



総合病院における心理臨床：
リエゾン事態としての事例報告（２）：
重症筋無力症患者例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 室蘭工業大学 公開日: 2007-05-25 キーワード (Ja): キーワード (En): psychological clinic, myasthenia gravis patient, interpersonal-relationship between patients 作成者: 前田, 潤, 狩野, 陽 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10258/102

総合病院における心理臨床：リエゾン事態としての事例報告（２）：重症筋無力症患者例

その他（別言語等）のタイトル	Psychological Clinic in General Hospitals : Case Study as Liaison Situation (2) : Myasthenia Gravis Case
著者	前田 潤, 狩野 陽
雑誌名	室蘭工業大学紀要
巻	52
ページ	93-104
発行年	2002-11-30
URL	http://hdl.handle.net/10258/102

総合病院における心理臨床 —リエゾン事態としての事例研究(2);重症筋無力症患者例—

前田 潤*¹, 狩野 陽*²

Psychological Clinic in General Hospitals —Case Study as Liaison Situation(2);Myasthenia Gravis Case—

Jun MAEDA and Minami KANO

(原稿受付日 平成14年5月7日 論文受理日 平成14年8月30日)

Abstract

We discussed in this paper the process of psychological interviews with Myasthenia Gravis(MG) patient. This patient was suffered from many diseases after taking MG through 27 years. After an admission to psychiatric ward by mental stresses, the cancer was found in her stomach. She refused a surgical operation strongly. Gradually becoming actively on the other hand, she was moaning her own life. At last she acted out wristcuts, but, after this episode, she decided being operated. In this period, she wrote many letters to psychological clinician. We pointed out that this decision was making according to interpersonal-relationship between patients and patient's consciousness became wide to people and time range.

Keywords : psychological clinic, myasthenia gravis patient, interpersonal-relationship between patients

1. はじめに

総合病院における心理臨床者の役割と働きを明らかにする一連の研究⁽¹⁾において、本論文では重症筋無力症患者を事例として検討する。

ここで用いる'liaison'とは、ある共通の問題を巡ってつながりや連携が生まれる事態の総称として用いているのであって、専門家同士の連携という限局的な意味で用いているのではない。患者が置かれている事態に対して専門家を含めて様々なつながりが生まれてくる事態そのものの総称である⁽²⁾。

本論文で取り上げる事例は、重症筋無力症患者である。患者は十代で重症筋無力症を発症し、長く病院

と自宅で療養生活を送り、さらにその後も多くの病を身に受け、病苦と戦ってきた。しかし、精神的ストレスから精神科に入院することになり、入院後暫くして落ち着きを取り戻し、活力も増して活動の幅を広げつつあったそのとき、患者の胃に新たに癌細胞が見いだされたのである。患者は失意に陥り、手術を拒否し、自らを悲嘆し自殺未遂さえ図った。しかし、患者はそこからなお生きる意欲を再び甦らせ、生きるために手術を決意するに至ったのである。

本論文がこの事例を扱うのは、多くの病に若年から見舞われた患者が、さらに病を受けて一種の絶望状態に入ることとはごく自然なこととして理解されるが、そこから猶、生きようとする力が沸き立たせることは、当たり前のことではないからである。多くの援助者にとって患者の生への意欲そして絶望からの脱却はしばし最大の課題であり、またそういう点で本報告事例は

*1 共通講座

*2 札幌学院大学

貴重な例と思われるのである。

また医療専門家が考慮することのなかった要因がしばしば患者を決定づけるが、それは対人関係を領域とする心理臨床においても起きるのである。本事例の患者は心理面接経過中に膨大な枚数の手紙を心理臨床者に宛てて書いた。これによって患者には実に多くの人々との関わりがあることがわかり、その一人に心理臨床者があったのである。そしてそういうつもりで患者は書いたわけではないが、図らずもこの手紙は貴重な分析資料となり、本事例は専門家として心理臨床者が考慮しなかった対人要因が重要であることを教えられることとなったのである。

論文では、患者が生への意欲を再び甦らせるに至る過程の中で、どのような対人要因が進行していったのかを明らかにする。そして、このときの心理臨床者の役割について考察を加える。そのためにまず重症筋無力症について、その発現機序に関する今日的な理解と治療についての歴史的変遷、そして重症筋無力症患者の療養生活の実態について若干の概括を行う。その上で重症筋無力症が事例となる患者の個人史に及ぼし、また手術を受ける決意を固めるまでの過程に与えた影響について検討する。そして精神科入院後の入院生活と癌発見から手術を受けるまでの専門家を含めた周囲の人々との関わりについて検討し、失意から生きる決意を固めるまでの患者の人間関係の様相を明らかにしたい。

2. 重症筋無力症

現在、重症筋無力症に関し、インターネット上に当事者や当事者団体あるいは専門家によるホームページが多数開設されている。本患者の重症筋無力症に関する確定的な知見は得られていないのでホームページ上の情報も生活体験を含めて貴重な資料として取り入れたい。

まず、重症筋無力症の概要を示し、次にホームページ上の体験談を元に患者本人の生活の実態に触れる。

2. 1 重症筋無力症の概要

2. 1. 1 症状、発現機序及び疫学

重症筋無力症は、神経学的障害における末梢神経系障害(Disorders of the Peripheral Nervous System)の一群の中で筋肉神経伝達物質障害(Disorders of neuromuscular transmission)として位置づけられる。ただこの「重症」という訳語を当てた「Gravis」という言葉はもともと「重力」を意味する用語であり、重力に対して筋力が無力であるという理解が正しく本

来は「重力筋無力症」とすべきであるとの指摘がある⁽³⁾。一般的な症状としては眼瞼下垂、複視、運動後の筋肉易疲労が見られ、眼筋は患者の40%が最初に影響を受ける。そして85%が構音障害、嚥下障害、全身の筋力低下が生じるのが一般的である。また、症状には日内変動と動揺があり、患者の10%は呼吸困難の併発を経験するという⁽⁴⁾。合併症として甲状腺機能亢進症や全身性エリテマトーデス、関節リウマチなどの膠原病を伴うことがある。感覚器官や深部反射は正常で、心臓と腸の筋肉は侵されることはない。

こうした症状の発現は、抗アセチルコリン受容体抗体が出来るために筋肉膜表面のアセチルコリン受容体に結合し、神経筋接合部の神経伝達物質であるアセチルコリンによる刺激の低下を結果するとされ、自己免疫疾患の一つと見なされている。このアセチルコリン受容体に対する抗体がなぜ生まれるのかについては現在のところ不明であるが、アセチルコリンの分解を行うコリンエステラーゼの働きを阻害する抗コリンエステラーゼの投与が一つの治療方法となる。

重症筋無力症はまた胸腺腫との関連が見られており、胸腺腫の20%強が重症筋無力症を併発しており、重症筋無力症のやはり30%弱が併発しているのので何らかの因果関係が示唆される。しかし、重症筋無力症の原因は依然特定されておらず、発現機序は解明されていても、そもそもの原因については不明であり、胸腺の異常がない場合でも発症していることから、胸腺の異常は原因か結果かという議論もある。

確定診断は、重症筋無力症の症状と特徴的な筋電図、これは鑑別の際にも重要となるが、さらに血中の抗アセチルコリンレセプター抗体の存在(これがあればほぼ確定される)で、先に述べた抗コリンエステラーゼの効果があることを基準とする。但し、重症筋無力症の中で10-15%では抗アセチルコリンレセプター抗体が陰性で症状がある患者もいて、これは病態は異なっているのではないかと考えられている。しかし抗アセチルコリンレセプター抗体陰性の場合でもやはり抗コリンエステラーゼ剤が有効で、免疫抑制剤も有効と考えられている。ただこの場合は胸腺摘出術には慎重であるべきと言われている。

日本での有病率は1980年代には人口10万人に対し2-3人とされ、欧米の有病率10万人対2-4.5人とほぼ一致するとされていたが⁽⁵⁾、1999年で日本全国に12万人近くの登録があることから、1万人あたりに1人患者が存在すると考えられ、有病率に関しては1万人あたり0.5~1人と見なされる⁽⁶⁾。

またこの病気は3:5で女性に多く見られる。重症筋無力症は一時HL-A抗原と疾患感受性があるとの

報告から遺伝的背景を含めて研究される必要があるとされた⁽⁷⁾が、疾患そのものとの遺伝的関連にについては現在否定的である。重症筋無力症の患者から出産した新生児に重症筋無力症の症状が見られる場合があるが、これは胎盤を通じて血中に抗アセチルコリンレセプター抗体が入り込んだためで、これが排出されるに伴って症状は消失する。ただ、筋無力症患者が妊娠によって症状が軽快し、出産によって悪化する場合がある。発症年齢はほとんどが20代から40代であるが、どの年齢においても発症している。比較的まれなこの病気は昭和48年に厚生省の特定疾患に指定されたが、重症筋無力症の全国友の会が結成されたのは昭和46年である。患者本人だけでなく家族にとっても友の会は情報交換という意味に留まらない互助的役割を担っている。

2. 1. 2 治療の歴史

世界で初めて報告された重症筋無力症の例は17世紀に記載があるが近代の記載は19世紀後半にある⁽⁸⁾。1930年代にすでに抗コリンエステラーゼの効能についての指摘と胸腺腫の腫瘍摘出術による症状軽快の報告が行われている。しかし、重症筋無力症の胸腺摘出術による治療の発展は遅れ、胸腺周囲の脂肪組織にも胸腺細胞があることから、日本で1980年代に拡大胸腺摘出術が行われるようになり、これにより胸腺摘出術による治療成績が上がるようになった⁽⁹⁾。

ただ胸腺は自己免疫系の活動を支える臓器であり、体内の免疫機構を司るT細胞を作る臓器であるため、この摘出による自己免疫能力の低下が当初から危惧されていた。調査によると胸腺摘出術を行わずに薬物療法のみで経過を見ていた重症筋無力症患者の癌発生率は健常者に比べて高いというデータがあったが、拡大胸腺摘出術を行った場合では健常者と癌発生率に差がないという調査結果が出た。それゆえ、癌発生という観点からも拡大胸腺摘出術が有効と見なされている。

ただし、重症筋無力症の治療にとっての摘出術の有効性を高めるためには胸腺腫がある場合は勿論であるが、発症の早い段階で胸腺摘出を行う必要があると言われている。それは神経筋接合部のアセチルコリンレセプターが抗アセチルコリンレセプター抗体に長期に曝されることでレセプター自体のダメージが大きくなるからだと言う⁽¹⁰⁾。

重症筋無力症に対するこうした医学的治療の進展によって今のところ標準とされる治療方法は内科的及び外科的治療を併用した治療である。まとめると次のような方法となる。

1. 抗コリンエステラーゼ剤による内科的治療
2. 胸腺摘出術による外科的な治療

3. ステロイドによる対症・免疫抑制療法
4. 血漿交換療法・血漿濾過法・免疫吸着法などの緊急事態の特殊な方法
5. その他

順番は必ずしも治療法の適用順を示すものではないが、1は確定診断にも用いられ、早期に導入される。また2についても適応の検討を慎重に行う必要がある場合もあるが、現在は治療の有効性を高めるためにも比較的早期に行われることが良いとされる。3はこうした治療が有効ではない場合に用いられるとされているが、1と同時期に開始することもあるようである。4は重症な場合に悪化を防ぐために緊急に施行される方法で、その他としては漢方薬の併用が行われることがある。

2. 2 重症筋無力症患者の生活実態の概括

重症筋無力症の患者の生活実態についての知見は学術的には稀少であるが、インターネット上には多くの重症筋無力症の体験談が載せられており、自らホームページを作成して交流の場を設けている場合もあって、その点でインターネット上の情報は貴重である。

治療法の進歩により通常の日常生活が送れる患者は多くなったが、女性の22%、男性の17%が満足 of いく生活が送れていないと報告しており、治療により80%の症例は軽快又は寛解する一方、ADL、QOLの観点からはなお30%の患者が不満を訴え、社会生活に困難をきたしている症例も少なくないとのことである⁽¹¹⁾。

胸腺摘出術によって症状の再燃の不安を抱きながらも再就職を果たしたある女性患者は恋愛の末、妊娠、出産、無事に女兒を誕生させるという転機を迎え、これに関してホームページで手記を書いている⁽¹²⁾。それによると、妊娠期には症状の軽快、出産後に症状の悪化があると言われていたが、この患者の場合は妊娠期間においてすでに症状が悪化している。また出産という事態を迎えるに当たって重症筋無力症患者であることから普通の産院では責任が持てないと断られるなどして、当事者自身が安心して出産できる病院を探さなければならなかった事実を公表している。患者自身の家庭生活のために第二子のお産も考え、積極的姿勢にあることが窺え、医療の進歩と医療者の経験の蓄積から従来よりも生活上の制約は減じ、患者当人の生活を支えようとの姿勢に恵まれつつあるが、それでもまだ患者自身が生活のために奮闘せねばならぬ局面が多いものと推察される。

それゆえ患者当事者と家族による友の会や個人ホームページの開設は、情報交換という意味合い以上の

交流の場としての貴重さがあるように思われる。

3. 事例

事例は、X年に精神科入院となった重症筋無力症女性患者である。患者は日記を書く習慣があり、発病後ほとんど欠かすことないため、日記を記したノートは数十冊に及ぶ。また、患者はよく手紙を書き、心理面接継続中も心理臨床者に宛てて手紙を書いた。病歴と生活史は、診療カルテ及び心理面接の記録、患者の手紙を基に再構成したものである。本報告では患者の生活史は個人を特定できないようにしている。

事例では、既往歴の重症筋無力症との関連について考察を加える。そして、心理面接の開始から終了までを仮に3期に分けて、それぞれの時期の患者の様子を記述する。第1期は心理面接の開始から癌告知まで、第2期は癌告知から自殺未遂まで、第3期は自殺未遂から生きる決意を固め手術を受けるまでとした。

3. 1 病歴及び生活史

患者は第一子長女で二人の弟がいる。本人によると、幼少期は祖父母を含め、7人家族であった。しかし、祖父母と父母の不仲が絶えず、患者が長じて父母は祖父母と別居することとなった。現在は、祖父母は他界し、父母と患者の3人家族であるが、すぐ近くには長弟一家が住んでおり、関わりが深い。

まだ患者が高校生であったX-27年春からすぐに疲れやすくなり通学のための階段を上ることが困難となり、複視も生じ、不調となった。X-27年秋初めてD病院を受診、2ヶ月ほど入院し、重症筋無力症との診断を受けた。高校卒業後、H病院第二内科に1ヶ月入院。それから約2年自宅にて闘病生活を送る。X-24年初春、難病連のI氏がH病院のカルテを頼りに患者宅を来訪され、S病院に於ける胸腺摘出術の有効性を教示された。それまでは、ほとんど治療らしい治療も受けることなくマッサージに通ったりしていた。

その年のX-24年春S病院に入院。同年胸腺摘出術を受けた。術後の経過は順調で、約5ヶ月の入院生活の後に退院し、D病院にそのまま入院、X-18年には6年近くに及んだD病院入院も終わり、退院となって自宅での生活が送れるようになった。それから暫くは風邪で自宅近郊の病院に入院することあったが、服薬を続けながら平穏な日々を送った。

X-10年1月に左脇腹痛が出現し、D病院にて子宮筋腫、並びに露胞腺腫との診断を受け、左甲状腺2/3摘出、及び子宮摘出術を受けた。

X-6年12月、過換気症状を起こし、D病院に入

表1

年	疾病/症状	医学的処置
X-27	重症筋無力症	胸腺摘出
X-10	子宮筋腫	子宮摘出
X-10	露胞腺腫	甲状腺2/3摘出
X-6	過換気症状 膝痛/膀胱炎	内科入院 整形外科/泌尿器科
X-4	原因不明の息苦しさ 蕁麻疹	皮膚科通院
X-3	胃潰瘍	内科入院
X-2	下痢/脱力感/全身倦怠感	神経内科入院
X	首の張り/不眠/不安	精神科入院/心理治療

院となった。その後、膝痛で整形外科、膀胱炎で泌尿器科等に通院歴がある。X-4年頃より原因不明の息苦しさが始まり、X-3年2月、蕁麻疹のために皮膚科に通院、4月には胃潰瘍で1ヶ月入院となった。X-2年2月頃より、下痢、脱力感、全身倦怠感など出てきて、3月より2ヶ月程神経内科に入院している。既往歴は表1のようにまとめられる。

3. 2 精神科病棟入院及び心理面接開始経緯

X年1月 首の張り、目の苦痛、不眠、不安のため来院頻回になり「家族に迷惑を掛けると思うとそれが負担になって」「どこでもいいから、2,3日入院して休みたい」と述べ、神経内科医より精神神経科医に依頼あり、本人希望にて入院となる。患者と心理臨床者の関わりは、精神神経科に入院後3ヶ月は、病棟行事やレクリエーションの折に、他患と共に話をする程度の関わりであった。

4月上旬、院内の売店で買い物をしている患者と心理臨床者は出合った。そこで患者は胃潰瘍と考えて検査を受けていたのだが、モルトーマという腫瘍性の病気で胃を切除せねばならぬかもしれないことを消化器内科医から告げられたことを悲嘆しながら語り、わが身を恨みつつ、手術を拒否する姿勢を示した。事態を深刻なものとし心理臨床者は捉え、すぐに精神科主治医にサポートの申し出を行い、精神科主治医の了解と患者の同意のもとで心理面接を開始することとなった。

心理面接の形態は事態の緊急性から、週2回、一回1時間として、精神科病棟心理面接室に来室して貰って心理面接を行うことを基本とした。しかし、時に応じて心理臨床者が病室を訪れたり、面接場所も変則的であった。

心理面接の期間は、X年4月上旬より、12月上旬までの約8ヶ月間、患者の希望によって面接を終了するまで継続的に面接は行われた。この間患者の求めや

事態の推移に応じて、面接間隔の変動もあった。

この間の面接の特徴として、一つには心理臨床者に対して、面接期間中、多くの手紙を書いたということがある。4月から12月まで総計83通、枚数にして500枚弱(485枚)に及んだ。ほとんどがB5版レポート用紙が使用され、それにびっしりと文章が書き込まれている。

さらに特徴的なことは、患者は「以前から一度お話しなかった」と積極的で、初めから心理臨床者に対して全幅の信頼を向けていたということである。この信頼の感情を基礎にして、患者は幼少期から現在に至るまでの病気に留まらない患者の私的出来事や非常に内面的なことまで、その時々的心情を織り混ぜて縦横無尽に語りあるいは綴った。これらの対話は余すところがないと思われるくらい率直なものであった。

3.3 第一期：心理面接開始から癌告知期

入院後、3月17日に多発性胃潰瘍と診断されたが、組織検査の結果、翌日にはモルトーマ(maltoma)の疑いがあると告げられる。3月28日にモルトーマと診断がほぼ確定し、胃切除を勧められる。切れば良くなる、と言われても、手術には踏み切れず、どうすれば手術せずに済むかを考え逡巡する日々が続いた。

このようなときに売店で心理臨床者と会い心理面接が開始されたのである。手術したくないとの願いが叶えられないときには自ら命を断とうと思う程に手術拒否感が強まっていた。

4月18日に患者は、消化器内科医に手術する意思のないことを伝え、それを受けて手術をしないで済む方法を考えることとなり、そのために5月22日に組織検査を再度行い、それから更めて治療法を考えようという方針が立てられた。この消化器内科医の提示した方針によって患者は自分の気持ちを治療者が汲んでくれたと安堵し、精神科医、神経内科医、心理臨床者に感謝の気持ちを文面上に表わしている。

5月22日に予定通り胃カメラ及び組織検査を行い、胃カメラ所見からモルトーマとの所見をほぼ確実なものとし患者の意向を汲んで、薬物治療が開始されることとなった。組織検査の結果は後日結果が出次第患者に報告されることとなった。

この時期、患者はある女性患者と二人だけでバトミントンをを行った。27年ぶりだという。二人にとって童心に帰ったかのような楽しい一時であったとのことだが、二人だけの秘密ということにしていた。しかし、男性入院患者とレクリエーションの時間にもバトミントンをを行うようになり、積極的さを発揮し始め、その後も機会がある度にバトミントンを心理臨床者を

相手に行うこともあった。

4週間後に組織検査の結果が患者に報告される予定であったが、予定よりも2週間ほど早い6月5日に消化器内科から受診要請が来た。患者は訝りながら翌日の6月6日に受診したが、そこでモルトーマとは別に悪性リンパ腫が発見されたと告げられた。そして、さらに胃カメラ検査による組織検査を6月7日に行うこととなった。消化器内科医は改めて手術を勧めるが、一方で患者は混乱しつつも、断固とした手術拒否の姿勢を固めるようになる。だが、その日に精神科病棟入院中に友人となった他の女性入院患者と外出をしたのである。取るに足らない行動のようだが、家族以外との外出は重症筋無力症が発症してから初めてのことであった。

組織検査の約一週間後、検査結果が患者に告げられた。それは上皮性腫瘍というものであった。ここで患者は手術か死かの選択が迫られることとなったのである。

これまで患者は、難病である重症筋無力症から始まって、寛解状態に至ったと思うと新たな病気に罹り、長い間持続的に自宅で闘病生活を送ることを余儀なくされてきたのであった。患者自身長きにわたる療養家庭生活に憂いを感じはじめ、数年前から息苦しさや襲われ心身症的な症状に悩み、家族に囲まれながらも一人孤独の中にあっていたたまらなくなり、遂に精神科に入院することになったのである。他患との交わりを通じて徐々に積極性を増しつつあるところでまた新たに胃癌が発見されたことは、患者にとってみれば、生きている限り苦しみが消えず、たとえ手術で胃癌は克服したにせよ、またさらに何かが患者を襲ってくるに違いないとの確信を深めさせるのに十分であった。そして一方では、患者はどこか「ほっとした。これでやっと死ねる」という冷めた気持ちと本当に癌だとは思えないという実感の伴なさも経験したようであった。

消化器内科医から早速、精神科医に連絡が入ったが、精神科医は、本人の意向を尊重し、決して強行に手術を勧めるような姿勢をとらなかった。

3.4 第二期：癌告知から自殺未遂期

癌の告知を受け、手術を拒否する姿勢を持ちながら、初め患者はごく一部の身内以外に自分から家族に病名を話すことなく、自分の手術を拒否する気持ちも話そうとしなかった。むしろ病棟看護婦に胸の内を語り、患者自身も以前は何でも家族に話していたのにどうしてだろうと自問していた。担当医から病状を告げられ、家族が患者に手術を受けるよう懇願しても自分の気持ちがどうしても手術を受け入れる方向に向かないこと

で自分を責めてもいる。患者は心理臨床者に向けて手紙を書き続けるが、消化器内科医の説明を手紙に書いているうちに、抗ガン剤を受けてみようかという考えが浮かび、そしてやっぱり自分は生きていたいのだ、と突然気づく。そして、もう一度頑張った方がよいのかという考えと、しかし、それだけの思いをして先に何があるのかという思いの間で反問するようになっていった。一時、手術を受け入れることに気持ちが傾くが、自分でもどうしようもない苛々にしばし襲われ、

「私なんて癌になったの？私の体手術の傷跡でぼろぼろだよ。その上まだ傷つけなくちゃならないなんて酷い」と思いの丈を綴っている。この時期、患者に心理臨床者は V.E. フランクルの「夜と霧」⁽¹³⁾「それでも人生にイエスと言う」⁽¹⁴⁾、E. フロムの「生きるということ」⁽¹⁵⁾、さらに伊丹十三監督作品の「大病人」⁽¹⁶⁾を貸し出している。患者はいずれも熱心にメモを取りながら読み、特にフランクルの著作は心に残るものが多かったようであった。

病棟生活ではレクリエーションなどに積極的に参加を続けており、病棟行事であるバス遠足にも参加したいとの意向を抱くようになってもいる。気持ちは逡巡し、「手術する気持ちがどこかへ行ってしまって白紙の状態」になるが、結論を早く出さねばと焦ってもしいる。

この時期に患者が接した伊丹十三監督作品は、主人公が胃ガンとなり、途中主人公は自殺未遂を図るが、医療者と協同しつつ生を全うするまでの過程が詳細に描かれている。視聴中、自らを重ね涙ながらに見続け、その後、患者は非常に重苦しい気持ちを経験するが、その翌日再度見たいと心理臨床者に求め再視聴をする。

再視聴したこの日患者は若年の A 子と同室となった。A 子は親子関係に問題を持ち、混乱状態あるいは過換気症候群で入院となったのである。この同じ時期にもう一人、A 子と同じ年齢の B 子が入院しており、B 子は、自殺企図による入院で、やはり親子関係に問題を覚えていた。

ビデオを再視聴し、病棟での様子と共に自分をもっと早くに自立すべきだったのではないかと手紙に書いたその7月7日夜、患者はリストカットによる自殺未遂を図った。傷自体は浅く、軽傷ではあった。この夜はそれを知った夜勤精神科病棟看護婦に抱きしめられ、抱きしめられながら思いきり泣くという経験をしている。また、まだ若い A 子、B 子の二人はお互いに企死念慮が湧いては慰め合う関係にあり、患者はこの若い A 子、B 子の二人に「お母さん」みたいと慕われ、感慨深い思いを経験している。

毎日心理臨床者宛に書いていた手紙は、リストカッ

ト後には日を置くようになった。

3. 5 第三期：自殺未遂から手術決意期

リストカットから数日後、昔から患者を診ている神経内科医の診察があり、このときに医師は「次から次へと病気が出てきていやになる気持ちわかる」との共感的姿勢を示し、患者の気持ちを十分汲み取ったやりとりを行い、患者も参加を逃していたバス遠足を勧め、そのことも手伝って片道2時間近くかかるバス旅行に患者は参加し、参加できた自分に「すごさ」を感じる事となる。患者は A 子と B 子と3人で行動することが多くなり、時に不安定になる A 子や B 子に対する医療者の態度に憤りを示したり、他患と口論をするなどの気丈さも示すようになった。

消化器内科を受診した7月18日には、手術のことを考えていることを医師に伝え、それを受けて22日までに気持ちを決めてきてほしいと医師から求められると「はい」と答えたという。それは B 子に手首を見られ「手首切ったの？」と聞かれて抱きしめられたり、D 男に元気になったねと言われて、改めて他患への感謝の気持ちと共に自分の中に元気ややる気がわき出てきたのを感じ始めた日だった。

患者は高校時代の友人に自分から電話をし、それに答える形で面会を受け、さらに C 男と外出をし、続いて重症筋無力症になって以来することがなかったという一人での外出も行った。

はっきりと手術を決めた手紙で述べ、迷うのも疲れたと言い、そして、患者が語りまた書いた文面によるとリストカットの翌日、同じ入院患者でリストカットの数日前に退院した C 男に電話して自殺未遂の事実を伝えたところ、C 男から「ばかやろー」と怒鳴られ叱られ、そして「もうするなよ」と諭されたと言う。C 男は、アルコール依存症患者で、患者がレクリエーションの時間に体育館で初めてバドミントンをした相手であった。C 男は入院してすでに退院していたが、断酒を継続していた。後で聞くとところによると、患者が手術して歩けるようになるまで飲まないを願を掛け、それが C 男の断酒の動機づけに大きな役割を果たしていたのであった。患者は C 男の存在が大きいことを率直に語った。しかし、手術は誰のためでもなく自分のためと言い、7月22日に手術を受ける意向を消化器内科医に伝えたのであった。

この決意は患者家族は勿論、医療関係者はじめ心理臨床者も癌の進行を危惧しながらも患者自身の決意を待ってきた中でやっと患者自身が下した生きることの決意であった。

そして2ヶ月ぶりに外泊をした患者は、やはり父母

との元の暮らしを続けることには無理があるとの気持ちを抱き、どうしたら楽な生活が出来るようになるのかを考えるようになる。心理臨床者に自分が手術の決意が出来たのは C 男のおかげだと述べ、C 男への好意以上の気持ちを持っていることを自分でも戸惑いを自覚しながらもきっぱりと語るのであった。

3. 6 その後

7月31日には外科に転科。外科転科後も精神科医による外来診療が継続され、心理臨床者もまた、外科病棟に訪室してベッドサイドにおける心理面接を継続することとなった。

8月12日に手術が施行され、胃全摘にて無事手術は終了し、術後一週間で患者はベットから起き上がって自力歩行を果たした。しかし、ダンピング症状に悩み、患者自身が予想した以上につらい時期が続く。患者は外科病棟からそのまま家庭に帰ることも出来たが、患者の希望にて10月2日に再度精神科病棟に転棟となった。12月1日には患者からこれまでのような定期的な心理面接を終了したいとの申し出を受け、これを了承し、今後について患者自らが模索する生活に入ったのである。

4. 資料の分析

患者が心理臨床者に宛てて書いた手紙は、患者自身も述べているが、ほとんど患者の心情そのままと言って良いくらい率直に書かれた内容である。文面で書かれあるいは記された人々は実に多岐にわたっている。分類するとそれは心理臨床者を含む医療専門家集団、家族、入院患者、その他に分けることが出来る。

専門家は医学的局面で患者との関わりを考えるも

のである。心理臨床者もまた心理臨床という局面で患者との関わりを考える。しかし、患者の文面には当然のことながら患者を中心に織りなされる多くの人々が扱われており、手紙の中で専門家集団は多くの人々の中で相対化されている。患者が手紙で記述する多くの人との関わりは患者の人生の転回点において患者を中心に織りなされる患者の生きた実体験である。そういう点で、この手紙は、人生の重大局面における周囲の人々との関わり合いの諸相を示す重要な資料となるのである。そこで、患者の手紙を資料とし、患者の対人関係を中心に渦中において患者自身が意識し、思いを巡らせる様相の特徴について考えてみたい。

4. 1 分析手続き

分析対象は、患者が心理面接開始直後の4月10日から手術を決意した7月22日までの416枚の手紙である。この手紙が書かれた枚数を月別にまとめ、次に、患者の意識活動の時間的な幅についても、手紙に現れた内容から時間的に定量化し、意識活動の時間的広がりを見る。さらに文面に表された人々を患者自身、医療専門家集団、家族、入院患者、その他と分類する。そして癌告知、リストカット、手術決意という大きなエピソードの前後5日に文面に表された人物対象の割合を定量化し、患者が意識し思いを巡らせた対象の変化の仕方を見る。

人は意識活動では過去に未来に自由に往来することができる。そして、人は退行を伴いながら再適応を図ると言われている⁴⁷⁾。この時間に関する分析は、現在における人間関係と共に適応を巡る意識のあり方を退行という観点から考察するためのデータを提供するかもしれない。

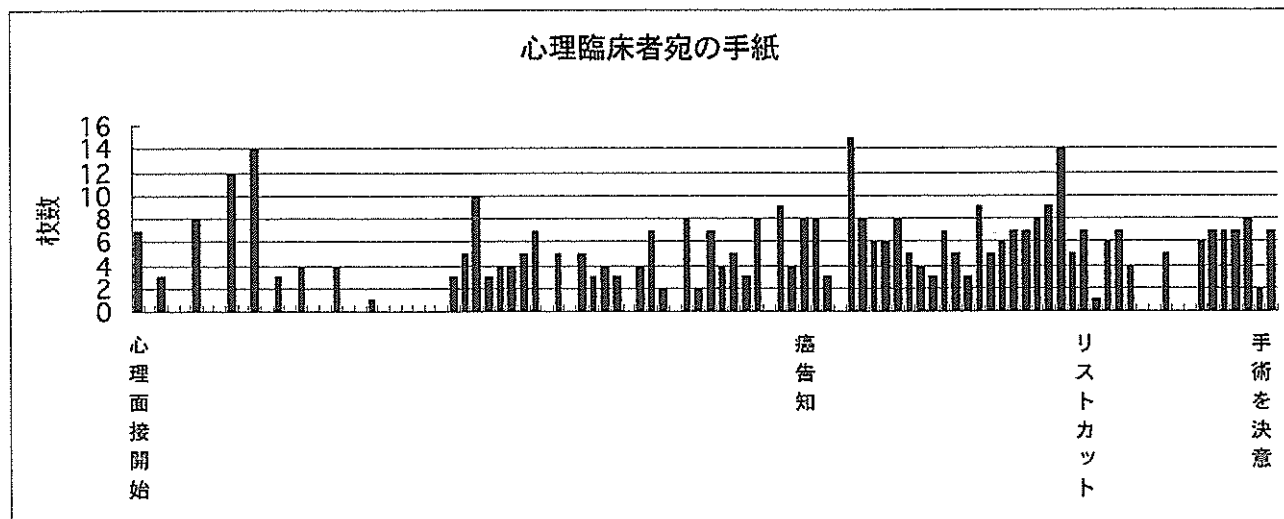


図1：心理臨床者に宛てた手紙枚数

4. 2 結果

結果は図1、図2、図3に示し、表2では手紙に現れた人物の分類下位項目を示した。

4. 2. 1 時系列から見る手紙枚数

手紙の枚数は図1に示したが、1日ごとの手紙枚数が棒グラフで表されている。心理面接から手術の決定までに、手紙を全く書かない日はむしろ少なく、多いときでレポート用紙15枚も書いている。

手術を決意した後の7月23日から12月1日までの凡そ130日間で、手術があったとは言え69枚であるのに対し、心理面接開始から手術決意までの約100日の間に書かれた手紙が400枚を越えることは、手術を決意するまでの間に患者は精力的とも言える位に手紙を書き続けていたことになる。このほかに患者は日記も書いており、書くことに力を注いだ患者の姿勢には全霊を傾けたものがあつたと推察される。

4. 2. 2 時間軸から見る意識の諸相

図2は、手紙に記述された内容が記述された時点

から見て時間的にどのくらい離れた内容であるかを年単位で割り出し、手紙を書いた時点から見て未来をプラス、過去をマイナスとして、癌告知を受けてからリストカットそして手術を決意するまでの期間について数値化してプロットしたものである。

この図によれば、過去に対しては最大40年ほどの幅で意識が向けられるが、未来に関しては、せいぜい1年先について向けられるにすぎない。但し、「この先何があるのか」という形で未来に対して漠然とした思いを向けていることがある。

エピソードとの関連で見ると、リストカット以前に、しばし過去に意識が向けられる機会が多く、リストカット後は激減し、手術を決意する直前に27年前に意識が向いて手術決意に至っている。過去に意識が向けられるのは特に10年前、25年前前後に集中しており、それぞれは子宮摘出期、重症筋無力症発病期に当たる。こうした時期に意識が向くときに一方で未来にも意識が向けられている。リストカット直前に

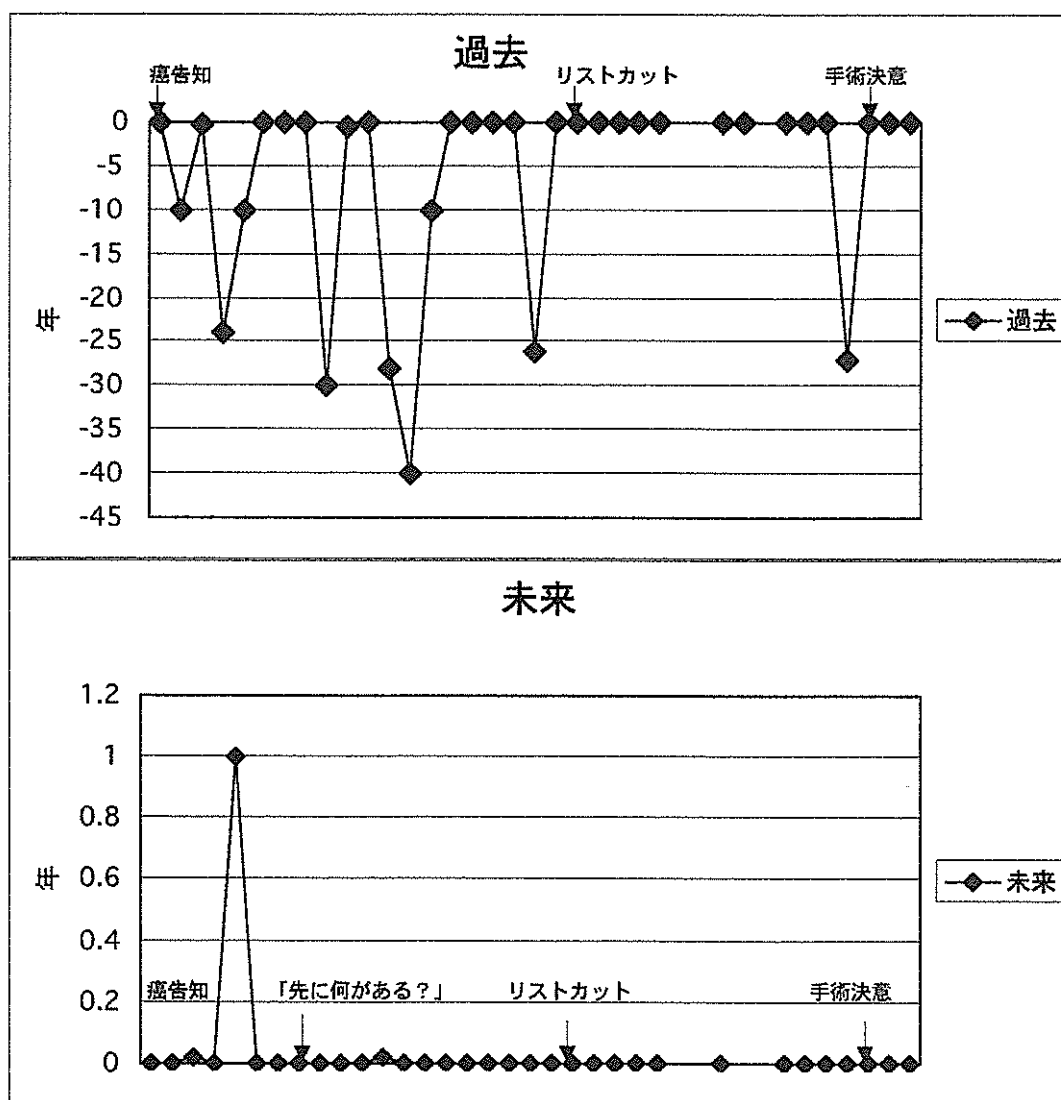


図2 時間軸から見る意識

も発病当時に意識が向いており、また手術を決意する直前にも同時期に意識が向いている。

4. 2. 3 対人関係分類の分析

次に、癌告知、リストカット、手術決意の前後に手紙に現れた人物群を、患者自身(私)、専門家集団(医療者)、親類家族(家族)、入院患者(患者)、その他に分類し、下から順にまとめて図にしたのが図3である。

各エピソードの前後の変化を見ると、そう劇的に手紙に現れる人物群の比率が変化しているようには見えない。しかし、全体を見ると手術決意前までは「私」が4割前後占めていたのが、決意後は3割弱に減じ、一方で「医療者」は3割前後だったのが、決意後は逆に4割に増えている。また「家族」は告知前後では2割を占めていたのが手術決意前後では1割を下回り、自殺後と手術決意前で「患者」が急増し2割から3割にまで増している。そして、「その他」も告知前から微増し、手術を決意する前に最大値になっている。

5. 総合考察

これまでの事実から考察点として3つを挙げたい。一つは重症筋無力症の発症が既往歴及び癌による胃の全摘術決意に及ぼした影響についてである。もう一つは、患者が心理臨床者に当てて書いた手紙を資料とす

る分析の結果から手術の決意までの患者の周囲の人々との関係や患者が自らの人生に対して向けた意識活動の特性についてである。そして最後に心理臨床者の役割というものについて考察を加える。

5. 1 既往歴及び手術決意への重症筋無力症の影響

比較的古くから抗コリンエステラーゼや胸腺摘出術の効果が報告されていた。発展は遅れたが、2000年には胸腺摘出術はすでに一般的治療となり、拡大胸腺摘出術も1980年代に有効性が確かめられている。

しかし、患者が重症筋無力症を発病した当時は、胸腺摘出術は一般的ではなく、いくつかの病院を受診し薬物療法主体の治療を行って、自宅での療養生活を送り、ほとんど無効であるマッサージさえ行って過ごしている。胸腺摘出術を勧めたのはわざわざカルテから患者の存在を知って自宅を訪れた重症筋無力症友の会のI氏であった。インターネットもない時代には病気に関わる情報の入手がどれほど困難であったかを物語るエピソードである。これによって胸腺摘出術を受け6年にわたって入院生活を送ったが、その後8年に近くの比較的平穏な生活が送られている。

突然の腹痛から子宮筋腫、露胞腺腫が見いだされ甲状腺及び子宮の摘出術が施行された。甲状腺機能亢進症は、重症筋無力症の合併症として知られているが、子宮筋腫との関連は明らかではない。しかし、若年で

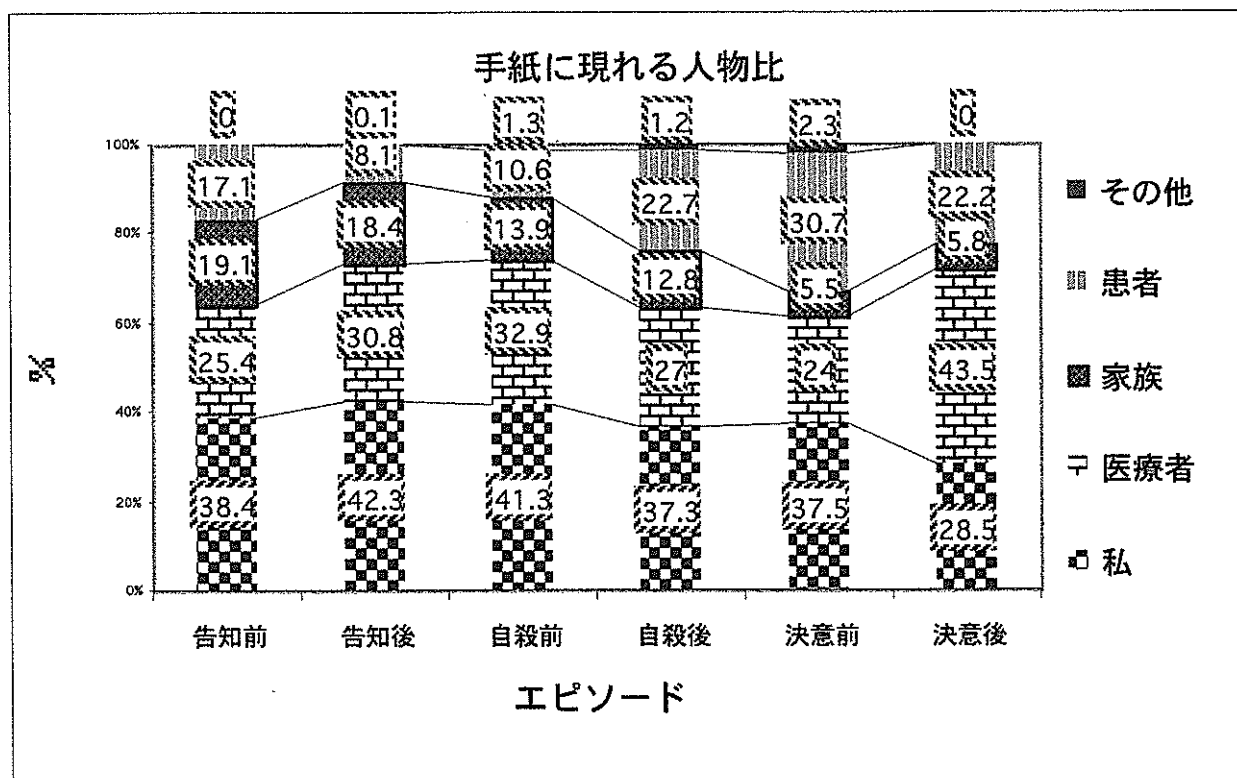


図3：手紙に現れる人物分類

難病に罹り、やっと平穏な日々に至ったかと思われたときに患者を襲ったこれら疾患を契機に患者は過換気症状などの心身症的症状によって度々入院を重ねるようになるのである。精神科入院により、再び活動性を甦らせつつあった患者に告げられた腫瘍、そして癌に至っては、病から逃れられない運命にあると自らを刻印づけるに十分であったことが窺えるのである。

癌と胸腺摘出との関連は専門家も危惧するところであったが、拡大胸腺摘出施行患者の方が薬物のみの治療を受けている重症筋無力症患者よりも癌発病率が低いとの報告がある。患者が拡大胸腺摘出術を受けたかは定かではないが、重症筋無力症と癌の発病との関連は否定的であろう。しかし、患者にとっては重症筋無力症に始まる病気の発病の経験は、癌を克服しようとの動機を低減させる条件となったことは疑いようがない。

またこうした長い闘病及び療養生活が自己形成にも影響を及ぼしているものと思われる。重症筋無力症そして様々な病気の発病は患者の自立行動を事実的に妨げ、自立心に基づいて自立的な活動を高めようとしても他者への依頼を必要とせざるを得なくなることによって自立しきれない自分という自己認識を形成させることになったのではないかと推測するところである。

5. 2 患者の意識活動と人間関係の特性

心理臨床者に向けて書いた膨大な量の手紙は、腫瘍の発見そして癌の告知という患者の危機に際して患者が示した一つの反応と見る事が出来る。手紙の内容の分析によって、癌の告知後、癌という患者の危機に伴って患者の意識は重症筋無力症の発病時期と子宮筋腫による子宮の摘出期に向かっていることが推察される。つまり患者の意識は同じような人生の危機の時期に向かい、その時期との関連でこれからの行く末に思いを馳せたものと考えられる。そして、分析結果はリストカットの直前にも重症筋無力症発病時に意識が向かっており、手術を決意する直前にも同じ時期に意識が向かっていたことを示している。重大な結論に至る過程で、一種の原体験へと意識は向かいそこから決意を固めたのではないかと推察されるのである。これは、生体が危機に際して退行を通じて再適応を図ろうとする時に行なわれる営みが示されたものと思われる。

また、手術を決意する前に患者の意識する人物群が多様化していき、患者を取り巻く病棟内の人間関係に意識が向けられていく様子が示された。そして手術を決意する直前には患者の意識には医療者や家族以上に、身近な自分を取り巻く患者達の重要性が増した。

表2：手紙に現れた人物群

【専門家集団】

神経内科Dr 神経内科外来看護婦
精神神経科Dr 精神科病棟看護婦
消化器内科Dr 外科Dr
外科病棟看護婦 作業療法士 心理臨床者

【家族】

父 母 長弟 次弟 義妹達 甥っ子達
叔父 叔母
いとこ達 祖父母

【入院患者】

A男 B男 C男 D男 E男 F男 G男 H男
I男
A子 B子 C子 D子 E子 F子

【その他】

I氏 近所の男の子 高校時代の友人 マッサージ師
公園の母親とその子供

この事実は、リストカット及び手術の決意の前に患者の意識は時間軸としての幅が過去へと深まると同時に、他者への関心も多様化していったことを示している。そして特に生きる決意をする直前の意識は身の回りの一緒に生活をして直に関わっている他患への関心が強まったと言うことが出来る。つまり、専門家以外の人々との関わりというものが患者本人にとって相当の重さを持つようになっていると思われるのである。

次に指摘しなければならないことは、手術拒否という一見消極的な態度を医療者が受け入れ、患者本人の気持ちを尊重した形で治療を進めようとする中で、バトミントン、外出や遠出の実行など、患者自身の活動性、能動性、積極性が増したということである。この中で同じ患者という立場にある人々からも能動的な働き掛けが患者に対して行われている。それは、手術が無事にすむまで願を掛ける、つまり己の人生をあなたに賭けるという形で患者の人生に積極的な意味を与えた。そして、「心のお母さん」として慕われたことは、子宮摘出によって患者にとって得ることもなく失った「母」としての役割の模範的復権という意味があったと考えられる。

これらは全て専門家にとっては予見し得ない他の患者との関わりである。しかし、患者の生きる意思を呼び起こすのに重要な寄与をなしたと考えられるのである。

5. 3 心理臨床者の役割

それでは、心理臨床者は患者にどのような役割を果たしたのであろうか。

これまでも患者は日記を書く習慣があり、日記に多くの思いを綴っている。手紙は読者が明確に想定されるのであり、その中で思いの全てを綴るには、全幅の信頼を相手に寄せることが必要である。患者は様々な出来事や感情を心理臨床者を相手に書くことが出来たことから、心理臨床者には理想的な読者という役割が付与されていたと推定できる。

心理臨床者は、しかし無言の読者ではなく心理面接の際に渡される手紙を面接の話題として取り上げ、感想を述べたりもしている。こうした働きかけにはほとんど無関係に手紙の内容は進行していったように思える。この自らの内面を真摯に直視し、それを直截に表現し得たのは患者の自発的行動であって、心理臨床者は畏敬を持って眺めた。それが心理臨床者の役割であった。

但し、癌告知から暫くすると手術拒否の姿勢は和らぎ、抗ガン剤を受けてみようかと考えるようになった。やはり生きていたいという思いから結局は手術を受けることになるだろうと、心理臨床者は本を貸し与え、ビデオも貸し出している。ビデオを再視聴したその夜に患者がリストカットを行っていることから、このビデオを貸与した心理臨床者の働きかけは問題となる。ただビデオを見たのは結局は患者の希望である。これは心理臨床者の責任逃れとして述べるのではなく、癌にまつわるストーリーでかなり負担になるかもしれないことを告げられたにも拘わらず、癌を放置した場合に至るであろう自らの現実的な行く末を直視しようと患者自身が体験を積みながら乗り越えようとする歩みの現れでもあると考えられるのである。

逡巡し焦りながら、活動性が増し、癌であることがどこか現実味をもてない状態だったところにビデオを視聴したことは、患者を一気に現実に戻し、癌への対処行動を促したのではないと思われる。対処行動はリストカットであり、ビデオの貸与という心理臨床者の働きかけがこれを促した。幸いにも軽傷であったが、患者の行動化は病棟看護婦、若年の患者達、そしてバカヤローと怒鳴った他患の支えの基で患者は穏健な手術を受けるという形の癌への対象行動の選択に至った。それは励ましや助言ではなく、身をもって患者に己を賭けるとでも言えるくらいの積極的なものであった。そしてそれは己を賭けあるいは母とするに値する関わりを患者自身が周囲の患者達と作り上げていたことを示す。このような関わりは専門的な関わり

からは遠い。

心理臨床者は、積極的に働きかけるのではなく、患者の信頼感を思いこみとして安直に払拭するのではなく、手紙を受け取り、それを読み、感想を伝え、患者の手術拒否という態度を医療者と共に尊重しながら、如何にして手術を受け入れる姿勢を作り上げていくのかを期待しながら待つことをした。ビデオ貸与は行き過ぎだったかもしれない、それがなくとも手術は受け入れたかもしれない。この点は、疑念の残るところである。

6. まとめ

若年において重症筋無力症となり闘病と療養の生活を強いられ、これにより患者は多くの医療者や専門家、そして家族の助けを借りることとなった。さらに病気が重なり、癌を併発した悲しみとそれまでの辛苦は如何ばかりのものであったかは余人をもって知るころではないだろう。その患者に再び生への意欲を燃え上がらせたのは、治療者による関わりではなかった。また患者を先のしれぬ自宅療養から胸腺摘出術という外科治療に導いたのも友の会の人であった。そういう点で、非専門家だが当事者そして自らが作り上げた人間関係から生まれる関わりが患者の決意にとっての重要な要因となったのである。このような関わりを自分が作ったのだということは、当の患者自身が最も思い抛らないことであるかもしれない否定できない事実である。

心理臨床は患者と心理臨床者の対人関係を基に成立する。しかし患者を取り巻く対人関係の全てにとってそれは一部であり、時に心理臨床者の考慮外の対人要因に支えられ、あるいはこれが主要な要因となって患者の行動が選択されることがある。これは至極尤もな常識的観点の再発見である。

謝辞

重症筋無力症に始まる多くの病に罹り、その苦しみを周囲への気遣いを見せながら生き、続く病に対して嘆きと煩悶を綴ることを通じて率直に語り、語ることを通じて、強がるのではなく、嘆かざるを得ない弱き自分であることを赤裸々に明かすことに人間としての可能性が開かれることがあるのだと教えてくれた、ここに名を記すことの出来ない患者に、心からの敬意と感謝を捧げるものである。

引用文献等

- (1) 前田 潤・松本敏治, 総合病院における心理臨床—リエゾン事態としての事例研究 (1); 人工透析患者例—, 室蘭工業大学紀要第 49 号, (1999), pp.139-150.
- (2) 前田 潤・狩野 陽, 総合病院における心理臨床—‘liaison’ psychology の構築に向けて—, 日本心理学会第 59 回発表論文集, (1995), p.244.
- (3) 神奈川県難治性疾患団体連絡協議会, 「重症筋無力症の重症って?」, <http://www.geocities.co.jp/HeartLand-Kaede/4080/gravis.html> (2002.4 現在) .
- (4) Mark H.Beers, Robert Berkow, The Merck Manual of Diagnosis and Therapy 17th edition, Merck Research Laboratories, (1999), pp.1496-1499.
- (5) 野間惟道, 医科学大事典 21, 講談社, (1982), pp.41-45.
- (6) 藤井義敬, 名古屋市立大学第二外科「重症筋無力症について」, <http://www.med.nagoyacu.ac.jp/surg2.dir/mg/index.html#重症筋無力症>, (2002.4.1 現在) .
- (7) 菊地浩吉・森道夫・今村正克・谷内昭・坂岡博・板倉克明・石井良文・松本脩三・菊地由生子, 医科免疫学, 南江堂, (1975), pp.325-326.
- (8) ウィリアムス・プライス・フィリップス, 臨床神経学事典, 医学書院, (1999), pp.730-731.
- (9) 全国筋無力症友の会西日本, 「筋無力症とは?」, <http://www.power.co.jp/tm/MGOSK/index.html> (2002. 4 現在) .
- (10) 門田康正, 第 30 回大阪支部総会イン愛媛 医療講演要旨 重症筋無力症の外科的治療, http://www.power.co.jp/tm/MGOSK/kouen/monden_r.html, 全国筋無力症友の会西日本 (2002.4 現在) .
- (11) 服部孝道, 重症筋無力症, <http://www.nanbyou.or.jp/tokuteisikkan/s/si7.html>, 難病情報センター (2002.4 現在).
- (12) 滝沢知子, MG と共にトライアスリートでありたい, 11 章, http://member.nifty.ne.jp/taki_ke/mg/SEC11.htm, (2002.4 現在).
- (13) V.E. フランク, 夜と霧, みすず書房, (1987).
- (14) V.E. フランク, それでも人生にイエスと言う, 春秋社, (1994).
- (15) E. フロム, 生きるということ, 紀伊國屋書店, (1988).
- (16) 伊丹十三脚本監督, 大病人, 東宝株式会社, (1993).
- (17) 狩野 陽, 心理治療に発現する治癒の機転: 覚書—フロイト初期の治癒体験と治癒概念の成立, 北海道大教育学部紀要第 52 号, (1989), pp.1-29.