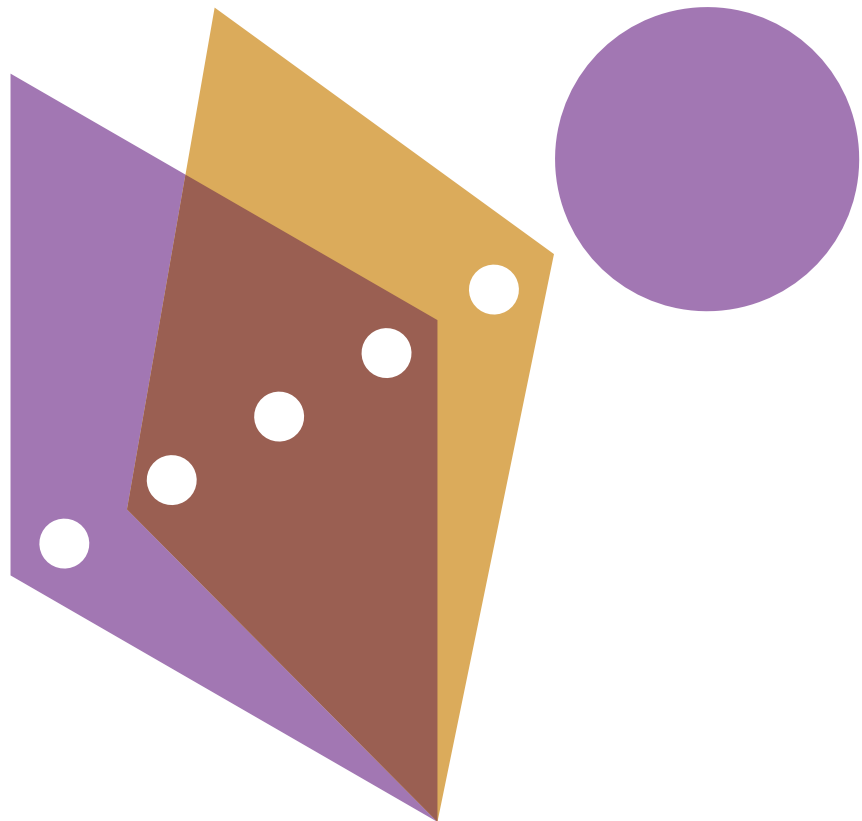


No.7

日常の援助場面における 精神分析的アプローチ

地域精神保健の現場で働く援助者のための入門書

オーストラリア ヴィクトリア州
精神分析的療法家協会



ブックレット刊行にあたって

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に3万人を超え、以後その水準で推移しており、自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態となっております。さらに、自殺未遂者や遺された家族や知人等、自殺の問題で深刻な影響を受ける方々を含めると、自殺の問題はわが国の直面する大きな課題となっております。

国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターは、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために平成18年10月1日に開設されました。当センターにおきましては、情報の収集・発信等を通して、その役割を果たしてまいりますが、その一環として、自殺対策の推進に特に重要と思われることをブックレットとして刊行することにいたしました。

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成19年2月

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

ブックレット No.7 発刊の経緯

自殺予防総合対策センターブックレット No.7 の発刊に際してその経緯を述べておきたい。日本と豪州は日豪保健福祉協力として両国の共有する保健衛生上の課題についての共同研究を行っていたが、その第2フェーズのテーマがメンタルヘルスとなり、国立精神・神経センター精神保健研究所所長を代表者とする共同研究チームが編成された。私は日本側研究チームの一員として日豪保健福祉協力に参画し、日豪の精神保健医療システムの比較研究のために、数年にわたってヴィクトリア州に訪問調査を行った。このときお世話になったメルボルン大学ヘレン・ハーマン教授に、精神疾患当事者の芸術活動とその作品に関心をもっていることを伝えたところ、ヴィクトリア州にあるカニングムダックスコレクションの訪問を勧められた。その後平成19年11-12月にメルボルンで開催された世界精神医学会のシンポジウム Therapy Counts and Art Matters においてカニングムダックスコレクション館長オイゲン・コウ博士と共にシンポジストを務め、カニングムダックスコレクションを訪問する機会を得た。それがご縁となって平成20年厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の芸術作品の発掘・調査と普及啓発への活用に関する研究事業」の一環として行われた豪州との交流にもとづく全国精神障害者作品展「心の世界－作品を多角的にとらえる」の関連行事としてコウ博士を日本に招き、メンタルヘルスプロモーションにおけるアートの重要性について講演してもらうこととなったが、コウ博士から境界性パーソナリティ障害と慢性自殺傾向のことが日本でも課題になっているなら、日本の臨床家・地域精神保健従事者と話をする機会を持ちたいとの話があった。たいへんよい機会なので京都市こころの健康増進センターの山下俊幸所長等の協力を得て、展覧会を開催している京都市においてオイゲン・コウ博士の講演会を開催した。講演内容はきわめて示唆に富み、とかく厄介者扱いされがちな境界性パーソナリティ障害の理解と支援に目を開かされる思いがした。コウ博士の滞在期間は短かったが、その間に、豪州の精神保健改革の中で軽視されてきた大きな問題が援助場面における精神力動であることを理解することができた。そして平成21

年 10 月に豪州を訪問した時、コウ博士から今回翻訳の冊子を貰うけた。この冊子はコウ博士の日本でのパーソナリティ障害と慢性自殺傾向についての講演を思い起こさせるもので、自殺予防総合対策センター内で検討した結果、ぜひ日本語訳を発行しようということになった。その後コウ博士を通じてヴィクトリア州精神分析的療法家協会から日本語訳発行の了解を得て、勝又陽太郎氏等努力によって日本語訳が完成し、ブックレット No.7 としての発刊に至った。わが国の精神医療・保健・福祉制度は、欧米諸国から 50 年から 60 年遅れており一気に進める必要があると述べる人もあるが、それは決して欧米諸国と同じ間違いを経験することを意味するものではない。このブックレットが日本らしい改革の実現に寄与すること、そして何より地域の自殺予防活動の発展に寄与することを切に願う。

平成 22 年 11 月

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター長
竹島 正

日本語版への序文

この「日常の援助場面における精神分析的アプローチ」は、西欧諸国におけるメンタルヘルス問題への対処が精神医学的診断や疾患理解にあまりに偏ってしまい、その結果、対象者を自傷・自殺・暴力といった問題行動に駆り立てる複雑な精神力動の存在を、治療者が失念してしまうような時代に執筆されたものである。

患者が治療を拒む理由や、治療を積極的に妨害する者が存在する理由を理解できないとすれば、私たち援助者は挫折感と敗北感の中に取り残されてしまうことだろう。その場合、私たち援助者は、自分の患者をコントロールするために、より強制的な治療手段に頼ることになるかもしれないし、彼らを鎮静させるために治療薬をどんどん増やすことにもなるかもしれない。あるいは、患者の希望に反して、それもますます長い期間、彼らを病院に閉じ込めておくことにもなるだろう。そして私たち援助者は、共感やケアをする能力を失い、幻滅し、疲弊していくことになるだろう。

本書は、豪州の精神科病院に長く勤務した臨床家グループにより著されたもので、臨床家が、メンタルヘルスケアにおける一般的な臨床場面において発生しうる「隠された」または無意識のプロセスを理解する際に手助けとなるアプローチを紹介することを目的としている。

私は日本におけるメンタルヘルスは、豪州のような西欧諸国と似た方向に発展していると理解しているが、もしそうであるならば、日本のメンタルヘルスケアシステムが、私たちと同じ轍を踏まないことを願う。

私は、本書が、日本のメンタルヘルス従事者にとって、一見当惑的で手に余る行動に見える複雑な精神力動を理解する手助けになることを願っている。こうした複雑な精神力動が潜んでいることを理解することによってのみ、私たち援助者は困難な状況に効果的に対処できるのである。

オイゲン・コウ

日常の援助場面における 精神分析的アプローチ

地域精神保健の現場で働く援助者のための入門書

読者に向けて

このブックレットに掲載した臨床事例は実際のクライアントの状況をもとにしているが、プライバシー保護のため、名前や個人を特定できる情報に変更を加え、複数のクライアントの情報を合成する形で作成されている。

地域精神保健のシステムの中で援助を受けている人々は、それぞれの援助場面に応じて別々の呼ばれ方をする。多くの場合、外来による援助では「クライアント」、入院中の援助では「患者」と呼ばれる。このブックレットの中で、われわれは、主として入院による援助場面に言及する二つの小論、および入院中の二つの臨床事例に関しては「患者」という言葉を使用する。他の箇所では、「クライアント」という言葉の使用を選択しているが、われわれの議論はその呼び方に関わらず、「患者」・「クライアント」の双方に同じように関連しているものであるということを理解していただきたい。

「精神分析的 (psychoanalytic)」と「精神力動的 (psychodynamic)」という用語の違いがどういったものなののかについては、専門領域でも意見の相違があり、これらの用語は異なる原理の教育を受けた実践家によって、それぞれ別々の方法で使用されている。しかし、このブックレットでは、「クライアントとの関係の中で明らかにされる、無意識のプロセスへの着目」を指す用語として、ほとんど同じ意味で用いることとする。

目次

緒言	xi
謝辞	xii
序章：地域精神保健の現場における精神分析的アプローチの有効性 オイゲン・コウ	1
第1章：精神分析の原理と技法	
精神分析の基礎となる諸原理 ダナ・モード	3
治療同盟：クライアントとともに取り組むこと キャサリン・タットン	8
第2章：臨床場面への精神分析的原理の応用	
自傷行為や慢性的な自殺傾向をもつ患者の理解 ジョセフィン・ビートソン	11
他害行為のおそれのあるクライアントとの治療的作業：自分自身の探偵となれ！ パメラ・ネイサン	17
重度の心理的障害を有する患者の治療における援助チーム内葛藤の理解 オイゲン・コウ	23
スタッフの燃え尽きと境界侵害を防ぐ オイゲン・コウ	26
第3章：困難な作業に対する援助	
集団や組織における関係性の理解 ダナ・モード	31
精神分析的スーパーヴィジョンの役割 ダナ・モード, パメラ・ネイサン	35
ヴィクトリア州精神分析的療法家協会 (The Victorian Association of Psychoanalytic Psychotherapists : VAPP) アン・カンター, アントワネット・ライアン	40
参考文献	41
著者一覧	42
訳者一覧	

緒 言

地域精神保健サービスは、重篤な精神疾患を有する人や、しばしば日常生活に支障をきたすほどの精神障害を有する人に対して治療や援助を提供するものである。そこでは、理解することが難しく、援助スタッフや家族、または地域から様々な反応を引き出すような行動と関連した、複雑な問題が存在していることも多い。精神保健の専門家として、われわれは、多様な視点から、人々のニーズや表現について考える能力を持つことが重要である。仮に、ある援助者が主として用いる治療的介入方法が生物学的なものであろうと、心理学的なものであろうと、あるいは社会福祉的なものであろうと、それ自体は大した問題ではない。全ての援助者が、人を理解する必要があるのだ。

このブックレットは、精神分析的視点から、精神疾患や精神障害を有する人の理解を援助者に深めてもらうことを目的として、ヴィクトリア州政府厚生局精神保健部門の助成を受けたヴィクトリア州精神分析的療法家協会によって作成された。本書は、厚生局の出版物であるヴィクトリア州地域精神保健システムの入門書（2006）の中で示されている内容を補完するものである。複雑なニーズを抱えた人との治療的作業の中で生じる問題をより良く理解する上で、本書の内容が援助者の考えを刺激するとともに、役立つものとなることを期待している。問題理解の改善を図ることによって、クライアントに良い結果がもたらされると同時に、援助者の仕事に対するより大きな満足感にもつながる。

ルース・ヴァイン博士
(ヴィクトリア州政府厚生局精神保健部門 部長)

謝 辞

このブックレットは、ヴィクトリア州精神分析的な精神療法家協会の広報委員によって執筆・監修が行われた。アン・カンター、オイゲン・コウ、ダナ・モード、パメラ・ネイサン、キャサリン・タットンの5人が、このよく統率され、かつ専門性がいかに発揮されたプロジェクトの責任者である。

われわれはまず、これまで出会ったすべてのクライアントに感謝する。彼らの存在があったからこそ、われわれは本書を執筆しようと思えたのである。われわれは、クライアントや地域精神保健システムの中で共に働く仲間との治療的作業の中で、多くのことを学んできた。この経験や見識が、他の精神保健の専門家にとって意義あるものとなるよう祈念するとともに、われわれが援助を提供する多くの人々の助けとなることを心から願っている。

また、ヴィクトリア州政府厚生局精神保健部門から助成をいただいたことについても、深く感謝する。特に、同部門の統括部長であるルース・ヴァイン氏には、本書の緒言をご執筆いただいただけでなく、プロジェクト全体に対しても多大なるご支援をいただいた。

ジョセフィン・ビートソン氏には小論を寄稿していただき、アントワネット・ライアン氏には、VAPPの執筆原稿に共著者として加わっていただいた。お二方には、この場を借りて感謝する。また、本書の一部は共同で執筆したものであり、他の多くのVAPPメンバーから助言をいただいたことにも感謝する。ブリジット・フィッツジェラルド氏からは、原稿全体を通して有益なコメントをいただいた。デニス・オルーリン氏、エリザベス・ハンスクーム氏、ジル・プライズ氏の三人には、個々の小論について深い洞察に裏付けられたコメントをいただいた。さらに、ディアンナ・克蘭シー氏からも貴重なコメントをいただいたことに感謝する。

精神分析の領域で、考えたり、仕事をしたり、あるいは訓練をしたりするために、刺激的な臨床的討論の場を提供してくれるVAPPおよびVAPPのメンバーにも感謝する。広報委員会としても、このような出版物を作成する機会を与えていただいたことに感謝する。

本書のデザインにおいて機敏な仕事をしてくれたスティーブン・バンナム氏に対して特に感謝する。彼の熱意に感化され、どのようにして本協会のあり様を視覚的に表現したらよいかについて再考することができた。

最後に、本書の素晴らしい編集を担当してくれたリンダ・ミシェル氏に感謝する。限りある時間と資源の中で、絶えずわれわれの仕事や締め切りの管理を行い、書き上がった原稿を徹底的にチェックし、この気の遠くなるようなプロジェクトをやり遂げてくれた。彼女のおかげで、このプロジェクトが非常に実りあるものとなった。

序 章

地域精神保健の現場における精神分析的アプローチの有効性

オイゲン・コウ

精神科看護師、作業療法士、心理士、ソーシャルワーカー、精神科医といったどんな職種であれ、われわれは、地域精神保健の現場で働く援助者として精神疾患を有する人びとの援助に携わるなかで、複雑かつ困難な様々な問題に出くわす。暴力や慢性的な自殺傾向のような困難な問題によって、しばしば治療チーム全体の機能に深刻な影響がもたらされることもあるし、スタッフが燃え尽きて（バーンアウトして）しまうことも稀なことではない。

精神疾患を有する人びとの援助や治療に携わるスタッフは、こうした患者（クライアント）の一見不可解な行動に対応しようとする際に、自らの心の中に引き起こされる強烈な感情をしばしば口にすることがある。多くの場合、こうした患者の不可解な行動は従来の精神医学的診断では適切に説明できないものであって、そのような理解の及びにくい問題に対処することは、（仮にそれが不可能ではないにしても）対処する人を疲弊させるものである。

われわれは、幅広い分野の専門家が混在する地域精神保健サービスの現場において長年勤務してきたヴィクトリア州精神分析的精神療法家協会のメンバーとして、本書を執筆した。精神分析の考え方は、「説明のできない」・「不可解な」行動、または困難な問題行動を理解することに積極的に寄与するとともに、過酷な環境下におけるわれわれの日々の仕事に役立つような方法論を提供してきた。精神分析理論の詳細な学習に取り組むことができなくとも、提供された知識から何か役立つことを見出そうとする援助者が、こうした精神分析の考え方を使いこなせるようになり、馴染み深くなってほしいという思いから本書が出版された。本書は、地域精神保健の現場で働く初心者から、自らの精神分析的な思考や目下の業務への応用を再確認することを望む経験豊富な者まで、あらゆる技能レベルの援助者を対象としている。

精神保健的援助に関する本書のアプローチを支えているのは、二つの一般的な精神分析の考え方である。一つは、「相互に作用し合い、われわれの言動を規定するような隠れた考えや、衝動、感情というものが存在しており、予測不可能で戸惑いを生じさせる行動のように見えるものの根底には、こうした力動が流れている」という考え方である。個々人は、自分自身ではそのような力動の働きに気づかないことがあるため、こうした考えや感情は無意識的なものとみなされる。

本書の第一章では、精神分析の考え方や、援助者と被援助者との治療関係の土台となる原理について概説する。精神分析の概念は、時として地域精神保健の現場で出会うクライアント集団に対して適用できない、あるいは適切ではないと片づけられてしまうことがある。仮に、「精神分析的な精神療法」そのものが直接的な介入の手段として用いられることがないとしても、精神分析の概念はほとんど全ての状況における臨床的援助に適用できることを示したい。実際、いくつかの非常に困難な問題に対する適切な対応は、無意識の力動を適切に理解し、それに基づいてクライアントの援助に取り組むことを通じてのみ可能になる。

第二章では、われわれが直面する様々な課題（危険行動、自殺や自らを傷つける行動、複雑なチーム内力動、精神保健の現場で働くことの心理的影響）への対処に、精神分析の考え方を応用するための、詳細かつ実践的な方法論を提示する。

個々人の示す問題の精神力動的な理解というのは、従来の精神医学的診断や治療、危機管理に新たな側面を「追加」するものであり、取って代わるものではないことを強調しておきたい。

二つ目の一般的な精神分析の考え方は、隠れた思考や感情の力動について考え、探求し、その覆いを取って明らかにするためには、十分な心的空間を必要とするというものである。つまり、無意識の複雑な過程を理解する作業に取り組むためには、援助者に時間やこころの余裕が必要なのである。

特に危機対応や急性期対応の精神保健現場などの極めて多忙な状況の中では、「いわゆるカウンセリングルームといった贅沢な空間を見つけることなど到底無理である」といった主張を理由に、精神分析の考え方もまた、地域精神保健の現場においては意味がないものとして片づけられてしまうことがある。

しかし、われわれが考えることなく反応しがちな、こうした重圧のかかる状況においてこそ、直面している課題を理解し、適切な対応を考えるための心的空間の確保は、今まで以上に必要とされるのである。たとえばほんの一瞬であっても、こうした困難な状況から一歩下がって試みることができる、葛藤や混乱、情緒的興奮、さらには暴力といった悪循環に巻き込まれる可能性は低くなる。こうした悪循環の動因は、たいていの場合、関係する全ての人の無意識の中に隠れた思考や感情なのである。治療チームのミーティングやケースカンファレンスを通じて、これらの力動について慎重かつ思慮深く検討することで、しばしば葛藤や暴力が少なくなり、クライアントについての新たな理解や介入方法が見えてくることもある。

隠れた無意識のプロセスはしばしば複雑に入り組んでいる。そこで、治療にあたる援助者や治療チームにとって、精神分析のトレーニングを受けた専門家のコンサルテーションによる援助を受けることが役立つかもしれない。特定の個人に対する援助を行っている時としてある援助者の中にある不安定な思考や感情が著しく喚起される場合がある。この場合、その援助者は一定期間にわたって保証された個人スーパーヴィジョンを通じて、起こっている事柄を理解するような手助けをしてもらえるだろう。本書の第三章では、継続的援助あるいは危機対応時の（一時的な）援助の文脈におけるスーパーヴィジョンとコンサルテーションが、個人、治療チーム、あるいは組織のいずれに対しても有効であることを明確に示す。

特に、特殊な行動、特定の対人関係や組織の力動を扱う人は、本書の各章を個別に読んでいただいでかまわない。精神分析のアプローチが地域精神保健の援助システムにおけるアセスメントや介入にどう役立つのかについて、各小論を読み進める中で徐々に全体像が広がっていくことだろう。本書において、われわれは精神分析の膨大な知識体系の一部の視点を提示しているにすぎないが、読者がこうした知識体系のさらなる可能性に光を当て、より一層の探求が促進されることを願っている。

精神分析のアプローチは、顕在化した問題に至るまでに推定される、潜在的な無意識のプロセスの意味を、注意深く系統立てて慎重に検討し、それによってわれわれが解決を求められている問題のより良い理解を得ることを可能にする。もちろん、援助者がこうした日々の仕事の中にある隠れたプロセスの強い影響力に無自覚のまま、真っ暗闇の中で働くという選択もあり得るだろう。その仕事の仕方自体はせいぜい心身の疲弊を伴うくらいで済むかもしれない。しかし、それを続けた結果、援助者自身の心身の不調をきたす危険性を高め、燃え尽きを伴ったもっと酷い状態に陥らせることになるかもしれない。

第1章：精神分析の原理と技法

精神分析の基礎となる諸原理

ダナ・モード

今日、精神分析の領域には、精神保健についての多様なアプローチがあり、単一かつ明確な精神分析的視点というものはない。理論的発想と、個人や集団の詳細な観察との絶え間ない相互作用を経て、今や人間の諸機能に関する広範な知識体系と、それらを臨床的に活用する数々の方法論が存在している。基礎となる一連の諸原理を理解することによって、こうした精神保健についての精神分析的アプローチの多様性が浮き彫りになる。

精神分析的思考の土台となるのは、われわれのここには無意識という「体験」や「プロセス」の世界があるという考え方である。無意識は最近ではかなり日常的に使用される概念となった（「それってフロイト的な言い間違い？」という質問を聞いたり、夢を気軽に解釈しようとしたりすることを見るのがいかに多いことか）。われわれのこころの中に含まれるものの多くは、自ら自覚している意識の外側にある。それは、われわれ人間が一度に意識化できることには構造的な限界があるとともに、われわれは特定の事柄が意識上に現れるのを「許可（承認）」したり、その他の事柄が意識上に現れるのを検閲しているからである。われわれは自らの自己感覚を守り、危険な思考や感情——これらには意識化されている面とそうでない面があるわけであるが——を希薄化させるために、様々な防衛を用いてこころの中を検閲する。われわれは自らの情動を調整し、こころにのしかかる潜在的な過剰負荷から身を守るために、防衛を用いるのである。

それゆえ、無意識的な要因は、正常な行動と異常行動の双方を管理するうえで、中心かつ決定的な役割を果たすものと考えられる。それは、われわれがクライアント（およびわれわれ自身）に見る情緒的苦痛や精神的「機能不全」の源泉というものが、初期の段階において合理的思考では接近できない内的力動——思考、感情、体験の間の複雑な相互関係——の中にあるかもしれないことを意味している。

われわれが、検閲や防衛を試みようとする最たる感情体験は、不安である。精神分析理論では、たとえば人が怖いと報告する現実場面などの外的脅威に着目するのではなく、むしろ不安の「内的」体験や知覚された脅威の内的源泉を重要視する。重要な点は、人がどのように外的事象を知覚しその意味を理解するか、すなわち、人が外的事象をどのように解釈し、その結果としてこころの中で何が起きるのか、そしてその解釈が他の不安とどのように関連しているのか、ということにある。

内的不安については、主に二つの伝統的考え方がある。古典的またはフロイト派のアプローチは、自己の一部として取り入れられないような方法で思考したり、感じたり、あるいは行動したりすることによって、自らが葛藤状況に置かれ、内的混乱状態が作り出されることで、不安が生じるとみなす。他方、メラニー・クラインとその弟子たちのアプローチは、赤ん坊の頃に——この時期の人間は全面的に周囲の大人に依存していて脆弱な存在であるわけであるが——われわれがみな最初に体験する非常に強烈な不安に着目する。これらの不安には、迫害不安や壊滅不安、断片化される（ばらばらにされる）不安、われわれが存在する上で不可欠な人物または生存上必要な自分自身の一部を失ってしまうのではないかと不安が含まれる。これらの根本的で「原始的」な不安は、クライン派において「精神病的不安」としてしばしば言及される。それは精神病的状況においてはたらく支配的な不安であるが、特定の状況下においてわれわれ人間すべてに喚起されうるものである。

われわれがこうした不安のように好ましくない、あるいは厄介な体験というものを（こころの中で）調整するのに用いている主たる手段が防衛機制である。防衛機制はこれまで様々な形で概念化や分類がなされてきており、こうした概念の多くは以下の言い回しのように、日常語のなかに多様に入り混

じって用いられている。すなわち、「あなたは否認している」、「あなたは彼女に同一化し過ぎている」、「私には都合のいい合理化に聞こえる」、「彼の名前を抑圧してしまったようだ」などである。防衛は（より原始的で精神病的な不安に対処するために用いられる）基本的で「原始的」なものから、より高機能で成熟したものまで多岐にわたる。成熟した防衛には昇華や知性化が含まれる。前者は社会的に認められない衝動（欲求）を建設的あるいは社会的に許容される形に変換することであり、後者はある状況の理性的（合理的）側面に着目し、付随する感情から距離を置くというものである（後者は救急隊員が適応的に用いている防衛である）。

われわれ人間は成長・発達を遂げるにつれ、主に用いる防衛も原始的防衛から成熟した防衛へと移行していく。大半の理論家は、防衛機制が、この複雑で困難な世界を生きていく上で必要不可欠な機能であるとみなしている。防衛機制を用いることによって、われわれは脅威となり得る状況に対処することができ、本来行うべきことに対してエネルギーを注ぐことができるのである。特定の防衛によって行き詰まった時や、限られた種類の防衛しか利用できない時以外に問題は生じないため、われわれは他の防衛を使った方がより有効であったり、建設的であったりするかもしれないあらゆる場面においても、いつも同じようなやり方で反応する。しかし、原始的な防衛については、それを過度に用いることによって、現実の状況を知覚して対処することや、健全な対人関係を維持することに大きな混乱をきたすことがある。それによって人間の全体性はばらばらになり、考えていることや感じていることを処理する能力を損なう可能性がある。

われわれが地域精神保健システムの中で出会う大多数の人は、苦痛な内的体験から自らを守る主たる手段として、こうした原始的な防衛に頼るようになってしまっている。精神分析の観点から見ると、これは「成熟した防衛の発達を妨げる」という形で彼らの発達が阻害されたからだと言えるだろう。彼らは投影同一化、否認、理想化とともに、分裂（スプリッティング）や投影といった原始的防衛機制を過剰に用いる傾向がある。深刻な精神保健的問題に悩む人々に共通して見られる他の防衛には、身体化、退行、解離、再演化がある。これら中核的かつ相互に関連し合った用語の簡単な定義を以下に示す。これらの用語は、本書の他の箇所において、臨床的課題や事例に関して考察する中で使用されるし、またそういった考察によってさらに幾重にも重なったこれらの概念の本質が明らかになるだろう。各防衛機制を表す用語や概念は、これから先も議論され続ける対象であるし、われわれの言語体系に含まれる多くの単語と同様に、その定義は発展し続ける。

分裂（スプリッティング） 世界や他者、あるいは自己を、ありのままに良い面も悪い面もあるものとして捉えるのではなく、「良い」と「悪い」または「白」と「黒」に分け、その観点に従って行動すること。最も深刻で極端な形では、分裂によって自己感覚が断片化することがある。無意識の分裂の例として、以下のようなクライアントの言葉が挙げられよう。「あなたは私が今まで出会った中で最高のケースマネージャーだよ。実に信頼できる人だ。前の担当者とは違って、ずっと専門的で熱心だし、自分の仕事を実によく分かっていると思う。それに比べて前の担当者は…（以前の担当者の些細なミスを延々と列挙する）」

投影 こころの状態（思考、感情、行為、意図）の特定の側面を別の人に帰属させること。これは自己の好ましくない側面や、責任を認めたくない側面を外在化するという形をとることがある。たとえば、自分の怒りを認めることができないクライアントが担当ケースマネージャーに対し、「今日のアンは、どうしてそんなに俺のことでイラついているんだい？」と尋ねることがあるかもしれない（本来クライアント自身の怒りであるはずなのに、まるでケースマネージャーの怒りであるかのように責任転嫁をする）。あるいは、人によっては、本来、内的には葛藤状態にある事柄の一方の側面を投影することがあるかもしれない。たとえば、思い切って処方薬を変更するかどうか迷っているあるクライアントは、さらなる症状改善が可能かどうかを確かめたい気持ちと、再び症状が悪化する恐れとの間で板ばさみになっているのだが、彼はジレンマの一方を担当する援助者に投影して、「先生は、本当は俺に薬の変更なんてしてほしくないんじゃないの？先生は、薬を変更するのは良くない考えで、実はそのまま進めるべきと思っているんだろう。まったく…先生が俺を引き

止めたり、信用してくれないことにはうんざりするよ」などと言うかもしれない。

投影同一化 投影の延長線上にある防衛機制で、一方の人 (A) が自己の一部を (またはこころの状態の一部を、あるいは自己への反応の仕方さえも) 全く自分自身のもので認めず、それを別の人 (B) に帰属させる (投影の部分)。そして、その人 (B) は、他者 (A) によって自分に投影された体験をあたかも自分自身の本当の体験であるかのように振る舞うと同時に、投影した側 (A) も、それが (もともとは自分の投影したものであるにも関わらず) 投影された側 (B) の振る舞いであるとみなして関わる (同一化の部分)。これが深刻な形で生じると、人は他者との相互作用の中で「誰が誰であるか」について根本的に困惑してしまう可能性がある。というのも、この防衛を用いる人は、自分と関わる他者が自分とは別個のアイデンティティや経験、あるいは別のこころを持ちつつ自分の周りにいるのだという体験を止めてしまっているからである。投影同一化の体験というのは、結果としてこのプロセスを「受け入れる側」の人にとって、相手が帰属してくるものや相手のとる反応を引き受ける分だけ強力な体験となることがあり、さらなるアイデンティティの混乱をきたす場合がある。

このプロセスに関してよく見られる例では次のようなものがある。すなわち、繰り返される自殺企図をもち、必死に入院許可を求めるクライアントに対し、(慎重に練られた協働的な治療計画に基づいて) 入院許可を与えないという決定をめぐって投影同一化が生じることがある。ある女性クライアントは深刻な情緒的苦痛を経験している。彼女はそれを感じたことで自分を罰したり、卑下したりしており、自分が壊れてしまうのではないかと恐れるくらいまで、その苦痛は悪化している。援助者が治療計画を遵守して入院許可を拒むと、その臨床的根拠や意義についてこれまで何度もクライアントに説明してきたにも関わらず、援助者は突然クライアントから非情で残酷、拒否的で全くもって無関心な人物とみなされるようになる。これは、クライアント自身の情緒的苦痛に対する関わり方の投影である。たとえ援助者とクライアントが良い治療的共同作業を続けてきた経緯があったとしても、その援助者に投影された体験にクライアントが非常に強く同一化するために、これまでの全ての経験は一瞬にして帳消しになってしまう可能性がある。実際、援助者もまた、きちんと治療計画に則っているにも関わらず、いくぶんこうしたクライアントへの対応を残酷に感じる人が多い。

否認 現実や経験の一側面を無意識的に消し去ること (知覚はされているが認知は拒否する)。ここで消し去られるのは、何かの存在である可能性もあるし、対象の真の意味や価値、あるいは物や誰かとのある種の関係性であるかもしれないし、または何かに含まれる「良い」面や「悪い」面といった特定の側面の可能性もある。たとえば、人と関わることに顕著な困難を抱え、非常に孤立したクライアントが、長期間にわたって担当のケースマネージャーと何とか良い関係性を築き上げていたとする。このケースマネージャーは、ここ数週間のうちに、クライアントへの援助体制が変更になることを伝えた。クライアントはこの知らせに対して何も感じず、「ケースマネージャーが代わることは気にしないし、どちらでもかまいません。いずれにせよどのケースマネージャーでもほとんど同じみたいです」と述べた。しかし、次の週はずっと、クライアントはベッドから起き上がることができなかった。彼は自分にとって重要な関係が終結したことによる、見捨てられ感や悲しみ、怒りを否認していたのである。

理想化 分裂や否認から派生するプロセスで、万能的空想を生み出すために、無意識的に人や物、あるいは考え方の悪い面を否認する。たとえば、暴行による犯罪歴のある薬物常習者と一緒に住む計画を立てているクライアントは、「今回の引越は最高だね。とびきりの奴と住むし、家も完璧なんだよ。なんでも近くに揃っているし。問題に思うことなんて何もないから、なんであんなに止めようとするのか理解に苦しむよ」と言うかもしれない。

身体化 認識し得ない、あるいは表現することができない思考や感情、あるいは衝動や不安が、身体的な形態をとって現れる。たとえば、クライアントが慢性的な背中への痛みを訴え、適切な医

学的診断を受けた結果、その痛みが身体的原因によるものではないことがわかったとするならば、その背中の痛みはクライアントが直接的には認めることのできない援助欲求や関心欲求、あるいは身体的な触れ合いの欲求を表現しているのかもしれない。あるいは、大人としての責任や義務を引き受けることへの何らかのあがき、すなわち、このクライアントが言葉で表現できない不安を示しているのかもしれない。

退行 発達が以前の段階に逆戻りし、無意識的に乳幼児や子どものような行動をとること。たとえば、精神病相からの回復期にあるクライアントは、概ね症状はなくなっているものの、家から出かけるときには母親についてきて欲しいとせがむことがある。

解離 思考と感情の間など、関連する心的処理過程の諸相間で深刻な断絶が長時間続くこと。たとえば、被虐待体験のあるクライアントが、自身の過去の出来事についてケースマネージャーに話すとする。クライアントが恐ろしい虐待のエピソードを語る一方で、ケースマネージャーはその体験に明らかに伴っていたと思われるクライアントの感情を全く感じとることができない。

再演化 以前の対人関係や環境、時期に由来する力動や筋書きを行動化すること。このプロセスには、たいていの場合、**投影同一化**の機制が伴う。たとえば、仕事の約束が重なったことから、ある援助者はクライアントとあらかじめ約束していた時間を変更する必要があったとする。この援助者はスケジュールの再調整を行っている間、電話越しに自分自身が過度に申し訳なさを感じていることに気づく。クライアントは、失敗に対してしばしば言葉による罵倒の集中砲火でもって応じる父親に育てられたのだが、電話の間、援助者に対して「そんなんじゃ全然満足できないよ。このまぬけ、無能な愚か者め！あんたはそれでも専門家かっ！」と電話口で怒鳴りつけていた。これは、クライアントが父親の虐待的な役割を引き受けている間、援助者はクライアントへの無意識的な同一化を通じて、父親とのやりとりにおけるクライアント役割を演じていたのである。

上記の定義で示唆されるように、精神分析の視点から見ると、自分を取り巻く様々な状況や、自分自身の感情・思考、あるいは他者に対して人間がとる習慣的反応の仕方は、*幼児期*や*発達期*の経験に関連している可能性がある。子ども時代に体験する対人関係や出来事は、その後の発達や成人期に経験する出来事への反応の仕方に影響を及ぼす。こうした過程の中で重要となる生活上の出来事や対人関係上の出来事には、誕生、離乳、性的発達、さらには性愛体験や憎しみの体験、あるいは喪失、分離、死の体験などが含まれる。これらの体験を通じて、**内的世界**を形成するための様々なひな型がこころの中に徐々に蓄積される。そして、この内的世界には、人間関係のモデル、物語やイメージの集合体、意識的・無意識的空想、現実の歪曲物、オーガナイズング・プリンシプル（精神分析の間主観的アプローチでは、「人間には養育者との相互的な関わりに基づいて繰り返してきたパターンやテーマを構造化し、それらに意味づけをする」という生まれ持った特性があると仮定しており、この体験のパターンやテーマ、構造のことをオーガナイズング・プリンシプルと呼ぶ）、処理される以前の体験の未加工の残留物などの様々なものが含まれている。人はこれらを通して現在のあらゆる状況を知覚する。現時点で自分自身の内的世界がどのような形をとっていても、この内的世界を用いて物事を理解し、他者と交流し、精一杯現実を生き抜く以外に術はないのである。こうして各個人の内的世界の重要部分は無意識レベルで働き、パーソナリティの土台を形成している。

精神分析的な指向性をもった援助者は、進行中の重要な意識的・無意識的なプロセスに注目することで、クライアントの内的世界を体系的に描き出そうとするだろう。また、こうした援助者はクライアントが抱えている困難のパターンや、援助者に報告される困難のパターンに着目し、繰り返される状況を探り、直接的・間接的に表現された不安に耳を傾け、クライアントの行動の影響をきちんと記録するだろう。彼らが描きあげる臨床的な青写真は、クライアントの主観的体験や知覚を記録するとともに、観察可能なクライアントの客観的症状や行動が何によって生起・維持されているのかを明らかにすることができる。

こうしたクライアントの内的世界を描き出そうとするプロセスの中心には、治療者であるわれわれとクライアントとの関係性に注意を払うことによって、クライアントの内的世界の特徴が明らかになるはずだ、といった考え方がある。これは転移という考え方であり、クライアントは内的世界に形作られたひな型を介して、自分自身の成育歴上の重要な人物との関係性の特徴を、「治療者－クライアント関係」に無意識的に転移することがある。われわれがクライアントと関わる際に、クライアントの内的世界のひな型がどのように活性化するかを理解することによって、クライアントは自分自身についての新たな理解を身につけるとともに、様々な状況に対する新しい対処方法を発展させることができるようになる。

援助者が、クライアントが過去に体験した特定の人物（または複数の人物）であるかのようにクライアントとの関係をもつという経験は、援助者に諸々の思考、感情、イメージ、身体的体験を呼び起こさせる。こうした援助者側の体験の側面は逆転移の部分と言われ、この逆転移は、クライアントがどんな防衛を利用しているのか、他者についてどんな思い込みをもっているか、あるいはクライアントが認識したり対処したりするのに困難を感じている現実はどんなことなのか、といったことに関して重要な手がかりを提供してくれる。

クライアント自身が自らを取り巻く世界をどのように構成しているのかについて、援助者が深く理解することは治療に直結する可能性がある。どのような状況下でも、それが最も効果的なアプローチや戦略を示してくれることがあるのだ。こうしたクライアント理解のプロセスを踏むことによって、今援助できるのはクライアントのどの領域か、またどの領域についてはクライアントのこころの状態がより安定するか、あるいは治療関係が深まるまで待つ方がいいかといったことを明らかにし、治療的作業の手順を提示することができる。また、クライアントの内的世界を理解することは、クライアントに対して過度に直接的な直面化を行った場合に、クライアントの中の防衛的で非生産的な反応を引き出してしまいう可能性のある、繊細な領域を特定するのに役立つことがある。さらに、クライアントの表現のなかにうごめいている潜在的な無意識のプロセスを理解することは、誤解を回避することや、援助者の燃え尽きや実際にそれが起こった時に対処すべき影響を最小限に留めるのに役立つ。また、援助チームが過剰な事例件数を抱えることによる深刻なレベルの混乱に圧倒されるのを防ぐことにも役立つ。

治療同盟

クライアントとともに取り組むこと

キャサリン・タットン

われわれはどんな援助場面においても治療的な作業を行う際には、治療的利益を得るためにクライアントとともに協力し合ってこの作業をおこなっている。これが治療同盟である。

この同盟は、特に治療関係の広がりとともに、クライアントと治療者との間で常に展開される関係性の一側面である。精神力動的な理解を活用することは、こうした治療関係の中で現れる問題に向き合う際の一助となるばかりでなく、治療関係の中の肯定的要素を、最大限の治療効果を得るために生かすことにも役立つ。

この同盟はあらゆる治療場面で見られるものであり、精神分析の治療場面特有のものではない。精神分析的な治療では、治療同盟そのものを非常に特殊なやり方で治療の道具として用いるが、精神保健的援助に携わる全ての者にとっても、この治療同盟を発展させ、活用できるようにするための基本的な原理や技法をいくらか理解しておくことは意義のあることであろう。治療同盟に注意を払うことで、援助者とクライアントとの日々の相互作用が支えられ、時間とエネルギーを節約し、治療効果を高めることができる。

時として、援助者がクライアントと共有した目標に向けてベストを尽くしているにも関わらず、クライアントの行動が援助者の提供しようとしている治療の足を引っ張っているように思われることがある。たとえば、あるクライアントは、援助者に向ける敵意や不信に満ちた態度を克服することに困難を抱えるかもしれないし、約束の時間に姿を見せないかもしれない。あるいは、援助者の治療提案にほとんど従わず、よりあからさまに敵対的態度や批判的態度、または脅迫的態度を示すかもしれない。

これとは反対に、同様の結果をもたらすことにはなるのだが、あるクライアントは従順になることや、約束を決して忘れないこと、あるいは援助者の提案に決して疑義を呈さないことに多大な精力を注ぐかもしれない。しかし、それでは実りある交流を持つことは難しくなる。このようなクライアントは、援助者や援助者が提供しようとしているものを理想化する場合があるので、結果的に治療に対する真の関与は回避され、援助者とクライアントとの相互作用は、表面的、社交的または援助者を過剰に喜ばせるような雰囲気になる。

われわれ援助者はこのどちらの状況に対しても、落胆し、無力な気持ちで反応することがあるし、クライアントに対して反感を覚えるかもしれない。あるいは、援助者役割に身を置き続けることすら困難とを感じるかもしれない。このような状況下では、治療効果を得ることを目的とした治療同盟は、クライアントの行動によって問題を抱えるものとなり、それらのクライアントの行動を同定し、それに対して効果的に対処しなければ、治療の成果が妨げられる可能性がある。治療同盟は確立されとともに維持される必要がある関係性でもある。初期の治療同盟の確立時には、時間、場所、面接頻度といった現実的な事柄を決める必要があり、そうすることで、安定した包摂的な治療環境が作られるのである。治療環境の中で扱われる感情の強さを考慮すると、(治療同盟の確立と維持の両面において)治療環境を不安定にさせる可能性のある要因は数多く存在する。

治療同盟において生じた困難は、それらが理解されるならば、どんなものでも有益に活用することができる。クライアントの過去の対人関係の歴史に関する情報を収集し、クライアントの内的世界(p.6を参照)において鍵となる要素や人物に関する仮説を立てることによって、われわれは治療同盟において生じた困難の検討に着手することができる。さらに、われわれは、クライアントが自身の過去の

文脈に由来する思考や感情を、治療場面や治療関係に転移させているかどうかを確かめるとともに (p.7 の転移を参照)、クライアントによってわれわれの中に引き起こされる感情と思考に注意を払うことができる (p.7 の逆転移を参照)。クライアントがその時に取った行動と、そのクライアントの行動に対してわれわれ援助者自身がとった反応を観察することで得られるクライアントの体験理解の情報をつなぎ合わせる中で、われわれは困難な治療状況に関する理解を深め、その状況を意味のある行動へと解釈し直すことができる。

次は、クライアントに対してどのように反応したらよいのか、という指針を導くために、先に示したような観察や仮説を利用する段階である。これを行うためには、一種の探求や理解といった共同作業をクライアントが体験するようなかたちで、われわれ援助者がクライアントと相互に協力し合う方法を育む必要がある。この体験によって、クライアントは、予期しない問題や苦悩に満ちた問題について自分自身でよく考え、場合によってはそれらを受容するだけの準備が整えられ、あるいは、何でも知っている他者からの一方的な援助の受け手としてではなく、治療場面で自ら治療的作業に取り組む者としてのクライアント役割を認識することが促される。

われわれ援助者が発見した意味をクライアントと共有することは、それが適切な場合には、クライアントの過去の対人関係のあり方が現在の彼らの思考と行動を形作っていることを (過去の体験が今再演されてしまうと、現在の対人関係や体験と不調和をきたしてしまうのだが)、クライアント自身に気づいてもらうのに役立つだろう。治療同盟を結ぶことに非協力的なクライアントに対しては、たとえば、もしも彼らが少しでもわれわれ援助者のことを過去に苦痛をもたらした親像として捉えているなら、援助者はクライアントの敵意や不信をいかによく理解できるかについて、言及することが可能になる。そうすることで、無意識的であったものをより意識的で意味のあるものにして、クライアントが価値のある情緒的、行動的变化を成し遂げるのを可能にするだろう。クライアントが他者との問題のある関わり方のパターンに気づくようになると、それから自由になることが多い。本書の臨床事例ではこのいくつかの例を示す (p.15 と p.21 を参照)。

われわれ援助者にとって、クライアントとの一見困難なやりとりの中で生じていることを理解するという事は、自らの失望感や無力感を著しく低減させ、治療的努力を保つ一助となる。クライアントがどのくらい自分の行動を意味深く、当然のことと感じたり、理解したりしているのかについて、われわれは想像することができる。援助者自身が自分のことを把握している形と、いかに違った形でクライアントが援助者のことを見ているのかについて、われわれは理解することができる。さらに、クライアントが援助者のことをこんな風に捉えているだろうと援助者が想像した形と、実際のクライアントの捉え方が異なることについても、われわれは理解することができる。われわれはまた、クライアントの知覚の主観的妥当性に注意を払うこともできる。われわれ援助者の側のこうした気づきというのは、精神力動的思考から得られるものであるが、治療的効果を得るためのクライアント理解に役立つだけでなく、われわれ自身の個人的な対処にも役立つ。

治療同盟を結ぶ中で生じる問題を軽減していく過程において、精神力動的アプローチは広範にわたる良い影響をもたらす可能性がある。クライアントがその時有している援助者以外の他者との関係においても、おそらく援助者との関係の中で明らかになる問題と同様の問題が現れてくるだろう。また、こうした援助者以外の他者との関係が、クライアントー援助者関係の中で得られる理解に通じていく可能性もあり、結果としてクライアントにとってより満足のいく対人関係をもたらすことにつながる。

とても重要なことは、精神力動的な文脈における治療同盟というものが、「クライアントと援助者が別々の役割を担いながらも、治療的作業に対して対等に貢献する者として、責任を共に担うことを認める」という態度に基づいた考え方であるということである。

第2章：臨床場面への精神分析的原理の応用

自傷行為や慢性的な自殺傾向をもつ患者の理解

ジョセフィン・ビートソン

自殺関連行動 (suicidal behaviour) や自傷行為 (self-harming) によって救急外来や他の援助場面に繰り返し姿を見せる人々は、それに出会った援助者に大きな不安や緊張、あるいは落胆を生じさせる。こうした行動が周期的に繰り返されることに直面すると、援助者は自らの無能力感や無力感を覚えずにはいられなくなる。このような感情は患者に対する怒りや拒絶へと変わり、効果のない治療を行ったり、悪い結果を引き起こす可能性を増大しかねない。こうした患者の治療に携わるすべての援助者が、この種の強い感情、時として激烈な感情を頻繁に経験する可能性があるということに注意しておく必要がある。援助者が患者の内的世界との間でやり取りしていることを理解しようとしている間は、そういった感情を表に出さずに抱えておけることが、効果的な治療を行う上で重要であり、他の治療形態とは異なる、精神力動的な、あるいは精神分析的なアプローチの中心的な側面なのである。こうした患者との関係の中でかき乱される感情を抱えておくのは決して容易なことではないし、時間的に切迫して、落ちついて考えを巡らす機会もないような状況ではなおさらである。慢性的な自殺傾向 (chronic suicidality) や故意に自分を傷つける行動 (deliberate self-harm) に関する以下の情報は、こういった非常に難しい患者に対応している援助者の助けとなるだろう。

慢性的に繰り返される自傷行為と自殺関連行動は、たいていの場合複雑な精神疾患を有する人々において生じるが、彼らは重要他者に対する不安定な情緒的愛着、見捨てられることへの恐怖、悩み苦しんだ時に自ら気持ちを落ち着かせたり和らげたりする力がないといった特徴を持っている。また、彼らの多くは、人生早期において心理的虐待及び性的暴行の両方またはいずれか一方、ともすれば他の虐待も同時に経験している。ほとんどの事例において、子どもに安心感や安全感を与えることができるような、良く機能する親像というものが見うけられない。なぜなら、その両親の多くもまた、精神疾患に罹患しているからである。

自傷行為や自殺関連行動の背後には、隠された意味があるのだと気づく援助者は正しい。問題は、患者がその行動の意味が何なのかを知らずに、自らのこころの状態を「熟慮する」のではなく、むしろ「行動する」ことに衝き動かされてしまう可能性があることである。患者自身が幼児期にトラウマとネグレクトの両方またはいずれか一方を体験しているという理由がこの問題の背後にある。子ども時代に起こった現実 (虐待など) とは真逆の、愛情あふれる親像という認識を保持しようとしたために、患者は自分のこころの状態を内省する能力というものを無意識的に抑制してきたのかもしれない。思考、感情、感覚を機能させずにいるというこの機制は、幼児期を情緒的に生き抜くには役立ったであろうが、成人期においては著しく不適切なものである。治療過程では、こころの状態を熟慮する能力を回復させることを通じて、患者は自傷行為や自殺関連行動の意味に気づき、これらの行動を減少させ、人生早期に狂わされていた情緒的な成長と発達を取り戻していくであろう。

故意に自分を傷つける行動

故意に自分を傷つける行動とは、文化的に是認されない形で自らの身体を傷つけて意図的に苦痛をもたらすものであり、情緒を調整する目的で、自殺の意図を伴わずに行われる行動である。

自己切傷、自己火傷 (タバコの火を身体に押しつけるなど)、ヘッドバンギング (自らの頭部を硬い物にぶつける) などの自傷行為を、情緒的な調整を行うことを目的とした行動と単純化するのは難しいかもしれないが、自傷する患者は確かにその行為が情緒的苦痛を即座に軽減してくれるのだと話す。

こうした患者が自分自身を傷つけているのを目の当たりにすると、援助者は動揺し、不安や苦痛を覚えることも多い。たとえば、傷口を縫う必要があって、多忙な救急外来にこうした患者が姿を見せた時に、援助者は怒りを覚えるかもしれない。

患者のこうした故意に自分を傷つける行動は、患者にとってのストレス対処策であるということ、援助スタッフが理解しておくことが大切である。自傷行為は、他の方法では鎮めることのできない情緒的な苦痛に対して、最も効果的に作用する「麻酔薬」なのである。体内に自然に存在している鎮痛剤であるエンドルフィンが、自傷行為によって血中に放出されるということが研究者によって発見されており、それによって自傷行為の麻酔効果は実証されている¹⁾。また、早期に母性的養育の剥奪を経験した人間以外の哺乳類が、社会的孤立と恐怖への対処反応として、しばしば自己破壊的行動を取ることも知られている²⁾。これと同様に、繰り返し自傷行為を行う患者も、しばしば幼児期に情緒的ネグレクトや暴行を受けた成育歴を有している。そして、彼らの自己破壊的行動は、たいていの場合、いつも重大な出来事の後に（最も一般的には分離、拒絶、喪失や失敗体験の後に）生じる。

自傷行為に対する精神力動的アプローチでは、その行動の起源と意味とを理解しようとする。われわれは、患者の幼児期体験の中のどんなことが現在の患者の行動を引き起こしているのか、そしてどんな無意識的な（時として十分意識されている）感情、思考、空想が自傷行為を行っている間に患者のところに浮かんでいるのかを明らかにしようとする。患者が幼児期にしばしば脅かされていた過酷な虐待に援助者が気づき、患者の自傷行為には、この虐待を繰り返している側面があるのだと理解できるようになるかもしれない。自傷行為を行う患者は幼児期に外傷体験と養育剥奪を経験していることや、自傷行為以外の他の方法では耐えがたい情緒的苦痛に対処することができないことを援助者が理解すると、援助者——多忙な救急外来で働く者も含めて——は、こうした患者に対して抱いてきた否定的な反応を、自分自身で抱えておけるようになる。

治療に携わる援助者としての我々の仕事は、自傷行為の裏にある情緒的苦痛と苦悩に注意を払い、行為の象徴的な意味を患者自身が見つけ出すことを支援し、情緒的苦痛を和らげる別の方法を発見することである。自傷行為の意味（自傷行為に付随して見られる思考、空想、感情とわれわれが呼ぶもの）としては、自他に対する怒りの表現、自責、他罰、自己嫌悪の表現、他者嫌悪の表現、悪い部分の放出、解離状態の遮断または誘発など、その他多くの意味があり得る。

自傷行為を行って医学的な治療を必要とする患者に、可能ならば自ら治療を求めてもらうことは有益なことである。こうした患者は人生早期に情緒的な剥奪を受けているために極めて退行しやすい傾向を持っているが、自ら治療を求めてもらうことで患者の退行を妨げることができる。また、その際の医療的援助は、自傷行為を知らず知らずの間に強化しないよう、大騒ぎせずに提供すべきである。

援助者が、自傷行為を精神力動的に理解しようとして患者と密接に関わることは、別の治療的意義を有する。こうした援助者との密接な関わりによって、患者の人生早期の体験（親から虐待など）とは逆に、責めるでもなく無視するでもなく、理解を示そうとする他者（援助者）に対して、患者自身の表現可能な思考、感情、空想が伝達される。患者がこうした思考、感情、空想を言語化できると、精神的な発達が進められる。この精神的な発達は、保護者に対する敵意や無関心への耐え難い気づきから、患者自身が自らを守るために抑制していたと思われる活動なのである。こうした変化の重要性は軽視しうるものではない。

情緒的苦痛に対処する別のやり方を考え出すために、患者と積極的に治療的な作業を行うこともまた必要である。なぜなら自傷行為の多くは嗜癖性があり、容易に手放すことができないからである。情緒的苦痛にうまく対処する他の手段（運動、友人と話す、ケースマネージャーと話すなどの様々な気晴らし）では、自傷によって得られるような即時的緩和効果は得られない。しかしながら、こうした別の対処方法は、自傷行為という行動——これはやり終えた後にほぼ必ずといっていいほど恥と後悔の源泉となるものである——を変えていく、希望の道標を示してくれる。

慢性的な自殺傾向

慢性的な自殺関連行動とは、実際に繰り返される自殺行為あるいは自殺の脅迫のことを言い、(死の願望は強く感じられるかもしれないが) それ自体死ぬことを目的とするものではなく、対処不能な苦痛に直面した患者が緊急の助けを必要としていることを伝えようとするものである。こうした行為や脅迫には、過量服薬、橋やビルから飛び降りるといった脅迫、自分で自分の首を絞めようとする行為などが含まれる。

本節の主な焦点である慢性的な自殺傾向と急性の自殺傾向とを区別することは極めて重要である。急性の自殺傾向とは、重度のうつ病や急性期の精神病性障害を抱えた人々にほぼ共通して生じる自殺念慮や自殺行動を指し、基本的には死を目的としたものである。そういった患者の思考はひどく混乱しており、通常は入院を含めた、早急な精神医学的治療が必要になる。

ここで述べる慢性的な自殺傾向というのは、主として幼児期にひどい虐待、特に性的虐待を受けたり、情緒的剥奪やネグレクトを受けたりしてきた患者に生じるものである。生きるのが耐え難くなってくると、逆説的に、いつでも自殺できるという可能性を持つことによって生き続けられるという患者もいる。すなわち、故意に自分を傷つける行動と同じように、慢性的な自殺行動というのは確かに不適応的な対処方略ではあるが、人生の困難に対処しようとする目的でもって行われるものである。

しかしながら、もしもこうした自殺行為や脅迫に対して、誰も「救済的な」反応を示さなければ、慢性的な自殺傾向をもった患者は死ぬ覚悟ができていく可能性があることを、こうした患者の治療に携わる援助者は忘れてはならない。慢性的な自殺傾向をもつ患者は、救済的な反応が得られないと、寂しさや見捨てられてしまった感覚を解き放ち、自殺による急激な死のリスクが誘発される。ここでは、自殺のリスクを臨床的に判断することが非常に重要である。こうした患者の場合、慢性的な自殺傾向は非常に短時間で急性の自殺傾向に発展する。こうした変化の引き金となるものは数多くある。たとえば、他者からの拒否的な一瞥、復讐願望、重度のうつ病や悲嘆、または臨床群に見られるような精神病体験といったものが挙げられる。

患者の自殺関連行動の背後に何があるのかを精神力動的に理解することは、上記のような自殺傾向の変化を防ぐのに役立つ可能性がある。こうした患者達は、重要な他者との間にひどく不安定な愛着関係をもっている。彼らは、それが単に知覚された脅威であろうが、実在する脅威であろうが、いずれにせよ自分にとって重要な対人関係が継続することを何らかの形で脅かされることによって、自分が見捨てられるのではないかとといった恐怖状態に追い込まれる。患者の慢性的な自殺関連行動の背後に、こうした見捨てられることに対する現実味のある恐怖があるのだと援助者が気づけば、怒りや拒絶よりむしろ、より共感を持って応答することができる。

こうした患者は、自分が取りうる手段の中で最も劇的なやり方で助けを求めなければ、誰も反応してくれないだろうという、強力で確固たる考え(必ずしも意識されているわけではないが)を持っている。これは、人生早期に彼らの感情や情緒的な欲求が無視されてきたことによるものである。彼らはあらゆる注意を引くために、常に「賭け金を上げ」なければならなかった。つまり、自殺行為や脅迫といった行為によって、そういった行動は他者から無視されないだろうということを期待して、死にもの狂いで援助や救助を求める態度を示すのである。

最も重要なことは、患者自身が生きていくのに必要不可欠だと感じているパートナーや他の誰かに見捨てられることを恐れる時に、慢性的な自殺行為が生じる傾向があるということである。自殺行為は他者の情緒的な関心を獲得したり、回復させたりする目的で行われる。しかし、再度繰り返すが、こうした動機は患者自身には意識されていないか、明瞭なものではない可能性がある。援助者は、患者が持続的な情緒的関係を激しく求めていることに気づいていなければならない。なぜなら、そうし

た欲求の存在が気づかれず、理解されていない時に自殺既遂のリスクが高まるからである。

慢性的な自殺関連行動に出くわすと、援助者の多くがかなりの不安を喚起させられる。たとえば、自殺が予期されていた患者が、自殺企図の後に姿を現さなかった時のように、われわれ援助者は皆（たいていの場合は思いがけないことではあるが）、患者が自殺して検視法廷へ行くことになるのを心配する。援助者が患者の自殺行為や脅迫の裏にある絶望を認識せず、患者の行動を「操作的である」とか「注意を引きたいため」と見なせば、患者は危険を冒して不適切な反応をとることになる。援助者がそのことに注意しない限り、患者が自らに危害を加える可能性や、自己破壊的なシナリオを再演する可能性は、絶えず存在し続ける。

精神力動的な観点から見ると、嫌悪や拒絶、あるいは無慈悲さを含んだ援助者の反応というのは、患者の人生早期において、彼らの苦悩に対して保護者が示した反応を、繰り返し表現していることになる。援助者がこうした感情反応を再現せずに、しっかりと自分自身の中に抱え続けるとともに、こうした援助者自身の感情を患者の内的世界にある加害者像を理解するために用いることができると、嫌悪、拒絶、無慈悲といった外傷体験の反復は起こりにくい。とても痛ましいことではあるが、援助者が自殺傾向のある患者に対して敵意のある、あるいは拒絶的な反応を示すと、患者の絶望感や復讐心が喚起され、自殺既遂がより起こりやすくなる。

慢性的な自殺傾向を持つ患者の治療に携わる中で喚起される、自分自身の感情や不安を理解する上で、われわれ援助者も支援を受ける必要があるだろう。その意味で、精神力動的、あるいは精神分析的なスーパーヴィジョンは、考慮中の事例において、喚起される大きな不安に耐えられるよう、援助者の支えとなってくれるものでもあるし、もっと重要なこととして、自殺関連行動の主観的な意味について考える際に極めて有益なものとなりうる。(p.35～p.39を参照)。

患者の自殺傾向の高まりに直面した医療スタッフや看護スタッフは、自分たちの保護的な反応を増大させがちになり、結果として患者自身の退行傾向や、自律性を失う傾向を助長させてしまう。完全な意識のレベルではないにせよ、この時援助者は、無意識のレベルで、患者が自殺関連行動やその他の危険な行動をコントロールできないだろうといった援助者自らの信念から生じるメッセージを受け取っている。患者や多くの援助者もまた、何をすべきなのかわからないまま一層の無力感を覚え、結果として失望と絶望が生じる。患者自身にも自ら生き続ける責任を負うことが求められているのだというメッセージや、治療に携わる援助者から情緒的な苦悩に対する支援を受けられるというメッセージを伝える必要がある。患者は、精神的苦痛に対処する別の方法を身につけるまでは、不適切で、生命を脅かす可能性のある対処手段を用いることから逃れられない。彼らの問題はたやすく解決されるものではないだろう。援助者としてのわれわれの仕事は、患者が別の対処方法を身につけるのを支援することであり、時として非常に長い時間がかかるとしても、患者がその課題に取り組んでいる間は、確かに「そこにいる」ことなのである。

*1 M. Bohus, M. Linberger and U. Ebner, 'Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior', *Psychiatric Research*, 95, 2000, pp.251-60.

*2 G. Kraemer, 'Effects of differences in early social experiences on primate neurobiological behavioral development', in M. Reite and T. Fields (eds), *The psychobiology of attachment and separation*, Orlando, FL : Academic Press, 1985.

自傷行為や慢性的な自殺傾向を持つ患者の理解

臨床事例

メアリーは二十歳の女性で、前腕部の表層切傷を繰り返して病院の救急外来を受診した後、危機アセスメント・治療チーム（The Crisis Assessment and Treatment Team：CATT）の援助を受けていた。その後、CATTによる在宅治療を受けていた週に、彼女の自傷のエピソードが増加した。

メアリーは過量服薬した後に精神科病院へ入院した。彼女は病院の中でも毎日前腕を切り続けていたが、何事もないかのように振舞っていた。他の患者と交流している時は、しばしば彼女が快活な様子であることに気づいたスタッフもいた。こうしたスタッフは次第にメアリーへの怒りを募らせ、彼女が入院して、ほかの患者にとっても必要性の高い病床を占有していることに対する憤慨を表明し始めた。

しかしながら、メアリーは自分がひどく落ち込み、自殺したいと感じていたことを治療チームの精神科研修医に打ち明けていた。彼女は感覚が麻痺しているように感じ、切ることは自分の感覚を取り戻すのに役に立つのだと話した。また、彼女は処方薬を溜め込んでおいて、「うつ」に対処しきれなくなった時に、致命的な過量服薬を計画するのだということもその研修医に伝えた。その研修医は診察の中で、彼女が表現した「うつ」という言葉がどんなことを意味しているのかを探ったところ、メアリーは空虚感や死んだような感情を表現しようとしてはいたが、なぜそのように感じるのかについては理解できていなかった。なお、メアリーは自分の家族はとても支持的であると説明していた。

数週間後、メアリーを治療するスタッフメンバー間、特に看護スタッフと医療スタッフとの間での対立がひどくなってきた。一方、メアリーはより一層抑うつ的になっていき、また、より頻回かつ深い自己切傷を行うようになった。メアリーは、ある日、援助者と言い争った後に、ひどく閉じこもってしまい、その晩、入院患者施設のトイレで首を吊ろうとした。

精神分析的な訓練を受けた臨床家のコンサルテーションによると、メアリーがあるスタッフに対して快活な面を見せる一方で、精神科研修医には絶望的な面を見せるために、治療チームが分裂（p.23～p.25参照）してしまっているように見えるとのことであった。このことは、メアリー自身が自分の感じていることを理解できず、また自身の感情を調整できないことから明らかとなった。精神分析的な訓練を受けた臨床家は、メアリーが幾人かのスタッフに普段見せているうわべの顔の奥底には、彼女が処理したり、認めることができない怒りがあることを示唆した。実際、患者は自らの怒りや憤怒の感情を自分自身のものとは認められず、彼女に対する怒りの感情に気づいたスタッフメンバーに投影されていたようであった（投影と投影性同一視については p.4～p.5 を参照）。

精神科研修医はメアリーとともに、彼女が何かに「動揺している」可能性について探るよう勧められた。彼女は自分の家族によって混乱させられ、そしてそれが長いこと続いている可能性があった。また、研修医は分裂の橋渡しをするために、メアリーに対して否定的に感じているスタッフメンバーと共に彼女の面接をするよう助言を受けた。メアリーは当初、自分が家族によって混乱させられている可能性を退け、家族は「申し分ない」と言い張った。この明らかな理想化（p.5参照）に対しては、家族面接が開かれた際にすぐに疑問が投げかけられ、家族内にある怒りに満ちた葛藤が明らかとなった。以前は分裂し、他者に投影していた家族に対する否定的な感情をメアリーがゆっくりと受け入れるにつれて、彼女の自傷行為と自殺傾向は減少していった。

メアリーのケースにおいて、自傷行為や自殺傾向の意味は、家族に対して向けられた、認めるに耐えない自らの怒りを自分自身の体に向けたものとして理解できた。「申し分ない」家族であるという彼女の強い主張によって明らかになった理想化は、こころの中で許容したり処理したりできない感情

を認めないままにしておくという、もう一つの死に物狂いの無意識的な対処努力であった。メアリーが家族に対する怒りを許容し、処理することができるように丁寧な治療的作業をおこなったことによって、彼女が家族に対する怒りを自分自身に向ける必要性は減少した。

2

他害行為のおそれのあるクライアントとの治療的作業

自分自身の探偵となれ！

パメラ・ネイサン

他害行為を行ったことのあるクライアントやそのおそれのあるクライアント、あるいは暴力による犯罪歴を有する危険なクライアントとの治療的作業を行った経験のある援助者は数多い。このような他害行為のおそれのあるクライアントは、援助者の様々な反応を誘発させる存在であり、援助者は恐怖、嫌悪、怯えといった感情を抱きつつ反応するかもしれないし、クライアントと対決したり、否定したり、場合によってはクライアントと共謀するような反応をするかもしれない。あるいは、クライアントを救いたいという願望や、罰を与えたいという願望を持って応答することもあるかもしれない。ここでいう「危険性」とは、他者に対して重度の身体的、ないしは心理的な危害を加える潜在的可能性、およびその可能性に沿って行動に移される蓋然性（見込み）として定義可能である。平たく言えば、この危険性の中核にあるものとは暴力である。仮にクライアントの危険性を察知していたとしても、実際の危険な行為の検知・予測が難しいことは周知の通りである。しかし、このようなクライアントの有する危険性が実際に治療スタッフや他のクライアント、あるいは家族や一般人に対する重大な暴力に発展することはすでに知られており、この認識があることによって、援助者には大きな不安と治療上の葛藤が生み出されることとなる。

地域精神保健領域におけるクライアントの暴力の危険性というのは、たいていの場合、過去の暴力による犯罪歴や急性の精神病症状（パラノイア、命令性幻聴）、躁状態、薬物乱用や服薬不履行（ノンコンプライアンス）といった状況と関連している。しばしば、暴力行為は、正当な理由のないものであり、精神障害者や薬物の影響を受けている人の行為であると言われる。リスクアセスメントは、主として一般人口データに依拠した予測（疫学的な数理モデル）に基づいて統計的に危険因子を明らかにする方法と、臨床的判断とに頼っている。これらのアプローチによって、ほとんどの地域精神保健サービスで日常的に使用される多くのリスクアセスメントツール、質問紙や書式といったものに根拠づけがなされている。

危険性に関する精神分析的視点では、暴力的なクライアントの*内的世界*に対して、より一層の注意を払う。貧困や暴力や虐待といった背景は、それ単独でクライアントを暴力的にする原因となるわけではないと精神分析的な指向性を持った臨床家は唱える（そういった過去の要因が暴力的に振舞う潜在的可能性に寄与することはある）。同様に、精神病やアンフェタミン中毒状態に陥っているクライアントを殺人行為に駆り立てるのは、心理的機能不全や薬物乱用そのものではないとわれわれは考える。暴力の可能性と蓋然性を理解するための重要な手がかりは、暴力的なクライアントの*内的な力動*（意識的・無意識的）と彼らを取り巻く外的な環境との相互作用にある。

クライアントの危険性を精神分析的視点から深く理論的に理解することによって、われわれが今現在行っている暴力の査定方法や、治療方法、あるいは対応方法を強化することができる。フロイトが提起したように、なぜ幾人かの「悪人」は実際に殺人や暴力を犯し、ほとんどの「善人」はそれを夢想するのみののだろうか？暴力は、一般的には危機に対する自動的な反応として理解され、自己保存的行為である場合がある。また、暴力は、故意の行為の場合もあり、その行為は他者に身体的あるいは情緒的な苦痛を与えることを目的としていたり、加害者にサディスティックな喜びをもたらすことを目的とする場合もある。罪の意識やサディズムの役割、迫害不安や恐怖の役割、あるいは対人関係上のトラウマや精神内部のトラウマが果たす役割や、精神状態を理解できないこと、そして心理的平衡を回復させたいといった欲求は、クライアントが暴力的になる理由を理解する上で考慮すべき中核的な要因である。

また、精神分析理論は、加害者が暴力を行うことで、どのようにして精神的安定を得るかも示してくれる。おそらく、彼らは暴力によって苦しくて恐ろしい感情から解放されるとともに、制御の喪失や狂気、あるいは激しい感情が生じているにもかかわらず、安全や落ち着きといった感覚さえ得ているかもしれない。このような理解は、暴力の加害者に人間味を与えるとともに、被害者が加害者になるという、よく知られた一般的な道筋へと光を当てるのに役立つことがある。暴力行為をする者が、幼年期には自分自身が暴力的な虐待の対象であったと気づくことは珍しいことではない。加害者がかつて被害者であったかもしれないとの理解があれば、そこには邪悪なモンスターではなく、悲劇的なストーリーが存在しているのだということが分かる。

われわれは、精神分析的指向性を持った臨床家として、援助者の方々に「自分自身の探偵となれ！」と伝えておきたい。また、シャーロックホームズが、「ワトソン、これを君はいったいどう考えるかね？ 悲惨と、暴力と、恐れとが、めぐりめぐって続くことが何の役に立つというのかね？¹⁾」と尋ねたように、暴力の意味を考えることも重要である。援助者自身の臨床体験そのものの深みへと関心を向けることによって、シャーロックホームズが投げかけたような問いに対する答えを探し求めることをわれわれは推奨する。また、同時に、クライアントがどのような感情を抱いているのかを観察したり、転移と逆転移といった「今ここでの体験」の中で、われわれの存在がどのように扱われているのかを観察したり、それらを過去の暴力的な出来事や関係性と結びつけていくことによって、クライアントの内的世界、すなわちクライアントのところに内在化された関係性（対象関係²⁾）——善と悪、現実のものと同化されたもの——に入り込んだり、それを探求したりすることを推奨する。では、具体的にどのようにしてこれを行っていけばよいのだろうか。

- ・最初に、暴力や暴力行為の意味——それはしばしば無意識的なものである——を探るとともに、クライアントの抱く内的な犯罪場面を探ることで、クライアントの内的世界を理解する糸口をつかむ。危害を加える可能性のある患者は、夢や空想、悪夢や願望といった本来こころの内側にあるものを実際の行動として表出する。危険な行為を注意深く分析するとともに、クライアントがそうした行為に対して抱く主観的な意味づけを究明することで、結果的にクライアントのこころの内部の状態を理解できるかもしれない。暴行は、しばしば「正当な理由がないもの」とか「心ないもの」と形容されるが、暴行を引き起こした出来事には常に意味がある。たとえ、暴力事件を起こした時点でクライアントが精神病状態や薬物中毒状態であったとしても、その症状が軽減、あるいは消失した時でさえ、暴力的な行為への衝動を取り巻く力動は変わらず残っているため、彼らの起こした暴行の意味を見出すことが重要になることがある。精神分析家は、クライアントの過去および現在にある手がかりや、意識的および無意識的な世界にある手がかりを探求することによって、暴行に至る意味の流れを辿ろうとする。単に暴力行為を行った時点で、クライアントが精神病状態に陥っていたか、物質中毒の状態にあったかという要因に焦点を当てて、その暴力を説明しようとするのではなく、暴力や暴力行為の意味に注意を払っていくことで、どのような援助者にもクライアントが暴力行為に至るまでの意味の流れが把握できるようになる。
- ・第二に、クライアントの暴行の意味を探求する際に、過去および現在における暴力犯罪や暴力的な出来事、あるいは暴力行為や暴力的な空想を詳細に調べる。それを調べることによって、人生早期の外傷体験や、そうした外傷体験から生じた葛藤を解消しようとする無意識的な対処方法（防衛）を理解するための手がかりが得られる。仮にクライアントの早期の（内的および外的な）外傷体験が抑圧されたり、忘却されたりしていれば、それが有害かつ未消化なまま残っているかもしれない。精神分析家はクライアントの背景からそういった外傷体験を探し出すであろう。死別、病気、人間関係の断絶といった危機によって、クライアントが以前に体験した心的外傷が活性化されると、暴力の可能性が引き起こされる。未処理の外傷体験によって、クライアントは加害者に同一化するとともに暴力的となり、そうすることで他の誰かに自分と同じような外傷体験や脅威や無力感を感じさせる。彼らは考えたり、誰かに話をしたり、あるいは問題の解決を図ったりするといった適応的で受容的な手段を使う代わりに、自身が徹底操作

したり処理することができなかったことを行動化するのである。

- ・ 第三に、クライアントの暴力の意味を見つけ出し、内的な犯罪場面をはっきりと描き出すために、過去の暴力行動におけるパターン、および暴力行動の引き金について検討する。精神分析的な指向性を持った臨床家は、暴力に繋がる一連の外的出来事と同様に、その出来事と暴力の両方に対する加害者の内的な反応、およびそれらに関する空想に対しても特別な注意を向ける。対人関係の文脈の中で、こうした無意識的な力動によって、暴力の引き金が形成される場合がある。たとえば、他者との分離体験は、激しい怒りや喪失感、嫉妬心または屈辱感などの圧倒的な感情をクライアントにもたらし、そのクライアントが十分に意識化していない過去の外傷体験を繰り返すかもしれない。このことはほとんどわかりきったことではあるが、一度起きた外傷体験の繰り返しは、たとえそれから十年経ったとしても、再び起こる可能性が高い。未解決の事柄は繰り返される傾向があるのである。このような繰り返しの意味を理解するために、精神分析的指向性を持った臨床家は「(それが起こったのが) よりにもよってなぜ今なのか？」といった問いを投げかける。この問いは、それに対する答えを現在においてのみならず、生き生きとした存在感のある過去においても位置づけていこうとする時に、重要なものとなる。
- ・ 第四に、今ここで生じているクライアントとの相互作用に入念な注意を払うとともに、この治療的な相互作用の性質がクライアントの危険性に関する貴重な情報源となりうることを理解する。中でも、転移反応に着目することが重要である (p.7 参照)。精神分析家は、クライアントの中で位置づけられている自らの役割や、クライアントがその援助者を重要な人物として体験しているのか、あるいは最初の外傷体験や犯罪場面における悪人として援助者を体験しているのかどうかについて考える。実は、援助者は、無意識的に、クライアントの最初の外傷体験の中の何らかの役割を担っている場合がある。たとえば、クライアントは、援助者を残酷な両親か加害者として体験するかもしれない。その結果、援助者はクライアントに厳しく懲罰的に反応するかもしれないが、そのような役割を演じていることに気づくと、攻撃的なクライアントの内側にある傷つきやすい被害者の側面を理解できる可能性がある。
- ・ 第五に、クライアントとの相互作用によって喚起された援助者自身の情緒的な反応 — それは恐怖や怒り、あるいは嫌悪さえ含むものである — に対して注意を払う。こうした逆転移 (p.7 参照) を検討することによって、われわれ援助者は、クライアントの内的世界、および行動化のリスクや潜在的可能性をよりよく理解できる。われわれ援助者は、部屋の中にいるクライアントの影響で、「背筋の凍る」あるいは「毛が逆立つ」ような身体反応を起こすかもしれないし、激怒したり恐ろしい感じを覚えたりするかもしれないし、危険性を孕んだ無意識的コミュニケーションに対する注意を掻き立てられるかもしれない。自らのこうした反応が真実で正当なものであると認めることが重要である。しばしば、新米の援助者はそのように自分が反応することが悪いことだと感じてしまい、それらを何らかの情報源として調べたり、自分たちの仕事にとって不可避な反応であると理解するよりも、むしろこのような反応を除去しようとする。精神分析的指向性を持った臨床家は、クライアントの見立てを補完する目的で、自らの反応を活用することがある。たとえば、もしも援助者がクライアントにもてあそばれていると感じているなら、クライアントのサディズムに対して警戒心を抱くかもしれないし、援助者がクライアントの餌食にされていると感じたり、クライアントに魅了されていると感じたり、あるいはクライアントの正直さを疑って動揺していると感じるならば、クライアントの精神病質に対して警戒心を抱くかもしれない。可能な場合は、クライアントとともにこの逆転移について話し合うこともあるだろう。その結果、クライアントがより深い理解を得ることができれば、反復的な行動化や再演化を回避することも可能となる。もしもクライアントと話し合うことができないのなら、こういった状況について議論できる経験を積んだ援助者やスーパーヴァイザーを探すことが重要である。
- ・ 第六に、クライアントの心理的变化は、暴力の危険性のリスクをアセスメントする時期に関係

し得る。精神分析的指向性を持った臨床家は、クライアントが自らの暴力的な過去の行為についての関心や自責の念を表現できるかどうか、あるいはそれを表現するかどうか、そして犠牲者や自分自身に対して負わせた傷を悲しむことができるのかどうかについてアセスメントを行う。こうしたアセスメントは重要である。というのも、悲しむことができるクライアントというのは、妄想症のクライアントや、迫害不安を体験しているクライアントよりも、他者に危害を与える危険性が低いからである。

このように、精神分析的な指向性を持った臨床家は、しばしば「心ない」と見なされる行為を理解するために、暴力的なクライアントの内的世界を探り、暴力行為の意味を見抜き、暴力の引き金となるパターンを辿り、クライアントとの相互作用の中で引き起こされた自らの情緒を活用するのである。最後に改めて、援助者へのメッセージとして、「自分自身の探偵となれ。そしてシャーロックホームズのように、暴力と悲慘と恐れの中に意味を探し求めよ」と述べておくことにする。

- *1 Arthur Conan Doyle, *The Adventure of the Cardboard Box*, 1893, republished on <www.pagebypagebooks.com>, accessed 18 February 2008.
- *2 対象関係の詳細は、Juliet Mitchell, *Selected Melanie Kline*, London : Penguin, 1986, pp. 116-45 and pp.202-10. 参照。

他害行為のおそれのあるクライアントとの治療的作業

臨床事例

家族を刺し殺しそうになった暴力的な女性患者（Bさん）が司法施設から出所し、地域の精神科援助サービスへと援助が引き継がれるのに際して、そのリスクアセスメントを行うために、精神分析的な指向性をもった司法精神科医が彼女の面接を行った。彼女は重度の境界性パーソナリティ障害と診断されていた。現在の援助スタッフは、彼女が治療を受けることに非協力的で抵抗を示しており、自分自身では暴力的になる潜在的可能性を見抜くことはほとんどできないと述べていた。

Bさんは、くだけた雰囲気、たいていはふざけた振る舞いをしていたが、将来、自分が暴力的になることに恐怖を抱いているかどうかを司法精神科医が問いかけると泣き出してしまった。司法精神科医はその部屋の中で彼女の抱いている恐怖を概ね感じ取ることができた。Bさんは、自分の中でもその恐怖について見て見ないふりをしていたし、他人にも怯えていることを悟られないようにしてきたと述べ、自分がしてしまったことの重大さに触れないようにしてきたのだと話した。彼女は、間違いなく自分には「こころの傷」がたくさんあって、実際にひどい虐待にも耐えてきたと思うと語った。彼女に関するあらゆる記録には彼女の攻撃が説明不可能で正当な理由のないものであると記してあったが、司法精神科医は彼女に対して、自分自身が安全でないと感じた時に暴力的になっていたのではないかとの考えを示した。実際、（それが依存度の高い施設であろうと、自宅であろうと、いずれにせよ）Bさんが自分の居場所と感じている場所から移動する時に、二度の最も重大な暴力事件が起こっていた。そのため、Bさんにとって「こころのふるさと」と見なされている現在の司法施設からの移動は、過去の移動時と同様に潜在的危険性を孕むものであると司法精神科医には感じられた。

司法精神科医は、Bさん自身の「こころの傷」について尋ねるとともに、過去に恐怖を感じたり、不当な被害を受けたと感じたりしたことがなかったかどうかについても尋ねた。Bさんは、幼い頃、父親が精神科施設に入院した時に、保護司に家から連れ出され施設に入れられた時のことを思い出した。父親は彼女にとって唯一の保護者であったため、彼女は養護施設に送致されたのだ。Bさんは、その後何ヶ月もの間、どれだけ自分が怯えていたのかといったことや、どれほど閉じこもりがちになっていたのかを思い出した。この面接はかなり感情を掻き立てるものとなり、面接が終わってからも、司法精神科医はかなり時間激しい精神的苦痛を覚えた。そして、この苦痛こそ、患者自身が父親を失い、自宅から移動させられてしまったという外傷体験を思い出す中で感じていた苦痛なのである。こうした感情を抱えながら、患者の物語の観点からこの感情を処理していくことで、司法精神科医は、Bさんの過去の外傷体験と成人後の移動時に犯した二つの暴力行為とを関連づけることができたのである。Bさんが長い間否認し、防衛（防衛についての論考は p.4～p.6 を参照）してきた苦痛に満ちた恐怖の感情を見つけ出す支援をする中で、司法精神科医は患者自身が自らの暴力の意味と起源を理解する手助けができたのである。面接の最後に、Bさんは司法精神科医に対して礼を述べ、「自分の恐怖に立ち向かう」準備ができたように感じると話した。

司法精神科医は、Bさんが自らの恐怖と攻撃の再演化に焦点を当てたいいくつかの精神療法を受けることと同時に、彼女の攻撃の意味や、その攻撃がどれほど彼女の内的な危険性と葛藤を反映しているのかに気を配るよう援助チームに提言した。これらの提言に対して援助チームのメンバーは当初絶望的な感じを覚え、「これまでだってやってみただけどうまくいかなかったんだ。彼女は話なんかしないよ」、「彼女が司法精神科医に見せた涙は嘘泣きですよ。もうこれ以上留置されたくないだけでしょ」などと反論した。司法精神科医は、Bさんの涙と恐怖はとても現実的なものであり、彼女にはいくつかの治療的作業を行う準備が整っていることを治療チームに示した。一年後、彼女は、地域精神保健チームが主催し、先の司法精神科医がファシリテートする暴力犯罪者のためのグループに参加した。彼女はその中で最もきちんとした参加者だった。

精神分析的な訓練を受けた臨床家が、Bさんの暴力を見せかけのものであるとか、気まぐれなものであるなどはみならず、その暴力の意味と無意識的な動機を理解しようと努めたおかげで、治療は成功したのだった。

2

重度の心理的障害を有する患者の治療における援助チーム内葛藤の理解

オイゲン・コウ

重度の心理的障害を有する患者を、複数人の援助者や治療チーム、あるいは複数の病院や援助機関が連携して援助する際に起こり得る、途方に暮れるほど困惑した状況やしばしば破滅的ですからある状況の一つが、様々なスタッフメンバーから当該患者に向けられる葛藤的な態度や反応である。このような葛藤は、理論的な意見の違いといった形をとるかもしれないし、専門性の違いを強調したものであるかもしれないし、あるいは、異なる援助や異なる援助チームによるアプローチや使命の違いを顕在化させたものであるかもしれない。また、こうした葛藤は、治療環境と自身の心理的な世界に対処するために、患者が分裂（p.4 参照）のような原始的な防衛を用いた結果であることもある。しかし、極端に難しい問題を抱えた人を治療する際に生じる援助チーム内での分裂は、援助チームメンバー内の理論的、専門的なアプローチの違いや、施設ごとのアプローチの違いが存在すると、より強烈に体験される傾向があり、状況はさらに複雑なものとなる。

どのようにして分裂は起こるか？

患者の中には、治療者および援助者間に非常に強く葛藤的な情緒的反応を巻き起こす者がいる。この種の患者によって喚起される感情の複雑さは、その患者に関わる援助者にとって予想外のものである。この時に生じる援助者間の情緒的反応の違いというのは、一般的に多様な援助者間で見られる心理的反応の相異からは想定できないほど複雑なもののように思えることがよくある。こうした困難な状況に対する精神力動的アプローチは、援助を受けている患者のこころを理解するところから始めるのがよい。

精神力動的な観点からすると、上述のような患者が援助者のことをどのように見たり、認識しているのかを理解することによって、患者の内的世界（p.6 参照）をかなり明らかにすることができる。こうした患者は、治療チーム内の複数のメンバーに強い感情を抱く傾向があり、治療チームのメンバーを、患者自身が肯定的に感じる人と否定的に感じる人とに二分してしまう。患者は、自身のこうした肯定的、あるいは否定的な感情に従う形で、治療チームの各メンバーに対して大きく異なった反応を示すのである。

ここまで記してきたことは、全て非常に理解しやすく当たり前のことであり、ありふれたこととさえ考えられるかもしれない。しかし、こうした患者では何が違うのかというと、彼らの感じ方は、肯定的か否定的のどちらか一方でしかなかったり、あるいは灰色の部分が全く存在しない黒か白かといった極端な感じ方しかできなかつたりするのである。たとえば、ある患者は、自分が必要とした時に必ずしもいつもヘルパーが来てくれるとは限らないといった理由で、そのヘルパーのことを薄情であるとか、「悪い」ヘルパーであるととらえるが、この時、その患者は、ヘルパーがたいていの場合自分のことを助けてくれているという事実をはねのけてしまっている。つまり、患者の発想は「全か無か」だけになってしまっているのである。こういった患者は、「事実」を十分に考えたり、客観的な評価をしたりせずに、自らの治療に当たる援助者に対する態度を素早く決めてしまうことが多いようである。

この種の患者は、自分が良いと判断した援助者に対しては温かく反応するだろうし、一方で、自分が悪いと決めつけた援助者に対しては敵意を持って反応するだろう。彼らは、自分が良いとした援助者に対しては、自らのより傷つきやすく困窮した一面を見せるかもしれないし、一方で、悪いとした援助者に対しては怒りや高飛車な一面を見せるかもしれない。「良い」とされた援助者は、患者の傷つきやすく困窮した面に対して共感的に反応するため、「この人は良い援助者だ」という患者の判断はより一層強化され、傷つきやすく困窮した面がより一層顕在化する。また、この「良い」援助者は患者が自分に対して示してくれる信頼感に励まされ、自らを実に良い存在だと信じるようになるだろう。

その一方で、患者から瞬時に悪いとされ、敵意のある、軽蔑的態度で治療をしているとされてしまった援助者は、無理からぬことではあるが、実際その患者に対して否定的に反応するだろう。このことによって、患者の中では、最初に自分が抱いた悪い援助者という見解がさらに強化される。そして、援助者の方は、患者との信頼関係を築けないことで、やる気を失ったり、自身の能力に疑問を持ち始めたりするかもしれない。「悪い」援助者は、当然のごとく、自分がそういった立場に置かれていることに対して非常に憤慨し、「良い」援助者が患者を甘やかしている、適切な制限を設けていないなどと考え、「良い」援助者に対して怒りを覚える可能性もある（臨床例は p.15 参照）。

これで、「良い」援助者と「悪い」援助者との間に葛藤が生じる準備が整ったことになる。すなわち、これが治療チームにつきものの、一般的に分裂と言われる現象である。上述のように、分裂は被援助者のこころから生じ得るものであり、各援助者が患者に対して異なる反応をした結果として治療チームは分裂する。そして、たいていの場合、援助を受ける患者に対して肯定的な者と否定的な者とに分かれるのである。

もしもこういった患者が複数の治療チームや援助サービス、あるいは複数の病院や援助機関からの援助を受けているならば、関係する複数の組織間にも分裂が起こる場合がある。

どのようにして分裂を最小限にとどめるか？

- ・第一に、分裂という防衛を用いる傾向がある人は、意図的に、あるいは意識的にそれを用いているのではないということを正しく理解することが重要である。分裂は無意識的な防衛機制である。上述した例では、患者は自分が信頼できる人を素早く見つけ出すことができているという意味で、患者の用いた分裂は適応的であると言える。この適応的な機制は、患者が安全でないと感じる時や、退行している時に特に必要とされるものである。したがって、患者に安全であると感じてもらい、不安を感じさせないよう援助者が努力することによって、分裂の必要性は低減される。
- ・第二に、患者の中には防衛機制として分裂を繰り返し用いる者もいる。こういった患者はたいていの場合、重度のパーソナリティ障害、とりわけ境界性パーソナリティ障害と診断されている。この障害を有する人を援助する場合は、分裂が起きる可能性が高いということを見越しておくことが重要である。こういった患者に対する治療の中核部分は、患者が自らを取り巻く世界や他者、そして自分自身をより現実的な見方で理解することができるように、善と悪とを少しずつ統合できるようにしていくことである。

治療チームが分裂を予測しておく、各チームメンバーを「善」や「悪」であるとする患者の見解と共謀することや、この防衛機制を強化することに対して、チームメンバーが警戒を怠らないうにいられるであろう。たとえば、患者から「良い」と認識された援助者は、患者に対して温か過ぎる反応をしないよう注意深くなる必要があるし、「悪い」と認識された援助者に患者からの否定的な意見があった場合には、その援助者をいつでも擁護できるようにしておく必要がある。

分裂を用いる患者は、誰が善で誰が悪であるのかをすぐさま見分ける必要があると信じ込んでいる。しかしながら、そうすることで、結局のところ、彼らは治療チームの半分からしか恩恵を受けられなくなるのである。患者の分裂と共謀する「良い」援助者や「良い」チームは（最初はそれが心地良いと感じるかもしれないが）、悪いと認識されたもう半分の治療チームのスタッフが無力化されてしまうがゆえに、結果的にその患者に対する援助を全面的に任されてしまうことになる。

- ・第三に、援助しようとしている患者の共通理解を得るために、全ての援助者間で（ケースカン

ファレンスを含めて) 定期的にコミュニケーションをもつことが、おそらく分裂を最小限にとどめておくための最も重要な対応である。定期的にコミュニケーションをとることによって、その患者に対する援助を、他の援助者がどのように感じているのか理解することができる。双方が援助している患者に向けて否定的な反応を示す「悪い」援助者に対して、「良い」援助者はしばしば怒りを覚える傾向にある。「良い」援助者は、「悪い」援助者が治療的でないと非難するかもしれない。しかしながら、「良い」援助者が、患者に悪者にされた同僚の直面している困難を理解するならば、「悪い」援助者も患者に対してより共感的になることができるだろう。

チームメンバーが患者によって引き起こされた自分たちの感情を議論することは、しばしばその患者の内的世界でどんなことが進行しているのかを理解することにつながる。このことによって、援助者は、その患者をより一層深いレベルで理解できるようになり、援助者がより適した対応を行えるようになったり、よりの絞った治療方法を発展させることができる。そして、最終的には、精神的な不均衡に対処する上で制限のある、この分裂という防衛手段に患者が依存することを軽減させることもできるだろう。

スタッフの燃え尽きと境界侵害を防ぐ

オイゲン・コウ

重度の精神疾患を有するクライアントや、耐え難い情緒的苦痛に直面するクライアントに効果的な援助を提供するために、われわれは献身的かつ熱心にクライアントに関わっていく必要がある。しかし一方で、われわれ援助者は、このようにクライアントとの緊密な関わりの中で仕事を行うことによって、二つの重大な問題を抱える危険に晒される。すなわち、それは、燃え尽きと境界侵害の問題である。燃え尽きと境界侵害が引き起こされる過程は、たいていの場合複雑である。ここでは、これら重要な二つの臨床的課題の中心にあるいくつかの過程に関して、精神分析的な説明を提示するとともに、燃え尽きや境界侵害を予防したり、最小限に抑えたりするのに役立つ要因を検討する。

燃え尽き

何時間も続けて手術を行う外科の医療チームが、なぜ疲弊するのかを理解することは容易い。一方で、精神保健に携わる援助者は、自分たちの日々の仕事——それは肉体労働のように目に見えたり、明確に認識できたりするものではない——における情緒的な影響を著しく過小評価する傾向がある。このような情緒的影響の過小評価は、個人的な理由（援助者自身が精神的負担を認めたがらなかったり、自分自身に対して非現実的な期待感を持っていたりする）、職業的な理由（精神保健の専門家として、他の通常業務と同様に、自殺や殺人といった問題にも対処できなくてはならないと思い込んでいる）、あるいは組織的な理由（援助組織の資源・財源が枯渇しているため、援助スタッフの精神的負担を事実上管理することができない）によって生じる。

援助者が被援助者と密に関わる仕事を求められた場合、その関係性の中でどんなことが起こっているかを説明するのに精神分析的な理論は役に立つ。では、そこで生じている「目に見えない」、あるいは無意識的な過程とはどのようなものだろうか。

重度の精神障害に苦しんでいる人々は、自身の情緒に対処するために、投影と投影同一化（p.4～p.5参照）の防衛機制を過剰に用いることが多い。この種のクライアントは、典型的な精神療法のセッションにおいて、ある時期、無意識的に自分自身の耐え難く、容認し難い考えや、感情、イメージ、衝動といったものを自分のものであるとは認めずに、それを身の周りの人々や精神療法家に対して投影しやすい。これらの強力な無意識的防衛は有害な作用を及ぼす可能性があるため、この種のクライアントの治療に定期的に携わる援助者は、燃え尽きの危険性が高い。

たとえば、何かに対して怒りや不快感をもっているにも関わらず、その自分の怒りを「（自分のものであると）認め」たり、体験することのできないクライアントは、自らの心的状態を援助者に投影するかもしれない。結果として、そのクライアントは、自分に対して援助者が怒りを抱いているかのように体験し、この体験に従う形で、突然援助者を怖がったり、援助者に対して防衛的になったり、あるいは援助者から虐げられている、不当に扱われていると感じるなどの振る舞いを見せる可能性がある。

ここから先のプロセスには主に二つの進み方がある。まず一つ目は、援助者がこうしたクライアントの変化を感じ取り、クライアントからの投影を引き受けるのではなく、何が起こっているかを理解しようと奮闘するものの、どうしたらよいのか途方に暮れてしまう場合である。この場合、援助者は、知的にも感情的にもすぐに動き出す必要があり、クライアントにとってどのような現実の歪みが生じているのかの予測を立てた上で、最善の応答手段を見つけ出さねばならない。

二つ目は、援助者がクライアントからの投影を引き受け、クライアントに対して説明できないほどの激しい怒りを覚えていることに気づく場合である（この場合、クライアントは投影同一化という無

意識的な防衛をうまく用いることがある。P.5 参照)。この場合、援助者は、自らの知的および感情的な機能を動員して、もう一度自分たちに起こっていることやそれがクライアントにどのように関係しているのかを理解し直すとともに、その場で起こっていることを消化および包摂しようと努め、可能であるならば、クライアントに何か役立つことをする（もしくは少なくとも害を及ぼすことは避ける）。また、このような一連の過程が展開して間もなく（自らの知的および感情的な機能を動員して、もう一度自分の中に起こっていることを理解し直すまでもなく）、援助者自身が自らの混乱した感情に気づくとともに、被援助者に対して怒りを覚えてしまうことに気まずさを感じることもあるかもしれない。こうした援助者の気づきは、クライアントの治療過程において欠かせないものである。精神分析的なアプローチを用いてこの気づきの内容を理解することは、援助者の中に生じる力や感情の意味を確認することになるが、この作業過程を意図的に行うことは、援助者が自分の感情をしっかりと保ち、熟考する時間をとって、クライアントとの間で何が起こったのかを調べる上で役立つのである。

時として援助者は、立ち止まってじっくり考えることができなくなると、自身の望ましくない反応にうまく対処するため、体験を「抑制」したり、弱めたりする防衛を使うことがある。こうした感情の抑制は、多大なエネルギーを要し、援助者を疲弊させたり、情緒的に消耗させたりする一因となるものである。それにもかかわらず、もしもこういった状態に陥っている援助者がクライアントから投影された怒りの感情に従って行動すれば、憤怒や、それによって引き起こされる罪の感情によって、より一層疲れ果ててしまうこともある。このような場合、まずは援助者自身が自らの感情に気づき、その感情の起源がクライアントにあるのか、自分自身の内面にあるのか、あるいは他のどこにあるのかを理解しようと努めることが重要である。そうすることでようやく、われわれ援助者は、このような自身の感情を適切に扱うことができる——すなわち、感情を処理し、和らげることができるのである。なお、感情の抑圧は心身を疲弊させるものであり、援助者にとって、時にはそれを表出することが適切である場合もあるが、感情表出が破壊的となることもあるので注意が必要である。

以上をまとめると、援助者の知的・感情的疲弊は、同時に多くのレベルで治療的作業を行おうとするところから生じるものである。治療的作業の複数のレベルというのは、すなわち、クライアントの理屈に従ったり、あまり話の筋が通っていないことが明らかとなったセッションで正確に何が起こっているのかを解明したり、クライアントが現実に対して攻撃することや非常に激しい情緒的な関係の取り方をしてくることに耐えたり、歪みや苦しみを軽減した形でクライアントが様々な状況を把握できるよう支援したり、（クライアントと援助者自身の双方に）深く関連した激しい感情を受け容れたり落ち着かせたり、クライアントのために事態を悪化させないようにする、といったことである。そのため、特に困難なセッションの後や、数人のクライアントを連続して診察した後は、かなりの疲労を感じたり、無気力だと——「脳が死んだ」とさえ——感じられることがあっても不思議ではない。この点において、定期的なスーパーヴィジョンやピアサポートを探し求めるのは実に役立つことである。スーパーヴィジョンやピアサポートは、援助者がセッション中から抱え続けてきたことを処理したり、「無害化」したりするのに役立つとともに、明瞭に思考するための活力と能力を回復させる（p.35～p.39 参照）。

境界侵害

治療関係というのは、クライアントが援助者への信頼を構築するために、尊重されねばならない特定の基準や境界によって構造化（枠づけ）されている。こうした境界があることによって、本来期待されている望ましい専門的援助を、クライアントと援助者の双方が理解できるようになる。境界が妨害されたり、侵害されたりすると、クライアントは治療過程において、困惑し、援助者への信頼を失い、情緒的なダメージを受けてしまうことがある。

援助者による境界侵害は、かすかなものからはっきりとしたものまで多岐にわたる。クライアントの個人史を過度に立ち入って調べようとすることや、時期尚早な個人史の探索は、クライアントから「あまりにも個人的なこと」だと思われてしまうし、他にも金銭の貸与、個人的な贈り物の受領、不適切な身体接触や抱擁、あるいは通常の治療関係の範囲外でクライアントと会うことも、こうした援助者による境界侵害に含まれる。援助者による境界侵害の最も深刻な形態は、援助者とクライアント

との間で起こる性的接触または性的関係に発展することである。

地域精神保健の現場で働く際は、逸脱行為の背後にある潜在的要因に注意を払うことが特に重要である。われわれが出会うクライアントは、しばしば、抱えている精神障害の重篤さや過去に境界侵害を受けた経験に起因する、深刻な個人境界の障害を抱えている。また、彼らは、家庭訪問や積極的アウトリーチ、あるいは支持的な社会的介入を必要とするような、複雑な生物心理社会的なニーズも抱えている。そして、関わるのがとても難しいクライアントには、革新的、あるいは標準的ではない援助方法や治療方法が必要とされる。

これまでの研究では¹⁾、援助者の境界侵害の大半は、彼らが明確な意図をもってクライアントを傷つけようとしたがために生じたものではないことが強調されている。境界侵害が生じた多くの事例には、援助したいと望む善意にあふれた援助者が関わっていたが、彼らは治療関係の親密さによって掻き立てられる自身の複雑な感情についての理解が素朴であったり、そういった複雑な感情に対して無防備であった。

クライアントとの親密な関わりによって、専門職の境界逸脱を引き起こすような感情がどのようにして喚起されるのか、そして一見すると素朴な援助や関わりといったものが、いかにして不適切な身体接触や治療構造外での出会い、あるいは最終的な性的境界侵害にまでつながっていくのかについて、精神分析理論は重要な見解を提示することができる。

情緒的な苦痛を覚えて援助を求める人々は、危機の時にはとても傷つきやすくなっており、援助を「提供する者」ではなく「求める者」として位置づけられる援助場面において、彼らは二重に傷つきやすい存在となる。われわれの精神保健サービスを利用している多くのクライアントは、自分の価値観に対する不安定な感情と、誰も自分のことを快く援助してくれないという疑念を抱いているため、彼らの傷つきやすさはかなり複雑で分かりにくいものとなっている。クライアントは、援助者からの専門的援助提供の申し出に、自分に関心を示してくれる人への信頼を持って肯定的に応じるかもしれないし、疑念と懐疑とを持って否定的に応じるかもしれない。

ある特定のクライアントは、自分に関心を示してくれる援助者に対して思慕を抱くことがあるが、その思慕の感情が非常に強烈であるがために、援助者の職務上の関心を、クライアントは自分に対する「特別な」関心であると誤解してしまう場合がある。クライアントは、このように知覚された援助者の特別な関心を、個人的な関係に誘うものとみなすかもしれないし、それに対して気さくな態度で、あるいはひょっとすると色仕掛けでもって反応するかもしれない。

もしもクライアントが、「全てを育み、何でも与えてくれる養育者」という空想を援助者に投影するならば、そのクライアントと援助者との関係性は、特殊な情緒的強度を帯びる可能性がある。援助を開始したばかりの頃、援助者は、「柔軟」になる必要があるとか、以前の不適切な養育者と自分との違いを具体的に行動で示す必要があるのだ、といった臨床的な「合理化」に基づいて、クライアントからの「特別な」注目要求に応じることがある。しかし、これによって、職務上の治療および援助関係といった境界の外側で、特別で他の人とは異なる関係性が存在するのだというクライアントの空想を、不注意にも増大させてしまうこととなり、それが野放しにされたままだと、クライアント、援助者、そして援助組織にとって有害な結果をもたらすことになりかねない。経験の少ない援助者は、クライアントからの申し出を、個人的な性的関係を求める誘惑であると誤解する恐れがあるが、クライアントはあくまでも安定した援助を求めているのであって、セックスを求めようとしているのではないため、そのような解釈をすることは重大な誤りである。もちろん、クライアントの中には安定した援助を求めることと、セックスを求めらることを区別しない者がいる可能性もあるが、その区別をする責任は常に援助者側にある。

援助者が誠実に援助してくれているかどうかに関して、クライアントが疑念を抱いたり、懐疑的で

あったりする場合、クライアントは、職務上の関係性の境界を超えてほしいと援助者に求めることで、援助者が本当に自分のことを援助してくれるのかどうかを試そうとするかもしれない。クライアントは援助者を試したいといったこの願望を意識的には自覚していないかもしれないし、意図的に境界を超えようとしているわけでもないだろう。したがって、こういったクライアントは、まず初めに、「危機」が訪れたら勤務時間後であっても対応してもらえないかと援助者に頼んでくるかもしれない。しかし、この「危機」と呼ばれるものの性質はどんどん曖昧になっていくものである。自分が誠実に援助を提供しているのだということをクライアントに証明する必要のある援助者は、クライアントからのこうした要求に屈して、危機が過ぎ去った後でも応答可能な存在になっていることに気づくかもしれない。

このような状況に関して注意を怠ると、境界を超えた接触は、次第に臨床的なものでも治療的なものでもなくなり、ますます「対症療法的」あるいは社会的なものとなっていく。援助者が、通常の職務上の役割を超えた行動に引き込まれている、クライアントの要求に応えるために思い切った援助手段を取らされていると感じる時は、スーパーヴィジョンや年長の同僚とその状況について話す機会を求める「合図」であることを知ることが重要である。

このように援助者が巻き込まれた状況では、クライアントと援助者双方のより深い無意識のレベルで、さらに複雑かつ強力なことが起こっているだろう。子ども時代に情緒的剥奪や虐待を受けて育ったクライアントを援助する者は、しばしば、そのクライアントに対して、養育あるいは保護をしたいといった強い願望を持って応答をしていることに気づく。援助者は、通常、被援助者に触れたり、彼らを抱き締めたりすることはないけれども、子ども時代に情緒的な剥奪を受けて育ったクライアントに対しては、触れたり抱き締めたりしたくなる強い衝動を体験するかもしれない。援助者の中にはそうした衝動に従って行動せずにはいられなくなる者もいるため、注意深くなる必要がある。そういった衝動が生じる可能性に気づけば、その衝動の起源を理解しようとすることができるし、結果的により適切な応答をすることも可能になる。こうした衝動は、クライアントによって投影された欲求からだけでなく、認知されていないわれわれ援助者自身の内なる欲求から生じていることもしばしばあるのだ。

興味深いことに、援助者の中には、クライアントの背景に情緒的虐待や剥奪といった成育史があることを知らない段階であっても、自分自身が強い保護的な衝動を感じていることに気づく者がいる。これは、保護や養育を求めるクライアントの何らかの欲求が、援助者に対して無意識的に伝達されているものと思われる。援助者の側も、クライアントから伝達された情報を無意識的に受け取っているようであり、援助したいといった衝動や保護したいといった衝動と一体となって、自動的に反応するのである。

自分自身が子ども時代に情緒的剥奪を受けた経験のある援助者は、クライアントによって投影された援助要請の合図をより敏感に感じ取りやすいことは、精神分析に関する文献において広く主張されてきた。このような援助者は、被援助者と同一化し、クライアントの中に自分自身の姿を見出し、その姿に強く反応すると言われている。加えて、この種の援助者は、自分の人生の中の弱っている時期に「境界を超えたい」という衝動に従って行動する傾向が強く、特に傷つきやすい。たとえば、人間関係が破綻したり、孤独を感じたりした時のように、われわれが日常生活においてつらさを抱えた時は、他者から魅力的だとか、立派だとか、あるいは有能だとか、思いやりがあるとか、愛情があるなどと肯定的に評価されることを必要とするが、それゆえに、特定のクライアントから特定の投影を受け取りやすい状態となり、職務上の境界を超えやすく、クライアントとの性的関係に導く「危険な道」に入り込む可能性がある。

親密な関係性における治療的作業への影響を制御する

こうした無意識的な過程を制御することを望む援助者（あるいは支援組織）は、最初にその存在可能性に気づくことが必要である。この点に関しては、多くの作業が助けとなりうる。まず、特に境界の混乱が起こっているクライアントの援助を行っている場合、援助者にとって定期的なスーパーヴィ

ジョンで提示される第三者の視点は非常に役立つものである。こうしたスーパーヴィジョンの作業過程を通じて、援助者は自分の中に喚起された感情や思考、つまり逆転移（p.7 参照）に気づき、理解するようになるだろう。逆転移を理解あるいは「解明」することによって、被援助者から投影された思考と感情は無害化され、それによる影響力や負担も減少する。これによって、援助者が自分の中に喚起された思考や感情に不適切に従って行動することが減少すると同時に、燃え尽きの危険性も著しく減少する。また、援助者が、自らの成育史に関連した情緒的問題を解決するために、あるいは私生活の中で精神的負担を抱えたときに治療やカウンセリングを求めることは、援助者自身への助けとなるかもしれない。

さらに、援助組織がスタッフの燃え尽きと職務上の境界の逸脱を最小限に抑えるのに役に立つことがある。職務上受けた情緒的な衝撃や特定のクライアントについて議論することを援助スタッフに認めるようなチーム構造やプロセスを創り出すことは、非常に効果的なものとなり得る。また、同僚の集まる安全かつ支持的な事例検討会の場で、個々のクライアントに対する治療の詳細を、援助者同士が議論できる機会を提供することによって、援助者の問題のある「合理化」が同定されるとともに、援助者の意思決定が促進される。革新的あるいは独特な治療的アプローチを必要とする事例に関して、全ての援助スタッフに開かれた状態で、定期的に臨床的な振り返りを開催することも重要な安全装置を提供してくれるであろう。

*1 Glen O. Gabbard (ed.) , Sexual Exploitations in Professional Relationships, Washington, D.C. : American Psychiatric Press, 1989

第3章：困難な作業に対する援助

集団や組織における関係性の理解

ダナ・モード

個々の人間とまったく同じように、精神保健の援助サービスを提供する組織もまた、無意識的な活動を有する。場合によっては、決められた目的や意図に反したやり方で援助サービスが機能している状態の時さえあるだろう。援助者や援助チーム、援助サービスが、組織活動の直面する困難を乗り越え、自分たちが提供すべき臨床的支援を相手に届ける上で、組織の力動がどのように動いているのかに気づくことが役に立つ。

これらの課題に対する精神分析的視点の基盤となる考え方は、特定の課題を遂行するために集団として団結した個々人が、時間の経過とともに、すべてのメンバーを巻き込むような防衛機制（p.3 参照）を形成するという考え方である。こうした社会的（集団的）防衛システムは、集結した個々人がその集団の中で自らの役割を果たそうと努力する中で喚起される不安への対処と同様に、その組織が遂行すべき課題そのものによって喚起される不安に対処する場合にも動員される。この社会的（集団的）防衛システムがより一層硬直化し、極端で固定的なものになればなるほど、援助が非効率的になるばかりでなく、スタッフの士気が下がり、離職率は高くなり、クライアントやその家族が抱くサービスへの満足度が低くなる要因の一つともなるだろう。

集団の中で喚起される不安や、その不安に対処するために生じる防衛は、たとえば、個々のクライアントとのやり取りの場面や、援助チーム内、あるいは地域の相談窓口（援助サービスと地域との境界面）など、あらゆる組織レベルにおいて引き起こされる。

クライアントレベル

精神保健の援助サービスの中で典型的に見られる常連のクライアントの性質そのものが、個々の援助者のみならず、その援助組織に対しても大きな重圧となつてのしかかる。かなりの割合のクライアントは、治療を受けることを渋る。ほとんどのクライアントは、複雑に絡み合った社会・経済的問題や、身体医学的・精神医学的問題に関連したニーズを持っており、こうしたクライアントの多くは援助者の提案する特定の治療に進んで応じることはない。また、クライアントの中には、最善の援助を提供しようと援助者が献身的に努力しているにも関わらず、症状を悪化させてしまう者もいる。個々の援助者や援助チーム、あるいは援助サービスを提供する組織が、日々の援助業務の中で、自らの効力感や自己価値、自分たちの技術や能力、さらにはもって生まれた自らの「長所」といったものを再確認するような機会に遭遇することは稀である。われわれは日々の援助業務によって、自らの力不足や罪の感情、あるいは（しばしば無意識的に）自分が脆くなることや病気になることへの恐れ、または怪我することや障害を持つことへの恐れ、さらには愛されないことや精神的に不安定な状態になることへの恐れといった感情を、かなりの頻度で活性化させられる。たとえわれわれに専門的な技術や知識があったとしても、時として自らの仕事に対する不安や両価的な感情を少なからず抱えることがあるということは、驚くべきことではない。援助者に生じるこうした居心地の悪い情緒的反応というのは、確かに理解可能な反応ではあるが、それが生じた後には、その情緒的反応からの衝撃をまともに受けることから自分を守ろうとする、自然発生的な力の引き金を引くことになるかもしれない（p.3～p.7を参照）。

もしも、われわれの仕事におけるこうした力動的側面への認識というものが、各援助組織内で広く浸透している文化によって、阻害されたり、抑制されたりするならば、われわれ援助者個人の防衛機制は歯止めのきかない形で稼働し続ける可能性がある。たとえば、クライアントあるいはクライアント集団との治療的作業に関して、自らの心の底に流れる感情を意識的に自覚しない医療従事者や援助者は、一見するとクライアントとの接触を理性的に制限しているように見えることがある。具体的には、クライアントが治療を利用することを制限する場合もあるだろうし、驚くほど数多くの治療を施

してクライアントを支配することもあるだろうし、クライアントを援助から排除しかねないような援助チームの作業工程や構造を構築する場合もあるだろう。

個々の援助者、援助チームのリーダー、あるいは管理職のレベル

精神保健分野における業務選択は、少なくとも部分的には無意識的に決定される可能性がある。われわれ援助者全員が、自らの私的で、個別的なニーズを職場に持ち込む。こうしたニーズは、専門家としての役割体験に影響を及ぼしたり、自分の仕事の中で感じる満足感や不満足感の程度、援助チームの中で自分が引き受ける役割の種類、または組織にどのくらい自分が適合しているのかといった感覚にも影響を及ぼす。援助チームの中で働くことは、われわれ援助者に創造的かつ建設的、そして有意義な仕事に関わる機会を与えてくれる。しかしその一方で、その援助チームの環境は、援助者自身の不安やそれと関連した防衛を実体化させ、それらを外在化させる場合もあるのだ。

それに加えて、個々のスタッフメンバーの長所や脆弱性が、組織によって無意識的に引き出されて利用されることがある。われわれの多くが、無能で怠け者、チーム内での役割を果たさないなどといった、いわゆる「悪者」として、ある特定のメンバーだけを批判的にするような援助チームの中で働いた経験がある。こうしたスケープゴートのプロセスによって、「悪者」とされたスタッフ以外のチームメンバーは、「自分の力量が不足しているのではないか」といった不安感から解放される（「ダメなのはあの人で、自分は悪くない」：p.4の分裂と投影を参照）。同様に、その援助チームが臨床的に有能であるという潜在的な力を堅持しようとするときには、ある特定のメンバーが理想化される可能性がある。その時、たとえば、「実践的な現場の人」や「他の全員が“No”と言う時に自分の見解を突き通す人」、あるいは「調停者」などといった他の同僚に負わされる極端な役割は減るかもしれない。

時として、個々のスタッフメンバーの長所や脆弱性は、そのクライアントの問題の性質によって（援助者のクライアントに対する無意識の感情に、その問題の性質が作用する場合）増幅させられることがある。たとえば、とても要求が多く、「難しい」クライアントと治療的作業を行っている援助者は、その人自身も援助チーム内でのスタッフ同士のやりとりの中で難しい人とみなされることがある。

上記のようなことは、集団で働くことに起因してよく見られる不可避な力動ではあるが、「特定の形で利用されてしまう援助者」の傾向を理解しておくことによって、効果的な臨床的援助の提供を阻害するようなプロセスにおける、メンバー同士の共謀を最小限に抑えることができる。

援助チーム / 組織のレベル

精神保健サービスから要求される課題の遂行に伴って、不安や不満、困惑といったものが経験される。こうしたことから、援助者個人のレベルにおいて見られる一部の不安や防衛が、援助チームの構造や作業工程や援助システムに組み込まれた強力で組織的な防衛を形成しながら、画一的に組織化されていく場合がある。特に、重症の精神疾患を有する人との治療的作業においてこうしたリスクが高まる。また、そのような重症の精神疾患を有する人というのは、自殺企図歴や暴力行為歴を有しているのである。

緊急事態が生じた後に、援助チームはこれまでに起きた出来事の未処理の要素を行動として表出するような経験をするかもしれない。たとえば、あるクライアントが他のクライアントの性的暴行を告発した数週間後に、治療チームは、論争の機会があるときはいつも異なる立場をとるような二つの陣営に分裂するようになってしまった。

また、時として、援助チームや援助者は、「最善の援助提供」の名目で、クライアントやその家族との実際の接触を制限するといった防衛を用いるために、（画一化した）組織的な作業工程を設定することがある。それはクライアントを非人格化し、個々のニーズに合わせるためにきちんと治療を組み立てる必要性を否定するとともに、援助者間の個々の違いを最小限にし、仕事の中で経験する感情的な衝撃について議論する手段をも制限してしまうかもしれない。

ほとんどのスタッフメンバーが公然と改革を支持しているときでさえ、こころを揺り動かす強烈な不安や、それに付随する防衛プロセスの存在は、改革を実行する際の困難の一因となり得る。何かを変えることは、現存する防衛をかき乱す恐れがあるため、無意識的に、援助チームのメンバーは、そのままの援助チームや援助組織にしがみつこうとする傾向がある。こういったことがどのようにして生じるのかを理解しておくことは、無意識による抵抗に対処したり、必要なときに変化を促進したりすることへの第一歩となり得る。

より広範なシステムのレベル

精神保健の援助サービスというのは、地域コミュニティやその管理組織との関係、それから他の関係機関や援助サービスとの関係といった複雑な文脈の中に位置している。したがって、ある援助サービスの特徴は顕在的・意識的に合意された機能だけでなく、時として、他の外的資源によって不当に押しつけられた期待や、それら外的資源からの無意識の投影によって決定される。また、時には、援助組織そのものが市民の監視や批判的なメディアからの攻撃をかわすことに駆り立てられたり、組織自身の存続のために、資金提供団体や他の競合する組織と戦わざるを得なかったりすることもあるだろう。これらすべての外的な圧力は、他の関連機関との関係性の性質に浸透するのと同じように、組織のアイデンティティを投影するやり方や、組織内におけるクライアントとスタッフとの関係性にも浸透するだろう。また、時として、組織のニーズが、特定のクライアントのニーズや、援助者のニーズ、あるいは個々の援助チームのニーズや、事例を通じて連携している他の組織のニーズと直接衝突する場合がある。これらの対立が注意に値する段階まで高まったタイミングを同定できるということが重要なのである。この注意に値する段階に達したサインとしては、クライアントの不満の高まり、スタッフの常習的欠勤や離職者の増加、あるいはスタッフ間の分裂が挙げられる。

. . .

援助組織機能の改善

精神保健の援助サービスが目の前の職務に対してそのエネルギーを向け続けるために、一旦立ち止まって、何が起きているのかに気づく余裕を取り戻すことが必要である。それは、たとえば、クライアント集団の衝突を記録し理解することや、援助サービスによってなされる仕事の形態についてしっかりと考えること、それからこういった仕事に対する反応や集団構造の中で働くことに対する反応に対処するために動員される、社会的（集団的）防衛を理解しようと試みることなどである。

組織の関係性を理解する上での支援は、次のような多くの手段を通じて追い求めることができる。

個人スーパーヴィジョン

- ・ 個々のクライアントに対して援助者から提供される治療や援助に焦点を当てる。その援助者によって何が行われているのかを探索し、そのことが問題となっているクライアントに対する特定の治療的介入を決定するにあたって、どのように影響しているのかを明らかにする。あるいは、ある特定のクライアントの治療に及ぼす援助組織の文化の影響や援助組織の目標の影響を分析する。
- ・ 援助者がどのようにして自身の専門的役割を機能させるのか、といったことに焦点を当てる。その援助者の長所や脆弱性、それから特定の治療枠組においてクライアントと治療的作業を行う際に用いられる援助者の防衛の傾向を探る。あるいは、その援助者が援助チームや援助組織において、いつも担っている役割を考察する。

援助チームに対するスーパーヴィジョン／コンサルテーション

- ・ 特定のクライアントの治療に焦点を当てる。援助チームの中で整っている援助の作業工程や援助構造を分析する。問題となるクライアントの防衛機制から生じている、援助チーム内の分裂の存在を同定する（p.23～p.25 参照）。
- ・ 援助チームの機能に焦点を当てる。チーム内にある役割の多様性を同定するとともに、クライアントに対処する際の問題や、定められた組織の任務に対応する際の問題に光を当てて、徹底

操作する。

管理職レベルのスーパーヴィジョン/コンサルテーション

- ・組織内の顕在的な役割と潜在的な役割の双方を同定することに焦点を当てる。こういった援助構造や作業工程が、その援助サービス内で合意された主たる援助課題と関連しているのかを同定するとともに、どの援助構造や作業工程が明確な理由もなく現れてきたのかを同定する。援助サービスと外部機関との関係性の中で見られる無意識の不安を認識する。また、こうした不安がクライアントに対する援助サービスの提供にどのように影響しているのか、あるいは援助者を職務の中で支えるために整えられている構造にどのような影響を及ぼすのか、さらには援助チームが単独で、あるいは複数の援助チームの相互の関連性の中で機能する方法にどのような影響を与えているのかについて考える。
- ・組織が内向きになるのではなく、むしろ外の世界に開かれ、そうした外界との継続的な対話を通じて敏感で創造的な組織となることを促進する。

精神分析的スーパーヴィジョンの役割

ダナ・モード, パメラ・ネイサン

共感的で優れた援助者になろうと日々研鑽する中で、あなた方援助者が自分自身の中に湧いてくる困惑や怒り、無力感や無能感、あるいは圧倒された感情やまったく手も足も出なくなるといった感情に気づくことはどのくらいあるだろうか。あるいは、援助者が自分自身の力強さや責任感、または、重要性を過大に感じることにすらあるかもしれない。しかももっと悪くなると、実際にきちんと秩序立てて思考する力を失っていることに気づいたり、まったく思考することができなくなっていることに気づくことさえあるかもしれない。

慢性化した複雑な精神医学的問題を有する人の援助を行うとき、彼らの強烈なコミュニケーションや投影をいくらか引き受けることになるのは不可避なことである (p.4 参照)。援助組織からの持続的な運営管理上の要求と、実際の援助現場からの要求とを調整しながら、何日も続けてこうしたクライアントと次々に会うのである。この種の仕事の大部分を占める強力な感情的反応を解きほぐし、理解し、統合することを目的とした、仕事以外のインフォーマルな機会を持つことなど、できないことの方が多い。

精神分析的な指向性をもったスーパーヴィジョンやコンサルテーションは、こうした援助者自身の体験の意味を理解するための、豊かで明快な見解を提供しうる。クライアントとの困難な治療作業下にある援助者にとって、こうしたスーパーヴィジョンが、クライアントからの猛攻撃を受けたところから回復するのに役立ったり、再び明瞭に思考し始める助けとなったり、クライアントのことを明らかにするのに役立つ援助者の反応が、どのようなものなのかを整理する助けとなる。では、これらはどのようにして達成されるのだろうか。

- ・ 第一に、スーパーヴァイザーは、クライアントの人生初期の出来事あるいは近況の出来事を活用するような形で、援助者や援助チームがクライアントの意識的・無意識的な不安、こだわり、動機を同定できるよう、手助けをすることができる。また、クライアントが自分たちの症状や行動に対するこうした不安に対処しようと四苦八苦している状態や、クライアントが他者との関係を構築するやり方を、援助者や援助チームが理解できるよう促す。こうしたスーパーヴィジョンのプロセスから産出された考え方や仮説は、援助者の成長を促進したり、治療的アプローチの修正に役立ったり、あるいはクライアントとの出会いの中で援助者が行う言語的介入の焦点を見つけ出すのに役立つ可能性がある。
- ・ 第二に、精神分析的な指向性をもったスーパーヴァイザーは、以下のようなことに注意を払うことによって、援助者とクライアントとの間で発展してきた関係性の性質をある程度明らかにすることができる。
 - ▶ どのようにして治療セッションが開始され終了したのか
 - ▶ クライアントの変化の境目周辺で何が起こったのか
 - ▶ セッションの中で出現したメタファーやイメージ
 - ▶ クライアントや援助者が何を言わなかったのか
 - ▶ クライアントや援助者の示した他の非言語的の手がかり (転移の側面、p.7 参照)

この種の考え方は、クライアントとの関係の中で働く特定の力動や、クライアントの内的なドラマの展開に意図せず援助者が巻き込まれているかもしれない状況に、援助者自身が気づく一助となる。また、スーパーヴィジョンの中で、上記のような可能性を探索し、同定することは、クライアントに対して「いつ」、「どのように」反応するのか (あるいはしないのか) の指針を得るのに役立つことがある。

- ・第三に、援助者自身の内的プロセスを探索することによって、クライアントの情報や内的世界（p.6 参照）が明らかになる可能性があるということを援助者に理解してもらうために、スーパーヴァイザーは援助者に対して自身の内的なプロセスにより細かく注意を払ってもらうよう働きかける。スーパーヴァイザーは、クライアントによって投影された役割を演じることに起因する援助者の感情、思考、イメージ、身体反応を徐々に引き出すかもしれないし（逆転移、p.7 参照）、こうしたクライアントとの相互作用のプロセスに対抗するために援助者自身によって用いられている感情や、思考、行動を引き出す可能性がある。このようにして、援助者の内的プロセスが治療的作業の質やクライアントの成長にどのように影響しうるのかをスーパーヴァイザーと援助者の双方が探求することができる。

たとえば、境界性パーソナリティ障害と診断され、慢性的な自殺傾向のあるクライアントと治療的作業を行っている援助者は、激しい無力感や行き詰まり感、無能感を覚えながら、スーパーヴィジョンを訪れる。その援助者は、スーパーヴァイザーに対して、自分が「全部」試してみたけれども、「どれもいまいかず」、治療は「無駄だ」と述べる。スーパーヴァイザーはその援助者がクライアントの絶望感を（とても強く）体験しており、そのクライアントはおそらく自分あるいは「活発な自己」を殺してしまいと思っているだけではなく、セラピーの有用性を欲しているのだろうと援助者に伝えるかもしれない。援助者は、スーパーヴァイザーから少しの間、この視点について考えることを促され、その後、自身の切迫した情緒的反応の外側に一步踏み出すことができ、結果として、クライアントの投影によってさほど強力には支配されなくなるかもしれない。こうした気づきは、絶望感がクライアントにどのように作用しているのかについて、援助者の好奇心を広げることができる。また、援助者がこうしたプロセスを踏むことは、クライアントにとっても同様に、慢性的な自殺念慮の意味や機能面についてクライアント自身が考え始める一助となる可能性がある。

- ・第四に、時として、援助者はクライアントが自分と関わるのと同じやり方で、自分自身がスーパーヴァイザーと関係をもっているということに気づくかもしれない。スーパーヴァイザーは、クライアントと援助者との間で生じた以前の隠匿された力動を探索可能なものとするために、こうした「類似のプロセス」が存在することの手がかりを援助者に伝えたり、仮の名前をつけたりするかもしれない。たとえば、上述のような自殺傾向のあるクライアントと関わっている援助者は、スーパーヴィジョンが「失敗」であり、スーパーヴァイザーは「役に立たない」あるいは「力不足である」と感じたり、そのことを暗に示したりしながらスーパーヴィジョンを訪れたりするかもしれないし、スーパーヴァイザーに「もっと」助けてほしいと主張するかもしれない。援助者とクライアントとの間での無意識的な力動が（投影同一化を通じて、）スーパーヴィジョン場面で反復されるというのは、援助者が感じたクライアントとの間の特定の駆け引きがスーパーヴァイザーによっても体験され、より詳細に理解されていることを意味している。これらの「生の」洞察を探ることによって、しばしばクライアントとの治療的作業の中の、より創造的な介入や的を絞った介入が導かれる。
- ・最後に、精神分析的な指向性をもったスーパーヴァイザーあるいはコンサルタントは、スーパーヴィジョンのセッションの中で、スーパーヴァイザー自身の「今ここで」の体験に徹底的に注意を払っていることだろう。彼らはスーパーヴィジョンの中で共有された臨床素材（事例）によって自分自身に引き起こされた感情や思考、あるいはイメージといったものを援助者に伝えるかもしれない。これはクライアントと援助者との相互作用における、いくつかの無意識的な構成要素を同定するのに役立つ可能性がある。そしてそれら無意識的な構成要素というのは、意識の水準では、理解することができなかったものなのである。たとえば、ある援助者は、非活動的で、引きこもり状態にある臨床的に抑うつ状態のクライアントのところへ週1回会いに行っていたのだが、このクライアントとの治療的作業についてスーパーヴァイザーに話すとき、自らの無価値観や挫折感を表現するかもしれない。その援助者は、クライアントとのやり取りによって極端に感覚が鈍くなるがために、クライアントの部屋の中で眠りに落ちないように頑張らなくてはならないと話す。このことを聞きながら、スーパーヴァイザーもまた眠気を感じるが、その後強烈な苛立ちと、叫びたいような一種の願望を体験する。この感情体験の二

番目の側面（強烈な苛立ちと、叫びたくなるような一種の願望）について考えることによって、クライアントとその援助者の双方が未だに自覚していないであろう、クライアントの中に怒りが存在している可能性というものに開かれる。

以上をまとめると、精神分析的なスーパーヴィジョンやコンサルテーションは、以下のような方法によって、われわれの日々の困難な状況下での臨床活動に役立つ可能性がある。

- ・われわれに考える余裕を提供してくれたり、実際の作業の圧迫感から距離を置いた第三者の視点を提供してくれたりする
- ・クライアントと関わっている時に自分が気づいていること以上に、本当はずっと多くのことをわれわれは知っているのだ、ということを理解するための力を促進してくれる
- ・困難な問題を抱えたクライアントと共感的接触を持つ際にわれわれが直面する無意識のプロセスやそのプロセスが引き起こす感情を同定し、解明し、包摂し、そして開示し、無害化することに役立つ
- ・治療的作業の複雑性に対する忍耐力を育ててくれる
- ・治療的作業の情緒的影響を変容させたり、様々な角度から自由に考え直すことを通じて、解放感をもたらしてくれる
- ・援助者の有能さや自信の感覚を取り戻してくれる

・・・少なくとも次の困難が生じるまでは！

精神分析的スーパーヴィジョンの役割

臨床事例

ジュリーはある精神保健サービスの担当区域に二つある援助チームのうち的一方で働くケースマネージャーである。彼女は1年前にこの援助機関に加入した時から毎月キャロルのスーパーヴィジョンを受けている。最近おこなったスーパーヴィジョンのセッションの際、ジュリーは自分のクライアントの一人であるサリーに精神病的障害が再発したと思われるいくつかの初期症状が見られるとスーパーヴァイザーに話した。ジュリーの所属する援助チームは積極的なフォローアップが必要であるとサリーに提案したが、サリーは事前に話し合っただけで決めた毎月の予約回数よりも数多く会うことは拒否していた。ジュリーはスーパーヴィジョンで自らの可能な選択肢を徹底操作しようとし、スーパーヴァイザーはジュリーがとる行動の選択肢の良い面と悪い面を同定することができるように焦点づけた。ジュリーとキャロルは最終的に積極的介入（Assertive Intervention）を行うことが望ましいとの意見で一致した。

サリーは8年間にわたって統合失調症を患っている30歳代前半の立派な女性であった。彼女には4歳の息子マイケルがおり、また彼女を支えてくれる近親者もいるが、遠く離れた所に住んでいた。急性の精神病的挿話の時期以外では、サリーは日常生活を無難に送っており、親の責任もそれなりに果たしていた。しかしながら、サリーの再発はたいていの場合とても重症で、かなり悪化するまで援助チームの介入の受け入れを拒否するといった具合であった。そのため、サリーの入院はしばしば長期間の強制入院となり、児童保護機関が何度も関与するようになっていた。ジュリーはサリーとうまく関わるために昨年1年間を通してとても一生懸命働きかけてきた。ジュリーは、特にサリーが母親になってから抱くようになった「正気でなくなること」への恐怖や、入院させられていることへのひどく悔しい感情にとってもよく気がつくようになっていった。ジュリーはサリーとの共通の目標を作り上げていくことに重点的に取り組んできたが、この共通目標には、精神保健サービスによる公的介入を減らそうと試みることや、息子のマイケルに生じさせる大激変を最小限にとどめるといったことが含まれていた。

スーパーヴィジョンが進んでいく過程で、積極的なフォローアップという選択肢を支持するスーパーヴァイザーに対して、ジュリーはかなり憤りを感じていることに気がついた。ジュリーはうまくいかなそうだったことが実際に全部悪い方向に進んでいるとキャロルに話すところからセッションを始めた。日曜日に危機アセスメント・治療チーム（The Crisis Assessment and Treatment Team：CATT）がサリーの隣人から連絡を受け、その隣人の報告によると、週末の間ずっとサリーの家のカーテンが閉め切られていて、一度だけマイケルを見かけたときにも、彼の服装がひどく乱れていたのだという。CATTはサリーと何度か電話によるコンタクトを試みたが、それらは失敗に終わった。月曜日には、サリーの事例は地域援助チームに差し戻され、そこで予告なしの自宅訪問が必要であるとの決定がなされた。ジュリーと精神科医師が訪問を行った。サリーは援助者たちの侵入に対して興奮し、激怒した。サリーはイエスがいかんにしてマイケルの世話をし、夕食にパンと水を与えてくれたかについて話し始めた。家の中はとても散らかっていたが、サリーは「私は変わらない」と言って、治療を受けることを拒否した。サリーは、近隣の人から丸見えのところで、警察と救急車が付き添う形で、強制入院を勧告された。そして、児童保護が正式に通告され、マイケルを保護するためにサリーの家族が児童保護機関に連絡をとった。

その後、サリーの家族は、ジュリーのことを無能で非倫理的な援助者であると訴え、このような「不要」で「非人道的」な手段が用いられたことに憤慨した。サリーはジュリーのことは信頼できると思っていたのに、そのジュリーが他の人と同じように自分を裏切ったと言って、怒り、苦悩していた。サリーはケースマネージャーの変更を要求したのだった。児童保護機関は援助チームがなぜもっと早い段階でサリーに接触をとらなかったのか疑義を呈した。ジュリーはサリーやマイケル、そして援助サービ

ス機関も含めた全員にとって正しいことを一生懸命やろうと頑張ってきたにもかかわらず、最終的には信じられないくらい「悪く」、役立たずで、無能だという感情を味わうことになってしまった。ジュリーは自分が下すすべての決定の妥当性に疑問を持つようになっていたり、自分がこの仕事に向いているのかどうかを疑ってしまったり、あるいはとても気分が悪くなったり、とにかくすべてのことに困惑していた。

スーパーヴィジョンの時間を通じて、キャロルは、ジュリーが落ち着くよう支援し、一見するとあたかもジュリーが一種の避雷針（攻撃や非難などを対象からそらす役割の人、矢面に立つ人）としてすべての責任を引き受けるように機能しているように見えるが、実際に自分の周りに飛び交っている断片的情報についてじっくり考えてみるよう促した。サリーの狂気に対する恐怖心は、自分自身がまったく正常であり、有能かつ健常であるとする視点を必死で守ろうとしていることを意味している、ということについてジュリーとキャロルは話し合った。仮に問題の兆候（初期の兆候）があったとしても、サリーには行くところが一つ（病院）しかなく、その場所は彼女が完全に「おかしい」、「無能だ」、「異常だ」という見解を作り上げてしまう場所であった。ジュリーは、彼女自身がスーパーヴィジョンに持ち込んでいるものの大部分が、こうしたサリーの感情を正確に映し出していることを理解することができた。キャロルとジュリーは、家族もまた、実はサリーがそれほどまで病気によって危険にさらされているわけではなく、通常の生活を送ることができ、良き母でいることができるといった「願望」を持っている可能性について話し合った。こうした願望があることによって、家族はたいていの時間、サリーと安全な距離を保ち続けており、家族がサリーの真の状態を見ることが阻害されている。また、キャロルとジュリーは、4歳の子どもの存在が関係者全員の感情的な反応を高める傾向があることにも気づいた。何が起きているのかについての徹底操作の中で、この事例における入院が不可避のものであり、この状況下でジュリーと援助チームができた唯一の介入であったことにジュリーは気づいた。

スーパーヴィジョンのセッションの終わりにさしかかったとき、ジュリーは安心感を抱いており、もはやスーパーヴァイザーへの怒りもなくなっていた。ジュリー自身の臨床的能力の感覚と治療効果への信頼は元に戻った。ジュリーはサリーによって維持されている「正常 - 狂気」という分裂を次回どのように扱うことができるか、また家族がより確実に治療計画に関与するよう、彼女がどのように支援したらよいだろうかと考え始めた。セッション終了までに、ジュリーは再び健全な感情状態となり、困惑や脅威の感情はだいぶ薄れ、午前中に予定されているサリーとの次の約束に向かう準備が整った。

ヴィクトリア州精神分析的な精神療法家協会

(The Victorian Association of Psychoanalytic Psychotherapists : VAPP)

アン・カンター, アントワネット・ライアン

ヴィクトリア州精神分析的な精神療法家協会 (The Victorian Association of Psychoanalytic Psychotherapists : VAPP) は、オーストラリアで最も大きな精神分析的な精神療法に関する組織の一つである。協会のメンバーは、訓練を受けて認定された精神療法家であり、精神分析的な原理に沿った治療を行う。協会の主たる目的は、精神分析理論という広義の概念枠組みの中で行われる、精神分析的な精神療法の臨床実践を振興・発展させることである。また、VAPP はクライアントに対して良質な援助サービスを提供できるよう全力で取り組んでいる。

VAPP のメンバーは、専門的な大学院で精神分析的な精神療法の訓練と経験を積んだ専門家で構成されている。本協会は、精神分析に関連した他の協会との関係性を重視し、良好な関係を維持するとともに、相互に尊重し合った知識交流の促進を目指している。

本協会では、成人に対する精神分析的な精神療法について独自のトレーニング・プログラムを実施している。これは大学院のトレーニング・プログラムを拡張したもので、理論の習得、スーパーヴィジョン、そして訓練受講者自身へのセラピー（教育分析）が含まれている。このプログラムは専門家の開発活動であるとともに、各メンバーを支える機能をも提供する。さらに、本協会では、精神分析的な精神療法の理論と実践に興味を持った専門家に対して教育的なフォーラムを開催している。

VAPP は倫理規定を定めており、各メンバーはクライアントや同僚との日々の治療的作業においてそれを遵守しなくてはならない。

VAPP では成人、カップル、青少年、あるいはグループワークに関して、資格を持った精神療法家を探している人に対し電話での情報提供および専門家の照会サービスを行っている。それに加えて、VAPP では、クライアントを精神療法家に紹介したり、適切なクリニックを探したり、スーパーヴィジョンや精神分析の読書会を行っているグループを探したりするといった支援を、精神保健の専門家に対して提供することも可能である。こうした趣旨は VAPP のウェブサイトにも掲載しており、ウェブ上ではクライアントの紹介といった上記の要望に対応可能な協会メンバーがすべてリストアップされている。

グレン・ネビス精神分析的な精神療法クリニックは、通常ではこうした治療を金銭的に受ける余裕のない人に対して、助成金を受けて精神療法を提供する VAPP の主導的なクリニックである。治療は 2 年間まで週に 2 回実施される。このクリニックは、モナッシュ大学を介して助成金を受けており、クライアントに提供された治療の有効性を検証するための研究的任務が通常業務に組み込まれている。

トレーニング

VAPP では興味を持った精神保健の専門家向けに以下のトレーニング・コースを提供している。

- ・ VAPP トレーニング・プログラム：成人に対する精神分析的な精神療法についての 4 年間の集中的なプログラム
- ・ 入門コース：精神分析的な精神療法の理論と実践を紹介する 1 年間のコース
- ・ 短期コース：要望に応じて不定期で開催される、精神分析的な精神療法の特定の側面や特定の臨床的課題に関する短期間のコース

スーパーヴィジョン

精神分析的な指向性をもったセラピストと行うスーパーヴィジョンやコンサルテーションにアクセスする方法は数多くある。あなたの勤務している公的な精神保健サービスの中にも精神分析的な指向性をもった臨床家はいるかもしれないし、VAPPを含め、数多くの組織も存在する。VAPPではスーパーヴィジョンを提供してくれる開業の実践家について情報提供をすることができる。

VAPP 事務局 : www.vapp.asn.au

参考文献

Cordess, Christopher and Murray Cox (eds.). *Forensic Psychotherapy: Crime, Psychodynamics and the Offender Patient*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Freud, Sigmund. *Introductory Lectures on Psychoanalysis* (Penguin Freud Library), London: Penguin Books, 1991.

Gabbard, Glen O. and Sallye M. Wilkinson. *Overview of Countertransference with Borderline Patients*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 1994.

-. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, (4th edition), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc, 2005.

McWilliams, Nancy. *Psychoanalytic Case Formulation*, New York, NY: The Guilford Press, 1999.

-. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, New York, NY: The Guilford Press, 1994.

Salzberger-Wittenberg, Isca. *Psycho-Analytic Insight and Relationships: A Kleinian Approach*, London: Routledge & Kegan Paul, 1970.

Symington, Neville. *The Analytic Experience*, London: Free Association Books, 1986.

The Tavistock Clinic Series

※このシリーズは、ロンドンにあるタビストック・クリニックにおいて提供される最も影響力のある臨床的、実践的な著作物である。タビストック・クリニックは、著名な精神分析療法の中心的施設であり、外来患者に対する臨床サービスや大学院トレーニング、それから精神保健の専門コース、あるいは社会的援助や組織に対する助言を提供している。

Among many other books, this series includes :

Garland, Caroline (ed.) . *Understanding Trauma : A Psychoanalytical Approach*, (2nd edition) , London : Karnac Books, 2002.

Huffington, Clare et al (eds.) . *Working Below the Surface : The Emotional Life of Contemporary Organisations*, London : Karnac Books, 2004.

Waddell, Margot. *Inside Lives : Psychoanalysis and the Growth of the Personality*, (2nd edition) , London : Karnac Books, 2002

著者一覧

ジョセフィン・ビートソン (Dr Josephine Beatson)：精神科専門医で、開業の精神分析的な精神療法家でもある。ヴィクトリア州のパーソナリティ障害サービスである、St Vincent Mental Health Service and Spectrum に期間職員として勤務している。彼女は、パーソナリティ障害の領域で数多くの著書を持ち、指導経験も豊富で、長年に渡り大学にて境界性パーソナリティ障害の講義を持ち、様々な場所で精神科医に対する境界性パーソナリティ障害に関するワークショップを実施してきた。彼女は、以前の VAPP 研修委員メンバーであり、Australian and New Zealand Journal of Psychiatry の編集委員を歴任した経験もある。

アン・カンター (Anne Kantor)：個人、カップル、子どもを対象に、開業での精神分析的な精神療法をおこなっている。1997 年から 1998 年まで、ヴィクトリア州精神療法家協会 (Victorian Association of Psychotherapists: VAP。現在の VAAP) の会長を務め、そこでは精力的に職責をまとうした。彼女は長年 NGO 団体 (Drummond Street Relationship Centre) で上級援助職として勤務した。彼女はまた、ヴィクトリア州小児精神療法家協会 (Victorian Child Psychotherapists Association) のメンバーでもあり、オーストラリアソーシャルワーカー協会 (Australian Association of Social Workers) の認定を受けた公認ソーシャルワーカーである。

オイゲン・コウ (Dr Eugen Koh)：メルボルンの St Vincent Mental Health Service の精神科専門医であり、開業医でもある。主として精神分析的な精神療法家として働いている。15 年間の地域精神保健施設での勤務の間、急性期入院施設と地域居住施設を有する危機アセスメント・治療チーム (The Crisis Assessment and Treatment Team: CATT) を含めた、様々な援助チームでの勤務を経験した。

ダナ・モード (Dana Maude)：臨床心理士で開業の精神分析的な精神療法家である。彼女は、1990 年から地域精神保健の部署に勤務しており、初期精神病予防介入センター (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre: EPPIC) でケースマネジメント、研究、コンサルテーション、研修といった任務を 7 年間にわたって担うとともに、ヴィクトリア州パーソナリティ障害サービスの関連機関で 5 年間にわたってコンサルテーションと研修を担当する役職に就いている。彼女は、地域精神保健の臨床医のスーパーヴィジョンと精神保健チームおよび施設への助言を行っている。

パメラ・ネイサン (Pamela Nathan)：臨床心理士で犯罪心理学者、そして開業の精神分析的な精神療法家である。彼女は 1994 年から 2001 年まで危険性の高い犯罪者を収容する精神保健施設 (Forensicare) に勤務し、性犯罪についての本を出版した。2001 年から 2006 年まで、彼女は王立メルボルン病院中西部地域精神保健サービス (Royal Melbourne Hospital / Inner West Area Mental Health Service) の地域上級心理士となり、現在では臨床的・犯罪的問題について助言・指導を行っている。彼女は現在、上記精神保健サービスとメルボルン大学とが共同で実施している、地域精神保健犯罪者への介入に関する育成研究プログラムにも参加している。

アントワネット・ライアン (Antoinette Ryan)：開業の精神分析的な精神療法家であり、もともとソーシャルワークのトレーニングを受けていた人物である。彼女は約 30 年にわたる VAPP メンバーであり、委員および講師の両面から、VAPP の研修委員会に積極的に関与してきた。彼女は現在、VAPP の入門コースの講師を担当している。

キャサリン・タットン (Dr Catherine Tutton)：メルボルン大学精神医学教室のメルボルンクリニック専門ユニット (Professorial Unit of Melbourne Clinic) に所属する精神科専門医で、精神分析的な精神療法家である。彼女はそこで医学生に向けて教鞭をとっている。タットン医師は、1987 年から 1995 年まで地域精神保健センターや病院内の様々な援助チームで勤務してきた。彼女は現在、開業医である。

翻訳者紹介

勝又陽太郎（監訳、第3章担当）

（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター研究員 2005年3月、東京都立大学大学院人文科学研究科修士課程修了（心理学修士、臨床心理士）。精神科クリニックの心理士やスクールカウンセラーとして臨床経験を積むとともに、2006年4月より国立精神・神経センター精神保健研究所の流動研究員として自殺予防研究に従事。2010年6月より現職。

川西智也（第1章担当）

医療法人社団秦和会 秦野病院臨床心理士、東京都スクールカウンセラー

2006年3月、東京都立大学大学院人文科学研究科修士課程修了（心理学修士、臨床心理士）。精神科病院や小・中学校において心理臨床実践を重ねる一方、認知症患者の家族介護者支援の研究を続けている。

福原俊太郎（第2章担当）

公立大学法人 横浜市立大学学生相談室 カウンセラー

2005年3月、東京都立大学大学院人文科学研究科修士課程修了（心理学修士、臨床心理士）。総合病院精神科、小学校、福祉施設での心理臨床実践を重ねながら、2006年4月より現職。

自殺予防総合対策センターブックレット No. 7

日常の援助場面における精神分析的アプローチ

地域精神保健の現場で働く援助者のための入門書

発行年月日 平成22年11月30日 初版第1刷発行

著者 オーストラリア ヴィクトリア州 精神分析的療法家協会

訳者 勝又 陽太郎
川西 智也
福原 俊太郎

発行 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
TEL 042-341-2712 内線(6300) FAX 042-346-1884
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

印刷・製本 株式会社 東京アート印刷所



<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>