

「劇化」(dramatization) について

岡 田 敦

Several Aspects of Dramatization in the Psychotherapeutic Practice

Atsushi OKADA

I. はじめに

英語圏でいうところの *dramatization* とは、けっして特殊な学術用語ではない。たとえばその動詞形 *dramatize* には、「①（事件・小説・出来事などを）劇に仕立てる、脚色する。②劇の形で表現する、劇的に表す。③演技する、芝居じみた態度をとる」などの意味があり、古くから日常的にも使われている言葉である。日本語には、これに相当する語彙がどうもないようで（しいてあげれば「芝居を打つ」に近いが、語感からすればこれは *theatricalize* の方か）、訳語としては「劇化」する（あるいは「ドラマ化」する）をあてて、主として①の意味で用いられている。さすがに、長い演劇的な伝統をもつシェイクスピアの国の言葉（たとえば、背景にある「世界劇場」という考え方）でもあろうか。

本小論の目的は、主として精神科臨床での、力動的（精神分析的）心理療法場面における「劇化」の概念を概観し、その治療的意義について考察することにある。その際、理解の助けとなるよう、日常臨床における一治療例を素材として呈示し、具体的にそこでの問題点、治療上の取り扱いや効果、技法上の工夫、困難さなどを検討してみる。またそれを通して、「劇化」の背後にあって、体験を生み出し内包してくれている「舞台」としての心的空間がもつ「入れ子構造」的な重なりと、そこで繰り広げられる再演化や実演化を媒介として、促進されていくと考えられる「内在化の過程」の重要性についても、簡単に言及してみたいと思う。

II. 心理療法実践における「劇化」の諸相

1) 「劇化」と転移の密接な関連

心理臨床や力動的的心理療法場面における「劇化」(*dramatization*)とは、諸研究者の技法や理論的立場の違いによって、その定義にはいくらかの差異があるものの、「内的世界の（ほとんどは無意識的な内的対象関係の）ドラマを、現実の対人関係の中で目の前の人を相手に、本人も自覚しないままいつのまにか再現化、再演化してしまうこと」をさすと考えられる。狭義には、主として治療外の対人状況での「実生活での再演」(松木)¹²⁾に限定し

て使われる場合もあるが、たとえばウィニコット、D. W. がその意義を強調している^{10), 27), 30)}ように、多くは治療関係の中での再演、「患者が隠されていた内的体験を、治療者相手に劇化して、治療者はその劇化され、割り当てられた転移上の役割を演じることを通して、治療者との間で再び転移を生き直す」ことまで含んで、用いられることが一般的である。

当然それは、内的ドラマの「再演化」(re-enactment)という言葉がすでに示しているように、治療関係においては「転移現象」のひとつの重要な表現局面のことでもあり、事実、上記のウィニコットの要約は、そのまま「転移の劇化」(北山)^{10), 19)}論と呼ぶことができる。また別のところで彼が、外傷体験の再演化の治療的意義にもふれて、「適切な環境のなかで(それまでこころの中では、凍結され続けてきた幼児期の環境側の)失敗状況が解凍されて(unfreezing)、再体験されることが可能となる」²⁸⁾ことが、そのまま「やり直しの体験」の機会を与えることにもつながり、そこから「治癒の過程」が始まることを示唆している点は、大変重要ではないかと思う。これが転移の持つ新たな「人生物語の改訂版の創出」¹⁹⁾というもっとも重要な治療機序でもあろう。別の視点からすれば、それは治療者を「対象として使用できる」²⁹⁾ようになっていくことでもあるといえる。

また治療論として、その重要性が臨床的にはっきり示された『ピグル』³⁰⁾の症例がそうであったように、転移の「劇化」(北山は、その意味がより強調されるように、あえてプレイアウト play out という言葉をあて、「遊出」とする¹⁰⁾)が、「中間領域」における「遊ぶこと」(playing)として、生じてくるものであることをも忘れてはならないであろう。すでにプレイという言葉そのものに、「劇を上演する、扮する、役を演じる」という演劇的創造の意味があることに注意したいと思う。もちろん、心的体験を内包してくれている「舞台」としての「心的空間」(ウィニコットの言葉では、背後にもつ「可能性空間」potential space^{16), 29)})の存在も重要である。この観点からすれば、青年期症例にしばしば見られる破壊的な行動化も、それ自体象徴形成をになって他者へのコミュニケーションを求めている、退行してしまっているもののひとつの重要な「遊び」として、建設的にその意味を読み直す^{1), 17)}ことが可能となってくるように思う。これは後述の「入院治療」の理論的基盤ともなっていく。

2)「逆転移」反応からの相互交流過程の理解

今ひとつここでふれておきたいことは、治療状況での「劇化」という事態が、微視的には同時に、投影同一化や逆転移(そして投影逆同一化)の問題とも重なり合うということである。逆転移の治療的意義をいち早く見出したハイマン、P.⁸⁾は、患者の転移状況での再演(re-enact)や劇化(dramatize)が、不可避免的に同時にまた、治療者側の対応の変化をもたらすことを明らかにし、治療者の知らず知らずの感情反応(治療者は「共演者」co-actorになってしまう、とも言っている)は、「患者の無意識的なコミュニケーション過程の結果でもある」ことを指摘している。患者の再演化に連動して逆転移反応が生じ、治療者も無意識的に相手役を演じてしまうことによって初めて、彼らの内的世界の一部にふれることが可能となる。つまり患者の「内界を探究するための道具」としての逆転移に注目したのであり、それを有効に利用することで、治療者の患者理解の妥当性を検証する重要な手掛

りとなると考えている¹³⁾。

この点、患者の転移を「全体状況」(total situation、この発想自体は、すでにクライン、M.の論述¹¹⁾に見られる)へのすべての表出としてとらえて、その内的葛藤がじつに巧妙に治療関係に持ち込まれていく様態を生き生きと描き出して、より詳細に治療状況を明確化しようとしたのがジョセフ、B.⁹⁾である。「舞台」としての治療空間内でおこることは、すべて治療関係の産物でもある。そのため早晩治療者は、患者が持ち込む内的ドラマの再現化による相互交流に、無自覚のまま巻き込まれざるをえない。そしてそこでは、投影同一化が大きな働きを担っている。投影同一化が活性化された転移の中では、原初的な対象関係のほとんどすべての要素は、言葉として表現されるかわりに、目の前で共謀的に「実演されてしまう」こととなる。

ここでいう投影同一化 (projective identification) とは、投影がたんに自分のこころの内容物を他者に投げかけることであるのに対して、他者(この場合は治療者)の中に自分の心的体験を押し込み、排泄し続けることによって、自分の体験をその他者自身のものとして、いつのまにか体験させてしまう過程⁷⁾のことである(このメカニズムを熟知しておくことが、今日の青年期臨床においては大変重要となる。この概念抜きにしては、より低水準の防衛操作を多用し、行動表現化する多くの「かまびすしい若者」の示す精神病理を、ほとんど理解できないのではないかとさえ思う。たとえば学校状況などで、「善意ある誠実な」教員やカウンセラーたちが彼らに巻き込まれ、再演化の相手になって振り回されてしまう実例をしばしば見るからである)。

そこでは、患者は話し振りや表情、声の音調などの変化をふくめて、あらゆるやり取りの中で「振る舞うこと」による実演を通して、治療者の体験にも微妙な変化や圧力をおよぼし続ける。そして、ついには治療者を巻き込み、自己の内的な対象関係の一部を演じさせてしまうことによって、懸命にこころの平衡状態 (equilibrium) を保とうとするのである。ジョセフにしたがえば、この治療者と患者との間に生じる役割関係と情動体験の質とを、より正確に理解しようと努め続けることを通してのみ、患者のもつ病理が解明されるのであり、患者にとっても自らの排除し続けている体験に、情緒的に接触させることへ直接間接につながっていかるともいえる。また同様にケースメント、P. も、治療者が患者の再演化に巻き込まれていくのを、適度に受け入れて「こころの中に留め置けること」の必要性を指摘し、それがまた患者の「見立てに役立つ反応となる」³⁾と述べている。

3) 治療者の「役割対応性」と治療者との「分かち合い」

以上のことを換言すれば、患者のひそかな内的対象関係のドラマの再現化にあたっては、治療者が本来は患者の内容物の一部でもある「役割の振り付け」を受け、気付かないうちにそれを担わされてしまい、いわば両者の間で一時的に転移関係を「生きてしまう」(live out) ことが生じてしまいがちであるということである。サンドラー、J.²³⁾はこの事態を、治療者側に引き起こされてしまう逆転移における「役割対応性」(role-responsiveness) と呼び、再演化に治療者自身がいつのまにか引き込まれ巻き込まれていく過程のことを、とくに「現実化」(actualization) として描き出し検討している。それを治療的に生かすこととは、治療者自身に引き起こされる内的変化を、ただひたすら「自己モニターすること」^{3), 4)}を通して、治療関係における力動的な相互交流過程を体験的に理解していくことでしか

く、その失敗は、名高いラッカー、H.²¹⁾の「神経症的な葛藤をもった」治療者の逆転移における「補足型同一化」(complementary identification)という歪んだ反応に、そのまま密接につながる問題でもあると思う。

またこうした「劇化による再演化」が、精神病水準にある患者や重篤な心的外傷体験をもつ患者に対して、巻き込まれてしまった治療者からの激しい攻撃や拒否、誘惑や再外傷化として、逸脱したかたちで「現実化」してしまい、時として治療状況外においても共謀的に相互に行動化されて、破壊的な結果をもたらしてしまうことがある点にも十分注意しておく必要がある。治療者側のさまざまな意図が、患者のもつ重い精神病理によって、「逆転移としての無理な頑張りや逸脱を生じやすいものである時、特別危険なものとなりうる」というローゼンフェルト、H.²²⁾の指摘は、「患者は本当は、自分ではとても耐えがたい恐ろしい体験を、治療者に分かち合ってもらうことを望んでいるのであり、それゆえ強力な投影(同一化)によって、治療者を自分の体験の中に引き入れようとしてくる」という言葉とともに、じつに傾聴に値する(とくに精神科での重症例とかかわる治療者への)実践的な助言ではないかと思う。ここにまた「劇化」の真の治療的な意義があるのかもしれない。そして「コンテナ(容器)としての治療者の機能」(ビオン)²⁾に求められているものは、結局は、身をもって知らされることとなる「とても耐えがたい恐ろしい体験」になんとか持ちこたえて、報復も拒否も行動化もせずに、治療者として「生き残り続ける」(survive)²⁹⁾ことによって、「理解をもった応答」を繰り返し伝えていくこと以外にはない(たとえば「あなたは治療者としての私に、自分と同じつらい体験をさせることで、本当は苦しさを分かち合っていて欲しいと思っているんですよね」との指摘)ということをここであらためて述べるまでもないと思う。

4)「舞台」としての病棟と「自己劇化」の展開

ところで、精神科での入院治療状況での「劇化」は、上で述べてきたような狭い面接室の中での治療者－患者関係における「転移劇」(岡田)¹⁹⁾のみにかぎられるわけではない。

筆者らはここ十数年来、とくに行動表現化傾向の強い、境界水準の青年期患者(つまり前述の投影同一化を多用する患者)の入院心理療法に携わってみて、入院場面は彼らの未熟な精神内界の直接の反映以上の意味がある^{17), 18)}ことに気付かされるようになった。彼らにとっては、治療状況に設定された様々な内的外的な構造によって、「抱えられた」特殊な治療空間の中で、内的世界のドラマを即興劇のように振る舞い「自己劇化」(self-dramatization)することで、初めてその時点で体験化が生じ、自己の「人生物語」の再組織化が展開していくことが観察されたからである。病棟における現実的な人間関係の中で、彼らが示す振る舞いや態度、表情、行動によって表現されているもののすべてが、表現できる場を与えられいわば「解凍」(unfreezing)されて、「象徴形成」^{1), 24)}になったパフォーマンスとなる。つまり入院治療においては、病棟全体が患者を「抱える環境」(holding environment, ウィニコット)となり、患者がそこで内界のドラマを演じる「舞台」(stage)となる¹⁵⁾のである。

それゆえ、舞台裏(back stage)に入り込まず、その設定された枠内におさまる(on stage)かぎりにおいては、とりあえずは「自由に保護された」病棟の空間の中において、患者はまず行動として示すことによって、自己を表出していく機会を十分与えられる必要がある(それを「まるで巨大な箱庭作りをしているみたい」と述べた患者もいる)。また時に応じ

て、それに付き合い相手になって劇化を深め、彼らの「生きられてこなかった」感情体験にまで導いてくれる、スタッフ側の適切な応対も不可欠となる。それは前述の「内的世界と外的現実をつなぐ中間領域としての治療空間」のなかのことであり、そこでの患者の行動や振る舞いは次第に、「一つの現実であると同時に、多重な意味を帯びた象徴的な『遊び』になる」(成田)¹⁴⁾ことが重要である。また治療スタッフも、「劇中の人物」の振り分けを受けて、患者の示す強い愛着や激しい攻撃を、すべて現実の自分個人に向けられたものとして考え、ついつい実際に対応してしまうことも多いが、「いま自分も、患者の演じるドラマの登場人物として配役され、隠された物語の再現化のために共演しているのだ」と受け止め、それを「わが身を通して」共感的に理解することができれば、ずいぶんゆとりを持って適切に応ずることが可能となるのではないかと思う。

厳密な意味でいうとそれは、患者の抱えている内的ドラマの再演ではあっても、かつてあった現実そのままの反復ではない(いわゆる「心的外傷 *psychic trauma* をもつ」患者においてさえそう思う。すでに祖父江が、「ドラマタイゼーションとしての心的外傷」²⁶⁾という重要な視点を提出していることを参照)ということも留意しておきたい。

5) 「劇化」の取り扱いと「夢」との類似性

以上のような、入院治療における「舞台」としての病棟と「自己劇化」の展開は、治療者との面接場面で今一度、振り返られることによってより一層の深い意味を持つ。もちろん外来でおこなわれる個人心理療法同様、上述のように転移状況として治療者にもさまざまな役割の振り付けがなされ、幾重かの「入れ子」(あらためて後述する)のような構造をもって展開したり、文字通り病棟内で行動化され再演化される場合もある。しかし、治療者が必ず患者の内界の投影や投影同一化をになって、「役者」として舞台の上に登場しなければならないというわけでもない。すべての表現作品がそうであるように、「受け手」としての読み手や観客の想定されえない場所では、表現そのものが成り立ちにくいことを考えると、治療者の治療的機能の第一は、むしろ「観客」側にあるともいえる。患者自身も治療者と同様、面接場面では一度観客の立場に身を置いて、現在進行中の病棟内のドラマを、全体的な状況の中からはなめ直してみることこそが大切である(この点外来治療においても、「舞台」の設定がかわるだけで本質的には同様なのであるが)。

このように関係を支えてくれる安定した空間でもある面接場面で、自分の劇化された行動や体験を、今一度振り返り、治療者に言葉で報告するということは、じつは「夢」の報告と大変よく似たところがあるという点は、もっと注目されてよいと思う。筆者はよくまだ初心の治療者に、入院心理治療というのは「病棟の中で自由に振る舞ってもらうことで、患者さんに夢を見てもらうこと」として説明するが、これは比喩以上の意味をもっている。そもそもフロイトの夢理論⁵⁾の中にもすでに、夢の世界では思考のかわりに具体的な場面が現れ、考えるかわりに行動して体験することが生じるとの発想がある。つまり、夢類似の退行的な世界では、視覚化と行動への置き換えが起りやすいということである。そしてまた周知のように、行動化(acting out)の本来の意味は、分析治療中に記憶として再生して話されるかわりに「行為として再現する」(agieren)⁶⁾ことにあった。それゆえ、病棟内で振る舞い体験されたことはどんなことでも、できるだけ詳しく具体的に報告してもらうことは、心的現実と外的世界とを結びつけることであり、象徴化過程を促進させるこ

ともつながり、「行動表現から言葉の表現への橋渡し」(北山)¹²⁾を促すことにもなって、大変有益ではないかと思われる。

なお夢が内的世界の物語の「劇化」であり再演化であることについては、シャープ, E. F.²⁵⁾の興味深い指摘がある。夢の解釈を、比喩やレトリックなど詩的表現法から理解しようとする彼女は、また「夢はプレイ(劇、遊び)であり、しばしば一種の劇の形をとって治療関係に持ち込まれる」とも述べている。ここでもまた、「劇であると同時に遊びでもある」(playing)という、治療的かつ創造的な視点を見出すことができる。

III. 臨床素材——「病院がすべてになってしまった」という青年期女性例

ここで一治療例を呈示したいと思う。長い治療歴をもつ境界水準にあると思われる女性例(臨床診断は境界例)である。初回面接時に、彼女がいくぶん自嘲気味に語った恨みごとのような言葉、「私の今までの生活は、病院がすべて、先生がすべてになってしまったようなもの」が、重く治療者のこころに残った。じつのところ、これは精神科の日常臨床において時おり出会うタイプの患者(しばしば「人格障害者」として厄介者扱いされてしまう)でもあり、とくに選抜かれたケースというわけではない。しかし、筆者との心理面接過程においては、2回の治療構造の変更にあたかも呼応するかのように、さまざまな「劇化」や再演化が引き起こされて、「心的空間」の内在化の過程が少しずつ促進されていった。またそれと並行して、日常生活レベルでもより安定化し適応していくのが見られた。

以下に、終結までの7年あまりの治療経過を簡略に描写してみる(なお治療過程の公表にあたっては、ご本人の了解を得てはいるものの、勿論プライバシーの保護のため、基本的な精神病理や問題にさしつかえない範囲で、病歴と生活史の一部に大幅な変更が加えられている)。

1) 出会い

患者A子は20代半ばの独身女性である。「カウンセリングをしてもらえて、入院治療にも対応できる」として、前医(精神科)より紹介されて、治療者の勤務する病院を母親とともに受診。主訴は「また前みたいに不安定になりそう、自分がわからない、自分という実感がなくなってしまった」というもので、母親は「最近家では怒りっぽいし、お金もたくさん使って私と衝突する。やはり入院させた方がよいかどうか」と語っていた。

主治医(中年女性)はすぐに入院が必要とは思わず、引き続き服薬をすすめるとともに、心理療法の適応(筆者あての紹介でもあったので)と判断、「それをふくめて、まず心理の先生とよく相談するように」と、臨床心理士である治療者に面接の依頼が出された。すると予約の日の数日前に、母親と突然来院、「気持ちが落ち着かないから、今日すぐに面接して欲しい」と強く希望する。早々の治療の枠組みへの「試し」(testing)であろうと治療者は考えて、その場は直接には会わずに、「それほど不安定であるなら、一般再来の当番医に診てもらおうように」と電話で受け付けへの指示として伝えたところ、長時間外来看護婦相手に粘り、かなり困らせた後にその日は受診せずに帰っている。

初回面接時、母親と一緒に入ってくるので、それでよいかA子本人に尋ねると、「いいです」と答えるので同席とする。開口一番、「なぜこの前、会ってくれなかったんですか？」

と責めるような口調で言う。「約束ごとを守っていただかないと、残念ながら私との面接はできませんが」と伝え、「以前の先生とはどうだったのですか？」と聴くと、以下のような「こころの傷」について、自発的に多くを語ってくれる。「中学の時から、ずうっと病院を通してしか外の人とかかわってこなかったから、私の今までの生活は、病院がすべて、先生がすべてになってしまったようなもの」と。そして「2年前、B精神病院のC先生（男性精神科医）に甘えすぎてしまって、結局放り出されてしまった。その時のことが、なぜかフラッシュバックみたいに最近よみがえってきてしまって困る」とも言う。母親も横から口をはさみ、「病院が好きでたまらないというのが、この人の一番の病気なんだから」。

2) 病歴のあらまし（主として、初回面接時の情報のまとめ）

生活歴の中では、やはりA子が7歳の時に、父親が38歳の若さで病死しているのが目を引く。父親は酒乱で仕事も長続きせず、飲むと家でもよく暴力をふるい荒れていたというが、A子自身まったく父親の記憶がない。母によれば、小さい頃は父親に可愛がられてよくなつき、また「顔つきや性格、頑固で強情な気性や、荒れるところまで父親そっくり」であるという。現在50代半ばの母親は、「ズケズケ言う口やかましい人で、無神経なところがある」ものの、人一倍の頑張り屋で、夫の死後一人っ子であるA子を実家に預けて、働きながら専門学校に通いある資格を取得、現在までそれで生計を立てている。

父親の死後、小学校時代のA子は急に人が変わってしまったようにおとなしくなり、「いつもボーッとしている」ような状態で、成績も振るわず友人もほとんどできなかった。中学1年の冬休み明け、流行性感冒で学校を2週間休んでから、体調不良を訴えて学校を行き渋るようになり、中2の2学期以降はまったくの不登校となる。総合病院精神科をふくめていくつかの治療機関にかかり、心理士からもカウンセリングを受けるものの、あまり好転せずそのまま卒業。進学した高校も、周りの雰囲気と馴染めず高1の秋には中退。この頃より感情的にも不安定となり、母親の言動に反抗的になることが始まる。家で大声をあげて物に当たり、「こうなったのはおまえのせいだ！」と荒れて、母親に対してひどく暴力をふるうことが続いたため、17歳時に紹介されて隣り町の精神病院に半年ほど入院。

5年ほど前より、地元のB精神病院のC先生（30代後半男性）にかかる。なぜかA子だけ特別に、時間をかけて親身に話を聴いてくれて、「捜し求めていた先生によりやくめぐり会えた」と思い、いつの間にか前述の「病院がすべて、先生がすべて」という状態にまでのめり込んでしまう。やがて服薬による自殺企図や手首自傷が頻発するようになり、合計3回の入退院を繰り返す。この間半ば自棄になって、入院中に知り合った男性患者や行きずりの男性たちと、性的関係をもったこともあったという。2年前の最後の入院の際、病棟で婦長や中年看護婦たちを相手に、いつもながら頻繁にトラブルを引き起こし、なかば強制的に退院させられてしまった後、何度かC先生の自宅にまで押しかけるようになったため、病院責任者である院長より「こんなに医者を困らせるような患者は、もうここでは二度と治療させない」ときつく言い渡されてしまい、仕方なくD精神病院に転院となる。

D病院の主治医であるE先生（60代前半男性精神科医）のもとでの2年間は、外来の一般再来の服薬通院だけで比較的安定、その後、半日のパート仕事をなんとか続けられるまでになる。しかし「C先生に見捨てられてしまったショック」は尾を引き、「実感がわかない、自分が空っぽで分からない」感じがその後まで残り、喜怒哀楽がなくなってしまった

毎日だったという。ところが本年4月、今度はE先生が退職となり若いF先生（20代後半男性精神科医）の担当になってから、熱心にこれまでの自分のことを毎回詳しく聴かれ、なぜか急に「フラッシュバックしたみたい、C先生のことばかり思い出してしまう」ようになり、家でも気持ちが不安定で落ち着かなくなり、自ら転院を希望、短期に何カ所かの医療機関を経て、G精神科クリニックを受診。そこから再度「入院治療が必要な症例」と判断されて、入院施設を持つ当院精神科を紹介されて受診となったのだという。

3) 「見立て」と治療方針、治療構造の設定

もちろん、「自らのこころの内側で、不安や抑うつを抱えきれなくなり」他者を巻き込んで、行動表現しやすい境界水準にある症例ではあるが、その中心には父親をめぐる「悲哀の仕事」(mourning work)²⁰⁾の問題があらうと、すでにこの時点で予測した。「記憶がまったくない」という父親を取り入れ無意識的な同一化が働き、しかもC先生との間で「内的世界のドラマの実演化」が引き起こされてしまっている。それゆえ同様の「再演化」をできるだけ「内的なもの」として押し戻し、情緒的に体験化していってもらうためにも、患者の抱える病理に十分な理解を示しながら、それにすぐに深入りする（そうすれば再度「フラッシュバック」から、治療関係の中で現実化されてしまうであろう）ようなことはできるだけ避けて、とりあえず現在困っている日常生活上の問題への「対応策」を、検討吟味していく場として面接場面を設定していくとの治療方針を決める。

そこで、まずこの先こでの治療にどういうことを期待しているかを聞くと、A子は「もう絶対に入院だけはしたくない。入院しないでも落ち着けるようになりたいけど、今はお金のことで母との衝突が激しい。あとは今やっぱり収入が少ないので、できれば正社員として働けるようになりたいけど」と答える。それに続けて治療者は、「C先生ことは、治療上でしばしば生じることのある副作用」と説明、「ここでそのことをすぐに扱おうと、ますます混乱すると思われるので、とりあえずはできるだけさわらないで横に置いておくこと」とし、まず現実的な問題として上で述べられた「母親との衝突」と「定職について安定した収入を得る」ことを取り上げ、（濃密な2者関係、「先生がすべて」を作り上げないためにも）母親をまじえた2週に1回の同席面接を提案してみる。A子も「ここを断られたら、本当にもう他に行くところがない。先生が引き受けてくれるのなら、それでもいいです」と不承不承同意する。最後に、今後の入院治療の可能性にもふれて、「治療の枠組みへの約束は、きちんと守ってもらおうこと」を再度確認しておく。

4) 「家族状況」の実演化と「対応策」の検討——母子合同面接での2年間

最初の約2年間は、家族状況での母娘間の「やり取りの行き違い」の問題や葛藤が、そのまま相互作用の現れとして「舞台」でもある面接室に持ち込まれ、「劇化」され実演化(enactment)される。いつのまにか治療者は、そこでは強い母拘束を割って入ってくれる、前エディプス的で「理想的な父親」役を、担わされて振る舞ってしまっているように感じる。

面接当初は、「不器用で、自分の身の回りや片付け、お勝手仕事もろくにできない」で、「親に頼るだけ頼って、お金を気ままに使ってしまい」「物を無駄に使いすぎて」、しかも「気のむいた時でない」と仕事にいかず、八つ当たりばかりして「極楽トンボに暮らす」A子を厳しく批判する母親と、「遊ぶことも面白味もなく、ただかたく生きることばかり強制

して、少しも私の気持ちを分かろうとしない」口うるさい母親を嫌うA子との、深い対立が浮き彫りにされる。「そういうお母さんだって、口ばかりのところがあつた」というA子の逆批判に対して、母親から「結局あんたは、ここでも先生に味方についてもらわなきゃ言いたいことも言えない。一生、病院に頼って生きてくしか能のない生皮の人間だわ」と逆襲されてしまい、声を荒らげてA子が怒り出す場面もあった。その都度治療者は介入、「お互いここで、それぞれ違った考えをもって、相手に迎合することなく本音を出し合っている」ことを高く評価し、「違い」はそのままにしておいて（「決して安易に、相手に妥協しないことが今は大事」と支持）、その「違い」の由来と「折り合い」の付け方の検討を繰り返しておこなって、その場を抱え続けることに専念する。

少しずつ母親も、「じつは自分にも娘に甘いところがあり、つい余分に言われるまま小遣いを与えてしまう」ことを認め、「それは時代も育ちも違うのだから、贅沢したいのはあたりまえ」「父親がなまけ者で、仕事もろくにしない駄目人間だったから、小さい頃から貧乏暮らしで我慢させてきて可哀想だった」「私もただがむしゃらに働いて、子どもの気持ちを考えてやる余裕がなかった」と理解を示すようになる。A子も、それに応じて「お母さんが気張って強く生きてくれなかったら、きっと親子心中していると思う。今の生活があるのも本当はお母さんのおかげ、これでも悪いなあといつも思ってるよ」などと軟化、双方に歩み寄りが見られる。とくに後半、「安定した収入」が当面の大きな課題となり、A子自らも積極的に職探しを始め、偶然、近くの部品工場で正社員の口を見つけ就職が決まる。

5) 「手紙」を舞台とした劇化の展開——A子本人との2週に1回の面接での2年間

ところが来院のための曜日が、A子の仕事先の休みと母親の休みとで合わなくなり、2週間おいての相談の上で、「本人のみの来談」とする。以後、「思いついたことを、忘れないうちに書いておいたから」と、治療者あての手紙を持参するようになり、それを中心に面接で話し合われることが増える。そして、この手紙を移行的な「舞台」として、内的世界のドラマが展開していくことが始まる。それも次第に、柔軟性をもった「遊び」に近くになっていくという印象を受ける。

就職してみたものの生来の不器用さのため、仕事は思うようにはかどらず、また頑丈そうな見かけに比べて非力で、上司に叱られてばかりいてめげはするものの、「これが私のサバイバルツアーだから」と言う。それでも少しずつ仕事も上達、「職場の中年の小父さんたちに、からかわれたりしながら」職場に馴染めるようになっていく。同性同年輩の派遣社員の仲間と食事や買い物にもでかけたりして、見違えるほど人間関係の幅も広がる。

こうした一見うまくいっているかの現実生活に反して、持参されるようになった「手紙」では、「本当は寂しくて今すぐにでも先生に会いたいの、毎週通って面接したいのに、たぶん先生は許してくれない」「私だけの先生を独占したいのに、先生は警戒してわざと私に冷たくしたり思わせぶりのことを言う。なぜ私だけガマンしなきゃいけないのか」「今すぐ先生の家を押しかけて行って、先生の家庭をメチャクチャにしてやりたくなる」などとあり、治療者が「揺れ動く正直な気持ちがよく分かる」「手紙を書くことで、自分の気持ちをそのまま、持っていられるようになってきている」などと評価して返すと、「何か自分ひとりで思っている先生と、ここで会ってる先生とはまったく違う人みたい。思い込み過剰で、恥ずかしい」と述べるようになり、「また遊びで適当に書いたんだから、手紙は後で読んで

おいてくれればそれでいいです」とすませることが多くなる。それでもその後の手紙には、「たしかに私の中には封印し、閉じ込めてしまった心がある。亡くなった父への思い、B病院やC先生への思い、そんなさまざまなものにフタをして、閉じ込めてしまっているのが今の私です」ともあった。治療者も、いずれそれが「開かれる」であろうことを予感する。

一方、仕事の面では何とか順調にこなしていたものの、不景気のため突然リストラ要員の対象となり解雇されてしまう。「情けないプータローの生活に逆戻り」してしまい、しばらく落ち込む。この頃から「母親の亡くなった後の不安」がよく話題に出されるようになる。

6) 「分離」への準備から「哀しみ」にふれることへ——オン・ディマンド法での3年間

その後間もなく思いがけず、近所の老人保健施設の食養の仕事が見つかり、厨房で給食を作る仕事に従事する。「やっぱり私は、病院みたいなところから離れられないんだわ」と笑う。勤務がシフトするので休みが不定期ということもあり、「先生から離れる練習もしたいから」と、月1回オン・ディマンド法による面接（次回来談日は、その都度、面接の終わりに決めて予約を入れるというやり方）とする。

面接も6年目に入った頃より、あたかも「治療者から離れていくこと」と重ね合わせるようにして、「C先生との出来事」を懐かしそうに回想することが多くなり、自然に「寂しさ」にも言及して、面接場面でしばしば涙を流す。そしてまた、心理的に共有できなかった部分が、少しずつ共有されるものへと変っていくことが見られる。「今思えば、まったくのひとり相撲で、感情的にのめりこんでしまったけど、あれだって自分の人生の一部。今は先生がいなくてもここまでできてよ、何とか生きてるよって伝えたい。人間は所詮寂しいんだよね」。またC先生と「亡き父親」が、じつはこころの中では密接に重なり合うものであったことが、泣きじゃくりながら自覚的に語られるに至る。「私の父は38歳で死んで、私の中ではずうっとお父さんというのは、その年齢のままで止まっている感じ。じつは、初めて会った時C先生も38歳で、まったく同じだった。私も知らないうちに3つか4つの子どもみたいになっちゃってた」「これは母から聞いたんだけど、父は大酒飲みで、よそに女の人ができ母を捨ててしばらく蒸発してたって。戻ってきた時には、もう肝臓もボロボロになって、生きるか死ぬかの状態なのに酒はやめない、家では暴れるしで、そんな時に私ができてしまった。母は堕そうかどうか真剣に迷ったって。だから前に母親に言われてしまった。『あんたは、あの時に本当は生まれてこない方がよかったんだ』って。よく思ったもん、やっぱり生まれちゃいけない子だったのかって。だからよけいC先生の家庭が羨しくって羨しくって、知らないうちにC先生にのめりこんでしまったんだと思う。」「閉じ込められていた」深い哀しみがようやく解凍されて、安定した治療関係に支えられた治療場で「抱えられながら」、彼女の外界にも少しずつ保持できるようになってきたことが窺われた。

その後、来談は仕事の都合もあって2～4カ月に1回と少しずつ足が遠のくようになり、「近況報告」的な話題が増える。その中では、知人に紹介されて「結婚を前提にして、ある男性と付き合い始めた」ことが、少し照れくさそうに語られる。終結近くに、次のような印象深い夢が報告される。「なんだか不思議な夢。夕焼けに向かって、堤防のようなところを誰か男の人と手をつないで歩いている。私はなぜか保育園くらいの子でも、この人は誰なのか一生懸命顔を見ようとするけど、結局誰だか分からない。」「どうもC先生でもO

「劇化」(dramatization) について

先生でもなかった。どこか私に似てる感じがしたから、お父さんだったのかもしれない」と笑う。丸7年となる春、「いつのまにか先生との面接が一番長くなってしまった。今振り返って思い出してみても、なんだか恥ずかしいようなことばかり。これからはもう少し自分だけの力でやってみようと思う。困ることがあれば、たぶんまた来ますから」と言い残して、終結となる。

数年後、一度病院に電話があり「子どもが生まれて、私も母親になった」ことが報告された。

IV. 心的空間のもつ「入れ子構造」(nesting structure) について

上記の症例でも明らかなように、心理療法においては、面接状況での治療空間を「中間領域」として保ちながら、外的には患者が生活している現実的な対人空間や家庭状況から、入院治療状況での実際の病棟空間、そして患者が内的に持つ心的空間（たとえば、夢や想像が生成される表象空間でもある「夢空間」¹⁶⁾）に至るまで、外在化と内在化の程度に応じて、内的世界の物語が上演される多層的な「舞台」の拡大や縮小が繰り返されるのが一般的である。しばしばそれは、幾重にも「入れ子的 (nesting)」に重なり合うような柔らかない構造をもって展開されていく。

精神科臨床では、患者自身がもつ内的不安や葛藤の保持能力の強さと、いわば反比例するような形で、「ここを包み込む」(containing)²⁾ために必要な「枠」である限界設定としての外的物理的な治療構造（入院治療での「閉鎖病棟」や「保護室」の使用）が、通常用いられることが多いように思われる¹⁸⁾。たとえば急性精神病状態のような場合、患者のこのころの壁（自我境界）は一時的に壊れてしまい、精神内界の混乱は露呈し、それがそのまま現実の人間関係の中での言動や振る舞いとして、直接的に表出されていると考えることができる。本来なら、精神内界での心像の機能として、象徴化や劇化の形をとっておこなわれるはずの心的内容が、心的空間の内破によって不快で生々しいままに排泄され、たやすく外界の事象と結び付けられてしまって、苦痛に満ちた現実そのものとして、直接的に体験されてしまうのである。それゆえ、治療者はこの種の患者の体験内容を深く取り扱おうとするよりも、むしろ曖昧となってしまっている空想と現実との境界や、自他の区別をはっきりさせていく必要があり、そのためにも心的内容物を内包された「治療空間」内に押し留めていくような治療的介入が望ましい。そして、投影や投影同一化の発動によって外在化されて、行動表出され発散されていたところの動きが、治療構造に抱えられることにより次第に患者の内界に押し戻され、患者の修復された「心的空間」内に収められるようになるにしたがい、何重にもわたる物理的な限界設定は少しずつ撤去されていき、入院患者であれば結果退院に至るものと考えられる。

A子の治療過程においてもそうであったように、もちろんそれは物理的な治療設定にとどまらず、治療者自身や面接場面、治療構造全体が確固とした治療枠となって、患者の脆弱な保持機能を促進させていくともいえる。前述のここを包み込むものとしての「コンテナ」¹⁾としての機能である。換言すれば、治療状況外の外的世界に溢れ出してしまう患者のこのころの内容物を、いかに治療場面の中に押し留めておくかという、治療者側の枠組み設定によるマネジメントとしての「舞台作り」への努力が、患者の狭隘化してしまった

内的な心的空間を、少しずつ広げていくことにつながるということでもある。そしてそれは、決して固定化された枠組設定を維持していくことを意味せず、治療経過の揺れ動きに応じて、治療者自身もかわり方を変化させて「抱え直していく」ことに他ならない。たとえば、本症例においては「治療の枠組み厳守」の約束と、その後の治療構造の変更に対応して、「母親との合同面接」による家族状況の実演化、こころの「容れ物」としての移行的な空間作りでもある「手紙」の積極的活用、治療者との「分離」がもたらす効果への着目と「哀しみ」の内包、という順番で「入れ子的な」外から内への連続性をもって、「劇化」を媒介とした内在化過程の促進が見られた。

しばしば、それはA子とC先生との間に繰り広げられた「内的ドラマの実演化」に如実に示されているように、治療空間を飛び越えて、現実生活の中で再演化されてしまいがち（「父親の死別」と「C先生からの見捨てられ」との相似。父の死後の「ボーッ」とした状態は、転院後の離人感や自己希薄感として再現化する）でもある。たしかにこうした激しい行動化をとまなう事態は避けることができるのであれば、無論できるだけ避けた方がよい。しかし精神科で出会う重篤例においては、「現実の対象」としての手応えをもった生身の治療者との間で、ある種の転移関係を激しく「生き直し」再体験することでしか、長い間「閉じ込めてきた」こころを解冻できない場合があることも、一つの覚悟や心構えとしてあらかじめ知っておく必要があろう。つまり、すさまじい「C先生との劇化」は、彼女なりに自分の心的空間内で「凍結されたこころ」を、何とか取り戻そうとの必死の（一見退行的で破壊的に見えたとしても、それ自体は建設的な意味を含んだ）試みだったのであり、その体験があればこそ、後に涙を流しながら、父親（そして、「7年間」で離れようとする現在の治療者）と重ね合わせて、「哀しみ」を新たに体験することにつながった（最終回近くの、大変印象的な「夕焼けの中の父親像の夢」は、広がった心的空間内でのこころのゆとりの回復を思わせる）と考えられるからである。A子自ら「あれだって自分の人生の一部」と語っているとおり、「C先生との出来事」は決して治療的にも無駄ではなかったのである。

ここでいう心的空間とは、たとえ個人の「こころの内側」に収納され内在化しているように見えたとしても、治療空間のもつ機能が本来そうであるように、人と人とが出会い交流することのできる内でも外でもない「中間領域」(intermediate area)に属していることを忘れてはならないであろう。そして、外的世界と内的現実が出会う場所こそが治療空間でもある。その治療的意義を強調してやまないウィニコットによれば、それは遊ぶこと、創造性、文化的体験が生ずる場所（適切にも彼は、その存在は「生活体験に依拠していて、遺伝傾向には一切依拠していない」と明言している）のことであり、「私たちの生きている場所」(the place where we live)²⁹⁾そのものでもある。

「劇化」が展開されていく入れ子構造をもった「舞台」とは、そうした可能性空間のことでもあった。

本論文の要旨の一部は、日本心理臨床学会第18回大会ワークショップ〈境界例〉(1999 於東京)で発表した。その場で、貴重なコメントをいただきました成田善弘先生（前椛山女学園大学人間関係学部教授、桜クリニック）に深謝いたします。

文 献

- 1) Anastaspoulos, D. (1988) Acting out during adolescence of regression in symbol formation. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 15, 177.
- 2) Bion, W. (1962) 福本訳「経験から学ぶこと」『精神分析の方法Ⅰ』法政大学出版局 1999
- 3) Casement, P. (1985) 松木訳『患者から学ぶ』岩崎学術出版社 1991
- 4) Casement, P. (1990) 矢崎訳『さらに患者から学ぶ』岩崎学術出版社 1995
- 5) Freud, S. (1900) 高橋訳『夢判断 フロイト著作集2』人文書院 1968
- 6) Freud, S. (1915) 小此木訳「想起、反復、徹底操作」『フロイト著作集9』人文書院 1970
- 7) 藤山直樹 (1997) 『『私』の危機としての転移/逆転移』氏原・成田編『転移/逆転移』人文書院
- 8) Heimann, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, 81.
- 9) Joseph, B. (1989) Transference—the total situation. In *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Routledge.
- 10) 北山修 (1985) 『錯覚と脱錯覚』岩崎学術出版社
- 11) Klein, M. (1952) 館訳「転移の起源」『メラニー・クライン著作集4』誠信書房 1985
- 12) 松木邦裕 (1996) 『対象関係論を学ぶ』岩崎学術出版社
- 13) 松木邦裕 (1998) 『分析空間での出会い』人文書院
- 14) 成田善弘 (1989) 『青年期境界例』金剛出版
- 15) 成田善弘 (1991) 「精神分析療法——『抱える』という観点から」『臨床精神医学』20, 7.
- 16) Ogden, T. H. (1986) 藤山訳「可能性空間」『こころのマトリックス』岩崎学術出版社 1996
- 17) 岡田敦 (1991) 「青年期患者の入院精神療法」成田編『青年期患者の入院治療』金剛出版
- 18) 岡田敦 (1995) 「精神科臨床における〈壁〉」『心理臨床』8, 165
- 19) 岡田敦 (1997) 「『転移劇』としての治療」氏原・成田編『転移/逆転移』人文書院
- 20) 小此木啓吾 (1979) 『対象喪失』中央公論社
- 21) Racker, H. (1968) 坂口訳『転移と逆転移』岩崎学術出版社 1982
- 22) Rosenfeld, H. (1987) 神田橋監訳『治療の行き詰まりと解釈』誠信書房 2001
- 23) Sandler, J. (1976) Countertransference and role-responsiveness. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 3, 43.
- 24) Segal, H. (1991) 新宮訳「象徴作用」『夢、幻想、芸術』金剛出版 1994
- 25) Sharpe, E. (1937) *Dream Analysis*. Kanac Books. reprinted 1988.
- 26) 祖父江典人 (1999) 「ドラマタイゼーションとしての心的外傷」『精神分析研究』43, 31
- 27) 渡辺智英夫 (2002) 「劇化」小此木ほか編『精神分析事典』岩崎学術出版社
- 28) Winnicott, D. W. (1954) 北山監訳「精神分析的設定での退行のメタサイコロジカルで臨床的な側面」『児童分析から精神分析へ』岩崎学術出版社 1990
- 29) Winnicott, D. W. (1971) 橋本訳『遊ぶことと現実』岩崎学術出版社 1979
- 30) Winnicott, D. W. (1977) *The Piggie*. Hogarth Press.

(人間関係学部 臨床心理学科)