

治療ゼミナール第4号通信（2009. 4. 5. 発行）

本号は、第二回治療ゼミナールの概要を中心に記してある。

{前半}

#### 1. 症状は、患者の歴史の集約点、患者の言葉を使うこと

まずは、病歴聴取のポイントが話し合われた。病歴聴取となると、当然、主訴、症状、困っている点を聞くことになるが、なるべく本人の使っている言葉を使う方が、波長が合うし、相手も喋りやすいし、相手の状況や問題点が理解しやすい。

また、症状は、その人の「それまでの人生の総決算・集約点」という意味合いもあるので、その視点から原因・背景をじっくりと共同探究するといいい。

#### 2. 何故この時期か、何故この人か、何故この症状か

さらに、背景聴取に当たっては、①何故この時期に、②他ならぬ何故この患者に、③何故この症状が発生したのかを常に考えながら聴くことが大切である。

#### 3. 症状の構造理解の重要性

続いて、各症状（不眠、不安、抑うつ、無気力、心気症状、離人感、幻聴、妄想、過食、自傷行為など）の構造や成因についての理解があった方がいい。

#### 4. 患者の表現を助ける。知らない者は聞くことが出来ない

患者は、症状を初めとして表現能力に乏しい点があるので、治療者は、その表出・表現を助けてあげることが大事である。それ故、ゲーテが「知らない者は見ることが出来ない」といったように、「知らない者は聞くことが出来ない」のである。

同じく、状況因、性格因、身体因についてもいろんなパターンを理解しておき、なかなか表現出来ない患者から、話を無理なく引き出すことが肝要である。

#### 5. 分からないことを大事にすること

主訴や治療歴を正確に把握することは、第3回のゼミナールで話をするが、治療者として成長するには、簡単に【わかった】とは思わずに「どこがわからないか」を見つけることの方が大事である。また「わかっている点」と「わかっていない点」、そのどちらか判定しにくい点の区別も大事である。「わからない点をわかっていながら、なお分からない点は大事に抱えておく」というのは、困難なことだが、治療者の成長にとっては、最大のポイントであろう。

{後半}

#### 1. 遺伝要因について

原因の一つとして、遺伝についての質問が出た。遺伝に関しては、背丈を初めとする肉体的特徴や性格的なことはある程度伝わって当たり前である。それでは、精神疾患についてはどうかというと、神経症傾向やうつ病的パターンや統合失調的パターンやパーソナリティ障害パターンなどが、よりその人に（そういったパターンを来した親を持っている場合）強くでるかどうかということだが、これは肯定的意見もあれば、否定的見解もある。いずれにせよ、糖尿病ほどははっきりしているものではないようである。

筆者の見解を述べれば、神経症傾向、不眠症傾向、うつ病的傾向、統合失調症的傾向は、人間なら誰でもその傾向を持っているものなので、ある人はある心の病には絶対にかからないという保証はできない。多い、少ないは別として、全員が、心の病になる要素を遺伝的に引き継いでいるので、いつも心の病に陥らないように気をつければよいのである。もちろん、「うつ病を親が患っているので、特にそれに注意しよう」

と考えてもいいし、「発症に関して遺伝なぞは、些細な一要因なので、特に普通に生活していればいい」と考えてもいい。いずれにせよ、病気のような状態に陥るのはそれこそ無数の要因が絡むので、遺伝が決定的ということはない。

怖いのは、遺伝を決定的だととらえ、あきらめたり、絶望したり、不必要な恐怖に怯え、心の病の治療や予防を正しく行えない点にある。また、治療者の中で「これは遺伝だから治らなくて仕方がない。自分の責任ではない」という「悪しき合理化」が行われることはもっとも恐ろしいことである。

## 2. 患者に対する好き嫌い

続いて、どうしても好きになれないし、受け入れられない患者でも受け入れるべきなのかという質問が出た。

これに対しては、従来は「どうしても好きになれず、関心も持てないクライアントは引き受けられない方がいい」という意見が多かったが、筆者、はまず引き受ける・引き受けないを決める前にこの患者のどういう点が嫌なのか、どういう点で関心が持てないのかを自分に問うてみることから始める。そのことによって、患者の問題点だけでなく、治療者の課題も見えてくると思われる。

もっとも、実際に引き受けるとき、上記の問題に解決が見ていなければ、自分よりもその患者の役に立つ治療者を紹介するのが筋であろう。

いずれにせよ、好きな患者ばかりを受け持とうとしすぎると、治療者の成長は不十分となり、幅が狭くなる。

## 3. 自傷行為に対して

治療者の気を引くためにリストカットをしている女性クライアントに対して、どうすればよいかという質問が出た。これに対して、一定の答えはないが、筆者の日頃考えていることを答える。

まず、最初の契約が肝心である。この場合は、家族からの相談が先だったが、家族の希望していること、治療者の出来ること、出来ないことなどをはなしあい、家族と治療者の役割を明確にしておく。そして、相談や治療の目標をしっかりと設定しておくとともに、治療や相談は共同作業であることを確認しておくことが重要である。

本人が登場した時は、一層の契約の重要性が要求される。一番、ポイントになることの一つは自傷行為の禁止を入れるかどうかということである。

筆者の考えでは、入れた方が無難である。というのは、実際にそれを契約しておいても、リストカットをしてしまう可能性はあるが、契約事項に自傷他害行為の禁止条項が入って

いると、その問題を取り上げやすい。即ち「自分としては約束を守ろうとしたのに、ついやってしまったのかな。どうしてなんだろうね?」と言うことができ、それを治療的に取り上げやすいからである。

そして、そのことについて話し合っていく中で、「もっと先生（治療者）に注目してほしいかった」という話しが出たら、本人の寂しさ・頼りなさ等の心情を思いやりながら、その「注目してほしいと思った」理由の背景の探求や「口に出して言うことはできなかったのかな」という言語化の難しさを探っていくことが出来る。

#### 4. 自殺企図の既往のあるクライアントに対して

これは、そういう患者をひきついだ後、どうしていけばいいかということだが、この場合、引き継ぎのときが一つのチャンスである。この時、治療目標や治療のルールなどを取り決めておくと、後はやり易い。ただ、一回の面接で決められないとき何回かけても、初回のボタンのかけ違いはあと後まで影響するので一層大事である。

この時、もちろん自殺はしないという約束は大事だが、中には「この約束を守れない、守りたくない」というクライアントもいる。そういうクライアントに対しては、責めたりするより、守りにくい・守りたくない理由を探っていくようにすればいいだろう。

契約という堅苦しい言葉を使ったが、これはクライアントが重症になればなるほど重要である。何故なら、重いクライアントはそれだけ現実認識に乏しいし、幻想・投影と現実の区別がつかず、ちょっとしたことに傷つきやすい、ということもあるので、これは治療者の防衛のためではなく、あくまでクライアントの身を守るために必要なことだと、説明することが大事である。

#### 5. 職員（境界例の疑い）に対する上司の対応

境界例の疑いのある職員に対して、どう対応するかという問題は、結構頻繁にある。問題職員に対してどうしたらいいか苦慮している職場責任者は結構多い。

相談者はある保育園の園長で、問題となっている当事者は新人の保育士で、現在、うつ病ということで休職中とのことである。

その保育士は、昼休みに園長に「死に体」との電話を頻繁に掛けてきたり、過食傾向があったり、引きこもったりということで、仕事ができなくなってしまった、ということらしい。

園長は、本人と会って話をしようとしたが閉鎖的で、本心を明らかにしないので困っているとのことであった。

この保育士が境界例的傾向が強いかどうかは別にして、まず、園長がした方がいいことは、「自分はその保育士がどうなって欲しいと願っているか」「どうなって欲しくないか、どうなることを恐れているか」ということをまず吟味するということである。いわば、相手（保育士）より、自分（園長）の心の点検である。

その上で、園長として「自分の出来ること」「した方がいいこと」「出来ないこと」「しない方がいいこと」を想像してみることである。

それと弁えておいて欲しいのは、相手は非常に敏感で傷つきやすいことが多いので、簡単

に心を開こうとしないことを理解しておくことである。相手が心を開かないと嘆くのはやむを得ないが、本人の立場に立てば、簡単に相手を信用しにくいのである。

それから、相手の心は簡単にはわからないと考えた方がいい。普通に働いているかと思えば、突然「死にたい」と言い出す。本人は多分その時の感情のままに動いているので、全体として自分の心がどうなっているのか、本人自身もわからないと考えておく方が無難である。

従って、本人との心の交流や関係作りも容易ではないということである。無難な関係作りとしては、とりあえず園長が危険な存在ではなく、またやたらと干渉する人物ではなくて、相手の安全や気持ちを大事にする人であるということを知ってもらうことが大事である。

その上で、例えば、昼間の突然の電話（「死にたいです」といった）の例で言えば、電話や相談の時間や場所に対する取り決めをしておく方が安全である。本人はひどく衝動的になり易いので、約束・ルールといった構造枠がある方が安全なのである。

また医療機関やカウンセリングに通っているなら、本人の許可を得たうえで、医師やカウンセラーと面談して、聞きたい事を聞いたり、指導を受けるのもいい。出来れば、本人も同席している方が、情報が共有出来るので望ましいと言える。

その他、本人は時に極度に依存的になったり、極度に不信感を向けてきたり、めまぐるしくころころ変わると考えておいた方がいい。

それから、医療機関やカウンセリングに行っていない場合は、「自分の力だけで、今の問題（希死念慮、過食、引きこもり、仕事が出来ない、といった）を解決できるかどうか」聞いてみて、「難しい」と答えるなら、精神科医やカウンセラーといった専門家に相談することを勧めてみる。本人があまり乗り気でなければ、叱るのではなく、行きにくい理由を聞いてみるのがいい。

本人が行かずに、このままの状態を感じたら、本人の許可を得たうえで、両親に今の状態を告げ、両親にも加わってもらう。というより、両親に主役になってもらう。

それと、園長自身がクライアントになってカウンセリングを受け、カウンセラーから、本人の接し方に対して指導を受けるのも一つの手である。

他の心の病もそうだが、特に境界例的傾向のある人に対しては、決まったマニュアルがあるわけではなく、試行錯誤の連続である。

ということで、第二回の治療ゼミナールの内容をお知らせした。3回目に参加する方は、また治療・カウンセリングで困った問題を持ってきていただくと有難い。

治療ゼミナール第5号通信（2009.5.10.発行）平井孝男（解離、自傷特集）

最近、解離と自傷についての話をよく頼まれるようになった。事実、ここのクリニックや隣の新大阪カウンセリングセンターでも、解離と自傷の患者やクライアントが多くなっている。それで、この機会に一度、この二つについて考えてみた。

解離性障害のクライアントは自傷行為を起こしやすいし、自傷行為を繰り返す患者は、解離を伴っていることが多い。両者は不可分であると思うが、もちろん、全く同一というわ

けではない。ここで、話を分かりやすくするためにまず解離ということから始めたい。

## [第1部] 解離について

### 1. 解離現象は重大なテーマ

まず、解離が問題になる患者が多く、その対応に苦慮することが多いということである。少なく見積もっても、いわゆる純粹の解離性障害に筆者は百例以上出会っているし、日々増加している感を抱く。だから、解離は、重要な臨床的課題である。

第二に、解離現象は、解離性障害以外に、境界性人格障害はもちろんのこと、離人症やヒステリーなどの神経症、うつ病、心身症、統合失調症、てんかん、アスペルガー障害など、他の精神疾患でも、問題になることが多く、精神疾患全体に広く関わっている現象である。だから、解離は精神医学の根本的テーマの一つだと考えられる。

第三は、解離が、抑うつ、不安、イライラ、怒り、攻撃性、不満、葛藤（前葛藤）、困惑など、人間が日常出会う心理現象とも大いに関係し、解離を考えることで、人間心理の理解をさらに深められる。解離は健康な人間でもよくあり得ることなのである。

第四は、結論を先取りすることになるが、筆者は「解離が患者なりの必死の表現」の一つであり、「生き残るための手段」であるとも考えている。そうすると「有害な解離」以外に「有効で役に立つ解離」もあり、またその中間もあり得ることであろう。解離に限らず、精神症状のほとんどは、有害性だけではなく、有益性もあると思われる。だから、ここで解離の有害性と有益性について、考えてみたい。

第五は、解離の多くが、外傷体験を伴っているとされている。ただ、筆者から言わせれば、人間のほとんどは、多かれ少なかれ、また強い弱いは別にして、外傷体験を被っている。ただし、外傷体験をバネにしてその後の人生を強く生き抜く人もいれば、いつまでも外傷体験をひずったりして（或いは突然再帰したりして）生活の障害になったり、本人を苦しめたりすることも多い。この外傷体験の受け止め方の問題や、またまた、そもそも「外傷体験とは何なのか」「傷とは何なのか」を考えることも、大事である。

第六は、記憶の問題である。パスカルは「記憶は自分自身である」と言ったが、それは至言であると思う。だから「解離の主症状でもある健忘や記憶障害にある人は、「自分がない」という深刻な問題の中にいる。また、「記憶の無さ」は、「責任の無さ」にも通じてくる。従って、解離現象を通じて、記憶と責任の問題を考えざるを得なくなる。

第七として、解離の治療の問題がある。解離現象が日常でも起こりえるとしても、有害で、その人の生活を障害したり、周囲を困らせる解離もある。

そうなってくると、治療の目標の一つを「有害な解離」から「有害でもない解離」に移行させるということになるのかもしれない。解離の治療とは何か？解離現象で苦しむ人が、生きやすくなるには、どうしたらいいか、ということが、重大な問題になる。

第八は、解離現象の原因に関してである。解離は、当初、心理的原因が主なものと考えられていた。しかし、最近の研究によれば、幼児期に深刻な外傷を体験した人に、海馬の委縮が見られ、それが解離を起こすという、器質因を唱える人もいる。そこで、原因を考える中

で、そもそも「原因とは何か?」「心因とは?器質因とは何か?」を考えることも必要かと思われた。

第九は、人間は、生まれた時は解離状態にあり、それが徐々に統合されていくという、発達過程をたどるので、解離とは「統合不全の一つ」とも考えられる。治療的には、統合不全の観点から考えた方がうまく行きやすいこともあるので、この統合についても、考えてみたい。

以上、解離現象から、「増加する解離症状、解離患者」「解離は精神医学の根本的テーマ」「人間心理の基本的究明」「有害な解離と有益な解離」「外傷とは?」「記憶、責任とは何か?」「解離の治療目標（有害でない解離への移行）」「統合や統合不全」といったことが、連想された。ここで、それらすべてを論じつくすことは、到底不可能だが、上記のことを念頭に置きながら、解離の治療に携わる人に有益な医療情報を提供していきたい。

ただ、解離の問題は、相当複雑である。どこから始めようか、どこの切り口から行こうか、大いに迷っているし、筆者の気持ちはすでにこの点で大きく解離している。

それで、とりあえず、次の順序で話を進めようと考えている。

まず、第一は解離の定義である。これは、一般的な解離の定義以外に、精神医学、心理学、精神分析学的な解離の定義も入れてみた。

続いて、解離の機能（解離のメリットとデメリット）、解離症状、いわゆる狭義の「解離性障害」について、そして各精神疾患で起きる解離現象、病的解離反応の原因・背景を記す。そして、病的な解離・解離性障害の治療ポイントについて述べるが、ここは、接し方、見立て、説明、行動記録の有用性など、相当詳しく記していきたい。もちろん、以上は、一応の予定であって、話がどのように跳んでいくか筆者も予想がつかないが、とりあえず始めてみよう。

## 2. 解離とは?

## 3. 解離現象はどのように臨床場面に現れてくるか?