

主体の成長という観点から心身医学を問い直す

藤井 康子

(赤坂こころのクリニック「ケイローン」、(独)国立国際医療研究センター国府台病院心療内科)

富士見 ユキオ

(富士見ユキオ心理面接室)

はじめに

心身医学の臨床で、“無意識内容の意識化”の促進、“心身相関の気づき”の促進、“身体的緊張の緩和”の促進は、一般的に治療的で、良いことと考えられがちなのではないだろうか？

この論考で筆者らは、これとは逆の主張を読者に印象づけたいと思う。そうかと言って上記のことすべてが有害と言いたいわけではない。筆者らの主張は、“これら3つの介入は、患者の状態によって有効な場合もあるが、場合によっては無効、あるいは有害であり、治療者がそれを見分けて介入を行うことが患者の利益になる”というものである。

坂野(2011)は、日本での自律訓練法の治療としての有効性について、“お蔵入り研究”の数が分からない点と、統制研究が少ない点から、十分なエビデンスがないと述べた¹⁾。石川(2014)は、“神経性食欲不振症において、他の治療法と比較して優れた治療法というものがないと述べた²⁾”と述べた。

この2つの例にもあるように、心身医学分野では、他の医療分野に比べて、治療法についてのエビデンス構築がより難しいという印象を筆者らはもっている。もし同じ診断名の患者に対して、上記の3つのような基本的な介入の方向性が、ある場合には有効で、別の場合には有害であるという現象があるとしたならば、具体的な個々の治療法についてのエビデンス構築が難しくなるのは当

然と考えられる。

この論考は、DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) を始めとする現行の操作的診断基準の盲点に関するものである。その盲点というのは、同一の診断に分類される患者集団内の、量的な差異ではなく、質的な差異のことである。

この論考では、先に挙げた3つの介入について、わずかずつではあるが、過去の主要な議論を踏まえながら順番に焦点を当てて論じる。

“無意識内容の意識化”の促進は一般的に治療的と考えられてきたのか？

フロイト(1893)は、プロイアーとの共著“ヒステリー研究”において、感情が抑圧されたままになっていることが神経症の特徴であることを考察し、カタルシス法、即ち抑圧された反応の解放を起こさせることが、これらの患者の治療にとって有効であると述べた。

他方、フロイトの愛弟子であったフェダーン(1947)は、健康な自我境界が機能している領域も持ちながら、ある特定の事柄については、自我境界の障害が出現する患者を潜在精神病と呼び、これらの患者に対しては、抑圧の解除とは正反対の抑圧/再抑圧が有効であると述べた³⁾。再抑圧とは、既に意識に多く持ち込まれすぎた無意識内容を、再度無意識下に戻す、ということを目指す。また、潜在精神病患者にみられる神経症的な防衛(例えば強迫的な防衛)を標準的な精神分析により治療し、取り除くことが、統合失調症の発症につながると警告して

いる。そしてむしろ逆に、治療者がこれらの患者の神経症的な防衛を敬い、応援することを推奨している。

フェダーンの時代には、現代のような病態水準の概念はなかったが、カーンバーグ（1975）の人格構造論⁴⁾に影響を受けた病態水準の考え方によると、フェダーンが潜在精神病と呼んだ患者の人格においては、精神病水準の部分と、神経症水準の部分同居していることになる。カーンバーグが境界性人格構造と呼んだ患者も精神病水準と神経症水準の特徴を合わせ持つが、これはフェダーンの潜在精神病よりも、永続的な精神病状態に陥りにくい、より安定した人格構造を指している⁵⁾。フェダーンは、潜在精神病では、精神病水準の問題が解決する以前に神経症水準の部分を治療することは禁忌であり、神経症水準の部分は、むしろ治療における盟友、リソースとして活用すべきとしている。

また、潜在精神病的疑いがあるが、判別が難しいときには、試験的な標準的精神分析技法を用いてみて、その介入への反応をみて潜在精神病かどうかをみるべきとの考えも述べている。治療者の解釈への抵抗がほとんどなく、自由連想が豊か過ぎる場合は、潜在精神病の可能性が高いとしている。

フェダーンはまた、フロイトが神経症患者の内面を主に扱ったのとは対照的に、潜在精神病患者に対しては、家族への働きかけやソーシャル・ワーク、環境調整を重視し、患者個人の内面への働きかけは慎重にするようにすすめている。

以上より、精神医学史の当初から、精神疾患の患者には、2種類の状態が存在すると考えられてきたことが分かる。ア：すでに抑圧する能力を十分にもっており、抑圧の解除により改善する状態／重症度と、イ：抑圧する能力を十分にはもっておらず、抑圧の解除を行おうとすると悪化し、治療者が抑圧を応援することで改善する状態／重症度である。

“心身相関の気づき”の促進は 一般的に治療的と考えられてきたのか？

吾郷（2004）は、心身医学的療法の5段階を提案する際、心身相関の気づきの促進を第3段階に位置づけている⁶⁾。これはつまり、患者に対して心身相関の気づきをうながすのに適切な時期は、治療者の介入により、患者がストレス状態から開放され、安定と症状消失の体験をした後という考えである。

治療者の介入により患者をストレス状態から解放する

という介入は、フェダーンが潜在精神病に関して重視した環境や家族への働きかけと類似している。

“心身相関の気づきをうながす”ということは、これまで患者が自覚していなかった、身体症状の背景にある心理社会的要因を自覚させるということであり、“無意識の意識化を促すこと”についての項で述べた“抑圧の解除”の身体症状版と言える。そしてこれは患者の内面への働きかけでもある。

つまり吾郷は、治療初期は患者の内面に積極的に働きかけるのではなく、フェダーンの環境調整に類似した介入から始め、それによって患者が安定した段階で始めて、フロイトが神経症患者に対して行ったような内面への介入を行うようすすめているのである。

石川（2001）は“心身症患者への心理療法の適応とその限界”の中で、“心身症患者は、特に重症者では（中略）心理的な問題を不用意に扱って抑圧されていた不安や怒り、恐怖、悲哀などが、抑制が効かない状態で表出され、それに伴う身体機能の変化が身体病の悪化を招くことになり危険を伴うことになる。”と述べている⁷⁾。

以上から、心身症患者においても少なくとも2種類の状態、重症度または時期があると考えられてきたことが分かる。ア：心身相関の気づきの促進（抑圧の解除）を行うことで改善する状態／重症度／時期と、イ：心身相関の気づきの促進（抑圧の解除）が無効または有害で、治療者が抑圧を応援した方がよいと推測される状態／重症度／時期である。

“身体的緊張の緩和”の促進は 一般的に治療的か？

W. ライヒの“筋肉の鎧”と

A. ミンデルのプロセス指向のボディワーク

フロイトの弟子であったライヒ（1926）は、過去の強い情動体験と関連した筋緊張を、身体的なアプローチを通して取り除く心身医学的な治療法を提唱した⁸⁾。ライヒがこのような筋緊張を“筋肉の鎧”と呼んだことは有名である。ライヒの治療は、“筋肉の鎧”によって抑圧されていた感情を解放することを意図していた。

ライヒは、筋緊張について、リビドーの循環を阻害するというマイナス面にのみ着目し、比喩として用いられた“鎧”の本来の目的である“防衛”としてのプラス面を評価することはなかったようである。

他方、ユング派の分析家であったミンデル（1989）が創始したプロセスワークの身体症状へのアプローチは、

目的論的に“身体症状には意味がある”ことを想定し、まず始めに症状についての知覚に基づいた情報を得、それを手がかりとして症状の体験を増幅または展開していくことにより、症状それ自体の中に、癒しへの道筋を見いだしていこうとするものである⁹⁾。そのため、ライヒとは異なり、身体的緊張にも積極的な価値を見出だそうとするとその特徴がある。より正確にいうと、身体的緊張の性質を知覚に基づいた情報を通して把握し、その性質をチャンネルに沿って増幅または展開することで緊張の体験を深め、患者自身が緊張の意味を自覚したり、治療者がその意味を応援したりすることを通じて、結果的に身体的緊張を緩和しようというアプローチである。

要約すると、プロセス指向のボディワークでは、いきなり筋緊張の緩和を目指すのではなく、まず緊張の意味や目的（例えば抑圧）を尊重、応援し、患者がその目的を緊張以外の手段で十分に果たせるようになってから緊張を緩和する、という二段構えの治療を意図しているのである。

筋緊張にアプローチした文献中の事例の検討

身体的緊張に対して、プロセスワークや、自律性中和法のアプローチを適用した事例の経過を文献より紹介しながら、緊張の緩和が有効な場合とそうでない場合について考察する。

ミンデル著『ドリームボディ・ワーク』より、52～55 ページの事例¹⁰⁾の要約

顎の筋肉が緊張していた男性。緊張の意味を取り扱わずに、マッサージで緊張を取り去ったところ、抑うつ状態と自殺願望が生じた。

その後のミンデルによるセラピーの中で、この男性の顎の筋肉の緊張の意味と、緊張の緩和後に抑うつ状態と自殺願望が生じたことの意味が、プロセスワーク的に探求された。この男性は、外的な問題から逃避せずに、毅然として立ち向かう（強い顎で噛み砕く）ことが必要な状況にあり、リラックスすることは適切ではなかったと考えられた。

〔事例の筋緊張についての考察〕

本人の意図と関係なく起きていたこの男性の顎の筋肉の緊張に、“外的な問題に主体的に対処する”という男性の二次プロセス（本人の意図と関わりなく自然に生起する無意識的なプロセス）¹¹⁾が、表れていたと考えられた。

この事例は、緊張の意味を尊重することなく、緊張を取り除いた結果、重大な副作用が生じた場合であったと考えられる。

ミンデル著『ドリームボディ・ワーク』の藤見（1994）による解説中の事例（243～245 ページ）¹²⁾の要約

幼児期に繰り返し虐待を経験した、30代の女性。“自分がない”ということの主訴とする重い病態水準のクライアントで、同時に、肩や背中が異常に硬ばるという症状も合わせ持っていた。それまで、リラクゼーションや姿勢を正すといった、各種のボディワークを試みたのであるが、数日は楽になるものの、すぐに元に戻るか、以前よりも身体が硬くなったり、自己喪失感が増したりすることさえあるとのことだった。

身体が硬くなるプロセスを尊重し、それを意図的に体験してもらおうようにすると、彼女は“他人との間に境界をつくることができる”こと、“距離をおいて嫌なことは嫌とはっきり言える”ことを体験し、その後身体が楽になるという体験をした。これを機に彼女は少しずつ他人との境界をつくるということを育んでいき、他人に侵入される事が少なくなり、身体の硬ばりも少しずつ消失していった。

〔事例の筋緊張についての考察〕

この女性の肩や背中の硬ばりは、他者との境界づくりの始まりであったと考えられる。それを尊重せずに、筋緊張を緩和させるボディワークは、重大な副作用を生じさせていたと考えられる。

藤見著『痛みと身体の心理学』より、84～86 ページの事例¹³⁾の要約

首・肩のこりを抱えた男性が、症状を深く体験していくと、全身をカバーするプロテクターのような、鎧のようなイメージが浮上し、それが“護り”と感じられ、それを実感したとたん急に身体の緊張がゆるんでいった。これがきっかけで、この男性は少しずつ自分の中の不安や恐怖と取り組めるようになっていった。

〔事例の筋緊張についての考察〕

この男性の首・肩の緊張は、この男性が直接取り組むことができなかった不安や恐怖の対象からの“護り”として機能していたと考えられる。“直接取り組むことができなかった”という記述から、この男性は不安や恐怖を抑圧ではなく、スプリッティング（解離）していたと考えられる。人格構造論によると、スプリッティングは精神病水準や境界例水準に相当する原始的な防衛である。

さらにこの男性は、緊張の意味を尊重したワークにより、不安や恐怖と取り組むことができるようになり、抑圧する能力も獲得されていった、と考えることができる。

この事例の筋緊張が、もし、その意味を尊重されることなく取り除かれていたら、重大な副作用を生じた可能性がある。緊張の意味を本人が実感したことで、無理なく緊張の緩和が図られた事例と言える。

藤見著『痛みと身体の心理学』より、86 ページの事例¹⁴⁾の要約

対人恐怖を主訴とし、面接場面で頭痛を訴え、身をすくめてセラピストから距離をとっていた女性。頭痛に注意を向けると“きついヘルメットをかぶっている感じ”とのことであった。セラピストが、ヘルメットのきつさに注意しながら、適切な距離感について確認するよう提案すると、面接室の一番端までいき、安心するにはまだ距離が必要とのことであった。どのくらいが適切かとの質問に対して“2 人の間に 30 メートルほどの厚さの壁が必要”と気づき、発言すると頭痛が楽になった。

〔事例の筋緊張についての考察〕

この女性の頭部の筋肉の緊張は、対人関係における守りとして機能していたと考えられる。もしそのことを尊重せずに、筋緊張が取り除かれたとしたら、対人恐怖の悪化を招いた可能性があったと考えられる。

原、石川、吾郷（2002）の症例報告『FD 患者に対する自律性中和法の適用の試み』の事例¹⁵⁾の要約

自律性中和法とは、自律訓練法の実践中に自己正常化に向けて生じてくる様々な反応（自律性解放¹⁶⁾）を積極的に促す治療技法である。

上腹部痛、悪心、食欲不振などの機能性ディスペプシア（FD）症状が続いている女性。幼い頃からの親との関係で形成された感情や欲求を抑圧する習慣が病態に密接な影響を与えていると考えられたため、自律性中和法を用いたところ、様々な感情が言語化され、自身のあり方への気付きが深まり、今後の人生へ向けての再決断が可能となった。症状はすべて消失した。

〔事例の筋緊張についての考察〕

筋緊張の緩和にともなう反応を利用した自律性中和法により、抑圧が解除されたことが、治療につながったと考えられる。

5 つの文献中の筋緊張にアプローチした事例の検討のまとめ

筋緊張の緩和に関する 5 つの事例から、少なくとも次の 2 つの状態を想定する必要があることが分かる。ア：身体的緊張の緩和を行うことで改善する状態／重症度／時期と、イ：身体的緊張の緩和が無効または有害で、治療者が緊張の意味を応援した方がよいと推測される状態／重症度／時期である。

5 つの事例における筋緊張の意味について考察する。例 1 の顎の緊張は、“外界の問題への主体的対処”の意味があったが、これは、“外界に対する防衛”と言い換えることもできる。例 2 の肩や背中での緊張は、“対人関係において境界を持つ”ことの始まりであった。これは“対人関係における他者からの防衛”と言える。例 3 の首・肩のこりは、“外界からの防衛”兼“不安・恐怖からの防衛（スプリッティング）”であると言える。例 4 の頭部の緊張は、“他者からの防衛”兼“対人恐怖からの防衛”と言える。例 5 の筋緊張は、臨床問題となっているわけではないが、欲求や感情の抑圧と関連していると考えられ、“抑圧”という、無意識に対するスプリッティングよりも高度な防衛の意味があったと考えられる。

結 論

“無意識内容の意識化”の促進、“心身相関の気づき”の促進について、過去の議論の中で一般的に治療的と考えられてきたのかどうか、“身体的緊張の緩和”の促進について一般的に治療的かどうかを検討した。

検討の結果、三つの介入のいずれについても、ア：その介入が有効な状態／重症度／時期と、イ：その介入が無効または有害で、逆の介入がよいと推測される状態／重症度／時期がある、と共通して考えられた。

よって、最初に述べたように、治療者がアとイの状態／重症度／時期を見分けて治療を行うことが患者の利益になる、と筆者らは主張する。

ディスカッション

しかし、上記の筆者らの主張は、アとイの状態／重症度／時期を適切に見分けるツールがなければ、実現できないだろう。

フェダーンが注意を促した潜在精神病は、一見神経症と同様の症状を示すことから、医学的診断により両者を自動的に判別できるという考えは誤りであろう。石川が述べたような“重症の心身症患者”もまた、潜在精神病と同様の特性をもっていた可能性がある。また、その人の状態はライフ・イベントや環境や成長によって変わり得ることから、過去にその人に対して行った見立てをただ踏襲するのも誤りと考えられる。

抑圧やスプリッティングや気付きのなさが、防衛の一形態ととらえられること、身体的緊張もまた、検討した事例において多方面に対する防衛と考えられたことから、本稿でとりあげた三つの介入についての患者の2種類の振る舞い(ア、イ)の共通項をより一般化すると、ア:防衛能力が十分あり、防衛の解除が有効な状態/重症度/時期と、イ:防衛の解除が無効または有害で、防衛能力の強化が有効な状態/重症度/時期、という図式が浮かび上がる。

この図式を元に、二種類の状態を見分け易くするために筆者らが作成したのが“主体の成長モデル¹⁷⁾”である。主体の成長モデルでは、本稿で“状態/重症度/時期”と呼んだものを“主体の成長度”と呼んでいる。同じ診断名の患者であっても、主体の成長度によって介入への反応が異なると考えられるため、主体の成長度ごとの治療法についてのエビデンス構築を進めることが、治療を受ける患者の利益になると筆者らは考えている。

しかし、実際にその目的で主体の成長モデルを使用する場合、一義的に主体の成長度を特定することが難しいという重大な問題が考えられる。この問題の解決については、今後取り組んでいきたいと考えている。

文 献

- 1) 坂野雄二: 自律訓練法と EBM —自律訓練法って本当に効くの?—. 日本自律訓練学会第 34 回大会教育講演, 2011
- 2) 石川俊男: 摂食障害との出会い—昨日、今日、そして明日へ向けて—. 日本心身医学会第 55 回学術講演会会長講演, 2014
- 3) Federn, P.: Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *Am J Psychother* 1: 129-44, 1947
- 4) Kernberg, O.: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, pp3-47, 1975
- 5) McWilliams, N.: Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. Guilford Publications, Inc., 1994 (成田善弘, 神谷栄治,

北村婦美(訳): パーソナリティ障害の診断と治療. 創元社 p60, 2005)

- 6) 吾郷晋浩: 心身医療のエッセンスの会得とその実践. *日心療内誌* 8(3): 141-147, 2004
- 7) 石川俊男: 心身医学の立場から. 古川武彦, 竹島正(編): これからの精神保健. 南山堂, pp102-103, 2001
- 8) Reich, W.: Character Analysis 3rd, enlarged ed. Carfagno, V. (英訳), Higgins, M., Raphael, C. (編). Farrar, Straus and Giroux, pp355-397, 2013
- 9) Mindell, A.: Working with the Dreaming Body. Penguin Books, 1989 (高岡よし子, 伊藤雄二郎(訳): ドリームボディ・ワーク. 春秋社, pp19-34, 1994)
- 10) Mindell, A.: Working with the Dreaming Body. Penguin Books, 1989 (高岡よし子, 伊藤雄二郎(訳): ドリームボディ・ワーク. 春秋社, pp52-55, 1994)
- 11) Mindell, A.: River's Way: Process Science of the Dream Body. Routledge & Kegan Paul PLC, Law Book Co. of Australasia, 1985 (高岡よし子, 伊藤雄二郎, 小川捷之(訳): プロセス指向心理学. 春秋社, pp56-57, 1996)
- 12) Mindell, A.: Working with the Dreaming Body. Penguin Books, 1989 (藤見幸雄(解説): ドリームボディ・ワーク. 春秋社, pp243-245, 1994)
- 13) 藤見幸雄: 新潮選書痛みと身体の心理学. 新潮社, pp84-86, 2004
- 14) 藤見幸雄: 新潮選書痛みと身体の心理学. 新潮社, pp86, 2004
- 15) 原信一郎, 石川俊男, 吾郷晋浩: FD 患者に対する自律性中和法の適用の試み. *日心療内誌* 6(1): 3-9, 2002
- 16) W. ルーテ(編), 池見西次郎(監修): 自律訓練法第 V 巻—自律中和のダイナミックス—. 誠信書房, pp7-17, 1973
- 17) 岩村康子, 富士見ユキオ, 石川俊男: 身体的、精神的、社会的健康を実現する医療のための「主体の成長モデル」作成の試み—「病態水準」と「心身医学的療法の 5 段階」と「M. Mahler の発達モデル」をもとに—. *心身医* 52(11): 1034-1046, 2012 (注: 文献¹⁷⁾の第 1 著者と、本論文の第 1 著者は同一人物である。文献¹³⁾、¹⁴⁾の著者と、本論文の第 2 著者は同一人物である)

編集・制作協力: 特定非営利活動法人 ratik

<http://ratik.org>
