

「自殺防止！東京キャンペーン」こころといのちの講演会

ひきこもりと自殺

いかに対話するか

筑波大学医学医療系 社会精神保健学

齋藤環

社会的ひきこもりの定義

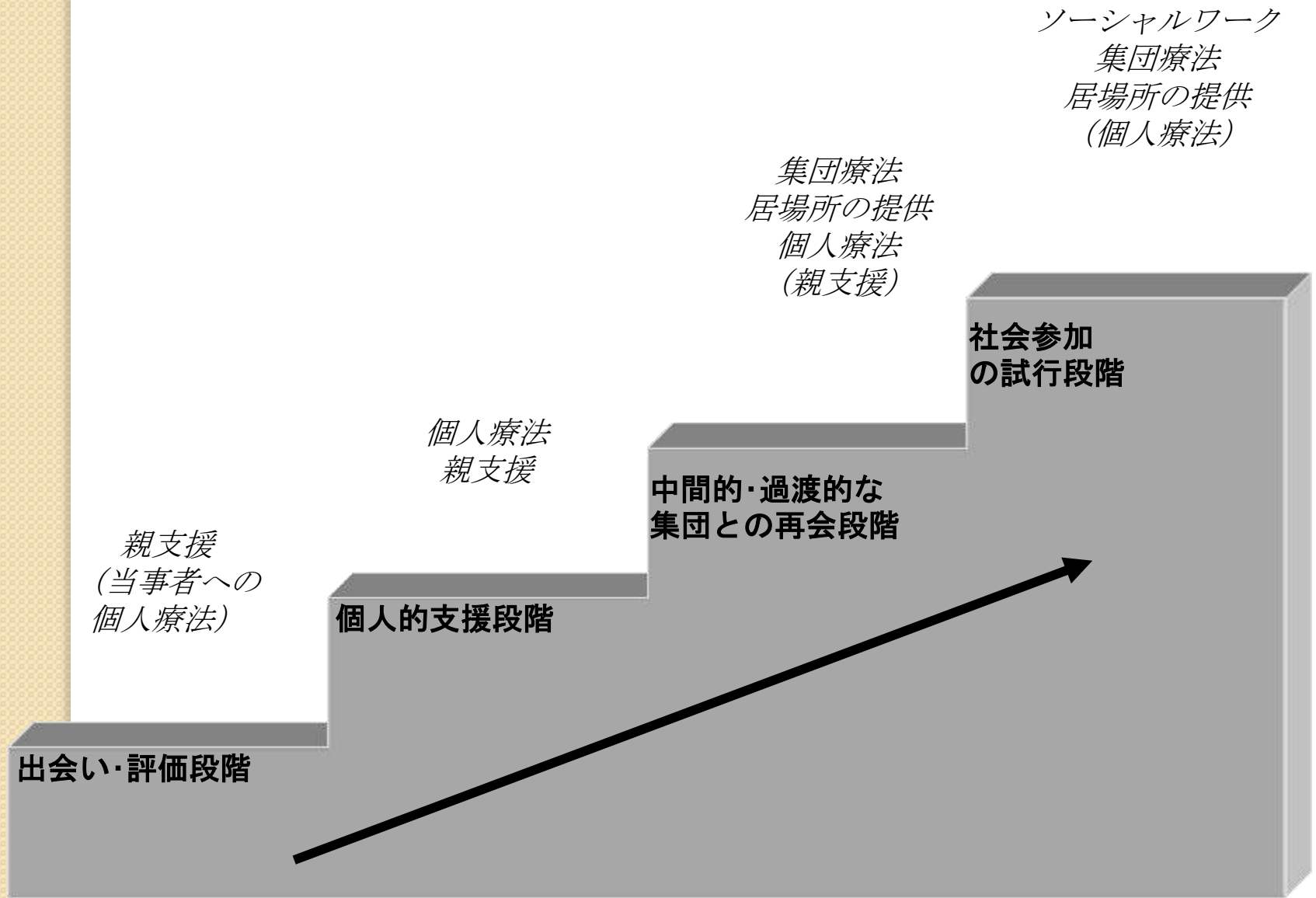
- 六ヶ月間以上、社会参加せず
- 精神障害を第一の原因としない

※ ただし「社会参加」には、「就学」「就労」のほか 「親密な仲間関係」 も含まれる

※ 診断名、臨床単位とは言えない

社会的ひきこもりの特徴

- ◎ 不登校との関連性は高い
- ◎ 1970年代後半から増加
- ◎ 全国で数十万から百万人と推定される
- ◎ 比較的、男性事例に多い
- ◎ どのような家庭のどのような子供にも起こりうる
- ◎ しばしば著しい長期化（数年～十数年）に至る
- ◎ 長期化とともに精神症状が、あるいは家庭内暴力などの問題行動が出現しやすい
- ◎ ひきこもりきっかけは多様だが、長期化のパターンは共通点が多い
- ◎ 長期化に至った事例が自力で社会参加を果たすことは著しく困難→高年齢化の問題



ひきこもり支援の諸段階

家族の基本的心構え

- 本人が安心してひきこまれる関係づくり
- 覚悟と根気 信じて待つ
- 「怠け」「甘え」「わがまま」などは禁句
- まず両親が一致団結する
- 北風より太陽
- 愛情より親切・「遠慮」の効能
- 受容の枠組み設定
- (金銭管理は一定額に 暴力は徹底拒否)
- 原因追及・犯人探しは禁物
- 親もプライベートを楽しむ

ひきこもりと「対話」

- 対話とは、面と向かって、声を出して、言葉を交わすこと
- 思春期問題の多くは「対話」の不足や欠如からこじれていく
- 思春期問題を完全に「予防」はできないが、こじれることは予防できる
- 良い「対話」は、不安を取り除き、信頼感を増し、本人の気持ちを活性化する力を持っている
- 押しつけ、議論、説得、正論、叱咤激励は「対話」ではなく「独り言」である。独り言(モノローグ)の積み重ねが、しばしば事態をこじらせる
- 対話の目的は「対話を続けること」。何かを決めること、結論を出すことではない
- 参考『オープンダイアログとは何か』(医学書院)

「対話」の回復

- ◎ 相互性と共感性を大切に
- ◎ 断絶の場合はまず挨拶の励行から
- ◎ 挨拶・誘い・お願い・相談
- ◎ 「これみて悟れ」式は不適
- ◎ 本人からの訴えは、さえぎらずに最後まで聴く
- ◎ 話題の選択：まず話したいという態度を示す
- ◎ 将来、仕事、学校、過去の栄光、同級生の噂話、などは禁物
- ◎ ニュース、スポーツ、芸能界など時事的なものは可

集団への包摂支援

- **デイケア**
- **たまり場・居場所**
- **自助グループ**
- **偶発的コミュニティ活動**
- **(就労訓練など)**
- **グループホーム**
- **家族会**

就労支援への道のり

地域若者サポートステーション

就労移行支援

地域活動支援センター

職業訓練校

中間労働

ソーシャルファーム

知人・友人の紹介

作業所

就労支援団体

ボランティア

ジョブカフェ

内職

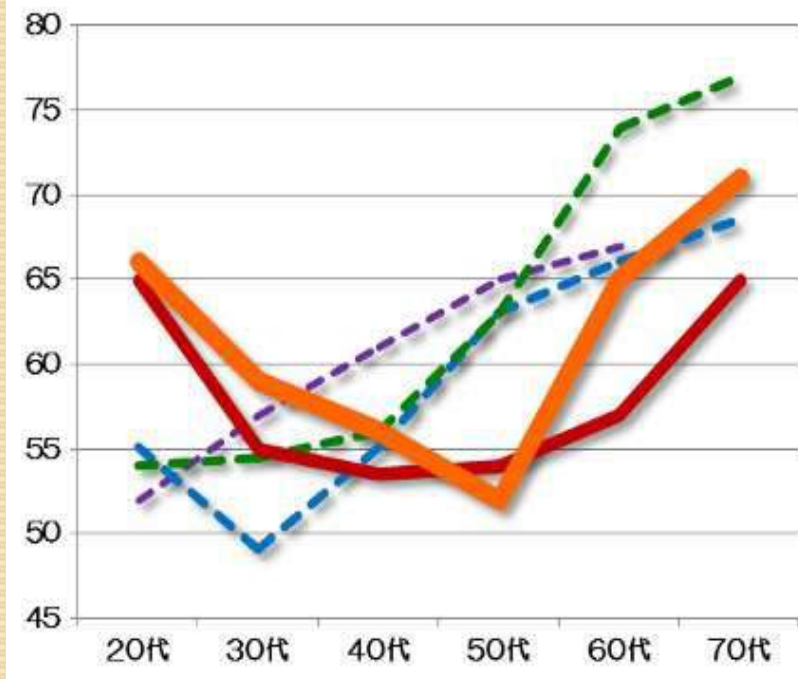
ひきこもりのライフプラン

- 本人の住居を確保した上で別居し、年金受給年齢までの年収(100万円程度?)を保証する。
- 財産リストを作成し、老後の生活資金、老後供にかかるお金、介護の問題、相続の問題、親の死後の問題などを具体的に検討しておく。フィナンシャルプランナーなどに相談する方法もある。
- リバースモーゲッジ
- 確定拠出年金
- 相続と遺言書
- 両親からの生活費支給を早い段階で中止し、第三者(治療者、支援者など)から定期的に生活費を貸し与えるシステムを構築する。
- 福祉制度の活用(生活保護、自立支援、障害者基礎年金など)

若者心性における変化

- モラトリアム期間の長期化→未成熟化
- 家庭の密室化と非社会傾向への傾斜
- 薄く広がる幻滅感：高い“幸福度”と“将来への不安”の併存
- 反社会性よりも非社会性の前景化
(ひきこもり、ニート、おたく、非婚化)
- **コミュニケーション偏重主義と承認依存の傾向**
 - 大学における対人ストレス要因の増大
 - 就活ストレスの一因
 - 「悲哀」や「孤立」のスティグマ化（「ぼっち飯」など）
 - 不登校、ひきこもりの増加

内閣府「国民生活に関する世論調査」 2012年



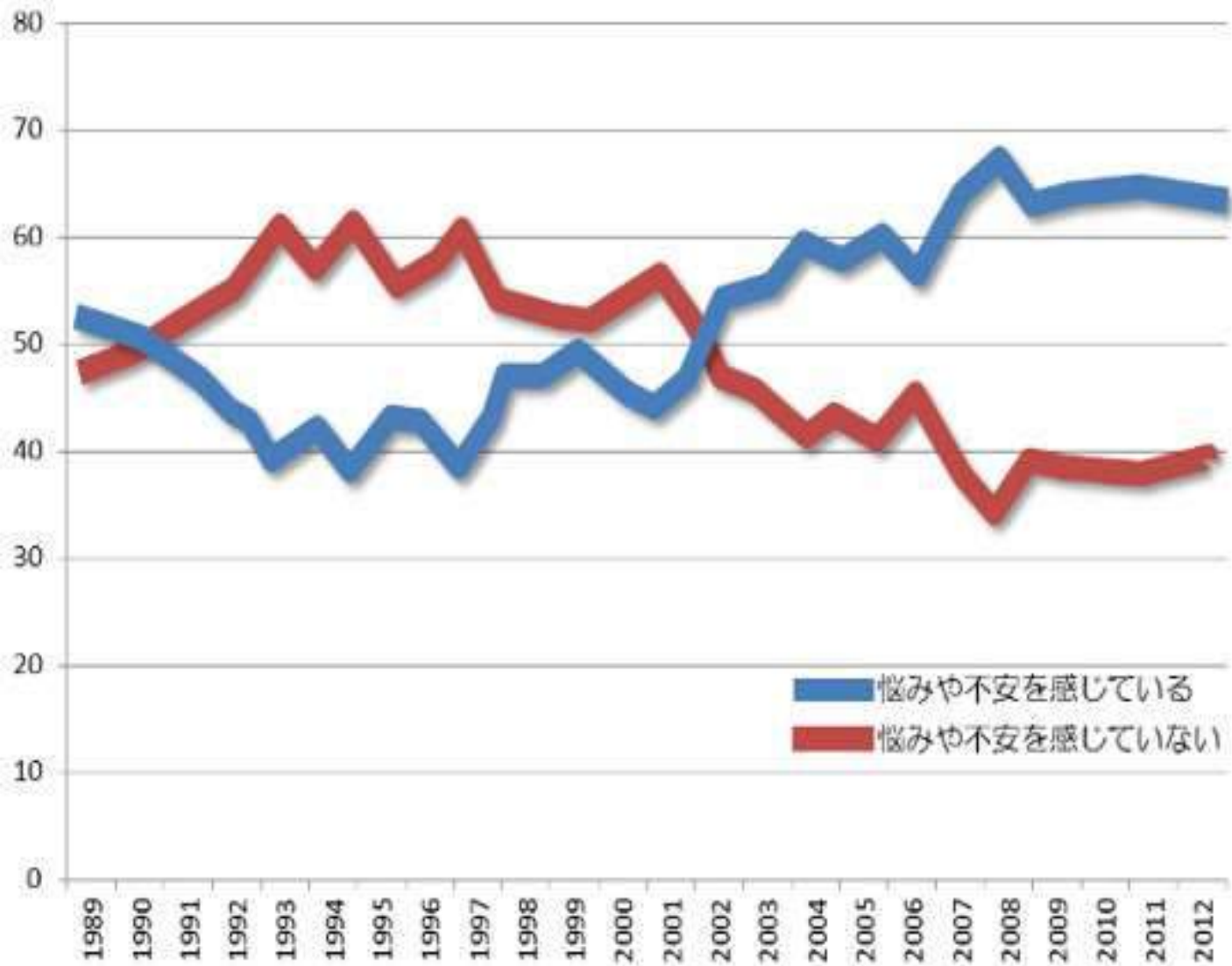
- 1970年
- 1980年
- 1990年
- 2000年
- 2010年

現在の生活に対して満足と感じている

世代別(男性のみ) ↑↑
年代別(男女とも)



「日常生活での悩みや不安」(20代)



「コミュニケーション偏重」 と

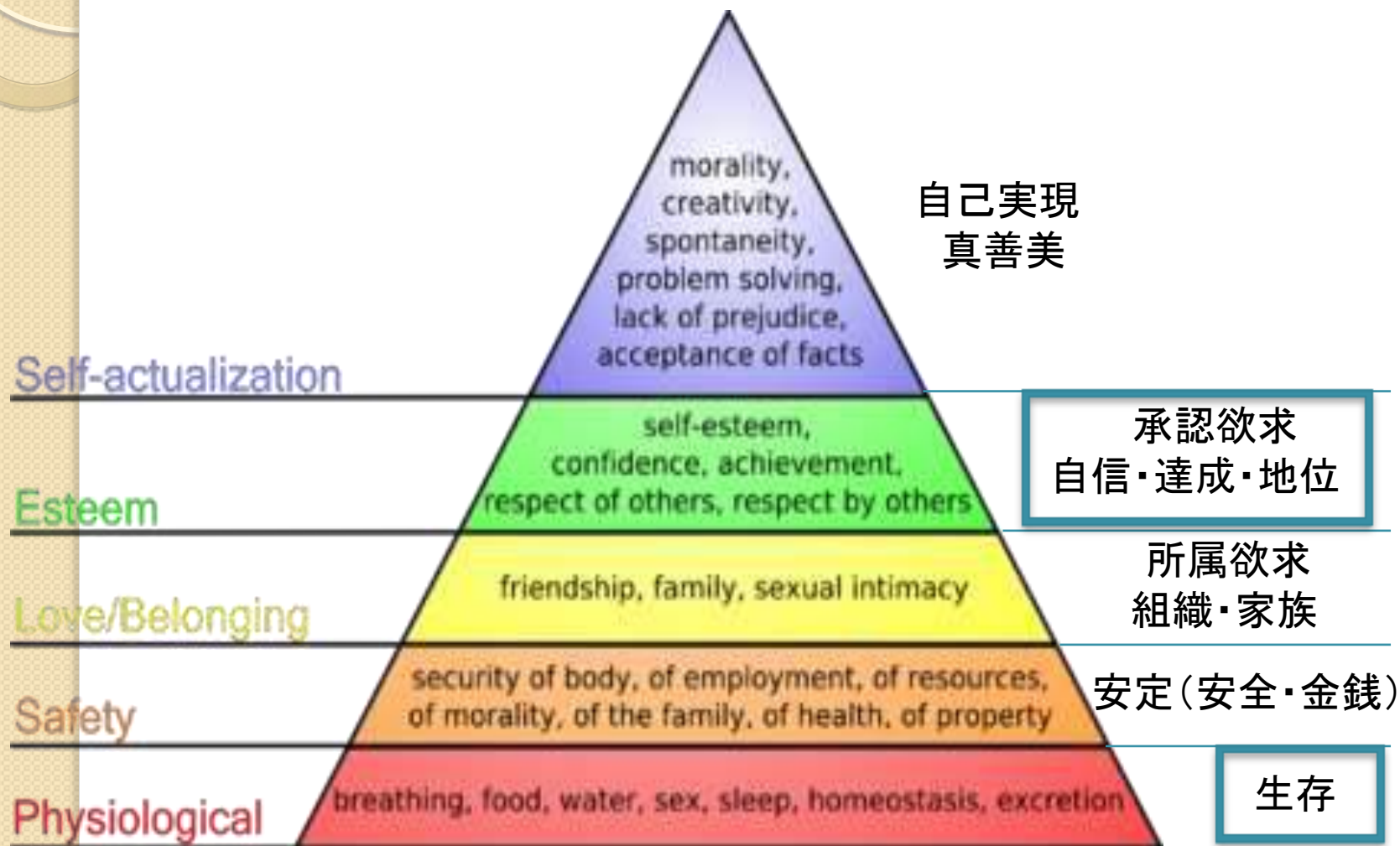
「承認依存」の関係

- 高い生活満足度を支えるのは「仲間とのつながり」
- つながりがもたらさず「コンサマトリー（自己充足的）な幸福」
- 仲間の重視→コミュニケーション偏重主義
- 若者におけるコミュニケーション偏重主義→他者からの承認への依存度が高まる
- 「キャラとしての承認」を求める傾向
- 自尊感情、生活満足度を支えるのが他者からの承認
- 承認を得られるか否かは「死活問題」→就活自殺
- 承認は常に流動的であり、至る所で格差化が生じやすい
- コミュニケーション弱者はすなわち承認弱者として、非モテ、不細工、などの自己否定的イメージに固着する

承認の構造

- 生存の不安▶実存の不安▶承認の不安
~1960年代 ~1990年代 ~現代
- 承認の不安▶つながり依存▶コミュカ
偏重
- コミュカ → キャラを“演ずる” →
キャラとしての承認
- つながり依存→流動性の不安

モチベーション理論 (マズロー「完全なる経営」)



コミュニケーション偏重主義

コミュニケーションに関わる流行語

- 「KY」
空気が読めない人
- 「コミュ障」
コミュニケーションに障害がある人
- 「便所飯」
1人で食事をしていると「友達がいない」と思われるため、
トイレで弁当を食べる

コミュニケーションが不得意な人を「発達障害」「アスペ」
などとレッテル貼りする世の中になっている

「発達障害」診断の問題

- 医療現場では見過ごされがちであり、医療以外の現場では過剰診断の傾向
- 「空気が読めず孤立しがちな変わり者」へのレッテルと化している
- 診断の手順が曖昧かつ恣意的
- DSM-IVのみでは正確な診断が難しい

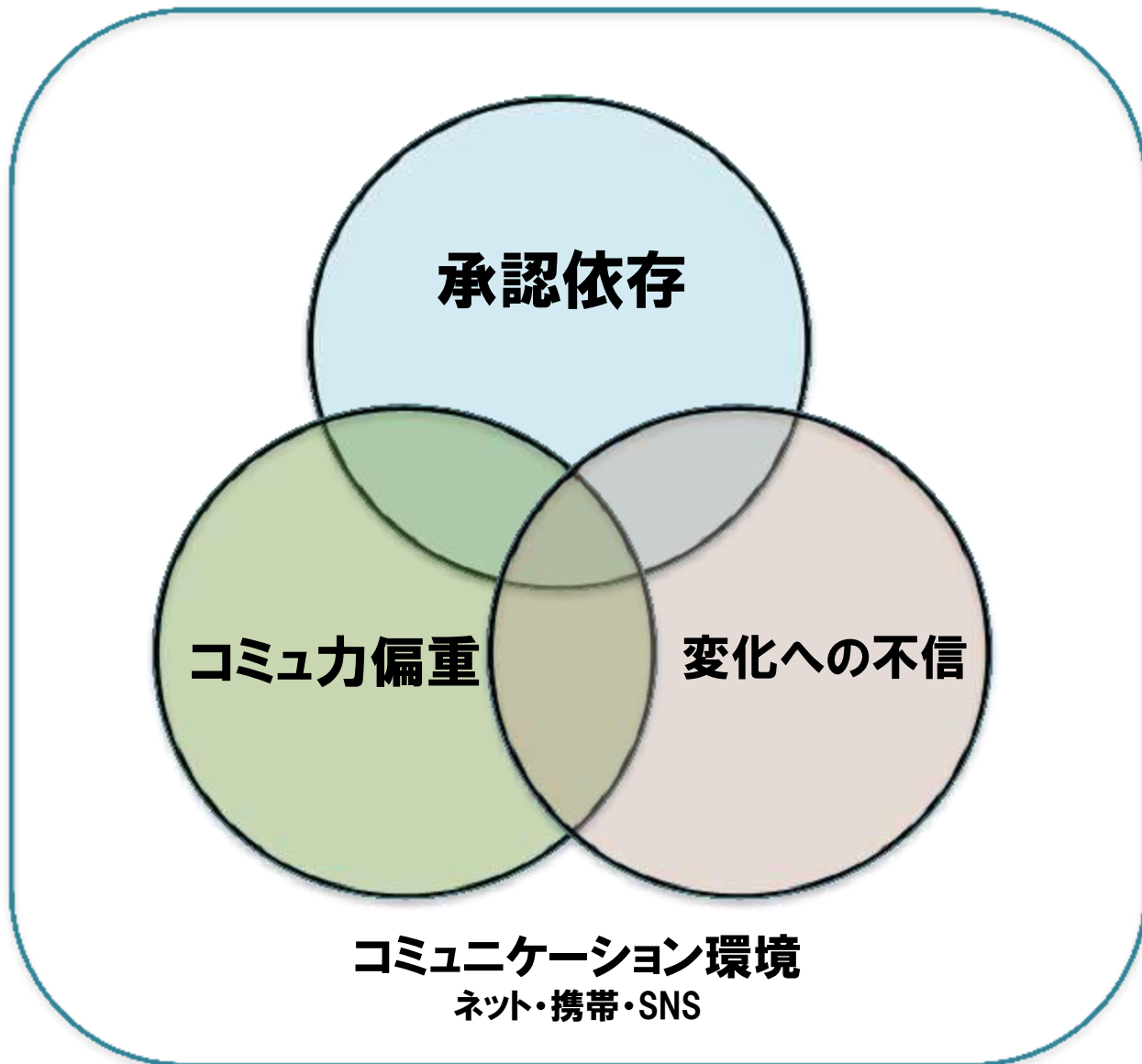
- その診断を下すことで本人の自己洞察が深まり、生きやすさが増すようであれば診断には意味がある
- 自閉症スペクトラム指数の使用

努力も才能のうち？

若者の「変わらないさ」への確信

- 「今の自分」に備わっている能力や性格はこれからもずっと変わりようがないし、今出来ないことは将来においても出来ないままである
- 客観的には実際に「変化」や「成長」も遂げているが、主観的にそれを実感することが出来ない

未来に希望を持たない若者が増加



承認依存

コミュ力偏重

変化への不信

コミュニケーション環境
ネット・携帯・SNS

自傷的自己愛の病理

- ひきこもり当事者の多くが「自分が嫌い」と訴える
- 自分が嫌いだから「死にたい」と口にし、あるいは自殺の予告もするが、幸いなことにすぐ自殺には至らない
- これは彼らの「自己愛の健康度」が高いことを意味している
- 自己愛をプライドに依拠すると、自己イメージを肯定できなくなる
- すなわち「自分が嫌い」という言葉は、一種の自己愛である
- 「自分がダメ」なことは自分が誰よりも良く知っている。この「知っている」が自己愛の担保となる。
- これが「自傷的自己愛」（斎藤）である

スクールカースト

- 日本の教室空間において生徒間に自然発生する”身分差”
- 2006年11月18日の衆議院「青少年問題に関する特別委員会」で参考人・本田由紀による紹介が初出
- 教育評論家の森口朗が著書『いじめの構造』で2007年に紹介し広がる
- 上位層・中位層・下位層は「一軍・二軍・三軍」「A・B・C」などと表現される
- 数人のメンバーからなる小グループが形成され、グループ内のやりとりは活発だが、グループ間のコミュニケーションは乏しい
- 各グループは横並びではなく序列化される＝スクールカースト

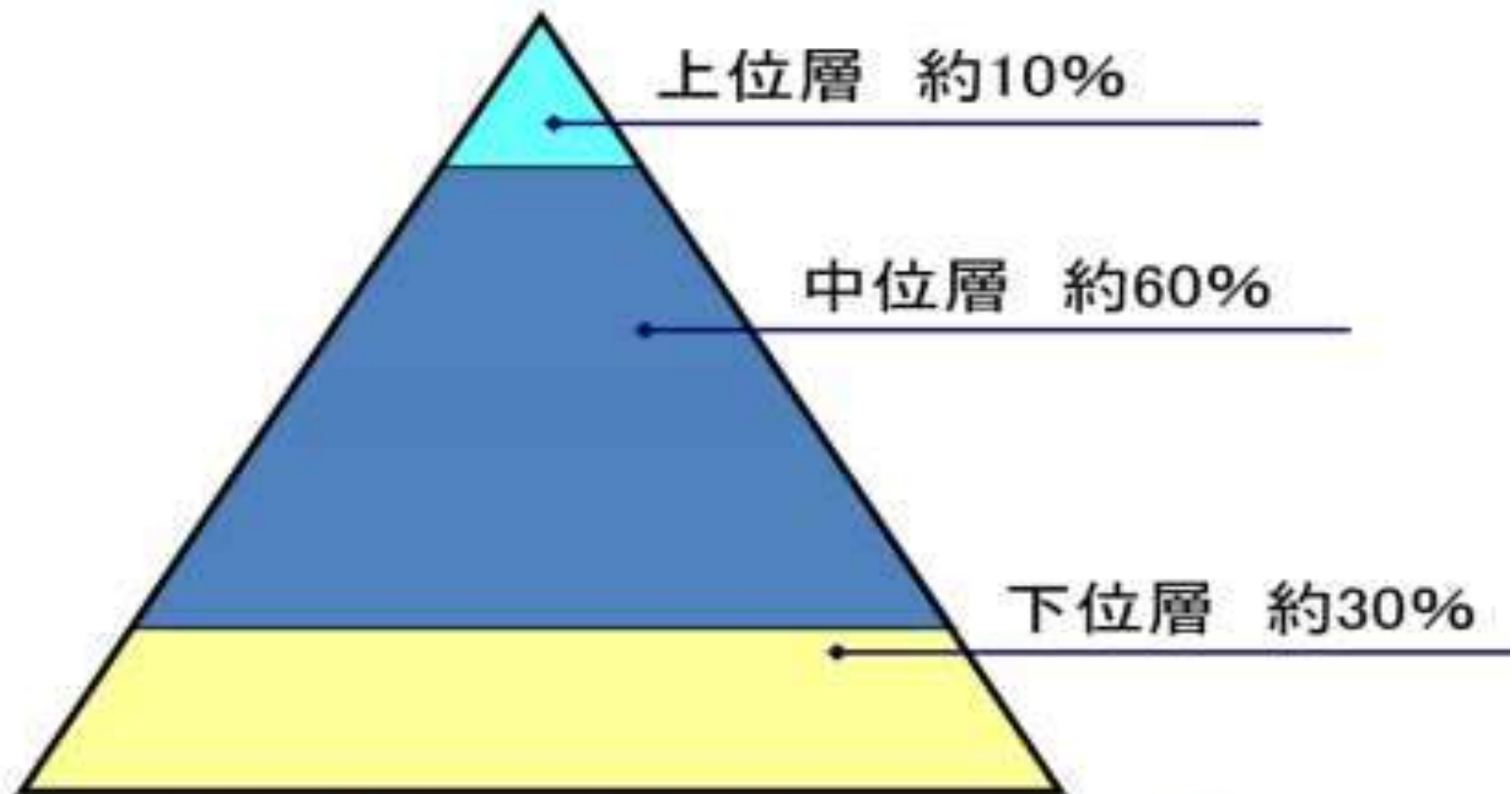
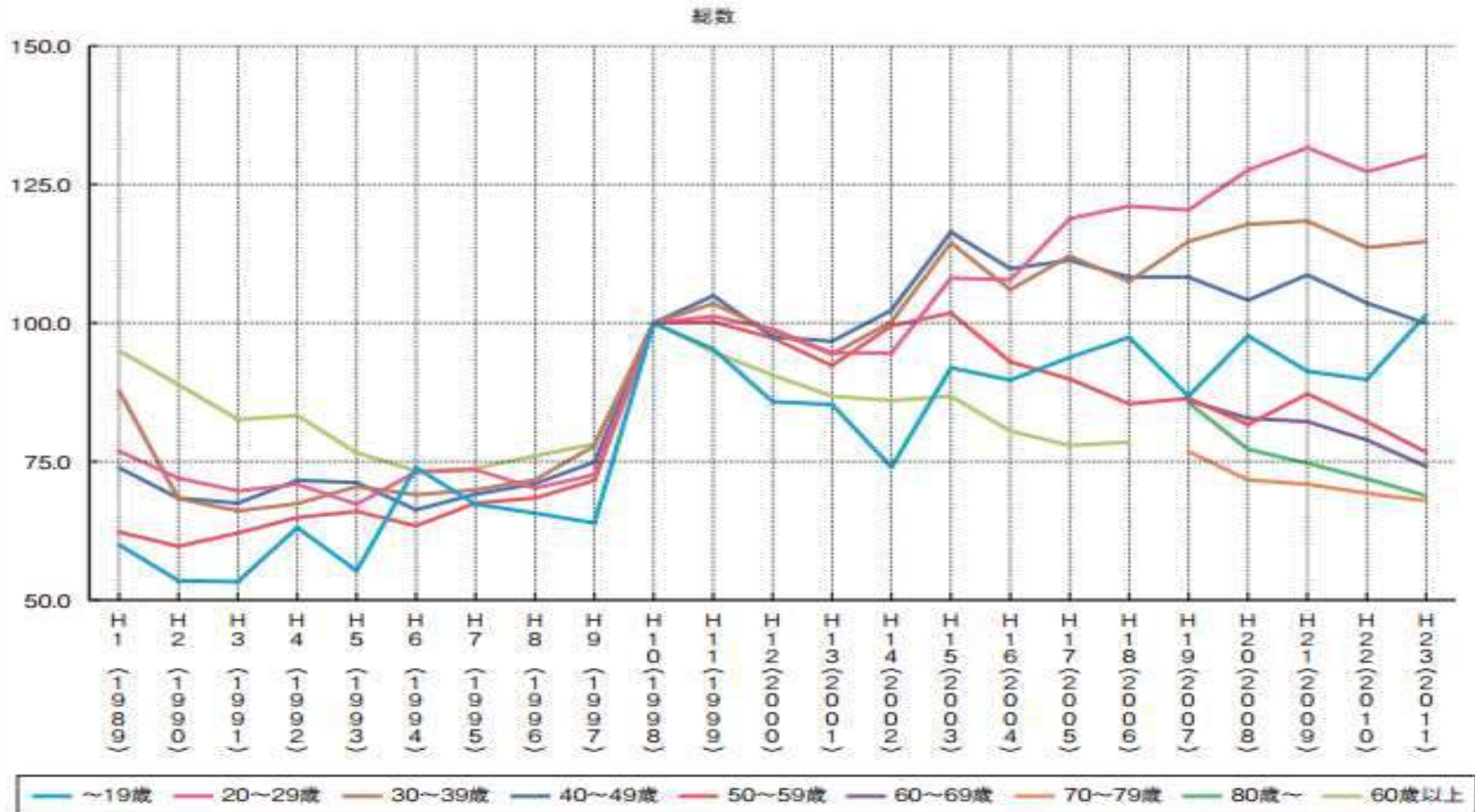


図 2.4 : 森口による「スクールカースト」

若者の自殺の急増

第1-8図

平成10年の値を100とした年齢階級別の自殺死亡率の推移

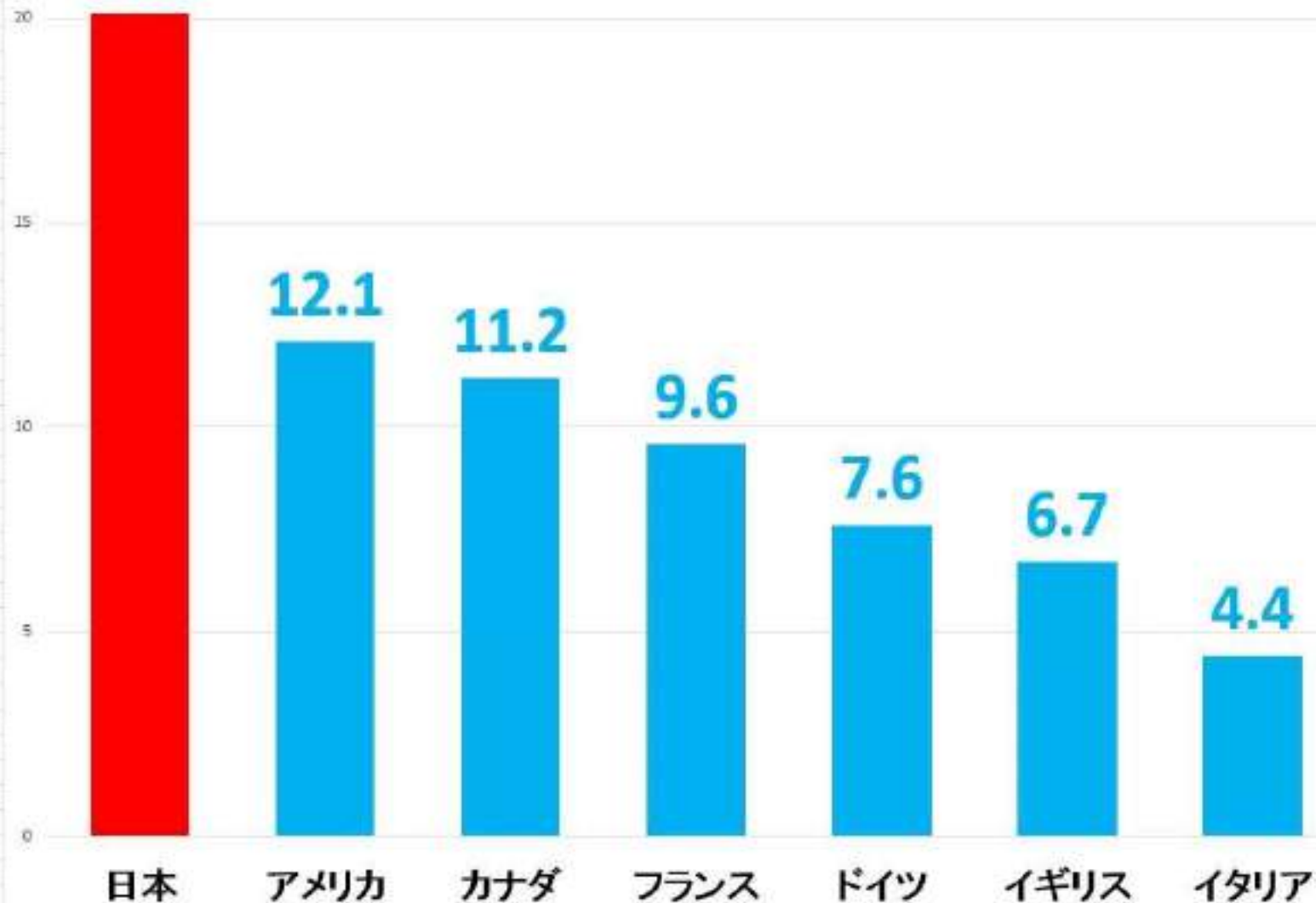


注) 平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計原票改正以降は「60～69歳」「70～79歳」「80歳以上」に細分化された。

若年層(15~34歳)の自殺死亡率が 先進主要国の中で突出して高い日本

20.1

※内閣府「自殺対策白書」2015年版より(各国2011年を中心とするデータ)



わが国における自殺の動向

- ①いわゆる団塊の世代の自殺者数は平成10年ごろに、特に男性において大きく増加。最近では自殺率がやや減少しているが現在でも高い自殺率で推移している。
- ②高齢者については自殺率は減少傾向であるが、高齢者人口が増加していることから自殺者数は高い水準である。
- ③近年若年者の自殺者数が増加傾向であり自殺率増加が影響を及ぼしている。

自殺対策に関するこれまでの経緯

- 平成10年 自殺者数が三万人を突破
- 平成12年 健康日本21策定:2010年までに自殺者数を22000人以下とすることを目標
- 平成13年度 厚生労働省で自殺防止対策費を予算化
- 相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進等の対策を開始
- 平成14年12月 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」
- 平成16年1月 地域におけるうつ対策検討会
- 「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー」を作成・配布
- 「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」を作成・配布
- 平成16年3月 こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会
- 「こころのバリアフリー宣言」策定平成17年6月 自殺対策省内連絡会議を設置
- 平成17年7月「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」
(参議院厚生労働委員会)
- 平成17年9月 政府が自殺対策関係省庁連絡会議を設置
- 同年12月に「自殺予防に向けての政府の総合的な自殺対策について」取りまとめ
- 平成18年6月 自殺対策基本法成立(10月施行)
- 平成18年10月 自殺予防総合対策センターの設置
- 平成19年6月「自殺総合対策大綱」(閣議決定)
- 平成20年3月 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書
- 平成20年10月31日「自殺総合対策大綱」一部見直し(閣議決定)
- 平成24年 自殺者数が15年ぶりに三万人を下回る

自殺の危険因子

[ことばや態度]

自殺念慮・希死念慮
絶望感、無力感

[既往歴]

自殺未遂・自傷行為

[症状、疾病]

精神疾患
がん
慢性／進行性の身体疾患
身体機能の喪失

[生活環境・出来事]

親しいひととの離別・死別
失職・経済破綻
孤立
自殺手段の利便性・アクセス性
自殺報道・情報への曝露
家族・親族の自殺

自殺に関する迷信

- 自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。
- ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。
- 自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている。
- 自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。
- 精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る
- → だから「死にたがる人に関わっても仕方がない」という排除の論理につながる

自殺の心理

- 1) ひどい孤立感：「誰も自分のことを助けてくれるはずがない」「居場所がない」「皆に迷惑をかけるだけだ」
- 2) 無価値感：「私なんかいない方がいい」「生きていても仕方がない」
- 3) 強い怒り：自分の置かれているつらい状況をうまく受け入れることができず、やり場のない気持ちを他者への怒りとして表す
- 4) 苦しみが永遠に続くという思いこみ：
- 5) 心理的視野狭窄：自殺以外の解決方法が全く思い浮かばなくなる心理状態

自殺と精神障害

- 自殺者の90%に精神障害
- 一世界の自殺者の90%に何らかの精神障害が見受けられた
 - ・ うつ病/躁うつ病 30.2%
 - ・ 依存症など 17.6%
 - ・ 統合失調症 14.1%
 - ・ 人格障害 13.0%
 - ・ 気質性精神障害 6.3%、ほか（WHOによる5629例の分析）
- 一日本の自殺企図者の75%に精神障害
 - ・ 精神障害のうち約半数がうつ病等
- （飛鳥井ら, 1994）
- 一海外の心理学的剖検の系統的レビュー
- によると気分障害は59%
- （Cavanagh et al, 2003）

自傷行為

- 自傷は「生きる」ためになされる
- 嗜癖化しやすい危険がある（松本 山口，2005）
- セルフコントロールを目的としていることがある
- 自傷行為の開始年齢はおおむね12～13歳頃
- 思春期の約一割は自傷の経験あり
- 男子のほうが助けを求めない傾向がある
- 92%は誰もいないところでやっている。自傷のことは悩んでいても誰にも相談しない。アピールの理由は18%のみ。
- 自傷行為は失敗した自殺企図ではない
- ※ただし人生最初の自傷に限っていえば自殺の意図があることが少なくない
- 周囲からの否定的な対応→周囲への不信感、最初の希死念慮→最初の自殺企図→未遂に終わる→自傷行為の鎮痛効果を発見→「死なないため」の自傷を繰り返す

自傷の「鎮痛」効果と嗜癖化

- 自傷行為の「鎮痛」効果：リストカット直後に血液検査をすると β エンドルフィンやエンケファリンの血中濃度が上がっている
- 痛みを”脳内麻薬”で鎮痛している
- 鎮痛効果には耐性獲得と依存性が生じる

- 自傷行為の鎮痛効果は耐性が生じやすい
 - →回数の増加、手段の過激化、ストレス耐性の低下
 - →自傷行為への敷居が下がる →セルフコントロール力の低下
 - →「切ってもつらいが、切らなければなおつらい」状態
 - →コントロール喪失（連続飲酒発作と同じ）
 - →「反復性自傷行為」（ファヴァツツァ）
 - →過量服薬（不快感情のリセットを目指す）もしくはさらなる自傷への固執

自傷行為の操作性

- 自傷行為は最初から操作的なものではなく2次的なものである
- 自傷行為が発見される→周囲の反応、治療開始→承認欲求の満足と苦痛の軽減→演技的、操作的な自傷行為への発展（境界性パーソナリティ障害などの診断）
- 自傷行為への周囲の反応の変化（無関心、冷淡な態度）→ふたたび「承認」が引き上げられる→最初の希死念慮の反復回帰

自傷から自殺へ

- 嗜癖化した自傷行為は最終的に自殺に結びつく
- 死を回避するためにとる行動の繰り返しが死に結びつく（自傷、アルコール）
- 精神科通院中の女性自傷患者のうち、18.9%が1年以内に医療機関で治療が必要なほど重篤な過量服薬を行っており（松本ら，2006）、22.4%が3年以内にきわめて致死性の高い手段・方法で自殺企図におよんでいた（松本ら，2008）。
- 十代のときに自傷行為を行った若者が、10年後に自殺既遂で死亡している確率は、400～700倍に高まる（オーウェンズら（Owens et al, 2002）らのメタ分析）
- 「自傷行為を繰り返す者の多くは死ぬために自分を傷つけているわけではないが、傷つけていないときには漠然とした『死の考え』にとらわれていることが少なくない。そして、あるとき、いつも自傷に用いているのとは別の方法で、自殺企図におよぶ」（ウォルシュとローゼン）
- 自傷行為が持つ治療的な効果が消失してきた場合には、特に自殺の危険が高まっている

自傷予防の倫理

- 自傷予防のために「いのちの大切さ」を教えるはいけない
- それは自傷を道徳や倫理の問題にすり替え、自傷者の自責感情をいっそう高めてしまう
- いじめ被害者に「死ぬな」と言うべきではない（内藤朝雄）
- 教育現場で出来ることは「友だちに自傷を打ち明けられたらどうするか」の方法を教えること。みてみぬふりはしない。気付いてかかわること。声を掛けること。秘密を守る約束はせず教師や親などの大人につなぐこと。手段や状況を詳しく聞かない（”感染”するから）。

自傷行為への対策（相談者）

自傷を禁止しない・叱咤しない
援助希求行動を支持する
自傷の肯定的な面を確認し、共感する
エスカレートへの懸念を伝える
冷静に対応する（感情的に反応しない）
精神科への紹介（エスカレートの恐れがある場合など）

自傷行為への対策（当事者）

行動記録表を付ける
置換スキルを身につける（スナッピング、香水を嗅ぐ、紙を破る、氷を握りしめる、腕を赤く塗る、大声で叫ぶ、筋トレをする）
沈静的な置換スキル（マインドフルネス呼吸法、瞑想法）
運動、料理、ペット、外出、友人と話す

日本における自殺対策の遅れ

- 自殺予防教育の遅れ
- 児童・青年精神医学の専門医不足
- ゲートキーパー育成の遅れ
- ネット上の支援リソース不足
- メディアにおける自殺報道コンプライアンスの遅れ

ハインツ・コフートの 自己愛理論



Heinz Kohut (1913-1981)

H. コフートの発達理論

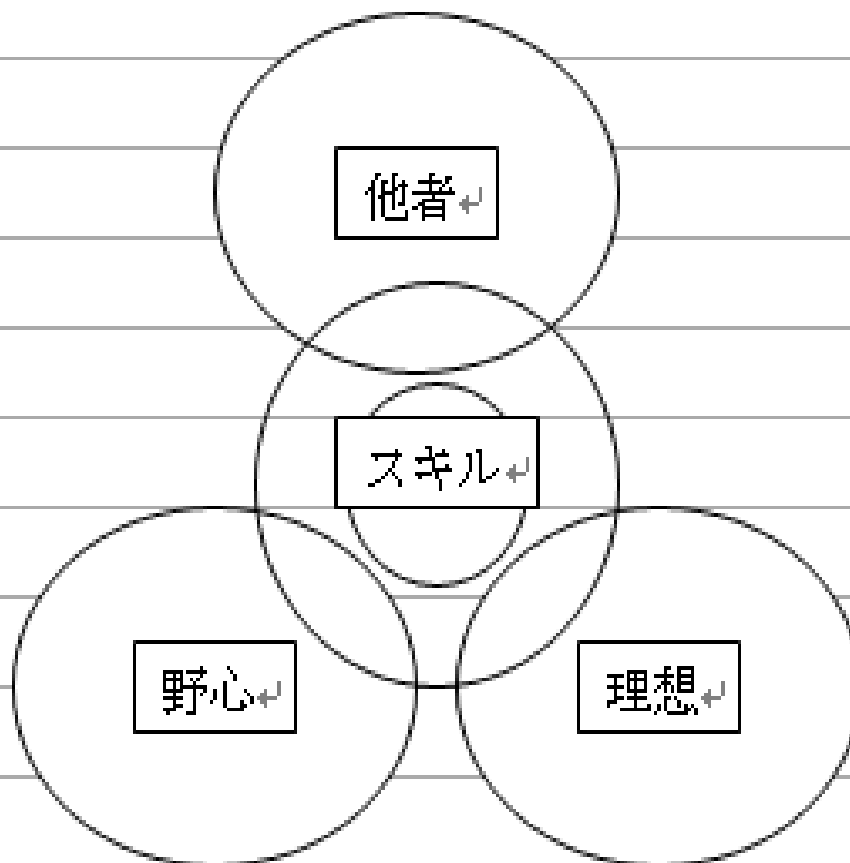
- コフートは人間の一生を自己愛の成熟過程としてとらえる
- この発達に際して重要なのは「自己-対象」との関係
- 「自己-対象」とは、自己の一部として感じられるような対象のこと
- 乳児にとっては母親が最初の重要な「自己-対象」
- 自己はさまざまな「自己-対象」との関係を通じて、新たな能力を取り込む
- この取り込みの過程が「変容性内在化」

- コフトによれば、人間の心理で最も重要なことは、その心を凝集的な形態に、つまり「自己」に組織化することであり、自己と環境や関係との間に自己支持的な関係を確立することでもある
- 自己対象から共感的な受容を受けた体験は、健康な感情や情緒につながる
- 最も望ましい発達には、青年期や成人期を通じて、支持的な対象が持続すること
- あらゆる発達には、適度の欲求不満と、適切ではない欲求不満の体験が含まれる
- 「適切ではない欲求不満」は、自己が解体の危機にさらされ、激しい攻撃性のきっかけになる。これを「自己愛的怒り」と呼ぶ

中核自己の発達

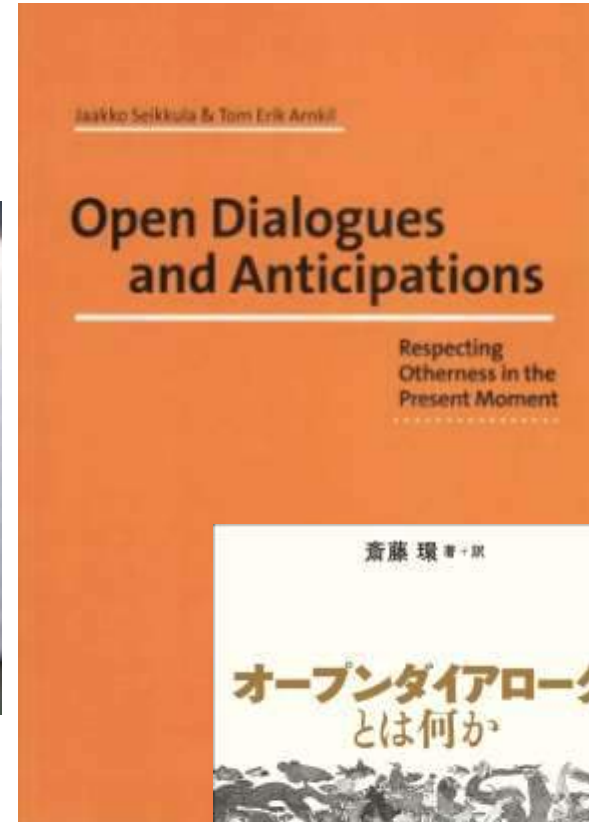
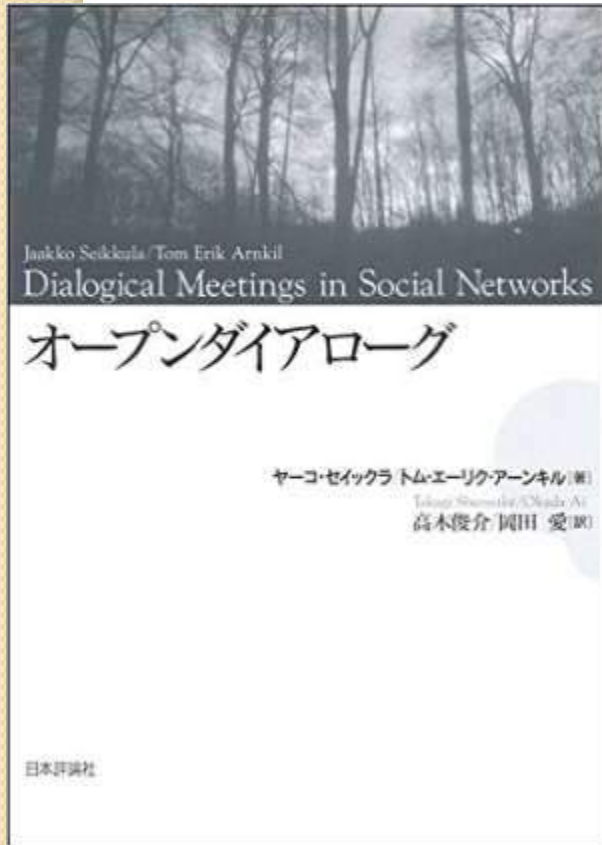
- 母親が新生児をみつめ、接触を持った瞬間から自己の発達がはじまる
- 「実質上の自己」期→「中核自己」期→「融和した自己」期へと発展
- 「実質上の自己」は「自己-対象」である母親との交流を通じてしだいに次の段階である「中核自己」の構造をつくりあげる
- 「中核自己 nuclear self」の構造は磁石のような二極構造
- 具体的には向上心（野心）と理想という二つの極、その中間領域である才能や技術という3つの要素を持つ
- 双極自己 bipolar self とも呼ばれる。

自己愛の成熟における「他者」



Open Dialogue(開かれた対話) とは

- フィンランドの西ラップランド地方で1980年代から実践されている統合失調症のケア技法
- (対人)ネットワークを基盤とした言語的アプローチ
- ケロプダス病院のファミリー・セラピストたちが中心となる
- ヨーロッパ最悪の統合失調症治療結果から、初回精神病に関しては世界で最高の統計的結果を出すに至る
- 治療チームは危機にあるクライアントの自宅に赴き、危機が解消するまで毎日会いつづける
- 治療のプロセスにクライアントや家族を巻き込み、臨床家たちは個人ではなくチームで働く
- 入院治療と薬物療法を可能な限り行わない



Jaakko Seikkula
Tom Arnkil





Keropudas Hospital

アウトカム

西ラップランド地方において統合失調症と診断された
患者群の2年間の予後調査の結果

	ODAP群	伝統的治療群
抗精神病薬の 使用率	35%	100%
精神症状の 残遺率	18%	50%
2年間の再発率	24%	71%
障害者手当の 受給率	23%	57%

Seikkula, J., Olson, M. E. : The OPD approach to acute psychosis : Its poetics and micropolitics. Family Process, 42(3) ; 403-18, 2003.

オープンダイアログの7つの原則

- ただちに支援する
- 人間関係を重視する
- フットワークが軽く融通がきくこと
- 責任
- 心理的連続性
- 不確かさに耐える
- 対話主義

オープンダイアログ理解の三段階

- **実施の条件**：電話を受けて治療チームを結成、24時間対応、毎日ミーティングなど
- **対話の手法**：重要な決定は本人の目の前で、全員に発言の機会を、発言には必ず反応する、開かれた質問をする、対話の継続が目的、意見の押しつけや説得はしない、など
- **なぜ有効か**：家族システム理論、ポリフォニー、社会構成主義

オープンダイアローグが注目される理由

- 「対話」で急性精神病が改善・治癒する
- 薬や入院を極力使わない≠反精神医学
- 「診断」や「治療方針」に固執しない
- 治療チーム >> 個人精神療法
- 治療者全員がセラピストとして平等
- 透明性と「リフレクティング」
- スタッフミーティングもカンファレンスもない
- スタッフ一人あたりのケースロードが少ない
- 地域のニーズに即時対応できている

「対話」で精神病が治る！



薬や入院が必要ない



「治療チーム」の発想

- 個人精神療法の限界を超えられる
- 高度なスキルもカリスマもいない
- 二者関係の密室の開放
- 「転移」「逆転移」「退行」の“排除”
- 治療者による抱え込みや過度の依存関係が生じにくい
- 「聴取」の文脈の複線化（≡ポリフォニー）
- 「中立性」からの開放 → 治療者の変化

「リフレクティング」の発想

- 評価や意志決定は本人や家族のいる前で行う
- 治療方針について話し合う姿を本人や家族に見てもらう
- 対面・一対一で告げられた場合よりも、決定に参加している意識が確実に高まる
- 当事者はそこでヒントを得た上で自発的に決断できる



手順

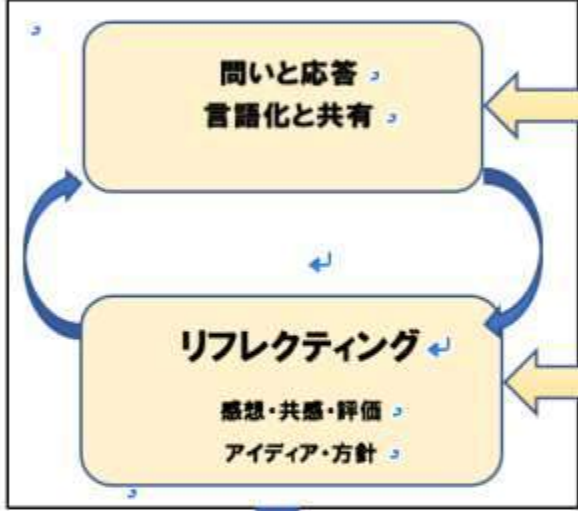
基本姿勢

ミーティングへの導入
 挨拶・自己紹介・開かれた問い
 全員が参加する

安心と安全の確保
 フラットな関係

7原則

- ① 即時対応
- ② ネットワークの視点
- ③ 柔軟性と機動性
- ④ 責任
- ⑤ 心理的連続性
- ⑥ 不確実性に耐える
- ⑦ 対話主義（+ポリフォニー）



傾聴と応答
 無知の姿勢

クライアントの参加
 透明性とマナー

対話の継続
 広がり・深まり

副産物
 決断
 変化
 改善
 治癒

オープンダイアローグの基本プロセス

Open Dialogue Network Japan

Home

主催イベント

リンク

関連イベント・情報

関連文献（準備中）

メーリングリスト登録

ニュース

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン



Open Dialogue Network
Japan

<http://open-dialogue-network-jp.jimdo.com/>

2015年3月発足。オープンダイアログに関する情報共有、意見交換、イベント、セミナーなどを行います。

代表：斎藤環（筑波大学）

連絡先：石原孝二（東京大学）

自殺予防のためのビフレンディング

- ビフレンディング（チャド・ヴァラー、『サマリタンズ』創始者）
- 相手の話をじっくり聴き（傾聴）、共感し、そばに寄り添い続けること
- 「be friend」より派生した言葉
- 寄り添う気持ちが見えるからこそ、安心して心を開くことが出来る
- 知らない人だからこそ、率直に自分の気持ちを話すことが出来る
- アドバイスや励ましを行う専門家ではなく『普通の人がボランティアとして、感情に寄り添い、コーラー（相談者）の心の支えになる』
- 稲村博「心の絆」（対話よりも共感的な沈黙のほうが時に有効である）
- 孤立感と迷い（死にたいが死にたくない）を支える

自己愛の修復という視点から

- 「人薬」としての視点
- 批判や説得は無意味である
- プライドの否定は無価値である
- 承認の供給による自信の修復
- 野心の修復→狭義の治療
- 理想の修復→動機付け面接など
- 他者の修復→コミュニティ

稲村博先生 略歴



- 1935年に徳島県に生まれる。
- 東京大学医学部を卒業
- 東京大学医学部博士課程を修了
- 1973年「犯罪性精神障害者の精神医学的研究」で医学博士。
- 東京医科歯科大学医学部助手
- 筑波大学社会医学系助教授に就任
- 1985年 茨城いのちの電話(つくば市)設立
- 1985年 青少年健康センター設立
- 1994年に一橋大学保健センター所長・教授
- 1996年に死去。

心の絆療法の概要

- 緊急治療

- (1) 危機介入 (2) 誠意と真心 (3) 十分な時間
- (4) 受容と傾聴 (5) 自殺危険度の判定
- (6) 次回の約束 (7) 医学的治療の併用 (8) 家族療法
- (9) 支援網の形成 (10) 電話相談の併用

- 根本治療

- (1)治療チームと役割分担 (2) 心の絆の長期継続
- (3)段階的取り組み (4)集団療法の併用
- (5)定期的治療の終了とその目安 (6)フォロー・アップ

心の絆療法の要諦

- 絶対にあきらめないこと
- 息の長い取り組みを続けること
- 心の絆を中心にすえること
- 段階的に対応すること
- 人の輪による支援体制をつくること
- 危機と孤独にある人こそ対象にすること
- 電話と面接を併用すること
- 生きる意味を体得させること

ビフレンディングやロゴセラピー、来談者中心療法などのエッセンスが凝集
人は人によって癒やされる＝「人薬」の発想

オープンダイアログとの共通点

- ケアとキュアの一体化
- （可能な限り）即時に対応する
- 当事者のニーズに寄り添う
- 治療チームの発想
- 本人のネットワーク（人間関係）を治療のリソースとする
- 責任＝息の長い、あきらめない姿勢
- 「不確かさに耐える」姿勢