

## プロセスワークに基づくイメージ療法のわが国における適応（予報）

大 森 寛

**抄録** プロセスワークは1980年代に田中万里子と Roger Cummings 夫妻が米国において開発した実践的な精神法である。それに基づくイメージ療法のわが国における適応性について検討した。対象症例は精神科外来におけるうつ病、人格障害、神経症各1例、心因反応2例の計5例で、年齢は10歳から32歳までであった。治療研究の結果、この治療法は文化、生活背景の異なる日本人においても適用可能であり、神経症圏、うつ病、人格障害、心因反応の精神科外来患者に有効であった。とりわけ心的外傷の治療を促進し、治療意欲の強い症例ほど良く反応した。本治療法は精神分析的な精神療法、行動療法、認知療法とは異なった長所があり、今後、より重篤な病理を有する人格障害や精神病圏への適応拡大についても検討していく必要がある。

弘前医学 51 : 27—37, 1999

**キーワード** : プロセスワーク ; イメージ療法 ; 精神療法 ; プロセス心理学 ; 神経言語プログラミング。

## APPLICATION OF IMAGE THERAPY BASED UPON THE PROCESS WORK FOR JAPANESE PATIENTS —Preliminary Report

Yutaka Omori

**Abstract** Image therapy, based upon the Process Work developed by Mariko Tanaka and Roger Cummings as a new type of psychotherapy in the United States of America (USA) in 1980's, was applied for five Japanese patients and was evaluated its efficacy in the out clinic setting. Five patients consisted of 1 with neurosis, 2 with psychogenic reaction, 1 with personality disorder and 1 with depression. Their age ranged from 10 to 32. These cases were treated mainly with the Image Therapy by the author. Their clinical courses and effects of the Image Therapy were carefully evaluated. Advantages of this therapy were compared with those of psychoanalysis, behavior therapy and cognitive therapy. This study revealed the effectiveness and applicability of the Image Therapy in Japan although Japan and USA have a different cultural background. This study also demonstrates that the Image Therapy is effective in the treatment of those who had suffered from mental trauma in their early lives and those who had strong volition for amelioration of their symptoms. However, further study with larger number of patients is needed to establish the applicability of this Image Therapy in the more severely ill patients such as schizophrenia and borderline personality disorder.

Hirosaki Med. J. 51 : 27—37, 1999

**Key words** : Process Work ; image therapy ; psychotherapy ; Process Oriented Psychology ; Neuro-Linguistic Programming.

弘前大学医学部神経精神医学教室（指導 兼子 直教授）

平成11年3月26日受付

平成11年5月26日受理

Department of Neuro-psychiatry, Hirosaki University School of Medicine (Director : Prof. S. Kaneko), Hirosaki, Japan

Received for publication, March 26, 1999

Accepted for publication, May 26, 1999

## 緒 言

プロセスワーク (Process Work) とは、1970年代に Arnold Mindell が始めた Process Oriented Psychology (POP)<sup>1)</sup> を基本とし、Mahler<sup>2)</sup> のいわゆる分離—個体化理論や、種々のイメージ療法のアイデア、さらに東洋医学などを取り入れて、田中と Cummings が1980年代にサンフランシスコ州立大 (USA) において独自に統合した、心身の相互作用を使う治療技法である。

POP は、Mindell がユング派の分析家であっただけに、Jung<sup>3)</sup> の元型などの象徴理論や、神経言語プログラム (Neuro-Linguistic Programming, NLP) から成り立つ。精神療法の基本はクライアント (患者) と治療者とのコミュニケーションであるが、このコミュニケーションは言語的にせよ、非言語的にせよ種々の意識レベルと多種の感覚的なチャンネル (channel) を通して生ずるものといえる。ここでいうチャンネルとは、聴覚、視覚に加え、動きや人間関係といったコミュニケーションの手段ないし様式を指す。NLP はこうしたコミュニケーションについての理論であった。本論でいうプロセスとは、単なる過程としてのプロセスに止まらず、上記のチャンネルを通じた情報の流れをいい、個人が情報をプロセスするとき、その時点でその人特有のパターンをとる。これをプロセスパターンと呼び、それに合わせて会話するとコミュニケーションが効果的なものになるという考えである。ワークとは治療であり、症状や問題を解消解決するためにプロセスを跡付けたり展開していく作業を指す。POP も自らのプロセスを気付かせ、展開させるが、プロセスワークではそれのみならず、行動変化への道造り、すなわちクライアント自身の力を活用して治療を促進することを目指す。

プロセスワークは、1980年代半ばから本邦で田中と Cummings がワークショップを開催して以来導入されてきた。しかしながら、著者の

知る限り、精神科患者に対する実際治療の報告や有効性の検討は行われていない。文化背景の異なるアメリカで作られた技法であり、わが国で臨床的に用いようかどうかは、まだ検証されていない。紹介もわずかに NLP におけるリフレーミングの技法が翻訳の形で紹介されたこと<sup>4)</sup>、および田中<sup>5)</sup> が NLP のコミュニケーションチャンネルを初めて日本に紹介した程度である。そこで本研究では、自験例からプロセスワークに基づくイメージ療法について、日本の精神科患者に対する有効性と適応性を検討した。

## 対 象 と 方 法

症例は全て総合病院における著者の精神科外来での治療例である。1994年から1996年の間に初診して、本人と家族の希望で精神療法を受けた症例のうち、プロセスワークを施行した症例である。うつ病1例、境界性人格障害1例、不安神経症1例、心因反応2例 (不登校、抜毛症各1例) の計5症例を対象とした。いずれも患者自らが受診し、精神科外来の面接室において面接した。1回の面接時間は30分から60分で、頻度は概ね週1回から2週に1回とした。症例によっては5分から15分程度の母親との面接を加えた。プロセスワークへの導入にあたっては、症例毎の問題を理解するため、感覚やイメージを用いると治療者にとってわかりやすくなり、治療に役立つことを患者本人に伝え、この提案を受け入れ可能であった症例にプロセスワークを施行した。なおプライバシー保護のため、症例理解を損なわない程度に部分的に改変してある。

治療効果の判定にあたっては、不安などの症状の軽減や対人関係の改善を重視した。

## 症 例

### 症例1 26歳 男性 教員

診 断：うつ病

主 訴：頭痛、不眠

家族歴：家は燃料店を経営し、患者の母親は

兄弟がない。患者は5名同胞の長男として生まれたが、同胞はすべて男子である。5歳時、一緒に遊んでいた弟（3歳）が交通事故で死亡した。患者をよく可愛がってくれた母方祖父は、患者が小学校5年時に病死している。

**生活歴：**私立高校と大学を出て、公立中学教員となり、現在は未婚である。

**性 格：**本人の評価では短気で、母方祖母に似てかつしやすい。

**現病歴：**X-1年2月、クラスの男子生徒が自殺したが、遺書はなかった。同年4月に転勤したが、赴任校で、5月に生徒にいじめについて詰問し、その一人に軽傷を負わせた。この体罰事件は新聞に報道されるところとなり、議会でも取り上げられ、教育長と校長から生徒全員と父兄全員に謝罪するよう要求された。その頃から頭痛、胸部不快といった心気症状、抑うつ気分、途中覚醒などが出現し、近医を受診してうつ病と診断されている。1年にわたって抗うつ薬を中心とした薬物療法を受けたが全く改善せず、そのため精神科受診を勧められ、X年6月初診となった。

**治療経過：**初診時は「頭がやんで、変になりそう。わけわからなくて叫びたくなる」といい、焦燥感、抑うつ気分、離人感、不眠、心気症状が認め、困惑状態にあった。気分の日内変動もあり、うつ病と診断できた。本人の意向と校長の考えもあり、2、3か月間休職することとし、外来で面接していくことで合意した。前医の治療を引き継ぐため、抗不安薬と抗うつ薬、眠剤を併用した。この回を含んで4か月間に計11回のセッションで一応の安定を得たのち治療を中断した。体罰事件のため法務局による調査が時々あり、患者は気が滅入ることもあったが、8月から復職してクラブ活動の指導も開始した。

この症例では、第4回目の面接からプロセスワークに導入した。その理由は、暴力事件だけに、万一治療が長期にわたるようであれば、患者は失職する恐れがあり、速やかな治療の進展が必要であったからである。4回目の面接時に

は肩一腰背部痛を訴えながら首を左右に振っていた。「張りを意識すればこうなる」という。治療者も同じように首を振り続けた。「気持ちが高張ってる」というので治療者が「(肩と) 同じに張るわけね」と受けると、患者は「肩に力入ってる」と認める。「先輩に、もう少し楽にしたらといわれる。……生徒指導のことと思うけど、周りには無理して力が入り過ぎている。……怒るとき徹底して怒る。」、「無理というのは？」と聞くと「自分自身が自然体になってないんじゃないか。普段の自分ではなく、自分を無理に変えている。」。ここでいう普段の自分とは、怒らないで、明るくおもしろく生きればいいという自分であった。変えている自分とは、普通以上に強く見せる、表面的に強がって見せている自分であるという。「両極端すぎる」と気付くが、この回では、すぐ腰痛の話にしてしまうので、治療者もそれに付き合った。その痛みをしみじみと感じてもらうと左腰の深さ2~3cmのところに、手の大きさ大の重い異和感がある。その感覚を絵に描いてもらった。茶色を使って楕円を描いていた。さらにそれを大きく描いてもらい、その形に表情をつけてもらうとしかめっ面であった。

次の5回目では、体の痛みは大幅良くなったが、その代りともいいうように、再び生徒の前では自分の二面性が出やすいという話になった。「別な自分が、話しかけるのではなく自分に『根性ないな』と言っている。」、「今のままでは終わりたい。自分が納得できる仕事をしていない。自分が自分で納得できない。」と表現した。

続く面接ではふたりの「自分」をイメージしてもらいながら、その「ふたり」に対話してもらった。当初は、普段いない隠れている自分(B君)は「悪い自分」で、普段の自分(A君)にとって受け入れ難い場面になると顔を出してきて、この自分が生徒や友人を叩いてしまうと書いていた。ふと我に返ると、その時は普段の自分なので酷く罪悪感に襲われたという。この

2種の自分の対話を繰り返すうちに、高校から下宿し独りであったこと、本当にしたいのは教師ではなかったこと、そして今のようなやる気のなさは小学校5年生の頃からで、それはちょうど祖父の死去した時期であったという。また、祖父の死後、仏壇の近くに行くのが怖かった、死んだ弟の写真もあったと振り返った。この弟は患者のすぐ後ろを走っていて車にはねられたのであった。ここでA君は「じゃ、この弟の分も生きなきゃ」と言い、B君は「亡くなった弟に守られている」と言い出した。A君が仕事を辞めたくなることについてもB君は「最終的に納得いかないとき、どうしようもないときは辞めても仕方ない」と言う。治療の経過に伴いふたつの自己がこのようにして歩み寄り、B君はすでに暴君ではなく、ほどよい助言者になった。A君も弟のためとは言わずに、守られていると言う。しかも体罰の場面を改めて振り返ると、A君が「気持ちメチャクチャだった」と認め、B君は「Aがメチャクチャでどうにもならなくなっているから自分が出てきた」と語った。自分の不調と混乱の時期を単に切り捨てることなく、その時期の意義も認めて、否定的な存在だった自己も意味のある存在となった。こうして多少のイライラはあるものの仕事をかなり生き生きと充実感を持ってこなすようになった。

## 症例2 32歳 女性 自営業

**診 断：**境界性人格障害

**主 訴：**離人感、視線恐怖、自己不全感

**家族歴：**両親ともに元中学校校長。3名同胞中の第2子長女。兄夫婦は刑事。兄も妹も大学卒。

**生活歴：**国立大学の受験に失敗、短大に進学するが中退し、大学進学のために予備校へ入った。しかし、結局受験はしなかった。レコード店に6年勤めたが、自殺未遂を起こし退職している。数年後別の店に勤めたが、5年後に退職し、自分のレコード店を持った。現在未婚である。

**性 格：**本人の評価では劣等感が強く、ひがみっぽい。

**現病歴：**中学校に入ってから学業成績が1番ではなくなり、「すべてが終わった」と感じた。高校3年の頃、不安と腹鳴のため、初めて精神科を受診している。短大では筋弛緩剤を乱用した。25歳時、実家にて自殺目的で眠剤200錠を服用し、某病院へ入院している。X-4年から県立病院の精神科に受診していた。内服薬は多く、抗うつ剤、抗不安剤、眠剤、腸管内ガス吸収剤、加えて漢方薬を求め、患者自ら商品名での指定もしている。自分のレコード店を実家から離れた土地に開くため、通院の都合からX年6月、著者の勤務する病院へ転医してきた。なお高校生の頃から胃潰瘍を繰り返している。

**治療経過：**初診時に淡々と語るものの自己不全感が強く、教室や電車など中座できない場所、あるいは「かちつとしたルールがある状態が苦手」で、しかも離人感ないし虚無感を述べた。父母、特に父親に対する両価的な感情が著しい。当科での初診医は著者ではなかったが、店の休業日の都合から、まもなく著者の再来担当日を選んで来院するようになった。同年10月には診察室でじっとしておられず、自宅でも意味もなく手足を動かし、仕事場でも客に「機関銃のように話した」と言われてしまったという。「もし機関銃を持たせたら乱射しているだろう。強い怒りに似た衝動が中であって」と語り、予約面接の形式を希望した。対人関係の不安定さ、自己不全感、衝動的な薬物乱用や異性関係、気分の急激な変動などから、DSM-IV<sup>6)</sup>という境界性人格障害と診断した。

予約面接の中では、小学校で既に緊張時に下痢しやすかったこと、中学の頃に既に頭痛薬を購入していたことがわかった。高校1年生の時胃炎と言われ、20歳から胃潰瘍だったと胃具合のことに触れながら「すみません」と謝っていた。唐突に謝るので、そのことに注目して聞くと「不満を訴えることに抵抗がある……痛みとか苦痛に弱い方なので、不平、不満、苦痛があ

なのですが、それを言うと周りの人が不愉快になるので言わない方が良く考える。」。こういう我慢するやり方を小学校1年生の頃からしていたという。

この時点で、本人の言及している内なる子供を生かして、プロセスワークに導入した。単なる対話型の面接では長時間を要する上に、ややもすると自己破壊的になりかねず、治療を促進することを期待した。1年生の時には家族でスキーに行った際に、往路で頭痛があったのに、講習を受けているうちに「ほめられたら頭なおった」ことがあり、父からは「ほめられればなおる」と決めつけられている。別の件で父に叱られた際に自己中心的な性格といわれ、患者は「大変ショックだった。」。そのため泣いたという。泣いている1年生の自分になってもらい、その子の気持ちを込めた。「自分は悪い子なんだと思いました。親に叱られているから。」。この場面で父に許して欲しかったともいう。そのために誰かに何かして欲しいか、あるいは誰がどうなればいい？ ともちかけると患者は「例えば母親がそのくらいにしてとか、何か雰囲気を変えるアクションをしてみるとか」という。そのようにイメージしてもらうが、イメージの中でも母はそうには動かなかった。叱る父の肯定的な意図を探してもらっても、一旦は「子供を良くしようとして叱る」とはいうが、その表現は「私自身のために叱っているのだから、私が悪いことをした時に良い方にくくために叱ったので、自分は悪い子」というものであった。

3回目の面接では、再び小学生の頃の話になった。絵が上手に描けても、ピアノが弾けても、スキーがうまくても、同級生や教師に「お父さんが先生だから」とか、「才能に恵まれているから」とか、「いいスキーを履いているから」と言われてしまった。患者自身で努力して勝ち取ったものもあったのにと考えさせられる。「一番でなくなったら私はどうなるだろうという危機感が芽生えました。」と述べている。この後、また父親に叱られている小学生の自分のイメー

ジになった。「父に叱られるのは条件反射的に怖い。理不尽に攻撃的な怖さ。ライオンのオリに入れられたような、アウシュビッツのガス室」。イメージの中でその子は正座させられた。「とにかく許して欲しい……」。イメージの中の小さい自分がどう思っているかと問われて「これ言っちゃって良いのかなあ……父親を殺したかった。この人さえいなければと思って。」。今の自分は何と言ってあげるか「殺してしまえ。」。殺されなければならないのはイメージの父か実際の父かと聞くと、両者の違いは殆どないという。じゃあイメージの父親なら殺してもいい？ と問うと「実際に死んでもらいたいくらいですね。」という。そのようにイメージの子に話してもらうと、「できない。殺したら警察に捕まっちゃう。」。それでは何と言ってあげる？ と聞くと「とりあえずいつもと同じです。何とかやりすごすだけ。」という。女の子はなんていってる？ と問うと「仕方ない。」。どうしてあげたいのかと問われて「安心したいっていうか、帰るところが欲しいというか。」。「現実には許してくれないんですけど、必要以上に自分が価値のない人間だと思い込むんでしょかね。そうしないとなぜ父が必要以上に自分を叱るのか……悪い子だと思ってました、自分が。」という。だがかなり強い感情が表現されて、まとまった面接は患者にとって苦しいものとなった。この苦しさについて話題を深める手もあるが、本人の意向に沿って、一旦一般再来に戻し、折を見て面接の続きを再開する予定を立てた。そうすると患者は「思い出したくないこともあって」と率直に述べた。治療者からは、面接にも副作用があると伝えた。一連の面接の後、父親への一方的な非難は陰を潜め、自分の内界にある父親のイメージや、両親との対人関係のあり方こそが問題なのだという事に患者は気付いた。現在患者は胃潰瘍はあるものの、焦燥感は減少して仕事の方は続けられるようになった。

**症例3 13歳 女性 中学2年生****診 断：**心因反応（不登校）**主 訴：**腹痛**家族歴：**2人姉妹の次女。姉とは3歳離れている。父親は大工。**生活歴：**幼稚園2年保育。父の仕事の都合から、小学6年生の2学期に転居した。因に、6年の3学期に初潮を迎えている。**性 格：**母の評価では明るいが潔癖性。**現病歴：**X-1年中学へ進学。特に進学への抵抗には気付かれていない。X年3月腹痛を理由に卒業式の予行練習は参加しなかった。4月に2年生に進級したが入学式を休んだ上、朝会を嫌って断続的に休み、5月からは殆ど毎日休むようになった。起床時に腹痛を訴え「学校が嫌なわけじゃない、行きたいけど（腹痛を）我慢しているのが辛い。」と主張している。小児科で精査を受けるが、器質的問題は認められなかった。精神科受診には本人は拒否的な態度を示していたが、小児科医の勧めもあり、まず母親のみが来科した。**治療経過：**患者は母に「話を聞いてもらっても良くならない」と話している。母は「自分が口うるさいかもしれない」と述べるため、母が自らを責めすぎないように母を支え、患者は成長の途上にあり、回り道だが大切な一段階であろうことを説明し、理解を深めた。9月になって患者も来院するようになった。患者の母に「その気になったら（精神科医に）言うから」と話していた。その後外来で本人との面接と母親との面接を続けた。X+1年7月から教育センターの不登校向けの教室に通い始めた。X+2年2月には、自ら本来の学校の保健室登校を始めた。同年3月には公立高校の入学試験を受けて合格した。そのため、これを面接の区切りとしたいとの患者からの申出があり、治療を終結した。

治療として箱庭療法を11回、風景構成法を1回施行したが、適宜プロセスワークも併用した。それは身体症状に対するこだわりが強固で、自

閉的生活に陥っており、学校への登校不登校に関わらず、速やかな生活の建て直しや将来への見通しを患者本人が持てるようになることが必要であり、プロセスワークがこの目的に貢献しうると考えられたためである。患者のこだわる腹痛をよく聞くと、痛みというよりも臍の周りを変な感じになり、次いでガスが出そうになり、我慢するとお腹が鳴る、その音が周囲に聞えている筈だというものであった。X年10月の面接では患者のいう腹痛をしみじみ感じてもらい、その形、奥行きなどを確かめ、症状のイメージを治療者にとってもわかりやすいものにしていった。お腹がグルグルしているといっていただけに、絵に描いても黄色の類円形のものが動き回っているという。それをゴロゴロと名付けていた。そのゴロゴロを拡大してもらい、顔とみなして表情をつけてもらう。閉眼し、口も閉じていた。次回の面接ではゴロゴロの続きをして、閉じていた眼を開けてもらった。その眼を拡大していくが途中で泣き出して中断してしまう。涙の意味は語ろうとしないが、腹痛は消失していた。後の面接では、しかし、症状がぶり返した。ただし、母の調理を手伝ったり、猫を飼い始めるという変化がみられた。因にこの頃の箱庭では、街で人がワニに襲われたり、妊婦が病院へ入り、赤ん坊が生まれている。襲われた人も助かるとした。いわゆる死と再生のテーマである。

X+1年6月の面接では母親に我儘といわれると言ったあと、担任にもそういわれたと言いつつ、小学校5年の頃、隣の生徒が牛乳ビンのフタをあけるとその勢いで牛乳の水滴が跳んで患者のスープに入ってしまった。そのことで「入ったじゃない、どうしてくれる」と文句を言うと、担任に「それくらいでどうってことない。そういうのは我儘だ」と言われてしまう。患者はうまく反論できなかった。そのイメージの小学生にどんなことを話してあげるか聞くと「せめて、隣の人も一言謝れば良いじゃん。」と言って涙ぐんでいた。「反抗できなくて先生にしゃべ

れなかった気がする。」。また、「先生が間違うはずない」ともいう。「先生とか大人、間違うわけない。」。患者は「なんでこんな話しするの」と言ったが、翌7月から不登校教室へ通い始めた。単に「良い—悪い」という幼い頑なな対人関係が揺さぶられ、自分の頑なさに直面せざるをえなくなり、変化をもたらしたものであった。

#### 症例4 17歳 男性 高校2年生

**診断：**不安神経症（パニックディスオーダー）

**主 訴：**息苦しくなる

**家族歴：**3名同胞中、第3子次男。自営業の父親は30歳ころから不安神経症で他院に通院中。

**生活歴：**保育所に3年間通うが、うち1年間はオマルを持参した。旧式便器の穴を怖がったからである。工業高校在学中。本例は反抗期を欠く。

**性 格：**几帳面

**現病歴：**X-1年8月、入眠時に急に息苦しくなり、空気が肺に入っていかなくなる感覚を生じた。このまま死ぬのではないかと不安になったが、過呼吸はない。不安が強く、1日に3回近医へ駆けつけ、その都度内科医に大丈夫と言われている。そのため、担任の勧めでX年2月母親に伴われて受診した。

**治療経過：**初診時は治療者から促さないと母だけがしゃべり、患者も母に任せがちであった。症状をひとしきり伝えたのち母親が「薬を用いずに治したいんです」と希望する。「父親みたいになればだめだ。薬、手放せなくなる。」との考えであった。本人も「ああなりたくない。薬飲むとすぐ横になる。寝てしまう。」と否定的な見方を述べた。精神力動的には、かかる父親に対する否定的な態度を取り続けること自体の意味合い等を取り上げていく必要があるが、患者はそうした方向付けは希望しなかった。その上、不安は持続して進学や就職にも支障を来す可能性があった。このため、本例は、患者の意向に沿って、向精神薬は用いずに治療を促進するため、

リラクセーションとプロセスワークで対応した。不安が著しいため、最初は週1回の面接とし、3月以降は、一応の落ち着きをみてから、2週間かそれ以上に通院間隔を延ばした。患者の最も幼い頃の思い出は、4歳時保育所でのものであった。昼寝が苦手で、立たされたこともある。寝ないと叱られるため、よく寝たふりをしたという。その子に声をかけてあげるとしたら、何とってあげる？「寝ろ。」。その子はどうしてほしい？「起きても良いと言って欲しい。」。イメージの中で4歳の子にそのように声をかけてもらう。するとその子は落ち着いて座っていた。息苦しさの方は、本人の感覚では前胸部に不調を覚えることが多いので、そこに手を当ててしみじみ感じてもらった。一度は途中でイメージの描画を止めていたが、7月にも感覚に則して形を決め、それを拡大していった。9回目の面接ではあたかも気管支と肺が詰まっているかの形で、息苦しさをよく表現していた。感覚は色が黒で、感じ続けてもらおうと動き出し溶けていくように消えた。もっとも、以降の回では最初ほどのことはないうちにせよ多少の息苦しさ、不安は出沒した。

その後、X+1年1月には専門学校を受験して合格し、4月から通学した。状況変化があったわけで、患者にはまた具合悪くならないかなとの軽度の不安が残ったが、授業時間の関係から外来に通いにくくなったと言いに来て中断した。

#### 症例5 10歳 女性 小学校3年

**診断：**心因反応（抜毛症）

**主 訴：**知らないうちに頭髮を抜いてしまう

**家族歴：**臨床検査技師の父とその妻の間に3姉妹の長女として出生。本児が1歳10月のときに妹が生まれ、7歳で末妹が生まれた。父方祖父母と同居していた。母親自身が円形脱毛症を経験している。父母の仲は良くなかったという。

**性 格：**おとなしい

**生活歴：**妹が生まれても嫉妬するでもなく、

むしろあやしてあげる子であった。4歳のとき通っていた児童館が統合されたが、「苛められる」と言い出し、逃げ帰ったり、自家中毒を起こしたことがある。

**現病歴：**X-3年、小学校1年時、下の妹が生まれた頃、学校で同級生にマフラーを隠されるという苛めにあった。X年2月同じ子らに「川に落とす」といわれて逃げ帰っている。担任に言うこともできずにいた。同年3月母が後頭部の脱毛に気付く。徐々に拡大するため近所の小児科や皮膚科を経て、当精神科へ紹介された。

**治療経過：**母と共に来てもらい、X年10月までは本人の希望で毎週、以後は隔週、X+2年4月からは月1回の頻度で面接した。箱庭療法、描画、抜こうとする手をとめる行動療法(habit reversal)<sup>7)</sup>などを用いた。頭髪はX年からX+1年にかけてむしろ悪化し、毛がまばらになってしまったが、逆に気分の方は明るかった。この間、X年7月には患者の眼前で父母はけんかを繰り返す、8月には父の暴力のため母は手指を骨折し、母は3人の子を連れて実家に戻っている。結局X+1年3月、調停で父母は離婚となった。その後本児は、本来の明るさと交友の広がりを見せ、髪は結える程となり、X+3年1月の中学進学前に治療を終結した。

この治療の中でもX年5月から6月にかけてプロセスワークを併用した。抜毛症状にはそれなりの意味がある筈ではあるが、患者自身が症状に対して一種の罪悪感を持っており、学校の中でも孤立しかねなかった。そのため、症状へのこだわりを早期に和らげることが必要であった。患者は自らの頭髪をハゲと呼ぶので、そのハゲを絵にしてみようと、カメの手足が増えたような怪物を描く。それに名前を付けてもらおうと「ははよら」と呼んでいた。母を連想させる言葉だが、名付けの由来は明らかでない。そのイメージと自分とで対話してもらった。右手(自分)と左手(ははよら)それぞれに鉛筆を持ち、右手から左手に話しかける。その言葉を文字に表わした。5月のそれでは「ははよら」が「一

緒にお弁当食べよ」と誘い、患者は「また友達できちゃった」といった。6月にもこの対話をしてもらったが、今度は治療者も入って聞いて見る。相手してくれるのは嬉しいんだけど、ははよらのせいで、シラガババアとかハゲとかからかわれるんだもの。左は「もう言わないから。あの言いたいことあるんだけど。」「君と離れるよ。」とって次第に薄くなって消えてしまった。右は「会えたらまた遊ぼうね」と屈託がない。それまでは帽子やネットをしていたが、このプロセスワークの後には、あまり被り物はしないで過ごせるようになった。

これらの5症例の治療経過と、用いた治療方法、プロセスワークによる効果等について表1にまとめた。

## 考 察

プロセスワークの基本は、一つには丁寧な面接であり、話の聴き方と返し方に始まることは他の個人精神療法と同様である。加えて、プロセスという考え方のために、その時々感覚や状態像、更には泣いている5歳の自分といった内的な自己までを扱い、それらをイメージの形で認識し直し、展開していくことが多い。この点で、一種のイメージ療法といえる。ただし、心的イメージといっても Biddle<sup>8)</sup> のような固定した Good-Bad Mother イメージを探るのではない。

今回の本療法による治療結果をみると、症例ごとにプロセスワークの用い方は異なるが、イメージを使って面接することによって少なくとも何らかの治療上の変化や進展が比較的速やかにみられている。この治療法が優れて実践的な性格を持つことが良くわかる。症例1ではまず腰痛は、その存在を明らかにするプロセスの後では、格別に顔を出さなくても済むため痛みは軽減された。そのため以後の面接では自己の問題(心的外傷)を集中して扱うことになった。我を忘れてしまう暴力がなぜ患者の自己のコントロール下になかったかを患者自身が理解でき、そ



表 1 症例と治療経過

		診 断	プロセスワークと併用した治療方法	面接期間と回数	プロセスワークによる効果
症例 1	26歳	うつ病	薬物療法	4 か月 11回	抑うつ症状の軽快 対人関係の改善
症例 2	32歳	境界性人格障害	薬物療法	7 か月 12回	焦躁感の軽減 父親イメージの見直し
症例 3	13歳	心因反応（不登校）	対話精神療法 箱庭療法	1 年 8 か月 31回	腹痛の軽減 対人緊張の軽減
症例 4	17歳	不安神経症	（なし）	1 年 2 か月 24回	不安の軽減
症例 5	10歳	心因反応（抜毛症）	箱庭療法 行動療法 母親面接	2 年10か月 62回	症状との和解

れのみならず、やっかい者とレッテルを貼られかねない内的自己も生かされ、これまでの人生を否定することなくやっていけることになった。本人の治療への動機も明確であった。技法的には治療者が患者と同じ仕草をしていたのは mirroring という仕方で、患者のイメージを言葉以外のチャネルを介して増幅するものである。本症例では先行した 1 年間の抗うつ薬を中心とした治療が有効ではなかったため、プロセスワークの有効性は明らかである。但し、うつ病といっても昏迷状態等のより重篤な症例に対してプロセスワークを適用できるか否か、あるいは薬物を用いずに、プロセスワーク単独でどの程度まで治療可能かという諸点については、今後の検討を必要とする。

症例 2 はややもすると自己破壊的になりやすいケースだが、イメージを取り上げることで、その場面ごとの自己の状態や周囲との関わりを捉えやすくなっている。かつまた内界には色々な傷ついた自己がいるが、そのひとつひとつを取り上げて癒している。父親に一方的に叱られたり、母親にもその場から救い出してはもらえずにいて、自分を悪者にしていたのである。まさに対話型精神療法でいうところの here and now-there and then である<sup>9)</sup>。このケースも症例 1 と同じく、何とかしたいという治療への動機づけがしっかりしており、患者の言語化能力

が高い。もっともこの症例では、非言語的部分でも癒されることが大切である。

症例 3 は患者の自立に時間がかかっているが、身体症状へのこだわりは解消した。治療を促進したのは、ひとつには給食の場面のプロセスワークである。本人はいまだなぜこんなことをするのかといった疑問を持ったままに話しているが、この場面の納得なしには以降の展開は望みがたい。

症例 4 は最初から薬なしでの治療という制約があった。抗不安薬に依存する形で過ごしている父親を絶えず見ているだけに、ひとまずもっとな希望と考えられる。抗不安剤なしで治療可能かどうかは治療者の技量に大きく依存する。本例では社会的には進学は実現したが、必ずしも十分扱い切れずに多少の症状を残したままとなった。しかし、不安発作が alprazolam や clomipramine といった力価の高い治療薬を用いずに改善したことは、本治療法がかなり有力な技法であることを示している。

症例 5 では十分プロセスワークを生かしていないうらみがある。だが、この治療によって抜毛という症状に対する罪悪感が和らぎ、症状には自分にとって意味があることを納得していったという一定の効果が明らかである。この年齢でも十分に施行できるものと考えられる。

さて、プロセスワークにより、どのようなイ

メージが出てくるかは症例により異なるが、このプロセスワークでは、あくまでも症例のその時々には則した感情なり内的な自己、内的な父母などを扱うものであり、本研究でそれが証明された。しかも、米国で開発された治療法ではあるが、文化、生活習慣の異なる日本においても精神科患者に対して有効であり、本研究からもわかるように対象疾患は神経症圏の疾患に止まらず、うつ病や人格障害へも展開可能と考えられた。症例によって病状や程度も様々ではあるが、行動変化や症状軽減が可能であったものと考えられる。治療の進展から判断すると短期間で良好な治癒像、状態像が得られたのは患者の治療動機の強い例である。また、心的外傷を有する症例ほど、根は深くとも治療の進展は速やかであった。このアプローチの特徴からして、外来、入院は原理的に区別していない。面接時間を適切に設定する必要はあるものの、入院患者にも適用できるものと考えられる。問題があるとすれば患者の病気や病理の重篤さという点であろう。

本研究での症例は人格障害、心因反応、不安神経症(パニックディスオーダー)、そしてうつ病であり、精神分裂病や非定型精神病といった重篤な精神病は扱っていない。患者自身の表現を治療の手がかりとするだけにそれらの精神病状態に対するプロセスワークの適応は困難性が予想される。しかしながら、患者の健康な部分に働きかけるのはいわゆるリハビリテーションの原理であり、この精神療法の精神分裂病を含めた適応の拡大は今後検討の余地がある。

症例1, 2, 3, 5においてはプロセスワーク以外の治療法も利用しており(表1)、他の治療法の採用が考えられないでもない。そこで精神科において代表的な技法とプロセスワークを比較する。まず、用いるのは精神分析的な精神療法である。精神分析では、個人を動かすのは平素は意識されない意識下の自己であり、古典的には自由連想法を用いて、患者の意識—無意識世界に迫り、分析医との間に転移神経症を作

って、その関係の中から患者が洞察を得るべく治療を進める。「精神分析的」精神療法という場合は、精神分析を基礎として、さらに心理を各種の因果関係や力関係から捉える精神力動的な理論も生かしながら、解釈や直面化といった技法を用いる治療を指す。特に症例2のような人格障害の理解にはこの分析的立場が欠かせない。ただし、分析的な精神療法ではしばしば治療期間が長くなり、症例1の様なケースでは社会的に窮地に追い込まれ、仕事も失いかねない。そのため、精神分析的接近法では短期精神療法も考えられてはいる<sup>10)</sup>。これに比較し、プロセスワークの場合には、症例に見るように比較的早期に変化が期待できる。また治療期間を無視したとしても、分析的接近では治療の終結の在り方にも問題が残る。即ち、洞察を重視するため、洞察以降にきちんとした行動の変化が期待できるかどうか、しばしば曖昧になる。対してプロセスワークにおいては、変化が達成されると、その状況を精神—身体の状態として患者はその時点の身体全体で記憶するものと考えられ、治療効果が持続しやすいと言える。

一方、学習理論に基づく行動療法もある。個体が外へ働きかけることを行動と呼び、刺激—反応—結果を一つの単位とする。この行動の変容についての理論が学習理論である。この立場によると、神経症も学習されたものであって、その治療は不適応的な学習を解くことになる<sup>11)</sup>。そのための治療技法として、系統的脱感作やhabit reversalといった方法を用いる。特に強迫症状や恐怖症状に有効とされる。この治療法は、不安の軽減といった目的には有効であろう。行動療法がうまく働いた場合には、例えば、抜毛という行為を除去することはできよう。しかし、患者の症状を取ることで患者本来の問題が軽減あるいは解決するわけではない。プロセスワークでは症状の意味まで探って、症状を除去して良いか否かをも患者自身が選択できる。

また、認知療法の適応も議論になる。この療法は、うつ病が気分障害ではなくして、思考の

障害の結果であるという研究に始まる。そこから、個人の基礎にある信念や図式が認知の歪みをもたらしており、教育的な仕方では認知パターンの変容を期待する。患者は最初から治療者に協力するものであるとされ、しかも、面接室を離れても宿題をこなさなければならない。既にくつ病のみならず、恐怖症状や薬物依存などの治療に用いられている。この治療法は、プロセスワークと同様に実践的ではあるが、患者は自らの考えを記録できるという前提があり、患者自身が症状についてかなり知的に処理することが要求されている<sup>12)</sup>。このため患者自身の治療への動機づけや言語化能力に効果発現が大きく依存し、治療の限界が他の治療法以上に存在することになる。したがって、プロセスワークは個人に対する他の治療と比較して有利な点が多いものと考えられる。しかし、プロセスワークがどの程度の患者の病理の深さ、どのような疾患に最も効果を発揮するかについてはなお不明であり、今後の検討が必要となる。

## 結 語

米国において開発されたプロセスワーク、特にそれに基づくイメージ療法のわが国の精神科外来患者に対する適応性について検討した。人格障害、神経症、心因反応、うつ病の5症例の治療研究結果から、この治療法は文化、生活習慣の異なる日本人においても適用可能であった。精神科外来患者で有効であり、精神科入院患者に対しても適用可能と考えられた。プロセスワークが効果を発揮する症例として、特に心的外傷を有する症例があり、治療への動機づけの強い症例ほど治療は速やかに進展する。対象年齢は10歳程度から成人まで幅広いが、今後は精神病圏への適応拡大をさらに検討していく必要がある。

## 文 献

- 1) Mindell A, Mindell A. Riding the Horse Backwards. London : Penguin Books ; 1992.
- 2) Mahler MS, Pine F, Bergman A. The Psychological Birth of the Human Infant. New York : Basic Books ; 1975. (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳. 乳幼児の心理的誕生. 名古屋 : 黎明書房 ; 1981. p. 63-140.)
- 3) Jung CG, von Franz M-L, Henderson JL, Jeffe A, Jacobi J. Man and his Symbols. London : Aldus Books ; 1964. p. 67-81.
- 4) Bandler R, Grinder J. Reframing — Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning. Moab, Utah : Real People Press ; 1982. (吉本武史, 越川弘吉訳. リフレーミング. 東京 : 星和書店 ; 1988. p. 4.)
- 5) 田中万里子. 子育てのコミュニケーション. 東京 : 中央法規出版 ; 1989. p. 147-61.
- 6) American Psychiatric Association ed. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington DC : American Psychiatric Association ; 1994. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳. DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 東京 : 医学書院 ; 1995. p. 229-30.)
- 7) Wolpe J. The Practice of Behavior Therapy. 4th ed. New York : Pergamon Press ; 1990. p. 236-7.
- 8) Biddle WE. Image Therapy. Am J Psychiatry 1969 ; 126 : 156-60.
- 9) 神田橋條治. 境界例 5 治療. In : 諏訪 望, 鳩谷 龍, 西園昌久編. 現代精神医学大系. Vol 12. 東京 : 中山書店 ; 1981. p. 93-112.
- 10) 大野 裕. 短期精神療法における精神分析技法. In : 牛島定信編. 精神分析療法. 東京 : 金原出版 ; 1996. p. 139-47.
- 11) 山上敏子. 行動療法. 東京 : 岩崎学術出版社 ; 1990. p. 169-171.
- 12) Freeman A. The Practice of Cognitive Therapy. 遊佐安一郎, 井上和臣, 伊藤順一郎, 岡谷恵子, 伊豆一郎, 伊豆啓子, 佐々木直, 他訳. 認知療法入門. 東京 : 星和書店 ; 1989. p. 27-31. (書下し英文原稿の翻訳出版)