

精神分析と副作用

白波瀬 丈一郎

副作用という視点から精神分析を眺めると、その歴史はまさに副作用対策の歴史であるといえる。ただしそれは、治療法としての精神分析の不完全さや脆弱性を意味するだけではない。当初副作用と思われた現象から治療的意義を見出し、その発見を活用して治療法として精緻化してきた精神分析の発展の歴史でもある。さらに、その過程でみられる研究姿勢は、精神分析の基本的な治療姿勢につながっている。すなわち、治療者は患者の言動を単純に一側面で断じるのではなく、そこにさまざまな意味や価値を積極的に見出して、患者の人生を実りあるものにするべく努力し続けるのである。この治療姿勢は紛れもなく精神分析の独自性の1つである。この精神分析の独自性の明確化を念頭におき、精神分析と副作用についての議論を行った。精神分析の治療過程では、抵抗と呼ばれる現象が必ず出現する。それは治療の進展を阻むだけでなく、患者にもさまざまな不利益をもたらす可能性があり、副作用に相当する。しかし、その現象を転移という視点から捉え直すと、それは精神分析にとって不可欠なものとなり、精神分析の主作用に含まれることになる。抵抗の副作用としての側面を最小化し、主作用としての側面を最大化するための対策として、理論的整理、力動的な評価、治療の構造化と治療者の態度、そして治療者の訓練について述べた。最後に、精神分析には副作用という視点がそぐわない点があることについてふれた。

<索引用語：精神分析，副作用，転移，治療構造，治療者の態度>

はじめに

副作用とは、主作用に対比して使用される概念である。医薬品がもつ生体への作用の中で、治療の目的で利用されるものを主作用といい、それ以外の作用を副作用という。中でも、患者に有害な影響を及ぼす作用を特に副作用と呼ぶことが多い。

この副作用という視点から精神分析を眺めてみると、その歴史はまさに副作用対策の歴史であるといえる。ただしそれは治療法としての精神分析の不完全さや脆弱性を意味するだけではない。当初副作用と思われた現象から治療的意義を見出し、その発見を活用して治療法として精緻化してきた精神分析の発展の歴史でもある。さらに、その過程における先人たちの姿勢は、今日の精神分

析の基本的な治療姿勢につながっている。すなわち、治療者は患者の言動を単純に一側面で断じるのではなく、そこにさまざまな意味や価値を積極的に見出して、患者の人生を実りあるものにするべく努力し続けるのである。そして、この治療姿勢は紛れもなく精神分析の独自性の1つである。

この精神分析の独自性を念頭におきつつ、精神分析と副作用についての議論を進めていきたい。なお、以下の議論では「精神分析療法」という表記を使用するが、そこには精神分析だけに限定せず、精神分析的精神療法および力動的な精神療法も含めている。

I. 精神分析療法における諸現象の副作用的側面

精神分析療法の主作用の1つは、患者の無意識的願望を意識化することである。別の表現をすれば、患者の中には無意識的願望の意識化を阻む力が存在しており、それが主たる治療対象となる。その力は治療の進展に伴って必ず進展を阻止するもの、すなわち抵抗として治療過程の中に姿を現してくる。その意味で、抵抗現象は治療的進展の表れであるといえる。ただ、Freud, S.⁴⁾がそれを「闘争の勃発」と呼び、神経症の治癒のために「勝利が勝ち取られなければならないのは、まさにこの領域においてなのである」と述べているように、抵抗現象に適切に対応することは重要であると同時に決して容易なことではない。「闘争」の結果、治療自体が頓挫したり、患者が大きな苦痛や社会的損失を被ってしまったりすることもある。その場合には、抵抗現象を副作用として捉えておく必要がある。

抵抗とは、精神分析治療において、無意識への到達を妨げるような患者自身の言動を指す⁷⁾が、そこにはさまざまなものが含まれる。「何も思い浮かびません」といって連想が停滞すること、治療に遅刻したり休んだりすること、治療者に対して非協力的になったり攻撃的になったりすること、逆に治療者に全面的に依存して自分では何も判断しなくなること、治療者が恋愛対象となり治療場面が治療者からの愛情を求める場になってしまうこと。このように主に面接室の中で生じるものに加えて、面接室の外に影響が及ぶ抵抗現象もある。その1つが、治療過程で生じてきた不安や怒り、悲しみ、罪責感といった情動を治療の中で吟味せず、面接室の外に持ち出し、さまざまな行動によって発散することである。そこには、治療過程で想起した以前の親に対する怒りを現在の親にぶつけることや、物質乱用や性的放縦そして自傷行為などの逸脱行為、さらに症状の悪化などが含まれる。症状悪化の中には、精神病的破綻をきたし統合失調症が顕在化する場合も含まれる¹⁴⁾。

精神分析療法が治療方法として成立するためには、これらの抵抗現象への対策が必須の条件にな

る。その対策には理論的整理、力動的な評価、治療の構造化と治療者の態度、治療者の訓練が含まれる。

II. 理論的整理

1. 転移

抵抗現象を探求する中で、転移という概念が整理された。転移とは、患者の無意識的な欲望が治療過程において、現実化することを指す。Freud, S.は転移について「患者は忘れられ抑圧されたことを何も想起せず、それを行動化する⁵⁾と述べている。患者は無意識的欲望を記憶としてではなく、行為として治療過程において再生する。それも反復していることに気づかずにそうするのである。例えば、「両親の権威に対して反抗的で批判的な態度を向けていたことが思い出されます」と言う代わりに、治療者に対してそのように振る舞うという具合である。転移により、治療場面は患者の無意識的欲望が治療者と患者によって演じられる舞台となり、本来の治療作業は滞ることになる。そのため、当初転移は精神分析を阻害するもの排除すべきものと考えられた。しかし、その治療的意義が明らかになるにつれて、転移は精神分析に欠かせない現象と考えられるようになった。転移を通して治療者は、患者の無意識的欲望を現在の現実のできごととして取り扱うことが可能な当事者になることができるのである。そうやってはじめて、無意識的な欲動に対して、単なる知的洞察ではなく治療的洞察をもたらすことが可能になるのである。この治療的意義をFreud, S.は「結局、実在しない誰かや彫像になった誰かを打ち倒すことは誰にもできないからである⁴⁾と述べている。したがって、転移に対する扱いは、精神分析療法の副作用として軽減する方向ではなく、主作用として洗練させる方向に進んだ。

2. 自我と治療同盟

転移の取り扱いを主作用として洗練させるためにも、抵抗現象への対策が一層重要になった。その中で注目されたのが、自我という心的機関であ

る。自我の重要な役割の1つが、さまざまな要求を調整し心の統一性や秩序を維持することである。我々は仕事をするという現実からの要求に応じて働いている。しかし、心の中には「仕事などサボって遊びに行きたい」という欲望や「仕事をサボってもいけない」という禁止、「周囲から尊敬される人間でありたい」という理想などさまざまな思いが存在している。自我のおかげで、こうした内外からの思いや要求を抱えつつも折り合いをつけて、我々は日々生活することができているといえる。自我がこの役割を果たすために用いるのが防衛という機能である。抑圧という防衛機制では、耐えがたい不安や苦痛を引き起こす情動や欲望を無意識の中に押し込むことで、心の秩序を守る。したがって、治療者が患者の自我に配慮せずに無意識の意識化を推し進めようとしたならば、自我がその動きを心の秩序を乱すものと捉え、阻止する方向に働くのはもつともなことだといえる。ただ、患者の自我を尊重しさえすれば問題が解決するかといえば、話はそう単純ではない。患者の自我は、精神分析の治療対象でもある。Freud, A.³⁾が精神分析療法の治療目的を「自我の異常さを取りのぞき、自我の健康を取りもどすこと」と述べたとおりである。治療者は患者の自我と協力関係を結びつつ、患者の自我を治療対象として扱わなければならないのである。

この点を明らかにするのが、治療同盟という概念である。抵抗そして転移を治療的に扱うことは、患者にとって困難な課題であり、治療者にとっても試練である。それだけに、その作業を行うには、治療者と患者とが協力して推し進めていくとする関係性が不可欠である。この関係性を治療同盟という。それは、協力関係を築くことができる患者の能力と捉えられることもあるし、治療過程の中で育むべき治療課題と捉えられることもある。さらに、近年では治療同盟という関係性を育む、その過程自体を治療的主作用として重視する意見もある^{2,16)}。

Ⅲ. 力動的な評価

前項で述べたとおり、精神分析療法は患者にも治療者にも負担を強いる治療であるため、治療同盟という協力関係が不可欠である。だからこそ、その治療を開始するにあたっては、治療同盟の形成が可能かどうかを含め、その患者に精神分析が何らかの利益をもたらすのかを評価する必要がある。

その評価作業は精神科診療における診断作業と異なるわけではない。生育歴、家族歴、現病歴、既往歴などの情報を詳しく聴取する。ただ、その際に、患者がこれまでにどのような対人関係をもってきたか社会生活を送ってきたかに注目することが重要である。患者が治療者との間でどのような関係性を構築できるかを推定するためである。

さらに、共感的理解を心がけて患者の話聞くことも重要である。そのための工夫として「到達目標としての共感的理解」¹⁰⁾や「不思議がる」⁸⁾、あるいは「患者の案内を受けながら、患者の心という『街』を歩き、その地図を作るように、患者の話聞く」¹⁵⁾などがある。その過程で生まれる対話の様子から、治療で行われる探索作業において患者が協力者(協働治療者)としての役割をどの程度果たせるかを評価することができる。また、そうした姿勢で患者の話聞くこと自体が治療的であるとともに治療同盟の構築に貢献する。その効果を活用する力がどの程度あるかという視点で患者を評価することも重要である。

そして、精神分析の主作用がどのような効果をもたらす可能性があるかと、どのような副作用がどの程度出現するリスクがあるかをできるだけ具体的に明確にする。次に、副作用に対してどのような対策をとることができるかを検討する。例えば、治療を行うことで抑うつ状態となり希死念慮が出現するリスクがどの程度あるか、そうなったときに、薬物療法や入院治療といった対応が可能かどうか、家族に協力を求められるかどうかといった対策である。加えて、治療者が、自分自身にそうした事態に対応できる能力がどの程度あるのかを見極めておくこともまた重要である。以上

のことを総合して、その患者に精神分析療法を行うかどうか、あるいはどのような治療設定であれば精神分析療法を実施可能であるかといったことを判断するのである。

IV. 治療の構造化

1. 外的な治療構造

治療構造とは治療者と患者の交流を規定するさまざまな要因と条件が構造化されたものをいう¹²⁾。治療構造は、外的な治療構造と内的な治療構造とに分けられる。前者には治療者・患者の数と組み合わせ、場の設定、時間的構造、通院か入院かといったものが含まれる。後者には面接のルールや治療者の態度などが含まれる。精神分析療法における治療構造は、しばしば厳しく守ることだけが目的であると思われることがあるが、それは誤解である。例えば、転移は治療構造の逸脱として現れることが多く、治療者は転移に気づきやすくなるとともに、逸脱を話題にするという形で転移を取り上げやすくなる。また、治療構造が偶発的ないし一時的に破綻したり、意図しない要因がそこに介入してきたりした場合に、治療過程にどのような影響が及ぶかを理解し対応することも可能になる。このように、治療構造は治療過程で何が起きているのかを認識するための助けとなる。

治療構造自体が治療的な役割も果たす。治療構造が設定され維持されることで、患者は自分自身について考える時間と空間を日常生活とは独立した形で定期的に提供されることになる。その体験は患者が治療に取り組む上で大きな支えとなる。加えて、治療者もまた治療構造に守られる。治療構造のおかげで、感情に圧倒され不適切に振る舞ったり、患者の行動化に巻き込まれて混乱したりすることを少なくすることができる。

さらに、治療手段や治療条件といった治療構造を、先に述べた力動的評価に適合するように設定するという活用の仕方もある。個人精神療法がよいのか、それとも集団精神療法のほうが適切なのか。個人精神療法だけを行うのか、それとも家族

面接も並行して行うのか。子どもの場合は、言語能力の発達に応じて、プレイセラピーの選択を検討する。また、分離不安がとても強い子どもの場合は、母親同席で治療を行う。病態の機能水準が低く衝動コントロールが不良な境界性パーソナリティ障害の治療にあたって、入院治療の必要性を検討する。こういう具合である。換言すれば、治療者は自らが属している治療環境の治療構造をしっかり把握して、そこで何ができて何ができないかを認識しておくことが重要である。

2. 治療者の態度

外的な治療構造にもまして重要なのが内的な治療構造であり、中でも重要なのが治療者の態度という治療構造である。小此木¹¹⁾はその一部を「フロイト的治療態度」としてまとめている。①臨床的個人主義：患者を「個」として尊重する態度。②合理主義：真実に重んじ、治療者・患者双方が自己の真実を洞察する態度。③対話的協力：言語的コミュニケーションを重視する態度。より具体的には、分析医の受身性と平等に漂う注意によって非指示的に話を聴く態度と、理解したことを言語で伝える態度とが含まれる。④精神内界主義：行動化を抑制し、無意識的欲望を患者の心の中のこととして言語化と洞察を通して扱う態度。⑤医師としての分別：治療者という職業的役割を自覚し、その限界を超えない謙虚さと守秘義務を守る態度。こうしたフロイト的治療態度は知性に偏りすぎていて、柔軟性や人間的暖かみを欠くという印象を与えるかもしれない。小此木¹³⁾はフロイト的治療態度に対比させる形で「フェレンツィ的治療態度」をまとめ、その有効性についても言及している。確かに、それは柔軟な治療態度で人間的暖かみや情緒交流を重視していて、一見治療者として望ましい印象を与える。しかし、小此木は結論として「フェレンツィ的治療態度はフロイト的治療態度を身につけた上ではじめて成り立つという事実」を強調している。制度や規則、教訓の陰には「そうしなかったためにうまくいかず、失敗してしまった」¹⁾経験の歴史が存在するのである。

Gabbard, G. O. と Lester, E. V.⁶⁾は、精神分析が
いまだ精神分析過程を完全に把握し制御するまで
には至っていない事実を挙げ、治療者が専門家と
しての境界の内側に踏みとどまりながら臨床実践
を行うことの重要性を指摘している。その理由と
して、精神分析の歴史において繰り広げられ、そ
して現在もなお生じ続けている性的および非性的
な境界侵犯について詳述している。それはあから
さまなものから秘かなものまで連続体をなしてい
る。あからさまな極には、患者を性的対象として
搾取する行動が位置づけられる。もう1つの極に
は、患者の病理的側面を強調することで患者がい
つまでも治療にとどまり続けるようにしむける行
動が含まれる。治療者は、自らの有能性を証明す
るものとして患者を利用しているのである。境界
侵犯の結果はセンセーショナルであるが、それよ
りも注目すべきは、そのほとんどがごく軽微な境
界逸脱から始まっている事実である。それは、近
親者の死で悲しみに暮れる患者に励ましのメッ
セージを送ることだったり、患者の都合に合わせて
特別に予定を変更することだったり、治療者自
身の個人的体験を自己開示することだったりする。

もちろん、こうした境界逸脱が常に反治療的だ
というわけではない。さらに、近年の議論には、
患者のニーズに合わせて治療者が柔軟に対応す
ることがもつ治療的有効性や、逆転移エナクトメ
ント（患者の転移に反応して治療者が何らかの行動
化をすること）を完全に防ぐことの不可能性に関
するものがある。ただ、それでもやはりこうした
境界逸脱の先には「滑りやすい坂道」⁶⁾が存在して
いることをしっかり自覚することは重要である。
「坂道」を転がり落ちないために、小此木の指摘が
極めて重要である。フロイトの治療態度を自らに
内在化することが、治療者に第一に求められる課
題である。

V. 治療者の訓練

フロイト的治疗態度の内在化のために、治療
者の訓練が不可欠であることはいうまでもない。し
かし、訓練が欠かせない理由はそれだけではな

い。自らが治療者として何ができて何ができない
のかを知るためにも訓練が必要なのである。別言
すれば、何ができて何ができないかわからない
こと、それが治療者になろうとする者の最初によ
つかる壁である。と同時に、誰もがそこから始め
るしかないスタート地点である。したがって、治
療者になろうとする者は、境界逸脱や過ちを犯し
ながら、治療者への道を進むしかない。その道
りを支援してくれるのが、訓練という環境である。

訓練には、系統講義、事例検討、スーパービ
ジョン、訓練分析（治療者自身が精神分析療法を
受けること）、さらに日々の臨床実践などさまざ
まなものが含まれる。その中で、治療者になろう
とする者は精神分析療法とは何か、治療者とは何
かを学ぶとともに、そのようにできない自分にも
出会うことになる。さらに、自らの境界逸脱や過
ちを突きつけられることもある。

このとき、治療者になろうとする者に求められ
るのは、自らが境界逸脱や過ちを犯すことに開か
れていることである。そのことを指摘する声に、
被害的になったり卑屈になったりすることなく、
真摯に耳を傾ける姿勢を保ち続けることである。

おわりに

筆者自身の経験を振り返ると、さまざまな訓練
によって多くのことを学び、治療者として今ある
ところまで何とかたどり着くことができたと思
う。ただ、その過程では、多くの境界逸脱や過ち
を犯し、患者や同僚・先輩などに多大な迷惑と負
担を強いてきたこと、そしてそれ以上に世話に
なったことを実感する。その結果、今考えるのは、
人が人にかかわるとき相手に利益しか与えないと
いうことはありえず、必ず負担や不利益ももたら
すということである。患者が精神分析療法から少
しでも多くの利益を享受できるよう、治療者とし
ての役目を果たしたいと考える。と同時に、その
際に患者やそこにかかわる人々が被る負担や不利
益に対して自覚的であり、それを最小限にする努
力も怠らないようにしたい。

最後に、小倉⁹⁾の言葉を引用したい。精神療法

の副作用という原稿依頼に対して「怒りを感じたのだらう」と述べ、その理由を「精神療法についての副作用を考えようというのは、人生を生きることにの副作用を考えようというようなもの」だからだとしている。精神療法には、治療としての有効性や副作用を議論するといった客体化はそぐわないという指摘である。「単純なレベルで考えてみて、いい点あるいはわるい点、プラスの点、マイナスの点、というものは指摘しうるものなのかもしれないが、それらがどんなものであれ、結局は治療的なものにもってゆこうというのが精神療法なのである」。常に厳しくそして真摯な姿勢で精神分析を実践し続ける小倉だからこそ発せられる言葉である。精神分析と副作用を考える際に欠かすことのできない視点である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 相田信男：「ぼくたちの失敗」考。心理臨床，6；77-83，1993
- 2) Bateman, A., Fonagy, P.: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment. Oxford University Press, New York, 2004 (狩野力太郎，白波瀬丈一郎監訳：メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害—MBTが拓く精神分析的な精神療法の新たな展開。岩崎学術出版社，東京，2008)
- 3) Freud, A.: Das Ich und Abwehrmechanismen. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1936 (外林大作訳：自我と防衛。誠信書房，東京，1958)
- 4) Freud, S.: Zur Dynamik der Übertragung. G. W., 8, 364-374, 1912 [澁木尚子訳：転移の力動。フロイト技法論集(藤山直樹編・監訳)。岩崎学術出版社，東京，p.11-20, 2014]
- 5) Freud, S.: Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: II. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. G. W., 10, 126-136, 1914 [鈴木菜実子訳：想起すること，反復すること，ワークスルーすること(精神分析技法に関するさらなる勧めII)。フロイト技法論集(藤山直樹編・監訳)。岩崎学術出版社，東京，p.63-74, 2014]
- 6) Gabbard, G. O., Lester, E. V.: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2003 (北村婦美，北村隆人訳：精神分析における境界侵犯—臨床家が守るべき一線。金剛出版，東京，2011)
- 7) Lapranche, J., Pontalis, J. B.: Vocabulaire de la Psychanalyse. Universitaires de France, Paris, 1967 (村上仁監訳：精神分析用語辞典。みすず書房，東京，1977)
- 8) 成田善弘：セラピストのための面接技法—精神療法の基本と応用。金剛出版，東京，2003
- 9) 小倉 清：子ども・思春期の精神療法の副作用。子どもの臨床(小倉清著作集1)。岩崎学術出版社，東京，p.66-74, 2006
- 10) 岡野憲一郎：自然流精神療法のすすめ—精神療法，カウンセリングをめざす人のために。星和書店，東京，2003
- 11) 小此木啓吾：精神分析の成立ちと発展。弘文堂，東京，1985
- 12) 小此木啓吾：治療構造論序説。治療構造論(岩崎徹也，相田信男ほか編)。岩崎学術出版社，東京，p.1-44, 1990
- 13) 小此木啓吾：フロイト対フェレンツイの流れ。精神分析研究，44 (1)；28-36, 2000
- 14) 小此木啓吾，岩崎徹也：いわゆる潜伏精神病の研究—精神分析的な精神療法過程で精神病的状态を顕在化した症例群について。精神医学，5；989-996, 1963
- 15) 白波瀬丈一郎：治療過程で生じる「不測の事態」に備えること。精神科治療学，29 (7)；871-875, 2014
- 16) The Boston Change Process Study Group: Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm. W. W. Norton & Company, New York, 2010 (丸田俊彦訳：解釈を越えて—サイコセラピーにおける治療的变化プロセス。岩崎学術出版社，東京，2011)

Psychoanalysis and Side Effect

Joichiro SHIRAHASE

*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine
Keio Center for Stress Research*

A study of psychoanalysis from the perspective of side effects reveals that its history was a succession of measures to deal with its own side effects. This, however, does not merely suggest that, as a treatment method, psychoanalysis is incomplete and weak : rather, its history is a record of the growth and development of psychoanalysis that discovered therapeutic significance from phenomena that were initially regarded as side effects, made use of these discoveries, and elaborated them as a treatment method. The approach of research seen during the course of these developments is linked to the basic therapeutic approach of psychoanalysis. A therapist therefore does not draw conclusions about a patient's words and behaviors from a single aspect, but continues to make efforts to actively discover a variety of meanings and values from them, and to make the patient's life richer and more productive. This therapeutic approach is undoubtedly one of the unique aspects of psychoanalysis. I discuss the issue of psychoanalysis and side effects with the aim of clarifying this unique characteristic of psychoanalysis.

The phenomenon called resistance inevitably emerges during the process of psychoanalytic treatment. Resistance can not only obstruct the progress of therapy ; it also carries the risk of causing a variety of disadvantages to the patient. It can therefore be seen as an adverse effect. However, if we re-examine this phenomenon from the perspective of transference, we find that resistance is in fact a crucial tool in psychoanalysis, and included in its main effect, rather than a side effect. From the perspective of minimizing the character of resistance as a side effect and maximizing its character as a main effect, I have reviewed logical organization, dynamic evaluation, the structuring of treatment, the therapist's attitudes, and the training of therapists. I conclude by stating that psychoanalysis has aspects that do not match the perspective known as a side effect.

< Author's abstract >

< **Keywords** : psychoanalysis, side effect, transference, structure of psychotherapy, therapist's attitudes >
