

ジェンダーの視点からみる女性嗜癮者の回復過程 ～“親密圏”と“身体”に焦点をあてて～

The recovery process of women substance abusers: from the viewpoint of a body and the intimacy

大 嶋 栄 子

1. はじめに

嗜癮とは国語辞典によれば「～に耽る、耽溺する」という意味だが、本論で筆者は嗜癮を次のように定義する。「嗜癮(アディクション)とは、初めは快の報酬をもたらす習慣が、やがてその快という効力を失うようになり、かつあらゆる面で社会生活の遂行に障壁となる状態に陥っても、自らその習慣を制御できなくなる状態(コントロール喪失)」である。嗜癮は依存症とほぼ同義語として用いられ、自然治癒は認められず、進行性であり不可逆的という特徴をもつ。嗜癮には1)物質(アルコール、覚せい剤をはじめとする非合法薬物、処方薬など)、2)行為あるいはプロセス(買い物やギャンブル、摂食行動)、3)人間関係(恋愛や依存症者への過度な世話焼きなど)の3つがある(信田1999:41)。

アルコール嗜癮に関する医学的な記述の歴史は古く、心光は加藤を引用しながら、1883年には精神科医療においてこの言葉がそのままではないにせよ、アルコール問題を抱える患者に「嗜酒狂」という病名で使われていたという(心光2006:117)。嗜癮という言葉は一度WHOによって採用され、その後棄却される。その経緯は、加藤と吉野(2002)の整理を要約すれば次のようになる。

まず1957年、ある薬物への過度な使用に耽溺した状態を現す用語を次のように定義した。「ある薬物消費の繰り返しによって生じる、断続的あるいは慢性的な中毒状態である」。そして、その状態は次の4点によって特徴づけられるとした。それは、①その薬物を使い続けたいという抵抗しがたい欲求と、何としてでも手に入れたいたいという抵抗しがたい欲求、②使用量の増加傾向、③薬物の作用に対する精神的(心理的)依存と身体的依存、④個人と社会に対する有害な作用、である。しかしその後、次のような事柄が明らかになる。すなわち、①使用量の増加として現れる耐性や身体依存がはっきりしない依存性薬物(たとえばコカインやアンフェタミン類)がある。②身体依存とは、薬物の直接的使用の結果として生じた、変容した生理学的状態である。③慢性疼痛で大量のモルヒネを投与した患者は、身体依存が形成されても精神依存に陥るとは限らない。さらに習慣と依存の区別があいまいなままに使われ、嗜癮者という用語には蔑視的なニュアンスがあることなども影響して、1973年に嗜癮を廃し「依存症」という用語を使うことを決定した(加藤ら2002:22)。

以来日本では、WHOの作成したICD(疾病および関連保健問題の国際統計分類)にも

とづく診断を行っている。ICD-10における依存症候群の診断基準を表1に示した。

診断基準項目のうち離脱症状に関しては、内科疾患とも関連するため、薬物療法による対応が中心である。しかし竹元が指摘するように、アルコール依存症の本質である「依存」(診断基準項目でいうと1、5、6)に対する治療は容易ではないため、心理社会的治療を多角的、立体的に組み合わせることで、「依存」の本質に迫る治療が期待されているのである(竹元2008:1)。

このように、もはや医学的診断の言葉としては使用されない「嗜癖」という概念だが、それを本研究で採用することの意味について述べる。

筆者の研究対象は女性嗜癖者である。1987年から12年、精神科ソーシャルワーカーとして働いた医療機関で、彼女達との出会いがあった。その後は地域において女性嗜癖者の生活を支援するという実践を行なっている。これまで、中年男性をモデルに作られた治療プログラムを女性に援用することに関しては、女性患者数が少ないことを理由に疑問視されることすらなかった。しかし発症の背景や時期など、男性とは異なることが徐々に明らかとなってきている。筆者も精神科医療、そして地域における実践のなかでそれを痛感

してきた。

篠田らの調査によれば、女性はアルコール依存症の他にうつ病、摂食障害やその他の精神および行動の障害との併存率の高さにおいて、男性との間に有意差が見られる。女性では20歳代の患者数の増加が見られたことから、若年層の不安定な精神面が飲酒行為を促す背景になっていると篠田らは分析している。だからこそ、若年層の女性にうつ病や摂食障害といった精神疾患が見られた場合には、同時にアルコールに関するスクリーニングをおこなう必要性を述べている(篠田ら2008:29-33)。

また篠田らの調査では触れられていないが、女性がアルコール問題と同時に物質依存、ギャンブルや買い物といったプロセス依存、あるいは特定の人間関係にのめり込んでコントロールを失うといった、人間関係への依存を抱えることはめずらしくない。あるいは次々と嗜癖の対象が移行するケースもある。このような状態を前にしたとき、これらが診断基準を充たした病気なのかは、さほど重要ではない。むしろこうした重複的かつ移行的コントロール喪失が、まさに家族の崩壊や経済的破綻といった生活問題に結びつくという意味で、極めて福祉的援助が必要とされる課題なのである。

またソーシャルワークにとっては、こうした現象を客観的に捉えるだけでは不十分である。女性の嗜癖行動が“何を表現しているのか”という観点から捉え、必要な支援を組み立てることが重要である。したがってアルコールだけでなく、物質やプロセスへの依存、あるいは人間関係への嗜癖を止めることだけが援助のゴールではない。むしろなぜそうした依存を“必要とした”のかを、女性がおかれている社会的な文脈のなかで理解しようとするのが求められる。その時、「渴望と強迫的な行為を包括する概念としての嗜癖」(加藤ら2002:23)という用語を用いることによ

表1 依存症候群の診断基準6項目

1	飲酒・薬物摂取したいという強烈な欲求・強迫感(渴望)
2	節酒ないしは薬物制限の不能(抑制喪失)
3	離脱症状
4	耐性の増大
5	飲酒や薬物使用や、それからの回復に一日の大半の生活を消費する、娯楽を無視する(飲酒・薬物中心の生活)。
6	精神的、身体的問題が悪化しているにもかかわらず、断酒ないしは薬物使用を中止しない。

(*診断基準は、6項目のうち3項目を満たすこと。出典 加藤ら2002:7)

り、状況が適切に説明できる。一方、アメリカのセラピストであり嗜癖問題の研究者でもある A. W. シェフは、人をコントロールを失うような嗜癖へと駆り立てるという意味で、この社会そのものが「嗜癖システム」であるという (Schaefer 1987=1989: 13-16)。

このように、嗜癖という言葉は曖昧さを孕みながらも、現象を広角的に捉える利点をもつ。女性嗜癖者の抱える複雑で多様な困難の、細かな枝振り (= 症状) に翻弄されず、その根幹には何があるのかを俯瞰するうえで、この用語が有効と考え用いることにする。

なお本論では女性嗜癖者の回復過程を中心に取り上げるが、筆者は回復すべきは個人の病理だけではなく、社会システムそのものであるといった視点を重要と考える。

竹元が指摘したように「依存」の本質に迫ることは容易ではない (竹元 2008: 1)。しかし女性嗜癖者だからこそ抱える (抱え込まされる) 困難とそこから回復過程を、ジェンダーの視点から捉え直し明らかにすることが、本論の目的である。

2. 女性嗜癖者の特徴

本論の中心的なテーマは回復過程であるが、ここではまず樋口と松下による女性アルコール依存症者の特徴を、有病率、発症の背景、経過、身体合併症、精神科合併症、ステイグマ、家族の7点から整理したもの (樋口ら 2002: 125-128) に回復過程を加えて、女性嗜癖者の特徴について先行研究を概観したい。

1) 有病率

わが国におけるアルコール依存症の専門医療機関としては、草分けである久里浜アルコールセンターでは、1970年代に男性患者30に対して女性患者1という割合が、1999年には男性患者6に対して女性患者1にまで拮抗してきた (樋口ら 2002: 125)。また太田は、

アルコール消費量の増加に伴い、アルコール精神病やアルコール依存症の患者数が増加するであろうとしながら、ICD-10による診断基準を用いた場合の全国のアルコール依存症者数は男性の4.6%、女性の0.4%、全体の0.9%と推計され、82万人に達すると述べている。そして特に女性は、20歳代から60歳代の習慣飲酒者数が増加傾向にあると指摘する (太田 2006: 27)。

次に薬物嗜癖に関する状況についてだが、和田は国立精神・神経センターが1995年から隔年実施している、無作為抽出によって選ばれた15歳以上の国民に対する全国調査において明らかになった生涯経験率 (これまで一度でも経験したことがあると答えた者の割合) から、生涯経験者数の推計値を算出した。それによれば、2005年の生涯経験者数の推計値は有機溶剤161万人、大麻146万人、覚せい剤34万人となっている。和田はこの結果について、自らの違法行為を申告する調査のもつバイアスを考えれば、この数字は最低値として解釈すべきと述べている (和田 2008: 122-125)。また和田は、このうち精神病院に入院している薬物関連障害患者数について、覚せい剤で0.2%、その他の薬物で0.2%の合計0.4% (2004年度の実数では1,438人) に過ぎないと述べている (和田 2008: 128)。

これらの調査に関する男女比は明らかではないが、尾崎による精神科医療施設における症例調査が参考になる。尾崎によれば2002年のデータでは、①覚せい剤症例の75%は男性で、女性は25%。男性症例の平均年齢が39.6歳であるのに対し、女性は31.2歳であった。②有機溶剤症例の8割以上が男性である。③大麻症例については全てが男性であった。④睡眠薬・抗不安薬・鎮痛剤症例については薬物単独使用が少ないのが特徴である。男女比については接近しており、年齢は30代後半～40代半ばと高い。⑤鎮咳薬症例における性は3:1と男性優位で、平均年齢は21.6歳

であった、とされている(尾崎 2003:23-26)。

2) 発症の背景

樋口は疫学的な研究および双生児研究などの結果から、アルコール依存症の発症において女性は男性に比べて遺伝的要因の影響が少なく、家族を含めた環境要因の影響が相対的に高いという(樋口 2002:126)。それを裏付けする資料がある。アルコール依存症者の自助グループである全日本断酒連盟は、2003年に女性会員のみのグループである“アメシスト”による手記を出版した。46編の当事者による手記が納められているが、読むとそのうちの38編が家族関係の不和を背景に飲酒が始まるか、飲み方が変化しているのが分かる。男性依存症者の場合、習慣飲酒が数十年継続され、依存症へと変化していくのが典型例だが、そのような事例が見当たらないのが印象的だ(全日本断酒連盟・全国アメシスト編 2003)。

次に薬物嗜癖の発症経過に関して、松本は以下のように整理する。それによれば、女性の覚せい剤依存者の37%に摂食障害の合併が認められ、これはアルコールや有機溶剤嗜癖における合併症率と比較して有意に高い。摂食障害を合併している場合、ダイエットの目的で覚せい剤を使用する。もうひとつの特徴は摂食障害合併症者では、自傷行為、過量服薬、自殺企図の既往が多く、根底に衝動的な人格があり、薬物嗜癖や食行動異常などはその人格傾向のひとつに過ぎないという見方である。そしてさらにその背景として松本は養育者からの虐待を挙げている(松本 2003:40-42)。

女性嗜癖者の発症経過について欧米では、虐待体験によってもたらされた心的外傷を自己治療する目的で、アルコールをはじめとする精神作用物質の乱用、依存が起こることが数多く報告されている(Harned, Najavits & Weiss 2006; Plotzker, Metzger & Holmes

2007; Call&Nelsen 2007; Taylor 2008)。いずれの報告もアルコールを神経作用物質のひとつとして扱っており、substance abuseと表記される場合、アルコール、コカイン、大麻、オピオイド(おもにヘロイン)、鎮静剤/睡眠剤/抗不安薬、覚せい剤、幻覚剤などをさす。

日本では女性嗜癖者への治療および福祉的支援をおこなう機関が限られており、アルコールに関しては治療をおこなうが、覚せい剤に関しては司法の問題として対象としない医療機関が多数派である。また睡眠薬や抗不安薬といった医師の処方による薬物嗜癖に関しては、心的外傷による鬱状態や不眠を軽減する目的で使用し始め、コントロール喪失に至る場合が少なくない。患者の症状の訴えを表面的に捉え、安易に薬物を処方することで処方薬嗜癖が生み出され、それがさらに女性の困難を助長する側面について、わが国では専門職にすらほとんどその実情が認知されていないのが現状である。

3) 経過

アルコールに関して女性は、依存症と診断されるまでの経過が短いことが知られている(樋口ら 2002; 太田 2006)。また習慣飲酒からアルコール依存症の専門治療につながるまでの時間も、10年未満の女性が全体の4割を占める。男性のそれがおよそ1割であることから、女性のアルコール問題が以前と比べて早い時期に表面化する傾向にあることを示している(篠田ら 2008:32)。

尾崎は覚せい剤に関して、女性の平均初回使用年齢は20.3歳であり男性(22.3歳)より低年齢で薬物乱用を開始しているという。また有機溶剤では、乱用開始前における暴力団や非行グループ薬物乱用者との関係を有する割合が、女性は男性を上回っている。さらに薬物入手経路に関して、友人・知人とするものが女性の30%を超え、密売人も女性の方が

高い割合を示したと述べている（尾崎 2003：24-25）。

Briggs & Pepperell は思春期における嗜癮への接近が、その後の人生における転機となる事について触れ、特に思春期前期(11-13歳。ホルモン分泌の顕著な変化や、不機嫌さ、家族や友人関係における変化の時期)に嗜癮行動へのアクセスを予防する取り組みが必要と指摘している。また思春期の女子にとって大きな影響をもつのは peer（仲間集団）であり、自己評価は彼女達の友人関係と深く結びついている。そして薬物使用はしばしば友人を介して始まり、集団への帰属感を高めることにつながっている。加えて異性の友人あるいはボーイフレンドから薬物使用を勧められたりする場合もある。この場合、女子がそれを拒絶することには圧力がかかるという現実がある。

摂食障害の場合には、思春期前期における発症が思春期後期の発症と比較して治療困難である。なぜならこの時期の発症は、しばしば子供時代のトラウマ（性虐待を含む）と結びついていると考えられ、本人は自らの行動に対して深い恥と罪の意識を持っている。従って彼女達の孤独や疎外感を増長させるものに抗うような支援が必要だとしている（Briggs & Pepperell 2009：22-29）。またこの他にも手首切りや抜毛といった自傷行為は、自分のなかにある否定的な感情と折り合う方法として利用するうちに習慣となり嗜癮化することや、インターネットゲームは、“アバター”と呼ぶ仮想世界での人格を優先してしまい、実生活での現実を無視する経過のなかで嗜癮問題として浮上すると述べている（Briggs & Pepperell 2009：30-32）。

4) 身体合併症

樋口らは Schatzkin を引用しながら、アルコールが乳がん発生率に影響を与えていること、また自ら行った調査により、肝臓や中枢

神経のアルコールに対する脆弱性は、女性が男性に比べて高いと述べている（樋口ら 2002：127）。また篠田らの調査によれば、女性のアルコール依存症の治療に至る過程において既往症としての「精神および行動の障害」と「消化器系の疾患」のふたつを有する率が高いとしている。これをさらに年齢階級別に見たところ、20歳代、30歳代では「精神および行動の障害」が著しく高くみられたが、40歳代以降は一転して「消化器系の疾患」が上回ったという（篠田ら 2008：30-31）。

次に胎児性アルコール症候群についてふれる。太田の整理によれば、1974年に、Jonesらは、妊娠中に大量飲酒をしていたアルコール依存症者の女性から生まれた障害児を報告し、胎児性アルコール症候群（FAS）と名付けた。

その後胎児期のアルコールによる影響を広くとらえて、胎児性アルコール・スペクトラム障害（FASD）という概念が登場している。

FASDとは、胎児期のアルコールによる影響を身体的、行動的、感情的、社会的機能障害、といった側面から捉えてその障害の内容について整理したものである（太田 2006：28-29）。わが国ではまだ FAS、FASD の症例報告が少ないものの、女性の飲酒量の増加や習慣飲酒の定着などを考慮すると、今後の増加は否定出来ない。

また、わが国ではまとまった調査を見いだせないが、Briggs & Pepperell が指摘するように、注射器の共有や薬物の影響下にある性交渉による AID/HIV 感染も、薬物使用が引き起こす直接的な合併症とはいえないものの、女性嗜癮者が抱える身体的な疾患であることを考慮する必要があるだろう（Briggs & Pepperell 2009：52-53）。

5) 精神科合併症

先述したように女性においては、アルコール問題に先行して「精神および行動の障害」

が認められるが、その代表的なものがうつおよび摂食障害である。1999年から2003年にかけての久里浜アルコール症センターにおける調査では、女性アルコール依存症者の2割がうつ病、1割が摂食障害と併存している。また年齢が若いほど摂食障害の併存率が高い(篠田ら2008:31-33)。

またHiguchiらは、摂食障害をともなう女性のアルコール依存症者に、境界性人格障害合併例が多いと指摘している(Higuchi et al 1993:403-406)。

Harnedらは、心的外傷後ストレス障害(PTSD)と精神作用物質依存(SD)はそれぞれに、自傷や自殺願望および自殺企図の確率を引き上げる要因になるとし、したがってPTSDとSDの併存が認められる場合には、自傷および自殺企図のリスクが最も高まると述べている(Harned, Najavits & Weiss 2006:392)。

Turnerは自傷行為のメカニズムを研究する中で、身体依存、渴望、全人格的な依存といったチェーンのヘロイン依存の概念が自傷行為にも適用出来ると述べる。そして自傷者もまたアルコールや他の依存症者と同じ様に、自傷行為を自己治療の手段として使っている。故意の自傷は、うつ状態や無感覚状態、あるいは「内的な死」から逃れる手段であったり、不安や動揺を和らげる手段でもある。こうした点からも自傷は嗜癖行動のひとつとして捉えるべきと指摘する(Turner 2002=2009:26-32)。

6) スティグマ

樋口らは、飲酒に対する許容度に関しては未だに男女差があり、女性のアルコール問題にまつわるスティグマは男性以上に強いと指摘する(樋口ら2002:127)。

女性嗜癖者に対するスティグマについて、筆者は医療における依存症専門病棟での経験から、援助者側にもそれが根深いと指摘した。

一例をあげれば、夫からの暴力など彼女達が抱える困難を、個人の弱さの現れや失敗として個人に原因を帰するということである(大嶋2004:144)。女性が特に妻、母といった性別役割を果たせないことに対する近親者からの非難は強い。近親者だけでなく、本来なら彼女達を支援する専門職もその例外ではない。スティグマは援助関係を悪循環に陥れるだけでなく、嗜癖者自身の“恥”や“自責感”を助長する。アメリカニューヨーク州にある嗜癖者の回復施設で当事者スタッフとして援助にあたるキューザックは、女性嗜癖者が長い間アルコールや薬物を使うことを病気として認められず、「女としてだらしがない」という罪悪感や恥辱感に悩まされると指摘する(Cusack 1984=2002:6)。

7) 家族

女性嗜癖者が発症する背景に、家族との葛藤があることは先に述べた。しかし、女性が治療を動機づけられるのは、自分と家族の「健康」であることが多い。ふたつのことは一見矛盾するようだが、自分が健康を取り戻すことで子供の養育ができ、夫の世話に戻ることが可能になる。他者を優先することが女性に期待され、かつそれを自らも内面化してきたことが、女性を治療に向かわせるのではないかと考えられる。

中年男性の場合、配偶者(女性)が本人を治療へと橋渡しするだけでなく、回復を促進するあるいは抑止するなど、どちらにしても大きな影響を及ぼす存在である。これに対して女性嗜癖者の場合には、配偶者(男性)がこのような存在になることは稀である。太田は幸地の調査を引用しながら、既婚女性嗜癖者が一般科受診をとばして精神科専門機関を受診することが多い背景に、イネイブリング(身の回りの世話をし、結果的に嗜癖行動の継続を可能にすること)が顕著ではない可能性があることを示唆していると述べている

(太田 2006 : 30)。

しかし若年女性（特に未婚）の場合は、母親との関係が発症から回復過程に至るまで大きな影響をもつ。紙幅の関係で割愛するが、筆者は母娘関係という切り口で、女性嗜癖者を類型化した。そして「母にとってのよい娘でありたい」という願いが、どのように女性から女性へとさまざまな形で引き継がれていくのかについて述べた（大嶋 2004 : 134-136）。また精神科医の斎藤は、ひきこもりや摂食障害患者らの性差の分析を通して、女性特有の身体感覚や母性の強迫を精神分析的に考察している。そして母という存在が娘の身体に深く浸透しているがゆえに、「母殺し」（象徴としての母からの自立）が困難であることを検証している（斎藤 2008）。女性嗜癖者における家族を考える場合、母親との関係性が鍵を握る。

8) 回復過程

まず嗜癖について本論の冒頭で定義を示すとともに“不可逆的”であると述べた。つまり、しばらく嗜癖が止まっていた状態にあったとしても、再使用あるいは行為の再開によりほどなくして再びコントロール喪失の状態に戻ってしまう。その意味で嗜癖に治癒はない。しかし嗜癖をコントロールする自由は失ったが、それ以外の自由は手にすることが出来る。依存症の専門治療ではよくこれをブレーキの壊れた車に例えて話す。すなわち、ふたたび車を運転することは出来ないが、車に乗らない社会生活は可能である。

このように嗜癖は“治らない”のだが、通常の社会生活を送っていけるようになる意味で“回復する”という言葉を使う。しかし従来この回復には、はっきりとした定義があった訳ではない。治療者は第一に患者の嗜癖行動そのものが止まっていることを最優先する。第二に社会関係の復活、そして最終的には患者が就労し、経済的自立を果たすことが

回復とみなされてきた。未婚女性の場合も同じだが、既婚の場合には家庭内役割への復帰が就労に代わるものになる。

しかし、この回復像は結果にしか着目していない。実際には嗜癖行動そのものが止まって当事者が生活を再構築することは、治療者の想像を超えて困難であることが知られるようになる。そこで登場するのは、就労に至る過程の生活バランスを整える、という視点である。嗜癖問題への短期介入アプローチで著名な Kim Berg & Reuss は、回復過程のチェックリストを作成し、社会生活の構成要素をⅠ～Ⅴにカテゴリー化して、それぞれ4～10の項目が全くない(0)からいつも(6)までの7段階で評価できるようにした（Kim Berg & Reuss 1998=2003 : 218-220）。その一部を抜粋して表わしたのが表2である。

この指標の利点は、これまで結果重視であった回復過程を、何をどのように整えるこ

表2 アルコール・薬物常用者の回復チェックリスト

I アルコール・薬物使用をコントロールする／止める (コントロール希望者の質問4項目、止めることにした人への質問6項目の合計10項目)	Ex、使用に限度を設けて、その限度を超えないようにする。アルコール・薬物のない生活スタイルを受け入れた。
II 感情的、心理的、身体的な健康状態 (9項目)	Ex、自分の健康法のスキルを実践できる。アルコール・薬物を使うことなくリラックスできる。
III 社会、家庭での機能状態 (8項目)	Ex、家族メンバーに関心を持ち続けられる。人と協力して、問題を解決できる。
IV 仕事と生計に関する機能状態 (5項目)	Ex、働きに行ける。仕事の能率を改善できる。バランスのとれた家計を維持できる。
V 精神的な機能状態 (4項目)	Ex、自分の未来について興味を持つ。穏やかな気分を体験できる。人生にポジティブな見通しを立てられる。

(出典 Kim Berg & Reuss 1998=2003 : 218-220)

とによって社会生活のバランスがとれるかを、具体的に示したことである。そして生活スタイルがどうであれ、当事者が自分の生活を“機能している”と感じられることを、回復の最終ゴールに置いている。言い方を替えれば、この回復過程は当事者の主観的評価に基づいているといえる。

しかしこの指標を、女性嗜癖者の回復過程にそのままあてはめるには疑問もある。指標を作成した Kim Berg ら自身も述べているが、女性は他者の世話をする役割に適應するあまり、自分の人生を自分でコントロールできていないと感じやすく、また過剰に問題を自分の責任として引き受ける傾向がある (Kim Berg & Reuss 1988=2003: 204-205)。つまり女性がこうした主観的評価による指標を使う時、低い自己評価がそのまま反映されてしまうことが予測され、女性のエンパワーメントに繋がりにくい。またこうした指標は、女性嗜癖者の自己評価の低さゆえ、強迫的に完璧な回復をめざすことにつながりやすい。自分の生活が機能している感覚を確認するためのものに、逆に過剰適應しようとして“機能不全”を起こしかねない。

3. 女性嗜癖者の回復過程

筆者は以前、当事者であり嗜癖からの回復者として女性嗜癖者の援助をおこなう3名の聞き取り調査のデータをもとに、女性嗜癖者の回復過程を整理した (大嶋 2004: 138-140)。その過程に大きな影響を与えるカテゴリとして生成されたのは「親密圏」と「身体」のふたつである (大嶋 2004: 151)。

「親密圏」とは、斉藤によれば「具体的な他者の命/生命一特にその不安や困難一に対する関心/配慮を媒体とする、ある程度持続的な関係を示すもの」と定義される (斉藤 2003: 213)。それは従来“愛”をメディアとする関係性として捉えられ、多くの場合、男

女のカップルとその子供からなる家族と同一視されてきた。しかし嗜癖からの回復におけるこの「親密圏」は、当事者にとっての居場所と、適度な距離のある安全な関係性を意味する。回復を支援する施設や、自助グループなど、共通の目的をもった“場の共同性”がそれに相当するのではないかと筆者は考察した。退出可能な場の共同性には、“関心をよせる”多くの他者のまなざしがある。人が死んでいることへの肯定を、そのまなざしが支えるという構成が親密圏のもつ強みである。そしてその強みが、回復過程に大きな影響をもたらしているのではないかと筆者は分析した (大嶋 2004: 151-153)。

次に「身体」についてだが、回復過程において当事者が混乱し戸惑うのは、ジェンダー化された身体ではなく、“セックスとしての身体”、つまりは“生身のからだ”である。嗜癖行動に没頭している間忘れられてきた身体が、しらふになるとありありと感じられてしまう。女性嗜癖者の発症背景には、性虐待の事実が隠されていることが少なくないことはすでに触れた。こうした外傷記憶は、記憶から抹消されたかに見えるが、身体に深く記憶されている。そのため、嗜癖行動が止まればしばらくすると、身体記憶として蘇ることがある。聞き取り調査においても、こうした混乱は嗜癖行動が止まって数年後に現れるという語りが引き出された (大嶋 2004: 120-121)。

また身体への嫌悪感は、外傷記憶をもたない当事者にとっても重要なカテゴリーである。外傷記憶と直結するようなエピソードがなくても、先の“ジェンダー化された身体”、つまり女性としての評価基準とされる身体に苦しめられるからである。評価基準の過剰なまでの取り込みから解放されることなしに、嗜癖という一時的逃避を手放すことは難しい。“ジェンダー化された身体”と“生身のからだ”のあいだで、彼女達は混乱する。

女性の回復過程においては、自分の身体を自分に帰属するものとして認知し、つきあっていく作業が重要である。聞き取り調査の結果から、出産という体験がひとつの転機となる可能性について指摘した(大嶋 2004: 138-140、151-155)。そして以上をもとに、女性嗜癖者の回復過程を描き出したものが表3である(大嶋 2004: 138-139)。

このように回復過程を整理したが、課題も残った。聞き取りデータやフィールドワーク

を通じて回復過程に大きな役割を果たすとして導きだされた「親密圏」と「身体」というカテゴリーを、回復過程のなかに充分反映させることができなかつた点である。また、その後の実践の中で、IIとIII、IVとVにおける特徴は、明確にその時期にこそ観察されるものではなく、両時期にまたがっていると言った方が妥当ではないかと考えるに至った。本稿ではこの2点を考慮し、「親密圏」と「身体」のカテゴリーがどのように変化することが回復ということなのかについて考察する。

本論で使うデータは次のものである。①修士論文の聞き取り調査対象であった、東京にあるダルク女性ハウス代表の上岡はるえ氏との対談記録(2008.5.27、5.28実施)。

②雑誌『精神看護』に掲載されたダルク女性ハウスおよび上岡氏による3本の記事(「ローリエちゃんの一ヶ月～生理のあるからだつきあう術」、「私たちはなぜ寂しいのか～回復とはなにか」、「日常性の再構築～自傷行為からグチへ」)。

③ダルク女性ハウスによる冊子『Don't you? ～私もだよ～からだのこと話してみました』(2009.3 NPO 法人ダルク女性ハウス発行)

④筆者が運営するNPO法人リカバリーの三施設(地域活動支援センター1カ所、グループホーム2カ所)におけるフィールドワーク。

これらのデータを使用するのは、以下の理由による。

上岡氏は1990年から、女性の薬物依存症者を対象とする「NPO法人ダルク女性ハウス」(日中活動事業所1カ所*法定外施設、福祉ホーム1カ所)を運営している。自らがアルコール・薬物依存症で摂食障害の当事者であり、精神保健福祉士の資格を有する援助者でもある。

筆者は2003年の聞き取り調査後も、上岡氏と定期的に対談を重ねてきた。特に①の2008年5月の対談は、筆者から「親密圏」と「身体」というふたつのキーワードと回復過程に

表3 <女性嗜癖者の回復過程>

[時期区分] [特徴]

I プログラム導入期 (相談開始・解毒・休養)	休養することによって疲弊感が軽減する。嗜癖行動の修正のため、援助の場に居ることができる。
II 言語獲得期 (教育的プログラムの開始)	援助関係や自助グループを介して、自分を語るための言葉を知る。他者の語りを聞くことができる。行動の継続が可能になる。
III 自己表現期 (回復の見取り図)	違和感や反撥など自分の感情に気づく。嗜癖からの回復過程を意識できるようになる。自分のなかにある希望や期待に気づいたり、それを表現できる。
IV 関係洞察期 (浅い自己洞察)	嗜癖につながった思考や行動パターンの洞察が出来る。抑圧された記憶の回想が、時々起こるようになる。
V 関係構築期 (人間関係の構築)	人と自分の境界を認識し始める。身体に対する感覚が覚醒し、嫌悪感が出現する。自我の強化を目的とした行動(性急な学業復帰や就労など)が活発になる。
VI 関係維持・発展期 (等身大の自分)	人間関係の維持について、それが可能であると分かる。自分に対する妥当な評価が可能になる。他者との親密な関係に関して関心や憧憬をもつ。家族との和解、あるいは離別の作業に取り組むことができる。時折幸福感を感じる。

ついて、その時点での上岡氏の見解を聞いたものである。上岡氏の応答に、筆者が自験例での実践を交えて疑問を投げかけるという内容であり、本稿のテーマに直接繋がるものである。

②と③は、上岡氏がダルク女性ハウスの利用者とともに、「他者との境界線」、「距離感」、そして「身体」をキーワードに、当事者による発見を整理したものである。女性嗜癖者に関する先行研究の多くは、医学領域におけるものである。それだけに、当事者が自らを研究することから見出した事実には、これまで先行研究が見落としてきたものがある。特に女性嗜癖者の「身体」に関する、具体的でまとまった記述は他に例がなく、貴重である。また、②と③では「親密圏」という言葉は使用していないが、文脈からは、嗜癖問題の発症と「親密性」の形成困難の関連性に言及しており、回復過程において「親密圏」の通過の重要性を示唆していると読み取れる。このことから、本稿における回復過程の検証に有効であると考えられる。

最後に④だが、本稿で用いるフィールドデータは2004年以降のものである。上岡氏の援助対象が、覚せい剤を中心とする薬物依存症者であるのに対し、筆者の援助対象は、アルコールや処方薬、市販薬といった物質嗜癖とプロセス嗜癖、関係嗜癖との重複嗜癖者が中心である。筆者のフィールドデータを加わせることで、女性嗜癖者の種別をほぼ網羅できる。

また筆者は、表3の回復過程をひとつの仮説（モデル）とし、フィールドワークを継続している。しかし2004年以降、回復過程の途中で変化が停滞してしまう事例を数例体験している。事例は仮説（モデル）に示したその時期の特徴を観察出来ており、変化も順調に見えたにもかかわらずである。このようなデータは、表3の回復過程では捉えきれないものがあるのを示唆していると考えた。

次にデータの分析過程について述べる。第一に①、②、③のデータを読み込み、「親密圏」と「身体」に関する記述を抽出した。第二に、筆者による回復過程の6期に、それぞれ対応する「親密圏」と「身体」の記述を当てはめた。第三に、④のデータが第二でおこなった作業にもあてはまるかどうかを検証した。そして第四に、回復過程での停滞が起こった事例に関して、「親密圏」と「身体」に関する再検討を行った。そして最後に、第三および第四の作業を通じて、新たなデータのまとまりを見つけ出し、それを新しい回復過程の時期区分として生成した。

表4に改訂した回復過程を示し、「親密圏」

表4 「親密圏」と「身体」から捉えた女性嗜癖者の回復過程

時期区分	親密圏	身体
I 回復初期 (限定された空間と関係のなかに留まる)	1) 他者への／からの、関心や配慮を認識する。 2) 安全な場への滞在が可能になる。 3) 愛着と依存を繰り返す。 4) 限定された人間関係に留まる。	1) 痛覚の回復が見られる。 2) 身体への嫌悪感(不浄感)がある。 3) 栄養状態の改善が見られる。 4) 性エネルギーの抑圧／拒絶がある。
II 回復中期 (自他の境界を認識しながら、身体とつきあう)	1) 他者との境界を認識する。 2) 脱愛着を試みる。 3) 人間関係の薄い広がりが見られる。	1) 月経周期が安定する。 2) 身体エネルギーの蓄積ができる。 3) 身体への嫌悪感(変化への困惑)がある。 4) 性エネルギーの忌避／への葛藤がある。
III 回復継続期 (身体をケアし、他者との関係をつくりだす)	1) 他者に働きかける。他者からの働きかけに応じる。 2) 対等な関係を知る。 3) 人間関係の広がり濃淡が見られる。	1) 身体の課題を自覚ケアをする。 2) 身体を受容する。 3) 性エネルギーを消費する。

と「身体」がどのような状況にあるかをキーワードで表した。

次に、回復過程の各時期における「親密圏」と「身体」の変化について、キーワードを参照しながら述べる。

I 回復初期

嗜癖で麻痺させ逃避していた現実、嗜癖が止まってすぐありのままに見えるわけではない。それ以前に当事者が苦勞するのは、緊張や不安の強さである。対面の方はもちろん、複数の人が集まる場面では、緊張のために視線をどこへ向けるかに戸惑うなど、居心地の悪さをやり過ぎさなくてはならない。

社会復帰施設や自助グループは、嗜癖問題から遠ざかろうとする人たちが集う場である。そこでは嗜癖がたとえ違法行為であったとしても、善悪の評価を下されることがない。その「場の共同性」は、何かしらの困難を抱えてやって来た人に対して、関心や配慮を向ける。

嗜癖が止まった直後は、そうした他者からの関心や配慮にすら過敏に反応する。しかし配慮や関心が自分を受け入れるサインであると認識し、その場に「居ること」が出来るようになることが最初のハードルとなる。自分は何も提供しないが、ただそこに居ることだけで歓待される体験を通じて、安全な場への滞在が可能になる。

挨拶を交わせるようになると、会話の継続が次の障壁である。「原家族における暴力被害や、嗜癖による入院歴といった自己開示を避けようとする、とたんに話すことがないことに気づく」という当事者の話をよく聞く。また他者の話に相づちを打っていると、いつの間にか相手のライフストーリーを何時間も聞くなど、境界線を認識できないために、自分を守りながら場に留まり続けるのは簡単に見えるがそうではない。従って、人間関係はエネルギーをかなり消耗するため、そ

の範囲を限定する方が、むしろ混乱から身を守ることになる。

上岡は、こうした境界線の課題を「ニコイチ」=相手と自分がぴったりと重なり合って“二個で一つ”といった関係、と呼ぶ（上岡2008：28）。回復初期は他者との距離が分からないため、あらゆる人とニコイチの関係を望んでしまう。特に援助者には「自分を助けてくれる」という期待から、全てを受け入れて欲しいと願う。この時に相手を絶対的な存在として過度に依存し、また常にその相手から承認されないと不安に陥る。健全な距離というのが分からないので、普通の人とつきあうと健全な距離を寂しいと感じてしまう。上岡は、自分が寂しいということが分からない間は、くすりもアルコールも全部やりっぱなしで、止めるのが難しいという（上岡2008：27）。回復初期はこの境界線について、侵入されない関係づくりを援助者や当事者スタッフなどとの間で体験する。

次に回復初期の身体において重要な変化は、痛みをはじめとする「身体感覚」が復活することである。身体が熱をもつ、あるいは痛みがあるなどが分からないために、病気の初期症状に気づけない当事者が多い。また「食べる」ことが生活のなかでおろそかにされてきたり、生存するためのエサでしかないような食事を続けて来た人が多いため、噛む、飲み込むといった当たり前の動作が不得手である。安全が確保されていることが分かってくると、時間はかかるがしっかりと「食べる」ことができるので、食物が栄養として身体に浸透し次第に身体の軸がしっかりとしてくる。身体に力が入られるようになるためか、不自然な転倒などがぐっと減る。次に当事者の身体イメージだが、黒っぽい色の洋服しか着ない、または極端に露出の多い服を着るなど、服装などを通じて自分の存在を目立たさずに隠そうとしたり、あるいは逆に顕示することで自分の内面を見せまいとするといった

ことなどから、否定的に捉えていたり嫌悪感が強いことが窺われる。そして性的欲望や性エネルギーについては、その存在を拒絶する、あるいは全くそうした話題に反応しないという形で抑圧する傾向が見られる。しかし他者との境界線が分からず、相手に受け入れられるために過剰な性行動を見せる一群が存在する。

II 回復中期

集団や場のなかに日常的に留まり、「居られる」ようになることで、少しずつ周りとの自分の間に境界があることを感じるようになる。例えば他者が感じることで自分が感じることに間に差異があることを知る。それまでは自分の感覚を他者のそれに合わせていくことで「自分を無くして」いたが、自分には自分固有の感じ方や考えがあり、それらは尊重されていいことに気づいていく。

このように、回復中期では他者との境界を認識する。また自分が何を欲しているのかに次第に目を向けるようになる。そして、時にはそれを他者に伝えるようになる。

他者に侵入したりされたりすることで疲弊するのを避けるために、援助者や当事者スタッフとの関係性を境界線のモデルとしてきた。回復中期では、以前のようにニコイチの関係や過度な依存は少なくなる。距離があっても相手に対する信頼が変わらないといった、眼前にないものへの信頼が生まれる。寂しさを感じるが、堪え難いものではなくなってくる。

こうした他者との関係性が育まれることで、親密圏について関心を高める。同時に、自分が抱えるこうした一連の親密圏に関する不自由さの起源にも目をむけていこうとする。そのため、嗜癖者自身の親密圏に関するこれまでの記憶に関して回想が始まる。しばしばそこには「承認の剝奪」(斎藤 2003: 222)のエピソードがあり、親密圏をもちうること

が難しかった、という事実が浮かび上がる。

また回復初期には限定的であった人間関係は、いろいろなつき合い方を知ることで、援助職中心から部分的に社会生活上の知人が入ってくるなどして広がる。

次に回復中期の身体についてだが、月経周期の安定がもたらす変化は重要である。アルコールをはじめとする化学物質嗜癖の場合には、月経停止が頻繁に生じる。また摂食障害の急激な体重減少が、月経停止に結びつくこともよく知られている。このため不定期に訪れる月経は、ますます当事者にとってやっかいで不快なものとしか捉えられないことも少なくない。また月経前に精神的不調(気分の落ち込み、悲観的な思いに支配される等)や、月経中の体調不良(だるさ、鈍い痛み等)を起こす場合が少なくないので、こうした変化をしらふで感じることに慣れていく必要がある。そのためには月経周期が安定し、その前後の時期を含めたしのぎかたを知り、それらを経験して蓄積する。

食事はこの時期、かなりの改善が見られる。他者と共に食事を摂ることに慣れ、栄養のバランスにも配慮するようになっていくため、皮膚の状態が良好となり、年齢に相応な印象が戻ってくる時期でもある。結果として、日中活動や自助グループへの参加と、掃除や洗濯といった生活の雑事をこなすだけのエネルギーが蓄積出来るようになる。

身体イメージについては、「汚い」とか「醜い」といった否定的ではあるが、自らを捉えて離せなくなっているイメージの固着を言葉にし始める。この時期は、個人カウンセリング等で、個別にこうした身体イメージの変容を試みる当事者も多い。摂食行動の課題に取り組むことで、体型への囚われを意識し、年齢とともに身体も変化するといった発見をしていく時期である。

回復中期は、親密圏への関心が高まる。性エネルギーの存在についてはそれを認めつつ

あえて無視するか、あるいは自分が汚れているために、その消費は他者を傷つけるのではないかと葛藤を示す。無視あるいは葛藤という極端な反応の間を行き来する時期である。

III 回復継続期

嗜癖で麻痺させ逃避していた現実を、ありのままに見つめていく時期である。

過去の出来事を内省するというよりは、新たな人間関係や生活状況の変化(パート就労、ボランティア活動、学業への復帰など)で直面する課題を通じて、自分が嗜癖を必要としてきた背景を整理し、異なる解決方法の模索をする。

こうした経過の中で他者に関心寄せる、関係をつくる、といった練習をおこなう。ここでも、ニコイチであった他者との関係性がモデルとなる。上下あるいは支配でなく、違いを認め合い支え合う「対等な」関係の構築は、当事者が困難に直面した際に、「相談する」という新しい対処行動へと、本人を促すものになる。

自己開示に関する自律の獲得から、信頼や対等性といった新たな関係のありかたに関する経験は、回復初期にみられた強い緊張感や不安を和らげ、結果として当事者を嗜癖から遠ざけることになる。また他者との関係が安定すると、当初その範囲は極めて限定的であったものが、嗜癖当事者以外にも広がり、かつ濃淡のあるものになっていくことが特徴である。身体の変化にも繋がるが、性愛の対象となる他者との出会いや関係構築も、この時期に活発となる。従ってこの時期、性的暴力被害などがある場合には、フラッシュバックなどが起こったり鬱状態に陥ったりして、場合によっては生活そのものが危機に直面することもある。

回復継続期における身体は、「疲れ」のような漠然とした感覚を、身体からのサインとして受け取れるようになる。そして具体的な手

当てを自分でしたり、時には外へケアを求めることができる。病気になっても治療を受けるため受診する、あるいは定期的な身体のチェックをすることができる。

食事に関しては規則的に摂取し、時に自分で調理するなど(子供が居る場合には食物の組み合わせが以前ほど苦労なく考えつく、調理のレパートリーが増えるといった)の変化が見られるなど、ここでも食事に対する自律性の高まりがみられる。このように生活をしていくうえで欠かせない「食べること」や「休むこと」については、かなりの改善が見られる。

身体イメージに関する否定的感情に関しての変化は、極めてゆっくりである。言語化は嫌悪感の軽減に関して有効であるものの、嫌悪感の払拭には至らないことが多いため、人によっては出産や鬱状態による数年単位の引きこもりといった未知の経験や、「時間の経過」といった事実をもってようやく等身大といわれる自分の身体を見いだすことができる。

性エネルギーについては、親密圏の経験を蓄積する経過の中で、おそろおそろその消費もまた経験される。

5. 考察

「親密圏」と「身体」というふたつのカテゴリーを基軸に女性嗜癖者の回復過程を描き出した。ここでは「親密圏」と「身体」を、さらに回復との関係において考察する。

まず「身体」である。発症の背景において女性嗜癖者の多くが親密な関係における暴力被害を体験していることについて触れた。とくに人の発達において基本的な安全感を形成する時期に、本来であれば守られるべき相手から暴力を受けた場合には、多くの子供は自分の側に問題があると思ひ込むといわれる。また自分に起こっていることを暴力とは規定

しないため、安全感を脅かされる日常の方へ適応しようとする。この子供時代を通じて身につけた適応の“わざ”のひとつが心と身体を切り離すこと＝解離である。

斎藤は解離を「人間のここにおける時間的・空間的な連続性が失われること」（斎藤 2006：34）だと述べ、それは大きな心的外傷体験によって引き起こされる感覚に“麻酔”をかけ、ところが崩壊することを防ぐという。そして、この解離が起こっている場合の身体について解離性同一性障害(DID)の例を引きながら次のように述べている。「人格交代が起こる DID の事例においては、身体の変容がしばしば伴う。口調や声のトーンだけでなく嗜好や知覚の変化もめずらしくない」（斎藤 2006：42）。また、「DID の臨床が明らかにしているのは、トラウマという心的現実が、自我と身体とを隔てている象徴的な隔壁を破壊してしまう、ということではないか。（中略）単一の身体＝単一の人格を保証するものが『固有名』であるとすれば、先に述べた象徴的な隔壁がすなわち『固有名』である。トラウマは固有名に破壊的作用を及ぼすことで、身体を通じて固有名回避のベクトルを誘導するが、それは DID に限らず、タトゥーやピアッシング、自傷行為から美容整形に至る身体改造行為にも徴候的に見てとれる」（斎藤 2006：49-50）。

上岡は女性嗜癖者の自我形成について語るなかで、他者との境界線ということに触れている。多くの女性嗜癖者は原家族において、緊張場面（貧困や暴力、精神的な遺棄等）への適応を間違わないことで生き延びてきた。適応するには“自分であること”の壁を消滅させて相手に浸透し、その場面に自分ではなく相手がどのように反応するかを捉えて、自分がその反応に追従するといった反復を行なう。その結果、「相手の痛みなのか自分の痛みなのか分からない」といった境界線を壊された状態の中で生きることになるという（上

岡 2008：26）。この時身体はどうなっているのだろうか。

上岡はこの間嗜癖者は身体のスイッチをオフにしていると述べている（上岡との対談：2008）。そうでなければ反応すべき相手の感情や動作に感応できないからだろう。そして成長するなかで嗜癖と出会うと、嗜癖はより簡単に身体を麻痺させてくれることを知り、その効果に魅せられていくのだという。従って嗜癖が止まると本当の身体の痛みが出てくる。加えて生理や出産、更年期など年齢によって女性の身体とは刻々と変化する。しかし女性嗜癖者はこうした“当たりまえの事実”と出会ってこないため、自分の身体でありながら、痛みや身体そのものが変化していくことは、大きな混乱の要因となってしまおうと考えられる。

女性嗜癖者に見られる自傷行為、タトゥー、そしてピアッシング（ありとあらゆる場所に開けている）、あるいは美容整形への情熱をフィールドで観察しながら筆者が抱いていた疑問が、斎藤の解釈による「身体を通じた固有名回避」、また上岡の指摘した「境界線の破壊」という説明によって溶解していくように感じられた。自分が自分であることを身体としても忌避し、固有名を回避しながら生き延びようとした女性嗜癖者の“生身のからだ”を取り戻すという過程は、そのまま嗜癖からの回復過程に繋がるはずなのだが、簡単にはいかない。

先に筆者が述べた回復過程の途中で変化が停止する事例は、回復中期において見られる。この時期では親密圏の回想が始まり、個別カウンセリングなどを通じて身体イメージの変容に取り組む。表面的な暮らしは安定している。衝動的な行動にも抑制が利く状態なので、回復が順調に見えるが、次の過程に進まず停滞してしまう。具体的には、他者との関係性が、限定されたものから広がらないし、深みも生成されない。なぜこのような停滞が起

こののか、改訂した回復過程においてもまだ考察が十分ではない。

しかし筆者は、生身のからだを取り戻す過程に何が有効か、いくつかの仮説を実践し、検証してきた。未だ不十分ではあるが、それは①食べる、②感じる、③表わす、④接触する、といった身体の働きである。

このアイデアは中井(2004)と鷺田(2004、2008)の論考にヒントを得ている。

中井は「身体多重性」という表現で、“重層体としての身体”を28の視角から捉えて見せる(中井2004:333)。特に筆者の関心を引いたのが、そのなかの「社会的身体」の項目に納められていた「表現する身体」、「表現のトポスとしての身体」、「歴史としての身体」、そして「他者と相互作用する身体」であった。また鷺田は身体を機械組織として捉える様なものから離れたときに、〈式〉(ある行為の流れ)、〈構え〉(身体の内/外を決定するもの)、〈強度〉ないしは〈密度〉(痙攣や凝集など)、そして〈像〉(自分には部分的にしか見えない私)として捉えられるのではないかという(鷺田2004:11-13)。

さらに鷺田は中井との対談のなかで「食べる」という行為が異物、つまり他者が自分の一部になるという通過感と、食べ物が溜まるという自分の位置感覚が関わるという。自分というものを考える場合、自分の輪郭をいかに確かなものとして感じるかという経験が大事だと述べている(鷺田2004:350)。

筆者は回復過程のなかで、「食べる」をキーワードのひとつとして取り上げ、その変化を整理した。それは身体を感じることに、身体が存在を見いだすことなしに「自分について考える」ことの難しさをあらためて確認することになった。いわゆる身体の機能回復ではなく、クライアントの身体変化に着目することから、回復を捉えることが必要と考える。

また、回復過程における「性エネルギー」というキーワードは、上岡との対談のなかで

出てきたものである。これは、生身の身体を取り戻す過程のひとつである「接触する」と関連する。性的接触を通じたエネルギーの解放が、身体を受容することに繋がった事例の援助実践から、回復過程における変化として表4に整理した。

しかし「接触する」ことは、女性嗜癖者の場合、被害体験の痛みや恐怖として身体に記憶されてるものと呼び覚ます。またこれについては、「親密圏」の概念とも深くつながる。

親密圏は、時に身体的接触をともなって表現されるが、女性嗜癖者の被害体験のひとつとして性的侵害がある。この身体に向けられる攻撃は、女性の自分が自分であることのひとつである「セクシュアリティ」を破壊する。「セクシュアリティ」とは性に関する欲望と観念の集合とされるが、“自然”と“本能”ではなく“文化”と“歴史”に属するものだとされる(岩波女性学事典2002)。

平易な言葉で言えば性自認、性的志向などがこれにあたるが、加藤は「セクシュアリティ」を、私たちが「性欲」や「性愛」といった言葉にどのような意味をこめているかを分析するための道具であり、性に向かう私たちの「まなざし」の名前であるという(加藤2006:151)。

それでは性的侵害によって「セクシュアリティ」を破壊されると、その影響はどのように現れるのだろうか。これについて白川は、性被害体験者の聞き取り調査から、被害前後におけるセクシュアリティの変化を次に述べる。それによれば、①性行動の抑制、②性行動の過剰、③性行動における意思の表明や、欲望に関する障害、④ジェンダーの表現としてのセクシュアリティの変化(女性性の否定かあるいは誇示、男性の場合には揺らぎ)である(白川2004:48-50)。①と②は相反する行動だが、独りの人間に交叉して現れる場合と、①か②のどちらかが現れる場合があるようである。

性的侵害は、先述したように自分であることの固有性を回避、あるいは自分であることの境界を破壊する暴力であり、しばしば「親密性」の名の下に行使されてきた。だからこそ金井はこの「親密性」をセックスから切り離すことこそ必要なのだと述べ、その中からセックスを排除したところで成り立つ親密性の可能性が開かれるという（金井 2003：36-38）。また金井はフェミニズムがこの親密圏という概念とどのように応答するかについて次のようにいう。

「フェミニズムが家父長制・ジェンダーの概念をもって性抑圧の背景に問いを向け格闘してきた、その課題の最深層に問いを届けさせ、そこから親密圏の課題を析出していくには、家族のエロス性の、とりわけそこで女性の身体性、セクシュアリティにそのまなざしが向けられる必要がある。父権性のもとで名付けられず棄却されてきた女の欲望や経験、その失われた“私”の声に耳を傾けないかぎり、そのようなところから拓かれる親密圏には結局のところ“女”は不在化されてしまうだろう」（金井 2003：34 下線は筆者）

金井は別の論考において、その具体的なテーマとしての母性、つまり懐妊という事象が構築されたものであるのか、また構築主義が取り上げてこなかった「身体」を明らかにする作業が、フェミニズムのバックラッシュへの抵抗としても求められているという（金井 2008：3-9）。

筆者は、女性嗜癖者にとって出産という経験は、しばしば“生身”であることの否応ないつきつけである反面、この不安や混乱の極みのような経験が、過去の性的侵害を乗り越えていく可能性にも拓かれていることを上岡らからの聞き取り調査において知った（大嶋 2004：121-122）。女性嗜癖者は、自らの身体を同じ像をもつ人たちのなかで見だし、回復していく。

なぜなら嗜癖が止まると同時に、食べるこ

とや感じること、表わすことや接触することが大きな波のように寄せてくる。それらはすべて自分が自分になるためのプロセスなのだが、頭では分かっても、独りではその波にのまれてしまいそうになる（＝嗜癖へ逆もどりして“麻痺”させた方がラク）。

この時に傍にいて、自分を見ている他者の存在が大きな助けになる。それが斎藤のいう「具体的な他者の特に不安や困難に対する関心／配慮を媒体とする持続的な関係」＝親密圏（斎藤 203：213）である。しかしここに身体接触＝エロスが持ち込まれると、関係は一気に被害体験を記憶した身体に引き戻され、回復過程における混乱が起こっているのか、あるいは接触によって引き起こされた反応が混乱を生じさせたのか分からず、当事者はまさに混沌の海へ再び引きずり込まれることになってしまう。

したがって、自分が自分になるプロセスの始めにおいては、エロスを排除した形での親密圏が安全だということになる。しかし回復が進んでくると、障害となっていた性的欲望について、嫌悪感を持ちながらも気づくことがある。この場合にはそれを否定せず、自らの性を身体に新しくどう記憶させていくかが重要となるだろう。

ダルク女性ハウスの当事者たちは、自分達が生理について研究することによって認識が変わったという。それまで苦しい、つらさをしのぐものでしかなかった生理が、自分達の心身の変化として、実は自分達にいろいろなことを教えてくれたことに気づくのである。そしてこうした心身の変化に敏感である（くすりの再使用を防ぐにもそうならざるをえない）ことが自分達に与えられた大きな恵みであるという（ダルク女性ハウス編 2008：77）。

これは筆者にとって「自らの性を、これまでとは異なるやり方で、自分の身体に新しく記憶させていく」取り組みに見える。その意

味で興味深く、今後の展開に関心を寄せているものである。

このようにしてみると、女性嗜癖者の回復過程において「身体」と「親密圏」は、DNAの螺旋階段のように、お互いが独立しながらも時に交叉して、変化の根幹を形成しているように考えられる。上岡は回復について「回復は回復し続けること」だという（上岡 2008：99）。強迫的な適応によって生き延びた女性嗜癖者たちは、「今日一日」というスローガンのもとで、限定された時間と空間における安全感をよりどころに自分が自分であること、その固有性を引き受ける。

従来の嗜癖における回復とは、経済的自立であり、家庭内役割への復帰であった。本稿で提起した回復は、それとの比較において何も生み出さない。社会参加や経済活動から距離がある。しかし最初は言葉にすらならず、場にとどまることだけで精一杯であった人が、言葉を獲得し、身体を見いだし、人と接触し、時には命を育てていく。この過程には、まさに他者との関係において繰り返し語ることから生まれる、Zingaroのいう「磨かれた物語」（Zingaro 2008=2008：269）のもつ力がある。

6. 結論

本稿では、女性嗜癖者がもつ特徴を先行研究から概観した。そして、従来の回復過程では十分に描ききれなかった変化を、「親密圏」と「身体」というふたつのカテゴリーに着目して、I回復初期、II回復中期、III回復継続期に区分した。

回復初期では、社会福祉施設や自助グループなどの限定された空間において、自分が抱える不安や困難に関心を向ける他者の存在を認識する。また嗜癖行動が止まることで、これまで無視してきた“生身のからだ”に気づく時期である。

回復中期では、ニコイチと呼ばれる二者の密着した関係から、距離をおくことが可能になる。寂しさを感じつつ、自他の境界を認識する。また、そのような関係性の背景について関心をもつ。身体は、限定された親密圏のなかで徐々に本来のエネルギーを取り戻し始める。しかし、これまで無視してきた身体は、落ち着いた日常生活の中で、さまざまな不調を見せる。

回復継続期では人間関係を、それまでの限定された親密圏の外へつくろうとする。密着でも拒絶でもない関係性について知る時期である。身体については、自分が抱える課題を認識し、必要なケアをし、時間をかけて生身のからだを受け入れていく。

どの回復過程においても、親密圏と身体をつなぐものとして重要なキーワードに性エネルギーがある。データの分析からは、抑圧から忌避、そして消費へと変化していくと整理した。しかしこれについては、回復中期に停滞する事例があり、親密圏と身体、それをつなぐ性エネルギーという関係の検討がまだ充分ではない。今後の課題として残った。

本稿で示したこの回復過程において、専門職は何を援助するのか。従来のソーシャルワーク援助とその枠組みは、どのように同じなのか、異なるのか。次はそれらについて、具体的に示していかなくてはならない。

文献

- Briggs, Cynthia A and Pepperell, Jennifer L. (2009) *Women, Girls, and Addiction*. Routledge.
- Call, Christine E., Nelsen, Judith C. (2007) Partner abuse and women's substance problems. *Journal of Women and Social Work*, 22 (4), 334-346.
- Cusack, Suzanne. (1984) *Women and Relapse*, Hazelden. (=2002、みのおマック訳、『女性が再び傷つかないために』みのおマック出版)
- ダルク女性ハウス編(2009)『Don't you?～わたしも

- だよ〜』NPO法人ダルク女性ハウスダルク女性ハウス「なまみーず」編(2008)「ローリエちゃんの一ヶ月〜生理のあるカラダとつき合う術〜」『精神看護』11(2)、64-78。
- Harned, Melanie S., Najavits, Lisa M., Weiss, Roger D. (2006) Self - Harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *The American journal on Addiction*. (15), 392-395.
- 樋口進・松下幸生 (2002) 「女性アルコール依存症の診断と治療」(樋口進・白倉克之・和田清編『アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン』じほう、125-132。
- Higuchi S, Suzuki K, Yamada k, (et al.) (1993): Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course, a study from Japan *Br J Psychiatry* (162), 403-406.
- 井上輝子ら編 (2002) 『岩波女性学事典』岩波書店
- 上岡はるえ (2008) 「なぜ私たちは寂しいのか〜回復とはなにか」『精神看護』11(3)、20-45。
- 上岡はるえ (2009) 「日常性の再構築〜自傷行為からグチへ」『精神看護』12(1)、04-33。
- 金井淑子 (2003) 「親密圏とフェミニズム」斎藤純一編著『親密圏のポリティクス』ナカニシヤ出版、27-57。
- 金井淑子 (2008) 「身体を経験をめぐって」金井淑子編著『身体とアイデンティティ・トラブル〜ジェンダー／セックスの二元論を超えて』明石書店、3-12。
- 加藤元一郎・吉野相英 (2002) 「精神作用物質使用による精神・行動の障害」白倉克之、樋口進・和田清共同編集『アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン』じほう、3-24。
- 加藤秀一 (2006) 『ジェンダー入門』朝日新聞出版
- Kim Berg, Insoo and Reuss (1998) *Solutions step by step a substance abuse treatment manual.*, W. W. Norton & Company, Inc., (=2003、磯貝希久子監訳『回復へのステップ〜アルコール・薬物乱用へのソリューション・フォーカスト・セラピー』金剛出版。)
- 松本俊彦 (2003) 「薬物乱用・依存と行動障害」『こころの科学』111、39-43。
- 中井久夫 (2004) 『微候・記憶・外傷』みすず書房
- 信田さよ子 (1999) 『アディクションアプローチ』医学書院
- 大嶋栄子 (2004) 「ジェンダーの視点からみる女性嗜癖者の回復過程」北星学園大学大学院 社会福祉学研究科 2004 年度修士論文。
- 尾崎茂 (2003) 「精神科医療施設から診た現状」『こころの科学』111、22-27。
- 太田牧子 (2006) 「女性とアルコール依存症」『日本アルコール精神医学会雑誌』14、39-47。
- Plotzker, Rosalyn E., Metzger, David S., Holmes, William C. (2007) Childhood sexual and physical abuse histories, PTSD, Depression, and HIV risk outcomes in women injection drug users: A potential mediating pathway. *American Academy of Addiction Psychiatry*, 16, 431-438.
- 斎藤 環 (2006) 「多重人格のプロクセミックス」鷺田清一ほか編『身体をめぐるレッスン1 夢見る身体』岩波書店、25-52。
- 斎藤 環 (2008) 『母は娘の人生を支配する〜なぜ「母殺し」は難しいのか』日本放送出版協会
- Schaef, Ann. W. (1989) *When society becomes an addict*, The Lazear Agency, Inc. (=1993、斎藤学監訳『嗜癖する社会』誠信書房。)
- 篠田律子・水上由紀・中川靖枝・丸山勝也 (2008) 「ICD-10 分類によるアルコール依存症者の身体合併症と性差」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』43(1)、25-34。
- 心光世津子 (2006) 「アルコール依存症と医療化」森田洋司監修『医療化のポリティクス〜近代医療の地平を問う』学文社、115-128。
- 白川美也子 (2004) 「性暴力被害のセクシュアリティにおよぼす影響とその回復過程」宮地尚子編『トラウマとジェンダー』金剛出版、46-63。
- 竹元隆洋 (2008) 「アルコール依存症の治療」『日本アルコール精神医学雑誌』14(2)、1-2。
- Taylor, Annabel. (2008) Substance use and abuse, *Journal of Women and Social Work*, 23 (2), 167-178.
- Turner, V. J. (2002) *Secret Scars*, Hazelden Foundation. (=2009、小国綾子訳、松本俊彦監修、『自傷からの回復』みすず書房。)
- 鷺田清一 (2004) 「身体の多重性をめぐる対談」中井久夫『微候・記憶・外傷』みすず書房、345-367。
- 鷺田清一 (2008) 「身体という幻」鷺田清一ほか編『身体をめぐるレッスン1〜夢みる身体』岩波書店、7-15。
- 全日本断酒連盟・全国アメリスト編 (2003) 『女性とアルコール依存症』東峰出版
- Zingaro, Linda (2007) *Rhetorical Identities: Contexts and Consequences of Self - disclosure*

for Bordered Empowerment Practitioners., (= 2008、鈴木文・麻鳥澄江訳『援助者の思想～境界の地に生き、権威に対抗する』御茶の水書房。)