

目次

◆巻頭言—心を語る— 東京大学大学院教育学研究科長	武藤 芳照……………	1
◆相談室長ご挨拶 東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース	中釜 洋子……………	2
●公開講座の記録		
『自らを傷つける子どもたち—自傷行為の理解と予防に向けて』……………		3
◆自傷の背景とプロセス 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター／精神保健計画部 自殺実態分析室長	松本 俊彦……………	4
◆自傷からの回復と治療 都立松沢病院精神科部長	林 直樹……………	19
●相談室より		
◆市井の臨床家、三木アヤ先生さようなら そして相談室にようこそ 東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース	田中千穂子……………	29
◆近ごろの相談室の動きから 東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース	高橋 美保……………	31
■心理教育相談室のご案内……………		32
■2009年度活動報告……………		34
■心理教育相談室の構成（2010年度）……………		38

巻 頭 言 一 心 を 語 る 一



東京大学大学院教育学研究科長
武藤 芳照

教育は、からだを育み・心を育み・人を育む営みです。東京大学大学院教育学研究科は昭和24（1949）年の創設以来、その基本理念の下に、人文科学・社会科学・自然科学の分野・領域を融合させた教育・研究・社会貢献活動を続けています。さらには、特定分野・領域や課題について専門的・総合的に深く考究して、教育・研究・社会貢献に結びつけるため、学部附属中等教育学校の他に、3つの附属施設を有しています。すなわち、心理教育相談室・学校教育高度化センター・バリアフリー教育開発研究センターです。この内、最も古い歴史を持つのが、昭和32（1957）年に設置された心理教育相談室です。様々な歴史の変遷を経ながらも、着実にその実践活動は継承され、平成16（2004）年4月に、本研究科に設置された臨床心理学コースとの連携・協力により、一層の充実・発展が示されています。

平成21（2009）年10月に開催された「大学院博士課程を置く国立大学法人教育学部事務長会議」（北海道大学・東北大学・東京大学・名古屋大学・京都大学・大阪大学・九州大学・筑波大学・広島大学の9大学）を、東京大学教育学部が主管で開催するに当たり、その会議の「承合事項」に心理教育相談室の実状を尋ねる項目を加え、9大学における心理教育相談室の実態調査を行っていただきました。その項目は、(1)組織的な位置づけなど、(2)該当組織のスタッフ構成、(3)スペース、(4)予算、(5)相談料金、(6)過去3年間の相談活動の実績、(7)刊行物等についてです。これらの資料、データを収集・整理することによって、各大学やそれぞれの心理教育相談室について客観的な情報を基に比較検討することができるようになりました。

本研究科の心理教育相談室は、臨床関連センターを有しない独立の相談室という限られた環境条件の中、種々工夫・努力を重ねつつ、着実に実績を伸ばしていることが示されました。そのことが本研究科内の教職員・大学院生らに理解されると共に、今後の運営上の課題も明確化されたのは大きな成果でした。

この相談室には、様々な悩み・不安・思いを抱く人々が訪れます。相談員の専門的対応により、来談者一人ひとりが「心を語る」ことができれば、適切な指導・助言・介入ができることでしょうか。そうした事例を丁寧に蓄積することにより、新たな教育課題・研究課題・社会的課題も展望することができるように思います。一方、今後、本相談室の来談者の量的増加と質的難しさに、迅速・適切に対応することが求められていることも確かであり、研究科全体あるいは東京大学全体として近々検討しなければならない状況もあるように感じています。

日頃、ご支援ご指導いただいている関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。また、本年報によりさらに心理教育相談室の理解者・支援者が増えることを願っています。この相談室の活動を通して、一人ひとりが「心を語る」ことで、健やかに実りある日々につなぐように。

相談室長ご挨拶



東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース
中釜 洋子

心理教育相談室から皆様に、年報第5号をお届けいたします。

昨年度、相談室長からのご挨拶のこのページで、利用者数の増加をはじめとする相談活動の順調な伸びに言及し、ここ数年続けてきた努力が着実な成果として表れてきたと捉えている旨、ご報告させていただきました。平成21(2009)年度の総面接回数は、昨年をさらに上回る3,000強となっています。引き続きの増加と成長ぶりを最初にお伝えできるのは、相談室の責任者として大変うれしいことです。ひとえに相談室の管理運営にご参画ご協力くださった学内外の関係者の皆様方のおかげと厚く御礼申し上げます。

「ここ数年続けてきた努力」と書きました。もうひとつ、記しておきたいのは、毎年相応の時間とエネルギーを注ぎ込む基礎トレーニングについてです。私どもの心理教育相談室は、昭和32年に教育心理学研究室の自主ゼミ活動の一つとして、産声をあげました。いまから半世紀も前のことです。相談を受け付ける窓口を研究科内に設けて、近隣の方々からの電話申し込みを出発点に、最適と思われる担当者を決めて定期的に面接を重ねるという活動スタイルは、開室当初にすでに採用され、50余年、変えずに保ち続けたものと言うことが出来ます。いまでこそ社会貢献が説かれ、開かれた大学であることが求められますが、実践型の学びを不可欠と考え、そのための組織づくりが研究科のご支援のもと50年も前に進められたとは、当時としてなんと画期的な試みだったことでしょう。以来、初心者がまずは不慣れな様子で、やがていくらかの余裕と経験を手に来談者とまっすぐ向かい合い、専門業務に携われるようになるまでの基礎トレーニングを愚直なまでに繰り返すことが、私たちの最大の使命となりました。もちろん、トレーニングメニューを洗練し、受付から担当者決定までの道のりをハード・ソフト両面から補強して、教育指導を手厚くする、面接技法を複層的に用意するなど、様々な修正・改善を加えるからこそ、複雑化する現代の心理的問題に答える体制が整うことは確かです。新たな研究成果が加わり、アプローチが開発される点に、学問としての確かな発展もあります。基礎vs発展、システムの維持vs必要に応じて壊し再創造すること、変わらないことvs生まれ変わること等。相反する二つを同時に携えてゆくことと表現するのがよいでしょうか。二極間の往復を厭わず恐れず繰り返すことが、教育と臨床実践、研究の三本柱を有する大学付属心理教育相談室の命題であり、引き続き私たちが抱える課題であることを、いくらかの相談数の増加をご報告したこのタイミングで、自戒の意もこめて記しておきたいと思えます。

皆様には、今後とも引き続きのご関心・ご支援をお寄せ下さいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

公開講座の記録

心理教育相談室では毎年秋に公開講座を開催しておりますが、第5回となる2009年度は、11月21日(土)に本郷キャンパス・小柴ホールにて、「自らを傷つける子どもたち～自傷行為の理解と予防に向けて」というテーマで行われました。当日は、臨床心理士をはじめ、医療従事者、福祉、学校、宗教関係者、そして当事者やその家族など、様々なバックグラウンドを持つ約150名が参加しました。

プログラムとしては、まず、国立精神・神経センター精神保健研究所自殺実態分析室長の松本俊彦氏が、「自傷の背景とプロセス」と題して講演を行いました。続いて、都立松沢病院精神科部長・林直樹氏の講演「自傷の再発予防と回復」が行われました。講座の後半では、教育学研究科高橋美保専任講師も交え、3名によるディスカッションが行われ、自傷行為を発見した際にとるべき対応や、当事者に接する際の医者やカウンセラーのあるべき態度などが議論されました。最後に、フロアの参加者からも具体的な質問や意見が活発に出され、この問題に対する関心の高さが伺えました。

以下に掲げるのは、前半の講演部分をテープ起こしたものをもとに、松本先生・林先生ご自身に書きおろしていただいたものです。

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室 第5回公開講座

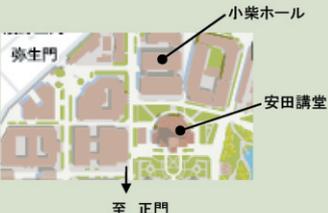
自らを傷つける子どもたち ～自傷行為の理解と予防に向けて～

日時：2009年11月21日(土) 午後2時～5時
場所：東京大学本郷キャンパス内 小柴ホール
http://www.u-tokyo.ac.jp/campusmap/cam01_00_25_j.html

挨拶	中釜 洋子	東京大学大学院教育学研究科教授 心理教育相談室室長
講演 「自傷の背景とプロセス」	松本 俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター/精神保健計画部 自殺実態分析室長
講演 「自傷の再発予防と回復」	林 直樹	都立松沢病院精神科部長
ディスカッション 「自傷行為の理解と予防に向けて」	林 直樹 松本 俊彦 高橋 美保	東京大学大学院教育学研究科専任講師

◆申し込み方法◆

- ・インターネット上のホームページよりオンラインで
PC <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>
携帯 <http://www.wapapa.jp/p/>
- ・または裏面の申込用紙を使って
ファックスで
03-3818-0459 (公開講座専用)



※ 受付期間は2009年10月1日～11月15日です。
※ 定員180名に達した場合は、申し込み受付を打ち切らせていただきます。入場は無料です。

自傷の背景とプロセス

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター／精神保健計画部自殺実態分析室長*1 松本俊彦



ポピュラー化した自傷行為

松本：皆さんこんにちは、国立精神・神経センターの松本です。きょうはこのような貴重な機会を与えてくださいました下山先生、また、中釜先生、それから能智先生に、心からの感謝をしたいと思います。

それから、きょう、一緒に講演者としていらしていただいている林先生は、私が駆け出しの医師のときから、ご著書とか、論文のみで、いろいろ学ばせてもらった尊敬している先生です。その先生と一緒に、このような形で話せるのはとてもうれしいことだと思っています。

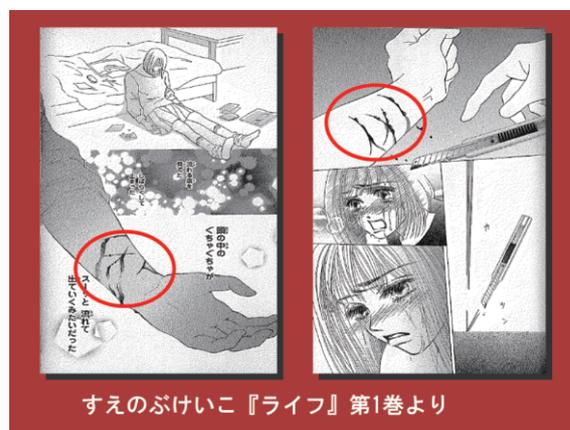
きょうは、私と与えられたのは「自傷の背景とプロセス」ということで、50分ほどの時間で話をさせていただきたいと思っています。

実は、伝えたいことはたくさんございます。それは、ちょっと50分ぐらいでは納まり切らないので、どうしても勢い早口になってしまうのがオチだと思っています。

テレビのアナウンサーが1分間に話す言葉は、だいたい1分間に400字というふうにいわれております。ジャパネット高田の高田明社長は540字で話す(笑)。僕は600を超える自信があります(笑)。

それでは始めたいと思います。これは、皆さん、ご存じの方もいらっしゃると思いますが、すえのぶけい

こさんという方の『ライフ』という漫画ですね、先ごろ、21巻に到達して完結しましたがけれども、全部で960万部ぐらいの発行で、数カ月前のデータなんですけれども、ものすごく売れた本ですね(スライド1)。



スライド1

二、三年前には映画化、それから、テレビドラマ化もされております。この『ライフ』の主人公である椎葉歩さん、最初は中学生で、途中から高校生になるんですが、この女子がリストカットをしているんですね。一人親の家庭で、お母さんは仕事やいろんなプライベートなことで忙しい、その中で、本人はなかなかつらいことが、お母さんに相談ができない。そして、学校の中で過酷ないじめを受けるわけですが、そうしたいじめによってもたらされた、死にたいぐらいつらい状況の中を生き抜くために、リストカットを繰り返す。こういう主人公なんですね。

誤解をしないでいただきたいのは、これは別に、リストカットを礼賛するような、グロテスクな漫画ではありません。こういうふうな女の子が、少しずつ自分の気持ちを人にはっきりと主張できるようになっていく。少しずつ大人になっていくという、一種の教養小説的な物語といえます。

リストカットをしている女の子が主人公、ヒロインになる物語が爆発的な人気を博するという、これはま

*1 現職：独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
自殺予防総合対策センター 副センター長

さに今だからこそなんだろうなという気がします。30年ぐらい前だったら、リストカットをする女の子は物語の脇役ならばキャラとして成り立ったかもしれませんが、主人公になるというのはさすがに想像できなかったのではないのでしょうか？

もちろん、この漫画を買った子どもたち全員がリストカットをするとは思いません。

ただ、これは生徒でそういう子がいたとか、友だちでそんな子がいたとか、あるいは、自分はしたことはないけれども、したい人の気持ちがわかる、こういうような子たちが増えている可能性があるのかなという気がしてきます。

10人に1人に自傷経験

ここ何年か、私はいろいろ中学生や高校生たちが、どのくらい自傷行為をしているのかということ調べています。実は、これを調べるのは、何かちょっと裏があります。私のもともとの専門は薬物依存症なのですが、薬物依存症を専門としていると、なかなか専門家が少ないので、毎年あっちこちの中学校や高校から、生徒さん向けの薬物乱用防止講演がそこら中やられるんですね。僕、これはすごく受けるのは嫌なんですね。嫌な理由は二つあります。

一つは、子どもたちにどんなふうに伝えたら、僕らが一番考えていることが伝えられるか自信がないというのがあるんですね。子どもたちに伝わる話し方というのでしたら、学校の先生たちの方がはるかに上手なはずですよ。

しかし、二つ目の理由の方が深刻かもしれません。それは、だいたい僕を呼んでくださる学校は、僕を呼ぶ前に水谷修先生を呼んでいるんですね。(笑)水谷先生は有名ですから、水谷先生とは、以前、神奈川県立の専門病院にいるときに、一緒にいろいろ仕事をしたこともありますが、彼の講演を聞いたことがある人がいればわかるように、彼はとても話が上手なんですね。その水谷先生の後に話をするというのは、とてもやりづらい。できれば、何とかしてお断りしたいところです。

しかし、国立の研究機関で、専門家としてむげに断られると、関係者のなかで悪い噂が立ちかねないということもありまして、そこで、いつも条件として出させてもらって、その条件を受け入れてくだされば、講演をお引き受けするといった感じで進めてきました。その条件とは、「生徒さん対象のアンケート調査をさせていただければお引き受けしてもいいです、謝金も要らないです」というようなことです。しかし、なかなか断っていただくことはできず、結局は、アンケートをやってもいいから、

若者の1割は自傷している

中学生：男子 8.3%，女子 9.0%

(Izutsu et al., Eur Adolesc Psychiatry, 2006)

高校生：女子 14.3%

(山口と松本, 精神医学, 2005)

中学生・高校生：男子7.5%，女子12.1%

(Matsumoto & Imamura, PCN, 2008)

スライド2

講演してくれということになるんですね。

そんなわけで、これまで生徒の自傷行為に関するアンケート調査を、現在までのところ1万人くらいの中学生や高校生にやってきたことになると思います。何度やっても、結果はそんな大きく変わりません。大事なのは、スライド（スライド2挿入）にお示したように1割くらいの子たちが、これまでの人生で、自分の体を刃物で切ったことがあると答えています。自傷行為にはいろいろな様式・種類がありますが、ここで定義を狭くとして、自分の体を刃物で切るという自傷行為に限っています。これが1割ですね。もっと驚くべきことは、この1割の自傷行為の経験者のうち、6割ぐらいが10回以上切ったことがあると言っています。結構習慣となりやすい行動なんだなということがわかります。

もちろん、この1割の子たち全員が精神科に行くべきだとか、何か精神障害を抱えているというふうに言うつもりはありません。ただ、そういう子たちが増えているということ。それから、10人に1人いるということは、非常に大きな問題であると思っています。

私どものデータが、さほど偏ったものではないということを示すために、ヨーロッパのほかの国のデータをいろいろ示しておきます(スライド3)。これをご覧いただければわかると思いますが、それほど日本と大きくは変わらないということがおわかりいただけるのかなと思います。もっとも、自傷行為の定義は国によってさまざまなので、完全な比較はできないけども、あくまで参考までにということですね。

ちなみに、現在刊行されている論文の中で、ティーンエージャーの自傷という率が一番高い国はどこかというところトルコですね。これは不思議なことです。トルコはイスラム教の国で、イスラム教は教義の中には、自分で自

海外の若者における自傷経験

国名	自傷行為の生涯経験率	
	男子(%)	女子(%)
英国	4.6	16.9
アイルランド	4.9	13.5
オランダ	2.5	5.9
ベルギー	6.8	15.6
ノルウェー	4.3	15.3
ハンガリー	3.2	10.1
オーストラリア	3.3	17.1
【参考】日本 <small>(参考: Matsumoto & Inamura, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008)</small>	7.5	12.1

スライド 3

分の体を傷付けちゃいけないと決まっていたはずなんですけど、若者にはあまり関係ないということでしょうか？
まあ、時々イスラム圏から、素晴らしいアルコール依存症の研究論文が出てきたりすることもあるって、宗教は大事だけれども、それがすべてではないということなんでしょう。

ちなみに、こういったティーンエージャーたちの事態を、学校の先生たち、あるいは大人たちは、どのくらい気が付いているのかということをお示ししたいと思います。

平成18年に文部科学省が、学校保健会に委託して行った保健室利用状況に関する調査報告書というのがあります。その中、ある時期に学校の先生が把握している、自傷行為を繰り返す生徒さんたちの割合というのが出されています。

それは、学校が把握しているのは何人なんだというふうなことを報告して、それぞれの学校の在籍生徒数で割ったものなんです。それを百分率に表すと、中学生は0.33%、高校生の0.37%に、この自傷する生徒がいるということを表しているんです。この結果は、私どもが出したデータと大きく食い違ってきます。30分の1しかないということなんです。

これはきょうの話の後半に少し触れますけれども、ここに自傷行為の本質があるんだというふうに思っています。我々が触れる場面で遭遇するのは、氷山の一角にすぎないということ。それをもって、我々がリストカットについてわかったように言うけれども、それは本当にごく一部を見ているにすぎないんだということを、常々肝に銘じておく必要があると思います。

ところで、この1割の子たちにどんな特徴があるのかということをお話ししたいと思います。もちろん、1割の子たちが全員だとは思いませんが、こんな特徴が

ありました。

まず、自傷経験のない9割の子たちに比べると、飲酒や喫煙を早くから始めています。飲酒や喫煙を早くから始めるというのは、大人になってから、大人になってから違法な薬物に手を出すリスクを900倍高めるといふような報告があります。そういう意味では、薬物乱用のリスクファクターですね。

それから、一般の生徒さんですから、まだ実際に違法な薬物を使っているという人はそれほど多くないんですけども、薬物の誘いを受けたことがあるというか、自分の知り合いや友人に薬物を使った人がいるというのが、この1割の自傷行為経験者の中に非常に多いんですね。

それから、自尊心が非常に低いということもわかっています。それから、特に女の子で顕著なんですけれども、明らかに摂食障害の診断がつくような子、あるいは、そこまでいかないけれども、自分の体形や体重がすごい気になって極端なダイエットをしたり、そのリバウンドでやけ食いをしてしまったたり、あるいは下剤を体重を減らす目的で使っていたりという子たちが、非常に多いということもわかっています。

それから、大人は信用できない、担任の先生は信用できない、親は信用できない、友だちが信用できない、こういうふうに言っている子たちが非常に多いです。

さらに、1日の間でインターネットを使っている時間そのものも非常に長い子たちが多いですし、インターネットのいわゆる自傷系サイト、あるいは自殺系サイトにアクセスした経験者も非常に多いですね。ひょっとすると、自分が悩みを抱えたときに回りに相談できる、信頼できる大人がいなくて、悩みの答えを求めてサーバー空間上を漂っているうちに、ひょっとすると、こういう危険なサイトにたどり着いている子たちもいるのかもしれない。

しかし、こういった特徴以上に、もっとショックなことがあります。このアンケートは、私が薬物乱用防止講演をやった後にやっているんですね。当然、私の講演に対する感想も書いてもらっています。

自傷行為の経験のない9割の子たちの感想は、「だいたい薬物は怖いと思った、絶対に手を出すのはやめようと思った。もし、友だちが薬物を使っていたら、何としてでもやめさせてあげたい」、こういう理想的、模範的な感想を書いてくれます。

ところが、この1割の子たちはどんな感想を書くかというと、これは、「自分の体を傷付けるだけで、人を傷付けるわけじゃないから、薬を使いたい人は勝手に使えば

いいと思う」。

これは、かつて、薬物依存症の専門病院に勤めているときに、薬物にはまっているティーンエイジャーからさんざん聞かされた言葉ですね。「いいじゃないですか、これは自分の体なんですから。誰にも迷惑をかけていませんよ」。

だけど、このままそうやると死んじゃうよというお話もして、「ええ、死んでも構わないですよ」。ずっと精神病院みたいになっちゃうよ。「いや、もう頭、おかしくなっていて、何もかもわからなくなったら、それがいいです」、そう言われちゃうと、もう何もその次に言う言葉がなくなっちゃうんですよ。それと同じようなことをこの子たちが言っているんですね。

この子たち、1割の自傷行為をする子たちは、飲酒や喫煙を早くから始めていて、危なっかしい人間関係を持っています。それは自尊心の危機です。もうこれだけでも薬物乱用のハイリスク群です。このハイリスク群に、私の「ダメ、ゼッタイ」的な講演は通じなかったんです。

私も最近7年ぐらい、少年鑑別所や少年院に出入りしていますが、そこでも薬物を使っている10代の子たちがいます。さらに、「薬物乱用の防止講演というのはあった?」と聞くと、「あったよ。学校に警察の人が来て、話してくれた」などと言っているんですね。

そうすると、実はこういう講演は、9割の子たちが講演なんか聴かなくても薬に手を出さないし、1割の子たちは講演を聞いても手を出さんじゃないかと、そういう気がします。

それで、最近私は、薬物乱用防止教育は『ダメ、ゼッタイ』だけではダメだ』ということを主張しています。

リストカットとは?

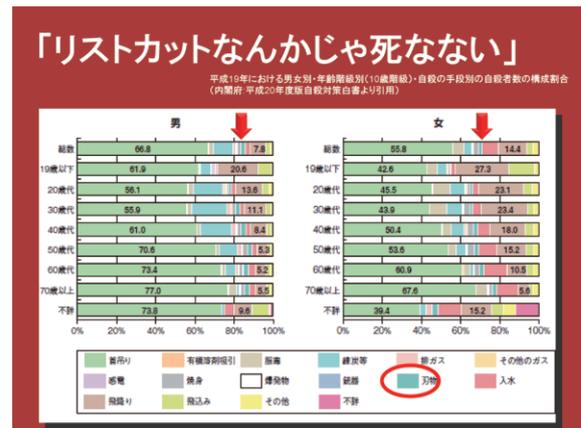
話がそれちゃったんですけども、そもそも、リストカットとは何ぞやという話に戻しましょう。

何も知らない一般の方にとっては、リストカットはまるで自殺未遂のように思われるかもしれません。だが、果たしてそれはどうでしょう?

ここに示したのは(スライド4)、我が国で、自殺によって死亡している自殺既遂者が、どのような手段を使って命を絶っているかということを示したグラフです。

これを見るとわかるように、この緑のところ、これは縊死、というのは首つりです。我が国で命を絶つ自殺既遂者のほとんどが、この首つりで命を落としていたということです。首つりは非常に致死性の高い方法であることがわかっている。

それでは、刃物で自分の体を切つて命を絶っている人



スライド4

ほどのくらいいるのでしょうか。ちょっと、この辺ですね、1%いないですね、このくらいしか、自殺の手段として使っている人はいないんです。

刃物で自分の体を傷付けて、命を絶った人のほとんどが、首とか、胸とか、お腹とかという、体の中心部分の風景を傷付けて亡くなっているということで、恐らく、手足の皮膚の表面を切つて死んでいる人は、この中にも、すごく少なくなるんだろうなと思います。

つまり、リストカット自体は、その致死性において極めて低い行動であるということがわかんと思います。

しばしば、援助にかかわっている人間は、リストカットというのは、いわば操作的・演技的な行動で、気付いてほしくて、わかってほしくてやっているんだというふうに言います。あるいは、衝動的な行動で、むかついたらしますと。実際に、当事者たちに無記名の実施アンケートをやつて調べてみると、一番多い理由はこれですね、不快感情への対処です(スライド5)。

怒りとか、緊張感とか、不安感とか、それから、気分の落ち込み、こういった状態になったときに、誰も助けてもらえずに、誰にも相談せずに、自分一人で対処する。とても孤独な対処方法なんですね。

もちろん、死のうと思ってやっている人も少数いることには注意しなければいけませんし、他方で、操作的な目的でやっている人もいます。

しかし、横断的に見てみると、最も多い理由はこれがあるということですね。とても孤独な対処法なんだということ、助けは求めずに、自分で解決する方法だということ、これを理解する必要があると思います。

では、なぜリストカットするの？

不快感情への対処 (55%)

自殺の意図 (18%)

操作・意思伝達 (18%)

その他 (9%)

スライド 5

自傷と自殺の違い

このことをもう少し引き延ばして、自殺と自傷の違いというのをお話ししたいと思います。自殺を考える、あるいは自殺に追い込まれる人たちというのは、どんな心理状態になるかということ、耐えられない、逃れることができない、果てしなく続く心の痛みを抱えているといわれています (スライド 6)。

自殺と自傷の違い～メタ心理学的視点から

(ウォルシュら著 松本・山口訳「自傷行為」, 2005)

特徴	自殺	自傷
苦痛	耐えられない、逃れられない、果てしなくつづく痛み	寄せては返す波のような痛み
目的	唯一の最終的な解決策	一時的な解決策
目標	意識の終焉	意識の変化
感情	絶望感 無力感	疎外感

スライド 6

つらい状況にあって、困難に遭遇して、何とか自分の困難を解決しようと思って、いろんなことを自分なりに尽くしてみるんだけど、もうどうにもならない。生きている限り、この苦しみから逃れることはできないなと、そう思っている状況において、唯一自分に残された問題や困難の解決策なんです。

言い換えれば、皆さんが洞穴を探検したとしましょう。洞穴を探検したときに、突然大きな地震が来て、出入口を巨大な岩石でふさがれたとします。もうとても自分の力では、動かすことができません。もう真っ暗闇です。「自分はここで座して死を待つのみなのか」と絶望する

はずです。

ところが、そんなときに、ふっと、視線を上げてみると、天井から一条の光が差します。「あそこだ、あそこが出口だ」と意識がそこにロックオンします。その光の周囲には、本人には暗くてよく見えませんが、実はまだ相談していない相手や相談窓口などの、他の解決策があるはずなのに、本人は「自殺以外には解決策はない」と思い込んでしまう。これが、心理的視野狭窄と言われる状態です。多くの者が自殺直前にはこうした心理状態にと考えられています。

一方、自傷行為とは何ぞやというふうになると、自傷行為をくりかえす者は「寄せては返す波のような」心の痛みを抱えています。それは自殺者が抱えているような、ずうっと続く痛みとは異なります。時々つらいんです、死にたいぐらいつらくなります。でも、その期間、我慢すると、また、しばらく、ほっと息がつける楽なときが来るんです。

しばらく楽なときが続くけど、まだ、苦しくなります。この時々つらくなる理由が、誰かにいじめられる、侮辱される、無視される、いろんなことがあるかもしれません。こういうようないらいら、この困難を解決するに当たって、自分を攻撃している人に対して、それはやめてほしいと、はっきり言うのが最も建設的な対処方法です。

しかし、すべての人がそれができるわけではありません。あるいは、それをやったところ、かえって悪い結果が起きてしまって、もうこの方法は使えない、そういうふうな絶望している人がいるかもしれません。

そうすると、根本的な解決ではなくて、一定期間つらくなっているときに、つらくなった自分の気持ちを楽にしておこう、その気持ちを変えてしまおう、痛みがわからなくしてしまおう、そういうふうな一時的な一時しのぎ、嫌なことがあったら、酒で忘れちゃおうというのと近いような対処方法ができています。

死にたいぐらいつらい状況を、死なないために、生き延びるためにやっている方法だというふうな言うときがあります。

なぜ自傷行為は「心の痛み」を鎮めるのか？

こう話すと、いずれにしても、何で、そんなふうに分を傷付けることで、心の痛みが治まるのか不思議に思うかもしれません。これはまだ仮説の段階なんですけれども、おもしろい研究があります。

習慣的に自傷行為をやっている人たちを集めて、この直後の血液を調べてみると、ほかの人たちには見られな

い現象が見られるというふうに言われています。それは何かというと、血液中のエンケファリンという物質が異常に分泌量が増えていることがわかっています。

エンケファリンとは何ぞやというと、実は脳内麻薬です。エンドルフィンなんかと同じような脳内麻薬です。骨折したことがある方は、その経験を振り返っていただければと思うのですが、骨折した人の多くは、その直後からのたうち回るほどの痛みを苦しむということは比較的まれです。

多くの場合、例えば、事故直後はぼんやりとしています。救急車が駆けつけます。救急病院に行きます、そこで一通りの処置は終わります、そこで、一段落した後から、激しい痛みを襲われて、もんどりを打つわけです。

じゃあ、何でそれまで痛みを感じなかったのかというと、実は、脳内でエンケファリンが出ています。あまりの痛みショック状態に陥ったり、卒倒したりすることがないように、痛みから意識を守っているんですね。

これと同じような現象が、自傷行為をしている人にも見られる可能性があるというふうに言われています。心の痛みを感じたときに、自傷の行為という形で、自分の体に、体の痛みを加えると、それによって、なぜか心の痛みが緩和される、和らげている現象です。

臭い物にふたをするのと同じように、心の痛みに対して、体の痛みでふたをしてしまうんですね。それは、その瞬間は少なくとも死なずに済む方法だと思います。

しかし、これも後からお話ししますが、だんだん後でエスカレートします。何せ、仲介しているのは脳内のモルヒネ用の物質、麻薬の物質ですよ、麻薬の特徴というのは、だんだんと使うごとに回数が増え、量が増えていくという特徴があるわけですね。

エスカレートする中で、意図せずに非常に重篤な致死性の高い自傷行為をしてしまう人もいます。

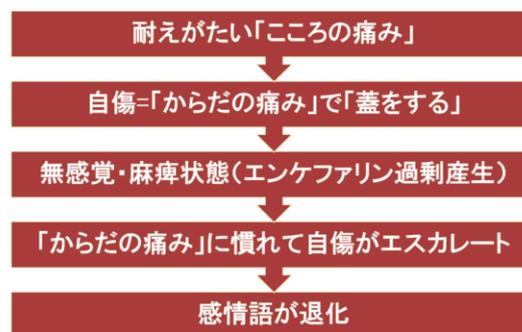
ただ、それよりもっと多く見られている状況があります。彼らは、例えば、誰かに侮辱される。侮辱されているときにはぼんやりしています。しばらくたってから、急に落ち着かなくなります、頭の中が、切らないと生きられなくなって、切れる場所を探します。それで、1人になれる場所を探して切ります。切るとほっとします。ほっとすると、自分が何に傷付いて切りたくなかったか、思い出せなくなることがあるんですよ。

そういうふうにして、臭い物にどんどん、どんどんふたをしていくうちに、頭の中にある、意識の中にあるつらいとか、むかつくとか、悲しいとかという感情は、どんどん、どんどん、なくなっていきます。

感情は名前を与えられることによって、一種のカタル

シス効果によって苦痛が軽減するはずなんですけれど、名前が与えられないまま、どんどんふたをされていきます。ふたをふさぐとまた自傷をして、というふうにくりかえしていくと、名前を寄せられていない匿名の、名無しの感情がいつぱいたまってしまうんですね（スライド7）。

自傷でつらい感情がおさまるの？



スライド7

それが、あるとき、ほんのささいなきっかけでふたを押し上げてわき起こってきます。死にたいとか、消えてしまいたい、いなくなってしまうたい、彼らはそういうふうなところで気持ちを表現します。毎回見ると、朝、友だちにあいさつをしたのに、返事がなかったとか、ぬいぐるみの手が取れちゃった、それで死にたいだなんて、消えたいなんて、おかしいと思うかもしれませんが、要は、彼らの心の状態は、表面張力でかろうじてこぼれないでいるコップの中の水みたいな感じで、目薬を1滴落ちただけでも、死にたい気持ちが荒れ出し始めることもあり得るんだということを理解する必要があります。

このことをまた、別の言い方をするとこういうふうになります。彼らが切っているのは、皮膚だけじゃないんだということですね。むしろ、その切ることによって、つらい記憶、つらい出来事の記憶、あるいは、つらい感情、こういったものを意識から切り離して、何もなかった、何も感じなかった、自分には何もつらいことは起こらなかったというふうにして、意識から切り離してしまうこと、これを実は、彼が一番求めているのはそこなんだということ、我々は理解する必要があるんじゃないかなと思っています。

もちろん、この自傷行為をする人たちのそういった背景には様々な社会的問題があります。身体的な虐待であったり、性的な虐待であったり、ネグレクトであったり、激しいいじめであったり、あるいは、心理的な虐待

であったり、そういったものと自傷行為は非常に関連があります。

それが現在、消えていても、現在の状況がその記憶を刺激する触媒みたいな形で作用することによって、彼らの痛みが激しくなるわけです。

しかし、そこで注意する必要があるのはこういうことです。確かに、虐待とか、こういう被害体験というものは、自傷行為と非常に関連しています。私どもの研究でも、それは関連していることは認められています。しかし、その有意な関連も多変量解析をかけると、落っこちちゃって、有意ではなくなります。

だから、ひょっとすると、自分で否定したんだけど、最終的な決定的な要因というか、そういったものとはまた違うんだろうなというふうに思いますし、印象的にも、明らかな虐待な体験がないといっても、自傷行為は止まらないという人たちがたくさんいるんですね。

もちろん、そうは言っても、彼らの生活を見てみると、誰か重要な人との関係が、支配と被支配のような、支配する側とされる側、管理する側とされる側みたいな、著しいものになっていることは少なからずあるというような、必ずしも、そういう息詰まるような息苦しい人間関係が関係しているということはいえるのかなとは思っています。

死への迂回路～アディクションとしての自傷行為

いずれにしても、彼らは死ぬためにやっているわけではない、むしろ死にたいぐらいつらい習慣を生き延びるためにやっている、生きるのにやっているのは、自傷ではない、一つの生き方じゃないの、こういう意見もあります。

しかし、必ずしもそうとは言えないという話をここでしておきたいと思っています。これは実際に自傷行為をしていたある女子高校生の言葉です。この子は、家族とうまくいかない、友だちからもずっといじめられる。そういう苦しみの中で、誰にも相談できずに、11歳から15歳までの間、自傷行為を繰り返したそうです。

思うところがあって、最近2年間ぐらいは自傷行為をやめているというふうな人ですね。この子はこういうふうに言っています。「自傷行為をしている人は、ほかの人から自分を否定された方が多いと思います。生きるために自傷をしているんだから、それを止める権利というのは誰にもありません」。

こう言って、その後、とにかく、その自傷行為のことを、頭ごなしにやめろというふうに言った周りの自分の親とか、大人とか、学校の先生や、カウンセラーや精神

科医のことを、ずっとその後、ののしりの文章を書いています。

さんざんののしった後に、「ただ、自傷行為の先には必ず死が見えてしまいます。だんだん痛み慣れていって、大量の血にも動じなくなってしまうから。死への憧憬に少しずつ囚われてしまうから」、こういうことを言っています。

「悩んで苦しんで、それでも生きたいとどこかで思って始めたはずの自傷行為が、死につながってしまうのはあまりにも悲しい」、こんなことを言っています。彼らは実体験として、「生きるためにやったはずなのに、何か前よりも死にたい気持ちが強くなっちゃった」、そういうことを言っています。

そこで私は頭に入れておかなきゃいけないことがあると思います。心に決めて、自分で皮膚を、刃物で自分の体を切るというこのセルフカッティングという自傷行為を始める年齢というのは、我が国の中学生、高校生を調べてみるとわかるのは、だいたい12歳から14歳の中学に上がるころの間ですね。思春期の始まるとともに、小学校高学年ぐらいから、中学校2年の夏休み前までの間に、する人はだいたい始めています。

実は、この最初の自傷行為は何でしたのということを知っていると、多くの人が自殺目的でやっています。

家族に相談できない、学校の先生も助けてくれない、そういうふうな中で、もうどうしようにしようがない、つらい気持ちが募ってきます。高いところに登ったとき、ここから落ちたらどんなふうになるのかな、そういう空想は強くなってきます。

そうした文脈の中で、死のうと思って、周りから見ると笑っちゃうような浅い傷をずいぶん付けます。だけど、これは、そんなね、こんなんじゃ死ねないよ、そういうふうに言う人はいる人はいるかもしれませんが、実は10代の前半ぐらいまでの間は、子どもたちの中で死のイメージというのは、我々大人が持っている死のイメージとはちょっと違います。

だから、どのくらい切ったら、どのくらい致命的な結果となるのかもよくわかりませんし、死ぬということがどういうことなのかということも、ちょっと、大人の人はまたちょっと違ったイメージで持っているというふうに言われています。

でも、彼らなりにつらくて、死のうと思ってやるわけです。当然ながら、自分では死ぬことができません、だから、自殺には失敗します、人知れず失敗するわけです。

しかし、そこで一つ重要な発見をします。どんな発見かということ、それまで張り詰めていたつらい気持ちが急

に楽になるんですよ。よく言うのは、風船を膨らましてただけど、その風船をプスッと穴をあけたら、すーっとガスが抜けて萎むような感じ。あんまりつらいので、それまで張り詰めていた気持ちが楽になるということを発見します。

その発見に基づいて、「そうか、自分を助けてくれる人は周りには誰もいないけれども、こうやって週に1回切っていれば、つらい学校や、あるいは家庭に適応することができるんだ」、そう思って、今を生きるために、この自傷行為を隠れてするようになります。

しかし、だんだん、だんだんと自傷行為の効き目が弱っていきます。3日に1回切らないとだめになったり、2日に1回切らないとだめになったり、日に数回切らなきゃいけなくなったり、より深く切らなきゃいけなくなったりします。

同じ左の前腕だけを繰り返し、繰り返し切っていると、皮膚が硬くなってきます。そうすると、心の痛みを抑えるのに必要な、フレッシュな体の痛みを手に入れることはできなくなります。そうすると、反対側の、まだまだ瑞々しい皮膚のほうを切るようになります。そこが足りなくなると、足を切ったりします。女の子の場合には、スカートで隠れる太ももの上のほうを切ったりします。お腹を切ったり、胸を切ったりするようになります。

さらに、切るという刺激自体に慣れてしまう子もいます。そうすると、コンパスとかシャーペンを突き刺したりします。火の付いたたばこを押し付けたりします。かんだり、つねったり、ほかの自傷行為をする場合もあります。

こういうふうにして、だんだんだんだんエスカレートしていく中で、いくら自傷をしても、体の箇所をいくら使っても、それでも心の痛みが治まらなくなる人がいます(スライド8)。切ってもつらいし、切らなきゃなおつ

らい、こういう状態になってくると、それまで周到に隠してやっていた自傷行為が、誰かに見つかってしまいます。血の付いたままのティッシュペーパーを、無造作に自分のお部屋のごみ箱に入れておいたのを家族に発見されます。あるいは、ふくれで隠れない場所を切ってしまったのを、学校の先生に発見されるわけです。

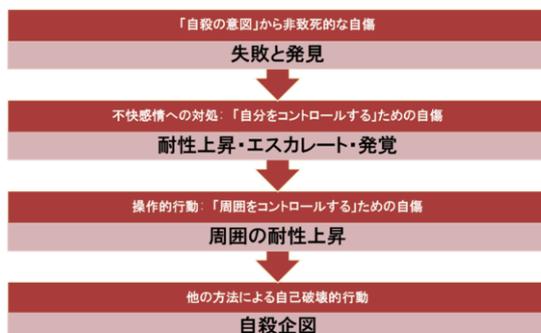
発見されたときに、一部の人は、自分が切ったり切らなかつたりすることによって、周りを一気に注目させる力があるんだということを発見し始めた子もいます。

自己評価が非常に低い子たちですから、自分が誰かに影響を与えることなんてできないと思っていた、それができるということを発見すると、これはうれしい発見です。だから、自分の存在、自分の意義というものを確認するために、切ったり、切らなかつたりすることによって、周りを一致させることにはまってしまう子も、全員ではありませんが、一部いるんだということです。それが俗に言う、ボーダーラインみたいな形の、操作的な行動になることもあり得るんだということです。

こういうふうにして、今度は周りの人をコントロールするための自傷行為にはまっていますが、これもまた、困ったことに、あつという間に周りがこの行動に慣れていきます。切っても周囲が動じなくなります。「自分で切ったんだから、自分で医者に行きな」とか、「死ぬ気もないくせに」とか、「死にたいんなら、もっと深く切っちゃえ」、こんなふう挑発的なことを言う人もいます。

その中で、要するに、つらい気持ち、死にたいぐらいの気持ちがあつても、自分を傷付けてもそれはコントロールできないし、周りをコントロールをすることもできない。その中で、やはりもともとあつた、死にたいぐらいつらい気持ちと直面することがままあります。その中で、自殺企図に及ぶ人も少なからずいるんだということです。

自傷は迂回しながら死を目指す



スライド 8

リストカットは自殺の危険因子

確かに自傷行為は自殺とは違います。そもそも、その意図からして違うということがあります。死ぬためにやっているわけではなくて、つらいときにも、生きたいとするためにやっているわけなんです。

それから、その行為そのものの致死性も違います。本人は横断的な行為そのものの比較というのは、自傷と自殺は区別がつかないものではありません。しかしながら、長期的に見ていくと、必ずしもそうとは言えないです。

それは、英国の研究者がデータ分析をした情報によれば、10代のときに1回以上、自傷行為をしたことがある

若者は、そうでない若者に比べると、10年後に、自殺既遂によって死亡している確率が、同時期にして、400倍から700倍違うというデータがあるからです。

そう考えてみると、それ自体は自殺企図とは異なるけれども、中期的に、長期的に見てみると、これは重要な自殺の危険因子なんだということなんです。それをまず、我々は理解する必要があります。

「リストカットでは死なないよ」、こういうふうに言う人はよくいます。しかし、「リストカットをするやつは死なない」ということが言えるのかというと、そうではないということなんです。

確かに、彼らは自殺をするために生きていてはなりません。しかし、切っていないときには、しばしば、消えてしまい、いなくなってしまうというような、死につながる考えに支配されていることは、少なからずあるんだということです。

そして、あるとき、死にたいと思って、自殺の意図から、普段自傷行為に用いている方法とは別の方法で、自殺企図をします。過量服薬とか、首つりとか、飛び降りとか、ほかの方法です。

ある患者さんが僕にこう言いました。「先生、私は死ぬときにはリストカットはしません。だって、これは生きるためにやっているものですから、神聖なものなんです。だから、死ぬときにはほかの方法を使います」、こういうふうに断言した人もいます。

それから、保健室とか、あるいは、救急外来に来るときに、「切っちゃった」という患者さんたちはけろっとしています。「先生、切っちゃった」というと、その切ろうとした余裕のある様が、援助者をして、むかつかせます。

ここで、援助者は重大なアセスメントミスをしています。彼らは、自分たちにはあるんですよ。というのは、彼らの中のうっせきした気分やつらい気持ちは、自分で治療しながら生きていますよ。だから、軽くなっていった、けろっとするのは当たり前なんです。

そこで、誰かが、「あなたは自分でやったんだからね、学校でやった傷じゃないから、うちは、保健室は処置ないよ」とかというような方がたまにいますけれども、それはあまりにも乱暴だというふうには思っています。

自傷行為が進んでくると、切っても、心の痛みに対する耐性が上昇してしまい、いくら切っても心の痛みが治まらなくなります。切ってもつらいし、切らなきゃおつらない、こういうふうになってくると、救急外来のときには、じだんだを踏んでいて、「お願いだから、今ここで切らせてください」とか言ったりします。「切りたい」とか、じだんだを踏む子もいます。

このときには、自殺の危険が非常に高いというふうに言われています。だからこそ、この切ろうとして切っちゃったというときに、「何かあったの」ということを聞いて、彼らが、背景にあるつらさがどんな問題なのか、そのつらさはどうも過ぎ去ったものなのか、まだ続いているものなのか、過ぎ去ったけれども、また来る可能性があるものなのかということのアセスメントして、そのつらさを軽減するためにはどんな援助が必要なのかということ、考えなければいけないんだということです。

自傷行為のアセスメント～傷から目をそらさないこと

自傷行為のアセスメントをするためには、自傷の傷から目をそらさず、それについて率直に尋ねることが大切です。アセスメントのポイントとしては、とりあえず5つの点を上げておきたいと思います(スライド9)。一つは「援助の希求」というところです。まず、傷を隠す患者さんというのは、隠さない患者さんよりも重篤だと思います。しかも、援助というところでは援助が難しい患者さんだと思います。

どんな自傷が危険なの？

援助希求	・ 自傷を隠す ・ 傷の処置をしない
コントロール	・ 乱雑で汚い傷、服で隠れない場所の傷 ・ 決意してから実施するまでの時間
エスカレート	・ 複数の身体部位の傷 ・ 複数の方法による自傷
解離	・ 痛覚鈍麻、記憶の脱落 ・ 幻聴
自己破壊的習慣	・ 拒食・過食・排出行動、アルコール・薬物乱用、過量服薬など

スライド9

「ああ、リストカットをしちゃったんだって、傷を見せてくれる」って言ったら、「嫌です。何で先生に見せないといけないんですか」とかと言う、要するに、人を信用しないということです。援助関係を結ぶのはとても大変です。

といって、強引に見せてもらうのはいけません。いずれにしても、傷を見せてないということは、あなたに心を開いてないということなんです。だから、どうやって、この子が自発的に傷を見せてくれるようになるかということを考えていかなければいけません。人を信じていないということは、それぐらい自分が嫌いだということを意味しています。

それから、中には自傷が止まらない子が、受験のストレスで止まらない子がいて、じゃあ、受験がストレスなら、「ことし、受験をやめるか」というふうな助言ができない、しにくい場合があります。

1年間浪人すれば、来年は自傷をしなくなるかという、そうでもないんですね。だから、切りながらでも、受験をさせなきゃいけない場合もある。だから、「今はあなたが生きるために自傷行為をしていたのはわかったから、せめて、後で、自分で消毒してみようよ」、これは一つのかかわりの技法として大事なものです。

しかし、それを拒む子どもたちもいます。「嫌です」って言うの。「そうしたら意味がない」と言っているんですね。

つまり、彼らや彼女にとって、傷の手当てをしないことも含めて、自傷行為にもうすでに入っている可能性があるわけですね。そうなってくると、やっぱり、本質では彼らはやっぱり自己嫌悪を持っているから、自分のことが嫌いなんだと思います。やっぱり、さらに一段重たいなという気がします。

それから、「コントロール」ですね、傷が乱雑で汚い、深いとかということも大事なんですけれども、それよりも乱雑な傷が気になります。碁盤の目のように丁寧に切っている状態というのは、まだコントロールができていて、自分の抱えている心の痛みに対して、一定程度自傷行為が有効である可能性がある。

しかし、クリップを引き延ばした針金みたいなもので、まるで、紙ヤスリにスクラッチしたみたいな感じで傷付けている子がいます。かなり、切羽詰まった心の痛みを、大きな心の痛みを持っている可能性があるでしょう。

それから、服で隠れない場所を切る子と、隠れる場所を切る子、どちらのほうが重篤か、コントロールが付いているのか、付いてないのかということ、服で隠れない場所を切っている子たちのほうが一般的には重篤です。

基本的に、自傷行為というのは隠れてするものなんです。だから、見えないところでやっています。なのに、あまりのつらさにテンパっちゃって、それで見えるところを切っちゃったんですよ、本人もショックを受けています、しまったと思っています。「何で見えるところを切っちゃったんだろう」。

そして、誰かに気付いてもらえて援助につながるというメリットもありますけれども、本人はショックを受けているんですね。だから、本当は隠れてあれするんじゃないけなかったんですよ。

だから、見えるところに傷が付いている子たちの多くが、見えないところに傷があります。もちろん、中には、

非常に状態が軽い子たちの中には、見えないところに傷がなくて、見えるところだけ一、二回の傷があるという子どももいますけれども、それは非常に軽いので、あんまり問題はないんですけども、ある程度習慣化した子の中なら、見える傷のほうが深刻だというふうに思っています。

それから、決意をしてから実際に切るまでの時間が長いか短いか、学校で嫌なことがあって切りたいと思った、そのときに、でも、学校で切っちゃだめ、そのくらいのことばどんなあほうでもわかっているんですね。だから学校が終わって部屋に行ってから、入ってから切る子、それは、そのところで切っています。

でも、もう我慢できないといって、休み時間に切っちゃう子、あるいは、学校の授業中にトイレに行く振りをして、席を立ててトイレで切ってしまう子。それはもう本当に、自分自身では対処しようがない大きな心の痛みを持っている可能性があります。

それから、「エスカレート」ですね。複数の場所を切っている子たちは、一回一回の自傷行為の持っている心の痛みに対する鎮痛効果が落ちている可能性があります。

それから、複数の方法を使って自傷行為をする子たちというのも、同じく、この鎮痛効果が落ちている可能性があります。だんだんと、それがエスカレートしていつているんですね。

ちなみに、私どもが行った調査では、一番その切羽詰まったときに、ティーンエイジャーたちが取る自傷行為の方法は、男の子だったら壁に頭をぶつける、あるいは、壁をこぶして殴る。女の子の場合には、かじるとかつねるんですね。

これらの自傷行為に共通しているのは、道具を使わないということです。切羽詰まったときには刃物すら、人は取ることができないんだということを理解する必要があります。

それから、「解離」です。全員というわけではありませんが、医療機関を訪れる習慣的な自傷をする患者さんたちの、一定の割合で、1割から2割ぐらいは、重篤な解離性障害の方たちがいます。

解離性障害の人たちは、やはり、よく予想がつかない自己破壊的な行動をとったりすることがあるので、やっぱり、これは重篤な一群だと思います。そのときには、当然聞かなきゃいけないのは、切っているときに痛みを感じるかどうかですね。最初は何も感じない、でも、何度か切っているうちにだんだんと感じるようになって、我に返るといふ人もいます。全く痛みを感じないという人もいます。

中には、切り始めると、急に記憶が飛んじゃうという人もいます。あるいは、最初から全部の、この切るというプロセスの記憶がなくて、気付いたら血が出ていたという子もいます。

いずれにしても、痛みとか、記憶について聞くことは、この解離性障害のアセスメントではとても大事です。しょっちゅう記憶がポンポン飛ぶ子の中で、時々、幻聴を訴える子がいます。「死ぬ」とか「殺せ」とかそういう命令性幻聴があるというような場合には、これは、統合失調症というよりは、僕は解離性障害、それも重篤な解離性同一性障害に準ずるような状態であることが少なくないというふうに思っています。

ここまでの4つの項目というのは、いずれも自傷行為の傷を介して、患者さんたちと問診をしたり、傷を観察することがとても大事になります。こうすることによって、患者の内面をうかがい知ることができるし、病態について推測を付けることができます。

僕が駆け出しの研修医のときには、よく、指導医から、「リストカットをした患者さんを手当をするな」「傷に関心を持つな」「一々診察のたびに取り上げるな」、こういうふうに言われていました。

しかし、現在のその自傷行為の最先端の考えでは、むしろ、自傷の傷をしっかり観察し、問診をすることが、治療にとっても大事なんだということが言われています。そこから、彼らの内面をうかがい知ることができる。でも、中には、こんな傷を見なくても、本人に直接聞けば内面なんてわかるよ、そういう人がいるかもしれません。しかし、内面を語れないのがこの人たちの特徴なんです。それが語れば、そもそも自傷行為はしないし、自傷行為をする若者たちの援助のゴールこそが、そういった言葉を手に入れることなんだというふうに思っています。

ですから、最初は、こうした傷をしっかり見ながら、推測をしていくことが必要になってきます。

残念ながら、しかし、近い将来に起きる自殺企図行動、重篤な自殺企図行動の予測というのは、この自傷の問診では無理です。1年以内とか3年以内の、自殺行動のリスクを最も反映するのは、ここに書いてある「摂食障害」はそのとおりですね。拒食とか過食とか、自己誘発嘔吐や下剤乱用、こういう症状がある子たちは、私どもの調査の中では非常に重篤な自殺企図をするリスクが高いです。

その次に、自殺行動の高いリスクとしてあるものがこれですね、「アルコールや薬物の乱用」です。これは、単にアルコールを、いわゆる、その辺の人みたいに、一升

瓶を抱えているなんていうイメージはないので、しかし、週3回以上お酒を飲む子というのは、ティーンエージャーだったら十分にアルコール乱用だということは。

それから、薬物乱用でも、何も覚せい剤を使うとかというわけじゃありません。市販薬とか、市販風邪薬とか鎮痛薬を乱用している子たちについても、きちっとアセスメントをする必要はあるんだろうということです。それから、過去に過量服薬とかをやった子たちというのはやっぱりリスクが高いということも強調しておきたいというふうに思います。

では、ピアッシングやタトゥーははどうでしょうか？自傷の一種なのかどうか？自傷行為をしている子たちの一つの特徴として、ボディモディフィケーションが大好きですね。片方の耳に、まるでウェスタンルックのフリンジのように、たくさんキラキラつり下がっている子たちもいます。タトゥーとかも大好きですね。それが自傷行為なのかどうかです。

これはなかなか悩ましいところです。ピアスが自傷行為の一種ということなら、ここにいる、会場にいる女性の何割かはどきっとすることになるでしょう。ピアスが自傷行為かどうかといえば基本的には違うといえるでしょう。

ただ、30年ぐらい前、僕がそれこそ、まだローティーンだったころですが、ちょっと、1個、2個上の先輩の女の子の人がピアスをあけていると、ちょっと、ウォーという感じがしました。「あの人はやっぱり、大人とか社会に恨みを持っているね」と、(笑)不思議な感じがします。「親たちの、親からもらった体を傷付けて」、なんていうふうに非難される状況もあったと記憶に残っています。

要するに、その時代は、耳たぶのピアスだって自傷的であった可能性があるということなんです。だから、何をもって自傷というかは、その時代によって、文化によって、さまざまに異なるでしょう。

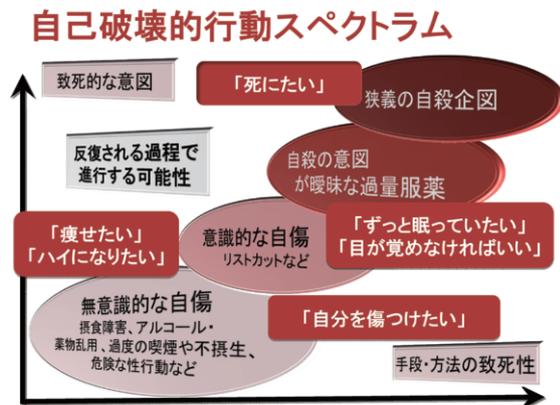
しかし、自傷行為を繰り返す人たちが、あるとき急にピアスが増えてきたら、尋ねてみる必要があります。「それって本当にファッション？」「本当はさ、すごくつらいことがあって、でも、リストカットだけはしたくなくて、あるいはリストカットが痛ましくて、それで自分でバチンってやらなかった？」ということ聞いてみる必要があります。

「実は」、というふうに言って、本人がそのことを告白したら、それは自傷行為なんです。心の痛みを体の痛みでふたをする、それが自傷行為なんです。だから、そのときには何かつらいことがあったんだと聞いて、そのつらさがどんなものなのか、今でも続いているものな

のか、また繰り返しやってくるものなのか、そのつらさを軽くするためには我々には何ができるのかということを考えていく必要があるのかなというふうに思っています。

自己破壊的行動スペクトラム

ここまでの話をまとめると、こんなふうなグラフでかくことができると思います(スライド10)。まず、リストカットは、確かにその意図において、自傷、自殺企図とは異なるものです。例えば、多くの自殺企図として、首つりとか、飛び降りとか、飛び込みのような致死性の高いものがあります。死にたいという、明確な自殺の意図にもとづく行動です。



スライド 10

その対極にあるものとして、私は無意識的な自傷だというふうには呼んでいますけれども、そこに含まれるものが、摂食障害や、アルコールや薬物の乱用です。

実は、自傷行為をしている人たちというのは、摂食障害とアルコール乱用、それから、危険な性行動といった問題をあわせもっていることが少なくありません。危険な性行動とは不特定多数とのセックスとか、避妊しないセックスなどを指します。自傷行為はこういったものと密接な関連があるということが言われています。

確かに、摂食障害の人たちは、死のうと思って、拒食や過食嘔吐をしているわけじゃありませんし、自分を傷付ける意図を持ってやっているわけではありません。やせたいと思ってやっているわけです。

アルコール・薬物乱用の人たちも、死ぬ意図からやっていることとか、あるいは自分を傷付けるためにやっているわけではなくて、ハイになりたいかやっています。しかし、実は、長期的に見てみると、これは自殺の危険因子なのです。

英国のある研究者にれば、罹患する精神疾患の診断ごとの自殺死亡率を出してみると、断トツに高率なのは、実は摂食障害なのです。その次に、うつ病とアルコール・薬物依存症が来るんですね。だから、その依存症というのは、実は自殺のリスクファクターなんですね。

しかも、先ほどお話ししたように、リストカットをする人が、この摂食障害とか、アルコール薬物の問題を持っていると、狭義の、致死性の高い自殺行動をするリスクが非常に高くなるのです。

さらに、リストカットをやっている期間が長い、ベテランのリストカッターたちの多くは、過量服薬を伴うようになってきます。リストカットじゃ心の痛みが整理できなくなって、死のうと思って、まとめてお薬を飲みます。最初は死のうと思っています。そして、自殺には失敗するわけですが、そこで、それまでのつらい気持ちが、あたかもパソコンの強制終了をかけたみたいに、リセットボタンが進むというリセットが見られる場合があります。

だから、彼らは死ぬためじゃなくて、とにかく眠るため、忘れるために過量服薬を繰り返すようになります。でも、不思議なんです。過量服薬から覚めたとき、聞いてみると、「とにかくずっと眠っていたかっただけで、目が覚めて残念」というふうに言います。

そうすると、彼らが自殺未遂をしているけれども、必ず100パーセント、自殺の意図がなかったかといえば、かなり怪しいんですね。私どもが今現在進めている、自殺既遂者のご遺族からの聞き取り調査をやってみると、35歳未満の自殺既遂者を見てみると、実は、このパターンをとる方が結構多いんです。

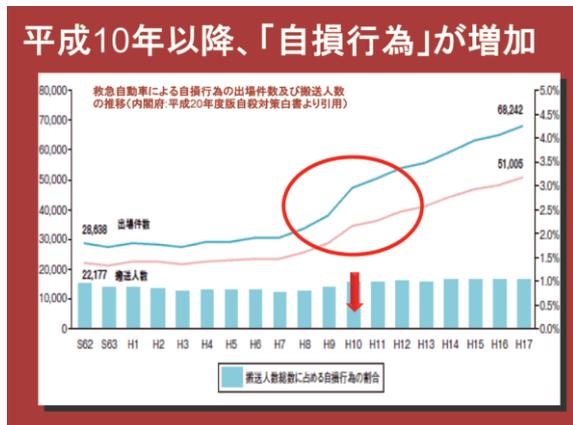
昔、10代のときにこういう行動を繰り返していて、20代のときに過量服薬を繰り返していて、20代の終わりとか30代の初めに、より致死性の高い飛び降りだとか飛び込みを使って死んでいるというパターンです。

そうすると、比較的若い層の自殺予防のためには、実はこういった包括的な、セーフティープロモーションを、ヘルスプロモーションをやっていく必要があるんじゃないか、そういうふうに思っています。

さらに、これは主に、女性のサンプルをことし、ただ試験的につくったものなんで、偏るのかわかりませんが、性的な被害体験ですね、幼少時期の性的な虐待でもいいでしょうし、ある程度大きくなってからの、レイプですとか、強姦被害、そういったものは、このプロセスを早める要因ではないかというふうに、私は調査の結果から感じています。

自殺との関連でいいますと、これは自損行為、つまり、

自分で自分の体を傷付けて、救急車を要請した患者さんの数、あるいは救急車で運ばれた患者さんの数を示したグラフです（スライド11）。



スライド 11

このときを見ると、我が国の自殺が急増した平成10年、それからずっと、3万人の方が亡くなっているんですけども、この平成10年を境にこの自損行為、その大半が過量服薬や、リストカットによって搬送されている方たちなんですね、これがガーンと増えています。

この平成10年以降の自殺の急増の背景になるのは、当初40代、50代の中高年の男性だと言われていました。しかし、平成17年を境に、40代、50代の自殺は減っているんです。むしろ、首都圏を中心に増加しているのは、20代、30代、それから10代の人なんですね。だんだん、だんだんと中身は、このたかが11年間の間に若年化をしているんです。これは欧米でも見られる現象です。

この自殺の若年化するに従って、このリストカットとか過量服薬といった自己破壊的行動に対する対策がとてども大事になってくるということなんです。

自傷行為とは単に自分を傷つけるだけではない……

そういうふうに見たときに、私どもが理解していきやいけないことがあります。実は、地域の中で、実際に病院には行ってないけれども、リストカットを繰り返す以外に、過量服薬をしている人はたくさんいます。たくさんいるけれども、病院に行っているのはごくわずかです。イギリス、アメリカ、フランスで行われた、その研究によれば、実際にこのリストカットや過量服薬をして、病院につながっているのは1割未満だというふうに使われています。

じゃあ、病院に行った1割の人、行かなかった9割以上の人たち、何が違うのか、それを分析してみると、普

通に考えると、切った傷が深かったりとか、飲んだお薬の錠数が多かったから病院に行ったはずだ、と思うところですが、実は両群で自傷の結果とした生じた医学的問題の重症度には差がなかったのです。

じゃあ、何が違うのかということ調べてみると、病院に行かなかった9割の人たちが、自分のことが嫌いな割合が強かったり、死にたい気持ちが強かったりしていたことがわかったんです。

つまり、メンタルヘルスの部分で、一番重篤な人のほうが病院につながっていないんです。ここで我々が理解しなければいけないのは、自傷行為というのは単に自分の体を傷つけるだけではないということなんです。

傷付けた後に、自分のこの傷を手当てしてないこと、そこにばい菌が入って膿んでしまっても構わない、あるいは深く切ったときには、きちんと縫ったほうが傷がきれいになるが、でも、構わない。肉芽が盛り上がりケロイドみたいになっていたら構わない、こういうふうなことも含めて自傷行為なんです。

ですから、もしも彼らが自傷した傷の手当てを求めて、保健室や救急外来に来たときに、援助者が第一に言わなきゃいけないことは、「よく来たね」という言葉なんだと思います。

残念ながら、私は研修医のときに、救急外来、救命救急センターの研修医のときに、熱心な外科指導医が、よくこういう若者たちに、説教とか、怒鳴りつけたりしていました。

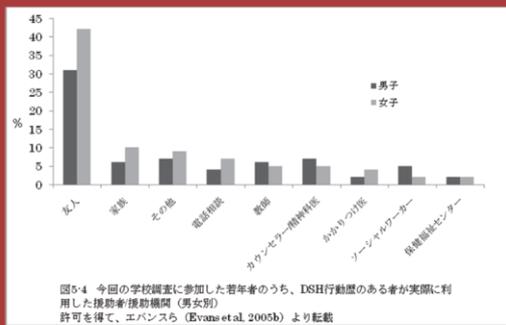
その先生が決して悪い医師だったわけじゃありません。むしろ、熱意溢れる人たちでした。でも、無知の熱意というのは、あるとき、時々残酷で恐ろしいことであるかもしれません。誰にも助けを求められない子たちが、それでも病院に、切っちゃったことで、それでも、自分の体を大事にしたくて病院に行った。そうしたら、頭ごなしに援助者から怒鳴られた、もう二度と誰かに相談しないというふうに決意するんじゃないかなというふうに使います。

自傷する若者は相談下手である

さて、これは英国で行われた調査結果なんですけれども、自傷行為を繰り返す人たちというのは、ほとんど、大人の人に相談していません(スライド12)。これは自傷行為をする若者たちに対して、「これまで自傷行為について誰かに相談しましたか」と質問した際の回答結果です。

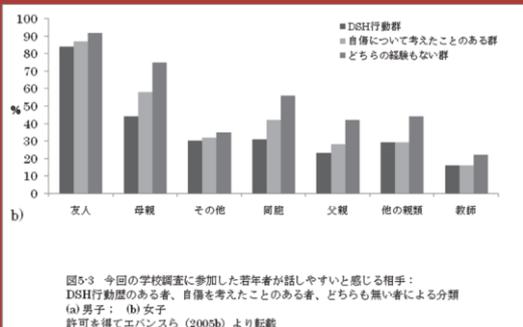
自傷経験のある若者が相談する相手として最も多いのは友人です。しかし、日本でいう「いのちの電話」のような、いわゆるヘルプラインにさえも相談せず、学校の

彼らは誰にも相談していない



スライド 12

彼らは相談することが苦手である



スライド 13

先生はもちろんのこと、かかりつけ医、あるいはソーシャルワーカー、保健所のようなこと路も利用していないわけですね。要するに、自傷する若者にとって、かろうじて援助支援になり得るのは、友だちぐらいしかないとことなんです。これが難しいところです。

それから、これ (スライド13) は、英国の10代の子どもたちに、「あなたが悩みを抱えたときに、誰に相談しますか」という質問に対する答えです。回答する子どもたちは三つのグループに分けられています。

一つのグループが「自傷行為を経験した」グループ、それから、真ん中の棒グラフになると、「自傷行為はしたことはないけど、したいと思ったことがある」。そして、一番端っかが、「したこともないし、考えたこともない」というグループです。

これを見てみると、自傷行為を経験しているグループというのは、本当に悩みがあっても、悩みを人に相談できないんです。もっと驚くべきことに、自傷行為をまだしてなくても、したいと思ったことがあるというグルー

プも、実は相談下手なんです。

だから、そうすると、学校に1割よりもっと大きい、ひよっとすると2割ぐらい相談下手な人たちがいるんだということなんです。このことを理解する必要があるということです。

自傷行為を無視しないこと

こうしたことを踏まえると、我々が何を気を付けなきゃいけないのかが見えてきます。気をつけてほしいことはいろいろとありますが、何よりもまずお願いしたいのは「無視しないこと」、「見て見ぬふりをしないこと」、そこに傷があるということは援助者もわかっていながら、さらりと流して、ほかの話題をするということ、それを避けるべきなんじゃないかなと思います。

私が少年鑑別所で出会った、ある18歳の、恐喝罪で捕まった女の子が僕にこう言っていました。「昔、年の離れた腹違いのお兄さんから、暴力で脅されてセックスを強要された時期があった。親は気付いてくれなかった。いや、ひよっとすると気付いていたのかもしれない、でも、見て見ぬ振りだった」、そういうふうに使っています。

「学校ではみんなにいじめられていた。でも、学校では、先生たちが見て見ぬ振りをした。」それから、こういう孤独な家庭や学校で死なないために、生き延びるために、彼女は隠れてリストカットをしたわけです。それで、何度もそれをやっています。

でも、本当にある日、つらくなっちゃって、どうしても生きるのがつらくて、誰かに気付いてほしくて、みんなが教室に集まっている中で、思いっきり腕をザクザクと切って見せたのです。

そうしたらもう、教室が騒然として、大騒ぎになったそうです。もう職員室に呼び出されて、校長室に呼び出されて、こんこんと説教をされたそうです。親にも呼び出しを食らいました。そして、家に帰ってから、お父さんからボコボコに殴られたそうです。「何であんなことをやったんだ!？」と。

このときを境に、もう絶対に誰も信じない、こういうふうには誓ったと言っています。

もう誰も信じないと決意してから、彼女の自傷行為をピタッと止まりました。それをたぶん見た、ある種の大人たちは、「だろう、リストカットなんて甘ったれがするんだよ、誰かが意識してやったら、それは止まるんだ」、そういうふうにするかもしれない。でも、それは大きな誤解です。

すでに申し上げたように、虐待と自傷行為は密接した関係があります。しかし、虐待を受けている子どもの中

で、虐待を受けている家の中で自傷行為をバンバンしまくっている子どもは、いるけれども、部屋で行っています。

多くの子どもたちは、児童相談員に保護されて、一時保護所や施設に行ってから一気に自傷行為がスパークします。つまり、自傷行為というのは、少し安心できる環境じゃないと出てこないものなんですよ。

だから、この子が自傷行為をやめたのは、世の中が安心できないところだなと見なしたからです。

この子はこれを境に悪い付き合いを始めます。いろいろな不良な仲間たちと出会って、いろいろな悪いことをします。その中の一つとして、夜の歓楽街を歩いて、中高齢のおじさんを捕まえては、「おじさん、エッチしようよ、ホテルに行こう」、そういうふうに言います。

ホテルに行くと、仲間の少年たちがホテルの部屋にやってきて、そのおじさんから身分証明書や免許証を取り上げて、「このエロおやじ」って、「職場に言うぞ」、「家庭に言うぞ」って言って、金品を丸ごと巻き上げて行って、あいつらは18歳未満ですから、当然、被害届も出すことができない。これをずうっとやっていたんです。非常に悪質な犯罪性の高い行動です。

そしてそのうちに捕まったわけです。この女の子は僕との面接のときに、すごく凍った、冷たい嫌な顔をして、こう言っていました。「恐怖におびえた大人の男たちが、土下座をして、涙を流しながら、有り金、全部くれた」と。「これを見るのが快感だった」、そう言っていました。

まるで、大人の男たちが天に向かって吐いたつばが、そのまま自分の顔に付いてきた感じがします。あるいは、この子がそうして、前の自傷行動のときに、「誰かが近寄って行って、何かつらい問題があるんじゃないか」、そういうふうには言ったら流れが変わったのかもしれない、そんなふうにも思います。

ここで、ぜひ、学校保健、あるいは学校で心理的な支援や教育相談にたずさわっている方たちに理解していただきたいことがあります。昨年10月に自殺総合対策大綱が一部改正を受けて、「自殺対策加速化プラン」と銘打って、この思春期青年期の自傷行為、これに対して、教育や、保健や医療が連携して支援することは、重要な自殺対策の一つに掲げられるようになったのです。

自傷行為は自殺企図とは違いますけれども、学校における自殺予防教育が、学校在籍中に自殺しないことを目指すものであるならば、確かに、自傷行為を後回しにした対策もあるだろうと思います。しかし、これからの長い人生、自殺という選択をしないで済むための教育であるとするならば、やはり自傷行為を無視することはできないと思います。

しかし、残念ながら、文部科学省の中ではまだまだそのような視点から児童・生徒を対象とした自殺予防教育をやっているという気持ちはないように感じられます。あったとしても消極的といわざるをえません。

それでも、一部の学校では熱心に、生徒を対象とした自殺予防教育をやっています。ただ、残念なことは、その多くが単に生命尊重教育、あるいは道徳教育の闕を出ない現状があります。たとえば、退職教頭や偉いおじさんとか、成功した高齢の文化人とかを連れてきて、命の大切さについて、とうとうと話をするというものです。

実は、海外の自殺予防教育の専門家は、この手の自殺予防教育が一番悪いと指摘しています。自殺のリスクの高い子どもたちは虐待やいじめ被害を受けています。そんな子どもたちが、「命を大切に」などといった講演を聴くと、「じゃあ、どうして自分たちはこんなひどい目に遭うのだ」と反発心が沸くといいいます。

それから、助産師さんたちも連れてきて、「みんな愛されて、生まれてきたのよ」っていう、生命尊重教育をやったりします。でも、自殺のリスクの高い子どもたちは、それを親なんかに、あるいは「あなたなんか生まなきゃ良かった」ということを繰り返言われているのです。だから、そんな授業を受けると、余計死にたくなるともいわれています。

学校における自殺予防教育は、「つらいときに誰かに相談することはいいことなんだ、同級生にリストカットをする子どもたちがいたら、それが、最も正しいやり方ではないかもしれないけれども、つらい子どもたち、つらいときに、そうしてしまう子どももいるんだよ。そういう子どもたちがいたら、みんな引いちゃったりしないで、ぜひ、何かつらいことがあるのか、声をかけてあげよう。声をかけたら、自分ひとりで抱え込まずに、たとえ友達がそれを嫌がったとしても、『おまえのことが心配だ』といって、信頼できる大人に助けを求めよう」といった、メンタルヘルス・プロモーションを含んだ内容であるべきだと思います。私が知っている限り、スコットランドとかアメリカのマサチューセッツ州なんかでは、こういう教育のビデオを、15分ぐらいのビデオを、休み時間にがらがん流すんですね。

今、私どもも、そのビデオを入手して、今、字幕を付けているところなんですけれども、そういった教育がいま求められていると思いますし、そうした努力が将来の自殺予防に資すると考えています。

ちょっと、時間が過ぎてしまいましたが、私の話は以上です、ご清聴をどうもありがとうございました。(笑) (拍手)

自傷からの回復と治療

都立松沢病院精神科部長 林 直 樹



都立松沢病院精神科の林です。この公開講座における講演を、私はとても重要だと考えています。それは、ここでの議論が若者の自傷行為への対応を促進する機会となりうると思うからです。自傷行為は、現代の精神保健の重大な問題になっています。この講演によって自傷者の援助が少しでも進むなら、私にはそれに勝る喜びはありません。

私の講演で主に取り上げられるのは、自傷行為の回復過程や治療です。このテーマは、松本先生の自傷行為の実態を明らかにしようとする講演と相補う関係にあります。しかし、若者の自傷行為の回復過程や治療についての研究は、まだとても不十分なので、自傷行為をする成人についての知見を若者に当てはめることが多くなるのが現実です。ですからこの発表は、「自らを傷つける子どもたち」のその後の姿、十数年後の姿が中心になるといえるかもしれません。このように本講演の内容がその題名と若干のズレがあるということをご理解いただけたらと思います。

本講演では、「若者の自傷行為の治療」への理解を深めるために、治療の一般論や、症例提示、治療法の例示をいたします。さらに最後には、治療の効果や予後について触れたいと考えています。

I. 若年期に自傷行為を開始した患者の特徴

ここでは、私たちが実施した成人の自殺関連行動を呈して入院した患者の調査に基づいて、20歳以下から自傷

行為を開始していた患者(若年期自殺関連行動開始患者)の特徴について考えてみましょう。

自殺関連行動とは、自傷行為と自殺未遂を合わせた概念です。ここには、過量服薬といった行為も含まれることがあります。地域社会や学校現場における調査では、軽症の自傷行為を多く取り上げるので、明らかな自殺未遂をそこから除外することがよく行われますが、医療機関において自殺未遂を多く扱う調査では、自傷行為と自殺未遂を区別するのが難しいので、この両方を含む概念である自殺関連行動を用いることが多くなります。

調査の対象となった患者は、2006年から約2年間に自殺関連行動のために都立松沢病院に入院した患者155例です。

ここでは、この対象患者を20歳以下で自殺関連行動を開始した49例(若年期自殺関連行動開始群)と、それ以外の自殺関連行動を若年期に開始していない群の106例を比較して、若年期自殺関連行動開始患者の特徴を明らかにすることを試みます。

図1は、対象患者が最初に自殺関連行動をしたときの年齢の分布です。ここでは、二十歳以下と二十歳以上の2分性の分布をしているように見えます。ここで着目しているのは、左側のピークを形成している「若年期自殺関連行動開始群」です。最も早く自殺関連行動をしたときの年齢は6歳でした。

表1. 若年期自殺関連行動(SB)開始群と非若年期自殺関連行動開始群の比較

	若年期SB開始群 (N=49)	非若年期SB開始群 (N=106)
性比(男性の比率)	39%	46%
平均年齢(SD)	30(8.3)	40(12.2)
初回SB時年齢(SD)	17(3.4)	35(12.1)
初回治療時年齢(SD)	24(8.3)	31(10.6)

この若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の性比、年齢などの比較を示したのが表1です。両群の性比に大きな違いはありません。しかし調査時年齢の平均は、30歳、40歳と大きく離れています。

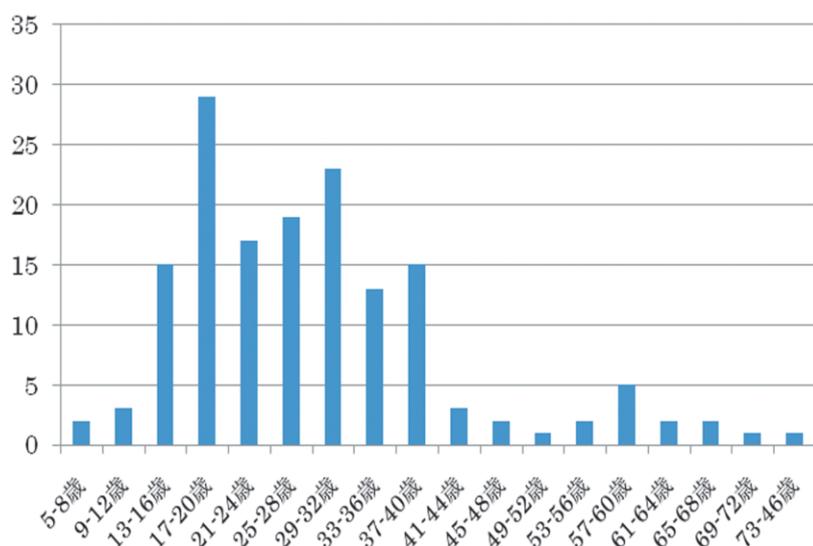


図1. 自殺関連行動開始時年齢の分布 (林ら 2010)

当然のことですが、両群で著しく違うのは、初回自殺関連行動時の年齢です。それは、両群で、17歳、35歳と大きな開きがあります。そうすると最初に自殺関連行動を始めてから入院までの期間は、それぞれ13年と5年になりますから、若年期自殺関連行動開始群の方が年齢が低いにもかかわらず、自殺関連行動をしている期間は長いことになります。

両群の相違で注目されるべきは、初回自殺関連行動を行った時の年齢と初めて精神科治療を受けた年齢との前後関係が逆転していることです。若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の初めて精神科治療を受けた時の平均年齢は、24歳と31歳です。若年期自殺関連行動開始群の平均では、最初に自殺関連行動をするのが17歳です。その7年後に精神科受診をしていることとなります。しかし、自殺関連行動を始めたのが21歳以降の患者は、自傷行為開始時の平均年齢が35歳で、精神科受診を始める31歳よりも後になっています。この違いは、若年期自殺関連行動開始群では自殺関連行動が精神障害の

前駆症状と位置づけられるのに対して、21歳以降に自殺関連行動を始めている患者群では自殺関連行動が精神障害の顕在化の後に、おそらく顕在化した精神障害の影響を受けて、生じているという解釈が成り立つでしょう。

表2は、若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の、調査時までに行ってきた自殺関連行動の方法とその頻度を示しています。自殺関連行動の種類は以下のように分類されています。「薬物の服用」は、ほとんどが処方薬の過量服薬です。「刃器による切傷」は、リストカットが大部分です。さらにここに示されている「飛び降り」、「飛び込み」、「縊首」が頻度の高い自殺関連行動の方法です。また、すべての自殺関連行動の経験率が、若年期自殺関連行動開始群でそうでない患者群よりも高くなっています。ここでは、若年期自殺関連行動開始群の調査時までに行った薬物の服用（特に過量服薬）と刃器による切傷の回数は、それ以外の患者群よりも有意に多かったという結果でした。

表2. 若年期自殺関連行動 (SB) 開始群と非若年期自殺関連行動開始群のSBの方法とその回数

	若年期SB開始群 (N=49)			非若年期SB開始群 (N=106)		
	N	比率	平均	N	比率	平均
薬物の服用	37	76%	8.5	62	59%	5.1
刃器による切傷	40	82%	17.0	66	62%	5.3
飛び降り	17	35%	1.6	28	26%	1.7
飛び込み	9	18%	0.7	18	17%	0.2
縊首	12	25%	0.9	25	24%	0.5

表 3. 若年期自殺関連行動 (SB) 開始群と非若年期SB開始群の精神科診断・虐待SBの方法とその回数

	若年SB開始群 (N=49)	非若年SB開始群 (N=106)
不安障害	38 78%	49 46%
摂食障害	17 35%	16 15%
境界性パーソナリティ障害	41 84%	45 43%
性的虐待	12 25%	14 13%
身体的虐待	26 53%	30 28%
言語的虐待	31 63%	48 45%
ネグレクト	14 29%	13 12%
何らかの虐待	36 74%	58 55%

表 3 は、調査時入院における精神障害の診断です。若年期自殺関連行動開始群で多いのは、「不安障害」、「摂食障害」、「境界性パーソナリティ障害」です。この調査対象の特徴は、境界性パーソナリティ障害と不安障害がそれぞれ全体の半分以上を越える患者で診断されていることです。ただし、境界性パーソナリティ障害が56%という数値は、ドイツでの52%、スウェーデンでの55%という数値が報告されていますから、決して例外的なものではありません。

表 3 の下段は、生育期における虐待の体験を報告した患者の比率が示されています。「性的虐待」、「身体的虐待」、「言語的虐待」、「ネグレクト」といった虐待は、すべて、若年期自殺関連行動開始群のほうが非若年期自殺関連行動開始群よりも高い比率で報告されていました。ただし、統計的に有意な相違だったのは、身体的虐待だけです。

このように、若年期に自殺関連行動を開始していた患者の多くの特徴（相違）が示されると、その中の何が重要なのか、何が自殺関連行動の早期開始を決定しているのかを検討することが必要になります。その目的で行われたのが、表 4 に示されているロジスティック回帰分析です。この解析では、早期に自殺関連行動を開始することを説明すると考えられる特徴を多くの特徴の中から選び出すことができます。

この結果は、境界性パーソナリティ障害（もしくはこの障害が生じる前の状態）と養育期の身体的虐待が早期の自殺関連行動の発生要因であることを示唆するものです。つまり、この二つの特徴は、若者の自殺関連行動の

原因となりうる重要な特徴だということです。

II. 境界性パーソナリティ障害の概要

少し横道にそれますが、ここで先の解析で若年期の自傷行為の要因として浮かび上がってきた境界性パーソナリティ障害とはどんな精神障害かということをお話したいと思います。それは、若者の自傷行為に深く関わる精神障害です。そして、自傷行為への実際の対策がこの精神障害を軸にして進められているといっても過言ではありません。

まず、この名称についている「境界」という語の説明をしなくてはなりません。これには、歴史的な背景があります。この境界性パーソナリティ障害の概念の前身は、「境界例」と呼ばれる統合失調症と正常の境界、もしくは統合失調症と神経症の境界に位置づけられる患者群でした。その後さまざまな経緯を経て、現在それは、パーソナリティ障害に位置づけられるようになりました。つまりこの「境界」とは、その概念の発祥が症状論的なものであることを示しています。パーソナリティ障害の側面は、その発展の過程で強調されるに至ったものです。

現在、境界性パーソナリティ障害は、図 2 に示されて

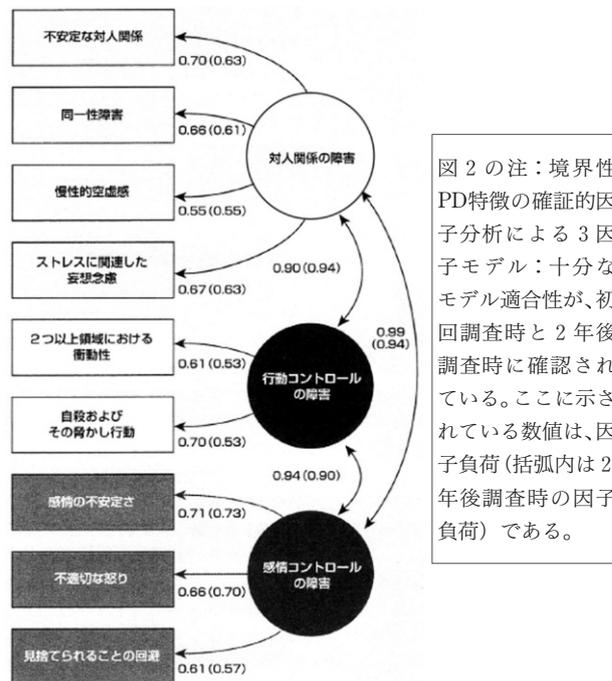


図 2 の注：境界性PD特徴の確証的因子分析による3因子モデル：十分なモデル適合性が、初回調査時と2年後調査時に確認されている。ここに示されている数値は、因子負荷（括弧内は2年後調査時の因子負荷）である。

図 2. 境界性パーソナリティ障害の基本症状

表 4. 若年期自殺関連行動開始の要因

説明変数	Exp(B)	Wald	p値	Exp(B) 95% CI
境界性パーソナリティ障害	4.58	9.90	0.002	1.77-11.81
身体的虐待	2.36	4.27	0.039	1.05- 5.32

いる三つのパーソナリティ特徴（精神症状）を主軸とする症状群であると考えられます。この図は、カナダのサニスローが筆頭掲載になっている論文に示されているものです。ここでは、米国精神医学会の診断基準DSM-IVの境界性パーソナリティ障害の9つの診断基準の項目を確証的因子分析という手法を用いて3つに分類した結果が示されています。言い換えるなら、その3種の症状が境界性パーソナリティ障害を構成する基本症状だと理解できるということです。

その症状とは、①対人関係の障害（対人関係が不安定で、波乱に満ちていること）、②行動コントロールの障害（衝動的、反社会的行動に走りやすいこと）、③感情コントロールの障害（激しい怒りに流されたり、慢性的な空虚感、虚無感に苦しめられたりすること）、です。

これらの症状の構成は、図2の矢印（診断基準項目と3要因の間を結んでいる矢印）についている2つの数値（これは、結んでいるもの同士の間に関連の深さを示している）に示されているように、治療時期が異なってもほとんど変わらなかったのです。ですから、境界性パーソナリティ障害が三種の症状からなる症状群だという見方は、相当一貫性のある安定したものだといえます。自殺関連行動は、この境界性パーソナリティ障害の特徴の一つに含まれています。

III. 自傷行為の治療

次に、自傷行為の治療についてお話をさせていただきたいと思います。

1) 心理社会的治療

自傷行為の心理社会的治療（心理療法もしくは精神療法）は、①自傷行為自体へのアプローチと②パーソナリティ機能全般を高めるアプローチの2種に分類できると考えます。さらに自傷者を直接の対象にするもの以外にも、③自傷者のおかれた環境・状況に対するアプローチも重要です。

① 自傷行為自体へのアプローチ

ここには、すでに現在の精神科治療の定番となっている認知行動療法を自傷行為に応用した治療をまず挙げる必要があります。この治療では、治療者が患者さんと協力して、自傷行為の発生の背景や、自傷行為の進行のプロセス、周囲の人々への影響を分析して、その発生原因の仮説をつくって、その中でどのように行動すれば自傷行為をやめることができるかどうかを検討して対策を立てることが行われます。次いで、そしてその対策を実践して、練習を重ねるといった作業が進められます。対策がうまく行かなければ、最初に立ち返って、対策を練り直

すということになります。

そこではまた、対策を立てるためのデータを収集するために、そして練習を日常生活でも実践するために、「宿題」が出されることも特徴です。たとえば一週間の行動記録表をつけるという宿題をすることによって、自分の行動をモニターする、行動の分析を緻密にするといったことが促進されます。

但し、先ほどお話したように、若年期に自傷を始めた人は、自傷の回数もそれをしている期間も長くなっているため、自傷行為を一気に直そうとするのではなく、少しずつ進めてゆくという姿勢が必要でしょう。

治療の中で自傷行為の発生の過程が明らかにされると、さまざまな技法の応用が検討されることになります。その一つは、自傷行為をそれと類似した効果を生じる別の行動で置き換える「代替技法」と呼ばれる方法です。同じような効果をもたらす行動をすることによって、自傷行為を押さえようとするのです。例えば、リストカットを止めるために「氷を手でつかむ」という行動が推奨されることがあります。それは、冷たい氷をつかむと強い痛み似た感覚が生じるので、それによってリストカットをしないで済むだろうという考えに基づいています。

リラクゼーション法を実践することも方法の一つです。自傷行為をしたくなる緊迫した心理状態を解除するためにリラクゼーションを使うのです。中でも、関節のストレッチや腹式呼吸は比較的簡便に実践することができる方法です。それによって、自傷行為を生じる急迫した心理状態から脱出することは十分に期待できます。

② パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ

自傷行為の発生には、全般的な衝動コントロールの弱さが関与していると考えられるなら、パーソナリティ機能を全般的に向上させて自傷行為をコントロールする力を強めようとするのがその治療となるでしょう。このようなパーソナリティ機能を全般に高めるアプローチは、いわば患者の器を大きくして、自傷行為が外に表れ出てくるのを防ぐことができるようにすることを目指すものです。これは、自傷行為対策のために特別にあつらえられたものでなく、あくまでも全般的な機能を高めるものです。進歩が目に見えるまでに時間がかかります。しかしその代わりに応用が利くので、ひとたび効果が現れれば、他の領域の問題も改善するといったことが期待できます。

機能全般を高めてゆく上でのポイントの一つが、「マインドフルネス」という、仏教で取り上げられている物事や自分の見方です。それを治療において修得することによって、対人関係技能や感情・行動コントロールの能力

をだんだんに高めてゆくことができると考えられています。リラクゼーションにも「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」という側面があるかもしれません。その修得は、不安への対処ばかりでなく、気持ちを整えることや生活を豊かにすることなどに応用することができます。

この「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」と「自傷行為自体へのアプローチ」とは、互いに関連しています。言ってみれば、部分と全体の関係であり、部分の技能を高めると全体の技能も高まる、全体の技能を高めると個々の行動に対するアプローチの有効性も増すといった関係にあります。

③ 自傷者のおかれた環境・状況に対するアプローチ

これには、学校現場における介入や家族介入が含まれます。これも、やはり非常に重要な領域です。

2) 薬物療法

自傷行為の薬物療法は、その生物学的要因に対する治療と考えることができます。例えば、神経伝達物質セロトニンに関する生物学的な仮説では、セロトニンの機能不全によって衝動行為、自傷行為が起きやすくなると考えられています。それによるなら、セロトニンの機能を高めるセロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI) は、自傷行為の防止に効果があると考えられます。また、松本先生が講演で示された脳内麻薬についての仮説についても、脳内麻薬の作用を止める薬剤を投与して自傷行為が減るかどうかを調べる臨床試験が行われています。

IV. 症例の呈示

ここで症例を二つ紹介したいと思います。

第一例は現在27歳のA君です。彼は現在、グループホームに居住して、作業所に通いながら、ほぼ安定した生活を営んでいます。「双極性II型」の患者ですが、境界性パーソナリティ障害の状態が長く続いた時期がありました。「双極性II型」というのは躁うつ病の一種で、躁状態が軽躁状態までしかない躁うつ病のことを指しています。

A君は、養育期に父親からの身体的虐待(暴力)を受けています。養育期の虐待は、自傷行為をする人からしばしば報告されます。彼の母親も境界性パーソナリティ障害ということで治療を受けていました。両親はごく不仲でした。父親が母親の髪の毛をつかんで振り回すとか、夫婦喧嘩の末、冷蔵庫が引き倒されるといった修羅場をこのA君は見ています。

彼は学校でのいじめに遭います。そのせいで彼は不登校になりました。また、13歳からうつ状態が出現し、リ

ストカットを繰り返したので、児童精神科での入院を数回経験しています。20歳のときには、1年間の長期入院をしています。入院中もリストカットをしたり、サンポールを飲むといったような自傷行為、自殺未遂を起こしています。

21歳のときに彼は、私たちの病院に転院してきました。しかしそこでも、2カ月間から1年間の精神科入院を数回繰り返しています。しかし約3年前から何とか安定して、入院しないで暮らせるようになっています。

次に紹介するのは、A君が17歳のときに書いた「自伝史」の一部です。

…僕は、考えて、考えて、考えた末にこういう結論に達した。

人間はなぜ生きるのか、何のために生きるのかという問いに答えはない。いくら探してみても見つからない。僕は人生の意味について考えることで、自分を苦しめていたのかもしれない。

「考えないことがよい」僕は17歳のときに、こういう結論に達した。考えないことで、自分自身が楽になるのだ。

しかし、それはわかっている、その問題にぶつかる、考えなくては行けない。

僕は今まで、この問題にぶつかったことが何度もあった。時には、しゃべるのも無意味に感じられることもあった。うつ状態になったときは、他人から質問されたときだけ、一言二言しゃべるのが精一杯だった。僕はその時(13歳の時)、自分の命までも奪いそうになった。…

このようにしてA君は、17歳のときに「どう生きるべきか」という問いに自分の結論を出していたのです。彼はよく自分を見つめて自己洞察をしていると思います。

しかしそれでも、彼は寂しさや死にたいという気持ちに駆られてリストカットを繰り返します。さらにA君では、成人すると、リストカットが減る代わりに暴力が問題になりはじめました。焦燥感や強まるときや、忍耐を求められるとき、彼は暴力を抑えられなくなるのです。そして実際に弟に暴力を振るって追いかけて回したり、父親を骨折させたりしました。

彼が成人してしばらくすると両親は離婚しました。その後、A君と同居していた父親との関係がいつそう険悪になりました。家庭外でもA君は、同輩や恋人との間に暴力事件を多く起こしました。そのような自分のあり方をA君自身は問題だと考えていますが、暴力やリストカットを止めることはできませんでした。

A君の治療では、先ほど話しましたように、「自傷行為自体に対するアプローチ」ということで、自傷行為の発生

のプロセスを把握して、それをどこで、どのようにして押さえるかという計画が立てられました。さらに、「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」として、対人関係の問題や暴力のコントロールについて話し合いが行われました。また、ストレッチとか呼吸法とかを教えて、リラクゼーションをすることが奨められました。

このような方法は、すぐには効果を生まないものです。しかし私たちは、ねばり強くやっているうちに効いてくるだろうと信じてそれを積み重ねるのです。

経過の中で家族状況に変化が生まれました。その結果、A君はグループホームに出て、一人暮らしをすることになりました。彼は大変利発な、そして活動的な人なので、友だちをすぐに作ります。しかしその友人関係を維持する能力を超えてしまってトラブルになることがたびたび起きました。そこで、穏やかでゆったりしたペースでやろうといったことが指導されました。

A君の治療では、薬物療法も行われていました。彼には一種の躁うつ病がありますので、それを気分調整薬を使ってコントロールしなくてはなりません。

A君ではまた、簡単に切羽詰まった状態になる傾向が問題でした。例えば、眠れないときに、なぜ、眠れないんだと考えて焦燥感が強まり、周りの人に喧嘩を仕掛けたり、物を投げたりするというようなことがあるのです。それに対して、呼吸法やストレッチなどによるリラクゼーションを奨めることによって、問題を収束させることができました。A君自身、焦燥感を乗り越えるコツがつかめましたといっています。

次の症例B君は、「行為障害」という診断で児童精神科病院で入院治療を受けたことのある現在21歳の専門学校生です。彼は、小児期に重篤な身体疾患に罹患していて、現在もある程度以上激しい運動ができないといったその後遺症が残っています。

B君の両親は不仲であり、B君が十代半ばの時に離婚しています。彼は、母親の養育を受けます。しかし母親はゆとりのない人で、B君に不安をぶつけることがあるものですから、しばしば父親がB君と母親の両方をサポートしなければなりません。

B君は才能にあふれており、あるゲームのチャンピオンになったり、芸術関係の活動で才覚を顕したりすることがありました。

彼の問題は、13歳から始まった母親への暴力やリストカットでした。そのために、児童精神科病院に2回入院しています。16歳で退院した後、過量服薬で救急病院に入院することがありました。20歳のときに、通っていた専門学校に登校できなくなったということで、私たちの

病院を受診しています。

この時期は同級生と喧嘩をしたり、壁を殴って自ら手を骨折させたり、リストカットをしたりしていました。このような自傷行為をする原因は、「もうやってられないよ。どうせ体は治らないし、カッとなるともうだめだ」というふうに思うからだといっています。恐れを知らないといえますか、随分と思いついた行動ができる人です。

B君の治療でも、自傷行為や衝動行為自体への治療ということで、その発生過程を見返すことによって対策を練ります。「パーソナリティ機能を全般を高めるアプローチ」としては、A君の治療と同様に腹式呼吸やストレッチのリラクゼーション法を教えました。

彼は現在、母親、親戚のサポートを受けて、単身アパート生活をしています。父親との信頼関係も安定しており、父親からの助言などのサポートを随時受けています。

また、B君には、完全主義的な、完全に課題をやり遂げることにこだわって自分を追い詰めるところがありますので、背伸びをしない、ゆとりのある生活を心がけるといった指導をしています。薬物療法としては、経過の中でさまざま薬剤を試した結果、気分調整薬の炭酸リチウムが有効であったと考えています。

V. 自傷行為の治療プログラムの実例

次に、発表されている治療法の幾つかを紹介しましょう。

1) マニュアルを援用する認知行動療法

自傷行為に対する認知行動療法の課題設定の実例として、まず、エバンスらの「マニュアルを援用する認知行動療法 (1999)」を取り上げましょう。

この治療は、6回の集団療法セッションから構成されています。

第一回：「さまざまな自傷行為 自傷行為のさまざまな背景」では、自傷行為とそれをめぐる状況の連鎖反応や自傷行為に対する周囲の人々の反応（テストでの失敗や失恋をきっかけにして自傷行為をしたが、その結果、皆の見る目が変わってしまったなど）、自傷行為のメリットとデメリット（つらい気持ちを一時的に忘れられるのはメリットだが、傷跡が残るなどのデメリットも多いなど）が参加者と共に語り合われます。

第二回：「呈示された症例における問題解決技法の使い方」では、モデル症例が提示され、それについて参加者が感想を述べ合い、さらに問題のありか、そしてそれへの解決法を話し合われます。

第三回：「自分の考えや行動の流れを知ること」では、参加者自身の自傷行為を参加者の前で発表してもらい、

発表者の状況を参加者が理解し、その気持ちを分かち合うことが行われます。

第四回：「自分の苦しみに対処する方法を学ぶ」では、つらさや苦しみにどのように上手に対処するかが話し合われます。

第五回：「アルコール・物質使用の弊害についての学習」では、アルコール・物質使用が自傷行為を発生させやすくすることから、それについての反対論と肯定論を戦わせて、参加者にその問題についての理解を深め、飲酒や物質使用の弊害を避けることが促されます。

「第六回：自傷行為をもう一度考えてみる」は、まとめのセッションです。今一度、参加者自身の失敗の原因を振り返り、これからどうしてゆくべきかを考えることが促されます。

このプログラムの効果についての研究の一つを紹介しましょう。タイラー、エバンスら(2004)は、480人の自傷患者をマニュアルを援用する認知療法を施行した群とそれをしない群に分けて、経過の比較を行いました。その結果、認知療法をしていた群では、医療機関にかかる回数を減らすことができたといいます。つまり有効だったということです。しかし、境界性パーソナリティ障害には通用しませんでした。医療機関への受診を増やしてしまい、かえって医療コストを増やしてしまったと報告されています。

この研究の結果を受けて、エバンスらの研究グループ(2006)は、認知療法の27回のセッションを1年間にわたって実施して有効性を確認しようとした。その結果、その治療の後に自傷行為や自殺企図が減少したといえます。しかし、対人関係の問題や感情コントロールの問題といった他の臨床指標には改善が認められませんでした。

先ほど、部分に対する治療を行うと全体が良くなることが期待できると言いましたが、この研究では、境界性パーソナリティ障害の自傷・自殺企図という部分を治療しても、全体が良くなることは確認できなかったということです。

一般に重い精神障害では、一つの治療の成果がほかの領域に波及することは少ないことが知られています。この研究の所見はそのように読めると思います。

2) 弁証法的行動療法

アメリカのシアトルで活躍しているリネハンが開発した弁証法的行動療法は、境界性パーソナリティ障害患者の治療法として現在世界の注目を集めています。これはリネハンが1980年代の終わりから開発し、1990年代の初めに、科学的にその効果が証明された治療プログラムで

す。

弁証法的行動療法は、週2回の集団技能訓練と、週1回の個人面接から構成されています。さらに24時間、随時、電話相談を受け付けています。とてもデラックスで、わが国の保険診療では絶対できないような治療です。この弁証法的行動療法で取り扱われる領域は、対人関係、感情のあり方、物事の認識の仕方など広範囲であり、しかも、集中度の高い治療であるといえます。

先ほどお話した「マインドフルネス」は、その基本的概念の一つです。それによって「現実的で冷静な自己観察、現実認識の技能」を高める。そして、「感情コントロール技能」、「役に立つ対人関係技能」を増やすことができると考えられています。

治療の目標としては、「安全第一」、「治療阻害行為を防止する」、「日常生活の質を損なう行動を防止する」、「有効な生活スタイルを作り上げる」こととされています。

「マインドフルネス」については、よく理解できないという不満が多く聞かれます。それは当然のことです。「マインドフルネス」はもともと仏教の概念であり(それぞれチベット仏教では正念、禅では正覚と翻訳されている)、言葉の説明で理解することが難しいものとされているからです。しかし米国の人は、多文化社会に生きているからだと思いますが、このような仏教の難しい概念を図や喩えを使ってわかりやすくする努力を惜しまないという特質があります。

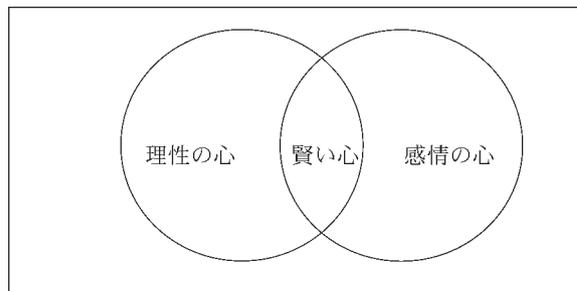


図3. 心の状態

弁証法的行動療法の「配布資料」(リネハン Linehan MM “Skills training manual for treating borderline personality disorder” The Guilford Press, 1993) より「理性の心」は、知的、合理的な考えや事実にもとづいて冷静に行動する心の状態のことである。「感情の心」とは、その時の感情や気分状態に支配されている心の状態である。「賢い心」とは、その両者が統合された状態である。

図3はリネハンが説明のために使っている図です。ここでは、「マインドフルネス」が「理性の心(思考力が働く領域)」と「感情の心(感情の支配する領域)」の重なった「賢い心」と呼ばれる領域であることが示されています。思考と感情の両方が統合されていて、感情が生かさ

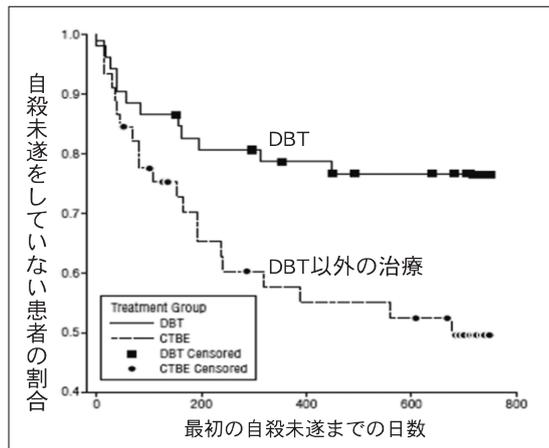


図4の注：弁証法的行動療法を受けた境界性パーソナリティ障害患者は、他の治療を受けた患者よりも自殺未遂の再発までの期間が長い。

自殺未遂までの日数の生存曲線 治療は一年間、フォローアップは2年間続けられた。

図4．弁証法的行動療法（DBT）の効果

れていて、思考も正しいという境地がマインドフルネスであり、そのような状態に心をもってゆくことが大事だということです。

これを聞くと、「こんなことは当たり前です。患者さんに限らず誰にも役に立つことです」とおっしゃる向きもあると思います。しかしこれは、パーソナリティの可能性を増やすための一つの「修行」であり、患者の回復に役立つものだと理解できると考えます。

図4は、リネハンが2006年に発表した弁証法的行動療法の効果についての報告からとったものです。これは、 Kaplan・マイヤー曲線と呼ばれる図です。縦軸は、自殺未遂をしていない人の比率、横軸は時間です。横軸を右に行けば行くほど、右肩下がりになっていますが、これは自殺未遂をした人は徐々に累積してゆき、自殺未遂をしない人は徐々に減ることを表しています。

このグラフの2本の線は、それぞれが弁証法的行動療法を受けた群とその治療以外の治療を受けた群の自殺未遂経験率を表しています。この図によって、どちらが自殺未遂を防止する効果が強いかを比較できるのです。

それをこの図4で確認しましょう。弁証法的行動療法を受けた患者は、この2年の期間中75%以上が自殺未遂をしないで済んでいます。ところが、弁証法的行動療法を受けていない患者は、約50%は自殺未遂をしています。このようにして弁証法的行動療法は、自殺未遂を減らす力があるということが確認されるわけです。その他の臨床指標でも弁証法的行動療法に効果があることが確認されています。

3) 自傷行為に対する薬物療法

次は、薬物療法の研究を紹介しましょう。薬物療法では、リストカットをする人たちはうつ状態にあると考え

られますので、セロトニン再取り込みの阻害薬(SSRI)などの抗うつ薬、炭酸リチウムなどの気分調整薬といったうつ病、躁うつ病の薬がよく使われます。また、精神安定を図るため、抗精神病薬もしばしば使われます。しかしこれまでの薬物療法についての研究には一定した所見に乏しく、有効性の確認された薬物はまだ見出だされていません。

ちなみに、自殺予防については、効果が確認されている薬剤があります。一つは炭酸リチウム、躁うつ病に用いられる気分調整薬ですが、他の精神障害の患者にも予防効果があると考えられています。今一つは、抗精神病薬のクロザピンです。その統合失調症の自殺予防に対する有効性はすでに確立されています。このような事情から、今後自傷行為、自殺未遂への有効性が認められる薬剤が見出されることは、十分に期待できることです。

図5には、ヴァークスら(1997)によるSSRIの一種、パロキセチンの自殺未遂に対する予防効果が示されています。

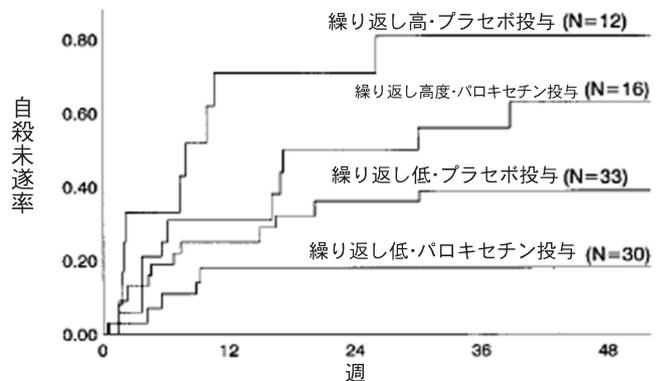


図5．経過による自殺未遂を行った患者の比率（ Kaplan・マイヤー曲線）

ます。この図には、図4と同様にカプラン・マイヤー曲線が描かれているのですが、縦軸が自殺未遂をした人の比率ですから、時間がたつにつれて累積するので右肩上がりのカーブになります。ここでは、48週経つと、一番悪い条件のSSRI治療を受けていない頻回自殺未遂経験患者では8割もの方が自殺未遂をしていたことになりま

す。ここでは、自殺未遂を2-4回している対象と、5回以上している対象との2群に分けて、パロキセチン投与者、非投与者の比較が行われています。図5では、それぞれの群でパロキセチン投与群が非投与群よりも自殺未遂をした人の比率が低いこと、つまりパロキセチンが効いていると考えられることが確認されるでしょう。

ところが、このヴァークスらの研究の所見は追試で確認されていません。現在でもSSRIの自傷行為・自殺未遂に対する有効性は確立されていないのです。

VI. 境界性パーソナリティ患者の自傷行為の予後

1) 境界性パーソナリティ障害の自傷行為の予後

自傷行為の予後について話を進めましょう。これについて境界性パーソナリティ障害を対象に研究が積み重ねられています。先ほどお示したように、すでに若年期に自殺関連行動を始めていて再度自殺関連行動をして入院した人の84%が境界性パーソナリティ障害であったというのが私たちの研究の所見だったものですから、境界性パーソナリティ障害の自傷行為が経過の中でどうなるかは、参考とするべき事柄だろうと思います。

図6は、ハーバード大学のザナリニらが2007年に発表したグラフです。境界性パーソナリティ障害の症状を、急性期症状と体質的症狀、慢性症狀に分けています。そ

の赤い線が、境界性パーソナリティ障害患者の症状の推移を示しています。そうしますと、慢性的な怒りという体質的症狀のある人は、最初の2年で90%ぐらい、10年たつと、50%ぐらいに減っています。体質的症狀は時間の経過とともにだんだん良くなっていきますが、0にはなりません。ところが急性期症狀の方は、時間の経過とともにほとんど0になります。

境界性パーソナリティ障害でない、より軽症のパーソナリティ障害患者の症状は青い線で示されています。その患者では、境界性パーソナリティ障害患者よりも症状の頻度が低く、症状の改善も早いことがわかります。

自傷行為は、図6の左部分の急性期症狀の一つとして、比較的直りやすい症状であるとみなすことができます。図6によれば、自傷行為を行う患者の割合は、最初の2年以降減りはじめ、最後は1割を切っています。境界性パーソナリティ障害患者でも、長くねばり強く治療を続けると自傷行為が改善することがこの図から読み取れると思います。

2) 自殺関連行動を呈して入院した患者の予後

最後は私たちのデータを紹介します。自殺関連行動を呈して入院した患者を2年間フォローした研究の所見です。

表5の中のSF-8というのは全般的な健康状態を評価する尺度で、精神的健康と身体的健康のサマリースコアが算出されます。身体的健康サマリースコアはほとんど変化していませんが、精神的健康サマリースコアや絶望感はだんだん改善しています。しかし、自殺関連行動の回数については減少が確認されていません。

図7は、境界性パーソナリティ障害の有無で各時期の自殺関連行動をしていない患者の比率を示したカプラ

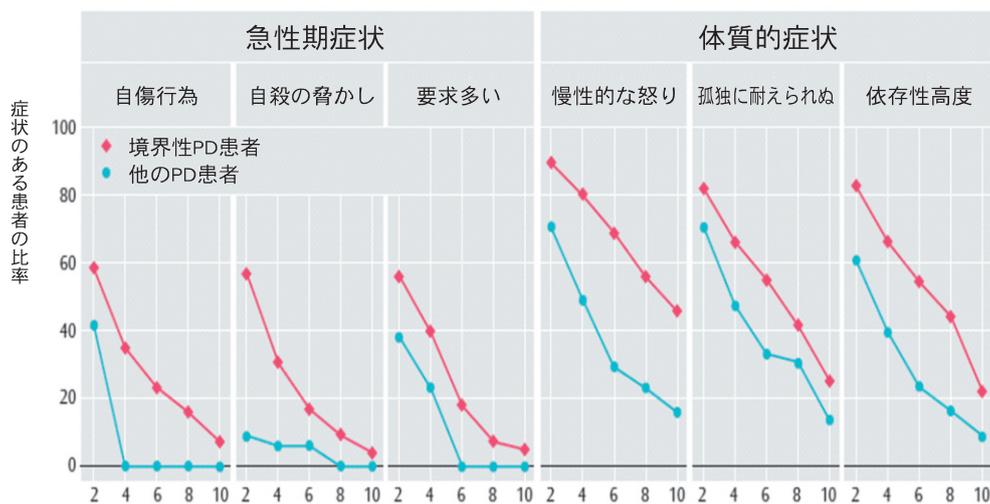


図6. 境界性パーソナリティ障害患者の精神症状の経過

表 5. 自殺関連行動入院患者の経過 (林ら 未発表データ)

	0-0.5年	0.5-1年	1-1.5年	1.5-2年
身体的健康サマリースコア SF-8	48.1	47.4	46.7	47.8
精神的健康サマリースコア SF-8	37.7	39.6	41.8	42.4
絶望感 (BHS超短縮版)	2.5	2.3	2.2	2.1
精神科入院者数	34/107	12/103	19/96	24/88
平均精神科入院日数	13.19	23.09	15.94	15.60
平均身体科入院日数	0.96	1.30	1.34	0.81
平均自殺関連行動数	1.9	1.3	1.3	1.3
治療を必要とする平均自殺関連行動数	1.6	0.4	0.5	0.6
死ぬ意図明確な平均自殺関連行動数	0.9	0.7	0.8	0.5

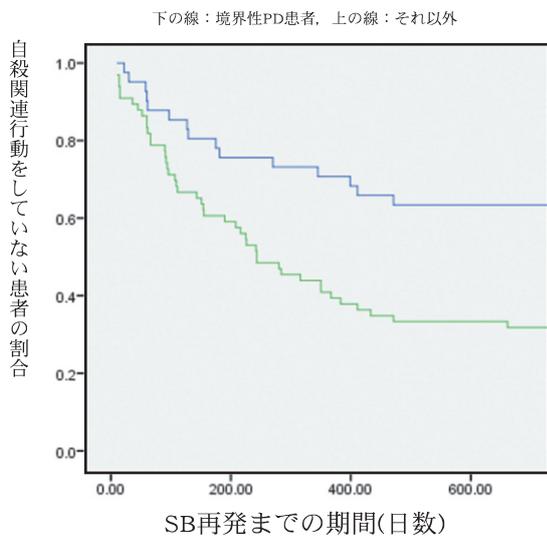


図 7. 境界性 PD 患者とその他の患者の SB 再発までの期間

ン・マイヤー曲線です。境界性パーソナリティ障害があると自殺関連行動をしていない患者の比率が早く低減すること、つまり、自殺関連行動の再発傾向が強いということがわかります。ここから、境界性パーソナリティ障害は、自殺関連行動再発のリスクファクターだといえるでしょう。

同様に虐待の有無で自殺関連行動の予後と比較する Kaplan・マイヤー曲線を描くと、養育期に虐待を経験した群で自殺関連行動をしていない人の比率が早く低減することから、虐待もまた自殺関連行動再発のリスクファクターであることが確認されます。

私たちの研究では、2年間の経過における自殺関連行動の減少は確認されなかったことから、自殺関連行動をして入院してきた患者の自殺関連行動再発リスクは相当長期間持続するものと考えられます。しかし精神症状が徐々に改善していることから、今後それが減少する可能性もあるでしょう。また、境界性パーソナリティ障害で

あることや養育期に虐待を経験していたことが自殺関連行動の再発リスクを高めることが確認されました。これらの特徴のある患者には、特別に注意する必要があると考えられます。

本日の講演では、若年期に自傷行為や自殺未遂（自殺関連行動）を始めていた精神科患者を取り上げて、境界性パーソナリティ障害であること、養育期に虐待を経験していたことが早期自殺関連行動開始の要因である可能性を指摘し、自傷行為や境界性パーソナリティ障害の治療や予後について現在明らかにされている研究の知見を紹介してきました。

題名に掲げられている「子ども」が前面にあまり出ていない発表でしたが、子ども時代に自傷行為をしていて後に精神科を受診した人の治療や予後の話であったと受け取っていただけたら幸いです。

これで私の講演を終わります。ご清聴をありがとうございました。(拍手)

相談室より

市井の臨床家、三木アヤ先生さようなら そして相談室にようこそ

東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース 田中千穂子



三木アヤ先生 (1996年撮影)

箱庭療法の草わけ的存在である三木アヤ先生が、本年3月28日に天国に旅立たれました。90歳でした。私は30年以上も前に、夢分析を3年間うけるといところから、先生を師と仰いできました。そしてクリニックで心理臨床家としての経験をつみながら、20年ほど前から三木先生と、もうひとりの門下生である光元和憲先生と「3人の会」という箱庭の会をつくりました。それは三木先生がはじめられた、セラピストが自分で箱庭をおいてゆき、自分で自分をみつめ、自分への理解を深めてゆくという「こころのプロセス」に伴走するという、当時ではまだ新しい試みでした。

三木先生は箱庭の読み手であると同時に、北原白秋門下の短歌の歌人、宮柊二に師事し、「地底の泉」「白蠟花」「夢七夜」「茜の座標」などの歌集を出版されています。一方心理臨床家としての著書には「自己への道」「女性の心の影」「女性の心の謎」「体験箱庭療法Ⅰ、Ⅱ」などがあります。臨床家としての先生は、河合隼雄先生に夢分析をうけ、のちにチューリッヒ

に短期留学してフレイ先生やマイヤー先生、カルフ先生に指導をうけられました。先生はそれらの日々、夜毎みる夢のなかで、自分は短歌をつくっていたりもしていたと語られていました。このように短歌と箱庭はともに、先生にとってとても大事なものでした。

先生はよく、箱庭をみたあと、「うんうん、そうね、そうだわね、そうなのよ」というような表現をされていました。一緒にいる私たちは何が「うんうん」で何が「そうなのか」一体先生は何をつかんでいるのか、ということがまったくわからずに、もうすこし言葉にしたいと願ったものでした。でも先生によると、「自分にとっては当たり前のことなので、わざわざ言葉にする必要がない」とのこと。しかしそれでは、三木先生の箱庭ワールドが後世に伝わりません。それはあまりにもったいないと私はひそかに『三木語録』をつくり、先生の読み方を研究し、それを言葉におきかえてゆく作業をするようになりました（その三木先生の読み方を現したものが「体験箱庭療法Ⅱ」です）。先生は箱庭を表面的にとらえることなく、奥深く、真髓のところできちんとつかむ読み方をされます。ほかの箱庭のどの「見手」よりも的確に、かつ深く読み取る能力をもっておられました。それはおそらく天性のものであり、誰もが学んで身につけることができるようなものではないと思います。その先生も、10年ほど前より病気がちになられ、特に最後の5年間にご自宅で娘さんやご家族のみなさまに囲まれ、家で療養されておられました。そして亡くなる前日、いつものように眠り、そのまま旅立たれたとのことでした。



先生の御著書



三木研究室

三木アヤ先生には、数えきれないほどのお弟子さんがいて、大勢の人に慕われておいでです。さらに先生の箱庭のパーツは、こだわって選りすぐられたものが多く、先生の研究室で箱庭をおいたことのある人には、忘れえぬ思い出の品々です。今回ご家族から、三木先生のもっておられる箱庭の道具を、このまま埋もれさせてしまったり、あるいは散逸させてしまうのはあまりにもったいない、さらには「過去のものとして置いておくのではなく、未来にむけて未来につなげ、これからも生きてゆく人たちのセラピーにどんどん使っていただけるような場に寄贈したい」とのご相談をうけ、本東京大学大学院心理教育相談室が、その大役をひきうけさせていただくことになりました。「母の箱庭がお役にたてるものになってくれることができれば、『こんなにぴったりおさまるところに納めてくれた』と喜んでくれることと確信しています」というお言葉をご家族から頂戴しました。



三木研究室の箱庭



スペシャルパーツ

面接室への移動は、今年の夏頃になりますので、寄贈していただいた箱庭パーツそれ自体を、写真でみなさまにお見せすることができません(来年度紀要には、写真を掲載する予定です)。私は先生の箱庭パーツをひきつがせていただくだけでなく、先生ご自身ももっておられた「箱庭を、つまり人の精神内界をまっすぐに読みとるまなざし」と、先生が大事にされておられた「専門的な経験に裏づけられた独特の勘」、何よりも「到底言葉にすることができないイメージの力のすさまじさ」といったものもまた、本相談室で受けついでゆきたいと願っています。それはすなわち、言葉で語られる表の世界だけにとらわれるのではなく、そこを突き抜け、言葉にならないイメージの世界もふくめて、人の精神内界を理解し把握する、というあり様であり、それこそが、私たち心理臨床家ひとりひとりがしっかりと身につけ、育ててゆきたいものだといえるでしょう。三木箱庭を継承するということによって、先生が大事にされたイメージの世界とのつながりを、いかに深く受け継ぎ、心理治療に役立てているかがこれからの私たちに問われてくるのだと思います。三木アヤ先生、これからの私たちの成長とそれぞれの自己研鑽を、箱庭を通してじっくりと天国から見守っててください。そしてゆっくりとお休みください。

近ごろの相談室の動きから

東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース 高橋 美保



新設された第5面接室

「カウンセリングを受けたいのだけれど、一体どこに行ったらいいのでしょうか?」、筆者は臨床心理士としてこんな質問を受けることがしばしばある。質問者は、「一般の相談機関もあるけど、相当な料金。そんなには払えない。しかも、そこがそんな大枚をはたいてまで行く価値があるのかも分からないし。相談には行きたいけど、一体どこに行ったらいいのか…」と続ける。一生活人としては、至極もっともな想いである。

相談機関には色々な形態があり、当相談室も巷の相談機関の一つである。中でも当相談室のような大学附属の相談機関は、修行中の学生が担当者である点に不安を覚える一方で、一般の相談機関に比べれば比較的廉価な料金設定であるという点が良くも悪しくも特徴といえるだろう。しかし、一般には、大学の附属機関として設置される心理教育相談室は、なかなか相談件数が伸びないというのがこれまでの実情であった。事実、数年前まで、当相談室も同様の問題を抱えていた。

ところが、当相談室への相談申し込みはここ数年急増している。2009年度の新規申込件数は159件で2005年度の約2.5倍、面接回数は3234回で2005年度の807回の実に約4倍にも上る。経済不況が続く社会情勢の中、悩みを持つ人の数が単純に増えたのか、あるいはカウンセリングの敷居が低くなったのかもしれない。しかし、当相談室が2009年度に複数の他大学を対象に実施した大学附属の相談機関の活動状況を把握

する調査では、他大学の相談室の面接実施件数は漸減傾向にあることが明らかとなった。つまり、昨今の相談件数の増加は、当相談室に特異な傾向であると言えそうである。実際に、当相談室は数年前に相談料金の改定やホームページなどの広報活動の拡充を図っており、それらが功を奏したと考えられる。しかし、相談を申し込むクライアントさんの話からは、本学ならではの高度な教育への期待が大きいことも窺われる。

このことから、何が言えるだろうか。経済不況の中、心理的な問題を抱えた人たちにとって、料金設定が相対的に安いということは重要なことであろう。しかし、かつての日本製品のように安かろう悪かろうというサービスは求められていない。むしろ、安くても上質なサービスを求められているのである。事実、当相談室の昨今の相談内容は確実に難しいものが増えてきているという実感がある。当相談室の新規申し込み件数の増加は、このような社会からの期待の現れなのかもしれない。

大学附属の相談室は、教育と実践という2つの役割を担っている。教育の場という意味では、相談件数の増加は学生が十分な実習ケースを体験できるというという意味で大変ありがたいことである。しかし、実践という意味では、相談者のニーズにもしっかり応えていかななくてはならない。たとえ安くても上質のサービスを提供するためには、面接の質の向上のための指導体制の強化はもちろんのこと、急増する面接回数をこなせるだけの面接室の確保や、担当できる相談員の確保が必要である。その一環として、2009年度末には、新たに第5面接室を増設した(写真参照)。それによって、これまで課題となってきた面接室不足は解消されつつある。今後、社会のニーズに応えるためにも、教育や指導というソフトの面の充実と、面接室や安全面の確保といったハード面の拡充が大きな課題となるであろう。

冒頭の質問に見るように、カウンセリングを求めながらも適切な行き場がなく迷っている間に事態が悪化してしまうことも少なくない。当相談室に質問への回答の選択肢の一つとしての役割を求められているとすれば、その社会的役割は大きいといえよう。社会に開かれた相談機関として、今後もより良いサービスの提供を目指していきたい。

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室とは●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科附属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査や心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、病院の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的な実践的研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容●

次のような問題でお困りの方のご相談を受け付けています。ご本人だけでなく、保護者の方、学校の先生方のご相談も受け付けています。

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達的な心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動がある etc.

● 3. 相談の種類と料金●

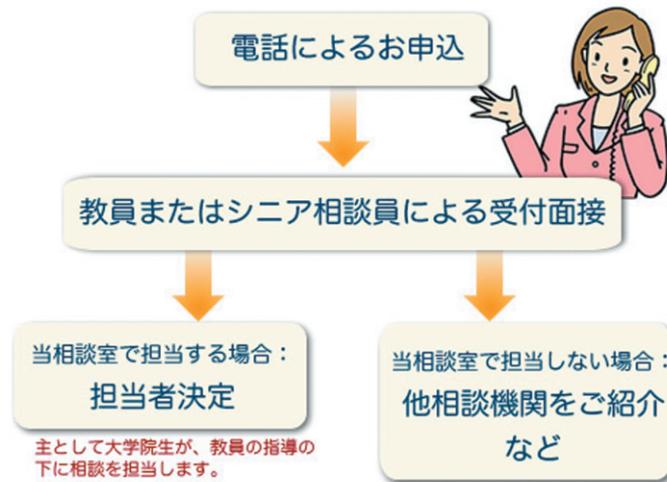
- 初回のご相談の場合 受理面接2,000円
- ご自身のことについてのご相談の場合 カウンセリング2,000円
- お子さんにプレイセラピー（遊戯療法）を行う場合 プレイセラピー（遊戯療法）2,000円
- お子さんの問題について、保護者の方からのご相談の場合 保護者面接1,000円
- ご家族がいらしてファミリー・セラピーをご希望の場合
ファミリー・セラピーのための家族面接.....3,000円
- 教師など、専門職の方がコンサルテーションをご希望の場合 コンサルテーション.....3,500円
- 心理検査や発達検査をご希望の場合 検査面接.....2,000円

※2008年12月現在です。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※検査面接のみの実施は受け付けておりません。

● 4 . 相談申し込みの流れ●

当相談室における相談申込の流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずは電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。詳細については、03-3818-0439もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/index.html>を参照してください。



● 5 . 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



2009年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に心理臨床の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認可され、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室規則」、「同研究科心理教育相談室運営小委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。現在、実習施設としては、農学部弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室4、プレイルーム2、待合室兼事務室1、相談準備室1、観察機材設置倉庫1を備えている。また、相談室と隣接して、カンファレンスや演習等を行う演習室と資料室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至までの、発達障害、不登校、非行、対人関係や神経症的な問題等を抱えた方が来談している。2009年度の相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床心理スーパーバイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）、そして臨床心理士の資格を有し、臨床心理面接を指導するために委託された臨床相談員である。2009年度は、中釜洋子教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、田中千穂子教授、能智正博准教授、高橋美保専任講師、林直樹客員教授（本務：松沢病院精神科部長）が臨床心理スーパーバイザーとして指導に当たった。臨床心理スーパーバイザーは月1回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、芳川玲子先生（本務：東海大学文学部教授）、滝井有美子先生（本務：情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園セラピスト）、藤原祥子先生（本務：東京大学理学部・理学系研究科学生支援室主任）、北島歩美先生（本務：日本女子大学カウンセリングセンター准教授）が臨床相談員としてスーパーバイズと心理面接を担当した他、1名の相談補佐員が電話取り次ぎなどの事務業務を担当した。相談員は修士課程26名、博士課程26名、日本学術振興会特別研究員1名からなり、心理相談活動および相談室運営を行った。

2. 相談活動状況

表1に、過去3年間の新規来談申し込み件数を示す。2009年度の新規申し込み件数は159件であり、昨年とほぼ同様の数であった。ここ数年の新規申し込み件数は増加の一途であったが、2009年度の件数が昨年とほぼ同様であったことを考えると、増加傾向はひとまず一段落したように見える。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。大まかな傾向としては昨年度の件数と大きな差はないが、並行面接の数が増加していることから、本人の面接に加えて、親への面接が多くなっていることが分かる。

表3は、2009年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。相談内容としては、未成年では強迫性障害などの精神的な問題や、子どもの状態に関する相談が多く、成人に関してはカウンセリングを希望した来談が多いことが見てとれる。

表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年はインターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2009年度もその数が微増している。また、各種機関からの紹介としては、医療機関からの紹介が最も多く、次いで他の相談機関、幼稚園や学校、となっている。個人の紹介としては、知人や家族からの紹介が多く、当相談室関係者からの紹介が多かった昨年とはややことなる傾向であった。

表5に、新規来談者居住区域を示す。傾向としてはこれまでと変化はなく、東京都内からの来談者がほとんどを占めている。

表6には、過去3年間の面接延べ回数を示す。延べ回数に関しても毎年増加傾向が見られたが、2009年度は昨年度に比べると800件以上の増加である。項目別に見ても、昨年度から減ったものはなく、カウンセリング、保護者面接、プレイセラピーの順に増加が見られた。

3. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。まず前期の学部授業として、「心理教育相談（カウンセリング）入門」を開講し、心理教育相談室の運営に関わる5名の専任教員が、オムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法やカウンセリングを中心に、心理臨床実践に関わる理論と実際を紹介して、相談室活動を学生に広く知ってもらうことであった。

また、2009年9月には、「心理教育相談室年報 第4号」を発行し、近隣の大学の相談室や地域の相談機関等に配布した。

さらに、2009年11月21日（土）には、「自らを傷つける子どもたち～自傷行為の理解と予防に向けて」というテーマで第5回公開講座を行った。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表1 新規来談申し込み件数

	2007年度	2008年度	2009年度
4月	8	19	25
5月	8	18	12
6月	11	12	13
7月	7	15	18
8月	10	8	12
9月	6	15	11
10月	8	15	9
11月	8	15	11
12月	7	14	10
1月	10	9	10
2月	7	11	15
3月	0	9	13
計	90	160	159

表2 新規申込者年齢別・男女別件数

	2007年度				計	2008年度				計	2009年度				計					
	男子		女子			男子		女子			男子		女子							
	本人	親 並行 家族	本人	親 並行 家族		本人	親 並行 家族	本人	親 並行 家族		本人	親 並行 家族	本人	親 並行 家族						
就学前児	0	0	4	0	8	0	0	4	0	6	0	2	6	0	0	0	1	0	9	
小学生	0	0	7	0	13	3	2	12	1	32	1	2	15	0	0	0	10	0	28	
中学生	0	1	7	1	17	2	3	8	1	25	0	7	7	0	0	3	9	0	26	
高校生	0	1	2	0	8	1	2	10	0	18	0	3	7	0	0	3	8	0	21	
他未成年	0	1	0	0	3	0	1	0	0	3	0	0	1	1	1	0	1	0	4	
浪人生	0	1	0	0	2	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	3	
大学生	2	2	0	0	8	2	0	1	0	13	1	0	2	0	2	0	0	0	5	
成人	20~29	1	2	1	0	15	2	1	0	0	14	5	1	2	0	12	1	2	0	23
	30~39	3	0	0	0	7	11	0	1	1	20	3	1	0	2	7	0	0	1	14
	40~59	3	0	0	0	9	11	0	0	0	23	7	1	0	0	11	0	0	3	22
	60~	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0	0	4
	計	7	2	1	0	31	24	1	1	1	61	17	3	2	2	32	1	2	4	63
合計	9	8	21	1	90	32	9	36	4	160	21	17	40	3	35	7	32	4	159	

表3 2009年度新規来談者年齢別・男女別相談内容

区分	相談内容	
	男	女
就学前児	子どもの状態 1 発達相談 2 発達障害 1 情緒的発達 1 プレイセラピー希望 1	情緒的発達 1
小学生	子どもの状態 6 プレイセラピー 2 強迫性障害 2 発達障害 2 カウンセリング希望 2 アスペルガー 1 情緒的発達 1 発達の偏り 1 不登校 1	強迫性障害 2 子どもの状態 2 発達障害 2 療育 1 プレイセラピー希望 1 ADHD 1 場面緘黙 1
中学生	強迫性障害 3 子どもの状態 3 カウンセリング希望 3 発達障害 2 不登校 2 成績不振 1	強迫性障害 5 不登校 3 子どもの状態 2 カウンセリング希望 2
高校生	強迫性障害 4 不登校 2 不定愁訴 1 発達遅滞 1 子どもの状態 1 カウンセリング希望 1	強迫性障害 3 子どもの状態 3 対人関係 1 摂食障害 1 自殺企図 1 家族療法希望 1 カウンセリング希望 1
他未成年	子どもの状態 1 発達相談 1	カウンセリング希望 1 適応 1
浪人生	強迫性障害 1 親子関係 1	強迫性障害 1
大学生	カウンセリング希望 3	強迫性障害 1 カウンセリング希望 1
成人	カウンセリング希望 7 引きこもり 4 家族関係 2 うつ病対応 2 認知行動療法希望 2 吃音 1 就業相談 1 人格障害 1 IP対応 1 強迫性障害 1 対人関係 1 復職 1	カウンセリング希望 14 家族関係 5 強迫性障害 2 対人関係 2 親子関係 2 子どもの状態 2 家族療法希望 1 うつ病対応 1 入社拒否 1 生活相談 1 摂食障害 1 適応 1 認知行動療法希望 1 発達障害 1 引きこもり 1 夫婦関係 1 物忘れ 1 DV 1

表4 2009年度新規来談者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	10
	医療機関より紹介	27
	他の相談機関より紹介	15
	上記以外のサービス機関より紹介	3
個人の紹介	クライアントより	3
	当相談室関係者より	7
	東大教官・学生より	5
	他大教官・学生より	2
	その他（知人・家族）	16
直接	本を読んで	2
	再 来	2
	インターネット	61
	講演会・公開講座	1
	ちらし	0
	学内広報	0
そ の 他	5	
計	159	

表5 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	不明	計
2007年度	69	6	7	3	4	1	90
2008年度	110	17	20	10	3		160
2009年度	112	16	17	11	3		159

表6 処置延べ回数

	2007年度	2008年度	2009年度
受付面接	89	138	141
カウンセリング	570	996	1367
プレイセラピー	306	496	681
保護者面接	347	684	943
家族面接	101	72	81
コンサルテーション	1	6	9
検査面接	11	5	12
計	1425	2397	3234

心理教育相談室の構成（2010年度）

心理教育相談室運営小委員会

委員長 川本 隆史（教育学研究科教授 総合教育科学専攻長）
委員 佐々木 司（教育学研究科教授 身体教育学コース）
委員 本田 由紀（教育学研究科教授 比較教育社会学コース）
委員 下山 晴彦（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 中釜 洋子（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 高橋 美保（教育学研究科専任講師 臨床心理学コース）

室長

中釜 洋子

臨床心理スーパーヴァイザー

下山 晴彦
田中千穂子（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
中釜 洋子
能智 正博（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
高橋 美保
中嶋 義文（教育学研究科客員教授 連携併任分野／三井記念病院神経科部長）

臨床相談員

芳川 玲子（東海大学文学部心理社会学科 教授）
瀧井有美子（情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園セラピスト）
藤原 祥子（東京大学理学系研究科・理学部 学生支援室相談特任助教）
北島 歩美（日本女子大学カウンセリングセンター 准教授）

相談員

学振特別研究員 石丸径一郎
博士課程3年 猿渡知子 大瀧玲子 曲暁艶 熊坂沙織 須川聡子 高岡昂太 中坪太久郎 野田香織 橋本望
藤岡勲 割澤靖子
博士課程2年 綾城初穂 鴛渕るわ 末木新 平野真理 藪垣将 山本涉 吉田沙蘭
博士課程1年 梅垣佑介 向後裕美子 曾山いづみ 堤亜美 花嶋裕久 原田満里子 広津侑実子 向江亮
山田哲子
修士課程2年 梅澤史子 岡田晋 川崎舞子 川崎隆 菊池なつみ 北村篤司 金田一賢顕 日下華奈子
倉光洋平 佐久間舞 田中直樹 津田容子 野中舞子 福永宏隆 丸山由香子
修士課程1年 猪ノ口明美 小倉加奈子 柿爪茉南 金智慧 坂口由佳 菅沼慎一郎 鈴田純子 高柳亜里紗
高柳めぐみ 中野美奈 羽澄恵 山下麻実

相談補佐員

増山 幸子

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第5号

2010年9月15日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439
