

『中年期のこころ模様』

伊藤 明著

(四)

## 十五 「居心地よさ」

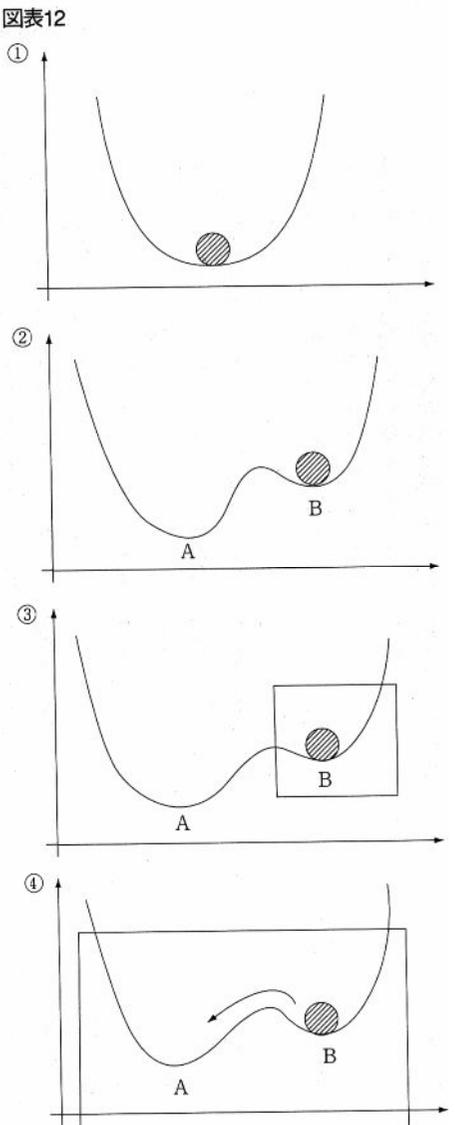
### 「居心地ポテンシヤル」

私は、十数年ほど精神科医をやった経験から考えると、「居心地よさ」ということが、人の考えや行動を考える上でポイントになるような気がしています。人は、何らかの意味で「居心地よさ」を求め、「居心地の悪さ」をさげようとすると考えられます。

「居心地」のよしあしの内容については、人の主観によって違うので、簡単には論じられません。同じ状況でも、人によって居心地よく感じる場合と、そうでない場合があります。しかし、この「居心地」ということを表現すると次のようになるでしょう。

おわんの底にボールがある状態を考えてみます。ために底から少しずれたところ、つまり少し高い場所に移してボールを放してみると、コロコロところがって、あちこちと揺れ、やがていちばん底に落ち着くこととなります。いちばん底がボールにとって最も安定していて、もしボールに「こころ」があるとしたら、「居心地がいい」と感じるようになるでしょう。

私はこれを、「居心地ポテンシヤル」と名付けました。



図表十二①のように、底が一つの場合であれば、その底が文句なくいちばん居心地の良い場所ということになります。けれども、現実的には、このような単純なケースばかりではありません。何か葛藤がある場合には、おわんの底が二つ以上あることが多いものです。

図②を見てください。二つの底、つまり二つの安定点があります。いちばん低い、居心地

の最もよい真の安定点Aと、もう一つの点B。これはAより高い所にあり、居心地はよくないけれど、その点のごく周辺の領域だけを見ると、居心地のよい安定点となっています。つまり、偽りの安定点です。Bは、確かに安定点ではあるわけですが大局的に考えると、やはりA点をもっとも居心地がいいことは明らかで、Bの状態からAに移るのがよい、ということになります。このように二つの安定点が分離しているようなケースはわれわれもよく経験します。

本音とたてまえ、ということを考えてみると、これはほとんど常に分離していると言っているでしょう。本音をとれば、自分ほからだや気分はある程度の満足感が得られるもの、理性的に対外的なことを考えると、たてまえが必要だということになります。

神経科に受診される方のかかえている問題は、このようなケースが多いものです。何かに迷っているという場合、点AとBがほとんど同じ高さにあるとき、どちらが本音なのか、自分でもわからないという状態になってしまうこともあります。

## 偽りの安定感

もしBの状態にある人がいるとするとき、その人にとっての視野が図③に示した枠のようになっているとすると、ほんとうの安定点には気づかないことになります。そこにどどまっているとき、外から揺らしてほんとうの安定点Aへ移そうとしても、この人は安定点はBのみだと信じているので、抵抗して移ろうとはしないでしょう。そこは視野の外にあって、本人にはわからず、揺すぶられても不安な状態に陥ってしまうことになります。

本人の視野が拡大して、④のようにすべてが見渡せるようになって、自分からこちらの方がいいんだなど感じられると、おのずから自然にほんとうの安定点にいくこととなります。むしろその間にある障壁を越えるだけの努力は必要になるのですが、これはそれほどたいへんだというわけではないでしょう。

ここで注目していただきたいのは、居心地ポテンシャルの現実のあり方と、その人がとらえている内容とは必ずしも同じではなく、その間にズレがあるということです。

先ほどの図の例で言えば、何かの理由で視野が狭く限定されていて、偽りの安定点Bの周辺だけに限定されているとすると、その人の認識では、B点がいちばん居心地のいい所だと、信じて疑わないわけです。

しかしB点は、真の安定点ではないので何らかの意味で問題があり、居心地がよくない。つまり、苦しくて症状が出てくるということになります。一方広く見渡せる視野を持つ人にとっては、B点ではなくA点がいちばん安定できるということがわかるといっていいでしょう。私がこの本で述べている認知療法というのは、このようなほんとうの安定点に移るための一つの方法であるといえるでしょう。

ここには、二つのプロセス、つまり視野を広げることと、二つの安定点（一つはほん

うのもの、もう一つは偽の安定点)の間にある障壁を越すということがあると思います。認知療法をやっていて常に出くわす、患者さんのなかのある種の抵抗感、この二つのプロセスに必要なエネルギーということになるでしょうか。

## ◆Tさんの場合

三十代半ばの主婦Tさんは、自宅で、子どもたちのための塾を開いていて、何かと自宅に人の出入りが多いので、きちんと整理整頓をして、チリ一つ落ちていないようにしなければならぬと思っていました。毎日、徹底的にそうじするということがエスカレートしていった、手をぬくことができなくなり、そうこうしているうちにほとんど一日、そうじに時間を費やしてしまうのでした。夜もふけて寝なければならぬ時間になって、ようやくかたづけをやめることができるといったありさま。翌日、目が覚め、また一日そうじに明け暮れなければならないと思うと、苦しくてうっとおしくなってしまう。そんな毎日のくりかえしですっかり疲れはててしまいました。目標を下げて「六割主義」でいったらよさそうじゃないかと思えますが、これがなかなかできないのです。

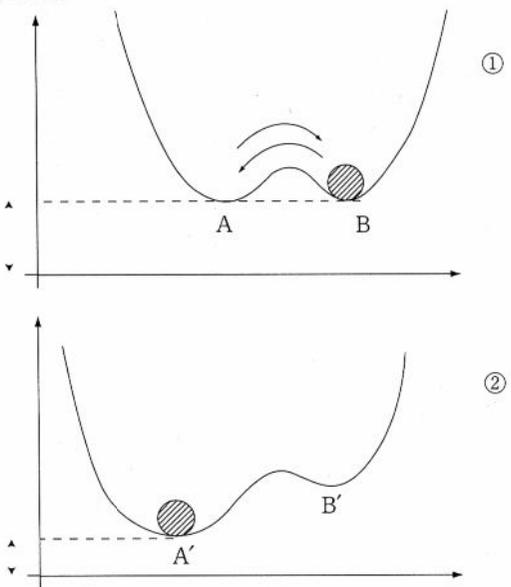
目標を下げて、ある程度きれいになったら打ち切ることになれば、からだが楽になるけれど、こころの内にある基準がそれを許すことができず、自分を責め立ててきて苦しくなってしまうのです。

つまり自分が身体的に楽をしようとすると、こころの声がこれではいけないと責めたてる。内なる声が命ずるままに徹底的にそうじをすると、からだが疲れ果ててしまつて、これも苦しい。このジレンマに追い込まれてついには、死ぬことまで考えたということです。Tさんは「うつ」になってしまいました。

疲れはててしまうと、このような完璧癖の人はその「こころのくせ」がどんどん沸き出してきて、それにブレーキをかける理性のはたらきが効かなくなってしまうことが多いものです。その結果、からだが疲れはてているのに、「こころのくせ」という暴君は、まだまだ許さないでよけいに自分を責めたてる、その結果「こんなに苦しいのなら、死んでしまった方がまし」とさえ考えてしまうような構造になります。

しかし、いったんしっかり眠って休息をとると、気分はあらたに変わってくるのが多いものです。Tさんの場合は、家では休息することができないので入院してもらいました。

図表13



Tさんは、本音とたてまえが自分のなかでもわからなくなってしまったといえるでしょう。そうじに手を抜いてゆっくり体を休める（A点）という方法では、体は休まるが家のなかがちらかって他人に見せられないという気持ち、自分をイライラさせることになり、逆に徹底的にそうじをすれば（B点）、きれいになったという満足がえられ、人からも称賛され、プライドも満たされるわけですが、からだは疲れ切ってしまうのです。

Tさんの場合、居心地ポテンシャルは安定点AとBはともに、同程度の高さにあることになり、ただし両方の点ともに居心地がとても悪い、つまり基準線からだいぶ高い位置にあることとなります。こうなるとどちらを取ってみてもつらくてしんどい状態になっているので、いっそ死んでしまいたいという気持ちになるわけです。

Tさんの治療には、認知療法的アプローチをおこないました。真の安定点であるはずの、A点の近くに妥協点を見つけ、その居心地をよくする必要があります。

そのためには、自分を責め立てて居心地を悪くしている「ゼロか百か」の思考や、「くすぶき」思考という「こころのくせ」を修正していくことが目標になりました。Tさんは、トリプルコラム法でノートをつけるなかで、自分の思考のなかにあるこのような傾向を自覚して、修正の努力をしていくことになりました。

そしてこの傾向は幼いころからの厳格なしつけの中で身につけてきたものに根ざしていることに気づいてきました。経過は簡単ではありませんでしたが、夫の協力もえられて、今では元気に暮らしておられます。

## ◆自殺について

精神神経科の診療をする場合、「自殺」は避けて通れない問題です。以前はほんとうに自殺しようとする人は「死にたい、死にたい」などといわないものだったのですが、最近ではそれは間違っていて、自殺をする人はほとんどの場合、周囲の人に何らかの形でSOSのサインを出すものだということが明らかにされてきました。

そのサインを的確にキャッチして、正しい対応をすれば自殺を未然に防ぐことができるようになります。実際、精神科医は自殺を防ぐことに最大の努力を払っているのです。

しかしながら、これはなかなか困難なことなのです。「死んでしまいたい」といつている人が、近い将来ほんとうに死のうとするかどうかを判断することは簡単なことではありません。広くいえば「人の行動を予想する」という問題が関係しており、これは古来からの大問題であるわけなのです。

とはいえとても熟達した精神科医ならば、患者の自殺の危険度は感覚的にはおおよそ感じとれることがあります。みなさんも家族や職場の身近な人が、次にどんな行動をするだろうかということがわかるときがあるのではないのでしょうか。こんなときは、どんな仕組みでわかるのでしょうか。

まずその人がおかれた外的状況を考慮してみて、自分がその立場におかれたとしたらどう行動するだろうかと考えてみる、ということがあるだろうと思います。これだけでも、かなりのことは予測できるかも知れません。

しかしまだ充分ではありません。その人のもっている「意味の世界」の特徴も考慮する必要があります。「意味の世界」とはつまり、その人の持っている認知的な特徴、言い換えれば「こころの習慣」といつてよいものです。

このような「こころの習慣」をもった人が、ある外的な条件におかれたときに、どのような行動をするかということは、想像力をはたらかせることによって答えは出てくるはずです（もっとも現実にはここに言うほど簡単なものではなく、考慮できない要因や偶然などが重なる事も多いものなのですが……）。

以上話してきたことは、考えてみるとまさに「人を理解する」ということの内容に外ありません。つまり人の行動を予測することは、その人をよく理解しなければできないという、当たり前のことになります。逆に考えれば、人をよく理解すれば人の行動を予測できる可能性がでてくるということになります。

ここで強調したいのは、「人を理解する」ということはその人の外的条件を知るとともに、その人の「意味の世界」を知り、その外的な状況はその本人にとつてどんなことを意味しているかを理解するということが、必要条件になるだろうということです。

さて「自殺」にもどると、ある研究で自殺の行動はその人が感じる「絶望感」に高い関連性があるということが明らかにされています。絶望感というのはその人の主観に属することですから、「意味の世界」の領域に入るでしょう。

この絶望感について考えてみましょう。自分のもっている問題解決法では対処できない状況になったとき。もう万策尽き果てて残された方法はないと感じてしまう場合、また苦しい状態が今後も延々と続く、あるいは状況はもつと悪くなると感じる場合に、この絶望感が湧き上がってくるようになります。

ここで「自分が感じる」という点に多くが左右されていることがポイントなのです。というのは万策尽き果てたと本人が感じたとしても、他人から見るとまだいろいろ違った考え方や方策が残っていることが多いものです。

極端な場合では、問題解決の方法を一つのパターンしか持っていないこともあり得ます。たとえば攻める一方のパターンしか手持ちの方法がなければ、それが失敗して挫折すると「万策尽きはてて」しまいます。

絶望感にとらわれると、生活のどんな場面でも「居心地」よく安定していられる場所がなくなってしまう。居心地ポテンシャルがどの場面を考えても高くなってしまい、安心していられる場所というものがなくなり苦しくなってしまう。そして場合によっては、「死んでしまった方が楽になる」と錯覚し、自殺行動に走ってしまうことになります。

こうならなかった方にとっては、問題解決法をできるだけ多くもつことが役に立つでしょう。懸案の問題を、一つのやり方でうまくいかなくても、他の方法はないものかと探してみる。いろいろな視点から考える習慣をつけて行くことが非常に大切なのです。

したがって絶望感とは、現実どんなヒドイ事がおこったかということに左右されるのではなく、その現実に対してどんな意味付けをするかという面が、大きいということになるでしょう。

むろん、現実が起こっている状況が悲惨であれば、それだけ人が絶望感を抱く確率は高くなるでしょう。しかし極限的な状況のなかでも、希望をもって生きぬいた人の話はときどき耳にするものです。

こう考えてくると、絶望感に対して強くなる、つまり自殺に抵抗性の考えをもつことが大事になってきます。

このためには、いくつかの視点を自分の中に普段からもち、ひとつの見方だけに固定されずいろいろな角度から考える習慣をつくっていくことが大切です。



一、ゾウさんも

ネコもネズミも心臓は

ドッキンドッキンドッキンと

十五億回打って止まる

二、ウグイスも

カラストンビにツルダチヨウ

スウハアスウハアスウハアと

息を三億回吸って終わる

本川達夫「一生のうた」(「ゾウの時間、ネズミの時間」より)

## 十六 中年期の女性

### 自分をほめよう

この本に述べてきたことは、当然、女性にもあてはまるわけですが、著者が男である関係上、男性をイメージして考えることが多いので、ここではとくに女性に関係の深い問題についてとりあげてみます。

まず家事について。昨今、女性の社会進出とともに夫婦の間で家事の分担をすることが多くなってきましたが、家事労働の負担はまだ女性に多くかかっているといえるでしょう。家事といえば、料理・掃除・洗濯・子どもの教育など、数え上げればきりがありません。家事労働の特徴は、することが毎日毎日出てきて尽きることがないという点です。ある日、完璧に美味しい料理をつくっても、あるいは家の中が完全にチリひとつない状態にしたとしても、一晩寝て翌日起床すると新しい朝食は必要だし、廊下にはほこりが落ちてくるというのが現実です。

このように家事労働というものは、完成することがありません。家事のもつこの特性からすると、強迫的に完璧にやろうとすると際限がなくなってしまうです。したがって、あるところで線を引き割り切っていく必要がでてきます。これが下手な人はいろいろな問題が起こってきます。

完璧主義的は主婦にとって不利な傾向なのです。「これがまだできていないから、だめだ」と考えるのではなく、「今日はこれだけできたのだからよしとしよう。われながらよくやった。それがたとえ少なくとも、ゼロよりはいい」というふうに、自分で自分を評価していく、さらに「自分をほめる」ことがよいのです。

完璧主義の人は目標を高くかかげやすのですが、その目標の高さとは対照的に自己評価が低くなりやすいのです。目標が高いとそれを達成することがむずかしくなり、自分を責めてしまうことになるからです。この結果、「うつ」の状態になりやすくなります。

完璧主義をもつ「うつ」の人は心のどこかで自分を許していない、ということがしばしばあります。ひとりしかいないかけがえのない自分なのですから、自分を認めてもつとほめてやろうじゃありませんか。

### 男は弱く女は強く

先ごろアメリカの本を読んでいたら、中年期になると「男は弱くなり、女は強くなる」という話があり、なるほどと思いました。

人は若いころ、「男らしさ」や「女らしさ」といった固定観念を、社会的な通念から押し

付けられながら自己形成し、大人になっいくものだと思います。

この固定観念からすると、男は強く勇敢で、女性をいたわり保護しなければならぬ。いざというときには他人や家族を、自分の命を投げ出しても守らなければならないこととなります。西部劇のヒーローや、冒険映画の主人公を思い出せばこれは納得できるような気がします。

また女は「女らしく」おしとやかでなければいけないということになります。容貌やスタイルについての社会的な圧力というものも、非常に大きいものです。流行など、ある特定の傾向が好ましいものとして押し付けられてきます。若いころはこういったものに対して、超然としていることは至難の技です。

私たちの身近な生活でも既製観念でつくられた性役割のイメージは、アイデンティティを形成していくうえで、そうとうに大きな影響をもっているのではないのでしょうか。これを自分からうちやぶっていくことは、かなり大きなストレスになると思われます。

このように人は若いころ、男も女も自分に対して、社会的な固定観念にしばられた窮屈な価値観を身にまといているといえるでしょう。理想を追求するというのも一見かつこよいように見えますが、しかし自分にはないものを追い求めるわけですから、ずいぶん窮屈だといえそうです。このいわば体に合わない服を着たまま中年期にさしかかると、この窮屈さががまんできなくなってくるのです。本音では男も強いばかりではいられず、自分の弱い部分をかくしておくことはできなくなる。イジイジ、グズグズしたところをグチに出したい。いろいろな迷いを聞いてもらいたいということになります（ビリー・ジョエルの歌はこのあたりの事情をみごとに表現して、高らかにうたいあげています）。

一方、女は押し付けられた「しとやかさ」や「女らしさ」ばかりではやっていけなくなります。中年になってくるとそのような抑制にはとてもがまんできず、ストレートに本音を出し、自己主張をする傾向が強くなります。

こうして中年の男は弱くなり、女は強くなるというわけです。しかしこういった中年期の変化はなにも否定的に受けとる必要はなく、必然性があるといえるでしょう。つまり視点を変えれば、人間の発達のひとつの新しい段階にさしかかっていると考えればいいのではないのでしょうか。

## 更年期と「空の巣症候群」

更年期の女性について考えるとき、どうしても更年期についてお話しする必要があると思います。

更年期は人によつてずれはありますが、四十五歳ごろから五十五歳ごろの間に、程度の差はあるものの女性ならだれもが経験するものです。期間としては二〜三年間続くことが多いようです。

この期間には、たいいていの女性は身体的、精神的な変調を経験します。卵巣ホルモンの状態が成熟期から老年期へと移行するために、月経異常がおこってきてさまざまな身体的な症状、精神的な影響が現れることになります。

代表的な症状は自律神経失調症の症状で次のようなものです。からだの症状としては、顔がほてる、腰や手足が冷える、汗をかく、動悸・息切れがする、頭痛・めまい・吐き気がする、肩こり・腰痛・手足が痛む、疲れやすいなどがあります。精神的には、イライラして怒りやすい、くよくよ考え憂うつな気分になる、寝付きが悪い、眠りが浅い、などです。

これらの症状は変わりやすく、日によってあるいは時間によっても変化することがあり、医学ではよく「不定愁訴」とも呼んでいます。症状が続くようなら、別の病気がないかどうか、内科や婦人科でしっかりと、身体の検査をしてもらうことが必要です（ガン検査もふくめて）。その結果、他の病気がなく、ホルモンバランスの変化による自律神経失調症の症状だということがわかれば、ホルモン療法（主に婦人科）が適応になるかも知れませんが、漢方薬が有効なこともあります。

しかし、更年期には、からだに大きな変化があるばかりでなく、こころや社会的な面でも、大きな転機を迎えることがしばしばあります。

社会的な環境というと、家庭や夫婦関係が中年期に固有の変化を見せるものです。自分の老いを感じるのもさることながら、年老いた自分の親、あるいは夫の親の介護の問題が大きくなります。

夫婦関係では、すでに固定化して感情を交流する会話が少なくなっていることが多いものです。また子どもが大きくなり教育費がかさむ、あるいは反抗期になり対処に悩むということも増えます。

子どもが親元を離れる、あるいは結婚するなど、それまで着々と築いてきた安定した家庭がその構成から変わってしまうという、たいへんな変化を経験することになります。こういった変化は、自分が何であるかというアイデンティティの再検討を迫られる危機に発展することもあります。

この時期にみられるものに「空の巣症候群」があります。子育てが終わって家庭が空っぽになった孤独感から、「うつ」になるものです。子育てに大きな比重をおいていた女性に多くみられます。子どもがいなくなってしまうと、さしあたってやるべきことがなくなり、ひとり空虚な家に取り残されしまう。夫は仕事や趣味で忙しくて振り返ってくれない、あるいは海外出張や単身赴任などで留守にしているという状況が重なっていることが多いのです。かつては充実していた家のなかで、ぽっかりと穴があいたように空虚になり、ひしひしと孤独感にさいなまれるわけです。

仕事や趣味の人間関係をもって普段から他に生活の充実を感じられる人は、「空の巣症候

群」になりにくいといわれています。ほかの人のための生活ではなくて、自分のための、充実した時間を持つような習慣をつけていくことが大切だと思います。

更年期は、からだだけでなくこころと社会にも大きな変化をもたらし、強いストレスになることが多いものです。しかし、これを否定的にばかりとらえるのは得策ではありません。更年期は、女性なら（いや男性も、かもしれない）だれもが通過しなければならぬ人生の一つの段階であり、このあとにはじめて真に成熟した女性、いや人間像があるのではないのでしょうか。

#### 警告

理想を持つ者は

それに到達しないように 気をつけるがよい

さもないと いつか彼は

自分に似る代わりに 他人に似るだろう

エーリツヒ・ケストナー「人生処方詩集」（小松 太郎訳）

## IV 複数の「視点」をもつ

### 十七 教育と「じじろのくせ」

#### 「じじろのくせ」を利用

私の仕事は、ある意味で「教育の結果」をみている仕事だという気がします。小児期から青春を過ぎてきた人が、自分の受けて来た教育を実人生のなかでどのように応用しているのかということが、診察のなかで見とれるからです。

診療を続けてきて私が子どもの教育に対して抱く感想は次のようなものです。まず、しつけや教育の動機として、「じじろのくせ」の意識（とくに①他人との比較・競争、②全か無か、③「すべき」思考の三項目）を利用するのは、注意する必要があるということだと思います。これがある程度有用であることは私も充分に承知していますが、それにもかかわらず警告を発する必要があるのです。

というのも、私がふだん接している患者さんたちはこのような教育を受けた結果として、「うつ」なり神経症なりの障害に陥っているのではないかと疑えるふしがあるからです。とくに「うつ」の患者さんは、その思考のパターンの堅さ、あるいは視点の固定化の程度が強く、身についた「じじろのくせ」を修正していくのがなかなか難しいのです。このような思考の柔軟性の乏しさは、子どものころに形成されはじめ、後半生を迎えようとするときに、重要な影響を及ぼすことになると思います。

「じじろのくせ」の各項目が、あるひとりの人間のなかでできあがってくる過程は広い意味での教育と、学習の過程にはかなりません。

子どもたちは小さな目で自分をとりまく環境を見つめ、その時点の自分にとって最適とみなせる行動を、（多くは言葉で表現できない意識、あるいは自覚できない意識下からつき動かされることによって）行うことになるのではないのでしょうか？ 小さい子どもにとって親からしかられることはやめ、親が笑顔でほめてくれることをやろうと考えるのは、自然の道理です。子どもにとってそれは、まさに環境に「適応」して生き延びていくために

必須のことなのです。しかも子どもには、自分が生まれ育つ環境を選びとる余地はなく、大人たちに与えられた状況のなかで「何とかたまたかかっていく」わけです。

## いびつな閉鎖社会での「最善」

子どもにとって、その「適応」ということは、あくまで自覚的におこなわれず、圧倒的に与えられた環境に無自覚的に合わせて行くという形でおこなわれるといえます。

「人間は自分じしんの歴史をつくる。だが、思う儘にはではない。自分でえらんだ環境のもとでではなくて、すぐ目の前にある、あたえられ、持ち越されてきた環境のもとでつくるのである。」(マルクス『ルイ・ボナパルトのブリュメール十八日』伊藤新一、北条元一訳)

この言葉は至言のように思えます。与えられた環境に「適応」していくことで、子どもは成長していくわけです。

子どもたちは**今という時点**で、与えられた現実に「適応」していこうとするものです。一方教育は、ただ今の現実だけでなく、将来の現実について対応できる能力を身につかせていくことが大きな目的となります。将来に役立つ限りにおいて現実に「適応」していくことを学ぶということです。

しかしながら、実際の学校ではどうでしょうか。個々には、すばらしい教育がたくさんあるということは承知していますが、それでは補いきれない大きな悪い傾向が日本の教育のなかにはあるように思います。細かい規則の網で、生徒を管理して試験の点数によって人の値打ちを評価するような傾向です。

「学校」というのは、考えれば日本社会のなかで、かなり特殊な社会であり、一年に一度しか大きく構成が変わらない閉鎖的な社会だといえるでしょう。そのなかで子どもたちは、限られたごく少数の大人すなわち教師と、同級生などの言動に接して、良くも悪くもその影響を受けることになるわけです。こういった特殊な条件のなかで子どもたちは、自分なりに考え、「最善」を選ぼうとすることになります(子どもたちの選択できる幅は、ごく限られたものしか残されていないことが多いのですが)。歪んだ環境のなかでの「最善」が、往々にしてイジメにはしることであったり、登校拒否であったりするのは私たちがよく知るとおりです。

人間の管理とテストの点数による序列化を中心原理とする学校社会のいびつさは、今ではひとり学校社会にとどまらないものがあるように思います。

いびつな「学校社会」で、「適応」して育ってきた人間が、特殊条件でつちかってきた判断体系の残骸を実社会のなかでの生活にもち越して、その社会の傾向にも影響を与え、さらには次の世代へも受け渡していくことさえ考えられるのです。

私が日々、患者さんのなかに見ている「比較・競争」をはじめとした「こころのくせ」

もこういった例といえるかも知れません。

\*

しかし人間は与えられた環境に対して積極的に働きかけることによって、その環境を変えることもできるし実際そうしてきた存在でもあります。

このための強くしなやかで柔軟性のある知恵の力を人に獲得させるのが、教育の使命ではないでしょうか。それは管理された特殊な状況（たとえば、現代日本の社会、あるいは閉鎖的な学校の小社会といった状況）に対して、処世術的に「適応」するための硬直した知識や、ノウハウとしての「こころのくせ」を与えることではないと思います。

昨今の教育現場をかいま見る（患者としての不登校の生徒、教師、また教育からの大きな影響下にある若い患者さんたちと会話し、また公教育を受けつつある子ども親として得た情報から考える）と点数化した基準のもとでいかに高い得点を得るか、他人よりいかに上へ行くかという硬直化した原理を意識下にたたき込むまで押し付ける場面が多くなっており、柔軟で弾力に富んだこころを堅くちこまらせてしまう不幸な結果になっているような気がします。

現実に「適応」していくためには、許しがたいこと、おかしいと感じることから目をそむけていかなければ自分自身を守ることができない状況をつくり出すような教育は、もはや教育とはいえないでしょう。教師のほうも、強い管理の圧力のもとで、自主性を奪われ、疲れきり、自分自身を守るためには感受性のアンテナを鈍くしていなければ日々を過ごせない状態が、進行しているように思えます。そんななかで、実に多様で巧妙なイジメも進行していったといえないでしょうか。

教育者は自分の受けた教育（現代の日本では、その多くが受験教育だといえるでしょう）について、自分のなかで十分に批判・検討する余裕がない場合には、その偏りをふたたび教育の場に持ち込み、再生産してしまうという事態を招きかねないといえるでしょう。

## ◆大学受験の時代の思い出

自身の体験を考えてみると、受験教育の中で身につけてきた「こころのくせ」、とくに「他人との比較・競争」に対して、ずっとたかたかかってきたと自覚しています。しかし自分が比較・競争にはまりやすいということをはっきり意識し始めたのは、精神科医になってからだったと思います。別の職業に就いていたら、今でも気づかずにはいたかもしれません。

思い出をたぐってみると、いよいよ本格的な受験勉強にとりかからなければいけない高

校三年になるとき、なにか憂うつで勉強できなくなってしまったのを思い出します。これはどういうことかということ自分を自分で追求していくと、「もし受験に失敗してしまったら、近所の人たちや知り合いなどからどんなことをいわれるだろうか」と考え、同情されたり軽蔑されたりしないだろうかと気をまわしていたのです。

今から考えると自意識過剰な反応なわけですが、当時はそんな自覚はありませんでした。私はかなり長い間悩んでいたのですが、その結果、私が出した結論はこういうものでした。つまり、受験というのはほとんどが技術にかかわるものであって人格や人の価値にまったくかかわらないものなのだ。もしかしたら人の才能にさえもかかわらないのかもしれない。技術である以上は、ある手順をへて段階的にマスターすればだれにでも習得できるはずだ。技術の開発であるなら、今この時期にやってみる価値はあるだろう。

その結果合格するかどうかはわからない。けれど受験が人格や人の価値にかかわるものでないとすれば、たとえ失敗したとしても他人が何といおうと自分としては気にする必要はない。失敗した私を笑う人がいるとしたら、その人は軽蔑に値するだろう。こう考えてから気持ちが落ち着いて、受験勉強にとりかかることができました。

あとになっても、この時の考えは正しかったと思っています。

第一に、受験勉強が、ほとんど技術によっている点。第二に、その評価は点数に換算されることによっておこなわれるが、これでは、技術の達成度は評価しやすいけれど、人格や人の価値を評価することはできないということ。第三に、逆に考えれば記憶や問題を解くといった技術に、この時期に集中して取り組み、自分で開発するということは、自分にとってマイナスにはならないだろうと考えた点——ということになるでしょうか。

このように考えるに至ったのには、ひとりの老教師の言葉が影響していると思います。その英語教師は、「成績はテストの点通りにつけるが、それは君らの努力した結果を表しているんであって、これは君らの値打ちや才能を表しているわけでは決してない」と、事あるごとに繰り返し生徒に話していたのです。老教師のこの言葉は当時の私にとっては、何かホッとさせるものを含んでいたのです。

精神科医になって、たくさんの「うつ」の患者さんと接するようになると、私が高校生時代に悩んだ問題と同質の問題を抱えている（本人がそれに気づいているかどうかは別として）人が多いのに驚かされたものでした。

## 十八 「病む」「よ・治る」「よ

もとに戻るのが「治る」「よ。

患者さんを診察をしていると「私は治るのでしょうか」という言葉によく出くわします。多くの患者さんが、はじめて診察に訪れた日から実際に「治る」まで、何回かはこの質問を私にぶつけてきます。

しかしこれは、精神科医にとって最も注意を要する言葉のひとつなのです。質問の奥には、往々にして否定的な返答があったときには「治らないくらいなら死んでしまおう」という絶望感に裏打ちされた決意がかくされていることがあるからです。

実際にこの質問に遭遇したときどうするか、もちろん相手の患者さんの状態によって違う場合があるかもしれないけれど……。

私は、まずそこでひと呼吸おくことにしています。そして肯定的な答えを告げます。次に患者さんの状態や能力が許す範囲で「治る」ことがどういうことなのかを時間をかけ、ときには何回にも分けていっしょに考えることにしています。

なぜこのようなことを述べるのかというと、他の科と比較して精神科の領域では「治る」ということがそれほど自明なことではないからです。

精神的な疾患、たとえば「うつ」や神経症などが「治る」という場合は、風邪が「治る」という場合とは次元が異なっているのです。内科の慢性の成人病、たとえば糖尿病や高血圧などの場合と似ているとわかっていいかもしれませんが、慢性の成人病は、食事の習慣や運動の量、あるいは酒、タバコといったもの、つまり生活の習慣、ライフスタイルに起因することの多い疾患といわれています。

同様に「うつ」や神経症といった精神的な疾患には、内因性のそううつ病のように、神経の伝達系に問題があると考えられているものもありますが、その場合もふくめて「こころの習慣」、考え方のスタイルに左右されることが多いのです。

「うつ」の状態にはまり込んだ患者さんは、ほとんど百パーセントの方が「治る」とはもとの状態に戻るのだと考えています。病気になる前の、若い時代、体力も充実していた時代の輝かしい生活。その状態にもどることが「治る」ことだと思ふ。

その輝かしい時代に比較して、現在の自分が「何もできない」「惨めな」拒否すべき存在にしか思えない、とりかえしのつかないものを失くしてしまった絶望感に支配され、こんな情けない自分は生きる価値がないから死んでしまいたい、というパターンに陥ってしまうのです。

「うつ」の患者さんの発病前の生活を聞くと、無理を重ねていてそれが当たり前という

生活を続けていた人が多いのです。「治る」ことを「病気になる前の生活に戻るの事」とすると、論理的に考えれば、もう一度同じコースをたどって同じ病気になってしまうことが想像できます。実際に何回も「うつ」を繰り返している患者さんの中には、このようなタイプの人がいます。

休養や入院をして、抗うつ剤や安定剤を服用して比較的早く状態が「もとに戻り」、仕事に復帰する。しかし仕事に対する考え方や自分自身に対する見方は、以前と変わっておらず環境もあまり改善されない。そうするとまた無理な生活にはまり込み、「もとのようになっってしまった……」という具合に。

## 「何かのための自分」でなくていい

私は、「うつ」で治療している患者さんによく次のように話します。

状態がよくなって家庭生活や仕事に戻るようになって、必ずどこか一点だけでも「前とはここを変えたんだ」という自分の現実にあった改善点をつくり、それを自分で繰り返し確かめておくことが大切だ、ということですよ。

このあたりの事情は、まさに糖尿病などの療養の考え方に通じるものがあります。糖尿病の療養で大切なことは、入院で血糖のコントロールを改善すること（むしろこれも重要なことですが）よりも、むしろ、退院後の生活で食事や運動などの生活スタイルを改善することなのです。

つまり、「治った」状態とは、以前の生活にもどることではなく、自分の体力に見合った新しい健康的な生活スタイルと思考スタイルをつくっていくことになるでしょう。「うつ」の場合、糖尿病と異なるのは変更を迫られるのが自分のアイデンティティに密接に関わる部分であり、自覚するのがより難しい点でしょう。

「病む」ことについてもう少し考えてみましょう。「うつ」になる、「病む」ことでそれまでできていたさまざまなことが（一時的にせよ）できなくなる、そのことで自分の価値がなくなった、さらには自分は生きる値打ちがないと考えてしまう人が多いものです。

しかし人間の価値というものは、何らかの「機能」を果たしているからという点にあるのでしょうか？ もっと基本的には生きていること、存在していることそれ自体が、素晴らしい価値なのだと思えます。何かのための自分でなくていい。自分のための自分、背伸びしない等身大の自分がいいんだ、という感覚を大事にしたいものです。

「うつ」のお母さんは子どもに対して、自分がなにもしてやれないから無価値で死んだ方がましと言う。しかしそうではなくてお母さんがそこにいる、存在していることが子どもにとって一番重要なことなのです。昔の人は疾病や災害など、常に死と隣り合わせで生きていたと思われませんが、それだけに生き続けることの難しさ、存在の困難さ（＝有り難

さ)を自覚し、生きていること自体に感謝の念をもっていたのではないかと私は想像します。

ところが現代の日本社会の風潮は、その人がどんな機能をもつか、そのみに注目しようとしています。この典型が会社の論理です。役にたたない、給料に見合った働きをしないと判定された人間をリストラしていく。

これと同じような考え方が、経済的にも時間的・空間的にも余裕のない家庭のなかで、われわれを徐々に支配していつていっているのではないかとさえ思えます。主婦として、あるいは収入源としての機能が、一時的にせよ障害されて遂行できないときには、家族の他のメンバーに負担をかけるのを自分で責め立て、自分を抹殺してしまうほうがよいと感じてしまう。

これは現代の日本という社会のなかで、われわれの気づかないうちに仕組まれたありふれた悲劇のひとつだといえないでしょうか。

## 十九 認知療法との出会い

### 我が意を得たり

私はこれまで、精神科医として診療を続けてきたなかで、「うつ」の患者さんの治療に、多くのエネルギーを割いてきたように思います。

「うつ」の状態に陥る人の多くは、ある目標にむかって自分では最善と思うやり方で最大の努力をはらってつき進んできた、非常にまじめな人たちです。悪人と思われるような人には、ほとんど出会ったことがありません。

しかし、このような人が、結果として「うつ」という、こまった病気に苦しめられなければならぬ、というこの逆説。こういった事態がなぜ起こってくるのか、というのが私の第一の疑問でした。

「うつ」の患者さんを診ていると、何回も「うつ」状態のエピソードをくりかえすケースにしばしば出会います。内因性の「うつ」に限らず、心理的な問題から引き起こされると思われる「うつ」でも症状をくりかえす、あるいは症状が長く続くという例は多いのです。

このような場合、教科書や関係書にも、個々の治療の場でどうすればよいかということまでは書いてないので、さまざまな問題で悩み落ち込んでいる人を目の前にして、いわば、どろ縄式で私なりの治療法を模索していたのでした。

どろ縄式でやってきて、私なりに少し展望が見えてきた、というときに出会ったのが認知療法だったのです。これは私が考えてきたこととかなり重なりあうものでした。そして、認知療法の理論を私なりに消化しておこなっているのが、今では私の診察の中心的な方法のひとつになっています。そんなわけで私の認知療法との出会いは、受け身で与えられたものではありませんでした。むしろ日ごろ、私がこころに抱いていたものを、認知療法というものがはっきりした形で述べてくれていた、というのが私の出会いの実際です。

「うつ」の症状を治療していったんよくなっても、以前と同じ状態になってしまうことが多いものです。「またなってしまった」という状態。しかもそのたびに絶望感はいけいに深く入り、事態は深刻になってしまいます。私はこれをできるだけ防止したいという気持ちをつよくもつようになりました。

薬だけによる治療ではなく、なにか別な点が変わる必要がある。それはやはり、本人の考え方より外にはないだろうと考えるようになったのです。

「考え方を変える」という点で、私が「うつ」の患者さんを診療していてまず目についたのは、他人との比較・競争をして負けたと感じ、落ち込むパターンでした。これは若い

人から年配の男女に至るまで、かなり広い範囲の人に目立ちました。これに注目したのは、私自身がこの「くせ」に、強く支配されていたからであるかもしれない。

そんなわけで、はじめて認知療法の考え方を讀んだときは、「その通り、我が意を得たり」という思いがあったのです。

## 認知療法の実際

認知療法といえはノートをつけるとか、宿題をやってくるとか、表をうめるとかいったイメージでとらえられ、そのテクニクが認知療法と誤解されることが多いようです。實際アメリカの認知療法の本を讀むと、新しいそういった技法が微に入り細をうがち、これでもかという具合に書いてあります。しかしこれがすなわち認知療法なのだど解釈されるのは、困ったことだと思えます。

認知療法の本質的な点は、そのテクニクにあるのではなくて、「感情や気分を支配するのは現実そのものではなく、現実をどうとらえるか、どう解釈するかに依存している」とを原理として認め、そこから出發することなのです。

そのための技法は、創意工夫をして現状にあったもの開發すればいいのであって、アメリカの教科書をそのまま真似をしなければならぬということはないと思います（もちろん役に立つものは利用しない手はありません）。實際にそれらを利用してみると、つぼにはまれに非常に有効なことがあるのですが、どうも日本人には徹底してできません。トリプルコラム法についても、技法としては比較的簡単なものに属するのですが、私の診察でノートをつけることのできる人の数はそれほど多くありません。

ある程度の知力と根気、医者との信頼関係、「うつ」の程度など、いくつかの条件を満たす必要があるのです。

このように考えてくると、日本の普通の医療現場では認知療法はあまり応用できないのでしょうか。そんなことはないと思います。「口ぐせ法」はもっと簡単ですし、「こころのくせ」の表を目につくところと貼っておきチェックすることができれば、ひとりでも効果は期待できます。

また診察室では治療の上の信頼関係をつくって行って、患者さんに「こころのくせ」について自覚をうながす。診療のなかで、具体的な問題点が出てくるたびにそれを指導して気づかせる。そして練習をうながすということとを積み重ねるといふことをしていけば、徐々に患者さんの認知の仕方に変化が出てくるのがわかります。

もっと感情の奥深く、理性の光がとどかないところ、無意識の領域に分け入らなければだめだという意見もあるでしょう。しかし、理性のコントロールのおよぶ範囲からはたきかけしていく、「まず理屈でわかる」ところから出發するのが、私にはいいように思えます。それを何回もくりかえし、からだで学習していき、感情の領域に深く降りて行くよう

にするわけです。学習はくりかえしていくと、だんだん深いレベルに達していくものです。

こうすることによってはじめて、古い「こころのくせ」にかわって、新しい現実的で正しい「こころの習慣」を形成していくことになります。

## 変えるのはせいぜい五パーセント

認知療法をすすめるなかで、抵抗感をもつ人がおられます。認知療法では、考え方を变えようというわけですから、それまでの自分が否定されたように感じ、反撥する気持ちや不安感が出てくることは容易に想像されます。しかし考え方を変えらるゝいても、それはごく一部にすぎません。何しろ患者さんたちは、それまで立派に社会生活を送ってこられ、現に送っておられるわけですから、九五パーセントくらいまでは変える必要はないのです。ただそれをもっている自分にとって都合の悪い傾向、つまり「こころのくせ」を修正すればよいわけです。これはせいぜい多くても五パーセントくらいのもにすぎません。自分のやってきたことを否定する必要もまったくないわけです。

青春時代を過ぎ中年期にさしかかってきたときに、自分をとりまく状況や肉体的な条件や人生のなかでの位置が変化してきた、つまり若いころと同じようにがんばり続けるというやり方が適切ではなくなってきたというところに問題があるだけなのです。それにもなつて考え方、生活の仕方、仕事へのかかわり方などを見直し、作戦を修正していくことが必要になってきたんだと考えればよいのです。

若いときにがんばっていたころの自分はこころの勲章として、誇りにしていいわけです。このように考えればうまくいきやすくなるといえるでしょう。それは多くは技術的な問題の積み重ねであり、せいぜい五パーセント程度（あるいはそれ以下）の変化でよいはずなのです。

この場合、劇的に変えることは必要ないばかりでなく、かえつてよくないことが多いものです。ある程度の時間をかけて練習して、新しい現実的な考え方でやれば落ち込みが小さくてすむことをいったん経験すると、それまでの大きな落ち込みや動揺と比較して、はるかに楽で過ごしやすいことを発見することになります。

こうなるとしめたもので、古い、ストレスに対して抵抗力の弱い「こころのくせ」から、新しい現実的な、ストレスに強い思考へとしっかりと動機づけができてきます。このプロセスをくりかえして学習してくると、はじめは理屈だけでわかつていたものが、感情のレベルまで染み込んでいくようになるのです。

治療効果が出てくるまでに必要な時間は、一カ月から数カ月かかると考えることが必要です。こころに深く染み込んでいる「こころのくせ」では、もつと長くかかる場合もあります。一週間ぐらいでの変化では、本物とはいえません。いったんうまく修正できても、それまでに習慣づけられた「くせ」は何回も頭をもたげてくるものです。くりかえし練習

することが大切になってきます。こうしているうちに落ち込む回数が少なくなったり、ちよつとしたことでは落ち込まなくなる、つまり抵抗力がついてくるというわけです。

私はこれくらいの時間スケールが何か本質的な意味をもっているのではないかと想像しています。つまりこれは人間の意識変化の時間スケールといえるのではないのでしょうか。

認知療法は近年「うつ」や神経症の治療、あるいはストレスに対する対処などに効果を発揮することが認められて注目を集めています（このほかに、統合失調症などの治療にもある程度有効だと私は考えています。）

## 二十 「視点」について

とうとう最後の章になりました。みなさんに何かひとつでも参考にしていただくことがあればということを目標に書いてきましたが、果たしてその目標は達せられたでしょうか？

### 「こころ」とは何か

私が精神科医になって十数年間、常に頭の片隅にあったのは、人の「こころ」とはいつたい何なのだろうかということでした。この疑問に対する答えは精神科のどんな教科書を開いても載っていませんでした。

しかしこの間、患者さんと接し対話をくりかえし、いろいろな失敗を積み重ねていくうちに、最近私なりの考えをもてるようになってきましたので、その一端を最後にお話ししようと思います。

「こころ」について考えるとき、私が本質的だと思う点は、「こころ」の全貌をとらえるには一つの視点だけでは無理だということです。

人がものを考えるとき、あるひとつの視点から出発してその人なりの論理で考えを進めるわけですが、それだけによって相手や自分の「こころ」の全体を解釈しようとすると誤りに陥ってしまいます。つまり、いくつかの違った視点から考えなければならぬということです。

そのいくつかの視点の間には、お互いに矛盾・対立する要素があります。人の「こころ」は、こうした矛盾をのみ込んで存在しているものといえるでしょう。ひとつの視点、言い換えればひとつの価値観から、自分の「こころ」をそのすべての面にわたって統御しようとする試みは無謀といわざるを得ない。これは「うつ」の人の思考に典型的にみられる考え方もあります。

たとえばサラリーマンならば、「仕事」と「家庭」という少なくとも二つの視点が必要になることはすぐにわかります。「仕事をしっかりやらねば」という発想で自分のもつエネルギーのかなりの部分を仕事に投入し、連日夜おそくまで会社に残って仕事に打ちこむ。その結果、家庭への配慮がおろそかになってしまふという例はしばしば見られます。「仕事中心」の論理によって、自分の生活のすべての面を統制しようとする姿勢ということができるとでしょう。

しかし先ほどお話ししたように、人間というものは一つの視点（＝論理）で「こころ」の現実（生活とも言い換えられます）の全面を覆いつくすことはできないので、このよう

な姿勢を押し通していくと、現実との間のはなはだしいギャップ、矛盾に陥ることになります。

次に「家庭」中心という視点ではどうか。家族関係に対する気配りやこころの交流は「幸福」への原動力ということになるでしょう。ここには適切な配慮とエネルギー投資が必要です(いくらエネルギーを多く投入しても、それが適切な形でなされなければ、家庭的な問題は解消しないことはよくご存じの通りです)。

「家庭」の視点(＝論理)は、「仕事」の視点(＝論理)とは互いに矛盾をはらんだ複雑な関係にあります。ごく単純化しても家庭生活を物質的に充足するための資金を稼ぐのが仕事の大きな目的ですから、仕事をやめて一日中家族とともに過ごすことは一般にはできない相談です。逆に、たとえ家族のために多く稼ぎたいという動機であったとしても、そのために毎日遅くまで残業して家族の顔をろくろく見ない日が続くとしたら、家庭生活が崩壊することになりかねません。

二つの視点の間には、ある種のバランス、折り合い(とでもいうもの)が必要であることがわかると思います。

### 「こころ」をとらえるために

この二つの視点で充分かと言えば、まだそうではないでしょう。例えば「自分の本音」という視点(論理)を考慮する必要があるかもしれません。

「人から評価されたい」「人を動かして自分の思うようにやりたい」といった欲求や願望をもつ人は少なくありません。これが仕事や家庭の論理と必ず矛盾するとはいえません。がんばって仕事上で本音を実現することはあり得ることです。

しかし、これがうまくいくとは限りません。「本音」をあせるあまり同僚や家族と衝突してしまふ、あるいは逆に「本音」を過度に抑え込んでしまつて表現する場面を失い、その結果、自分の感情をコントロールできなくなつて、爆発的な衝動にかられてしまうことが起こり得ます。

このように人の「こころ」を考えると、一つだけの視点ではとらえきれないことがわかります。いくつかの視点を設定して、はじめて「こころ」の全体像をカバーできる、それぞれの視点(＝論理)は、ある限定された範囲内でのみ展開できる、そしてこれら相互に矛盾をはらんだ関係が存在するといえます(この関係を日常用語で正確に説明することは困難であることが多いという事情があり、これは、私が次に書くことにしている本のテーマになります)。

しかしだからといって、人の「こころ」は理性に反していて、まったく不合理だとか、人の「こころ」は神秘的で分からない、不可知なのだといおうとしているわけではありません。

ただ人の「こころ」の全体を見ようとするとき、一つの視点からだけ考えて結論をだすのは誤っており、複数の視点から考える必要があるのです。とりわけ「自分」というものを考える場合、このような誤りに陥りやすいので注意が必要であり、複数の視点（互いに矛盾していることも多いのですが……）から自分を眺めることが必要なだということを強調しておきたいと思います。

## あとがき

私がかねがね患者さんに、治療にあたっては主人公は患者さん自身で、医者や医療スタッフはあくまで応援団だ、ということを知りかえっていました。精神科の問題、とくにその人の考え方が問題になるものは、人の生き方にかかわることになります。どんな生き方がいいか悪いかということ、本人が決めることで私の立場からはなんとも言えないことです。ただそのままいくと、明らかにこの先に悲惨な状況が待ち受けていると予想できる場合には、できればその悲惨を避けることができるような修正をしよう、その手伝いをするという役割をしたものだとは私は願っています。

そのための有効な方法になると私が考えているのが認知療法なのです。これは必ずしも治療機関に行かなくても自分一人でするものです。少し努力して自分のはまりやすい「こころのくせ」や口ぐせをチェックするだけでも、かなりの効果があると思われれます。一度試されることをお勧めします。

「うつ」の解説の部分では、いささか乱暴な分類に対して専門家の方からお叱りを受けるのではないかと思っています。一般の精神科診療のなかで、国際的な分類法が徐々に浸透してきていますが、それはたいへんよいことだと思えます。しかし実際に「うつ」の人を多く診察していて、ひとつのカテゴリーにいわばデジタル式に分類するというところに、何か不自然さを感じてしまうのです。どちらかといえば、私はアナログ的な思考を許す「連続的なスペクトル」という考え方が、あのような気がしているのです。

第二十章で取り上げた、「こころ」とは何か、という問題については、この本では深入りすることはできませんでした。じつは私は、ここに述べた内容を発展させた形で、私なりの「こころ」のモデルをつくっており、これをまとめて近々世に問いたいと考えています。興味をもたれましたらご一読くだされば幸いです。

この本は、さまざまな人の協力がなければできませんでした。

まず、雑誌「民医連医療」編集部で私の連載を担当してくださった藤川幸久氏、と彼を引き継がれた林泰則氏に感謝します。

出版社との仲介をいただいた斎藤治氏、また出版を引き受けていただいた、かもがわ出版と、担当の寺園敦史氏に感謝します。

日ごろ診療にあたり、苦勞をともにしている、安井病院のみなさんに感謝します。ここに書いたことの多くは、実は私が安井病院で働いている間に考えたことなのです。また何かと仕事にかまけたうえに、原稿を書くために家族だんらの時間を減らした私のわがままを、寛大に許し協力してくれた妻康子と、二人の娘遙子と理恵子に感謝します。

最後に、私が原稿の最終的な加筆をしているのと同じ時期に、大きな手術を受けることになり、よくそれに耐えた父誠一と、父をよくささえている母巴に、この本を捧げることが許していただきたいと思います。

一九九五年五月十二日（十年目の結婚記念日に）

伊藤 明

伊藤 明 『中年期の「ごころ模様」』かもがわ出版 1995

ISBN4-87699-196-0 C0047

All Right Reserved (C) 伊藤 明