

教育臨床場面における青少年の自傷行為への対応 —特に手首自傷の場合—

名島 潤慈

How to handle youths who self-harm: With a particular focus on wrist cutting behaviors in schools

Junji NAJIMA

I はじめに

筆者はこれまで精神科病院の心理士、精神衛生センターの思春期相談員、小・中・高校のスクールカウンセラー、大学の学生相談員として臨床活動を行ってきたが、この間、青少年の自己破壊には絶えず気を配ってきた。そして、自己破壊のなかでも自殺問題に関しては、自殺の諸側面について吟味・活字化してきた（名島, 1981, 1989, 2006, 2007abc, 2012ab）。このように活字化することは筆者の臨床経験を再吟味することに役立ち、同時に、「自殺」への感受性を養うことに役立ってきた。実際、自殺への感受性が低下すると、適切かつ素早い対応がむずかしくなるような感じがする。

ところで、自殺関連行動のなかには自傷行為（self-harm behavior, self-injurious behavior）がある。海外では1910年代から自傷行為研究がなされているが（Emerson, 1913）、日本では、最初の1930~1960年代は精神障害者の眼球自傷や、刑務所での男性性器自傷（文身、穴あけ、球入れ）等の事例研究、1970~1980年代はRosenthal et al（1972）のwrist-cutting syndromeの紹介と事例検討、投影法による手首自傷の研究、1990年代は自傷行為に対する行動療法・薬物療法・ケアプラン・リエゾン等の検討がなされ、2000年からは自傷行為に関する研究の範囲と論文数が増大する（名島・切田, 2011ab）。

自傷の定義は種々あるが、ここでは、自己の身体に対する能動的かつ直接的な自己損傷行為としておきたい。もっとも、一口に自傷行為と言ってもその範囲は広い。行為の様態からすれば、①切る、②叩く、③突き刺す、④焼く、⑤噛む、⑥引き抜く、⑦ひっかく、⑧打ちつける、⑨つねる等がある。[市販薬や治療薬の過量服薬（大量服薬）、アルコール依存、薬物依存、摂食障害（過食ないし拒食）、通常でない部分へのピアス（穴あけ）、喫煙等を自傷行為に含める研究者もいる。これらの中の過量服薬はしかし、自傷行為よりも自殺行動に入ろう。ちなみに、イギリスの研究者たちは過量服薬（鎮痛剤や抗不安薬等）を自傷行為に含めている（Hawton et al, 2006を参照）]

自傷の度合いも、例えば①なら皮膚をごく浅目に切るものから深く切るものまで、③なら細い縫い針の先で皮膚をつつくものから太めの木綿針を太腿のなかに突き刺していくものまで、⑧なら額をこつこつと壁に打ちつけるものからゴツンゴツンと血が流れ出ても打ちつけていくものまでさまざまである。

筆者がこれまで小・中・高等学校、養護学校、大学の心理教育相談室といった教育臨床場面で

表 1 青少年の自傷行為の様式

行為の様式	具 体 例
切る (cut, slash)	カッター、カミソリ、ナイフ等で皮膚を切る (切る場所は、手首の内側、前腕の内側と外側、手の甲、頸部、太腿など)。直線に切るのがほとんどだが、なかには三角形を2つずらして重ねた六角形の傷跡をつける生徒もいる。その他、カッターの刃をぎゅっと握りしめることで指を切る。
叩く・なぐる (hit, punch, strike)	竹の物差しや棒等で前腕を叩く。拳で自分の頭や胸をなぐる。拳で窓ガラスを叩く* ¹ 。手で目や耳を叩く。平手でばしんばしんと自分の頬を叩きつける。
突く・突き刺す (stick, prick)	縫い針を指の腹にぶつぶつ突き刺す。木綿針を太腿に突き刺す。糸のついた針で手のひらを縫う。とがった鉛筆を手の甲に突き刺す。血が出るまで爪の先を皮膚に突き立てる。
焼く (burn)	ライターやローソクの火で腕を焼く。煙草の火を腕や手の甲に押しあてる* ² 。
噛む (bite)	自分の腕、下唇、舌、頬粘膜、爪* ³ 、指等を噛む。
引き抜く (pull out, pluck)	眉毛・睫毛や髪の毛を引き抜く。
ひっかく (scratch) 皮をむく (peel)	爪で体の表面 (頬や手の甲、前腕など) をひっかいたり、かきむしったりする。人差し指の爪で親指の皮膚をひっかいてむく。シャープペンシルの先で爪の根元の皮膚をむいて、それを引っ張る。針で皮膚を剥ぐ。
打ちつける (bang, bump)	額 (頭) を壁に打ちつける。手や腕や足を硬いものに打ちつける* ⁴ 。
つねる (pinch)	自分の顔や体をつねる。

- * 1 窓ガラスが割れると手を切って出血することが多い。
- * 2 ここにはいわゆる「根性焼き」も含まれる。
- * 3 爪を何度も噛んだ後、表面がべこべこになったその爪を剥がすといった場合もある。
- * 4 手や腕や足を硬いものに思い切り打ちつけるので、骨折することもある。

経験した自傷行為とその具体例は、表1に掲げた。年齢は小学生から大学生にまで及ぶ。これらの自傷行為は1回のみで終わることもあるが、多くは常習化・習慣化しやすい。ある生徒は「中学2年から自傷癖 (じしょうぐせ)。嫌なことがあると、カミソリで切ってすっきりする」と述べたが、多くの場合自傷は「癖」となりやすい。

自傷には、同一人がいくつかの自傷行為をほぼ同時的に行ったりするものや、最初は母親に成績のことを言われるたびに縫い針で指の腹をぶつぶつと突いていたのが3か月後には手首を傷つけるといった経時的なものもある。さらには、自傷行為と他害行為との組み合わせもある。これは例えば、言葉を持たない自閉スペクトラム症の生徒が対人場面で自分の要求が通らないと、最初はドンドンと右足で床を踏みつけていたが、やがてゴツンゴツンと拳で自分の側頭部を叩きはじめ、それでも要求が通らないと今度は拳で相手の顔を叩くといったものである。

なお、自傷行為のなかには、特定の自傷行為を避けるために行われるものもある。例えば、これまでやってきた手首等の自傷を (傷口や傷跡を人に見とがめられるのが嫌になって) もはややりたくないがために、爪の先を上腕に垂直に突き立てていくなどである (上腕に点々と赤いマークがついたり出血したりする)。

ここで青少年の自傷行為に関する最近の調査研究を見てみると、中学生の刃物で切る様式の自傷行為の経験率は男子8.0%・女子9.3% (Izutsu et al, 2006)、男子5.9%・女子7.0% (松本・今村, 2009)、男子2.13%・女子3.50% (岡田ら, 2010) であった。計126名の女子高校2年生では (山口・松本, 2005)、1回以上体を切ったことがあるのが14.3%で、そのうちの6.8%は10回以上自傷し、自傷経験群は飲酒、喫煙、ピアス、過食経験が非自傷経験群よりも有意に多かったという。

2,947名の中学・高校生を対象としたMatsumoto et al (2008) では、刃物で故意に自らの体を

切った経験があるのは、男子 7.5%・女子 12.1%であった。ちなみに、中学生 475 名を対象とした関本・朝倉（2017）の調査によれば、頭部や体の一部を強く打ちつけたり壁などを殴ったりする行為は男子 43.2%・女子 35.1%、刃物等で皮膚を切る行為は男子 11.2%・女子 15.3%、尖った物で皮膚に字や模様を彫る行為は男子 4.0%・女子 4.5%、タバコ等の火で自らに火傷を負わせる行為は男子 2.0%・女子 3.1%であり、これら 4 つの行為すべてにおいて有意な男女差は見られなかった。

大学生 553 名を対象とした山口ら（2004）では、自分の体を自分で傷つけた経験者は全体の 6.9%（男子 7.0%・女子 6.7%）で、内容的には、「刃物等で切る」が 48.6%、「尖ったもので突き刺す」が 13.5%、「頭を物にぶつける・物に体の一部を強くぶつける・皮膚表面をむしる等」が 8.1%、「煙草などで皮膚を焼き焦がす」が 5.4%であった。

本稿では自傷行為のなかでも特に青少年において頻度の高い手首自傷（手首周辺の自傷も含む）に関して、教育相談機関や学校場面で働くカウンセラー（教育相談担当教諭を含む）としてはどのように対応していったらよいかについて吟味したい。ちなみに、手首自傷のメカニズムについて安岡（1996）は、「ヒステリー」機制、「手首の人格化」機制、「自我機能の回復」機制、「否認・逃避」の機制の 4 つを挙げている。

本稿の記述は、筆者自身がこれまでカウンセリングを行ったり、スクールカウンセラーをしている臨床心理士にスーパーヴィジョンを行ったり、現職の教員（担任や教育相談担当教諭、生徒指導主事）・養護教諭等にコンサルテーションを行ったりしてきた臨床経験に基づいている。もちろん、他の研究者たちの有益な知見も適宜引用する。個人情報保護のため、詳細な事例記述は省略する。

本稿では児童・生徒・学生をクライアント（来談者）と総称する。「手首自傷」には手首そのものの自傷と、手首の周辺部分（手の甲、手のひら、手首に接した前腕の内側や外側）の自傷が入る。手首とその周辺部分を含まない腕のみ（前腕の大部分と上腕）の自傷の場合には「腕自傷」と呼びたい。

Ⅱ 手首自傷の効能と志向性

手首自傷を行ったクライアントたちの言葉（筆者に対する説明）からすると、表 2 にまとめたように、手首やその周辺を傷つけることには一定の効能がある。効能は効果であり、効果があるからこそそれをめざして手首自傷は繰り返されることになる。ただし、繰り返されるにつれて効能は低下していく。

表 2 の効能のなかで「血」に関係したものは、「罪のつぐない」「生きていることの実感」「自己賦活化」の 3 つである。他の研究者を参照すると、細澤（2004）は、かつて父親による性的虐待を受けた解離性障害者のことを記している。彼女は父親の血を引く自分の血を呪い、その血を自傷によってすべて出し尽くしたいという気持ちがあることを細澤に語った。ここには、「出血を通しての純化」というテーマがうかがえる。

手首自傷の志向性という点からすれば、①対他的自傷と②対自的自傷に分けることができよう。①の対他的自傷はもっぱら他者に目を向けた自傷で、「もっと自分のことをかまってほしい」「自分のつらさやしんどさをくみ取ってほしい」等を目的とするもので、表面的には隠すふりをしていても結局は相手に対して傷跡ないし手首を切っている場面を見せることになる。中には、相手（例えば恋人）からのひどい仕打ちに対して、切った手首を相手に突きつけたり不意に泣き出したりお酒にひどく酔っばらうといった、いわば「ぼろぼろになった自分（破壊された自分）」を相手に見せつけることによって相手の心が動揺することをひそかに願う人もいる。これは、相手の心変わりや罪責感を狙った行為なのであるが、実際には相手は動揺しないでそのまま離れていくことが多い。

表2 手首ないしその周辺を傷つけることの効能

効 能	内 容
(1) 興味・好奇心の充足	(友人の傷を見たりインターネットの画像を見たりしたのを契機に) 自傷したらいっただいどうなるのか、自傷した友人の気持ちを知りたいという興味・好奇心の充足。
(2) 不快な気分・感情からの解放	手首を切ると不安感、緊張感、いらいら感などがなくなっていく。たまっているものが出ていく感じで、しばらくは落ち着く。
(3) 興奮の鎮静と自己抑制	嫌な相手が立てる音* ¹ を聞くと頭に血が上って興奮し、手に持った物を相手に投げつけたくなるが、手首を切ると興奮が静まり、そういった気持ちを抑えられる。
(4) 混乱の収束	手首を切ると、もやもやと混乱していた頭のなかがすっきりとする。
(5) 自己処罰による落ち着き	他人(親など)の期待にうまく応えられない、だめな自分を罰する。自己処罰によって気持ちが落ち着くような感じがする。
(6) 罪のつぐない	血が出ることで自分の罪がつぐなわれる感じ* ² 。血を見るとすっきりする。
(7) 生きていることの実感	痛みや血によって自分が生きていることを実感する。
(8) 自己賦活化	自分で自分を励ますことで、例えば成績のことで親から馬鹿にされてカッターの刃を握りしめたら指が切れて出血し、そこで、「今度は絶対成績を上げる」と書いた紙に血をべたべたつけて机の前に貼るなど。
(9) 場の転換	自傷のことを口にすることによって、あるいは傷跡を見せることによって対人的な場の性質を変える。
(10) 仲間意識の共有	小グループの者たちが同じようにリストカットすることで、仲間としての意識が共有できる。

- * 1 家族で食事しているときの、特定の家族成員がぐちゃぐちゃと食べ物を食べる音や、煮汁を飲む音をいう。
 * 2 ある1人の男性と文通しているのに別の男性とも文通する。それが罪で、犯した罪は血を流すことによってつぐなわれる。

なお、傷跡ないし生々しい傷口を見せられた生徒が強い不快・嫌悪感を抱くようであれば、傷跡ないし傷口をその生徒に見せつけるという行為は一種の心理的ハラスメントに近くなる(力動的論的にはその生徒に対する仕返し、例えばいじめられたことに対する仕返しとなる)。

②の対自的自傷は自傷を他者に見せることを目的とせず、もっぱら自分自身の不快な気分・感情のコントロールや、生きていることの再確認をめざすものである。特に絶望感が深くなると、自殺、つまり心の苦しみをを感じる自分自身の自己抹殺という究極のコントロールに至る場合もある。

ちなみに、手首自傷の傷跡を「見せようとする」と「隠そうとする」とが微妙に入り混じることがある。例えば小学校1年生のときからひどくいじめられていたある子どもは、小学校6年生のときに死にたいと思って包丁で左手首を切りつけたが、痛みのせいで軽く出血する程度で終わった。いじめは中学生になっても続いたので、彼女は「いじめをやめてほしい」という思いから小学校6年生のときの傷跡を折に触れて周囲に見せるようにした。しかしある時級友から、「死ねばよかったのに！ 死ぬ気もないくせに、見せびらかすな！」と言われてから、今度は傷跡を隠すようになった。具体的には、夏でも長袖のシャツを着たし、手首の見える水泳の授業には中学校卒業まで一度も出なかった。彼女はこのように傷跡を隠すようにした。もっとも、彼女が夏に長袖のシャツを着たり水泳に出なかったりしたことに対して、それを見た周囲の生徒たちは、「何かよくないことがあったのではないか」という疑念を抱くことが少なくなかった。結局彼女は傷跡を直接人目にさらす代わりに、傷跡を隠しつつひそかにその存在をほのめかすという方策をとったのであった。

Ⅲ 手首自傷とカウンセラー

1. クライアントが手首自傷を打ち明けたとき

面接場面においてクライアントがカウンセラーに手首自傷のことを打ち明けたとき、カウンセラーはどうすればよいだろうか。クライアントによって異なると言えばそれまでだが、一般的にはまず、クライアントが手首自傷のことを打ち明けてくれたことに対して、「よくぞ打ち明けてくれました」という是認の言葉を返してクライアントの反応を待つ。

ここで、手首自傷のことをクライアントがカウンセラーに打ち明けた時から、傷は単なる傷ではなくなっていることに注意しておきたい。つまり、クライアントは「傷」を媒介としてカウンセラーに関わってくるのであり、そこには比喩的に言えば、「傷を癒してくれる人」、「古傷をつつきまわす人」、「傷口に塩をすり込む人」といった過去の人物像（クライアントの親や教師、友人等）が投影されてくるし、場合によれば、「お互いに傷を舐めあうような二者関係」にもなりかねない。カウンセラーとしては時々、このクライアントは私をどのように見ているのだろうかかと内省してみるとよいかもかもしれない。

カウンセラーはまた、クライアントがカウンセラーに手首自傷のことを打ち明けたとき、それがどのような文脈でなされたかにも注意を払っておく。つまり、クライアントが手首自傷を打ち明ける前の話題がどのようなものであったかに留意する。表2の(9)に記したが、クライアントが不意に自傷のことを口にすると、カウンセラーとクライアントで構成されている対人的な場の性質が変わってしまうからである。

筆者は以前ある精神科病院の心理室で、長年入院している1人の慢性統合失調症者と話していた。話の途中で筆者はクライアントの置かれている現実的な状況について質問してみた。するとクライアントが「今、病院の外から撮影されているんですよ。名島さんもぼくも」と言ったので、筆者はびっくりし、思わず外からの撮影云々の話に注意を奪われていった。

後で考えると、これは結局一種のコミュニケーション攪乱作戦で、仮に退院できたとしてもクライアントの居場所とはもはやないのではないかという筆者の質問（直面化）がクライアントの安全保障感（sense of security）を急激に低下させ、その結果強い不安に襲われたクライアントは自己防御のために自分の症状（被害的な性質の関係妄想）を利用したものと思われる。

このように、クライアントとカウンセラーとの関係性のなかに突然異質なトピックが導入されると、カウンセラーの注意は別のものに逸らされてしまう。ましてやそのトピックが自殺関連行動であれば、カウンセラーの注意は否応なくそれに向けさせられてしまう。

2. 傷跡を見せてくれるようにとの依頼

さて、手首自傷のことを打ち明けてくれたことについてクライアントを是認した後、カウンセラーとしては傷跡を見せてくれるようクライアントに頼んでみる。この場合、カウンセラーの頼みが拒否されることはまずない。これは結局、クライアントが手首自傷のことを言葉でカウンセラーに打ち明けたということがそもそもカウンセラーに対する「自己開示」になっているので、カウンセラーが傷跡を見せてくれるよう頼んだとき、クライアントとしてはそれを拒否する理由がないことによる。[クライアントが自発的に打ち明けてくれるのではなくて、クライアントが自傷した傷跡をカウンセラーのほうが見つけてその傷跡を細かく観察させてくれるように頼んだときには、クライアントが拒否したり、「これはただの怪我です」などと否認したりすることがある。]

別の言い方をすれば、クライアントとしては既に手首自傷のことをカウンセラーに開示することを自己決定しているので、カウンセラーがきちんと正面から「手首自傷」という事柄に向き合ってくれないと困ることになる。例えば、クライアントが手首自傷のことを打ち明けたときにカウンセラーが困惑・狼狽して、「ああ、そうですか・・・ うーん、手首を傷つけますか・・・

ところで、さっきのお話しでは、あなたは暇なときにはゲームに熱中しているということでしたね」などと話のポイントをまったく別の方向にそらしたりすれば、クライアントは肩透かしにあってしまう。

なお、クライアントによれば、カウンセラーが傷跡を見せてくれるよう頼んだときにクライアント本人がスマホで自撮りした本人の顔入りの写真、例えば宙にかかげた左腕の手首から血が下に流れて肘のところで滴り落ち、クライアントが座り込んでいるベッドの白いシーツを赤く染めているような画面を見せてくれることがある（高校生や大学生）。このような場合、このスマホの写真を誰かに送ったことがあるのかどうか、あるいは別の誰かの手首自傷の写真と交換したりしたことがあるのかどうかを確認しておく。[本人自身の顔も写っている手首自傷の写真が誰か特定の相手にメール添付で送られるような場合、それは、自傷写真を送ることによって相手（例えば心変わりしてクライアントから離れようとしている男性）を心理的に恫喝したり、自分が受けた心の傷の痛さを相手に伝達して相手の関心をこちらに引き寄せようとするためであったりする。ちなみに、本人の顔がまったく写っていない、傷ついて出血している手首のみの写真であった場合には、その手首が本人のものかどうかを確認しておく。クライアントの友人がクライアントに送った写真であったりする。]

3. 傷跡の観察と質問

カウンセラーが傷跡を見る場合、①傷の部位、②傷の新しさ、③傷の深さ、④傷の様態、⑤自傷の期間、⑥自傷を行う場所などについて、適宜質問しながら観察していく。

①の傷の部位は利き手の反対側の手首の内側が多いが、それだけでなく、前腕や手の甲、さらには利き手のほうの手首の内側、上腕、肩、場合によれば（人目につかない）太腿の内側などが傷つけられていることがあるので注意する。[傷の部位について例えば Rosenthal et al (1972) らは、手首を傷つけた 23 人の入院患者のうち、半数以上は別の所、例えば前腕、肘前窩 (antecubital fossa)、足、腹、首、顔なども傷つけたと述べている。ちなみに太腿や腹について言えば、医師以外の者がクライアントの太腿の内側などを見ることはできない。＜手首や腕以外も傷つけていますか＞と質問し、クライアントが肯定したら、自傷部位や傷の程度を言葉で確認していくことになる。]

②の傷の新しさについては、新しい傷だけなのか、それとも少し盛り上がったひきつれのよう古い傷が見られるかどうかに注意する。ほとんど目立たなくなった古い傷については、クライアントの方から「ほら、ここにもありますよ。これは小学生のときに切ったやつ。親が離婚したあとで」などと説明してくれることもある。

③の傷の深さは、一般的には浅い。だからこそ、手首自傷は「非自殺的行為」と呼ばれたりする。ただし、自傷が繰り返されるような場合、同一のクライアントにあっても、傷は常に浅いわけではない。つまり、クライアントの感情の起伏や、クライアントがこうむるストレスの強弱によって浅かったり深かったりする。また、クライアントを取り囲む人的環境の急激な変化によって手首自傷が人的環境への抵抗・反発の手段として機能するような場合には、命が危険になるほど手首や腕を深く切り込むことがある。これはいわば、「命をかけた抗議」である。このような場合には（養護教諭が）止血しながら、すぐに救急車に来てもらうことになる。[クライアントがいろいろな治療薬やお酒を飲んで自傷するような場合にも、（自己コントロールがきかず）深く切り込むことがある。]

④の傷の様態は、クライアントによって異なる。前腕の内側に、何本も平行なひっかけ傷があったり、小さな格子状の傷がいくつも丹念につけられていたり、まるで殴り書きのように横や縦や斜めの方向に乱雑な傷跡が走っていたりする。

⑤の自傷の期間については、最初に手首自傷したのはいつなのかとクライアントに質問する。

そして、クライアントの自傷の期間が長い場合、自傷部位や傷の深さ、(手首自傷以外の自傷行為がある場合には)自傷の手段の推移に留意する。例えば、小学校高学年から浅い傷のリストカットを始め、中学時代には親身な担任のおかげでいったん落ち着いたものの、高校生になって再びリストカットを、それも時折深く切ったりして救命救急センターで傷口を縫合されたり、合わせて市販薬や治療薬の大量服薬や頸部自傷も見られる—このような場合には自殺の危険性がきわめて高いので、精神科病院への早急な入院治療が必要となろう。[本人が入院を断固として拒否し、家族もそれに同調したような場合、残念ながら最終的に本人の縊死ないし飛び降り自殺になってしまう場合がある。][切る自傷の場合、手首領域よりも首の部分をつける頸部自傷のほうが将来の自殺リスクはより高くなるように思える。頸部自傷そのものについては、首の表面をカッターでうっすらと切るような場合は別として、頸部にある大きな血管(総頸動脈や内頸静脈)を損傷すると生存そのものがむずかしくなる(河合ら, 1999を参照)。]

⑥の自傷を行う場所は、クライアントがどこで自傷するのかについて聞く。自宅の自室、学校のトイレ、教室内(例えば授業中にタオルで隠してリストカットする)、通学する電車のトイレ等。手首自傷する場所は、必ずしも1つところに固定されてはいない。例えば、自分にまったく関心を寄せてくれない母親がいる家庭ではずっと自室内で自傷していた高校生が、学校での対人関係の悪化から学校のトイレでも自傷するようになるなど。

4. 手首自傷の理由を問う質問について

カウンセラーは切った理由をクライアントに質問したくなることがあるかもしれないが、「なぜ手首を切ったのか」と正面からきくことには慎重でありたい。一般に、「なぜ」と問うのは詰問調になりやすい。また、例えば学校のトイレで息抜きにカットし、それを生徒に見つかって担任に通報され、担任からきつく叱られたクライアントが担任に指示されてスクールカウンセラーの相談室に嫌々やってきたような場合には、クライアントの警戒心は最初から強いので、「なぜ」と質問するとことがややこしくなる。また、「解離(dissociation)」の機制が働いている場合には、クライアントは自傷時の記憶を有しないので、「なぜ」と質問されても、「あまりよく覚えていない」「気づいたら切っていました」などと答え、それ以上には進まない。

近親者による虐待がもたらす心理的な痛み(例えば性的虐待に起因する陰鬱な恥辱感)を軽減するためにやむなく自傷を続けてきたようなクライアントに対して、カウンセラーが勢い込んで「なぜ切ったのか」としつこく質問するとすれば、それはクライアントにとっては大きな心理的圧迫となろう。[カウンセラーは心理的支援を行う援助職なので、できればクライアントにとって圧迫と感ぜられるような行為は避けたい。]

どうしても切った理由を問わなければならない場合には、「あなたが手首や腕を切った理由を今聞いてもよろしいですか」と質問し、クライアントが頷いたら「理由を教えてほしい」と言う。[カウンセラーとしてはクライアントの自主性を尊重する。ただし、クライアントが現在虐待されている可能性があるような場合には、「虐待は人の心を殺すものなので、学校側としては放っておけない。虐待かどうか教えてほしい」とクライアントに頼む。]

なぜ切ったのかを正面切って問わないような場合、2つの対応の仕方が考えられる。1つは、切った理由ではなくて、切らずにいられなかったつらさやしんどさのほうを聞いてみる。例えば、「自分の体を何度も傷つけるなんて、何かよほどしんどいことでもあったんでしょうか」と聞いてみる。ただしこれには、「今言いたくなければ言わなくてもいいですが」と保証しておく。あるいは、自傷する前にどのような出来事があったのかを聞いてみる。自傷のきっかけとなる出来事はそのほとんどが、学校や家庭、アルバイト先における対人関係上の出来事である。[対人という場合、具体的には友人、教師、親、アルバイト先の上司や同僚、恋人等が該当する。]

二番目は、切ることによってもたらされる効果について聞いてみる。具体的には、「手首を切

る前と比べて、切った後はどんな気持ちになりましたか」と聞いてみる。[クライアントの応答としては、「手首を切る前のいらいらが、手首を切った後ではすっきりした気分になりました」「頭のなかかもやもやもやもやしていたのが、切った瞬間ぴっとなってしゃんとしました」など。]

5. 希死念慮ないし自殺念慮の存否の確認

希死念慮と自殺念慮は同じような意味で用いられることもあるが、厳密に言えば、希死念慮は死にたいなあという気持ち（思い）、自殺念慮は自殺したいという気持ち（思い）を指す。最初は死にたいなあ、死ねば楽になるなあといった段階のものが自殺念慮になると明白に自己の抹殺を望むことになる。もっとも、両者は共に死を志向しているという点では共通している。自殺念慮は必ず希死念慮から始まり、自殺行動は自殺念慮から移行する（張, 2006）。

手首自傷は俗に「リストカット」「リスカ」と呼びならわされ、これは注意をひくためのものなので死ぬ危険性はないと言われることがあるが、カウンセラーとしては次のことに留意する。

手首自傷するクライアントに対して、希死念慮ないし自殺念慮があるかないかを確認する。もしも希死念慮ないし自殺念慮があるようなら、死ぬ危険性はある（実際に死ぬ手段は手首自傷以外が多いが）。特にクライアントが過去において自殺未遂をしたことがある場合には、危険性はより高まる。

なお、面接場面でクライアントが希死念慮のほうを表明した場合、カウンセラーは、自殺したいという気持ちがあるかどうか聞いてみる。そして、クライアントが自殺念慮の存在を肯定したときには、カウンセラーはもう一歩踏み込んで、クライアントが現在具体的な「自殺計画」を有しているかどうかを聞いてみる。つまり、①自殺を決行する日時を既に決めているのかどうか、②自殺手段（過量薬物や毒物、ロープ等）を既に用意しているのかどうか、③自殺場所の下見、例えば高所からの飛び降りの場合、飛び降りる場所を既に下見しているのかどうか、④遺書を書いたかどうかを聞いてみる（生徒が悪質ないじめにあっていた場合には自分をいじめた生徒たちの名前を遺書に書いてあることが多い）。

言うまでもなく、自殺念慮があり、しかも具体的な自殺計画を既に立てているということであれば自殺の危険性が大変高いので、クライアントを相談室からそのまま1人で帰宅させるわけにはいかない。家族に連絡してクライアントを迎えに来てもらうか、あるいは、（家族が遠方にいるような場合には）家族と電話で話した後、近くの精神科病院ないし精神科クリニックにクライアントを連れていく。場合によれば、警察に電話する。[もしもクライアントを車で病院等に連れていく場合、疾走する車からクライアントが飛び降りることもあるので、クライアントの両脇に人がしっかりとはりついておく。]

大規模大学では構内に保健管理センターがあるので、クライアントを保健管理センターに連れていく。もしも保健管理センターの常勤ないし非常勤の精神科医がそのとき不在でも、保健管理センターの職員がその精神科医に連絡をとってきよう。

IV 手首自傷者のカウンセリング

手首を自傷することがもっぱら不安・緊張・いらいら感の低減に役立っているのであれば、カウンセラーはクライアントと話しあって、手首自傷に代わるようなものがないかどうかを検討してみる。例えば Walsh (2006) は種々の文献を探索して、有効と思われる9つの置換スキル、つまり、①否定的な置換行動、②マインドフル呼吸法、③視覚化テクニック、④身体的エクササイズ、⑤書くこと、⑥芸術的表現、⑦音楽を演奏する/聴く、⑧他者とのコミュニケーション、⑨気を紛らわすテクニックといったものを紹介しているが、これらは参考になろう。

その他、身体技法なら、伝統的な自律訓練法、漸進的弛緩法（簡略版あり）、腹式呼吸法（長呼吸との組み合わせ）など、イメージ技法なら、自分にとって気持ちの良い場所（例えば、空気

の澄んだ森林のなか)をイメージしながらそのなかでゆったりと呼吸するやり方とか、水のイメージを用いるひすい技法などが選択肢として考えられる。

身体技法にしるイメージ技法にしる、さらには身体技法とイメージ技法との組み合わせにしる、いろいろなやり方があり、どのやり方がクライアントにとって最適なのかは、最初の1、2回目において試行錯誤的にやってみないとよくわからない。例えば、お腹でゆったりと呼吸していく腹式呼吸法はまだるっこいと言うクライアントもいれば、これまで味わったことがないほど落ち着くと言うクライアントもいる。また、イメージに対してきわめて敏感に反応するクライアントもいれば、そもそもイメージというのがよくわからないと言うクライアントもいる。

ところで、カウンセリングというと一般に、明確化や直面化など、言葉でやりとりするやり方をさす。この場合、カウンセラーとクライアントはもっぱら言葉を用いて、手首自傷の契機や効能等を吟味していく。合わせてカウンセラーは、手首自傷の背後に潜むクライアントの苦しみを推察しながら、クライアントの話すことに耳を傾けていくようにする。そうするなかでクライアントは少しずつ自己認識を深めていく。もしも自傷が解離性の場合には、クライアントはカウンセラーと話し合うなかで自分の意識の覚醒度を高めていくことになる(柴山, 2007を参照)。

手首自傷がクライアントの深い心理的混乱と関連している場合には、クライアントの心理的混乱を明確化し整理していくためのカウンセリングを行うことになる。筆者の場合には夢分析(名島, 2003)を併用したカウンセリングを行うことが多い。夢のなかにはクライアントの対人関係や内的対象関係が隠喩の形で投映されやすい。しかも夢のなかのことなので、クライアントの安全保障感が不必要に低下することはない(「心的外傷夢」の場合は例外となるが)。

カウンセリングは時間と場所を決めて何度も定期的に行われるが、ある1回分だけを取り上げた場合、クライアントがカウンセラーと話す前に比べてカウンセラーと話した後では自分のことがよりはっきりしてきたという確かな手ごたえが得られれば、その回のカウンセリングは成功したと言える。

心理的混乱がクライアントの過去の被虐待体験(悪質ないじめも含む)に由来している場合には、心理的混乱の明確化や整理には長い時間がかかる。[もしもクライアントが小・中・高校生で、家庭での虐待や学校での悪質ないじめが現在も続いているような場合(ないし続いていると推測できるような場合)には、カウンセラーは自分が所属する相談機関の長ないし学校の管理職に報告して、対応を協議する必要がある。]

V 手首自傷と自殺行動との関連性

手首自傷の多くは浅い傷で、仮に縫ったとしてもほんの数針程度である。つまり、自傷行為であっても自殺行動ではない。しかし、だからといって安心はできない。例えば自殺学者の高橋(1992)は「ある時点では死の危険が必ずしも高いものではない手首自傷のような自殺企図であっても、長期にわたって経過を観察すると、一般人口よりも自殺率が優位に高いという報告さえある」「あらゆる自傷行為は、完全にその可能性が否定されるまでは、死の意図を伴った自己破壊行動である可能性を念頭におくべきであろう」と述べているが、重要である。

自殺の危険性という観点から見た場合、カウンセラーは以下のことに留意しておく。

(1) 自傷行為の結果としての孤立: クライアントの自傷の血を見て最初は大騒ぎした周囲の人々も、浅い傷の自傷が繰り返されるにつれてクライアントを「人騒がせ」だとみなして排斥しはじめる。するとクライアントは次第に追い詰められ、孤立を深めて最後には縊首してしまったりする。

(2) 自殺の予備的試行としての自傷: 竹内ら(1986)の「抑うつ群」(躁うつ病のうつ状態と抑うつ神経症から成る)に属するような場合で、うつ病相を繰り返すある女性は、服薬、飛び降

表3 1969年における高野悦子の自傷行為（種々の自殺関連行動を含む）

月 日	日記に記載された自傷行為ならびにその他の自殺関連行動
1月30日	朝、目が覚めて、煙草を吸いながら太宰治の作品を読む*。
2月1日	太宰治の作品を読む。 買って来たカミソリで指を切り、出てきた血をなめる。また、血で、「私」という血文字を書く。
2月5日	このころよく煙草をすう。 カミソリを左手の人差し指にあてて思いきり引っ張る。真っ赤な血が出る。傷口の消毒としてマッチの火であぶる。
2月6日	何をしてよいかわからず、頬をびしゃりと打ち、胸を拳で思い切りなぐる。 「独りであること」はなんと厳しいことか。自殺でもしようかなと思う。
2月24日	私には「生きよう」とする衝動、意識化された心の高まりというものがない。
3月8日	2、3日前、太宰を2、3頁読んだ後でポットのコードを首に巻いて左右に引っ張ったりする。 喉を圧迫したときの感触を楽しんだだけ。
3月17日	一昨日、昨日とウイスキーをすきっ腹にぐい飲み。
4月18日	ホテルのソファに座りながら、自殺しようと思う。しかし、死ぬことは結局負けだと思う。
4月20日	朝、自分の手で首をしめてみる。湯沸器のコードを首に巻いて引っ張る。こんなことをして遊んでいる。
4月24日	朝起きた時肺のあたりがいがらっぽくむせる。煙草ののみすぎで肺ガン、あるいは肺結核かもしれない。結核菌よ。悪性腫瘍よ。どんどん私をむしばむがよい。
5月13日	自己創造を完成させるまで私は死なない。 自殺は卑怯な者のすることだ。
6月20日	午前2時30分、「みごとに失恋一？」と日記に書く。 午前4時に眠る。 午後、アルバイト（京都国際観光ホテルのウエートレス）に行く。
6月21日	睡眠薬をのんでみたい。そして、ただ静かに眠りたい。
6月22日	アルバイト先で皮肉と悪口ばかり言う。 午後11時45分、買って来た睡眠薬を2錠のむ（不眠症には2錠が適量）。
6月23日	午前2時30分、睡眠薬はきかず、早く眠りたいと思う。そして、「旅に出よう」云々の詩を書く。 午後、いつもの通りアルバイトに出かける。 アルバイト終了後は下宿に帰る。
6月24日	夜中の午前2時ころ、「ちょっと外出します」と下宿人に声をかけて出ていく。 午前2時36分ころ、京都府中京区西ノ京平町、国鉄山陰線天神踏切西方20メートルで、上り山口・幡生駅発梅小路駅行貨物列車に飛び込み自殺。

* 煙草は広義の自傷行為。太宰治は1948年6月13日、東京の玉川上水で山崎富栄と一緒に入水自殺。自殺作家の作品を好むのは自殺志向者の特徴の1つとされている。

り、手首自傷を行っていたが、24歳のときの二度目の飛び降り自殺で死去したという。

このように手首自傷以外の他の自殺手段が合併している場合には、手首自傷は自殺の予備的試行の1つであるとも考えられる。

自殺手段がいくつも合併している他の例としては、以下がある。

①立命館大学文学部史学科日本史専攻3年生の高野悦子は1969年6月24日未明、20歳で鉄道自殺（高野, 1971）。②アイドル歌手の岡田有希子（本名は佐藤佳代）は1986年4月8日午後、18歳で7階建てのビルの屋上から飛び降り自殺。③フリーライターかつネットアイドルの南条あや（本名は鈴木純）は18歳の1999年3月30日昼過ぎ、携帯電話で友人に「これから死に行く」と語った後1人で下北沢のカラオケボックスに入って大量の向精神薬を服用し、昏睡状態に陥って死亡（死因は「推定自殺」。死後の解剖により心臓の弁膜の異常が発見される。長年の貧血によるものだという）（南条, 2000）。

これらの人々はいずれも、自殺する前に種々の自殺関連行動を行っていた。

まず高野悦子は表3にまとめたように、鉄道自殺する前は、カミソリで人差し指を切ったり、拳で胸を思い切り叩いたり、湯沸し器のコードを首に巻いたり、適量の10倍の睡眠薬を飲んだ

りしていた。その背景として、学生運動の挫折や失恋などが推測されていた。

次に岡田有希子は1986年4月8日の昼過ぎに飛び降り自殺をしたが、(当時の新聞等を参照すると)その日の朝彼女は東京都港区のマンション内の自宅でガス栓を開き、カッターナイフで左手首を自傷した。ところが、漏れ出たガスの匂いで住人に発見され、救急車に連れていかれた港区の北青山病院で4針縫合。その後彼女の希望でサンミュージックのスタッフとともにサンミュージックの事務所のあるビルに行ったが、彼女は付き人の目を盗んでビルの屋上に駆け上がり、そこから身を投げた。生真面目かつ完全主義的性格。ある男性俳優との恋愛問題が背景にあったとされる。彼女の母親によれば(佐藤, 1986)、彼女はがんばりやではあるが内向的で、芸能界向きの性格ではなかったという。

最後の南条あやは、高校の卒業式(3月10日)の20日後に死亡。もともと彼女は小・中学校でいじめられていた。中学1年生のとき、みんなからの同情を求めて手首自傷。高校2年の4月にはうつになって薬を大量服用して死のうとする(途中で目が覚めて吐く)。また、熱い湯を手にかけてたりした。高校3年の7月には深いリストカットをして、20針から25針縫う。そして、翌年の3月30日には向精神薬を大量服薬して死亡。南条あやの日記を読むと、彼女は何か死神に取りつかれていてような感じがする。彼女の場合、はたしてどのような援助が可能であったのだろうか。

(3) メッセージとしての手首自傷の不発: ある女性は自分の兄の結婚に失望して手首自傷し、その後も兄との接触を求め、それが受け入れられないと手首自傷を繰り返し、最終的には兄の心が彼女にないということを発見して、20歳のとき、クリスマスイブで混雑するデパートのトイレで頸動脈を切断して自殺したという(西園, 1983)。彼女の場合の手首自傷は兄に対するひそかなメッセージであったが、それが効力を発せず、しかも兄の心が自分から去ったことを知った彼女は、頸動脈自傷という致死性のきわめて高い手段を用いた。

(4) 心の痛みを体の痛み置き換える効果の消失: 松本(2008)によれば、自傷行為の多くは不快感情への対処法であるが、自傷行為を繰り返すうちにその効果が薄れ、いくら切っても不快な感情が切り替わらないような状態に陥ると、いつもとは異なる方法(例えば過量服薬、縊死、飛び降り)を試みることになるという。Walsh(2006)も、頻回に自傷する人は自傷が対処技術として有効に機能しなくなったときに自殺する可能性があると警告している。

この松本らの言葉はカウンセラーにとって重要となろう。例えばあるクライアントが「友人からの言葉かけが少なくなると私のことを嫌いになったのではないかと思っていらいらする。そんなときには手首を切ると、気持ちがすっきりする」と述べたとすると、カウンセラーとしては「自傷による不快感情への対処」という事柄のみにとらわれてしまう。しかし、日々ストレスフルな学校生活を送っているクライアントがそれに耐えられなくなったとき、あるいはより大きなストレス状況に遭遇したときにはもはや自傷行為の効果はなく、そこで例えば自宅で突然過量服薬をしてカウンセラーを驚かせることになったりする。

VI 自傷と解離

解離とは苦痛な記憶や感情、感覚、思考等を意識から切り離して主体を防衛しようとする心的機能であり、解離状態とは、意識や記憶、同一性の統合が破綻したような状態である。解離の機制が働くと、自分が手首を切ったということ自体を思い出せなかったり(健忘)、手首を切るさいの痛みを感じなかったりする(知覚麻痺)。[解離によって痛みを感じないということ以外では、手首を切るさいの、本人の極度の興奮ないし激烈な心的苦痛によって痛みを感じないことがある。逆に、さほど興奮していないのに痛みを感じないこともある。例えばある高校生は家族内のいじめや上級生からのいじめ、教師への不信などから毎日がきつくて死のうと思い、買ってきたカミ

ソリで一度切ってみたらすっと切れて痛くなかった、これなら楽に死ぬると思って二、三回切ってみたが、彼は途中で怖くなって中止したという。ちなみに、痛みの閾値は個人によって異なっている。その他、睡眠薬を飲んで切った場合、痛みを感じないことがある。また、精神安定剤を多量に飲んで自殺を図った翌日、今度は手首を切ったが、薬物の作用で痛みをまったく感じなかったというような場合もある。]

解離と自殺念慮との関係はわかりにくい。大うつ病や統合失調症の患者に対する面接調査を行った張ら（1999）は、①自殺することしか考えられないような極度の興奮状態が何らかの生物学的メカニズムによって解離を引き起こすのではないかと推測し、②大うつ病群において自傷行為中の解離状態が強いほど自傷による重症度が重いことを見出している。解離は人の目で確認できない機制であり、①は今後の検討課題であると思われる。

解離を障害という面からとらえると、DSM-5（APA, 2013）が記すように、解離性障害には「離人感・現実感消失症」（離人感・現実感消失障害）（Depersonalization/Derealization Disorder）、「解離性健忘」（Dissociative Amnesia）、「解離性同一症」（解離性同一性障害）（Dissociative Identity Disorder）などがある。これらの解離性障害は精神医学的疾患である。医療機関を訪れる習慣的自傷者の1-2割は重篤な解離性障害を有しているという（松本, 2010）。ちなみに、解離性障害のなかの解離性同一性障害（いわゆる多重人格）の場合、優勢となった別人格がクライアントの手首や腕などを切りつけることがある。

精神科医の柴山（2006）によれば、解離性障害79名のうち過去に手首自傷が見られたのは46名（58%）、大量服薬は45名（57%）であり、「死ね」などといった死を促す幻聴を経験した患者は手首自傷群が26名（57%）、大量服薬群が26名（58%）であったという。

同じく精神科医の川谷（2009）は、解離性障害と自傷行為との関係について、「自傷患者のすべてに解離過程が認められるとは限らない。その比率は50%前後である。積極的かつ能動的に自傷を行う場合は、解離機制よりも強迫機制の関与が大きい」と述べている。

梶田ら（2007）は文献研究によって、解離性同一性障害者55名を、①一時的ストレス型解離性同一性障害、②持続的ストレス型解離性同一性障害、③外傷型解離性同一性障害の3型に分類している。①の病理水準はもっぱら神経症水準、②は神経症水準と神経症-境界例水準、③は神経症水準や境界例水準の他精神病水準もあり、外傷の内容としては性被害、性虐待、身体的虐待があった（これら3つは①と②には見られなかった）。自傷行為の割合は、①が44.4%、②が54.5%、③が65.7%であった（自殺企図の割合は①が22.2%、②が27.3%、③が57.1%であった）。

以上は精神医学的疾患としての解離性障害についてのものであるが、次に、もっぱら質問紙法によってとらえられる、健常者における解離傾向との関係をみてみたい。

穴水ら（2010ab）によると、高校生の自傷者72名（被調査者の9.5%）では自傷者の33.8%がA-DES（青年向け解離性体験尺度）が4.0点以上で、病的な解離状態にあることがうかがえた。実際、生徒たちは自傷の最中には、「気がついたら切っていた」「切っている最中の記憶はあるような、ないような」「痛みはほとんど感じなかった」などと述べた。ちなみに、重篤化、習慣化、嗜癖化した自傷行為と解離とは密接な関係があることが示唆された。

大学・大学院生506名を調査対象とした猪飼ら（2013）によれば、自傷行為のなかで最も多いのは、男性では「体を物にぶつける」行為（34.78%）、女性では「刃物などで体を傷つける」行為（33.33%）であり、自傷経験の有無と解離性体験尺度DES-IIとの関連を見ると、病的解離状態（DES-IIの得点が25点以上）と自傷経験有りとは関係するが、病的解離状態の段階にない人でも自傷行為は行われている。これはつまり、自傷には、解離状態が強く関与している自傷と関与していない自傷の2種類があるということになる。

自傷を軸にした場合、非解離性の自傷ではクライアントの不安・緊張を緩和するような代替法

をカウンセリングの場で一緒に検討したり、適切なリラクゼーション技法を試みたりすることになる。一方、解離性の自傷、それも特に外傷型の解離性同一性障害では、安全な環境下での自己表現と自己認識、場合によれば、自殺を防止するための入院治療が必要になったりする（近親者による性虐待といった重篤な心的外傷体験が過去にあった場合には自殺の危険性が非常に高まる）。

Ⅶ 手首自傷と精神病理との関連性

特に反復性の手首自傷や腕自傷の背後には、うつ病、統合失調症、摂食障害、境界性パーソナリティ障害、解離性障害、発達障害等が潜んでいることが少なくないので注意する。

例えば境界性パーソナリティ障害の場合、DSM-5を見ると、その8つの特徴の1つが「自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」となっている（APA, 2013）。なお、精神科医の細澤（2004）によると、境界性パーソナリティ障害の自傷と解離性障害の自傷とでは違いが見られる。前者ではこれみよがしに自傷の痕を治療者に見せる傾向があるが、後者では外から見えない場所を傷つける傾向があり、その上治療者に対して自傷行為を秘密にする傾向を有しているという。境界性パーソナリティ障害の人はともすれば他者を自分の意のままに操作しようとする傾向が強く、そのため傷跡までも利用しようとするので、細澤の指摘は納得できよう。

ともあれ、以上のような精神病理の可能性がうかがわれる場合には、カウンセラーはクライアントに対して（あるいはクライアントの家族に対して）一度精神科クリニックで診てもらうように勧めてみる。[ここで「勧めてみる」と書いたが、クライアントがうつ病、統合失調症、摂食障害等の場合、家族が既にクライアントを病院やクリニックに連れて行っていることも少なくない。]

医療との関連で言えば、カウンセラーは医師ではないので、精神医学的診断や薬物療法を行うことはできない。それだけに、種々の精神病理に関しては、カウンセラーは医師と連携していくことが大切となる。特にカウンセラーが公認心理師である場合には、カウンセラーは主治の医師の指示に従う必要も出てこよう（公認心理師法第42条の2を参照）。

養護教諭たちにアンケート調査を行った松本ら（2009）によれば、養護教諭たちが挙げた専門家との連携上の困難としては、「精神科に診察を依頼したら、リストカットする人はお断りと言われた」「受診させても薬が処方されるだけで、今度は処方薬を大量服薬するようになった」などがあつた。専門家もそれぞれの守備範囲があり、学校側としては、できるだけ思春期・青年期の自傷について詳しい医師と協力関係を結んでいく必要がある。

Ⅷ 親との連携の問題

クライアントのなかには、手首の傷跡をカウンセラーに見せた後、「親には心配をかけたくない。手首自傷のことは母親には絶対知らせてくれるな」などとカウンセラーに要求する生徒もいる。このような場合、カウンセラーとしては安易に承諾しないことが大切となる。最初はおすり傷にすぎなくても（ストレスとの関係で）やがて深くなったり、手首以外を傷つけるようになっていくこともあるし、何よりも、最初は目立たなかった自殺念慮がうつ状態の深まりとともにくっきりと表に出てくるようになることもある。

カウンセラーとしてはクライアントの要求を安易に承諾しないで、クライアントに対して、「反復的に手首自傷をする人はそうでない人に比べて自殺の危険性が高くなることがわかっていますので、自殺関連問題に関しては、保護者に対して秘密にしておくというのはむずかしいと思います」といった応答をするのがいいように思える。

ところでこの場合、仮に母親（ないし父親）に連絡するとして、カウンセラー自身がそれを行

うかどうかという問題がある。緊急の場合には担任の了解を得てカウンセラー自身が親に電話することもありますが、可能であればクライアント自身の口からクライアントの親に手首自傷のことを告げてみるのはどうかと聞いてみる。合わせて、手首自傷のことを母親に知られたくない理由についても聞いてみる。たしかにクライアント自身「親には心配をかけたくない」と述べてはいるが、内心では、親からもらった体を傷つけたことを親が激怒することを恐れていたり、今回のことで親にますます失望されることを恐れていたり、もしも母親がクライアントの手首自傷のことを知れば母親のうつ病が再発するのではないかと心配していたりすることがある。

ともあれ、手首自傷のことを親に言う・言わないにこだわるよりも、手首自傷のことをクライアントがカウンセラーに話したことを契機として、クライアントと親との関係性を吟味することが大切となろう。場合によれば、相談室まで母親（ないし父親、あるいは両者）に来てもらって、クライアント、母親、カウンセラー、担任の4人で話し合うことが大切となろう。

Ⅷ おわりに

本稿では筆者のこれまでの臨床経験と諸家の見解をもとに、手首自傷に関するさまざまな事柄について吟味し、合わせて自傷者のカウンセリングについても検討した。

一口に手首自傷と言っても、2、3回会って話をただけで特に問題のない、落ち着いた状態になるクライアントもいれば、手首自傷の他にもさまざまな自傷行為や問題行動があって長期間のカウンセリングを必要とするようなクライアントもいる。特に後者の場合にはクライアントのなかに内在化された悪性の対人的パターンがカウンセラー-クライアント関係のなかにしつこく顔を出してくるので、カウンセリングのプロセスもなかなかスムーズには展開しないし、カウンセリングの中断もありうる。

手首自傷に希死念慮や自殺念慮が伴っている場合には要注意となる。たとえごく浅い傷であっても、死にたい、自殺したいという気持ちがあるのが傷つけなので、カウンセラーとしては自殺の危険性を念頭に置いておく必要がある。そして、自殺の危険度のアセスメントをするとともに、学校側に対して、担任、養護教諭、教育相談担当教諭、学年主任、管理職等が1つのチームとなつてたえずクライアントを見守っていくようにと助言することが大切となる。その場合、クライアント自身の内部に「自分は確かに学校側から見守られているんだな」という感覚が生起するような見守り方をすることが大切となる。

文献

- 穴水ゆかり・田中康雄 (2010a) 自傷行為の視点から見る高校生の心性 (第1報) 思春期青年期精神医学, 20(1), 51-60.
- 穴水ゆかり・田中康雄 (2010b) 自傷行為の視点から見る高校生の心性 (第2報) 思春期青年期精神医学, 20(1), 61-74.
- APA (2013) *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (高橋三郎・大野裕監訳, 2014, DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院)
- 張賢徳 (2006) 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの 勉誠出版
- 張賢徳・竹内龍雄・林竜介・池田政俊・花澤寿・日野俊明・富山学人・鈴木和人・広瀬徹也 (1999) 自殺行為の最終段階についての研究: 「解離」仮説の提唱と検証 脳と精神の医学, 10(3), 279-288.
- Emerson L (1913) The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, 1, 41-54.
- Hawton K, Rodham K, Evans E (2006) *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers. (松本俊彦・河西千秋監訳, 2008, 自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き, 金剛出版)
- 林直樹 (監修) (2008) リストカット・自傷行為のことがよくわかる本 講談社
- 細澤仁 (2004) 解離性障害と自傷 (川谷大治編, 自傷—リストカットを中心に, 現代のエスプリ, 443,

98-110)

- 猪飼さやか・大河原美以 (2013) 母からの負情動・身体感覚否定経験が自傷行為に及ぼす影響—解離性体験尺度 DES-II との関係 東京学芸大学紀要, 総合教育科学系 I, 64, 171-178.
- Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K (2006) Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(3), 172-176.
- 河合敏・佃守・持松いづみ・陰里ゆうみ・古川滋・大石公直・中川千尋・古川正樹 (1999) 自殺企図による開放性喉頭外傷症例の検討 日本気管食道科学会会報, 50(6), 609-614.
- 川谷大治 (2009) 自傷とパーソナリティ障害 金剛出版
- 榊田亮太・中村俊哉 (2007) 近年の国内における解離性同一性障害の分類について—一時的ストレス型 DID の心理臨床的検討 心理臨床学研究, 25(4), 476-482.
- 松本俊彦 (2008) 自傷行為の理解と対応 (高橋祥友編, 子どもの自殺予防, 至文堂, 55-67)
- 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
- 松本俊彦 (2010) 自殺の背景とプロセス 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室年報, 5, 4-18.
- Matsumoto T, Imamura F (2008) Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 123-125.
- 松本俊彦・今村扶美 (2009) 思春期における「故意に自分の健康を害する行為」と「消えたい」体験および自殺念慮との関係 精神医学, 51(9), 861-871.
- 松本俊彦・今村扶美・勝又陽太郎 (2009) 児童・生徒の自傷行為に対応する養護教諭が抱える困難について—養護教諭研修会におけるアンケート調査から 精神医学, 51(8), 797-799.
- 名島潤慈 (1981) 自殺未遂 (品川浩三・藤土圭三・前田浅子編, 子どもの精神健康と相談活動, 東山書房, 272-278)
- 名島潤慈 (1989) 青年期における自殺の心理力動的意味 熊本大学教育実践研究, 6, 133-136.
- 名島潤慈 (2003) 臨床場面における夢の利用—能動的夢分析 誠信書房
- 名島潤慈 (2006) 大学生の自殺問題—教職員の対応上の留意点 山口大学学生相談所年報, 15・16・17 合併号, 9-25.
- 名島潤慈 (2007a) 大学生の自殺問題と対応 (その1) 山口大学心理臨床研究, 7, 35-46.
- 名島潤慈 (2007b) 大学生の自殺問題と対応 (その2) 山口大学心理臨床研究, 7, 47-57.
- 名島潤慈 (2007c) 小学生・中学生・高校生の自殺問題と対応 山口大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 23, 151-165.
- 名島潤慈 (2012a) 小学生の自殺危険度のアセスメントに関する留意点 山口大学教育学部研究論叢, 61, 第3部, 283-296.
- 名島潤慈 (2012b) 学校臨床場面における自殺について、実際の支援を通して理解する (田邊敏明編集, 心理学へのいざない—研究テーマから語るその魅力, 北大路書房, 108-126)
- 名島潤慈・切田祐子 (2011a) 日本における自傷行為研究の展望と課題 (その1) 山口大学大学院教育学研究科附属臨床心理センター紀要, 2, 45-56.
- 名島潤慈・切田祐子 (2011b) 日本における自傷行為研究の展望と課題 (その2) 山口大学大学院教育学研究科附属臨床心理センター紀要, 2, 57-65.
- 南条あや (2000) 卒業式まで死にません—女子高生南条あやの日記 新潮社
- 西園昌久 (1983) 死との戯れ—手首自傷症候群を中心に (岩波講座 精神の科学 10 有限と超越 岩波書店, 195-227)
- 岡田涼・谷伊織・大西将史・中島俊思・宮地泰士・藤田知加子・望月直人・大西彩子・松岡弥玲・辻井正次 (2010) 中学生における自傷行為の経験率—単一市内における全数調査から 精神医学, 52(12), 1209-1212.
- Rosenthal RJ, Rinzler C, Walsh R, Klausner E (1972) Wrist cutting syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1363-1368.
- 佐藤孝子 (1986) 娘・岡田有希子最後の日々 文藝春秋, 10月号, 294-303.
- 関本富美子・朝倉隆司 (2017) 中学生における自傷行為の経験率、性差と心理社会的要因—神奈川県公立中学校における疫学的調査 東京学芸大学紀要, 芸術・スポーツ科学系, 69, 183-191.
- 柴山雅俊 (2006) 解離における死の主題 精神療法, 32(5), 594-595.
- 柴山雅俊 (2007) 解離性障害—「うしろに誰がいる」の精神病理 ちくま新書
- 高野悦子 (1971) 二十歳の原点 新潮社
- 高橋祥友 (1992) 自殺の危険—臨床的評価と危機介入 金剛出版

- 竹内龍雄・小泉準三・上月英樹・白石博康・嶋崎素吉・宮本真理・須磨崎加寿子・長瀬精一・大福浩二郎（1986）Wrist cutting の30 自験例について 臨床精神医学, 15(2), 217-227.
- 山口亜希子・松本俊彦・近藤智津恵・小田原俊成・竹内直樹・小阪憲司・澤田元（2004）大学生における自傷行為の経験率—自記式質問票による調査 精神医学, 46(5), 473-479.
- 山口亜希子・松本俊彦（2005）女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒・ピアス・過食傾向との関係 精神医学, 47(5), 515-522.
- Walsh BW（2006）*Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.（松本俊彦・山口亜希子・小林桜児訳, 2007, 自傷行為治療ガイド, 金剛出版）
- 安岡誉（1996）自殺企図・自傷行為 臨床精神医学, 25(7), 767-772.