

コラム1：電話相談における精神障害者への基本的な対応—うつ病を中心に

前書き：電話相談はメディアの性格から、海外でも精神疾患に悩む人たちからの相談がかなり高い比率を占めています。日本では精神疾患に対する社会的偏見がいまだに強いためかその傾向が目立ちます。匿名で顔を見られなくてすむためか、不安の強い相談者には相性がよいといえるでしょう。ですから自己開示が容易になるなど、電話ならではの信頼関係を作ることができます。

1. 対応の基本

- 1) いのちの電話の統計では、電話相談を利用する精神障害者（及びその家族）は、半数が精神科の治療を受けているか過去に治療歴があります。この場合は病院ないしは医師への不満、苦情が多くなります。電話相談員は言葉通りに受けて同調してはいけません。“薬づけ”などという医療批判にしても、たいていは医師が必要と診断して処方しているわけで一概に非難すべきではありません。ただ事実関係は不明であっても、不満な気持ちそのものは事実であって、それを受け止めた上で、基本的には主治医を信頼して続けるよう話します。
- 2) そうした不満ないしは不安の中で圧倒的に多いのが、薬の副作用とその不快感です。この場合も服用そのものの是非についての議論を避け、不快、不安の気持ちだけを受けとめ、どうしても不安な場合は医師に相談するよう話します。
- 3) 病識がなく、したがって治療を受けていない人たちもたくさんいます。この場合相談員はかなり異常であると判断しても、診断はできませんし、まして相手に病識を持つことを期待すべきではありません。電話では最終的には精神科に受診をすすめるか、内科などの主治医に相談をするように話します。
- 4) 精神疾患を病む人たちは周囲から疎外されているので、孤独の不安の中で相談しているのです。相談員の温かい対応が気に入って、依存的な常習的通話者になることがよくあります。この場合「またか」といった対応はすべきではありませんが、かといって依存を助長させてはいけません。相談員は依存されると「自分なら何とかできる」「してあげたい」と思いがちになりますが、そのような気負いは持つべきではありません。
- 5) 相談員は相談者を分析したり、治療的な対応をしてはいけません。そこで訴えられた孤独、不安、苦痛、悲嘆などをそのまま受けとめ、時間をかけて共有することが大切で、これは電話相談員しかできない貴重な役割と言えます。

2. うつ病の電話相談

感情が沈み、悲哀感が強くなり、時には死にたい気持ちになるのがこの病気の特徴です。しかも「自分の苦しさは誰にも分かってもらえない」といった孤立感を持っています。これとは逆に躁状態で多弁に話してくるケースは電話相談ではあまりありません。この病気は良くなるという希望を持つことは大切ですが、安易に激励し慰めるような対応はすべきではありません。相談相手や周囲の人たちが元気だとかえって疲れたり、落ち込んだりしてしまうので、相談者の落ち込んでいる調子に合わせ、つまり同じ心の目線で相手になることが基本です。

言葉を交わすだけでなく、黙っていても気を持ち直すまで一緒にいてあげるといふ相談員のスタンスが大切です。かつて東京いのちの電話で、うつ病を病む女性

から真夜中に電話があり、1時間余り苦しい気持ちを訴えたことがありました。やや気持ちが上向いたところで、相談が混んでるからと、相談員が終了をそれとなく告げると、「切らないで、話さなくてもいいから、そこにいてください」と絶叫したことがありました。うつを病む人たちが必要としているのは、情報やアドバイスではなく、理解し共有してくれる人が周囲にいることです。

3. 電話相談におけるセカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）

医師による電話相談ではセカンドオピニオンを求められることが多いようです。東京いのちの電話では創立直後の1973年以来、一般の電話相談と並行して医師による医療電話相談を実施していますが、この相談の特徴は精神疾患にかかわる訴えが多いことです。一般的に電話による医療相談はセカンドオピニオンを求めているようで、すでに何らかの治療を受けているグループのほうが、未治療群より多いことがそのことを如実に裏づけています。たとえば副作用や今後の治療についての不安があって、現在の治療でよいのかどうかと確かめてみたいのです。

患者は今の自分の診断・治療・予後について知る権利があり、医師側もセカンドオピニオンを求められた場合には、診断書や紹介状を書く義務があります。他の医師による電話相談を利用し、主治医には話しづらいことを相談され場合もあるでしょう。ことに社会的偏見が強い精神疾患については、電話による相談は安心して相談できます。苦情や不安をていねいに聞くだけで、たいいていの利用者は満足し安心するものです。電話による医療相談は、セカンドオピニオンの1つの方法として、その役割を果たしています。

4. インターネット相談—今後の課題として

最近では若者を中心にネットによる相談が、かなり利用されるようになりました。

若者の「社会的ひきこもり」を対象にメール相談を数年前から実施している医療機関もあります。若者本人からの相談が70%を占め、ドイツのネット相談でも同じ傾向が報告されています。電話は匿名が保証されるとはいえ、声による感情表現は隠せません。ところがそれすら怖れているのか、つまり関係づくりができず、電話ですらリアルタイムで人と関わるのが苦手な若者たちがネット相談を利用しています。

うつ病にかかっている人も同じような不安を持っていると思われますので、今後の課題として、うつ病を対象にしたネット相談の可能性の検討もあげられます。

*上記は東京いのちの電話の「相談員のための手引き」（1997年版、62頁）8章2項「精神障害者への対応の基本」を要約、加筆したものである。

コラム2：グリーフ・ワーク（悲嘆作業）

自殺の危険因子としてうつ病をはじめ何らかの精神疾患が指摘されますが、人生的に言えば、そこに何らかの喪失体験があったとも説明できます。あるいは悲嘆に起因する怒りや罪責感が抑圧され、その抑うつ状態が直接動機として自殺の引き金となっていることも推測できます。ことに生別、死別にかかわる大きな喪失経験は、うつ病の発症契機や自殺の直接動機ともなるでしょう。そこで喪失ないしは悲嘆の現実を辛くとも受容し、それを自分の人生の意味として位置付ける作業が必要になります。これをグリーフ・ワーク（悲嘆作業、grief work）と呼びます。

グリーフ・ワークは、悲しみと痛みを覚えつつも、喪失の事実を認め、その変容した状況に適応できるようになる時に完了します。たいていの場合は葬儀やそれに続くさまざまな法事ないしは宗教的儀礼のなかで、あるいは近親、知人、友人との出会いの中で、悲しみは言語化され受容され慰められ昇華されていくものです。症状が軽度な場合はこのように周囲の支援があれば立ち直れますが、悲嘆が遷延化し重篤な場合は専門的な精神科治療等が必要になります。いずれの場合でもここで大切なことは、喪失体験とこれにともなう悲嘆には必ず特有な悲嘆反応とプロセスがあるという認識です。

グリーフ・ワークではこのようなプロセスに添って適切な対応が望まれます。たとえば援助者（治療者）は性急な激励をしたり、援助者自身の価値観で本人の悲嘆、怒りないしは罪責感を否定したりすることは避けるべきです。最近はこのような認識に立って、自殺のハイリスク・グループである自殺未遂者や自殺遺児など、いわゆるサバイバー（survivor）へのケアないしはグリーフ・ワークの試みがなされているのは喜ばしいことだと言えます。これは優れて自殺の予防的役割を果たしていると言えるでしょう。

最近、「グリーフ・マネジメント」と称するワークショップを実施している団体もありますが、これはうつ病の予防ともなり得るでしょう。