

不安障害の精神分析療法

川谷 大治

不安障害はパーソナリティ障害や感情障害との併存がしばしばみられ、その治療の優先順位をどちらにおくかといった問題が発生しやすい。一方、精神分析は「不安」の研究から人間理解の心理学へと発展し、不安を1つの症状として捉えその起源を探求していくので、そのような問題は起きない。しかし、1セッション50分を週4回以上行う精神分析療法はわが国の保険診療では認められていない。ゆえにわが国の保険診療で行えるように作りかえる必要がある。筆者は、パニック障害と強迫性障害の保険診療で認められている1セッション50分、週1回の精神分析的な精神療法例を呈示し、次いで、短時間セッションの保険診療の下での力動的通院精神療法（分析的保険診療）を紹介した。

〈索引用語：不安障害、病態水準、パーソナリティ構造、精神分析的な精神療法〉

はじめに

筆者が精神科医になった1980年はDSM-IIIの登場の年でもある。以来、筆者は2つの精神科臨床の道を歩いている。学生の頃から興味を持っていた精神分析的臨床と薬物治療を中心としたDSM的臨床である。2つは互いに相容れないので、幸か不幸か筆者は2つの治療スタイルが身についてしまった。その分裂が如実に表れるのは不安障害の治療においてである。周知のように精神分析は「不安」の研究から人間理解の心理学へと発展したので、不安を1つの症状として捉え、その起源を探求していくことが治療姿勢になる。一方、DSM精神医学は1人の患者に起きる不安を「不安障害」という1つの疾病単位として捉えるので、部分を見て全体を見ないボーダーライン患者の思考パターンに似ている。悪く言えば、後者は人を見ずに脳を見ていることになる。それを「脳内科」と揶揄する精神科医もいるが、DSM精神医学によって疫学的調査や病因論的調査、そして治療のアウトカムの調査が活発になり、独りよがりになりがちな精神療法を軌道修正させてく

れるので、筆者は重宝している。

I. 不安と精神分析

私たちは誰でも一度は「不安」という言葉で表されるような感情状態を体験している。しかし不安障害の人々が、ふつうの人々なら平気な状況の中で、特別に強い不安を抱いたり、一度陥った不安状態からなかなか脱出できずに、いつまでも不安なままでいたりするのはなぜなのか？

1. 精神分析の不安の考え方

フロイトは、ここに3つの組織（超自我、自我、エス）を想定した。自我とは「私」、エスとは人間の持っている欲望、超自我とは私が考えることや行いを見張っているもう1人の私。フロイトは「不安とは、自我がエス、超自我、外界から圧迫を受け、そのために体験する破局感であり、ことに神経症はエスと超自我との圧迫を自我が処理しきれなかったときに起こる」と考えた。この不安を自我が処理できないときに身体に症状が現れるのを不安神経症、自我がこの不安をいろいろ

なやり方（防衛機制）で処理すると、強迫症状や転換症状や恐怖症状になる、と考えた。この考え方はDSM-IIIの登場まで神経症の成立を説いた。

2. 病態水準という考え方

ところで、病的不安は神経症から精神病まで広く見られるので患者の病態水準ないしは力動的診断は欠かせない。周知のように不安障害にはパーソナリティ障害の合併率が高く、例えばパニック障害と診断された患者のおよそ40~50%がパーソナリティ障害の診断基準を満たすと指摘されるように、DSM診断の臨床的欠点が浮上する。1人の人間に不安を切り口に七夕の短冊のように診断がつくのである。パーソナリティ障害が併存する場合の治療は、何を中心に治そうとするのか明確でない。一方、筆者が慣れ親しんでいる力動精神医学では、1人の患者を力動的に、つまり不安の質とパーソナリティ構造といった具合に診断していくので、治療方針もシンプルなものになる。

1) 不安の質とパーソナリティ構造

精神分析ではまず主訴から「不安」の質を診断する。対象喪失不安、去勢不安、道徳的不安から解体不安、抑うつ不安、妄想的不安などと細かく診断していく。そして、大まかに不安の質を神経症水準、境界例水準、精神病水準の3つに分類する。次に、生活歴を聴く過程で、患者は不安をどのように防衛（処理）してきたのか、発達論的診断をする。つまり、内外の脅威に適応しかつ防衛する自我の習慣的態度（パーソナリティ傾向）を把握するのである。この傾向が柔軟性のない硬直した病的なものであればパーソナリティ障害と診断される。こうして得た患者理解は、今後の治療関係の中でどのように転移が起こってくるのかの予測を立てる目安になるし、転移が起こったときの認識とその操作の手掛かりとなる¹⁾。

2) 病態水準（表1）

先に述べた病態水準とは、患者が葛藤をどのように処理（防衛）しているかを知ることによって得られる。神経症水準では葛藤をこころの中に抱え続ける自我の強さがある。それが境界例水準になると、

表1 病態水準

- | |
|----------------------|
| 1. 神経症水準：葛藤を心の中に抱える |
| 2. 境界例水準：葛藤を行動化する |
| 3. 精神病水準：葛藤を否認・外在化する |

葛藤を行動に移すことで内的緊張状態を軽減しようとする。精神病水準では現実生活の出来事をなかったかのように否認し、現状の苦しみは外からやってくると思う自我の状態である。

3. 精神分析療法

1) 精神分析療法の基本

精神分析療法は、週に4回（50分/回）以上、カウチの上で自由連想をすることから始まる。すると患者は、自由連想に対して意識的・無意識的に抵抗すると同時に、治療者に患者特有の態度を示すようになる。幼少期の重要な対象との間で繰り返された関係パターンが治療者にも転移されるのである。精神分析療法はこの抵抗と転移の分析を行っていくことで、患者は自己理解を深め、かつパーソナリティ構造を修正し、治癒に至る治療法である。

2) 精神分析療法の特徴

精神分析と他の治療法との違いを簡単に述べると、認知療法は人の悩みは出来事そのものに原因があるのではなく出来事の受け取り方によって生み出されるので、その非合理的な思考を変えというのが基本的姿勢である。行動療法では症状には意味はなく誤った学習の結果と考え、再学習を施す。それに対して、精神分析療法は症状には無意識の意味が隠されていると考えて、無意識の意識化を治療目標とする（一者心理学）。ところが、無意識が明らかになっても状態が変わらない患者が存在する。例えば外出恐怖症の場合、たとえ症状の成り立ちを洞察しても外出恐怖は依然として残り患者を苦しめることがある。そのために分析家の中には患者を外に連れ出すなどのエクスポージャーを行った者もいる。こうした精神分析療法の限界に加えて、精神分析がパーソナリティ障害の治療に応用されることによって技法の修正を強

いられ、患者と治療者の関係性が重視されるようになった(二者心理学)。その結果、精神分析療法は治療関係をもとに患者理解を深めパーソナリティ構造の改築へと進むようになった。

II. 不安障害の精神分析

本論では不安障害すべてを述べるには枚数の限りがあるので、パニック障害と強迫性障害を例に不安障害の精神分析について述べることにする。PTSDは、自我への侵襲が外からやって来るので、内的葛藤から生じる他の不安障害とは成り立ちが本質的に異なるので省いた。

1. パニック障害の場合

1) パニック障害の精神分析的な理解

フロイトは中絶性交という性的欲求不満をその原因と考え、後の分析家たちの批判を受けて自我のシグナル論を唱えたが、それでも終世その考えを捨てなかったという。Buschら²⁾はパニック発作の成り立ちに焦点を当てた精神力動的な精神療法(panic-focused psychotherapy for panic disorder: PFPP)を提唱し、その病因として分離と怒りの恐怖、見捨てられ不安、内的空想を挙げている。精神分析に精通していない人でも明日からでも臨床に応用できるアプローチである。

西園⁴⁾は発症状況を情緒的孤立にあると説き、「治りにくいパニック障害は、エディプス・コンプレックスを防衛するために対象に依存関係や共生関係をもった人が孤立状況に至ると発症する。患者に孤立感を起させないことと同時に、その孤立不安を自覚させてついでエディプス・コンプレックスの自己理解を深めること」と述べている。

筆者は、神経症水準で社会生活を営むことができる自我の強さを持つパニック障害は、発症の成り立ち、抵抗と転移の展開、治りやすさなどから精神分析的精神療法を学ぶ初心者には最適の疾患であると考えている。

2) 症例呈示(症例A)

症例Aは監督としてかかわった女子バレーボールの休憩時間にパニック発作に見舞われて救急

車で搬送された30代の男性。性格は真面目で責任感の強い、しかも自他に厳しい人である。

【生活歴】

厳しい役人の父親のもとに6人同胞の3男として出生。幼少時は腕白坊主。上級生に喧嘩を吹っかけるくらいの元氣者。ところが、小5の頃から、担任の男性教師が素晴らしい人であったことと、長兄の非行に手を焼いていた両親を見て、まじめになろうと決心した。中学に進級してから、勉強にクラブ活動に精を出し模範的な生徒だった。中2でオナニーを経験。進学高校に入学し、下宿生活が始まり勉強しなくなる。父親の目を気にしていたから勉強していたのだと知った。下宿を訪ねてきた父親が男女共有だったことを非難したのを不可解に思ったと当時を回想した。大学を出てしばらくして恋愛結婚。妻は再婚で子どもが1人いた。

【治療方針】

性の問題を抱え、それに父親や妻との関係が絡んでいる。社会適応能力もありパーソナリティ発達は神経症水準にある。治療は週1回50分の精神分析的な精神療法で薬物治療は併用しない。

【治療経過】

以上の話(3回)が語られてまもなく、病気の原因は性生活にあると打ち明けた。薬物治療は行わず、週1回の精神分析的な精神療法を行うことになった。妻も自分も性に潔癖で、普段からぎくしゃくした夫婦生活だったという。2人目の子どもができてから妻はセックスを拒否するようになった。妻はセックスの途中で居眠りすることもあった。ただ、じっと無口でいるより仕方なく、オナニーで性の処理をすることを妻はわからないという。そして、発病の契機になる性的エピソードを語り、自身の性格に関する話に及んだ。風俗に出かけても緊張のあまり楽しめなかった。ただ、周囲には自分が性に潔癖であることがわからないように振舞った。性におおらかでありたいと語った。

こうした性への異常なまでの抑制は両親との関係に由来していることが明らかになった。父親は厳しい人で、家でエロ話をしたことがないと強調

した。だから、オナニーを覚えた中学生から父親の目を気にするようになったという。同様に治療者の存在が気になってきた。

3ヵ月後、遅刻が3回ほど続き、来院中の電車のなかで軽い発作が出現した。遅刻を治療の抵抗として分析していくと、治療に対する葛藤があることが明らかになった。治療者に対するアンビバレントな気持ちが生じると同時に、父親には期待を裏切らないように努めたが、一方で母親にはよく甘えていたという幼少期を想起した。妻が年上であるのも、そうした子ども扱いされたいという気持ちがあったのも事実だと語った。そして、治療に遅刻するようになり、職場での自分に好意を寄せる若い女の子の話を自慢しては、治療者に生意気になったと反省した。そこで治療者と患者の関係に注意を向けさせると、彼は父親を彷彿させる男性に対して、期待に応えようとする気持ちと反発を感じる気持ちの相反する感情が同居していることに気づいたのである。

しかも、彼がもっとも恐れていることは、若い頃から苦勞してきた父親から「へまをやったら追放される」という恐れだということがわかった。ところが、厳格であった父親も酒に酔っては母親によく愚痴をこぼしていたことを思い出した。

父親も家では息抜きしては母親に甘えていたということ、すなわち、両親の親密な関係を認めるようになった（エディプス・コンプレックスの解消）。やがて、彼は父親の鉄砲打ちに自分だけがついて行っていたという体験を思い出した。その姿は、厳しい父親に愛されようと必死に勉強するのではなく、積極的に強い父親に同一化するものだった。しだいに、職場での建て前と本音を柔軟に使いきれない自分の性格を洞察するようになり、妻とも性に対する話題が自由に持てるようになっていった。こうして治療は1年間で終結した。

【治療のまとめ】

妻のセックスへの無関心・拒否が患者を性的不満足へと追いやったのは事実である（性交中絶）。ただ、性にまつわる人間関係が重要になってくる。生物学的な性欲動の発達を、心的な意味あるもの

に高めていく親子関係を主とした人間関係および社会的現象として捉えるのが精神分析である。

2. 強迫性障害の場合

アブラハムは早くから強迫症状とうつ病の関連について述べ、フロイトが現在の強迫性障害の力動的理解を完成させた。西園は強迫性障害に見られる病前性格の1つである執着性格について「食欲に対象にしがみつく」傾向とみて、そのような人が対象喪失した場合にはうつ病が起こり、対象喪失の不安を起したとき強迫症状を呈する、と説明している。

1) 強迫性障害の精神分析的理解

西園³⁾は強迫性障害を完全欲型、執着型、制縛型の3つに分け、いずれも衝動を極度にコントロールしようとする傾向がみられるという。そのコントロールに失敗した結果として強迫症状が起こると考えた。彼らは万能感を追求し、それを妨げる現実を拒否する機制が共通してみられ、このような万能感追求は精神分析療法の過程で初めてその姿をあらわにする、と述べている。

2) 病態水準

周知のように強迫症状を呈するものすべてが強迫性障害ではない。健常者にも強迫症状はみられることがあるし病態水準の力動的评价は必要である。強迫症状の一部を他者に代行させる形で他者を巻き込む「巻き込み型強迫」（成田）は境界例水準で機能していると考えられ、求められるままに保証を与えても堂々巡りである。

3) 症例呈示（症例 B）

症例 B は 20 代の大学生。

【生活歴】

B の父親は一代で会社を起こし、社会的に成功した。幼い頃から兄と B は、成績が悪いと父親に折檻され、父親の顔色をうかがって育った。母親はそんな専断的な父親の力を利用して子供たちを支配するところがあった。

兄と B は父親を恐れると同時に父親の力を当てにするところがあり、父親の力（金）を借りて高校に入学した。そこで B は発病した。海外出

表2 精神分析治療

	支払い	回数/週	カウチ	自由連想	時間/回
精神分析療法	自費 (1~3万円/回)	4回以上	使用	行う	50分
標準型精神分析療法	保険 (390+70点)	1回/週 6回/月	使用	行う	45分以上
精神分析的通院精神療法	保険 (330点+70点)	1回/週	対面法	主訴を題材にする	短時間セッション

張に出た父親の飛行機事故死を案じてから数字による確認強迫に悩まされるようになったのである。以来、人知れず確認行為（歩数、戸締り、靴下のずれ具合）を続けた。時に制縛状態になることがあったが、自分に目標を掲げ、それを励みにして他の人にばれないように生活を送ってきた。ところが、大学進学後、留年したのを契機に精神分析を求めて筆者の治療を受けるようになった。症状もさることながら、現実的には大学留年という問題が大きいのしかかっていた。

【治療方針】

他者を巻き込むことはないが、他者を利用（コントロール）するために自分がないという自己の病理が隠れている。それゆえ、強迫性パーソナリティ障害に起きた強迫性障害と診断した。

【治療経過】

週1回、50分の精神分析的な精神療法の始まりで強迫性格の特徴が現れた。父親の力への憧れと反発が1年ほど展開した。親の力を頼りにしたい、しかしそれでは自分を感じきれない、という服従的態度と反発というアンビバレントが明らかになる。リッチな大学生活、しかし勉強は窮屈。親が死んだら、勉強からは解放されるが、死んでもらっては困るという。

この父親との関係が治療者との間に転移され、治療に対して服従的態度と反発のアンビバレンスが繰り返された。この分析に2年半の月日を要した。治療者を支配したい気持ち（遅刻）と服従的（女性的）な態度の中で揺れた。女性に対する残酷な扱いがテーマになり、母親になつていなかった幼少の頃へと話題が移り、一度も自分のものにならなかった母親との関係が整理された。Bは母親の愛情を獲得するために、母の言いなりになって

いたことを洞察した。相手次第で態度を変えて演技し続ける自分の起源が母親の愛の不確かさにあることがあきらかになった。

ここまでは治療は一見すると進展しているかのように見えたが、実はそうではなかった。彼が現実の挫折や罪意識を打ち消して内的世界の問題として直面できず、空想の中で独りよがりしていることに気づいた。対人関係においては、相手の腹を探るような態度をとるなど、相手によって自分を変えていた。治療者が自分を脅かす対象であれば不安になり、操作し隷属するが、そういうことをやっている自分を眺めて自己評価を高めていた。逆に、自分の弱点を触らない対象であれば強気に出ていた。これまで多くの分析家が指摘した強迫患者の分析治療の困難さである。治療者は、この自我の分裂を扱うのに、技法的に解釈を控えて患者の話に耳を傾けた。治療者が沈黙することによって、治療者との間で起きている感情をBが直面できるようにしたのである。これによって患者は全能感、誇大性をめぐる問題に目が向くようになって治療は終結した。

【治療のまとめ】

強迫性障害の精神療法には強迫防衛の分析に加えて、全能感、誇大性といった自己愛を考慮した治療的工夫が必要であると考えられる。

III. 精神分析的保険診療（通院精神療法）

表2で示すように、精神分析療法は保険診療で認められていないので自費による治療になる。専門家による高度の治療を受けることができるが、1日に治療できる患者数は限られ、しかも治療費がかさむのが欠点である。一方、保険診療で行くと患者の経済的負担は軽くなるが、診療報酬は1

人の診療に費やす時間が長ければ長いほど報酬は少なくなる仕組みなので、精神分析療法で経営は成り立たない。それで筆者は1日に治療する患者数を1人でも多く、かつ、患者の負担を軽くするように精神分析的な精神療法をつくりかえた。分析治療との違いは、分析治療では患者の無意識に根ざすものを分析するのに対して、分析的保険診療では患者と共に彼の精神的危機を体験し、それを転移のなかで「生きなおす」ことを重視する治療姿勢である。それは患者の葛藤を解消しパーソナリティ構造に変化を与える。

以下にその特徴を挙げる。

- ①短時間セッションでコストパフォーマンスが良い
- ②ワンセッションにワンテーマ
- ③無意識の分析よりも「共に生きなおす」ことを重視する
- ④治療空間は非侵襲的で保護的に機能しやすい
- ⑤患者は治療セッションで劇的に生きる
- ⑥その過程で患者は主体性を取り戻す機会を得る

1) 症例呈示 (症例 C)

症例 C はミス・失敗をしないか何度も確認行為をする 20 代の男性。

X 年 3 月、恋人と別れて発症した。

【現病歴】

仕事に行くのがストレスで仕事を休むと失敗しないで済むのだが、休むと生活が成り立たない。最近では家の鍵、ガス、電気、財布の確認、車では人をはねていないか確認してしまう。風邪を引くだけで最悪のことを想像して不安になって体温計などで確認する。仕事もはかどらず X 年 11 月当院を受診することになった。父親は仕事中心の人でかわりが少なかったが、それだけ母親の影響が大きく、物事の判断をするときに母親の価値観に支配されてしまうという。大学卒業後、就職した。元々は前向きでルールをきちんと守る真面目な性格。他人に迷惑をかけないようにしてきたが、買い物は優柔不断で時間がかかるという。

【治療方針】

パーソナリティ障害は併存しない強迫性障害で

母親の意見（超自我）と自我の葛藤が明確で厳しい超自我が緩むと症状の軽減をみると考え、2週に1回の通院で10～15分/回の精神分析的保険診療を対面法で行うことにした。

【治療経過】

最初、フルボキサミン 150 mg の薬物治療から開始した。1ヵ月後、漠然とした不安があると自ら語った。症状を訴えるよりも内面の様子を語る患者の姿から精神分析の適応があると考えられたので、病気の原因がわからないという C に「そうですか？」と疑義を挟んだ。年が明けて、「強い何かが残っている」という C は、「メールが返ってこないと嫌われたと思ってしまう。自分に自信がない」と内面の不安を詳細に語るようになった。

3ヵ月後、9回目のセッションで母親への愛着と分離不安を主治医に否定されなかったので安心し、逆に母親に甘えることも少なくなって、精神状態が良くなったと報告した。11回の受診時には、症状は自分のこころの中であついている、という患者は自身の性格、つまり女性を好きになっても母親の考えが邪魔して天秤にかけてしまう癖があると語った。結局どっちつかずになって交際を諦めてしまうという。例えば「煙草を吸う女性は駄目」と語った。治療者が「処女であるかどうか気になるのですね」と介入すると「そう、そう」と言って赤面した。13回の診察でも超自我と自我の葛藤を語るのので、「葛藤があなたを成長させるので、天秤にかけたり、躊躇したり、悶々とするのは、マイナスにならない」とコメントした。

それから、1ヵ月後、患者自ら薬物の服薬量を減らしていると報告した。そして彼の劣等感を扱うときがきた。彼は、職場の後輩の指導で悩んでいると語った。強く言うとうつと傷つくし、指摘するだけでは依然として変わらないし、と繰り返した。後輩は有名大学出で年下だという。それで治療者は「後輩があなたと違って仕事を要領よくさばけないのは能力の問題かもしれないね。言語能力は学業の成績には関係するけど、仕事をさばくのには無関係」と彼の劣等感を扱うように刺激した。すると C は、父親と弟と違って国立大学を出て

いないので思春期の頃から劣等感を抱いていたこと、特に母親の評価が低いのは頭が痛かったという。そして母親とは違う新たな視点を持つことで仕事に邁進し元気になった。

【治療のまとめ】

短時間セッションで彼の不安を吸収し、不安の源泉である超自我を緩めることで症状の軽減をみた症例である。取り入れられた母親の価値観から自由になったのである。

ま と め

不安障害の精神分析療法について述べてきた。保険診療で行える週1回のパニック障害と強迫性障害の治療例を呈示した。次いで、精神分析療法

を保険診療で行うには「つくりかえる」必要があり、筆者は短時間セッションの保険診療で行う精神分析的通院精神療法（分析的保険診療）を紹介した。

文 献

- 1) 川谷大治, 牛島定信: 発達論的診断. 精神科MOOK 23, 金原出版, 東京, 1989
- 2) Busch, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B.: Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. J Psychother Pract Res, 8 (3); 234-242, 1999
- 3) 西園昌久: 強迫の意味するもの. 精神分析研究, 21(4); 180-186, 1977
- 4) 西園昌久: 精神療法の現場から. 中山書店, 東京, 2011

Psychoanalytic Treatment for Patients with Anxiety Disorder

Daiji KAWATANI

Kawatani Clinic

Anxiety disorder commonly coexists with personality disorder and emotional disorder, which makes it difficult to prioritize the treatment process.

However, in psychoanalysis, we have developed our institution starting from studying “anxiety” towards human understanding. This approach enables us to account “anxiety” as one of the symptoms, which enables us to avoid the difficulty.

In our country, the health insurance system does not allow psychoanalysis treatment beyond 4 sessions of 50 minutes therapy per week. This indicates that there is a need to amend the health insurance system. I will present a study of psychoanalysis treatment within the current insurance standards, one 50 minutes session per week to a patient with panic disorder and obsessive-compulsive disorder, followed by a study of insurance bound short-term sessions of an outpatient psychodynamic psychotherapy treatment (psychoanalysis under the current health insurance system).

<Author's abstract>

<Key words: anxiety disorder, psychopathological level, structure of personality, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy>
