

Dr. Edward L. Pinney Jr. 記念講演  
大会シンポジウム基調講演

力動的心理療法の危機  
Crisis on the Dynamic Psychotherapy in Japan

小谷英文  
**PAS** 心理教育研究所  
Hidefumi Kotani, Ph.D., CGP  
Institute of Psychoanalytic Systems Psychotherapy

## I. はじめに

Dr. Edward L. Pinney Jr.は、統合失調症、境界例他、困難患者に対する精神分析の臨床適用開拓者であった。朝鮮戦争従軍後、プリンストン大学で学位を得、ニューヨーク大学、テキサス大学で教え、30年間に渡って精神科臨床に携わった。その間アメリカ精神分析医協会 (American Society of Psychoanalytic Physicians) 会長を務め、最初の精神分析的集団精神療法 AGPA 訓練コースをニューヨーク大学に開設している。代表的著作に "Glossary of Group and Family Therapy (1982)"、"First Group Psychotherapy Book (1975)" があり、後者は、困難患者に対する集団精神療法のセッション逐語が開示された世界最初のテキストとして多大な貢献を果たしている。倫理に関する著作も多く、アメリカ精神医学界の倫理の人, *genuine person* と、同僚達から言われていた。

本学会は、力動的心理療法の臨床研究を国際的に展開し、会員相互に自らの心理療法能力を磨く場として、Dr. Pinney の提案により設立された。今年、これまでの活動実績から、国際集団精神療法集団過程学会組織会員の認証を得た。創立20周年を迎えた栄えある節目にと、当初この記念講演は、日本における精神分析および集団精神療法の開拓者である吉松和哉先生にご登壇いただくことになっていた。折り悪くそれが叶わない事情が生じ、本学会協同創立者として私が、20年節目の課題に楔を打つ役目を頂戴致した。『力動的心理療法の危機』につき、口火を切らせていただく。

戦気 寒流帯月澄如鏡 宮本武蔵座右の銘

## II. 問題

『精神分析的知識の昨今の進歩には目覚ましいものがあり、力動的および精神分析的心理療法の有用性を上げ高める新たな技術の発達が豊かに押し進められている。以前は精神分析に不向きと考えられていたタイプの患者が、今は精神分析的心理療法<sup>1</sup>によって治療できるようになった。これまではたびたびそのような患者の治療は、陰性治療反応 (Negative Therapeutic Reaction; N.T. R.) によって破綻を来していた。そのような患者の防衛機構や安定した転移神経症の展開困難が同盟を打ち立てることを阻み、激しい憤怒、そしてリアリティの知覚的歪曲がその障壁となっていた。最近の精神分析的研究の最も重要な進展は、統合失調症およびうつ状態の患者に加えて自己愛障害および境界例の治療的作業にある。われわれが精神分析的理解を拡充し、非常に広範囲の患者群の治療に当たることができるように心理療法技術の精練を展開したことで、この力動的もしくは精神分析的心理療法の有効性を評価することが重要になって来ている。』

1978年 American Academy of Psychoanalysis 年次大会の議論を踏まえた Samuel Slipp (1982, P.1) の叙述である。精神分析的な心理療法が、大きな躍進を遂げ心理療法黄金

---

<sup>1</sup> 二つの用語、力動的と精神分析的が同義的に用いられている。

期と称されるほどの展開を果たした1970年代後半の動向がここにある。この後のアメリカの展開があって世界の展開があり、われわれ各位の現在の臨床がある。私自身は、1996年アメリカ精神医学会年次大会において、「日本の心理療法界はアメリカに勇躍する自我心理学を取りこぼして臨床力を弱いものになっているが、ユニークに発達している場の力学が新たな自我心理学的技法を開いている」と自らの見解を述べ、相互作用メトリックス (interactive mental matrix) 理論による新たな展開を主張した(Kotani, 1996)。

時を経て現在の臨床実感を、本年の「精神療法」誌1号の巻頭言に記した。東日本大震災の大衝撃以来3年8ヶ月、30数年前のアメリカに溢れていた力動的心理療法のパワフルな実践力は、ここ日本には展開しなかった。PTSD 予防と治療に力動的心理療法による支援が全くない。救急から復興の臨床現場にトラウマに対する力動的対応知識が無い。私のチームは孤軍奮闘に終始している。国際 PTSD 予防 NGO-IsraAID も、同じ経験をしている。このような実態の背景は、奇しくも同じ精神療法誌の西園(2014)による巻頭論文に見出される。今日の医療領域における精神療法の甚だしい後退と、教育・訓練システムの欠損の指摘がある。「医療から精神療法が撤退しては精神療法の存立そのものが危うい」との指摘は、正に精神療法臨床の危機宣言である。続いて同誌3号の巻頭言では、吉松 (2014)が日本における精神療法思想の脆弱性を説き、同じ号の牛島(2014)による特集の序説では、精神療法の衰退を「精神医学の医学化」とする表現があり、患者の心理構造の変化についても指摘があった。

また西園論文では、医療における精神療法の撤退に対して新しい担い手として心理臨床家の言及があった。とうてい心理臨床界がこれを担えているとは思えない。心理臨床界では長らく精神療法(医療)と心理療法(心理)の視点の違いや専門性の否認が続き、精神療法は勿論のこと、心理療法の専門性の追求がむしろ抑制されている。専門性を表すタイトルは『心理面接』とされ、治療的体系の訓練構成はない。訓練の思想、体制のなさに加え、精神分析を基調とする力動的概念の拡散と治療的概念使用を遠くにする風潮が進んでいる。牛島の言い回しを借りるなら、「臨床心理学の心理学化」が進み、臨床アートとサイアンスの関係は切れている。それは、若い臨床家と精神療法レジェンドとの距離の遠さに重なる。かつての精神療法レジェンドのアートに出逢えるきわどくもどきどきの機会が、今や非常に少ない。国際的な場でも同様な感触がある。

#### 問題のまとめ

1. 大災害における心理療法実践力のなさ (小谷 2014b No.1)
2. 教育・訓練システムの欠損 (西園 2014 No.1)
3. 精神療法／心理療法の思想の不在 (吉松 2014 No.3)
4. 精神医学の医学化：精神療法の衰退 (牛島 2014 No.3)
5. 患者の変化 (牛島 2014 No.3)
6. 精神療法(医療)と心理療法(心理)の視点の違いの否認

7. 臨床心理学の心理療法からの撤退：心理面接
8. 臨床心理士に訓練プログラム態勢のなさ
9. 概念の拡散と専門性の希薄化
10. サイエンスとアートの関係の脆弱化：レジェンドとの距離

### III. 現代の日常心理療法臨床事例の類型

精神科の医学化、臨床心理学の心理学化が進み、西園指摘の、医療に精神療法がなくなることがそのまま精神療法の衰退に至る現実には既に生じていると、私は認識している。昨今の日常心理臨床における心理療法事例に、その兆候を見ることができよう。来談者の類型は非常に特徴的である。

初発来談が少なく、精神療法との出会いがないままいわゆる困難患者となってからの扶けの求めが多く、共通している問題にも特徴がある；

#### 日常心理療法来談事例の特徴的類型

1. 慢性引きこもりの末の親からの扶けの求め
2. 重度精神障害（統合失調症／双極性障害／境界例）疑いのままの問題行動
3. 精神科薬物療法断念後の扶けの求め
4. 長期カウンセリング断念後の扶けの求め
5. 慢性うつ（仮面うつも含む）のコンサルテーション
6. 子ども／青年期の自己破壊的行動化
7. 女性の女性性の回避と自己破壊的行動化
8. 男性の男根性の脆弱性と家庭・社会不適応

#### 共通の目に見える問題

1. 生活の崩れ
2. 友人／親との情緒的交流の喪失
3. 行動化傾向（内向問題の混乱も含む）：act out / act in
4. 心理学的心性の脆弱性 → コンクリートパーソナリティ
5. 自己破壊的ネガティヴィズム（NTR; Lane, 1985）

#### 共通の見えないメタ心理学的問題

1. 人格構造の未成熟性
2. 自我筋力の弱さ：防衛機制の学習不全
3. 慈育超自我（benign superego; Offen&Burrough,1987）の欠損
4. 自己空間の狭さ（小谷, 2008）
5. 対象関係の貧困

いずれも自己の内的世界への探求からは遠く離れて生活することに慣れ、見えないメタ

心理学による精神分析的心理療法には当然の如くに抵抗が強く、原始的攻撃性、規範バウンダリーの侵犯、自己愛的傷つき易さ、欲求不満態勢の弱さ、退行、原始的防衛機制の多用を現し、危機状況では助けを求めながら容易に拒絶する傾向の特徴がある。実際にこのようなクライアント群が、指定大学院の訓練クリニックに登場すると、訓練生とスーパーヴァイザー両者に逆転移の混乱の嵐 (Louro 等, 2003) が生ずる。心理力動的理解なしの臨床現場では到底扱うことはできず、『心理面接』のみの対応に流す実態も理解できる。

#### IV. 危機と課題

確かに 1970 年代の後半から、自己愛性の傷つきに対する敏感性の高い統合失調症や行動化の激しい境界例に対する治療展開を基盤に、精神分析療法から精神分析的心理療法への展開には画期的なものがあつた。しかしその展開はさらなる発展をしているのか。当時の精神分析と精神分析的心理療法の基軸における一貫性は維持されているのか。本質的なずれが生じてはいないのか。少々長い引用になるが、Freud(1918)の基軸を確認してみよう。「ある幼児神経症の病歴より (狼男の症例) ;下線筆者」の抜粋である。

『もし神経症患者が、現在から関心をそらし、彼の空想の退行的代理形成物に固執するという困った特性を持っているなら、われわれにできることは、そのような精神過程の跡を辿ってこれらの無意識的生産物を意識化させる以外にはないであろう。なぜならばそのような無意識的な生産物こそ、それが実際生活上は無価値なものであるにしても、なお現在の課題に患者の関心を向けさせるために、われわれが自由にしようとするところの関心を拘束している目下のにない手、所有者として、極めて有意義な存在だからである。・・・(筆者による略；これら幼児期状況が退行的な空想の所産すなわちそれは記憶の想起として再生されるのではなく構成の産物であるという見解を持たなければ、現実の課題から逃れるために空想活動があつたのだと幼児期空想を処理して) 分析の関心が現実生活に向けられる第二治療期が挿入されることになるのでであろう。このようにして行われる方法の簡略化、したがってこれまで行われた精神分析治療の変更は技法上許しがたいもののように思われる。もしこれらの空想を完全に患者に意識化させなければ、われわれはこれらの空想に拘束されている関心を解放し患者が自由に支配できるようにすることは不可能である。もしわれわれがそのような空想の存在とその一般的輪郭に気づくやいなや患者の注意をそらしてしまうならばわれわれは患者の抑圧をただ支持するに過ぎないことになる。しかもその抑圧の働きによって、それらの空想は患者がどんなに努力しても触れることのできないものになってしまう。・・・もし前もって患者に向かってそのような空想の価値を否定しておくならば、たとえばその空想は何ら現実的な意義を持たないものだと、患者に言うておくならば、分析者はその空想を患者に意識化させるための分析への協力を決して患者から得ることはできないであろう。したがって分析技法というものは、この幼児期の状況をどんなふうにも評価しようとも、実際の治療上、正しい操作を行おうと志すかぎり決して変更し

てはならないものである。』

われわれは精神療法への抵抗あるいは陰性治療反応（NTR）の強い人々を困難患者であると言いつづけているが、翻ってフロイトの症例は、エミー・フォン夫人、狼男、等々、精神病的、境界例とみなされるようないずれも極めて困難な患者であった。引用は、狼男の症例においてフロイトが強調した技法の基軸である。こうして振り返ってみると、改めて'70年代アメリカの精神分析から精神分析的な心理療法への転回は何であったのかと、ぞっとする。時間空間構造を変えたウィークリー対面面接法は、フロイトが決して変更を加えてはならないとした技法の中核原理を揺るがしてはいないか。Kernberg (1982) が警戒していたことだが、実際には精神分析的な心理療法は、力動的な心理療法、精神分析的な支持療法、精神分析志向の精神療法等々、様々な名称で多様に広がり、CCRT 法による支持-表現療法、対象関係論による S. Mitchell の relational- theory、加えて現場対応力に強調点を置く AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy) 等々、多種多様なアプローチが現れた。そうしたなかエヴィデンスが問われ、メタ心理学的世界の探求を飛ばし、現実対処の第二の治療期に CBT がはまってそれが国策にまでなっている日本の現実は、まるでフロイトが予測していたかの如くである。

一貫性のある精神分析的な心理療法の技法基軸を薄め、技法の原点を危うくした疑いはここにある。すなわち自由連想的な発話や反復的想起によってもたらされる患者自身には説明がつかない幼児期の出来事や空想あるいはイメージは、それらが抱える無意識的な特有の体験が明らかになるまで分析し切るべき (work through) とする精神分析的な心理療法技法の中核が、脇に押しやられがちである。人が精神内に、現在の困難から関心をそらす空想の退行的代理形成物 (regressive substitutes) を持ち、それに囚われそこから出口なしの状況に陥るなら、心的エネルギーはその囚われによる拘束に充填され、かつこれに対抗する過大なエネルギー消費と解放され得ない不快感によって、現在の困難に向かうには自我が余りにエネルギー不足となり、向かったとしても現実の厳しさによってさらに二次的三次的被害を被ってしまう。精神内の外傷的あるいは発達的障壁によって構成された空想の退行的代理物への囚われによって、個人の外部場の現実から入るべき新しい情報のインプットは制限され、個人システム内のエントロピーが上がる自己システム崩壊の力動である。フロイトが「狼男の症例」で技法的に強調した問題は、そのまま東日本大震災の PTSD 治療の限界に現れ、昨今の日常臨床にある。

精神分析さらに精神分析的な心理療法は、精神療法の本質を時代と人の心の変化および科学の進歩とともに現代に伝えて来た。重い NTR を現す困難患者も、Freud(1923)以降重ねて論議がなされ、Ferenczi (1930)、Eissler (1953)、Sandler, et al. (1970)、Langs (1976)、Stolorow, et al. (1983)、Schafer (1984)、Lane (1985) 他、多くの見解があり、最近に至ってアメリカからの発信が増えている。その結果、幅広い視点から心の地平を見ることができ、様々な入り口から人格構造機能の頂上にもまたその基底にまで理解の歩を進めること

ができるようになって来ている。しかしその展開の多様性と多次的展開の故に本質が見失われてしまうなら、精神分析的な心理療法及び精神分析そのものの存立が危うくなる。精神分析的な心理療法によって個人の精神内過程を辿り、そこに形成される葛藤構成物が分析、意識化され、特定の構成物に吸収あるいは消費されているエネルギーが解放される過程こそが精神分析的な心理療法の本質である。その現代的な実践技法を訓練可能な形で展開することがわれわれの課題ではなかろうか。

## V. 現代心理療法へのゲイトウェイ

東日本大震災臨床で、そして日常臨床および臨床指導においてわれわれが直面し続けている問題は、臨床家の側の NTR フォビア的態勢である。不測の大衝撃を受けている人々のトラウマに臨床家が触れようとしない。臨床活動は、コンテインメントのサポートが中心になり、次いで生活再適応を図る CBT へと、ここまでは成される。だがそれだけでは PTSD 予防は果たせない。トラウマ反応が精神内に退行的代理形成物を生み、それが固定化されないよう力動的予防と、そこが突破されたなら治療への展開に進まなければならない。これに対し被災者も臨床家も引いてしまう。その結果、被災者の隠れた PTSD と臨床家自身の二次的ストレス疲弊が重い今の現実がある。

文化、社会評論も多いなか、心理療法実践に精通しているなら、ここに生じている事情がここまで論じて来た医療および心理臨床現場における精神／心理療法体制の無さの問題によることは容易に看破されよう。先の引用でフロイトが強調した、精神内に潜む未解決の問題の心理力動的徹底操作を果たすことなく、治療操作の焦点が現実生活に向けられる誤った第二治療期展開に走る実態である。私は長年クリニックディレクターを務めて来た関係で、臨床の主対象が、自他のクリニックで問題が生じた事例のトリアージ対処と他の処方箋で効を奏することのなかった困難患者となっている。非常に多くの困難患者群に会ってきたが、人生の初期に背負いきれないトラウマ体験を有しその後雪だるまのように外傷を重ねるなら、臨床的直面化に NTR は当然の反応となる。そうした経過で統合失調症に至った症例、境界例、死に至るシゾイド性障害、反社会性障害の症例と、30 数年来関わり続けている。妄想の原型を追ってそれが幼児期初期のトラウマ的経験の退行的代理形成物と認められるまでに、非常に長い年月を要したが、それが解けて行く過程をつぶさに見てきた。狼男「幼児神経症事例から」の論文で一貫した分析技法の中核を強調したフロイトによる技法原理の重要性を、何度となく痛感した。

さて現代の心理療法臨床の困難な問題の焦点である。心理療法を求める側-実施する側が共に傷つきやすい心理-社会的状況に現代の日本人が陥っていることは認めざるを得ない。そこに両者が相互作用的に傷つき合いを守り合って、レジリエンスを必要以上に低め、患者-臨床家の両者に NTR フォビアを生む共棲力動がある。対抗できない怖れから自らを傷つけその自分を助けようとしている相手も傷つけてしまう陰性の相互破壊的な関係力動

がNTRを深刻にする。しかし臨床家を激しく攻撃的に追いつめるNTR困難患者でさえも、陰性転移反応からの系統的分析が可能であり、その徹底操作以外には彼らの自己破壊行動化 (act out / act in) が止まらないのであるなら、これらの困難患者群にこそ精神分析的心理療法効果の真骨頂があると言えよう。困難の中にこそ可能性の希望があるという原理である。Freud (1937) が見事に語った「終わりある分析と終わりなき分析」の議論を、1970年代の精神分析的な心理療法への大転回に繋いで改めて現代を問うなら、われわれの新たな道づけが見えてくると信ずる所以である。

## VI. 希望

心理療法展開を数式で書くと、 $f(x)=P(\text{患者})\times E(\text{環境})\times T(\text{セラピスト})$ となる。牛島 (2014)の指摘は、この第一変数の患者Pの変化である。中でも蔓延の様相を呈しているうつ病については、昨年の本学会教育講演において「神経症性うつ病が不明確となり、診断的には大うつ病へ一本化され、平らに薬物療法と認知行動療法の併用」が標準的治療になった実状に対して、改めて「異なった病態の精神力学を踏まえた治療的対応の要」が唱えられた。それぞれのタイプのうつ病に即した心理療法的接近である。患者の変化については、論文の最後に、最近の「精神科の医学化と波長が合い、患者は内的葛藤型から行動障害型に変わって来ている」との指摘の上で、以下の経験が記されていた。「長年、色々な精神科医にうつ病と診断され、多剤大量の薬物を投与されていた患者で、特に筆者の外来を希望して受診した20代、30代の患者が、始めは順調に経過していたが、次第にパーソナリティの側面、あるいは生活史の面に触れるようになり、人生が大きく逸れてしまっていることを考え直そうと提案し、処方書の整理に取りかかった途端に、外来の主任看護師に主治医変更を迫る例が立て続けに二、三みられたのである」と。

心理臨床現場では日常的な反応の一つである。注目すべきは、臨床例だけでなく教育分析においてもこの反応は少なくない。これらの例は換言すれば、治らない、人格変化をしないための長期の精神科治療あるいはカウンセリングを続け、変化の兆しやその展開への介入に対して、その状況およびその展開機序を刺激するセラピストを無いものにしようとするものである。これは精神療法を臨床の場から締め出す力学が、正に臨床の渦中にあることを意味する。この力学に直面するなら、Ferenczi (1930)に端を発するEissler (1953)のパラメーター論に傾き、技法を变形する勢いが増す筋も理解できる。同時に技法的ヴァリエーションを大きく力動的アプローチへと広げた1970年代の大転回が、技法原理を変え現代の衰退を招いたのではとの、疑いも膨らむ。現代の我が国の臨床家にはNTRフォビアがあるのか、セラピストは転移-逆転移の非治療的要因に無力なのか、改めて吟味も必要であろう。心理療法第三変数の独立性、中立性の問題である。この点を、臨床家訓練の基底に整備することなく闇雲の形式的教育制度では、力動的な心理療法の展開は望めない。

患者の変化は、第二変数の環境の問題と絡んで発達ラインの変化、とりわけ乳幼児期、

潜伏期から青年期への展開における男根性、超自我形成、高次防衛機制の発達に注目しなければならない。さらに分裂、否認、投影といった原始的機制に支配される自我構造に対する体系的な治療的対応が欠かせない。この点について、鑪 (2007) は、日本人の文化に根づいた独特のアモルファス自我構造理論を呈示し、日本人の対人関係の場では分裂、否認、投影は健常レベルにも普通に見られる機制であり、「splitting」や『妄想・分裂ポジション』・・・また『投影同一視』や『取り入れ同一視』も、日常レベルで働いているということが出来ます。(P.6)」と述べ、さらに「患者・クライアントの状況に支配される『受身的・攻撃的な人間関係パターン』 passive-aggressive pattern、『服従・支配の関係パターン』 passive-control pattern (P.6)」も日本の対人関係に普通に見られる特色であるとして、日本人固有の精神分析的臨床態度と技法的工夫の要を説き、アモルファスな自我構造のあり方に新しい人間像を期待している。

阿闍世コンプレックス、対人恐怖そして甘えの精神力動と、西欧文化基盤の精神分析に対して、日本独自の臨床人格理論はこれまでもわれわれを魅了して来た。しかしそれらの心理力動そして発達の複雑な関係を臨床の場における技法的工夫に導くまでに十分な展開がなかったが故に、危機として論じている現在の精神療法の後退が起きているとも言えよう。アモルファス自我構造の定式化は、この行き詰りに希望をもたらすものと思える。日本人は臨床家も患者も共に NTR フォビアではないかの問いに対する答えも、見え易くなる。中核自我が曖昧で相互依存に生きる自我構造であるなら、社会環境がアモルファス自我を包むものからグローバル社会化により個人の成果主義へと価値の変動を進めるなら、鑪の用語「皮膚自我」の感受性病理を生み、うつ、の蔓延化は生じ易くなる理となる。また大災害によって、「世間体」の集団/社会力学が優勢のまま「頑張ろう日本」と「絆」のスローガンが大合唱で強調された後、潮が引いて行くように支援が遠のくと、出口を塞がれた個人のトラウマは曖昧な自我構造の中に包むしかなく、トラウマを取り出すドアは曖昧な自我の層の中に消されてしまう。PTSD は生じ易くなる。驚愕的な自己喪失のトラウマを解放するドアを「頑張ろうの絆」の世間体で覆ってしまった後で、これに臨床家個人の力で対応することには土台無理があり、互いにアモルファスな自我構造の相互依存でこの脅威を回避、逃避し無理矢理の抑圧へ落ちて行く相互 NTR フォビアの力動展開も余儀無しとなろう。日常のうつ、引きこもり、自己破壊症候群の蔓延化も、アモルファス自我構造の中に厳然と「世間体」があり、相互依存恩恵をベースにした精神内力学と行動原理に生きているなら、個人成果主義が支配する社会力学への転換が「超すに超されぬ田原坂」を生む故のものとして理解し易い。

Pinney (1994)による相互作用メトリックスの概念は、鑪が日本人の対人関係の場の力学として描いた入れ子の概念図式に近いものがある (鑪, 2007;P.8-9, 図4,5)。病理が深いと文化の影響が小さいとした鑪の説明とも一致している。メトリックスは人間の精神エネルギーのベクトルが絡み合う場であり、ピニーは日本での講義でこれをうどん玉ある

いはパチンコ盤のようなイメージで教えた。そのコンテンツの容態を私は後に、立体的なモザイク様のメトリックスと概念化した。集団の場では、それが個々バラバラに存在し相互にまるでトランスペアレンシー画像を重ね合うように混在する。釜の内的対象の入れ子現象がそのような画像を作るとも言える。違いは、釜の図式 (P.7. 図1) が、自我内容を経験様態として捉えているのに対し、ピニーのそれは機能 (function) で捉えている点にある。

釜の対人関係の図に温度差の記載がある。これがそれぞれの個人の周りにまた相互に重なり合う対人関係の場にもあり、ピニーと私のメトリックス理論はこの温度によって感知できる個人と個人間の相互作用のエネルギー空間を捉えたものである。それは言葉によってエネルギーの変換、移動が促進されあるいは抑制される「瞬間、瞬間の自我の働きによる物理学的メトリックス」であり、瞬間のエネルギー移動は  $\Delta F = A \Delta x$  のベクトル方程式で表すことができる (小谷, 2012, 2014a)。A がメトリックスを構成する身体と人格の力学係数であり x が衝動、F が個人の外部場に放出されるエネルギーである。Δ は瞬間のエネルギー移動の微分を意味する。この点において、釜の臨床観察と小谷の臨床観察に異なりが出る。アモルファス自我構造モデルに則った臨床的態度は、患者／クライアントの経験様態をセラピストの「受け身性」において「合わせる」「包む」「共感する」「柔らかい雰囲気」の保持「態度を重視」「受け入れ」「情を重視」するものとなる。それは Ferenczi 的態度さらに Eissler の支持的パラメーター (supportive parameter) のライン、自我心理学よりも自己心理学のアプローチになるように思われる。アモルファス自我構造モデルによる実際の臨床技法の理解が十分ではない私には、ここから先の臨床事象を見ることはできない。問題にしている患者の発達初期に端を発する根深いトラウマや「世間体」に隠される PTSD の治療困難性故に生ずるうつ慢性化や行動化への処方には固有の技法展開があるはずである。私の技法論の範囲内の全くの憶測では、中国の古い説話にある、「どんな話しにも曖昧なままに聴き続けてくれる渾沌さん」の技法展開 (小谷, 2014c) が想像される。

ピニーのメトリックス理論を基盤において精神分析的心理療法にシステムズ理論を導入した小谷の立場では、第二第三の心理療法変数、E (環境)、と T (セラピスト) の治療要因を重視する。週4日も寝椅子の自由連想空間が保障された精神分析からウィークリーの対面法による精神分析的な心理療法へのシフトは、時間空間使用の条件を大幅に縮めた。それを補うべく、セラピストは主訴を軸に患者に浮上する自由連想的発話の安全で自由な空間を、患者との協働作業で作ることをインテークからトライアルそして心理療法初期過程において展開し、作業同盟を確認することによって両者の自由連想的発話の安全空間を治療装置として構成して行く。先年、Saul Tuttmann 主宰の American Academy of Psychoanalysis の Study Tour が私の研究所を訪れ事例検討を行った際、Frieda F. Reichman のお弟子さんであった Beatrice Liebenbaum がそのやり取りを、まるでプレイ

セラピーのようだと評した。的を射た観察であった。大人の患者とセラピストが、自由連想的発話を言い合う様は、まるで二人で集団精神療法の自由連想発話の遊びをしているように見える。この相互自由連想的発話を促進するセラピストの姿勢は、受け身ではない。能動的である。ピニーのキンドリング (kindling) 技法によるものだが、セラピストは鑪が記述した対人場面の温度があるメトリックス空間を一様に捉えるのではなく、自由連想的発話に現れる患者のメトリックスのノーダルポイント (温度が高いポイント) に反応する。反応とは、そのポイントの増幅器 (amplifier) の役を担って増幅刺激を発する。そこでプロセスを止め、間を取る (space making)<sup>2</sup>。この間、セラピストの自我空間で、患者の反応に関する理解を立体化させる解釈を声に出すことなく (silent interpretation) 進めるのである。介入技術は、極めて単純である。

PT: 父の小言は酷くなるばかり、病気も思わしくない上に、子どもの反抗も酷い、  
夫には負担ばかり、私もう止まなくなるから、症状どんどん酷くなるじゃない  
ですか、先生が何にもしてくれないから、先生が、見捨てるから・・・

TH: 止まれなくなる!・・・フム!

と、言った具合に、憤怒に向かう自分を止めたい患者の能動的感覚の瞬間をキンドリングし、そこに間を取るのである。

渡米前、境界例の心理療法公開 SV で土居先生から厳しく NTR の指摘を受けた際、私として患者はよくなっていると思っていた。しかし土居先生から見ると悪くなっている。実際に行動レベルでは悪くなっているのだから、それを指摘されるとグーの根も出なかった。

これに対しピニーは、精神病理は対人病理であると明言し、孤立した個人精神病理の視野に集団精神療法的対人病理の視野を加えた双眼鏡を与えてくれた。これによって鑪が指摘した日本人の健常者が日常的に原始的防衛機制を現し、人間関係に受け身的攻撃性や服従・支配パターンを展開する心理力動が容易に解き明かせるようになった。日本人が鑪の言う世間体の力動の中に生きているということは、W.R.ビオンの言う基底の想定グループが内的対象集団力動に働き、それが外的人間関係に現れると分析できる。さてそうした自我構造を有する日本人であれ、文化の差が少ない精神病患者であれ人格障害であれ、今この同じ空間にいと、極めて鋭敏で健康な反応の瞬間に出逢う。それがその後続く反応のプロセスの中に隠れてしまうのだが、確かにその健康な反応をキンドリングして行けば病理に覆われた領域の中にも次第に健康な自我反応のノーダルポイントが浮かび上がって来る。この健康な反応のノーダルポイントを繋ぐことでモザイク的に描ける像を患者と共有することを繰り返して行くなら (relentless healer)、患者がリビドーをカセクトする自己像を少しずつ再構成して行くことができる。

この事象は、集団精神療法による臨床観察が容易であることから、集団精神療法の論文

---

<sup>2</sup> 発火点の火を強めるために可燃チップスをくべる (kindling)、そこに酸素供給をする (space making) と書いたイメージである。

の中でモザイクメトリックス技法として発表した（小谷,1995, 2014a）。その科学的説明に苦慮していた私に、統合失調症の心理力動の分析には量子力学が適合するとして研究所に通って来ていた物理学者<sup>3</sup>が、生じていることは量子力学の常識だと、一言のもとに喝破した。ミクロの世界の原理が、マクロ視点で不自由になっていたコンテンツとプロセスのもつれや矛盾からの解放をもたらした。心理現象を見る自由空間が大きく広がった。土居先生からの指摘の正しさも、その際の私自身の主張の可能性も同時に認めることのできる視野を得た。

量子力学は、エネルギー伝達が粒と波によることを既に立証していたのである。ピニーに学んだキンドリングは、相互作用メトリックス上に現出するエネルギーの粒を増幅するものである。通常、不健康で攻撃性にまみれ破壊にしか見えないような患者の振る舞いもエネルギーの波であり、彼/彼女はその中に異なった質のすなわちリビドーの粒を覆い隠している。したがって攻撃性の言動の中に、確かにリビドーの熱が上がるノーダルポイントがありその逆もある。そのノーダルポイントからの出力は極めて微少で瞬間のものであり、次の瞬間は他の多くの粒も交ざった波に覆われるので、その瞬間への反応は受け身では対応できない。超一流のプロアスリートやピアニストのセラピィで、顕著にこのような場面の記述を得ることができる。「ピッチャーのボールが放たれてからその球筋を見てバットを構えて打つのでは 150 キロのボールは打てません。ボールは勢いの波になって飛んで来ます。それは相手にしないで必ず目の前に来るそのボールだけを見て、瞬間の一拍子打ちで一撃を加える。」また国際的コンサートピアニストの「私の指が瞬間止まっても、それは会場の人にはわかりません。誰もそこで聴く流れを止めません。その音符が抜けることが分かるのは私の長年の師とその作曲家、そして私自身だけでしょう。みんな音の波を聴いているからです。」という記述である。この瞬間の時間を長く体験できる態勢は、禅や宮本武蔵の兵法にある「空」のそれと似ている。

宮本武蔵の事例研究、NTR 患者、プロのアスリートやピアニストのイップスの臨床からの学びには大きいものがある。彼らのパラドックス、うきうき気分への怖れ、すなわち最高のコンディションへの怖れ、病気を治したくない NTR 特有の自己破壊的反応の奥にある脅威の正体は何であろうか。そこに力動の鍵があるように思える。

そこにあるのは「死の脅威」ではなかろうか。私は、わが国の創世トラウマとしてのイザナキ-イザナミに発し、スサノオ-アマテラス-オオクニヌシ物語に残されているエディプスの未完了に、そしてフロイトの死の本能（Freud, 1920）の再考に関心を寄せた。何故、超一流のピアニストやバッターが最高レベルの技術を持って頂点の檜舞台で指が止まり、打てなくなるのか、NTR 患者がよくなり始めた途端に治療を壊そうとするのか、重篤な PTSD 被災者がイスラエルの子が飛んで来る砲弾に向かって走るように、症候を自覚して

---

<sup>3</sup>白石潤一 量子力学を専門とする数理論理学者；東京大学大学院数理科学研究科・理学部数学科 准教授

後に自己破壊的方向に走るのか。超一流のアーティストは、天井効果による死の脅威、NTR、PTSD、統合失調症者は、いずれも生きている感覚の底が抜ける脅威に、対象あるいは行為が破壊的なものでもそれにしがみつくと。

最近、北西 (2014) の「森田療法の治療機序は森田正馬自身の9歳時の体験に端を発した死の怖れへの対処に始まり、そのしがみついていた怖れの囚われ（フロイトの退行的代理形成物）を手放すこと、そのままを認め受け入れることに端を発したのだ」という講演を聴いて感動した。Freud が死への傾きに目を向けた私の解釈と一致したからである。宮本武蔵も幼い時からの死の脅威を60余人の対決者を死に至らしめてやっと馴染めたと、甘えの断念も、F. F. Reichman をモデルにしたフリード博士の言“I never promised you a rose garden.”も、死の恐怖の受け入れを意味すると、そしてそこにハードなエディプスのテーマが厳然とあると、私は解釈している。

物理学的には、物体の変容に対する強い抵抗である。マクロレベルでは流動的な液体もしくは気体が固体に変る「相転移」に、強い抵抗が働く。既に述べたようにミクロの量子力学的世界では、そもそも時間の連続性にも確かさはなく、変化が常態である。そのミクロ的事象が猫の死という思考実験でマクロにも適用しようとした「シュレジンガーの猫」は、瞬間、瞬間の生と死の確立は50対50となる。私が今生きているこの瞬間と今も生きていると皆さんに語っている次の瞬間の間に実は、私は死んでいるのかもしれない。物理学的にこの事象があるのだと理解できると、死の脅威をわれわれはもっと受け入れられる、と私自身たびたび考える。実際に統合失調症の主要な自我機能は”splitting”である。この機制が働いている間は他の split off されているその人はその場からは消え、生の連続性はない。言わば死んでいる。寛解容態の統合失調症の人はその間の死を怖れなくなる。不安定になると、死を怖れる代わりに幻聴やコントロールできない自分の身体に、乱れた怖れを現し間を繋いでいるのではなかろうか。

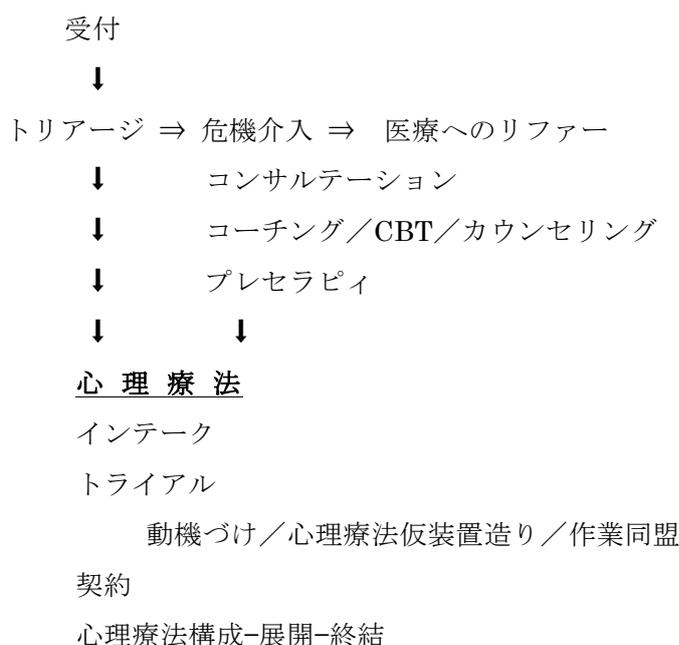
このような事象の実験と発見を可能にする精神療法装置に、私は大いに希望を持つ。「生」と「死」の間の恐怖をどう生きるかの実験場として、日常の環境とは異なる心的治療装置空間としての環境 E においてはマクロ経験もミクロ体験もできる。その空間においては訓練されているセラピスト T が、死の脅威に対応する数々の代理形成物の中に点在するリビドー（生）のエネルギーを、キンドリングによって今ここでの瞬間、瞬間の体験覚醒を図り、必要なエネルギーカセクシスとエネルギー交換可能なベクトルに展開して行く。精神分析的心理療法における働く能力の活性化である。重要なことは、この働く能力を駆動していること自体がリビドーエネルギーの正統な使用であり、それが死に引っ張られるだけではなく生を味わうことそのものの体験となり、対象世界を愛する体験へと展開するのである。

## VII 結論

$f(x)=P \times E \times T$  の心理療法展開の成果には、 $T$  が一定の閾値内の変動に収まる常数にならない必要条件がある。 $T$  がマイナスに落ちないように常に磨いておく必要がある。そのために武道家と同じ終わりのない訓練とその己の死の恐怖の受け入れ態勢を確認する教育分析の重要性は、強調してし過ぎることはない。 $T$  値を高めることができればできるほど心理療法の危機をチャンスに変える希望の夢は高まり大きく広がる。危機の原点は正にここにあり、技法と訓練の研究実践こそが希望である。私の結論である。

最後に私の精神分析的心理療法現場を呈示して、本講演を括ることにする。精神分析的心理療法は、あくまで精神分析的動機づけのある個人が、セラピストを時間で雇い、協働作業によって死の恐怖にしがみつ়くことから離脱し、生きることに喜びを感じる目標に向けて働く仕事とみなす。そしてその底流には必ず深いエディプス問題がある。闇雲にこれを始めて遂行できるものではなく、確かなゲイトウェイを辿って、心理療法の門に至るものである(図1)。心理療法展開モデル(図2)では、私は寝椅子と対面法の違いを踏まえ、「患者とセラピストが準備と治療装置作りの前半のI~IIIまでの抵抗とつきあう仕事を重ねて、自己の真実性 *wharhaftigkeit* に向かう徹底操作のIV-Vの過程を協働で越えて終結に至る」フロイトの技法定式を、大きく外れるべきではないと考えている。基本的に Eissler (1953)の *supportive parameter* は必要としない患者/クライアント群に対する Bergmann(1976)の技法展開に並ぶものである。

図 1. 心理療法ゲイトウェイ





- Freud, S. (1937). Analysis Terminable and Interminable. *Standard Edition*, 23: 255-269. London: Hogon Press, 1964. (フロイト著作集 6 : 377-413. 京都 : 人文書院, 1970.)
- Kernberg, O.F. (1982). The Theory of Psychoanalytic Psychotherapy. In: *Curative Factors in Dynamic Psychotherapy*. Ed. S. Slipp. New York: McGraw-Hill Book Co., 21-43.
- 北西憲二 (2014) 森田療法によるトラウマ治療 —喪失と生成の観点から— (未公刊) 福島復興心理・教育臨床センター, コミュニティカレッジ, リレー講演第9回, 5月18日.
- 小谷英文 (1991). 危機にこそその精神療法の力. *精神療法* 第40巻第1号 : 4-5.
- 小谷英文・小沢良子・井上直子(1995). 力動的集団精神療法の手引き. 集団精神療法叢書集団精神療法的アプローチ. 山口隆・浅田護・菊地寿奈美 編, 東京 : 集団精神療法叢書 ; 41-51.
- Kotani, H. (1996). Psychotherapy Present and Future: The Future of Psychotherapy from a Trans-Cultural Perspective. Read at Innovative Workshop, American Psychiatric Association 149<sup>th</sup> Annual Meeting, May 7<sup>th</sup>, 1996, in New York city. (Unpublished paper)
- 小谷英文 (2008). *ダイナミック・コーチング*. 東京 : PAS 出版部.
- 小谷英文 編 (2012). *現代心理療法入門*. 東京 : PAS 出版部.
- 小谷英文 (2014a). *集団精神療法の進歩*. 東京 : 金剛出版.
- 小谷英文 (2014b). 危機にこそその精神療法の力. *精神療法* 第40巻第1号 : 4-5.
- 小谷英文 (2014c). 新版 *カオスと渾沌 : 武蔵とモンロー*. 東京 : PAS 出版部 (印刷中).
- 鎌幹八郎 (2007). アモルファス自我構造という視点—対人関係論から見た日本の臨床—. *精神分析研究*. 51(3): 233-247.
- Lane, R.C. (1985). The Difficult Patient, Resistance, and the Negative Therapeutic Reaction: Review of the Literature. In: *Psychoanalytic Approaches to the Resistant and Difficult Patient*. Ed. H.S Strean. New York: The Haworth Press.
- Langs (1976). *The Therapeutic Interaction. Vols. I and II*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Louro, L. Bas, A., Goldsmith, L.A., J.A. Kaplan, Katz, G., and Schay, S.H. (2003). Psychoanalytic Supervision of the Difficult Patient. *Psychoanalytic Quarterly*, 72: 403-437.
- 西園昌久 (2014). これからの社会の中の精神療法. *精神療法* 第40巻第1号 : 7-10.
- Offen, J.R., and Burough, L.P. (1987). The Benign Aspects of the Strong Superego: *Theoretical and Technical Considerations*. In: *Psychoanalytic*

*Technique. Ed. H.S. Strean, New York: Haworth Press, 35-45.*

Sandler, J., Holder, A. and Dare, C. (1970). Basic Psychoanalytic Concepts VII. The Negative Therapeutic Reaction. *British Journal of Psychiatry*. 117: 431-435.

Schafer, R. (1984). The Pursuit of Failure and the Idealization of Unhappiness. *American Psychologist*, 39, 398-405.

Slipp, S. (1982). Curative Factors in Dynamic Psychotherapy.

Stolorow, R.D., Brandchaft, B., and Atwood, G.e., (1983). Intersubjectivity in Psychoanalytic treatment. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 47:117-128.

牛島定信 (2014). 今、何故に力動的心理学療法か. *精神療法* 第40巻3号: 7-11.

吉松和哉 (2014). 心理学療法とは:人生80年を経て感ずること. *精神療法* 第40巻3号:4-5.