

精神療法における共感過程の中核

高 森 淳 一

(教育心理学教室)

(平成9年4月30日受理)

The core of empathy-process in psychotherapy

Jyunichi TAKAMORI

I : 問 題

共感 (empathy), 共感的理解が精神療法で重要な役割を果たすという認識は, 学派を問わず共有されたものだといえる。またそれが精神療法の基礎であるとの了解からその教育・訓練においてもクライアントの共感的理解が強調される。その一方でそれを問題視する次のような認識がある。「共感的態度を面接の基本に据える立場がある。これはとくに心理畑に目立つ。しかしあれは問題だ。共感という意味はむつかしく, 様々な精神療法家によって, 様々に定義されている。それを識ること自体難儀である。共感についての定義を知っているにせよ, 知らないにせよ日本語は一人歩きする。ある国語辞典には『他人の感情と同じ感情を抱くこと』と訳してある。正解である。しかしこれでは精神療法をすすめていくことはできない。極端な場合には folie á deux のようにならぬ保証はない。共感という言葉がいつも幅を利かしているようでは, 精神療法を敬遠する人は一向に減らないのではあるまいか。」(下坂 1994 p1233)^{註1}

手厳しい論評であるが事実であろう。共感の概念としての曖昧さ, 多義性やコンテクションのために言語使用者間で相互の理解に達したかのような幻想を与え, 双方の理解に存在する齟齬を模糊してしまふ。この点に関しては古く1948年に Reik が指摘している。「私はある羨望をもって言うのだが, 心理学的な理解の過程を適切に記述しようとする際私が感じる困難が, 多くの心理学者には存在していない。私の問題に直面しても, すぐさま「共感」(empathy)の表現が彼らのこころのうちにわき起こり, 筆先から流れ出る。実際のところ, こうした記述はたいそう意味に富んでいるので, すすんでその曖昧さが見過ごされるのである。共感について語るということは, 時として意味をなさないことがある。それはちょうど劇場の座席, それとも運転席か巨大な箱なのかを区別せずに, ある容器の中で座ることを議論するのと同じで無意味である。共感という言葉がある時にはあることを, また別の時には, 別のことを意味し,

ついにはその言葉は何も意味しないものとなる。」(Basch p 101～p 102)^{註2}このために共感はいましばしば気楽で厚顔な人々にとって格好のスローガンになり、内容空疎な単なる掛け声に終始している。下坂はこのような共感がただの聞こえのよい囃し言葉に墮した状況とその悪弊の夥しさを剔抉したのであった。

一方、共感が実践上意味をなさないのは、その曖昧さ、定義の不明確さのゆえのみならず、それが高度に相互連関的にして力動的な性格を有するからであると思われる。そのため「理解すること自体が難儀」で、適切な記述が困難となってくるのである。

本論文では治療者側が体験する内的・心的過程に視座をすえて共感過程を記述、論考することを目的とするものである。クライアントの体験過程、治療者－クライアントの相互作用あるいは個以前の共同存在性といった各視点からも記述が可能であるが、先のような視座を選択するのは、社会・経済的には精神療法が専門家の提供する有料のサービスである以上、「共感的理解は治療者側から自由に提供されるものであって、クライアントに刺激されて引き出されるものではない。」(Rogers 1980 p 147) ことがまず職責として要請されるからである。もっとも精神療法の実際は治療者が一方向的にクライアントに何かの物体を手渡すようなサービスではなく、引き出され、巻き込まれ自他が融合せざるをえない事態となることもしばしばである。この関係性、相互交換性はいくら強調しても足りないものである。がしかし、それは不可避的な happen の次元であって do の次元のことではない。この次元の区別は重要である。ここでは do の次元にある治療者の基本的姿勢としての共感を主題とし、共感的理解が治療者にどう体験されるべく要請されているかを論述したい。

すでにふれたように共感について記述するといっても、俗語はもとより精神療法家のうちにおいても様々な定義や使用法がある。本論考では来談者中心療法の創始者 Carl. R. Rogers のいう共感を記述の座標軸としたい^{註3}。いうまでもなく Rogersこそ共感的理解にこの上ない重要性を認め、その考えは陰に陽に他の学派にも浸透しているからである。

臨床上の概念は半ば詩的言語であり生きたイメージである。これをニュアンスやまとわりつく雰囲気や削ぎ落として、観念的に他の類似概念と人工的に区別して明確図式的な使用を提唱することは意義が低いと考えられる。定義という作業は、ある平面領域を切り分け腑分けする作業であるが、それでは「わりきれない」し、強引に割り切ったところでイメージは変質し死んでしまうからである。臨床作業の要諦はむしろ「つなぐ」ことにある。むしろより根本的にはイメージが自律的存在であり「一人歩きする」ものである以上、人為的に厳密な使用約束手法はその力に抗しがたいであろう。

それでは共感というあいまいな概念を放棄せず、概念定義するのでもないとしたら、いかなる手法が可能となるのか。

II：本論文の目的および構成観点

まず第一には治療の場において現実生起する治療者の内的過程に極力沿いつつ、共感過程の基本部分ではなくして中核部分を標的として、定義するのではなく焦点化するよう試みる。そこでは治療者の内的過程に測深錘が下ろされるわけだが、その際、使用される認識手段は「内省」ということになる。

共感概念の混乱の原因の一つに process を無視して、その product のみを比較し、かつ一

斑の類似をもって全体を同一視したことがあったと思われる。ここでは、その共感 process の中核を浮き彫りにすることで、類似する、あるいは混同されうる心理力動との関連を明らかにしたい。これが定義するのではなく「焦点化する」よう試みるといったことの意味である。

またここでいう「中核的」の意は「より基本的」、「基底」、「前提的」の意味と区別されなければならない。この分別のなさも無用な混乱が生じる原因である。「基本的」を一番重要だと解する理解は適当でない場合がある。いくつかの必要十分条件のなかで、あるものが他のものより、基本的といった場合に、他の条件はどうしても良くてその基本的なものが重要だから、その条件さえ整えば良いと考える。そこでは、この「基本的」の意味を本質部分、中核部分と知らずに取り違えることが起きている。

基本的と言われることは、喩えていえば地と図の関係における地のようなものであって、図を見ずに地へ、より基本的な背景へ背景へと見入ることは、本来的でないはずだ。図が成立しえない場合でなければ、これを徹底的に問題にすることは悪しき無限後退を招かざるをえない。本論文では、中核部分とその本質を基底で支える基本的な要因の次元を区別して論述してゆきたい。

論考の意図するところは3点である。まずは図たる共感過程の中核部分の明確化を試みることであり、これが本論文の主要目的である。あとの残り2点は、この中核過程の理解に奥行と厚みを付加して立体三次元化するためのものといえる。

第2点目。その図を生み出す母体、地として、中核部分を根底から支える心的動力、言い換えれば中核部分を構成、機能させるのに必要とされる心的能力をある範囲内で記述したい。共感の枢軸過程そのものではないが、それを成立させるのに必要な前提条件。具体的には治療者に必要とされる、「より基本的」な諸能力を記述することとなる。これは共感の中核部分に対して次元を異にする下部構造の記述であって、いわば垂直的連関に言及するものといえる。

第3に共感の水平的な連関事象に注釈したい。これらは何らかの文脈で「共感」と呼ばれ得るものであり、概念定義の立場からすれば正しい「共感」概念と混同されている別個の事象ということになり、本論考の立場では、中核過程の周辺現象ということになるが、これらと中核過程との異同あるいは同一視されるゆえんに言及することが第3の意図である。

この水平的連関事象というものは実践的意義への比重を一段と高めた地点から見れば、治療状況の実際で生じ得る中核的共感過程の不全形態とみなしうる場合がある。不全形態という表現は、むろん筆者が中核部分と考えるものを基準にしての表現であるにすぎないため、連関事象 and / or 不全形態として一括してこれらの水平的連関現象に言及する。こうした水平的連関事象を共に考察することで、逆照射的に共感の中核過程の明瞭化を期待する。

構成として以下の「Ⅲ：共感過程の各段階」ではまず共感過程を三段階に区分する。各段階において、上に標榜された3点の論述に資するように適宜(a)：中核過程、(b)：基底要因、(c)：連関事象および不全形態、の項目をたてる。しかし(a)部分における中核過程の明確化にあたって、記述の必要上(b)および(c)に該当する事象に関して先に(a)部分で言及せざるを得ない場合もあり、そうした際(b)および(c)の項では要約、補足説明をするにとどめる。

共感の重要性は多かれ少なかれその重要性が認められながら、その概念の混乱のために「他者へはもとより、自分自身に対してもそれを説明しようとする試みがあっさりあきらめられている」(Basch 1983 p103) 状況にあって、本論文はまずは自身に向かって「共感」という内的リアリティを言語化する試みであるといえよう。

Ⅲ：共感過程の各段階

共感の中核過程を便宜的に、あくまで便法として、3段階つまり、①「傾聴からコスモロジー生成過程へ」、②「自己放下・自己移入から代理自己内省へ」、③「理解の表出、相互検討から再循環へ」に区分して記述したい。共感過程といっても、精神療法開始から終結にわたっての経過ということではなくして、面接の今、ここで起こる心的活動を時間的に展開する形式で記述するということである（共感的理解の諸段階をいくつか想定してそれらを記述する試みはすでにいくらか行なわれており、先行論文に関しては Gladstein (1983 p 475～p 476) の論文を参照のこと）。

段階を追って共感過程を記述するとひとまず表現したが、現実にはこうした段階を経ているのではない。記述の便宜のために擬似的に経時的段階として平面的に展開し、記述するのだと了解されたい。

そのゆえワン サイクルのなかで記述される各段階は、個々別個に独立した手順のように構想されてはならない。各段階が相互浸透的で、過程全体は螺旋的に反復成長し、ある段階は前サイクルの後続段階に依拠しているとイメージすべき事を重々強調しておきたい。

またすでに述べたように論述の基点としては Carl. R. Rogers (1902-1987) の記述を援用する。

①傾聴からコスモロジー生成過程へ

(a)：中核過程

治療場面で治療者が行なっている共感的理解をふりかえると、後の②で言及されるクライエントの精神内界（Rogers の述語でいえば内部参照枠）への自己移入がスムーズに行なわれている状況がすぐさまところに浮かんでくる。しかしながら、対象の内部からの理解といったとて、文化人類学で行なわれる参与観察の対象フィールドと相違して、観察する対象がところという実体のない対象である以上、治療者がその内部に身を置く対象がまずはイメージ＝想定される作業が暗々裡になさされていなければなるまい。この対象の構成を共感過程における中核部分の第一段階としたい。

この理解を差し向ける対象を正確に構成するための理解の源泉は、治療の初期には、外部観察や初回面接を含めそれまでに得られた外的情報に基づくことが多いと思われる。こうした外部からの観察や情報を利用することは共感とは相容れないように思われているが、始初の取りかかりとしては、利用されていないとは決して言えない。

重要なことは、共感的理解のサイクルがすでにある程度循環した時点では、後続の②、③の過程、つまりは共感過程から得られた理解がこの対象構成の大半の動力となるということであり、そうした場合、この①の作業は意識に上ることはなく、すでに存在しているクライエントのこのところの内部に身を置いている治療者自身が感じられることになる。

サイクルの最初期においては直接的にクライエントの内的な状況に十分参入し得ないことを示す傍証として、特殊な状況、例えば入院の分裂病患者が面接時間のほとんどを沈黙で過ごす場合を考えてみると良い。Rogers (1966 邦訳 p 270) はそうした場面について次のように述べている。「患者が彼自身の感情を表現するときには、敏感なセラピストは、彼の経験的意識

が患者の意味づけに対する感情移入で満たされていることに気がつくであろう。しかし患者が沈黙しているときには、セラピストは、**彼自身の体験過程**に直接的に照合 (direct reference) し、そこに見いだされる意味を伝えることができる。……これらの意味のなかには、必然的に患者もその関係も含まれているであろう。」(強調は著者)

これは言いかえれば、直接的な基点として、共感 (感情移入) によって到達されるクライエントの精神内界 (内部的参照枠) に直接ふれることができないため、治療者自身の体験過程を利用せざるをえない状況にある^{註4}ということであり、まずは何かをクライエントが語ってくれないことには、共感のサイクルが深まらないのである。

したがってクライエントが自身について何事かを語る、先に挙げたような特殊な状況以外の通常の状態としては、共感サイクルへのスタートボタンは、話への傾聴ということになる。傾聴は共感よりさらに基本的な要件として治療者に期待されるものである。しかし安直な人々にあって、言うはリップサービスの空念仏に、聞くは耳触りの良さを楽しんで聞流すといったことに終始している。実際には気楽に言われる程、安易にできるものではなく、まずはこの傾聴の失敗に共感サイクルを阻害する障壁が存在しうる。実際、「傾聴は特殊な訓練を受けていない場合、ほとんど行ないえない対人交渉のアートなのである。」(Fromm-Reichman 1950 邦訳 p 9)。ここに存在する陥穽については①-(c)の項目で取り扱う。

さてそれでは傾聴が可能となるための基底要件はなにであろうか。それは、おそらくクライエントのことを自分は理解していないと自覚できていること、非知の知であろう。これは初回のサイクルは言うに及ばず、理解がある程度進んだ段階においても常にこの感覚は必要とされる。「まことに、到達されたいかなる根底も再びその根底を指示し、開かれたいかなる地平も新たな地平を呼び醒ます。しかも無限の全体は、その流動の無限性のままに意味の統一へと向けられている」(Husserl 1954) といった感覚が要求される。

すぐさま他者の心理を理解し同じ気持ちになれるなどといった傲慢さとはおよそ対極にある謙虚さ、交換不可能で一回きりの個が必然的に担う実存的個独が真実感得され、この基盤のうえに立ってこそ、たまさかの相互理解が可能になるのである。

この点に関して霜山 (1979 p 49~p 50) は実在的に指摘している。「感傷的な同情などはむしろ共感の敵である。……真実にそれのできる人はかえって反対に、おのれの哀しみや喜びは結局、自分自身のものでしかないのだと往生しているひとであろう。……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。」^{註5}

こうした自身の非知への自覚なく、未知のもの (これがすなわち変化) への可能性が開かれていない場合、「話を聞く前に相手が言おうとすることをあらかじめこうだと確信して、他人の話が聞けない」し、「相手がこう言ってるんだと先に決めつけていて、決めつけていた事柄を耳にしている」にすぎなくなり、さらにまずい場合は、治療者がクライエントの「メッセージをねじ曲げ、言ってほしい事を言っているように歪曲しようとし、それを聞いているだけ」となる (Rogers 1980 p 13)。

さて他者について無知であり、本来直接知り得ないものである以上、「個人のこの私的世界をありのままの姿で、いかなる純粹な意味、複雑な意味においても知ることができるのは、当のその個人のみ」(Rogers 1951 p 483) ということになる。そのため「理解するための最善

策は当人の内的参照枠にたってみること」(Rogers 1951 p494) によるしかない。

①の段階では、未だクライアントの内部参照枠が十分に治療者の認識の座標軸として機能していない時点を論究しているのだが、傾聴と同時に治療者内部でアクティブに行なわれているのは、想像的イマジネーションによってクライアントの内部参照枠を構想することである。内部参照枠とは、クライアントが主体として世界に対し際、有意味的にそれに従って世界を切り取る認識の枠組のことであり、Rogers は文脈に応じて「現象世界」、「知覚の場」といった言葉にしばしば置き換えている。Bowlby のいう「ワーキングモデル」の総体であると言える。

Rogers が「クライアントの知覚の場をカウンセラーの心の中に、いわば複写しようと試みる」(Rogers 1951 邦訳 p47) としているのは、こうしたクライアントの「現象世界」を構想するイマジネーションの働きをさすものといえよう。治療者側のイマジネーションによるものであるから、治療者の中に複写するという表現は至当だが、実際、治療者のイメージのなかにあっては、その表象を空間的に帰属させる場はクライアントの身の内である。つまりクライアントの内側にこの表象世界が実在するかのようなイマジネーションのうちに治療者はいる。

この表象世界は、ある特定の感情や認知といったものよりもより高次の性格を有するものである。Rogers (1980 p10) は、「人が語ることやその時点で彼にとって重要な意味づけを真実聴き、——彼の言葉だけでなく、彼というものを聴いて——彼自身の私的で個人的意味づけ (private personal meanings) を私が聞いたということを彼に伝えるならば、多くの事が生じる。」と述べているが、これは言葉ではなく、言葉が「事の端」として生じくる以前の原一感情、およびその感情がクライアントの内面世界でおかれている文脈に耳を傾けることを意味している。個々の感情に共鳴同調するだけであるならば、Rogers (1957 p99) が言うように、クライアントの意識内容に「加えてクライアントがほとんど意識していない体験にふくまれる意味合いを治療者が口にするのも可能」になることなどありえないであろう。それが可能であるのはクライアントが主体として身に引き受けている世界を治療者が聴得しているためである。

それはいわばクライアントのコスモロジーと表現するのがふさわしいものであろう。そこには世界に関する理解の様式、解釈方法、体験様式が含まれており、それらによって個々の体験内容の質が決定されており、さらにクライアントはそれらをひきうけ主体として生きているからである。これはちょうど文化人類学者が、参与観察する民族のある行動の意味を正しく理解するのに、その社会が所有しているコスモロジーを知らねばならないのと同様である。

このクライアントのコスモロジーを治療者のイマジネーションが構築するのだが、このイマジネーションには、クライアントが有する「主体としての私的な精神内世界」がそれ自身を示すものを、それ自身から、それ自らに示すよう構想する努力が要請される。つまり、治療者の内部準拠枠にクライアントの世界を位置づけるのでなく、それ自体が自律的な動きをもった、^{しか}然あるものとして創造されなければならない。ここでは美的判断同様クライアントのコスモロジーが治療者のなんらかの欲望の対象として利用されてはならないし、理論や予断、個人的批評、意見はいったん括弧にいれられねばならない。ここでの要請は現象学というエポケー (判断停止) に相当するものであると考え得る。同様の考えを鳴沢 (1975) は提示している。ここでは素人の反応つまり共感の不全形態との対比でそれがいかに非日常的な手法であるかが主張されている。

「ずぶの素人に『できるだけ相手をよく理解するように』という教示で面接の練習をさせる

と、大部分は自分のもちあわせている理論、知識、体験をより意識的にフルに動員して一つ一つチェックしていこうとする知的な働きをとったり、ときには相手の話に身をつまされてついほろりとしたり、ただ受け身一方になったりすることが多い。そこには当然現象学で言うあの一時的な判断の停止（エポケー）もなければ、自他体験への明確な区別もなく、偏見や先入観や偏り歪みといったものが『理解』に渾然一体となっている。クライアントをとらわれなくあるがままに理解把握しようとするならば、必然的に、自分の感情や判断を停止し、いわば自己を無化して、クライアントの世界に入りきった、その自己の体験過程における純粋な体験の意味を見出だしていこうとする現象学的接近が要請されてくる。しかし、このような現象学的な接近法がとれるようになるまでにはかなりの訓練が一般的には必要で、ここにいわゆる『日常レベル』での理解と『臨床的レベル』での理解との間に明確な一線がある。」（p77～p78 強調は著者）、「臨床的レベルでいう共感とは、あくまでも現象学的接近法の適応のなかでおこる共感であって、この前提があってこそ、普遍的な治療的要因となりうることを強調しておきたい。」（p79）

語られる言葉を治療者が傾聴し、それらを手がかりにエポケーをともなった想像的イマジネーションによって、クライアントによって生きられている内的世界＝コスモロジーを不完全ながら、とりあえず措定することが第一段階の中核過程である。

分節化すれば傾聴からコスモロジーの措定へと記述されるが、治療者の体験上これは同時的で間隙なく行なわれており、言葉ではなくその背後の原感情やコスモロジーが直接傾聴されていると感じられている。治療者の基本姿勢として傾聴が無為受け身なものではなく積極的傾聴（active listening）であるということがしばしば言及されるが、その内実はこのイマジネーションをともなった傾聴に対応するものであろう。実際この構想過程は非常にアクティブかつクリエイティブな心的活動を治療者に要請するのである。

(b)：基底要件

(a)ですでに必要に応じて箇所箇所において言及された。それらを列挙すると、実存的個性を認識することからくる謙譲、非知の知、判断停止（エポケー）、対象希求への禁欲、創造的イマジネーションということになる。

対象希求への禁欲に関して Trachow (1962) の記述を紹介しつつ補足しておきたい。彼は、「他者を現実の対象としては却下するという課題を治療過程の理論における中心問題である」（p377 強調は著者）とみなして次のことを指摘している。クライアント、治療者双方が治療で直面する基本的問題がある。それは対象希求の欲求である。治療状況では両者ともに相手と親密になりたいという人間として基本的な欲求が動因となって、対象から充足を得るために行動化しあおうとする圧力がかかるのである。しかし精神療法にあっては治療における real な状況は仮構 as-if の状況へ変換されねばならず、治療者－クライアントの相互交渉もこの観点から吟味を必要とする。このことが成立するためには、治療者にクライアント以上の対象剥奪に耐える力、そこから生じる孤独に堪える能力、つまり「一人での能力」（Winnicott）が必要とされるのであると Trachow は述べている。

また基底要件にぜひとも追加せねばならぬものとして「曖昧さへの耐性」あるいは「待つ姿勢」をあげねばならない。これは決めつけず傾聴するといった点ですでに挙げた謙譲、非知の知と重複する。論述されているサイクルはすでに述べたように円環運動を重ねるものである。

ここで追補言及している「曖昧さへの耐性」は、この円環運動全体を支えるものであり、ある程度循環した時点における「第一段階」では、そうした意味での「曖昧さへの耐性」が不可欠になっているのだが、記述の便宜上これは最終段階の③-(b)において論究することとする。

(c)：連関事象および不全形態

自然主義的態度に基づいた客観的観察

客観的観察はクライアントを理解しようという意図、ないしは熱意のみが共感的理解と連続性を有する。普通に表現するならば、その点以外は共通点がない。

そこではクライアントは人格的主体 (I) として措定されず客体化 (him) されている。傍観者の分別知 (savoir) では経験や事象がクライアント自身にとって有する意味には到達しえないのである。

このことに関しては自然科学の方法論と精神科学の方法論いにかえれば、自然主義的態度 (naturalistische Einstellung) と人格主義的態度 (personalistische Einstellung) の問題として、方法論的に綿密な討議がなされなければならないが、ミュンヘン現象学派の形成に寄与した哲学者、心理学者 Lipps, Th. (1851-1914) があげた三つの認識源泉となる精神作用から言及するにとどめたい。

それははじめて共感 (Einfühlung) という述語を使用したのが他ならぬ Lipps であり、この感情移入とも訳される Einfühlung が、英語における empathy というギリシャ語からの造語をうみだしたのである。彼の提示した三つの精神作用とは次のものである。1. 外的事物の認識源泉である感覚知覚 (観察)、2. 内的状態の認識器官である内的知覚 (内省)、3. 外的対象における内的状態を認識する感情移入 (共感)。Lipps にあってはこの三つは等価的な認識作用である。

この Lipps の区分を念頭においていたか否かは明らかでないが、まるでこの区分に対応するように精神分析家である Kohut (1980) は「複雑な精神現象に対する心理学の領域についての本質的な定義は、その領域は内省と共感によって接近できる現実のある側面である」(邦訳 p 243) とし、「内省と共感を通してのみ接近できる情報を精神分析は扱うという事実によって精神分析自体が定義される」(邦訳 p 245) と述べている。

共感という認識方途の前提は心的現実の重視、湯浅 (1992) のいう「心理学的主観主義」である。

客観的観察、すなわち対象への関与なき観察には、この心的現実の観点が全く欠如している。

評価的理解 (evaluative understanding)

Rogers が共感的理解と対照して言及する理解の様式であり、非常にしばしば訓練されていない人が「共感的理解」をしようとした場合生じる理解のあり方と言えよう。

Rogers は共感が「ともに理解する」態度であるのに対し、評価的理解は「…について理解する」態度であるとその差異を記述している。

この認識様態はすでに(a)で引用した鳴沢 (1975 p 77) にあったように「自分のもちあわせている理論、知識、体験をより意識的にフルに動員して一つ一つチェックしていこうとする知的な働き」である。

謙譲さ、曖昧さへの耐性、イマジネーションが治療者に乏しいために外的な判断基準がせつ

かちに導入されるわけであるが、治療者の人生経験や信念、価値判断が採用されると、形成される理解の雰囲気は知的というよりもより情緒的なものとなり、以下のような状況を招くのである。

「心理的に不安定な医師は、患者に犠牲をはらわせてでも自己を主張しようとする要求にとらわれている。……つまりかれらは患者が“建築家の手にある粘土”のようなものであり、自分自身のイメージにしたがってこれを型にはめることができるというような妄想にとらわれ、そして、このような欲求のため自分と患者の間に実際には存在しない類似を妄想するようになる。その結果、患者の人格やそのひとの生活に特有な情緒障害の真の姿をとらえることができなくなるのである。そこでこのような治療者は自分の人生で解決だとおもったものと同じものを無理におしつけ、それを患者の個人的問題の解決として受け入れ体得させようとするようになるので、患者は自分自身の回答を追求するために必要だった助けをうることができなくなる。」(Fromm-Reichman 1950 邦訳 p19)

この状況は次の「同情」に連続したものである。

同情・同感

同情は判断の基準点(準拠点)としてクライアントの内的参照枠ではなく治療者のそれが採用された場合である。自身のコスモロジーの一部をクライアントのものと同様部分で重複させ、クライアントと同様の感情になったと感ずる状況であろう。治療者がクライアントを自身に引きつける点、プロセスにおける運動ベクトルの方向が共感過程と相違するが、結果においては、部分的な相似が出現し、この点が共感との連続性を有すると認識される。

この重複がたまたま広範囲にわたる、ないしはその骨子が類似しており、治療者がそれを意識化して連想の一素材として使用できる場合において、ここで述べられる共感過程とは区別されたものながら、共感過程を側方から促進することがある事実は否めない。これはただ、運よくそうしたケースに出会った場合であって、これを中核とするならば種々のクライアントに専門家として一定の成果をあげることはできないであろう。通常重なりあう部分は若干であるはずだからである^{註6}。

「同情、同感ということは、私の個人的な感情と相手の個人的な感情とを重ねあわせることである。相手の個人的な感情のうち、私の個人的な感情と共鳴し重なりあうのは、ごく一部にすぎない。同情している時の私は、時に同情に酔っていたりする。酔うためには、酔える材料だけを選びとらねばならぬ。いわば同感し同情できる材料だけを選択してきていることになりがちなのである。」(佐治1966 p16)

これが Fromm-Reichman (1950 邦訳 p 9) の指摘する傾聴における陥穽、「あやまった方法、つまり自分の問題や体験の線にそった方法で反応」ということである。すでに述べたようにこのようにあやまった方法で反応「しないようにするということは、特殊な訓練を受けていない場合、ほとんど行ないえない対人交渉のアートなのである。」

シャドウ 影の共有

これは同情と同様の力動であるが、共有されるものが、治療者、クライアント双方にとって直視したくない事実、心理状態であり、これを見ない、触れないという同盟を暗黙のうちに締結することで意気投合する状態といえる。同情ではある共通部分が積極的に賦活させられたの

に対し、この場合、治療者自身に受け入れがたい側面が活性化しないようクライアントのもつ類似した葛藤を治療者が回避する。むしろクライアントも同様に回避を行なう、このクライアント側の心の動きは抵抗として把握されるものである。治療者の抵抗部分——逆抵抗と称せられるかもしれない——が、クライアントの抵抗部分といわば非治療同盟を結ぶと言える。こうした事態を河合（1983）は「影の共有」といい、前田（1981）は「共同の抵抗」と呼んでいる。

「たしかに（治療者の）青年期的心性が、青年期的な未熟な患者の治療で、逆転移的に共感をよび、一見、治療関係がうまくいくようにみえることはある。しかし互いに傷をなめ合ったり、過度に依存させてぬきさしならなくなったりして、共同の抵抗に陥ってしまうことにもなりやすい。」（前田 1981 p173）

こうした状況にも記述用語としては上にみられるように「共感」が使用される。ある心理状態が共有（share）されているからである。しかし同情と同様に、共感のそのプロセスや、全体の性格を勘案すれば、①で記述された共感過程の中核とは、結果として励起される雰囲気のごく一部のみが連続性を有するといえよう。

また言うまでもないことだが、こうした「影の共有」はクライアントはもとより治療者の心理的成長をも妨げるものである^{付註1}。

②自己放下・自己移入から代理自己受容へ

(a)：中核過程

①では、アルキメデスの点（外的準拠点）を外挿せずにエポケーによってクライアントが主体的に生きている「現象世界」、コスモロジーが一先ず構想される過程であった。しかしながら、それでは現象学の哲学者が最もよい治療者ということになるのであろうか。①の次元にあっては、共感日常的でないとはいえ、ある基本的な観察手段、認識手法にとどまり、精神療法で要請される共感としては途半ばであってはまだ十分な治療的作用を有することは少ないと思われる。むしろクライアントにとっての世界を、クライアントと治療者の他に、世界そのものとしてあらしめることは、とりもなおさずクライアントがあるがままの自分自身の姿をあらわにし、とりつくろうことなくその姿を認識することへとつながるものである。こうして自己への鳥瞰を得ることの意義は重々強調されるべきものである。しかし①段階にとどまる共感ではクライアントが自分の感情をみつめることは助けても、クライアントが感情を体験する、クライアント自身になることは充分援助できないであろう。認識作用と感情体験を強いて二分するならば、①の段階における共感はおおむね認識論的、認知的な治療者の基本姿勢といえるかもしれない。

しかし精神療法における共感的理解はさらに①の次元から治療者の心身の体験へと超えゆくものである。

②の中核過程にあっては、治療者が個人として有している内的参照枠を放下し同一性を流動化するなかで、クライアントの内的世界つまりコスモロジーの中へ自身の体験主体を投げ入れ、その世界を体験することとなる。

Empathy が同情や日常理解の共感と区別するために感情移入と訳され、また哲学の領域では Einfühlung が自己移入と翻訳されるように共感に関する記述はこの移入過程に力点が置かれ、共感の本体部分として扱われてきたとあってよいであろう。まずは Rogers 自身の主だった記述を年代順に三つほど追ってみたい。

1951年では Raskin, N. J. (1949) の未刊行論文を引用しながら次のように説明している。

「クライアントが表現を与える感情についてクライアントと共に積極的に経験することになり、治療者は最大限の努力を払って話し合っている相手の皮膚の下に入り込もうとし、内部に入りこんで、表明された態度を観察するのではなくて表明された態度を生きようと努める。…一言でいえば、自分自身を完全に他人の態度の中に吸収させようと努めるのである。」(邦訳 p 38 太字強調は著者、下線強調は引用者。以下同様)

次いで Rogers の論文中おそらく最も著名な論文「治療における人格変容のための必要十分条件」(The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. 1957) から。この論文で彼は6つの必要十分条件を挙げた。そこでなされた解説はしばしば共感の定義として引用されるものである。

「第5の条件とは、体験的に治療者がクライアント自身の意識状態 (awareness) を正確に共感的に理解することにある。クライアントの私的世界をあたかも自分自身の世界であるかのように感じることに、だがしかしそれが「あたかも (as if)」という性質をうしなわない、これが共感というものであり、おそらく治療に必要不可欠なものだろう。クライアントの怒り、恐怖、狼狽をあたかも治療者自身のものであるかのように、しかしそこに自分自身が持っている同様の感情が巻き込まれない、これが記述しようとしている条件である。クライアントの世界が治療者にとってこのように明白となり、その世界を自由に逍遥 (move about) するとき、クライアントにとって明らかになっているものを治療者が了解した旨伝達することができ、加えてクライアントがほとんど意識していない体験にふくまれる意味あいを治療者が口にすることも可能となるのである。」(p 99)

最後に1975年晩年の最も包括的な描写を紹介する。Rogers のいう共感を知るうえで、最も重要な記述であろうと思われる。長くなるが細分化、中略せずに引用する。

「もはや共感を『共感の状態』と呼ぶつもりはないのですが、それは共感が状態というよりはプロセスであると信じるからです。……他者自身と一緒に共感的に存在するための様式にはいくつかの盤面があります。その意味するところは、その私的な知覚世界に入り込み、移り込んだ先の世界の住人としてそこに知悉するようになること (becoming thoroughly at home in it) であります。そこには他者のなかで流れ去り移り行く感覚様の意味あい (felt meanings) を時々刻々、敏感に感じることに、恐怖や憤怒や傷つきやすい優しさあるいは狼狽、クライアントが体験している如何なるものであれ、それらに敏感であることが含まれます。他人の生の内側において一時的に生きることであり、判断することなしにしなやかにこまやかにその内部を逍遥することです。それはクライアントがほとんど自覚していない意味あいを感じ取ることであります、がしかしまったく無意識的な感情を暴露 (uncover) しようとするのではありません。それというもの、もしそんなことをすればクライアントを脅かすことになるでしょうから。クライアントが怖れているもの

を、あなたの新鮮でおびえのない目で見たとときに見えるその人の世界というものを感じ取り、その感じを相手に伝えることが含まれます。そうしたコミュニケーションとは、あなたが正確に感じ取っているかどうかを相手の人と一緒にチェックすることであり、あなたがクライアントから受け取る反応につき従うということなのです。あなたはクライアントの内的世界において、確信ある (confident) ^{註7} 同伴者であります。他者の経験の流れのうちに存在するかもしれない意味づけ (possible meanings) を指し示すことで、その人がこうした役立つ類いの参考点 (referent) に焦点をあて、より十全な意味を体験し、体験化へと向かうよう援助するのです。このように他者とともに存在するという事は、先入観なしに他者の世界へ入り込むためにしばしの間あなた自身のものの見方や価値観を脇へおきさることを意味しているのであります。ある意味においてこれはあなたの自己を脇へおきさることであって、これは次のような人以外にはやれぬことなのです。結果的には他者の見慣れない、あるいは奇矯な世界であるやもしれぬものにも当惑せず、そう望むならば自分の世界へと快適に帰還しうる事を十分確信して知っている人、こういう人をしてはじめて可能になることなのです。」(Rogers 1975/1980 p142～p143)

このようにみてゆくと初期から晩年の約30年弱にわたって、共感の内実に関する Rogers の記述が終始一貫していることが分かるであろう。これらの要点として、クライアント内部の心的世界 (コスモロジー) に移り込むこと、その世界を生き生きと感ずること、しかし「あたかも」という性格を喪失しないこと、クライアントの自覚しない体験の意味を理解すること、これらに必要な事として、治療者の自己を脇におくことおよび最後に理解の伝達と相互検討による修正が挙げられている。最後の理解のフィードバックに関する点は③で扱うこととして、それ以外の要点を②では論考したい。

「あたかも」という性質

Rogers の「クライアントの私的世界をあたかも自分自身の世界であるかのように感ずること」という記述は、『大辞林』の共感の項「他人の体験する感情を自分のもののように感ずること」に符合して、日常的理解に近い。このため雰囲気的に理解されるにとどまりその実質的意味が充分考慮されてこなかったのではないかと考えられる。

それゆえ共感がカウンセラーの側における情動的同一化によるのではなくして、むしろ自己移入的同一化であることが不分明になりがちであったと思われる。実際は「自己の体験する感情を他人の体験構造をかたどったうえで感ずること」なのである。

共感においては理解の基点があくまでクライアントの内部参照枠であり、ここに治療者のそれを重ねあわせるのである。それはまた治療者個人の類似体験を混入しないようにという要請でもある。クライアントを理解するにあたって、治療者が自身の参照点としてクライアントに会う以前すでに有している類似の感情を判断基準にしないということである。これは①で論じられた基本姿勢に連なるものである。

これは精神分析でいう古典的逆転移の議論としても把握できる。Rogers は逆転移の危険性に関して、短期の治療が大半であるためであろうが、来談者中心療法では逆転移は問題にならないとしていることは注目すべきである。つまり治療者に個人的問題があっても共感に支障をきたさないとする。それというのも Rogers のいう意味での共感においては治療者自らの自己

は脇に置き去られ、治療者の内的認識枠ではなくクライアントの「現象世界」をあくまでも中心に据えているからである。client-centered（クライアント中心，クライアント本位）の本義の一端がここにある。

クライアントを治療者自身のようにといった表現は正確ではなく誤解をまねく。「共感という状態ないしは共感的であるとは、当人の内部参照枠を、正確にかつ固有の感情的な構成要素と意味づけとを伴って知覚することであり、その際、自身があたかも相手であるかのように、しかし「あたかも」という性質を喪失せずに知覚することである」（Rogers 1959 p 210）という表現にあるように、「治療者の自己をあたかもクライアントのように感じること」が中核過程なのである。それゆえ治療者の「自己を脇へおきさる」、「自分自身を完全に他人の態度の中に吸収させよう」ということになるのである。治療者は自身の自己を手放し、クライアントのコスモロジーに投げ入れるのである。

この自己放下・自己移入を論考する前に、Rogers が述べていない点で「あたかも」という性質を喪失しないことがもつ臨床上重要な意義を補足しておきたい。それはとりわけ、病態の重い、自我境界の脆弱なクライアントにあっては、この点への配慮——いかに融合的になってもあくまでも治療者は治療者、クライアントはクライアントであるという治療者側の意識がクライアントの自我境界を守ることになる（本論文③-(a)表明・伝達様式を参照のこと）。この意識はむろん①で言及した実存の本質に根ざす個独性の認識に通底しているものである。

自己移入

治療者が内部に入り込む場は、①で示したように、個々の感情というより、クライアントが主体的に生きているコスモロジーである。では移入されるものは、何であろうか。

empathy の邦訳が心理学ではもっぱら感情移入と訳され、哲学領域ではむしろ自己移入とされる点はすでに言及した。それぞれの文脈に即した結果であろう。結論を先にいうならば、移入されるものは治療者の感情ではない、治療者の自己、正確には自己の一部である。それはとりわけ体験主体あるいはノエシスの自己であるといえる。

感情移入の語は「思い入れ」などといった日常語に等価となり、本来の意味を反映し得ないと思われる。Rogers 自身、感情を投げ入れるといった表現はしない。

「積極的な努力によってカウンセラーは、自分自身をクライアントの照合枠へと押し入れることができるのである……」（Rogers 1951 邦訳 p 42）。

こうしてクライアントのコスモロジーへ投げ入れられることで参入した主体的自己が、心的環境として実質クライアントの内的精神世界を体験するのである。クライアントの型に自身を流し込み、そこで内触覚的にその内的世界を肌で感じ、クライアントの窓から外的な世界を眺め、物事を考えてみるのである^{註8}。

「相手の皮膚の下に」（Rogers 1951 邦訳 p 38）などと表現されるように対象の内部へ自己を投げ入れる、この内部にという点に大きな強調点が置かれねばならない。こうした心的現象の記述は投影性同一視、正確には良性のそれを想起させる。こうした自己移入に関して理論上はもとより臨床的考察においても全く共感の術語を使用しないクライン派の共感定義が自他境界保持も含めて、この状況を十分に表現していると思われる。

「共感（Empathy）：共感は『正常な投影性同一視』に包括できる投影性同一視におけ

る良性の一形態である。

もし“だれか他の人の身になって考える（字義どおりでは、自分自身を他人の靴の中に入れる）”ことについて語るならば、これは共感の記述である。しかし、それは、自分自身の一部、自己知覚のある能力を他の人の立場に挿入する過程の記述でもある。とりわけファンタジーのなかで他者の経験を獲得するために挿入された自己の一部を経験することである。これは、感受性豊かな人にとって、たぶん正常な活動であり、投影性同一視に伴うファンタジーの一つと大まかには言える（Klein 1959）。この他者への侵入の重要な側面は、現実性を喪失しない、アイデンティティの混同が存在しないということである。自己と他者の境界が破壊されるのは病的な投影性同一視に見られる万能感に特徴的である。これは共感とは相違する。共感においては、投影の際に一方が誰でどこに存在するかに関して適正で現実的な自覚が損なわれてはいないからである。」（Hinselwood 1991）

「挿入された自己の一部を経験する」といわれるように、治療状況での治療者の感覚は、クライアントの心理状態をあれこれ推察するというより、むしろ自己の内的体験を触知して言語化する、いわば内省している感覚に近い。これは筆者のみの印象ではなく、鳴沢（1975 p 83）も同様の感覚に言及している。「相手を見つめるのではなく、むしろ、自分のなかをたしかめ、自分に感じたものを表現しているだけといった感じがする。相手が経験しつつあるものが全体として自分のなかに経験されつつあり、その自分のなかのものをとらえ、表現することが、相手を表現することにもなる、といったものである。」

一般に共感是对人関係の枠内で考えられるのだが、このようにいわゆる単純な対他的交渉とは性質を異にする。くしくも Buie (1981) は以下のように述べている。

「共感是对人的な (interpersonal) 設定で個々人が別個の人間であるという自覚が損なわれていない複数の人の間に生起するものだと言えるだろう。しかしながらその本質とは、時々刻々他者の内的経験をj知る能力に基礎をもった精神内界的な (intrapsychic) 現象なのである。」（p 282）この意味においてそれは「相互作用のない関係」(relationship without interaction : Rogers 1950) なのである。

これは本来的精神療法が自己ならざる自己つまり「自己として汝」自身——精神分析ではこれを無意識と称す——を知る場であり (Bettelheim 1983等を参照のこと)、クライアントが他者ではなく他者性を帯びたもう一人の自己（「汝としての自己」）と対話する場であるからであろう。治療者は他者でありながら、クライアントに自己移入することで、クライアントにとっての「もう一人の私」になるのである。Rogers は、この「もう一人の私」をクライアントの「いまひとりの自己」、「代わりの自己」、「いまひとりの自分自身」、「純粹の第二自我 (alter ego) ——理解しようというひとつの特質は別として——それ自体の自己を（できるかぎり）捨て去ったひとりの自己」(Rogers 1951) といった表現で表わしている。この状態にあっては対他的対話が即、対自的対話なのである。二人であるはずのクライアントと治療者が一に、つまり二にして一。一人であるはずのクライアントに今一人の自己が出現する、つまり一にして二。この二にして一、一にして二の非日常的世界に治癒的作用が潜在するのであろう。

「ある意味では、あなた（クライアント）のいまひとりの自己——つまりあなた自身の態度や感情の今一人の自己——になるわけで、あなたが、もっとはっきりとあなた自身を認

知し、もっとたしかに、しかも深くあなた自身を経験」(Rogers 1951 邦訳 p46) するようになってゆくのである。この事態はクライアントからすると以下のように体験される。

「わたくしのカウンセラーは、わたくしのいろいろの問題に、わたくしが取り組みたいと思うままに取り組んでいる、ほとんどわたくしの一部でありました。……二人の自己が、二人のまま存在しながら、ともかくもひとりとなっている。——“わたくしたちはわたしであります。”(We are me)」(Rogers 1951 邦訳 p48～p50, Rogers 1950 邦訳 p252も参照のこと)

クライアントの自覚していない体験の意味を感じることに

1975年の記述にみられたように Rogers はクライアント自身の体験に関して、治療者がクライアント以上にはっきりとクライアント自身を体験し、ほとんど自覚されていない意味あいを感じとることができるかと述べている。これを表層的に聞けば治療者は直観的にクライアントの内面の深みを透見するかのような印象をあたえるであろう。共感が直感と同一視される所以でもであろう。この意見をしばしば①で言及した実存の個獨性への諦観を全く欠いた人が採用する。この弊害は甚大である。

実際はこれまで記述してきた過程が成功裡に進展してきたならば、このことは特殊なことではない。

ある知人の家へ招かれた人が、その家の中を自由に見て回ることができ、敏感に状況を感じるならば、居住者よりも家の構造や雰囲気についてより多くを語ることができ、住人が何らかの理由で見落としていた個所にも気づきうるのと同様である。相違するのは、この家というのがクライアントの内的な世界、内部環境である点のみである^{付註2}。

以上のことから、治療者はクライアントと同じ感情状態を体験するのではないことが知れるであろう。単なる共振では、クライアントが自身をどうしようもないのと同様、治療者もクライアントはもとより、共振した治療者自身にすら処置できないかもしれない。

治療者はつねに「クライアントの言葉や概念やあるいは感情を繰り返すだけではないのである。彼は、クライアントの言葉や概念が指し示している、現在の内部的体験過程 (the present inner experiencing) のなかに潜在している (implicit) 意味を探し求めているのである。」(Rogers 1966 邦訳 p274)

Kernberg (1979 p310) もまた境界例青年の治療に関して論じた論文のなかで共感について触れ、共感には「患者が自分自身の内にあると容認しえないものへ共感する治療者の能力も含まれていなければならない。それゆえ治療的な共感とは通常の間人交渉に含まれる共感を越えて、感情および認知レベルで、境界例患者のうちにあつて感情体験から積極的に解離あるいは分裂-排除されているものを治療者が統合するということも含んでいるのである。」としている。

このようにして治療者は、クライアントの「もう一人の私」として、現在のクライアントが体験してないが、潜在的に体験し得る感情体験の意味へと開かれている。このことによって、現在のクライアントを超えたクライアントが、つまり治療的変容が喚起されるのである。この点に関しては、次の「自己放下」以下で「代理自己受容」という項を設けて論究したい。

自己放下

クライアントのコスモロジーの型に治療者の自己を流し込む、クライアントの型へ治療者自身を変形させることが自己移入である。このためにはすでに触れられたように治療者の「自己を脇へおきさる」ことが必要になるわけだが、これは①のエポケーにとどまらない。Rogersはエポケーと以下に述べる治療者の自己排除、自己放下という危険な作業の両方を「自己を脇へおきさる」というこの一文で表現しているように思われる。この自己排除に関して次のような記述がある。

「カウンセラーは、セラピィの目的のために“クライアントの別の自己”となるように人格を除去されている」(Rogers 1951 邦訳 p 238)

「あなたのお役にたつように、わたくしは、自分自身を排除するわけです。——つまり、普通に話し合っているときの自己をですね。——そして、わたくしの力のおよぶかぎり完全にあなたが知覚している世界へと入り込むわけです。ある意味では、あなたのいまひとりの自己——つまり、あなた自身の態度や感情の今一人の自己——になるわけで——……」(Rogers 1951 邦訳 p 45～p 46) 註9

クライアントの枠にびったりはまり込むためには、通常の治療者の人格構造、コスモロジーを打ち壊して可塑的な無定形状態となることが要求されるのである。クライアントのコスモロジーを身に纏うべく、自身のコスモロジーを排除、棄却する。創造のために破壊する、自己の枠を取り壊す、少なくとも変形させることが不可避的な要請なのである。

「治療者がこのように自己を打消す (negation) ことには、一種の自己攻撃 (self-aggression) 註10が含まれている。つまりそれは、自分自身を背景へ退け、無知の状態を甘受し、自身を脇へ押しやることである。たぶんそれは治療作業が時としてもつ、疲弊を強いる構成要素のひとつである——治療者は強度の情動にたえるのみならず、他者を追求するのに自己を否定することも行なうのである。」付註3 (Margulies 1984 p 1030)

Marguliesの形容でいう「no identity」「impersonal」「self-less」な状態は治療者に極度の勇氣と疲弊を強いる。自己の構造 (コスモス) の一部を一旦流動化 (カオス化) するわけであるから、治療者の自己同一性が危機にさらされないはずがない。そこにおいて治療者は非常な危険、「自分自身に変化する危険を冒すのである。」(Rogers 1962a 邦訳 p 73)。事実 Rogersは随所で治療者が冒すこの「自分を失う危険」(Rogers & Farson 1955 邦訳 p 320) について言及している註11。

「我々が本当の理解をすることからしりごみすることはおどろくにあたらない。もし私が他の人によって経験されている生きた状態に本当に心を開くとしたら——つまりその人の固有の世界を私のうちにとり入れることができるとしたら——その時私は彼の方法で人生をながめ自分が自分でなくなる危険をおかすことになるので、我々だれしも自分の世界を変化させることには抵抗をするのである。」(Rogers 1967 邦訳 p 137)

このような危険を身に引き受けつつ、治療者の自己はクライアントのコスモロジーによって

変形，規定をうけるのである。①の段階ではクライアントのコスモロジーは，治療者にとって構成されるものであったが，この段階ではその構成されたコスモロジーが治療者の手を離れ能動的に，向こう側からある型を押しつけ治療者の自己を規定構成し，「クライアントのもう一人の私」へと変形させるのである。サイクルが深まるにつれて，①段階では構成されるように記述されたクライアントのコスモロジーは，イメージとしての自律性，主体性を獲得し治療者に向こう側から働きかけてくる。その状態にあつては治療者にとってクライアントのコスモロジーは，文化人類学者にとってその身を投じる異文化と同様の関係にある。その内部に住まい，内部からその環境を見渡す。その視点からものを感じ，それにそって考える。これまで外側からみて内部世界と称していたクライアントの「現象世界」はその内部に住み込んだものの視点からは，自身に膚接して周囲にとりまいている外部環境ということになる。内部に存在する治療者にとってはいまや外部環境と化したクライアントのコスモロジーは③で得られる修正を受けながら，ひとりでにその景色を変え，そのなかで治療者は自己の存在を感じるといった体験のされかたとなる。

治療者の主体がクライアントの内的世界の中で自己を見いだすのであり，これは言いかえるとクライアントのコスモロジーが治療者のノエシス的自己の根拠であつて，そこで感得される治療者の感覚，感情はクライアントのコスモロジーによって構成されたノエマ的自己ということになる。

治療者はこの移りゆく未知の光景に身を委ねることができねばならぬし，必要がなくなれば再び日常の自己のコスモロジーを再生すること，すなわち治療者本来の内的参照枠に戻ることができなくてはならない。

代理自己受容

感情移入が治療的な作用をもち得ることの機序を筆者は代理自己受容として考える。Rogers の考える精神病理の論は自己阻害が中心となっている。クライアントは自分自身の有機体としての体験から閉め出されており，自身の心理体験，あるがままの自己を十全に経験していないとする。このような体験のもつ意味を無視したり歪曲したりする理由は，その人にとって重要な他者の愛情を獲得するためである。お前がかくかくしかじかでなければ愛情を撤去すると暗におびやかされ，またお前の感じ方は間違っている，そうではなくてこう感じなくてはいけないと条件付きの，所有的愛情が病因的作用をもたらすのである。クライアントは愛情をつなぎ留めるため，自己のある感情を，それとは異質の他者から取り入れた感情に置き換えることをするうちに，自己のある部分はそうあるものとして受容されず，ついには真の自己から阻害されるにいたるといふ。

したがって阻止されている自己の一部をクライアントが自己受容することが治癒への道であると考えられている。このことを可能にするのが，治療者の代理自己受容ということになる。

「セラピストは，意識に上ることを否認され……（現在の自己体制に）対立している様相を知覚し，それらの様相もまたクライアントの一部分であるとして受容する。……クライアントは，自分自身のこれら（自らに認知された自己と否認されている自己）の二つの様相を受容することをいまひとりの自分自身の中で経験することにより，同じ態度を自分自身に対してとることができる，ということなのである」（Rogers 1951 邦訳 p55）

「正確にいうならばおそらく、彼女が表明することはできたが自分自身の一部として受容することはできなかったそれらの態度は、かわりの自己、つまりカウンセラーが、受容して、しかも情動なしに、それらの態度をながめたときに受容できるようになった、といってよかろう。いまひとりの自己が恥辱もしくは情動なしに彼女の行動をながめたときのみ、彼女は、同じやり方で彼女の行動をながめることができたのである」(Rogers 1951 邦訳 p53)

すでに記述したように治療者が他者でありながらクライアントにとって「いまひとりの自分自身」である状態で、クライアントが受容できない否定的な内容物を治療者が代理的に自己受容するという作業が共感の中核過程である。Rogers の提示した治療による人格変化のための6つの必要十分条件のうちにある、クライアントを受容する、無条件に積極的尊重を行なうということは、むしろこのように治療者の intrapsychic な作業部分に比重をおいて考えるべきものであると筆者は考える。そこでは治療者の内的な自己感情体験への「開かれた態度」が必要であり、そこではその否定的感情は、価値判断を超えてそれ以上でもそれ以下でもない、かくある爾然のものとしてながめられるのである。このながめるといふ感じを加藤(1995 p145)はよく伝えている。「ながめ(那我女)の言霊を呼び起こしてみた。それは根源的主体性, self, 我は自我, ego, 女はせめうつこともなく、決めつけることもなく、あたたかくはぐくむこと」^{註12}である。

共感は通俗的に理解されているようなセンチメンタルなものでは決してない。このことはRogers の最初の主要著書『問題児の治療』(The Clinical Treatment of the Problem Child 1939 邦訳 p291～p292)において、後年、受容・共感として記述される内容が、「いわゆる客観的」ということとは性質を異にしながらも、「客観性」という項に包括されて表現されていることに証左を求めることができよう。

この治療的機序を有する代理自己受容が、さきにクライアントの自覚していない体験の意味を感じることに表現されたのであった。しばしば語られる、治療者はクライアントの同行者であるという比喩は、雰囲気的理解によるものでなく、この代理自己受容の過程に密接したものと考えなければならないであろう。

「彼が以前にはとてもとても危険だと思っていたところに探りを入れるのも、わたくしといっしょにいればまったく安全なことになる、という意味の理解ある同行者として彼について行きたいのです。」(Rogers 1952 邦訳 p269)

(b)：基底要件

共感における援助意図の有無

ここまでで明らかになったように「積極的な努力によってカウンセラーは、自分自身をクライアントの照合枠へと押し入れることができるのである」(Rogers 1951 邦訳 p42)し、そこには危険性がつきまとう。それらを勘案するならば、これをなし得る能力が必要なことはいうまでもないが、前提として他者を援助しようという強い動機づけのないところでは共感はなしえないと言えよう。つまり筆者は共感過程の十分条件としてではなしに必要な条件の資格でその構成要素に援助意図を含めるのである。

Kohut (1980) や Lee & Martin (1991) は共感自体は情報収集の手段にすぎず、本来中立

的で、悪意のもとにその認識手法を使用できるとするのだが、それは、共感を方法論として「科学的共感」について論じるかぎりにおいては妥当であり、筆者の考えと相反しない。しかし対象の認知を超えた自己移入の段階を含むような精神療法場面での共感的理解には、援助的意図が十分条件ではないがやはり必要条件であろう。

実際①の段階から②の段階へのギャップを Stotland (1988 p 148) の記述から読み取ることができよう。

「最近の研究から分かったことは、もし共感者が共感した否定的感情から自分自身が自由になる事にしか動機づけられていないならば、その目的を達成するために他者を援助するのと同様にその状況を回避することでその自由を手に入れるかもしれない。どちらを選択するかは、どちらが骨が折れないか、より効果的であるかによる。実際のところ共感された情動が非常に強い場合には、共感者は相手から逃げだすかもしれないのである。」

①段階でクライアントの否定的で情動負荷の高い感情を認知した際——臨床場面で共感される感情は大半が何らかの意味で否定的な感情なのだが——まずは援助的動機づけがなければ、その感情へ自己移入することはなく、あるいは②段階へ進んでもたちまちに①へ逆行しさらには関係自体から撤退しようとして、認知されたその感情を模糊隠蔽するであろう。

逆にいえば精神療法場面以外の日常的ないわゆる「共感」的な理解にあっては、共感が援助活動に結びつかず、相手を忌避する結果も生じるうらということである（この知見に関しては Gladstein 1983 p 477～p 478を参照のこと）。

ただ援助意図を精神療法における共感過程自体に含める事が、援助的意図がありさえすれば自己移入が可能になるということの意味しないのはすでに明らかであろう。強度な情動体験を保持しうる「container」(Bion)としての能力が治療者に要請される。

「自分を危険にさらして、他人を理解するというためには、よほど自分が内面的に安定し、確立されていなければなりませんし、大きな勇気をもってやらなければならないといえるでしょう。」(Rogers & Farson 1955 邦訳 p 321)

その他の点に関しては、すでに(a)の中核過程を記述する際に随分言及されたため、要約と補足にとどめたい。

共感過程の②、自己移入と代理自己受容を可能にするために治療者に必要とされる能力としては、自己放下能力、アイデンティティ喪失に耐える能力、内的体験への開かれた態度あるいは真実への欲求、自己のコスモロジーへ復帰する能力などが主要なものとしてあげられる。

まず自己をひとたび否定できる能力の必要性を強調しておきたい。この点に関しては、さきに引用したMargulies (1984) や Vanaerschot (1990)、森岡 (1991) もこの必要性を的確に論じている。森岡はこれを治療者の impersonality, 非人称性として言述している。また Margulies は、共感過程において最も要請される能力として negative capability というものを挙げるのだが、この negative capability の一部は、治療者が自身の固定した(安定した)自己構造を無化することに関連している(negative capability に関して本論文の③-(b)でも言及する)。

次いでクライアントへの移入状態を保つのに必要なアイデンティティの不安定化に耐える能力に関して補足する。この状態は人格にとってはいわばある種存亡の危機に類似した状態であ

る。かりにこれが、ある個人の自発性に基づくものでなく、その統制を離れて否応無しにこの状態におかれることが生じれば、それは精神病に類する体験である。自己移入がそれほどの負担を強いる旨指摘しておきたい^{註13}。

上で言及されたことのほかには、それらの諸能力と連続、重複するものではあるが、受け身に任せる能力、パトス（受苦）の能力を挙げておきたい。自己移入した世界を生きるためには、生成過程の流れのなかに身を浮かべ、コスモロジーの側から受身的に自己が構成させるに任せねばならない。そこで体験されるものは、愉快で楽しい感情ではあるまい。悲しい、苦しいといった否定的感情であり、これらに心理的防衛機制を働かせずに、それ以上でもそれ以下でもない真実あるがままに身をさらせる能力をパトスの能力としておきたい。

パトスは受苦を意味するだけでなく、passionに通じるものでもある。パラドキシカルなことに精神療法でのパトスを背後で支えるのは、自覚的で能動的なパッションである。何もしないのではなく、何もしないようにする、という積極性が要る。もっと端的に言えば痛みから目を背けない、恐怖や不安から逃げ出さないということである。この「しない」がいかにして可能かは説明を要すまい^{註14}。

Aeschylus が言った *pathei mathos*（苦しみによって学ぶ）が想起される。パトスの能力とは、暗黒の地下世界、すなわち人間存在の不条理と宿業性をもたじろがず凝視する力を指すのである。

(c)：関連事象

投影性逆同一視 (*projective counter-identification*) と逆転移の利用

Grinberg (1962) の提唱した投影性逆同一視は、投影性同一視を通じてクライアントが防衛的目的で委譲してきた心的状態を治療者が無自覚的に、他発被強制的に取り込んでしまい、クライアントの内的対象や自己のある一部に否応なく変えられてしまう状況である。この状態にあって治療者はクライアントの精神内界の一部を知らずに代理として主体的に生きさせられる状況にある。

この投影性逆同一視と共感的理解の関係は、まず大きくはその構造は同様であるといえるが、そこで作用するベクトルが反転している、柄としては同一でもそれが図地反転しているといえることができる。クライン派の用語でいえば、そこで主として作用している心理力動はともに投影性同一視であり、この点同一であろう。しかし投影性同一視の作用ベクトルの方向が、共感では治療者からクライアントへであるが、投影性逆同一視ではクライアントから治療者へという方向性をとる。つまり共感では治療者は自己移入する側であるが、投影性逆同一視では感情を移入・委譲される側に立たされるのである。

また投影性同一視が発動する意図の相違、自覚の相違がむしろ存在する。治療者は援助を目的として随分な努力のもとに行なうが、クライアントでは無自覚的にそうなるのである。

また結果においては、前者は援助的でありえ、後者は破壊的潜在力を有しており、そのままの状態では治療者は非常にしばしば非治療的、反治療的対応しか行ないえない。(これを contain し原初形態での治療者へのコミュニケーションとする観点からの了解が治療への道を開くのである)。このように両方で作用している投影性同一視の成熟度としては差異が大きいといえよう。

また移入、委譲されるものが相違している。共感において治療者は体験主体を投入するが、

一方クライアントの投影性同一視の場合は自我の一部あるいは内的対象が治療者の内部に分裂・排除される。

以上のようなクライアントからの投影性同一視を治療者が自覚なくとりこんで、クライアントとの類同状態におかれる力動が投影性逆同一視である。治療者が体験主体を能動的に移入するのが共感であり、クライアントの体験主体を知らぬまに移入・委譲させられるのが投影性逆同一視である。投影性逆同一視はむしろ治療者側の無意識的な取り入れ性同一視 (introjective identification) である。共感と投影性逆同一視ともに力動の部分的結果としては、治療者とクライアントの体験主体が交差するわけであるが、説明してきたように両者は画然と区別することが可能であると考えられる。

さて Heiman (1950) を嚆矢とする逆転移の利用は、つまりはこの投影性逆同一視からの脱却と、そこで得られるクライアント心理への了解ということになるのであるが、これはしばしば共感と同等に論じられる。また逆転移の利用は、一方で Rogers のいう純粋性、自己一致と関係づけられることも、共感と同一視されることと同等あるいはそれ以上に多い。

実際のところ、共感で得られるクライアントの主體的、主観的自己についての心理理解と逆転移の利用で獲得される了解は、その深度においては同様のものである。

しかし product は同様でも、そこへいたる process は相違する。論じたようにベクトルが全く逆であってみれば、その理解へいたる過程は共感過程をちょうど巻き戻すようなものとなる。治療者自身が主体として生き、自身の心的内容だとしか思われなかったものが、実はクライアントの心的構成要素だったという洞察——これは天地転倒的な衝撃である。この洞察によって、自他融合状態に境界を獲得でき、治療的介入が可能となるのである。客体的に自他分離していたクライアント自身を治療者が主体として生き、不二として一種自他境界が不鮮明化する状況にいたるのが共感であることを考えれば、クライアント理解にいたる process は逆転移の利用においては共感過程を逆戻しするものと言えよう。

また得られる理解は、共感ではクライアントのコスモロジーという全体性であるが、逆転移の利用で得られる知見はその治療場面でただ今現在活性化しているクライアントの「部分対象関係」に関するものである。

共感では治療者が「行なう」(do) 性質のものであり、投影性逆同一視はむしろ治療者に「起こる」(happen) 性格のものである。むしろクライアントの投影性同一視は、治療者の治療姿勢と無相関に生起するのではない。これを水際で撃退する防衛力の強い、「開かれてない」治療者にとっては、そもそも投影性逆同一視は生じないが。

自他融合にはすでに述べられた同情やこの投影性逆同一視も含めて、種々のものがあると考えられる。自他融合を即共感とするのは次元の混同であろう。プロセスやその動因も違うはずである。当初示したように本論文の目的は do 次元のことを論じることであり、happen の次元にある自他融合そのものは、ここでは論究の埒外にある。共感的理解だけが治療的であるのではない、不可避的に生ずる happen の次元の融合こそが、治療状況の真実に深遠な過程であることに異論はない。

③理解の表出、相互検討から再循環へ

(a)：中核過程

②の自己移入によって得られた理解をクライアントと治療者双方に明確化し、共に検討修正

する過程が③の中核部分である。この中核過程の③段階に関してはすでに②-(a)で引用した Rogers (1975/1980) の記述のうちにもあった。まず、さらに Rogers の別の記述を提示することによって、この過程の必要性をみてみたい。

「共感的理解の体験が、知の源泉として使用される場合、相手とともに共感的理解をチェックするのであり、そうした共感に暗に含まれる推論や仮説が正しいことを確かめる、あるいはそれらを却下するのである。このような理解の仕方こそ、治療において非常に実り多いものであることが分かった。」(Rogers 1959 p212)

「私は共感的に理解したことの妥当性を検討するため、クライアントに実際チェックしてもらうことにしています。これらの理解を結びついたり統合したりして、全体的な理解をさらに深めることもあります。それが本当にクライアントの経験の仕方なのか確認するためには、このチェックを特に念入りに行なわなければならないのです。」(Rogers 1987 邦訳 p308)

伝達といった場合、非言語的に伝わる、言語的に伝えるという双方が含まれる。言語的に治療者が伝える努力をせずとも伝わるものがある。さらにはそれ以前に、理解された内容よりも治療者が「理解しようとしている」ことをクライアントが知ることが有益であろう (Rogers 1962a)。加えて半融合的というより不二不二、あるいは二にして一、一にして二という心的状況が治療者、クライアントの両者に体験されているならばその場に存在すること自体が癒しとなるであろう。もうひとりの自己としての治療者が理解を言葉で表出せず、またクライアント自身も体験するのみで理解を言語に置き換えない場合であっても治療の過程は進行する。これは体験および洞察の言語化を過度に重視する表出型の精神療法が見落としている事実ではないだろうか。

また理解を伝えるか伝えないかといった議論の以前に、②までで得られた理解というものは、言語以前の体験、感覚であり、すでに言語的に把握された意味として理解が存在することではない点にも注意を促したい。

理解の伝達といった場合、言語化せずに伝わるものがこの前言語的理解を直接的に言葉より精確に伝え得ることが多いことは看過しえない。

さて以上の点を押さえたうえで理解の言語化に焦点を移行し、そのプロセスをたどってみたい。

これをあくまで治療者、クライアントという別個人間のコミュニケーションとして考えるならば——常識的理解に近い理解であるが——、interpersonal な側面、対人関係において、治療者の理解の妥当性をクライアントの検討に付し^{註14}、双方のコミュニケーションギャップを埋める作業であると③は把握できる。

一方で理解を言葉によって表明するのは、治療者、クライアントの共同作業として個人のなかに存在する言語以前の自己感覚を明瞭化する作業でもあり、これは interpersonal なものであるより実際はずっと intrapsychic な過程である。Rogers はクライアントにチェックしてもらおうという表現をしているが、実際はクライアントに伝えるのみならず、クライアントの「もう一人の私」として治療者自身に一旦提示し、治療者自身が自己修正をはかる場でもある。時

によってはその治療者の自己修正を助けるべく、クライアントが援助してくれるといった感覚が治療者には生じる。またクライアントの語った言葉を治療者自らも口にし、それを聞くことで、②段階で述べた治療者の行なうクライアントの内的世界の体験化が深化することもある。

概して、理解の伝達といった際、前者に重点が置かれがちであるが、実際は共感過程において後者の側面が、はるかに重要なものである。これはすでに Buie (1981) の記述などを引用して論じたことと連続線上にあるが、共感過程全体は単純な対人関係的な二者関係、二人間のコミュニケーション理論では把握できないものであると考えられる。

言語化には以上の二側面があるのだが、垂直的 (intrapsychic)、水平的 (interpersonal) 次元において、いずれにしてもフィードバックによって確認、修正を行なう過程であるといえ、両次元それぞれに、あるいは両次元をふくめてクライアントの理解を深めるための相互作業として寄与するものである。

言語化することで、理解した内容、理解に与えたある程度妥当な言語的表現が、クライアントのみならず、治療者にも明らかになるわけだが、同時に精確に理解されなかった事象、表現から疎漏したクライアントの感覚といった両者間の齟齬も逆に明らかとなる。この齟齬を両者ですり合わせて少なくしてゆく作業が精神療法の過程全体とも言える。

表明・伝達様式

クライアントの代理自我としての体験によって治療者に得られた理解、あるいは理解以前の感得された感覚を表明するには、さきに論じた二側面、intrapsychic、interpersonal に対応した2つの様式がある。

まず治療者が自己移入した二にして一の状態のまま、クライアントの「もう一人の私」がクライアントの内側から語る雰囲気の中で表明する様式。この言語化した内容に関して、クライアントが治療者側の表現が適当でない指摘したり、より適切な表現を与えてくれるわけであるが、この場合の治療者の語り口は自問ふうであり、言葉以前の感覚とともに適切な表現を与えようとし、全体として二人ではなく一人の人間が自問自答しているかのような場が開かれる。共感のサイクルを円滑に循環させるには、この立場が基本となろう。

もう一つの様式は、自己移入した状態から脱して、明確に分離した個人として、私対あなたという二項対立的なスタンスに立ち戻った関係性からの表明・伝達である。

病態に応じて、内的世界の探索と洞察が十分可能ではない自我の脆弱なクライアント^{註15}ないしは一時的にそういう状態に現在あるクライアントに対しては、とりわけ後者の様式の方が望ましい。「あくまで治療者である私という主体が、感じ、思いつき、考えたものであるという事を、まずは患者に伝え、解釈の内容は患者という別個の主体の中に如実に起こっているかのごとき押しつけを避け、患者の自尊心をいかなる意味においても傷つけないという配慮が必要」であり、「治療関係がいかに深まろうと、お互いの情報の縄張りの違いを厳守することが、患者の自我を守り育てることにつながる」。(下坂 1987 p24)

こうした配慮なく、第一の不二不二的関係性の中で表明・伝達がなされるならば、クライアントの体験としては自身の内側から、自分の制御を離れて得体のしれない恐るべき実体が突き上げてくるように体験される^{註16}。結果的には無防備にクライアントの心の覆いを外す (uncover) ことになり、「クライアントを脅かすことになる」(Rogers 1975/1980)。

クライアントによっては、この表出・伝達様式以前に治療者がクライアントの内面に自己移

入ること自体が、侵襲される、迫害されると体験されることがある。投影性同一視が持つ破壊的侵襲性に関してはクライン派の記述につまびらかである。

神田橋 (1994 p160～p161) はこのことに関して以下のように述べている。「(感情移入、神田橋の用語でいう離魂融合の) 際の精神科医の雰囲気は、患者の側からみて、迫りくる人、侵害する人の色調を帯びてみえるらしい……このことは分裂病心性を持つ人にとっては、かなり不安惹起的である。こうした場合、すみやかにこの技法 (感情移入=患者の身になる技法) を中止し、他の方法をとらなければならない。」

そうして「患者の身になる技法」、神田橋の述語で言う離魂融合、この論文でいう共感から「患者の身にならないでおこなう」感知法に切替える事を提唱している^{註17}。

Rogers は共感が専ら治療的作用を有するとしているが^{註18}、筆者は病態の重いクライアントにあっては、その意図に反して結果としては以上のように破壊的作用ももち得ると考える。つまり、②にあっては共感に援助意図を含めたが、結果に関しては強力な治療作用をもたらさずとも、反治療的作用も潜在させる^{註19}ため、共感と治療的結果とを直結させない。

治療において、クライアントの自己構造が部分的に崩壊したのち再体制化され、それまでは意識から排除されていた諸経験が自己受容される (Rogers 1950) ことを考え合わせれば、これは当然かもしれない。再体制化が生じない場合、仮初めの安定が混乱しただけの結果になる。再生が孕む死、死が孕む再生。ユング派でいう「死と再生」の神話的モチーフはこうした事態を照明したものであろう。薬としての治療者には、*pharmakon* が薬と毒の対極する両義を一語に包摂するように、薬効のみならず毒害の可能性が内在する。それは副作用ということでなしに本質作用そのものの否定的側面である。

議論がやや実践技法上の問題へ逸れたがこれら二つの様式いずれにあって「クライアントの水準に合致した言葉で伝達」(Rogers 1966 邦訳 p265) することへの配慮は欠かせない。

伝達に対するクライアントの知覚

本論文は治療者側の視点からの記述を意図しているのであるが、伝達という側面では、もう一方のクライアント側のことに全く言及せずすますのは、どうしても片手おちである。また伝達に対するクライアントの知覚について Rogers が注目すべき見解を述べているので、この点を指摘しておきたい。

「建設的成長の可能性に関する、これまでの私の仮説はすべて、カウンセラーの上述の要素 (純粋性、共感、積極的関心) の経験にもとづいている。しかし、他方、クライアントの内面にもなければならない一つの条件がある。もし、わたしが説明してきた態度がある程度までクライアントに伝えられず、クライアントに理解されないとすれば、これらの態度はクライアントの知覚世界に存在せず、したがって成長はありえないのである。」
(Rogers 1962a 邦訳 p77)

Rogers は「カウンセリングにおける人格的成長に関して、わたしがきざいできた方程式に もう一つの条件を加える必要がある」(邦訳 同上 p78) と述べ、ここで一貫して掲げてきた純粋性、共感、積極的関心の3原則に重要な追加条件を加えた。むろんクライアントの側の知覚の問題はすでに1950年の論文において言及され、1957年の論文でも受容、共感の伝達が条件

のひとつに挙げられてはいたが、それは付随的なものであった。新たにつけくわえたとすら Rogers 本人に実感されたこの重点化の契機は分裂病者との治療経験に基づくものであると推測される。分裂病治療経験以後、共感的理解の伝達という側面をとりわけ強調するようになり、治療者の反応つまりは治療関係が治療状況のいま、ここでクライアントにどう認知されているかがクローズアップされたといつてよい^{註20}。「クライアントの内面に起こる感情の流れにも敏感でなければならない。また、私の伝達 (communication) をクライアントが知覚する方法にも敏感である必要がある。」(Rogers 同上 邦訳 p 78)

サイクルの再循環

ここまでの確認、修正によって得られた理解は①のクライアントのコスモロジー構成のための主要な手がかりとして投入される。ここにおいて共感過程のサイクルは出発地点に戻り、再循環をはじめることになる。循環を繰り返す中でより精確にクライアントの主体としての私的世界に同伴することが可能となるのである。

サイクルを再循環させるためには、理解をすぐに包括しないこと、修正へと開かれた態度とが必要である。性急に結論づけないで待つ能力、プロセスに身を任せ未決定状態に漂えること、曖昧であること、ケリがつかないことへの欲求不満に耐えられる能力が必要である。以下(b)としてこれらのことに言及したい。

(b)：基底要件

実際ここで述べられる基底要件、治療者に必要とされる能力はここで述べられるよりも、サイクルの端緒段階で述べられるべきものであった。共感過程のサイクル全体を主導するもっとも基底的な、その意味において共感を成立させる一番重要な要因である。クライアントをある理論をもってきて、例えば精神医学的診断基準を当てはめて、そこで治療者が「分かった」、それで事足りるとし探索の道をその先へ向かって歩を進めるのでないならば、共感的理解はもとよりいかなるクライアント理解も進展しないであろう。そのことは即、現在は未知である状態への可能性、つまりは治療において期待されている人格変容への可能性を閉塞させることに直結する。これではクライアントの現在の自己に内在する可能態は実現すべくもない。

深く理解するには、「まず第一に何でも彼でもわかったつもりになるのを止めることから始めねばなるまい。簡単にわかってしまっただけではいけないのである……要するに精神科的面接の勘所は、どうやってこの『わからない』という感覚を獲得できるかということにかかっているが、このことはいくら強調しても強調し過ぎることはあるまい。」(土居 1992 p 29～p 30)。

この「簡単に分かってしまう姿勢」は個人内のコスモスを理解し、治療のために未知の領域に踏み込まねばならない治療者にとって必要とされる最も基本的態度であり、また発見的科学者に必要とされる能力でもあろう。このことを心の治療者に要求される要件として記述すると以下のようになる(中井 1984/1991 p 212)。

「精神科医とは永遠にうぬぼれられない存在である。説明はいるまい。私は学生に『自惚れたい人、出たがり屋さんはむかない。来てもいつまでも不満を味わうと思う。』と言っている。『あいまいな状況に耐えられない人も、早く成功をおさめてビールでも飲んでスッキリしたい人も幸せな精神科医になりにくい。』という。『白黒をキチンと決めなけれ

『済まない人もどうもね』われわれは“不精密科学”ですからね』と言う。」

こうした未決定状態、判断保留、修正へ開かれた態度を共感に必要とされる能力として、Margulies (1984) は詩人 John Keats の用語 *negative capability* を援用して提示している。これは「不確かさ、不可思議 (Mysteries)、疑いの中であって、性急に事実や理由をつかもうとせず、そこに踏み止まれる能力」(p1029) のことである^{註21}。この *negative capability* については自己否定能力として②においても言及されたが、ここでは馴染みのものに安住せず、すでに得られた知識を否定、破棄し、新たに更新しつづける能力を指す。これは *active* でときに *aggressive* ですらあり、*creative* な性格のものである。理解をすわりのよいものに統合してケリをつけたい心情は人間本来の心性であり、新奇な状況を避けようとする保守性は生命体の本性である。この自然的圧力に抵抗し、現在の確からしさを一旦否定、破壊しないでは新たな次元への創造に到達できないからである。Margulies は「いかなる創造行為も破壊行為である」という Picasso の言葉を引用している。

実際こうした感覚を保つことは至難のわざであろう。個人の資質の有無がある。それに加えてとりわけ現代の文化・教育的価値においては早く分かることほど無条件に肯定されているものはなく、決められた解答にいち早く到達する事が是であるという感覚が学校教育のなかで暗黙に身につけているということがある。理論や公式が示す「解答」に当てはまるように、臨床素材を素早く上手に処理できる頭の回転の早い「治療者」がしばしばクライアント以外の人々に評価されるゆえんでもある。

『分からない』『決まらない』という宙ぶらりんの状態は、知育偏重動物であるヒトにとっては、耐えがたい状況である。苦しまぎれの『分かった』や『決意』が生じやすい。それゆえ、宙ぶらりんの状態を直視し、維持している人をみたら、そこに確かな魂があるからではないか」(神田橋 1994 p115) と考えることができよう。

このように治療者は現在の確からしい知を手放して、生成過程で更新を迫られる、つまりは「その際治療者は非知と知のあいだ、保持と開放のあいだで張り渡された緊張の態勢をもとめて常に努力しなければならない」(Vernaerschoot 1990 p283) ということになるのだが、これが治療に有用なのはいかなる点であろうか。Vernaerschoot (1990) もいうように、この状態を保つことで相反し得る種々の意味、これは治療者におこる連想の雲と表現できるかもしれないが、これらを排除することなく同時的に共在させることが可能となる。「そうであるかもしれないが、そうでないかもしれない」意味連想が形の無い雲として、可能性の高い、低いに応じて濃かったり薄かったりしながら治療者の頭のなかに浮かんでいる、こうした状態が治療場面における治療者の認識状態である。これは一種、Winnicott (1971) のいう「移行領域」、*「潜在的可能領域 potential space」* であろう。

上に論述してきた治療者の基本姿勢が、クライアント理解の更新、深化に役立つだけでなく、より本質的にクライアントの自己の更新、新生、創造に寄与することは明白であると思われる。

以上のような能力は基本的に未来を志向し、変化を志向しつつ未知の不確かな生成の流れのなかに不安を伴いつつ身を委ねる能力でもある。これもすでに述べられた受身でいられる能力と等価的でもある。

「このような瞬間的な関係がどこにわれわれを導いて行くかということについて、認知的には (cognitively) 私は何も知っていないという事実に気づくことがしばしばある。それはあたかも、私とクライアントが、生成 (becoming) の流れの中に、すなわちわれわれを運んでいく流れ、あるいは過程の中に、多くの場合恐怖心をいだきながらわれわれの身をすべりこませていくといったようなものである。」 (Rogers 1955 邦訳 p 327)

現在の確からしさにしがみつくのだけでなく、新たな発見や変化に開かれ、再検討を加え修正を厭わない姿勢は、Rogers が治療状況のみならず、自身の理論形成過程で身を以て示したものであった。

(c) : 不全形態

治療者がクライアントに理解を表明し、その理解とともに検討する意志が全くない場合、あるいはクライアントのチェックによって理解の修正をはかることがない場合、治療者はある「固定観念」に支配されているといえる。状況によってはパラノイ德的とさえいえるだろう。

臨床家の間には、ある想念を仮説とする者は正常、理論や公式とみなす者は神経症、ドグマとして信じるものは精神病という戯言がある。これが治療者の間で思わず笑みを誘うのは、決してクライアントのことを思い合すからではなく、自分の知っている同僚の誰かれを思い出すからであろう。

Jung (1958/1959) の良箴を忘れてはならない。「最良のものを学び最良のものを知りなさい、そして患者にあらうときにはすべてを忘れなさい。」 (邦訳 p 128), 「療法家としては……どんなア・プリオリにも従ってはなりません。むしろ個々のケースにおいて具体的状況の要求することに耳を傾けてください。それがあなたの唯一のア・プリオリです。」 (邦訳 p 126)

治療者は治療途中にあってこの共感サイクルにおける③を一時休止することが時に要請される。それはその事例を学会に発表したり、論文に書いたり、事例検討会でその治療過程を提示する場合である。そうした際種々の解釈可能性に開かれていた事象を、治療者のみで包括し統合し直線的に筋道立てて理解を構造化することが要請される。この一時休止が治療にもたらす悪影響に関しては一部の臨床家のあいだでは周知のこととなっている。

「頭の中に萌芽状態の仮説や疑問などをとどめておくという、あの重苦しいことが、どうも治療には重要であるらしい。個々の患者についての『ああではなかろうかこうではなかろうか』『これはどうなっているのだろうか』『これはこれからどうなるのだろうか』などという、漠然とした仮説や疑問である。それから、経過や基礎的なデータの記憶がある。このプレッシャーが私の日々の臨床にとって必要であるらしい。症例報告を書きしまうと、この曖昧な雲のようなものが、明確にしすぎたもの若干を残して消えてしまうらしい。症例報告を書いた後の治療は、ぎくしゃくするか、気が抜けたものになるか、いずれにせよ、少なくともしばらくはうまく行かない。」 (中井 1991 p 63)

Ⅳ：共感をこえて：残された課題

Rogers の「共感的理解」を軸に論考をすすめるならば、Rogers の提唱した他の条件との連関も考慮されねばならず、とりわけ彼が、分裂病治療経験以後に、共感よりもより重要なものとして他の条件のなかでも最優先的地位を付与した治療者の純粋性 (genuineness)、自己一致 (congruence)、真実性 (realness) が問題とされなければならない^{註22}。共感と純粋性は準拠点としてクライアントの内的参照枠に焦点化するか、治療者の内的参照枠に基づくか相反的であり、どう両者が共在するのか議論がある。Vanaerschot (1990) は、両者は連続体の両端であり矛盾をきたさないと述べているが、さらなる検討が必要であろう。

純粋性は1957年に6条件の一つとして言及されていた時点と分裂病治療以後でその第一義性が説かれる場合とでは、その位置づけが相違しており^{註23}、この共感から純粋性へ力点が移動した誘因に関して、分裂病治療体験と Rogers の人格を含めてその移行のプロセスが追求されなければならない^{註24}。

また Rogers は分裂病者の治療、治療研究以後すなわち1960年代半ば以降は主として正常者のエンカウンター・グループへと移行したわけだが、この点、エンカウンターつまり「出会い」と共感に関しても関連が考察されるべきである。本論文で二項対立的に提示してきた interpersonal の interapsycic の両次元の視点から、この「出会い」と共感を検討することが可能であろう。

さらに Rogers は最晩年には、共感とは異なるある種の変性意識状態を治療態度としてあげている。

「近年になって、わたしがセラピストとして機能するときに、共感とは別の側面の重要性をますます感じるようになりました。『セラピストとして、わたしは次のようなことを悟った。こころのなかの直観的な自己に接しているとき、とにかく自分のなかの未知の部分に触れているとき、また関係のなかにありながら、おそらく軽い変性意識状態にあるとき、私がおこなったことは、どんなことでも癒しの力に満ちているらしい。そんなとき、私はただ存在する (presence) だけで、相手を解放し援助することができるらしいのである。』(Rogers 1986/1987 邦訳 p 309)

同書で、斬新な催眠技法を開発し、指示、隠喩、逆説を用いる独創的治療法を創出した Erickson, M. H. との共通点としてこの直観についてふれ、「自分自身の内的体験に非常に深く接触し、また『自分の無意識が持っている知恵』を大いに信頼」(邦訳 p 310) している状態であるとしている。この自分の無意識に身を委ねる姿勢は、Freud, S. (1912) が分析状況で被分析者の自由連想に耳を傾ける際の態度として提示した「差別なく平等に漂わされる注意」に類同するものと筆者は考えるが、いかがであろうか^{註25}。

クライアントを治療的に理解するあり方は、なにも共感的理解が専売特許なのではない——それが非常に有効なものであるにしても。その一例としては神田橋 (1994) が共感、「患者の身になる技法」に対して「患者の身にならない」感知法をあげていることを指摘できるが、こうした別の理解方法と共感的理解の関連も考察されねばなるまい。

以上これから論究されるべき主題に関して指摘したが、本論文が記述、論考するにあたって採用した方法論上の問題点、限界を指摘して稿を終えたい。

本論文では、当初明示されたように治療者の体験、治療者に要請される基本姿勢としての共感という観点に立脚したものであった。逆にクライアント側に視点を据え、クライアントが共感をいかに体験するかに関する記述は、例えば1951年の『来談者中心療法』(Client-Centered Therapy)の詳細な記録を追えば明らかになる。森岡(1991)の論文はこれを行なったものといえるであろう。しかしながら、すでに共感の伝達に関するクライアントの知覚を論じる際、顕著になったように、治療者あるいはクライアントのどちらかの内面から共感過程を論じるならば、クライアント-治療者の生の力動的な相互作用、関係性が論じがたい。

それでは両者の外部、第三者の位置を取るならば相互作用が把握できると発想できる人は、臨床家ではない。社会学ではそれで能事に足りるであろう。

治療者あるいはクライアントの側に基点を描くことの問題点は何であろうか。それは、実体的に個人があって経験があるというナイーブな前提、個別化の観点にたっているということである。真実は「個人あって経験あるにあらず、経験あって個人あるのである」。

この観点からは「ひとりひとりの孤立した個人があって、それが相互にかかわり合うという古典的な人間像から生まれた多くの心理学用語も全く別の面から見られ、修正されるのである。」(霜山 1968 p158)

治療者とクライアントのあいだにあってそのいづれにも帰属しない、かついづれにも帰属する「第三の主体」が問題にせられねばならぬのである。これは木村敏の言う「間」,「私的な間主観的感性」に相当する。「私的な間主観性は、公共的な間主観性がいわば複数の主観あるいは複数のこのころの間に成立する関係態であったのに対して、むしろ『間』そのものが個別的主観性から独立した独自の主観性をおび、それ自体がひとつの「このころ」としてはたらくようなアクチュアルな事態だと見ることができる。それは第三者の視点からの認知や認識の対象にはなりえず、当事者たちが行為的にそれに関与するときのみ、またその関与の内部でのみ当事者だけが経験できるようなアクチュアリティである。」(木村 1994 p147~p148)

実は自己移入などという以前に、そもそも「私的な意味での主観的意識が個別性や各自性の壁を越えて他者まで広がっている」のである(p145)。本論文の①の記述がすでに否応なく、②の自己移入を前提とするかのような記述、循環論的な記述に近づいたのもゆえなきことではない。

現象学で問題とされる他我認知のアポリアの解答として Husserl, E. が構想した三段階の過程を——この過程の最後に感情移入、自己移入が想定されているのだが——「私的な間主観性」の観点からみるならば、このアポリアはそもそも、問題設定自体が疑似問題(pseudo-problem)であるということになる(木村 1994, 湯浅 1997)。

「人間はいわゆる主体とか客体とか分化的に呼ばれるものの此岸にある存在性として現存在と呼ばれるのであり、……このような根源的存在理解にもとづいて、人間にとって事物がその内容においてひらかれてくるのであり、他者もまた同様に直接的にその人間としてひらかれてくるのであって、従って別々の個人を考え、その間のかかわり合いを想定する発想が好んで用いる感情移入というような曖昧な言葉はその意味を失う」(霜山 1968 p159)のであり、「人間が根源的に他者と共同相互-存在-可能(Miteinander-Sein-Können)であり、相互に一次的に了解されうる開示存在であること(Offensein)」(p162)を踏まえた地点にたてば、本論

文でなされた共感過程の記述には全面棄却的刷新が要請されることとなるであろう。しかしながら、現時点で筆者の能力が及ぶ範囲で共感過程の中核を論考した。幾許かの意味を有すると信じたい。

〈註〉

註1：下坂はこのために「共感」の代わりに精神療法的面接の基本として「なぞりーなぞられる関係」の構築をあげている。これはクライアントの話を言語的に確認する、つまりなぞる。一方治療者の発言をクライアントがなぞりうるように工夫することを提唱する。

註2：同様の事態として Jung が Freud の性概念に関して行なった批判が想起される。Freud の性概念は曖昧にして、尋常ならざる広がりを持ち、必要に応じてそこに何でも入ってしまう。言葉こそ意味ありげで、馴染みのあるものだが、実際その意味するところはXにすぎないではないかと Jung (1934) は述べている。

註3：近年、合衆国の精神分析において共感が重視されるようになった。これは精神分析の正統、自我心理学から出発して独自に「自己心理学」を唱道した Kohut が、自己愛障害の治療において共感（代理内省）を強調した影響によるものである。本論文では直接 Kohut の考えには触れないが所々で言及することになる。

註4：この記述もまた臨床事実を正確には反映していない。言語的表現がなくとも、非言語的表現が存在するし、またとくに病態水準の重いクライアントの場合、無言の圧力や雰囲気（原初的な投影同一視）が、口よりもはるかに多弁に、治療者の身体に直接の影響を与えることでコミュニケーションをなすからである。Kierkegaard の言葉を思い出すのがよい。「もっとも確実な沈黙とは、口を閉ざすことではなく、口を開いて語ることだ」。

ここでの意図は、言語表現という日常もっとも一般的で効率のよい手がかりが極度にすくない場合と理解されたい。

註5：他者のこころ全体を真に理解しうことはないとしながら、共感について論究してゆくことは論理矛盾であるとの指摘もあろう。同一性の論理からみればかぎりにおいては当然である。しかし存在は意識を裏切るものであって、決して自己同一的ではない。

分かるという前提に立つかぎり、分かることはない。伏在する本質的共同性は絶対的個性に媒介されて初めて顕彰可能となるのである。分からないという前提に立つときに於いてのみ分かるという事態が成立する余地が生じる。

ここには精神療法につきまとう二律背反、パラドクスがある。Frankl, V. E. の逆説指向や家族療法における逆説的介入などはそのほんの一例である。Rogers の引用で例示しておこう。「セラピストが心から、死が選択されてもよいと思うときこそ、健全な生が選択されるのである。神経症主義が選択されてもよいと思うときにこそ、健全な正常性が選択されるのである。」(Rogers 1951 邦訳 p65)

註6：治療者自身と波長のあうクライアントにおいてのみ、玄人裸足の治療が可能となる素人が存在する事実を否定するものではない。Searles (1960) の次の言葉を忘れないようにしたい。「最も高次の成熟性とは、基本的に、自分自身の似姿から最もかけ離れたものとの現実的なかわりができるということだ、と私は思う。」(邦訳 p322 強調は著者)

註7：この confident の意味に関して、前後の文脈からもよくは理解できず、また本論文の流れのなかでも言及することができないのでここで注釈したい。まず文脈からはクライアントの内的世界、生成する体験の流れに身を任せてもさして恐怖や不安を感じないことをさすように思われるかもしれない。このことも部分的には該当するのであろう。クライアントよりは治療者の不安がすくなくなければ治療的作業は成立しまい。しかしながら、それは相対的に感じないのであって、絶対的次元で言えば治療者は恐怖や心許なさを感じつつ、その緊張のなかであってプロセス自体につきしたがうのである。「過程の中に、多くの場合恐怖心をいだきながら、われわれの身をすべりこませていく」(Rogers 1955 邦訳 p327～p328)。このため confident という形容はいまひとつしっくりこない。おそらく以下の記述と突き合わせることでこの語の意図するところが明瞭になると思われる。

「セラピストは、以前に、この経験や生活（生命）の流れに自らの身を浮かべるといふ冒険をやってみたが、それが報いの多いものであるということがわかっているから、この冒険に対する恐怖心はその度ごとにうすらいでくるのである。私の信頼によって、クライアントもまた、一時的に少しづつその冒険をやっていくことが、だんだん容易にできるようになる。」(Rogers 1955 邦訳 p 327～p 328)

つまりプロセス自体を信頼し受動的につきしたがう姿勢から得られる成果に対して確信するところがあるとの意に解せるのではないだろうか。

註8：文化人類学における参与観察を類比しうるであろう。以下の記述で原文の主語は伝統文化のなかの人々であるが、これを文化人類学者に置き換えるとそのまま参与的観察の手法を表現するものとなる。「(文化人類学者は) その場に外からアプローチするのではなくて、すでにその場のなかに自分が含まれているものとして、目が覚めたときにはそういう世界のなかにすでに入りこんでいる自分自身を発見するという立場から、(文化人類学者は) かれらの世界、あるいはかれらの住んでいる場所を理解していたのである。つまり内部から見わたす、内から見るというアプローチに顕著な特色があると思う。」(岩田 1989 p 203)

註9：この記述個所の存在を知ったのは森岡 (1991) の論文に負うところが大きい。

註10：芭蕉は詩作の基本的心得として次のように述べている。「風雅にあるものは、おのれの心をせめてもの実を知ることを喜ぶ」(『三冊子』)。

「おのれの心をせめる」というのは私意をすてる、私のこころを捨てることである。自分中心に向こう側に対象を見るのではなくて、物が自分を見る、物が自分に迫る、物が自分をとらえてくることをさしている。つまりある意味で自分が死すことを意味している。

またこの関連で Eliot, T. S. が「伝統と個人の才能」(Tradition and the Individual Talent. 1919) で芸術的創造に関して唱えた有名なインパーソナル・セオリー (没個性説) が連想される。これに関してはすでに森岡 (1991) も p 253 の註で若干触れている。その記述によれば Eliot 以外にもこうした詩法を提唱している詩人、作家が少なからずいるとのことである。

註11：Rogers 以外にこの感覚に言及している治療者を寡聞にして多く知らない。神田橋 (1984) を挙げられるのみである。『患者の身になる』技法としての離魂融合現象では、体全体、体の感覚全体が向こうに移ってしまうようになる。そして、こちら側の肉体と意識とは、ほとんど死に体というのか、意識にのぼらなくなり、患者の肉体に重なっている部分が意識し、体験しているような錯覚が生じてくる。……その期間は、『自他の境界が消滅した瞬間』と形容すると感じが伝えられそうな一種奇妙な感覚を伴い、少しだが自分を見失う恐怖を伴うこともある」(p 184～p 185)

註12：ここで言われている自己、自我はユング心理学的文脈で理解すべきものである。

註13：正常者あるいは神経症者との精神療法にあっては、一旦は無構造化し流動化した治療者の体験主体は、窮屈で居心地がよくないとはいえ、再びある構造＝コスモロジーがクライアントの内界から付与される。ところがコスモロジーに破綻をきたしている分裂病のクライアントとの治療にあっては、クライアントの精神内界が主導する、こころの再構造化はそのままでは生じ得ない。治療者は自己の構造をカオス化したクライアントのコスモロジーに一体化し、一体化した治療者の自我とクライアントの自我をともにカオスから再統合する努力をクライアントの内部で行なうものであるらしい。たとえば Benedetti (1975) は以下のように述べている。「患者と共有された世界の中で自分を解消し、患者の世界の内部で、患者と共に自己を再統合してゆく」(邦訳 p 84)。

これはカオスから世界を創造するに等しい。分裂病の治療がイメージ的には創造神話に近似せざるをえないゆえんもここにある。

註14：精神分析家の Langs (1982) の提唱する「コミュニカティブ精神療法」では治療者の介入の適否をそれにつづくクライアントの反応や連想から確認 (validate) することの重要性が強調されている。

註15：自我が物質の特性と同様な意味で脆弱であるように解するのは正確ではない。絶対的に自我が強固であっても無意識の圧力がそれ以上に強力であれば、相対としては自我が脆弱という場合があるからである。この把握の仕方の相違は微妙なように見えて、治療者の全体的理解に影響を与える。

註16：例えば境界例のクライアントに対して、治療者が熱心に「共感 (自己移入)」すれば、精神病性の転移ないしは急性の精神病状態を誘発しうる。

註17：神田橋 (1994 p 162～p 163) は次のように補足している。「幸い、『患者の身になる技法』を身につけているなら、迫られる恐怖に患者がおびえている気持ちも即座に認知することができて、技法放棄の決断

も早めに下すことができるはずである。」

熟達した治療者にとってはこうしたメタ的感得も可能なかもしれない。

註18：治療者が共感に潜在する破壊性に気づくようになるには、まず共感能力がある程度身につくことが必要である。この次元を確保するだけでもかなり至難であろうと思われる。それ以前の次元においては、こうした問題は現実まったく生じようがないから、問題意識をもつ余地すら治療者にはない。また治療者に十分な共感能力があっても治療対象のクライアントの自我機能水準が高い場合、その有効性のみが意識されて、この潜在的破壊性は露呈しない。

註19：一時的には反治療的、退行的であっても、より長期的展望からはその状態が治療に不可欠な段階であるとの可能性も排除しない。

註20：指摘されれば当然のことであるが、この点は来談者中心療法にあってある種、盲点であったとってよい。対応したクライアントがそれまで比較的軽度つまり自我境界の強固なクライアントであったこと、実践上、転移現象を重視しなかったことがその起因であろう。再三のべたように、共感過程が治療者、クライアントにとって intrapsychic な過程であるため、治療者は治療状況ではクライアントの主体に吸収され、眼前にある対象でなくなり、精神分析で言うところの対象関係は背景に退き、ある精神内界のドラマが共有された空間で展開する。ところが、自我の脆弱なクライアントにあっては、治療者はこの精神内界のドラマの舞台に役者として観客席から引きずりあげられるのである。

「今・ここ」での重視ということは Rogers が、古典的な精神分析の過去の再構築、幼児期重視に対するアンチテーゼとして提唱したものである。それと別個に精神分析において「今・ここで」の分析がますます近年重視されてきている。この点を表層的に類似していると理解して Rogers と Kohut の共通点とする向きもある (Kahn 1985 など) が、浅薄にすぎざる比較である。

Rogers の重視するのは今・ここでのクライアントの内側に生じている感情であり、一方、精神分析で強調されているのはいま・ここでの治療関係、治療状況での転移関係である。来談者中心療法では対象化して認識されず、言挙されずとも問題なく生きられている関係性を精神分析ではとり扱うわけである。それは両者の今・ここでの関係を扱う関係である。病態が重くなればおのずこうならざるを得ない局面がある。

Kohut の面目躍如たる功績は、こうした転移の取り扱い方に関してである。従来の精神分析では転移を現実の歪曲であるとする認識があり、単純化して言うと、治療者が正しいと判断する事実認識へと矯正するに近い働き掛けがなきにしもあらずであった。Kohut は心的現実の観点にたち、転移を歪曲ではなく、共感（代理内省）——ここでの共感の主として①段階にとどまる性格のものであるよう筆者には思えるが——によって、クライアントからみた真実として了解することが重要で、矯正まがいの押しつけがましい介入は、とりわけ自己愛（自己感覚の確からしさ）を心的外傷のために損傷しているクライアントにとって外傷を再現する強制、押しつけになりかねないことを指摘した。

Kohut の問題にする転移状況では、治療者はクライアントから激しい叱責、批判、難詰、卑しめといった攻撃の嵐のなかにある。この状況にあって対クライアントに防戦するという姿勢ではなく、クライアントの側から現在の事態を心的現実として認識することの重要性を提唱しているのである。容易に行なえることではない (Kohut 1984 chap.9)。Rogers の著書には、こういう治療状況の具体的報告自体が知る限り存在しない。

付言すれば、Kohut から発展した自己心理学にあっては、転移を目的論的に、過去の外傷によって妨げられた成長を治療者のもとで再開し、再生しようとする欲求とみなすのであり、この点に革新性が認められるべきだと考える。(Ornstein 1985)。

註21：土居 (1992) も p 25, p 36 でこの Margulies の negative capability に言及している。

註22：まず純粋性、自己一致の強調の記述例として以下を提示しておく。

「その瞬間においてオープンに自己自身であることのできる人、しかもこれだけ深い水準において彼のままであることのできる人、そういう人が効果的なセラピストであるという私の観点は、われわれの経験によって強化され、さらに拡大されたのである。おそらくほかのいかなるものも、それほど重要ではない。」 (Rogers 1962b 邦訳 p 242)

次いで Rogers が、共感における自己移入は「技術的問題」であり、そこでは治療者の全人格が用いられていなかったと考えたように解せられる注目に値する記述をあげたい。共感と純粋性の関係を考えるう

えで重要なものであろう。

「クライアントの照合枠 (client's frame of reference) のなかに入るという技術的問題を中心的なとらわれとしていたことから離れて、セラピストはその関係のなかで彼の全人格 (his whole person) を用いるというもっと広い関心に発展してくるにつれて、個々のセラピストの間に技術の上の大きな格差が生まれるという方向に動いてきたのである。動機づけの少ない、深い混乱をもった、そして多くの場合高度にコミュニケーションをもたない人間と接触するという最近の経験によって、この方向の発展はさらに拍車が増えられた。」(Rogers, C. R. 1966 邦訳 p 268～p 269)

註23：初期にあつては、他の条件を成立させる背景的前提条件としての強調であったが、分裂病治療以後、註22で示したようにそれはより前景化した位置をしめることが主張された。一方、Bozarth (1990) によれば、Rogers の実際の個別の面接場面において、共感的応答が使用される比率は晩年にあつても低下せず高率のままであつたという。例えば資料として用いられた1940年代から晩年の1985年にわたる7つの詳細な逐語録の記録が検討された結果、全体として共感的応答は介入の92%～100%を占め、最も高い割合を示したものは、1985年のものであり、そこではRogersの反応の100%が共感的応答であつたという。

Rogersの純粋性の強調以後、一部に共感よりも純粋性が優先すべきだ、自己一致さえしておればよいといった考えがなきにしもあらずで、初心者がこの考えを採用すれば、その治療者は単なる自己本位な素人のままであろう。

Rogersという共感に徹底した人物が、ついで相反的な自己一致を重視したことが大切である。純粋性で発揮される治療者の「私性」は、共感において一旦死してのち蘇った自己である。我と汝の区別のない深みを経て浮上してきた私性である。純粋性で発揮されるべき治療者自身の私性は、いわば小我に死して大我に生きる自己性といえる。この大我は容易に死ねない我執の小我と混同されてはならない。

註24：他者からの肯定的評価や愛情の方が否定的な感情を差し向けられるより困惑しがちで、他者受容より自己受容が困難であつたRogersのシゾイド的性格も勘案すべきであらう(Rogers 1980 p 19, p 20, p 30)。

分裂病治療の経験から陥った危機に際し、Rogersが同僚から受けた治療にあつて、そこで得られた大きな収穫はこの自己受容ということであつたという。

「ひどくまずい治療関係——実際、非治療的な関係——のために、わたしは内的に個人的な危機へと深く突き落とされてしまったのです。ついには同僚の治療をうけることとなりました。……しかしゆっくりこの状態から回復するにつれてようやく多くの人々が幸いにも最初に学ぶことを学びました。クライアント、同僚、生徒だけでなく私自身も信頼し得るということを学んだのでした。」(Rogers 1980 p 39)

註25：Freudの記述は以下のようである。

「ある特定の意図をもって注意を向ければどうしても起こらざるを得ないような危険を避けるわけである。すなわち、故意にある一定の高さにまで注意力を緊張させようとするやいなや、すでにわれわれは、そこに提供されている材料からの選択をはじめたことになる。このような場合にわれわれは、特にその一部の材料に強く執着し、他の部分を除外することになるが、選択を行なう際にはどうしても自分が主観的に期待するものと自分が主観的に持っている傾向とを追い求めることになる。……つまり材料の選択を行なう場合には、もっぱら自分の主観的な期待を追い求めずでそれまでに知り得た以上の事柄は決して見つけることができなくなってしまうという危険に陥るのである。」「われわれは自己の注意能力からすべての意識的影響作用を遠ざけ、引き離し、完全に『無意識的記憶』に身を委ねる」(Freud 1912 邦訳 p 78)。クライアントの自由連想に対して治療者もまた、応に住する所無くして而も其の心を生ずべしといった姿勢で応じるのである。

精神分析においてKohutが共感を強調しはじめて、共感の精神分析における先駆としてFreudのこの「平等に漂わされる注意」があげられたりもするが、共感よりはるかに、Rogersが共感とは区別した「直観」に近似したものであろう。

〈付註〉

付註1：治療者は自身の影^{Shadow}を防衛するために「自分と患者を無意識的に同一視し、その結果、双方とも完全な方向喪失状態におちいる」のである(Jung 1934 CW 16-12)。こうした事態をクライアントがどう体験するかに関してJungが提示したクライアントの夢は示唆深いものがある。

「私は国境を越えなければならないが、夜は漆黒の闇で税関所を見つけられない。長いことさがし回ったあげく、遠くにちっぽけな明かりを目にし、国境はあそこかしらと思う。しかしそこにつくまでには谷と暗い森を通り抜けねばならず、そこで私は迷子（方向喪失状態）になる。そのとき私はそばに誰かいるのにきづく。その男は突然狂人のように私にしがみつぎ、私は恐怖のあまり目が覚める。」

付註2：同様のメタファーが文学作品の読解や翻訳過程などにも見いだされる。村上春樹は自分の翻訳における姿勢を以下のように述べている。それを共感として言及している点も示唆深い。「翻訳をやっていると、ときどき自分が透明人間みたいになって、文章という回路を通して、他人（つまりそれを書いた人）の心の中や、頭の中に入っていきみたいな気持ちになることがあります。まるでだれもいない家の中に入っていきみたい。あるいは僕は文章というものを通じて、他者とそういう関わりを持つことにすごく興味があるのかもしれないですね。・・・おそらく良い翻訳をするにはそういう深い部分でのエンパシーとかシンパシーとかが必要とされるのではないかと僕は思います。」

（『村上春樹、河合隼雄に会いに行く』1996 p48～p50 岩波書店）

付註3：Rogers のこうした姿勢にはある種のキリスト教的精神、アガペーとの同一構造が透見できるように思われる。波多野精一はキリスト教におけるアガペーをエロースと対照させて以下のように述べる。「エロースが自己規定、自己実現を原理としたのに反して、アガペーは『他者規定』『他者実現』を原理とする。ここでも生および其の運動はいつも他者より発し他者にもとづく。何事に於ても他者が優先権を保有する」。（『宗教哲学』波多野精一全集 第4巻 p190）

これは西洋人一般における心理構造を反映するという以上に心理学を知る以前に当初宗教家になるよう Rogers を促していた個人的な人格特性の反映であるように思われる。

付註4：クライアントのこころの痛みから目を背けないこと、共感の過程で治療者の内に喚起される恐怖や不安から逃げ出さずにクライアントのもとに踏み止まること、これは、とりわけ外傷性精神障害の治療においては重々留意されるべき事である。

クライアントの傷を共有することで自らも傷つくことが精神療法家の仕事であるとも言える。

<参考・引用文献>

- Basch, M. F. 1983 Empathic Understanding. *Journal of American Psychoanalytic Association* 31 101-126
- Benedetti, G. 1975 *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen. 馬場謙一（訳）1987『精神分裂病論』（みすず書房）
- Bettelheim, B. 1983 *Freud and Man's Soul*. Rains & Rains. 藤瀬恭子（訳）1989『フロイトと人間の魂』（法政大学出版局）
- Bozarth, J. D. 1990 The Essence of Client-Centered Therapy. in Lietaer, G., Rombauts, J. & Van Balen, R. (eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in Nineties*. Leuren University Press.
- Buie, D. H. 1981 Empathy. *Journal of American Psychoanalytic Association* 29 281-308
- 土居健郎 1992 『新訂 方法としての面接』（医学書院）
- Freud, S. 1912 Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. フロイト著作集9（人文書院）1983「分析医に対する分析治療上の注意」
- Fromm-Reichmann, F. 1950 *Principles of Intensive Psychotherapy*. The University of Chicago Press. 阪本健二（訳）1964『積極的心理療法』（誠信書房）
- Gladstein, G. A. 1983 Understanding Empathy : integrating counseling, developmental, and social psychology perspective. *Journal of Counseling Psychology* 30 (4) 467-482
- Grinberg, L. 1962 On a Specific Aspect of Counter-transference due to the Patient's Projective Identification. *International Journal of Psychoanalysis* 43 436-440
- Heimann, P. 1950 On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 31 81-84
- Hinshelwood, R. D. (ed.) 1991 *A Dictionary of Kleinian Thought 2nd. ed.* Free Association Books. London
- Husserl, E. 1954 *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, hrsg. von W. Biemel. 細谷恒夫・木田元（訳）1974 『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』（中央公論社）

- 岩田慶治 1989 『カミと神』(講談社学術文庫)
- Jung, C. G. 1934 *The Practical Use of Dream-Analysis*. CW16-12
- Jung, C. G. 1958/1959 Gut und Böse in der analytischen Psychologie. GW10-17 林道義(訳) 1989
「分析心理学における善と悪」 『心理療法論』(みすず書房) 所収
- Kahn, E. 1985 Heinz Kohut and Carl Rogers : a timely comparison. *American Psychologist* 40, August
893-904
- 神田橋條治 1994 『追補 精神科診断面接のコツ』(岩崎学術出版社)
- 加藤清 1995 「強迫症状をながめ(那我女)る」 臨床心理事例研究 22 145-146
- 河合隼雄 1983 『大人になることのむずかしさ』(岩波書店)
- Kernberg, O. F. 1979 *Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Adolescents*. in *Adolescent Psychiatry : developmental and clinical studies Vol. 3* The University of Chicago Press.
- 木村敏 1994 『心の病理を考える』(岩波新書)
- Kohut, H. 1959 Introspection, Empathy and Psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association* 7 459-583
- Kohut, H. 1980 「『自己心理学の進歩』を読んで」(原題未詳) Goldberg, A. (ed.) *Advances in Self Psychology*. International University Press. 岡秀樹(訳) 1991 『自己心理学とその臨床』(岩崎学術出版社)
- Kohut, H. 1984 *How Does Analysis Cure?* The University of Chicago Press.
- Langs, R. L. 1990 *Psychotherapy : a basic text*. Jason Aronson Inc. New Jersey.
- Lee, R. R. & Martin, J. C. 1991 *Psychotherapy after Kohut : a textbook of self psychology*. Analytic Press.
竹友安彦・堀史郎(監訳) 1993 『自己心理学精神療法』(岩崎学術出版社)
- 前田重治 1981 『心理臨床』(星和書店)
- Margulies, A. 1984 Toward Empathy : the use of wonder. *American Journal of Psychiatry* 141 1025-1033
- 森岡正芳 1991 ロジャーズ理論再考(1): 「非人称性」の視点 天理大学学报 1991 237-254
- 中井久夫 1984/1991 「医師-患者関係における陥穽」中井久夫著作集5 (岩崎学術出版社)
- 中井久夫 1991 「精神科医がものを書くということ」 imago (青土社) vol. 2-3 60-65
- 鳴沢実 1975 「共感と心理療法」 春木豊・岩下豊彦(編) 『共感の心理学』(川島書店) 所収
- Ornstein, P. H. 1985 The Thwarted Need to Grow : theoretical issues in selfobject transferences. in
Schwaber, E. A.(ed.) *The Transference in Psychotherapy : clinical management*. International
Universities Press, Inc. N. Y.
- Rogers, C. R. 1939 *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Houghton Mifflin. 全集1 (1966)
所収
- Rogers, C. R. 1950 A Current Formulation of Client-centered Therapy. *Social Service Review* 24
442-450 全集14 (1967) 所収
- Rogers, C. R. 1951 *Client-centered Therapy : its current practice, implication, and theory*. Houghton
Mifflin. 全集3 (1966) 所収
- Rogers, C. R. 1952 A Personal Formulation of Client-Centered Therapy. *Marriage and Family Living*
4 341-361 全集14 (1967) 所収
- Rogers, C. R. 1955 Person or Science? A Philosophical Question. *American psychologist* 10 265-278
全集12 (1967)
- Rogers, C. R. 1957 The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal
of Consulting Psychology* 21 (2) 95-103
- Rogers, C. R. 1959 A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship, as Developed in
Client-Centered Framework. in Koch, S. (ed.) *Psychology : a study of science. Vol. 3 Formulations of
the Person and the Social Context*. McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. 1962a The Interpersonal Relationship : the core of guidance. *Harvard Educational Review*
32 (4) 416-429 / in Mosher, R. L., Carle, R. F. & Kehas, C. D. (eds.) *Guidance : an examination*.
Harcourt, Brace & World Inc. N. Y. 小林純一(訳) 1966 「人間相互関係: ガイダンスの心髄」 『現

- 代カウンセリング論』(岩崎学術出版社)所収
- Rogers, C. R. 1962b Some Learnings from a Study of Psychotherapy with Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly* Summer 3-15 全集15 (1967) 所収
- Rogers, C. R. 1966 Client-Centered Therapy. in Arieti, S. (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol. III N. Y. Basic Books. 全集15 (1967) 所収
- Rogers, C. R. 1967 「出会い：ガイダンスの核心」(原題未詳) Rogers, C. R. and Stevens, B. (ed.) *Person to Person : the problem of being human. a new trend in psychology*. Real People Press. 柘植明子・竹内燦(訳) 1974『人は人によりてのみ』(明治図書)
- Rogers, C. R. 1975/1980 Empathic : an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 1975 5 (2) 2-10 in *A Way of Being*. 1980 Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. 1980 *A Way of Being*. Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. 1986 Rogers, Kohut, and Erickson : a personal perspective on some similarities and differences. in Zeig, K. J. (eds.) 1987 *The Evolution of Psychotherapy*. Brunner / Mazel. 村山正治(訳) 1989 「ロジャーズ, コフト, エリクソンからみた相似点と相違点の考察」 成瀬悟策(監訳)『21世紀の心理療法 I』(誠信書房) 所収
- Rogers, C. R. & Farson, E. F. 1955 Active Listening. The Industrial Relations Center of University of Chicago. 全集11 (1967) 所収
- 佐治守夫 1966 『カウンセリング入門』(国土社)
- Searles, H. F. 1960 *The Nonhuman Environment*. International Universities Press, Inc. N. Y. 殿村忠彦・笠原嘉(訳) 1988『ノンヒューマン環境論』(みすず書房)
- 下坂幸三 1987 シンポジウム「解釈の実際 — その役割と機能 —」 *精神分析研究* 31 (1) 21-40
- 下坂幸三 1994 「なぞる」ということ 面接の基本に関する一工夫 *精神医学* 36 (12) 1232-1233
- 霜山徳爾 1968 「現存在分析」 井村恒郎ほか 異常心理学講座 第3巻『心理療法』(みすず書房)
- 霜山徳爾 1979『人間の詩と真実』(中公新書)
- Stotland, E. 1988 Empathy and Sympathy. in Kuper, J. (ed.) *A Lexicon of Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis*. Routledge. London & N. Y.
- Tarachow, S. 1962 Interpretation and Reality. *International Journal of Psychoanalysis* 46 (6) 377-387
- 湯浅泰雄 1992 「精神医学と現象学的方法」 新田義弘・宇野昌人(編)『増補・新版 他者の現象学』(北斗出版) 所収
- 湯浅泰雄 1997 『宗教経験と身体』(岩波書店)
- Vanaerschot, G. 1990 The Process of Empathy : holding and letting go. in Lietaer, G., Rombauts, J. & Van Balen, R. (eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in Nineties*. Leuren University Press.
- Winnicott, D. W. 1971 *Playing and Reality*. Tavistoc. London

※ Rogers, C. R. における全集とは岩崎学術出版社から邦訳出版されている『ロジャーズ全集』全18巻の各巻数をさす。