

女性嗜癖者へのフェミニスト・ソーシャルワークに関する研究

～類型と回復過程に対する「生活支援共同体」の実践から～

大嶋 栄子

## 目 次

序章	「フェミニスト・イシュー」としての嗜癖問題	1
第1節	問題意識	1
第2節	研究の目的と方法	6
第3節	論文の構成	7
第1章	嗜癖問題における性差	9
第1節	依存症と嗜癖	9
(1)	定義および診断の基準	
(2)	性差に関する先行研究	
(3)	「嗜癖」概念を採用することの意味	
第2節	わが国における嗜癖問題への取り組み	22
(1)	医療	
(2)	治療共同体	
(3)	セルフヘルプグループ	
(4)	生活支援共同体	
第3節	嗜癖問題と援助	45
(1)	医療化の帰結	
(2)	免責性	
(3)	治療主体としての自己	
第2章	女性嗜癖者の類型化と回復過程	56
第1節	研究対象	57
(1)	研究データの獲得場所	
(2)	研究データの獲得方法	
(3)	倫理的配慮	
第2節	女性嗜癖者の類型	62
(1)	類型化の意義と目的	
(2)	女性嗜癖者の類型化に関する先行研究	
(3)	類型化のプロセス	
(4)	女性嗜癖者の4つの類型	
(5)	類型に対応するアセスメント	
第3節	女性嗜癖者の回復過程	92
(1)	回復をめぐる議論	
(2)	女性嗜癖者の回復を支える鍵概念	
①	「親密圏」について	
②	「身体」について	
(3)	女性嗜癖者の回復過程	
①	安全の構築期	
②	主体の獲得期	

### ③ 親密圏の創造期

第3章	女性嗜癖者の生活世界	117
第1節	援助における「生活」の意味	117
第2節	生活の構造的把握—先行研究から	124
第3節	嗜癖行動を促進する機能と女性嗜癖者の生活世界	130
	(1) 服従圏の形成	
	(2) 症状への耽溺	
	(3) 身体の見え	
	(4) 孤立化	
	(5) まとめと考察	
第4節	生活への適応を促進する機能と女性嗜癖者の生活世界	144
	(1) 症状の知覚(awareness)	
	(2) 身体のカ( body care)	
	(3) 社会化	
	(4) 親密圏の創造	
	(5) まとめと考察	
第4章	女性嗜癖者の回復を可能にする	
	フェミニスト・ソーシャルワーク	159
第1節	フェミニスト・ソーシャルワークとは何か	159
	(1) フェミニズムとソーシャルワーク—欧米の場合	
	(2) 日本における社会福祉とジェンダー—研究という視点から	
	(3) 日本における「フェミニストカウンセリング」という援助	
	(4) 本論におけるフェミニスト・ソーシャルワーク	
第2節	女性嗜癖者へのフェミニスト・ソーシャルワーク	175
	(1) 支援の開始と契約	
	(2) 回復過程に対応するフェミニスト・ソーシャルワーク	
	(3) 「安全の構築期」におけるソーシャルワーク	
	(4) 「主体の獲得期」におけるソーシャルワーク	
	(5) 「親密圏の創造期」におけるソーシャルワーク	
	(6) 中断および終結	
第3節	フェミニスト・ソーシャルワークにおける	
	援助者のポジショナリティ	199
第4節	フェミニスト・ソーシャルワークの適用範囲	204
第5章	結 論	211
文献		219

## 第1節 問題意識

1970年なかばのアルコール関連問題による入院患者の男女比は30:1で、圧倒的に中年男性が主流であった(樋口・松下 2002:125)。しかしその後、入院だけでなく外来通院で治療を受ける女性嗜癖者の数は増加していった。樋口(2011b: 6)は、近年アルコール問題を抱え、医療機関を訪れる患者のなかで増加が著しいのは、高齢者と女性であると述べている。また、アルコール依存症者のセルフヘルプグループであるAA(アルコホリックス・アノニマス)が隔年ごとに行っている調査によれば、2007年時点で女性メンバーは25.2%に達しており、メンバーの4人にひとりが女性である時代を迎えた(AAメンバーシップサーベイ 2007)。さらに2002年の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査によれば、覚せい剤症例の25%が女性という状況である(尾崎 2003:23)。

ところで本研究が対象とするのは「嗜癖」である。嗜癖とは国語辞典によれば「～に耽る、耽溺する」という意味だが、本論で筆者は嗜癖を次のように定義する。「嗜癖(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。嗜癖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。信田(1999:41)によれば嗜癖には物質(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)、行為あるいはプロセス(買い物やギャンブル、摂食行動など)、人間関係(共依存とよばれる依存症者への過度な世話焼きなど)の3つがある。

その「嗜癖」を代表するのが先のアルコール依存症だが、それが病いとして援助の対象となって日本では40年あまりが経過した。そして、当初圧倒的少数派であった女性が、今では治療を受ける人の4人にひとりとなるまでに増加したのだが、アルコール依存症の治療モデルは現在にいたるまで一貫して中年男性を想定して作られたものが使われている。しかし大嶋(2004a)は、従来アルコール依存症が長年にわたる習慣的飲酒期間を経て、ある種のライフイベントをきっかけに発症するといった疾患枠組みを女性に援用することが出来ないと指摘した。むしろ女性は自らの記憶を消そうとしたり、過酷な現実からの一時的な離脱を求めるといった、はっきりとした“目的をもって”、いわば意図的に飲酒するのである。従ってアルコールがいかに身体を蝕み生命を脅かすか、あるいは失職といった社会活動の制限やそれに基づく経済的困難などのリクスへ繋がるかといった従来の治療導入における援助者の説得は、女性の特徴を正確に捉えたものになっていない。大嶋(2005:5-1)はアルコールに限らないさまざまな女性の嗜癖行動を指して「自己治療としての嗜癖」と述べた。しかし、このような捉え方は援助者の間で残念ながらスタンダードとはなっていない。

また、女性が嗜癖問題そのものを主訴に治療を求めるとは限らない。筆者は摂食障害を行為あるいはプロセスの嗜癖と捉えるが、アルコール依存がなければ心療内科や一般精神科で栄養障害の改善に重点を置いた治療を受けている。また、自傷行為が止まらない、処方薬の過剰服薬で救命救急などへ搬送される女性はいずれも「嗜癖問題を抱える人」という視点から診療を受けることは少ない。しかし食べ続けることで安心を得ようとする、自傷の痛みで苦痛の感覚を吹き飛ばす、あるいは処方薬でずっと眠ったままの状態を保とう

とすることは、まさに自己治療として繰り返されているうちに、本人がコントロール喪失に陥るといった“嗜癖”である。

小林(2011:749)はアディクション(嗜癖)の問題を背後に抱えた10代の患者が、一般の精神科医療機関を受診するケースが決して稀でなくなりつつあるという。そしてインターネットや携帯電話の普及が進み、それまでのように非行グループの集団凝集性を維持する儀式として嗜癖が使われていた時代から、むしろ単独で孤立したまま、何らかの「生きづらさ」に対処しようとして独自の物質乱用パターンを形成する時代へ突入したと述べる。

女性たちの多くがライフサイクルのなかで、それなりの適応を見せている時には嗜癖行動が問題視されることはない。ところが、時間の経過と共に嗜癖行動そのものがエスカレートし、顕在化することで初めて“問題”となる。あるいは親世代の嗜癖問題に巻き込まれ、ネグレクトの被害者である女性が、その「痛み」を逃す目的で自傷行為を繰り返すといった「世代間を連鎖する嗜癖問題」として現れることも稀ではない。また、DV被害女性がその恐怖を紛らわすためにアルコールを乱用し、音に過敏となって不眠が続くために睡眠剤に依存するうちに、眠るためではなく、意識をぼんやりさせるのに薬を使う事例は、支援者の間ではよく知られている。

このように、援助者側が嗜癖というフレームを持たないと問題は見えて来ない。そして、女性がなぜそのように様々な嗜癖問題を抱えるに至るのか、あるいは嗜癖問題がどのように女性の生活を蝕んでいくのかという特徴を押さえた研究が、現在の日本では不十分であると言わざるをえない。またその特徴を治療に反映させる取り組みは、これまでほとんど行われてこなかった。加えて、嗜癖問題は医療だけでは簡潔しない生活問題でもあるから、ここでは「治療」だけでなく、医学的治療を含めた包括的な援助モデルが重要であることを合わせて指摘し、以下、嗜癖問題に関わる治療および生活支援を統合する用語として「援助」と表記する。

当然のことながら、ジェネラリスト・ソーシャルワークにおいてジェンダーは、アセスメントの変数として挙げられているが、たとえば嗜癖問題の援助においてそれが十分使われていると言い難い。もしジェンダーに配慮しているなら、中年男性の治療／援助者モデルがそのまま女性嗜癖者に援用されることはないだろう。また、女性嗜癖者への援助をジェンダーの視点と交叉させることで組み立て直せていたなら、次世代に嗜癖問題を引き継がせてしまうリスクを回避することが出来たのではないかと考える。従って、こうした様々な嗜癖問題を抱える女性の特徴を捉え、それを反映させた援助モデルを構築することが急がれる。しかし仮にそのような援助モデルが出来たとして、それは全ての女性に共通なのだろうか。女性嗜癖者はひとくくりにするのできるのだろうか。

先に嗜癖を代表するものとしてアルコール依存症を挙げ、専門治療が始まって40年あまり一貫してその治療モデルは中年男性を想定していたと述べたが、そのスタイルには大きなほころびが見え始め、課題が生まれている。宮川(2010:63)は、久里浜アルコール症センターでの臨床を背景に、ほろびが見え始めた理由を、患者層の価値の多様化によって集団の凝集性が生まれづらくなったこと、つまり同じアルコール依存症であっても発症契機や断酒への動機づけは様々で、ひとくくりと同じ援助枠組みを当てはめることの難しさを述べている。また、樋口(2011b:7)が指摘するように、定年退職を機に昼間から飲酒する、あるいは認知症と関連して飲酒コントロールが効かなくなる高齢者(60歳以上)のアルコール問題は、中年男性の治療モデルであった心理教育、内省、運動療法といった入院治療と、抗酒剤服用とセルフヘルプグループへの参加を柱とする外来通院治療をそのまま援用出来

なくなっている。加えて若年者を中心とした薬物依存症の治療では、アルコールを主体とした嗜癖の効用と覚せい剤を中心としたそれでは明らかに異なるため、同じ心理教育を用いることでは効果が期待出来なくなっているという。このような状況をふまえ、松本をはじめとする臨床医は、中枢神経系への刺激を誘発する薬物依存症に特化した集中的外来治療プログラムとして開発された Matrix Model の日本における定着を目指して、全国の医療機関や矯正施設に対してその普及に努めている(松本・小林 2008, 松本・小林・千葉ほか 2010)。

このように援助モデルとは本来その対象の特徴に相応なものであるべきだが、これまでの援助の中心であった男性についても、その特徴をあまりに一般化し過ぎたために、現在は十分に機能していないことが嗜癖問題に関わる専門職に共通の認識となっている。女性嗜癖者の援助モデルを構築していく際に、こうした同じ過ちを繰り返さないことが重要である。筆者は精神科医療機関で、約 10 年間をアルコール・薬物専門病棟の担当ソーシャルワーカーとして勤務した。その後地域で、被害体験を背景にもつ女性の精神障害者を支援する NPO を立ち上げ、生活支援をおこなっている。25 年あまりにおよぶ実践で、多くの女性嗜癖者を援助して来たが、彼女達は自らを縛る抑圧に対して適応を続け、結果としてその抑圧から離脱する方法として、いわば自己治療的に様々な嗜癖対象を利用してきたという共通点が見られた。しかし一方で、そこに至るまでの経過を丁寧にみていくと、その抑圧がどのように構成されているかによって彼女達の抱える困難には異なる特徴があることが分かった。そこで抑圧の特性を援助事例および聞き取り調査の分析を通じて描き出し、その特性を 2 軸 4 象限に分類して示した(大嶋 2004a:104)。だが女性嗜癖者の類型化に使った抑圧の 2 軸に関しては検討が不十分であり、なぜ抑圧の特性がその 2 軸によって描き出せるのか、またどのような手順で行うのかについて示せず、課題として残った。しかし援助者が女性嗜癖者をひとくりにせず、その個別性を理解するための指標を示すことは重要ではないかと考える。

さらに女性嗜癖者の特徴を明らかにし、類型ごとに異なる援助のポイントがあることを示すことは、従来とは異なる新しい援助モデルを生み出していく必要へとつながる。しかし援助モデルの生成にあたって、まず女性嗜癖者がよくなる＝回復するとは何を指すのか、つまり援助のゴールが描けなければ援助を組み立てることは不可能である。この点について大嶋(2005:5-9)は、従来の援助モデルが描く回復像が就労による経済的自立ということに対して、女性の場合に家庭内役割への復帰を充てるとすれば、それは彼女達が抑圧からの一時的離脱を求めて嗜癖を使ったその環境へと彼女達を押し戻すことになる旨指摘した。だからこそ、男性とは異なる回復像を描き出すことが求められる。

ところで大嶋(2004a:151)は、女性嗜癖者の聞き取り調査と援助実践から、回復を支える鍵概念として「身体」と「親密圏」の二つの視角が見えてきたと述べた。ここでいう「親密圏」とは斎藤(2003:213)による、「具体的な他者の生/生命-とくにその不安や困難-に対する関心/配慮を媒体とする、ある程度持続的な関係性を指すもの」である。そして、回復とはこの「身体」および「親密圏」が本人の生活においてどのようなものとして認知され、あるいは変化するのかについて整理した(大嶋 2010:14)。そこで女性嗜癖者の回復について大まかな見取り図を示すことは出来たが、先の二つの視角をどのように援助の場で生かせばよいかについては言及出来なかった。嗜癖問題を援助する場としては、医療やセルフヘルプグループの重要性が繰り返し指摘される(樋口 2006, 竹元 2008, 和田 2008, 宮川・樋口 2010)が、女性嗜癖者の援助においては医療もセルフヘルプグループも「身体」と「親

密圏」という視角を十分に生かしていると言いが、それは何故か。

まず「身体」について考えてみる。

医療では物質(アルコールや覚せい剤といった薬物)嗜癖のように身体への影響が大きい場合には、当然だが医学的な治療をおこなう。そして嗜癖行動の誘因となる不安やストレスについてそれを認知し、嗜癖とは異なる対処によって軽減することを目標とした精神療法(個人療法と集団療法を基本とする)をおこなうのである。一方で医療は検査結果に現れないだるさや月経をめぐる痛みを積極的に取り扱わない。医療における「身体」とは、あくまで正常値を基準として機能するものとして捉えられる。従って治療とはそこから大きく逸脱する部分の改善を目的としている。しかし大嶋(2010:12)が指摘する女性嗜癖者の回復にとっての「身体」とは、数値化出来ない痛みやだるさが、しらふになるとありありと感じられてしまう“生身の身体”である。なかったことにしてきた「身体」の存在に気づき、嫌悪感を持ちながらもケアし、自分のものとして引き受けていく過程を援助することが重要になる。

またセルフヘルプグループでは、メンバーの語りを通じて嗜癖行動に付随する独特の身体反応や影響が共有される。時には自己流の解毒方法、あるいは緊急時の身体処置などが伝授される。しかし他方でセルフヘルプグループは、時に女性の「身体」が男性メンバーからは評価される対象としての「身体」として、嫌でも意識させられる場になることが多い。本来セルフヘルプグループの有効性とは、嗜癖行動という共通体験の確認や再発防止のための自己点検にあるのだが、女性嗜癖者の「身体」は、その場にとってこうした目的を遂行する障壁となる。例えば男性メンバーによる嗜癖に伴う性行動の体験が、自己内省ではなく女性メンバーを意識したからかいや自己の力(パワー)の誇示として語られるようなことがあると、セルフヘルプグループは女性嗜癖者にとって“安全な”場と認識出来ない。また女性メンバーにとっては女性としての“生身の身体”を極力周りに意識させないという、男性メンバーには求められることのない努力が必要になる。従って、女性嗜癖者が「身体」という視角をセルフヘルプグループのなかで生かしながら、自らの回復の状態を確認することは困難である。

次に「親密圏」についてはどうだろうか。

医療とは、通常一般的な他者を援助の対象とし、医学という専門知に基づいて行われた援助に対して社会制度を通じて対価が支払われるということから考えれば、親密圏の対局に位置する「公共圏」である。従って、医療従事者による患者に対するケアと配慮は親密性に基づくものではなく、専門職の倫理や技術に裏打ちされた労働と認識してよい。しかしここでわが国における精神科医療の特殊性について考えておく必要はある。それは日本が1983年の宇都宮病院事件を契機として国連より世界人権規約への違反を勧告され、それまでの精神病患者の精神病院への隔離収容政策が社会的入院を生んだことを反省材料としながら、地域生活移行支援へと大きく方向転換したことと関連する。つまり、医療機関は治療の場であると同時に、患者にとっては「生活の場」である。斎藤(2003:219)によれば、精神病患者は社会のなかで場所を剥奪されて来た人である。その共通の体験という意味からは、そこ(精神病院)にいるのは一般的な他者ではなく、人称性を帯びた他者であり、まさにその生への配慮と関心が患者の“間=あいだ”に存在する側面を否定出来ない。したがって精神病院という医療の場は、公共圏でありながら、同時に親密圏でもあるといった二重性を帯びた場所といえる。しかし、こうした精神科医療の特殊性は無視出来ないもの、そこは退出の自由を本人に委ねてはいない。また本来は生活の場でもない。このよう

に考えると、医療という場で「親密圏」という視角が生かされるのは難しいという結論になる。

これに対して嗜癖当事者によって運営され、相互交流と相互援助をおこなうセルフヘルプグループはどうか。斎藤(2003: v)は「親密圏」の新しい諸形態として、それが心身の病いや傷、老い、障碍、依存症、DV や児童虐待などそれぞれの仕方で生の困難を抱える人々とその周囲に形成されつつあると述べる。そして「親密圏」の現れがそこに居る人たちにとって自己の存在を承認という形で決定づけるという。アルコール依存症者のセルフヘルプグループであるAA(無名のアルコール依存症者の会)は、まさにそのような場として1935年、アメリカオハイオ州のアクロンにて始まり、現在まで多くのグループが活動を続けている。しかし筆者は、セルフヘルプグループが嗜癖問題からの回復に寄与することについて全く異論を持たないものの、こと女性嗜癖者の回復において重要視される「親密圏」という視角が、セルフヘルプグループでは十分に生かされないと考えている。その理由として「親密圏」における政治性がある。斎藤(2003:229)はそのひとつとして被縛性をあげているが、それは「親密圏」における関係性が個々の意見のやり取りや感情の応呼の積み重ねによって形成されるだけでなく、相手からの痛切な生に関する必要な欲求に曝されることを回避出来ないことを指している。その意味で、「親密圏」としてのセルフヘルプグループは、単に個々人が嗜癖行動を止めるだけでなく、そこに集う人々の間＝あいだに巻き起こる感情や具体的な生に関わる欲求に、“巻き込まれる”ことは避けられない。それはまた、自らが制御できない他者の感情に曝されるということでもあり、その感情を幾分かは受け止めそれに反応を返すという応呼が繰り返されてはじめて親密圏はお互いの現れを引き出す空間になる(斎藤 2003:230)。しかし女性嗜癖者が抱える困難のひとつに、「人との関係性における安全な距離が分からない」ことがある。

また、従来「親密圏」における身体性＝物質性は、性愛の次元に還元されることが多かった。セルフヘルプグループにおける承認と安全の感覚は、女性嗜癖者にとってそこで出会う嗜癖当事者との親密性と結びつき、それがすぐに性愛を伴う関係へと発展する場合がある。するとセルフヘルプグループという「親密圏」からはむしろ離れて、2人の閉じられた関係性へと撤退してしまうことが起こりかねない。つまりセルフヘルプグループは親密性を強調するが故に公共性が及びにくい場所であるからこそ、他者の介入を難しくするという政治性をもつ。このような「親密圏」のもつ逆機能が、セルフヘルプグループに集う嗜癖当事者の間で十分に共有されているとは言い難い。そのためセルフヘルプグループは、「親密圏」の現れとして重要なものでありながら、女性嗜癖者の回復を考える時に、その逆機能を射程に置いておかなければならないのである。

以上のことから、「身体」と「親密圏」という視角を生かして女性嗜癖者の回復を進めるには、医療やセルフヘルプグループだけでは不十分である。筆者は「身体」と「親密圏」という二つの視角に共通する「生活」に根ざした援助の場が必要と考える。だとすれば、具体的にどのような場であれば二つの視角を生かすことが出来るのかを示す必要がある。そして援助の場が示されるだけでなく、そこではどのような援助が展開されるのかも、その枠組みと同時に呈示されることが重要である。

ここまで嗜癖問題を抱える女性とは、いわゆる嗜癖という枠組みを援助者が持たなければ「見えない問題」として看過されてきたこと、そしてこれまでの援助の中心であった男性とは異なる特徴をもつこと、にもかかわらずその違いに配慮した援助が組み立てられてこなかったことなどについて述べた。また、女性が嗜癖問題を抱えるに至る過程には、暴



力被害や社会関係からの孤立, また経済・文化・文化資本からの排除といった現実があることを鑑みると, 嗜癖問題とは Sanders (2009:1)が言うように, 女性に対する構造的なジェンダー不平等がもたらした「フェミニスト・イシュー」である。

吉田 (2002:171) は, これまでソーシャルワークにおける価値と倫理をめぐる議論に, ジェンダーという視座を反映させるための具体的努力を, 研究者も実践者も担って来なかったと批判した。筆者は吉田の批判を重く受けとめ, ともすれば女性の個人的な問題とされてきた嗜癖問題を社会的な文脈のなかで捉え直し, 新たな援助の場を示し, その“場”を支える援助モデルを構築することに, 今日的な意義があると考ええる。

## 第2節 研究の目的と方法

本研究における問題意識から導きだされた目的は二つである。

第1に, 女性嗜癖者の有り様を「ジェンダーのレンズ」で捉え直すことである。

具体的には女性嗜癖者をひとくくりで見るとはならず, 大嶋 (2004a) でおこなった女性嗜癖者の類型化を手がかりに, 新たに女性嗜癖者の類型化過程を明らかにする。また, 類型ごとの名付けによって, 援助すべき困難性を明らかにしていくと共に, それに対応するアセスメント方法を整備する。

また, 女性嗜癖者への援助実践から, 女性が嗜癖問題に引き寄せられるのを促進するシステム, また嗜癖問題を遠ざけ生活に適応しようとするのを促進するシステムについて明らかにする。システムの解明は, 女性嗜癖者の生活を構造的に把握することを通じておこなう。これまで当事者の語りによって断片的にしか掴めなかった生活世界の全容を描き出すことが, 本研究における中核的な部分であり目的となる。

そして女性嗜癖者は嗜癖からどのような回復過程を辿るのか。また女性嗜癖者にとっての回復とは, 彼女らの生活の有り様がどのように変化することなのか。それを従来の回復概念, 回復過程との対比において述べていく。

第2に, 女性嗜癖者に対する独自の援助モデルを提示することである。

ジェンダーの視点から捉え直した女性嗜癖者の現状とは, 類型化, 回復過程, そして生活構造的な全体像の把握によって描き出される。次にそれを具体的な援助方法へと結びつけていく。従来のジェネラリスト・ソーシャルワークでは, ジェンダーの視点を反映させることについて記載はあるものの, 中心的アプローチではない。従って, 本論ではむしろジェンダーの視点を分析の柱として援助を構築していく作業をおこなう。こうした援助モデルを「フェミニスト・ソーシャルワーク」(以下 FSW)として, 本論で明らかにした女性嗜癖者の回復過程に対応した FSW の具体的展開方法について述べる。

日本におけるソーシャルワークでは, これまで「婦人保護事業」の長い歴史があり, 困難な状況にある女性の援助を行ってきた。また日本では, 草の根のフェミニスト達が女性たちの抱える困難に対して, 「フェミニストカウンセリング」という手法で, 同じ女性として抱える苦しみをもとに語り合い, 「個人的なことは政治的なこと」という第二波フェミニズムのスローガンと共に実践を繰り広げてきた。こうした経緯についても整理し, 従来のソーシャルワーク実践に欠けていたものを示すと同時に, フェミニストカウンセリングの限界を指摘しつつ, その発展的統合を試みる。そして, 筆者が本研究を通じて生み出した FSW の概要について述べると共に, その概念を図示化する。

最終的に FSW は, 女性嗜癖者たちに対して何をもたらすことができるのかを結論として述

べていく。

次に研究の方法である。

本研究は嗜癮問題の現場の実践によって獲得されたデータを用い、仮説生成と検証、評価を繰り返しながら、テーマを演繹、帰納的な作業の継続によって明らかにする、質的な実証研究である。また仮説生成にあたり、これまでの先行研究をレビューし、特に先行研究では十分言及されていない事柄や、また分析枠組みに課題があるといったそれぞれの限界を乗り越えるべく、近接学問領域の知見も取り入れた。また筆者が本論で提示する FSW については、この領域の先進国であるアメリカやカナダの専門誌や文献、あるいは当事者による手記などを参考にすると同時に、日本におけるエンパワーメント・アプローチの研究(栄 2003, 2005, 2006)とナラティブ・アプローチ(野口 2002, 2004, 2009a)に依るところが大きい。

### 第3節 論文の構成

第1章は嗜癮問題における性差について、その現状を先行研究レビューと最新のデータから明らかにする。まず ICD-10 と DSM-IV の診断基準を整理しながら、そのなかで嗜癮がどのように記述され「何を治療すべきもの」として認知されているかについて概観する。そして医学的診断の言葉ではない「嗜癮」を使う理由について述べる。

第1節では女性嗜癮者が男性とどのような点で異なる特徴をもつのかについて、先行研究レビューをおこなう。

第2節ではわが国における嗜癮問題が、どの場所でどのように援助されているかを紹介する。従来の援助機関の歴史的背景や抱えている課題を示し、女性嗜癮者への援助という点では包括的な視点を持ち得なかった経緯について整理する。そして筆者が新たに「生活支援共同体」と命名した援助の場が、従来の援助機関の限界をどのように超えるものであるかについて言及する。

続く第3節では嗜癮問題に対する援助について取り上げ、援助における性差について述べる。嗜癮問題は、産業革命期以降のアルコールの大量生産が可能になったことと時期を同じくして問題化したが、ここでは Conrad & Schneider (1992=2003)、野口(1996)、進藤(2006)を参照しながら、嗜癮問題が医療化されていく経過について整理していく。そして嗜癮問題の援助における性差をまとめるとともに、それは新たな援助モデルの構築を必要とする根拠となることを述べる。

第2章では女性嗜癮者の類型化と回復過程について整理する。本章はこの研究における最初の核となる部分である。

第1節は本研究の対象を規定すると同時に、データ獲得場所やその方法、倫理的配慮などについて述べる。

第2節は女性嗜癮者の類型化である。まず1項で類型化の意義と目的、2項では女性嗜癮者の類型化に関する先行研究レビューをおこなう。3項では類型化のプロセスについて説明し、続く4項にてその結果を提示する。さらに5項でそれぞれの類型に対応するアセスメントについて整理する。

第3節では回復過程を明らかにする。まず1項で従来の回復概念について先行研究レビューをおこない、続く2項で大嶋(2004a, 2010)による女性嗜癮者の回復に関する鍵概念である「身体」と「親密圏」について述べる。3項ではその鍵概念をもとに回復過程を「安

全の構築期」,「主体の獲得期」,「親密圏の創造期」の3期に分け,それぞれの特徴について整理する.

第3章は女性嗜癖者の生活世界を描いている.

第1節ではこれまで嗜癖当事者の生活に関しては,「お決まりの転落物語り」をもって生活ぶりを理解したかのように思われていたが,本当にそうなのかとの問題意識と,嗜癖当事者の生活については地域生活支援の視点から描かれたものがないという橋本(2002)の指摘をうけて,実際に女性嗜癖者が嗜癖に近づいていく時と,逆に嗜癖から遠ざかろうとする時とでは,生活がどのような構造となっているのだろうかという疑問から,生活の全容を捉えようとする.

第2節では生活の構造的把握をおこなうにあたって,渡邊によるブルデューの生成論的構造主義を生活構造論に援用するという論考,および江原(2000, 2006),盛山(2011)らの先行研究レビューをおこなう.

第3節は嗜癖問題を増進する機能と女性嗜癖者の生活世界を描く.嗜癖行動が促進される時に,ミクロ,メゾ,マクロが相互に直接相互作用を起こすのではなく,「変化の作用の束としての機能」が別があり,それとミクロ,メゾ,マクロとが相互作用を起こしているのではないかという仮説を検証する.

第4節は生活への適応を促進する機能と女性嗜癖者の生活世界を描く.女性嗜癖者が回復し始め生活を再構築していく時に,適応機能はどのように現れるのか.獲得データを読み込むことから適応が促進されるための作用を抽出する.

第4章は女性嗜癖者の回復を可能にするFSWについて提示する,本論の中核部分である.

第1節ではまずFSWが,ソーシャルワークの歴史においてどのような位置を占めてきたのか,欧米を中心に吉田(1996, 2001, 2002)の論考を参照しつつ整理する.次に,日本では杉本が福祉国家,福祉社会をジェンダーの視点で捉え直す作業を精力的に行っているが,ここでは何が明らかになってきたのかを整理していく.

第2節では女性嗜癖者へのFSWの展開について述べる.1項では支援開始前に何が起こるのかと契約について,2項ではFSWで展開される援助の全体像を図示する.続く3,4,5項では女性嗜癖者の回復過程の3期に対応するFSWを,筆者の実践を中心に記述する.そして6項ではFSW援助の中断および終結について述べる.

第3節では援助者のポジショナリティについて述べる.FSWでは,クライアントとの対等性を重要視するが,「対等性」とは権威者側からでなく立場の弱い人が感じられて初めて意味をもつ.その立ち位置の重要性について言及する.

最後の第4節ではFSWの適用範囲について述べる.本研究の対象は女性嗜癖者であるが,筆者の実践においては,すでに暴力被害女性に対して同じ実践モデルを使い,効果を得ていることについて触れる.

第5章は結論である.

本研究における成果を5点にまとめ,それを柱としながら先行研究との比較において本研究がもたらした新しい発見やその独自性についてまとめた.最後に今後の研究における課題と展望について触れる.

以上が本論文の構成である.

## 第1章 嗜癮問題における性差

本章では本稿の研究テーマである女性嗜癮者を、嗜癮問題における性差という点から描き出す。

第1節では「依存症」という医学的診断の概念で何がどのように捉えられてきたかについて先行研究レビューをおこなう。WHOが定めるICD, およびアメリカ精神医学会が定めるDSMという診断基準による「依存症」とは何に依るのかを整理する。次に、現象を社会との関連性において広角的捉える「嗜癮」という概念で整理されてきた事柄に関して同様に先行研究レビューをおこなう。そして、「依存症」および「嗜癮」に関してこれまで研究されて来たなかで、性差がどのように発見されたかについて整理する。そのうえで本稿では、「依存症」ではなく「嗜癮」を概念として採用する理由について述べる。

第2節ではわが国における嗜癮問題への取り組みについて整理する。これまで医療、治療共同体、そしてセルフヘルプグループの3つが嗜癮当事者の援助を行ってきたが、それぞれの機能と課題について述べる。そして、それぞれの機関において女性嗜癮者はどのように援助されてきたかを概観する。同時に、その3つの機関が抱える課題を乗り越える、より生活支援に重点をおいた援助の場が必要になることについて論じる。具体的には、筆者が実践し命名した「生活支援共同体」について、その特性と役割について紹介する。

続く第3節では嗜癮問題と援助について整理する。嗜癮問題は精神科医療においてこれまで治療の対象外として周辺化されてきた。その背景を逸脱概念との関連において述べる。それは日本のみならず欧米においても同じ歴史的経緯を辿る。この経過のなかで、むしろどの精神保健領域よりも早く当事者活動が興り、それが後にセルフヘルプグループ活動へと開花した。嗜癮問題における医療化と、セルフヘルプグループによる当事者活動は、それぞれが補完的な関係を保ちながら現在に至る。医療化は免責性や治療主体としての自己と深く結びつく。ここでは女性嗜癮者の置かれている状況における課題について述べる。

そしてまとめとして、嗜癮問題がこれまで中年男性をモデルとして語られ援助されてきたが、女性はそれとは異なる特徴を持つからこそ、従来の援助モデルをそのまま女性に適用することは女性のエンパワーメントにならないことを問題提起する。そして嗜癮問題における性差を、新しい援助モデルに反映させる必要について述べる。

### 第1節 依存症と嗜癮

#### (1) 定義および診断の基準

日本における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(2006:117)は加藤を引用しながら、日本に精神病院が出来て間もない1883年には、アルコール問題を抱える患者が「嗜酒狂」という病名で入院していたという。ところで嗜癮という言葉は一度WHOによって採用されながら、その後棄却される。その経緯は、加藤と吉野(2002:22)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。1点目は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点目は使用量の増加傾向、3点目は薬物の作用に対する精神的(心理的)依存と身体的依存、そして4

点目が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, 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. そして身体依存とは, 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. また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, 嗜癖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年に嗜癖を廃し「依存症」という用語を使うことを決定したのである.

では病いとしての「依存症」は, 現在どのように定義されているのだろうか.

一般に精神疾患に関する診断基準として使われているのは, WHOが出している

ICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems =精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン)と, アメリカ精神医学会が定めた DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders=精神疾患の診断・統計マニュアル)のふたつである. 前者は第10版が, 後者は第4版-Text Revisionが最新である.

日本では精神科医がDSM-IVを使用することも少なくないが, 公文書(例えば障害者自立支援法による「自立支援医療」の申請を行う場合)にはICD-10における診断名が採用されている. 越野(2010:271)によれば, どちらかといえばプライマリーケアではICD-10が用いられることが多いとし, 両者の違いを次のように整理する. それによれば, DSM-IVは複数の施設での治療を含めた共同研究が可能になることをめざしており, 均一な疾患群を選ぶことが優先され, specificityを重視し, また個々の診断基準が厳格である. さらにエビデンスの集積にそって改訂される. 対してICD-10は国際的に使用されることを想定している. そのため診断基準は複雑になりすぎないように作られ, かつ身体症状を優先し, sensitivityを重視しており, また改訂も少ない.

まずICD-10からみていく.

病いとしての「依存症」として, おそらくもっともわが国でポピュラーなものはアルコール(エチルアルコールという薬物)だが, ICD-10では「精神作用物質使用による精神および行動の障害」と称される. 表1-1には, 松本(2010c)が整理したものを示した. ICD-10では9種類の精神作用物質を「依存症」の対象としており, それぞれの物質に対応して物質を摂取したことによる直接的な薬理作用がもたらす病的状態から, その影響が消失した後にみられる病態までを含み, 疾患としての幅が大変に広い. また表1-2には, 加藤と吉野(2002)が整理した診断基準を示した.

次に DSM-IV-TR についてみていく.

美馬(2010:128, 下線筆者)の整理によれば, DSM が有名になったのは 1980 年の第 3 版(DSM-III)からで, 診断の信頼性を高めるために精神分析ではなく精神疾患の記述に徹する編集方針に切り替えた. 第 2 版ではアルコール依存と薬物依存と二つの項目に分かれていたが, 第 3 版ではそれを「物質関連障害」としてまとめた. そのうえで物質乱用(物質使用による社会的・職業的な障害, 一ヶ月以上の持続)と物質依存(耐性獲得または離脱症候群)に大きく二分した. 以降 DSM-IV-TR まで本質的な変化はない.

DSM-IV-TR(2004:191)でいうところの“物質”とは表 1-3 に示した 11 種類である. また「物質関連障害」は, 物質使用障害(依存と乱用)と, 物質誘発性障害(中毒, 離脱, せん妄, 痴ほう, 健忘, 精神病性障害, 気分障害, 性機能不全, 睡眠障害)に分類され, すべての物質に共通して適用される. DSM の特徴は ICD と比較すると, 物質誘発性障害に関してかなり広範囲なカテゴリーにわたる記載があることである. なかでもアルコールと鎮静剤・睡眠剤・抗不安剤に

関してはすべてのカテゴリーに印がつくことから、使用障害が結果として多くの精神症状を引き起こす点が特徴的である。しかもこの2種類の物質はいずれも合法薬物であり、後者に関しては、薬局で自由に購入出来るものと、医師の処方箋に基づいて入手されるものに大別される<sup>1)</sup>。後述するがわが国における嗜癖問題への対策がアルコールを中心としているのは、このような物質としてのアルコールがもたらす影響の大きさを背景としていると言えよう。

表1-1 ICD-10における「精神作用物質使用による精神および行動の障害」

精神作用物質	病態の種類	病態をグループ分けしたもの
F10. アルコール	F1x. 0急性中毒	A:物質の <u>直接的薬理作用に関連する病態</u>
F11. アヘン類	F1x. 1有害な使用	B:物質使用 <u>そのものに関する病態</u>
F12. 大麻類	F1x. 2依存症候群	B:物質使用 <u>そのものに関する病態</u>
F13. 鎮静薬, 睡眠薬	F1x. 3離脱症状	C:物質の <u>直接的薬理作用に関連してみられる病態</u>
F14. コカイン	F1x. 4 せん妄を伴う離脱症状	C:物質の直接的薬理作用に <u>関連してみられる病態</u>
F15. カフェインを含む 精神刺激薬	F1x. 5精神病性障害	C:物質の直接的薬理作用に <u>関連してみられる病態</u>
F16. 幻覚剤	F1x. 6健忘症候群	D:物質の <u>直接的薬理作用の消退後にみられる病態</u>
F17. タバコ	F1x. 7残遺性および遅発性 精神病性障害	D:物質の直接的薬理作用の 消退後にみられる病態
F18. 揮発性溶剤	F1x. 8他の精神および 行動の障害	
F19. 多剤使用	F1x. 9特定不能の精神および 行動の障害	

出典 松本(2010c:71) 下線は筆者

表 1-2 依存症候群の診断基準 6 項目

<ol style="list-style-type: none"> <li>1 飲酒・薬物摂取したいという強烈な欲求・強迫感(渴望)</li> <li>2 節酒ないしは薬物制限の不能(抑制喪失)</li> <li>3 離脱症状</li> <li>4 耐性の増大</li> <li>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)。</li> <li>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。</li> </ol>
--

(\* 診断基準は 6 項目のうち 3 項目を満たすこと。 出典 加藤・吉野 2002 : 7)

表 1-3 DSM-IV-TR における物質の分類に関連した障害

	依存	乱用	中毒	離脱	中毒せん妄	離脱せん妄	痴呆	健忘	精神病性障害	気分障害	不安障害	性機能障害	睡眠障害
アルコール	×	×	×	×	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
アンフェタミン	×	×	×	×	I				I	I/W	I	I	I/W
カフェイン			×								I		I
大麻	×	×	×		I				I		I		
コカイン	×	×	×	×	I				I	I/W	I/W	I	I/W
幻覚剤	×	×	×		I				I*	I	I		
吸入剤	×	×	×		I		P		I	I	I		
ニコチン	×			×									
アヘン	×	×	×	×	I				I	I		I	I/W
フェンシクリジン	×	×	×		I				I	I	I		
鎮静剤 睡眠剤 抗不安剤	×	×	×	×	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
多物質	×												

出典 DSM-IV-TR(2004:193)を改変

\*フラッシュバックを含む。

I：中毒中の発症， W：離脱中の発症， I/W：中毒中か離脱中のどちらかが注記される

P：その疾患が持続性である

フェンシクリジン：麻酔薬の一種であり一般には入手出来ない。

次に診断基準だが、DSM-IV-TR では表 1-4 のとおりである。

診断基準における ICD との際立った差異はないが、DSM では 3 つの項目が同じ 12 ヶ月の期間内で起こることを明記している。ICD ではこの点については特に触れられてはいないものの、現実には依存状態にある場合は該当する項目が同時に観察される場合がほとんどである。また物質乱用に関しては、社会的役割を果たせない、身体的危険があっても使用する、法律上あるいは対人関係上の問題を抱える、のうち 12 ヶ月の同じ期間内にひとつ以上の項目を満たしていることとされている。

表 1-4 物質依存の診断基準 7 項目

(出典 DSM-IV-TR 2004:197 を改変)

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1.耐性(使用量の増加または同量での効果減少)がみられる。</li> <li>2.離脱(その物質に特徴的なもの,または離脱症状の軽減もしくは回避目的の使用)がみられる。</li> <li>3.使用当初の予測を超えた大量,かつ長期間,かつ頻回な使用がある。</li> <li>4.使用中止または制限をしたいという持続的欲求または努力の不成功がある。</li> <li>5.その物質入手に必要な活動,たて続けの使用,使用からの回復に必要な長い時間がある。</li> <li>6.使用のために社会的,職業的,娯楽活動を放棄または減少している。</li> <li>7.精神的・身体的問題が、使用によって持続的かつ反復的に起こっていることを知っているにもかかわらず、使用を続ける。(診断基準は 7 項目のうち 3 つが同じ 12 ヶ月の期間内のどこかで起こること)</li> </ol> |
|---|

2010年には、2013年に発表予定のDSM-Vの第一相実地試験版(ドラフト)が発表されたが、それによると物質依存と物質乱用の区別がなくなり、それらを統合した11項目の診断基準のうち2項目以上を同じ12ヶ月の期間内で満たすこととされており、物質関連障害に含まれる範囲が広がることになると予測される<sup>2)</sup>。美馬(2010:130)はDSMに含まれる範囲の拡大によって治療の対象となりえる範囲が広がることを考慮すれば、これは物質使用に対する医療化の拡大であると指摘する。

このように「依存症」については物質、とくに依存性薬物に関して診断基準をはじめ広範囲な病態が定義され記述されていることを概観した。しかし離脱や耐性といった身体依存のない「依存症」に関してはどうなのか。ここではその代表として病的賭縛と摂食障害についてとりあげる。

まず病的賭縛に関しては、ICD-10では「習慣および衝動の障害(F63)」,DSM-IV-TRでは「他のどこにも分類されない衝動性の制御の障害」に規定されている。診断項目では両者に共通するものとして、(1)合理的動機の欠如、(2)自己および他者の利益の侵害、(3)行動の反復性、(4)衝動の自己制御不能があげられ、病的賭縛の他に間欠性爆発性障害、窃盗癖、放火癖、抜毛癖がある(小野・中山2009:262)。

賭博(ギャンブル)は合法であるため、どこから病的とみなすかについては明確にはなっていない。ICD-10がその指標を「明確な不利益にも関わらず中止できないほど抑えがたい衝動性」としているのに対して、DSM-IV-TRでは、「賭博(ギャンブル)への掛金が増える」、「不安の解消といった目的を有していること」、「止めると落ち着かない」など「禁断症状」について触れており、かなり具体的な診断基準を示している。また帯木(2010:88)は、病的賭縛者のセルフヘルプグループであるGAが始まったのは1957年だが、GAは独自に20項目に及ぶ診断項目をつくり、会合の前にメンバーで読み合わせを行うという。ちなみに20項目中7項目にチェックがつくと、病的賭縛者である可能性が極めて高いとされていると述べる。

なおDSM-IV-TRには含まれていないがGrantとKim(2003=2003:15)は、「衝動制御障害」としてギャンブルだけでなく強迫性行動と買い物依存症を含め、診断と治療の必要性を説く。訳出した岩崎(2003=2003:248)は同書の解説において、衝動制御障害は日本では“依存症”(アディクション)と呼ばれているとし、物質、プロセス、対人関係と依存症を分類したうえで「衝動制御障害」はプロセス依存症に相当すると述べる。また岩崎(2003=2003:249)は、アメリカでも日本でもこれらプロセス依存症に関しては病いであるとの認知が遅れており、したがって病的賭縛の場合にも、医療機関ではなく司法関係者に支援を求め、借金の返済をすませると一件落着とするのが常であると言う。帯木(2010:229)も、同じ賭博であってもパチンコとスロットは警視庁、競馬は農林水産省、競艇は経済産業省と管轄省庁が多岐にわたり、包括的な支援や、ましてや予防などは叶わないと課題の大きさを指摘する。

次に摂食障害だが、西園(2010b:序)によれば、日本では40年以上の治療や研究の歴史があるにも関わらず、その中心は心身医学やあるいは思春期精神医学の領域であったという。近年の有病率の高さに加えて、当事者の年齢や病理の多様化に、現在では治療や研究がとて追いつかない状態であるという。また現実の臨床では様々な精神疾患を併発していたり、長期化する事例への生活支援、あるいは症状を抱えながら学業に復帰したり、就労するといった具体的な社会参加の援助など、精神医学の援助技術が生かせる対象でありながら、積極的にこの問題に関わろうとする精神科医は少ないと述べている<sup>3)</sup>。

まずその疾患の特徴と診断基準についてだが、水田(2010:319)は摂食障害とは強いやせ



願望と肥満恐怖, 体重や体型によって自己評価が極端に左右され, 特有の認知の歪みおよびそれに関連した食行動異常を特徴とする疾患であるという. そして若年女性に好発で, 極端な食事制限や自発嘔吐, 下剤の乱用などを主症状とする拒食症と, 過食を中心とする過食症に大別される. ICD-10 と DSM-IV-TR でもこの二つを中心とする点では共通だが, 診断範囲は ICD-10 の方が広い. また拒食症と過食症では病型間移行がまれならず見られるという. そのため水田 (2010:320) は, 症状に貫いてみられる体重・体型へのとらわれやこだわり, それらによって左右される自己評価といった点に注目する必要があると述べる.

以上, 現在の精神医学における「依存症」がどのように定義され, 診断基準としてはどのように整理されているのかをみてきた. それによって明らかなのは, 序章の最初で嗜癖問題を物質, 行為あるいはプロセス, そして人間関係に分けたが, 物質に関しては何を対象にするか, どこから「依存」というレベルで捉えるか, どのような関連疾患が観察されるか, そしてどの疾患とは鑑別する必要があるかが明確になっていることである.

また物質依存の実態は欧米とは異なり, 日本では治療の対象となる物質依存の大半をアルコールが占めている<sup>4)</sup>. そしてアルコールの場合には, 物質そのものがもたらす薬理作用の深刻さ(急性中毒による死亡)から, 離脱期におこる精神症状のやっかいさ(後期離脱期における振戦せん妄), そしてアルコールを止めたとしても残ってしまう障害(痴呆, 睡眠障害など)まで実にマイナス要因の多い物質である. しかし社会においては, 生活のあらゆる場面で気軽に用いられる物質なのである.

またアルコールに関しては, いきなりアルコール依存症として精神科に治療を求めてくる訳ではない. 多くは内科医を初めに訪れているのだが, 内科医が ICD-10, DSM-IV-TR に精通し診断を行って精神科医に繋げているとは考えづらい. またアルコールと同様に物質使用から離脱症状, そして後遺症の重篤さという点では, 日本における覚せい剤(どちらかという时使用時の幻覚が危険), そして市販の鎮静剤や医師の処方する向精神薬がある. しかし前者については司法の対象となっており, 診断基準が思うように生かされていない感がある. また向精神薬に関しては, ようやくその依存性が問題視されるようになったばかりである.

次に行為あるいはプロセスへの依存として, ICD-10 および DSM-IV-TR に病気として認められている病的賭縛(ギャンブル)と摂食障害を取り上げた. いずれも身体依存はないが, やはり物質依存と同様に診断基準が整理されている. 特に摂食障害に関しては, 精神科医のなかでも双極性障害や広汎性発達障害などと並んで, 治療法や支援方法の研究が臨床の現実には何とか追いつこうとしていることが数々の研究から窺える(松木・鈴木 2006, 香山 2007, 西園 2010a, 2010b, 水島 2010a, 福井・増田 2011 など).

しかし病的賭縛のところでも述べたように, 行為およびプロセスへの嗜癖は, この他にも買い物(衿野 2003), 性行動または恋愛(岩崎 1999), インターネット(渋井 2003, 加藤 2009), 自傷(Turner 2002=2009)などが研究され, あるいは臨床場面で報告されている. ただ, これらはいずれも病気として診断基準が確立されたものではない.

また人間関係に関する嗜癖については, 病気としてそれ自体を治療の対象とするより, 嗜癖当事者のまわりに「共依存者」(主に家族)として存在し, 彼らに表面的には翻弄される形(嗜癖によって生じた問題の後始末をするなど)を取りながら, 別の観点からは嗜癖当事者を支配(共依存者がいなくては, 嗜癖当事者の生活が成立しない)している. 信田 (2010a:45) はこの状態を「生存戦略」と呼び, “力” と “ケア” と “責任” というキーワードを使って, 共依存を次のように説明する. すなわち, 他者をケアすることにエネルギーを

注ぎ、時間をかけて「愛情」、「世間」、「常識」という隠れ蓑をまとめて不定形の自分を膨張させ、ケアの名を借りた力と支配の行使が共依存であるという。そして信田(2010b:47)は、この共依存という生存戦略は自覚されることを回避し、日本の家族におけるドミナントな価値観との融合において新たな支配に変貌すると述べる。そして「母が重い」という娘たちの絶望と共依存の不滅は通底していると指摘する。

これに対し、1980年代半ばから共依存に関して多くの著作があるアメリカのセラピストである Beattie(2009=2011:016)は、共依存を「特定の他者の行動に左右されて、自分は相手の行動をコントロールしなければならないという強迫観念に囚われている」と定義した。しかしこの定義には、人が大切な家族を心配し世話を焼くこと自体を病理とみなす側面がある。したがって Beattie(2009=2011:019)は先の定義に加えて次のようにいう。共依存症とは、ごく普通の行動が度を越してしまう、一線を越えてしまうことだが、それには動機が隠されているため自覚が困難である。しかし、もしその一線を越えてしまったなら引き返せばいいのだと。

このようにみていくと、「依存症」という医学的診断基準は、精神病やアルコール依存、薬物依存といった、社会学的な研究対象であった「逸脱」の「医療化」と結びついていくことになる(進藤 2006:32)。しかし「依存症」として診断基準をもつに至らないそれ以外の嗜癖問題は、「逸脱」のまま社会では偏見に晒され、支援を求めることが難しい状況に置かれることを意味する。ただし「医療化」批判、あるいは再考の議論もある(例えば山本 2010:188)が、これについては第3節で詳しく触れることにする。

いずれにしても、コントロールを喪失する習慣的な行動によって、社会生活が破壊されていくのは全ての嗜癖問題に共通するものだが、その治療や援助の難しさは、その「嗜癖というところの在り方」の本質をつかむ難しさである。

## (2) 性差に関する先行研究

本項ではまず、樋口と松下(2002:125-128)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、スティグマ、家族の7点から整理したものをもとに、女性嗜癖者の特徴について先行研究を整理する。

### ①有病率

厚生労働省「患者調査(H20年)」によれば、入院患者に占める「精神作用物質使用による精神および行動の障害(アルコール使用に依る精神および行動の障害を含む)」の数は4.2%、外来では1.8%を占めるに過ぎない。入院では統合失調症の占める割合が56.2%、外来では気分(感情)障害の占める割合が34.7%(平成22年度障害者白書p255)だから、嗜癖問題はそれとの比較で考えれば、精神科医療のなかでも対象疾患としては少数派に属することがわかる。

統計では男女比が表記されていないものの、アルコール依存症者に関して言えば、2007年には男性患者5に対して女性患者1にまで拮抗してきた(樋口 2011b:7)という指摘をあてはめて考えると、すべての患者数に占める女性の数が推測できる。また太田(2006:27)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。

次に薬物嗜癖に関する状況についてだが、和田・尾崎・近藤(2008:122-125)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。和田ら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。また和田・尾崎・近藤(2008:128)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。

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(2003:23-26)によれば、2002年のデータでは覚せい剤症例の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。また有機溶剤症例の8割以上が男性で、大麻症例については全てが男性であった。なお睡眠薬・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。鎮咳薬症例における性比は3:1と男性優位で、平均年齢は21.6歳であった。

しかし薬物嗜癖を抱える女性は医療機関だけでなく、矯正施設でも処遇されている。平成22年度犯罪白書では、覚せい剤取締法違反で入所受刑者数6,086名のうち女性は789名であり、入居受刑者総数に占める覚せい剤事犯が21.5%なのに対して女性入所受刑者総数に占める覚せい剤事犯の割合が36.4%に及ぶと報告している。この36.4%の覚せい剤事犯のうち年齢構成別比較でみると、29歳以下が22.1%、30～39歳が43.5%であるから、ふたつの年齢層で実に服役中の女性の覚せい剤事犯の65%を占めることが分かる(平成22年度犯罪白書P115)<sup>5)</sup>。

さらに若年層の場合は、女子少年院で処遇される。少年院入院者の非行名別構成をみると、平成21年に入院中の女子418名のうち、覚せい剤取締法違反が22.0%であり非行名別の第一位である。男子3,544名をみると非行名第一位は窃盗(39.4%)、第二位は傷害・暴行(17.8%)、第三位は道路交通法違反(8.8%)である。また女子の年長少年(入院時18～20歳)に至っては、覚せい剤取締法違反が43.2%を占めている(平成22年度犯罪白書P159)。これに毒物劇物取締法違反(有機溶剤やメタンガス、ブタンガス)を加えると、いわゆる女子の少年院入院者のうち薬物依存が占める割合は3割、年長少年の5割に達する。

このように日本では覚せい剤は違法薬物として取り締まりの対象ではあるが、強い精神依存を引き起こし、また神経毒としても健全な精神発達や精神活動を破壊するために、再使用に関しては「ダメ絶対」というスローガンで対応できるものではない。むしろ生活の安全と再建を第一にし、かつ並行して心理教育や認知行動療法、ソーシャルスキル・トレーニング等の治療的支援が必要である<sup>6)</sup>。しかしながら、その必要が認知され始めては来たもののアルコール依存症は医療化され、それ以外の嗜癖問題については異なる領域で、なかば放置されたままである。したがって女性嗜癖者が精神科治療を受けている人たちのなかで圧倒的少数であることをもって、支援対象としても少数であるとは断言できない。

次にギャンブルについてDSM-IV-TR(2004:640)は、男性の典型例では青年期早期、女性では人生の後半に始まること、病的賭博者の三分之一は女性だが(文化によってその比率が異なると触れたうえで)、女性の場合には抑うつ的になりやすく、避難するために賭け事をしやすいこと、セルフヘルプグループにおける女性の割合が2～4%なのは、女性賭博者に対し

てより強い偏見が向けられていることを反映していると性差についても言及している。

また摂食障害に関して DSM-IV-TR は、神経性無食欲症の 90%以上の症例が女性であり、徹底的な食量と内容を制限する型と比較して、むちゃ食いしては全部を排出する型では他の衝動性制御の問題があったり、アルコールや他の薬物を乱用したり、それまでに自殺企図の頻度が高かったりする傾向があるという (DSM-IV-TR2004:561 下線筆者)。対して神経性大食症も 90%は女性であり、抑うつ症状(例として低い自尊心)や気分障害、不安障害がみられる頻度が高い。神経性大食症のおよそ 30%は物質乱用や物質依存(特にアルコールと精神刺激薬)を発症する。そして精神刺激薬の使用は、しばしば食欲と体重を制御しようとして始まるという (DSM-IV-TR2004:567 下線筆者)<sup>7)</sup>。

## ②発症の背景

樋口と松下(2002:126)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。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さえある(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、幻覚剤などを指す。

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・松下 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(2003:24-25)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.

Briggs & Peppere11(2009:22-32)は思春期における嗜癖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)に嗜癖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という. また摂食障害の場合には, 思春期前期の発症が, 思春期後期の発症と比較して治療困難とされる. 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. 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癖化することや, 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癖問題として浮上すると述べている.

### ④身体合併症

樋口と松下(2002:127)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. 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 (2009:52-53) 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, 女性嗜癖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。

#### ⑤精神科合併症

篠田らの調査(2008:29-33)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があると述べている。

また Higuchi ら(1993:403-406)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。

Harned ら(2006:392)は, 心的外傷後ストレス性障害(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。

また Turner(2002=2009:26-32)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インへ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。

#### ⑥スティグマ

樋口と松下(2002:127)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。

大嶋(2004a:144)は女性嗜癖者に対するスティグマについて, 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。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 Cusack(1984=2002:6)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。

#### 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、夫の世話に戻る事が可能になる。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(2006:30)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。

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。大嶋(2004a:134-136)は、母娘関係における抑圧を軸のひとつとして、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。また斎藤環(2008)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。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。

以上、性差に関する先行研究を7項目にわけてそれぞれ概観した。ここで明らかになったことは、男性と比べ、女性は明らかに暴力被害や性役割葛藤といった明確な背景をもって嗜癖対象に近づいていくことであり、また身体的、精神的合併症が非常に重いために医療機関の介入が長期に及ぶことが避けられないことである。また、嗜癖問題を抱えることに対するスティグマが男性以上に強いため、女性の「恥」や「罪悪感」を強化させることが分かった。また、男性には必ずと言っていいほど、嗜癖行動を続けさせてしまう間違った助け方=イネイブリングをする家族がいるが、女性の場合には、そうした関係からも疎外されるか、あるいは早くに葛藤の多い家族を離れている(その経過で子どもから引き離される女性嗜癖者も多い)。そして、生活のために依存した男性からも嗜癖が原因で遺棄されるなど、支え手や協力者の乏しい状態である。

つまり女性嗜癖者とは、発症から回復の入り口まで何重にも不利な状況に追い込まれやすい存在であることが浮かび上がった。そうであるからこそ、援助は症状の消失(嗜癖行動が止まる)だけではなく、女性嗜癖者の生活全体を環境との相互関係で捉えながら、生活全般にわたった具体的なものでなければいけない。

### (3) 「嗜癖」概念を採用することの意味

ここまで整理してきたように、医学的診断の概念である「依存症」は、物質と行為あるいはプロセスの一部の嗜癖がそのなかに含まれ医療化されたが、それ以外のは放置されている。医療化それ自体の課題はあるとしても、少なくとも医療化によりその問題が援助の対象であることに対して制度的にも人々の心情的にも了解が得られる。

それに対して「嗜癖」が「依存症」概念と異なるのは、どこからを援助の必要なレベル

と捉えるかといった基準が曖昧である点に尽きる。それは特に行為あるいはプロセス、人間関係といったコントロール喪失に関して顕著である。例えば共依存という嗜癖に関して考えてみる。日本では、アルコール依存症と診断された夫の酒による逸脱行為の尻拭いを続ける妻の行為は、相手を助けるという行為を通じて自己肯定感を保持し夫の力を奪うとはみなされず、むしろ“内助の功”や“愛情に基づく犠牲的行為”として賞賛される。野口(1996:158)は人間関係のみに純粋に焦点をあてた理論がこれまで乏しく、生物学的あるいは精神力動的な基礎理論を離れて病理という判断を下すことのためらいについて触れると同時に、日本では、文化規範自体が共依存的であって、臨床家自身を含めてそれを問題視することが難しいと指摘する。したがって概念として使いにくい、実感としてしっくりこないということもある。筆者は序章の冒頭で嗜癖を、「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」と定義したが、こうした援助の必要なレベルの鑑別に関しては、「快の効力を失いかつあらゆる面で社会生活の遂行に障壁となる状態」を当事者の主観と、あるいは援助者の臨床で培った客観的な視点からの評価をつき合わせることで、その精度をあげることが可能と考える。むしろ目の前の問題を「嗜癖」というフレームでしっかりと鑑別し、援助し、その成果を積み重ねることで、制度的にも心情的にも援助の対象としての「嗜癖」という共通の理解へつなげることが重要ではないかと考える。

また筆者の実践経験では、女性がアルコールと他の薬物、ギャンブルなど同時に複数の嗜癖対象をもつ、あるいは次々と嗜癖の対象が移行するケースが多い。従ってこのような女性の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どうかは、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、快の効力を失っており生活を脅かす状態にあるのかどうかを見極めることが重要である。

さらに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。先行研究を元に女性の嗜癖行動が何を背景にしたものかという観点から捉え、医学だけではない包括的な援助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、その他の物質やプロセスへの嗜癖、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嗜癖対象を“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。その時に「渴望と強迫的な行為を包括する概念としての嗜癖」(加藤・吉野 2002:23)という概念を用いることにより、状況が適切に説明できる。

また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、コントロールを失うような嗜癖へと人を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(Schaeff 1989=1993:13-16)。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。筆者は、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)。しかし嗜癖という射程の広い概念は、女性の置かれている困難を横断的に捉えることを可能にすると思われる。その意味で筆者は、ソーシャルワークが「依存症」という概念より、現象をより環境との相互作用という観点からとらえることの出来る「嗜癖」という概念をより積極的に用いていく必要があると考え、本論では「嗜癖」を採用する。



## 第2節 わが国における嗜癖問題への取り組み

現在わが国において嗜癖問題に取り組む機関としては、医療、当事者主体で相互援助をおこなう「治療共同体」、そしてセルフヘルプグループ(以下 SHG)が中心である。この他に、各都道府県の精神保健福祉センターや保健所、市町村の障害福祉課といった行政、また、地域における生活支援をおこなう NPO も嗜癖当事者の直接援助にあたっている。

本節では嗜癖問題に取り組むこうした機関が、どのような観点から具体的にはどのような取り組みをしているのか、またその取り組みはどのような課題と限界を抱えているのかを先行研究から概観する。具体的には医療、治療共同体、SHG を取り上げる。そしてそれぞれの機関が女性嗜癖者に対して行う援助について、同じく先行研究や各種調査の報告書などを元に述べる。特に各機関で女性が援助を受ける場合の障壁について触れる。

次に筆者が現在実践している援助の場を、これまでの機関とは異なる視点と枠組み持つものとして新たに「生活支援共同体」と命名したが、この取り組みについて全体像を概説する。従来の機関が女性嗜癖者を援助する場合の課題と限界を乗り越えるべく生み出した、「生活支援共同体」の独自性とは何かについて述べる。

### (1) 医療

1963 年に国立療養所久里浜病院(現在は独立行政法人久里浜アルコール症センター)にアルコール専門病棟が誕生して以来、久里浜式 Alcoholism Rehabilitation Program (久里浜式 ARP)はわが国で広く行われて来た。宮川(2010:62)によれば、その内容は次のようなものである。

欧米での治療を参考にミーティングを中心にし、アルコール依存症患者が 3 ヶ月入院で同じ病棟にて集団生活することにより、内省が進むような治療構造を作った。そして退院後は抗酒剤の服用、SHG への参加、外来通院を「回復の三本柱」として推奨した。久里浜式 ARP は、同病院で医療機関向けの専門病棟研修を行っていることもあって、全国に浸透し、アルコール依存症治療のスタンダードとなった。また、アルコール以外の物質嗜癖やギャンブルなどの行為嗜癖の治療に関しても、治療の基本原則として久里浜式 ARP を援用するというのが一般的である。

しかし宮川(2010:63)は、この流れは病像の変化や治療理論の進歩によって変化しているという。すなわち、1990 年代に入って患者層が戦後世代中心となり、価値観の多様化によって以前のような集団の凝集性が生まれづらく、集団的処遇の利点を生かしづらくなった。そのためエビデンスのある、より幅の広い患者に対応できる治療を模索し、2000 年から ARP に認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy 以下 CBT)を取り入れた。また CBT は初回入院者を対象とし、複数回の入院者に対しては、より具体的な断酒継続のための CBT+コーピングスキルを加えたものとして「再飲酒予防トレーニング」を開発し、実施しているという。

このようにアルコール依存症に関しては、嗜癖問題の中核として治療プログラムが確立されつつあるものの、課題も多い。一度生じた依存は終生持続するとみられ、再使用によって病的な状態に逆戻りするため、「止め続ける」ことが必要になる。しかし宮川と樋口(2010:37)によれば、生活の様々な場面で生じる飲酒欲求によって再発し、治療から脱落する症例があり、入院治療例の退院後 1 年の断酒率は 20~40%とされている。また森田(2010:80)によれば、アルコール使用障害と診断された者のうち、その他の精神健康障害の

生涯有病率は37%と、それを持たない人の2倍近くだという。またアルコール以外の物質嗜癖に至っては、その他の精神健康障害の生涯有病率が53%にも達すると述べている。その精神障害別では不安障害、大鬱病、双極性障害、統合失調症、摂食障害、境界性パーソナリティ障害、PTSDなど多岐にわたる。すなわち、かつてのようにアルコール依存症だけを治療するのではなく、併発する疾患、あるいはそれに先行する他の疾患に対する治療も視野に入れなければ、嗜癖問題の解決が困難になる時代へと突入しているのである。

またアルコール依存症の治療において、解毒期、補助的にベンゾジアゼピンの使用が行われているが(長 2010:59)、その一方で妹尾(2010:78)が指摘するように、こうした処方薬を同時に2種類以上組み合わせる「多剤乱用」が問題視されている。森田(2010:80)は、処方薬嗜癖について病歴を丁寧にとり、物質使用時と使用の症状を、物質誘発性が独立したものかなどの鑑別をおこない、そのうえで本人の動機づけに合わせた柔軟な治療目標の設定が必要となると述べている。

多くの医療者が指摘するように、久里浜式ARPで強調されてきた「底つき体験からしらふの生活へ」という治療モデルから、アメリカでその有効性が確認された「motivational enhancement therapy(MET)」,すなわち否認とは闘わず、本人の飲酒行動に対する認識を広げながら、具体的かつ達成可能な目標を立て、成功体験を積み重ねるといった当事者の主体性を尊重する方法をはじめ、CBTなど複数の治療方法を組み合わせることが、現在のスタンダードとなりつつある(宮川 2010:65, 宮川・樋口 2010:41, 後藤 2009b:595, 森田 2010)。

それでは女性のアルコール嗜癖に関して、医療ではどのような研究や取り組みが行われているだろうか。

先述した久里浜アルコール症センターでは、女性患者に特化したプログラムを実施している。女性プログラムを開発および担当してきた藤田によれば(以下は、藤田氏に対する聞き取り調査の要旨である)、1990年まで入院病棟は男女混合で同一プログラムを実施していた。しかし、パーソナリティ障害や摂食障害といった合併症がある女性の場合には、同じ治療構造では思うような成果が上がらないという認識がスタッフ間に広がった。また、斎藤や波田らの女性嗜癖者に関する研究(斎藤・波田 1986)が始まっていたことも影響して、1990年より女性の入院病棟をスタートした。当時のスタッフは精神科医の他に内科医、PSW、作業療法士、心理士、看護師で、治療プログラムをこのチームで創り上げていった。

藤田は男性と同じプログラムを女性に転用することの問題点として、女性が否認よりも罪悪感を強く感じ、また自己表現の難しさを感じていること、病棟のなかで自治会役割を必死にこなし外泊時にも家族役割を期待されるなど、治療の主体となりづらいといった女性嗜癖者に特有の困難があると指摘する。そこでチームはジェンダーの視点、すなわち女性が抱える困難に着目し、1993年に大幅なプログラムの変更を行った。病棟での役割を廃止し、言語プログラムに加えて非言語プログラム(陶芸や革細工)を導入して、作業を通じたコミュニケーション力の賦活を試みたのである。また教育プログラムに婦人科講義を取り入れ、女性ミーティングではテーマを“断酒”ではなく“自分自身を見直す”というものにシフトさせた。

さらに2002年からは、女性の精神科医が担当医となることで、治療スタッフは全員女性となった。きめ細かい個別処遇を開始し、プログラムを補強する教材(外泊時の家族教育通信など)を開発している。2005年からはクリニカルパスを導入し、担当看護師制としPSW面接や心理テストも定例化した。またこの時期から、栄養士と薬剤師が治療チームに参加して

いる。このようにクリニカルパスの導入によって、よりきめの細かい治療体制が確立され評価基準も整備されたが、パスの目標は達成していても、退院後の断酒継続を阻害する要因の多さが判明する。

藤田はその具体的例として、女性嗜癖者の虐待体験や家族関係の不良、体力の低下、社会資源の不足(久里浜病院は様々な地域から患者を受け入れるが、女性嗜癖者の退院後のアフターケアをおこなう場所が少なく、その意味で地域との連携が難しいという)などをあげている。そして自身の実践を振り返るなかで、改革や変革は常に“困難な事情”から生まれたのが、取り組めば新しい何かを生み出す契機となってきたという。そして女性嗜癖者に対して安定して安全な治療環境(ハード面とソフト面)を提供し、彼女らのストレスに配慮した治療をおこなってきたのは、一人の人間として、女性嗜癖者を理解しようとする姿勢に貫かれていた、とまとめている(藤田 2002, 2009)<sup>8)</sup>。しかし残念ながら藤田のように女性特有の困難に着目したスタッフを中心に、チーム医療のなかで女性に特化した ARP を実施している医療機関は圧倒的な少数派である。

では女性嗜癖者に関する医療分野での研究についてはどうか。日本では後藤が、女性に共通する自己肯定感の低さ、養育者との関係不良を背景とする治療者への病的なしがみつきがあるため、援助関係から脱落する傾向があること、あるいは自己表現の手段を持たずに成長したことから生ずるコミュニケーションの不全について、それぞれ臨床報告と治療戦略について精力的にその成果を報告している(後藤 2007, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b)。

また後藤(2009a:37)は、女性依存症者のための特別な施設の意義を強調する。男性の眼があることで、自然に「女性らしく」振る舞おうとして、正直であるよりは取り繕う、当事者として自分の人生に向き合うより補完的な役割を担うことで、男性に保護してもらおうとする。後藤は男女混合の治療環境のなかで、こうした古い生き方をにわかに変えていくのは難しいとしている。しかし、いっぽうで後藤は、施設という環境を離れた時には、男性とのコミュニケーションなしに社会生活を送ることが出来ないという。したがって女性の個別のニーズに沿って、適宜男性も混在する環境提供が望ましいと述べている。また後藤自身が関与する、女性嗜癖者だけを対象とした「ロイス」と「オハナ」両施設は、次項で触れる「治療共同体」である。後藤は精神科医として、女性嗜癖者の回復が医療機関だけでは完結しないこと、特に摂食障害や境界性パーソナリティ障害者などの重複障害を抱えるという女性嗜癖者の特殊性を考えれば、援助者と安定した関係性が築けるかどうか、SHG のなかに自分の居場所を見いだすことができるかが重要だと述べる(後藤 2008b:363)。また後藤は、医療者の果たすべき役割として、「治療共同体」へ繋げていく際に CBT や自己主張トレーニング、集団療法を、支持的な個人面接と併用することの重要性を指摘する。これらの治療技法はいずれも不足しがちなコミュニケーション技能を補うと同時に、自己不全感に悩まされる当事者の自己肯定感を引き上げ、そのことが結果として治療からの脱落を防ぎ、医療からさらなる生活支援の場へ女性嗜癖者を押し出すことに繋がると述べている(後藤 2008b:363, 2009b:593)。

また女性のアルコール嗜癖については、摂食障害との併存率の高さが研究の中でも繰り返し指摘され、またその治療環境の設定や治療関係の取り方の難しさなどが述べられている(岩倉・世良・米沢 2007, 鈴木 2006, 小川・樋口・丸山 2008)。また中高年の女性嗜癖者(いずれもアルコール)への治療アプローチについては、心気障害とアルコール依存を併発した事例に対する森田療法の試み(新井・久保田・甲斐 2009)や、高齢期にさしかかる女性のアルコール嗜癖についての取り組みを報告したもの(吉野 2007)、女性アルコール依存症者へ

の音楽療法の取り組み(本間 2004)など、さまざまな年代や、他の疾患との併存事例に関する介入や治療技法の開発が行われて来た。ただし、これらはいずれも症例報告であり、従って治療が終了後の生活状況など、治療終了後に女性嗜癖者が抱える生活上の課題については触れられていない。

この他に飲酒運転の取り締まり、および自殺予防の観点から調査研究がなされているが、そのなかでの女性に言及しているところをみていく。

松下(2011:29)によれば、飲酒運転を起こすドライバーの特徴について、2008年に7500人を対象におこなった調査から、男性の30%、女性の8%に飲酒運転の経験があり、飲酒運転経験のあるものは飲酒開始年齢が早く、飲酒頻度が高く、またその量も多いと報告している。そして飲酒運転経験はアルコール依存症のスクリーニングテスト結果と相関しており、飲酒運転経験者で依存症が疑われる可能性が高いとしている。また松下(2011:409)は、米国での同様の調査との比較において、わが国では中高年の男性、若年の女性に飲酒運転を有する割合が高いことを指摘し、このグループにおける今後のアルコール関連問題が深刻化する可能性を示唆しているとして、十分な観察と早期介入の必要性を指摘している。

次に自殺予防だが、赤澤ら(2010:729)のおこなった全国の断酒会員を対象にした調査によれば、女性の方が自殺関連事象の経験率が高いことは先行研究の結果と一致しており、女性嗜癖者が重篤な一群であるとしている。また調査では、精神的健康に影響を及ぼす要因について、女性に関して意外な結果が出たと述べる。それは、「良好な健康状態」、「親のアルコール問題」、「年齢」が有意な要因として抽出された。この結果は、女性のアルコール依存症者の場合に、単に断酒会例会に参加するだけで良好な精神的健康を維持できないことを示しているという。筆者はこの調査結果と自らの実践と重ねあわせると、女性は嗜癖と並行して多くの困難を抱えるために、それらは断酒会というSHGで全て解決できる訳ではないことを意味していると考える。

ここまで医療におけるアルコール嗜癖に関する取り組みおよび研究、そして女性に関する特徴について概観した。嗜癖は医療化されることによって援助の対象になることについてはすでに述べたが、従って日本における嗜癖問題に関する先行研究のほとんどはアルコールに集中している。先行研究の数はぐっと少なくなるとはなるが、次にアルコール以外の薬物嗜癖、ギャンブル、摂食障害についてみていく。

まず覚せい剤などの非合法薬物への嗜癖である。

日本は覚せい剤への嗜癖を治療ではなく処罰の対象としている。但し第1節で述べたように、使用によって精神病状態(中毒性精神病)を呈した場合には、一部の良心的精神科医療者が援助を提供して来たというのが実態である(松本・小林 2008:173)。

多くの医療者が覚せい剤依存症者を忌避する傾向があるなかで、成瀬(2010:67)は、狭義の覚せい剤精神病の治療では、幻覚妄想や精神運動興奮に対して、統合失調症の急性期治療に準じた薬物療法を用い、薬物の渴望期には、精神療法や運動療法などを組み合わせ、さらにその後の安定維持期に至っては、行動変容のために疾病教育や行動習性プログラムを併用し、さらにリハビリ施設やSHGへの橋渡しをするといった、依存症としての対応を常に行うことが必要だと指摘する。また、こうした治療的関与は専門病棟でなくとも可能であり、ひとりの精神科医として向き合うだけでも治療的だと述べる。

また和田ら(和田・尾崎・近藤 2008:122)は、現在の日本は薬物嗜癖に関して、覚せい剤を基準に処罰の体系を整備して来たが、その影に、向精神薬作用を持ち、規制する法律がないために野放しになっている「脱法ドラッグ」が、急速に社会問題化していると指摘する。

そしてその脱法ドラッグをさらに上回る勢いで MDMA(覚せい剤の類似作用をもつ合成麻薬)の押収量が増加を見せている。つまり、今日の薬物嗜癖の特徴および傾向として、「ハードドラッグ」から「ソフトドラッグ」へ、「わが国独自型」から「欧米型」へ、そして「違法薬物」から「脱法薬物」へと変化しているという。さらにこの状況は、医療者に従前から対応の見直しを迫っていると述べる。和田ら(和田・尾崎・近藤 2008:122)はまた、依存症そのものに焦点をあてた医学的・医療的取り組みの開発と普及なしには、再乱用防止は前進しないと指摘する。

このような社会背景を追い風に、松本と小林は1984年に米国Matrix研究所のクリニックで開発された、中枢刺激薬(覚せい剤やコカイン)依存に対する統合的集中型外来治療アプローチ(少人数による集団療法)を日本版として開発し、2006年より神奈川県立せりがや病院にて Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)と命名して開始した(松本・小林 2008:182,)。松本らが開発した SMARRP の特徴は、従来の「底つき」を基調とするアプローチとは全く異なる観点をもつ。その特徴は次のように整理できる(松本 2009b:16)。まず認知行動療法を志向する SMARPP 独自のワークブックを使用することで、特別な訓練を受けた者でなくとも一定の集団療法の水準が保てる。そして週3回の外来通院で SMARPP を実施し(全28回)、週一回の尿検査を基本とする(結果は治療のためだけに使われる)。次に無断欠席があった場合には医療側から連絡をとり、参加者のプログラムからの脱落を極力避けるよう支持的面接を繰り返す。最後に参加者には飲み物などを自由に飲んでもらいながら、和やかな雰囲気を大事にするというものである。

SMARPP の効果について松本(2009b:17)は、参加者の薬物依存に対する自己効力感尺度得点が上昇したこと、SMARPP 実施者の依存症治療脱落率が実施しなかった者との比較において有意に低かったことを述べている。しかしプログラム終了後1ヶ月の調査においては、SMARPP 実施群と対象群との間に有意差はなかったとしている。しかし松本(2009b:18)は、このことがただちに SMARRP の有用性に疑義を示すものでなく、逆に SMARPP の継続性、つまり地域において機関が実施できる低コストな治療プログラムとして、普及していくことを期待しているという。SMARPP はその後少年鑑別所や少年院に入院中の少年に、自習型ワークブックとしても開発が重ねられ(松本・今井・小林ほか 2009d, 松本・小林・千葉ほか 2010)、各地に広がりつつある。

筆者は2007年に松本と小林による Matrix プログラムおよび SMARPP に関する研修を受講した。講師らによる講義と集団療法のデモンストレーションを受け、地域における継続性の高い治療アプローチとして NPO でも実施可能と判断した。しかし Matrix および SMARPP は、現在のところテキストの提供を受けることができるのは、尿検査等の実施と毎回時の評価報告が可能な医療機関、という実施条件があることから、札幌市の旭山病院アルコール・薬物専門外来プログラムとして導入するよう治療チームと協議を重ねた。その結果、2010年に旭山病院では SMARPP 導入を決め、筆者はグループリーダーとして SMARPP を実施した。また、NPO 法人リカバリーが運営する、「地域活動支援センターそれいゆ」通所メンバーが、同プログラムに参加している。この効果について岩野らは、参加者の集団療法への親和性を促進し、SHG への接近を容易にただけでなく、治療者側の士気を高めたことでプログラム参加者への関与を積極的にしたと述べている(岩野・益山・大嶋ほか 2010)。

覚せい剤などの非合法薬物への嗜癖については、治療自体を拒否されることが多いために、男女ともに医療機関を探すこと自体に困難を抱える。そのなかで Matrix プログラムの導入に関与し、自らもグループリーダーとしてプログラムを実践できたことの意味は大き

かった。しかしながら、ここでも同プログラムを実施する医療機関は全国で数カ所という現状である。女性が覚せい剤の使用または所持で起訴され、拘留中に弁護士や家族などから治療に関する情報提供を求められることは少なくない。しかしながら、医療では先の状況であるために、治療共同体やSHGに丸投げともいえる形で押し付けるというのが現実である。

しかし仮に女性が医療やMatrixプログラムに繋がることが出来たとしても、課題はある。筆者はプログラムのなかで、何度となく男性参加者による性に関する語りにも遭遇している。覚せい剤使用時の常同行為が男性の場合には性行為もしくは自慰、女性の場合にも性行為または掃除(鍋やガスコンロを磨き上げる)という体験で語られることは非常に多い。その場合に、こうした語りをどのように治療的なものとして取り扱うのか、援助者には細心の注意力が求められる。女性の参加者は自身の性被害を自罰的に捉え、薬物入手に伴う行きずりの性関係を深く恥じていることが多い。しかし男性の参加者はこうした女性の性行動を聞き、むしろ女性が性行為自体を嗜好しているからだ勘違いする。したがってプログラムではこうした誤解を教育的な手法で解いていかないと、女性を真にエンパワーすることにならない。また、テキスト自体はジェンダーに配慮した作りになっていないため、再使用リスクにおける女性特有の課題(例えば月経前の心理的な不安定さ、子育てに伴う孤立感など)はグループのなかでリーダーが配慮出来なければ見過ごされてしまう。このように少ない治療資源を活用することはもちろんだが、それに対して女性嗜癖者の特徴をどのように少ない資源に反映させ、実情に応じて改変するかは援助者の力量にかかっていることを指摘しておく。

次にギャンブルへの嗜癖である。これまではアルコール依存が回復していく途上に嗜癖対象がギャンブルに移行するなどして、依存症治療の境界に位置していたのがギャンブル依存である。しかし佐藤と宮岡(2010:240)が指摘するように、これまで関心が低かった精神医学の領域においても、この数年ようやく臨床報告が積み重ねられてきている。多重債務や自殺企図などの背景にこうしたギャンブル依存がある場合には、医療機関ではなく、弁護士や行政書士といった債務問題に関わる専門職や機関とも、嗜癖問題としてのギャンブルという理解を共有する必要がある。しかし現在のところ、こうした治療者と支援者を繋ぐ回路は未整備というのがわが国の現状である。

そしてアルコール依存のような身体管理が不要であるギャンブル依存の場合には、必ずしも入院治療が必要ではなく、職業生活と並行して夜間に参加できる集団療法の有用性が指摘されている(田辺2009, 星島・榎本・渡辺2008)。ギャンブル依存についてはAAの原理にもとづくSHGであるGAが全国各地で活動をおこなっているが、佐藤と宮岡(2010:240)は初めから当事者が自分の行為を病いとして認知することの難しさや、「言いつばなし、聞きつばなし」というミーティングの在り方に親和性を持つことが困難であると指摘する。その意味では、各都道府県あるいは政令指定都市に設置されている精神保健福祉センターや、保健所といった、公的相談窓口への電話相談といった敷居の低い経路が、当事者自身の否認を最も刺激しないものと考えられる。あるいはインターネットなどを使った情報提供や、専門の電話相談などで、早期に適切な介入を行うことが必要である。実際に2006年から、全日本遊技事業協同組合連合会の支援をうけて、パチンコ依存問題相談「リカバリーサポート・ネットワーク」が専門的な相談活動を行っている(西村2011)。

女性のギャンブル嗜癖について独自の援助をおこなっているのは、横浜に拠点をおく「ヌジュミ」である。「ヌジュミ」は当事者によって運営され、定期的に女性当事者のみ参加が

可能なミーティングと呼ばれるグループワークを活動の中心とする任意団体である。自治体からの助成金や会員、支持者からの寄付金収入などで運営されている。入所機能を持たずに通所型のみだが、これまでの活動実績にも関わらず自治体からはギャンブル嗜癖を「病気」とは認定し難いと財政的援助を断られてきた経緯がある。しかし、2010年度になってようやく単年度助成金の対象となり、今後の安定的な援助の提供が期待されている。しかし、「ヌジュミ」のような女性のギャンブル嗜癖に特化した機関は、わが国ではここだけである。

筆者は2000年から2009年までの10年間、札幌市内の精神科クリニックにおいて非常勤で相談業務を担当したが、主訴を抑うつ感とする女性患者のなかに夫のギャンブル嗜癖に悩む事例3例、自らがギャンブル嗜癖を抱える事例2例を担当した。この2事例はいずれも主婦であり、数百万円におよぶ借金を夫が返済している。SHGへの参加には拒否的であり、数回の参加に留まった。その理由について「夫はあそこまでひどくない」、「借金はするが給与のなかから返済出来ている」といった家族の否認や、「知っている人に会ったら嫌だ」、「アルコールなどに問題がないのに、社会の落伍者のようで不快」といった反応があった。逆に筆者のカウンセリングへの適応はよく、「安心して話せる」、「ここでは自分の失敗を批判されない」という語りがあり、ギャンブル嗜癖につきまとうスティグマの大きさと、それに伴うSHGへの橋渡しの難しさを実感した。

最後に摂食障害に関するわが国における取り組みをみていく。

摂食障害に関する国内の先行研究の蓄積は、アルコール・薬物依存と比較すれば相当な数に上る。2010年だけに限ってCiNiiで「摂食障害」のキーワードで検索すると、100を超える論文にヒットする。先述したように患者数の性差は女性9:男性1であるから、圧倒的多数を占める女性の摂食障害者に対して、どのような研究が、どのような領域において行われているかを見ることが、実はそのままそれに対するどのような取り組みが行われているかを知ることになる。

まずは学校である。発症の低年齢化が指摘されているが、従来は青年期に好発とされていたのが、14歳以下で発症する事例が増加している(伝田2010, 西園2010b)。伝田(2010:136)の調査では、これらの事例の多くにダイエットの既往がなく、また青年期の症例に特徴的な痩せ願望や性同一性をめぐる成熟葛藤などもみられない。むしろ不登校などの適応障害や抑うつ感があり、子どもは体脂肪の比率が低いこともあって、体重減少が急激な重篤状態を引き起こすなど注意が必要である。早期治療の必要性と、学校における対応(特に教員)の重要性を指摘する。また作田ら(作田・金谷・田副2010:110)は、摂食障害児の入院治療における心理士と小児科医の連携が重要であると述べる。

摂食障害がもっとも顕在化するのは青年期前期であるが、大学生に関する研究(矢澤・金築・根建2010)では、摂食障害者の高い目標設置や完全主義志向の高さ、また女性の身体イメージに関する認知形成などについて言及されている。

次に摂食障害は神経性無食欲症と神経性大食症の二極があるが、前者に関しては身体管理を必要とするため、医療機関がそれを担う。また抑うつ感、境界性人格障害、あるいはアルコール・薬物依存といった他の精神疾患を伴うかどうか、またその重篤度、慢性期なのかどうかによって、対応は一般内科病院、心療内科(行動制限療法あり/なし)、精神科(開放処遇)、そして難治例に至っては精神科閉鎖病棟での治療という段階で進んでいく。

先に摂食障害者は児童期からすでに発症する事例が増加しているものの、初めから精神科受診に至る訳ではなく、従ってさらにこの前にいわゆる小児科、あるいは家庭医(かかり

つけ医)といった医療機関を訪れることは想像に難くない。また切池(2010:107)は、自らの臨床現場である大阪市立大学病院精神科受診事例 2045 人(2002 年時データ)の摂食障害者の調査から、患者層が前思春期の低年齢層から結婚後や妊娠後の高年齢層まで広がりを見せ、増加していると指摘する。またそのような流れのなかで、職場で働く女性においても、摂食障害が増加していると述べている。このように従来の診療範囲を超えて連携(例えば産科)が必要になる事態が予見され、ますます注意を払う必要がある。

また、研究者の分野も医師や看護師をはじめ、教育学、心理学、栄養学、社会学など多方面にわたっている。このことは様々な角度から多面的な研究成果が積み重なるということになる。しかし西園(2010b:2-9)は摂食障害者の変化に対応した治療を提供できるよう、地域にさまざまな治療の選択肢があり、相互に紹介できるネットワークが構築されているわけではないという。また初期段階での治療が機関によってばらばらなことや、症状改善にともなう社会参加に関する専門支援の不足など、日本における摂食障害の治療には研究蓄積がうまく反映されていないと述べている。

こうした研究のなかで「嗜癖としての摂食障害」という見立て、あるいはアプローチを取ろうとする者は少数である(溝部 2010, 鈴木 2004)。鈴木(2004:359)は、神経性無食欲症も神経性大食症も「食べ物へのとらわれ」という点においては同じであり、つまりは嗜癖問題におけるコントロール喪失と、その状態に対する深い敗北感という点において共通であるという。また摂食障害を嗜癖と捉えることによって、アルコール・薬物依存との併発をうまく説明できると述べている。ただし、全ての摂食障害を嗜癖モデルで捉えることには限界があるという。身体状況が重篤なケースなどにはまず身体的治療が優先される。また嗜癖モデルでは集団療法を多用し強迫的反復行動やコントロール喪失からの行動修正をはかるが、そうでない場合には個人療法を基礎とした認知行動モデルなどが使われる。また鈴木(2004:360)は、嗜癖モデルでは女性嗜癖者の回復における、女性のアイデンティティの回復という課題に対しては無力であると述べている。

筆者が研究対象としている女性嗜癖者は、そのほとんどが摂食障害だけでなく他の嗜癖対象をもち、同時に精神疾患を併発する、最も支援が困難とされる事例ばかりである。彼女らの抱える嗜癖問題の中で、摂食障害の発症が最も早い。しかし西園が述べていたように初期の段階で適切に介入されることがなく、その後アルコール・薬物・買い物・恋愛と彼女達は嗜癖対象を拡大し、生活全般に支障をきたして重篤化していく。従ってここでは、彼女達が医療という枠組みの中で「食べ物へのとらわれ」を嗜癖問題という枠組みにせよ、家族システムの機能不全という枠組みにせよ、十分に理解され援助されてはいなかったという点について指摘しておく。

## (2) 治療共同体

永野(1997:186)によれば治療共同体の考え方は、20 世紀初頭にサイコドラマの理論を打ち立てたモレノによって発見されたという。モレノは病者間相互に潜在する治療的エネルギーを引き出すには、ある程度病気から回復した者(Ex-patient)が治療者(Co-therapist)として重要な役割を演じることを観察している。そして専門家の役割は、治療過程の触媒作用と調整にあるとしているが、病者相互の関係性に治療者が介入することで治療効果が生まれることを見いだした。永野はモレノの発見に、その後の当事者の相互援助による治療共同体理論の萌芽をみる事が出来るとしている。



引土(2010:70)は治療共同体の歴史的展開と独自性について、次のように整理している。まず治療共同体は基本的にセルフヘルプ機能を基盤としたアプローチで、医学や心理学、精神医学といったそれまでの嗜癖援助の主流に対するオルタナティブとして発生した。イギリスでは Jones らが精神病院内でおこなった、患者と医療職らの民主的な相互関係にやどるダイナミックスを治療共同体として展開していく潮流が生まれた。アメリカでは AA のメンバーである Dederich が入所型共同体としての「シナノン」を創設、治療共同体と呼ばれるようになる。その後アメリカ型の治療共同体モデルは世界に広がり、現在は世界 66 カ国で導入されている。

引土(2010:70)は WFTC(World Federation of Therapeutic Communities)の資料から、その定義の一部を次のように紹介している。治療共同体とは、物質乱用行動を止め、個人の成長を促進することを目的とする、薬物から解放されたセルフヘルププログラムである(下線筆者)。治療共同体モデルは 9 つの要素をもち、これらの要素は行動と態度の変化に共同体を活用するという社会的学習理論に基づいている。その 9 つの要素とは、積極的な参加、仲間からのフィードバック、役割のモデリング、個人の変化のための総合的な形式、共有された基準と価値、構造とシステム、開かれたコミュニケーション、個人間またはグループでの関係、独自の言葉の使い方、である。

しかし引土(2010:69)は、日本では治療共同体の効果やプログラムが先行して、その基本的な概念や実践モデルについて共有されていないという点から、本来的な治療共同体の実現には至っていないという。

筆者は先述の定義の前半部分がすでに日本で実践されている当事者主体の相互援助組織である「メリノール・アルコール・センター(MAC)」と、「ドラッグ・リハビリテーション・センター(DARC)」の援助に反映されていると考える。しかしアメリカ型治療共同体が提示する 9 つの要素全てを一定の基準において実施しているかという点では、そうとは言えない。具体的には構造とシステムに関しては一律にするのが困難であり、各地域の独自性(医療や行政との連携の実態)を反映したものにならざるを得ない。また個人の変化のための総合的な形式に関しても、アメリカ型治療共同体でよく使われる手法こそ一般的ではないが、従来のような体験談に終始するグループワークの他に、就労に関する支援や、感情をマネージメントするためのプログラム導入など、多様化の兆しは見えている。いわば WFTC の規定するフォーマットには沿わないかもしれないが、筆者は本論で日本の実情を反映した当事者主体による社会復帰施設である MAC および DARC を「治療共同体」として捉える。

MAC は 1974 年に埼玉県大宮市(現在のさいたま市)で始まり、DARC は 1985 年に東京で開設されている。日本においては嗜癖問題の援助に欠かせない存在として活動を続けており、2011 年 4 月現在、MAC は全国で 27 カ所(うち女性対象が 6 カ所)、DARC は 57 カ所(うち女性対象が 5 カ所)にまでその数を増やしている<sup>9)</sup>。

MAC および DARC のスタッフは、施設長をはじめそのほとんどがアルコール・薬物の嗜癖当事者である。当事者でありながら援助者でもあるという立場は、欧米では recovered(=回復過程にある)staff と呼ばれるが、彼らは同時にソーシャルワーク修士号や博士号、臨床心理学の修士号などの学位をもつ場合が多い。しかし日本では教育システムの違いから、当事者スタッフのほとんどがソーシャルワーカーとしての訓練は受けておらず、「自らの嗜癖当事者としての体験」をベースとした援助をおこなっている。

また MAC や DARC とは異なるが、次項で紹介する AA の回復原理に基づいて生まれた治療共同体として、寿アルク(対象はアルコール依存が中心・横浜市)やワンデーポート(対象はギ

ヤンプル依存・横浜市), サマリヤ館(対象はアルコール依存が中心・札幌市), そして女性嗜癖者を対象としたアロー萌木(仙台), ホームカミング(横浜市)などが活動している。

こうした施設では, ミーティングと呼ばれる言語による集団療法を活動の中心においている。いずれも最終的な目標は「しらふの生き方」を実践することであり, AA や NA, GA といった SHG に通い続けながら嗜癖問題に対して自らの無力を認めることを常にスタッフから助言される。これまで多くの回復者を排出し, 社会へと戻った元メンバーが今度は施設でスタッフとしてビギナーの援助にあたるという循環こそ MAC・DARC の神髄であったとあってよい。しかし宮川(2010:63)を引用して述べたように, 1990 年代に入って患者層が戦後世代中心となり, 価値観の多様化によって以前のような集団の凝集性が生まれづらく, 集団の処遇の利点を生かしづらくなった。こうした医療機関における変化は, そのまま MAC・DARC にも影響を与えた。また松本と小林(2008:173)が指摘するように, わが国では 50 年にもおよぶ覚せい剤乱用がありながら, いまだにこうした薬物依存に関しては司法による処罰と取り締まりを優先させて来た。精神医療は彼らを忌避するだけでなく, かろうじて覚せい剤依存者の中毒性精神病の治療を引き受けるごく少数の医療機関でさえ, その後はというところほとんど「DARC への丸投げ」とでもいうべき状況である。

1974 年大宮に開設された MAC は, 1978 年により多くの依存症者を受け入れるべく, 東京都荒川区にて「みのわマック」と改称した。さらに 1993 年には現在の北区に移転している。大矢と後藤(2009:48-50)は, みのわマックの 30 年以上にわたる実践を整理しながら, 1990 年代以降の変化とそれへの対応について次のよう整理している。

それによれば, 開設当初中年男性を援助主体としていたが, 現在は女性, 若年者, アルコール以外のアディクションの合併や発達障害との重複など多様化している。そのため, ミーティングを主体とした従来のマックプログラムと, 職員の経験的知識による手法を適用できない事例が出てきた。また AA の回復原理が十分に伝達できていないことや, 福祉政策の変化に伴うスタッフ業務の過重からスタッフ自身がバーンアウト(燃え尽きる)する事態が起こっている。したがってこうした変化に対応する手段として, 連携する米国の著名な治療共同体(ヘイゼルデン, セレニティーパーク, ドーンセンター等)のワークブックや援助手法を取り入れた, 新しいプログラムを構築しているという。なかでも大矢と後藤は, 利用者の自己表現を助ける手法としてのドラマセラピーに期待していると述べている。またみのわマックには女性専用の住居とデイケア部門がそれぞれあり, 同じような理念のもとで活動をしている。

一方 DARC はこの数年, 芸能人による薬物スキャンダルが相次ぐなかで, その存在がしばしば紹介されるようになった。この背景について重田は近藤らとの対談を振り返り次のようにいう。

薬物だけでなく広い意味での「依存」への社会的な対処が, 処罰なのか治療なのか, 回復支援なのか, それらの間での線引きが本当はそれほど簡単ではないのに, 恣意的かつ厳格に行われているために生じる問題がある。その実態は多様であり, 一人の人間のなかでも複数のものが結びつく場合も多い薬物依存を, 合法薬物→治療, 非合法薬物→処罰と線引きした。そもそも依存は司法による処罰や, 医者—患者関係における治療だけでフォローできない。だからこそダルクの重要性が際立ち, ダルクがやっているのは処罰でも治療でもなく「回復のプロセスにつきあい続ける」ことである(近藤・石塚・重田 2010:56)。

しかし DARC は嗜癖問題について語る場合に, 必ず引き合いに出されるなどその存在感を

次第に大きくしながらも、同時に課題を抱えている。近藤は、大矢と後藤が指摘したように、日本ではAAが回復原理としてきた12ステップの実践を、ミーティングを通じて手渡すことが不十分だと述べる。なぜならSHGからクスリを止め続ける特効薬を「与えてもらおう」とする“お客さん”が多く、グループのメンバーとなって役割を担うことで、生き方を変えていくような体験を好まない人が増えたのだという(近藤・石塚・重田 2010:66)。近藤はDARCには本部一支部のような縦関係を持ち込まず、徹底して横関係の中で応分の責任をお互いが分け持つシステムこそ、DARCの原点だと述べている(近藤・石塚・重田 2010:69)。またDARCを長く法律家として支援してきた石塚は、DARCの危機をNPO法人化したことにみる。つまり法人化は財政的安定をDARCにもたらし(障害者自立支援法に基づく運営には法人格が必須一筆者)、当事者スタッフの就労条件を向上させた反面、組織の維持自体が目的化し、組織に個人(スタッフと利用者)が依存する、従属する、という状況が生まれつつあるという(近藤・石塚・重田 2010:70)。

また、これまで当事者スタッフ主体で運営されてきたDARCだが、法人格を取得するに伴い理事等という立場で運営に関わる専門職が多いことも特徴である。あるいは医療だけでなく大学などの研究機関や保護観察所等の法務省管轄機関との連携によって、研究も行っている。近藤と和田はDARC退所者の1年予後調査を行い、予後を困難にする要因としてアルコールの常用期間の長さを指摘している(近藤・和田 2009:180)。

梅野らは2008年に全国のDARC入所者・通所者516名を対象とした大掛かりな調査を行い、特に心的外傷体験との関連における考察をおこなっている。欧米では虐待体験や暴力被害体験と女性の薬物乱用の相関については多くの知見が蓄積されているが(Ca11 2007, Najavits, L. M. 2002b, Brad 2010)、日本でこのような観点から調査が行われたのは画期的である。梅野らの調査(2009:631-633)によれば、DARC利用者の男性の実に72.6%、女性にいたっては88.9%に外傷体験があると報告している。また外傷体験をもつ利用者は、DARC職員との関係性に対する満足度が、外傷体験のない利用者との比較において有意に低いとされている。この結果について他者への信頼感を形成することの困難性が外傷体験をもつ利用者に高いこと、それゆえにダルクプログラムから連続した形での社会技能向上にむけた支援が必要であると報告は結論づけている。

次に、こうした治療共同体において女性がどのように援助されているのかをみていく。

先にMACが入所者の多様化に対応し、そのプログラム内容に変化を加えていることを紹介した。そして、MACでは女性専用の入所施設を運営していることについても述べた。東京の他にも、札幌、京都などに女性専用の入所施設がある。いずれも女性スタッフを配置し、プログラムとしては手芸や絵画といった非言語によるグループワークや、札幌女性MACでは、子育て支援に関する独自のプログラムを行っている。

こうした女性のみを対象とした治療共同体はどのような現状にあるのだろうか。ここでは本研究の研究対象としているダルク女性ハウスが2010年に、厚労省からの助成金を受けて、全国にある女性嗜癖者の社会復帰施設10施設(NPO法人リカバリーも調査対象だが、残る9施設は全て当事者主体の治療共同体である)を対象とした質問紙調査および聞き取り調査を行い、その報告をまとめている(ダルク女性ハウス 2011a, 2011b)ので、その結果を紹介する。

まず報告書では施設の抱える深刻なマンパワー不足と財政難というふたつの事実を描き出している。それによれば、今回の調査対象施設のほとんどは常勤スタッフ1~2名で多くの利用者を援助している。職員の拡充はしたいが資金が不足し対応出来ないと回答してい

る(2011b:14). 財源は障害者自立支援法によるサービス請求費の他に各種単年度助成金や個人の寄付金などが充てられている(2011b:14). しかし, 法人格をもたず任意団体のままで運営している施設が半数以上で, 利用者から徴収する利用料が, そのままスタッフの給与となるような場合も散見される(2011b:20). 施設利用者の多くは医療機関や福祉事務所などの関係機関から紹介されている(2011b:18). どの施設も利用者が抱える困難が次第に深刻となっていると述べる. 具体的には, 施設利用中のアルコールやクスリの再使用がある, 他の精神疾患の症状が再燃する, 自傷行為や自殺企図, 他の入居者に対する暴言・暴力など, どの質問項目にも「あり」と答えた施設がほとんどという結果になっている(2011b:18).

また報告書では, こうした施設が障害者自立支援法にもとづく施設へと移行するうえでの課題についてもまとめている. それによれば, 関係機関から紹介され, 当事者や家族が電話や来所で相談しても, 多くの時間を割かれるにもかかわらず, このサービスには対価が支払われない. 自立支援法のサービスを利用するには, 「障害福祉サービス受給者証」の申請が必要だが, 「障害者」という文言に違和感を覚える利用者やまだ医療機関につながっていない人は申請が出来ない. しかしやむを得ず支援をおこなった場合には, 全て施設側の持ち出しになってしまう. そして提出すべき申請書や報告書が多いだけでなく, 電子システムによる請求事務など1~2名の常勤で全ての事務処理は不可能であること, などが挙げられている(2011b:19-20).

また当事者スタッフが, 自らの経験にもとづいた支援をおこなう限界についても報告書では触れている. PTSD など特別なケアを必要としている利用者への対応や, 統合失調症や発達障害などの疾病および障害理解と, 嗜癖問題の回復支援をおこなうこと, 子どもを抱える利用者へのサポートなどはさまざまな社会資源と協同で支援していく必要があるが, その連携がうまく作れないことも課題であると答えている(2011b:26-27).

女性嗜癖者を受け入れる施設が生まれているとはいえ, その数はまだ圧倒的に不足している. しかもすでに運営している施設であっても, 不安定な財源と少人数でぎりぎりの支援を続けている様子が報告書からは伺われる.

治療共同体としての MAC, DARC は, それぞれに地域の関係機関と連携を持つとされる. そして施設には, 従来から嗜癖問題に取り組む医療機関との関係性を育んで来た経緯がある. しかしそのような背景がない地域で, 新たに立ち上がっていく MAC, DARC の実態を見ていくと, 医療や行政から嗜癖当事者を十分な動機づけもないまま「丸投げ」され, 医療と行政に都合良く利用されている側面がある. この傾向は次に述べる SHG にも見受けられる.

当事者スタッフに対応が無理な事例であっても, 行き場がないということだけで嗜癖当事者を彼らに押し付けることは, 当事者スタッフの「苦しんでいるビギナーを手助けすることが自身の回復」という考えに甘えることであり, 専門職にあるまじき行為といえよう.

しかし一方, 当事者スタッフを中心とした施設は, 複雑かつ多様化する嗜癖当事者の援助を, どこまで引き受けられるのか. そして治療共同体の回復過程における役割とは何か. その問いかけは翻って専門職の役割を問うことでもある. 欧米では医療機関にも治療共同体にも recovered と non-recovered スタッフの両方が働いていることが多い. 日本において嗜癖当事者が専門職として認知され, そうでないものと同等に働く環境が整うには, 教育や資格取得に関してまだ多くの障壁を乗り越える必要がある. しかし, そのことが可能になる時こそ, 改めて non-recovered である専門職は, 自らの援助の何を“専門性”とするのかが問われるはずである.

### (3) セルフヘルプグループ

久保(2004:7)によればセルフヘルプグループ(以下 SHG)の起源は1800年代の初めイギリスに遡る。特定領域では次に述べる AA の原型となった6人の飲酒者によって始められたグループがある。何らかの理由で社会から拒否されている「スティグマを負った人たち」が自分を受け入れてくれるグループの中で、人間的ニーズに出会うグループであるという。また SHG の定義としては Katz(1976)のものがよく知られているが、以下は久保(2004:14)による訳である。それによれば「SHG は、自発的に結成された相互援助と特定の目的の達成を狙った小グループである」と定義される。日本では嗜癖問題の SHG として断酒会と AA(Alcoholics Anonymous)の存在が最もよく知られている。

断酒会は1958年(昭和33年)高知県にて始まったとされるが、アメリカで AA の活動を知った山室武甫が日本にそのエッセンスを持ち帰り、日本版 AA を作ろうとしたのがそのきっかけであったという。しかし文化や習慣性の違いから AA の原則(組織化せずミーティングと呼ばれる“今、ここ”の集まりを活動の中心にする、匿名であることを貫く、メンバーの献金によって運営し完全に自立する)には依れないと判断し、組織化・非匿名・会費制という原則をもった「断酒会」を結成したのである。

全日本断酒連盟(以下全断連)の HP(<http://www.dansyu-renmei.or.jp/index.html>, 2011.4.1)によれば、平成23年3月に同団体は公益社団法人として認証されており、北海道から沖縄まで9ブロック、加盟断酒会/都道府県連合会は650団体にのぼる。組織化の原則にあるように、ブロック評議員会と全国評議員会が会員らの意見を反映するシステムとして機能し、同時に教宣部会、組織強化部会などの部会も理事会に進言できる組織体制となっている。また全断連は、さまざまなアルコール依存症に関する啓蒙活動、社会貢献事業に力を注いでいる。近年問題となっている自殺予防とアルコール問題の関係を明らかにするため、全断連が調査に協力している。その結果からは、全断連が抱える課題も浮かび上がる。

先述した赤澤ら(2010)の断酒会員を対象にした自殺関連事象に関する実態調査によれば、全断連に加盟する全国586カ所の地域断酒会の会員を対象に行われた。5422部が配布され、4629部(85.4%)が回収されている。この回収率の高さこそ、断酒会という組織体制が反映されたものと考えられる。うち有効回答4616部のうち女性が518名で、同居家族ありが回答者の8割、有職者がおおよそ5割である。回答者の半数が断酒5年以上であり、1年未満と答えたのは16%にすぎない。また親がアルコール問題を持っていたと答えた対象者が35.9%であった。なお調査対象者の平均年齢は60.2歳である(赤澤ほか2010:723)。この属性を見るかぎり、断酒会は中年の男性と、職業生活からリタイアした男性会員を中心に組織されており、筆者の実践感覚と一致する。

調査結果では、断酒会につながる前に自殺念慮の経験を持つ者は男性で2割強、女性で3割強と先行研究より低い結果となった。しかし赤澤ら(2010:729)は、これまでの先行研究では自殺のハイリスク集団としてアルコール・薬物依存症者が想定されるが、調査ではそれよりも低い結果が出た背景に、断酒会への定期的な参加が確立されていることや、断酒期間が影響しているとしている。

断酒会は会員全体の高齢化が確実に進み、北海道では都市部と比較して地方では特にその傾向が著しい。筆者が関与する北海道におけるアルコール関連問題に関する関係機関調査でも、地域断酒会が会員の高齢化を理由に休会に追い込まれたと返答するケースが目立った。

断酒会には「アメシスト」と呼ばれる女性会員のみの例会がある。平成 21 年度の事業報告ではアメシスト例会の位置づけを強化し、連盟の重点的な活動として推進するとしている。ところで筆者はかねてより断酒会に男性会員とその妻が夫婦で参加し、同じ例会に女性会員が同席して話しをすることに関して違和感がある。女性嗜癖者の多くが家庭内にさまざまな葛藤を抱え、そのなかでアルコールに耽溺し病的な状態に陥ったのだが、一方男性会員の妻は、夫のアルコール嗜癖に苦しみ家族の崩壊を避けるべく必死で夫を支える。家庭内での葛藤にさらされているという意味で女性たちは体験を分かち合えるはずだが、女性会員は家族に迷惑をかけたと詫げる立場、男性会員の妻は夫のアルコール嗜癖に苦しめられた被害者の立場にいる。そこで女性嗜癖者はどこまで自分の苦しさを率直に話すことができるのだろうか。「アメシスト」は女性嗜癖者にとって、通常の例会では話すことの出来ないそうした苦しさを吐露出来る場所として機能していると思われる。

次に AA (Alcoholics Anonymous) についてみていく。

AA は 1935 年、米国オハイオ州アクロンにおいて株式仲買人であったビルと外科医のボブの 2 人によって始められた。しかし White (1998=2007:125) は、AA 誕生の背景にはそれ以前から活動していたオックスフォードグループをはじめとする数多くの相互援助グループの存在が大きな影響を与えたという。そして、アルコール症に対する偏見を出来るだけ取り除こうとする社会的な動きが存在していたこと、そして禁酒法と経済不況のなかで当事者は本当に行き場を失っていたために、彼らが集まれるような場を必要としていたと指摘する。そして AA は自分たちの体験を互いに語り聴くということを通じて、しらふの状態を継続するというスタイルで各地においてメンバーを増やし、1939 年には回復の原理と会の運営について定めた『アルコホーリクス・アノニマス』(通称ビックブック)を刊行したのである。

この回復の原理といわれる 12 のステップ(表 1-5 参照)とは、コントロール喪失に陥ったアルコールに対して自分が無力であると完全に降伏することを受け入れるという第 1 ステップに始まり、アルコールから解放され新しい生き方を実践しているという回復のプロセスを、まだアルコールに苦しんでいる人へと伝えるという第 12 ステップで終わる。そして 12 ステップは一度たどり着いて終わりではなく、再帰的に自己点検のツールとして、嗜癖者の生活の細部に渡り照らし合わせるものである。

また会の運営について定めた 12 の伝統がある(表 1-6 参照)。それは AA という共同体があるべき方向性を示すとともに、グループの目的と方向性が逸れないように禁止事項について定めたものである。野口(1996:82)はそれをメンバー個人、グループ、外部という三つの次元に分けて考えると分かりやすいという。AA の最大の特徴は無名性だが、その三つの次元を貫く原理である。個人力(Power)を封じ、グループとの一体性を重んじ、自分たちの信じるころの“神”=ハイヤーパワーに権威を集中させる。

この 12 ステップと 12 の伝統(省略して 12&12 と呼ばれている)が、AA の誕生以降、その他の嗜癖対象の SHG にも回復原理として使われるようになっていく。また先述した日本の治療共同体においては、入居者にこの 12&12 の SHG への参加を義務づけるほど嗜癖問題からの回復にあたって必須と位置づけられている。筆者の実践においても 12&12 の SHG へ女性嗜癖者をつなげている。

Emmelkamp と Vedel (2006=2010:93)によれば、AA は依存症の本質に関するいくつかの教義にもとづいている。それは次のような考え方である。

- ・アルコール症は身体的・精神的・そして霊的な病である。

- ・この病は進行性で、生物学的あるいは遺伝的な背景をもっている。
- ・心理的な問題は飲酒の結果として生じるものであって、飲酒の原因ではない。
- ・アルコール症者は自己中心的である。
- ・アルコール症の根本的な原因は、霊性の喪失にある。こうした教義は、その後薬物依存 (NA) やギャンブル依存 (GA) といった他の嗜癖問題の SHG に同じように取り入れられ、拡大していった。

表 1-5 AA の 12 のステップ

1. われわれはアルコールに対して無力であり、自分の思うどおりに生きていくことが出来なくなったことを認めた。
2. われわれは自分より偉大な力が、われわれを正気に戻してくれると信じるようになった。
3. われわれの意志といのちの方向を変え、自分で理解している神、ハイヤー・パワーの配慮にゆだねる決心をした。
4. 探し求め、怖れることなく、生き方の棚卸表を作った。
5. 神に対し、自分自身に対し、もう一人の人間に対し、自分の誤りの正確な本質を認めた。
6. これらの性格上の欠点をすべて取り除くことを神にゆだねる心の準備が完全に出来た。
7. 自分の短所を変えて下さい、と謙虚に神に求めた。
8. われわれが傷つけたすべての人の表を作り、そのすべての人たちに埋め合わせをする気持になった。
9. その人たち、または他の人びとを傷つけない限り、機会あるたびに直接埋め合わせをした。
10. 自分の生き方の棚卸しを実行し続け、誤った時は直ちに認めた。
11. 自分で理解している神との意識的触れ合いを深めるために、神の意志を知り、それだけを行っていく力を、祈りと黙想によって求めた。
12. これらのステップを経た結果、霊的に目覚め、この話しをアルコール中毒者に伝え、また自分のあらゆることに、この原理を実践するよう努力した。

表 1-6 AA の 12 の伝統

1. 第一にすべきは全体の福利である。個人の回復は AA の一体性にかかっている。
2. われわれのグループの目的のための最終的な権威はただ一つ、グループの良心の中に自分を表される、愛なる神である。われわれのリーダーは奉仕を任されたしもべにすぎず、彼らは決して支配しない。
3. AA のメンバーであるために要求される唯一のことは、酒をやめたいという願望だけである。
4. 各グループは完全に自律的でなければならない。ただし、他のグループまたは AA 全体に影響をおよぼす事柄においてはこの限りではない。
5. 書くグループの主要目的はただ一つ、まだ苦しんでいるアルコール中毒者にメッセージを運ぶことである。
6. AA グループではいかなる関係ある施設にも、外部の企業に対しても、保証や融資や AA の名前を貸すことをしてはならない。金銭や所有権や名声の問題が、われわれを大事な目的からそれさせる恐れがあるからである。
7. すべての AA グループは外部からの寄付を辞退して、自立しなければならない。
8. AA はどこまでも非職業的でなければならない。しかしサービスセンターのようなところ

では専従の職員をおくことができる。

9. AA そのものは決して組織化されてはならない。しかし、サービスの機関または委員会を作ることはできる。これらの機関は、グループやメンバーからの付託に直接応えるものである。
10. AA は外部の問題には意見を持たない。したがって、AA の名は公の論争でひき合いにだされるべきでない。
11. われわれの広報活動は宣伝により促進することよりも、ひきつける魅力に基づく新聞・電波・映画の分野で、われわれはいつも個人名を伏せるべきである。
12. 無名であることは、われわれの伝統全体の霊的基礎である。それは各個人よりも AA の原理が優先すべきことを、いつも、われわれに思い起こさせるものである。

(表 1-5 および表 1-6 はいずれもワールドサービス社の許可により転載)

日本では先述した断酒会が AA の回復原理を範として活動をスタートしようとしたものの、文化や風習の違いから日本独自の歩みをはじめることになった。AA のミーティングが日本で始まるのは断酒会の結成から 17 年後、大宮で立ち上がる治療共同体としてのマック、その後の「みのわマック」へとつながる施設の誕生と前後する時期(1975 年)である。

AA では 3 年に一度、全国の AA メンバーを対象とした調査(AA メンバーシップサーベイ)をおこなっている。調査は公開されており、誰でも閲覧し活用可能である。ここでは 2007 年の調査をもとに、メンバーの属性を概観する。まず 2007 年のサーベイで回答を寄せたのは 1783 名、うち女性が 25.2%であった。また年齢分布をみると、40 代(31.6%)と 50 代(32.2%)で 6 割を超える。平均年齢は 50.3 歳である。既婚者は 37%、別居と離婚が 31%、未婚が 27.5%であり、独り暮らしの割合も 38.6%と少なくない。また 4.8%が「施設入所中」と答えており、治療共同体が入所者の SHG への参加を義務づけていることを反映している。また調査に答えたメンバーの断酒期間についてみると、1 年未満が 19.5%と最も高く、次に 2 年未満が 13.9%であり 2 年未満の総計が 34%と全体の三分の一強である。一方で断酒期間が 10 年以上の人が 14%となっている。また同居家族ありが 54.5%、有職者が 37.1%であった。この他にアルコール以外の依存問題を持っているとして、薬物依存が 51.2%、摂食障害が 28.6%、ギャンブル依存が 21.5%という結果であった。

Emmelkamp と Vedel(2006=2010:132)は、AA の 12 ステップモデルが世界中の物質使用障害に対する治療哲学の中でも、最も幅広く知られているもののひとつであり、とくに米国では支配的であるという。またアメリカの国立アルコール症研究所がおこなった、治療モデルに関する大規模な他施設臨床調査(頭文字をとって“MATCH”)を引用しながら、動機づけ強化療法、認知行動療法との比較において、12 ステップモデルはほぼ大差ない、同等の成果があると報告されていると述べている。しかし Emmelkamp と Vedel(2006=2010:250)は、AA の 12 ステッププログラムの限界について、メンバーに直接行うものではない、アルコール嗜癖の回復に関してのみに関わるものである、女性に対しては先行研究から益するものが少ない、と 3 点を挙げている。そして女性に対しては、むしろフェミニスト理論と嗜癖問題からの回復をめざす SHG(たとえば「Women for Sobriety」)など他の選択肢を提示することも検討するように述べている。

Emmelkamp と Vedel はその理由を詳しく述べていないが、この点についてはすでに Berenson(1991=1997:72)が 12 ステップに関するフェミニストからの批判-とくにステップ



1の“無力”は家父長制社会における女性抑圧の源であるという一に於ける形で、多くのAAメンバーが男性であり、嗜癖問題からの回復とはすなわち自らが絡めとられていた「権力からの回復」にほかならず、その意味において“無力”という概念がそれへの対抗概念として有効であったと説明する。しかし Berenson(1991=1997:88)は、男性と異なり権威に従うことを強要され無力化されてきた女性にとって、「権力からの回復」といった男性と同じ階段を踏むようにいうことは意味がないと述べている。そして、実際に12ステップを実践する女性たちが自分に合うようにところどころを変えて利用しているという。つまり、12&12にもとづくSHGが内包するジェンダー不平等に対して無自覚なまま女性嗜癖者をそこへ繋げてはならないのである。

では日本のAAのなかで、女性はどのような状況にあるのだろうか。

日本では徐々に女性メンバーの数が増えているとはいえ、多数派である男性メンバーのなかで自分の正直な話をするのが、逆に男性からの偏見に晒されることに結びつきかねない(たとえば酩酊時の性的逸脱行為に関する語り、子どもを施設に預け養育放棄をした語りなどは、男性が話し手なら「自分の過ちに対して率直で正直」と評価されるが、女性が話し手なら「性的にだらしがない、母性を喪失した」と受けとめられる)。また暴力被害などを背景に、他者との境界線が壊されている女性メンバーのなかには、男性メンバーから親切にされたことを愛情と勘違いしてその関係に依存し、プログラムから脱落してしまうことがある。また、SHGのなかで補助的な役割を担うことに腐心するあまり、自分の回復が二の次になるといった、関係性の嗜癖へと問題がスライドしてしまうなど限界がある。

また女性の場合には、摂食障害や不安障害など他の精神疾患を併存する割合が多いため、アルコールからの回復のみに関わる(強調筆者)という点がネックとなる。加えて12ステップモデルの明確な教義は、女性にとって持っている力を更に奪う可能性がある。例えば「無力(step1)」という概念は、男性が嗜癖行動のコントロール喪失=自己コントロールの喪失を怖れるからこそ、逆に嗜癖問題へのしがみつき事態が悪化するので、そのしがみつきを手放すべく「無力」を唱っている。ビルもボブも米国における中年白人男性として自分が所有していたもの、位置を喪失する恐れや不安から、アルコールの酔いにしがみつけばつくほど、逆にそれを喪失した。そのような現実を受け入れるために「底をつき」、さらに自らの力によるコントロールを「諦め」、自分を越えた大きな力=ハイヤーパワーに自分自身を「ゆだねる」必要があった。それが第一ステップとしての「無力」なのである。

しかし女性は初めから力を付与されない、周辺的な存在として社会の中にあつた。主体性をもつことは歓迎されない。常に他者の要請に於けるという受容体としての存在である女性は、アルコールの酔いに所有や地位の喪失に対する恐れを求めたのではない。むしろ女性の酔いは、関係性の破綻や喪失といった「痛みの緩和」や、内側に巣食う「空虚感を埋めるもの」として作用した。従って、初めから無力である者に“力を手放せ”ということは現実にそぐわない要請ではないか。先述した“女性嗜癖者にとってAAは、男性と比べて益するところが少ない”という米国での大規模な施設臨床調査に対して、日本では未だに「嗜癖問題に性差はない。回復原理は同じである」という信仰が主流である。

もうひとつ、女性の抱える困難にスポンサーシップの制度がある。スポンサーとは自分よりも先に回復過程を歩く仲間であり、ミーティングと呼ばれる通常のグループでは話せないこと、個人的な困難などについて個別に相談にのってもらふ関係をスポンサーシップという。またスポンサーに相談する後輩メンバーをスポンシーと呼ぶ。AAではスポンサーシップをとるようにと勧められる。スポンサーにとって相談は無償の行動だが、先ゆくメ

ンバーにとっても、自分の回復の点検にもなることから引き受けることを奨励される。しかし AA メンバーシップサーベイ 2007 によれば、半数のメンバーしかスポンサーを持っていないという結果となっている。葛西(2007:141)は、AA メンバーへの聞き取り調査からその理由について、スポンサーとの対立、親分-子分のような支配的関係を嫌う、仲良くなり過ぎてアドバイスを受ける関係ではなくなる、女性の場合には同性メンバーがいないなどをあげている。このような対人関係の距離や他者との境界そのものが、スポンサーシップを採る時に女性嗜癖者にとって大きな障壁となる。

女性嗜癖者の場合には、発症経過において距離や境界を壊される、侵害される体験を積み重ねてきている。そのため初対面にも関わらず自分のトラウマ体験を開示する、あるいは挨拶に相手が気づかずに返事を返さずにいると「嫌われた」と関係を切ろうとするなど、健康な自我境界をもつ人にとって想像のつかない反応をしがちである。

上岡はこうした境界が破壊されるなかで生きていくと、人との距離が分からなくなるという。そして対人関係をめぐる距離の混乱について「ふたりでひとり=ニコイチ」と呼んだ(上岡・大嶋 2010:32)。スポンサーシップは支配関係ではなく、あくまでスポンサーがスポンシーに対して嗜癖行動の再燃を食い止める手立てを示し、必要な情報を手渡し、共に行動することを目的におこなうものである。ミーティングと呼ばれるグループワークではあくまで個々の体験が語られるので、「持ち帰りたいものを持ち帰り、そうでないものはこの場(ミーティング会場)へ置いていく」よう促される。言い換えれば、何を持ち帰り、何を置いていくのかは個人に任されている。これに対してスポンサーシップでは、スポンサーから具体的な「提案」が出される。スポンシーは自分が不安に感じていることや疑問を、いつでもスポンサーに尋ねることができるのだが、そのかわりにスポンサーから返ってきた答え(スポンサー自身の体験を元に考えられたり、SHG の文献からであったり)と、それに続く提案を受け入れ実践するよう指示される。この指示がスポンシーにとって、しばしば「命令」であり、「従う」ものと捉えられやすい。

スポンサーは専門職ではない。自身も嗜癖問題からの「回復途上」にあるのであって、明日再発するかもしれない人である。スポンシーの特性を理解し、相手に届くような言葉を探すトレーニングを受けている訳でもない。よりどころはただひとつ、自分の体験(SHG における教義や経験を含む)だけなのである。

しかしスポンシーにとって、スポンサーも援助者も「自分を助けてくれる人」である。したがって「分かってもらえる」と期待する。スポンサーはしかも自分と同じ体験を有するという意味において主治医より嗜癖問題のことをよく知っている。その人が自分に何かを指示するのだから、相手は自分のことを「分かったうえで」提案してくれている。だから「言うことを聞かない訳にはいかない」のである。あるいは「それは自分の考えとは違う」と言いづらい。それ以前に SHG では「自分の考えを使わない」と言われる。つまり、飲んで使っていた時の考え方や行動は、すぐ修正することが難しい。なので、自分の考えで行動せずにスポンサーの提案に従うことが奨励されるのである。また、スポンサーだけは自分を分かってくれる、という気持ちになりやすい。夜中でも必要ならスポンサーが電話を受けてくれることで、スポンシーは自分が受け入れてもらえる安心感を得る。これも「分かってもらえる」期待へと繋がる。しかし、スポンサーが「今日は遅いから、明後日時間をとる」と返事をすると、「分かってもらえる」は一転して「裏切られた」になる。境界を壊されて生きてきた女性嗜癖者の多くは、スポンサーを持つように勧められるが、今までの人間関係をここでも再演してしまうことになり逆に混乱を示す。なぜこうした事態に陥っ

てしまうのかについて、その背景を捉えておく必要がある。

#### (4) 生活支援共同体

最後に、わが国における嗜癖問題への取り組みとして、第4の立場である「生活支援共同体」の提唱と、その実践であるNPO法人リカバリー(以下リカバリー)の構造について概観する。

まず「生活支援共同体」とは筆者の造語であり次のように定義する。生活支援共同体とは、具体的で意図的な専門職による生活支援を媒介にして、嗜癖問題からの回復を最終的な目的とする共同体である。共同体=communityであるから、同じ地域に居住して利害を共にし、政治・経済・風俗などにおいて深く結びついている。また共同体のメンバーは生活支援を受ける目的で、かつ嗜癖問題からの回復を最終的な目標として集まったという意味において、組織=associationという側面をもつ。ここでは初めに筆者がリカバリーを立ち上げる経緯について、“精神障害者の生活支援”という研究、実践などとの関連において述べる。次に筆者の命名した「生活支援共同体」とは、何を理念とし、何を実践し、またこれまでみてきた嗜癖問題における取り組みとどう異なるのかについて述べる。

筆者は勤務していた精神科病院を退職後、札幌MACにて女性専用の通所施設および共同住居(現在のグループホーム)を開設する準備をおこなった。当時の施設の方針で、増加傾向にあった女性メンバーに特化した昼間のデイケア部門(通所施設)とナイトケア部門(共同住居)を新たに開設することになったので、MACとしては初めて外部から非当事者で専門職である筆者を職員として招いたのである。病院からいわば治療共同体へ当事者を“送り出す”立場であった筆者は、実際に二つの施設が開設され生活支援を始めようとした時に、援助の構造を考え、対象者間の力動を実際にどうすればいいのかがよく分からず、具体的に書かれたものを探すが見つけることが出来なかった。

生活支援の理念としては谷中(1996:145, 2002:30)のいう「ごく当たり前の生活」ということは知っていたし、影響も受けた。つまり、対象者を病者ではなく一人の生活者としてみる、そして責任主体としてつきあう、それは普通の暮らしが普通におくれるような援助であるが、同時に“普通”とはその対象者の独自性に依るものであって一般化すべきでないといった、谷中の「社団法人やどかりの里」(埼玉県)における実践から抽出された生活支援の理念である。しかしこれは統合失調症者で、かつ社会的入院を経て地域生活へと移行する人を想定していた。筆者が当時援助対象としたのは女性嗜癖者で、長期入院で生活スキルを喪失する、あるいは薬物療法の影響下にあつて自発性が乏しいといった困難性はなかった。むしろ摂食障害がある対象者の個別処遇に関する留意点が情報として必要であり、また解離性障害からくるフラッシュバックへの対応といった女性嗜癖者に特有の困難を、生活という場面でどのように支えるかについて知りたかったのである。ソーシャルワークは「生活を支える」専門職である。しかしこのような観点で、しかもジェンダーに配慮した具体的援助技法を見つけ出すことが出来なかった。従って、統合失調症者を中心とした谷中(1996, 2002)の他、藤井(1999)、結城(1998)そして浦河べてるの実践(2005)などを参照し、独自の援助モデルを試行錯誤する日々であった。また、ダルク女性ハウスの上岡が、まさに女性嗜癖者を対象とした先駆的な取り組みを行っていたことも筆者に大きな影響を与えた。

MACでは治療共同体の援助スタイル(ミーティングとSHGへの参加)を踏襲するよう求め

られたが、女性の特殊性を反映したプログラムについても理解が得られていた。しかし、女性 MAC を立ち上げ時間が経過するなかで、筆者の提唱するジェンダーに配慮した対象者理解や援助方法が、女性を特別扱いし先述した AA の回復原理とそぐわないのではないかという意見が当事者スタッフから出されるようになった。男性 MAC と女性 MAC はそれぞれ独立した財源とスタッフで運営されていたが、MAC 全体での定期的なスタッフ会議や理事会でこうしたことが問題視され、最終的に札幌 MAC は当事者のみをスタッフとするという決定をしたため、筆者は新たに NPO 法人リカバリー(以下リカバリー)を立ち上げることにした。

リカバリーを立ち上げるにあたり、これまで女性嗜癖者が医療でも、治療共同体でも、そして SHG でも十分に援助をうけられなかった部分を意識し、それらを包括的に援助することが可能な場を創設することが必要であると考えた。また筆者は精神科病院での実践において、嗜癖問題ではないが発病の背景に家族をはじめとする親密な関係にある人からの暴力被害が少なからずあることを知っており、こうした女性たちも行き場を失い、包括的な援助を求めていることが気になっていた。そこで援助対象を嗜癖問題に限定せず、「精神疾患の発症背景に何らかの被害体験がある女性」とした。

次に援助の構造としては、札幌 MAC での実践経験を基に住居と日中活動の場、そして SHG を三つの柱とした。谷中(2002:37)は生活の支えの主な柱は、頼れる人の存在と安心出来る場の確保であるという。また長崎(2010:18)は自身が 2001 年に実施した、精神障害者(統合失調症中心)の生活ニーズ調査の結果について、当事者のニーズがきちんと把握されていないこと、従ってニーズと用意されているサービスには大きなギャップが見られたと指摘している。また長崎(2010:19)は、精神保健福祉サービスは、専門的なものではあるがそれはあくまで仕事としておこなわれるものあり、地域生活で同じ生活者として身近に接し支え合うという関係や支援システムはほとんどないと指摘する。当時の筆者はまだ十分自覚していなかったが、谷中のいう“安心な場”であることを目指し、長坂のいう“当事者のニーズに対応する専門的援助”を提供する、そして“援助者も同じ一人の女性としてこの社会に生きる”困難を抱えるからこそ、“365 日、24 時間必要なときに”援助を求められるというコンセプトをリカバリーの援助理念としようと決めた。それは、筆者が見る限りありそうでどこにもなかった場所だった。リカバリーはこうした経緯で始まった。

次に、「治療共同体」の援助の概要である。既存の援助機関との相関において述べていく(図 1-1 参照)。

「生活支援共同体」は医療のような治療(解毒や身体管理を伴う医療行為、薬物療法)を行わない。しかし同じ地域に居住することから、共同体の成員は互いに影響を与えあう。具体的には他の成員の言動が鏡のような存在になり自身を映し出す。あるいは成員の脆弱性が他の成員の脆弱性と共鳴し、それぞれの課題を可視化させ、成員に認識しやすくする。またある成員の行動がモデルとなって模倣が発生し、あるいは逆に成員からのプレッシャーが行動の変容を促す効果があるなど、極めて“治療的”にグループ力動が働く。また集団は共有する時間の経過に伴い、その時々特有の政治(どの成員に権力や発言権が集中するか、成員間で自分の要求を通す場合にどのような回路で支持者を募るか等)、経済(共同体内部における処遇水準の確保、他の共同体との格差が最小になる配慮等)、風俗(共同体で般化される生活様式、余暇活動等)を醸成する。

医療(精神科病院)では入院すると病棟で一時的な community を形成する。しかしそこで規範や生活様式は極めて独特で、その場から現実の共同体に帰還した場合に援用できる

ものではない。また治療関係は常に治療者と患者という固定的な役割を必要とする。これに対して生活支援共同体は成員の他に PSW を配置するが、PSW は触媒としての役割を果たす。つまり成員間に先のグループ力動が起こりやすいような媒介をおこなう。また別の共同体に対して必要があれば成員の代理人を務め、ある時には成員とともに余暇を過ごす。関係は場面によって流動的であり、利用期間が有限であることから濃淡がある。ただし共同体から離れること＝援助関係の終結ではなく、成員との濃い関わりから薄い関わりへと徐々に移行する。

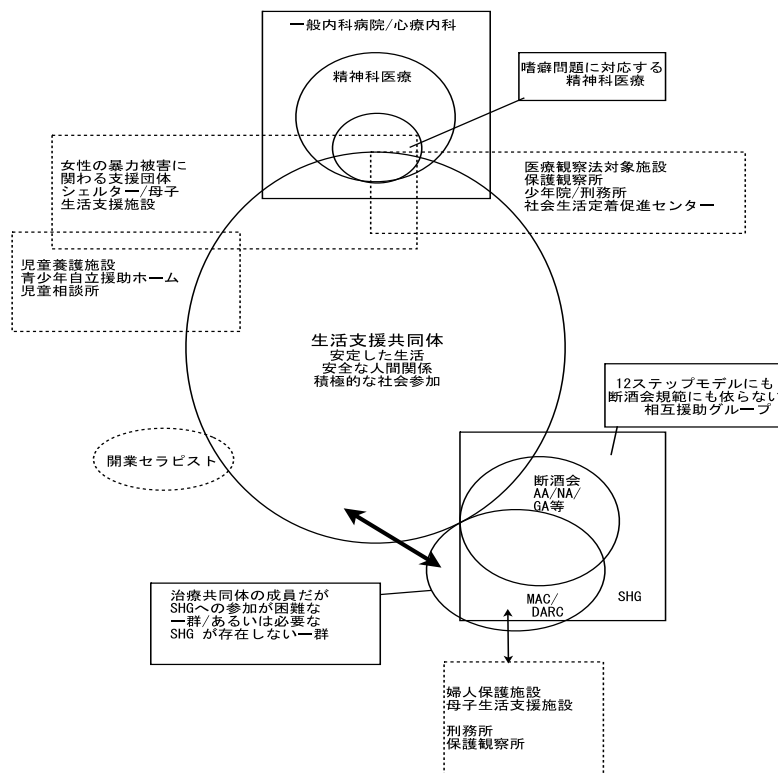


図1-1 わが国における嗜癮問題の取り組み「生活支援共同体」の位置

また生活支援共同体は医療と次のような基本原則において連携する。まず、医療に求めるのは免責性の担保に必要な医学的診断(生活保護、障害福祉サービス等の申請に必須)である。そして、薬物療法は回復過程には必要条件だが十分条件ではない。また医療は生活障害の改善には直接効果を及ぼさないが、間接的に最大の効果を引き出すために医療に対して必要な情報の提供をおこなう。さらにやむを得ず生活支援共同体以外の環境において静養が必要な場合に、入院を検討する。ただし入院は期間、頻度ともに必要最低限度とし、生活そのものから成員をできるだけ遠ざけない。最後に地域資源としての医療(質と水準)を吟味し、成員の選択を出来る限り広げる。

ところで生活支援共同体は、治療共同体のように PSW が成員と同じ体験を有し、かつ先に回復を進めているということを経験としない。そこで PSW として機能するために必要なも

のは成員と同質の体験ではなく、成員各自の体験を位置づけ評価することの出来る学問的基盤である。そして成員の行動変容に役立つ技法であり、成員がより大きな共同体で生きられるために必要な生活者としてのスキル(技能)である。

また精神疾患という切り口だけで、成員の問題行動や共同体ルールからの逸脱を捉えない。社会的文脈、特に女性がおかれた環境と成員個人の、あるいはその家族の価値や文化が、どのような相互関係にあるのかを構造的に捉える必要がある。従って生活支援共同体における PSW には、単にジェネラリストとしての力が求められるだけでなく、特にジェンダーに配慮した切り口で成員の困難性をアセスメントする力を付加しなくてはならない。

先述した治療共同体としての MAC/DARC には、メンバーであっても SHG への参加が他の精神疾患/障害との関係で困難な一群(たとえば覚せい剤精神病、広汎性発達障害)、あるいは必要な SHG が存在しないために繋がる場所がない一群が存在する。場の共同性が重要である MAC/DARC で画一的処遇が困難な場合に、専門職援助がある生活支援共同体との連携が必要になる。

また生活支援共同体は、成員にとって利用それ自体が目的であり目標である。つまり、“生活の実態”を通じて変容をめざす場なのである。したがって、嗜癖問題というその成員独自の課題から、幾重にも絡み合う他の問題群に関する支援までを射程にしている。また就労などのより大きな共同体への参加および橋渡しといった支援もおこなう。

この他に図 1-1 では点線で囲んだ機関がある。これは、女性や子どもに向けられる暴力被害から対象者を保護し、生活支援をおこなう施設である。いずれも当事者が嗜癖問題を持つ場合には支援を打ち切られる、あるいは対象から外される場合があり、そうした時に NPO 法人リカバリーのような生活支援共同体への紹介が行われる。また、違法薬物依存などの事例で、矯正施設では処遇が困難な精神疾患、あるいは精神障害がある場合にも NPO 法人リカバリーの対象となる。さらに保健診療外で治療をおこなう開業セラピストから紹介され、セラピーを続けるためには生活基盤の確保を必要とするような事例がある。あるいは逆に、医療の枠組みでは扱えない心的外傷に対応するセラピーの実施を生活支援共同体の方から依頼するという事例がある。お互いの役割を担いながら、相補的關係にある。

このように医療、治療共同体、SHG のどれでも掬いきれないものを支えることが可能なのが生活支援共同体である。嗜癖問題に良心的に関わる医療者の多くが「包括的な支援施設」の存在を訴えるが、その実は限界を知りつつも「MAC や DARC、または SHG に丸投げ」という状況である。NPO 法人リカバリーはこうした従来の嗜癖問題に関わる機関がとりこぼしてきた隙間を埋めながら、同時に独自の存在として運営を続けて来た。米国ではこうした生活支援共同体が NPO、NGO によって数多く運営されているが、わが国ではまだ圧倒的少数である。

米国の場合には、州または群の Addiction Treatment Center をインターネットで検索し、女性専用の入所型(Residential)と絞り込むと多くの施設が出てくる。ただしこれらの施設はそれぞれ grant と呼ばれる州または群の予算削減により、しばしばプログラムの縮小や閉鎖に追い込まれることがある。従って、どの NPO、NGO も次年度以降の grant を確保すべく、プログラムの特徴や効果などを公開するなどしてその独自性を競う形を採る。治療共同体との違いは、これらの施設は SHG との連携について触れるが、12&12 による SHG を絶対的な回復原理とはしておらず、他の SHG との併用をむしろ勧める点にある。

これに対してカナダのバンクーバー市にある Women's Hospital and Health Center は Women-centered Care で有名な施設である。Payne(2007:250-254)によれば、1993年に物質

嗜癮のある女性の妊婦をケアする目的で、地域生活に根ざした包括的な支援を行う目的で作られた病院と隣接する特別なユニットである。コカイン等の断薬をゴールとせず、より毒性の低い薬物への、いわゆる置換療法(ハームリダクション)を推進しながら、ソーシャルワーカーや心理士、助産師や親業(parenting)のインストラクターなどがケアチームを組み、出産から育児、家探しや就労支援などまさにHolistic(包括的)な援助をおこなう。財政的には州政府からの予算と、多くの市民による寄付によって運営されているという。また地元住民から多くのボランティアスタッフを施設に引き入れて、女性の個別ニーズへの対応を行っているのが特徴である。

こうした実践は生活支援共同体の特徴である「場の共同性」そのものにフォーカスしたものではないが、ユニット(11名定員)は全個室であり、入所者ひとりひとりが生活技能の習得が可能なように独立したキッチン等も完備されている。また先述した米国のNPO、NGO運営の生活支援共同体も多くが民家を改造しており、「生活の場」であることを意識した構造になっている。

いずれにしても米国、そしてカナダでは女性が嗜癮問題だけでなく学業への復帰や就労、そして出産や育児といった、さまざまなライフイベントを乗り越えていくための援助を組み立てている。それに対して筆者らの実践する生活支援共同体は、ようやく女性嗜癮者の特徴を生かした援助の枠組みづくりに着手し10年が経過したという状態である。

つまり筆者が提示した「生活支援共同体」の目指す包括的支援とは、狭義の治療と連携しながら、そこでは帰結しない生活問題を女性のライフイベントに照準を合わせつつ、かつその生活問題を社会のジェンダー構造による構築物として捉え理解する。さらにその問題解決は女性嗜癮者自身を主体として進めるように、自らが変化を引き起こす力を内包することに気づいていくよう働きかける。その具体的な展開はつねに生活の場において行われるのだが、何故ならそこには同じ課題を抱える者が集うが故に個々の課題は他者を鏡として共鳴し、共振するというというダイナミクスを生み出すからである。そしてこのダイナミクスこそ「場の共同性」そのものであり、当事者に力(パワー)を感じさせるものになる。

包括的支援とは、さらにそこで留まらない。自らに内包する力に気づいた当事者が変化に向けて行動するとき、その行動を支える経済的、心理的、制度的擁護(アドボケート)を行うのがソーシャルワークである。当事者の変化希求は具体的な後押しがあって始めて結実する。時にソーシャルワーカーはひとりの生活者でもある自身の体験を開示しながら、必要に応じてモデリングをおこなう。当事者は嗜癮問題を抱えながら、自らの生の過程において、それでも生きていくことが可能であることを、生活共同体における具体的事実の積み重ねと、そこに自身が内包される体験を通じて身体にその記憶を留めるのである。

そして包括的支援とは、この事実を共同体内部で完結させない。生活の場で何が行われ、当事者がどのように変化するかを社会に知らせ、共通する不正義についてはその問題性を実証的に述べる。こうした広義の、援助が次に生活支援共同体を訪れる女性嗜癮者たちの共同体へのアクセスをより便利で実際的なものへと変える。最終的には社会における女性嗜癮者への認知をよりスティグマの少ないものにすべく活動する。

以上のように生活支援共同体の援助射程は広く、また深い。筆者は、女性嗜癮者への援助は生活の場に根ざしたものであるべき考える。それは、女性嗜癮者の抱える複雑で多様な課題の数々に翻弄されることで、その本質を捉え損ねることのないようにするためである。すなわち女性が抱え込まれる課題を常にその生活の全容と社会の構造そのものとの

相互関係で捉えようと心がけると、ソーシャルワーカーが最もフォーカスすべきは生活の有り様なのである。

### 第3節 嗜癖問題と援助

本節では嗜癖問題に関わる複数の機関がそれぞれに活動する際に、「逸脱」や「医療化」といった概念が、その活動にどのような影響を与え、またその活動を規定したのかについて概観する。この概念に関しては、古典と目される Conrad & Schneider (1992=2003) の『逸脱と医療化』、その訳出を手がけた進藤の論考(進藤 2006)、またベイトソンやギデンスを参照し近代と嗜癖について論じた野口(1996)を参照しながら、整理する。

嗜癖問題はもともと個人の悪しき習慣とされ、取り締まりや処罰の対象となってきた時代が長い。それゆえに、付与された数々のスティグマを払拭してきたのが「病いとしてのアルコール依存症」という考え方であり、取り締まりや処罰の対象から「治療の対象」へと転換を遂げた。日本では1961年の「酒防法」の成立をもとに、1963年、神奈川県の国立療養所久里浜病院に日本発のアルコール専門病棟が建設されている(心光 2006:119)。しかしそれから半世紀が経過した現在、果たして「アルコール依存症」の道徳的位置は向上しただろうか。飲酒運転でたびたび逮捕される人は、「アルコール依存症者」というラベルをすんなりと受け入れるだろうか。

嗜癖問題に対しては、アルコールを中心にさまざまな治療や援助モデルが開発されてきた一方、その根幹にある「逸脱」概念は、「医療化」との関連において今再考する時期に来ていると思われる。それは進藤が述べるように医療費抑制、健康の自己責任論が強調される政策構造的セッティングによる圧力(進藤 2006:29)だけでなく、女性嗜癖者にとって回復の指標ともなる「主体化」と深く結びつくと考えるからである。また筆者は、嗜癖問題の治療や援助をおこなう場合に援助者側に起こりやすい陰性感情は、この「逸脱」と「医療化」概念の狭間に生じている矛盾や混乱と不可分ではないと考えている。嗜癖問題を「病い」と捉えるように要請されながらも、現実としては「病いと思えない」＝「道徳的問題」という捉えとそれに起因する葛藤は、治療や援助という名を借りた当事者の deprivation(権利の剥奪)を起こしかねない。それゆえ、このふたつの概念を整理しながら嗜癖問題の治療/援助論を展開することが必要と考える。そこで本節では(1)医療化の帰結、(2)免責性、(3)治療主体としての自己という三つの観点から「逸脱」と「医療化」について検討を加えるとともに、それぞれの項で女性嗜癖者との関連について触れる。

まずそれぞれの定義について簡単に触れておく。Conrad & Schneider(1992=2003:4)は、社会の道徳性は社会的に構築されたものであり、行為者、文脈、時代に依存する相対的なものであるという立場に立ち、「逸脱とは否定的な意味で定義され、社会において避難されるべき行動を指示対象とする専門的・社会的用語である」という。また進藤(2006:30)は、医療化を「論理的には非医療的問題が、医療的問題や現象として定義される変動過程」と捉え、そこにはふたつの側面があると述べる。まず記述概念としての医療化であり、健康から病気までの“ラベル適用”の拡大過程としての側面と、もうひとつは、医療化を一定の社会過程の時間軸に沿った、“変動傾向”を指示する記述概念として使用する側面とに分かれる。次に規範的側面としての医療化で、それは医療化される以前から、何らかの形で社会的に問題視されてきた行動を指している。Conrad & Schneider(1992=2003:30)は、米国における支配的な逸脱認定が、道徳または法律のカテゴリーから医療のカテゴリーへと変化したも



のとして、「狂気」、「アルコール依存症」、「アヘン嗜癖」、「子どもをめぐる問題(非行・他動・児童虐待)」、「同性愛」を挙げている。

### (1) 医療化の帰結

悪しき習慣と捉えられるものについて、人はその改善を当事者に求める。しかしそれが「病い」であるとするれば、人はその改善を医療に期待する。進藤(2006:34)は「社会統制としての医療」という視点は、タルコット・パーソンズの「病人役割」概念に由来しているとしながら、病気の状態に対して本人の責任が問われない、その人が持っている役割が一時的に免除される、病気の状態であることを認め“回復する”義務を負う、専門家の援助を求めこれと協力するという義務を負う、と整理する。すなわちこの概念は、ふたつの免責特権を与えられ、ふたつの義務を負うのである。

アメリカでは19世紀後半から酩酊者の治療を専門とする多くの施設が広がった。それは科学的治療手法に基づいて身体と神経の再生をめざす(その多くが医療機関)酩酊者収容所と、道徳的な改心プロセスをめざす酩酊者ホームに大別される(White 1998=2007:23)。日本では先述したように精神病院が精神病を医療の対象とした1880年代には、すでに病的酩酊者が入院していたという報告がある。しかし心光(2006:118)が指摘するように、その後1960年代の専門病棟の登場、そしてそれ以降も1980年代に至るまで、嗜癖問題とは何ごどこまで「病い」であるのかについて、諸外国でのさまざまな説や論争が紹介されることはあっても、国内でこれに関する論争が起こることはなかった。

日本で初めてのアルコール専門治療を国立久里浜病院で河野と共に始めた精神科医で、小説家のなだいなだ(2010:34)は、当時の診療を回想し、自分の医療者としての出発点として次のようなエピソードを紹介する。ある患者の妻に「あなたの夫はアルコール依存症という病気なのだ」と告げたときのことである。妻はそれまで夫のことを、酒も止められない意気地のないダメな男だと思っていたが、病気なのであれば許すことが出来ると話したという。なだは、それ以降こうした反応がその妻に限ったことでなく、多くの人に共通することに気づく。病気は自分達の社会では免罪符であり、病気なら仕方がない、は常識であるという気づきである(下線は筆者)。

そしてなだ(2010:37)は、アルコール依存症の治療に関して、環境的医療の資源利用という意味のテランセラピーをイメージして「行軍」という「歩く療法」と、「患者が自分で治す」ことを意図し、アルコール依存の治療は自助グループ(患者)が主体でなくてはならないということから医療はそれを補助する役割に徹するという治療スタイルを、理論ではなく実践の形で始めたという(下線は筆者)。

当時としてはめずらしく、治療は一般精神科病棟(閉鎖)ではなく、開放病棟でおこなわれることに特徴がある。また原則として3ヶ月の入院期間で教育プログラム(第二節で触れた)を行うが、そこで依存症が病気であること、抗酒剤(=体内でのアルコール代謝を阻害するため、服用中に少量でも飲酒すれば吐き気や動悸などの激烈な症状が出現する)の利用、自助グループへの参加、定期的な通院が断酒の継続に必須であるという情報が提供される。これは「久里浜方式」と呼ばれ、現在まで依存症治療の基本として、多くの精神科病院に取り入れられている。そして心光(2006:120)が指摘するように、全国にこうした専門病棟が広がることにより、アルコール依存症者らは一般精神科病棟ではなく、アルコール病棟(あるいは専門病床)で治療されるようになった。

1979年には、アルコール依存症に関わる医師が中心となって、日本アルコール医療研究会が誕生し、年々学会参加者は看護、ソーシャルワーカーらにも広まって増えていった。そして1991年には、アルコール医療に限らない嗜癮問題全般について研究と研修を行うことを目的に、「日本アルコール関連問題学会」へと名称変更をおこなっている。また1986年には嗜癮問題に関わるソーシャルワーカーを対象とした「日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会」が、2002年には「日本アディクション看護学会」が設立され、それぞれ嗜癮問題を中心とした学術研修会を毎年開催するなどして、精神科領域の中の専門分野としての関心を集め、活動をおこなっている<sup>10)</sup>。

「久里浜方式」は、その後老人や女性といった特別な背景をもつ対象者によって、治療内容を変容させながら現在に至るが、先述したパーソンズによる「病人役割」のふたつの免責、ふたつの義務という考え方は、1970年代に専門病棟が全国に広がっていく時期からずっと治療の根幹にあると言ってよい。病気であることによって免責性を得る引き換えに、回復のために治療を受けることを当事者に求めるという治療契約のスタイルが、なじみのものであった。しかし現実には「否認」という、自らの状況の深刻さを認知することや援助そのものを拒み、自己責任として医療の介入を拒否するという状態に陥る嗜癮当事者が後を絶たなかった。したがって、当時の治療とは、いかに本人に二つの義務を引き受けさせるのかに焦点がおかれた。この手法は「直面化」と呼ばれ、嗜癮当事者が自分の嗜癮問題に向き合うように、事実と本人の認識の矛盾を暴き出すといったスタイルをとった。また嗜癮当事者が自分の嗜癮問題から目をそらすことを、結果として手助けしている家族(特に妻の役割が強調)がいる場合には、こうした間違った手助け(=イネイブリングという)を止めるように、家族に心理教育が行われ、個別援助も実施された。

Conrad & Schneider(1992=2003:171)は、米国においてアルコール依存症が疾病とみなされていく過程には、1940年にアルコール依存症に関する科学的研究を目的に設立されたイエール大学アルコール研究センターの存在、その初代所長であったジェリネックによるアルコール依存症の定式化が果たした役割が大きかったと指摘する。しかしConrad & Schneider(1992=2003:203)は、アルコール依存症の疾病概念の場合には、精神的にも理論的にも主要な役割を果たしてきた者達の多くは、医師でも医療専門職の代表でもないという特異な形で医療化を果たしていくという。つまりそれは、様々な利害をもつ非医療関係者の個人や団体によって、当初は「運動」、そして後には「産業」が、疾病という概念を軸に成長したと述べるのである。「運動」とはAAの活動を、後者の「産業」とはアルコール依存症を“重大な健康問題”と捉え、治療の必要性を説く保険会社や従業員支援プログラム(EAP)を担う機関と思われる。

そしてConrad & Schneider(1992=2003:206)によれば、ジェリネックによるアルコール依存症の定式化には、実際のところいくつものほころびがあること、その後の研究や論争も結論としてはアルコール依存症が疾患であるのか否かについて決定的な結論を導きだせていないにもかかわらず、米国においてアルコール依存症をはじめとする嗜癮問題が、疾患として治療の対象になり続ける背景には、多額の予算をつぎ込んだ国立アルコール依存症研究所の存在などの“政治的状況”があるのだとする。つまり、「逸脱」につきものの偏見は、「アルコール依存症は疾病である」という眼差しの変化によって払拭されたのではなく、むしろ医療化と共に温存され続けているという。

日本ではアルコール依存症に始まる嗜癮問題の医療化は、その後どのような変化を遂げるのか。

西村(2010:183)は、1980年～1990年代を、アディクション(嗜癖)概念が当事者活動と、すでに嗜癖問題に関わっていた一部の援助者の草の根的な運動によって、一気に全国に広がった熱気に満ちた時期であったと回想する。すなわちアディクションモデルとは、嗜癖当事者とその本人と関連する人たちの関係性に焦点を当て、嗜癖行動を過去から現在に至るプロセスの中で捉えようとする試みである。そして嗜癖対象からいかに距離をとらせるかという力の介入から、嗜癖当事者自らがその対象を手放せるようにエンパワーする介入の転換を促したというのである(下線は筆者)。

しかし2000年代に入ると、その状況は大きく変化する。西村(2010:185-187)は、アディクション(嗜癖)概念の拡大は“のめり込み”を嗜癖として捉えることを可能にし、社会的ニーズもあって“静かな依存症”は次々と発掘され、援助対象となったが、MACやDARCは医療や行政から“厄介な”、“騒がしい”依存症者を都合良く引き受ける下請け組織としての役割を期待されているという。そして、このような中で発達障害と嗜癖問題、あるいは精神疾患と嗜癖問題の重複や自殺対策など、嗜癖当事者の抱える課題は年々複雑かつ多様化している。しかし医療はその状況に追いつくどころか、相変わらず古典的な方法論を持ち出し、それに適合する対象者だけを援助していると指摘する。

筆者が医療化について考える時に真っ先に思い浮かべるのは、「病い」とであると認定されることと引き換えに、手にする経済的自立役割からの一時的猶予である。この経済的自立を果たせない理由としても「病い」は説明概念となる。嗜癖問題がこの説明概念として使われるようになってまだ日は浅い。たとえば生活保護制度において、申請の理由として病気による生活困窮があるが、この場合、「病い」として認識されたものであるかどうかは重要である。アルコール依存症に関しては、ほぼ治療が必要な「病い」としての認識が浸透して来た故に、自助グループへの参加移送費用が認められる。しかし同じ嗜癖問題であったとしても薬物依存症やギャンブル依存などには、同様の援助を行わない自治体がある。

「病い」という認定を受けることは、嗜癖問題によって医療を受けることを可能にするだけでなく、稼働による経済的自立役割を一時的に保留する理由となる。女性嗜癖者にとっても、心理的抑圧や暴力といった環境から離れる場合に、「病い」を理由にした生活保護制度の利用が可能かどうかは、それが医療の枠組みに入る問題かどうかという判断が、権威(この場合には精神科医)によって承認されるか否かで決まる。すなわち診断基準をもった疾患であることが重要なのである。

しかしその一方で、「疾病利得」と呼ばれる現象がある。「病い」に留まり続けることで、今までと同じように経済的自立役割を保留にするのである。アルコール依存症を例にすると、就労が長きにわたって制限される、あるいは見込めないような疾患ではない。しかし再発のリスクがゼロでもない。実際に就労後のストレスにうまく対処できずに再発し、ふたたび生活に困窮する場合が少なくない。そうなる生活再建のための一時的保留は、結果として長期に渡る保留となり、嗜癖当事者も関わる人も「とりあえず酒を止めていればいい」という容認をする。就労に向けた試みや挫折もまた、回復過程において重要ではあるものの、むしろ生活の安定のために変化を求めないといった矛盾が生じてしまうのである。

あるいは生活保護費での飲酒やギャンブル行為、または覚せい剤などの非合法薬物の再使用は再発という病気の症状でありながら、関わる人にとっては強い葛藤を引き起こす。

「病気だから仕方がない」とは簡単にいかない現象である。再発という結果ではなく、どう防げるのかに目を向け嗜癖当事者と手だてを検討する援助に頭を切り替えていくのだが、自分(援助者)のやっていることが誰の何を援助していることなのか、切り替えが難しくな

るのである。ここで再び「逸脱」への蔑視や、援助における懲罰的思考が治療/援助側に頭をもたげる。これは次に述べる「免責性」とも関連し、現在までも医療における臨床、および地域における援助実践のなかで、常に議論されている。

また「嗜癮問題に首を突っ込むと大変だ」という風評は、援助対象が社会の価値や状況によって変化する(疾病概念の拡大)ことや、疾病だという権威づけがありながら他方で「逸脱」と見なさざるを得ない行為との間で、援助者が葛藤を抱え込まれることへの警戒を意味していると思われる。後述する「治療主体としての自己」との関連にもなるが、嗜癮問題では、援助関係が固定的ではない。すなわち自助グループが治療/援助実践のなかで非常に重要な位置を占めることから分かるように、対象者は援助者にとって社会資源の一部であり、その意味において対象者によって援助者が「支援されている」という互酬性が存在する。このように嗜癮問題と医療化は、米国と同じようにさまざまな政治状況を背景に進展しているが、その行き着く先については、未だ不透明なままであり、十分な議論がなされているとも言い難い。

## (2) 免責性

疾患として認知されることは、パーソンズがいう「病人役割」によって免責がされるはずなのだが、嗜癮問題に関してはそうならなかった。そこに根強く残るのが「逸脱」である。ここでは野口(1996:21)のいう「意志の病」というスティグマを手がかりに検証する。

野口(1996:20-29)は嗜癮問題に伴うスティグマを自業自得のイメージ、とらわれのイメージ、逃避のイメージ、そして落伍者のイメージの4つであるという。そして患者の多くがその状態を克服できないことに対して、周りは「意志が弱い」というスティグマを更に付与する。ところが嗜癮が止まると「やっぱり本当は病気などではなかった」となり、再使用があれば「意志が弱い、病気だ」となる。いずれにしても「意志の病」というスティグマはこのような因果・解釈的な評価によって補強され、社会に浸透していく。かくして嗜癮当事者は、この不名誉なスティグマを払拭しようとして前の失敗を帳消しにしようとする過酷な挑戦を続け、逆に嗜癮行動に絡めとられるという悪循環に陥る。野口は、われわれの生きる世界が欲求を意志で制御することを是としており、したがって意志の敗北を認めることは自己否定とつながるという。そして、だからこそ逆に「意志の病」というフィクションが、ある種の信憑性をもって成立してしまうと指摘する。

アルコールは合法薬物でどこでも入手可能であるが、成人であれば自由に入手できることと引き換えに、社会はその制御を責任として個人に課す。一方覚せい剤は非合法薬物であり、誰もが知っているその事実を無視する時点ですでに社会的逸脱である(落伍者のイメージ)。逸脱への欲求を抑制できないという時点では、自業自得であり、逃避であり、なおさら援助に馴染まないものとして捉えられる。そのため薬物嗜癮は、松本・小林がいうようにいまだに精神科医療の「招かれざる客」である(松本・小林 2008:173)。

このように、医療機関で治療に当たる専門職にすら忌避される嗜癮問題は、医療化されたという側面と同時に、「意志の病」というスティグマの両方に挟まれる形となった。

免責性については、もうひとつ当事者によるセルフヘルプ活動との関連において考える必要がある。筆者は長くAAのミーティングにおける当事者の語り来接してきた。彼らは自分がアルコールによってどのように“正気を失い”、どのように“周りの人間を傷つけてきたか”という物語を真摯に語り、傷つけた人への心からの謝罪の言葉を述べる。筆者はそう

した語りのなかに免責を感じる。しかし彼らは決して免責を乞うて語るのではない。自らが今日一日を「飲まない生き方」で終わるために必要な語りだから、そのように自分の過去と対峙するのである。

信田(2010a:46)は嗜癖当事者にとって事後的にはあるが、“酔う”ことは彼らの「生存戦略」であり、自分がパワー幻想に浸っていたことを認めることを意味し、彼らの生存戦略の自覚は加害者性の自覚とイコールであるから、深い懊悩を抜きにはなし得ないと述べる(下線筆者)。筆者がAAのミーティングで出会ったのはこの「深い懊悩」であり、そこにこそ免責性の本来の意味を感じたのである。

1990年代に入り女性嗜癖者を担当することが増えるなかで筆者が衝撃を受けたのは、男性とは全く異なる背景をもった彼女達の生存戦略＝自己治療としての嗜癖、という事実であった。繰り返される抑圧の構図や、誰にも語られることのなかった虐待の体験は、筆者に「病気の状態の責任が問われない」という先の二つの免責特権が最もすんなりと受けとめられるに十分なものだった。しかし、Cusack(1984=2002:6)がいうように、女性嗜癖者自身は「化学物質への依存は病気」と口で言うのは簡単だが、心の底から本当にそうだと思うようになるまでには、辛い時期を過ごさなくてはならない。医学的権威がそれを疾患と認めても、あるいは仲間や援助スタッフが慰めてくれても、心の深いところには、こんな生き方をし、こんなことをやった自分は「だらしのない女だ」という気持ちが居座り続けるという。また、筆者が研究対象としている上岡は、その著書のあとがきで次のように書いている。

今改めて思うのですが、やっぱり私は、依存症が「病気」だなんて思えていないんですね。自分が悪かったから、自分の人格のせいで依存症になったと深く思っている。他の人と、他の人との語りのなかにいるからこそ、自分のことが病気だから仕方がないって思えるけど、ひとりになって、ひとりでこの現実を受け入れたら、やっぱり私のなかで申し訳なさとか恥の感じが湧き出てくる(上岡・大嶋 2010:259)。

男性の免責性が自己の加害者性の自覚によって担保されるとすれば、女性の免責性は体験自体によって担保されてもおかしくないのだが、実際には女性嗜癖者自身によって最も受け入れるのが難しいという構図になっている。

最後に免責性に関して次の2点を指摘しておきたい。まず1点目は、免責性がともすれば「疾病利得」との関連で病いの状態に留まらせる危険性がある。具体的には、免責領域の拡大に対する「責任」の回避という観点からの批判がある。2点目として、女性嗜癖者の場合には免責性自体を受け容れることが難しい。また、女性が抱えこまされる“恥”や“罪悪感”に対する十分な理解なしに、表面的に「あなたは悪くない」といった類いの投げかけをおこなうことは有害である。むしろ、個人として引き受けるべきことは何かを丁寧に吟味する作業に女性嗜癖者を誘い、それを共におこなうことが重要である。

### (3) 治療主体としての自己

嗜癖問題が「逸脱」概念を内包する形ではあったが医療化されることで、治療／援助関係にも変化が起こった。

進藤(2006:38)がいうように、「病人役割」はたしかに免責性のロジックを包含するはずだが、嗜癖問題に関してはそう簡単にはいかなかった。またこの免責は、ノーマルな責任主体でありうることから発生する一定の「権利」の制限を伴ってもいるため、嗜癖に付与さ

れるスティグマと相まって、嗜癮当事者を常に援助を必要とする弱い立場に追い込む側面があった。また医療化は、「脱主体化＝客体化」、つまり援助を受ける側としての役割固定が起きることを意味する。

なだ(2010:36)の「患者が自分で治すのでなければならない」という言葉は、嗜癮問題からの回復には当事者の主体性が不可欠であることを指摘している。しかしこの感覚は、一般的な疾患概念とは相容れないものでもある。病気であるのであれば、診断だけでなく治療法が解明され、薬物療法や外科的処置といった方法論が確立していることがほとんどである。また医療者は、疾患に応じてスタンダードとなっている治療水準を充たしていることが求められる。ところが嗜癮問題の援助においては宮川(2010:62)がいうように、元のように嗜癮対象をコントロールできる状態に復活させることは不可能であるとして退けられる。その意味では「治せない」のである。そのため治療は、習慣化した嗜癮行動を別のリスクの低い行動に置き換え、そもそもその対象に“のめり込む”背景について自己覚知し、そのような嗜癮的ありかたそのものの変容をめざすのである。

また疾病として治療の対象でありながら、同時にその治療の内実は医療者によるものより、SHG というレイ・パーソンに重要な役割を明け渡すという点において、嗜癮問題は精神科医療の分野において特筆すべき位置を占めている。近年、精神医療および保健福祉の領域でも、“ピアサポート”と呼ばれる当事者による相互援助が注目されているが、嗜癮問題は少なくとも逸脱から疾病概念へと変化した歴史の初期より、当事者による SHG が大きな力を発揮している。しかし特に 12 ステップ&12 の伝統によるグループは、匿名性を厳格に守り続けており、進藤の指摘するような「犠牲者非難」の論理に転化する「社会問題の個人化」という医療化批判に関しても、一定の距離をとり論争には加わらない。

このように嗜癮問題は、当事者の主体性を援助の基本に据えている。つまり、援助関係において、「治す人—治される人」という従来の医学モデルにおける役割期待とは異なり、嗜癮当事者は何かをしてもらうことを待つ存在ではいけないとされる。どれだけ当事者が嗜癮問題からの解放と新しい生き方を希求するかといった、いわば援助される側の能動性が問われるのである。したがって援助者が行うのは、その変化への志向を側面的に援助することである。

しかし、ここには矛盾がある。つまり考え方としてそうであっても、現実には先述したように「病気であり続ける」ことにお墨付きを与えるものとして医療が関与している。つまり、免責性の拡大に援助関係が関与することは、必要な援助を受ける機会を保証し、自らが嗜癮問題から離れるという動機を持って、援助介入により実際に変化が起こるというプラスの側面と、動機づけに失敗し、変化の主体性をむしろ援助者側に預けてしまうことで、“疾病利得”という成果を得るといった当事者を生み出す。つまり、当事者の主体性を援助の基本に据えるという考え方は、こうした誤った依存を助長するというマイナスの側面もあるということに、自覚的でなくてはならない。

しかしここまでの整理は、いずれも援助の主流とされてきた男性を想定したものである。同じことが女性嗜癮者の場合にも適用可能だろうか。

Sherwin(1992=1998:245)は、ヘルスケアに関する決定権の主導権は、白人で、裕福で、よく教育を受けた男性に握られている時、このような専門家たちは、社会にあるおなじみのジェンダー、人権、階級のステレオタイプに基づいて行動する大きな危険性があるという。またアルコールや薬物問題を抱えた裕福な女性に対するプライベートなプログラムならあるが、貧困な女性が頼ることが出来る場所はない。たとえ貧しい女性が疎外感を感じずに通えそ

うなプログラムを見つけたとしても、それを続けるのに子どもの世話をしてくれる人を探さなければならないという。

つまり女性は、治療主体であるために必要な条件が男性と同じように与えられている訳ではない。先述した自己治療としての嗜癖行動という図式は、自らのおかれた過酷な生活状況からの一時的な逃避、あるいは計画的な離脱として描くことができる。むしろ援助の主体以前に、嗜癖へと呼び寄せられるような状況を女性嗜癖者は生きている。したがって女性嗜癖者が自己治療として選択した嗜癖行動によって、皮肉にも今度はその生存を危ぶまれるとき、援助場面において彼女達は、どのように主体となり得るのか。

主体性とは、予め当事者に付与されているものではない。女性嗜癖者の場合には、暴力被害といった体験を通じ、主体性獲得の過程でそれがはぎ取られるか、形成そのものを阻まれることが少なくない。したがって、女性嗜癖者の援助では、治療主体としての自己を、予め付与された自明のものとしてせず、むしろ回復過程で必要なものとして形成することを目指す。

以上、(1)医療化の帰結、(2)免責性、(3)治療主体としての自己、という三つの側面から嗜癖問題の治療／援助論を整理した。医療化されたとはいえ、「逸脱」概念は“意志の病い”というスティグマを伴い、現在まで当事者や家族の援助希求を疎外する要因となっていること、女性の場合には特にそれが強く働くことを指摘した。また、医療はあくまで嗜癖当事者が治療主体としての動機を示さなければ、「治す人」として機能しえないという、医療でありながらも独特の治療構造を持つことについても触れた。またこうした特殊な構造でありながらも、医療化されたことで、当事者はその責任を免責される側面と、変化への動機を維持することに失敗した場合には、逆に疾病利得としてそこに付与される免責性のみを使うという場合が生じることについても述べた。つまり、嗜癖問題からの回復を支援する援助者が、同時に当事者を嗜癖問題に留まらせてしまうという、まさに“間違った助け方”＝イネイブリングをおこなう危険を孕んでいることを指摘した。

そして最後に、ここまで述べられた援助には女性嗜癖者の現実がうまく反映されていないこと、特に主体性を巡っては、もともとその獲得に困難を抱えたことが嗜癖への接近の背景にあることを指摘した。

ここまで嗜癖問題における性差について、疾病の概念という点、取り組みという点、そして援助の視点という3点から先行研究を整理した。ここではまとめとして、その結果から明らかになったことについて記述する。

まず第1節では、医学的診断基準において嗜癖問題がどこまで治療の対象である「病気」として見なされるのかを整理した。日本では圧倒的にアルコール嗜癖がその中心である。覚せい剤については同じ化学物質であるが、薬理効果による精神病状態のみが「病気」でそれ以外は処罰の対象であるために、援助から排除される傾向が強いことを指摘した。またギャンブルや摂食障害といったプロセス嗜癖については、「病気」のなかに入りながらも援助方法の確立に至っていない。また、さまざまな機関でばらばらに援助が行われ必要な連携が出来ていない状態にあった。このように依存症は診断の言葉でありその範疇に入るものが援助の対象となり、そうでないものは放置される傾向にあるが、たとえ援助の対象であっても他の一般的な疾患との比較において、援助の体制、数ともに不十分である。

次にアルコールを中心に性差がどのように発見されてきたのかをみたところ、女性の場合は生物学的には被毒性が高く、社会的には家族内での疎外や暴力に苦しむなど断酒が達

成されただけでは解決につながらないなど、幾重にも劣位な状況に置かれている。

また「依存症」という概念では、同じ現象でありながら援助を必要とする女性を取りこぼしてしまう。すなわち「嗜癖」という、援助レベルの鑑別という点では弱点をもつ概念でありながら、渴望と強迫的な行為の背景までを広角的に捉える「嗜癖」という切り口で女性の抱える困難をみていくとその本質を捉えることができる。ソーシャルワークではむしろこの「嗜癖」という概念を積極的に用いて女性を援助する必要性を提示し、「嗜癖」概念を本稿で採用することとした。

第2節ではわが国における嗜癖問題の取り組みを、医療、治療共同体、SHG という3つの機関に代表させ概観した。医療は「依存性」概念を中心に「病い」として診断基準が確立された嗜癖問題が援助されている。しかし、女性はそのなかにあって未だに男性モデルを援用されている。僅かに女性に特化した援助体制を構築した医療機関はあるが、少数にすぎない。治療共同体は「嗜癖」概念を用いて医療よりも広い射程で当事者の問題を捉え、たとえ嗜癖対象が複数であっても援助の対象としている。しかしここでも女性の抱える特殊性に着目し、援助を引き受ける治療共同体は少数である。また女性専用のこうした場合は慢性的な財政難とマンパワー不足により常に運営の危機にさらされている。さらに、日本の場合には教育体制の違いから、当事者スタッフが回復の途上でソーシャルワークに関する専門教育を受け直す機会にめぐまれず、自らの体験のみに依拠した援助に留まるという限界を抱える。続くSHGでは、代表的な断酒会とAAについて触れた。いずれも女性メンバーの増加に伴い、女性のみが集まりが開かれるが、通常は男性メンバーに混じっての活動となる。そこではしばしば女性の体験がジェンダーバイアスによって歪められる。安全の感覚が脅かされるような男性メンバーによる言動で、SHGという回復に必須と言われながら女性が安心して参加出来るような変化が求められる点について触れた。

こうしたそれぞれの機関が抱える課題を乗り越えることを意図し、筆者は自らの実践を「生活支援共同体」と命名し、その援助理念と概要について述べた。「生活支援」とはソーシャルワークにおいて特に近年は多用される表現でありながら、その実態については曖昧で未整理であることを指摘するとともに、筆者の規定する「生活支援」とは具体的な生活そのものを通じた対象者の変容を促すものであり、その生活の場は構成するメンバー達のなかで発生するグループダイナミクスによって変容していく。ソーシャルワーカーはそのダイナミクスを生み出す媒介機能であり、同時にメンバー達と生活を共にするという意味で従来の援助概念と異なる立ち位置にある。またソーシャルワーカーは治療共同体とは異なり、当事者性より専門性を基盤に女性の援助に必要なジェンダーの視点を組み合わせる点でも特徴がある。日本でこのような取り組みは始まったばかりであるが、米国やカナダではすでに実践例が多くあり、その援助が女性嗜癖者の生活支援においては一般的となっている点について触れた。

第3節では病いとして認定されたかに見える嗜癖であっても、そこには「逸脱」概念との関連に伴う多くのスティグマが残る経緯について整理した。SHGが様々に多様化する嗜癖問題に応答するかのようにつけ込まれ活動する背景には、援助の体制が確立するには「免責性」の課題をクリアする必要があるという事情がある。また治療共同体も援助に公的な財源を期待せず自分たちが必要と判断すればそれを行って来た。こうした健康保険制度、生活保護制度といった社会保障の隙間に落ちてしまう嗜癖問題に関しては、スティグマ故に制度内に入ろうとすると障壁が大きい。女性嗜癖者を対象とした援助はどの機関でも少数であることについて触れたが、それが増えない背景にもこうしたステ



イグマが大きく影響を与えている。

またこうしたスティグマは、社会のなかで女性により多く付与される。嗜癖問題は当事者が回復の主体であるという基本的な援助理念があるが、そもそも女性は主体であることをむしろ社会のなかでは求められてこなかった。従って、回復の主体としての自己を確立して行く過程そのものが援助であることについて述べた。

以上のことから嗜癖問題における性差は、わが国における女性の抱える困難が不当に女性の個人的問題に帰結されていることを現している。にもかかわらず、その点がきちんと指摘されてこなかったこと、また依然としてその点に配慮のない援助が主流となっていることが明らかとなった。しかし、すでにこうした不備を変えて行こうとする取り組みは日本でも始まっている。その取り組みとして筆者は「生活支援共同体」を提案しその概要について述べた。第2章以降では、その「治療共同体」構想を生み出すに至った女性嗜癖者の特徴を類型と回復過程から明らかにし、加えてジェンダーに配慮した女性嗜癖者に対する新しい援助モデルを構築する。

## 注

- <sup>1)</sup> 市販薬として代表的な鎮痛剤であるナロン、鎮静剤のウットはブロムワレリル尿素 (BVU) を含有している。また医師の処方するベンゾジアゼピン系薬 (BZD 系薬) として有名なものが、暴力団の資金源ともなっている triazolam (薬名ハルシオン) である。芦澤によれば BVU は大量服用による死亡が指摘され、また BZD 系薬は薬理的に短時間の作用ほど依存性が高く、依存の形成には医原病の側面があると指摘する (芦澤 2010:72)。
- <sup>2)</sup> これらドラフトに関する情報は <http://www.DSM5org/Pages/Defalut.aspx> (2011. 2. 20) による。また David J. Kupfer, Michel B. First, Darrel A. Regier, (2002) A Research Agenda For DSM -V, American Psychiatric Association 2002= 黒木俊秀・松尾信一郎・中井久夫訳 (2008) 『DSM-V 研究行動計画』みすず書房 を参照した。
- <sup>3)</sup> 筆者は日常的に摂食障害者と接している。その多くは摂食障害の他にも嗜癖対象をもっている。彼女達にはもちろん主治医がいるのだが (ほとんどが精神科医, なかには内科医を主治医にもつ人もいる), アルコールや薬物といった物質嗜癖に関する治療はおこなっても, 「食べ物のことは分からない」とか, 「とにかく 3 食きちんと食べなさい」といった拒絶またはお説教としか当事者には受け取れないようなやりとりが多いのが現実である。こうした現実には、摂食障害当事者の多くが困惑したり, 希望を失ったりしがちである。また筆者の臨床的な実感としては, 複数の嗜癖を抱える場合に, 最後にテーマとなるのが摂食障害である。なぜなら, 嗜癖の病理の中核である「コントロール喪失」という観点からいえば, 「食べる」ことは生存のために必須でありながら, 同時にこれ自体がコントロールを喪失するというパラドックスにさらされるからである。
- <sup>4)</sup> 樋口らの研究 (2004) では日本における飲酒文化と販売酒類に多さ, 加えて消費量から考えて, アルコール依存症者を約 80 万人としている。
- <sup>5)</sup> 覚せい剤事犯の場合, 所持および使用に関しては初めての勾留で実刑判決が出る場合は稀である。大半は執行猶予判決を受けて保護観察所への定期的な出頭 (面接指導と尿検査) により経過観察をおこなう。薬物依存症として精神科通院治療を受けるのは, このうち残遺症状 (幻聴や追跡妄想等) の緩和を目的としたもので, 数としては極めて少数である。
- <sup>6)</sup> 専門的処遇プログラムとして認知行動療法を使った体系的処遇が, 性犯罪者処遇プログラム, 覚せい剤事犯者処遇プログラム, および暴力防止プログラムの 3 種類で始まっている (犯罪白書 p76), この他にも栃木県における薬物依存症対策として関係機関と栃木ダルクが連携した例が紹介されている (厚生労働白書平成 22 年版 p346-348)。
- <sup>7)</sup> 日本では覚せい剤が「やせ薬」として特に若年女性に使用される場合が多いことは, よく知られている。これは覚せい剤が直接体重を減少させるのではなく, 精神的興奮が過覚醒状態を引き起こし, 食事をしなくとも空腹を感じない状態になるので, その帰結として体重が減少する。
- <sup>8)</sup> これらは文献による理解の他に, 藤田氏より 2010 年 7 月に女性プログラムに関する聞き取りをおこなった際の記録, および藤田氏より提供された研修用資料によるものである。藤田氏にはここに記して感謝する。
- <sup>9)</sup> これらの情報は MAC・DARC 連絡協議会が発行する全国施設一覧 (2011. 4. 21 版) によるものである。
- <sup>10)</sup> これらの情報はいずれも各協会のホームページ (日本アルコール関連問題学会 <http://www.j-arukanren.com/>, 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会 <http://www.j-asw.jp/>, 日本アディクション看護学 <http://jssan.kenkyuukai.jp/about/>) を参照した (2011. 3. 8)。

## 第2章 女性嗜癖者の類型化と回復過程

本章では女性嗜癖者の「類型化」と「回復過程」について明らかにする。第1章で整理したようにこれまで男性を援助対象としてきた嗜癖問題への取り組みを、女性に援用することは有効ではない。むしろ多くの弊害が生まれることが明らかにされた。しかし、これまで主流であった男性への援助モデルも、当事者の多様性に対応出来ていないという課題を抱える。このような経過をみる限り、女性嗜癖者も多様であって決して“ひとくくり”に同じ援助を展開出来ない。本章はその具体的な援助モデルの構築に先立ち、第1章で明らかとなった性差をふまえ、まずはその多様性を整理し、同時に「よくなるということ」すなわち回復概念の検証とそのプロセスを明らかにするのが狙いである。

まず第1節では本研究が対象とする研究データの獲得場所と獲得方法について述べていく。

次に第2節では女性嗜癖者の多様性を類型化することで捉える。大嶋(2004a)では、自験例の発症経過分析において「母娘関係」という内側からの抑圧、「女性をめぐる表象」という外側からの抑圧という2軸が抽出された。筆者は現在に至るまでその強弱による4類型を援助の枠組みのひとつとして使用している。2節では類型化の必要性とその手順について述べるとともに、4類型はそれぞれどのような特徴をもつのかを提示する。手順については2軸の強弱を量る指標を作成した。また2節では女性嗜癖者のアセスメントについても触れる。まず女性嗜癖者に共通したアセスメント項目について、従来男性を想定し作られたものとの比較においてその構成は何が異なるのかを述べたうえで、さらに類型によってより着目すべき点が異なるため、それらについて整理する。

第3節は女性嗜癖者の回復過程について述べる。まずこれまで嗜癖問題からの回復とはどう捉えられてきたのか先行研究レビューをおこなう。次に大嶋(2004a)では、女性嗜癖者にとっての回復には「身体」と「親密圏」というふたつのカテゴリーが影響を与えると指摘した。「身体」については第2節で指摘した発症経過における外側からの抑圧、すなわち「女性をめぐる表象」と深く結びつくものである。また「親密圏」とは狭義の家族あるいは性愛を仲立ちとする2者関係ではなく、本稿では家族に代わって人々の基礎的な生やアイデンティティを支えるオルタナティブな社会関係(中筋 2011:132)と捉える。そして回復における「親密圏」は発症経過における内側からの抑圧、すなわち「母娘関係」と関係が深い。3節ではこの二つのカテゴリーがどのように変化していくことが回復であるのかを描く。そしてその過程とは、大まかには「安全の構築」、「主体の獲得」、そして「親密圏の創造」という3期に分節されるが、それぞれの時期に先の「身体」と「親密圏」はどのようなものとして現れるのかを整理する。

ここまで、女性嗜癖者はこれまで少数派として援助場面では周辺化されてきたことについて触れた。しかし筆者は、嗜癖問題はもはや人々の社会生活のあらゆる場面で無視することが困難になっていくと考える。特に女性は社会的不利益を幾重にも抱えるが故に、その特徴を適切に捉えること、回復についての具体的なイメージを描けることは援助にとって重要なことである。第2章は女性嗜癖者の全体像を類型と回復という点からまずはミクロに描き出していく。

## 第1節 研究対象

本稿における研究対象者は性自認が女性であり、かつ嗜癖問題を抱える人である。嗜癖問題とは、医療機関において ICD-10、あるいは DSM-IVによる診断を受けたことがあるという事実をもってこれを指す。また、「生物学的性別（＝セックス）と主観的性別（＝ジェンダー）にずれがある」（加藤 2006:28）GID（性同一性障害）や、TG（トランスジェンダー）などの性的少数者については、主観的性別が女性である場合にこれを研究対象とした。逆に主観的性別が男性で、生物学的性別が女性である場合もこれを対象とした。

次に本稿で使われる研究データの獲得場所および方法等について述べる。

### (1) 研究データの獲得場所

研究データの獲得場所は二カ所である。ひとつは筆者が自ら立ち上げ実践をおこなっている NPO 法人リカバリー、ひとつは上岡陽江氏が主宰する NPO 法人ダルク女性ハウスである。二つの法人の概要については表 2-1 のとおりである。

表 2-1 研究データを獲得した施設の概要

項 目	NPO 法人リカバリー	NPO 法人ダルク女性ハウス
運営する施設(依拠する法律)	地域活動支援センター1カ所、共同生活援助(グループホーム、以下 GH)2カ所(3カ所とも障害者自立支援法).3施設には「それいゆ」という名称がつけられている.	福祉ホーム 1カ所(障害者自立支援法), デイケア1カ所(無認可). デイケアには「フリッカ」という名称がつけられている.
設立年月日	2002年9月1日	1991年5月1日
支援対象と利用人数	女性の精神障害者. センターの一日平均利用者数 10名. GH の定員計 11名.	女性の薬物依存症者. 福祉ホーム定員 6名. デイケアの一日平均利用者数 10名.
法人の財源と運営規模	国による訓練等給付(GH)と札幌市からの助成金(センター). H22年度事業規模 4千万	東京都からの助成金(福祉ホーム)と財団からの助成金, 利用者負担, 寄付金(デイケア). H22年度事業規模 2千万
スタッフの構成	常勤5名(全員 PSW 資格者) 非常勤1名(CP), ボランティア講師5名.	当事者スタッフ 4名(うち1名は PSW 資格者), 事務スタッフ 2名, 非常勤看護師1名.
支援の内容	センターでは言語と非言語のグループワークを中心とした支援の他, 個別の心理面接をおこなっている(表2参照). GH では, 食事提供の他, 入居者が抱える生活全般の課題の解決をおこなう.	デイケアではミーティングと呼ばれる集団療法, 利用者の子どもを対象としたプログラムをおこなっている. 福祉ホームでは, 入居者が抱える生活全般の課題の解決をおこなう.
支援の特色	嗜癖問題以外の精神疾患をもつ	当事者主体の運営と, ピアサポ

	利用者と混合のグループワークと個別支援を同時並行的におこなう。バックアップ病院の協力の下で、迅速な危機対応が可能。	ートを中心とした関わり。理事会が処遇困難事例に関してスーパーヴァイズをおこなう。
--	---	--

## (2) 研究データの獲得方法

NPO 法人リカバリーについては、ふたつのグループに分けてデータを収集した。まず2004年4月から2011年3月までの利用者のうち女性嗜癖者の個人記録、グループワーク記録、およびフィールドノートである。第2章第2節「女性嗜癖者の類型化」および第3節「女性嗜癖者の回復過程」、さらに第3章「女性嗜癖者の生活世界」での記述に関しては、ここで得られたデータの個人の詳細なエピソードを除外し、女性嗜癖者をひとつのまとまりとして分析しており、データはその目的で収集した。

ここで嗜癖行動が止まっているかどうかは問わなかったが、NPO 法人リカバリーにおいて援助関係がおおむね1年以上継続したものに限定している。その理由は、支援開始時におこなうインテークによる類型化と、その後のアセスメントと援助計画の有効性をモニタリングし、修正を加えることを繰り返すと最低でも1年の援助関係なしに支援の効果を検証することが出来ないからである。第一グループのデータ詳細については表2-2のとおりである。

次に女性嗜癖者の回復過程を分析するうえで必要なデータ収集を、利用者のうち4名からインタビューの形でおこなった。なおEおよびFについては嗜癖問題の診断を受けていない。しかし第4章第4節「フェミニスト・ソーシャルワークの適用範囲」のなかで、分析対象としている。第二グループのデータ詳細については表2-3のとおりである。

表2-2 NPO 法人リカバリーにおいて収集したデータの一覧<その1>

データの種類	データの記録方法	データの内容
個人記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書面</li> <li>・ 公的文書の複写</li> <li>・ 手紙</li> </ul>	個人ファイルに収納されたフェイスシート、面接記録、精神保健福祉手帳、障害者福祉サービス受給者証、主治医意見書、診療情報提供書。
グループワーク記録 (当事者研究、アディクションミーティング、レジリエンスミーティング、就労支援の言語を使った4種類のグループワークと外部講師によるボディワーク)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書面</li> <li>・ グループリーダー(筆者)の観察記録</li> </ul>	グループワークのテーマ、参加メンバーの発言および参加態度、グループにおける力動に関する特記事項。
業務日誌	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書面</li> </ul>	センターおよびグループホーム2カ所で毎日記載される利用者の様子、グループホームでは生活

		場面の観察記録，受診状況や関係機関から提供された情報.
ニュースレター (年間4回発行)	・書面	法人の活動内容の紹介および法人主催による事業報告，利用者の手記や体験記，法人スタッフ・賛助会員・外部講師の記事.

表 2-3 NPO 法人リカバリーにおいて収集したデータの一覧<その2>

回復過程に焦点をあてた聞き取り調査

	実施時期および個人の概要	実施方法
A	2007. 7. 31 アルコール嗜癖，共依存(ライフモデル選択困難型)実施時断酒 5 年，支援開始 2002 年.	インタビューガイドによる聞き取り. テーマは「母娘関係と回復過程」. 所要時間 60 分，トランスクリプトあり.
B	2009. 7～2011. 3 (おおむね 2 週に一度) アルコール嗜癖，摂食障害(他者承認希求型)実施時断酒 3 年，摂食障害については過食嘔吐継続中. 支援開始 2005 年.	定期的な面接. 一回の面接時間は 60 分. 面接要約記録および食事日誌あり. テーマは「嗜癖行動としての摂食障害」.
C	2010. 2 薬物，ギャンブル嗜癖，共依存(セクシュアリティ混乱型)，解離性障害. 実施時薬物嗜癖のクリーン 5 年，ギャンブル嗜癖に関しては継続中. 支援開始 2000 年.	インタビューガイドによる聞き取り. 所要時間 70 分， トランスクリプトあり. テーマは「生き延びる手段としての解離・時間の軸」.
D	2010. 11. 5 アルコール嗜癖，共依存(セクシュアリティ混乱型)，解離性障害. 実施時断酒 4 年. 支援開始 2005 年.	インタビューガイドによる聞き取り. 所要時間 90 分. 実施者は外部ボランティア講師の臨床心理士で，センターのプログラム担当者が，自身の博士論文のデータとして収集したもの. トランスクリプトあり. テーマは「ソマティックスが回復過程に与えた影響について」.
E	2010. 10. 22 気分変調性障害，支援開始 2005 年.	同上のインタビュー. 所要時間 90 分.
F	2010. 12. 3 全般性不安障害，支援開始 2004 年	同上のインタビュー. 所要時間 90 分.

次に NPO 法人ダルク女性ハウスについてである.

2008 年 5 月から 2009 年 11 月までにおこなったインタビュー，グループワーク記録，上岡陽江氏との対談をデータとして獲得した. グループワーク記録の個々人の詳細なエピソードを除外し，女性嗜癖者をひとつのまとまりとして分析する目的で収集した. 上岡氏との対談は女性嗜癖者の回復過程に関するキーワードに関して，お互いがフィールドワーク

のなかで見いだした発見を述べ、その発話に対して帰納的な対話をおこなった。したがって通常のインタビューとは異なる。詳細については表 2-4 のとおりである。

表 2-4 NPO 法人ダルク女性ハウスにおいて収集したデータの一覧

	実施時期および概要	実施方法
グループワーク	2008. 5. 24 札幌在住の NA メンバー4 名(いずれも被害体験を有する薬物依存症者)とダルク女性ハウス入所中の 1 名の計 5 名でグループワークを行った。	「相談する」というテーマで KJ 法を使い、当事者にとっての相談という行為に付随する困難性をあきらかにした。所要時間 120 分、トランスクリプトあり。
上岡陽江	(1)2008. 5. 25 「それいゆ」にて実施。  (2)2008. 5. 26 「それいゆ」にて実施。	5. 25 に実施したグループワークの振り返り、「相談」が回復過程に与える影響について対談。所要時間 90 分、トランスクリプトあり。  筆者が回復過程のキーワードとして抽出した「身体」と「親密圏」をテーマに対談。 所要時間 120 分、トランスクリプトあり。
E	2008. 11. 21 「ダルク女性ハウス」にて実施。 薬物嗜癖(セクシュアリティ混乱型)解離性障害。実施時断薬 4 年。	インタビューガイドによる聞き取り。 所要時間 70 分、トランスクリプトあり。 テーマは「性被害体験が回復過程に与える影響」
F	2008. 11. 21 「ダルク女性ハウス」にて実施。 薬物嗜癖(セクシュアリティ混乱型)、 解離性障害、強迫神経症。実施時断薬 3 年。	インタビューガイドによる聞き取り。 所要時間 60 分、トランスクリプトあり。 テーマは「性被害体験が回復過程に与える影響」。
上岡陽江	(3)2009. 11. 3 東京にて実施。	「嗜癖問題からの回復過程」について対談。対談により回復過程に影響を与える 10 のキーワードを抽出し、さらに援助者が回復過程に対して果たす役割についても対談をおこなった。所要時間 120 分、120 分、60 分の 3 回に分けて行った。ボイスレコーダーに記録し、フィールドノートを作成。

### (3) 倫理的配慮

これらのデータを用いるにあたり注意したことについて述べる。

第一に「NPO 法人リカバリー」については、法人の支援活動全般を研究対象とすること、利用者のうち嗜癮当事者を抽出し、分析対象とすることを理事会で報告すると共に承認を得た。第2章第2節「女性嗜癮者の類型化」に用いる利用者のデータに関しては、A～Dを除き類型化の分析および記述に不可欠な、最小限の個人情報に留めるよう努力した。また分析や記述に不可欠ながら省略できない部分については、データの変更(嗜癮対象や年代等)を施し個人の特定を回避した。

次にグループワーク記録について用いる場合にも同様とした。また、「当事者研究」などすでに雑誌記事等に掲載することをメンバー達が承諾したものについては、掲載された記述を優先して用いた。

最後に回復過程の分析に関するデータとして収集した A～C については、インタビューの際に論文の目的を書面にて示し承諾を得た。また D, E, F については、筆者が直接インタビューをおこなったものでなく別の目的にて行われたものである。インタビューアである平澤氏(NPO 法人リカバリーにて週に一度身体に働きかける「ソマティックス」を実践する臨床心理士)と、D, E, F 自身に改めて論文のデータとして使用する承諾を得た。論文における個別の記述に関しては予め提示し、本人と協議のうえ必要があれば加筆訂正をおこなった。

第二に「NPO 法人ダルク女性ハウス」については、法人の支援活動全般を研究対象とし、また利用者のうち数名を抽出し分析対象とすることを理事会に書面で報告すると共に承認を得た。

上岡氏とおこなった対談のうち本論文の作成という目的に限って行われたのは(2) 2008. 5. 26 である。その他の全てのデータについては、筆者と上岡氏が共著にて出版した書籍(『その後の不自由』医学書院)のために収録されたものである。うち F については、筆者が聞き取りを行い、その一部が著書に掲載された。しかし上岡氏に対して、これらのデータを前掲書籍としてまとめるだけでなく、その内容を筆者の論文作成のためにデータとして使用することについて説明し承認を得た。

E および F については、インタビュー時に前掲書籍だけでなく筆者の論文中にもデータとして採用したい旨を伝え口頭で承諾を得ているが、その後あらためて文書にて説明し同意を得た。論文における個別の具体的記述については、回復過程の分析に不可欠な部分を中心にこない、本人と協議のうえ必要があれば加筆訂正をおこなった。

最後に、2008. 5. 24 の単発で行われたグループワークについては、上岡自身が雑誌『精神看護』2009年5月号に掲載した「自傷行為からグチへ」をまとめる経過で、全国各地で行っていた同様のグループワークの一回である。参加者には、ここでのグループワークでのエッセンスが雑誌および前掲書籍に使用される旨の説明をおこなった。また、その際と同じくエッセンスを筆者の研究データとして使用することに関して承諾を得た。その内容については、個人に関わる情報については可能な限りこれを省略したかたちで記述した。



## 第2節 女性嗜癖者の類型

### (1) 類型化の意義と目的

一般にどのような援助にも普遍的価値や共通の技法があり、それらはある問題状況に対する援助の「基本形」としてひとつの体系を作る。しかし「基本形」から外れる事例が出てくると、通常それらは「事例の個別性」として位置づけられる。そして「基本形」の一部は個別の事情を汲み取ったうえでカスタマイズされ、変更されて援助に反映される。ところが多い「個別性」が集まってそれらを互いに比べてみると、その「個別性」そのものに類似点を見いだすことがある。これが生物学でいえば同じ女性嗜癖者という種であっても、異なる属、科と呼んだりするものである。筆者はそれを女性嗜癖者の類型として示そうとするが、このような類型化は援助にとって以下のような意義をもつ。

まずこれまでの嗜癖問題に対する援助の基本形は、先述したアルコール依存症の中年男性である。嗜癖問題の多様化あるいは嗜癖当事者の多様化と言われて久しいが、「応用形」が未だに出て来ないために、従来の援助にフィットしない事例が多く、援助から脱落する傾向にある。同じように女性嗜癖者といっても、これをひとつの種としてしか捉えないことは、同様の誤謬に陥る危険がある。言い換えれば類型化によって、よりその特徴に配慮した援助をすることが可能になる。

次に 個別性として見えていたことが類似性によってまとめられることにより、「個人的なこと」として片づけられなくなる。つまり援助者は類型化に沿って当事者の特性を掴みやすくなる。援助者によって異なるアセスメントになることを防ぎ、適切な援助を受けることにつながる。

さらに女性嗜癖者の抱える困難性を、その背景を含め広角に捉えることが可能になる。その成果は援助技法の選択に関する精度をあげ、また援助方法を開発することに貢献する。

次に本論における女性嗜癖者の類型化の目的について述べる。

類型化を基(1975)による精神疾患の診断の三つの水準「症状論的診断」、「疾患論的診断」、「病因論的診断」を手がかりに以下のように捉え、その目的を設定した。

まず類型化によってどのような生活上の困難性が表出されるかを整理し、かつその困難性のレベルをまとめることをめざす。生活とは非常に幅の広い概念であるが、嗜癖問題とはその生活を細部にわたって破壊すると言われる。類型によって特に困難性の表出が異なる部分を明らかにすることで、アセスメントの際の留意点を示すことが出来るようになる。

次に類型化によって、発症の経過や女性嗜癖者の治療への反応がどのようなかをまとめることをめざす。発症の経過を整理することは、嗜癖問題の再発リスクを推定することに役立つ。また発症の経過を整理することで、援助に対する応答性やアウトリーチの必要性などをアセスメントすることが出来る。

最後に類型化によって発症に最も大きな影響を与えたものや事柄、あるいは事象を整理する。そして類型を命名することにより、発症の要因をある程度特定できるようにする。さらに名付けることにより、嗜癖問題を外在化することをめざす。外在化することで「個人の問題」から「社会的文脈における事象」へと、嗜癖行動の意味を捉え直していくを試みる。

## (2) 女性嗜癖者の類型化に関する先行研究

女性嗜癖者の類型化について、特にジェンダーの視点をもっておこなったのが精神科医の斎藤学である。斎藤の研究は、女性嗜癖者の治療／援助にとって重要な視点を提供した。

そのひとつは、それまで習慣飲酒を背景に発症するとされていたアルコール依存症だが、女性の場合にはそうではないと述べたことである(斎藤・波田 1986:182)。斎藤は女性のアルコール問題を「状況反応としての飲酒、とくに女性性の問い直しへの直面」というジェンダー役割の観点からそれを捉え直した。次に斎藤は女性のライフサイクルに着目する。そしてライフサイクルの節目で女性が抱えるジェンダー役割への葛藤、あるいは破綻といった危機の大きさが嗜癖問題とリンクしていると指摘した(斎藤 2003:39)。そしてその葛藤や破綻が生じる時期をライフサイクル上に示しながら、それらを自立葛藤型、非婚型、内縁関係型、育児ノイローゼ型、家族内ストレス型、目標喪失型、空の巣型、老化ストレス型と名付けて8つに分類した(斎藤 2003:45)。

同じく女性のライフサイクルに着目して類型化を試みたのは、やはり精神科医の比嘉千賀である。比嘉は現代における男女のライフサイクルには大きな違いがあり、女性の場合青年期～若い成人期までをひとくくりとして、この時期にはアイデンティティの確立と親密性の獲得が同時に課題になるとして、従来の男性をモデルとしたライフサイクル理論を、ジェンダーの視点で読み替えようと試みた。そのうえで女性嗜癖者を若年女性タイプ(摂食障害合併)、子育てママ・生き甲斐喪失タイプ、中年団塊世代(空の巣)タイプ、キャリアウーマン・老年女性タイプの4つに分類した(比嘉 2000:68-70)。

斎藤と比嘉は女性嗜癖者が発症する契機に着目し、それをライフサイクルにおけるジェンダー役割との関連で捉え、そこに見える特徴に沿って類型化をおこなったところに共通点がある。

筆者は両氏の類型化が臨床場面から出たことを重要視する。それまで臨床例として少数であるとして周辺化された女性嗜癖者が、従来の嗜癖当事者を代表する中年男性と異なる発症契機をもつことが臨床例を通じて述べられたことの意味は大きい。またその違いを説明するものとしてジェンダー役割を用いることは、従来の研究にはなかったものである。両氏の研究は男性以上に「個人の問題」とされ罪悪感がつきまとう女性の嗜癖問題を、「女性が飲むには訳があり、そこには女性に求められて来たジェンダー役割が影を落としている」として、社会的文脈における事象という視点から捉え直す必要があると指摘したのである。

しかし両氏の類型化には課題も残った。大嶋(2004a:63)は、この類型化の限界について次のように整理した。

第1に類型化はアルコール嗜癖者を想定しているが、女性嗜癖者のほとんどが複数の嗜癖対象をもつため、どの嗜癖問題をどの時点で見ることが不明である。

第2にライフサイクル理論では人間を社会的存在として、死に向けた発達を遂げていく存在として捉える。しかし今日筆者らが臨床の場で対峙する女性嗜癖者の多くは、発達がある時点(たとえば思春期)に留まったままであることが少なくない。時間はたしかに流れているが、彼女達は自分の生物学的年齢とは異なる場にいるのである。そのため、本来ライフサイクル理論でいう発達段階の課題をほとんど体験しなかったまま、しかも年齢とは無関係にある時期にとどまるために、それではジェンダー役割の葛藤も破綻も起こらないところに布置する群が生じて類型化が困難になる。

第3に 女性嗜癖者の抱える困難性は単一であることは稀で複合的である。したがって単純に育児ノイローゼや家族ストレスという型にあてはめにくい。

第4に ライフサイクル上のどこでジェンダー役割の葛藤や破綻を生じたかよりも、葛藤や破綻の生じたかたが課題である。また「子育てママ」といった類型の命名は、女性が子育てするものといった、安易なジェンダー役割の無自覚な再生産に加担する危険がある。

そこで大嶋(2004a:80)は、このような課題を乗り越えるアルコール嗜癖にとどまらない女性嗜癖者の類型化を試みた。以下にそのプロセスと結果について要約する。

まず筆者の自験例のうち嗜癖行動が止まって1年以上が経過している11例を類型化の対象とした。混乱状態から抜け出し、嗜癖行動へと駆り立てていたものを検証できる状態にあるかどうかで判断した。次に類型化の方法としては、今まで聞き取られ記録されることのなかった女性嗜癖者のライフストーリーに着目した。11例の個人記録および集団療法の記録をもとにライフストーリーを再構成し、そのなかで斉藤らの先行研究で重要な視点であったジェンダー役割が形成される背景としてのジェンダー・バイアス(ジェンダーにもとづく偏見および偏向)に注目した。なぜならそれは社会の価値観が男性中心主義に囚われていることに起因すると捉え、人々の価値観のなかに埋め込まれた認識およびその再生産過程を問題化するときジェンダー・バイアスが用いられる(井上ほか 2002:169)からである。

ライフストーリーのなかに嗜癖行動へと当事者を駆り立てたジェンダー・バイアスを見つけ出し、一例ごとにライフストーリーとジェンダー・バイアスの関連図を作成した。そして11例の関連図のなかに共通するコードを探索する作業を繰り返し、ジェンダー・バイアスがふたつの異なる抑圧によって構成されていることを導きだした。それは a. 自らの内側に存在して抑圧の源となるジェンダー・バイアス=母-娘関係と、b. 自らを外側から抑圧するジェンダー・バイアス=女性の身体と性をめぐる表象である。

a. は祖母から母、母から娘、あるいは祖母から孫である娘へといわば「女性から女性へと受け継がれていく抑圧」である。女性のライフコースは様々な要因によって規定されるが、女性嗜癖者の場合には、身近で親密な存在である同性がそのモデルであると同時に、抑圧の源として大きな意味をもつことが浮かび上がって来た。母と娘の関係についてみていくと、そこには様々な形の虐待(abuse)がある。ここでいう虐待(abuse)とは、身体的な暴力というよりももっとソフトで、巧妙な体裁をとりながら娘の生きるエネルギーを奪うようなものが多い。Bassoff(1996:4)は母親の仕事には相反する2つの側面があり、ひとつは子どもとの間に強い絆を結ぶことであり、それからその後にその絆を少しずつ解いていくことだという。しかし11例についてみると、子どもへの無関心や精神的な遺棄で絆を結ばない、あるいは「～出来るお前であるなら」という条件つきで絆を結ぶ、または母親自身が自分の不安から娘の存在を必要として、表面的には絆を結ぶかのようにでありながら、実は娘の人生に侵入し支配する形など、絆の結び方に大きな課題が見られた。そしてBassoffが指摘するいったん結ばれた絆は、娘の成長と共に解いていくのだが、これがうまく出来ないあるいはそれを望まない母親が多いのである。こうした関係に母と娘の双方は無自覚なままにある時期(その多くは思春期)までを何とかやり過ごしてくるが、最初に関係の苦しさに意義を唱えるのは娘である。その異議申し立ての形こそが嗜癖問題である。

しかしここで大切なのは娘を嗜癖へと駆り立てた犯人探しではない。母親が一人で担わされる子育てに対する葛藤や苦悩、そこに不在の父親、そして母もまたその母との関係において十分に慈しまれ、かつその絆を適切に解かれてきたかという「もうひとつのストー

リー」を読み取ることである。また類型化の対象とした 11 例が特別な親子関係にあったのではない。母-娘関係そのものが多くの困難を孕むことは、フェミニズムがこれまで繰り返してテーマとしてきたことである。例えば水田(1996:14-15)は次のようにその相克を整理する。

娘にとっての母は、男達が語るような郷愁としての母物語ではあり得ない。娘にとっての母は、父の制度の代行者としての強い母への依存と恐怖と、父の制度の犠牲者としての弱い母への同情と嫌悪を抜きにしては語ることが出来ない存在であった。(中略)こうして<近代の娘>は母を否定せざるをえず、その<母殺し>は、母への愛憎のアンビバレンツに引き裂かれながら、自らの成長や女としての幸福をかけて行われた。母と娘はお互いに依存し合いながら、愛情や献身や憐憫や、嫉妬や敵意や嫌悪や恐怖が入り交じる癒着と離反を繰り返して葛藤し、その葛藤を通じて父と密着する。<父の娘>もまた、娘の成長物語のパターンのひとつである。(中略)近代における<父の娘>は、母に反発し、母を否定する娘と同じように母性を獲得出来ない。なぜなら父に可愛がられたこと、娘として父のようになりたいと願望したことは、とりもなおさず母への拒否の現れであり、それは自分自身のうちなる母との矛盾に他ならないからである(下線筆者)。

また Eliacheff と Heinich(2002=2005:287)は、母親との関係がいかにか世代を超えて困難を生み出していくのかについて次のように述べる。

母親との「困難な関係」に苦しんだ女性が、次の世代では過ちを繰り返さないようにと願って、自分と娘の「良好な関係」を築こうとするのはよくあることだ。だが結果はたいいて期待はずれで逆効果なことさえある。自分は「よい母親」になろうとする母親は、自分が母親に与えられなかったものを娘に与えようとするため、逆に行き過ぎになることが多く、かえって母娘関係に障碍をもたらす。とりわけ<母よりも女>型や<母でも女でもない>型の母親をもった女性に見られるケースで、愛されなかったために苦しんだために、自分の母親とは逆の<女よりも母>型の母親になることが多い。こうした母親は、自分に必要なものを娘に与えているだけで、それは娘自身が必要とするものではないことが理解出来ない(下線筆者)。

女性嗜癖者の多くは母への複雑な想いを表現出来ないままに抱え込み、それが嗜癖という表現で現れてくる様子が発症エピソードに共通するものとして見られた。

次に b. の家庭外の抑圧についてみたところ、学校、職場、地域社会で感じられるものの他に、マスメディアによるジェンダー・バイアスの形成が女性にかなり大きな抑圧として機能していることが分かった。その代表が「女性の身体と性」をめぐる言説である。雑誌やテレビといった媒体を通じて刷り込まれる「女性としての美しさ」は、女性の自己イメージを規定する規範として女性を抑圧する。その結果、規範への過剰的応として生み出されたのがさまざまな嗜癖である。それは直接的に摂食行動への嗜癖として破綻を見せるという場合と、直接は向かわず学業や社会的性向、あるいは幸せな結婚生活という形で代償させようとし、その保持に関わる緊張から別の嗜癖へと逃避して破綻する場合がある。

また女性の場合、身体は性に関する抑圧の象徴でもある。女性はこの社会において常に性的欲望の対象であって主体ではないという、男性との非対称な力関係によって抑圧される。先述の刷り込まれる美しさの規範も、見方を変えれば「商品としての身体」に付与された価値である。女性は第二次成長期における身体の変化とともに否応もなく自らが「性

的欲望の対象」としてしか規定されないと感じつつそれに適応し、しかもその規範をあたかも自分のものであるかのように内面化してしまうといった複雑な構造を創り上げて苦しむという経過が共通のものとして浮かび上がった。

しかし a. と b. の抑圧は共通でありながら、事例によって強弱があることが分かった。次にその強弱が何を表すのか事例をさらに読み込んだところ、a. 母-娘関係の抑圧の強弱は愛着形成や自尊感情といった、人間が自分の存在を肯定するのに不可欠な、いわば土台ともいえる部分の破壊程度を現しており、b. のジェンダー・バイアス＝女性の身体と性をめぐる表象による抑圧の強弱は、社会への適応に向けられた強迫の程度を現していることが分かった。そこで、類型ごとに導きだされたそれぞれの類型に特徴的な抑圧の形、および抑圧が発症とどのように関係していくかを現すように類型を命名し、それぞれ 1 事例に代表させて詳細な記述をおこなった(大嶋 2004a:104-112, 表 2-5 を参照)。

表 2-5 女性嗜癖者の類型化(大嶋 2004a:104-114 をもとに作成)

類型	女性をめぐる表象による抑圧	母娘関係による抑圧
I 性役割葛藤型	弱	弱
II 他者承認希求型	弱	強
III ライフモデル選択困難型	強	弱
IV セクシュアリティ混乱型	強	強

次にそれぞれの類型について概説する。

#### I 性役割葛藤型

「稼ぎ手としての男、ケアの担い手としての女」といった従来のジェンダー役割が浸透している家庭にあって、妻・母・嫁という役割を果たしてきたが、その役割期待の大きさが抑圧になって嗜癖行動へと逃避するタイプ。しかし本人はジェンダー役割への懐疑はあるものの、それを強く主張はしない。周りの同世代の女性と自分を比較し類似性を確認することで自分の主張が突出することを避ける。実際に役割の重さにもかかわらず、それをやれるだけの力を備えている。生活適応力は高く、嗜癖行動によって一時的な逃避が出来ているうちには家族に気づかれないことが多い。しかし内科疾患の発症や酩酊時の事故、あるいは多額の借金などの破綻によって嗜癖問題が表面化するので、援助開始は中年期以降である。また役割の喪失に直面することで発症に至る場合も多い。ジェンダー役割そのものを否定することはなく、妻、母、嫁といった複数の役割を十分に認められ、特に夫や子どもなど家族からの評価を重視する。社会生活への適応力が高いため、自分の内面を臆せず言語化するようになることで嗜癖行動は止まることが多く、女性嗜癖者のなかでも予後は比較的良好である。嗜癖から離れた後は年少者の仲間の面倒をみる、ケア労働に就くなど、社会参加も積極的に行う。

#### II 他者承認希求型

嗜癖行動に付随する自傷行為や逸脱行動などの派手なパフォーマンスの背景に、他者からの承認を求める欲求が高いタイプ。生育歴において自己の存在を肯定的に受けとめられて来なかったまま経過し、その不全感や自己否定感に繋がりひいては破壊衝動に結びつきやすい。嗜癖問題はそのひとつである。自己をいつも他者によって承認してもらえないことで生じる不安のために、他者の言動に過敏である。関係性は相手への服従もしくは服従に見せかけた相手の支配という極端な形をとりやすい。特別かつ親密な関係を強く望むがそ

れが叶わないと嗜癖行動への逃避が死に至る致命的なものになりやすい。こうした行動はIVセクシュアリティ混乱型と似ているが、表面的で演技的、操作的なことから精神医療においては境界性人格障害といった疾患名で治療を受けることが多い。援助者巻き込み型であるのが特徴で、多分に作為、操作が見られる。グループワークには不適応であるために、一対一の援助関係を基盤にするが、援助者に対する評価が絶対視または拒絶あるいは攻撃と極端であるために、基本的な援助関係の確立にエネルギーを要するタイプである。社会生活には早い時期で破綻を見せる。能力的には可能性を多く秘めながら、人間関係に難が多いため学業不振、あるいは就業経験も乏しいのが特徴。

### III ライフモデル選択困難型

女性の生き方が多様化するなかで、キャリア形成や結婚、出産といったライフイベントは選択可能であるかのような言説に、強い違和感をおぼえるタイプ。学業生活では見えなかった男女のジェンダー・トラックの違いに職業生活のなかで直面する。自らのどのような選択にもジェンダー・バイアスがはりめぐらされているのを知ることから、働き続けることにも、パートナーとの親密な関係を築くことにも希望を見いだせなくなってしまう。I性役割葛藤型のように、疑問を明確にせず成り行きに任せることも、自分の選択に自信を持つことも出来ない。次第に目標を喪失し嗜癖行動に束の間の休息を求める。あるいは人生の選択の留保や、漠然とした不安をやわらげるものとして嗜癖行動を利用する。青年期に発症するが、多くは職業生活において高い能力を発揮する。その能力の高さを背景に、女性を評価する規範の多様化全てに適応しようとする完璧志向、強迫観念の強さが特徴である。キャリア志向であり、社会的地位などに敏感で、嗜癖問題が発覚するには長い時間がかかる。また援助関係においては特に同性の援助者に対して懐疑的で打ち解けない雰囲気強い。言い換えれば権威主義的であるために、医師との治療関係が基軸になることが多い。

### IV セクシュアリティ混乱型

性暴力被害体験や性同一性障害、あるいはセクシャル・マイノリティであることなどを背景に、自らの身体とセクシュアリティに混乱を抱えるタイプ。性暴力被害では身体に対する嫌悪感や不浄感があり、その感覚を払拭するために嗜癖行動が選ばれる。あるいは性における欲望が同性に向かう、自分の身体の性別と心のあり方としての性別にずれがあるという気づきが自分を揺るがし、自らの立つ場所の足下が崩れる不安を抱える場合に、嗜癖の酔いが救いとなる。このように自らを他者から受け入れ難い存在と認識する背景には、性暴力被害における被害者非難の言説や、セクシャル・マイノリティに対する異端のまなざしがある。また女性嗜癖者にとって最も親密で庇護されることを願う母親との関係では、配慮よりも服従や支配、あるいは心理的な遺棄などの体験があり、孤立したまま放置されてきた。このため他のどの型よりも自己否定感、虚無感が強く、しばしば嗜癖行動が無意識に自己破壊衝動と結びつくと、死亡するなど致命的な結果を迎えることから、援助者の緊張を引き上げるタイプ。解離症状を持つ場合などもあり、表面的な適応力だけで生活適応力を判断することは不適切である。医療機関では統合失調症、PTSD、抑うつ状態などさまざまな診断名で治療を受けているが嗜癖問題に気づかれずに放置される場合がある。

女性嗜癖者のなかでは最も病理性が高く、しかも嗜癖が止まることでこれまでの生活における悲惨な出来事を生々しく回想するため、医学的管理が必要となる。薬物療法を受けることもあるが、逆に処方薬依存を呈し、異性関係へのめり込むなど救済者願望の強さもあって援助からの脱落が最も懸念されるタイプである。身体的にも生理周期の乱れや甲状

腺異常、極端な筋肉の硬直などさまざまな不定愁訴を抱えるのが特徴である。

このように、類型ごとに抑圧がどのように嗜癖と結びつき、女性嗜癖者の生活困難としてはどのような形で現れるかを整理することができた。それによって援助者は、解決すべき問題状況に優先順位をつけ、解決方法の選択を簡便におこなうことができる。また問題状況の難易度を示すことにも貢献した。特にIVセクシュアリティ混乱型では、解離症状や自己破壊衝動性の高さなど、援助者側に細心の注意深さと配慮、危機介入の技術を要求する。類型化することによって、ソーシャルワーカーがどこに主眼を置いて、何から始めればよいかを示した。

しかしふたつの課題が残った。まず抑圧の強弱という指標を用いてはいるが、何をもって強弱を規定するかについての考察を示せなかった。そして、内側からの抑圧と外側からの抑圧を女性嗜癖者が認識するという場合、その認識は同時というより時間差が生じている場合が多い。また時間という軸をもたない類型化であるため、女性嗜癖者の困難性を平面的にある時点で切り取ったことによるタイポロジーとなっている。むしろジェンダー・バイアスが再生産過程によって強化されることに着目するのであれば、その二方向の抑圧の関係性や、抑圧自体が変化し続けるという動的視点が必要ではないかと考えられる。

以上の課題をふまえながら、筆者は2004年以降現在まで、支援関係を結んだ女性嗜癖者にこの類型化をもちいてきた。ふたつの方向性をもつジェンダー・バイアスの生成について、動的視点を入れ込みながら検討を重ねたが、類型化の手順は同時に女性嗜癖者のアセスメントとなる。第3項では精緻化を試みた類型化のプロセスと結果、そして第4項ではそれぞれの類型に対応するアセスメントについて述べる。

### (3) 類型化のプロセス

まず類型化の対象は、2004年以降に「NPO法人リカバリー」（以下リカバリー）で援助関係を結んだ自験例41例のうち、援助関係が1年以上継続したものである。修士論文で類型化の分析対象としたのは11例で、中心的な嗜癖対象が止まって1年以上が経過したという条件で選択した。その理由は、同時に回復過程の分析対象であったためである。今回、嗜癖行動が止まっているかどうかは問題にしていない。表2-6は41例の嗜癖対象、特記事項、転帰である。

表2-6 類型化の対象となった女性嗜癖者

	嗜癖対象	特記事項	転帰
1	AL, 摂食障害	父AL, 発達障害	回復
2	覚せい剤, 摂食障害	母との密着	回復
3	覚せい剤, 処方薬, 男性	夫も覚せい剤	中断
4	摂食障害, 盗癖	父AL, 両親より虐待	他機関へ
5	男性, インターネット	父AL, 性被害, 子どもを虐待	他機関へ
6	男性, 買い物	性被害	回復
7	AL	性被害, 父AL, 解離症状あり	回復
8	処方薬, ギャンブル, 共依存	性被害, 父AL, 解離症状あり	引きこもり
9	覚せい剤, 男性	覚せい剤精神病	自殺
10	AL, 摂食障害	父AL, 母共依存	回復

	嗜癖対象	特記事項	転帰
11	覚せい剤, 男性	父 AL, 母統合失調症, 子どもを虐待, 覚せい剤精神病	他機関へ
12	AL, 買い物, 共依存	父 AL, 弟は躁鬱病	回復
13	AL, 市販薬, 共依存	夫 AL, 身体障害あり	回復
14	市販薬, 買い物	父 AL	中断
15	覚せい剤, 男性	父と夫 AL, 母による虐待, 心因反応	回復
16	覚せい剤, 摂食障害	性被害, 殺人事件に巻き込まれる	回復
17	AL, 買い物, 共依存	両親から虐待	他機関へ
18	AL, 摂食障害, インターネット	両親から溺愛	他機関へ
19	摂食障害	発達障害	回復
20	AL, 摂食障害	両親不仲, 姉との比較	回復
21	AL, 摂食障害	緊張感の強い家族	中断
22	共依存	緊張感の強い家族, 学童期からいじめ, 希死念慮	回復
23	摂食障害	母との密着	他機関へ
24	覚せい剤以外の違法薬物, 男性	性被害, 解離症状あり	終了
25	摂食障害, 市販薬, 自傷, 買い物	性被害, 解離症状あり	他機関へ
26	覚せい剤, 処方薬, 共依存, 買い物, 摂食障害	父 AL, 母共依存, 夫ギャンブル, 性被害, 解離症状あり	回復
27	AL, 男性	父 AL, 性被害, 解離症状あり	回復
28	AL, 男性	両親 AL, 夫 AL, 統合失調症	他機関へ
29	覚せい剤, 男性, AL, 処方薬	発達障害・知的障害, 母親と姉から虐待, 服役経験有り	不定
30	市販薬, 共依存, 買い物	父 AL, 母と密着, DV 体験	中断
31	市販薬, 買い物, インターネット	発達障害疑い	引きこもり
32	AL, 摂食障害, 男性	強迫神経症, うつ, 両親 AL	不定
33	ギャンブル	DV 体験	回復
34	覚せい剤, 摂食障害	DV 体験, 統合失調症	回復
35	AL, 摂食障害, 覚せい剤, 自傷	両親不仲, 完璧主義	回復
36	覚せい剤, AL, 摂食障害	母自殺, 父 AL, 性被害, 解離症状あり	回復
37	覚せい剤, 処方薬, 男性	父 AL, 母ギャンブル, 夫も覚せい剤, うつ	回復
38	ガス, 摂食障害, 盗癖	父 AL, 母共依存,	中断
39	覚せい剤, 摂食障害	発達障害疑い(母発達障害)	中断
40	摂食障害, 買い物, 自傷	発達障害	回復
41	AL, 買い物, 男性	父自殺, 母との密着, DV 体験	終了



<転帰について>

回復...嗜癖行動が止まったか生活に大きな支障がないまでに変化し、生活のバランスがとれている状態を継続している。

中断...嗜癖行動の再燃による入院や服役、あるいは連絡を絶つなどして支援が中断した。

終了...回復の状態にはないがリカバリーでの支援は終了した。

不定...支援を継続している中で嗜癖行動の再燃を繰り返している。

他機関へ...支援の中心が他機関へ移った。

引きこもり...支援の途中だが、本人が引きこもり状態にある。

自殺...自殺既遂。

インテーク面接時に本人の嗜癖問題に対する自覚や、治療歴と経過、そして簡単な生活歴を聴き取る。受理するかどうかを決める上でアセスメントをおこない、暫定的ながら先述した4類型のどれかに分類する。援助を開始しおおむね3ヶ月以内には、より詳細な生育歴や親密な他者との関係、社会生活上の特記すべきエピソードが個人面接やグループワークのなかで語られる。あるいは生活支援の場でこれまでの慣習というかたちで表出される。そうした情報を基に再度類型化を試みる。援助関係が1年継続することは、インテーク時と3ヶ月経過時の再アセスメントによる類型化が適性であったことを意味している。類型によって支援の方向性が決まるため、1年以内で援助関係から脱落もしくは中断(3ヶ月以内にはっきりする場合がほとんどである)した事例は類型化の分析対象としなかった。

しかし、本研究で類型化に使用したサンプルには偏りがある。リカバリーは被害体験を背景にもつ女性の精神障害者を支援対象としている。そのため、医療機関をはじめとする関係機関ですでに数年の治療・援助期間を経ており、かつ予後不良もしくは治療関係の破綻を契機に紹介される事例が多い。したがって、一般の医療機関や精神科病院でサンプルを収集する場合と異なり、特定の類型(Ⅱ他者承認希求型、Ⅳセクシュアリティ混乱型)に偏る傾向は否めない。こうしたリカバリーのもつ特殊性が分析対象に反映し、類型化に制約を与えていることは認めなければならない。但し出身家庭の社会階層について、生活保護受給家庭は41事例中1例に過ぎない。生活保護受給はなかったが貧困ラインに属するものが4例、逆に親が医師や会社経営などで年収が2千万を超える層に属するのが4例見られた。それ以外の32事例については、父親が公務員や会社員、母親は主婦(パート稼働含む)など平均的な社会階層出身者が占めている。

次に修士論文でおこなった類型化において、嗜癖問題へと本人を駆り立てるジェンダー・バイアスは内側＝「母―娘関係」と外側＝「女性のめぐる表象」の抑圧として認識されるという結果を得たことから、2004年以降の対象者に以下のような手順で類型化をおこなった。その際に使用するデータとは、本章第2節1項「研究データの獲得場所」における表2-2「NPO法人リカバリーにおいて収集したデータの一覧<その1>」による。

#### ①インテーク面接時におこなう類型化

ここでは暫定的に4類型のどれに合致するかを評価するにあたって、5点にわたり情報の収集をおこなう。なお、母娘関係の抑圧関係と女性をめぐる表象に関する抑圧については、明らかなその強さをあらわすと思われる情報が出てきた場合に、表2-5を参照して類型化の材料とした。しかしここでは暫定的な類型化が目的のため、当事者から自発的に話されるエピソードと、文書等で確認できるものにとどめ、情報を「掘り起こさない」対応

が必要である。

a. 嗜癖問題の表面化時期はいつか(当事者の年齢)…表面化するまでに時間が経過している場合には、治療の協力者がいないか、協力が得られにくいことをさす。年齢は社会化の程度を推測する情報となるが、就業との関連で判断する。治療歴の長短やその経過は、援助関係に関する情報となる。転医や他機関での援助歴といった経過には、かかわるうえで注意すべき情報が織り込まれている。類型の特徴として、性役割葛藤型は葛藤が生じる中年期以降にみられることが大半である。セクシュアリティ混乱型は10代後半から非行や保護といった他機関が関わる形で、他の類型と比べ表面化する時期が早い。

b. 言語表現力…こちらの質問を理解し、言葉で自分の状況を説明する力はどの程度か。精神障害者保健福祉手帳や診療情報提供書の内容と照合し、表現される内容と客観的な障害の認定との落差がないか注意する。言語表現力に困難がある場合には、非言語による表現機会をできるだけ早期に確保し、他の疾患や障害との関連を把握することが必要である。類型の特徴として、性役割葛藤型は自分を主語とした表現の欠如、ライフサイクル選択困難型は状況分析的表現、他者承認希求型は感情先行、セクシュアリティ混乱型は言語表現の困難、がある。

c. 本人の服装や持ち物(アピアレンス)に関する情報…女性性の過度な誇張や、逆に不自然な否定はセクシュアリティへの侵襲体験を予見させることがある(宮地 2004a:29)。化粧や洋服は女性性の表象でもあるので、自分を主張する場合には女性としての注目を求めている場合が多い。また服装や持ち物における統一感の欠如は他の疾患、障害との関連でも捉える必要がある。類型別では、セクシュアリティ混乱型の露出度の高さか男性のような衣服、ライフサイクル選択困難型の、いつも決まったデザインや地味な化粧といった自分を埋没させるような外観が特徴としてあげられる。

d. 就業体験や結婚、出産の経験…一般的な年齢とライフイベントの不一致は、早過ぎる独立や未熟な子育て、親からの過剰な期待や自立への恐れなどさまざまな抑圧を表現する。また同棲といった不安定で流動的な人間関係も、関係性の持ち方に関する情報となり、その背景に母娘関係の抑圧が隠されていることが多い。なお就業体験は、社会生活への適応能力の高さをみると同時に、女性をめぐる表象という外側からの抑圧を受けやすいことを意味する。業種もジェンダー・バイアスをはかるうえで重要な情報となる。

e. 精神疾患、障害、独特の困難の有無…表面的で情感のこもらない話し方、落ち着いた行動などが観察によって見いだされた場合には、診療情報提供書の確認をおこなう。所見がない場合には「ない理由」を検討する必要がある。また感情障害(うつ病、気分変調性障害等)での治療歴などがある場合、他の精神疾患に嗜癖行動が与える快(たとえば松本 2010d, 中野・吉村 2009 を参照)について、嗜癖の表面化との関連で捉えることが必要である。

以上の5点についてⅠからⅣの類型における傾向をまとめたのが表2-7である。面接では暫定的な類型化に基づき、おおまかな援助計画を策定する。たとえば、Ⅰ性役割葛藤型とⅢライフサイクル混乱型の「アピアレンス」、同じようにⅡ他者承認希求型とⅣセクシュアリティ混乱型の「アピアレンス」は、よく似ており鑑別のつかないこともあるため、その場合にはその他の点を参照にする。たとえばⅠ性役割葛藤型は併発する精神疾患はほとんどみられないが、Ⅲライフサイクル選択困難型は気分障害で治療歴がある事例が多いため、チェック項目のひとつの近似性にこだわらず、チェック項目全体の結果で鑑別をおこなう。

またインタビュー面接時の類型化は、その後3ヶ月をリカバリーで安全にすごしてもらう

ためのものである。そのため、精度が要求されるというより、援助をおこなううえで大まかに本人像を把握することに主眼がおかれる。3ヶ月間中断がなかった場合には、個別面接やグループワークの記録、その他の生活場面での観察を中心に、主治医からの意見も集約したうえで、再度類型化をおこなう。

表 2-7 インテーク面接時における5つのチェック項目と類型の特徴

類型	嗜癖の表面化 時期(年齢)	言語能力	アピアレンス	就業・結婚・出 産の経験	精神疾患や障 害・独自の困難
I 性役割 葛藤型	中年期以降 * 治療歴短	説明能力高い が感情の言語 化が苦手	平均的 常識的	就業あり 結婚・出産あり	ほとんどない
II 他者承認 希求型	20代~30代 * 治療歴長 * 転医多い	感情を説明す る能力高い	自己顕示的	学業で挫折 就業不定期 結婚・出産ある 事例少数	人格障害、発達 障害の可能性
III ライフサイ クル選択 困難型	20代~30代 * 他科治療歴 あり	現実認識の表 現力高い	無難 保守的	就業あり 結婚・出産なし (同棲はあり)	感情障害の 可能性
IV セクシュア リティ混乱型	10代~30代 * 他機関での 支援歴あり * 治療中断あ り	表面的か独特 の表現 非言語による 表現が優位	露出もしくは 女性性の拒絶	いずれもない 中絶体験事例 多数	性被害体験 解離症状 性同一性障害 セクシャル・マ イノリティ

### ②3ヶ月経過後の類型化

ここでは母-娘関係による抑圧、女性をめぐる表象による抑圧の強弱に関して出来る限り観察し情報を収集する。そして各類型に特徴的な体験やエピソード、あるいは課題などの有無について検証する。それらの情報を元に以下に述べる a. 母-娘関係の抑圧を示す指標(表 2-8 参照)、そして b. 女性身体と性をめぐる表象についての指標(表 2-9 参照)を使い類型化をおこなう。

先述したように、女性嗜癖者のライフストーリーには自らの内側に存在して抑圧の源となる母との関係、より具体的にいえば母へのアンビバレントな感覚、母への愛着、母への罪悪感などさまざまに絡み合う感覚が存在する。筆者はこれまで多くの女性嗜癖者を支援してきたが、母との関係が暖かく安心できるものであった人を見たことがない。この事実を11事例のライフストーリーとジェンダー・バイアスの関係図を作成した時に改めて確認した。そのため3ヶ月のなかで、彼女達がさまざまな方法で母について語る場面を用意するのである。

次に先行研究を参照しながらふたつの抑圧の軸を量る指標の生成過程について述べる。

#### a. 母-娘関係の抑圧における指標

まず初めに大嶋(2004a)の4類型における母-娘関係の抑圧とはどのようなものを整理する。

I 性役割葛藤型は、母との関係において特記すべきエピソードを持たない事例が多い。

このタイプは年齢層が高く、その母(多くは 70~80 代)はジェンダー役割を自分の運命として受け入れてきた人が多い。娘である本人もその役割を自明のこととして引き受けてきた。母-娘関係からの抑圧という認知がされないため、葛藤を感じる自分に問題があると感じ、従って嗜癖が潜伏する傾向が見られる。むしろこのタイプでは、本人がアルコール嗜癖で娘が摂食障害など、娘としてというより母としての自分と娘の関係に抑圧を感じる人が多いと推察される。

Ⅱ 他者承認希求型では母への強い愛着、その反対の憎悪、またはアンビバレントさが特徴的である。自らの女性性をことさらに強調し、それを他者コントロール(ヘテロセクシャルの場合には男性)の道具として使う事例が多いのは、母に求めても得られない承認のすり替えではないかと考えられる。抑圧の強さよりも深さが特徴で、たとえすり替えであっても承認を得るには適応的でなければならないという現実的側面がある。このタイプは援助関係でラポール形成が出来かけたことを境に、母への怒りを援助者(母の代理者)に行動化(アクティング・アウト)する。アタッチメントが支援関係のキーワードだが、境界設定が困難である。

Ⅲ ライフモデル選択困難型では、選択を困難にしている背景としての「母の生き方」がある。つまりそれが幸せなものとして娘の目に映らないことが、娘の現実直視を困難にする。このタイプは、女性によるどの選択も、社会構造そのものに張り巡らされたジェンダー・バイアスによって完遂出来ない仕組みになっていることを認識している。そのため選択の留保を望むのだが、母からの「~であれ」という期待やメッセージは長い時間をかけてクライアントを規定する。母からの期待や圧力と社会におけるジェンダー役割期待を同時に引き受けようとすることで破綻する。

Ⅳ セクシュアリティ混乱型は、母から守ってもらえなかった、慈しまれなかったという娘側の現実を抑圧しなければならなかったタイプと考えられる。性被害者がこの分類に多いのは、被害そのものによるダメージの大きさに加えて、その事実を母と共有出来なかった絶望がその後の人生を大きく規定してしまったことによる(何故なら母がその事実とともに嘆き、近親姦の場合には加害者から離れたりすることで、娘は自分に起こった現実を現実として認知し回復のプロセスを歩むことが出来る)。その後被害の回想を酔いで生き延びようとするため、破壊的な酔いは本人を抹殺しかねない。また何らかの事情で共に暮らせない、母が娘に配慮できない(例えば精神疾患)という環境において、娘は安全や安心に関する感覚を獲得できない。しかしここで注意が必要なのは、母とは必ずしも血縁による母とは限らない。重要な他者が娘を慈しみ、安全の基地となることが可能である。

次に筆者は母-娘関係による抑圧の強弱によって類型が異なるとしたが、このときに強弱を見極める指標とは何かを明らかにする必要がある。その指標を提示する前に、なぜ母-娘関係がこれほどまでに抑圧となりうるのか、なぜ娘はそれをふりほどくことが難しいのかについてみていく。筆者は精神科医の斎藤環による論考(『母は娘の人生を支配する—なぜ「母殺し」は難しいのか』)と心理カウンセラーの信田による論考(『母が重くてたまらない—墓守娘の嘆き』)を手がかりに検証した。

まず斎藤(2008:16)は、母殺しの難しさについて述べている。なぜなら、母親の存在は女性である娘の内側に深く浸透しているため、母を殺す(母を他者化し自らに対する影響を排除する)ことは娘にとって自傷行為となる。斎藤はしたがって母親の肉体を滅ぼすことは出来ても、象徴としての“母”を殺害することは決して出来ないと断言する。

そして近代化以降の社会は、「女性」であることや「母親」であることに対しての抑圧

が低くなってきているため、従来もあった母娘関係の葛藤がより問題化されやすくなったのではないかという仮説を立てている(斎藤 2008 : 27). さまざまな小説や映画, 漫画といった形で表現される母娘関係を紹介しつつ, 斎藤(2008:60-62)はそれらに共通したものとして「密着」をあげる. 密着した親子関係を理解するうえで, M. クラインの対象関係理論を紹介している. そのひとつ「妄想—分裂態勢」とは, 欲求に応答する母親=よいおっばいが出て来た時にはよい自分を出し, 欲求に応答しない母親=悪いおっばいが出て来た時には悪い自分を出すといったセットの状態をいう. よいか悪いかの両極端な判断によって, 相手も自分も分裂してしまいやすく, 時には被害妄想的となる. もうひとつは「投影」である. 自分のなかにあるマイナスなものを自分以外の対象に押し付けてそれは相手のものであると主張することを指す. こうした「分裂」と「投影」はお互いがお互いを強め合うような循環的な関係にあるが, 斎藤(2008:64-66)は密着した親子関係においてこそ, このメカニズムが発生しやすいという.

たとえば支配的な母親と反撥する娘という組み合わせでは, 悪い相手に対して悪い自分を出すという分裂のメカニズムが働いている. しかも“悪い”という判断はしばしば投影によるもので, 実際に母親が支配しようと考えているのかどうかは関係ないことがあるという. また, 傍目には仲のよい一卵性母娘の場合にでも, 母親の中に娘が自立するなら愛情を引っ込めようとする支配が隠されているか, あるいは従順な自分だから母親が愛してくれると娘が感じているのなら, 一種の束縛感が生まれるという. この両極端さは、「愛を拒絶して母親が消え去ってしまう」あるいは「愛を受け入れて(母親に飲み込まれて)自分が消え去ってしまう」かの二者択一しかないために生まれてくる. しかもこの判断が錯覚である場合もそうでない場合もあるため, どちらを選択しても心が平安になることなく一方の極からもう一方の極へと揺れ動き続けるのだという.

これに加えて斎藤(2008:67)は, 成人の母娘関係をさらに難しくするのが母娘関係以外のさまざまな関係性が投影のメカニズムを通じて反映されることだという. 例えば母親が夫婦関係や嫁姑関係にストレスを感じる時に, 子ども(特に娘)を相談役にすることがある. この時に愚痴をこぼすだけでなく, 娘のなかに夫や姑と似た部分を見つけてそこを批判する(=投影)時, 娘は母親にとって援助者であると同時に攻撃の対象でもある. このような場合には, 娘は混乱しつつも母親から距離をとるのが難しくなる. このように密着した母娘関係は嫌悪, 反撥, 支配, 親密さといったさまざまな関係性に帰着するが, 時に摂食障害や引きこもりといった病理性とつながる. そこに至るには多くの外的要因が作用するが, 内部要因として基本的には重要なのは, そこにおいて作用するさまざまな投影と分裂のメカニズムであるという.

また斎藤(2008:93)は, 精神分析的な意味で「身体をもっている」といっているのはこの世界で女性だけなので, 女性は独特の身体感覚を共有することで, 女性の身体をもっているということだけで連帯することが出来るのだという. 斎藤(2008:108)は特に母親のもつ価値規範が娘に与える影響については, 父親に比べるとずっと直接的で, 娘に「こうあってほしい」というイメージである. 価値観であれば論理的に否定したりできるが, イメージの否定は難しいと述べる. そして価値観に重みをもたらすのは価値観を裏付ける理屈ではなく価値観を取得する際に感じた感情であるとすれば, 母の呪縛の力が最も長く強力に作用するという. 何故なら母娘関係とは, 身体的な同一化を基本として深い絆のもとで交わされる情緒的コミュニケーションであり, だからこそ時に理不尽なまでの支配力を娘に及ぼしてしまうのである(斎藤 2008 : 113).

また斎藤(2008:128)は女性が自らの身体性についてどこか違和感を感じているという。多くの摂食障害者の事例から、彼女達の母娘関係の激しさを説明する理由のひとつに、強い女性嫌悪ともいべき基本感情をあげている。彼女達が否定しようとしているのは、しばしば生殖にもとづく「家族主義」である。妊娠から出産、そして子育ての過程において過剰な責任感を母親が引き受けていくのは、多分に政治的な状況からもたらされるものである。にもかかわらず多くの母親は自分を全くの無力と感じつつ、傍からは全能と思われるといった矛盾のなかにいるために、どんなに不合理だと頭で分かっている、自分が常に結果をコントロールしているという考えに引きずられるのだという、こうした母親の過剰な責任感を「母性」として周りがあおってきた。この「無限の有責性」は、父一息子関係との対比において最も異なるところであり、母親が娘を支配するのは、単なる権力欲ゆえではなく、その出発点は娘の問題に関する無限の責任感がある。ただしこの責任感、子どもが成長するにつれ期待感へと変化することが多く、支配的な母親の意識は度を越した責任感と期待感があるのではないかとしている(斎藤 2008:160)。最後に斎藤(2008:194)は、母が娘を支配し身体的な同一化を促すのは、「母の言葉」を娘の身体へインストールすることによってだという。どれほど娘が母を否定しても、娘達はすでに与えられた母の言葉を生きるしかない。

これに対して信田(2009b:97)は、見合い結婚から恋愛結婚へと多数派が移行した団塊世代の母親を想定し、その娘との関係を築く様式について、母と娘それぞれのフィルターから関係性の抑圧について描いている。信田は子どもが親を相対化することは難しいとしながら、娘にとってまず必要なことは自分の母を多種多様に類型化されたタイプのひとつとして認知し、閉ざされた関係性から解き放つことだという。そしてあくまで娘の立場から見たと前置きしながら、信田(2008b:98-116)は母一娘の抑圧関係を6つに分類し説明している。

第1に独裁者としての母一従者としての娘である。この母は強権や暴力に訴えるのではなく、むしろ自分の思う通りに動いてくれないと不安定になるといった「非力という力の行使」によって周りを意のままに動かす。この支配は家庭という局限された場だけで行使される。父親はできるだけ母親を刺激しないよう、放置している。

第2に殉教者としての母一永遠の罪悪感にさいなまれる娘である。娘のためにという言葉で娘の意図とは関係なく殉教し、娘にそれが自分のために行われたと長い時間をかけて信じ込ませる。

第3に同志としての母一絆から離脱不能な娘である。学業をはじめ就職後も、娘と戦列に加わり無数の選抜を勝ち抜くことに母親は生活のすべてをかける。あくまで娘の選択にそって人生を切り拓く伴走を行うという意味で「同志」である。したがって娘は格差社会における社会的立場と収入を獲得するために、母との絆から簡単に離脱できなくなる。

第4は騎手としての母一代理走者としての娘である。母は隠蔽された無自覚な欲望を、娘という代理走者によって満たそうとする。騎手は馬が走り続けることを要請し続け、娘は母の要請をエンパワーされていると思込もうとしながら走る。

第5は嫉妬する母一芽を摘まれる娘である。セクシュアルな存在として成長し美しさを備えた娘、社会的達成をなし得た娘への母親の嫉妬が、冷水をあびせかけるような言葉での否定になる。しかし母はこの感情を嫉妬とは認識せず、日常のささいな出来事に娘を否定する毒針を仕込み、娘は自分への自信を失っていく。

そして第6はスポンサーとしての母—自立を奪われる娘である。娘よりも豊かな経済力を元に、娘をつなぎとめるために本来は娘自身が埋めるべき欠如や不足を埋めていく。そうすると母は娘にとって与えてくれる存在であって、欲望の欠如を自分のせいと感じ、母から離れ自立することが困難になる。

こうした母—娘の抑圧関係が生まれた背景について、信田(2008b:121)は母性をあげている。母性はしばしば自己犠牲をともなう態度として評価されるが、同時に自己犠牲は子どもと母親の境界を曖昧にし、一体化の幻想を相互に抱かせやすい。そしてそうした自己犠牲をともなう態度を現代社会は愛情と名付けている。そのため、母と子どもは別々の人格であるにもかかわらず、母性は正義であり自己犠牲とイコールになって母性信仰を構築する。信田(2008b:126)はこの母性信仰を母が疑いなく発露する姿に、娘は抵抗する術を失う＝無力感に苛まれるのだという。

斎藤と信田の論考に共通するのは母—娘関係が同じ性、身体をもつことから、浸透性があり他者化が困難であるという視点である。女性という性と身体は、歴史的かつ社会的に意味付けられて母から娘へと伝播される様子が、精神分析理論とカウンセリング実践を元に例示されている。論考の後半では、母—娘の抑圧関係を解き放つ処方箋として、両氏とも「第三者」の存在をあげている。言い換えれば(主に娘に期待されているが)閉じられた関係に苦しさを感じるという「自覚」は、「第三者」の存在無しには生まれない。その「第三者」は母と娘の差異化を促す役割を果たす。斎藤は具体的に娘が社会生活上知り合う友人や知人をあげ、信田は同じ体験を有する「仲間」や母の他者化を手伝うカウンセラーなどをあげている。

したがって母—娘の抑圧関係における強弱とは、密着や同一視の強弱を具体的エピソードから拾い上げていくことによって査定する。信田が指摘したように母による支配とは必ずしも腕力に訴えるという形の身体的暴力によってではなく、「非力という力の行使」や、あるいは娘を自分の保護者に仕立て上げるような、「絡めとる愛」(信田 2009)という体裁をとることが多い。従って女性嗜癖者の類型化を行う場合、母—娘関係について語られるエピソードのなかに、密着や同一視を見いだす力がソーシャルワーカーに必要である。また女性嗜癖者にとって両氏のいう「第三者」が存在したかどうか、密着や同一視の強弱をはかるうえで重要な情報となる。

しかし上野は信田との鼎談において、母と娘の関係を精神分析理論により超歴史的関係に還元することに関して 批判的にとらえる(信田・上野 2008:75)。上野によれば家族関係とは極めて歴史的なものであり、母—娘関係を再考するそれぞれの結果が、近年の晩婚化・非婚化・少子化という形で現れたと指摘する(信田・上野 2008:76)。上野はその理由のひとつに、近年の家族関係の変化が娘を結婚というシステムで母から離し、他者化させなくなり、むしろ結婚後の家族に原家族システムを持ち込むかたちで、母—娘の密着と同一視の時間が長くなったという(信田・上野 2008:83)。

上野が指摘したように、リカバリーには団塊ジュニア世代の娘(団塊世代の孫にあたる)が嗜癖当事者として登場し始めている。団塊世代の母—その娘という世代では表面化せず経過した抑圧の遺産は、さらにその娘世代で嗜癖問題となって表出する場合がある。従って、当事者の年齢によっては祖母—母—娘の三代にわたる密着と同一視のエピソードに着目する必要が出てきた。

また信田は別の論考で、嗜癖当事者—その妻—その子という関係における「生存戦略」を、「力の行使＝依存症の酔い」—「自己犠牲によるケア＝共依存」—「免責性＝AC」と

著した(信田 2010a:44-46). 嗜癖当事者とその子は生存戦略であった酔いという力の行使, 自己否定という生き延びかたを自覚し変化していくが, 妻(母)の生存戦略である自己犠牲によるケアは, 社会では賞賛に値するものであり自覚される必要性が少ない(唯一の例外は子どもからの異議申し立てである). 共依存という生存戦略は, 日本の家族をめぐるドミナントな価値観との融合によって, 新しい支配と力に変貌する. 信田(2010a:47)は母が重いという娘達の絶望と共依存パワーの不滅は通底していると述べる. このようにみていくと, 母-娘の抑圧関係は歴史的な脈におけるジェンダー・バイアスの再生産である. 嗜癖問題はこうした再生産に対する不適応であり, 逆に再生産への無意識の抵抗とも捉えられる.

以上のことから, 母娘の抑圧関係における強弱の指標を表 2-8 のように作成した.

表 2-8 母娘の抑圧関係における指標

<p>嗜癖問題の発生経過において, 母娘関係のなかに重大な障害や苦痛を引き起こす&lt;密着&gt;または&lt;放棄&gt;という不適切な以下の現象があることによって, 抑圧の強弱が示される.</p> <p>(1)密着—以下のいずれかによって定義されるもの:</p> <p style="text-align: center;">*(a)から(f)まで, チェックされた場合 1 としてカウント.</p> <p>(a)母による価値の娘へのインストール  (b)愛情という名の母によるコントロール  (c)身体的な同一化の強要—嫉妬と否定  (d)母の自己犠牲による一方的な献身  (e)経済的援助による娘の自律性の阻止  (f)母の代理走者としての娘</p> <p>(2)放棄—以下のいずれかによって定義されるもの:</p> <p style="text-align: center;">*(a)から(e)までそれぞれチェックされた場合 1 としてカウント</p> <p>(a)母の病気・障害による愛情とケアの欠如  (b)母の虐待(身体・心理・性的)による愛情とケアの欠如  (c)家族の病気・障害による愛情とケアの欠如  (d)母の出奔による遺棄  (e)母の男性関係による遺棄</p> <p>ただし&lt;密着&gt;または&lt;放棄&gt;という不適切な関係を, 緩和/補填する以下が起こることによって抑圧関係の強度に加減が示される.</p> <p>(3)密着を緩和する第三者の存在:</p> <p>(a)もうひとりの親(抑圧の減少)      -1 としてカウント  (b)兄弟, 祖父母, 親類(抑圧の減少)    -1 としてカウント  (c)重要な他者(抑圧の減少)            -1 としてカウント  (d)ほとんどいない(抑圧の増加)        +1 としてカウント</p> <p>(4)放棄による欠如を補填する機能:</p> <p>(a)もうひとりの親(抑圧の減少)      -1 としてカウント</p>
---



- (b)兄弟, 祖父母, 親類(抑圧の減少)      -1としてカウント  
(c)重要な他者(抑圧の減少)                  -1としてカウント  
(d)援助機関(乳児院, 児童養護施設, 里親)による支援(抑圧の減少)      -1としてカウント  
(e)ほとんどない(抑圧の増加)                +1としてカウント

\* (1)密着と(2)遺棄について1項目にチェックされた場合1点とカウントし、合計点を計算する。

\* (3)と(4)のカウント数を合計点に加減する。

抑圧が低い	0～3点
抑圧が中程度	4～6点
抑圧が高い	7～12点

\*ただし不適切な現象に特記すべき事項がある場合には、項目数にとらわれず判断。

## b. 女性の身体と性をめぐる表象についての指標

次に女性をめぐる表象による抑圧の強弱に関して検討する。大嶋(2004a:136)で外的抑圧装置としてのマスメディアについて触れているが、ミスコンで作られる女性のボディイメージや摂食障害者に特有の歪んだ「やせ」願望などに留まり十分な分析までには至っていない。

嗜癖行動と直接的に結びつく女性をめぐる表象とは何か。それは性的対象である身体を含んだ「美しさ」であり、具体的には「やせ」と直結している。類型を決めるうえで重要なのは、この美しさ＝やせへの病的執着である。もうひとつは「女の幸せ」を巡る表象であり、具体的には「守ってくれる夫とカワイイ子どもがいる＝勝ち犬(酒井2003)になる」ことである。類型を決める際には、「女の幸せ」願望の存在と同時にとらわれの強さに注目する。また前者は摂食障害(やせの実現)、覚せい剤等の薬物嗜癖(覚醒作用による空腹感の封印)、美容への嗜癖(エステ、整形などによる変身)という形で、後者は不安を逃すためのアルコール嗜癖・睡眠薬等の薬物嗜癖(抑制系の酔いによる現実逃避)、買い物嗜癖(所有欲望のすり替え)という形で表出される。

では「美しさ」をめぐる表象、「女の幸せ」をめぐる表象とはどのような形で張り巡らされ女性嗜癖者のジェンダー・アイデンティティの形成に影響を与えているのか。それをマスメディア、学校、職場という三点からみていく。

### ・マスメディア

ジェンダーとマスメディアの関係を研究する諸橋(2002:8-9)は、映像と文字メディアのジェンダー表象に共通するのは女性と男性とで異なる基準、ダブルスタンダード表現が用いられていることだと指摘する。女性の登場は男性を下回り、男性があたかも「人」一般を代表するものとして用いられ、男性は職業をもつが女性は無職として描かれる。そして職種は性別に応じて固定化され、奥さんといった従属者の表現が横行し、また年齢分布ではどの番組や作品においても女性の「若さ」に価値をおく表現がみられ、ひいては女性を性的対象として取り扱う表現の多さにつながると分析している。

また諸橋(2006:256-265)は、2005年の女性雑誌の動向と紙面構成を分析した。雑誌を購読する年齢や趣向に応じて、その数は1982年の8ジャンル41誌に対して、2005年では33

ジャンル 135 誌に及び女性のアイデンティティが多様化したように見える。しかし新しい雑誌が次々と生まれるのと同じ数の雑誌が休刊または廃刊され、ジャンルについてもよくみると、年齢・ファッション・家事・遊びのいずれかのカテゴリで文節化していることから、女性を貧困な数と枠組みで認識していることが分かったと指摘する。ここでは「美しさ」がどう扱われているのか、諸橋によれば「大人っぽさ」と「可愛らしさ」を同居させた“美しさ”によって目立ち、褒められるなどして“注目”されたいという希望を満たすため、メイクや着こなしなどのテクニックを身につけるとするのがファッション誌のコンセプトである。そして「大人可愛い」を卒業した後に目指されるのは「セクシーな」女性性であり、そうすれば男性を獲得できセレブになれるという表現があふれる。このように若い女性たちは、現代も記号化された女性を生き、ジェンダーを経験し、ジェンダーの主観的意味を構成している。

相良(2006)、斎藤(2009)、国広(2009)は、テレビ番組におけるジェンダーを分析する。相良(2006:270)は、現代社会がインターネットやゲームをはじめとする多様な情報ツールに囲まれた時代であっても、子どもにとってテレビが魅力的な媒体であるとして、そのなかでジェンダーがどのように描かれるのかを分析している。それによれば、子ども向け番組における女の主人公の描かれ方には変化が見られるが、大人の描写は、伝統的な性別分業で描かれているという。また相良(2006:274)は、テレビをみる子どもの関心について、自分の性別を認識するようになると、自分と同性の人物に注意を向け、また同一視する傾向を指摘する。また特に女の子にとって主人公の行動よりも、見た目の「可愛らしさ」が重要であり、「女の主人公＝可愛い」という認知の枠組みが出来ており、これに対して男の子は主人公の「強さ」を大切に捉える傾向を指摘する。このように人生のかなり早い時期から「男らしい」行動「女らしい」外見の登場人物を好み、注目するという。

さらに相良(2006:275)は、テレビが子どものジェンダー認識にどのような影響を与えるかについて、職業選択と性別役割の二つの点から論じている。まずテレビの職業描写が子どもの職業知識にとって重要な情報源となっており、テレビで描かれる職業がステレオタイプ(女性は看護師、男性はスポーツ選手など)なものであれば、それを反映するという。また自身の調査から、子どもの性役割観に両親、友人、テレビ、雑誌などの要因のうちどれが影響するについては、男の子の場合には好んで視聴するテレビ番組が多いほど、伝統的な職業観を持っており、女の子の場合には親の影響が強いという異なる結果をえたと述べる。

このように女性主人公の描かれ方に変化が見える一方で、それ以外の子どもを持つ女性はほとんど主婦として描かれるなど、相良はそこに女性に対する矛盾したメッセージがあると指摘する。つまり「育児は母親が担うもの」という価値観と、女性がキャリアを継続することが両立しにくい社会状況をテレビは映し出しているというのである。それによって女の子の多くは結婚後、あるいは母親になった後の職業イメージを持ちにくいのではないかと指摘する(相良 2006:276, 下線筆者)。そして相良(2006:278)は、テレビの女性描写が独立した因子として子どものジェンダー認識に影響を与えるものではないため、親や教師がこれを取り上げ、メッセージの捉え方について教え、伝えることの重要性を述べている。

斎藤(1999=2009:206)は1963-1966に放映された初めての国内製作アニメである「鉄腕アトム」から現代まで、おびただしい数のアニメーションを排出した日本を「アニメの国」と呼び、そこには「男の子向け」と「女の子向け」という二つの文化圏が存在するという。

斎藤(1999=2009:211-220)は「アニメの国」は「大人の国」の模倣とみなすことができるとして、二つの文化圏の特徴を次のように述べている。まず軍事大国としての「男の子の国」は、未来にむけた異質なものの排除を目的とする戦争の国であり、またセクハラ天国であるという。これに対して「女の子の国」は恋愛立国である。夢と星と愛の世界における女の子はファッションショーで変身し、王子様に依存し恋愛の成就を至上命題とする。卑近な学生生活や家庭生活とシンデレラ的なおとぎの国が同居し、錯綜しあうのが女の子の国である。つまり男の子の国は、戦後を支配してきた滅私奉公という企業社会と相似形(公的領域)をなしており、女の子の国は、ファッションと恋愛(その延長にある結婚や家庭)が価値をもつ私的領域であり、そこには異性愛への執着がみられるという。

これに対して国広(2000=2009:199)はドラマ制作過程における主婦の描き方について、参与観察を元に考察する。国広によれば、ステレオタイプの主婦像(エプロン姿、夫の着替えの手伝い、スカート着用)が描かれる要因として、製作の決定権をもつのが男性だけという製作スタッフのジェンダー構成と、出演者に内面化されたジェンダー規範(製作プロデューサーである男性に対して、自己主張を控えることが女性として望ましいといった態度)が影響を与えているという。そして国広(2000=2009:205)は、主婦像をテレビ画面に実体化する過程に、表現する主体としての「主婦」が不在であり、そのことがステレオタイプの主婦像の再生産の根本的要因であると国広は指摘する。それを変えるためには制作現場に女性が増えることが必要なのではなく、ジェンダー視点の共有によって女性が主婦を他者カテゴリーとしない状況を創出していく過程と、ジェンダー構造を揺るがすシステム変換、メディアにおけるジェンダー・ステレオタイプの脱構築が相互に関連する過程として切り離せないと結論づけている(下線筆者)。

#### ・学校

個人がジェンダー認識を育てていく場として、学校は家庭生活と同様に重要な役割を果たす。教育とジェンダーの関係については、木村(1999)が学校における隠れたカリキュラムについて分析し、亀田・館(2000)は学校のなかのいかにジェンダーが取り込まれているかをさまざまな側面から検討した。また堀内(2007:96)は、中学生のジェンダー意識調査をおこない、スポーツが得意、たくましい、クラスのまとめ役、やさしいといった9項目の性格、役割のうち「男女どちらに当てはまるか」を答えてもらったところ、女子はおしゃれで、男子はスポーツが得意で、喧嘩が強く、たくましいというステレオタイプな男女像が中学生に内面化されていると指摘する。そして韓国と日本の高校生のジェンダー意識の調査を紹介し、「心がやさしい」ことを両国とも「女らしさ」と思う割合が高かった。しかし韓国では「自分の考えをはっきりという」ことも「女らしさ」と捉えるのに対して、日本ではこれを「女らしさ」とは捉えていないなどの違いも見られたという。しかしながら堀内(2007:96)は、両国の高校生ともに、ステレオタイプな男女像へのとらわれがあるという。

学校とは同年代で均質性の高い集団を形成する場である。そのため、集団に帰属できるかどうか、好ましい対象として同質集団から認知されるかどうか重要である。女性嗜癖者の場合、この帰属と集団からの承認において葛藤を抱えたという語りが多く聞かれる。従って、学校でどのようなジェンダー認識が多数派であるかを感知し、その認識から離れずにいることも重要である。調査対象のなかには学校時代の陰湿ないじめ体験を有するものがある。特に同性から「美しさをめぐるからかい」の対象となり、それが排除へとエスカ

レートすることが嗜癖行動の引き金となる場合がある。また中学、高校の女子にとって外見の可愛らしさ(そこに「やせ」という体型に関する基準は必須である、と女子の多くは思い込まれる)だけでなく、仕草や持ち物の可愛らしさまで、すべてにおける「可愛らしさ」の同性による査定が張り巡らされる。均質であるからこそ微細な差異に対して過剰に反応することは、時に賞賛という評価にも、貶すという評価にもなる。こうした極端な評価にさらされるという緊張感が、学校という場におけるジェンダー認識をさらに強固なものに創り上げていく。

このほか学校におけるジェンダー認識を構成する表象にランドセルの色や制服がある。森永はこのほかにも朝礼の時の並び方、教室の席順、体育の授業など、女性と男性を区別する実践について述べ、それによって「女と男は違う」「女と男は区別するもの」というメッセージが生徒達に伝わっていると指摘する(森永 2003:31)。

筆者は大学にて「ジェンダー・スタディーズ」という講義を 2008 年から担当しているが、男女混合名簿が浸透した世代として、とりたててジェンダー格差を感じないという学生が多い。しかし講義が中盤を過ぎた頃から、自分がこれまで意識しなかった学校におけるジェンダー認識が、実は自明のものでなく、社会のそれを反映し認識させられていたものであることに気づいていく場面に毎年遭遇する。例えば制服についてである。入学式といった正装において、スカート着用で「あるべき」という「明文化されてはいないが暗黙のルール」を親や教師に強要されたという学生の体験が語られた。またある学生は、自分は水色のランドセルが欲しかったが、同じく水色のランドセルを背負って登校した女の子を男の子がからかう姿を見て、自分は無難なピンクを選んでよかったと回想した。そのあとの討論で学生は、自分はジェンダーにこだわりがないと思っていたが、実は多数派のジェンダー認識をいつの間にか内面化していたと驚いていた。

古矢野(2007:155)も大学で「日本語とジェンダー」という講義を通じ、社会における男女の異なる評価基準がどのような言葉で構築されるのかを、広告や新聞という日本語からみていく教育実践における学生の感想を紹介している。古谷野(2007:161)よれば学生らは、自分のなかにも知らず知らずのうちに固定観念が植え付けられていたことに気づかされた。そして、頭では分かっているが、その固定観念をすぐに変えるのは困難であることを実感しているという(下線筆者)。

ここまで学校という場におけるジェンダー認識を構成する表象を検証したが、学校は同時に職業生活への入り口として、そこでの成果が問われる場でもある。そのため進学や専攻の選択にもジェンダーが関わっている。堀内(2007:100)は男女で異なる教育への期待として、学年が高くなるに従い高等教育を希望する女子の割合が低下し、その傾向は進路に関する相談相手である両親の学歴期待を反映したものであろうと分析する。また大学の専攻分野について堀内は、女子と男子に顕著なジェンダー・バイアスが見られるという。堀内(2007:104)によれば、実際に人文科学系専攻に占める女子の割合、工学に占める男子の割合などからみても女子は文系、男子は理系というステレオタイプが現れた結果になっているという。しかし、近年はさらに大学院を経て研究者を志向する女子も着実に増加している(2003 年度の修士課程院生の 28.7%、博士過程院生の 28.5%が女性である)<sup>1)</sup>。堀内(2007:104)は、研究を続けるにあたり過去・現在において必要とする支援について、女性研究者は、保育施設、職住接近の宿舍の整備、病児保育等をあげ、将来は介護者の派遣や介護サービスの充実をあげているが、男性研究者はあまり必要性を感じていない。堀内はこれらの支援が充実されることはもちろんだが、見直さされなければならないのは、女性

研究者のみに育児・介護の担い手として期待され、女性研究者自身がそれを内面化している事実だと述べている<sup>2)</sup>。

#### ・職場

女性嗜癖者のなかには全く就労経験を持たない者と、非正規を含め就労経験のある者がいる。何とか就労へ辿り着いた女性は、職場という環境においても多くの「美しさ」をめぐる表象、「女の幸せ」をめぐる表像にさらされる。

前者について加藤(2006:122)は、ルーマンの認知的予期(予期に反する状況に対しそれまでの予期を捨てる)／規範的予期(予期に反する状況に対し予期が堅持され、現実との食い違いを相手の責めに帰す)を引用しながら、これを職場における女性秘書を例に説明する。新任の女性秘書は若くて美人という男性の予期=期待=願望は、ルーマンの分類では認知的予期となる。実際の新任女性秘書が若くも美人でもなかった場合は、予期に反するとして受け入れなければならない。それに対して新任女性秘書が仕事をきちんとするということが規範的予期であり、その能力に不足があれば予期の変更ではなく彼女を責めるということになる。つまり本来は仕事上の能力が決定的要素とされるべき場面で、女性についてだけは容姿という別の要素が要求されるといった、能力というジェンダー中立的な文脈と容姿／セクシュアリティというジェンダーに関連する文脈が混同されることは、女性が働くことに関連して被る差別構造のひとつであると加藤はいう(加藤 2006:128)。

本研究の分析対象のなかには高校卒業後、同じ会社で10年以上事務職についていた対象者がいる。彼女は30歳を過ぎた頃から男性社員に執拗に「女は若さと顔だ」と言われ続けたという。別の対象者は、女性社員同士、あるいは派遣社員と女性社員との間で仕事そのものではなく、具体的個人の化粧や髪型がうわさ話のネタになることに耐えられず昼食を一人でとるようになったために、今度はそのことが同僚から自分が避けられる理由になったと述べた。

女性の容姿=美しさをめぐる表象に浸透したジェンダー・バイアスは、職場におけるセクシャル・ハラスメントのような問題を必然的に生じさせる。宗方(2006:123)は1999年の改正男女雇用機会均等法ではセクハラを対価型と環境型に分けたが、人事院の調査結果などから、女性ということで酌を強制する、容姿・年齢・結婚を話題にするといったジェンダー・ハラスメントに属する言動をセクハラとみなす認識が定着しつつあると指摘する。また佐野・宗方の研究(1999)によれば、性的な関係の誘いや手紙・電話といった深刻なセクハラを職場で体験した女性は、仕事への意欲低下、自信の喪失、精神症状の出現など深刻な影響を受ける。このようなセクハラについて宗方(2006:125)は、仕事に関係のない不適切な行為が女性職員に要請される背景に、ジェンダー役割のはみ出し仮説を用いて説明する。職場における女性に対して「仕事をする人」である前に「女性」として扱い、女性としての振る舞いをまず予期するという説明は、先述の加藤がルーマンを用いて記述した認知的予期と規範的予期のすり替えと一致する。

深刻なセクハラの実事にもかかわらず、当事者は自分が被害に遭ったということ自分の落ち度として認識しやすい。ここでも犠牲者非難の論理が働くからだが、職場でセクハラを個人的なこととみなさずに容認しない雰囲気があるかどうか重要である。分析対象のなかにはセクハラを体験を本人の仕事上の落ち度としてすり替えられ、退職に追い込まれた事例がある。しかし彼女はそれを長い間、自分の側に責任があったからだと認識し、その後長い抑うつ状態に入る。過呼吸をはじめパニック発作を頻繁に起こすことから処方

薬を常時手放せない、晴れない気持ちをギャンブルや買い物で解消するといったかたちで嗜癖問題を抱えるに至った。

また職場は「女の幸せ」に関する表象が溢れる場でもある。

服部(2007:80)は総務省「就業構造基本調査」を元に、日本の女性が就業を中断する理由は結婚と育児であると指摘する。これが女性の年齢階級別労働力率の変化を現在も M 字型にしている。しかしパートを除く女性労働者の勤続年数は長期化し、M 字の底上げをもたらしている。「寿退社」という言葉は未だに健在であるし、「選ばれた人」が、「特権意識をもった」専業主婦になることは、今や女性にとってステータスですらある(信田・上野 2004, 斎藤・酒井 2006)。

妙木(2009:210)は、1980 年代以降の主婦論争を分析しながら、2003 年—2005 年を「負け犬論争」と命名しその特徴を逆説的な自己肯定と述べる(妙木 2009:210)。それまでの専業主婦 vs. 未婚キャリア女性という対決構造を取らずに、負け犬がありのままでいられるような女性のライフコースの細分化は、結婚がもはや「すべきもの」ではなく「してもいいもの」の時代に突入したことを呈示している。しかし妙木(2009:213)は『負け犬の遠吠え』が自己肯定であると同時に、婚姻や出産に価値をおく社会通念の存在を示している」と指摘する。

しかし既婚子ありの「勝ち犬」のうちフルタイムで働く女性は、子育てと家事育児の両立、あるいは介護との両立を「困難なもの」と感じている。小泉(2006:131)は多重役割を果たす女性のスピルオーバー(仕事と家庭の一方での役割状況が他方の役割に持ち込まれることをさし、二つの役割が正の相関を示す場合)について分析している。しかし仕事と家庭のスピルオーバー研究の多くはネガティブ・スピルオーバーを扱ったものがほとんどであり、多くの研究が欠乏仮説に立つという。働く母親において仕事から家庭へのネガティブ・スピルオーバーが多くなると(仕事ストレスと労働時間によって規定される)、抑うつと不安が増加し飲酒量と喫煙量が増加することが実証されている。小泉(2006:136-139)は、ネガティブ・スピルオーバーが減少するだけでなく、ポジティブ・スピルオーバーが多くなければ健康的な仕事と家庭のインターフェイスは望めないという。そのためには家事と育児を担うパートナーの現実的な行動が重要になるので、男性正規労働者の労働時間の短縮など、個人の取り組みを超えた社会変化の必要性があると述べる。

本研究の分析対象のなかには結婚、子育てを経験した事例がある。いずれも結婚と同時に退職し、子どもの小学校入学など、少し手がかからなくなった時に非正規雇用で就労している。復帰の理由は学費や住宅ローン返済に充てるためだが、夫は家事育児を本人の役割とみなし、非協力的で、一人でこなしてきている。途中からは義父母の介護なども加わるが、夫や周囲からは労いや感謝の言葉がなく、次第に虚しさをアルコールなどで紛らわすうちに嗜癖問題が生じるというエピソードは、ある意味で I 性役割葛藤型に典型的である。

以上のことから、女性をめぐる表象における強弱の指標を表 2-9 のように作成した。

表 2-9 女性をめぐる表象についての指標

嗜癖問題の発生経過において、ジェンダー・アイデンティティの形成に重大な障害や苦痛を引き起こす女性をめぐる表象のなかで、〈美しさ〉または〈女の幸せ〉という以下の囚われが起こることによって、抑圧の強弱が示される。

(1)女性の美しさ—以下のいずれかによって定義されるものと、その代表的な表象に価値を置き囚われる(表象のひとつにあてはまればチェック)。

- (a)若さと容姿のよさ：ミスコン、モテ
- (b)美しさ：コスメ、美白
- (c)やせた身体：ファッションモデル
- (d)性的魅力のある身体：女優、女性タレント
- (e)若さの維持：サプリメント、美容整形
- (f)可愛らしさ：萌え
- (g)女らしさ：女優、女子アナ
- (h)セクシー：露出度の高い洋服、女性の特定の身体部位
- (i)ファッション：雑誌、広告

(2)女の幸せ—以下のいずれかによって定義されるものと、その代表的な表象に価値を置き囚われる(表象のひとつにあてはまればチェック)。

- (a)学校生活における達成：成績、部活動、生徒会活動、自治会、サークル、習い事での入賞。
- (b)職業生活における達成：一流企業、総合職、キャリア形成、高収入。
- (c)恋愛における達成：プレゼント、結婚として成就。
- (d)結婚における達成：配偶者の社会的位置、仕事との両立＝スーパーウーマン、優雅な専業主婦、趣味を仕事にする。
- (e)子育てにおける達成：可愛い子ども、お受験、PTA活動、子どもの栄達。

\* (1)女性の美しさ、(2)女の幸せの1項目にチェックした場合1点とし、合計点を計算する。

抑圧が低い	0～4項目点
抑圧が中程度	5～8点
抑圧が高い	9～14点

\*ただし囚われの深さに特記すべき事項がある場合には、項目数にとらわれず判断。

#### (4) 女性嗜癖者の4つの類型

3項で示した指標と類型化の成果として抽出された特徴によって、分析対象の41例を類型化し次の結果を得た。

I 性役割葛藤型	3例
II 他者承認希求型	22例

Ⅲライフモデル選択困難型 6例

Ⅳセクシュアリティ混乱型 10例

次にそれぞれの類型について以下のことが観察された。

#### ①性役割葛藤型

性役割葛藤型に分類された3例は、いずれも妻、母役割に強い葛藤を抱えている。しかし女性であれば当たり前になすものであるということで、葛藤を自覚せず発症の直前まで役割をこなしている。母からの遺棄や母との密着はみられず、3例ともに末子で姉や兄が性役割モデルとして機能している。また女性を巡る表象としては、女の幸せに関して無批判にジェンダー役割を受け入れ、無難にこなすことが出来ればよく、とりたてて囚われもないのが特徴である。夫は本人に対してステレオタイプの妻・母役割を期待している(本人が家事と育児に奔走していても手伝う訳でなく、自分の生活ペースを変えようとしめないなど)。また3例とも夫からの暴力(言葉によって本人の人格を貶めるもの、1例は身体的暴力もあり警察が介入)を体験している。

3例中2例は嗜癖問題が表面化する前にうつ状態で心療内科、精神科病院へ通院をしている。そして嗜癖問題はまず処方薬乱用から始まっている。残る1例に処方薬乱用のエピソードはないが、市販の鎮痛剤常用が認められる。

次に3例ともに子育てが一段落するころに嗜癖問題が徐々に生活を脅かしている。1例は夫の覚せい剤乱用を止めようとして自分が覚せい剤に耽溺していく。また別の1例は、買い物の帰りにパチンコ店で時間を過ごすようになった。自分だけの邪魔されない時間が欲しかったと回想している。3例に共通するのは、自分が家でおこなう家事や育児について、家族から評価され、労われる機会のなかったことである。毎日同じことを繰り返すのは忍耐のいる作業だが、手を抜くと非難され「やって当たり前」の雰囲気は家族のなかにあったと本人たちは述べている。

また娘との関係に葛藤を抱える。娘ならば自分の気持を理解してくれるのではないかという期待があるが、実際には逆である。特に嗜癖問題が浮上してからは本人に対する厳しい評価が続き、嗜癖行動へのめり込む理由を家族から聞かれたことはないという。また嗜癖行動が止まった後も厳しい評価は変わらないことがあり、本人にとっては再発リスクとなりやすい。息子がいる場合には息子との密着があり、献身や経済的援助などが観察された。

援助者との関係は表面的で、主体としての自分を語る機会を持たなかったために、言われたことを行う、言われたことを守るなど受動的である。

#### ②他者承認希求型

41例中22例と最も数が多かった。母娘の抑圧関係が強いのが特徴だが、22例中父親にアルコール問題があったのは7例、うつ病1例、障害があるもの1例である。またアルコール問題はないが両親が離婚もしくは不仲であるものが5例あった。

このことから、母親は本人に必要な配慮やケアを惜しみなく与える余裕がなく、一緒に暮らしていても本人に十分な関心が払えなかった様子が窺われる。信田(2010a:45)が指摘したように母は父親のアルコール問題への対応に追われる。とりあえず家族の維持を目的に夫(本人の父親)が職を失わないよう、健康を害さない様にケアをする。愛情というより生活不安の防衛が動機だが、自分の世話がなければ夫は生きられないという満足感によって、ケア関係をむしろ継続する関係性を共依存と呼ぶ。このように母は結婚生活に挫折を



感じながらそのなかで生きるための生存戦略が、ケアの名を借りた力と支配の行使である。

父親がアルコール依存症でなくとも、他の精神疾患を抱えている、障害をもつ、または結婚生活に亀裂が生じることで同様の生活不安が浮上することは予想できる。母親が夫との関係で葛藤や不安を抱えながら子どもを育てることは、子どもにとって家の中の緊張を外へ漏らしづらくさせるため、娘にとって母娘関係を相対化する「第三者」の存在を持ちづらくする。また母親が夫との関係を娘である本人との間に投影する場合には、本人の混乱と罪悪感は強くなる。この他、自営業や母親自身が仕事を持つ場合には、仕事での忙しさを理由にますます母の心理的不在が強まり、娘は僅かな母の表情の変化にも敏感に 대응しようとするなど、母からの承認欲求に拍車がかかる。

このようなⅡ型の当該母親と援助途中に何度か面接を行うが、夫だけでなく娘までが嗜癖問題という形で不適応を示すことに、当初戸惑いを表すことが多い。なかには夫の時と同じように娘のケアに奔走し、却って嗜癖問題を悪化させることも少なくない。しかし母のケアや激励にも関わらず事態が変化しないと、今度は娘をさまざまな医療機関や援助機関に連れ回し治療者を変えようとする母親もいる。いずれにしても夫のアルコール依存症ではイネイブリングという間違っただけの手助けを手放すことが難しい母親も、娘の嗜癖問題を機に夫との関係を見直し、母親自身の原家族関係における病理性に気づいていく事例も少なくはない。

一方で共依存の母親と娘の関係性における抑圧が「絡めとられる」息苦しさに基づくとすれば、遺棄する母親の娘は「捨てられた自分」あるいは「愛されなかった自分」という現実を抑圧しながら生きる苦しさを抱える。母親からの虐待が顕著な6例についてみると、心理的なものが中心である。本人の言動のひとつひとつを否定する、容姿をこきおろす、話しかけても返事をしないなど出来事ひとつの衝撃は小さいが、時間をかけて本人は自分の存在が母親を苛立たせていることに罪悪感を感じるような仕組みになっていることが特徴である。そのため、援助が開始され本人が支持あるいは評価されるような場面に出会うと困惑し、自分がバカにされていると勘違いして怒りだすなど、独特の反応になる。

虐待は母親自身の障害や精神疾患から引き起こされる場合がある。社会的孤立状態で、非自発的な要支援家族であることが多い。親が学校へ行かせないこともあるが、ネグレクトがない場合には、登校しない本人の事情とされるので、そのまま嗜癖問題が表面化するまで放置される。しかし、こうした孤立状態にあっても本人にとって重要な他者や安心して過ごせる場があると愛着関係をはぐくむ体験をもつため、一時的にせよ親からの遺棄という現実がもたらす抑圧を和らげることになる。

この他にも父親からの性虐待を看過する、次々と交際相手の男性を家にいれて本人を性被害の危険にさらすといった形の虐待もみられた。こうした体験を通じて本人は、自分が守られる価値のない人間であるという学習をする。この類型に該当する女性嗜癖者と援助関係をつくる場合、受け入れてくれると感じると全てを援助者に預けるような形のしがみつきとなりやすい。時間の経過とともに援助者が一方的に関係を終わらせないとわかると、それまで抑圧していた哀しみや怖れの感情が憤怒となって援助者に向かうか、自分を故意に傷つける方向へと向かう<sup>3)</sup>。いずれも行動化が激しくパフォーマンスとしても人目をひく。そのため、治療者からは境界性人格障害等の診断名をつけられている事例が少なくない。

### ③ライフモデル選択困難型

6例が該当した。嗜癖対象はアルコールが3例、市販の鎮痛剤が2例、覚せい剤1例である。薬物依存の3例はいずれもアルコールを受け付けられない体質のため、薬物への嗜癖となった。6例の就労経験は様々だが、就労期間は最も短い人で4年、最も長い人で10年である。6例とも転職を経験しているが、嗜癖問題の進行にともない最後は短い就労期間となっている。抑制系の化学物質嗜癖が中核だが、同時に摂食障害、買い物嗜癖を併せ持っているためか金銭管理のコントロール喪失がみられる。うち4例がクレジットにおける債務整理の経験を有する。

勤務態度はまじめ、与えられた仕事をきちんとこなすタイプとして、職場での評価は家族などの話からも高かったと推測される。しかし自分に対し(とくに女性の美しさ)自信が持てずに、その不安を隠そうと頑張るなかで、仕事を離れるとそこそこに飲酒し買い物、食べ吐きで気分転換をはかっていた。自己評価が低いぶん、女性の美しさや女の幸せというステレオタイプに対する思い込みや囚われが非常に強いのが特徴である。

適度な気分転換であった嗜癖行動がコントロールを失っていく背景として、後輩の出現がある。仕事では評価されているという自負に、若くて美しい後輩が出現したことで翳りが見えると、いきなり欠勤や退職といった態度の変化になる。また、2例は他の精神疾患や障害によるコミュニケーションの躓きが相当なストレスになっていたと思われるが、それを押し隠すためにも嗜癖が使われていた経緯がある。

6例とも内科受診を経て精神科受診に至っているが、初めて内科にかかってから精神科にて嗜癖問題と診断されるまでに平均2年かかっている。アルコール嗜癖に関して身体依存が形成され断酒しかない状況までに悪化したのは1例で、残り2例は精神依存のみであった。

リカバリーではこの類型に該当する人は多くない。就労経験があるために、すぐに社会生活への復帰が可能と考えがちである。そのため自分でハローワークなどを通じて就職活動していたが、背景にある自己評価の低さがストレスとなるために、就労したとしても途中嗜癖問題の再発で失職するなど悪循環に陥る。このような繰り返しの結果、本人もようやくそれに気づき援助開始となる。6例がそうであったように、このタイプは内科クリニック等で治療を受けていることが推測されるが、クリニックで嗜癖が問題化することは稀である。また彼女達の女性をめぐる表象への囚われの強さから、美しさや仕事での達成というもので挽回したいという思いが、逆に嗜癖行動へと駆り立てる構造となっている。

この類型に入る女性嗜癖者たち6例は、母親との関係が希薄である。母をどこか見下げたようなところがあり、自分は美しさや社会的成功で母とは違うライフモデルを選択しようとしている。その母は離婚を経験しているか、専業主婦で現状に不満を持ちながらも自分から変化を求めないなど、本人からは「あるべき姿」とはむしろ対極にあると捉えている。

援助関係は表面上特に問題がない。しかし強固に保持しようとするステレオタイプの女性美しさや幸せ像が再発リスクとなりがちであるため、より本人の価値観に立ち入った介入が必要な時期を迎えると反撥にあうなど難航する。

### ④セクシュアリティ混乱型

10例が該当した。全員が性被害体験を有する。うち2例は近親姦の被害である。原家族での被害体験に加え、成長の過程で繰り返し被害にあうのも特徴である。そのため化学物質嗜癖でも初めから「意識をなくす」「意識を飛ばす」といった使い方<sup>4)</sup>であり、危険度が

きい。被害体験そのものも過酷だが、加えて母娘関係の抑圧も高いため、リカバリーにたどり着くまでに平均10年あまりの年月が経っている。小児精神病棟でのケアがスタートという事例もあるなど、多くの機関、たくさんの専門職を渡り歩いてきた事例である。

10例のうち援助関係の途中で家族が登場するのは3例で、いずれもこちら側からの要請に基づく面接である。この3例は全員母親で、信田がいう「支配する母」であり「自己犠牲の母」でもある(信田2008b)。この母は嗜癖問題こそないが、夫のアルコール問題で苦しんできており彼女達にその苦しみを「垂れ流し」続けた母でもある。またこの母達は、娘の性被害を知らなかったが、知らされた時に「忘れるように」促し「気にしないように」気持ちを切り替えろと勧めた。彼女達はそれ以来記憶を抑圧することになる。

この3例と1事例の計4例はいずれも就労、結婚(または同棲)するなどして表面的には30代初めまで適応するが、その後嗜癖問題が表面化すると長く精神症状に翻弄され、長期間にわたって生活障害を抱える。生活能力は高いにもかかわらず、解離症状などに阻まれ生活がいたるところで困難に陥る。また4例ともに中絶経験を有する。

残りの6例については、児童期または青年期から不適応状態であり、そのひとつに嗜癖問題がある。しかし化学物質嗜癖よりも前に、摂食行動の異常、悪夢、解離症状、自傷(爪噛み、抜毛、ピアッシング、タトゥー、根性焼きなど)がみられる。学業を途中で断念し、その後は引きこもりを体験する事例もある。したがってほとんどが就労経験を持たない。また結婚・出産歴はないが、交際する男性を次々と渡り歩きながら被害にあうタイプと、男性を避けるタイプに二分される。薬物依存の場合には入手方法が男性であるため、再使用リスクとも重なる。

援助関係に関しては、短い表面的な診察や接触では解離症状の実態は把握しづらく嗜癖問題も見過ごされる場合が多い。また基本的に人間への根深い不信感を基底としていることから、援助者には警戒心をもつ。表面上は「よい患者」役割を担うが、場面によっては攻撃性をあらわにする。しかもフラッシュバックをはじめとするPTSDの症状が出現するには、ある程度の信頼が援助者との間に成立していることが前提となる。嗜癖問題そのものの改善と、他方被害体験へのアプローチとを車輪の両輪の関係で進める。

10例のうち9例はリカバリーで支援開始時に薬物療法を受けていた。しかし薬物療法は側面的な援助であり、それが援助の十分条件ではない。医療機関だけでなく、身体治療(婦人科の既往歴がある)などを担当してくれる医療機関との連携、GHなど生活の安全が守られるなどの包括的支援を最も必要とする類型である。

以上が類型化における結果と、各類型にそれぞれ観察された状態像である。大嶋(2004a:112)が類型化し命名した女性嗜癖者の4類型は、今回の分析対象41例についてもそのなかに収まることが確認された。大嶋(2004a:115)は、今後主な支援の対象となる女性嗜癖者は、Ⅱ他者承認希求型と、Ⅳセクシュアリティ混乱型のふたつであると述べたが、おおむねその予想を肯定する結果となった。Ⅰ性役割葛藤型は、筆者がみる限り精神科病院で治療を受ける患者層の中心を占めている。またⅢライフモデル選択困難型は、別の疾患名で心療内科あるいは内科で治療を受けているか、あるいは自力で何とかしのごうとして悪戦苦闘する。リカバリーの特殊性を反映する類型の偏りはあったが、4類型には基本として修正を加えなくともはみ出す事例がなかった。インタビュー面接時の着目点および支援開始3ヶ月時のふたつの類型軸に伴う指標を生成した。次に、4類型にそれぞれ分類された類型に対応するアセスメントについて述べる。

## (5) 類型に対応するアセスメント

ここまでは女性嗜癖者の類型化のプロセスと、その際の留意点、そして得られた結果について述べた。類型化することにより、女性嗜癖者といってもその症状、疾患の構造、発症の契機に差異があることが明らかになる。本項では類型ごとに援助の組み立て方と方向性に特徴があることから、それらの特徴を浮かび上がらせるのに必要なアセスメント項目について整理し、類型ごとに述べていく。

まず嗜癖問題のアセスメントとは、ジェネリック・ソーシャルワークにおけるアセスメント項目との比較においてどのような特徴をもつのか。日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会では、2008年より一定程度の経験年数と研修を終了した会員を「認定スーパーヴァイザー(以下 SV)」として登録し、会員の依頼があれば SV を行っている。その SV 研修で使用された「アセスメント」のテキストでは、次のようなアセスメント項目がならぶ。

- ・全般を通じて 範囲の広い体験における事実の把握、援助目標との関連づけ
- ・背景史 個人の全体的把握
- ・家族歴 親について、子ども時代の重要な人物等
- ・生活歴 教育、職歴、経済状態、結婚歴など
- ・既往歴 身体疾患、精神疾患
- ・性格
- ・飲酒歴 飲酒パターン、関連障害の有無など
- ・典型的な大酒 典型的な日常の飲酒と変化
- ・依存の証拠の収集 レポートリーの狭小化など 7 項目
- ・アルコール関連障害の証拠の収集 身体的健康など 5 項目
- ・アルコール問題について援助を求めた既往
- ・治療に関する動機づけ

(日本 ASW 協会 SV 研修資料 2009 より)

このアセスメントシートでは、課題解決の中心となるアルコール問題を中心に情報収集をおこなうような構成である。薬物依存の場合にはアルコールの部分嗜癖対象薬物に置き換えて収集する。またアルコールの他に薬物依存が重複嗜癖としてあるときには、「飲酒歴」の項目に列記する。ジェネラリスト・ソーシャルワークにおけるアセスメント項目では、この他に問題解決のためのクライアントシステム、問題を悪化させるストレス、クライアントの ADL、クライアントのストレングス、クライアントの価値観や人生のゴールの 5 項目が挙げられている(渡部 2010:184)。この 5 項目については、背景史、典型的な大酒、生活歴のなかに織り込まれて聴取するように奨励されており、解決されるべき特化した問題により焦点があてられているが、大きな差異はない。

しかし女性嗜癖者のように習慣飲酒(使用)から嗜癖問題が立ち上がる方が少数である場合に、アセスメントは異なる構成となる。また、女性嗜癖者には 4 類型あり、それぞれが発症にまつわる特徴的な経過を辿ることから、共通のアセスメント項目と類型に独自のアセスメント項目があり、その両方について情報を収集し評価していくことになる。表 2-10 に女性嗜癖者に共通するアセスメント項目を示した。

表 2-10 女性嗜癖者に共通するアセスメント項目

1. 嗜癖問題が表面化する過程	表面化する年齢と生活状況 嗜癖問題の内容と現れ方 治療歴や援助を受けた経歴
2. クライエントの言語能力	問題を認知／把握する能力 問題を言語化する能力 自らの感情を認知／把握する能力 自らの感情を言語化する能力 言語表現に代わる表現方法の有無
3. アピアレンス	装い、物腰は何を表現しているか 女性のステレオタイプの表象をどの程度取り入れているか
4. 就業／結婚／出産経験	経験の有無と時期 経験と希望の一致度 経験の具体的内容 破綻があればエピソード 中絶体験があればエピソード
5. 精神疾患／障害／独自の困難性	既往歴や障害の認定歴 エスニシティ・セクシャルマイノリティ・性同一性 障害等独自の困難性の有無とその体験
6. 母－娘関係における抑圧の強弱	表 2-8 の指標を参照
7. 女性をめぐる表象による抑圧の強弱	表 2-9 の指標を参照

一般的なソーシャルワークにおけるアセスメントと同様に、これらのシートは情報で埋めるためのものではない。クライアントと治療同盟を結ぶため、援助関係における信頼の醸成に使うのであるから、質問項目のアレンジや順番、クライアントの語りにおけるまとまりや流れに配慮すべきは同じである。表 2-11 に類型に特化したアセスメント項目を示した。

特にIVセクシュアリティ混乱型については、従来のソーシャルワークにおけるアセスメントでは取り扱わないような精神医学的(精神分析的ともいえる)知識とアセスメント技術が必要になる。性被害体験を背景に、PTSD からの回復と嗜癖問題からの二重な回復過程を想定していくことになる。その意味では Evans & Sullivan (1995=2007:39)による虐待経験と嗜癖問題を合わせて持つクライアントに対する治療論には学ぶべき点が多い。

表 2-11 4つの類型に特化したアセスメント項目

類型	アセスメント項目
I 性役割葛藤型	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パートナーとの結婚あるいは共同生活開始の経過</li> <li>・パートナーについて(職業, 性格傾向, 原家族システムにおける特記事項)</li> <li>・パートナーのジェンダー役割意識</li> <li>・パートナーによる暴力の有無</li> <li>・ケア対象者との関係, 特別な事情の有無(子の障害, 親の認知症等)</li> </ul>
II 他者承認希求型	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親について(職業, 性格傾向, 原家族システムにおける特記事項)</li> <li>・母親—父親(あるいはパートナー)との関係性</li> <li>・幼児期の生活状況—保育環境について(母以外の保育者の有無, 遊び)</li> <li>・児童期の生活状況—学校時代の適応</li> <li>・思春期の生活状況—友人との交流, 大事にしたもの/こと, 異性関係</li> <li>・青年期の生活状況—なりたかった自分像</li> <li>・自傷行為について—習慣化の有無, 方法, 部位, パターン, 援助希求の履歴</li> </ul>
III ライフモデル選択困難型	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細な職務経歴</li> <li>・人生のゴール, 価値—憧れとしての表象</li> <li>・女性をめぐる表象への囚われパターン</li> <li>・金銭管理に関する情報</li> <li>・現実的な変化の目標について—描けるものがあるか</li> <li>・親密な関係への希望—受け入れるのに必要な時間を見立てるための情報</li> </ul>
IV セクシュアリティ混乱型	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全感覚の歪みに関する情報</li> <li>・感情の麻痺あるいは遮断について</li> <li>・薬物療法の影響—期間と内容, コンプライアンスに関する情報, 主治医の見解</li> <li>・曝露療法, EMDR 等の専門治療体験の有無</li> <li>・言語表現に代わる表現方法について—これまでの体験と本人の評価</li> <li>・回復過程を妨げるもの—加害行為を止めない男性との関係, 援助中断のリスク要因など</li> <li>・回復過程に協力してくれる人—24時間アクセス可能な人, または機関の有無</li> <li>・解離症状の程度—パターン, トリガー, 危険行為の有無</li> <li>・衝動性の高さに関する具体的エピソード</li> <li>・身体的不調について</li> </ul>

Evans & Sullivan (1995=2007:39)は、こうした二重の困難を生きるサバイバーには、10の中核的問題があるとして臨床家に注意を促す。10の症状とは表2-12のとおりである。

表2-12 PTSDと嗜癖問題を併せ持つクライアントの中核症状

1. 問題を前にして否認や解離を頻繁に使う。
2. 支配欲が強い。
3. 神経過敏で、物事を自分中心に考える。
4. 他人を信用できない。
5. 責任感の歪み。過剰に責任を取り過ぎたり、無責任だったりする。
6. 適切な自己主張や怒りの処理が難しい。
7. 異様な思考や行動があり、精神異常者のように見えることがある。
8. 自己敗北的な行為を再上演または反復する傾向がある。
9. 性の問題や身体の不調。
10. 自己および他者からの疎外感。

出典 Evans & Sullivan 1995=2007:39

これらの症状はⅡ他者承認希求型のクライアントにも共通して散見されるが、その深さと強さにおいてⅣセクシュアリティ混乱型のクライアントは特別といわざるを得ない。多くの機関、たくさんの援助者を渡り歩いてくるには、相当の理由がある。

欧米ではこうした二重の回復過程を描くクライアント達によって嗜癖問題の治療施設が溢れていると聞く(宮地 2010b:50)。しかし日本では受け入れる機関が極めて少なく、またその援助に関しては始まったばかりと言わざるを得ない(上岡・大嶋 2010:236)。児童虐待、DVといった事象への理解と援助はようやくその知見を重ねつつあるが、そこに嗜癖問題は当然絡んでくるはずであるにもかかわらず、嗜癖問題が見えたとたんに援助中断となってしまうのは、あまりにソーシャルワークが嗜癖問題について知識が足りないことになるし、また援助そのものが貧困であることを物語る。

なお、調査対象41例に関するこの分析結果の詳細を、本章末に資料として掲示する<sup>5)</sup>。

### 第3節 女性嗜癖者の回復過程

#### (1)回復をめぐる議論

嗜癖問題における回復とは、これまでどう定義され、議論されてきたのだろうか。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。嗜癖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、「あなたの状態は○○という嗜癖によってブレーキが壊れてしまった車のような状態です。走り出すとどこかにぶつかって止まるか、燃料が切れるまで自分で制御できないのです。残念ながら今の医学では壊れたブレーキを直す技術はない。またブレーキを作ることも出来ません。しかし ふたたび車を運転することは出来ないが、車に乗らなくて

もすむように社会生活を送ることは可能です」といった説明を本人および家族に行う。

このように嗜癖は“治らない”のだが、通常 of 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。なぜなら回復とはいわゆる到達点をさしていない。一番分かりやすいのは、AA で使われている「今日一日 (Just for Today)」というスローガンである。このスローガンは、「明日のことは分からないが、少なくとも今日一日をしらふで生きよう」というものだ。つまりこれまでは「この一杯の酒を最後の酒にしよう」と思いながら、一杯飲んでしまうことでどうでもよくなってしまい、最終的にはいつものようにコントロールを失うところにまで行き着いてしまう。しかしその発想を逆にする。「明日は飲んでしまうかもしれないが、少なくとも今日だけ止めよう」と行動する。単純なようだがこの発想転換は、当事者達にとって決して簡単ではない。

こう考えると、次のような問いが生まれる。すなわち、今日この時点で酒やくすりが「止まっている」事実が、明日もそのようであるということを意味しないのか。答えは是である。そのため、止めているかどうかという事実をもってただちに回復とは定義し難い。それは止めているという事実が、「今日一日」という極めて限定的なものにすぎないからだ。したがって回復を考える場合、「止め続けている」かどうかを問題にすることとなる。しかも 10 年止め続けていたとしても、それはあくまで「明日しらふであるかどうかは分からないが」、という条件付きなものにすぎない。それが嗜癖問題の特殊性である。

したがって治療者は、何にもおいて第 1 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。専門治療を受けたアルコール依存症患者の退院後 1 年の断酒率が 20～40%(宮川・樋口 2010:37) という結果からみても、いかに継続が困難であるかがわかる。外来通院、抗酒剤の服用、SHG への参加がアルコール依存症治療の「三本柱」と言われるのも、この継続性を外来でフォローしていこうとする試みである。覚せい剤を初めとする違法薬物依存の場合も同様である。中枢神経系薬物依存に対する統合的集中外来治療アプローチ法の「マトリックス・プログラム」を日本で実施する松本(2010e:71)は、一定期間だけでその効果が維持される治療法など存在しないのだから、時間経過に従って効果が減退したとしても、治療離脱率が低く、治療期間中の断薬率が高いプログラムを使い、それをブースターセッションや治療期間の延長で補うことが必要だと述べる(下線筆者)。

第 2 に嗜癖行動が止まって 1 年継続すると、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の定説とみなされてきた。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。

こうした回復をめぐる議論の中心はいずれも物質嗜癖であるが、病的賭縛や買い物は治療機関が極めて限られるなど治療環境的な課題が大きい。また同じプロセス嗜癖でも摂食障害の場合「嗜癖行動を止めることから回復をはじめ」ことはできない。食べることは生存するのに必須でありながら、当事者は同時にコントロール喪失に陥るという“引き裂かれ状態”を余儀なくされる。この点においても、摂食障害は非常に回復の定義が難しい疾患といえる。

水島(2010a:172)は摂食障害者の抱える「不安」に着目し、対人関係療法によるアプローチを提唱している。摂食障害とは「子ども」から「大人」への役割変化において感情抑制が強過ぎたり、感情の認知が難しいなど、感情が機能していない代わりに症状と捉える。従って摂食障害の治療とは単なる病気の治療ではなく、その病いこそ「人生に起こる有意義な変化」と位置づけて、「不安」をはじめとする気持をみていくのである。そのうえで水



島(2010a:173)は、回復について次のように述べている。

病気がよくなっていくということは、症状の助けがなくても自分の気持ちがわかり、状況の意味づけがわかるようになる，ということだと言える。症状の助けがなくても自分の気持ちがわかれば、その時点で状況に対応することができるようになり、結果として症状は悪化しない。そうやって対処できたことが自尊心を高め、病気はだんだんとよくなっていく。症状をなくすことに注目するのではなく、症状をフルに活用することに注目した方が、結果としては治りは早いというのが私の臨床経験である(水島 2010a:173 下線筆者)。

このように嗜癖問題の援助でしばしば言われる「回復」とは、明確に定義できるものではない。また物質嗜癖にみられるように、止めることを継続すること自体が難しいために、どうしても「止めているかどうか」に治療者の関心が払われてしまうが、嗜癖行動が止まっていること＝回復ではないこともまた定説なのである。また実際には治療者が想像している以上に、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困難である。では、ただ止めているだけでなく社会関係を徐々に復活していくとは具体的にどのようなことを指すのだろうか。

そこで登場するのは就労までを想定した生活バランスに着目し、生活因子を抽出したうえでその充実度を当事者が主観的にチェックしていくというスケールを使った回復度の評価である。

嗜癖問題への短期介入アプローチで著名な Kim Berg & Reuss(1998=2003)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(表 2-13 参照)。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応するあまり、自分の人生を自分でコントロール出来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 1998=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、逆に過剰適応しようとして“機能不全”を起こしかねない。

表 2-13 アルコール・薬物常用者の回復チェックリスト

<b>Ⅰアルコール・薬物使用をコントロールする／止める</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・使用に限度を設けて、その限度を超えないようにできる。</li><li>・アルコールや薬物の使用を継続的に減らすことができる。</li><li>・ある一定の期間、使用を止めることができる。</li><li>・アルコールや薬物を使用しそうな状況を避けることが出来る。</li><li>・アルコールや薬物を再び使用する誘惑のある状況を避けることが出来る。</li><li>・アルコールや薬物のない生活スタイルを受け入れた。</li></ul>
---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコールや薬物のない生活を楽しめる。</li> <li>・アルコールや薬物に繋がる自分の生活スタイルに気づける。</li> <li>・アルコールや薬物を使用する場でも、使わずに社交が楽しめる。</li> <li>・誰かがアルコールや薬物を使っている場から、離れることができる。</li> </ul>
<b>II 感情的, 心理的, 身体的な健康状態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の健康法のスキルを実践できる。</li> <li>・アルコールや薬物を使うことなくリラックスできる。</li> <li>・身体的健康問題に注意をはらう。</li> <li>・過去に問題だったことをポジティブに見ることができる。</li> <li>・自分の感情を適切に表現できる。</li> <li>・自分や人の失敗を許せる。</li> <li>・定期的に運動する。</li> <li>・(アルコール・薬物を使わず)ストレスに対処できる。</li> <li>・ポジティブな自己像を思い描ける</li> </ul>
<b>III 社会, 家庭での機能状態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他人の幸福に関心が持てる</li> <li>・家族メンバーに関心を持ち続けられる。</li> <li>・アルコールや薬物を使わずに社会／家族の活動に参加できる。</li> <li>・家の雑用の手伝いができる。</li> <li>・子育てに関する用事に参加できる。</li> <li>・大切な人とコミュニケーションが取れる。</li> <li>・人と協力して、問題を解決できる。</li> <li>・家族／友人のサポートを求めることができる。</li> </ul>
<b>IV 仕事と生計に関する機能状態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・働きに行ける。</li> <li>・仕事の能率を改善できる。</li> <li>・バランスのとれた家計を維持できる。</li> <li>・課題を解決するために、うまく時間配分ができる。</li> <li>・より良い自分のために、才能や能力を利用できる。</li> </ul>
<b>V 精神的な機能状態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の未来について興味が持てる。</li> <li>・穏やかな気分を体験できる。</li> <li>・人生にポジティブな見通しを立てられる。</li> <li>・感謝の気持ちをもち、それを伝えられる。</li> </ul>

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

一方嶋根(2007:226)は、薬物依存の「回復」について、ダルクやNAといったSHGでは再使用を繰り返しながら進むものと捉えているが、司法では再使用を「回復に失敗した」と捉えるという違いを問題だとしている。そこで「回復」を疫学研究によって検討し、ダルクやSHG働きの有効性をはかろうと、評価スケールDASH(Drug Addiction Self-Help Recovery scale)を作成した。まず嶋根はダルクスタッフに対して聞き取り調査をおこない、そのデータをもとに質問項目を作成し、次に全国のダルク入所者164名を対象に自記式質問紙調査をおこなった。19項目からなるDASHスケールの質問表に対して、被験者は1=当てはまらないから5=当てはまるまでの5段階で評価する。また探索的因子分析によればDASHスケールは4つの因子から構成される(表2-14参照)。

嶋根(2007:226)は、調査の結果 DASH スケールと既存尺度(Rosenberg の自尊感情尺度, Purpose in Life)との間に優位な正相関がみられた。つまり DASH スケールのスコアが高いほど自尊心が高く、人生の目的や意味を見い出している傾向がある。またダルクや SHG への参加期間が長いほどスケールは高得点となったが、断薬期間では量的反応関係がみられなかったという。

このことから嶋根(2007:231)は DASH スケールでとらえる「回復」次のようにいう。

すなわち単純に薬物を使用しない期間が長ければ回復なのではなく、生活リズムが規則的で、SHG のミーティングを通じて自分と向き合う、同じ問題に直面する仲間と共感しながら新しい生き方を始めるといった心理社会的な側面の回復を促進させることが重要なのである(下線筆者)。また断薬期間とスケールのスコアに関連がなかったことについて嶋根(2007:231)は、刑務所や精神病院のように物理的に薬物が使用できない場所での断薬では、心理社会的側面が回復しにくいことをさしているのではないかと指摘する。

表 2-14 評価スケール DASH( Drug Addiction Self-Help Recovery Scale)

因子	質問項目
1 規則的なライフスタイル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・決まった時間に起床</li> <li>・掃除や片づけを行っている</li> <li>・毎日歯磨きや洗顔を行っている</li> <li>・食事の回数、時間帯が決まっている</li> <li>・計画的に時間を過ごす</li> <li>・夜更かしをほとんどしない</li> </ul>
2 依存症の受容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・依存症に対して自分は無力な存在である</li> <li>・自分は薬物依存症者である</li> <li>・クスリを意志でコントロールすることは出来ない</li> <li>・本当はクスリを使いたい</li> <li>・断薬だけでは回復とはいえない</li> </ul>
3 仲間への共感	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相手に感謝しそれを伝えることができる</li> <li>・人の痛みや苦しみを理解出来る</li> <li>・色々な人と話すことが好きである</li> <li>・自分が依存症になった原因を自分なりに理解出来る</li> </ul>
4 再生・生まれ変わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの考えや生き方を変えようと思っている</li> <li>・過去や未来のことではなく、今日一日を精一杯生きたい</li> <li>・自分を変える偉大な力の存在を信じている</li> </ul>

(嶋根 2007:229 をもとに筆者作成)

質問項目はダルクスタッフからの聞き取りデータを元に作成されていることから、確かに DARC という治療共同体、もしくは SHG に繋がった薬物依存者の生活実態を反映した内容になっている。だが、質問項目は次元の異なるもの(1と3の生活スタイルと心性、2と4の病識)を計っており、しかも“主観”だけで回復過程を捉えることが適切かどうかの疑問が残る。

また先述の Kim Berg & Reuss(1998=2003)らによるスケールとの対比では、職業や経済的状况、また身体的健康に関する項目がない。生活の規則性に高い関心を示すのと対照的

である。このことは、薬物依存者の生活が治療共同体と SHG という極めて限定的な範囲で営まれていることを反映している。したがって、いわゆる社会との接点や繋がりにおいて「回復」の指標となるものが皆無の状況になっている(人との関係性について評価する質問はいずれも“仲間”についてのものである)。つまり、「回復」を治療共同体と SHG という世界に完結させてしまう側面がある。

しかし現実には薬物依存者のほとんどが社会で生きている。朝起きて夜に寝るといった「当たり前の暮らし」が戻ることの重要さは、筆者も痛感している。しかし、そうした暮らしを取り戻す過程において、実は多くの「依存症ではない人たち」との接点や関係が重要である。なぜなら「当たり前」とは、社会のなかに自身を置いてみることでしか分からないからである。嗜癖当事者の社会とその外に動く社会というふたつの世界を当事者は生きることになるのだが、このスケールはその片方における「落ち着きの度合い」を示すことに寄与したといえる。しかし、もう片方の世界と繋がる形で当事者の回復はどのように評価され、また描かれるのか。それなしには、薬物依存者は半ば永遠に治療共同体と SHG という狭いループの中で自己完結することを余儀なくされる。

また、このスケールでは嗜癖行動への気づきや内省が随所にちりばめられ、それ自体には「男も女もない」といった同一評価が前提となっている。しかしながら大嶋(2004a:54)が Bepko を引用し整理したように、女性嗜癖者の多くが性的虐待や親のアルコール依存症をはじめとする機能不全家族のなかで生きてきたこと、いわば自分ではどうしようもない状況で嗜癖問題を抱えるに至ったが、にもかかわらず強い恥辱を感じていること、そして女性嗜癖者への容認度が男性の場合よりも低いことが何人もの研究者による調査で裏書きされている。女性嗜癖者の回復は、自分の過ちを率直に認めることからではなく、自分が何が起こっていたのかを知ることから始まる。それなしに内省を促すことは、Evans & Sullivan(1995=2007:24)がいうように、標準的な「ステップワーク」(12&12 の SHG における 12 ステップに沿った回復を実現すべく取り組むこと—筆者注釈)が失敗し逆効果になることを指す。

ここまでみてきた「回復」に関する議論は、いずれも性別によって異なるように描かれたものではない。しかし、筆者は第 1 章「嗜癖問題における性差」において、女性嗜癖者に特有の困難を述べてきた。従って、女性嗜癖者にとっての回復過程を示すのが本論における重要な目的である。その詳細は第 3 項でとりあげるが、ここでは上岡・大嶋(2010:62)による回復の定義を二点述べる。第 1 に回復とは変化の継続であること。嗜癖とは女性にとって痛みや哀しみを逃すものであり、時間を止めるものだが、実は変化し続けることこそ「安定」なのである。従って自身が変化し続けることが回復である。そして第 2 に、変化することを受け入れることである。第 1 の変化の継続性を可能たらしめるには、この受け入れが欠かせない。変化していくことへの不安を感じている自分を認め、それでも変化していく自分を信じ、そして変化に自分をゆだねていく。つまり回復とは、何か最初から到達すべきゴールがあるわけではなく、“当たり前の暮らし”を取り戻そうとする曲折の繰り返しの中に、その人なりの希望を見つけることなのである。

## (2) 女性嗜癖者の回復を支える鍵概念

大嶋(2004a:151)では自験例 11 と、当事者であり女性嗜癖者の援助をおこなう 3 名の援助者(うち 1 名がダルク女性ハウスの上岡氏)の聞き取り調査をもとに、女性嗜癖者の回復

過程を整理した。聞き取り調査のデータを分析した結果、回復過程に大きな影響を与えるものとして「親密圏」と「身体」のふたつがカテゴリーとして生成された。筆者は女性嗜癖者の回復を支える概念としてこのふたつを提示するが、本項ではまずそれぞれについて概説し、援助の場面においてそれらが具体的などのような現れとして認識されるのかについて述べる。そして「身体」は市野川(2007:xxv)がいうようにむき出しのまま存在するのではなく、特定の人から向けられる特別な感情によって包み込まれ、またそれに翻弄される。そしてその身体が今度は別の身体に特別な感情を向け、あるいは翻弄する。その感情は「愛」と呼ばれることが多いが、それは常に両義的であって解放に向かう可能性と同時に錯誤に陥る可能性を秘めてる。筆者の提示する「親密圏」と「身体」も「愛」を仲立ちとしてお互いに絡まりながら、お互いの変容に応呼しあうような関係として回復を支えることができる。そして皮肉ではあるが「親密圏」と「身体」こそ、女性嗜癖者の生と性を錯誤という意味において脅かし続けてきたものである。

#### ①「親密圏」について

親密圏については、明確な定義がある訳ではない。

桶川(2011:23)は、親密性・親密圏という用語に様々な定義が試みられていることの意義を検討する。その結果、親密性・親密圏に対して「親しく交際している」以上の意味づけが与えられる背景に、「生の拠りどころ」への期待や、近代家族からの解放、オルタナティブな関係性への期待、あるいは「私的領域の民主化」への期待など、規範的な要請が存在しているという。

筆者だけでなく親密圏については斎藤(2008)の定義が多用されている<sup>6)</sup>。斎藤(2008:195)はハーバーマスが親密圏を近代家族とほぼ同義のものと描いたことに対し、フェミニズムがその権力関係を明るみにし、男女の非対称性を批判的に検証する必要を認めつつ<sup>7)</sup>、性や血縁に依らない結びつきを親密圏のあり方として捉える必要を訴える。斎藤(2008:196)は、人が自らに配慮や関心を寄せてくれる他者をもちうるかどうかは、雇用保険や社会保障の著しい後退を考える時に生死に関わる決定的な意味をもつという。その意味で親密圏は生の喜びや意味に関わるだけでなく、生活保障をめぐる政治とも不可分の関係にあるのだと述べる。

そして斎藤(2008:204)は、アーレントが「社会的なもの」の権力に服さない価値が形成される領域として親密圏を捉えようとしながらも、そこに政治的抵抗力を認めなかった点については立場を異にする。アーレントがいうように公共的な領域の「光輝」のみが人々の言葉や行為における現れを可能にするのではなく、一定の翳りが逆に人々の現れを可能にする局面があると述べるのである。親密圏は一人一人の他者の生／配慮を関係の媒体とする限り、社会的なものの介入をある程度遮り、正常と社会には承認されていない生のあり方や経験が肯定される余地を残すという。そして斎藤(2008:212-214)は親密圏の特性について、そこでの関係性は非対称であるという。最低限の相互性を持ちながらも、場合によっては自分の必要や意志を表明出来ない他者との関係を含む場合がある。そして一般的なアソシエーションとの比較において、親密圏における関係性とは、相手との身体の接触や感情の応呼、会話などを通じて次第に形成されるために、退出の自由はありながらもそこでの被縛性を前提としている。そして親密圏はまた、共同体のような共通善や等質性を見いださない。たとえ共通の経験や価値が形成されたとしても、それはお互いの違いをそこに還元出来るようなものではない。斎藤(2008:215)は親密圏における関係性が、一方において差異とディレンマに貫かれ、それが他方でそこにいる人々に一定の安全性(の感覚)を

与え、生の依りどころになるのは矛盾しないと述べる。

妻鹿(2010:11)は、福祉国家における社会的連帯の問い直しの必要性という観点から斎藤の親密圏概念に着目する。そして家族の機能が失われている現在、生存の場所を奪われた人たちが同時に他に代え難い関係性を失うことに対し、それを家族に限定しない親密圏の構想は、人と人との関係性における「近さ」の再編の考え方として優れ、人称的連帯の再編に関する思想的枠組みとして採用出来るのではないかと述べている。しかし誰が親密圏を構成するのか、親密圏の他者をどのように規定するかは今後の検討課題だという。妻鹿(2010:12)は、親密圏を具体的な人称の連帯にするにはその手法に関するコンセプトが必要となるが、まだその構想の域を出るものになっていないとしながらも、人称の連帯の再編に関する妥当な選択肢のひとつだとしている。

金井(2009:138)は哲学の立場から、恋愛・結婚・生殖の三位一体性からなる家族制度自体への懐疑的な問いかけが、「性/愛」には存在するとしながら、その「性/愛」の交叉する親密圏=家族を解体しようとする。そして親密圏のオルタナティブなありようは、「性愛抜き親密性」、「親密性領域の脱暴力化」、「退出の自由」に求められるとしている。また金井(2009:140-142)は、親密圏の議論は政治学、政治思想史の軸、フェミニズムの軸、そして哲学や社会学の軸という3つのベクトルが浮かび上がるとしながら、親密圏の議論に「個的領域」の概念を引き入れ「自尊倫理」への視点を開いていくべきと指摘する。そしてその具体的な現象・動きとして暴力被害や深いトラウマ問題などを抱える当事者による諸種のSHGをあげている。そこでは女性の生き難さ、語られることになかった政治性を通じて親密圏のオルタナティブなありようの原型が姿を現しつつあるという。そして金井(2009:150)は、男女の性愛軸と母子対ケア軸の二つの軸に働く暴力の問題、さらに親密圏の諸関係の被縛性、具体的な他者の生とのかかわりにおける不可避的な受動性・受容性といった問題こそ、フェミニズムが課題とすべき親密圏の議論であるという。そしてとりわけ親密圏の脱暴力化を考える上でケア関係に働く権力、すなわち「母」という存在の加害者性の側面に留意すべきだと述べる。

この点に関して中筋(2011:134)は、男女の性愛を仲立ちとする親密性を「対面的親密性」、与えられた繋がりにおいて受容されることをアイデンティティの基礎とする母子間のケア関係を「包摂的親密性」として、それぞれの始まり方/終わり方について検証する。「対面的親密性」が常に一方的な関係終了というリスクを負うのに対して、「包摂的親密性」では通常どちらかの決断で交流を立つことが認められない。つまり終わりに出来ないし立ち去れない関係なのである。従って「対面的親密性」が終わることによって新しい親密性を始めるのに対し、「包摂的親密性」では終わることも立ち去ることも出来ないために新しい親密性を始めることが出来ない」と述べる。中筋(2011:138)は、これを「新たなコミットメントの困難」と呼ぶ。

金井(2009:157-158)はまた自己を語りなおす共同体に親密圏のイメージをみている。具体的に金井はAAとべてるの家を例示する。グループでの他者の語りのなかに自己を自覚し、次に自己を開示し、そして語るという体験は「自己へのケア」として位置づけられる。金井はそのような場の共同性を可能にするファシリテーター的な存在の必要性についても言及している。

以上親密圏をめぐる最近の議論を概観したが、大嶋(2004a:151-153)は、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として、回復を支援する施設やSHG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。人が死なない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分析した。

ところで葛西(2007)は宗教学の観点から、AAのフィールドワークとメンバーへの聞き取り調査をもとに、AAの「断酒が作りだす共同性」について研究する。葛西(2007:143)は自己心理学者ハインツ・コフトを引用しながら、ただそばにいながら相手を承認し、模範を示すというサポートがAAにおける断酒を作りだす共同性であると述べる(下線筆者)。自分を映し出す鏡として、またあるべき理想の姿として、そして自分とよく似た「分身」に囲まれた“環境”(葛西2007:151)として当事者はAAと一体化していくという。

親密圏は「場の共同性」に宿り、それは嗜癖当事者の回復、特にその初期にとって大きな役割を果たすという観点は筆者と葛西に共通である。しかしSHGを無条件に親密圏とすることに問題はないだろうか。

大嶋(2004a:119-120)はダルク女性ハウスの上岡への聞き取り調査から、SHGで女性メンバーが回復しようとするときに被る不利益について、次の3点を挙げた。

まず女性の仲間が少なく、自分の回復モデルになるような人を見つけるのが難しい。嗜癖が止まっている人はいるが、絶えず男性メンバーの陰に隠れて庇護されるような存在を維持する女性が多く、SHGでも女性メンバーに対する期待される「あり方」というのがある。

次に当事者間でも男女は非対等である。女性メンバーは男性にとって「可愛がる存在」であって、男性メンバーを慕っているうちはよいが、反撥し自分の意見を言うなどして男性メンバーを脅かすようになると、一転して疎まれることになる。SHGで孤立しないためには男性メンバーを刺激しないことが必要になる。また男性メンバーで十分に自分の課題と向き合っていない者は、新しい女性メンバーに優しくし、甘い言葉をかけるなどして女性メンバーの気持を翻弄する(女性嗜癖者は、男性メンバーのそうした態度が自分の空虚感や自己肯定感を満足させるための利己的行為であることに気づかない)。

そしてセクハラの実態がある。自分の話の棚卸しと称して男性メンバーがミーティングにて延々とセックスの話をする。女性メンバーに対してあからさまに性的な言葉を投げつけ、からかい、反応を楽しむ。女性嗜癖者はみなセックスに対してどん欲であるという思い込みが強く、ミーティングで性に関する話ばかりを繰り返しておこなうなど、明らかに女性が参加して話をきくだけで“自分を汚される”ような気持になる。男性メンバーが怖くなったりして、その結果、女性メンバーはミーティングから足が遠のく。

上岡はそのような場面について次のように語る。

「男の子たちはすごくセックスの話が多くて、やっぱり女の人は止めていく時に自分に対して嫌悪を感じたりするでしょ。その時にミーティングに行ってセックスの話聞かされるのって自分を汚されるっていう感じ。行く度に不浄なものをぶつけられる感じがして、私も止めて4~7年は女クロ(女性だけのクローズドミーティング)しか行けなかった」(大嶋2004a:120)

嗜癖当事者にとって自分が参加することが必要な場所、あるいはそこに居るように(主に援助者から)求められる場所が自らの安全を脅かされ恐怖を感じる場所なら、そこは使えない場所になる。また、「守ってもらう存在、可愛がられる存在=女性に期待される性役割、

ジェンダー・アイデンティティ」に順応する態度は、女性嗜癖者にとって嗜癖行動へと自らを駆り立てたものを SHG でも再演するよう促されるも同然のことである。したがって嗜癖問題からの回復には親密圏が大きな役割を果たすと思われ、そのひとつを SHG の中に見るということを無条件に肯定せず、そこに潜むジェンダーの非対称性に目を向ける必要がある。このようなジェンダー不平等が存在することについて、当事者からも援助者からもきちんと述べられてこなかった。「嗜癖行動そのものが止まっているかどうか」という事実が先に立ち、SHG への参加が思うように進まない当事者に対して懸念をしめすのは、当事者と援助者双方に共通した感覚である。しかし援助者が最も注意をはらうべきは、SHG が当事者自らの安全を守れる、断酒や断薬を生み出すような共同性を持つ親密圏の現れる場となっているのかという点なのである。

SHG への参加が、嗜癖問題からの回復に必須の行動であることに異論はないし、筆者の調査からもそれは明らかである。しかし、大事であるということだけでは不十分であろう。回復過程において、この「親密圏」はどのように女性嗜癖者に認知されるのか。彼女達はそれを無条件に受け入れるのではなく、どうやって安全なものとして見分ける力をつけるか。親密圏に潜むセクシズム、セクシズムに基づく被縛性などを喝破してこそ、SHG が「親密圏」の具体的現れとして回復過程に力を発揮する。

また大嶋(2004a:151)は、当初 SHG の他に治療共同体を「親密圏」の具体的イメージとして捉えていた。そして本稿の第 1 章第 2 節「わが国における嗜癖問題への取り組み」において、その 4 項に「生活支援共同体」と命名した新たな親密圏の有り様を追加した。また大嶋は別稿(2004b)で、NPO 法人リカバリーが運営するグループホームという場で創造される親密圏について述べた。グループホームとは、それまで筆者が精神科治療のグループワークで体験した「今、ここ」という限定に生まれる親密性とは異なり、生活の場であると同時にグループワークの場である。そこではメンバー達の生活のこまごまとした所作のなかから多くの葛藤や軋轢が立ち現れるが、だからこそ他者への関心／配慮が生み出される。関心／配慮を通じてお互いを受け入れ、受け入れられるというそのような関係も、斎藤のいう「親密圏」ではないかと述べた(大嶋 2004b:67)。大嶋はまた、グループホーム入居者の間に流れる確執も共感も、相手に対する関心と配慮の漂う空間が土壌のように十分に耕されているものでないと生まれないと指摘した(大嶋 2004b:68)。援助者はその「耕す」行為の中心にあり、入居者とともに生活することを通じて、入居者間であれ支援者との関係であれ、ケアにあたる人がケアを必要としている人に深くケアされ返すという反転、すなわち「弱さを媒介とする締帯」をみる。

## ②「身体」について

次に「身体」についてだが、回復過程において女性嗜癖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。したがって女性嗜癖者にとっての回復とは、忘れられていた(忘れようとした)「身体」の存在を感じ、いたわる、慈しむ」作業の継続を意味する。

女性嗜癖者の発症背景には、性暴力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ってしばらくすると、身体記憶として蘇ることがある。また嗜癖行動の渦中に、何度も記憶をなくすような酔いの中で不特定の男性との性交渉をもったことが、シラフになったことから回想されることもある。大嶋(2004a:120-121)は聞き取



り調査を通じ、こうした記憶の回想からくる「自分の身体への嫌悪感」は嗜癖行動が止まって数年後に現れると述べた。一回目の嫌悪感は、具体的な出来事の内容に対するものだが、「とりあえず嗜癖行動を止めている」ことの方に気持ちが向いているために、深く掘り下げないので何とか乗り切っている。しかし二回目はより嫌悪感が強く、しかも長期間続く。嗜癖が止まって長い時間が経っているからこそ、自分に起こったこと、自分がしたことの意味を深く知る。そして深く知ることは「事実をなかつたことにはできない」辛さへと繋がり、苦しみや哀しみ(ときには強い怒り)を増すことにつながる。

また性に対する自責感や嫌悪感の背景に「母親の価値」がある。母親自身の性に対する嫌悪感や抑圧を娘が引き受け、それが“酔い”という形で逸脱に現れることを数多くみてきた上岡は、新しいメンバーのサポートをする場合に母親の性規範、性行動に関心を払い、嗜癖当事者への影響をアセスメントするようになったという(大嶋 2004a : 121)。嗜癖行動が止まったたとたん、母親から言われてきたこと、母親がしていたことが混乱のままよみがえってきて、身体への嫌悪感、自責感へとつながっていく。

特に性暴力被害の場合、身体は大きな影響を受ける。子ども時代の性的虐待のサバイバーに対するワークショップの開催や、関わる専門職の養成で著名な Bass & Davis(1994=2007)は、身体がどのように影響されるのかについて次のように述べる。

子どもはまず、身体を通して自分自身と世界との関係を学びます。飢餓感、不安、愛情、受容、拒否、支え、いたわり、恐怖、誇り、支配、屈辱、怒りなど、いま感情として認識しているものは全て、元来、身体レベルの感覚や動きとして始まったものです。子どもにとって身体は、信頼感、親密さ、守られること、慈しみなどを経験する媒体です。しかし性的侵害を経験することで、この世が自分のニーズを満たせる安全な場所ではない、と教わるのです。

子どもが世の中を危険な場所と認識した場合、様々な適応の仕方があります。例をあげれば、解離、未感覚、依存症、自傷行為など、サバイバーが身をもって経験する全ての問題は、元来、生き残るための試みです。

自分の意識を身体から切り離すには、もっともな理由があったわけですが、今となっては、この解離状態を癒す必要があります。自分の身体を阻害することなく意識と統合し、身体への嫌悪と否定を、愛と受容へと変える必要があるのです。

(Bass & Davis 1994=2007:220 下線筆者)

女性嗜癖者にしばしばみられる解離症状は、成長と変化、すなわち回復過程を止めてしまうことにつながる。したがって回復を支援するとは、当事者が解離症状を手放せるように働きかけることを意味するが、一方で“なまみの身体”を感じることは、被害体験をありありと回想することになり、嗜癖行動の再燃にとって最大のリスクにもなる。女性嗜癖者と援助者が双方に“引き裂かれ状態”に陥る、回復過程のなかでも最も大きな「難所」と言える。

また身体への嫌悪感、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“なまみの身体”のあいだで、彼女達は混乱する。

まず最初に“なまみの身体”に何が起こるのか、そして次に“ジェンダー化された身体”

には何がおこるのかを、女性嗜癖者による「当事者研究」という観点からみていく。

前者については、ダルク女性ハウスによる当事者研究のふたつの成果、「ローリエちゃんの一ヶ月～生理のあるからだとつき合う術」(2008)と『Don't you? 私もだよ』(2009)を参照する。前者は雑誌『精神看護』に掲載されたもの、後者はNPO法人ダルク女性ハウスが助成金を得て作成した冊子である。生理に関する当事者研究が始まったのは、メンバーが薬物を止めているにも関わらず、自傷行為や過食、男性メンバーとの恋愛など、さまざまなトラブルを抱える周期と、生理の時期には、何か関連があるのではないかという直感がきっかけである。また頭痛や睡眠障害、腹痛や肩こりなど病院へ行くほどではないが不調の多様さについても、何がどのように結びついているのかをKJ法を使いながら分析したのである。

生理については、とくに生理の前に注意が必要であることが判明した。トラブルが発生して、気がつくとき生理が来るといったパターンがメンバーに共通していたのである(ダルク女性ハウス 2008:72)。また、しらふになるまで生理は「苦しく、辛いものでしかなく、嫌だが乗り越えなければならないもの」と認識されていた。しかし、心身の変化を反映する生理(遅れたり、経血量や状態の変化)は、そのことを知らせてくれる道具でもある(ダルク女性ハウス 2009:29)という認知へ変化した。

多様な身体不調については、背景に社会生活や社会参加への不安が見え隠れすることが分かった(ダルク女性ハウス 2009:32)。健康な人と比べて根本的な体力の違いに落ち込むが、それをうまく人に説明できなかつたり、分かってもらえないもどかしさが、先述の頭痛や睡眠障害、腹痛や肩こりなどへと現れる。メンバーにとっても「身体の問題なのか、精神的問題なのか分からない」ためにしばしば自責へと向かい、逆に身体症状を放置してこじらせる結果に繋がりやすい(ダルク女性ハウス 2009:32)。生理をはじめこうした身体不調の研究を通じ、ダルク女性ハウスのメンバー達は、「身体と出会い」そして「身体とつきあう」ことしかないのだと研究の結果を結んでいる。

次に“ジェンダー化される身体”についてである。ここでは筆者が本章第1節「研究対象」2項の「研究データの獲得方法」表2-3(p59)に記したA(嗜癖対象：アルコール、買い物、共依存・Ⅲライフモデル選択困難型)とB(嗜癖対象：アルコール、摂食障害・他者承認希求型)に対する聞き取り調査および面接記録を参照にする。Aに対する聞き取り調査はインタビューガイドを作成しておこなった。ただし通常の聞き取り調査と違い、筆者がガイドにそったAの語りを引き出すというより、質問から想起されたエピソードをAとともに振り返りながら、エピソードの意味づけが変わっていく、エピソードの背景と構造が明らかになった。その意味でAと筆者の二人による「母-娘関係における抑圧の伝播に関する当事者研究」の要素が強い。またBに関しては、2009.7～2011.3までの1年6ヶ月、「食事日記」をつけてもらい、2週に一度それを見ながら面接をおこなった。摂食障害の症状とBの心理状態や生活リズムがどのように関連するのかを認知していく。通常グループワークとしておこなっている「当事者研究」では、症状のメカニズムを解明し、その意味を探りながら、症状との付き合い方を学ぶが、Bとも同様のプロセスを行っているという意味でやはり「当事者研究」といえる。

AおよびBともに、女性は「見た目の美しさ」と「痩せた身体」によって評価されるという。Aは父親から繰り返し体型について否定的なメッセージを受け取った。また、母親はAに短く刈り込んだ髪型と兄のお下がりを着ることを強要し、女の子の表象を封じた。Aはその背景に、父が母以外の女性と恋愛し離婚に至って以来、一切化粧を止め自分の女性

性を否定したことが影響しているのではないかと述べた。A は父親の葬儀で初めて父親の再婚相手と挨拶を交わしたが、父親から聞いていたような美しい人ではなかったことに驚いた。しかし同時にAはその女性に、母親にはない「男性にふわっと寄りかかる女性らしさ」を感じた。美しさとは顔立ちだけでなく、全体のたたずまいや男性に対する庇護を求める姿勢までを含んだものであり、Aはそうした男性が女性に求める美しさをどこか軽蔑しながら、同時に自分にはそれが無いことへの自信のなさを感じていた。またAは、その再婚相手とも離婚した父親と、6年ほど同居する。ところが再婚相手と父との間に生まれた異母妹が、精神的不調から失職し生活に困窮すると、父親はAに自立を促し異母妹を自宅に住ませる。この異母妹の容姿に対する父親の褒め言葉は、Aに対して投げかけられた否定的言葉との対比においてAの自尊心を深く傷つけ、女性にとって「見た目の美しさ」が、どれほどの武器になるのかを知らせる出来事になる。Aには買い物嗜癖もあるが、洋服は同じデザインと色でサイズ違いのもの(体型に常にジャストフィットするため)を買いそろえるという徹底した凝りようである。また、レースやドレープといったデザインは皆無、どれもシンプルだが、素材や縫製がブランド品の証ということであった。またAはエスティックへの嗜癖もあり、特に顔よりも身体への施術に多額の金銭を費やしていた。

Bの場合は専門学校への進学を機に、親元を離れすでに自活していた姉との同居を開始した。都会での生活で、同年代の女の子達が痩せて可愛い姿で行き交うのを目の当たりにし、自分自身がみっともなく感じたという。慣れない通学や学校での勉強に加えて姉との生活リズムが異なることから、次第に食事を取れなくなり一気に体重が減る。ところが痩せたBに対しクラスメイトは「きれいになった」とか「可愛い」と声をかけた。Bは痩せた身体が女性にとって評価の対象になること、痩せた身体であれば友人づくりのきっかけができることを学ぶ。心配した姉は、Bに何度か忠告するが、勉学も優秀で美しい姉に対して引け目のあったBには、姉の忠告は耳に入って来なかったという。拒食がひどくなるころにはアルコールも痛飲しており、結果として親から地元連れ戻されることになった。

Bはこれといって取り柄のない(と自分では思ってしまうという)自分は、せめて痩せているくらいしか人に評価してもらえるものがない、といったおかしな考えに長いこと取り付かれていたと振り返る。それはおかしいと思いながら、一方で「痩せた身体は美しい」という基準を、世の中の人みんなが共有しているのも事実ではないかという気持ちが消えないという。Bは数年前にいったん筆者らの支援を離れ、就労した。SHGに通いながら仕事と自分の生活を両立するという事に挑戦していたが、アルコールでの再発はなかったものの、摂食障害の症状が悪化し再び支援を開始した。Bは新しい職場での過度な緊張を食べ吐きでしのごうとして破綻した。身体が栄養を欲していること、それは生存のみならず肌のつや、髪のコシといったまさに「女性の美しさの象徴」ともいう部分に大きく関わることをBは十分に承知している。しかしBは「太る」のが怖い。頭では自分の痩せた身体はむしろ美しさから遠ざかることだと分かりながら、長い間の過食嘔吐パターンをなかなか手放すことができない。現在は食事内容もさることながら、Bの“不安”に着目した面接を継続し、「痩せた身体」以外でBの肯定感が充足されることを目指している。

以上“なまみの身体”、“ジェンダー化された身体”がどのように回復にとって大きな影響をもつものであるかを概観した。これまで嗜癖問題を考える場合に、アルコール依存症などで肝臓や膵臓に合併症が現れる場合の治療をおこなうといった観点から身体が語られることはあったが、身体の不調和が嗜癖行動の引き金となる、あるいは嗜癖が止まった後で身体の不調和が出現することについて、当事者の体験が十分語られてこなかった。また

女性の身体は、評価され、欲求の代償とされ、あるいは女性自身の武器として利用される。従って身体とは女性嗜癖者にとっては自分に属するものでありながら、同時に制御が大変難しいものであることが分かる。また自分に属するものでありながら、他者の視線を排除し「見られる身体」を否定することも難しい(しかしこれにも、一定の年齢までという“ジェンダー化された”基準があるのだが)。

嗜癖行動はこうした女性の身体を巡る葛藤や不安を、一気に“酔い”という形で見えないもの、感じないものにさせてくれるが、反面嗜癖行動そのものが今度は身体を痛めつけて本来の美しさを曇らせてしまう。「美しさ」をテーマとした女性をめぐる表象は、どれほど強固に社会に張り巡らされているだろう。それは女性嗜癖者の類型化プロセスのなかでも述べたとおりである。

女性嗜癖者の回復を支える鍵概念である「親密圏」と「身体」を概観することで、あらためてこのふたつは発症の経過に大きな影を落としたものであることも浮かび上がる。従って、やはり嗜癖行動そのものが止まること＝回復というほど単純ではない。むしろ女性嗜癖者にとっての回復とは、社会が女性に押し付けているさまざまな性差に基づく不平等に対して、女性が渾身の力でNOを突きつけるようなものにならざるを得ない。しかし、その途方もない努力を女性嗜癖者にだけ課すのは正しいのだろうか。

次項では以上の整理をふまえ、女性嗜癖者の回復過程を「親密圏」と「身体」の二つを軸に描いていく。そして前節の4類型とその回復過程についてもふれる。

### (3) 女性嗜癖者の回復過程

大嶋(2004a)は女性嗜癖者の回復過程において、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としながら、従来の定説とされてきた回復過程を女性嗜癖者の特徴を反映させる形で書き換え描き出した。しかしその後の実践で、回復過程の時期区分に改善点を発見、また回復過程に影響を与えるカテゴリーとして生成された「親密圏」と「身体」が十分に反映されなかった点をふまえ、新たに回復初期、回復中期、そして回復継続期と回復過程を描き直した(大嶋 2010:14)。本項では、さらにその後新たな分析データを加えてその特徴を整理し、時期区分に回復のキーワードを表す命名をおこない、そして回復過程を以下のように整理した。

まず初めに分析の対象となったデータは、本章第1節第2項の「研究データの獲得方法」における表2-3(p59)および表2-4(p60)に示したものである。

次に分析方法について述べる。分析方法としては帰納法を用いた。まず分析データを読み込みながら「親密圏」と「身体」に関する記述を抽出し、大嶋(2010)で示した3期にあてはまるかどうかを検証した。次に3期それぞれにあてはめられた「親密圏」および「身体」の回復における主題は何かをデータから見つけ出し、それらを各期に命名した。最後に、先述した女性嗜癖者の4類型におけるインタビュー、アセスメントにおける留意点と3期の回復過程を対比させ、類型ごとの回復過程を作成した。

はじめに女性嗜癖者に共通する回復過程を示し、続いて4類型ごとにその回復過程を示していく。

### ① 安全の構築期

安全の構築期とは、限定的ではあるが「安全」感覚を再認知し、人間関係の構築にむけて活動を始める。栄養摂取の改善などから身体健康度は上昇傾向にあり、痛覚など基本的な身体感覚が戻り始める。表 2-15 はこの時期の親密圏と身体に関する特徴である。

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。対面の場はもちろん、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。

治療共同体や SHG 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。こ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。

表 2-15 安全の構築期における親密圏と身体

親密圏	身体
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者への/他者からの、関心や配慮を認識する。</li> <li>・「安全」とは何かを再認知する。</li> <li>・愛着と依存を繰り返す。</li> <li>・人間関係の構築に向けて活動を始めるが、限定的である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛覚の回復が見られる。</li> <li>・身体への違和感、嫌悪感がある。</li> <li>・栄養状態の改善が見られる。</li> <li>・性エネルギーの抑圧/または性行動が過剰になる。</li> <li>・身だしなみが改善される。</li> </ul>

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、とたんに話さないことに気づく」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なよう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(208:28)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。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(2008:27)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。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。

次に安全の構築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、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、嘔吐、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、極端に露出の多い服を着るなど、服装を通じて自分の存在を目立たさずに隠すか逆に顕示することで自分の内面を見せまいとする。こうしたことから身体を否定的に捉えており嫌悪感の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か全く性的話題に反応しないという形で抑圧する傾向が見られる。そして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。

続いて類型ごとにこの時期の特徴を述べていく。

#### a. 性役割葛藤型

本人は常に夫や子ども、親といった他者への関心や配慮を自分の務めとしてきた。しかし家族から十分な関心や配慮を向けられてこなかったことは、本人が嗜癖行動へのためり込む契機となっている。従ってこの時期に自分が他者から関心や配慮を受けてよい存在であることを認識していくことが必要である。他者を常に優先することに慣れているため、自分の欲求を述べるのが不得手である。しかし医療機関や治療共同体、SHGなどで期待される性役割を無自覚に引き受けるのではなく、自らの欲求をまず認識して行動できるようになる。また緊急性は低くとも長期間暴力にさらされてきた場合には、まず安全とは何かを再度認識できるようになることが、この時期に重要な変化である。

身体については痛みをはじめ倦怠感などを感じるとともに、それらを表現することに伴う罪悪感が軽減しないと、必要な援助を希求しない傾向がある。痛みを過小評価せず、自分の身体に目を向けることができるようになる。

#### b. 他者承認希求型

仮の愛着対象を見つけ、密着と依存を試みる。相手に過剰な要求を突きつけるが、以前のような極端な自己破壊行動にはいたらず、言語で不満を表現できるようになる。異性ではなく同性の集団に対する警戒心が次第に薄まっていく。自分が受け入れられているのかどうかの“不安”にかられて関係性を保つため一方的な自己開示が見られ、他者承認を求めて活動し過ぎる傾向は続くが、次第にそうした行動は少なくなる。交流する個人や集団との間で緩い約束やルールを造っても、相手にそれを守らせようという強迫的なコントロールがなくなる。「なんとなく」や「とりあえず」その場で過ごせる時間が長くなっていく。

嗜癖が止まると、それまで無視してきた身体症状が出現するために、そのたびに動揺が見られる。しかし不安感が以前より少なくなる。また自分の体力についても、それは無尽蔵ではなく限度があることを受け入れ、多少の休養がとれるようになる。

#### c. ライフモデル選択困難型

人とは常に一定の距離を置き表面的な交流だったが、自分をありのままに受け入れる人たちのなかで時間を過ごすに連れて、「重要な他者」を見だし必要な依存ができるようになる。しかし、元来他者の欲求を察知して自分の欲求を後回しにする傾向が強いので、ど

うするべきかの前に、自分は何を欲しているのかを意識するようになる。女性に期待される役割について、それが不平等なものであるかどうかを認知し、～であるべきという期待に対して過敏に反応しないようになる。そのような期待が強い人と適度な距離をおけるようになる。

身体については、他者承認希求型と同様に無視してきた身体症状の出現に対して驚きや落胆が隠せない。しかし社会生活で培った対応術を使い、必要な治療に関してはこれを受けることが出来る。しかし女性の評価につながる「美しさ」への囚われに対しては、かなり強固にこれを堅持する。

#### d. セクシュアリティ混乱型

自分の存在が他者を不快にしていなかったか過剰に気にかけるか、あるいは全く頓着しないかが極端な形で表出される。例えば前者はしばしば多弁多動で場の雰囲気や暗くならないようにしながら、本人は緊張感でいっぱいになる。後者は居るのか居ないのか存在感が薄く、いつもマイペースで結果としてルールに従わないといった形である。しかし支援にあたる人が動揺せずに本人を受け入れ、また SHG や治療共同体等が一定の距離感で関わることから、次第に自分の居場所としてその場に定着していくようになる。しかし他の類型との比較において、場に留まることが出来るようになるまで数年の時間を必要とする。このため変化は表面的に非常にゆっくりとしたものになる。

身体については、嗜癖行動にのめり込んでいた時の昼夜逆転や暴飲暴食が影を潜め、偏食や過食といった課題を残しつつおおむね改善傾向が見られる。また性行動が活発となる一群があり、SHG の男性メンバーとの頻繁な性交渉、あるいは売春行為などが見られることで支援からのドロップアウトが多い時期でもある。あるいは性行動が全く不活発な場合には身体の不定愁訴が続き、心的エネルギーの低下もあって長い停滞の時期に入ることが多い。表面的な大きい変化には乏しいが生活リズムの変化や睡眠の質の改善、あるいは服装が本人の持ち味を生かしたものへと変わるなど小さな変化は現れている。

### ② 主体の獲得期

主体の獲得期では、自分と他者の境界を意識するようになり、自他の差異を認めるようになる。同時に自分の身体をより深く認識することができるようになるが、変化への怖れや混乱が見られる。表 2-16 はこの期の親密圏と身体の特徴である。

表 2-16 主体の獲得期の親密圏と身体

親密圏	身体
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者との境界を意識する。</li> <li>・自分を主語にした考え、行動を意識し、結果を自分で引き受ける練習が出来る。</li> <li>・愛着関係の安定から、一時的に脱愛着を試みる事が出来る。</li> <li>・他者との差異を受け入れ、支配する／されるといった関係から、自分の欲求を表現し、差異を乗り越える関係性を模索する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月経周期が安定する。</li> <li>・身体エネルギーがすこしずつだが蓄積できるようになる。</li> <li>・身体についてオープンに話せるようになるが、同時に嫌悪感が続く。</li> <li>・身体の変化に対してためらいや混乱が見られる。</li> <li>・性エネルギーの忌避が強まる／性エネルギーの解消に対しアンビバレントである。</li> </ul>

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と自分  
が感じることの間には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。

このように主体の獲得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。

女性嗜癖者は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健康な境界線のモデルとしてきた。主体の獲  
得期では、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。距離があつて  
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「承認の剥奪」(斎藤純一2003:222)のエピソードがあり、  
親密圏をもちうるのが難しかったという事実が浮かび上がる。

また安全の構築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。

次にこの時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  
のため不定期的に訪れる月経は、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。他者と共に食事を取ることに慣れ、  
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、加齢とと  
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。

主体の獲得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。



次に4類型におけるこの時期の特徴を述べる。

a. 性役割葛藤型

自分をなくしてまで果たそうとしてきた性役割について、見直す時期である。自分自身もまた他者と同じように尊重されてよい存在であるという認識を、仲間のなかで作っていく。控えめではあるが、本来の自分がどのような家庭生活やあるいは社会参加を望んでいたのかを語るようになる。この時期は本人にとって、まだ嗜癪問題による恥の意識と罪悪感が強いので、こうした語りはそれが十分に受けとめられる場で行われないと、冷たい反応や批判的態度が一気にまた本人の自己嫌悪を刺激して主体を後退させてしまう。それぐらいまだ主体とはいってもすぐにかき消されるような脆弱性がある。身体については自覚が高まることから、更年期障害の苦しさや不調についての語りが始まる。

b. 他者承認希求型

周りの仲間や援助者に対する理不尽な攻撃は少なくなるが、承認への不安は継続している。しかし、目の前に居ない人とも信頼が継続するということが実感を伴い理解されるようになる。寂しさの訴えも頻回だが、すぐに相手に解決を求めるのではなく、ある程度自分で寂しさを抱えてみようとする姿などが見られるようになる。自分が皆の関心の中心にあるかどうかは以前ほど確認しなくなるので、その分のエネルギーを少し居場所の外側へと向けるようになるが行動するには時間が必要である。

身体的には月経周期が安定することで、気分の波を予測できるようになるなど改善点が多い。摂食障害など栄養摂取に課題を抱える事例の場合には、認知行動療法と行った手法で問題への直面化に準備が整っていく。

c. ライフモデル選択困難型

他者との親密性に関心を持ち始める時期。支配とコントロール以外の対等な関係性が分からないために、踏み出すことへの怖れが大きい。母親からのネガティブなメッセージを取り込んでおり、物理的距離があってもこれに支配されている事例が少なくないことから、個別面接や外部の社会資源と結びつくことで母の呪縛を解くことに着手する。

身体についても女性の表象を取り込む傾向は続いている。意識して言語化し、安全な場所で同性からの共感的なフィードバックを受けながら、自分自身が心地よいと感じる服装や自分自身が好ましいと思うものを持つなど、「自分を中心とした」生活スタイルを肯定的に捉える機会が増えていく。また身体エネルギーの充実が継続している場合には、就労への準備も視野に入れ始める。

d. セクシュアリティ混乱型

他者境界を認識できるようになることで、解離症状に気づく時期。また本人の周りでは時間が確実に経過していることを認知する。本人のなかでは「時間が止まった」ように感知されており、このような差異が示すものについて少しずつ言語化することが可能になる。ただし言語化することでフラッシュバックが多発し、その結果疲弊してまた停滞するという繰り返しの時期でもある。

身体に関しては性行動過剰のグループで支援のドロップアウトを免れた場合、つき合う男性の種類が変化する。また唐突だが学校へ行く、アルバイトをするなどの社会参加を同時に始める事例が見られるが、社会化の過程を実体験で進めていく。一方忌避グループの身体不定愁訴は継続しており、鍼やソマティックスという身体に働きかける療法が導入される。

### ③ 親密圏の創造期

親密圏の創造期は、自分の身体をいたわる、ケアするということを実施する。また他者との対等な関係性について実感し、自分を否定せずに新しい親密な関係を創造する。表2-17はこの時期の親密圏と身体である。

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。

表2-17 親密圏の創造期における親密圏と身体

親密圏	身体
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者に自分から働きかける。</li> <li>・対等な関係性について理解する。</li> <li>・人間関係に広がり濃淡が生まれる。</li> <li>・社会の状況に関心をもつ。</li> <li>・可能であれば社会に参加する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の課題を自覚し、必要なケアをおこなう。</li> <li>・自分の身体をかけがえのないものとして、深く受容する。</li> <li>・性エネルギーを消費する。</li> </ul>

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はなく、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、安全の構築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。従って性暴力被害がある場合には、フラッシュバックが起り鬱状態に陥るなどして、場合によっては生活そのものが危機に直面することがある。

次に親密圏の創造期における身体は、「疲れ」のような漠然とした感覚をサインとして受け取れるようになる。そして自分で具体的な手当てをし、時には病気の治療を受けるため医療機関を受診する、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勞なく考えつく、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。したがって人によっては年単位の引きこもりといった経験や、「時間の経過」といった事実を通じ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、おそるおそるその消費もまた経験される。

次に4類型における親密圏の創造期における特徴をみていく。

#### a. 性役割葛藤型

性役割への葛藤が、個人的問題に収斂され得ないことだと知る。理解者や協力者が居ない、又は少ない環境に戻るかどうかを熟考する時期である。また自分を主体にして生活する場合の、他者との協力関係についても学んでいく。娘との関係修復が回復に大きな影響をもたらす。あるいは娘のような若い世代との意識的交流によって、自分を縛ってきた性別役割からの解放を模索する。

身体的には「若い」がテーマとなる。女性としての価値が「若さ」に偏向する社会にあって、自分の老いをオープンに語ることの出来る場の確保を重要視する。回復の歩みを止めないでいることで、SHG ではオールドタイマーとして尊敬され、若い仲間からのいたわりや労いに対して、多くの人生における経験をいながら働きかけていくことができる。

#### b. 他者承認希求型

信頼する人に適切なタイミングで相談できるようになる。答えは相手も持っているのではなく、自分が見つけ出すものであると考えられるようになる。失敗することを以前より怖れなくなるので、逆に人からの手助けを得られやすくなる。他者の困難に直面すると、利他的行動が取りやすくなる。こうして親密性の他者の輪の中に本人が存在しているように変化していく。

食べることに課題を抱える事例は、引き続き個別面接等で課題に取り組む。生活リズムについて、必要以上の予定を入れないようになり、身体の疲れをメンテナンスできるようになっていく。

#### c. ライフモデル選択困難型

社会参加などを具体的に検討する時期。社会的評価に大きく左右され、ワーカホリックとなる危険が大きいため、スポンサーシップなど当事者間の支えが重要になる。そのためには、スポンサーに従い言うことを聞く関係ではなく、率直に考えを述べる関係を意識していく。これまでの狭い生活世界から一歩外へと踏み出すことによって、女性に付与されたジェンダー・アイデンティティや性別役割に囚われの少ない状態で、自分であることを貫いていけるようになる。

身体エネルギーは充実しているので、仕事だけでなく余暇活動や社会奉仕といった、より生活の広がりを模索していくことができる。性エネルギーに関しては、本人を肯定的に評価する他者とのなかで葛藤を示しながら消費が見られる。パートナーシップを結ぶ事例も出てくる。

#### d. セクシュアリティ混乱型

解離症状の改善と同時に深い抑うつ状態に苦しむが、将来への希望が見え始める時期。新しいメンバーの世話をする、自分が他者の役に立てるような働きを引き受けていこうとするなどの変化が見える。支援の外の世界との接触は、まだ限定的である。言語化の作業の傍ら、編み物や絵を描く、写真をとるといった本人ならではの表現や創作活動を楽しむ事例が見られる。

身体に関する個別面接や特別なケアは継続しており、独特の嫌悪感や違和感、痛みへの過剰な反応などは横ばい状態が続く。しかし、自分がゆっくりとだが人の中で変化していくことを実感し、そこに希望を見出すようになる。

以上本章では、まず初めに本研究における研究対象の提示と研究データの獲得場所および獲得方法について述べた。研究対象施設のひとつである NPO 法人ダルク女性ハウスは、薬物嗜癖の女性を対象とする施設で、治療共同体として活動を行っている。一方 NPO 法人リカバリーは、暴力被害体験を背景にもつ精神障害女性を支援の対象とする、全国的にも特異な活動を行っている。両施設は日本における女性嗜癖者のほとんど全てのタイプを支援しており、その意味では本研究で分析するデータに一定の信頼を置くことが出来る。

第 2 節では女性嗜癖者の類型化に取り組んでいる。大嶋(2004a)における類型化では女性への抑圧に関する二軸の提示はあったが、追試を行う際の指標がなかった。本研究では、「母娘関係をめぐる抑圧」と「女性をめぐる表象による抑圧」について、それぞれ先行研究をもとに指標を作成した。ただし、大嶋(2004a)で提示した 4 類型には変更がなかった。さらに、この指標を用いてアセスメント項目の整理も行っている。インタビュー面接時と援助開始 3 ヶ月時の 2 回にわたって類型化を含めたアセスメントを行うことにより、同じ女性嗜癖者であっても、それぞれの支援が何から始められるべきか、あるいはどこに本人特有の困難があるかなどを鑑別でき、客観的にかつ誰が援助しても一定の水準(見立てに関する)を担保することが可能である。

第 3 節では女性嗜癖者の回復過程を、大嶋(2004a)で発見された回復のキーワードである「身体」と「親密圏」を基軸に描き直した。本研究では、さらに類型が加わったことで、女性嗜癖者の多様性と重層性に対応可能な回復過程を描くことができた。従来の回復概念は、就労自立といったシンプルで分かりやすいが、自己中心性という嗜癖特有の心性変化についてはカバーしないものか、あるいは「霊的成長」といった SHG 独自の概念は大変曖昧で分かりにくいという限界を抱えていた。本研究では、これまで蓄積した女性嗜癖者の特性や独自の困難性に着目して、それらを十分に反映して新たな回復過程を生み出したのである。

さらに第 3 節では女性嗜癖者に共通した回復過程を示しただけでなく、4 類型ごとの回復のそれぞれの時期に特徴的なものを列記している。これにより援助者は、援助を必要とする女性と出会った時に、何が起きているのかというアセスメントから、その回復過程までを頭の中におきながら本人の支援にあたる事が出来る。

本章はこれまでの治療／援助における、女性嗜癖者の捉え方がいかに大雑把であったかを示している。と同時に、女性嗜癖者が社会における多くのジェンダー不平等のひずみを一身に感受し、過剰に適応しようとして、あるいは生き延びていくための方法として嗜癖を利用していることが浮かびあがった。しかも治療／援助は男性モデルをあてはめただけということでは、回復を支援しているとは言い難い事実も同時に指摘しなければならない。

また本章では女性嗜癖者の抱える困難性を明示し、その困難性の本質をつかむための指標を手にして回復の過程を描いたので、次はその回復の具体的な現れである「生活」に目を移し、その構造的把握によって嗜癖問題の増悪と回復を促進する機能について検証する。

<資料>

インタビュー面接時の5つのチェック項目(p72)と「母娘関係による抑圧指標」(p77-78)および「女性をめぐる表象指標」(p84)による研究対象41例の類型結果

I 性役割葛藤型

嗜癖対象	発症時期	言語能力	アピアレンス	就業・結婚・出産	精神疾患	母娘関係	女性表象
AL, 市販薬	中年	感情表現が不得手	平均的	あり	なし	0	1
パチンコ	高齢	感情表現が不得手	平均的	あり	なし	0	1
薬物	中年	感情表現が不得手	やや派手	あり	感情障害	1	3

II 他者承認希求型

嗜癖対象	発症時期	言語能力	アピアレンス	就業・結婚・出産	精神疾患	母娘関係	女性表象
薬物, 摂食	20代前半	低	派手か無頓着	なし	対人恐怖	7	4
薬物	30代前半	普通	派手	あり	気分障害	7	4
摂食	20代前半	高	奇抜	なし	気分障害	8	4
買い物	30代前半	高	派手	あり	BPD	10	3
薬物	20代前半	普通	派手	なし	統合失調症	8	3
AL, 自傷	20代前半	高	中性	なし		8	2
薬物	20代前半	普通	派手	あり(子)	気分障害	10	4
AL	20代前半	高	中性	なし	気分障害	9	3
AL, 摂食	20代前半	高	派手	あり	気分障害	8	7
摂食	10代後半	低	中性	なし	発達障害	6	2
AL, 摂食	10代後半	高	こだわり	なし	BPD	10	4
共依存	20代前半	高	中性	あり	発達障害	10	4
摂食	10代後半	高	こだわり	なし	気分障害	8	5
AL	10代後半	特異	派手	あり(子)	統合失調症	7	3
薬物, AL	10代後半	低	奇抜	なし	知的障害	8	3
薬物, 買い物	20代前半	高	派手 こだわり	あり(子)	気分障害	8	4
AL, 摂食	10代後半	高	こだわり	あり	気分障害	10	7
AL, 摂食	10代後半	高	こだわり	あり	気分障害	10	5
薬物, 摂食	10代後半	高	奇抜	なし	気分障害	9	4
薬物, 摂食	10代後半	低	奇抜	なし	発達障害	10	4

摂食	10代後半	独特	こだわり	なし	発達障害	7	4
AL, 買い物	20代前半	低	派手	なし	気分障害	7	4

### Ⅲライフモデル選択困難型

嗜癖対象	発症時期	言語能力	アピアレンス	就業・結婚・出産	精神疾患	母娘関係	女性表象
AL, 摂食	20代前半	独特	無難	あり	発達障害	2	11
AL, 買い物	20代前半	高	無難	あり	なし	3	12
薬物	20代前半	高	無難	あり	なし	1	11
AL	20代後半	高	無難	あり	なし	2	10
薬物	20代後半	高	無難	あり	発達障害	3	12
薬物, 摂食	20代後半	独特	無難	あり	統合失調症	2	9

### Ⅳセクシュアリティ混乱型

嗜癖対象	発症時期	言語能力	アピアレンス	就業・結婚・出産	精神疾患	母娘関係	女性表象
共依存	30代前半	表面的	露出	あり(子)	PTSD	12	9
AL	20代後半	表面的	無難	なし	PTSD	9	6
薬物, ギャンブル	30代前半	高	女性性の否定	なし	PTSD	9	12
薬物, 摂食	20代前半	低	露出か女性性の否定	あり(子)	統合失調症	10	10
薬物, 摂食	10代後半	低	露出	なし	PTSD	8	10
薬物, 摂食	10代後半	独特	無難	なし	PTSD	8	12
薬物, 摂食, 自傷, 買い物	20代後半	独特	女性性の否定	あり	PTSD	11	12
薬物, 摂食, 買い物, 共依存	30代前半	表面的	露出	あり(子)	PTSD	8	11
AL, 共依存	30代前半	表面的	無難	あり	PTSD	9	12
薬物, 摂食	10代後半	独特	女性性の否定	なし	PTSD	13	8

## 注

- 1) 文部科学省『学校基礎調査報告書 2003 年度版』による。
- 2) 今回の分析対象ではないが、筆者はこれまで数名の大学院生、医学生を支援した経験がある。いずれも重篤な摂食障害、およびアルコール・薬物乱用のケースであったが、医療機関では抑うつ状態または適応障害といった病名であった。指導教授からのアカデミックハラスメントや、研究成果をあげることへのプレッシャーなど、緊張感の高い生活からの逃避として嗜癖が使われていた。
- 3) 自傷行為は援助者をたじろがせるが、しばしば当事者のパフォーマンスとして「取り合わない」姿勢をとる者が多い。しかし松本は、自傷行為をひとくくりにパフォーマンスと切り捨てずに、アセスメントを行い適切な介入をすべきと指摘する(松本 2010b:41)。
- 4) 量の多さに加え、複数の作用が異なる薬物の摂取=カクテルなどは、心不全を起こしやすい。また酩酊時の事故、覚せい剤使用時の転落など危険が伴う。しかし解離症状もあるため、こうした危険状態をほとんど記憶に留めない事例が多いのもこの類型の特徴である。
- 5) 「母娘関係による抑圧指標」(p77-78)と「女性をめぐる表象指標」(p84)を、実際に研究対象の 41 例に用いて、さらにインタビュー面接時の 5 つのチェック項目を合わせて表にしたものである。前者については、おおむね大嶋(2004a)の結果と一致した。しかし、「II 他者承認希求型」では、本来低いはずの女性表象による抑圧が、中程度みられる事例が 3 事例であった。この 3 事例にはいずれも重度の摂食障害がある。元来「見た目の美しさ」を「痩せ」と直結させる摂食障害であるから、この結果にはある程度説得力があるものと思われる。また、インタビュー面接時の 5 つのチェック項目については、アピアランスをどのように捉えるか、“派手”と“無難”の違いなどを定義しきれておらず、今後の課題である。  
しかし女性のアピアランスには、多くのジェンダー・バイアスに関する情報が隠れている。あるいは被害体験が埋め込まれている場合もあって、それらを「見逃さない」という指摘にはなつた。
- 6) 大嶋(2004a)では齋藤(2003)を引用したが、本論では他の論者が齋藤(2008:191-216)を引いていることから、こちらを使って述べる。
- 7) 天童(2010:9)は親密圏、公共圏をジェンダーの視点から再考するとき、それらを繋ぐ軸として両域を貫く権力関係という軸を見いだすと述べている。

### 第3章 女性嗜癖者の生活世界

本論は第1章で嗜癖問題における性差に関して診断と援助という観点から先行研究レビューをおこなった。そして第2章で女性嗜癖者に必要な援助をおこなうには援助者がその特徴を理解する必要があることを述べ、類型化を行い回復過程に焦点をあててこれを整理した。

本章では女性嗜癖者の抱える困難を「生活世界」という観点から描き出す。最終的な本論の目的はジェンダーのフレームで女性嗜癖者への新しい援助モデルを構築することであるが、ソーシャルワーク援助は生活を抜きに語ることが出来ない。第2章で示した類型も回復過程も、当事者の生きる世界と密接な関わりを持つ。とりわけ、どこで誰とどのように暮らし、どのような時代、社会体制、価値といった制約のなかで生きるのかという実態の把握なしに、ソーシャルワーク援助が目指すものを描くことは出来ない。従って本章は、女性嗜癖者への援助モデルを構築するに先立ち、その生活を的確に捉えようと試みるものである。

#### 第1節 援助における「生活」の意味

まず初めに、嗜癖当事者の生活とはこれまでどのように描かれてきたのかについて述べる。

窪田(2000:11)は嗜癖問題からの脱出や回復の過程について、それは社会的、心理的、さらに人間的に極めて複雑であって、その理解と援助にあたってはソーシャルワークの様々な理論を用いることができるという。たとえば本人および家族の援助における課題中心アプローチの有効性、あるいは回復過程の鍵ともよばれる治療意欲の強化に用いられる危機介入理論、あるいは多様な家族療法や認知行動療法の応用、またネットワーク・セラピーなどがある。これらはソーシャルワーカーが嗜癖問題に取り組む時の理論的基礎となり、また具体的指針や援助の手がかりともなっているし、同時にこれらの理論が嗜癖問題に適用されることによって、理論と実践を深める契機となっているという。

筆者が精神病院で嗜癖問題の専門治療に従事していたのは1987～1999年だが、窪田が指摘するとおりの毎日であった。このとき援助者の関心は、いかに問題を否認する本人に治療を導入するか、家族にイネイブリング(結果として間違った手助け)を止めてもらうか、そして本人にはいかにして嗜癖行動を“止め続けてもらうか”という3点に集約されていたと言ってよい。かなり臨床ソーシャルワークといった色彩の強いものだった。

今になって振り返るとそうした傾向が強まった背景に、嗜癖問題は医師を頂点におく薬物療法中心の上位下達型医療ではどうにも歯が立たず、むしろ医師がリーダーとなり援助者が機関を超えてチームを編成し、メンバーがそれぞれに得意とするアプローチを持ち寄りながら本人と家族に関わって成果を出すという形式が有効という事情があった。したがって、ソーシャルワーカーもチームの一員としてさまざまなアプローチを磨き、実践し、理論の補強に寄与したとあってよい。

しかしここにすっぽりと抜け落ちていたものがあつた。それは「嗜癖当事者はどのような生活を送っているのか」という視点である。正確に言うと、嗜癖問題の増悪によって心身のバランスを損ない、家族を巻き込み疲弊させ、経済的に破綻するといった「お決まりの転落の物語り」をもって、生活ぶりを理解したかのように思っていたのである。転落の



物語りにはサラリーマン編や自営業編などのバリエーションはあるが、その人となりを描き出せるような生活の把握ではない。女性嗜癖者の場合には主婦の物語りと、多彩な症状で破綻するわがままな娘の物語りがあった。

ところで医療機関がおこなうのは、まず嗜癖問題を病いとして診断することであり、次に病気のメカニズムについて教育を与えること、そして同じ問題を抱えながら回復過程にある人と結びつけることである。そこで先述した「抗酒剤の利用、外来通院の奨励、そしてSHGへの参加」という回復の三原則が嗜癖当事者によって遂行されるか否かをモニタリングするのである。入院治療を終えると本人たちはそれぞれの生活へと戻るが、嗜癖問題の再発が繰り返される過程で、帰る場所を失うことがある。そういう場合に治療共同体は、回復に取り組む場所であり、同時に行き場を失った嗜癖当事者の受け皿としても機能している。

医療機関が再度嗜癖当事者と密接に関わるのは、本人が再発した場合である。しかし、言うまでもなく入院とは本来的な意味での“生活の中断”であるから、医療機関では嗜癖当事者の生活そのものを支援するという機会が驚くほど少ない(皮肉なことに、最も深く生活という部分に関わるのが、入院の長期化に伴うアパートの退去支援などである)。むしろ単身者の生活支援はSHGの仲間やスポンサーシップのなかで行われている。あるいは入院者同士が退院後に連絡先を交換するなど緩やかにつながり、必要な情報交換を行い、手続きの同行支援などをお互いにボランティアで手伝う。

橋本(2002:111)は、アルコール依存症者は身近な社会ネットワークとの関係悪化や破綻が起こるために孤立しており、そのために環境との関係性が脆弱で、問題解決(嗜癖からの回復一筆者)に取り組むためのコンピテンス発揮に対して自信を喪失した状態であるという。またアルコール依存症は医療機関で「治癒」しない病気であり、それまでの飲酒を中心とした生活から酒無しの生活という正反対の生活様式を定着させなくてはならないが、そう簡単には出来ないのでリハビリテーション過程が重要だという。

しかし1991年から、自治体によるアルコール依存症を対象とした作業所(精神障害者小規模作業所一筆者)への補助金給付が認められたことにより、昼間の生活拠点が提供されるようになった。これを受けてアルコール依存症者が平日の昼間に、安心して過ごせる場が出来始め、その利用を通して生活基盤を構築することが可能になったのである。しかし橋本(2002:113)は、このようにアルコール依存症者の地域生活支援の試みが展開しているにも関わらず、ソーシャルワーカーによる実践報告や論文は、治療・相談機関に置ける「介入」を中心としたもので、地域生活支援の視点からの報告はされていないと述べる(下線筆者)。

そしてソーシャルワーク実践における生態学的視点を重視しながら、滋養的環境としての小規模作業所とSHGの活動について触れ、ソーシャルワーカーはその滋養的環境と本人を触媒する役割を果たすとしている。また橋本(2002:121)は滋養的環境が当事者の潜在的可能性を開花させるとして、当事者がそうした環境と連結するような地域生活支援の枠組みを構造化する必要があるという。そして小規模作業所やSHGに当事者が参加することによって、その環境の滋養性が維持されると述べる。

また清水(2004:73)は、アルコール問題が歴史的にどのように展開されてきたかについて、表3-1のように整理している。

表 3-1 アルコール問題に関するサービスの累積的展開

時期	サービスの累積化	キーワード
昭和 30～40 年代	治安保護, 医療	アル中, 慢性酒精中毒
昭和 50 年代前半	保護・医療・保健サービス	アルコール依存症
昭和 50 年代後半～ 60 年代	医療・保健・教育サービス	アルコール関連問題
平成年代	医療・保健・教育・福祉サービス	アルコール依存症者の社会復帰・地域生活支援

(出典 清水 2004:73)

嗜癖問題が福祉サービスの対象となっていくのは、昭和 62 年の精神保健福祉法制定を契機に、「医療から施設へ、そして地域生活へ」という流れが一気に具体化するなかで起きている。それまでは寄付金や利用者の自己負担が主な財源であった治療共同体のなかには、精神障害者の保健福祉サービス事業者として助成金を受けるものも出始めた。公的資金を得るまでほとんどの治療共同体では、当事者スタッフが有給であっても非常に低額(なかには生活保護を受給しながらスタッフとして働く者も少なくなかった)、また社会保険がつかないなど不安定な身分であった。しかし彼らは、労働者というより「回復のステップ」を新しいメンバーに伝えることが使命であるため、そういった使命感が生活の不安定さを凌駕する状態にあったといえる。そこで助成金を受けることによって運営は安定し、当事者スタッフの労働環境も改善されていった。こうした状況を反映して、利用者負担と助成金の財源確保により日中活動場所としての精神障害者小規模作業所、そして共同住居が運営可能となりその数は順調に増えていった。

また治療共同体だけではなく、医療機関による嗜癖当事者の地域生活支援も始まった。具体的にはデイケア&ナイトケアの開設、医療法人が設置主体となった共同住居における支援である。都市部では精神科クリニックに付設の嗜癖当事者のためのデイケアが次々と設立された。コ・メディカルによる各種グループワークや集団療法などを通じ、利用者は一日の大半をクリニックで過ごす。利用者が断酒継続中にうつ病の症状を再燃させる、あるいは再飲酒がみられるような場合には、スタッフによる訪問看護によって治療介入などをおこなう。たしかに嗜癖当事者の地域生活支援はしているのだが、同時に医療機関による「囲い込み」の状態とも言える。

治療共同体の場合には、生活の中心に施設内ミーティングと呼ばれる相互援助グループがあり、夜はそれぞれの SHG 参加というルーティンに沿った毎日が繰り返されていく。また当事者スタッフは自らの体験に照らし合わせて利用者の状態を鑑別するが、あくまでそれはステップと呼ばれる回復の指標を基準とする。また利用者の生活のなかでどのような変化が起こるかを経験的には知っているが、変化に着目し、評価するということに重点は置いていない。加えて治療共同体は部外者からはその活動内容が見えづらい。寄付目的の機関誌で当事者の体験談が記載されることは多いが、そうした物語りの大半は「過去に嗜癖問題に翻弄されている時期の酷い生活、そして仲間と共に嗜癖が止まっている今の生活の当たり前を感謝する」というプロットによって構成されている。したがって嗜癖当事者の生活とは、回復過程に沿って何がどのように変化するのか、あるいはなかなか変わり得ないのか、生活の困難性と再燃の契機はどのように結びつくかについては、あくまで具体的事実と本人の気持に則した語りを通じて、個人 A、個人 B の語りとして蓄積されてい

く、必要に応じて物語りの共通性はSHGの出版物などで公となるが、それらは性別や職業経験、家族の背景といった個別性を考慮しないものであるため、どこまでを自分にあてはめてよいのか新しいメンバーにとっては戸惑いが大きい。また十分な経験のない援助者にとっては、そこで描かれる一般化された言説を批判的に検討できないまま取り入れてしまうことも起こりうる。しかしそれ以前に、治療共同体へと当事者を結びつけようとする援助者にとって、そこでの生活内容よりも施設から要求されるルーティンに沿って本人が生活できるかどうかに関心が向く<sup>1)</sup>。このようにみていくと、嗜癖当事者の地域生活支援の中心的場所としての治療共同体ではあるが、そこでの具体的な生活、特に回復過程との関連についてそれらが描かれることは極めて少ない。

では医療機関や福祉事務所など関係機関の場合にはどうか。先述した橋本の指摘にあるように、治療的介入の観点からは研究がされても、生活支援が必要であるとしながら、その具体期内容に関しては先述の「外来通院、抗酒剤の服用、そしてSHGへの参加を可能にする」に言及して終わる(結城 2003a, 2003b)ものが大半である。しかし嗜癖当事者は外来通院にしてもSHGへの参加にしても、すぐに中断してしまう者が少なくないのは援助者にとって周知の事実である。その中断は「否認」とよばれる現実との直面を回避する心理規制が働くために起こると理解されるので、援助者はこの「否認」をいかにつき崩すかで、多様な援助論を開発していったのである。近年は「否認」をつき崩すから「変化への動機を引き出す」へとアプローチの主流は変わりつつあるが、嗜癖を止め続けるための外来通院でありSHGへの参加の重要性に触れて、生活に関する記述が終わることに変わりはない。しかし実際に援助者が知りたい、知らなければならないのは、外来通院やSHGへの参加を難しくする彼らの生活そのものである。「否認」という心理規制をもって行動変容の難しさを述べることの限界を、筆者を含めソーシャルワークは認識し、主張してきたとは言い難い。

清水は(2004:75)平成年代に入って整備が進む障害福祉サービスのなかに治療共同体が含まれることへの懸念と、地域生活支援プログラムの対象者として嗜癖当事者が「精神障害者」という自己認知を前提と出来るか疑問だと述べる。

1 点目の治療共同体は、嗜癖問題が一般精神科医療において忌避される傾向があったために、当事者が自らの回復を求めて生まれた。不安定な労働環境にも関わらず当事者スタッフが新しいメンバーの援助を行うのは、その援助を通じて自身を点検し、結果として自分の回復を進めることになるという動機に依る。しかし治療共同体の財政基盤が国の施策による公的資金となることで、運営は安定し労働環境は改善される一方、国の方針に従い制約を受けることにもなる。清水は治療共同体のなかでもNPO法人格を取得し福祉サービス体系に組み込まれるものとそうでないものの対立の中に、地域生活支援活動が法制化された事業として展開されるときに生じる「義務性」が、いつしか「内発性」ないしは「自発性」を本質とする自助の精神を萎縮させたり、浸食したりすることへの警告と警戒があるという。

薬物依存症者の治療共同体であるダルクの創始者である近藤は、清水よりさらに具体的な危機感をもって、公的資金の運営への流入に関して次のように述べる。

ダルクが誇れるものがあるとしたら、組織化しなかったことだ。全国にあるダルクは日本ダルク本部と連絡はとるが、それぞれが独立して本部から指示や命令などをするのではない。人は何か団体や組織をつくって、それが大きくなると組織化しようとするものだ。国との交渉、予算をとることが出来るからだ。

また、大きくなるほどに中枢にいる人間が権力を握り利益を得ようとする。

組織化しなかったせいで国家から経済的な支援を受けられなかったが、それがむしろよかったと思っている。(中略)援助を受ければ、国からの指示や思惑にダルクの活動が左右される危険性がある。経済的には苦しかったが、自由にやれたことが本当によかった。

組織化しないもうひとつのメリットは、やりたいというスタッフがいれば、勝手に分裂して増えていくことだ。今後もどんどん増えて地域社会のなかで根付いていけばいいと思っている。大事なのは回復への意志が伝わり広がっていくこと。形なんてどうだっていいのだ(近藤 2009:204 下線筆者)。

また2点目の精神障害者という認知について清水(2004:76)は、嗜癖当事者に地域生活支援サービスのニーズがあることは間違いのない事実であるとしながら、反面、当事者自身の語りにはいわゆる精神病院に入院しているような他の人と自分は違うのだ、という精神障害者への拒否が透けて見えるという。したがって、今後嗜癖当事者の地域生活支援を制度化の流れで考える時に、精神分裂病を統合失調症へと改称したように精神障害者という呼称そのものを変えるのか、あるいは嗜癖当事者自らが精神障害者と認知していくのか、「折り合い」をつける地点を示すように迫られるだろうと指摘する。

以上、嗜癖当事者の生活はどのように描かれてきたかについて述べたが、まとめると以下ようになる。

嗜癖問題は治療介入の方法や効果を示す材料として記述されるが、どのような生活世界を持つのかについては、実際の多様さとは比較にならないほど「典型的転落物語り」と「どん底からの再生物語り」に収斂され埋没していた。

嗜癖問題の回復過程において生活が語られる場合には、通院治療、抗酒剤の利用、SHGへの参加という回復に必要なものが強調されるに過ぎない。それらの要素が生活の中に組み込まれて機能しているかどうか、が問われている。

医療機関によるデイケア&ナイトケア、および訪問活動といった嗜癖当事者の囲い込みは、生活者という観点から彼らを支援するのではなく、あくまで患者の再発予防という点から行われる。従って支援＝治療介入である。

治療共同体では、嗜癖当事者の生活変化に関する体験の蓄積がある。しかし、それらは当事者スタッフによって検証され、一般化され専門職と共有されることは少ない。また情報として発信される機会は限定され、その情報にアクセスするのは限られた人間だけである。

今後嗜癖当事者に対する地域生活支援が障害福祉サービス体系に位置づけられる場合に、その前提となる「精神障害者」という認知を嗜癖当事者自身がするのか、および治療共同体が前提としてきた援助の内発性と国による統治が併存可能かによって、嗜癖当事者の生活そのものが大きく変わっていくことになる。しかしこの議論のいわば大前提である「嗜癖当事者にとっての生活」は、当事者と援助者、そして国にも共有されているわけではない。

では援助において生活について検証し、明らかにしていくことは必要なのか。必要であるならば何故なのかについて次に述べる。

ソーシャルワークはリッチモンド(1922=1991:57)によれば、「人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通してパーソナリティを発達させる諸過程から成り立っている」が、そこでいう環境とは単なる空間を超え、人間の思考、関係を維持していく能力の領域までに広がる。リッチモンドは、クライアントとその社会環境の間の調整を具体的

に例示する際に、多くのページを割いて、クライアントの生活を構成する多様な要素に関する細かな観察の結果を記述する。たとえば里親に預けられ工場働きながら盗みを繰り返すマリアの事例(1922=1991:61)では、ソーシャルワーカーが迅速かつ正確にマリアの家庭の状況、彼女の仕事、学校の成績についての分析、社会資源としての小さな私立学校の発見などについて情報を収集しながら、裁判でマリアの処遇を方向付けるアセスメントを行う。訳者である小松(1922=1991:177)があとがきで触れるように、リッチモンドは人を「社会的諸関係の総計」からなるものとして捉えた。ソーシャルワークを学問として定義したリッチモンドは、援助の対象であるクライアントを関係のなかにたち現れる人として捉え、なかでもその現れ方としての丸ごとの生活、暮らしの全体を観察しつかむことを重要視した。それは現代のソーシャルワーク援助にまで引き継がれ、援助のいわば源となった考えと言える。

白澤(2010:5)は、ソーシャルワーカーの仕事の目的について、人々の社会生活機能を高め、地域での生活を可能にするよう支援することだという。さらに地域生活が可能になるだけでなく、人間の福利(Well Being)の増進や、質の高い生活(Quality of life)を目指すことが目標である(下線筆者)。そして、ソーシャルワーカーの具体的な仕事の内容として人々と社会資源を調整する、サービス等の社会制度が効果的で機能するように推進し、社会政策の改善と開発に関わる、人々が問題を解決し、困難に対処する能力を高めるように関わる、の3点に整理している(下線筆者)。こうしたソーシャルワーカーの仕事はまさに人々が「社会生活を可能にしていくために」おこなわれるので、その意味でソーシャルワークとは人々の生活を通して環境と人、その関係に働きかける。言い換えれば、医療における医師が病気そのものに、看護が療養する身体にまなざしを向けるとすれば、ソーシャルワーカーは人々の「生活」にまなざしを向ける。

そこでまず改めて「生活」という時に、それは何を意味しているのかを定義しておく必要があるだろう。ここでは高田(1993:51)から引用する。

高田は最も単純に考えると生活とは「生きて活動すること」という意味だが、それは3つの部面を含んでいるという。その3つとは、まず生きていること、すなわち身体・生命をもって存在する人間が主体であることである。次にこの主体が活動すること、すなわち社会的・文化的営みや行為の過程を展開することである。そして最後に主体は現実の社会、すなわちこの世で生涯の生活の時間と、生活の場および空間を持った存在であることを指す。したがって社会福祉、地域福祉の観点から生活を考察する場合には、これら人間・過程・空間が基本的要件となるという。そして生活へのアプローチには「生活実態」の認識と、「生活構造」の認識という側面があるが、それぞれに客観的に捉え分析し、問題を明らかにして、その是正や解決の方向が示されることが求められているという。いずれにしてもソーシャルワーク援助は、実態にせよ構造にせよ人間と過程と空間から「生活に何が起こっているのか」を通して組み立てられるものである。

窪田(2004:19)はアルコール依存症がすぐれて現代のものであるという。個人の自律と自立を重要な価値とする文化のなかでは、アルコールへの依存は「自律の喪失」のしるしとみなされ、社会的非難と排除の対象となる。また生理的には女性の方がアルコールの害を受けやすく短期間で依存を形成するといわれながら、患者は男性が多いという現象にも、この疾患の形成が社会的な背景を抜きに語れないことを示しているという。さらに窪田(2004:21)は生活困難の問題に臨床的に対応するソーシャルワーカーの仕事は、その歴史を通じてアルコール乱用や依存と絡むことが多かったという。援助活動の総体のなかでは、

アルコール依存症が一部の医療ソーシャルワーカーの関心事であったかに見えるが、現実にはアルコール問題と結びついた生活困難の問題は一般に想像されているよりもはるかに多い。そこには現代社会におけるストレスの特質と、それへの対処としてアルコールを利用する個人と家族の問題が絡み合い、さらに変化する生活困難との関係で問題が重層化する。また、アルコール飲料がストレス解消に広く用いられ社会で容認されているために、ソーシャルワーカーと医療関係者はそれぞれに別の基準で現象を見ており、その結果、この問題の客観的な認知を難しくしてきたという事情があると指摘している。

ところで、嗜癖行動が引き起こすトラブルの数々や巻き込まれる人々の混乱にはある種の共通性があるため、それを筆者は「お決まりの転落の物語」と称した。しかしそこに描かれるのは嗜癖当事者からみた(“酔い”のなかで事実がところどころ強調、あるいは過小評価された)生活の断片であって、ホリスティック(全体的、包括的)なものではない。葛西(2007:166)は、依存症者がアルコールを摂取すること以外に関心が向かなくなっていた時期の生活状況や、周囲の人にどう迷惑が及んでいたかという認識は、“酔っていた”ことにより記憶が薄れがちであり、当事者にもよく把握されていないことが多いと指摘する。先述したように、本来ソーシャルワークは社会制度や社会政策との関連において「生活」に目を向けながら嗜癖を捉えていかななくてはならないが、医療機関では嗜癖を止めるための治療的な介入に焦点が向きがちである。また治療共同体では共同生活への適応は求められるものの、各自が抱える生活上の困難は当事者自身にも自覚されることが少ない。そのため当事者スタッフにも相談されずに埋没し、単身生活に移行して初めて分かる、あるいは他の入寮者とのトラブルという形で表出される。このようにみていくと、嗜癖問題の背後にある「生活」にまなざしを向け、本人が問題を解決し困難に対処する能力を高めるように関わるなど嗜癖問題をホリスティックに捉えた働きかけが十分ではないことが分かる。

嗜癖問題が表面化し加速度的に増悪する時期も、逆に嗜癖問題が止まって嵐がいったん治まったように見える時期も、高田のいう「生活」の3つの部分はどのようになっているかを捉えることによりソーシャルワークがかかわるべき課題が明らかになる。それによってソーシャルワーカーは嗜癖当事者の社会生活機能を高め、地域での生活を可能にするよう支援することができる。

とりわけ女性嗜癖者の「生活」は、SHGの広報誌や手記などを除くと具体的に記述されることが少なかった。これまで治療に関する専門書では、嗜癖行動を止めるにも生活の再建にも治療共同体やSHGが必須と指摘して終わるが、そこで終わらせては不十分である。近年ソーシャルワーク実践理論にせよ方法論にせよ、その論述において「生活」という言葉を見ない時はない。しかし嗜癖問題に関しては生活の具体的な有り様を捉え、その実態や構造が孕む問題を鋭く提示する論考が少ない。その意味で筆者は、先述の橋本の指摘に深く同意する。だからこそ嗜癖問題のソーシャルワークは「生活」の全体を捉え、その部分と全体の関係性を具体的に論述しながら、同時に問題点をえぐり出し解決に向けた調整を始めなければならない。

以上のように援助は嗜癖問題が社会を支配する価値と密接に関連するゆえに、嗜癖当事者の「生活」の全体性を捉える必要があることを述べた。加えてソーシャルワークが100年の歴史の初めから、人々と環境の相互作用に焦点をあてその接触面にたち現れる課題を、「生活」への介入を通じて変容させるべく活動してきた専門職であることを指摘した。特に女性嗜癖者はもっとも周辺化された存在として、その「生活」が具体的に明らかにされることがなかった。しかしソーシャルワークが人々の地域生活を可能にするを目的と

するのであれば、まずはその前提となる生活を描き出しながら同時に生活そのものが環境との関係においてどのように課題を孕むのかを明らかにしなければならない。表面をなぞるのでなく、重層をなす生活実態とその構造に迫ることが求められるのである。

## 第2節 生活の構造的把握—先行研究から

本節では、女性嗜癖者の生活世界を描き出そうとするときに、女性嗜癖者の生活が嗜癖行動そのものを含め、どのような構造とメカニズムで病的状態へと加速するのか。あるいは病的状態からの離脱から生活の再構築へ向け変化する過程には、何が機能しているのか。それらを明らかにするためのフレーム(枠組み)を、渡邊益男(1996)による Bourdieu の生成論的構造主義を生活構造論に援用するという論考、そして江原(2000, 2006)の Bourdieu と Giddens を用いたジェンダーの社会的構築、男らしさと女らしさという意味でのジェンダーと、男女間の権力関係である性支配を同時に排出する社会的実践パターンである「ジェンダー秩序」に関する論考を手がかりに生成していく。

渡邊(1996:9)は社会生活が構造化され、構造化しつつ変動していくときに、ハビトゥスを介しつつ行為者の実践が社会の構造と動的に関係しあう関係構造を明らかにしていくことで、人が生きる限りある生活を捉え、その構造をダイナミックに把握することが可能だという。

ところでハビトゥスとは、フランスの社会学者であり理論家でもある Bourdieu の社会理論の中核を占める概念である。Bourdieu(1979=1990:261, 1987=2002:21)はそれを、客観的必要性の身体化の産物であり、徳性と化した必要性だという。またそれは、客観的な諸条件を認識し、その状況に合わせて調整されるものでもある。いわば「ゲームのセンス」とも言われるものであると述べる。また Bourdieu(1979=1990:177)は、ハビトゥスとは終始一貫して関係的な概念であり、身体化された歴史であるともいう。つまり、身体と化した歴史としてのハビトゥスは、物象化した(モノ化)した歴史それ自身とコミュニケーションしているという。すなわち個人と社会との間の対立関係で世界を捉えるのではなく、一方には制度や図表、書物といったモノ化した形で存在する社会があり、他方にはハビトゥスという形で存在する身体化された社会があるという。さらに Bourdieu(1987=2002:22)は、ハビトゥスとは私たちの内にある、言動・行動の生成原理であるともいう。人々は社会的学習によって持続的、恒常的、体系的な諸性向を獲得する。つまり生来の性格といったものに帰するのではなく社会的に獲得されたものとみなすのである。しかし Bourdieu(1987=2002:27)は同時に、それは後天的に獲得されるものでありながら無意識的であり、自分たちの統制の及ばないものであると述べている。

山本(2007:24-25)によれば、こうした Bourdieu のハビトゥス概念は、前資本主義社会に住む者が資本主義的生活を受け入れる過程として、あるいは家庭、学校におけるハビトゥスの継続期間による教育再生産過程として、また階級におけるハビトゥスが個人の好みや判断を左右する過程として、さらに言語使用におけるハビトゥス、といった使い方で Bourdieu 独自のキー概念として練られてきたものである。

そして Bourdieu(1979=1990:263)は、ハビトゥスは構造化する構造、つまり慣習行動および慣習行動の知覚を組織する構造であると同時に、構造化された構造であると述べる。

渡邊(1996:316)は Bourdieu によるハビトゥスの概念を用いて、まず社会生活を3つの水準と3次元の空間として捉え、そこでハビトゥスを介した行為者の実践が行われることを

通じ、生活の構造的把握を行おうとする。その3つの水準とは、個人の生活領域、地域生活の生活領域、全体社会の生活領域である。

ところでソーシャルワーク援助における範囲について白澤(2010:47)は、Kirst-AshmanとHullを引きながら、ソーシャルワークの3つの役割を次のように整理する。

(1)個人や家族に対して仲介、媒介、力を添える、教育、評価、ケースマネージャー、そして弁護するマイクロ・ソーシャルワーク。

(2)小集団・組織に対する仲介、媒介、教育、促進するメゾ・ソーシャルワーク。

(3)そして地域生活に対する先導、交渉、弁護、公報、組織、媒介、コンサルタントするマクロ・ソーシャルワーク。

この整理は渡邊による生活の構造的把握における3つの水準と対応させることができる。つまりソーシャルワークにおいても、人々の生活領域をマイクロ、メゾ、マクロの3つの水準で捉えていることを指す。ただし渡邊のいうマクロは、地域生活よりは広い範囲、すなわち国単位(場合によっては国際社会といったものまで)を含んでいる。

次に3次元とは、実践の次元、場(界)の次元、象徴の次元であるが、それらは次のようなものをさしている。

(1)実践の次元・・・①諸性向(ディスポジション)―単なる心的傾向だけでなく、社会的、また無意識的なものも含まれる、②ハビトゥス、③実践―ブルデュー理論における実践とはpratique(習慣行動)であってpraxis(社会的実践)ではないが、渡邊は後者を含んだものとしてあえて使っている。

(2)場(界)の次元・・・様々な形態の資本とその相互の関係が現れるところ、関わるものの力関係の一つの状態。資本(経済資本、社会資本、文化資本、象徴資本)の配分状況であり、そこに展開する戦略や闘争の様態、さらにはそれらに内在する権力作用をさす。また場は、社会的世界やそれを構成する宇宙も含んでいる。

(3)象徴の次元・・・言語、情報、コミュニケーション、概念、理論、理念をその要素とする。

渡邊の試みは理論と当事者の実践をつなぐことに向けられている。渡邊(1996:298)は福祉の現実の側からみて、そこに生起する諸問題間や問題のなかに見られる矛盾は、矛盾の一方をどんなに分析的に明らかにしても、矛盾の解決にならない限り現実の側の要請に応えたことにはならないという。とくに渡邊(1996:299)は福祉の現実の問題への接近によって、Bourdieuの『実践感覚』が極めて適合的な理論であるとし、これを取り入れながら人々の新しい“関係性”にもとづく「生活構造」の存在を明らかにしようとしている。

筆者が描こうとする女性嗜癖者の生活世界を考えると、渡邊によって提示された3つの次元から生活の構造的把握をおこなうと、なぜ彼女達の生き延びる術が「嗜癖」であったのかが見えてくる。さきに嗜癖問題はそれ単体でいきなり出現するものではないと述べたが、そこに文化資本や象徴資本、そして実践としてのハビトゥスという次元、しかもそれらはマイクロ、メゾ、マクロという水準での交互作用が関係している。また象徴次元である情報やコミュニケーションという要素も「嗜癖行動」の発生や存続を可能にする。このように考えてみると、渡邊の論考を使い女性嗜癖者の生活世界を構造的に捉えることは有効である。

また生活世界を捉えるためのフレーム生成には、盛山(2011)によるBourdieuの整理からもヒントを得ている。盛山(2011:143)はBourdieuの「文化的再生産論」を、階級の存在を前提に、階級が親から子へと再生産されるメカニズムを「文化資本」の継承によって説明



しているとする。文化資本とは文化的趣味嗜好、洗練された言葉遣いを可能にする言語能力、教養といった幼児期から家庭環境のなかで身につけていくと想定される個人の特性である。Bourdieuは文化資本によって学歴達成が決まるため、同じように階級が再生産されると主張した。これに対してコネやネットワーク、名声といった「人々の階級的地位達成において活用される社会化系的な資源」を社会資本と命名した。

またブルデュー理論の中核理論である「象徴権力」について盛山(2011:146)は、象徴とは本来「意味の記号」であって「意味そのもの」ではないが、Bourdieuは象徴権力という表現によって、たんに「記号が権力をもつ」のではなく「意味世界において価値づけられたものが、そのことによって権力をもつ」と述べているのだという。この理論は権力が経済的な階級構造によって規定されており、権力闘争を経済闘争であるとする正統派マルクス主義の考えに対して、Bourdieuは象徴的な利害や価値が経済構造を形成しているとした。また盛山(2011:149)は、Bourdieuはこれらの理論に関して学問や芸術の世界を参照しているという。何が優れているのかを判断するのは多数による評価であって、一度この評価が得られるとその評価がさらに評価をよぶという形で「客観的」なものとなっていく。つまりBourdieuは、人々が価値があると思っていることが権力や影響力の源泉になっていると考えたのである。したがって権力とは意味的な現象であると盛山はいう(2011:149)。というのも、人が何かに服従するということが意味的な現象だからである。ただし盛山(2011:151)はBourdieuがあたかも権力や階級そのものが存在することを前提にしながら、それについての明確な定義をしていないと指摘する。ブルデュー理論によって階級や権力といった客観的なものの成立機制が明らかにされているのではなく、むしろ私たちが客観的だと思っているものが、むしろ主観的な意味世界によって構築されたものであることを示しているという(下線筆者)。

女性嗜癖者の場合にはどのような資本からも見放された状態を経験していることが少なくない。それはまさに文化的再生産という概念で説明される。親世代から続く貧困は経済資本だけでなく文化資本や社会資本の枯渇につながる。逆に経済的な極めて裕福でありながら、継承すべき文化資本が枯渇する事例もある。この場合に影響を与えているのは文化資本に対する前世代の評価(モノとカネ至上主義など)、あるいは象徴次元としてのコミュニケーション要素、言語要素の著しい欠落(家では新聞をとったことがない、マンガ以外の本がない、食事が用意される代わりに1000円札が置いてあるなど)がある。また、「自分はダメな人間だから誰からも相手にされない」と自分を痛めつける相手との関係にとどまる＝服従するのも、その服従の有効性は客観的なものではなく、その人自身の意味世界に依存している。つまり、DV被害者が暴力的な関係に留まる場合に、誰の目にも「危険である」という客観的事実があるにもかかわらず逃げないのは、そこに被害者本人の留まる意味があるからである。しかし、被害者本人の意味世界もまた構造化されたものであり、本人固有の意図、意識とは限らないことはいうまでもない。

これまでソーシャルワークが環境をとらえる時に、その構成因子あるいは要素を羅列し提示するだけで、その関連について十分な検討が加えられてきたとは言い難い。従って、援助する側から客観的に捉える環境因子だけでなく、本人の側から意味のあるものとして捉える環境因子に着目し、その動的な「構造化する構造」と「構造化される構造」の両方をみていくことが必要である。

次に女性嗜癖者の生活世界を描き出す場合に、重要な要素であるのがジェンダー認識である。ここではジェンダー・アイデンティティ、ジェンダー役割などに関するとらえ、か

まえをジェンダー認識としている。第2章第2節「女性嗜癖者の類型」および第3節「女性嗜癖者の回復過程」のいずれにもジェンダー認識が大きな影響を与えていることに言及した。このジェンダー認識の社会的構成と再生産に、Giddensの「構造の二重性の定理」とBourdieuのハビトゥス理論を用いて、「構造化の理論」がどのような意味をもつのかを整理した江原(2000, 2006)の論考をみていく。

江原(2006:76)はジェンダー不平等の原因を制度の不備か個人の行為選択かに求めるのは、意味がないという。むしろ「構造化の理論」をつかって、これまでの捉え方を見直すことを提唱している。まず江原はGiddensを引きながら、「行為」と「構造」は「二元性」ではなく「二重性」として把握されなければならないという(江原 2006:78)。これが「構造の二重性の定理」とよばれるものだが、Giddensは社会システムの構造特性は、社会システムを構成する実践の媒体であるとともに、帰結であるという。ここでGiddensが社会システムと呼ぶのは、「行為者間・集合体間の再生産された関係」であり、社会システムの特性構造と呼ぶのは、「社会システムの特性として組織化される規制と資源」のことである。構造が人々のルーティン化された活動によって再生産され、「構造」となっていくことを描き出すのである。

一方江原(2000:72)はBourdieuについて、構造主義が陥りがちな実在論から逃れて、しかも主観主義に陥ることなく構造主義的客観主義から抜け出すことを課題としていたという。そして「構造」は人々の「実践」によって生み出され維持されているが、人々の「実践」は構造によって構造化されたハビトゥスに基礎づけられており、その結果構造が維持されるとした。両者とも行為の意味を個人の内面に求めるのではなく、構造に依存する、あるいは構造によって柔らかに構造化されているものとしての行為(実践)に着眼することによって、構造を社会成員の行為によって生み出されるものとして把握しようとしているという(江原 2000:76)。

さらに江原(2006:83)によれば、Giddensの「構造化の理論」は、日常生活において繰り返されている「ルーティンの実践」に含まれているジェンダー認識(たとえば身体動作や話し方など)が、あまりに自然であるために、いつのまにかアイデンティティの要素となってしまう、といった形で組み込まれる。またBourdieuのハビトゥス理論も、ゲームのプレイヤーのように、行うことが出来てもどう行っているのかを言葉で説明できないような“身体技能”を身につけることによって、社会的世界に参加している。

江原(2006:85)は「ルーティン化された日常の実践」や「慣習行動」は、「適切か不適切」「美しいか汚い」といった知覚図式を基盤として維持されるが、「男らしさ」や「女らしさ」といったジェンダー認識もまた、こうした「ルーティン化された日常の実践」や「慣習行動」によって当たり前なこととして身につけるといふ。そしてそれらを身につけることにより、一人前の女性や男性と自分を認識し、周りからもそのように認められる。すなわち行為者にとって、「男らしさ」や「女らしさ」の獲得は、ひとつの能力の獲得とも感じられるために、「男らしさ」や「女らしさ」が肯定的に受けとめられ、身につけるといふ行為自体が「男らしさ」や「女らしさ」の再生産につながるという構図になると説明する。しかし江原(2006:86)は、こうした構造再生産の構造に問題がある場合についてDVを例に挙げて次のようにいふ。すなわち、「逃げたくても逃げられない状況」とは、たんに第三者が判断した客観的チャンスの問題としてのみ判断されてはいけない。「構造化の理論」でのべたように、私たちの実践は可能性がない、あるいは変えられないことをあらかじめ排除するような知覚図式のなかでおこなわれているのだと指摘する。したがって被害者が逃げると

いう選択肢を減らし、DVは重大な社会問題という認識の形成が妨げられ、社会的支援の整備が遅れることは、結果として被害者の「逃げない」選択肢をさらに増やしてしまい、DV的關係が再生産されてしまうという結果に繋がっているのではないかと。このように「構造化の理論」は、ジェンダー認識を考えるうえで「ルーティン化された日常実践」が何故維持されるのか、なぜそれは人々自身にとって「自然な」実践に感じられるのかを説明することができる。

筆者は女性嗜癖者の類型化を、母親との関係に起因する(内側の)ジェンダーバイアスと、社会における女性をめぐる表象に代表される(外側の)ジェンダーバイアスの強弱の組み合わせによっておこなった。前者はまさに「構造化の理論」によって母から娘へと再生産されてきた感がある。また後者も「ルーティン化された日常実践」が自己肯定や評価と結びつくことによって強化され再生産されるという筆者の観察と一致する。したがって、女性嗜癖者のジェンダー認識が構造化される構造と、構造化する構造を描き出すことで、嗜癖行動を含めた生活の全体像にジェンダー認識がどのように絡み、再生産され、生活に影響しているのかをつかめるのではないかと考える。

以上、渡邊(1996)と盛山(2011)、そして江原(2000, 2006)による生活の構造的把握についてレビューをおこなった。次に筆者は、渡邊(1996:137)の概念図、および江原(2000:101)の実践と解釈実践の図を参照しながら、女性嗜癖者の生活世界を捉えるフレームを作り出すことにした。以下にその生成過程を述べる。

まず渡邊のいう三つの水準(levels)とソーシャルワークの役割にならって生活を捉える水準をミクロ、メゾ、マクロとした。ミクロとは女性嗜癖者自身であり、女性嗜癖者の実践(Practice)、諸性向(Disposition)、ハビトゥス(Habitus)が含まれる。次にメゾとは嗜癖問題が加速度的に促進される時と、嗜癖行動が止まって社会生活に適応していく時で生活を構成する小集団や組織(Agent)が異なる。そこで筆者の分析対象である女性嗜癖者41例について、そのフェイスシートや面接記録から、嗜癖問題が加速度的に促進されるときに意味のある小集団や組織を書き出した。その結果、共通項としてFamily, Peer, Outsidersを見いだした。同じように嗜癖行動がとまって社会生活に適応していこうとする時期ではどうか、同じ作業を経てFamily, Peer, Professional, Supportersが共通項として見いだされた(表3-2および表3-3を参照)。

表 3-2 嗜癖行動を促進させるメゾ領域の Agent

Family	家族(血縁あり)、義理(step)の家族、内縁関係の配偶者、親族など
Peer	嗜癖行動の引き金となる知人、一緒に嗜癖へ耽溺する友人や仲間集団
Outsiders	嗜癖対象と女性嗜癖者を結びつける他者：クスリの売人、クラブのDJ、飲食店の従業員や常連客、パチンコ店の店員など

表 3-3 生活場面への適応を促進するメゾ領域の Agent

Family	家族(血縁あり)、義理(Step)の家族、内縁関係の配偶者、親族など
Peer	SHGのメンバー、治療共同体・生活支援共同体で共同生活を送る人
Professional	医療機関をはじめとする関係機関で働く援助者(医師、看護師、PSW、心理士、保健師、教員、弁護士、保護観察官など)
Supporters	当事者の回復を応援しようとする人(保護司、民生委員、治療共同体・生活支援共同体のボランティア、アルバイト先の先輩、雇用主など)

Family が誰を指すのかは同じだが、その Agent と当事者の関係性が支配-服従の場合には嗜癖行動を促進し、相互理解・受容であれば社会生活への適応を促進するというように、関係性の内容が異なる。また Peer とは文字通りの意味としては同僚、または能力や年齢などが同等といった人を指すが、社会福祉の領域では、米国における障害者の自立生活運動の流れを組んだ「同じ悩みや課題をもつ人」（『現代福祉レキシコン』 p398）と解される。本論では嗜癖行動を促進する場合の Peer を、客観的には嗜癖問題という課題を抱えるという意味においては“同じ”でありながらその問題を否認する人と規定する。また生活への適応を促進する場合の Peer とは、嗜癖問題を問題と認識しており回復を志向するという意味において“同じ”である人と規定する。しかし前者の Peer が後者の Peer へと転ずる（一緒に飲酒していた人が先に治療を始めて酒を止める）、あるいはその逆（SHG で断酒を続けていた人が再発し、酔っぱらって一緒に飲もうと電話をかけてくる）も起こりえるということが嗜癖問題における Peer（仲間、同じ課題を抱える人）の特徴である。

最後にマクロを捉えるフレームとして、政策や資本の配分が重要な意味をもつのと同時に、これらはいずれも時代の価値や理念によって大きく影響を受けるものであることに留意した。

次にミクロ、メゾ、マクロの Agent が定まり、それぞれの水準に実践、場（界）、象徴という 3 次元があり相互作用を起こすというとき、具体的にはどのようなことを意味するのかについて検証した。つまり交互にどう作用するのか、作用した結果はどの次元にどのような変化を及ぼすのか、また変化を及ぼさないとしたらそれはなぜか。そこで、筆者は 3 次元が 3 つの水準と直接的に相互作用を起こすのではなく、そこに相互作用をおこすための何らかのシステムが存在しているのではないかという仮説を立てた。この発想は、フィールドワークにおいて女性嗜癖者の生活をどのように支援しているかを全て書き出し、それらの援助はどの次元の何を変化させることを目的に行われているか、コード・カテゴリー法をつかって整理するなかから生まれた。

では女性嗜癖者が回復を押し進め、生活を再構築していくときに適応機能はどのようにして立ち上がり形成されるのか。そこで回復過程を辿る時に起こる生活の変化そのものを分析材料とした。まず生活変化を列挙し、次にそれらの生活変化のうち類似したものをマッピングし一次コードとした。そして一次コードとされる生活変化を意図して行われる援助実践について列挙した。この援助実践も生活の変化と同様に類似したものをマッピングした。さらに一次コードおよびそれに対応する援助実践の共通性や類似性に着目しながら、これらを最終的に 4 つの作用としてコード化した。

4 つの作用とは、(1) 症状の覚知 (awareness)、(2) 身体のケア (body care)、(3) 社会化 (socialization)、(4) 親密圏の形成 (intimacy-field) である。また、それぞれの作用を起こすには手段および方法が必要である。これについても一次コードと対応する援助実践を再度見直すことによって、言語化、対象化、分析、試行という 4 つのアプローチが使われていることを抽出した。そしてこの 4 つの作用全体が「生活を再構築し適応を促進する機能」である。

次に嗜癖行動へののめり込み状態が加速度的に増悪している場合、同じようにそれを促進する機能が働いていると考えられるため、それを検討した。適応機能を抽出したのと同じように、リカバリーの 41 事例のインタビュー面接、家族や他機関からの情報提供、およびリカバリーとダルク女性ハウスでのフィールドワークを元に以下の作業をおこなった。

第 1 に彼女らが支援にたどり着く前に起こっていた出来事の困難性を具体的なエピソード

ドとして書き出し、コード・カテゴリー法をつかって類似したものをマッピングし一次コードとした。第2に一次コードとして上がった出来事の困難性を引き出してしまいう行動実践について列挙した。これらの行動実践についても、類似したものをマッピングした。さらに一次コードおよびそれに対応する行動実践の共通性や類似性に着目しながら、これらを最終的に4つの作用としてコード化した。それが(1)服従圏の形成、(2)症状への耽溺、(3)身体が無視、そして(4)孤立化である。また、それぞれの作用を引き起こす手段および方法が必要である。これについても一次コードと対応する行動実践を再度見直すことによって、黙秘、内面化、反応、行動化という4つのアプローチが使われていることを抽出した。

そして「嗜癡行動が促進される機能(Function)」と「社会生活に適応していくための機能(Function)」が、それぞれ具体的事例のなかで破綻なく説明可能かどうかについて検証した。女性嗜癡者の4類型のそれぞれ1事例を使って、ふたつの機能を媒介させた生活世界を描いた。その結果、どの事例においても「嗜癡行動が促進される機能(Function)」と「社会生活に適応していくための機能(Function)」を媒介してミクロ、メゾ、マクロと実践、場(界)、象徴という3次元とが相互作用を起こしていることが確認できた。「嗜癡行動が促進される機能(Function)」が勢力をもつ時期の生活世界をそれぞれ検証すると、服従圏の形成、嗜癡への耽溺、身体が無視、そして孤立化という4つの作用は同じ強さではなく、嗜癡問題が増悪する時間軸にそって濃淡があることも発見された(p143, 図3-2 参照)。

また「社会生活に適応していくための機能(Function)」が機能している時期の生活世界については、症状の覚知、身体のカア、社会化、親密圏の創造の4つ作用が同じ強さで発現しておらず、女性嗜癡者の回復過程に沿って濃淡のあることが同様に発見された(p157, 図3-4 参照)。

嗜癡問題が加速度的に増悪していく様子については、先述したように当事者の語りやSHGの機関誌を通じて主に嗜癡対象へののめり込みを中心に描かれるが、生活全体を捉えたものはこれまでなかったと言ってよい。また女性嗜癡者の回復過程における生活全体についても同様である。第3節ではまず援助者が会おう前の女性嗜癡者の生活世界を、筆者の作成した「嗜癡行動を促進する機能(Function)」を媒介とした、生活の構造的把握のためのフレームを使って描き出す。そして第4節では、援助開始後の女性嗜癡者の生活世界を、同じく「社会生活に適応していくための機能(Function)」を媒介とした生活の構造的把握のためのフレームを提示しながら、具体的に描いていく。

### 第3節 嗜癡行動を促進する機能と女性嗜癡者の生活世界

女性嗜癡者が援助者に会おうまでには長いプロセスがある。上岡・大嶋(2010:236)は、リカバリーやダルク女性ハウスに来ている人たちがどのような経緯をたどったかを面接記録を元に整理した。そして暴力の問題にせよ嗜癡問題にせよ、援助という枠組みに入っからのことは記述されているが、「援助にたどり着くまでには何が起こっていたか」は記述されて来なかったため、援助者にもあまり知られていないと指摘した。援助者につながるまでに女性嗜癡者を支えてくれたのは、司法や学校、職場の仲間、そして友人など、医療機関の専門職以外の人たちである。

女性嗜癡者はすでに15歳くらいからさまざまな問題を抱えている。困難な状況をカアされる経験のないまま、その問題から回避しようとして逆に更に別の困難を呼び込む。こうした経過のなかで会おうのが嗜癡問題である。従って彼女達は「女性嗜癡者」という名前

ではなく、不登校、非行、引きこもり、あるいはうつ、DV 被害者、子どもを虐待する母として関係機関に登場する。

前節で述べたように、女性嗜癖者の生活を構造的に把握するにあたって、筆者はフレームを作成した。本節では嗜癖にのめり込んでいく生活のありようを描いていくが、まず図3-1 に示した「嗜癖行動を促進する機能」について順に説明し、次にこの機能を媒介してミクロ、メゾ、マクロがどのように相互作用を起こし、嗜癖問題にのめり込む生活世界を構造化していくのかを記述する。

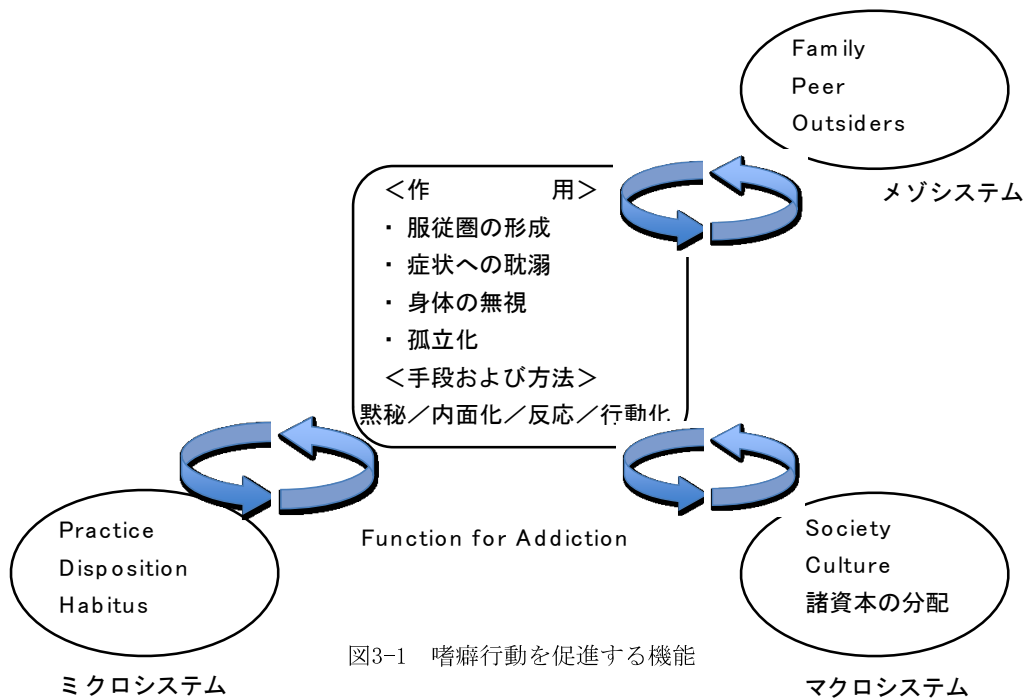


図3-1 嗜癖行動を促進する機能

### (1)服従圏の形成

服従とは他の意志や命令に従うことである。「服従圏」とは筆者が斎藤純一(2003)の「親密圏」と対比させるのに生み出した造語であり次のように定義する。服従圏とは他者の意志や命令を最優先させることにより他者に同化し、命令者の痛みを背負いながらその調整と緩和に自らのエネルギーを注ぐことを求められる、退出不能な領域である。

上岡・大嶋(2010:18)は女性嗜癖者の原家族には問題を抱えるケースが多いこと、そのため家庭内にはいつも緊張感があるため、本人は小さい頃から緊張の調整→緩和という役割を家庭内でとりやすいと述べた。直接本人が親、あるいはそれに代わる大人から攻撃される(たとえば身体的暴力)場合には、暴力の理由がどのようなものであれ逆らわずに服従する。それは加害者が怒りを放出し緊張の閾値が下がることを意味するので、服従が生き延びる条件となる。また母親自身が抱える葛藤や哀しみを、本人が受けとめるという関係性のなかに服従が働く。それは母親の葛藤や哀しみに本人が共鳴することで母親を支えようとする試みである。本人は母親の緊張感を察知し、いかに共感することで調整しその閾値を下げるかに腐心するうちに母親の感情と自分の感情に区別をつけられなくなり、母の感

情に沿って生きようとする。いわゆる境界線を壊され自分を他者に同化させることで生き延びる。傷として残る様な命に関わるような激しい暴力も、葛藤や哀しみを自分よりも脆弱で本来守るべき存在である子どもに垂れ流すという形で振り向けられる静かな暴力も、本人には“従う”以外の選択肢がない(と思込まされている)。

従わないという抵抗を試す者もいるが、その選択がさらに事態を悪化させたという経験を経て、「もめて殴られるより、我慢してやり過ごす」という日常実践が服従を構造化していく。

服従は境界線を破壊し、他者の意志と命令に従い同化して生きることを意味する。しかも家庭内の緊張感と服従は口外されることを禁じる(言葉による禁止もあれば、態度による禁止もある)ので、本人はひとりでこの状態を背負う。故に服従の関係性は日常実践を通じて固定化され、家庭の外側から情報が入らないので比較するものがなく、起きていることを客観的に評価できないなかで服従圏が形成される。服従圏の形成には本人が外の世界に対して黙秘すること、また暴力や緊張感の漂う現実が当たり前であるという理論を自らに与えて内面化するという作業を繰り返すことが必要である。

女性嗜癖者の次の語りは、服従圏の形成を表現している。

両親は仕事一筋なところがあって、それは家族を守るためだって子ども心に分かっていたから、大人の世界を邪魔しちゃいけないという気持ちがすごく強かった。自分に何がおこったとか、そういう面倒くさいことは親に言うてはいけないうちで、すごく悲しいことがあったり、怖い体験をしたりしても、それは親には絶対言えなかった。(中略)いつも人の目、特に両親が感じていることとか、両親の機嫌をいつも気にして生きていた。

だけど、ずっとそういう風になっているうちに、自分以外の人が感じる事とか考えていることが、私にとってすごい大切なことになってきて、自分が一番じゃなくなってきて、自分がなくなってきちゃった(みみ Freedom 編『私たちの出会い 女性の薬物依存症一回復と支援』より抜粋 下線筆者)。

おじいちゃんは、治療していないけどアルコール依存症。おばあちゃんがおじいちゃんをアルコール依存症の病院に入れるのを嫌がって。お母さんが、お母さんの両親からもらってきたのは「親は絶対」ってことかな。子どもに反抗的なってはいけないうちで…。だから親のいうことをきかない子どもはおかしい子って感じてた。そういう感じで育てられて、何かにつけて「～しなければならない」、「～してはいけないうちで」って言われた。(中略)

親は仕事は絶対だし、親の優先順位が私の優先順位になってたのね。お母さんはキャリアウーマンで地位や名誉もある仕事で。だから他の家とは違うから、他の子が遊べても私は遊ばなくて当たり前。「お母さんは凄い人や、立派な人や」って思ってたんですね(しょうこ 前掲より抜粋 下線筆者)。

みみとしょうこの語りには、家族のなかで特に親の価値を自分の価値として引きつけ内面化し、それに従っていくうちに自分の考えや感情を見つけれなくなっていく様子が表現されている。そしてそのことを口外せずに表面的には適応をしていく。

しかし、服従圏において自分ひとりが家族の緊張の調整と緩和を背負うことを続けると、自分の痛みと人の痛みが区別がつかなくなる。それは自分を二の次に他者の痛みをなんとかしようとする行為、あるいは自分の痛みも誰かに背負って欲しいという期待へと変わる(上岡・大嶋 2010:26)。問題や問題のある人に巻き込まれ、その経過で嗜癖問題と出会うことになる。なかでも摂食障害については、こうした世代間に継承される緊張が症状を形

成していくとする臨床報告がある(高橋 2011, 辻河 2010).

メゾシステムである家族は、何に服従をしているのか。女性嗜癖者の親世代もまたその親の価値を内面化してきたことは想像に難くない。筆者の研究対象 41 例をみても、世代間境界が曖昧か希薄であり、職業や社会的役割など親(女性嗜癖者の祖父母)が価値を置くものを子ども(女性嗜癖者の親)に獲得するよう奨励し(文化資本、経済資本の継承)、その命令には従うことが自明(象徴実践)というなかで女性嗜癖者本人がさらに家族の緊張感を汲み取る。

また家族は社会生活におけるさまざまな場面で、家族の経済資本や文化資本を生み出すために、家族成員それぞれが社会場面にまずは適応するよう求められる。その場面では「多数派の価値」や「社会規範」と呼ばれる意志/命令に従う。その場に個人の優先順位を持ち出すことは不適切である。ここで家族成員、なかでも経済資本の中心的存在である大人が最も緊張に晒されることになる。つまり家族もまた家族が生き延びるために、社会の価値や規範に服従を求められる存在と考えることが出来る。ただし、家族は服従ではなく、価値や規範を部分的に取り込み適応する部分と、可変的部分を自分自身の価値に照らして変容させることが可能である。この価値や規範にどの程度適合し、どこは家族の価値を反映させて変化したものを再び家族内に取り込み定着させるのか。こうした作業を家族は外側からの情報を取り入れる(象徴実践)、外のネットワークと繋がる(社会資本の活用)などいくつかの実践を組み合わせることで進める。つまり、家族というメゾシステムのもつ柔軟さと服従圏の形成は関連が深いと考えられる。言い換えれば、女性嗜癖者の家族というメゾシステムは、その意味では非常にその前の世代から緊張や問題という負の継承が見られること、同時に服従とは異なる戦略で、その緊張や問題を解決していこうとする柔軟性に欠けることが観察される。

マクロシステムは家族や個人に対して、さまざまな制約を与える。政策を通じた制約はもちろん、政治における言語実践や大量の情報を通じた理念の伝達などを通して、実態は明確ではないが「あるべき国の姿」あるいは「あるべき国民のあり方」に従うよう求めてくる。個人がそれに抗うことは容易ではない。また抗う場合に制裁(サンクション)が加えられる場合もある。従ってマクロシステムと個人(ミクロ)、家族(メゾ)の間には緊張関係が生じやすい。

## (2)症状への耽溺

女性嗜癖者が初めに会う嗜癖対象はさまざまである。一般的には毒性の低いものから高いものへ、合法なものから非合法なものへ、娯楽として許容される範囲からはっきりとした逸脱へと向かうが、どれも生活にはっきりと問題として現れるのに数年経過している。

服従圏が形成され自分の背負う痛みを感知するなかで、その痛みを逃す術が嗜癖である。単独で使用し始めるより、他者とのコミュニケーションツールとして用いられる。その場合に相手となるのが異性で、なおかつ嗜癖行動を通して相手との一体化を得られることから加速度的にのめり込む場合が多い。服従圏のなかで生き延びるうちに境界線が分からなくなるので、他者の評価や他者が喜ぶことを共有したいという願いが強い。そのため、密着と服従を取り違え、他者の命じるままに嗜癖行動へ入る事例が少なくない。

この場合には行動化という手段で、嗜癖行動を継続すること自体が目的となる。

女性嗜癖者の場合に化学物質への嗜癖が始まる前に、すでに摂食障害を発症していたと



思われる事例の割合についてはさまざまな報告がある(松本2010d, 鈴木2004, 後藤2008b). 食べ物は, 他の嗜癖対象と異なり, 摂取すること自体は不自然ではないことや, 特に思春期の女の子であれば食べ物への関心が高い(たとえば大量の菓子を買った)のは, ジェンダー認識も影響して「よくあること」とされる. 従って食べることでの気晴らし, その後体重増加を懸念してリセットのための嘔吐は, それほどの罪悪感を持たずに行われている. しかし食べ物で気分を変えるには相当量が必要であり家族の怪しむところになるため, そこにアルコールという化学物質を入れることで, 一気に嗜癖行動のパターンが変化していく. また神経性大食症(非排出型)タイプの場合には, 痩せ薬として覚せい剤を使用する事例がある.

一般に化学物質依存の場合には大麻がその gateway drug とされるが, 女性嗜癖者の場合にはむしろ摂食障害との親和性が高く, 摂食障害の発症を契機にその後物質嗜癖を併発するか, または物質嗜癖へ移行していく事例が多く見受けられる.

また買い物やエステティック, ギャンブルといった行為嗜癖に関しては, 身体へのダメージがないことから, 金銭的な破綻を契機に嗜癖問題として発覚する. 類型Iの「性役割葛藤型」の場合には, 本人が家計を任される立場にあることが多いために余計気づかれにくく, 多額の借金が発覚して初めて嗜癖問題に家族が気づくケースもある.

いずれにしても, 女性嗜癖者にとってどの嗜癖行動も気分を引き上げ, 自分を必要としてくれる他者の期待に応えることで(一緒に使う男の薬代を払うなど)プラスの効果を得られるため行動は反復される(ミクロレベルの実践・プラチック).

症状への耽溺を可能にするには, メゾシステムの Agent である Peer(仲間)と Outsiders(嗜癖対象と女性嗜癖者を結びつける他者)との相互作用が重要である. 筆者が2010年に薬物依存症者の生活支援に関する調査に協力した際, 調査者である嗜癖当事者の男性から次のようなことを聞いた。「男性は自分でクスリを手に入れるのに売人と交渉することが必要です. だから外出して相手と会話するとか, そういう社会スキルみたいなものがないとダメなんですよ. でも女性って男性からクスリもらえるでしょ. クスリ使うにも受動的ですね, 女性は」

なるほど, 社会性とはかように嗜癖行動を通してでも獲得されるのかと感じたが, 同時にこの語りは, 女性嗜癖者がみずから積極的に覚せい剤を求めて行動することが少ないことを意味する. クスリが止まらない時期に自分で売人に電話し入手するという話は聞くが, 調査者が指摘したのはクスリを使い始めた頃の女性嗜癖者の特徴を指している. しかし筆者は女性嗜癖者へのインタビュー面接などで, 自らクスリを求めたのではなくクスリを使ってみないかと誘われた, あるいは恋人や夫から打たれたという語りを聞くことが多かった. 覚せい剤のような非合法薬物の場合, その入手にも主体である男性と客体である女性という側面があると知った. また女性嗜癖者はクスリそのものへの関心より, 誘う相手との関係性を重視することが語りのなかから見える.

友達と繁華街でふらふらしていると, 「遊ぼう」とか「ホテル行こう」とか男の人が声をかけてきてくれる. 家に帰りたくないから, 「ホテルに行く」ということは「家に帰らなくていい」ことって思った. 覚せい剤は, 大人の遊びって思ったの. 怖いのは怖いんだけど, 「これまで起きてきたことに比べたら, 何も怖くない」と思っていた気がする. その時, 男の人が凄く優しくしてくれた. 今までなかったように, 言葉だったり, 雰囲気だったり, 優しくて, 嬉しかった(さくら Freedom 編『私たちの出会い 女性の薬物依存症一回復と支援』より抜粋).

Outsiders(嗜癖対象と女性嗜癖者を結びつける他者)は嗜癖対象へと本人を誘う。最初は一緒に使うこともあるが、泡の様に消えるその場限りの関係である。しかし女性嗜癖者はOutsidersが危険な人であるかどうか分からない。上岡・大嶋(2010:29)は、女性嗜癖者にとって日常が危険で非日常が安全という感覚があることを指摘する。さらに攻撃と密着を“愛情”と勘違いして教えられてきたために、やくざや暴走族の方を安全と感じてしまうのである。このようなジェットコースターのような生活が、嗜癖問題をさらに複雑なものにしていく。Outsidersは次々に入れ替わるが、乱気流の中の暮らしの方が、スリルがあって充実している感じがするので、そこから離れることは簡単ではない。

この場合Peerとは嗜癖行動を共におこなう繋がりのある他者を指す。共通の空虚感を抱えるが嗜癖行動のみが共有される。同じく決まった場所で酒を共に飲む、あるパチンコ店で大体同じ時間に見かけるうちに言葉を交わすようになる、同じ病院で治療を受けているなど接点をもちながら生活には深入りしない。Peerとの相互関係が嗜癖行動を促進するのは、嗜癖対象に関する情報を通じてもたらされる。Peerは自身も嗜癖行動を体験していることから、その情報が女性嗜癖者にとっては必要、あるいは有益なことがある。例えば手っ取り早く稼げてアルコールが飲める仕事の紹介、当たりが出やすいとされるパチンコ台、あるいはスロットを巡る最新事情、または治療スタッフの弱点など、嗜癖行動を促進するのに役立つこれらの情報は、同時に嗜癖に耽溺する自分を「自分だけではない」という気持ちにさせる効果をもたらす。Peerは「ともに回復する人」ではなく、「ともに使い続ける人」である。そのため、本人が嗜癖行動を止めると同時にPeerとの関係は次第に薄れて消滅する。

ではマクロシステムは嗜癖への耽溺をどのように促進するのか。

宮坂(2010:42)は消費活動をジェンダーの視点で捉えたときに、女性をターゲットとした広告産業の成長により消費が女性の行為として構築されてきたこと、その結果女性は家族成員の消費労働の担い手として消費にかかわるだけでなく、自分自身の欲求を刺激するような、例えばファッションや化粧品といった美や女らしさを追及する商品やサービスの消費者として、企業のマーケティング戦略の中心になったという。そして、その結果としてたとえばエステティック・トラブルといったジェンダーに特有の消費者被害が発生すると指摘する(宮坂 2002)。エステティックとは女性嗜癖者の嗜癖対象だが、美しさへの囚われが広告によって煽られ、消費行動の主体として持ち上げられた結果として、残るのが借金という構造自体は問題視されず、自律(コントロール)を欠いた実践は個人の責任という言説が、さらに消費行動を個人責任とみなす構造を構造化する。

またアルコール飲料に関して言えば、コマーシャルの多くに女性タレントが起用され、飲酒が手軽でオシャレなコミュニケーションのツールであるというイメージが流布される。清水(2003:153)はわが国の酒類消費動向と飲酒人口動向について次のように述べる。

戦後昭和期の全国調査では、わが国の飲酒人口は拡大し続けており、とりわけ女性の飲酒人口拡大には顕著なものがあつた。しかし平成期に入り男女ともに飲酒人口は緩やかな減少傾向に転じている。また女性の飲酒を男性と比較した場合、欧米以上に飲酒に関するダブルスタンダードが維持されているという。

また清水(2003:369)は、アルコールが嗜好品であり使うか否かは個人の選択である一方で、それが依存を引き起こし、使い方によっては社会生活を破壊させるものであることを考えれば社会的責任性について論じるべきだとする。日本は集団指向性が高く、アルコールを媒介に社会関係を構築、維持してきたことから、社会システム自体がアルコールに

依存してきたといえる。個人の飲酒の自由を尊重しながら飲酒による身体的・社会的ダメージを抑止していくには、総合的政策の必要を唱えると同時に、具体的には適正な飲酒環境とは何かといった国レベルでの基準や国民のコンセンサスをどうやって得るのかというところから出発しなければいけないのが現状であるとしている。

このようにみていくと、女性嗜癖者が単に生き延びるための自己治療として嗜癖にみずからアクセスするというだけでなく、メゾ、マクロの実践が、嗜癖対象を魅力的なものとして映し出す作用を果たしていることがわかる。ただし嗜癖対象が合法であるか、非合法か、社会慣習と密接に関連するか娯楽として認知されるかなど、その特徴によって魅力の打ち出され方が異なるのである。言い換えれば嗜癖行動への耽溺は、当事者の個人的行動を超え構造の中で再生産され、構造化されていくのである。

### (3)身体が無視

嗜癖行動へのめり込むと、ミクロシステムでは身体を無視して嗜癖による快刺激を追い求め、離脱期には倦怠感や罪悪感に苛まれるという実践が繰り返される。ここでは化学物質嗜癖と行為嗜癖に分けて、嗜癖対象が身体に与える影響についてまず整理する。

化学物質嗜癖の場合には身体への生物学的な影響が大きい。松本(2010c:71-72)によれば、アルコールの場合に急性中毒とはいわゆる急性酩酊状態であり、血中アルコール濃度に比例して中枢神経系の抑制が生じる。逆に中枢神経系の刺激薬である覚せい剤については、急性中毒の場合には食欲低下や不眠がみられ、使用後は過活動を呈する。次にMDMAなどの催幻覚薬は、急性中毒において知覚変容をスタイトする精神病症状が出現し、時に異常な体温上昇と意識障害を呈することがある。また大麻は低量で酩酊状態となり、中用量では知覚過敏、高用量では錯乱をともなう精神病性障害を呈することがある。この他に揮発性溶剤(トルエン、ブタンガス)の低用量では、酩酊による脱抑制や易興奮性、錯視や幻覚を呈する。依存の進行した事例や高用量摂取の事例では、幻聴や被害妄想などの精神病性障害を呈することがある。

これに対してギャンブルや買い物といった行為嗜癖の場合には、身体に直接ダメージを与えることは少ない。しかし過度な行為への集中による過覚醒、反転としての倦怠感や虚脱感などが見られる。また摂食障害の場合には拒食による著しい栄養障害、記憶や計算、判断などの精神活動の低下などがしばしば観察される。また過食嘔吐を繰り返す場合には、胃酸によって歯(エナメル質)の溶解が進み、肌などの老化が加速度的に進行する。またどの行為嗜癖も借金をはじめ経済的な課題を抱えるために慢性的に抑うつ感があるので、その結果食欲低下や睡眠障害も中核症状と考えられる。この他インターネット嗜癖の場合には、一日の大半をPCに向かって過ごすため視力低下や不規則な食事による栄養の偏りと運動不足による生活習慣病への罹患しやすさがあげられる。また人間関係への嗜癖である共依存と身体という関連では、他者のニーズの充足を優先させるあまりに、自分の不調には気づかないことから重篤な疾患への罹患を見逃すことがある。他にも慢性の動悸や肩こり、めまいといった不定愁訴を抱えているが、内科等で検査をしても所見なしという結果で終わるケースがほとんどである。

このように比較してみると、行為嗜癖の場合にはすぐに生命を脅かす身体への影響は少ないが“ない”とは言えない。そして物質嗜癖の場合には、まさに身体のみならず影響を与え、後遺症を残すものも少なくない。そもそも女性嗜癖者の場合には、自分の抱え

る困難(多くは心の痛み)を一時的に麻痺させ、なかったことにする目的で嗜癖を使うため、身体変化に気づかないようにする。したがって身体はたしかに「そこにある」にもかかわらず、当事者には見えていないし、感じられないものになっている。

次にメゾシステムは身体が無視とどのような相互作用を起こすのか。

男性の物質嗜癖は身体離脱が出る場合、家族など近くの人が心配してそれが手に入らないような形をつくり、最後は家族が医療機関へ本人を繋げるという形で治療が開始される。身体に起こった変化は本人ではなく第三者が見逃さない。しかし女性の場合には、身体離脱があっても家族に気づかれることが少ない。主婦の場合など、家事が出来なくなる頃には身体状況が深刻であり治療開始が遅れることになる。こうしたメゾシステムの身体への関心は男女によって異なるのだが、そこには男性が主な稼ぎ手役割を抱えるという状況が絡む。女性は経済価値を生み出す存在ではないことが、結果として身体変化の発見を遅らせ、治療開始時期を後に引き延ばす。身体は無視はマイクロレベルだけでなく、メゾレベルでも女性に不利益がより大きいという形で起こっている。メゾシステムからの身体変化への関心の低さは、マイクロシステムの身体無視をさらに強化し、嗜癖行動の促進=状況の悪化へという相互作用が観察されるのである。

マクロシステムでは嗜癖自体が経済効果を生み出す側面があるため、身体への影響が大きいことは分かりながら、そこには関与しない姿勢がみられる。一方で健康に関する沢山の商品が流通し、スポーツジムの盛況や各種スポーツ競技人口の層も厚い。政策上は国をあげての健康志向があり、各種の試みが展開される現実と、嗜癖による身体変化を半ば放置するという極端な形になっているのが現実である。ここに、嗜癖対象自体は経済効果を考えて残しつつ、しかし嗜癖行動による健康被害については「自己責任」の論理で対処しようとするマクロシステムのもくろみが見える。このようにマクロシステムもまた女性嗜癖者の身体は無視という嗜癖行動促進作用を下支えしているのである。

#### (4)孤立化

初めはPeerやOutsidersといった他者と一緒に使う、あるいは彼らと情報交換をするなどが見られた嗜癖行動も、問題の深刻化のなかで徐々に「ひとりで」おこなうようになっていく。それが嗜癖行動の増悪の最終的な地点である「孤立化」である。当時者の語りには嗜癖行動へのめり込むなかで、人と会うことも言葉を交わすのも面倒になった、嗜癖行動を続けるうちにたくさんの嘘をつき人を騙す繰り返しで人が離れていき、最後は口をきく人が一人も居なくなったという定番のストーリーがある。SHGへの参加が奨励される背景には、孤立から脱出できないままでは嗜癖行動を止め続けることが難しいと、当事者が自らの体験を通じて痛感しているという事情がある。

しかし嗜癖行動を止め続けるために、当事者はそれまでの人間関係を場合によっては断ち切る必要に迫られる。特にアルコールや薬物のような物質嗜癖の場合には、出かける場所や一緒に時間を過ごす人、楽しみにしていた趣味の時間などすべてのものがアルコールや薬物の再使用に繋がるリスクが高い。そのため本当にクリーン(精神作用をもたらす薬物を一切使わないこと)を続けようとする、一時的にそれまでの人間関係を断ち切る必要に迫られるのである。したがって「使い続ける(やり続ける)孤独から孤立へ」と「止め続ける孤独」とがある。二者は似ているが、後者は必要な孤独でもある。自分自身の境界線をつくりながら、自分の感情に気づき、自分の身体を発見するという作業は、長い時間

を必要とするし、当事者でなければその苦しさを主観的に捉えることは不可能である。そのため本人にすると「自分は頑張って嗜癖行動を止めている」が、周りの人間にすれば「あれだけ人に迷惑をかけたのだから、止めているのが当たり前」なのである。ここでも嗜癖当事者は周囲の人々との意識の違いに、孤独や時には疎外感を強く感じる。

一時的に嗜癖行動が止まっても続かない理由のひとつに、当事者が止めているにもかかわらず孤独感が強く、希望を見失うことがある。しかし健康な人も孤独を感じることはあるし、ある意味で孤独を人生に不可欠なスパイスとして前向きに捉えようとする人もいる。しかし嗜癖当事者にとって孤独は非常に辛い。「人と繋がっている」感覚も、客観的には密着やコントロールといった不健康なものが多いのだが、どんなに不健康であり危険だと言われても、その“一時の繋がり”さえあればとしがみつくような場合が多い。一時的であれ“繋がっている”と感じるために、不本意ながらまた嗜癖行動へと逆戻りしてしまうのである。

先述したように SHG はそうした不健康な繋がりではなく、「共に止め続け、共に生きる」ことを目指した結びつきである。しかし女性嗜癖者にはその結びつきがとても「心もとない」ものに感じられる。SHG は基本的にミーティングと呼ばれる場での結びつきであり、その時間、その場でお互いの経験を分かち合って終わる。女性嗜癖者にはそのような緩やかなつながりは「自分はここに居ていいのか」、「自分は受け容れられているのか」という不安の感情に結びつく。同じ嗜癖当事者でありながら自分だけはこの人たちとは違うと感じ、自分から仲間や SHG と距離を置いてしまう。その結果待っているのは、なじみのある孤立感である。嗜癖行動を止めるというのは、こうした生きていくことにつきものである孤独感をそれなりに抱えて生きることである。しかし、女性嗜癖者は様々な経験で傷つけられ騙された経験を積み重ねて来ている。長く続いてきた孤独感によって、人と関係を結ぶことで再度関係を切られるのではないかという怖れが、健康なひとの何十倍も強くなっている。それは女性嗜癖者にとって、自分の生死を分けるほど重要な問題である。

孤立化の作用は「密着と暴力という関係性」を生み出す。そしてその対極には「ちょっとした孤独と緩やかな繋がりのある関係性」がある。そして両者の間には大きな溝が横たわっている。女性嗜癖者はしばしば後者へわたろうとして失敗し、横たわる溝のなかに落ちてしまう。上岡・大嶋(2010:32)は、その状況を次のように説明する。

寂しさや孤独感が強いと、女性嗜癖者はいずれ相手と重なりあう“ニコイチ”の関係、つまり相手と自分がぴったり重なりあって「二個でひとつ」といった関係を望む。相手は男性でも子どもであっても同じである。ところが健康度の高い人とは“ニコイチ”の関係になかなか成れない。その距離が安全なのだが、女性嗜癖者は安全の感覚がよく分からないために、いきなり相手との距離を縮めようと心理的距離に立ち入り相手から驚かれ、逆に距離をとられてしまう。

この“ニコイチ”は DV と表裏一体である。相手と自分に境界線がない時に暴力が出てくる。お互いに相手を縛り、脅しながら全てを共有したいと願い、心にあいている穴を相手に埋めて欲しいと欲望する。しかしそのようなことは無理であり、欲望が満たされないことに気持が集中し、ついには相手への暴力になったりする。ところが女性嗜癖者は、そのように相手に暴力をふるったこと／暴力をふるわれたことを、なかったことや忘れたことにできる。それは“ニコイチ”の相手が、「相手」であると同時に自分でもあるから、暴力を受けながらも自分がふるったように捉えていると思われる(上岡・大嶋 2010 : 34)。

しかもこのような“ニコイチ”関係に陥る相手にも嗜癖問題がある場合には、ふたりの

距離が異常に近い「ふたりぼっち」のことが多い。「ふたりぼっち」は暴力をふるい合いながら密着し離れない。このような場合、嗜癖問題はお互いをコントロールするため、お互いの存在で孤立感を生めるために一層促進され、時に片方の死亡で関係に決着がつく場合も少なくない。

次にメゾシステムと孤立化の相互作用をみていく。

嗜癖問題は医療の対象であると同時に逸脱の対象である。アルコールのように合法薬物の場合には、多くの人がそれを自律(コントロール)しているため自律不能が非難的となる。覚せい剤の場合には、非合法薬物のようなものに手を出すこと自体が逸脱であり、一度ならず何度も繰り返すことは人間として最低であるという評価を受ける。

ギャンブルの場合には、債務整理のたびに家族会議が開かれ、怒号と沈黙の時間が流れる。また摂食障害の場合には、開発途上国で飢餓に苦しむ人たちを引き合いに出され、精神の高慢さが病気を招くとか、今の自分を支える人への感謝が足りぬと言った精神論まで持ち出され、説教の対象である。ここで非難、侮蔑、説教という対応の主語は女性嗜癖者の家族である。

家族は嗜癖問題を生み出す源として働く。表面上は体裁を保ちながら、内実は暴力(ネグレクトを含む)、貧困、精神疾患など、家族自体がそうした課題を否認しながら、地域社会の中で孤立しがちである。湯浅(2008:121)は、現在の日本を非正規雇用や長時間労働、労働管理の強化などを背景にして、働くことで生きていける＝安定した生活を築けなくなった社会だという。そうした状況のなかで、社会に代わり生活の安定を担っているのが家族である。その結果、雇用のネットで支えられない人は、支えてくれる家族がいれば貧困化しないが、家族がそれを行わない場合には貧困化するのだという。しかし、社会から家族に対して家族成員の生活を支える圧力が高まるなか、家族内軋轢が精神的疾患を発症させる・悪化させる例が少なくないと湯浅(2008:121)は指摘している。嗜癖問題は他の精神疾患と異なり、物質にせよ行為にせよ自身のコントロール喪失が病いの中核にあるので、なおさら先述の非難、侮蔑、説教の対象となりやすい。また統合失調症や気分障害ですら家族にとっては「心の持ち方」であり、疾患であることを認めるのが大変であるから、嗜癖問題を疾患と捉えて治療や援助を促し、場合によっては家族も共に治療を受けることに困難が伴うことは想像に難くない。

しかし、家族のなかには嗜癖問題を抱える家族成員の相談に奔走する人もいる。女性嗜癖者の場合、相談者の筆頭は母親である。筆者は精神科病院やカウンセリングルーム、そして精神科クリニックを経て、現在運営するNPOでも多くの家族相談をうけてきた。母親が相談にくる目的は第1に娘の嗜癖行動を止めさせたい、第2に家族としてどのような対応をすればよいかを知りたいという二つである。相談者は嗜癖行動に翻弄され傷ついている。問題が表面化することを怖れて(家族も批判対象となる)借金を肩代わりし、行動を詮索しては逆に刺激してしまい嗜癖行動を促進させてしまう。こうした家族の行動を嗜癖当事者にとってのイネイブラー(支え手)と呼ぶ(宮川・樋口 2010:40)。ところが相談が進むに連れて、娘の嗜癖行動だけでなく相談者と夫との関係や、姑との確執、不安定な経済状況など嗜癖問題の陰に潜んでいた課題が語られるようになる。あるいは相談者である母親が、娘である嗜癖当事者との関係そのものに依存してきたような事例の場合には、娘の嗜癖行動が止まるかどうかよりも、母自身の共依存がテーマとなって相談が継続される。

理想的には嗜癖当事者と家族の回復は、それぞれが独立した個人であり、対等であるならば回復も独立したものである。しかし嗜癖行動が促進されるような家族のあり方とは、

嗜癖当事者への暴力、または遺棄、あるいはその対極にある密着と世話焼きによるコントロールなど境界線の無いものである。したがっていずれも女性嗜癖者を家族から遠ざける理由となるだけでなく、結果として嗜癖当事者が孤立することへとつながってしまうことを意味するのである。

最後にマクロシステムと孤立化の相互作用をみていく。

ここでは生活世界に直接大きな影響を及ぼす教育、雇用、医療、社会保障制度など、全体社会が供給する制度と孤立化の機能との絡みが、ミクロシステムやメゾシステムに利害として捉えられること、それゆえ害として孤立化を指摘できるし、利としてはエンパワーメントともつながること(エンパワーメントについては第4節「生活への適応が促進される機能」の部分で記述)を検証する。

日経連が発表した『新時代の「日本的経営」』は、雇用形態を「長期蓄積能力活用型」、「高度専門能力活用型」、「雇用柔軟型」に分類した。この考え方に基づく実践は、労働力を商品化して市場の原理を反映させ、管理の対象とみなしていく。その結果として、中高年のリストラや若年層の非正規雇用などを生み出していった。白石(2008:36)は、ここから雇用の階層化、市場の“評価”による生の統治がはじまったと指摘する。

また、教育基本法の改正の動向をみると、世界規模の競争経済を生き抜くための人材育成というかたちで、教育の場が、人の健全な育ちよりも規格にあった商品としての優れた労働力たるかを選別する場に変容し始めた。

また Z. バウマンを引きながら入江(2008:85)は、生産的役割から追い立てられた階層は集合生をもたずに個別化され、消費を通じて更に個人化するという。したがって現代は、消費への嗜癖(アディクト)を生み出すことがさまざまなかたちで組織されている社会ではないかという。

「自己実現」と「自己責任」の概念もまた社会に浸透し始めた。元来自分のもつ能力に気づき開花させていこうとする試みである“自己実現”が人材育成と結びつき、また判断や行動化の根拠となる情報や権限の限界を不問とした。それにもかかわらず、結果のみを個人に帰するという“自己責任”論が横行する。大野(2008:105)は、「自己実現」と「自己責任」の概念が心理学的言説をまといながら、集団や組織の実践を支える概念としてさらに個人を粒子化していくと指摘する(下線筆者)。

また香山(2010:42)は、現在の若者が抱える生きづらさを、良い自分と悪い自分が極端に分裂した状態＝スプリティングの状態であるという。そしてどちらの自分が出てくるのかをうまくコントロールしたり、ブレンドさせたりすることができないという。またそうした若者は、周りの人にも同じような白黒を求めることから孤立してしまうのだが、1980年代～90年代は精神科の診察室のなかでしか見えなかったことが、現在は一般の若い人に浸透しているとして指摘する。この背景について香山(2010:44)は、多くの自己啓発本の分析を手がかりとしながら、若者が現在の自分で生き続けることを許容せず、特別な自分、自分が持っている潜在的な能力を100%実現できるような、そんな人間でなければならないという言説が自己啓発本を通じて流され、いずれも若い人の心を強く捉えているという現象があると述べている。そして香山(2010:46)は、この現象がネオリベラリズム、新自由主義あるいは市場万能主義とも結びつくことについて、次のように言う。

実はスプリティングというのは、精神病理の世界では健全ではないものとして扱われていますけれども、経済の世界では、売れるものはよいものだ、売れないものは悪いものとか、とにかく成果を出す人は

出来る人、でも成果を出せない人は出来ない人、というふうはこの市場原理で物事を考えていこうとすると、非常に単純な二分法で、よく言われているのは勝ち負け、いわゆる優勝劣敗の世界ですね。こうしたことは別に病理ではなくて、ある種必然的な結果としてこういったスプリッティングが起きてしまうものとして、ずっとこの10年～20年間あったのではないのでしょうか。

それが経済の世界だけにとどまらず、人々の物の考え方、(中略)世の中の考え方や価値観、仕組みがスプリッティングを促進していたり、あるいはスプリッティングがないと物事が進んでいかないぐらいに、スタンダードになってしまっている。人の内面と、経済とか社会構造の変化や要請というものがシンクロした因果関係、どっちもどっちに対してアフィニティ、親和性があるって、その結果として前に進んでしまった、促進されたということではないかと思っているのです(香山 2010:48)。

上野(2010b:69)は、ネオリベリズム改革の二つの効果について、次のふたつをあげる。ひとつは既得権をもつ層に楔を入れ、これを二つに分解していく効果。もうひとつは既得権を持たなかった人達の間にも楔をいれ、これを勝ち組と負け組に分けていく効果である。そして、前者の楔効果によりドロップアウトした人たちから抵抗勢力が生まれ、後者からは同じ変化を歓迎する人たちが生まれたと指摘する。

上野(2010b:79)はまた、女性の貧困化現象が、これまで存在しながら無視されてきたにもかかわらず、それが若年男性、しかも高学歴にまでおよぶ現象になったことで初めて非正規雇用が問題視されるようになり、格差がジェンダーを超えた問題になってきたという。そしてネオリベリズム改革のもとで二極分解を迫られ負け組に追いやられた人々が、かつてはマイノリティで相対的には状況が改善した人々を攻撃のターゲットにするというねじれ現象が起こっていると分析する。

さらに上野(2010b:84)は、こうした社会構造の要因によって引き起こされる生きづらさを、若者が自分自身に起因するものとして変革を求めるのではなく、自閉と自傷へ向かっているとして次のように述べる。

彼らは、敵を外に見つけることが出来ないので、人とつながることが非常に困難です。他人はみんな自分を蹴落とすかもしれない競争相手です。自分を値踏みするかもしれない。弱みに付け込むかもしれない相手なので、人を信頼し、つながることが非常に難しい。我と我が身を責めて引き籠っていくしかないのです。こういうネオリベ社会のなかで、男女の間でも格差が広がっているし、世代の間でも広がっているし、同じ世代のなかでも負け組と勝ち組の間でも広がっています。そのなかで勝ち組の間にも負け組の間にも、不安を抱えた人たちは年齢を問わずに増えていきます(上野 2010b:84)。

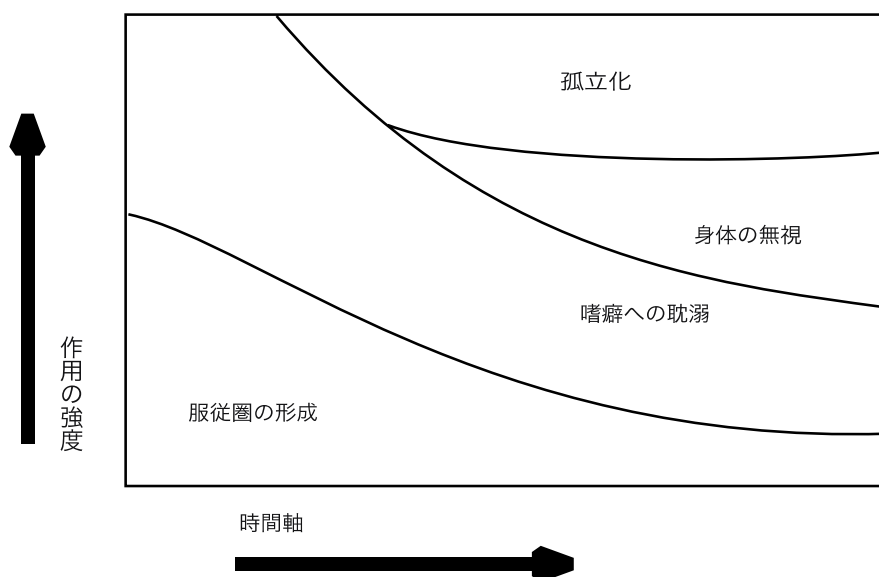
ここまでのさまざまな論者の指摘から、女性嗜癖者自身とその家族が抱える、みかけの適応を一步踏み込んで見える困難(暴力や貧困、精神疾患など)とは、こうしたマクロシステムとの相互作用であることが分かる。まさに個人および家族を分断し、個別化し、それぞれがばらばらで無力な状態に追い込まれるシステムを、それとは自覚できないまま自己責任という言葉説を自らに取り込む形で、「孤立化」が進行していく。嗜癖問題はこの孤立化の過程で「個人が自分で選択した結果」という顔でたち現れるから、なお一層逸脱と「自己責任」論との強力なタッグのもと、女性嗜癖者を、その家族を孤立化させる。そして孤立化は、さらなる嗜癖問題へと結びついて、負のスパイラルを増強していくのである。



## (5)まとめと考察

本節では嗜癖行動が促進される機能として、(1)服従圏の形成、(2)症状への耽溺、(3)身体が無視、そして(4)孤立化の作用が、それぞれ黙秘、内面化、反応、行動化という手段・方法を使いながら、マイクロ、メゾ、マクロとどのように相互作用を起こし、その結果女性嗜癖者は嗜癖問題が促進されるなかでどのような生活世界にあるのかを記述した。まとめではまず、嗜癖行動が促進される機能を使い、女性嗜癖者の支援開始までを表記した。それが図3-2である。縦軸は作用の強度、横軸は時間で、左端は嗜癖行動が問題化し始めた時期であり、右端は支援開始時を指す。

図3-2 嗜癖行動を促進する機能と支援開始までの過程



まず嗜癖行動に問題が出始める時期は、すでに原家族における服従圏が形成されている。このため、自分自身の考えや感情よりも優先させるべきものがあって、嗜癖は使いながら他者の要求に応えようとしている本人がある。まだ嗜癖行動のコントロールが効いている状態である。嗜癖対象がある種の達成感を増強し、あるいは強い不安や寂しさを和らげる効果を発揮しているので、孤立感を感じずに済んでいる。

しかし次第に服従すべき他者のニーズを果たすことよりも、嗜癖行動自体へののめり込みが進んでいくため、生活のこまごまとした部分がうまく回らなくなる。睡眠や食事が崩れ始め、学業や仕事での期待される役割にも支障が出始める。化学物質の場合には耐性の形成が始まり、使用を中止すると身体離脱や精神的な離脱(極端な不安や猜疑心、虚無感等)が出現し、それらが不快であるためにさらに嗜癖に耽溺する様子が観察される。そして身体が無視によってさらに嗜癖行動が増悪していく。

本人を嗜癖に結びつけ、一緒にのめり込みを見せた他者の存在も遠いものになり、また自分の内面では将来への不安が浮かび上がっては嗜癖で打ち消すといった、負のスパイラルに入っていく。時間とエネルギーの大半が嗜癖行動に費やされるなかで、しだいに生活が嗜癖を中心として営まれ、時間の感覚や痛み等の感覚を喪失していく。そして完全に自

分の世界を確立し、他者を寄せ付けず最終的に孤立化が完成される。

ところで服従圏の形成は女性嗜癖者が生まれる前から行われ、世代を伝播していることも少なくない。服従を免れなかった者が女性嗜癖者に対して過剰な期待という形でさらなる服従圏を形成する場合、あるいは服従によって抑圧してきた怒りを弱く従順な立場である子ども(女性嗜癖者)へとぶつけ、あらゆる暴力になって表出する場合、また服従により精神疾患を発症し、子ども(女性嗜癖者)の存在を無視するか省みることができなかつた＝遺棄など、さまざまな形が想定される。

またどのような嗜癖対象が選択されるかは、女性嗜癖者にとってのメゾシステムにおける Agent が何であるかによっても異なる。また家族内の文化資本や経済資本、象徴実践のパターンなども影響を与える。しかし一般に覚醒系の物質に関しては、その強い精神作用物質をもってでなければ払拭できない“何か”の存在を想定できる。女性嗜癖者の場合には性被害体験を疑うことが順当である。また抑制系の物質については、高い緊張感を使用背景にもつ。この他、エスティックや摂食障害など女性の美しさ＝女性への評価と直接的に関連する嗜癖については、嗜癖行動が表面的に止まっても、その根底にある自己不全感を手当てする必要がある。物質嗜癖と併存する場合には、援助の優先順位や、優先されている間にも摂食行動が続けられ、しかもひとつの嗜癖を中断することによって強い葛藤やストレスがかかるために一時的に摂食行動が増悪する。そのことを念頭におかないと、女性嗜癖者の努力(たとえば酒は止まっているが、摂食障害の症状が悪くなっている)を評価できずに、出来ていない部分を援助者が指摘し、ふたたびメインの嗜癖が再燃するなどのリスクがある。増悪するシステム(メゾ)に援助者が入らないよう、注意が必要である。

そして身体は無視については、特に援助者の注意を喚起すべき点である。心気的な訴えを過小評価せず、また「何でもない」という本人の訴えも所見と検査によって丁寧に確認していく必要がある。生命に直接影響を与えるのは科学物質である。アルコールを例にとると、女性嗜癖者の場合には男性より短時間で神経毒としてのアルコールによる影響を深く受けてしまう。早期痴呆などの所見がないかも注意が必要である。また女性嗜癖者が離脱期管理の時期に最も訴えるのが不眠である。眠りに関して、どのような嗜癖もそのリズムを崩してしまう(ギャンブルのような行為嗜癖も、時間感覚を破壊する)ため、その回復には薬物療法ではなく実際に昼間の活動や運動を通じて改善していくことが奨励される。逆に嗜癖問題が増悪していくなかで全く睡眠が取れず、援助開始の契約も出来ない状態にまで悪化する事例もある。身体は無視がどのような形でどの程度進んでいるかを、観察と聞き取りで把握する。

最後に孤立化の現れは、援助者への敵意や不信感で表現するものや過剰適応(にこにこ仮面)で出すもの、あるいは感情の平板化や無為自閉といった表現などさまざまである。また孤立感が日常化し関心をむけられることに警戒感を覚える事例が少なくないので、本人から経過を詳細に聴き取ることは望ましくない。むしろ外部からの関連する情報の収集により推論と仮説を形成し、時間をかけて検証していく。

このように女性嗜癖者は、自分自身のことでありながら自分をうまく感じることができず、しかしながら嗜癖問題そのものとしてはいわゆる共感の難しい「多問題を抱える病識に乏しい人」として支援の場へ辿り着くのである。

#### 第4節 生活への適応を促進する機能と女性嗜癖者の生活世界

嗜癖からの回復は単に嗜癖対象であったものを使わなくなることではない。先述したように彼女達が社会のなかに居場所を見つけ、暮らし、他者と「関係」を作るまでには長い道のりが必要である。嗜癖行動を促進する機能とミクロ、メゾ、マクロがそれぞれ交互作用を起こすように、嗜癖からの回復過程では「適応機能(Function for Adjustment)」というものが存在し、交互作用を起こすと考えられる。つまり、支援はこの「適応機能」が機能していくために行われている。

そこでまず「適応(Adjustment)」が意味するものについて明らかにする必要がある。一般的に適応とは「その場の状態・条件などによくあてはまること」である。また生物学的には「生物がその環境でうまく生活していけるような特徴(表現型)をもっていること」とされる。このときふたつの定義に共通するのは、その場＝環境である。また“社会生活に適応する”と表現する時に想定される生活を具体的な場面に解体しながら、回復の過程で初めはかなりの隔たりがありながら変化していくさまを明らかにしていく。また本論では女性嗜癖者の回復過程における場＝環境は、変化するものと捉える。たとえば回復初期では「非常に限られた人間関係の場」が適応を必要とされるものである。そして回復後期にはより広い「人間関係の交叉するような場」への適応が課題になる。また適応自体が本人を嗜癖システムへと後戻りさせるトリガー(引き金)になる場合、“あえて適応しない”ということも必要である。従って「適応(Adjustment)」とは、ある意味であてはまるよう促されるその場＝環境それ自体の問題性を問う概念でもある。

では女性嗜癖者が回復を押し進め生活を再構築していく時に、適応機能はどのようにして立ち上がり形成されるのか。本節では回復過程を辿る時に起こる、彼女達の生活の変化そのものを分析材料としている。

まずはこの生活変化そのものを列挙した。次にそれらの生活変化のうち類似したものをマッピングし一次コードとした。次に一次コードとして上がった生活の変化を意図して行われる援助実践について列挙した。これらの援助実践についても、生活の変化と同様、類似したものをマッピングした。さらに一次コードおよびそれに対応する援助実践の共通性や類似性に着目しながら、これらを最終的に4つの作用としてコード化した。

4つの作用とはすなわち(1)症状の覚知(awareness)、(2)身体のカア(body care)、(3)社会化(socialization)、(4)親密圏の創造(create the intimate sphere)である。また、それぞれの作用を起こす手段および方法が必要である。これについても一次コードと対応する援助実践を再度見直すことによって、言語化、対象化、分析、試行という4つの手段・方法が使われていることを抽出した。

最後に、嗜癖問題が生活を脅かしていく構造的把握を第3節でおこなったのと同様に、これらの「適応機能」と交互作用をおこすミクロ、メゾ、マクロとはどのようなAgentであるのかについて考察した。これらの経過をふまえて、回復過程と生活の再構築を構造的に把握するべく作ったのが図3-3である。以下、生活場面への適応を促進する機能について図を参照しながら順に記述していく。

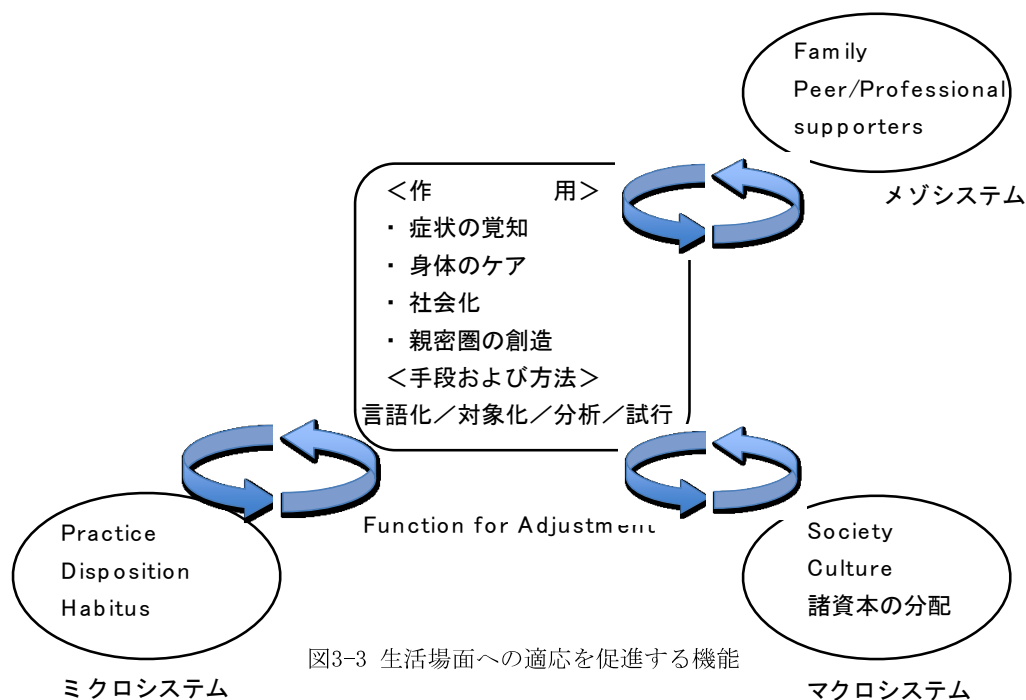


図3-3 生活場面への適応を促進する機能

(1) 症状の覚知 (awareness)

多くの女性嗜癖者に共通した感覚として病気になった自分を“恥じる”，あるいは病気になったことへの“罪悪感”がある．アルコールの場合には「女だてらに」というジェンダ―格差が働く．現代社会において女性が飲酒することへの非難はほとんど感じられないものの，あくまでそれは節度をもった飲み方に対してである．例えば二日酔いで出勤する，酒の席で泥酔するという態度が男性によるものか女性によるもので比較すると，明らかに女性に対する非難が男性のそれを上回るであろう．また嗜癖対象が物質にせよプロセスにせよ女性が子育て期にある場合には，女性だけが子育ての責任を負う訳ではないにも関わらず厳しい非難を浴びることになる（ちなみに男性がギャンブルに嗜癖する場合，稼ぎ手役割に支障がでなければ問題視されないのに対し，専業主婦がギャンブルに嗜癖する場合，“夫の収入をギャンブルに使った”ことに加え“主婦としての役割を果たしていない”という二重の非難を受けることになる）．筆者は女性のアルコールへの耽溺が，性別役割への過剰適応から離脱する意図を持っていることや(大嶋 2007)，薬物使用が暴力被害による強い恐怖や不安への自己治療の意味をもつことについて述べてきた(大嶋 2004a)．

嗜癖問題からの回復においては，まず嗜癖者自身が自分に起こっていることを認識する必要がある．なぜ他者が気分転換として用いることをその程度に留めておけなかったのか，あるいは所持および使用が違法行為であると知りながらなぜ止められなかったかなどは，常識的な感覚で理解することが困難である．しかも人はこれを個人の失敗とみなすこともあって，当事者は嗜癖問題を口外せず隠すことによって嗜癖システムを強化させていく．男性の場合には嗜癖対象のコントロール喪失に陥っていること＝自律性の低下＝敗北であり，それ自体が屈辱であるため“否認”（問題の存在を無視する）という心理機制を働かせる．女性の場合には先述したように自責感と恥の感覚を募らせ過度に自己責任として内面

化するが、それはさらなる葛藤や抑うつ感と呼び寄せるので、逆に嗜癖行動を加速させる側面をもつ。ミクロのレベルではこうして何が自分に起こっているのかを客観的に見て、そのメカニズムを捉えるための行動を通してこれまでとは異なるハビトゥスを形成していこうとする。新しい理解とその枠組み、さらに当事者による実践がハビトゥスとして形成されると、それが構造に影響を与え、また別の理解と枠組みに影響を与えるという“さざ波効果”が現れることになる。

では症状とはどのように覚知されていくのか。嗜癖者は自分の飲み方やクスリの使い方、あるいは食べ物との付き合い方について「これはおかしい」と思いながら、それを見ないようにする。自分でも嗜癖問題が生活を脅かしつつあることを自覚しつつ無視することで、嗜癖による効果を何とか持続させられないかとあがく。しかしよいよ嗜癖行動が行き詰るなかで、嗜癖者は「生きることも、死ぬことも出来ない状態」へと辿り着く。ある当事者は次のように回想する。

薬物やアルコールを使う前、私は眠れなかった。目を閉じると襲ってくる脈絡のない記憶の洪水、激しい動悸、息が吸えない、激しい吐き気、冷や汗、飛び起きる。睡眠薬と精神安定剤は天の助けだった。やっと眠れると思った。「酒癖のわるいバカな大学生」にすぎないと思っていた私は、気がつくと精神病院の保護室で世の中全てを恨んでいた。その病院すらも強制退院となり、大学も仕事も辞めた。処方薬を焼酎で流し込み、リストカットを繰り返して、身体を売った。あるとき、同じことをしていた友達が死んだ。私たちにあって、生きたいから選んだ方法だった。なのにそれで命を落とすなんて。目が覚めた。私は死のすぐ隣にいる。死にたくない！でもやめたら一体どうなるの。心底怖くて、やめられないのだ。きっと世界じゅう誰にもわからない。やっぱ死ぬのか？がたがた震えながら必死で考えた。

そこから逃れた人を一人だけ知っていた。それは何年も前に電話番号を教えてくれた、自助グループの仲間だった。(中略)シラフで直面する苦痛と恐怖が、堪え難く思えることもある。でもシラフになったから、何十年もずっと「半分殺した」ままだった自分に、ようやく出会えた。霧が晴れ、鮮やかになった。世の中の人にはこんなにもクリアで手応えのある世界で生きていたなんて！

(小鉄／33歳TG女性、アルコールおよび薬物依存症、自傷癖 冊子『This is hope～依存症・メンタルヘルスのもんだい・そしてHIVのこと』2008より抜粋)

施設のミーティングで司会をしていた仲間が、あるとき、「我々は壊れていたんだよ、肉体的に精神的に、霊的に壊れていたんだ、壊れた自分を人と比べるのでなくて、丸ごと受け容れてからが回復だよ」と言われた。私は最初、「壊れていた」というのがピンとこなかった。けれど1ヶ月くらいするとふっと、「壊れていたんだ、壊れた頭とか、身体とか、考え方、一生懸命自分で生きようと考えていたから、やればやるほどあり地獄の様に下がっていくんですよ、自分の生き方がね、一生懸命やろうとするほど違う方向へいってしまう、それは壊れていたからなんだ」と、その言葉が自分にピンと入って来た。プログラムをやるしかないっていう気持ちに変えられた、3ヶ月目くらいの時に、ミーティング場からの帰りに夜空の満月を眺めていたら、ふっと、「私生きていていいんだ」という気持ちがお腹の底からこみあげてきて、今までほんとうに死んだ方がいいと考えていたのが、生きていていいんだと思って、今まで感じたことのない喜びというものが感じられて、信じてみようという気になったんですよ。今までは肩に力が入った感じで、信じなくちゃとばかり思っていたのが、何とかなるかもしれないという自分に初めて楽観的な気持ちになった。

(プリン／アルコール依存症 冊子『わたしなりの生き方を取り戻して～セルフヘルプグループの女性からのメッセージ』2002より抜粋)

ふたりの語りからは、嗜癖行動が自分を死に至らしめる(肉体的死だけでなく、精神的あるいは社会的な死もある)ものであることを、自助グループや施設での peer(仲間)の言葉や存在によって気づかされていくのが分かる。小鉄の場合には、同じ問題を抱える友人の死が、自分の現実(症状)を対象化することになった。プリンは、「壊れる」という言葉を知り自分の嗜癖行動を振り返ることを通じて、自らの一生懸命さが自分を救うことに結びつかなかった理由を理解していく。またプリンのいう“信じなくちゃ”とは、AAの12ステップにおける第2ステップ「私たちは、自分より偉大な力が私たちを正気に戻してくれると信じるようになった」を指していると思われる。治療共同体では、12ステップの3番目までを徹底的にミーティングを通じて(=言語化)自分のものにするよう求められる。しばしば当事者達はステップが“入っている/いない”という表現で、自らの症状の覚知がどの程度進んだかどうかを確認する。まさに SHG や治療共同体では、同じ問題を抱える他者の言動を通じて病いを対象化し、ミーティングを中心とした語りに触れることで体験を“物語る”ための言葉を知り、どのように嗜癖問題が死に向かわせるのかを分析し、そこから遠ざかるためには何をすればよいのかを仲間の真似から学び、試行錯誤=行動化するのである。

次に援助者は症状の覚知に関してどのような働きをするのだろうか。アルコール依存症に関しては ARP(アルコール・リハビリテーション・プログラム)を実施している精神科病院はあるものの、全国的にその数は少ない。筆者が勤務していた札幌市の病院では週に一度「学習会」と称した心理教育が実施されていた。内容としてはアルコール依存症に関する解説と自助グループの役割、アルコールが引き起こす生活問題と家族への影響といった全10回で構成されており(教育ビデオなどの鑑賞も含まれる)、1980年代中頃に始まりその後ほとんど変更されていない。アルコール依存症の解説ではアルコールという薬物がどのような身体合併症を引き起こすか、また離脱症状が起こるメカニズムなどを学ぶ。また離脱症状が見られなくなっても、アルコールの酔いに対する精神依存が病理の中核であり、その背景について振り返りながら酔いに逃げ込まない問題解決パターンを見つけ出すよう促していく。ARPのもうひとつの柱は集団精神療法である。スタッフは参加メンバーの依存症に関する認知を高めていくように働きかけ、グループのなかに相互援助システムを創造していくのが狙いである。この場面での経験は言語による症状理解、共通の体験をもつ参加者との出会い、酔いを諦める決意の萌芽という意味において自助グループへの橋渡しをする機能も持っている。また医療機関においては、主治医との精神療法のなかで症状に関する解説が行われる。ここでは「学習会」のような一般論ではなく、それぞれの個別性に焦点化された症状の解説が可能である。

このように症状の覚知に関して医療機関の果たす役割は大きいですが、限界もある。先述したARPはあくまでアルコール依存症に関するリハビリテーションプログラムであり、覚せい剤やギャンブルといったそれ以外の嗜癖に関してはそのまま解説を利用できない部分もある(身体依存が形成されないため離脱症状はない等)。しかしながら嗜癖対象ごとの「学習会」や「集団精神療法」を実施することは現実には不可能に近い。そのためアルコール以外の嗜癖者は、専門的治療のなかでも周辺化される。さらに女性嗜癖者の場合には、中年男性患者を想定して作られたARPを援用されるため、精神依存の生まれる背景に横たわるジェンダーの問題などは無視されることがほとんどであるし、併発している摂食障害へのアプローチが行われることも少ない。またARPを行わない医療機関の場合にはアルコール依存症に関する学習の機会もなく、通常は離脱症状の管理が終わると外泊を繰り返し、

再飲酒がなければ自助グループへ参加を促して治療を終結するのが一般的である。

## (2) 身体のカケア (body care)

ケアとは広い意味で世話や配慮、気配り、メンテナンスなどを行うことである。嗜癖行動が生活を脅かしているあいだは、身体を無視したように傷を放置し、極端な栄養障害で認知機能が低下するなどほとんど配慮のない状況に置かれる。しかし嗜癖が止まり、時間が経過するにつれて“酔い”による麻痺がなくなるために、そうやって初めて自分の身体を認識する(対象化)する。回復の初期にまず身体を認識する鍵は「痛み」であることが多い。嗜癖に耽溺する間止まっていた生理が戻ったりすると下腹部や腰などの鈍い痛みが襲われ、不快感というより痛みそのものに驚き、慌てる人は少なくない。化学物質への嗜癖が中心の人に鎮痛剤の使用は最小限を奨励しているため、いつ終わるのかどれくらい痛みは強まるのかが分からないまま「痛み」を我慢してもらうことになる。ところが生理痛だけでなくあらゆる身体の痛みを“酔い”で飛ばして来た身体は、しらふになるとちょっとした痛みで「死ぬのではないか」といった極端な不安におののく。また「緊張」を背景とした不調も身体を認識する鍵となる。肩が凝る、眼が見えない(緊張から視野の狭窄が起こる)、動悸が激しい、食事が飲み込めない、などの状態を何度も体験することで、それらは身体の「緊張」への反応だと気づくようになる。

このように「痛み」や「緊張」を背景とした不調を手がかりに、自分の身体を認識し対象化する。と同時にそれら进行分析することで、初めて具体的な世話や配慮が検討可能となる。また、たとえば薬を飲むとか病院へ行く前に、「つらい」とか「痛い」と言えるようになること(言語化)は重要である。ダルク女性ハウスのメンバー“なまみーず”による、生理の当事者研究によれば、研究成果のひとつは「つらい」と言えるようになったことである(上岡・大嶋 2010:141)。それまでは「痛い」とか「つらい」と言うと、自分が弱くなってしまうような気がして怖かったという。だから言い方(表現する言葉)を知らなかったのだというのである。しかし、仲間のなかで共に生理の研究を進めるうちに、痛みを隠したり言うてはいけないと思うなど、共通の体験をもつことを知った。このように身体を対象として認識し、その不具合の背景进行分析し、そして何がどうなっているのかを言葉で現すところまで来て、ようやく「具体的にどうすればいいのか」がいくつかの選択肢を伴って考えられるようになる。

普通の人々が身体の不調を感じた場合には、これまでの生活体験を照合して対応を選択するのが一般的である。市販薬で様子を見て改善されなければ病院を受診するといった、当たり前前思えるような行動が当事者にとっては難しい。ぎりぎりまで具合の悪さを我慢し症状を悪化させたあげく救急車を呼ぶ事態になるが、病院で検査をしたところ便秘だったという類いの話は枚挙に暇なく、自助グループなどでは笑い話として語られる。しかし、この当たり前前の行動が取りづらいために、彼女達の生活は非常に不便なものになる。嗜癖が止まった後で長く身体の不調を抱えるのは当事者のなかではよく知られており、その状況を「しらふで」乗り切るには、具合の悪さを認識し背景进行分析し、言語化する作業を経てかつ必要な対処までをやり通すことが必要になる。そして何度もこの作業を具合の悪さが出現するたびに反復する。「メンテナンス疲れ」(上岡・大嶋 2010:180)という状態はこのようにして起こり、彼女達をうんざりとした気分させる。

こうした作業についてはグループホームや自助グループなど当事者が集まる場面では

しば話題にのぼるため、すでにそうした不調を乗り切ってきた体験が、渦中にある当事者に引き継がれる。また不調に悩む人が援助者や仲間具体的な手当てをされる場面や、気遣いを受ける場面をみているという体験は、不調それ自体は批判されないこと、表現しなければなかなか他者には伝わらないものであることなどを回復の初期にある当事者に教えていくことにもつながっていく。自分の身体を世話し気配りできるようになっていくと、出産や更年期障害といった、病気ではないが女性独特の身体の変化にも混乱が少なく対処していけるようになる。

またケアは狭義で介護・看護を意味するが、生活への適応が促進されるためには当事者が介護・看護の専門職から身体ケアを受ける、あるいはその技術を伝授される機会は重要である。医療機関(専門職)による最も典型的な身体ケアは、アルコール依存症の離脱期治療(解毒)だが、Emmelkamp らによればこれは通常 3~6 日ほど続き、適切な薬物療法を受けない場合、死亡する確率が高い(10%)。離脱症状としては強度の自律神経興奮状態(大量の発汗、頻脈)、話がまとまらないなどの思考障害、失見当識、極端な落ち着きのなさ、幻覚(特に床をはいずりまわる小動物を見る)がある(Emmelkamp & Vedel 2006=2010:46)。また重黒木と藤原は、アルコールによるさまざまな臓器障害のため入院して 2~3 週間は身体の治療とケアに全力が注がれるが、この時身体疾患のケアに関わる看護職は嗜癖行動を止める動機づけをおこなう絶好のチャンスを手にするという(重黒木・藤原 2009:58)。治療開始時には食事を受け付けない場合がほとんどだが、内科的なケアに触れながら検査データを使い現実を知らせる、あるいは生活場面での思わぬ怪我などを介入の糸口としながら、本人が認めづらい身体ダメージを実感してもらうよう働きかけていくことができるからである(重黒木・藤原 2009:59)。

逆に離脱期を過ぎる頃には炭酸飲料や甘味の過剰摂取などが見られる。前者は咽頭部の刺激が薬物の代用となっていると考えられ、後者は脳活動の活性化につながると考えられている。また女性で摂食障害と重複する場合には、栄養状態の悪さから意識混濁や集中困難といった状況を呈する場合もある。また入院初期にひととおり身体検査をおこなうのが通常だが、未処置の傷や火傷、ときには本人にも気づかれていない骨折や脱臼といった所見が出る場合も少なくない。なかには離脱期をすぎて意識が鮮明になるにつれて、痛みや違和感を自覚し、さまざまな身体に関する訴えを看護職に繰り返す当事者をみかける。

検査結果に異常がなければ通常それらは「心氣的訴え」とひとくくりにされ退けられることが起こりやすい。しかし痛みのように自覚症状が主で裏付けるデータが見つからない場合に、たとえば本人の不安が一層痛みを強く感じさせることも考えられる。従って身体のサインはまず症状としてきちんとアセスメントされることと同時に、それが否定された場合の対処についても同様の丁寧さが求められる。

次にアルコール以外の薬物を使用する場合にも多くの医学的合併症が起こる。薬物の過剰摂取に伴う合併症としては、肺気腫や不整脈、横紋筋融解症、認知障害などがあげられるが、薬物使用の際に注射器を用いる人の多くに B または C 型肝炎ウイルスの感染が見られやがて慢性肝炎を呈するようになる(Emmelkamp & Vedel 2006=2010:47)。しかしアルコールの離脱期治療と違ってそれ以外の薬物過剰摂取、とくに覚せい剤など覚醒作用の強い薬物の使用は被害妄想や幻聴などの一過性の精神病状態を示し、興奮や破壊行動などが見られることから、医療機関であってもこれらの身体的ケアを断るケースが後を絶たず、大きな課題となっている<sup>2)</sup>。また Emmelkamp(2006=2010:48)らのレビューでは、多くの薬物乱用者が認知面での障害を抱えることが神経画像検査で確認されていること、解毒後もその



回復の度合いにはばらつきが多く、臨床的には改善がほとんど目立たない場合もあるという。また物質使用者の食生活は不規則であり、それに伴うさまざまな身体面での問題を呈することがあると指摘している。

このように、医療機関では医学的処置をまずおこなうので、症状の改善とともに身体的ケアの比重は再発予防に向けた心理教育や集団処遇へと移っていくことになる。離脱期は生命維持を第一優先に考えるため、濃厚な身体ケアが行われるが、注射や点滴だけでなく、清拭や時には怪我の処置といった身体に直接働きかけられる体験は、多くの当事者にとって自分の身体を丸ごと預けざるを得ない体験となる。この時にケアする援助者側から罪悪感を助長される言葉や態度でケアされるのか、丁寧な説明と態度で身体をケアされるのかでは大きな違いが生じる。後者は他者のケアに自らをゆだねるための安心感を呼び起こすものであり(親密性への予備的接触となり得る)、症状を覚知する契機にもなり、孤立せずケアへと自分を押し出していく働きを促進するものだからである。

女性嗜癖者のなかには、アルコールや覚せい剤などの化学物質嗜癖と並行して、自傷行為を繰り返す人が少なくない。大量の過食や下剤の乱用なども自傷行為と捉えられるが、文字通り手首などをカミソリなどで傷つける彼女達の自傷は、松本が指摘するように不快感への自己対処でありながら嗜癖と自殺のあいだに位置し、その両極の間を揺れ動く行動である(松本 2008b:483)。自傷創によっては医療機関で縫合などの処置を受ける。自傷はしてしまったが、こうした処置を受けようとする本人の行為は評価に値すべきである。

しかし先述したように、その場合に援助者側から叱責される、あるいはため息をつかれるといったなかで処置されるのか、あるいは淡々と処置を進めながらも丁寧なその後の手当てについて説明されるのかでは、本人のその後の援助希求行動に大きな影響を与える。生活への適応が以前との比較において進んでも、こと身体に関しては、何がどれくらい苦しければ助けを求めていいのか分からずに、混乱がひどい当事者については、こうしたケアの場における良い体験／悪い体験のどちらをより多く蓄積しているのか、今一度確認しておく必要がある。また筆者のフィールドワークからも、身体ケアについては薬物を投与されるという処置より、実際に身体に働きかけられる体験が当事者にとってより重要であると考えられる。熱を測ろうと額に手をあてる、脈をとる、カイロを腰にあてるなどささやかな手当ては、すぐに症状緩和へとつながるようなものではないにせよ、当事者にとっては「(自分の)身体を第一優先に考える」具体的な実践であると同時に、他者が自分(身体を含めた)に関心と配慮を示す事実として残すことが出来る<sup>3)</sup>。

### (3) 社会化

ここでいう社会化とは個人が他者との相互行為を通して諸資質を獲得し、その社会(集団)に適合的な行動パターンを発達させる過程(『社会学小事典』2005:246)を指している。教育社会学の研究で知られる山村は、これを制度的価値ないし文化のパーソナリティへの内面化である(山村 2008:11)とし、社会化をめぐる使われる用語の整理をおこなっている。それによれば、個体の変化を個体に加えられる作用のプロセス、つまりインプットでみるか、その結果としての個体の状態アウトプットでみるかという軸、もうひとつは個体の変化を他者などとの社会的関係としてみるか、個体内でのこととしてみるかの軸があり、それらを図1のように示す(山村 2008:11 下線は引用者)。

表 3-4 一般用語の整理(山村 2008:12 をもとに作成)

	社会的関係	個体
インプット	教育／社会化	学習
アウトプット	一人前	発達

更に山村は社会化のうち外面的行動の習慣化を「しつけ」といい、年少の子どもを対象とした社会化で身体的成長をそこに含ませるものを「育児」と呼ぶ(山村 2008:129)。また山村は社会化を考える場合には、家族・仲間集団・学校・職業集団など人間が所属する集団的経過として、政治的・社会的・法意識の社会化といった特定の主題に焦点をおいたもの、そして、それによって内面化されるべき価値や文化のパターンを中心に研究されるものだと述べる(山村 2008:17)。

また青年心理学の研究者である溝上は、自己形成という観点から「他者の森を駆け抜けて自己になる」というメタファーで個体の変化を説明する。それによれば、青年期までは他者を学習し、他者の観点に立って世界を見る。その世界観が折り返されて自己に向けられることで自己(像)が把握される。しかし青年期に入ると、他者の世界観にもとづいて形成されたさまざまな場面や領域における「私」を調整する必要がある。このようにポストモダンにおける自己と形成とは、個別具体的水準における「私」群の形成にほかならないという。その意味ではエリクソンのいうアイデンティティの一局集中性は否定され、むしろ自己は、個別具体的水準で分権的に形成されていると述べる(溝上 2008:159-164)。

さらにこれまでの社会化のイメージが「子どもが大人になっていくこと」という言葉に表されるように、青年期前期までには完了するものといった捉えに対して、中年期の危機と社会化(岡本 2010)、高齢期の社会化(小川 2010)といった論考が登場している。岡本は今日の長寿社会、変動社会においては、決して青年期までに獲得した社会的自己や社会的役割のみでは、長い成人期を生き抜くことは難しいとしながら、中年期の社会化について次のように述べる。すなわち次世代の育てだけでなく親世代の支え、あるいは所属する集団や組織で重要な役割を果たすといった成人世界へ“参入”するアイデンティティから、“支える”アイデンティティへの転換こそが「社会化」の深まりであるとする(岡本 2010:127)。

また小川(2010:138)は現代日本社会における平均寿命が80歳を超えたことで、長期化した高齢期の生活を営むためにはそれなりの学習、再学習が必要だと述べる。そのなかでも小川が重視するのが「情報活用力」である。ここでいう「情報活用力」とは、情報および情報手段を主体的に選択していくための個人の基本的な資質を指すが、小川の調査によれば高齢期の発達課題とされてきたアイデンティティ再統合と情報活用力・インターネット使用量は有意に関連しているという。このことから小川(2010:138)は高齢者に情報活用力を獲得し維持することが発達課題として欠かせないし、高齢者にインターネットなどのICT(情報通信技術)を活用して支援することが重要だと述べる。

女性嗜癖者の回復過程においてまず優先されるのは、嗜癖行動がひとまず納まり心身の安全を確保することである。次に自らの状態を嗜癖問題という枠組みで捉えるための言葉を獲得し、同じ経験をした他者がそのように語る場面と出会う。そして医学的な処置が終わっても引き続き身体のケアをおこない、当たり前の生活を再構築していく。筆者はこの時に社会化の機能が生活の再構築を促進すると考えてきた。しかし症状の覚知や身体のケアと比較すると、「親密圏の創造」と並んで女性嗜癖者にとって「社会化」は、非常に多くの困難に阻まれるのが現実である。

先述したように、山村は社会化と教育は社会的関係として個人に加えられるインプットに即した概念と整理した。しかし第3節でみたように、嗜癖行動が促進されるに従って嗜癖当事者もその家族も社会から孤立していく。そして孤立化が進むことでさらに嗜癖行動へのめり込むという負のスパイラルに入っていく。したがって、女性嗜癖者達の多くは本来であれば家庭や学校という場で体験できるはずの社会関係がほとんど記憶にないか、あるいは“暴力”や“いじめ”といった恐怖や緊張の感覚とともに記憶しているかのどちらかである。女性嗜癖者が嗜癖行動の止まった後でまず直面するのは、「シラフの状態、他者と何をどのように話したらいいか」である。挨拶の後どんな会話をするのか、どこまでが“当たり障りのない”会話でどこからが“立ち入った”会話なのかが分からない。また沈黙は相手が自分に対して気分を害しているのではないかと不安になるなど、分からないことが多くて戸惑うのである。

上岡・大嶋(2010:240)は、女性嗜癖者の社会化をアセスメントするうえで、学歴よりもむしろ学校で教わったことを聞くことが重要だと述べる。社会のおおまかな仕組みが生活の細部と照合される経験や、日常生活で使う簡単な計算式などが問題なくできることは、嗜癖問題から抜け出した後の生活を組み立てていく場合に本人の強みとなるからである<sup>4)</sup>。しかし能力はあってもそれが引き出され育てられることがなく、そのまま放置されることも少なくない。また解離症状があると、学校は修了していてもほとんどその内容に関して記憶がない場合がある。自験例のなかにも、小学校時代の担任から「ぼやっとするな」と何度も叱責されていたと回想する事例がある。本人は集中して授業を聞いているのに、何故そのように言われるのか当時は分からなかったという。嗜癖行動が止まり数年を経て暴力被害に関してははっきりと記憶を辿る治療を開始したが、小学校時代の大半を解離して過ごしていたため、くだんの担任から何故注意を受けたのか、今になって知ることになった。

また女性嗜癖者のなかには、10代半ば頃から嗜癖問題が顕在化したために、いわゆる就業経験がない事例がある。そのため社会関係が少しずつ生まれてきた時に、冠婚葬祭や食事の誘いなどを受けた時にどう振る舞うのかといった、いわゆる一般的な常識が欠けているために苦慮する。SHGの仲間(Peer)が相談相手となって切り抜け、職場の上司や先輩に教えてもらいながら対応を覚えていくこともある。筆者が5年あまり支援している事例では、支援の期間中に何度かアルバイト就労を体験した。履歴書の書き方や面接時の服装、一般的な受け答えまでを細かく打ち合わせし、SSTを使ってグループワーク場面でロールプレイをおこなった。また就労後に風邪をひいて体調が思わしくない時など、何と云って休みを申し出るのか、その申し出は妥当かどうかなど、現実的な判断に迫られることの連続である。アルバイトそのものより、こうした社会人としての振る舞いに対する他者の期待や、「知っているはず」という暗黙の了解が女性嗜癖者を脅かす。自分に対する自信のなさや、もともと持っていた他者への恐れなどが絡まり、社会関係を造りそれを維持し発展させながら成長していくには、女性嗜癖者本人の実践だけでは限界がある。

社会化の機能を促進させるには、Supporterと呼ばれる女性嗜癖者に関心をよせる一般の人々の存在が大きい。回復の初期に女性嗜癖者が生きる世界は、医療機関や治療共同体(生活支援共同体)、そしてSHGと非常に限定されていて狭い。従ってこうした支援の世界とは無関係に、女性嗜癖者を従業員や知人として、あるいは同じコミュニティの住人として迎え入れる一般の人々と出会い、たとえ薄い関わりであっても関係を続けていく体験は、その後の社会生活で生かされていくことになる。

#### (4)親密圏の創造

最後の適応促進作用が親密圏の創造である。ここで再度、親密圏に関して斎藤純一(2003:213)の定義を引いておく。斎藤はこの数十年の世界規模での秩序再編成が、一方で安全保障の追及が昂進し、他方では生存そのものを脅かされる境遇が、急速に、しかも非対称的に配分される形で広がっていると規定した上で、「親密圏」という概念を次のように定義している。

さて「親密圏」という言葉を、ここでは具体的な他者の生／生命—特にその不安や困難—に体する関心／配慮を媒体とする、ある程度持続可能な関係性を指すものとして用いることとしたい。従来、それは「愛」をメディアとする関係性としてとらえられ、多くの場合男女のカップル(とその子ども)からなる小家族と同一視されてきた。(中略)「人びとの間」は家族に限定されるものではありえない。家族はたしかに親密圏のひとつではあるが、あくまでそれがとりうる無数のかたちのひとつにすぎず、また、個々の現実の家族がお互いの生に対する関心／配慮によって結びついているとはかぎらないからである(斎藤2003:213)。

大嶋(2004a:152)は上岡ら回復過程にあり援助者でもある3人の女性嗜癖者の聞き取り調査から、回復初期において親密圏が大きな役割を果たしていることについて述べた。ここで語られた親密圏とは、SHGや治療共同体のなかで「ただそこに一緒に居る人の存在が、自らの存在を肯定しているように感じられ、その場所に自分が居続けることを可能にした」という形で表された。また大嶋は別の論考(2004b:67)で、グループホームにおける自らの実践を元に、女性嗜癖者がそれまで身につけてきた自分の弱さや感情を隠すという生き延び方がそこでは機能しないこと、時間をかけて他者との違いを認め受け容れると同時に自分の存在もまた侵害されないものであることを確信するとき、そこに斎藤のいう“親密圏”の立ち現れをみると述べた。

両者に共通するのは、いわゆる女性嗜癖者を逸脱者として、あるいは境界に生きる人として社会の外へと押し出そうとする“排除の眼差し”と対極にある“存在の承認”である。斎藤(2003:220)は、複数性という政治的生活の条件は親密圏の条件でもあるという。斎藤(2003:222)は続けて次のようにいう。

親密圏は、単なる事後的なセイフティネットではなく、また単に日々の生存への不安を緩和し、癒しを与える緩衝装置でもない。それは、ひとが社会的な評価に過剰に曝されることを防ぎ、引き続き有用でありうるか否かといった評価から少なくとも部分的に効力を奪う。親密圏の他者は、社会的な承認とは異なった承認を、社会的な承認に抗しながら、人びとの生に与えることができる。そうした承認は、生は傷つきやすく、損なわれやすいものであるという認識とも結びついているだろう。無視されていない、排斥されていない、見棄てられてはいないという受容の経験は、人びとの「間」にあるという感覚や自尊の感情を回復させ、社会が否定するかもしれない生の存続を可能にする(斎藤2003:222 下線筆者)。

さまざまな困難性の掛け合わせのなかで、女性嗜癖者たちは生き延びる手段として嗜癖を使ってきた。被害体験はしばしばより弱者に対する攻撃性や加害体験と地続きである。その意味で上岡・大嶋(2010:200)は、重い暴力、激しい暴力にさらされた人ほど被害体験だけでなく加害体験をもっているとして述べた。

また女性嗜癖者の被害者性を述べる時、家族病理とすぐさま結びつけ因果関係のなか

に問題を矮小化する応答としばしば出会う。筆者や上岡の実践は、そうした問題の矮小化と一線を画す。人間が存在することだけで承認をえられる人と人との「間」を、どのように創れるのか。その「間」とはどのようにであれば存続が可能か。それは、既存の社会関係のなかに見いだすことが不可能なのか。リカバリーを立ち上げて以来、「親密圏の形成」をめぐる考え、実践を続けてきたが、その度に斎藤の指摘する「社会的な承認とは異なった承認を、社会的な承認に抗しながら」をその基軸としてきた。

しかしながら、回復過程の後半にさしかかった女性嗜癖者にとって社会的な承認(いわゆる就労による経済的自立、結婚や出産といったライフサイクル上の課題の達成)は、自己評価を高めるものである。新しい家族(Family)や同僚(Peer)、仕事で広がった人間関係(Supporter)などのメゾシステムとの相互作用が親密性を育むことにより、いっそう生活への適応が促進されることを考えると、社会的承認の両価性を十分に検討する必要がある。

また安全や安心を壊されてきたという語りは、これまで繰り返し暴力被害の体験を表すものとして使われてきた。親密圏の形成や嗜癖問題からの回復過程にも、安全と安心の感覚を取り戻すという表現がしばしば使われる。しかしこの感覚を壊されてしまった人たちにそれをどう伝え、どのように掴んでもらうのか。あまりに表面的に上辺をなぞるように、安全や安心という言葉が使われ、そしてそれ自体がドミナントな言説になっていく。しかし、現実の生活世界においてこの言葉が何を指すのかは明確ではない。したがってある場面の具体的な事象やそこに流れる空気など、まさに人と人の「間」を捉えて安全や安心と名付ける実践を積み重ねる先に、漠然とした安全や安心の総体が浮かび上がる。

女性嗜癖者が親密性へ踏み出していくには、自分が承認される体験を繰り返ししていく必要がある。承認の体験は初めのうちは逆に慣れずに怖いものであると当事者たちは口を揃える。ある当事者は、「ここではご飯の時に誰も怒鳴りあつたりしないのが不思議だった」と言った。援助開始からすでに3年ほどが経過していた。彼女は3年間ずっと「それいゆ」の日常実践を観察していたのだ。そこで交わされる言葉だけではなく、交わされないものも合わせて、プラスもマイナスも含んだ感情がどのように行き交うのか、誰かが排除されるのかどうかも見ていたのだろうと推察される。彼女は怒鳴りあいのない人と人との「間」を初めは不思議と捉えたが、それが日常となった時に初めて「不思議だった」と過去形にできたのである。

安全や安心とは、こうした瞬間に当事者との間で確認されるものなのである。したがって、この感受するものが援助者側に求められる。安全や安心は、初めからそこにあるものとして生きる人には感受の難しいものである。「あるべきもの(安全や安心)がない」人と共に過ごす体験を通じてはじめて、「あるはずのないもの(食事という親密性の表象場面における怒号)があること」が分かるのである。

女性嗜癖者にとって親密圏の創造は、自らの性と向き合う契機ともなる。特に嗜癖を促進させる機能である服従圏の形成の元で性的侵害が起こる。大嶋(2010:20)は、性的侵害とは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からこそ、「親密性」と性を安易に結びつける危険性について指摘した。

しかし先述した社会的承認と同じように、性は侵害の怖れが大きい反面、女性が自ら選び取り享受することによって自己効力感を得られる重要なものである。いわばこの両価性の揺らぎをどのように考え実践するかが、生活への適応という点からも極めて重要と考えられる。

斎藤(2003:229)は親密圏における身体性＝物質性をもっぱら性愛の次元に還元されてきたが、親密圏の身体性は生の存続それ自体に関わり、その他者の生の困難(産、育、老、病など)に伴う差し迫った要求に曝されることを避けることができないという。その意味で価値の葛藤やディレンマを含んだ受動性の体験は、自分だけではなく社会の秩序を支えている価値の、大袈裟ではない捉え直しの機会を女性嗜癖者に与えることになる。

リカバリーやダルク女性ハウスにおいても、子どもを育て親の介護をするメンバーがいるが、そうした子どもや親の生の困難に伴う要求に応答するという身体性の実践を通じて、親密圏を創造する過程を観察する。あるいは同じ病気の仲間同士のなかにもそのような性愛を離れた身体性の応答がみられる。

親密圏とは、その形成にいくつもの困難が横たわると述べたが、実は男女のカップルとその子どもという枠組みを大きく外れ、もっとも先鋭的に親密圏の実践されている場のひとつが実は女性嗜癖者の生活世界ではないか。彼女達は社会で周辺化されその体験は黙殺されるようなものであったからこそ、その「間」にお互いの存在を承認する親密圏が必要であったし、それが回復過程を大きく支えるものとなったのである。

## (5)まとめと考察

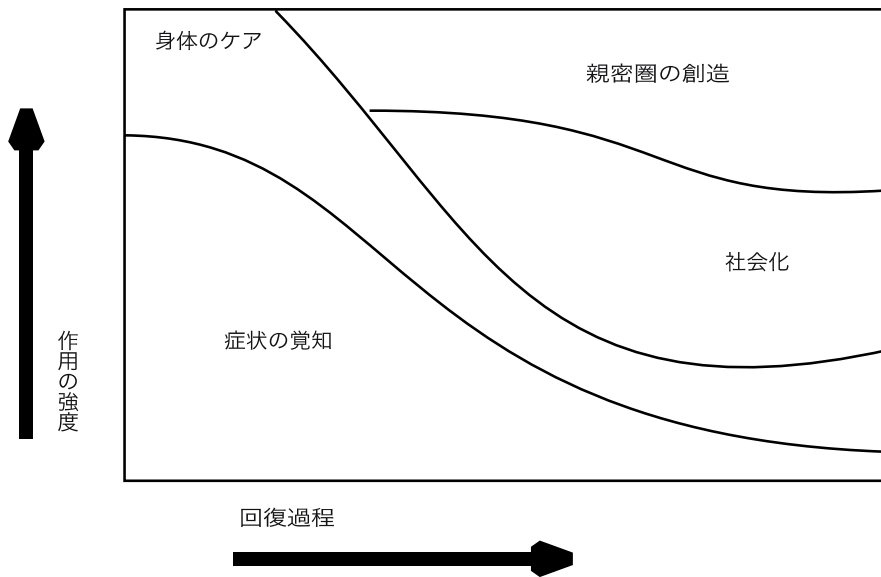
本節では生活への適応が促進される機能として、(1)症状の覚知、(2)身体のケア、(3)社会化、そして(4)親密圏の創造の作用が、それぞれ言語化、対象化、分析、試行という手段・方法を使いながら、ミクロ、メゾ、マクロとどのように相互作用を起こし、その結果女性嗜癖者は生活への適応が促進されるなかでどのような生活世界にあるのかを記述した。まとめではまず生活への適応が促進される機能を使い、女性嗜癖者の回復過程を表記した。それが図 3-4 である。縦軸は作用の強度、横軸は時間で回復過程を表している。

第2章第3節で著した回復過程に沿って、その機能の特徴について整理すると、以下のようになる。

まず「安全の構築期」では、まず症状の覚知、いわゆる嗜癖問題のメカニズムとそれが病いであるという認識をつくる。ここでは教育的な支援が主流となるが、それを医療機関、治療共同体、SHG、生活支援共同体というそれぞれの場でおこなう。病いとしての嗜癖を対象化し、理解していく。またこの時期には身体のケアも重要になる。痛みやだるさといった感覚が戻るのと同時に、生理周期の不安定さから心理的に混乱が見られ、食事なども過食や偏食がみられるなど生活のバランスがとれない時期である。睡眠障害も顕著になるが薬物療法以外の方法で対処するなど、当事者にとっては何もかもが「初めて」に思われ、不安が強まる。身体のケアに関しては医療機関で診てもらいながら、生活習慣を立て直すことでつき合っていくものを選び分けながら、症状を分析し言語化し援助を求めることが重要になる。

次に「主体の獲得期」では、引き続き症状の覚知を「当事者研究」などのグループワークを用いておこなう。また SHG においても、嗜癖に耽溺していた自身を振り返りながら、嗜癖を必要とした背景について考察する。この時の考察では被害体験が少しずつ語られるものの、表面的なエピソードに留まり、感情を伴わない。むしろ言語化を急がずに、安全な場面、安心な人との時間といった感覚を再構築することを優先させる。体感的には身体症状がいったん消失したかに思えるほど、活力の復活が見られる。

図3-4 生活への適応が促進される機能と回復過程



そのため、簡単なアルバイト、SHGでの役割など積極的に活動を始める場合がある。またこの時期に性に関する衝動的な消費活動として、嗜癖問題を抱える男性との交際や、売春行為などで援助関係から脱落する事例もみられる。また、安全の感覚が不十分であるために密着し、相手からふたたび暴力を受けることも少なくない。

いったん援助関係から脱落しても、嗜癖行動が止まっていれば、再び本人が助けを求め、緩やかに細い繋がりを保つことで、言語化の作業につき合う、具体的な資源と結びつけるなどしながら、次の回復のステップへ移行できる時期まで経過を観察する。

また社会との接点を求め活動的に過ごす事例については、疲労感を無視して過剰に適応しようとする場合がある。就労については、本人の自覚よりも幾分ゆっくりとしたペースで進め、出来れば保護的な環境においてプレ就労などに取り組み、就労を考える上での課題を明確にしていく。本人は、報酬や社会的立場といった手応えに希望を見いだす。しかし達成自体が嗜癖対象でもあることや、生活のバランスを保つことが第一優先であることなど、対応に個別の視点が必要となる。またこの時期の身体のケアについては、一般的な医療の他にマッサージやヨガ、鍼などケアの方法を個別の状況に応じて用意し、必要な情報を提供する。

そして「親密圏の創造期」については、感情の表出や休息が可能で安心と思えるような場の構築が重要となる。自身の抱える困難性については学習が進み、言語化も可能になっている。暴力被害の体験が重症な場合、この時期に「怒り」を取り扱うことが多い。ここでは必要があれば援助者がその過程につきあう。またSSTなどのグループワークにて、怒りの取り扱い方をロールプレイで検討するといった手法も有効である。

親密性を感じ支配—被支配ではない関係を結ぶ範囲は、非常に狭く限定される。社会との接点を求めながら外へ出て行けない事例も多い。またこの時期に再び重いうつ状態に陥り、婦人科の病気が見つかるなど心身のケアに眼を向ける必要が出てくる。

あるいは手放した子どもとの再会や原家族の介護など本人がケアの担い手として要求される場合もある。本人の親密性に関する感覚がどのように戻りつつあるか、再構築の進み具合はどうかを図りながら、被害—加害関係の修正をおこなっていく。

また変化は常に女性嗜癖者にとって未知の体験であり、ケアの受け手であることに留まろうとする事例がある。被害体験には、その生涯をかけて修復をおこなうことが必要なものがある。その場合には本人の歩幅でしか進めない。生活世界は狭い範囲に留まるが、その安全感を支持しなければならない。

以上、生活への適応が促進する機能を回復過程に沿って整理した。次章ではこれらの機能を援助するフェミニスト・ソーシャルワークについて、そのフレームを明らかにしながら援助の具体的内容を検証していく。



## 注

---

- 1) 例えば医療機関から治療共同体へ、福祉事務所から治療共同体へ入所の打診を行う場合に援助者が最も気にするのは、生活の内容よりもルーチンに関するものや費用に関するものが多い。筆者の場合には「生活支援共同体」であるが、生活内容について送り出す側の援助者から尋ねられることはほとんどない。
- 2) 石塚は(近藤恒夫・石塚伸一・重田園江(2010)), かつて依存症を合法か非合法かで二分し、治療に境界はないはずであるにもかかわらず後者の問題を司法に囲い込んだと指摘する。そして現在では、あらゆる依存症を医療の対象とする代わりに、処方薬に依存させて医療に囲い込む現象の問題性について述べている。また 2008, 2009 年に開催された全国アルコール・薬物回復支援施設職員研修(国立久里浜アルコール症センター主催)の分科会報告では、職員から覚せい剤依存者の解毒に関して診察を断られる事例が相次いで報告された。
- 3) 「残す」とは文字通り記憶と記録の両方で残すことを指す。というのも、しばしば身体は女性嗜癖者にとってしらふの状態が一定期間続いて初めて気づかれるものであり、それまでの記憶が蓄積されないことがある。しかも血液検査の結果として残る記録より、点滴が血管に入らず看護者が皆で苦勞する様子が自らへの関心と配慮の記録として、後に当事者の記憶を補完し身体への認識へとつながる場合が多い。
- 4) かけ算や割り算は、バーゲンなどで物を購入する際に必要となる。またカロリーを気にしている場合には、その場で計算できるか出来ないかが重要な力となる。また、漢字の読解は多くの情報を正確に把握することを助けるなど、学校での勉強は全てが受験のためでなく、生きていくために必須の知識も多い。

## 第4章 女性嗜癖者の回復を可能にするフェミニスト・ソーシャルワーク

本章は、ここまで述べてきた女性嗜癖者が抱える独自の困難性、対象としての類型ごとの特徴と回復過程、そして実際に嗜癖問題が増幅されていく生活の構造的把握をふまえ、嗜癖から脱却し生活に適応する機能が、ソーシャルワークという援助実践のなかでどう展開されるかについて明らかにする。筆者は本論で女性嗜癖者を捉えるにあたり、一貫して“ジェンダーのレンズ”を用いてきたが、本章では“ジェンダーのレンズ”をソーシャルワーク援助に反映させたフェミニスト・ソーシャルワーク(以下 FSW)が、女性嗜癖者の回復を可能にする実践アプローチであることについて述べるとともに、その具体的な展開例を示すものである。

### 第1節 フェミニスト・ソーシャルワークとは何か

まず第1節では、FSWが欧米にてどのような発展を遂げてきたのかを概観する。次に、日本における社会福祉研究の中に、ジェンダーの視点がどのように組み込まれてきたのかを整理する。それは、婦人保護事業から女性福祉へとという文脈と、どのような点で異なるものかについても触れる。さらに日本では、FSWではなく「フェミニストカウンセリング」が明確にフェミニズムの視点に立って女性を援助するとして、草の根の非専門家として活動が続けてきた。したがって、「フェミニストカウンセリング」がソーシャルワークに取って代わるということができるのか、出来ないのだとすればそれは何故かについて述べる。そして本節の最後に、本論で採用するFSWについて定義するとともに、その独自性について述べる。

#### (1) フェミニズムとソーシャルワーク—欧米の場合

吉田(2001:225)は、フェミニズムとソーシャルワークの出会いとは、1920年代の「第一次女性解放運動」にまで遡ることができるという。ソーシャルワーカーという専門職集団の出現と、第一期女性解放運動の興隆はほぼ同時に誕生し、以来互いに補強する形で現在に至ると述べている。また須藤(2004:135)は岡田を引きながら、ソーシャルワークという専門職が「女性の、女性による、女性のための」職業として、欧米で女性の市民運動の高まりを背景に誕生したと述べる。すなわち、その創出の根においてフェミニズムと非常に分け難いものであったという<sup>1)</sup>。

フェミニズムにはさまざまな流れや立場の違いがあるが、共通の基盤となる考え方としては「女性解放思想、あるいはその思想にもとづく社会運動の総称」であり、具体的には「女性に不利益をもたらす差別の撤廃や、男性と同等の権利の要求、女性の社会的地位の向上など、いわゆる女性の問題を解決することをめざす社会思想/社会運動を意味する(『岩波女性学事典』2002:399)。また吉田(2001:222)はフェミニズム、あるいはフェミニストの立ち位置について、次のようにいう。

フェミニストの視点に立つということは、単に生物学的な意味における女性の視点に立つことや、分析の指標に中立的な意味における女性の「性差」を導入することを意味するのではない。それは、女性抑圧の諸状況に対する繊細さ(Sensitivity)を備えた視座、すなわち「ジェンダー・レンズ」を通して、社会

と人間のありようを眺めるということである。

(中略)またフェミニストの視点に立つということは、女性抑圧の現状に終止符を打つことをめざし、新しい関係や改善された諸制度の創造を意図する 変化志向 (change-oriented)、あるいは 実践志向 (practice-oriented) の立場を表明することである(吉田 2001:222 下線筆者)。

さらに吉田は別の論考(1996:28)で、1990年代後半のフェミニズムが、女性という性だけでなく階級や人種といった多様な変数によって、複雑な支配関係を問題とするようになったことで、それは単に「女性の側に立つ」を選択するだけでなく、「最も抑圧された女性の側に立つオプション」を選択するように迫られているという。したがって性差別のみならず、障害者差別や高齢者への差別だけでなく、あらゆる社会的分断に対する運動へと広がりつつあると指摘する。

こうしたソーシャルワークにおける価値と、フェミニストの価値は、共に社会的に重要なものとして多くのソーシャルワーカーに支持されてきた。しかし具体的にフェミニズムの視点が入ってくるようになったのは1980年代である。吉田(2001:226)は、アメリカの例を引きながら、ソーシャルワーカー達の全国的な会議の場で、初めて女性の抱える課題解決に取り組むソーシャルワーカー達が一堂に会して、その思いと実践を共有したところからFSWが欧米で広がりを見せたという。このようにFSW実践は、ジェンダーが生み出すニーズを可視化していこうとする、一人一人のソーシャルワーカーの努力と献身のなかで生み出されていったものだという。

では、主に欧米で展開されてきたFSWとは、「ジェンダーのレンズ」をどのように使うのだろうか。吉田(1996, 2001)の論考から整理していく。

- ・「個人的なことは政治的なこと」とは、ひとりひとりの女性が生きる社会的な現実に関心をあて、日常生活における個人的な体験を、社会的文脈のなかに位置づけて解釈する。
- ・夫婦や家族など、“私的な”領域に埋め込まれた女性抑圧の実体を見えるようにする。
- ・“私的な”関係に埋め込まれたジェンダーが、制度化された規範となって、女性抑圧の構造といかに連動しているか、メカニズムを浮き彫りにする。

吉田は、このようにソーシャルワーク場面におけるジェンダーのレンズが、女性の抑圧という現実とその構造を浮かび上がらせることについて述べた。しかし一方で、FSW実践は、多くの場合に機関を通じて提供されるが、この機関が誰に奉仕し、何を目標とするのかによって、逆に女性抑圧を再構築するような援助のあり方が存在するという問題についても触れている。White(2006:110)は、イギリスにおけるFSW研究の中で、吉田と同じように、フェミニスト・ソーシャルワーク実践が、機関に潜在化するセクシズムによって大きく制限される実態を報告している。

しかし吉田(2001:232)は、こうした困難なFSW実践の状況を全英ソーシャルワーカー協会の発行した「女性とソーシャルワーク」を参照しながら乗り切ろうという提案をおこなう。そして女性が援助を必要としている時に、女性が抱えている現在の問題を解決し、状況を変え、生活を改善するために用いることができる方法を常に模索するのは、技術だけではない“気づき”であるという。そして、この気づきこそ目の前の女性を社会的文脈のなかで捉えその抑圧構造を女性個人に帰すのではない、女性個人の力を見いだすエンパワメントに繋がっていくとしている。また吉田(1996:29)は、Collinsを引きながら、ソー

シャルワークにおけるフェミニスト介入は、エンパワーメントアプローチの一つに挙げられていると述べる。この他須藤(2004:149)も、吉田やDominelliを引きながら「フェミニスト・ソーシャルワークとは、パースペクティブであってテクニックではない」として、技術や方法ではなく、視点が問われていると述べる。

ところで、現在のソーシャルワーク援助の主流とされるジェネラリスト・ソーシャルワークにおいて、FSWはどのように位置づけられているのだろうか。JhonsonとYancaの『ジェネラリスト・ソーシャルワーク第9版』(2007: xv)によれば、相互作用過程とソーシャルワーク過程(アセスメント、プランニング、介入、評価および終結)がソーシャルワークの共通基盤であるが、多様性という観点をより発達させるという意味で、9版では老人と女性についてのソーシャルワークを取り上げている。そして第7版では末巻資料であったソーシャルワーク実践モデルが第13章に「ジェネラリスト・ソーシャルワーク実践におけるモデルとgood practice」という形で盛り込まれた。そこでBricers-Jenkinsによる「フェミニストの実践」は以下のように紹介されている。

**起源**：フェミニズムの理論、公約および文化と、伝統的なソーシャルワーク実践のアプローチを統合するための試みとして、実践家によって発達した。

**基本的仮説**：生来の人間存在の目的は自己実現だが、それは自己実現を可能にする物質的あるいは思想的な状態の創造を含む、努力の集合体である。支配と従属、搾取、抑圧のシステムおよびイデオロギーは個人の、あるいは集合的な自己実現にとって有害である。自己実現にとっての構造的、イデオロギー的な障壁がある場合は、実践はその意図において明白に政治的である。女性は、独自の、あまり知られていない歴史、状況、発達パターン、また実践家によって引き出される強さをもっている。

**実践理論**：アセスメントは個人の持つ知的な、情緒的な、社会的な、文化的な、身体的な、そして／あるいは霊的な強さに焦点づけられて行われるが、なかでも具体的ニーズ、安全性、個人的な力の認識が特に強調される。癒し、健康さ、成長が個人を有効な状態へと機能させると考え、実践の理念をその実現におく。それは人間の基本的な欲求である、自身の独自性と全体性を保護することに有効な環境および関係性の構築および持続によって可能になる。伝統的アプローチ、非伝統的アプローチの両方が使われるが、グループがよく用いられる。また、クライアントとの開かれた、平等主義的な、仲間的な関係を持っている。

**適用**：全ての人びとのあらゆる種類の状況。特に意識して女性に焦点をあてる。

(Jhonson & Yanca 2007:408 下線筆者)

また Bricers-Jenkins が参考文献としてあげている『Feminist Practice in the 21<sup>st</sup> Century』(1995)は全米ソーシャルワーカー協会が出版したものだが、編者であるVan Den Bergh(1995:xxxiv)は、フェミニストの立ち位置(standpoint)と連携すべきソーシャルワークのテーマを5点挙げる(表4-1)。これらの立ち位置がソーシャルワーク実践と合体されることで、現在そして未来のクライアントに毎日のように影響を与える多くの問題と言われるものに対して敏感に反応することが出来る。実践はクライアントの多様な生活体験を沢山の方法で聴き取る(listening)ことによって情報として集約され、応呼的かつ間主観的な関係性を通じ協働作業の形で進められる。実践はケア、繋がり、パートナーを組む、そしてコミュニティの立ち上げといった状況を生み出していくと述べている。

表 4-1 フェミニストの立ち位置と連携するソーシャルワークのテーマ

<p>&lt; 知ること &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 語り (narrative), 物語</li> <li>・ 文脈からみる, 共に創造 (create) する</li> <li>・ 脱構築する, 再構築する</li> <li>・ 言説, 対話</li> <li>・ 相対的, 地域性 (local meaning)</li> <li>・ 応答性, 間主観性, 没頭</li> <li>・ 曖昧さ, 並置, 矛盾, 体制</li> <li>・ 生産 (product) ではなくプロセスとしての知識</li> <li>・ 外側から見える知識ではなく, 内側に秘めた知識</li> </ul> <p>&lt; 繋ぐこと &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ Web: 複雑性のネットワーク</li> <li>・ 包括的, 連結, お互いに独立した, 霊的な</li> <li>・ コミュニティ, 共有性, 一体化, 共存</li> <li>・ コラボレーション, コミュニケーション, 参加, 携わる</li> <li>・ 地球規模で考える, 地域に根ざして活動する</li> </ul> <p>&lt; ケアすること &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相互に, お互いが独立して</li> <li>・ 思いやる, 共感する</li> <li>・ モラルのある, 責任のある</li> </ul> <p>&lt; 多様性のある &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多様性, 差異</li> <li>・ 多元主義, 非二元主義</li> <li>・ 複数の声, 複数のビジョン</li> </ul>
--

(Van Den Bergh 1995:xxxiv)

さらに Abbot (1995:258) は同書において, 具体的な FSW の対象としての物質嗜癖 (substance abuse) について, 21 世紀はソーシャルワークサービスの提供者にとっても政策担当者にとっても, 女性自身のアルコールや薬物乱用, または家族内のこうした物質乱用によって深刻な影響を受ける人の増加は大きな懸案事項となると指摘している。Abbot (1995:268) はまた, 嗜癖問題をどのようにフェミニストが捉えるのかについて概説した上で, 援助に関してエンパワーメントが有効な方法であるという。病気になったことを個人の失敗と捉えて非難する疾患モデルは, 治療先を探している当事者を一方的に犠牲者として無力化する。しかしフェミニストアプローチでは女性が抱えがちな低い自尊心や恥の感覚に打ち勝つ資源を自身の中に持っていることに気づき, それを伸ばしていくことに焦点をあてていくということがエンパワーメントであり, それを通じて自責感を軽減していくことになる」と述べている。この他, 同書では FSW を特に意識して適用する群として貧困やホームレス, 同性愛, AIDS, 暴力被害, そして高齢女性などが取り上げられている。

ここまでをまとめると, フェミニズムとソーシャルワークは, 共に社会の周辺におかれた人々の困難を, 個人的なことではなく, その社会的文脈のなかで捉えるというところから出発した。しかし, その後ソーシャルワークが科学として専門性を備えようとする経緯

の中で、女性の抱える構造的な問題に焦点を当てようとするソーシャルワーク実践に関する理論は陰を潜める。それが再び脚光を浴びるのは、1970年代からアメリカでわき起こった第二次フェミニズム運動が、DVや女性の搾取といった女性への抑圧を可視化したことに端を発する。それまで女性個人の問題とされてきたことは、社会的な構造の中で把握され、また女性たちが「公的な声」を獲得することが出来るようなソーシャルワーク援助が重要だとして、草の根のFSW達は、新しいソーシャルワークの方向性をフェミニストの世界観と重ね合わせることで推進していこうとしたのである。

本格的なFSWの展開は1980年代に入ってからである。社会の周辺の問題から、中心の課題へと社会変革を進めることは容易ではない。しかし欧米では多くの公的機関、あるいはNGOでフェミニスト・ソーシャルワーカーが活動し、Collins(1986:214)がいうように「ソーシャルワーカーはその本質においてフェミニストだ」という表現がふさわしい実践を積み重ねている。

しかし、ここまでみてきたように、FSWは実践モデル理論のひとつというより、ジェネラリスト・ソーシャルワークにおける、実践アプローチの一種として位置づけられている。ただし、独自の援助モデルを確立こそしないが、先述したように「ジェンダーのレンズ」で事象を捉えるということは、従来のソーシャルワークにおけるパースペクティブをかなり大幅に変えていくことを意味する。それほどに“ジェンダー”とは、その不平等が社会構造の根幹に横たわり、多くの自己実現を妨げている状況をはっきりと映し出すレンズなのである。したがって、女性嗜癖者が抱える困難を最も適切に描き出し、そしてその抑圧からの開放と自己実現の後押しを、数多くのジェンダー不平等の改変を目論みつつおこなう実践アプローチとは、このFSWにおいて他にはないと考えられるのである。

## (2) 日本における社会福祉とジェンダー—研究という視点から

日本では、杉本が社会福祉におけるジェンダー問題を一貫して研究している。本節では、杉本のこれまでの論考を中心に、まずは社会福祉の中におけるジェンダー問題が、どのように取り扱われてきたのかを概観する。

杉本(2008:109)は、「社会福祉におけるフェミニスト研究の経過と到達点」と題した論考で、日本において社会福祉研究にフェミニズムの課題が持ち込まれるのは、1990年代に入ってからだとしている。アメリカでは1960年代の終わりに着手されており、30年あまりの開きがある。その理由として杉本(2008:110)は、「社会福祉が構造的性差別社会に深く根をおろし、その成り立ちや構造自体が性差別を組み込んでいることが、フェミニズムによる取り組みが遅れた理由」であると述べる。杉本はアメリカの社会福祉におけるフェミニスト研究を3期に分けて、次のようにその特徴を述べ、日本の状況と照らし合わせている。

第1期は1960年、70年代で、職業としてのソーシャルワークの「セクシズム＝性差別主義」が批判された。ソーシャルワーカーに対する賃金上の差別や女性クライアントにステレオタイプの性役割を期待するなどである。またこの時期には、今までほとんど取り上げられなかった問題、暴力、アルコールや薬物依存、ホームレスといったことへのソーシャルワーク実践が行われ、FSW理論が研究テーマとして取り上げられた。

第2期は1980年代だが、この時期には社会福祉研究にフェミニズムの視点が必要だという認識が広く共有されるようになった。「Women & Politics」や「Afferia: Women and Social Work」といった専門誌も発刊され、ソーシャルワーク会議においても多くの女性問

題が取り上げられるようになった。こうした背景を受けて、社会福祉の構造自体の性差別を問う研究が始まった。さらに1990年代に入ると、E. アンデルセンの福祉国家レジームに対して、フェミニストからは家族の不過視性、脱商品化については女性の無償労働に関して分類の視野に入っていないことなどが批判された。

そして第3期は1990年代以降である。フェミニストによる福祉国家批判は、ジェンダーを考慮した指標から、新たなコンセプトを使用して福祉国家の類型化をおこなうという研究へと結びついていった。

日本では同じように E. アンデルセンの福祉国家レジームをめぐる議論がおこるが、それは2000年に入ってからである。杉本(2008:123)は、福祉国家研究がフェミニスト研究に注目するには二つの理由があるという。ひとつは社会福祉の構造が内包するジェンダー偏在を問うという意味で、福祉国家研究とはフェミニスト研究の主眼であること。もうひとつは福祉国家研究であったからこそ、日本でも多くの研究者が関心を示したのだという。つまり、職業のなかに潜む性差別や母子世帯問題であったなら、もっと反応は小さいものだったと考えられる。ただし、超高齢化社会、止まらない少子化など、日本独自の事情もジェンダーと深く結びつくものであるだけに、無視できなかつたと述べている。

日本でもこうした福祉国家論や類型論といった「大きな問題」には関心がもたれるようになったものの、杉本(2008:124)は、社会福祉教育や職業としてのソーシャルワークにおけるセクシズムや、介護におけるジェンダー問題や母子世帯の貧困、女性に向けられる暴力など、女性の生活上の諸問題に関心をもつフェミニスト・ソーシャルワーク技術の発展については、依然として取り上げられることが稀であるとして、近年の社会福祉におけるフェミニスト研究の偏りを指摘している(下線筆者)。

日本でジェンダーの視点による社会福祉の再検討が始まったのは1990年代である。しかし、日本には従来から「婦人保護」や「母子福祉」といった領域が存在し独自の実践および研究の積み重ねが「婦人福祉」という分野を形成してきた(杉本 2004b:2)。杉本はその歴史的役割を評価しつつも、従来「女性福祉」(1990年代に入って「婦人福祉」から「女性福祉」と呼称変更)が支援してきた範囲を拡大するということと、フェミニズムに依って立つ福祉社会を構築するという点では、スタートが大きく異なると指摘する。また、ジェンダーから派生する社会福祉の問題が、すべて女性問題に集約されるわけではない。逆に生活のさまざまな場面にある「女性問題」を、見えないように閉じ込めてしまうことのないように、ジェンダー視点を中心に据えて社会福祉を再検討するには、「女性福祉」を超える視点や分野が必要であると述べる。

次に1990年代以降、杉本らはジェンダーを研究の柱として社会福祉をどのように再検討していったのであろうか。1993年から2010年までの杉本の著書(編著書を含む)9冊に収録された論文内容をトピック別にしてみたのが表1である。内容としてはテーマに関する状況分析がジェンダーを軸として行われ、再構築を試みた上で論点が述べられている。その中にソーシャルワーク実践や倫理に関するものもあるが、いずれも文献研究が主で実践の経過や技法に関するものはなかった。

このようにみていくと、社会福祉の領域には、これだけジェンダーの視点で再構築することによって、異なる風景を描き出せるものがあるということを意味している。杉本が指摘するように、今後明らかにされるべきは、こうした再構成をどう実践のレベルで積み重ね、援助論として打ち出していけるかである。

表 4-2 ジェンダーの視点による福祉社会の再検討

＜取り上げられているトピック＞
社会福祉のなかのセクシズム(総論)
働く母親と子ども, 保育, 子育て支援, 少子化
貧困の女性化, AFDC, シングルマザー, シングルファザー
女性と労働, 男女雇用機会均等法
福祉社会における女性と人権
高齢社会と女性, 高齢女性
フェミニスト実践, ソーシャルワーク倫理
福祉国家論(日本型福祉社会), 社会福祉基礎構造改革, 福祉政策, 社会保障制度
相談事業(フェミニストカウンセリング, シェルター, 女性センター等での婦人相談)
家族支援(障害児, 養護施設, 自立援助ホーム, 精神障害者福祉)
男女共同参画政策
障害者(児)福祉, 女性障害者
社会福祉のマンパワー, 福祉労働, 社会福祉教育(専門職養成)
ジェンダー・エシックス
母性観
ケア規範, 介護とジェンダー, ホームヘルパー
売買春, セックスワーク
ドメスティック・バイオレンス, DV 法
社会保障/社会福祉の家族観
結婚
セクシュアリティ

\*参照した文献は次の9冊である。また、類似したものに関してはまとめて表記した。

杉本貴代栄(1993)『社会福祉とフェミニズム』勁草書房

杉本貴代栄(1997)『女性化する福祉社会』勁草書房

杉本貴代栄編著(1997)『社会福祉のなかのジェンダー 福祉の現場のフェミニスト実践を求めて』ミネルヴァ書房

杉本貴代栄(1999)『ジェンダーで読む福祉社会』

杉本貴代栄編著(2002)『ジェンダー・エシックスと社会福祉』ミネルヴァ書房

杉本貴代栄(2004a)『ジェンダーで読む21世紀の福祉政策』有斐閣選書

杉本貴代栄編著(2004b)『フェミニスト福祉政策原論 社会福祉の新しい研究視角を求めて』ミネルヴァ書房

杉本貴代栄(2008)『有斐閣選書女性が福祉社会で生きるということ』勁草書房

杉本貴代栄編著(2010)『女性学入門 ジェンダーで社会と人生を考える』ミネルヴァ書房

### (3) 日本における「フェミニストカウンセリング」という援助

日本では「婦人福祉」(現在は「女性福祉」)という領域で女性に対する援助が展開されてきた。その内容としては婦人保護施設, 母子生活支援施設を中心とした生活支援であり, 一方行政機関の相談窓口として, 婦人相談員が主に女性に関する相談支援をおこなってい



る。しかし前項でもみたように、今や社会福祉のほとんど全ての領域において、ジェンダーを基軸とした再構成を必要とする状況にあるが、その研究は諸に就いたばかりである。また、「ジェンダーのレンズ」を使い、クライアントをエンパワーメントするフェミニスト・ソーシャルワーク援助論に関しては、これからの研究が待たれるところである。こうした全体状況にあって、独自の援助実践を展開してきた領域として「フェミニストカウンセリング」(以下フェミカン)がある。従来の社会福祉援助とは一線を画すこの領域の理論的背景と実践に関して河野(1991, 2004)を参照し整理する。

日本にフェミカンを紹介したのは、河野貴代美である。1970年代のアメリカで精神科臨床に関わっていた河野は(日本では精神病院のPSWとして仕事をしていた)、当時のアメリカで興っていたフェミニズム運動に影響を受け、その手法(CR—コンシャスネス・レイジング＝グループワークの方法をとりながら、自分が抱える“名前のつかない問題”<sup>2)</sup>を話し合うなかで、それが個人的な問題ではなく社会的なことがらであることに気づいていくことを目的に行われた。意識覚醒グループとも呼ばれる)を日本でも臨床実践に活かせないかと、帰国後の1980年に東京で日本初のフェミニストカウンセリングルーム「なかま」を立ち上げた(河野 1991:5)。「なかま」は、保険のきかない有料のカウンセリングルームである。

河野は非専門家によるフェミカンが、日本に迎え入れられるかどうかの危惧を抱いていたが、医療機関や精神保健福祉センターでは対応できない「精神病理的問題」(家族関係の葛藤、自己実現をめぐる悩み)が増えていたことにも後押しされ、フェミカンの開業が増えていく。また、1980年代後半から、公立女性施設(女性センター等)における「女性問題」の相談業務が一般化されたことで、こうした相談業務に、フェミカン養成講座(河野らはカウンセリングルームでの個人面接の他に、こうした講座を通じてフェミカンの理念を広げる活動をおこなっていた)の受講生が参入していった。

フェミカンの理念にもとづく相談業務をおこなう個別の実践を緩やかに束ねようと、1994年に「日本フェミニストカウンセリング研究連絡会」が発足し、その後フェミニストカウンセラーの認定資格化と相まって、2001年に「日本フェミニストカウンセリング学会」と改組された。

河野はフェミニストカウンセラー資格について、女性問題に関わる相談員の増加と、同時に認定資格ではあるが相談業務の権威づけとして有効な「臨床心理士」資格取得者の排出がリンクして相談員のポジションを占めていく実態に危機感を示し、フェミカンの資質向上と社会的認知の両面から資格化を提案した(河野 2004:18)。河野による提案に対し、当初会員間ではその危機感より、制度化や資格化ということ自体の権威性に対して疑問の声が多く聞かれた。

しかし養成講座の講師でもあった上野は「フェミニストカウンセリング研究」という学会誌創刊号で、1980年から始まったフェミカンの成長を、国連女性年以降の国策フェミニズムの推進、セクハラ認識の高まりと改正雇用機会均等法による法制化(セクハラ防止および苦情処理に関する使用者責任)の効果、そしてDV法制定による相談業務の拡大によるものと整理した。そしてフェミカンは、もはや私的な人びとが私的な領域で需要し供給する私的な活動にとどまらなくなったとし、資格化は不可避であると述べた(上野 2002:8-10)。上野(2002:11)は資格化の理由を4つ挙げている。ひとつは自治体という公共的な性格をもった使用者の説明責任である。市場選択の働かない場におけるカウンセラーの評価と査定基準が必要だという論点である。2点目に公的ポストの希少性とマーケットにおける競

合、そして3点目にフェミカンが自治体から「業務委託」という形で請け負ってきた業務の質を担保することが、継続性を保証するという論点を挙げる。そして4点目として業務の特殊性と専門性、つまり一般公務員を女性問題の専門相談員に育成することの困難性が、外部の資格化されたカウンセラーという仕事を守る砦になるという論点を挙げている。

こうした学会外部からの提言もあり、その後フェミカン学会では資格化に向けて動き出し、現在まで毎年認定資格を受けるための講座が開催されている。

次に、フェミカンの理論的基盤についてみていく。河野(2004:6)は、これまでフェミカンは、パースペクティブとしてのフェミニズムに依拠してきたが、差異化された技法についてはきちんと論じてこなかったと述べている。ここでは河野(2004:74)によるフェミカンのパースペクティブについて取り上げる。

#### ①訴えの脱病理化

相談内容を安易に「問題化(病理化)」しない。相談者の訴えを疾病概念の中に押し込めて、分かったようにしてしまうことを避ける。

#### ②ジェンダー分析

問題の再定義をおこなう。相談者にどのようなジェンダー規範が刷り込まれて行動を支配するかなど、当事者がおかれた文脈の権力関係を分析する。

#### ③エンパワーメント

個人レベルでは、自らに内包する能力や可能性に気づき、そのような力を発揮することだが、同時に個人の変容が社会全体を変えるという含意を意識すること。そのために「女性による語り」に着目し、単純な“女性というひとくくり”にせず、その価値を強調すること。

また河野(2003:28)は、フェミカンのジェンダー分析に関して社会構築主義の取り入れを示唆する。河野(2003:28)は V. Burr (1995=1997)を引きながら、構築主義ではパーソナリティを人々の内部ではなく、人々の“あいだ”にあるもの、つまり状況や関係によって構築されるものと捉えるが、こうした視点が、女性に向けられる「女性は〇〇」という抑圧的定義の虚構を暴くことに有効であるという。また主体性について、私たちが自他について語る“語り方”は、メタファーによって構造化された言語の内部理論によるとして、あたかも自己が言葉やテキストの外に何らかの実在をもっているかのように思わされている、と指摘する。さらに権力について、ポジショニング(立場づけ)とは、人びとが言説に支配されている仕方や、対人的な場面で協議されている仕方の検討から、権力の位置が見えてくるといふ。

そして河野(2004:33)は、フェミカンがこれまでスローガンとしてきた「個人的なことは政治的なこと」を、そのスローガン自体の政治性をいかに脱構築するかが課題だとして、次のように述べる。

今も存在してる女というカテゴリー「ゆえの」抑圧を、その抑圧と暴力を見据えたまま、いかに別様にとらえなおし、カテゴリー区分「による」抑圧を瓦解させるかという問題であろう。女を構成するものが、確定的なカテゴリーでなく、カテゴリーをまさに(再)生産する多種多様な言説実践であるならば、カテゴリーによる抑圧もそこからの離脱の可能性も、言説実践のなかにあるはずだ(河野 2004:33 下線筆者)。

女性であることの困難は、その文脈によって様々に形を変えていく。その個人的な現実と、その現実の政治性をどう明らかにしていくか。いまや女性につきまとう不平等を語る

にも、“どのように語るか”で、そこからこぼれ落ちる人が生まれることに意識を向けることがジェンダーに対する敏感さを示すことにつながる。したがってフェミカンが目指すのは、カウンセリングという言語実践における「政治的なこと」の脱構築である。

しかしフェミカンを日本に導入し、つねにその理論を体現してきたといえる河野の視点は、実践場面でどのように生きているのだろうか。大野(2005:46)は、日本における女性問題の相談業務の中心として機能してきた婦人相談所について、特にDV法が施行後はその役割が変化したと述べる。婦人相談所は、DV相談支援センターの機能をあわせもつようになったが、厚労省は被害女性の心のケアをおこなうために、一時保護所や、婦人保護施設等に心理職員を配置し、休日夜間を含めた相談体制の強化を図っているという。しかし現実には、婦人相談所や婦人相談員がこれまで売防法に規定された「要保護女子」の相談・援助を長く担ってきており、必ずしも女性の人権を確保する視点が基底にあったとはいえないとしている。とくに婦人相談員については、非常勤であって専門職としての身分や地位が確立されてこなかったところから、個人の努力や資質に負うところが大きかったと述べている(下線筆者)。

また川喜田(2005:60)は、大阪府立女性総合センターの四半世紀を振り返りつつ、現在の女性センターにおける相談業務の課題について3点をあげている。一点目はフェミカンとして専門化する必要性である。持ち込まれる女性の悩みに対して、社会的枠組みの中で問題を捉える視点が不可欠であり、相談員は全国的に統一された研修を受ける仕組みが急務としている。二点目はNPOやアカデミズムとの協働である。女性センターにおけるプログラムの充実には、ジェンダー格差是正や女性問題解決の視点をふまえて、その方法に関する研究やスタッフ研修など、さまざまなレベルの協働関係を築く必要があると述べる。そして三点目は、新しい女性相談ニーズへの対応である。経済状況の悪化や家族問題の顕在化など、女性を取り巻く環境の変化は深刻な性被害によるPTSDや親からの虐待による生き難さ、摂食障害や自傷行為といった若い女性の行き場のない絶望感など、心理的な専門性とフェミニズムの視点の両方が不可欠な相談が持ち込まれるという。さらにDVや児童虐待など、危機介入やソーシャルワークが必要な場合も増えてきており、こうしたニーズに対応する相談システムと相談員の専門性が求められるとしている。

さらに井上(2010:5)はDV事例をあげながら、社会福祉現場にはさまざまな女性の支援策があるが、こうした社会福祉資源と女性を結びつけるのがソーシャルワーカーであるという。しかし、そこでの支援は経済的な生活自立支援に焦点があてられており、心理的支援が希薄だと批判する。自立支援は生活上の支援と心理的支援の両方が必要だが、女性支援にも問題別で分断しない「ワンストップ・サービス」が必要であり、福祉現場での心理的支援の弱さを補い、ソーシャルワーク援助と連携しながら対象者をエンパワーしていくという点で、フェミニストカウンセリング実践こそが、ワンストップ・サービスの企図の実現に貢献できるのではないかと述べている。

ここまでをまとめると、日本におけるフェミカンとは、その導入期に主に専業主婦を想定した「名前のない問題」を個人的な事柄から政治的事柄へと捉え直すことに主眼がおかれた。専門性より仲間意識や、グループワークによる“意識の覚醒”がテーマとされた。しかし一方で、医療機関や公的機関が取り上げない女性の苦しみを、民間のフェミニストカウンセリングルームや、女性センターなどの女性相談などが掬い上げるうちに、社会状況の変化や女性をめぐる課題は、次第に仲間意識を超えた専門相談の需要を生み出していた。

また DV 法施行後は、婦人相談所や母子生活支援施設といった公的機関も、より広い範囲の女性相談の窓口となった。このため、同じ DV という現象についても公的機関の相談窓口、民間シェルター、そしてフェミカンの民間開業などが複数関わる他、地域で草の根的に女性支援をおこなってきた民間団体、NPO などがこれに加わった。したがってフェミカンとはいっても、公的機関に働くスタッフでも正規雇用と非常勤に分かれる他、民間シェルターでは財政基盤の脆弱さにより非専門職で補わざるを得ない。またフェミニストカウンセリングとして開業しているところも、スタッフがそれぞれ別に仕事をもつなど、それだけで経済的に自立できる場合は限られているのが現状である<sup>3)</sup>。つまり、専門性や資格化が必要とされる重要な役割を担っているといいながら、非常勤としてしか仕事ができないという事実は、非常にフェミカンのおかれた厳しい状況を物語る。加えて、開業する民間のフェミニストカウンセリングと公的機関の女性相談では、同じ女性への援助でもかなりの温度差がある<sup>4)</sup>。

売春防止法を背景に婦人保護事業として展開されてきた援助観と、河野によるフェミカンのパースペクティブを柱にする民間シェルターや開業カウンセリング、あるいは女性支援の NPO では、援助における理念も方法もばらつきがあるといわざるを得ない。であるからこそ、河野はフェミカンの資格化を求め、援助のスタンダードを研修によって担保しようとしたのである。また、ここまでフェミカンについて論じる場合に引き合いに出される「ソーシャルワーク」とは、いずれも公的機関、あるいは公的支援としての、という但し書きがつく。しかし女性の抱える困難は DV 被害だけではない。フェミカンでは女性支援＝DV という構図があるが、川喜田がいうようにそれ以外の相談が幅広く持ち込まれるのが実態である。カウンセリングという手法で、そうした多様化する相談にどこまで応えることが可能だろうか。DV 以外でも住まいの確保や、入院は必要ないが生活上のサポートが必要な時期を過ごす女性もいる。また、経済的には自力での生活がしばらく可能だが、自分に対する評価が極端に低く、就労に向けて準備をしたい場合はハローワーク以外に継続相談に応じる場所があるだろうか。

井上(2010:5)は自立支援について、生活上の支援と心理的支援の両方が必要だと述べた。また「ワンストップ・サービス」としてフェミニストカウンセリングがその役割を担えるのではともいう。筆者は女性支援に包括的な視点が必要であるという点では本稿でも繰り返し述べているところであり、異議はない。しかし、ワンストップ・サービスを行えるには社会福祉制度や社会保障制度に精通するだけでなく、相談者のストレングスとコンピテンスを、ジェンダーのレンズを使つて的確にアセスメントする力が不可欠である。カウンセリング(心理的相談)は援助技法のひとつではあるが、全てではない。ひとりの人をホリスティックに捉える理論的背景と、実践を通じて磨かれるアセスメントの力とは、カウンセリングではなくソーシャルワークが本来、自らの専門性としてこの 100 年あまりの間、磨いてきたものではないのか。

しかし残念ではあるが女性相談や女性の援助において、フェミカンのサイドからはソーシャルワークは不在か、あるいは十分に機能していないと判断されている。そして、その批判があるからこそフェミカンは、本来ソーシャルワークが果たすべき役割を独自の形で発展させてきたのである。たとえフェミカンが捉える「ソーシャルワーク」の意味が、かなり限定的でかつ偏ったものであったとしても、女性をめぐる問題群への関与という点では、その実践の量的および質的蓄積において、ソーシャルワークのそれを上回っているといわざるを得ない<sup>5)</sup>。

以上のことから、フェミカンにもソーシャルワークにも女性の援助に関するそれぞれ強みと同時に、方法論の未整備(フェミカン)や援助に関する動機の弱さ(ソーシャルワーク)という弱点が見える。筆者が援助対象としてきた女性嗜癖者は、そのどちらか一方では援助が不十分である。つまりその両方の強みを生かし、弱点を乗り越える援助技法が必要であり、筆者はそれがフェミニスト・ソーシャルワークであると考えている。

#### (4) 本論におけるフェミニスト・ソーシャルワーク

筆者は1995年に河野より「フェミニストカウンセリング」養成講座を受けた。そして翌1996年に「カウンセリングルームぽればれ」(以下ぽればれ)を同業者とともに立ち上げ、2003年の閉所までフェミニストカウンセラー(非常勤)として勤務した。

筆者は当時精神科ソーシャルワーカーとして医療機関に勤務していたが、精神病をめぐるジェンダー問題に関心を寄せていた。精神病を患うことで、周りの反応も対応も性別による差異が見られ、その多くは女性に不利益を生じさせていた。当時すでにDVの事例にも出会っていたが、病院は「病いを治療するところ」であり援助に深入りするなと釘を刺された。また主訴は抑うつ感だが、明らかに家族からの虐待がある、あるいは性被害が背景にあって長く悪夢に苦しんでいるのに病名は統合失調症など、病気の治療を受けていても多くの女性はこうしたことを誰にも言わずに過ごしていた。筆者は女性による病いの語りについての関心を深めるようになったが、それは女性嗜癖者との出会いによって決定的なものになった。発症の経過も、身体的な被害も、そして支援するための資源も、男性のそれとは明らかに違うにもかかわらず、なぜ男性と同じ治療プログラムが使われるのだろうという疑問が湧いて来たのである。

嗜癖問題はまた生活問題と直結する。女性嗜癖者は再発することで家族を簡単に失い、貧困に陥った。依存的だと批判されるような男性関係に逃避する人たちを援助しながら、彼女達が生きる力をきちんと取り戻すには、女性の抱える困難をジェンダーの視点でみていかなければと考えていた時期に河野との出会いがあり、フェミカンと出会った。

フェミカンで筆者が学んだのは、河野のいうジェンダー分析であり、「あなたの問題は私の問題でもある」という女性問題のクライアントとの共有である。また、カウンセリング料金の授受という行為は、自らの力量への評価である。この緊張感や専門性を問う、またその水準を維持する動機となった。また病院ではできなかった貴重な経験、例えばDV被害者(妻)による加害者(夫)への傷害事件や未婚の母親による新生児殺人事件といった被疑者のカウンセリングを拘置所内でおこない、カウンセラーとして意見陳述書をまとめるといった仕事は、フェミカンだから出来たことである。またセクシャルマイノリティのクライアントを担当し、性的少数派が抱える苦しみにも触れた。

しかし筆者はカウンセリングを継続するうちにフェミカンの限界を感じる様になった。ひとつは、「相談室の中で完結しない問題」である。ソーシャルワーカーである自分は、危機対応が必要だと認識しても、機関はそれをOKしてはいない。なぜなら責任の所在が明確でないことが背景にあったからである(DV裁判の証人出廷などの場合には、必ずカンファレンスでの報告が義務づけられていた)。また生活場면을観察しなければ正確なアセスメントができない人や、金銭的に問題を抱える場合には社会保障制度などの利用を勧めたいが、本人に同行しないと難しい場合、あるいはクライアントの子どもがカウンセリング中にひとり放置されるなど、カウンセリングは必要だが、同時に具体的な生活支援が欠かせな

クライアントの一群があった。つまり生活支援と心理的支援は別個のものではなく、コインの裏表関係である。筆者は次第にジェンダーのレンズを使って生活上の困難と心理面の両方をサポートする場所が必要だと思うようになった。そして相談室を一步出た後の彼女達を支える場所が必要で、それはカウンセリングではなく、カウンセリング機能も持った包括的な援助のシステムとしてのフェミニスト・ソーシャルワーク(以下 FSW)であると考えに至った。そしてそれを切実に求めていた一群は、精神科医療のなかで周辺化されていた女性嗜癖者だったのである。

最後に筆者が本論で提示する FSW とはどのようなものか、その概要について述べる。

筆者が日本において FSW を実践するとき、そのフレームを作るにあたって欧米の理論から大きな影響を受けた。しかし実践を取り巻く環境(文化的背景やその歴史の変遷を含め)に大きな違いがあり、そのままを使用出来ないという課題があった。しかし先述したように、日本では FSW と明示した実践および研究が極めて少ないことから、筆者は日本におけるエンパワーメント・アプローチとナラティブ・アプローチに関する研究に多くのアイデアを得た。

ソーシャルワークにおけるエンパワーメント・アプローチは、1976年に Solomon が著した『黒人へのエンパワーメント-抑圧された地域社会におけるソーシャルワーク』においてその概念が初めて用いられたとされる(和気 2005:205)。当時のアメリカにおいて展開された主要な社会運動(公民権、フェミニズム、民族独立、セルフヘルプ、障害者の自立生活等)を背景に、社会のなかで抑圧された人々が本来持っている権利や可能性を自覚し、それを実現することによって抑圧から解放される=自身のパワー(力)を取り戻そうとすることに主眼が置かれた。和気(2005:209)によれば、エンパワーメント・アプローチの発展に寄与した理論やアプローチのひとつとして FSW を挙げ、それは社会的な差別や抑圧に対抗し既存の制度や政策を批判し変革を目指すものであるという。また和気(2005:222)は、日本におけるエンパワーメント・アプローチの研究および実践については 1990 年代中頃から発表され、2000 年を過ぎると実践活動やそれらの要因分析などより実証的研究へのシフトが認められるとしている。そしてこうした実証的研究が精神障害者の保健福祉の領域に比較的多いのが特徴としながら、エンパワーメント・アプローチがこの領域で切実に求められているのではないかと指摘する。

栄(2003, 2005, 2006)は、精神科ソーシャルワーカー(以下 PSW)の行う実践においてエンパワーメント・アプローチがどのような枠組み行われているのかを、アセスメント過程とクライアントのストレングスに着目した活動を通じて研究する。

まず栄(2003:341)は精神障害者のパワーレスに関する要因を、精神疾患から生じる心身機能の低下、日常生活における活動の制限、社会資源の不足に起因する選択機会の少なさ、医学モデルにおける専門職主導の治療関係、偏見などの抑圧的環境、活動の制限や制度の未整備による経済力の低下(失業、貧困)を挙げる。これらの要因が相互作用を起こすことにより自信喪失や孤立無援感、ひいては学習無力感の強化によってパワーレスな状態に陥るのだと述べる。この状態を改善するうえで栄(2005:30)はエンパワーメント・アプローチが有効であるとし、Cowger の指摘を受けてその中核に「アセスメント」を位置づける。つまり、アセスメント過程を通じてクライアントがエンパワーメントされていくとすれば、PSW は精神障害者本人が自分の状況を客観的に認識し、自分の援助計画の作成に主体的に参加出来るようなアセスメント過程を実践することが望まれると指摘する。そのうえで栄(2005:31)は、日本のソーシャルワークにおけるアセスメントに関する先行研究レビューか

ら、そのツールに関する研究は多く見られるものの、ソーシャルワーク実践の展開過程におけるアセスメント過程の具体的支援内容は明らかにされず、アセスメントが情報認識方法や定式化された簡便な検査方法として捉えられる現状にあるとして、その乗り越えを目的とする。そして Cowger や Saleebey のアセスメントガイドライン、ストレングス視点への着目をレビューしながら、エンパワーメント・アプローチにおけるアセスメント過程を次のように定義している。

「エンパワーメント・アプローチにおけるアセスメント過程とは、PSW が、精神障害者の抱える生活課題を人と状況の全体性の観点から情報収集し、その状況におけるクライアントに共感しながら、クライアントに対する正確な理解を深め信頼関係を形成する。そして、人と状況の関連性の観点から、クライアントが自らの生活課題を意味付けし、クライアントとその環境のストレングスを活用した問題解決に対する意識を高め、クライアントの自己決定に基づく援助計画の立案が行えるように支援する過程である」(栄 2005:36 下線筆者)

そのうえで栄(2005:37)は、PSW がこのアセスメント過程でどのような実践活動を行うのかについて、まずクライアントの理解を図る活動として、クライアントが語ることの出来る態度から信頼関係を形成するための活動、次に援助計画の立案を認識する活動として、クライアントの希望や自己決定を導きだす支援、そして情報収集に関する活動として、その方法や整理の仕方に言及している。そのうえでこうした実践活動に関する 41 項目を抽出する。

栄(2006:130)はこの 41 項目のアセスメント過程が、実際に PSW にどの程度使われているのか、また 41 項目とストレングスに着目した活動の関連を PSW を対象とした質問紙調査で検証している。その結果分かったのは、栄がその重要性を指摘していた様々な形での情報収集活動は実際のところ最も低い実施値であったということ、また市民の意識改革の促進を目指した地域支援活動の実践頻度も同様に低かった(栄 2006:140-141)。前者の理由について栄(2006:140)は、医療機関で働く PSW の情報源がクライアント本人に限定されてしまう傾向があること、後者については PSW 業務が所属機関(民間の精神科病院)の制約を受け間接的援助を難しくしていることを挙げている(栄 2006:141)。

アメリカではソーシャルワークにおけるエンパワーメント・アプローチが様々な社会運動を背景に生まれたことは述べたが、日本ではエンパワーメント・アプローチがソーシャルワーカーの活動の範囲内に留まり、本来の社会変革を志向するにまで至っていないというのが現状である。しかしながら、PSW がエンパワーメント・アプローチをどのように実践するのかを一定程度項目として抽出したことは研究の成果であり、筆者の FSW のフレームを考える上でも重要な示唆を得た。

次にナラティブ・アプローチについてである。筆者がそれを知るのは 1997 年に翻訳された McNamee と Gergen による『ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践』である。その訳者のひとりである野口(1995)は、都立松沢病院にて非常勤の PSW として主に嗜癖者の集団療法場面に臨むなかで、嗜癖問題における語り、および物語の社会的構成に着目した。そしてソーシャルワークにおける構成主義アプローチを提唱するのである。野口(2002)はまた SHG とフェミニスト・セラピー、そして浦河べてるの実践を「ナラティブ・コミュニティ」と称して、いわば社会において周辺化されてきた人々の語りの共同体が、社会変革へと繋がる可能性について言及する。

筆者は野口の研究および長年にわたる各種研修や研究会を通じた交流を通して、大きな影響を受けた。それは大きく2つに集約することが出来る。ひとつはクライアントの現実世界を語りと物語という視点から眺めなおす(野口 2002:15)ことである。そしてもうひとつは、ナラティブ・アプローチが個人化する社会のなかでわれわれを「社会」へと接続する貴重な回路である(野口 2004:237)という指摘である。

前者については、筆者がすでにAAをはじめとするSHGにおいて多くの嗜癖当事者の語りと接し、語りが変化し物語が変容していくさまと出会う経験が背景にあったために違和感なく受け入れることが出来た。そして当事者の物語は現実理解を助けると同時に、すでに出来上がった物語がその理解に沿った形で繰り返し引用されることによって理解を一定方向に導き制約する側面がある(野口 2002:26)からこそ、物語の書き直しは容易でないことを知る。そして自分の実践とは科学的説明の及ばない場所、すなわち人の人生の物語が見え隠れする「意味」が生起する場所であり、「科学的理解」ではなく「物語的理解」が主役となる場所(野口 2002:29)に極めて近いのである。しかし物語的理解の場所に専門性は不要ではない。むしろ従来の専門性こそ変容を求められるとするのがナラティブ・アプローチの特徴である。野口(2004:161)はMcNameeとGergenを引きながら、それを内在化(問題を個人の能力やパーソナリティに求める)に対する「外在化」(問題の原因の所在を問うのではなく、問題そのものが自分に与える影響とそれに対する自分の抵抗を問う)、専門知に対する「無知の姿勢」(クライアントの世界を専門家は何も知らないという立場に立ちながら、出来る限りその世界を知ることが目的とする会話を続ける)、最後に客観主義に対する「リフレクティング・チーム」(観察する側とされる側が入れ替わりこの逆転を何度も繰り返すことで、相互作用を念頭に置いた実践を行う)という新しい専門性へと置き換えることを推奨する。こうした専門性のあり方は、FSWにおけるクライアントとの対等性や平等性という理念とも相通するものである。

また後者については、ナラティブ・アプローチが個人ばかりを追いかけて社会に迫ろうとしないという批判、あるいはむしろ個人化を強化してしまうのではないかという危惧に向けられている。野口はナラティブ・アプローチの可能性について次のように述べる。

「ポストモダニストの物語」は自分を抑圧する「社会」を描き出すという点では「モダニストの物語」と同様の形式をとるが、その後の展開が異なる。それは社会構造や社会規範の変革という方法ではなく、新しいナラティブの創造という方向へと向かう。新しいナラティブによって成り立つ社会空間がありうることを実践的に示す。マクロな社会変革ではなくミクロな社会変革を実践することで、逆に、マクロな「社会」のありようを照らし出すのである。(中略)ナラティブ・アプローチは、ナラティブが構成するさまざまな「社会」を描き出し、そのことを通じて「社会」の構成に参加する。したがって、われわれが今後どのような「社会」へと向かおうとしているのかという問いは、ナラティブ・アプローチが今後どのような「社会」を描き出すのかという問いと切り離して考えることは出来ない。そこにナラティブ・アプローチの今後の可能性もある(野口 2004:236 下線筆者)。

筆者が実践するFSWが行おうとする社会変革は、まさに野口のいうミクロな実践から「社会」を照らし出すことである。と同時にナラティブ・アプローチは、「社会で支配的な物語」の制約に抗う実践の積み重ねが、新しい物語として語り始められるような仕掛けを作るといふFSWのマクロな実践へと目を向ける契機となった。目の前のクライアントが時間がかかっても「性格的な弱さから嗜癖問題に逃避したどうしようもない自分」という物語から



「自分には逆境を跳ね返す力があり、嗜癖問題からの回復という責任を果たそうとしている尊厳ある個人である」という物語の主人公へと変化を遂げていくその事実の積み重ねが、嗜癖者＝社会からの逸脱者という支配的物語の制約に抗うことを意味する。

このようにエンパワーメント・アプローチ、そしてナラティブ・アプローチに多く触発されることを通じて、筆者は次のようにFSWのあり方を規定する。

FSWとは、ジェンダーというレンズで社会の現象を捉える。そして、さまざまな困難がどのように構築され、人々の行為実践や言語実践によって内面化されるのか、その過程を注意深く観察する。

FSW援助の目的は、個人がさまざまな困難から抜け出す気持ちを奮い立たせるきっかけと引き合わせることであり、個人が抱える困難は、社会のジェンダー規範の変革とともに解消可能であると知らせることである。

FSWでは、3つのことを目標とする。

第1に援助を求める人が、自らに内包する力に気づいてこれを発揮できるようにすることである。どのような抑圧があろうとも、人にはそれを跳ね返していく力がある。またどのような抑圧も、人が等しくもつ尊厳を破壊することはできない。そして、さまざまな理由から、援助を求める気持ちがありながらこれを発現できない場合、その人が内包する力にいち早く気づき、これを引き出す試みを怠らない。

第2に自尊心や世界への信頼を失いかけている人に対し、みずからの存在が否定されない関係性をもちうることを示すことである。自分がそこにいることを、受容される経験を、本人が出来るかぎり積み重ねられるようにする。それは精神的なものばかりでなく、暮らしの安定や身体的な健康さによってももたらされるため、その人の「生活のありよう」に対して関心を払い、不正義を見逃さない。

そして第3に今まで語られなかった“語り”の中に貴重な事実があるとして十分に聴き取り、本人を苦しめる支配的(ドミナント)な物語りを、異なる意味づけ(オルタナティブ)の物語りとして書き換えることである。書き換えの作業は容易でなく、支配的(ドミナント)な言説は、しばしば困難にある人を排除しようとする。しかし、本人と共に支配的(ドミナント)な言説が抱える矛盾を見つけ出し、それに対抗する言葉を探していく。

FSWは以上のような目的、そして目標を掲げて、困難を抱える個人の自己実現を後押しする。そしてこれらの実践を通じて、彼らと共に、社会にあるジェンダー不平等を是正することを、その最終的な目標に据える。

Kirst-Ashman & Hull (2005:310)は、マクロな実践を行うにあたり、まず援助サービスそのものを詳細に評価(evaluate)することが重要だという。まず評価のコンセプトと目標を設定し、次に評価の指標を決める。そしてサンプルを使って評価をデザインしたうえでデータを集める。次にデータを分析し、最後に重要なことはその結果を誰に(audience)に向けてどのようにプレゼンテーションするのかということだという。Kirst-Ashman & Hull (2005:338)は、こうした評価に関するデータの蓄積が、サービスのあり方に影響を与えるだけでなく、サービスそのものを変革することに繋がると述べる。筆者が提唱するFSWは、援助のなかで何が起きているのかを知らせるだけでなく、援助の評価を重要なものと捉え、その蓄積を一定の説得力をもって知らせることがマクロな実践の具体的方法のひとつであると考えている。

図4-1ではこうしたフェミニスト・ソーシャルワークの働きを著した。従来のソーシャルワークに不十分であったジェンダーのレンズと、フェミニストカウンセリングに欠けて

いた援助の枠組みを融合させることで、明確な目的と方法をもつ実践アプローチが完成する。

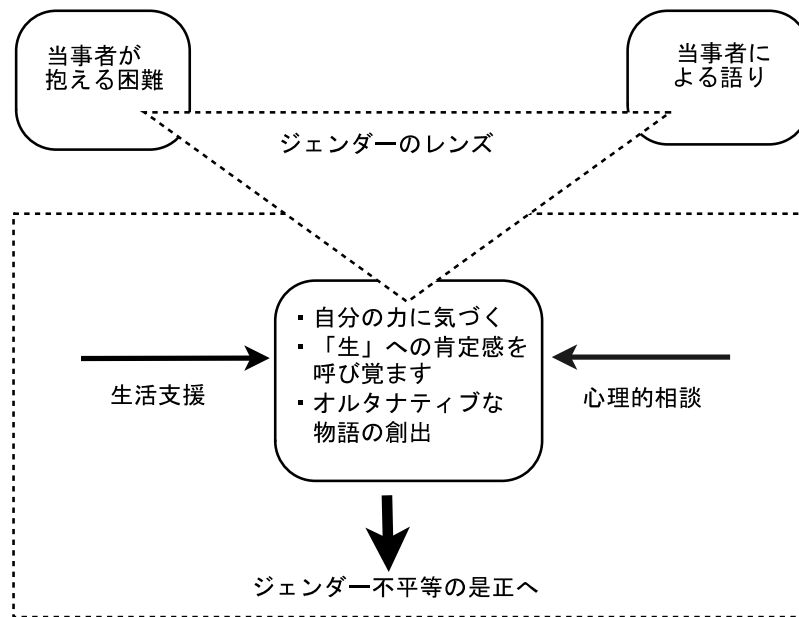


図4-1 フェミニスト・ソーシャルワーク

## 第2節 女性嗜癖者へのフェミニスト・ソーシャルワーク

本節では第1節で示したフェミニスト・ソーシャルワーク(以下FSW)のフレームに基づき、女性嗜癖者に対するソーシャルワーク援助について述べる。筆者は女性嗜癖者の回復過程を「安全の構築期」、「主体の獲得期」、そして「親密圏の創造期」としてその特徴を述べて来たが、ここではそれに加え支援の開始と契約、および支援の終結と中断という時期を加えて援助の全体像を具体的な実践例を用いながら描いていく。

特に女性嗜癖者へのソーシャルワーク援助においては、自発的に援助を求めないクライアント(Trotter 2006=2007)があり、「ケースの発見」(松山 2011:98)からすでに援助は始まっていることに注意が必要である。ソーシャルワーク援助開始時に契約をおこなう主体はいうまでもなくクライアントだが、女性嗜癖者はその主体としての自己を見失っていることが多い。したがって「主体性の獲得」そのものが援助の柱となる場合に、FSWでは契約をどう捉えるのかについて述べる。また、女性嗜癖者の援助は何度かの中断を余儀なくされる場合がある。したがって、回復過程と中断の意味についてもふれる。そして最後に、FSWにおいては、援助終結後のクライアントが、困難を抱える他の女性にとっての重要な資源となる。またクライアント—援助者関係は終了しても、新しく「ジェンダー不平等の解消を求める同志=シスターフッド」という関係性を結んでいく点についても触れる。

## (1) 支援の開始と契約

本論の研究対象であるリカバリーとダルク女性ハウスの利用者は、様々な紹介経路を経て施設にやってくる。リカバリーの場合には、医療機関、福祉事務所等の関係機関、他の障害福祉サービス事業所からの紹介が上位3つである。ダルク女性ハウスの場合は覚せい剤など違法薬物嗜癖が中心であるために、弁護士や刑務所等の法務省関連機関などからの紹介が多くを占める。また、上岡らの地道な努力により、母子生活支援施設など直接的に嗜癖問題を支援はしないが、入居の背景に嗜癖問題を見いだし、治療共同体やSHGへつなげる必要を感じて紹介してくる機関がある。

多くの女性嗜癖者は、初めから嗜癖問題を主訴として援助者の前に現れるわけではない。松本(2009c, 2010a)は、若者の自傷という行為をアルコールや覚せい剤といった薬物で「故意に自分の健康を害する」嗜癖行動の一環としてとらえ、援助者側が誤解する「人の気をひくための演技・操作的行動」ではなく、命がけの援助希求行動であると述べる。松本(2010a:157)は少年施設(少年鑑別所, 少年院)に入院中の少年(女子も含む)300名あまりを調査対象とし、その性被害体験について自記式アンケートをおこなった。そして公立高校生316名を対照群として同じ調査を行った。その結果、少年施設に入所する女子の56.7%に、男子の9.3%に性被害体験がある(一般高校生は女子の4.3%, 男子の0.6%に被害体験あり)という結果が得られた。松本は自らが行った別の調査で、20代前半男性の刑務所収容者への同様の調査結果が11.8%だったことや、小西らの先行研究における一般男性、男子高校生の調査結果との比較から、この調査結果が妥当であるとしている。

同様に松本(2010a:211)は、養護教諭に対して生徒の自傷行為に関する調査を行っている。平成18年度に文部科学省が保健室利用状況調査を行っているが、小学校の9%, 中学校の73%, 高校の82%で自傷行為が把握されていると報告されているものの、その対応に養護教諭がどのような困難性を抱えているかが明らかではないところに、松本の問題意識がある。松本は、研修を依頼された全国4地域の養護教諭1,239名に対して、研修前に自記式質問表を実施した。うち808名(81.1%)の養護教諭に自傷行為への対応経験があり、実際に行った対応は「継続的に相談にのった」であった。しかし一方で調査は、65%の養護教諭が自傷行為を前にどうしてよいか分からない、親に内緒にしてと言われた、関わることで逆にエスカレートした等に苦慮したと明らかにした。また養護教諭の83.6%が、自傷行為を本人が周囲の関心を引こうとしている行動、とみなしていることから、松本は実際に各校一名配置の養護教諭が「どうしていいか分からない」ながら対応せざるを得ない状況と、同時に自傷行為が自殺に関連する行動であることを理解出来ていない可能性が高いことを指摘し、こうした状況を理解しつつ関係機関が連携すべきとしている。

このように少年施設に入所が必要となるような反社会的行動や、中高生によって繰り返される自傷行為に、必要なケアが与えられずに5~10年が経過した後、彼らはさまざまな機関を通じて、女性嗜癖者として援助の対象になる。上岡・大嶋(2010:236)によれば、女性嗜癖者が援助者と出会うまでには長いプロセスがあるが、それはあまり知られていないと指摘する。なぜなら、同じ現象を異なる機関がお互いの切り口でしかみておらず、援助について共有することが少ないからである。そこで援助にたどりつくまでを3期に分け、どのような問題が起こっており、そのときはどのような援助者や機関に出会うのか、そして基本のニーズとしては何があり、実際に必要とされる支援とは何かを整理している(表4-3)。

まず「援助関係希求期」では、大人社会への不信感もあって困っていることを聞いて欲しいという基本のニーズがありながら、しっかりと関係を築くことが難しい。困っていることを解決はしたいが、それを善悪の軸で批判されることを怖れているため、はぐらかしやごまかしで大人達の反応をみるなどアンビバレントな行動が目立つ。しかし、自分の抱える困難をとにかく話したいという欲求は高い。性的逸脱行為も目立つが、居場所や経済的援助を男性に求める見返りとしての性行動という側面がある。そのため、そういう行動への罪悪感からリストカットをはじめとする自傷行為も日常的である。援助者側は常識や規範を押し付けず、「援助関係という種をまく」ように、柔らかい関係を“緩く”むすんでおくといよい。

表 4-3 当事者が会える援助者や機関の移り変わりや基本のニーズ

時期区分	援助関係希求期 (15歳～20歳)	援助模索期 (20歳～28歳)	援助導入期 (28歳～)
出会う援助者や機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>学校(保健室, 進路指導の教諭など)</li> <li>保健所, 精神保健福祉センター(思春期相談, 心の相談)</li> <li>司法(警察署の少年課, 保護観察所, 矯正施設, 地域の保護司など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心療内科, 精神科クリニック, 精神科病院(医師, 看護師, ソーシャルワーカーなど)</li> <li>ダルクなどの治療共同体, グループホームや作業所といった, 地域にある障害福祉施設</li> <li>自助グループ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科クリニック, 精神科病院</li> <li>開業セラピスト</li> <li>婦人科や内科のかかりつけ医</li> <li>就業支援関連施設(ハローワーク, 就労支援系福祉事業所, ジョブカフェなど)</li> <li>自助グループ(スポンサーシップ)</li> </ul>
起こっていること	居場所のなさ/逸脱行為/自傷/将来に対する不安/大人社会への不信	生活の行き詰まり/医療を必要とする精神症状/違法行為/ピア(仲間)との出会い/予定外の妊娠や出産	症状の把握が可能/身体の不調/社会性の獲得/役割の認識/経験の不足/孤立した子育て
基本のニーズ	話を聞いて欲しい	関わって欲しい 身の安全を守って欲しい	教えて欲しい 長い変化の過程を見て欲しい
必要とされる支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全に時間を過ごせる</li> <li>話し相手になる</li> <li>基本的な生活習慣を身体で覚える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>試行錯誤の過程を見守る</li> <li>性急な結果を求めず, 失敗を想定して“抱え込まず”に次へ繋ぐ</li> <li>具体的な生活を支える(食事提供や金銭の管理, 危機対応など)</li> <li>楽しむ機会を提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>依存症など疾患に関する正確な情報の提供</li> <li>安全確保や対人関係など, 社会生活維持に必要なスキルの伝授</li> <li>親としての振る舞い, 対処法を知る</li> <li>経済的自立へ向けた経験の蓄積</li> </ul>

(上岡・大嶋 2010:239 を一部改変)

次に「援助模索期」では、まだ問題の本質を本人は見たくないし気づきたくないが、生活することに支障が出始める時期である。そのため、さまざまな治療機関へ足を運ぶようになる。内科や心療内科といった「本質には触れずに対症療法的な」関わりをもとめている。

また原家族など、女性嗜癖者の暮らしを支える存在の有無も、模索の時期を左右する。すでに結婚や子育てなどを行う女性嗜癖者もいるが、多くは暴力や経済的問題などに加えて育児をおこなっており、虐待のハイリスク・グループである。暴力から逃れるために治療共同体や生活支援共同体を利用することはあるが、表面では適応し、見ていないところで小さなルール違反を重ねる。嗜癖問題についても手放す準備は明確ではないので、そういう時期であることを念頭に置きながら、具体的な生活(食事、睡眠、洗濯など)の仕方を教えるなど作業を通じて本人が再度問題にぶつかる時期を類推する。また筆者による類型の「ライフモデル選択困難型」は、身体的不調を主訴に内科クリニックなどへ通院している場合が多い。仕事上のストレスからアルコールと睡眠薬の併用などが始まっているのだが、それを医療者に感知されることは少ない。何故なら本人は表面的には適応的な患者であり、また一般内科クリニック等にソーシャルワーカーが配置されていることは稀で、本人なりに不安を抱えているが相談する先を見つけれないでいると考えられる。

そして「援助導入期」では、本人が様々な方法を試してみるが嗜癖が止まらない、あるいはしばらく止まるが、それを継続できないといった問題を抱える。また、自分のやり方で生活を変えてみようとするが、思うようにいかないなど、本人なりに他者からの手助け無しに生活していくのは難しいと感じ始めている。それまで通院していた医療機関から、嗜癖問題に関する専門機関を紹介される時期である。また、経済的な困窮も本人にとって援助を受け容れる契機となる。失職だけでなく嗜癖行動に伴い負債を抱え、返済のためにさらに嗜癖に深くのめり込むといった悪循環は、心身ともに本人を限界に追い込んでいる。ことさらに本人の「底つき」を強調する必要はなく<sup>6)</sup>、援助に際して具体的に何から始めるかを確認する。この時期に入っても、援助をうけることに関して女性嗜癖者の中には「恥」の感覚が強くあるので、導入期であることを鑑み、これからどのようなことを行っていくのか、ソーシャルワーカーを始め周りの援助者が果たす役割を一つずつ示していく時期でもある。またこの時期には、精神科病院やクリニックで気分障害といった病名で通院を続けていた女性嗜癖者が、解離性障害やPTSDといった病名を書籍やインターネットなどで知り、重複障害の困難性を訴え援助にたどり着く場合がある。あるいは嗜癖問題はやや落ち着いたが、背景にある暴力被害体験に苦しんでSHGなどから紹介され、援助につながる場合もある。

従って「援助導入期」とは、従来の中年男性治療モデルによる「底つきから再生へ」の始まりとは異なる。女性の抱える重層的な困難の表現としての嗜癖問題が、どのような具体的援助を必要とするかたちで現れたかに着目するのである。しかもこの時期に辿りついたとは言っても、援助関係への恐れや不安から、関係性は極めて繊細で崩れやすいものであることを念頭におく必要がある。

このように従来ソーシャルワーク援助でいう「援助の開始」以前に、当事者には長い試行錯誤の時期があること、援助を受けること自体が「恥」あるいは「援助者による支配」と重なるようなイメージで捉えられていること、にもかかわらず自分の力ではどうしようもないところまで生活は困難を極めていくことについて援助者は知っておくことが重要である。

次に「ケースの発見」と「契約」について述べる。

松山(2011:98)は、クライアント自らは問題を感じていない場合、ソーシャルワーカーが問題状況を発見し、問題状況を認識してもらうところから援助を始める場合があるとして、ソーシャルワーカーによる「ケース発見」とよぶ(下線筆者)。松山(2011:101)は具体的に、問題を発見しても、すぐにその解決に動き出すのではなく、クライアントと問題状況についての認識を共有するように働きかけることから始まると述べる。そして、クライアントとの間で形成されるラポールが、先の問題状況に関する認識の共有を進めるのだという。

たとえば女性に向けられる暴力にDVという名前が与えられ、それは男女間の「犬も喰わない」喧嘩ではなく、圧倒的な力の不平等が生み出す犯罪であることは、多くの論者(Bancroft 2002=2008, Byerly1997=2010, 藤岡 2006, 井上 2010)によって指摘され、2000年には「配偶者からの暴力防止および被害者の保護に関する法律」に結実した。暴力被害から逃れ、シェルターなどを経て新しい生活に踏み出す女性の中には、少なからず渦中の緊張緩和を目的にアルコールや睡眠薬に依存する人がいることは、周知の事実である。しかし、それを嗜癖問題の萌芽と見るか、一過性の反応と捉えて経過を観察するかのアセスメント力が必要である。あるいはすでに暴力から逃れようと決めた時に、自身の嗜癖問題があつて身動きがとれないケースも稀ではない。特に後者の場合には嗜癖問題があるために援助を忌避される場合がある。逆に「暴力被害」というフレームがあるからこそ、嗜癖問題をみない場合もある。したがって、暴力被害の女性を援助するとは、「嗜癖問題がそこにある」という前提をもつことを意味する<sup>7)</sup>。

女性の抱える問題とは複合的であることを本論では繰り返し述べているが、その中に嗜癖問題をみる目と、それをアセスメントする力、さらには精神保健領域のひとつとして嗜癖問題を位置づける力が必須である。そして、ソーシャルワーカーが「ソーシャル」であるとは、集められた情報の分析を行い再構成するときに、それを「女性が社会の中で生きる」上で抱える困難が、いわば生み出されていくような、そのシステムとの相互作用によって捉えなおすことを意味する。

表4-3で示した「援助関係希求期」の少女達とは、アルコール依存症の父親の娘というかたちで、あるいは援助する女性嗜癖者を担当する保護司が抱える、困難事例の相談というかたちで出会う。いずれにしても、松山が言うようにすぐに問題解決へと動き出すことはしないが、本人と直接会う機会にソーシャルワーカーは、善悪の判断を保留し、抱える困難そのものに関心を寄せる援助者であるということを伝える。そして、不安定な、しばしば社会的逸脱すれすれのところで、嗜癖問題を抱えながらも生き延びようとする少女達がつ、ある意味での「社会性」を評価し、それを彼女達のストレングスとみる。しかしながら嗜癖問題の概略については、「止めるかどうかは別として」伝え、嗜癖問題が彼女達をある面で救い、ある面で蝕むことについても触れる。そして、ソーシャルワーカーは別の手段で彼女らが抱える困難を切り抜けるよう助けることが出来ると伝える。「種をまく作業」は、発見したケースに出来る必要最低限のことである。

「援助模索期」の女性の多くは内科クリニック等で治療を受け始めている。「ケース発見」の最も近くにいるのは医師と看護師である。またギャンブル嗜癖などの場合、行政書士や弁護士などの専門援助を求める場合がある。摂食障害に関しては、養護教諭が内科治療と並行して心療内科やメンタルクリニックなどの受診を勧める場合もある。ソーシャルワーカーは、機会あるごとに、こうした関係機関や他の援助者達にできるかぎり嗜癖問題を正確に伝えるという、間接的なソーシャルワークをおこなう。先述したように、それぞれの

機関が自分たちのフレームでしか見ないことで、共有しそびれている多くの情報があり、その結果最も不利益を被るのは女性嗜癖者本人である。

「援助導入期」についてはすでにケースとして見えており、本人も援助契約を考えている。ここではむしろ嗜癖問題そのものの輻輳性に注意を払う必要がある。女性嗜癖者の場合には一つの嗜癖対象ということが稀である。これまでは身体ケアの必要な化学物質からの完全な離脱が最優先とされ、摂食障害などの行為嗜癖や、過度な他者との関係性へののめりこみという関係嗜癖についての治療や援助は、後回しとなってきた。また解離症状や深い抑うつ、衝動的な自傷行為などが見られる場合にも、そうした症状と嗜癖問題そのものをどのように捉え、何から始めるのかを「援助導入期」に検討しておく。なぜなら、うまくいかない出来事の連続で女性嗜癖者は疲弊しているのに加え、メインであった嗜癖対象を手放すので、精神的に不安定となり易刺激性の高い状態が続く。このときに、他の嗜癖問題が一時的に悪化するように見えるが、それは「よくある」ことで、援助関係を揺るがすものでないことを伝えておく。また、場合によってはトラウマケアと嗜癖問題への対応を同時進行でおこなうが、それはあくまで本人の治療／援助に対する動機づけの高さに比例するものである。しかし「援助導入期」は、いよいよ問題の本質へと立ち向かうかどうかを決める時期である。援助者は見通しと見立ての両方を持ちながら、この時期の本人を観察する<sup>8)</sup>。

次に「契約」についてだが、ソーシャルワークにおける契約とは、ソーシャルワーク援助やサービスの利用に関するソーシャルワーカーとクライアントの間の合意(木戸2011:163)である。木戸(2011:164)は契約の意義として(1)援助過程において対等な関係性を確保し、クライアントの自己決定権を尊重すること、(2)ソーシャルワーカーとクライアントの相互作用を促進する、そして(3)合意形成を通じ、クライアントが自らの問題に取り組むモチベーションを高める、の3点を挙げている。また木戸(2011:168)は援助そのものの開始について合意を果たした後に、アセスメントから具体的援助目標を設定し、クライアントとの間で合意を形成し契約に至ると述べる。そして契約の内容は、目標が特定化されること、検証可能であること、実現可能であること、そして時間的枠組みを設けることに留意すべきであるという。また、契約に際しては合意を得ることそのものより、合意を得る作業をおこなうという過程が重要と木戸は指摘する(2011:173 下線筆者)。

こうしたソーシャルワークにおける契約の意義について、FSW が特に注意を払うのは、「援助過程におけるワーカーとクライアントの対等な関係の確保」と「クライアントの自己決定の尊重」に関する部分である。

女性嗜癖者の多くが、生活の中で人間関係を「支配—被支配」というかたちで捉え、また学んできたことはすでに述べた。そのため、彼女達は権威や力を持つと思われる者に従うことには慣れている。しかし相手が自分と“対等である”という概念に、初めのうち混乱しやすい。たとえばAAでは、全てのメンバーが対等であり、たとえ長くアルコールを止めていても、グループの役割を担う人であっても、そこに支配関係は存在しない。伊藤(2009:198)はSHGにおけるメンバー達の相互関係を、回復の自己物語りを紡ぐために「受けとめる聞き手」と同時に「物語りを促す聞き手」とし、お互いがお互いの語りを支える構図があるとした。FSWでは、このような相互援助の中に、人と人との間の“対等性”を見だし、それに大きな価値を置くのである。しかし、女性嗜癖者は支配でも、被支配でもなく、お互いがお互いを必要とし、支えられているという関係性を実感するまでに多くの時間と経験を必要とする。したがってソーシャルワーカーという専門職と

の関係では、対等であるかどうかより女性嗜癖者は援助者に「ひとりの人間として尊重される」という、ごく当たり前で控えめな要求しかしないことが多い。

FSW では、ソーシャルワーク援助において自明とされる「クライアントとの対等な関係」を、「非常に困難な目標」と捉えている。そして、だからこそ自らの権威性に敏感(sensitive)であることを要求する。契約はその意味で、しばしば援助者にとっては「契約する主体」としてクライアントを捉えるが、FSW では、「クライアントは契約を交わそうとする自分に決定権があるというより、援助者側にその力があると捉えがちであるかもしれないということへの想像力をきめ細かく働かせる」よう援助者に要求する。そして、契約は何度もクライアントの迷いや不安によって定まらないものになるため、FSW では、そのようなクライアントの迷走を「変化への助走」と捉えて、粘り強く添っていく姿勢を重要視する。

次に「自己決定」というソーシャルワーク援助にとって重要な価値についても、フェミニスト・ソーシャルワークでは女性が物事を決めることの難しさについて十分知っておく必要がある。その難しさとは以下の3点である。ひとつは、女性嗜癖者は、「自分」を初めからそこにある自明のものとしてこなかったということである。いつも他者に映し出された自分に、他者の欲望を写し取るようにしてきたために、どこまでが「自分」で、何が「自分」の考えなのか曖昧になりやすい。こうした「自己」を持ち得ない困難は、嗜癖問題だけでなく暴力被害に曝されてきた女性にも共通するものである。したがって、他者の欲望ではなく自らの欲望に目をむけることが容易ではない。

そして「自分に関することを、自分が決める」のは多くの訓練を必要とするものである。それまでのライフイベントにおいて、悪い結果となったことの多くが本人の自己決定によるとして非難の対象となるが、その経過を丁寧に聴き取る必要がある。何故なら自己決定とされる背景には周りのニーズへの過剰な適応が見られ、あるいはそれしか選択肢が残されていないことなどが見過ごされている。このように自己決定をめぐる体験について時間経過を含め多面的に捉えないと、何故女性嗜癖者が重要な決定をいつまでも保留することが多いのか、また何故一度決めたことを何度も覆すのかを理解できない。

さらに「自分で決めた」ことの結果に対する後悔や罪悪感が、どれほど強いものかを知っておくことが必要である。時にクライアントは「深く考えたことがない」などと言い、援助者を困惑させる。しかしこうした言葉の裏に、過去にどのような切羽詰まった選択があったかを丁寧に拾いだしなければ、クライアントの実像が見えない。そして、罪悪感や後悔はクライアントの力が削がれる経過で生まれることが多い。単に表面的な事実やクライアントの言葉だけで判断せずに、ジェンダーのレンズで捉えた環境との関係性において捉えていく必要がある。

このように考えると、「自己決定」とは女性嗜癖者にとってはそれ自体の行使が大きな援助の目標となる。ソーシャルワークの原則としての「クライアントの自己決定を尊重する」を自明の理として表面的に扱おうと、援助過程に思わぬ躓きや障壁が立ちはだかることがある。また、援助者はいずれにしても援助の開始にあつて、そのクライアントと対等ではないし、むしろ優位にあるのだという認識から援助を考え組み立てる必要がある。FSW とは、こうした「力(Power)」や「権威(Authority)」に対し、極めて慎重にかつ敏感にその構造を理解しながら、クライアントを無力化しない配慮をする。

女性嗜癖者との援助関係では、インテーク面接時の契約が何度も反古にされる場合がある。その場合には先述した「種をまく作業」をおこなうのみで終了するが、しかしそれは「終わることで次の段階が始まる」とも考えることができる。



またアセスメントとともに解決すべき課題、優先する課題を選定するが、女性嗜癖者は援助者に取り入って解決の主体を援助者側に明け渡そうとする。あるいはこれまでと同様に、不安を隠し切羽詰まって自虐的な選択をしては制止を振り切ろうとする。「支配—被支配」はこのように何度も再演されるのである。したがってフェミニスト・ソーシャルワークでは、支配でも被支配でもない関係性をワーカー／クライアント関係の中で模索し、提示していく。女性嗜癖者はその体験を土台として、次の新しい人間関係へと踏み出していくことになる。

このように援助関係の開始地点へたどり着くまでに、女性嗜癖者をジェンダーの視点から捉え描き直す作業はすでに始まっている。契約は、その書き換え作業を下敷きとしながら行われるのである。

## (2) 回復過程に対応するフェミニスト・ソーシャルワーク

図4-2は、女性嗜癖者の3期の回復過程に対応するFSWの全体像を描いたものである。これまで述べたように、筆者の提起するFSWは生活支援と心理的相談を2本の柱としながら進められる。ここではまずこの全体像について説明を加え、次項でそれぞれの回復時期に対応するFSWの援助目標およびその方法、さらにリカバリーにおける実践例を詳解していく。

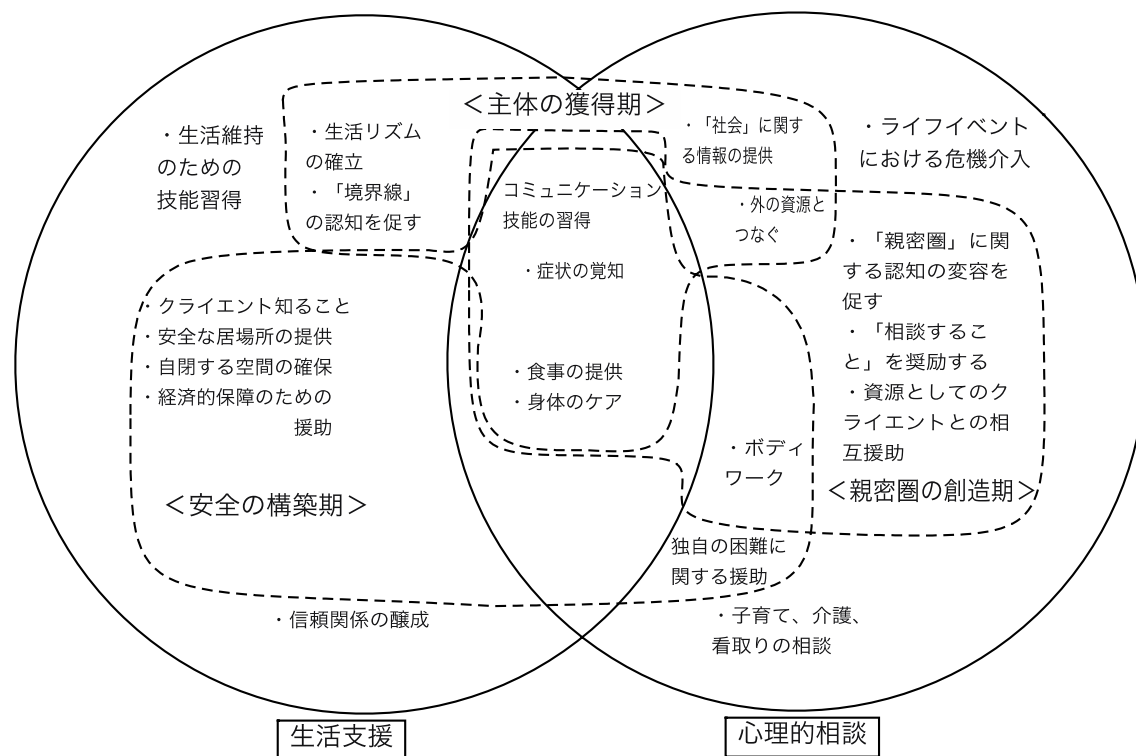


図4-2 回復過程に対応するフェミニストソーシャルワーク

まず「生活支援」の円には、女性嗜癖者に対してFSWがおこなう主な援助方法が書かれている。同じく「心理的相談」の円にも同様に援助方法が書かれている。そして二つの円

が重なる部分に含まれるものに以下の4つがある。

- ・コミュニケーション技法の習得
- ・症状の覚知
- ・食事の提供
- ・身体のケア

これらは生活支援であると同時に心理的相談の要素をもつものである。生活における具体的援助(例えば食事を提供する)を行いながら、援助に対するクライアントの反応(例えばその献立を見て記憶の回想が始まる)を聴き取る、共感する、異なる意味づけを模索するといった心理的援助をおこなうので、この4つは重なりあうものとして表記されている。またこの図における“身体のケア”とは、痛みや身体的不調への直接的な介護行為(熱を測る、傷の手当てをする等)という狭義の意味で用いている。これに対して生活への適応を促進する機能に含まれる作用としての「身体のケア」とは、食事の提供や、ボディーワークといった身体に直接的に働きかける心理的援助をも含めた広義の意味で用いている。

次に回復過程の3つの時期区分ごとに援助方法はそれぞれ点線で囲まれているが、共通する4つを除くと表4-4の様になる。

表4-4 回復過程におけるフェミニスト・ソーシャルワーカーの援助方法

回復過程	援助方法
安全の構築期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・クライアントを知ること</li> <li>・安全な居場所の提供</li> <li>・自閉する空間の確保</li> <li>・経済的保障のための援助</li> <li>・ボディーワーク</li> <li>・独自の困難に関する援助</li> </ul>
主体の獲得期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活リズムの確立</li> <li>・他者との「境界線」の認知を促す</li> <li>・「社会」に関する情報の提供</li> <li>・外の資源と繋ぐ</li> </ul>
親密圏の創造期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「親密圏」に関する認知の変容を促す</li> <li>・「相談する」ことを奨励する</li> <li>・資源としてのクライアントとの相互援助</li> <li>・ボディーワーク</li> <li>・外の資源と繋ぐ</li> </ul>

まず「安全の構築期」では、クライアント自身の安全を居場所と経済的な状況という二つの側面から保障することが最優先される。女性嗜癖者が援助の場にたどり着くまでに、すでに多くの援助者を渡り歩く場合があることについては述べたが、FSWではVan Den Berg(1995:xxxiv)が指摘する様に語り(narrative)や物語から、あるいは文脈、その文脈の脱構築作業から、そして外側から見える知識ではなくクライアントの内面に秘めた知識を、本人との応答から知ることが重要である。また自閉する空間とは安全との関連において意味がある。暴力を背景とする緊張状態に長くさらされてきた女性嗜癖者にとって、援助者側が安全と思う居場所であってもそこは新たな適応を強いられる場所である。そのため、

そこは暴力がない場所でも身体化した緊張緩和の方法である過剰適応が発動される場合がある。そのような時に、自閉することを許される空間があることは重要である。平川(2002:183)は長いDV被害者支援の経験から、“孵化”＝新しい自分の人生を歩き出すのに不可欠な作業には、自閉することを許される空間が必須であると述べている。

次に「主体の構築期」では「社会化」を意識した援助へとその重心が移動する。生活リズムの確立やコミュニケーション技能の習得は、周りにいる同じ困難を抱える仲間同士だけに通用するものから、一般的な社会生活で通じるものへと技能習得の目的が変化していく。症状の覚知についても嗜癖問題のメカニズムを理解するというものから、自分の境界線がどのように未形成かを認知した上で、にもかかわらず社会に適応しようとした不全感を払拭するものとして使われた等、嗜癖問題発症の背景を理解するといった覚知へと理解が深まるように援助する。またこの時期は「社会」に関する情報提供という援助方法も多用されるが、「社会」の体制であれ慣習であれ、そこに潜む構造的なジェンダー不平等について丁寧に解説することが重要である。そしてこの時期にボディーワークが含まれていないのは、女性嗜癖者の多くは主体の獲得が進むのと並行して就労などの社会参加を希望するため、最低限の食事や身体のケアは維持するものの、この援助方法を一度棚上げにする。再び自身の身体のケアが課題となるのは、次の「親密圏の創造期」である。

そして「親密圏の創造期」においては、4つの援助方法を継続しつつ「親密さ」とは何かを女性嗜癖者に認識してもらいながら、実際にそのような関係性を試行出来るように促していく。なかでも「相談する」ことは女性嗜癖者にとって難しい。上岡との「相談」をテーマにおこなった当事者研究というグループワーク(p62表2-4参照)のなかでも、相談のプロセスが分からない、相談＝相手への服従と捉えるなど課題が大きいことが浮かび上がった。自分には自分の考えや感情があることを知っても、その行使をどのようにという困難が「相談」に現れるため、相談することを奨励しながら課題と一緒に見つけ変化の方向を見極め援助していく。そしてこの時期には、親密な関係を結ぶ体験を通じて再び身体に焦点を充てる時期でもあるため、ボディーワークを用いる。なかでも性被害があり特別な処遇が必要な場合には、その処遇を受けられる外部の資源とクライアントを繋いでいく。従ってFSWでは、性にまつわる特別な援助方法について理解しておくと同時に、日本での資源に精通しておくことが求められる。また資源としてのクライアントとの相互援助であるが、親密圏の創造が進んでいくことから最終的な援助の終結へと向かうなかで、この時期のクライアントが後続で援助関係にたどり着くクライアントにとっての社会資源となり得るという意味である。また第2節の冒頭(p176)で述べた様に、援助者にとっても一人のクライアントから、構造的なジェンダー不平等の解消を求める同じ志を持つ人として横並びの関係を意識している。

最後に、回復過程の3つの時期区分の点線の外部に位置する援助方法について触れる。まず「生活支援」では生活維持のための技能取得がある。これは回復過程の全ての時期に共通して必要なものである。また信頼関係の醸成も同じだが、これが「心理的相談」ではなく「生活支援」に含まれるのは、女性嗜癖者へのFSWにおいて「一緒に生活に関わる作業を行う」ことが極めて援助として重要であるとの意味を込めてである。

そして「心理的相談」ではライフイベントにおける危機介入がある。回復過程に関係なく直面するこうした危機は再発リスクである反面、解決を通じて大きな変化にも繋がる。ここでもFSWではクライアントを主体とし、援助者は解決に有効な情報提供をし、必要に応じてモデルを示す。最後に子育て、介護、看取りの相談は回復が維持されるなかで多く

見られる。すでに援助関係が終結してもフォローアップとして、あるいはこうしたケア役割を多く担わされる同じ女性として相談を単発で受けるという意味でここに置いている。

以上が回復過程に対応する FSW の全体像に関する説明である。では次にそれぞれの時期における具体的な援助目標とリカバリーにおける実践例を詳解していく。

### (3)「安全の構築期」におけるソーシャルワーク

Evans と Sullivan (1995=2007 : 102) は、援助関係を始めるにあたって“安全”に関する以下の事柄について、クライアントと同意し契約を結ぶという。まず第 1 に、医師によって処方された薬以外の、あらゆる気分を変える物質からの離脱に同意してもらう。第 2 に、自殺や自傷行為、危険な人物との接触、および他者への暴力行為からの離脱にも同意してもらう。第 3 に、急に引越したり行方をくらましたりしない。そして第 4 に援助者に対して「正直である」ことを求める。援助者は悪い行いを処罰する役割ではなく、クライアントが安全について知り、安全な状態を維持するのを助けようとしていることを何度も繰り返し伝えるという。しかし、しばしば物質再使用などは隠されることがあると Evans と Sullivan は述べる(1995=2007 : 102)。その場合には、契約を守れそうもない時にどうするかを予め話し合っ確認しておくという。これを「フェイルセーフ・プラン」と呼ぶ。具体的には、危険な行動の引き金(事柄)を調べ、その行動の代わりに安全な行動を決めるというものである(Evans & Sullivan 1995=2007 : 103)。

このように安全の構築期では、まず彼女達の安全を脅かしてきた嗜癖症状の覚知や、そのメカニズムを知ることが最優先される。同時に、これらの取り組みを通じてそれが病気であることを理解する。また、その人にとって何が安全な場所か、それを一緒に探す、あるいは見極めることも援助者の仕事である。ただし“安全”について女性嗜癖者は「あるかないか」、すなわち「そのようなものはどこにもない」と感じてしまいやすい。比較的安全、どちらかという安全、など“安全”の濃淡で覚知できるような援助者側の働きかけが重要だと Evans と Sullivan は指摘する(Evans & Sullivan 1995=2007 : 105)。

一見すると援助における技法の説明にも思えてしまうが、こうした考え方は、FSW の援助観を支える重要なものである。

“安全”が分からない女性嗜癖者への不必要な接近が引き出した攻撃性に、フェミニズムが陥りがちであった「同じ女性として」という傲慢さと無知の反映が感じられる。“安全”が保障された場所に居た援助者と、それを根こそぎ奪われたクライアントとの間には、決定的とも言える「不可知」が横たわってしまう。しかし FSW は、あえて自分自身もまた痛みや傷を負うものであり創りだすものとして、クライアントの痛みを“丸ごと”感じようとする。特に被害体験と物質嗜癖の両方から回復を目指すクライアントと向き合う場合に、「安全の概念」が基盤になる。だからこそ、FSW は、「多様な声を聞き逃す」ことなく、杳として全貌を現さないクライアントの安全に関する歴史に対して真摯に不知を述べながら、それでも「知ろうとする姿勢を示し続ける」のである。この“安全”に関する援助者側の認知、それへの働きかけがその後の女性嗜癖者との援助関係のいわば柱となっていく。

またこの時期には身体ケアも重要になる。嗜癖問題に翻弄されている時期には、自分に身体があることすら忘れられている場合が少なくない。したがってこの時期のソーシャルワークは、「安全」と「身体ケア」のふたつ重点を置くことになる。

リカバリーは現在、日中活動の場である「地域活動支援センター」と 2カ所のグループ

ホーム(以下GH)を運営している。個別のケースワークとグループ活動を使ったソーシャルワークが特徴だが、ここでは「症状の覚知」を促す二つのグループワークと、「身体のケア」を促す食事に関する援助、およびボディーワークについて述べる。

#### a. アディクション・ミーティング

「地域活動支援センター」では毎週午前と午後にそれぞれ90分のグループワークを行っている。「プログラム」と呼ばれるそれは、言語と非言語に大別される。嗜癖について取り上げるのは「アディクション・ミーティング」である。このミーティングはアルコール依存症者の自助グループであるAAのスタイルをお手本としている。前半は「テーマミーティング」で参加者が随時自分の体験を語っていくが、このミーティングの目的はふたつである。ひとつは自分の嗜癖問題について正直に話すことであり、もうひとつは自助グループで使われる言葉を知ることである。正直であることはこれまで嗜癖へ逃避することでごまかして来たものを直視する姿勢であり、奨励される。しかし医療機関や公的機関(たとえば警察や裁判所)などでは、正直であることが当事者にとって不利益になることもあり(違法薬物の使用を正直に認めれば、支援ではなく処罰の対象になるなど)矛盾を孕んでいる。そのためリカバリーではどのような事実であっても、それは善悪の判断にさらされるものではないことを繰り返し参加者に伝える。そして「自分は何をどのように使ったか」を話すよう促し、次に「嗜癖が自分を助けた側面」と「嗜癖が自分を苦しめた側面」について振り返り、嗜癖問題を内面化せず外在化するよう促していく。この繰り返しは、参加者に嗜癖によって生き延びて来たが、同時に嗜癖によって生活が破綻したことを知らせていくことになる。また嗜癖問題は放置したままでは改善しないことや、別のものに対象が変化するなど、援助者が“教える”という縦の関係からではなく、参加メンバーによる正直な体験の共有という横の関係を通じて、嗜癖問題に関する恥の感覚を強化せずに相互に学習していくことが出来る。

#### b. 当事者研究

「当事者研究」は浦河町にある「べてるの家」で始まった実践である。向谷地によればそれはひとりの爆発(問題行動)を繰り返す統合失調症の当事者が、自分が抱える苦労を援助者に丸投げして“解決してもらおう”のではなく、自分が苦労の主人公になり、苦労とのつきあい方を“見つけ出すプロセス”に対して名付けられた(浦河べてるの家2005:4)。そして「当事者研究」に共通するエッセンスとして向谷地(2005:4-5)は以下の5点をあげている。それは“問題”と人を切り離す、自己病名をつける、苦労のパターン・プロセス・構造を解明する、自分の助け方や守り方の具体的な方法を考え、練習する、結果を検証する、である。

専門職による心理教育と「当事者研究」との差異は、“苦労(問題や症状)の主人公”という言葉に集約されている。苦労のパターンやメカニズムを他者から説明されるのではなく、同じ苦労を抱えるグループメンバーとの相互作用を経て、自分で気づいて(aware)いくのである。最初は戸惑う当事者たちだが、自分より先に始めたメンバー達に促されるように発言が増えて相互作用が起こる。参加メンバーはオープンエンド形式のため流動的だが、年数を重ねる中で次第に「当事者研究」のテーマは、メンバー達が抱える症状や障害そのものをテーマとすることが増えている。

なかでも「摂食障害の研究」は、直接的に症状について取り上げたという意味で非常に

大きな成果をメンバー達にもたらした。参加メンバーの中には摂食障害と診断されていない人も含まれている。しかし「食べることに関する苦勞がない」人から投げかけられる素朴な疑問が、摂食障害の研究で重要な役割を果たした。当事者はその素朴な疑問に答えようと、改めて症状を対象化し、分析し、言語化していったのである。

摂食障害に関しては精神科医をはじめとする研究者が症状や予後について書いたもの、当事者らが自らの体験を記したものが数多く出版されている。しかしグループ内の相互作用が、これまで言語化されることのなかった体験を自覚(awake)させ、状況に名付けが行われることで体験の普遍化が行われることの意義が大きい。また、摂食障害ではないメンバーをグループに招き入れることによって、精神障害という共通性がありながらそれぞれの症状がもつ個別性を承認する機会となった<sup>9)</sup>。

### c. 食事の提供

筆者は鈴木(2004:358)が指摘するように慢性で自己誘発嘔吐の伴う摂食障害を嗜癖のモデルで捉えるが、リカバリーでは化学物質嗜癖と摂食障害の重複障害者が多い。野間(2006:72-103, 2010:142-148)は「身体と実存を結びつけるキーワード」としてメルロ・ポンティの[キアムス(交叉配列)]を用いながら、“精神を病むことをその人の身体の在り方の偏り”と捉え、その例示として摂食障害を取り上げる。野間(2006:103)によれば、摂食障害とは自分の存在を肯定的に捉えることが出来ないことを自分の能力的な低さへの他者評価だと理解し、そのために取り残される不安から自分に関するあらゆる属性(見られる身体)をコントロールしようとして拒食に陥り、逆にコントロールしようとしても出来ない内的刺激としての食欲(感じられる身体)に圧倒される過食が生じ、いつか自然な身体感覚を失う(空腹感満腹感や寒暖の感覚欠如、倦怠感の鈍麻)ために他者との自然な共感性をも障害してしまうという、つまり自己存在の肯定感の欠如から出発した摂食障害は結果として孤立へ本人を導き、自己肯定感をさらに遠ざけることになるという。リカバリーでは開設以来、「食べる」という営みを通じて利用者が身体を認識する(対象化、分析)援助をしてきた。特にGHという暮らしの場は、文字通り「生き直す(reborn)」ための場である。筆者は援助方法としての食事を次の様に捉えている。

被害体験のなかで生活してきた人の多くは緊張が日常化しており、ゆっくりと味わいながら食べるという習慣を喪失する。生きるための所作である食事が「詰め込む、飲み込む」ものであったり、「何も考えなくてすむ時間」であるという中から、自分が生きることへの肯定的意味を見つけ出すことは難しい。(中略)本来であれば、過度な不安や緊張にさらされてきた身体をゆっくり休めるための食事であり、それが自分をいたわることにもつながるのだということがピンと来ない。(中略)「食べる」ことが落ち着きを見せることではじめて入居者は、自分に起こった被害体験を自分の身体を傷つける方法を使って「なかったこと」にしたり「乗り越えようとしていたこと」に気づいていく。(中略)筆者は「食べる」ことの立て直しを通じて(入居者が)新しく生きる意味を見いだしていくように思う(大嶋 2004b:66 下線筆者)。

食べることは空腹を満たすだけでなく、自分をいたわることである。そのことが分からない人にそれをどう伝えて、実感してもらって、最終的には本人が自らそれを試行できるようになるまでに援助するのか、このように困難な援助(食べることに込められたたくさんのエピソードや体験の意味するものを斟酌しつつ理解し、変化の糸口を見つけ、息の長い実際の援助を積み重ねるといふ)だからこそ、専門職の知識・技術を必要とする。GH に入

居していたKさんの語りのなかに、自分の変化と食事のエピソードがある<sup>10)</sup>。

K「食事はおいしい、楽しいって思った」

Th「今まではそうじゃなかったんだ」

K「お腹いっぱいになればいいだけだった」

\*しばらく別の質問に答えた後に

Th「自分が何を考えているのか気がつくようになったの？」

K「自分がかぼちゃとかサツマイモが好きだということに気づきました」

Th「おいしいと思ったの？」

K「はい、お母さんが料理を作る人じゃなかった。ごはんに水をかけて食べていたので、なのでご飯がおいしいとか、楽しいとかいうことではなかったの、グループホームに入ってから、おかずってこんなにあるんだとか、こんな野菜があるんだとか気づいた」

専門職が「食べる」ことを援助するのは、調理人のような食事を提供するためではない。季節の食材を選びメニューの好みを聞き、素材に手をかけて供するという一連の作業を通じて入居者に「身体のケアとしての食」を示すことにある。入居者に多い極端な偏食も、観察すると食べたことがないことからくる不安であることが多い。あるいは人が手をかけたということの意味が分からない人は、悪気なく気に入らなかった食事をあっさり丸ごとゴミ箱に捨てたりする<sup>11)</sup>。したがって、こうした「食べる」ことを巡って垣間見える対象者たちの生活のアセスメントから、それぞれに対してどのような身体の覚知とケア、その具体的方法の提示と試行までを援助として組み立てるかが援助者の役割だと言える、

#### d. ボディーワーク

ボディーワークとは、日本ではまだ耳慣れない言葉である。日本では医学的リハビリテーションの一環として身体に直接働きかけ治療をおこなうものとしての理学療法から、ヨガのように自分で姿勢をとり呼吸を整えるものまで身体をケアする方法はさまざまある。本稿でいうボディーワークとは、狭義には「治療を目的とせず、心理的な課題に介入せず、クライアントの身体構造および身体機能の改善を援助するための身体的な教育」であり、広義には「体に働きかける技法」をいう(小川・斎藤 2009:13)。

リハビリで行っているボディーワークは、1976年にThomas Hannaによって始められた「Somatic Education(ソマティック・エデュケーション以下ソマティックス)」といわれるものである。Somaticの[soma]とはギリシャ語が語源で[生きている身体]を指す言葉である(Criswell 1995:xviii)。また、一人称の知覚で内側から捉えた身体としての[Soma]を探求することを意味する(小川・斎藤 2009:13 強調は筆者)。Tompkins(2009:188)によれば、ソマティックスはゆるやかな動作(exercises)と身体への操作(manipulation)を通じて、身体をより容易に動かすことが出来るとともに身体への気づきを強めることを可能にする。またソマティックスは中枢神経系の感覚神経細胞および運動神経細胞に着目しながら、身体の健康的な動きのパターンを復活させることに主眼をおくが、その流れはひとつではない。一般にソマティックスという場合にはフェルデンクライス・メソッド、アレクサンダー・テクニク、ハナ・ソマティック・エデュケーションといったものまでを網羅する。T. Hanna(1928-1990)はフェルデンクライスの実践家として活動していたが、心やスピリチュアリティと切り離された身体レベルの問題だけを扱うというボディーワークという言葉

がもつニュアンスを払い、全体としてのからだに対する独自のアプローチを強調するためにソマティックという呼称を生み出したとされている(小川・斎藤 2009:114)。

T. Hanna によれば、人間は身体をこれまで三人称の観点から(客体として)捉えてきたが、その人には自分にとって独自(unique)な情報を体内から伝達される受容器(puroprioceptor)としての、つまり一人称の観点からとらえる[からだ]があるという。このふたつの身体に対する観点はしばしば異なるが、この明らかな違いを見落とすことが、生理学や心理学、そして医学における身体の根本的な誤解へと結びつくと述べる(Hanna 1995:341)。ソマティクスでは身体への主観的なかわりをめざし、自らの[からだ]に対して自らが関心を持ち、同時に感覚をとまなう気づきを得ることを目的としている。

筆者はこれまで精神科病院やクリニックで勤務してきた経験から、身体に関する不定愁訴に対して医療者が簡単に処方薬で対応してしまうことについても危惧を抱いていた。痛みのような主観的なものに関しては、本人の辛さは分かるがすぐに痛み止めを処方してしまうと、薬の効果が切れてまた襲ってくる痛み逆に敏感になる人を大勢見て来た。身体の不調にすぐ薬物療法で対応するのではなく、不調そのものを自分で整えることが出来たら違った生活が可能になるのではないかと考えていた。ソマティクスの指導者からの働きかけで自分の身体を感じ、整えることが出来ればこうした不定愁訴の改善に繋がると考えて導入した。

ボディーワークに入ってもらおうかどうか、予めスタッフはスクリーニングをおこなったのだが、インテーク面接や他のプログラム場面ではそれなりに適応的に振る舞っているメンバーの中に、表面化しなかつただけで深いトラウマが身体の中に埋め込まれている場合があって、それがソマティクスによって引き出されるということが分かって来た。メンバー達は身体を感じるという意味がわからないということと、「身体を緩ませることが怖い」と訴える。つまり筆者は彼女達の抱えるガチガチの凝りをほぐしてもらいたいと願っていたのだが、彼女達は「リラックスが分からないし怖い」のだ。ソマティクスをトラウマワークとして行う場合には(先述したように身体を使った心理療法としてのソマティクス)、まず身体感覚を取り戻す作業をおこない、そのうえでトラウマと結びついた身体感覚(恐怖、硬直)を解放するのだが、過去をさかのぼるのではなく“今、ここ”で起こっている事柄に目をむけ、僅かずつおこなう。

西(2009:29)によれば、重いトラウマを抱えるクライアントに対しての言語による心理療法の限界を感じていた時期にソマティクスの研修を受け、その後自身の臨床でソマティクスを取り入れた。リソースとしての身体感覚にアクセスしたクライアントから「よく見える、明るくなった、こんなふうに見えたのは初めて」などといった声を聞き、ソマティクスの体験がエンパワメントになっていることが分かるという。

ここでも同じく先ほどのKさんがソマティクスを体験した語りを紹介する。

Th: 自分のためになるとしたら、ソマティクスみたいなワークはどんな風に役に立つと思いますか?

K: 役に立つとしたら、私はよく大嶋さんから離れてるねといわれるんですが、くっつけたいなと思います。自分の心と体、だからあのようなワークに出た方が、きっとくっつくんだろうなと思います。でもくっ付けると危険も伴うだろうなと思います。

Th: そこが難しいところだね、どんな危険が伴うと思いますか。

K: 多分自分の体をいじめたくなると思います。

Th: 自傷とかそういうこと?



K: うん.

(中略)

Th: 繋がるのが大事だと思うのはどうしてなんだろうね, 体と離れてる方が楽だよ.

K: 楽だけど生きてる感じはしなかったです.

Th: 体と繋がっていると生きてるっていう感じがするんだ.

K: そう思ってます, 一言で言っちゃうと, 体が楽になるからです.

Th: 生きてる感じがすると思ったことがあるんだよね.

K: 子供たちが, 「先生遊ぼう」と言って手をつないでくれたりすると, そう感じます. 生きてるなって. 2週間保育園休んで昨日行った時, 私のことなんか忘れてるだろうなと思ったのに, 「先生久しぶり」と言われた時には, 私のことをちゃんと覚えてると思いました.

(\*Kさんは週に2回, Kさんの病名を開示してスタッフの紹介した保育園で保育実習を行っている)

Th: うれしかったんだ?

K: うれしかった.

Kさんはリソースとしての身体感覚にアクセスする時間が少しずつ長くなっている. しかしKさん自身の言葉にあるように, こころと身体がつながることは生きている感じがありありとすると同時に, 自分をいじめたくなる思いにかられるということでもある. インタビューでは何も覚えていない, 感じなかったと話すが, 平澤氏に「それも身体の中で起こっていたことだよ」と返されると, 次第に自分の言葉でしっかりとそのときに起こっていたことを話し始める. そして長い時間を必要としたが, Kさんは自分が生きているという感じを掴み始めたことが分かる.

#### (4) 「主体の獲得期」におけるソーシャルワーク

女性嗜癖者にとって主体の獲得を難しくしてきた背景には, 育ちにおける暴力被害の体験がある. なかでも家族からの直接的暴力を受ける, あるいは暴力を目撃することには常に緊張がつきまとうため, それを緩和する目的で状況に過剰に適応しようとして自らの感情や考えを意識にのぼらせない生活を続ける. このようななかで「自分」というものが分からなくなっていくのだが, 回復過程では今までは逆に「自分を主語として」ものごとを考え, 感じ, 語ることを奨励される. 従って主体の獲得期における援助の目標は, クライアントが自分と他者の境界を認識するようになり, また自分と他者との差異を知り, それを差異として受け容れていくよう支えることである. 嗜癖問題は, それまでの支配—被支配という関係から一時的に逃避する手段として使われたが, 自分を主語にした考え, 行動を意識し, 結果とも向き合うことが出来るような変化を目指す.

また「安全の構築期」と比べ, 食事や睡眠といった基本的な生活の最低限の質を確保していることで, 身体に起こる変化を感じることが出来るように促していく. これまでの身体を無視した生活から, 痛みや熱などに対して必要な手当てがあることを学習し, それを自分で出来るような援助をおこなっていく. また月経が復活し周期も徐々に安定するが, 同時に生理前症候群がわかるなど自分の身体と精神的な状態の調和について考えるような機会を設けていく.

主体の獲得作業が進むなかで, それまでの限定的な人間関係がやや広がる. 学業への復帰を検討したり, 簡単なアルバイト就労などを始めると, 社会関係が生まれる. それまで

の嗜癖行為を媒介とする関係とは違い、経験を参照に出来ないことから、クライアントにとって必要な情報やスキルを伝え、また SST などを用いた訓練をおこなう。またこのときに、社会のしくみや基礎的知識など、学校生活で習得すべきものが欠落している部分を補完するような社会資源を探索することが重要である。

加えて社会関係は、同時にジェンダーバイアスに曝される機会でもある。ジェンダーとは何か、ジェンダーによる不平等について知る機会の提供は、FSW の中核ともいえる援助である。仮にクライアントが主体的であろうとすることに対して、それを阻害されるような場面に遭遇したら、クライアントはただちに嗜癖行動へ戻るのではなくどう対応するか。これは嗜癖問題の再発という点からも重要な問いである。ひとりの女性として自分の考えや感じ方をもち、それは十分尊重されるべきであるといったジェンダーバイアスへの抵抗なしに、嗜癖問題への逃げ込みを回避するのは難しい。社会関係が広がると同時に、こうした現実的なジェンダー不平等への対処を、クライアント個人だけでなく、グループワークやあるいは外部におけるワークショップや講演なども使いクライアントに示していく。

次にリカバリーでこれらの目的を持って行われる実践例として「地域活動支援センター」における3つのグループワーク、および就労支援について述べる。

#### ①アダルト・チルドレン(AC)ミーティング(実施期間 2003 年～2005 年)

アダルト・チルドレン(AC)とは「アルコール問題をもつ親の元で育って成人した人」が語源である。1980 年代後半～1990 年代にアメリカの嗜癖臨床家(Black1981=1989, Woititz 1990=1997,)によって日本にもたらされたこの概念は、訳者の齋藤(2004:292)が述べるように嗜癖領域に固有の問題ではなく、彼らの子ども時代に親から受けた様々な虐待と無視からのサバイバー(生き延びた人)を指す言葉として使われる<sup>12)</sup>。

言語を媒介としたグループワーク(週に一度、90 分)として行われた「AC ミーティング」の目的は、参加者の抱える境界線のなさや、自らの欲求に関する不確かさといった困難と嗜癖問題がどのように結びついたのかを、親子関係という切り口から考えることである。テキストを使いながら自分の体験を振り返り、整理し、発見を自分の言葉で表現する。使用したテキストは、信田さよ子(2003)『愛し過ぎる家族が壊れるとき』である。参加者は open-end グループとし毎回 6～8 名の参加であった。また、グループワーク参加者と定期的な個人面接(週に一度)を並行して実施した。テキスト読解とグループリーダー(ソーシャルワーカー)による用語解説の後、参加メンバーより気づきをそれぞれに出し合ってもらい、一巡後は他の参加者による気づきへの応答が自由に展開される。グループではしばしば同じ体験の共有と、同時に体験の意味づけの多様さが、驚きをもって語られた。また、グループ参加については個別面接によってスクリーニングされており、嗜癖問題に関して一定の落ち着きをみせているものが対象であった。従ってメンバー間には“選抜された者”という意識が働きメンバー同士の結びつきを促進した。この感覚がその後メンバー間の「親密性」へと変容していく。同じような体験をもち、しかもその苦しさに向き合おうとしているという他者への共感が、自身の変化への動機ともなっていた。

#### ②サバイバーズ・ミーティング(実施期間 2003 年～2005 年)

これは性被害体験をもつメンバーのみが参加できるミーティングである。目的はもうひとりの自分に出会うこと、曝露療法のエッセンスを使い、体験そのものによる被爆を軽減することであった。テキストとして Bass と Davis(1994=2002, 絶版後 2007 再版)の『生き

る力／癒す勇気』を用いた。参加者はクローズドとし、毎回3～4名であった。メンバーは具体的な被害体験に触れる必要はなく、主に現在の生活上の困難を話すようグループリーダー(ソーシャルワーカー)から促されるが、それでも他のメンバーの体験を聞くことからフラッシュバックが起こり、グループワーク場面から中座する(これはグループ内で認められていた)ことも少なくなかった。性被害体験はこのグループでしか扱わないこともあり、気分は重くて嫌だが自分ひとりではないことを確認する参加者がほとんどであった。

グループワークは言語を中心に行われたが、言葉にする不自由さが強い時には、この時間を使い画用紙に思い思いの紙や布などを貼付けるコラージュというアートセラピーに取り組む、あるいは近くのカフェへお茶を飲みに出かけた。性被害という体験は、解離性障害や度重なるフラッシュバックなどでクライアントの生活を困難にしていた。従って、言葉になり得ないものを色や形で表現する、苦しい作業へのご褒美を自分にあげるという実践も行った。また、被害体験が繰り返されないためには親密性をめぐる誤解を訂正する、服従圏へ戻ってしまうことを警告するなど、グループリーダー(ソーシャルワーカー)による心理教育が行われた。

### ③レジリエンス・ミーティング(2006年～2009年)

レジリエンスとは元来物理学の用語で、ボールを押したときに元の形へ戻ろうとする力＝反跳力のことである。それが心理学において「人が危機に直面しながらも、それを跳ね返し適応に成功すること」(Hauser・Joseph・Golden 2006=2011:2)として使われるようになった。「AC ミーティング」や「サバイバーズ・ミーティング」では喪失体験に焦点があてられることが多かったことをふまえ、そうした体験にも関わらずそれを跳ね返す力を各自が内包していることを知るのが目的である。

参加者はオープンエンドとし、毎回6～8名が参加した(週に一度、90分)。参加メンバーのスクリーニングはグループリーダー(ソーシャルワーカー)が行い、並行して参加メンバーとの個人面接をおこなった。

参加者の被害体験は多様だが、ほぼ全員に解離症状があり、半数がPTSDの診断をうけている。使用したテキストはWolin&Wolin(1993=2002)『サバイバーと心の回復力』と、宮地尚子(2004b)『トラウマとジェンダー』である。2冊とも専門書であり、かなり難解な内容であったが、一人の脱落者もなく読了した。メンバー達にとって、難解なテキストに挑戦しそれを読了したことが大きな達成感になり、メンバー同士の連帯感の形成に貢献した。

2冊は文中に多くの事例が使われているのが特徴である。参加者は同じ被害体験で、なぜその事例が出来事に対し抗うことが出来たのか、そのヒントを探ろうとしていた。時には、その違いに目がいってしまい落胆や自信喪失といった場面もあった。プログラムにはかなりの集中力が必要で、終わるとメンバーはかなり疲弊し、テキストの内容に精神的な疲れを覚える者がスタート時は多かった。しかし、1年、2年と続けるうちに、自分の抱える課題を直視するストレスへの耐性があがっていくのが感じられた。

宮地のテキストは特にジェンダーとの関連でトラウマをとらえるものであったため、毎回ジェンダー役割やバイアスに関するミニレクチャーを挿入した。それによって、自分の被害体験が自分だけに帰責するものでないことが実感できていく様子が見られた。境界線はテキストの中で何度もテーマとして扱われており、事例を通じて理解を深めることが出来た。

#### ④就労支援

生活への適応を促進する機能のなかで「社会化」という作用に言及したが、就労支援は主体の獲得がすすむなかで援助の外との接点を見いだすという意味で重要な役割を果たす。リカバリーでは「地域生活支援センター」において2003年から就労支援プログラムを開始した。それまで嗜癖者は、嗜癖さえ止まれば普通の人と同じように稼働できると思われていた。しかし、女性嗜癖者の場合には就労経験のある人が少ないだけでなく、仕事の内容はこなせるが必要なコミュニケーションがとれない、社会の仕組みなど当然知っているはずの情報や知識が欠落していることが課題であった。そこで、就労支援プログラムでは「働く」をテーマに、漠然とした就労に関する参加メンバーの考えや知識を確認しながら、必要なものを補填しつつ、同時に刺激する働きかけをおこなう。具体的には就労に関する多様な切り口からの読み物を読み合わせる、DVD視聴、ゲストスピーカーに話を聞くなどである。また読み物やDVDといった材料の中身に応じて必要な情報や知識のテーマが隣接する領域にも広がるため、結果として1年ほどのプログラム参加で、具体的に自分の就労に関してイメージできるようになっていく。

就労について頭で考え理解し、自分に置き換えて考えられるようになると、次に職域を決めるためハローワークやジョブカフェをはじめとする資源と引き合わせる。このときに、ハローワークという資源を利用する他の求職者を見て、各自がどのように資源を活用するか、ここでも制度や窓口スタッフとの相談の進め方などがテーマとなり、持ち帰って検討する材料となる。プログラムは個別面接と並行して行われ、準備ができたメンバーから履歴書記入を経て求職活動、面接へと進む。また、こうした他のメンバー達が作業を進める様子自体が刺激となる。プログラムでは、面接を控えたメンバーの服装(試着してもらいメンバーで検証)に関するフィードバックをおこなったり、面接のロールプレイなどもおこなう。プログラムでは「働く」ことを対象化し、分析し、言語化し、最終的には挑戦して結果を検証するといった一連の作業を繰り返す。

2005年11月には、地域活動支援センターの一階にカフェを開いた。よりセンターの外の世界と接点を持つことと、実際にプレ就労の場でなければ見えて来ないメンバー各自の課題を明確にすることが開設の目的であった。カフェ開店までの約半年間の準備は、コンセプト確認や具体的な機材購入まで、すべてメンバー達が中心となっておこなった。この体験をきっかけとし、実際に就労へと移行していくメンバーがいた。「それいゆ」のスタッフという、メンバーにとって慣れてきた関係から、外部の取引業者やカフェの客といった人との会話、交渉など全てが現実的な教材となって、その後の就労支援プログラムを活性化した。

カフェは試行錯誤で2007年からはランチも開始した。当初はメニュー決め、材料購入などすべてをスタッフがおこなっていたが、こうした細かな作業を徐々にメンバー達に任せ、また工賃支払いの基礎となる出納帳もメンバーが行うなど、一件の店をメンバーが主体的に運営するという形を意識した。

実際にカフェを運営しながら、スタッフはひとりひとりの仕事ぶりを細かく観察する。ひとりで全てをやってしまい、一緒に時間にシフトに入るメンバーとコミュニケーションがうまくとれない人は、そのことを自覚しどのように変えていけるかをそのメンバーに課題として与え、行動変容の契機とする。また、ちょっとしたことを一緒に働くメンバー同士で確認する、忙しい時間に声をかけあい作業を分担するといった、当たり前のことを身をもって体験することが、まさに彼女達がこれまでできなかったことである。また、心身

の調子を崩し休むことも、どのタイミングで決めるのか、どうであれば迷惑がかからないのかも、理屈ではなく体験することでつかんでもらうようにする。さらに、働き続けるには、睡眠や食事がバランスよくとれていること、自分の中にストレスを溜め込んでいないことなど、職業準備にむけた生活の充実が不可欠である。メンバーはそのこともまた経験を通じて学ぶ。

2009年ごろからは、厚労省が助成事業としておこなっている、各種スキル取得講座(若年者雇用促進事業の一環としておこなっている。内容としてはホームヘルパー2級、OA事務、CADオペレーションなど)をメンバーが受講している。これまでメンバー達は、障害非開示でこうした講座を受講してきたが、2010年からは精神障害者向けの同講座も新設され、障害特性に応じたカリキュラムが組まれている。理解力や集中力に課題のある人の場合には、こうした障害者対象の講座を利用することが可能になった。講座は約3~4ヶ月間で、うち1ヶ月は職場実習なども組まれており、実際に社会の中で座学だけでなくさまざまな経験ができるため、就労に関して自らの課題を発見するには有効である。また、講座は午前9時ごろから午後4時ごろまでと一日の大半をかけておこなう。この時間に間に合うように出勤(講座は雇用保険受給可能であり、出勤簿に押印する)、また集中を切らさずに受講する、他の受講者と必要なコミュニケーションを形成するということが、就労への重要なウォーミングアップとなっている。

このように、就労に関して国が制度としておこなう事業を積極的に利用する。これらはいずれも国の財政状況や自治体の取り組みに関する意欲に影響を受けるものである。従って、制度を利用するだけでなく、利用を通じて必要な変更をマクロシステムに反映させていくことが、社会化という機能とミクロ、メゾ、マクロの相互作用を促進するということになる。年に2回、札幌市内の障害者就労支援事業所連絡協議会といったネットワークも立ち上がり、情報交換や就労支援の成功ケースの検討会などが開かれる。女性嗜癖者だけでなく、就労を通じた社会化をすすめるうえで援助者側の社会性、経済界の人々とのネットワークや人脈の開発もまた課題となっている。

#### (5) 「親密圏の創造期」におけるソーシャルワーク

回復過程の最終段階である「親密圏の創造期」におけるソーシャルワークでは、クライアントが他者との“対等な関係”とはどのようなものであるかを理解し、それを実践することを助ける。嗜癖問題から離れて数年が経過したこの時期は、生活している中で抱える小さなストレスが生じて、SHGのスポンサーシップや、援助者との関係で解消していくことが出来る。しかし、彼女達の最奥にある深い喪失や哀しみの体験に関しては、手がつけられないままとなっている。また、安全の感覚を知り、自分が自分の人生の主人公であることを受け容れるようになることで、ようやく理不尽な体験への“怒り”がわき起こる。親密性を知り、実践するには、このような喪失体験へのアクセスが必要となる。

EvansとSullivan(1995=2007:133)は、虐待のサバイバーであり、嗜癖問題からの回復をめざす当事者にとって、この時期を「回復における統合段階」とよび、過去の問題を解消して「今ここに」生きる能力を獲得することがこの時期の目標であるという。ここでは具体的な三つの課題に取り組むという。第一の課題は、トランス状態と結びついている強烈な情動を“焼き払う”ことである。第二に、「トランスの解除」を続けること。受動的なトランスや自我の分割によってトリガー(条件刺激)に対処する頻度や強度を減らす。そして

第三の仕事はグリーフワークである。それはグリーフワークの対象となる情動は除反応やトランス解除で扱う情動とは異なり、過去に起こったことだけでなく、起こらなかったことの結果として生じた苦しみに焦点を合わせるという。

つまりグリーフワークでは、たとえば父親がしたことより、むしろしてくれなかったことや、これからしてくれそうもないことを嘆くのだ。また、自分が嗜癖にはまってしまったことよりも、むしろ嗜癖のせいで職業や配偶者、健康を喪ってしまったことや、その喪失は取り返しがつかないことを嘆くのである。除反応は憤怒や号泣をともなうが、グリーフワークは恨みやすすり泣きを伴う場合が多い。

(Evans & Sullivan 1995=2007:134)

また Evans と Sullivan(1995=2007 : 134)は、グリーフワークに関してサバイバー特有の問題を三つ挙げて援助者の注意を促す。第1に、クライアントが十分に嘆いたかということで、表面的であるとか解離症状がある場合は注意が必要だと述べている。第2に、過去を受け容れることと加害者を許すことを混同しないことである。過去を受け容れることと、加害者を許すことは別の次元である。そして第3に、加害者を恨み続けることで成長のためのエネルギーを使わずに、嘆いて手放すことを目指すことである。

こうした喪失体験へのアクセスによって引き起こされる激しい感情を表出し、辛い感情が引き起こされそうになるとトランス(解離)に逃げ込まずに、傍にいる安全な人に支えてもらい、そしてグリーフワークをおこなうという三つの課題はお互いに補足しあうという。そのときにクライアントの自己の様々な部分は、除反応のあとでも欠けている体験をしたことがあるとして次のように述べている。

たとえば傷ついた子どもの部分は、まだ優しく養育されたがっている。その欲求は承認され、弁護してあげる必要がある。何故ならその欲求は当然であって、優しく養育してもらえなかったのは不公平で悲しいことだというメッセージを、その部分に届けてあげなければならない。そしてその部分は、嘆き悲しむことを許される。そしてその嘆きを手放した後、もっと年上で強くて優しい部分に、今の時点で可能な限り欲求を満たしてもらおうのである。それに、クライアントがトラウマに対処するために創造した様々な部分は、クライアントの安全を保証するようしっかりした部分(状態またはアイデンティティ)が確立されたと納得しない限り、義務を放棄して立ち去ることはないだろう(Evans & Sullivan 1995=2007:134)。

Evans と Sullivan が指摘する一連の治療的介入については、個人で行う場合、グループで実施する場合の両方がある。日本の精神科医療では、治療枠組み(診療時間の短さ、訓練を受けた治療者が少ないこと、診療報酬としては加算がなく、医療機関の持ち出しとなる等)の課題が多く実施できる場所は数カ所にとどまる。また、個別にせよグループにせよ強い情動の“焼き払い”には多くのエネルギーを必要とする。加えて、解離症状はこれまで、嗜癖問題と同様にクライアントを助けてきた側面があるので、「手放す」ことは言葉では理解できても、実践するのは容易ではない。このとき、大きな力となるのは同じ問題に取り組んでいる peer(仲間)の姿である。

また、こうした取り組みを FSW として行う場合は、全ての経験をジェンダーという視点から捉え直す必要がある。たとえばクライアントが母親からの虐待を振り返る時に、ソーシャルワーカーは以下のようなことを一緒に捉えるように促し、またそれを援助する。

- ・母が養育された環境は、女性であることによる不利益を生じさせるものであったか。

- ・母はどのような夢を持ち、何をなそうとしていたのか。
- ・祖母は母に「女であること」をどのようなメッセージとして伝えたのか。
- ・父は母を尊敬し、十分慈しんでいたか。
- ・母は子どもを受け容れる準備があったか。
- ・母は子どもを育てることで、周りから物心の援助を十分受けることができたか。
- ・母が生きる社会では、子どもを養育する役割を誰の仕事とみなしているか。

ジェンダーの視点で母親を捉え直すと、「冷たい鬼のような母親」というより、「人と気持ちの交流ができないままに、“予期せぬ妊娠”をしたことで人生の目標を断念しなければならなかったひとりの女性」が浮かび上がるかもしれない。しかし捉え直しは加害者である母を許すことではない。ただし重要なのは、「どうしようもない母親に虐待された気の毒な娘」という自己物語ではなく、「愛情交流の機会に恵まれず、自身も子どもの出現に対して戸惑いの方が多かった人を母親とし、その母親に疎まれまいと必死に生きてきた小さな女の子」という物語を生きることも出来るという提示である。FSW ではこういった物語がクライアントをエンパワーするのかに焦点を合わせる。

また治療的介入はできるだけ外部の医療機関やセラピストにゆだねるとして、FSW ができることは、先述した「同じ課題に取り組んでいる peer (仲間) が、それぞれの課題に苦しみながらも向き合っている姿、それを静かに見守っている周りの peer の様子、そして一人一人の状況に合わせた生活支援をおこなう援助者の存在、これらが相互作用を起こしたときに生まれる“親密圏”の創造”なのである。そこにいる全ての人が重要な親密圏の構成メンバーである。大嶋(2004b:67)はこの“親密圏”の創造を、グループホームにおける実践を例に次のように述べた。

また、ある入居者の行動が他の入居者にとって例えば自分を抑圧したり精神的に苦しめてきた加害者側と重なったり、自分自身の内側にある「同じ課題」が反映されることに反応するということが日常的である。彼女たちはそれを「(自分の) 病気になる」と表現する。こうした入居者間に起こる軋轢や反応は、グループ全体にとって危機であると同時に、個々の入居者を、そしてその時のグループ全体を大きく変容させる力を持っている。(中略)しかし自分の欲求をないことにし、侵入を恐れて自分の弱さを見せないなど、これまで自分が生き延びるために身につけてきた方法は、グループホームではうまく機能しないことが多い。そこにきてようやく入居者は、他者と関係を構築するための、新しい方法の模索を始めていく。入居者は長い時間をかけ、ひとりひとりの違いを認めまた受け入れながら、自分もまた誰からも侵害されない存在であり、自分の欲求に沿って生きていいという確信へと進んでいく(大嶋 2004b:67 下線筆者)。

この気の遠くなるようなプロセスにおいて不可欠なのは、先の「具体的な他者の生／生命に関する関心と配慮」に他ならない。たとえどのような過酷な状況をくぐり抜けてきた人であっても、こうした親密性の漂う空間＝親密圏のなかで、再び安全とつながりの感覚を取り戻し、育て直すことが可能であることを筆者は見えてきた。“親密圏”は、女性嗜癖者たちの相互作用が生み出すものであるが、援助者はそのような相互作用がいたるところで生まれるような“土壌”を作ることが仕事である。大嶋(2004b:68)は次のように続ける。

入居者の間に流れる確執も共感も、相手に対する関心と配慮の漂う空間が、いわば土壌として十分に耕され肥沃なものでなければ生まれてこない。入居者を支援する者もまた、その空間に存在する一人として彼らの間にあり、自らの内に抱える弱さをそのままに「そこに居ること」が求められるのである。そして

入居者間であれ支援者との間であれ、ケアにあたる人が、ケアを必要としている人に逆にときにより深くケアされ返すという反転が起こるとき、筆者はそこに鷺田(2001:175)のいう「弱さのちから」を感じ取る(大嶋 2004b:68 下線筆者)。

女性嗜癖者の多くがいわゆる親密性といわれる関係の中で被害を受けていることから、それとは異なる“親密圏”の体験を通じて初めて、支配—被支配以外の関係性が存在することを学ぶのである。それなしには、再度人と人の間で、支配でも被支配でもなく、自分と他者を人として尊重することは難しい。それは、いずれ治療共同体や生活支援共同体を離れ、社会での人間関係を作る上でも避けることの出来ない課題である。

この時期は人とつながるための作業に多大な心的エネルギーを必要とすることから、安定していた体調が崩れることもある。特に婦人科系の病気が見つかる、自律神経のバランスを崩すといったことが起こった場合に、すぐに薬物療法で対応せず、気功やヨガ、あるいはソマティックといった身体に働きかける方法を使うことが有効である。また Willette(2007:381)は、女性嗜癖者の健康を増進する補助的な手法として、耳つぼへの鍼治療を推奨している。鍼は自己免疫力や自己治癒力を高めることから、Matrix プログラムなどの治療プログラムへの参加を助ける効果が実証されたという。

“親密圏”での体験は、やがて女性嗜癖者を新しい親密性へと導く。恋愛や出産、子どもの養育といった関係性は、これまでと違った感覚で女性嗜癖者に捉えられる。不安を感じたらそれは隠さなくてよく、“小さなうちに”相談すればよいというこれまでの経験を、ここでも生かしていく。パートナーとの関係で起こる諍いは、服従ではなく、互いの違いを乗り越えるためにある。SHG で自分を主語に話す、スポンサーに聞いてもらう他にも、より専門的な見地からの援助が必要であればセラピストの元を訪ねるなど、いくつもの方法があることを知っている。そして、自責か他責といった二極間を行き来する思考は陰をひそめ、誰の責任かではなく、二人の関係性のどこに課題があるかといった捉えに変わっていく。家事の分担や、経済的な責任の負担などが課題として浮上してきた場合、FSW では、性別役割を再考する機会として女性嗜癖者をエンパワーする働きかけをおこなう。彼女達が苦しいと感じながらも「従うべき」とされたきた性役割は、自分が嗜癖問題を遠ざけつつ生きるためには、「どのように採用するのが現実に叶っているか」を具体的に検証していく。パートナーとの話し合いを進める方法も確認し、あるいはグループワークで「当事者研究」の題材とするなど、peer の力を借りることも出来る。困難を「内面化」するのではなく「外在化」し、「個人的なこと」ではなく「政治的なこと」であるとして“開いていく”。

ダルク女性ハウスとリカバリーでは、援助を終了後に結婚し、あるいは出産するなどを経験し、それを機に再び援助を求めてくる場合がある。子どもとの関係は、自身が経験できなかったことも多く、戸惑いが大きい。保育園などで、他の園児の母親との関係にも悩む。何が「当たり前」なのかという基準が自分の中にないことを、こういった社会関係の場面で痛感するのである。援助者がすぐに対応するより、本人の周りにある資源とどう引き合わせるか、出会ってもらうかに腐心することが重要である。このときに、やはり援助者側がどれだけ地域の“人的資源”に精通しているかが鍵となる。女性嗜癖者の背景にある人への警戒や不信感、物事への極端な評価については引き続き変化に取り組むよう促しつつ、結びつける先の資源には、理解を求めるという両方の作業をおこなう。

保育園や学校、あるいはパート先など、気兼ねなく相談できる人をひとり見つけること



ができれば、女性嗜癖者たちはここまで培った回復の力を発揮することができる。彼女達の多くが元來人の気落ちに敏感に反応し、自分を相手のために役立たせたいと願う傾向をもつ。極端でなければ、こうした性向(Disposition)は社会生活の中で、むしろ彼女達を有用な人と位置づける。「親密圏の創造期」は、身体ケアと社会生活、そして大事な他者との親密な関係がそれぞれにバランスをとる形でよい相互作用をおこしている状態をめざし、それが実現されていく過程でもある。具体的に就労し経済的自立をはたしていることは、その一つの形にすぎない。クライアントに別の形が出来るだけ多く示せることも、FSW の重要な仕事である。

#### (6) 中断および終結

援助の中断は3つの理由で生じる。

まず初めに嗜癖問題の再燃である。嗜癖は生活を破壊し、人間関係を破壊し、自身の自尊心をも破壊することは、本稿で繰り返し述べてきた。しかし、こうしたマイナスの要因をどれほど積み上げても、嗜癖当事者にとってそれを凌駕するほどのプラス効果があるという事実がある。それは、本人でなければ知りうることのできない感覚である。従って、再び女性嗜癖者が嗜癖問題に取り組もうとするきっかけをつかめるような、間接的な支援をおこなう。

具体的には援助関係を結んだことがあれば、本人からの連絡を歓迎(たとえ使用中であっても)すること、出来たらまた一緒に治療に取り組みたいというこちらの意志を伝える。また、SOS の連絡に対してアウトリーチをおこなう。再度本人の治療/援助への希望と、怖れを聞く。あるいは治療/援助を受けることを阻害する要因についてアセスメントし、必要があれば解決に乗り出す。しかしエネイブリング(結果として嗜癖行動が継続できるための手助け)が目的ではないので、本人の変化への動機については慎重にモニタリングをおこなっていく。また、危機対応については解毒を含め医療機関の関与が必要である。女性嗜癖者が医療機関と関係を断絶している場合があるので、事前に医療機関とは連絡調整を行っておく。医療機関はクライアントを「自分勝手に治療を中断した患者」と見なしている場合が多い。こちらは治療中断に至るクライアント側の事実を、行為の正当化ではなく伝える。また、刑務所へ服役した場合には面会、手紙のやりとりなどで関係を続けていく。援助関係が形成される以前に中断した場合には、「種をまく作業」のみでいったん終結となる。

次に妊娠および出産である。嗜癖が止まらないなかでの妊娠や出産は援助から女性嗜癖者を遠ざけるが、回復過程の途中での妊娠や出産に関してはアウトリーチを活用し、出来る限り中断を避けるように関わる。しかしながら、パートナーやその家族がクライアントの新しい援助システムを形成しているような場合は、その限りではなく、クライアント自身の選択にゆだねることとする。Leslie(2007:239)は、カナダにおける妊娠中の女性嗜癖者を援助に結びつける取り組みについて報告している。それによれば、トロント市では、妊娠した女性嗜癖者を支援する7つのNGO, NPO が連携して活動する組織を別に立ち上げ、それぞれの支援分野を持ち寄りながらクライアントをサポートするシステムを構築し、援助を展開しているという。日本のモデルとなる事業と思われる。

最後は変化への怖れから生じる「引きこもり」である。女性嗜癖者にとって治療/援助のプロセスは全てが「初めてのこと」である。また、それまで自分にとっては常識であっ

たことが覆されるような部分（嗜癖は意志を超えた病いである、嗜癖が止まっても思考や行動を変化させる必要があるなど）もある。あるいは過去の被害体験振り返る作業を行う他のメンバーが一時的に調子を崩す様子に怯え、あるいは作業に取り組んでも楽になるという自覚が持てないなど、疲れや諦めが出やすくなる。援助者は粘り強く面接などを通じて変化は小さいこと、むしろ小さい変化が回復のたしかな土台になることを繰り返し伝える。また同じ過程の先を歩く先輩メンバーに個別に話をしてもらおうなどの工夫もおこなう。しかし、こうした援助をおこなっても起こる中断については、むしろ、いったんクライエントの回復過程の見直しをする。クライエントには各自の変化のスピードやプロセスがあり、回復過程のモデル通りには進まないことがある。こうした中断事例については詳細な事例検討を行い、中断の背景に関する分析を別の事例に援用できるように積み重ねておく。

次に終結についてだが、女性嗜癖者にとって専門的な援助（たとえばグリーンワークの聞き手として）が必要な場合を除き、相談援助機能が多方面にわたって得られることを確認し、援助関係を終結する。医療機関やSHGとの繋がりを続けるクライエントを、側面的に援助していく。仕事を変える、親密な関係の人が出現する、出産するといったライフイベントの報告や、それにまつわる相談を随時引き受ける。必要に応じて、より専門的な相談の必要が生じる時には適切な機関と結びつける。

### 第3節 フェミニスト・ソーシャルワークにおける援助者のポジショナリティ

女性嗜癖者に対するFSWでは、クライエントが精神的にひどく沈んでいて何もできない、あるいは身体が長い休養を必要としており動けないという場面に遭遇するのはめずらしくない。嗜癖行動から遠ざかり、本人が自分自身を取り戻し見いだす過程で、援助者は本人を代弁し、外部に向かって「何が起きている」のかを説明することがある。また、嗜癖問題に関して正しい認識をもってもらうために、関係機関の職員を対象とした研修で女性嗜癖者の生活、援助過程について講義を行う。あるいは学校で生徒や教員に、嗜癖問題を個人の問題としてだけでなく社会的な文脈で捉えるように促す。なかでも摂食障害のように性差の大きな嗜癖については、ジェンダーバイアスとの関係が大きいことを、嗜癖当事者のストーリーを使い解説することもある。

本節ではFSWにおけるこのような代弁機能（あるいはアドボケート機能）について取り上げる。援助者は、当事者に代わり嗜癖問題の背景にあるトラウマを語る事が出来るのか。あるいは実際に嗜癖問題のない援助者に「語る資格はあるのか」について検討する。そして繰り返すが、FSWにおいて重要な価値とされるワーカーとクライエント関係の「平等主義」は達成可能なのか。可能だとすれば、どういう場合がそれを達成したといえるのかに関して、再度考察する。

また代弁機能や平等主義を考えるにあたって、援助者側のジェンダー感覚について考察する。なぜならFSWについての先行研究レビューでは、いずれもジェンダーのレンズは“女性を取り巻く事象の側”に向けられている。しかしソーシャルワークにおける「自己覚知」という点からも、同時に“援助者自身”にジェンダーのレンズが向けられる必要がある。このような考察と検証を通じて、本節ではFSWにおけるポジショナリティについて述べていく。

嗜癖当事者に代わって当事者の行動や心理状態、生活障害について説明し、啓蒙の目的で嗜癖問題について概説することは、いずれも間接的な当事者援助につながると考えられ

る。女性嗜癖者がさまざまな被害体験を背景にもち、そうした体験の痛みに対する自己治療として嗜癖が使われることが多いという事実を知らせることで、相手に女性嗜癖者を捉える「新しいフレーム」を渡すことが出来る。社会的逸脱というストーリーが別のものになると、非専門家の人々にとっては女性嗜癖者の回復を応援しやすくなる。しかしこうした代弁は援助者側が「語る資格」に関する自己覚知を怠ると、「当事者不在」という落とし穴に陥る危険が付きまとう。「女は〇〇だ」という抑圧的定義を排するはずのフェミニズムが、「女性嗜癖者は〇〇だ」と語ることで同じ罠に陥落しないとはいえない。したがって、援助者が当事者を代弁するとき、自分自身のポジショナリティ(立ち位置)を確認する必要がある。

木下(2009)は、近年表面化したDV被害者支援をおこなう支援者による二次被害について、それを3本の論考から考察している。木下のいう二次被害とは、第三者がDV被害者にDV被害の不当性を認めないような発言をしたりすることで、DV被害者の回復を阻害することだと定義している(2009:44)。3本の論考は、被害者を支援者が「代弁」しなくていいように制度を変えることこそ、第三者である支援者にできることである。望ましい支援とは、アドバイスや指導ではなく、生活のための協力である。シェルターの運営体制に利用者の声が反映されないことによって、女性に敵対する制度ができ、パターンリズムが生じている、と現在の問題点を指摘する。さらに木下(2009:63)は民間シェルターの利用者を対象とした利用満足度調査をおこない、その結果から次のような二つの点を指摘する(ただしサンプル数が7件と少ないため結果の一般化については疑問が残る一筆者)。まず利用者の大半は、自分が受けた援助に感謝の意を表明しているが、利用者と援助者の構造的な上下関係が存在することを認識すべきである。そして仮に利用者から異議申し立てがあった場合には、援助者側から何が見えているかと同時にサバイバーの申し立てに対する反論、つまり援助者側からの応答や対話が求められているという。

宮地(2007:7)はトラウマ被害者の支援にあたってきた経験の中から、当事者と援助者、そして第三者にいたる人までの配置を、「環状島」というメタファー(図4-3)で説明する。

環状島には内海と外海があり、トラウマで犠牲になった人は内海に沈んで声を発することはない。かろうじて生き延びた人は内海から外海へとつながる、内斜面という場にいる。対して非当事者は尾根よりも外側の外斜面に位置するという。宮地(2007:15)は、内海に近いところにいる人ほど逆に語ることが困難になると指摘する。しかし中心地にいる人ほど発言すべき人、その資格がある人と見なされる。そして、非当事者が代弁することへの厳しい批判がある。代弁者が当事者の声を奪ってしまうことは確かに問題を孕むが、同時に代弁者が萎縮してしまうことで傍観者になってしまうと、やはり当事者が声を発する機会を奪うことになる。宮地は環状島というメタファーを使うことによって、トラウマに関わる人のポジショナリティを描くことが出来るという。地図があることで、それぞれの役割を見だしやすくなるのではないかと次のように述べる。

すべての証言者は代弁者であるが、代弁者であることはその証言の価値を下げないし、証言はそれ自体として尊重されるべきものである。被害者の声が言葉になるかならないかという領域、つまり<内海>の<波打ち際>で起きていることが重要であり、支援のもつ意義のひとつは、<内海>からの証言者を<陸地>に引き上げることにある。トラウマの確信に触れず、その周りをまわるしかないというジレンマは必然性をもつ。非当事者にしかできないことがある。核心の「ずっと手前で」淡々と仕事をするには大きな意義がある。<内海>や<外海>の水位は社会のありかたによって大きく変わり、水位が下がればく

波打ち際>は<陸地>となり、その問題について語る事ができる者が増える。逆に水位が上がれば、発話者が減り、島全体が海に呑まれ、その問題は忘却に追いやられる(宮地 2007 : 16)。

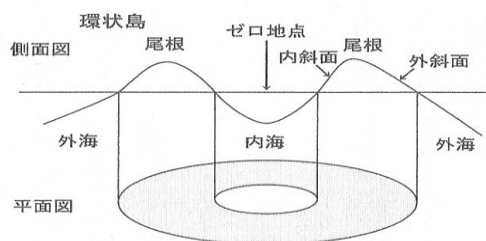


図 4-3 環状島の見取り図(宮地 2007:10)

また宮地(2007 : 133)は、マジョリティの人間は自分のマジョリティ性に気づかず、その特権性を意識しないという。従って自分の志向や判断が中立で普遍的だと疑わずに支援や救済という形でマイノリティに介入してこようとするという。従って「援助を」と近づくことをマイノリティから批判されると、そこで援助者側が退散しかねない。「傍観者が増える」こと、それは加害者が最も望む形であると指摘する。

これまで性暴力を受けた女性への支援、DV から逃れた女性たちの支援は、おもにフェミニストの運動家によって呼びかけられ、フェミニストらによって運営される民間シェルターによって担われてきた。その意味で暴力被害女性援助者のマジョリティは、フェミニスト運動家でありフェミニストカウンセラーであったといつてよい。しかし宮地がいうように、そのマジョリティ性ゆえに、自分たちがおこなうクライアントの代弁機能やアドボケイトこそ「正しい」という特権性を意識しない。筆者は、それが当事者への二次被害へ結びついていると考える。DV や性被害をうけ援助を求めている女性が、嗜癖問題や精神疾患を理由に援助を断られることはめずらしくない。特に嗜癖問題は被害の痛みを逃すという「自己治療」なのだが、支援者には「逸脱行動=援助にふさわしくない」と受け取られる。医療機関でも女性嗜癖者は周辺化されたが、暴力被害女性支援というフィールドでも、彼女達は周辺化され、排除されるのである。したがってFSW では、この自らがどの立場で誰をどのように代弁しうるのかについて十分自覚していく必要がある。

次にワーカーとクライアント関係における「平等主義」である。Dominelli (2002:77)は、ソーシャルワーカーの専門性をフェミニストの視点から再定義する必要について次のように述べる。FSW は、これまで専門職が行使してきた権威性について、それが女性へのエンパワーメントに寄与してきたかを懐疑的に検討する必要があること、フェミニストの視点から、クライアントとの関係だけでなく同僚や雇い主、あるいは国との関係において、自分の専門職としての姿勢を見直す必要があること、そして、フェミニズムの実践家として、援助場面におけるワーカー—クライアント関係に「平等主義的關係性」をもたらすように努めなければならない、としている。そして自らの権威と知識を、“クライアントと分け合う”ように使うべきであると主張する。

これに対してWhite (2006:33)は、Johnson を引きながら、専門職の権威構成は高等教育、官権任命、調停、という三つだが、FSW も公的ワーカーとして、持ち込まれる問題をどの法的根拠で解決するか、あるいはどれくらいのクライアント数をこなせるかを調整してい

る。その意味では state は専門職にとってのパトロンであるという。そのうえで FSW の主要な論文では、ワーカーとクライアントが平等主義的な関係を築きながら、女性のエンパワーメントを目指すとしているが、一方、フェミニスト・ソーシャルワーカーもまた公的ワーカーとして state のため法定の業務を遂行するように求められ、権限を与えられるというこの事実は、FSW の研究者からは無視されてきた、と反論する。

また White(2006:110)は、イギリスにおける公的福祉が官僚組織体制と専門技術つなぎあわせて、福祉サービスに関する統制という裁量権をソーシャルワーカーに与えたと述べる。そしてこうした体制は、公的ワーカーの権威性を高めることには寄与したが、FSW が主張するような平等主義とは逆の、管理統制主義へとソーシャルワークを導くことになったと述べる。

日本では井上(2010:10)がフェミニストカウンセリング実践におけるクライアントーカウンセラー関係の対等性が保証されなければならないこと、そしてカウンセラーもまた同じ女性として抑圧されてきたという意味での“自己開示”を必要とすると述べる。

Dominelli の掲げる理想に対して、White が突きつける現実には、女性間格差と構造的分断が無視できないところに来ていると告げている。その意味で井上の主張は現実とのずれがある。何故なら、クライアントにとってはカウンセラーのもつ知識や経験に裏打ちされた見立てのたしかさ自体が権威であり、その権威ゆえに期待し、緊張する場面を想定すれば、「対等である」は見当違いなカウンセラー側の願望でしかないことは明らかである。むしろカウンセリング料金の支払い、そして次の予約を入れるか否かはクライアントが決定し行うという行為を通じ、「お金で時間を買う」クライアントと、サービスを提供するカウンセラーとが対等になる。また、カウンセラーに「私もかのように抑圧されてきた」と聞かされることが、当該クライアントにとってどのようなエンパワーメントになるのか。クライアントは、カウンセラーの個人的な生活や歴史に関心があるとは限らない。したがって、こうした井上の感覚そのものが、筆者にはひどく現実離れして聞こえる。

上野(2010c:7)は女性嫌悪＝ミソジニーを、性別二元制のジェンダー秩序に深く埋め込まれた核であり、このシステムのもとで男になり女になる者の中でミソジニーから逃れられる者はいないという。そして、ミソジニーは男にとって「女性蔑視」、女にとっては「自己嫌悪」になると述べる。筆者は女性嗜癖者の援助を通じ、彼女達が多くの女性援助者から心ない言葉や態度で傷つけられてきたことを知った。また女性嗜癖者同士の中で、「ああはなりたくない」「私はあそこまで男に媚びるのは嫌だ」など、自分を例外とし、自分以外の女を他者化する様子を見た。しかし、忌み嫌う相手と同じものを自分の中に感じるからこそ嫌い、その理由が分かる故に自己嫌悪に陥るのである。ねたみやひがみなく、相手を想い、労う関係にたどり着くには、多くの苦い経験を必要とするはずである。大嶋(2011:97)は、嗜癖問題と援助者との関係における援助者のポジショナリティについて、次のように述べる。

筆者が女性嗜癖者の援助を 20 年あまり続けてきて分かったのは、この社会で女性として生きることを難しくする、多くのジェンダー不平等な言説や実践が、彼女達の嗜癖問題を循環的に支え、脱出を難しくしているからくりである。(中略)上岡や筆者らの取り組みは、このからくりを明らかにしつつ、自明であるとされてきたこれらの言説や実践を「ずらしていくこと」＝オルタナティブな言説および実践の創出である。(中略)クライアントに巻き込まれることで、禁忌とされてきた援助者としての境界線から、一步クライアント側へ踏み出すことの勧めである。そのポジションからしか見えないことを、目をそらさず見る

ことだけでなく、現象がどのような歴史性を帯びながら構成されているのかに着目する。ソーシャルワーカーが“ソーシャル”であることの存在意義がそこにある(下線筆者)。

筆者はクライアントとの新しい言説の探求をおこなうこの関係性に、容易ではないが当事者と援助者の「対等性」を見いだそうとしている。

最後に、援助者自身のジェンダー・センシティブリティについて取り上げる。ここではふたたび宮地(2004b)の論考を参照しつつ検討を加える。宮地(2004b:26)は、ジェンダーについて敏感になるということは、ジェンダーの問題だけを重視することでも、クライアントにフェミニズムを押し付けることでもなく、クライアントに多様な視点を提供し、生かされていない資源や選択肢にアクセスできるようにするのが目的であるという。

ジェンダーをめぐる象徴や心的な図式とは強固で、人々の中に自明なものとしてある。しかし、柔軟な人のあり方、その多様性を認めていくことが、嗜癖問題を遠ざけるために重要である。またジェンダーに敏感であることは、援助者にとって二次被害の加害者にならないことを意味する。宮地は9つにおよぶチェック項目(表4-4)を作成している。うち4つが援助者自身に関するものである。

表4-4 ジェンダー・センシティブリティ・チェック項目 宮地(2004:27)

1) クライアントのもつジェンダーやセクシュアリティの規範はどのようなものか。
2) 家族等、周囲の人のジェンダーやセクシュアリティ規範はどうか。
3) 外傷的の事件は、ジェンダーやセクシュアル・アイデンティティ(ジェンダーやセクシュアリティに関する自己認識)にどう影響をもたらしたか。
4) 事件後の回復環境に、ジェンダーはどう影響をもたらしたか。
5) 援助者側のもつジェンダーやセクシュアリティの規範とはどのようなものか。
6) 適用する理論や援助体系、実践アプローチにジェンダーバイアスはないか。
7) 援助関係や支援チームが、過度にジェンダー化、セクシュアル化、権力化していないか。
8) ジェンダーバイアスのある社会に、どう再適応していってもらうか。
9) 事例検討において、性別を逆にしても同じ解釈をするか。

1)～4)は、クライアントやクライアントの周囲の人が、どのようなジェンダーおよびセクシュアリティ規範を持つかについてチェックするものである。同じ被害体験であっても、当事者が抱える罪悪感や自責感は、ジェンダーおよびセクシュアリティ規範によって大きく異なる。また、本人だけでなく家族や恋人、友人といった大切な他者がどのような規範をもつかは、本人が被害体験を「恥じるような」環境で回復しなければいけないのか、あるいは被害体験を「何とか持ちこたえうるもの」として捉え生きていくのか、その後の道筋を大きく変えるものである。

5)～7)と9)は、援助者側のジェンダー・センシティブリティをチェックする項目である。

特に注意が必要なのは7)である。支援チームの中に権力関係が明確で、ジェンダーによるヒエラルキーがある場合、FSWを標榜することと内容が矛盾することになる。また、暴力被害などを体験した女性嗜癖者は、とくに援助者間の力関係に敏感に反応する。支援チームは、クライアントにとって人間関係のモデルを提供する機会が多いので、ジェンダーに関する認識を、常にチームで共有しておくことが必要になる。

また8)については、直接援助者側のジェンダー・センシティブリティを問うものではない

が、FSWの最終目標でもある、「ジェンダー不平等の是正」と深く関わる項目である。宮地(2004b:38)は、現実の社会には様々な差別や偏見、理不尽な取り扱いがあるが、クライアントは与えられた条件の中で、どうすれば少しでも落ち着いた暮らしを立て直すかを目下の目標とする。したがってクライアントの希望が、現実としてどの程度可能なのか、クライアントが妥協できることとそうでないことは何かなど、一緒に考えることになるという。時には援助者側から、クライアントの選択が非現実的であり、あるいはあまりに強硬で柔軟性を欠くように見えることがある。しかし、それはクライアントの自己肯定感の低さと関連しているのかもしれない。宮地(2004b:39)は、臨床の営みはしばしば保守的だとしながらも、クライアントが社会の中に戻るにあたって、納得する落ち着きどころをどこへ求めるかに、出来る限り援助者側が添う姿勢を奨励する。また、クライアントは、こちらが考える以上に与えられた条件から、思いもつかない創造的な選択を生み出すことがあるというが、筆者も同様の経験がある。

逆境を生きる人が見せる思いもよらない強さとしたたかさをうまく掬い上げ、何を再適応とするかは、援助者側がどれほど柔軟に生活や社会関係を捉えられるかに左右される。しばしばフェミニストは、ジェンダー・バイアスのある社会を変革せずして被害者の回復はないと主張する。その主張には十分頷きつつも、FSWは怒りに任せることなく、眼前にある現実の中に、クライアントの落ち着き先を見つけていくのである。

こうした柔軟性のある教条主義的でない援助は、クライアントに「こういう世界の中でも、生きていけるのかもしれない」という生きる意欲を吹き込むことになる。

FSWでは、日常的に援助者自身のジェンダー・センシティブリティをチェックしておく必要がある。嗜癖問題と向き合う時に、しばしば善悪の基準を援助の場に持ち込み、当事者を裁いてしまう援助者を見かけるが、それでは女性嗜癖者から信頼を得ることは難しい。彼女達が内面化したジェンダー規範を外在化し、罪悪感で嗜癖問題の悪循環に陥らないよう、慎重にその規範自体が内包する矛盾を明らかにする。しかしジェンダー規範を意識し、それに囚われることなく生きようとすれば、それもまたマジョリティと相容れないことになる。その時に、女性嗜癖者自身が大きな揺れを経験することも知っておく必要がある。いずれにせよ、どのようなあり方を自分のものとして引き受けるのか。FSWは、その過程の伴走者である。だからこそ、自身のジェンダー・センシティブリティが厳しく問われるのである。

#### 第4節 フェミニスト・ソーシャルワークの適用範囲

本研究は、女性嗜癖者を対象に、問題の発生と回復についてジェンダーを基軸に捉え直し、その生活を援助するFSWとは何かについて述べた上で具体的な展開を示した。本節では、FSWが、女性嗜癖者だけでなく、どういった問題群に適用が可能かについて考察する。

まず、すでに筆者の実践において適用しているのは、暴力被害体験をもつ女性である。嗜癖問題ではない精神疾患という形で生活に支障をきたし、また従来精神科医療の中では問題の本質を捉えられることなく治療関係が膠着した状態にある人が対象である。ここでは2事例をとりあげ、FSWの援助過程を示しその有効性について述べる。なお2事例は、第2章第1節の表2-3(p61)にて示したものである。

<事例E：気分変調性障害 40歳(支援開始時34歳) 事例の概要>

筆者が非常勤で勤務していた精神科クリニックにうつ病で通院。主治医より、療養環境のことで相談にのって欲しいと紹介され、2年間相談面接継続。両親からの心理的虐待、元夫からのDVがあったが本人は無自覚。また、公務員として元気に働いていた兄が突然自死し、本人の発症に大きな影響を与えた。本人は35歳までになんとか就労したいという強い希望があるものの、ほとんど横臥状態であるため、活動性の確保を目的にNPO法人リカバリーにて援助開始。クリニックの相談面接は別のカウンセラーに交代した。

援助開始2年目に独居へ移行。さらにその1年半後にはGH(独立生活型)に入居。独居になったことで両親との葛藤から幾分離れることができたものの、音に過敏(APの住人が立てる音で不眠)、食事が全く用意できずGH利用。日中は週に1~2回「地域活動支援センターそれいゆ」(以下センター)に通所し、週に一度の面接を継続した。

援助開始4年目にセンターに付設のカフェにてプレ就労開始。障害基礎年金を申請することに同意し、年金受給開始。センターで普通に人と会話できるようになったと、自分の変化を認識する反面、一般就労を断念したこともあってうつ状態は一進一退。身体的にも自律神経系の不調から、めまいやのぼせ、冷や汗などで苦しむ。うつ症状だけでなく、強迫観念やそれに伴う行動によって疲弊する自分を、カウンセラーとの相談面接でもとりあげている。

援助開始5年目にGHを退去しMSを借りて再び独居開始。父親が心臓病で急遽入院するアクシデントに立ち向かう。それまで断絶していた父方親戚と交流を再開し、両親の老後について自分ひとりで抱えなくてはならないという不安を払拭。リカバリーにて数年後に立ち上げを予定する「高齢者介護事業プロジェクトチーム」のひとりとして活動をはじめた。

援助開始6年目、カフェにて就労継続し、そのかたわらヨガやボディーワークを通じ身体のケアに励む。食事についてはNPOの宅配弁当を利用しカフェからも食事の提供を受けている。

(援助の内容)

クリニックでの出会いがリカバリーでの援助につながった。クリニックではほとんど定期的に薬をとりにくるような利用であった。一時、カウンセラーの面接を導入したが、話した後で具合が悪くなり中断した。筆者との面接は、具体的に両親と距離をおく方法について考えるということが始まったが、次第に生育歴の詳細な聞き取りになった。学校時代に強烈ないじめ体験があることも本人の人間不信、過剰防衛に影響を与えていることが分かった。虐待とDVのフレームに本人のストーリーをあてはめて行く作業をおこない、自責感の軽減をおこなった。

援助の場面がリカバリーに移った後は、集団への怯えを5年にわたって払拭し、人への信頼感を取り戻す作業にあてた。また、女性のおかれた状況がいかにも不平等であったかを、自身の就労体験を振り返る中で実感した。さらに父親と母親の関係に見るジェンダー不平等が、母親のみに帰せられるものではないという理解をするなど、ジェンダーバイアスの構造的理解を進めることが出来た。同時に、クリニックでDV被害のトラウマ経験に関するEMDR開始となり、カウンセラーに対する信頼も徐々に形成していく。自分の苦しい状況を他者が聞き届け、それに応答してくれることを実感できた。

カフェでのプレ就労では、一緒に働くメンバーと波長を合わせることで、男性客に過敏な反応をせずに接客することを目的としている。今後はプロジェクトでリカバリーの外の世



界と直接交渉する場面が予測されるため、さらに広がりのある人間関係において、緊張や不安、疲れやすさを抱えながら「自分を生きる」ことを目標としている。E自身は、外の世界へと乗り出す勇気をもつことが出来た自身の変化をよろこび、まだ苦しんでいる暴力被害者のために、自身の経験を生かしたいと考えている。

(ソマティック体験に関する平澤氏とのインタビューから一部を抜粋)

\*Eと平澤氏の同意のもとでスクリプト開示。平澤氏をHと表示。

H: なにをきっかけに身体に気づくようになってきましたか。

E: 継続ですね。ボディーワークは身体を動かすというイメージだったんですね。それが精神疾患の治療だとピンときませんでした。とにかく続けてみようとしているうち、だんだん身体を意識するようになりました。やっぱり継続だと思います。そのうちに、頭が痛いとか、腰が痛いとか気づくようになって、逆にびっくりした。今までそんな身体のまま、それを無視して生活してきたんだ。

(中略)

H: 呼吸に集中することで、自分の内側に集中できるようになったということだね。

E: そうですね。呼吸を通じて集中、少し自分のボールができるみたい。

H: それってどんな感じですか。

E: 楽です。自分ひとりで居るときほどではないけど、いたたまれないとか逃げ出したいとか、そこまで行かない、自分ひとりで地下鉄に座ってられるくらい。それって私にとっては奇跡に近い。

(中略)

H: 健康的になってきましたね(平澤氏に担当が代わっても、週に一度のボディーワークは継続)。

E: なってきましたねえ。やっぱり着実に力がついているなど。

H: ちから? 何の力?

E: 生きる力っていうのですかね。なんといいたらいいのかわからないけど、回復しているっていうことですね。前は、持続力、体力的にも精神的にもエネルギーが凄く枯渇してマイナスからのスタートなんです。そしてゼロに戻ってくるのに時間がかかるという繰り返しだったんです。それが今は、色々ありながらもなんとか(センターに)来れているので、エネルギーがついてきたというか、私、すごいなって。

(中略)

H: 自分がなかった、ってそのところ、教えて下さい。どう変わった?

E: 今まで、「あなたは どうしたい」って聞かれたことがなかった。でもここでは常に「あなたは どうか」と問われる。それがすごく大変でした。大嶋さんからは「それはあなたの考えじゃなくて、お父さんから言われてきたことじゃないの?」と突っ込まれます。自分にはその違いが分からなかった。幼少期からずっと「あなたは どうしたいの」と聞かれることなく「こうしておけばいい」と言うのに従ってきた。結婚した夫もそうでした。それを「自分は どうなのか」と何年も繰り返して問いかけていくうちに、私はこうした方がいいみたいだとか、こっちはイヤということはこっちがいいとか。経験ですね、すべては。「全ては人の中でしか体験できないよ」とずっと言われてきて、一人で引き籠っていると何も起こらない代わりに何も変わらない。人の中にいると嫌なこともある分、気づきもあるんですね。

(中略)

E: 結局、女に生まれてきたことを、私はすごく嫌だったんですね。やっぱり男尊女卑じゃないですか。男女雇用機会均等法ができたって、やっぱり女のくせにとか、そういう人が一杯います。父親もそういうひとりです。ものすごくジェンダーの縛りが強くてそれに囚われて生きてきたんですけど、そうじゃなくていいんじゃないかという気持ちが出て来たんですよ。でも、やっぱり社会に出ると、現実にはそうじゃない。男だったらこんな差別された生き方はしなかった、みたいなのは抱えていましたね。

<事例F:全般的な不安障害 52歳(援助開始時45歳)事例の概要>

知人の紹介で見学。相談にのってもらっていた人とその妻との関係で、心理的暴力被害を受け、精神科通院。主治医からは病院で治すというものではないと促され、知人を通じリカバリーの活動を知る。

夫と二人の子ども、階下には本人の両親が住む。本人は介護福祉士として施設勤務、専業主婦をしていたが、援助開始の4年ほど前にパートで老人施設にて稼働。センターではACミーティングに参加。ミーティングでいったん話し始めると、堰を切ったように話し続ける。相談関係にあった人とその妻からひどい仕打ちを受けたという「犠牲者のストーリー」が2年ほど語られる。

援助開始3年目、幼少時の性虐待(実兄より)が語られ始める。深い哀しみと同時に怒りが表出されるが、その場を占領するような話ではなく語り方が変化する。ボディワークにも参加することで「日常的に解離していた」ことに気づく。筆者との定期面接開始。その中で子どもへの虐待があったことを話し出す。暴力が連鎖したことへの深い罪悪感に苛まれる。アルコールとタバコを常用。次男不登校。

援助開始5年目、センター利用終了を意識し、夫の定年もあって家庭生活にフォーカスした面接を始める。

援助開始6年目、センター利用終了。事例Eとともに「高齢者介護事業プロジェクトチーム」のひとりとして活動をはじめ。プロジェクトの会議で週に一度来所し、夫や子どもとの関係について月に一度程度筆者と面接。家のことがまったく出来なかった援助開始時期と比較し、夫と共に片付けたり、食事をつくるなどが出来るなど、生活上の困難は消失した。定期的にSHG(児童虐待の加害者Gと、アルコール依存症者の家族や友人のためのG)に通う。精神科通院は終了している。

(援助の内容)

とにかく話す内容を否定しない、解釈しない、評価しないことを徹底した。[聴いている]姿勢のみを提示し続けた。他のメンバーに対し早すぎる自己開示や、他者の困りごとに干渉する場合のみ介入した。

ACミーティングがレジリエンス・ミーティングへと移行した援助開始3年目より変化が現れた。言語により体験がリフレーミングされると、気づきが促進され、他者との違いを肯定的に捉え、自分に起こった出来事を「性被害」と名付け皆に開示して、悲嘆の作業に入ることができた。また、自身の加害体験を話し始めることによって、被害と加害の相関を知り、同時に家族の中の力動に理解が深まった。個別面接にてまず体験を語り、次にグループで語るという流れが、本人の認めることへの抵抗を崩すことに効果的であった。また、グループの他のメンバーが被害の渦中にある場合には、自らがどう切り抜けたかを伝える役割をとるようになった。

次男が不登校になると大きな揺れを経験したが、精神的には持ちこたえ服薬せず乗り切った。次男の不登校は「家族の中で安心して“問題を表出できる”というサイン」というフレームで本人を支えた。自身の子ども時代とは違う家族を作れていることも、大きな自信となった。夫があせらず本人の変化を待ったことも大きな支えであった。

後半の3年は「悲嘆と希望」をテーマとした。喪ったものを哀しみ、同時に世代を超えて暴力被害が伝播することをギリギリ食い止めたという自負が生まれるよう、本人の語りを外に持っていくよう促した。SHGだけでなく、当事者として求められれば体験を語る機会へ出かけていくことを奨励した。

夫の定年で関係性は変化した。解離症状が改善されたことで「初めて夫婦をやっている感じ。夫はこういう人なのかと発見が多い」と面接では話す。援助開始のきっかけとなった知人夫婦とは「共依存関係」であったと整理し、関係は絶ったままである。今後の自身については、同じ体験をくぐり抜けた人、くぐり抜けようとしている人のために何かがしたいと考えている。また援助関係で学んだことを高齢女性に対して生かしていきたいという希望がある。社会の中に出て行く準備を続けている。

(ソマティック体験に関する平澤氏とのインタビューから一部を抜粋)

\*Fと平澤氏の同意のもとでスクリプト開示。平澤氏をHと表示。

H:自分の身体について感じていることを言えるようになったことで、集中できるようになった？

F:はい、自分に手があるとか、足があるって気づいたときには涙がでました。その驚きは大きかったですね、私は感じていなかったんだと。考えたら確かにあるんだけど、目で見ているしずっと50何年つき合っただけでも、つながった時のショックというか。身体はないものとした。だから身体についてどうですか？と聞かれても困るんですよ、ないものを聞かれても。今思うと、それで混乱していたんじゃないかと。

(中略)

H:言語プログラムとボディーワークとの相乗効果をもう少し具体的に。どんなふうに関わっているんですか。

F:私がとっていたのは「絵画」と「スポーツ」。スポーツの時間にウォーキングへ行くんですが、私、自分が身体を動かすのが好きだということを、動かしているうちに思いだしてきました。絵画の時間にはカラージュなんかもあって、自分の好きなように作るんだけど、楽しくて。今までは自分には出来ない、うまくないとか、無理なんだって決めつけていました。

H:今までは知らないできたということですよ。

F:好きだということはいけないことだと、ただそれを感じればいいことなのに。すぐに評価と結びつけてしまう。色々なプログラムで、ボディーワークも含めて、言葉のプログラムもやっていたので、ボディーワークで何を感じたのか表現するのは言葉じゃないですか。周りの人にそれを伝えるのに言葉が必要だった。それで言語と非言語のプログラムがうまくリンクしました。

(中略)

F本当にここで変えられてきたなと思います。ビフォーアフターみたいに。だからその変化に自分でついていくのが大変です。夫も「イライラしなくなったね」と言います。だからほんとうに「初めまして、自分」という感覚なの。初めて自分に会えた。やっと会えたねって。身体も含め、気持ちもやっと出会えたという感じです。夫と結婚して27年になりますが、夫に対してもよろしくって感じです。夫は今までと変わらないって言うんですけど。でも私の中では違うのね。

このように精神疾患を抱える暴力被害女性の、身体に関する困難がどれほど深いものであるか、二人の語りから見る事が出来る。多彩な症状を表出する身体に対して十分目を向けること、必要な身体ケアが精神的なケアとも連結していることが示唆される。しかも、表面的には(援助者側からは)何事もなく過ごしているように見えており、本人も長い間、自分の身体に自分が“入っていない”、つまり解離していることに気づかずにいるという事実はもっと知られる必要がある。

また「社会化」については、E、Fともに就労経験を有しているが、当時を振り返ると、E:「仕事はしていたが同僚とは没コミュニケーションで職場から浮いていた」、F:「なんで

私だけが利用者さんとの関わりを注意されるのか、さっぱり理解できなかった」と、かなり偏った形で社会参加をおこなっていたと想像できる。プログラムを通じて自分の偏りや、解離症状に気づき、自分を「発見して」いくことで他者との関係が大きく変化している。

今後、E,Fともに新しい法人の事業立ち上げの中心的な人材として活動が予定されているが、いわゆる「社会の中の健康な人たちと」一緒に事業を進めていくことで、さらにどのような変化を遂げていくのかをみていくことになる。またE,Fは親の介護という次の課題を控えており、葛藤の大きかった親との関係をふまえて、どのように乗り越えていくのか、すでにEは父親の入院などを経験することで検討を始めたところである。その意味では「親密圏の創造」とは、女性嗜癖者の場合には性エネルギーの消費という形で見えることもあったが、ここではいったん破壊されてしまった家族への信頼を創りだしていくことがそれに代わるものとして見えている。

EとFはまた、ともに「まだ暴力被害に苦しんでいる人、あるいは自分の苦しみの背景が見えず精神科通院だけでは解決に至らない人に対して、出来ることをしたい」という希望を持っている。Herman(1999)はそれを「生存者使命(サバイバーズ・ミッション)」と呼ぶが、彼女達が何かをするということだけでなく、彼女達がありのままの姿を見せることが、十分な生存者使命を果たすことに繋がると筆者は考える。

本論では暴力被害女性への援助にFSWが有効であることを示したが、この他にも貧困の女性化をはじめ、高齢女性の介護問題など、女性の抱える困難はいずれも複合的である。そしてこれまで女性の抱える困難は、それぞれ問題別に分断されて対応が考えられてきた。しかし女性が困難に陥っていくその経過には、必ずジェンダー不平等が見えるはずである。FSWはそれをジェンダーのレンズで捉え直しながら、絡んだ問題を解きほぐし、問題群を引き寄せあう要の役割を果たすものを見つけ出し、その要を無力化していくよう介入する。最周辺から中央へ、あらゆる女性の困難にFSWが実行されれば、その小さな試みは結集し、やがて大きな流れを作れるはずである。

- 1) しかし岡田(2000)は、20世紀初頭のドイツにおけるソーシャルワーク創出に尽力したA. ザロモンについて、若くして女性運動家として成功し、女性の専門職としてソーシャルワーカー養成に乗り出すが、その「母性の職業化」理論は、ボランティアと専門職としての教育との矛盾をはらんでいたという。
- 2) Friedan『新しい女性の創造』は三浦富美子による翻訳で2004年に改訂版が出版されており、ここでは改訂版による。
- 3) 河野らがおこなった全国の児女性センター(197カ所)、婦人相談所(49カ所)、民間開業(135カ所)、女性相談をおこなっているNPO(41カ所)へアンケート調査をおこなったが、その結果によれば雇用形態のうち非常勤の占める割合は、それぞれ90.8%, 79.6%, 42.1%, 47.4%であった(河野2005:187)。
- 4) 筆者は内閣府男女共同参画室より任命され、DVに関する相談業務従事者のスーパーヴァイザーとして活動を行っている。また2010年は、札幌市のDV相談従事者の同じくスーパーヴァイザーを務めた。複数回の研修を担当して痛感したのは、区の婦人相談員と業務委託されている「配偶者間暴力防止センター」のスタッフの間にある“眼に見えない溝”である。それはケースの見方だけでなく、援助の進め方に至るまでくっきりとした違いに彩られていた。
- 5) たとえばフェミニストカウンセリング学会は、学会誌を毎年発行しているが、事例検討や新しいフェミニスト理論の援助技法への取り入れなどを見ても、ソーシャルワーク専門誌では取り扱わないような内容が多い。論文の形式や精度という点では、ソーシャルワーク専門誌の優位性は明らかであるが、研究テーマと実践内容の一致度ではフェミニストカウンセリング学会誌の方がはるかに高い。
- 6) 援助者側は、治療だけでなく、生活の場の確保から経済的な手だてに関する情報収集と対応といった、いわば「嗜癖行動による後始末」といった事態の收拾を行うように(社会から)要請される。そのため、女性嗜癖者は十分そうした事態に罪悪感を感じているにもかかわらず、罪悪感を増長するような関わり(「一体どうするつもりだったの」、「子どもが可哀想だと思わないの」といった語り)を援助者から受けることが少なくない。
- 7) 暴力被害の女性本人が嗜癖問題を持たない場合にも、加害者にアルコール依存症がある、子どもに薬物依存があるといった事例は枚挙にいとまがない。あるいは女性の父親、母親のどちらかに嗜癖問題があるケースなど、ここで重要なのは「嗜癖問題をめぐる家族システム」が世代間を伝播している前提に立つ必要性を述べている。
- 8) 実際にこうした取り組みが行われるには、24時間365日体制で、身体と精神的ケアの両方をこなせるスタッフと、危機介入として精神薬の点滴あるいは入院に即応する医療機関の相互連携があつて初めて実現する。その意味でNPO法人リカバリーは、日本でそれが可能な数少ない機関である。
- 9) ひとくちに精神障害といっても統合失調症と嗜癖問題では抱える困難や治療法にも大きな違いがある、また相互に病名は聞いたことがあるものの、抱える困難を正しく知る機会には驚くほど少ない、そのため、互いに陰性症状からくる集中力低下を“怠け”と評したり、再飲酒して入院する姿を“意思薄弱”と評するといった誤解や偏見が精神障害者同士であっても起こりやすい。
- 10) このインタビューは利用者の了解のもとに、ボディワークを担当するセラピストの平澤氏によって氏の博士論文のデータ収集の一環として行われた。筆者はKさんにこのデータ(スクリプト)を筆者自身の論文に使用することの了承を得て、平澤氏より提供を受けたものである。ここに記して平澤氏に感謝を述べる。
- 11) 食事を「食べる」ことで本人が身体をケアすると同時に、援助者側からのケアを本人が受け取ることになる。したがって本人が作った食事をあっさりとして捨てたりすると、援助者側は自分が差し出したケアを拒絶されたような気分になることがある。
- 12) Black, C. 『私は親のようにならない』は2001年(=2004)に改訂版が出版されているが、第1版、改訂版ともに斎藤 学によって監訳されている。

## 第5章 結論

本論は、アルコールをはじめとする様々な「もの」、摂食行動やギャンブルといった「こと」、そしてみずからの存在論的安定のために、自分の欲求を定義してくれる「ひと」への、いずれも“のめり込み”が、コントロールを喪失した状況に陥る「嗜癖」をテーマとしている。野口(1996:177)は、ベイトソンとギデンスを参照しながら、「嗜癖」とは、近代が要請する前提なり規範によって必然的に生み出されたものだという。ベイトソンでは、客体を操作することによってたち現れる主体というフィクション(意志によって欲求を制御する主体という作り話)が、ギデンスでは、再帰性(不断の反省と修正)という規範それ自体が、嗜癖を成立させる根拠として描き出されていたと述べる。この前提が正しければ、われわれはほとんどあらゆる“のめり込み可能な”状況に周りを囲まれ、生きていることになる。

本論では特に女性嗜癖者を研究対象として取り上げた。嗜癖当事者に占める女性の割合は、「もの」や「こと」にもよるが半分に満たない。しかも、これまで日本では嗜癖といえればアルコールをさすことが多く、嗜癖者とは中年男性がその代名詞であった。筆者は精神科医療機関で、そして治療共同体とよばれる、嗜癖当事者による嗜癖当事者のための社会復帰施設で、そして2002年からはNPO法人を立ち上げ、一貫して嗜癖当事者を援助し、観察し続けてきた。

観察の最初に見えたことは、男性と女性では嗜癖の発症経過が異なることだった。「違い」が見え始めると、にも関わらずなぜ女性には男性と同じ治療／援助モデルが使われるのかなど、疑問が生まれた。女性嗜癖者の観察と援助から、その特徴とは何かを見い出して整理し、それに対応する援助に関して仮説を生成し、それを現場で検証した。さらに次の事例にその援助法を適用し、同じ結果が得られるかを評価する。うまくいったものを残し、そうでないものに修正を加えるという、その繰り返しの中で、本研究の柱となる類型化と回復過程、そして援助モデルが生まれた。この研究は、女性嗜癖者に対し、男性治療／援助モデルを使うことでは回復が進まないこと、そして女性嗜癖者独自の援助モデルが必要であることを明らかにするのが目的であり、一貫して嗜癖問題の現場の実践から生まれた実証研究である。

ここでは本研究を通じて何が生み出されたのか、その柱となるものを挙げながら、概略および論点を述べていく。そして最後に、今後の研究における課題と展望について触れる。

本研究における成果としては次の5点を挙げる事が出来る。

(1)男性嗜癖者と女性嗜癖者では、その発症から回復過程まで大きな違いがあることを明らかにした。したがって、これまで男性をモデルとした治療／援助が女性に援用されてきたが、これは回復を進めるのに寄与しないことを指摘した。

(2)女性嗜癖者をひとくくりにせず、発症の背景にある“抑圧の構成”に着目して、これを4類型に分類した。分類することによって、嗜癖問題という形で表出した彼女達の抱える問題の所在を明らかにすることができた。また分類に必要な指標を作成した。

(3)女性嗜癖者が回復するうえで重要なカテゴリーとして抽出された、「身体」と「親密圏」に着目しつつ、回復過程を3期に区分し、それぞれの時期における特徴を示した。これによって従来の回復過程とは全く異なる内容が提示された。援助者側が、女性嗜癖者の現状をより現実的に、かつ回復の時間軸で捉えることが可能になった。

(4)“生活”に根ざした援助(「生活支援共同体」と命名)を通じて、女性嗜癖者の“生活世界”を描き出した。女性嗜癖者が嗜癖に引き寄せられ生活が破綻していく時に、なにが

起こっているのかを理解するため、観察と援助実践から「嗜癖行動を促進する機能」を導きだし、これを図示化した。また、女性嗜癖者が回復過程を歩き始めた時に、生活はどう変化するのか、同じ方法にて「社会への適応が促進される機能」を見だし、これを図示化した。

(5)これらの発見を手がかりに、女性嗜癖者への援助としては「ジェンダーのレンズ」で物事を捉え直し、心理的相談と生活支援という手法を使いながら、女性嗜癖者本人が自らの尊厳や生への肯定感を引き上げ、自分を生きるための“新しい(オルタナティブな)”物語りを紡ぐ、フェミニスト・ソーシャルワークが有効であることを述べるとともに、その援助モデルを提示した。

本研究は長期に渡り、女性嗜癖者への援助において観察された事柄から出発している。起こった出来事や本人の語り、援助者側の働きかけ、そして転帰が、膨大なデータとして蓄積された。それらのデータが意味するものをどのように整理するのかについて、先行研究を用いた。しかし日本で女性嗜癖者を直接研究対象、あるいは研究テーマとする研究者は、医療関係者がほとんどである。そのため、この領域では先進国であるアメリカやカナダの専門誌や文献、あるいは当事者による手記などを参考とした。欧米では、女性嗜癖者に暴力被害による PTSD を併せ持つ事例が少なくない。こうした重複障害者を対象に、PTSD と嗜癖を同時進行的に援助していくという動きが始まりつつあるため、こうした特徴を日本の現状と照らし合わせながら援助モデルに反映させていった。

また本研究の特徴は、ソーシャルワークのまさに専門性の柱ともいえる“生活支援”に関する実践に重きを置きながら、その具体的内容と効果を検証している点である。ソーシャルワークは単なる相談面接をおこなうのではない。まさにクライアントの日常生活というフィールドを通じてだからこそ見えるものを大事に取り上げる。その発見を生かして、その人が望む暮らしを“具体的な”かたちとしていくのである。ソーシャルワーク研究の領域でも「生活」という言葉が出て来ない時はないほど「生活支援」は当たり前の援助技法だが、一方でその支援の内容を問うた時に、紋切り型、ステレオタイプの把握に留まることが多い。嗜癖問題からの回復を抽象的に捉えるだけでなく、生活場面での小さな変化を見つけるときに、その意味づけが正確にできることは、ソーシャルワークの強みである。出来る限り具体的なエピソードを使って、女性嗜癖者の「生活のありのままを」説明しようと心がけた。また「生活のありのまま」には、多くのアセスメント項目も含まれる。

“生活支援”とは具体的に何を指すのか。本研究においては、出来る限り女性嗜癖者の生活を具体的に記述し、相談面接だけでなく共に掃除や洗濯といった生活動作をおこなうことを通じて、女性嗜癖者のこれまでの生活ぶりを類推していくことが出来るとした。また多彩な身体的不調は、精神的なバランスを欠いた時や生理前など、しばしば女性嗜癖者を悩ませる。こうした不定愁訴に対し、これまでの援助論でありがちな「刺激(この場合は不定愁訴)-反応(薬物療法)」といった対応ではなく、「症状の意味を共にさぐる一症状の消失ではなく、どう症状とつき合うのかを目指す」といった援助の展開方法にも言及するように務めた。

“生活から目を離さない”ことで、多くの情報が集まる。また言葉では表面的にしか捉えられなかったことも、生活動作や習慣的な所作の観察によってアセスメントが可能になり、援助計画に反映させることができる。そして彼女達のミクロな生活実践とメゾ、マクロとの相関を意識するという意味で、「生活への適応が促進されるための機能」の図が“今、ここ”で何が行われているのかを把握しやすくしている。

では次に、本研究における5つの成果について、その概略と論点を述べていく。

1点目は、これまで中年男性をモデルとして作られた援助モデルが、女性嗜癖者には有効ではないことである。

本論では嗜癖問題における性差について整理した(第1章)が、なぜ女性嗜癖者に対する援助が、中年男性モデルを援用したままで終わっていたのかについて、筆者は男性の援助が“稼ぎ手の復活”を目的とするのに対し、女性は労働市場から排除されている存在とみなされ、経済資本を生み出さないことから、援助に関しても、男性ほど重視されなかったことが背景にあることに言及した。

またわが国における嗜癖問題への取り組みは医療、治療共同体、SHGで主に行われて来たが、そこでは性差を十分に反映した援助が行われてこなかったことを整理したうえで、その課題を解消しより包括的に女性嗜癖者を援助する場として「生活支援共同体」という新しい形態についてその概要を述べた(第1章第2節)。

この他にも、女性嗜癖者の回復には「身体」が重要な要素としてあることを指摘したが(第2章第3節)、そこでいう「身体」とは、身体疾患としてのそれではなく、自分の存在そのものを現すものとしての「身体」という(それゆえに身体への評価が、自己の評価に直結してしまう苦しさがある)、女性独自の感覚を伴うものである。こうした「身体」の変化と回復過程がどのように結びつくのかについての考察は、これまでの回復論にはなかった本研究の独自の視点であり、成果といえる。

2点目は、女性嗜癖者の類型化と、その類型ごとの特徴を示したことである。

本論では、少数派でありかつ周辺化されてきた女性嗜癖者に独自の援助モデルの創設を意図し、彼女らをひとくくりにせず、その共通性と独自性にきちんと目を向ける必要があることについてまず述べた。そして、これまでの類型化に関する先行研究をレビューした。その結果、先行研究による類型化ではアルコール依存症を想定しているが、女性嗜癖者の嗜癖対象は複数である場合がほとんどであり、どの嗜癖問題をどの時点で類型化するかが不明であること、そしてライフサイクル理論による発達課題を切り口とした類型化は、そもそも生物学的年齢とは異なる次元に生きる女性嗜癖者の特徴をふまえると困難であり、その困難性を無視したものになっていること、したがって類型の指標とした育児ノイローゼや家庭内ストレスといった、いわゆる“葛藤内容”は何かではなく、葛藤内容の“生じ方”が問題なのであると述べ、以上の三点を理由に、従来の類型化の限界を指摘した(第2章第2節2項)。そのうえで、この限界を超えるべく、新たな類型化の必要性について言及した。

さらに類型化をおこなうにあたり、女性嗜癖者の発症契機として二方向の抑圧、すなわち「女性をめぐる表象による」と「母娘関係による」ものがあり、この抑圧の強弱4パターンを組み合わせによって、それぞれⅠ性役割葛藤型、Ⅱ他者承認希求型、Ⅲライフモデル選択困難型、Ⅳセクシュアリティ混乱型の4類型に分類した。また本研究では、この抑圧の二方向の強弱をどのように判別するかについて指標を作成した。この指標は、「母娘関係」については斎藤環(2008)と信田(2008b)の論考を参照し、「女性をめぐる表象」については諸橋(2002, 2006)、相良(2006)、国広(2009)などを参照した。そして各類型ごとの特徴やアセスメントの際の留意点について述べた(第2章第2節の3, 4および5項)。

女性嗜癖者と出会った時、従来であればジェネラリスト・ソーシャルワークによるインターフェース面接がおこなわれ、アセスメントが実施されるが、本論ではインターフェース面接時と、その3ヶ月後に再度アセスメントを行う際に、これまでになかった「女性をめぐる表象に



よる」抑圧と「母娘関係による」抑圧という二つの指標を付け加えた点が新しい。さらに、これらの指標を加えることにより類型化することで、その困難の本質に何があるかを把握することにも寄与した。同時に、アセスメント評価が適切に出来るような流れを提示した。

3点目は、女性嗜癖者の回復過程について明らかにしたことである。

最初に嗜癖問題の回復について定説とされてきたものを取り上げて概観した。それについてはどの説も「完全に嗜癖行動を止める」から回復が始まるという点と、経済的自立に価値が置かれるという2点が共通であった。しかし本研究の対象である女性嗜癖者の現実とは、“稼ぎ手としての復帰”が中心ではないため、従来の回復過程もまた、女性嗜癖者にそのまま適用できるものではない(第2章第3節の1,2項)。大嶋(2004a)では、女性嗜癖者の回復にとって「身体」と「親密圏」が非常に重要なものであると指摘していることから、このふたつのカテゴリーを軸に、女性嗜癖者の回復過程を描き直した。

女性嗜癖者の回復過程は、(1)安全の構築期からはじまる。この時期にはまず、援助の場に留まるためにも、基本的な「安全」の感覚をつかみ、放置していた身体が存在に気づく時期である。次に(2)主体の獲得期である。この時期には他者と自分の間に境界線があることを認識し始める。また愛着関係が形成され安定を見せる。身体に対して嫌悪感がありつつ、月経周期が安定するなどの好転が見られる。そして(3)親密圏の創造期である。斎藤純一(2003)による親密圏概念をつかい、他者への関心や他者との交流を通じて社会との接点を見いだしていく過程について述べた。またこの時期における身体について、自身でケアをし、メンテナンスを続けることが出来るようになる。こうした3期の概説を述べた後で、類型ごとの回復過程における特徴や、留意点について述べた(第2章第3節の3項)。

これまでの回復像とは嗜癖行動が止まっていること、就労し経済的自立を果たしているか、あるいは家庭内役割に復帰するといった単純なものしかなかった。また、12ステップグループによるスピリチュアルな回復像は、何をもって回復過程にあるとみなすのか曖昧で分かりづらいという難点があった。本論では、今までとは全く異なる「安全」、「主体性」、そして「親密圏」といったキーワードを軸に、具体的な女性嗜癖者の回復像を描くことが出来た。こうしたキーワードおよび概念の生成は、全てが女性嗜癖者達の生活そのものを観察し、先述した「生活支援共同体」の援助実践において発見される小さな事実の集積によるものであり、ここに本研究の大きな特徴がある。

4点目は、女性嗜癖者の生活世界を描くことが出来たことである。

ここでは「嗜癖行動を促進する機能」が働き生活が破綻していくさまと、「生活への適応が促進されるための機能」が働き生活が落ち着きをみせていく様子を記述した。これまで嗜癖当事者の生活に関しては、「お決まりの転落物語り」をもって生活ぶりを理解したかのように思われていたが、本当にそうなのかとの問題意識と、嗜癖当事者の生活については地域生活支援の視点から描かれたものがないという橋本(2002)の指摘をうけて、実際に女性嗜癖者が嗜癖に引き寄せられていく時と、逆に嗜癖から遠ざかろうとする時とでは、生活がどのような構造となっているのだろうかという疑問から検討を始めた(第3章第1節)。

まず生活の構造的把握をおこなうにあたって、渡邊によるブルデューの生成論的構造主義を生活構造論に援用するという論考、および江原(2000,2006)、盛山(2011)らの先行研究レビューをおこなった。これらの先行研究を元に、女性嗜癖者の生活構造をミクロシステム、メゾ、マクロシステムの3側面から眺めた時に、そこにはどのようなagentが入ることになるかを検討した。次に嗜癖が促進される時にはどのような変化が観察できるかを分析した。同じく援助が開始され嗜癖行動が止まっている状態では、何が起きているかを

それぞれ分析した(第3章第2節).

次に嗜癖行動が促進されるときに、マイクロ、メゾ、マクロが直接相互作用を起こすのではなく、「作用の束=機能」のようなものが別にあり、そのものとマイクロ、メゾ、マクロとが相互作用をおこしているのではないかと考え、データを読み込んだ。その結果、(1)孤立化、(2)身体が無視、(3)症状への耽溺、(4)服従圏の形成という4つが作用として、それぞれマイクロ・メゾ・マクロと相互関係を起こしながら、嗜癖問題が重症化させることが分かった。これを「嗜癖行動が促進される機能」という図として現した。そして、嗜癖問題の発症として、まず服従圏の形成が嗜癖に先駆けて行われていること、そこに嗜癖が入り込み、本人は次第に孤立化し、最後には身体が無視から、すっかり嗜癖によって生活は行き詰まり、体はボロボロといった最悪の状況へと陥るのである(第3章第3節)。

では女性嗜癖者が回復し始め、生活を再構築していく時に適応機能はどのように現れるのか。同じようにデータを読み込み、より生活への再適応が促進されるには、次の4つの作用がマイクロ、メゾ、マクロと相互作用を起こすことを導いた。その4つとは(1)症状の覚知、(2)身体のカケア、(3)社会化、(4)親密圏の形成である。次に第2章第3節で示した「安全の構築期」、「主体の獲得期」、そして「親密圏の創造期」の回復過程に沿ってこの4つの機能がどのように発現するのかを整理した。そしてこれを「生活への適応が促進されるための機能」という図として現した。嗜癖行動が止まり、まず援助が導入されるなかで症状の覚知と身体のカケアの機能が働きだす。「主体の獲得期」には症状について引き続き、学ぶ、気づくことはあるが、身体のカケアに関してはいったん落ち着いてくる。それと同時に、人間関係を少し社会に向けて広げていくなかに、親密な関係性が生まれる。しかし、こうした新しい関係に対しては怖れの感情も大きいため、回復過程の最終段階である「親密圏の創造期」にさしかかって、再び身体の不調がぶり返し、カケアに多くの時間を割くような生活となる。人によってはアルバイト就労なども行われるなど、時間はかかるが、社会参加が進んでいく(第3章第4節)。

女性嗜癖者の生活は、回復の段階によってどのような機能が強く作用するか、濃淡があることが浮かび上がってきた。援助者は、これらの機能を把握し、それがより効果的に相互作用を起こすような“しかけ”を生活のなかに数多く創りだすのが使命である。医療機関への通院だけでも、セルフヘルプグループへの参加だけでもなし得ない、生活に拠点をおく援助だからこそ可能な“しかけ”は、このような生活世界の把握によって初めて可能であることを示した。ソーシャルワークはクライアントの暮らしを支えたとしながら、その援助内容を具体的に著すものは多くない。本論では、単なる生活援助実践の記録としてではなく、そのデータを構造的な理解の枠組みに照らし合わせ、再構築したところが今までの生活支援モデルにはなかった新しい点である。

5 点目は、ここまでの知見を元に女性嗜癖者に対する独自の援助モデルとして、フェミニスト・ソーシャルワークの有効性について述べたことである。

本論では女性嗜癖者を一貫して「ジェンダーのレンズ」を用いて捉えてきた。日本におけるソーシャルワークでは、これまで「婦人保護事業」の長い歴史があり、困難な状況にある女性の援助を行ってきた。筆者はその歴史を十分評価しつつ、がしかし、女性の抱える困難の複合性や重層性に対応できるものではなかったと考える。そこに欠落していたのは「ジェンダーのレンズ」を通して問題群を再構成し、それをソーシャルワーク実践として理論化する作業であった。また“女性の”問題であったからこそ、社会福祉全体の根幹に関わるものとは認知されず、研究の対象とはならなかったともいえる。しかし現代社会

は、女性を労働市場のなかに迎え入れることなく、現在の経済活動を維持することは困難である。そのことが明白になったのは、いうまでもなく歯止めの利かない少子化と、超高齢化社会の到来によってである。

女性嗜癖者は認知されずに放置されている人を含めたとしても、少数派であることには違いない。しかし彼女達のこれまでの人生には、女性がこの社会で生きていく時に抱え込まれる困難の、ほとんど全てのパターンを見ることができる。そして若い女性嗜癖者たちはその母また祖母の世代から、そうした困難をより複雑に絡んだ形で引き渡されている。

本研究がここまで明らかにしてきたのは、援助において周辺化された女性嗜癖者の困難とは「個人の問題や逸脱」などではなく、「構造的に張り巡らされたジェンダー不平等に対する、正当な反応」だということである。したがってそのような観点から彼女達の問題を捉え、その本質として抱えるものを見極め、どうすればこのような状況から「生への肯定感」を呼び覚まし、自分に内包する力の在処を信じて、自分を貶めようとする支配的なストーリーや言説に対抗する、「もうひとつの(オルタナティブな)物語り」を創りだせるのかを明らかにしなければならないし、その可能性が「フェミニスト・ソーシャルワーク」(以下 FSW)にあるという提示を行っている。

本論ではまず FSW がソーシャルワークの歴史においてどのような位置を占めてきたのか、欧米を中心に吉田(1996, 2001, 2002)の論考を参照しつつ整理した。次に、日本では杉本が福祉国家、福祉社会をジェンダーのレンズで捉え直す作業を精力的に行っている。ここでは何が明らかになってきたのかを整理した。しかし日本では、ジェンダーの視点を使った理論研究はあるが、実践研究について、あるいはその方法論に関する研究はほとんどみられない。一方日本では、草の根のフェミニスト達が女性たちの抱える困難に対して、「フェミニストカウンセリング」という手法で向き合ってきた。理論はないが、同じ女性として抱える苦しみとともに語り合い、「個人的なことは政治的なこと」という第二波フェミニズムのスローガンとともに実践を繰り返してきた。DV 法制定の陰には、こうした草の根の女性たちの活動がある。しかし、その活動の表舞台にソーシャルワークの姿をみることは少ない。

「フェミニストカウンセリング」は自己研鑽から認定資格化へと進み、公的機関の婦人相談といった領域や DV 防止相談センター、民間開業などで活動を続けている。第 4 章第 1 節ではそういった現状を整理しながら、従来のソーシャルワーク実践に欠けていたものと、フェミニストカウンセリングの限界を示しながら、その発展的統合を試みた。一節の最後に、筆者が本研究を通じて生み出した FSW の概要について述べ、更にそれを図示化した。次に女性嗜癖者が援助にたどり着く前の段階と援助における契約をめぐる問題を述べ(第 4 章第 2 節 1 項)、回復過程に対応するフェミニスト・ソーシャルワークの全体像について図示しながら解説した(第 4 章第 2 節 2 項)。そして 3 つの回復過程の時期に対応する女性嗜癖者へのフェミニスト・ソーシャルワーク援助について、それぞれ行うことと留意点を整理したウエリカバリーの実践例を詳解した。さら援助における中断と終結という局面の特殊性について言及した(第 4 章第 2 節 6 項)。

さらに本論では援助者のポジショナリティについて述べた。FSW では、クライアントとの対等性を重要視するが、「対等性」とは権威者側からでなく立場の弱い人が感じられて初めて意味をもつ。教条的に唱えることが必要なのではなく、援助者側がクライアントを傷つけるのを回避する意味で、自らにいつも問いかけるものであると述べた。また宮地(2004a)を引きながら、援助者自身のジェンダー・バイアスについても言及した(第 4 章第

3節).

また FSW 実践を使う対象を本研究では女性嗜癖者としたが、その他の適用範囲についても述べた。本研究の対象は女性嗜癖者であるが、筆者の実践においては、すでに暴力被害女性に対して同じ援助モデルを使い効果を得ていることについて触れた。

最後にこれまで女性の抱える困難は、それぞれ問題別に分断され、対応が考えられてきた。しかし女性が困難に陥っていくその経過には、必ずジェンダー不平等が見えるはずである。FSW はそれを「ジェンダーのレンズ」で捉え直しながら、絡んだ問題を解きほぐし、問題群を引き寄せあう「要」の役割を果たすものを見つけ出し、その「要」を無力化していくよう介入する。最周辺から中央へ、あらゆる女性の困難に FSW が実行されれば、その小さな試みは結集し、やがて大きなうねりを作っていくのではないかと、今後の展望についても触れている(第4章第4節)。

以上が本研究の成果として挙げられるが、本研究を通じ、多くの困難を抱えて援助場面に辿り着く女性嗜癖者たちに対して実践された FSW は、その成果として、彼女達に何をもたらしたのだろうか。それを嗜癖問題からの回復との関連において述べておく。

上岡(2010:61)は、「回復とは回復し続けることだ」という。筆者はこれを、「回復には何か最初から到達すべきゴールがあるわけではなく、“当たり前の暮らし”を取り戻そうとする曲折の繰り返しのなかに、その人なりの希望を見つけること」だと捉えている。例えば初めて彼女達と会う時、多くが緊張や不安に身を固くしている。人間への不信感がとぐろを巻く感じがある。回復とは、そうした幾重にも重ねた鎧のひとつ、またひとつを脱いでいく作業でもある。しかし、社会には相変わらず女性を貶めようとするものが溢れているから、鎧は残したまま社会のなかで生きることになる。

社会のなかで生きることが回復である。それは仕事をすることとイコールではない。とにかく、自分が思うような生活を出れるようになることが重要である。「暮らし」を描けなければ、そこに回復はない。何とか暮らせるようになったら、「人のなか」に居続ける。たったシンプルなこの二つが回復にはどうしても欠かせない。「暮らし」ながら「人のなか」にいて、あとは自分にどのような欲求があるのか、なければ探すのか、全てはそれを継続しないと見えない。

FSW 実践とは、女性嗜癖者にまず「暮らし」を取り戻すよう援助する。彼女達の罪悪感に名前を付けて外在化を手助けし、その罪悪感の出所を「ジェンダーというレンズ」を使って見つけるのである。それから彼女達を場所と人に結びつける。

FSW 実践とは沢山の言葉を使い、ものごとを伝え、同時に彼女達の言葉を記憶し、繋ぎあわせる。それゆえ「生活支援」と「心理的相談」の両方が具体的方法として使われる。女性嗜癖者達は、先行く仲間たちが援助者との関係において「暮らし」を取り戻す様子をじっと観察している。女性嗜癖者の回復は、先を歩く人から、後を続く人に示される。FSW 実践は、その同伴者である。回復し続ける「暮らし」のなかに、どのようなバリエーションを入れるのかは、彼女自身が決めなければならない。

FSW 実践とは、女性をはじめジェンダー不平等に苦しむ人の現実を社会に知らせる。嗜癖問題が当事者の責任に帰せられる個人的な課題から、言語実践をはじめとする様々な抑圧と排除によって構造的に作られていく側面をもつ社会的な課題として捉えられる様に、これまでとは異なる嗜癖者の物語を構成していくのである。

さらに本章を締めくくりにあたり、研究の課題と展望について触れる。

本研究では女性嗜癖者の実態を描き出すと同時に、その援助モデルを提示した。そして

その援助モデルは女性嗜癖者だけでなく、別の困難を背負う女性にも適用可能であることを示唆した。しかし本研究が、「生活支援共同体」での観察と実践によって得られたデータを柱としていることから、別の対象への適用の是非については追試が必要である。

また女性嗜癖者のありようは、時代や社会状況を鋭く反映するものであることを鑑みると、本研究が達した類型、回復過程、援助モデルのいずれもが引き続き有効性を保つかどうか、常に追試による検証が必要である。そして願わくば、本研究が示した類型化指標やアセスメント票などが、精神科医療機関だけでなく、精神保健福祉センターや女性相談窓口といった公的機関、あるいは子ども虐待の家族支援などあらゆるソーシャルワーク援助場面において、相談を受ける際に利用されるよう、その妥当性を検証していくことが、筆者に帰せられた研究の展望であると同時に使命であると考えている。

そしてこうして積み上げられたミクロの実践は、女性嗜癖者を「女性に向けられる抑圧に抗いながら、尊厳を持つ主体として、他者との繋がりの中で生き延びる人」に変える。第4章1節4項でも述べた様に、FSWでは嗜癖者＝逸脱者という支配的物語の制約に対抗するこうした物語を生成していく。また、FSWにおける援助のプログラムや援助そのものを詳細に評価し、その結果を誰にどのようにプレゼンテーションするのかについて戦略的な準備をおこなう。

本研究はミクロ-メゾ-マクロの関連のなかで、女性嗜癖者を嗜癖へと追い込む言説とは何か、言説はどのように構築され浸透し構造化されるのかについて一定程度提示することが出来た。そして女性嗜癖者が自身のもつ力や尊厳の気づきへと変化しうること、そこにFSWが大きな役割を果たすことにも言及した。しかし逸脱者や自己責任といった言説から女性嗜癖者を振りほどき、回復へと向かわせる言説の生成について言及することは出来なかった。本研究はここまでの研究成果をふまえ、ミクロ実践がこうしたマクロ実践へと重なる経路を構築し示すという課題を残している。

<文献>

- AA 日本常任理事会／広報委員会(2007)『AA メンバーシップサーベイ 2007』(NPO 法人 AA 日本ゼネラル・サービス)
- Abbot, Ann A. (1995) Substance Abuse and the Feminist Perspective, Van Den Bergh, Nan ed. (1995) Feminist Practice in the 21<sup>st</sup> Century, NASW Press., 258-277.
- American Psychiatric Association(2000)Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision(=2004, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』医学書院.)
- 赤澤正人・松本俊彦・立森久照・ほか(2010)「アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因」『精神神経学雑誌』112(8), 720-733.
- 天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編(2009)『新編日本のフェミニズム1 リブとフェミニズム』岩波書店.
- 天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編(2009)『新編日本のフェミニズム3 性役割』岩波書店.
- 天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編(2009)『新編日本のフェミニズム7 表現とメディア』岩波書店.
- 天羽 薫(2011)「思春期の性的逸脱について」『精神科治療学』26(6), 755-761.
- 新井えり・久保田幹子・甲斐すみ子(2009)「身体症状の訴えと依存の問題を持った中年期女性例への森田療法的アプローチ」『日本森田療法学会雑誌』20, 227-233.
- 芦澤健(2010)「向精神薬の依存」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 72-73.
- Bancroft, Lundy (2002) Why does he do that? Inside the Minds of Angry and Controlling Men, Wendy Shaerman Associates, Inc. (=2008, 高橋睦子・中島幸子・山口のり子訳『DV・虐待加害者の実体を知る あなた自身の人生を取り戻すためのガイド』明石書店.)
- Badinter, Elisabeth (2003) Fausse Route, Tuttle-Mori Agency, Inc., (=2006, 夏目幸子訳『迷走フェミニズム これでもいいのか女と男』新曜社.)
- Bass Ellen and Davis Laura (1994) The Courage To Heal, Linda Michael Literary Agency, (=2007 新装改訂版, 原美奈子・二見れい子共訳『生きる勇気と癒す力 性暴力の時代を生きる女性のためのガイドブック』三一書房.)
- Bassoff, Evelyn(1991) Mothering Ourselves, Penguin Books USA Inc. (=1996, 村本邦子・山口知子訳『娘が母を拒むとき 癒しのレッスン』創元社.)
- Beattie, Melody (2009)The New Codependency Help and Guidance for Today's Generation, Simon & Schuster, Inc., (=2011, 村山久美子訳『共依存症 心のレッスン』講談社.)
- Berenson, David(1991)\*原著論文名不記載 第4章「無力を感じるということ：それは解放をもたらすものか、奴隷化に至るのか-12ステップに対するフェミニストの批判に答えて」Bepko, Claudia ed., Feminism and ADDICTION, The Haworth Press, Inc., (=1997 斎藤 学訳『フェミニズムとアディクション-共依存セラピーを見直す』日本評論社.)
- 別所良美(2010)「ケアの倫理とジェンダー」(財)東海ジェンダー研究所記念論集編集委員会編『越境するジェンダー研究』明石書店, 90-135.

- Black, Claudia(1981) It Will Never Happen To Me, ACT., (=1989 斎藤 学監訳『私は親のようにならない アルコホリックの子供たち』誠信書房. )
- Black, Claudia(2001) It Will Never Happen To Me 2<sup>nd</sup> edition, 出版社不明記(=2004 斎藤 学監訳『私は親のようにならない 嗜癖問題とその子どもたちへの影響』誠信書房. )
- Bloor, Michal and Wood, F. (2006) Keywords in Qualitative Methods A Vocabulary of Research Concepts, Sage Publications. (=2009, 上淵寿監訳『質的研究法キーワード』金子書房.)
- Bourdieu, Pierre (1979) LA DISTINCTION Critique Sociate du Jugement, Minuit. (=1990, 石井洋二郎訳『ディスタンクシオン I, II』藤原書店.)
- Bourdieu, Pierre (1987) CHOSSES DITES, Minuit. (=2002, 石崎晴己訳『構造と実践』藤原書店.)
- Bourdieu, Pierre (1996) P. BOURDIEU (=1996, 加藤晴久編『ピエール・ブルデュー』藤原書店.)
- Bourdieu, Pierre et al. (2002) PIERRE BOURDIEU 1930-2002(=2002, 加藤晴久訳『ピエール・ブルデュー』藤原書店. )
- Brad, Karoll R. (2010) Women and Alcohol-Use Disorders: A Review of Important Knowledge and Its Implications for Social Work Practitioners, Wormer, Kathaerine And Thyer, Bruce eds. Evidence-Based Practice In The Field Of Substancce Abuse, SAGE, 135-152.
- Briggs, Cynthia A. and Pepperell, J. (2009) Women, Girls, and Addiction. Routledge.
- Bryson, Valerie (1999) Feminist Debates: Issues of Theory and Political Practice, Macmillan Press., (=2004, 江原由美子監訳『争点・フェミニズム』勁草書房.)
- Burr, Vivien (1995) An Introduction to Social Constructionism, Routledge. (=1997, 田中一彦訳『社会構築主義への招待 言語分析とはなにか』川島書店.)
- 磯村毅(2009)『二重洗脳 依存症の謎を解く』東洋経済新報社.
- Byerly, Carolyn M. (1997) The Mother's Book: How to Surevive the Molestation of Your Child. (=2010, 宮地尚子監訳『子どもが性被害をうけたとき—お母さんと支援者のための本』明石書店.)
- Call, Christine R. and Nelsen Judith C. (2007) Partner Abuse and Women's Substance Problems, Journal of Women and Social Work, 22(4), 334-346.
- Caplan, Paula J. and Caplan, J. (2009) Thinking Critically About Reserch On Sex And Gender, 3rd Edition, Person Education, Inc. (=2010, 森永康子訳『認知や行動に性差はあるのか 科学的研究を批判的に読み解く』北大路書房.)
- Collins, B. G. (1986) Defining Feminist Social Work, Social Work, May-June, 214-219.
- Conrad, Peter and Schneider, J. (1992) Deviance and Medicalization : From Badness To Sickness: Expanded Edition, Temple University. (= 2003, 進藤雄三監訳『逸脱と医療化 悪から病いへ』ミネルヴァ書房. )
- Covington, Stephanie S. (2008) A Women's Journal Helping Women Recover, Jossey-Bass.
- 長 徹二(2010)「アルコール依存症の薬物療法」『精神科治療学』25, 59-61.

- Creswell, Jhon W. (2003) Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches Second Edition, Sage Publications. (=2007, 操華子・森岡崇訳『研究デザイン—質的・量的・そしてミックス法』日本看護協会出版会.)
- Criswell, Eleanor D., Ed. (1995) Biofeedback and Somatics :Toward Personal , Freeperson Press.
- Cusack, Suzanne (1984) Women and Relapse, Hazelden. (=2002, みのわマック訳, 『女性が再び傷つかないために』みのわマック出版.)
- Daly, Mary and Lake, K. (2003) Gender and The Welfare State , Polity Press Ltd in Cambridge. (=2009, 杉本貴代栄監訳『ジェンダーと福祉国家 欧米におけるケア・労働福祉』ミネルヴァ書房. )
- 伝田健三(2010)「学校における摂食障害の対応—子どもの摂食障害」西園マーハ文編『専門医のための精神科臨床リュミエール 28 摂食障害の治療』中山書店, 130-138.
- ダルク女性ハウス「なまみーず」編(2008)「ローリエちゃんのーヶ月～生理のあるカラダとつき合う術～」『精神看護』11 (2), 64-78.
- 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(2011a)『女性薬物依存症者の社会復帰支援についての社会的ニーズ等に関する調査』女性薬物等依存症者に対する相談支援に関する実態調査委託報告書.
- ダルク女性ハウス(2011b)『依存症者に対する地域支援, 家庭支援のあり方についての調査とサービス類型の提示—依存症に関わる回復支援施設の現状, 家族問題, ジェンダーに注目して—』女性薬物等依存症者に対する相談支援に関する実態調査委託報告書.
- Diclemente, Carlo C., Schlundt, Debra S. and Gemmell Leigh (2004) Readiness and Stages of Change in Addiciton Treatment, The American Journal on Addictions, 13, 103-119.
- Dominelli, lena (2002) Feminisit Social Work Theory and Practice, Palgrave.
- 江原由美子(2000)『ジェンダー秩序』勁草書房.
- 江原由美子(2006)「第6章ジェンダーと構造化理論—ギデンス, ブルデューを中心に」江原由美子・山崎圭一編『ジェンダーと社会理論』有斐閣, 75-90.
- 江原由美子(2009)「知識批判から女性の視点による近代観の想像へ—二十一世紀フェミニズム理論に向けて」天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編『新編 日本のフェミニズム2 フェミニズム理論』岩波書店, 1-44.
- Eliacheff, Caroline & Heinich, N. (2002) MERES-FILLES:Une relation a trios, ALBIN MICHEL . (=2005, 夏目幸子訳『だから母と娘はむずかしい』白水社. )
- Emmelkamp, Paul M. G. & Vedel, E. (2006) Evidenced-Based Treatment for Alsohol and Drug Abuse —A Practitioner' s Guide to Theory , Methods , and Practice., Taylor and Francis Group, LLC. (=2010, 小林桜児・松本俊彦訳『アルコール・薬物依存臨床ガイド—エビデンスにもとづく理論と治療』金剛出版.)
- 衿野未矢(2003)『ひとりになれない女たち 買い物依存, 電話, 恋愛にのめりこむ心理』文春文庫.
- Evans Katie and Sullivan M. (1995) Treating Addicted Suvivors of Trauma , The Guilford Press. (=2007, 斎藤学監訳・白根伊登恵訳『虐待サバイバーとアディクション』金剛出版.)
- Franklin, Karen and King, Lauren (2009) Addicted Like Me A Mother-Daughter Story Of Substance Abuse and Recovery, SEAL PRESS.



- Freedom 編 (2003) 『私たちの出会い 女性の薬物依存症 回復と支援』 六稜舎.
- Friedan, Betty (1963) The Feminine Mystique, Curtis Brown Ltd., (=2004, 三浦富美子訳 『新しい女性の創造 改訂版』 大和書房.)
- 藤井達也 (1999) 「『生活支援』論の形成過程と今後の課題-谷中輝雄の生活支援論の可能性」 谷中輝雄ほか『生活支援Ⅱ-生活支援活動を創り上げていく過程』 やどかり出版, 257-278.
- 藤野寛 (2008) 「第2章 なぜ小倉千加子は、フェミニズムは失敗した、と言うのか-あるいは、フェミニズムのジェンダー論的転回について」 中野知律・越智博美編著『ジェンダーから世界を読むⅡ』 明石書店, 28-52.
- 藤岡淳子 (2006) 『性暴力の理解と治療教育』 誠信書房.
- 藤田さかえ (2002) 「研究ノート 女性アルコール依存症者の社会復帰援助-フェミニズム・アプローチを援助概念の枠組みとして」 『社会福祉学』 26, 65-96.
- 藤田さかえ (2009) 「アルコール関連問題に対するソーシャルワーク実践の課題-生活支援の取り組みを中心とした事例経過の分析から」 『ソーシャルワーク研究』 35 (3), 246-251.
- 福井俊一・増田昌美 (2011) 『母と子で克服できる摂食障害 過食症・拒食症からの解放』 ミネルヴァ書房.
- Galanter, Marc (2006) Spirituality and Addiction: A Research and Clinical Perspective, The American Journal on Addictions, 15, 286-292.
- Giddens, Anthony (1992) The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism, Polity Press., (=1995, 松尾精文・松川昭子訳 『親密性の変容』 而立書房.)
- 後藤 恵 (2007) 「男性に依存する女性依存症者の治療と回復」 『日本アルコール・薬物医学会雑誌』 42 (2), 410-411.
- 後藤 恵 (2008a) 「女性アルコール薬物依存症者の回復: 共依存からの回復とその方法について」 『病院・地域精神医学』 50 (3), 291-292.
- 後藤 恵 (2008b) 「摂食障害を併発した女性アルコール依存症者の回復: 女性ハウス「ロイス」で回復した例と退寮した例の比較検討」 『日本アルコール・薬物医学会雑誌』 43 (4), 362-363.
- 後藤 恵 (2009a) 「ウイメンズアディクションサポートセンター「オハナ」とナイトケアハウス「ロイス」-その現状と展望」 『日本アルコール精神医学雑誌』 16, 37-43.
- 後藤 恵 (2009b) 「若年アルコール依存症者の治療と回復-社会復帰のために自己表現を学ぶ-集団療法と認知行動療法によるコミュニケーション能力の獲得」 『日本アルコール・薬物医学会誌』 44 (5), 579-603.
- Grant, Jon and Kim, Suck (2003) Stop Me Because I Cant Stop Myself (=2003, 加藤洋子訳 『どうしても「あれ」がやめられないあなたへ 衝動制御障害という病』 文芸春秋.)
- Griffin, Margaret L., Amodeo, Maryann and Fassler, Irene et al. (2005) Mediating Factors for the Long-term Effects of Parental Alcoholism in Women: The Contribution of Other Childhood Stresses and resources, The American Journal on Addictions, 14, 18-34.
- 帯木蓬生 (2010) 『やめられない ギャンブル地獄からの生還』 集英社.
- Hanna, Thomas (1995) What is Somatics?, Don Hanlon Johnson ed. Bone, Breath, & Gesture, North Atlantic Books, 339-352.
- 濱嶋朗・竹内郁郎・石川晃弘編 (2005) 『社会学小事典』 ミネルヴァ書房.

- 原口芳博(2004)「アルコール依存症の回復過程に関する臨床心理学的考察-成長総合モデルと自己調節法を中心に-」『福岡女学院大学大学院紀要』臨床心理学創刊号, 43-50.
- Harned, Melanie S., Najavits, Lisa M. and Weiss, Roger D. (2006) Self-Harm and Suicidal Behavior in Women with Comorbid PTSD and Substance Dependence, The American Journal on Addictions, 15, 392-395.
- Hauser, Stuart T. and Joseph, A. and Golden, E. (2006) Out of the Woods, Harvard College. (=2011, 仁平説子・仁平義明訳『ナラティヴから読み解くレジリエンス』北大路書房.)
- 橋本美枝子(2002)「アルコール依存症からの回復を支援するための生活構造について」大分大学教育福祉科学部研究紀要, 111-122.
- 服部良子(2007)「女性と労働」井上輝子・江原由美子編『女性のデータブック第4版』有斐閣, 73-92.
- 林千代(2004)「第4章 婦人保護事業の役割と意義」林千代編著『女性福祉とは何か』ミネルヴァ書房, 62-78.
- 日比野正己編(2003)『研究のすすめ方-テーマ設定から論文執筆・学会発表までの総合スキル』阪急コミュニケーションズ.
- Herman, Judith L. (1992) Trauma and Recovery, Harper Collins Publishers, Inc., (=1999 中井久夫訳『心的外傷と回復<増補版>』みすず書房.)
- 比嘉千賀(2000)「女性のアルコール依存症」『こころの科学』91, 64-70.
- 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.
- 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1992 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.
- 樋口進(2004)「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究：厚生労働省科学研究費補助金総括研究書.
- 樋口進(2006)『アルコール依存症の社会復帰施設の実態把握と支援モデル構築に関する研究(H16-障害-015)』平成17年度統括・分担研究報告書(厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業), 樋口班.
- 樋口進(2011a)「アルコール・薬物関連3学会合同飲酒運転対策プロジェクト」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』46(1), 17-19.
- 樋口進監修(2011b)『アルコール依存症から抜け出す本』講談社.
- 引土絵未(2010)「治療共同体 Amity の援助システムについての質的分析-共同体内の多様な役割間のグループ・ダイナミクスに着目して」『社会福祉学』50(4), 69-81.
- 平川和子(2002)「ジェンダーと女性の人権-暴力被害女性への危機介入支援の現場から」金井淑子・細谷実編『身体のエシックス/ポリティックス-倫理学とフェミニズムの交叉』ナカニシヤ出版, 179-197.
- 平川和子(2008)「自傷を語る：セルフヘルプグループ」『臨床心理学』8(4), 529-534.
- 堀内かおる(2007)「教育とジェンダー」井上輝子・江原由美子編『女性のデータブック第4版 性・からだから政治参加まで』有斐閣, 93-118.
- 堀毛一也ほか編『社会化の心理学/ハンドブック』川島書店, 125-134.
- 本間美知子(2004)「アルコール依存症女性患者への音楽療法：回復過程における表現と対人関係の変化」『日本芸術療法学会誌』34(2), 63-74.

- 星島一太・榎本 稔・渡辺 卓(2008)「精神科が依頼に置けるギャンブル依存症グループの取り組み(第3報)」『アディクションと家族』27(1), 27-31.
- 法務省法務総合研究所編(2010)『犯罪白書 平成22年版』佐伯印刷株式会社.
- 市野川容孝(2007)「序章 交錯する身体-親密性を問いなおす」鷺田清一・荻野美穂・石川 准・市野川容孝編『身体をめぐるレッスン4 交錯する身体』岩波書店, vii-xxvi.
- 井川ちとせ(2008)「第1章 ジェンダー・アイデンティティという虚構」中野知律・越智 博美編著『ジェンダーの世界を読むII 表象されるアイデンティティ』明石書店, 10-27.
- 池埜聡(2000)「臨床ソーシャルワークにおける代理性心的外傷ストレス」『社会学部紀要』(関西学院大学)86, 129-143.
- 池埜聡(2002)「生存者罪悪感(survivor guilt)の概念的枠組みとソーシャルワーク実践の課題-ソーシャルワークにおけるトラウマ・アプローチに関する一考察-」『社会福祉学』42(2), 54-65.
- 猪野亜朗(2008)「アルコール依存症者と家族」『日本アルコール精神医学雑誌』14(2), 3-13.
- 井ノ口美佐子・二ノ村陽子(2010)「女性特有の身体不調と食生活・生活習慣に関する調査データの解析」『西南女学院大学紀要』14, 43-57.
- 井上摩耶子(2010)「序 フェミニストカウンセリングの現在」井上摩耶子編『フェミニストカウンセリングの実践』世界思想社, 1-9.
- 井上輝子・上野千鶴子・江原由美子ほか編(2002)『女性学事典』岩波書店.
- 入江公康(2008)「労働へと駆り立てるネオリベリズム」白石嘉治・大野英士編『ネオリベ現代生活批判序説』新評論, 58-99.
- 石川昭見(2006)「薬物依存問題の「家族」相談援助」『人間文化研究』(名古屋市立大学大学院人間文化研究科)5, 51-65.
- 石川瞭子編(2008)『性虐待の未然防止 現場からの報告』「現代のエスプリ」496, 至文堂.
- 伊藤真理子(2002)「「女性のためのソーシャルワーク」と実践枠組み」『龍谷大学大学院研究紀要 社会学・社会福祉学』(10), 35-56.
- 伊藤正哉・金吉晴(2010)「外傷後ストレス障害」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 168-169
- 伊藤智樹(2009)『セルフヘルプ・グループの自己物語論—アルコールリズムと死別体験を例に』ハーベスト社.
- 岩倉信之・世良守行・米沢宏(2007)「女性のアルコール依存症者の増加と特徴」『病院・地域精神医学』49(3), 246-247.
- 岩見和彦・山本雄二・関口理久子・ほか(2007)「<成熟>概念の社会学的研究」『社会学部紀要』(関西大学)38(3), 133-184.
- 岩野 卓・益山桂太郎・大嶋栄子ほか(2010)「薬物依存症に対する外来集団療法の有効性に関する検討—SMARRP テキストの導入による参加者およびスタッフへの影響」『アルコール関連問題学会誌』Vol. 13, (投稿中)
- 岩崎正人(1999)『ラブ・アディクション 恋愛依存症』五月書房.
- Jhansson, Pernilla and Leonard, K. (2010) A Gender-Specific Pathway to Serious, Violent, and Chronic Offending? Exploring Howell's Risk Factors for Serious Delinquency, Kathaerine And Thyer, Bruce eds. Evidence-Based Practice In The Field Of Substancce Abuse, SAGE, 85-104.

- Jhonson, Louise C. and Yanca, S. (2007) Social Work Practice: A Generalist Approach Ninth Edition, Pearson Education Inc.
- 重黒木一・藤原誠司(2009)「アルコール依存症と看護」宮本真巳・安田美弥子編『アディクション看護』医学書院.
- 門田厚司(2010)『社会力を育てる 新しい「学び」の構想』岩波新書. No. 1246
- 亀田温子・館かおる編(2000)『学校をジェンダー・フリーに』明石書店.
- 上岡陽江(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.
- 上岡陽江・大嶋栄子(2010)『その後の不自由 嵐のあとを生きる人々』医学書院.
- 金井淑子(2008)『異なっている社会を 女性学/ジェンダー研究の視座』明石書店.
- 金井淑子(2009)「家族・親密圏・根拠地 親密圏の脱・暴力化と自己領域」飯田 隆, 伊藤邦武, 井上達夫他編『岩波講座哲学 12 性/愛の哲学』岩波書店, 137-168.
- 金井淑子(2011)『依存と自立の倫理 <私/母>の身体性から』ナカニシヤ出版.
- 加納恵子(2004)「第6章 女性障害者問題をよみとくー女性身体規範をめぐる」林 千代編著『女性福祉とは何か』ミネルヴァ書房, 102-117.
- 葛西賢太(2007)『断酒が作り出す共同性 アルコール依存からの回復を信じる人々』世界思想社.
- 檜村愛子(2007)『ネオリベラリズムの精神分析』光文社新書.
- 檜村愛子(2009)『臨床社会学ならこう考える』青土社.
- 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.
- 加藤元一郎(2009)「インターネット・アディクションと嗜癖概念」『日本アルコール精神医学会雑誌』16(1), 1-3.
- 加藤秀一(2006)『ジェンダー入門』朝日新聞出版.
- 川喜田好恵(2005)「第一章第三節 フェミニストカウンセリングの導入と女性センターにおける相談業務の変遷」河野貴代美編著(2005)『女性のメンタルヘルスの地平 新たな支援システムとジェンダー心理学』コモンズ, 50-63.
- 河野貴代美(1991)『フェミニスト・カウンセリング』新水社.
- 河野貴代美(2003)「フェミニストカウンセリングの理論化をめぐる パート1」『フェミニストカウンセリング研究』Vol. 2, 20-36.
- 河野貴代美(2004)『フェミニスト・カウンセリング パートII』新水社.
- 河野貴代美編著(2005)『女性のメンタルヘルスの地平 新たな支援システムとジェンダー心理学』コモンズ.
- 香山リカ(2010)「第一章 生きるのがしんどい, という若者たち」香山リカ・上野千鶴子・嶋根克己編『「生きづらさ」の時代』専修大学出版局, 17-52.
- 香山雪彦(2007)『食を拒む 食に溺れる 不安という時代の空気のなかで』思想の科学社
- 木戸宣子(2011)「第8章 相談援助のための契約の技術」社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法I 第2版』中央法規, 161-173.
- 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.)

- 木村涼子(1999)『学校文化とジェンダー』勁草書房.
- 木下直子(2009)「DV 被害者支援をおこなう民間シェルターの課題—利用者からの異議申し立てを中心に」『女性学年報』(30), 43-64.
- 切池信夫(2010)「働く女性と摂食障害」岡崎祐士・神庭重信・小山司ほか編『精神科専門医のためのプラクティカル精神医学』中山書店, 107.
- Kirst-Ashman, Karen K. and Hull, Grafton H. (2005) Generalist Practice With Organization & Communities, Wadsworth.
- 北川裕通・鈴木孝典・藤 直子ほか(2010)「精神障害がある人の地域生活支援—グループホームを拠点とした支援の展開」『ソーシャルワーク研究』36(1), 58-65.
- 北山修(2009)『覆いをとること・つくること <わたし>の治療報告と「その後」』岩崎学術出版社.
- 久保紘章(2004)『セルフ・ヘルプ・グループ—当事者へのまなざし—』相川書房
- 小林仁美・石川俊男・野村忍(2010)「摂食障害における Quality of Life に関連する要因の包括的検討」『日本女性心身医学会雑誌』15(1), 144-153.
- 小林桜児(2011)「思春期のアディクション」『精神科治療学』26(6), 749-754.
- 小林至道(2010)「ポスト携帯・ネット時代における子どもの社会化」『教育学会紀要 教育研究』(青山学院大学)54, 93-117.
- 小林哲郎・池田謙一(2007)「若年層の社会化過程における携帯メール利用の効果：パーソナル・ネットワークの同質性・異質性と寛容性に注目して」『社会心理学研究』23(1), 82-94.
- 小泉潤二・志水宏吉編(2007)『実践的研究のすすめ 人間科学のリアリティ』有斐閣.
- 小泉智恵(2006)「仕事と家庭のインターフェイス」伊藤裕子編『ジェンダー・アイデンティティ 揺らぐ女性像』現代のエスプリ別冊, 三省堂., 129-140.
- 近藤あゆみ・和田清(2009)「薬物依存症民間リハビリテーション施設入所者の退所1年予後とその関連要因」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』45(3), 175-181.
- 近藤恒夫・重田園江(2008)「ダルクの流儀 薬物依存者の/による社会内処遇プログラム」『現代思想』36(8), 180-194.
- 近藤恒夫(2009)『拘置所のタンポポ』双葉社.
- 近藤恒夫・石塚伸一・重田園江(2010)「討議 回復につきあいつづける」『現代思想』38(14), 56-79.
- 小西聖子(2002)「デブリーフィングとは」『心と社会』107, 73-82.
- 越野好文(2010)「コラム ICD-10 と DSM-IV」岡崎祐士・神庭重信・小山 司ほか編『プラクティカル精神医学』中山書店, 271.
- 古矢野哲夫(2007)「ジェンダーの教育実践例」遠藤織枝編著『ことばとジェンダーの未来 図 ジェンダー・バッシングに立ち向かうために』明石書店, 150-164.
- 久保美紀(1995)「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討—Power との関連を中心に—」『ソーシャルワーク研究』21(2), 93-99.
- 窪田暁子(1995)「アルコール依存症者の回復をエンパワーメントの視点からみる」『ソーシャルワーク研究』21(2), 83-92.
- 窪田暁子(2000)「ソーシャルワーク理論と実践をつなぐ」『ソーシャルワーク研究』26(1), 4-10.

- 窪田暁子 (2001) 「精神障害者福祉におけるソーシャルワーク」『Life and Welfare』  
2001. 11, 8-12
- 窪田暁子 (2004) 「第 1 章 喪われた自律の回復—現代病としてのアルコール依存に対する  
援助の考察—」窪田暁子・高城和義編著『人間の福祉学 開かれた自律をめざして』頸  
草書房, 19-55.
- 工藤保則 (2006) 「青年期の社会化に関する一考察」『研究紀要』(仁愛大学), 53-67.
- 国広陽子 (2009) 「メディアにおけるステレオタイプとしての主婦像構成の規定要因—観察  
結果の考察」天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編『新編 日本のフェミニズム 7 表  
現とメディア』岩波書店, 194-205.
- 京極高宣監修 (1998) 『現代福祉学レキシコン第 2 版』雄山閣出版
- Leslie, Margaret (2007) Engaging Pregnant Women and Mothers in Services, Nancy Poole  
and Lorraine Greaves eds. High & Lows Canadian Perspectives an Women and Substance  
Use, CAMH., 239-246.
- Levine, Peter A. (1997) Waking the Tiger —Healing Trauma, 出版社記名なし(=2008, 藤原  
千枝子訳『心と身体をつなぐトラウマ・セラピー』雲母書房.)
- 丸野俊一・小田部貴子編 (2010) 『「日常型心の傷」に悩む人びと』「現代のエスプリ」511,  
至文堂.
- 松林直・久本隆生・原隼 (2010) 「ライフスタイルと摂食障害」『日本女性心身医学会雑誌』  
15(1), 86-90.
- 松木邦裕・鈴木智美 (2006) 『摂食障害の精神分析的アプローチ 病理の理解と心理療法の  
実際』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.
- 松本俊彦 (2008a) 「自傷・薬物依存の精神療法」『精神療法』34(3), 52-61.
- 松本俊彦 (2008b) 「自傷のアセスメント」『臨床心理学』第 8 巻第 4 号, 482-488.
- 松本俊彦・小林桜児 (2008) 「薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか  
—Matrix Model と Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)  
—」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』43(3), 172-187.
- 松本俊彦 (2009a) 「活動の始まりの頃 2 女性薬物依存者の回復と自立の支援のために—ダ  
ルク女性ハウスと上岡陽江—」『日本衛生学会』23(2), 別刷.
- 松本俊彦 (2009b) 「薬物依存症の治療: 覚せい剤依存に対する統合的外来治療プログラムの  
試み」『日本アルコール精神医学雑誌』16(1), 11-18.
- 松本俊彦・小林桜児・上條敦史ほか (2009c) 「物質関連障害患者における自殺念慮と自殺企  
図の経験」『精神医学』51, 109-117.
- 松本俊彦・今井扶美・小林桜児ほか (2009d) 「少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツ  
ールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARRP-Jr.」—」『日本アルコール・  
薬物医学会雑誌』44(3), 121-128.
- 松本俊彦 (2010a) 『アディクションとしての自傷「故意に自分の健康を害する」行動の精神  
病理』星和書店.
- 松本俊彦 (2010b) 「物質使用と暴力および自殺行動との関係」『日本アルコール・薬物医学  
会雑誌』45(1), 13-24.
- 松本俊彦 (2010c) 「精神疾患についての説明 4. 物質関連障害」林直樹編『精神科診療にお  
ける説明とその根拠』中山書店, 70-85.

- 松本俊彦(2010d)「アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって」『精神神経学雑誌』112(8), 766-773.
- 松本俊彦(2010e)「覚せい剤依存の心理社会的治療」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 68-71.
- 松本俊彦・小林桜児・千葉泰彦ほか(2010)「少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み—重症度による介入効果の相違に関する検討」『精神医学』52(12), 1161-1171.
- 松下幸生(2011)「飲酒運転を起こすドライバーの特徴について」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』46(1), 29-40.
- 松山 真(2011)「第5章 相談援助の展開過程Ⅰ」社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法Ⅰ 第2版』中央法規, 91-130.
- 妻鹿ふみ子(2010)「福祉国家の思想的原理としての社会的連帯の再編をめぐる一考察—人称の連帯の再編に注目して—」『社会福祉学』50(4), 3-14.
- Miller, William, R. and Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing second ed., Guilford Press. (=2007, 松島義博・後藤恵『動機づけ面接法』星和書店.)
- 美馬達哉(2010)「医療内アディクションと神経科学的自己」『現代思想』2010. 12, 122-134.
- 宮川朋大(2010)「アルコール依存症の心理社会的治療」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 62-65.
- 宮川朋大・樋口進(2010)「Ⅱさまざまな難治性精神障害とその取り組みの実際 2. アルコール・薬物依存」中込和幸責任編集『難治性精神障害へのストラテジー』中山書店, 34-48.
- 宮本真巳(2008)「看護師の感情労働と異和感の対自化—脱慣習化から価値観の再構築へ—」『アディクションと家族』25(3), 205-214.
- 宮坂順子(2002)「エスティック・トラブルを事例とする消費者教育の可能性」『横浜国立大学家庭教育研究』第13号.
- 宮坂順子(2010)「第二章 消費と人間そしてジェンダー」伊藤セツ・伊藤 純編著『ジェンダーで学ぶ生活経済論 福祉社会における生活経営主体』ミネルヴァ書房, 35-49.
- 宮地尚子(2004a)「トラウマとジェンダーはいかに結びついているか」宮地尚子編『トラウマとジェンダー』金剛出版, 8-45.
- 宮地尚子(2004b)『トラウマとジェンダー』金剛出版.
- 宮地尚子(2005a)『トラウマの医療人類学』みすず書房.
- 宮地尚子(2005b)「支配としてのDV 個的領域のありか」『現代思想』33(10), 121-133.
- 宮地尚子(2007)『環状島=トラウマの地政学』みすず書房.
- 宮地尚子(2010a)『傷を愛せるか』大月書店.
- 宮地尚子(2010b)「薬物依存とトラウマ 女性の依存症者を中心に」『現代思想』38(14), 48-79.
- 三好恵真子・中野舞(2009)「理想化される女性の身体像—自己対象化から考察するスリム・ダイエット志向—」『New food Industry』51(10), 45-59.
- 水島広子(2010a)『摂食障害の不安に向き合う』岩崎学術出版社.
- 水島広子(2010b)『トラウマの現実に向き合う—ジャッジメントを手放すということ』岩崎学術出版社.
- 水田一郎(2010)「Ⅰ診断をつけるために 摂食障害」岡崎祐士・神庭重信・小山 司ほか編『プラクティカル精神医学』中山書店, 319-322.

- 水田宗子(1996)「序 母と娘をめぐるフェミニズムの現在」水田宗子・北田幸恵・長谷川啓編著『母と娘のフェミニズム 近代家族を超えて』田畑書店, 7-20.
- 溝上慎一(2008)『自己形成の心理学 他者の森を駆け抜けて自己になる』世界思想社.
- 溝部宏二(2010)「嗜癖としての摂食障害—アディクション・アプローチの試み」『心身医学』50(5), 409.
- 森 茂起(2005)「攻撃者への同一化とトラウマの連鎖」森茂起編 『埋葬と亡霊—トラウマ概念の再吟味— 心の危機と臨床の知 5』甲南大学人間科学研究所業書, 216-238.
- 森永康子編(2003)『はじめてのジェンダー・スタディーズ』北大路書房.
- 森田展彰(2010)「重複障害患者の治療」『精神科治療学』25, 80.
- 森山泰(2007)「アルコール依存症における軽度の認知機能障害について—就労予後との関連から—」『慶応医学』84(1), T1-T10.
- 諸橋泰樹(2002)『ジェンダーの語られ方, メディアのつくられ方』現代書館.
- 諸橋泰樹(2006)「「考えない時代」「格差社会」と女性雑誌」伊藤祐子編集『現代のエスプリ別冊 ジェンダー・アイデンティティ 揺らぐ女性像』至文堂, 256-266.
- 諸富祥彦(2009)「第1章 フォーカシングの原点—その哲学の基本的特質及びロジャーズ」岩崎学術出版社, 3-41.
- 向谷地生良(2009)『技法以前』医学書院.
- 宗方比佐子(2006)「職場のセクシュアル／ジェンダー・ハラスメント」伊藤祐子編集『現代のエスプリ別冊 ジェンダー・アイデンティティ 揺らぐ女性像』至文堂, 119-128.
- 牟田和恵(2008)「家族のオルタナティブ—家族研究の挑戦—」『家族社会学研究』20(1), 7-9.
- 牟田和恵編(2009)『家族を超える社会学 新たな生の基盤をもとめて』新曜社.
- 妙木 忍(2009)『女性同士の争いはなぜ起こるのか 主婦論争の誕生と終焉』青土社.
- なだいなだ(2010)「46年後の問題提起」『現代思想』38(14), 34-41.
- 永野潔(1997)「治療共同体の歴史と薬物依存症治療施設ダルクの現状とその役割」ダルク編集委員会編『なぜわたしたちはダルクにいるのか』ダルク-薬物依存リハビリテーションセンター発行
- 長崎和則(2010)『精神障害者へのソーシャルサポート活用—当事者の「語り」からの分析』ミネルヴァ書房
- 内閣府(2011)『障害者白書 平成23年度版』佐伯印刷株式会社.
- Najavits, Lisa M. (2002a) A Women's Addiction Workbook, New Harbinger Publications, Inc.
- Najavits, Lisa M. (2002b) Seeking Safty A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse, The Guilford Press.
- Najavits, Lisa M., Sullivan, Tami P. and Schmitz, Martha S. et al. (2004) Treatment Utilization by Women with PTSD and Substance Dependence, The American Journal on Addictions, 13, 215-224.
- 中野恵美子(2004)「理想家族の崩壊と再生—DVと虐待が潜んでいた事例へのフェミニストの視点からの取り組み」『フェミニストカウンセリング研究』3, 日本フェミニストカウンセリング学会発行, 新水社, 6-27.
- 中野和歌子・吉野玲児(2009)「うつ病とアルコール依存症との合併」『日本アルコール精神医学雑誌』16(1), 19-26.



- 仲野由佳理(2008)「女子少年院における少年の「変容」へのナラティブ・アプローチ-語り  
のリソースとプロットの変化に着目して-」『犯罪社会学研究』33, 138-156.
- 中筋由紀子(2011)「親密圏の始まり方/終わり方」愛知教育大学研究報告. 人文・社会科学編 60, 131-138.
- 波平恵美子・小田博志(2010)『質的研究の方法 いのちの<現場>を読みとく』春秋社
- 直島克樹(2009a)「ソーシャルワークの洞察形式に関する基礎的研究-構造・機能・意味に  
基づいた洞察形式の接合からの考察-」『川崎医療福祉学会誌』18(2), 361-372.
- 直島克樹(2009b)「社会福祉力動的統合理論の再考-社会福祉の理論的展開に対する課題・  
展望と考察-」『川崎医療福祉学会誌』19(1), 1-12.
- 成瀬暢也(2010)「覚せい剤精神用の治療」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイ  
ドライン』25, 66-67.
- Nicolaus, Martin (2009) *Empowering Your Sober Self*, Jossey-Bass.
- 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会調査研究事業委員会(2008)「アルコール  
依存症者の社会復帰施設とその利用者に関する調査研究報告書」厚生労働省平成 19 年度  
障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト).
- 西 順子(2009)「身体感覚に耳を傾けるトラウマ療法 ソマティック・エクスペリエンス  
に学ぶ」女性ライフサイクル研究(19), 24-31.
- 西村直之(2010)「同床異夢-依存問題の当事者活動と援助職者の間で」『現代思想』  
38(14), 180-187.
- 西村直之(2011)「発達障害を意識したプロブレムギャンブラー回復支援」NPO 法人ワンデ  
ーポート編『2010 年度 若者のギャンブラー自立支援普及事業報告書』, 28-36.
- 西園マーハ文(2010a)『摂食障害のセルフヘルプ援助 患者の力を生かすアプローチ』医学  
書院.
- 西園マーハ文編(2010b)『専門医のための精神科臨床リュミエール 28 摂食障害の治療』  
中山書店.
- 信田さよ子(1999)『アディクションアプローチ』医学書院.
- 信田さよ子(2003)『愛し過ぎる家族が壊れるとき』岩波書店.
- 信田さよ子・上野千鶴子(2004)『結婚帝国女の岐れ道』講談社.
- 信田さよ子(2008a)『加害者は変われるか DV と虐待をみつめながら』筑摩書房.
- 信田さよ子(2008b)『母が重くてたまらない-墓守娘の嘆き』春秋社.
- 信田さよ子・上野千鶴子(2008)「スライム母と墓守娘-道なき道ゆく女たち」『ユリイカ』  
40(14), 73-88.
- 信田さよ子(2009)『共依存・からめとる愛』朝日新聞出版.
- 信田さよ子(2010a)「生存戦略としての依存症」『現代思想』38(14), 42-47.
- 信田さよ子(2010b)「母と娘の関係-被害者性をめぐって-」『アディクションと家族』  
26(3), 184-189.
- 野口裕二(1996)『アルコールリズムの社会学 アディクションと近代』日本評論社.
- 野口裕二(2001)「ナラティブ・セラピーと社会構成主義の概念をめぐって」『家族療法研究』  
18(2), 10-15.
- 野口裕二(2002)『物語りとしてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院.
- 野口裕二(2004)『ナラティブの臨床社会学』勁草書房.
- 野口裕二編(2009a)『ナラティブ・アプローチ』勁草書房.

- 野口裕二(2009b)「ナラティブ・アプローチの10年」『家族療法研究』26(2), 97-145.
- 野口裕二(2011)「社会的現実が立ち上がる時」『ナラティブとケア』2, 85-89.
- 野間俊一(2006)『身体の哲学』講談社選書メチエ.
- 野間俊一(2010)「愛のキアスム～食の病理と依存」『現代思想』38-14, 142-148.
- 小畑文也(2003)「解説 人生の再構成・再統合に向けて」全日本断酒会・全国アメリスト編『女性とアルコール依存症 体験にみる症状と回復』東峰書房.
- 越智百枝・酒井由紀子・高尾良子(2007)「断酒会に参加しているアルコール依存症のどん底体験とそれに至るプロセス」『香川大学看護学雑誌』11(1), 57-64.
- 小川晃子(2010)「高齢期の社会化 情報化を中心にして」菊池章夫・二宮克美・堀毛一也ほか編『社会化の心理学／ハンドブック』川島書店, 135-149.
- 小川隆一・樋口進・丸山勝也(2008)「摂食障害を併発した女性アルコール依存症に対して 行動制限療法が有効であった一例」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』43(4), 356-357.
- 小川隆之・斎藤瑞穂(2009)『これがボディーワークだ 進化するロルフィング』日本評論社.
- 岡田英己子(2000)「A. ザロモンの初期社会事業理論」『人文学報 社会福祉学』16, 1-23.
- 岡 真理(2000)『彼女の「正しい」名前とは何か』青土社.
- 岡野八代(2009)「家族の時間・家族の言葉」『現代思想』37(2), 180-199.
- 岡本祐子(2010)「成人であることの意味 中年期の危機と社会化」菊池章夫・二宮克美・岡本百合・三宅典恵・白尾直子・ほか(2010)「摂食障害における認知面の理解とアプローチ」『精神神経学雑誌』112(8), 741-749.
- 桶川 泰(2011)「親密性・親密圏をめぐる定義の検討;無定義用語としての親密性・親密圏の可能性」鶴山論叢 11, 23-34.
- 小野和哉・中山和彦(2009)「疾患別診断の進め方 7.衝動制御の障害」岡崎祐士・神庭重信・小山司ほか編『精神科専門医のためのプラクティカル精神医学』中山書店, 262-267.
- 大野英士(2008)「心理／主体 樫村愛子氏に聞く インタビューの前に」白石嘉治・大野英士編『ネオリベ現代生活批判序説』新評論, 100-107.
- 大野 曜(2005)「第一章第二節 日本における女性のための相談業務の沿革と意義」河野貴代美編著(2005)『女性のメンタルヘルスの地平 新たな支援システムとジェンダー心理学』コモンズ, 40-49.
- 大岡由佳・辻丸秀策・菊池哲子ほか(2005)「ホームレス支援における福祉的アプローチの意義:ホームレスとなったDV女性に対するソーシャルワークの一例から」『久留米大学文学部紀要. 社会福祉学科編』5, 47-56.
- 大嶋栄子(2004a)「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.
- 大嶋栄子(2004b)「暴力被害者の安全とつながりの感覚, その再生を目指して」『社会福祉研究』91, 63-69.
- 大嶋栄子(2005)「ジェンダーとアディクション～酔いというかたちで表出されるもの」北星学園大学夏期セミナー論文集, 5の1-5の12.
- 大嶋栄子(2010)「ジェンダーの視点からみる女性嗜癖者の回復過程 親密圏と身体に焦点をあてて」『北星学園大学大学院論集』(1), 5-20.
- 大嶋栄子(2011)「嗜癖当事者にかかわる援助者のポジショナリティ」『精神保健福祉』42(2), 94-97.

- 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雑誌』13(2), 27-31.
- 大矢照美・後藤恵(2009)「ソーシャルモデル みのわマック実践報告 アルコール作業所の新しい方向性」『日本アルコール精神医学雑誌』16(1), 45-51
- 尾崎 茂(2003)「特別企画-薬物乱用・依存の現在-精神科医療施設からみた現状」『こころの科学』(111), 22-27.
- Padykula, Nora L. and Conklin, Philip (2011) The Self Regulation Model of Attachment and Addiction, Clinical Social Work Journal (2010)38:351-360.
- Payne, Sarah (2007) In-Hospital Stabilization of Pregnant Women Who Use Drugs, Nancy Poole and Lorraine Greaves eds. High & Lows Canadian Perspectives an Women and Substance Use, CAMH., 249-255.
- Plotzker, Rosalyn E., Metzger, David S. and Holmes, William C. (2007) Childhood Sexual and Physical Abuse Histories, PTSD, Depression, and HIV Risk Outcomes in Injection Drug Users:A Potential Mediating Pathway, The American Journal on Addictions, 16, 431-438.
- Phoca, Sophia and Wright, R. (1999) Introducing Postfeminism, Icon Books Ltd. (=2004, 竹村和子・河野貴代美訳『“ポスト” フェミニズム入門』作品社.)
- Poole, Nancy and Greaves, L. eds. (2007) High & Lows Canadian Perspectives an Women and Substance Use, CAMH.
- Richards, Lyn (2005) Handling Qualitative Data A Practical Guide, Sage Publications, (=2009、大谷順子・大杉卓三訳『質的データの取り扱い』北大路書房.)
- Richmond ,Mary E. (1922) What is Social Case Work? An Introductory Description, Russell Sage Foundation. (=1991 小松源助訳「ソーシャル・ケース・ワークとは何か？」中央法規.)
- 相良順子(2006)「子どもとテレビ」伊藤祐子編集『現代のエスプリ別冊 ジェンダー・アイデンティティ 揺らぐ女性像』至文堂, 267-279.
- 栄 セツコ(2003)「エンパワーメントアプローチにもとづく精神保健福祉実践活動」『精神保健福祉』34(4), 341-350.
- 栄 セツコ(2005)「エンパワーメントアプローチにおけるアセスメント過程」『桃山学院大学社会学論集』38(2)29-49.
- 栄 セツコ(2006)「精神科ソーシャルワーカーのおこなうアセスメント過程における活動とストレングスに着目した活動との関連性」『桃山学院大学社会学論集』39(2)127-148.
- 崎山治男・伊藤智樹・佐藤 恵ほか編著(2008)『<支援>の社会学』青弓社.
- 作田亮一・金谷梨恵・田副真美(2010)「小児心身医療における心理士と小児科医の連携の重要性について」『心身医学』50(2), 109-114.
- 西條剛央(2008)『ライブ講義 質的研究とは何か』新曜社.
- 斎藤純一(2003)「第9章 親密圏と安全性の政治」 斎藤純一編 『親密圏のポリティクス』ナカニシヤ出版 211-236.
- 斎藤純一(2008)『政治と複数性 民主的な公共性にむけて』岩波書店
- 斎藤 学(1995)『魂の家族を求めて 私のセーフ・ヘルプ・グループ』日本評論社.
- 斎藤 学・波田あい子編 (1986)『女らしさの病い』誠信書房.
- 斎藤 学(2003)「嗜癖とジェンダー」『アディクションと家族』45(1), 39-52.
- 斎藤 環・酒井順子(2006)『「性愛」格差論 萌えとモテの間で』中央新書ラクレ.

- 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.
- 斎藤 環(2009)『関係する女 所有する男』講談社現代新書.
- 斎藤美奈子(2009)「アニメの国」天野正子・伊藤公雄・伊藤るりほか編『新編 日本のフェミニズム7 表現とメディア』岩波書店, 206-220.
- 酒井順子(2003)『負け犬の遠吠え』講談社.
- Sanders, Jolene M. (2009) Women in Alcoholics Anonymous Recovery and Empowerment, First Forum Press.
- 佐野幸子・宗方比佐子(1999)「職場のセクシャル・ハラスメントに関する調査—女性就業者データから」『経営行動科学』13(2), 99-111.
- 佐藤 拓・宮岡 等(2010)「病的ギャンブリング(いわゆるギャンブル依存)の回復支援」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』Vol. 25, 240-241.
- Schauer, Maggie and Neuner, F. and Elbert, T. (2005) Narrative Exposure Therapy, Hogrefe & Huber Publishers., (=2010, 森茂起監訳『ナラティヴ・エクスポージャーセラピー 人生史を語るトラウマ治療』金剛出版.)
- 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.)
- 盛山和夫(2011)『社会学とはなにか 意味世界への探求』ミネルヴァ書房.
- 妹尾栄一(2010)「多剤乱用者の病理と治療」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 78-79.
- Sherwin, Susan (1992) No Longer Patient Feminist Ethics and Health Care, Temple University., (=1998, 岡田雅勝・服部健司・松岡悦子訳『もう患者でいるのはよそう』勁草書房.)
- 渋井哲也(2003)『チャット依存症候群』教育史料出版会.
- 嶋根卓也(2007)「薬物対策とエビデンス・ベイスト・ポリシー」石塚伸一編著『日本版ドラッグ・コート 処罰から治療へ』日本評論社, 215-235.
- 嶋根卓也・和田清(2009)「定時制高校における薬物乱用とその他問題行動との関連」『日本社会精神医学会雑誌』17(3), 233-244.
- 清水新二(2003)『アルコール関連問題の社会病理学的研究 文化・臨床・政策』ミネルヴァ書房.
- 清水新二(2004)「精神障害者の地域生活支援—アルコール依存症の場合」『社会福祉研究』No. 90, 70-76.
- 進藤雄三(2006)「医療化のポリティクス 責任と主体化をめぐって」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, 29-46.
- 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.
- 篠田律子・水上由紀・中川靖枝・ほか(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.
- 白石嘉治(2008)「ネオリベラリズムとは何か」白石嘉治・大野英士編『ネオリベ現代生活批判序説』新評論, 18-49.
- 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.

- 白倉克之(1998)「ストレス・コーピングと飲酒行動」『日本心身医学会総会』38(5), 302-308.
- 白澤政和(2010)「第1章 相談援助とは」社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法 I 第2版』中央法規, 2-25.
- 庄司順一・奥山真紀子・久保田まり編著(2008)『アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって』明石書店.
- 末武康弘(2009)「第3章 臨床的問題としてのジェンダー哲学」諸富祥彦編著『フォーカシングの原点と臨床的展開』岩崎学術出版社, 89-146.
- 杉本貴代栄(1993)『社会福祉とフェミニズム』勁草書房.
- 杉本貴代栄(1997)『女性化する福祉社会』勁草書房.
- 杉本貴代栄編著(1997)『社会福祉のなかのジェンダー 福祉の現場のフェミニスト実践を求めて』ミネルヴァ書房.
- 杉本貴代栄(1999)『ジェンダーで読む福祉社会』ミネルヴァ書房.
- 杉本貴代栄編著(2002)『ジェンダー・エシックスと社会福祉』ミネルヴァ書房.
- 杉本貴代栄(2004a)『ジェンダーで読む 21世紀の福祉政策』有斐閣選書.
- 杉本貴代栄編著(2004b)『フェミニスト福祉政策原論 社会福祉の新しい研究視角を求めて』ミネルヴァ書房.
- 杉本貴代栄(2008)『女性が福祉社会で生きるということ』勁草書房.
- 杉本貴代栄編著(2010)『女性学入門 ジェンダーで社会と人生を考える』ミネルヴァ書房.
- 須藤八千代(2004)「第6章 ソーシャルワーク実践の再構築—フェミニスト・パースペクティブがもたらすもの」杉本貴代栄編著『フェミニスト福祉政策原論 社会福祉の新しい研究視角を求めて』ミネルヴァ書房, 135-155.
- 須藤八千代・土井良多江子・湯澤直美ほか(2005)『相談の理論化と実践 相談の女性学から女性支援へ』新水社.
- 鈴木健二(2004)「摂食障害の仮説-嗜癖モデル」石郷岡純編『精神疾患 100 の仮説改訂版』星和書店.
- 鈴木健二(2006)「若い女性のアルコール・薬物依存の特徴と依存」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』41(3), 308-309.
- 鈴木(堀田)真理(2010)「摂食障害のための理想の治療施設・治療環境論」西園マーハ文編 専門医のための精神科臨床リュミエール 28『摂食障害の治療』中山書店, 16-28.
- 「障害者白書」(平成 22 年版) 内閣府, 日経印刷株式会社.
- 千田有紀(2009)『女性学／男性学』岩波書店.
- 高田真治(1993)『社会福祉混成構造論 社会福祉改革の視座と内発的発展』海声社.
- 高橋蔵人(2011)「失敗をのりこえること 重症の摂食障害に陥った女性が獲得した自己肯定感から」『心理臨床学研究』28(6), 751-762.
- 武田 綾(2010)「摂食障害の社会復帰援助」西園マーハ文編 専門医のための精神科臨床リュミエール 28『摂食障害の治療』中山書店, 175-185.
- 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.
- 竹村和子(2003)『愛について アイデンティティと欲望の政治学』岩波書店.
- 田村理奈・辻士朗・田川精二・ほか(2008)「アルコール依存症における就労状況の実態：(社)大阪精神科診療所協会地域精神福祉委員会就労調査アンケートの結果から」『精神科リハビリテーション誌』12(1), 81-87.

- 田辺 等(2009)「病的賭縛(ギャンブル依存症)の集団療法と自助グループ」『精神科治療学』24, 302-303.
- Taylor, Annabel (2008) Substance Use and Abuse, Journal of Women and social work, 23(2), 167-178.
- 天童睦子(2010)「親密圏・公共圏と権力作用-家族・ジェンダー・シティズンシップ」名城大学人文紀要 46(1), 9-21.
- 筒井淳也(2008)『親密性の社会学』世界思想社.
- Tompkins, Elizabeth K. (2009) Somatic Education: Gentle Exercises for Easier Movement, Journal of Consumer Health on the Internet, 13 :188-197.
- Trotter, Chris(2006)Working with Involuntary Clients: A Guide to Practice, 2nd ed., Allen & Unwin Australia Pty. Ltd.,=清水隆則監訳『援助を求めないクライアントへの対応 虐待・DV・非行に走る人の心を開く』明石書店.
- Trucco, Elisa M., Connery Hilary S. and Griffin, Margaret L. (2007) The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent Men and Women, The American Journal on Addictions, 16, 85-92.
- 辻河昌登(2010)「摂食障害という病いによって浮き彫りにされた世代間伝達の問題」『心理臨床学研究』28(4), 513-522.
- 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.)
- 上原徹(2010)「神経性大食症」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』25, 196-199
- 上村佳代子(2010)『子どものメゾシステムの形成と社会化の過程』風間書房.
- 上野千鶴子(2002)「フェミニストカウンセリングのよりよい制度化にむけて」『フェミニストカウンセリング研究』Vol. 1, 6-36.
- 上野千鶴子(2005)『脱アイデンティティ』勁草書房.
- 上野千鶴子(2006)『生き延びるための思想 ジェンダー平等の罟』岩波書店.
- 上野千鶴子・立岩真也(2009)「討議 労働としてのケア」『現代思想』37(2), 38-77.
- 上野千鶴子(2010a)[第一章 グルーバリゼーションのものとネオリベ改革と「ジェンダー平等」・「多文化共生」] 辻村みよ子・大沢真理編『ジェンダー平等と多文化共生』東北大学出版, 17-34.
- 上野千鶴子(2010b)「第二章 ネオリベ改革がもたらしたもの」香山リカ・上野千鶴子・嶋根克己編『「生きづらさ」の時代』専修大学出版局, 53-90.
- 上野千鶴子(2010c)『ニッポンのミソジニー』紀伊国屋書店.
- 氏家由里・岩井一正・田村敦子(1997)「女性の薬物依存、乱用者の実態と対応策の検討ー東京都女性相談センター入所の69例からー」『東京女子医科大学雑誌』67(1・2), 69-79.
- 梅根和歌子・中野英樹・吉村玲児(2007)「職場復帰した女性アルコール依存症の1例」『日本アルコール精神医学会誌』14(1), 63-65.
- 梅野充・森田展彰・池田朋広・ほか(2009)「薬物依存症回復支援施設利用者からみた薬物乱用と心的外傷との関連」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』44(6), 623-635.
- 浦河べてるの家(2005)『べてるの家の「当事者研究」』医学書院.
- 臺 弘(1975)『精神医学と疾患概念』東京大学出版会.
- Van Den Bergh, Nan ed. (1995) Feminist Practice in the 21<sup>st</sup> Century, NASW Press.

- 和田清 (2008) 「薬物依存を理解する-「乱用-依存-中毒」という関係性の中で理解することの重要性-」『日本アルコール精神医学雑誌』 14(2), 39-47.
- 和田 清・尾崎 茂・近藤あゆみ(2008) 「薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』 43(2), 120-131.
- 和田清 (2010) 「有機溶剤：依存と精神病性障害」『精神科治療学 増刊号 今日の精神科治療ガイドライン』 25, 76-77.
- 和田良久 (2010) 「発達障害を合併する摂食障害」『精神神経学雑誌』 112(8), 750-757.
- 若林真衣子・小畑文也 (2007) 「アルコール依存症自助グループ会員における自意識の性差に関する検討」『日本アルコール精神医学雑誌』 14(1), 47-61.
- 和気純子 (2005) 「第 11 章 エンパワーメント・アプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル 心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店, 205-226.
- 鷺田清一 (2001) 『弱さのちから』講談社.
- 鷺田清一編著 (2003) 『<食>は病んでいるか 揺らぐ生存の条件』ウエッジ選書.
- 渡邊益男 (1996) 『生活の構造的把握の理論』川島書店.
- 渡部律子 (2010) 「第 9 章 相談面接のためのアセスメントの技術」社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法 I 第 2 版』中央法規, 176-198.
- 渡辺弥生・伊藤順子・杉村伸一郎編 (2008) 『原著で学ぶ社会性の発達』ナカニシヤ出版.
- White, Vicky (2006) The State of Feminist Social Work, Routledge.
- White, William L. (1998) Slaying the Dragon, Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute. (=2007, 鈴木美保子・山本幸枝・麻生克朗・岡崎直人訳『米国アディクション列伝-アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史』NPO 法人ジャパンマック発行.)
- Willette, Christine D. (2007) Nurturing Fire Auricular Acupuncture as an Addition To Women's Treatment, Nancy Poole and Lorraine Greaves eds. High & Lows Canadian Perspectives an Women and Substance Use, CAMH., 381-388.
- Wintter, Scott A. (1994) Understanding Dissociative Disorders and Addiction, Hazelden Foundation. (=2011, 小林桜児・松本俊彦訳『解離性障害とアルコール・薬物療法症を理解するためのセルフ・ワークブック』星和書店.)
- Woititz, Janet G. (1990) Adult Children of Alcoholics Expanded Edition, Health Communications, Inc. (=1997, 斎藤 学監訳『アダルト・チルドレン アルコール問題 家族で育った子どもたち』金剛出版.)
- Wolin, Steven. J. and Wolin, S., (1993) The Resilient Self How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity, Mahon Patusky Rothblatt & Fisher. (=2002, 奥野 光・小森康永訳『サバイバーと心の回復力 逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス』金剛出版.)
- 山田恒・永田利彦・吉村知穂・ほか (2010) 「摂食障害患者の変化への段階と早期治療脱落」『精神医学』 52(9), 853-860.
- 山本奈生 (2010) 「主体なき責任の帰属 ドラッグ政策と診断室のカルテ」『現代思想』 2010. 12, 188-199.
- 山本哲士 (2007) 『増補版 ピエール・ブルデューの世界』三交社.
- 山村賢明 (2008) 『社会化の理論 教育社会学論集』世織書房.

- 谷中輝雄(1996)『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』やどかり出版.
- 谷中輝雄(2002)「第1章 精神障害者生活支援の枠組み」社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会編『精神障害者の生活支援の体系と方法』中央法規, 9-29.
- 矢澤美香子・金築優・根建金男(2010)「青年期女子における完全主義認知とダイエット行動」『日本女性心身医学会雑誌』15(1), 154-161.
- 横井公一(2010)「精神療法における希望の在り処について-ある摂食障害患者の反復強迫からの脱出-」『総合福祉科学研究』創刊号, 49-56.
- 米山奈奈子・後藤恵(2009)「アルコール依存症におけるアラノン(A1-Anon)の重要性-アラノン国際会議に参加して見えてきた新しい家族援助の方法について」『日本アルコール精神医学雑誌』16, 53-59
- 吉田恭子(1996)「女性問題とソーシャルワーカー-ソーシャルワーク実践におけるフェミニスト・アプローチ」『ソーシャルワーク研究』22(2), 27-32.
- 吉田恭子(2001)「第9章 フェミニズム理論とソーシャルワーク」加茂 陽編『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』世界思想社, 219-239.
- 吉田 恭子(2002)「第10章 ソーシャルワーク実践におけるソーシャルワーク倫理の再検討」杉村貴代栄編『ジェンダー・エシックスと社会福祉』ミネルヴァ書房, 171-188.
- 吉野相英(2007)「老年期のアルコール問題-女性・高齢者と飲酒」『医学のあゆみ』222(9), 712-716.
- 吉浦輪・窪田暁子・大藪元康・ほか(2008)「人間福祉学の背景にあるもの-社会福祉研究の今日的課題との関わりで-」『研究紀要』(中部学院大学・中部学院短期大学部)9, 161-166.
- 湯浅 誠(2008)「第3章 生きづらさという困難の可能性 接近する労働と福祉 鼎談の前に」湯浅 誠・河添 誠編『「生きづらさ」の臨界 “溜め”のある社会へ』旬報社, 112-131.
- 結城俊哉(1998)『生活理解の方法-食卓から社会福祉援助実践への展開』ドメス出版
- 結城俊哉(2003a)「精神障害者の地域生活支援の方法と課題(1)-アルコール依存症者への理解と対応」『生活と福祉』2003. 8, 24-25.
- 結城俊哉(2003b)「精神障害者の地域生活支援の方法と課題(2)-アルコール依存症者への理解と対応」『生活と福祉』2003. 9, 26-27.
- Zingaro, Linda(2007) Rhetorical Identities : Contexts and Consequences of Self - disclosure for Bordered Empowerment Practitioners., 米国未出版のため出版社名なし (=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.)
- 全日本断酒連盟・全国アメシスト編(2003)『女性とアルコール依存症 体験にみる症状と回復』東峰書房.



## 謝辞

本研究は、筆者がこれまで出会った女性嗜癖者が抱える現実を理解し、援助する枠組みを明らかにする目的で始まった。日本では女性嗜癖者が治療という点でも社会福祉の援助という点でも周辺化されていた。しかし欧米では、女性の嗜癖問題を個人の病理という観点からジェンダー不平等がもたらす社会的問題という観点で捉える研究や実践が進められている。現状を嘆くだけでなく、筆者は研究という形で現状を変えるための探求を始めた。日本の社会制度や文化、そして価値を背景とする女性嗜癖者へのソーシャルワーク援助に関する大まかな見取り図を最も必要としていたのは、被害体験をもつ女性の包括的援助を行う筆者自身であった。

本研究を支えたのは、筆者が現在主宰するNPO法人リカバリーの利用者全てである。彼女達が持ち込む難題は、筆者の実践モデル仮説をその都度覆した。援助枠組みや手法は彼女達との実践場面で「使えるもの」と「使えないもの」に分別された。筆者の研究過程における発見はその都度報告され、彼女達によるフィードバックを経て修正された。従って彼女達は私の共同研究者である。心より感謝したい。

もうひとりの共同研究者は、ダルク女性ハウスの上岡陽江氏である。いつも私の問いかけに真摯に向き合ってくれた。当事者であり援助者でもある氏の斬新な観点がなければ、この研究は厚みに欠けたものになっていた。日本で最初の、女性嗜癖者に関する援助の研究を成し遂げるには必要不可欠な存在である。心から感謝を述べると同時に、上岡氏との共同研究をこれからも続けていくことを楽しみにしている。

そしてNPO法人リカバリーの全スタッフ、理事、そして関わって下さるみなさんへ心より御礼を申し上げる。文献整理・入力作業では梶間 弓の協力が大きな力となり、誤字脱字チェックでは小松祐子と酒井ひとみが支えてくれた。萩原可南子と檜垣知里は筆者を気遣い、業務の多くを筆者に代わって分担してくれた。また常盤野文子は常に論文の進捗を喜び励ましてくれた。筆者が最後まで研究を進め論文という形にすることが出来たのは、こうした素晴らしいスタッフの存在があったからこそである。心より記して感謝したい。

最後に、指導教官である米本秀仁先生には言葉に出来ないほど多くのものをご教示いただいた。博士課程に進みながら途中で2回の休学を余儀なくされ、単位取得退学後も論文提出が危ぶまれた筆者をいつも変わらぬ姿勢で導いてくださった。研究の方向性が見えなくなるたびに、先生は全く異なる視点から疑問を投げかけられた。そのことを必死に追いかけていくうちに、筆者は見失いかけた道を霧のなかから見つけ出すことが出来た。修士課程よりご指導いただきここまで10年あまりとなったが、研究の初歩から、厳しさだけでなく面白さと奥深さをいつも学ばせていただき、先生の研究にかける熱意と同時に学生を指導する優しさは、筆者の深いところにしっかりと根をおろしている。本当にありがとうございました。

本研究の成果が、若いソーシャルワーカー達にとってのスタンダードとして使われるだけでなく、まだ苦しんでいる多くの女性嗜癖者たちを支えることに繋がるようにこれからも実践と研究を続けていきたい。それが筆者の研究を鍛えてくれる女性嗜癖者達への、筆者が出来る貢献である。