

## 「なぜ自分で自分を切ってはいけないの？」という問いに対して —クールな援助者（サポーター）という考え方—

孫 漢 洛

そんメンタルクリニック

### 要 約

年間の自殺者が3万人を超え、同時に自傷行為を繰り返す人達が増え続けるなかで、自傷する側の論理、治療する側の論理で自傷行為を考え直し両者の溝を埋める必要がある。自傷行為は決して「生きるため」だけの行為や「気を引くため」の行為ではなく、自殺関連行動である。我々は自傷を繰り返す彼・彼女らに対して、自傷＝境界性パーソナリティ障害といった迷信にとらわれてはいけない。自傷行為じしんを治療対象と考えるのではなく、自傷を繰り返す彼・彼女らの“クール”な援助者（サポーター）になることを目指してもいいのではないだろうか。

Key words : 自傷行為、自殺関連行動、故意に自分の健康を害する症候群（DSH ; deliberate self-harm syndrome）

### 1. はじめに

近年、自らの身体を傷つける人たちの存在が多数認められるようになり、、、などという言葉すら遠い過去のことのように見えるほど、リストカットを中心とした自傷行為は若い世代を中心にポピュラー化してきた感がある。彼・彼女らが支持するセレブリティ達（ダイアナ妃、アンジェリーナ・ジョリーやジョニー・デップ）が自らの自傷体験を語ったり、人気のアイドルタレント達がリストカットを告白したりすることが、かつてのように奇異な眼差しで見られたり、変わったことのように思われるのではなく、彼・彼女らの共感を呼び起こし、受け入れられているように思える。それは映画や小説、漫画の世界でも同様であり、例えば、ベストセラーになった漫画（すえのぶけいこ『ライフ』）の中でもリストカットは繰り返し描写されている。漫画のヒロインという存在が、ある意味においてセレブリティやアイドルタレント以上に自分たちに近く、今に生きる自分達を映す存在であることを考えれば、漫画の中のヒロインの悩みや苦しみであったり、それに対応するためヒロインの取る行動は例えその行為が”自傷行為”と呼ばれる”悪い行為”であっても彼・彼女らが共感を呼び起こす

のは当然のことなのかもしれない。松本（松本，2009）が指摘するように若い世代にとって、そのような表現は好奇心をあおり自傷行為を試みようとする気持ちを増大させる可能性も否定はできないが、一方で自傷行為から抜け出すことができず悩んでいる若者にとっては「自分一人ではない」という安心感を与えてくれているのかも知れない。

日常の臨床においても、印象としては自傷行為をする患者さんは1990年代後半から急激にも増え続け、もはや自傷行為を特別の行為として考えることができない状況になっている。かつて国家試験の勉強のときに「女をみたら妊娠を疑え」と覚えたように「患者さんをみたら自傷行為を考えろ」と意識しなければならない時代になったのではないだろうかと思えるほどである。となれば、自傷行為とは何なのかと考え直す必要があるのではないだろうか。自傷行為は単にかわったヤツらのするおかしい行為なのか？若い世代を中心とした流行なのか？それとも流行を超えた社会現象として捉えられるべきなのか？どう考えるべきなのか、、、。

しかし、いちばんの問題は、なぜ彼・彼女らが自分の身体を故意に傷つけるのかということの本質であり、我々がどのように援助できるかを考えることなのである。

## 2. 自傷と自殺企図

自傷とは、意図的に自らの身体を傷つける行為である。では、その行為が自殺企図とはどのような点で異なるのだろうか。一般的には、自殺の意図（自殺以外の意図）を持ち、致死的（非致死性）な手段・方法を用い、致死性の予測のもとで自分自身を傷つけるかどうかによって両者は区別されると考えられる。しかし、自傷行為が明確に自殺企図と異なる行為であると言い切ることができるのだろうか。

両者を区別するために、メニングガー（Meninger, 1938）は自傷行為を「局所的自殺」、アルコール・薬物依存を「慢性的自殺」と呼び、「生きるため」に行う行為だと指摘した。その後ローゼンタールら（Rosental et al, 1972）は、手首自傷を繰り返す若い女性患者の存在を明らかにしそれらの一群を「リストカット症候群：Wrist-cutting syndrome」と名付け、自殺企図とは違った視点で分類しようと試みた。確かに、メニングガーの「生きるため」に行う行為という考え方、ローゼンタールの「リストカット症候群」という指摘は臨床においては優れた新しい考え方であったことは否定できないが、その後の精神科臨床においてはこの考え方が偏重されてしまった結果いろいろな誤解も生まれたのではないと思われる。

自傷行為を繰り返す患者の大半が女性という訳ではないし、また、リストカット症候群の患者の殆どが手首以外の様々な部位を自傷していること、自傷行為には拒食・過食、過量服薬、アルコール多飲、物質乱用等が高度に合併していることが明らかにされてきており（松本と山口，2005a）、しかも、自傷患者のうち摂食障害的傾向が認められるものは3年以内に深刻な自殺企図に及ぶリスクが高いこと（松本ら，2008）も指摘されている。にもかかわらず

ず、未だに自傷行為が自殺企図と異なる行為であり、「狂言自殺」というように理解されている場合があることは好ましくない傾向であろう。

その後も自傷行為は、新たな事実が発見されるとともに、それにあわせていろいろな視点から定義されてきたのだが、自傷行為に何を含めるかという点で研究者達の意見が異なっているため、最近では「故意の自傷：DSH deliberate self-harm syndrome」という臨床概念で整理しようという動きが主となっている。その中でも松本は、リストカットだけでなく、自殺を意図しない物質乱用や拒食・過食、さらには様々な危険な行為によって自らの健康を損ない脅かす行動のことを「『故意に自分の健康を害する』症候群」（松本，2005）と呼び、自傷行為を自殺関連行動として捉え「『リストカットじゃ死なない』かも知れないけども『リストカットするヤツは死なない』とはいえない」ことを明らかにしている（松本，2009）。

すなわち、自傷行為には「生きるため」の「死なない」行為という側面は認められるものの、その行為は確実に死をたぐり寄せる行為なのである。自傷行為では「今」死なないだけなのである。ならば、自傷行為と自殺企図とを明確に区別する必要はないのではないだろうか。

### 3. 自傷する側の論理と治療する側の論理

#### 自傷行為に対する認識

日本における自殺者は現在年間3万人を超えている。しかも、年を追って自殺者の若年化が進んでいる。そうした動きの中で、自傷行為を繰り返す若者達も増えている。当然のように我々に援助を求めてやってくる数も増えてきている。しかし、我々の認識はどうであろう。彼・彼女らを「面倒な患者」と決めつけてはいないだろうか。

自傷行為が「故意」に自分を傷つける行為であり、自殺企図と違って明確に「死のうという意思」が無いと理解（誤解？）されている以上、自傷する側とその治療に当たる側の間には当然のように温度差が生まれる。こういった温度差は単なる不理解であったり知識や経験の不足から生じることが多いが、時として偏見や迷信に繋がり、治療そのものを成り立ちにくくするものである。自傷する若者がこれほど増加している現実に加え、自傷する側の持つ偏見は治療する側にとっては治療対象であることを考えれば、いまいちど自傷する側の論理を理解し、我々治療する側の認識を現状にあわせていく必要があるのではないだろうか。

松本（松本，2005）は自傷行為を（1）重傷型自傷行為：統合失調症や薬物中毒性精神病において幻覚、妄想の影響下で行われるもの（2）常同型自傷行為：精神遅滞、発達障害、脳性麻痺や遺伝性の様々な先天性疾患でみられるもの（3）表層型／中等度自傷行為：心理的不快感を軽減するために、身体表面に非致死的な損傷を加えるもの、と分類している。特に（3）表層型／中等度自傷行為は①脅迫性自傷行為②衝動性自傷行為と分けられている。現在我々が日常よく出会い、臨床上の問題になっているリストカットを中心とした自傷行為はこの中でも（3）-②に分類される。単純に重症度を比べるわけにはいかないが、一見そ

れらより「重傷」であるように思われる（１）重傷型自傷行為や（２）常同型自傷行為よりも（３）表層型／中等度自傷行為の方が、「扱いにくい」と思われているのはこういった理由からなのだろう。

### 自傷する側の論理

彼・彼女らの側にたって考えれば、彼・彼女らはがどういったときに自傷行為に及ぶかというのは理解できないことではないはずである。彼・彼女らは怒りや苛立ち、不安をといた不快な感情を感じたときに、それらを押さえ込むために、切る。しかし、彼・彼女らに「なぜ切るのか？」とその理由を聞いてみても「よくわからない」、「なんとなく」、「よくわからないけど血を見ると生きてる気がする」などと漠然としていて、自らの行動に対する理解自体が軽薄であるかのように感じられる。しかも、「切ってるときに痛みを感じない」「血を見ると『生きてる』と思ってほっとする」と述べる一群が多いことは臨床上経験することであるが、それは、切ること（血の鮮やかな色を見ることが痛覚を刺激すること）で現実感を取り戻していると考えられることでもあるのである。彼・彼女らじしんの中にも「なぜ自傷するのか？」という問いに対して明確な理由はなく、自傷を行った後に理由付けをしているようにも思える。

すなわち、理由はよくわからないけど切るとほっとする、のである。しかも、自傷という行為を行う時には現実感は希薄になり離人感が生じ、かつ痛覚は鈍麻しているため、しばしば意図せず激しい自傷に及ぶのである。

越賀は、現実感とは「私が、今、ここに、いる」という普段は決して意識されない感覚である、と説明した。そして、「私－今－ここ」という関係は、空間化されない時間と時間化されない空間との密接な繋がりの上に成り立っており、この関係が不安定になったときに、人は現実感を失う。離人感を訴える患者さんの場合には、時間は空間化され、世界は相貌（Physiognomie）を失っているものであり、相貌を失った世界は空虚感に支配されるため、その空虚感を充たそうとしてあらゆる激しい運動を行うのである、と（越賀一雄、1964）。

彼・彼女らの自傷行為も現実感を取り戻すための激しい運動として理解されるべきであろう。しかし、激しい運動によって取り戻された現実感は一時的なものであり、現実感を保ち続けるために再び自傷が繰り返されるのである。そうやって「私－今－ここ」の関係を維持しようともがくのであるが、自傷という激しい運動を始めてしまった一部の人間の中には、自傷の持つ不思議な魔力を発見してしまう場合がある。冷たかった恋人が振り向いてくれたり、偉そうに説教をしていた親が心配してくれたり、不快な感情そのものが薄れたりする、という魔力を。しかも、彼・彼女らは気がついてしまう。自分たちにとって苦しい環境（「今－ここ」）を変化させるように努力するよりも、切ってしまうことで自分じしん（「私」）を変える方が手っ取り早いということ。

例えば彼・彼女らが理不尽な暴力を受けているとする。その場合にでも、彼・彼女らは加害者に対して「なぜそんなことをするのか。そんなことはやめて欲しい。ひどい行為について謝罪して欲しい」と訴え、交渉したり、他の人に自分の状況を説明し理解してもらい助けを求めようとはしない。その代わりに自傷するのである。自傷することで、手っ取り早く自分じしん（の感情）を変えるのである。

自傷がそのような魔力を持ち即効性があることを知ってしまった彼・彼女らは、次に同様の不快感を感じたときに安易に自傷に及ぶ。辛い感情に耐えるよりも手っ取り早く切ってしまう、と考えるようになるのである。そうやって自傷を繰り返すごとに、次第に自傷の持つ不思議な魔力と即効性は徐々に失われていくのであるが、「切ったら楽になった」という実際の経験は色褪せることがない。その経験により、楽になるための自傷は繰り返される。しかし、この時点での彼・彼女らは、自傷に対する罪悪感は感じつつも、自傷行為をさほど深刻に考えてるのではない。「今の自分は切ってる方が楽だから切ってるだけで、続けるつもりはない、その気になればいつでもやめれる」と思いながら自傷行為を繰り返してる人が多いのである。「死以外に苦しみから解放される方法はない」と考える自殺企図と違って、自傷行為は彼・彼女らにとっても「やめれるものならやめたい」ことであり「自傷はいいことではない」と思っている場合が意外と多いのである。彼・彼女らは「やめたい」と思いながらも一人の自分に戻ったときに、誰にも助けを求められない絶望の中で孤独な自傷に堕ちていく。自傷する側の論理としては、同情が欲しいわけでは決してない。「誰も分かってくれない」「誰にもいえない」状況に耐えるより切る方が手っ取り早いのである。次第に彼・彼女らは「やめたい」のに「やめられなく」なっていく。この事実が自傷の依存症的な側面である。

松本らは、自傷の習慣性・嗜癖性についての調査結果から自傷行為の嗜癖化プロセスを明らかにしている（松本と山口，2005b：図－1）。この中で明らかにされているように、自傷は自己をコントロールする行為から、周囲をコントロールする行為へと変化していく。ここで大切なことは自傷という行為じしんがこのような嗜癖化のプロセスをもつことであり一部の特定の障害が周囲のコントロールを行うのではないということであろう。しかし、このプロセスで示された変化こそが、周囲のものや治療者にとって「自傷は扱いにくい」と感じられる点なのである。

理由も分からずいけないことだと感じつつも、その魔力を期待して自傷を繰り返し現実感を取り戻そうとする彼・彼女らの行動は、本来、一般的には到底受け入れられるものではない。彼・彼女らが誰かに援助を求めても、「そんなことはしてはいけない」「やめなさい」などと言われるだけで、ますます彼・彼女らは孤立していき現実感を失い、、、、自傷に及ぶ。そこで彼・彼女らは逆に我々に問いかける「なぜ自分で自分を切ってはいけないの？」と。自傷する側の論理では「誰にも迷惑をかけていない」し「切らないと生きていけない」のである。彼・彼女らが我々に助けを求めて受診する時は「助けて欲しい」という気持ちと「ど

うせ分かってくれないだろう」という諦めが並存しているように思える。

とすれば、自傷行為はSOSであるとともに、治療する側への挑戦なのかも知れない。

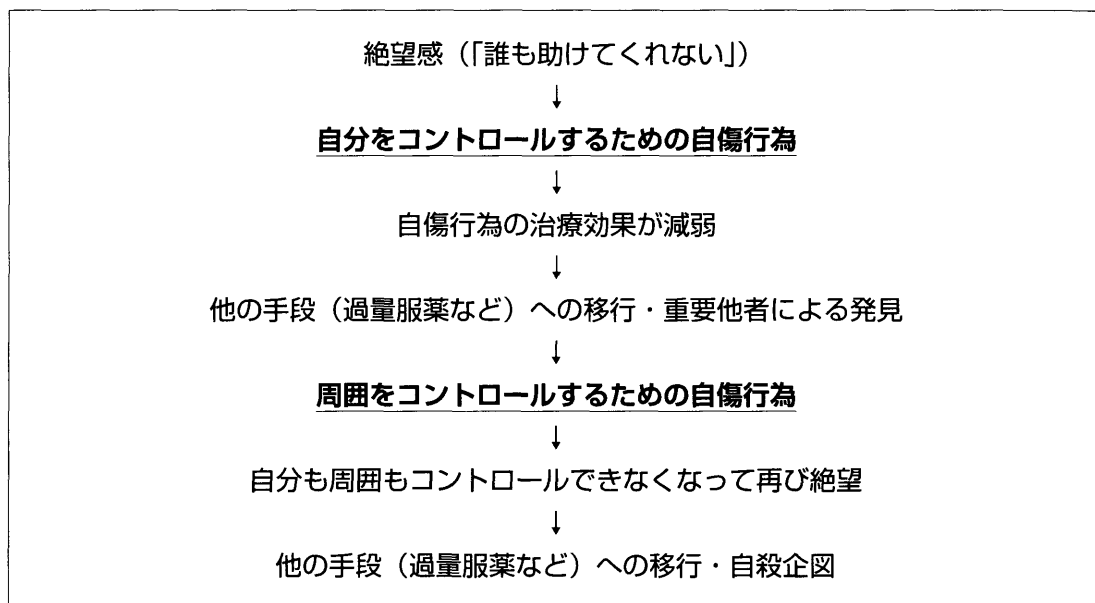


図1. 自傷行為の嗜癖化プロセス（松本と山口，2005b）

### 治療する側の論理

自傷患者が嫌がられる一つには、治療する側の自責感、無力感の回避するという面がある。自傷が生じた時、家族や治療する側には自責感や無力感が強く生じるのであるが、それを回避するために彼・彼女らの行為を見誤ってしまうのである。治療する側からは、自傷を繰り返す彼・彼女らは、確かに「死ぬ気もないくせに」「人の気を引こうと思って」自傷を繰り返しているように誤解したままの方が、自責感や無力感を感じにくいからである。確かに「人の気を引こうと思って」する自傷もあるだろうが、自傷行為が先程述べたように自殺関連行動であり、「人の気を引くため」の自傷であっても、その行為は確実に着実に死を引き寄せる行為である限り、治療する側は最大限に注意することが必要なのである。

もう一つの側面として、治療する側が自傷する側にたいしてネガティブな気持ちを抱いてしまう背景には、自傷行為＝境界性パーソナリティ障害であり、しかも、境界性パーソナリティ障害＝ボーダーはとても手が掛かり、大変難儀する人達だという迷信がある。

その結果、治療する側は、我が身を守るために彼・彼女らを避けてしまい、彼・彼女らの「なぜ自分で自分を切ってはいけないの？」という根本的な問いから目をそらしてしまう傾向がある。では、そもそも自傷行為＝境界性パーソナリティ障害であるのか？

境界性パーソナリティ障害の専門家であるガンダーソンとザナリーニ（Gunderson & Zanarini, 1987）のように「自傷行為、摂食障害、物質乱用のいずれも、結局は、境界性パーソナリティ障害の症状でしかない」と述べる研究者がいる一方で、ファヴァッツァら（Favazza, A.R. Et al, 1989）は自傷行為を繰り返すものの中で、境界性パーソナリティ障害の診断に該当したものは半数に満たなかったと報告しているし、ホーらの研究（Haw et al., 2001）においても総合病院で身体的治療を受けた自傷患者のうち境界性パーソナリティ障害の割合は10.8%であったと報告している。臨床上の印象でも、自傷行為が収まるにつれ、境界性パーソナリティ障害のような症状も収まってくるものである。となれば、単純に自傷行為＝境界性パーソナリティ障害と考えるよりも、自傷を繰り返す患者はその経過の中で境界性パーソナリティ障害によくみられる症状を出しやすいく、と考えた方が良さそうである。問題は彼・彼女らが境界性パーソナリティ障害（いわゆる“ボーダー”）であるのかどうか、ということよりも、治療する側が自傷行為という得体の知れない行為に向き合えるかどうか、なのである。たとえ彼・彼女ら（の一部）が“ボーダー”であれ関係はない。自傷という自殺関連行動に向き合う治療者側の態度が試されているのである。

では、なぜこのような誤解が生じたのか？

米国精神医学会『DSM-IV・TR 精神疾患の分類と診断の手引き』（医学書院, 2003, 新訂版）によれば、図2に示した9個の項目のうち、5個以上に該当すれば境界性パーソナリティ障害と診断してよいとされる。この診断基準の中にDSM-IV・TRの中で唯一「自傷行為」という文言が明記されてる（境界性パーソナリティ障害以外の診断基準に「自傷行為」という文言はない）、そのために自傷行為が境界性パーソナリティ障害に特異な症状として間違って定着してしまい、自傷＝境界性パーソナリティ障害という迷信が生まれたのではないかとと思われる。妄想や幻覚が統合失調症に特異的な症状でないように、自傷は境界性パーソナリティ障害に特異な症状ではない。幻聴を訴えれば（幻聴〈+〉）すなわち統合失調症である、と決めつけてはならないように、自傷行為があれば（リストカット〈+〉）境界性パーソナリティ障害性と決めつけるのは危険である。様々な障害において幻聴は現れるし、自傷も生じ得る。自傷の〈+〉／〈-〉を問題にするのではなく、自傷という行為に陥る彼・彼女らじしんに目を向けるべきではないだろうか。

百歩譲って自傷＝境界性パーソナリティ障害だとしても、不必要なまでに忌避的な感情を持つ必要はどこにもないのではないか。自傷＝境界性パーソナリティ障害性であり、“ボーダー”は厄介者である、という誤解が問題なのではないだろうか。そもそもパーソナリティ障害は、「病気」や「障害」というよりも「性格」の問題と見なされやすいために治療の対象にはならないと思われることが多く、その結果それに付随する自傷行為は限界設定（すなわち禁止や叱責の対象）する以外に対処方法はないと考えられ易い。しかしそれは、治療対

象でない厄介者の自傷行為といったような困った行動化にはつきあってられない、と言っているようなものである。これは、治療する側の一方的な論理である。自傷する側の論理とはかけ離れてしまい、彼・彼女らはますます孤独を感じていく。そうして、再び周囲をコントロールする自傷行為へと堕ちていくという悪循環に陥るのである。

良好な治療関係を維持するために最低限の限界設定やルール作りが必要であることは言うまでもないが、ルール作りには両者の合意が必要であり、一方的な押しつけであってはならない。あれもだめ、これもだめ式のルールであったり、管理することだけが目的で治療と直接結びつかないようなルールはあくまでも治療する側の論理であると考えた方がよい。トラブルは起こしてはいけない、入院中に自傷をしてはいけない（自傷行為があれば即退院＝治療中断）、ルールを守らなければ次回の入院（受診）は受けない etc といったような限界設定に対して自傷する側はどう考えるのだろうか。「自傷行為をやめたいと思って入院したのに、切ったら退院させられた。切らずに生活できるんなら入院なんてしない。何のために入院したのか」「切ってない時は優しくしてくれた先生が切ってるうちに冷たくなってきた」などと考えてしまわないだろうか。見捨てられたと思うようにならないだろうか。

- (1) 現実に、または想像の中で見捨てられることをさけようとするなりふりかまわない努力
- (2) 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい人間関係
- (3) 同一性障害：著名で特徴的な不安定な自己像または自己感
- (4) 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの  
(例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い)
- (5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し
- (6) 顕著な気分反応性による感情不安定性  
(例：通常は2～3時間持続し、2～3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらだたしさ、または不安)
- (7) 慢性的な空虚感
- (8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難  
(例：しばしばかんしゃくをおこす、いつも起こっている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)
- (9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離症状

表2. 高橋三郎ほか訳／米国精神医学会『DSM-IV・TR 精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院, 2003, 新訂版より引用



もし「入院中（通院中）に自傷したら、次の入院（受診）は断る」といったようなルールが設定されるとすれば、彼・彼女らは「入院（通院）のため」に「自傷を我慢する」といった矛盾した状況に追い込まれはしないか。自傷する側にとって（当然治療する側にとっても）目的は「自傷行為なしに普段の生活を送る」ことであって「切ったら入院（通院）できなくなるから、切るのを我慢する」ということではないはずである。

「切らない癖をつける」という目標も同様であろう。もし、「切らない癖」ということが存在するとすれば、それまで切ってなかった彼・彼女らに（15才で初めてリストカットをしたとすれば、その15年の間）に何故に「切らない癖」がつかなかったのか。生まれてから何年もの期間切っていないのに身につけることのできなかった「切らない癖」が短期間の治療で身につくものなのであろうか。

そもそも、「～しない」という行為は「～する」という行為以外の全ての行為である。となれば、「～しない」という行為は無限に存在することになる。無限に存在するということは、存在しないということと同義である。すなわち「～する」という行為は存在しても、「～しない」という行為は存在しないのである。「切らない」という行為を目標にすること自体が、存在しないゴールを目指して歩き続けることになるのであり、治療そのものが行き詰まってしまう恐れがある。そこでまた自傷は繰り返され、治療する側はジレンマに陥り、自傷する側は諦めてしまう。

#### 4. クールな援助という提案

乱暴な言い方であるが、「自傷はいけないことである」と自傷行為を繰り返す人々がいかにも不幸な人生を歩むかという事例を語ったり、「命を大切にしなければならない」と感動的な出産シーンの映像を見せたりすることで自傷をやめることができる一群は、治療という枠組みの中で禁止や叱責を中心とした程度の限界設定をすれば、彼・彼女らの問題を乗り越えることができる場合が多いだろう。自分で自分がコントロールできない彼・彼女らを少しだけ外からコントロール（すなわち質のいい管理を）してあげればよいのだから。しかし、治療する側がことさら目を向けなければならないのは、「自傷はいけないことである」と論しても「何故いけないの？」と反論し、「命は大切である」と説いても「みんなの命は大切なのに何故わたしの命は大切じゃないの？」と聞き返してくる厄介な一群なのである。彼・彼女らは治療する側の努力や思いを嘲笑うかのように自傷を繰り返す。治療の枠組みを平気でぶち壊す。治療する側を試すかのような行動をとり、時には感謝し、時には批判する。まるで“ボーダー”のように。

しかし、我々はプロである。そのような行為に挑発されてはいけない。神のように賞賛されようが、蛇蝎のごとく嫌われようが（インターネットに悪口を書き込まれようが）、彼・彼女らの機嫌を取る必要はない。そもそも我々は彼・彼女らに賞賛されることを目的として

るのではないのであるから。彼・彼女らがおとなしく言うことを聞いてくれるように接することこそ、よりいっそう彼・彼女らを“ボーダー化”させる行為だと肝に銘じなければならぬ。いったん“ボーダー化”した彼・彼女らは、治療する側をどんどん困らせていくが、その一方で不安を感じ、過食し、リストカットの疵だらけの腕で便座を抱え、本来排泄する場所に顔を突っ込んで嘔吐を繰り返す。その時彼・彼女らの屈辱感最高潮に達し、それこそ「死にたくなる」のである。そんな彼・彼女らを誰が非難できるだろう。

自傷する側も治療する側も、自傷を治したいと希んでいるのはまぎれもない事実である。なのに自傷する側は「誰も助けてくれない」「誰も分かってくれない」とますます自傷を繰り返し、治療する側は「どうしてうまくいかないのか」と無力感を感じていく場合が多い。同じことを希みながら、助けを求める側と助けたい側に大きな溝ができていく。何故にそのような不幸なことが起こるのか。こういった不幸の連鎖は断ち切らなければならない。

発想を変えてみてはどうか？

自傷行為を治療をしようと思うことで不幸が起こってしまうのであれば、治療をして自傷をやめさせる（＝やめさせるように治療する）のではなく、彼・彼女らが「自傷しないヤツら」に変わるように見守り、サポートすればいい。

自傷を症状と捉え、それを治そうとするからその治療効果を求めるあまり彼・彼女らに期待し、裏切られるのである。彼・彼女らの「切った」「切らない」に一喜一憂し、まるで“ボーダー”のように反応を起こすのである。もっとクールであっていいのではないだろうか。自傷という行為は、身体疾患における発熱とは異なる。単に解熱したり、基礎疾患を治療すればすむという類いのものではない。その行為を乗り越えていく、すなわち自傷する以外の方法で自分じしんの辛さに対処する方法を見つけていく、彼・彼女らが変っていく（成長する）ために与えられたテーマだと考えてみたい。実際、彼・彼女らの自傷と我々の生活には特別な関連性はないのである。彼・彼女らが自傷したからといって殊更困る必要も一方的に悩む必要もなく、無力感を感じる必要もない。自傷する自分に悩み、それを乗り越えようとする彼・彼女らを密かに応援すればいい。そして時にプロとしての助言をすればいい。

「今」は切らずにいられない彼・彼女らの「今」は永遠に続く「今」ではなく、変化し続ける「今」なのである。ならば、ひとまず「今」に対し“YES”と言ってみてはどうだろう。苦しむ彼・彼女らに対しても、彼・彼女らに悩まされる我々じしんにも“YES”と。「なぜ切ってはいけないの？」と問う彼・彼女らを否定することなく、その答えに詰まる我々を否定することなく。そして我々は治療する側に立つのではなく、あくまでもクールな援助者（サポーター）として彼・彼女らが、自傷とは違う方法を見つけていく過程を応援しながら見守ればいいのである。プロとは言っても我々も生身の人間である。時には彼・彼女らの言動に怒りが込み上げてくることもあれば、計らずも涙することもあるだろう。まるで“ボーダー”のように反応を起こし彼・彼女らに感情をぶつけるなんてことは、当然あってはなら

ないことであるのは言うまでもないが、援助者だって怒ってもいいのである。怒りが生じた時には、怒りに身を任せるのではなく、爆発しそうな感情を抑えていく過程を目の前で見せるチャンスと考えればいいのである。クールダウンする過程を見せた上で、もし不適切な態度を取ってしまったのであれば「ごめんなさい」と正直に謝ればいいのである。大切なことは、クールでありながらも「辛いときには辛いと言っていいんだ」「悲しいときには悲しいと言っていいんだ」「泣きたいときには泣いてもいいんだ」という態度を取り続け、失敗したとしても何回でもやり直すこともできるんだ、と伝えることである。なぜなら、辛いと感じた時に「辛い」とも言わず、悲しい時にも涙をこらえ、周りに助けを求めることもなく一人で耐え続けることこそが、いちばん「自分を傷つける」行為なのだから。

心を開いて

“YES” って言ってごらん

すべてを肯定してみると

答えが見つかるもんだよ

— John Lennon

## 引用文献

- Favazza, A. R., Deroose, D. O., Conterio, K (1989) : Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 19 : 353-361.
- Gunderson, J. G., Zainarini, M. C. (1987) Current overview of the borderline diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 48 : Supple : 5-14
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. Et al.: Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 178 : 48-54, 2001.
- Menninger, K. A. (1938) *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York
- Rosental, R. J., Rinzler, C., Walsh, R. Et al. (1972) Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of psychiatry* 128 : 1363-1368
- 越賀一雄 (1964) 「異常の人間」 誠信書房, 東京
- 松本俊彦 (2005) 『薬物依存の理解と援助「故意に自分の健康を害する」症候群』 金剛出版, 東京.
- 松本俊彦, 山口亜希子 (2005a) 自傷行為の嗜癖性について－自己式質問票による自傷行為に関する調査－. *精神科治療学* 20 : 931-939
- 松本俊彦, 山口亜希子 (2005b) 嗜癖としての自傷行為. *精神療法* 31 : 329-332
- 松本俊彦 (2009) 自傷行為の理解と援助－「故意に自分の健康を害する」若者たち 日本評論社, 東京.