

精神分析的心理療法はなぜ自閉症スペクトラム障害に対して有効でないか

多 田 昌 代*

I はじめに

もうずいぶん前のことであるが、「教育臨床に長くいる人や育児経験のある人は精神分析がうまくならない」という趣旨の主張を読んだことがある。誰の言葉だったのかももう定かではないが、高名な精神分析家だったと思う。その頃、筆者にとって教育相談はとても大事な仕事であったし、何より子どもがまだ小さかった。このままでは精神分析がうまくならないのか。精神分析がうまくなると、教育相談や育児が下手になるのだろうか。確かに教育的・養育的態度と精神分析的態度には相容れない部分が存在するだろう。筆者はその後も精神分析の勉強を続けてはきたものの、この相容れない部分についてずっと警戒心を持っていたように思う。

時が流れ、精神分析は世界的には衰退の方向にあると聞く。とりわけ自閉症スペクトラム障害（以降ASDと略す）の臨床では、Wingをはじめ著名な児童精神科医が精神分析に対し否定的である。Wing (1996/1998) は「複雑な言語の発達と、象徴的思考を内省し理解する能力を前提とする心理療法テクニックは、とくに不適切です。療法士から与えられる解釈は、自閉性障害をもつ人たちを混乱させ、彼らにとっぴな考えを植えつけかねず、彼らは最も不適切な場面でこの考えをしゃべります。遊戯療法も同様に、想像力の発達に障害をもつ子どもにとっては無意味です。」と強い調子で述べている。こうした主張を連ねて並べることはしないが、精神分析家である生地 (2012) も、「精神分析でよく用いられる方法は、目に見えない現象を認識するのが苦手な『自閉症スペクトラム』の人たちにとっては、運動が苦手な人がアクロバットをさせられるようなものかもしれない。」と述べている。実際、精神分析学会に参加すると、ASDとわからずに心理療法を行い、長期間面接を続けるも効果が見られない（場合によってはさらに不幸になっているように思われる）事例に出会うことがある。発表者は皆、熱意があり誠実に仕事をしていたが、そうした人が真摯に精神分析的な心理療法を試みてうまくいかないものであるから、やはり精神分析はASDには適用ではないだろう。筆者はそう思っているが、精神分析的志向をもつセラピストの中にはこうした批判や成果の出にくさに負けず、熱心に取り組んでいる者も少なくないようである。

ここまで精神分析と呼んでいるが、実際日本で行われているものの多くは週1、2回程度の精神分析的な心理療法と呼ばれるものであるので^{注1)}、ここでの検討の対象はそうした現実に合わせて

* 京都大学学生総合支援センター カウンセリングルーム

精神分析的心理療法である。精神分析的心理療法は精神分析をより一般に受け入れられる形にしたものと言えるので、精神分析的心理療法で効果がないと言えるなら、精神分析ではなおさらそうであるとも言える。

精神分析的心理療法は、果たしてASDの臨床において有効なのだろうか？ この問題にはっきりと答を出すことはたやすいことではない。RCT^{注2)}のような厳密な方法で証明しようとする研究はハードルが高すぎて、おそらく何年待っても出てこないだろう。馬場（2008）が憂えているような日本の精神分析の現状は変わらない。せめて事例研究という従来どおりの形であっても、説得的に効果を示すことは可能であるはずだが、精神分析系の論文は良くも悪くも主観を軸に展開されており、素のやりとりがほとんどわからないような構成になっている。またASDは治らないと言われているためか、改善した点を明確に示さなくても良いと考えているのだろうかと思うような報告もある。これでは精神分析ワールド以外の人は事例論文を読む気にならないし、効果があつたと納得することはないだろう。

本稿では、精神分析的な心理療法はなぜASDに対して有効でないかを論じていきたいと考えている。このような身の丈に合わない、大きなテーマを選んだ理由は二つある。一つには、多田（2010）において棚上げにしていた問題であるからである。もう一つは、おそらく精神分析ワールドの内部の人はこうした議論を公にはしないし、外部の人は論じられるほど知識を持たない、あるいはそうしたいというモチベーションを持たないので、誰も書かないだろうと思われるからである。筆者のように精神分析ワールドの内と外を行ったり来たりする者にしか見えない精神分析の問題というものがあるように感じている。書き始めるときはいつも森の中に入っていくような先の見えなさを感じるのだが、今回は特にそうした感覚が強い。書ききることができるのだろうか。ともかく始めてみることにする。

II 精神分析的自閉症理論

II-1 KleinとBettelheim

精神分析において、Klein（1930/1983）のディックの症例はASDの最初の臨床例として知られている。だがこれはKannerやAspergarによる自閉症の発見よりも前であったため、児童期に発症した精神分裂病として理解され、クライン流の解釈が投与されている。今の知識から見ると明らかに的外れな解釈であるが、ディックが改善を見せたことは本当らしく、福本（1996、2013）はクラインの解釈以外の関わりの中での治療的な意味について論じている。

Bettelheimは、自閉症は親の養育態度の問題のために心を閉ざした状態であると考えて、家庭環境および母親から隔離した、施設収容での治療を試みていたが、強い批判を浴びて現在ではまったく否定されている。杉山（2001）はBettelheimが治療なのかと思うような絶対受容の施設治療を試み、しかも高い治療成績を上げていたことが謎であると述べ、「ベッテルハイムの実践は、週に一回一時間といった限られた働きかけではない。二四時間の絶対受容である。その結果、極端な

情報の制限が実践されたのではないだろうか。つまり絶対受容を行う過程で、究極の構造化を偶然に行ってしまったのである。このような情報が著しく制限されたなかで、目の前の人の出す情報に焦点を結ぶという状況が作られたのではないだろうか。」と述べている。

言っていることとやっていることが違うということはよくあるし、やっていることの意味が説明の通りであるという保証はない。両者とも現在の知識から考えるとまったく間違った理論化をしているが、その臨床が間違っていたかどうかは別に考える必要があるだろう。どう思っ関わったかよりも、関わりのリアルな部分がどうだったかが重要であることを示してくれる良い例であろう。

Ⅱ－２ Tustinの『早すぎた身体的分離』

Tustinの仕事の意義については論じたことがある（多田，2012）。邦訳されている彼女の著書（Tustin, 1972/2005）には「今日的には正しくない自閉症の理解が含まれている」（辻井，2005）が、彼女の発見がその後の研究者にたくさんのインスピレーションを与えているのは事実であるし、筆者自身この論文を書くことは楽しい経験であった。彼女の自閉症論の重要な概念は『自閉対象』と『身体的分離』である。『自閉対象』の含蓄については検討しなかったが、移行対象や自閉的ファンタジーといった重要な概念とも関連があり、現代でも重要な概念と言えるだろう。

『身体的分離』についてはやや問題がある。Tustin（1994）は自閉症は外傷に対する反応であり、２段階の病であるとしている。まず母親と一体であると強く感じている段階があつて（dual unityあるいはat-oneness）、次にそこに隙間ができ、母親からの身体的分離を認知することによって破局的に感じられる段階があり、それが外傷となるとするものである。しかし自閉症は心的外傷によって後天的につくられるものではないので、現代の知識からすればこれは明らかに誤りである。

木部（2012）はTustinのこの概念について「出産をトラウマとを感じる子どもの特異的な過敏性が基盤にあるということである。自閉スペクトラム障害児は自らの身体の一部、あるいは母親の胎内の喪失・分離という対象喪失に基づくものであり、その結果、こうした自閉スペクトラム障害の子供たちが母子一体化空想にしばしば耽り、他者への認識が脆弱になることが結論される。」と論じている。出産外傷のテーマは確かにASDの子どもの遊びに現れることがあり、その経験にこだわりやすいという傾向はあるだろうが、定型発達の子どもの遊びにも現れる。果たして特異的とまで言ってよいのだろうか。Winnicott（1949/1990）は誕生遊びの重要性を扱った論文において、これは記憶痕跡の行動化であり、こうした場合に重要なのは直接的な出生外傷の観点からの解釈ではなく受け入れることとしている。木部は積極的に解釈しているようであり、母親の子宮を対象と呼ぶことも含め、違和感を感じる。

平井（2011）はTustinの身体的分離性を木部のように出産外傷とは解釈せず、「通常母親が自分とは異なる存在であるという意味での分離性とは異なり、目の前に母親がいるときに、母親

と自分がぴったりとくっついた結合双生児のような融合状態にあるのではなく、別々の身体をもつ切り離された存在であることを表現している。」とし、自閉症においては「対象と自己は身体的に分離された存在であることの認識は破局的なものとして経験される」と説明している。そう主張できる根拠が何であるのかは、読んでもよくわからないし、筆者の知識や臨床経験からは、理解できなかった。また「分離性は自分が対象から切り取られて再び対象と関わることのできない世界へと追放される怖ろしい経験なのである。」として、Tustinのこの考えを採用してプレイセラピーでも解釈を与えている。確かにプレイルームという密室の中でセラピストと関わるができないことは怖ろしい経験であるだろうが、それはクライアントの側の問題というよりはセラピストの側の、受容の失敗や共感不全のために起こっているのではなかろうか（彼／彼女らに共感することは大変難しいことであるが）。こうした状態になると子どもは、セラピストから距離をとって自閉的世界に閉じこもる（常同的な遊びを続ける）、セラピストの言葉を無視する、泣いて退室を要求する、という反応をする。こうした反応を精神分析的なセラピストは仕方がないことと耐えるように見えるが、そうすることは発達促進的ではないし、時には外傷的でさえあるように思う。

Tustinの『身体的分離』についてSpensley（1995/2003）は、「母親的な対象と一体となった存在である共生的幻覚から『孵化する』代わりに自閉症児は、安全な心理的子宮の砦から『私でない』世界へ早期に放り出され、境界のない恐ろしい世界にさられる。」と表現している。自閉症児は本来環境としての母親によって保護されるべきところを、人という対象を求めない傾向や感覚過敏などによって、境界のない恐ろしい世界にさらされることになりやすいと考えることはできるだろう。滝川（2014）は、この辺りのことをもっと的確に述べているので引用する。「生まれた瞬間から乳児は胎内では体験しなかった多様かつ無数の感覚刺激のただ中におかれる。乳児は、この未知の感覚世界を活発に探索して、この感覚世界が幻影ではなく、恒常性をもった実体の世界であると把握してゆく。」「乳児は自身の感覚力と運動力を駆使した探索活動によって、混沌としている外界を自力で捉え分けようとしてゆく。」「乳児は養育者に護られている安心によって混沌たる（脅威にも充ちた）外界に能動的に触手を伸ばせるわけだし、自力での捉え分けが全くの自己流とはならず、社会的な共有性をもつものへと向かうのも、養育者の密接な関与があるゆえである。」「乳児期の発達障害に共通するのは、共同注意や情動調律など養育者とのシンクロナイズする活動の乏しさ、すなわち『一体』『融合』の希薄さである。この希薄さこそが、観念の共同世界への参入（心的誕生）、さらには自立的な主体の成立（心理学的誕生）を困難化させているものにちがいない。」

これはTustinが感じとったものの一部ではあるかもしれないが、『身体的分離』という言葉が含意するものとは異なっているだろう。出発点が子宮であることはASDであろうと定型発達であろうと相違ないが、ASDは養育者の心的な保護のないまま、母との『一体』も『融合』もないまま自力で生きていくのである。ASDに関する知見はTustinの没後に大きく進歩しているのであり、

そうした知見を取り入れた上で再考すべきであろう。筆者は個人的には、Tustinの『早すぎる身体的分離』という概念は、流産をして子どもを産むことができなかった彼女の心的外傷の投影であったのではないかと（妄想的に）考えている。もちろんASDの子どもたちにはそうした投影を投げかけられる何かがあっただろうし、そこには一片の真実があっただろう。しかしそう考えられるとしても、Tustinのこの理論はもはや過去のものとするべきではないだろうか。

II-3 Meltzerの『次元性』

自閉症児のプレイセラピーに意欲的に取り組んだ人としては他に、Meltzerが挙げられる。Cassese（2001/2005）によるとMeltzerは、自閉症の典型的な心的特性として『次元性』の障害という概念を用いた。『次元』とは幾何学の用語である。点は次元を持たず、線は長さという1次元、平面は長さと言さという2次元から成り、立体は長さ、幅、厚さという3次元から成る。よって空間は3次元として経験される。Meltzerはこの『次元性』の原則を心的機能、特に自己と対象の間の関係に応用し、対象関係のさまざまな次元を発達的なプロセスとして考え、「内的空間の次元が確立された時に3次元になり（投影同一化やスプリッティング・理想化のプロセスは3次元でなければ達成されていません）、4次元は時間の中で人として発達していく可能性を含む仮定的な連続体」となる。

自閉症の子どもの次元は1次元あるいは2次元であるとされる。中核的な自閉症の世界は1次元であり、マインドレスな状態にある。2次元的な関係をもつことができる自閉症の子どもには、内的空間が存在せず対象と自己の表面だけが経験されるので、対象や出来事を取り入れたり、それらについて考えたりすることはできない。対象とはもっぱら2次元平面の表面に付着する同一化によって関わりとされる。これは対象の言葉、行動をコピーするだけで内面化しないことを指している。大変明快でわかりやすい説明である。

しかし自閉症をスペクトラムで考えると、皆が1次元、2次元の世界にとどまっていると考えられない。ASDの子どもが発達していく中で、3次元的、4次元的关系を育てていく可能性がある。Meltzerもこうした子どもをポスト自閉症残遺状態と呼んで、中核的な自閉症の世界と区別しているようであるし、こうした子どもたちが存在するからこそ心理療法の可能性があるのである。

木部（2012）はメルツァーの心的次元論に手を加え、「1次元性から4次元性までのこのころの状態が一人ひとりのこのころに存在し、その割合が病態に関係するとイメージ」し、こうしたこのころの状態をルーレットに喩えている。自閉症児は1次元性のこのころ、アスペルガー障害は2次元のこのころが大半という風に考えるとするが、他の次元のこのころも1次元から4次元まで全てがある割合で存在するとしている。理論を現実には当てはめようとするとこうした喩えになるのかもしれないが、これでは何も言っていないに等しいだろう。『次元性』の概念は1次元、2次元の自閉症については整合的に説明する概念であるが、そこから発達していくASD者について考える際にはあまり適切な概念とは思えない。次項のAlvarezら現代クライン派の臨床家の著述を見てもこの

『次元性』はほとんど出てこない。『次元性』という概念でASDの心理療法を考えることにメリットがあるのかどうか、筆者には疑問である。

Ⅱ－４ Alvarezの『生きている仲間』

現代クライン派の精神分析家Alvarez (1992/2002) は、セラピストは『生きている仲間 (live company)』となって子どもと相互作用をもつ必要があると主張している。この『生きている仲間』とは発達心理学者のTrevarthenの言葉であり、乳児の目を開けさせようと声をかけ、注意を惹こうとする母親のことを指しているとのことである。Alvarezの同僚であるReid (1999/2006) は、受動的に子どもが表現するのを待つのではなく、「人間的感情やコミュニケーションの世界に彼らを『引き出す』活動をしなければならない。あるいは、彼らに私的で自閉的な世界よりもこの世界のほうが実際面白いのだということをわからせる必要がある」と言う。そして彼女らはこうした接近方法を発達研究に裏づけられた精神分析的アプローチと称し、「セラピストは、それぞれの子どもがどのような（たぶん非常に早期の）発達レベルで機能してるかを把握し、それに自分たちの反応を同調させることが大切である。」(Alvarez, 1999/2006) としている。

精神分析家らしく彼女らの言葉は大変抽象的なので、具体的にどのようなやりとりをしたのかは記載された事例を読んでもよくわからない部分がある。概念ではなく前概念に気づき、ニーズにではなく前ニーズに合わせること、最初歩的な遊びの試みに「そこはかとなく生じている観念 (idea) を捉え、かすかな興味の光のようなものをあおって、それらを積み重ね、発達させ、拡張していく」(Reid, 1999/2006) ことなどが目指されるとされる。

こうした技法の修正は必要なことだと思われるが、彼女らが挙げる指針は、現在広く行われている治療教育の指針としても使えるようなものである。とすると当然生じてくる疑問は、これは精神分析なのかということであろう。Alvarez (1999/2006) も「古典的な精神分析技法とはかなりかけ離れているように思われるかもしれない。しかし、精神分析自体が長い道のりを経て変化してきているのである。」と述べ、さらに「セラピストは、これら現代的な進歩を遂げた精神分析をさらに超えるところまで行かねばならないかもしれない。」と述べている。ASDの心理療法において有効であろうとして修正を重ねることは精神分析から離れていくことであり、その先には精神分析でなくなる可能性も考えられているようである。

Ⅲ 精神分析概念の再考

Ⅲ－１ 適応という目標

効果があると主張するためには改善が誰の目にも明らかであることが必要だろう。だが精神分析においては、この改善という言葉はどこか歓迎されない。藤山 (2014) は、「単純に症状軽減や適応改善という点で言えば、費用対効果、一人の専門家が扱えるユーザーの人数、専門家の訓練の時間と費用などにおいて、他の精神療法に確実に劣っている。」と述べ、自分のプラクティスで

会う患者たちは「症状ではなく、その人の生き方、ものの考え方、生きることの手応えといったことに苦しんでいる」人だとしている。精神分析は、症状の軽減や適応の改善を目指さず、自己の心の探究とそれに伴うパーソナリティの成長を目指すのだとされている。

しかしASDの人の主訴は多くの場合、社会不適応である。DSM-5でなされた改変の一つとして、「自閉症状がASDの診断基準の症状面を満たしているとしても、明らかな不適応がなければ診断されない」（清水，2014）ことが明記された。社会不適応を起こしているからASDと診断されているのである。ならば援助場面において適応改善は当然対応すべき問題であると筆者は考えるのだが、精神分析的アプローチをとる論文や事例報告では必ずしもそうなのではない。こうした適応の問題が主訴に書かれているのに、その後扱われなくなるのである。先述のように精神分析家は適応の問題を主眼に置かないため、意図せず忘れてしまうのかもしれない。ASDの人の中には、セラピーに通うことがルーティン化すると成果がなくても通い続けてしまう人がいるし、改善しないことを効果的に訴えることが難しい人もいるので（コミュニケーションの障害はこうした交渉を難しくするだろう）、互いのずれが修正されることなく何年も面接が続くということも起こるようである。

もちろん適応が改善されたように見え、精神分析的心理療法人が効果があったと主張する報告もあるし、確かにうまくいく場合はある。例えばセラピストが二心のない純粋な人であれば、表に現れる言語交流はとんちんかんでも、何だかここはあたたかい、居心地がいいという体験を繰り返すことができる。クライアントは受容的なセラピストに肯定されることで自己を肯定することができて、自力で改善の努力ができるようになり、適応が改善されるということは十分起こることであろう。また、真摯に精神分析に取り組んでいる臨床家には、穏やかで人当たりのいいタイプが多い。礼儀や人の話を聴く態度などを間近に見ることによって、そうした接し方を模倣するようになることがある。面接中の交流からは変化を読み取ることはできないが、なぜかクライアントの対人関係が広がっていき、友人が増えた、ゆるいグループに受け入れてもらえるようになったという場合は、こういう可能性がある。だがこれは対人スキルを学習しただけなので、臨床家の方はそうした対人面での変化に見合う、内面の変化を見つけることができず、ずっと首をかしげ続けることになる。これらは社会適応が改善され効果があったということになるが、いわゆるセラピストの人格を用いたものであり、精神分析的心理療法人の効果とは言えないのではないだろうか。

逆に、複雑な心性を持ち、入り組んだ考え方をする、ある意味精神分析家らしい精神分析家のことを、ASDの人たちは苦手とする。このタイプのセラピストは、表情から何を考えているかわかりにくい、わかりやすいロールモデルになりにくい、現実的なアドバイスをしてくれない。ASDの人たちは精神分析的心理療法人で求められる課題自体、理解しにくい。セラピーから何を得たら良いかわからず不安になりやすいし、不安になると決まったやり方にこだわりやすく、適応がよくなる。セラピストの側も、理論的経験的にはこうなるはずなのにそうならないという状況

にいらだち、批判的になる。抵抗、強迫、倒錯、等々、クライアントの抱える問題点のリストが作られ、研究会で発表されたり論文に仕立てられたりする。精神分析的なアプローチをとる人たちはネガティブな感情に耐えることを是とするので、こういう状況は長く続いてしまうことになりやすい。また、耐え続けるセラピストにフロアの人たちも好意的であるので、こうした発表は賞賛され、さらに強化されてしまう。

自己理解を育むことはASDの人にとっても重要であるが、時間がかかることである。苦闘の期間が長いと抑うつ的になりやすく、トラウマになりやすいし、実行機能が落ちて膠着状況から抜け出しにくいという特性がある。セラピストによる環境調整や状況の説明、心理教育といった教育的・主導的対応によってネガティブな事態から抜け出せると、何が起こっていたのかを振り返ることが可能になり、自己理解が深まる。ASDにおいてはこうした手順で対応していく方が効果があるのだが、これらの介入は精神分析ワールドではセラピストの行動化と見なされ、逆転移を見つめなさいと指導されることになる。

Ⅲ－２ 転移・逆転移

「精神分析であることのしるしは、転移と逆転移を、内的世界を理解する案内役として用いることである」と、Bateman & Holmes (1995/2010) は端的に述べている。それほど重要な概念であるからこそなのかもしれないが、その転移・逆転移をどのようなものと考えerかは、学派によって意見が分かれ、統一された定義というものは存在しない。その意味するところは拡大され、「転移の体験様式や転移の起源についての強調点はその分析家の拠って立つ理論によって異なり、転移理解に精神分析諸学派の存立基盤があると言える」(松木, 2002) ほどである。これは逆転移においても同様である。

ASDの臨床において転移を考える場合に、定型発達とは質的に違うということを考えておかなければならない。本田 (2014) は「自閉症スペクトラムの人たちにとって母子関係はさほど特別な意味はない。」と述べ、早期に形成するのは信頼関係であって、愛情ではないと言う。定型発達は生後すぐから人という存在に魅力を感じるようにプログラムされているが、ASDの人はそうではない。早期支援によってヒトに注目するよう介入しないと、複雑で対処が難しいヒト刺激を避けるようになりやすい。もちろんASDの人も定型発達より時間はかかるが、養育者との間に安定した愛着関係を形成することはできる。しかし遠藤 (2009) が論じているように、物理的近接関係を安定してもてるようになってても表象的アタッチメントの構築は難しく、「自分自身と養育者の双方にとって報酬的な、協調性に基づく関係性」(遠藤, 2009) にとどまりやすい。これは早期小児期の重要人物の存在自体が疑わしいということであり、その人物に対する反応の反復という転移の重要な要素は必ずあるというわけにはいなくなる。また福本 (2013) が言うように、「一次元・二次元的機能様式と三次元的機能様式の間には、大きな関」があり、その関を超えることは大きな課題である。その関を超えないと投影同一視は起きないし、精神分析的な転移・逆転移

は起きないと考えるべきである。近藤ら（2013）の事例のようにASDの臨床においては、経過の前半では転移ではないが、セラピーが進むことによって転移が生じるという風に変化していくのであり、こうした関係の変化を繊細に追っていくことが重要である。関を超えているのかどうか、内的対象の相互作用（Bateman & Holmes, 1995/2010）があるのかどうかは、詳細に観察し吟味しないとわからないと思うのだが、この辺りをうやむやにした報告が散見されるように思う。

精神分析的アプローチをとる人は、上述のように転移・逆転移を案内役とするよう訓練されているため、自分がクライアントにとって重要な人物であると考え傾向が強い。しかもこうした傾向に無自覚であるため、どれほどASDに関する知識を取り入れていたとしても、「心がない者のようにセラピストを扱った」などと感じて傷つき、これを逆転移であると考えて葛藤するという流れになるようである。しかしASDの人は社会性をずいぶんと身につけていても、相手に心があることをアプリアリには考えないので、転移ではなくて特性の表れであると考えべきであろう。また「セラピストは孤独を感じたが、これはクライアントが感じている孤独であるとわかった」などと書かれていることがあるが、彼／彼女らは自分の孤独を苦にすることは少なく、セラピストに孤独感を投げ入れる、というパーソナリティ障害の人のような投影同一視が起こるとは思えない。そばにいる人がこれらの感慨をもつのはASDの特性とそこから発展させてきたその人のパーソナリティのためであって、セラピーが進んだことで生じた転移・逆転移のためではないのである。クライアントの全ての素材が転移であると考えるクライン派の人たちはこれも転移と呼ぶのかもしれないが、それでは概念の枠が大きすぎて多くの重要な情報を捉え損なうことになるように思う。

AlvarezやReidなど、多くの精神分析家が理解のために観察と逆転移の利用を推奨する。平井（2011）はAlvarezの言う逆転移を、「投影の受け皿としての逆転移に限定されず、子どもとセラピストの関係性が展開するフィールドのさまざまな側面の感受装置としての逆転移という概念であるように思われる。」と述べ、「アルバレズの仕事は、精神分析的心理療法の営みをより乳児観察の営みと重なる方向性に近づけていったとも言えよう。」と述べている。現代クライン派は分析家による患者への反応すべてを逆転移とするので、こうした表現に疑いをもたないのだろうが、乳児の発達とからむ、さまざまな側面の感受装置として考えるならば、逆転移という精神分析的名称よりも発達の研究でよく用いられる情緒応答性の方がより近いのではないと思われる。

Mahler et al. (1975/1981) が身体的応答性よりも重要なものとして情緒応答性に着目して以来、この概念は広く組織的に研究されており、Biringen & Robinson(1991)は関係性の文脈の中で母子双方の側面から、情緒応答性を4つの要因に分類している。長屋ら（2008）を参考にして列挙すると、母親側の側面として、①感受性(maternal sensitivity): 子どもの発する情緒的な合図に対する母親の敏感さとその解釈、またそれに対する的確な反応、②非侵入性(maternal nonintrusiveness): 子どもとの相互作用の中で母親が自分の意見を主張する強さ、という2要因がある。また子ども側の側面として、③母親に対する反応性(child responsiveness): 母親の介入を強

化する子どもの肯定的反応、④母親に対する関わりの要求(child involvement of mother)：子どもが母親を自分との相互作用に誘い込むための意思と能力を反映するもの、の2要因が挙げられている。また①感受性と③反応性、②非侵入性と④関わりの要求はパラレルな関係にあるとされている。

①感受性とは食い違いや不調和をうまくこなす(negotiate)能力と、肯定的情動が優勢であるような幅広い情動の二者間の表出と効果的な情動制御である(Biringen & Robinson,1991)。これは足場(scaffolding)を提供することであり、母親による支持であり、子どもの側から見ると温かさといえ受容となり、自分自身を他者にとって価値がある存在として感じることにつながる。また②非侵入性は、子どもが自律した行為者として探索し自己を経験することを許すことであり、自他の境界の確立を可能にするとされる。

ASDの子どもは③母親への反応性と④関わりの要求が極端に少ない状態と考えられる。そのため発達促進的に関わるためには、対となる①感受性の高さと②非侵入性の制御が大変重要となるが、これは先述のAlvarezやReidのアプローチにおいて重要とされていることと一致する。Alvarezらは概念ではなく前概念に気づき、ニーズにではなく前ニーズに合わせることを求めたが、これは発達心理学的には足場を提供することである。精神分析は発達心理学から学ぼうとしない傾向が強いようであるが(その中ではAlvarezらは発達研究から引用している方である)、その交流のなさは大変残念である。

III-3 技法の修正

精神分析的な心理療法の効果を主張するためには、他でもない精神分析だからこそできたと言わなければならないので、技法が精神分析的な心理療法に特異的である必要があるだろう。精神分析らしさは言語による解釈と洞察にあるだろうし、まさにこれがASDの人は苦手なのであるから、言語交流にどのような修正をするかが焦点となる。平井(2011)が有効であると主張する拡充技法は、子どもが潜在的に感じているかもしれない気持ちを代弁するように試みるなどplayfulなやりとりのことを指しているが、これは精神分析的な遊戯療法以外では普通に行われていることである。修士過程の院生でもセンスの良い人なら、教えられることなくできてしまう。平井の主張は心理療法において非特異的な部分が有効であることを主張しているのであって、精神分析的な心理療法が有効であることを主張しているのではないように、筆者には思えてしまう。

精神分析がASDの遊戯療法において効果的であるためには発達促進的でなければならない、それは発達心理学が教えるような関わりをすることであるはずである。筆者自身は遊戯療法からすっかり離れてしまっているので実際にどうすれば良いかというこまやかで具体的な議論をする立場にいないが、遊戯療法の中に現れる発達的理解については山上(1999)を、具体的な対応については滝川(2004)を、心理療法的な流れの読み方、力動的な理解については短い伊藤(2000)が大変参考になるように思う。(他の文献を挙げないのは筆者の不勉強のせいであるのでご容赦願

たい。)

成人に対する心理療法ではどうだろうか。知的な遅れのない成人のASDの存在が注目されるようになってからの歴史は浅く、遊戯療法のような蓄積がないが、はっきり言えることは、知的能力が高いASDの人に対しても言語交流はすっきりと、わかりやすくしなければならないということである。内的世界の自由な探索や入り組んだ解釈が不適切であることにもはや議論の余地はない。

精神分析的アプローチをとらない人たちの多くは心理教育的アプローチが有効であるとしている。中でも日戸（2014）はASDの人は「先に因果関係を理解することで、後から自分の感情を適切に理解できること」が多く、彼／彼女らにとっての「共感的理解とは、相手からの“正確な理解”に他ならない。」と述べる。これは精神分析的な心理療法の手順とはまったく逆であるだろう。ここから具体的な対応の仕方について論じていきたいところであるが、それにはもう一書くくらいの紙数が必要であるので、本稿では望ましい関わりは精神分析的アプローチからはずいぶん離れたものであることを確認したところで終わりたい。

ここまで精神分析的な心理療法はASDの臨床において効果的ではないことを論じてきた。だが精神分析にできないことがないと言いたいわけではない。精神分析的な臨床家は、繊細に、献身的に、一瞬一瞬の心の動きを追い、理解しようとする。この注意深さは情緒応答性にとっても是非とも必要な特性であり、精神分析的な心の配り方はASDの臨床において効果的である。岡田（2012）の事例などはその良い例であろう。こうした注意深さをもって、ASDの心の文法を発達心理学から学び、他の積極的に介入する技法を学び、そのクライアントにあった関わりを選択することが必要とされているように思う。

そうした学びの導き手として、Fonagyらのメンタライジング理論（Allen & Fonagy, 2006/2011, Allen et al., 2008, Bateman & Fonagy, 2004/2008）は最適な理論である。この理論は精神分析から生まれているが、心の理論や愛着理論とも関係が深く実証的な発達心理学研究との循環的な連関の中で理論化されている。各心理療法に共通の非特異的な部分を支える機能としてメンタライジング能力を考えているため、他の介入技法を理解・吸収することも可能となる。それは近藤ら（2013）の論文の通りである。弾力的に変化することを許してきた精神分析の歴史から考えれば、こうした新しい理論を受け入れることもできるのかもしれないが、メンタライジング理論の射程を考えると精神分析の範疇に縛られる必要もないのかもしれない。それは筆者の関心事ではない。ASDの臨床の将来を考えるなら精神分析は、変えなければならないところを見定め、変化していくことを選ばなければならないと筆者には思われる。

IV 終わりに

本稿を書きながら、筆者は高校時代に数学の証明問題が好きだったことを思い出していた。前提条件からできるだけ効率よく、美しく、誰にでもわかる形で結論に導いていくという、考え方や作業そのものが好きだった。この好みは私のパーソナリティの一部にもなっていて、物事を考える時は決まってそういう方向で考えるように思う。本稿もそうした意図をもって進めていた。成功したとは言いがたいが、結論にたどり着くことはでき、目の前にきれいな空が見えたような気もちにはなった。

一つ課題を終えるとすぐに次の課題が見えてくる。あれこれ浮かぶがすべて次の機会に期したい。心に収まってくれる結論を探して、また考えはじめることにする。

注1) 精神分析と精神分析的な心理療法との実際の境界線は、セラピーの頻度、密度の高さ、期間に関わっており、単純に分類すると週3回より多いと精神分析、3回以下だと精神分析的な心理療法となる (Bateman & Holmes, 1995/2010)。

注2) RCTとは、ランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial) のことで、対象者を介入群と対象群とにランダムに割り付ける実験方法。介入法以外の条件は統制し、「改善度の違いは介入法による」という強い結論を下すことができる。

文献

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons Ltd. 狩野力八郎 (監修) 池田暁史 (訳) (2011). メンタライゼーション・ハンドブック—MBTの基礎と臨床—. 岩崎学術出版社.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Alvarez, A. (1992). Live Company: *Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. 千原雅代・中川純子・平井正三訳 (2002). こころの再生を求めて—ポスト・クライン派による子どもの心理療法—. 岩崎学術出版社.
- Alvarez, A. (1999). 欠陥に挑む 受身的で‘他者に関心を引かれない’子どもたちに対する発達研究に裏打ちされた心理療法. (『自閉症とパーソナリティ』所収 pp.69-86)
- Alvarez, A. & Reid, S. (Ed) (1999). *Autism and Personality Finding from the Tavistock Autism Workshop*. 倉光修 (監訳) 鶴飼奈津子・廣澤愛子・若佐美奈子 (訳) (2006). 自閉症とパーソナリティ. 創元社.
- 馬場禮子 (2008). 精神分析の実証研究について—効果測定研究を中心に. 精神分析研究, 52(1), 1-5.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Mentalizationbased Treatment*. Oxford University Press. 狩野力八郎・白波瀬丈一郎 (監訳) (2008). メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害 MBTが拓く精神分析的治療法の新たな展開. 岩崎学術出版社.
- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to Psychoanalysis Contemporary : Theory and Practice*. Routledge. 館直彦 (監訳) 増尾徳行 (訳) (2010). 臨床家のための精神分析入門 今日の理論と実践. 岩崎学術出版社.
- Biringen, Z., & Robinson, J. L. (1991). Emotional availability : A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 258-271.
- Cassese, S. F. (2001). *Introduzione al pensiero di Donald Meltzer (Introduction to the work of Donald Meltzer)* Edizioni Borla, Italy. 木部則雄・脇谷順子 (訳) (2005). 入門 メルツァーの精神分析論考 フロイト・クライン・ビオンからの系譜. 岩崎学術出版社.
- 遠藤利彦 (2009). アスペルガー症候群におけるアタッチメント. 榊原洋一 (編) 別冊「発達」30, アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助. ミネルヴァ書房. pp.82-97
- 福本修 (1996). フランセス・タスティン：その生涯と仕事・2. イマージ7 (13) ,249-255.
- 福本修 (2013). 現代クライン派精神分析の臨床 その基礎と展開の探求. 金剛出版.
- 藤山直樹 (2014). 精神分析の未来. 精神療法, 40(1), 47-49.
- 平井正三 (2011). 精神分析的な心理療法と象徴化 コンテインメントをめぐる臨床思考. 岩崎学術出版社.
- 本田秀夫 (2014). 発達障害の理解と支援の最前線② (承前). 臨床心理学, 14(6), 767-776.
- 日戸由利 (2014). 青年期の自閉症スペクトラムの人たちへの発達支援. こころの科学, 174, 57-62.
- 伊藤良子 (2000). 自閉症児の心理療法の場について —「見ること」をめぐって—. 精神療法, 26(4), 396-398.
- 木部則雄 (2012). ある自閉スペクトラム障害児への精神分析的アプローチ. 精神分析研究, 56(3), 272-279.
- Klein, M. (1930). The importance of symbol formation in the development of the ego. 藤岡宏 訳 (1983). 自我の発達における象徴形成の重要性. 小此木圭吾・西園昌久・岩崎徹也・牛島定信監修. 子どもの心的発達. メラニー・クライン著作集1. 誠信書房. pp.265-281.
- 近藤直司・小林真理子・宮沢久江 (2013). ひきこもりを伴う自閉症スペクトラム障害とメンタライゼーションに焦点をあてた精神療法. 精神分析研究, 57(1), 22-29.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975). *The psychological birth of human infant. Symbiosis and individuation*. Basic Books, New York. 高橋雅士・織田正美・浜畑紀 (訳) (1981). 乳幼児の心理的誕生. 黎明書房.

- 松木邦裕 (2002). 転移. 精神分析事典. 岩崎学術出版社. pp.355-356.
- 長屋佐和子・濱田庸子・井上果子・深津千香子 (2008). 日本版IFEEL Picturesの研究 ―関係性評価カテゴリー作成の試み―. 精神分析研究, 52(1), 18-29.
- 生地新 (2012). 「自閉症スペクトラム」の病理の理解と治療における精神分析的モデルの有用性. 精神分析研究, 56(3), 266-271.
- 岡田暁宜 (2012). 広汎性発達障害を抱える成人の精神分析 ―「ない」と「わからない」をめぐって. 精神分析研究, 56(3), 280-287.
- Reid, S. (1999). 自閉症の子どものアセスメント 家族の視点から. (『自閉症とパーソナリティ』所収 pp.18-44)
- 清水康夫 (2014). 自閉症スペクトラムとは?. こころの科学, 174, 10-14.
- Spensley, S. (1995). Frances Tustin. 井原成男・齋藤和恵・山田美穂・長沼佐代子 (訳) (2003). タスティン入門 自閉症の精神分析的探求. 岩崎学術出版社.
- 杉山登志郎 (2001). 自閉症療育の新たな課題. 発達, 85, 2-10.
- 滝川一廣 (2004). 自閉症児の遊戯療法入門 ―学生のために―. 治療教育学研究, 第24輯. 21-43.
- 滝川一廣 (2014). 書評: 河合俊雄・田中康裕編『大人の発達障害の見立てと心理療法』. 心理臨床学研究, 32(33), 408-410.
- 多田昌代 (2010). 広汎性発達障害者の心理療法について考える. 京都大学カウンセリングセンター紀要, 第39輯, 19-26.
- 多田昌代 (2012). 自閉症スペクトラム障害の精神分析的アプローチ ―Tustinの仕事をめぐって―. 京都大学学生総合支援センター紀要, 第41輯, 35-46.
- 辻井正次 (2005): 訳者あとがき―現在の自閉症の発達支援からの評価 (『自閉症と小児精神病』所収 pp.231-232)
- Tustin, F. (1972). *Autism and childhood Psychosis*. 齋藤久美子監修・平井正三監訳・辻井正次訳 (2005). 自閉症と小児精神病. 創元社.
- Tustin, F. (1994). Autistic Children Who Are Assessed as Not Brain-Damaged *Journal of Child Psychotherapy*, 20, 103-131.
- Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum : A guide for parents and professionals*. 久保絃章・佐々木正美・清水康夫 (監訳) (1998). 自閉症スペクトル 親と専門家のためのガイドブック. 東京書籍.
- Winnicott, D.W. (1949). Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety. 渡邊智英夫訳 (1990). 出生記憶、出生外傷、そして不安. 北山修監訳. 児童分析から精神分析へ. ウィニコット臨床論文集Ⅱ. 岩崎学術出版社. pp.25-53
- 山上雅子 (1999). 自閉症児の初期発達 発達臨床的理解と援助. ミネルヴァ書房.