

第13章 逆転移のなかの憎しみ(1947)

「小児医学から精神分析へ ウィニコット臨床論文集」

D.W.ウィニコット(著)・北山修(監訳) 岩崎学術出版社 Pp.228-240.

【論文の背景】

精神分析の中で逆転移の治療的活用性が取り上げられるようになったのは、1949年にハイマンの論文が発表されてからであり、「逆転移のなかの憎しみ」はその先駆けとも言える。子どもの治療者として有名なウィニコットであるが、成人の分析は境界例から精神病患者が多く、その中で思慮されてきたものを収めた論文の1つであろう。「母親の抑うつに対して組織化された防衛の観点から見た償い」(1948)は、クラインからの独立宣言のような意味合いがあるとされているが、「逆転移のなかの憎しみ」も同様の意味合いがあるとされている(クラインは逆転移の治療的活用に関しては慎重であったが、この論文は“憎しみ”という逆転移は当然のものとして、治療者が憎しみに開かれておくことの重要性を述べている。ちなみに、ハイマンは「逆転移について」(治療者が経験する感情の全てを逆転移とし、それを無意識を探るツールとする、という主張)を発表し、クライン派を離脱している)。

なおこの時期の動きは次の通り。1944年にクライン派から離脱、1944～48年にかけてのミルナーとの分析(分析者-被分析者を超えた、共同治療者のような関係)、1948年の父親の死と自身の最初の狭心発作。クレアとの関係。こういった生活と臨床の中でまとめられたものである。

【概要】

導入部分

- ・この論文は、逆転移の中の憎しみ hate を吟味したもの
- ・精神病患者の分析では、分析家は憎しみを持つ。憎しみを上手く解決され意識されていないと、精神病患者の分析は不可能
- ・精神科医や精神科看護師は、正気でない患者の世話をする。そのため情緒的な重荷となる
- ・この論文は精神科医の助けとなるはず。精神科医がどんなに自分の患者を愛していても、患者を憎んだり恐れたりすることは避けられない。自覚があるほど、憎しみや恐れが患者への介入を左右する動機となることは少なくなる

逆転移

- 1.逆転移感情の異常、一組の関係や同一化として分析家の中で抑圧されているもの(分析される必要がある)
- 2.分析家の個人的な体験と発達とに属する同一化と諸傾向。分析的な仕事をするためのポジティブな状況を作ることに寄与し、他の分析家との質的な違いをもたらす
- 3.1, 2とは区別される客観的な逆転移。区別が難しければ、患者の人格や行動に対する分析家の愛と憎しみのことであり、それは客観的な観察に基づいているもの

精神病患者や反社会的傾向の人を対象として分析をする場合、患者に対する客観的な反応を整理しなければならないし、それは憎しみを含んであろう

精神病者の同時発生的な愛と憎しみ

- ・患者は、患者自身が感じることが出来るものを、かろうじて分析家の中に見出すだけ(例えば、強迫的な患者は、分析家を“無益で強迫的なやり方で仕事をする人”と考えやすい、等)。精神病者の場合、“同時発生的な愛と憎しみ”の感情状態にいとすれば、患者は、精神分析家も同様であると捉えるのではないか?「そこで分析家が愛を示すなら、同時にその分析家はきっと患者を殺すことになるのだろう」
- ・愛と憎しみの同時発生は、精神病者の分析では特徴的に繰り返され、マネジメント上の問題を引き起こす
- ・精神病者の愛と憎しみの同時発生は、**原初的な発達の愛と攻撃の問題**とは異なり、人生で最初に対象を発見する本能衝動が生じた時に環境の失敗があったことを意味する

分析家の抱く“憎しみ”

- ・分析家は、自分が生々しい感情を負わされることを請け負うつもりならば、前もって注意し備えることが最善。自分の中にある憎しみを否認してはならないし、自覚され整理され保管されて、いつか行方解釈の材料として使えるようにしなくてはならない(自分自身の分析も必要)
- ・分析家の主な仕事は、患者の持ち込む全てのものに関心を示し、客観性を維持すること。こういった仕事を中心だが、特別な例として、患者を「客観的に憎むことができねばならないという分析家側の必要性」
- ・分析家の憎しみが正当化される状況は多くはない?嫌いな患者との分析の中で、“彼に拒絶されると感じてきたけれども、そのことを彼(患者)に知らせるには、彼(患者)があまりにも病気であったということを、患者に話すことが出来た”例。ウィニコットにとっても患者にとっても重要な日となり、患者は進歩を見せた
- ・分析家は、過去や内的な葛藤に属する憎しみから自由になっていることが必要。憎しみが表現されなかったり否認されたりする理由には、次のようなものがある

分析は自分の選んだ仕事で、自分の罪悪感を処理する方法であり、建設的に自分を表現出来る方法/お金を得ている、あるいは、地位を得るための訓練中である/物事を解明しつつある/自分は報酬を得ているし、患者は進歩しているし、自分は治療終了後にますます大きな報酬を見出すことが出来る/分析家は面接時間に終わりが存在することで憎しみを表現出来る/分析家は、患者が幼児だった時に汚れる仕事をしてきた人々の成功を活用して設ける 等々(これらは、主として神経症的な患者との分析に関連していること)

分析家の抱く“憎しみ”(精神病者との分析において)

- ・精神病者との分析では、上記とは全く異なる形式と程度の重圧が分析家に担われる
- ・ウィニコットの「まずい仕事」の例
精神病的な女性との分析中に「私に要求していることは、ほとんど枝葉末節にこだわることに過ぎない」と言ってしまった(この場面では失策)。夜に、天井桟敷にいて、1階席の人々が芝居を見ていることに気付く、不安になった(自分の身体の右側がない)夢を見た。<夢の理解>患者には「自分のものとして認識される身体がなく~彼女が私に要求していたのは、私が彼女の心に単に心だけで話しかけること」であった。彼女の身体に関わろうとすると、身体の右側がなくなってしまう夢を見たが、それは、(phantasyとしての)身体の関係性を否認しようとする患者のニードに影響されているもの、という無意識的交流の理解。患者のニードに反応して、ウィニコットが精神病的な性質の不安を引き起こし、それを容認し難く、

苛立って失策をしたという理解に繋がった

・分析家には、長い期間、自分のしていることに対する理解を患者に期待せず、重圧に耐える覚悟が必要。そのため、自分の恐怖や憎しみに抵抗なく気付けるようになっていなければならない

・(脱線した話?)最後には、分析の中で分析家が経験していることについて、何を経験しているかを患者に話さなければならない。ただし、そこまで分析が到達出来ないこともある。患者の過去にあまりにも良い体験が少ない、転移の中で利用する早期乳幼児期の満足な関係がない、等。分析家が、患者の生活に一定の環境の不可欠物を初めて供給するような場合、神経症的な患者にとっては当然のようなことが、大きな意味を持つ。例えば、神経症者では、寝椅子・暖かさ・心地よさは母親の愛情の象徴となるが、精神病患者では、寝椅子は分析家の膝や子宮そのものに近いものとして体験される。部屋の暗さ・明るさの持つ意味の違い

・分析家の憎しみが患者から実際に求められるが、そこで求められるのは「客観的に存在する憎しみである」。例えば、崩壊家庭の子どもが家庭に引き取られる。養子となった子どもが、新しい家庭を徹底的に testing する。そして、保護者がその子どもを憎む能力があるかどうかを確認する。子どもは、憎まれることに達してから、初めて愛されることを信じられる

・(一例)第二次世界大戦中、ずる休みという理由で疎開児童の収容施設に送られて来た9歳の少年。6歳から、家庭・他から逃げ出すことを繰り返して来たのと同様、治療から(?施設から?)も逃げ出した。少年は逃げ出すことで、無意識的には、迫害的なところ故に母親を攻撃してしまうことから母親を保護した、と理解出来るし、それを解釈した。ウィニコットの自宅近くの警察署で少年が保護され、ウィニコットと妻は3ヶ月間少年を預かった。少年は最高に愛嬌があり、最高に腹の立つ子ども。少年が出て行くときに、自由と電話代を与え、逃げた少年は電話をかけ、ウィニコットらは警察署に連れ戻しに行くことが繰り返された。そのうち、逃げることで“母親”を保護するあり方から、「内側への攻撃を劇化し始めた」。特にウィニコットが留守の間に少年は最悪の事を起こし、ウィニコットは何かあると昼夜を問わず少年に解釈。少年は、正しい解釈を評価した。このような少年のパーソナリティの変化が、ウィニコットの中に憎しみを引き起こした。ウィニコットは憎しみについての理解があったので、悪いことをした少年を殴らず、外に追い出し、呼び鈴を押して少年が再び入ってきても過ぎたことについては何も言わなかった。重要なのは、「こういうことが起こると、それが私に少年を憎ませることになるのだと話した」こと。少年にとっては進歩となり、ウィニコットにとっては、「手綱を緩めることなく、堪忍袋の緒を切ることなく～少年を殺してしまうこともなく、私はその状況を容認するために重要だった」(少年の行動によってウィニコットの憎しみが引き出された、と理解される)

・上述の少年との関係と同様、分析家-精神病患者との関係や母親-赤ん坊の関係においても、赤ん坊/患者が母親/分析家を憎む前に、あるいは、母親/分析家が自分を憎んでいるということを赤ん坊/患者が知る前に、母親/分析家が赤ん坊/患者を憎む(ウィニコットの主張したいことらしい)

母親/分析家が赤ん坊/患者を憎むことに関する考察

・Freud,S.(1915)「本能とその運命」

「満足を得るという目的のために、本能は対象を努力して求め、これを“愛する”。しかし、本能が対象を“憎む”というのは、われわれに奇異な感じを与える。したがって、愛と憎しみの態度は、その対象に対する本能の関係を特徴付けるとは言えないが、全体としての自我と対象との関係のために取って置かれている～」

- ・Freud,S.の記述について、「乳幼児が憎んでいると言える前に、人格が統合されるはずである」ということを意味しているのではないか?すなわち、乳幼児の興奮や激怒は、憎しみの中で行われるのではないのではないか?(興奮や激怒に対して、母親/分析家が憎しみを引き出され、それが投げ返されていく過程がないと、乳幼児の中に“憎しみ”という概念が出来ない)→この段階を「無慈悲な愛 ruthless love」としてきたが、これは受け入れられるであろうか?
- ・母親ははじめから乳児を憎むもの。Freud,S.は、母親が男の子に対しては愛だけを抱くと考えたように思えるが、それに対しては疑問が残る(根拠は p238 に列挙)
- ・分析家は、新生児の母親に匹敵するような心的体験(憎しみの体験)をする
- ・母親/分析家は、赤ん坊/患者を憎むことを容認出来なければならない。母親/分析家は、赤ん坊/患者に傷つけられた時に、報復してしまうかもしれないという恐れのために、適切に憎むことが出来ないと、尻込みしてマゾヒズムに頼らなければならなくなる。母親/分析家の注目すべき点は、“大いに傷つけられながら、子どもに報復しないで大いに憎むことが出来る能力、後日あるかもしれないし、ないかもしれない報酬を待つ能力”である
- ・子どもが発達するにつれて、自分自身の中の憎しみを容認出来るようになっていくが、そのためには、「憎むための憎しみ」が必要
- ・患者に対する憎しみを分析家が解釈することについて。注意深く配慮されたタイミングで行わなければならない(根気と耐性が必要)。分析家の見解に患者が同一化する能力がないこともあるし、患者が生々しい愛し方でなす事柄によって分析家の中に憎しみが生まれる場合があることを患者は理解出来ないこともあるので、タイミングを見計らうことが必要
- ・より精神病的な患者の治療においては、治療者側に憎しみが生じることについて学ぶことが重要。それによって、治療者側のニーズに適応するような治療をしてしまうことが避けられる、というような何らかの希望が持てる

【考察】

- 1)「客観的な逆転移」に分類出来るかはわからないが、自閉症傾向・精神病水準・重症境界例といった患者との長期的心理療法において、私が怒りや憎しみを抱くことは頻繁にある。特に、患者が悪気なく、迫害的心性に基づいて私に不信感を向け攻撃的になったり、転移外の話でも迫害的心性に基づいて他罰的になったりするとき、私は腹立たしくなり、保持するトレーニングを受けていなければ患者を責めるかもしれないと思う。長期的な心理療法の中で、憎しみや不快な感情が生まれやりとりされるのは必然であると考えられるし、ウィニコットの主張に賛同出来る(賛同なのか、同一化なのかは不明だが、臨床感覚としては必然のことに思う)
- 2)患者の興奮に対し、治療者が「憎しみ」(あるいは、別の情緒の表現でも良いが)というもので括るとき、患者が訳のわからぬ情緒体験(興奮)のある概念で括り、扱えるものとなっていくことも、長期的心理療法の中では自明のように思われる(ただし、これが自明のように思われるのは、ウィニコットやビオンの概念に触れているからであろう)
- 3)「無慈悲な愛」、あるいは、無慈悲な段階といった考え方、子どもの発達においてこのような段階があるし、成人でも統合されていない段階の患者では同様であろう、という考え方は、ウィニコットが子どもも重症な成人もみていたからこそ産まれたように思われる。象徴が機能する水準の成人だけを扱っていても、なかなかこのような発想に至りにくいのではないか?「興奮」→憎しみを向けられる/愛されていることを信じ

られる・「統合」されていく→後々自分の中に「憎しみ」という感情を見つけることができる)

【疑問点】

1)p230 第2パラグラフ「愛と憎しみの同時発生は、原初的な愛の衝動を複雑にする攻撃的な構成要素とは異なるものであり」。何のこと?これは、aggression が元来人間の中に備わっているという Klein,M.の考え方のこと?

【議論したい点】

1)憎しみや怒りなど、不快な感情を保持しておくことは非常に大変な作業のように思う。皆さんはどうやってこの苦行に耐えているのでしょうか?治療者が「憎しみ」を保持しておくことや、何が患者によって引き起こされた「憎しみ」なのかということに思いを巡らせることにおいて、やはり、背面法のような設定はかなり有用であるように思われる(対面法は、治療者側の「憎しみ」が伝わってしまうのではないかと、という治療者側の不安を惹起するよう思われる)が・・・他に皆さん、何をどうしているのでしょうか??

2)患者への憎しみなど不快な感情を持ち、患者もまた、面接を苦痛に感じているような期間を超えると、面接は非常にやりやすくなるし、患者の語りも生き生きとしたものになることが多いように感じる。子どもの例では、「憎まれることに達してから、初めて愛されることを信じられる」と述べられているが、治療者側は、(常にではないが)憎しみや怒りを乗り越えられると患者を愛することが出来るのではないだろうか?

3)ある種の現象を“aggression”と捉えるのではなく、「興奮」「無慈悲」と捉えることは、治療者が逆転移に左右されず患者と接することをやりやすくするように思われる。Klein,M.の考え方に対し、新しい見解を提示しているように思われる。ただ、臨床の中では、「興奮」として扱った方が感覚的に fit する事例と“aggression”として扱った方が fit する事例があるように思う。私の経験では、前者は、共感される/愛される、といったことを前提としていて、それが得られないときに怒り狂う患者、後者は、羨望が主な病理となる患者や愛されることに怯える患者である。そのように考えると、ウィニコットの発達論ではカバーしきれない事例があるように思うし、aggression が二次的なものとも言い切れないように思う