

精神分析における沈黙

根 本 裕 幸

精神分析における沈黙

根 本 裕 幸

目 次

第 I 章	問題と目的
第 II 章	方法
第 III 章	沈黙の定義
第 IV 章	Freud の見解
第 V 章	先行研究
第 VI 章	精神分析における沈黙の基礎
第 1 節	自由連想法
第 2 節	言語化することの治療的効果について
第 VII 章	治療者の沈黙
第 1 節	聴くための沈黙
第 2 節	治療的コミュニケーションとしての沈黙
第 3 節	反治療的に作用する沈黙
第 VIII 章	患者の沈黙
第 1 節	抵抗的側面
第 2 節	退行的側面
第 3 節	身体的表現の側面
第 4 節	転移的側面
第 IX 章	患者の沈黙の取り扱いに関するいくつかの論点
第 1 節	話させることをめぐって
第 2 節	沈黙を見守ることをめぐって
第 3 節	身体的側面の取り扱いをめぐって
第 4 節	治療者の感情の活用をめぐって
第 X 章	結論
第 XI 章	課題

第 I 章 問題と目的

本研究は精神分析セッションの中で生じる沈

黙という現象を文献的に研究するものである。

精神分析において患者は基本的に何らかの心理的な苦痛を抱えており、その変化を求めてやって来ている。セッションでは自身の心の内側にある思いについて、あるいは自身の最近や過去の出来事について語っていく。治療者はその語りに耳を傾け、患者の経験している無意識的な葛藤や不安を推測し、解釈という形の言語的理解を伝達するという治療的介入を行う。物事が首尾良く進むならば、患者はその解釈から洞察と呼ばれる、自身の心についての重要な気付きを得ていく。あるいはこれまで抑圧され忘却されていた過去の記憶を思い出すかもしれない。その結果として葛藤の解決や苦痛の軽減、パーソナリティの変化といった治療的な成果を手にすることができると精神分析では一般的に考えられている。

しかし、もし患者がセッションの中で自身についてほとんど、時には何一つ語ろうとはせず、沈黙し続けていたとしたら事態はどうなるのだろうか。治療者は患者からの言語的な情報を得ることが出来なくなってしまう。単純に考えて、患者のその沈黙は分析作業を妨げる障害物以外の何物でもないように見える。そのような患者は一体なぜ沈黙しているのだろうか。そしてその沈黙は何を意味するのだろうか。

また、沈黙するのは患者だけではない。精神分析セッションには治療者と患者という二人の人間が存在している。二人の間に沈黙があるのだとすれば、その半分は分析家の沈黙によって構成されていることになる。精神分析における沈黙を理解するためには、治療者側の沈黙が何を意味しており、患者に対してどのような影響

を及ぼしているのかも考える必要が同じくある。

本研究では精神分析セッションにおける沈黙現象を理解するための一つのモデルを提示することを目的としている。先行研究を整理し論じることから、私たち治療者がセッションにおいて沈黙と出会ったとき、それが意味していることを考える際に役立つような一見解を導き出してみたい。

第Ⅱ章 方法

研究方法は文献研究であり、精神分析の創始者であるFreudに始まり、現代に至るまでの精神分析家や精神分析を志向する心理療法を実践する臨床家が発表した著作や論文をレビューし、整理して分類しながら全体を論じていくというスタイルをとっている。

本研究において研究対象となる文献は、寝椅子を使用し、時間は一回45分から50分、頻度が週四回以上という設定によって特徴づけられる、いわゆる標準精神分析の文献に限ってはいない。対面法で週一回行われる精神分析的心理療法や、中には治療者が入院患者の病室に向向いて行った治療というような特殊な例も研究対象に含まれている。また文献の著者に関して、必ずしもIPAに属している精神分析家に限ってはいない。つまり私がこれから論じていくものは、広く精神分析を志向する心理療法の実践における沈黙ということになる。

標準精神分析と精神分析を志向する心理療法とをまとめて論じることの妥当性については、週一回の頻度の実践でも標準精神分析の知見から理解することが可能であるとする藤山(2015)の見解や、精神分析の決定的基準は転移の分析にあり頻度等の外的な基準にあるのではないとするGill (1994)の見解に則っている。

第Ⅲ章 沈黙の定義

沈黙現象を考察するにあたり、「沈黙silence」とは何を指すのかという定義が必要となる。

「日本国語大辞典」で沈黙の項を引いてみると「①落ち着いていて口数が少ないこと。②口をきかないこと。だまりこむこと。③音を出さないこと。物音もなくしんとしていること。静かなこと。また、その状態。静寂。」(北原ら, 2001)という定義が出てくる。

では精神分析セッションにおける沈黙はどう定義されるのが妥当だろうか。先行研究を見ても沈黙を厳密に定義づけたものは見当たらなかった。

筆者には二つの考えがある。一つは言語現象からみた記述的な沈黙である。これは治療者と患者両者の言葉が途切れている時間全てを機械的に沈黙であるとする考えである。この観点からは、明らかに話が途絶えていると思われる数分間の沈黙も、話が語られている途中の一瞬の間も同じく沈黙として定義されることになる。これは沈黙の広い定義と言えらるだろう。

もう一つの考えとしては、セッションにおける患者側の自由連想のつかえあるいは停滞現象を指して沈黙の定義とすることもできる。こちらの定義は前者よりも狭く、患者側の特定の現象のみを指すものである。第Ⅳ章で詳しく紹介しているが、Freudは第一に、セッション中での患者の自由連想の停滞現象を指して精神分析セッションにおける沈黙を考えていた (Freud, 1912a, 1914)。

もともと、自由連想の停滞の原因を発見したのはC.G. Jungである。彼はある刺激語を与えてその連想を報告させるという言語連想実験を行う中で、被験者に連想の中断、まちがい、当惑、混乱といったような反応が起きる場合があることを観察した。そのような反応を引き起こすもとはある性質をもった心的内容が存在しており、それを「コンプレックス」と名づけた。コンプレックスとは無意識に存在する複合的に絡み合った記憶や観念、感情の集合体を指しており、「苦痛の感情的色相をもっていて、通常は視野から遮られているような事態におかれている、心的内容物の塊である」(氏原ら, 2004)と説明される。

つまり、広い定義で考えれば、治療者と患者の発話が途絶えた時間全てが沈黙である。狭い定義で考えれば、治療者と患者の発話が途絶え、かつその時に患者がある無意識的な心的内容の影響を受けて自由連想がつかえてしまっているという事態こそが精神分析セッションにおける沈黙となる。

第IV章 Freudの見解

現代の精神分析は基本的に精神分析の創始者であるFreudのアイデアに対して補足あるいは批判を重ねるという形で発展を遂げてきたものである。そうであるからには当然、本研究においてもFreudのアイデアから出発して論じていく必要がある。

本研究は精神分析セッションにおける沈黙を治療者の沈黙と患者の沈黙に分けて論じているものであるが、Freudが治療者の沈黙に明確に言及している箇所は見当たらない。おそらく彼は「漂いわたる注意」(Freud, 1912b)を維持し、かつ「医師は被分析者にとって不透明であるべきであり、鏡面のように、自分に示されたもの以外は示すべきではない」という中立的な職業的姿勢の一部として治療者の沈黙を捉えていたのではないかと筆者は推測している。

では患者の沈黙についてFreudはどう考えたのだろうか。こちらに関しては、彼が明確に言及している箇所が彼の残した記述の中に少なくとも三箇所は見出される。その中でまず「想起、反復、反芻処理」(Freud, 1914)から見ていきたい。この論文では、精神分析設定のもとで患者の抑圧され忘却された心的内容は言語化されるのではなく反復強迫的な行為として演じられるという主題が論じられている。その少し後で、Freudは患者の沈黙について次のように述べている。

「被分析者はまず真っ先に、ケアをこの種の反復でもって開始する。波乱の半生と長い病歴をもった患者に、精神分析の基本規則を伝え、思いついたことを何でも話すよう要求し、さ

て、患者の口から話が怒濤のように流れ出してくるだろうと期待しているとき、往々にしてまず突きつけられるのは、患者が何ひとつ口に出さないという事態である。患者は黙りこくり、頑張っても何も思いつかないと言い張る。もちろんこれは、他でもない、かつての同性愛的態度の反復なのであって、この同性愛的態度が何一つ想起させないぞという抵抗となって前景化しているわけである。患者は、治療を受けているかぎり、こうした反復への強迫から逃れることはできない。結局のところ分かってくるのは、これこそが患者の想起のやり方だということなのである。」

ここで彼は、患者の「黙りこくり」「何も思いつかない」事態について言及している。これは第III章で述べた沈黙の狭義の定義に該当するものである。その沈黙は、想起に対する抵抗が生じている事態であり、その抵抗の内容は分析家に対する同性愛的態度の反復、つまり転移であることを指している。これは彼が後に抵抗の起源を分類した際の自我抵抗の一種である「転移抵抗」(Freud, 1926)に該当するものである。つまりFreudの考えを端的に言えば、患者の沈黙とは転移抵抗の現れだということである。

しかしここで彼の言う「何も思いつかない」という点が重要である。この箇所想定されている状況とは、患者は意識の表面に何も思いついていないゆえに黙っているという場合である。しかしそれとは別の場合も存在することにも彼は言及している。論文「転移の力動論にむけて」(Freud, 1912a)では患者の沈黙について次のように述べている。

「とはいえ、ある患者の自由連想がつかえて不首尾に終わる場合、そのときには、あなたはいま医師の人物ないしその人物に属する何かと関係する思いつきに取りつかれていますねと断言してやれば、その停滞が除去されるということは、その気になればしょっちゅう確かめられる経験である。このように事情を明らかにしたとたん、連想の停滞は除去されるか、あるいは、連想の不首尾という状況は思いつきの隠匿

の情況へと変換されてしまうのである。」

この箇所が彼が「連想の不首尾」と「思いつきの隠匿」の二種を区別していることは明白である。さらに彼はこの箇所の注においてその区別をさらに強調して「わたしの言うのは、連想が実際に途絶えたときのことであって、よくある不快感のために患者が連想を隠匿するときのことなどではない」と述べる。

つまりFreudの考える患者の沈黙には二種類あることが明らかである。一つは患者の自由連想がつかえ、転移が発生し、意識的には何も思いついていない事態を指している。この沈黙が「転移抵抗」に分類されることは前述した。そしてもう一つが、患者は意識の表面に何かを思いついてはいるが、それを言うことには不快感があるゆえに思いつきを隠匿している事態である。こちらの沈黙では、患者は心的内容を意識化することは出来ているが、言語化することを拒んでいる事態であると言い換えることも出来るだろう。Freudの言う患者の「思いつきの隠匿」を、彼がそう述べているわけではないが、筆者は「言語化への抵抗」と呼ぶことを提案する。「言語化への抵抗」の詳細に関しては第Ⅷ章第1節で論じている。

また、彼はここで患者の沈黙の取り扱い技法に関して、治療者に関する思いつきにとりつかれていることを患者に伝えることで連想の停滞を除去するという技法も提示している。この技法に関する更なる言及が「集団心理学と自我分析」(Freud, 1921)においても見出される。引用する。

「患者が、今自分には絶対何も思い浮かばないと頑強に言い張る、ということが、どんな分析の中にも少なくとも一度は起こる。患者の自由連想はつかえ、それを動かすためにいつものやり方で励ましても失敗に終わる。しつこく追ると、終いには患者はようやく次のように告白する。治療室の窓から見える景色、目の前に見える壁紙、あるいは、部屋の天井からぶら下がっているランプのことを自分は考えているのだ、と。すると直ちにわかるのは、患者が転移

の中に身を置き、医師に関係している無意識の考えに心を奪われていたということである。そして、その点を患者に明らかにしてやると、たちまち、患者の思いつきのつかえは消えうせる。」

この箇所において問題にしているのは、患者は意識の表面に何も思い浮かんでいないという「転移抵抗」としての沈黙である。その取り扱いに関しては、「医師に関係している無意識の考えに心を奪われて」いることを患者に明らかにしてやることを提案している。これは転移の取り扱いにまつわる技法であり、その更なる内容は第Ⅸ章第4節で論じている。

以上をまとめると、Freudが沈黙について述べていることは、患者の沈黙には転移抵抗と言語化への抵抗という二種類が存在しているということ、特にその前者への介入技法としては転移の取り扱いを提案しているということに集約できる。

このFreudの見解を出発点として、以下の章では治療者の沈黙の機能、患者の沈黙の更なる理解とその取り扱い技法に関して論じていく。

第Ⅴ章 先行研究

第Ⅳ章で述べたように、Freudが治療者の沈黙について明確に言及している箇所を筆者は見出すことは出来なかった。しかし彼が患者の沈黙を特別に取り上げ、その性質について論じていることを考えれば、患者の沈黙を治療者の沈黙と同等には扱っていないということは容易に推測できる。

実際Freud以後の精神分析家には治療者の沈黙と患者の沈黙とは違う機能を持っていることを指摘している者がおり、その両者の沈黙を区別した上で、精神分析における沈黙を体系立てて分類・整理して論じている論文は少数ではあるが見出される (Blos, 1972; Lane, 2002)。

Blos (1972) は論文の冒頭で、治療関係における沈黙とは患者の感情や空想、忘却された情緒的出来事が豊富に含まれている分析可能な現象であることを強調する。そして沈黙に対する

治療者の内的な反応が患者の抑圧された素材を理解するために役立つことが主張されている。彼は先行研究を整理し、精神分析における沈黙を治療者の沈黙と患者の沈黙に二分し、患者の沈黙についてはさらに細分化して総合的に論じている。まず治療者の沈黙について、精神分析における治療者とは基本的に聞き手の役割を担っており、治療者の沈黙とは患者に注意を向けて傾聴している姿勢を表すものであるとしている。患者の沈黙については、患者自身のなんらかの内的な要因によって言語的素材の流れが妨げられている事態であると考え、それを五つの側面に分けて論じている。それらは(1)現象学的で記述的な沈黙(2)コミュニケーションとしての沈黙(3)沈黙の象徴的意味(4)沈黙の力動(5)沈黙の社会文化的側面の五側面である。それらを分類して整理した上で彼は「沈黙には理解のたくさんの層が存在していることがわかる。それぞれの層は特定の出来事や特定の患者に対する私たちの理解に貢献する何かを持っているのである。」と述べる。彼が患者の沈黙には「理解のたくさんの層が存在している」と指摘していること重要であると思われる。患者の沈黙には特定の一つの内容、一つの意味があるというより、複数の意味が層状になって同時並行的に存在しているのである。

しかしBlosよりも後に、患者の沈黙だけでなく、治療者の沈黙にも複数の意味が存在することが論じられるようになり、それも踏まえLane *et al.* (2002) は多くの先行研究をまとめ、治療者の沈黙と患者の沈黙とを区別し、それぞれをさらに分類して整理することを試みている。そこでは、患者の沈黙については(1)葛藤(2)転移(3)適応の三種類に、治療者の沈黙は(1)介入としての沈黙(2)特定の沈黙の介入(3)逆転移としての沈黙の三種類に分類した上でそれらを詳細に論じている。そして彼らは「要するに、患者の沈黙は理解されるべきコミュニケーションである。治療者の沈黙も同じくコミュニケーションであるが、しかしそれは参加と関わりを伝え続けるための熟練したも

のでなくてはならない」と結論している。

BlosとLaneらを比較してみると、その分類の仕方は全く異なったものとなっている。それはやはり沈黙というものが多義的な意味を持つと考えられるので、研究者その人によって異なった分類をすることが可能となるためであろう。筆者もまた両者とは違った内容で沈黙を分類している。それには唯一の正解というものはないだろうが、彼らの分類を参考にしながら、以下の章ではわかりやすい分類を行おうと試みた。

第Ⅵ章 精神分析における沈黙の基礎

セッション中に生じる沈黙を論じる前に、精神分析において言葉を使って「話す」ということはどういうことなのかをまず検討したい。

第1節 自由連想法

Freudの時代から現代に至るまで、精神分析では基本的に「自由連想法」という方法が採用されている。この方法は患者に「観察者の立場に身を置き、注意深くそして冷静に自分を観察し、いつも自分の意識の表面〔に浮かび上がるもの〕だけを読み上げる」(Freud, 1923)というものである。

ここに明らかなことは、精神分析において患者には自身の思いつくことを治療者に対して話す義務が課せられているということである。言い換えれば、セッションにおいて患者がすべきことは基本的には話すことであると言えるだろう。それとは逆に、もし患者が沈黙してしまうのだとすればこの方法からの違反であり、単純に考えて治療が成り立たなくなる恐れすらある。

第2節 言語化することの治療的効果について

自由連想法では患者が話すことこそが治療の前提であることを見てきた。だとすれば、話すことにはそもそもどのような治療的効果があると考えられてきたのだろうか。

自由連想法が採用される以前、「カタルシス

法」と呼ばれる暗示を用いた方法によってヒステリー患者の治療に当たっていた頃にFreudは話すことの治療効果について「情動を」「流出させる」ことができると述べている (Freud, 1985)。当時ヒステリー症状を訴える患者とは、心的外傷として作用する性的な誘惑を現実体験し、かつその際に強烈な情動を経験したが、それを表出することが出来なかった人たちであると考えられていた。そのため、忘却されている出来事を想起し、それにまつわって発生したもともとの情動を話すことで表出することが治療の変化につながる重要な一段階なのであった。

また、言語の果たす役割についてFreudは、「人は言語のうちに行為の代替物を見出す」と述べており、例えば外傷を与えた人物に対する直接的な報復行動以外にも、話すことによってその情動を浄化反応することができる。

しかし心的内容を言葉にして話すことの効果は情動の流出だけではない。その後もFreudは考察を重ね、「意識化」と「言語化」という概念を使うようになる。メタサイコロジーに関する論文の一つである「無意識」(Freud, 1915)において「意識的な表象は、物表象と、それに属する語表象とを含んでおり、無意識的表象は単に物表象なのである」と述べている。つまりある無意識の表象(物表象)が意識化されるためには、その表象が言語と結びついていなければならない。そしてその結びつきが達成された場合には快原理で作動する一次過程に代わって、思考することのできる二次過程が支配的になるという治療的効果を彼は説明している。さらに彼は言語化されない表象は「抑圧されたものとして残留する」と述べる。ある表象が抑圧されたものとして無意識に残留することが意味することは、それが神経症症状を引き起こす原因になりうる無意識の物表象に留まり続けてしまうということである。

Freud以後の精神分析家も心的内容を言語化することに関する効果について、さらに探索を深めている。Loewenstein (1956) は言語化の治療的効果についての詳細な論文を書いた。彼

によれば抑圧されていた無意識内容を意識化する時のみならず、そこからさらに言語化する段階に最後の抵抗が存在している。その抵抗を克服して言語化することで抑圧されていた情動を放出あるいは拘束することができ、かつ心的内容に現実検討を及ぼしてその病的影響を解くことができるのだという。彼は結論として「分析上の洞察の洞察を形成するにあたり、言語化が必要不可欠の段階である」と明快に述べている。

また北山 (2007) は精神分析とはもっぱら言語的な治療であると位置づけており、抑圧され身体化、行動化の形で症状として表れていた無意識内容を分析家が解釈という形で言語化してやることで患者は意味の回路を変更することができるようになるという。彼は言語化には (1) 蓋をとる (2) 名づけ (3) 筋を通す (4) 自己観察 (5) 物語を紡ぎ出すという五つの効用があるとまとめている。

以上、精神分析における言語化の治療的効果を概観してきた。様々な精神分析家の主張を考えれば、精神分析の治療効果の全てが言語化の効果であるとは言えないが、少なくとも治療的变化における一つの中心的な役割を担っているものであるとは言えるだろう。

第Ⅶ章 治療者の沈黙

第Ⅶ章第1節で見てきたように、精神分析では自由連想法が採用されており、セッションの中で患者は自身の思いついたことを話すことが治療の前提となっている。では治療者の方はどうだろうか。

Zelig (1961) は沈黙について論じる中で、治療者の基本姿勢を明確に定めている。それは、セッションにおいて「話し手としての患者」と「聞き手としての治療者」という役割こそが精神分析における標準的な枠組みを構成しているということである。つまり治療者が基本的には沈黙した聞き手であることは精神分析における設定の一部であり、患者が自由連想をするこ

とに対応する前提と言うべきものである。

しかし、ただ設定の一部であるというだけでなく、治療者が沈黙していることはどのような機能を果たしているのだろうか。言い換えれば、治療者の沈黙は患者にどのような影響を及ぼしているのだろうか。

治療者の沈黙はときに、治療者が「中立性」を保っている姿として考えられることがある。治療者が黙って何も言わずにいれば患者に何の影響も及ぼさずにいることができるという主張である。例えばFreudは治療者の役割について、「医師は被分析者にとって不透明であるべきであり、鏡面のように、自分に示されたもの以外は示すべきではないのである」(Freud, 1912b)と述べている。ここで一つの疑問が生じる。治療者が黙っていることは患者に対して「不透明」であると考えerことは妥当だろうか。

その主張には異議を唱える者が多い。Gill (1994)は分析状況とは治療者と患者二者の相互作用であることを前提として、治療者の沈黙とは一つの「介入」であり、それは必ず患者側に対人的反応を生じさせるものであることを強調している。同様にLangs (1981)も治療者の沈黙とは介入であることを強調し、それは特定の効果を及ぼすことを意図した一つの技法であると主張している。

筆者も治療者の沈黙とは患者に対して常にある特定の影響を及ぼしている一つの介入であるという観点に立ち、以下ではその機能ごとに分類して論じていく。

第1節 聴くための沈黙

おそらく治療者の沈黙の大部分がこの聴くための沈黙を構成していると思われる。

松木 (2015)は心理臨床一般における聴き方についての第一段階として治療者側が口を挟まずに沈黙し、ひたすら聴くことの重要性を挙げている。そもそも治療者が話すほど患者は自身の話す時間が奪われることになり、連想を展開することができなくなるのは明らかである。

Langs (1981)もセッションが始まったら治

療者はまず沈黙して聴き、話される素材から患者の葛藤や自我機能不全、それらの無意識の起源について理解できるまでは言語的介入を控え、黙って耳を傾けることを推奨している。彼は治療者について「単純に言えば、話さなくてはいけなくなるまでは沈黙する」と端的に述べている。

これは当然と言えば当然かもしれないが、精神分析において治療者がまずすべきことは、黙って耳を傾け、患者の言語的素材を聴いて患者を理解することであると言えるだろう。その段階を経て、治療者は意味のある質問や解釈といった言語的介入に進むことができる。

しかしこの聴くための沈黙には単に患者を理解するために聴く、という意味以上のものが含まれている。

Langs (1981)は聴くための沈黙について論じる中で、患者の素材が意味ある方向に動いていくことを妨げず、それらを十全に表現させるという効果もあることを述べている。彼は治療者が発話してしまうことはその過程を妨げ、患者の注意を逸らし、防衛を再始動させてしまう危険があるとして注意を促す。彼は聴くための沈黙について「治療者の沈黙は患者が意識的・無意識的に更なる連想を探し、より意味ある形でコミュニケーションするための推進力を生み出す」と結論しており、治療者が沈黙していることによって患者はより意味ある表現をすることが可能になることが強調されている。

つまり治療者が黙って聴いていることには患者の連想を促し、素材を展開させるという効果もあると言えるだろう。もちろん常に治療者が黙っていれば良いというわけではない。Langs (1981)は治療者の沈黙に引き続いて重要な抑圧された素材が現れるならば、その沈黙は適切な介入であったと確認することができると述べている。そのように、あくまで患者の素材の流れを見ながら、聴くための沈黙という介入を選ぶことができると良いのだろう。

また、聴くための沈黙と同種のものであると考えられるのが、治療者が「解釈をしない」あ

るいは「待つ」という技法である。

現代の精神分析においては基本的に、転移分析が中心的技法として位置づけられている（例えばGill, 1982）。治療者の沈黙と転移との関連について、Winnicott (1971) は「精神分析的な技法と設定への患者の信頼が増してくるから生じる転移の自然な進展を焦らず待つことや、解釈してこの自然な過程を断ち切ったりしないということが、私にできるようになったのは近年のことである。お気づきのことと思うが、私は解釈それ自体ではなくて、解釈を行うことについて言っているのである。」と書いている。ここで彼が意味していることは、ある種の患者に対して解釈をすることによって転移の自然な展開を妨げてしまう危険があるということである。彼はその種の患者を「対象を使用する能力のない患者」と呼び、その場合は解釈をせずに待つ方が良くと繰り返し提案している。つまるところそれは治療者が沈黙することを指しているのだと筆者には思われる。

彼はまた別の観点も持っている。Winnicott (1971) は心理療法を遊びであると捉えており、精神分析セッションの中では患者が無目的かつ無定形でくつろいでいられる体験こそが重要であることを強調している。そこでの治療者の在り方は「解釈を差し控え、全く何も言わない」というものであり、そうすることで患者の遊ぶ能力や創造的になる能力を発揮させる効果があると彼は述べている。

彼の言う「解釈を差し控え、全く何も言わない」ということも、治療者が沈黙していることを意味すると考えてよいと思われる。ここにおいて治療者の聴くための沈黙には患者の創造性を奪わないようにするという効果があることが示唆されている。

ここまで見てきたように、治療者の聴くための沈黙には単に患者の報告する素材を理解するために聴くという意味だけでなく、患者の素材や転移、そして創造性の動きを妨げずに展開していくよう促すという機能があるとまとめることができる。

第2節 治療的コミュニケーションとしての沈黙

治療者の沈黙は単に耳を傾けているだけではなく、患者に対して特定の非言語的コミュニケーションとして作用し、それ自体が治療的な効果を及ぼす場合があることもしばしば論じられてきた。

一つは患者をある種の欲求不満状態に置くという効果である。Freud (1919) は「分析治療は、可能な限り欠乏状態—禁欲状態—において遂行されるべきである」と主張しており、その理由は患者にとって満たされない欲望が分析の推進力として働くからであると解説している。またMenninger (1959) はそれを補足して、治療者が患者の望むような癒しや同情、助言などを与えないことによって患者に欲求不満を引き起こし、自己認識へとつながるような適度な退行を引き起こす効果があると述べている。

しかし治療者の沈黙によるコミュニケーションには、単に患者を満足させないというだけでなく、もっと積極的な効果もある。Langs (1981) は治療的な非言語的コミュニケーションとして作用する治療者の沈黙を(1)承認あるいは受容を伝える沈黙(2)適切な受容や親密さを求める患者の願望を受け入れていることを示す沈黙(3)患者の自律性の強化につながる沈黙(4)自我の強化につながる欲求不満と治療に必要な距離感をもたらす沈黙(5)患者の敵意や誘惑、病理に対する忍耐を伝える沈黙、の五種類に分けて述べ、それらは患者に治療的な効果をもたらすものとして解説している。

その他に、治療者の沈黙には特別な効果があることを主張している者もいる。赤坂(2008)は治療者の沈黙の性質を複数挙げる中で、それらが最終的には彼のいう「脱同一化機能をもつ沈黙」に収束することを強調して論じている。彼はすぐに人の期待に合わせてしまう患者の症例を引き合いに出して、治療者が沈黙していることを、治療者の意図や欲望が患者にとって謎のままに留まることであると考えた。そうであるならば、患者が治療者を大文字の他者という

自我理想として同一化してしまう事態を回避することができ、患者を自身の欲動との関係を直接経験するという「根源的幻想の横断」という地点へと導くことが可能になると彼は主張する。その過程で重要となる患者の脱同一化を引き起こす一つの技法が治療者の沈黙であると結論している。

以上、治療者の沈黙が治療的なコミュニケーションとして作用する場合について、先行研究に見られる主なものを列挙してみた。

第3節 反治療的に作用する沈黙

治療者の沈黙がいつでも治療的な効果を及ぼすわけではないことは想像に難くない。治療者は適切なタイミングで言語的に介入する必要がある。そうしないのなら患者に自身が無視されている、話を聞いてもらえていないという感覚を抱かれてしまい、治療同盟が危機に陥る場合もあるだろう。治療者の沈黙が反治療的に作用してしまう場合について複数の精神分析家が注意を促している。

Brockbank (1970) は治療者の沈黙は患者に対する治療的な道具でもあると認めた上で、治療者の沈黙がしばしば逆転移の結果として生じている場合があることを述べている。彼によると、治療者が自身の逆転移のために適切なタイミングで解釈することができなくなっている時には反治療的な展開を招いてしまう。そのような治療者の過度な沈黙は患者の催眠暗示性を強化し、どの解釈にも含まれている教示の要素に反応させやすくしてしまい、分析的中立性が損なわれるという結果となってしまう危険について特に警告している。

Langs (1981) は「治療者の沈黙の使用に潜む落とし穴」と題して、治療者側の沈黙が反治療的に作用する場合について、主に次の四つを挙げて解説している。一つ目は、治療者が沈黙していることで怒りを表現している場合である。患者によって挑発されたと感じたときに、沈黙してしまうことで直接的に患者を罰する、あるいは患者から引きこもることで間接的に罰

することがありうる。そのような場合には治療者が自身の怒りを統制し、患者の葛藤に対する洞察の源泉として使用することができないと治療は行き詰ってしまう。二つ目は不必要で不適切な剥奪として作用してしまう場合であり、患者の最も基本的なコミュニケーションや思いやりへのニードへの関心の欠如を示すことになってしまうことがある。三つ目は患者の不適切な反応に対する不適切な承認として作用してしまう場合である。治療者が話さないと、患者は自身の報告した行動や症状が沈黙のうちに承認されたのだと感じてしまい、両者が反治療的な同盟を結んでしまう危険がある。四つ目は、治療者自身の性的あるいは攻撃的な内的葛藤に対する防衛として作用する沈黙である。これは患者のコミュニケーションが治療者の特定の逆転移の問題をかきためた場合に生じ、治療的な対応をとることが妨害されてしまう。治療者の沈黙が以上の四つの場合のように使われてしまう場合、その沈黙は技法的に誤りであると彼は注意を促している。

また、治療者の沈黙は患者にとってどのように知覚されるだろうか。Greenson (1961) は、患者は時に転移的な反応ではなく、治療者の沈黙の性質を正確に知覚することがあることを指摘している。

Coltart (1991) は患者にとって治療者の沈黙が迫害に感じられてしまう事態に注意を促している。彼女が言うには、治療者の側に苛立ちや挑発、欲求不満、怒り、引きこもり、他の事柄への没頭などがある場合、患者はそれに素早く反応するものなのだという。治療者から迫害されていると感じた患者は治療者に何も話さなくなり、取り扱いが極度に難しくなってしまう危険がある。その行き詰まりを解決する鍵は、治療者側に迫害的な感情がないことであり、治療者は真の忍耐を学ぶ必要があるのだという。

以上で述べたように、治療者の沈黙が反治療的に作用してしまう場合は数多く見受けられる。治療者は自らの沈黙がこの種の沈黙に陥っていないかどうか、特に注意を払う必要がある

と言えるだろう。

第Ⅷ章 患者の沈黙

精神分析における沈黙というテーマを取り上げた文献のほとんどは患者の沈黙の意味に関するものであり、様々な観点から論じられてきた。

Blosが言うように、患者の沈黙には「理解のたくさんの層が存在している」(Blos, 1972)のであるから、それらの観点は互いに排他的なわけではなく、同時並行的に存在しているものであるということが沈黙研究者ならびに筆者にとっての基本的な視点である。ただし、ある時点では特定の層の意味が表面化して優勢となり、その他の層は背景に退いて静かに潜在している、といったことは普通に起こり得るだろう。おそらく臨床的に意義があるのは、患者の沈黙には複数の側面が同時に存在していること、そしてその時によって優勢となる意味が異なるだろうことを前提に考えることである。この章では先行研究をもとに、患者の沈黙を四つの側面に分けて整理し、論じてみたい。

第1節 抵抗的側面

精神分析セッションにおいて患者が沈黙している事態を「抵抗」という観点から捉えることは最も古典的で、かつ単純な理解の仕方である。第Ⅳ章でFreudが患者の沈黙を「転移抵抗」と「言語化への抵抗」という二種に分類して理解していたが、どちらにしても患者の沈黙を抵抗現象という枠組みで理解していたことは共通である。

そもそも精神分析における「抵抗」とは、1890年代にFreudがヒステリー患者に忘却された記憶を想起させようという試みをしていた頃、治療者の働きかけに反対するような何らかの力が患者の中に存在するという認識から生まれてきた概念である。現代的な定義としては「治療の目的や手順を阻む、患者のうちに起きてくるすべてのもの」(Sandler *et al.*, 1992)という、広い意味を含んだものとなっている。

Freudによって患者の沈黙は「転移抵抗」と「言語化に対する抵抗」の二種類として記述されたが、前者の「転移抵抗」は抵抗現象の一種としての転移に言及したものである。しかしその後の精神分析理論の発展によって、転移とは精神分析において常に生じており、治療実践の中心を成す概念にまで拡張されている(例えばGill, 1982)。患者の沈黙を転移の側面から考察する論文は非常に多く、抵抗現象の一種としてよりも転移という独立したカテゴリーで取り上げた方が適切であると筆者には思われるため、その詳細は第4節の「転移的側面」において論じることにした。この節ではそれ以外の抵抗の側面から患者の沈黙を見ていきたい。

「転移抵抗」以外に患者の沈黙に深く関係していると思われる抵抗の種類として、先行研究からは「抑圧抵抗」と「言語化への抵抗」が見出される。まずFreudの挙げた「抑圧抵抗」であるが、この抵抗の起源が自我にあるために「自我抵抗」の一種であるとも呼ばれている。これに関しては自我の防衛機制との関連で患者の沈黙がしばしば論じられている。A, Freud (1936)は自我の防衛機制について詳細な考察を行っているが、そこで彼女は患者の沈黙を自我の防衛機制である抑圧の作動を伴う抵抗現象として記述している。具体的には「自由連想法において患者のもともとの神経症症状を引き起こしている観念表象は抑圧によって排除され、意識の中の空白を体験し、黙ってしまう」と説明している。

Arlow (1961)もまた自我機能に注目して抵抗としての患者の沈黙を論じている。彼は局所論のモデルに基づいて、即座の放出を目指す欲動概念とその放出に反対する力によって引き起こされる心的葛藤概念を用いて沈黙の力動を説明する。そこでは患者の沈黙とは「本質的には自我の障害」であると考えられている。重複する部分は大きいと前置きをしながらも、その種類を(1)患者の自我が主に防衛機能に奉仕している沈黙と(2)患者の自我が主に放出機能に奉仕している沈黙とに分類した。その前者の

代表例こそが抑圧抵抗である。その沈黙においてはエス衝動に対して自我が抑圧という手段を用いて大規模な逆備給を行っているがために、本来なら言語化によるエス衝動の放出が妨げられたままとなってしまう。

「言語化への抵抗」については、Loewenstein (1956) は意識的な思考や感情と、それを言語化することの間には抵抗が存在すると論じている。彼によれば、患者は意識できている内容であっても、治療者は患者にとっての一種の超自我であるがゆえに、言語化する段階では様々な恐怖を感じ最後の抵抗が生じることになる。また、情動を言葉にすることはその感情に耽るという静かな満足を妨げる場合があるため、言語化しようとしないう患者もいるのだという。これらの「言語化への抵抗」は、沈黙している患者にも当然当てはまると考えられるため、患者の沈黙の抵抗的側面を構成する一つの分類として筆者は採用している。

Loewensteinの言う「言語化への抵抗」と類似したこととして、治療者に秘密を打ち明けることを巡る葛藤もある。土居 (1961) は患者の自由連想の停止や話題の突然の転換という抵抗現象を言い換えて、「患者が治療者に秘密を打ち明けかねている」こととして捉えた。彼によれば、秘密をもてあまし、秘密故に悩んでいることこそが病的である。彼は「抵抗こそ治療の狭義の対象であり、それは何らかの意味で、患者の隠れた秘密の存在を暗示しているものである。この抵抗のありかをつきとめ、そこに蔵された秘密をとりあげることこそ治療者の仕事なのである」と述べる。ここにおいても、患者が自分では意識してはいても言語化することが出来ずにいるという形の抵抗の存在が示されており、筆者はこれを言語化への抵抗として分類できると考える。

第2節 退行的側面

精神分析における退行とは「それまでに発達した状態や、より分化した機能あるいは体制が、それ以前のより低次の状態や、より未分化

な機能ないし体制に逆戻りすること」(小此木ら, 2002) を指す臨床概念である。フロイトは口唇期、肛門期、男根期、潜伏期、性器期というリビドー発達の段階を提唱し、その固着点への時間的退行という観点から精神病理を説明している。

精神分析セッションにおいて観察される患者の沈黙を初めて退行現象と結びつけて説明したのが Ferenczi (1916) である。彼はある強迫神経症患者が無口で連想が滞りがちであることを観察し、言葉を発しようとしないうの様子が金を溜め込むことと等価であるという意味で「沈黙は金である」という有名な言葉を残している。肛門期固着の強迫神経症患者は言葉を象徴的な大便や金であると見なしており、言葉を口に出さずに保持することは大便を保持することと同じく強さを表しているという空想が存在していることが明らかになった。この場合において発話は失禁と等価となるために、患者は話すことを恐れているのである。

沈黙とリビドーの発達段階との関連を大幅に拡張したのが Fliess (1949) の仕事である。彼は患者が特定の発達段階に退行した場合に性欲が発話装置へと置き換えられ、話される言葉が「部分性欲言語」と呼ばれる特有の性質を帯びるという理論をもとに沈黙を考察している。そこでの沈黙とは部分性欲言語の中断現象であることから「部分性欲沈黙」と名づけられている。話すことは基本的に情緒を放出することであるため、部分性欲沈黙とは退行した情緒の放出をコントロールするための症状であり、発達段階によって尿道性愛的沈黙、肛門性愛的沈黙、口唇性愛的沈黙に分類される。Fliessが分類したこれら三種の沈黙は、精神分析設定のもとで患者が退行し、その幼児神経症が再活性化する際に観察されるものである。以下、詳しく見ていきたい。

尿道性愛的沈黙とは最も普通の沈黙であり、会話の中で句読点を打つことに近似している。ここにおいて発話装置は尿道括約筋を模倣しており、沈黙は尿道括約筋の閉鎖によって尿道性

愛的本能放出を防ぐという役割を果たしている。観察される特徴としては、沈黙の開始や終了に苦しみがなく、身体の動きや身振りを伴わない、ただ分析規則に従うのを忘れていたという印象を与えるものである。

肛門性愛的沈黙は尿道性愛的沈黙よりも退行したものであり、発話が妨げられているという印象を受ける、緊張感の高い苦しい沈黙である。ここでは発話装置は肛門括約筋を模倣しており、話すことは排泄過程に置き換えられている。言葉は具体的な排泄物のように扱われ、沈黙によって肛門括約筋を閉鎖することで退行した情緒の放出をコントロールしている。観察される特徴は文法構造や統語法に混乱が見られ、表情や姿勢に苦痛が見受けられる。この沈黙の終了には一つの思考というよりも思考の断片が語られることが多い。

口唇性愛的沈黙は他の二つよりもさらに退行したものである。ここでは患者は話すことのできない幼児になってしまい、言語化は沈黙に置き換えられてしまう。患者は苦痛や葛藤の徴候を見せず、完全に不動のまま横たわっているか静かに身振り手振りを行っている様子が観察され、象徴的に性愛が起きていることを表している。この沈黙は果てしなく続くように思われ、治療者の注意によって終わることは減多になく、その最終的な終了は本質的に自発的なものである。このとき発話装置は口唇性愛領域を模倣しており、受動的な摂取機能が発話による排泄を締め出してしまう。

このFliessの観点は包括的であり、広く使用することのできる考えである。Weinbergar (1964) は沈黙・マゾヒズム・抑うつとの三つ組が観察される一群の患者についての報告を行っている。その原因として患者が1歳半から3歳時までに母親との親密な関係の喪失体験があることを述べている。その年齢の患者は言葉を使ったコミュニケーションが十分に出来ないため、喪失の感覚や傷ついた自己評価は沈黙・マゾヒズム・抑うつによって表現されることになり、その補償として固執性や万能感といった性

格傾向を伴う肛門期段階への固着として現れるのだという。この種の患者の沈黙はおそらく、先のFliessの部分性欲沈黙の分類によれば「肛門性愛的沈黙」にあたりと考えられるだろう。

リビドーの発達段階とは異なった観点から退行を捉えている精神分析家もいる。Balint (1968) は人間の心的水準を創造領域、基底欠損領域、エディプス葛藤領域の三種に分けて考え、特に基底欠損領域の重要性を提起した。この段階の特徴として彼は (1) 二者関係的事であること (2) エディプス水準とは性質が異なること (3) 葛藤がないこと (4) 言語が通用しないこと、の四点を挙げている。この段階へと退行した患者は治療者の解釈を意味あるものとして受け取ることができず、具体的な誘惑や迫害として体験されがちとなる。Balint は基底欠損領域に退行して沈黙している患者について、「沈黙は、対象成立以前に個体環境間に存在した一次愛の調和的渾然体再建の試み」であると捉えている。

Balint の考えをもとにPugh (1997) は基底欠損領域に退行した患者の症例研究を行った。その段階において患者は言葉に出来ない事柄を沈黙の中で非言語的にコミュニケーションするものであり、そのコミュニケーションは治療者が自身の逆転移を通して受け取ることのできる性質のものであると主張している。基底欠損領域に退行した患者の主なコミュニケーションは沈黙の形で行われるということは特筆すべき点であろう。治療者がそれをどのように取り扱うかという技法の詳細に関しては第Ⅸ章で更に論じている。

第3節 身体的表現の側面

「あるヒステリー分析の断片」(Freud, 1905) の中で、Freudが次のように述べている箇所がある。

「この世に生きる人々が隠し通せる秘密などないということを、見る目をもち、聞く耳をもつ者は、認めることになるだろう。口を閉ざす者は、指先がしゃべり、全身から吹き出す汗によって秘密が漏れる。したがって、心の奥底に

隠されているものですら、それを意識にもたらすという課題は十分に実行可能である。」

ここでは、患者は自身の思考や感情を身体的経路によって表出しており、治療者はそれを有益な情報として活用できることが示唆されている。

黙っている間でも、患者の心の中には何らかの観念や感情が常に流れているはずである。それは言葉という形にはならなくとも、何らかの身体的表現によって表されているという観点から患者の沈黙を理解しようとする治療者もいる。

Freud (1910) によれば、人間の無意識とは快原理をもとにした一次過程によって作動しているものである。彼は乳児が満足を得られない際に叫び声を上げたり手足をばたかせるといった「運動的な放散」を行うことを例に挙げて説明している。

精神分析セッションにやってくるのは乳児ではないにしろ、成人となった私たちの中にもこの一次過程で機能する部分が多かれ少なかれ残存していることを考えれば、基本的には禁欲状態で行われる治療の中で患者が無意識的に何らかの「運動的な放散」を行うことは十分にありうることである。実際、沈黙している患者の身体的側面に注目して論じられている論文がいくつかある。

Greenson (1961) は患者の沈黙が抵抗であるとしても、同時に姿勢や動きや表情などの身体的表現によってその抵抗の理由のいくらかを治療者に伝えている側面があることを指摘している。特に彼は患者の目に注目した。患者の中には沈黙している間、目を開けている者と目を閉じている者がおり、前者は憎しみや拒絶に由来している可能性が高く、後者は愛情や受容を表していることが多いのだという。また、きつく閉じられた目は別の意味をもつことがあり、無力になってしまうような何らかの衝撃に耐えようと覚悟しているという場合や、治療者を守るために自身のひどい感情を締め出そうという試みである場合もある。

Zeligs (1961) は沈黙と姿勢化、言語化の関

係について論じている。彼によれば「沈黙の間に自我は受け入れられない思考や感情を覆い隠そうと努力するのだが、それと同時に身体がまさにそれらの感情を思わずもらしてしまう」ものである。そして精神分析設定においては、患者の沈黙と言語化の両方には反復的な形式の身体の姿勢と動きが伴っていることが観察される。それは表情やしぐさ、身体によじり、不随意的な手足の動きなどの基本的布置として表れ、沈黙と言語化のプロセスと筋肉装置との複雑な統合を明らかにしてくれるものであると捉えられている。

Coltart (1991) の論文には、彼女が沈黙する患者から漂うにおいにとりわけ注意を払っていることが述べられている。彼女は「通常は不快なおいのない患者が汗をかいて臭い始めた場合、彼は話すことと同じくらい確かに何かを語っているのである」と述べて、そのにおいは恐怖と攻撃性の混合物の表現であると理解できる場合が多いのだという。

Spotnitzの流れを汲むモダンサイコアナリシス学派のBlumenson (1993) は慢性の統合失調症患者の治療について症例報告をしている。その高齢の女性患者は何らかの破局的出来事に出会ったことによって意味ある言葉を発することがなくなり、絶えず叫び声を上げたりせわしなく身体を動かすといった、まさに「運動的な放散」を中心とする混乱状態へと陥っていた。治療者は彼女の病室に出向き、彼女の姿勢や身体の動きを真似し続けるという特殊な技法を用いて11回のセッションを行った。その結論として、叫び声は彼女が不快感と関心の希求を伝えているものとして、そして身体の動きは緊張を解放して安心を求めるものとして理解したことが記されている。

以上のように、黙っている患者は何かしらの身体的側面によって自身の感情状態を表出していることが示唆されている。治療者がそれに注意を怠らなければ、患者の沈黙の背景についての有益な情報源となるだろう。

第4節 転移的側面

ここまで患者の沈黙の抵抗的側面、退行的側面、身体的表現の側面の三つを見てきたが、この節で扱う転移的側面は、それら三つと並列していると同時に、見方によってはそれらを含むした上位概念として位置づけることの出来るものにもなりうる。

ここで改めて紹介すると、Freudは患者がセッションの中に何も思い浮かばずに沈黙している事態について「患者が転移の中に身を置き、医師に関係している無意識の考えに心を奪われて」(Freud, 1921) いる状況であると解説している。彼が患者の沈黙を第一に転移として理解していたことは重要な点である。

もちろん、転移が表れるのは患者の自由連想が停滞し沈黙している時に限ると彼が考えていたわけではない。彼はある箇所で「しかしよく考えてみれば、自由連想はじっさいは自由ではないのである。患者は、その思考活動のある特定のテーマに向けていなくとも、精神分析という状況の影響下にあることにはかわりはない。患者にはこの状況に関連するもの以外は思い浮かばない、と推測してさしつかえない。」(Freud, 1925) と述べている。

この一節は、治療状況における患者の自由連想すべてが転移に関係していることを述べていることだと理解される(Gill, 1994)。しかし「(精神分析という) この状況に関連するもの以外は思い浮かばない」のだとすれば、それは治療者に対して報告される連想に限らないだろう。つまり患者が自由連想を報告しようが黙つていようが、精神分析においては常に転移が生じていると考えることができるのである。

患者の沈黙の転移的側面について更に論じる前に、第1節から第3節で述べてきた抵抗、退行、身体的表現の三つと転移との関係について検討する。

まず抵抗と転移の関係から論じてみよう。Strachey (1934) は、治療者の解釈は患者の差し迫ったエス衝動に向けられるべきであると主張している。彼によれば「分析下にある患者は、

彼の全てのエス衝動を分析家に集中しようとする」ため、差し迫ったエス衝動とはその時まさに治療者に向けられているものを指すことになる。そして抵抗とはエス衝動自体に対抗する性質をもつため、「抵抗の解釈はほとんど必然的に転移解釈となってしまう」ことになると述べられている。Gill (1982) はその主張を更に推し進めて「抵抗は転移の中でのみ表現されうる」と主張している。その理由は、転移とは抵抗表現の唯一の伝達手段であると位置づけられるためである。よって抵抗は全て転移に含まれるという関係にあると考えることも可能となるのである。

退行と転移の関係について松木 (1994) は、その両者は同一の現象を異なる観点から概念化したものであることを主張した。彼によれば、ある同一の治療状況は退行という観点からは患者が幼児返りをしている、過去の幼児のときに戻ってしまっていると理解され、転移という観点ではその患者の幼穉的自己が現在の分析状況に持ち出されて優勢になっていると理解される。彼は転移解釈こそが治療の効果をもつという考え (Strachey, 1934) を前提として、精神分析セッションにおいては転移現象として理解することの重要性を強調し、退行は転移理解を補足する副次的なものに過ぎないことを主張している。

身体的表現と転移との関連について、Zelig (1961) は「精神分析設定における沈黙、姿勢化、言語化は現象学的には対象関係の早期の(前言語的と言語的)形式の転移と逆転移の中における再来である」(Zelig, 1961) と述べ、姿勢や身体の動きといった身体的表現も転移の中で起きていることを示唆している。また別の箇所で再度患者の姿勢や身体の動きを取り上げる中で、「それらの深い、象徴化され身体化され、時に性愛化もされた特徴は分析が進展するにつれて徐々に現れ、転移神経症の十全な発展とともに花開く」(Zelig, 1961) とも述べており、身体的表現と転移とが明らかに連動して現れることが示されている。

以上より、精神分析において転移を重視する学派や精神分析家にとっては、患者の沈黙も主に転移の観点から理解できる、という見解は十分に妥当なものになる。

しかし問題となるのは転移の定義である。精神分析における転移概念は歴史的な変遷を経て発展してきたものであり、かつ現代においても学派または個人によって採用している定義が異なっているために、その全体像をここで紹介することは到底不可能である。そのため、本研究では二種類の代表的な定義のみを用いて沈黙の転移的側面を論じたいと思う。一つは古典的な定義とも言えるもので、Freud (1905) が定義した「分析が進みゆくなかで呼び覚まされ意識化されることになる感情の蠢きかつ空想の、装いを新たにした再版本であり複製品である。別の言い方をすれば、一連の過去の心的体験全体が、過ぎ去った体験としてではなく、医師という人物との現在進行中の関係として息を吹き返すのである」というものである。ここでは現在における過去の体験の再現という側面が強調されている。このFreudの定義を以下では転移の「古典的な定義」と呼ぶことにする。

もう一つは現代における標準的な定義と思われるSandler *et al.* (1991) のものである。それによれば「転移は、他者との関連で発展するひとつの特殊な錯覚と見なされる。その特徴の一部は、主体に知られることなく、その人間の過去や内的対象関係の外在化における重要な人物との関係の反復を表している」と定義される。こちらでは過去の関係性の再現だけでなく、現在保持されている内的対象関係が外在化された事態も含むため、古典的な定義よりも意味が拡大されている。この定義を以下では「現代的な定義」と呼ぶことにする。

まず転移の古典的な定義に照らして考えれば、患者の沈黙とは、患者が沈黙によって関わっていた過去の重要人物との関係の再現ということになるだろう。例えばGreenson (1961) は患者の沈黙の転移的側面について「誰かの沈黙が重要な要素として存在した、患者の人生に

おける過去の出来事の再演」と述べているのはこの定義に対応するものでもある。

沈黙する患者を過去の重要人物との関係の再現という観点から詳細に論じた論文としてKahn (1963) の症例研究がある。彼はピーターという18歳の青年患者との治療が開始したが、その初めから患者は話すことに困難を覚え、沈黙の中に引きこもった。Kahnは自身の逆転移感情を頼りにしながら転移を考え、最終的に、患者は沈黙することによって母親との関係における外傷的な経験を再現し、Kahnにコミュニケーションしているのだと理解した。そこでは治療者が子供のピーターであり、患者が抑うつ的な母親の役割を担っていたのだった。

次に転移の現代的な定義から患者の沈黙を考えてみよう。その考え方によれば、患者の沈黙は必ずしも過去の重要人物との関係性の経験が再現された事態だけではない。それに加え、患者の言語的表現を制止する内的対象との関係が治療関係へと外在化された場合も含まれる。後者の場合に関してはCooper (2012) の症例があてはまると思われるので紹介する。

彼によれば、治療において患者は内的対象を治療者へと投影し、かつその関係性を上演しようとする傾向があり、それが転移である。彼は21歳の青年患者の症例を報告している。その患者はキリスト教の熱心な信徒である両親のもとに生まれ、幼少期から規則や信教を押しつけられて育った。思春期に入った患者は自分自信の考えを認めてくれない両親と衝突してひどく抑うつ的となり、大学在学中に治療にやってきたのだった。治療の中で患者はしばしば話すことに困難を感じ、沈黙した。Cooperは患者のその沈黙について、治療者との間で傷つき傷つけることを恐れ、かつ敵意を表現しながらも双方を守ろうとしているという葛藤的な表現であると理解していた。そしてそれは過去の両親との実際の関係の再現であるというよりも、「表現を制止する内的対象」が治療者に投影された状況であると理解されたことが記されている。

転移は精神分析の最重要概念であり、それを

論じる文献は膨大に存在している。従って、沈黙患者の転移を論じ尽くすことなど筆者には到底できないが、この節においては二つの代表的な定義から見た場合の患者の沈黙の転移的側面について論じた。

第Ⅸ章 患者の沈黙の取り扱いに関するいくつかの論点

この章では先行研究によって提示されている、患者の沈黙の取り扱いに関する論点を四つに分けて論じていきたい。

第1節 話させることをめぐって

自由連想法を用いる精神分析では、患者が自身の無意識の心的内容を意識化し、最終的には言語化することによって治療的な成果を得ることができることは第Ⅵ章で見た通りである。では沈黙する患者に対して治療者が連想を続けるように促したり、あるいは質問することで話を引き出そうとするアプローチは有効なのだろうか。結論から言うと、多くの治療者はその方法を支持してはいない。

例えばBlos (1972) は患者の沈黙の取り扱いに関する誤りの一つとして、沈黙する患者に対してしつこく「今何を考えていますか」といった質問をすることで言葉を引き出そうとすることを挙げている。その具体例としては、Brockbank (1970) はある女性患者の分析の症例を報告している。その患者は治療者に対して感じる性愛感情と敵意を、言語化せずに沈黙することによって防衛していた。そこで治療者が「何を考えていますか」「何を待っているんですか」「声に出して言ってみませんか」といった言葉をかけたが、結果的にその質問は単に患者の沈黙を長引かせてしまうこととなってしまったのだと言う。

そもそも、精神分析の目標は必ずしも患者に話をさせることではないと指摘されることがある。例えばZelig (1961) は、「患者の発話が抑制されて沈黙が行き渡るとき、分析的な目標

は単に患者に話をさせることではなく、彼が話すことのできない無意識的な理由を彼にとって意味あるものにするように試みることである」と明確に述べている。

また、沈黙する患者に対して治療者が話させようとするには、患者の転移が分析されずに逸らされてしまうという重大な危険があることがCooper (2012) によって示された。彼の報告する症例については第Ⅷ章第4節でも紹介したが、ここで改めて検討したい。彼は21歳の男性患者Mの事例について詳細に報告している。Mの両親は熱心なキリスト教徒であり、思春期になったMは信教に関して疑義を抱くようになっていた。そこでMが自身の政治観や宗教的信念について語ると、父親には激怒され、母親には不安と敵意を抱かれるといった状況であったのだという。大学進学とともに親元を離れ、抑うつ的となったMは、より柔軟な性格である伯父から心理療法を勧められて来談した。治療の中でMは自分でも不可解な沈黙へと陥りがちであった。この事例において治療者は、患者の表現を制止する両親を表す内的対象の役割と、患者に自身の考えを話せるようにと促す治療者という役割との間で葛藤することとなった。Cooperはそこでの治療の方向性について次のように述べている。

「言語的制止と沈黙に特徴づけられる状態から極端に自由に表現できる状態への移行は分析家にある問題をもたらす。分析家が知らずに患者の表現の増加のために労力をつぎ込むことが患者の分析家への内的対象の割り当てから分割されてしまう場合の症例においては、分析家は転移の中でコミュニケーションされる様々な経験を統合していく方向で作業をしていかなければいけない」

彼は続けて次のようにも述べている。「分析の早い段階や遅い段階において比較的沈黙する患者のために重要なことは、分析家がある意味で、患者が自由に話すことに関する熱意を抑えることである。患者の表現が増してきた地点において、私たちは容易にその言葉が意味

するところを過大評価してしまう可能性がある。私たちが知っている通り、話すことはコミュニケーションすることではないし、発話の防衛的要素と同じく沈黙のコミュニケーション機能を評価することが重要である。」

ここでCooperの意味することは、話せないでいる患者が自由に話せるようになることが治療的となるとは限らず、逆に転移が逸らされて分析されずに排除されてしまう危険があるということである。それとは逆に彼が強調しているのは、話せないでいるという状況における転移を分析する方向で治療を行う必要があるということである。この点については、米国クライン派のCaper (1999) が精神分析の技法に関して「分析とは、患者の内的対象関係を描写することに厳密に基づくものであり、それらを変更しようとするのではない」と端的に述べていることに通じる。もし分析家が患者の言語表現の制止を引き起こしている内的対象関係を分析するかわりに、患者の言語表現を増加させようと意図して介入してしまうのだとすれば、その試みは内的対象関係を「描写する」のではなく「変更しようとする」ことになる可能性が高い。

まとめれば、精神分析においては沈黙する患者を前にして、治療者が話させようと安易に試みることには、分析すべき転移を逸らしてしまうという危険が潜んでいることに注意を払うべきであると言えるだろう。

第2節 沈黙を見守ることをめぐって

前節での話させようとする試みとは逆に、治療者が患者の沈黙を妨げず、見守ることについてはどう考えられてきたのだろうか。

精神分析の技法書を見ると、基本的には患者の沈黙をまず見守ることを勧めている者が多い。例えば松木 (2016) は沈黙する患者を前にした治療者はまずその沈黙がもたらす緊張や気まずさにもちこたえ、安易に口をはさまないで待つことを勧めている。それは、治療者はまずその沈黙の性質を見極める必要がある、それによって介入方法を検討するべきであるからだ

という。またLangs (1981) も同様のことを述べている。彼は「患者が沈黙している場合、治療者も沈黙することを選んで良い。患者に対して何を考えているのか、あるいは沈黙に対してどう思うかといったことを尋ねるのではなく、治療者は沈黙の意味と使われ方と、それが起きている文脈を理解することに最も焦点を当てるべきである」と勧めている。よって、沈黙する患者を前にした治療者は、基本的には口を挟まず、沈黙を見守りながら患者をよりよく理解できるまで待つことが良いと言えるかもしれない。

しかし、治療者が患者の沈黙を見守ることに危険が存在することも指摘されている。Glover (1955) は「沈黙に対していつも沈黙で応じることはある種の沈黙の戦いを招いてしまい、分析とは点の取り合いによって決着をつけられる一種の心理的ボクシングであるという見解をもつ意固地あるいは攻撃的なタイプの患者の考えを確証してしまうことになる」と述べて、注意を促している。皆川 (1985) も同様に、沈黙の多い患者は治療者の沈黙を迫害として感じ、沈黙する分析家という攻撃者と同一化することによって治療が悪循環に陥ってしまう場合があることを指摘している。

つまり治療者が沈黙を見守った方が良いかどうかについては、患者の沈黙のもつ性質次第であると考えることが妥当であろう。その点によって分類が可能となる。まず治療者が見守るのではなく介入した方が良い患者の沈黙について検討していこう。

複数の治療者が挙げている、介入が必要となる沈黙についての共通項は治療者に対して攻撃的あるいは操作的な性質を帯びている場合である (Glover, 1955; 松木, 2016)。そのような性質の沈黙を使う患者は、しばしば肛門期性格と関連づけられることがある。Zelig (1961) は強迫神経症で、特に肛門期的な保持に特徴づけられる性格の患者は治療者を支配し、自らの要求を満たそうとする取引として沈黙を使う場合があることを述べている。彼はその例としては「(愛情や関心などの) 私の望むものをくれ

るならば、そのお返しとして私も話します。そうしてくれないのなら黙ったままでいます」という暗黙のメッセージがこめられているような沈黙を挙げている。そのような沈黙に関しては、分析家が沈黙の意味を明らかにすることが出来ないと沈黙を過度に長引かせ、分析過程を妨害することになってしまうことを指摘している。つまりこのような場合はその沈黙をただ見守ることは治療的ではないと考えられる。

反対に、見守った方が治療的な効果があると考えられる沈黙について検討していこう。筆者は文献を見渡す中でその種の沈黙を三種類見出している。それは(1)口唇期段階に退行した患者の沈黙(2)基底欠損領域に退行した患者の沈黙(3)ひとりでもいられる能力を発達させた患者の沈黙、である。

Freudの唱えたりビドーの発達段階の中で口唇期は最初期に位置づけられる段階である。Fliess(1949)は精神分析設定において退行した患者の発達段階に応じて特徴的な沈黙が現れることを論じており、その中で口唇期段階の沈黙は「沈黙による発話の一時的な置き換え」であり、その沈黙は果てしなく長く続き、治療者が話すように促しても減多に終わることがなく、その最終的な終了については「本質的には自発的なものである」と解説している。少なくともここでは、治療者の介入によって口唇期段階に退行して沈黙した患者に発話させることはできないということが示されている。

その治療的意義を論じているのがZelig(1961)である。彼は口唇的な満足をめぐる原始的転移が現れてきた場合、「分析家が口を挟まずに共感的に耳を傾けている沈黙を維持すれば、患者の原始的な自我は最終的には強化されるように思われる」と述べている。そして「沈黙している時間に分析家の言葉や沈黙から心的に栄養分を得てきた口唇期固着の患者は、後に言語化することができるようになる」とも述べており、患者の沈黙を見守ることが言語化に至る過程としても必要となることが示唆されている。

見守った方が良いと思われる沈黙の二つ目が、解釈が意味をなさず具体的な迫害や誘惑としてしか体験されなくなっているような、基底欠損領域に退行している患者の沈黙である。Balint(1968)はエディプス葛藤領域・基底欠損領域・創造領域という独自の心的水準を提唱する中で、患者はエディプス葛藤領域よりも深い段階に退行することで「対象成立以前に個体環境間に存在した一次愛の調和的渾然体再建の試み」を行っており、それに対して治療者は患者の退行を受容し、言語世界へと押し戻そうとする解釈でもって介入することなく、ただ沈黙を見守りながら現存していることが治療的に重要であることを明確に述べている。その環境の中で患者は「自己を発見受容し、自己に対処」することができ、「患者なりに対象世界に至る道を見出す」過程を進んでいくのである。その具体的で詳細な事例を提供しているのがPugh(1997)の論文がある。彼によれば基底欠損領域に退行した患者は沈黙の中で、人生早期の前言語的であった時点に起きた外傷を癒すための作業をしていると見なしている。15歳の青年患者との治療において、患者は長い沈黙に陥ったが、治療者は自身の感情において「平和な一体感」あるいは「一種の融合」の感覚を体験している場合にはその種の退行が起きていると見なして治療者が解釈を控えた様子が描写されている。

見守った方が良い沈黙の三つ目として、Winnicott(1958)の述べているような、患者が「一人でいられる能力」という情緒的能力を発展させた場合の沈黙である。彼は、誰かがいるところで一人でいることができることを健康的な心理的成熟として捉えている。それはもともと幼児が母親と共にいる時に発達させる能力であるが、母親の提供する環境が幼児にとっての侵襲となる場合にはその能力の発達が障害され、幼児は自身のパーソナルな体験をもつことが出来なくなってしまう。Winnicottは治療の中でその能力を発達させた患者に関して次のように述べている。

「ほとんどすべての精神分析療法で、一人でいられる能力が患者にとって重要となる時期が必ず来る。臨床的には沈黙がちな時期あるいは治療時間といったかたちであられるが、この沈黙は抵抗の出現とはほど遠く、患者が何かをなしとげた結果であることがわかる。おそらく、患者が人生のなかで一人でいられるようになるのはこの時点がはじめてであろうと思う。

Winnicottはこの種の沈黙は抵抗ではないために尊重すべきであることを示唆しているが、それを具体的に言えば無闇に介入することは控えて静かに見守ることを意味しているものと思われる。その具体的な症例を提出していると考えられるのがCasement (1990) の報告である。彼は、拒絶されることを恐れ他者の期待に応えようとして生きてきた患者が突然二セッションにわたって完全に沈黙した様子を描写している。治療者は患者がただそのままにしておいてもらうことを必要としているのだと考え、患者の沈黙を見守ることを選択した。その結果、後になって患者は沈黙していた時間に自身にとっての心底からの体験をもつことができたということを報告した。これはWinnicottのいう「ひとりていられる能力」との関連で理解できる症例であると考えられる。

以上の三種類の沈黙に関しては治療者は見守った方が良いことが示唆される。しかしその三種類の沈黙はもとの理論的背景が異なるために実際の患者の沈黙において明確に区別できるとは限らず、実際には互いに重複している可能性がある。

第3節 身体的側面の取り扱いをめぐって

第八章第3節でみたように、患者は沈黙している時間の間、無意識的に身体によって何らかの感情を表出している側面がある。それでは、その身体的表現についてはどのように取り扱うべきであろうか。

この論点についてはColtart (1991) が詳しく論じている。彼女は患者ののにおいに特に注目している。普段はにおわない患者が治療の中で

におい始め、それが数日続く場合はそれを話題として取り上げた方が良いことを提案している。においは実際、恐怖と攻撃性の混合物であることが多く、それについて取り上げてもらった患者は感謝し安心するだろうと彼女は述べている。しかし、患者の身体的側面を取り上げることには細心の注意が必要であることも同時に述べている。その例として、極度の自己意識に悩まされている患者への「今日のあなたの動きを見ると、とてもぎこちなくて緊張しているように思えます」や、赤面恐怖の患者に対する「昨日私が話したとき、あなたは顔を赤くしていらっしやいましたね」といったコメントは役に立たないどころか反生産的な影響を及ぼしてしまい、次のセッションに来なくなることすらありうると彼女は警告している。

患者の身体的側面に関して特殊な技法を用いた例も紹介しよう。Blumenson (1991) は言語能力が障害され、絶えず叫び声を挙げたり身体を動かしたりしている慢性の統合失調症患者に対して、その病室に向いて治療を行った症例を報告している。そこで治療者は11回のセッションにわたって、患者の手足の動きをミラーリング、模倣し続けた。これは外的世界が迫害的に体験され内側にひきこもっている患者にとっての自我親和的な双子イメージとして治療者が機能するように意図して介入する技法であると彼は解説している。3ヶ月にわたった治療が終了した後、患者はせわしく身体を動かすことをやめて落ち着き、かついくらかの言語的能力の改善が見られたのだという。

もう一つの特徴的な技法は皆川 (1985) の提案している「分析的打診」の使用である。彼は沈黙を続ける患者に質問するのではなく、かといって見守るだけでもない第三の道としてこの方法を編み出した。それは、象徴的な言葉をつかって患者の前性器期的な欲動やその源泉に対して働きかけるというものである。その例として「栄養の吸収はどうですか？」や「面接の前後に下痢など？」といったような問いかけの形で、いわゆる口唇期的欲動や肛門期的欲動に関

する打診を行うことを提案している。しかしこの技法に関しては皆川自身もまだ検討中であると述べており、有効性が確立されているとはいえないものではある。

他の技法についても同様であるが、患者の身体的側面の取り扱いに関しては確立された方法はないのかもしれない。より有意義な議論をするためには更なる研究が必要だろうと思われる。

第4節 治療者の感情の活用をめぐる

患者の沈黙に対して治療者はどのような気持ちを体験するものだろうか。そしてそれらの感情を治療的に活用する方法はあるだろうか。この節では治療者の内面にまつわる論点を取り上げて整理してみたい。

Greenson (1961) は転移的な反応ではなく、治療者の実際の感情を正確に知覚し、それに反応してくる患者がいることを述べている。彼は患者からの言語的素材が得られずに苛立っていた研修生のケースを引き合いに出し、そこではスーパーバイザーだったGreensonが研修生に対し、「静かに、しかし愉快に待つよう試みる」ことを助言した。するとその患者は研修生の態度の変化に見事に気づいた、というエピソードが記述されている。同じようにColtart (1991) も、治療者に苛立ちや不満といった感情がある場合、患者はそれを素早く拾い上げて反応してくることを述べている。このように、患者が現実の治療者の感情に反応することは珍しくはないのではないだろうか。

沈黙する患者に対して治療者は基本的な受容的かつ共感的な態度を維持していることが治療的に作用することを主張している者は多い。とりわけColtart (1991) は、治療者に実際に迫害的な感情がなく、陽性で中立的で真にくつろいだ態度でいることが沈黙する患者に対しての治療において重要だと述べ、その究極形として、彼女は沈黙する患者に対する深い意味での「愛情love」をもつことの重要性を情熱的に説いている。

これらは沈黙する患者に対する一般的で基本

的な治療者側の治療的態度に言及したものである。しかしそれだけではない。個々の患者との治療において、治療者は様々な種類の感情を体験することが起きてくる。いわゆる「逆転移」と呼ばれるものである。

ここで逆転移について簡単に整理しておこう。逆転移概念の意味も歴史的に変遷を経ているが、精神分析では主に二つの意味のどちらかで用いられることが多い。一つはFreudが提唱した古典的な意味であり、「患者との作業の結果として分析者のなかに起きる、分析者の有効性を妨げるような未解決な葛藤や問題」(Sandler *et al.*, 1992) というものである。こちらは一般に「狭義の逆転移」と呼ばれることが多いため、本研究においてもその名称を使用する。もう一つがHeimann (1950) の提唱した「分析家が患者に対して経験する全ての感情」という意味での逆転移であり、それは患者の無意識に対して治療者の無意識が反応することによって生じ、患者理解に役立てることのできるものである。こちらは一般に「広義の逆転移」と呼ばれることが多く、以下の記述ではその名称を使用して論じていく。

まず狭義の逆転移についての論点から見ていこう。こちらでは患者の沈黙に反応して治療者側に自身の感情的葛藤や問題が生じることで、適切な分析作業が妨げられてしまう事態を意味している。この定義を採用する者が主に考慮しているのは、いかにその問題となる感情に内的に対処し、その悪影響を避けるのかという点である。Brockbank (1970) は患者の沈黙に対する治療者の感情的な反応は、治療者自身の葛藤から生じていることが多いとして注意を促している。その逆転移反応の干渉によって治療者は適切な介入をすることが妨げられてしまい、適切な介入がなされないゆえに患者の沈黙が不必要に長引いてしまうという悪循環に陥る危険があることを指摘している。彼はある女性患者の症例を報告している。そこでは性愛感情と敵意の高まりを沈黙することによって防衛していた患者に対し、治療者は質問を重ねて言語化を促

そうとしていた。後に彼に明らかになったのは、それらの言語化の促しは患者を助けたいという治療者自身の自己愛的な要求や、患者の肛門期的な言葉の保持に対する治療者自身の口唇的な欲求不満という逆転移反応に根ざしたものであったということである。治療者がその逆転移を自覚し、患者の沈黙に対してより受容的で共感的な態度をとることができるようになると、沈黙は抵抗であることをやめ、分析が進展していったと記述されている。結論として彼は「一度沈黙のような抵抗が患者によって使用されたとしても、それが分析における主要な問題になるかどうかは、とりわけ分析家が患者に対する自身の逆転移に上手く対処する能力にかかっているのである」と述べている。ここでは治療者自身の感情的問題こそが沈黙する患者の治療における障害物となる危険が示されている。

次に広義の逆転移概念を採用している者の文献を見ると、沈黙する患者に対して経験する治療者側の感情の吟味することがその患者を深く理解すること、とりわけ転移を理解することにつながるとして、技法的に推奨している記述が多く見られる。例えばColtart (1991) は「沈黙する患者との最も良い作業は、細やかに調律された逆転移という道具を用いて、転移の中で行われるということを私は強調したい」と述べており、続けて、とりわけ沈黙する患者との作業では「しばしば、私たちは最も純粋な形式の逆転移と出会う」のだと言っている。

沈黙する患者に対する広義の逆転移の活用に関して詳細に報告しているのがKahn (1963) の症例である。彼は沈黙がちな18歳の青年患者ピーターとの分析において、頻繁に生き生きとした接触に対する高い期待を抱いては沈黙し続ける患者に失望し、無力な思いを経験した。それだけでなく、患者のことを身体的に小突いてやりたくなる衝動まで感じたのだという。その内的な反応をもとにKahnが理解したのは、この患者は幼少期に抑うつ的な母親に強い期待を抱き、攻撃的なやりとりを引き込みたいという願望を持っていたのだらうということ、そし

てその関係性が子供の患者の役割を担っている治療者と拒絶的な母親の役割を担う患者という形で両者の間で再演されている、ということである。結論として彼は「私の主張は、私が彼の沈黙に対して経験したあらゆる感情のニュアンスは、もともとの外傷的關係性における彼自身の体験であったということである」と述べ、沈黙する患者に対する治療者の体験する感情がいかに患者理解に役立つのかについて繰り返し解説している。

まとめれば、沈黙する患者に対する治療者の感情の活用に関する論点は次の三つに分けられる。一つ目が基本的には受容的で共感的な心的姿勢を維持することの重要性について、二つ目が患者によって引き起こされる狭義の逆転移がもたらす危険について、三つ目が広義の逆転移を転移理解につなげられる可能性についてである。治療実践においては、治療者がこれら三つの観点を念頭において自身の内面を吟味することが役に立つかもしれない。

第X章 結 論

Freudは精神分析セッションにおける沈黙に関しては患者の沈黙に焦点を当てて記述しており、その沈黙を抵抗の現れとして理解していた。また彼が治療者の沈黙について述べている箇所は見当たらないが、おそらくは治療者が中立性を保つための在り方であると見なしていた可能性は考えられる。

Freud以後、治療者の沈黙は患者に与える影響を最小限にするための中立的な在り方ではなく、常に患者に特定の影響を及ぼしている一つの介入であることが複数の治療者によって強調されている。本研究ではその種類について (1) 聴くための沈黙 (2) 治療的コミュニケーションとしての沈黙 (3) 反治療的に作用する沈黙、の三種類に分類して論じ、整理することを試みた。

患者の沈黙に関してはFreud以後の精神分析家によってその多様な側面が探索されており、

沈黙の意味は明らかに拡大されてきた。本研究ではそれを(1)抵抗(2)退行(3)身体的表現(4)転移、の四側面に分類して論じ、整理することを試みた。またそれらは互いに排他的なものでなく、同時並行的に存在していることを強調した。

その理解と先行研究をもとにして、患者の沈黙の取り扱いにまつわる論点を(1)話させること(2)見守ること(3)身体的側面の取り扱い(4)治療者の感情の活用、の四つを挙げて論じた。

本研究が提出する結論は次のようになる。精神分析セッションにおける沈黙とは治療者と患者の二者の沈黙によって構成されている。その沈黙の性質は主に、その時点で優勢に作用している治療者と患者のそれぞれの沈黙の意味が相互交流することによって決まっていると思われる。それゆえ、治療者の沈黙の三種類と患者の沈黙の四側面とを念頭において沈黙の性質を考えてみることは、精神分析セッションにおける沈黙をより総合的に理解するための一つのモデルとして役に立つことがあるのではないかと提案する。その理解は治療者が患者に対する適切な介入を検討する際の判断材料となるはずである。

第Ⅹ章 課題

本研究が明らかに扱えていない論点として次の二点を挙げるができる。

一つ目は自閉症の領域である。精神分析は近

年、自閉症の子どもや成人の治療へとその実践範囲を拡大している。多くの精神分析家によって自閉症の心の世界は特有の性質を持つものであり、神経症や境界例の患者とは異なっていることが指摘されてきた。本研究では自閉症を取り上げることが出来ていない。それゆえに本研究の知見を自閉症患者について当てはめることは大きな間違いにつながる危険があるだろう。筆者の推測では、自閉症患者が呈する沈黙はそれ以外の患者の沈黙とは全く違う意味を持つものであり、治療的に作用する介入方法も本研究で論じたものとは異なる可能性が高いものと思われる。

もう一つが児童分析の領域である。本研究における沈黙とは基本的に青年や成人患者の面接を想定している。しかし精神分析には児童分析という興味深い領域があり、特にクライン派では子どもの遊びを成人の自由連想に相当するものとして理解し、治療者は子どもの空想を解釈するといった精神分析的な関与が行われている。もともとFreudは患者の自由連想の停滞を沈黙と見なして論じていたことは第Ⅳ章で検討した。類推するならば、子どもの遊びの停滞あるいは停止を成人患者の沈黙に相当する現象として考察することももしかしたら可能なのかもしれない。

それらの点において筆者は勉強不足なために、確たることを言うことはまだできない。これら新たな問いも持ちながら、沈黙について更に考えを深めてきたいと考えている。

引用文献

- 赤坂和哉 (2008). 沈黙における脱同一化の機能. 精神分析研究. 52 (4), 397-407.
- Arlow, J.A. (1961). Silence and the Theory of Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 9, 44-55.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock. (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年).
- Blos, P. Jr. (1972). Silence: A Clinical Exploration. *Psychoanalytic Quarterly*. 41, 348-363.
- Blumenson, S.R. (1993). The Mirror of Silence: A Method of Treating a Preverbal Schizophrenic Patient. *Modern Psychoanalysis*. 18 (2), 179-189.
- Brockbank, R. (1970). On the Analyst's Silence in Psychoanalysis: A Synthesis of Intrapsychic Content and Interpersonal Manifestations.

- International Journal of Psychoanalysis. 51, 457-464.
- Caper, R. (1999). A Mind of One's Own—A Kleinian view of self and object. (松木邦裕監訳. 米国クライン派の臨床——自分自身のこころ. 岩崎学術出版社. 2011年).
- Casement, P. (1990). Further Learning from the Patient: The Analytic Space and Process. Mark Paterson and Associates, Wivenhoe, Colchester. (矢崎直人訳. さらに患者から学ぶ——分析空間と分析過程. 岩崎学術出版社. 1995年).
- Coltart, N. (1991). The Silent Patient. Psychoanalytic Dialogues. 1 (4), 439-453.
- Cooper, S. (2012). Exploring a patient's shift from relative silence to verbal expressiveness: Observations on an element of the analyst's participation. The International Journal of Psychoanalysis. 93, 897-916.
- 土居健郎 (1961). 精神療法と精神分析. 金子書房.
- Ferenczi, S. (1916). Silence is golden. In Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis London: Hogarth Press, 1950. p. 250-252.
- Fliess, R. (1949). Silence and Verbalization: A Supplement to the Theory of the 'Analytic Rule'. International Journal of Psychoanalysis. 30, 21-30.
- Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense, The Writings of Anna Freud, Volume II, 1966, Internal Universities Press, Inc. (牧田清志・黒丸正四郎監修. 自我と防衛機制. アンナ・フロイト著作集第2巻. 岩崎学術出版社. 1982年).
- Freud, S. (同著者の邦訳の原著は Gesammelte Werke. Volume I-XVII, Werke aus den Jahren 1892-1939, herausgegeben von Anna Freud, E.Bibring, W.Hoffer, E.Kris, O.Isakower, Imago Publishing Co., Ltd., London, 1940-1952. である)
- (1895). ヒステリー研究. フロイト全集2. p. 1-390. 芝伸太郎訳. 岩波書店. 2008年.
- (1905). あるヒステリー分析の断片. フロイト全集6. p. 1-162. 渡邊俊之・草野シュワルツ美穂子訳. 岩波書店. 2009年.
- (1910). 心的生起の二原理に関する定式. フロイト全集11. p. 259-269. 高田珠樹訳. 岩波書店. 2009年.
- (1912a). 転移の力動論にむけて. フロイト全集12. p. 209-220. 須藤訓任訳. 岩波書店. 2009年.
- (1912b). 精神分析治療に際して医師が注意すべきことども. フロイト全集12. p. 247-258. 須藤訓任訳. 岩波書店. 2009年.
- (1914). 想起, 反復, 反芻処理. フロイト全集13. p. 295-306. 道旛泰三訳. 岩波書店. 2010年.
- (1915). 無意識. フロイト全集14. p. 211. 新宮一成訳. 岩波書店. 2010年.
- (1919). 精神分析療法の道. フロイト全集16. p. 93-104. 本間直樹訳. 岩波書店. 2010年.
- (1921). 集団心理学と自我分析. フロイト全集17. p. 127-226. 藤野 寛訳. 岩波書店. 2006年.
- (1923). 「精神分析」と「リビド理論」. フロイト全集18. p. 143-174. 本間直樹訳. 岩波書店. 2007年.
- (1925). みずからを語る. フロイト全集18. p. 63-142. 家高 洋・三谷研爾訳. 岩波書店. 2007年.
- (1926). 制止, 症状, 不安. フロイト全集19. p. 9-102. 大宮勘一郎・加藤 敏訳. 岩波書店. 2010年.
- 藤山直樹 (2015). 週1回の精神分析的セラピー再考. 精神分析研究. 59 (3), 1-8.
- Gill, M. (1982). Analysis of Transference, Volume 1, Theory and Technique. International Universities Press. (神田橋條治・溝口純二訳. 転移分析. 金剛出版. 2006年).
- Gill, M. (1994). Psychoanalysis in Transition, A Personal View. The Analytic Press. (成田善弘監訳. 精神分析の変遷——私の見解. 金剛出版. 2008年).
- Glover, M.D. (1955). The Technique of Psycho-Analysis. Internal Universities Press, Inc., Madison, Connecticut.
- Greenson, R.R. (1961). On the Silence and Sounds of the Analytic Hour. Journal of the American Psychoanalytic Association. 9, 79-84.
- Heimann (1950). On counter-transference. The Internal Journal of Psychoanalysis. 31, 81-84. (原田剛志訳. 逆転移について. 対象関係論の基礎——クライニアン・クラシックス. 新曜社. pp. 9-55. 2003年).
- Kahn, M. (1963). Silence as Communication. Bulletin Menninger Clinic. 27, 300-313.
- 北原保雄・久保田淳・谷脇理史・徳川宗賢・林 大・

- 前田富祺・松井栄一・渡辺 実編 (2001). 日本国語大辞典第二版第九巻. 小学館.
- 北山 修(2007). 劇的な精神分析入門. みすず書房.
- Lane, R.C., Koetting, M.G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 1091-1104.
- Langs, R.M.D. (1981). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, Volume 1*, Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey. London.
- Loewenstein, R.M. (1956). Some Remarks on the Role of Speech in Psycho-Analytic Technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 460-468.
- 松木邦裕 (1994). 退行について: その批判的討論. *精神分析研究*, 38 (1), 1-11.
- 松木邦裕 (2015). 耳の傾け方——こころの臨床家を目指す人たちへ——. 岩崎学術出版社.
- 松木邦裕 (2016). 私説対象関係論的心理療法入門——精神分析的アプローチのすすめ. 金剛出版.
- Menninger, K. (1959). *Theory of Psychoanalytic Technique*. Basic Books Inc., New York. (小此木啓吾・岩崎徹也訳. *精神分析技法論. 現代精神分析双書2*. 岩崎学術出版社. 1969年).
- 皆川邦直 (1985). 沈黙・転移・逆転移. *精神分析研究*, 29 (3), 125-132.
- 小此木啓吾・北山 修・牛島定信・狩野力八郎・衣笠隆幸・藤山直樹・松木邦裕・妙木浩之編 (2002). *精神分析事典*. 岩崎学術出版社.
- Pugh, D. (1997). Silence as a form of analytic communication at the level of the basic fault. *Psychodynamic Counselling*, 3, 279-289.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1992). *The Patient and The Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process* (2nd ed, Text Revision). Karnac (Books) Ltd., London. (藤山直樹・北山 修監訳. *患者と分析者* [第2版]——精神分析の基礎知識. 誠信書房. 2008年).
- Strachey, J. (1934). The Nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159. (山本優美訳. *精神分析の治療作用の本質*. 松木邦裕編・監訳. *対象関係論の基礎——クライニアン・クラシックス*. p.9-55. 新曜社. 2003年).
- 氏原 寛・亀口賢治・成田善弘・東山紘久・山中康裕編 (2004) *氏原寛心理臨床大事典改訂版*. 培風館.
- Weinberger, J.L. (1964). A Triad of Silence: Silence, Masochism and Depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 304-309.
- Winnicott, D.W. (1958). The Capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-420. (牛島定信訳. 一人でいられる能力. *情緒発達の精神分析理論*. p. 21-31. 岩崎学術出版社. 1977年).
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Tavistock Publications Ltd, London. (橋本雅雄・大矢泰士訳. 改訳 *遊ぶことと現実*. 岩崎学術出版社. 2015年).
- Zeligs, M.A. (1961). The Psychology of Silence—Its Role in Transference, Countertransference and the Psychoanalytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 7-43.

Abstract

Silence on Psychoanalysis

Hiroyuki Nemoto

Silence in the psychoanalytic sessions can be difficult to treat and an ironic problem because the session is usually consisted of verbal communications. This study is done for understanding the meanings of the silence in psychoanalysis and discussing techniques of treating silent patients.

Many psychoanalysts and psychoanalytic therapists have referred to this problem in parts. The author gathered their views and categorized them into three aspects of therapist's silence: for listening the voice of patients, therapeutic communication, and the silence working as an anti-effect and also four of patient's silence: aspect of resistance, regression, bodily expression and transference. In conclusion, specific meanings of silence on the specific session are determined on its interactions between the two.