

トラウマ &
バイオレンス
インフォームド・ケア
(TVIC)

Trauma and Violence-Informed Care
-A Casebook-

しゃかいこうぞう
社会構造によって
維持されるトラウマ

A CASE BOOK

TRAVEL

〇 Trauma and Violence-Informed Care とは

TVIC とは、トラウマ&バイオレンスインフォームド・ケア (Trauma and Violence-Informed Care) の略称です。カナダのブリティッシュコロンビア大学の Browne らによってトラウマインフォームドケア (TIC) を拡張する概念として2014年に提唱され、広がりを見せています。

〇 TIC と TVIC の違い

トラウマインフォームド・ケア (TIC) は、トラウマの影響やそれが及ぼす健康や行動との密接な関係を理解することを通し、ケアを必要とする人々に安全をもたらすことを目的としています。トラウマに特化したケアとは異なり、すべての人がさらに傷つことがないように、安全な空間を作り出すことを目指します。

トラウマ&バイオレンスインフォームド・ケア (TVIC) は、TIC の概念を拡大し、対人間暴力や社会構造的な不公平 (構造的暴力) が人々に与える影響を強調します。これにより、対人暴力によるトラウマに特に焦点をあてるとともに、過去の直接のトラウマ体験のみならず、社会構造によって二次的にもたらされる構造的暴力やスティグマが彼らのトラウマを維持しているという視点を提供することで、トラウマを経験する人が抱える問題がその人の心の中だけでなく、その人を取り巻く社会環境の側にも存在するものと考えます。

なお、TVIC に関する詳しい解説は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部ホームページに掲載されている TVIC 関連資料をご覧ください (「薬物依存研究部」で検索)。

〇 この事例集について

この事例集では、かつて薬物使用に悩んだ人々を始めとした、依存症や様々な精神疾患、対人暴力の被害経験を有する人たちのメンタルヘルスのシステムにおける経験を紹介しています。ここに書かれていることは、決して特殊な事例ではなく、支援の現場でごく当たり前を経験されるエピソードです。当事者が提供するこれらの視点を通して、ともすれば支援場面において忌避されがちな、薬物使用や対人暴力を始めとした様々な症状に悩む人たちの抱える背景や感じている思いへの理解が進むことを願います。そして、社会構造による再トラウマ化を予防し、当事者の回復を手助けする支援システムを整備するヒントとして TVIC を活用していただけたら嬉しいです。

〇 作成チーム、執筆者一覧

監修 松本俊彦 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部部長)
編集 風間暁 片山宗紀 近藤あゆみ 堀合研二郎 杉浦寛奈 大野美子 貝原真知子 藤城聡 白川教人 雨田泰
資金提供: 本資料は、令和5年度全国依存症拠点調査研究事業「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」(事業担当者 白川教人) の一環として作成されています

あなたの声を聞かせてください
本事例集や TVIC に関する意見・ご感想があれば、
QRコードからアンケートにアクセスしていただき、
お声を聞かせてください。

アンケート
QRコードは
こちら! →



CASE
01

「男性」「医師」などの、
属性に付随する権威性

Bono / 解離性障害・薬物依存症・女性

私はこれまで医療者との信頼関係が築けず、明らかに「厄介な患者」として扱われているのだろうなと感じる場面に直面してきました。

幼い頃から母からの虐待を受けて育ったために、「自分より立場が強い人の言うことを聞かなければ安全が脅かされる」という、根源的な恐怖心があります。母による絶対的な支配のトラウマと同時に、たとえば年配の男性医師である場合は、家父長制原理の社会で男性性が持つ強権や、年功序列の価値観、医療者という立場に付随する権威性などが組み合わさることで、目の前の医療者が支配的な存在に見え、信頼することが困難になります。

そういった胸の内を医師に明かしてみれば、「転移」という症状としてあしらわれてきました。目の前の医師に、母や失った父を重ね合わせ、恐れたり、試してみたりするということがそうです。果たして、本当にそうなのですか？どうしても信頼できないというのは、たしかに私のトラウマに起因するものです。しかし、医療者側が自身の権威性に無自覚であることも要因のひとつなのではないかと思えてなりません。

診察室という箱の中に押し込められる2人の間に

は、目に見えない権威勾配がたしかに存在します。医師が白衣という鎧を着ているとき、患者もまた狭い診察室の中で「患者というロール」を押し付けられ、徐々に患者として診察室の空気に適応していきます。医療者による決めつけや操作がしやすい、密室の出来上がりです。つまり、虐待が起こる家庭内の構造が、診察室で再現されるということです。そうした環境の中で、医療者が自身の権威性に無自覚であり、原因が患者の内側にあるものと疑われない場合、トラウマは維持され続けるのではないのでしょうか。

また、悲しいことに現状では、性別に押し付けられる社会上の役割として、女性よりも男性のほうが優位に立たされます。若い女性に「厄介な患者」が多いとされているのも、もしかすると、そうした権威勾配によって状態が悪化したり、複雑化しているのかもしれない。

患者の内側に原因を探るだけでなく、構造自体に着目することや、医療者の属性としてどうしても付随してしまいう権威性に自覚的になることで、築けるはずの信頼関係もあると思います。「厄介な患者」をつくり出しているのは、患者自身ではありません。

「閉鎖病棟」という環境

CASE 02

匿名の執筆者の方／複雑性PTSD・男性

2021年の5月半ば、通っている心療内科の主治医から勧められて、僕は大学病院の精神科に入院しました。入院中の担当医は同年代くらいの女性で、はきはきとした口調に好感が持てる人でした。

入院先は閉鎖病棟でしたが、任意入院ということもあり、その都度看護師に声をかければ病棟の外に出て、敷地内のコンビニに行ったり、別の病棟にある図書コーナーに行ったり、かなり自由に歩き回れた印象です。

僕が入院したのはある事件を発端とするSNSでの炎上に意図せず巻き込まれたことがきっかけで、強い希死念慮に襲われたためです。そのストレスから解放された反動なのか、入院当初は現実味を感じられなかったり、起きているのが難しくてずっと寝続けたりしていましたが、すぐにある変化を自分の中に感じました。

入院初日、病棟の廊下をおぼつかない足取りで歩く他の患者さんを見て、自分とは違う状況なのだろうと思っていたのに、いつの間にか自分も「おぼつかない足取りで歩く患者」として振る舞うのが自然なように思えてきたのです。

別に担当医や看護師の方々が高圧的だったからと

いうわけではありません。皆丁寧に接してくれましたし、コロナ禍で患者同士の交流もなかったのも、他の患者さんから影響を受けたわけでもないと思います。

ただ、装飾のないクリーム色一色の壁やトイレにある監視カメラなどが醸し出す閉鎖病棟の雰囲気や、就寝時刻までにはケーブル類を預け、使うときはナースステーションに申し出なければならないといった制限やルールなど、環境に慣れる必要はありませんでした。もしかしたらそのなかで、僕は「患者然」となっていったのかもしれませんが。



「男親の難しさ」を助長する仕組み

CASE 03

たかはし ゆう / せつしょくしょうがい
高橋悠 / 摂食障害・クレプトマニア・Xジェンダー

ちゅうがく ねん ふゆ せつしょくしょうがい せいしん か にゅういん
中学1年の冬、摂食障害で精神科に入院しました。
「なぜ食べられないのか」「なぜ太りたくないのか」、
い し せつめい もと
医師から説明を求められましたが、うまく説明できま
せん。はくい き りっぽ すわ だんせい い し
せん。白衣を着て、立派なイスに座る男性医師か
ら感じたのは、「何かそれっぽいことを言わなきゃ」
というあつ
という圧でした。

いま せつしょくしょうがい はいけい
今は、摂食障害になった背景に、セクシュアリティ
の問題があったのだと理解できています。自分の
ちんたい り かい じぶん
の問題があったのだと理解できています。自分の
からだ じよせいてき とくちよう いや じよせい か こわ
身体の女性的な特徴が嫌で、女性化するのが怖
いから太りたくなかったのです。しかし当時は、自
ぶん り かい
分でも理解できていなかった。わからないなりにたく
さんしゃべった記憶があります。いい患者になろう
がんぼ しんさつ はは かんけい おお き
と頑張りました。診察では、母との関係は多く聞
かれても、ちち わだい はは じゆしん
父の話題にはなりません。母の受診は
もと ちち たい せつしょくしょう
求められても、父に対してはそれがない。「摂食障
がい はは こ もんだい ほうこう ゆうどう
害といえば母娘の問題」という方向に誘導し、子
そだ もんだい はは お ふん い
育ての問題を母のみに負わせようとするような雰囲気
き かん
気を感じました。

こうこう しんがく
高校に進学すると、カウンセリングを受けるようにな
りました。やっぱりここでも「母娘の問題」です。
わたしは し えんしゃ し の かおいろ
わたしは支援者の敷いたレールに乗ろうと、顔を
うかが
伺いながらとにかくたくさんしゃべりました。効果に
ぎもん
は疑問がありました。 「すぐ効果が出るもので
はない」と言われると、やめたいとは言い出せない。

まいかい つぎ よやく き
毎回次の予約を聞かれ、「それをお願いします」、
そう言うしか、わたしにはありませんでした。

カウンセリングに通って5年が経過した頃、ついに
ほんね い し えんしゃ ぜん
本音を言いました。すると支援者は「あなたは全
ぜん か つづ いみ こえ あら
然変わっていない。続ける意味がない」と声を荒
げ、いりよう き かん
医療機関とのつながりは一瞬にして終わりました。
の
乗れているふりをしていたレールからの脱線
で
す。どこかほっとしたのを覚えています。

その後、ご せつとうもんだい (クレプトマニア) でそこ けい
その後、窃盗問題(クレプトマニア)で底つきを経
けん りようしん たいわ ふ かん
験し、両親との対話を増やして感じたのは、すべて
は「家族の問題」だったということです。ジェンダー
のことも含めて家族全員での対話が必要でしたが、
ちち きたく おそ かに め む じようきよう
父の帰宅は遅く、家庭に目を向けにくい状況でした。
ちち いま おとこおや むずか
父は今、「男親の難しさがあり、どう接してよいか
からなかった」と言います。それは単に異性親とい
うだけではなく、こそだ だんせい かんよ しゃかい
子育てに男性が関与しにくい社会
こうぞう
構造と、それを助長するような医療側の対応によっ
て、きようか
強化されていたように思います。

かじょう そんたく こ えん つづ おお
過剰に忖度をし、いい子を演じ続けた。それが大
きな原因だったのだと今はわかります。医療機関
に通った期間は、それを助長する構造の渦中
にかよ きかん
に通った期間は、それを助長する構造の渦中
にいました。TVICの概念がごく普通
に存在し、このエ
ピソードが昔話になることを切に願います。

CASE
04

わたし
私はいつまで
「依存症者」でいないといけないのか
ふくしょうだいすけ やくぶつ いぞんしょう だんせい
福正大輔／薬物依存症・ゲイ男性

「自助グループに行くとき緊張してしまうので少しキメ
てから行ったこともあります」と、ゲイの依存症仲
間は語ります。

ゲイ男性がノンケ（異性愛者）の多い自助グルー
プに行くとき、ホモソーシャルな話題に合わせない
といけないと思い、緊張と気配りでどっと疲れます。
本音を語れるはずのグループで、ゲイであることを
隠しながら、エネルギーを使い果たしてしまうのです。
そのためか、薬物使用は止まっているけれど、ア
ルコール使用や不健康なSEXが止まらない日々
が続きました。そして、自助グループに行くと、薬
物使用の衝動がむしろ高まるようになりました。

今は、薬物もアルコールも止まり、パートナーとの
健康なSEXを楽しむことができるようになりました。
それは1対1のスポンサーシップにより、回復を目指
すことができましたからです。

当時、グループを離れる時に先ゆく仲間からは、「グ
ループをやめれば回復できない、入所したほうがよ
い、金銭やスケジュールを管理してもらったほうが
いい」と強く言われました。私はどれも選ばず、幸
せになりました。医療者だけでなく、ピアの仲間も
権威性を持つことがあります。「～しなければならな
い、～の方法しかない」と決めつけて、回復中の

被害を生まぬよう気をつける必要があるでしょう。

現在、LGBTQ+でアディクトの居場所をつくりまし
た。少数派のセクシュアリティの人が集まる、申
込制のおしゃべり会です。私たちの他にも、さまざ
まなセクシュアリティ、依存症のカテゴリーごとに
グループを作っている仲間がいます。そこには既
存の自助グループや、デイケアに通う人もいます。
回復の方法や場所はさまざまあり、選ぶことが大
事だと考えます。

さて、私はいつまで依存症者であると言わねばいけ
ないのでしょうか。医療者の前で、ピアの前で語
るとき、「アディクトの」とか「薬物依存の」の肩
がきをつけないと自己紹介できない時があります。自
己への配慮として付けた肩書を、脱がせてもらえる
日は来るのでしょうか。自分で自分をしることもま
た、新しい概念の中で議論していく必要があるかも
しれません。

当事者の意思が尊重されない医療体制

CASE 05

堀合研二郎／統合失調症・男性

私は4回の精神科への強制入院を経験しています。それぞれ微妙に経緯は違いますが、共通するのは自分では入院が必要ないと考えていたということです。

私の意思とは関係なく、医師が入院を決めました。また家族が医師と話して入院が決まったこともありましたが、嫌だと言ったことももちろんあります。家族の同意や医師の判断で入院させる制度は確かにありますが、当時は本当に強い怒りを感じていたことを覚えています。

入院後の環境も私にとってはトラウマ体験です。特に最初に入院した病院では、大部屋で人口密度も高く、大した仕切りもない中で過ごさなければならなかったことが苦痛でした。保護室で過ごしたこともあります。身体拘束も短期間経験しました。保護室では長いときは数週間過ごしたこともありましたが、治療のためにやっていることなのでしょうが、される側としてはトラウマ体験以外の何物でもありません。「お前」と言われるなど、暴言めいたことを言う看護師やヘルパーの方もいました。

薬を飲む時は行列で並んで薬をもらい、口に入れられ、飲んだかどうか「あーん」とチェックされます。ただただ屈辱的で、「こんなことはやってられない」

とおも
と思いました。

そもそも私は、薬を飲むことに強い抵抗があります。強い副作用で、生活の質が下がるからです。本当に緊急で必要なら飲みますが、今は飲んでいません。薬を飲みたくないという気持ちを医師や看護師の人たちは尊重してくれませんでした。薬を飲むことが前提となっており、選択の権利や私の意志は、尊重されません。



CASE
06

「ケアする人／される人」が ともにケアされる社会に

Yoshiko／性暴力被害を経験・支援者・女性

私は若い頃に性暴力被害や精神科入院を経験し、メンタルヘルス専門職になりました。治療や支援を受ける過程で疑問に思ったり傷つきを重ねた経験から、支援文化や支援で用いられる言葉すこでも変えたいと考えています。「支援する側／される側」双方の経験を持つ者として、通訳や橋渡しができればという思いで、この文章を書きます。

性暴力被害への理解が不十分な社会では、被害を回避できなかった責任を被害者に押しつける論理が流通します。そうした論理に冷静に反論すれば「闘う強い被害者」と目され、傷ついて言葉が失えば「傷ついた弱々しい被害者」として扱われます。いずれも私の一面であるにも関わらず、ステレオタイプの「被害者像」が押しつけられ、等身大の私自身でいることが難しいと感じてきました。

入院治療では、医療スタッフの暴力的対応を目撃することがありました。処遇上の要望や意見を述べても、「不穏」「訴えが多い患者」のような「症状」として「医療の言語」に回収されてしまい、無力感を覚えました。当初は抵抗を覚えたものの、次第に「このような対応を受けるのは、私がおかしいからだ」と思うしかなくなり、自己不信や自尊心の低下につながりました。被害で負ったトラウマよりも、医原性のトラウマの方が大きいと思うほど、入

院医療で負った傷つきは深く、自己への信頼を取り戻すのに長い時間を要しました。

過去の経験を開示することにはリスクが伴います。偏見から不利益を被る可能性があり、被害者は周到に語る相手を選びます。しかしながら、トラウマ回復理論など「専門家」の言説においては、「語らない」ことが「語れない」と翻訳されて、十分に回復していないことの証左として否定的に評価されがちです。孤独と引き換えに沈黙を守ること、沈黙することで自分や大切な人を守ることは、ある種の「能力」であるにも関わらず、沈黙の積極的意味は十分理解されません。被害者に沈黙をもたらししているのは誰なのでしょう。名前を奪い、匿名での闘いを強いているのは、どんな社会なのでしょう。

対人援助の仕事は、自らの心をやわらかく差し出して傷ついた人の傍らに居続ける、ハードな仕事です。専門職もまた援助することで傷を抱えると思います。その傷が十分に手当てされないと感じるとき、医療や福祉の「論理」を纏って自分を正当化して守らなければ壊れてしまう、そう感じる人も多でしょう。援助職が、支援を受ける人の側に非や責任を押しつけたり、過度に防衛的に振舞ったり、ときに暴力的な言動をしてしまうのは、援助職の側

の悲鳴なのかも知れません。私自身、「支援する側」の理論体系を身につけて現場に立ったときに、「支援される側」として感じた理不尽な経験の意味を、ようやく理解したように思います。

を構築していく必要がある、という事実には立ち返りたいと思います。どうか一緒に、「私たち」のために、支援の言葉や文化をよりよいものにしていきませんか。

TVIC のリーフレットを手に、今一度、ケアとは、ともに傷を受けやすい人間同士の営みであり、だからこそケアの網を組織や社会に張り巡らせて、お互いに守り合いながら持続可能なケアシステム



Explanation

解説

アドレクション臨床の現場はとて外傷的(がいしょうてき)です。もちろん、これはアドレクション臨床に限(かぎ)った話(はなし)ではなく、精神科医療全体(せいしんか いりょうぜんたい)に使える(えい)ることでありますが、それでも、少なくとも2000年代(ねんだい)まで、わが国(くに)のアドレクション臨床(りんしょう そうとう)は相当(さつぱつ)に殺伐(ころせつ)としていた——私(わたし)はそう感じてきました。

かつて先達(せんだつ)たちは、駆け出し(か)の私(わたし)にこう説(と)きました。

「アドレクションからの回復(かいふく)には当事者(とうじしゃ)の主体性(しゅたいせい)や自発性(じはつせい)が大切(たいせつ)だ」

しかし、当時(とうじ)、しばしばその考え(かんが)は悪用(あくよう)されていました。外出中(がいしゅつちゅう)の飲酒(いんしゅ)、あるいは所持品(しよじひん)から怪しいしろこな(しろこな) 錠剤(じょうざい)が発見(はっけん)されたり、ささいな規則違反(きそくいはん)によって、多くの患者(おほ かんじゃ)が3日間隔離室(かかんかくりし)に閉じ込められたり、あるいは強制退院(きようせいたいん)や院内出入り禁止(いんないでい きんじ)を宣告(せんこく)されていました。

冷静(れいせい)に考えると恐ろしい話(はなし)です。援助者(えんじょしゃ)たちは「自己決定(じこけつてい)、自己責任(じこせきにん)」と連呼(れんこ)していました。白衣(はく い)という医療(いりょう)における権威(けんい)の鎧(よろい)を着(き)た者(もの)から見下ろ(みおろ)され、この常套句(じょうとうく)で宣告(せんこく)されるとき、おそらく当事者(とうじしゃ)の多く(おほ)が「詰め腹(つめはら)」を求め(もと)められるような恐怖(きょうふ)を感じ(かん)じていたこと(こと)でしょう。

「手放す(てばなす)」という言葉(ことば)もときとして凶器(きようき)となりました。あるベテラン援助者(えんじょしゃ)は、悪意(あくい)に満ちた世界(せかい)に打ち

ふる震えながら、生き延び(い)るためにアドレクションにしがみつ(みつ)いてかろうじて生きてきた(ひと)人に、こう語(かた)っていました。「手(て)を放(はな)さない。もしもあなた(てばな)が手放(はな)せないならば、それは底つき体験(そこ たいけん)が足り(た)らないからだ」と。この言葉(ことば)は、自殺志願者(じさつしがんしゃ)に「人間(にんげん)、死ぬ気(し)で生きれば死(し)なない」と意味不明(いみふめい)な理屈(りくつ)で難癖(なんくせ)をつけるの(おな)と同じ(おな)、それ自体(じたい)が一種(いっしゆ)の暴力(ぼうりよく)であつた(おも)と思(おも)います。

私(わたし)たちが知(し)っておくべき(べき)ことがあります。それは、さまざま(さまざま)な理不尽(りふじん)な暴力(ぼうりよく)や苛酷(かこく)な環境(かんきやう)への過剰適応(かじょうてきおう)こそがアドレクションの温床(おんしやう)である、ということです。

たとえば世界中(せかいじゅう)で特にアドレクション問題(もんだい)を抱(かか)えている人(ひと)が多い集団(おほ しゅうだん)として、ネイティブ・アメリカン(ネイティブ・アメリカン)やアボリジニ(アボリジニ)といった先住民族(せんじゅうみんぞく)があげられます。彼ら(かれら)に共通(きょうつう)するのは、突然(とつぜん)現れた侵略者(しんりやくしゃ)たちに家族(かぞく)や友人(ゆうじん)、恋人(こいびと)を蹂躪(じゅうりん)され、先祖(せんぞ)から引き継(ひ)いできた土地(とち)を奪(うば)われ、狭苦(せまくる)しい土地(とち)に閉じ込(こ)められて、これまでの生活様式(せいかつようしき)、自分(じぶん)たちの言語(げんご)や文化(ぶんか)、信仰(しんこう)、伝統的医療(でんとうてきいりょう)をすべて否定(ひてい)され、無根拠(むこんきょ)に劣等(れつとう)人種(じんしゆ)として差別(さべつ)された歴史(れきし)です。

それから、戦争(せんそう)もアドレクションの温床(おんしやう)です。意外(いがい)に知られて(し)いませんが、古来(こらい)から、戦地(せんち)では大量(たいりやう)の薬(やく)物が消費(しょうひ)されていました。死(し)の恐怖(きょうふ)を乗り越(の)り越えて(こ)できんにつ(つ)こ(こ)むにはアルコール(アルコール)の酔(よ)い(酔)が必要(ひつよう)でした。たし、夜間行軍(やかんこうぐん)や精緻(せいせい)な狙撃(そげき)にはカフェイン(カフェイン)やアンフェタミン(アンフェタミン)の覚醒(かくせい)が役立(やくだ)ちました。また、不安(ふあん)と空腹(くうふく)を紛(まぎ)らすのにタバコ(タバコ)ほど優(すぐ)れたもの(もの)はなく、さらには、負傷(ふしょう)が引き起(ひ)こす激(げき)しい痛み(いた)み、やり場(や)のない怒(いか)りや悲(かな)しみへの特效薬(とっこうやく)として、モルヒネ(モルヒネ)は欠(か)かせませんでした。

こうした集団(しゅうだん)に対する理不尽(りふじん)や苛酷(かこく)さがもしも個人(こじん)レベル(レベル)で発生(はっせい)したならば、そして、その状況(じやうきやう)に孤立(こりつ)

無援で立ち向かう羽目に陥ったとしたならば——それがまさにアディクションなのです。実際、アディクションを抱える当事者の多くが、有形・無形、直接的もしくは間接的な暴力のサバイバーですが、それは、そのような環境や状況に立ち向かうために生じものがまさにアディクションだからです。

こう言い換えてもよいでしょう。アディクションとは、人を無力化させる圧への必死の抵抗である、と。だからこそ、アディクションを抱える人たちは、無力化されることを恐怖し、理不尽や不可解な状況をいつも警戒しています。

私たちは、アディクション臨床からすべての「暴力的なもの」をできる限り排除するよう目指すべきです。

そして、当事者を無力化したり、理不尽や不可解な状況に陥らせたりしてはなりません。なぜなら、それらはアディクションを悪化させ、こじらせるからです。

もちろん、治療や支援の関係そのものが構造的に非対称的であり、そこから完全に暴力性を除去することができないのも事実です。確かに、資格や白衣といった援助者を取り巻くすべてが外傷的であり、援助者の年齢や性別も外傷的に作用するのはまちがいないでしょう。診察室という空間や限られた診察時間という制約のせいで、会話の舵取りがあくまでも援助者の側にあること——これも外傷的です。何よりも、当事者の主張が「症状」「問題」として切り取られ、「診断」として当事者の痛みが客体化されてしまうこと自体、きわめて屈辱的な出来事であり、いうまでもなく外傷的です。

とはいえ、もしもこれらをすべて除去しろといわれ

ば、もはや治療や支援など成り立たちません。それに、そもそも、援助者自身もまた、傷つきやすい人間です。資格や白衣という鎧なしでは、痛みや苦しみを抱えた人の前などに、とてもじゃないが立つことができない——内心そう感じている人も少なくないはずです。

では、どうしたらよいのか？

まずは知ることです。アディクションの治療や支援に関わる人は、まず自身の存在や言動の暴力性、あるいは、治療や支援という非対称的な構造が引き起こす外傷性に自覚的となり、できる限り敏感となるべきです。また、鎧なしでは何もできない、自身の弱さ——それは決して悪いことではないのです——も認めましょう。

トラウマ&バイオレンス・インフォームド・ケアということばと概念は、そのような観点から自分たちの治療や支援をふりかえったり、思わぬ暴走を抑止したりするのに役立ちます。

ぜひこの事例集に寄せられた声に耳を傾け、自らの日頃の臨床をチェックしてみてください。

こくりつせいしん しんけい いりょうけんきゅう
国立精神・神経医療研究センター
せいしん ほけんけんきゅうじょ やくぶついぞんけんきゅうぶ ぶちょう
精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
まつもととしひこ
松本俊彦

twic

Trauma and Violence-Informed Care
-A Casebook-

A CASE BOOK

発行：Trauma and Violence-Informed Care 作成子一ム