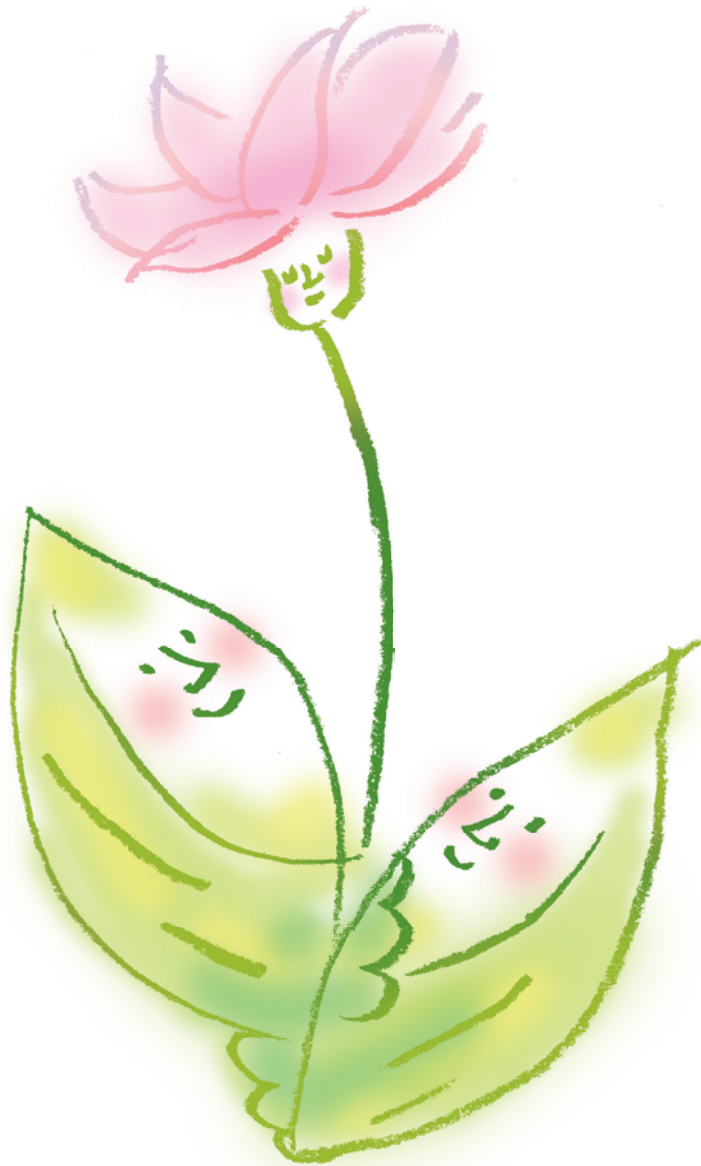


うつやパニックなどをもっている
アルコールや薬物依存症の人への対応について

～回復者施設職員向け依存症重複障害対応マニュアル～



《はじめに》

平成 20 年度より、「厚生労働省 障害者保健福祉推進事業」の一環として、私どもは「アルコール・薬物依存症者 回復施設職員研修事業」を始めました。

この事業は、平成 22 年度から厚生労働省の委託事業に格上げされ、これまで 2 年間、この事業を継続させていただいております。この研修の中では、当初から、回復施設が抱えている最も大きな問題点の 1 つとして、利用者に重複障害を有する者が多く、その対応に苦慮しているということが明らかになっていました。

これを受けて、厚生労働科学研究の本分担研究では、過去 3 年間にわたり、アルコール・薬物依存症者における重複障害の実態調査を行った上で、研究のもう 1 つの目標である、対応マニュアルの作成にも取り組んで参りました。

本マニュアルは、このような経過の中で生み出されたものです。内容を見ていただければお分かりのように、本マニュアルには、主要な重複障害がすべて網羅^{もうら}されています。また、手に取った方が使いやすいよう、非常にわかりやすく書かれ、編集されています。

本マニュアルの執筆や編集にご貢献いただきました「重複障害対応マニュアル作成委員会」の各先生方には、この場をお借りして心より深謝いたします。

本マニュアルが、できるだけ多くの方々にお役立ていただけるよう、祈念しております。

平成 25 年 5 月

厚生労働科学研究

様々な依存症における医療・福祉回復プログラムの策定に関する研究（研究代表者 宮岡 等）

分担研究

アルコール・薬物依存症と他の精神障害との重複障害の実態把握と治療モデル構築に関する研究

研究分担者

独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター 院長 樋口 進

もくじ

<はじめに>	久里浜医療センター 樋口 進	
I. そもそも依存症とは…	久里浜医療センター 真栄里 仁	1
II. こんな症状で困った時には		
1 食べ吐きや盗癖 ^{はき とうへき} などのある人に困ったら？	赤城高原ホスピタル 村山 昌暢	5
2 すぐにキレて、暴言 ^は を吐いたり暴力をふるう人に困ったら？	肥前精神医療センター 武藤 岳夫	11
3 落ち着きがなく、じっとしてられない人の対応に困ったら？	新泉こころのクリニック 朝倉 新	18
4 ミーティングなどで、まわりの空気が読めない人に困ったら？	新泉こころのクリニック 朝倉 新	23
5 パニックをおこす人に困ったら？	筑波大学 森田 展彰	28
6 「何か聞こえる」、勘 ^{かん} ぐりやすい人に困ったら？	埼玉県立精神医療センター 成瀬 暢也	36
7 「眠れない」という訴 ^{うた} えで困ったら？	三重県立こころの医療センター 長 徹二	41
8 “気分の波”がある人への接し方で困ったら？	東北会病院 奥平富貴子	47
9 「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？	神奈川県立せりがや病院 青山 久美	54
III. もっとくわしく知りたい方に、おすすめの本や記事のリスト		61
<おわりに> 一この本を手にした回復者で援助者の方へ一	久里浜医療センター 桑田 美子	62

《 I . そもそも依存症とは… 》

このガイドラインでは、依存症の患者さんに見られるうつやパニック、死にたい気持ちなどの訴えを取り上げています。この章では、その準備として、依存症の基本的なことについて取り上げます。

依存症になりはじめの頃は、多くの人が病気と言われることに戸惑い、「私だって、まわりの人と変わらない普通の酒飲みだ」とか、「覚せい剤をやっている、仕事は人並み以上にやっている」、「マリファナは合法の国もあるから、自分は病人や犯罪者ではない」と主張したりします。また、依存症であることを自分で受け入れるようになってからでも、まわりの人に対して、依存症についてうまく説明できなかつた経験はありませんか？

そこで、いったい“依存症”とはどのような病気なのか、まずはここでおさらいすることから始めましょう。

■はじめに■

1. 依存症って…？

お酒の場合で考えると分かりやすいのですが、アルコール依存症の人も最初は普通の酒飲みです。それが飲み方が段々変わっていき、いつの間にか依存症と言われる状態になってしまいます。

では、どこからが依存症になるのかと言うと、「お酒を飲むこと（あるいは、そのクスリを使うこと）が人生の目的になり、それまで大切にしていたものよりも、お酒（クスリ）が生活の中心となること」が、“依存症”と“普通の酒飲み”を分ける境目になります。つまり、依存症になると、お酒やクスリに支配され、家族や仕事といった本来大切にしていたはずのものよりも、お酒やクスリを優先するようになってしまうのです。そして、このような状態になっているかどうかを判断するために、病院では6項目の依存症の診断基準を使って、そのうち3項目以上にあてはまる場合に“依存症”と診断しています。

2. 依存症の診断基準

では、診断の基準になる6項目を見ていきます。

①クスリを使いたい、お酒を飲みたいという強い欲求

これはすべての依存症に共通するもので、“精神依存”と呼ばれます。この精神依存のために、お酒が切れると夜中でも買いに出かけたり、そのためには平気で飲酒運転をしたり、あるいはクスリを手に入れるために犯罪に走ったり、売春をしたりするといった行動が見られます。

②“ほどほどにする”ということができない

《Ⅰ. そもそも依存症とは…》

覚せい剤やマリファナでも、使いはじめの頃は「彼氏と遊ぶ時だけ使う」、「海外旅行先だけで使う」など、場面に応じた使い方をしたり、自分の考えでクスリをコントロールすることができるようです。またお酒でも、週末はガンガン飲んでいても、平日はビール1缶にするというように、場所や時間による飲み分けがある程度できます。

ところが、一旦^{いったん}依存症になってしまうと、「いつでも、どんな時でもクスリを使う」、「1缶だけにしようと思って飲み始めても、結局止まらなくなってしまう」というように、状況に応じた飲み方や、自分の考えでクスリやお酒をコントロールすることができなくなってしまうのです。

③禁断症状（^{りだつ}離脱症状）

長期間、モルヒネ、ヘロイン、睡眠剤など、いわゆる“ダウナー系”と呼ばれるポーッとするようなクスリを使い続けたり、お酒を大量に飲み続けていると、体が慣れてしまって、クスリやお酒なしではいられない状態になります。この状態でクスリやお酒が体から抜けると、手が震えたり、けいれんをおこしたり、幻覚が見えたりといった“禁断症状”（医学的には“離脱症状”と言います）があらわれます。禁断症状は、依存症の症状の中でも代表的なものです。ちなみに、覚せい剤は脳を興奮させるクスリであるため、禁断症状はないとされていますが、覚せい剤をやめて数週間たった頃に生じるイライラを禁断症状とする考え方もあります。

④クスリが効かなくなってくる、お酒に強くなる

依存症者であっても、最初から大量の薬を使ったり、一升^{しょう}酒を飲んだりしていたわけではありません。最初の頃は、少量のクスリでも充分^{じゅうぶん}な効果が得られていたり、むしろ使いはじめの頃は気分が悪くなった人もいるでしょう。しかし、長期間クスリを使ったりお酒を飲んだりしているうちに、だんだん同じ量のクスリやお酒では効かなくなり、結果として量が増えていくのです。

⑤クスリやお酒を手に入れたり、それが体から抜けたりするのに長時間かかるようになる

依存が進むと、一日中ラリっていたり、酔っぱらっていたり、クスリやお酒を手に入れるのにあちこち出かけたりして、そのために1日がつぶれ、クスリやお酒以外のことにかかる時間がなくなっていきます。

⑥いろいろ問題があるにもかかわらず、そのことを認めようとしなない、クスリやお酒をやめようとしなない

普通の病気の場合には、調子が悪くなったり問題がでてくると、患者さん自身が心配して、自分から病院へ行きます。しかし依存症の場合には、逆に問題が深刻になればなるほど、問題を隠^{かく}したり、病院へ行くことを嫌^{いや}がったりするようになります。ただ、このような特徴も、クスリやお酒をやめて、回復しはじめると徐々になくなっていきます。

3. 依存症の一步手前の状態

依存症の診断にあてはまるほどではないけれど、何らかの問題をかかえている状態を“乱用”や“有害な使用”と言います。

“乱用”とは、主に社会的な問題がおこるような使いかたや飲みかた（たとえば、飲酒運転を繰り返す）、“有害な使用”とは、主に健康に害が出るようなクスリの使い方や飲みかた（たとえば、飲みすぎて肝臓をこわした）などを指します。最近では、依存症をも含めて“使用障害”としてまとめる動きも出ています。

■依存症の治療と、その後の回復過程■

依存症は、クスリやお酒をコントロールできなくなってしまった病気です。そのため、一旦^{いったん}依存症になると、ほどよくクスリやお酒と付き合うことができなくなります。やっかいなのは、クスリやお酒をやめても、体や脳がいつまでもクスリを使ったりお酒を飲んでいた頃のことを覚えているために、少量でもクスリやお酒が入ると、どんどん欲しくなって、短期間（多くの場合、数か月）で元の使い方や飲み方に戻ってしまうことです。そうならないためにも、クスリやお酒を完全に、そして生涯にわたってやめることが必要になるわけです。

しかしながら、とかく人の気持ちは流されやすく、また近年、クスリやお酒はいつでも簡単に手に入る便利な環境にもなってしまっているため、そういった環境の中で、自分ひとりの力だけで断薬・断酒を続けることは、とても難しくなっているのも事実です。

その一方で、アルコール依存症の場合、治療を受けたとしても3か月で半分、1年で7割、10年で8割が元の飲み方に戻り、10年で半数近くの人が亡くなるとも言われていますから、依存症は一人で立ち向かうにはあまりにも重い病気だとも言えます。だからこそ、^{こべんざんとう}孤軍奮闘せずに、自助グループや病院、家族や仲間の力をうまく活用して、断薬・断酒を続けていく必要があるのです。

1. クスリやアルコール依存症以外の依存症

摂食障害や^{せつとうへき}窃盗癖、ギャンブル依存症なども、精神依存のために自分で自分の行動をコントロールできないという意味では、クスリやアルコール依存症と重なる部分が多いので、現在、これらの疾患や問題行動も依存症に入れるべきか活発な議論が行われています。

2. 合併症

依存症にかぎらず、1つの病気がほかの病気を引きおこしたり、違う病気が共通の原因からおこったりすることはよくあります。ほかの病気の例としては、^{のうこうそく}脳梗塞をおこした患者さんは、その後うつになりやすいとされていますし、原因が共通の例としては、肥満が、^{とうにょうびょう}糖尿病や痛風、高血圧など、さまざまな病気を引きおこすことがあげられます。

依存症も、さまざまな病気を合併していることが多い病気です。特に、精神科の病気を合併し

《 I. そもそも依存症とは… 》

ている場合、重複^{ちゆうぶく}障害と呼びます。平成 23 年に行われた調査では、アルコール・薬物依存症者の 3~4 割にうつやそううつ病などの精神科的な病気が見られ、2~3 割にパニックなども見られ、自殺のリスクにいたっては、約半数の依存症者がもっていると報告されています。

また依存症には、ほかの病気になった後に依存症になる“二次性の依存症”と、依存症になった後にほかの病気になる“一次性の依存症”がありますが、これらを正確に区別することは難しいでしょう。

ただ、いずれにしても、断薬・断酒に加えて、合併した病気の治療とを行うことが、両方の病気にとって必要になります。たとえば、うつや強い不安が断酒率を半減させることや、逆に断酒によって不安やうつが改善されることも報告されています。

最後に、このガイドラインでは、それらの病気によっておこりやすい症状を取り上げて解説しています。症状や病気を知ることは回復のための“はじめの一歩”になるはずですが、このガイドラインが、皆さまにお役立ていただければ幸いです。

3. 落ち着きがなく、じっとしてられない人の対応に困ったら？

《ポイント》

- “落ち着きがなく、じっとしてられない”という特性は、一般的に静かな所よりも、刺激の多い環境でひどくなります。
- 本人にとってはコントロールできない場合が多く、特に悪気はありません。
- アルコールや薬物依存の渴望期かつぼうきの症状などと、区別のつきにくい場合もあります。
- 周囲の理解と本人の工夫や努力で、特性を目立たなくし、解決をはかっていきます。

■はじめに■

1. 注意欠陥・多動性障害 (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder : ADHD)

落ち着きがなく、イスにじっと座ってられない、座っていても“貧乏ゆすり”が止まらない、順番が待てない、おしゃべりで相手の話が終わらないうちに話し出してしまうなどの特徴があって、日常生活に支障が出ている場合には、注意欠陥・多動性障害 (ADHD) が考えられます。ADHD は、①不注意、②多動、③衝動性を主な特徴とする生まれつきの障害です。

不注意の例としては、忘れ物・なくし物・落とし物が多い、うっかりミスが多い、片づけられない、物事の優先順位がつけられない、注意集中できないなどがあります。多動の例としては、落ち着きがなく、常に体が動いているなどがあります。また衝動性の例としては、待つことができない、先のことを考えずに衝動的に行動してしまうなどがあります。

一般的には、おとなになるにつれて、多動や衝動性は目立たなくなります。また、不注意だけが目立つケースもあり、こちらは女性に多く見られます。分類すると、①不注意が目立つタイプを“不注意優勢型”、②多動や③衝動性が目立つタイプを“多動衝動性優勢型”、①②③すべてにあてはまるタイプを“混合型”と呼びます。

2. ADHDの原因と経過

ADHDの原因については、現在のところ、脳の働きに問題があると言われていています。かつてADHDは、子どもの頃にだけ見られ、おとなになれば特性が変化して軽くなるとか、なくなるものと考えられていました。たしかに、ADHDの特性は一般的に幼少期に強く、おとなになるにし

3. 落ち着きがなく、じっとしていられない人の対応に困ったら？

たがって目立たなくはなりません。しかし最近では、おとなになっても、ADHD の特性が残っている人がいることも分かっていますし、おとなになってはじめて、ADHD と診断されるケースも出てきています。そして ADHD の人は、さまざまな依存症になる可能性が比較的高いとも言われているのです。

3. ADHD の行動特性

人の言うことを注意深く聞いて理解する、^{せいりせいとん}整理整頓する、授業中に席に座っているなど、ほかの人なら当たり前に行えることが ADHD の人には難しいので、どうしても彼らは、小さい頃から叱^{しか}られたり、非難や^{けいべつ}軽蔑を受けやすい中で育つこととなります。このため、どこか自分に自信がもてずに不安が強かったり、落ち込みやすかったり、イラ立ちやすかったりと、不適應感をかかえやすく、中には非行に走ってしまうケースもあります。

このように、もともとの特性に加え、環境にも恵まれにくいという不利な条件が重なることで、年齢が上がるにつれて、さまざまな精神的な問題をも引きおこしやすくなるのです。そして依存症もその1つです。また、ADHD の人が、覚せい剤やコカインといった物質を摂取すると、ADHD の特性がやわらぐように感じられるため、そういった物質にハマりやすい傾向もあわせもっているとと言えます。

■ADHD と間違いやすい他の要因■

1. アルコールや薬物への依存症

依存症の中に、一見すると ADHD のように見える特性が、実はほかの要因でおこっている場合があります。

まず、依存症治療の過程でしばしば見られる^{かつぼうき}渴望期（断酒や退薬を始めた後に、その使用欲求が高まってしまう時期）、この時期にはイライラして落ち着かなかったり、ソワソワと多動になったり、ピリピリしていて衝動性の増すことがあります。

次に、アルコールや薬物などの依存性物質による脳への影響が考えられます。脳が依存性物質にさらされると、注意・集中できなくなると、じっとしていられなかったり、衝動的になると言われています。

そして、これらの特徴と ADHD の特性とを見分けるには、その特徴が、その人の幼少期にさかのぼってあったかどうかを確認する必要があります。ADHD であれば、子どもの頃から、それらしい特性があったはずで、そういった特性の有無^{うぶ}については、親に直接確認したり、小学校の通知表などを見せてもらおうと、当時の集団場面での適應の様子が見つかるでしょう。

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

2. 乳幼児期における虐待の影響

これとは別にもう1つ、幼少時に親などの養育者から虐待を受けたことによって、ADHDとよく似た特徴があらわれる場合があります。注意したいのは、依存症者の中にも、虐待経験のある人が少なくないということで、もともとのADHDとの区別は重要です。さらに複雑なのは、もともとADHDがあって育てにくい子どもだったために、しつけが厳しくなって（ともすると虐待的な養育に）、さらにADHD的な要素を強めてしまったという場合で、そうなると判断はさらに難しくなります。区別のポイントを表1に示しましたが、照らし合わせる際には、この表があくまでも子どもの頃の特徴を示していることに注意してください。

表1. 被虐待児（反応性愛着障害）とADHDの子どもを見分ける特徴

	反応性愛着障害	ADHD
臨床像	不注意優勢型が多い	混合型が多い
多動の起き方	夕方から顕著、ムラがある	比較的一日中多動
対人関係のあり方	屈折していて複雑	単純で率直
薬物療法	中枢刺激剤無効	（中枢刺激剤有効）
行為障害への移行	多い	比較的少ない
解離	多い	見られない

■対応■

1. 集団場面での行動特徴

ADHDの人は、自助グループなどの集団場面になじみにくく、問題になってしまうことがあります。

多動性・衝動性が問題になる場合としては、たとえば、落ち着きがなく、ミーティングの最中にしょっちゅう席をはずす、いわゆる“貧乏ゆすり”が止まらない、自分の順番が待てずにほかの人の発言の途中で口をはさんでしまう、思いつきで発言して、まわりのひんしゅくを買う、力の加減がうまくいかず、物を壊しやすいなどがあげられます。

不注意が問題になる場合としては、忘れ物・なくし物が多い、整理整頓ができず身の回りが乱雑、ミーティングに集中できず、ほかの人の話を聞いてなかったり居眠りする、次の行動になかなか移れない、複数のことに意識や注意を向けることが難しく、同時進行の作業が苦手、期限や時間の約束を守れないなどがあります。

3. 落ち着きがなく、じっとしていられない人の対応に困ったら？

2. 現実的な対応策や関わり方のコツ

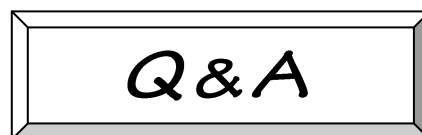
このような多動・衝動性への対策としては、ミーティングそのものに関しては、時間を短くする、途中で休憩きゅうけいを入れる、その人の発言の順番を前半にしたり、発言のタイミングを多くするといいでしょう。本人に対しては、自分の発言の前に“ひと呼吸”置くクセをつける練習をするなどが考えられます。また、体を動かす機会を増やしたり、柔道、剣道、茶道、華道かどう（生け花）など、“道”の付く精神統一できるレクリエーションを取り入れたりするのもいいでしょう。また、筋弛緩法きんしかんぽう、自律訓練法じりつくんれんぽう、ヨガ、瞑想めいそう、座禅ざぜんなどのトレーニングも有効でしょう。

不注意の問題に対しては、忘れ物・なくし物をしないように、持ち物のチェックリストを作る、整理しやすいように物品収納に定位置しるしの印をつける、身の回りの物を増やさない、大切な物は自己管理させないなどの対策があります。またミーティングでは、メモを取ることを許可するなどが考えられます。

そして接し方のコツとしては、本人に指示を出す時は、1つずつ伝え、1つの課題が達成できたら次の指示を出すようにすると、段階を追って分かりやすいかもしれません。また、期限を守ってもらうには、実際よりも早めの期日で伝え、作業の進み具合をまめにチェックすることが大切です。

接し方のポイントとしては、注意がそれないように刺激の少ない静かな場所で対応し、指示は短く簡潔かんけつな表現で伝え、その内容をその場で本人にメモさせます。まわりの刺激が少なければ落ち着きを保って聞きやすいですし、くださしい説明的な表現よりも、短くシンプルな情報の方が頭にスッと入りやすいでしょう。また ADHD の人は、発言の時も気が急いそぐため、とっさに衝動的な言葉かけになって、相手を傷つけてしまうこともあります。たいていの場合は悪気がないので、そうして生じる人間関係の行き違いに対しては、スタッフからどう見えるのかを返してあげると、本人にとっても参考になるでしょう。

薬については、おとなの ADHD に対して、保険の適応できる薬は今のところ1つしかありません。ただし依存症者では、薬の依存になる可能性も考えられるので、使用は慎重に検討すべきです。



Q₁

最近になって、おとなの ADHD が話題になるのはなぜでしょうか？

もともと ADHD は児童期の障害とされ、おとなになるにつれて落ち着いていき、症状は目立たなくなると言われていました。

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

しかし近年、社会状況の変化により、それまでの農業・漁業や工業などの体を動かすことが主体の物相手の仕事から、それ以外のサービス業など、人相手の第3次産業に仕事の中心が移ってきたことと、加えて、急速な情報化などの社会環境の変化もあって、ADHD 特性をもつ人がより適応しにくい社会の仕組みに変わってきているということがあります。このため、ADHD 特性としては比較的軽い方に入る人であっても、あえて障害として扱わざるを得なくなってきているようです。

また、環境ホルモンや食品添加物などの化学物質の増加により、中枢神経がダメージを受けて ADHD 特性が強まるため、おとなになっても特徴が障害として残りやすくなっているという説もあるようです。

Q₂

胎児性アルコール症候群に ADHD の特性が見られると言われているようですが？

胎児性アルコール症候群は、妊娠中の母親がアルコールを過剰に飲むことによって、産まれてくる子どもに生じる先天性疾患の1つで、神経系の障害です。母親の胎内にいる時の発育が悪く、頭が小さく眼が小さいなどの特有の顔だちとともに、知的障害や多動・不注意などの特性が見られます。程度によっては、ADHD として診断される場合もあります。

1. 食べ吐きや盗癖などのある人に困ったら？

《ポイント》

- アルコールや薬物の依存症には、ほかの依存も合併しやすいことを理解しましょう。
- 食べ吐きや拒食は、若い女性にかぎらず、中年女性や男性にも見られます。さらに窃盗癖を合併する人もいます。
- 対応の方向性は、アルコールや薬物への依存と同じで、自助グループに参加することです。ただし、万引きがひどい場合には、治療の必要性を本人に認識してもらったり、“自分の引き起こしたことへの責任”を自覚して、治療への意識を高めてもらうためにも、警察への通報が必要な場合があります。

■はじめに■

アルコールや薬物への依存をかかえる人たちは、その人の生き方の総決算として、生きる上でのつらさや痛みを、何かに“ハマる”ことで解消しようとする習性が染みついてしまっている人たちです。このため、アルコールや薬物といった依存性の物質以外にも、特定の行為や人との付き合い方などに妙にハマりやすいところがあるので、関わる際には、彼らのもつハマりやすさとして、“ほかの依存症を合併しやすい傾向がある”ということを押さえておく必要があります。

1. 摂食障害および窃盗癖

そして、合併しやすい依存としては、摂食障害と言って、食べ物を（普通に、または異常に大量に）食べて、そのあと自分で強制的に吐き出す“自己誘発性嘔吐”を繰り返したり、過食（異常に大量に食べる）するだけで吐き出さない人、あるいはダイエットに異常にこだわって、食べることを極端に制限する人もいます。吐き出したり過食することを“過食症”、食事を極端に制限することを“拒食症”、過食症と拒食症を合わせて“摂食障害”と言いますが、これもアルコールや薬物依存と同じ、依存症の1つです。

そのやり方は実にさまざまで、吐くためにノドに指を突っ込んだり、ゴムのチューブを入れたりする人もいれば、食べ物を噛むだけで飲まずにそのまま吐き出す（“噛み吐き(チューイング)”）人もいます。あるいは、下剤や利尿剤（尿を強制的に出す薬）を大量に使って無理に排泄したり、運動のしすぎで無理にエネルギーを消耗しようとする人もいますが、これらも、故意に体に負担

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

をかけているという点では、食べた物をわざわざ吐き出す“自己誘発性嘔吐”と、実は同じようなことをしていると言えます。

また、アルコール依存症や摂食障害の人の中には、お酒や食べ物、(それらを手に入れるための)お金を繰り返し盗んだり、飲酒や過食嘔吐とは関係ない、ちょっとした日用品の万引きを繰り返す人もいますが、こういう人たちには“窃盗癖”があると考えられます。窃盗癖は、万引きや窃盗という犯罪行為をやめたくてもやめられずに繰り返すもので、これも依存症の1つになります。

2. 摂食障害の原因と経過

摂食障害は若い女性に多く、男性と女性の割合を見ると、男性1に対して女性が10くらいですが、若い女性にかぎらず、中年以降の女性や男性にも見られます。

摂食障害の人の背景としては、親がアルコール依存症などで、親としての役割を十分に果たせなかった“機能不全家庭”で育っていたり、過去に虐待された体験があったりと、大なり小なり、広い意味での精神的な外傷体験をかかえていることが多いようです。そして、外傷体験が重いほど、薬物乱用～依存、異性関係依存、自傷癖(たとえば、手首切り、腕切り、腿切り、タバコの火による“根性焼き”)などを繰り返し、解離性障害(意識が飛ぶ、多重人格など)や窃盗癖といった重い障害を合併しやすくなります。実際に、摂食障害の人の約3分の1に、窃盗癖が合併するとも言われています。

3. 窃盗癖のとらえ方

教科書的には、窃盗癖は“盗みによるスリルを求めるのが目的で、盗んだ物の金銭的価値を考えたり、その人の生活に役立つ物を盗んだりするのは、窃盗癖ではない”とされています。

しかし、こういったとらえ方は、実態に合わない偏った考え方です。というのも、かりに盗みによるスリルを味わうのが目的だったとしても、目の前に自分の生活に役立つような物があれば、それを盗む方が自然です。これだけ多くの物が店にあふれている世の中で、わざわざ自分が使いそうにない物を選んで盗む方が難しいでしょう。また、盗んだ時には使うつもりがなくても、盗った後でそれが使えそうだと気付けば、当然使うことも出てくるでしょう。

ですから、窃盗癖かどうかは、“盗った物が高いか安いかわか”、“盗った物が実用的かどうか”、“その人がそれを使うかどうか”ということよりも、その万引きや窃盗行為が“その人の今の状況から見て、割に合わない盗みである”ということに着目した方が判りやすいのです。

■ 対 応 ■

このように、摂食障害も窃盗癖も、どちらもアルコールや薬物の依存と同じ、依存症の一種で

1. 食べ吐きや盗癖などのある人に困ったら？

す。そして、もともとのアルコールや薬物への依存が止まり、見かけ上は体調が良くなっているように見える時に、摂食障害の方が悪化するということがよくあります。

1. 摂食障害の支援や治療の方向性

拒食症の場合は体重の減少が目立ちますが、過食症は、見るからにやせている人から、見た感じは普通の人、極端な肥満の人までさまざまです。そして、この摂食障害の人たちに、無理に拒食や自己誘発性嘔吐をやめさせようとしても、なかなか病状の改善にはつながらないものです。それよりも、ヒトの体は体重が標準体重〔身長 cm－100〕×0.9の80%以下になると、栄養不足からさまざまな体調不良が出やすくなるので、そこですかさず、内科や外科などの受診の必要性を働きかけると、医療につながるきっかけがつかめるかもしれません。

また、過食嘔吐が頻繁になると、場合によっては、その人の住んでいる施設のトイレが詰まるということも出てくるかもしれません。そういう時、摂食障害の人に「食べ吐きするな」と言っても、そこは酒をやめられないアルコール依存症の人と同じですから、ここでは嘔吐をやめさせることにこだわるよりも、「吐いた物でトイレを詰まらせないよう、ザルで濾して、燃えるゴミで出す」など、生活上の工夫を指示する方が、むしろ現実的なのかもしれません。また、施設内で対応しきれなくなったら、依存症専門の医療機関への受診を勧めましょう。

それとあわせて、摂食障害者のための自助グループ（OA：Over-eaters' Anonymous）のミーティング（<http://oajapan@jl.capoo.jp>）への参加も、ぜひ勧めてください。近くにOAミーティングがない場合は、AA（Alcoholics Anonymous：匿名のアルコール依存症者の集まり）のオープンミーティング（<http://www.aa-japan.org/>）も役に立つでしょう。

摂食障害に対する根本的な薬物療法は、残念ながらありません。少なくとも“摂食障害が薬で治る”と考えるのは、現実的ではありません。薬物療法が有効なのは、摂食障害に合併する症状（不安・不眠・イライラや、他人に対する敏感さ、自分や他人への攻撃性、気分の落ち込みなど）に対してのみと考えるべきでしょう。ただし、それらの薬には、依存性のあるものも含まれますから、医療機関で投薬を受ける際には、処方薬依存にも注意して、本人には主治医の先生とよく相談するように勧めてください。

2. 窃盗癖への対応と治療の必要性

また、窃盗癖を合併する人への対応は、なかなか難しいかもしれません。本人が意識してやっている場合でも、覚えていない場合でも、罪の意識に悩んでいたりと、盗ったものを使っているかどうかに関わらず、施設の内・外で万引きや窃盗行為を繰り返しているということは、社会的に見れば犯罪を重ねていることになり、個人的には窃盗癖という病気をもちかかえていることになります。ですから関わる際には、犯罪行為と病気という、その両方の側面を視野に入れて対

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

応することが必要になります。そしてその窃盗行為が、施設にとって見過ごすわけにはいかないものであれば、ためらわずに警察に通報すべきでしょう。

ただし、警察に捕まったからといって、窃盗癖をもつ人が窃盗行為をやめるのは、アルコール依存症の人が酒をやめ続けるのと同じように難しいことです。また窃盗癖も、アルコール依存症と同じ医療が必要な病気ですから、警察への通報は、逮捕してもらうことが目的というよりは、むしろその出来事をきっかけに、本人が自分の窃盗癖という病気を見つめ、治療するしかないという気持ちになってくれることの方にあります。ですから、こういう機会に、窃盗癖に対応できる医療機関につながることを本人に勧めてください。

窃盗癖に対する薬物療法も、摂食障害と同じで、合併する精神症状をやわらげることはできても、窃盗癖自体を根本的になくすための薬にはなりません。そして、あまり深く考えずに依存の可能性のある睡眠薬や抗不安薬の投与が続けば、今度は処方薬の依存になる可能性があることも、摂食障害の場合と同じです。

Q&A

Q₁

摂食障害や窃盗癖の人に関わる際の、一番のコツは何ですか？

まずは、そういった人の話を、まっすぐに受け止めて聴くことだと思います。特に、「困った！つらい、話を聞いてくれ」と、電話でも直接にでも相談をもちかけられたら、その人の話を聴いてあげてください。というのも、摂食障害や窃盗癖にかぎらず、依存症をもつ人たちは、「つらい」、「困った」、「何とかして」と、他人に助けを求めることの苦手な人が多いからです。

素直に助けてもらえばいいような場面でも、「こんなことで他人に助けを求めては、迷惑では？」、「こんなことも1人で解決できないなんて“ダメなヤツ”と思われるのでは？」、「面倒だと嫌われるのでは？」などと、あれこれ悩んで相談できず、一人がかかえこんでは行き詰まって、結局また依存に走る…ということを繰り返しやすい人たちなのです。つまり、依存症の症状を出すことでしか、まわりに SOS を出せないところがあるのです。

逆に言えば、自分のつらさを、今までのように依存症の症状としてではなく、“人に話す”という、まわりに受け入れられやすい形で表現することができれば、それは依存症の根本的な改善への大きな第一歩になるはずで。

そしてこういった、なかなか直球を投げられない人たちが、他にもない“あなた”

1. 食べ吐きや盗癖などのある人に困ったら？

に相談してくるということは、その人が「あなたなら…」と見込んで、勇気を振りしぼって語りかけているのだと、そんなふうにとらえて受け止めてみてください。

Q₂

“依存症の本人の回復には、自助グループのミーティングが大切”と聞きますが、自助グループのミーティングとは、実際どのようなものなのでしょうか？

自助グループのミーティングとは、同じ依存症をもつ患者さん同士が集まって、自分の依存症に関する体験を、できるだけ率直に、包み隠さず語り合い、それをお互いに聴き合うという場です。

また、自助グループではAA（匿名のアルコール依存症者の集まり）やNA（匿名の薬物依存者の集まり[<http://najapan.org>])が有名ですが、ほかにもOA（匿名の摂食障害者の集まり）、GA（匿名のギャンブル依存症者の集まり[<http://www.gajapan.jp>])、EA（人間関係依存で感情のコントロールに苦しむ匿名の者の集まり[<http://emotionsanonymous-jp.org>])などがあります。まだ数は少ないですが、KA（匿名の窃盗癖患者の集まり）やMDA（匿名の処方安定剤依存者の集まり）なども、最近では開かれるようになってきています。

このように、自助グループは同じ依存症をもつ人たちの集まりですから、お互いに似たような体験をもつ者同士、共有しやすい雰囲気の中で、自分の体験のどんなことを語っても受け止めてもらえて、批判やもっともらしい忠告を受けたりすることもない（これを“言っぱなし、聴きっぱなし”と言います）、そういうところです。

もちろん、発言を強制されることもないので、自分に順番が回ってきた時に言うことが思いつかなければ、「今日は聞くだけにさせて下さい」とか、「今日はパスさせて下さい」と言えばすんでしまいます。つまり、発言しないことをも含めて、その時の自分が、自分なりにできるだけ素直に振る舞ったという、そのことがそのまま受け止めてもらえる場なのです。そしてこういう場に身を置くことで、「自分だけじゃなかった」とホッとしたり、自分で自分を素直に受け入れられるようになったり…、そういったさまざまな気持ちを実感できるのが、自助グループのミーティングなのです。

これは見方を変えれば、Q1の“つらさを人に話せる、相談できる”ようになるための格好の練習の場でもあると言えます。ですから、摂食障害、窃盗癖にかぎらず、すべての依存症からの回復に自助グループが不可欠とされるのは、こういった回復に必要で大切な機能を自助グループが担っているからなのです。

Q₃

精神的には、ほかにも摂食障害や窃盗癖と似たような症状の出るものがありますか？

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

若くて拒食のある女性の中には、摂食障害ではなく統合失調症の人もいます。過食嘔吐のある人で、そううつ病を合併していることもあります。また、中年から高齢者の窃盗癖の中に、せんとうそくとうがたにんちしょう前頭側頭型認知症という特殊なタイプの認知症もあって、その症状として窃盗を繰り返す人もいます。そしてこれもまれですが、薬の影響から、自傷や窃盗などの衝動的な行動になる場合もあります。

ですから、手前に見えている症状はにかよ似通っていても、その背後にある原因はさまざまだということは、関わる際に頭に入れておく必要があるでしょう。また、こういった背景を理解するためにも、医療機関を受診して、きちんとした診断を受けることが大切になります。

2. すぐにキレて、暴言を吐いたり暴力をふるう人に困ったら？

《ポイント》

- すぐにキレて、暴言を吐いたり暴力をふるったりする人の中には、反社会性パーソナリティ障害という病気の人があります。薬物依存症には、反社会性パーソナリティ障害の人が多くとされています。
- “キレル”、“暴力をふるう”という行動には、“怒り”の感情が作用します。怒りの感情のメカニズムを知り、怒りをコントロールする具体的な対処法を知ることによって、キレずにすむ可能性は高まります。
- パーソナリティ障害とは、単なる性格の問題ではありません。時間はかかりますが、“問題を認識し、その対策を検討する”という治療によって、少しずつ変わってゆくことが期待されます。

■はじめに■

アルコールや薬物に関連した問題を長年かかえている人の中には、すぐにキレて、まわりの人とトラブルをおこしたり、物ごとを暴言や暴力で解決しようとしては、人間関係をうまく作れない人がいます。施設では、こうした問題に手を焼くことが多く、時には施設を出てもらったり、警察を呼んだりすることもあるでしょう。またスタッフの側でも、“怒り”の感情が強く湧き上がり、それを抑えることに苦労したことがあるかもしれません。

ここでは、“キレル”、“暴力をふるう”といった行動をおさえられない原因や、行動の根底にある“怒り”の感情について、その特徴やコントロールの仕方を知り、こうした傾向の強い人に対して、どのように接したらいいのかについて説明します。

■ “キレル” 原因 ■

アルコールや薬物の脳への作用でも、怒りや衝動性をおさえることが困難になることがあります。また依存症の回復過程でも、強い渴望（欲求）が生じている時には、些細なことでキレやすくなります。

それ以外にも、もともとの生まれもった気質や養育環境、幼い頃からの家族・対人関係などから、その人なりの人格（パーソナリティ）が形成され、それによって周囲が受け入れにくいような行動をくり返しては、安定した社会生活を送ってこられなかったという人もいます。そういっ

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

た傾向の強い人は、“反社会性パーソナリティ障害”という病気かもしれません。

反社会性パーソナリティ障害の診断基準には、①法律や社会規範（常識的な行動の基準）に反する行動をくり返す、②人をだます、③衝動的、④向こう見ず、⑤無責任、⑥良心の呵責（罪悪感）の欠如…といった項目があり、病気の症状というよりは、その人の人格傾向やその特徴をあらわす基準のようになっています。

ちょっと難しい話になりますが、国内外の調査から、薬物依存症には、この反社会性パーソナリティ障害の人が多いとされています。これは、違法薬物を使うこと自体が反社会的行動であることに加え、薬物を手に入れるためなら、周囲にウソをついたり、攻撃的になったりと手段を選ばないこと、10代から喫煙や飲酒を始め、しらふの状態では生活上のストレスに対処したり、感情をコントロールする経験に乏しい人が多いことを思えば、理解しやすいかもしれません。

■対 応■

1. 怒りの感情について知る

“キレル”、“暴力をふるう”という行為には、力によって手っとり早く周囲をコントロールすることができ、自分にはそういう力があるということを確認できる、そういう意味はあるのかもしれませんが。しかし他方では、相手へのダメージは大きく、人間関係に決定的なヒビが入ってしまうかもしれません。後で落ち着いて考えると、後悔したり、自分が悪かったと思えるけれど、今さら気まずくてあやまれない…そんなことのくり返しという人も多いかもかもしれません。

そこで注目したいのは、“行動”を決めるには“感情”が作用しているということです。この理屈でいくと、その“怒り”という感情をコントロールすることができれば、すぐにキレて、暴力をふるうという行動を変えられることになります。

そこで、まず“怒り”の感情がなぜおこるのか、その理由について考えていきます。

①期待のしすぎ

腹が立ってキレル行為、特に暴力は家族や施設のメンバーなど、比較的親しい人との間でよくおこります。

ちょっと想像してみてください。あなたが禁煙を決意してがんばっているとします。そんな中、それを知っているはずの施設のメンバーが横に来て、タバコを吸いながら楽しそうに話を始めたとしたらどうでしょう。怒りがこみあげてきませんか？

これは、その人たちに対して「オレが禁煙しているのを知っているんだから、気をつかって当然だ」という期待をしているからこそ生じる感情です。まわりが自分の期待通りにならない時に、怒りの気持ちがわいてきてしまうのです。

②怒る以外の方法を知らない

2. すぐにキレて、暴言を吐いたり暴力をふるう人に困ったら？

物ごとが思う方向に進まない、相手から思った通りの反応が返ってこない、大事な用があるのに面倒な用事を頼まれるなど、日常生活を送っていると、ちょっとした拍子にストレスを感じることはよくあります。

こういう時、長年、暴力によって相手をコントロールしたり、ストレスから薬物やアルコールを使うパターンをくり返していた人にとっては、他の対処法がとっさには思いつかないので、ワンパターンなやり方に訴えては、怒るしかなくなってしまいます。

こういう人には、まず“怒り”と“正当な自己主張”とは違うということを伝えましょう。そして、“怒る以外の方法”と一緒に考えたり、他の人の対処法を見たり教えてもらったりするのも参考になるでしょう。

③悪意に受け取る

また、怒りがわいてくる時には、こちらが勝手に状況を悪い方に解釈してしまっている場合があります。

たとえば、車を運転していて、急いでいるのに3回続けて赤信号に引っかかったとしたら…。それは偶然の出来ごとにすぎないのに、「何でオレの時にかぎって、信号が変わるんだ！」と、まるでわざとされているようにとらえてしまうと、怒りがわいてくるものです。ですから、悪い方に解釈してしまうということは、怒りがわく時にはありがちですが、それが怒りをますます大きくしてしまうことにもなるのです。

とはいえ、怒りの感情は、それ自体が悪いわけではありませんし、時には、そのエネルギーが現実や行動を前向きに動かしていく原動力にもなるものです。しかし、ここに挙げた①～③の理由は、不必要に怒りを生みだし、“キレル”、“暴力をふるう”行動のもとになりやすいものですから、こういった不意にわいてくる“怒り”のメカニズムを知っておいて、怒りがわいた時に、自分でその状況を振り返ることができるようになると、対処法も見えてくるでしょう。

2. 怒りをコントロールするには

怒りの出し方にはコントロールが必要です。コントロールするために必要なことは、まずは「怒りをコントロールしたい」と願うこと、そして「怒りをコントロールするために努力しよう」と意識することです。次に大事ななのは、怒っていることになるべく早い段階で気づくことです。

本人へは、こういったコントロールの仕方を教えてあげると考えるヒントになるでしょうし、またスタッフ自身の怒りのコントロールにも役立てられると思います。

次のページの表1は、日々の怒りを記録するための表です。「記録するのなんて面倒だ」と思われるかもしれませんが、怒りに早く気づくためには、自分の怒りの前ぶれを知っておくことが重要です。

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

表1. 日々の怒りの記録

	記 録									
日 時	年	月	日 ()	頃						
疲 れ (1<10段階)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
怒りの強さ (1<10段階)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
状 況・場 面										
思 考 (どう考えたか)										
行 動										
結 果										
もっと良い行動										

【日 時】怒った日時を記録します。

【疲 れ】その日の体と心の疲れ具合を記入します。たいていの場合、疲れていると怒りっぽくなりますから、ここでは“怒り”と一緒に“疲れ度”をチェックして、その関係を見比べます。もちろん、疲れが大きければ怒っていいというわけではなく、疲れている時には怒りが出やすいので、“疲れ”を“怒り”のサインとして見ていきましょうという話です。10点（「もうダメ。一步も動けない」）～1点（「今日は調子がいいぞ」）の10段階で評価します。

【怒りの強さ】怒りの強さは毎回違います。どんな時、怒りが激しいのか？ その時の怒りの強さを知るために、10点（「絶対ぶっ殺してやる～！」）～1点（「ちょっとイラつくなあ」）の10段階で評価します。

【状況・場面】何があって怒ったのか？ どんなときに腹が立つのか？ 怒りが生じやすいパターンであるとか、自分の怒りのツボを確認します。

【思 考】怒った時、どんなふうに考えているのか？ 先に挙げた①期待のしすぎ、②怒る以外の方法を知らない、③悪意に受け取る…もあわせてチェックします。

【行 動】「ぶん^{ぶん}殴った」、「必死でこらえた」、「険しい表情で無言」など、実際の行動を書きます。

【結 果】行動の結果、どうなったのか？ 「すごく後悔した」、「相手の方からあやまってきた」など、結果をきちんと記録してみると、その行動が良かったのか悪かったのかが見えてきます。キレてしまった場合には、結果を記録しながら、次はどうしたらいいのかを考えてみます。

【もっと良い行動】実際の行動で「失敗した」と思った時には、どうすれば良かったのか、次はどう対処しようと思うのかを振り返りながら記録します。

実は、こうして記録をつけることは、出来ごとを全体的に見るというだけでなく、普段から自分の怒りについて意識を向けていくことにもなるので、コツコツと記録を付けていくだけでも、

2. すぐにキレて、暴言を吐いたり暴力をふるう人に困ったら？

怒りのコントロールにつながっていきます。そうしたメリットがあることも伝えながら、記録することを勧めていきましょう。

3. 怒りに気づいた時の対処法

また、本人が怒りに気づいた時の具体的な対処法について、知っておくのも有効でしょう。

①自分の考えを点検する

まずは自分の考えを点検し、「なぜ怒っているのか？」、「これは怒るべきことなのか？」を一旦立ち止まって考えてみます。

②その場を離れる

その結果、「ここは怒りを抑えるところだ」と思えば、その場を離れるようにしましょう。怒っている相手が目の前にいるままだと、気持ちが切り替えられずに、怒りをしずめるのに苦労することになりますから、とりあえず怒りの元や状況から距離を取るために、実際にその場を離れることが重要です。

③深呼吸してみる

落ち着きたい時に“深呼吸をする”という方法は昔からよく知られていますが、ここでも案外有効です。意識して息を吸い、ゆっくり吐くようにすると、深呼吸によって体が取り戻した穏やかなリズムに乗って、怒りをしずめやすくなります。

④自分に言い聞かせる

それでもうまくいかなければ、「落ち着け」、「今はキレちゃだめだ」、「大丈夫、大したことじゃない」などの自分を落ち着かせる言葉を頭の中で自分に言い聞かせてみます。自分で自分を説得し、ブレーキをかけるのです。

⑤違うことを考えてみる

あるいは、考えや気持ちを“怒り”とは違う方向に、意識的にそらしてみます。特に、楽しいこと、好きなことについて考えるといいでしょう。「ここでこらえられたらCDを買おう」など、自分へのごほうびを考えるのも良いかもしれません。

⑥怒らない穏やかな自己主張をこころみる

「ここは怒るべきところか考えてみたけど、やっぱり言うべきだ」となったら、感情的にならない、穏やかな自己主張を心がけましょう。“怒りのコントロール”と“言いたいことを我慢する”のとは違います。感情的にならずに穏やかなまま、それでいてしっかりと自己主張するのはなかなか難しいので、練習が必要かもしれませんが、少なくとも、ちょっと時間がたって、気持ちが落ち着いてから話すようにすると、うまくいきやすいでしょう。

⑦怒りを誰かに話す

その場では何とかキレずにやりすごせたものの、それでも怒りがくすぶって、どうしても気分

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

がおさまらないという場合には、別の場所で誰か他の人に話を聞いてもらおうと、くすぶった怒りから解放されて、気分がすっきりすることもあります。

4. キってしまった後の対処法

このように、なるべくキれたり暴力をふるったりしなくてすむように、“怒り”の感情への対処の仕方について、日頃から気にとめて理解を深めたり努力することは大切ですが、それでもキってしまった場合には、怒りを向けられた相手に誠実に対応することが最優先になります。

そして、暴力行為が施設の利用者間でおきてしまい、他の利用者の回復や安定した生活の妨げとなるようであれば、退去や施設移動など、施設内のルールとしてキッパリとした対応が必要になる場合もありますが、まずは本人同士の話や言い分に、こちらの反論を差し挟まずに、理解しようという気持ちで耳を傾けることが大切です。そのあとで、スタッフが“暴力をふるった人”と“ふるわれた人”との間に入って、暴力をふるった人へ対処法のアドバイスとして、次のようなことを進めていきます。

①あやまることの重要性を伝える

どんな理由があれ、暴力はやった人に100%責任があります。「相手が挑発したんだから、相手にもあやまってほしい」と主張する人がいるかもしれませんが、暴力という手段を選択したことについては、きちんとあやまる必要があります。

②相手がどう感じたのかをきちんと聞く

お互いが落ち着いた後で、“暴力をふるわれた人”がその時どう感じたのかを聞きます。これには、相手の立場や気持ちになるべく寄りそいながら聞くことが必要で、少し難しい作業になりますから、スタッフが間に入った方が良いでしょう。自分の取った行動が相手にどんな影響を及ぼし、どんな思いにさせたのか、相手の言葉で聞いておくことは、次に同じような場面に遭遇した時のブレーキにもつながっていく、大事な情報・体験になるはずです。

③自分がどう感じたのかも説明する

対人関係のトラブルは、お互いのコミュニケーション不足から生じることがしばしばです。自分では何とも思っていない言動や行動が、相手にとってはものすごく怖かったり、腹立たしく感じられるということもあるでしょう。

そして、キレられた相手は、少なからず身体的・精神的なショックを受けているでしょうから、必ずしもできる作業ではないかもしれませんが、こうしたコミュニケーション不足からくるトラブルを今後防いでいくためにも、暴力をふるった側が、その時自分にどういうことがあって、それをどう感じ、怒ってキってしまったか…ということをありのまま説明してみることも、振り返ったり、自分の陥りやすい行動パターンを確認するためには有効です。

④再発防止の方法を考える

2. すぐにキレて、暴言を吐いたり暴力をふるう人に困ったら？

そして、今後の再発を防ぐために、自分にはどのようなことが必要なのか、具体的に考えていきます。

たとえば、「怒らないようにする」、「今度はコントロールできるようにする」と言う人がいますが、こういう無理な目標や、漠然とした内容ではなく、「対処法をメモしておいて、いつも持ち歩く」とか、「川辺に行って深呼吸し、大声を出す」といった、具体的で実行可能な方法の方がとっさの時には役に立ちます。それを一つ一つ実行しながら自分になじませていくことが、再発防止につながっていくのです。

Q&A

Q₁

怒りは“キれないようにコントロールするのが大事”ということはわかりますが、あまり抑えて溜めてしまうと、いつか大爆発するのではありませんか？

一般的には、怒りは人間の自然な感情なので、時々発散させないと爆発するのではないか…と思われがちですが、それは全くの迷信です。“怒り”というものは、言ってみれば癖くせのようなもので、くり返せばくり返すほど強くなっていきます。

別の言い方をすると、悪いとわかっているにもかかわらずやめられなくなる、アクションのような性質をもっているとも言えるので、そうとらえる方が分かりやすいかもしれません。だからこそ、コントロールできるうちに、対処していく必要があるのです。

Q₂

パーソナリティ障害というのは、性格の問題なので、性格はいくら治療しても治らないのではありませんか？

パーソナリティ障害は、以前は人格障害と呼ばれていましたが、性格の悪い人、道徳観や倫理観に問題のある人、危険人物、といった差別的な印象をもたれやすいという理由から、現在では名称が変更されています。

ここで言う“パーソナリティ”とは、単に“性格”とか一般的な意味の“個性”とは異なり、その人が周囲の状況や自分自身をどのように認識し、どのような人間関係を持ち、いろいろな状況でどのように考えたり判断するのかといったことに関する、個人の様式を指します。

たしかに、養育環境や長年の生活習慣によって偏かたよりが生じているわけですから、すぐに修正することは難しいですが、最近の研究では、本人と治療者が問題を認識・共有し、対策を検討していくといった治療を続けていくことで、その障害の特徴の多くが軽快することが明らかになってきています。

4. ミーティングなどで、まわりの空気が読めない人に困ったら？

《ポイント》

- 生まれつきの特性の場合があり、本人に悪気はありません。
- 集団場面になじみにくいのは、脳の機能が未成熟なため、一部分にばかり注意が行って物事を全体的に見られないために、まわりの状況を誤って把握してしまうからではないかと考えられています。
- 周囲の理解と本人の工夫や努力によって、特性を目立たなくし、解決をはかっていきます。

■はじめに■

1. 広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorders : PDD)

まわりの状況が飲みこめず、場違いな発言や行動で孤立してしまうのは、その人に広汎性発達障害 (PDD) の特性があるからかもしれません。PDD は、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像性の障害を基本特性とする生まれつきの障害です。“自閉症スペクトラム” (Autistic Spectrum Disorder : ASD) と呼ばれることもあります。

社会性の障害としては、その場の状況を把握できない、相手の気持ちを汲みとれないなどがあります。コミュニケーションの障害としては、会話のキャッチボールが苦手、相手の言外にこめられた意味を理解できない (行間が読めない)、比喩やたとえ話、抽象的な話の内容が理解できないなどがあります。想像力の障害としては、こだわりが強い、先の見通しがもちにくいなどがあります。しかし、中にはこれら3つの特性 (社会性、コミュニケーション、想像力) すべてを満たさない人もいます。そして、その人が置かれている社会的な状況によっては、これらの特性がより際立ってしまい、問題になってくることもあるのです。

2. PDDの原因と特徴

PDDの原因については、現在のところ、脳の働きに問題があると言われていています。かつてPDDは、知的に遅滞のある自閉症に限られていましたが、最近では、“知的に高くても、社会性やコミュニケーション能力が未発達で、こだわりの強い”人たちをも含むようになりました。このため、おとなになってはじめてPDDだったことが判る場合も出てきています。また、集団へのなじみ

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

にくさから、PDDの人がさまざまな依存症になることも少なくありません。

ところで、先にあげた3つの特性（社会性、コミュニケーション、想像力）のほかにも、重要な特徴として“感覚過敏”と“パニック”があります。感覚過敏とは、他の人には何でもない刺激が、PDDの人にとっては非常につらく感じられるというものです。たとえば、聴覚ではバイクのエンジン音、トイレの水が流れる音、子どもの声など、視覚では蛍光灯の光、パソコンのモニターの光など、触覚ではシャツのタグ、締めつけのきつい服、ベタベタした物などがあげられます。なおPDDのパニックは、いわゆるパニック障害の“パニック”とは違う意味で使われ、“興奮して落ち着かなくなり、困惑して、不適切な行動をとってしまう”くらいの意味合いです。

そして、PDDのパニックの原因はさまざまです。たとえば、どうしたらいいのか見通しが立たない状況で不安が強まった時や、自分のこだわりを制止されて気持ちがうまくおさめられない時に、いわゆる“タイムスリップ現象”といって、過去のイヤな経験が急にわき上がって不安で埋めつくされそうになる、そういう時にこの手のパニックが出やすくなります。症状としては、気分が落ち着かずに暴れたり、つじつまの合わないことを言ったりします。またそういう時には、表面的に落ち着いているように見えても、本人と話してみると、実は内心ものすごく動揺して困惑していたという場合もあります。

PDDの人は、子どもの頃から、ほかの人たちが当たり前に行えること、たとえば、直感的に相手の気持ちや周囲の状況を読み取って、それに見合った行動をとったり、コミュニケーションの手段として言葉を適切に使うということが苦手です。そして、本音とタテマエの区別がつかないために、周囲から生意気とか、気が利かない、ノリが悪いなどとみなされて孤立したり、いじめられたり、叱られやすい中で育つことになります。その結果、なかなか自分に自信がもてなくて、情緒的に不安が高かったり、落ち込んだりイラ立ちやすく、考え方としては被害的に受け止めやすいため、さまざまな精神的な問題を引きおこしやすくなります。依存症もその1つです。

PDDと依存症の症状の区別が直接問題になることはほとんどありませんが、“PDDの一時的な精神病状態”と“依存物質による精神病（状態）”との区別が必要になることはあるので、見分けるポイントを表1に示しました。

表1. PDDの精神病状態と依存物質による精神病（状態）との区別のポイント

	PDDの一過性精神病状態	依存物質による精神病
幻覚	せっぱくかん 切迫感はありません	切迫感が強く、それによって何らかの行動をとることもある
妄想	職場など特定の場所でおこる	色々な所でおこる
症状の持続性	その時の状況に影響されやすい	状況に関係なく続く
思考の流れや内容の障害	あまりない	？

■対 応■

1. 集団場面での様子

PDDの人は、自助グループなど、人が集まるような場で、その特性がより際立ちやすいというのも特徴です。

社会性の問題としては、まわりに目が向きにくく、様子がうまく把握できないために、暗黙のルールが理解できなかつたり、場所・時間・相手をわきまえた一般的・常識的な行動が取れなかつたりします。ミーティングでは、空気が読めずに場違いなことを言ったりやったり、あるいは、他の人の表情が読みとれないために、相手の気持ちが汲み取れなくて、配慮に欠けてトラブルになってしまったり、まわりが見えない分、自分の世界が中心になるので、自意識が過剰になって被害的に受け止めやすいということもあります。

コミュニケーションの問題としては、言葉を辞書的に正しい直訳で理解するようなどころがあるので、相手の言おうとしていることの微妙なニュアンスが汲みとれなかつたり、たとえ話や冗談が理解できなかつたり、会話のキャッチボールができないために、電話の対応や雑談が苦手ということがあります。

想像性の問題としては、柔軟に考えられないためにこだわりやすく、ほかのやり方を受け入れにくい頑固さがあつたり、逆に、やるべきことがはっきりしていない状況では不安になりやすいなど、臨機応変に対応することができずに、突然の予定変更に不安を強めたり、パニックになりやすいということがあります。

2. 対応の実際と工夫のポイント

このような特徴に対して、次のような工夫が必要でしょう。

①今どのような状況にいるのか、本人が信頼している人（本人にとって、少しでも落ち着いて話が聞ける相手）から説明してもらい、どのように行動すればいいのかをはっきり（具体的に）示してあげます。

②コミュニケーションの障害に対しては、あいまいな表現や冗談は避け、人とのやり取りがスムーズに行かない時には、スタッフが通訳として仲介するのもいいでしょう。まわりの誰もが分かるような暗黙のルールがつかめずに困惑している場合には、説明で補ってあげる必要がありますが、その際、こちらの表現が少しでも遠まわし（婉曲的）だったり、説明がくたくたく長くなる（分かってもらおうと思うと、誰もがそうなりがちです）と、本人にはあいまいな表現に映って、自分の都合のいいように理解しては、分かったつもりになってしまうかもしれないので、“ここで絶対に伝えておきたい”という要点は、短い表現でキッパリと伝えましょう。また、PDDの

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

中には、“聞く”よりも“見る”方が理解しやすい人もいますので、そういう人の場合は、図や絵や文字を使って説明するのも効果的です。彼らは、こういう経験をパターンで覚え、そのパターンを増やすことで、集団の中で少しずつ目立たなくなっていくます。

③想像性の問題に対しては、PDDの人のこだわりや頑固さは、不安が原因となっていることが多いので、本人にとって安心できる状況にならないかぎり変わりません。こういった^{かた}頑なさに対しては、不安をやわらげようとなだめるのではなく、むしろ見通しを与えてあげるのがいいでしょう。また、予定は前もって伝え、変更がある場合はできるだけ早く伝えましょう。そして、やるべきことがはっきりしない、本人まかせの時間をなるべく減らし、今は何をやる時間なのかを示してあげます。時間はかかりますが、PDDの人は不確かさからくる不安が減ると、変化しはじめることが多いようです。

なお、薬はPDD自体に直接効果のあるものはありませんが、PDDの特性からおこるパニックやこだわりに対しては、症状をやわらげるために使用することもあります。しかし一部のPDDは、薬に敏感で副作用が出やすいため、注意が必要です。

Q&A

Q₁

決まった状況で必ず不安定になるPDD人がいます。対応はどうすればいいのでしょうか？

PDDをもつ人の中には、特定の場所や人の前などで、イライラしたり不安定になる人がいます。これには、感覚過敏が原因となっている可能性が考えられます。

たとえば、風通しの悪い湿度の高い場所や、特有のにおいのする場所、本人の苦手な音のする場所や、苦手な周波数の声の人などがあります。また、本人に苦手だという自覚がない場合もあるため、訴えがないままに、その時の感情に振り回されてしまっていることもあります。

そこで、まわりの人としては、本人のおかれている状況の何が不安定の原因になっているのか、「感覚過敏」という切り口から検討してみると、原因が特定しやすいでしょう。そして原因は1つとは限りませんが、不安定の原因が^{わか}判ったら、その刺激から本人を遠ざけたり、本人が気にとめて回避できるようになるといいでしょう。

Q₂

PDDの特性をもつ人で、他人に迷惑のかかるような触法行為をしたにもかかわらず、反省するでもなく、また同じことを繰り返す人がいます。そういう人は罪悪感を感じるできないのでしょうか？

PDDをもつ人の中には、たしかに“罪悪感”をもちにくい人がいます。一般にPDD

4. ミーティングなどで、まわりの空気が読めない人に困ったら？

をもつ人は、実際に自分の目で見たり聴いたり触ったりできないような、抽象的な事柄を想像力で補って認識するというのが苦手です。“罪悪感”もそういうものの1つになります。同じように、まわりから見たら自分がどう見えるかということを想像するのも抽象的な思考力は必要になりますから、「自分の行いが他人に迷惑をかけた」という事実は理解できても、「自分が悪くて、相手にすまないことをした」という考えにはうまくつながっていかないので、行動を振り返って罪悪感を引き出すことで、行動を修正するという、反省をうながすための一般的なパターンが通用しにくいと感じられることが多いかもしれません。

一般的な感覚からすると、禁止されれば「なぜそうしてはいけないのか」という本質的な理由が知りたくなるものですが、PDD の人の場合は、そこはあまりつながりにくいので、くださしく説明されるよりも、むしろ禁止事項(ここでは法律の条文)を見せて、「このように決まっているので従うべきだ」とストレートに説明し、従うべき^{わく}をハッキリ示してあげる方が、むしろ本人にはすんなりと頭に入りやすいでしょう。

5. パニックをおこす人に困ったら？

《ポイント》

- アルコール・薬物依存症には、不安やパニックが多く見られます。そして、不安やパニックの問題と、アルコールや薬物の使用には、互いに強め合うところがあります。
- 不安を訴えるのは、相手に安心感を求めていることなので、気持ちを受けとめながら、関係を作っていくことがまずは大切です。
- パニック症状などの急性の不安には、呼吸法や安心イメージなど、その場を乗り切る方法を身につけることも有効です。
- 反復する慢性の不安に対しては、そのきっかけや不安につながる考え方を振り返り、それに対処するための方法をあらかじめ考えておくことが役立ちます。
- 不安の背景に、過去の出来ごとや将来への見通しのなさがある場合には、症状の改善以外に、具体的・現実的なことへのケースワークが必要になる場合もあります。

■はじめに■

アルコールや薬物依存症には、パニックなどの強い不安を生じる場合が多く見られます。ここでは、その関係と対処法についてまとめてみます。

1. 強い不安によるさまざまな症状の病気（不安障害）とアルコール・薬物依存との関係

アルコールや薬物依存症では、パニック発作などの強い不安からくる問題を抱えていることが多いとされています。特に症状が重い場合には、不安障害やPTSDなども合併していると診断されます。少し難しい話になりますが、アメリカの研究では、過去1ヵ月間に他の精神的な病気があった割合として、薬物依存症の18%に不安障害（一般では11%）があり、治療に来たアルコールや薬物の問題を抱える人では、何らかの不安障害が43%、電車の中などの閉ざされた空間でおこるパニック障害が6%、それ以外のタイプのパニック障害が9%と報告されています。そして、こういった合併症がある場合には、その後の経過が良くないとも言われています。

2. 不安やパニックの問題とアルコールや薬物使用は互いに強め合ってしまう

もともと不安障害があり、それをやわらげるためにアルコールや薬物を使う場合があります。逆に、アルコールや薬物の使用障害が先にあって、離脱症状など、物質によって不安が誘発される場合もあります。

3. 不安のさまざまなあらわれ方

不安が高じると、不安を感じなくてすむように、無意識のうちに感情を切り離すということがおこります。その結果、ボーッとしたり、意識を失って倒れたりする症状（解離^{かいり}症状）が出ることもあります。また、問題行動（リストカットなどの自傷行為）を行うことで、不安に対処しようとする人もいます。

■対応■

1. 急な不安を乗り越える方法

では、パニックをはじめとする突発^{とつぱつてき}的な不安に対しては、どのように対処したらいいのでしょうか。以下に代表的な方法をあげてみます。

①まずは話を聴くこと

まず、援助者にできるのは話を聴くこと、そして気持ちを受けとめる姿勢を示すことです。相手に安心感を与えるためには、すぐに安心させようと焦ってなだめたりするよりも、まずは「自分の不安な心境を聴いてもらえる、受けとめてもらえるんだ」と感じ、見通しをもってもらえることが大切です。

そしてこういう時には、本人は恥^はずかしさや遠慮^{えんりょ}から、不安を表現することをためらいやすいものです。まして、過去に思いきって相談したのに、「気にしすぎ…」などと否定された経験があれば、不安な心境を伝えようとするに、なおさら勇気^いが要^いったり、怖いとすら感じられるかもしれません。ですから、まずは「不安を訴^{うた}えてもいいんだ」と思ってもらえることと、「勇気を出してSOSを出してくれてよかったよ」というメッセージが伝わるように接しましょう。

また、不安を薬や薬物ですぐに解消しようと急がずに、相談したり、他の方法で何とか対処しようとしていること自体が、これからの依存症の回復にとっても、大事なステップになることを伝えましょう。

②急に湧きおこる不安への対処法を伝授^{でんじゆ}する

また、恐怖や不安^{しず}を鎮める方法を教えたり、それを実際にその場で一緒にやってみることが役に立つ場合もあります。たとえば、“呼吸法”を実際に教えながら、不安がおさまっていくのに付き合うのも有効です。やり方としては、以下のようなものがあります。

【呼吸法】息を吐くスピードをゆっくりにして、呼吸のリズムを整えていきます。

たとえば、“10 カウント呼吸法”では、「1、2、3、4」でゆっくり息を吸って、「5」で止めて、「6、7、8、9、10」でゆっくり吐きます。吐く時に、「リラ〜ックス」とお腹^{なか}のあたりで唱^{とな}えるとより効果的です。パニック発作がある場合には、こうした呼吸法を数分間くり返すことで対処してみましょう。

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

また、実際に発作がおこる前の落ち着いた状態の時に、前もって呼吸法を練習し、やり方になじんでおくと、とっさの時にも活用しやすいでしょう。練習の際には、リズムを覚えるために、先ほどのカウントや「吸って、吐いて」という指示を携帯電話のボイスレコーダーなどに入れておいて、それを聞きながら練習するのも手です。なお、過呼吸発作がかなりひどい場合には、まずは袋などを口にあてて、吐いた二酸化炭素をまた吸うことで、呼吸の回数を落としていき、ある程度落ち着いたところで、呼吸法に移るとスムーズでしょう。

【安全イメージ】自分が安心を感じる人や、落ち着く風景や場所のイメージを探しておき、いざとなった時には“心のお守り”のようにそれらを思い浮かべることで、固まった姿勢から視線をそらし、気分に変化をつけていきます。

【思考ストップ法】くり返し考えすぎてしまうことで不安がつのっていき場合には、そういった思考の輪に入りこんでしまわないよう、自分で自分に「ストップ、ストップ」と言い聞かせることで、気をそらし、解離症状などを乗りきります。

③薬物療法

不安やパニックの時に、薬や注射が役に立つ場合もあります。特にアルコールの離脱症状（禁断症状）に対しては、薬が効果的なことがあります。しかし、こういった薬は依存の可能性もあるので、薬だけに頼りすぎないことを伝えるのも重要です。自分なりの不安の対処法をもたせるようにして、それでも難しいときにのみ使う、増えてしまうようならやめるなどの枠組みを決めていくことが必要になります。特に「不安になることに対する不安」といった予期的な不安に対して、安易に薬を使うようになると、依存になりやすいことを教えるのは重要です。薬の種類としても、依存性の少ない抗精神病薬や感情安定剤などを選択することが有効な場合があります。PTSD やパニック障害で用いる SSRI は離脱や依存がないわけではありませんが、やはり必要なことがあります。最も依存を警戒する必要があるのは、抗不安薬や睡眠導入剤、とくに短期型のものです。

2. 不安に対処するための心理教育・認知行動療法

くり返されるパニック発作への対処としては、あらためて“不安とは何か”や、それに対応する方法を一緒に考えておくことも有効です。

①不安とは

感情というのは、自分自身の内面の状態や、まわりに対して自分がどう感じているのかを知らせてくれるアラーム（非常ベル）のようなものです。ですから、自分が危険な方向に傾くと、不安が「危ないよ」と知らせてくれるわけです。とはいえ、“不安”と言うと、とかく良くないイメージをもたれるかもしれません。しかし、このセンサーが働かないとどうでしょう？ たとえば、危険が迫っているのに、気づかずにのんびり構えていたら、危ないことになってしまいます。で

すから、不安という感情が反応してくれるからこそ、先を見越して備えたり、自分が失いたくない大事なことについて考え、守ることができるとも言えるのです。

②不安に関する極端な考え方のパターンを検討してみる

しかし依存症の場合には、不安の感じ方が強すぎてしまったり、逆に不安を受けとめないように心が動いて、ピンチに^{おちい}陥ってしまう場合があります。

そこで、そういった極端な考え方のパターンを立ち止まって検討する方法を示します（図1）。まず、以下の3つのパターンについて、自分にこれまでそういうことがあったかを考えてもらい、次に、“心配しすぎる場合”や逆に“心配しなさすぎる場合”を乗り越えるために、どのような方法があるのかを考えてもらいます。

さらに、これまでにパニックが生じた場面を取り上げ、ABCシート（[A：状況・出来事]→[B：認知]→[C：感情・行動]）の流れに沿って、そのパターンを整理しながら分析していきます（図2）。その中で、この時のバランスの悪い（^{きょくたん}極端な）考えが、実はパニックにつながっているということに気づいていくのです。

このようにして、パニックになってしまう時に^{おちい}陥りやすい“^{きょくたん}極端な考え方”の癖を見つけ出して、もう少し“中立的な考え方”にする方法を検討していきます（図3）。そしてこれをくり返すことで、中立的な考え方に自分をなじませていくのです。

<p>【パターン1】^{きょくたん}極端に心配しすぎる考え方</p> <p>非常ベルが、ちょっとしたことで、すぐに鳴ってしまうような状態。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 現実的でないほど、大げさに悪い予想をする（あとで考えて、そんなに心配しなくてもよかったこと）。 2. まだ先のことで分からないことまで心配し、長い時間心配ばかりしてしまう。 3. 自分にはそれを乗り越える力が全くないと思いつく。 4. ^{かんべき}完璧主義になり、ちょっとでも失敗したら、“もうだめだ…”と決めつける。 5. 不安になることが不安で、パニックになることが怖い。
<p>【パターン2】心配しなさすぎる考え方</p> <p>本当は心配しないといけないことでも、気楽に考えてアラームを止めてしまったり、あるいはアラームが鳴っているのに無視してしまう状態。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 危ない状況なのに、考えると怖くなるので、避けていた。 2. 危ない方が、むしろ好きになってしまう。
<p>【パターン3】ほど良い心配くあいの考え方</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上手に心配して、具体的な対応が取れる。 2. 心配があっても、心の中に置いておける。 3. 心配を上手に人に相談するなどして、調整できる。

図1. 極端な考え方のパターン分析

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

A-B-C シート

日付 _____ 名前 _____

A：できごと	B：考え方	C：感情・行動
→	→	
何がおこりましたか？	それをどう受けとめましたか？	どんな気持ちになって、何をしましたか？
夜遅くに電話が鳴った。	何か悪いことがおきたに違いない。	不安 100% 汗が出て、動機がして、呼吸が早くなった。 怖くて酒を飲んで寝た。

*落ち着いて考える時、Bの考え方についてどのように考えられますか？
そこまで悪いことを考えなくてもよかった。

*より気楽になれる考え方に取りかえたとしたら？
間違い電話かもしれない。とにかく落ち着いて出してみよう。

図2. ABCシート

こうでなければならない (完璧主義、すべき思考など)		柔軟性、別の見方
「完璧にできないと、人から見捨てられてしまうかもしれない」	→	「私はもうダメだと感じる」
最悪化、それにはがまんできない		中立的な見方
「そうになったらおしまいだ」	→	「それは良くない／イヤな／不愉快なことだ。でも致命的ではない、何とかなる」
否定的な自己分析		バランスのとれた自己分析
「どうせ自分はみんなに認められない」	→	「自分なりにがんばっているんだから、分かってくれる人もいるかもしれない」

図3. 極端な考えを中立的な考え方に変換する

たとえば、こんなふうに変えていきます。

- ①「こうでなければならない」とか「…べき」という言葉を、もっと要求の低い言葉と入れ替えてみます。たとえば、「こうしたい」とか、「…の方がいい」とか、「できれば…」などです。
- ②“最悪化”という言葉をもっとやわらかい、日常的な言葉と入れ替えてみます。たとえば、「不便だ」とか、「不快だ」といったふうに。
- ③否定的な自己分析（自分にダメ出しするようなとらえ方）は、こんな文章に入れ替えてみるといいでしょう。たとえば、「私は完璧な人間ではないし、人は間違えることもあるものだ」などです。

こうして等身大の自分のイメージが確認されていくことが、思い通りにならない自分を素直に受け入れていくことにつながっていきます。一方、出来ごとや状況について、どういう場面がパニックになりやすいのかを考えて、近づかないようにする方法もあります。

行動についても、あらかじめ不安を軽減する対応を検討しておきましょう。その中には先ほど取り上げた“呼吸法”やリラクゼーションなどもあります。パニック障害の場合には、物事のとりえ方や考え方の問題を考えてもらうよりも、パニックの引き金になっている刺激（実在する刺激やそのイメージ）に実際に少しずつ触れながら、その時の不安な気持ちや体の反応（動悸や過呼吸など）を呼吸法などを使って、その場で落ち着かせていく練習をするのが効果的です。その際、“あまり苦手でない場面（苦痛なし）” 0点～“最も苦手な場面（再興に苦痛）” 100点（最高に苦痛）まで、段階的に評価してもらい、苦痛の程度が低いものから高いものに向けて少しずつ触れながら、その都度、不安をおさめる練習をくり返していくやり方が効果的です。こうした練習を行った上で、再発防止計画（35 ページ）をたてましょう。

③不安の裏にある問題の解決

パニックや不安の裏には、トラウマや PTSD のような問題をかかえている場合が少なくありません。特に、ハラスメントや暴力の被害、家庭状況などが関係する場合には、そういった問題への対応に加えて、必要な社会資源につなげていくことも重要になります。

Q & A

Q₁

不安が強くなると訴えが増え、何度も電話がきたり、長時間話を聞くことになります。時間も自分自身の心の余裕もなくなりそうです。こうした要求にはどの程度応じるべきでしょうか？

頻りに話しかけられたり、話が長くなると、受け止める側も疲れてきて、相手に対する億劫な気持ちや苦手意識が出やすくなります。そして、それが何かの拍子に相手に伝わると、関係がこじれて、率直に話し合えなくなってしまうかもしれません。また、本人にとっても、長く話すとかえって気持ちがまとまらなくなったり、疲れたり、いろいろ話して後で苦しくなることもあるでしょう。ですから、聴く時間はある程度時間を区切って、長くても1時間は超えない（30分程度）方がいいですし、頻度も制限して、その分確実にその時間は聴くという枠を決め、メリハリを付けて対応した方がお互いにとっていいでしょう。

また、「不安に対処できるようになる」という目標をもって、不安をおさめるスキルを教えた上で、緊急時の安全計画（呼吸法、音楽、お茶をのむ、紙に書き出すなど）をたてておき、それが実際に役に立ったかどうかを定期的に話し合うなどの流れを作

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

っていくのも有用です。こういった計画をあらかじめ作っておくことで、とっさに自分の不安をまわりの人や物に処理をしてもらおうとする姿勢から、自分なりにかかえて対処しようとする姿勢に変えていくチャンスにもなるでしょう。

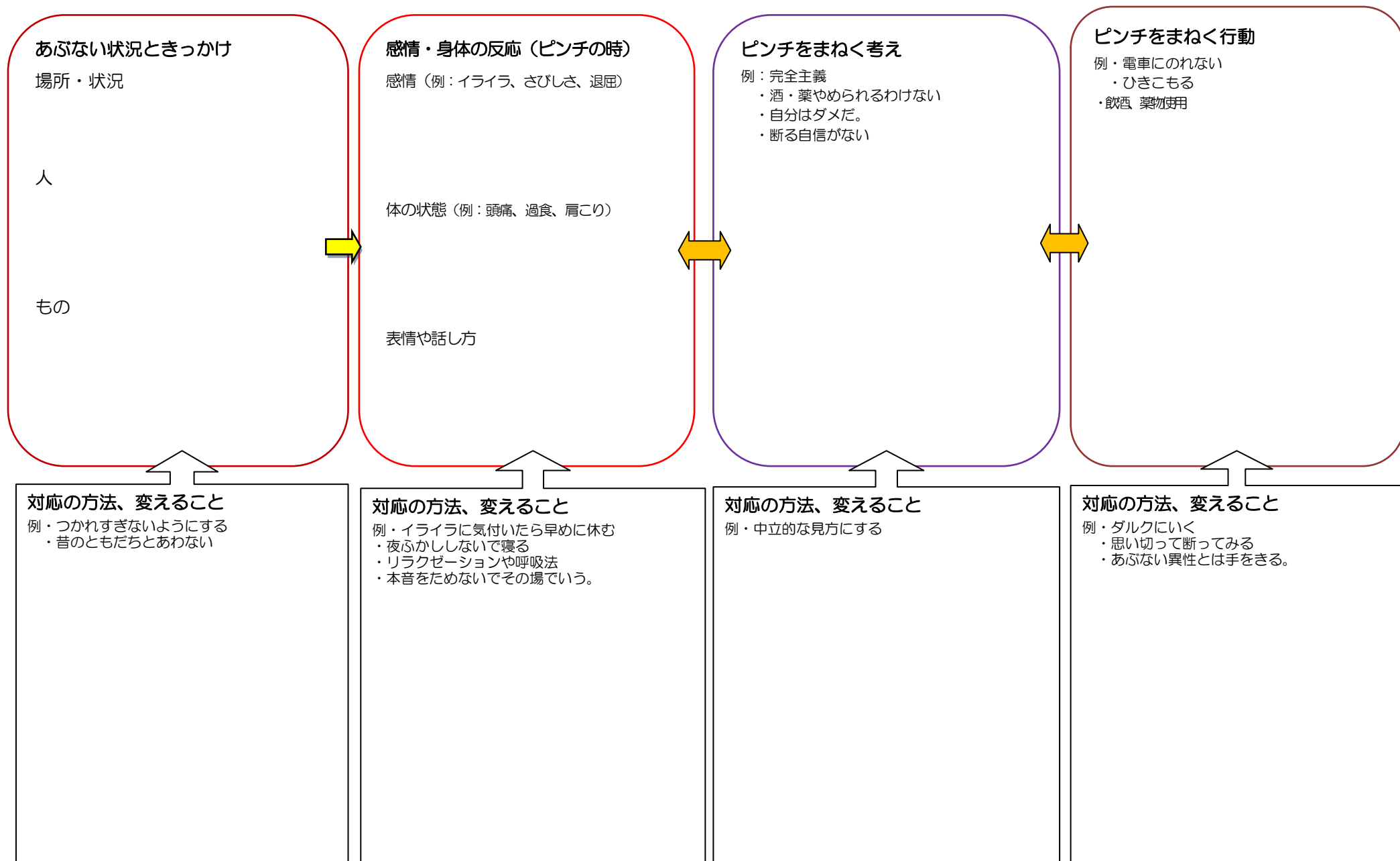
Q₂

薬物依存症の人に、向精神薬を服用することはスリッパ（薬物の再使用）じゃないかと、指摘されたことがあります。どう考えればいいのでしょうか？

たしかに、依存症の人に、不安が強いからと薬物を出すのは、処方薬への依存になる危険性があります。特に、睡眠導入剤や抗不安薬は依存を生じやすいので、注意が必要です。しかし、アルコールなどの離脱の時期には、不安やせん妄を抑えるために抗不安薬を使って管理する場合がありますし、強いパニック障害や PTSD、強迫性障害等にともなう不安では、SSRI などが有効なので、こうした薬物療法が必要な場合には、薬物依存の傾向を主治医に把握してもらった上で、治療目標や期間を管理してもらうことが大事になります。

また、自助グループでは、薬を全く飲まないことが依存症の治療には必須だと言われることがあるようですが、こうした考えはかえって回復を遠ざけることにもなりかねないので、特に依存症に加えて他の精神障害が合併する場合（ここでは不安障害等）には、両方の治療を両立するために、薬物療法を行うことがあることも覚えておきましょう。

再発防止計画：あぶない状況—感情—考え—行動のつながりを整理して、対応方法をまとめよう



6. 「何か聞こえる」、^{かん}勘ぐりやすい人に困ったら？

《ポイント》

- ^{げんかく}幻覚や^{もうそう}妄想を引きおこす代表的な物質は、覚せい剤、脱法ドラッグ、シンナー、アルコール、コカイン、大麻などです。
- “^{かん}勘ぐり” が悪化すると^{もうそう}妄想に、“音に敏感” が悪化すると^{げんちよう}幻聴になります。
- 精神病の症状に対しては、抗精神病薬による薬物療法が必要です。さらに危険な行動がおこりそうな場合には、入院治療が必要になります。

■はじめに■

薬物やアルコールの依存症では、^{げんかく}幻覚や^{もうそう}妄想が多く見られます。中でも強力に幻覚や妄想を引きおこすのが、覚せい剤です。最近問題となっている脱法ドラッグも、覚せい剤同様に精神病を引きおこす性質が強いので、注意が必要です。ほかにもシンナー、コカイン、MDMA、LSD、アルコール、大麻、エフェドリンなどに、同じような性質があります。

1. 薬物による中毒性精神病の症状

幻覚は、「実際には見えないはずのものが見える」^{げんし}幻視と、「ないはずのものが^き聴こえる」^{げんちよう}幻聴が主です。お酒が切れた時（離脱時）や LSD、シンナー、大麻などを使っている時をのぞけば、幻聴の方が多く見られます。妄想とは、“誤った内容を確認していて、修正できないほどの強い思い込み” のことです。

もう一つ、覚せい剤などで引きおこされる精神病の特徴としては、覚せい剤を使っていない時にも残る“^{うたぐ}疑り深さ”と“音に対する敏感さ”があります。この“疑り深さ”や“音への敏感さ”が強まっている時に、また覚せい剤を使ったり、そこに不眠やストレスが加わったりすると、より敏感になるので、他人の視線や生活音がさらに気になって、場合によっては妄想や^{ぼうりよく}暴力に発展することもあります。なお、幻聴の前段階として“音に敏感”な状態があり、妄想の前段階として“^{かん}勘ぐり”やすい状態があります。

妄想にはさまざまなものがありますが、覚せい剤でおこりやすいのは、「他人から嫌がらせを受けている」とか、「危害を加えられる」、「周囲で起こったことが、自分とつながっている」、「あとをつけられている」、「^{かんし}監視されている」、「妻が浮気をしている」といったタイプの妄想です。幻

6. 「何か聞こえる」、勘ぐりやすい人に困ったら？

聴は、音の場合もありますが、「誰かが話しかけてくる」とか、「誰かと誰かが自分のことを話している」といったパターンが多いようです。声の内容としては、非難・脅し・命令が多く、いずれも不安・恐怖をとともなう不快なものです。また幻聴があっても、それが幻聴だと自分で判っている場合はいいのですが、現実との区別がつかなくなったり、幻聴やそれと関連した妄想に従って行動するようになると、入院を含めた緊急の治療が必要になります。幻聴と会話するために、独語（ひとり言）や空笑（一人笑い）が見られることもあります。

2. 薬物以外の精神病症状

幻聴や妄想は、交通事故などによる脳の障害でもおこりますし、信じられないような出来事に遭って、ものすごいショックを受けると、一時的におこることもあります。幻聴や妄想がおこる病気は結構ありますが、代表的なのが統合失調症です。

覚せい剤などの中毒性精神病の場合、幻覚や妄想の内容は、実際の生活や覚せい剤の使用に関連したものが多くあります。そして、覚せい剤の量・効果が強すぎておこる急性中毒の時には、意識障害や「周囲を囲まれて襲われる」と訴えるなど、切迫した状態にもなります。それでも、覚せい剤使用直後を除けば、幻覚や妄想に完全に支配されてしまうということは少ないようです。また、まわりとのやり取りにも不自然さはなく、自分に対しても“おかしい”と、違和感に気付ける感覚は保たれていることが多いようです。このように、精神病症状の激しい時期を除けば、人との交流ができて、話も通じることが多いのは、統合失調症との違いとされています。

統合失調症の場合は、幻聴や妄想のほかに、「誰かにあやつられる」、「身体に影響を及ぼされる」、「自分の考えや秘密が広まってしまう」、「生き生きとした感情が損なわれる」、「考えがまとまらない」、「何もやる気がおきない（で引きこもり続ける）」などの症状も加わり、明らかに人が変わってしまったという印象を受けることが多いです。妄想の内容も、現実離れしていたり、奇妙でグロテスクだったり、妄想の対象も近隣や知り合いの域をこえて広がったりします。

■ 対 応 ■

1. 幻覚や妄想のある人への接し方

幻聴や妄想のある人への対応の基本は、幻聴や妄想を“肯定も否定もしない”ことです。というのも、相手が信じていることをうっかり肯定してしまうと、幻聴や妄想をより確信に近づけてしまうことになりかねませんし、逆に否定すると、「わかってこない、話してもムダだ」と思わせてしまうからです。

幻聴や妄想には、不安をかき立て、追い詰める内容のものが多く見られます。そういう幻聴や妄想について真剣に話された時には、本人の置かれている状況に自分を重ね合わせて、「そんなこ

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

とが実際に起きているのなら、さぞつらいだろう」と、その心境を分かろうとしてあげることが大切です。それだけでも、話している本人はずいぶん救われるはずで。

また、妄想というほど確信されているわけであれば、その状況によって対応します。“^{かん}勘ぐり”のレベルであれば、率直にその^{かん}勘ぐりについて話し合えるといいでしょう。普段から信頼関係ができていれば、なおさら話しやすいはずで。私の場合は、「最近、^{かん}勘ぐりはどう？」というきき方をします。すると「^{かん}勘ぐりキツイですね」とか、「そうでもないですよ」という答えが返ってきます。また、「音に敏感なことはないですか？」、「幻聴はありますか？」とストレートに^{たず}尋ねることもあります。統合失調症とは違って、薬物やアルコールの精神病の場合は、症状が切迫していなければ、本人にもある程度正確に症状を把握できるので、こうして状態について話題にすることが可能です。ちなみに統合失調症の場合は、「幻聴・妄想・^{かん}勘ぐり」といった言葉を出すと、「おかしいのは周囲の方だ」とか「自分は病気ではない」と怒りだす人もいますが、薬物やアルコールの精神病の場合、そういうことはほとんどありません。

注意する点としては、^{ふか}ふか^{かい}訴えをしてくる本人に対して、決して馬鹿にしたり軽く見ないこと、プライドを傷つけないことです。そして接する時には、本人のことを“真剣に心配している”という姿勢を示すことが大切です。また、“薬物使用やその^{こういし}後遺症で、幻聴や妄想は誰にでもおこる”ということを伝えてあげるのも意味があるでしょうし、“寝不足やストレスを溜めたり、病院からもらった薬を飲まなくなったりすると、症状が出やすくなる”ことも、一般的な知識として伝えれば、本人を傷つけることも少ないでしょう。

2. 幻覚や妄想のある人への治療的対応

では、幻覚や妄想のあることがわかったら、どうすればいいのでしょうか。

まずは話してくれたことを評価しつつ、つらかった気持ちを受けとめて、“どうすれば楽になれるか”と一緒に考えていくことを提案します。実際は、こちらからの提案が主になりますが、無理な押しつけにならないよう注意しましょう。

その際まず確認することは、最近眠れているか、強いストレスを受けていないか、医者からもらった薬は決められた通りに服用しているか、症状を^{ゆうはつ}誘発するような薬物使用はないか、飲酒はしていないかなどです。そして心配のあまり、「病気だからすぐに薬を飲まなければいけない」とあせって追いたてるのではなく、まずは眠れること、神経を休めることの重要性について説明します。そこで、「休もうと思っても、なかなか休めない状況にある」ということが確認されれば、一時的に“敏感さを抑える薬”（抗精神病薬）を服用することになります。ちなみに、抗精神病薬には依存性がなく、適切な使い方をすれば怖いものではありませんが、最近主流になっている非定型抗精神病薬は、以前のものに比べれば副作用はかなり抑えられているものの、糖尿病を悪化させたり誘発したりする性質もあるので、注意は必要です。

6. 「何か聞こえる」、勘ぐりやすい人に困ったら？

このように、本人が「休もうと思っても休めない」という場合には、医療機関を受診して薬を出してもらうことを提案します。その際のポイントとしては、“幻聴や妄想は誰もが経験する症状で、早く対応策を考えて休めるようにすることが先決”^{せんけつ}”ということを説明しましょう。この時も、単に薬だけ飲んでいればいいというものではないので、本人の立場に立って（味方として）、適切なサポートをすることが大切です。妄想などで人が信じられなくなっている時だからこそ、できるだけ慎重に、配慮^{はいりよ}の行き届いた対応をすることが大切になるのです。

なお、支援者が妄想の対象になっている場合には、その支援者が近づくことで、病状が悪くなることもあります。そういう場合には、ほかの支援者が主になって関わるなど、切りかえも必要になります。妄想の対象に攻撃が向くこともあるので、本人の支援を誰が中心になって行うかは重要です。身近な人すべてが敵になってしまうようであれば、強制的な入院治療が必要になる場合もあります。

Q&A

Q₁

誰に対しても勘ぐりが強く、敵意を向けたりするので、施設での人間関係も悪くなっています。どのように関わればいいのでしょうか？

本人が、何に不信感をもったり勘ぐっているのかを、なるべく話してもらえるように関わるのが大切です。少しでも言葉にして話してもらえると、そこが突破口^{とつぽこう}になります。本人の訴え^{うたげ}を素直に受け止めて、その中から解決策を考えます。本人に余裕があれば、一緒に解決策を検討できるといいでしょう。

ただし、こちらに対して不信感や勘ぐり、妄想をもっていることもあるので、その場合には、^{あつぱくかん}圧迫感を与えないように慎重に接し、なるべく思っていることを話してもらいます。「あなたを少しでも理解したい」という姿勢で接しつつ、こちらに対する不満や不信感はないか、「気になっていること」として直接尋ねてみるのも手です。誤解が生じているようなら、素直にあやまって、話してくれたことにお礼を言きましょう。同様に、ほかのメンバーに対する不信感を募^つらせているようなら、なるべく構えずに十分話してもらえるようにながめます。抵抗があるようなら、少しずつ様子を見ながら関わっていきます。

なお、関わりだけで勘ぐりがおさまればいいのですが、おさまらずに繰り返したり、^{かん}勘ぐりの対象が複数の人に向かって、誰に対しても敵意をいだいたり、あるいは勘ぐりが強くて苦しいと訴えるようなら、一時的にでも投薬治療を受けて、敏感すぎるところを休めるため、まずは受診に付きそわれることをお勧めします。

Q₂

勧ぐりや幻聴が悪化して、暴れたり暴力をふるったりした場合には、どうすればいいでしょうか？

病状から、自分自身や他人を傷つける危険が高いようなら、一般的には警察に通報して保護してもらいます。保護されても危険な状態が続いて、入院治療に切りかえなければ危険だと判断されると、警察から保健所などへ通報されて、国家資格をもった精神科医（精神保健指定医）2名が診察します。その結果、入院が必要と判断されれば、措置入院になります。これは、都道府県知事や政令指定都市市長による命令入院です。

そこまでの危険性はなくて、家族や周囲の人で病院に連れて行かれれば、精神保健指定医1名の診察によって、医療保護入院となります。医療保護入院には家族の同意が必要ですが、家族がいない場合には、都道府県知事や政令指定都市市長の同意による入院になります。

7. 「眠れない」という訴^{うった}えで困ったら？

《ポイント》

- 人の体の健康に、睡眠と食事は最も重要なことです。
- しっかり眠るための条件として、①光、②運動、③体温が大切です。
- それでも眠れない場合には、受診して対処法を相談しましょう。

■はじめに■

健康や治療において、眠ることと食べることは最も重要なことです。この2つがうまくいっていなければ、ほかにどんなすばらしい治療や健康法に取り組んでも、体調を崩^{くず}してしまうかもしれません。規則正しい食事は、体内時計を整え、良い眠りにもつながります。ちなみに、イスラム教徒の断食^{だんじき}の際には、睡眠障害が見られるという報告もあります。

またヒトは、生活の約3分の1の時間を睡眠に費^{つひ}やしているとも言われています。睡眠を改善するための重要なキーワードは3つ、①光、②運動、③体温です。

ここでは、睡眠薬を使わずに眠るための基本的な知識とともに、誤解されやすい点を中心に、どうすればより良く眠れるかについて説明していきます。

■良い眠りへの基本的な知識と対応■

1. 太陽光

電気が発明される前の時代には、ほとんどの人が夜は寝ていました。日の出とともに起きて、日の入りとともに寝るというリズムが、長い歴史の中でヒトの体にはきざみこまれてきました。しかし、電気が発明されて以降、人間の睡眠環境は時代とともに変わっていき、睡眠のリズムも乱^{みだ}れやすくなっています。

ところで、もともと私たちの体は、何も刺激がないと25時間周期で動くようにできているので、ほんの少し朝寝坊するようになっています。このため、毎日こまめに調節して24時間周期の地球環境に戻していく必要があるのですが、そのために実は“光”が重要な役割を果たしているのです。

朝“光”を浴びると、メラトニンという物質の作用で、そこから約15～16時間たつと眠気が

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

やってくるようになっていきます。ですから、身体のリズムを保つためには、朝に光を浴びることがとても重要になるのです。ちなみに、住宅環境にもよりますが、睡眠のことを優先すれば、寝室の遮光カーテンも避けた方がいいでしょう。また太陽の光は、時差を調節するのにも役立ちます。ただし、“光”といっても、室内の電気では不十分なので、必ず窓の外を見るようにしましょう。天気が悪くても、屋外の光であれば十分です。

また逆に、夜になっても明るいままだと、睡眠に影響が出てきてしまいますから、テレビやパソコンなどの使用は、寝る時間が近づいたら控える方がいいでしょう。たとえば、明るい電車（特に特急列車）で移動したり、照明の強いコンビニで立ち読みしたり、布団に入ってから携帯電話やスマートフォンの操作も、よくある寝つきにくさの原因になりますから、そういった状況を避けるだけでも、眠りやすくなるはずですよ。ちなみに、飛行機や夜行バスなどで、寝る時間になると電気が消されるのもこのためです。ちょっと細かいことですが、夜中にトイレに行く時も、あまり明るくしない方がトイレのあと寝つきやすくなります。また、夜中に目が覚めた時に時計を見ると、心理的に動揺しやすくなるので、なるべくなら見ない方がいいでしょう。

このように、よく眠るためには、朝起きてしっかり光を浴び、夜になるにつれて強い光を浴びないようにして、寝る時間と起きる時間をなるべく一定に保つことです。まとめになりますが、「早寝早起き」という表現をよく耳にしますが、早く寝ることで早く起きられるのではなく、早く起きることで早く眠りやすくなるという理解が重要です。

2. 運 動

体を動かすことは睡眠の質を良くしますから、適度な運動を日常生活に組み込むようにしましょう。運動する習慣のある人は、ない人よりも深い睡眠が増えることや、普段運動しない人でも、運動する習慣をつけることで寝つきやすくなって、深い睡眠が増えることが報告されています。運動といっても、飛んだり跳ねたりと激しいものではなく、散歩や簡単な体操などで十分です。適度な運動は睡眠のリズムを保つだけでなく、“うつ”への効果や認知症の予防にも役立つと言われています。

なお、次の体温のところでも説明しますが、体が温まることは眠りを妨げることもつながるので、運動するのは寝る5～6時間前が理想的です。アメリカの睡眠学会では、寝る3時間前になったら運動しないように勧めています。

よく誤解されるのは、体を動かすと眠れるからといって、疲れる運動を長時間する人がいますが、かえって睡眠を妨げ、途中で起きやすくなるので気をつけましょう。また、寝る前にリラックスするためにストレッチ体操をするのは、睡眠にもいいですから、ゆっくり呼吸をしながら体を伸ばしてみましょ。

3. 体温（体の芯の体温のことで、表面の温度ではありません）

たとえば、雪山での遭難事故のように、ヒトの体は体温が下がると、エネルギーを体の修復の方にあてようとして、体は眠る方向に傾きます。反対に、こたつで寝てしまうと、体温が上がって途中で目が覚めやすくなります。

では、眠るためにはどうすればいいのでしょうか？ 正解は“一旦、体を温めてから、少しずつ冷めるのを待つ” ことです。

この仕組みを応用して、眠るための工夫をいくつかご紹介します。

①お風呂は寝る1時間前までに、ぬるめのお湯にゆっくりつかるといいでしょう

お風呂がぬるめだと、入浴後1時間もすると、体温が下がってきます。この“体温が下がる頃”に布団に入ると、眠りに入りやすくなります。ただし、熱めのお風呂が好きな方は、入浴後2時間くらい置いてから寝るのがいいでしょう。こうして見ると、欧米のシャワー文化よりも、湯船につかる日本の入浴文化の方が、より良い睡眠をもたらす“生活の知恵”が活かされているようにも思えてきますね。

②湯たんぽ、布団乾燥機などを上手に利用しましょう

体の芯を温めてしまうと寝つきにくくなりますが、体の表面を温めると、そこから熱が外に逃げやすくなるので、体の芯の温度は下がることになります。この理屈を応用すれば、手足を一時的に温めることで、眠りに入りやすくすることができます。おすすめグッズは、布団乾燥機や湯たんぽ、特に自然に温度が下がっていく湯たんぽは理想的です。電気毛布もいいのですが、寝る前には電源を切るようにしましょう、理由はもうお分かりですね。

③眠る前の運動は避けましょう

先ほど運動のところでも説明しましたが、運動は寝る時間を考えてする必要があります。そして、睡眠と光との関係から、明るいジムの中で、体温が上がるような激しい運動を続けると、眠るまでに余計時間がかかってしまいますから、気をつけましょう。

④寝る前の食事は避けましょう

食後に眠くなることから誤解されやすいのですが、実は食事をとると消化のためにおなかの働きが活発になってしまい、体温も上がるので、かえって眠りにくくなります。夕食や夜食は、寝る3~4時間前までに取るようにしましょう。

■眠りにまつわる よくある誤解■

1. 眠れない時に酒を飲む

実は、アルコールは睡眠の質も量も低下させてしまいます。たしかに、飲酒すると寝つきは良くなりますが、時間がたてば、むしろ途中で目が覚めやすくなります。その理由としては、尿が出やすくなること、お酒が切れてくることなどがあげられます。また、お酒の分解には、起きて

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

いる時よりも眠っている間の方が時間がかかります。しかも、アルコールには飲み続けていると効かなくなる性質もあるので、寝つくための飲酒が習慣になると、徐々に酒量が増えて、アルコール依存症になるリスクを高めてしまうので、要注意です。

少し難しい話になりますが、不眠への対処法を10か国で調査した研究で、“眠れない時に飲酒する”と答えた人が一番多かったのは、実は日本でした。それによると、日本の国民の30%が、飲酒することで不眠に対処していたのです。ほかにも、厚労省の2008年の全国調査で、成人男性の9%、女性の5%が寝るために飲酒する習慣があったとされ、2007年の調査では、寝るために飲酒するのが“週に1回以上”と答えた人の割合が、男性で48.3%、女性でも18.3%と報告されています。この中には、受診には至っていないアルコール依存症の人も、含まれているかもしれません。また薬物依存症の場合、飲酒は薬物の再使用のきっかけになりやすいので、寝る前以外でも飲酒は控えるようにしましょう。

2. たくさん寝るほど体にいい

「〇〇時間しか眠れなかった…」と、睡眠時間の長さを気にする人がいますが、睡眠とは、疲れを取って体を作り直している時間のことです。よく“睡眠は8時間必要”などとも言われますが、全く根拠はありません。翌日に強い眠気がなく、通常の生活が送れるのであれば、時間的に短くても長くても、あなたにとってはちょうどいい長さということになりますから、あまり時間の長さにこだわりすぎないようにしましょう。ただ一方で、日本人は6.5~7.4時間睡眠の人が一番死亡率が低かったという研究や、7~8時間の睡眠が一番“うつ”にはなりにくいというデータもあるので、参考にしてもいいでしょう。いずれにしても、あなた自身の体質に合った睡眠時間を確保することが一番重要で、寝る時間と起きる時間のリズムを一定にすることが何より大切なのです

■おわりに■

ここまで、薬以外の方法で、睡眠をより良くする方法について述べてきました。もし、これらの工夫をためしてみても、十分に眠ることができなければ、一度、精神科などの医療機関を受診してみてください。というのも、睡眠に影響が出るような、何かほかの病気にかかっているかもしれないからです。その際、不眠の治療に薬を使うという話が出るかもしれませんが、不眠の薬の中には依存性（使い続けることでだんだん薬の効果が弱くなるので、薬の量が増えてしまい、コントロールできなくなる性質）のあるものも含まれますから、お薬を始める時には、薬の種類や必要性について、主治医の先生とよく相談してください。また、薬を急にやめると、余計眠れなくなったり、不安・めまい・頭痛などの症状が出ることもありますから、自分の判断で急にや

めたりせずに、主治医の先生の指示に従ってください。そして、薬のことにかぎらず、気がかりなことがあれば、遠慮せずに主治医の先生に相談してみるといいでしょう。思っていることを言葉にしてみることで、頭の中や気持ちが整理されてストレスが減り、良い睡眠をもたらす助けになるかもしれません。

なお、自分で対処しようという気持ちや行動も、良い睡眠を助けてくれる要因の1つになりますから、どんなに小さな思いつきでも、積み重ねてより良い睡眠が確保できるように、工夫していきましょう。

Q&A

Q₁

昼寝をしたいのですが、時間はどれくらいがいいですか？

昼寝は、午後3時頃までに、20～30分以内がいいでしょう。眠って15～20分たつと、深く眠る準備が始まり、30分を過ぎると深い睡眠に入るので、昼間30分以上眠ると、目覚めが悪くなり、夜の睡眠にもひびいてしまいます。20～30分では、ちょっと短いと感じるかもしれませんが、それでも疲れ自体はずいぶん取れて、仕事や勉強の集中力も高まるはずです。もし昼休みに昼寝をするのであれば、始業時間の30分前に寝て、始業10分前には起きて、トイレまでちょっと歩くくらいがちょうどいいでしょう。

Q₂

寝る前のコーヒーやタバコはどうですか？

寝る約4時間前からのカフェインの摂取と、約1時間前からの喫煙は避けましょう。コーヒーや紅茶・緑茶などにはカフェインが、タバコにはニコチンが含まれていて、カフェインやニコチンには眠りを妨げる作用があります。しかも、カフェインには尿を出しやすくする作用もあるので、トイレが近くなり、夜中に目が覚めやすくなってしまいます。ですから、寝る前にのどがかわいた時には、カフェインの入っていない飲み物にしましょう。

Q₃

“寝だめ”はできますか？

基本的にはできません。たとえば毎日7時に起きる人が、休みの日に12時まで眠

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

ったとして、次の日にまた7時に起きるとなると、自分で作った時差に苦しむこととなります。たとえば言うと、アラブ首長国連邦から帰ってきた翌朝に、東京で活動し始めるのと同じ時差をかかえることとなります。ヒトの体は25時間周期で、±2時間程度なら時差を感じることはないと言われていいますから、休みの日の寝坊も、いつもより2時間長いくらいまでにしておきましょう。ただし、これらはあくまでも目安です。睡眠時間が足りないと感じる場合には、少し早めに寝てバランスをとることも大切です。

8. “気分の波”がある人への接し方で困ったら？

《ポイント》

- “気分の波”がある人の中には、“そううつ病”という病気の人があります。その症状を理解して、そううつ病の人に合った接し方を知しましょう。
- 関わり方の基本は、①感情的にならずに冷静に接すること、②その際、「あなたが～」と相手を主語にした表現よりも、「私は～だと思う」、「(私から見ると)～だ」のように、接する私の視点から、私を主語にした“I(アイ)メッセージ”で語りかけると、相手に^{あっぱくかん} 圧迫感を与えずに、こちらの^{おも} 想いを伝えることができます。

■はじめに■

1. “気分の波があつて困る”とは、どのような状態でしょうか？

生活のさまざまな場面で気分が上がったり下がったりするのは、誰にでもある自然なことです。そんな時、私たちは感情をコントロールすることで、気分のバランスを取ろうとします。たとえば、落ち込んだら、気分転換したり、休んだりして、気力を取り戻そうとします。イライラしたら、体を動かしたり、人に話を聞いてもらったりして、気分をやわらげようとしてします。時には、調子に乗っていろんなことに手を広げたり、やりすぎてしまうことがあっても、そのうち疲れて続けられなくなるので、そのままの調子が2週間も3週間も続くということは、まずありません。

ところが、自分ではどうにもならないほど気分が落ち込んでしまって、「何をする気にもなれない」とか、動けないような状態が何日も何週間も続いてしまったら、どうでしょう？ 逆に、元気いっぱい、大して眠らずに動きまわるような状態が続いたら、どうなってしまうのでしょうか？ あるいは、動けない時期と動きまわる時期をくり返すようになったら、どうでしょう？

実は、アルコールや薬物の問題をかかえる人には、“気分の波があるつらさ”から、それをアルコールや薬物で^{まき} 紛らわせるうちに、乱用や依存が進んでしまったという人が少なくありません。

ここでは、アルコールや薬物の問題をかかえながら“気分の波”がある人に対して、どのように接したらいいのか、お話します。

2. 気分の波 = 元気すぎる時期と、動けない時期をくり返す ⇒ “そううつ病”かもしれない

精神障害の1つに、気分障害という病気があります。気分が自分でコントロールできなくなる

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

病気です。そううつ病はその気分障害の1つで、気分爽快で元気いっぱいな“そう状態”と、憂うつで意欲がわかず、億劫で仕方がない“うつ状態”という正反対の状態をくり返す病気です。

■そううつ病の特徴と治療■

1. うつ状態

うつ状態とは、言ってみれば“エネルギーが枯れ果ててしまった”状態です。以下のような特徴があります。

【気分】憂うつで絶望的な気分が続きます。「何の感情もわからない」という場合もあります。

【考え方】物ごとを後ろ向きにとらえたり、自分に自信がもてなくて、先がないように思えてきます。自殺願望が出ることもあります。集中力や思考力が落ちるので、物ごとを判断しにくくなります。たとえば、何を着たらいいか、何を食べようかといった、日々のちょっとしたことも決めるのが面倒に思われて、どうでもよくなってしまいます。

【行動】何も手につきません。毎日の仕事や家事・食事・入浴といった、生活上の基本的なこともままならなくなります。「やらなければ…」と内心あせってみても、なかなか取りかかれなかったり、人に会うのも億劫に感じられます。場合によっては、自殺をほのめかしたり、実際に行動に移してしまうこともあるので、注意が必要です。

【体調】睡眠は、夜中や早朝に目が覚めてしまって、そのあと眠れないとか、逆に寝すぎる場合もあります。食欲が落ち、何を食べても味気なかったり、逆に食べすぎてしまう場合もあります。疲れやすさ・手足のしびれ・冷え・肩こり・頭痛が出たりと、何となく体調のすぐれない状態が続きます。

2. そう状態

そう状態とは、気分が絶好調で、何でもできそうな気持ちになり、エネルギーに満ちあふれていますが、コントロールがきかない状態でもあります。以下のような特徴があります。

【気分】ハイで上機嫌、よく笑います。逆に怒りっぽくなることもあります。

【考え方】次つぎにアイデアがわき、すぐに行動に移しますが、集中できません。物ごとを楽天的にとらえては、できそうにないことでも、後のことを考えずにすぐに決断してしまいます。

【行動】話し出すと止まらなかったり、話の内容も飛びやすかったりします。気が大きくなるので、態度が大きくエラそうに振舞ったり、金づかいが荒くなって、高価な物を衝動買いすることもあります。あるいは乱暴運転やスピード違反など、普段しないような、軽はずみで危ない行動に出ることもあります。

【体調】眠っていてもすぐに目が覚めてしまうので、夜は寝ないで活動し、睡眠不足になりが

ちです。食欲が出すぎることも多く、性欲が増して、問題になることもあります。

3. うつ状態とそう状態が重なると…

では、このよううつ状態とそう状態が重なったら、どのようになるのでしょうか。この場合、うつ状態とそう状態の2つに共通する、以下のような特徴があらわれます。

- ①気分の状態が、まわりの人には理解できないくらい、度が過ぎている。
- ②その状態が、数日から数週間にわたって続く。
- ③それによって、日常生活に支障が出ている。

4. そううつ病の治療

そううつ病の治療は、^{じゅうぶん}十分に休むことと薬物療法が中心です。薬物療法では主に気分安定薬を使います。

また、症状が落ち着いた後も、再発を予防するために薬を飲み続ける必要があります。薬物依存症を合併している人であっても、気分安定薬は治療上必要なもので、主治医の判断に従ってください。まわりの人は、むやみに服薬をやめさせようとしないことが大切です。

■そううつ病と間違われやすい病気■

1. 境界性パーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder : BPD）

日頃から、①気分に波があり、考えや気持ちが変わりやすい、②気分の波が激しい…という人がいます。そううつ病の“いつものその人らしくない行動が続いて、気分が上がっている期間や下がっている期間がある”というのとは違って、この人たちの場合は、“しょっちゅう気分が上がったり下がったりして、しかも、その波が短くて激しい”というのが特徴です。たとえば、さっきまで大声で怒鳴りちらしていたかと思えば、すぐに楽しそうにニコニコと笑ったり、昨日までは「大好き！」と言って、気に入っていたはずの人に対しても、ちょっとしたことがきっかけになって「大キライ！」と攻撃的になり、一気に離れてしまいます。あるいは、夢や希望に満ちあふれて生き生きしていたかと思うと、急に「死にたい」と言いだしたりもします。他人の何気ない言動に気持ちが揺さぶられて、「死んでやる」と言っては、まわりの反応を見ているようなところもあります。このように、色んな感情を強く感じすぎてしまうので、気持ちや考えがコロコロと変わりやすく、人づき合いでは、くっついたり離れたりを繰り返して長続きしません。自分自身も、まわりとの関係も不安定という意味では、常に生きづらさをかかえている人たちだとも言えます。

そして、このような特徴があると、その人は境界性パーソナリティ障害（BPD）かもしれませ

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

ん。BPDの気分の変化は通常2～3時間は続きますが、2～3日以上続くことはまれです。

BPDの人は、感情の波が激しく、不安定な対人関係をもつことから、そのつらさを紛らわせるために、自傷行為や過食、薬物やアルコールの乱用・依存に陥ることがあります。

2. アルコール依存症、薬物依存症

アルコールや薬物依存の人は、依存物質を使っている時は陽気で活動的でも、それが切れると、どっと疲れて動けなくなってしまうことがあります。また、長期間にわたり大量に飲酒しつづけると、うつ状態になることもあります。



Q₁

利用者さんが“そう状態”かもしれないので、病院を受診してほしいのですが、「私は病気じゃない、大丈夫だから」と言って、こちらの話を聞いてくれません。

そう状態の人は、気分爽快でエネルギーに満ちあふれた心境なので、調子がいいということは自覚できても、自分がそう状態だというふうには自覚しにくいようです。このため、「絶対に自分の方が正しい」と思いこんでは、まわりの人の言うことに耳を貸しにくくなります。ところが、そう状態が続いたり悪化すれば、考え方も行動もまとまりがなくなって、問題がより大きくなるのは目に見えていますから、できるだけ早めに受診することが大切です。

対応のポイントとしては…

- ① “命令”ではなく、“お願い”するつもりで説得しましょう。上から目線にならないよう、我慢づよく丁寧に、一番苦しいのは本人なのだということを忘れずに、あくまでも相手を尊重する態度で接しましょう。たとえば、「最近、様子がいつもと違うようなので、とても心配しています。一度、病院で診てもらいませんか」とか、「もしかしたら、あなたの状態はそう状態かもしれないので、このままにすると取り返しのつかないことになるかもしれないし、心配なので、早めに病院に相談に行きましょう」などと声をかけます。
- ② 心配する人たちで集まって、みんなの心配している気持ちを、本人に伝えてみるのもいいでしょう。
- ③ そう状態の人は気が変わりやすいので、本人が受診すると言ったら、なるべく日を置かずに病院に行くようにしましょう。そのためには、前もってどこの病院に行くのかを決めておいたり、行こうと思っている病院のケースワーカーさんに、関わり方や

8. “気分の波”がある人への接し方で困ったら？

受診の段取りなどについて先に相談し、^{したじゅんび}下準備をしておくでスムーズでしょう。

Q₂

相手が怒りっぽくてコワいので、行動が行き過ぎだと思っても、何も言えません。

そう状態や BPD の人は気分が変わりやすく、怒りっぽかったり大声を上げたりするため、まわりの人は注意したくてもできなかったり、ついつい言いなりになってしまいがちです。しかし、まわりの人にとっても、^{がまん}我慢しつづけるのはストレスになりますし、本人にとっても、そのままで良いことは決してありません。

そこで、接し方のポイントとしては…

態度は感情的にならずに冷静に、言葉かけは“I(アイ)メッセージ”（私を主語にした表現）で、こちらの考えや気持ちを伝えましょう。避けたいのは、「(あなた) 何でこんなことするの?」、「(あなた) そんなことして、バカじゃないの?」、「(あなた) こんなことしちゃ、ダメじゃない」など、相手を主語にした表現（“You(ユ)メッセージ”）を使うと、言われた方は「批判された」とか「責められている」と感じるので、こちらが勇気を出して伝えたつもりでも、かえって相手の行動をエスカレートさせてしまうことになりかねません。それよりも、「あなたが〇〇〇〇したことで、“私は” 困っています」とか、「あなたの〇〇〇な行動は、“私は” やりすぎだと思います」など、「私は～だと思う」とか「(私から見ると) ～だ」というふうに、“I(アイ)メッセージ” で伝えると、相手に圧迫感を与えずにこちらの考えが伝えられるので、言われた方もすんなりと耳に入りやすいようです。

しかし、相手が怒って^{こうらん}興奮し、暴力をふるうようなら、それを押しとどめて、「暴力は何の解決にもならない」ということをはっきり伝えることも大切です。暴力が激しくて身の危険を感じるようなら、「暴力をふるうから、私はそばにいられません」と、その場から離れる理由を示した上で、自分の安全確保のために距離をとり(逃げ)ましょう。

もしも、相手がすでに BPD だと診断されている人だったり、BPD である可能性が高い人なら、本人の^{こうらん}興奮がおさまった後で、「さっき言いたかったことは何だったの?」と、振り返る時間をもつのも有効です。こういう人たちは、気持ちを言葉で表現できるようにになると、少しずつでも落ち着いていくようです。

Q₃

うつ状態の人をはげましてはいけないのでしょうか？

うつ状態は、エネルギーを^{しょうもう}消耗した、言わば“ガス欠で動けない”状態です。そ

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

んな時に、「がんばれ」とか「気合いだ」とか、「しっかりしろ」、「元気になれ」と言われても、それができないので、かえってつらくなってしまいます。場合によっては、まわりの励ましに^{こた}応えられない自分を責めてしまい、逆効果になってしまうかもしれません。「こんな自分はダメだ〜」と自分で自分を追いつめ、自殺を考えてしまう場合もあるので危険です。

そこで、うつ状態の人への接し方をいくつかあげておきます。

- ① 普段通りにできないことを責めない(決して、なまけているわけではないのです)。
- ② そして、話をじっくり^き聴きましょう。
- ③ それでいて、腫れものにでも^{さわ}触るようなことはせずに、伝えたいことがある時には、話しかけましょう。

Q₄

相手の言うことがコロコロ変わるので、どれが本音なのかわかりません。

接し方で大事ななのは、あなた自身が自分の意見や考えを変えないことです。本人の言うことや態度に動じることなく、自分の意見をもち続けることは、相手に安定感を与えるものです。

話を聞く際のポイントとしては…

- ① 聞き流さずに、だからと言って、^ま真に受けすぎないように^き聴きましょう。
- ② 「さっきと話が違うんじゃない？」などと、指摘したり問いつめるのはやめましょう。

話のつじつまが合わないことがあっても、こだわって追及したりせずに、「私はこう思います」と“I (アイ) メッセージ”で、こちらの考えを伝えましょう。

Q₅

「死にたい」と言われたのですが、何と答えていいのかわかりません。

まず知っておきたいのは、「誰でもいいから」と話されたわけではないということです。「この人なら、自分の気持ちをわかってくれるかも…」と^{みこ}見込まれたからこそ、打ち明けられているのです。とはいえ、「死にたい」などと言われてしまうと、ビックリして戸惑^{とまど}ったり、「本当に死んでしまったら、どうしよう〜」と不安になってしまうかもしれませんね。

そこで、「死にたい」と打ち明けるほどの気持ちを、まずは^き聴くことで受けとめてあげましょう。その上で、自殺しないことを約束します。この手順を順番に^お踏むことが、自殺の防止には大切です。

8. “気分の波”がある人への接し方で困ったら？

実際の対応をあげてみます。

- ①まずは、本人の気持ちをまっすぐに受け止めるようにし、真剣に聴きましょう。ここで注意したいのは、真剣に聴いているように見えて、こちらが途中で話をそらしたりすると、「死にたいほどつらくても、こういうことを相談してはいけないんだ」と思われて、自分ひとりで抱え込んで、さらに死にたい気持ちを強めてしまうかもしれません。なかなか難しいことですが、まずは話をそらさないで聴くことが大切です。
- ②もちろん、「そんなことを言っちゃダメだ」と批判したり、叱ったり、否定するのはマイナスです。
- ③とにかく、「死にたいくらい、つらい状態なのだ」ということを、心の中で理解するように努め、向き合しましょう。
- ④その際、思いきって打ち明けてくれたことをねぎらい、「(苦しい胸のうちを)話してくれてありがとう」と、お礼を言きましょう。
- ⑤そして、「死にたいくらいつらい」という気持ちはわかったけど、やはり死ぬことには賛成できない」ということを伝えましょう。たとえば、「死んでほしくない」、「死なないでほしい」、「いなくならないでほしい」と言葉をかけます。
- ⑥実際に、「死なない」という約束をしましょう。たとえば、「絶対に死なないで下さい。約束してくれますか？」と言葉をかけます。
- ⑦どうやって死ぬかなど、相手が実際に死ぬ方法を考えたり話したりしている場合には、本人を1人にせず、別のスタッフとも情報を共有して、協力体制を整えましょう。そして医療機関への受診を勧めていきます。

「死にたい」と言うほかに、「自傷行為をしたい」と言ったり、実際にやったりする場合もあります。そういう人の気持ちや対応の仕方については、次の“9.「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？”で詳しく説明しています。

Q₆

うつ状態の人に受診をすすめても、拒否されてしまいます。

うつ状態の時は決断力が鈍るため、受診に踏みきれないことがあります。まずは、こちらが心配していることを伝えましょう。そして、「そんなにつらいのは、体も心も、ひどく疲れているからだと思うので、疲れが取れるかもしれないから、病院に相談に行きましょう」と根気よく説得しましょう。

9. 「自分を傷つきたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？

《ポイント》

- 支援の方向性としては、「自分を傷つきたい」という人の孤独感や絶望感^{ぜつぼう}をやわらげ、最終的には“自傷”が必要ないと思えるようになることを目指します。
- 「死にたい」と思っている人のサインに気づき、危険な時には医療機関に相談しましょう。
- 「死にたい」、「自分を傷つきたい」と考えている人のかかえる問題は重たいので、支援する側も一人でかかえこまず、仲間や医療機関と一緒に支えていきましょう。

■はじめに■

アルコールや薬物などの問題をかかえた人が、「自分を傷つきたい」、「死にたい」と考えることは少なくありません。実際に、彼らが自分を傷ついたり、死を選ぼうとするのを目の当たり^{まのあたり}にしたこともあるかもしれません。

ここでは、薬物やアルコールの問題をもつ人が、「自分を傷つきたい」、「死にたい」と言った場合や、実際に自分を傷ついたり、死のうと考えていることに気づいた時の支援のあり方について説明します。

■自分を傷つけてしまう人■

自分で自分を傷つけることを“自傷”または“自傷行為^{じしやうこうゐ}”と言います。自傷行為には、リストカットや大量服薬、自分の体に火のついたタバコを押し付ける（いわゆる“根性焼き^{こんじやうや}”）、腕を噛む^{うでをか}むなど、さまざまなものがあります。また、食べ吐きや過剰な運動も、故意^{こゝい}に自分の体に負担をかけているという点では、広い意味での“自傷”に分類されます。なお、よく混同されやすいですが、“自分を傷つける”ことと“死のうとする”のとは、多くの場合、目的や理由は異なります。

ここではまず、死ぬつもりがなく、自分を傷つけることが目的になっている“自傷”について考えます。

9. 「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？

1. 自分を傷つけるという症状

自傷は若者に多く、男性よりも女性に多い傾向があります。また、さまざまな精神科の病気をもつ人や、そういった病気が2つ以上重なっている人にも多く見られます。中には、自分を傷つける行為の1つとして、薬物やアルコールを乱用する人や、自分を傷つけた時の記憶がない人（解離性障害）もいます。

そして、実際に自傷行為をした人に理由を尋ねると、その答えはさまざまです。たとえば、「つらさを忘れたくて」、「スッキリしたくて」、「血を見ると、自分が生きている実感がもてるから」とか、「イライラが爆発して暴れそうだったから」など、より悪い結果に自分が押し流されるのを避けようとして、自傷に及んでいることが分かります。あるいは、「わかってもらえない」、「助けてもらえない」という満たされない思いから、自傷する人もいます。

つまり、自傷行為に及ぶ時というのは、その時の自分の感情や問題がかかえられないだけでなく、その背後に孤独感や絶望感といった複雑な心境がひそんでいることが多いのです。

そして、いろんな理由から、その対処行動として自傷をくり返しているうちに、徐々に自傷の目的が自分をコントロールする方にズれていって、よりリスクの高い自傷行為に及んだり、場合によっては、命を危うくする事態すら出てきてしまうのです。なお、10代で自傷した経験のある人は、10年後に自殺するリスクが数百倍になるという報告もあります。

2. 自分を傷つけてしまう人の支え方

相手が「自傷行為をしているかもしれない」と感じたら、批判せずに「心配している」ことを伝えましょう。また、自傷行為を打ち明けられたら、まずはその勇気に対して「打ち明けてくれて、ありがとう」というメッセージを伝えましょう。というのも、それまで自分で自分を傷つける以外の方法を見つけられなかった人が、人に助けを求められたということは、それがたとえ自傷行為の後であったとしても、その人にとっては回復に踏み出す“はじめの一步”になるからです。

注意したいのは、死ぬつもりのない自傷でも、結果的に本人が思っていたよりも傷が深くて血が止まらなくなったり、意識がもうろうとして別の事故にあってしまったり、意識不明の状態に陥ったりと、思いのほか後遺症が残ったり、命に関わるような危険が出てきてしまうということです。

ですから、まずは自傷行為があったかどうか、そしてそれがどの程度危険なのかを確認することが先決です。そこで治療が必要かどうかの判断がつかなければ、とりあえず医療機関に行きます。安全に移動できないほど重症であれば、救急車で搬送してもらいます。

また、自傷しようとしている人や、大量服薬後で意識がもうろうとしている人は、判断力が低下していて、近づく危険な場合もあります。興奮していたり話ができそうになれば、うっか

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

り近づかずに、まずはスタッフの安全を確保しましょう。また、幻聴^{げんちやう}や幻視^{げんし}、妄想^{もうそう}がある場合や、支離滅裂^{しりめつれつ}な状態で自傷しようとしている場合には、警察に保護してもらって、精神科医療機関の受診を進めましょう。

では、幸^{さいわ}いにして、自傷行為が命にかかわるほどではなく、本人が話せそうな場合には、どうしたらいいのでしょうか。

まずは、傷や状態が落ち着いたところで、自傷のきっかけや、自傷しそうな時にサイン（そのきざし）があるかなどについて、本人と一緒に振り返ってみましょう。というのも、先ほども言ったように、自傷する人というのは、背後に孤独感や絶望感をかかえながら、自分の気持ちをうまく言葉にできない人が多いので、手前に見えている自傷行為の向こう側にある“抱えにくい感情”を少しでも軽くしていくことが、長い目でみると大切です。こうして、自分の感情と少しずつ向き合えるようになっていたり、自分の置かれている状況に少しずつでも変化をつけていこうと思ったりすると、やがて自傷行為を必要としなくなる、支援はそこを目指していきます。

中には、自傷行為がパターンになって染^{しみ}みついている人たちもいます。過食嘔吐^{かしょくおうと}やリストカットをすることで「生きている」という実感がもてたり、「イライラがスッキリする」とクセのようになっていたりして、自傷しないと自分をコントロールできないと思いこんでしまっている人たちです。「自傷がいいことではないのは分かっているけど、やめられない」と話す人もいます。時には、頭ごなしに止められると、「自分で自分の身体を傷つけて何が悪いの?」、「傷つけないと生きている実感がわからない」と反論してくる人もいます。

しかしそうは言っても、自傷している本人も、内心では「全く問題ない」と居直^{いなお}っているわけではないのです。ですから、「わかっているけど、やめられない」という心の叫びの方に、まずは耳^{かたむ}を傾けていきます。そして、その人が“自傷に求めている効果”や“続けるとおこる問題”、“自傷をやめることで解決できること”や“逆に困るかもしれないこと”について、こちらの考えを押し付けたり決めつけたりせず、一緒に確認してみましょう。こうして、落ち着いて考えを整理することで、パターンようになってしまった自傷に対する思い込みを減らしていくのです。

とりあえずの対処法としては、①自傷のきっかけになるような状況を避ける、②自傷行為をする前に自分の中のサインに気づく、③きっかけになりそうなことに対して自傷以外の方法を取るなど、あらかじめ対応を考えておくと、とっさの時にも実行しやすいでしょう。その際、自傷につながりやすい場所や時間、状況について押さえておくのも有効です。

そして、こういった一緒に確認したり考えたりするという関わり自体が、本人を孤独感からすくい上げ、自傷以外の対処方法を選んでいく道すじをつけていくことにもつながっていきます。スタッフの方も、自傷があったかなかったということにいちいち反応せずに、本人が自傷行為をしない生活を少しずつ身につけていく、その姿を根気よく支え、見届けていきましょう。

■「死にたい」という人■

1. 「死にたい」という症状

「死にたい」という症状は、うつ病、統合失調症（^{げんかく}幻覚や^{もうそう}妄想、思考の流れや内容に障害が見られる病気）、薬物・アルコール関連問題、パーソナリティ障害など、さまざまな病気で見られます。ここに薬物やアルコールの問題をもつ人たちが入るのは、彼らがもともと自分を大切に思えなくて、薬物乱用に走っているということもありますが、薬物やアルコールには一時的に理性や判断力を^{うば}奪うところがあるので、ともすると“死”以外の方法が見えなくなってしまう危険性があるからです。

実際、依存症者にかぎらず、自殺を^{こころ}試みて救急の医療機関に運ばれた人の実に3分の1から、血液中にアルコールが検出されたという報告や、寝酒をする人は自殺のリスクが高かったという報告もあります。また、自殺を試みた人には、うつ病や統合失調症、アルコール依存症などですでに精神科を受診していた人、自殺を計画していた人や、過去にも自殺を試みたことのある人、身近に自殺者がいた人、借金のあった人、妻や夫・恋人がいなかった人、^{ながわすら}長患いの人などがいて、そういう背景があると自殺のリスクが高くなるという報告もあります。

2. 「死にたい」という人の支え方

その時点では危険な行為をしていなくても、その人が「死にたい」という気持ちをかかえているかもしれないと感じたら、直接本人に「死にたい」気持ちがあるのか聞いてみましょう。「直接聞いたりしたら、自殺のリスクを高めてしまうのではないか」と心配する人がいるかもしれませんが、一般的には、聞かれたことで自殺のリスクが上がることはないと言われています。

そして、すでに自殺を計画している人の場合には、その時点ですでに自殺のリスクが非常に高い状態にあるわけですから、実際の計画があるかどうかを^{たす}尋ねることで、リスクがどれくらいなのかを把握することもできるのです。もし自殺を現実的に考えるほどリスクが高いのであれば、その人を一人きりにはせずに、別のスタッフと情報を共有して、医療機関につなげていきましょう。

また、すでに死ぬような行動をしたり、間もなく実行に移そうとしている場合、たとえば、すでに薬を大量に飲んでしまったとか、首を吊る^{うひち}紐を準備していたり、飛び降りようとして建物の屋上にいるという場合には、スタッフだけで対処しようとはせずに、警察や救急車の助けを借りましょう。すでに薬を飲んでしまった場合など、命にかかわる危険性がある場合には、救急車で医療機関を受診し、体の状態を^み診てもらいます。また、^{げんちよう}幻聴や^{げんし}幻視、^{もうそう}妄想などがあって、自殺や自傷がさし迫っている場合には、たとえ本人が受診を^{こぼ}拒んだとしても、警察に保護してもらって、

《Ⅱ. こんな症状で困った時には》

精神科医療機関の受診を進めていきます。

では、「死にたい」気持ちはあるものの、そこまでの切迫した状態ではない場合には、どう関わったらいいのでしょうか。

まずは、“死にたいくらいつらい気持ち”を打ち明けてくれた、その勇気をねぎらいましょう。そして、批判したり、原因を分析したり、アドバイスしようとはせずに、相手の気持ちに対してまっすぐに耳を傾けてみましょう。そしてできれば、その場でつらさがやわらぐ方法を一緒に考え、なるべく早く、助言を求められる専門家（主治医や信頼できる医療スタッフ、生活保護の担当者など）に相談に行きましょう。その際、単に「先生に相談してみたら」とアドバイスするのではなく、実際に受診日を予約・確認したり、病院に一緒に行く約束をするなどして、本人が次の支援に着実につながるのを見届けましょう。

またうつ病や統合失調症など、「死にたい」気持ちがさまざまな心の病気からおこっている場合には、それぞれの病気に対する精神療法や薬物療法などの治療を受ける必要があります。うつ病の場合は抗うつ薬、統合失調症は抗精神病薬を中心とした薬物療法に加え、病気に関する知識をつけることで自分の状態への理解を深めたり（しゅへい疾病教育）、知らず知らずのうちにパターンになってしまっている考え方や行動のクセを見直して、変化を促したりするような治療（認知行動療法など）を受けるのが有効な場合もあります。

なお、治療にあたっては、必要に応じて抗不安薬や睡眠薬が処方されることもありますが、いくつもの医療機関を受診しては、薬をためて大量服薬を繰り返す人には、一度その人の生活の様子が分かる人が受診に付きそい、主治医の先生に相談してみましょう。その際、①通院先を1カ所にしぼる、②睡眠薬などの過量に飲むと命にかかわるような薬は避けてもらう、③薬の処方日数を短くしてもらうなど、大量服薬につながりにくいように環境を整えていくことも大切です。そして、依存症者でなくても、アルコールや薬物が自殺のきっかけになってしまうことはあるので、処方薬の乱用を避けることは非常に重要です。

Q&A

Q₁

「家族と口論になると、イライラがとまらず、自分の部屋にこもってリストカットしてしまう」という相談を受けました。どうしたらいいのでしょうか？

まずは、打ち明けてくれたことをねぎらいましょう。次に、家族との距離のとり方、口論になりそうな時の対処方法について一緒に考え、イライラのきっかけを遠ざけていきましょう。

それでもイライラのきっかけを避けられなかった時の対処法としては、①いつもリ

9. 「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？

ストカットする場所に刃物を置かない、②リストカットしそうになったらスタッフに相談する、③自傷の代わりにイライラ解消法を考えるなど、自分でできそうな対処方法をあらかじめ一緒に考えておくと、いざという時にスムーズに対処できるでしょう。

このように、本人の家族に対する複雑な思いを受けとめながら、対処方法についてスタッフが一緒に考えてくれることで、少しずつでも本人の孤独感がやわらいで、自傷行為をしなくても気持ちの切りかえができるようになったり、常にまとわりついてきた不安から解放されるようになったりすること、こういう地道な関わりが、実は何より着実な支援となるのです。

Q₂

リストカットした直後に、それを笑顔で打ち明けられ、困ってしまいました。このような態度でも、本人は本当に生きにくさをかかえているのでしょうか？

自傷行為をした直後には、一時的に気分がハイになることがあります。このため、自傷という危険な行為に不釣り合いなほど、本人の態度が軽く見えてしまう場合があります。しかし、これは自傷行為後の一時的な気分の変動からきているのであって、自傷行為がその人にとって危険な対処方法であることに変わりはありません。

その時の相手の態度に惑わされずに打ち明けてくれたことを真剣に受け止め、傷の手当をするとともに、こちらの支援の気持ちを伝えましょう。

Q₃

「実は、私、死のうと思ってるんです。でも誰にも言わないでください」と、口止めされたら、どうしたらいいのでしょうか？

生死に関わる秘密をもつことは非常に危険です。その人の死の危険性を回避することが難しくなるだけでなく、秘密にした後で、実際にその人が自殺してしまったら、そのスタッフも心に大きな傷を負うことになるでしょう。本人の命のためにも、スタッフ自身の心の健康のためにも、生死に関わる秘密をもつことは、決してしないようにしましょう。

具体的な言葉かけとしては、「打ち明けてくれてありがとう。死にたい気持ちがあるけど、誰にも知られたくないんだね」と、人に知られたくない思いにまず共感します。そして、そのことを知られたくない相手やその理由も聞き、その上で、その人に不利にならないように配慮する心づもりであることを伝えましょう。

その際に、「あなたが勇気を出して私に話してくれたから、私もあなたのことを支えたい。そのためには、私 1 人では十分に支えきれないと思うから」とか、「みんなであなたのことを支えたいと思う」などと説明してもいいでしょう。

《Ⅲ. もっとくわしく知りたい方に、おすすめの本や記事のリスト》

『万引き、という病 止められず10年 有罪判決受け 入院して治療』

井田香奈子、2013.1.8. (火) 付朝日新聞社会面記事 “ルポルタージュ現代”

『睡眠障害の対応と治療ガイドライン』

内山 真、じほう

『“どうしても「あれ」がやめられないあなたへ—衝動性障害という病—』

ジョン・ブランド&サック・キム著 (加藤洋子訳)、文藝春秋社

『彼女たちはなぜ万引きがやめられないのか？窃盗癖という病』

竹村道夫、飛鳥新社

『依存症(アディクション)—35人の物語』

なだいなだ、吉岡 隆、徳永雅子、中央法規出版

『アルコール依存症から抜け出す』

樋口 進、講談社

『よくわかるアサーション 自分の気持ちの伝え方』

平木典子、主婦の友社

『中高生のためのメンタル系サバイバルガイド』

松本俊彦編、こころの科学

『自傷行為の理解と援助「故意に自分の健康を害する」若者たち』

松本俊彦、日本評論社

『脳に効く「睡眠学」』

宮崎総一郎、角川SSC新書、2010

『窃盗癖(Kleptomania)』

<http://www2.wind.ne.jp/Akagi-kohgen-HP/Kleptomania.htm> (赤城高原ホスピタルホームページ)

《おわりに》

—この本を手にした回復者で援助者の方へ—

このガイドラインには、さまざまな対処方法が具体的に書かれています。実際に現場で困って、手探りで対応されている方にとっては、「こういう時には、こうすればいいのか」と、視界の^{ひろ}がる思いがするかもしれません。人と向き合う時、そういった見通しからくる安心感も大切です。知識は、そういう意味では大いに役に立つはずで

ただ、^{じかい}自戒を込めて言えば、どうも「こうすればいい」というものが頭にあると、まっすぐに語りを^き聴くつもりが、姿勢の重心がズルズルと動いていく気がするのです。見当を付けた方向かって、知らず知らずのうちに心が動き、自分のイメージ通りの流れを作ろうとしてしまうのかもしれない。当初の聴く姿勢が、気づくと説得モードに…なんてことにもなりかねませんし、伝わりにくさや置いていかれたという感じは、すぐに相手にはわかってしまうものです。

それでも、力のある人なら、自分の話がちゃんと聴いてもらえていないということを何らかの形で教えてくれますから、仮にその場がしんどい雰囲気になったとしても、それはそれでありがたいことです。しかし余裕のない人の場合には、もっと違った形で表現されることもあるので、全く違う話題の中でひょっこり主張されたり、言葉ではなく行動で表現されたりすると、何が原因でそうなっているのかも分かりにくいですし、そもそも行きちがっていること自体になかなか気づけないまま、“関係がうまく取れないなあ”という感じだけをどっさりと引きずることになってしまうかもしれません。“何とかしたい”というこちらの^{おも}想いが^{からまわ}空回りしはじめる瞬間、ともすると、相手のせいにしたくなってしまうかもしれませんが、それではせっかくの想いも台なしです。

実は、このガイドラインのどの章を読まれても、具体的な対応の仕方に加えて、人と人が素直に向き合うことの大切さ、“聴く”ことの大切さについてくり返し触れられています。ですが、この本を必要に迫られて手に取られた方には、その辺のことがちょっと汲み取りにくいかもしれません。しかし、すべての関わりの基本形は、関心を寄せて“聴く”ことの方にあります。そのことをあえてここで確認しておきたいと思いました。

話は変わりますが、共有できるものが多い者同士というのは、分かり合いやすいものです。しかし、そこには“分かったつもりになりやすい”という落とし穴もあります。似たような経験があったとしても、全く同じ経験をしているということはありませんし、受けとめ方も人さまざまですから、そこはすぐに分かった気にならず、よく確認することも大切です。逆に、自分の大変さが簡単に分かれてしまったら、本当に分かってもらえているのか、確認してみたくなるかも

しれません。傷つきの多い人ほど、自分が受け止めてもらえているのかということには敏感です。

ですから、ちょっとややこしい言い方かもしれませんが、“分かった”と思った瞬間に、実は分からなくなっている可能性もあるということを知っておくことが必要なのです。たしかに、色々な可能性があって、それらをすべてかかえながら援助者として伴走^{ばんそう}していくのは大変です。選択肢は早いとこ少なく絞ってしまいたい、そう思う気持ちも分からなくもありません。しかし、それが決めつけになっていないか、点検することの必要性を頭の片隅に置いておくことも大切でしょう。ベテランになればなるほど、経験から見当がついて分かった気になりやすいですし、まわりもおかしいとは教えてくれにくくなるでしょうから。

最後に、タイトルが「困ったら？」となっているので、そういう時のために…と思いながら読まれた方もいらっしゃるかもしれませんが、^{へいじ}平時にできないことは緊急時にもできませんから、困った時にやろうと思うことには、普段からなじんでおく必要があります。日頃から心がけて人と接する、このガイドラインがそういう時のために^い活かされれば幸いです。

うつやパニックなどをもっている
アルコールや薬物依存症の人への対応について
～回復者施設職員向け依存症重複障害対応マニュアル～

平成 25 年 5 月 13 日 初版 第 1 刷 発行

重複障害対応マニュアル作成委員会 作成

樋口 進	久里浜医療センター
真栄里 仁	久里浜医療センター
村山 昌暢	赤城高原ホスピタル
武藤 岳夫	肥前精神医療センター
朝倉 新	新泉こころのクリニック
森田 展彰	筑波大学
成瀬 暢也	埼玉県立精神医療センター
長 徹二	三重県立こころの医療センター
奥平富貴子	東北会病院
青山 久美	神奈川県立せりがや病院
桑田 美子	久里浜医療センター

このマニュアルは、厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究（主任研究者 宮岡等）」での分担研究「アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究」の一環として作成された。

