

「対人関係セミナー」公開講演会 [2012年 3月10日]

精神分析、対人関係論、そしてサリヴァンの思想

川 畑 直 人

京都文教大学臨床心理学部 教授

対人関係論との出会い

ご紹介いただきました川畑です。どうぞよろしくお願いたします。

本日は、広島という場で対人関係論のお話をさせていただくわけですが、広島は鐘幹八郎先生が対人関係学派の心理臨床を伝えてこられた土地ですので、そうしたアプローチが静かに根づいているという印象を持ちます。私自身この対人関係論に出会うきっかけが鐘先生、一丸先生、塩山先生などの広島の先生方が、長年ホワイト研究所から分析家を招待して、セミナーを開催されてきたおこぼれをいただいたという感じです。もう20年近く前になってしまうのですが、たまたま京都に立ち寄られた分析家の観光案内をするなかで、つたない英語でホワイト研究所の情報を少しずつ集めたというのが始まりです。当時、ホワイト研究所の所長をされていたメリー・ルー・ライオネルズ先生や、「心理療法の鍵概念」で有名なアーウィン・シンガー先生の息子さん、エリック・シンガー先生から、お話を聞くことができました。そのなかで、対人関係論が精神内界のことだけでなく、現実の人間関係を視野に入れ、社会や文化との接点で人間存在を捉えていくというお話を聞き、私の関心領域ととてもフィットすると感じたことを覚えています。かねてより精神分析家の訓練を受けてみたいという願いがありましたが、留学するならばホワイトにしようと、少しずつ考えが固まっていたわけです。

幸運なことに私が留学した時代、1997年から2001年までの4年間ですが、日本という国が、世界の中で注目され、そして尊重されているという実感ももちました。特に、ニューヨークという土地柄なのでしょうが、多様な文化に対して許容的である上に、日本の経済的、文化的発展に対する敬意があって、ある種心地よい留学生活となりました。単純にドルの値段にしても、1

ドル360円と100円前後というのでは全然違いますね。そうした条件も整って4年間滞在して、フルにトレーニングを受けて資格をもらうことができたことは幸いだったと思います。

日本に帰国してから、その対人関係論の考え方を生かしていけるかということが、その後の10年間のチャレンジでした。今日はその延長線上で、まず基本的に対人関係論というのが、どういう考え方なのか、どのような技法を使うのか、その辺りの紹介をさせていただきます。

皆さんにお願いしたいのは、是非、質問をしていたきたいということです。対人関係学派も、対人関係論を育んだアメリカの文化風土も、対話をとても大事にしています。何か一方的に話をされて、それを受身的に聴くというのは、対人関係論と馴染みが悪い感じがします。むしろ聞き手は、積極的に問いかけていく、そういう姿勢、これは治療者の姿勢でもあるわけですが、それが臨床を豊かにし、また学問を豊かにするという信念があると思います。ですので、話の途中でも、質問タイムでも、ぜひ質問を投げかけてください。

対人関係精神分析の発展

最初に少し、歴史というか、対人関係精神分析ということについてお話をします。英語ではinterpersonal psychoanalysisと言っています。アメリカの精神科医、ハリー・スタック・サリヴァンが自分の理論に、対人関係論interpersonal theoryと名づけたことに由来します。精神分析の世界では、対象関係論というものもあって、どう違うんですかとよく質問されます。対象関係論は、object relations theoryとなります。対象objectという用語を使うわけです。対象という用語は、フロイトがそもそも使ったのですが、彼は欲動論という性欲を軸にした理論を作り上げてきたので、人間が

愛着する、あるいは、性欲を向ける相手を、対象と呼んだのです。それはちょっと、人を物化してきているようなニュアンスが伝わってきます。フロイトの理論には、当時、科学的と考えられていた機械論的な考え方が影響していたのでしょう。その後、英国でクラインをはじめとする分析家たちが、対象との関係を軸に心を捉える理論を発展させ、それが対象関係論と呼ばれています。それは実際そこにいる人というよりは、赤ちゃんであれ、子どもであれ、心の中にある他者の表象とか、イメージとかを指して、現実にいる人そのものと区別されています。それに比べると、サリヴァンは対象という言葉を使いません。むしろパーソン person、つまり「人」という言葉を使うわけですね。それはこの学派にとって、一つの方向付を与えていると思います。実際の人と人が、どのような関係をもっているのか、そこに注目していくというわけです。

対人関係精神分析は、簡単に要約すると、欲動論を軸に展開されたフロイトの精神分析と異なり、対人関係の重要性を強調する理論に基づいて定式化された精神分析の一派であるということです。

この学派の一つの特徴は、一人の理論家、一人の創始者によって方向付けが決まったというよりも、グループで発展していったという点にあります。

サリヴァン派というふうに言うときにはやっぱりサリヴァンの影響力が注目されるのですが、実際に研究所に行くとサリヴァンというのは創始者の一人であって、他にも、フロム、トンプソン、フロム・ライヒマンというさまざまな創始者たちが研究所の創設に関わりました。また現在でも、さまざまな精神分析の考え方を取り入れつつ発展しています。サリヴァンの考え方一辺倒という感じではないですね。ただ、今日はサリヴァンの考え方を中心にお話ししたいと思っていますのですが、私自身は今、一番サリヴァンに傾倒しているのかなと思うところがあります。私は、いま KIPP という精神分析の研究所を立ち上げて、樋先生、一丸先生、鈴木先生、横井先生、吾妻先生、占部先生といった、ホワイト研究所で勉強した先生方と一緒に、精神分析的な心理療法家のトレーニングプログラムを運営しているのですが、他の先生方に比べると、私はサリヴァンに寄っているのかなと思う時があります。どっちかというそれはマイナー派かなとも思うんです。サリヴァンというのは、実際よく分からない人ですね。皆さんは、サリヴァンの本を、読まれたことがおありでしょうか。まず一人で読むのは不可能じゃな

いですかね。大体挫折すると思います。私もいま京都文教の大学院修士と一緒には読書会をやっていますが、何行か読むと頭の中が混乱してきて、今何を讀んだかほとんど頭に残らないという感じですね。なかなか内容が掴めない、記憶に留められない文章です。

余談になりますが、ホワイト研究所に行ったときに、授業でサリヴァンの文献を読む時間があったのですが、訓練生からは、とても不人気で、みんな文句を言っていました。全然分からんと。何を言ってるんだみたいな感じで。私は非常に特異な経験をしたのは、一所懸命頑張って、でもこうじゃないですかと言って、授業中に意見を言うと、周りの訓練生が「なんでお前はサリヴァンのことが分かるんだ」と言ってくれるわけです。確かに他の訓練生よりは私の方がサリヴァンの文章が、分かっているみたいで、それはなぜかと考えると、たぶん訳本ですね。中井久夫先生が翻訳をされているサリヴァンを読むと、確かに難しいことは確かなのですが、英語で読むよりはかなりマシなんです。中井先生はサリヴァンの言っている内容を理解できる稀な方で、その方が、一旦内容を理解した上で日本語に訳されると、サリヴァンの文章そのものよりは分かりやすくなっているように思うんです。このことは日本人にとって、随分幸運なことだと思います。

サリヴァンともう一人、研究所の創始者として有名な人に、エリック・フロムがいます。この方は『自由からの逃走』という有名な本を書いた方ですね。社会学者としてスタートした人なので、そういう視点からの論考が多いので精神分析学者、精神分析家というアイデンティティはあまり知られていないのですが、ホワイト研究所の中ではエリック・フロムが長い間、スーパーヴァイザーとして活躍されていたようです。サリヴァンは早世していますので、実際にサリヴァンに指導を受けたって人はほとんどいないんですね。フロムの伝統とよく言われているのは、率直に正面から直面化する姿勢ですね。スーパーヴィジョンなどで、かなりはっきりと、ときには高圧的に指摘が入ります。そういう姿勢は、分析家の偽らざる態度、本物性 authenticity としてホワイト研究所の中で受け継がれています。ロジャリアンの純粋性 genuineness と似ているかもしれません。

研究所の創始者として重要な位置を占めるのが、クララ・トンプソンです。この方は、精神科医で、サリヴァンの数少ない友人のひとりだったようです。実際に研究所をまとめて所長としてきりもりしたのがこの

クララ・トンプソンだそうです。研究所の母という感じがします。

それからフリーダ・フロム・ライヒマン。この方は、フロムと一時期結婚していたようですが、精神科臨床ではとても有名な方です。「患者がよくなるのならば、シャンデリアにもぶら下がる」と言われたそうですが、何よりもまず患者の利益を第一に考え、全身全霊をかけて臨床に臨んだ方だと言われています。トンプソンもフロム・ライヒマンも、私は留学するまであまり知らなかったのですが、日本では翻訳書も出ていて、私よりも上の世代の方には結構馴染みのある方々のようです。

ウィリアム・アラソン・ホワイト研究所での訓練、精神分析の体験

ウィリアム・アラソン・ホワイト研究所は、ニューヨークのセントラルパークの西側、74丁目というところにあります。近くには、オノ・ヨーコさんが住んでいる豪華なマンションがあるそうです。また、近くのセントラルパークの広場には、暗殺されたジョン・レノンを悼む場所があります。ニューヨークの通りを歩くと、道はずっとつながったビルの壁に挟まれているのですが、よくみると一軒一軒は独立していて、その一軒まるまるが研究所の建物となっています。タウンハウスと呼ばれる、ごく普通の建物の一軒です。5階建のビルになっていて、2階のライブラリーや3階の教室でよく授業が開かれていました。4階と5階はクリニックになっていて、カウチを置いている面接室がたくさんあります。

1学年に入ってくる訓練生7~8人っていうくらいですかね。それが4年間ずっとみっちり一緒に授業を受け続けるんです。仲のいいグループだといい体験ですけども、仲が悪いグループになると非常に大変ですね。4年間の間に人間関係が破たんして、分裂してしまったクラスもあります。私のクラスは仲が良くて、今も長い間、同窓会みたいなのをやったりとか集まったりとかしているようです。どうもこの仲がよくなるのに、私はそれなりに貢献したのかなと思うところがあります。どういうことかという、同級生同士でお互いに不満があると、「Naoto、どう思うあいつ」みたいにこっそり私に話しに来るのです。私は日本人であんまり英語がよく分からないから、べらべらと人に言わないだろうって思われているのか、実際、私もふんふんと聞かしかないので、そうするとなんとなくク

ラスではその人たちどうし仲良くやっていたね。とにかく、クラスに貢献できたのは良かったと思います。

トレーニングですけども、精神科医・心理学者、そしてPh.Dを持っているソーシャルワーカーが入学を認められていました。でも、現在そのほとんどは心理学者です。アメリカの心理学者、クリニカルサイコロジストは博士課程を修了してから与えられるので、そういう点でも日本より資格というものに高い価値を与えていると思います。そして、修了要件はどこかの研究所も一緒だと思うのですが、自分自身が精神分析を受けるのと、自分が指導を受けながら、分析を行うこと、それから授業で理論を学ぶこと、この3つが軸になっています。自分が受ける個人心理療法は300時間だったと思います。ホワイト研究所では精神分析は週3回以上と定義されています。だいたいの訓練生は、トレーニングを受けている間は続けていると思うので、4年間で十分こなせるのですが、私の場合は、週4回のセッションで3年間、最後の1年間は週5回で受けて、日本に帰ってから、電話で週2回2年間続けていました。この経験はやっぱり大きかったですね。自分自身が精神分析を受けるということですね。信頼する先生のところに毎日毎日通って行って、そしてセッション時間45分ですけども、自分がいろいろ考えていること、思っていること、体験してきたことを話し、一緒に考えるというそういう時間を毎日毎日持つという経験です。その経験は非常に個人的なものだというふうに思います。精神分析というのは、こういうものでなければならぬと言われる方もいますが、私はそうは思いません。

分析の中で非常に苦しい体験をするという人ももちろんいますし、分析が非常に楽しかったという人もいます。その経験が自分にとってどういうものであるか、人さままだというふうに思います。私はそう苦しくはなかったですね。毎日毎日自分のことについて話ができること自体がとても嬉しかったですね。だから、そういうふうにならなかつたことをぜひ、クライアントにもしたい。つまり、自分が体験した精神分析が、やはり自分の臨床のモデルになっているように思うわけです。だからその体験のあり方はさまざまだけれども、そこにならなかつた価値valueを見つけれなかつたら、精神分析家としてはやっていけないんじゃないかと思う訳です。実際に分析の訓練に入ったけども、分析から得られるものはなかつたというかたちで、分

析家を諦める人もたくさんいると思うんです。それはそれで、全然悪いことではないんだろうと思います。

ただ、残念ながら日本では、こうした分析という営みが伝承されるベースが確立していないということがとても残念な状況だと思えます。精神分析を受けるっていうのはすごく大変なことだっていうふうな、ちょっと神格化しているようなイメージが共有されてしまったりとか。心理臨床の教育の世界でも、結構、院生さんとか学生さんの方がストレートに「分析受けたいんです」とか、「興味あるんです」と言ってくれる人がいるんですよ。ところが、そういう人が偉い先生に相談に行くと「分析なんかやめといた方がいい。それはもっとあなたが年をとってからするものです」とか言われてしまう。私がアメリカで分析を受け始めたのは、38歳でしたが、私のクラスメイトたち、みんなサイコロジストでしたが、大学院生のころから分析受けているんですね。アメリカでは、例えばマスターコースでカウンセリングのケースを担当するというと、「じゃあ君も週1回そういうカウンセリングを受けた方がいいよ」って勧められるのが当たり前のようです。中にはもっとやりたいということで週2回にしたり、あるいは週5回のフロイディアン分析を受けていた人もいました。そういう人たちが、自分も分析家になろうと思って研究所に入ってくるということです。この層の厚みは非常に大きいなと私は感じました。

精神分析と精神分析的な心理療法

1997年という私がニューヨークに行ったときは、アメリカの精神分析は非常に危機的な状況と言われていました。今も続いてはいるんですけども、1つはアメリカの財政的な問題ですね。保険制度が変わって長期間かかる治療に保険が出なくなったということがありました。それから認知行動的な考え方や、比較的短期間で成果を出せる治療法に人気が集まりました。それからお医者さんの世界では薬物療法ですね。というように、精神分析的な考え方の伝統が非常に危ういと感じられる面はありましたけども、それでもそのユーザーというかそれがもう文化として根付いているので、ニューヨークにいる限り、それを必要なものとして求めるといった状況はそう揺るがないものだなと感じていました。

私の場合は仕事を辞めて完全に向こうに行ってしまったので、大人の分析のプログラムだけじゃなくて、子どもの心理療法のプログラムも一緒にやりました。これも自分にとって非常に有益でした。特に、精神分

析と心理療法の違いについて考える上で、有益だったと思います。また、実際の臨床、実践という面でいうと、分析トレーニング以上に子どものトレーニングの中ではより鍛えられる面があったように思います。具体的に言うと、子どものサイコセラピストとして飯を食うのはけっこう大変なことだということですね。子どもはしょっちゅう風邪をひく。わかりますか？ いろんな事情でキャンセルが生じる。お母さんが仕事を持っていて、何か突発的な用事が入ると子どもを連れて来られないっていうことが起こる。そうした事態に対応しなくちゃいけないですね。そうすると、定期的に週の何曜日の何時というセッションを維持することが、現実的には難しいわけです。それに対してどういうふうにしてそのセッションを確保していくかっていう、ケースをマネージする力をもっていないとやりこなせない。こうした点を学べたという点で、子どもの心理療法のトレーニングは非常に役に立ちました。

精神分析と精神分析的な心理療法というのを少し分けて考えておいたほうが、頭の整理にはいいかもしれません。日本の心理臨床の状況を見たときに、この2つがほとんど分化されていない感じです。きちっと理解されて、その違いということを意識されないうまに混同されてしまっている状況があるみたいです。例えばどういうことかっていうと、心理臨床の世界でよくクライアントには指示はしませんとか、助言は与えませんとか、とにかくクライアントの話を聞き続けるんだっていうふうに教えられたりするんですね。確かに話を聴くというのは大事だし、それから現実的な指示を安易に与えないとか、それから患者の欲求・満足に簡単に答えないとか、治療者のパーソナルな個人的な情報はあんまり与えないとか。いろいろそういう原則みたいなのがあります。それは主に精神分析からきているんですよ。実際、精神分析の中では、クライアントが自由連想して、分析家がじっとそれを聴いているという形で分析セッションが続いていくということはありません。だけど、それは心理療法のすべてではないです。それはそういうモダリティの中にうまくはまって、それが役に立つというような患者さんにとって役に立つのであって、それをすべての人にやろうとするということ自体、おかしな話ですね。だから精神分析的な心理療法という場合、標準的な精神分析のモダリティではうまく進まないクライアントに適したやり方というものがある。そもそも日本で教えるのは精神分析でもなんでもなくて、まずカウンセリン

グって言っているんでしょ。カウンセリングが突然、自由連想とか、ニュートラリティとか、匿名で禁欲原則だとかいうことが起こるのはなぜなのでしょう。どこか精神分析というものと精神分析的心理療法というものが分化せずに、精神分析で言われていることが大事だから、もう自動的に全部に当てはめて、その原理で全部やろうとするというような、非常に荒っぽいことが起こっているのではないかと思うわけです。

この分類についていろいろ議論はあるんですけど、精神分析と精神分析的心理療法っていうボーダーをつくとですね、やっぱり精神分析家側は、どこか精神分析が一番尊いもので、それ以外は二級品というか、ちょっと低く位置づけるきらいがある。「君がやっているのは分析じゃなくて、分析的心理療法だね」とか言われるというのは、なんとなくムツとくるというか、そういうことは私も体感として分かります。しかし冷静に考えたときに、分析的心理療法の方が簡単なのかというそうではないんです。カーンバーグが1999年に分析と分析的心理療法の分類ってことを書いているんですけども、その中で彼は精神分析と精神分析的心理療法とそれから支持的心理療法の3つを分類しています。精神分析っていうのはまあフロイトの国際水準で言うと、週4回以上寝椅子を使って自由連想と転移解釈をするっていうそういうモダリティで治療するのが精神分析だと定義されています。そして週4回までいかない週1回2回という形で、しかし基本的に自由連想的そして転移解釈的なやり方によって進めていくというのが心理療法。さらに、さまざまな患者の要請、たとえばボーダーラインだったり、自己愛性の問題を抱えている患者さんの心理療法だと、いろいろもっとこう指示をしたりとかサポートしたりとか、励ましたりとか助言を与えたりだとか、リミットセッティングをしたりと、生活環境に働きかけたりとしなきゃいけないというわけですよ。それでも転移関係をしっかりモニターしながらやっていく支持的心理療法の世界っていうのがあるだろうとカーンバーグは言っていて、問題はこれが1番難しいんだというわけです。支持的心理療法が1番習得しやすいというわけではないんだという。非常に厄介な問題が起こるわけですけども、教育はどうすべきなのかということなんですね。実際の臨床現場では要求されるのは支持的心理療法だと私は思います。多分、今日の午後のケース研究に残られる方もいらっしゃると思いますが、現場のいろんな臨床では、支持的心理療法という考え方がないと成

立しないものも多いですね。精神分析というやり方で成立する患者さんってどういう人かって考えると、私は基本的に、私ぐらいのレベルの病理で留まっている人、というのが分かりやすいでしょう。

ただ精神分析と心理療法の区別ということやうと、私自身は、レヴェンソンという人のアイデアにとっても影響を受けました。彼は現在、ホワイト研究所で最も尊敬されているシニアのアナリストですけれど、彼が非常に面白いことを言っています。「精神分析は心理療法がしくじるところで起こる」というわけです。ここで心理療法というのは、週4回でやろうが週3回でやろうが、寝椅子を使おうが使うまいが、ある処方箋を持っているアプローチのことを全て指します。

分かりやすいので、認知行動療法を例にとりて考えてみましょう。例えば、ある患者さんの認知スタイルを分析して、こういう認知の歪みを修正していきましよう、と、一定のプログラムを組み立てて実施していく。それは1つの処方箋を持って、患者さんにアプローチしていく心理療法ですね。それがうまくいっているとき患者はそのプログラムに沿って認知の修正を進めていくわけですが、ある瞬間、「先生そんなふうには僕に押し付けしないでください。それじゃ自分のオヤジと同じだ」と言い出したとしましょう。つまりここで抵抗が生じてくる。ここで精神分析が起こるというわけです。それは、心理療法の処方箋が通用しなくなる瞬間、つまり転移的な関係の中に巻き込まれて、にっちもさっちもいなくなる状況が起こってきます。これは認知行動療法をやっている、家族療法をやっている、そして「精神分析」をやっているも起こってくる。そして、その事態から何かを学び、その事態を乗り越えるのが本当の精神分析だという考え方は、これは素晴らしい定義だと思います。

それでは、頻度とか寝椅子の使用とか、元々のセッティングっていうのはどういうふうに分類するのか。私が思うに、どのようなセッティングを選択したとしても、それはレヴェンソン流に言うと、精神分析ではない、心理療法だということになります。一般には週4回寝椅子を使って自由連想をさせるのが精神分析のセッティングということになりますが、そのようなセッティングを採用したからといって、自動的に精神分析になるわけではない。そこの中で転移関係が起こってきて、にっちもさっちもいなくなって、それをどう乗り越えていくのかっていう事態が起こったときにそれが精神分析になると。ただそういう仕事をやりき

る上で、このセッティングは確かに有利かもしれない。週1回でやるのは難しいかもしれない、というわけです。

週1回だとどうして難しいのか。いろんな側面があると思いますが、基本的にはいろんなことについて話し合う時間が少ないわけですね。1週間の間に人間ってもう本当にたくさんを経験するので、1週間に1回45～50分間クライアントさんに何か話をしてもらったら、その話をちょっとするだけであつという間に時間が過ぎてしまいます。先生に対してこんな気持ちがあったとか、話が出てくる余地が少ない。ですから、それが話されるように励ますような、すこし人工的な関わりをする必要があるわけです。私についてどう思うか喋ってくださいと。これ指示を出しているわけですよ。わかりますか？ そういう指示を出さないと、転移関係についてなかなか話してもらえない。週4回だと、それが自由な流れに任せたままで、比較的扱いやすくなるということだと思います。

さらに、このように考えると、精神分析的な視点を、さらにいろいろな流派の心理療法の実践の中で生かしてもらいやすくなるかもしれません。認知行動療法をやる先生も、家族療法をやる先生も、箱庭療法をやる先生も、そういう分析的な視点を持ってされると非常に有効ではないかと。そしてそうしたかなり広い範囲の心理療法を総称するために、「精神分析的な視点をもった心理療法」というカテゴリーを作るのはどうだろう言うというのが、私からの一つの提案なんです。こういうことを考えるのはなぜかという、例えば統合失調症の方に、「寝椅子に横たわって自由連想してください」という形でアプローチするのはやっぱりうまくいかない。じゃあどういふふうに進んだらいいのかと考えていくと、狭い精神分析のセッティングにこだわるのは得策ではないだろうという考えがあるからです。

クライアントに与える分析家の影響

ここまでで、いかがでしょうか？ 何かご質問頂けたらありがたいなと。先ほど塩山先生と協議をして、「質問をしなかった方には、今日はポイントは出さない」というルールを作ろうとお願いしたので。

(質問者) ポイント欲しさに質問させていただきます。クライアントが個人分析を受ける場合ですね、その個人分析家のスタイルっていうのはすごく影響するものなんですか？ まあ、背景にある理論はもちろんですけども、例えば表情とか、声の出し方とか仕草とか足

の組み方とか、そういうのに影響されるものなんでしょうか？

(川畑) そうですね、影響というのをどういうふうに考えるかですけども、そういう部分での影響が全くないかっていうとそうではないでしょうね、たぶん。ある種の同一化が生じるでしょうから、そういう仕草であるとか、あるいは面接室の作り方とかね。確かにそういう分析家の特徴に影響されるという部分は、どうしても避けられないことかなとは思いますが、ただ、それは本質的なことではないんじゃないかなと思いますね。もっと重要な影響っていうのは、分析的な思考ですね。たとえば、分析の中で自分がいろんな話をしていく時に、分析家がそれについてコメントしてくれたとき、「あー、そういう視点から見てたのか！」という、そういう驚きがあった時に、そういう視点や、その体験の味わいそのものが自分の中に取り入れられていくということが重要であったと思います。それは、表面的なスタイルじゃないですね。分析体験の質の部分ですよ。分析家の仕草や足の組み方を真似るとするのは、むしろフロイトが、分析が与えるべき影響ではないと、注意を促した部分だと思います。

(質問者) 例えば、そのクライアントが、「なんで分析家はここの部分をつかんだんだろう」って思う部分ですね。それは分析家の背景にある理論が大きいものなんでしょうか？ それとも、その理論を抱える分析家の感性みたいなものなんでしょうか？

(川畑) その辺りは、私たちが翻訳した、サンドラ・ビューチュラーの「精神分析臨床を生きる」という本の中で、詳しく論じられていますので、ぜひお読みいただいたらと思うんですけど。理論はもちろんすごく関係あるし、それから感性ももちろん関係あるし、それから経験ですね。それらが統合されて、自分のスタイルが形成されていくのだと思います。しかも、単一の理論じゃないですね。いろんな人の理論に影響されて、自分なりに取り入れられて、ここの部分はこの人の理論がフィットする、ここは別の理論が、と捨選択されながら、一人一人の分析家が一人一人のパーソナルな理論体系を作っていくのだと思います。また、それを吸収するのはスーパーヴィジョンであったり、講義であったり、授業での討論であったり、いろいろそういうものを通して徐々に出来上がっていくと

いうふうに思いますね。ありがとうございます。他にいかがですか？

サリヴァンの対人関係論—自己の考え方

(質問者) すみません、先生に対するすごく個人的な質問になるかもしれないんですが、サリヴァン先生にたいして、他の人たちがすごく分かりにくいと言われてる中で、先生はすごくしっくりきたというのを、聞かせていただいて、先生がサリヴァン先生になぜ惹かれたのかなと思って。そんなに、短く答えられることではないと思うんですが、教えていただければと思います。

(川畑) ありがとうございます。今そうやって質問を受けて、あらためて何でだろうと思いました。もしかすると、これからお話しする内容を聞いていただくのが、いいのかもしれないですね。でも一つ言えるのは、こういうことをいう人は、他にあまりいないなと思いつながらいて、それがあるとき、自分の臨床実践のなかで、「なるほどそうだ」と分かった瞬間があると、だんだんサリヴァンから離れられなくなっていくというか。彼の理論が独特なだけに、経験の中で「へえ、サリヴァンが言った、まさにこういうことってあるんだ」って感じられると、余計に惹かれるところがあるように思います。ええと、そのあたりも含めて、少しこの後の話を続けたいと思います。

対人関係論について概論的にお話する時間はないので、少し端折っていいかなと思います。サリヴァンの代表的な著作のタイトル *Interpersonal Theory of Psychiatry* が、日本語では中井先生によって「精神医学は対人関係論である」と訳されています。その中でサリヴァンは、次のように言っています。「精神科医として過ごした長い年月、こう感じてきた。つまり、個々のヒトという生物を研究するのではなく、文化遺産を研究するのではなくて、『個々人がそれをおして精神の健康なり障害なりを具体化するところの対人の場』を研究することを目的としたひとつの専門学科が今すぐにも必要だ」と(サリヴァン、1953/1990、p.23)。対人の場 *interpersonal situations* というふうに彼は言っているわけですが、彼の観点は、患者さん一人の個体を見るのではなくて、患者さんと誰かがかセットになった、その対人状況ですね、それが重要であり、それを研究する必要があると。

この観点は非常にサリヴァン特有の考え方で、ある

意味で、私たち人間の自然な考え方に反するんですよ。人間にとって、物事を認識するっていうのは、一つの個体を同定していくという作業ですよ。だから、そこに誰々さんがいる、ここに私がいる、というように、ものを個別にみていくっていうのは認識の一つのスタイルで、それはもう生まれ持ってあるスタイルなんだと思います。しかし、対人の場を理解するとすると、事態は非常に複雑です。相手がある、自分がある、さらにその両者の関係がある、というふうに、複眼的な視点が必要になります。サリヴァンの理論は、徹頭徹尾それを追求していこうとするのが特徴です。

このユニークな視点が、精神分析の中にどのように取り入れられていったか、ということを少し見ておきます。フロイト以降、いろんな流れで精神分析は継承されていくわけですが、ここに一つのラインがあって、最初にフェレンツィという人が置かれています。フロイトの高弟ですが、禁欲原則を唱えたフロイト的な態度に対して、より人間的な、積極的な姿勢を強調するとともに、現実の外傷的な体験の重要性を指摘した人です。この流れが実は対人関係精神分析のはじまりにあるというのは、先ほど紹介したホホワイト研究所の初代所長であるトンプソン先生が、フェレンツィのところに分析に通っていたんですね。ニューヨークからハンガリーに行っていたようです。それから今度は、ヨーロッパ生まれの分析家たち、カレン・ホーナインとか、フリーダ・フロム・ライヒマンとか、エリック・フロムとかが、ナチスが台頭してきた後、米国に移住してきます。そしてこのニューヨークで、サリヴァンやトンプソンと交流して精神分析の一つの流れを作っていくんですね。そのなかでもサリヴァンという人は少し異質なんですね。彼は精神分析家という自覚があまりなくて、精神分析の考え方に興味をもって積極的に取り入れたんだけど、一方でそれに対して批判的な観点というのを持ってました。だから私のイメージでは、対人関係精神分析というのは、サリヴァンのユニークな遺伝子が、精神分析という卵子和結びついて、一群の分析家コミュニティの中で醸成されていったものであるという感じがしています。

サリヴァンの理論の一つは、彼の自己論です。人間はいろいろな体験をするわけですが、その体験を通して「私」というもののイメージを作っていきます。この私のイメージをサリヴァンは、セルフパーソニフィケーション *self-personification* と呼んでいるのですが、ひらたくいうと自己像ですね。自分についての像

が作り上げられる。パーソニフィケーションというのは、もともと他者体験から生じる、他者のイメージのことを指しますが、それが自分についても起こり、それが重要な要素になっていくと考えるわけです。

ところが、すべての体験が自己に取り入れられるわけではなく、あるものは取り入れられ、あるものは取り入れられない。ある種のフィルターがかかるわけです。その振り分け作業をしているのが、サリヴァンの用語ではセルフ・システムself-systemということになります。なぜそのような振り分けが必要かという、そこで不安anxietyという重要な概念が出てきます。サリヴァンによれば、空腹などの欲求緊張に対して、不安は対人体験の中で生じるもので、人間にとっては不安の方が、数倍扱いが難しいというわけです。例えば赤ちゃんはおなかが空いたら、食べたいという欲求緊張としてそれを処理する。だから、その欲求緊張は、お乳を飲んだら低減します。ところが人間ってというのは赤ちゃんの段階の時、欲求を満たすためには常に他者の協力が必要なわけです。お母さんがお乳をくれないと、空腹は満たせない。この段階では欲求を満たすということと、お母さんから優しくされるということが一体なんですね。だんだん年齢が上がっていくうちに、欲求緊張を処理することは、自分でできるようになります。だいたい4歳5歳になってくればおなかが空いたら台所に行って、ぱっと冷蔵庫を開けて牛乳かなんか自分で飲むことができるようになりますね。ところがお母さんから優しくされるというのは、そう簡単にはいかないんです。意地悪なお母さんを、優しいお母さんに変えるというのは、牛乳を飲むように簡単にはできません。するとそこで生じる不安は、手に負えない非常に厄介なものになります。そこで、不安を引き起こす体験を、セルフ・システムは体験から排除してしまうというわけです。

不安を引き起こす体験を排除するセルフ・システムの働きを、サリヴァンは安全保障操作security operationと呼んでいます。代表的なものとして選択的不注意selective inattentionというものがありますが、フロイトの抑圧モデルと違って、体験時点で意識から外すという知覚レベルで生じる解離をベースに、無意識を考えるのがサリヴァンの特徴です。また、別の文脈でサリヴァンは、自己の中には、良い自分good meと悪い自分bad meと自分でない自分not meがあるといます。母さんからいい子だねと言われる部分は、良い自分であるし、おまえは馬鹿だといわれ

ると悪い自分になる。しかし、そのどちらにも含まれない自分でない自分というのがある。これは別の言い方で言うと、解離した自己状態ということになります。体験しているけど、意識の中に取り込まれない、そういう部分です。その解離部分が大きいほど、精神病理は重くなると考えられます。

少し図式化した説明ですが、このような自己理論の土台に、治療理論が乗かってきます。結局、心理療法ではこの排除されている自分not meの部分、どう自己体験の中に回復させるかが課題になるわけです。つまり、解離された自己を意識化できるようにして、セルフパーソニフィケーションを拡充していくというのが、心理療法の目的ということになります。自分が何かしたんだけど突然お母さんが怒り出してわけが分かんない状態であるということ、その瞬間何が起きている、何がお母さんを怒らせ、何が自分にとって苦痛だったのかっていうことが意識できるのでは、大きな違いがありますね。ここで重要なのは不安の源泉です。患者さんが精神的に苦しんでいる背景には、なにが不安を引き起こしているのか自体が意識から締め出されていることがある。これを体験を吟味しながら徐々に自覚できるものにしていこうとする。これが心理療法ということになります。そうすると、自分が自覚している自己体験も非常に豊かなものになる。大きくなっていく。これが人間の成長ということになります。

サリヴァンの対人関係論 — 詳細な質問

ここでサリヴァンが治療上に重視するのは、詳細な質問detailed inquiryという技法にです。フロイトは、自由連想を精神分析技法の中心に据えましたが、サリヴァンは自由連想に対しては懐疑的です。患者に自由連想させたら、ほんとうに自由に連想してくれるのか、無意識の色々なこと喋ってくれるのかっていうと、そういうわけじゃない。結局、それはなんかべらべらとそこで言えるようなことを言っているだけになって、肝心なところには行き着かない。そこで、もう少し治療者の側が、積極的に質問していく必要があるというわけです。そう言うときよく誤解されるのは、サリヴァン派の人たちは患者を質問攻めにするんだって思う人がいる。そういう印象を与える面があるかもしれませんが、実際のこの詳細な質問というものが効果を発揮する瞬間っていうのは、やっぱり非常に限られた瞬間ですよ。自分が受けた分析体験の実感としては、自分があまりにも当然と思って、こうでこうで、という

ふう話をしていた時に、分析家がポロっと、「その時その彼女はどのような表情してたの？」と聞かれて、それについて考えた瞬間、「あーそうかっ」ているんなことが繋がっていく瞬間が、あるのか、ないのかっていう感じですね。さらにサリヴァンは、治療者と患者が一問一答の質疑を繰り返すのではなく、患者自身が主導して自分について語り、それに治療者がじっと耳を傾け、その体験の中に分け入るように聞き入れることが大切と考えていたようです。だから理想的な状況は、治療者が質問することなしに、患者がその体験の詳細を語りだしてくれているという状態が作り上げられることだと思います。

その体験を聞く中で、治療者が患者の体験に寄り添いつつ、そこで一体何があったのか何が起きているのかっていうのを一緒に吟味しながら探索していくわけです。その時に彼が提唱するのは、不安勾配を意識しなさいということです。不安っていうのは適度なレベルにキープする必要がある。不安は高すぎても低すぎても治療は進まないというわけです。もし質問があまりにも患者の不安を引き起こすような場合、患者はそれを考えることは自分にとって非常に脅威だと感じて、その話から撤退してしまうわけで、そうすると治療から患者さんを離脱させてしまう。だから、一気に不安のレベルが上がすぎないように、患者さんがついて行けるレベルに不安をマネージしていく必要がある。しかし同時に不安は低すぎても治療は進まない。自分にとってなんの問題も生じない、何の葛藤も生じないことを延々と喋っていても、問題は一向に解決しない。ある種の緊張があるとき、人間は多くのことを学ぶわけです。

それから、これはあまり言われていないことのように思うのですが、私は自分のトレーニングを通して、対人関係学派の人たちの伝統の中で培われている、「透明なコミュニケーション」に対する志向性に強く印象づけられたところがあります。何が問題で、何を目指して治療するのか、なぜこのような質問をするのか、といったこともなるべくオープンに患者と話し合う。コミュニケーションをあいまいにしたり、神秘化したりしない。そしてサリヴァンのいう合意による確認 consensual validation ですね。いろいろなことを言葉にして共有する。しかもそれを字面だけでなく、そこに抱えられている感覚、感情を共有していく。そういう姿勢、これがとても大切にされています。

だから、分析家は黙って裏で何か思っているという

のではなく、もしそれが大事なことだったら、患者とそれを共有していこうとする。治療は、常に患者との共同作業であって、患者の協力なくして治療はできないというわけです。患者さんとの精神分析の中で、患者さんが生き生きと話す、こちらも生き生きと話にのめりこむ、そういう治療に対する自我関与が治療の成否にとって重要な要因だと考えられます。

サリヴァンの分裂病論

時間がかなりなくなってきたので、サリヴァンの分裂病論について、少し触れておきましょう（注1）。彼の分裂病論は、「分裂病は人間的過程である」（サリヴァン、1962/1996）という著書にまとめられていますが、サリヴァン自身ももしかすると青年期の頃に発症していたんじゃないと言われるくらい、彼の分裂病者に対する視線は共感的ですね。当時はまだ向精神薬が無い時代ですね。アメリカのメニングークリニックという有名な病院を見学したことがあるのですが、そこに博物館があって、なんかこう籠みたいのが置いてあるんですね。どうもその籠に患者さんを縛りつけて水の中につけたらしんです。それがれっきとした治療だったそうです。サリヴァンの時代はもう少し後なのかもしれませんが、要するに治療といっても、そういう原始的な方法か、後は隔離するといったこと以上のことがなかなかできない時代に、サリヴァンは何をしたかということ、患者さんを取容する病棟のスタッフを訓練して、患者さんたちが極力不安を感じないような環境を整え、そこで生活してもらったのです。不安を取り除くために、男性患者さんに対しては男性看護者だけの病棟を作ったらいいです。そこで患者さんを抱えるやり方をしたんですね。そこでの治療法を、彼は、分裂病の修正精神分析治療と名づけていますが、その趣旨は、その当時精神分析が言っていた「固着点がうんぬん」とかいう議論を排して、むしろ人格の成長と統合に向けた、未来志向の治療として精神分析を定式化することだったようです。

彼の言い方だと、次のようになります。「その第一は、当人が自分以外の人たちへの単純素朴な適応を妨げる傾向性の経験的基礎を振り返って調べ直す結果として、成人の性格に近づく成長が起こるということである。第二は、遅れあるいは歪んだ傾向性の組み直しを促すような体験を準備することによって、適応の成功性を増すようにすることである」。（サリヴァン、1962/1996、p.386）ちょっと読んでいただけでは分か

りにくいですが、彼によれば、対人不適応のもとにある経験を振り返り、それによって人格の成長を目指すとともに、不適応を生むその人の傾向を組み直す体験を提供することで、対人適応力を上げるのが精神分析だというわけです。分裂病の場合でも全く同じで、他者との関係を作ることを阻害する、あるいはそれを難しくさせるような傾向性が、どのような経験をもとに生じてきたのかを考えながら、そうした傾向を組み直すための体験を提供することが重要だというわけです。この過程を達成するために、医師と患者の間にポジティブな転移関係が成立する必要があると、サリヴァンは指摘します。

そして、分裂病について、さらに驚くべきサリヴァン流の認識があります。「分裂病は人間的過程である」の最初の章で出てくるんですが、「分裂病の保存的な面」という認識です。この保存的っていうのは conservative の訳なんですが、彼いわく、「精神病は保存的だったという。なぜならば、精神病はその後の社会生活を可能にし、かつ、社会的統合のために必要な諸条件を満たすことができなかつた個体を生きていけるようにしたからである」(サリヴァン、1995、p.10) というわけです。どういうことかという、彼の仮説によると、統合失調症が発症する前、その人は人間としてうまく生きられていない。それがそのまま人間として生きないまま死んでしまうんじゃなくて、やっぱり人間として生きるんだ、生きられるんだという形になるときに、分裂病が発症すると。だから、その分裂病は確かに困る。それによって色々混乱したり錯乱したり、その後いろんな影響が起こるけれども、それ自体が人格が破たんしていくプロセスなのではなく、発症そのものは、人間的であることを維持するために起こる保存的側面を持つというわけです。

人間的なことを維持するっていうのは、人を求める、人との関係を求めるというあり方ということなんです

ね。ここには、日頃、統合失調症の患者さんをたくさん診ている先生がいらっしゃるかもしれませんが、そんな甘っちょろいこと言っていられないって言われるかもしれません。私も、この考え方に触れたとき、にわかには信じられなかったですね。ただ、日本に帰ってきてある病院のデイケアを見学させていただいたことがあるんですね。定期的に通ってずっとそこの患者ミーティングに出席させてもらったんですが、その中で突然僕の耳に入ってきた驚きのセリフがあるんです。それは何かというと、ある統合失調症の患者さんが、もう一人の患者さんに言い聞かせているんですよ。「お前はまだ発症して間がないから慣れてないんだよ。寂しいという気持ち、人恋しいという気持ちに慣れてないんだ。そのうち慣れるから大丈夫だから」と。それを聞いた瞬間、戦慄が走りましたね。これってサリヴァンが言っていたことではないかと。先の自己論に当てはめると、この人間的な欲求や感覚というものが、セルフパーソニフィケーションに取り入れられず解離していたことということになります。どうもそれは発症した人には分かることらしい。とにかく、こういうことがあると、ますますサリヴァンに惹かれていってしまうわけです。

注1 現在、日本では、分裂病ではなく、統合失調症という言葉を用いているが、サリヴァンの用いている概念ということで、ここでは「分裂病」に統一する。

引用文献

- サリヴァン 1995 中井久夫他訳 精神医学は対人関係論である みすず書房
 サリヴァン 1995 中井久夫他訳 分裂病は人間的な過程である みすず書房