

6) 交流分析法

新潟大学医学部第二内科 村松 芳幸・村松公美子
 小浦方啓代・真島 一郎
 片桐 敦子・荒川 正昭
 下条 文武
 新潟大学医療技術短期大学部 櫻井 浩治

Tranzactional Analysis

Yoshiyuki MURAMATSU, Kumiko MURAMATSU
 Hiroyo KOURAKATA, Ichirou MASHIMA
 Atsuko KATAGIRI, Masaaki ARAKAWA
 and Fumitake GEJYO

*Department of Medicine (II),
 Niigata University School of Medicine*

Kouji SAKURAI

*The College of Biomedical
 Technology of Niigata University*

Tranzactional Analysis was created by Eric Berne (psychiatrist) in America in 1957. The theory of tranzactional analysis contained four kinds of analysis (structural analysis, tranzactional analysis, game analysis and script analysis), is based on psychoanalysis theory, and do it easily. Therefore, tranzactional analysis is practical for us and easy to use for primary care. In Japan tranzactional analysis was introduced by Y. Ikemi and M. Sugita and developed as an important psychotherapy in psychosomatic medicine.

After a therapist confirmed the motivation to care and stress evidence for patients, tranzactional analysis is adapted to psychosomatic disease as reaction for stress of their ordinary life.

We showed the chronic respiratory failure patients of terminal stage to explain how to use tranzactional analysis practically.

Key words: psychosomatic medicine, psychotherapy, tranzactional analysis,
 chronic respiratory failure, terminal care
 心身医学, 心理療法, 交流分析法, 慢性呼吸不全, 終末期医療

Reprint requests to:
 Yoshiyuki MURAMATSU, Department of
 Medicine (II), Niigata University School of
 Medicine, 1-757, Asahimachi-dori,
 Niigata City, 951-8510 JAPAN.

別刷請求先:
 〒951-8510 新潟市旭町通1番町757番地
 新潟大学医学部第二内科学教室
 村松 芳幸

1 はじめに

交流分析¹⁾は、1957年にアメリカの精神科医 Eric Berne が創案した心理療法で、1972年に九州大学心療内科の池見、杉田らによって本法は本邦に導入された。交流分析は精神分析の口語版ともいわれ、やさしく実用的であるという利点があり、心身医学的治療法の一つである。

2 交流分析の実施法

1) 治療への動機づけ

心身症の治療の主体は、患者自身にあり、治療者はその援助者に過ぎない。それゆえ、交流分析法は単なる知的な学習に終わらせないためには、患者に対してしっかりした動機づけが必要である。

2) ストレス事項の確認

家庭や社会で円滑にいかない人間関係について明確にし、その場面をリストアップする。

3) 交流分析の理論と技法

交流分析には(A)構造分析、(B)交流分析(やりとりの分析)、(C)ゲーム分析、(D)脚本分析という4つの分析がある。この4種類の分析を、この順序で行う。

(A) 構造分析

構造分析とは、その人の自我状態を検討し、自己を知るための分析である。自我状態とは感情及び思考、さらにはそれらに関連した一連の行動様式を統合した1つのシステムのことである。心のはたらきを P (parent) 親、A (adult) 成人、C (child) 子供に分け、さらに P を CP (critical parent) 批判的親と NP (nurturing parent) 保護的親に、また C を FC (free child) 自由な子供と AC (adapted child) 順応の子供に分け、合計5の自我状態からなると考えることができる。精神分析の es に C を、ego に A を、superego に P を対応させている。それぞれのはたらきは図1にまとめてあるが、肯定的側面と否定的側面を持っている。

構造分析では、P、A、C を明確に識別する練習を行い、自己のパーソナリティーにおける不調和の領域について気付くように指導する。それぞれの自我状態の心的エネルギーの量をグラフにしたものがエゴグラムである。一般に心身症の症例は、FC が低く、AC が高い N 型のエゴグラムを示すことが多い。この場合、低い FC を高めるような技法を用い、過剰適応の自我状態のバランスを改善し、ストレス状況から開放する。そのためのパーソナリティーの成長を促す技法は低い自我状態を上

自我状態		肯定的	否定的
P	CP	道徳的, 責任感	偏見, ワンマン
	NP	思いやり, 温かさ	過保護, 甘やかし
A	A	客観的理解 情報の収集	冷淡 人情より事実の優先
C	FC	創造性 天真らんまん	わがまま, 働動的
	AC	素直, 協調性	ひねくれる 自信喪失

図1 自我状態

げることである。

(B) 交流分析(やりとりの分析)

二人の人の間で行うやりとりを交流という。それぞれの人の P、A、C と相手の P、A、C の交流を矢印で表すと対人関係の状態がよく分かる。交流分析における対人関係は、①相補的交流(適応的交流)、②交叉的交流、③裏面的交流(仮面的交流)の三つの交流パターンに分けられる。

①相補的交流(適応的交流)(図2, a)

ある自我状態から来た刺激に対し、相手が予想し望む反応が返る交流のことである。お互いのコミュニケーションはスムーズで、健全な人間関係が保たれる。

②交叉的交流(図2, b)

ある自我状態から来た刺激に対し、相手が期待した反応が期待した自我から返ってこないものを言う。お互いのコミュニケーションは中断してしまうため、苦痛や混乱をもたらす。

③裏面的交流(仮面的交流)(図2, c)

表面的メッセージの裏に、言葉には現れない隠されたメッセージがあり、実際に相手の反応を起こさせるのは隠されたメッセージであるような交流のことである。

この交流分析(やりとりの分析)を通じて非建設的な交流や、自分に特有なやり取りのパターンを発見し、それが対人関係に悪影響をもたらすパターンならば、それを換え、より生産的な対人関係を作り出すことを目的としている。そのためには A の自我状態を用いてコミュニケーションで交叉的交流や裏面的交流をさげ、相補的交流を心掛けるように指導する。

(C) ゲーム分析

ゲームとは「一定の周期性をもち、反復的で、表面は

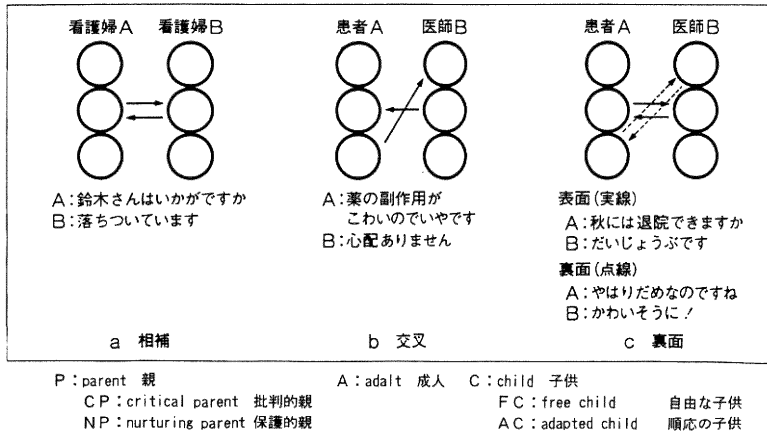


図2 交流分析パターン

合理的であるが、奥にある動機を秘めているもの」と定義している。裏面的交流の中で定型化したもので、時間の構造化の方法の一つである。何度も、同様な形で、不快な感情(ラケット)を味わう交流があれば、ゲームを考える必要がある。ゲームは、ラケットそのものが目的化したものと言える。代表的なゲームを参考にして、患者が知らずに自己を破壊状態に追い込んだり、他人の拒絶を誘うような誤った交流パターンを気づかせ、それを統御できるように訓練する。

(D) 脚本分析

人間の一生を「一編のドラマ」のようなものとみなし、その中で、人が演じている役割を脚本と呼ぶ。脚本分析は、より専門的技法である。構造分析、交流分析(やり取りの分析)、ゲーム分析を行っても自分の行動を自己統御できない人や自分の性格をより深く理解することを希望する患者に限って行っている。

3 交流分析の利点と限界

交流分析は以上の代表的な分析を用いて、現実生活でのストレスに対する反応としての心身症に適応される。交流分析は、治療者にとって平易で実用的であり、プライマリー・ケアとしての日常診療に使いやすい。しかし、性格の歪みがひどい場合や病態水準の低い場合には、交流分析のみでは治療が困難であり、ゲシュタルト療法などを併用する。また、交流分析による治療を行うにあたり、適切な性格傾向および心理・社会的因子の把握が必要である。

4 症例²⁾(呼吸不全患者の終末期医療、交流分析的アプローチ)

【症例】A. Y. 45歳 女性 無職.

【主訴】息切れ、発熱

【既往歴】12歳の時に貧血

【家族歴】父親が慢性肺気腫で、母親が肺炎で死亡。8人兄弟、肝癌、突然死、心臓病、肺炎、胃癌で死亡。

【現病歴】昭和45年(20歳)に血痰が出現し、特発性肺鉄血症と診断された。昭和63年(38歳)、呼吸困難が増強し、慢性呼吸不全と診断され、平成元年(39歳)から在宅酸素療法を受けていた。平成2年1月、息切れが増強し、発熱も認められ、原疾患の増悪と考え、当科に入院した。

【入院時所見】現症では、両側全肺野に湿性ラ音が聴取された。臨床検査所見では、炎症所見が陽性であり、低酸素血症が認められた。

【心理テスト】ECL (Egoguram Check List) の結果は、CP 2, NP 5.5, A 1.5, FC 5.5, AC 8であった。

【生活歴】11人兄弟・姉妹の5女。小児の頃から病弱であった。平成4年、二人暮らしで、本症例の面倒を見ていた長兄が死亡した。

【入院後経過】本例は、幼少時から特発性肺鉄血症のため入院を繰り返していた。在宅酸素療法に導入されたが、原疾患の増悪により入院した。

幼少時より病弱であったため、病気の中で常に周囲の人からストロークを与えられる状況にあった。しかし、両親の死亡、その後本例が頼りにしていた姉の死亡など

で本例にストロークを与えてくれる人が長兄だけの状態であった。

原疾患の増悪に伴って抑うつ感や不安感が増強し、入院前からの症例の幼児性、不安感が増強し、入院前からの幼児性と依存性による様々な問題が生じた。経気管酸素療法においても、自分ではカニューレの交換をいっさいせず、治療者に頼っていた。経気管酸素療法は酸素供給量が多くなったため退院できない患者が、直接酸素を気管に流すことにより、より少ない酸素供給量で十分な酸素化が得られ、在宅医療に戻ることができる治療法である。そのためには自分でカニューレを交換しなければならない。私達は、この治療について本例から同意を得た上で行っていったが、「こわい.」、「もしも外れたらどうしよう.」、「痛い.」などと、自分で行うことをいやがった。そこで私達は、薬物療法（抗うつ薬、抗不安薬）と自律訓練法を併用しながら、本症例の C→P への働きかけに対して P→C へと相補的に受け止め、A を中心として自己コントロールできるようなアプローチを行った。幼児性、依存性、不安感、抑うつ感が強い場合、予後について正確に伝えることはできず、長兄からも「正確に予後を伝えたら、Y 子はパニックを起こし、どうなるかわからないので、安心させてほしい。」という要望が強かった。そのため、予後について以外は、本例の A を高めるために常にデータを提示しながら治療方針を決定していった。経気管酸素投与方法を行うときも、患者は積極的であった。

しかし、交流パターンは裏面交流であり、例えば、

Pt 「先生、私は死にませんよね。」

Dr 「はい、必ずよくなりますよ。」

Pt 「どうしてこんなに息苦しいんですか？」

Dr 「呼吸不全に心不全が重なっているからです。」

Pt 「必ずよくなるんですね？」

Dr 「はい、大丈夫ですよ。」

・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）

Pt 「私の病気は年々悪くなって死んでしまうんですか。」

Dr 「正常の人でも呼吸機能は年々落ちるので、症状が進行しているように思われるんですよ」、「今は十分に酸素化が行われていますので、心配いりません」、「カニューレの自己交換さえ出来ればすぐ退院できますよ。」

Pt 「酸素の必要量が増えすぎて、退院できないんじゃないんですか。」

Dr 「酸素濃縮器を2台使ってもいいですよ」

Pt 「じゃあ、がんばらなくちゃ。」

以上のような会話がしばしば交わされたが、「はい、でも」のゲームになることも多かった。特に入院期間が長い場合、研修医の場合は特にゲームに陥りやすかった。本例の場合、幼少時より病弱であったことから未熟で依存性の強い性格であった。そのため主治医や長兄に対して常にストロークを求めたが、親密な構造化はできず雑談、ゲームに終始した。治療者は、できるだけ本例の A を高くするように心掛け、一人の主治医だけではなく分担して対応した。本例のような患者は、日常臨床でしばしば会うことがある。交流分析的には治療者がどのように対応すべきか比較的理解しやすい。長期経過の身体疾患患者でなおかつ本例のような心理的要因もかかっている場合、身体科医師が心理的に支えていく一つの方法として交流分析は心理学的にも副作用が少ないといわれている。交流分析は身体科医師が習得する場合、比較的平易であり、日常臨床でも実用的であることから、全人的医療を行う上で、有用な技法であると考えられる。

参 考 文 献

- 1) 村松芳幸, 荒川正昭, 塚田浩治, 村松公美子: 交流分析法. *Modern Physician*, 14: 1165~1168, 1994.
- 2) 村松芳幸, 真島一郎, 荒川正昭, 村松公美子, 櫻井浩治: 時間の構造化, 心身症の治療経験から症例をふまえて. *交流分析研究*, 22: 25~31, 1997.

司会 どうも有り難うございました。

以上6人の演者から心身医学における心理療法について発表して頂きました。

登校拒否は真の心身症とはいえませんが、その多くが潜在する不安から自律神経系を介しての頭痛・腹痛などの緊張性の身体症状を伴っていますので、状態によっては心身症として扱われます。

また摂食障害も行動の異常ですから、本来は精神科での対象疾患になるのですが、結果として強烈な痩せや無月経、あるいは自らの嘔吐や下剤、利尿剤の大量使用などによる電解質異常など、二次的な身体症状を来しますから、心身症としての治療対象にもなります。

一般に、こうした行動異常を背景にした身体的病態は、行動異常が激しければ精神科、身体症状が激しければ各身体科が単独で、あるいは精神科と身体科とが連携して一緒に治療することになります。其の他検査上異常が無くても身体的な症状の訴えの激しいもの、たとえば不安愁訴や心気神経症などの中で、身体化の強い病態にも心身医学的な治療が採用され、効果のあることがあります。

しかし心身医学上最もふさわしい病態は、先程報告されましたように、気管支喘息や過敏性腸症候群のような明らかな身体疾患で、何らかの状況下での心理的ストレスにより生ずる自律神経系の神経やホルモン、免疫などの過剰反応の結果生じたり、そうした反応がますます元の身体症状に影響を与える病態、ということになると思います。

そしてまた、終末期医療のような、人と人との関係をどうしても配慮しなければならない治療場面やチーム医療を必要とする場面などにも、心身医学的な治療態度が必要になって参ります。

このような視点で、各シンポジストにお話していただいた訳ですが、フロアの方で何かご質問などございませんでしょうか。

(質問なし)

ご質問が無いようですが、本日紹介致しました他にも、心身医学的な診方と対応を必要とする病態、つまり心身症として扱うべき病態は、各身体科の日常の臨床に多く含まれていると思います。また慢性疾患や手術前後、あるいは人工透析、臓器移植など特別な状況下に置かれた患者への対応にも、心身医学的な全人的対応を必要とします。

今日のこのシンポジウムが、患者中心の医療の一環として役立ちますと共に、全人医療の一方法、情動とストレスと身体化の関係、つまり心身相関を探究する一学問としての心身医学について、より一層理解され、各身体科の臨床に採用され、実践されますことを祈念して、このシンポジウムを終わらせていただきます。最後までご静聴ありがとうございました。