

い」という援助者の気持ちを伝えるべきである。

### 3. 肯定的側面を認める

自傷した子どもとの関係性を築くために、最初の面接において自傷行為の肯定的側面をとりあげて話し合うのは、よい戦略といえよう。確かに自分を傷つけるのは好ましい行為とはいえないが、「死にたいくらいつらい状況」を生き延びるために自傷するのは、死を選択するよりははるかにましなのは間違いない。自傷行為は最善の行動ではないが、かといって最悪の行動でもないのである。

むしろあえて、「心の痛みを耐えようとしているのね」「生きるために今は必要なのね」という、やや意表を突いたことばをかけることで、子どもの警戒心が解けることもある。もちろん、その後、「でも、だんだんと自傷の効き目が弱くなっていったエスカレートしていくのが心配」「いつか心の痛みを自分のことばで表現できるようになるといいね」といいそえる必要はあろう。

いずれにしても、彼らが克服すべき一番の問題は、「自分を傷つけること」ではない。最も重大な問題は、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味では、自傷行為によって自分の苦境を誰かに気づいてもらえたのは、全く無意味なことではない。

### 4. 「切らない約束」を求めない

援助者の側から「もう切らないで」などと子どもに約束を強いたり、また、子どもの方から「もう切らないって約束する」という申し出に応えたりするのは禁物である。自傷行為は再発が当たり前の行動であるから、約束はかなりの確率で破られる。こうした約束の後に自傷が再発してしまい、「約束を破ってしまった」「裏切ってしまった」たことで激しく自責して余計にひどい自傷行為におよんでしまったり、「もう顔向けできない」と、継続的な相談を中断してしまう子どもは少なくない。

もしも子どもがこうした約束を持ち出したら、「そういう約束はしないでいい。それより切りたくなったらその気持ちを話しにおいて。話しに来る前に切ってしまうこともあるだろうけど、そのときには切った後でもいいから報告において」というとよいであろう。

### 5. ひとりで抱え込まない

自傷する子どもから「他の援助者にはいわないでほしい」と求められることがあるが、こうした要求にも応じるべきではない。

自傷する子どもを支える際に大切なのは、ひとりの援助者だけが抱え込むのではなく、医療機関や相談機関が連携し、地域でチームを組むことである。精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師といった医療機関のスタッフ全員が情報を共有するのはむしろのこと、そうした援助者一人ひとりが自傷行為について正しく理解をしている必要がある。ときには、保健所や児童相談所といった地域の公的機関や、地域で子どもの支援をしている民間団体との連携が必要な場合もあろう。

### 6. 親に内緒にしない

「親に内緒にしてほしい」という約束を求められることも少なくない。もちろん、この約束に応じるのは望ましくないが、くれぐれも「いだけないことをしたから親を呼び出す」といったかたちにならないように注意する必要がある。

大切なのは、「自傷する子どもは何を恐れているのか」「親に内緒にしてほしいと考えているのか」を理解することである。そのように要求する子どもの多くが、親との関係がうまくいっていない、あるいは、親に思いを伝えようとしても、いつも歪曲されて受け取られてしまい、かえって事態が悪化するという体験をしている。自傷行為の背景に、両親間の不和や家族内のアルコールや暴力といった、人には知られたくない問題があることはめずらしくなく、そのような事例では親への介入が不可欠である。

理解しておくべきなのは、自傷する子どもが恐れているのは、単に「自傷行為をしている」という秘密を親に知られることそのものではない、ということである。そうではなく、「自分の子どもが自傷行為をしている」という事実を知った親がとる「反応」を恐れているのである。そうした親の反応には、子どもを単に叱責・非難したり、親自身が激しく自責をしたりするといった過剰なタイプと、「誰かのマネ」「気を惹きたくてやっている」というように、事態の深刻さを否認・矮小化するタイプがあるが、いずれの場合でも、子どもに対して、援助者が親にどのように説明しようと思っているのかを伝えたい。親との同席面接に関して同意を得るべきである。

#### 7. 他の子どもに知らせない

子どもの自傷行為について他の子どもに伝えるべきではない。自傷行為には伝染性がある。どのような子どもにも伝染するというわけではないが、同じようにつらい状況にある子どもに対しては驚くほど簡単に伝染する。

自傷行為をくりかえす子どもに対しては、個別的に継続的なサポートを提供する一方で、夏場は長袖シャツやサポーターなどの着用を提案

し、自傷創が他の子どもの目に触れない工夫が必要である。

#### VI. 自傷行為と友人関係

すでに述べたように、自傷行為は自殺とは異なる行動であるが、長期的には自殺死亡リスクを数百倍にも高める行動でもある。その意味では、子どもの自傷予防は、それ自体が将来における自殺予防にもつながるものといつてよいであろう。

しかし、だからといって、「自分を傷つけるのは『ダメ、ゼッタイ』」といった自傷予防教育は「百害あって一利なし」である。なぜなら、子どもの1割はすでに自傷経験がある。したがって、もしも自傷行為を非難する予防教育を行えば、自傷経験のある子どもは、「不道徳でいけないことをしている、反社会的な子ども」として孤立を深め、ますます周囲に相談できなくなってしまふであろう。

先に、「自傷行為の96%は誰にも告白されない」と述べたが、実はこれは正確ではない。告白しないのは、親や教師、カウンセラーといった、責任をもって彼らを支援してくれる大人に対してであって、一部には友人には告白する者がいる (図1: Hawton et al., 2006)。そんな

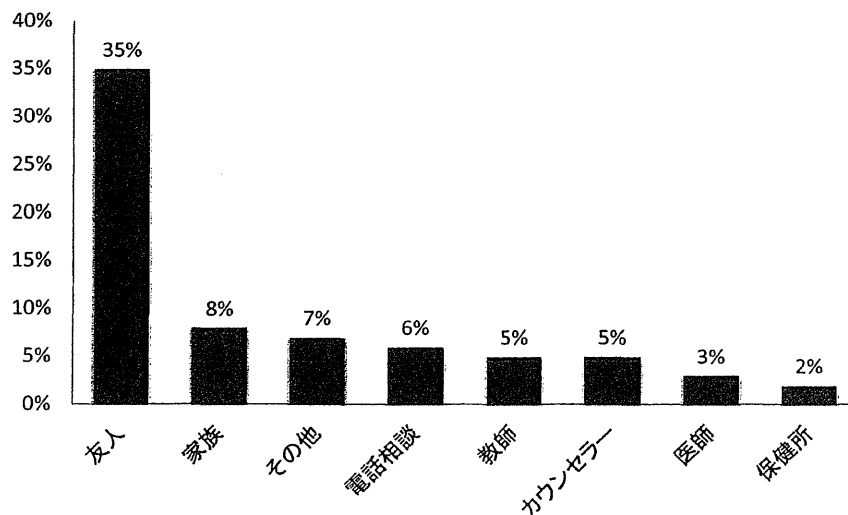


図1 「自傷経験を誰に告白・相談したことがありますか？」 (Hawton et al. (2006) より一部改変して引用)

彼らが友人たちに自傷行為を告白する際には、必ずといっていいほど用いられる常套句がある。それは、「絶対に先生や親にいわないで」というものである。そして、告白された生徒がとる反応は、通常の二つのいずれかである。

一つは、善意から、「私を友だちだと思えば、もう自傷しないって約束して」などと、できない約束を一方向的に押しつけてしまう場合である。しかし、そのような約束をしたくらいでとまるならば誰も悩んだりしないはずである。結局、自傷は依然としてくりかえされ、ついに友人は、「何であれほど約束したのに何度も裏切るの？もうあなたとは絶交よ！」と、関係が破綻してしまう。結果的に、自傷する生徒は教室で孤立し、ますます自傷行為に没頭せざるを得なくなる。

もう一つの反応は、「誰にもいわないで」ということばに縛られてひとりで悶々と問題を抱え込むというものである。毎日のように友人の「切りたい」や「死にたい」という相談にふりまわされるなかで、「友人の自傷をとめられない無力な自分」を責め、今度はその友人までもが自傷行為におよぶようになってしまう、といった事態も珍しくない。実は、子どもにおける自傷行為には、このようにして伝染現象が生じることが非常に多い。

要するに、自傷する生徒にとって一番のゲートキーパーは友人であるが、自傷行為の発見が友人だけにとどまるかぎり、かえって本人が孤立してしまったり、自傷行為が伝染してしまったりして、適切な支援には結びつかないことが多いのである。

## Ⅶ. 自傷予防教育のあり方

そのような認識から、米国マサチューセッツ州では、『ACTプログラム』という自傷予防プログラムが実施されている (Jacobs et al., 2007)。そのプログラムでは、次のことが強調されている。「自傷行為は、つらさを紛らわすのに最善の方法ではないが、最悪のことではない。それは助けを求めるサインなのである。だ

から、友人の自傷行為に気づいたら、見て見ぬふりをせずに、その人にかかわり、『あなたの助けになりたい』と伝え、信頼できる大人につなげよう。もしも友人から『秘密にして』と頼まれても、その通りにしてはいけない。彼らには専門家の助けが必要である」。

こうしたメッセージは、『Acknowledge (気づき)』、『Care (かかわり)』、『Tell (つなぎ)』という三つの単語に要約されている。このプログラムで用いられる、生徒向けの15分ほどの映画では、この三つの単語の頭文字をとった「ACT」というスローガンが、わかりやすく、そして印象的に繰り返される構成となっている。つまり、『ACTプログラム』は、「自分を大切に！」とか「命の尊さ」などといった道徳教育とは全く次元が異なる性質を持っており、むしろ主眼とする目的は、子どもの援助希求能力を高めることにある。

もっとも、この「ACT」が期待通りに機能するには、大人たちへの教育が不可欠である。保護者や教師などの一般の大人は、とすれば自傷行為という表層の問題行動を禁止することだけに固執しがちであるが、自傷以外に有効な対処スキルを知らない子どもたちは、単なる叱責や説教に遭遇する体験を重ねると、ますます自分から援助を求められなくなる傾向がある。このため、このプログラムは、生徒だけでなく、教師や保護者に対しても実施されなければならず、大人たちが子どもから渡された「援助希求のバトン」をしかるべき専門家につなげられるような体制整備が前提となっている。

## Ⅷ. おわりに

実は、自傷行為をくりかえす思春期の子どもが多くが、飲酒・喫煙を経験しており、薬物乱用に対する高いリスクを持っている。また、拒食や過食、自己誘発嘔吐といった食行動異常を併せ持つ人も少なくない。いずれも、1回の行動だけで深刻な健康被害をもたらすものではないが、くりかえされることによりその弊害が身に蓄積し、健康を害する危険があるという点

で共通している (松本, 2009)。

自傷行為をする子どもに広く見られる, この「故意に健康を害する」行動は, これだけにはとどまらない。筆者自身の臨床経験をふりかえると, 女性の自傷患者のなかには, 援助交際などの不特定多数との性交渉, あるいは, 避妊しない性交渉といった, 性的危険行動をくりかえす者が少なくないのである。確かにこうした行動によってただちに健康が害されるわけではないが, 性感染症への罹患, あるいは, 望まない妊娠による学業や職業的キャリアの中断, さらに, より深刻な犯罪に巻き込まれる危険がある。その意味では, 広義の自傷行為と捉えることができるであろう。

要するに, 自傷行為をくりかえす子どもは生き方全体が「自傷的」なのである。そして, 最近の実証的研究によれば, このような「自傷的」な行動の数が増えれば増えるほど, 近い将来における自殺行動のリスクが高くなるという (Miller and Taylor, 2005)。

しかし, すべての援助者に忘れないでほしいことがある。確かに彼らはさまざまな「自傷的」行動におよんでいるが, そのなかで最も「自傷的」行動とは, リストカットでも薬物乱用でも摂食障害でもない。それは, 「悩みや苦痛を抱えたときに, 誰にも相談せずに一人で抱え込む」ということなのである。だからこそ, 彼らの「自傷的」な行動パターンを変えていく第一歩として, まずは援助者が彼らから目を背けないこと, 逃げないことが大切なのである。

#### 文 献

- Coid J, Allolio B & Rees LH (1983): Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, **8349**, 545-546.
- De Leo D (2011): DSM-V and the future of suicidology. *Crisis*, **32**, 233-239.
- Hawton K, Rodham K & Evans E (2006): *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents* (pp.94-116). London, Jessica Kingsley Publisher. (松本俊彦・河西千秋監訳 (2008): 自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き. 東京, 金剛出版.)
- Jacobs D, Walsh B, McDade M et al. (2007): *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. 東京, 金剛出版.)
- Kapusta ND (2012): Non-suicidal Self-injury and Suicide Risk Assessment, quo vadis DSM-V? *Suicidology Online*, **3**, 1-3.
- Matsumoto T & Imamura F (2008): Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci*, **62**, 123-125.
- 松本俊彦 (2009): 自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」子どもたち—. 東京, 日本評論社.
- Miller TR & Taylor DM (2005): Adolescent suicidality: Who will ideate, who will act? *Suicide Life-Threatening Behavior*, **35**, 425-435.
- 日本学校保健会 (2008): 保健室利用状況に関する調査報告書18年度調査結果. 東京, 日本学校保健会.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH et al. (2006): Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, **144**, 65-72.
- Owens D, Horrocks J & House A (2002): Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry*, **181**, 193-199.
- Pattison EM & Kahan J (1983): The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, **140**, 867-887.
- Walsh BW (2005): *Treating self-injury*. New York, Guilford Press. (松本俊彦ほか訳 (2007): 自傷行為治療ガイド. 東京, 金剛出版.)

# 自傷と摂食障害

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／自殺予防総合対策センター

松本俊彦

はじめに

自傷とは、自殺以外の意図から、故意に自らの身体を軽く傷つける行為を指す。代表的なものは、手首や前腕の皮膚を切るというリストカットであるが、他にも「壁に頭をぶつける」、「血がにじむほど皮膚に爪を立てて腕をつかむ」、「火のついた煙草を押しつける」、「自分で自分を殴る、自分の腕を噛む」といった行動が含まれる。

自傷と摂食障害とは密接に関連している。事実、自傷患者に摂食障害が高率に合併する(1)(6)(8)という報告は多く、なかでも特に有名なのはファヴァツァらの研究である。彼は、女性の習慣的自傷者の約半数に過去ないしは現在の摂食障害のエピソードが認められることを

明らかにし、すでにパティソンとカーン(9)が提唱していた「故意の自傷症候群 deliberate self-harm syndrome」という、自傷と物質乱用・依存の併存によって定義される臨床単位の条件を、摂食障害も加えた三症候とするべきだと主張した。

いずれにしても、自傷を繰り返す患者の治療では、摂食障害を避けて通ることはできない。実際、「ほとんど何も食べない日が二、三日間続くことがある」、「たまにやけ食いをする」、あるいは、「体重の変動幅が大きい」など、診断閾値以下のものまで含めれば、自傷患者のほぼ全例が、少なくとも治療経過中の一時期に何らかの食行動異常を呈している。

また、摂食障害を併存する自傷患者は自殺のハイリスク集団としての臨床的意義もある。筆者らが行った自傷患者の追跡調査(7)では、近い将来における自殺行動を予測する要因として摂食障害症状が同定されている。本稿では、自傷と摂食障害との共通点と相違点を整理するとともに、自傷と摂食障害が併存する症例の治療・援助のあり方について私見を述べたい。

## 摂食障害も自傷ではない

リストカットなどの自傷と摂食障害は、ともに「故意に自らの身体的健康を害する行為」という点で共通している。また、いずれも自殺以外の意図から行われる行為という点も共通項といえるであろう。すなわち、自傷の多くは感傷的苦痛の緩和を意図して行われるし、摂食障害の場合には、その病型がアノレキシアであれブルimiaであれ、その行為の背景にある動機は「やせたい」、「太りたくない」というものである。

しかし、現代の研究においては、自傷と摂食障害は峻別されるべきものとして扱われている。ウォルシュ(10)は自傷について、「自殺以外の目的から、非致死性の予測(「このくらいならば死なないだろう」という予測)のも

とに、故意に自らの身体に直接的な損傷を加える行為」と定義しているが、この定義に従えば、摂食障害を自傷の範疇に含めることはできない。

その根拠となるのが、「自らの身体に直接的な損傷を加える」という表現のなかにある「直接的」という表現である。直接的な身体損傷とは、その行為の結果がただちに現れ、その結果を視覚的に確認することを含意している。確かにリストカットの場合、切るという行為の結果はただちに「皮膚が裂け、出血する」現象として視覚的に確認することができるし、万一切りすぎてしまった場合には、そこで手を止めれば傷がそれ以上深くなることはない。このような直接的な身体損傷行為の持つ制御可能性は、そのまま「非致死性の予測」を担保するものといえるであろう。

一方、摂食障害による身体損傷はそうはいかず、外からは観察できない身体内部で緩徐に進行する性質を持つ。一回だけ不食ないしは過食、あるいは自己誘発嘔吐をしたからといって、目で見てわかるような身体損傷が生じることはないが、こうした行動が繰り返すなかで栄養障害が蓄積すれば、ある段階で健康被害として顕在化する。そして、ひとたび健康被害が顕在化してしまうと、一日だけ異

常な食行動をやめればすぐに生命的な危機を脱するとは限らず、数週間にわたる慎重な全身管理を必要とする事態は決してまれではない。要するに、摂食障害による身体損傷は「間接的」なものなのである。ちなみに、物質乱用・依存や過量服薬についても、同じ理由から「直接的」な身体損傷行為とは見なせず、自傷には含まないのが、今日における一般的な考え方である。

### しかし摂食障害は自傷と近しい関係にある

そのようなわけで、摂食障害を自傷の範疇で捉えることはできないが、しかし、それでも摂食障害が自傷と区別して近接した行動であるのも確かである。

その理由の一つが、すでに述べた、自傷と摂食障害との併存率の高さである。しかし、理由は他にもまだある。一般の中学生・高校生を対象とした調査<sup>(1)</sup>では、自傷経験は臨床閾値未満の摂食障害的傾向と密接に関連し、しかも、自傷頻度が高いものほど食行動異常の程度は深刻とすることがわかっていて、このことは、正常範囲内のものから病的な水準まで、自傷と食行動異常とは連続的かつ直接的に関連していることを意味し、決してガンダローソンとザナリーニ<sup>(2)</sup>が指摘したような、特定

のパーソナリティ傾向を介する間接的なものではない可能性を示している。

実際の臨床では、自傷と摂食障害との「等価的關係」を疑いたくなる場面と遭遇することも多い。たとえば、「リストカットはしなくなつたが（あるいは、頻度が減つたが）、今度は過食・嘔吐が激化した」「過食はとまったが、リストカットが始まった」というように、治療経過中、両者はしばしば交代性に出没する現象が、まさにそれにあたる。レイシーとエヴァンズ<sup>(3)</sup>は、このように衝動的・嗜癖的行動が相互変換的に変遷する摂食障害のことを、「多衝動性過食症 multi-impulsive bulimia」と命名している。

こうした相互変換性は、個々の問題行動の背景に何らかの共通した機能の存在を疑わせる。ヒースートンとバウマイスター<sup>(4)</sup>の指摘は、そのような文脈ではまさにぴったりと当てはまるものである。彼らは、拒食症における空腹感・飢餓感や過食症における嘔吐の苦痛には、自傷における疼痛刺激と同様、患者さんの気分を高揚させたり、解離状態から回復させたりする効果があると述べている。

### 多衝動性過食症の症例

ここで典型的な症例を提示したい。

女性患者Aさんは、嫌なことがあるとリストカットをして何とか精神的なバランスを保っていたが、ダイエットを始めてからは、以前ほどリストカットしなくなつた。ダイエットによつてもたらされる空腹感・飢餓感が、リストカットと同じ種類の刺激となつている感じがしたからだ。気持ちがシャキッと切り替わり、仕事の意欲が湧いてきた。

しかし、ダイエットはいつまでも続かなかつた。職場でちよつとしたトラブルがあり、上司から頭ごなしに叱責されたのをきつかけに、イライラしてこれまでやめていた菓子類に手を出してしまつた。すると、今度は食べるのがとまらなくなつてしまつた。この日を境に、連日だらだらと菓子類を食べ続けるという過食が続いた。当然、体重が増加し、人前に出るのが嫌になつてきた。

この状況を変えなければと焦り、できるだけ食事をとらないように心がけたが、無理なダイエットのツケは夜になつて暴発した。空腹で眠れないのである。それで結局、菓子類を過食してしまつた。夜、過食しないですむようにと、睡眠薬を多量に服用して無理矢理眠ろうとしたこともあつたが、それも失敗だつた。睡眠薬で意識が朦朧とすると、どうも衝動のコントロールがきかなくなり、かえつていつもよりもひどい過食をしてしまうので

ある。彼女は空腹に負けてしまう自分の意志の弱さを責め、過食するたびに「自分を罰する」ためにリストカットを繰り返した。

とうとう彼女は、「もう過食をコントロールできない」と絶望し、せめて体重が増えないようにと考え、過食後に喉に指を突っ込んで嘔吐をするようになった。確かに嘔吐によつて一時的には体重増加に歯止めがかつた。また不思議なことに、嘔吐する際の苦しさや自傷のように身体への刺激となつて、リストカットと同じように意識がシャキッとする感じがした。

しかし、それも長続きはしなかつた。次第に慣れが生じて、以前よりも大量に過食しないと嘔吐できなくなり、仕事から帰ると深夜までずつと過食・嘔吐を続ける状態に陥つてしまつたからだった。

こうした連日深夜まで続く過食・嘔吐と、それによる睡眠不足がたたり、毎日疲労困憊し、体力の低下が著しくなつた。過食後に嘔吐する気力もなくなり、嘔吐する前に眠りに落ちてしまい、翌朝、自己嫌悪に陥つた。彼女は、過食後嘔吐しなかつた自分を罰し、疲れた身体に「喝」を入れるために、毎朝出勤前にリストカットをするようになった。リストカットは次第にエスカレートして左腕は傷だらけとなり、ついには会社の同僚にも傷が

気づかれる状況となつた。

それだけではない。いくらリストカットしても気力が湧いてこなくなり、とうとう仕事を無断で休むという事態を招いてしまつたのだ。彼女は自身の状況に絶望し、「もう会社にはいられない。死ぬしかない」と決意し、手元にある睡眠薬の錠剤をすべてまとめて口に放り込んだのだつた……。

この症例は、自傷と摂食障害とともに、睡眠薬の乱用も呈しており、典型的な故意の自傷症候群、もしくは多衝動性過食症である。

自傷と摂食障害はあるときは交代性に出没し、またあるときには手と手を取り合つて相互に増幅しあい、さらには、過食をコントロールしようとして睡眠薬を乱用した結果、かえつて過食が手に負えなくなつてしまつていく。ここには、自分をコントロールしようとする試みながらも自分がコントロールされてしまふ、という皮肉な逆転現象が見てとれる。

### 「問題」行動が「問題」なのか

ここまでの話からわかるように、自傷と摂食障害を呈する症例の援助では、自傷、摂食障害、場合によっては併存する薬物乱用といった問題のすべてに目配りすることが必要と

なる。まずは自傷だけ、あるいは摂食障害だけを解決し、それから残る問題行動に取り組み、といった治療は原則としてありえない。おそらくいずれか一つを解決しても、次は別の問題がエスカレートするという、文字通りの「モグラ叩き」の様相に陥ってしまう可能性が高い。

それでは、治療においては、「一刻も早くすべての問題行動を同時に手放すこと」を目標とすべきであろうか？ それも違う。そもそもそのようなことは不可能であるし、援助者が問題行動を無理にコントロールしようとするれば、治療中断を招くか、さもなければ患者は嘘の申告をするようになるであろう。あるいは、援助者と会うこと自体が「援助者の要求に承えられない自分のダメさ加減」を突きつけられる体験となってしまう、「会えば会うほど状態が悪化する」という医原性の悪化を引き起こすかもしれない。

必要なのは、「問題行動」が一番の「問題」とは限らないという視点である。ハリスとバラクローウ<sup>3)</sup>が行った精神科患者の転帰調査に関するメタ分析では、摂食障害患者はあらゆる精神科患者のなかで最も自殺死亡率が高いことが明らかにされている。しかしだからといって、摂食障害の症状が直接的に自殺に影響を与えるなどというつもりはない。実

際、筆者が最近一〇年近くかかわってきた心理学的剖検調査（自殺既遂者の遺族を対象とした聞き取り調査）の経験では、摂食障害者の自殺は、拒食や過食・嘔吐が深刻なときには意外に少ない。むしろそういった食行動異常が消失し、周囲が安堵した時期に発生していることの方が多い。

食行動異常は、少なくとも一時的には何らかの精神的苦痛から意識をそらすのに役立つていた可能性があるのでないか。筆者が心理学的剖検から漠然と感じているのは、そのような印象である。もしもその印象が正しいのであれば、生きづらさの根本的な原因が解決しないまま、単に摂食障害の症状だけを手放せば、かえって本人を追い詰め、自殺のリスクを高めてしまうかもしれない。

### つながり続けることと無力感からの回復

自傷と摂食障害を併存する症例の治療において、筆者なりに心がけていることは、次の二つである。一つは、自傷や食行動異常の状況を正直に話せる関係性を継続すること、そしてもう一つは、本人のわずかな進歩を見逃さずに強化することである。つまり、患者の目立たない努力を見逃さずに、「ささやかな成功体験」としてリフレーミングしてフィードバックすることである。そのような肯定的な体験の積み重ねは、彼らを無力感の泥沼から少しずつ引っぱり上げるであろう。

筆者がこれまで出会ってきた患者の多くは、様々な方法を用いて自分の気分をコントロールすることに執着し、その方法を取り上げられそうになると激しく抵抗した。しかし、これはある意味で無理からぬことであつた。というのも彼らの大半が、これまで人にコントロールされ、翻弄され続けた生活史も持っていたからである。そして、そのような体験を積み重ねた挙げ句、「自分には何もできない」という無力感に苛まれていた。その意味では、自傷も摂食障害も、彼らなりになけなしの自己効力感を確認するための数少ない方法であると理解できなくもない。

忘れるべきではないのが、嵐や竜巻のような問題行動を呈しながらも、諦めずに治療を継続していること自体が称賛に値す行動である、ということである。実際、治療経過中、自傷から摂食障害へ、摂食障害から物質乱用へ、そして再び自傷と、様々に衝動的・嗜癖的行動を変遷させながら、気づくと健康被害がより少なく、より破壊的でない問題行動へと推移している患者は少なくない。どこまで意識的なものなのかは不明だが、そこには明らかに患者なりのサバイバル術がある。もし



# こころの科学 182

HUMAN MIND July・2015

■好評発売中/本体1,230円+税 ■雑誌コード:63956

## 特別企画 依存と嗜癪 やめられない心理

蒲生裕司 宮岡 等=編

アルコールや薬物に加え、ネットや賭博等にも広がった依存と嗜癪。やめたくてもやめられない心理と、個々の「疾患」を平易に解説。

### ▼依存という現象を考える

- 依存という心理——人はなぜ依存症になるのか... 松本俊彦 病としての依存と嗜癪..... 成瀬暢也
- 依存の生物学的な機序..... 廣中直行
- 依存とは何か?——自己治療仮説を治療に活かす 長 徹二

### ▼依存症と嗜癪障害

- アルコール依存症の心理とその支援..... 澤山 透
- 薬物依存症..... 小林椋児
- ギャンブル障害..... 蒲生裕司
- 常習窃盗..... 竹村道夫
- 性的嗜癪に関する心理学的理解..... 妹尾栄一
- インターネット依存..... 中山秀紀
- 処方薬依存の実態..... 武藤岳夫

### ▼依存症の支援

- 依存症の問題はどこに相談すればよいか..... 田辺 等
- 厚生労働省における取り組み..... 福生泰久
- 依存症者をもつ家族に対する心理教育..... 近藤あゆみ・高橋郁絵・森田展彰
- 自助グループの役割..... 岩原千絵

### ▼依存症に関連する諸問題

- ドメスティック・バイオレンス..... 信田さよ子
- 重複診断としての依存..... 朝倉崇文
- 児童虐待と依存症 (アディクション)..... 白川美也子

### ■巻頭に

心理職への期待..... 宮岡 等

### ■論説

性別違和をもつ児童・青年の理解と援助..... 塚田 攻

### ■追悼

山下 格先生を偲んで..... 久住一郎

### ■新連載

精神科医が薬を処方するということ (1)

処方の背景にある医者の考え方..... 仙波純一

### ■連載

逆転の家族面接 (2)

「やる気のない生徒」がやる気にさせてくれる!?..... 喜多徹人

現場を変えたいいじめの科学 (2)

“使える”いじめの定義とは?..... 和久田学

脳を通して私が生まれるとき——精神科医のパンセ (7)

マシンは私になれるのか..... 兼本浩祐

### ■ほんとの対話

松本俊彦『自分を傷つけずにはいられない』..... 斎藤 環

すぎむらなおみ+えすけん『はなそうよ!恋とエッチ』..... 宮地尚子

松木邦裕、瀧井正人、鈴木智美『摂食障害との出会いと挑戦』..... 野間俊一

### ■こころの現場から

48時間 (家庭裁判所)..... 高島聡子

すぐ隣にある貧困 (若者支援)..... 青砥 恭

日本評論社  
http://www.nippyo.co.jp/

かすむと援助者に求められるのは、そのよや  
なやむやかな努力を見落とされる感性なのか  
もつたなご。

【文庫】

(1) Favazza AR, Derosar DO, Conterio  
K:Self-mutilation and eating disorders. Suicide  
Life Threat Behav 19: 353-361,1989.

(2) Gunderson JG, Zanarini MC: Current  
overview of the borderline diagnosis. J Clin  
Psychiatry 48: Suppl: 5-14,1987.

(3) Harris EC, BarracloughS: Suicide as an  
outcome for mental disorders. A meta-analysis.  
Br J Psychiatry 170: 205-228,1997.

(4) Heatherton TF, Baumeister RFB: Binge  
eating as escape from self-awareness. Psychol

Bull 110: 86-108,1991.

(5) Lacey JH, Evans CD: The impulsive: a  
multi-impulsive personality disorder. Br J  
Addict 81: 641-649,1986.

(6) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et  
al: Patterns of self-cutting: A preliminary study  
on differences in clinical implications between  
wrist- and arm-cutting using a Japanese  
juvenile detention center sample. Psychiatry  
Cln Neurosci 58: 377-382,2004.

(7) 松本俊彦、阿瀬川孝治、伊丹 昭ほか「自  
己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷  
ける行為」のリスク要因——3年間の追跡調査」『精  
神神経学雑誌』一一〇巻、四七五—四八七頁、二  
〇〇八年

(8) Mitchell JE, Boutacoff LI, Hatsukami D

et al: Laxative abuse as a variant of bulimia. J  
Nerv Ment Dis 174: 174-176,1986.

(9) Patison EM, Kahan J: The Deliberate  
Self-Harm Syndrome. Am J Psychiatry 140:  
867-87,1983.

(10) Walsh BW, Rosen PM: Self-mutilation?  
theory, research, & treatment? Guilford Press,  
New York, 1988. (B・W・ウォルシュ、P・  
M・ローゼン、松本俊彦ほか訳『自傷行為——実証  
的研究と治療指針』金剛出版、二〇〇五年)

(11) 山口亜希子、松本俊彦、近藤智津恵ほか  
「大学生の自傷行為の経験率——自記式質問票による  
調査」『精神医学』四六巻、四七三—四七九頁、二  
〇〇四年

(#こもい・こころ) 精神医学)

【特集】自分を傷つける行為が止まらない人  
——医療者はどう捉え、かかわればいいのか

【特集にあたって】

## この分野の援助者は、 知恵とスキルを共有し、 仲間を作る必要がある



松本俊彦

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 薬物依存研究部・部長／  
自殺予防総合対策センター・副センター長

まつもととしひこ◎1993年佐賀医科大学医学部卒業後、神奈川県立精神医療センター、横浜市立大学医学部附属病院精神科などを経て、2015年より現職。近著として、『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、2015）、『もしも死にたいと言われたら——自殺リスクの評価と対応』（中外医学社、2015）が絶賛販売中。

### 今、地域で 困っているのは……

精神科臨床では、「やめられない、止まらない」という病態を示す患者と遭遇することが稀ならずあります。それはアルコールや薬物といった精神作用物質の使用の場合もありますし、ギャンブルや買い物、食べ吐き、リストカット、万引き、さらには性的問題などさまざまです。こうした問題行動は、通常、「嗜癖」という言葉で一括されますが、長期的には自らの健康や人間関係、あるいは社会的な立場に致命的な結果をもたらす危険性が高い、という意味では自己破壊的行動と捉えることもできるでしょう。

最近十数年のうちに、診察室のなかでこうした病態と遭遇することはずいぶんと多くなりました。実際、地域の保健所で開催される事例検

討会に参加するたびに痛感するのは、今日、地域精神保健の現場で援助者が苦慮しているのは、統合失調症や双極性障害といった「疾患」ではないということです。地域が困っている問題の多くは、むしろ自己破壊的で嗜癖的な「問題行動」なのです。もしもこうした問題行動を呈する患者を、すべからく「うちでは引き受けられません」と断る精神科病院があるとすれば、そのような病院は、これからの時代、淘汰されていくことでしょう。

### そこでワークショップを 企画しました

しかし精神科医療の現場では、こうした問題行動に対する偏見がはまだまだ強いのが現実です。誤解もされています。例えば、問題行動というのは、一時的であれ患者の苦痛や苦悩を緩

和するのに役立っていることも珍しくないのです。手首を切ることで一時的に自殺を回避させてくれていることさえあります。その意味で自己破壊的行動は、一種の自己治療と言える面もあるでしょう。

そのように「彼らなりの自己治療」だと捉えるのと、「意図して(わざと)行っている行為」だと捉えるのでは、援助者の認識は180度違ってきます。“限界設定”を設けて、抵触すれば治療の場から排除する、といった対応は、後者の認識に基づくものでしょう。悲しいことです。

とはいえ、自己破壊的で嗜癖的な問題行動を呈する患者の治療は一筋縄ではいかず、治療する側が非常に疲弊することは、私も経験的によく理解しています。そのような患者はしばしば治療的な介入に抵抗し、治療関係が行き詰まる「綱引き」の様相に陥るからです。医療機関では援助者の「燃え尽き」の原因ともなっています。

そこで私は、2015年6月に大阪で開催された第111回日本精神神経学会において、「嗜癖／自傷の臨床」と題してワークショップを企画しました。そして私が常日頃より尊敬している4名の臨床家にご登壇いただき、「自己破壊的で嗜癖的な問題行動をどう捉え、どうかわるのか」という観点からそれぞれのお考えをお話しいただき、知恵と技法を共有させていただくことにしました。本特集は、当日の講演内容を紹介するものです。詳細はこの後の各演者の原稿をお読みいただくこととして、そのイントロダクションとなる本稿では、私がなぜこのワークショップを企画したのかを、こうした患者とのかかわりのなかで生まれた自戒と共に述べたいと思います。

## 薬のやめ方を 教えてほしいんだよ!

昔話をご披露することをお許してください。

私の嗜癖臨床は、薬物依存症の治療から始まりました。それは医者になって5年目のことです。正直言いますと、自ら率先してこの世界に來たわけではないのです。大学医局内での美しくない譲り合いの果ての不本意な人事によって、依存症専門病院に赴任したことがきっかけでした。

病院に着任した日、外来の待合室で見かけた患者たちの姿は、大学病院での研修ではお目にかかったことのない集団でした。タンクトップから突き出た上腕に描かれたおどろおどろしい刺青のヤクザ風中年男。顔のあちこちに大小さまざまなピアスをつけた若い青年。無数のリストカットと注射の痕が混在した腕を持つ派手な身なりの女性……。

私は患者の見た目に圧倒されたまま、内心半泣きで診療に従事することになりました。面接で何を話し合ったらよいのかさっぱりわからず、外来診療の際にはいつも頭をかかえていた記憶があります。当時のことを思い出すと、今でも少しだけ自分が不憫になります。

そんな私が当時、かろうじて思いついた話題は、薬物が心身の健康に及ぼす害を懇切丁寧に説明することでした。無邪気にも私は、患者が薬物を手放さないのは、薬物の害に関する正確な知識がないからだと思い込んでいたわけです。しかしもちろん、私の説教によって薬物をやめた患者など、覚えている限り1人もいません。そしてある日、私はある患者から手厳しい洗礼を受けることになりました。

その患者は、覚せい剤依存の中年男性でした。彼は診察室のなかで不機嫌そうな表情で腕組みをして私の話<sup>に</sup>耳を傾け、私は私で、いつものように薬物の害を滔々<sup>とうとう</sup>と話していました。ところが10分ほど話したところで、不意に彼は声を荒げて私を遮<sup>さえぎ</sup>ったのです。

「害の話はもういい加減にしろや！ あんたが知っているシャブの害なんて、どうせ本で読んだだけの、頭ん中だけの知識だろう？ 俺は自分の身体を使ってもう15年以上“臨床実習”してきてんだよ。クスリやりすぎて死んだ仲間だって見てきた。だからいくらあんたが専門家でも、シャブに関する知識じゃ俺にはかなわねえんだよ」

さらに彼は顎をしゃくっていいました。

「あんた、どうして俺が遠くから長い時間をかけてここに来て、しかも金を払ってあんたの前にいるのかわかるか？ シャブについて自分よりも知識のねえ医者の前に、今こうした俺がいる理由を考えてみろや」

わ、わかりません、と私は震える声で応えました。すると、彼はこういったのです。

「クスリのやめ方を教えてほしいからだよ」

彼の指摘はまさに正鵠<sup>せいこく</sup>を射ていました。叱責<sup>ちせき</sup>や恫喝<sup>どうかつ</sup>といったものは、それこそ「そこいらのオッチャン」でもできることです。実際、彼はこれまで家族や友人からさんざん、それこそ「耳にタコ」ができるほどその手の話を聞かされてきたはずです。ですから、わざわざお金を払ってまでして聞く話ではないのです。もう完全に降参、見事に玉砕という感じでした。

しかし私には皆目見当が付きませんでした。どうしたらこの患者の「クスリのやめ方を教えてほしい」というニーズに応えることができる

のか。私は再び頭をかかえることとなりました。

## ヒントは 当事者のなかにある

突破口となったのは、当事者から学ぶ姿勢でした。

患者からのその洗礼以来、私は、薬物を再使用してしまった患者に対して、まずは正直な告白をねぎらったうえで、自分の率直な疑問を患者にぶつけてみることにしました。例えば、こんな具合です——。

「どんな状況でクスリを使いたくなるのですか？」「どんな状況だとクスリを使わないでいられるのですか？」「クスリに対する欲求を抑えるのに成功した時と失敗した時では、気分とか状況で何か違いはありましたか？」などなど。

あとになって気づいたのですが、このような治療者の「学ぶ姿勢」は、患者と「綱引き」にならない、協働的な治療関係を作っていくのを助けてくれたようです。

薬物をやめるヒントは患者のなかにあります。そして治療とは、再使用時の分析を通じて薬物使用の誘因を同定し、その誘因に遭遇した場合の有効な対処スキルを考え、患者がそのスキルを用いることを励ましていくことの繰り返しです。

とはいえ、こうしたことはいずれも後から見えてきたことです。当時の私がしていたことといえば、「何をしていいのかわからないんです、とにかく教えてください」と患者さんに頼むという、涙ぐましい必死の懇願だったのです。

その意味では、ダルクという薬物依存症からの回復のための民間リハビリ施設の囑託医を引

き受けたことも、貴重な体験でした。ミーティングの合間の雑談で語られる**彼らの知恵**——「クスリへの渴望が非常に強いのは40分くらい。この40分間、どうやってしのぐかが課題。俺の場合は熱いシャワーを浴びていた」「俺は、激辛な食べ物、例えばCocoカレー壺番屋の6辛カレーを食うと、気持ちが紛れた」など——は、ありきたりな説教や叱責で終始するよりは、**具体的な対処**としては**はるかに価値がある**ように思いました。

なかでも思わず笑ってしまったのは、1人の覚せい剤依存症患者が語った“暮らしの知恵”でした。「喉が渴いても、『ボルヴィック』と『エビアン』は買うな。お茶を買いえ!」。覚せい剤を注射で入れる患者のなかには、こうした市販水をいつも携行し、外出先で覚せい剤の粉末を溶いて注射してきた人がおり、特定の銘柄のペットボトルが薬物渴望のきっかけとなりうるからです（それにしても不思議なのは、いずれも外国産の鉱水ばかりであり、六甲や南アルプスの鉱水を用いた国産品愛用者がいないことです）。

このような経験をするなかで私が痛感したのは、「**叱責や説教は意味がない**」ということでした。そして、彼らが行っている不思議な行動（例：やたらとコーラをがぶ飲みする、毎晩のようにCocoカレー壺番屋で激辛カレーを食べる）も、じつは彼らがかかえている生きづらさや苦悩を、少なくとも一時的に緩和するには役立っている可能性があるということでした。

**「なんとかしたい」気持ちが  
あるから来院しているのだ**

さらに興味深く感じたのは、一見、薬物をや

める気なんてさらさらなさそうに見える患者でも、「薬物のやめ方（もしくは、減らし方）」にはなぜか大いに関心があり、その手の話題には食いつきが非常によかったということです。

しかし、冷静に考えてみればこれは当然のことかもしれません。そもそも**100%治療が嫌ならば、診察室なんかにはいないはず**です。いくら家族からのプレッシャーが強かったにせよ、家の中で派手に暴れてみせて受診に抵抗したり、受診日当日に逃げ出して姿をくらましてしまうなど、いくらでも逃げる手立てはあったはずです。実際、薬物依存症患者の多くにとって、その手の行動は得意中の得意、文字通りの「朝飯前」でしょう。したがって、「いくらでも逃げることができるのに、なぜ彼らは今治療の場にいるのか」を考える必要があります。答えは簡単です。どこかにこのままでは**ダメだという気持ちが少しは存在する**からでしょう。

これが私たち援助者の仕事の肝です。要は、彼らの心のドアにどうやってこちらの足先を突っ込み、最終的にすっかり開けてもらうかという技術なのです。これはもはや治療ではないかもしれません。営業、あるいは誘惑といったほうが適切という気がします。

そのことがわかりかけた頃には、私はすでに薬物依存臨床に夢中になっていました。以来、20年近くこうした嗜癖の臨床と研究に携わり続けています。

**援助者は孤立してはいけません。  
それは患者さんのためです**

ここまでをまとめれば、問題行動は頭ごなしに叱責せずに、対等な目線で一緒に振り返るの

がよい、ということになります。

でも、もしかすると、あなたはすでに多くの困難な問題行動を呈する患者と向き合い、熱心にかかわっているかもしれませんね。あるいは、私が述べてきたことなど、とうの昔に実践済みという方もいるでしょう。それでも治療関係に行き詰まっている、という方がいたら、あなたに私から伝えたい助言は1つしかありません。それは、「**孤立するな、仲間を作れ**」です。

あなた以外の多くの援助者は、自己破壊的行動をする困難な患者さんに対しては心を閉ざしています。患者さんに陰性感情を抱き、邪険に扱う同僚を見てあなたは思います。「あいつら、援助者として終わっている」「ダメな援助者だ」と。それゆえに、同僚に仕事を任せることができず、自分でかかえ込んでしまいやすいのです。そうして困難な問題行動を呈する患者と熱心にかかわる援助者は、ともすれば孤立しやすくなります。すると皮肉なことが起こります。熱心で心優しい臨床家ほど多剤大量療法を行ってしまうという現象です。孤立していて、スーパーバイザーや、忌憚ない意見交換のできる同僚やコメディカルスタッフがいない状況で、熱意をもって患者さんと会い、性急な訴えや要求にも親切に対応しようと奮闘した結果、精神科医であれば、いつしか処方箋が多剤大量療法のそれとなっているかもしれません。看護師であれば、やたらと頓服薬を飲ませようとしたり、担当医に懇願して増薬を要請するかもしれません。なぜなら、待合室には多数の患者がひしめいていて、患者さんの訴えや要求に対して短い診察時間のうちに答えを出さなければな

らないからです。

まるでコーナーに追い詰められたボクサーのように、あるいはマウント・ポジションを取られたK-1レスラーのように、孤立無援の診察室に取り残され、この苦境をしのぐために、それこそ半ばパンチドランカー状態の朦朧とした意識のなかで、「ひとまず」薬を処方するわけです。

おそらくそうした処方薬は、患者の苦痛だけでなく、精神科医が直面している苦痛をも一時的に緩和することでしょう。しかし、そこに落とし穴があります。そのような一時しのぎの果てに待ち受けているのは、「**薬物療法依存症**」ともいうべき診療スタイルです。そのありさまは、援助者に心を閉ざし、ただひたすら薬で一時的しのぎを繰り返す処方薬依存症患者と酷似しています。この両者に共通しているのは「**孤立**」です。孤立した人間は、ともすれば近視眼的になって「**一時しのぎ**」に手を出しやすくなるものです。

これが本稿における最後のメッセージです。**ぜひ仲間を作りましょう**。例えばそれは、スーパーバイズ体制や院内の多職種からなるチーム支援体制かもしれませんし、もしも院内に見つからなければ、学会や研究会を通じて施設外の仲間を作るのもよいでしょう。

それはあなたが楽になり、安心できる援助をするためだけではありません。患者さんだつて、「**いつ切れてもおかしくない吊り橋**」よりも、**もっと安定感のある、堅牢な橋を渡りたい**はずですから。 精

## 精神科臨床において知っておくべき自死遺族の心理とニーズ

白神 敬介<sup>1)</sup> 川島 大輔<sup>2)</sup> 川野 健治<sup>3)</sup>

抄録：自死遺族は、近い人を自殺で亡くすという経験によって、喪失から生じる強い感情ないし情緒的な苦しみを感じることもある。なかには、メンタルヘルス問題や自殺の危険性が生じる場合もある。また、遺族の悲嘆に有効なケアとなると考えられている自死遺族支援グループに対して、参加者である自死遺族と、グループの運営に携わる支援者とは一部異なるイメージをもっており、両者の考えは必ずしも一致するわけではない。そうした自死遺族に適切な支援を提供するためには、支援者が先回りすることなく、遺族の状況やニーズを丁寧に把握することが重要である。精神科治療学 30(3) : 393-398, 2015

Key words : suicide survivors, support group, self-help group, principles of mutual aid

## I. はじめに

家族や親戚、友人や恋人、同僚といった近い関係にあった人を自殺によって亡くした人々を自死遺族という。自死遺族は、社会の偏見や周囲の誤解によって周囲の人に自らの思いを話せずに一人で苦しみ、地域社会から孤立してしまうことがある。さらに、周囲の人たちの言葉や態度によって傷つけられることもある。また、借金や経済問題を抱えるケースもある。こうした多様な問題を複

合的に抱える自死遺族には、心理・社会的支援とともに生活支援が受けられるような援助が重要である。

本稿では、自死遺族の一般的な心理的反応を整理し、それぞれの自死遺族が悲嘆のプロセスを経るなかで、自死遺族のもつニーズの多様性と、それらの推移に着目する。援助者が自死遺族のニーズを把握していくためには、関係を深めていくなかで直接に聞くよりほかはないだろう。そうした関わりにおいて、自死遺族のニーズには多様性があること、そしてニーズが徐々に（段階的に）変化していく可能性があることを知っておくことは有益ではないかと考える。

なお、自殺総合対策大綱では「自殺者親族」という表現が用いられるが、本稿では自死遺族支援のガイドラインである『自死遺族を支えるために（相談担当者のための指針）—自死で遺された人に対する支援とケア』<sup>1)</sup>に倣い、遺族支援の分野においては「自殺者親族」よりも「自死遺族」の使用が一般的であることを踏まえ、「自死遺族」という表現を採用する。

The needs of suicide survivors: What clinicians should know in psychiatric treatment.

<sup>1)</sup>上越教育大学大学院学校教育研究科

〔〒943-8512 新潟県上越市山屋敷町1番地〕

Keisuke Shiraga, Ph.D.: Graduate School of Education, Joetsu University of Education, 1, Yamayashiki-cho, Joetsu-shi, Niigata, 943-8512 Japan.

<sup>2)</sup>中京大学心理学部

Daisuke Kawashima, Ph.D.: School of Psychology, Chukyo University.

<sup>3)</sup>独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

Kenji Kawano, Ph.D.: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

## II. 自死遺族の心理的・身体的反応

自死遺族は、近い人を自殺で亡くすという経験によって、喪失から生じる強い感情ないし情緒的な苦しみを感じることもある。こうした反応には心理的反応と身体的反応がある。

心理的反応としては、「驚愕」、「茫然自失」、「否認」、「歪曲」、「離人感」、「自責」、「抑うつ」、「不安」、「怒り」、「記憶の加工」、「非難」、「他罰」、「疑問」、「合理化」、「隠蔽」、「救済感」、「二次的トラウマ」といった様々な感情や想いがみられるとされる<sup>9)</sup>。ただし、すべての心理的反応が等しく遺族に起きるわけではない。また、自殺の直後には反応が表れずとも、しばらく経ってから、こうした感情に悩まされる場合もある。

身体的反応としては、食欲の変化（食欲がなくなる、食べ過ぎる）、体力の低下（疲れやすい、体重が減少する）、睡眠の変化（眠れない、途中で目が覚める、恐ろしい夢をみる）、胃腸の不調（胃の痛み、下痢、便秘など）が起こることがある。これらが長期にわたる場合には医療機関における治療が必要となる。特に自らの状態を正確に把握できず、あるいは言葉にすることが難しい子供や、障害をもつ人が自死で遺された場合には、これらの身体的反応に注意を向けることが必要である。

自死遺族にみられるこうした心理的・身体的反応は、身近な人を自殺で亡くすという「特別な事態に対して、よく起こりうる自然な反応である」と考えるべきであろう。このことを支援者がよく理解し、そして遺族に情報として伝えることで遺族のつらさへのケアとなる。

また、自死遺族にはメンタルヘルス問題が表れる場合もある。うつ病や不安障害、急性ストレス障害（ASD）、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、アルコール乱用や他の薬物への依存などの問題が生じる可能性がある。さらに自死遺族においては複雑性悲嘆の有病率が高いことが報告されている。複雑性悲嘆は通常の悲嘆とは異なり、悲嘆反応が強いレベルで長期間にわたり持続し、社会的・職業的・その他の領域における障害をきたし

た状態である<sup>9)</sup>。親族などが自殺した場合の状況は、通常では時間とともに進行する悲嘆（喪）のプロセスを阻害することがあり、結果的に悲嘆が複雑化しやすい。こうしたメンタルヘルス問題や自殺の危険性を考慮し、医療・保健的な視点をもって支援することが重要である。

## III. 精神科治療における支援の方法

自死遺族のメンタルヘルス問題に対する精神科治療のエビデンスは海外で徐々に蓄積されてきている。

中島のレビュー<sup>9)</sup>によれば、自死遺族のメンタルヘルス問題への予防・介入として、アウトリーチプログラムが遺族のサポートグループへの参加や援助希求を促進したり、家族に焦点を当てたプログラムによって短期的には遺族の心理的苦痛の軽減効果がみられたが、長期的なメンタルヘルスの改善や予防に結びついたプログラムはなかった。同じく中島のレビュー<sup>9)</sup>では、複雑性悲嘆と診断された遺族には、複雑性悲嘆に焦点を当てた認知行動療法やCGT（complicated grief treatment；複雑性悲嘆療法）の有効性が実証されている。薬物療法については有効性が実証されたとはいえない段階であるという。

医療者は遺族の心理的状态や状況をよく考慮したうえで、遺族のニーズに合った援助を提供することが必要である。遺族のなかには、家族が亡くなるまでの経過で精神科医療との接点をもつ者もおり、家族の自殺によって、医療者や精神科医療に対する不信感をもつ場合がある<sup>9)</sup>。また、医療者が自身の考えでケアを進めてしまうことで、遺族の状態への配慮を怠り、遺族の気持ちが傷つけられる二次的な傷つき体験につながるケースもある<sup>3)</sup>。治療・介入の必要性についても、複雑性悲嘆のような専門機関によるケアが必要な場合もあるが、正常な範囲の悲嘆に対しては見守りやサポートが中心となる。医療者は、自殺によって遺された人の心理的反応や悲嘆のプロセスへの理解をしたうえで、必要な精神科治療を提供する必要がある。



#### IV. 自死遺族支援の方法

自死遺族の問題は、メンタルヘルスの問題に注意が向きやすいが、様々な問題を抱えている可能性に注意を向ける必要がある。

2009年3月に厚生労働省から発表された『自死遺族を支えるために(相談担当者のための指針)―自死で遺された人に対する支援とケア』<sup>6)</sup>では、自死遺族ケアに必要な要点がまとめられており、優先順位の高いものとして、①遺族自身が必要と感じたときに利用できる適切かつ有用な情報の提供、②実際に必要となる具体的な生活支援メニューの提供、③メンタルヘルス対策、④遺族同士の分かち合いの場の提供や自助グループ、支援グループの紹介、の4つが挙げられている。

様々な困難を抱える自死遺族に適切な支援を提供するためには、支援者が先回りすることなく、遺族の状況やニーズを丁寧に把握することが重要である。自死遺族は、自殺の背景、故人との関係、自殺からどれくらいの時間が過ぎているのか、その家族が抱えている問題など、状況や状態は様々である。また、その状況や状態も時とともに変化していく。そのため、遺族のニーズも変化する。こうした自死遺族への支援における基本的な姿勢は、遺族のニーズに一致しない対応や無理に聞き出そうとするような介入を行わないよう、慎重な対応を行うことである。支援の具体的な考え方や対応方法についてはガイドライン(『自死遺族を支えるために』<sup>6)</sup>)に示されているので、参照されたい。

#### V. 自助グループ・支援グループの機能

自死遺族の自助グループ・支援グループの場(分かち合いの場など)に参加することが、遺族の悲嘆への有効なケアになるとされている。WHOが作成したマニュアル『自殺予防―遺された人たちのための自助グループの始めかた』<sup>10)</sup>には、以下のような自助グループの機能および効果が示されている。

- ・ 共同体意識と支援
- ・ 社会から隔絶されたような状況において、共感性の高い環境を提供し、帰属意識を得ることができる
- ・ 最終的には、「通常の状態」が得られるという希望
- ・ 困難を感じるような特別の記念日や、特別な出来事への対処の仕方
- ・ 問題解決のための新しい方法を学ぶ機会が得られる
- ・ 恐怖や心配について、安心して語ることでできる場
- ・ 悲しみを自由に表すことが受け容れられ、秘密が守られ、共感的であり、批判されることなく接してもらえる場

地域社会から心理的な孤立をもちやすい自死遺族にとっては、自死遺族同士が集まり語り合える場を導入することが重要な支援となる。同時に、遺族の状況は多様であり、自助グループ・支援グループへの参加が必ずしも心理的負担の軽減につながらない場合があることにも注意が必要である。

#### VI. 自死遺族支援グループへの意識

##### 1. 「自死遺族支援グループ評価研究」より一

『自死遺族支援グループ評価研究 報告書』<sup>11)</sup>では、自死遺族支援グループに参加した自死遺族がどのような意識をもっているかが示されている。この報告書は自死遺族支援グループの効果を検証することを目的として、筆者らの研究グループと神奈川県4県市の自死遺族支援グループの運営者・スタッフ、そして参加者の共同によって行われた一連の研究<sup>12)</sup>の成果である。

この研究では、自死遺族である参加者と、グループのスタッフとして運営に携わっている自治体のスタッフそれぞれが各自の自死遺族支援グループをどのように捉えているかを検討するため、「相互扶助の10の原理」(表1)を用いて調査を行った。「相互扶助の10の原理」は、米国でソーシャルワークを専門とする Feigelman らが、Shulman の「相互扶助の原理」<sup>13)</sup>を援用し、自死遺族支援グ

表1 相互扶助の10の原理 (文献1を参考に筆者らが訳出)

| 番号 | 内容  |
|----|---|
| ①  | 自分とよく似た悩みや経験をもつ他の参加者に出会い、自分は一人ではないと感じている                              |
| ②  | 普段は話せない話題 (故人に対する怒りや他人への失望感, 自殺念慮, 負担からの解放感など) について口に出している            |
| ③  | 他の人から非難されることも、また他の人を非難することもなく、お互いの気持ちに寄り添っている                         |
| ④  | 他の参加者が問題を解決するのを手助けしている  |
| ⑤  | のこされた者としての経験 (遺品を片づけた, カウンセラーに相談した等) を参加者同士で共有する場となっている               |
| ⑥  | 様々な意見を交換することで、自分や他人の信念について深く考える機会になっている                               |
| ⑦  | 他の参加者に対して何かを求めたり、期待をもつことを通じて、お互いに助け合っている                              |
| ⑧  | グループに参加することが、困難な状況や人に対応する方法を学ぶ機会となっている                                |
| ⑨  | 親しい人の自死という経験を、不十分なメンタルヘルス対策, 自殺対策の資金不足, うつ病や自殺への偏見といった、社会的な問題と結びつけている |
| ⑩  | 社会的な活動に参加し、自分の意見を主張している   |

グループの活動を評価するために用いた指標である<sup>1)</sup>。Shulmanの「相互扶助の原理」は、喪失経験と悲嘆をもつ遺族へ遺族支援グループが行う援助についてのガイダンスとなるものである。

「相互扶助の10の原理」の10項目の内容が自身の関わるグループで、どのくらいの頻度で見られるかについて尋ねた結果が図1である。グループの状況については参加者もスタッフもおおむね同じように感じているといえる。

さらに、Feigelmanらは、自死遺族支援グループの機能が徐々に変化していくことを想定しており、それは、「相互扶助の10の原理」に付された数字の順に変化していくという<sup>2)</sup>。図1を見ると、数字が大きくなるにつれて、見られる頻度がおおむね段階的に低下している。現状、日本の自死遺族支援グループの多くでは、主に項目①、②、③といった、遺族が同じ経験をもつ他者に出会うことや、これまで口に出すことができなかった話題を話すこと、あるいはお互いの気持ちに寄り添うことが重要な役割として位置づけられているとい

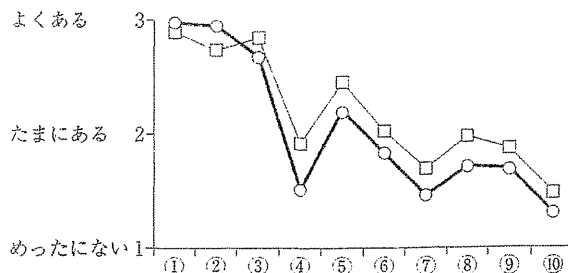


図1 グループの状況 (「相互扶助の10の原理」) について「みられる頻度」(文献2を元に作成) 横軸は表1の数字に対応。—□—スタッフ平均値、—○—遺族平均値

える。今後、日本の自死遺族支援グループがより拡大し、様々な遺族のニーズに応えられるようになったとき、④以降の機能がより強く見られるようなグループが現れるようになるかもしれない。自死遺族はそれぞれが悲嘆プロセスの様々な段階にあり、それぞれの思いやニーズを抱えているため、多様な機能をもった自死遺族支援グループが存在することによって、選択の幅が広がり、自分に合ったグループが選択できるようになることは望ましいだろう。

一方で、Feigelmanらが想定している段階的推移は日本の自死遺族支援グループに必ずしも適合するとは限らないことに注意する必要がある。日本の自死遺族支援グループでは、段階的な変化そのものが生じない、あるいは「相互扶助の10の原理」のいくつかは日本の自死遺族にはほとんど必要とされないという可能性がありうる。たとえば、図1のなかで項目④と⑦ (あるいは⑩) は、想定されていた段階的な推移以上に低い値を示していた。これらの項目は日本の遺族にとってはあまり重要視されない、もしくは、もう少し後に現れてくるニーズなのかもしれない。この点については、今後、日本での知見を積み重ねたうえでの検証が必要である。

自死遺族支援グループへのイメージについても、参加者とスタッフで相違が存在する。同じく『自死遺族支援グループ評価研究 報告書』から図2を引用した。図2は、自死遺族支援グループの参加者とスタッフにSD法を用いて自死遺族支援

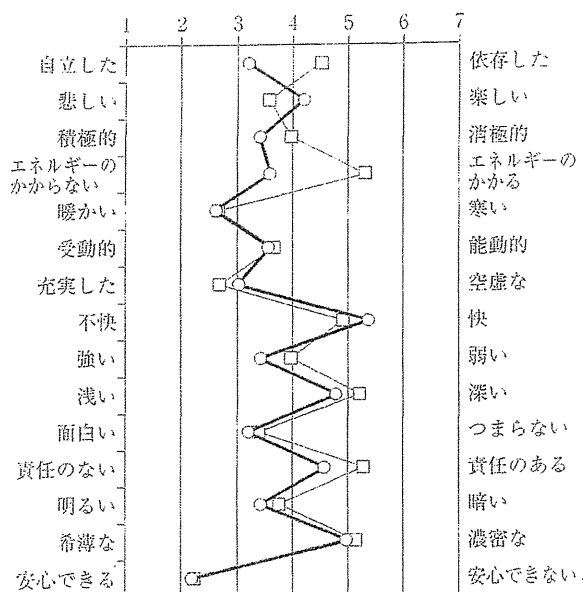


図2 自死遺族支援グループのイメージ (SD法による)  
(文献2より引用)  
—□— スタッフ平均値, —○— 遺族平均値

グループのイメージを尋ねた結果である。おおむね、両者のイメージは一致しているが、「自立した-依存した」、「エネルギーのかからない-エネルギーのかかる」という項目において両者のもつイメージの違いが顕著に現れている。「エネルギーのかからない-エネルギーのかかる」では、参加者は比較的「エネルギーのかからない」イメージで捉えているのに対し、スタッフは「エネルギーのかかる」イメージが強かった。「自立した-依存した」では、参加者自身は自死遺族支援グループに対して、「自立」のイメージをもっているのに対し、スタッフは「依存」のイメージをもっている。スタッフのもつ「依存」のイメージは参加者に対するものと解釈するのが適当であろう。

こうした両者のイメージの違いは、参加者とスタッフの思い違いを引き起こし、どちらかに、あるいは両者にネガティブな感情をもたらす原因となりうる。特に「自立-依存」というイメージは、グループのあり方を考えるうえで大きな意味をもっていると考えられる。もし、スタッフのもつイメージによって、参加者の主体性が妨げられてし

まうようなことがあれば、それは望ましいこととはいえない。一方で、「依存」的に関わりをもちたい遺族の存在も想定でき、自死遺族を総体としてではなく、個別の存在として捉えることが求められる点はこれまで繰り返し述べてきた通りである。

日本において自死遺族支援の現場では、遺族同士が関わりをもてることや「寄り添う」という役割が強調される傾向がある。しかし、遺族が求めるものは必ずしもそれだけではない可能性がある。「相互扶助の10の原理」に示されるような、いわゆる互助や共助による問題解決、あるいは社会参加を求める遺族が存在した場合に、どのような援助が可能であるのかを支援者は考えていかなければならないだろう。

たとえば、自死遺族支援グループで自分の苦しみを打ち明けていた参加者が、後にグループの運営スタッフとして運営の手助けをしたり、聞く側になっていくことがある。こうした役割の転換をうまく果たせるよう支援者が支えることは重要な援助といえる。

支援者は、自死遺族がどのようなプロセスに従事しようとしているのかを見極め、その能動的行為を尊重し、それを阻害する要因を取り除くことが求められるのである。

#### 文 献

- 1) Feigelman, B. and Feigelman, W.: Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. *Illn. Crisis Loss*, 16: 285-304, 2008.
- 2) 川野健治, 伊藤真人, 川島大輔ほか: 自死遺族支援グループの評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金〔障害者対策総合研究事業(精神障害分野)〕「自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究」(研究代表者: 伊藤弘人) 平成23年度総括・分担研究報告書, p.155-164, 2012.
- 3) 川島大輔, 川野健治: 自死遺族ケア. 張賢徳編: 自殺予防の基本戦略—専門医のための精神科臨床リユミエール 29—, 中山書店, 東京, p.219-226, 2011.
- 4) 小山達也: 自死遺族のメンタルヘルスニーズ. *精神科*, 25: 52-56, 2014.

- 5) 中島聡美: 自死遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療. 精神科, 25:57-63, 2014.
- 6) 大塚俊弘, 濱田由香里, 川野健治ほか: 自死遺族を支えるために(相談担当者のための指針) — 自死で遺された人に対する支援とケア —, 2009. (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/manuals.html>より取得)
- 7) Shulman, L.: The skills of helping individuals, families groups and communities, 5th ed. Thomson Brooks/Cole, Pacific Grove, CA, 2006.
- 8) Stroebe, M., Schut, H. and Stroebe, W.: Health outcomes of bereavement. Lancet, 370: 1960-1973, 2007.
- 9) 高橋祥友: 自殺, そして遺された人々. 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 10) World Health Organization: Preventing Suicide: How to start a survivors' group. Mental and Behavioral Disorders, Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 2000. (河西千秋, 平安良雄監訳: 自殺予防—遺された人たちのための自助グループの始めかた—. 横浜市立大学医学部精神医学教室, 2007.) ([http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB\\_YSPRC/pdf/izoku.pdf](http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/pdf/izoku.pdf)より取得)