

精神療法における転移に関するインフォームド・コンセントの必要性⁽¹⁾

太田 匡洋

1. はじめに

本稿の目的は、支持的精神療法における「転移」、とりわけ「陽性転移」が、インフォームド・コンセント（事前の説明と同意）の対象になりうるかどうかを検討することである。

近年、精神医療の需要は右肩上がりとなっており、厚生労働省の調査によれば、精神疾患を有する患者の数は増加の一途をたどっている。とりわけ増加傾向にあるのが、気分障害および神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が、認知症に次ぐ勢いで増加していることが指摘されている⁽²⁾。

精神科による精神疾患に対するアプローチには、大きく分けて二種類のものが存在する。一つ目が、薬物療法であり、これはおもに薬物の投与によって精神治療を行うものである。二つ目が、精神療法と呼ばれるもので、これは「精神医学や臨床心理学などの精神的な訓練を受けた治療者によって行われる心理的治療」（白波瀬, 2011, 606 頁）を指す。

この精神療法においては、「転移」と呼ばれる現象が生じる場合がある。これは、精神療法の主体である医師やセラピストに対して患者が強い好悪の感情を抱くことであり、その好悪の感情は早期小児期の重要人物に関する体験に由来していることが多い（松木, 2011, 737 頁; Racker, 1985, p. 13）。この好悪の感情のうち、肯定的な感情を抱く場合は陽性転移、否定的な感情を抱く場合は陰性転移と呼ばれる。転移という現象は、精神療法においては治療にとって本質的な契機のひとつであり、あらゆる精神療法に付随する現象であるとともに（Winston & Rosenthal & Pinsker, 2012, p. 16, 邦訳, 16 頁）、一部の精神療法においては転移の分析が治療にとっての重要な契機となる。

本稿では、精神療法の中でも特に「支持的精神療法」と呼ばれる療法に着目し、この支持的精神療法において現れてくる「転移」に関するインフォームド・コンセントの必要性を検討する。「支持的精神療法」とは、「1)症状を改善し、2)自己評価や自己機能、適応スキルの維持や再獲得、改善などの直接的な手法を用いる力動的な治療法である」（Winston et al., 2012, p. 9, 邦訳, 9 頁以下）と定義され、「こうした目標を達成するのに必要な範囲で、現実のあるいは転移上の対人関係、および過去と現在の情動反応または行動パターンを検

討する」(Winston, et al. 2012, p. 9, 邦訳, 10 頁) とされている³⁾。この支持的精神療法においては、一般に「転移」に関しては「陰性転移」に焦点が当てられることが多いが、「陰性転移」と「陽性転移」では論点の異なる部分があることに鑑みて、本稿では度外視されがちな「陽性転移」に焦点を当てて、今日の精神療法におけるその位置づけおよび、インフォームド・コンセントの必要性について検討する。

2. 精神療法におけるインフォームド・コンセント

今日では、医行為およびそれに準ずる医療的介入を行う際には、一部の例外を除いて原則としてインフォームド・コンセントを取得することが求められている。インフォームド・コンセントとは、「医療行為について医療者から十分な説明を受けた上で患者が自由意思によって同意すること」(高柳, 2011, 81 頁) を指す概念であり、患者の承諾を得るに際しては、「①医療者による情報開示、②患者に意思能力があること、③決定の自発性、任意性の保証がなければならない」(高柳, 2011, 81 頁) と定められている。また前田 (2017) は、「インフォームド・コンセントとは、医療やヒトを対象として医学研究を実施する際、医療従事者や医学研究者が、患者や被験者に対して、あらかじめ、それらの目的や内容、危険性等の説明を行い、患者や被験者がその実施に対して同意を与えることを意味する」(前田, 2017, 151 頁, 強調は引用者) と定義しており、医療者による情報開示が事前に行われなければならないことを指摘している。

精神医療におけるインフォームド・コンセントに関しては、1991 年に国連人権原則が採択されて以来、精神医療においてもインフォームド・コンセントが原則とされている (高柳, 2011, 81 頁)。この傾向は、今日の日本における精神療法においても例外ではない。たとえば精神保健研究所の公式ウェブサイトにおいては、「治療が開始されるためには、自分が受けようとしている治療について、説明を十分に受け、その説明を理解し、それをふまえて自らの考えで判断をして、同意を表明していることを前提にするのが原則です。つまり説明を受けた上での同意 (インフォームドコンセント Informed Consent) が求められます。精神科医療においてもそれは同じです⁴⁾」と宣言されている。

この傾向は狭義の医師のみならず、臨床心理士にも認められる。日本臨床心理士会倫理綱領の第 4 条は「インフォームド・コンセント」と銘打たれ、同条においては「臨床心理業務に関する契約内容 (業務の目的、技法、契約期間および料金等) について、対象者に理解しやすい方法で十分な説明を行い、その同意が得られるようにする」と規定がなされている。加えて、精神科医および臨床心理士と患者のあいだの関係は、一般的な医行為における場合と同等の契約関係と見なされることが、近年の傾向として指摘されている⁵⁾。

それでは、精神療法においては、具体的にはどのような情報開示が求められるのであろうか。志自岐 (2006) によれば、精神療法において必要とされるインフォームド・コンセントは、「検査や治療についての目的や内容、病状と診断結果(病名)、治療方針、治療内容(投薬内容など)、予測される死亡や身体障害のリスク、見通し(予後)、検査や治療行為に伴って生じる生活上の変化、治療のために利用可能な各種の保健福祉サービスについての情報、かかる費用など」(志自岐, 2006, 196 頁) であるとされる。これらの説明内容においては、「転移」という現象に関する事前の情報開示は含まれていない。ただし、「検査や治療行為に伴って生じる生活上の変化」の一環として、治療に伴うネガティブな感情の現出については、おもに口頭で説明がされる傾向にある。遠藤 (2018) の調査によれば、「内省することで、対人葛藤が一時的に強まることがある」という点については、口頭による説明が 90.07%の割合で行われ、「面接によって、抑圧が解除されて一時的に衝動性が高まることがある」という点については 82.98%、「面接のなかで過去の苦痛な体験を想起した影響として、不眠、過覚醒、フラッシュバック、ひきこもりといった症状が起こることがある」という点については 82.27%の割合で、口頭によって説明がなされている (遠藤, 2018, 68 頁)。なお、いずれに関しても、文書による事前の情報開示はなされていない。

上記のような感情の現出、とりわけ「過去の苦痛な体験の想起」に関しては、おもに陰性転移と強いかかわりを有していると考えられる。これに対して、陽性転移に関しては、問題意識も持たれない傾向にある。実際、Winston et al. (2012) は、次のように指摘している。「治療者や患者が転移についてどれくらい話し合うかは、治療のタイプによって変わる。[...] 転移は支持的精神療法のなかでも生じるが、それはすべての関係性において生じるものであり、典型的には、転移が現れることで治療継続が危ぶまれた時にのみ、話し合うようにする」(Winston et al, 2012, p. 16, 邦訳, 16 頁)。

ここで「治療継続が危ぶまれた時」とされているのは、陰性転移によって、クライアントと治療者による「治療同盟」の関係が脅威にさらされる場合である。「治療同盟」とは、「治療関係における治療課題に対しての現実的協力や共同作業を表す概念」(村岡, 2011, 719 頁) である。したがって、もっぱら陰性転移を通じて治療者にネガティブな感情が抱かれることによって、この「治療同盟」が脅かされた場合にのみ、「転移」は精神療法内にて話題とされるのである。

3. 「転移」という現象の特殊性

以上のように、今日における支持的精神療法においては、転移、とりわけ陽性転移はあまり取り上げられないのが通例となっている。しかし、転移という現象は3つの点で、単

なる好悪の感情から区別される特徴を有している。そして、この特徴のゆえに、転移という現象もまた、患者にとっては精神療法に特異なものとして、インフォームド・コンセントの対象となると考えられる。以下では、その三つの特徴について確認したい。

3.1. 治療行為の本質である点

「転移」の一つ目の特徴は、それが精神療法において半ば避けがたく発生する、本質的な現象のひとつであるという点である。というのも精神療法においては、治療者に転移が起きることが、治療の本質のひとつとなっているからである。Winston et al. (2012) によれば、「転移は支持的精神療法のなかでも生じるが、それはすべての関係性において生じるもので」(Winston et al., 2012, p. 16, 邦訳, 16 頁) あり、その限りにおいて、支持的精神療法のいかなる類型においても、転移は半ば避けがたく発生するものとして位置づけられている。

3.2. 好悪の感情が最終的には必ず切断操作されなければならない点

第二の点として、患者が治療者に対して抱く好悪の感情は、治療の場を離れて生活世界に持ち込まれることが許容されておらず、最終的にかならず切断操作をされなければならないことが挙げられる。切断操作とは、主に犯罪加害者などに関して、「加害者の異常性を専門的観点から言及し、ラベルを貼ることによって自分たちとは違う存在であるとみなす」(牧野, 2006, 138 頁) という認知上の操作である。これと同じ認知的操作が、精神療法における転移についてもあてはまる。すなわち、治療者に対する好悪の感情が、「転移」という特殊な現象へと還元され、ラベルを張られることによって、あくまでもそれらの好悪の感情は、「健康」な状態からは区別され、日常生活に持ち込まれるべきではない現象であると見なされるのである。精神療法における転移に際しては、この切断操作が必須となる。その理由として、以下の二つの点が挙げられる。

3.2.1. 治療者の中立性の確保

先述したように、治療者と患者のあいだの関係は、「治療同盟」という概念によって特徴づけられる。この関係においては、治療者は中立性を確保する必要があり、治療同盟を維持するのに役立つ限りにおいて、転移は肯定される。この点について、Winston et al. (2012) も、「治療者に対する患者のポジティブな感情は、たとえそれがやや非現実的なものであったとしても、治療同盟を維持するのに役立つものであり、また潜在的に治療者への同一化に役に立つ」(Winston et al., 2012, p. 17, 邦訳, 17 頁) と指摘している。

しかし他方で、陽性転移に対しては、治療同盟の維持に役立つという役割を承認される

にとどまり、それ以上の扱い、すなわち積極的な言及や、陽性転移にともなう感情そのものに対するケアはされないのが通例である。Winston et al. (2012) も、「治療同盟を維持するため、一般的に支持的精神療法では、治療者に対するポジティブな感情や陽性転移に焦点を当てない」(Winston et al., 2012, p. 107, 邦訳, 145 頁) と指摘したうえで、「支持的精神療法では、一般的に陽性転移に焦点を当てる必要はない」(Winston et al., 2012, p. 108, 邦訳, 147 頁) と述べている。このように、陽性転移には、治療同盟の維持を強化するという役割が与えられるにとどまり、それ以上のケアの対象とはされていないのである。

3.2.2. 多重関係の禁止

転移にともなう感情が切断操作されなければならない第二の理由として、多重関係の禁止が挙げられる。多重関係とは、治療者が「患者（あるいは患者の家族）に対して専門的関係と同時に別の関係を持つこと」(北村, 2018, 30 頁) を指す。

精神療法において、治療者が患者に対して多重関係を持つことは固く禁止される。北村は、「友人関係」や「恋人としてつきあう」といった関係を結ぶことを、「患者の搾取につながる多重関係」(北村, 2018, 31 頁) に分類し、「いかなる理由があっても——それがたとえ患者からの希望であっても——倫理的に許容されない」(北村, 2018, 31 頁) と指摘する。

この中でも北村が特に問題とするのが、恋愛関係、ひいては性的関係である。この点について北村は、「とくに厳しく禁じられるのは、患者と性的関係を持つことだ」(北村, 2018, 31 頁) と指摘し、その理由として、「生に関わる心の領域は人間にとってもっともデリケートな部分であるため、そこを搾取の対象とすることは、もっとも悪質さが強いと判断されるからである」(北村, 2018, 31 頁) と指摘する。そして北村は、そのような恋愛関係の成就を「性的境界侵犯」(北村, 2018, 31 頁) と言い換えたうえで、「手や肩に触れたりといった接触であっても、そこに性的意図が含まれていれば性的境界侵犯と見なされることとなる」(北村, 2018, 32 頁) と指摘する。

以上の理由によって、転移によって生じた好悪の感情に対しては、必ず切断操作を加えなければならない。そして、この点において、他のケア関係において生じる感情、たとえば入院患者が医師や看護師に好悪感情を抱くのととは、構造的に異なっている⁶⁾。

3.3. ときに生活の変容を伴いうる点

前述のように、支持的精神療法においては、転移は比較的軽い扱いを受けていると考えられる。たとえば Winston et al. (2012) は、「実際には、ほとんどの精神療法が支持的—表出的なものであるため、転移はタブーなものとはならない」(Winston et al., 2012, p. 16, 邦訳,

16 頁) と指摘する。

しかし、転移にともなう感情は、精神療法の実践の場、すなわちカウンセリングルームを離れることによって、消失するわけではない。上記のように精神療法においては、時に恋愛感情や強い憎悪の感情などを抱く場合があり、その感情は治療実践の場に収まりきらず、生活全体に及ぶ場合がある。とりわけ典型的なものの一つが恋愛感情であり、この現象は一般に「転移性恋愛」と呼ばれる。すなわち、転移に伴って生じるこれらの感情は、生活の構造に影響を与えるものであり、その限りにおいて、後述するような「軽微な侵襲」——たとえば採血時の一時的な痛覚——とは異なり、精神医療に特有の仕方、有意な「侵襲性」があると評価できるのではないかと考えられる。この点については次節で検討する。

4. 支持的療法における「転移」をめぐるインフォームド・コンセントの成立要件

4.1. 患者における意思能力

以上では、精神医療における転移という現象に認められる特殊性について確認した。ここからは、この転移という現象がインフォームド・コンセントの対象になり得るかどうかを検証するに先立って、インフォームド・コンセントが成立するための前提条件について確認しておこう。

一般にインフォームド・コンセントが成立するための前提条件として、前述のように「患者に意思能力があること」(高柳, 2011, 81 頁) が挙げられる。精神医療におけるインフォームド・コンセントに際しては、しばしば判断能力の欠如に注目がされるが、支持的療法の対象となるのは、陰性症状の統合失調症患者に加え、不安や抑うつ気分などの症状がおもであり、患者には十分な判断能力が認められるのが一般的である。したがって、「患者に意思能力があること」という条件は満たしていると考えられる。

4.2. 侵襲性

4.2.1. 侵襲性の定義

インフォームド・コンセントが成立するための第二の要件が、侵襲性である。前田 (2017) は、インフォームド・コンセントと治療の侵襲性の関係について、「特別な医療行為ではなく、しかも危険を伴う行為ではないものについては、その実施に対して、患者が黙示に同意を与えていると考える」(前田, 2017, 157 頁) と指摘しており、侵襲性をともなわなかったり、後に言及する「軽微な侵襲」のみをともなう医療行為においては、明示的なインフォームド・コンセントが必要とされないとされている。実際、野村 (2018) も、「精神療法で IC が論じられにくいことにはいくつかの理由があると思われる」と指摘した上で、

その理由の一つとして、「精神療法には副作用（リスク）がないのでICの必要性に乏しいという誤解」（野村, 2018, 17 頁）があることを指摘している。

それでは、「侵襲」という概念はいかにして定義されるのであろうか。「侵襲」の定義は、本邦においては、治療よりもむしろ、研究倫理の文脈において与えられている。「人を対象とする生命科学・医学系研究の実施に関する標準業務手順書」においては、「穿刺、切開、薬物投与、放射線照射、心的外傷に触れる質問等によって、研究対象者の身体又は精神に傷害又は負担が生じることをいう⁽⁷⁾」と定められており、このうち、「研究対象者の身体又は精神に生じる傷害又は負担が小さいものを「軽微な侵襲」という⁽⁸⁾」と規定されている。ここで注目すべきは、精神における負担に関しても、「侵襲性」が認められている点である。それでは、陽性転移には侵襲性が認められるのであろうか。以下では、転移性恋愛に関する事例を参照することによって、陽性転移の侵襲性について検討してみたい。

4. 2. 2. 陽性転移の侵襲性

4. 2. 2. 1. 転移性恋愛の侵襲性

陽性転移の中でも、侵襲性が問題とされがちなのは、患者が治療者に対して恋愛感情を抱く「転移性恋愛」と呼ばれる現象である。Ruth (2004) は、「治療の始まりにおける恋愛性転移」について議論し、転移性恋愛を典型事例とするような「そのような粗野な理想化は、多かれ少なかれ苛立ちの感情を分析家にもたらし、患者のアイデンティティに関しては、その侵襲と歪曲をもたらす」(Ruth, 2004, p. 494) と指摘している。このように、先行研究の中には、患者のアイデンティティという観点から、陽性転移や転移性恋愛の侵襲性を認める言説が存在する。

4. 2. 2. 2. 転移性恋愛の実例①——男性少年患者の場合

転移性恋愛の実例として、上別府 (1999) が紹介している事例を確認してみよう。患者は初診時 16 歳の男児 A であり、学校恐怖症のために精神科医師からの依頼で心理療法に取り組んだ例である。上別府 (1999) の報告によれば、「A は毎週一回ほぼ規則的に来談し、1 年余りの期間、精神療法は順調に経過した」(上別府, 1999, 67 頁) と報告しており、「自己評価も高まり、アルバイトなどに挑戦し始めるようになった」と指摘している。それと同時期に、「先生はお酒を呑みますか」など筆者のプライバシーに関心を示し始めた A は、すぐに「先生を抱きたい」と言って筆者に迫るようになった」(上別府, 1999, 67 頁) ことを報告しており、A は「先生は僕が嫌いなのか」「外でなら会ってもらえるのか」「僕をリードしてくれればいいんだ」などと脅迫的に迫るのである」(上別府, 1999, 67 頁) と述べてい

る。これに対して筆者は、「A の欲求は発達的には健康なものであるが、筆者に向けるのはおかど違いであることなどを伝えていた」(上別府, 1999, 67 頁) が、最終的に「診断室内で抱き着かれてしまい、前々からの約束通りそのセッションを最後に中断する運びとなってしまった」(上別府, 1999, 67 頁) と本事例をまとめている。

4. 2. 2. 3. 転移性恋愛の実例②——男性成人患者の場合

転移性恋愛のさらなる実例として、上別府 (1999) が紹介しているもう一つの事例を確認しよう。患者は 51 歳の男性 B であり、職場および妻の母親と妻、娘に対する社会恐怖による「本態性振戦」のために心理療法に取り組んだ例である。上別府 (1999) の報告によれば、2 週間に一回のセッションが設定され、「自立訓練の効果は非常に上がった」(上別府, 1999, 67 頁) という。それと同時に上別府は、「B は筆者に対して陽性転移があり、筆者に「理想の妻」像を投影していると思われた」と指摘しており、「B が主治医に対して、心理療法の効果とともに筆者との関係をことさら見せびらかしているように思われ [た]」と述懐する。治療開始後 4 カ月目、上別府の妊娠とともに上別府が治療終了を目指すようになると、B は「病院で最もリラックスできるため、続けて来たい」(上別府, 1999, 68 頁)「カウンセリングを希望する、先生がよければ来たい」(上別府, 1999, 68 頁)と、「しがみつき反応」を示すようになる。そして、B の妻から「これ (心理療法) は何なんですか」という電話が入り、「妻の語り口は、まるで不倫を疑うように聞こえ、筆者としては痛くもない腹を探られたという思いにかられた」(上別府, 1999, 68 頁) という。最終的にこの心理療法は、職場異動した B が産休明けの上別府に対して治療継続を断ったことで、終焉を迎えた。

上記の二例にみられるように、陽性転移、とりわけ転移性恋愛のうちには、その医療的介入を通じて、患者の生活構造を大きく変容させるような契機が認められる。転移性恋愛を前に患者は取り乱し、その体験がときに生活の変容や、不本意な治療の中断をもたらすことで、患者の自己イメージが毀損される場合がでてくると考えられる。海外の事例では、治療者のグルーミングによって患者が既婚者である治療者と性的関係を結び、その罪悪感から患者が鬱や不安を抱えて学業不振に陥るなど、日常生活に不利益がもたらされたとして、後に患者が治療者を相手に訴訟を起こしたケースも存在する⁽⁹⁾。このように、陽性転移もまた、「患者のアイデンティティに関しては、その侵襲と歪曲をもたらす」ものであり、さらには患者の生活の変容や自己イメージの毀損をもたらさう。その限りにおいて、陽性転移を伴う治療行為には、有意な侵襲性が認められるのではないだろうか⁽¹⁰⁾。

5. インフォームド・コンセントの内容と可否について

5.1. インフォームド・コンセントが必要な理由

従来、転移はインフォームド・コンセントの対象とは考えられてこなかった。その根拠としてあげられるのが、前述のような転移にはせいぜい軽微な侵襲しか認められないという通念であろう。しかし、上述したように、支持的精神療法は、それが「転移」を一つの契機として内包している限りにおいて、実質的には有意な侵襲性を伴う行為ではないかと考えられる。したがって、転移に精神的な侵襲性が認められ、加えて患者に判断能力が存在する限りにおいて、陽性転移を含む転移という現象もまた、インフォームド・コンセントの対象にならなければならないことになる。

5.2. インフォームド・コンセントが困難な理由

とはいえ、「転移」に関するインフォームド・コンセントには困難がともなう。フロイトは「転移性恋愛」について、その扱いに関しては「現実世界における雛形が存在しない」(Freud, 1946, p. 314, 邦訳, 83 頁) と指摘したうえで「現実的でない何か (etwas Unreales)」(Freud, 1946, p. 314, 邦訳, 83 頁) として扱うことを要求する。さらに支持的精神療法の場合には、セラピストがそれに積極的に言及することにそもそも否定的な態度が取られる(Winston et al, 2012, p. 16, 邦訳, 16 頁)。したがって、セラピストが転移に先立って事前に陽性転移について言及することは、精神療法の根幹そのものを揺るがしてしまう危険性があると考えられる。Winston et al. (2012) の消極的態度にも見られるように、とりわけ陽性転移に際しては「やりすぎ」ことが治療者の規範的な態度として求められる傾向にある。

5.3. インフォームド・コンセントをめぐる通説の変容——患者主体の医療へ

上記のように、陽性転移をめぐるインフォームド・コンセントには、特有の問題が付随している。しかし、近年の医療的動向に鑑みると、「転移」という現象に関しても、インフォームド・コンセントは行われるべきであると考えられる。精神療法に際しては、その治療行為の本性によって、精神療法を通じて激しい感情の波を経験する可能性を、その実施に先立って口頭等で患者に知らせるべきであろう。それによって、転移を前に取り乱して生活を変容させたり自己イメージを毀損したりすることによる苦痛の可能性について、患者が事前に承知しておくことが、精神療法に対して規範的に求められるべきインフォームド・コンセントのあり方だということになるであろう。

このことは、昨今の医療倫理における「自律の尊重の原則」の重点化という観点からの帰結でもある。近年の医療裁判においては、医療者による情報開示のあり方が、「合理的医師基準説」「合理的患者基準説」「具体的患者基準説」「二重基準説」の四類型へと分類され

るのが通例である。このうち、「合理的医師基準説」は「平均的な意志が必要と考える内容を説明すればよい」(金沢, 2014, 37 頁) という基準であり、「合理的患者基準説」は「平均的な患者が必要とする内容を説明すればよい」(金沢, 2014, 37 頁) という基準であり、「具体的患者基準説」は「個々の患者が具体的に必要とする内容を説明しなければならない」(金沢, 2014, 37 頁) という基準であり、「二重基準説」は「平均的な患者が重要視する内容が基準となる」(金沢, 2014, 37 頁) が、「個々の患者にとって重要と医師が予見しうる内容も説明されるべきである」(金沢, 2014, 37 頁) というものである。そして、合理的医師基準説の問題点として、「患者の知る権利はほとんど顧みられない」(金沢, 2014, 37 頁) という点が問題として指摘されており、近年の医療裁判においては、二重基準説と呼ばれる立場が取られるのが通例である(古河原, 2011, 130 頁)。

それでは、転移、とりわけ陽性転移については、平均的な患者の「知る権利」に属するであろうか。ここまで、陽性転移に関して、(1)患者に意思能力が認められ、(2)患者のアイデンティティに関して有意な侵襲性が認められる、という二つの点を満たすことを確認した。以上の二つの条件が満たされる限りにおいて、陽性転移という現象もまた、合理的な患者が「知る権利」を有する情報に含まれ、情報開示を行うことが要請されると考えられるのではないであろうか。そしてこのことは、3.2.2 で述べたように、多重関係がもとより職業倫理的に容認されえないものである以上、患者の事前同意を根拠とした多重関係の容認を意味するものとはならない。

もっとも、精神療法に先立って転移の可能性について言及することは、患者に対して不用意な先入観を植え付けることにもつながりかねず、治療の便宜という観点から見て問題を含んでいるように思われる。とはいえ、この観点からフロイトに由来する今日の支持的精神療法における転移に対する態度を見返すならば、今日の支持的精神療法の立場は、いわゆる合理的医師基準説に立ったものであると考えることができる。あくまでも治療の便宜という観点から陽性転移という現象への言及を控えることを治療者の規範的な態度とする態度は、支持的精神療法のそれを含めて、インフォームド・コンセントの類型という観点から考えるならば、二重基準説を採用する傾向の強い今日の医療通念には馴染まないものとなっているのではないかと考えられる。したがって、今日の医療通念に照らせば、将来的に患者に転移が生じることが推定される段階、すなわち精神療法の冒頭で、転移という現象についても、事前にその可能性を予告し、情報開示を行うことが要請されると考えるのが妥当ではないであろうか。ここで想起すべきは、そもそもインフォームド・コンセントという取り組みが、かつては非常識だと思われていた領野へと拡張を遂げてきたものであるという点である。その典型が、がん治療であり、かつては「医師の裁量権」の立場

から、がん患者には病状に関する情報開示を控えるのが標準的であったのが (田中,2001)、今日ではほとんどのケースにおいて情報開示が行われている (橋本, 2007)。このように、インフォームド・コンセントの実施は、かつては非常識だと思われていた領野へと拡大を続けており、この傾向は促進され続けると考えられる。この観点から考えると、精神療法における「転移」について、事前に情報開示を行うことに対しても、妥当性を認められて然るべきだと考えられるであろう。

註

(1) 本稿の執筆に際しては、臨床心理士・公認心理師の溝本恵唯氏より助言をいただきました。この場を借りて感謝申し上げます。しかし、本稿に含まれる欠陥は、すべて筆者の責任によるものです。

(2) 厚生労働省「第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」令和4年6月9日 参考資料 (2023/2/8 閲覧)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf>

(3) 「転移」の扱いについては、諸説あり、次のような定義も存在する。「患者—治療者関係を現実の関係とみなして転移として分析はせず、防衛を不適応でない限りは維持強化し、洞察の獲得を主要な目標とはせず、に、欲求不満や不安を最初にすることを目指し、病状を改善し、セルフエスティームや自我機能、適応機能を維持、改善させるための直接的な方法を用いる方法」(池田,2011, 410 頁)。

(4) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 ウェブサイト(2023/2/19 閲覧)

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/research/18.html>

(5) ただし医師や看護師に関しても、原則として患者との境界侵犯を犯すことは倫理的に否定されている。とはいえ、医師や看護師における境界侵犯は、セラピストにおける場合と異なり、所属する学会の倫理委員会による処分の対象となるものではない。

(6) この点について首藤・山本・坂井 (2016) は次のように述べている。「心理臨床家とクライアントの関係は、医師-患者関係に類似した関係であることを認めた判決(「カウンセラーが面接により知り得た相談者の私的事柄等を無断で書籍に記述したことについて、守秘義務違反として債務不履行責任が認められた事例」東京地裁平成7年6月22日判決, 判例時報, 1996, 1550号, 40-44)があり、心理臨床家-クライアント関係は、医師-患者間の診療契約と同様の法的側面を持つ可能性が高いことが指摘されている」(首藤ほか, 2016, 8 頁)。

(7) 「人を対象とする生命科学・医学系研究の実施に関する標準業務手順書」, 5 頁。

(8) 「人を対象とする生命科学・医学系研究の実施に関する標準業務手順書」, 5 頁。

(9) Healthcare Providers Service Organization (HPSO) ウェブサイト, “Private practice counselor’s unethical conduct leads to lawsuit” (2024/12/24 閲覧)

<https://www.hpso.com/Resources/Legal-and-Ethical-Issues/Private-practice-counselor%E2%80%99s-unethical-conduct-lea>

(10) ただし、陽性転移に認められるべき「侵襲性」に関しては、他の侵襲性と大きな相違が存する。それが、違法性阻却の有無である。精神医療以外の医行為において一般に行使される身体的な侵襲は、傷害罪の構成要件を構成するものであり、医行為としての合理性やインフォームド・コンセントなどの条件によって、はじめてその違法性が阻却される。そのため、このような身体的な侵襲を伴う医行為に関しては、インフォームド・コンセントをとることが、法律上も要請されることとなる。これに対して、精神療法にともなう転移、とりわけ陽性転移には、それに対応する違法性は認められない。その限りにおいて、精神療法におけるインフォームド・コンセントは、あくまでも人権の理念を根拠とした倫理的な要請に留まる。

文献

厚生労働省「第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」令和4年6月9日 参考資料 (2023/2/8 閲覧)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf>

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
ウェブサイト(2023/2/19 閲覧)

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/research/18.html>

- 「人を対象とする生命科学・医学系研究の実施に関する標準業務手順書」, 第12版: 2019年8月15日改訂
- 池田雅俊 (2011). 「支持的療法」, 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・加島晴雄・加納力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』, 410頁.
- 遠藤裕乃 (2018). 「臨床心理士による心理療法におけるインフォームド・コンセントに関する予備的調査」, 『兵庫教育大学 教育実践学論集』第19号, 65-74頁.
- 金沢秀嗣 (2014). 「医療者の説明基準についての別区分」, 黒崎剛・野村俊明編著『生命倫理の教科書』, ミネルヴァ書房, 37頁.
- 上別府圭子 (1999). 「治療者の性別とライフサイクルが精神療法に及ぼす影響——女性治療者と男性患者——」, 『精神分析研究』, Vol.43, No.2, 65-74頁.
- 北村隆人 (2018). 「多重関係」, 『精神療法』, vol.44, No.1, 30-35頁.
- 志岡岐康子 (2006). 「人を大切にする保健医療とは: インフォームド・コンセントの視点から」, 『日本保健科学学会誌』, 第8号, 195-200頁.
- 首藤祐介・山本竜也・坂井誠 (2016). 「臨床心理学におけるインフォームド・コンセント」, 『中京大学心理学研究科・心理学部紀要』, 第16巻第1号, 7-12頁
- 白波瀬丈一郎 (2011). 「精神療法」, 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・加島晴雄・加納力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』, 606頁
- 高柳功 (2011). 「インフォームド・コンセント」, 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・加島晴雄・加納力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』, 81頁.
- 田中達也 (2001). 患者の自己決定権と医師の裁量権の定義づけ」, 『生命倫理』, Vol.11, No.1, 111-116頁.
- 野村俊明 (2018). 「精神療法のインフォームド・コンセント」, 『精神療法』, vol.44, No.1, 15-20頁.
- Freud, S. (1946). “Bemerkungen über die Übertragungsliebe”, in: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet, zehnter Band*, Imago Publishing, S.305-321. (2014, 坂井俊之・鈴木菜実子編・訳「転移性恋愛についての観察」, 藤山直樹編・監訳『フロイト技法論集』(75-92頁), 岩崎学術出版社)
- 橋本秀子, 宮本謙一 (2007). 「病院薬剤師の立場からみたがん患者への情報提供の変遷—17年間のアンケート結果から—」, 『Palliative Care Research 2007』 Vol.2-2, 207-210.
- 古河原明子 (2011). 「治療行為とインフォームド・コンセント法理」, 『現代法学』, 115-155頁, 130頁.
- 前田正一 (2017). 「インフォームド・コンセント」, 『入門・医療倫理1』, 第1版改訂版, 勁草書房, 151-168頁.
- 牧野智和 (2006). 「少年犯罪報道に見る「不安」——『朝日新聞』報道を例にして——」, 『教育社会学研究』, 第78集, 129-146頁
- 松木邦裕 (2011). 「転移」, 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・加島晴雄・加納力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』, 737頁.
- 村岡倫子 (2011). 「治療同盟」, 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・加島晴雄・加納力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』, 719頁.
- Healthcare Providers Service Organization (HPSO) ウェブサイト, “Private practice counselor’s unethical conduct leads to lawsuit” (2024/12/24 閲覧)
<https://www.hpso.com/Resources/Legal-and-Ethical-Issues/Private-practice-counselor%E2%80%99s-unethical-conduct-lea>
- Racker, H. (1985). *Transference and Countertransference*, Karnac.
- Ruth, M. L. (2004). “The Place of Erotic Transference and Countertransference in Clinical Practice”, in: *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 32-3, 483-498
- Winston, A., Rosenthal, R. N., & Pinsky, H. (2012). *Learning Supportive Psychology: An Illustrated Guide*, American Psychiatric Association Publishing (2015, 大野裕・堀越勝・中野有美監訳『支持的療法入門』, 医学書院)

〔沼津工業高等専門学校 准教授〕