

## 精治療における「退行」の位置づけ —フロイト派の見解とアドラー派の見解—

名越康文（大阪）

### 要旨

キーワード：

### 1. はじめに

「退行（regression）」という言葉は、元来は精神分析の用語である。フロイト Freud, S. が退行の概念を提案してから、実に90年以上の時間が過ぎ去っている。その間にこの概念は多岐に拡大され、ときには誤解を生じてきた。

特に、日本においては、西園氏などを中心とする、患者を積極的に退行させることを主軸にする治療法（依存的な精神療法、依存的な薬物精神療法）<sup>〔1〕</sup>などに代表されるように、臨床においても様々な場面で、退行をおこさせるような精神療法やその他の治療手技などが蔓延しているのが現状である。しかし、これらは真にフロイトの正統な精神分析の系譜を継いでいるのであろうか。また、アドラー学派からみた退行概念とは、どのような意味あいを持つのであろうか。この問題を解決するためには、まず、退行という概念の発展の歴史を探り、精神療法におけるその位置づけを明らかにしていかなければならない。

### 2. フロイトによる退行の定義

フロイトが初めて退行という概念を導入したのは1900年の「夢判断（Die Traum Deutung）」においてである。<sup>〔2〕</sup>その後1914年まで、退行という概念自体の新たな展開は特にみられない。

1914年の「夢判断」第3版において、退行は局所論的退行、時間的退行、形式的退行の3局面に分類された。

#### 1) 局所論的退行

この局所論とは、心的装置の局所論的概念という意味であって、覚醒時には、興奮を知覚から運動性へと前進的にめぐるが、睡眠時には、思考は運動性へ近づくことを拒否されて知覚という体系へ逆行するという意味。

#### 2) 時間的退行

発達的に、より以前の心的形成物が再び現れる現象。いわゆる幼児返り。この際、退行がどの

段階にまでいたるかは、発達途上で多くのリビドーを残留させた地点である固着点 (fixation point) によって決定される。

### 3) 形式的退行

表現や描写の様式が、通常のものからより原始的な様式のものに置きかえられる現象。

これら3種の退行は根本においては同じものであり、多くの場合、合併しているとみなされた。

フロイト以後、退行はアンナ・フロイト Freud, A. によって防衛機制の一種として位置づけられた<sup>[3]</sup>。また退行の健康的で生産的側面が、フロイト以降の研究者によって強調されるようになった。いわゆる「健康な退行」という概念である。同時に、この論文の主題である治療的退行、つまり精神療法の過程でおこる退行についても、論議されるようになった<sup>[4] [5] [6] [7]</sup>。

## 3. 退行をどう扱うか：バリントの主張

分析治療中の退行をどう扱えばよいか、という問いに対するフロイトの勧告は、全く首尾一貫している。すなわち、彼は、患者がいかに深く退行しようが、分析者は必ず正規の好意的受動的客観性を維持しなければならず、患者が望んでもねだっても解釈以外の反応をしてはならない、と主張している。

さて、治療論において、退行を最も詳しく考察したのは、ハンガリー系イギリス人の精神分析家、マイケル・バリント Ballint, M. である。退行という概念を論じる時、彼の代表的主著、「The Basic Fault (1979)」を避けて通ることはできない。以下、暫くのあいだ、この論文から抜粋し、考察を加えることにする。

バリントは精神分析の臨床治療場面において、ある種の患者達は、ある時期から、通常の言語が通じなくなり、分析者の言語による徹底操作が不可能となることを発見した。バリントは、この患者の陥っているレベルを、「基本的欠陥水準 (the level of basic fault)」と呼んだ (この用語は中井久夫氏が『基底欠損』と訳しているが<sup>[8]</sup>、これはいかにも、心的装置内の空白部分を指す用語であると、単純に意味付けされかねない。しかし、バリントはこの概念を、臨床場面から抽出してきたのであり、その臨床場面で生起してくる状況が、エディプス水準に属する問題よりも原始的とみなされたから、basic なのである。また、fault についても、あくまでも臨床場面での患者の訴えから抽出された言語であることを、バリントは強調している。これらの点より、バリントが「basic fault」を心的装置理論から導き出したのではないことは、明白である。よって筆者は、原語の本来の意味により忠実であると思われる言葉、即ち、「基本的欠陥」を「basic fault」の訳語にあてたいと思う。)そして、彼は、この基本的欠陥水準の主要特徴を次のように列挙した [7, P16]。

a) All the events that happen in it belong to an exclusively two-person relationship there is no third person present.

治療場面で起こるすべての出来事は、排他的な二人関係であり、第三の人間は存在しない。

b) This two-person relationship is of a particular nature, entirely different from the well-known

human relationship of the Oedipal level.

この二人関係とは、ある種特別なもので、よく知られているエディプスレベルの人間関係とは全く違う。

c) The nature of the dynamic force operating at this level is not that of a conflict.

このレベルにおいて働いている、力動的な力の本質は、内的葛藤に由来しない。

d) Adult language is often useless or misleading in describing events at this level, because words have not always an agreed conventional meaning.

通常の言語はしばしば、このレベルで起こる事柄を叙述するために役立たないか、あるいは誤解を招きやすい。なぜなら、そこでは言葉が合意された通常の意味を持つとは限らないからである。

さらにバリントは治療場面において、良性型の退行と悪性型の退行を区別し、基本白勺欠陥水準の患者は悪性型退行を起こすと主張した。バリントは次のように述べている [7, P144]。

In the one form the regression is aimed at a gratification of instinctual cravings; what the patient seeks is an external event, an action by his object. In the other form what the patient expects is not so much a gratification by an external action, but a tacit consent to use the external world in a way that would allow him to get on with his internal Problems described by my patient as 'being able to reach himself'.

退行のひとつめの型<sup>〔訳者註：悪性型〕</sup>は本能的な渴望の充足を目的とする。患者が探し求めるのは、一つの外的な出来事である。即ち患者の対象の行動である。もうひとつの型<sup>〔訳者註：良性型〕</sup>では、患者は、それほど外的な出来事による充足を期待せず、それよりむしろ、自分の内面の問題、つまり私の患者が言うところの「自分自身への到達」を促進するために、外界を利用することを、暗黙に承諾してもらうよう期待する。

それでは、バリントは悪性の退行を起こしている患者に対して、どのように対処することを勧めるのであろうか。彼は次のように述べている。[7, P166] .

In my opinion, the most important of these is to help the patient to develop a primitive relationship in the analytic situation corresponding to his compulsive pattern and maintain it in undisturbed peace till he can discover the possibility of new forms of object relationship, experience them, and experiment with them.

Since the basic fault, as long as it is active, determines the forms of object relationship available to any individual, a necessary task of the treatment is to inactivate the basic fault by creating conditions in which it can heal off. To achieve this, the patient must be allowed to regress either to the setting, that is, to the particular form of object relationship which caused the original deficiency state, or even to some stage before it. This is a precondition which must be ful-

filled before the patient can give up, very tentatively at first, his compulsive pattern. Only after that can the patient 'begin anew', that is develop new patterns of object relationship to replace those given up.

私の考えによれば、これら<sup>〔訳者註：自由連想と解釈が無効な患者に対する治療技法〕</sup>のうち、最も重要なものは、患者の強迫的なパターンに対応した分析状況における原初的関係を発達させ、患者が対象関係の新しい形を発見するまで、じゃまされない平和のなかで、原初的関係を維持し、その新しい関係を経験し、試すことを援助することである。

基本的欠陥が活動しているかぎり、それは、いかなる個人においても、利用できる対象関係の形を限定するので、そのような人の治療の必然的な仕事とは、基本的欠陥が癒されるような状況を作ることによって、基本的欠陥を不活性化することである。これを達成するために、患者はその状況へ、すなわち、最初の欠陥状態をひき起こした対象関係の特別な形へか、それ以前のいくつかの状態へさえも退行することを許容されなければならない。

これは、患者が、初めはとてたためらいがちに、自分の強迫的パターンをあきらめることができる前に、満たされなければならない必要条件である。その後でのみ、患者は「新規蒔き直し」ができる。すなわち、古い対象関係をあきらめて、新しい対象関係のパターンを発達させる。

この一節の中で、バリントは、二つのことを言おうとしている。ひとつは、自由連想と解釈が無効な、基本的欠陥活動中の退行患者に対して、治療者はその退行を許容すべきであるということ。もう一つは、その退行過程のあとで、患者は「新規蒔き直し」をし、新しい対象関係を発達させる、ということである。

ここで強調しておかなければならないことは、バリントは患者を退行させることを「許容しなければならない」と言っているのであり、積極的に誘発あるいは進行させよとは決して言っていないということである。別の一節でバリントは次のように述べている。〔7, P168〕。

The real problem is not about gratifying or frustrating the regressioned patient but about how the analyst's response to the regression will influence the patient-analyst relationship and by it the further course of the treatment. If the analyst's response, e.g. satisfying the patient's expectations, creates an impression in the patient that his analyst is knowledgeable and capable, bordering on being omniscient and omnipotent, this response should be considered as risky and inadvisable; it is likely to increase the inequality between patient and analyst, which may lead to the creation of addiction-like states by exacerbating the patient basic fault.

本当の問題は、退行患者を満足させるか、欲求不満にさせるかについてではなく、その退行に対する分析者の応答が、患者－分析者関係にどのような影響を与えるか、そしてそれによって、それ以降の治療の経過にどのような影響を与えるかということである。

もしも、分析者の応答が、たとえばその患者の期待をみたすものであり、そのことが患者のなかに、自分の分析者は聡明で有能で全知全能に近いという印象を作りだすならば、この応答は危険で勧められないと判断されるべきである。それは多分患者と分析者間の不平等性を増大させ、そのことが患者の基本的欠陥を悪化させることによって、嗜癖様状態をつくりだすことになる可能性がある。

いままでのところで、バリントが言わんとする退行に対する治療的概念とは、私が理解する限

りにおいて、以下の4点に要約されるだろう。

- 1) 分析治療を受けに来る患者の中には、分析のある時点にさしかかった所で、自由連想・解釈などの技法が全く無効となる人がいる。
- 2) そういった患者は基本的欠陥状態にあるのであり、退行するのを許容しなければならない。
- 3) その患者に対する応答が、患者と分析者の不平等性を増大させる結果となることを避けなければならない。
- 4) そうする内に、患者はやがて成熟した対象関係を、突然発達させるのである。

マイケル・バリントは退行現象の研究において、代表的な精神分析家であり、多くの臨床家に多大な影響を与えている存在である。しかし今までみてきたように、彼の著作の中には、結果的に退行する過程が必要であったのだろうという記載は認められるが、退行を促進させることの治療的な意義を積極的に認める記載は、私が見るかぎり全く認められない。それどころか、彼は幾つかの事例において、精神療法的アプローチを用いて、生起してきた悪性型退行を巧みに即座に改善させているのだ。

次に実際の事例をあげて、考察を加えてみたい。

#### 4. 事例：境界性人格障害

女性・21才・既婚者。夫と2人暮らし。兄は精神障害で他院通院中。  
本人は現在までに、5回の入院歴あり。

次にDSM - III - Rの境界性人格障害の診断基準に沿って、本症例の状態像を説明する。

- 1) 過剰な理想化と過少評価との両極端を揺れ動く特徴をもつ、不安定で激しい対人関係の様式、が認められ、病棟内での患者同志の友人関係は、決して長続きしなかった。
- 2) 感情の易変性、正常の気分からの抑うつ、いらいら、または不安への著しい変動を示す。症例においては、短いときには数十分ごと、長くとも2日同じ様な気分が持続することはなかった。
- 3) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御ができないこと。症例においては、入院期間において、些細なことをきっかけとして、激しい怒りの表現が、ほとんど毎日あるいは数日を置かず認められた。
- 4) 自殺の脅し、そぶり、行動は入院の直接の理由となったが、入院後の外泊の際にも、数回認められた。院内での金属片を用いたリストカットも1回認められた。
- 5) 慢性的な空虚感、退屈の感情はよく本人の訴えの中に見受けられた。

今回の入院までの経緯と、その後の経過を以下に記述する。

夫との家事にかんする口論が誘因となり、歩道橋から飛び降りようとするなどの自殺企図が頻発した。また「お父さんの霊が呼んでいる」というような言動もあり、一時的な幻覚妄想状態を呈して、短期反応精神病の状態像も示した。筆者の勤務する精神科の緊急救急病棟に入院した。

入院した翌日、主治医は、精神症状も目的性をもって使われるという論理に基づいて、以下のように患者に告げた。「とても辛くて入院したかったのでしょうか。(患者うなづく)。もう入院し

たのだから、現実離れしたことを話す必要はありませんね。後はゆっくり休みましょう。」

3日後には、精神症状はおろか、家では以前からよく口にしていた、父の霊が自分に憑いているという話しさえされなくなり、会話は全く現実的な内容となった。また、ほどなく自殺企図も消失した。こうして保護室内から徐々に入室時間を増やし、約2週間後に一般室に移室した。しかし一方、軽躁状態、易刺激性、感情易変性は持続した。

入院3週間目に1泊の外泊を試みた。しかし外泊からの帰院後、患者は再び易刺激的となり、一般室で些細なことから感情的になり、泣き叫び暴れ、不穏状態を呈し保護室に逆戻りとなった。その後、計5回の外泊を試みたが、外泊の前後に必ずと言ってよいほど、不穏状態を呈し、退院はおろか3泊以上の長期外泊もできない状態が続いた。この間、主治医は患者と面談を繰り返し、対人関係における患者の被害妄想曲思い込みの是正を試みたり、感情を使用しているのは自分であり、それはコントロールでき得ることなどを説明し、実習したりした。しかし、外泊になると患者はコンディションを崩し、退院のめどはようとして立たなかった。

当病院の緊急・救急病棟の内規では、一応の退院・転院のめどを、3か月と限っている。患者にもそのことは説明してあったが、やがて、入院期間3ヶ月満了まで、残り2週間を残すのみとなった。しかし、患者は昨日も不穏状態に陥り、またしても保護室を使用していた。そこで主治医は、最後の賭として、治療構造の変化を試みた。

まず保護室内で患者と面接し、これが最後のチャンスであり、失敗すればこの病棟からの退院はできない。院内の他の閉鎖病棟にベッドを移さなければならない（つまり院内での転棟）ということ告げた。そして最後のチャンスであるのだから、今までのように、主治医主導で、保護室の扉の開放時間や、外泊の日取りを決定するのは止めたいと話した。「今後の計画を出来るだけ、自分で決めて頂きたいんです。できる限り私は、その計画に沿うようにしますから」と患者に話した。

こうして、患者はそれ以後、徐々に保護室からの入室時間を増やしていったが、決して階段を踏み越えるような無謀な計画を立てなかった。そして、朝食時から消灯の時間まで入室しようという日、患者は主治医との面談で、「先生、私は保護室から出ている時はとても自分に自信がもてるようになりました。でも、夜になって保護室に入る時、その自信は全部消えてしまうんです。ああ、自分はまだ、保護室が必要な患者なんだなって思っ。ですから、まだ試してないけれど、できれば今日から一般室に移りたいんですけど」と要望し、主治医は即座に許可した。こうして一般室に移った患者は、週末の2泊3日の外泊を無事に過ごして帰院した。しかし、退院までにはもう2回位の外泊が必要であろうと、主治医は考えてた。

1回目の外泊から帰ってきて3日後に、再び患者が面談を希望した。今日から5泊6日の予定で外泊したいというのだ。主治医はあまりに長い外泊に躊躇し、「すこし焦っているのではありませんか、今回は週末に3泊位の外泊で良いと思いますよ。平日の外泊だと、昼間はあなた一人で過ごさなければならないし」と患者の要望を切り下げた。患者も淡々承諾した。主治医は面談を終えて、詰所に帰り、ガラス越しにホールで長椅子に座っている彼女を観察した。すると、明らかに彼女の表情が曇り、次第に以前の情緒不安定なころの面影に近い表情がみうけられた。

そのとき主治医は、“さっき彼女の提案を切下げた私は、患者の積極的な姿勢や、退院に向けて努力している勇気を正当に評価していなかったのではないか。自分は患者になにか問題を起こして欲しくない、といった消極的な気持ちとなって、自己防衛的な姿勢になっていた”ということに、ようやく気が付いた。

そこで主治医はもう一度患者のところへ行き、「あなたが退院にむけて、これだけ勇気を持って積極的に立ち向かっているんだから、主治医である私は、もっと勇気を出して腹をくくらなければなりませんね。」と話した。そして患者に誤ってから、はじめの提案通り5泊の外泊を許可

した。患者はこの長期外泊を見事に成功させ、無事救急病棟から、退院することができたのだ。1か月後の現在も患者は外来通院している。

## 5. 事例についての考察

上記の症例において、主治医は、患者との間出来上がっていた不平等構造、即ち患者の行動制限・外泊計画・退院計画についての全ての決定者である強大な治療者と、何の決定権の持たない倭小な患者、という構造の打破を計ったことによって、バリント風に言えば、悪性の退行状態の再発を防ぎ、退院・家庭生活への復帰という目標を達成できたのである。このように、治療技法に関して言えば、バリントの手法とアドレアン<sup>1</sup>の手法は非常に似通っていると言えるだろう。

しかし、同じ現象に対してそれをどう認識するか、という認識論は全く違うといえる。なぜなら、アドラー心理学においては、「退行」という概念を使用することがないからである。即ち、現在目の前にいる患者である一個人が目指している目的はなにか、その達成のために患者はどのような手段を用いているのか、それに対してより良い代替案はないか、治療者はどのような協力が可能であるのかを考え、話し合い、決定し、行動することが、アドレリアン・セラピーのコンセプトであるからである。

## 6. アドラー心理学からみた「退行」

それでは敢えてアドラー心理学の立場から、退行を考えてみるならば、どのような定義がなされるであろうか。アドラー自身は退行について次のように述べている〔10, P88〕。

「もしもある症状が、幼児期に選択され、有効であると思われたとき、神経症的成人はしばしばそれを成長してから彼の否定的な目標を達成するために用いる。これは退行と解釈されてはならない。なぜなら、これは過去の体験を、現在および未来の利得のために決断して用いるものだからである。」

また別の箇所ではアドラーは〔10, P350〕、

「夢における解決の模索は、フロイトの退行と幼児的願望の充足という説とは反対に、個人心理学においては、目標に向かうこと、どこへ向かうかということの意味している。…それは個人の自分自身の本質についての意見と、人生の意味の本質について意見を示している。」

と述べている。

これらの言葉を踏まえて、私が理解する限りにおいて、アドラー心理学の立場から「退行」を定義するならば、

「過去に使用していた未熟な対人関係のパターンを、何らかの利得のために、現在使用しているという状況」

と表現されるであろう。しかしこの定義も、認識論的には全く間違っていると言える。すなわち

このように定義してみたのは、退行という言葉の意味を一応尊重したからである。しかし、この定義は単なる妥協案でしかない。認識論的に考えてみると、その定義は以下のようなものではないだろうか。

「退行とは、過去に使用されていた対人関係上の行動パターンを、現在使用しているのだと、患者・治療者間で合意・認識したときに用いられる用語である」

すなわち、さきほど引用したアドラーの言葉にもあったごとく、退行という一つの現象があるのではなく、患者・治療者間において、一連の患者の行動パターンが過去（主に幼児期）より繰り返されたパターンであると、共通の認識・合意が得られたときに、それを退行と名付けるという定義がなされる。つまりそれはタイムマシンで過去にさかのぼって実際に見て来た、事実としての過去を指しているのでは決してない。実に退行とは、治療場面で起こっている、または使用されているコミュニケーションに関する共有された認識、すなわちメタコミュニケーションなのである。

## 7. まとめ

退行という概念の歴史をたどり、フロイト自身の著作において、治療における退行が治療には有益ではないと、判断されていたことを明らかにした。また、フロイト以後の主要な退行概念の研究者であるバリントの学説においても、退行を積極的に引き起こす操作を勧めてはならず、生じた治療的退行の操作についてのみ彼が論じていた点も明らかにした。さらに、アドラー派から退行の概念および、その治療的関与法について検討を加えてみた。

## 参考文献

- [1] 西園昌久：精神分析の理論と実際 精神病編，P51-70 他，金剛出版，1976.
- [2] Freud, S. : Die Traumdeutung, Vienna, 1900.
- [3] Freud, A. : Das Ich und Abwehrmechanismen, Internat.Psychoanal. Verlag, 1936 ; The Ego and the Mechanismus of Defence, Int. Univ. Press, New York, 1946.
- [4] Greeson, R.: The Technique and Practice of Psychoanalysis ,Int .Univ. Press, New York ,1968.
- [5] 岩崎徹也：治療的退行よりみた退行理論，精神分析研究 ,13(2) ;2. 1967. [6] Menninger, K.: Theory of Psychoanalytic Technique, Basic Books, New York, 1959.
- [7] 小此木啓吾：精神療法の理論と実際，医学書院，1964.
- [8] マイケル・バリント（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.
- [9] Michael Balint: The Basic Fault, Tavistock Publications, London and New York, 1979.
- [10] Alfred Adler: The Individual Psychology of Alfred Adler, H. L. Ansbacher and R. R. Ansbacher Ed., Harper and Row Publisers, 1956.

## 更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載