

身体疾患患者への精神療法

——治療者の自己の活用——

渡辺 俊之✉

身体疾患患者の精神療法について末期がん患者の事例を紹介し、治療者の自己の活用について論じた。自己開示が治療関係を変化させ、治療関係が深まり本音で話し合えるようになった。患者は思い出と心情を吐露できるようになり、永眠するまで短い間であったが、患者の残された時間に寄り添うことができた。事例から学んだ内容を前半にまとめている。論文の後半では、治療者の自己の活用と、その前提としてのシステム理論のレンズと力動精神医学の活用について紹介した。身体疾患患者のセラピストはシステム理論を活用して、介入が優先されるべきシステムを選択し、治療に影響を与える上位システムを把握することが重要である。また自己の活用には、身体疾患患者を評価するための項目として、(1) 現実検討、(2) 感情を言葉にする能力、(3) 思い出、(4) 防衛、(5) 内的対象、(6) 転移と逆転移を挙げた。身体疾患患者の精神療法での自己の活用について、生老病死は人類に共通する経験であるからこそ、治療者は自分や家族の生老病死を内省することの重要性を強調し、「心理的接触面」を意識することが重要になると述べた。そして最後にリエゾン・コンサルテーションの精神療法の基本とは何かについて述べた。

索引用語

身体疾患、力動的精神療法、システム理論、自己開示、接触面

はじめに

本稿では精神療法における治療者の自己 (self) の活用について論じる。そのため著者の経験記述が増え、特定流派の技法に焦点化した同号の特集論文とは、異なる印象をもたれる読者がいるかもしれない。しかし、精神療法を実践している精神科医であれば、どのような流派であろうとも、治療者の自己が非意図的に治療に入りこんでくると

を経験しているであろう。本稿を通して、自己の再認識と活用することの重要性を伝えたいと考えている。

精神療法における自己の活用について総括している Wosket, V.¹⁵⁾ は、すべての精神療法に自己は活用できるし、心的世界を扱う精神科医であるからこそ、意識的に行う「治療者の自己」の活用は有意義なものとなると述べている。また Finlay, L.²⁾ は、治療者のあり方は、治療者と患者が「今、ここ」をどう感じているかによって形成されていくと述べる。治療者は患者・クライアントの「ニーズ」と

著者所属：渡辺医院/高崎西口精神療法研修室

編 注：本特集は第 120 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに池田暁史（大正大学）を代表として企画された。

✉ E mail : tosi4318@gmail.com

受 付 日 : 2024 年 11 月 4 日

受 理 日 : 2025 年 6 月 17 日

doi : 10.57369/pnj.25-113

自分自身の「立ち位置」を意識し、自己の活用できる部分を選択して介入することの重要性を指摘している。

「自己」は心理学や精神医学だけでなく哲学、社会学、文学といった多くの領域から論議されている複雑な概念であるが、本稿では「自分によって経験または意識される自分自身」という心理学的な一般的定義を「自己」に用いることにする。

精神療法の施行の際に、自己アイデンティティと精神科医アイデンティティの間の葛藤、逆転移の問題などについて考えさせられることは多い。それは、身体疾患患者へのかかわりでも同様である。特に重篤な身体疾患（難病、末期がんなど）の患者にかかわる時には、精神科医自身の身体疾患患者へのかかわりの歴史が影響する。

著者が初期研修を受けた東海大学医学部附属病院では、当時では珍しいスーパーローテート研修が1980年代から行われていた。新医師臨床研修制度（2004年）の開始より20年近く前である。1986年に卒業して精神科学教室に入局した著者は、6ヵ月の精神科研修の後、必須である救命救急科と小児科、それに加えた2つの希望科（内科、リハビリテーション科）で研修した。精神科研修を先行して経験した後に身体科研修を行うという当時の研修システムが、卒前教育で「臓器や疾患」に焦点化していた関心を「患者や家族」に引き戻してくれた。

医学教育では人から身体へ、身体から細胞や遺伝子へとわれわれを構成する下位システムへと焦点化していく。本学会の精神療法委員会の前委員長であった藤山直樹は本委員会主催の講演で、医学生に認識論的転換が生じる最初の儀式が「解剖実習」であると話した。解剖実習を通して医学生の視点は人から臓器へと移り、医学的・還元主義的思考を身につける。

医師になったばかりの著者には還元主義が身につについており、最初は精神疾患の病因論に関心が向いていた。しかし、力動精神医学とシステム理論を背景にした精神科研修で、著者の焦点は、疾患から患者へ、家族へ、そして医療チームへと上位システムに引き上げられていった。

小児科研修では、新生児室で「母性」に初めて触れた。1年以内に死亡する単眼症の新生児を、健康な新生児を抱える母親たちと一緒にあって愛おしく抱き抱える母親の姿を見たとき、尊敬と悲しみが混じりあう感情が生じた。

内科研修では、腎性高血圧による脳出血で倒れた地方から出てきた日雇い労働者の担当になった。指導医の指示で個室に透析機器を運び、ベッドサイドに座り、血圧と輸液

の管理と緊急時の連絡役になったのである。物言わぬ患者に付き添うだけの単調な日々が続く。目の前に横たわる患者は、単なる身体管理の対象にしか過ぎなかった。しかし、一緒に担当した看護師の態度で著者は覚醒した。看護師は患者の手をさすりながら「先生、見てよこの手！ この手でずっと生きてきたのよ」と言ったのだ。無骨な手を愛おしくさする看護師を見ながら患者の「人生」を想像するようになっていた。患者は亡くなり、故郷から病棟に挨拶に来た姉の後ろ姿は今でも心に残っている。

こうした研修医体験が身体疾患患者に精神療法を行う時の原点になっている。精神科医が、自己を振り返り、自己を活用することが、身体疾患患者への精神療法においては重要になることを述べる。

1. 日本におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の歴史

1939年に初めてリエゾンという言葉を使ったのはBillings, E. G.¹⁾であるが、日本での普及と発展はかなり遅れる。

1980年の日本精神神経学会第76回大会の一般演題に「リエゾン」部門が最初に登場した。その後、1981年日本精神分析学会第27回大会で「リエゾン精神医学と精神分析」のシンポジウムが行われ、リエゾンが次第に注目されるようになっていく。

コンサルテーション・リエゾン精神医学の実践場所は総合病院である。大学病院や総合病院で身体疾患患者のメンタルヘルスに関心がある精神科医、黒澤尚、保坂隆、黒木宣夫、成田善弘などが設立メンバーとして加わり、1988年には日本総合病院精神医学会が設立された。著者が研修医3年目のときであったが、設立集会での刺激が著者の専門性の1つであるバイオサイコソーシャルアプローチの原点になったと認識している。

翌年の1989年には『コンサルテーション・リエゾン精神医学の課題』（監修・岩崎徹也、編集・黒澤尚、保坂隆）⁶⁾が日本における最初の専門書籍として刊行されることになり、研修医4年目の著者は初めて専門書に「リハビリテーション科のリエゾン」を執筆した。

コンサルテーション・リエゾン精神医学は、その後も発展を続け、総合病院精神医学の全国への普及、日本サイコオンコロジー学会、日本サイコネフロロジー学会の設立につながり専門分化と発展を続けながら今日に至っている。

II. 事例紹介

本事例はプライバシー保護のために、論考に影響を与えない範囲で、年齢、家族構成、疾患、職業などを修正している。学会発表と論文記載の許可については、相当年数以前の症例であり、患者は死去、両親は死去、きょうだいと患者はcut off（関係性遮断）状態であったため連絡先は不明であり許諾は取れない状況であるが、きょうだいに本事例は特定できないように配慮しているため、倫理的に問題はないと考えた結果、論述している。また、自己の活用という内容から考え、事例提示のなかでは主語は「著者」ではなく「私」を使用した。

【症例】40歳代、女性、独身、保育士、胆嚢がんステージ4
X年、B総合病院にリエゾン精神科医として勤務した私にAへの面接依頼があった。A本人からの精神科医の面接希望であった。がんの進行状態や予後はAにすべて告知されていた。

Aが大学生のときに母親はくも膜下出血で他界し、父親は5年前に膵臓がんで他界していた。両親は他県出身であり親戚とは付き合いはなかった。弟がいたが親の介護をめぐる対立から当時はcut offな状態で連絡は困難であった。Aには恋人がいたが、がんになった父親の看病のため疎遠になり父親が死去する1年前に別れている。

30歳代後半で診断された胆嚢がんは、周辺臓器への浸潤が広範囲のため手術はできなかった。化学療法も効果がなく中止されていた。

私は、電子カルテで病状をチェックして、彼女の個室を訪ねた。肩まで伸びた髪、痩せてはいたが、健康な印象が残っている女性であった。

「自分から精神科を希望したんですってね」「そう、話し相手がいないから」「……」「そんなところに立っていないで、こっちに座ってください」とAは私に言った。

私は患者の前のソファに座り、定型的な面接を開始した。Aに出会うまでに私が読んだ死の受容の精神過程に関する文献や書籍は『死ぬ瞬間』⁸⁾だけであり、5歳くらいしか年齢が違わない患者との面接では戸惑いが先行し、面接態度は表面的で形式的になった。「痛みはありませんか」「夜は眠れていますか」「不安になったりしませんか」といった具合である。うつ状態や不安障害の有無を確認し、眠れないという訴えに短時間型の睡眠剤と頓服のための抗不安薬だけを処方して、毎週1回、彼女の病室に行くこと

にした。

看護記録を見て夜間の状態を確認して病室に行き、「昨夜は眠れましたか」「痛みはありませんか」とだけ話し、「来週、また来ますね」とだけ言って病室から逃げるような面接が3回ほど続いた。

後に理解したが、私はAが投影してくる無力感、不安、恐怖から逃げたかったのである。死にゆく患者への面接経験がほとんどなかった私は、死をめぐる葛藤を聞くのが怖かった。「可哀想」や「不憫」という情緒経験ばかりが意識に上り、Aの本当の心に近づくことができなかったのである。しかし、治療関係は、Aの発言によって変化した。

4回目の面接で「じゃあ、忙しいので来週来ます」と、いつものように言うと、彼女は「帰っちゃうんだ、いつも早く帰っちゃうね」と言ったのである。逃げるような気持ちを悟られたと思った私は「じゃあ、今日はもっと話しましょうか」とベッドの前にある椅子に座った。その時にAから意外な言葉をかけられたのである。

「先生、白衣を脱いでくれない」と言った言葉に私は驚かされたが、白衣を脱ぎ丸めて膝の上に置いた。「そのほうが話しやすいの、もっと近くに来てほしい」とAは言ったので、私は自分の椅子をベッドに近づけた。

そしてAは「先生の話聞かせてほしい、先生はどこで生まれたの」と言ったのである。Aから自己開示を要求してきたのだ。私は一瞬、躊躇したがAの治療者へのニーズが語られたという喜びもあり「C町だよ。田んぼしかないところだよ、たしかAはD市生まれだったね」と言った。「先生の両親はお元気なの」「親父は離婚していないし、母は入院しているよ」と話した。私の個人的世界に入ってきたAとの一連の会話によって、精神科医の私は「同郷の渡辺俊之」になり、患者Aは「同郷のA」になった。二人の関係性がこの会話で変化したのである。換言すれば、Aの言葉が私の「医師」役割を外したのである。

その後からは同級生だった女子と話すような会話が続くようになった。

水が流れるプールのあった遊園地、Aが担当した子どもたちの思い出、はじめて見た海の思い出、両親のことなど、Aは自分の過去をたくさん話してくれるようになり、私も昔の思い出をたくさん話した。

6回目の面接のときにAは「最後に先生みたいな人と話せてよかった」と語った。

Aの体調は次第に悪化していく。やがてベッドから起き上がれなくなった。

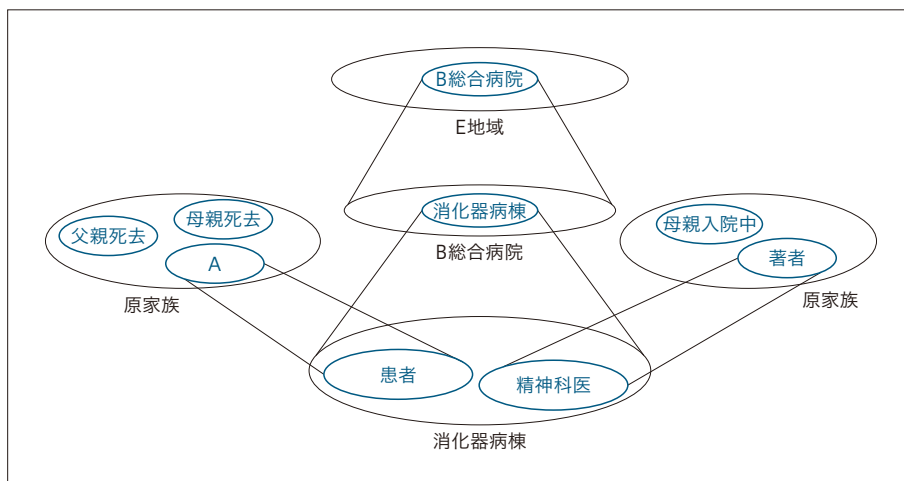


図1 出会いの背景

8回目の面接のとき、私の手を握って「天界点が怖いの」(天界点という辞書にはない文字が私には連想された)「私がいなくなって悲しむ人なんて誰もいないのよ」と泣きじゃくる彼女に「でも自分は悲しいよ」と言った。

Aの死は、確実に近づいていた。Aの担当になって2ヵ月後、がん担当医から「来週が危ない」と私に告げられた。約束していた面接日の2日前の朝、病棟ナースから「Aが亡くなった」と連絡が入った。

【事例のまとめ】

著者とAは身体科病棟という構造の中で出会っている。図1に示すようにE地域の中のB総合病院の消化器病棟で、通常のリエゾン精神科医と身体疾患患者として出会ったのである。この時の著者にはF地域にある別の病院に入院中の母親がいたが、それが、彼女との接触面の変化へと導いたことは確かである。

当時、著者は老いた母親のために故郷の大学で教鞭をとり、総合病院の緩和ケアチーム立ち上げ準備のために総合病院に勤務していた。外来もなく患者も少なく、一人の患者に時間をかけてかかわれたという構造もこうした治療の推進に寄与した。

消化器病棟という構造が著者を医師役割、Aを患者役割にとじ込めていたことを内省した。著者は最初、医師という役割に徹していたが、それだけではAの心に近づくことはできなかった。医師という役割は、著者自身の否定的感情(喪失、不安、落胆など)を排除する防衛に使用されていたのである。その背景には、著者の心に同時に進行している、再生不良性貧血で死期が迫る母親への感情が影響していたことも後に理解した。

4回目の面接まで、著者はAの精神状態を把握して処方調整するという医師役割に逃げ込んでいたのである。

「白衣を脱いで」というAの言葉、それは「医師という職業的防衛を外してほしい」という著者へのメッセージに他ならなかった。Goldie, L.⁴⁾は「患者達は話すことや、それを聞いてもらえることで、患者らしさに閉じ込められている感覚から解放される」と述べているが、この事例では患者から著者の医師役割を外すように対応してきたのである。

Aの死後に担当ナースから聞いた話だが、著者がC町出身という情報は、著者が彼女にかかわりをもつ前からAに伝わっていたようだ。面接が始まる前から著者を病棟で見かけて「あの先生と話してみたい」と看護師に言っていたようだ。Aが著者に面接を依頼してきたのは、最初から医師ではなく個人的な会話を欲していたのだと後に理解した。しかし、当時は逆転移(母親との死別への感情)により硬い面接になってしまったのである。

4回目の面接で、Aとの関係は劇的に変化した。著者(精神科医)とA(患者)との「心理的接触面」が動いたのである(図2)。当時の印象としては自己の一部を活用するというよりも、図2のように自分のかかわる部分が動いた(動かされた)経験であり、「接触面」という言葉のほうがしっくりくるために用いている。

「医師と患者」という接触面は「人と人」という接触面に変化し、彼女は自分のことを、著者も自分のことを話すようになった。二人の会話のなかに、互いが経験してきた過去が入ってきたのである(図2)。自己開示については、治療者自身の行動化という意見がある反面、意図的な自己開示は、患者の自己開示を促進して治療関係を深めるとい

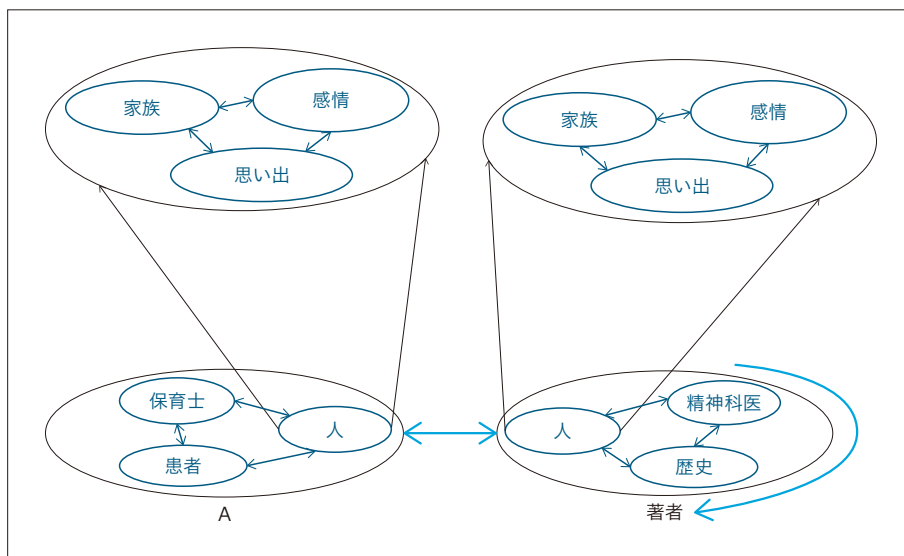


図2 心理的接触面の変化

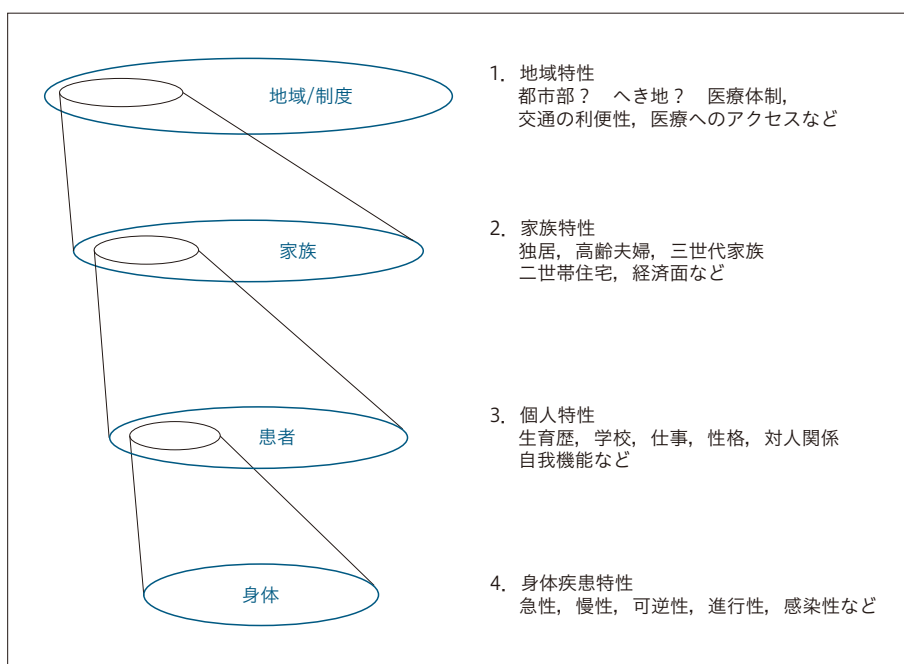


図3 治療システムの階層

う見解がある。患者にとって、自分が話をする相手の素性を知ることが安心感に作用し、コンテインされる感覚を強めるからだ。自己開示によって、著者は、Goldie⁴⁾が述べる「患者に残された時間をより良く生きるために支援する」ということができたのだと思っている。

Ⅲ. 治療者の自己の活用に必要なこと

著者は精神科研修で学んだシステム理論と力動精神医学という2つのレンズで、常に患者と家族、彼らに対応するための場所や時間を考えるようにしている。まずは、治療者と患者がいるシステムを理解しておくことが重要であろう。

1. 治療システムを理解する

治療システムは図3のように階層性を作っており、自分が治療を行う空間と時間を俯瞰してみることである。そして、どのシステムに働きかけるのが効率的かを精神科医は考えて介入するべきであろう。また、患者個人の上位システムと治療者の上位システム（家族、地域、文化など）を理解しておくことも大切である。

Engel, J.は、救命センターに心筋梗塞で搬送された患者への対応を観察記述し、介入システムが関与者によって経験的に選択されていくことを明確にした¹²⁾。心筋梗塞になったグローバー氏（中年男性）の1例を提示して、介入システムが選択されていくことを見事に描いている。救命センターでは冠状動脈に焦点があてられ、医師と看護師が医療を行う（臓器システムにおける介入）。状態が安定した後は個室に戻り、家族の支援が入る（家族システムにおける介入）。上司が訪れ、情緒的な安心感と仕事についての情報を得る（社会システムにおける介入）。

このように、われわれは医療現場で意図することなく、病状や時間経過でシステムを選択して介入しているのである。この治療モデルをEngelはbiopsychosocial modelとして発表した¹²⁾。

Aは、システム論を知らなくても、同郷ということで治療者の上位システム（C町）を理解していた。それがAの著者に対する面接希望につながったのであろう。この経験も影響し、患者が生まれ育った家族や地域という上位システムを理解することの大切さを実感するようになった。

異国から来日し事業で成功したがバブル崩壊の後に失業と離婚を経験した患者Gを診察したことがある。彼の両親は内戦で死亡していた。診察室ではインターネットにつながっている著者のパソコンを用いて、Google Earth上で帰ることのできないGの生まれ故郷を一緒に歩きGとの治療関係を深めることができた。

2. 患者の評価

身体疾患患者に精神療法を行うときには、力動精神医学的な知識が役立つ。精神腫瘍科医の稲川⁵⁾は、治療経過の後になって精神的に振り返ることが大切だと述べているが、著者も診療が終了した事例については力動的な観点でまとめるようにしている。本稿の事例も治療終結の後になって力動的にまとめ直したものであるが、こうした力動的評価のうえで「自己の活用」の深度や広がりを考えるべきであろう。

1) 現実検討能力

Werman, D. S.¹⁴⁾によれば現実検討とは固定された機能ではなく、著しく動揺を示す機能だと述べる。葛藤から自由な領域では現実検討は維持されるが、葛藤領域になると、その人のもつ本来の能力より低下する。入院した患者が病気や治療について「否認」を活用し、現実を知ること避けることでも理解できる。重篤な身体疾患の場合に現実検討が低下することは多々ある。また、糖尿病患者の「否認」が治療の妨げになることは現場ではよく知られている。Aは「否認」することなく自身の疾患と死期を悟っており、現実検討能力は最後まで保たれていた。

2) 感情を言葉にする能力

身体疾患患者の場合、「痛み」や「不安」などは日常的に発せられる言葉であるが、悲しみ、孤独、落胆といった感情も言葉にできることが大切であろう。患者から見ると忙しそうにしている医師や看護師に、こうした感情を伝えることに躊躇してしまうことが多々あるようだ。そのため定期的に面接時間とることができる精神科医との関係が深まれば、患者は痛みや不安以外の感情を話すようになるであろう。Aは十分に自分のことを話した後、死に関する恐怖と孤独を著者に伝えてきた。

3) 思い出

身体疾患に罹患して入院していても、学業や仕事での成功体験は精神療法では語りやすい内容である。患者が若い頃の自慢話をしたり、学生時代の体験を語り出したりするのは、患者以外のアイデンティティを「接触面」にして精神科医とかかわりたいからである。元気だった頃の患者の話に関心をもって聞き入るだけで、患者との関係性が深まる。Aは働いていた保育園の話題や子どもたちの思い出を話すときには生き生きとしていた。話してくれた子どもたちのことは著者の中に今でも思い出として残っている。

小森康永と岸本寛史の著書『がんと嘘と秘密』⁷⁾に名文がある。

「思い出とは沈黙の中に据え置かれるべきではない。思いが表出されてこそその思い出である」。

死に近い患者において自分を支えるのは「過去」である。何を経験し、何を残してきたのか、こうした思い出に耳を傾けることが重要である。

4) 防衛

患者がどのような防衛を使って生きてきたのか、生活史から判断しておくことが重要であろう。McWilliams, N.¹⁰⁾は、防衛を一次的（低次の）防衛と二次的（高次の）防衛

に整理しているが、特定の性格パターンと関連性があり、生活で活用されるのが二次的防衛である。身体疾患患者が健康なときにどのような防衛を使っていたのかを知ることが重要であろう。二次的防衛である、受け入れがたいものを無意識に知識や理屈を用いて対処しようとする知性化を使ってきた人は、深刻な疾患の場合にも知性化を使いづらく、受け入れがたい感情を切り離そうとするであろう。また、昇華を上手に使ってきた人は、自分の病気を対象化して文章や文学や芸術作品として仕上げるかもしれない。McWilliams は「退行」も二次的防衛に分類している。患者が退行のために精神療法の場を活用することができ、子どものように泣いたり笑ったりできれば、次の日には少しは元気になっていたりする。A は 8 回目の面接では退行し、子どものように泣きじゃくりながら死への思いを語ることができた。

5) 内的対象

心の中には、今はいなくても、父親、母親、祖父母など、過去に自分を助けてくれた人たちが内的対象として存在している。優しい父親や母親が内的対象として存在していれば、重篤な病気になったときの自分の支えになり、主治医、看護師、精神科医を転移対象として使えるであろう。一人娘だった A は両親に愛されていた経験を話し、「死んだら父や母に会えるかな」と言った。末期がんのような重篤な身体疾患の場合には、内的対象ニーズに自己を提供することも必要である。

6) 転移と逆転移

週に 1 回、1 時間程度話を聞いてくれる精神科医がいれば転移は必ず生ずるであろう。転移を引き受けることは意図的にも非意図的に行われる。患者が精神科医に抱く感情、精神科医が患者に抱く感情を理解し、かかわりをもつことが重要になる。

3. 身体疾患患者への自己の活用

一般的精神療法における自己の活用の意義は調査研究もされている。Scheiner, J. と Sleater, A. M.¹¹⁾ は、セラピストを対象に自己の活用に関する生活体験について半構造化インタビューを実施した。彼らはその記録を分析し、3 つのテーマに基づくモデルを開発している。第一は、自己開示などを通じて「治療的アタッチメント」を育むために自己を活用することである。このとき、自己開示内容を調整する必要性を強調している。第二は、気づきである。治療者と患者の間を行き交うコンテンツ（言語、態度、行動、そ

して無意識）に同調（attune）する意義を強調する。治療者と患者との同調は、相互性と脆弱性を気づく能力に基づいているという。治療者は精神療法の経験を積むことで、患者との適切な境界線を維持しながら真に深くかかわり自己の活用を学ぶという。第三は、健康（wellness）に関することである。自己を活用するためには、自身のケアを行うことが必要である。「思いやりに満ちた内なる監督者」の意識を拡大することが、健全な意思決定を可能にするために役立つと述べている。

著者は身体疾患患者への精神療法の治療者の自己の活用は、一般の精神科患者以上に重要になってくると考えている。

生老病死は万人に共通する経験である。そのため身体疾患患者への精神療法においては、治療者自身の生老病死を再認しておくことが重要になる。具体的には自分が病気になったときの経験、親やきょうだい、祖父母の病気、ケア、死別の経験、入院したことがあれば、そのときの患者としての経験などを意識化し、自己活用の素材としてもっておくことである。自己の部分を外した身体疾患患者への精神療法は「患者の精神症状の把握と、形式的な支持的精神療法と薬物療法」という狭小化したかかわりになってしまうであろう。臨床現場の多忙さを考えれば、狭小化した関与にならざるを得ないことは著者も実感している、しかし、本事例のように深いかかわりが重要になる患者がいることも現実である。

「もっと聞いてほしい」という末期がん患者の前から逃げたくなるのは、治療者の死への恐れ、つまり逆転移のためである。どんな精神療法も薬物療法も、死が近い患者に対しては無力にならざるを得ない。その時に活用できるのが「自己」と考えている。自己の活用のためには、患者が関心をもつ話題を見つけることである。同郷、同窓、病いの経験、ケアの経験、仕事、趣味、飲食、旅行などの話題を「接触面」にすれば治療関係は深まる。

4. コンサルテーション・リエゾンにおける精神療法の基本

総合病院に勤務する精神科医の機能に影響するのは、(1) 地域特性（都会と地方、高齢人口比率、他の医療へのアクセスなど）、(2) 病院特性（大学病院、一般の総合病院、急性期と慢性期、緩和病棟の有無など）そして、(3) 家族特性（家族の有無と関係性など）、(4) 精神科医特性（専門性、経験、そして自己など）、(5) 他科と精神科との関係性、(6) その他といった要因で形成される。これらは

コンサルテーション・リエゾンにおける「構造」といえよう。この事例においては上記（1）から（5）までの要因が存在していたがゆえに、深いかわりができたのだと考えている。

読者の多くは通常のコンサルテーション・リエゾンの場面では、こうしたかわりは困難と考えているかもしれない。しかし、40年近く前、この領域の先駆者であるLipsett, D. R.⁹⁾は次のように述べている。一般病棟内で患者は無防備な姿で不快な音や光景や臭いに晒されて痛みと不快の中にいる。プライバシーを守るのはカーテン1枚である。このように総合病院では、良好な治療関係の発展に不可欠と考えられる要素の多くが欠けているにもかかわらず、わずか数分で良好な治療同盟が形成され、一度のベッドサイド訪問で効果的な精神療法的介入を行うことができる。病気や手術による危機に直面している患者は、自分の体験を誰かと共有したいという強い願望をもっているが、多くの業務に追われる医療従事者や、ただ励ますことに終始する見舞客のなかでは、真摯に耳を傾けてくれる相手を見つけることが難しいからだと述べる。

病気への不安、恐怖、落胆で退行している患者にとって、身体症状ではない次元に焦点をあてる精神科医は重要な存在なのである。著者はリエゾン精神医療における精神療法の基本は「人としての患者」への関心と態度だと考えている。「患者の生き様、家族、過去など」に焦点をあてることで治療関係は構築されるであろう。

おわりに

著者はAとの体験を小説『Afterglow—最後の輝き—』に昇華した。拙作は2013年の群馬県文学賞に選ばれている³⁾。

Aと母親の死からすでに相当年数が経ち、死別との心的距離の変化が本稿執筆の契機となっている。この間にさまざまな生老病死に出会ってきた。大切な友人や恩師らをがんで失い、2015年には著者自身も大腸がんステージIVと診断され治療を受けたことが、がん患者への精神療法の意義を再び検討する機会になっている。

本稿を執筆しながら、著者の内的対象としてAは今でも生きていることを再認識した。身体疾患患者との出会いは精神科医に多くのことを学ばせてくれる。病いは誰にも平等にやってくる経験であるからこそ、治療者の自己は身体疾患患者の精神療法に活用できると考えている。Aとの関

係で学んだ「接触面」は精神科一般外来でも活用できる。それは、患者や家族から向けられた転移に意識的に応えることであろう。外来に訪れるがん患者には自分の経験を積極的に語り（がんサバイバー）、シングルマザーの子どもには父親のように接し（仮想の父親）、配偶者に先立たれた高齢男性とは酒の話でもりあがる（仮想の飲み友だち）といった具合である¹³⁾。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Billings, E. G. : Liaison psychiatry and intern instruction. J Assoc Am Med Coll, 14 (6) ; 375-385, 1939
- 2) Finlay, L. : The Therapeutic Use of Self in Counselling and Psychotherapy. SAGE, London, 2021
- 3) 藤村 邦 : Afterglow—最後の輝き—. 文芸社, 東京, 2012
- 4) Goldie, L., Desmarais, J. : Psychotherapy and the Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in Mind. Routledge, London, New York, 2005 (平井正三, 鈴木 誠監訳 : がん患者の語りを聴くということ—病棟での心理療法の実践から—, 誠信書房, 東京, 2022)
- 5) 稲川 信 : ある大腸がん患者と家族に対する精神腫瘍科的な治療経過の振り返りと力動精神医学的（精神分析的）補足。総合病院精神医学, 34 (1) ; 68-74, 2022
- 6) 岩崎徹也監, 黒澤 尚, 保坂 隆編 : コンサルテーション・リエゾン精神医学の課題。東海大学出版会, 東京, 1989
- 7) 小森康永, 岸本寛史 : がんと嘘と秘密—ゲノム医療時代のケア—. 遠見書房, 東京, 2022
- 8) Kübler-Ross, E. : On Death and Dying. Macmillan, New York, 1969 (川口正吉訳 : 死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話—, 読売新聞社, 東京, 1971)
- 9) Lipsett, D. R. : Therapeutic alliance in psychiatric consultation. Psychiatry, Vol. 2 (ed by Michaels, R., Cavener, J. Jr., et al.). JB Lippincott, Philadelphia, p.1-11, 1985
- 10) McWilliams, N. : Psychoanalytic Diagnosis : Understanding Personality Structure in the Clinical Process, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2011 (成田善弘監訳, 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, 大阪, 2015)
- 11) Scheiner, J., Sleater, A. M. : Impact of the therapist's "use of self". Euro J Couns Psychol, 8 (1) ; 118-143, 2020
- 12) 渡辺俊之, 小森康永著 : バイオサイコソーシャルアプローチ—生物・心理・社会的医療とは何か?—. 金剛出版, 東京, 2014
- 13) 渡辺俊之 : 同席面接のすすめ—力動精神医学的理解—. 精神雑誌, 127 (4) ; 247-254, 2025
- 14) Werman, D. S. : The Practice of Supportive Psychotherapy. Routledge, New York, 1988 (亀田英明訳 : 支持的精神療法の上手な使い方, 星和書店, 東京, 1988)
- 15) Wosket, V. : The Therapeutic Use of Self : Counselling Practice, Research and Supervision, 2nd ed. Routledge, London, New York, 2016

Psychotherapy for Patients with Physical Illnesses :

A Case Study of Terminal Cancer Patients

Toshiyuki WATANABE

Watanabe Clinic

Takasaki Nishiguchi Psychotherapy training room

The author introduces a case of a female patient with terminal cancer, whom we had previously treated, in relation to psychotherapy for patients with physical illnesses. Self-disclosure transformed the patient-doctor relationship into one between individuals, deepening the therapeutic relationship and enabling the patient to speak her mind. The change in the relationship allowed the patient to express her feelings and talk about her memories. Although she was treated for a short time before her death, we were able to effectively use the time we had with her. Interviews with terminal cancer patients have made it clear how important it is to be aware of the psychological “contact surface” between the patient and the doctor.

In the second half of the paper, I introduce the use of two lenses : the lens of systems theory, and the lens of dynamic psychiatry. It is important for therapists of patients with physical illnesses to use systems theory to gain an overview of the treatment system, and then to choose the system that should be prioritized for intervention purposes.

The following items were listed as criteria for evaluating patients with physical illnesses using the lens of dynamic psychiatry : (1) reality testing, (2) ability to verbalize emotions, (3) memories, (4) defenses, (5) internal objects, and (6) countertransference.

Author's abstract

Keywords physical illness, psychodynamic psychotherapy, systems theory, self-disclosure, psychological contact surface