

## 面接空間に生起する相互交流についての一考察

—逆転移としての身体感覚について対象関係論の視点から考える—

高澤 知子

### I はじめに

面接空間では、言語的交流だけでなく非言語的交流が生じる。そこには、行動、視線、声の調子といった客観化されやすいものから、セラピストの中に生じる視覚的イメージや身体感覚といった客観化されにくいレベルのものも含まれる。

面接空間における相互交流については、様々な立場から研究がなされている。それらは主に「ブランスクリーン」としてのセラピストが、外科医のようにクライアントの心の中にあるものを分析する、という Freud,S の精神分析に対するアンチテーゼとして展開されてきた。Freud においては、他者は欲動の対象であったため、クライアントの中で欲動が満たされない時にどのようなことが起こっているのかを理解することが治療の目的であり他者性は意識されなかった。そのため Freud の古典的理論は一者心理学 one person psychology(Rikman,1950)と呼ばれる。これに対し、個人の在り方を他者との関係性によって考える視点を二者心理学 two person psychology(Rikman,1950)と呼ぶ。そこでの関心は、二者間の相互交流にある。

Klein,M に始まる対象関係論では、子どもの治療体験から、子どもの精神内界には生得的に自己と対象からなる内的世界があり、その関係性の在り様はその個人のパーソナリティ構造を決定づけていると考えた。Klein は、治療において、セラピストが内的対象の外在化の受け皿となっていることを理解はしていたが、Freud 同様、セラピストの逆転移をクライアント理解につなげることはしなかった。しかし、その後、この逆転移の治療阻害的な側面に対しては、その逆転移が正常なものであるかを吟味した上で、クライアントの内的世界を理解するための道具として使用することの意義が認められるようになっていった(Heimann,P, 1950)。そして、Bion,W によって、クライアントが自分の中に置いておけないものを、セラピストの中に投げ入れ、セラピストがそれを受け止め、理解し、クライアントが受け容れられる形にして返す、という、クライアントとセラピストの間における相互交流を重視したコンテインメント理論(1959)が構築されるに至った。更には、転移はセラピストを含んだ面接室全体に向けられる、という Klein の概念を引き継いだ Joseph,B らによって、クライアントが面接空間に投げ出したものを、セラピストがいかに感知してそれをクライアント理解につなげていくのか、というテ

ーマのもとに事例研究が積み重ねられ、治療技法が洗練されていった(Joseph,1988)。

対象関係論は主にイギリスで展開していったが、その影響を受けて、アメリカでも対人関係論、間主観的アプローチといった学派が創始され、相互交流について研究を重ねていった(Lionells,M,et al,1995)。対人関係論は、人間の体験や心の成り立ちについて社会的文化的な文脈を重視し、治療場面での実際のやりとりを重視する技法を生み出した。そのモデルは、現実での個人の対人関係の在り様そのものにパーソナリティーの特徴があると考え、内的世界を想定しない点において対象関係論とは一線を画している。間主観アプローチは、クライアントという主体と、セラピストという主体との間に生じる体験のリアリティーを追求していく。そこで強調されるのは、セラピストとクライアントはその瞬間、瞬間に影響を及ぼし合うということであり、そこで生じるさまざまな事象は基本的には予測不可能であり、それだけに創造的なプロセスであると捉える点にある。したがって、間主観アプローチと対象関係論の違いとしては、相互交流として生じているものの起源をどこに帰するのかという点にある。

筆者は、セラピストが面接空間において、ときに、自らの逆転移を吟味した上で明らかに自分のものではないと感じられるような体験をする、という非言語的な交流を理解していくには、主体同士のリアルな交流という視点での理解は難しいのではないかと考える。そこには、クライアントの中の内的対象がセラピストの中に投げ入れられる、という対象関係論の概念が必要であろう。

ところで、逆転移としてセラピストに体験されるものには、ある映像が浮かんでくる(視覚)、声が聞こえてくる(聴覚)、眠くなってくる(身体感覚)など様々な「かたち」がある。これを本稿では「様相」(aspect)という言葉で表すことにする。この様相の違いにはどのような意味があるのだろうか。逆転移については、先述したように、セラピストが体験している感覚や内容をどのようにクライアント理解へとつなげていくのか、という視点での研究は積み上げられてきているが、その体験の様相に注目した研究というのはほとんど見られない。したがって、本稿において筆者は、逆転移の中でも特に「身体感覚」に目を向けて、身体感覚という体験の様相について理論的観点から考えてみたい。ここでいう「理論」とは、上述してきたように対象関係論、その中でも、セラピストの中に感知されるものまでを含めて、面接空間のすべてに転移は点在しているとして、逆転移をクライアント理解に役立てるという考えを発展させてきたクライン派の理論を指している。そして、本稿で「身体感覚という逆転移」として筆者が想定しているのは、例えば次のような面接場面での体験(特定の面接場面を提示しているわけではない)である。

ある回の面接で、些細なことをきっかけにクライアントが迫害感を強めていき、緊迫した雰囲気の中で、セラピストはきっかけとなった状況とそれまでの面接経過から、自分がクライアントにとってある迫害的な対象となっていることを感じている。すると急にお腹が痛くなってくる。その日のセラピストは特に体調が悪いわけではなかった。セラピストが腹痛を感じている一方で、クライアントの様子は落ち着いてくる。

このような、面接空間での腹痛という身体感覚を、セラピストはどのように理解し、その理解

をどのように治療につなげていくことができるのか。

本稿では、これらのことを前提として、まずは、相互交流について考えていくための基盤となる理論について概観する(Ⅱ)。そして次にそれらの理論から、逆転移としての身体感覚という体験の様相を理解し、治療につなげていくために有用な視点を抽出し、その視点から考察を加えた上で(Ⅲ)、最後に、逆転移としての身体感覚という体験の様相についてまとめたい(Ⅳ)。

## Ⅱ 相互交流を考えるために基盤となる理論

### ① 精神分析の創始者 Freud の治療論

Freud は、神経症の原因は、症状形成の元になっている、幼児期の未解決な葛藤をはらんだ関係性の中にある無意識的欲望を抑圧していることにあり、したがって、その関係性をセラピストとの間で再体験し、それをセラピストが理解し、解釈で伝えることによって、クライアントが意識化することが治療の目標であると考えた。このモデルによれば、ここでセラピストに転移されているのは、幼児期に起源を持つ未解決な関係性、それにまつわる情緒であった。そして、セラピストは、中立性を保ち、クライアントの無意識を映し出す「ブランクスクリーン」として機能することが求められ、セラピストの逆転移は、セラピストの神経症の問題であるとされ、治療を妨げないよう克服することが求められた。

### ② Klein の発見－「投影同一化」「無意識的幻想」「全体状況」

Klein は、こどもの分析治療の方法としてプレリアナリシスを創出した。大人の治療が自由連想法という言葉をもとにしたものであったのに対して、Klein は、こどもの遊び(行為)が大人の言語表現に代わるものであると考えた。プレイを実践していくと、子どもはセラピストだけでなく、治療の設定に含まれるあらゆるもの(おもちゃや家具など)に対して転移を向け、子どもにとって「問題」となっている人物イメージとの関係性のパターンを人形遊びやごっこ遊びの中で演じていった。その遊びの内容からは、子どもの中で、母親イメージというのは、1つではなく、「よいお母さん」「悪いお母さん」というように分裂していること、そして、それに応じて、自己のイメージも「いい子」「悪い子」というように分裂していることが理解された。

Klein は、こうしたイメージは、実際の両親との関係性に由来するだけでなく、子どもが生得的に持っているものでもあり、それが子供の心を形作っていると考えた。そして、この関係性やその関係性の中で動いている欲動や防衛を「無意識的幻想」(1921)と名付けた。子どもの心を脅かすのは、破壊性に起因する迫害的な内的対象であり、自我を形作る礎となるのは愛情深い良い内的対象である。不快な体験が生じると、この迫害的な内的対象が動き出し、内側から子どもを脅かす。それに対して、子どもはその部分を分裂一排除し、母親の中に投げ入れることで、自分の精神内界は安全なものになる。そして、「迫害的な部分」を投げ入れられた母親は、それに同一化させられて、子どもにとって迫害的な対象となる。この一連の動きを Klein は「妄想一分裂ポジション」と名付け、また、自分の精神内界を安全なものにしようと、自分に脅威を与える部分を分裂し、他者の中へと排除するという心的な機能を「投影同一化」(1946)とした。治療では、子どもの無意識的幻想をことばで解釈し、現実のセラピストに出会うことで、

分裂させた自分の中の一部を自分の中に引き戻すこと、悪い対象と良い対象が、実は1つの全体対象であること（「抑うつポジション」,1935）に気付いていくことが求められた。

そして、このような子どもの治療から得られた知見をその後大人の治療にも適用し、子どものプレイが大人の自由連想に相当し、自由連想そのものが、無意識的幻想の世界、内的対象関係や、その行動化とみなすことができるということを明らかにしていった。また、子どもが治療設定に含まれるあらゆるもの（セラピストも含む）に転移を向けていたのと同じように、大人も、「転移の細部を紐解く場合に、情緒、防衛、対象関係の点からと同時に、過去から現在に転移されている全体状況に基づいて考察することが重要である」（1952）と述べ、分析場面でのクライアントのあらゆる言語的、非言語的コミュニケーションに転移が存在していることを示した。Kleinは治療の対象を子どもへと広げたことにより治療論に「関係性」という新たな視点を持ち込んだ。

### ③ビオンのコンテインメント理論

精神病患者を主な治療対象としていた Bion は、Klein の発見した「投影同一化」という概念に、防衛的な側面だけでなく、クライアントとセラピストの間で体験される情緒的な交流による相互作用のあることを見出した(1959)。

乳児／クライアントは、最初は自分自身では考えることができないため、自分が体験する生々しい情緒（ $\beta$ 要素）を母親／セラピストに非言語的なコミュニケーション（例、泣きわめくという行為）によって伝える（自分の中から排除する）。これが投影同一化である。そして、母親／セラピストは、それによって自分も揺さぶられながらも自分の心で受け止め、それについて考え、乳児／クライアントが受け止められる形に変形して（ $\alpha$ 機能）返していく。こうしたやりとりを重ねていくうちに、乳児／クライアントは、段々と自分のために考えてくれる対象を取り入れて内在化していき、自分で考えられるようになっていく。Bionはこのような関係性を抽象化して、投影する側、投影された内容を「コンテインド」、投影された側、投影を受け止める機能を「コンテイン」とし、コンテインメント理論として概念化した。

ここには、新しい展開がある。クライアントから投げ入れられた生々しい情緒を受け止め、その情緒に揺り動かされながらそれについて考え、クライアント理解へと繋げるというセラピストの機能である。つまり、逆転移をクライアント理解に利用するというセラピストの機能である。この「逆転移の有用性」については、既に Heimann によって提示されているものだが、ここには、Freud が逆転移を治療に阻害的に働くものだと考えていたことからの進展がある。

### ④Joseph—「全体状況」の発展

ここまでみてきたように、クラインの子どもの治療から得られた知見によって、クライアントの内的世界は、セラピストを含めた面接空間すべてに転移されていると考えられることが理解された。Kleinは「過去の全体状況」（1952）が今この面接室のあちこちに転移されていると考え、点在している転移の断片をつなげて、よりダイナミックなクライアント理解をしていくことの重要性を示した。その部分を継承し、更に治療技法を洗練させていったのが Joseph である(1985)。

「全体状況の転移」という概念から見ると、面接室という治療の場は「今ここ」にクライエントの人生すべてのドラマが演じられている舞台であり、セラピストはその一部である。Josephは、その舞台の相手役でもあるセラピストが逆転移を通して今ここでの転移状況に焦点づけた理解をし、取り扱っていくことが、心的変化を達成するためには必要であると主張した。そして、この「全体状況」とは、治療状況の全体であり、全体状況への微視的かつ包括的な吟味を不可欠とした(1988)。

全体状況については、松木(2017)が分かりやすく、「転移現象の3領域」としてまとめているので以下に示す。

1. クライエントが表出する現象一言語、非言語（語り口、態度、振る舞い、匂い）
2. 面接空間に創出される現象一家具、備品、窓、カーテン、扉、空気、治療者
3. 治療者の中に感知される（いわゆる対抗—転移内）の現象—感情、思い、思考、連想

この「3.治療者の中に感知される（いわゆる対抗—転移内）の現象」の「対抗—転移」とは‘counter-transference’のことであり、本稿のテーマとしているセラピストの逆転移としての身体感覚はこの領域に含まれる。

ここで一つ付け加えておきたいことがある。Josephの治療技法は、「今ここ」を中心に据え、セラピストの中に投げ入れられたものも含めて、そこに点在している転移を集め理解したものを「非常に早いタイミング」(小川,2005)で解釈していくというものである。これは先述したBionの、クライエントから投げ入れられたものをクライエントが受け取れる状態になったときに、クライエントが受け取りやすい形にして返す、という解釈の仕方とは全く違うものである。このように両者はクライン派の中でも治療技法においては全く違う立場にある。本稿においては、あくまでも、相互交流という視点から見た場合に基盤となる理論として、Kleinの「投影同一化」を、情緒的交流による相互作用があると発展させたBionと、Bionの投影同一化概念を取り入れ、Kleinの「全体状況」を継承し、心的変化を達成するには、逆転移を通して、今ここでの転移状況に焦点づけた理解をし解釈をすることが必要であるとしたJosephの二人の理論を取り上げている。

### Ⅲ 逆転移としての身体感覚という体験の様相を理解し、治療につなげていくために有用な視点

ここで、前節の「相互交流を考えるために基盤となる理論」から、Iにおいて提示した面接場面のようなことが体験された場合に、逆転移としての身体感覚という体験の様相を理解し、治療につなげていくために有用な視点をいくつか提示したい。

#### ① 「投影同一化」という視点

ここで一つの視点として持っておきたいのは、これらのセラピストの逆転移が「投影同一化」によってクライエントから投げ入れられ、感じさせられているものである、という視点である。前述したように、投影同一化という概念は、Kleinの子どもの治療の経験から得られた知見である。そして、この投影同一化の概念を使って、Bionは精神病患者の治療の経験から、コンテイ

ン／コンテインドという治療モデルを作り上げた。この経緯が示しているのは、投影同一化とは、一次思考過程、Bionの理論でいえば精神病部分の優勢な内的世界を持つクライアントを対象とした治療の体験から創出された概念であるということである。つまり、クライアントが妄想—分裂ポジションにある時、自分の中の迫害対象が賦活されて、その不快なものを排除してしまいたくなっているとき、あるいはBionの理論でいうと精神病部分が優勢なときに、セラピストの中に、その内的対象の一部が投げ入れられているということになる。

## ② 「無意識的幻想」という視点

前節でみたように、Kleinは、面接空間に転移として現れてくるものの起源として「無意識的幻想」を提唱した。無意識的幻想とは、「あらゆる精神的過程の基礎をなし、すべての心的活動に随伴する。それは、諸本能からなる体の中の身体的な出来事の心的表象であり、感覚をもたらす対象と関係があると解釈される身体感覚」である(Hinshelwood,2014)。

このように無意識的幻想は、身体感覚と直接的につながっており、身体感覚はある対象との関係として体験される。その際、「対象は人らしい形態や視覚的イメージとは限らない。たとえば、母親の乳房の舌触りやにおい、母親の腕の温かみ、自分の便やよだれふきなど、その個人の五感すべてでの体験を通して内界が構成されている」(松木,2002)。そして、不安などの内的に不快な状況が生じた場合には、身体を使ってその不快を緩和したり、不満を身体的な感覚を使って満足させ万能的な空想を抱いたりする。また、ある迫害的な対象との間で体験したような身体感覚が何らかの状況によって喚起されると、その身体感覚が、迫害的な対象との身体的な体験を引き出し、その体験が再現される、ということが生じる。つまり、心と体は無意識的幻想を介して両方向に影響を及ぼし合うことになる。菊地は、無意識的幻想を介して対象関係を全能的に支配することを可能にする自らの身体が、ある種の心的避難の場として利用されていた症例を報告している(菊地、1997)。

これらは妄想—分裂ポジションでの不快な情緒を感知した際の体験であるが、抑うつポジションを体験できるようになると、「具体的で現実的な対象よりも象徴的な対象が多く内界に住むようになるにつれて、幻想は、身体感覚につながるものが少なくなる。しかしながら、原始的な具体的対象の遺物が生き残り、身体化障害や心身症の状態として体験されることがある。比較的複雑な配置が生じており、そこでは原初的な本能衝動と防衛機制が無意識と同様の幻想によって表象される」という(Hinshelwood,2014)。

つまり、抑うつポジションが体験できるようになると、破壊性に起因する、自分が迫害されてしまうのではないかという不安は、外に排出されずに心の内部におかれるようになり、悲しみや罪悪感という抑うつ不安に性質を変える。それによって自分の中と外の分化が確立されていき象徴機能が高まり、思考水準も、具体的なものから抽象化されていく。その結果、内的世界での不快をめぐる葛藤を、こころの中においてことばを使って扱うことができるようになっていく。しかし、その過程がうまく進まず取り残されてしまった部分が、内的対象関係を具体的な身体水準で体験する段階に留まってしまい、身体化障害や心身症になってしまうという。

ここからは、セラピストが体験している身体感覚が、クライアントから投げ入れられたものであると考えた場合、そこに生起している身体感覚は、クライアントの無意識的幻想と直接的

につながっている可能性がある、ということであり、それは即ち、クライアントの無意識的幻想を変化させていく可能性があるということでもあることが理解される。

### ③ 「身体」という視点

無意識的幻想が身体感覚と密接に結びついているということ、妄想—分裂ポジションから、抑うつポジションへと移行していくとき、象徴機能がうまく使えず取り残されてしまった部分が、身体化障害、心身症になってしまうという②からの流れを受けて、身体化障害、心身症に対して対象関係論の立場からその病因を理解し、アプローチをしてきた McDougall, J を取り上げたい。

McDougall は、心理的ストレスに対する機械的でアレキシサイミックな反応を「精神病的性質をもつ言い表しがたい苦痛と恐怖に対する防衛手段」とであるとみなしている。つまりアレキシサイミアは精神病的な不安に対する防衛であり、それは「情動を経験したり表現できないのではなく、過剰な情動的経験を保持し考察することができない」のである。「情動は本質的に心身的」であるから、「その心理的部分を追いつくと、乳幼児期のように生理的部分が現れて、情動の再身体化が生じる」。乳幼児期には「言語表象」(Freud, 1915)がなく「事物表象」(Freud, 1915)しか使えないので、情動的苦痛を身体化するのだが、その後も通常の言語的思考方法が対処できない時に、乳幼児の心的機能に退行することによって身体化が生じるのである。心身症においては事物表象と言語表象の間に乖離があるため、感情の身体的信号は事物表象となり、「経験に意味を与える言語表象」から切り離されている。このような心と体、または事物と言語の分裂は最早期の母子相互作用に起因するという(1996)。

ここでは、アレキシサイミアは、精神病的な不安に対する苦痛や恐怖の防衛であり、そのような防衛を使わなければならないのは、そういった苦痛を心の中に置いておく機能が全くないわけではなく、その苦痛があまりにも過剰であるから、その人が持っている心の機能では抱えきれないことが問題であると述べている。そして、その場合には、苦痛を体に押し込み、体を麻痺させる。ことばで苦痛を取り扱うことのできる部分ももっているのだが、あまりにも不快感が大きい場合には、精神病水準へと退行し、苦痛を体に押し込んで体を麻痺させるという方法を使ってしまうのだという。そして、このような防衛方法を作り出さざるを得なかったのは、外界の母親との間で、不快感なものを排出して、それを受け止めてもらい、理解してもらい、子どもが受け止められる形(ことば)で返してもらい、というコンテインメント機能を体験する機会が不足していたからであると説明している。

身体感覚という点に注目してまとめてみると、乳児が、苦痛や恐怖といった身体感覚を伴った不快感に支配されている妄想—分裂ポジションから、ことばによって不快感をめぐる葛藤を扱うことができる抑うつポジションへと移行するには、外界の母親対象が不快感な情動をコンテインメントすることによって、ことばによる象徴機能を発達させることが必要である。しかし、それに失敗すると、その不快感な情動はそのまま身体感覚と結びついたままの状態に残ることになったり、苦痛を体に押し込み身体感覚を麻痺させることとなり、それが身体化障害や心身症の状態として体験されることになる。ここからは、セラピストの感じる身体感覚は、クライアントの発達過程での象徴機能獲得の失敗によるものである可能性が示されている。そして、それ

と同時に、セラピストのコンテインメント機能によって、クライアントの象徴機能を促進する可能性があることも示唆されている。

#### ④ Bionの「グリッド」という視点

ここでは、クライアントから投げ入れられた「身体感覚」という感覚体験をどのように思考へとつなげていくのかを提示するためにBionのグリッド(Bion,1962)を取り上げる。

アルファ要素とは、「ここに置いて考えられるもっとも原始的な思考、視覚、聴覚、触覚等からの要素とつながっているがことばにならず、意味ある音として伝達できない考え。思考としてところの中に貯蔵され、考えられる」。そして、アルファ要素の内容物が連結し、連続して物語性を持つことで成立する、視覚的要素の大きい具体物が象徴として働く思考がC水準の「夢思考・夢・神話」ということになる。これに対して、ベータ要素とは「心に置かれるとしても具体物であるため、考えられず、具体的に操作するしかない思考の未然形。ここによって消化されていない事実。もの自体。考えられるのではなく、具体物として操作される」ものであり、アルファ機能が働くことでこれ以降の思考への成熟がなされる(松木, 2009)。

このグリッドを元にして、クライアントの身体感覚がセラピストに投影同一化によって排出され、その身体感覚をセラピストが受け止め、しばらく自分の中で考え、それをクライアントが理解できる形にして返す、という治療空間での交流について考えてみる。クライアントから排出された身体感覚が、感覚だけで全く考えることができない、何の視覚的イメージも湧いてこないものであればそれはベータ要素であり、その場合には、セラピストが自分の心の中に保持し、考え続ける(物思い、*reverie*)ことで、アルファ要素になる可能性が生まれる。そして、面接空間全体に関心を向け、そこに点在しているかもしれない転移の素材を検索し集めたり、あるいは、その1回の面接の中だけでなく、経時的に、それらを心の中に保持しながらクライアントと面接を重ねていく中で、断片的だったそれらの内容物が繋がって理解されるようになっていき、やがてC水準の物語性をもった思考へと成熟していく、という流れを辿っていくことになる。クライアントから排出された身体感覚が、イメージを伴って体験される場合には、それはアルファ要素であると考えられるため、他のアルファ要素と繋げていくことでC水準の思考へと成熟していく。「クライアントから排出された身体感覚」といっても、その質によって、クライアントが抱える苦しみのレベルが違ってくる。それは身体感覚でしか受け止められない、とても言葉にすることができない質のものであるのか、それとも、言葉に置き換えて考えることができるものなのか、あるいは、何か、その身体感覚と共に視覚的なイメージが湧いてくるものなのか。そして、その質の違いによって、その感覚体験をクライアント理解につなげていくまでの作業も、先ほど示したように違うものになる。鈴木(2005)は、感覚、感情、思考、意志がバラバラに分裂させられる体験(投影同一化)を時間をかけて抱えながら、その体験について考えていくという作業を通して、より深いクライアント理解へと到達した事例を報告している。

Iで提示した、本稿で想定している面接場面に置き換えて考えてみると、クライアントの中の怖い迫害対象がセラピストに転移され、段々と転移が深まっていく、幼少時にその迫害対象との間で体験された苦痛(考えることのできない、身体感覚のみの苦痛)が、セラピストと



の間でも体験され、それがセラピストに排出されたと考えた場合、それは、クライアントの中では無意識的には自分の中の迫害対象と、セラピストが同じものだと体験されていることになるので、思考機能水準としては、象徴的な水準から、具体的な水準へと退行していることになる。無意識的の幻想である迫害的な対象関係が、セラピストとの「今ここ」の関係性に再演され、セラピストが、その身体感覚を、クライアントの苦しみを理解するために自分の中に抱え続け、考え続け、断片的な部分が段々と一つの視覚的イメージを伴った理解へと辿りついた時に、それをクライアントが受け止められる形で伝え、それをクライアントが受け取ることができれば、クライアントの中にあった、それまで固定化されていた誤った概念が変容される貴重な機会となるのである。

#### ⑤ Josephの「全体状況」という視点

先にみた Bion の治療モデルは、学派を超えて広く支持されているものである。クライアントが自分の中においておくことができずに排出した情緒を、セラピストが自分も揺り動かされながら受け止め、それを自分の中で考え、クライアントが理解できる形に変形して、クライアントに戻す。ここにジョセフの「全体状況」を重ねてみる。クライアントの未解決な「問題」の中心には、クライアントが考えられずにいる苦痛な体験がある。Iで提示した面接場面に置き換えて考えてみると、クライアントはその苦痛な体験を腹痛という身体感覚で伝えてくる。セラピストは、そうして伝わってきた苦痛を自分自身の体で体感しながらそれについて考えていく。その際、クライアントを理解するための手掛かりとして、面接室に点在している他の転移現象も併せて検索していく。クライアントの表情、声のトーン、体の動き、息遣い、部屋全体の雰囲気、そして、その時に自分の中に湧いてくるイメージや、空想。そして、自分は今クライアントの中のどの対象を投影されているのかと考えてみる。しかし、そのように考えてみてもその時にはぴったりとする理解が得られないかもしれない。その場合には、それを無理に形にしてクライアントに返したりすることはせずに、わかるようになるまで自分の中に置いておいて、それが腑に落ちた時に、それをクライアントが受け容れられる形にして伝える。非常に複雑で地道な作業である。ここには二つのセラピストの機能がある。それは、面接室というクライアントの内的世界の中の一部として存在し、投影の対象として、投げ入れられた情緒を感じながら、もう一方では、そのような状態を俯瞰して、自分を含めた全体を眺め、考えまとめるという機能である。つまり「感じる」という機能と、「考える」という機能を同時にやっていくということである。この内側から感じることを通して考え、理解されたセラピストの「実感を伴った」クライアント理解こそが、クライアントの「苦しみ」に近づき、それをクライアントが受け容れられる形へと変形することを可能にする。つまり、身体感覚という逆転移の質や内容を、十分に味わい、漸くセラピストはクライアント理解へとたどりつくことができるのである。

ここで、逆転移をクライアント理解へと繋げる際に心しておかなければならないのは、I IIで既述した、セラピストの側の神経症的な逆転移の問題についてである。これについては、これまでも熱心な議論が重ねられてきているが、常にその可能性について考えながら、自分の心の中を検索していく必要があるということは言うまでもないことである。

(Money-Kyle,1965:Brenman Pick,1985)

#### IV 逆転移としての身体感覚という体験の様相

逆転移としての身体感覚という体験の様相について考えるために、最初に「相互交流を考えるための基盤となる理論」を提示し(Ⅱ)、そこから前節では身体感覚という体験の様相をどのように理解することができるのか、という視点(①②③)を抽出し、その視点から得られた理解をどのように治療へとつなげていくことができるのか(④⑤)について考えてきた。ここでは、それらを踏まえて改めて、逆転移としての身体感覚という体験の様相のもつ意味についてまとめたい。

- ・クライアントの病的側面を表している

投影同一化は妄想一分裂ポジションにあるとき、精神病部分が優勢であるときに発動されること(①)、逆転移として投げ入れられた身体感覚は、クライアントが象徴機能を使用できず不快な情緒を身体化した結果である(③)可能性があることを考えると、セラピストに投げ入れられた身体感覚という逆転移は、クライアントがより早期の段階での対象関係に問題を持っている可能性を示唆しており、それはクライアントの病理に関する理解へとつながるものと考えられる。

- ・クライアント理解が深まる可能性を有している

クライアントが投影同一化を防衛的に発動していると考えた場合にせよ、情緒交流を目的として発動していると考えた場合にせよ、無意識的幻想は身体感覚と直接的につながっている(②)ことを併せて考えてみると、クライアントは早期の対象関係において体験している不快な身体感覚をセラピストに投げ入れている可能性が考えられる。セラピストは、その身体感覚を、前節の④⑤で示したような過程を経てクライアント理解につなげていくことで、文字通り、身体感覚を通して、自分の体の内側から実感を伴ったクライアントを理解する可能性を得ることができる。

- ・治療が進展する可能性を有している／進展の指標となる

セラピストに投げ入れられた身体感覚が、クライアントの転移の起源である無意識的幻想につながっている(②)可能性が考えられるならば、セラピストはその身体感覚を通して、クライアントの無意識的幻想を変化させる可能性を持っているということになる。そしてその場合、そのような状況が治療経過のどの時点で生じられてくるのか、という視点も重要である。治療の最初の段階で生じてくる場合と、治療関係が積み重ねられていく中で転移が深まり、身体感覚という逆転移がセラピストの中に生じてきた、という場合とではその意味が違ってくる。面接が積み重ねられ、身体感覚という様相での逆転移が生じてきたのであれば、関係性が深まってきたからこそ、クライアントの側に身体感覚に根差した早期の関係性が賦活され、それが治療の場に再演されてきたのだと理解することができる。このように考えるならば、身体感覚という逆転移は、治療の進展の指標となり得ると考える。

## V 今後の課題

面接空間で生起する相互交流について考える中で、本稿では、逆転移としての身体感覚に焦点を当て、この「身体感覚」という体験の様相をどのように理解したらよいか、それを治療につなげていくにはどうしたらいいのかを対象関係論の理論を基盤として考え、逆転移としての身体感覚を明らかにしようとした。事例からアプローチするという方法ではなく、理論からアプローチするという今回の試みから得られたのは、身体感覚という逆転移には、クライエントの病理的側面が表れている、クライエント理解を実感を伴って深めていくことができる可能性を有している、治療が進展していく可能性を有している、治療の進展の指標となり得る、といった理解であった。ここからは、身体感覚と直接繋がっている無意識的幻想を転移の源泉としているクライン派においては、この「身体感覚」という逆転移の取り扱いに大きな治療の可能性が秘められていることが示唆された。

逆転移の様相については、他の様相、例えば、視覚的イメージの場合にはどのように考えられるのか。あるいは、視覚的な様相ではなく、聴覚的な様相という場合もあるだろう、と興味はどんどんと広がっていく。視覚的な様相の逆転移を考えた場合、当然、そこには治療構造の問題を考えなければならない。対面法と寝椅子では、実際に入ってくる情報の量も質も全く違う。今回引用した2の事例論文（菊地、1997、鈴木、2005）はいずれも対面法を使用した実践からの報告であった。構造という面では面接頻度の問題もある。頻回な面接ではより濃厚な転移が醸成されるだろう。

今後の課題としては、上述したようなパラメーターの問題を視野に入れながら理論と事例、両面からのアプローチを積み重ねていく必要があると考える。

## 文献

- Bion,W.(1959): Attack on Linking. Int.J.Psycho-Anal40,308-15. republished(1976):in Second Thoughts. 93-109. 中川慎一郎訳 (1993):連結することへの攻撃 メラニークライン トゥデイ①. 精神病者の分析と投影同一化. 岩崎学術出版社.
- Bion,W.(1962): Learning Experience. Heinemann MedicalBooks. 福本修訳(1999):精神分析の方法 I. 法政大学出版局.
- Brenman,P.(1985):Working Through in the Counter-transference. Int,J.Psycho-Anal.66,157-66.
- Hinshelwood R.D(1991):A Dictionary of Kleinian Thought. Free Association Books.衣笠隆幸(2014): クライン派事典. 誠信書房.
- Heiman,P.(1950):On Counter-Transference, Int,J.Psycho-Anal. 31:81-4. 原田剛志訳(2003):転移について. 松木邦裕監訳. 対象関係論の基礎. 新曜社.
- Joseph,B.(1985) :Transference :TheTotal Situation, Int,J.Psycho-Anal.66,447-54.古賀靖彦訳(2000):全体状況の転移. 松木邦裕監訳. メラニークライン トゥデイ③.岩崎学術出版社.
- (1986):Psychic Change and the Psychoanalytic Process..published here for the first time. 福本修訳(2004):心的変化と精神分析過程. 現代クライン派の展望. 誠信書房.
- Joseph,B.(1988):Psychic Equilibrium and Psychic Change:Selected Papers of Betty Joseph.The New Library of Psychoanalysis;9. Edited by Michael Feldman and Elizabeth Bott Spillius.The Institute of

- Psycho-analysis. 小川豊昭訳(2005):心的平衡と心的変化. 岩崎学術出版社.
- 菊地孝則(1997): 心的退避の場としての身体. 精神分析研究. Vol.41-4.6-8.
- Klein,M(1920): The Development of A Child. In The Writings of Melanie Klein,Vol 1.Hogarth ,1-53  
前田重治訳(1983):子どもの心理的発達. 西園昌久・牛島定信責任編訳. メラニーライン著作集Ⅰ. 子どもの心的発達. 誠信書房.
- Klein,M.(1946):Notes on Some Schizoid Mechanism.The Writings of MelanieKlein,Vol3.Hogarth,1-24.  
狩野力八郎訳 (1985):分裂機制の覚書. 小此木啓吾・岩崎徹也責任編訳.メラニーライン著作集Ⅱ. 妄想的・分裂的世. 誠信書房.
- Klein,M.(1952):The Origins of Tranceference. The Writings of Melanie Klein Vol3. .Hogarth ,48-56.  
館哲朗訳(1985):転移の起源. 小此木啓吾・岩崎徹也責任編訳. メラニーライン著作集Ⅱ. 妄想的・分裂の世界. 誠信書房.
- Lionells,M.et al(1995): Handbook of Internal Psychoanalysis. The Analytic Press.
- McDougall,J(1989):Theaters of The Body. L'Agence Eliance Bebesti ,Paris.氏原寛・李敏子訳(1996):  
身体という劇場—心身症の精神分析的アプローチ. 創元社.
- Money-Kyrle,R(1956):Normal Counter-tranceference and Some of its Devetions. Int,J.Psycho-Anal.37,  
360-6.republished. (1978): in The Collected Papers of Roger Money-Kyrle.Perth Clunie.330-42.  
松永優一訳(2000): 正常な逆転移とその逸脱. 松木邦裕監訳. メラニーライントゥデイ③.  
岩崎学術出版社.
- 松木邦弘(2002): 精神分析事典. 「対象関係論」. 岩崎学術出版社.
- 松木邦裕(2009): 精神分析体験:ピオンの宇宙—対象関係論を学ぶ 立志編—. 岩崎学術出版社.
- 松木邦裕(2017): 次著『転移論』を語る. 精神分析研究. Vol61-No3,1-13.岩崎学術出版社.
- 小川豊昭(2005):心的平衡と心的変化. 訳者あとがき. 岩崎学術出版社.
- Rickman.J(1950):The Factor of Number in Individual and Group Dynamics. Journal of Mental  
Science96.
- 鈴木誠(2005): 逆転移理解に「治療者の身体」と「違和感」という観点を導入すること—体験を  
考える素材にするプロセス—. 精神分析研究. Vol49-No4,1-10.

(臨床実践指導学講座 博士後期課程 3 回生)

(受稿 2017 年 8 月 31 日、改稿 2017 年 11 月 22 日、受理 2017 年 12 月 20 日)

## 面接空間に生起する相互交流についての一考察

—逆転移としての身体感覚について対象関係論の視点から考える—

高澤 知子

面接空間では、言語的交流だけでなく、非言語的交流が生じる。そこには、行動、視線、声の調子といった客観化しやすいものから、セラピストの中に生じる視覚的イメージや、身体感覚といった客観化しにくいレベルのものも含まれる。セラピストには、自分の中で感じる逆転移をクライアント理解につなげていくことが求められる。そのため、セラピストの感じた逆転移をどのようにクライアント理解につなげていくのかという視点での研究は数多くなされてきた。それに対して逆転移の様相の違い（逆転移がどのような形で感受されるのか。身体感覚として感受されるのか、視覚的イメージとして感受されるのかなど）に注目した研究はほとんど見られない。したがって、筆者は本研究において、「身体感覚」という逆転移の様相に注目し、身体感覚という体験の様相について、対象関係論の視点から考察した。

### **Interaction Between Therapist and Client During Interviews : Considering Sensations as Counter-transference from the Viewpoint of Object-relations theory**

TAKAZAWA Tomoko

In interviews, therapists interact non-verbally as well as verbally with their clients. Non-verbal interactions involve various factors: behaviors, eye contact, and verbal tones are easily objectified, and visual images and physical sensations evoked in the therapist's mind are difficult to objectify. Therapists are required to utilize the counter-transferences that they experience to understand their clients. There have been many studies regarding how to make use of counter-transference experienced by therapists to gain a better understanding of their clients. In contrast, there have been very few studies regarding the differences in aspects of counter-transference, or differences in the ways in which therapists experience counter-transference, especially with regard to whether they perceive counter-transferences as physical sensations or as visual images. This paper, therefore, looks at "physical sensations" as an aspect of a counter-transference and discusses its meaning from the viewpoint of object-relations theory.

**キーワード**：相互交流、逆転移の様相、身体感覚

**Keywords**: interaction, aspect of transference, physical sensations