれであるが、14歳までの子どもの自殺のほとんどはおそらく青年期前期に起きている。いくつかの国では15 - 19歳の年代と同様に、15歳以下の子どもにも憂慮すべき自殺の増加がみられている。

自殺の手段は国によってさまざまである。例えばいくつかの国では農薬の使用が自殺の一般的な手段であるが、一方で他の国では、薬物による中毒や、自動車の排気ガス、銃の使用のほうがより一般的である。男子のほうが女子と比べて自殺企図で死亡することが多い。一つの理由として、男子は女子よりも縊首や銃、爆発物などの激越な手段をとることが多いからであろう。しかしながら、いくつかの国においては、15 - 19歳の年代で男子よりも女子に自殺が多くみられ、過去10年間に激越な手段を使う女子の割合が高くなっている。

学校における自殺予防活動の最良の方法は、いつでも、そして可能な限り、教師や学校医や学校の看護師、学校の心理士、そして学校のソーシャル・ワーカーのチームワークが地域の機関と密に協力してことである。

時に自殺念慮を抱くということは決して異常なことではない。それは、児童・青年期において実存的な問題に取り組み、生と死について、そして生きることを理解しようとする上で正常な発達過程の一部である。アンケート調査によれば、高校生の過半数が自殺念慮をもつと報告されている。若者は大人とこの話題について話し合うべきである。

児童・青年期において、彼ら/彼女らが、困難から抜け出す唯一の解決法が自殺の実行であると考えられるような場合には、その念慮は異常なこととなる。そしてそこには自殺企図や自殺につながる深刻な危険が存在する。

### 過小評価されている問題

いくつかのケースでは、例えば自動車の大破や、溺死、墜落や違法薬物の過剰摂取による死が意図的であったのかなかったのかを突き止めるのは不可能なことであろう。青年期の自殺行動は、かなりの部分が報告されていないものと考えられる。なぜならこのタイプ

の死の多くは、意図的ではないものとして、あるいは事故として誤って分類されているからである。

激越なかたちで死亡した若者の死後の研究によると、彼らが均質な一群ではないことが示唆されている。彼らの自己破壊傾向や危険を敢えて冒す傾向がかすかに表されている。その一部は意図的ではない行為によって引き起こされた死と考えられる一方で、それ例外のものは、生きることの苦痛の結果から生じた意図的な行為であったことが示唆されている。

さらに、生徒らが使う自殺企図のものさしは、精神科医が使う定義とは異なっている。生徒らの自殺企図の自己申告の数は、精神科面接によって明らかになった数のほぼ2倍であったことが示されている。その差の理由として最も可能性が高いのは、面接の中ではごく普通の質問形式に応じて答えた若者達は、実際にはより広い自殺企図の定義を自分達の中ではもっていたということであろう。また、自殺をしようとしたことがあると報告した若者の50%程度しか、その自殺企図後に病院での治療を求めている。このように、病院で治療された自殺企図者の数は、その地域における問題の大きさについての現実的な指標とはなっていないのである。

一般的に、青年期の男性のほうが女性よりも自殺が多い。それにも関わらず、自殺企図の割合は女性の方が2-3倍高い。女性は男性よりもうつ病に罹患する頻度が高いが、しかし男性と比べて自身の問題について話をしたり援助を求めたりすることが容易だと感じており、これがおそらく致命的な自殺行動を防ぐのに役立っているのだろう。男子は、しばしば女子よりも攻撃的で衝動的であり、アルコールや違法薬物の影響化で行動することもまれでない。そのことがおそらく彼らの自殺行動が致命的になってしまうことに影響しているのだろう。

## 防御因子

自殺行動からの防御を可能にする主な因子は以下の通りである：

### 家族の状況

- 家族との良好な関係
- 家族からの支援

### 認知のスタイルとパーソナリティ

- 良好な生活技能
- 自分自身や自身のおかれている状況、到達度に対する確信
- 困難が生じたときに助けを求める（例：学校の勉強について）
- 重要な選択をしなければならないときに助言を求める
- 他人の経験や解決法の受け容れる
- 新しい知識の受け容れる

### 文化的、社会統計学的因子

- 社会的統合（例：スポーツへの参加、教会、クラブや他の活動への参加を通じて）
- 学校の友達との良好な関係
- 教師や他の大人との良好な関係
- 関係する人々からの支援

## 危険をもたらす因子と状況

特殊な環境下での自殺行動は、ある種の家族において他の家族と比べてより多く生じるが、それは環境的、遺伝的要因に負っている。ある分析により、下記に記載されているすべての因子と状況は、子どもや若者における自殺企図や自殺と高率に関連していることが示されている。ただし、それらは必ずしもあらゆる事例において存在しているわけではないことに留意しなければならない。

また下記に記載された危険をもたらす状況は、大陸間や国々の間で異なるということにも留意しなければならない。隣国間でさえも、文化的、政治的、そして経済的特徴が異なることがあるからである。

### 1．文化的・社会人口学的因子

低い社会経済的地位や不十分な教育レベル、そして失業は危険因子である。先住民や移民は、これにあてはまる。彼らには情緒的な問題や言葉の問題だけでなく、社会的ネットワークも欠如している。多くの場合これらの因子は、拷問や戦傷、隔離などの心理的影響とも結びついている。

これらの文化的要因はまた、さまざまな集団の価値観相互の葛藤と関連していて、同様に地域社会の慣習的な活動への参加率の低さとも関連している。特にこの葛藤状況は、新興のより自由な国に生まれたかあるいは育ちながら、その親が極めて保守的な文化を保持しているといった背景をもつ少女にとってとても強力な要因となる。

どのような若者の成長も、集合的な文化の伝統と絡み合っている。文化的な根源を欠いている子供や若者は、自我同一性の問題をはっきりと示しており、葛藤を解決するためのモデルを欠いている。ストレスの多い状況において、彼らは自殺未遂や自殺といった自己破壊的な行動に訴えることをしがちである。

先住民は、非先住民と比較して自殺行動の危険性がより高い。

自己の性に関連する不適切感や性同一性障害もまた、自殺行動の危険因子である。また、家族や仲間、あるいは学校や他の組織など、その地域で受け容れてもらえない子どもや若者は、対人関係における信頼について深刻な問題を抱えており、適切な発達のための支持的なモデルというものを欠いている。

### 2．家族の様相と子ども時代の否定的な生活上の出来事

幼少時の破壊的な家族のありかたと外傷的な出来事は、その後の若者の人生に影響を与える。特に彼らとそのトラウマにうまく対処できずに育った場合にはなおさらである。

自殺した子どもや若者にしばしば見られる家族機能の障害や不安定性、そして否定的な生活上の出来事は次のようなものである：

- 親の精神病理、感情障害や他の精神障害の存在
- 家族におけるアルコールや物質乱用、あるいは反社会的行動
- 自殺や自殺企図の家族歴
- 暴力的、そして虐待的な家族（子どもへの身体的・性的虐待を含む）
- 親/保護者から与えられるケアが不十分、もしくは家族内の乏しいコミュニケーションが不十分



- 緊張感と攻撃性を伴った親/保護者間の頻繁な争い
- 親/保護者の離婚、別居、あるいは死別
- 異なる居住地域への頻繁な転居
- 親/保護者の一部の側からの非常に高い、あるいは非常に低い期待
- 親/保護者のもつ不適切な、あるいは過度な権限
- 親/保護者が子供の情緒的な困難について観察したり世話をする時間の不足。拒絶や無視に特徴付けられるような好ましくない情緒的環境
- 家族関係の硬直化
- 養子、あるいは里親の家族

これらの家族の様相は決して常にみられるわけではないにしても、しばしば自殺を企図するかあるいは自殺してしまう子供たちや若者たちに特徴である。自殺に傾く若者はしばしば、複数の問題を抱え危険性が蓄積されていくような家族の中から生じることが、根拠をもって示されている。彼らは親に忠実で、時に家族の秘密を口外しようとしなかったり、あるいは口外することを禁じられているために、しばしば外に助けを求めることを控えてしまう。

### 3．認知のスタイルとパーソナリティ

次のような性格特性は、青年期にはしばしば見られるものであるが、自殺企図や自殺のリスクにも関連している(しばしば精神障害と連動している)。そのため、性格特性から自殺を予見することの有用性は限定的である：

- 感情不安定
- 怒り、あるいは攻撃的な行動
- 反社会的行動
- 逸脱行動
- 高い衝動性
- いらいらしやすい
- 融通のきかない考え方と対処パターン
- 困難が生じた際の問題解決能力の低さ
- 現実を適切に理解する能力の欠如
- 幻想の世界に浸る傾向
- 無気力感と交互におとずれる誇大的な空想
- 容易に落胆する
- 不安。特に軽い身体不調や、多少の期待はずれでも生じてしまうようなもの
- 独りよがり
- 優位性のあからさまな誇示や、級友や両親を含む大人に対しての拒絶、あるいは挑発的行動の陰に隠れた劣等感や不安定感
- 性同一性や性的志向に関する不安定感
- 両親や他の大人、友人との両価的な関係

非常に広範なパーソナリティの類型および認知的要素と、青少年の自殺行動のリスクとの関連に大きな関心が注がれているにもかかわらず、研究によって根拠として明らかにされたものは概して少なく、またあいまいなものが多い。

### 4．精神障害

自殺行動は、次のような精神障害をもつ青少年に非常に多い：

- うつ病

抑うつ症状と反社会的行動の並存は、10代の青少年の自殺に最もよく認められる前兆であるといわれる。いくつかの調査では、最終的に自らの命を絶った者の4分の3が、少なくとも1つ以上のうつ病の症状を呈しており、多くは完全に症状のそろううつ病であった事が明らかになっている。

うつ病に罹患した生徒は、しばしば身体症状を呈して医療機関を訪れている。頭痛や胃痛、足や胸のうずくような痛みといった身体に関する愁訴がよくみられる。

抑うつを呈する少女は引きこもる傾向が強く、静かで、元気がなく不活発である。対照的に抑うつ的な少年は、破壊的、攻撃的行動をとりがちで、教師や両親から注目を多く引き寄せ、攻撃性は孤独につながり、またそのことが自殺行動の危険因子となる。

いくつかの抑うつ症状やうつ病性障害は自殺をする子どもによくみられるものであるが、逆にうつ病が自殺念慮や自殺企図に必発しているというわけではない。青少年は抑うつ的ではなくても自らの命を絶つことがあり、また自殺をしなくても抑うつ的であるといった場合もある。

- 不安障害

これまでの研究では一致して、男性において不安障害と自殺企図の間の相関が認められているが、女性ではその相関は弱い。特性不安は、自殺行動のリスクに関してうつ病とは独立して影響を及ぼしているように思われるが、このことから、自殺行動の危険性がある青少年では不安をアセスメント(評価)しなければならず、治療されなければならないという事が示されている。心身の症状もまた、自殺念慮に苦しんでいる若者にしばしばみられる。

- アルコール・薬物乱用

アルコールと違法薬物の乱用は、自殺をする青少年に非常に多い。この年代では、自殺傾向のある患者の4分の1が自殺行動の前にアルコールや薬物を摂取している事が分かっている。

- 摂食障害

身体に対する不満足から、多くの青少年が体重を減らそうと試み、何を食べるか食べないかについて気にしている。10代の女子の1-2%が拒食症か過食症に罹患している。拒食症の女子は高頻度でうつ病にも罹患しており、過食症の女子の自殺のリスクは一般の若者の20倍である。最近の知見では、男子も拒食症や過食症に罹患し得る。

- 精神病性障害

統合失調症や躁うつ病のような重症の精神障害に罹患している青少年は多くはないが、それにもかかわらず、彼らの自殺の危険性は非常に高い。実際のところ、多くの精神病性障害の若者は、飲酒の問題や極度のタバコ・薬物乱用のようにいくつかの危険因子の並存により特徴付けられる。

## 5. 過去の自殺企図

上記のような精神障害を持つにせよ持たないにせよ、単回の、あるいは繰り返す自殺企図歴は、自殺行動の重要な危険因子である。

## 6. 自殺行動の引き金となるような現在の望ましくないライフ・イベント

上記のような認知のありかたや性格特性に伴う、明らかなストレス感受性の高さ(遺伝的要因によるものだけではなく、家庭のあり方や人生早期に経験した望ましくないストレスにも起因する)は、自殺傾向のある青少年によく認められるものである。このストレス感受性の高さは、望ましくないライフ・イベントに適切に対処することをさらに困難にし、そのために、自殺行動がしばしばストレスの多いこのようなライフ・イベントに引き続いて起こることになる。そのようなライフ・イベントは、無力感や絶望感、失望感を再活性化させ、自殺念慮を表面に浮かび上がらせ、自殺企図や自殺完遂へと導いてしまう。

自殺企図や自殺の引き金になり得る危険度の高い状況や出来事は次のようなものである：

- 有害なものと体験されるような状況（客観的にみた場合、必ずしもそうではない場合もある）：脆弱性を有する子どもや青年は、たとえそれが些細な出来事でも、それを有害であると深刻に受けとるかもしれず、不安を伴う混乱した行動でもってこれに反応する。一方、自殺をする若者は、このような状況を自己イメージを直接脅かすようなものとしてとらえ、個人の尊厳が傷つけられたような感覚となる。
- 家族の障害
- 友人、女友達、男友達、あるいはクラスメートとの別れ
- 愛する人や、重要な人の死
- 恋愛関係の終結
- 対人関係の葛藤や喪失
- 法的な、あるいは規律上の問題
- 仲間の集団からの重圧、あるいは自己破壊的な仲間との付き合い
- いじめと迫害
- 学業の結果や学業の失敗による失望
- 試験期間中に学校が示す高い要求水準
- 失業と経済状況の悪さ
- 望まぬ妊娠、中絶
- HIV、あるいは他の性行為感染症
- 深刻な身体疾患
- 自然災害

苦痛の中にあり、自殺の危険性を有する生徒の同定の仕方

### 苦痛の同定

子どもたちや青年たちの活動、登校あるいは行為に影響を及ぼすあらゆる突然の、あるいは劇的な変化を真剣にとらえること。たとえば：

- 通常の活動への無関心
- 全般的な成績の下落
- 活動性の低下
- 授業中の態度の悪さ
- 説明のつかない、あるいは繰り返される休み、無断欠席
- 過剰な喫煙や飲酒、あるいは薬物（大麻を含む）の使用
- 警察沙汰と暴力

最終的に自殺行動へと至るような自殺念慮を有する可能性があり、精神的または社会的苦痛という危険な状態にある生徒を同定するのに、これらの因子のアセスメント（評価）が助けになる。

もしこれの兆候のひとつでも教師やスクール・カウンセラーによって同定されたなら、学校は注意を払うべきであり、その生徒に対して綿密な評価を実施するための調整が行われるべきである。なぜならこのような生徒達は、たいてい実際に重篤な社会的苦痛を示し、いくつかの事例では自殺行動に至る可能性もあるからである。

## 自殺の危険の評価

自殺の危険を評価する際に、学校のスタッフは、問題は常に多面的であるということに留意すべきである。

### 1. 過去の自殺企図

過去の自殺企図歴は最も重要な危険因子のひとつである。苦痛を感じている若者は、企図を繰り返す傾向がある。

### 2. うつ病

その他の主要な危険因子はうつ病である。うつ病の診断は、医師か、小児あるいは青年期を扱う精神科医によってなされるべきであるが、教師や他の学校のスタッフもうつ病の各症状の多様性について注意を払うべきである。

うつ病を評価することの難しさは、青年期に見られる自然な発達過程とうつ病が、いくつか共通の特徴を共有しているということに関係する。

青年期の正常な発達過程において、低い自己価値観、失望感、集中困難、疲れと睡眠の乱れが見られるのは普通のことである。これらはまたうつ病の特徴でもあるが、これらの徴候が続いたり重篤化したりしない限り特に警戒する理由は無い。成人のうつ病と比べると、若者のうつ病では、行動化したり、食事量が多かったり、睡眠を多くとる傾向がある。

抑うつ思考は、若者が実存的な問題に心を奪われている場合には普通に認められるかもしれないし、正常の発達過程を反映しているのかもしれない。したがって自殺思考の強さ、深さとその持続、それが生じた前後関係、そして子供や青年がこのような考えを紛らわせることが出来るかどうか（すなわち固執性の問題）が、健康な若者と自殺の危機の苦しみにある人とを区別するものとなる

### 3. 危険な状況

その他に重要なことは、すでに説明したように、自殺思考を活性化し自殺危険性を高めるような環境的な状況と好ましくないライフ・イベントを同定することである。

## 自殺に傾倒している生徒に学校でどのように対応すべきか

若者が苦痛の中にあり、助けを必要としていることを認識することは通常それほど困難

ではない。自殺の方向に傾いている子供や思春期の若者に対してどう反応し、どう対応するかということを知ることのほうが、ずっと難しいことである。

苦悩し、自殺に傾いている生徒に、思いやりと尊重の気持ちをもって対処する方法を学んでいる学校の職員もいるし、一方でそれを学ばない者もいる。後者の人々の技能は改善されるべきである。自殺に傾いている生徒との接触においては、生徒との距離感と親密さとの間のバランス、および共感と相手への尊重との間のバランスが取られなければならない。

生徒の自殺の危機に対する認識と対処は、教師と学校関係者の中に葛藤を生じさせるかもしれない。それはその人達が必要とされる特定のスキルを欠いていたり、時間がなかったり、あるいは自分自身の心理的な問題に直面するのを恐れるためである。

### 一般的な予防：自殺行動が起きる前に

どのような自殺予防活動においても最も大切なことは、苦悩の中にいる、もしくは自殺の危険性が増大している子どもや若者の早期の認識（発見）である。この目標に到達するために、以下に述べられていることを通して、特別な意識を学校関係者と当該の生徒との関係の上にもたなければならない。専門家の多くは、若者に自殺について露骨な形で教育することは好ましくないという考えを共有している。その代わりに、自殺に関連した問題を前向きな精神保健的なアプローチに置き換えて教えることを勧めている。

#### 1．教師と他の学校関係者の心の健康の強化

まず初めに、教師と学校関係者の健康や調和を確保することが大切である。教師や関係者にとって、職場は拒絶的だったり、攻撃的だったり、あるいは時に暴力的であったりもする。したがって自分自身や生徒、そして同僚の精神的緊張や起こり得る精神障害に対する理解を促進し、適切な対応を提案してくれるような情報というものが必要である。教師と関係者には、支援や、必要に応じて治療を受けることができるような機会が確保されるべきである。

#### 2．生徒の自己評価の強化

自分への肯定的な自己評価は、子どもや若者が苦悩や不安から自分を守り、困難やストレスの多い生活状況に適切に対処することを可能にさせる。

子どもや若者のポジティブな自己評価を育てるために、様々な方法が利用できる。以下にいくつかの推奨されるアプローチを挙げる：

- 若者が肯定的な自我を築くことの助けとなるような、肯定的な人生経験が強調されるべきである。過去の肯定的な経験は、若者が、未来に向かってより大きな自信を獲得するための機会を増やす。
- 「より多く」、そして「より良く」というプレッシャーを、絶えず子どもや若者に与えるようなことはすべきではない。
- 大人が子どもを愛していると言うだけでは十分ではなく、子どもが愛されていると感じることが必要である。愛されることと、愛されていると感じることは大きく異なる。
- 子どもは、ただあるがままに受け入れられるというのではなく、大事に育てられるべきである。彼らが、そこにいるだけで特別なことなのだと感じられるようにならなければならない。

憐れみは自尊心の妨げになるが、共感はそれを促進する。なぜならそこには批判が取り除かれているからである。自立や統御は小児早期の肯定的な自己評価の発達の基礎である。

子どもや若者の自己評価の獲得は、彼らの身体的、社会的、職業的スキルに左右される。高い自己評価を獲得するためには、10代の若者は最終的に家族や同じ世代の仲間からの自立を確立し、異性と付き合うことができ、自活のための仕事の準備をし、実際的で意味のある人生観を確立する必要がある。

生活技能の訓練の導入をまず専門家のもとで実施し、その後、系統だったカリキュラムとして実施することは効果的な方法である。そのプログラムでは、どうすれば支持的になれるのかという知識を、また必要ならどのように大人の援助を求めたらいいのかという知識が参加者に伝わらなければならない。

教育システムは全ての生徒の自我意識の発達と強化を促進するものでなくてはならない。

生徒の教育機会の安定性と持続性を推進することもまた、重要な目標である。

### 3．感情表現の促進

子どもや若者には、自身の感情に真剣に対峙するようにと教えるべきであり、そして両親や、教師や学校医や学校の看護師、友達やスポーツのコーチや宗教アドバイザーなど、他の大人に相談することを勧めるべきである。

### 4．学校でのいじめや暴力の防止

耐え難いようなことが起こらぬ安全な環境を創るために、教育システムにおいて、学校構内やその周囲でのいじめや暴力の防止のための特別な取り組みが実行できるようにすべきである。

### 5．ケアサービスについての情報提供

特定のサービスの利便性は、例えば危機的状況や緊急時に連絡できる支援組織や、精神科救急の電話番号を広く普及させ、若者に利用しやすくすることで確保される。

## 介入：自殺のリスクが確認された時に

苦痛の中にあるか、もしくは自殺行動の危機にある子供や若者は、ほとんどの場合、同時にコミュニケーションの障害も経験している。したがって、苦悩している、もしくは自殺に傾いている若者との対話を確立することが重要である。

### 1．コミュニケーション

自殺の予防における最初のステップは、変わる事のない、信頼に満ちたコミュニケーションである。自殺に至るプロセスが進展していく流れの中で、自殺に傾く若者と彼らを取り巻く人々との相互のコミュニケーションが非常に重要になる。コミュニケーションの欠如とネットワークの破壊は、結果として次の事柄をもたらす：

- 人間関係における沈黙と緊張の高まり：「自殺に傾倒する考えや自殺について話し合うことが、子供や若者を自殺に駆り立てる」という大人の危惧が、多くの場合に沈黙と会話の欠如の理由となっている。
- 明らかな両価性：もっともなことなのだが、大人が、子供や若者と自殺に関してコミュニケーションをとる状況に直面化すると、大人自身の心理的な葛藤が前面に出てしまう。悲嘆している、もしくは自殺に傾いている子どもや若者と出会うという心理的プレッシャーは常に重苦しく、そして幅広い感情的な反応を伴う。いくつかのケースでは、そのような子どもや若者に接している大人自身において、自身のもつ未解決の情緒的な問題が表面化する。そのような問題は、自殺に傾く生徒を助けたいと同時に関わりたくない、もしくはどうせ助けられないといった両価性をもつスタッフの中に特に強く意識され、それが対話を回避することにつながっているのかもしれない。
- 直接的もしくは間接的な攻撃性：大人の不安は時としてとても強く、苦悩し、自殺傾向にある子どもや若者に対して言語的、あるいは非言語的な攻撃性のひとつとして現れてしまうことがある。
- 教師自身がこのコミュニケーションの過程で決して孤独でないのだということを知ることが重要である。そして、よいコミュニケーションをどのように実現するのかということ学ぶことが基本となる。対話というものは互いの状況に応じて創られ、適合していかなければならない。対話というものは、第一に、そして真っ先に子どもや若者の自我を、そしてまた助けを求める彼らの要求を認識することなのである。

苦悩の中にあり、また自殺の危険性を有する子供や若者は、しばしば、そしていつでも他人のコミュニケーションのとり方に対して過敏な状態にある。これはなぜかというと、彼らは幼少期の成長過程で家族や仲間との信頼関係を欠き、さらに興味をもたれたりすることがなく、尊重されることもなく、愛情さえも与えられないような体験をしてきたからである。自殺に傾いている生徒の過敏性は、言語的コミュニケーションの中に、また同じように非言語的コミュニケーションの中にはっきりとみてとれる。この場合、ボディ・ランゲージは言語的コミュニケーションと同じくらい大きな役割を果たす。しかしながら、大人は、苦悩の中にある、あるいは自殺に傾く子どもや若者が大人に話したがらないことについてあまり落胆しなくてもよい。それよりも大人は、この回避する態度というものがしばしば大人への不信をあらわすものであるということを知らなければならない。

自殺に傾く子供や若者はまた、差し出された援助を受け入れるか拒絶するかどうかについて、また生きるか死ぬかについて、顕著な両価性を表現することがある。この両価性は、希求行動から拒絶への急速な変化を見せたりして他人から誤解を受けるこうした若者の行動に影響をもたらしている。

## 2. 学校の職員の技能を高める

偽棒を高めるためには、苦悩しているか、もしくは自殺念慮を有する生徒と教師との間のコミュニケーションを促進し、自殺の危険性に気づき、理解する技能を高めることを目的とした特別なトレーニング・プログラムを実施するのが良いだろう。関係者間で、そして生徒たちと生や死の問題を語り合うことができるようにすべての学校関係者を訓練し、苦悩やうつ病、自殺行動を認識する能力を高めること、そして利用可能な支援についての知識を増やすことが自殺予防に必須のものとなる。

自殺予防マニュアルが定義する明解な目標設定や明確な限界設定は、この作業の中

で重要な材料となる。

### 3．専門家への紹介

すばやく、信頼性が高く、決断力をもった介入により、自殺に傾く若者をかかりつけ医や小児精神科医、または救命救急部門へ連れて行くことで、彼らの命を守ることができる。

若者のための健康保健サービスが効果的に機能するためには、利用者から見てそれが利用しやすく、引き付ける力があり、偏見をもたないところであるということがわかるような組織・施設でなければならない。悩みをもつか、もしくは自殺に傾く生徒は、学校職員によって積極的に、そして個別に紹介されるべきであり、医師、看護師、ソーシャル・ワーカーや、子どもの権利を擁護する法律関係者から成るチームによって受けとめられるべきである。

### 4．苦悩を抱えた、そして自殺に傾く子どもや若者の間近にある自殺手段を取り去ること

様々な管理・監督と方法のもと、学校や自宅、建物の中の危険薬物、銃、農薬、爆発物、ナイフなどの除去、あるいはこれらを施錠管理することが、命を守るためにとっても重要である。ただしこれらの方法だけでは長期にわたる自殺予防のためには充分ではないので、心理的な介入も同時に提供されるべきである。

## 自殺未遂や自殺が生じた時は

### 1．学校のスタッフや学友に知らせること

学校で自殺未遂や自殺が生じたとき、どのように学校の職員に、特に教師に、そしてさらに仲間の生徒や親たちに知らせるか、そのような緊急時の対応について準備しておく必要がある。それは、その後の群発自殺を防ぐことにもなる。自殺傾向を有する子供や若者が、自殺を企図したり既遂した人を参考に破壊的な解決法をもってそれに自己同一化しようとする傾向が、自殺の伝染につながるのである。米国の疾病予防管理センターが1994年に開発し普及させた、集団自殺への対処と予防法の提言が、現在広く用いられている。

同じクラスだけでなく他のクラスにおいても、自殺に傾くすべての生徒を同定することが重要である。しかしながら、群発自殺は、その生徒を見知っていた子どもや若者だけを巻き込むわけではないかもしれない。遠く離れた、あるいは自殺の犠牲者をまったく知らない若者達でさえも犠牲者の行動に自己を同一化し、自殺という手段をとる可能性がある。

学校の友達、学校のスタッフや親たちは、生徒の自殺、または自殺未遂を適切に知らされるべきであり、自殺行為によって引き起こされた苦悩を乗り越えていかなければならない。

## 提言の要約

自殺は、遠いかなたから来るばらばらの、思いがけない出来事というわけではない。自



自殺傾向のある生徒は、周囲の人々に十分な警告と介入の機会を与える。自殺予防の取り組みにおいて、教師や他の学校のスタッフは、戦略的に重要な課題を取り扱う位置にある。そして、その中で基本的なことは：

- 人格に障害をもつ生徒を同定し、彼らに心理的な支援を提供する。
- 彼らに話しかけ、理解や援助を試みることによって、若者たちとより親密なつながりを築く。
- 精神的苦痛を緩和する。
- 言語的な表現もしくは行動の変化を通じて得られる、「自殺の危険性を察知させるコミュニケーション」の早期の認識（発見）のための観察と熟達。
- 学校の課題に関して、より能力の低い生徒を援助する。
- 不登校を注意深く観察する。
- 精神科疾患へのいわれのない偏見をなくし、アルコールや薬物の乱用を排除するための支援。
- 精神障害やアルコール・薬物乱用の治療のために生徒たちを専門家に紹介する。
- 有毒で致死性のある薬物、農薬、銃やその他の武器など、自殺の手段へのアクセスを制限する。
- 教師や他の学校の全職員に対して、すぐに彼らの業務上のストレスを軽減できるような手段と機会を提供する。

## 参考文献

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and School: a practical guide to suicide Prevention. Horsham , PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med.Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: Report of secretary s task force on youth suicide. Vol. 3: Preventin and intervention in youth suicide. DHHS Publ. NO.(ADM) 89-1623. Washington , DC , US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. Social Science and Medicine, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. Transcultural Psychiatry Research Review, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB , Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. American Journal of Psychotherapy, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999 , 37(9): 915-923.
8. Carris MJ , Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational mode. Journal of Adolescence, 1998, 21(4): 459-472 ,
9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. Pediatrics , 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M, Transitions in family structure and adolescent well-being. Journal of Aolescence, 1997 , 32(128): 897-911
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. Archives of General Psychiatry, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 1981 , 20: 545-565.
13. Wasserman D. Depression -en vanlig sjukdom [Depression -a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. Suicide & Life-Threatening Behavior, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X, Quand l'adolescent va mal . [When things don't go well for adolescents].

1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
  17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149:45-51.
  18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21:178-186.
  19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.
  20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
  21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Practicien*, 1998, 48:1, 419-423.
  22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
  23. Smith J. *Coping with suicide*. New York, Rosen, 1986.
  24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
  25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
  26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of School Health*, 1983, 53: 618-620.
  27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.