

対人関係論の基礎

京都文教大学 KIPP

川畑直人

佛教大学臨床心理学研究紀要第18号

2012年

対人関係論の基礎

京都文教大学 KIPP

川畑 直人

講演

赤ちゃんにとってお母さんは対象物 (Object) なのか。フロイトの考えでは赤ちゃんも性欲を持っている。唇でお乳を吸うと、唇のところに快感があるので、そこから快樂を得る。その快樂を求める欲動が赤ちゃんの行動を動機付けるんだと。そういうふうに考えるわけですね。欲動に基づいたらそういう説明がなされる。

それに対して、対人関係学派のサリヴァンはそういうふうに考えないです。彼は対人の場の統合傾向という面白い用語を使っている。人間は単独で生きる存在ではない。人と人が出会うと、常にその人と人との間である統合が起こる。その統合に向かって突き進みたいという欲求があるんじゃないか。そうすると、赤ちゃんがお腹がすいたといった時に、唇の快樂を得るという欲求よりも、お母さんからやさしく扱われておっぱいを与えられたいという欲求、そしてお母さんはその子どもにおっぱいを与えたいという欲求、その欲求と欲求が統合されて、二つの存在の間に、おっぱいを飲み、おっぱいを与えるというそういう関係が成立する。その成立に向かって人間は動機付けられているとサリヴァンは考えます。これは認識を180度変えて、つまり、赤ちゃんがおっぱいを飲むと言った時の動機付けを、性欲を満たすという個体の欲求で説明するのではなくて、人間が複数いて、その場がどのように統合されるかという視点で言っている。そういう対人場での統合と

いうことを軸に、人間の心はいろいろ組織化されているというふうに考える。これはサリヴァンが本の中で書いていることです。

対人関係論 (Interpersonal Theory) という言葉を作った人がハリー・スタック・サリヴァンで、サリヴァンが代表者ではあるんですけど、対人関係論の考え方はサリヴァン一人がつくったというよりも、その当時その考えに賛同するいろんな人たちが集まってつくった。有名な人としてはフロムという人がいます。エーリック・フロムという人は『自由からの逃走』を書いた人で、ナチスが出てきて、みんながファシズムに走っていった時に、自由からファシズムに逃げ込んでいったのは何だったのか、そういう分析をしている。そのフロムも精神分析家で、サリヴァンらと一緒にウィリアム・アラソン・ホワイト研究所を設立する。そこにフロム-ライヒマンやクララ・トンブソンなどいろいろな人たちが集まって、一つの学派が形成されました。

サリヴァンは研究所を作ってすぐ亡くなるので、実際のトレーニングとか、いろんなエピソードはあんまり残ってないんですけども、理論面ではとても重要な人です。エーリック・フロムは正統な精神分析を学んでいた人なんですけども、医師ではなく心理学者なんです。アメリカの精神分析の世界というのはこの頃から、精神科医以外には分析のトレーニングをしないという約束事をつくってしまうんですね。ヨーロッパではそうでないんですけど。フロム

はニューヨークの最も伝統のある精神分析研究所、ニューヨーク・サイコアナリティクで最初は教えてたんですけども、医師ではないということで排除されてしまうのですが、カレン・ホーナイとかトンプソンとかもフロムと行動を共にします。そういう歴史的な動きがありました。クララ・トンプソンはサリヴァンの親友です。サリヴァンが唯一心を許せる友人。彼女はバランス感覚のある人で、ホワイト研究所のその後の運営を担っていくんです。

フリーダ・フロム-ライヒマン。この人も精神科医ですが、サリヴァンとかこのライヒマンとかは非常に重症の患者さん、精神病圏の患者さんの治療をしていた人です。フロム-ライヒマンという人は一時期フロムと結婚しているんですけど、彼女も本当に情熱を持って患者の治療にあたった人です。よく彼女のことで紹介される逸話としては、フロム-ライヒマンは患者が治るのであればシャンデリアにもぶら下がるというのがあります。もし患者がよくなるんだったら、彼女はそこまでするだろうというわけです。これは、彼女の治療に対する情熱を讃える言葉であると同時に、彼女をけなす言葉でもあったらしいです。つまりカウチに横たわって自由連想を聞いて、それを解釈するのが精神分析であると。そこから逸脱しているんなことをするっていうのは、禁欲原則に反していると。そういう粹組みみたいなものが重視される。それからすると、ライヒマン的な、患者のためなら身を投げて何でもするぞという在り方は逸脱してると。そういう見下した言い方でもあったようです。

このライヒマンのスピリットもホワイト研究所に流れ込んでるんです。ホワイト研究所の精神分析はそういう意味で、通常みなさんがイメージしている精神分析のイメージよりももっとインタラクティブ

で、より積極的で、そして分析という以上に患者をよくするということに対して積極的に関わろうとする姿勢を持っています。

すでに10年近くトレーニング受けてから経っているんで、ちょっと昔話みたいな感じになってしまっただけなんですが、日本の心理臨床の世界とずいぶん開きがあって、ニューヨークではこういう質の訓練がされているんだということは、ぜひ若いみなさんにも知っていただきたいということなので、研究所での訓練についてお話しします。

セントラルパークという大きな公園がニューヨークにあるんですが、公園のサイドの道からずっと縦に何本もこう、碁盤の目のようにストリートがあるんですが、そこの一角にある建物がホワイト研究所の建物です(スライド2)。普通のビルディングの一つなんですね。そんなに周りから浮いてないというか。このストリートの2、3ブロック南のほうにオノ・ヨーコが住んでいて、ジョン・レノンが暗殺されたところも近くにあるんですよ。中はこんなような風景になってます。ライブラリーと呼んでいます(スライド3)。ここで授業をしたり。これは鑑先生が写ってますけど、日本人のグループで勉強会に1週間くらい行った時の光景とか(スライド4)。

ここでどういうトレーニングがあるのかということですが、私が受けたのは「Divison 1 Certificate Program in Psychoanalysis」ということで精神分析の資格を出すプログラムです。個人分析を300時間、それから、スーパーヴィジョン200時間。指導を受けながらの心理療法を120時間。世界標準では週4回以上の面接をするのが精神分析ですが、ホワイト研究所は週3回以上と定義していて、若干基準が緩いです。週3回以上の精神分析を300時間ということなんですが、4年のコースなんで、年間120

回受けると、4年間で480時間。4年間週3回ずつと受ければこれは満たされる。私は週4回で3年間受けて、そして最後の1年間は週5回受けました。スーパーヴィジョンは200時間。これは週3回の患者を診たのに対して、週1回報告に行つてスーパーヴィジョンを受けるといふ形になるので、200時間のスーパーヴィジョンを受けるといふことは、1年間120セッションのケースを、のべ5人分くらいスーパーヴィジョンしてもらうという形ですね。

さっきのフロム-ライヒマンの話がありましたけれども、精神分析だけでなく心理療法を積極的にやろう、つまり患者のために役に立つような…これもちょっとみなさんにはピンと来ないと思うんですけど、精神分析と心理療法っていうのは違うものだっていう考えがあるんですね。単純に言えば、たとえば認知行動療法は心理療法なんです。それから家族療法も心理療法ですね。グループサイセラピーも心理療法。それは精神分析とは呼ばないですね。週1回2回の、精神分析的な心理療法も含めて、そういうものを広く心理療法と呼んでいます。

私は仕事を辞めて向こうに行きましたが、向こうの人たちは仕事をしながら夜に通つてる。コースワークっていう授業するのはだいたい夜にあるんですけど、昼間はけっこう暇なので、欲張つてもう一つ子どもの心理療法のトレーニングプログラム、こっちは3年で修了するやつなんですけど、こちらのほうも同時進行で受けさせてもらいました。未だに大人のコースと子どものコースを同時でとつて同時に修了したのは私が始めてでそれ以降出ていないみたいなので、世界で一人というあまり有名ではない記録があるんですけど(笑)。この両方受ける中で、スーパーヴィジョンとその分析とをずっとこう毎日毎日やってる生活っていうのは、非常に自分に

とってはありがたかったというか、それによつてかなり鍛えられたと思います。1日4、5ケース自分のケースをやつてる合間に、スーパーヴァイザーのところに出かけていって、スーパーヴィジョンを受けて、そしてまた研究所に戻つてケースやつて、そして今度は自分の分析を受けに行つて、そしてまたスーパーヴァイザーのところに行つてという感じとずっと毎日やる。すると、毎日毎日まず自分のことをずっと話しながら、そこで起こってくる患者とのいろんな相互作用のことが見えてきたりして、そして患者とのやりとりについて一つ一つ考えるというようにことをスーパーヴァイザーとやる。一時期多い時は一週間の間に7人ぐらいのスーパーヴァイザーを受けていたんで、常にケースのことを振り返つて考える、そういう体験にどっぷりつかれたっていうのは非常にありがたかったなと思います。

なによりもそこで重要なのは、自分自身が分析を受けるといふことです。日本で一番問題なのは精神分析について勉強しようと思うと、本を読むしかないんですよ。本を読んで精神分析を勉強するっていうのは一番まずいやり方です。分析といふのはやっぱり体験によつて学ぶものだと思います。やる側にしても受ける側にしても。私は38歳の時に訓練を受けに行つたんですけど、一緒にいた訓練生たちはPh. Dをとつて、ライセンスドサイコロジストになって、それからいろんな病院とか非常勤で働きながら40歳ぐらいになってきたという人が、そろそろ自分も開業して食っていけるようになりたいという、そういうような人が分析のトレーニングを受けに来て、それで分析家同士のネットワークの中に入れてもらつて、患者を得られるようになっていくわけです。だいたいそこに来る人たちはマスターに入つて心理学を勉強し始めた頃から、自分のカウンセリン

グを受けなさいというふうに指導されて、そして10年20年と受けているんですね。だから38歳ではじめて分析を受けますと言うと、おまえは処女だなどか言われて。でもみんなは、何らかの形で分析とまではいなくても、いろんなカウンセリングとか心理療法とか受けている、そういうような層の厚みをすごく感じました。

一つ考えさせられることは、皆さんがマスターとかでカウンセリングを教えられたときに、あるルールみたいなものを教わって、そのルールみたいなものっていうのは実はまあフロイトが精神分析を考えたときに言ったようなルールで、それがなぜか非常に重要なルールになって、そのルールを守らなければいけないと。それを守らなかつたら大変なことになるんだというふうに教わって、そのルールに縛られてカウンセリングしているということが日本では非常に普及している。どういうルールか。まあさっき言いましたが、禁欲原則。患者さんのために要求を満たしてはいけないという。たとえば、患者さんが非常にしんどい状況になったんで、ちょっとセッションが来週までもたないかもしれないから、エクストラのセッションを持ってほしいんだ、というふうに電話がかかってきたとしますね。そしたら日本ではなんと教えられるか。枠を外してはいけないと教わるんですね。そうすると、その患者さんがどういう状況であるかということと無関係に、とにかく枠を守らなくちゃいけないということで、枠を守ることをだけを考えて、それはできないんですと言ってお断りする。その時に、間にセッションを持つことによってその患者を支える、あるいはそれによって治療関係がより深まる、あるいはいつもは1週間間隔が開いていてわかんなかったいろんなことがそこで分かってくるっていう、そういう可能性が全部

否定されちゃうんですね。これは患者からセッションを多くしてくれって言われたら、言われるがままにそれを受けたらいいって言っているわけじゃないです。そこでは自分なりの基準、あるいは治療方針っていうものがあって、その中でその都度それを判断してすることなんだけど、その都度判断することが非常に重要です。日本で聞くおかしな話は、毎週木曜日の5時に面接してますと言う人がいて、その人が「来週その時にどうしても抜けられない用事が出来てしまった。それでその日来れないんです」と。すると日本ではくあ、そうですか。分かりました。じゃあその次の週にやりましょう>ということですね。だけど、その前日その人丸々時間が空いていて、セラピストも時間が丸々空いていると。どうしてその空いている時間にセッションしないのか。「それは、枠組みを崩すというふうに教えられました。枠は大事ですから」と。しかし精神分析の感覚、私が受けた精神分析のスピリットでは、毎週週3回セッションがすごく大事ですね。週1回よりも2回、2回よりも3回、3回よりも4回。やっぱり密度が濃くなればなるほどいろいろなことができる、いろんなことについて話し合える。だからそのセッションの時間はすごく大事だから、もし仮に週1回というふうに決めたんだったら、なるべくその週1回は守ろうよと。週1回の時間はなるべくキープしようよと。それに対して全力を傾けようよと。そうすると、空いている時間があってその時間にできるにもかかわらず、それをせずに次の週に回すっていうのはむしろ枠組みを外すっていうことですね。毎週やるっていう枠組みでやってるのに。ところがそれについて何も疑問を持たないまま、それは来週やるかというわけです。

その他いろいろの変数があるわけですけども、そ

のルールの起源をたどっていくと結構精神分析にぶつかります。ところがアメリカでトレーニングを受けたらですね、フロイトの精神分析っていう定義は非常に狭い定義なわけですよ。ホワイトでもそうです。週3回以上が精神分析なんで、週3回以上定期的にできるケース、しかもそこでいろんな補助的なサポートが必要なくできるっていうケース、あるいは内的な心の内側のことについていろいろ考えているっていうことだけでやっていけるケースっていうのは、相当恵まれたケースで、教育分析を受けるぐらいの健康さをもっているぐらいの人だったら可能かもしれないけど、そういう患者さんを見つけるのはそう簡単ではありません。みなさんはどうかかわらないですけど、日本でも大学院生が働くクリニックで持ち込まれる患者さんの問題ってそう単純じゃないですよ。神経症圏でカウンセリングで治るなんて、そんな人ほとんどいないんで、発達障害があったり、統合失調症圏だったり、いろんな人が来るわけです。その人たちに、精神分析が一番いいやり方ですとって、そのやり方を当てはめて、いいのか、実は考えなくちゃいけないんです。たぶん精神分析と心理療法の区別が出来ていない。そこは一つ考える必要があるということですね。

今度は教えることを考えると、また難しいんですけども、精神分析から教えるのが一番いいと。カーンバーグっていう人が、精神分析と精神分析的な心理療法と支持的な心理療法というふうに、3つに分類しています。いろんな形のサポートをしながらする支持的な心理療法っていうのがある。週4回寝椅子で転移分析だけをするとかっていうそういう厳密な意味での精神分析ではない、いろんなサポートイブな関わりをしながらする心理療法があると。それも精神的な考え方に基づいてすることができると言っ

ているわけです。しかし、トレーニングが難しいんですね。一番トレーニングがやりやすいのは精神分析なんです。週4回本当の精神分析をまず受けてもらって、そうすると精神分析のエッセンスが何かっていうのが分かって、そしてそれを難しい患者さんに適応していくにはどうするかっていうのを考える。皆さんもそうだと思うんですけど、いきなり週4回の分析を受ける、訓練を受けるっていうのはなかなか思い切りがいきますよね。現実で実際に会う患者さんは支持的な心理療法のかたちで、会わなくちゃいけない人たちがほとんどだと。そうすると支持的な心理療法から教えなきゃいけないということなんですけど、エッセンスを知らずにそれを教えるということはかなり難しいですね。対人関係論はそういうのを抜きにして精神分析と心理療法、そういうふうに区別しなくても教えやすい面があるかなっていうところもあるんですが、それでもなかなか難しい面もあるっていうふうに感じています。

ここまでで、どうですか、もし質問があったら。

【質疑応答】

川畑先生：実際、佛教大学ではどのように教えられているんですか？

牧：枠は守りなさいと教えていますね。たとえば、クライアントからキャンセルの電話があったときに、じゃあ、明日空いてますからっていう形ではなくて、その次の週同じ曜日、同じ時間に必ず予約を入れましょうという形での指導をしています。なので、今の先生のお話の、毎週という枠を外しているという感覚はあまりないのではないかという気がします。

川畑先生：言われて、もしかしたら、指導方針変えられますかね（笑）。

牧：みんなの感覚の問題ですね。クライアントからキャンセルがあった時にどう考えるかとか、その枠をただ単純にルールとして守ってるというレベルではなくて、このクライアントと自分が何をしていた今どういう段階にあるかということをご自分で判断してるのかというのが、おそらくM1・M2・研修員でそれぞれ違うと思います。

淀：精神分析というによく休みがあった後の、間隔が空いた後の気持ちとか、間隔が空くことへの二人の関係、セラピストとクライアントさんとの関係とかというところにも注目をするのかなと思ったり。あるいは自分が休んだら一週間空く、一週間後に会うのが二週間後になるというところでの湧き起こってくる気持ちだとか、そういうものにも焦点を当てるのかなという感じがあるんですけども、そういうところはどんなふうに考えられるのでしょうか。

川畑先生：毎週会っているのが一週間空いたということではそれをどう扱うかということですね。もちろんそれを扱おうとすれば扱うこともできるかもしれませんが、私の実感でいくと、そういう感覚でそれを扱うためには、週3回4回のセッションをしてないと難しいと思いますね。極端な話、週5回受けていれば毎日会っているのが普通であって、それが普通だと週末2日間空いているっていうのに対して自分がどういう反応をしているのかわかるというのを見ることができる。だけど週に1回の間隔だったらもうスカスカの状態なんで、もうスカスカの状態ですカスカカのことを扱おうと思ってもほとんどスカスカ

かっていう感じなんです。週1回の面接ってどうなのかというですね、1週間の間に人間って本当にいろんなことを体験しますよね。来て、45分間話をしましょうって言ったら、「昨日実はこういうことがあって」と、それについてちょっと話したら45分あつという間に終りなんです。たとえば転移関係、先生がいなくてちょっとさみしい感じがしたとか、セラピストに対して直接感じる感覚について話すだけのスペースを作るというのは、週1回だとすごく難しい。それはもしほっとけば患者さんはあまり話しません。だから、その転移的な感情を扱おうと思ったらかなり積極的に、「私に対してどのような気持ちを持ったか話してもらえますか」、っていうふうに聞かないと出てこないと思います。だけど週4回5回会っていたら時間がたっぷりあるので、そのあたりのことについて扱う時間が出てくるわけですね。その中でその間隔が空いたということも出てくる。だから、こういう違いを考えると、週1回のペースで会っていたときに、間隔が空いたことについて扱おうとしても、それはかなり難しいことで、それよりもまずはちゃんと話しあえる時間を確保するということが、優先順位として高いんじゃないかというふうに思います。

もう一つは、休みがあったということの受け取り方なんですけど、これをそのまま自動的に次の週にできてしまってますね、あと結構よく聞くのはカンファレンスでのことで、ここで抵抗が起こったとか（笑）。その患者のせいにそれをすると（笑）。だけど、患者は時間さえ変えてくれればいくらでも来たいと思っているのに、それが提案されないから、それが自然だと思ってそうだったということもたくさんあると思いますね。それをちゃんと話しあうほうが私は先決かなと。なるべく週1回の枠で来れる

ということについて守れるんだったらそれをやっ
ていくっていう形を作っていく。その枠が出来てから
こそ、空いた時の感覚を扱うことができるのではな
いでしょうか。

それから、週3回4回やってくということもそう
だし、週1回もそうなんだけど、分析を受けるのは、
基本的に気持ちのいいことだと、だからそれを人々は
求めてくるはずだと、カウンセリングというのは素
晴らしいんですよ、なんでもお話を聞いてくれてね、
共感してくれるし、素晴らしいので、みなさんどん
どん受けてください、と。それでカウンセリングの
オフィスを構えてもなかなか患者来ないです。みんな
嫌ですよ。セラピー受けるとか、カウンセリング
受けるとか。患者さんが頻繁に通ってくれるよう
にするというのは放っておいて出来ることじゃな
い、一生懸命努力しないとだめ。その努力をする中
で、その日が空いたら、じゃあ2週間後ねという
ことは、セッションはそういう風に空いてもいいも
んだというメッセージを暗黙のうちに伝えちゃうこ
とになる。そうじゃなくて、1週間空いちちゃったら、
もう、そこでいろんなことがあるからなるべく1週
間空いてる時間にやろうというふうにセラピストは
思っているんだということを伝えるためには、その
空いている時間を提案することが大切だと思います。
まあ、それに対して抵抗が起こってくる場合は、いや、
休みたい、間隔空けたいと思っているのに補充
を提案されたら嫌だなあというクライアントの気持ち
がそこではっきりしてくるかもしれない。そういう
ことはあり得ると思いますけどね。

森：私はここのクリニックに複数日出勤しているの
で、自分の都合でセッションを変えないといけない
ときには空いてる日に空いてる時間に来れますよ、

ということは伝えたりしてるんですけども、先生
のおっしゃっている、一週間その週は都合悪くて来
れないっていう人を他の曜日にこの日空いてますか
らと言って、そのあとも継続的にきちっと構造を守
って来れる人っていうのは、結構神経症レベルの人
かなという感じがするんですね。もっと重い人にな
るとあんまり休みたいということで、ほかの日に設
定したりすることで、すごく甘えであるとか依存で
あるとか、そういうものが出やすくなったりとか、
ころころと変えてくるとか、そういうことが起きや
すくなるのではないかなという感じがするんですけ
れども、それはもう全部セッションの中で扱ってい
くという感じですか。

川畑先生：一つは神経症圏の人だと守れるけど、と
いうことに関して私は全面賛成ではないですね。統
合失調症の人、今、週三回会ってますけど、日にち
を変えてもその人はちゃんと守れます。別に元に戻
すし、それをどんどん増やしてくれとか、恣意的に
変えてくれというのがエスカレートして、統制とれ
なくなるということにはならないですね。ただ、そ
れはクライアントとそれをきちっとそういう最低ラ
インというか、これ以上はできないということをし
解してもらうような形のことをちゃんと作る関係と
いうか、それがしっかりできれば、病理の水準とそ
れは別なんじゃないかな、というふうに思いますね。
ノーマルの人でもその辺を適当にやってたら、勝
手にこうできるんじゃないですか、とかいうふう
になる人もたくさんいると思うんで。

もう一つの問題ですね。先生がおっしゃった依存
の問題ですか。これは日本のカウンセリングのこ
とを向こうの分析家に話を聞いてもらったときに持た
れる印象なんですけど、なぜ日本のカウンセラーはそ

んなに依存されることを恐れるんだ、と。心理療法をやるってことは依存されるってこと。いかに向こうから依存してもらうか、向こうからいかに頼ってもらえるか、というのが心理療法なので、そこで依存されるのを困ると言うのは、ちょっと心理療法としてはどうなんだろうということになりますよね。もちろん先生がおっしゃってるのは、無制限にセッションを要求されるみたいなそういうことを依存とおっしゃっているのかも知れないんだけど、ただこの日ができないのでこの日にぜひしてほしいんです、っていうその要求の中に、セッションを当てにしている、そのセッションがなかったら困るというクライアントの気持ちがあるとしたら、それは非常に尊重しなくちゃいけない。その依存の気持ちがあるから心理療法はできるのだ。そういう考え方ですね。

森：二人の関係の中で、最低レベルの約束事を決めておくというのはそれはやっぱり構造なわけですね。二人の関係の中の。それは必要であるというふうに。

川畑先生：その構造っていうのは実際に精神分析的な心理療法を商売として、それを仕事としてやっていたら、セッションだけではすまないある変動幅みたいな、キャパシティみたいなものというのを構える必要がある。それはまあ病理の水準ってこともあるかもしれないけど、やっぱりより深く、その方とより密度濃くやろうとする。例えば、週三回もしやろうという枠組みでいったら、週三回の時間を確保するというのは、お互いスケジュールを相当調整し合わないといけないですね。あるセッションの時にいろんな事情が飛び込んできて、だけどそれを変えようとしたら、こちらの方もある程度それを提供で

きるような幅がないと週三回の密度って満たせないんですよ。そこも含めて自分の生活環境をどう整えて、そして、その週三回の患者を受け入れられるような自分のキャパをどう作っていかってというのが分析家の仕事に入ってくるんじゃないか、と思うんですよ。その幅の中で限度を超えたら自分はちょっともうついていけないと、それは患者さんに告げないと。これ以上フラフラするような形でやっていくというのは関係そのものが維持できないということほどこかで線ひかないといけなけれども。その幅を自分の中で作る、そのキャパシティがどこまでかかっていうことをつくるのが分析家の一つの仕事っていうところがありますよね。MIの人たちに自分で考えてやるようになっていうふうには言われたいのは、多分自分で考えるだけのまだ材料がそろってないから、とりあえずは研究科の方から一応こういう形でやってくださいって言うてもらおうが無難だろうということ、そういう面もあるのかなというふうに思うんですけどね。だから、スーパーヴァイザーとよく話をして、それは自分はやっぱりそこで変えてやるっていうやり方、大事なセッションだと思うので、っていうことは、やっぱりスーパーヴァイザーとよく話をして、そして必要であればそれをやるというのは、私は奨励されていいかなと思います。

講演

精神分析と対人関係論の関係で少しややこしいのがサリヴァンの存在なんです。精神分析のいろんな学派はフロイトから始まって、その中で一つの流れていうか学派の流れみたいなのが分析の中で起こるんですね。例えば、フロイトから別れて、例えばクラインという人が出てくれば、クラインからまらずっとクライン派っていうのが流れていくとい

う。そういう分析の中でいろいろ枝分かれしていくわけなんです、対人関係学派の一つの特徴はそこに分析内部でないこのサリヴァンっていう人の考えが、DNA だけそこにポコッと入ってきて、連なっていくというそういうふうな発展の仕方をしているところがおもしろいところじゃないかな。サリヴァンとトンプソンはアメリカにいた人で、トンプソンはかろうじて教育分析を受けてるんですね。それはフェレンツィという人です。フロイト的態度とフェレンツィの態度というふうに言われたりするんですが、このフェレンツィっていう人が、禁欲原則のフロイトに対して、もっと患者に対して積極的に温かい姿勢をもって接するべきだ、というふうに訴えた。そういう分析家で、そのもとにこのトンプソンは教育分析に行ってるんですね。さらに、ヨーロッパにいたホーナイとかフロム・ライヒマンとかは、ヨーロッパで正式に精神分析の勉強してるわけですが、ナチスの台頭とともに米国に移住してきます。そして、このニューヨークの中に一つのグループができて、そこにサリヴァンのアイデアが注入され、対人関係論というのができていった。

サリヴァンの考え方は本当にたくさんあるので一口に言えないですが、基本としてまず押さえておきたいのは、自己（セルフ）についてです（スライド 11）。セルフと彼が言う場合は、それは自分自身について自覚的に自分が意識できるような、そういうような体験の集積みたいなものをセルフというふうに言います。自分はどんな人間か、という自分についてのイメージっていうのは self personification と言うんですが、言い換えれば自己像っていう風に言い換えてもいいんですが、この self personification の情報源になるのは対人場における体験ということ。人間と言うのは常に人と接して人と社会の中

で生きている。そこでいろいろな対人場における体験をする。その体験の中で起こった出来事が知識として集積されていくわけですが、それが self personification という自己概念を作っていく。その時に good me、bad me、not me、という分類をサリヴァンはするんですが、例えば、対人場において、お母さんとの間で、自分が何かして、それでお母さんが、「なにになにちゃんよくできたねー、それすごいねー」というふうにほめてくれる。それはいいお母さんとの関係の体験になるんですが、それに相応して、体験されて集積されたのが good me といういい自分。お母さんが「なにになにちゃん駄目じゃないのそんなことして」っていうふうに悪い体験をすると、そこでの自分は bad me という形になっていますね。good me、bad me というのはまだ self personification の中に取り込まれてるんですが、not me っていうのがもう一つある。この中に取り込まれない、解離しちゃうんだということですね。なぜ解離するかっていうと、それはあまりにも不安が高すぎる。それを自分の自己像に取り入れるには不安すぎるようなそういう体験、あるいは曖昧な体験、そういうものは自己像から排除される。その時に排除するシステムがある。これをセルフシステムというふうにサリヴァンは呼んでいますが、このセルフシステムは不安を引き起こすような体験をえり分けて、それを体験から解離させていく。解離させる代表的なやり方をサリヴァンは選択的非注意というふうに言っています。selective inattention。つまり、ある体験にフォーカスを置いて、不安を引き起こすものはフォーカスから切り離す。視野から排除する。

説明するときによく出す例が、お好み焼き屋であった体験ですけどね。男の子とお母さんがお好

み焼き屋に入ってきて。私もお好み焼き屋にいたんです。横のテーブルに座って。お母さん、ヤンママみたいな人なんですけどね、金髪で。中に入ってくるなり、お店の人が何にしましょうかっていうと、「これこれこれこれこれー」って言って。子どもに「あんた何すんの。はよ決め、はよ決め、はよ決め」って言って。子どもが「あー」とか言いながら「これー」とか言って、「じゃあ」とか言って注文したらですね、今度はポケットから携帯を取り出して、ぱかっと開けて、携帯でワーって友達とおしゃべりを始める。子どもはその前でとてもつまらなさそうにして。一生懸命お母さんの気を引こうと思って、「なあなあ」とかなんとか言って声をかけてるんですね。それがしまいにはですね、そのお母さんもう、「うるさい、うるさい」と彼をずっと邪険に拒否し続けるんですが、そしたら彼はしまいには何を始めたかっていうと、目がグーツと虚ろになってですね、お母さんの携帯からぶら下がってる携帯ストラップにつないだアクセサリーを見ながらいじりはじめるんです。これは状況とすれば、子どもの体験からすれば、「お母さん、もっと僕のこと見てよ」「僕とちょっと相手してよ」っていうお母さんからの優しい応答を求めている。ところが、それがまったく得られず拒否されてるという。それは非常に自分を苦痛にさせる状況だということですよ。だけど、その苦痛になるような状況を見るよりは、携帯ストラップを虚ろに見てそれを眺めている。そこにフォーカスを置いて、その全体状況は意識から排除している。

そういう形で解離してるという感じを非常によく表す例だったんで、説明に使ってるんですが。これは極端な例ですけども、このセルフシステムによる体験の解離というか、選択的な非注意っていうのは、

私たちが生きてる世界の中でも常にこう起こっている訳ですね。しかし病理が重くなると、このセルフシステムによってこの not me である部分、解離された部分、排除されてるものがあまりにも多くて、中がやせ細ってしまう。結局自分に不安が起こるんだけども、その不安が何から起こっているのかが分からないという状況になってしまうというのが、その人間の生きにくさを作り上げるんだと、サリヴァンは考えるわけです。

そうすると、じゃあ心理療法は何をするのかということですね。心理療法の目標は何かとすると、それを今度逆にするということになります。つまり、体験から外れている not me の部分をなるべく解離させずに、この self personification に取り込めるようにしていく。そうすると、その自己は自覚できる部分がより大きくなっていくと同時に、今まで解離されていたそういう not me の部分が自分の中に取り込まれていく。そういう作業をするということですね。

そのときにね、フロイトのモデルでこの not me に当たるものは何かっていうと、抑圧されたものっていう考え方があるんですね。体験の中で抑圧されて無意識の中に押し込まれたものということなんです。これは現代では考古学モデルと呼んでます。何かそのこういう異物が心の奥底に埋め込まれていてそれを思い出させる、発掘するみたいな、そういうモデルです。サリヴァンは考古学モデルではなくて、体験、知覚モデルですね。現在、この瞬間に、常にセルフシステムは動いているので、患者を不安にさせるような体験というのは常にオンゴーイングで排除されていると。だから心理療法の目標としては過去の何かを思い出させるというよりも、現在生きているその体験の場の中で、より広くよりいろん

なことを解離するのではなくて、そこを見、自分の体験の中に取り込んでいくこと。それを援助するのが心理療法の目標ということになります。そうすると何をやるかっていうと、体験の吟味ということが重要になるんですね。患者さんが体験している体験が一体どういう体験なのかということ、一緒にそれを味わって吟味していくというプロセスを取る訳です。

技法としてサリヴァンが提唱するのが、detailed inquiry（詳細な質問）（スライド14）。Inquiryは聞くということ。ここがフロイトの精神分析と非常に違うところ。フロイトはどのような精神分析を提唱したかっていうと、自由連想をさせなさいと。思うがままに心に思い浮かぶことを話をさせなさいと。そして、いろいろ埋もれてた無意識のものが浮上しかけてくると抵抗が起こったりするから、それを解釈して、なんとかそれを浮上させるようにしよう。

サリヴァンはそういう過去のを浮上させるというのではなくて、生きている今の現実の中で、何が起きているのかということに関心を向けていく。セラピストの役割はそこに積極的な疑問を投げかけていくことだと。誤解を受けやすいのは、サリヴァン派の分析っていうのはなんかずっと患者を質問責めにしてるのかと思われるかもしれないんですが（笑）。実際セッションの中で、そういうふうに質問責めにするのはいいやり方ではないんですね。サリヴァン自身の記述の中でも、詳細な質問においては、患者の体験の話が、自然と流れ出るようにして、そこにセラピストが耳を傾けていくようなプロセスがいいんだというふうに言ってます。

私は聴き方は患者の「体験の森」に分け入るように聴くというふうに考えています。本当に体験って

いうのは奥深いものなんで、一つのエピソードでも聴いてくるとずいぶんいろんな色合いがあるんですね。例えば、「昨日お母さんと言い合いになっちゃったー」とか患者さんが言ったとしたら、「あーそう。大変だったねー」ってそれで終わらせない。それでスルーさせない。何でそれ言い合いになっちゃったのかと、言い合いになる中でお母さんはどんなことを患者に言ったのか、それに対して患者はどんな反撃をして、そしてその間にどんな気持ちになったのか。それはずーっとたどってみると、一編の映画を観るように細かく細かく見ると、そこにストーリーがあるわけです。その体験を二人で共有する。それが大事なんだということですね。サリヴァンは患者の抽象的な言葉に気を付けるようにと言っています。「不安になったんです」とかって言ったときに、「不安」っていう言葉、人によって使い方もいろいろで、一体その「不安」という言葉が何を意味してるのかは実は全然分からないんですね。それは何なのかということを知りたいといかないといけない。

それから語りの中で欠けていることに関心を向ける。こういう質問が出来る瞬間っていうのが非常に治療的には大きな瞬間ですね。患者が「考えてみなかった」、それから「非常に当たり前のように過ぎてるんだけど、問われたことがない」みたいな。聞かれてみたら「は？」みたいな（笑）。最近笑い話のように作り話で作った例なんですけど、患者さんが「うちの嫁はひどい」と。「俺が何をやっても喜ばないんだ」と。「昨日も俺が寿司を買っていった。怒ってた。それに対して文句ばかり言うてる。飲みに行って、帰りに罪滅ぼしに嫁さんに寿司でも買ってこようかと、買って来た。そしたら嫁さんがずっと怒ってる」。それに対して皆さんどうですか。<そういう奥さん貰ったら大変ですね>って

言って共感するかどうか。対人関係論は人が悪くてそこで質問する訳ですよ。〈奥さんにどうしてお寿司を買ってったんですか?〉「いや、それはカップ巻きだ(笑)」〈奥さんの好物は何なんですか?〉「いや、うちの嫁はトロが好きでカップ巻きは嫌いなんだ(笑)」。分かりますかね。そこで語られてない事実の中に、その実は非常に重要な事実があって、それを問われなければ、スルーしてたら何も見えてこない部分っていうのがあるんですね。奥さんがカップ巻きが大嫌いって言うてるにも関わらず、カップ巻きを買っていくという。これケンカ売つるようなものでしょう?(笑)

ではそのアクションが一体何を意味してるかという、detailed inquiry が示唆するのは、人間の体験の中で、行動というものは非常に重要なその意味やメッセージを含んでいるということです。そのことに突きあたられるわけです。対人関係学派は、外的な現実にはばかり関心を向けるとよく悪口を言われる。それは誤解で、内的な現実にも関心を向ける訳ですけども、外的な現実っていうのは馬鹿に出来ない。詳細に見ていくと、その人の内的な世界がそこに現れてくるわけです。今の例で言えば、患者がそれを自覚してない可能性はほとんどないだろうと思いますが、中には自分が何でそうしてるのかっていうこと自体に疑問を持ったことがないっていう場合もある。例えばね、子どもの立場のクライアントが体験の意味を理解していないっていうケースは結構あると思います。自分が小さいとき、お父さんとお母さんがしょっちゅうケンカをした。お父さんはよく寿司を買ってくるんだけどお母さんはそれに対して怒ってたんだ、と。患者の立場からいったら、どっちかにくつついて、お父さんは悪い人だとか、お母さんは悪い人だとかっていうふうに思い込

んでいる。そういうお母さん像、お父さん像を持つてるということなんだけど。そこでお父さんいつも何を買ってたのか…カップ巻きでした。お母さん何が好きだったのか…トロでカップ巻き大嫌い。じゃあお父さんはなぜカップ巻き買ってたんだろねという。そこにこの患者自身が問うたことのない、現実の内容っていうのが展開されるわけですね。それに目を向けるというのは、自分が曖昧に体験していたものをクリアに見るという非常に重要な転機になる可能性があるんです。

ですけども、その原理から言えば、不安があるからそういう体験を排除してるわけです。ということは、それを体験するっていうのは不安を引き起こすんだというわけなんで。サリヴァンはそこで不安勾配を考えなさいと言います(スライド15)。適度な不安のレベルをキープする必要がある。もし患者がまだ受け入れられないような部分を早急に意識化させようとする、それは患者を不安にし過ぎると。だから、その不安が上がり過ぎると察知したら、その瞬間話題を変えなさいと。常にその患者の不安をモニターしながら話すんだと言ってますね。じゃあ優しく接すればいいんですかっていうことなんです。彼は逆もまたあかんって言うんです。不安は低すぎても駄目だと。もし低すぎると患者は何も学習しないと。それは非常に気の抜けたセッションということになりますね。そのセッションを意味あるセッションにするために、セラピストは患者の不安を適度なレベルに維持しようとする。それは低すぎても駄目だし、高すぎても駄目。

最近なんとなく思ったんですが、サリヴァン派の対人関係学派の一つの特徴として、患者とのコミュニケーションの中なるべく透明なコミュニケーション…曖昧に包み隠して、なんていうか欺くよう

なコミュニケーションはせずに、なるべくストレートに患者と話し合えることを目指すというような姿勢があります(スライド16)。これは理論的にあんまり教えられた感じじゃないんですけども、向こうでトレーニングを受ける中で、繰り返しその文化というか伝統みたいなものを教わった感じがします。

そのルーツはどこにあるのかなって思ったんですが、サリヴァンは統合失調症の患者さんとコミュニケーションする時に、統合失調症の患者さんが曖昧化されるような状況で非常に不安を感じるということに気づいていたように思います。当時向精神薬がない時代に、彼は看護師をトレーニングして、患者が不安を感じないで生活を送れるような病棟を実現した。そこに精神病の患者さんが入ってきて、どんどん良くなっていったという伝説を作った人なんですけどね。そこで彼が目指したのが、神秘化しない、曖昧化しない、オープンな、なるべく透明なコミュニケーションです。不安を喚起しないようなコミュニケーション。それを目指すべきだと。そして、consensual validation、合意による確認。体験を言葉にして共有すると。字面だけではなくて、滲えられている感覚、感情を共有できることを目指すということ言ってるわけなんです。この感覚がずっと治療者の姿勢の中にあるように思います。だから、対人関係論の分析家は患者となるべく曖昧なコミュニケーションしないと。そこはフロイト派の、中立性、匿名性、ブランク・スクリーンモデルですかね。寝椅子の後ろに座って、自由連想させて、後ろからこう解釈するっていうやり方ではない。もっとオープンなコミュニケーションっていう方向に向かわせる一つの原動力かなって思います。

これから言うと、私はカウンセリング教育の中で、ふんふん、はあはあと言って相手の言うことを繰り返すという、そういう応答訓練をやったんですけども、あれは患者を不安にする方法を教えてるようなものじゃないかと強く思います。皆さんどうですかね。自分がそういう扱いを受けたら、一体これは何なんだというふうに思うんじゃないかと思うんです(笑)。

共同作業という collaborative work ですが、さっき言いましたように、心理療法に通ってくるというのは決して患者にとって楽しいことでもない(スライド17)。ちょっと言い方が難しいですね。ほんとに治療の楽しさっていうことが感じたら、来るのは楽しいと思いますよ。私は分析受けて楽しかったですね。自分のことをこうやってなんでも話して、一緒に考えて貰えるっていう、そんな時間を持てるってすごい貴重なんです。ただ、セラピストの方が一生懸命そういうふうにしても、患者がそれに協力しようとしてくれなければ、それは実現しない。治療がいい方向に進むためには双方が協力して共同作業をする。Collaborative work ができるというようなことにならないといけない。その中で問題に対してともに協力して取り組むっていう姿勢、working with という英語があるんですが、何かに取り組みむという感覚です。これが日本のカウンセリングだと非常に焦点がぼけるんです。ロジャースはほんとにそんなこと言ってないんだけど、日本ではなぜかクライアント中心にしたらクライアントが言うがままにただもう、ただ付き添いなさいっていう。だけど、セラピストは何が大事な問題なのかっていうことちゃんと掴んでないといけないし、その問題について話し合おうっていう姿勢をクライアントと共有していかなきゃいけないんだけど、クライアントが別の話に行ってしまうまじったきりで、戻そうとしない。それでは治療はできません

ん。大事な話に双方が生き生きと取り組む。Lively engagement という姿勢も非常に尊重されます。

対人関係学派なので、やはり対人関係に関心を払います。その対人関係は現在の対人関係はもちろんですが、過去の対人関係もそうですし、そして治療関係もそうです。この3つの対人関係が交錯する点で見えてくるのは患者さんの関係のパターンになってきます。二者性の認識ということですが、治療状況はフロイトが言ったようにセラピストは無色のスクリーンになるんだという考えではなくて、患者との対人の場である、interpersonal field を形成する。これはサリヴァンの有名な用語ですが、参与観察（スライド19）。これが実は重要な用語なんですね。参与観察っていうのはそこに参与するということなんですが、これはフロイトの後ろに控えるという姿勢と逆。どれだけ後ろに控えようと、そこで患者との関係の中にセラピストは巻き込まれるんだと。そこに参画するんだ。そういう認識があります。

そこで転移は、治療者の影響と患者の持ち込み分の合成物だという考え方です。患者さんが思いを寄せてくると、分析にかぶれた人は簡単にそれを転移として解釈するんですね。だけど、実は転移っていうのは純粹に起こるんじゃなくて、治療者のいろんな意識・無意識、いろんなものがそこに持ち込まれて、患者と相互作用して合成的に起こる。これの例としては、トンプソンの逸話があるんですが、ある患者さんが来て、トンプソンに語ったそうです。以前の分析家が「心に思い浮かぶことを何でもいいから言ってください」というから、患者は「あの一、先生はちょっと豚に似てますね」と言ったというわけです。そしたらその分析家は「それはあなたのお父さんに対する感情を私に転移してるんです」と解釈されたんですって。トンプソンがそれに付け加え

るわけですが、実はトンプソンはその分析家を知っていて、その分析家は豚に似てるんだと。わかりますか。つまり、患者がそこで発するセラピストのイメージは無色のスクリーンに投影されてるわけではない。分析家のある特徴をそこで捉えている。それにまた患者のいろんなものが合成されてる。そこで、我々は患者の一方的な投影であるというふうに解釈しないほうがいいよっていう。これはなかなか重要なんです。だいたいそこでその患者の転移だというふうに処理したくなるのは、分析家の側が認めたくない部分が反映されてるからです。分析家の側にも無意識にいろんな反応があって、患者に対していろんな思いがあって、それを患者は掴んでる場合があります。そして話の内容に実はそれが含まれてる時に、分析家は分析家自身の不安を喚起するものを排除したいから、その部分は転移なんですねというふうに解釈したくなる。それは治療関係をうまくいかになくする。

Enactment という用語があります（スライド20）。最近、精神分析の世界では流行ってる概念です。行動や態度や姿勢、行為の中に患者さんの転移的な動きが表れてくるということです。そういった行動の中に、その患者が語っているテーマは演じ出されてくる。だから私たちは何を喋ってるかということだけではなくて、患者がどういう動きをしてるかということにも注意を払う必要があると。

この enactment の分かりやすい例には、私自身が患者さんと体験した例がある。ある女性の患者さんと、週3回の精神分析をしていた。彼女は3人関係になるのが非常に苦手。彼氏と自分がいる時はいいんだけど、そこに友達が一人いたりすると、その友達と彼氏が仲良くて自分が排除されてしまう、自分だけ仲間はずれだという感じになって、あとに

なって「なんで私を排除したのよ」って彼を責める。それで関係がいつも悪化するというパターンがありました。ある日私がセッションのために研究所の方に歩いていたら、時間がちょうどセッションの時間に迫ってたんで、その女性の患者さんも向こうから歩いてきたんですね。たまたまそのとき、私の横に途中で出会った研究所の分析家があった。二人で話しながら歩いていた。そうしたらそこに彼女が向こうから歩いてきて、彼女が先に研究所に着いたんで、中に入るのかなと思ったらきょろきょろとしながら研究所に入らずに、通り過ぎていこうとするんですね。私は「えっ!? セッションの時間じゃないの?」と言ったら、彼女が「あー、あー」とか言って「まあそうです」とかっていう感じで入っていったんですね。これは何が起こったかわかりますか。これはある種の enactment。一つの行動としてここにある出来事が起こったわけです。結局中に入ってセッションがはじまって、<さっきなんだったの?>という話をしてそれについて話し合いました。彼女は私ともう一人の分析家がこっちに向かって歩いてくるのを、見た瞬間、頭の中が真っ白になって、「あたしは時間を間違えたんだ」と思ったそうです。時間間違えてないんですよ。だけど、私が別の人と一緒にいるっていうその状況を見た瞬間、彼女は自分はお邪魔虫で、自分が時間を間違えてきたんだっていうふうに考えて、それで研究所の中に入るのをためらって、そのまま行き過ぎそうとした。これは彼氏を含めての三人関係の中で、自分のはけもので排除されると自動的に体験してしまう、その在り方がまさに私たちの間で起こった瞬間ですね。それについて話し合えたっていうのはすごいリアリティーがあるわけです。もうほんとにそういう感じなんだということをご二人で共有するっていうことができま

した。これが enactment の非常に分かりやすい例だと思う。普通に患者さんというのはいろんな形で行動を起こしているんで、カウンセリングしていたら、どういう時間帯に電話かけてくるとか、どういふときにセッションが休みになるとか、お金の払い方がどうかとか。そういう中で反映されてくるクライアントの在り方に関心を払うのは対人関係学派ではずいぶん昔から共有されてきているんです。

院生：先生が先ほど透明なストレートなコミュニケーションをしようとおっしゃられていたんですけども、具体的にこういうことを気をつけているという、体験として語れるようなことがあったら聞きたいなと思いました。

川畑先生：セッションの中で取り上げにくいものって結構あって、セラピストとしてはあいまいにしたくなることがあったりする。みなさんが例えば、自分が院生でまだ資格がないんだけど、カウンセリングやっている時。事実だとしてそれを患者さんに話をしたら、馬鹿にされるんじゃないか、信頼されないんじゃないかと思ってそれがちょっと話しにくかったりするかもしれません。例えば私がニューヨークでアメリカ人の患者さんとセッションをやっていると、英語が下手なので、バラバラって言われたらわからないんです。そのときにくちよっと今言ったこと分かんないんだけど、どういう意味かもう一回言ってくれる?>と言う。これは結構勇気いります。もし「お前こんな英語もわからないでセッションやってんのか」と思われたら。実際私も最初にクリニックから電話をかけた患者さんは、私が下手な英語を喋るのを聞いた瞬間「馬鹿にすんじゃないか」というような感じでガチャンと切られたこともありまし

た。もしあいまいにコミュニケーションを続けようとしたら、聞かれて自分が分かってるかなのようなふりをして、意味が分からないことをなんとなく誤魔化してやろうと思えば、できないことはないですよ。でも、聞き逃した部分はもしかしたらすごく大事なところかもしれない。そこで、<ごめんなさい、今分からなかったんだけど、教えてくれる？>と。<その単語の意味が分からないんでちょっと説明してくれる？>っていうふうにちゃんと聞くというのは勇気があることだけど、オープンだと思いますね。オープンにすることによって私は患者と治療がよく進んだという経験を持っています。もしそれを私が誤魔化し続けたら、なんかそこは偽物の関係、偽物の分析になってくるんじゃないかなと。これはひとつの例ですが、日本でもそういうことたくさんあると思うんだけど。<もしかしたらあなたは私が院生だっということに不安を持ってるんじゃないですか？>と言うのは勇気があるかもしれないけど、やっぱりオープンにコミュニケーションとろうと、そういう姿勢ですね。それがすごく大事だと。

川崎：基本姿勢の透明なコミュニケーションというところで、なるべくオープンに話し合うことを目指していくってことをおっしゃっていたんですけども、一方で違う立場になると自己開示はいけないんだというようなことを聞いたりする。何をどこまでオープンにして話し合うかであったりとか、何を目的にオープンにするのかということとか、その際の注意するところとか、何かそのようなところがあつたら教えていただきたいと思った。

川畑先生：いろいろな考え方があって、自己開示ということに関していうと、ホワイト研究所でも自己

開示に積極的な方もいれば自己開示は基本的にしないっていう人もいて、その立場はほんとに様々なんです。スタイルは結局は自分自身が作っていかないといけない。セラピストが全く自己開示しないということはありえないのではないかと私は考えます。なんらかの個人情報はずいぶん伝わる。匿名ですから名前隠してやりますとか、あるいは覆面レスラーみたいに顔を隠してやりますっていう人はいないわけです。そうすると顔がどんな顔かとか知れてるわけです。でも裸になって面接してもいいと思う人はあまりいないですよ。何を言いたいかっていうと、相手に提供する個人情報の中で、どこまでが自分にとってはカンファタブルに提供できるのか、職業的な関係の中では開示するにははばかれるというレベルはどこなのかということは人によって異なるということです。だから子どもとセラピーをやって「先生どこに住んでんの？」と言われて「ああ、伏見だよ」というふうに言う。自分がそういう情報を子どもとのセラピーの中で返すのは自分にとって何の脅威も感じないし、それは自分の許容範囲だ、というふうなスタイルができていく人にとっては、それはカンファタブルにできるひとつの自分。いやそういう情報もやっぱり出すと自分は気持ち悪いのでそういう時は出さないっていう人もいます。それはもう個人がそれぞれもっているものなんですね。

こう考えてると自己開示って結構難しいと私は思うんです。ていうのは患者さんの話を聞いてこっちがいろんな連想をもって、そしてそれに対して応答したら、その中には自分の体験や自分の考えを全く含まないってことはありえないわけでしょう。するとなんらかの形で自分の考えというのは開示しているわけなんで、自己開示は一切ないというコミュニケーションはおそらくありえないだろうというふう

に思うんです。

では、その中にある原則を立てるとしたらどういう原則なのかというふうに考えたときに、私が一番わかりやすいなと思ったのは、ある分析家が教えてくれたのですが、結局分析の中でセラピストが患者に伝えることのうち、何が良くて何が悪いというルールはないと。基本的に患者の話聞いて自分が考えを思いつき、感じ、そのなかで自分がこれを相手に伝えることはこのセラピーにとって役に立つと、患者にとってそれが役に立つだろうと思うことは伝えるし、役に立たないと思ったら伝えないと。そうすると自己開示をすると言ったときにそのひとつの原則はなにかっていうと、自分がカンファタブルに開示できるかどうか。もう一つはこの情報を相手に伝えることがクライアントのためになるというふうに自分が判断するかどうか。役に立たないと思うんだったら、別にそれ言ってもいいけど、わざわざ言わないっていうことはたくさんあるわけです。

川崎：今の関連で思ったことなんですけど、例えばいろいろ聞かれることがあるとしますよね。年齢だったり結婚してるかとか子どもいるかとか。そういうときに別に答えても構わないんだけど、こっちが今のこの関係の中で、なぜこの質問ができたのかとか、どう思ったのかとかなんかそういうことをこうするのが大事なときと、答えたほうがいいときがあるかなと。役に立つと思ってるけど実は役に立つところは別のところだったりとか、すごく難しいなと今聞いてて思った。

川畑先生：確かにそれは考えていくと難しいんですよ。原則的にいうと、なぜそういう質問をするんだろうかという問いは非常に重要なんで、その問いを

投げかけずに答えるということはまずありえないですね。だから「先生結婚してるんですか？」と聞かれてくうん、ああ>というふうに即答ではなくて、やはりそこでなぜ患者さんは今その情報を欲しがってるんだろうと。それについてはオープンなコミュニケーションを志向すれば、くなぜそれに関心を持ちましたか？ どうしてそれを聞きたいと思われましたか？ それまずを教えてくださいませんか？>というふうに言って、患者さんのその意図を聞いても必ずしも本当の答えが返って来るかどうかはわからないんだけど、でも聞けたらその答えに基づいて、それだったら私としてはお伝えしましょうっていうことでもういいんですけど、それでどう思われますか？>というふうにしていく。つまりなぜその情報が必要なのかということ自体にこちらが疑問に思えば当然それも質問するというのもレパトリーの中に入ってくるし、納得した上で伝えると。それが相手の役に立つと確信できて答えるというのが一番理想的だと思います。ただそれはおっしゃった通りに、それがそのつもりで言ったんだけど、実はそれは全然役に立ってない場合もあるし、そのときに言う決心がついたのが自分の中の無意識的な何かの影響していたということもある。たとえば、言わないという選択することで感じる不安を避けようとした可能性というものもちろんあって、そうすると、その不安によってそれが行動化されたという可能性もあるんですね。行動化を恐れていたなら何にもできないでしょう。だから分析で非常に大事にするのは、そこについて吟味することをやめないということですね。そこでやって終わりではなくて、今度はその時に自分はそういうふうに答えたけどあれはよかったんだろうか、どういうつもりでそれを言ったんだろうか、そこのところの自分の中の無意識の何か不安はなか

ったんだらうかということについて吟味する。これはトレーニング中だったりすると自分の個人分析の中でしていく。いろいろ吟味していくことによって、今度はなぜ質問されたときに、自分はそういう不安を感じたんだらうと、これを考えるとそれは自分の個人史に関わってるかもしれないし、その患者さんとの関係のなかにヒントがあるかもしれないし。それを追求していくことが分析の世界。そこまでねちねち考えんでもいいやろうみたいに思う人いるかもしれないですけど(笑)。実際そうそこまでねちねち考えなくてもいいやろうというふうに思いたくなる時もあるんですけど。分析のスピリットはだからそういうことをねちねち考えろってということなんですね。そういうことを考えながらセラピーをやるという。

院生：今M2の者なんですけれども、今日先生のお話を聞かせてもらってすごく参考になる部分あったんですけれども、今日話された内容ってというのは大人の方の言語面接の中で生かされるような感じなのかなと思っていて。院生は子どものプレイセラピーを担当していることが多い。オープンな態度でいることですか、あの協力的姿勢を見せることですか、プレイセラピーのなかで生かしていけるようなこともたくさんあるのかなと思った。川畑先生からプレイセラピーというか子どもさん相手のケースのなかで、ヒントとなるようなことを教えていただけたらなと思いました。

川畑先生：プレイセラピーは言語が中心に進む大人の場合とやっぱり違ういろいろな要素が含まれてくるので、話し出すと結構大変なんですけど。例えば、結構見落とされがちなことなんですけど、プレイセラピー

ってというのは大人の面接よりもセッションの時間とかを決定するのが難しいですよ。ていうのは子どもは風邪ひいたり、インフルエンザにかかったり、遠足があったりいろんな行事ごとがあったりするんで、一定の時間を大人のようにスケジュールとして確保するのが難しい。それから親が連れてこないといけないんで、親の都合にもいろいろよる。だから開業ベースで子どものセラピーをやるうとすると、結構時間調整のための枠をかなり広く持てないとやりくりできないということがあったりします。これは逆に何を意味してるかという、子どもは自分でセラピーを受ける意思決定ができないということですね。いろんな周囲の環境によって左右されているということがあるので。そうするとプレイセラピーを考えるとときには子どもだけを見てるんではだめで、家族全体をみてる必要があるし、家族の中で生きる子どもの姿を考えなくちゃいけないということです。いくらプレイセッションの中でいい体験を持ったとしても子どもは家庭の中で親から受ける影響っていうのは非常に大きいので、その難しい環境の中に戻してしまえば、一週間の間に病的な状態に戻って、あっという間にセラピーの影響っていうのは消えてしまう。だからそういう意味で環境に働きかけるといことを双方向でやってく必要がある。だから親セラピーの役割って非常に大きいというふうに思います。子どもだけを持ったとしても、子どもセラピストはどう親をサポートするか、どう親が変わってもらうか、そういうことを考えてやっていかないといけない。

それから言語的なやり取りに関して確かに子どもの場合は制約がある。大人はどちゃんと言語的に表現できないので、言葉でのやりとりっていうのは非常に難しくなるのは確かに不安ですね。なのでプレ

イセラピー、実はM1とかM2さんがやってるけどこれは本当はおかしいですね。さっきの心理療法のほうが難しいという話になるんですけど、要するにプレイセラピーができるようになるためにはもっと熟練してないといけない。つまり大人とでも言語的にコミュニケーションとるってそれなりに大変。それが子どもにとってわかる言葉で、子どもとコミュニケーションとって、子どもとややこしい話も出来るようなそういう言語的なセンスをもって子どもとコミュニケーションとるようになるっていう習練は、結構大変なことなんで。そこがなんとなく若いうちは子どもと遊んでたらっていうプレイセラピーになってしまうというところがちょっと残念なところですね。だから皆さんもプレイセラピーだから言語的なことはできないんだっていうふうに諦めずに、最大限子どもとのコミュニケーションの中で子どもといろんなことについて語り合えるような、子どもとオープンにコミュニケーションがとれるように自分の言語センスを磨くことをしてほしいなと思います。

それから当然遊びがあるので、遊びを通してのインタラクションの中で子どもが表現してくる意味を察知する、そういう部分が必要ですね。それはある程度象徴的な表現とかそういうものをこう汲み取るということですけども。それに対して自分が象徴的なレベルでどう返すか、それは遊びのインタラクションのなかでどう受け答えするか、そして言語的なレベルでどう返すか、それをこう常に意識しながら考えるということです。だからただ遊んでたら駄目なんだ、ということですかね。そういうことで結構難しいと思います。

対人関係精神分析
interpersonal psychoanalysis

- 欲動論を軸に展開されたフロイトの精神分析に対して、対人関係の重要性を強調する理論に基づいて組織化された精神分析の一派
- サリヴァン、フロム、トンプソン、フロムライヒマンなど
- ニューヨークのthe William Alanson White 研究所を拠点とする

スライド 1

トレーニング
Division 1 Certificate Program in Psychoanalysis

- 入学資格:精神科医MD、心理学者PhD、ソーシャルワーカー(有博士学位)
- 修了要件
個人心理療法 300時間
指導を受けながらの分析; SV200時間
指導を受けながらの心理療法; SV120時間
授業 週3コマ 30週 4年間

スライド 5

The William Alanson White Institute
20 West 74th St. NY NY



スライド 2

トレーニング
Child and Adolescent Psychotherapy Training Program

- 入学資格:精神科医MD、心理学者PhD、ソーシャルワーカー
- 卒業要件
個人心理療法; 週1-2回, 3年間
指導を受けながらの心理療法; SV120 時間
コース 週3コマ 30週 3年間

スライド 6

ライブラリー



スライド 3

精神分析と精神分析的な心理療法
Kernberg(1999)の分類

- 精神分析 psychoanalysis
- 精神分析的な心理療法 psychoanalytic psychotherapy
- 支持的な心理療法 supportive psychotherapy

支持的な心理療法が習得しやすいというわけではない。

スライド 7

授業風景



スライド 4

精神分析と精神分析的な心理療法
川畑(2007,精神分析的な心理療法フォーラム)

名称	特徴	留意点
精神分析 (Levenson語に言え ば) Psychoanalysis	精神分析的「事理」	形式とは無関係?
いわゆる精神分析 "Psychoanalysis"	精神分析的な事柄を扱える ようにしつらえられた心理 療法	◇週4回以上 orthodox (カウチ) ◇週3回以上 White (カウチまたは対面)
いわゆる精神分析的な心理療法 "Psychoanalytic psychotherapy"	(連続性・ナーマの広さ・ 転移を扱うスペースの点 で精神分析よりも劣る)	◇頻度が少ない (対面またはカウチ)
精神分析的な視点を持つ心理療法 Psychotherapy with psychoanalytic perspective	精神分析的な問題理解(体 裁転換)を含む心理療法	◇パラメーターを使う場合 ◇その他、非定型的な 要素がある場合

スライド 8

H. S. Sullivan

精神医学は対人関係論である

- サリヴァンに影響した学問分野
 - 1)マイヤー 精神生物学 能動実行者 主体になる客体
 - 2)クーリー、ミード 自己論 社会心理学
 - 3)マリノウスキ 文化人類学 共同、協調行為
- 私は精神科医として過ごした長い年月、こう感じてきた。つまり、個々のヒトという生物を研究するのではなく、文化遺産を研究するのでもなく、「個々人がそれを通して精神の健康なり障害なりを具体化するところの対人の場」を研究する…専門学科が今すぐにも必要だ…。(中井久夫訳、p.23)

スライド9

心理療法の目標

The diagram shows a central circle labeled 'self-personification' containing 'good-me' and 'bad-me'. To its left is a circle labeled 'self-system' containing 'self-personification'. An arrow points from 'self-system' to 'self-personification'. Surrounding these are several smaller circles labeled 'not-me'. Below the diagram are the following points:

- 体験(対人場における)
- 体験の吟味
- 自己覚知(self-awareness)の拡大
- 解離

スライド13

対人関係精神分析の成立

The diagram shows a horizontal timeline with portraits of Freud, Jung, and Sullivan. Arrows indicate the flow of influence and the development of concepts like '教育分析' (educational analysis) and '対人関係論' (interpersonal relationship theory).

スライド10

技法 詳細な質問 detailed inquiry

- 患者の体験の森に分け入るように聞く。
- 語りの中で欠けていることに関心を向ける。
- 治療者の関心を、患者が関心を持つための原動力に使う。

スライド14

サリヴァンの自己論

The diagram shows a circle labeled 'self-system' containing 'self-personification'. To its right is a larger circle labeled 'self-personification' containing 'good-me' and 'bad-me'. Several smaller circles labeled 'not-me' are scattered around. An arrow points from 'self-system' to 'self-personification'. The word '解離' (dissociation) is written above the 'self-personification' circle.

スライド11

技法 不安勾配 gradient of anxiety

- 適度な不安のレベルをキープする。
- 不安は高すぎても、低すぎても治療は進まない。

The graph plots '学習' (learning) on the y-axis and '不安' (anxiety) on the x-axis. A bell-shaped curve represents the 'gradient of anxiety', showing that both high and low levels of anxiety are ineffective for learning.

スライド15

サリヴァンの自己論(用語)

- セルフ・システム
不安を避けるために意識を制御する人格部分
- パーソニフィケーション
対人経験に基づいて作られる人物についてのイメージ
- セルフ・パーソニフィケーション
自己について作られたパーソニフィケーション

スライド12

基本姿勢 透明なコミュニケーション transparency

- 何が問題で、何を指して治療をするのか、なぜこのような質問をするのか、なるべくオープンに話しあうことを目指す。
- 神秘化(mystification)しない。
- 合意による確認(consensual validation)
体験を言葉にして共有すること。
字面だけではない。
混えられている感覚、感情を共有。

スライド16

基本姿勢
共同作業 collaborative work

- 患者の協力がなくて、治療はできない。
- 問題に対して共に協力して取り組む (working with)。
- 対話関係の中に双方が生き生きと従事する (lively engagement)

スライド17

理解の枠組み
対人関係への注目

- 過去の対人関係、現在の対人関係、治療関係に関心を払う
- 三つの対人関係の交錯点で見えてくる患者の関係のパターンを理解する。

スライド18

二者性の認識
参与観察 participant observation

- 治療者は無色のスクリーンではなく、患者と対人の場 (interpersonal field) を形成する。
- 一者心理学ではなく二者心理学。
- 転移は、治療者の影響と、患者の持ち込み分との合成物である。
- 逆転移感情を無視しない。

スライド19

二者性の認識
エナクトメントへの注目 enactment

- 語る内容だけでなく患者の行動に注目する。
- 語られていることが、演じだされている。(Levenson)
- What is going on around here?

スライド20