

## プロセスワークの多次元的身体

主客の転倒によりもたらされる気づき

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

心身相関への気づきは、心身医学的治療の鍵である。

西洋近代医学は、デカルトの心身二元論を背景として、心と身体を別個の存在として扱い、客体としての身体のみを観察対象とすることで発展してきた (biomedical model)。心については、脳機能に還元する見方が主流であった (biomedical reductionism)。このことへの反省に立ち、20 世紀初頭に、エンゲルが bio-psycho-social medical model を提唱したことから心身医学が生まれ、心身相関が取り扱われるようになった。この場合の心身相関とは、理性的な観察者である治療者が、客体としての患者の身体と、患者の主観 (心) の関係を取り扱うということである。これは、心身二元論に基づく心身医学と言えるだろう。心身二元論に基づく心身医学においては、患者の主観的な身体の体験は、身体的な異常がなければ、純粹に心のこととして取り扱われるか、逆に身体的な異常があれば、身体のこととして取り扱われるかのどちらかになる。よって、主観的な身体の体験が、同時に無意識的な心でも身体でもある存在 “ドリーム・ボディ<sup>1)</sup>” として取り扱われるということはない。むしろ、両者を分けることが医学の役割とされるからだ。

他方、第二次世界大戦後、米国を中心とする西洋先進国において、心身一元論の立場に立って心身統合を実現しようとするソマティック心理学と総称される心理学と

ソマティックスと総称されるボディワークが台頭してきた (久保, 2011)<sup>2)</sup>。ソマティックスという言葉は初めて使用したハナ (1986) は、固有知覚を通じて内側から主観的にとらえられる身体の体験には、外部から第三者がとらえる客観的な身体の情報には還元されない情報が含まれているとし、一人称の主観的な身体を扱うアプローチとして、ソマティックスを定義した<sup>3)</sup>。このような主観的な身体の体験を含めて心身相関を探求するのが、ソマティック心理学の特徴である。この場合の「心身相関」は、心身二元論的な心身相関ではなく、ホログラフィックでフラクタルな、心身一如の「心身相関」である。

他方、コフォートの自己心理学を発展させ、間主観性理論を提唱したストロロウ、アトウッド、オレンジら (1997) は、患者と治療者のやり取りの中で間主観的に生成される体験 (二人称の体験) は、必ずしも二人の独立した主観 (一人称の体験) またはその足し合わせに還元されない情報を含む、としている<sup>4)</sup>。富士見、岸原 (2011) は、このような間主観的アプローチの視点と、プロセスワークのフィールド理論<sup>5)</sup> を組み合わせて、二人称の間主観的な身体\*1 という概念をプロセスワーク<sup>6)</sup> に持ち込んだ。

本稿では、主観的な身体の体験を扱うソマティック心理学の一つである、プロセスワークの身体症状のワークの例を取り上げ、心身二元論の立場に立った心身医学のアプローチと、心身一元論の立場からのアプローチの違い

\*1 富士見ユキオ、岸原千雅子、私信、2011年10月

いを具体的に解説する。実はプロセスワークで扱う主観的な身体：ドリーム・ボディを、上記の主客と人称の観点から説明すると、“主観を越えた主観的な身体”、“主観であり客観でもある身体”、“一人称でもあり、三人称でもある身体”というような甚だおかしな表現になってしまう。これは一体どういうことであろうか？（当日のシンポジウムにおいて、筆者のこの部分の説明が不十分であったために、会場と筆者自身を混乱に巻き込んでしまったことについて、平にご容赦いただきたい。）この点を、事例に即して分かりやすく解説する。

### 富士見ユキオ（藤見幸雄）

#### 『痛みと身体心理学』<sup>7)</sup>より、事例の要約

藤見が開業する面接室に、藤見の知人の内科・小児科の医師の紹介で、小学校低学年の男の子が、両親とともに、来談した。男の子は、腹痛と下痢の症状があり、不登校だった。

両親は自分たち家族のことを“いたってまじめで頑固、柔軟性に欠けるところがある”と何度も語った。また、母親には強迫的なところがあった。

初回面接のときに治療者は、家族全体に遊びがない印象を受けた。

何回かカウンセリングを続けるうちに、どういうときにその子がお腹が痛くなるのかというパターンが見えてきた。それは、両親の雰囲気が悪くなり、場に緊張が走るときだった。父親と母親にそのことをたずねると、そういえば二人は最近、口をきかないことが多い、話すときは、よく口論する、ということだった。そして、そんな時に彼はきまって“トイレに行く”とのことだった。

最初は治療者もそのパターンを把握していなかったのので、“お母さん、お腹が痛い、うんこ”とその子に言われると、そのことの重要性に気づかず、ひとりでトイレに行ってもらっていた。男の子がトイレから出てくると、母親が心配して“どう？どうだった”と聞き、彼は“ん”と一応の返事をしていた。

しばらくして、また両親が言い争いを始め、場の空気が悪くなると、彼は“お腹が痛い”と言い出し、またトイレに行ってもらおう、というパターンのくり返しだった。

内科・小児科医によると、下痢・腹痛の原因となるような器質的異常はないとのことであった。

しかし、下痢という客観的に観察可能な症状があり、その頻度、持続期間などの細かい情報はないが、大腸の機能的な異常と考えられる。

また、両親の雰囲気が悪くなるという心理社会的因子が、その症状発現に密接に関連しており、心身症と考えるとよいと思われる。

### 心身二元論に基づく心身医学からの見立て

まず、男の子の客観的な身体の状態として下痢がある。腹痛は、男の子の主観的な症状でもあるが、下痢に伴う腹痛と考えられることから、心のことではなく、身体のこととして分類する。さて、下痢・腹痛を呈するときの男の子の主観（心）はどのようなものか、ということについて直接的には触れられていないが、両親の口論と関連した心の変化が生じていることが推測され、これが、下痢や腹痛の原因として想定されることになる。

このような見立てに基づく介入として、例えば、治療者が両親の口論に対して働きかけるということが考えられる。

### 実際の事例の経過

#### （ドリーム・ボディのワーク）

治療者（藤見）が男の子に、“今度トイレに行きたくなったとき、もし（今カウンセリングをしている）この部屋の中に（空想の）トイレがあって、ここで〇〇君が大便をしてもいいとしたらどうする”とたずねると、彼は何も答えなかった。

治療者はこの介入を行いながら、男の子が本当に部屋で大便をするのではないかと不安と恐怖も感じていた（男の子がそれまでに失禁したことはない）。

一瞬場がしら一っとし、雰囲気が悪くなり、緊張感が高まった。

両親が、また口論を始めそうになったそのとき、彼はお尻をもぞもぞと動かし始めた。しかしすぐにそれをやめてしまう。が、また始め、またやめてしまう、ということが繰り返された。

そこで治療者は彼のお尻の動きをまね、“もっとお尻を動かしてもいいんだよ”と伝えた。

すると彼は、お尻を徐々に動かし、立ち上がって、“ピーリビリビリ、うんこ、ブーブーブー、おなら”と言いながら、（想像上の）うんこおならを両親にひっかけ、いたずらを始めた。

そうしているうちに、彼の様子が生き生きとしてきた。始めあっけにとられていた母親も、お腹をかかえて笑

い始めた。父親はぶすーっとしていたが、男の子は、（あんなにしょっちゅう下痢していたにもかかわらず）“あーすっきりした、便秘がなおったみたい”、と元気に言った。そして、このことをきっかけに登校するようになり、お腹の調子も良くなっていった。

### 事例における一人称、二人称の主観的な身体

ドリーム・ボディについて考察する前に、事例の経過中に見られる一人称と二人称の主観的な身体を同定する。

- ・ 男の子の主観的な身体の体験：“便秘”（実際には、しぶり腹、残便感などの便が“すっきり”とは出ない感じを表しているのだろう。）
- ・ 二人称の身体（両親と治療者の間主観的な身体）：男の子が部屋で大便をするのではないかという不安・恐怖感。母親の強迫性の背景にある不安を治療者が共感的に、また逆転移として感じとったものと考えられる。また、治療者の介入後に高まった両親と治療者の緊張感。これらは、両親と治療者の間主観的な身体の体験であると同時に、治療者の一人称の主観的な身体でもある。

### ドリーム・ボディとは

ドリーム・ボディ（二次プロセス<sup>8)</sup>的、即ち無意識的な身体）とは、身体症状の犠牲者である患者の一次プロセス<sup>8)</sup>（即ち主観）の背景にある身体症状そのものや、身体症状の作り手のことである。この事例では、男の子に、下痢についてどう感じているかを質問していないこと、男の子が率先して受療行動を起こしたわけではないと考えられることから、男の子の主観として、下痢について困っていたのかどうかは、うかがい知ることができない。男の子は便が“すっきり”と出ないことには困っていたが、下痢には困っていなかった可能性がある。一方両親は、明らかに男の子の下痢で困っており、受療行動を起こしたと考えられるため、両親は男の子の下痢の犠牲者であると言える。このため、男の子の下痢（またはその作り手）を、家族全体のドリーム・ボディととらえることができる。

ドリーム・ボディは無意識的な心と身体を包含した、

心と身体それぞれ単独よりも、より高次元の、“魂”のような存在とプロセスワークでは考えている。よって、心身二元論に則って、心と身体のどちらかまたは両方に還元するだけでは、その全貌を知ることができないということになる。

プロセスワークでは、ドリーム・ボディを、癒しへの知恵や目的や意図をもった存在と考える。単なる身体が、この家族全体の癒しへの知恵や目的や意図をもつとは通常考えられない。また、男の子や家族の心（主観）がその知恵や目的や意図をもっているのならば、患者やその家族がそれを利用するのに治療者の手助けはいらないだろう。同様に、男の子の無意識的な心が、その知恵を持っているのならば、家族の場や男の子の身体はワークに必要なだろう。

### 事例におけるドリーム・ボディワークの解説

この事例で治療者は、下痢という症状が、家族の癒しにつながる知恵を有していると考え、その知恵を引き出すために、無意識的な心でも身体でもある存在として扱ったのだ。

ドリーム・ボディの知恵を引き出すために治療者のとった手順は次のようなものであった。不随意的に（男の子や両親が意図せずして）起こってしまっている下痢の症状を、家族の場の中で、意図的にやってみよう男の子にすすめたのだ。この介入を、始めに説明した“主客”、“人称”の枠組みで説明すると次のようになる。客観的な症状であった下痢に、主観を導入すること、そして、“私”ではない“症状そのもの／症状の作り手”が起こしている三人称的な症状に、一人称を導入することである。“症状を主観的、一人称的に体験する”というのと、通常下痢の犠牲者側を体験することと誤解されやすい。なぜなら、犠牲者側の体験は、始めから主観的、一人称的であるからだ。そうではなくて、もともと客観的、三人称的であった症状そのもの／症状の作り手を主観的、一人称的に体験し直すということがこのワークのみそである。

“主・客”という言葉を用いるとき、観察の主体が“主”であり、観察の対象が“客”である。患者や家族は、通常症状の犠牲者の側から症状を観察している。ドリーム・ボディのワークにおいては、今まで彼らにとって観察の対象であった側に、主体の立脚点を移動させること（主客の転倒）が必須であるのだ。

実際にプロセスワークでは、主客を転倒させ、二次プロセス(ドリーム・ボディ)を二次プロセスの主観から体験し直して、次に二次プロセスの側から普段の自分(一次プロセス/今までの自我主体)を観察し直し、最後に両者を統合するという手続きを踏むのである。こうして二次プロセスを統合した主体はワーク開始時の主体ともはや同じものではない。

このように、主観的な身体体験を扱うソマティック心理学のアプローチの中でも、主客の転倒(立脚点の移動)によって、知恵や気づきを得ようとするところがプロセスワークの特色である。このようなアプローチを行うときに治療者は、心身二元論に基づく心身医学を行うときのように、理性的・客観的な態度でいることは不可能である。

事例では、主客の転倒により、どのような知恵や気づきが家族にもたらされたのだろうか? 下痢の側に立脚点を移す試みにより、まず男の子に、“いたずら”をするという遊び心や、“生き生き”としたエネルギーが生じた。次にそれが両親を含めた家族全体に広がり、“笑い”が共有された。両親の口論や、母親の強迫性、柔軟性にかけてところがどうなったか、具体的には記されていないが、このワークをきっかけにそれらがより柔軟な方向に変化していき、目的(家族に“遊び心”や“笑い”、柔軟性や余裕をもたらすことではないかと推測される)を完了した男の子の下痢症状は消失したと考えられる。

### このケースの下痢症状の医学的診断について

男の子は、下痢・腹痛という身体症状に加えて、不登校という不適応症状を起こしているが、消化器症状の頻度や持続期間が分からないので、過敏性腸症候群の診断基準<sup>9)</sup>を満たすかどうかは分からない。このケースでは、心理社会的要因以外の因子が病状にほとんど関与していなかったと考えられるが、心理面への介入で改善が見られない場合や、症状が重篤な場合は、食物の質や体温調節の問題、疲労や睡眠不足などの、その他の要因についても検討する必要があるだろう。

### 主体の成長度<sup>10)</sup>と ドリーム・ボディワークの関係

岩村、富士見、石川(2012)は、主体の成長度によって、カバリング(防衛の強化)の介入が適切な時期(第1

段階)と、アンカバリング(防衛の解除)の介入が適切な時期(第2段階)があると述べた。ドリーム・ボディ(身体に表れた二次プロセス)の知恵は、主体の成長度の第2段階以上では、癒しの源となるのに対し、第1段階では、自我や身体的健康を脅かす存在となることに注意が必要である。

岩村らはまた、身体症状を有する例では、患者や家族の主体の成長度を、従来の多くの病態水準についての考え方に見られるように、精神面のみから判断するのではなく、身体症状の重症度や、主体と身体症状との相互作用を見極めて判断するよう提案している<sup>11) 12)</sup>。

このケースでの“家族の場で意図的に下痢症状を起こす”という介入は、アンカバリングの介入と言える。よって、家族の病歴や男の子の身体症状の重症度、ワークを行う際の家族のフィードバック(例:拒否反応や不安の強さ)などから、家族と男の子の身体症状の相互作用が第1段階にあると判断された場合には、このケースとは異なる介入が求められる。

他方、すべてのドリーム・ボディワークが、アンカバリングとなるわけではない。カバリングとなるドリーム・ボディワークの例は、今号の筆者らのもう一つの論考“主体の成長という観点から心身医学を問直す”の筋緊張についてのワークの例を参照されたい。ドリーム・ボディワークがどのような場合にカバリングとなり、アンカバリングとなるのかという見極めについては、専門家のスーパービジョンを受けることをお勧めする。

### おわりに

さて、この事例では、治療者が男の子の下痢症状についての心身相関をさぐるに当たって、心身二元論に基づく心身医学的アプローチと主客転倒を伴うドリーム・ボディのアプローチのどちらも選択するチャンスがあったと考えられる。

ただ、この事例では心身二元論に基づく心身医学的アプローチを行った場合の予後については、実際に行っていないので何とも言えない。結果は、主客転倒を伴うドリーム・ボディのアプローチの場合と同じかもしれないし、全く異なるかもしれない。

二つのアプローチの拠って立つ身体観は非常に異なっている。

一方で、心身二元論に基づく心身医学を適用しうる症例と、主客転倒を伴うドリーム・ボディのアプローチを

適用しうる症例は、完全に分かれているわけではなく、少なくとも相当程度の重なりがあって、二つのアプローチは相互補完的なのではないか、と筆者は考える。

どのようなケースにどちらのアプローチがより有用であるかについて明確なことは分からない。

心身二元論に基づく心身医学なアプローチは、理性的・論理的態度で行うことができるのに対して、主客転倒を伴うドリーム・ボディのアプローチは、超論理的であり、患者も治療者も必然的に変性意識状態に入るため、治療者には変性意識状態を取り扱う訓練が必要になると考えられる。

主客転倒を伴うドリーム・ボディのアプローチを行うにはある程度の面接時間が必要になるだろう。

ドリーム・ボディワーカーと心身二元論に基づく心身医学を行う医師が、お互いの違いを理解し、連携することができれば、より幅広い症例に有効な対処が可能になる可能性がある。

上記に加えて、もし皆様が患者やクライアントの立場であったら、治療者にどちらのアプローチを行ってほしいか、あるいは、両方行ってほしいか、それぞれのアプローチにいくら払おうと思うかなども考えてみてほしい。

## 文 献

- 1) 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)
- 2) 久保隆司: ソマティック心理学. 春秋社, pp4-25, 2011
- 3) Hanna, T.: What Is Somatics?. Somatics, 5(4), 4-8, 1986
- 4) Orange, D., Atwood, G., Stolorow, R.: Working Inter-subjectivity: Contextualism in Psychoanalytic Practice. The Analytic Press Inc. U. S. A., 1997 (丸田俊彦, 丸田郁子 (訳): 間主観的な治療の進め方—サイコセラピーとコンテクスト理論—. 岩崎学術出版社, pp1-3, 1999)
- 5) Mindell, A.: Sitting in the Fire: Large Group Transformation through Diversity and Conflict. Portland, OR, Lao Tse Press, 1995 (永沢哲 (監修), 青木聡 (訳): 紛争の心理学—癒合の炎のワーク—. 講談社現代新書, pp34-36, 2001)
- Lewin, K.: Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science. American Psychological Association, 2010 (猪股佐登留 (訳): 社会科学における場の理論. 誠信書房, 増補版, 1979)
- 6) 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, 1996)
- 7) 藤見幸雄: 痛みと身体の心理学. 新潮選書, 新潮社, pp16-19, 2004
- 8) Mindell, A.: River's Way: Process Science of the Dream Body. 1985, Routledge & Kegan Paul PLC, Law Book Co of Australasia (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)
- 9) 日本消化器病学会 (編): 機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014—過敏性腸症候群 (IBS)—. 南江堂, pp2-3, 2014
- 10) 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
- 11) 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—. Figure3, 心身医 52(11): 1034-1046, 2012
- 12) 藤井康子, 三島修一, 富士見ユキオ, 石川俊男: 治療者の自己分析記録にみられた三段階構造—治療関係における治療者の主体の成長度—. 表 1, 日心療内誌 18(1): 18-27, 2014

(注: 文献<sup>10)</sup>、<sup>11)</sup>、<sup>12)</sup>の第1著者と、本論文の第1著者は同一人物である。文献<sup>7)</sup>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>

