The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	逆転移に関する考察 : 分離と融合を巡って
Author(s)	吉田, 圭吾
Citation	大阪大学人間科学部紀要. 1992, 18, p. 81-99
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/6267
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

逆転移に関する考察

― 分離と融合を巡って ―

吉　田　圭　吾

逆転移に関する考察
― 分離と融合を巡って ―

第一節　はじめに

本論文では、心理療法において最近重要視されている、逆転移（counter-transference）という概念について論ずる。

心理療法は、技法を頼りにして治療者がクライエントに関わり、クライエントが症状や問題を解決するように援助することをその目的としている。そのときに、クライエントの話を聴くにあたって治療者に求められていることは、Freud によれば、ただ耳を傾けること、そして聞き取られる一切の事柄に対して「差別なく平等に漂わされる注意」を向けることである。(Freud (1912)) それの意味するところは、特定の意図をもって注意を向けると、そこに治療者の主観的な期待が入り込みやすく、クライエントの真に言おうとしていること、無意識的なメッセージから逸れてしまうということである。それ故治療者は「無意識的記憶」に身を委ね、クライエントの提供する無意識に対して、自分自身の無意識を受容器官として差し向け、クライエントの連想を決定している無意識そのものを再構成する。Freud は、どんな批判・選択を行なうこともなしに話さなければならないという「精神分析の基本原則」をクライエントが遵守することと上記の態度を対として考え、そのような態度を保つことのみが精神分析の唯一の技法であるとした。

この Freud の定式化は、カウンセリングにおいて、治療者が自分の考えを押しつけることなく、クライエントの語りに真摯な態度で耳を傾けるときの原則として、あらゆる心理療法に共通していると考えられる。しかし、自分自身の無意識を受容器官として差し向けクライエントの無意識を再構成するという原理そのものが、ひとつの困難な問題を提供する。それは、治療者における無意識と、そこで患者の無意識を再構成する治療者の意識との間の風通しが良くなければ、このような試みは主観性を避けることができないということである。例えば、自分自身が自立に関する葛藤を抱えている治療者は、クライエントに自立の問題が生じたときに、恐れや嫉妬の感情を感じ無意識的にその自立を押さえ込もうとするかもしれない。このような、治療者の無意識的な感受性のうえに生ずる治療者側の主観的な感情を Freud は逆転移（counter-transference）と呼び、治療に於いて抵抗として働くと考えた。すなわち、いかなる治療者も、「ただ自分自身のコンプレックスや内的抵抗が許容する範囲でしか」(Freud (1910)) 治療を進めることができないということである。治療者がいかに真摯な態

度でクライエントの話に耳を傾けても、治療者自身が受容できない事柄は治療のなかで盲点として働き、もしそれがクライエントにとってその場で取り上げられるべき無意識的な内容であるときには、治療はそこで停滞せざるをえない。それ故に、治療者はまず自分自身が分析を受けることが必要条件となり、そのうえで治療者は逆転移を可能なかぎり克服し客観的な態度でクライエントに接することが要求される。

一方、逆転移という言葉には、何種類かの含みがある。ひとつには、counteract という単語における counter-（逆、対抗）に対応する、クライエントの転移とは逆方向の治療者からクライエントへの転移という意味であり、もうひとつが counterpart における counter-（対、類似）に対応する、クライエントの転移と対をなす治療者側の転移という意味である。転移というものは、治療がクライエントの痛いところつまり心理的コンプレックスに近付いたときに、それを思い出す代わりにそのコンプレックスのなかで体験された感情を治療者という人物に向けることである。そこから理解されるのは、それがひとつには抵抗のあらわれであるということであり、他方、その時の感情は、幼児期のコンプレックスにまつわる過去の感情が治療者に置き換えられ反復されたものであるということである。このような転移が治療者側に、クライエントの転移と対をなす形で現われた場合、そこで治療者がある無意識的内容を受容することに対する抵抗は、クライエントがその同じ内容に対してもつ抵抗と対応していることが考えられる。この場合、治療者が自分の逆転移を意識化することにより、患者の無意識内容とそれに対する抵抗のあり方を理解する発端となりうる。

さらに、転移とは投影のひとつの形式であるが、Meier（1959）は、クライエントの投影を捉える治療者側の要因を鉤（hook）と呼び、クライエントの投影を鉤によって受け取ることが治療者に逆転移性効果（counter-effect）を及ぼし、その一連の過程を対称的に繰り返すことにより、治療的弁証法の過程が進行すると述べた。このように考えると、治療者の逆転移は、抵抗や盲点をもたらすどころか、治療者がそれを意識化できるかぎり、クライエントの語りの意味を洞察する手段として利用できるのみならず、心理療法にとって不可欠な要素となる。

逆転移の概念は、これまで長い間にわたって拡大し続け、数多くのさまざまな意味を含むようになり、その当然の帰結として厳密さを失いつつある。クライエントに対する治療者の態度や行動の全体を記述するものとして逆転移を使う場合（Balint（1949））もあるが、このような定義は逆転移という現象の幅の広さや取り扱いの難しさを明快に表しているとはいえ、その概念を実際上無意味にしてしまう恐れもある。逆転移の形式や内容は、治療者の性格や潜在的な心理的問題、クライエントの性格や心理的問題の質と深さ、治療状況などによって克服すべきものであったり、必要不可欠なものであったりする可能性を問題にする必要がある。ここでは、治療者とクライエントの分離（detachment）と融合（fusion）という概

念を使用することで、逆転移の数多くの用法を多少とも整理することを目的としたい。

第二節　古典的逆転移（classical counter-transference）と全体的逆転移（totalistic counter-transference）

Kernberg（1965）は、逆転移の概念を巡るふたつの対称的な流れを古典的逆転移と全体的逆転移と名づけた。古典的逆転移とは、クライエントの転移に対する治療者の無意識的な反応として定義される。この逆転移の主な源泉は治療者の神経症的な葛藤である。（Reich（1951,1960）; Glover（1955）; Fliess（1953））例えば、Fliess は、「逆転移は決まって抵抗であり、かならず分析されねばならない」と述べている。一方、全体的逆転移とは、治療状況における、治療者からクライエントへの全体的な感情反応と見做される。この場合、治療状況における治療者のクライエントへの意識的及び無意識的反応は、クライエントの転移に対するとともにクライエントの現実に対する反応でもあり、また、治療者の神経症的な要求に対するとともに治療者自身の現実に対する反応でもあると考えられる。（Cohen（1952）; Fromm-Reichmann（1958）; Heimann（1950）; Racker（1968））

古典派による全体派への批判は、逆転移の概念を拡大することは治療者の情緒的反応を過度に重要視してしまい、治療者が遵守しなければならない中立的な立場から離れてしまうことが有害に働くということである。たしかに、治療者の意識的及び無意識的な態度の全体を逆転移として考える立場をとると、下手をすると治療者は面接の間自分のことばかりを考えていることになりかねず、そうなるとクライエントに注目し共感（同情ではない）していくという基本的な態度から離れてしまう。しかし、Reich も言うように、治療者の中立性は、超然とした冷たさや人間性の欠如を意味するのではない。Freud も、中立性は、治療者の自発性や自然な暖かみの欠如を決して意味せず、治療者が無頓着な無関心をもっていると、クライエントの側に強い抵抗が生ずると述べている。

全体派による古典派への批判は、逆転移をあまりに狭い意味で定義すると、逆転移を「悪い」ものにすることで、その治療における重要性をぼかしてしまうということである。すなわち、逆転移を「決してしてはならないもの」にすることで、治療者のなかに、自分の感情反応に対する恐怖症的態度が養われてしまい、そのことが治療状況に対する理解を狭めてしまうのである。また、クライエントの転移の影響とクライエントその人のもつ現実そのものの影響は決して分けられるものではなく、混ざり合っており、他方で治療者の現在の現実と過去の現実も融合しており、その全体がクライエントと治療者との非言語的なコミュニケーションについての重要な情報を提供する。そのうえで、治療者が、自分の情緒的な反応を、クライエントを理解し援助する有力な技法的道具であると感じることで、治療者は転移状況

のなかで引き起こされる肯定的な情動や否定的な情動に自由に直面することができ、それらを治療作業のために利用できる。

お互いのこのような批判に接すると、どちらの批判もある意味で正鵠を得ているように思われる。このような場合、どちらが正しいというように判断するのではなく、両方の逆転移の取り扱い方が、ふたつの異なる次元に対応していると考えたほうが実りが多い。ところで、心理療法の成功に本質的であるといわれている治療者の機能に、分離と融合がある。Freudは、分析家は患者の葛藤や転移に巻き込まれることなく、中立的な立場をとるべきであり、分析家は治療場面で鏡のように機能することを目指すべきであると述べた。分析家は患者と一定の距離を保ち、患者の提示する材料の意味を、解釈を通じて患者に対して映し出すということである。これは、治療者の分離の機能と呼ぶことができる。このような機能を重視すれば、治療者側の個人的な感情はその中立的な立場を破壊する有害な現象と見做され、克服すべきものとなる。一方、心理療法において、共感が重要な役割を果たしていることも事実である。ここでいう共感は、クライエントの葛藤や問題を自分のものであるかのように感じることのできる能力のことであり、分析の用語を使えば、そこでは同一視という機制が作用する。これは、治療者の融合の機能と呼ぶことができる。このような機能を重視すれば、治療者に沸き起こってくる個人的な感情は、患者の問題を深く共感するときに当然生じてくるべきものとなり、その感情を通してクライエントの問題を理解することが大切になる。

Little（1951）は、治療者において同情と共感とを区別しており、その両者を区別するのが分離であり、共感と分離が分析において本質的であるとした。同情も共感もどちらも同一視に基づいているが、同情は分離によって共感になる。分離は、時間と距離という因子を導入しながら現実検討という自我機能を使用することでもたらされる。そして、逆転移の使用が実り多くなるのは、この時間と距離の間隔の保持に役立つからなのである。時間の間隔によって患者は自分の体験を即時的に干渉もなく感じることができ、患者にとってもそれを過去のものとすることができる。また、距離の間隔によって、その体験は患者だけのものとなり、自分自身を心的に分析家から離しておくことができる。しかし、分離が生きてくるためには、そこまでの段階で治療者のクライエントに対する十分な同一化が起こっていなければならず、そこにおいては、同情と共感とが区別しにくいような、治療者とクライエントの間の融合状態が生じているのである。Gitelson（1952）は、患者の人格への全体的な反応である転移反応と、患者の提示する材料に従って変動する部分的な反応である逆転移反応とを区別し、治療の初期においては転移反応が生じやすいと述べているが、Cohen（1952）は、転移反応は治療の初期段階に限らず全般にわたって存在しており、潜在的には逆転移反応と区別しにくいとしている。そのように考えると、転移と逆転移がどちらに属するのかという問題の設定の仕方がそもそも分離の機能に属しているのであって、治療の初期状態やその後の

しばらくの間はそのような問題を明確にすることのできない融合状態が続くのであり、その融合状態を十分に発展させたうえで治療者の分離機能に従って洞察や理解が生じるのである。よって、融合の機能を強調するときには、分析状況とは、二人の参与者の過去と現在が、お互いの過去と現在への反応とともに、両者を巻き込む一回性の情動的ポジションの中へと融合していくような、相互作用の過程として理解される。

このような融合状態において逆転移を取り扱う場合、その逆転移感情を克服し消し去ることが目的でなく、その逆転移を維持したり、瞬時に現われる逆転移に注目し、それをしばらくの間保持しクライエントを理解するために利用することが重要になる。Racker（1968）の言う適切な逆転移は、このような多少とも融合状態にあり部分的に同一視し合う治療者とクライエントとの間の治療的関係を説明しうる概念であるといえる。融和型逆転移は、治療者が、自分の性格の各々の部分（例えば自分の自我）をクライエントの人格の対応する部分（クライエントの自我）と同一視することであり、同一視が幻想的にならない限り、共感と同情をもってクライエントの力動に同行しているという融合の一つの指標となる。また、補足型逆転移は、クライエントが分析家を投影された内的対象として取り扱い、その結果補足的に、分析家もそのように取り扱われたと感じ、そのような扱いに適切な情動を体験することであるが、これは、クライエントの内的生活のドラマの中で、分析家がある内的対象と無意識的に同一化していることになり、これもクライエントと治療者とが補足的にクライエント自身の内的なドラマのペアを為す意味で融合の指標となりうる。実際の治療のなかでは、治療者は、クライエントの自我や超自我に融和的に同一視したり、クライエントの転移してきた恐ろしい父的対象に補足的に同一視してクライエントにイライラを感じたりしながら、その両方の情動を抱えて治療状況を理解していくことになる。Fordham（1969）の同調的逆転移や、Winnicott（1949）の客観的逆転移なども同様に利用しうる概念であると云える。

以上の例は、治療者の側がクライエントの内的な世界に耳を傾け、それを理解しクライエントに共感しようとすることで、治療者が意図的に自己と他者との境界をクライエントの方へとずらすことによって生じる融合と考えることができる。ところが、あるクライエントとの治療の過程で、治療者側の神経症的な傾向により、治療者が退行を起こし、境界を一挙に取り除くようなことが起こりうる。この現象は、Fliess（1942）によって、過度の永続的な患者との同一視である逆転移性同一視（counter-identification）、またRacker（1968）によって神経症的逆転移（neurotic counter-transference）と呼ばれている。また、Reich（1951, 1960）によれば、ある種の患者との分析関係の中で、分析家の潜在的な性格障害が露呈する場合もある。これを、彼女は永続的逆転移（permanent counter-transference）と呼んでいる。このような、治療者側の過度の退行は、Kernberg（1965）によれば、治療者のなかに、痛ましい外傷体験を伴う抑圧され解離された早期の自我同一性を含み、前エディプス的な攻

撃衝動が生じやすい。治療者側にそのような退行が生じた場合は、クライエントを傷つける危険が非常に大きい。この時治療者は、すみやかにこの事態に気づき、クライエントに対する過度の同一視を止めることで治療関係を回復しながら、自己分析を同時進行で進めなければならない。ただし、このような破壊的な融合が生じたのは、やはりそのクライエントの影響も否定し得ないので、転移－逆転移の文脈で考察することもできる。

ところで、このような強い逆転移が、治療者側の要因よりも、患者側の病理の深さによって生じることもある。重篤な性格障害や、境界例、精神病的な体制化のレベルの患者は、激しく未熟で急速に変わる転移によって、治療者のなかに強い逆転移を引き起こすことがある。この点については、第四節で論じたいと思う。

第三節　ユング派における逆転移

ここまで、フロイト派の理論を中心に逆転移という現象を考察してきた。Jung は、初期には Freud の理論を広めるために力を注いでいたが、互いの相違に気づいてからは、Freud から次第に離れ、独自の心理療法論を展開していった。Jung の独自性は、心理療法を、治療者とクライエントの二人の人間の間の対話もしくは対決を示す、弁証法的な手続きと考えたことにある。彼は、クライエントの個性を尊重することに力点を置き、「いやしくも個性的な人間を心理的に治療しようとするかぎり、善かれ悪しかれ自分の方が良く知っているとか権威をもっているという気持ちや、影響を与えようという気持ちをすべて捨てなければならない」(Jung (1935)) と述べ、Freud の言うような医者としての分別を堅持することから離れ、相互の見方を公平に比較するという前提に基づいた弁証法的手続きを提唱した。そのために、治療者は自分の予見によって制限されることなく自分の内容を十分に表現し、その表現によってクライエントの体系が治療者の体系に関連させられ、それによって治療者の体系に反応が引き起こされる。この反応は、治療者が個人として正当にクライエントに対置することのできる唯一のものなのである。このように、Jung にとって治療者における反応としての逆転移は治療に不可欠なものなのである。さらに、Jung は、「人は一つの心的体系であり、他者に影響を与えるときには、その体系はその他者の心的体系との相互作用に入り込む」と述べ、分析家は、クライエントと同様に治療の心的過程の一部であり、それ故彼もまたその変容を与える影響に曝されていると考えた。すなわち、分析家がこのような影響に鈍感で自分が変わろうとしなければそれだけ、クライエントへの影響力を失うのである。Jung の考えに従えば、逆転移が治療者の側に生じたとき、それを心理療法の中におけるクライエントの理解に利用するということだけでは十分ではなく、その逆転移反応をクライエントや治療者自身の現実を表すものとしても真剣に受けとめ、治療者自身も自分自身の生き方や神

経症的傾向やそこまでの治療の進め方などについてもう一度考え直すことが重要になる。

このように、転移と逆転移を治療的人間関係に本質的なものと捉えることは、ユング派の分析家に共通して見られる。Kraemer（1958）は、認知されていないときには危険であるとしながらも、心理療法が全体的人間関係であるためには、逆転移を正常であり避け得ないものと考えなければいけないとしている。Jackson（1961）は、Jung が Freud の寝椅子を使い患者の見えないところに隠れる方法から決別して、肘掛椅子を利用し対面法で面接するようになったことに注目し、対面法における直接性が逆転移の有効な利用につながったと述べている。Newman（1980）は、Jung の、個性化過程と練金術過程の類比に基づいて、心理療法を第一質料（prima materia）と方法（theoria）という二極面に分けて考察している。彼によれば、第一質料の段階において、クライエントから材料を生じさせる分析家の潜在的あるいは顕在的なあらゆる因子は逆転移に属するという。例えば、夢について尋ねることや料金の設定、一つ一つの質問、得られた材料に対する分析家の反応などである。次に、方法の段階において、得られた材料から心的世界を作り出すことに関わる理論的前提や知識、教育分析も逆転移に属するという。その意味で、治療理論や学派の選択も逆転移に属するのである。Racker（1968）のいう副転移はこのような逆転移に属するであろう。心理療法において、治療理論はこのテオリアの段階において必要なものであるが、治療者があまりに一つの理論に固執すると、セオリーがテオリアから離れてしまうのである。また、彼は、意識も、クライエントのことを理解できたとか分かったと断定するときには、有害な逆転移の罠となりうると述べている。このように、Newman は、逆転移を、他者と知り合うための、唯一の手段であるとしている。

このような考え方は、治療者と患者をはじめから区別する Freud の理論に比べて、互いに影響を与え合うという意味で、治療者と患者の交感や融合を強調したものだと考えることができる。しかし、もし、心理療法に分離と融合の両者が必須であるならば、ユング派において分離の機能はどのように働くのであろうか。

Moore（1972）は、元型が関係づけられるのは、治療者と患者の各々を経由することによってこそなされるので、治療関係のなかに我と汝が布置される必要があると述べている。患者は、分析家を、自分の投影を受け入れる適切な容器として扱う。そのとき、適切な分析家は、これらの投影との同一化と自分自身の現実との間のバランスに頼り、その心的な切れ目（gap）、自分と患者との弁別の維持に頼る。そうして初めて、普遍的無意識に属する元型は共有され、各々の参与者が、自分自身の経験と神話によってその元型と関係することができる。弁証法的な手続きは、単に二人の人間の結合を促すだけでなく、常に互いの反応の差異を確かめることで、我と汝を両者の間に形成し、二人でひとつのものを深いレベルで共有するという体験をもつことを可能にする。もし、この我と汝という分離のないままに関係が進行すると、

強い力をもつ元型的な体験に二人とも巻き込まれるという事態が発生し、それは両者の精神的健康を害するような破壊的な作用をもつ。ユング派における逆転移の利用は、治療者の神経症的逆転移を避けるためだけでも患者の転移を理解するためだけでもなく、そのような破壊性を避けるために、治療者とクライエントとの境界を維持するという役割をもつ。

ユング派の分析家Meier（1959）は、この弁証法的な手続きを、主体－客体関係に基づき微細に記述した。彼はまず、対称性の原理に基づき、治療者と患者を、投影の送り手と受け手とに分け、投影は無意識に起こり投影された内容も送り手にとって無意識的なので、送り手は受け手と話し合うことにより、投影された内容を意識化し、投影を引き戻すことが送り手の意識の発展につながり分析の利点となるとした。このような関係が対称的、すなわち相互的であるというのは、治療者の方も患者に無意識的に投影し、患者を誤解するということがままあるということである。これは、Jung（1935）の、患者の抵抗はまずはじめに真剣に受けとめられなければならないという指摘とつながる。患者の抵抗は、無意識的な内容が脅威的であるからという理由からだけではなく、分析家の投影に対して拒絶的な態度を示していることも考えられるからである。Meierの論文では、このことが一般化されている。すなわち、投影の受け手には、その投影を受けるに値するような鉤があり、投影の受け手は逆に、なぜ自分がそのような投影を受けたのかを真剣に考えなければならないのである。例えば、治療者に呑み込まれるというような激しい母親転移が患者に生じた場合、その転移を患者の幼少期の母親体験として解釈をするだけでなく、治療者自身も、個人的な問題からその呑み込むような母親に同一視して患者を脅かしていないかと内省する必要がある。

以上のように投影が引き戻され、投影された属性がどのくらい主体に属しているかを認識するようになると、次の問題は、主体にその投影を為さしめたものは何かということである。それを彼は、投影生成因子と名づけ、投影する主体（a）、投影を担う客体（b）、投影生成因子（c）との三者で、三元的体系をなすと考えた。患者（a）は、分析家との話し合いの中で、投影生成の主体が自分のなかにあり、投影された内容は自分に属し、その源泉はcから沸き起こったということを認識する。

ところで、分析の初期においては、投影生成因子は主体のなかに帰属できるが、投影のなかに元型的な内容が現われるや否や、投影生成因子は普遍的無意識へと変わる。元型の現前の指標は、(1)情動的反応が圧倒的で、主体がそれを処理できない、(2)投影の担い手もそれに影響され、適切な行動が取りにくい、(3)分析家が膨張（inflation）を起こしやすい、(4)膨張は、治療者が少なくとも部分的に投影された内容に同一化することにより生じる、などである。そのために、治療者が老賢者元型に同一化して、患者を過度に依存させたりする。このようなときには、投影はもはや治療者やクライエントのどちらに属しているとは云えず、その場合布置という表現を用いるのが適切であるとしている。このようなときに主体としての

治療者に要求されるのは、客体としての患者よりも意識の領域が広いということである。そうすることで、主体と客体との間の「切れ目」(cut) は客体の方へと移動していき、その意識化の力によって客体を取り扱っているのか主体である自分自身を取り扱っているのか分からなくなる場所まで至ることができるのである。そこに、aにとってもbにとっても客体であるような元型的イメージが生じる。それは治療者にとっても情動を揺り動かすものであるが、治療者がより意識的で在りより安定した人格をもっていることで、情動反応を弱らせ、現象全体を正しく観察し自らの全体性から答をもたらすことができる。

以上が、Meier の考え方であるが、融合状態の中で深い体験をするのが治療の目標でありながら、それまでの過程で分離を丁寧にやりぬく根気が必要なのが分かる。また、このような元型的な体験をする深い心理療法が全てではないということも心に止めておく必要がある。Jung (1935) によれば、心理療法は患者の多様性によって重層的であり、一つは助言によって改善される場合、一つは告白によって治る場合、もう一つはフロイト的な還元的分析で治癒される場合、そして最後が個性化 (individuation) の過程を歩む場合である。この、患者の多様性は、症状の軽重に関係なく決まるので判断は難しいが、元型的な体験を必要としているのは最後の場合である。全ての患者でそのような体験を起こそうとする治療者の態度は、それこそが逆転移として分析されねばならない事態といえるだろう。

第四節　逆転移と投影性同一視

ここまで、分離と融合という治療者の二つの機能に沿って、治療者側の反応としての逆転移の問題について考察してきた。そうして、フロイト派においても (Grinberg (1979) ; Ogden (1979)) ユング派においても (Gordon (1965) ; Schwartz-salant (1988) ; Field (1991))、治療者の中立性や治療者の意識化の領域の広さによって、ある程度治療者が、自分とクライエントとの距離を調節しながら、心理療法は進んでいくのであり、その過程に逆転移が深い関わりをもつことが分かった。

一方、第二節でも触れたように、重篤な性格障害や、境界例のクライエントの場合、治療の初期から未熟で移ろいやすい転移を治療者に向け、治療者に激しい逆転移を起こさせる。その場合、引き起こされる治療者の激しい情動反応は、治療者の個人的な問題から生じているというよりも、クライエントの未熟でカオス的な転移から生じたり、治療者が心理学的な不安に耐える能力があるからこそ生じるというべきであり、それ故、共感能力のある治療者がそれらのクライエントを治療すると、治療者に引き起こされる逆転移感情はかなり似てくるという特徴がある。(Kernberg (1965)) また、前節の表現を使えば、弁証法的な手続きによって、投影の引き戻しを少しづつしながら、融合状態を作っていくというプロセスにク

ライエントが乗らず、いきなり融合状態を作り出そうとしたり、逆に突然融合を拒絶したりするということができるだろう。

このようなクライエントを理解しようとするときに、最近フロイト派においてもユング派においても注目されている概念に、投影性同一視（projective identification）がある。投影性同一視とは、Klein（1946）が分裂機制を理解するときに提案した概念で、彼女は以下のように定義している。「様々な幻想の中で自我は、投影を通して外的対象（なかんずく母親）を所有するようになり、その対象を自己の延長としてとらえ作りなおしてしまう。対象はある程度まで自我を象徴するものとなる。私は、これらの諸過程が投影による同一視、ないしは投影性同一視の基礎になると考えている。…投影性同一視の基礎となる過程は、初期の乳房との関係の中ですでに機能しているように思われる。“吸血鬼のように”乳房を吸いつくしえぐり取るということは、幼児の幻想の中では、乳房に入り込む通路となり、さらに母親に入り込む道を作るものとなる。」投影性同一視は、投影や取り入れと比べ、より原始的な防衛機制である。投影ならば、まず耐えきれない衝動や経験を抑圧し、次にある対象にそれを投影し、防衛を固定化するために対象と自分自身との間に距離を置く。それに対して、投影性同一視は、自己の耐えきれない衝動を外的対象に投影し投影された自己の一部とその外的対象とを同一視するが、その対象と十分な距離が取れずにさらに外的対象に対して、その投影されたものを取り入れそれに同一化するように操作（manipulation）する心理過程である。Gordon（1965）によれば、投影は、対象が他者であるという主観的体験を含むが、投影性同一視は、この経験を取り消しまたは回避する。よって、投影性同一視は、主体と客体との、また内的世界と外的世界との混じり合いを意味するある種の融合として考えられるという。

投影性同一視は、当初、原始的防衛機制として、また、分析の中で取り扱いにくい現象として、否定的な含みを多分にもっていたが、転移や逆転移がそうであったように、次第に肯定的な面が強調されるようになった。Malin and Grotstein（1966）は、投影性同一視は防衛的な意味をもつと同時に、対象との関係を維持するための一つの方法であると述べている。また、Ogden（1979）は、コミュニケーションとしての投影性同一視は、自分の感情と同じ気持ちを他人のなかに引き起こしそれによって他人に理解され他人と「一体」であるという感じをもたらす一つの過程であると述べ、投影性同一視と共感との関連を考察した。

Bion（1957,1959）は、正常な投影性同一視と、外界を奇怪な対象に満ちた迫害的なものと感じる病的な投影性同一視とに分けた。正常な場合、患者は投影性同一視を介して自分の内的状態を押しつけ、治療者がそれを受容できないと、患者は自分のコミュニケーションの方法が拒否されたと感じる。幼児の発達の基礎をなす母親との相互交流は、正常な投影性同一視とそれに対応する取り入れ的同一視に由来しているので、治療者は、患者が投影性同一

視を通して必死に処理しようとする恐怖を自ら体験し、それでいてなお安定した気持ちを保っていることが重要であるとした。これを、Bion は抱える能力（capacity to contain）と名付け、治療の本質的な要素であると考えた。

投影性同一視の特徴は、その対象操作性にある。発達的に見れば、投影性同一視は、対象との境界が作られかけた時期と関係があり、対象のなかに無理遣り入り込み、投影された自己の部分を通してその対象を支配するのである。よって、逆転移の問題として考えれば、治療者は無意識のうちにクライエントに操作されて、彼の内的対象を取り入れ、言い様のない無力感や腹立たしさを感じさせられる。投影の場合、治療者が過度の逆転移を起こしていないのなら、クライエントによって投影された内容に対して、治療者は違和感を感じる。しかし、Rodrigue（1966）が忍び込み型投影性同一視と名付けたように、投影性同一視の場合は、投影された内容は治療者自身の内側から忍び込み、患者から押しつけられたとは意識しにくい。

一方、投影性同一視による逆転移の取り扱いが難しいのは、単に意識化が困難であるということだけではない。もし、治療者が防衛的にクライエントに接することで、クライエントの操作にまったく乗らなかった場合、さらに投影をし続けることで、自分自身がまったく空虚になってしまうか、自分がせっかく治療者に差し込むことを願い伝えようとした自分自身の断片を、治療者がなにか悪いもの、価値のないものとして拒絶したという喪失体験をもつことになる。Gordon（1965）によれば、投影性同一視の目的は、母親と再結合し融合するために、母親に入り込もうとする試みであり、分離を避け取り消すものとして、喪失体験を回避するものとして考えられる。また、他者の中に入ることは、再生が準備されうる良い子宮を探しにいくためでもある。しかし、融合することによって個としての自分が死んでしまうという恐怖もあわせもっている。それ故、治療者は、逆転移を意識化することは必要であるが、Kernberg（1987）の述べるように、患者の投影性同一視をしばらくの間は解釈せずに吸収し、患者の攻撃性を、反撃したりそのもとに崩れ去ることなしに、耐える能力を示す、すなわち、Winnicott のいう、「抱える」(holding) 機能を応用すべきなのであろう。治療者が、患者の投影したものを「抱える」ことにより、次第に患者も投影した内容を自分に属するものとして「抱える」ことができるようになるまで、待つ姿勢が要求されるのである。

第五節　おわりに

ここまで、治療者における分離と融合の機能に沿って、逆転移の問題を考察してきた。心理療法において、分離と融合の機能がどのような比率であるべきかは、治療者の性質と患者の性格や病理の深さによって、様々な事例を積み重ねることができるだろう。しかし、クラ

イエントと適切な距離を保ち、ある程度の安定性を確保しながら、クライエントの話に耳を傾けるためには、逆転移の意識化とそれのクライエント理解への利用は不可欠となる。決して、治療者が、自分の情動反応に恐怖症的な態度を取らず、面接の中で自由に振る舞えれば振る舞えるほど、クライエントも自由に自らを表現できるであろうし、治療も深まるであろう。

また、転移－逆転移という対で考えるときに、自分が治療者で相手がクライエントであるということをあまり強調しすぎると、相手が自分に何かを投影してきていて、自分はそれに反応していると考えることに囚われてしまい、投影を受ける時には向けられる側にも理由があるという「鉤」という概念を無視してしまう。ユング派では、最近このことを強調するために、逆転移という表現はふさわしくなく、随伴転移（co-transference）という表現を使うべきであるという考えも出されている。しかし、co- という接頭辞は「共同」、「共通」、「相互」、「同等」などの肯定的な意味しかなく、counter- の方が、「対抗」、「逆」、「副」、「報復」など意味の広がりが広いので、counter-transference の方が良いと思う。いずれにせよ、転移や抵抗を考えるときに、それらを真剣に受けとめることが重要である。強い転移や抵抗には、治療者側からの押しつけに対する個の主張と捉えることもでき、治療者側の逆転移や逆転移性抵抗（counter-resistance）（Lambert（1976））がそこに存在することも十分考えることができるからである。そのような時には、治療のセッティングや、治療者のもつ世界観、人生観やよってたつ治療理論そのものも逆転移として考え、内省することが必要になる。その意味で、多少の混乱は避けえないにしても、筆者は、逆転移を治療者の意識的および無意識的なあらゆる反応として考えることが治療上有効であるという立場をとる。

Kraemer（1958）は、逆転移と、ユングの「影」(shadow)との関係を示唆した。治療者は、クライエントに共感しなんとか理解しようと努めるのであるが、そのクライエントに対する態度が一面的になればなるほど、影も強大なものになる。そうなることによって、治療者はますます袋小路に陥り、自然で自発的な行動を取れなくなっていく。そのとき、逆転移は、治療者が全体性（totality）を回復するための指標として働くのである。

Jung（1935）は、心は非常に複雑なので、その本質を明らかにするためには、多くの二律背反を必要としていると述べている。分離と融合も、そのような二律背反として考えることができる。個としての自己を十分に確立することが大切なのか、それとも、他者と非常に深い関係を結べることが人生において重要なのか、簡単に答えを出すことはできない。分離を必要としているクライエントに、強いて融合をもたらすことは有害なこともあるだろうし、融合を必要としているクライエントに分離の態度で接するならば、そのクライエントは、深い傷つきと喪失感を体験するだろう。以上のように考えれば、心理療法とは、五里霧中と考えざるを得ない。そこで、方位磁石として役立つのは、クライエントの言葉や表現に真摯な

態度で耳を傾けることと、治療者自身の内側に生じている反応を抑圧することなく感じ取り、熟慮すること以外にはない。

最後に、Kernberg（1987）から一文引用しておく。彼は、治療者が逆転移反応の場全体に向けて開かれていることの重要性を指摘したあとで、分析家による「患者への関心は患者へのコミットメントを意味し、コミットメントは分析家を広い意味での逆転移に対して傷つきやすくする」と述べている。この表現は、ユング派における「傷ついた治療者」(wounded healer）を思い起させる。治療者は、クライエントの投影を受けて傷つき、その痛みをクライエントと共有することになる。ところが、そこで治療者も崩れ落ちてしまえば、その時治療者は「傷ついた患者」になってしまう。そうなるよりは、「傷つかない治療者」であるほうが、ましであるかもしれない。しかし、それは心理療法にとってあまり有益ではない。このように、この「傷ついた治療者」というイメージは、非常に矛盾した表現ではあるが、逆転移の問題を凝縮した形で表していると考えられ、今後より考察を深めていく余地のある領域であると思う。

引 用 文 献

Balint, M. (1949) Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. In Primary Love and Psycho-Analytic Technique, London: Tavistock.

Bion, W. (1957) Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 226-275.

Bion, W. (1959) Attacks on Linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 5-6.

Cohen, M. B. (1952) Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15, 231-243.

Field, N. (1991) Projective identification: mechanism or mystery? *Journal of Analytical Psychology*, 36, 93-109.

Fliess, R. (1953) Countertransferences and counteridentification. *Journal of American Psychoanalytical association*, 1, 268-284.

Fordham, M. (1969) Technique and counter-transference. *Journal of Analitical Psychology*, 14:2, 95-118.

Freud, S. (1910) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie.
小此木啓吾（訳）「精神分析療法の今後の可能性」
フロイド選集15　精神分析療法　1969　日本教文社

Freud, S. (1912) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung.
小此木啓吾（訳）「分析医に対する分析治療上の注意」
フロイド選集15　精神分析療法　1969　日本教文社

Fromm-Reichmann, F. (1958) Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychiatry*,21,1-6.

Gitelson, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 33, 1-10.

Glover, E. (1955) The technique of Psycho-analysis. New York: International Universities Press.

Gordon, R. (1965) The concept of projective identification. *Journal of Analytical Psychology*, 10, 127-150.

Grinberg, L. (1979) Projective counteridentification and countertransference. In Countertransference, ed. L.Epstein & A.H. feiner. New York: Aronson.

Heimann, P. (1950) On counter-transference. *International Journal ofPsycoanalysis*,31, 81-84.

Jackson, M. (1961) Chair, couch, and counter-transference. *Journal of Analytical Psychology*, 6:1, 35-43.

Jung, C. G. (1935) Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie.
林道義（編訳）「臨床的心理療法の基本」心理療法論　1989　みすず書房

Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference. Journal of American Psychoanalytic Association, 13, 38-56.

Kernberg, O. (1987) Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. In Projection, Identification, Projective Identification, ed. J. Sandler. London: Karnac.

Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27,99-110.
小此木啓吾・岩崎徹也（責任編訳）「分裂的機制についての覚書」
メラニー・クライン著作集4　妄想的・分裂的世界　1985　誠心書房

Kraemer, W. P. (1958) The dangers of unrecognized counter-transference. *Journal of Analytical Psychology*, 3:1, 29-41.

Lambert, K. (1972) Transference／Countertransference: Talion Law and Gratitude. *Journal of Analytical Psychology*, 17, 31-50.

Lambert, K. (1976) Resistance and counter-resistance. *Journal of Analytical Psychology*, 21:2, 164-192.

Little, M. (1951) Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32-40.

Malin, A. & Grotstein, J. (1966) Projecrive identification in the therapeutic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 26-31.

Meier, C. A. (1959) Projection, transference, and the subject-object relation in Psychology. *Journal of Analytical Psychology*, 4, 21-34.

Money-Kyrle, R. E. (1956) Normal countertransference and some of its deviations. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 360-366.

Moody, R. (1956) On the function of counter-transference. *Journal of Analytical Psychology*, 1:1, 49-58.

Moore, N. (1971) Counter-transference,anxiety and change. *Journal of Analytical Psychology*, 17:1, 51-65.

Newman, K. D. (1980) Counter-transference and consciousness. In Spring 80. New York: Spring.

Ogden, T. H. (1979) On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*. 60, 357-373.

Racker, H. (1968) Transference and Countertransference. New York: International Universities Press.
坂口信貴（訳）　転移と逆転移　1982　岩崎学術出版社

Reich, A. (1951) On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25-31.

Reich, A. (1960) Further remarks on countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 389-395.

Rodorigue, E. (1966) Transference and a-transference phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 343-348.

Schwartz-Salant, N. (1988) Archetypal foundation of projective identification. *Journal of Analytical Psychology*, 33, 39-64.

Winnicott, D. W. (1949) Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.

SOME CONSIDERATIONS ON COUNTER-TRANSFERENCE -ON THE PROBLEMS OF THE FUNCTIONS OF DETACHMENT AND FUSION-

Keigo YOSHIDA

The purpose of this study is to reconsider the problems of countertransference in view of the functions of detachment and fusion in the psychotherapeutic situation.

There are two contrasting approaches in regard to the concept of counter-transference. The first "classical" approach defines counter-transference as the unconscious reaction of the therapist to the client's transference. It sees counter-transference as interfering with the therapist's work, so in that case, counter-transference should be overcome. The second "totalistic" approach views counter-transference as the total emotional reaction of the therapist to the client in the treatment situation. But, in view of the functions of detachment and fusion, both approaches are valuable, in that the totalistic approach relates to the function of fusion where as the classical approach relates to the function of detachment.

In Jungian theories, counter-transference is treated as part of the reciprocal process, in which therapist and client are giving effects to each other. So we can think Jungian therapists emphathize the function of fusion more than Freudian therapists, but Jungian therapists take client's transference somewhat being provoked by therapist's projection, therefore they try to withdraw their counter-transference side by side with the progress of the therapy, so that they maintain the differentiation between therapist and client. As a result, such procedure, which Jung called "dialectical", keeps the function of detachment working throughout the psychotherapy.

Clients presenting severe character disorders and clients with borderline and psychotic levels of organization tend, by their intense, premature, and rapidly fluctuating transference, to evoke intensive counter-transference reactions in the therapist. Recently, the concept of projective identification is used to explain such difficult situation. Projective identification is a primitive defense mechanism, in which client projects intolerable intrapsychic object onto an external therapist, identifies the object with the therapist and manipulates the therapist to introject it. Projective identification is insidius so therapist is difficult to be conscious of it. It involves the undoing

of boundaries between therapist and client to try to make the state of fusion at any cost. Difficulty of projective identification is that to try to resolve it makes client feel rejected and bring him an experience of deep loss because he can not endure a sense of detachment. Therefore therapist must hold the projected content till client can hold his intolerable experience alone by himself.

In this paper, we suggest that counter-transference can be considered as important information source, together with client's communications and expressions, to judge whether the therapist is working with the proper attitude concerning the functions of detachment and fusion according to the client's need. In the psychotherapy, concern for the client implies commitment to him, and commitment makes the therapist vulnerable to counter-transference. Then it must be noted that transference and counter-transference should be taken seriously and therapist should not take a phobic attitude toward his emotional reactions.