

〔治療ゼミ通信 1 号〕（2009. 1. 12 発行） 文責：平井 孝男

第 1 回治療ゼミナールは、2008. 10. 19. に行われた。内容と、講師兼責任者である平井の私見を合わせて、その要約を報告する。

〔第 1 部〕 良き治療者となるために（平井の講義と参加者の質問・意見という形で進行）

良き治療者となるために、という課題について、以下の点についての講義と議論がおこなわれた。

1. 治療は、一人の人間の苦を減らし、生きやすくし、自信や希望や生活力の回復・成長、納得した生き方の発見、諸々の問題解決、といった素晴らしい営みであり、治療者自身にとっても喜び・発見・想像力（創造力）の開発をもたらし、一種の芸術活動といってもいいぐらいの貴重な仕事である。（ある身体病にかかった画家、横尾忠則は「治療とは芸術である」と言ったが、心の病では、もっとそのことが言えるだろう。
2. ただ、そういう素晴らしい営みだからこそ、という訳ではないが、治療には多くの困難や危険が付きまとう。特に、危険性には注意が必要である。というのは、クライアント・患者の背後にある苦しいつらい歴史、たまっている悲しみ・絶望・怒り・怨念などにふれるだけでなく、人間の弱点や無意識（性的・攻撃的衝動、元型的破壊力や悪い意味での「大いなる力」などを扱うことになるからである。これは、難しい患者や長引いているクライアントでは、特に気をつけねばならない点である。従って、治療者は、まずは「自分と相手の生命や生活の維持」「有益な関係の維持（不幸な有害な中断、敵対関係への墜落などを避ける）」に留意しておく必要がある。（ある治療者は、治療に際して「まず殺されないこと」「相手を殺さないこと」「訴えられないこと」「相手を見捨てないこと」と告白している。少し問題発言のような気もするが、一面の真実があり、正直な思いであろう）
3. 治療はある程度の原則や枠があるが、あとは自由にやってよいし、また自由にやらざるを得ない面がある。これは、囲碁・ピアノ・テニスといったゲーム・スポーツ・音楽・美術・文学などの活動と似ている。そこには、自由性がありながら、われわれが手本とすべきいくつかのモデル（囲碁名人、名ピアニスト、名プレーヤー、大芸術家など）がある。その意味では、治療も、ゲーム・芸術と同じで、どれだけ模倣力（真似をする、ふりをする能力）と独創性（感動を与える自由性）があるかによって、成果が決定されるのだろう。
4. その意味で、心の病の治療領域でもある程度モデルはあった方がいい。以下にその重要と思えるモデルを挙げる。

ア、フロイト系の精神分析治療モデル

意識化・言語化の治療的重要性、抵抗と転移の意味（人間関係・治療関係に困難や幻想はつきものである）、抵抗・転移の意味を追求することで治療が前身。性や幼児期の治療的重要性。

イ、ユングの治療モデル

タイプによる理解、夢と象徴の持つ生命力・治癒力、元型の発見（元型の存在の有無は別として、ペルソナ、影、アニマ・アニムス、永遠の少年、トリックスター、グレートマザー、老賢者、セルフなどの概念は、治療作業を進めやすくするし、患者も自己を理解しやすい）
ウ、アドラー

優越感・劣等感から見る権力的人間関係理解、症状の目的性、器官劣等性とその克服、自己中心主義を克服する共同体感情、個人として理解することを目標にした個人心理学の提唱などは、患者の人間関係理解を容易にさせやすい。

エ、クライン

妄想型^{ポジション}と抑うつ型^{ポジション}の提唱は、人間の基本的な二つの態度の理解（他責的対自責的、投影的対内省的、非現実的・空想的対現実的、断片的対歴史的）に寄与している。

また投影性同一視によって、患者に巻き込まれてしまうことの予防や、巻き込まれた時の対策が立てやすくなったと思われる。

オ、ウニコット

絶対的依存と相対的依存、移行対象、遊ぶこと・想像することの重要性、母性的・養育的環境の治療的重要性、ホールディングの治療的意味において大きな貢献をしている。

カ、コフート

悪性の自己愛的傾向を持つ人（他者愛や宇宙的自己愛を持ってない人）が増えてきた現在、彼の言う、自己愛転移（鏡転移、理想化転移）による患者理解は重要性を帯びてきている。健全な自己愛と、健全な人間関係をどの患者も求めていると思われる。

キ、ロジャース

彼の「クライアント中心療法」は、正に、患者が治療の主役であり、治療が共同作業であることを示している。彼のいう、①真実性と自己開示（治療者が自由に自己の真実の姿を開放すること）、②無条件の肯定的配慮・積極的関心、③共感的理解は大変重要な治療要因であるが、これが日本で誤解されて「ひたすら聴くことに徹する」という受け身的・消極的やり方が蔓延しているのは残念なことである。

キ、認知療法

患者はマイナス思考ばかりになりやすいので、プラス思考を開発するというやり方はいいとおもわれる。しかし、認知を変えるとか、プラス思考を身につけるといのは大変なことなので、その下準備としての本人の辛い状況（マイナスにしか考えられないといった）、関係性の確立などが必要である。機械的な認知療法ではなく、魂のこもった認知療法が望ましい。

ク、行動療法

これは、患者にとって課題が分かりやすいし、取り組みやすい。また、行動という目に見えた効果が出るので、自信を得やすい。しかし、これもそれが可能になるための下ごしらえが重要になる。

ケ、辻の治療精神医学モデル

辻の提唱した、治療精神医学における治療の三原則（自己の体験に人間としての証見る、相互検討、自己決断）、原体験モデル（心の病は、大抵はこの原体験心性に支配されており、そこからの孵りが不十分であるということ）は、あらゆる治療に共通する重要な原理であるが、実践は簡単ではない。

コ、薬物療法

薬もうまく使えば、心理療法と同じく、脳機能の回復に役立つし、心理療法を助けてくれる。〔結論；結局、どの治療法もそれなりの特色があり、良き治療者とは正しく、いくつかの（出来れば多くの）治療法を理解した上で、各々の患者の波長に合わせ、そして治療者自身がなじめるような治療法を適宜選択し、使い分けていく人のことを言うのだろう。

さらに言うと、心理療法を正しく理解するには、薬物療法について分かっている方がいいし、逆のことも言える。またユングやアドラーの正しい理解は、フロイトをより深く理解することにつながる。また、精神分析的素養を持っている認知療法家の方がより深みが出てくるだろう。一つしか分からないものは、その一つもわからないのである〕

5. 治療目標の共有

患者と治療目標を共有しておくことも大事である。しかし、患者の治療目標を明確にするのは、そう簡単ではない。患者の思考能力や表現力が低下していることも一つの大きな要因かもしれないが、患者自身が自分の気持ちを分かっている、もっとひどい場合にはそれを見つめられないといったことも大きい原因かもしれない。そんな時には「自分がどういうことを治療の目標にするかを、はっきりさせること、そのものを治療の目標にする」ということもありえるのである。

ただ、そんなに明確になっていなくても「楽になる」「苦しさの減少」「抑うつや不安の

緩和」「抑うつや不安に振り回されないようになる」「普通の生活ができる」「自分で決めれる」といったことを目標にしておくのは、一つの枠になっていい。しかし、あまり治療目標にこだわらずに柔軟に対応することが望ましい。

6. 正しい見通しの共有（絶望や幻想を与えることの危険）

治療目標の共有と同じく、見通しに関しても正しい認識を共有した方がいい。例えば、人格障害・境界例や統合失調症に対して「治りません」と言って、希望を失わせたり、また反対に、うつ病やパニック障害に対して「薬を飲んで休んでいればすぐ治りますよ」というような安易な幻想を与えるのも、反治療的である。

正しくは、「適切な治療目標のもとに正しい自覚と治療意欲を持ち続け、正しい治療実践を続ければ、治癒段階は上昇しうる可能性が高い。しかし、実際はやってみないと分からないことが多い。ただ、もし治療が行き詰ったりすれば、それはその時、共同でその治癒妨害要因を探っていきましょう」という告げ方である。そして、治癒段階の上昇と停滞（下降）を左右するものとしては、「本人の正しい自覚と治療意欲」「家族の正しい自覚と治療意欲」「治療者の正しい自覚と治療意欲」「周囲の状況、運と縁」といったことによるのである。これをどのように適切に本人・家族に伝えるかが重要となってくる。

その意味で「うつ病は、お薬で100%きれいに治ります」というような表現は、かなり問題である。そういうケースがあることはあるだろうが、ちなみに平井クリニックでは、この17年間で、少なくとも2～3千例のうつ病の患者を見ているが、その9割は、他の治療機関で、すでに薬物療法を受けており、その多くの患者が、最初の医師から見通しについて「薬をのめば、すぐ治る」といわれたか、あるいは何も説明を受けていないかの場合がほとんどである。

7. 自由にはなしてもら（自由面接）か？構造化面接か？

初診や初回面接から、患者に自由に話をさせるか、ある程度質問しながら治療者の方がまとめていく面接にするかといった問題が生じる。

これは、結構難しい問題である。自由面接は、そのプラスとして、患者に満足のいくところまで話をさせることができる、患者の自主性を尊重できる、患者に対して「十分に受け入れてもらえた」という感じを持ってもらいやすい、途中で介入しないので却って貴重な情報が手に入りやすい、という点があるかもしれないが、逆に重要な情報が手に入らない、話がまとまらない、同じ話の繰り返しになって進展がない、面接が深まらない、といった点が出るかもしれない。後、自由面接で怖いのは、患者が幻想的なことを沢山言ってそれを治療者

が全部満たしてくれるという勝手な思い込みをしてしまう点や、患者の話がバラバラでわかりにくいにも関わらず、黙って聞いていると患者が治療者は全部自分の話を分かってくれているのではと誤解してしまう点である。後で、治療者があまり自分の話を理解していなかったことがわかってトラブルになる場合もある。また、喋り過ぎたり、まとまらなくなっている患者は治療者に止めて欲しい気持もあることを付け加えておく。

この点は、結論の出にくいところだと思うが、多分自由面接と構造化面接の長所、短所を考慮して、両方を混ぜて使うのが無難だろう。また予め患者にどのような面接スタイルがいか聞いたり、途中で質問を挟むことのプラスマイナスを説明した上で、患者の意見を参考にするというのも一つの手である。

たぶん、面接が役に立つようなものになるとしたら、両方を組み合わせながら、治療者の方が「上手くいっているかどうか」のアンテナ感覚を働かせて、微調整していけばいいのだろう。

8. 安楽死を求めてやってきた患者に対して

この場合は、安楽死を求める理由と同時に、何故、精神科医やカウンセラーといった心理援助職のもとにやってきたのか、そこの理由を聞くことから始めるのが無難である。安楽死を求めてきているということだから、相当の事情があるのだろう。この点は、自殺願望を取り扱うところで、もう一度検討したい。

後、いろんな話を講義でしたようだがとりあえず要点だけ記しておく。

〔第2部〕治療者の困った点とその対策

第2部は、各参加者（治療者）の困っている問題に関するディスカッションである。

1. 予約キャンセルについて

問題となったのは、30代後半の男性で、引きこもりや抑うつ状態が続いている患者である。この患者をカウンセラーは、前カウンセラーから引き継いだが、予約キャンセルが続いているといったものである。

平井の私見を要約すると、こういうスタイルを取る患者は結構多いということである。予約をするしないのも本人の自由だし、キャンセルをするのも本人の自由である。その自由性が発揮できているからいいのではないかと考えられる。

しかも、治療者とあまり面接しないということは、それだけ治療者に頼らずにやっていけているということかもしれない。中断している間に良くなったというのは、よくある現象である。だから、一応面接の権利や治療者との関係は維持しながら、或いは治療者は自分のも

のとしておきながら、面接だけは遠慮するという彼なりの表現や姿勢を認めてあげていいのではないかと思われる。

ただ、それが全面的に良しと肯定できるかどうかは問題ではあるので、治療者は機会をとらえて、いたわりの気持ちを持って「今のままでいいですか？」と軽く聞くぐらいで彼の姿勢を暖かく見守ってあげることでいいのではないか、と思われる。

ただ、一番最初のカウンセリング申込用紙を見せたりして、それでも今のままでいいかどうか、相手を非難する雰囲気になるべく少なくして聞いてみるのもいい。

いずれにせよ、治療者は真面目な人が多いので、面接しないで面接料を頂くことに罪悪感を持つ場合があるが、本人が健康で納得した状態であるかどうかの方に関心を持つ方がいいだろう。

2. 公的相談室で、クライアントに問題があるのに中断する場合

不登校の相談などで家族が訪れてくるが、そうしたことの問題解決には何回もの面接で話し合っていく必要があるのに、1回だけで終わってしまうことが多いが、この点をどうしたらいいか、ということがテーマである。

これは、現代人一般に当てはまることで、最近の技術の進歩や「押しボタン社会（ボタンを押せば欲しいものがすぐ出てくるといった流れが主になりつつある）」の影響もあって、現代人は簡単・安易な解決を求めやすい。先の「薬を飲めばうつ病は簡単に治る」といった類のもので、相談に行けば、すぐにでも不登校が解決する、あるいは解決の手段を教えてくれる、という幻想が蔓延していることを念頭に置いておく必要がある。

こういう場合どうするのがいいのか、一例を挙げてみる。まずは相手の事情を聴いた後で、「どういことをこの相談室でお望みですか？」と聞き返す。当然「子供を学校に行かせたいがどうしたらよいか」という答えが返ってくる。そうした場合「すぐにでも解答が欲しいですか？」と思いやった後、「そうであればいいのですが大抵は、不登校の原因や対策は、一人一人によって随分事情が変わってくるので、何回か面接に来ていただく必要があるのですが、それはどうですか？」と真実を告げて相手の反応を待つ。

こうすれば、中断は少なくなるかもしれないが、仮に「そんなに何回もかかるのならもういいです」という場合もあるだろう。それはそれで仕方がない。カウンセラーとしては相手の事情を理解し、思いやり、相手の波長に合わせながら真実を告げるという必要な仕事をしているのだから、責任は果たしているのである。そして、

1回解決を望んだ人に対しては、「一回で終わりたい理由」を聞いていくのも一つであるし

「もしまた何か相談したいことがあれば来てください」 つなげておくのも一つの手である。
(あるいは、「時間がかかったり、何回も面接に通うのは大変だと思いますが、どういう点で
大変か、教えていただけませんか」と聞いていくのも一つの方法である)

もうひとつ大事なことはクライアントが、自分の相談内容、モチベーション、希望内容、
相談目標、治療目標を言葉にしたり、明確にするのはかなり難しいということである。患者・
クライアントの大半は何か困ってとりあえず、医療機関、相談・専門機関に駆け込んで、こ
ういう困ったことがあるんです、ということを訴えることが出来るぐらいで、明確に「こ
うことを希望します」とは言えないものである。この点、主訴を明確にしてあげると、本
人は自分の希望や方向性を発見でき、それ自体が一つの治療になる。

また、「学校に行かせたい」という治療目標を検討することで、それよりも「子供がやす
らかで楽になる」という目標の方が、より良い目標となることを、クライアントとの間で確
認することが多い。このように、主訴の良質化というのも、また大事な治療作業でもある。

3. カウンセリングにおける粹破りや、主治医との連携について

企業内の医療相談機関に勤めている心理士からの相談で「あるクライアント（30代男性）
で、カウンセリングの約束が、2週に一回なのに、急な時にやってきてカウンセリングを求め
てくる。約束を守らせることが大事なので、断ると、先生(産業医)や看護師さんは、困った
時は、いつでもカウンセリングを受けていいと言っているし、と主張し、実際、医師や看護
師や事務はそれを容認しているようなので困っている、というのが、問題テーマである。

こうしたことはよくあることだし、治療上の重要な問題である。こういう問題に関しても
決まった解決法はないが、一つ一つ考えていこう。

まず、一つは緊急性の問題で、粹破りをしてまで行う必要性、有益性があるかどうかとい
うことと、心理士にとって、それが出来ることなのかどうかということである。原則として、
有益でないこと、できないことはしない方がいい。とくにこの患者はわがままで、自分勝手
な所があるからとのことだから、有害になることも多い。ただ、有害無益で、また心理士
の方に時間的余裕などがないといったことで、出来ないことであっても、せざるを得ない時
がある。こうした問題は、そう簡単なものではないのである。

簡単にいかない理由として、このクライアントとどのようなカウンセリング契約をしてい
たか、ということである。クライアントとの間で、①カウンセリングの目標、②カウンセリ
ングの回数、③緊急時の扱い(緊急時は、医師、看護師、またはその他の医療機関が対応する
等)といったことに関して、十分話し合い、場合によっては契約書まで作っておくといい。こ

うした患者は約束を守るということ自体が、治療になるからである。もし、患者が、「前の
カウンセラーはいつでもカウンセリングをしてくれていた」と言うなら、そうすることのメ
リット・デメリットを話し合っておき、いずれにせよ、きちんとした約束・契約を取り付け
ておくことが望ましい。特に、クライアントを引き継ぐときなど、この問題が出てくるが、
それは治療のチャンスとなる。

三番目の問題としては、他の医療スタッフ、特に主治医との話し合いである。時に治療契
約の重要性の認識が足りないか、うるさい患者はとにかくカウンセラーに任せるという医師
がいることもあるので、主治医との間での話し合いは重要である。ただ、責任者は産業医で
あることが多いので、話し合いのときには、カウンセラーが産業医に自分の意見を言って、
産業医にお伺いを立てるというやり方が望ましいだろう。また、産業医との話し合いで、一
致をみたら、看護師や事務スタッフにも、その旨を伝えておき、勝手にカウンセリングの予
約を入れるといったことのないようにしておくのが望ましいということだろう。

4. 患者が医療スタッフに個人的関係を求めることについて

クリニックに勤務する事務スタッフからの相談で「ある男性患者が、女性看護師に個人的
に相談に乗って欲しい、ということで、名刺を渡した。このとき、こうした問題をどう考え
たら良いかといったことである。

こうしたことは、よく起きる問題である。転移(医療・看護・事務行為といった通常役割
以上の幻想や欲求を投影すること)は、何も患者と、医師や心理士との間だけで起きるのでは
なく、看護・事務スタッフに対しても起きてくる

この場合、原則的には、医療・看護・事務行為と、プライベートなことは別のことである、
という認識をまず持って置いた方がいい。従って、一応は「これは通常の看護行為を超える
個人的な行為なので出来ません」と、言ったりして断るのがいいのだが、そうもしにくい時
がある。その場合は「一応、こういうことは院長先生から禁止されていますので」とか「院
長先生に相談してからにします」と言っておくのも一つの手である。また、看護師や事務ス
タッフは、こうしたことを医師に告げておく方がいい。

それは、なにも患者の規則違反を注意するというより、その話題を取り上げることによっ
て、患者の問題点などが明らかになり、治療が前進する場合があるからである。これも広い
意味でのチーム医療の一つである。

5. 怠薬(服薬ができないこと)や、病識の無さや「疾病受容の困難さ」について(慢性統合失調症 者の治療・相談について)

社会復帰施設に通所する30代の男性(統合失調症)の、心理生活相談をしているが、薬をきっちり飲まなかったり、生活の管理ができなかったりして、入院を繰り返すことが多い、どうしたらいいか?ということが問題となった。

ア、入院のプラスマイナスの話し合いと、入院の防止に向けて(波長を合わせながら)、

この場合もいろんなやり方があるが、思いついたまま述べていく。まずは、本人との話の「波長合わせ」が大事で、彼との話の中で、彼から入院のイメージを聞いておく必要がある。入院や入院生活が辛いと言うなら、そのつらさの具体的内容を聞いておいて、その辛さを理解し、その理解を共有しておくことが大事である。大抵は、入院にマイナスイメージしかないが「入院は、治療の場所であり、自分を取り戻す場所でもある」というメリットの面を、彼がどれだけ理解しているかを探る必要がある。もちろん、入院は、社会復帰を遅らせたり、自信をなくさせたりするという面もあるので、何も入院を礼賛するわけではない。しかし、入院のプラスマイナスを分かった上で「出来るなら、入院を避ける努力をするが、避けられない時は入院した方が健康にはいい面もある」と言っておくと、彼の入院に対する罪悪感が少なくなり、入院を冷静に見れるため、却って入院が減る可能性がある。

イ、服薬についての話し合い(間接的薬理効果)

次に服薬の件だが、「なぜ薬を飲まないのか?」と問うよりも、「薬は必要だと思いますか?」と聞いて服薬の必要性について話しあうことが大事である。この場合「必要だ」と仮に答えたとしても「何故必要と思うのか?」と聞いて、正しい認識(「単に医師に言われているから」ということではなくて「敏感になりやすい神経が強度の過敏さになるのを防いでくれる」「冷静さ、落ち着きを保たせてくれるし、ストレスに圧倒されにくくなる」といった形で服薬の必要性の理解を共有する必要がある

逆に「必要がない」と言うなら、今までの薬と彼の歴史を聞きながら、「必要がない」とする彼の根拠を聞いていく必要がある。また、必要性を認めるが「飲みたくない」という場合は、その服薬拒否の心理を聞くことが重要である。その場合、副作用の辛さといったこと以外に、病気や障害を認めたくないという心理が働いている時もある。その場合は彼の病歴を聞きながら、医師にかかった理由、入院の理由などにむきあってもらう。ここでも、「病気があるような気はするが、病気であることを認めるのがあまりに辛い」という話が出てくる可能性がある。この時はそれを理解した上で、自分が自分に持っている偏見(例えば、「精神病は一生治らない」「精神障害者は普通の人間には一生なれない」といった偏見)について話し合っておく必要がある。

このように、薬を巡ってもこのぐらい豊かな重要な話し合いが出来る訳で、こうしたことを「間接的薬理効果」と呼んでもいいかもしれない。

もう一つ付け加えると、本来このような話は、医師と患者で話し合うべきものなのだが、それが不十分になっていることがしばしばある。その時、心理相談員が、その薬や病気についての理解補助役として活躍してもいいのである。

ウ、医師との連携も重要

可能ならば、医師と、本人の疾病について話し合うことも大事かもしれない。本人の診察に立ち会わせてもらい、以上のような議論ができると、理解と理解の共有が三者(本人、医師、心理相談員)の間で深まり、それは大いに本人のプラスになるだろう。精神科医の側にも、その患者に対する理解や関心が深まるかもしれない。

エ、生活や人生についての話し合い(自分の人生を大事にできるか?)

こういう長い慢性の統合失調症患者は生活が無茶苦茶になっていることが多い。彼らの生活指導をする必要があるが、その前に、彼らが自分の生活や人生を大事にしようという気持ちになれているのかどうかということにも配慮しながら話し合いを進めるとよい。もし、絶望感ややけっぱちになるようなところが見られたら、彼らと波長を合わせながら、その絶望に向き合い、それに対する対策を見つけていくという共同作業が必要である。

このような薬、入院、病気の自覚、自分自身の持つ偏見、チーム医療、生活の組み立て、絶望感等は、慢性統合失調症者(に限らず、広く心の病一般)に必ず生じてくる問題なので、日ごろから、こうしたことについての関心・理解・対応の発見ということに気を配っておく必要がある。

6. 患者の沈黙に対して

ここで、取り上げられた問題は、「短大卒後より、自傷行為が続いた女性クライアントとのカウンセリング中に生じた沈黙に対してどうするか?」といったことである。

これに関しては、まず、沈黙の意味を探る必要が出てくる。それらは、たとえば、

- ① 不信、疑惑、警戒としての沈黙、
- ② 拒絶、拒否、否定、受け入れ困難としての沈黙
- ③ 投げやり、絶望、あきらめとしての沈黙
- ④ 苦しさ、辛さとしての沈黙
- ⑤ 疲労困憊としての沈黙
- ⑥ 昏迷という、重篤な症者の現われとしての沈黙

これらを抵抗の沈黙と考えても構わないが、こだわる必要はない

- ⑦ 不満、怒りとしての沈黙
- ⑧ 困惑、迷い、どうしていいかわからない表現としての沈黙
- ⑨ 何を話すか考えている沈黙、カウンセラーや治療者の正体について考えている沈黙、
- ⑩ 治療者側からの指示や助言を待っている沈黙、
- ⑪ 自分のカウンセリングの経過や自分の言動について考えている沈黙、
- ⑫ 喋らず、ゆっくり黙っていることを楽しもうとする沈黙、安らぎの沈黙

など様々な沈黙がある。詳しく調べれば、もっと出てくるが、ちょっと浮かべただけでも、これだけのことが出てくる。

沈黙の意味するところは、深く多様である。話し合いという、カウンセリングや治療者としての活動を行うためには、この沈黙に対する深い理解が必要である。

いずれにせよ、こうした沈黙の理解や知識を持っておくと、向こうの波長に合わせた、患者の心や魂に響く対応ができるだろう。

また、沈黙を良性の沈黙(安らぎや熟考の沈黙など)と悪性の沈黙(不信、拒絶、絶望、怒り、不満など)に分け、前者は見守ってていいが、後者は介入した方がいいとの考えがある。これは、一般論としては妥当かもしれないが、別に悪性の沈黙でもそのいみを しっかり理解しているなら、治療者側も沈黙を保っていていいのである。

[まだまだ、多くのことが話し合われたが、それは次回の治療ゼミ通信に回すとして今回はここで筆を置いておく]