

〔講演録〕 心理療法の基本とそのプロセス*

伊藤 良子
(京都大学名誉教授)

■ はじめに

私に与えられましたテーマは、心理療法の基本とそのプロセスです。心理療法では、面接によって、薬も使わずに、クライアントのあり方が変わっていきます。常識的に考えると不思議なこと、理解できないことだと思います。しかし、事実、変わっていきます。そこでは、何が起きているのか。二つの観点からお話させていただきます。

I. 関係性を基盤にしたC Iの深い理解=心理アセスメント←人間のあり方は水のように

心理療法は関係性を基盤とします。関係性を基盤としたクライアントの深い理解によって、そこに色々なことが生じて参ります。心理査定や心理アセスメントというとクライアントを対象化した言い方ではございますが、我々がいかに深く理解するかということでもあります。それは、我々だけが理解することではなく、クライアントがご自分について理解することによって繋がっていきます。最近、このようなクライアントの十分な理解がなされておらず、表層的なものになっていることが多いような気がいたしております。

これがなされるのが初回面接です。この初回面接においてクライアントの理解がしっかりとされない心理面接の方針も立てられません。その後の方向性も不十分なものになってしまいます。

人間のあり方はまるで水のように思うのです。水は、雪になったり、雨になったり、曇りになったり、様々に変化します。このような変化は、自然だけでなく、人間のあり方においても生じてくることを、いわば液体になったり、気体になったり、固体になったりすることを、これからお話させていただきたいと思います。それが、資料の1に書いてあります。人間は様々な困難に出会い、不安を持ちます。それに対して人間はどのように対応しているか。不安に

圧倒されてしまったら生きていけません。生きていくためには、さまざまな方法、あり方が自然に生じてきます。それが人間の生きる力だと思います。それについて、「心理化」「身体化」「行動化」そして「象徴化」という4点からお話させていただこうと思います。

1. 心理化 (心理的に悩む力、「主観体験化」(笠原)、Freud, S.の3つの転移神経症)

私は「心理化」という言葉を使っていますが、その後、同様に使ってくださっている人がおられ、この表現でよいと認められているようですので、ずっと使っています。

人間は、様々な問題や不安が生じた時、悩みます。悩むということは悩む力があるということです。悩みながら不安がおさまらない時は、防衛機制を使って色々な形で対処しています。対処能力も力です。笠原先生は、私より少し前にこれを「主観体験化」と表現されています。しかし、防衛機制を働かせた時は、体験しないように無意識に押しやっていますから、主観体験化と言っても、体験していない場合があるので適切でないと思います。笠原先生は3つにわけて、「主観体験化」「身体化」「社会行動化」という表現をされています。4番目の「象徴化」ということは言っておられません。しかし、私は心理療法を行う者としてこの「象徴化」が一番大切だと思っています。この4点から人間のあり方、人間存在のあり方を理解したいと思います。

人間は、心だけでなく、身体だけでなく、行動だけでもありません。一面だけを見るのは間違いですね。乱暴なことをするから駄目な子だとか、あるいは、身体のどこかが悪いから切り取るとかではなくて、人間は全体的な存在です。この方はどういうあり方で不安と向き合ってきたのかを知ることが、初回面接で行うことだと思っています。

まずは、第一の心理化ですが、これは、Freud,

S.が3つの転移神経症と言っているように、心理療法を行うことができるもので、以下の3つの状態があります。

① 抑圧の作用：ヒステリー（解離性障害・転換性障害）

転移神経症とは、転移関係の中で元々持っていた問題をそこに転移してくるということです。つまり、二人の関係の中で生じてきます。親子関係で色んなことが生じていたが、親子関係の問題としては直接的に扱うことができません。セラピストとの間で生じてきたならば、そのことについてその方と二人でそれに向きあっていく。そういうことができるのが転移神経症です。

心理化として3つの状態がありますが、その基本となるのが、Freud, S.の抑圧の概念です。抑圧の機制を先ず人間は使う。抑圧とは、‘忘れ去る’ということです。忘れることは、私たち毎日やっています。嫌なことは全部忘れて翌日はすっきりと元気に過ごしている訳です。忘れられないと辛いですよ。ね。「試験、悪かった〜」とか「受験に落ちた〜」とか、色んな事があります。それをできるだけ早く忘れて、私たちはまた次に向かっていきます。

抑圧の典型的なものがヒステリーです。ヒステリーには大きく分けて解離性障害と転換性障害があります。

解離性障害について一つの例を申し上げます。お年寄りが、毎晩、恐ろしい化け物が出てくると相談に來られました。本当に化け物がやってくる。それが怖くて、仕事もできない、風呂も入れない、昼も夜も眠れないとおっしゃる。お年寄りですから、家族がみんな心配して、良いご家族で、みんな心配して、脳外科、脳神経科等へ行って検査したけれども何ともなかった。それで霊の仕業、お寺さんの問題かと思ってお寺に行ったけど、僕の所の問題じゃないと言われて、私の所にご紹介があり、遠くから來られました。遠くから高齢のご主人が車を運転して、行き帰り危ないんじゃないかと心配でしたが、通っていただき、お話を毎回毎回お聴きしました。

簡単に説明しますと、最終的には、ご本人が、その怖いものはもう出て来ないと言われるようになりました。初めは、「怖いものを叩いてもよいか」「何で出てくるのか」と、私に何度も何度も尋ねておられたのですが、そのうち化け物ではなく、暖房の空調が動く等、色んな形に変わって行って、「もう出

てこないと思います」と、ご本人がはっきり言われるに至りました。この間にご自分の長い人生について語られました。若い頃に、お母さんが産後の肥立ちが悪くて亡くなられて、その後、お父さんの世話をしてお酒の相手もしたりして、学校も行きたかったけれど退学させられて、家のことをやって、たくさん妹や弟たちの面倒を見てきて、父を看取り、やっとほっとしたときであったようです。夢の話もされました。あの世へ行く賽の河原のようなところを小さい子の手を取って、大勢でぞろぞろ歩いている夢でした。しかし、夢は今は見ない、かつて見た夢ということでした。ついでに申し上げますと、夢におさまっていないで、表に出てきたのが、あの化け物なんですね。夢のような化け物、現実的でないようなものが、いっぱい現れてきておりました。

でも、そういうものが「もう出て来ない」と言われました。それと同時に話されたのが、息子と同居していることでした。2階に息子さんが住んでいて、そこに、お嫁さんのお母さんが、ご主人を亡くして「寂しい、夜眠れない」と言っているのだから、「家に引き取っていいか？」と、息子さんが言ってきたのです。この方は優しい方ですから、「良いよ」と言いました。そうしますと、2階では、孫たち、息子夫婦、そして嫁のお母さんが、賑やかに過ごされているのが何となく聞こえてきます。夜寝るときも「おやすみ」も言わない。面接のプロセスのなかで、息子に「おやすみと言ってから寝て」と言うと、息子さんもいい人ですから「おやすみ」って言って、肩をちょっと揉んでくれたという話もあったりしました。

そして、この方が最初から私にずっと問い続けていた「何で化け物が来るんですか？」についてですが、私は〈何でなんでしょうね〉〈そういうことがあるんですねー、人間には〉とか言いながら、ずっと話を聴いていました。その答えと言いますか、「何でうちにやってくるんですか？」と言いたい相手はお嫁さんのお母さんだということを、最後の最後にご本人自身が気付かれたのだと思います。これがわかったから出てこないと思われたのでしょうか。お嫁さんのお母さんが同居していることを話して下さったので、私にもそういうことかとわかりました。「いいよ」と言って、本当に良い方で、みんなに肝っ玉母さんと慕われていたこの方が、お嫁さんのお母さんに「何でくるの？」と言いたいけど言えないで、抑えてこられた無意識が表に現れてきてい

た。そのことに自分自身で気付かれたのでしょうか。
「何でくるの？」という言葉の答えがそこに現れていたと言えるのです。

ここで、大きく作用しているのが‘罪悪感’です。人間に備わっている無意識的罪悪感。人間はこうあるべきだと思っているのに自分の中ではそうではない嫌な面がある。人みんなに親切にしていると自分は思っていたのに、どうもそうではない。ご主人が亡くなって、夜眠れない、辛いんだといっている人を家に入れるのは嫌だと思ふ自分が許せないというのが根底で働いていたのでしょうか。この無意識的罪悪感というのが大きく作用して、色々な神経症、あるいはそれ以上の重い病気になるということ、私自身、多くの面接の中で学んできました。そのことを皆様にお伝えしたかったのです。この方もそういう方でした。

このように無意識が表に現れてきたのが解離性障害の一つの例だと思います。従って、病院で検査されても、「お年寄りのほほどほの脳です」とか言われたのです。状態としては幻覚ですが、統合失調症の幻覚と違って、ヒステリー性のものです。しっかりお会いしていきますと、「家では誰も話を聞いてくれない。私のこと認知症だとか言うんです！」と怒っていらっしゃる。家族は、温泉に連れて行ったり、お墓参りに連れて行ったり色々してくれるのですけど、話を聴いてくれないと言うことを訴えておられました。本当に話を聴くと、この方がご自分で気がついていかれました。

私たちがクライアントの話をしっかりと聴くと言うことが、とても重要だということが分かります。これが抑圧の作用のヒステリーの状態です。

解離性障害がすべて忘れてしまう状態であるのに対して、転換性障害というのは、心の問題が身体に転換されて現れる状態です。上に述べたのは、前者の例です。

② 複雑で念入りな防衛：強迫性障害（強迫観念・強迫行為）

資料の2番目に「複雑で念入りな防衛」と書いてありますが、特に強迫神経症、強迫性障害において生じる状態です。強迫観念が起こってきて、それが不安で、様々な行為をする。ガス栓を閉めたかの確認を何回も何回もするようなことですね。そういう行為が強迫観念に伴って生じる。しかし、そうした行為は、非常識で不合理だと自分でもわかっている

ので、やめようと思うのだけど、やめると不安がおそってくるから、一晩中、ガス栓の前で確認し続けるを得ないようにもなる。

強迫性障害の場合は、複雑な防衛機制が使われます。なぜそれほど複雑になるかですが、Freud, S.によると、ヒステリーの場合は、元々の原因が忘れられてよくわかっていない。それに対して、強迫神経症の場合は、原因がどこかでわかっているのに、そこをなんとか自分にわからせない様に、さまざまに防衛を駆使して複雑に念入りに作り上げていくといわれています。

例えば、強迫性障害の青年の場合です。さまざまな物が不確かで、何もできなくなって自分自身が汚いということで、家も汚くしてしまったから、家を出て、よそに住んでいる。それほど自分は汚い人間だとおっしゃって、自分がやることは全部不確か。何か買っても、お金を払ったかどうか、めがねを買ってもそれで正確に見えているか等々、全部不確かになってしまった。それで、医者の方に行ったのですけど、お医者さんにそんなことを言ったら、自分に変な人間だと思われるのではないかと不安で言えない。それは、この状態が不合理なことは自分でわかっているからです。強迫神経症の方はとても辛いです。不合理だとわかっていることなので、とても医者には言えない。

それで、私の所に来て、「本を〇〇円で買ったんですけど、この本は正確に書いてありますか？」とか「この眼鏡で見ても大丈夫でしょうか？」とか、全てのことを変だと思って全て確認して行かれるんです。この方も話を聴いていますと、昔、中学生の時に、父親が参観日に来ると言ったが、来てもらうのが嫌で、勉強のこと厳しく言われるのが嫌で、朝、味噌汁に洗剤をポトッと落とした。その後はなんともなかったが、大学の受験前に、これから頑張る勉強しようと思ったときにふっと思い出して、「僕は人殺しをしようとした事になる」と、すごく不安になって強迫症状がわあーっと起こった。学校の先生に相談して、「気になることを全部書いてみたらどうか？」と助言されて、それでノートに書いたら、ますます色々浮かび上がってきて、それで病院に行った。しかし、医者に変に思われるから言えなくて…という状態だったそうです。

私との面接では、状態をそのまま言っても大丈夫と思われて、不安なことを色々質問されるわけです。「これ大丈夫ですか？」〈大丈夫です〉等と安心

できるようなやり取りです。かつて、カウンセリングでは、安心させてはいけないと教えられたようです。しかし、現在では安心させない方がいいような軽い状態の人は来られないです。もの凄い不安だから来られるので、「大丈夫です」と言ったぐらいでは安心されません。ちょっとだけ安心されてまた来ようと思うわけですので、安心させないという方針は違うように思います。安心できる面接の場においては、昔のことなど色んなことを話されます。そして、不安や強迫症状が軽減して行って、大学も卒業でき、就職も決まりました。就職の合格通知の番号も「この番号は僕の番号ですね」と確認しながら就職して行かれました。その就職先はお父さんと同じ職場でした。お父さんのことを随分酷く言っていたけれど、最終的にお父さんの仕事を継がれた。お父さんとの和解がなされたと思われました。その後も無事に仕事を続けられて、お父さんよりも地位が上ということでした。

強迫性障害の根底には、先ほど申しましたように、忘れていないものがある。この方も父親を殺すようなことをした等、父への怒りがあったことに対する罪悪感が無意識的にずっとあった。すべてを整理して、大学受験に臨もうと思った途端に、自分は殺人犯とも言えるようなことをしてしまっていたとなって、凄い不安が生じたということです。

③ 不安の直接的あらわれ：パニック障害・全般性不安障害

3番目の「不安の直接的表れ」は、不安神経症と言われていましたが、今日では、パニック障害とされている状態です。パニックの不安が起こるパニック障害と、もう一つ、ずっと慢性的に不安がある全般性不安障害という二つのパターンがありますが、どちらも不安が根底にある。心理化されないで、心理療法は難しい場合があります。不安そのものもろに現れてきているから、もの凄い不安なんです。死ぬのではないかという不安です。

中年の奥さんがパニック障害で、夜に不安になると言うことで相談に来られました。お姑さんの介護をされていたのですが、お姑さんが亡くなった後、パニック障害が起こってきたのです。お姑さんの介護をしていた時に、どこかで早くこの介護が終わらないかと思う気持ちがあった。本当に介護していたのかと、自分を責める気持ちが起こって来たのです。こうあるべきというものを自らに課してお

られます。それができていないと、罪悪感が生じてきます。

罪悪感が強いほど症状が重い。統合失調症においても、罪悪感が重いほど、病態も重いということをして Freud, S. は言っていますが、心の病には罪悪感が働いているんですね。皆さん、一生懸命生きておられる。頑張りすぎておられる方達だということがわかります。根底に無意識的な罪悪感が働いてこのような状態になっている場合、安心できるとそうした不安等を語られるようになります。こうして自分を責めないで、自己と向き合っていく。

2. 身体化（心と身体すべてで受け止めている状態）

2番目の身体化です。1番目は心理的に受け止めている状態ですが、身体化は心と体と両方すべて総動員して受け止めている状態と私は理解しています。身体化には、神経症の水準、心身症の水準、身体病の水準の3つの水準があるといえますが、神経症の水準は、先ほどの心理化の転換性障害と同じもので、心の問題で身体に症状が出ます。

① 神経症の水準

転換性障害の事例をお示しします。病院の眼科に入院されていた方です。石が目当たったことから失明された。石が当たったのは片目だったのですが、両目とも失明したという方とお会いしました。ステロイドなど色んな薬を使ったけれども良くならなくて、医師からの紹介で、お会いしました。全く見えない状態だったので、入院されていて、毎週、医師が付き添って来られました。

この方とも話をしているうちに、いかにその人が頑張っておられたかが伝わってきました。お母さんが小さいときに家を出て行かれた。父母のどちらを取るかと聞かれて、お父さんと一緒に家に残ると言って家に残りました。お母さんは居なくても寂しいと思わなかったし、居なくてもよいと、当初は言われていました。小さい時から遊んでもらったこともないとのことでした。しかし、面接を続けて行くうちに、家には女の人が必要だ、友達に「気持ちを出さない」といわれるが、家で頼ることはしなかったからかもしれない等と話されるようになりました。お父さんもいい方なのですが、仕事が忙しくて頼ることはできなかったそうです。それで、お父さんを喜ばすためでしょう、弁護士になろうと司法試験を

受けようと思って、実績のある大学に一浪して入った。これから司法試験に向けて頑張ろうと思った2年生になる春にそれが起こったんですね。とうとう失明になって、休学されたのです。

面接を続けているなかで、司法試験では六法全書を全部暗記しなきゃいけないとおっしゃいます。自分は思考力があって色々考えてレポート等を書くことはできるけれど、暗記が駄目だということでした。司法試験を経験した方に聞きましたら、全部暗記しなくても良いとのことでしたが、彼は「六法全書を全部暗記しなくてはいけない」と思い込んでいたようです。一浪してまで入学したのですから、父に司法試験に合格できないとはとても言えなかったのでしょう。それゆえ、目が見えない状態になった。

病院に入院されていましたから、面接の後、必ず眼科で視力検査がなされました。彼は、その結果を次の週に私に報告するのですが、光が見え出し、少しずつ少しずつ見えてくるんですね。そして、ここまで来たら眼鏡を作ると日常生活は大丈夫になると眼科の先生が仰って、眼鏡を作ったのです。そして本当に見える状態になって、面接にも一人でやってきました。びっくりしました。こうして退院になりました。

その後、実家に帰り、遠方の実家から面接に来られました。面接では、別の進路も考えるようになって、それをお父さんにも話すことができました。目が悪くてもできる仕事に就くために退学して専門学校に行きたいとお父さんに言い、了承も得られました。しかし、視力はさらに回復し、大学に復学でき、単位も全部とって卒業し、就職も大企業で目を使う仕事に就かれました。

このように、神経症の水準の身体化が起これば、次のような心身症の水準の身体化も起こります。

② 心身症の水準

心身症の水準の身体化には、色々な心身症がありますが、心身症の心理療法は難しいと言われていきます。だいぶ前ですが、Sifneos, P.E.によって、心身症の人は、失感情言語化症、アレキシシミアといって、感情がなく、言語化もしない状態なので、心理療法は不適切と言われていました。しかし、それは違うと、私は思っております。心身症の人は、とても深い世界、言葉では表現できないくらい深い世界を抱えている。実存的な悩みも深いだと思いますが、統合失調症の人のように外界を歪んで受け止めて

ているのではなくて、身体で受け止めています。社会的に大変な仕事をしている人は心身症の人が多いです。神経症の方のように悩まない。人の話もあまり聞きません。しっかり聞いたら大変だとわかっている人ですから、あんまり聞きません。だから、「失感情」と言われています。しかし、本当は深い世界をもっておられます。こういう方たちは言葉だけではなくて、イメージで表現していただきますと、その世界を、共有させていただく事ができます。

高脂血症の方と面接をしました。本当にすごい絵を描かれて、夢もすごいです。私との面接の前に言葉だけのカウンセリングを受けておられたのですが、辛くてすぐに止めたとのことでした。私との面接では、スクリブルで絵を描いていただきましたが、色も表現も迫力のあるものを描かれるんです。私は絵が下手なので、相互スクリブルをすると、向こうはもう100倍もうまいんです。〈私こんなです〉と恥ずかしそうに見せると、「先生は描線を書くのが上手だから僕は描きやすいです」と上手くサポートされる。そのようなあり方の人です。会社を経営されており、能力のある方です。その能力に支えられながら、その人とスクリブルを続けました。

この方は、「きょうだいは母親が好きでマザコンだから、母に文句をいうが、僕はそんなこと全然思わない」「マザコンっていうのは全然ないですね」と言われていたのです。ところが面接を続けていると色々なことが思い出されてきます。昔、大陸から親と帰ってきたそうです。それがいかに大変だったか伝わってきました。帰国してからも母親がどこか出かけるという時に、置いていかれるのが嫌で、すごく嫌だって言ったけれども、柱に縛り付けられて、お母さんは出て行った。その後、泣いて、泣いて、そのまま寝てしまった。縛られたまま、母を求めて泣いていたということ思い出されました。「お母さんのこと全然想ってない」といいながら、根底にはそういうお母さんとの体験があったという話を、面接の最後の時期にされました。

高脂血症の数値は正常になったと言われました。しかし、数値は変動しますから、将来的にどうなるかわかりませんが、その後も数値の良い状態が続いて、生活そのものも変えて、夫婦関係も見直されて新たに出発していかれました。

③ 身体病の水準

3番目は身体病の水準です。心身症も当然薬が必

要であったりします。潰瘍があるのにそのまま放置して心理療法をすることはありませんから、身体のケアもしっかりしていただいた上で心理療法になります。身体病の方は、当然、身体の治療が中心になるんですけど、しかし、それだけではダメです。例えば、ある種の乳癌は、身体中に癌ができるという場合があります。アメリカなどで報告がありますが、他の部位にも癌ができるということがわかっているのです。その前に切除の手術がなされている。日本でも。「全部、先に取っておきましょう」と、色んな所に癌ができるから、先に取っといた方が良いて言われる。「命が危ないからとりましょう」ということになって、自分に何が起きているのかわからないまま手術を受けると言うこともあります。

私は癌も心理的な要因で進行がゆっくりになったりするとずっと思っておりましたが、最近はそのような考え方も間違っていないと捉える医師もおられるようになりました。身体病といえども心理的な観点はとても大事であるとの考え方が少しずつ認識されてきているといってもよいのではないのでしょうか。

以上が身体化です。心と身体のすべてで不安な状態を受け止めている状態です。

3. 行動化（困難を自分の外に放り出している状態、 「社会行動化」（笠原）

先の二つに対して、「行動化」とは、不安や困難に向き合わずに、外に放り出している状況です。笠原先生は「社会行動化」という言葉が使われています。そもそも行動化とはFreud, S.の概念であり、言葉で表現すべきことを転移関係において行動で実現しようとすることを意味します。言葉で言うのではなくて、セラピストに抱きつこうとしたり、セラピストを面接の外に連れて行こうとする等が起ってきます。それをFreud, S.は「行動化」と言っています。私がここで用いている行動化は、Freud, S.の行動化の本来の意味を面接場面だけでなく、より広い範囲で起っていることとして使っています。関係性において生じているという観点こそ行動化を理解するとき重要であるとの考えから、行動化という表現を使っています。

① 衝動的行動：家庭内暴力・無差別殺傷・テロ、
他者との関係性に対する攻撃、犯罪→無意識的罪悪感による自己への罰 (Freud, S.)、根底に関係性の希求

行動化にも色々ありますが、今一番問題となっているのは衝動的な行動ではないでしょうか。一昔前は家庭内暴力が多かったのです。学校に行けという親に対して、子どもは家中めっちゃめっちゃになるほどの乱暴をしていました。しかし、最近は無差別な殺傷をする、さらには世界中ではテロだって起こっています。親子関係でなくて、無関係な他者に対する攻撃です。これは関係性を断ち切るものですね。身体化の場合、風邪をひいたり、体調を崩したりしていると、親等は心配したり、看病したりする等が生じ、関係性を喚起しますが、行動化は、関係性を断ち切るものです。

しかし、根底には究極の形で関係性を希求している。全く正反対の形だけれど関係性を希求しているように思います。Freud, S.は、無意識的な罪悪感による自己に対する罰があると言っています。彼によれば、少年犯罪は罰を得るためになされる。さらに成人でも、Lacan, J.は、自罰パラノイアという状態が生じることを示しています。色んな犯罪が日本でも起こってきました。私がかつて通っていた池田小学校を攻撃した人は、捕まってすぐに死刑にしてくれ、上告はしないでくれと、死刑を求めました。このように、重罪を犯した人が自分を死刑にしてくれということは少なくないのです。そういう形で自分を罰している。一般の人間には理解不能な形で自分を罰する。すごい遠回りですが、そのようにして自分を罰します。その根底には他者との関係性の希求があるのではないのでしょうか。

② 統合失調症における幻覚妄想：自罰→排除 (Lacan, J.)・外から回帰、cf.抑圧

統合失調症の幻覚妄想では「死ぬ！殺せ！」などが、外からやってきます。自分を殺せ、自殺しろと外から言われるように聞こえてきます。それで自殺される方がおられます。ここでは、先ほど言いました心理化の「抑圧」の機制と違って、Lacan, J.のいう「排除」の機制が働いています。「排除」においては、外にあったものが「死ぬ！」「殺せ！」という形で外からくる。全く自己の外に排除されていたものが、やってくる。そういう意味で心理化や身体化とは全く異なります。その根底にも無意識的な罪悪感があり、それによる全くの自己否定があります。自分みたいな存在はいるべきではないというのがその根底で働いています。

③ 自閉スペクトラム症：象徴形成以前の状態

自閉症、自閉スペクトラム症は、象徴形成以前にある状態です。多動と言われたりしますが、一番重要なのが象徴形成です。先に述べた「排除」のように、外に放り出していると象徴形成は難しくなりますから、どういうふうに象徴形成が可能になるかということが大事になります。心理化にしろ、身体化にしろ、そしてこの行動化においてもです。先ほどの事例のように、身体化の時は絵や夢等のイメージで表現されましたが、心理化では言葉で表現されることが多いです。言葉は象徴の最も精巧なものだと思っておりますが、言葉ではなかなか深い次元の表現ができない。そのような深い表現は絵であったり夢だったりするわけですね。そういう表現を通して、象徴化を通して、言葉にだんだんって行って自己に向き合っていく、引き受けていくというのが心理療法のプロセスです。

自閉症の子どもたちは、なかなか言葉が出ませんが、それは自分という存在がわからない、対象化できていない状態にあるからです。このような子どもたちにおいても、自己を見出し、象徴化としての言葉が生まれてくるという心理療法のプロセスが可能であると私は思っています。

次にその象徴化がどのように生じるか、特に自閉症の子どもの遊戯療法について述べます。

4. 象徴化（発話者としての私の生成←鏡像段階での同一化・身体像・自己の対象化）

最後に象徴化についてです。言葉を語る存在となっていく、つまり、象徴化が生じることが心理療法のプロセスです。特に自閉症の子どもの場合は自分という存在を対象化して理解できていません。生後6ヶ月位に、子どもは自分の鏡の像は自分だとわかってくる時期がきますが、この「鏡像段階」という自分の姿が外から見てそれとわかる段階では、親の顔を鏡にして、自分を見るわけですね。親がニコッとしたら自分は良い子だと感じ、親が怖い顔をしていたら、自分は悪い子だと感じる。親の顔を見ながら、親に同一化しますが、自閉症の子どもにおいては、こうした関係そのものが持てない。

遊戯療法では、このような身体像の獲得がセラピストを通じてなされます。私の事例ですと、私に自分と同じような行動をさせた後、私の身体の周りをグルッと回って見たりして、身体像を把握する。そのようにして、自分というものを対象化するんです

ね。自分を見ることはできないですから、他者を通して自分を見るのです。だから最初はこの他者に同一化するのです。他者を通して自分を見ているわけですから、本物の生身の自分というのを把握することはできないんですね。

したがって、青年期には、自分は他者にどう見られているか気になることが生じます。人の目が気になるような時期がありますが、他者との安定した関係の中で、自分という者をしっかりと捉える体験が重要になります。赤ん坊は最初は言葉はないけれども、おっぱいを貰わなかったら死んでしまいますので、お母さんから「マンマ」と言って、乳を与えられ、おむつを替えて気持ちよくしてもらう等、他者によって生きることを守られて、死ぬという困難を乗り越えていきます。そこで共有された言葉から、「マンマ」という言葉がでてきたりするんですね。言葉というものはそういうものなのですね。安心した関係のなかで守られて言葉が生まれてくる。他者とともに生死に伴う困難を生きることによって、乳児における言葉の誕生が生じてくる。その過程で、二人の中で出てきた言葉は二人で作りに上げていくとも言えるし、大人の言葉を取り入れていくともいえる。こうして自分を対象化できるようになっていくことが人間の成長の根本にあるのです。

自閉症の子どもは生まれた時からこのことがなかなか難しいのです。抱っこしても棒のようであったりして、しっかりと抱かれることに困難がある子どもの場合、親御さんも育てにくいですから、その状態が続いていきます。そういう状態であっても、セラピストが子どもとしっかりと関わっていきますと、子どもたちに、私たちとの関係において同一化が生じます。同一化させるのは良くないといわれますが、このレベルではまず同一化が必要です。いわゆる発達障害と言われる子ども達について、私は、障害とは思っていないです。人間は皆さまざまあり方がありますから、どういうあり方であってもそこに可能性があるということです。そこでしっかりと関わる人がいれば、当然、親御さんだって関わってこられたでしょうが、難しい場合は、専門家が関わっていくことで言葉という象徴化の次元が生じてきます。

この象徴化が先に述べた4つのあり方においてなされていくプロセスこそ心理療法であると思います。

II. 心理療法のプロセス（30年以上の面接過程の体験を踏まえて）

私はこの仕事につきまして、心理療法でかなりのことができるとは思っていましたが、本当にそうなのか、自分が体験していないからわかりませんでした。しかし、専門家としてわからないでは済まされないで、本当にそうなのかということを経験すべきだと思ってやってきました。そこまでやりたいと思っています。ですから、かなり長いケースをやってきました。本当に変わられるんですねクライアントさんって。毎週しっかり会って、365日あるなら、なんとか〈夏休みは一回ください〉と、ものすごい交渉をして休みをもらって、それ以外は毎週面接して長い間続けると良くなっていきます。

院生さん達が皆これをしてしましたら、自分の人生を生きられませんか、それをしろということではありませんが、そうなんだということがわかって、自分はどこまでできるのか、どこまでしかできないのか、ということの思いながら、しっかりと面接を週に一回はする。週に一回と月に一回あるいは2週に一回ではやはり進み具合が違ってきます。子どもは早いですよね。臨床心理士養成大学院の附属相談室では、大学院生は毎週子どものプレイセラピーをしています。外の臨床の場ではなかなかそうはできません。医療機関等の外来では、困難なようです。どうすればどうなるかわかった上で、ここまでしかできないと言うことなら仕方ないです。現実には厳しいですから、許される範囲ですることになり、大丈夫な状態ならば、回数を減らすこともあり得ます。しかし、私たちの方から引いてはいけないと思います。

そのような私自身の体験から心理療法のプロセスということで次に話をさせていただきます。これ自体は先ほどご紹介いただきました著書の中に再掲という形で載せさせていただいています。最初は心理臨床大事典（培風館）の初版に書きました。改訂版が比較的最近出ています。書いたのはかなり前ですので、私の体験もかなり前のものです。この時には、ここまで言えるだろうと思って書きましたが、今もこれは間違っていないと思っております。30年以上の面接体験を踏まえてと言うことで、一応4段階に分けて説明します。

〈第1段階〉苦しみを取り除いてくれる存在を求め

て来談（非対称な関係）、不安と期待

「主訴」に耳を傾ける、Thはどう見ているか等の不安、共感的態度（Thは全てを理解してくれる存在と見なす萌芽）、面接の枠の慎重な決定がその後の過程にとって重要

⇒自らについて表現して行く過程、自分が心理療法の担い手と実感

第1段階からお話します。クライアントが来られるということは、医者と同じで、治してくれる医者だからそこへ行くんですね。治してくれないヤブ医者の所は行きません。当然我々も専門家としてみられているから、来られるのです。ここへ来ればなんか良くなりそう、よくわからないけどそんな気がすると思ってこられるわけです。苦しみを取り除いてくれる存在を求めて来られて、「ちょっと来てみたら良さそう」と、思って続けてこられる。色々な困難や不安を持って、それをよくしてくださいと思ってこられる。

ですから関係は非対称な関係。専門家と非専門家。専門家とクライアントという、良くする・良くしてもらう非対称な関係です。私たちは対等だと思っていますが、来談者はそうは思っておられません。対等だったら来られません。知り合いと話していた方が楽ですし、無料ですし、来られません。お金を払って、時間を使って来られます。その時にはすごい期待と不安があるんですね。色々な所にきつと行かれているでしょうし、同じような話をしているけれども、良くならなくて、「もうここへ行くしかない」といって最後の所として来られます。ものすごい大きな期待があります。同時に、ものすごい不安、期待の裏返しの不安を持ちながら来られます。私たちはこうして来られた方々の初回面接をするんですね。

私は、インテーク面接というより、初回面接という言葉の方が好きなので、初回面接と言います。インテーク面接というのはインテーク、来談者を受け入れるかどうかの判断という意味合いがあります。とくに公的な機関でのインテークではそうです。しかし、来談者（クライアント）の方が判断するんです。我々をみてここへ来て良いことないなと思ったらやめていかれます。大事なことは両方でお会いするという初回面接がしっかりとされることだと思っています。そして最初に大事なことは主訴に耳を傾けることです。こういうことで苦しんでいるんで

す。不登校で困っているんです。親がそう言って来られます。子どもは友達との関係とか色々なことを言って来られます。その主訴は無意識の心の中の根本の深いところの問題と違います。意識的なレベルのところですから、すべてこの主訴が良くなったら良いという問題ではありません。これは単なる入り口ですけど、入り口がやっぱり大事です。ここをしっかりと聴きします。

事例の話をして。先ほどのクライアントのように、こんなこと言ったら異常だと思って入院させられるんじゃないかとか言われる方がいます。セラピストが自分を変な人間と思っているんじゃないかと不安に思われるのです。黙って聴いていますと、セラピストが何を考えているかわからないとクライアントは思われますので、共感的態度ってということが大事になるのです。しかし、共感的態度ってというのも曲者なのですが、それは、クライアントが安心して話せるような態度を私たちが持つと言うことですよね。共感していると「ああ、わかってくださったんだ」って思われます。そうすると、この先生は何でも自分のことをわかって理解してくださっているんだと思われます。その萌芽をここで作っているんです。共感は大変です。それで100パーセントOKと思っている人が多いと思いますが、そうではありません。ここで危険なことを私たちはしているんです。

本当に共感できるでしょうか？ひたすら聴いていると共感されていると思われます。クライアントの色んなところを深く理解することは必要ですし、事例を踏まえて体験を踏まえてそこで起こっている事をしっかりと把握する作業を繰り返しやっていたら共感に近づくことは可能だと思いますが、本当の意味での共感、なかなか困難です。Rogers, C.R.はもっと深い意味で言ったのですが、共感できたとしても、そこに危険が潜んでいる。この点については、後に述べます。

ここで話をしっかりと聴いた上で、面接をどういう構造にするか、時間・空間、間隔をどうするか、週1回にするか、1時間で良いのか決めます。私はだいたい55分です。50分はなんか足りないような気がします。次の面接が始まるまでに5分間は必要なので、55分です。Freud, S.も55分です。Freud, S.の真似をしたわけではなく、偶然です。50分は少し足りないような気がしています。1時間20分面接しているケースもあります。1時間20分で何年も続けて

います。その人のあり方によって、時間や間隔を決める。これを決める判断を初回面接でしないといけないのです。ものすごく大変な人は、月に1回では、その途中で自殺をされるかもわかりません。いろんなことが起こってくる。本人も不安になります。毎週お会いしましょうとしっかり伝えたいです。こっちの土俵に乗ってもらわないと専門的な仕事はできません。向こうももっと会ってくださいとか言われます。毎日会って欲しいとか色々言われます、増やすにしろ減らすにしろ、しっかり話し合いをするということが重要です。このようなことは途中で起こってきますから、最初にまず、時間と場所を明確に決めます。外で会うなんていうことは通常はありませんが、絶対ないとはいえません。こうした枠をどのように決定していくか。一方的に決めるんじゃなくて、二人で決めて行きます。向こうにも理解していただきます。

二人で決めて、話をしっかりとされていくとですね、自分が話をしていく過程って言うのをその人なりに体験される。セラピストが聴いて、受け止めると、「自分がやっているんだ」との思いをクライアント自身が持たれます。4、5回まででこういった思いを持たれる。セラピストが聴いてくれるから自分がどこまでやれるかわかる気がする。凝り固まっていた所に新しい風が入ってくるような気がする等と感じて、自分が語ることの重要性に気付かれます。自分がやっているとの思いを持つことができるのです。

〈第2段階〉 転移治療 (非対称性の上に成立した相互性)、無意識の次元に触れた、
良いC1になる・否定的な側面が語れない、主訴の軽快による終結の虞 (特に子ども)、
主訴等の軽快を意識が把握 ⇒ 無意識に先導された心理療法へ

次いで第2段階ですが、転移治療といわれる状態も起こってきます。子どもでも大人でも、この時期に症状がかなり軽減するということが起こってきます。乱暴だった子どももプレイセラピーをすると、学校や家での乱暴が減るようになります。「もう良くなりました」と親御さんが言われて、「ありがとうございます」と終わってしまうこともなきにしもあらずです。しかし、これは、非対称性の上に成立した相互性から生じてきたものであることを認識しておく必要があります。先ほど申しましたように、

心理療法は非対称の関係から始まります。非対称の関係じゃないと始まりません。こうして始まって、セラピストは何でもわかってくれと、何でも理解してくれと、自分以上に自分のことを理解してくれると思うような相互性があるって楽になるんですね。主訴も消えるのですが、ここでやめてしまったら元に戻ってしまう可能性があります。第2段階は、まさに次の歩みがなされる段階です。

しかし、こんな風に良くなって主訴が消えるっていうことは不思議なことです。意識的な努力では良くならないから何とかしようと思って来談されるのですが、話をしていると楽になったり、主訴が軽減したりします。それは、その人の無意識の次元に触れたと言うことです。他方、長く面接されているが、全くクライアントの状態も変わらないで、唯々続いている場合もあるように思います。その場合、無意識に触れていないように思われます。何らかの理由で来るだけは来られているが、その人の中核には触れていない面接になっている。こういうことがありますから、無意識の次元に触れたということはあるがたいことです。

ここで注意をしておくことが生じます。クライアントは主訴が軽減すると、「こんな風に良くなりました」と色々報告されます。すると、こっちもつい喜んでしまって、顔もほころびます。そうしますとクライアントは、再び状態が悪くなった時に、またこうなりましたと、セラピストに悪いことが言えなくなります。注意を要するのが、良いクライアントになり続けていくということです。そうではなくて否定的な側面も安心して語られるように私たちは聴いていきます。時にクライアントが文句を言われるなどします。それはありがたいことだと喜んで私たちは受け取らないといけませんが、傷つきますよね。でも、率直にクライアントから言ってもらえることが大事です。こうして、何を言っても良いんだと言う安心した関係になっていきます。

先ほど申しましたように、とくに子どもの場合、主訴が軽減したことで終結になってしまうことがないように、親御さんに今良くなっていることの意味を丁寧に伝えないと、お礼だけ言われて帰って行くということが起こります。何が起きているのかという事を私たちは常に把握していなといけなく。一回一回の面接で生じてきたことを常に考えていることが大事になります。

しかし、無意識の次元に触れたと同時に、主訴が

軽減したことを意識が把握していることも重要です。無意識だけじゃなくて、意識も把握している。ここが大事なんですね。それは、これから先もっと苦しい道に行くことになるからです。その過程において、あの時良くなったという感覚や良くなった時があったことを意識がしっかり知っている。この体験が大事なんですね。主訴の軽減を意識が把握している事によって、さらに進んで困難な状態になったとしても、この道を進んで、もっと苦しいことになってもそこを乗り越えようとしてされる。真っ直ぐ良くなっていくというのはあり得ないのです。悪くなれば色々な状態が出てくるわけですが、当然の道なのです。悪くなるのも必要な道なんです。お母さん方は子どもが悪くなったと言いますが、当然悪くもなるんです。良い子が悪い子になるんです。それで初めていわば普通の子になるんです。その人の能力をしっかりと発揮した生き方ができる様になるわけで、良いことだけが起こってくる訳では絶対ありません。

ここから無意識に先導された心理療法が始まっていきます。ここで症状が取れて良くなってきたから、例えば、新聞配達でもしたらとか、現実的な助言をしたりしてしまうかもしれません。しかし、そうじゃなくて、クライアントは今まで話したことで十分話ししたと、もうなにも話すことはありませんという状態にここではなってくるんですが、そこから先も話をさせていただくというわけです。話す事がなくなってきて、現実的にこうされたらどうですか、ああされたらどうですかと、セラピストが助言することになると、折角ここまで積み上げてきた無意識の道が途絶えてしまって、元の木阿弥になってしまいます。ですからそこで、さらにそんな良い状態だけではあり得ないということを十分に認識しておくことが大事になってきます。

〈第3段階〉文字通りの相互性希求（転移：全て知を持つと想定された主体、元型的布置）

受け入れ難い観念に出会う（影の同化《Jung, C.G.》・根源的抑圧過程の訂正《Freud, S.》）

2つの道（自らとの対話へvs文字通りの相互性希求へ）、後者⇒親への怒り、死の欲動、

Thとの合一希求、言語の壁、生きる根拠をThに、二人の関係の非対称性の気づき、合一を許さないThへの怒り、行動化、⇒初期から重視された枠の守りの意義

第3段階では、クライアントはセラピストに向けて自分の心の深奥をさらに語り続けます。夢や箱庭によってこの作業を行うクライアント、また、症状に伴う辛さや生きて行く苦しさを語り続けるクライアントもいます。

先ほど、非対称性の上に成立した相互性のなかでクライアントの状態が良くなると申しましたが、この第3段階では文字通りの相互性が求められます。クライアントは、よく考えたら自分はセラピストに色々な事を話しているけれども、セラピストのことを自分は何にも知らないとの思いが起こってきます。非対称性の中の相互性ではなく、本当の相互性、セラピストと一体にもなるような相互性を求めることが生じて参ります。

この時期には転移が強くなってきます。転移という現象を発見したのはFreud, S.ですが、Lacan, J.はこの転移においてセラピストは「全ての知を持つと想定された主体」と表現しています。全てがわかっていると想定された主体がセラピストであるということです。先に、セラピストによる共感、クライアントに、私のことをすべてわかっているという思いを起させるということを申しましたが、ここで本格的にそれが求められてくるようになってきます。また、Jung, C.G.は元型的布置と表現しています。臨床家の先人は、皆、転移について考えてきたのです。

ここの語り続けて行きますと、楽になるだけではなく、受け入れがたい自分の中の嫌な観念にも出会っていきます。こうしてFreud, S.によれば、根源的抑圧過程の訂正が起こってくる。また、Jung, C.G.は影の同化と言っています。自分の無意識のところを押さえ込んでいた知りたくない部分や罪悪感を喚起してくる自分の中の嫌な面に出会っていく。これは辛いです。先ほどのお年寄りの話の場合ですけど、お年寄りも、自分がお嫁さんのお母さんをそんな風に思っていたということが分かって、それによって化け物が出て来なくなって楽にはなったのだけど、嬉しくはなかったでしょうね。辛いだろうなどは思います。そういうことが起こってくるのです。

ここで大きく道は二つに分かれると思います。その道を「後は自分でやっていく」という人と、「まだ辛いから文字通りの相互性を求める」人がいます。境界例と言われた方達は後者になるでしょう。多くの方は前者で終わっていきます。セラピストが内在化

されて、セラピストが眼前にいらなくても、セラピストと対話するように自らと対話する形になって終わっていく。

他方、難しいのが、文字通りの相互性を希求される方です。非常に困難なものを抱えておられる方です。この後者の方は、話しているうちにそれまでは親のことはなんとも思っていなかったとか、私が怒っているのは兄弟に対してで、親には何も思っていないし、いい親だって言っていたが、親への怒りに出会っていくわけです。これは辛いことです。なぜかという、私たちの生きる根底は親によって支えられているからです。子どもとか青年期だと余計にそうです。親に怒りを感じるというのは、本当に辛いことで、色々な攻撃などが親になされますが、親だけでなく、セラピストになされるようになります。

親が受け止めてくれないことをセラピストに求めます。セラピストに、これだけ大変なんだから、苦しいんだから、死にそうなんだから、自分と一体になって守って欲しいという合一希求が出てきます。外でも会って欲しい。家に帰りません。面接室から出ません。ここに泊まります、と。しかし、セラピストはそれを許さない。それに対して怒りが出る。これだけ苦しいのにわかってくれない訳ですから。ただ一体になりたいだけです。それをLacan, J.は、言語では語れない次元に触れると言っています。生きる根拠をセラピストに求めようとするんですね。しかし、先に申しましたように二人の関係は相互性のように思っていたけれども、全く違う、セラピストのこと何も知らない、対等ではないということに気付いて、ものすごい怒りが生じてきます。あるいは行動化も起こってきます。

これが転移から起こってくる行動化です。難しいところですね。ここで、重視された枠の守りの意味が出てきます。向こうの言うなりに「会いますよ」と色々変動していると、毎日でも会って欲しくなれます。そうすると、しっかりとした枠の中で守られているという感覚がなくなる。粛々と枠を守るということをしていないと枠が揺れます。とくに最初にこっちの都合で時間変更するなどしていたら、「先生も変えた」ということになります。事例検討してしましたら、セラピストが休んだら、その次にクライアントも休むような過程があったりしますが、セラピストはなかなか気がつかないんですね。面接を定期的にしっかりと守るかと言うことが我々の生命線になってきます。これは大変重要な点です。

〈第4段階〉相互性を求めるCIにどのようにして象徴的次元がもたらされるか

正統な求め、しかし「そのものとしては」実現され得ない、転移はThの欲望を巡って生じる (Lacan, J.)、生の根拠をThに求め、Thの欲望の対象になる = Thは欲望する存在、Thの欠如に出会う
⇒ 象徴的次元における人間相互の他者性

では、第4段階をどうやり遂げるかです。面接が長期になりますと、職場が代わったりしながら面接ということにもなりますが、こうした状態でクライアントの面接を続けることはなかなか困難です。例えば、大学教員になった時には、入試や年間の行事について教務の方と相談し、毎週の面接時間を確保しました。他領域の教員に「クライアントの面接をするからこうしてください」なんて言えないです。こうした現実の中で、私たちはいかにクライアントとの面接を守れるかということです。教員の先生方、大変だと思います。

これらをやり遂げていくと何が起るか、それが第4段階です。相互性をクライアントは求めますから、不平等だということです。自分はセラピストのことを何にも知らない、面接以外には会ってくれない。本当に私のことを思ってくれているのか？と言うことですね。そういうクライアントにどのように象徴的次元がもたらされるかと言うことなのです。

彼らの求めは正統なものです。正統というのは、正しいとか、正しくないとかを超えて、人間として根本的に求めることだという意味です。そのことを十分に認識した上で、しかし、その求めはそのものとしては実現されない。「そのものとしては」というのはFreud, S.の言っていることなのですが、過去の乳児期・幼児期はそのものとしてはもうない。乳幼児期に色んな事があって、クライアントが大変だったということはわかります。過去において、彼らが求める様に本当の意味での守りや安定感が与えられなかった。ですから、「先生、与えてください」と言われている訳です。親御さんが悪いとかそういうことではなくて、親御さんも大変だった。代々大変だった。どこまで遡ったらいいかわからないくらいです。もちろん彼らにとっては正統な求めで、彼らの言う通りなんだけれども、それは、今や「そのものとしては」実現されない。このことをいかに認識していただき、体験していただくか、納得していただくかです。

これについてLacan, J.が重要なことを言っています。転移はセラピストの欲望を巡って生じると。セラピストはクライアントに欲望を持ってはいけなと思います。一方、クライアントは、子どもが親に認めてもらいたいと思うのと同じように、セラピストに認められたいと思うのです。セラピストの役に立ちたい。認めもらうためにセラピストの欲望は何かということを探るんです。それゆえ、セラピストの個人的な事を聞いて来られるようになります。長年会っているとだいたいわかってしまいます。セラピストの欲望を満たすような存在になれば、対等になるとか、認めてもらえるとかといった思いが生じ、欲望の対象になろうとされることが起こってきます。例えば、「セラピストも年を取るだろう。そうなったら、僕が面倒見てあげる」とか、「先生も色々悩みがあるでしょう。私が聴いてあげる」と、私の役に立つことができる話をされます。

ここで何が起っているか。クライアントは、セラピストを完全な人間だと思っている。全てを持っている人間だ、神様だ、観音様だと思っている。部屋に箱庭の観音様が置かれていて、面接は週に一回なので、家にこれがあれば安心できるから持って帰りたいと言われ、私がそれを断ると、わかってもらえないと言って、非常に怒って、何ヶ月も持って帰る、持って帰らないで、やり合った事があります。私は自分を観音様だなんてとても思えないですが、観音様になるんですね。そういう観音様に欲望があるってことは、足りない物があるってことです。このことに気がつかざるを得ません。年取って誰も面倒見てくれなくてどうするんだとか、それなりに適切な足りないものを見つけ出されるのです。

こうして、「先生も普通の人間だと思わないと仕方がなくなった」と、クライアントが言われます。こっちは、しっかりと枠を守って、要求に安易に応えないで話し合います。何時間、何回にも渡って話し合います。外に聞こえて恥ずかしいと思うほどに怒り始める事もあります。カウンセリングってずっと共感的に話していると一般の方は思っておられますが、そうではありません。こうして、否応なく、セラピストの欠如に出会われます。そして、自分の親も仕方がなかったんだと認識されます。理解が深まるのですね。

要求を満たすようなものを介在するのではなくて、ものによって満たすんじゃなくて、象徴的な次元に

おける人間の他者性を認識していく。この第4段階は、先ほど申しましたように、ここでさらに現実場面でどういう風に生きていかれるかということですが、この作業を深めて行かれます。当初は、もっと面接を増やして欲しい、時間を増やして欲しい等と色々言われていた人が、面接時間を守られるようになられますね。また、医師に山ほど薬を飲まされていた人がいますが—お医者さんすいません、おられたらごめんなさい—、薬を出すということは、要求に応えるということです。これは、クライアントが、「お願いですから、もっと薬を出してください」って言うので、どんどん増えていったのだと思います。私たち臨床心理士は薬を出さなくて良いのは本当にありがたいことだと思います。しかも医師は短い時間で診察しようと思ったら、増やすのは仕方がないでしょう。薬がどんどん増えて、状態も悪くなっていく。

しかし、面接を続けると薬を飲まなくてもよいようになられます。過去には自殺未遂を何回もしておられた方ですが、日常生活も変わって、朝早く起きて、ゴミも出して、お料理も自分でできるようになります。一日何もしないでいた人がです。持っている力がある方だから、逆に症状と言われるものが起こってきたのです。本当の意味で軽快していくと、薬で押さえ込むのではなくて、その人の力を使ってやっつけていきます。

全ての人があまくいくとは言えませんが、顔つきが変わって、身体つきが違ってきます。医師には、できるだけ薬を使わずにすむよう、臨床心理士の方にケースを依頼していただきたいと思います。私たちが薬を使えないことは、心理の専門家としてありがたいことです。薬を使わざるを得ない仕事をされている精神科の先生は気の毒です。子どもにも薬が使われたりしています。薬の不満は、医者に言いにくいようで、眠くなるとか、私に相談されます。その場合、私は、〈良くなっているから、薬が効き過ぎているようだ〉と、お医者さんに相談するように言います。そうしたら、医師は、減らしてください。クライアントは、自分では言えない。医師は時間がなくてクライアントの状態を把握できないようです。時には「眠たいなら、もっと出しましょう」と言われる医師もいる。

私たちはプロセスをしっかりと理解する必要があります。クライアントが今どの状態にあるか。これが2番目で言いたいことです。ただ漫然と会っ

ているのではなくてです。クライアントは色んな体験をして変化されていく。そこでは、二人の間に何が起きているのか把握して面接ができると良いと思っております。これが2番目の心理療法のプロセスとして話させていただいたことですが、それは1にも関わっていると思います。

■ 質疑応答

何かご質問ございますでしょうか？

質問者A：象徴化の所で言われている言葉は、先生の言われている第4段階の人間関係の相互性と言うところすごく関係していると思うんですね。つまり何を言いたいかと言うと、言葉を発すれば象徴化というわけではないと思うんですけども、象徴化というところのニュアンスをもう少し教えていただきたいなと思っております。

伊藤先生：その辺を詳しく話すと長くなるので端折った所ではありますね。

象徴化のところで、資料に「発話者としての私の生成」と記載していますが、この「私」というのは主語なんですよ。自己や主体と書いていません。「私は何なのか」と言うときに、「私は～です」という「主語として発話する私」が心理療法としてすごく大事です。先ほど申しましたように、自閉症などの子どもは言葉自体が話せない場合があります。言葉は象徴の始まりであるとは思っていますが、そのような子どもにおいても心理療法の場で「言葉を発する私」が生じます。そこで語られるものが象徴的な次元での言葉です。それは、もの的な要求を満たすのではなくて、言葉で語られる次元です。このプロセスの3段階ではセラピストの存在を自分のものにしたい、一体になりたいと、ものに対する要求が満たされることを求めているのですが、しかし、第4段階のプロセスを経て、象徴的な次元で他者としてのセラピストを理解するに至り、言葉で表現することが可能になっていく。

質問者A：難しい所だと思います。単純にとらえると、欠如ってところに出会ったときにそれを

代用するってまでではないと思うんですけど、そこを埋め合わせるものとして、そこに言葉が生まれるって言うことが基本的な理解としてとらえてもいいなあと言う風にイメージしていますが。

伊藤先生：そのようにも言えますが、ちょっと違います。たとえば、精神病圏の子どもは、親の欠如を満たすために親の欲望の対象になることがあると考えられています。その場合、子どもは主体としての発話者にはなれないですが、心理療法において、発話者としての私が生じたら、その言葉は象徴的な次元のものになってくると思います。

質問者B：二つお聞きしたいんですけど、一つは、『なぜかわからないけど良くなった』というのは悪いことですか？もう一つはクライアントが来談するようにクライアントの欲望を満たす、そのような見方というのはありなんでしょうか？

伊藤先生：「なぜか良くなった」では、だめなのか？ということですか？

質問者B：セラピストが、クライアントが良くなった過程を理解していないとダメなのかということですか？

伊藤先生：初めは、それで良いと思うんです。そこには二人の間で何かが起こっているのですが、それがわからないということでしょう。そのクライアントにとってはそれで良いですよ。そんなに長くなくて、よくわかんないけど良くなったというのは、プレイセラピーなどでは、結構ありますよね。それはそれでいいけれども、それだけしかできない。もっと難しいクライアントが来たとき、それではすまされない。

なぜかわからないけど良くなった人は、先にお話した二つの道の前者のように、その後、自分でさらにやって行かれるんでしょう。しかし、そうでない人がいる。絶対にセラピストから離れない、自分でやっていけない、そういう人がいるから、Freud, S.やJung, C.G.は転移とか象徴化とかということを考えてたわけですね。ですから、状態像によっては、なぜかわか

らないけど良くなれたという人はいると思いますが、でもそこで何が起こったのかということ、私たちは専門家として、そのクライアントのプロセスから学ばせていただく事によって、そこに当てはまらないもっと難しい人が来たときもお会いし続けることができるのではないのでしょうか。4段階のプロセスでは、もっと難しいクライアントを想定している訳です。

多くの方は自らとの対話の方に行かれると思います。でも、1980年代ごろ、境界例がものすごく増えたときは、みんな振り回された。お医者さんも、患者さんも、傷ついたり亡くなれたり、心理の方もそうだったんです。対応できなかったのです。こういう難しい方の事を考えていかなければいけないんですね。質問はもう一つありましたね。

質問者B：クライアントが継続して来てくれるように、クライアントの欲望をセラピストが満たすようなあり方っていうのはありなのか。

伊藤先生：その欲望って、要求みたいなものですよ。満たさないですね。そのご質問の意図は？大事なテーマですが、どう思われますか？

質問者B：第4段階のところで、セラピストの欲望をクライアントが満たそうとするって言うお話もあって、それで第1段階の段階で、クライアントがセラピストを査定するって話もされて、こういう場合にセラピストがクライアントを査定して、クライアントが継続してくれるように、そういうところを対応するのかなという風に思いました。

伊藤先生：最初の段階でクライアントの要求をどうするかということですよ。クライアントからのこうしてください、ああしてくださいと言う要求を満たすかということですよ。

質問者B：継続中においても、継続してクライアントがこられる事が必要と思ったときにどうするか。

伊藤先生：ああ、大事なことですよ。こうしない

とこの人は来なくなる、そういう場合にどうするか。例えば、先生が外で会ってくれないともう来ません、私は本当に苦しいのに会ってくれないと自殺しますよと言われた時、どうするかということですよ。それに応じることの危険性も十分わかってから、二人ですり合わせるといことですよ。「今ホテルにきています。今から死のうと思っています。」と電話が来たときに、私は〈そうですか〉とだけ言って、電話を切った場合もあります。二人の関係性ができていると判断したからです。しかし、全て聞かないというわけではありません。次、大変なことが起こるかどうか。また、そこは引き受ける覚悟で聞くか。ものすごく電話かかってくる人がありますね。しかし、「電話ダメです」と言えるかどうか。自殺未遂されているような場合、それを断れないですね。どこまでこの電話を聞き続ける事ができるか、何年やれるか。10年はやれると思ったからやりました。断ればいいってもんじゃないんですね。断って向こうが来なくなった位ならいいですけど、自殺されたら、死なれたら困ります。ただ、それを引き受けたら100倍位こっちが大変なんです。自分の全ての仕事を考えてどこまでできるか覚悟して引き受けます。かなり引き受けてきました。すごい大事なことを質問いただいて、つい自分のことを喋ってしまいました。ありがとうございました。

質問者B：ありがとうございました。

質問者C：今のプロセスと言うことなんですけど、全員サイコセラピーを受けた人がこのプロセスをたどるといことが理想というわけではないわけですよ。

伊藤先生：理想というわけではなくて、こういうプロセスをたどる人が多いのではないかと私が思っていることです。

質問者C：困難な事例というのは難しい人の場合を考えればよいのでしょうか。というのは、例えば第二段階で面接の場を去っていくこともありますよね。これはこの子たちがまたくるかというところということでは

なくて、また学校だとかほかの文化の中で、結構うまくやっていて、すごく問題なくやれている。そうするとこちらとしては色々課題も見えているわけで、やれなかった感というか、ちょっと見捨てられた感って言うのがある。その子どもを見ると結構やれているんじゃないかと。そこであんまり深追いするのはどういものなのかというのっていうのがあります。段階っていうと、そのプロセスを踏むともう戻らないというようなステージのような印象をうけるんですけど、結構第4段階でクリアしたかなと思うとばつと暴れて、またクリアしたかなと思うとまたばつとということを結構繰り返している人も多んじゃないかと思うんです。確かに頻度なんかは減ってきて、適応度は上がっているんだけど、ずっと綺麗に行く人はそんなにいないんじゃないかと思うんです。その辺は、先生はどう思われていらっしゃるかと。

伊藤先生：その通りだと思います。層構造みたいな感じで、全ての段階を行ったり来たりする。難しい事例はこうなっているのかなという体験であって、順番に行くのではないということだと思います。

それから、子どもの場合に、良くなっていても、子どもに聞くと、「また来たい」って言う。しかし、本当に子どもが良くなったら、もういいって言います。親からすると良くなったからいいということだけど、子どもにしっかり聞くと「来たい」と言われる場合が結構あるように思います。

質問者C：子どもで結構どっちでもいいとか言うことがありますよね。子どもだとどっちでも良いいって言う人いますよね。じゃあいいかなと言う風に。本当は来たいんじゃないかと思いたいんですけど。

伊藤先生：親の思いを汲んで「もういい」とか言ったりする場合がありますね。また、子どもの場合だと、先生がおっしゃったように、社会的な場面でうまくいく場合もありますし、後にまた来るようになる場合もあります。まあ、無理矢理ではない方

が良いことは確かです。しかし、こちらは、子どものプレイの経過を把握して判断し、また来る場合の備えもしておくことは大事ですね。

質問者C：ありがとうございました。

伊藤先生：ありがとうございます。

*本稿は、平成29年2月26日に新潟青陵大学にて開催された平成28年度新潟県臨床心理士会第3回定例研修会の講演録を、伊藤良子先生の許可を得て掲載したものです。掲載にあたっては、一部修正した箇所があります。