

心理療法における共感の諸相

梶原 和美

鹿児島大学歯学部 歯科基礎科学講座

はじめに ——なぜ“共感”をとりあげるのか？

“共感”は心理臨床における治療者の基本的かつ重要な態度、心理療法の大前提とされている。心理臨床を学ぶ者は、様々な機会に“共感することの大切さ”を教えられる。時にはそれがスローガンのように取り上げられることもある。そのたびに筆者はある種の違和感を覚えてしまう。この感覚は自分自身が臨床体験を重ねる中で次第に強くなっている。たとえば「私はクライアント（の**）に共感した」という発言に出会うたびに、ある種の白々しさと危うさを感じてしまうのである。「そんなにたやすく他人の気持ちが変わるのか？」「それはあなた自身の問題なのではないか？」「“共感した”と表明することは臨床家としての存在証明にすぎないのではないか？」といった思いにかられるのである。

“共感”が基本的な態度であるからこそ、それを真正面から論じることは難しい。個々の臨床家はそれぞれの“共感”概念に基づいて治療活動を行っており（筆者もその一人である）、あらためて「共感するとはどういうことか？」と問題提起するとしたら、答えはそれこそ臨床家の数だけ出てくるのかもしれない。

“共感”という概念は、それほど広く、深い。しかし心理臨床を専門職とする以上、その実践の場面で何が起きているかについての把握は必要不可欠である。

そこで本論では“共感”に関する基本的定義を展望し、それが現実の治療場面でいかに実現され、クライアントの理解へつながるのかという実践上の諸問題について検討する。

“共感”の定義

まず、“共感”がどのように定義されているのかを概括する。

広辞苑には「他人の体験する感情や心的状態、あるいは人の主張などを自分もまったく同じように感じた

り理解したりすること。同感」とある。またある心理学辞典では「empathy：自分の感情を相手に投入すること、感情移入と同義。その認知的側面に関しては1つの解釈。」とされている。“感情移入”とは「他人の心理や芸術作品または自然対象のうちに、自分自身の精神を投射してそれを直接に理解すること。」である。なお類義語の“同情”は「他人の感情、特に苦悩、不幸などをその身になって共に感じること」であり、“共感”と“同情”の違いは「共感では自分の主体性が保持されているのに対して同情では客観性が保持されるとは限らない」点にある。

つまり“共感”とは、「自分が他人と同じ体験をし、しかもそれを直接的に理解すること」であり、それは相手の身になってみたり、相手の中に自己を投げ入れることによって実現される。ただしその場合でも、自己と他者とはあくまでも独立した主体として存在していなければならない。（そうでなければ“同情”である。）このようにみていくと、“共感”とはかなり特殊な対人関係の様式であるといえる。

心理療法における“共感”の意義

“共感”が心理療法における基本的態度であり、治療者－患者関係の展開を促進する重要な要素であることは、学派を問わず広く共有された認識である。これは心理療法が“主観的理解”や“関係”に基づいた方法であることと関連していると思われる。

心理療法の目的は、クライアントの主体的な体験のし方・世界に対する意味づけのし方といった主観的な領域に変化をもたらす、クライアント自身がよりよい適応を達成できるよう援助することである。またその中で取り扱われるのはこころの意識的な領域に限られず、(学派によってその扱い方に相違はあるが)いわゆる無意識の領域までもがその射程に入ることが多い。そこで相手の主観や無意識を捉えるために、治療

者自身の主観を動員することが必要となってくる。

(客観的理解が大切であることは言うまでもないが、治療者の主観的理解にはさらに大きな役割が与えられているところが心理療法の特徴である。氏原, 1992) また、ポジティブな変化の契機は治療者とクライアントのやりとりの中にこそあるとされ、治療者は様々な技法や専門的態度を駆使してこの契機の発現を促進するよう働きかける。つまり心理療法の現場はクライアントと治療者とが互いの主観を持ち出しながら作り上げていく抜きさしならぬ対人場面であり、そこは生きている2人の間に刻々と生み出される“関係”の連鎖なのである。

このような心理療法の中で、“共感”がどのような治療的意義をもつかについて、河合(1992)は「薬や手術によって、クライアントの苦しみをなくしたり、軽減したりできない」心理臨床家にとって、「武器は共感すること、その苦しみの意味を知っていること」であると述べ、また氏原(1974)も、治療者の「武器」は「共感能力」であり、その「独自の役割」は「共感を通してクライアントを助けること」であると述べている。これらは“共感”が治療プロセスの展開に積極的な意義をもっていることを明らかにしたものである。

それでは、具体的に“共感”とはどういった営みののだろうか？それはどのような機序で治療的な作用をもたらすのだろうか？次に“共感”をその治療論の中で積極的に取り上げた2つの立場を紹介し、問題提起を試みる。

来談者中心療法(カウンセリング)における“共感”の位置づけ — Rogers, C. における“共感”

日本の心理療法に“共感”の概念が広まったのはRogersの理論が紹介されてからである。彼はカウンセリングにおける必要十分条件のひとつとして、治療者の共感的理解をあげた。彼においては“共感すること”それ自体が治療であった。彼の有名な“共感”の定義とは、次のようなものである。

共感とは、クライアントの私的な世界をあたかも自分自身のものであるかのように感じ取り、しかもこの“あたかも…かのような(as if)”という性格を失わないことである。(1957)

他者の私的な知覚世界に潜入し、そこでくつろぐこ

と。相手の中に流れ、変容し続けている、その人に感じられている意味、恐れ、憤り、脆さ、混乱等、相手を経験しているあらゆるものに刻々と敏感であり続けること。相手の生の中に一時的に住まい、その中を何の批評もせずに細やかに動き回り、その人がほとんど意識していない意味を感じ取ること。ただし、それはその人がまったく意識していない感情を掘り起こすことではない、というのは、それはあまりにも脅威的な体験になると想像されるからである。(1980)

彼は「共感された、と経験することで、クライアントは解放され、強くなり、ひととしての成長が促進される。理解されることができたとき、自分の居場所を確保できる。(1987)」と考えていた。なぜなら治療関係の中でクライアントが脅威を感じずにいられるようになることで、その人は自己知覚に焦点を合わせるができるようになり、その結果、自己の見方が分化し、自己の再体制化が可能になる(1947)からである。“共感”それ自体がクライアントが自分の体験を十分に生きることを援助するプロセスなのである。

Rogersの定義は一読すると感銘を覚えるものであるが、さてこれを実践しようとする途方もない困難に遭遇してしまう。“あたかも…のような”といった感覚を保ち続けたまま相手の体験を感じるなど本当に可能なのだろうか？相手の体験が自分自身にも覚えがあるものである場合には、自分の体験を重ねあわせて生々しく感じる事が確かにできる。しかしそのとき私達は相手の中に自分の感情を混入させて感じているのであって、相手の感情をそれ自体として感じているわけではない。さらに“as if”の感覚を失わないまま相手の世界に潜り込み、そこでくつろぐということは、私自身の体験をもちつつ相手の体験世界にも出かけていくということである。この、いわば一種の分裂状態を保つためには極度の緊張が必要とされるはずである。それを実現するために要求されるプロセスを検討することなしに、Rogersの提起した共感的態度をただ感覚的に受けとめたままでは、治療の直接的な動因としての“共感”とは、永遠に到達できない理想像にとどまってしまうのではないかと危惧される。

自己心理学における“共感”の位置づけ

— Kohut, H. における“共感”

精神分析における自己心理学派を創始したKohut(1959)は、「心理学的現象は内省と相手の内省に対す

る共感によってだけ観察できる」と述べ、精神分析における情報収集のあり方の特殊性を明らかにしようとした。Kohutは、伝統的な精神分析の対象にはなりえないと考えられてきた重篤な人格障害の治療に“共感”というモードを積極的に導入した。なお精神分析家である彼にとって治療の本質とは、患者の世界を発生論的に“解釈”し理解することであり、“共感”の役割は、解釈に必要な情報収集の手段であることが強調された。Kohutによる“共感”の定義(1978)は次のようなものである。

- ① 他者の中に自己を認識することであり、必要欠くべからざる観察の道具である。
- ② 他者を包含しようとする自己の拡大であり、個々の人々の間の強力な心理的結合となる。
- ③ 自己によって引き出される、受容し確認し理解する人間的反響(human echo)であり、心理的な栄養分である。
- ④ 代理の内省(vacarious introspection)。相手の内的生活(主観的体験)の中に身を入れて、その立場で考え、感じる。自分の心の深いところのどこかにすでに存在していて、患者によって触発されるまでは脇に除かれていたものに対して、不安を持たずに向かい合い、認知し、言葉にすること。他者の中に普遍的な自己の特徴(universal characteristic of the self)を見出すこと。(Kainer, 1984)

Kohutが“共感”の概念を重視したのは「自己愛パーソナリティ障害」の研究においてであり、彼独自の人格の発達理論・精神病理論と切り離して考えることはできない。紙数の関係上その複雑な理論をごくかいつまんで紹介すると、自己愛パーソナリティの病理は乳幼児期における母親の共感不全によるとされ、その診断と治療で重要なのは治療過程で自己対象転移(鏡転移、理想化転移など)がどのようなかたちで起こり、それを分析家がどのように理解するか、また治療過程の中で必然的に生じてくるかすかな共感不全をどのように活用し、患者の成熟を促していくかというところにある。ここで注意すべきは、“共感”の役割は分析家が与える説明を受け容れる準備が患者の側にどれだけできているかを確認することであり、彼は共感的な態度をアピールすることには批判的だったということである。(衣笠, 1992)ここでの治療の主体はあくまでも分析家が投与する解釈なのである。

クライアントのこぼれや態度の背景にある不安や欲求などを汲み取り、それを言語化して伝える知的な営みは“解釈”とよばれる。的確な解釈を行うためには1つの全体的な存在としての相手に対する深い理解が必要であることは言うまでもない。Kohutの治療論では“共感—感じる”と“解釈—理解すること”が別個のものとして扱われているが、筆者はここに素朴な疑問を抱くものである。

治療者はクライアントを理解するために、相手の表現にこめられた様々な感情を推測しようとする。あるとき、それまでわからなかったあることにふと気づいたとする。それを言語化して伝えるとしたら、そこにはたとえわずかであってもタイムラグが発生する。先に心理療法の場面が刻々と変化していく関係の連鎖であると述べたが、もしかすると治療者が自分の気づきをこぼれにするまでの一瞬の間にも、二人の関係が既に変化していることもあり得る。一瞬前には的確な解釈であったはずのこぼれが既に変化した関係の中に置き去りにされてしまうこともあるかもしれない。それをモニターするのは移りゆく関係に対する微細な感触であろう。だが“感じる”と“理解をこぼれにすること”は同時に遂行可能なのだろうか?“共感”と“理解”は“共感的理解”ということばの中で結合されているが、これらの時間的關係は一体どのようなになっているのだろうか?

事例を通じた検討

ここでは自験例でのエピソードに基づいて上述の問題群を検討していく。なお、以下の事例はすべて事例の匿名性を鑑みて翻案されたものであることをまずお断りしておく。

“感じ”が“こぼれ”になるとき

——萌芽的な“共感”

事例1: 10歳の発達障害児A君との遊びを通じた面接にて。母親によると数日前から不穏となり、夜も眠らず動き回っているとのこと。ガラッとプレイルームのドアを開け、高らかに笑う。かと思うとすぐに飛び出し、他の子どもたちひとりひとりに顔を近づけ“ファッハッハッハ…”と笑っている。制止しようとする大暴れし、殴る、蹴る、引っ掻く、唾を吐く…プレイルームに入るやいなやジャングルジムにするすると登って仁王立ち。棚から玩具を手当たり次第に投げる。近寄れない。「Aちゃんおりにきて!あぶない!」などと言うのが精一杯。私が沈黙すると<死ぬ!><怖い!><お母さんのバカ!>などと叫

ぶ。絵を描くつもりでせっかくサインペンを持ってきたのに、それも乱暴に投げ捨てて見向きもしない。「絵を描こうよ」とお願いすると唾を吐く。私が画用紙に「Aちゃんはつばをはく」と書いてみせると、さっと下りてきて大きく×をつけ、手をひらひらさせてまたジムの上へ戻って玩具を投げつけ続ける。例えば風船が爆発してしまいそうな感じ。爆発したら小さくしぼんでしまいそうな感じ。「Aちゃんはかなしい」と書くと、動きが止まり、くばかじわら>と書く。「さびしい」「かわいいけどいじをはってる」などのことばにも同様の反応。その後私にもたれかかりながら、息絶え絶えといった風情で幽霊の絵を描く。

治療者が瞬時にとった行動（“解釈”ともいえる「かなしい」などの言語化）が、その瞬間のクライアントに影響を与えたことは確かであった。しかし治療者はその時“解釈”を与えたと意識してはいなかった。ただ相手の切羽詰まった雰囲気を感じ取り、それを何とか表現できるかどうかだけが焦点化されていた。自分のとった行為の意味・クライアントに与えた影響などが考察されるのは、クライアントが面接室から退出し、カルテにその日の出来事がはじめて記載される時であった。

治療者は、その場の雰囲気、クライアントの表情、やりとりの中で湧き起こってくる生々しい情動のうねりとして身体に直接的に与えられたものを通してクライアントの内面（の悲しさ・怒り・もどかしさ・安心感など）に触れることができた。この身体感覚に内容を与える作業は面接終了後に行われ、次回につなげる指針として活用された。つまりこの例では明らかに“感じる”ことがまずなされ、相手と別れた後の余裕ができた状態で“ことばによる理解”が行われている。少なくとも治療者の意識上ではそうである。

ここで“感じられた”ものは、治療者とは別個に存在するクライアントという対象の内面であるというよりもむしろ、クライアントとの“間”に起こった情動である。この情動は怒り、悲しみ、幸せなどのカテゴリー化できる情動とは区別され、「生き生きした情動（vitality affect）」と呼ばれている。生氣情動とは、“波のように押し寄せる”“あせていく”“爆発的な”“次第に強まる”“溢れんばかりの”などといった、一瞬一瞬のうちに知覚される力動的な情動であり、人と人との出会いによって喚起されるものであるとされる（Stern, 1989）。Sternはさらに共感する能力は、乳児がこの生氣情動から様々な体験をオーガナイズして

いく過程で発達するのだと述べている。そこでの養育者の役割は、情動調律（affect attunement）を通して子どもの主観的な情動体験を共有していくことである。面接場面においても、この“間”に起こる生氣情動を感受し、それをクライアントとともに体験していこうとする治療者からの積極的な働きかけは、“共感”の萌芽的段階だと言えるのではないかと思われる。

“ことばになる”関係における“共感”

——“共感的理解”の諸相

事例1では治療者に与えられた身体感覚が検討された。身体を通した雰囲気（生氣情動）の察知は、自他融合の雰囲気を作り出し、退行することが積極的に求められる遊戯療法や前言語的発達段階にある幼児、さらに“間”を構成すること自体が治療の目標となる事例（たとえば精神分裂病患者、木村, 1983）への関与場面で活発に行われる作業である。

しかし、“ことば”に基づく体験がその心理的生活の主である人々との、対話を通した心理療法の中では“感じられる”ことの様相もおのずと異なったものとなる。まず治療者自身の体験が大きく異なる。なぜならクライアントとことばを交わす治療者の作業も、いきおい言語的なものとなっていくからである。クライアントとの“間”を直接的に感受するだけでなく、治療者はそれを“ことば”としても受けとめる。この間の事情について、神田橋（1997）は次のような重要な指摘をしている。

「言語なきところに体験はない。言語が体験という現象を作り出す。共感とは、言語によってまとめられた体験をことばあるいは文字によって“伝え”“コミュニケーション”し、こちらは意図をもって聴く構造の中からはじめて登場する。」

それでは対話を通して行われる、他者の内的世界のありように基づく理解というものは、どのようにして達成されるのだろうか？また前節で共感の萌芽とされた身体感覚の感受や雰囲気の察知は、ことばによる理解とどのように関連しているのだろうか？

さらに実際の臨床場面では「いくら聴きいっても、どうしてもわからない」あるいは「どうしても聴けない（相手のことばが私のことばにならない）」事態に直面することもしばしばある。このような“共感できない”事態ではどうすればよいのだろうか？

事例2： 現実感がない、しなければならぬことをすぐに忘れてしまうと訴える女子高校生B子さんとの面接から

…彼女は日常生活での細々としたことをほそほそと語り続ける。治療者に向けて、というよりまずは自分の気持ちを整理するためであるかのように。様々な苦痛を訴えるが、一体何が起こってどうなったのか、語られたことからは錯綜していて、その内容をそれとして理解することは治療者の能力を超えていた。とにかくラジオのチューニングをするように、彼女の息遣い、かすかな身振りに共振するよう努めながら、そのとりとめもない語り口についていくようにした。そうすることで何やらとてつもなさそうな彼女の体験世界に入ることを目論みつつ、それが実現したら巻き込まれてしまいそうな不安の中、いっそ裸足で逃げ出したくなることもあったが、ひたすら耐えた。彼女の斜め後ろに鏡があって、そこに我々の姿が映っているのだとイメージすると、治療者はいくらか楽になれた。そうすることで彼女の錯綜した生活世界の中に入り込んでも、迷子にならずにおれるのだという感覚があった。このような状態を保ち続けているうちに、次に彼女がどんなことを語ろうとするかが先取的に把握できたような錯覚が何度も訪れた…ふと我々をとりまく空気が緩んだように感じられた。彼女の顔には安堵感が浮かんでいのに気づいた。それまで「まだ話したいことの半分も話せていないから」と時間延長を要求する彼女であったが、その回は「もう時間になりましたね。どうもありがとうございました。」と言ってすっと退室していった。

ここで治療者がまずめざしたのは、クライアントの体験についていくことであった。そのために相手の息遣いやかすかな身動きに注意を払い、それに合わせていくことで、かたちだけでも同じような体験をしようと考えた。“理解する”ことはあまり重視されてはおらず、あくまでも一緒の場にとどまることが志向されていた。その中で何が感じられるのか、治療者は自分の身体感覚に注目していた。(そこで感じられたのが「何やらとてつもなさそうな」感覚である。)同時に、想像上の鏡の中に映る我々を見ることによって、今ここで起こっていることを観察しようとした。この試みは、Sullivan (1947) の「関与観察 participant observation」や神田橋(1990)の「離魂現象のイメージ」と同種のものであったかと考えられる。こうすることでクライアントの感情の流れに密着することができ、また逆説的ではあるが、治療者自身の主体性(居場所)も(かろうじて)確保できたのではないかと思われる。

事例3： 毎晩気づかないうちに変なことを口走ってしま

うのが怖いと訴えるOLのC子さん。「こんなことの繰り返しの中で自分がおかしくなってしまうそう」「どうにかしたい」と訴えるが、その語り口は淡々としており、すべての報告が他人事のように切迫感が感じられない。彼女のことばを心のなかで反復してみても、どうしてもしっくりこない感じ、ことばだけがただ上滑りしていく感じにつきまわっていた。彼女の家族は離散しており、そうなるまでの経緯を彼女はつぶさに説明してくれる。症状発現にいたるまでの出来事もわかりやすく教えてくれる。きっと彼女は自分の状況をこれまでずっと考え続けてきたのだろう。しかしなぜか彼女の労苦を治療者は感じ取ることができないのであった。たとえば彼女の家庭環境が治療者自身の体験からは想像もできないほどの状態であることがその原因なのか?と自問してみても面接の中での索漠とした感覚を動かすことはできなかった。つい彼女に与えられた診断—ヒステリー患者の心理的特徴とされるものにあてはめてこの状況を理解し、安心してしまいたいといった誘惑に何度も駆られたし、実際にそうしたことも度々あった。…治療者が感じるこの味気なさ・索漠とした感じこそがまさに彼女の悲しみの核であり、派手な症状や面接のたびに新たに報告される悲痛な事件から解放されることという一貫した要求以上に、それをこそ面接の中で取り上げるべきではなかったかとふと気づくまでには長い時間が必要であった。

「どうしても共感できない」「わからない」場合には、この事例のように関係の中で感じられた違和感に注目し、その感覚がクライアントの何によって喚起されたのかを吟味すると奏効することがある。角田(1995)はこれを「とらえ直しによる共感体験」と名づけ、それが体験としての共感(本稿では“感じ”と表現されているもの)を共感的理解に移行させる重要な契機であると論じている。治療者の中に否定的な感情が湧き起こってくる場合、それが一体何によるのかを捉え直す必要があるということである。治療者個人の未解決の問題がクライアントとの関係の中で活性化されている場合、それは治療者側の防衛であるので、好ましいものではない。これは治療者—クライアント間の相互的な感情交流を転移—逆転移の問題としてとらえる精神分析では逆転移と呼ばれる現象である。しかしすべての逆転移がネガティブなわけではない。Racker(1958)は逆転移を①治療者の未解決の領域から生じるもの、②融和型の逆転移、③補足型の逆転移の3つに分類し、②と③は治療的に利用することができるという指摘をしている。逆転移がクライアントが治

療者の中に投げ込んできた人格部分を直接的に体験することであるからこそ、治療者がそれに振り回されることなく、一体何が投げ込まれたのかを注意深くみつめることでクライアントの理解へとつなげていくことができるのである。

事例4： 一風変わった信念をもっているため交友関係がもてず、不登校を続けている男子高校生D君との面接から、治療者が病気で面接を一回休みにしたことの処理ができないまま、関係が泥沼にはまっていった時期のこと。それまでD君は治療者に対する強烈な陽性転移に牽引されるかたちで成長のきざしをみせていたが、実はその頃は家庭内である小さな事件を起こしていた。そのことは治療者には伝えられていなかったが、彼は治療者もお見通しなのだと恐れていた。そういう時期での治療者の休み。彼はそれを自分に与えられた罰だと捉えたいらしい。治療者は自分のことを怒っているのだと。何もかも破壊しつくしたいほどに怒り、同時に脅えているのは彼自身なのに、彼にはその感情を自分のうちに抱えておくことができなかった。その後の度重なるキャンセルの予告と面接時間の無制限の延長の要求。「なぜあなたはそんなに怒っているのか？避けたくなるほど私が憎いのか？」と怒鳴ったかと思うと突然「やさしく抱きしめて下さいお願いします」と嘆願することの繰り返し。そんな中で治療者はうんざりするだけでなく、「なぜここまで私を操作しようとするのか？」という心底からの怒りを生きるようになっていった。そこで「確かに私は怒っている」とか「…でももっと怒ってどうしようもなくなってるのはあなたなんだよね…」などと言うことにはもはや意味などないという無力感にとらわれていた。事実そう言ってみたとこで彼は何も動じなかった。将来この関係が動くときは、直接的な身体のおつかりあいがあったとき、治療関係が破綻したときに違いない…このケースはその後精神科再入院という転帰をたどった。

これは補足型の逆転移の好例である。しかも治療者はこの逆転移を有効に活用することができず、クライアントからの投影同一化^{注)}に巻き込まれ、クライアントによって投げ込まれたネガティブなものに振り回されるところがネガティブな対象そのものとしてふるまってしまっている。ことここに至ると逆転移の質を認識してももはや手後れであり、クライアントを理解したかのようなことばは治療的な力を持たぬ空疎なものでしかない。

自他の分化と他者の他者性の尊重について

事例4から得られるもう一つの示唆は、ことばによる理解やことばによる理解の伝達が治療的に行われる前提は、治療者とクライアントの自他が分化し、独立した存在であるということである。事例4では治療者とクライアントが“ふたりでひとつ”の体験(生々しい怒り)を生きており、これは意図せず自他の融合が起こり、“間”がとれなくなってしまった状態であるといえる。さらに“間”がとれない場合には、身体を通した雰囲気(生氣情動)の感知が機能することも困難となる。

本来クライアントは他者であるはずだ。自分とは違う人間だからこそ、相手の感情をその内部から感じようとする“共感”や他者理解の産物としての“解釈”が議論の対象となるのである。伝達の術としてのことばは他者との関係の中で意義をもつ。共感的理解の前提条件とは他者の主体性の保証であり、たとえ共感のプロセスの中で“相手の私的な知覚世界への一時的な潜入”が達成されたとしても、それはあくまで我ならぬ他者の世界であることを忘れてはならず、治療者が戻ってくる場所とはどのつまりは我が身なのである。他人の心理はたやすく理解され、共感されるものではなく、霜山(1979)が指摘するように「どんな人間でも他人の哀しみすべてをおのれの哀しみとすることはできない、という相互の諦念の優しさのうちに、われわれは絶望よりも慰めを見いだし、無理解よりも共感をはじめて見いだすことができる」のである。“as if”の感覚や“非知の知(高森, 1997)”などのことばを通してこれまで多くの臨床家がこの“他者の他者性の尊重”を強調してきた。この態度が堅持されない場合に、えてしてクライアントは「傲慢にわかれた」「先生はひとりよがりだ」と思うのではないだろうか？ 自我の脆弱な人ならば「自分の領域を侵された」「侵入された」と脅えたり警戒したりすることもある。(もっとも“ともに体験できた”という満足感だけで治癒するケースも多いが。)日常生活においても、とても親密な関係にある他者が私のことを、こちらが予期した以上のことを感じてくれたり理解してくれたときには何がしかの落ち着かなさを感じるものではないだろうか？ あたかも私の体験が勝手に相手にかすめ取られたようで慚然とすることはないだろうか？

とはいうものの、これまで見てきたように“共感”が萌芽する場所は自他未分化な「一体的関係性」(下

山, 1993) の中にあることもまた事実である。その場の雰囲気や全身で感受したり (事例1), 相手の動きに身を合わせていったり (事例2) するというような、前言語的な努力を通して相手の体験に向かっているとする治療者の態度は、共感的理解の基底であると筆者は考える。共感過程における感觸の意義を論じた岡 (1996) は「クライアントの独立性の尊重を形式的に考えないほうがよい」と述べている。“共感”とは、ことばにならない領域でのつながりを志向しつつ、ことばになる領域ではつながることを諦めていくという、非日常的なプロセスである。

“共感的理解”における2つのモード：身体感覚とことば

ここでは“ことば”を治療者とクライアントとの間でやりとりされることばだけでなく、治療者の中で取り扱われる概念や理論など、広義に扱いつつ考察する。

事例2では、“ことば”は錯綜したままであったが、クライアントには動きがみられ、治療関係にも展開が開けた。しかしこれは、「ではここで何が理解されたのか？」と問われたとしても「その時にはことばにならなかった」と答えるほかないような体験である。治療者が行ったのは“身体の動きを合わせること”と“その感じについていくこと”そして自分たちを“見る”ことである。“身体”が徹頭徹尾使われている。筆者は現在のところ、これは“共感即治療”の一例ではないかと考えている。

事例3では、“共感できない”事態の前で、ことばは無効であったといえる。またクライアントに対する精神病理学的知識や理論 (ヒステリー者とはかくかくの特徴を示すものであり、そこにはかくかくの病理が想定されるといった) は、現前するクライアント理解へのプロセスにむしろ妨害的に作用したといえる。共感できない事態では、治療者・クライアント双方の体験に近いレベルつまり意識的なレベルでの“ことば”の治療的機能は小さい。治療者に小さな気づきが訪れたのは、索漠とした感じという“身体感覚”とつきあい、それを吟味していく中でのことであった。

事例4では、その場で渦巻いている感情を生々しく感じるだけで何ら有効な対処ができなかった。この事例で注目されたいのは、ここに記されているクライアントのありようの理解は、関係のプロセスを鳥瞰した上で事後的になされているという点である。今、こ

での治療者の体験は「とてつもない怒りとうんざりした感じ」であり、それ以上でもそれ以下でもない。もっとも当時でも治療者は「投影同一化が起こっている」と把握してはいた。(それでもD君と対面しているときにそれを思い起こすことは難しく、主にD君が面接室を去った後でこのことに関する思索が活発に行われた。) 対象関係論が提示した原始的防衛機制としての「投影同一化」という仮説を持っていたからこそあの激しい関係の連続を耐え抜くことができ、クライアントの要求に屈せず治療構造をかるうじて死守することができたのだと考えることもできる。その意味でここでの“ことば” (理論) は、治療者を支える杖として機能していたといえるであろう。(ただしそれだけでは治療的でないことは、この事例が失敗に終わったことで見事に証明されている。) 防衛機制は、人間のこころの無意識のはたらきに対する仮説である。心理療法の中で生起することは必ずしも全てが本人達に意識 (自覚) されていることではない。関係の中でこちらが深く暗い森の中に迷い込んでしまったような心もとなさを体験する場合、無意識を説明する“ことば”は確かに有用である。ただし、無意識は意識されないからこそ無意識なのであるから、これらの“ことば”を取り扱うときには相当の慎重さが必要とされる。無意識領域に関する仮説を意識レベルで安易に使用することは厳として慎まなければならない。そして、我々が自らの無意識に接近するときのチャンネルは、身体にこそある。ここでまたしても、“身体感覚”の重要性が再認識されることになる。

以上をまとめると、次のようになる。

“ことばになる”関係の中でも、相手に共感的に接近し、理解しようとする態度の基底にあってはつねに身体感覚が作動していた。その上に相手の理解に通じることばが浮かびあがってきた。それはその場に対する身体による触知と同時に発生した。なお、ことば一概念や理論などの知的な要素一が治療者のよりどころとして機能したのは、“感じること”に行き詰まった場面においてであった。

本稿で筆者は身体感覚の重要性を強調した。それは身体感覚が共感的理解 (相手のことが内側から“わかる”一わかるというのは知的な作用であるようにみえる) という現象を支えているというその基本的な意義を明示しておきたかったからに他ならない。実際の面接場面で共感的理解のプロセスを支えているのは、面

接中と面接後にわたって繰り返される身体感覚とことばの間の往復運動である。

おわりに —— “共感” はどこで発生するのか？

最後に“共感”がもたらされる現場を見直すことで結びとする。

全ての事例において「クライアントの内面に触れた・わかった」と筆者が感じた“場所”は、筆者自身の中ではなく、もちろんクライアントの中でもない。感触が与えられ、気づきもたらされたのは、厳密には治療者とクライアントの“間”であった。

“間”で生まれるものが治療作用をもつことについて、かつて梶原(1992)は遊戯療法における「関係の裂け目」という概念を提示し、そこで「そのいずれでもなく、そのいずれを含む第3のパターンが生成される」といった脱中心化(Piaget, 1971)の生起が主体間の理解の発達を促すのではないかと考察した。このような治療作用を積極的に強調したのがOgden(1996)である。彼は「間主体性(intersubjectivity)」に注目し、治療者とクライアントの間に「間主体的な分析の第三主体(the analytic third)」が創出され、これこそが分析の主体であるとみなしている。

また“感じられた”“触れられた”“わかった”のは、そうしようと注意を集中し、努力している最中に起こるのではなく、ふと与えられる、いきなり訪れる、といういわゆるAch体験の特質をもっていた。

つまり共感的理解とは、治療者が得ようとして達成できるものではなく、そこに至る努力を重ねる中で、ある布置が整ったときに、結果としてもたらされるものである。しかしそれは単に受動的でなりゆきまかせの行為ではない。その場で現に体験しつつ、同時にそのことを観察する、といった一種の分裂状態を維持するという能動的かつ非日常的な営みの中で、それは実現されるものである。ただクライアントのことを「共感しよう」「わかろう」と意図的に努力するだけで達成されるものではなく、寧ろそういった思いを宙吊りにしたところで実現する事態であると考えられる。

注) 投影同一化(projective identification)とは分裂排除された自己の一部(悪い自己)や、内的対象の一部(悪い内的対象)やある種のファンタジー、不愉快な感情などを相手に投影して、相手を自分の内部からコントロールしようとする防衛のことを指す用語。そして、この投影を受けた相手は、投影された内的対象やファンタジー、感情と同じ

ものを感じる圧力を受けて、それに対応する言動をとったり、感情を感じたりしてしまう。ところが、投影した側は自分の投影した内的対象やファンタジー、感情などを否認しているので、こういうものが自分の中にあるのではなく、相手にあるものだと知覚する。(和田, 1996)

引用文献

- Kainer, R. G. K.: From "Evenly-Hovering Attention" to "Vicarious Introspection" Issues, of Listening in Freud and Kohut. *American Journal of Psychoanalysis*, 44, 1984
- 角田 豊: とらえ直しによる治療者の共感的理解とクライアントの共感性について, *心理臨床学研究*, 13(2), 145-156, 1995
- 梶原和美: “遊び” 関係におけることばの変容, *九州大学心理臨床研究*, 11, 175-184, 1992
- 神田橋條治: 共感について, うらうめ, 医療社団法人うら梅の郷会, 11-18, 1997
- 神田橋條治: 精神療法面接のコツ, 岩崎学術出版社, 1990
- 河合隼雄: 心理療法序説, 岩波書店, 1992
- 木村 敏: 自分ということ, 第三文明社, 1983
- 衣笠隆幸: 「共感」—理解の基礎になるものと理解を妨げるもの, *精神分析研究*, 35(5), 479-489, 1992
- Kohut, H.: Introspection, Empathy and Psychoanalysis, *American Journal of Psychoanalytic Association*, 7, 459, 1959
- Kohut, H.: *The Search for the Self*, Vol. 1.2., Ornstein, P. H. (Ed.), International University Press, New York, 1978
- Ogden, T. H.: 「あいだ」の空間 精神分析の第三主体, 和田秀樹訳, 新評論, 1996
- 岡 昌之: 共感における体験過程と感触の意義, *心理臨床学研究*, 13(4), 353-364, 1996
- Piaget, J.: *Biology and knowledge*. Chicago, 1971
- Racker, H.: 転移と逆転移, 坂口信貴訳, 岩崎学術出版社, 1958
- Rogers, C. R.: Some observations on the organization of personality. *American Psychologist*, 2, 358-368, 1947
- Rogers, C. R.: A note of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3. Formulations of the per-

- son and the social context, 184-256, New York: McGraw-Hill, 1957
- Rogers, C. R.: A way of being. Boston: Houghton Mifflin, 1980
- Rogers, C. R.: ロジャーズ, コフォート, エリクソン—ロジャーズからみた相似点と相違点の考察, 村山正治訳, 21世紀の心理療法, J. K. ゼイク編, 成瀬悟策監訳, 誠信書房, 1987
- 下山晴彦: 心理療法過程における関係性の研究, 心理臨床学研究, 10(3), 4-16, 1993
- 霜山徳爾: 人間の詩と真実, 中公新書, 1979
- Stern, D.: 乳児の対人世界 理論編, 丸田俊彦・小此木啓吾監訳・神庭靖子他訳, 岩崎学術出版社, 1989
- Sullivan, H. S.: Conceptions of Modern Psychiatry. William Aronson Whites Psychiatric Institution, New York, 1947
- 高森淳一: 精神療法における共感の中核, 愛媛大学教育学部紀要 教育科学, 44(1), 55-90, 1997
- 氏原 寛: 臨床心理学入門, 創元社, 1974
- 氏原 寛: 臨床心理学の目的と意図, 心理臨床大事典, 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕 共編, 培風館, 1992