

「境界例の理解と対応」

はじめに

かつて境界例とは、精神病圏と神経症圏の境界にあるものを示していた。ここでは、「境界性パーソナリティ障害」のことを「境界例」と呼び、話をしていきたい。

私の話は治療者が医者であるが、本日の参加者である保健師さんなどは、応用しながら聞いていただきたい。

初心の治療者の抱く感情とその変遷 精神病理との関連から

境界例の人と出会うとどういう気持ちになりやすいかについて、自身の気持ちと若い治療者へのスーパービジョンの経験から説明したい。

治療者の中に生じやすい気持ちとその変遷

境界例は青年期的な心性に近い。人との関係を求めるが、しかし孤独で、社会の辺縁で生きている。また、感情に敏感で、identity の模索をしているなど。若い治療者は青年期的な境界例の心性に近づきやすく、「助けてあげたい」という気持ちになる。

こういう気持ちで関わっているうちに、患者との 2 者関係に埋没し、治療者はその関係の内側から外側の世界を見て、社会を冷たいと感じるようになる。そして「わかってやれるのは自分だけだ」と思うようになる。しかし、本当に助けるには外側からと内側からと 2 つの視点が必要である。

境界例の病理は、2 者関係において開花する。熱心に関わる治療者に、患者は面接時間の延長や頻度の増加を要求し、家に電話をかけてきて、「いつでも出て欲しい」と当然のごとく求める。そして、それに応じきれない治療者を攻撃するようになる。境界例の病理はひとりでは開花しない。パートナーを見つけると展開するものである。

患者からの要求に治療者は困惑し、「こんなはずではなかった」と思うようになる。自分の中に陰性感情が出てきて、怒りや敵意すらわいてくる。ときには、「このまま患者が離れていけばよいが…」と思ったりしないでもない。一方で、理想的な治療者を目指しているので、なかなか見放せない。見放すと治療者の自己評価が下がることになってしまう。自分が治療者として有効に機能しているという実感がもてないまま関わり続ける。

治療者は困惑と葛藤を体験し、「どうすることもできない、どうしてよいかわからない」と無力感に陥る。ついには「悪いのはおまえだ、おまえのような人間は見捨てられて当然だ」と感じ、ときにはそれを口にしてしまう。

こういう時に悲劇が生じる。患者が自殺未遂を起こしたり、ときには訴訟を起す。治療者と患者が性的関係を持つこともある。アメリカではしばしば起こると聞いているが、日本でも決して稀なことではない。学会の倫理委員会に訴えたり、裁判で治療

者に実刑判決が下りたという話も聞いている。

治療者・患者が共に傷つき、治療者は「もう境界例の治療はごめんだ」と境界例を受けなくなる。

「裏返し」の病理～投影性同一による他者変容～

これを患者の側から見てみたい。治療者は「患者はガラッと変わって攻撃してくる」と捉えるが、患者は、自分がガラリと変わっていることは自覚せず、「自分の関わっている対象がガラリと変わるのではないか」という不安を体験している。そして恐れていたとおりに、対象（治療者）の良い仮面がはがれ、悪い素顔が現れる。

他者変容性の病理が展開し、「どうせ私は見捨てられるんだ」という信念に合致するように投影性同一視が働くことで、境界例は関わる対象を変容させてしまう。

なるべくこういうことにならないためにはどうしたらよいかを、経験から考えてまとめたものが、今ご説明した「治療者の中に生じやすい気持ちとその変遷」である。

「力になってやりたい、助けてやりたい」という気持ちは大切である

しかし、「力になってやりたい、助けてやりたい」という気持ちを治療者が持っていることは大切である。このことは伝えておきたい。

厚生労働省の委託研究で境界例の治療ガイドラインの作成するにあたり、主任研究者の牛島定信先生から、個人精神療法を分担するよう求められ、引き受けることになった。興味のある方は、そちらも読んでいただきたい。

私の姿勢の変化

精神科医になって40年。境界例とかかわる私の姿勢が変化してきた。

救助しよう、かわいそうな患者を

精神科医になって初めは、かわいそうな患者、不幸な患者をなんとか助けてやりたいと思っていた。しかし、境界例の訴えは、「居場所がない」「自分がない」など漠然としている。居場所を与えようとするとうまく結婚しなければならなくなるが、それはできない。

治療しよう、病気の患者を

境界例の患者自身にも原因があると気付くようになって、患者の病理を理解して、それを治療しようと考えようになった。

対処しよう、困ったことをしでかす患者を

しかし、治療者がよかれと思ってやるのが、患者からは「先生は私が悪いと言うのですか？」と言われ、問題行動が増え、その対処に追われることになった。そこで対処なら対処と割り切って、「対処」の方法を工夫しようと思うようになってきた。

援助しよう、ハンディを持ちつつ適応に努力している患者を

そのうちに、私の見方が変わってきた。家庭内暴力で入院している患者が、外泊日に家に帰ると母がいなかったので、下駄箱をぶっ壊して帰院してきた。下駄箱をぶっ壊すというのは、問題行動に見えるが、「母がいなくてムカムカした」ということに対する「対処行動」と考えられる。患者は患者なりに、適応しようと努力しているが、その対処の方法が下手なのである。

対処方法が下手なのは、自我の脆弱性や不安耐性の低さ、感情のコントロールが下手というようなハンディキャップを持っているからである。ハンディキャップを持ちながら、苦闘している境界例の患者を、彼らが自分で問題に対処できるよう「援助」しようと思うようになった。

後から振り返ってみると、私の姿勢はこんな風に変化してきた。

姿勢が変化してきた理由

濃密な治療により、患者も治療者も傷つく恐れ

濃密な治療により、患者も治療者も傷つくことがあることを、自分自身の経験や、若い治療者に対するスーパービジョンの経験から知った。これを避けたいと思うようになった。

予後調査から

・40歳ごろに落ち着く患者が多い

DSM- 以前は、境界例の概念が研究者により様々で、予後調査もしにくかったが、DSM- 以後アメリカで予後調査がすすみ、40歳頃になると落ち着いてくるということがわかってきた。しかも、それまでにどのような治療を受けたかは、予後にそれほど影響しないという結果もある。治療により変化する、しないは両方の結果がある。

・自殺の危険 7 - 10%

自殺率は大体7%から10%である。

・落ち着くまで支える

40歳ぐらいに落ち着き、自殺率が10%ということを知った私は、それならば「落ち着くまで支えていこう」と思うようになった。

私の臨床場面の变化

外来クリニックでどうかかわるか

大きな病院ではなく、小さなクリニックで外来診療のみ行うようになると、患者を抱えるキャパシティが小さくなる。つまり、患者が自分の問題に自分で対処してくれるよう期待せざるを得なくなる。

8年くらい前の、引退しようかなと思っていた時期に、牛島先生から厚生労働省の委託研究「境界性パーソナリティ障害<日本版治療ガイドライン>」のうち、個人療法の分担研究を頼まれた。牛島先生の基本的考え方が、私の「援助しよう」

という姿勢と合致していたため、引き受けることにした。特別な訓練を受けた治療者ではなく、「一般の臨床家がなしうるようなガイドラインにしよう」と考えて作ったのが、牛島定信編「境界性パーソナリティ障害治療ガイド」(金剛出版、2008)である。

全体像をつかみたい場合は、この牛島編を読んでいただき、精神療法については、成田善弘「改定増補 青年期境界例」(金剛出版、2004)や成田善弘「境界性パーソナリティ障害の精神療法 日本版ガイドラインの作成を目指して」(金剛出版、2006)を読んでいただきたい。後者は、個人療法研究班での前半3年間の議論やアンケートをまとめたものである。

・マネジメント

「マネジメント」とは、ここでは主治医が行う治療全般、診療行為を呼ぶ。例えば、診断書を書くことや、行動化のコントロール、薬物療法、どういつきにどういつ治療を導入するかなど。

1. 診断と心理教育

診断を告げる時は「境界性パーソナリティ障害」という言葉を使っている。人格障害とすると、「人格」という言葉が誤解を招く恐れがあるので、使わないようにしている。

告知の弊害として、患者がレッテルを貼られて絶望的になる、家族が治らないと思うなどがあるが、私は告知することが多い。利点は、患者に気付いてもらうことである。

その際に「境界性パーソナリティ障害」とはどういうものか、患者に伝える。「遺伝するものか？」など聞かれたら、「なりやすさと環境と両方あるかもしれない」などと答えていく。

DSM-Ⅳにおいて境界例は第Ⅱ軸の診断であるが、第Ⅰ軸の診断や治療から取り組むべきであり、これをおろそかにしてはいけない。

診断におけるもっとも重要な特徴は：

- ・ 見捨てられ不安が強いので、見捨てられないよう並々ならぬ努力をする
- ・ identity が不安定
- ・ 衝動コントロールがまずい、欠如している
- ・ 感情が不安定

など。

事前質問でいただいた「アスペルガーとの重なり」については、私はアスペルガーのことに詳しくないが、確かに共通するところがあるのではないかと。しかし、アスペルガーは、最初は疎通性がよいが、話しているうちに、境界例の人より希薄というか薄い感じがわかってくるのではないかと。境界例は、感情が豊かで、場の読み方が偏っているが、こだわりはない。典型例では、診断を区別することが難しくないと思う。

アスペルガーが軽度の場合で、幼少期の母子関係がうまくいかず、境界例にな

ったと考えられるケースもある。衣笠先生の提起される「重ね着症候群」である。

もうひとつ事前質問でいただいた「双極 型と誤診されることが多いのでは」ということについては、双極性障害では気分変動の理由がはっきりしない。医師が境界性パーソナリティ障害の診断を嫌がって、そのようにつけることもあるのかもしれない。しかし、境界例は数時間単位で気分の変動があり、その原因が対人関係である。こうした違いを告げて心理教育をすることが大切である。

2. 現実生活の問題への対処

可能な限り現実の生活の中での問題を中心に進めるよう心がける。

3. 危機のモニタリング

自殺や暴力の危険性を把握して、それに対する対処を考える。

4. 家族援助

・家族の罪責感を軽減する

母親が罪責感を持ちやすい。「育て方が悪かった」と罪責感を持ち、家族が患者に対して腫れ物に接するようになって、それが患者の退行を助長していることがある。母親には、「いろいろなことが重なりあってなるもの。母の力だけで子どもを境界例にすることはできないですよ」と伝えている。

・家族構成員間の境界を確立する

家族の話聞いていて、誰が言ったことなのか区別できないことがある。母親の言ったことと、本人の言ったことを区別し、主語を明確にするように介入し、親子間の境界確立を援助する。

また、母親が祖母への感情を娘に投影する、父親が娘に対して母親（妻）に期待すべきことを期待してそのように接してしまう、というように患者は投影の受け皿になることがある。しかも複雑な投影をされている。患者は祖母あるいは母親として扱われ、患者自身として扱われていないことになる。このような場合、家族に投影の対象と患者とを区別するように、患者を患者自身として扱うように働きかける。

・患者への関わり方をその結果から評価する見方を導入する

家族が批判的なことを言い、患者の怒りや混乱を招いていることがよくある。家族は患者のためを思って善意で言っている、患者は拘束と感じている。そして、家族はそのことに気付いていない。

家族とのやりとりを具体的に聞く。患者が混乱した直前の家族とのやりとりをふり返り、患者の混乱の引き金になっている介入を見極め、まずはそういう介入をしないよう促す。家族の気持ちや意図ではなく、それが患者を混乱させたか安定させたかという結果から、その介入の是非を判断するという見方を家族ができるよう促す。

・父親の役割～母親を妻、一人の女性として見直す、社会への窓口となる～

父親に母親を妻として見て、ひとりの女性として見直して、ときには二人で食事にいたり音楽を聴きに言ったりすることを勧めている。母親が妻として、女性と

しての自分を取り戻し、母親の目が子どもから少し離れるようにする。父親は患者の社会への窓口となるようにする。例えばアルバイトの相談にのるなど。

・それぞれが自分の時間を持つ

家族に海外旅行を勧めることがある。その前後に患者が怒ることがあるが、その最中はそれほど不安定にはならない。それぞれが自分の時間を持つことは、家族に一時の休養を与えるばかりでなく、患者に自立を促すことにもなる。

その他、家族の自助グループを勧めたり、夫婦連合を作り一貫した姿勢で対応することなどを勧めている。

5. 薬物療法

薬物療法を併用する場合に注意すべきことは、患者の訴えに応じて多剤併用になることである。ものすごくたくさんの薬を飲んでいる人には、医師を変えることを勧める。薬による自殺の危険について一概に言うことは難しいが、一番安全なのはメジャーランキライザーである。SSRI も状態によっては使うが、これを使うことで余計にイライラすることがあるので、オランザピンやアルピプラゾールを使うことがある。

6. 入院

境界例を引き受けるとき、最初から選択肢の中入院を入れておいた方がよい。入院といっても1ヶ月程度の短期のもの。本来は患者に自己制御してほしいが、それができないなら入院もあるということ、最初から告げておく。また、入院する際には、それぞれの入院の際にその時々を目的を告げておく。しかし、入院させても問題行動ですぐに退院になったり、入院を断られることも多い。

7. 社会療法、集団療法

どのような時期にするかという判断をする。

8. 治療チームの形成

自分ひとりで抱えこまないで、患者と患者をとりまく人たち全体を俯瞰すること、情報の発信、伝達が大切。様々な人に対して患者は問題を露呈している。その全体像を把握して俯瞰し、マネージメントをすることが必要。本来は主治医が行うべきだが、現在は医師がその教育を受けていないので、地域の保健師さんが行っていることが多いのではないかと認識し、意思の統一をしていく。個人精神療法に先立って、マネージメントすることが重要である。

・個人心理療法

患者の内界を扱うものである。

基本姿勢

・中立性

・患者の自立した個人であることを一貫して期待する

「患者は自立した個人である」という一貫した姿勢が大切。

治療目標を具体的に設定する

・境界例は主訴が不明確で曖昧

・不安が限局化できない

境界例の主訴は不明瞭であるが、それは不安を限局化できないからである。神経症の人は、それができるが、境界例の人の不安は、人生全般に広がっている。

・治療者との関係を「手段」視しにくい

散髪屋に行く場合は、髪を切ってもらうことが目的で、散髪屋さんとの関係が目的ではない。タクシーに乗る場合も、目的地まで連れていってもらうことが目的である。体のことで医師にかかる場合も、深い関係を作らないとできないことではない。これは自明のことであるが、境界例の治療では治療関係そのものが目的となってしまう傾向がある。そうするとまるで別れ話がでかかった恋人関係のようになる。

・関係の外に明確で具体的な目標を設定し、関係を目標達成の手段とみなしてもらうようにする

そうならないためには、治すことを目的としていることを、患者に意識してもらうようにすることが必要。「今、会っているのは のためです」と伝える。そして、この をなるべく具体的にして、旗を立てておく。

「自分がない」、「居場所がない」、「心のオアシスになって欲しい」という訴えに対して、神田橋先生は「ここがオアシスになると、周りはみんな砂漠になってしまいますね」と応えたので、私も同じように言ってみた。しかし、「そうなんです、砂漠なんです、だからこそオアシスが欲しいんです」と言われ、私には続ける言葉が出てこなかった。やっぱり借り物の言葉がダメですね。

・入院は、その入院により達成すべき目標を明示する

例えば「母に暴力をふるわず、感情をコントロールしましょう」とか、「まずアルバイトができるようにしましょう」など目標を明示する。

治療を構造化する

・患者からみて自分に期待されていることがはっきり分かるように

保健師さんが「境界例の人が頻繁に来るので困っています」と言われることがあるが、これは無構造の状況にあるために起こっているのではないか。これを構造化していく。つまり「 日 の 時に来て、1時間お話をしましょう」と伝えておき、それが守られない場合は、その理由を共同研究していく。

・構造の変更後の患者の変化を変更への反応(評価)ととらえる

構造を変更したら、その後の患者の変化を構造の変更による反応だととらえ、そこに注目し、それを話題にする。薬物を変更した場合も同じである。

・入院はなるべく短期間にし、期間をあらかじめ明示する

行動化をコントロールする

・行動化を自我違和化する

行動化は患者が自分でおかしいとか、「変だ、治して欲しい」と思っていないことが多い。これが症状と異なるところ。これを「おかしい」、「変だ」と思ってもらうことが大切である。行動化を自我違和化するために、「例の大好きな大騒ぎ」などとニックネームをつけて繰り返し話題にし、患者にこれを治療の対象だと思ってもらおう。

・行動化の適応的側面を評価する

外泊した日に母親が家にいなかったため、下駄箱を壊して病院に帰ってきたケースには、「下駄箱を壊しただけですぐ帰ってきた」ことを評価する。本人なりの適応への努力であると評価する。

お乳がもらえないので、手足をバタバタするのは、小さいときは適応的な行動であったが、青年期になって母親から情緒的供給を得られないからと手足をバタバタさせたら、窓ガラスぐらい割るかもしれず、母親も怖がって近づかない。小さいころに適応的だったことが、時代遅れになって不適応になる。これを治療者が理解して、話し合う。

・行動化の生じるいきさつを明らかにする

行動化の直前の感情を話させると、「もやもや」、「ムカムカ」という言葉がでてくる。更に、もやもやムカムカの前の話を聞いていくと、寂しい時に、どうも物に当たるといふストーリーが明らかになる。「さみしいときに、どうもあなたは変なことをするんですね」と、患者に自覚してもらおうよう促す。

・行動化の直前の感情に焦点をあてる

患者は行動化の直前の感情を問われても、自覚していないことがある。治療者は、「本当はさみしいんだ」という感情の自覚と言語化を促す。治療者は患者の感情と行動をいったりきたりしながら、そのときどういう気持ちになるのかに、言葉を与える。

・原因追求よりも「対策重視」

すぐさま幼児期の母親との関係に遡って原因を追究すると、患者はますます混乱してしまう。まず、気持ちが混乱した時の対策を考える。

対策は幅広く考えられる。例えば、行きずりの人とセックスするという行動化もひとつの対策である。自殺を図ることや過量服薬も対策であるし、母親の布団にもぐりこむことも対策である。風呂に入る、音楽を聴くなど様々である。これらを患者なりの対策と考えて、少しでも適応的な方法を支持し強化する。

・制止する 説得、入院、保護室

不適応な行動化は、はっきり言葉で制止する必要がある。やさしい治療者は制止しないことがあるが、そういう態度は行動化を助長する。言葉で制止しても行動化がおさまらない場合は、「自分でコントロールしてほしいが、それが難しいなら一時、病院の壁にコントロールしてもらいましょう」といった形で入院を勧める。

支持的技法

・達成の評価

解釈だけでなく、支持的な技法も必要。例えば、「教師に 言われて腹が立った」

と言う患者に対して、「その時どうしました？」と聞く。「殴るといけないので、学校に行かなかった」と患者が答えたら、「それは適切な行動ですね」と治療者は患者の行動が、適切な対処行動だったという文脈をこしらえて、具体的に支持する。

「アルバイトを3日でやめた」という患者に対しては、「やめても0(ゼロ)よりいいですね」と達成を評価して、ともに喜ぶ。

体験の境界を確立する

・自と他の、過去と現在の、内界と外界の

患者は過去の対象への怒りや見捨てられ感を治療者に向ける。治療者からするとそれは「ぬれぎぬ」である。こういう気持ちが治療者に生じると相手は境界例。心の中で感じたり、考えたりすることと、外界の行動や出来事と区別できていないところに注目し、患者の注意を促し、自と他、過去と現在、内界と外界の境界を確立するように働きかける。

不思議がる

・分離固体化した自立した個人なら振舞うようには患者が振舞わないところを不思議がる。

・「患者はできる」と想定する

患者の言動で治療者に納得がゆかないところ、不思議に思えるところを、純粹に不思議に思って聞く。治療者は察しが良すぎてはいけない。患者が聞かれないままですと、自分で考えなくて済んでしまう。

ただし、問い詰められたと思われてはいけない。相手を肯定的に評価されていると患者を感じる時に聞く。例えば、リストカットをしていた患者がこのところやめているとき、「このところやめているのは、どうしてでしょうね」と聞く。

もうひとつのコツは、相手に内在化してきく。ひとりごとのように聞く。私が聞いているのではなく、患者が内側から感じているかのように聞く。

不思議がることは大切。これがないと、探索的心理療法ができない。

困ったことは正直に言う、わからぬことは患者に聞く

・治療者の限界を明示する

・治療の責任の配分比をすこし患者側に大きくする

注射中毒が心配で、「なるべく注射を打たないようにしてくれ」と治療者が看護師に指示していたとき、看護師の間で混乱が生じた。患者も、しょっちゅう注射を求めて看護師を呼ぶので看護師も困り、治療者が患者に対応することになった。

「あなたはどうしてほしいですか？」と聞くと、「そんなことは医師が決めることだ」と患者は言った。「ちょっと考えといて」と伝え、「そしたら、打ちたいと言ったら、打つようにしてくれ」と患者が自分で考えて言った。「注射を打つか打たないかを判断する責任をあなたに委ねますね」と伝えたら、その後、注射は次第に減った。

「それではあなたはどのようなつもりですか？」

・選択肢を整理する、患者に問う

治療で行き詰ると、責任を患者に委ねる。治療者が困ったときは、正直に患者に言う。わからないことは、患者に聞く。淡々と当然のような口調で、「それであなたは どうするつもりですか？」と言う。治療者はニュートラルな状態であることが大切。

治療者が腹の中でそう思って患者と会う、それだけでもだいぶ違う。「過去に似たことありましたよね。そんなときどうしたの？」と聞くこともできるだろう。

「あなたは どうするつもりですか？」という問いの基礎には、「患者はできると想定する、患者を信頼している」ということがある。ただしそれによって患者に負担がかかることは念頭に置かねばならない。

分離の肯定的側面に目を向ける

・患者は分離を常に「見捨てられた」と体験してしまうが、分離には卒業、出発、成長といった意味もある、良い別れを別れられるように

・治療者から離れようという患者の試みを無理に引き止めない

面接をキャンセルすることがあると、無理に抵抗と考えるのではなく、「そろそろ僕を卒業する頃かもね」と卒業を話し合う。境界例は分離を「見捨てられ」と体験しがちだが、分離には卒業、成長、出発という意味もある。そのことを念頭において、患者を無理に引き止めないようにして、「ために」そうしてもよいのではという態度で話し合うようにする。

逆転移を自覚し、活用する 救済者願望、無力感と怒り

自分が無力感に陥ったとき、「それは患者がそう思っているから」と、教科書には書いてあるが...これは我慢するしかない。うまくいけば、患者を理解する手助けとなる。

・主治医と精神療法担当者が別々の場合の留意点

1. 情報交換の問題

主治医と精神療法担当者との間での情報交換のルールを作り、患者にそれがイメージされていると、患者も安定する。例えば、「カルテに記録を書くが、そのまとめの数行だけをお互いに読んでいるからね」というようなことを患者に伝えている。

2. 役割からの逸脱

主治医が心理士（精神療法担当）を患者に紹介したとき、主治医と心理士の転移関係や両者の関係を患者がどう体験しているのかを意識しておく。患者が、主治医と心理士を分裂させるようとする危険がある。

主治医と精神療法担当者とそれぞれに役割があるが、ある程度、役割をはみ出してやらなければならないこともある。精神療法担当がマネジメントしなければならないこともあるだろう。

3. 共同治療で生じやすい状況

精神療法を担当している心理士へアンケートをとった結果、以下のことがわかってきた。

(1)主治医と精神療法担当者との対立

主治医と心理士の間で対立がおきやすい。

(2)精神療法担当者と患者との蜜月(二者関係への埋没)

心理士と患者との間に二者関係ができて、主治医の機能が働かなくなる。

(3)精神療法担当者の主治医への過剰な依存

心理士が主治医に依存してしまい、主治医のメッセンジャーのようになる。

(4)主治医の精神療法担当者への過剰な介入

主治医が過剰な介入をしてしまう。主治医はかなりストイックでないとできない。

(5)主治医の役割放棄と精神療法担当者への依存(丸投げ)

主治医が何もやってくれない。心理士に丸投げする。

事前質問・会場からの質問への回答、補足など

1. 医療を勧めるタイミングの判断のポイントについて

良い精神科医を見つけ、日頃からコミュニケーションをもつようにしておくこと、まず大切。

重篤な自殺企図、他害の恐れがある場合は、必ず医師を紹介する。その際に、きちんと紹介したことがわかるよう、記録に留めておく。できるならば、紹介状を書いて渡すとよいだろう。

薬物療法が以前よりかなり効くようになった。これを勧めることは、精神療法家の敗北ではない。

2. 安易に境界例と判断されることの危険について

私は、はっきり診断した方がよいと考えている。但し、自分が治療する用意のない時に診断だけ告げるのは慎重にすべきである。安易に診断することの危険性は、第 軸の治療がおろそかになりがちなこと。

3. 発達障害との診断の難しさについて、基本的な対応とネットワーク作りについて

典型例については、区別は比較的簡単だろう。しかし、重ね着症候群は結果としてあるのではないか。

ネットワークの組み方については、多くの人がバラバラに関わっているのを、同じ方向

性に持っていくため、どうしていくかということが大切だと思う。

診断の濫発について危惧することは、人を診断名で見えてしまいがちなこと。その人を人として見るのが大切。

4. 話の中で出てきた「患者はできると想定する」「不思議がる」というのは、どういうことかもう少し教えて欲しい。

「患者ができる」と言うのはマスターソン。患者は自立した人であると考え。自分の問題に自分で対処できる人間であると考え。そう考えていないと、患者がそうでないように振る舞った時に不思議がることができない。それでは患者はますます依存的になる。ただし、場合によっては、患者に治療者が冷たい人間だと思われることがある。