

## 支援者における“治療者 - 患者元型” ～東日本大震災の経験から～

石井雄吉 明星大学人文学部

キーワード：東日本大震災、被災者、心のケア、治療者 - 患者元型

2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震は、東日本大震災と呼ばれる膨大な人的、物的損害を引き起こした。このような大規模震災による被害に対して、避難所生活者への食事や物資の提供、瓦礫の処理、浸水家屋の片付け、そして、心のケアなどにと、大勢の支援者が全国から集まった。

筆者もそのような一人として、被災者の心理支援を行う組織に参加する機会を得た。この組織は、行政の手が届かない広範囲にわたる多数の被災者に対して主にアウトリーチ型の心理支援を行い、地域において非常に重要な心理支援の役割を担っている。さらに、心理教育的なセミナーも開催し、被災に限定せずメンタルヘルス全般に関する啓発活動も積極的に行っている。その構成メンバーは、中核的な役割を担う精神科医師の他に、元々、地域で精神科医療に携わってきた20歳代から30歳代の比較的若い看護師、精神保健福祉士、そして、臨床心理士などである。

この活動には、さらに、全国から精神科医療関係者が数日交代で応援として参加し、現地スタッフとともに2～3名のチームに分かれ被災者を訪問している。そして、これらの支援活動は土曜日、日曜日、年末年始も休みなく積極的に行われている。

筆者が初めてこの活動に参加したのは、仮設住宅や見なし仮設（民間借り上げ住宅）がそれを必要とする被災者に普及し、避難所がそろそろ閉鎖されようとしていた2011年7月であった。それから筆者は2013年2月までの約1年半にわ

たって、16回、のべ60日参加することになった。しかし、最初に参加した頃には、その後1年半もの間、この組織の活動に参加することになるとはまったく想像もできなかった。

ただし、筆者の場合、自宅に認知症であり車いす生活の母親がいるため、被災者支援で家を留守にする度、残る家族にはその介護で大きな負担をかけていた。また、本務である教員として、卒業研究やゼミ研究の個別指導にも例年に比べると、十分に時間をとることができなかった。また、とにかく支援に参加する時間を捻出することが優先され、往きは必ず夜行バスを利用するという状況であったが、なぜそこまでして自分が行かねばならないのかについては、「誰かが行かねばならない」としか言えなかった。

さて、今、被災者支援から距離を置いてみると、これほどの期間、筆者を招き寄せた理由が何か被災地には存在したとしか思えない。臨床心理士としての使命感だけでは説明不可能である。筆者がまさにそうであるように、公私にわたりさまざまなことを犠牲にしてまで、我々を赴かせる何かが被災地にはあるのかもしれない。

しかし、ある日、支援に参加した一人の精神科医師の言葉によって、その理由と直面化させられることになった。彼は、週末を利用してこの事業に初めて参加したが、活動を終えて帰宅する際の挨拶で、「皆さんが楽しそうに働いているのが印象的でした」と述べ帰って行った。ここでの日々の活動は、被災によって心が傷つき、さらに仮設住宅などで不自由な生活を強いられている人々に

向かい、またある時には、心のケアなど必要ないと被災者から迷惑に思われることもあり、決して楽しいはずもないのである。これまでデイケアなどで精神障害者の支援という地道な臨床に携わっていたスタッフが、震災によって被災者支援を担当するようになって、生き生きと働く姿がこの精神科医師には、「楽しそう」にみえただけなのかもしれない。しかし、その言葉によって、筆者は支援に何度も参加している自分の心底を見透かされたかのような衝撃を覚えた。

さて、そもそも人はなぜ病んでいる人や苦境にある人を救おうとするのであろうか。Guggenbühl (1978/1981) は、Jung 心理学の立場から治療者 - 患者関係という元型について語っている。彼 (1978/1981) によると、それは我々が皆自分の中に治療者という元型を有しているからだという。ただし、治療者はそれのみで存在し得ず、治療の対象となる病んだ元型の存在も不可欠である (Guggenbühl, 1978/1981)。だからこそ、患者 (傷ついた弱い者) に向かう時、我々の心の中には彼らを救う力を持った治療者という元型が布置されるのであり、また、治療者の中に病んだ力のない患者元型が存在するからこそ、治療者は患者に寄り添うことができるのである。一方、自らの病んだ患者元型を抑圧し、それを患者に投射する治療者は治療者元型に侵襲され、その自我は肥大化することになる (Guggenbühl, 1978/1981)。

大規模な惨事が発生すると、ボランティアやさまざまな職種の支援者が被災地に駆けつける。このような時、治療者 - 患者元型は、そのまま支援者 - 被災者元型に置き換えることができる。そう考えると、支援者の一部には、強力に布置された治療者元型に飲み込まれ、被災者に自らの弱々しい患者元型を背負わせていることにも気がつかず、あたかも崇高な使命を果たしているかのような錯覚に陥っている者もいるかもしれない。そう考えると、毎回夜行バスを使ってまで、この1

年半の間に16回、のべ60日も被災地へ通った筆者自身は、まさにこのような治療者元型に憑依されていたと言えるのであろう。

ところで、外傷的出来事を体験した人への早期介入の必要性についてはディブリーフィングを除き、専門家の間ではほぼ合意がなされており (廣常ら, 2005)、そのような出来事の体験後、半年を過ぎて自然回復がみられない場合、未治療であると遷延化する (金, 2003) との指摘もある。また、トラウマ反応は古典的条件付けとオペラント条件付けにより理論的に説明できる (富永・高橋, 2009) とも言われているが、そうであるならば、なおさら2つの条件付けが強固となる前に、トラウマ反応消去の手続きが必要となる。

条件付けと言えば、神経言語プログラミング Neuro-Linguistic Program: NLP から生まれたアンカー (アンカーリング) 技法も、過覚醒および否定的感情や回避行動の軽減に有効であり (Rothschild, 2000/2009)、また、リラクゼーションによる PTSD 改善効果も指摘されている (Hobfoll et al., 2007; Yule, 2011; 池埜, 2011) ので、安全性の高いこれらの技法を被災者の心のケアに導入しない理由はない。被災してから1年以上も経過した時点で、なおも侵入的な再体験に襲われているような被災者の場合、彼ら自身のレジリエンスによる自己治癒力に期待して見守る (岡野, 2009) だけでは限界があろう。しかしながら、もし仮に、自身の病んだ弱い患者元型に向かい合うことを避け、自分の外にいる弱い立場の者にそれを投射することで、自らの病んだ部分、つまり否定的自己表象をなかつたことにしようとする支援者がいるとすれば、彼らにとって被災者の立ち直りは、むしろ、困ったことになる。

状況は異なるが、不登校に対する見守りの結果、早期の対処が行われず貴重なチャンスを逃すことになったという指摘もある (金原, 2007)。これは被災者支援についても言えることであり、見守りや傾聴という姿勢は、一見、被災者のペースに

合わせた支援のように見えるが、むしろ遷延化を助長する一因となる危険を孕んでいることになる。被災者が惨事体験を語ることはカタルシスになる(富永,2011)のであるが、不安の軽減がなされないその単なる繰り返しは、反復強迫的なものであり、無力感や恐怖心を強化しトラウマをより固定化してしまうことになる(西澤,1999)。つまり、見守りは、積極的な心理臨床的ケアの後に被災者とともに歩んでこそ意義がある支援なのである。

それはそれとして、治療者元型に憑依された支援者は、いわゆる Professional enabler と似ているところがあり、そのような支援者にとって被災者の回復は、自らの共依存関係にあるパートナーを失うことになる。したがって、もし仮に被災者へ自らの患者元型を投射し、それによって自らの存在価値や救済力を感じようとする支援者がいるとすれば、この見守りという姿勢は、心の傷の遷延化を助長することに都合よく寄与していることになる。

心のケアを行う支援者の中には、被災者との十分な「関係性」の構築が不可欠であると言う者が多い。当然のことである。だが、関係性の構築とは何をもって測ることができるのであろうか。関係性の構築という到達目標不明な指標を掲げている間に、被災者が負った心の傷は固着化し遷延化していくのである。したがって、その場その場の状況に応じて、被災者の自己治癒力を高めるような支援が求められる。精神科医師が初対面の被災者に薬を処方するのは何のためであろうか。それは心理学的な意味で自我補強がまず何よりも必要ということなのである。

また、「病歴を聴くことには微妙な問題が含まれている。治療者がする質問によって、そのつど患者(クライアント)の現実が構成されていくからである。」という指摘もある(小関・小島,1997)。このような関わりは、被災者の内なる治療者元型、言い換えれば、自己治癒力を脆弱化させ、その一

方で、支援者は治療者元型による憑依がますます強まり、自我肥大を楽しむことになるのかもしれない。

真に治療的と呼べるのは、支援者の傷ついた患者元型(Guggenbühl,1978/1981)を負わされた被災者の“気の毒な話”を単に傾聴するだけでなく、被災者が明日に向かって生きていく自らの力を感じられるような未来志向的なものでなければならない。つまり、必要な支援は、被災者の内なる治療者元型を布置させるような介入なのである。大規模トラウマに対する初期、中期介入における5つの重要な要素としてあげられている中には、自己およびコミュニティの効力感の促進も含まれている(Hobfoll et al.,2007)。つまり、「肯定的な未来オリエンテーションを持って、変化への期待や可能性を構築するのを援助する」ような関わりが必要なのである(宮田,1997)。逆に、「過去に止まっていたら、否定的な自己認識が現在の生活をも支配し、永遠に計り知れない害を引き起こすことになる(Shapiro & Forrest,1997/2006)。」。

もし仮に先の見えない関係性を唱えて、遷延化防止のために今できる心理臨床的なケアを行わない支援者がいるとすれば、そして、もし仮にそのような支援者が「楽しそうに働いている」と見えるのであれば、治療者元型をまさに楽しんでいると見られても仕方ないのかもしれない。自らの外に病んだ身代わりを置く限り、支援者は自らの負の部分に怯えることはないのである。しかし、そう見えるのは筆者自身の治療者元型を彼らに投射した結果なのであろう。

被災地へ向かう道路は、鉄道が復旧していないため、復興関係の工事車両もあって交通量が大幅に多い。特に、2車線から1車線になるような箇所では、朝夕、激しい渋滞が発生している。そのような時、車が長い列を作っている車線を横目に、車線が合流するぎりぎりまですいている側を走って渋滞を回避する車を目にするが、その中に支援

や復興関係の車も時には含まれている。確かに、被災直後の時期であれば、支援や復興のための公的車両は優先されるべきであろう。しかし、被災後2年も経過し、緊急的な介入はほぼ一段落している現状において、あたかも道路の優先走行権があるかのような振る舞いが支援や復興に携わる者に見られるということは、まさに治療者元型に侵襲され肥大化している彼らの自我を象徴的に物語っている。ところが、そうみえるのは、やはり、治療者元型に憑依された筆者自身を彼らに投射した結果なのである。

ここまでいろいろ述べてきたが、これらは被災者支援に限ったことではない。そもそも、Guggenbühl (1978/1981) が、治療者 - 患者元型と言っているように、ここに記した問題は我々の日々の臨床そのものにあてはまるのである。まして、Guggenbühl (1978/1981) は、教師 - 子ども元型も治療者 - 患者元型とまったく同じように、力(知識や経験)を持つ教師とそれを持たない生徒という関係を生じさせると指摘している。筆者のように教員と臨床家との二足のわらじを履く者は、二重に自我肥大を楽しんで仕事をしてはいないであろうか。ここで一度振り返って考えてみる必要がある。

とは言いながらも、どのような支援であれ教育であれ、その活動にはエネルギーが必要である。そうであれば、治療者や教師の元型に憑依されて自我が肥大化することは、むしろ支援活動のためのエネルギー備給にとっては好都合なのである(前田,2013)。したがって、憑依されていることを自覚し、その上で元型からエネルギーを受け取りながら、弱い立場の人々に寄り添う、そして、彼らの内的な治療者を支援するような活動を継続することが重要なのではないであろうか(前田,2013)。

## 文献

Guggenbühl-C.A. (1978) .Macht Als Gefehr

Beim Helfer. Psychologische Praxis, Band 45, S. Karger AG, Basel. 樋口和彦・安溪真一(訳)(1981). 心理療法の光と影~援助専門家の〈力〉~. 創元社.

廣常秀人・大澤智子・加藤 寛(2005). 外傷的出来事後の認知行動療法を中心とする早期介入による治療および二次予防の有効性. 心的トラウマ研究, 1, 87-93.

Hobfoll,S.E., Watoson,P., Bell,C.C. et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry, 70 (4), Winter, 283-315.

池埜 聡(2011). 阪神淡路大震災からみた東日本大震災支援の方向性について. 東北大学主催 東日本大震災心理支援 Workshop in Kyoto.

金原俊輔(2007). 行動療法と認知行動療法による不登校児童への再登校支援. 地域総研紀要, 5, 45-56.

金 吉晴(2003). 心的トラウマと精神医学. 医療, 57, 231-236.

小関哲郎・小島達美(1997). 心療内科における解決志向アプローチの実践. 宮田敬一編. 解決志向ブリーフセラピーの実践. 金剛出版, pp243-254.

前田 正(2013). Personal communication. 宮田敬一(1997). ケース1 ストラテジーブックセラピーにおける変化の期待の構築. 宮田敬一(編). 解決志向ブリーフセラピーの実践. 金剛出版, pp31-48.

西澤 哲. トラウマの臨床心理学. 金剛出版.

岡野憲一郎(2009). 心的外傷とレジリエンスの概念. トラウマティック・ストレス, 7, 148-156.

Rothchild,B. (2000). The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment. W.W.Norton &

- Company, Inc. 久保隆司（訳）（2009）. PTSDとトラウマの心理療法 心身統合アプローチの理論と実践. 創元社.
- Shapiro, F. & Forrest, M. (1997). EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma. International Creative Management, Inc., New York. 市井雅也監訳（2006）. トラウマからの解放：EMDR. 二瓶社.
- 富永良喜・高橋 哲（2009）. 心のケアとは. 杉村省吾・本多 修・富永良喜・高橋 哲（編）. トラウマと PTSD の心理援助 心の傷に寄りそって. 金剛出版, pp.47-55.
- 富永良喜（2011）. 基調講演「東日本大震災心理支援の現状と課題」. 日本心理臨床学会主催 東日本大震災心理支援研修会.
- Yule, W. (2011). 子供と若者のトラウマ治療の理論と実際. 基調報告「ヨーロッパの危機支援の経験から」. 日本心理臨床学会主催 国際シンポジウム 震災被害への有効な心理支援に向けて～今、臨床心理学はどのような社会貢献ができるのか～.

---

The Therapist/patient archetype of in the helping professions after Great East Japan Earthquake

ISHII, Takayoshi

Department of Psychology, School of Humanities, Meisei University

**Key words:** the Great East Japan Earthquake, victim, mental care, the therapist-patient archetype

---