St. Luke's International University Repository

# こころのとらえ方に役立ついくつかのこと



| メタデータ | 言語: Japanese<br>出版者:<br>公開日: 2021-03-13<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者: 樋山, 光教, Hiyama, Mitsunori<br>メールアドレス:<br>所属: |
|---|---|
| URL | https://doi.org/10.34414/00015307 |

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

【第23回聖路加看護学会学術大会：教育講演】

# こころのとらえ方に役立ついくつかのこと

樋山　光教

## Ⅰ．はじめに

こころは目に見えないものであるが，確かに存在し，意識するしないにかかわらず，目に見える物質的な世界を動かす大きな力になっていると思われる．心身を病める患者は，種々の意味合いでの相互関係のなかで，こころも大きく動いていることであろう．この患者あるいは対象者に対して妥当なケアを提供するためには，霧のようにとらえにくく，移ろっていくこころを，できるだけ真の姿に近い形でとらえていくことが，ケアする側に求められる．この，こころのとらえ方について，筆者なりの診療のなかで培ってきた経験から，いくぶんなりとも役に立ちそうなことを，本稿で述べたいと思う．

## Ⅱ．心構え（前提）

### 1．関与しながらの観察（Sullivan HS）

よくある場合について考えると，何らかの問題を抱えた対象者がいて，その人の悩み事，困っている事を聞いていく状況だとする．質問は言語的に行われることが常であるが，そこにはどうしても聞き手の人柄がでてしまう．たとえば，対象者は聞き手の何気ない抑揚に話の進め方を考え，対象者の反応により聞き手もまた変化するといった，双方向的な様相を呈することを意識しておくべきである．

メラビアンの法則（Mehrabian, 1981）が示すように，人の好意や反感などの感情的な印象を決める要素のうち，話の内容などの言語情報は１割以下であり，見た目，表情，視線，身のこなしなどの視覚情報が半分以上，話し方，声の大きさ，言葉使いなどの聴覚情報が４割弱を占めるといわれている．しかし後述するような工夫を凝らし，こちらの聞き方の問題をなるべく少なくするようにしても，相手に拒否され，情報がほとんど得られないこともある．たとえば，意識障害や興奮，昏迷，選択的緘黙などの場合が，これに当たる．そういった場合にはそれも相手のコミュニケーションに関する情報のひとつと考え，その時点での非言語情報や周囲からの聞き取りなどをすることで，可能な範囲で相手を理解しようと努め，時間をおいてまた問いかける余地を残しておくことが必要である．

### 2．共　　感

前述の状況を踏まえ，こちらの心構えとしてはできるだけ共感的態度で相手の話に耳を傾けることが大切なことである．共感について杉原（2017）は「ありのままに，価値判断せず感じ，真摯に相手の思いを受け取る」といった主旨のことを述べている．そういうなかで，「それは辛かったですね」と相手の感情をなぞったり，相づちを打ったりするといった態度が，相手の本音を引き出すために有効と思われる．そして，この対応のなかには，すでに治療的要素が含まれていることになる．

### 3．沈黙を守る

こちらから質問することは必要であるが，その後は患者や対象者が語る内容をできるだけ遮らないように，口を挟まないように努めることがとても大切である．

筆者が精神科医になったばかりのころに，教授から言われた言葉をときどき思い出す．それは「ともに揺れる注意」（gleich bewegende aufmerksamkeit）という言葉で，患者が語る内容にともに注意を払っていき，あたかも「朝顔の弦が伸びる方へ任せ」聞いていく態度である．もちろん，これは時間的に多忙な現代の状況では絵空事のようであるが，基本的なスタンスとして可能な限り患者の思いにつきあわないと，相手の本音がでてきにくいことも事実である．したがって実務的には，あまり強迫的で仔細に述べる人などは多少遮りながら，また必要に応じて何回かに分けながら，沈黙／傾聴と時間のバランスをとっていくことが必要となる．

### 4．陰性感情に耐える

患者や相談者の不安，抑うつ，怒りといった陰性感情に対して，聞き手側が情緒的に反応して（最も広い意味での「逆転移」）拒絶的な態度をとらないようにすることが必要である．相手の陰性感情を抱えることで，相手のこころの負担は，少なくとも，一時的に軽減する．これは一種の‘染み抜き’ともいえ，下の布に汚れを移すのに似ているように思う．

もちろん，相手の病理が重く，そういった陰性感情を

東京医療センター精神科

すさまじい勢いで投げ込んでくるようなとき（境界性パーソナリティ構造の人の，投影同一化などがそのよい例である）には，ひとりで抱えずに，ミーティングなどを通じて周囲の仲間に話し，重さを分散し，なにが起こっているかを見直す必要がある．

こういった聞き手の機能も，もちろん治療的色彩を帯びたものであり，このはるかな延長線上にビオン（Bion WR）のいう「包容」（containing）やウィニコット（Winnicott D）の「抱えること」（holding）といった母親や治療者の機能や環境があると考えられる．

### 5．妥当な心的距離の保持

患者と聞き手とは，いわば成田のいう「職業的関係」にあり（白波瀬，2015），特に継続的にかかわる場合に注意すべきことであるが，つかず離れずの，妥当なあるいは適切な心的距離を保つことが肝要である．対岸の火事や他人事として無関心さがあらわになることを避けるべきなのは当然であるが，この人の悩みを何とか解決したいと本人の話に耳を傾けるうちに，入れ込みすぎて相手が引いてしまったり，個人的関係に入り込んであとで収拾がつかなくなるようになったりすることも，慎重に回避しなくてはならない．

この妥当さには共感的関与と同時に，この関係自体を離れて冷静に見る視点も必要と思われ，たとえていうなら，能の大家・世阿弥のいう「離見の見」（演者である自己の目を離れて，客席から客観的に演者を見ること）に通じるものがあるように思う．

さて，これらのことは少々うるさく感じるかもしれないが，以上を踏まえておくことは，「人を助けたい」と思う人が「人の話を聴く」うえで役に立つことであると考える．

## Ⅲ．ストーリーを紡ぐ（本論）

ある人の「問題」あるいは「病気」を理解するためには，その人のパーソナリティや生活史のなかに，その問題を位置づけたり，病歴を織り込んだりして，生き様全体を理解することが必要である．そしてそれがその人の内界や問題，病気の核心的なあるいは確度の高い理解につながると考える．

土居（1992）は『方法としての面接』のなかで，それを「ストーリ」とよび，「何かある人物や事柄を時間的経過を追って述べたまとまった話」と定義している．また吉松（2008）が「精神科診療の基本」という論文のなかで述べている「病気をめぐる『物語』としての病歴を含んだ生活史を構成していく」ということも，これと軌を一にすることと思われる．

この利点としては，問題や病気の軽重を問わずに対応可能なことである．たとえば，軽い神経症性の病態では，パーソナリティ傾向や生活史のなかから，病態が顕在化してくる過程が読み取れる．また，重い精神病水準の病態では，後述する‘変曲点’において，それまでの流れが異彩を放って断絶することになる．さらには，未病や診断名のつかないレベルの問題を抱えた個人や家族の問題も，こういった視点からみると理解しやすくなり，今後の治療やケア・対応のプラン，予後などについても見通しがつきやすくなるであろう．

### 1．5次元的鳥瞰：本人の目線に立って，本人だけでは気づきにくい景色をみる

可能な限り本人の目線に立ち，現在の3次元的生活の全体を見渡す．そのためには，本人から多くのことを聞き出さなければならないのはもちろんであるが（かなり侵襲的色彩を帯びうることを考えて，本人の隠しておきたい気持ちに沿って「わからないまま」にしておくこともときに必要なる），可能ならば，家族や会社，友人など，周囲の情報が多くあると，傍目八目的に，その人のおかれた状況が炙り出されてくる．それは，単独の木についてつぶさにみることももちろん大切であるが，一歩引いてその木がおかれている森のようすをみながら，そのなかの木に注目するという視点をもつということである．たとえば，若い人の症状や行動化などは，実は家族の抱えている大きな問題（病理）が‘弱い所’に表れているという見方ができるかもしれない．

上記のいわば空間軸に，この人の生活史，病歴という時間軸を入れ，さらにこれらに本人の心理的流れを足していくことで，かっこうをつけていうなら，5次元的に鳥瞰することにより，その人の病態や問題のよりよい理解につながると考える．たとえば「なぜ今日，精神科を受診したのか？」という問いへの答えは，精神科の敷居が高いからこそ，それを乗り越えなくてはならなかった‘のっぴきならない訳’がわかり，それが全体のストーリーの重要な部分に絡んでくる可能性がある．

### 2．時間軸の大切さ

精神科の見立てには，正常範囲の幅が広く，また個人差が大きいこととともに，生物学的因子（血液検査や画像検査など）があまり役に立たないという特徴がある．そこで，他の領域以上に時間軸が重要となってくる．

一例をとってみると，パーソナリティと病気を分けることは，横断面ではときに難しいことがある．具体的には，多弁・多動で軽躁状態を呈している場合でも，その状態が持続的で安定していれば，そういう人柄（「軽躁者」という）であり，有能で高度な達成をする人が多いのであるが，一過性でその後急速にうつ状態となってしまうのであれば，双極性障害Ⅱ型として治療が必要となる．なぜなら，後者ではうつ状態のときに自殺の危険性が増すからである．また，以前の抑うつエピソードのときの契機や症状の重さ，行動（自殺企図を含む）や持続期間，治療薬を含め，回復に効果があったことなどは，

今回のエピソードの対応や予後の予想に役立つ.

### 3．腑に落ちることを頼りに紡ぐ

ストーリーを紡ぐためには個々の事象（珠）を，こちらが「腑に落ちる」体験を頼りに，その人の実態らしきストーリー（数珠）にまとめ上げていく作業が必要となる．この「腑に落ちる」体験をもう少し説明すると，論理的かつ感情的な整合性（辻褄が合う）といえる.

自然に流れていかず，引っかかることには，なにかそこでは目に見えない他の要因があると推測される．たとえば，DV の夫から遠くの街に逃れていた女性が，あまり時間が経たないうちに舞い戻って，夫に見つかり半殺しの目に遭った場合では，なにかそういった危険を冒してまで，その街に戻りたい誘因があったことが推測される.

### 4．「わからない」ことについて：無知の知

こういうと身もふたもないことであるが，ある人の「真のストーリー」は，実はそう簡単には「わからない」ことが多いと思った方がよいかもしれない．人は「わからない」ことに関しては，どうにも心の収まりが悪く，早く「わかりたい」と思うものである.

実はこころを扱う人にとって，すぐには「わからない」感覚を保ち続けることは非常に大切な能力であり，土居（1992）は，詩人 John Keats の“negative capability”という言葉を引用し，「不確かさ，不思議さ，疑いの中にあって，早く事実や理由を掴もうとせず，そこに居続けられる能力」として取り上げている.

少々深い話につながるのだが，白波瀬（2014）は精神療法家の知恵として「無知の知」ということを提唱している．すなわち，専門家としての知識と経験から，患者のことはすでにわかっているような錯覚に陥る危険性があるのだが，まだ知らないことがあることを，知っていることから明確に区別し，それを理解するために積極的に患者の話を聴く姿勢の必要性を説いている．その姿勢を白波瀬は「患者の案内を受けながら，患者の心という『街』を歩き，その地図を作るように，患者の話を聞く」（白波瀬，2015）ことにたとえているが，これはまさにここで述べられていることに通じると思われる.

### 5．仮説設定とその検証の連続

上記と関連して，ストーリーはあくまで仮説である．本人や家族，友人等の「語られた事実」は，抑圧や否認，記憶錯誤や作為など，いろいろな心理過程の影響を受けて，真実とあるいは相互に食い違うこともよくある．当然あるべきものが欠如していたり，予想外の真実が明るみにでたりすることもままある．したがって，新しい「事実」が判明したときには，それを含んでなお，こちらが立てている仮説が成立するかを常に検証する必要がある.

この手続きを繰り返していくことで，次第に「真のストーリー」に近づいている可能性が高いことが推測される．これはある意味，内科診断とも同じといえる（福井，2002）.

## Ⅳ．耳よりな話（補足情報）

### 1．診断階層表（図１）

現在，世界的に流布している DSM-5（American Psychiatric Association, 2013）は疾患を併存症として，いわば横並びに並べているが，実際の臨床では，図１（宮岡，2004）のように軽重がある階層構造になっていると考えると理解しやすく，精神科診断の大枠での地図といえる．点線は無視して，太い線だけでも覚えていると，実際の臨床で非常に役立つ.

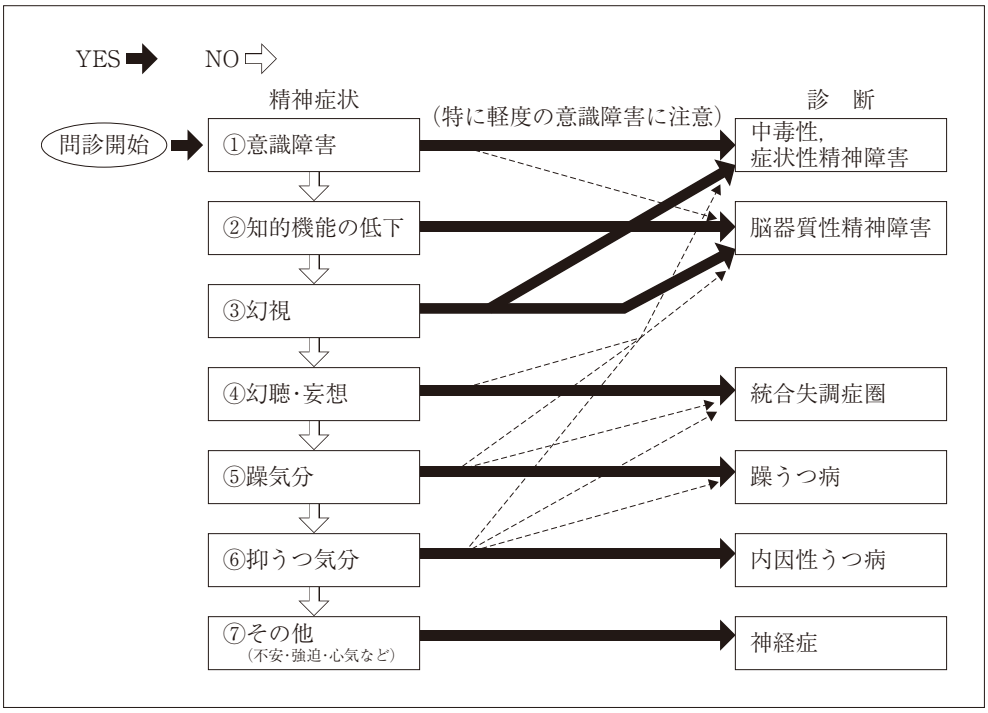
ここでは，精神症状が７つの階層に並んでおり（この並び順が重要である），それが６つの大きな診断名に分類される．見方としては問診開始から，まずは意識障害の有無をチェックする．チェック方法の詳細は省略するが，もしそれがあるならば，診断は中毒性あるいは症状性精神障害となる．つまり，意識障害は精神症状のなかで，最も強い（あるいは基本的な）ジョーカーのような存在で，代表的なものとしては「せん妄」が挙げられる．別の見方をすると，せん妄（意識障害）のときには，他の症状（知的機能［認知機能］の低下以下，幻視，幻聴・妄想，躁気分，抑うつ気分，不安など）はたずねていないので，あってもなくてもよいことになり，国試の問題などにも使えそうである.

興味深いのは幻覚のモードによる違いで，幻視が主体なら薬物か身体疾患となるものの，幻聴が主体なら統合失調症圏の疾患と鑑別されることである．統合失調症の診断が確定している人が，最近になって幻視がしっかり現れるようになったとすれば，アルコールや薬物に手を出し始めたか，身体の病気が併存し始めたことを疑うといった具合に使うことができる．ひとつ注意すべきことは，この図にはパーソナリティ障害や発達障害，精神遅滞などは盛り込まれていないことである.

### 2．精神病の指標

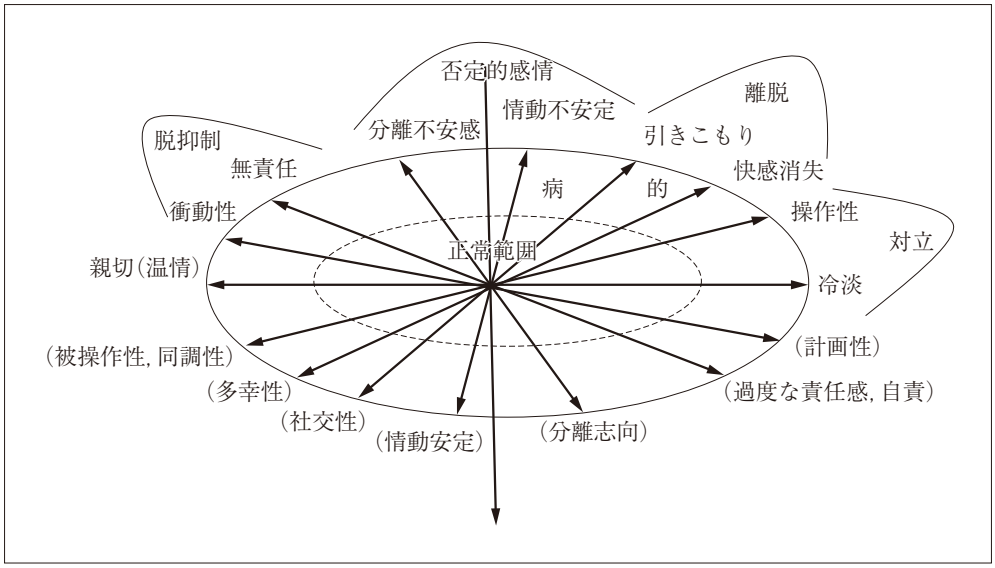
精神病とは生物学的異常を示す病気であり，統合失調症や躁うつ病などが挙げられる．その指標として，ヤスパースの「了解不能」やシュナイダーの「生活発展の意味連続性の切断」が挙げられる．後者の説明は「発病前後で，精神生活の意味ある反応や発展とはみなせない質的変化」（古茶，2017）ということであるが，もう少し平たくいうと「それまでのその人の心性からは意味を読み取ることができない質的に異なる言動」ということであろうか．たとえば，幻聴や妄想に支配された言動や，契機不明や場にそぐわない興奮などがそれにあたる.

こういった「生活史の変曲点」は多くの場合，精神病を示唆するが，パーソナリティ障害や発達障害などでも，それまで環境的に庇護されていたものが，取り払わ




出典）宮岡　等（2004）：精神症状から診断・治療へ．*日本医師会雑誌*，131（12）：S49.

**図１　症状からみた鑑別診断の考え方**




American Psychiatric Association（2013）/高橋三郎，大野　裕（2014）：パーソナリティ障害群の代替 DSM-5モデル．*DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル（第５版）*，755-762，医学書院，東京より筆者作成.

**図２　パーソナリティ特性（DSM-5）代替モデル**

れてできなくなり，症状化，行動化する場合もあると思われる．

## ３．境界の不鮮明さ

パーソナリティ障害は正常のパーソナリティ傾向／特性の不適応的変異（黒木ら，2014）ということで，境界は不鮮明である．DSM-5が今回診断基準に入れることを見送った代替モデル（American Psychiatric Association, 2013）は，図２に示すように，たとえば「引きこもり」という１つの軸について，逆の極を想定し（筆者が仮に「社交性」と名づけた），どちらも極端なら病的とみなし，ある範囲内なら正常範囲としている．他に冷淡，操作性，快感喪失，情動不安定など全部で25の軸を想定してパーソナリティ障害／特性の記述を試みている．

正常と異常（精神障害）の境界や，統合失調症と躁うつ病の境界も実は不鮮明なことが，生物学的，統計学的

にわかってきており，これまでのカテゴリー分類の限界から，ディメンション分類（３次元でXYZのような３つの軸をもつ分類）の方が適当なことがわかってきている．精神現象の‘曖昧さ’は内包されるものであり，診断基準によくみられる「著しい」という形容詞は，むしろ妥当なものであるといえるかもしれない．

## ４．mood shift を見逃さない

患者や対象者との話のなかで，相手が涙を浮かべたり，そわそわし始めたり，イライラしたりするようなときには，その話題がなにか本人の感情を動かす大切なことのありかを示唆していることがあるため，それについて話を進めてもよいであろう．

## ５．行動と言葉

言葉は大切な情報であるが，言葉より行動を重要視した方がよい場合もみられる．たとえば，病院の悪口をいいながらも決して退院しない人は，実は病院に居続けたい気持ちが強いといえるだろう（依存攻撃性）．

また，こちらがその患者の元を早く離れたいと思っていると，自分では気づかないうちにつま先が出口の方を向いてしまい，それを目ざとく患者に見破られるかもしれない（メラビアンの法則を参照）．

### 引用文献


American Psychiatric Association（2013）/高橋三郎，大野裕（2014）：*DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル（第５版）*．医学書院，東京．

土居健郎（1992）：*新訂　方法としての面接；臨床家のために*．36-49，医学書院，東京．

福井次矢（2002）：診断総論．*今日の診断指針（第５版）*，亀山正邦，高久史麿（編），５－９，医学書院，東京．

古茶大樹（2017）：伝統的精神医学とDSM；共通点，違い，診断，長所と短所．*精神神経学雑誌*，119（11）：837-844.

黒木俊秀，神庭重信（2014）：DSM-5時代の精神科診断．*DSM-5を読み解く１*，神庭重信，神尾陽子（編），1-22，中山書店，東京．

Mehrabian A（1981）：*Silent Messages；Implicit Communication of Emotions and Attitudes（2nd Ed.）*．75-80, Wadsworth Publishing Company, California.

宮岡　等（2004）：精神症状から診断・治療へ．*日本医師会雑誌*，131（12）：S49.

白波瀬丈一郎（2014）：無知の知，臨床実践におけるその重要性．*精神神経学雑誌*，116（9）：758-763.

白波瀬丈一郎（2015）：精神療法をめぐる「同行二人」．*精神療法*，増刊第２号：114-119.

杉原保史（2017）：*プロカウンセラーの共感の技術*．37-44，創元社，大阪．

吉松和哉（2008）：精神科診療の基本；気質と生活史を含めて．*精神科治療学*，23（6）：731-735.