

アリス・ミラーの理論からみた、現代の精神分析臨床

ー心的外傷概念の拡張をめざしてー

渡部 智行

1. はじめに

心理療法を行う上で、心的外傷（トラウマ）に対する扱いというのは、発達的な課題や精神的な疾患に対して行われる一般的なアプローチとは、一線を画した位置に置かれていると言える。自然災害のようなトラウマに対して、齋藤（2009）は、被災者の救援活動や生活基盤の設営と並んで、「精神支援活動として、たとえば PTSD への対応が必要となる」と記述しており、要支援者の現実を整える意味での早期の心理的な介入の必要性が示唆されている。また、虐待や DV といった個人的な生命危機に関するトラウマについても、要支援者に対する危機介入的な支援が求められる。公認心理師秘密漏示罪（公認心理師法第 46 条）も、児童虐待や DV に関する通告・通報などに関しては同罪に問われないとされている。こうしたことから、トラウマに関する臨床というのは、PTSD に代表されるように、現実的な出来事によって引き起こされた疾患を対象とするという性質のゆえに、じっくりと腰を据えて心理的な変容を目指す前の段階としての、現実生活を整える部分のアプローチが必要になっていることが読み取れる。

ただし、ここでいうトラウマとは、上記の自然災害・虐待・DV に限らず、性的被害・交通事故・戦争・親しい者の死など、多様なものが含まれる上に、こういった客観的な定義に含まれない、主観的なトラウマ・心的外傷体験も存在することに留意しなければならない。ただし、DSM-III（1980）においてその概念が明確に提出された PTSD を例に挙げても、現在の DSM-5（2013）までの変遷の中で、トラウマの主観的な要素がその定義の中から削除されるということが起こっている。さらに言えば、客観的・主観的に認識できる形のトラウマだけでなく、力動的な心的機制としての「抑圧」や「解離」が働くことにより、主体が意識できないような形となっているようなトラウマも存在していることを忘れてはならないだろう。精神分析の創始者であるフロイト Freud, S. は、無意識に抑圧された幼少期の外傷体験をヒステリーの病因として想定し、それを意識化することを治療機序に据えた。しかし、欲動論への理論的転回の流れの中で、外傷体験の外的現実性を追求せず、空想であっても心的現実として平等に扱うという考えに至った。のちに、精神分析家として 20 年間の臨床経験を積んだミラー Alice Miller は、1980 年代に、フロイトのこの理論的転回および後の精神分析臨床におけるトラウマの扱いに対して、外的現実性の軽視および真実の否認として批判し、精神分析の世界から離脱した上で独自の理論を築き上げた。

このように、DSM をはじめとする症候学的な分野だけでなく、精神分析をはじめとする病因

論的な分野においても、トラウマの定義をめぐる、相反する力動の対立が現代に至るまで渦巻いていることが考えられるが、本論文では主に、トラウマの外的現実性を重視しトラウマの定義を拡張する立場から、ミラーの理論も援用しつつ、こうした対立を概観していきたい。

2. DSM のトラウマ概念について

先に、DSM-5 (2013) においてトラウマの主観的な要素が削除されたことについて触れたが、これはどういったことであろうか。DSM における PTSD の診断基準においては、過覚醒・回避・再体験といった症候的な側面だけでなく、いわゆる A 基準や A クライテリアなどと呼ばれる、実際に体験した出来事としてのトラウマ体験の有無が含まれている。これが「A」の位置に、すなわち PTSD の診断のための前提条件として存在しているのである。まず、DSM-III (1980) における A 基準は「ほとんど誰にでもはっきりとした苦悩を起こすような明白なストレス」とされ、その改訂版である DSM-III-R (1986) においては、「通常の人が体験する範囲を超えた出来事で、ほとんどすべての人に著しい苦痛となるものを体験したこと。たとえば、個人の生命や身体的保全に対する重大な脅迫や傷害；家庭や共同体の突然の破壊；または事故や身体的暴力の結果、他の人が、最近あるいは今、深く傷害されたりしたのを目撃すること」とされている。これらの定義は、あくまでもトラウマを客観的な定義に限定していることが読み取れる。しかも、それというのは、「ほとんど誰にでも」とか「ほとんどすべての人に」といった表現に見られるように、ここでトラウマ体験として定義されるような出来事に遭遇した場合には、あくまでも自然な反応として PTSD の症状が出るようなものとして定義されている。その患者自身の素因は、PTSD においてはあまり顧みられていないとも言えよう。

こうした視点からの転換を図ったのが DSM-IV (1994) およびその改訂版である DSM-IV-R (2000) であり、その A 基準の記述を以下に引用すると、

その人は、以下の 2 つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

1. 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、一度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危機を、患者が体験し、目撃し、または直面した。
2. その人の反応は強い恐怖、無力感、または戦慄に関するものである。

というものである。ここで注目したいのは、DSM-IIIにおいて存在した、「ほとんど誰にでも」というような、正常な人の自然な反応としての PTSD 症状を発生させるものとしてのトラウマ概念の表現が削除され、1 の部分の表現に関しても、患者が主語となるような言い回しとなっていることが分かる。さらに、2 の部分に関しては、トラウマの主観的な側面、すなわち、出来事そのものの文脈ではなく、そこから生じた患者自身の反応が、トラウマの定義として盛り込まれている。裏を返せば、トラウマ的な出来事に伴うこの主観的な体験が無ければ、PTSD の基準を満たさないということにもなってしまう、冒頭に触れたように心的機制により意識化できなくなっているようなトラウマを拾い上げることができないとも考えられるが、DSM-III からの変化として、患者自身のリスクファクターを考慮に入れていることが挙げられる。これは、同じようにトラウマを引き起こすに足るような出来事を経験したとしても PTSD にはならな

い一群があることを考慮に入れてのことであるが、1の「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事」や「自分または他人の身体の保全に迫る危機」があくまでもその当人を主語とした表現である限り、特に後者においては、それが DSM-III的な客観的に認定できるようなトラウマ体験でなくとも、当人にとっては2を引き起こすようなトラウマ体験として判断できるという柔軟性のある診断基準であると言えよう。

しかし、DSM-IVから DSM-5 (2013) への改訂において、PTSD のトラウマ概念の定義における2の部分、すなわち主観的なトラウマの定義が削除されることになる。DSM-5 (2013) の A 基準を以下に引用すると、

その人が、次にあげる出来事のうち一つ以上に遭遇した場合。死や死に瀕すること、実際の深刻な外傷や、それに瀕すること、実際の性的暴行やそれに瀕すること。その際以下の1～4のひとつまたはそれ以上の体験の形をとる。

1. 自分自身がその出来事を体験した場合。
2. その出来事が近親者や友人に起きるのを自分自身で目撃した場合。
3. その出来事が近親者や友人に起きたことを知った場合。
4. その出来事のぞっとさせるような詳細について、繰り返しないしは極度に暴露された場合。(例えばバラバラ死体を拾い集めるために最初に現場に到着する、警察官が幼児虐待の詳細について繰り返し聞かされる、など)

というものである。このように、DSM-5 においては、トラウマ体験が具体的な水準まで例を挙げて定義されていること、主観的なトラウマの定義が削除されていることが読み取れる。その理由について岡野 (2016, pp.22-23) は、「強烈な恐れや絶望や恐怖は、6ヶ月後の PTSD の予測因子としては十分ではなかったこと。他の感情（怒りや恥など）も同レベルの予測因子であったこと。A2 を満たさずに他の PTSD の基準を満たす少数の人もいたこと。A1、B-F を満たす人の23%は、A2 を満たさない為に PTSD の診断を受けなかったこと、A2 のあるなしで B-F の程度は変わらなかったこと、多くの兵士は、戦場から戻されるまで、感情がわからなかったことなどです」と指摘し、さらに「ひとことで言えば、トラウマを負ったときには解離現象が生じ、その意味で主観的な体験をそのトラウマの深刻さと同等と考えることはできないと言うことです」と付け加えている。確かに、DSM-IV の A 基準の2における主観的な体験として挙げられていた反応は、トラウマに対する種々の反応を拾い上げ、個人個人の主観に寄り添ったトラウマの定義を目指す意味では、限定的な定義であったと考えられるし、現実的なトラウマ・心的外傷に対する反応として立ち現れる代表的な症状である解離症状を拾い上げることができないという大きな欠陥を孕んでいたと言えるだろう。金 (2012) も、DSM-5 の特徴として、「解離がより前面に出されたこと」を挙げ、DSM-IV における A 基準の2が削除されたことについても、「体験直後の PTSD 症状ではなく、6ヶ月後の症状との関連が重視され」たこと、「急性期の感情表現は人によってさまざまであり、単に恐れ、脅威などという表現には該当しない場合が多い」ことを、その理由として挙げている。

その一方で、池田他 (2014, p.95) は、DSM のトラウマの定義について、DSM-IV という例外

を除いては、「当事者がどのように感じたかという、出来事に対する感情的側面は扱われることが少ない」「DSM が客観的観測可能であるという点に大きな比重をおいていることが推測される」と指摘し、さらに、トラウマとされる出来事についても、「DSM は、外傷体験という概念が致死性の高さを中核とし、これを満たさない限り外傷体験とは呼ばないという観点に立脚している」と、その特徴について触れている。この指摘からは、DSM-5 における PTSD のトラウマの定義の変遷の中で、客観性・観測可能性を担保するために、主観的なトラウマの定義が削除され限定されたこと、さらには、DSM そのものの、いわゆる出来事基準（客観的な定義）の水準においても、致死性の高さを伴う体験に限定された定義が堅持されてきたこと、その2点の可能性が浮かび上がってくる。すなわち、DSM-5 においては、DSM-IV において存在したような柔軟性のある基準は排除され、トラウマ体験というものは外側から客観的に判断されるようなものとなっていることが分かる。さらに言えば、当人を精神的に攻撃するような類の体験に関しては、その観測不可能性ゆえに PTSD の診断基準からは少なくとも記載上は導き出すことができなくなったと言える。もちろん、ここで論点となっているのは、「PTSD の診断のための」トラウマの定義であって、こと PTSD の診断の目的にあつては、トラウマの定義を広げすぎないことがその診断の客観性・信頼性を担保するためには重要な要素であるのかもしれない。しかしながら、病因論ではなく症候論を基軸とした DSM の中であつて、外傷体験に続発する（あくまでも因果関係ではない）ことが定義とされている PTSD の DSM における特殊な位置づけに鑑みると、その外傷体験の定義は、PTSD の枠に留まらず、外傷体験を捉える際の指標の一つとしても扱われることはないだろうか。特に、定義が「身体的な傷つきを伴うもの」に限定されていることは、客観性の担保というよりも観測可能性の堅持が優先された結果でないとも言い切れないところであり、トラウマの定義が一般的にもなかなか拡大していかないという問題に繋がっていくという可能性も否めない。こうした問題は、「複雑性 PTSD」の概念を PTSD が援用していないことにも、その原因の一旦があると考えられる。以下に、複雑性 PTSD の関する議論についても紹介したい。

3. 複雑性 PTSD について

前章で見てきたように、現在の DSM-5 における PTSD のトラウマの定義は、客観的に観測可能な自然災害・戦争・事故・性暴力といった単回性の出来事が主な射程となっているように見受けられる。しかしながら、松本（2018）は、このような単回性の出来事だけでなく、虐待などの反復性の出来事が外傷となる場合もあることを指摘している。外傷を単回性/反復性のものと分けて考える視点は、PTSD においては、バンデアコーク（van der Kolk, 1994）の「複合型 PTSD」や、ハーマン（Herman, 1996）の「複雑性 PTSD」といった概念の中に見られる。いずれも、単回性の外傷を主な定義とする既存の PTSD 概念に対する、新しい視点として導入された概念である。すなわち、DSM において定義されるような、単回性の出来事によって生じるものを「単純性 PTSD」、家庭内での虐待体験・学校や職場などで指導的立場にある者から受けた継続的な外傷体験などによって生じるものを「複合性 PTSD」や「複雑性 PTSD」というように呼び分けるという視点と言える。世界保健機関（WHO）が発行する疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD）

の最新版である 2019 年度版の ICD-11 においては、ハーマンの「複雑性 PTSD」の概念が援用され、ストレス関連障害の中に「特にストレスと関連している障害（disorders specifically associated with stress）」という新たなカテゴリーが創設され、その中に心的外傷後ストレス障害（PTSD）とともに複雑性心的外傷後ストレス障害が併記される形となった。鈴木（2013）は、「複雑性心的外傷後ストレス障害は新たな疾患概念ではなく、ICD-10 においてパーソナリティの障害の 1 つとして位置づけられていた F62.0 の破局的体験後の持続的パーソナリティ障害を、トラウマ体験との関連を重視し、再編したものである」と述べている。鈴木（2013）はさらに、複雑性 PTSD の外傷体験の特徴として、「持続性の、逃げるのが困難なストレス経験（例：虐待、拷問）」を挙げ、通常の PTSD の中核症状に加えて、認知面の変化としての持続的な空虚感・無力感や無価値感、パーソナリティの変化としての人間関係上の困難（不信感、孤立、ひきこもり、パノイアなど）や感情制御上の困難（怒りや暴力などの爆発、危険行為や自傷行為など）といった症状が見られた場合に複雑性 PTSD と診断するという基準を挙げている。

また、ここで ICD-11 において援用されたハーマン（1996）の複雑性 PTSD の概念についても振り返ってみたい。その外傷体験の実例として挙げられているのは、「人質、戦時捕虜、強制収容所生存者、一部の宗教カルトの生存者、家庭内殴打、児童の身体的および性的虐待の被害者および組織による性的搾取」であり、こうした経験のサバイバーは「特徴的な人格変化を示し、そこには自己同一性および対人関係の歪みも含まれる」とし、具体的には「感情制御の変化」「意識の変化」「自己感覚の変化」「加害者への感覚の変化」を挙げている。外傷体験が持続的で閉鎖的なものであること、そしてその体験が引き金となって形成された症状が、感情制御上の困難や解離的な心的状態を特徴とすることなどは、ハーマンの概念が ICD-11 に引き継がれていることの証左だろう。原田（2019, p.48）は、臨床現場においても、複雑性 PTSD の基準を満たす「長期虐待の生存者」と出会う機会は「稀ならずある」とし、厳密にはハーマンが示す内容に合致しないまでも、長期虐待に該当するとみなすのが適当と思われる経験が長期間にわたって継続し、その体験が現在の苦悩～問題に深く結びついている症例も「頻繁に遭遇する」と述べている。こうした症例は、具体的には、「家庭内での心理的虐待～ネグレクト、いじめ、各種ハラスメント、暴力的な教師による不適切な対応」で一定期間苦しんできた場合であるという。

ここまでの議論を振り返ってみたときに、果たして上述の原田が問題の射程としているような症例、すなわち ICD-11 においては「複雑性 PTSD」と診断されるような症例について、既存の DSM-5 においてどのような診断ができるのかという疑問が生じる。DSM-5 において限定的となった PTSD の定義の中では、こうした症例を拾い上げるのは記述上は難しいように思われる。もちろん、実際の外傷的な出来事によって生じる精神疾患は、PTSD だけでなく、うつ・適応障害・解離など、様々な形態を取るだろう。DSM 的な診断においては、その患者の表に現れている面を拾い上げて診断を下す症候学的なアプローチがメインになるだろうが、実際の臨床においては、PTSD においては可能な、その症状の背景にある心的外傷の存在をどこまで想定できるのだろうか。特に、ハーマンの複雑性 PTSD 概念において、そのパーソナリティの特徴として挙げられていたものには、解離的な心的状態の一端を垣間見ることができた。いわゆる解離性障害も、実際の心的外傷体験が引き金になる例が大半であることは、ほとんど共通認識

となっているが、DSMにおいても、PTSDとは異なり、その病因となる部分には触れられていないのが実情である。それもあり、ハーマンの複雑性 PTSD が射程としている、持続的かつ逃げるのが困難なストレス経験の結果としての精神疾患を DSM においては拾い上げることが非常に難しいと考えられる。それはとりも直さず、実際の臨床現場においても、こうした反復性の外傷体験を見過ごしてしまう危険性と隣り合わせであることを意味する。この点についてさらに考察を深めるため、解離の分野における反復性のトラウマの捉え方の議論についても紹介したい。

4. 解離の分野における反復性のトラウマについて

前章では複雑性 PTSD の観点から、反復性のトラウマの位置づけについて確認を行ったが、反復性のトラウマについては、解離の分野においても議論が行われている。岡野（2007）は、「解離の原因といえば、専門家の頭には『幼児期の性的、身体的外傷』という言葉がすぐにも思い浮かぶはずである」と述べ、複雑性 PTSD における外傷体験とされてきた反復性のストレスが解離の原因でもあることに言及するとともに、「わが国固有の文化を考えた場合、この『幼児期の性的、身体的外傷』以外にも、ほかの種類の外傷やストレスも解離を生む可能性があるのではないか」とも述べている。岡野は、日本社会における集団の凝集性の重視や相互依存的な願望充足のあり方といった固有の文化的な背景から、この「ほかの種類の外傷やストレス」は「関係性のストレス」ではないかという考えを提出した。関係性のストレスとは、岡野（2018）によれば、「幼少時に親子関係の間で体験される目に見えにくいストレス」であり、「ある意味での母娘の関係の深さが原因であり、そこでは母親が娘に過剰に干渉することと、娘が母親からの影響にきわめて敏感であることという相互性があるのではないか」と述べている。さらに、関係性のストレス下に置かれた患者（ほとんどが女性）は、「幼い頃から非常に敏感に母親の意図を感じ取り、それに合わせるように振る舞って」おり、「自分の考えや感情を表現したり、それらの投影や外在化を抑制したりする」ことで解離の病理が生まれるとも指摘している。トラウマ体験そのものではなく、自らの意図・思考・感情を表現することができないことこそが解離を生む原因であるという観点は、患者の主観的なトラウマ体験を捉える重要な示唆であると考えられる。また、関係性のストレスを提唱した岡野の議論は、前章で触れた原田の議論ともパラレルに読むことができる。原田も、ハーマンの基準には合致しないまでも「長期虐待」の生存者と見なすべきである症例が多いことを指摘しており、これは岡野の言う「関係性のストレス」とも繋がる問題であると考えられる。すなわち、特に日本においては、典型的な意味での性的・身体的外傷だけではない形でのストレス体験についても捉えていくことが必要であると言えるだろう。

ここまでは岡野の提唱した「関係性のストレス」について紹介してきたが、解離の文脈においては、「愛着」の問題も関連づけられて論じられてきた。バラック（Barach, 1991）は、乳幼児期における養育者のネグレクトや情緒的な水準での反応不全が、将来的な解離の病態、とりわけ情緒的な無反応さ（emotional unresponsiveness）を引き起こすことを明らかにした。それに続いてリオッティ（Liotti, 1992）は、ストレンジ・シチュエーション法における無秩序/無方向型愛着が、将来的な解離体験・攻撃的行動・素行障害を予測・予見させることを示している。

この「無秩序/無方向型愛着」というのは、「タイプ D」と呼ばれる、愛着対象と再会したときにまとまらない行動を示す型であり、柴山（2017）は「活性化された愛着と恐怖のジレンマのなかで、行動がまとまらなくなる」と考察している。柴山の指摘するこの両価性は、特に家庭内で生じる反復性のトラウマ、とりわけその閉鎖的かつ持続的な性質について、そしてそこから生じる不安定な心的状態についての示唆を与えるものだと考えられる。愛着の問題と「関係性のストレス」については、岡野（2018, pp.135-136）も「類似の現象を言い現している可能性がある」「愛着という現象が乳幼児の行動上の所見から見出されるものであるならば、その心理的な側面に焦点を当てたのが、この関係性のストレスということができる」と、その近接性について触れるとともに、乳幼児時における問題に焦点を当てた愛着の概念に対して「関係性のストレスは子どもが成長しても、また成人してからも観察される可能性があるという点が特徴である」と付け加えている。すなわち、関係性のストレスは、反復性のトラウマという側面から見れば、よりその持続性を強調した概念だと言うことができるが、いずれにせよ、愛着概念も、関係性のストレス同様、家庭内において現実的に生じた出来事としての閉鎖的・持続的な心的外傷体験を捉えるとともに、解離の病因を説明する概念の一つであると言える。

以上のように、「関係性のストレス」と「愛着」の二側面から解離における心的外傷のあり方について見てきたが、先ほど無秩序/無方向型愛着の議論において引用した柴山が、解離における外傷について一步踏み込んだ論考をしており、その部分を最後に紹介したい。まず柴山（2007）は、「解離性障害の外傷として特徴的なことは、それらが共通して〈安心していられる居場所の喪失〉に結びついていることである。本来、そこにしかいられないような場所で、逃避することできないような状況に立たされ、きわめて不快な圧力や刺激が反復して加えられること、このような場の状況が解離を発生させ、増悪させるのである」と述べている。ここにも、解離における外傷体験の閉鎖性・持続性が指摘されていることが読み取れる。このことから、本稿で紹介したような反復性のトラウマが、複雑性 PTSD の病因として理解されるだけでなく、それと関連しつつも別の側面としての解離の病理を形作っていることが示唆されよう。柴山（2017, pp.140-141）は、さらに、「安心していられる場所」というものについて、具体的な水準でも説明を試みている。少し長くなるが、以下に引用したい。

安心していられる場所とは、自分の全体が他者との関係のなかで存在することを許容され、他者に受け入れられ、そのうえで自分を表現することができるような場所である。ここでいう場所とは、自己がいられ、形作られ、生成するための基盤や前提となるものであり、またそういった他者との関係を含意している。

直接的に自己に対して圧力や危害が加えられなくても、その家という場所が緊張に満ちて安心とはほど遠いものであれば、十分解離を発生させる要因となるであろう。たとえば、親と祖父母との対立のために親から祖父母の悪口を連日のように聞かされたり、逆に祖父母から親の不満を聞かされたりする。また両親の不仲のためにいつも家庭が陰鬱で、いつ何時喧嘩が始まるかもしれないという緊張感が張りつめている。このような状況が慢性的に見られるとき、子どもに対して直接虐待や外傷が向けられなくても、子どもは安らぐ場所を見つけることができない。子どもはいつ何時、危険な事態が起こったり緊張が高まっ

たりするかわからないと慢性的に怯えている。ましてや自分の心を誰かに聴いてもらったり、表現したりする機会などまったくない。

これらの記述からは、トラウマが直接的な性的・身体的な暴力だけでなく、家庭の一員としての子どもからの主観的な認識として安心感を得られないような環境であれば、生じ得る可能性があることが読み取れる。岡野（2016）も、解離性障害を「トラウマ関連障害」として組み込むべきであることを主張しているように、DSM が客観性を重視してトラウマの定義を限定的な方向に改訂したことは全く逆の、むしろトラウマを広い意味で拡大的に捉えていくようなアプローチが、臨床の現場では求められると言えないだろうか。柴山の記述からもう一点読み取れるのは、そのトラウマは、自分を表現することができない場所において生じるということである。これは、岡野の指摘とも重なる部分であるし、さらに言えば、柴山が「このような状況が慢性的に見られるとき、…（中略）…自分の心を誰かに聴いてもらったり、表現したりする機会などまったくない」と記述しているように、家庭が閉鎖的な場として存在し自分を表現することが許されない、という環境的な要因が解離を生む土壌を生み出していると捉えられるだろう。

5. 精神分析における外傷体験の取り扱い

ここまでは「複雑性 PTSD」や「解離」の病因論について、とりわけ反復性のトラウマということに焦点を当てて振り返ってきたが、精神疾患の病因論について遡れば、1895 年のフロイトのヒステリー論が最初のものであると言えるだろう。フロイト（1895）は、「ヒステリー患者はたいていの場合、思い出に苦しんでいる」と述べているように、ヒステリーにおける身体転換症状を生み出す源泉を幼少期の外傷体験に求めた。また、フロイト（1896）においては、その中でも大人からの性的な誘惑を受けた経験という性的外傷が想定されていた。このように、フロイトの時代においては、ヒステリーの病因として、実際に起きたものとしての現実の外傷体験が考慮されていたものの、その定義というものは限定的であった。さらに、フロイトはヒステリーの病因としての誘惑理論を提唱してすぐの 1897 年の時点で、性的誘惑の現実性を患者の空想と区別せず、ヒステリーをはじめとする神経症の症状は実際の体験であるかどうかに関わらず心的現実から生じるものであるという、いわゆる欲動論への転回を行う。このことは、幻想理論や欲動理論など、精神分析の理論的な発展を方向づけるものとはなかったが、フロイトの弟子であったフェレンツィ Ferenczi, S. の性的外傷にスポットライトを当てた主張が黙殺されるなど、現実の出来事としてのトラウマについてはあまり顧みられなくなるという流れが生じたとも考えられる。その一方で、フロイトと同時代に生きたジャネ Janet, P. は、ヒステリーの心的構造に解離を想定し、その病因としての外傷体験の存在も指摘していたものの、当時はあまり注目されることはなかった。ただ、フロイトとジャネの理論の断絶が、精神分析の世界においては、トラウマのみならず解離の概念さえも遠ざけてしまう結果となった。

もちろん、解離症状の中でも、かつてのヒステリー症状の残滓と捉えられるものと、そうでないものの二つが存在するだろう。このことは、確かに解離の二側面というように捉えることもできるし、岡野（2015）の言うような「強い解離」と「弱い解離」、すなわち同一性障害・健

忘・逃走などの精神機能の分裂状態と、離人・現実感消失といった精神機能の統合は維持されている状態の区分にも対応するところはあるかもしれない。しかし、患者のトラウマ体験という側面から見れば、その原初的な体験が、現在進行形で存在している自己において「反復する」あり方の違いでしかないのかもしれない。解離というのは、身体を短絡するものであるとしてもそうでないとしても、精神分析的に言うところの「欲動」が心的表象や情動を介さずに身体や精神そのものを突き動かす形態であると考えられないだろうか。そのためにも、精神分析の分野においても、現実的な出来事としての心的外傷・トラウマ体験を捉える視点を拡充することが求められるのではないだろうか。中野（2011）は、フロイトの欲動理論・心的現実性への転回を、エディプス・コンプレックスの発見と関連づけて論じているが、先述したフェレンツィとフロイトとの断絶も、エディプス・コンプレックスの实在性を巡る問いが背景にあった。このような問題圏の中で、フェレンツィの弟子であるバリントは、プレ・エディプス水準としての「基底欠損」の概念を提唱し、従来の精神分析による言語的なやり取りの前段階としての関係性による治癒を行うという治療的転換の必要性について論じた（Balint, 1968）。トラウマを捉える際には、それが愛着トラウマのような原初的なものであったとしても、反復性・持続性のトラウマであったとしても、エディプス・コンプレックスを始めとするような患者の「幻想」の一步手前にあるような「現実」に根ざした姿勢が欠かせないのではないだろうか。それは精神分析理論に基づいた臨床を行っていくに当たっても、必要な視点であることは言を待たないが、中野（2011）が「心的現実性の考えは精神分析の発展に大きく寄与したが、他方で児童虐待などの対応でその対策を遅らせる結果を招いた」と指摘しているように、フロイトとフェレンツィの間で起こった断絶と同じような形で、理論が優先され患者の現実的な危機を見過ごしてしまうことは常に注意しておく必要があるだろう。

6. 精神分析に対するアリス・ミラーの批判

近年においては、解離の概念が精神分析の分野においても議論されるようになり、トラウマ概念にも一定の価値が置かれるようになったと言える。トラウマ概念そのものに関しても、解離における心的外傷を説明する一つの根拠となったバラックやリオッティらの愛着研究や、バンデアコークによる「複合型 PTSD」・ハーマンによる「複雑性 PTSD」の提唱など、1990 年代初頭から、いわゆる「反復性のトラウマ」に着目したトラウマ概念の拡大が試みられてきた。しかし、そこから遡ること約 10 年、1980 年初頭から、精神分析における現実の外傷体験の軽視を、しかも反復性のトラウマの視点からも批判した人物が、スイスの精神分析家として活躍していたミラー Miller, A. であった。ミラーは、1960 年から 20 年間にわたり、チューリヒで精神分析家として臨床経験に従事した経験を持つ。しかしながら、その後、精神分析の実践を中断し、幼少期の外傷に関して体系的に研究を進め、その著述業の中で精神分析に対する批判の色を強めていく。そして、1988 年には、スイス精神分析協会および国際精神分析協会から脱退することとなる。

それでは、アリス・ミラーは精神分析のどのような部分に対して批判を向けたのかについて紹介していきたい。この点については、1981 年に出版された『禁じられた知（Miller, 1981 山下訳 1985, p.4）』の中で主に述べられている。まず、ミラーは、先述したフロイトの 1897 年の

理論的転回の結果としての欲動論に対する批判を展開する。

この理論に従いますと、外の世界から子どもに対してどのようなことが行われても、それは「病原ではない」ことになります。…（中略）…欲動理論がこのような形で成立したために、分析の実践に大きな影響を及ぼすことになりました。つまり、患者が自分の子ども時代について語ることは、外部に投射された患者自身の願望だと受けとられるようになったのです。こうして欲動理論は子どもがおとなの利益のために本当に虐待されるのではなく、いうところの虐待は子どもの方が自分の攻撃的かつ性的な願望（欲動願望）を抑圧し、投射して、自分の外側から自分に向けられているものと言っているだけだと考えるのです。

この記述からは、フロイトの理論的転回をきっかけに、現実の外傷的体験を病因として考慮に入れるという形での臨床が行われなくなった精神分析の実践に対するミラーの危惧が読み取れる。先述したような解離の理論と精神分析との断絶に関しても、1897年を境とするフロイトの理論的断絶がそのまま現れたようなものだと言っていることができるだろう。

さらにミラーは、欲動理論において子どもの「願望」とされているものは、外傷的な養育という刺激から生き延びるための反応に過ぎないとし、「欲動理論の暗に言っているのは、この種の刺激に対する反応として生じた願望を、子どもの罪だということにしておもうということです。これはまさに闇教育イデオロギーの産物以外のなにものでもありません」と述べている。ここで登場する「闇教育」というタームは、教育という名の下で子どもを支配する親の外傷的な養育のあり方を指すが、ミラーは、子どもをはじめとする弱者が「自分が悪いことをしたから殴られる」と思い込むような支配・被支配の構造が、家庭内のみならず精神分析の理論や実践の場においても強迫的に反復されていることを喝破するのである。ミラーは別の著書においては、フロイトの理論的転回に関して、「ひたすらフロイトが自分自身の子ども時代に耐えられず、対峙を避けようとしたがゆえに、弟子たちにも、子どもの暴行の真実に近づくことが禁じられたのです」と述べ、これらは後の世代の分析家にも「子ども時代の痛みに対するひたすらな不安の防衛」として維持されていると解釈している（Miller, 1990）。つまり、自らの幼少期の外傷的な体験という真実をいわば「解離」してしまい、その「統合」を避けるための理論を後の世代、時には患者にも受け継いで連鎖させているという構造がここに読み取れる。患者の反復強迫の中に真実を見出すという精神分析の構造がここでは転倒し、精神分析の療法家が自らの反復強迫を患者に持ち込んでいることをミラーは指摘している。

ただし、ミラーは、「フロイトの開発した方法のおかげで人間の魂の深淵を垣間見られるようになったことを否定するつもりはありません（Miller, 1981 山下訳 1985, p.72）」とも述べているし、技法としての転移や逆転移の利用の必要性にも言及している。また、「両親の擁護」「欲動の示唆」「精神的外傷の隠蔽」の三要素から構成される「無意識的教育」は、精神分析に限らず、「多数の心理学上の技法が、近代のかつ進歩的な外貌を装いつつ実は闇教育の掟を守るのに大いに役立っているという事態が起こっています」と述べている。ミラーの言う「闇教育イデオロギー」が、多くの心理療法の技法においてもクライアントに対して反復されていることを指摘しているのである。このことから、ミラーは精神分析の技法上の価値は認めながらも、

現実の出来事に目を瞑り理論で防衛するような臨床観に一石を投じたと言える。

7. アリス・ミラー理論における心的外傷のあり方

それでは、精神分析が目を変えてきた心的外傷というのは、どの程度のところまでが想定されているのであろうか。ミラーは、第一番目の著作である 1979 年の『才能ある子のドラマ』において、「かわいそうな恵まれた子」とミラーが呼ぶ一群に言及し、「私が言っているのは、明らかにほったらかしにされて育ち、その真実を自分ではっきり意識して成人した子どもたちのことではありません。幸福な、保護された子ども時代を送ったと信じ、そのイメージをもったまま心理療法の門を叩く人の数は驚くほど多いのです。」「一般に信じられているところから従えば、このような一両親の誉れとも言うべき一人たちには、強靱で安定した自信があるはずなのですが、実際には話はまるで逆なのです。…（中略）…すべての成功の裏に憂うつ、空虚感、自己疎外、生の無意味さが潜んでいます」と記述している。ミラーは、身体・性的虐待のような誰から見てもそれと分かるような外傷だけでなく、主観的にもそれと分からないような形での外傷が存在することを示唆している。これは、解離の分野における「関係性のストレス」の議論とも重なるところがあるだろう。ミラー自身も、20 年に及ぶ療法の中で出会った「同じような子どもの運命」として、「情動上非常に不安定な母親がいます。このような母親は、自分の子どもがある一定の行動をするか、ある一定の状態にいてくれないと、どうしようもなくなってしまうのです。しかし、それが母親の側の不安定さであるということは、子どもにも、周囲にも、完全に隠されていることが少なくありません。表面的にはこのような母親は、厳しく、権威主義的で、ほとんど暴君のように子どもを支配していますから (Miller, 1979)」と記述し、そのような母親に対する適応として子どもは「他の人間の発する無意識の欲求信号に反応する感覚をつくり上げます」と結論づけている。他者の欲求に合わせて自己を変化させるというのは解離の機序として語られることが多いが、ミラーは、こうした順応の結果として起こることを「ある種の感情を、成長の後にも、実際に生きたものとして体験できなくなってしまう」と記述しており、一種の離人症状のようなものを想定していることが読み取れる。いずれにせよ、ここで語られている外傷の特徴として、養育者が子どもの感情を尊重せず受け入れられないような種類のものが挙げられるだろう。

さらにミラーは『魂の殺人 (1980)』において、子どもがこうした精神的な外傷を受けたとしても、自分の受けた不正に抗議し、痛みと憤りを表現することが許されれば、重大な結果を回避できるが、両親がそれに我慢ならず教育的な手段でそれを禁止すると、子どもは口をつぐみ、緘黙を学ぶことになってしまうことを指摘している。「無意識のうちに受けた精神的な外傷をそれにふさわしい感情を込めて表現することが決してできないという、この希望を奪われた状態こそ、最も多くの人を重大な精神的危機に陥れる原因」であり、「抑圧しなければならないという心理的な負担こそがノイローゼを生む」と記述している。これらの議論は、柴山 (2017) が家庭内において安心できない条件として挙げている、自分の心を表現する場の欠如とパラレルに読むことができるが、ミラーの場合は、近親者などに「事情をわきまえた証人」がいれば、悲劇的な結果を免れることができると考えている。こうした事例においては、心理療法師が「事情をわきまえた証人」として、外傷当時のことを感情を込めて表現することを支える必要があ

るということを改めて肝に銘じる必要があるだろう。ミラーは、外傷的体験の真実に向き合わない限り、それが精神疾患という表現を取らない場合であっても、その破壊性が自己自身に向けられると薬物依存、想像上の的に向けられると迫害や虐殺、幼い子どもに向けられると虐待や少年殺害というように、様々な無意識の「演出」が行われると考えた。攻撃性・破壊性を欲動理論で割り切り、「欲動の断念」へと持っていく方法は、「悲劇的な役割担当の真実の姿を無視して、患者をその役割の中に置き去りにする」のである。このようにミラーは、心的外傷を主観的な様々な条件において規定するとともに、心的外傷をどのような種類の人間においても可能性として存在する前提として捉えたと言える。

8. おわりに

本論文においては、主に心的外傷・トラウマの概念に焦点を当て、その射程を巡る議論をいくつかの面から振り返ってきた。トラウマの定義を拡張する方向性とそれを限定する方向性、この相反する力動が、フロイトの時代から現代に至るまで、連綿と続いている。確かに、トラウマの定義を拡大しすぎることは、患者の問題をあまりにも単純化して捉えてしまうことにも繋がりがねない。しかしながら、解離やPTSDの分野における外傷が、症状のあり方からその存在を病因として析出するアプローチであったとすれば、ミラーの理論における外傷は、どのような精神疾患・問題行動に対しても（さらに言えばそういうものが見られないとしても）その存在の可能性を排除しないというようなアプローチである。この姿勢こそが、どのような臨床の場においても、患者の真実に蓋をしてしまうという「反復強迫」に陥らないために必要な、実際の心理療法などの理論に先行すべき現実をしっかりと捉えていくための姿勢となるのではないだろうか。最後に、ミラーの記述を引いて締めたい。

経験が教えてくれるのですが、精神の病とたたかうのに有効な手段は、結局のところ一つしかありません。ただ一度だけ、そしてただ一つだけの、私たちの子ども時代に起こったことを、情動の上で発見することです。…（中略）…あらゆる人生は幻想に満ち満ちていきます。真実は耐えがたく思われますから。にもかかわらず、真実は私たちに欠くことのできないもので、真実の喪失は重い病につながります。（Miller, 1979 山下訳 1985, p.3）

引用文献

- American Psychiatric Association (1980). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III*. New York: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition-revised*. New York: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition-revised*. New York: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. New York: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth*

- edition. New York: American Psychiatric Publishing.
- Barach, P.M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic aspects of regression*. Tavistock, London. (中井久夫訳：治療論からみた退行－基底欠損の精神分析 金剛出版, 1978.)
- Freud, S. (1895). *Studies on Hysteria*. Standard Edition, Vol.2. trans. J.Strachey, London: Hogarth Press, 1955. (懸田克躬・小此木啓吾訳：ヒステリー研究 フロイト著作集 7 人文書院, pp.5-229, 1974.)
- Freud, S. (1896). *The Aetiology of Hysteria*. Standard Edition, Vol.3. trans. J.Strachey London: Hogarth Press, pp.189-221. 1962. (高橋義孝・生松敬三訳：ヒステリーの病因について フロイト著作集 10 人文書院 pp.7-32, 1983.)
- 原田誠一 (2019). 不安・抑うつ発作と複雑性 PTSD の関連についての私見－両者の本質的な共通点～重なりと双方の臨床研究が交流する必要性・有効性について－ 不安症研究, 11(1), 47-51.
- 池田龍也・岡本祐子・森田修平 (2014). ト라우マと心の傷に関する研究の動向と展望：何が人を傷つけ苦しめるのか 広島大学心理学研究, 13, 91-105.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence－From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books. (中井久夫訳：心的外傷と回復 増補版 みすず書房, 1999.)
- 金吉晴 (2012). PTSD の概念と DSM-5 に向けて 精神神経学雑誌, 114(9), 1031-1036.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.
- 松本卓也 (2018). 症例でわかる精神病理学 誠信書房.
- Miller, A. (1979). *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*, Frankfurt: Suhrkamp (野田倬訳：才能ある子のドラマ 人文書院, 1984.)
- Miller, A. (1980). *Am Anfang war Erziehung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp (山下公子訳：魂の殺人－親は子どもに何をしたか 新曜社, 1983.)
- Miller, A. (1981). *Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema*. Suhrkamp, Frankfurt/Main (山下公子訳：禁じられた知 精神分析と子どもの真実 新曜社, 1985.)
- Miller, A. (1990). *Abbruch der Schweigemauer*, Hamburg: Hoffmann und Campe (山下公子訳：沈黙の壁を打ち砕く－子どもの魂を殺さないために 新曜社, 1994.)
- 中野明徳 (2011). S.フロイトのヒステリー論－心的外傷の発見－ 福島大学総合研究センター紀要, 10, 15-24.
- 岡野憲一郎 (2007). 解離性障害－多重人格の理解と治療 岩崎学術出版社.
- 岡野憲一郎 (2015). 解離新時代 岩崎学術出版社.
- 岡野憲一郎 (2016). ト라우マ概念の再考 広島大学大学院心理臨床教育センター紀要, 15, 20-26.
- 岡野憲一郎 (2018). 精神分析新時代－トラウマ・解離・脳と「新無意識」から問い直す 岩崎学術出版社.

齋藤繁 (2009). 危機介入におけるコミュニケーション 弘前学院大学社会福祉学部紀要, 9, 21-27.

柴山雅俊 (2007). 解離性障害－「うしろに誰かいる」の精神病理 ちくま新書.

柴山雅俊 (2017). 解離の舞台 症状構造と治療 金剛出版.

鈴木友理子 (2013). ICD 分類の改訂に向けて－ストレス関連障害の動向－ 精神神経学雑誌, 115(1), 69-75.

van der Kolk, B.A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 253-265.

(臨床心理学コース 博士後期課程 3 回生)

(受稿 2020 年 8 月 31 日、改稿 2020 年 11 月 9 日、受理 2020 年 12 月 7 日)

アリス・ミラーの理論からみた、現代の精神分析臨床

—心的外傷概念の拡張をめざして—

渡部 智行

本論文においては、心理臨床を行う上での心的外傷（トラウマ）の扱いについて、主にその定義に着目しながら論考を行った。現在の DSM の PTSD の診断基準における、客観的に特定しやすい単回性のトラウマのみを対象に限定した定義に対して、複雑性 PTSD における閉鎖性・持続性のトラウマや解離性障害における愛着・関係性のトラウマといった概念に見られるような反復性のトラウマの視点を導入し、トラウマの定義の拡張可能性を探った。また、精神分析の分野においても、フロイトの欲動論への転回ののち、現実のトラウマが軽視されることになった。その断絶により精神分析家という看板を下ろすことになったアリス・ミラーの理論から、その背景について見ていくとともに、症候学に囚われない形で、PTSD や解離の症状が無くともトラウマの存在可能性に留意するという、新しいトラウマの臨床の必要性について論考を行った。

Modern Psychoanalytic Clinical Practice from the viewpoint of Miller's theory: towards an extension of the trauma concept

WATANABE Tomoyuki

In this paper, we discuss how to treat trauma in clinical psychology, focusing mainly on its definition. The current PTSD diagnostic criteria in DSM are limited to objectively identifiable singular trauma, whereas we explored the expandability of trauma definition by introducing the perspective of recurrent trauma as seen in the concept of closed/persistent trauma in complex PTSD and in the concept of attachment/relational trauma in dissociative disorders. In addition, in the field of Psychoanalysis, after Freud's change to drive theory, actual trauma came to be neglected. From the theory of Miller who decided to drop out of Psychoanalysis due to this disconnection, we examined the background of this neglect, and explored the need for new clinical practice of trauma, in which we should keep in mind the possibility of trauma even without PTSD and dissociation symptoms, without being bound by symptomology.

キーワード： 心的外傷、解離、精神分析、アリス・ミラー、フロイト

Keywords: Trauma, dissociation, Psychoanalysis, Alice Miller, Freud, S