

病態水準による治療者という鏡の使用の相違

— ナルキッソスの神話を素材に —

木下 直紀

I. はじめに

Freud, S. (1912) は『分析医に対する分析治療上の注意』の中で、精神分析的な治療において治療者は患者が提示するものを映す鏡であるように求めている。これは、暗示に走る気持ちに持ちこたえ、真実を見つめる「鏡」であり続けるという治療者の態度が、“より深い抵抗”を治療するためには不可欠だからである。Freud が治療者の範としたのは、主観的な焦りに持ちこたえながら、ただ目の前にある真実を映し出すような鏡であった。ここで、Freud が述べているのは、治療者が患者を映す鏡であろうとするという治療者側の姿勢についてである。では、患者側の視点から考えた時、患者はこの治療者という鏡をどのように使用するのだろうか。

臨床実践の現実には照らし合わせると、どのように患者が治療者や治療自体を使用するかは、各々の病態水準によって異なる。したがって、患者が治療者を鏡として使用するあり方も、患者の病態水準によって相違するのではないだろうか。Winnicott, D. W. (1967) は、患者が治療者を鏡として使用する側面に言及しているが、それらの質についての区別は行っていない。また、Kohut, H. (1971) の鏡転移は、患者が自らの誇大自己を映す鏡として治療者を使用するプロセスを示す概念だが、これは共感的態度により治療者側が積極的に作り出す状況を指しており、本稿の論点とは異なる。

本稿では、精神分析的な心理療法において、患者が治療者という鏡をどのように使用するのかについて、病態水準による相違の観点から考察する。議論の素材として、水面に映った自らの姿に相対するモチーフが登場するナルキッソスの神話を使用する。

II. 本稿の方針

(1) 病態水準の区別

本稿が依拠する病態水準のモデルは、Klein 派対象関係論に基づく松木 (2011) のモデルである(表)。これによれば、神経症は両価的な現実認知が可能で、心の葛藤を保持できる。自己や対象は全体対象水準にある。人格障害は心の葛藤を意図的に排出して、現実認知を回避し続ける。自己や対象は、良い部分と悪い部分が分裂しており、部分対象水準にある。そして、精神病は心の不快や苦痛を保持する能力が欠落しているために、心の葛藤を排出して、現実を拒絶し、世界の交換を行う。ここでは、不快や苦痛が体験される現実世界や自己は崩壊しかかっており、自己や対象は断片化水準にある。

福本 (2012) は、症例を神経症水準、人格障害水準、精神病水準として見立てた場合に分け

て、幼児期のエピソードの検討を行っている。ここでの福本の検討は、実際の症例との一致度を検証し、見立てを確定するために行われている。これは、幼児期のエピソードといった物語水準の素材を解釈する際に、病態水準によって異なる含みが生まれうることを示唆している。言い換えると、ある物語の解釈はそれぞれの治療者の立脚する病態水準の認識に暗黙裡に左右されている可能性がある。したがって、素材の解釈の可能性を病態水準によって区別する視点は有用だと考えられる。

本稿では、神経症水準、精神病水準、人格障害水準として、それぞれ神経症部分（非精神病部分）、精神病部分（Bion）、自己愛構造体（Steiner）といった自己の特定の部分が優勢になる状態を想定する。実際には、Bion（1957）が述べているように、純粋なそれらのみで構成されるパーソナリティは病者にも健康者にもない。本稿でも、各自己部分のバランスに個人差はあるものの、いずれの自己部分をも含みこんで重層的に人格が構成されているという立場に立つ。

(2) ナルキッソスの神話

古代ローマの詩人 Ovidius の『ナルキッソスとエコー』には、ナルキッソスという青年がエコーというニンフの求愛を断り、水面に映った自らの姿に囚われて死んでしまうという神話がある。ここには、自らの姿が映った泉に相對するという鏡のモチーフが登場する。

まず、今後の議論を明確にするため、ナルキッソスの神話を次のように定式化する。「自分を知らないという運命にあるナルキッソスは、他者から愛される美しい姿と、他者を見下し関係を結べない心とを持っていた。彼は他者の心を傷つけたことから罰を受けた。ある日、彼は泉の中に映る自分の姿を見つけて、そこに耽溺した。自分であることに気づかないままだった。そして、泉の中に映る姿とどうやっても繋がれないことを嘆いた。彼はだんだんと衰弱していき美しい姿は失われたが、泉に映るのが自分であることに気付いた。しかし、既に彼は離れられなくなっていた。やがて、彼は死んで、水仙になった。」以降の議論はこの定式化に基づく。本格的な議論に入る前に、以上のように定式化されたナルキッソスが本稿での議論の素材としての妥当性を持つかについて触れる。神話は多様な観点から無数の解釈を許容するものである。

しかし、ここでのナルキッソスは神経症水準、人格障害水準、精神病水準として見立てら

表 病態水準のモデル（松木 2011）

	神経症	人格障害	精神病
心の葛藤 (不快・苦痛)	保 持	排 出 (放散) (意図して)	排 出 (放散) (能力欠落のため)
現実認知	ambivalence 「両価」 現実の受容が困難	avoidance 「回避」 現実を意図的に無視	alteration 「交換」 現実の拒絶
状態像	考え込む 考えあぐねる	悩まず行動 (排出) で処理 回避行動 (ひきこもり) 発散 (排出) 行動 快感充足行動	世界の書き換え 空想の現実化 (妄想・幻覚) (心の世界の外在化)
二次過程	機能不全	意図的放棄	崩 壊
一次過程	抑 止	意識的使用	無意識的汎用

れる妥当性を有するのだろうか。この問いは、ナルキッソスの「自分を知らない」という状態像が各病態水準においてどのように理解されるのかという問題として言い換えられる。本稿の依拠する Klein 派対象関係論の観点によれば、「自分を知らない」状態像は次のように重層的に位置づけられる。つまり、全体対象水準の神経症水準では、抑圧された特定の自己を認識できない。部分対象水準の人格障害水準では、意図的に分裂排除された自己が認識できない。断片化水準の精神病水準では、自己は崩壊しかかっており、認識する機能自体が障害されている。以上のように、定式化されたナルキッソスは、各病態水準として見立てられる可能性を有すると考えられ、本稿での議論の素材としての妥当性を持つと言える¹¹¹。

(3) 議論の方針

本稿では、ナルキッソスが泉の中に映る自分の姿を見つけ、そこに耽溺するプロセスを、患者が分析家という鏡を見つけ、精神分析的な治療にコミットするプロセスに相当すると見なす。まず、病態水準の異なる患者がそれぞれどのように鏡を使用するかについて、既存の理論をもとに論じる。それを踏まえて、各病態水準に見立てた場合に、定式化された神話がどのように解釈されるかを示す。その際、鏡に相対するプロセス、及び、その結末に着目する。

以下では、Bion の精神病理論及び Steiner の病理構造体論を中心とした現代 Klein 派の観点から議論を進めていく。まず、ナルキッソスを神経症水準と精神病水準として見立てる場合の検討を行う。最初にこれらを取り上げるのは、両水準での鏡の使用が基本的に分析家との触れ合いに基づいている点で共通するからである。その上で、両水準の間に存在する質的な差異について論じる。最後に、人格障害水準と見立てる場合の検討を行う。この水準は、触れ合いを避けるために鏡を用いる点で先の二つとは異なるため、個別の議論を要すると考える。

Ⅲ. 神経症水準の鏡の使用

(1) 神経症水準と見立てた場合の鏡の使用とプロセスの理解

松木 (2011) のモデルに従えば、全体対象水準にある神経症水準の患者は、考えあぐねることができ、両価的な現実認知が可能である。これは患者が自分で考えることができることを意味する。つまり、鏡に映った姿を自分自身の体験と反芻して考えるための思考の材料として使うことができる。この場合、鏡に映る自らの姿は、患者にとって未知の部分を含む、彼の表象の一つとなる。つまり、神経症水準のナルキッソスは、鏡を自分についての真実の一つを呈示するものとして、自分自身の体験と反芻して考えるために使用すると考えられる。

神経症水準の患者が自分について知ろうとする背景には、自分についての未知の真実 (抑圧した情緒や不安、反復強迫) を知りたいと望む好奇心 (Klein, M. 1930, 1931) がある。そこには Bion (1962) の述べる K リンクが成立している。すなわち、神経症水準のナルキッソスが泉に映る自らの姿を見続ける動因は好奇心だと考えられる。

それでは、好奇心に基づく自分を知る作業とはどのようなものだろうか。

Klein (1931) は、迫害不安により好奇心が制限されていた子どもが、分析を通して、好奇心に基づいて自分を知るようになった様子について以下のように述べる¹¹²。“この少年は現実に照らして調べるといふこと [現実吟味] をするようになった。この少年の自我は、1 つ 1 つの事柄をどんなことに利用すべきか、またそれは修復した方がよいか放棄した方がよいか、などと

いったことをより適切に決断できるようになった。それと同時に、この少年の超自我とイドは調和し、すでに強化されている自我にとってはこれら进行处理することはより容易になった”。つまり、Kleinによれば、好奇心に基づく自分を知る作業は“現実吟味”の水準にある。

また、Britton, R. (2003) は、鏡に映る自分と経験する自分を統合する場として自我を位置付けている。彼は以下のように述べる。“（自我を）内部から由来する心的な経験及び、これと外部から由来する知覚による経験との相互作用の「コンテイナー」として考えることができる。それは、経験を指定し、選ばれた考えに信念をあてがい、それらの信念の真実性を検証する”（括弧内筆者）。ここでの“外部から由来する知覚”とは、治療者という鏡に映った自分の姿の知覚を指すと思われる。ここでの Britton の強調点の一つは、真実であるかの検討を患者が行う点にある。Britton はその意義を、“自責として内部から由来するように体験されようと投影によって分析家から由来するように体験されようと、個人が敵意のある批判の声の信憑性に異議を唱えることができる、分析での決定的な瞬間である”と述べる。

以上を踏まえると、ナルキッソスを神経症水準と見立てた場合、この神話のプロセスは次のように理解されるだろう。彼が泉に映る姿を見るプロセスは、自分を知らうとする好奇心に基づいている。そのプロセスが表わしているのは、鏡に映る姿を現実にも照らして検証し、それが真実であるかを自ら主体的に判断する作業だと考えられる。これは、例えば私たちが毎朝、鏡を覗く際に行うことと同じである。つまり、自分が心の中で思い描いている姿と、実際の自分の姿を照合するために、鏡に映る自らの姿を見ることに等しいと筆者は考える。

（2）物語の結末の理解

それでは、最終的な結果としてナルキッソスに訪れる死はどのように理解されるだろうか。ここで、ナルキッソスが変化した姿である「水仙」に注目したい。不幸な運命を背負っていたナルキッソスは、以前の自分と違って、野原を駆け回れず、誰もが羨む特別な存在でもない、小さな一輪の水仙になった。しかし、水仙は地面に根を張り、周囲の世界と関係を持っている。そして、伸ばした根から栄養分を受け取り、少しずつではあるが確実に成長する。すなわち、神経症水準として見立てる時、神話の結末は次のように理解される。自分を知らず、運命（反復強迫）に翻弄されていたナルキッソスは、以前とは違い、不自由で卑小な存在に変わった。しかし、彼は周囲との安定した対象関係を持ち、そこから栄養を得ることで、少しずつ成長する存在になった。つまり、彼の死は古い自分からの劇的な変化を表していると考えられる。

この結末は精神分析の目的と合致する。松木(2011)は、『ヒステリー研究』の中での Freud の言葉を引用しながら、精神分析の目的の一つを“歪んだ、もしくはこんがらがった不幸を、ありきたりの不幸に戻すこと”だと述べている。これは、分析を通して無意識を知っていくことが、運命的な不幸の物語を“ありきたりの不幸”という現実に変えることを指す。そして、分析を通して知ることでもまた、ただただ“当たり前なこと”に気づくことだという。

筆者はこうした神経症水準での鏡の使用こそが、鏡としての治療者という Freud のモデルが想定している、患者による治療者という鏡の使い方だと考える。つまり、治療者の主観性による歪曲を避け、鏡として患者の真の姿を呈示することで、そうした真実の姿から患者が自らを知る作業を行っていくという精神的治療において基本となるモデルである。これは一見、平凡な結論に見えるかもしれない。しかし臨床実践は、この平凡な作業が転移や抵抗に妨害さ

れ、いかに困難であるかを示している。また、そこにこそ精神分析の意義があることも示している。それ故、この平凡な結論は精神分析の本質を示しており、重要性を持つと筆者は考える。

IV. 精神病水準の鏡の使用

(1) 精神病水準と見立てた場合の鏡の使用とプロセスの理解

松木 (2011) のモデルに従うと、精神病水準の患者は心の葛藤を保持する能力が欠落しているため、心の葛藤を排出する。Bion (1962) によれば、精神病パーソナリティでは α 機能が働いておらず、破滅解体不安により断片化した β 要素しか利用できない。 β 要素は心の筋肉活動による排出 (投影同一化) にしか適さない。そして、心の中の β 要素の排出は空想を現実化し、妄想や幻覚といった現実の交換 alteration をもたらす。

すなわち、精神病水準のナルキッソスは泉を見ることで、断片化した自己を万能的な過度の投影同一化によって泉の中へ排出していると考えられる。そこでは、泉の中にある自らの姿は、自らの写しではなく、自己そのものになっている。つまり、あたかも泉の中の姿に耽溺しているように見える状態は、実際には、泉の中の自己と見ている自己とが具体的な水準で繋がっている状態を表わしている。ここで彼が泉に耽溺している (ように見える) 動因は、 β 要素の心の筋肉運動による排出である。泉の中にあるのは排出された自己そのものであり、常にコントロール下に置いておく必要があるため、迫害不安によって彼は泉から目を離すことができない。

こうした鏡の使用は例えば精神病者の対鏡症状に見られる。対鏡症状とは“反射面に映る自分の姿を、頻繁に、しかも長時間見るといふ、ある種の患者にとっての欲求”である (Knöös, H. 1937)。彼らは健常者よりも高頻度で、かつ、一日中という長時間に渡って鏡の前に居続ける。これは、患者が鏡を見ることで何かを知るのではなく、鏡の中にある自己とそれを見ている患者とが直接繋がっている状態だと考えられる。

また、精神病水準の患者は自らが行っている世界の書換えを実際の外的現実と誤認する。これは、彼らが妄想や幻覚といった現実の歪曲 deformation (Bion) を自分自身に帰属できないことを示している。こうした歪曲の例として Bion (1965) は、精神病の患者が治療者に挨拶される経験を、治療者に敵意に満ちて攻撃される経験へと歪曲する場合を示している。ここでも、敵意に満ちた攻撃という歪曲は、歪曲を行っている患者の心には帰属されず、治療者に帰属されている。つまり、精神病水準のナルキッソスは、泉の中に映る姿を自分自身に帰属することができず、それを自分の写しや反映物としてではなく、全く別の存在として見なすと考えられる。このような誤認が生じるのは、精神病では自己を排出しているという空想が、“それが空想ではなく事実であるのが明白なほどに、その空想の支配が強烈だ” (Bion 1957) からである。

以上を踏まえると、ナルキッソスを精神病水準と見なした場合、この神話のプロセスは次のように理解される。ナルキッソスは泉を見ることで、断片化した自己を投影同一化により泉の中に排出する。そのため、泉に映った姿は彼の何らかの反映物ではなく、彼の自己そのものになっており、彼はそこから目を離すことができない。ここで生じているのは鏡の中の自分と見ている自分とが直接繋がっている状態である。一方で、自己を排出したという空想が強烈過ぎるために、泉に映る姿を自分に帰属することができない。すなわち物語は、投影同一化によって自己の排出を繰り返すことで、知らず知らずのうちに、ナルキッソスが彼と泉の中の姿だけ

しか存在しない (Klein や Rosenfeld が述べる意味での) 自己愛的な世界に埋没していくプロセスを示している。これは、精神病患者が現実との接触を徐々に喪失していく経過に相当すると考えられる。

この場合、物語の結末はどのように理解されるだろうか。最終的にナルキッソスに訪れる死は、現実や外的世界との接触を完全の喪失したことによる人格の荒廃を示していると思われる。そして、後に残った「水仙」は、ナルキッソスというパーソナリティの存在の痕跡であり、もはや彼が外界と関わる心の死んだ植物状態に陥っていることを表わしている。これを Bion (1957) は、精神病の万能空想が“現実、あるいは現実の感知を破壊し、それによって、生きているでもない、死んでいるでもない状態を達成する”と述べている。

(2) 精神病水準の鏡の使用が現れる関係性—精神病性転移

さて、本稿の目的は、患者が鏡としての治療者をどのように使用するかの検討にある。そこで、先に述べた精神病水準の鏡の使用が、どのように実際の治療関係に現れるかを述べる。Bion (1956) は、精神病患者が持ち込む精神病性転移について以下のように述べている。

分析家との関係は、早計で、唐突で、強烈に依存的である。患者が生や死の本能の圧力下でそれを拡張する際に、現象の2つの相伴った流れが顕在化する。第1は、分析家を対象とした投影同一化が過活動となり、その結果として、ローゼンフェルドが記述しているような混乱状態 (自己愛的万能的対象関係が転移、形成され、自他の混同、妄想性の投影、万能的態度が分析家との間に形成されること) が生じる。第2に、優位に立った衝動—それが生の本能であれ死の本能であれ—が自らを表現しようとする精神活動やその他の活動は、一時的に従属的地位に立たされた衝動によって直ちに切断される。混乱状態から脱出したいという願望に駆り立てられ、切断に悩まされて、患者は制限された関係を元に戻そうと懸命になり、転移は再び、それに特有の特徴のなさを帯びる。患者が私の存在にほとんど気が付かないように、私を通り過ぎてますぐに面接室へ歩いて入っていき、彼が溢れんばかりの陰気な優しさを振り撒こうと、制限された関係は見紛うことはない。制限と拡張とが分析を通してずっと交代する。(括弧内筆者)

ここには精神病の精神分析において現れる二種類の関係性が示されている。一つは、突発的に強烈に生じる自己愛的対象関係の転移 (精神病性転移) である。もう一つは、それと交互に生じる、きわめて制限され、接触の乏しい不毛な状態である。精神病水準の鏡の使用は、接触のない不毛な期間の合間に、精神病性転移として治療関係に急激に現れると考えられる^{iv}。

V. 神経症水準と精神病水準の関係

(1) 象徴機能

先に述べた神経症水準と精神病水準の鏡の使用は大きく異なっている。以下では、両者の関係について論じる。Freud (1924) は神経症と精神病の相違を、“現実代替”と“現実喪失”の二点から説明している。前者に関して、神経症では子どもの遊びのように現実の一部に委託して、象徴的な意味を与えるのに対して、精神病では新しく作り出す世界で外的現実を刷新することで現実が代替される。後者に関して、神経症では現実から逃避するのに対して、精神病で

は現実を作り変えることで現実が喪失される。まず、象徴機能の問題を示唆する現実代替の点で、両水準を比較してみたい。Bion(1959)は神経症(障害の軽い患者)と精神病(障害の重い患者)の相違を次のように述べている。

患者が、彼自身ではない対象と同様に、彼自身とも部分対象関係を持っていることをこころに留めておけば、障害のより軽い患者が「私は考える」とか「私は確信している (I believe)」と言いそうな場面で、障害の重い患者が「のような (it seems)」といった言い方をふつうにすることが理解できる。彼が「のようだ」と言う時、彼は、ある感情、彼の精神の部分であるが全体対象の一部としては観察されていない「のような」感情をさしていることがしばしばある。…中略…これが、分析家と患者の存在によって提起されるもの以外の問題を、患者が何ら抱えていないようにみえる状況を生み出す。彼のこころを占めているのは、機能がその部分であるような全体は把握できないとしても、彼が感知している様々な機能が何であるかである。

Bionは象徴機能の有無を感情の把握における部分と全体の関係に結び付けている。ここに神経症と精神病での鏡に映る姿の差異がある。まず、神経症において、鏡に映る姿が一つの表象や比喩として機能するのは、患者にとってそれが全体の一部であることが認識されているためである。一方、精神病において、鏡に映る姿が自己そのものであるのは、何かがあることは感知されるが、それが全体の一部であることを把握できないためである。それが、鏡に映る姿と患者以外の存在がなく、鏡に外側がない自己愛的な状態 (Klein, Rosenfeld) を作り出す。

(2) 現実の歪曲—Bionの変形理論

次に、Bion (1965) の変形理論⁹を参照し、現実喪失の点で両水準を比較する。Bion は、治療において「患者からもたらされる素材」が、「患者の反応の源である何らかの事実 (0)」に、「患者が変形を加えた表象であること」に着目する。そして、神経症の変形を硬直運動変形、精神病の変形を投影変形と区別し、体験そのもの (0) の変形の相違を詳細に論じている。

まず、Bion (前掲) は神経症の硬直運動変形について以下のように述べている。

過程に関する限り、私は、転移が卓越した役割を演じていて、最終産物 $\langle T \text{ (患者)} \beta \rangle$ が分析者によって転移神経症と呼ばれるものであると仮定する。…中略…小児性欲とエディプス・コンプレックス及びその派生物にふさわしい感情や考えは、特徴的な全体性と一貫性を保って、分析者との関係へと転移される。この変形はほとんど歪曲をもたらさない。フロイトが使ったように「転移」という用語は、感情と考えの或る適用範囲から他の範囲への運動というモデルを含んでいる。そこで私は、この変形の集合を「硬直運動変形」と定義することを提案する。硬直運動の不変性は、投影変形に特有な不変性と対比される必要がある。

このように神経症における硬直運動変形では、反復強迫により転移が持ち込まれることで、治療関係における現実是一定の一貫した変形を被る。ここには歪曲が含まれないため、治療者は患者の反応の元になったもの (Op) が何かを同定することが可能である。

続いて、精神病の投影変形を見てみたい。Bion (前掲) は、牛乳配達人が来たことに怒る精

神病の患者が、分析家が牛乳配達人として実際に患者の家を訪問し、同じ牛乳配達人が分析家として現れたと信じていた例を示している。患者は、以前現れた牛乳配達人を分析家と全く区別しておらず、目の前にいる分析家を牛乳配達人も区別していなかった。つまり、患者が誰と会っているつもりなのか(分析家、転移された人物)を同定できる硬直運動変形と異なり、投影変形では“私は、Op(患者の反応の源となる事実)が何であったかもしれないかを知らずにOpへの彼の反応に直面させられている”(括弧内筆者)。このように投影変形では、分析で生じる現象(<Tp と Taβ >)の元となった患者の体験(Op)と分析家の体験(Oa)とが一致しない。

神経症において、患者の鏡としての使用と、Freudの想定した鏡としての治療者との共同作業が成り立つのは、硬直運動変形が一貫性を持つために、体験(O)の共有が可能だからである。一方、精神病では、体験(O)の共有が非常に困難なため、共同作業は難航する。患者は投影変形により患者と“分析家とのどんな関係とも殆ど無縁な出来事が、実際には分析家のパーソナリティの側面として見なされる”ため(Bion前掲)、治療者は患者の体験を同定できないまま作業を続けなければならない。そのため、まず患者の反応を引き起こした“刺激を画定すること”(Bion前掲)が必要とされる。

(3) 精神病と好奇心の関係—精神病水準と神経症水準の連続性

最後に、神経症の鏡の使用の動因となった好奇心が、精神病ではどのように位置づけられるかを参照する。これにより、精神病と神経症との連続性を考える手がかりとしたい。Bion(1959)は精神病を、乳児の抱えられない情緒を処理できる形に変えて戻すという母親の機能が働かず、破壊的な側面が緩和されなかった結果と捉えて、以下のように述べる。

患者の好奇心を刺激する機能の性質を、彼は投影同一化によって探究する。あまりに強烈で自分のパーソナリティでは包含できない彼自身の感情は、そうした機能の内にある。包含するに十分強いパーソナリティの中で自分の感情を彼が検索するのを、投影同一化が可能にする。母親が乳幼児の感情を憐れず役目を拒否することによってであれ、母親がこの機能を行行使することを許せない患者の憎悪や羨望によってであれ、この機能の使用の拒否は、乳幼児と乳房との間の連結の破壊と、その結果としての、すべての学ぶことがそれに基づいている、好奇心を抱く衝動の重篤な障害を導く。したがって、発達の重大な停滞のための道が敷かれる。

ここには、精神病における「排出」がその起源においては、好奇心による探索の手段であったことが示されている。つまり、精神病水準の鏡の使用も一部には好奇心にもとづく探索を含んでいると思われる。しかし、同時に探索に繋がる連結は患者による破壊にも曝されている。そのため、突発的に生じる精神病性転移のような鏡の使用は、神経症のように合理的なものではなく、困難な乳児と同様の過度な投影同一化の水準にあると言える。

VI. 人格障害水準の鏡の使用

(1) 人格障害と見立てた場合の鏡の使用とプロセスの理解

人格障害水準の患者においてパーソナリティの中心を占めるのは病理構造体(Steiner, J. 1987)である。ここで、鏡の使用について考える上で、Steinerの述べる病理構造体の特徴のう

ち、「高度に組織化された構造であること」、「変化へのいちじるしい抵抗となること」、「触れ合いを回避するための退却場所となること」の三点に注目する。

ナルキッソスを人格障害水準と見なした場合、神話は神経症水準とも精神病水準とも異なるように理解される。彼は泉に映る美しい姿を賞賛し、満足するために、泉の中を見続ける。彼の心の中は、姿の美しさに占められている。彼はその美しさが心の中から感じられなくなることをだけを恐れている。やがて、彼は人間としては滅び、美しい花になる。

松木（2011）によれば、人格障害水準のナルキッソスは、象徴機能や考える能力がありながら、現実認知を意図的に回避 avoidance し、積極的に心の苦痛を排泄すると考えられる。そこで彼は、鏡を自らの姿の美しさや強さを確認するために使用する。それによって自己愛的万能感を満たし、組織化された安定を維持する。鏡への耽溺は“それほど自分の洞察を破壊しているようではなく、むしろ洞察に^{めい}盲の眼を向け turns a blind eye to it、そして真実を複雑に覆い隠すことに没頭する”（Steiner 前掲）ためである。鏡との関係は Bion（1962）の述べる－K である。彼を鏡に駆り立てる動因は、苦痛を排除して、仮初の安定を維持しようとする“変化へのいちじるしい抵抗”（Steiner 前掲）である。これは、例えば摂食障害の患者が痩せへの自己愛的固執（松木 2006）から、苦痛を覆い隠すために理想的な痩せた姿を鏡で確認し続けることに見られる。ここで鏡に映るのは自己愛的万能感を満たす既知の自分である。したがって、神経症水準とも精神病水準とも異なり、鏡との間には変化に繋がるような接触は生じない。彼には現実に触れ合う能力はあるが故に、苦痛や不安が喚起されてしまうため、決して鏡から目を離すことができない。ここで、鏡の使用は安定を維持するための嗜癖と化している。

結果として訪れるのは、変化のない病理的安定状態であり、他者と接触を持つ、心の健康な部分の死である。「水仙」への変化は、病理構造体を維持するために美を鑑賞されるためだけの存在となったことを表わしている。そこでは、汚い部分や弱い部分のある生きた人生は失われている。こうした帰結を Steiner（前掲）は“病理構造体は、まったくの生でもまったくの死でもなく、しかも死に近い状態で、苦痛に不安が比較のない状態への引きこもることという慰めを提供した”という言葉で表している。

（2）人格障害水準の鏡の使用の性質

人格障害水準の鏡の使用は、現実を否認した上で、異なる姿を作り上げ、そこから快感を得ているという点において倒錯的である。Riesenberg Malcom, R.（1970）は、性倒錯空想を鏡の中のみ見出すという自慰空想にふける患者の分析から次のように述べている。

彼女を手助けする道具が選択された中で、鏡は、なんら他の特徴をもたず、主体のイメージを照らし返すことだけができる対象であることは興味深い。この意味で鏡は理想的なものであり、そこにさまざまな内的対象を投影でき、それらをコントロールし、彼女がその中に押し込んだものだけを照らし返すことを可能にする。“鏡”は乳房を表象しているが、単に具体的なコンテイナーとして機能する死んだ乳房であり、堅い境界以上のものは持たない。この乳房は実感として、堅く、冷たく、まったく機械的で、肯定的に赤ん坊に供給されるそれ自体の生命に欠けていると感じられる。…中略…そこに感情を押し込めることは認め、それを照らし返すだけであり、不安の激しさをもっと変化させたり、和らげることによって感情を修正することはまっ

たくない。

Riesenberg Malcom の指摘は、鏡が内的対象をコントロールするために使用することに適した道具である点を示していると筆者は考える。そうした鏡の使用は、コントロールのための枠組みを提供することのみ意義がある。しかし、それは機械的で治療者との間に生きた作業を生み出さず、修正や変化は生まれない。つまり、治療者という鏡は、そこに境界として存在するが、死んだものとして機械的に使われている。ここには治療者との本当の触れ合いはない。Steiner (前掲) も同じ点に関して次のように述べている。

この構造体は、狭く制限された生活を与えるかもしれないし、時には急性発症を防いだり引き延ばしたりする。しかし現実との本当のふれあいを成し遂げるには、構造体は放棄されなければならない。…中略…構造体の中では対象群は組織化された構造に拘束されていて、対象との感情的距離が制御できるからである。

つまり、人格障害水準での鏡の使用は、鏡に“盲の眼を向け”ることで、一見して洞察しているように見える。しかしそれは、実際には自分とも、現実とも、治療者とも生きた触れ合いが生じないように、それらとの距離を組織的にコントロールしているに過ぎない。

Ⅶ. 患者側の鏡の使用と治療者側の姿勢の関係

ここまで、ナルキッソスの神話の三種類の解釈を提示しながら、患者による治療者という鏡の使用が病態水準によってどのように異なるかを論じてきた。

では、治療者側の患者の真の姿を映す鏡であろうとする姿勢と、患者側の鏡の使用のあり方が接触した時に、どのような展開が生じるだろうか。患者が神経症水準ならば、患者は治療者が映し出す真の姿を自分の反映であると捉えて、好奇心から探求の手掛かりにしていく。ここでは共働作業が成り立つ。しかし、患者が精神病水準ならば、β要素の排出のために、患者は治療者が映し出す姿や治療者自体を自分自身と混同する。あるいは、治療者が映し出す姿に大幅な歪曲を加える。ここでは、治療者であろうとする鏡と、患者が鏡として治療者を使用するやり方に一致点を見出すことは非常に困難である。また、患者が人格障害水準ならば、変化への抵抗から、患者は治療者が患者の姿を映し出そうとする努力を、自分を知るためではなく、現在の自分の安定を維持するために倒錯的、嗜癖的に利用する。病的状態の打開を目指して開始された治療が、病的状態の維持のために使用されるかもしれない。治療者であろうとする鏡と、患者が鏡として治療者を使用するやり方を患者はあえて一致させようとしまいだろう。

ここに見られるのは、どうすれば治療関係が真に生きた知を生み出す創造的なカップルになるのかという問題である。Klein, M. (1932)は、子どもにとっての最早期のカップルである結合両親像が創造的であることの重要性を、それが結合両親像への羨望に由来する迫害不安を緩和する点から論じている。治療においても、治療者と患者というカップルが心の栄養となる知を生み出す創造的な関係であることが重要であろう。患者と治療者が神経症水準の鏡の使用として共働する部分が僅かでも機能する時、治療者は患者の真の姿を映し出す鏡であろうとし、か

つ、患者がそれを自分についての知を得るための鏡として使用する。そこには、治療者が映し出す患者の姿と患者の体験が一致し、心の栄養となる知が生み出される可能性が生じると思われる。

では、精神病水準や人格障害水準の鏡の使用に対してはどう対処すればいいのだろうか。おそらく、事態をすぐに好転させる方法はないと思われる。精神病水準の鏡の使用は α 機能の欠落をベースにしており、治療者が急な打開を図ろうとしても、それは患者によって歪曲して認知される可能性が高いだろう。また、人格障害水準の鏡の使用に対しても、治療者が閉塞状況を急に打開しようと試みることは、患者側の万能感に加担することになり、治療者が病理構造体に同一化してしまう結果となる。いずれも、Freud が鏡モデルを提示した際に述べたような、治療者の行動化が反治療的になる状況である。

治療者側で可能な方策としては、二つに集約されると筆者は考える。第一の方策は、治療者側がであろうとする鏡と、患者の鏡としての使用とのズレの感知である。患者からの異なる鏡の使用法は、治療者の感覚に対して変質としての逆転移を生じさせる。これは精神病性転移による治療者の混乱や、病理構造体による治療者の退屈さや無力感などに現れるだろう。いずれも神経症水準での共働作業の際の創造性を伴った感覚とは異なると思われる。ここで、here and now の解釈は次に述べる二重の有用性を持つと言える。まず、解釈の焦点が「今、ここ」に集まることは患者の体験(0p)の同定を容易にする。また、「今、ここ」での接触は、治療関係に生きた交流を生じさせることを念頭に置いてなされる。続いて、第二の方策は、患者の中の神経症的な部分への働きかけである。精神病であっても、人格障害であっても、純粋に病的部分のみの患者は存在しない。彼らの中の神経症的な部分との共働作業により、治療関係で生じているズレを認識していくことが可能になると思われる。

本稿の最後に、鏡としての治療者という Freud の主張の意義を再考したい。患者の真の姿を映す鏡であるようにという注意は、治療者が自らの主観によって理解を歪曲し、行動化を起こすことへの戒めを含んでいた。治療者の主観による歪曲ならびに行動化は、上記のようなズレを感知することの妨害を引き起こしやすい。行き詰まりを治療者単独で解決することは困難であり、基本的には、神経症水準の鏡の使用ができる患者の能力を基盤にする必要がある。それは精神分析的な治療における一つの限界を明確に示している。鏡であるという Freud のモデルは一定の限界を有する基本軸を明確にした意義があると筆者は考える。また、Freud は真実の重要性を示している。精神病水準や人格障害水準の鏡の使用では、治療者が真実を映す鏡として機能し難い。しかし、Freud の真実を映す鏡という基本姿勢に戻る時、その機能していないという現実こそが真実であるという視点に立ち返ることを可能にする と筆者は考える。

注

ⁱ Bion, W. R. は、患者の情動的経験やパーソナリティを理解する上で、神話が重要であると考えた。Bion (1960) は、ナルキッソスの神話について以下のように述べている。“自分の美を見出すための鏡を探す若者は、神によって罰せられる。この最後の選択 [Bion がナルキッソスの神話を選択すること] はある希望においてなされている。すなわち、それは探索者自身のパーソナリティに関連して好奇心と学ぶことの問題をはっきりさせることに役立つだろうという希望である。彼のニーズは鏡を見出すことであり、それはつまり道具であって、それが彼が自分自身についての自分の好奇心、愛情深い好奇心を満足させることを助けるだろう。好奇心は、次のように言ってもいいかもしれないが、私心のないものではない (その愛ゆえに)。(もしも科学的な好奇心を期待しているなら、統合性の欠如がその価値を損なう) その罰は奇

妙に見える”〔〕内は引用者の註)。ここでBionは、好奇心と学ぶことに関係する素材として、ナルキッソスの神話を取り上げている。ここでの議論には、象徴機能を有する神経症水準の問題が含まれていると考えられる。なお、Bion(1967)は、精神病機制に内在する傲慢な好奇心についても論じている。本論での精神病水準についての議論はβ要素の排泄を中心に置いており、傲慢さの議論とは異なる。しかし、Bionの傲慢さをめぐる議論は、精神病水準での好奇心の性質に関連し、示唆に富むものである。

ⁱⁱ Freud (1914) は『ナルシズムの導入に向けて』において、P.Näcke を介してナルキッソスの神話を取り上げた。そこでFreudは、リビドー理論からの統合失調症についての見解を示し、精神分析的な治療の限界を示していると述べた。Freud以後の発展は精神病への精神分析的な接近を可能にする知見が提示されており (Segal, H. 1950、Rosenfeld, H. 1965、Bion 1967)、精神病水準の患者が治療に持ち込む関係を検討することは臨床の実際に即していると思われる。

ⁱⁱⁱ 引用に関しては、既存の翻訳を参考しているが、適宜、筆者が訳を変えている。

^{iv} また、Bionも述べるように、精神病性転移の生じている時には、患者には混乱と同時に、決して治療者(排出された自己)と一つではないという切断への苦しみが生じる。それは、神話において、泉の中の自分と決して触れられないことへのナルキッソスの絶望として示されている。

^v 以下に出てくる「T」は *trasformation*, 「a」は *analyst*, 「p」は *patient* の略である。

引用文献

- Bion, W. R. (1956): Development of Schizophrenic Thought. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol.37.
- Bion, W. R. (1957): The Differentiation of the Psychotic from the Non-psychotic Part of the Personality. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol.38, Parts 3-4.
- Bion, W. R. (1959): Attacks on linking. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol.40, Parts 5-6.
- Bion, W. R. (1960): Cogitations. Karnac Books, London, 1992
- Bion, W. R. (1962): Learning from Experience. Reprinted by Karnac, London, 1984
- Bion, W. R. (1965): Transformation. William Heinemann Medical Books, London.
- Bion, W. R. (1967): Second Thoughts. Karnac Books, London, 1984
- Britton, R. (2003): Sex, Death, and the Superego. Experience in Psychoanalysis. Karnac Books, London.
- Freud, S. (1912): Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. *S.E.*, 12.
- Freud, S. (1914): On narcissism: An introduction. *S.E.*, 14.
- Freud, S. (1924): The Loss of reality in neurosis and psychosis. *S.E.*, 19.
- 福本修(2012): 研修症例コメント「緩やかな触れ合い」に至るまで *精神分析研究* 56, 70-72.
- Klein, M. (1930): The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego. *Int. J. Psycho-Anal.*, 11.
- Klein, M. (1931): A Contribution to the Theory of Intellectual Inhibition. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12.
- Klein, M. (1932): The Psycho-analysis of Children. The Writings of Melanie Klein Vol.2. Hogarth Press, London, 1975
- Kohut, H. (1971): The analysis of the self. International Universities Press, Madison.
- Knös, H. (1937): The Mirror Sign *Acta Psycho. et Neurol. Scand*, XII, 2, 155.
- 松木邦裕 (2006): 摂食障害の精神分析的アプローチ 金剛出版
- 松木邦裕 (2009): パーソナリティ障害の精神分析的アプローチ 金剛出版
- 松木邦裕 (2011): 不在論—根源的苦痛の精神分析 創元社
- Ovidius:ナルキッソスとエコー 変身物語(上) 中村善也訳 p.113-121 岩波文庫 1981
- Segal, H. (1952): Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol.31, Part 4.
- Steiner, J. (1987): The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol.68.
- Riesenberg Malcolm, R. (1970) The mirror: a perverse sexual phantasy in a woman seen as a defense against a psychotic breakdown. in *Melanie Klein Today*.
- Rosenfeld, H. (1965): Psychotic States. Hogarth Press, London.
- Winnicott, D. W. (1967): Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In Winnicott, D. W. (1971): *Playing and Reality*. Basic Books, New York.

(臨床心理実践学講座 博士後期課程3回生)

(受稿 2013年9月2日、改稿 2013年11月28日、受理 2014年1月16日)

Different Mirror at Each Level of Psychopathology : Through Discussing the Myth of Narcissus

KINOSHITA Naoki

S. Freud (1912) required therapists in psychoanalysis to be a mirror reflecting the truth of patients. This study was performed to examine, using the myth of Narcissus, the difference in how patients use the mirror of therapists at each level of psychopathology, from the viewpoint of Kleinian psychoanalysis. In the neurotic case, Narcissus uses a mirror to know unknown truths about himself, out of curiosity. This type of usage seems to consist of collaborative work in psychoanalytic therapy. In the psychotic case, he uses a mirror to have fragmented parts of himself be reflected in it, because of evacuation of β -elements by muscular movement. Neurosis and psychosis have different symbolization and transformation of reality, but have a common origin in curiosity. In the personality disorder case, he uses a mirror to confirm his beauty and maintain his narcissistic omnipotence, because he resists any changes. I consider that how the therapist serves as a mirror and how the patient uses the mirror in psychoanalytic therapy is important, so that therapists and patients can become a creative couple to produce knowledge that nourishes the mind of the patient. I suggest how disturbance occurs at each level of psychopathology and how the therapist deals with it.