

研究ノート

臨床場面におけるユーザーのウソについての予備的考察

近藤 亜弥¹⁾・伊東 隆雄²⁾

要約

小論では、臨床場面におけるユーザーのウソについて考察した。支援者は誠実でなければならないと規定されているが、ユーザーはウソをついても良いのか。そもそもウソとはなにか、臨床の支援場面における、ユーザーが事実とは異なる内容を語ることにについて考察した。医学的に、妄想などの精神症状による事実とは異なる陳述と、主観的な体験の語りとしてのナラティブとその意義を論じた。ウソに対して、どう対応することが支援となるのか、ケアの物語という視点から考察した。

キーワード：ユーザーのウソ 妄想 ナラティブ ケアの物語

I 緒言

保健・医療・福祉・教育などの、いわゆる対人援助領域において、ボランティアを含めた支援者はその支援の受け手（患者・利用者・ユーザーなど）に対して誠実でなければならない。それはどうということなのか。どうすれば誠実であることができるのか。これは非常に難しいことではあるが、つねにそうあるべく努力する義務を負っているということに異論はないだろう。

一方で、まじめな支援者が、まじめではないように見受けられるユーザーに対して、憤りを感じることはまれではない。支援者がウソをつくことは許されないが、ユーザーはウソをついてもいいのだろうか。あからさまなウソをつかれることはまだましなこともかもしれない。ユーザーがウソとは自覚せずに、事実と異なる挙動をすることにたいして、どう対処すればいいのか戸惑うこともまたまれではない。（支援者がウソをついてはいけ

ないということは、暗黙の了解である。たとえば、専門職団体の倫理綱領の中では、誠実に相手の利益のために対応する、とか、信頼されるように自らの品行を高く維持する、などと書かれていて、けして「ウソをついてはいけない」などという直接的な、小学生の学級目標みたいな表現はされていない。）

ユーザーのウソに対して、どう向き合うことが支援者にとっての誠実な対応なのか、その判断は難しい。小論では、ユーザーのつく自覚的あるいは無自覚なウソについて概観し、どう対応すべきなのかという問いへの回答を模索してみたい。

II ウソについて

小論ではカタカナで「ウソ」と表記した。これは、あいまいかつ多義的な、とらえどころのない「事実ではない」陳述について、とりあえず包括的な概念を一般用語としてこのように表記した。ま

¹⁾星槎道都大学社会福祉学部社会福祉学科専任講師 ²⁾星槎道都大学非常勤講師

ず、ウソとは何か、どう定義づけられるのか、というところから考察していく。

心理学、とくに犯罪心理学の領域で、容疑者のウソを見抜くための方法論が議論されてきたと聞く。

小論ではバーラックの定義を紹介する。

本当でないことを語ることが、ウソをつくということなのだろうか。そういうことが多いかもしれないが、バーラックは真実告知に関して、もうすこし詳細に分類している。服部¹⁾はバーラックを援用し、ウソを欺瞞と隠蔽に大別している。形式的には、虚偽の語り、誤解を与える語り、開示を控えたり、省略したりということが詳細に述べられている。バーラックは、プラシーボ（偽薬投与）も欺瞞の例として挙げている。^{註1)}

表1 真実とは相いれない行為の形（バーラック）

類別	形式	例
欺瞞	虚偽 誤解を与える	嘘 プラシーボ 婉曲表現 ジャスチャー
隠蔽	開示の差し替え 選択的開示	非開示 好機の選択 部分的省略 部分的強調

実際にはかなり複雑に入り組んだ構造になっている。約言すれば、相手をだまそうとして事実と異なることを伝えるか、事実を伝えないか。そしてもうひとつ、重要な要素は本人がそのウソに自覚的か否かということである。

III 支援者のウソ

ユーザーのウソを論じるまえに、支援者がウソをつくことについて簡単に触れておく。

「真実告知」という言葉がある。これは、たとえば医者が患者に対して、病名や予後などについて、本当のことを告げることである。ということは、告げないということもあるということだ。かつては、告げないの方がふつうだった。なぜか？ 真実を知ることが患者にとって苦悩をもたらすことであり、告げないことが患者に対する「おもい

やり」「やさしさ」などの慈愛であると考えられたから。

しかしどうだろう、いまはそんな考えは医療者の独善的なパターンリズムとされるだろう。自己決定する前提として、正確な情報が不可欠だから。医療、福祉などの専門職はその倫理規定などで誠実義務が求められている。^{註2)}

日本看護協会の看護職の倫理綱領²⁾には以下の規定がある。

「13 看護は、看護を必要とする人々からの信頼なくしては存在しない。常に、看護職は、この職業の社会的使命・社会的責任を自覚し、専門職としての誇りを持ち、品位を高く維持するように努める。

看護に対する信頼は、専門的な知識や技術のみならず、誠実さ、礼節、品性、清潔さ、謙虚さなどに支えられた行動によるところが大きい。(略) 信頼を損なうような行為及び不正行為はしない。」

また、精神保健福祉士の倫理綱領³⁾には、以下が規定されている。

「倫理基準 1 クライアントに対する責務

(2) 自己決定の尊重

a クライアントの知る権利を尊重し、クライアントが必要とする支援、信頼のおける情報を適切な方法で説明し、クライアントが決定できるように援助する。」

IV ユーザーのウソ

1) 支援に必要な正しい情報

患者がウソの情報を提供したり、事実を隠蔽しているという状況で、医療者はどこまで適切な診断、治療を行うことができるのだろうか。この問いは、正しい診断をするために、どれだけたくさんの情報を必要とするのかという問いに置き換えることもできる。

よく全人的医療という標語が用いられる。その実践のために、患者のあらゆる情報を把握すべきなのか。情報収集しなければならないのか。家族歴、既往歴、学歴と職歴、信仰、飲酒歴、喫煙歴、

ベジタリアンかどうか、結婚歴、現在の同性と異性の性的パートナーの人数。ある特殊な病気を判断するためには必要な情報なのかもしれない。しかし、インフルエンザの予防接種の際に知らなければならないことなのだろうか。正しく陳述してくれなかったために生じた有害事象などの不利益の責任はどうなるのだろうか。

2) 虚偽の陳述

ユーザーがなんらかの利益を得るために支援者に虚偽の陳述を行うことがありうる。極端な場合は「虚偽の診断書」の作成を依頼することなどである。例えば、聴覚に異常がないのに聞こえないという虚偽の申告をして障害者手帳を不正に取得したことがマスコミで大きく報じられたことがある。「ICD-10では、心理的理由によって身体症状を修飾したり、身体的な症状・欠陥を意図的に作り出すか装うことを虚偽的障害 factitious disorder と呼び、人格および行動の障害に含めている」⁴⁾。この場合、本人がウソをどう自覚しているのかということが問われるが、明らかに虚偽の場合をあえて「詐病・仮病 simulation」と呼び、虚偽性障害と区別する立場がある。この病態の特殊なものとして「ミュンヒハウゼン症候群」がある。これは、「疼痛を訴えて何回も手術を受け、手術創だらけになり(略)痛みを訴え手術を繰り返すことで周囲から注目と同情を集め、病人として現実世界の困難から逃避」⁵⁾することである。

3) 言い間違い(失錯行為)について

事実ではない陳述について、小論では大きな括りとして「ウソ」に焦点を当てて考察するが、ウソとは言えないが近接概念としての「間違い」、ウソが生じる理由のひとつとして、語り手の言い間違いがある。フロイトが指摘したように、無意識の願望や不安が間違いとして語られることがある。たとえば、うんざりする会議を開催しなければならない議長が「これから会議を閉会します」といってしまうことを例示している。「議長が国会の冒頭に開会ではなく閉会を宣言することつ

て(略)会を開いてもろくなことはあるまい、できることならただちに閉じてしまいたいと」⁶⁾無意識に考えていたと。

また、脳科学では人間の脳はそもそも情報を正しく認識できず、まちがえるような構造になっている。櫻井は「脳はいいかげんな信号伝達をしてまちがえるからこそ柔軟であり、それが人の高次機能を実現し、(略)個性をつくっている」⁷⁾という。哲学的には、人間の理性の限界としての可謬性^{註3)}の議論がある。「ウソと間違いの関係」はどのようなのかということは興味深い論点ではあるが、小論では深く掘り下げることはできない。ただ、ナラティブについて考察するが、語られる内容自体が語り手の記憶の間違いを含むということは先取りして指摘しておく。

4) 医学的に事実ではないこと

4-1) 神経症圏の疾患

神経症の症状を簡単にのべると、症状の原因となる身体的な疾患がないにもかかわらず、無意識のなかで、あるいは他の身体的機能(自律神経系など)によって症状が形成される状態といえる。実際に主観的な症状があるわけであり、患者はその症状に苦しんでいる。けして、ウソの症状を訴えるわけではない。

4-2) 妄想とウソ

妄想とは、客観的には事実とは考えられないことを、本人が事実であると確信しており、訂正することができない思考内容である。事実とはいいいがたいことの陳述であるが、語る本人はウソをついているという自覚はない。疾患としては、統合失調症にみられることが多い。^{註4)}

精神科医の中井久夫は興味深いことを述べている。「統合失調症のひとつにおこらないこと」をいくつか列挙し、そのなかで「人を困らせるウソをついたり、人をワナにかけておとしめようとしなさい」⁸⁾という。また中井は、ウソに関して病気と人生を説明している。健康人は「うそをつくことができるが、大体つかずに済ませられる」、神経

症の人（乖離や身体化）は「自分にうそをついているともいえる状態」、つまり痛みなどの症状に翻弄されてしまう。いわゆる人格障害（サイコパスなどのパーソナリティ障害）は「他人や社会にうそをつくことが習慣になっている」⁹⁾という。あるいは、うそをつかずにはいられないともいえよう。そして統合失調症など精神病の人は「うそをつくところのゆとりがなく、うそをつくことができない」と。うそをついてもその場しのぎのばればれのうそしかつけない。

ウソをつく能力が、かなり高度な精神健康を基盤にして成立する現実対処能力だとすれば、統合失調症の人はうまくウソをついて困難を切り抜けることができず、かわりに妄想という厄介なものを抱え込んでしまう。

4-3) 二重見当識

二重見当識とは教科書的には、妄想によって生み出された非現実的な判断をそのまま受け入れて、不合理な対処を行い混乱してしまう不適応状態のこととされる。しかし見方を変えると、二つの異なる基準を臨機応変に使い分けることはかなり高度な社会適応のための方策であり¹⁰⁾、慢性期の統合失調症の患者はこうして困難な状況を克服し、うまく社会に適応しているといえる。

ある長期入院中の患者は、「自分は精神科医で、この病棟の入院患者を診察している」という妄想を語り、看護師に他患の処方指示を出しながら、自らも入院患者として検温や服薬に応じていた。患者と医者という二重見当識を日々使い分けていた。

4-4) 二枚舌

二重見当識の特殊な形式として、いわゆる二枚舌、ダブルスピークということに言及しておく。ウソの形式としては、相手に誤解を与えるような印象操作であり、内容的には二つ以上の矛盾する内容をふくむ言説である。本来の意味とは微妙に異なる意味のずらしを行い、相手に誤解を与えることを目的とする。語る主体にとっては、二重見

当識を巧みに操作しているともいえる。

この二枚舌に騙されて破滅に至ったマクベスの物語をみておく。冒頭の魔女の語りを引用する。魔女たちがマクベスを破滅させる相談をする。次にいつ会うか、いつマクベスに会うか、それは「闘い、負けて勝ったとき。」「きれいはい汚い、汚いはいきれい fair is foul, foul is fair.」（これはこの作品のライトモチーフのひとつである「両義性、あいまいな言い回し (equivocation) のひとつである」と語りながら飛んでいく。¹¹⁾

魔女たちはマクベスを破滅させるべく、権力への欲望を刺激していく。マクベスが王になる男だと予言する。そして、そこにいるもう一人の武将バンクォーについては、王にはならないが王を生み出すものというあいまいな予言をする。マクベスは現王を殺害し王位につき、王を生み出すバンクォーの存在を亡き者とする。しかし、最後に魔女の二枚舌に騙されたことを知る。

王となったマクベスは自分が殺した先王による復讐におびえる。その不安をかき消したいがために、また魔女のところに出向き、新たな予言を受ける。マクベスは死なないと。「流血を怖れず、大胆不敵になれ。人間の力など笑い飛ばせ。女から生まれた者（通常の産道から生まれたという意味）は誰一人マクベスを倒せはしない」¹²⁾と。実際マクベスを殺したのは帝王切開で生まれたマクダフだった。マクダフは「観念しろ、魔力は切れた。貴様が崇める悪魔の手先に言ってもらえ、マクダフは月足らずのまま、母の腹を破って出てきた、とな」¹³⁾と叫ぶ。パーナムの森が攻め入ってくるまでマクベスは安泰だ。マクベスは森が動くわけがないと解釈し安堵する。しかし、反乱軍はパーナムの森の木の枝で身を隠しながら攻めよってきた。その様はまさしく、森が動いて攻めてきているようだった。それを目にしたとき、マクベスは絶望し、魔女の二枚舌に騙されていたことを悟った。

4-5) 交代人格

解離性障害の特殊な病態として、いわゆる「多

重人格」というものがある。ふたつ以上の別の人格が同一人物の中に存在し、ある時点では A という人格が別の時点では B, C, D などと入れ替わり、それぞれが独立しているがゆえに、言動の統一性がない。お互いに自分の中にいる他の人格のことを知らないで、自分がウソをついているという認識（病識）もない。大熊は「ふつう一方の人格が優位であるが、相互に完全に入れ替わり、一方が他方の記憶の中に入ることはなく、また互いの人格の存在に気付くこともない」¹⁴⁾という。人格間の陳述の矛盾、しかしそれぞれが真実の語りでありナラティブである。

5) ナラティブ (偽の記憶)

ナラティブは、もともとは文学理論研究の中で、物語をどう解釈するかという視点で成立していった概念である。いわゆる時系列的に出来事を叙述したものがストーリーだとすれば、語り手の語られる内容がナラティブとしてとらえられる。つまり、ナラティブは主観的な事実の物語である。客観的には、事実とは異なることもある。おそらく異なること、誇張されたこと、歪曲されたことがおおいだろう。そういう観点からは「ウソばなし」である。服部は「ナラティブという語はもっぱら、現実世界に実在する患者や医療者の、主体的に人生の物語を語る行為ならびに、語られた内容を指すようになった」¹⁵⁾という。ナラティブは「物語を語ること(行為)と語られた物語(中身)、換言すれば物語行為の主体性とその生産物」¹⁶⁾である。

単に物語られただけの事態はナラティブとは表現されない。聞かれ読まれ理解されて初めて成立する。しかし理解されたとき、ナラティブは常にすでにストーリーとして構成されていなければならず、そのままナラティブでとどまることはできない。ナラティブは解釈されなければならない。「語る行為—語られた物語(ナラティブ)—聞き読む行為—理解された物語(ストーリー)」という四項で成立するものだが、一部のナラティブ論者は前二項のみを強調する。

聴き手がいなければ語りは成立しない。たんなる独語でしかない。聴き手がいればそれでいいのか。それでいいと考える人もいるだろう。大切なことは内容の理解ではなく、感情の共有であると割り切れればいいのかかもしれない。それにしても、何が語られたのかということ聞き取らなければ、聴くという関係は成立しない。何が語られたのか聞き取り、それを自分の中で理解し、自分なりの主観的な解釈しなければ、聴くという行為は成立しない。語ることと聞くことという、二段構えの主観性のやり取りのうえで、物語がつむがれている。

ナラティブへの根強い誤解のひとつとして、解釈することは不要なこと、よくないことであり、あくまでも非審判的に受容しなければならないというものだ。しかし先述したように、聴くという行為はすでにそのなかに解釈が含まれているのだ。解釈なしに聞くということは成立しえない。

このとき成立し、共感される物語と、妄想の違いは何なのだろうか？ 主観的と客観的という指標を抜きにして評価すれば、差異はみいだせない。くりかえすが、ナラティブは語る主体と語られた内容のことである。語る主体(主語といいかえてもいずれも subject である)と語られた客体(これを object といいかえてもいい)からなる。ここまでで完結するのなら、それは独語、ひとりごとであり、それで十分とするのなら聞き手としての支援者は不要だ。聞き手は、語り手が何を語ったのか、語らなかったのかをふくめ、言葉と非言語的な表現を含めて全体としての語り手の物語を受け止める。そこに、必然的に解釈が介在する。

また、臨床場面では対話は言語表現のみでは成立しない。非言語的表現の意味を説くまでもない。

解釈抜きで受容が困難なことは、語り手がいま一氣にまくしたてようとしているのか、ためらいながらすこしずつ言葉をまさぐっているのか、語りえないことを前に沈黙しようとしているのか、すくなくともこれらのことに感応しなければ受容が成立しないことが示唆している。語りの内容の

真偽を判読するというせまい解釈ではなく、いま語っているひとのそばにいて耳を傾けているひとがいる、という状況を解釈していることによって傾聴という積極的な行為は成立する。ナラティブも成立する。

繰り返しになるが、聞き手がいなくても語りが成立しナラティブはそれでよしとするなら、これ以上の議論は不要である。

V どうすればいいのか

1) ウソへの対応

ウソと知りつつ、そのウソを受容することが、相手の利益にかなうことであり善い行為であるなら、そうすべきなのだろう。それが支援者としての、責任ある対応であろう。しかし、短期的に、いま、ここで、それが善いことであるとしても、長期的に善いという見立てはできるのだろうか。困難なことがおおい。ウソに乗っかることで、ボタンの掛け違いのように、どこかでにっちもさっちも行かなくなり、振り出しに戻らなければならなくなる可能性がある。戻ればまだよい。

いいかえれば、それがウソであろうとなかろうと、ユーザーの求める自己決定を尊重すべきという自律原則と、ユーザーの利益を代理で判断し優先するというパターンリスティックな恩恵原則との、原則間のジレンマの問題である。この一般的な解決策はない。宮城によればビーチャムらも自ら「われわれは、理論、原理、あるいは規則よりも、特定の事例に対する反応や、道徳的な人たちの特徴的な反応を、より信頼する理由を持っている」と述べている。^{17) 註5)}

2) ナラティブとして傾聴・共感する

傾聴するということについて、まずふれておくこととして、非審判的な対応が求められる。さきに原則間のジレンマをあげたが、それと同時に「真偽」「正邪」を判断するという態度をわきに置くことが求められる。ユーザーの話が本当なのか、正しいのか、という疑問から審判を下しパターンリ

スティックに対応することを自制すること。

ユーザーの語りは破綻している。物語には、大きな物語と小さな物語があると筆者らは考えている。前者は、正義や善などの、硬い男の論理による審判である。いまユーザーを支援するとき求められるのは、その語りを個人の小さな物語として受け取り「対話」することであり、これは近年注目されている「ケアの物語」の基本的な対応である。

言うまでもないが、ギリガンのケアの倫理は、自己と他者とのあいだで揺れ動く自分のところを受け止め自覚し、葛藤を、苦悩を、そのままの形で受け止め無理やり答えを出さずにもがき続けること、そして支援者はそこに存在するというのである。ユーザーも支援者もともに脆弱な存在であることに耐える能力であり、またそれは「不確実さや不思議さ、どうにも答えの出ない、どうにも対処しようのない事態に耐える能力」¹⁸⁾でもあり、これをネガティブ・ケイパビリティと言い換えることもできる。

また、オープンダイアログの7つの原則のひとつに、「あいまいさに耐える tolerance of uncertainty」がある。森川は「不確実な状況の中に留まる/寄り添う/すぐに答えに飛びつかない」¹⁹⁾と訳している。

対話するときには、例えば医者白衣で身をくるむのはなぜか。それは「緩衝材で保護された傷つきにくい自己 buffered self」で対峙しなければならないからだ。しかしケアにおいては、傷つきやすい「多孔的な自己 porous self」を出すことが肝要である。^{註6)}

自己と他者との境界に無数の通気口が開いており、そこからなにかを共有するイメージである。緩衝材という鎧兜で防御した支援者には心はひらかれず、支援は届かないだろう。穴だらけで通気性のよいセルフは、ヤマアラシのトゲで防御しながらもぬくもりを共有しようとする微妙な距離感をさぐる困難さ、脆弱性の受容によって成立する「ヤマアラシジレンマ」を想起させる。

ケアとは相補的であり、ケアするものは同時に

ケアされる。しかし、よい反応だけでなく、怒りなどの陰性感情や、過去に受けた深い傷の投影などがある。しかしそれは必ずしも好ましくないことではない。ケアされることの痛みや苦悩（サファリング）などを共有するための回路がつながっていること、「窓」が開かれているということの証左でもある。ケアのなかには互いを傷つけあうトゲのようなものを内包する。伊東はかつて「やわらかい暴力としてのケア」ということを指摘した。²⁰⁾

小川は、「語り」の失敗はある意味で狭い世界を脱し、より開かれた世界へと連なる偶然性の恵みでもあり（略）、人間関係とは常に更新可能なものであると思うことで、（略）それまで絶望的に思っていた相手との関係性を改善したり、（略）せめて違う角度からとらえなおすことができる」としている。²¹⁾これは、非審判的な本来の「対話」あるいは「共話」といえるのかもしれない。

VI 結語

小論では臨床現場での患者などのユーザーの陳述について考察した。現場の支援者からは、ユーザーの語る内容がウソなのか本当なのかどう判断すればいいのかわからない、そしてどう対応すればいいのか、という悩みの声が寄せられることがある。ウソとは何か、なぜウソを語るのか、語らなければならないのか、いろいろな状況を考察した。病的な思考や判断の誤りから事実ではないことを語ることもある。事実かどうかを問わず、語らなければならないことをそのひとの人生の枠組みの形式に従って主観的に語られることもある。

いずれの語りに対しても、支援者はできる限り受容していかなければならない。それは困難を伴い、なかなかうまくいかないことが多い。それを克服する視点のひとつとして、ケアの物語を紹介した。お互いに脆弱性をもち無力さの自覚になかで、なんとか相手を理解したい、関係性をつくりたいという思い、答えを出せなくてもなんとかそこにいたいという思い、それがケアだと考えられ

る。

註

註1) プラセボ（偽薬・プラシーボ）そもそも「にせもの」の「薬」と訳されたのが問題かもしれない。プラシーボは「ほんもの」でも「にせもの」でもなく、やはり「薬」としても効果を持つ。ラテン語の *placo* は、和らげる、穏やかにする、*placeo* は喜ばれるなどの意味がある。使用することで苦痛が緩和され喜ばれるなら「喜薬」のほうがいい訳かもしれない（伊東）。²²⁾

かつて看護倫理系の学会で、プラセボを容認している病院についての発表があった。いわく、病床数が小さく、倫理研修を受けているスタッフが少ない病院でプラセボの使用を容認している。つまり倫理教育の不足が問題とされると。幸いこの発表が論文として公表されることはなかった。伊東はプラセボの使用はヒポクラテスの倫理原則、「まず害することなかれ」（無危害原則）にかなうものと考えている。なおこの *First, do not harm.* という原則は『誓い』の本文の中にはない。「患者の利益をはかる」「危害を加えることなく」などの文言はみられるが、國方²³⁾によれば「*Primum non nocere* という有名なラテン語は、長く『誓い』の精神を表すものと考えられてきたが、このような言葉がテキストに含まれるわけではない」という。

註2) 医療者と患者の非対称性、権利と義務について

医療者には倫理綱領などで誠実義務が規定されている。一方患者には権利はあるが誠実義務は規定されない。しかし、近年いわゆるクレームなどの問題行動を起こす患者に対しては診療を拒否できる応召義務解除規定が、カスハラなどの防止条例の制定として認められている。医療法の病院の機能分化が進む中で、診ることができない患者は診ないという方針が合意形成されている。この点については小論では立ち入らないが重要性を指摘しておく。

註3) 可謬性 *fallibility* について。そもそも神ならぬ「ひと」は誤りうるものである（死すべきもの

とひととしての定義と相似) と考えられてきた。間違えることのないのは全知全能の神のみで、人間としての例外が神の代理人である教皇で、「教皇不可謬性 papal infallibility」が語られる。

註4) 被害的な苦痛に満ちたものなのになぜ妄想は消えないのか？

妄想は意味づけの異常であり、妄想気分から妄想知覚を経て体系的妄想へと発展する。過飽和の水溶液が、ちょっとした刺激で一気に結晶化し析出することに喩えられる。

「こころ」という溶液のなかには過量な不安という物質が溶解している。徐々に不安が増大し、やがて過飽和溶液になり溶質はきわめて不安定な状態になる。これが得体のしれない過飽和の恐怖に見舞われている妄想気分にとえられる。これはきわめて大きな侵襲的な苦痛をもたらしている。そこにわずかな外的刺激が加わると、不安は一気に析出し、結晶化していく。そして不安に内在しているエネルギーは放出される。この外的刺激が妄想形成における妄想知覚であり、意味づけの異常である「ああそうか体験」である。治療が結晶化した妄想を再び溶解させることであるなら、さらに大きなエネルギーを注入しなければならぬので困難を極めることになる。妄想という非現実的な、やっかいなものであっても、それにしがみつ়くことで不安は薄れ具体化し、対処できるものに変容する。

72歳女性は毎朝和室の決まった2ヶ所に、乳製品飲料と10円硬貨を置いた。それはまるでお供えのようであったが、「キヨコ(7歳)とヨシコ(10歳)が小遣いをくれくれと言い困る」と若干怒りながら話す。彼女の居室には大量の子ども服がある。なんの波長があったのかわからないが、ごく一部の人だけ子ども服を触ることができる。「ヨシコもキヨコも大きくなって(成長して)もう着られないのではないかと話す」と納得したように数枚の処分に協力するが、他は「まだ着られるんだ。置いておく」というので、一緒に衣装ケースの中にしまう。時には「お腹がパンパンで痛くてどうしたらいいか。A先生(主治医)の子どもだ」と話す。しかし、彼女のこれまでの人生の中で、結婚歴はあったが子どもはいなかった。

彼女の中にどうしてキヨコとヨシコは出現し、どういう意味があるのだろうか。キヨコとヨシコは看護師には見えない、この存在はウソなのか本当なのか。

さらに、彼女は毎日「ケツ(臀部)から蛇が出た」と信頼したごく一部の人に話す。看護師が「それはしんどいね」とお尻から看護師には見えない蛇を抜くと「抜けたわ、ありがとう」と笑顔で話す。蛇はウソなのか。蛇を抜く看護師の行動はウソなのか。

蛇を抜くスタッフとの別れの時、彼女は「Bさんは誰とでも仲が良くてダメなんだ。あっちに行け」と無表情で瞳孔が開いたような目で拒絶した。彼女がこの看護師を拒絶したのはこれが初めてだった。その数ヶ月後、土砂降りの雨の中橋の下で彼女は警察に発見される。「子どもを探していた」と。キヨコとヨシコは妄想だったと思う、でも、薬で消し去るべきだったのか。

85歳男性はデイケアルームの長椅子の片隅で変色したコートをマントのように纏い、帽子を被り、足を組んで座っている。「俺は作家で、昔は記者として食べてきた。これからも出版社と100万くらいの仕事の話が来ているんだ」と自己紹介する。出会った頃は、文学の話と彼の今までの功績を繰り返し聞く関係だった。しかし、徐々に彼は自分の心配事を話し出す。「この薬を飲んでいないと俺はダメなんだ、この医者は信用できない。違う医者に変えてもらえnderろうか」と医者信用できないこと、病院を転々としている理由を話す。ある時期、ふらふらとしている時期があった。他の人は「ダメなんだ」拒絶したが、ひとりの看護師を部屋の中に招き入れ、薬のカレンダーを見せた。「俺が間違えることはない」と強く言われるのではないかと半信思いながらも、「同じ薬を倍の量飲んでしまっているみたい」と話してみる。彼は「理由がわかった、そうだったかい。(お薬カレンダーを)直してくれるかい」と穏やかに話した。

彼にお別れを伝えた時、彼は別人のように形相を変え「お前は病気だったのか。そんな奴と俺は話していたのか。もうくるな」と猜疑心を露わにし看護師も他の人も拒絶して自宅の鉄の扉を閉めた。

看護師が彼女らとの別れの時に感じたのは、手の中にある薄いガラスの玉が、ほんのちょっと指に力を入れただけで割れた感覚だった。彼女らの「こころ」はこんなにも繊細で壊れやすかったのかと後悔し泣いた。

バリバリの妄想を持ち対人関係は拒否的で限局的。なぜ、妄想を持ちながら特定のデイのスタッフとは良好な関係性を維持していたのか。

妄想には自己破壊性と同時に自己防衛の意味がある。ヤマアラシのようにトゲを持つことによって他者の過剰な接触や侵入を回避する。自分が安全でいられる心理的・物理的空間の中で対人関係を行うことができる。おそらくこのトゲをうまくすり抜けて、程良い関係をつくることはまさに関係性の波長合わせのようで、そこで「前青春期的」な安全な互惠関係 collaboration が成立するのではないか。

註5) 宮城によればこの部分は第5版に書かれているが、第7版では削除されている。さすがに筆が滑ったということなのか。日本語版の第5版には続けて、「道徳的カテゴリーのどれか一つに優先性を与えることは(略)怪しげな計画である。(略)より一般的なもの(原理, 規則, 理論など)と, より特定のなもの(事例判断, 感情, 知覚, 実践, たとえ話)は(略)統合的に結び付けられており, いずれも第一位に置かれるべきではない²⁴⁾と記述されている。

註6) 小川は『ケアの物語』のなかで、この穴の開いた自我の脆弱性(vulnerability)の重要性を説いている。相手に「つけこまれやすい」「隙を見せる」ということで、お互いの傷をケアしあうことが可能になるということなのかもしれない。

引用文献

- 1) 服部健司 (2018) 「本当のことの告知」 p.83. (服部健司・伊東隆雄編著『医療倫理学のABC第4版』メヂカルフレンド社)
- 2) 日本看護協会 看護倫理綱領 HP https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/statistics_publication/publication/rinri/code_of_ethics.pdf (2025年8月6日閲覧)
- 3) 精神保健福祉士の倫理綱領 HP <https://www.jamhsw.or.jp/syokai/rinri/japsw.htm> (2025年8月6日閲覧)

- 4) 大熊輝雄 (2008) 『現代臨床精神医学改定第11版』金原出版. p.316.
- 5) 前掲書4) p.507.
- 6) フロイト (2023) 『精神分析入門講義(上)』高田珠樹・新宮一成・須藤訓任・道簾泰三訳, 岩波文庫. p.53. (Sigmund Freud (1916-1917) Vorlesungen zur Einfuehrung in die Psychoanalyse, p. 28. Imago Publishing Co., Ltd., London, 1940, Neunte Auflage, S. Fischer, Frankfurt am Main, 1998.)
- 7) 櫻井芳雄 (2023) 『まちがえる脳』岩波新書. p. 227.
- 8) 中井久夫 (2004) 『看護のための精神医学第2版』医学書院. p.106.
- 9) 前掲書8) p.168.
- 10) 伊東隆雄 (2018a) 「Case16 身体合併症の強制治療」 p.247. (服部健司・伊東隆雄編著『医療倫理学のABC第4版』メヂカルフレンド社)
- 11) シェイクスピア (1996) 『マクベス』松岡和子訳, ちくま文庫. pp.9-10.
- 12) 前掲書11) p.119.
- 13) 前掲書11) p.177.
- 14) 前掲書4) pp.284-285.
- 15) 服部健司 (2016) 「臨床倫理学の中にナラティブ・エシックスの居場所はあるか」 p.136. (『生命倫理』VOL.26 NO.1)
- 16) 前掲書15) p.139.
- 17) 宮城昌子 (2018) 「医療倫理の四原則とその問題点」 p.154. (服部健司・伊東隆雄編著『医療倫理学のABC第4版』メヂカルフレンド社)
- 18) 帯木蓬生 (2017) 『ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力』朝日新聞出版. p. 3.
- 19) 森川すいめい (2021) 『感じるオープンダイアログ』講談社現代新書. p.79.
- 20) 伊東隆雄 (2018b) 「ケアと倫理」 p.119. (服部健司・伊東隆雄編著『医療倫理学のABC第4版』メヂカルフレンド社)
- 21) 小川公代 (2025) 『ケアの物語 フランケンシュタインからはじめる』岩波新書. p.62.
- 22) 前掲書1) p.84.
- 23) 國方栄二 (2022) 『ヒポクラテス医学論集』岩波文庫. p.355.
- 24) ビーチャム&チルドレス (2009) 『生命医学倫理

第五版』立木教夫・足立智孝監訳，麗澤大学出版局，p.495.

参考文献

アルダート・ヴレイ (2016) 『嘘と欺瞞の心理学』太幡直也・佐藤拓・菊地史倫監訳，福村出版 (Aldert Vrij (2008), *Detecting Lies and Deceit: Pitfalls and Opportunities*, second edition. John Wiley and Sons Ltd.)

キャロル・ギリガン (2022) 『もうひとつの声で 心理学の理論とケアの倫理』川本隆史・山辺恵理子・米典子訳，風行社 (Carol Gilligan (1982), In a

Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press.)

Burack, J. (2000), Truth telling , in J. Sugarman(ed), 20 common problems- Ethics in primary care, McGraw-Hill, 131-148

ビーチャム&チルドレス (2009) 『生命医学倫理 第五版』立木教夫・足立智孝監訳，麗澤大学出版局 (Beauchamp and Childress (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, Fifth edition. Oxford University Press.)

Preliminary Discussion on the Lies from Users in the clinical set

KONDO Aya ITO Takao

Abstract

This paper examines the phenomenon of users telling lies in clinical settings. While caregivers are expected to maintain sincerity, the ethical and practical implications of users presenting falsehoods remain complex. The study explores the nature of lying and considers users narratives that diverge from objective facts within clinical support contexts. It distinguishes between medically defined false statements arising from psychiatric symptoms—such as delusions—and subjective narratives that reflect personal experience. Furthermore, the paper discusses how responses to such lies can function as meaningful support, analyzing this dynamic through the framework of narrative in care.

