

16. 治療者の問題点、治療妨害要因

I. 熱意の無さ

普通、治療者は、治療を促進するために存在、活動すると思われているが、治療者も患者や家族同様、同じ人間なので、同じような弱点や問題点を有する。以下、それを述べていく。

まず、基本的なところから行くと、熱意の問題がある。熱意は、対人援助に限らず、どんな仕事においても必要なものであるが、心理治療においても基本中の基本である。この大事な点が欠けている治療者に出会うときがある。

表面上では、熱意の大事さをわかっていながら、あまり患者の援助に打ち込めない。患者は敏感なので、それを察知し、中断したりするが、それを患者のせいにしたりする。

もちろん、一時的な疲れによって熱意に欠けるような時もあるが、いつもいつも治療的情熱に欠ける場合には、治療者を続けることが適切かどうか考えなおすか、自身がスーパーヴィジョンやカウンセリングでも受けてみて自分を見つめ直すべきである。

ただ、熱意があり過ぎて、患者・クライアントを息苦しくさせるのも、問題である。それに熱意があり過ぎる人は、それが持続しないことが多い。ほどほどで、控えめで、適切な持続的熱意が大事なのである。

II. 関心の無さ

熱意だけでなく、クライアントに対する関心も大事である。ロジャーズが、カウンセラーの三条件（「真実性、誠実さ、自己一致」「無条件の積極的関心、肯定的尊重」「共感的理解」）を示したように、患者・クライアントに対する関心は、大変重要である。

もし、心理治療を始める前にこの関心を持ってないでいると、引き受けるかどうか慎重に考えねばならない。引き受けた後の治療経過の中で、関心が無くなってきているとすれば、その理由を考えなおすなり、スーパーヴィジョンを受けるなりする方がいい。

患者・クライアントは、治療者の熱意や関心が感じ取られないと、治療が進まないだけでなく、いたく傷ついてしまう可能性がある。ただ、熱意と同様、関心の持ちすぎは問題になる。

III. 自覚の無さ

熱意や関心の無さは、大変な問題であるが、それ以上に問題なのは、治療者自身が、自分の熱意や関心のなさに気づかない場合があるということである。だから、治療者は絶えず自分の心がどうなっているのか、見つめておく必要がある。また、時々、自分の心に向き合うために良き治療者仲間や相談相手、スーパーヴァイザーを持って置いた方がいい。患者・ク

ライエントの無自覚も大変だが、治療者の無自覚は破壊的ですからある。

IV. 想像力の無さ

次に大事なのは、その患者、又は彼の抱えている問題などに対して、想像力をどこまで広げられるかどうかということである。

多くの治療者は、患者・クライエントに、「生きていたくありません」「絶望でいっぱいです」「死ぬしかありません」「苦しくてたまりません。楽にしてください」「もう万策尽き果てました。どうしようもありません」「父が憎くてたまりません。機会があり次第、殺してやりたいと思っています」などと言われたら、それだけでびっくりしてしまい、気持ち・考えが不安でいっぱいになり、心身が凍りついたようになってしまう。かく言う筆者も例外ではない。「どうなるのか」と恐怖で身がすくんでしまう。

ただ、問題はここからである。この時、凍りついて止まってしまった状態にいるか、それとも「患者・クライエントは何故今この私に向ってこう言わざるを得ないのか?」「いったい、どんな辛い、困難で苦しいことがあったのか?」「そもそもここまでに至る患者・クライエントの歴史はどんなものか」「その患者・クライエントの対人関係はどうなっているのか?助けてくれる人はいないのか?」「毎日、どんな生活を送っているのか?」「その患者・クライエントの家族はどうなっているのか」と言ったことに対して想像を巡らし、それを探究しようとするかで治療の展開は違ってくるように思う。

場合によっては、以下のことを探っているうちに、患者・クライエントの一部は、「気持ちが分かってくれた。この治療者は逃げなかった」ということで、一定の改善が見られる場合がある。

このように患者・クライエントに対する想像力も大事だが、それ以外に「死とは何か?殺すとはどういうことか?」「人間はいかなる時に、死にたいとか、殺したいというのか?」「これまでの哲学者・思想家を含め、人類は死や殺人をどう考えていたのか」という根本問題を想像するのも有益と思われる。

それ以外に、「他の治療者は、こうした問題をどう取り扱っているのか」「自殺は、果して防げるものなのか?」「防ぐことは困難でも、防ぐ努力はどこまでできるのか」といったことに想像を巡らすのもいいだろう。

更には、「今、ここで、こう訴えてくる患者・クライエントに対して、どうしてあげるのが一番役に立つことなのか?」「どのような対応がクライエントとの波長が合うだろうか?」といったことを想像するのも悪くない。

いずれにしろ、想像力や自由性は、治療力の源になる。前にも言ったが「狂気とは、想像力や自由性の欠如なのである」。追い詰められた患者・クライエントの想像力がとほしくな

るのは仕方がないにしても、治療者は、困難や恐怖を間接化して、あるいはむしろそれらを出発点して、想像力を発揮する責任があるが、これが出来ないと治療の妨害要因になる。

V. 知識・知恵の無さ

適切な熱意・関心・自覚・想像力を発揮するには、ある程度の知識が必要である。もちろん、ここでいう知識とは「生きた有効な知識」であり、もうすこし言うなら、グノーシスともいうべき精神知、最高の智慧である。知識・知恵は、想像力を発揮する時の手段のようにみえるが、実は想像力を発揮することによって、また新たな知識・知恵の獲得が可能になる。両者は良循環のように、また両輪のように働く。

それ故、ただ本を読んだりして知識を増やすものも悪いとは言わないが、生きた知識・有効な知恵となるためには、その一語一語に想像力を巡らしながら読むことが大事である。また理論書も大事だが、事例集、中でも患者・クライアント自身の手記などは大いなる智慧に導いてくれる。

仏教でも、無知は、むさぼり、怒りと同様、三毒の一つに挙げられているが、無知・無明のままだと、大いなる治療の妨害要因になる。

無知の例の簡単なものを挙げると、時々スーパーヴィジョンなどで、ヴァイジーに「このクライアントに対して、どんな役に立ちたいですか」という質問をした時、絶句してしまう人がいる。これは、知識はある程度持っているのかも知れないが、日ごろからそれを念頭に置いていることが少ないため、生きた知識になっていないことのようなのである。

例えば、患者・クライアントの役に立つということを「不安の減少。安心感・安全感の増大」「孤立感の減少・連帯感の増大」「不信の減少と信の増大」「脱落意識からの解放」「欲求不満・もやもや感の減少」「自己洞察、自分の気持ちの理解による安定感の増大」「とらわれからの脱却」「希望・熱意・想像力の増大」「役に立つ認知の増大」「役立つ行動の増加」「自信の回復」「自己否定からの解放」などをある程度理解し、常にそれらを考えながら同時に忘れていく状態になっていけばいいが、それが出来ないでいるのである。

それから、ここで言う知識とは、心理学や精神医学の知識だけではなく、身体や脳の知識、社会学・法律・宗教・哲学・歴史・人間関係学などの幅広い知識などである。芸術にも関心があった方がない人よりは心が豊かになれる。

筆者き、心理治療とは、あらゆる学の粋を集めた総合芸術だと考えている。

VI. 「他者の立場に立てること」の困難さ

治療で大事なものは、患者・クライアントとの「波長合わせ」、彼らとの「共同作業」であるが、そのためには、患者・クライアントの気持ち、あるいは彼ら自身やその存在状況そのものを理解する必要がある。フランスの推理小説作家ジョルジュ・シムノン「事件解決に

とって最も大事なものは、相手（犯罪者）の立場に立てることである」と言っており、実際、彼の本の中のメグレ警部は、容疑者とともに真実解明の共同作業を行っているような感じを受ける。

あたかも敵同士の二人であってもそうなのだから、ましてや互いに解決の道を探ろうとする心理治療では、治療者がどれだけ、患者・クライアントの立場に立てるかが、治療の鍵になってくることが多い。治療者の仕事のひとつとして、「人とつながること」があるが。まさに、つながるためには、どれだけ他者の立場に立てるかということが重要になってくる。

ただ、一部の治療者においては、自分の我見に執着したり、他者をこうだと決めつけたりして、なかなか患者・クライアントの立場に適切に身を置くことが難しく、それが治療の妨害要因になることが多い。

VII. 心の襞・影を読み取れない

後、大事な点としては、心の襞・影・陰翳とも呼べる心の細かい点を読み取ることが大事になる。患者・クライアントが、愛・憎、喜怒哀楽、絶望・希望、悲しみ・寂しさ等を語る時、その表面だけに注目するのではなく、その背後に隠れている襞や皺といった一見目に付きにくいところまで、観察するなり、想像力を発揮する必要がある。

治療者は、ある意味、人の見えないところまで見て、人の聞こえないところまで聞いて、人の感じないところまで感じる力を養っている必要がある。そうした治療者は、深く相手を理解することになり、その結果、患者・クライアントは、そうした治療者に対して、よくわかってもらえたと感じ、心を開き、交流が生まれ、それで治療は促進するのである。

ただ、一部の治療者は、心の表面だけしか見ないので、治療が進まないのである。

VIII. 初回面接での問題

A. 初期治療の重要性

多くの停滞困難事例を見ていると、初回面接、或いは治療の出発点で、つまずくか、不十分のままスタートすることが多いようである。

初回面接、あるいは治療初期にすべきことは多い。以下、それをざっと挙げてみるが、もちろん、それらを全部する必要もないし、また出来るものでもない。

ただ、初期に何が出来ていて、何が出来ていないか分かっている方が分かていないよりは、治療は進展しやすい。

また初期治療は、初めての出会いということもあって、決定的に重要である。まさに「入口が出口を決定する」というか「最初のボタンの掛け違いは最後まで影響する」というぐらいに大事なものである。いわば、患者・クライアントの歴史の総決算と治療者の歴史の総決算のぶつかりあいのようなものなのである（いくら穏やかに面接が始まっても）。

イ. 初期面接で必要なこと（治療のしごしらえ）

まず、最初は何もわからないから、情報を収集することが大事である。どんな情報が必要かと言うと、

- ・来談動機、主訴、何で困っているか（患者・クライアントがこれを言えるとは限らない）
- ・病歴（病状や主訴の始まり、時期、経過、原因・背景など）
- ・治療歴、相談歴（多くの患者・クライアントは、既にどこかで治療を受けたり、相談を受けたりしていることが多い。この内容を聞いておくと、治療の困難点や患者・クライアントが不満に思っている点が明らかになり易い。困難点は核心点でもある）
- ・家族歴（本人を取り巻く家族、またはその家族とどういう関係になっているかを知るのは治療上大変重要である。何故なら、症状、病理、問題点は関係の中で花開くからである）
- ・状況（本人の社会的状況、対人関係状況、一日の生活状況なども、本人の病状と多いに関連するので、この情報も大事である）
- ・生育史、生活史（要するに本人のこれまでの歴史である）
- ・カウンセリングや治療に期待すること、治療者に聞きたいこと（これも言いにくい人が多い。また言えても極めてあいまいで会ったりするし、明確であっても非現実的で非合理的であり、また心理治療では無理なことも多い。この点に関してはただちに介入しておいた方がいい場合も多い）

これ以外に、まだまだ、聞く必要のあるものはあるだろうし、また患者・クライアントが是非訴えたいこともあるだろうが、ざっと以上のことを押さえておく方が安全である。ただ、患者・クライアントが全部、これに正確に答えるのはとても不可能だし、また言いたくないこともあるので、そのことは尊重する必要がある。

後、大事なこととして、これらを一回で聞こうとしないことである。何回にも審査面接というか、引き受けるかどうかを決めるための情報収集と考えていい。ただし、審査機関と言っても事情を何回も聞いていると、断りにくくなるのは事実である。

それと、もうひとつ重要なこととして、患者の語ったことだけでなく、患者がどこを語っていないかに注目しておく方がいい。

又、こうした事情聴取は、尋問式に機械的にやるのではなく、一種のストーリーを聞くように考えておく方がいい。その意味で本当に聴くべきものは、表面上の言葉の奥底に流れる、患者の奥底の気持ちや感情なのかもしれない。

最後に、こうした情報収集は、治療者と共に行われるので、ある意味、治療者との合作という面があるのを忘れてはならない。そして、病歴は、治療の進展とともに書き変わっていくことも肝に銘じておくべきである。

逆に、機械的で尋問的で心のこもらない、患者に有害な不快感を与えるような、また患者と波長の合わないような、さらには重大なポイントを聞き逃しているような事情聴取は、治療の妨害要因になることは言うまでもないであろう。

ウ. 初回での見立て

さて、治療者の初回面接において、情報収集だけでなく、見立てやアセスメント（評価・査定）も行う必要がある。これは、事情聴取が終わってからというより、その最中から行われているものである。

見立ては、医学の診断や鑑定や芸術作品の選定などにも相当し、ある意味、その事例の運命を決するほど大事なものと考えていい。

見立てはある意味、心の中に、これからの治療作業の地図を作るようなものである。これがないと、どこに行くかわからない。しかし、そうかといって、絶対に正確な見立てなど無理な話なので、あくまで仮説、仮の地図と考え、参考意見にしておくべきだし、また見立ては初回後もずっと行われるものだというのを頭に入れておきたい。

それでは、何を見立てるかということだが、ざっと次のようなことを念頭に置いておけばいいのではと思われる。（と言っても、見立ては各々のクライアントでそれぞれ違うし、治療者によっても様々だし、またその時の状況によってもそれぞれであるので、決まった見立てマニュアル等があるわけではない。以下は、筆者の心に今浮かんでいる勝手な連想である。ただ、ないよりはある方が、治療者の想像力が豊かになり、治療の役に立つかもしれないというかすかな期待のもとに記していく）

i・（クライアントの）問題点；強すぎる分離不安・強すぎる依存、破滅不安・存在することの不安、絶望・悲観的傾向、方向性の無さ（何をしたいかわからない）、希死念慮・自殺企図、自傷行為、薬物・アルコールなどの依存、摂食の問題、不登校・不就労、引きこもり、家庭内暴力、無気力・意欲低下、自己嫌悪・自己否定、万能感・過剰な賞賛願望、対人恐怖・嫌われ恐怖、見捨てられ不安、無快楽症、幻聴・妄想・作為体験、離人感、解離症状、体感異常、身体症状、自分の無さ（自分で考え、自分で決められない）など、多岐にわたる。

この時、頼りになるのは、治療者のなかにあるイメージやアンテナ感覚、又は逆転移感情といったものである。

ii・主訴（求めているもの、苦痛に思っているもの等）に関する問題点；普通、主訴は上記の問題点と重なるが、その主訴が明確に言えているかどうか、曖昧にしか言えないか、また求

めているものが現実的なものか幻想的なものか、合理的なものかどうかの見立ても大事である。

iii・自覚の程度;自分の問題点、状況、心の内容、状態に対する自覚の程度も重要である。

iv・治療動機;心理治療に対してどれくらいの肯定的動機を持っているか、または治療に対する恐れや疑問などの否定的動機はどの程度か?

v・話し方、会話の様子;患者は、わかりやすく、話をする事が出来ない人が多い。大抵、主語、目的語が抜け、述語優位になっている。また具体的に言えず「あの」「その」などの代名詞が多い。さらに文章が完結せずに、次の文に移ってしまうことも多々ある。ようするに、相手（治療者）が自分の話を理解できているか、考えずに喋ることが多いのである。その他、まとまり無く話す人、声が大きすぎる人など、話し方の特徴、問題点を見立てておくのも必要である。

vi・身体状態;身体の病気を抱えていないか、病気ではなくても身体の疲れや虚弱性や体力も見ておく方がいい。

vii・脳機能;脳器質性疾患の有無はもちろん、記憶・見当識・知覚・認知・判断などの脳機能の程度の評価も大事である。

viii・知能程度;治療者は、クライアントの知能を高く見る傾向にあるか、あるいは知能程度を無視して面接することが多い。それ故、治療の中心作業である波長合わせのためには、相手の知能（知識・記憶・組み合わせ・統合力・理解力・判断力・常識など）の程度を見立て、配慮しながら、面接を進める方がいい。

ix・状況（家族状況）;家族との関係は良好かどうか、居心地がいいかどうか、葛藤や問題点はどの程度か?

x・社会的状況;社会的地位、役割、責任性、経済力、その地位に対する満足度、葛藤・ストレスの程度・具合は?

x i・対人関係状況;友人はいるか、どの程度の深まりを持った友人か、相談相手はいるか、孤立の程度は?

x ii・ストレスについて;ストレスの内容・程度・持続性、また良いストレスか悪いストレスか?ストレスを受け止める力はどのくらいか?社会においても家庭においてもどのような負担・責任を背負っているか?

x iii・自我の強さ;現実検討、予測・結果の判断、外界や自己に対する現実感覚、欲望・感情・衝動のコントロール、対象関係、思考過程、適応、間接化、統合力、適度な不満耐性などがどの程度か?

x iv・考えや態度の傾向（優勢な防衛機制は?）;抑圧、反動形成、隔離、打ち消し、退行、

転換、取り入れ、同一化、投影、知性化、合理化、昇華などの防衛や、否認、投影性同一視、原始的理想化、自我分裂、対象分裂などの原始的防衛機制のどれが、どの程度優勢か、またその防衛がクライアントの役に立っているか害になっているか、どの程度自分の防衛機制を自覚しているかも大事な見立てである。

x v・困難を受け止める力;困難や苦しさや不愉快なことが起きると、人間は自動的にそれを排除したくなるが、健康な人間はそれをそのあと、適切に受け止めようとする。すなわち、それを見つめ、その解決方法や、困難を感じながら、適切な対応を模索していく。これが、困難を受け止める力があるということだが、それがどの程度なのかを見立てることが大事である。

x vi・間接化の程度;前に述べた治療者の必要な能力だが、もちろん治療の主役は患者であるので、どのくらい体験の直接性を間接化しているかを見立てることは大事である。

x vii・病名の見立て、問題点;心の病というのは、身体疾患と違って、ある部位や組織の病変に対応したものでないので、いわば人工的な命名、ラベル貼りである。しかし、病名診断をしておくことは意味がないことはない。その病名が付けられたということは、一定程度、その病名に対応する現象・体験があったということなので、その病名を出発点にして、その患者の理解を深めることはできる。また、どの病名に相当するかを考える中で、クライアントのことが整理されてきたり、よくわかったりする。病名といってもおろそかにしてはいけない。もちろん、それにこだわり続けるのは問題ではある。

x viii・パーソナリティ、性格傾向の診断、見立て;診断の一つとして、パーソナリティ障害のそれがある。これらは、スキゾイド、スキゾタイパル、妄想性のパーソナリティ障害（クラスターA）、境界性、自己愛性、反社会性のパーソナリティ障害（クラスターB）、回避性、依存性、強迫性、受け身攻撃性、抑うつ性パーソナリティ障害（クラスターC）などが挙げられる。これらが、障害かどうかは別として、クライアントの人格の傾向を知る上での参考意見にはなるので、クライアントがどういう人格の特徴を持っているか見立てるのもいい。ひょっとしたら、適切な治療目標をクライアントと共有出来るかもしれない。

また、これ以外にもユングの言うタイプ診断（内向外向型、思考・感情・感覚・直観）やエゴグラムも性格の見立ての役に立つだろう。

x ix・解離性の程度;患者・クライアントに限らず、解離傾向は誰にでもある。いつも統合を十分になぞ出来るわけがないし、また、心を完全に統合すると有害でもある。しかし、必要以上の解離を起こして、不適応に陥ってくると、それは援助の対象になる可能性があるので、解離の程度（ひどくなると、離人感、健忘、思考の散乱、発作的行動、変性意識状態、多重人格、遁走などが出てくる）を見立てておく必要がある。

x x ・ 適応の程度；適応とは「まわりとよく調和して、生き易い状態にある」ということを指すが、多くの患者・クライアントは、不適応の状態にあるので、この見立ても重要である。

また外的には適応していても、内的不適応を起こしている場合があり、その場合は身体に障害が出やすい。

x x i ・ 自己毀損・自己破壊傾向の程度；自傷患者や自殺患者だけではなく、人間は誰しも自己破壊の傾向を持っている。自分が苦しい状態にあると、特にそうなりやすい。事故を防ぐ意味でも、この見立ては重要である。また、これと関連して自己否定、他者不信の程度も見立てておくことが大事である。

x x ii ・ 固着と退行；精神分析の考えによれば、心の病にかかっている人は、ある時期に退行し、そこに固着しているとのことである。例えば、口愛期（前期、後期）、肛門期（前期、後期）、男根期・エディプス期、といったもの、又は妄想一分裂ポジション、抑うつポジションといったものである。この実証性はともかく、これらに関する知識はないよりはあった方がクライアントに対する想像力は豊になると考えられる。そして、クライアントが、どのあたりに固着・執着しているのかを見立てたり、考えるのも悪くない。

また、この患者・クライアントは精神年齢で言えば何歳ぐらいに当たるか、或いは何歳ぐらいの部分が優勢になっているのかをいろいろ想像するのも面白い。

x x iii ・ 発達課題；人は、意識するしないは別にして、それぞれの時期・年代に応じて、発達課題を持っているようである。これにはエリクソンの人生の8段階を参照するとわかりやすいが、クライアントが、どのような発達課題を持っているか見立てるのは重大な治療作業である。又、そのクライアントが、が、今後どのような人生を送りたいか、逆にどうなることを恐れているか等を聞くのも大事である。

x x iv ・ トラウマの程度；人は誰しも人生の中で幼少期・学童期・青年期に限らず、心に傷をもっているものである。患者・クライアントとなると、その程度は強いように思われるし、現在の生活や病状にも影響を及ぼしている可能性がある。従って、そのトラウマとトラウマの引きずり度、またトラウマを克服できているかどうかを見立てていくことが重要である。

x x v ・ 病態水準；一応、本人の心的水準が、健康水準・神経症水準・境界水準・精神病水準のどの辺に当たりそうか見立てておくのも大事な見立てである。

x x vi その他の見立て；その他、優勢なコンプレックスや無意識内容、自己の男性性・女性性に対する満足感・不全感の程度、父性性や母性性の程度、成育史の中での特記すべきこと、幼少期の家族との関係、家系の問題、地域性の状況、また意識障害の有無・程度、緊急性の程度（自傷他害の恐れ、興奮・錯乱・混迷の程度）など多くのものがある。

[大事なこと]

以上、クライアントの側で見立てた方がいいものを挙げたが、実際にはもっともっと多くのものがあると思われる。あんまり、多くあり過ぎてどこに焦点を絞っていいか悩まれる治療者もいると思われるが、以上の見立ては仮の参考意見としておいて、実際には、自由に自分が治療上役に立つと思われるものに関して見立てていけばいいと思われる。

エ. 治療者の見立ても大事

今のは、主にクライアント側の見立てであったが、治療者自身の見立ても大事である。治療は共同作業であるからである。しかしながら、治療者の何を見立てるかは、そんなにきまりきったことがある訳ではないし、又そんなに簡単なものではない。ただ、一応経験によれば、以下のことが大事であるような気がする。

- ・治療者自身の力；これは、先に述べた治療者にとって必要なこと、要するに、ほどほどの持続する熱意、患者への関心、自己の自覚、想像力、知識、理解・共感能力、見立て力、見通し能力といったものが、自分にどれだけあるかどうかの能力の見立てである。
- ・今までの経験、治療者としての歴史。特に精神病や境界例、パーソナリティ障害など、重症例の経験を持てているかどうかといった点。
- ・患者を見立て、治療の見通しを読む力。この「読みの力」（事例の本質・真相・問題点、今後の成り行き、心中の洞察力といったもの）は、治療の成否を左右する。
- ・困難への対応力；治療上の困難を予想でき、また困難に出会っても、その困難から問題点を読み取り、困難の解決や、困難を抱えながら適切な対応を模索できる力
- ・治療者自身の体力・気力・健康状態・精神衛生・心の満足度などの見立て
- ・治療者自身の欲望の自覚；治療者は患者の役に立ちたいという願い以外に、いくつかの隠された欲望を持っている。例えば、単なる好奇心、自己愛的欲求（自分の治療者能力を証明・誇示したい）、金銭・研究・著作・学びの対象とになってしまう気持ち、親密感欲求（治療者自身の孤独を慰める）などであるが、これに対する自覚のある治療者の方が患者・クライアントの役に立ちやすいし、害を与えない。だから、この点の見立ても大事である。
- ・治療者自身の感情の見立て；特に肯定的感情と否定的感情の内容と程度
- ・患者との共同作業能力
- ・他の職種（心理士であれば医師、精神科医であれば心理士、その他看護師、ケースワーカー、作業療法士、教師など）との連携の力がどれくらいあるか？
- ・相談相手、仲間、スーパーヴァイザーなどの存在の程度。
- ・治療者自身の状況；とくに忙しさの程度、精神状態の安定性。
- ・治療を引き受けることができるかどうかの見立て。引き受けた場合の有益性が有害性を上回るかどうかの見立て。

[その他、まだまだあると思われるが、この辺でやめておく。これは、患者・クライアントの見立てと同じく切りの無いものである。それからもう一つは、これらの見立てを正確に行うことは不可能に近いということである。しかし、見立てないよりは、見立てておく方が治療者にはいいだろう。又、すぐれた治療者は、意識しなくても自然にこれらを見立てているものである]

オ. 治療の進展の見立て

そして、引き受けるかどうかの決定の前に、引き受けた場合に治療の進展はどうなるかを見立てる必要がある。もとより、治療の進展の予測などは不可能に近い。骨折といった身体治療の見通しでさえ、厳密に言えばいろんな要因が関わる。ましてや、目に見えない心の問題となるとその無理は推して知るべきである。

ただ、そうはいっても見立てて置く方が見立てていないよりは、いい結果をもたらすようである。それは、

- ・この治療の最良の結果は？最悪の結果は？
- ・最良の結果を促進し、最悪を防ぐ適切な対応が浮かぶかどうか？
- ・そのように努力しても、悪い結果が出た場合、治療者はそれを受け止める力・覚悟があるかどうか？
- ・治療の進展のなかで、どんな困難が生じてくるか？治療者は、それを引き受け、患者・クライアントのプラスになるように対応できるか？
- ・最良、最悪は別として概ねどんな予想が立ちそうか？

といったことである。

以上、患者・クライアントと治療者の見立てについて述べたが、それ以外に治療構造、治療環境など様々な見立てが必要であらう。

最後に一言言っておきたいのは、現実には、非常に不十分な事情聴取や見立てだけでも、治療がうまくいったかのように思うときがある。これは、決して見立てが不必要というのではなくて、相手の力がかなりあったからで、たまたまそう問題がおおきくならなかったというだけに過ぎない。これは、治療妨害要因がかなりあっても、患者・クライアントの力の方が、治療の進展を左右しやすいということであらう。

IX. 治療契約の重要性とその軽視による治療妨害要因

契約、約束、ルールの取り決めとその遵守は、治療が共同作業である以上、きわめて重要である（治療だけではない。芸術・文学・スポーツ・商売・生産・政治・人間関係など、あらゆる営みでルールや取り決めは重要である。一見、ルールや形式は拘束や不自由性を感じさせるかも知れないが、よく考えてみると、約束・構造・形式があるので、人間はいろんな

ことが出来たり、多様な表現が可能になるのである。形式は自由を保証するものなのである。ただ、それが厳し過ぎたり、硬直化し過ぎると問題が生じ、不自由になるのである）。

どのような契約が必要かは、それぞれ、患者・クライアント、治療者、治療構造などの状況によって、変わってくるが、筆者は一応以下のことを約束事項と考えている。しかし、これは勿論、様々に変化する可能性がある。それは、

- ①治療目標の共有
- ②治療が共同作業であることの確認（主役は患者・クライアント）
- ③自傷他害の禁止（もし起きた場合、責任は本人が取る）
- ④治療構造の取り決め（面接回数、電話での相談の不可など）
- ⑤有益と思える治療法を二人で編み出していく（行動記録等）
- ⑥契約が守れるかどうか一定の審査期間を置く

といったものである。

ここで大事なことは、これは初回面接や審査期間中だけでなく、治療中ずっと続くということである。特に、治療が深まって来ると、思わぬ行動化が起きたり、起用列な転移感情が生じたりするし、自殺や攻撃性・怒りの問題が噴き出てくることがある。その時にこそ、この③を含んだ治療構造・治療契約が生きてくるのである。「治療が進むと、自殺の可能性が高まる」「治療が進むとは、それだけ病が深まるということである」ということを肝に銘じたい。

ただ、このような契約事項は患者・クライアントやその家族が理解できなかったり同意しかねたりすることもあるので、初回では、この契約事項を巡っての話し合いが行われる時がある。治療者としては、このような契約を押しつけるよりは、これを巡って話し合いを深めることの方が治療的である。

いずれにせよ、治療を引き受ける前に、このような「引き受けるための条件」を提示しておく方が、治療はより容易に進むようであるし、途中で起きる自傷他害を含む行動化や治療困難に対処しやすい。まさに「入口は出口を決定する」ということである。ただ、この条件の提示の仕方は、提示しないことも含めて、患者・クライアントを初めその時々治療状況による。

この契約をきっちりしないようだと、後々治療妨害要因になり易いし、治療の困難を受け止めきれず不幸な結果に終わることがしばしばある。

ただ、このような契約をしなくても、治療が進み、治癒する場合もある。しかし、それは表面的治癒である可能性が多いし、また患者・クライアントに力があれば、このような契約をしなくてもいい場合が多いし、それは運が良かっただけである。このような幸運もあるの

で、契約に鈍感な治療者でも生き残れるのであろう。

X. 患者・クライアントや家族の質問に対して（基本的五大質問と必要な説明）の適切な取り扱いが出来ない

A. 基本的五大質問

患者・クライアント及びその家族は「治してもらいたい」という希望の前に様々に聞きたいことを持っている。これは、病歴・治療歴の長い人ほどその傾向が強い。契約も大事だが、それと同じく重要なのが、彼らの質問を受け止めながら、適切な応答と説明（説明的質問）と話しあいをするることである。彼らは多くの質問をしてくるが、それらを集約すると以下のようになる。

- ①この状態は果たして病気なのか？（性格、癖なのでは？）
- ②病気とすれば病名は何なのか？（そもそも私は何なのか？）
- ③病気の原因は何か？（一体、何故こうなってしまったのか？）
- ④治るのか？（治るとすればいつ頃治るのか？）
- ⑤どうしたら治るのか（どうすればいいのか）

といったものである。これ以外に、薬、日常の過ごし方、就労、結婚、妊娠、対人関係、入院といったことにまつわる様々な質問があるが、とりあえず圧倒的に聞きたいのは上記の五大質問である。

ただ、この点については、すでに拙著「境界例の治療ポイント」で、詳しく述べてあるので、ここでは、その要約と新しく付け加えた点を記していきたい。

まず、言えることは上記の質問はあまりに基本的であるということと、患者・クライアント・家族が聞きたいのも当然であるということである。しかし、この質問は基本的というか、根源的であるが故に、答えるのは大変難しい。特に、治療的に答えるのは一層難しい。そうであることもあってか、患者・クライアント・家族は、今までの治療者に同じ質問をしながら満足な答えを見出していない場合が多い。この点のことも応答するに当たって考慮に入れる必要がある。

イ. 「病気なんですか」という質問に対して

i. 病気とは「困難受け止め不能状態」

この問いは当然であるし、治療の上でも適切に取り扱う（答えるというより、考えさせることが大事な場合も多い）ことが重要であるが、この問いに適切に答えるのは難しい。

精神疾患の正確な定義は難しいが、治療のことだけを考えたなら「困難を受け止めることのできない状態」と捉えると有益である。

ii. 病気告知のメリットとデメリット

ただ、病気かどうか告げることは、メリット（治療を受けられる、免責・休養、周りの良き理解が得られる、自己理解のチャンスなど）とデメリット（誤解と恐怖、異常意識・脱落意識、自己否定を強める、責任からの逃避、劣等感など）があるので、このことをわきまえ、できるだけ有益な伝え方を考えるべきである。

iii. 五大質問に関する応答は、重大な治療作業

それとともに大事なのは、治療の目標の重要な一つとして、患者・クライアントの自覚・洞察ということがある。特に今言った五大質問の答えなどは、本来患者・クライアントが治療者の助けを借りて、自ら答えを見出していく方が治療的であるし、ひょっとしたら、上記の五大質問の答えを見出して、それを正しく活かすことそのものが治療なのだろう。従って、初回の五大質問を巡っての応答は、そのまま重大な治療作業なのである。

iv. 具体的な応答例

この点に関しては、その質問を尊重したうえで「どういう点で、病気かどうか気になるのか」「病気だとしたらどう考えるか」「今までどう言われてきたのか?」「自分ではどう思っているのか?」「病気と思う点はどんな点で、思えない点はどんな点か」などのいろいろの応答の仕方があるし、ひとによっては、ずばり「病気かどうか」の告知をするだろう。

筆者は、原則的には、病気かどうか知りたい理由を探究させる中で、正しい病気理解と病気であることのメリットが多く手に入れられるような接近の仕方を工夫する。

ウ. 病名は何でしょうか?

i. 心の病の特殊性（対応身体病変の無さ）

心の病は、身体病変に対応して命名される身体疾患と違って、それに対応する病名がないのが、一般的である。（勿論、器質的精神病と言われる脳神経疾患は別であるが）

従って、心の病の病名は、脳病変に基づくというより、表面に出てくる症状と言われる現象に基づく。ところで、心の病の症状は関係の中で発現・変化するものであるから、ある意味で患者・クライアントと治療者の合作とも言える（ここに家族や関係者を入れてもいい）。また、その症状・現象の捉え方は、治療者各々によってかなり開きが生ずる。だから、心の病の場合の病名決定には、二重の意味で治療者の関与が大きいのである。こういうことは、身体疾患では起こりにくいし、起きたとしても治療者の影響は少ない。

ということで、心の病と身体疾患では、大きな差があるのだが、結構似たところもあり、また未だ不明確な点も多い。それ故、筆者の考えも整理されている訳ではないので、今思っていることを書き連ねることを許していただきたい。

①心の病に対応する身体病変は、現在のところ不明確である（ある人は、統合失調症やうつ病などでも明確になっているというし、今後明確になるに違いないと考えているようであ

る。しかし、ある人は、不安・抑うつといったものが人間の条件である以上、特異的で明確な器質的病変を特定化するのは難しいと考えている。筆者は、どちらの可能性もあるという立場である）。

②それゆえ、身体疾患が数字や画像で診断されることが多い（癌や糖尿病の場合など）のに比して、心の病の診断は、表面に現れた症状によってなされるのが一般的である。

③心の病の症状が、患者・クライアントと治療者の合作であると同時に、病名も合作ある。（しかし、これを認めない精神科医も多いし、事実、治療者が誰であっても一定の反応・症状がでてくるような場合もある）。

④従って、心の病には心理的・関係的・社会的実体はあっても、身体的実体が明確に存在しているとは言い難い（ただ、何らかの意味で脳に生理的・生化学的な反応は生じているのだろう。しかし、それは我々が日常感じる不安や憂鬱感の背後に脳の生理的変化があるのと同じ意味である）

⑤実体論は難しい面があるので、この辺にしておくが、筆者としては治療の実体があればそれでいいと思っている。仮に、心の病の身体的実体を固く信じ、脳の病に過ぎないと思っている人でも、身体的健康や脳機能の回復ということを目標に治療していけば、それはそれで、心の病の治療にはプラスになる。患者・クライアント・家族の中には「心の病」というより「脳の病」と考えた方が、気が楽になる場合も多いので、筆者は、その場合にはその考えに波長を合わせ、「脳の健康回復」を目標にしていく。

⑥器質的と機能的ということは、考え出すとかなり難しいものになる。筆者は、これは一応の仮の区別であって、両者の厳密な区別は難しいのではないだろうか？と思っている。しかし、器質的、機能的という言葉が未だ生き残っているのは、それだけの役割・機能ということがあるのだろう。

⑦同じく精神疾患・心の病と身体疾患の区別も厳密には難しいようである。また、心の病にも身体的症状は生じるし、身体疾患にも精神症状が起きる。極論すれば、全ての病は、心身（身心）疾患なのであろう。

⑧短絡的な人は、心の病には精神療法が、身体・脳疾患には薬物・身体治療が適応であると考えがちであるが、どんな疾患にも、心理療法・薬物療法・社会的援助（看護、家族教育、リハビリ、訓練、SST、作業療法、芸術療法など）の総合的治療が必要である。筆者の経験からしたら、器質的精神病の方が心理療法に反応がいい場合も多いように思われる。

⑨ところで、根本に戻って、何故病名づけといった診断行為が必要になってくるのであろうか？それは、勿論、治療のためである。治療に当たっては、患者・クライアント・家族を良く理解する必要があり、理解のためには正確で素直で精緻な診断が必要である。ただ、

そうした良質の診断のためには良き治療関係が必要である。そして、又、良好な治療関係を築くためには良き治療的営みが必要だし、そのためには良き理解・良き診断が必要となる。つまり、診断と治療はある種の良循環を成すことが望ましいのだろう。

以上、病名を巡っての筆者の連想を、「心の病における身体病変の不明確さ」「診断の際の心的症状と画像・数字」「症状が合作か否か」「実体論・身体的実体・心理的実体・社会的実体・治療的実体」「心の病と脳の病」「器質的・機能的」「すべては身心疾患」「総合的治療」「診断と治療の良循環」に渡って、述べさせてもらった。この点の議論は、もうすこし深める必要があるが、今のところは先に進む必要があるので、この辺にしておく。

ii. 病名告知を巡って

以上の議論から考えられるように、病名の告知はかなり慎重であるべきだし、場合によっては病名など告げない方がいいかもしれないが、いずれにせよ病名をめぐって十分に話し合う必要はあるのだろう。

この場合は、病気の告知と同じで、病名の告知に関しても、メリットとデメリットがあるということである。それを一応図式化すると、

メリットの場合は

- ①名前がつくことで安心感が得られる（人間は分からないうちは不安だが、名前がつくことで何となく理解できたような安心感が得られるようである。
- ②病名がつくことで、より患者・クライアントの理解が深まり、理解が容易になり易い場合がある。その病名をもとにして色々調べたり出来る。
- ③病名が付くことで、治療目標や治療方針を適切に立てやすくなる場合がある。これも病名をもとにして、正しく治療に結び付けるというメリットである。いずれにしろ、診断や病名つけは出発点であってゴールではない。（それと病名は治療の進展やその他の事情で変化することを忘れてはならない）
- ④病名によって治療者同士の連絡やコミュニケーションの役にたつ
- ⑤病名によって保険で治療できる。おそれ、憂鬱感、つかれ、気掛かりと言った名前では、保険は通らない。「パニック障害」「うつ病」「強迫性障害」となって初めて保険で治療できるのである。また、患者・クライアント・家族をたずける書類を書く時も病名は必要である。

一方でデメリットの場合も勿論ある。今挙げたのと逆の場合で、それは、

- ①病名は出発点であるということを忘れ、それを固定的に捉えるばあいである。この場合は、一旦つけた診断にとらわれ、思わぬ誤診を招き、患者に多大の迷惑をかけるということがある。（筋緊張性頭痛という診断にこだわって脳腫瘍の発見が遅れる場合

など)

- ②十分な理解の出来ないまま、単に「統合失調症」という病名だけが付けられ、それにより患者・家族に不治の意識を持たせることになる。(このばあい、患者・家族の恐れや偏見を引き出して十分に話し合い正しい理解を持ってもらうことが重要である)
- ③悪性の合理化に病名が使われる。例えば、患者が「自分は境界例だから、自傷行為するのは当たり前」という風に関き直り、適切な治療実践を行わないといったこともデメリットである。(いずれにせよ、患者・家族に対して偏見を正し、正しい理解に努め適切な治療意欲を引き出すことが大事である)

iii. 病名告知の実際

以上のことから、病名告知は、病状や背景や原因の理解と共に、治療目標の共有へと向かうことが、目的となる。もし、患者・家族が病名のことを気にかけず、ひたすら治療に取り組むという姿勢であれば、別にこちらから病名の告知の必要はないかもしれない。

また、聞かれた時は「病名が気になるのは、どういう点でか」とか「今まで、どんな病名を告げられたか」「自分では、どんな病名が浮かんでいるのか」などを聞きながら、やはり恐れ・偏見・誤解などを引き出して、適切な理解の共有を目指すことが大事である。

エ. 原因質問に対して

i. 原因は多様である

まず言えることは、原因はあまりに多様であるということである。一部には、身体因、心理的要因、社会的要因といった形で割り切ろうとする人もいるが、さらにこれら三つの要因を探ると多数・無数の要因が出てくる。

ii. 原因は物語の再構成のようなものである

今、のべたように心の病の原因は無数であると共に、それらが相互に絡み合っているもので、それらを羅列しても正確に生き生きとその原因が理解できるものでもない。精神疾患の原因は、到底単純な図式や因果律で割り切れるものでなく、いわば其の人が生きてきた、(もっと言うと生まれる前からの) 歴史の総決算のような気がする。それゆえ、原因探求は、その人の個人史といった形を取らざるをえないような気がする。

iii. 有益な原因探しが大事

原因と想定されるものの中で、治療者が探究する要因は、事実・真実を踏まえ、患者・クライアントの役に立ち、彼らとその原因理解の共有ができるような原因探しである。例えば、うつ病の際、原因として過労、過労を強いざるを得ない職場状況、拒絶能力の

低さという原因が想定されたら、一つの仮説・参考意見としてそれを提示し話し合うことで理解が共有されたら、今度は、休養、職場改善、拒絶能力・自己主張能力の増大という治療目標の共有がなされ、それに向けての患者との共同作業が可能になる。

以上のような原因探求をすると治療的だが、時として、一方的に原因を決め付け患者との理解共有が出来ず、また遺伝や素質や育て方等を不用意に持ち出して患者・クライアント・家族に有害な絶望やあきらめや罪悪感を与える、治療妨害的な治療者もいるので、なかなか治療が進まない要因の一つになるのである。

オ.「治りますか」質問に対して

i. 治癒像の不明確さと多様性

「治りますか」質問に答えるには、「治るとはどういうことか」という質問に答えねばならない。ただ、これは、以前述べたようにあまりに多様で複雑で、個々人によって差があるということである。

ii. 完全な治癒は理想型（実際の治癒は「治癒段階の上昇」ということである。）

また、たとえ一応の治癒像（自立、困難を受け止められる、症状の軽減、日常生活・社会生活・対人関係が可能になる、十分な自覚、心の安らぎ・満足など）が、設定されたとしても、それを完全に常時満たすことは不可能に近いのである。

実際の治癒とは、「治ったか、治ってないか」の単純な二分法ではなくて、治癒段階の上昇といったものである。その例を少し挙げる。ここに、引きこもりと暴言と家庭内暴力を繰り返しているが、全く病院に行こうとしない25歳程度の青年がいたとする。その治癒段階というのは、非常に理想的に進んだとしたら、つぎのようになるだろう。

- ①親だけでも治療者の元に通える段階
- ②親と治療者の交流がなされていく段階
- ③親が本人のことを少し理解でき、親と本人の交流が少し可能になり、暴力・暴言などが減る段階
- ④本人が引きこもりから脱しはじめ、少し外出したり、遊びに行ったりする段階
- ⑤親と本人の交流が進み、本人が治療者のもとへ通える段階
- ⑥本人と治療者の交流が可能になる段階（激しい転移・逆転移が生じてもそれを乗り越えていける段階）
- ⑦本人が自分のことや将来のことを考えられる段階
- ⑧本人が人の中に入っていける段階
- ⑨実際に、作業所や自立支援センターや学校やアルバイトに行ける段階
- ⑩社会や対人関係上の困難に出会っても受け止められる段階

⑪自立が可能になり、親や他者との適切な対人関係も可能になる段階

⑫治療者と別れてもむいい段階

といったようなものである。ただし、これは、極めて理想的に進んだ一例であって、実際はこれ以外に多くの困難に遭遇するし、治癒段階の進展にも様々なものがあるのである。

iii. 「治りますか」質問に対する応答

この質問に対する応答も、やはり患者・家族の正しい理解に到達するような取り扱いになるのが望ましい。

具体的には、今までの質問に対する作業と同様で、相手の質問を尊重する、相手の考えている治癒像を聞く、相手が答えやすいように選択問題を工夫しておく、現実的に今必要な治療目標の共有、治るかどうか気になる理由の探求、相手の誤解と偏見の是正などを試みていくということなのだろう。

iv. 「いつ治りますか」質問に対する応答

この質問は、正しく言えば「どのくらい速度で治癒段階が上昇し、いつごろ最終段階になりそうですか」ということである。これについて、正確に答えるのは到底不可能に近い。というのは、治癒段階上昇を左右する要因としては、本人の自覚・治療意欲・治療実践、家族の自覚・治療意欲・治療実践、治療者の自覚・治療意欲・治療実践、状況・運・縁など様々な要因が絡むからである。

しかし、本人や家族は必死であるから、せめて「期間をはっきりさせたいのは当たり前と思いますが、期間がはっきりしないとどういう点で気になりますか」と聞いて、本人家族の不安を軽減するなり、正しい理解を起用有することが大事である。

この「治りますか」質問に対して、いいかげんに「治ります」「治りません」「わかりません」等の答えしか出来ないようだと、これは、治療妨害要因にはなりやすい。

患者・家族に真実を知らせ、前向きの気持ちにさせるには、例えば、似たような多くの事例を述べて、見通しを少し伝えて患者・家族の反応を見るのもいいし、たとえば「あなたのような事例だと平均2～5年ですが、これは全く参考意見なので捉われる必要はありません」と告げておくのもいい。患者・家族は、たとえ仮のものであっても数字を示すと安心するものである。もちろん、治癒水準を行ったり来たりすることがあるということも伝えておくことも大事である。

カ. 「どうしたら治りますか」への答え方

i. 治療促進要因とは？

これは、そもそも第7号通信から始まった「心の病は何故治りにくいのか」という問

いに対しての、一種の別の意味での答えを迫られているようなものである。従って、答えるとすれば、7号からこれまでのところを読んで頂いたらいいと思われるが、ここでは要約して次のように考えたい。

①正しい適切な現実的な治療目標の共有（更に言うと、まだ遠くにある大目標以外に、すぐに必要で出来そうな小目標、さらにその間の中目標など、いろいろ持って置いた方がいい。例えば、通院・カウンセリングに通う、12時までに就床するというのは、立派な小目標である）

②その目標達成を促進する要因と妨害要因の理解・共有

③治療実践が出来ているかどうかのチェック（行動記録等の活用）

④少し目標が達成されただけでもその価値を認められること（悪しき完全癖から解放される）

⑤治療は前進と後退を繰り返しながら、進んでいくことを理解しておくこと（後退しても必要以上にながかり来ないこと）

⑥治療は、繰り返し困難に出会うことがあることの覚悟

⑦適切な治療関係；適切とは、表面上友好的とかということだけでなく、言いたいこと、要求・不満・疑問・怒り・不信等を言い合える間柄になっているということである。言いにくいことでもお互いに言えるのが本当の信頼関係である。（こうした真の信頼関係確立のためにも、治療の初期に「言いにくいことでも言いたいことを言う方が治療的であることが多いので言った方がいいですよ。ただし、強制ではないので、自分の決断で決めてください」と言っておいた方がよいだろう）

⑧家族や周囲の適切な関わり（患者に対する傾聴、理解、共感、負担の軽減、安心感・安全感を贈る、適切な期待・励まし、言いなりにならない、話し合い、決める時には共同一致で、適切なコミュニケーションなど）

といったことが挙げられるだろう。

ii. 患者・家族の自覚や自助能力

さて、以上のような治療促進要因は、一般的に、治療者の方から、患者・家族に伝えられるように思われるが、治療の面から考えれば、患者・家族が自らそれに気づき、治療に自らに取り組む方がいいのである。

しかし、現実には患者・家族が自らそれに気づいて自ら歩いていくというのは難しいことが多い。だから、治療者の助けがいるのであるが、その際の助け方としては、「治療目標に到達するにはどうするのがいいか、少し考えられますか？」と聞いたり、それがまったく分からないようだと、「毎日の行動を記録するのはどうですか」とか「とり

あえず、した方がいいこと、出来やすいことは何でしょうか？」とか、聞いて行っても言い。あるいは「どうすれば、治って行きやすいか、聞きたいですか？」などと聞いて、相手の反応を待つ方がいいだろう。

あくまで、患者・家族の自覚・自助能力（自ら考え、自ら決断するといった）を引き出すのを基本にした方がいいだろう。もちろん、引き出されてくるものは、上記の①～⑧のようなことに限らず、治療の役に立つものすべてである。

〔以上、初回面接での病気・病名、原因、治療、患者・家族の役割などの説明は、治療者の伝達的説明というより、患者・家族の力を引き出すような形での質問的説明・説明的質問、共同確認といった共同作業的なやりの方が、有効と思われる〕

〔ただ、このような面倒くさいような作業をしなくても、結構、表面的には治療が進んでいるように見える場合もある。これは、患者・クライアントの力がある場合に、そうすることが起こり易い。しかし、やや難治例気味になっている患者・クライアントの場合は、上記の初回面接での作業をわかっておいた方がいいだろう。分かっていない場合、それはすぐにであれしばらく後であれ、治療妨害要因として治療を困難にするだろう〕

X I . 初期の患者・クライアント・家族の期待・恐れなど様々な感情に対して適切に取り扱えない（初期転移の取り扱いの不十分さ）（ずれに対する無頓着さ）

ア、ずれと治療者の期待

さて、以上の聞き取り、見立て、治療契約の提示、説明、もしくはそれに相当する質問応答を十分に行う行わないにかかわらず、初期の段階では、治療者と患者・クライアント（家族も加わる場合も多い）の間でずれが起きることが多い。治療者は意識的・無意識的にかかわらず、ざっと次のことを期待していると考えられる。

- ①治療が順調に進むこと、治療に積極的であること
- ②治療目標を念頭に置いて行動してくれること
- ③治す主役は自分であり、治療者はほんの手助けに過ぎないことを自覚してくれること。当然、考えたり、決めたりする主役は患者である。
- ④問題点や症状にまつわる話を多くしてくれて、理解が進むこと
- ⑤気持が楽になったり、生活しやすくなったりして、面接や治療の効果が現れること
- ⑥常に現実認識を持っており、無理なことを言わないこと
- ⑦治療者に対しては、程々の依存感情を抱くだけであって欲しい。すがりつく、まとわりつくようなことはしないで欲しい。
- ⑧治療契約を守って欲しい
- ⑨自傷他害のような破壊的行動はしないでほしい。

⑩治療上の困難が起きても、それが解決可能で、治療を促進するものに变化して欲しい。

⑪相互性を保てる、治療者の質問に対して逸れずに正しく答える

⑫治療者の健康や精神衛生を患者は脅かさない

といったところであるが、治療者の期待はまだまだ無数と言っていいほどあるような気がする。今のはほんのささやかな例を挙げたに過ぎない。

イ、患者・クライアント・家族の期待と恐れなど

これに対して、患者側は治療者のそれとはずいぶん違う期待を持っている場合が多い（勿論、治療者の期待通り動いてくれる患者もいるが）。そこで、患者側の思いを試みに浮かべると、

①治す主役は患者ではなく治療者の方（こちらは金を払ってやってきているんだから、治してくれて当然）

②治療目標と言われても、ぴんと来ない。治療者の方が勝手に目標を立てただけ

③いつごろ治るのだろうか？

④どれくらい、費用はかかるのだろうか？

⑤優しく接してくれるだろうか？怒られないだろうか？

⑥治療者は、万能で何でも知っているし、何でもしてくれる。わからないときは、治療者が決めてくれる。どんな質問にも答えてくれる。

⑦治療者は、自分（患者側）のことだけをいつも考えていて欲しい。見捨てられるのが怖い。見捨てられないだろうか？

⑧嫌なこと、怖いこと、辛いことを聞かれないだろうか？

⑨治療者が良い薬、ぴったり合う薬を出してくれ、すぐに治る。逆に薬漬けにされないだろうか？と恐れる。

⑩早く楽にしてほしい。早く治してほしい（それが期待通りいかないと、通っているのにちっとも楽にならないとなる）

⑪面接で何を話していいかわからない。治療者の方が導いてくれるだろう。 ⑫ 治療者は私を金もうけや研究や学びの対象にしているだけでは？秘密をもらされるのでは？

これも、まだまだあるだろうが、この辺にしておく。

ウ、ずれに対しての取扱

こうしたずれは、あって当然だし、また、こうしたずれは初期だけでなく中期や後期に至っても形を変えながらずっと続くということを肝に銘じなければならない。

治療とは、いわば、ずれの取扱とを考えてもいいのかもしれない。そのずれに対する対応であるが、これも又様々で一定のものがある訳ではない。ただ、そうは言っても、ほんのささやかな例だけでも挙げておくと分かり易いので、それを述べると

①ずれがあるかどうか、いつも気にしておく。

②ずれを感じた時、それが緊急に取り扱わねばならないか？しばらく様子を見ておいでいいかどうか？

③重大なずれかどうか？

④ずれの根深さはどうか？

⑤このずれを話し合うことができそうか？話し合うことのできる適切な場が来るまで待っていた方がいいかどうか？

⑥ずれを話し合った後の結果はどうなりそうか？（最良の結果と最悪の結果、悪い結果が出た時の適切な対応法は？）まだまだあるし、これらの話し合いは千変万化すると思われる。

ただ、ずれのなかで一番重大と思われる点は、万能感的幻想的期待と強い見捨てられ巻である。万能感的期待とは、自分（患者）は何もしなくても、治療者が何とかしてくれる、合う薬があればすぐ治る、といったことで、見捨てられ不安は、ちょっとしたことで、治療者は私（患者）は見放すのでは？治療を打ち切られるのでは？といった恐怖である。

こうした場合は、いつも「患者のして欲しいこと」「した方がいいこと」と治療者の「出来ること」「出来ないこと」を巡って話し合っておくことが大事である。経験によれば、ずれを放置するよりは話し合っておく方が治療的であるということである。

ずれを放置しておいた場合、

「もう数か月経ったのに、ちっともよくなっていない。どうしてくれるのか？」（患者が治療に必要なことをせず、妨害的なことばかりをしているのが原因なのに、患者は通うだけで治ると誤解している）

「ちっとも良くならない。合う薬はないのか？」（「薬は応援部隊にしか過ぎない」ことを忘れている）

「通って良くなりかけたように思うが、却って暴言が増えた」（家族からの訴えであるが、良くなると主体性の原始的現れとしての「家族への怒り」というものが出てくる場合がある）

「通い出して、却って苦しくなった。通う前より悪化してきている」（治療の開始後は、自分を見つめることが多くなり、その分嫌な点も見つめることになり、却って苦し

くなる)

といったことがよく出てくる（放置しなくても出てきやすいが）。この時、ずれが起きることは当然で、ずれが起きた時こそ、患者・家族の誤解を解き理解を深めるチャンスだと思えているといいが、そうではなくて、うろたえるあまり、患者・家族の訴えを封じて、彼らを叱ったり、拒否的になったり、またはぼーっとしているだけだと、治療妨害要因になりやすい。

ずれは、治療中ずっと続くと同時に、普通の人間関係でも起こり易く、この取扱は一人一人が抱える一生の課題と言えるだろう。

XII. 抵抗（治療抵抗）

A. 抵抗は自然な現象

ずれと共に治療者が弁えておいた方がいいのは、抵抗や転移・逆転移（逆抵抗）の現象である。まず、抵抗から説明していく。この通信は、もともと何故心の病はこんなに治りにくいのか、何故これほどの妨害にあうのかを述べることからスタートし、随分多くのことに触れて来たが、今回はその妨害・困難要因のエッセンスともいうべき抵抗のところまで到着した。

今までの記述でわかるように、実際の治療やカウンセリングでは、すいすいと進むことはまずない。殆どの場合、抵抗、即ち治療に対する抵抗に出会うことになる。

治癒を求めてやってきてるのに、治るのに抵抗するなんて不思議だと思われる向きもあるかもしれないが、ちょっと考えると、抵抗はあって当たり前である。これは今までも繰り返し述べてきた点である。例えば、クライアントは自分の症状の消失や問題の解消を望むが、症状や問題は、そのクライアントのこれまでの到達点であり、そのクライアントの歴史の積み重ねである。だから症状に触れることはその人の歴史に触れることになり、症状の減少を試みることは、その人の歴史や生き方を変えることになるので、抵抗にあって当然なのである。

だから、治療者の役目の一つは、症状と「その人の姿勢や歴史」のつながりに、無理のない形で気付かせることになってくる。うまく行く場合は、気付く中で、生き方を少しずつ変えられと共に、自己の歴史を見直し、症状も減っていくという形をとる。しかし、生き方をそう変化させず、症状と共に生きるという人もほんのたまに出てくる。生き方を変える変えないは本人の決断次第なので、我々治療者としてはその自己決定を尊重してもいい。

I. 抵抗は治療要因でもあるし、治療妨害要因にもなり得る

それから、治療抵抗というからには、治療の妨害要因（広辞苑にも「治療に対して感情的に逆らう傾向」とある）のように思われるが、とんでもない話で、抵抗ぐらい治療の役に立つものはない。治療とは抵抗を発見し、その抵抗を育て、抵抗をどう人生の中で生かしてい

くかということであるといっても過言ではない。

抵抗という言葉に、それこそ抵抗を感じる人もいるかもしれませんが、抵抗をレジスタンスと言い換えれば、抵抗が主体性であり、基本的人権であり、「命の叫び」であることが、よくわかる。ただ、他の場合と同じく、抵抗も大事に取り扱わないと、治療妨害要因になりかねない。

（この辺り、未だに抵抗の治療的意義を理解していない治療者がいて、それは治療妨害要因になると思われる）

とにかく、治療現場では、「治りたい傾向」と「治るのに抵抗する傾向」の二つがあり、それらが互いに闘っていると考えておいた方が理解しやすい。

ウ、フロイトの抵抗論（抵抗は患者・クライアントの理解と治療に役立つ）

i. フロイトの抵抗に対する見方

抵抗の存在は、太古の昔から知られているが、それを初めて深く研究したのはフロイトである。フロイトは、まず言語想起に対する「抵抗」現象を発見した訳だが、「この抵抗という契機はフロイトの学説の基礎の一つとなった」とフロイト自身が述べている。

フロイトは、抵抗を発見した後、抑圧されたものを想起させることよりも、むしろ想起に対しての抵抗を見つけ出し、それを分析することの方が治療が進むと考えた。彼は「治療者の使命はこの連想の抵抗を心理的操作によって克服することにあった」と述べているが、ここで既に抵抗の治療的重要性を見い出している。

また彼は

「抵抗は患者の生活態度の理解を可能ならしめる唯一の標示である」

「抵抗を非難してはいけない。抵抗は患者の過去の生活の大切な材料を含んでいるので、分析の最良のあしがりになる」

「抵抗によって、初めて、自我の性格の諸特質やその形成過程を知り得る」

「抵抗の克服によって患者はその洞察力と理解力を回復できる」とも述べ、抵抗が、クライアントの理解と治療に役立つことを強調している。

ii. フロイトの挙げた抵抗

[5種類の抵抗]

フロイトは、1926年の「制止、症状、不安」で、抑圧抵抗、転移抵抗、疾病利得抵抗、反復強迫抵抗、超自我抵抗という5種類の抵抗をあげている。それは、

①抑圧抵抗：「思い出す」ことに対する抵抗で最も基本的な抵抗。治療の期間中ずっと続く。（嫌なこと、怖いこと、不快なことは思い出したくない）

②転移抵抗：フロイトは「転移抵抗は分析状況や分析者の人格との関係をつくりだし、これによって、普通はただ追想されるにすぎない抑圧を、生き生きと再生させる」（症状、制止、

不安)「陰性転移と性愛的な陽性転移が転移抵抗となる」「転移は最も強力な抵抗の武器である」(「感情転移の力動性について」1912)と述べています{これは、治療が進む、つまり治療者との関係が深まるにつれて、患者はそれまで抑えていた甘えや性愛的な感情や攻撃性などを治療者に向けるようになってくることを指していると思われる。そして、そのような原始的、幼児的感情のみで行動する結果、正しい治療関係(話し合いの中で問題点を発見していき、その解決を計るといった)から逸脱することになり、これが大きな抵抗となるのである。簡単に言えば、治療関係に移し変えられた抵抗と言える}

③疾病利得抵抗;フロイトは「疾病利得から生じ、症状と自我との関係づけにその基礎がある。それは満足や安心を捨てることに対する反発心に相当する」と述べている{要するに、病気によって得ようとした、或は得られた利益(免責、回避、休養、保護され大事にされる、病気によって周囲を支配できる、精神的安定、補償金等)を治療によって失いたくないといった抵抗であるが、これは非常にありふれたわかりやすい抵抗である。これから考えると治るとは大人の責任を引き受けるということだから、これに対する抵抗があつて、当然な訳である}

(この①, ②, ③をフロイトは自我に由来する抵抗と呼んでいる)

④反復強迫抵抗;エスに由来する抵抗である。フロイトは「抑圧抵抗を解消した後でも、徹底操作と言われる緊張した努力の時期がある。徹底操作は、自我の抵抗がなくなった後にも、反復強迫の力を克服することにほかならないのであつて、この反復強迫は抑圧された衝動に対する無意識の原像の引力である」と述べている{これは、いろいろ自己理解が進んでも、小児的退行的な欲求や癖(エス衝動)を克服することの難しさを示しているのである。平たく言えば、ついつい子供のような癖が出たり、衝動をコントロールすることが出来にくくなったりすることを指すのであろう。だから、反復強迫抵抗を克服するには、行動療法的な練習が必要かもしれない。テニスに例えれば、「手打ち」の悪い癖を治すといったことになるのであろう}。

⑤超自我抵抗;フロイトは「これは最近わかり、最もはっきりしないものだが、必ずしも弱いものではなく、罪の意識や処罰の要求に根差していると思われる。それはあらゆる効果に反抗し、したがって分析による治療にも反抗する」と述べている(これは、治療によって楽になつてはいけないという無意識の懲罰欲求とも言えるようです。また、この抵抗は特に、自分に厳しすぎる人、自分を否定的に考える人、理想を追い求めすぎる人、過度に良心的過ぎる人、完全癖のある人によく現れるようである)

[陰性治療反応]

以上の5つ以外に、フロイトは、陰性治療反応という抵抗についても描写している。彼は

「自我とエス」（1923）で「分析中、希望を与え、治療が満足いくものであることを示すと、不満を示し、状態を悪化させる人達がいる。彼等は、どんな称賛も承認も受けつけることができないだけでなく、治療の進行に対して逆の反応（一時的悪化）を示す。彼等はいわゆる陰性治療反応を示すのである」と述べている。フロイトは、これを超自我抵抗と関係づけたり、死の本能と関連させたりしているが、「精神分析用語辞典」（ラプランシュ等）によれば、「この反応はそれほど狭く限定されることなく、治療期間中の変化に対する執拗なあらゆる抵抗を示すために用いられる」とされている。

この反応は、生きることへの絶望や、強固な自殺願望とも関連があり、最強の治療抵抗だと思われるが、一方でこれを理解し体験し尽くすことで、治療だけでなく、人間理解が大きく進展すると思われる。

[サンドラーの追加した治療抵抗]

サンドラーは、フロイトの挙げた、5、6種類の抵抗以外に、以下のものを付け加えた。

- ・治療者の不適切な解釈や対応により生じた患者側の抵抗（患者の必死の抗議である）
- ・患者の治療的变化が、患者の周囲の重要人物との関係に困難をもたらす場合により生ずる抵抗（変化への抵抗ノひとつだろう）
- ・治療終了に伴う治療者喪失の不安より生ずる抵抗（別れの辛さ、恐れというものであろう）
- ・治療の進展がもたらす恥の感情と自尊心の傷つきによる抵抗（治療とは自分の影と向き合う作業だから起きてきて当然）
- ・過去の防衛過程の結果としての患者の性格特性から来る抵抗（自我の癖というか、自我の反復強迫傾向とも言える）

[それ以外の抵抗]

フロイトの治療抵抗もサンドラーの付け加えた抵抗は、考えてみれば当たり前のことである。患者は、治療者に対して何らかの反応（治療促進的反応も妨害反応も）を来すのは当然で、また治療的变化も当然いい面だけではなく、辛く、恐ろしく、寂しい面等を生ずることは、ごく自然なことである。

さらに、本人の様々な抵抗だけではなく、治療者自身の逆抵抗とか、家族や関係者の抵抗、また変化を許さない構造や社会的抵抗もある。考えてみれば、成長と同じく治療はあらゆる抵抗要因に囲まれているのである。

エ. 日常臨床と抵抗について

i. 抵抗（抵抗の疑い）の発見のために

①抵抗の疑い

抵抗要因を如何に治療において有効に生かすかという点であるが、まず大事なのは、抵抗の発見である。この場合、何を抵抗とするかに明確な基準はなく、諸家においても患者の言動の何を抵抗とするかについては多くの説がある。何を抵抗とするかは、セラピストの主観によることが殆どである。ただ、セラピストの抵抗判断が当たっているかどうかよりも、その抵抗判断が治療に役立つことが重要である。そのためには、まず抵抗かどうかを疑うところから始めるのが大事なことである。しかし、この抵抗の疑いを抱かせる場合も多種多様で一言では言いにくいのだが、抵抗の指標となるものを、思いつくまま、列挙してみる。

- ・自発的に来ない場合、カウンセリングや治療に拒絶的な時
- ・自発的に来ても沈黙しがちな場合
- ・質問には答えるが、自発的には喋らない
- ・話しにまとまりがない時、一方的に喋りまくりセラピストが口をはさめない
- ・何を求めているかはっきりしない
- ・話題が一つのことだけに固定する。逆に話がコロコロと変転していく
- ・内容のある部分を特に強調する、逆に特定の話題を避け、『浮かんでこない』、『話したくない』等と答える
- ・雑談が多くなり、重要と思われることは話さない
- ・『カルテにこれは書かないでください』『これは黙っておいてください』と言ってくる・質問に対して答えがそれる
- ・逆に治療者に対して質問ばかりする。治療者が説明したにもかかわらず、同じ事を何度も、聞いてくる
- ・『治るんでしょうか』『いつごろまでかかるんでしょうか』『どんな治療をするんでしょうか』といった質問
- ・状況を羅列したり、解説するだけで、『その事をどう思うのか』『これからどうするのか』といった話を避ける
- ・ぼかしたあいまいな言い方。患者の意見がはっきりしない。人の意見ばかり言って自分の意見を言わない
- ・逆にある意見に関しては、頑固にそれを変えない
- ・話の中で感情がほとんど出てこない。逆に、感情があふれ過ぎて抑えきれない
- ・セラピストの言葉にいちいち反発する。逆にセラピストに対しての反発が全くない、従順すぎる
- ・セラピストに対して反発しているように見えるが、「良いクライアント」を演じている・面接前に、自分の言いたい内容を紙に書いて持ってくる

- ・遅刻、無断欠席、中断、服薬を忘れる、逆に一度に大量の服薬をしてしまう
 - ・前の治療者を非難する。逆に、「前の治療者の方が良かった」と言い出す。
 - ・他の治療者の所へ行ったり、他の治療を始めたりする
 - ・治療中の行動化（自殺、自傷行為、軽はずみな行動など）
 - ・家族に対する怒りや非難を表明する
 - ・家族関係が悪化したり、家庭内暴力が生じる
 - ・職場や学校での不適応、または出勤、登校が出来なくなる
 - ・電話をよくかけてくる、予約日以外の日に来てきたりする
 - ・自己の否定的な面ばかりを話しする
 - ・逆に自己の肯定的な面や健康な面しか話さない。簡単に症状が消え、良くなる場合
 - ・症状や不安以外のことは話そうとしない。逆に、不安を全く訴えない。
 - ・精神病恐怖を強く訴える。逆に精神病恐怖について全く話そうとしないし、聞いても否定する場合
 - ・治療者の個人的なことに関心を持つ
 - ・治療者の個人的なことにに対して反発する。「言い方や表情が気に入らない」という場合・治療面接の話は進んでいながら、身体症状がでてきたりするし、周囲（家族、友人、入院中であれば、看護師、他の患者など）との関係が悪化する
 - ・事務スタッフに文句を言ったり、絡んだりする。待合室で騒ぐ
 - ・連想や解釈、相互検討もうまく行っているようだが、ちっとも変化が起こらない場合
 - ・解説ばかりして、ちっとも決断しない
 - ・逆に、早すぎる結婚や就職といった形で、軽はずみな行動を取る
 - ・不自然な恋愛や性愛行動が生じる
 - ・セラピストが、退屈さや眠気を感じる時、また不安・恐怖や怒り・嫌悪を感じる時、
 - ・治療を止めたくなる時、早く終わって欲しくなる時、他の治療者に回したくなる時
 - ・セラピストが患者に対して治療のこと以外の関心を持つとき
 - ・患者、クライアントと別れるのが寂しい時
- （上の4点は、セラピスト側の抵抗であるが、これはクライアントの抵抗と密接に関連するので、ここで取り挙げたが、治療者抵抗、即ち逆抵抗については、しばらく先で詳しく述べてある）
- ・患者が面接の終わりに来て席を立とうとしない
 - ・別れ際に重要な質問をする
- まだまだいくらでも挙げられるでしょうが、きりがないのでこの辺にする。（筆者の感想

で言えば、一番目につく治療抵抗は、症状の改善の無さ、状態の悪化の訴えなどである)

これで判るように、治療というのは、抵抗の洪水（抵抗の疑いの洪水）の中にいると考えていいであろう。また、ごく自然で普通の行動でも、時と場合によれば、抵抗と判断されることもありえる。フロイトが言ってるように「抵抗は変幻自在に姿を変える」ので、それを抵抗と認識しにくい時があるから、いつもいつもこれは抵抗ではないかと注意を払っておく必要がある。逆に何でもかんでも抵抗だと考え過ぎないように注意する必要もある。いずれにせよ、それが抵抗かどうかには注意を払っていると、治療者センスは上がると思われる。

{先に上げたフロイトの抵抗の分類と今列挙した点がどう関係しているかを見ておくのも抵抗理解を高めるための一つである。例えば、沈黙を保つクライアントは、自分の辛さや秘密を見たくないため黙っている（抑圧抵抗）かもしれないし、またそれはセラピストを警戒したり不信感を抱いている（転移抵抗）からかもしれないし、あるいは治療が進んで病気から得られる利益がなくなることを心配している（疾病利得抵抗）のかもしれない。あるいは、自分は病気から解放されるべきではない、よくなってはいけない、よくなる訳がないといった超自我抵抗や陰性治療反応が関係しているかもしれない。要するに、一つの抵抗現象に関しているんな見方ができる}

②抵抗を発見しやすくするためには？

先ほど、日常臨床では、抵抗の洪水の中にいると述べたが、そうは言っても、ただ漫然と話を聞いているだけでは、抵抗が出現しない（又は発見しにくい）ことがある。つまり、抵抗というのは治療に対する抵抗であるので、治療に関するプログラムや見通しをあらかじめセラピストが持っていて、それに沿って話を進めて行く中で、出てくるということになっている。治療プログラムに沿って治療していこうとすると、大抵は、これまでのクライアントの特徴や傾向と抵触することになり、クライアントはそこで抵抗を示す。だから、各カウンセラーがどれだけ豊富な治療プログラムを持っているかどうかで、抵抗の出現度合いは違ってくる。

また、あらかじめ患者との間で治療に関する取り決め（治療契約）をしておく、つまり治療の構造枠を定めておくのも重要である。それは、枠がないと、どれだけ枠をはずれたかわからないことがあるからである。ただし、どれだけ枠を厳密に決めるか、かなりの自由性を患者の方に認めるかは議論の別れるところである。

ii. 「抵抗」の診断（緊急性・重大性、抵抗の疑いの推移）

抵抗の疑いを感じた時、まずすべきことは、その抵抗の緊急性、重大性の判断である。今すぐ、この抵抗をとりあげないと、治療関係が中断してしまう、自殺や行動化といったことが起きる、その他患者に重大な不利益が生じないかといったことを考えることが必要になっ

てくる。いわば救急処置が必要かどうか考える訳である。緊急に介入が必要となった場合には、この抵抗の疑いを取り挙げ話し合う。

ただし、普通は緊急性を帯びている場合は比較的少ないので、とりあえずは「抵抗かなという疑い」がどの程度強まるか見ていくのが上策である。それと、クライアントの言動がどの程度やむを得ない自然なものかどうかとも考える必要がある。

また、最初は先ほどあげたような抵抗をいくつか同時に感じている場合が多いので、経過の中でそれらがどれに絞られてくるか見ていくことも大事である。

iii. 抵抗の疑いが強まったときの考え方（間接証拠、患者の気持ち・準備体制等の予想）

治療の上で重大な抵抗だなどという疑いが強くなった時はつぎのように考えるといい。

①もし、抵抗をとりあげて、クライアントの方から「そんなことはない」といった否定が返って来た場合でも、十分にその抵抗を証明できる間接的証拠がそろっているかどうか考える（フロイトも、解釈に抵抗した場合には間接証拠に頼るよりしょうがないといった意味のことを「分析入門」で述べている）

②クライアントがセラピストのとりあげたことについて話し合う気になれているかどうか、例えば、クライアントが抵抗を認めたとして、セラピストの「そのことについてどう思いますか」「それはいつ頃からでしょうか」「その理由について何か連想がわきますか？」といった質問について考える気になれているかどうかもある。

というのは、カウンセリングや治療は共同作業であるから、セラピストとクライアントが協力して、抵抗の問題を考えていくという姿勢が必要という訳である。

③抵抗解釈を受け入れる準備ができているかどうか考える。（フロイトも早過ぎる解釈が患者を悪化させたという例をあげている）

抵抗が正しく解釈され、それが受け入れられると、クライアントの洞察が広がり、セラピストへの信頼が高まり、抵抗による治療妨害がなくなる、といったプラスがあるが、間違っ

て受け取られると、悪化や中断やセラピストに対する不信の増大となる可能性が出てくる。
④しかし、抵抗解釈が正しくても（あるいは正しいが故に）、一つの抵抗を解釈するとまた別の抵抗が出てくる場合がある。だから、抵抗解釈のあと、どのような抵抗が出てくるか予想を立てておくことが大事である（抵抗は単純なものではなくて、多層的なのである）⑤抵抗解釈は、かなりの時間とエネルギーを要する時が多い。

だから、その時解釈を可能にするだけの時間と気力、決心と実力、又はクライアントの状態を配慮する余裕が自分に備わっているかどうか考えることが必要である。

iv. 抵抗についての更なる連想

上記のこと以外に以下のことについての連想は、クライアント理解を豊富にすると思われ

る。

①抵抗の種類や性質・・・フロイトのあげた5(6)つの抵抗のどれかに相当するか?この抵抗は顕在性か潜在性か?潜在性とするならライヒのあげた潜在性抵抗(latent resistance)(過度に従順な受け身的抵抗、常に礼儀正しい強迫的抵抗、感情閉鎖傾向、感情表現に真実さを欠く態度など)のどれかに相当するか?等

②抵抗と防衛・・・・この抵抗はどのような防衛と関係しているか(A.フロイトは、父親の防衛に関する研究を更に進め、抑圧、退行、反動形成、分離、取り消し、投射、取り込み、自己自身への方向転換、対立物への逆転、昇華といった防衛機制を列挙した)?この抵抗によって何が防衛されているのか?患者はこの抵抗によってどんな利益を受けているか、逆にどういう不利益を被っているか?

③現在の病態水準・・・・極度の錯乱状態、不安状態、抑うつ状態、意識障害などでは、抵抗についての話し合いは不可能で、薬物の使用等が優先する場合がある。

④現在の治療関係・・・・信頼関係の深まりの程度と転移関係の様態(信頼関係が無いところで抵抗を取り上げると、有害な結果になることが多い)

⑤抵抗の持続期間と性格との関係・・・・この抵抗は新しいものか?比較的古いものか?どの程度性格と結びついているか?クライアントの抵抗の歴史を探求することが大事。クライアント理解につながるだけではなく、治療の鍵を握る。

⑥抵抗の連続性や一貫性はどの程度か?

⑦治療者側の逆抵抗や治療構造上の問題点はないか?

⑧患者以外の家族に抵抗はないか?

(このように考えていきますと、抵抗の探求は、即治療につながるということである)

v. 抵抗の疑いの後のセラピストの作業・行動

それでは、抵抗を疑った後、セラピストがどう行動するかということだが、これも多様である。

①抵抗をしばらくそのままにしておく、抵抗を泳がしておく(未だ抵抗かどうかははっきりしない時)。抵抗がどうなっていくか観察する訳である。抵抗は一種の主体性の現れとも言えるので、抵抗を育てることも大事になる場合がある。

②抵抗に注意を向けさせる(具体的には「この点についての話が少ないように思えますが、いかがですか?」「最近、欠席が多いようですが、どうですか?」といった質問をしてクライアントの反応を見る)

③抵抗を直接指摘する(例えば「あなたは解説ばかりしていますね」という言い方。しかし、このように直接指摘することは、比較的少ない。ただ一度克服された抵抗が反復して現れる場合

や緊急事態や直接言った方がわかりやすいクライアントの場合等では直接の指摘もあり得る)

④抵抗のためにできなくなっていることをさせるような質問をする(例えば、人の意見ばかり言って自分の意見を言わないクライアントに向かって「ところで、あなたの考えはいかがですか?」という質問をする。ここでクライアントが自分の意見を言えれば、それでひとつ抵抗を克服したことになるし、相変わらず、自分の意見を言わなければそこに抵抗点があることを認めざるをえなくなる。これに類した例は、「ところで、何を求めておられるのですか?」、「これからどうされますか?」、「私の質問はなんでしたか?」(人の話を聞いていなかったり、質問に対する答えがいつもそれる場合)といった質問がある)

vi. クライアントが抵抗の存在に気付いた後のセラピストの働きかけ

クライアントが自分の抵抗の存在に気づいたり、注意を向けたりしだすと、おおむね、次の様な働きかけをするといいうのである。

①抵抗を認めた患者は、自責的になる時があるので、抵抗は人間の弱さの表現として充分意味があるのだということを踏まえながら、抵抗の姿勢をとってきたクライアントを受容する。

(例えば「人間、言いにくい時もありますよね」といってクライアントの抵抗をみとめてあげる)。

②抵抗によって守っていたものと、失ったものを考えさせる。抵抗は意味もあり、有益でもあるということに注意を向けさせる

③同じことだが、抵抗の起源を考えさせる(状況因、性格因等)

④同様の抵抗が、クライアントの日常生活や、他の治療場面で出ていないか考えさせる

オ. 抵抗を生かす

抵抗の疑いや発見は、あくまでクライアントの役に立つものとして行う必要がある。そういった目で見てみた場合、さきほど挙げた抵抗を疑わせる現象は、例えば、自分の身を守り、侵入を予防し、マイペースを保とうとする必死の姿かもしれないし、また追い込まれて必死に奮闘する人間の姿でもあるかもしれない。いずれにせよ、その姿は、それまでの本人の歴史の結果であり、本人の特性でもある。

ただ、それを上手に使いこなして切れていないために、症状という有害な結果でしてしまったということなので、それを本人の役に立つためにどうするかを共同探求するといいいと思われる。抵抗を育て、抵抗を生かすということはそういう意味であり、それはセラピストという鏡や壁や器や同行者があって可能になることが多いので、セラピストの側もクライアントの抵抗を生かせるように治療力を上げることが要請されてくるのである。

この抵抗現象を考える度に、一見治療の妨害要因に見えるものも、背後に治療促進要因を

秘めているし、また表面上、治療が進んでいるように見えてもそれが妨害要因になっていく場合もあるということを痛感させられる。そう見てみると、「禍福糾える縄の如し」ではないが、促進と妨害要因は表裏一体なのかもしれない。いずれにせよ、こうした抵抗現象から、治療の促進になるものは伸ばしていき、妨害になるものでも促進に変えていくように工夫する必要がセラピストにはあるようである。

カ、治療抵抗の取扱い事例

では、ここで、実際の例を使って、治療抵抗の取り扱いを考えてみたい。

[クライアント笑美子]

クライアントは、23歳で大学を卒業し、最初こそ一生懸命仕事をしていたが、次第に疲れがたまり、抑うつ的になり、会社を辞めてしまった。その後、うつ状態が続き、某病院で抗うつ剤の投与を受けたが、改善せず、カウンセリングを受けにきた。

その後、カウンセリングで、一時良くなり、活動的になったり、次の仕事先を探し出したりしだしたが、再び悪化してきた。このような事例はよく出会うが、ここで4人の治療者に登場してもらい、それぞれのこの「状態悪化」という治療抵抗の取扱いを見てみよう。

①A治療者の場合；Aさんは、カウンセリングの勉強して間もない人であったが、薬で治らないクライアントが一時的にせよ良くなったことで、嬉しくなっていた。それで、再び悪化したので、つい「もう少し頑張ったら、折角良くなったんだから」と励ました。しかし、カウンセリングは中断してしまった。（安易な励ましはプレッシャーになり、有害な治療抵抗を強めてしまうのである）

②B治療者は、精神分析を少しかじったことのあるカウンセラーであつが、これに対して「それは、実は治りたくないという治療抵抗です」と告げた。笑美子さんは、それを認めたが、Bの「その抵抗について何か連想することはないですか」という質問には答えられなかった。次回からもB治療者は同じことを聞いて来たが、クライアントは何も言わなかった。まもなく、治療は中断した。（治療者の指摘は正しいが、その後の抵抗についての連想はしんどかったようである。そこを配慮すれば良かったのではと思われる）

③C治療者は、クライアントの状態が悪化した時も、何も言わず、ひたすら「待ちの姿勢」を取った。クライアントは、治療者のその態度を見て安心したが、しばらくして「これで本当に治るのでしょうか」と問うたが、治療者は、「ただ浮かんでくることを話して下さい」と言うだけであった。クライアントは、物足りなくなつて中断になってしまった。（待ちの姿勢は、カウンセリングの基本のように思われているかもしれないが、

押し付けにならない参考意見としての説明は必要である)

④D治療者は、クライアントの悪化を見て、治療抵抗が起きていることを感じたが、この抵抗をとりあえずは大事にしようと思い、「治療の途中でこういうことが起きるのはよくあることです。今は、休息モードですから、無理せず、休み休み行きましょう」と述べた。

それに安心したのか、ちょっと落ち着いた。ただ、その後「折角、良くなったのにどうしてすぐ悪くなるのでしょうか」と聞いてきたので、「治療は一進一退で進みます。それから、悪化の理由はそれこそ沢山あります。ただ、無理に思い出したり言ったりしなくてもいいです。勿論、言った方がいいというように思えば、言う方の決断を取ってもいいです」と述べておいた。

しばらくすると、クライアントの方から「実は、治っていくのが怖かったんです。先生と話しているうちに、自分が如何に人にばかり合わせてきたのか、と意識したりしてきました。こんなしんどいことばかりしてきたので病気になったんだと思います。でも、こんな自分を変えないと治らないのでは、と思うと絶望的になったりしたのです」と述べた。そこで、治療者は、「人に合わせることも大事な能力ですよ。ただ、それだけでは乗り切れなくなったので、ちょっぴり自己主張や拒絶の能力を要請されたのかもしれない。まあ、ゆっくりやってみましょう」と説明しておいた。

するとしばらくしてから「母と少し言いあいをした。今まで、カウンセリングの内容を聞かれて答えていたのを、今度は拒絶して、私のプライバシーも大事にして、と言った。そして、いちいち干渉しないでとも言った。母に口答えなぞしたことなどなかったので、母はびっくりしたみたい。でも、そばで聞いてたお父さんが味方してくれ、少し母も分かってくれたみたい」ということを報告した。

治療者は、それを評価すると共に、自己主張の怖さについても話し合い、いずれにしても、マイペースを大事にしようということになった。クライアントは、その後、徐々に元気になり、別の仕事を探して再就職した。母との関係も気軽なものになったようである。(これは、一見いいように見えるが、実際はこんなに簡単に運ばない。わかりやすくするために、簡単な例を出しただけである)

このように、治療抵抗をわかっている、正しい取扱いをしなければ、治療妨害要因となりやすい。また、D治療者のやり方が最善という訳ではなく、まだまだ改善の余地はあるのであろう。

〔治療者へのしがみつき（転移）に対する対策〕

転移・逆転移は一般的に厄介な現象とみられている場合もあるが、とんでもないこと

で、転移感情・逆転移感情は、治療の前・最中・後、全ての期間において生ずる現象であり、これがあって初めて治療が可能になるという非常に貴重なものである。ただ、転移の取り扱いは難しい面がある。転移・逆転移を適切に扱えば、それらを有効に活用したことになるが、不適切に扱えば「転移・逆転移にさらされる」ということになるのである。

ア．転移の重要性

治療過程において、転移は大抵の場合、出現してくる。それは、治療者への過度の期待やしがみつきのいった陽性転移や、恐れや拒絶といった陰性転移などであるが、慣れていない治療者は、転移感情について困惑したり辟易したりする。

しかし、治療にとって転移は非常に重大な要素である。ユングは、フロイトの「あなたは転移をどう思うか」と聞かれ、「それは治療のアルファでありオメガです」と答え、フロイトは、大いに満足したとの話である。ただ、転移の取扱いはそう簡単ではない。フロイトは「分析治療の中心は、転移の分析である」と言いながら、一方で「抵抗分析の中で一番厄介なのは転移抵抗の分析である」と述べているが、まさに至言であろう。

ただ、ここで、転移全体に述べることは到底不可能なのでことなので、例によって、筆者の体験的要約を述べておく。

イ．転移とは？（感情転移の定義・特徴）

i．転移、または感情転移は広義の意味と狭義の意味とに別れるように思われる。

広義に解釈すると転移は、患者の治療者に対する感情総体を指すと思われ、狭義に考えると、それは『患者の人生において、それまでに会った人々（主に両親や同胞等）に対して抱いた感情や願望、衝動などを、治療者に移し換えること』と思われる。

つまり転移とは「ある種の感情を治療者の方向へ転じて、治療者の方に移動させる」ということで、だから転移と呼ばれるのである。

ii．どんな感情が転移されるかと言えば、一番多いのが、母親や父親に向けていた感情が転移されることが多いがそれだけではなく、同胞、先生、友人、恋人、上司、子供など自分にとって大事だと思える人物に対する感情が治療者に向けられることが多い。

また大事なことは、現実の両親や人物ではなくて、自分の期待する（あるいは恐れている）想像上の両親像や人物像に関する感情が治療者に向けて転移してくる。

もっと言うと、人間だけでなく神や悪魔、女神や魔女など、想像上の神話上のものに関する感情まで転移してくる（いわゆる元型的転移）場合がある。極端に言えば、花や動物、太陽・月・星といった天体的・宇宙的なものへの感情も転移してくることがあるのである。

iii．ここから、わかるように、転移感情（転移された感情）は、しばしば不合理で非現実的

で空想的な色彩を帯びてくることが多い。

いわゆる自分勝手な感情を、治療者に移す（映す）ことで、それは投影とほぼ同義語と考えてもいい。

iv. 従って、治療場面では、しばしば、現実の治療者の役割や能力（患者の自覚や自立を助けることで、それはあくまでクライアントが主役となつてする作業で、治療者は脇役としてそれを援助するぐらいである）以上のことを期待しがちになる。例えば、「お母さんのように24時間見守って欲しい」「恋人のように、常に自分のことだけを考えていて欲しい」とか、「父親のように、自分を引っ張って欲しい」「神様のように一瞬で楽にして欲しい」「先生（治療者）が大好きだ。一度でいいから二人きりで一晩を過ごしたい」という空想・投影を向けることがある。

このような幻想的期待は、陽性の転移感情と呼ばれるが、幻想であるが故にいつか期待は裏切られることになり、その時は「先生に裏切られた」「先生は冷たい」「先生は天使づらして、実際は悪魔だ」といったような陰性転移が生じることになる。

v. ただ、幻想は一般の人間なら持つて当たり前である。そして日常の人間関係において、しょっちゅう相手に何らかの幻想を投影している。ただ、健康度が高い人間は、幻想を投影しているだけでなく、客観的な現実認識も持てている。通常の間人間関係は、幻想と現実認識の交錯の中で生じてくる。

vi. 健康度がより低くなっている患者は、先述したように現実認識が乏しいというか未開発である。したがって幻想が肥大し、投影が強くなり、強烈な転移感情を抱きやすい。

vii. このように、現実の間人間関係でも治療関係でも、転移現象は必発だと考えられる。それは、相手へのとらわれであり、執着でもあり固執でもある。

viii. 幻想や転移はなくなることはない。それは、心臓から絶えず血液が出ていくように、脳や心の中で絶えず産出されるものである。

ix. 転移感情は治療抵抗と同じく厄介視されることがあるが、とんでもないことで、転移や抵抗は治療の原動力であり、またこれによって問題の核心点に近付けるのである。

x. だから、大事なことは、転移や抵抗をどのように認識し、どのように取り扱うかといったことである。

x i. 転移感情を見つめ、整理するということて、患者の内的抵抗の克服やより高い発達段階への移行や成熟がなされる。

イ、感情はもともと転移性をもっている（すべての感情はある意味で転移感情と言える）

だいたい、喜び・悲しみ・寂しさ・怒り・イライラといった感情は「ある状態や対象に対する主観的な価値づけ」と言えるように必ず対象を有している。それ故、感情の内容も対象

も様々に変化、即ち転じて移動する訳である。そして、感情を向ける相手、つまり転移する対象は人間とは限らず、物や自然、あらゆることに渡ってくると言える。

だから、転移の分析とは感情の分析と思えば、そう転移を特殊なものと考えする必要はない。ただ「転移が生じた」といった形で言われる「転移感情」とは、おそらく治療の中で、その感情の理解や分析が必要になってくるほど、重要になった、強くなったということなのだろう。

ウ、転移感情（感情）の分析の有用性

それから、転移感情を取り上げることやその分析は、治療上大変有効なものであるが、その理由に関して少し、私見をまとめたのでいかに提示する

- i. 安心感が得られる（治療を始めるとクライアントは、しばしば治療者に好意を抱いたりし、強い時には治療者を親や恋人のように感じてしまうこともある。逆に治療者に強い恐れを抱くこともある。このような陽性・陰性の転移感情は、今まで経験したことの無いようなもので、クライアントを不安にさせることが多い。この時、そうした転移感情を話し合い、それは人間として当然でまた秘密を打ち明けていく側面を持つカウンセリングでは、特に生じやすいものであることが、クライアントに理解されるとクライアントの安心感は高まる）
- ii. 幻想性と現実の区別が付き、正しい認識が得られる（転移感情は、クライアントの幻想であることが多い。この幻想だけで動く様々なトラブルが生ずる。ただ、カウンセリングの過程で転移感情を取り上げ、幻想から出発して現実認識が得られると、幻想だけに振り回されずに、正しい認識のもとに行動が出来る）
- iii. カタルシス（モヤモヤの発散。毒消し。心の膿取り）（クライアントは、現在も含め、多くの辛い苦しい歴史を持っている。それは治療者への転移感情として出現することが多い。セラピストが、その転移感情を尊重し、それを大事な心の表れとして受け止めてあげると、クライアントは、これまで人生で感じていた辛さ・苦しさ・傷つき・不満・怒り・イライラ・寂しさといった、心の膿や毒のようなものを発散し、治療者の存在は「癒しの器」となっていく）
- iv. 再体験・新たな体験（事実とはともかく、治療場面で見えるクライアントは、満足な母親体験・父親体験、あるいは友人体験・恋人体験などを持っていないことが多い。逆に、傷ついたり恐ろしい体験を有していることが多い。こうしたクライアントが、治療者との間で、心に染みいるような有益な人間関係・感情体験を持てると、クライアントは癒される）
- v. 自己認識、自己の対象関係認識の深まり（クライアントは、治療者への転移感情とその分析を通じて、今までの両親体験、さらには両親に対する正しい認識を得られ、それまでの歪んだ狭い両親像が修正され、両親に対する正しい、時には思いやりのこもった認識を獲得

でき、これは心の安定につながる)

vi. 自覚や洞察の獲得 (転移感情の分析を通じて、自分の病状や問題点の背景・原因が理解できる)

vii. クライエントが安心して退行できる (転移感情の理解によって、退行は当然あっていいと認識され、良き退行が出来る。それは自我がセルフに同一化することで、エネルギーの回復にもなる)

viii. 転移の理解の共有はセラピストの安心にもつながり、それはまたクライエントの安心を増やすといった良循環につながる

ix. 心の中核・コアに迫れる (総じて、カウンセリングとは、知的なやりとりというより、感情の交流である。そして、この転移感情を通じてのやりとりは、クライエント・治療者双方の心のコアを扱うことになり、双方とも変容を遂げていくのである)

以上、転移感情を通じて取り扱うことの意義をほんの少し述べたが、まだまだ、いろんないみあいがあるだろう。いずれにせよ、転移や感情は人生の宝庫である。

エ. 強い転移感情 (しがみつきの怒り、恐れ、過度の期待など) に対する対策

ただ、このような素晴らしい転移感情は、その素晴らしさ故に、時にというよりしばしば治療者を悩ませるように最初は働く。素晴らしいものや貴重なものは、最初は困難で厄介な姿を取って現れるものである (醜い意地悪な老婆が素晴らしい女神に変身するという童話はよくある)。それがしがみつきのような転移感情である。ここではそれに対する対応を少し述べてみる。

しがみつきのとは、相手 (治療者) に取りすがることであり、また相手に対する執着や転移感情が強いということである。では、これに対しては具体的にどうすればいいのだろうか? 転移の取扱方は一様ではないが、ここでは、一つの例をあげる。

①患者は来院前から、すでに幻想というか転移を持っていることが多い。その治療者が有名な治療者なら当然だが、そうでなくても、「今度こそ治してくれるに違いない」「楽にしてくれるだろう」といったものである。

②従って、初めのときは何故、私という治療者を選んだのか、どういう理由で選んだのか、患者・家族に聞く必要がある。ここで、クライエントの幻想の一端が明らかになることがある。しかし、これを聞き出すのは必ずしも簡単ではない。幻想や転移感情を言語化するのは、結構大変な作業なのである。従って、治療者の助けが必要となる場合も多い。

③初回面接で、転移をどのくらい向けてきているかを観察していくと同時に大事なことはそのクライエントが転移を起こしやすい人かどうかを見ていくことも大事である。今までの治療者とトラブルを起こしたり、幾つもの治療者を遍歴したり、前の治療者の悪口を言ったり

する人は、要注意である。

④一通り、病歴・成育歴・治療歴を聞いた後、治療のルールや約束を提示する。転移を起こしやすい人には、単に提示するだけでなく、相手の感想を聞いておくことが大事である。もし「厳しすぎる」とか「守れない」と言った場合は、どの点が厳しく、どの点が約束遵守困難な点なのかを聞き、それについて詳しく話し合う必要がある。（治療契約や治療構造がしっかりしていないと、その違反について明確化できにくくなる。転移感情は、しばしばルール違反という行動化として生じやすい）

⑤転移感情は遅かれ早かれ、治療過程で出てくることが多い。まず、治療者の役目は、転移が出現してきているかどうかを疑ったり、察知することである。転移が出てきていると疑われる例を幾つか挙げてみる。

- ・まず、「この患者の感情はどうも自然ではない、二人の関係は普通の治療関係からはずれてるのではないか」といった感覚を感じる時である。（この自然さ・不自然さの感覚を養うことが治療者としての能力を上げることになる）。その他

- ・治療者を誉める。誉め過ぎる。誉めることでもないのに不自然に誉める。

- ・治療者を理想化する、万能視する（「初めて、本当の治療者に出会った」「この先生なら私を治してくれるに違いない」など）

- ・治療者のことを命綱だと言ったり、「先生がいるので、生きていられる」と言ったりする時・治療者に関心を持つ（特に個人的なことに）

- ・治療場面以外で会いたがる

- ・治療者のこと（経歴、家族等様々）についての話が多くなる

- ・電話、手紙が頻繁になる

- ・すねたり、甘えたり、ひがんだりする

- ・治療者の気持ち（真意）を探ろうとする（「先生は私を本当に助けてくれるのか」的発言）

- ・治療者を独占したくなる、治療者の家族に嫉妬する（「奥さん、幸せですね」）

- ・治療者をけなすようになる（冷たい、理屈っぽい、何も答えてくれない等）

- ・不信感、疑惑を向けてきているような時

- ・怒ったり、腹を立ててるような時

- ・いらいらしている時

- ・希望が持てない、絶望していると言う時

- ・沈黙が多くなり、質問にも答えなくなる時

- ・治療者に対する不満を表明する時

- ・利用されてる（研究材料等に）と言う時

- ・治療者と競争しようとしている時
- ・口論になる時
- ・余りにも受け身的で、従順な時
- ・余りにも愛想のよい時
- ・治療（者）を恐れる時
- ・行動化がある時、自傷行為、大量服薬、拒食、過食、セックス依存など
- ・治療者が妄想の対象になっている時
- ・自殺したいという時
- ・家に帰りたくないという時、面接が終わっても席を立たない時

まだまだ、いろいろあげられるが、いずれにせよ、上記のことは、治療者へのしがみつきや転移感情の現れ、又は出現の芽という可能性を考えていい。もちろん一方で、患者であれば、これらはごく自然な反応であるという感覚を持つておくことも大事である。

⑥患者の言動が自然な反応か、転移の萌芽なのか、転移の疑いなのか、明確な転移なのかを判定することは、難しいし、またこれらを区別する明確な基準はない。

ただ、この際、大事なことは、これが転移と確定できるかどうかということを考えるよりも、この転移と疑われる現象が強くなっていくかどうか、この現象は患者の治療上の抵抗になってないかどうか、治療関係を歪めないか、これをとりあげて話合うことが有用かどうかといったことを考える方が大事なことである。明確な転移かどうかは別にして、ある転移と目される現象をとりあげ、それで患者が洞察を獲得し、現実生活への適応力を回復したら、それは明らかに治療的に有用な作業である。

⑦転移の可能性を感じたり、転移を疑った後の治療者の対応は結構難しい。決まった順序はないが、一応考えることは、転移の強さの程度、転移の表現が暗示的間接的な段階か直接的表現をとっているか、転移が抵抗になってないかどうか、転移というより自然な当然の反応ではないのか、何故このような転移現象（正しくは転移と思われる現象）が今生じてきているのか、この転移の起源は何かということになるだろう、これは転移をとりあげるかどうかを決める一つの準備的連想（治療者側の）といっていいいかもしれない。

⑧転移の取り上げ方

転移の取扱方に一定のものはないが、一つの例を挙げてみる。

I まず、陽性転移が優勢な時はあまりとりあげない。やはり陰性転移が強くなってきた時にとりあげる。しかし、陽性転移があまりに強くなり過ぎ、危険だと感じた時は、それを話合う（具体的には＜今、私（治療者）にどんなことを期待していますか＞と聞いたりすることから出発する）

Ⅱ陰性転移もそれが治療上の重大な抵抗になっていたり、それをとりあげないと、自殺や行動化、中断といった重大な事態が生ずると判断した時は取り上げる（具体的には＜何か私に不満はないですか？＞

Ⅲまた転移がかなり直接的表現をとっている時（とりあげた場合、患者が気づきやすい。具体的には＜私のことを命綱だと言っておられますが、もう少し詳しく話してくれませんか＞）

Ⅳ患者が転移を考えていける状態にあると判断される時

Ⅴ陽性転移でも、あまりにもそれが過度である場合（理想化、万能視、性愛欲求等）

Ⅵ転移性精神病の徴候がある時

これを取り上げ、話し合っていくうちに患者が、過度の期待や幻想、逆に恐怖や怒りなどを抱いていることを理解すれば、現実の治療者の姿・役割・能力を示し、そのことを理解してもらう。

その後で、そうした患者の転移感情すなわち治療者に関する思い込みや投影は自然であるが、現実からずれていって、治療を妨害する可能性があることを理解してもらう。

次にその転移（思い込み）をどう思っているか聞くが、そこで「こういうところが私の問題なんです」と言えば、その転移感情の背景を共に考えていく。

更に転移感情と患者の防衛や性格との関係、さらに幼児期の両親との関係も検討されていくと思われる。

それと順序は逆になるかもしれないが、患者の抱く転移は人間的に意味があってそれが普通の人間の証であることを話し合う（患者は転移感情の存在に気づいた時、衝撃を感じる場合があるから）

更にその転移の有しているプラスとマイナスについても話し合うでこともいいし、転移感情やしがみつきが、日常の生活で出ていないかどうかを考えさせることも大事である。

⑨しがみつiky転移感情は、厄介だが、クライアントや患者の本質的なところや、その問題点の核心がわかる場合もあるので、むしろ治療のチャンスだと思っておくといよい。そして、早くからその芽や現れに気付いておき、取り上げるタイミングを計っておくことが大切である。

オ、転移感情の取り扱いに対する指導例

ここで、筆者がスーパーヴァイズした例をいくつか挙げる。ただ、非常に簡略化して要点だけを述べているだけに過ぎないことを断っておく。

〔A例〕 17歳、女子高校生

i. 病歴・治療歴

Aは、最初、不登校と家庭内暴力をきたし、困惑した家族がカウンセラーに相談に行

った。カウンセラー（40代後半、女性）は、一生懸命に、カウンセリングに来たがらないAに手紙を送ったり、電話したりして、関係を持つとした。

その結果、Aはカウンセリングルームに来るようになり、治療面接が始まった。Aは今までの辛さや、学校や両親の不満を訴え、セラピストは前と同様に一生懸命に受容・共感をこめて聞いた。そのうち、Aとの間で、面接の回数の増加、喫茶店での面接、カウンセラーの自宅への電話などが生じてきた。また電話の内容も「絶望。死にたい」と苦しく怖い内容ばかりになってきた。

次第に重荷になってきたセラピストは、ついに「夜中の電話だけは止めて頂戴」と言ったところ、Aは激怒し「見捨てられた。死んでやる」といって、実際に手首を深く切り、救急車で搬送される騒ぎになった。

また、Aの家族は「カウンセリングの最初こそ、よかったが、むしろ今はカウンセリングを受ける前より悪化してしまった」と恨みがましく言われ。

すっかり落ち込み、筆者のスーパーヴィジョンを依頼してきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

筆者は、まずセラピストの苦労をねぎらった後、このセラピーというかカウンセリングを振り返ってもらった。その結果、過剰と思える依存感情、母転移の理解が共有され、初期に本人や家族と治療契約を結び、治療構造をしっかりとしたものにしておくべきだったことにセラピストは気づいていった。

iii. スーパーヴィジョンの後

その後、セラピストは、これまでのことを家族・本人に謝罪し、治療契約の重要性を示し、もう一度そのうえで、カウンセリングを再開したいのならする、とA自身の決断を重視した。

Aや家族は、自宅に電話をかけてはいけないということに抵抗を示したが、緊急のときの処置などについて話し合ったり、精神科医の応援を受けるということで、承諾し、今度は治療構造をきっちりした上でカウンセリングが再開された。

しかし、再開後も、たびたび強い母転移やそれに伴う陰性転移感情・行動化（リスクなど）を向けられ、うんざりするという逆転移感情を感じた治療者は、治療契約違反を厳しく指摘した。ただ、クライアントは、逆にそれに反発し、治療はまた行き詰った。そこで、再びスーパーヴィジョンを受け、あまり限界設定や治療契約を厳しくしないこと、クライアントも必死になってこの治療契約に含まれるルール（自傷・他害行為の禁

止)を守ろうとしているのだから、その努力を認め「頑張っているけど、つつい耐えられなくなってしまうんやね。まあ、今度は守れるといいね」というねぎらいの言葉をかけることなどを学び、そう接した結果、クライアントの安心感が増し、陰性転移感情も減り、セラピストの陰性逆転移感情も減少していった。

この後、治療は進展・行き詰まり・スーパーヴィジョン・カウンセラーの気づき・再進展という形で展開した。その中で、セラピストは、次第に核心は、自分自身の逆転移の分析や逆転移感情のコントロールであるということを理解し、少しずつ治療は安定に向かいだした。

その後、カウンセリングは、クライアントが大検を受け、大学入学を果たしたところで終わっているが、その後も不安になるたびにカウンセラーの元に相談に来ているようである。(転移感情を取り扱うこと、セラピーを行うに当たっての、治療契約の重要性を示してくれている)

[B例、25歳、独身女性]

i. 病歴・治療歴

Bは、就職して、2年余り経ったところで、不潔恐怖やパニック障害が生じ、心療内科にかかり投薬を受けたが、あまり改善せず、別のところでカウンセリングを受け始めた。母性的で暖かったカウンセラー(30代後半、女性)の支持的・受容的ななかかわりの中で、会社や対人関係や家族関係の悩みを表現でき、症状は軽減し、精神症状も安定したかに見えたが、仕事の復帰となると急に不安が生じ手足の麻痺やしびれが出現した。

折角、良くなったのにまた悪くなったことでがっかりしたセラピストは、クライアントに「大丈夫。私が付いているから」と安心感を与えようとし、またクライアントの求めに応じて、面接回数を増やしたりした。

しかし、クライアントの不安は少しましになったものの、身体症状が続き、クライアントは、次第に抑うつ的になってきた。また、カウンセラーに対しても「ちっとも楽にならない。先生は何もしてくれない」という陰性転移感情を向け始めた。これに狼狽したセラピストは、どうしていいかわからなくなり、スーパーヴィジョンを求めてきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

スーパーヴィジョンのテーマは、クライアントの再悪化であったが、筆者は、スーパーヴァイジーに対し「不安を鎮めたり、面接回数を増やしたりすることもいいが、この人の不安に向き合いその不安の分析・探究をし、その不安に対してどうするのかを話し

合うのも一つの手では」といったことを示唆した。

iii. スーパーヴィジョンの後の展開

セラピストは、その後、本人の不安を手探りで共同探究した結果、「会社に戻ることに不安」「2年経って責任が重くなってその負担に耐えかねること」「もともと、自分は自立できていなくて、大人になりたくないこと」「もっともっと甘えたかったこと」「母は厳しく甘えられず、また母に従うだけで自立できなかった」といったことを述べ始めた。

カウンセラーは、それに対して「よく、それだけ気づけた」と評価しながら、それだけ色々複雑な思いがあるならゆっくりしていったら、という姿勢でカウンセリングを進めていった。

そうすると、クライアントは落ち着いてきて、また家で初めて母に反抗的な態度（朝、起こしに来る母に対して「うるさいわね。私が寝たいと思っているんだから私の言う通りにして」と言ったりしたこと）を取れたりし、それが認められ、その後母に不満をいろいろ言えるようになった。心配した母が、カウンセラーの元に相談に来たが、カウンセラーは「自立の現れですから心配しなくていいですよ」と説明したため、母は一応安心したようであった。

その後、自由になってきたクライアントは、ゆっくり将来のことを考え、自分のしたい仕事（語学系の仕事）につき、そこで男性とも付き合えるようになり、カウンセリングは終了した。

セラピストは、この治療を振り返り、「このクライアントは、私に母親転移を向け、私も同じように母親的逆転移感情を向き返したのだと思う。でも、それだけでは、自立にならないので、この母転移を見つめ直し、これから自由になることが必要だった。そうできなかったのは、私自身が母にあまり甘えることができなかったのもこのクライアントに同情し過ぎてしまい、不安を鎮めることばかりに目が行ってしまった」と述べていた。（クライアントの母親転移にセラピストの母親的逆転移感情が共鳴してしまった例である）

〔C例、16歳女子高生〕

i. 病歴・治療歴

Cは、成績優秀で名門進学校に入ったが、そこでは皆が優秀なため、負けまいと思ったが次第に息切れし、過呼吸・パニック発作を起こし、ある精神科医の元に通院しだし

た。少しは落ち着いたものの今度は母親への暴言・暴力、リストカットなどが出現した。医師は境界例を疑い、とても自分の手に負えないということで某男性カウンセラーに紹介した。

そのカウンセラーは、医師からあまり説明を受けないままCと出会ったが、クライアントが知的で美しく洞察力があるように思ったので、つい引き受けてしまった。

その後、熱心に症状の背後にある現在の状況や生育史、家族状況などを語り、カウンセラーも「こんなに頑張ってきたのなら息切れして当然だよ」という形の理解を含む受容・共感的態度で接したところ、症状は急速に改善し、状態は良くなった。

セラピストは、「境界例と言われていたのに案外うまく行くな」という気持ちや「このまま、治ってくれれば」と思いが出始めた。しかし、10回目頃より突然、クライアントが「先生は冷たい。私に無関心だし、私のことを重荷に思っている」と言い出した。セラピストはびっくりして「そんなことはない。一体、どうしてそんなことを言うのか」と反発した。

それに対して、クライアントは、「最初の頃の熱心さがなくなっている。途中であくびをしたり、眠そうにしたり、それに私の幼い頃のことや母とのこと等、あまり治療に関係ないことまで詳しく聞いている。どうせ、私は研究材料でしかないし、私のことをどこかで発表するんでしょ」といった内容のことを断片的にしかし怒りを込めて語った。セラピストは、それを聞いて当たっている所もあって驚いてしまったが、言い返すことしか出来ず、一転してカウンセリングは、言い合いの場所になってしまった。そして、そういうことが続く中、またリストカット等が出だし、家族からも文句が出て、セラピストはすっかり追い込まれ、筆者にスーパーヴィジョンを頼んできた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

スーパーヴァイザーは、セラピストの困惑に共感した後、あくまで仮説であるがと念押しをしたうえで次のことを指摘した。

「最初の頃の改善はよくあることで転移性治癒に過ぎず、クライアントが文句・非難という形で自己主張しはじめることはよくある。そして、ここからが治療の正念場であって、陰性転移感情という治療抵抗が出てきたところから、初めて本格的な治療に入れる。ただ、転移性治癒までいけないカウンセラーも結構いるのでその点はいいのでは」（分析流に言えば、底に眠っている無力感・不安感が『見捨てられ不安』として、セラピストに投影され、その投影されたセラピストを自分と同一視するので、セラピストのことをほっとけなくなり、セラピストを支配しようとして文句を言ったということになる。

理想化と価値下げが生じていると言ってもいい)

「クライアントの指摘に対して当たっている所は認めると言った『波長合わせ』をした方がいい。眠気、あくびに関しては謝罪してもいい。その上で、本人の見捨てられ不安を取り上げ、その不安を持ちながら『今後カウンセラーに何を期待するか言えるかな』といった『ふわり質問』をして様子を見る方がいい」

「研究材料という点では、全てのカウンセリングで言えることなので、Cクライアントも例外ではない、と断ったうえで、ただ発表する時は、こういう点で役に立ったという部分の発表になるし、もちろん匿名性は守るし、あなたの許可を得るつもりだ、と言っているのではないかな。要するに、セラピーは『正直正太郎』が核心なのだ」

「このように謝罪と説明をしたうえで、でも、自分はクライアントの改善を願っている気持ちはあるので、全く無関心という訳ではない。だから、どうして、こんなズレが起きてきたのか不思議だということを話し合えればいいのでは」と、いった内容のことを述べた。

iii. その後の経過

その後、セラピストは謝罪し、誠実に説明したため、クライアントも少しは落ち着いたが、簡単にはいかず、何度かリスクなどの行動化が生じたが、徐々に状況・状態は落ち着き、「自分の本当にしたいことを見つけたい」「周りにふりまわされないようにしたい」「自立したい」というような核心の問題に触れるようになった。

また、前の怒りに関しては、「あれは、結局自分の方のモヤモヤ、不安だったと思う。でも、先生が眠そうにしていたのも事実。最初、先生がそれを認めなかったので、腹が立ったけど、後で謝ってくれて、少し一息ついた。また、これからがんばる」とのことであった。

(ここでは、転移性治癒、投影性同一視、理想化と脱価値化、見捨てられ不安、波長合わせ、ふわり質問、正直正太郎が大事だったと思われる)

[事例D, 28歳、独身男性]

i. 病歴・治療歴

クライアントは、長年のうつや強迫症状、対人恐怖などがあり、いわば「最後の砦」という形で、セラピストのカウンセリングを受け始めた。いくつもの治療機関を転々としていて、過去にカウンセリングを何度も受けて、薬物療法歴もある。

セラピストは、中堅の女性カウンセラーであったが、彼女は、クライアントの転移が

カウンセリングの前から相当強いことを感じたため、周到に治療契約を結び、その上でカウンセリングに入った。

セラピストは、母性的であるだけでなくクライアントの問題点も取り上げていくという父性面（相互検討を深めるといった）の関わりを慎重に進めていった結果、気持ちの安定、外出の増加、症状の減少などの改善がみられていった。ただ、肝心の就労となると、ためらいがあるようで、なかなか仕事には踏み切れなかった。

ただ、1年半を経過した後、いい就労先が見つかり、いよいよ仕事に行こうとした矢先に、クライアントが「ちっともよくなってない。このカウンセリングは一体どうなっているんだ？」と詰め寄ってきた。びっくりしたセラピストは、「何を言っているの。こんなによくなったじゃないですか。仕事に行けるところまで来ているし」と思わず、言い返してしまった。

そうすると、クライアントは「まだまだ、強迫症状はあるし、対人恐怖も強いし、気力もまったくない。これで良くなったとどうして言えるのか」と言い返してきた。ますます、狼狽したセラピストは、「それは、あなたが働きはじめるのを恐れている抵抗の現れよ」と言ったところ、クライアントはもっと怒りだし「何の根拠があつてそういうのか。僕は働きたい気持ちでいっぱいなのに」と言い返してきた。

これ以後、カウンセリングは、口論や言いあいの場所になったようで、ついにクライアントは「これまでのカウンセリングは、全く無駄だった。今までのカウンセリング料全額返してほしい。本当は慰謝料も欲しいぐらいだ」とまで言ってきた。すっかり困惑しました怖くなってしまったセラピストは、「筆者にスーパーヴィジョンを求めてきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

筆者は、セラピストのこれまでの苦労を評価し、今の困惑について共感を示した後、次のようなことを述べた。

「セラピストが逆転移にかられて、言い返してしまうのは、無理ないところかもしれないが、やはりセラピストの仕事はまず波長合わせだから『たしかに良くなってないところがあるかもしれないわね。ちょうどいい機会だから今までのカウンセリングを振り返ってみましょう』『それで、まずどの点が良くなっていないのか。良くなってない原因はどこにあるのか考えていきましょう』というぐらいいは聞いてもよかったかもしれない」

「セラピストが、本人の良くなってないという訴えを治療抵抗と考えたのはおそらく正しいのだろう。しかし、クライアントは弱い立場にいたので『正しさは非常な圧迫にな

る』ということをご心得しておくのはどうだろうか。正しいことを言う時期というのは結構難しいような気がする」

「カウンセリング料金を返すかどうかについては、慎重にした方がいい。セラピスト側の経済的・心理的痛手もあるかもしれないが、返すことによって今までのカウンセリングが無効であったことの印象をクライアントに与えるので、それに対しては『料金を返してほしい』ということだが、返した場合と返さない場合とを比較してみてどちらが治療の役に立つかを考えていくのはどうですか』と返してもいいかもしれない」

「セラピストを訴える権利はクライアントにある訳だから『訴えるのを止める訳にはいかないし、また裁判というのは真実を明らかにしていく過程だから、あなたのプラスになるかもしれないわね。ただ、すぐに裁判というより、日本臨床心理士会の倫理部門にまず訴える方が、裁判費用などはかからないしその方がいいようにも思う。それとここが大事。訴えた結果が、あなたの治療のプラスになるかどうか考えてみるのも一つと思うけど』というように返すのはどうだろうか」

といった内容のことをセラピストと話し合った。

iii. スーパーヴィジョンの後の治療経過

セラピストは、上記のスーパーヴィジョンの内容を踏まえてクライアントと、今までの治療経過を振り返ったところ、「今は悪くなったかもしれないが、結構良くなった時期もあった」「それと、悪くなる時と働くことが話題になる時がどうも重なっているようだ」という理解を共有できた。

しかし、クライアントは「悪化が、働くことの恐れと関連している」ということは、頑として否定したので、セラピストはそれ以上の追及せず、むしろ働くことの大変さを強調し、カウンセリングの目的は、より安らかに楽に生き易くなること、と言った点である、ということ述べた。

これで、クライアントは、落ち着いたし、カウンセラーは、就労よりも生き易さを重視するようになった。そして、少しずつアルバイトにも行き始めたがあまり続かなかった。そして、最近では「障害年金をもらって、職業訓練を受けながら社会復帰している」ということを話し始めている。

もちろん、料金を返せとか、訴えるという話は出ていない。（訴えや裁判を恐れるセラピストは多いが、真実の明確化というプラス面をわかっていくと安心である。ただ、道に外れたことさえしてなければ、まずは訴えることなどは現実にはない。大事なことは「訴える」という形で出てきた、本人の陰性転移感情の適切な取り扱いが重要である）

〔事例E，40代後半、独身男性〕（この例は、セラピストの属する心理室の室長であるスーパーヴァイザーの姿勢に疑問を感じたため、筆者にスーパーヴィジョンを求めに来た例である）

i. 病歴・治療歴

Eは、頑張り屋であったが、目立ちたがりでクラス委員になったりして活発であったが、度が過ぎてトラブルもあったという。20歳ごろから不安やパニック障害が出現し、医療機関にかかったりしていた。しかし、なかなか治らず、医師ともめることが多かったという。ただ、症状はあまり改善しないものの、何とか仕事だけは続けていた。

しかし、最近、強烈な死の恐怖が襲ってきたり、脳や内臓が溶けるのでは、という心配が生じ、某総合病院の精神科を受診した。診察後、クライアントはすぐに心理室に紹介され、現セラピストに審査カウンセリングを受けることになった。

カウンセリングを受け始めてから、すぐに不安症状は落ち着き、話題は今までの歴史や対人関係の問題（「いつも、人ともめてしまう。誰も自分のことを分かってくれない」）に話移った。また話がどんどん飛んだり大きくなったりして「自分ぐらい才能のあるものはいない」とか「これまで、自分を馬鹿にした上司や医師に復讐してやりたい」ということまで言いだした。それで、セラピストは、カウンセリングをするに当たって、「自傷他害行為はしない」ということを含んだ治療契約を結び、正式に不安の軽減や生き易さを目標にして、正式にカウンセリングを受けることになった。

ただ、定例のスーパーヴィジョンで、室長であるスーパーヴァイザーから「このクライアントは、境界例や人格障害の疑いがある。だから、ここでは引き受けない方がいい。あなたは今後このクライアントに対して無関心、不熱心になって何となく相手が来るのを止めるように持っていくべきだ」と言われ、すっかり困惑してしまった。そして、筆者にスーパーヴィジョンを求めてきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

スーパーヴィジョンの中で次のことが明らかになった。即ち、その総合病院では、以前、境界例や人格障害の患者で相当苦しめられたことがあるらしく、その精神科医は「自分は境界例や人格障害は診ない」と言っており、暗に心理室の室長に対して、そうした患者を追い返すように圧力をかけていたとのことであった。そこで、筆者は、「その医師や室長の不安をまず理解してあげる必要があると思うがどうか」と聞いたうえで、「ただ、そのクライアントに無関心に接すると、却って怒りだしてトラブルが生ずるよ

うに思うが、どうか」と又質問した。

結局、クライアントの怒りや寂しさや誇大感・万能感を理解して受け入れてあげ、徐々に現実検討能力を引き出していくのが一番安全なやり方で、それがクライアントの役に立つし、ひいては室長や精神科医の不安や「境界例・人格障害アレルギー」を和らげることになるだろう、という理解を、筆者とスーパーヴァイザーは共有した。

最後に、こういう形で管理者や医師からの陰性逆転移感情が生ずることがあり、その対応も、セラピストの仕事にならざるを得ない、そしてこういう形で、室長や精神科医も育っていくのだらうという結論になった。

iii. スーパーヴィジョンの後の経過

これはつい1カ月ほど前のことなので、まだその後の経過を聞いていないが、何も連絡はないので多分問題はないだろう、と安易に考えている。

(このように、「表のスーパーヴァイザー」と「裏のスーパーヴァイザー」を使い分けるのも一つの手である)

[事例F, 45歳独身女性]

i. 病歴・治療歴

Fは、43歳まで母と共依存のような形で生きて来たが、その母が癌で死亡したために、深刻なうつ状態に陥った。それを見た看護師長(母を看取った一人)が、カウンセリングを勧め、ある男性カウンセラーが受け持つことになった。

カウンセリング開始直後から、そのクライアントは、母の素晴らしさと「母がいない辛さ」を訴え続け、「母がいない以上、私に残された仕事は死ぬことだ」と言い続けた。実際には、自殺しなかったが、自殺を仄めかすような発言があり、セラピストは、必死でその苦しさを受け止め、「あなたの苦悩を少しでも分けてください」といった対応を続けた。

すると、クライアントのセラピストに対する陽性転移感情は強まり恋愛性転移感情と呼ばれるような事態になってきた。クライアントは、「一度でいいから抱いて欲しい」とか「ホテルで一晩二人きりで過ごしたい」と言うようになり、次第にセラピストはこのカウンセリングを続けるのが苦しくなり、筆者のスーパーヴィジョンを求めてきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

セラピストは、筆者に、「この恋愛性転移をどう扱ったらいいのか」と聞いて来たが、筆者は、むしろ、セラピストの逆転移感情の方を取り扱った。すると、セラピストは、

「実は、このクライアントから、このような感情を向けられると、自分自身が動揺してしまう。もし規を越えたら大変だ」という気持ちを告白した。筆者は、「それは人間として当然です」と理解を示したうえで、だから問題になるのは、むしろセラピスト自身の「逆転移感情のコントロール」であろう、と述べた。

それから、クライアントの自立可能性について検討したところ、「可能性は少ないが無いことはない。いずれにせよ、転移感情はクライアントのものだから、クライアントの波長に合わせておくのがよく、セラピストの逆転移感情の統制に気をつけて、セラピスト自身がその間接化をしておけばいいのでは」ということになった。

iii. スーパーヴィジョンの後の経過

その後、セラピストは、クライアントの転移感情を尊重し、セラピストの行動化に気をつけながら、無理に転移の解消をしようとせず、その転移感情の推移を見守ることにした。

すると、クライアントは楽になったようで、無理な要求は影をひそめ、またクライアント自身は、異性の友人を見つけ、今は比較的安定した状態にいる。希死念慮は相変わらずだが、自殺行動は起こさないでおれているようである。

（転移感情の分析とは、結局、逆転移感情の分析である。又、転移感情を無理に解消しなくてもいい場合もあるのである）

〔事例G，35歳、既婚男性〕

i. 病歴・治療歴

クライアントは、仕事の多忙さやストレスで、うつ状態やパニック障害を呈し、精神科医の投薬と休養の診断書で一時的に回復した。しかし、復職後もまだ不安・抑うつ感情が取れないので、カウンセリングを求めてきた。受け持ったセラピスト（中年女性）は、本人の状況や性格特性を聞きながら、ゆとりを持って、仕事や人生に臨むような方向で、カウンセリングを進めたところ、かなり改善してきた。

ただ、その後で、クライアントから「ところで、薬はいつまで、飲むべきなんですか」と聞いてきた。セラピストは、「私はカウンセラーなので薬のことはわかりません」と言うと、クライアントは不満そうに「でも、先生は専門家ですし、それに私の事情を一番知っているのは先生ですから、何とかお願いします」と言ってきた。困惑したセラピストは、スーパーヴィジョンを求めてきた。

ii. スーパーヴィジョンの内容

筆者は、セラピストに、「クライアントは、面接者に転移を起こすだけでなく、薬をはじめ自分の健康に取って重大だと思えるものには何にでも転移感情を持ちやすい。だから、薬転移を起こしても不思議ではない」と述べた後、一応「『私は専門家ではないので確かなことは言えませんが』と前置きをしたうえで、薬に関して期待するもの、飲み続けて心配なこと、このことを精神科医に言えるかどうか、言ったらどうなりそうか、といったことについて話し合っておくのは大事なことのようと思うがどうか？もちろん、薬に関して私は知りません、という態度で行くのが悪いとは言わないが・・・」とセラピストに聞いてみた。

そうすると、セラピストは、「私も聞いた方が良かったと思ったんですが、無責任なことを言っでは、と心配して。でも聞くだけで、クライアントに考えさせる分にはいいですわね。やはり、クライアントの心配には可能な限り答えてあげた方がいいですわね」と答えた。

iii. スーパーヴィジョンの後の経過

セラピストは、以上のようなことを踏まえて、クライアントと話し合った結果、「一度、今の精神科医に聞いてみます」と言った。しかし、クライアントが聞いたところ、その精神科医は「はっきりしたことは言えません。自然に減っていきます」としか言わなかった。

ただ、セラピストは、クライアントにそれを聞いたことの勇気を評価すると共に「セカンドオピニオンを求めるか？」と聞き、クライアントがそれを受けることになった。

クライアントが、カウンセラーに紹介された精神科医のところへ行き、事情を話すと「薬は必要ななくなったら減らしていいし、最終的にやめていいです。必要がなくなった時というのは『不安・抑うつ感・症状などが減ると共に、それらを受け止めていけるようになった時』です。ただ、そういうときが来ても直ちに全部止めるより、少しずつ減らしていく方が安全でしょう」ということで、随分安心したようであった。

そして、今の主治医に「そういう方針で行っていいかどうか」聞くと、それでよい、とのことなので、元の主治医と共に減薬に入るようになったようである。クライアントに取っては近くの医者の方が便利なので、二番目の精神科医の元には、また困ったら行くつもりとのことであった。

（この薬転移は、治療上、相当重要だと考えておいた方がいい）

〔最後に〕

転移はカウンセリングやセラピーが始まる前から生じているし、一応の別れ・終了を見た後でも続く。この点で触れて置きたいのは事例発表のことである。筆者は、過去にカウンセリングを受けている、あるいは現在でも受け続けている患者から「心理士の先生から、自分の事例の発表を許可するように言われ、承諾したが、本当は発表してほしくなかった」という訴えを聞くことがある。その理由は「何を発表されるか、はっきりわからなかった」「自分にとって、まだ未整理な内容が出されるのはつらい」といったことが多かった。筆者はこれを聞いて、事例発表の際には「このセラピーで、あなたのこの点がこういうように役だった。これを伝えと、心理士たちの今後の治療の役に立つと思われるから」ということを伝えて、その上で承諾を得た方がいいように思う。それもクライアントは立場が弱く断りきれないかもしれないということを考慮した上で、2回以上は確かめておく方が無難である。

いずれにせよ「表面的形式的承諾」ではなく「真の心のこもった承諾」が望ましいと思われる。また、事例発表がクライアントの目に留まることがなければ、匿名性を保持した上で敢えて断る必要はないようにも思える。発表承諾の有無に関して、クライアントに余計な負担をかけるように思うからである。しかし、ここは議論の分かれるところであろう。今後の課題としたい。