

ジョセフ・ワイスの制御－克服理論  
——無意識的なテストとしての精神分析セッション——

藤井康子

〈目次〉

凡例	3
序章 研究の背景・目的・意義・構成	4
0.1 背景①——制御－克服理論とは	4
0.2 背景②——制御－克服理論に関する書籍と著者らについて	4
0.3 背景③——制御－克服理論に関する海外の先行研究	4
0.4 背景④——制御－克服理論に関する日本の先行研究	5
0.5 背景⑤——先行研究の分析	5
0.6 目的	5
0.7 意義	6
0.8 構成	6
第 1 章 ワイスの制御－克服理論の理論的な背景	8
1.1 二つの精神分析理論——自動機能仮説と高次精神機能仮説	8
1.2 フロイトにおける AFH から HMFH への移行について	11
1.3 精神分析的思考の「パラダイム」としての AFH	12
1.4 二つの精神分析理論が治療に対してもつ意味	13
1.5 二つの精神分析理論による相反する予測とそれに基づく AFH の反証	13
1.6 第 1 章の結論	15
第 2 章 制御－克服理論の概要とワイスの著書の要約	16
2.1 制御－克服理論の概要	16
2.2 <i>The Psychoanalytic Process</i> の要約	19
2.3 <i>How Psychotherapy Works</i> の要約	37
2.4 第 2 章の結論	50
第 3 章 精神分析の臨床場面以外における事例	51
3.1 ハッピーエンドで泣けること、N 医師の事例	52
3.2 ホロコースト生存者についてのニーダーランドの研究	53
3.3 児童養護施設に収容された子どもたちについてのベレスの研究	54
3.4 捕虜となった兵士の夢についてのバルソンの研究	55

3.5	スターンの乳幼児研究.....	56
3.6	第3章の結論.....	57
第4章	制御—克服理論の特徴——フロイト、ラカンとの違い.....	59
4.1	治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論.....	59
4.2	シンプルな理論.....	60
4.3	現実への適応を人間の中心的な動機とする理論.....	62
4.4	科学的な検証に対して開かれた理論.....	63
4.5	性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論.....	65
4.6	第4章の結論.....	67
終章	まとめと展望.....	68
参考文献	.....	76

[キーワード] 制御—克服理論、精神分析、自動機能仮説、高次精神機能仮説、転移テスト、能動反転テスト

## 凡例

1. 本研究にとって重要な研究者名が本文中に最初に登場する際、生没年を併記した。ただし、次に登場するまでの間隔が長い等の理由により、特に必要性が認められる場合には、二回目以降であっても、ファーストネームと共に生没年を記載した。
2. 文献からの引用に際し、用語の統一性等の観点から一部の表現を変更した。
3. 文献からの引用に際し、一部内容を補足する場合、筆者が付け足した記述は〔〕で括った。
4. 外国語文献からの引用に際し、原文における強調記号は、強調の形式如何にかかわらず傍点に変換した。ただし、5. に該当する場合はこの限りではない。
5. 外国語文献からの引用に際し、日本語訳においてもアルファベットで表記される語句に斜体が使用されている場合（これには、強調が目的であると考えられる場合の他、統計記号のように、慣習的に斜体を使用される場合も含まれる）、斜体をそのまま使用した。
6. 本研究にとって、フロイトの論文および論文集の年代は重要な情報である。このため、フロイトの論文および論文集のタイトルを示す「」と『』の末尾に、初出年、または執筆年の情報を（）で括って付記した。その際、執筆年と初出年が隔たっている場合には執筆年を採用し、両者が近接している場合には初出年を用いた。

## 序章 研究の背景・目的・意義・構成

### 0.1 背景①——制御—克服理論とは

米国の精神分析家ジョセフ・ワイス Joseph Weiss (1924-2004) は、ジークムント・フロイト Sigmund Freud (1856-1939) の晩年の自我心理学の部分<sup>(1)</sup>に基づいて、「制御—克服理論 (Control-Mastery Theory : CMT)」と呼ばれる独自の精神分析理論を構築した (Weiss et al. 1986a; Weiss 1993)。同理論は、すべての精神病理とその治療過程を、無意識の「病因的信念 (pathogenic belief)」の観点から理解しようとするものであり、それによれば治療過程とは、患者が病因的信念を反証すべく分析家と作業する過程である (Weiss 1986b: 325-9, 1993: 9)。「病因的信念」は、精神病理の原因となる信念を意味している。

### 0.2 背景②——制御—克服理論に関する書籍と著者らについて

制御—克服理論についての最初の本である *The Psychoanalytic Process* の著者は、ワイスとハロルド・ Sampson Harold Sampson (1925-2015) とシオンの丘心理療法研究グループのメンバーである (Weiss et al. 1986a)。1972年、カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (The University of California, San Francisco : UCSF) メディカルスクール精神医学科臨床教授であった二人は、同理論の妥当性を正式な定量的研究によって検証する目的で、「シオンの丘病院」兼「UCSF 医療センター」に同グループを設立した (Weiss et al. 1986a: v)。同グループは、現在の「サンフランシスコ心理療法研究グループ (San Francisco Psychotherapy Research Group : SFPRG)」である (Weiss 1993: x; San Francisco Psychotherapy Research Group 2023)。

同書の第1部「理論と臨床観察」(第1~7章が含まれる)では、ワイスが制御—克服理論を提示している。第2部「実証研究の結果」(第8~20章が含まれる)には、二人の指導の下、先述した研究グループのメンバーによって実施された計8件の実証研究記録が収められている。これらはすべて、ワイスの理論とは無関係な分析家が治療を担当した「C夫人」という一人の分析患者の精神分析記録を対象とした正式な定量的研究であった。第3部「理論と実証研究についての大局的見解」(第21・22章が含まれる)では、ワイスが第1部における自身の理論を要約して再提示し、その意義を論じるとともに(第21章)、ワイスと Sampson が第2部の実証研究全体を要約し、その意義を論じた(第22章)。

制御—克服理論についての二冊目の本である *How Psychotherapy Works* は、全体がワイスの単著であり、第1部「心理療法の技法——理論と実践」(第1~7章が含まれる)と第2部「実証研究と理論間の比較」(第8~10章が含まれる)からなる。第2部の実証研究についての章は、前著である *The Psychoanalytic Process* 出版以降に結果が出た実証研究記録を含んでおり、また著者らによる実証研究の対象が「精神分析」から「精神分析的な心理療法」<sup>(2)</sup>へと拡張されたこともあって、同書は制御—克服理論についてのより包括的な著作となっている。

### 0.3 背景③——制御—克服理論に関する海外の先行研究

学術情報データベース Scopus を用いて調査したところ、1979年から現在(2023年5月24

日)までの間に、計 104 件の同理論に関する論考が発表されていた。これらの研究の著者らの主要な研究拠点は、先述した UCSF と SFPRG、そしてイタリアのローマ・スピエンツァ大学であった。これ以外に、ニューヨークのアデルファイ大学、カナダのブリティッシュ・コロンビア大学、オーストリアのクラゲンフルト大学の研究者らも同理論に関する研究を行っていた。これらの多くは心理学と医学の観点からの研究であり、同理論についての論文がこれまでに最も多く掲載された学術誌は、アメリカ心理学会の *Psychotherapy* であった。

筆者が今後、同理論を応用していきたいと考えている文芸評論——ここでの「文芸」にはアニメやマンガ等も含む——をトピックとする研究は一件も見られなかった。

#### 0.4 背景④——制御—克服理論に関する日本の先行研究

先述した制御—克服理論についての二冊の本は、いずれも日本語訳が出版されていない。このため、本邦では同理論がほとんど知られていないのが現状である。

学術情報検索サービス Cinii Research を用いて調査したところ、本邦における同理論についての先行研究は、心理療法家・臨床心理学研究者である高森淳一（生年不詳）による以下の 2 件の論文のみであった。

高森はまず、2007 年の「Weiss の制御—克服理論——能動反転テスト」において、同理論の概要を紹介し（高森 2007）、つづく 2010 年の「制御—克服理論からみた来談者中心療法の一事例」において、来談者中心療法の創始者カール・ロジャーズ Carl Rogers (1902-1987) の事例の経過が同理論の観点からも説明可能であることを示した（高森 2010）。

高森は同理論を、「これまでほとんど注意されてこなかった臨床的側面に光をあてた」（高森 2007: 83）として高く評価する一方で、「制御—克服理論は治療関係の展開に密着した理論であるがゆえに、文芸評論や文化批評への応用には役だちそうもない」（高森 2007: 83）と評した。

#### 0.5 背景⑤——先行研究の分析

先行研究はいずれも、制御—克服理論の文芸評論への応用可能性に着目していない。これは、ジャック・ラカン Jacques Lacan (1901-1981) の精神分析理論が近年、日本のオタク文化の評論や研究に盛んに用いられていることとは対照的である（例えば、斎藤 2006; 檜村 2007）。この理由として筆者は、制御—克服理論が精神保健臨床に対してもつ意味が、広く認知されつつある一方で、同理論が人間の社会生活全般に対してもつ意味が、まだ十分に認知されていないからではないか、と考えた。

#### 0.6 目的

筆者の将来的な研究目標は、ワイスの制御—克服理論を用いて、オタクの「萌え」に関する文芸評論を行うことである。「萌え」とは、キャラクターに対する強い愛着や欲望を表す俗語であり、男性オタクの「美少女キャラクター萌え」や、女性オタクが男性キャラクター同士の恋愛を描いたボーイズラブ (boys' love : BL) というジャンルを好む現象において、主に観察される。

そのため本研究ではまず、主に *The Psychoanalytic Process* と *How Psychotherapy Works* におけるワイスの記述に基づいて、同理論を日本の研究者向けに紹介する研究を行うこととする。筆者がここで念頭に置く「研究者」とは、主に、哲学的な関心に基づいて精神分析理論を研究する研究者や、精神分析理論を社会文化研究に応用する研究者を指す。このような研究が必要な理由は、(1) 本邦において同理論がほとんど知られていないため、(2) 高森による紹介は、臨床家としての読者向けであり、筆者が想定する読者層向けには、「フロイトやラカンの精神分析理論との異同」という観点からの説明が不足していると考えられるためである。

またワイスは、「精神分析の過程についての理論は、それが多様な種類の患者の行動を説明できるのでなければ、そして、分析患者ではない人たちの重要な行動を説明できるのでなければ説得力がない」(Weiss 1986a: 3) と考えていた。このため彼は、自説を裏づける証拠として、臨床事例だけでなく、精神分析の臨床場面以外に見られる多彩な事例を挙げた。これらの事例は、同理論が人間の社会生活全般に対してもつ意味を浮き彫りにするという点で、本研究にとって極めて重要である。よって本研究では、臨床事例以上にこれらの事例に焦点を当てることとする。

まとめると、本研究は制御－克服理論の文芸評論への応用を見据えて、(1) 同理論のフロイトやラカンの精神分析理論との異同の観点、(2) ワイスが紹介した、精神分析の臨床場面以外の事例の観点から同理論を紹介する研究を行うこととする。

## 0.7 意義

前節で述べた目的を達成することにより、本研究はワイスの制御－克服理論を文芸評論に応用するための出発点に立つことができると考えられる。

## 0.8 構成

本研究の構成は以下の通りである。

- 第1章 ワイスの制御－克服理論の理論的な背景
- 第2章 制御－克服理論の概要とワイスの著書の要約
- 第3章 精神分析の臨床場面以外における事例
- 第4章 制御－克服理論の特徴——フロイト、ラカンとの違い

第1章「ワイスの制御－克服理論の理論的な背景」において筆者は、哲学的な関心に基づいて精神分析理論を研究する研究者と、精神分析理論を社会文化研究に応用する研究者向けに、ワイスの理論とフロイトの理論の関係を整理する。同章で筆者は、フロイトの理論のうち、ワイスが「自動機能仮説 (AFH)」と呼ぶ要素と、「高次精神機能仮説 (HMFH)」と呼ぶ要素について説明し、「AFH から HMFH へのパラダイム・シフト」という、制御－克服理論の基本戦略を紹介する。

第2章「制御－克服理論の概要とワイスの著書の要約」において筆者は、まず「制御－克服理論を日本の研究者向けに紹介する」という本研究の目的にとって最低限必要と考えられ

る同理論の要諦を提示し、つづいて同理論についての二冊の著書の、より詳細な要約を提示する。

第3章「精神分析の臨床場面以外における事例」は、人間の社会生活全般に対して制御－克服理論がもつ意味を、具体的な事例を通して読者に理解してもらうための章である。これらの事例は、同理論が、本当にワイスが意図したような「幅広い理論」(Weiss 1986a: 3)であるかどうかの試金石でもある。「幅広い理論」とは、「臨床場面以外においても、人間の重要な行動を説明することができる理論」という意味である。同章で筆者は、ワイスが自説を裏づける証拠として紹介した、臨床場面以外における多彩な事例を取り上げる。これには、(1) ハッピーエンドで泣けること、(2) ホロコースト生存者の研究、(3) 児童養護施設に収容された子どもたちの研究、(4) 戦争捕虜の夢に関する研究、(5) 乳幼児研究という五つの事例が含まれる。

第4章「制御－克服理論の特徴——フロイト、ラカンとの違い」は、文字通り、フロイトやラカンの精神分析理論とは異なる制御－克服理論の独自性(特徴)を紹介するための章である。同章で筆者は、まずワイスら自身が既に指摘している同理論の四つの特徴について、具体的な証拠を挙げながら論じる。これに含まれるのは、(1) 治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論、(2) シンプルな理論、(3) 現実への適応を人間の中心的な動機とする理論、(4) 科学的な検証に対して開かれた理論という特徴である。なお、同章で筆者は、ワイスらが行っていない、ラカンの精神分析理論との比較も行う。さらに筆者は、(5) 性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論という、ワイスらが指摘しなかった特徴についても指摘する。

終章「まとめと展望」では、本研究の成果を要約し、それに基づいて、「制御－克服理論を用いた文芸評論」という筆者の今後の研究構想に向けた展望を提示する。

## 第1章 ワイスの制御—克服理論の理論的な背景

ワイスは、フロイトの精神分析理論を「自動機能仮説」と「高次精神機能仮説」という二つの要素に大別し、後者のみに基づいて新たな精神分析理論（制御—克服理論）を確立した（Weiss 1986a: 22, 1986b: 323）。

### 1.1 二つの精神分析理論——自動機能仮説と高次精神機能仮説

ワイスが「自動機能仮説（automatic-functioning hypothesis: AFH）」と呼ぶのは、フロイトが主に「心理学草案（1895）」・「夢解釈（1900）」・「技法に関する論文集（1911-1915）」<sup>(3)</sup>等前期の著作において体系的に展開した考え方である。

これに対し、ワイスが「高次精神機能仮説（higher-mental-functioning hypothesis: HMFH）」と呼ぶのは、主に「快原理の彼岸（1920）」・「制止、症状、不安（1926）」・「続・精神分析入門講義（1933）」・「精神分析概説（1940）」等後期の著作において、フロイトが断片的に導入した考え方である。

ワイスの記述に基づく AFH と HMFH の提示へと進む前に、読者が両理論の全体的なイメージをつかむことができるよう、両者の人間観を以下のようにパラフレーズしておく。

AFH に基づくフロイトの人間観とは以下のようなものである。無意識の心にはそもそも思考能力がない。このため、人間の無意識的な動機（衝動あるいは欲動<sup>(4)</sup>と防衛）は、現実を無視した盲目的で非合理的なものである。したがって、人はこれらの無意識的な力によって操られる哀れな「操り人形」のような存在である。小さな男の子が母親に対して抱く性的欲望や父親に対して抱く殺意<sup>(5)</sup>は、これらの力の反映であり、克服されなければならない幼児性である。分析過程における患者の転移もまた、このような幼児性を反映している。

対照的に、HMFH に基づくワイスの人間観とは以下のようなものである。人が何かを抑圧するのは、それを意識したり表出したりすることが危険であるという現実についての無意識的な判断に基づく。この判断は、盲目的ではなく、ある理論（病因的信念）に則った現実についての危険予測に基づいてなされる。その点、無意識の心は現実適応的で賢く、また合理的でもある。小さな男の子が母親に対して抱く性的欲望や父親に対して抱く殺意は、子どもの未熟さを考慮すれば、十分に適応的な計画である<sup>(6)</sup>。分析過程における患者の転移もまた、意識的・無意識的な患者の治療努力（問題を克服しようとする努力）を反映している。

まとめると、AFH に特徴的な人間観とは、無意識の心を盲目的・非合理的な力の相互作用として捉え、人間を「操り人形」のようなそれらの力の犠牲者として描き出すものである。この皮肉な人間観は、人間の動機を、社会性や合理性からはかけ離れた非人格的な力が織りなす構造の効果に過ぎないと見なす点で、広い意味で構造主義的であると言えるだろう。またそれは、無意識の心を「おどろおどろしいもの」、あるいは少なくとも、「よそよそしいもの」として人々にイメージさせ、「くわばら、くわばら…」という心境にさせる。

なお、「広い意味で構造主義的」とは、フランス文学者で思想家の内田樹<sup>たつる</sup>（1950-）が述べた意味においてである。著書『寝ながら学べる構造主義』において内田は、構造主義とは「ネットワークの中心に主権的・自己決定的な主体がいて、それがおのれ的意思に基づいて全体

を統御しているのではなく、ネットワークの「効果」として、さまざまなリンクの結び目として、主体が「何ものであるか」は決定される、という考え方」（内田 2002: 32）であると述べた。

対照的に、HMFHに基づく人間観とは、無意識的な心の現実適応的な性格や合理性・合目的性を信頼するものである。なお、筆者による上記のまとめが妥当なものであるかどうかについては、これ以降の本章 1.5 までの記述に照らして判断していただきたい。

AFH は、人間の精神生活の大部分が、本人のコントロールを超えた衝動と防衛という心的な力の力動的な相互作用によって自動的に決定されると見なす。「衝動は即時的な満足を求め、防衛は衝動の出現に反対する」（Weiss 1986a: 5）。ワイスによれば、この考え方は、フロイトが「心理学草案（1895）」の「緒言」で表明した、「自然科学」としての心理学の構想に基づいており、その構想とは、心理的過程を、ちょうど古典物理学のように、諸力の力学的な相互作用による定量的な決定状態として記述しようとする決定論であった（Freud 1987: 387=2010: 5; Weiss 1986a: 25）。

例えば、フロイトの論文「精神分析（1926）」における「神経症が発病する特殊な原因はなく、量的関係が葛藤の結末に健康にいたるのか、あるいは神経症的な機能制止に至るかを決定する」（Freud 1948a: 304=2010: 222）という記述は、神経症の発症過程を AFH によって説明するものであると解釈できる。

さらに注意が必要なのは、AFH における「防衛」が、「衝動」と同じく、快原理によって自動的に調節されると想定されていることである（Weiss 1986a: 27）。これは、HMFH における「防衛」が、自動的にではなく、自我のコントロール下で働くと想定されていることとは対照的である（Freud 1940b: 243=2011: 10）。「精神療法について（1905）」におけるフロイトの以下の記述は、防衛の一種である「抑圧」が、快原理によって自動的に調節されるという AFH の考え方を示している。

無意識を露呈させ意識へと移し替える作業は、つねに患者の側からの抵抗を受けながら進められねばなりません。無意識が浮上してくることは、患者の嫌気と結びつきます。そしてこの嫌気のために、浮上する無意識は、くり返し患者によって押し戻されてしまうのです。【……】もしも患者に、症状が改善する期待から生まれる動機によって、それまで自動的な嫌気的作用によって押し戻して（抑圧して）いたことを受け入れさせることができたなら、皆さんは教育の一部を達成できたこととなります。（Freud 1942b: 24-5=2009: 410）【傍点による強調は原文。下線による強調は筆者】

ここで AFH は、「不快なものに対して自動的に背を向ける」という幼見的・「操り人形」的要素において防衛（抑圧）を捉えている。対照的に HMFH は、後述するように「危険を避ける」という合理的な目的の下に防衛を捉えるのである。

衝動と防衛の相互作用についてフロイトは、「精神分析（1926）」において以下のように説明している。

深層心理学としての精神分析は、心の生活を力動論的、経済論的、局所論的という三つの観点から考察する。第一の観点は——外界からの刺激の受容を除外すれば——あらゆる心的過程を諸力の競合に帰するもので、そこでは諸力は、相互に促進あるいは制止しあったり、また相互に結びついて、妥協へと向うとされる。(Freud 1948a: 301=2010: 219)

この箇所は、「諸力の競合」を、ワイスが言うように、ベクトル量としての諸力が「ベクトル加算の法則に従って相互作用する」<sup>(7)</sup> (Weiss 1986a: 26) ことであると捉えなければ、分かりにくい。

この解釈によれば、まず二つの力が「相互に促進しあう場合」とは、二つのベクトルのなす角が0～90度の場合であり、「相互に制止しあう場合」とは、二つのベクトルのなす角が90～180度の場合であると考えられる。

また、「防衛」はその定義上、「衝動」と対立するにもかかわらず、諸力が「相互に促進」する場合もあるとされているのは、一对の衝動と防衛の関係ではなく、複数の衝動と複数の防衛間の相互作用が論じられているためであると考えられる。

さらに、「諸力の競合」の結果、「妥協へと向う」場合とそうでない場合があるとされていることについては、以下のように解釈することができる。ベクトル加算において、二つのベクトルが同一直線上にない場合、合成されたベクトルの向きには、必ず元のベクトル両方の向きの影響が残る。ここで「妥協」と呼ばれているのは、このような「ベクトルの向きの変化」のことであると考えられる。しかし、二つのベクトルが同一直線上にある場合は、二つのベクトルの向きが同一であれば、ベクトルの量のみが増大して向きは保存され、二つのベクトルの向きが逆であれば、より大きいベクトルの向きのみが保存される結果となる。このように、二つのベクトルが同一直線上にある場合、大きい方のベクトルの向きに着目すれば「ベクトルの向きの変化」はないため、「妥協」は起きていない、ということになる。ただし、「同一直線上にない二つのベクトルの加算」の場合であっても、ある特定のベクトルの量が、他を圧倒するほど大きければ、他のベクトルの向きの影響は無視できることになり、圧倒的に大きなベクトルの向きのみが保存される——すなわち、やはり「妥協」は起きない——という結果となる。

ワイスはこの箇所を以下のようにパラフレーズした。

衝動と防衛の相互作用は力動的〔＝力学的〕である。対等で正反対の二つの力が互いを無効にすることもあれば、強い力が弱い力を圧倒することもある。あるいは、二つの力が絡み合うことで、両方を満足させる妥協的な行動が生まれるかもしれない。衝動と防衛の力動的な相互作用から、精神生活のほとんどすべての現象が導き出される。(Weiss 1993: 191)

以上が AFH の心の理論である。

対照的に HMFH は、自我が現実についての評価・決断・推論・計画・目的・予測等の高次

精神機能を駆使して、かなりの程度まで無意識の精神生活をコントロールしていると思なす (Weiss 1986a: 30-1, 1993: 17)。HMFH は、「人は、意識的に行うのと同種の事柄の多くを、無意識的にも行うことができる」(Weiss 1993: 191) ということを前提とする。「自我とエス (1923)」で提示された、自我による高次精神機能の無意識的な使用、というこの考え方 (Freud 1940b: 254-5=2011: 21-2) は、「夢解釈 (1900)」におけるフロイトの「夢思考」についての考え方とは対照的である。「夢解釈 (1900)」でフロイトは、夢思考 (夢に含まれる思考) は覚醒時の前意識によって形成されたものであり、夢作業<sup>(8)</sup>の本質的な部分ではない、と述べていたからである (Freud 1942a: 510-1=2011: 5 巻 287; Weiss 1986a: 133)。

ワイスが HMFH と呼んだフロイトの考え方には、以下のようなものが含まれている。すなわち、「防衛過程における自我分裂 (1940)」における「人が無意識のうちに病因的信念 (例えば、罰としての去勢の存在を信じる信念) に苦しむことがある」<sup>(9)</sup> (Weiss 1993: 17) という考え方、「精神分析概説 (1940)」における「人が自身の抑圧に対して何らかのコントロールを及ぼし」<sup>(10)</sup> (Weiss 1993: 17)、「無意識的に考え、現実を検討し、決断し、計画を立て実行することができる」<sup>(11)</sup> (Weiss 1993: 17) という考え方、「快原理の彼岸 (1920)」・「制止、症状、不安 (1926)」における「問題を解決しようとする強力な無意識的願望」<sup>(12)</sup> (Weiss 1993: 17) という考え方、「終わりのある分析と終わりのない分析 (1937)」における「患者が治療者と協力して問題を克服しようとする」<sup>(13)</sup> (Weiss 1993: 17) という考え方である。

## 1.2 フロイトにおける AFH から HMFH への移行について

ワイスによれば、フロイトが AFH を最も全面的に展開した著作は「夢解釈 (1900)」であった (Weiss 1993: 191)。

「夢解釈 (1900)」における「夢は願望充足である」(Freud 1942a: 127=2007: 4 巻 165) とのテーゼは、確かに「本能的衝動が、睡眠によって弱められた防衛に打ち勝って、自動的に満足を達成する」という決定論として理解することができる。しかしワイスによれば、フロイトはその生涯をかけて、AFH では容易に説明できない現象への考察を深めていき、最終的に「精神分析概説 (1940)」において、「自我が下した決断の結果として、〔夢の中で〕ある種の願望 (幼児的であるかどうかは別として) が成就するように描かれることがある」(Weiss 1986a: 121) と述べるに至った<sup>(14)</sup>。

フロイトが着目した「AFH では容易に説明できない現象」には、男の子の去勢不安、男の子が「父親を打ち負かす」という願望の達成を遠い将来に延期すること、罪悪感とマゾヒズム、罰の夢や外傷的な夢の問題が含まれる (Weiss 1986a: 6-8, 26-8, 118-22)。

ワイスの見解によれば、「夢解釈 (1900)」から「精神分析概説 (1940)」までの 40 年間でフロイトは、夢作業の担い手を「快と不快の知覚によって自動的に調整される」(Freud 1942a: 604=2011: 5 巻 401) 一次過程から、高次精神機能を駆使して「夢作業の任務を引き受ける」(Freud 1941a: 92=2007: 206) 自我へと 180 度転換したことになる (Weiss 1986a: 134)。

なお、上記の説明によって読者は、フロイトが最初期の「夢解釈 (1900)」においては全面的に AFH に依拠しており、最晩年の「精神分析概説 (1940)」においては全面的に HMFH に依拠していた、という印象を受けたかもしれないが、それは誤解である。「夢解釈 (1900)」

の「検閲」についての考え方においてフロイトは既に、「〔自我による〕危険と安全の基準に基づいた抑圧の無意識的な調節」(Weiss 1993: 191) という HMFH の鍵となる考え方を使用していた(Weiss 1986a: 27)。「危険と安全の基準に基づいた抑圧の無意識的な調節」とは、ある心的内容が現在の状況下では危険であると自我が無意識的に判断すれば、自我はその内容に対する抑圧を強め、反対に安全だと判断すれば抑圧を緩める、というようなことである。このことは、フロイトが「自我とエス(1923)」において自我の無意識的な機能を正式に導入するずっと前から、HMFHと同様の考え方を部分的に採用していたということを示している。以下はこの箇所<sup>(15)</sup>についてワイスによるパラフレーズである。

彼〔＝フロイト〕は、覚醒時には抑圧されている無意識の衝動が、夢の中で表現されることがあるという観察を説明するために、この考えを導入した。彼は、検閲が抑圧された衝動を夢の中で表現することを許しているのは、睡眠者の運動能力が停止しているからだと考えた。眠っている人は自分の衝動を行動に移せないのだから、検閲は安心してその衝動を夢の中で表現することを許可することができる。(Weiss 1986a: 27)

またワイスによれば、フロイトは彼の自我心理学を発展させるにつれて、快原理による自動制御の役割を徐々に縮小したが、最後まで AFH を放棄することはなかった(Weiss 1993: 192)。

つまりワイスによれば、フロイトの理論は徐々に AFH から HMFH へと移行したと考えられるものの、フロイトが一貫して AFH を主張した文献や、一貫して HMFH を主張した文献が存在しない以上、フロイトの著述における「AFH から HMFH への移行」は、厳密には証明されていないということになる。

### 1.3 精神分析的思考の「パラダイム」としての AFH

ワイスは、フロイトの著作には「AFH から HMFH への移行」という傾向が存在すると考えていたが、彼自身はこれを文献学的に証明する研究は行わなかった(Weiss 1986a: 23-4)。これはワイスが、「精神分析過程は AFH よりも HMFH によってよりよく説明される」というテーゼを証明することの方により関心があり、前者の証明は後者を証明する上で必須ではないと判断したためである(Weiss 1986a: 24)。また、もしこのような文献学的証明を行おうとすれば、膨大な量の研究が必要になるとも彼は考えていた(Weiss 1986a: 24)。

ワイスと Sampson は、*The Psychoanalytic Process* における彼らの研究意図を、科学哲学者トーマス・クーン Thomas Kuhn (1922-1996) の『科学革命の構造』における「パラダイム論」<sup>(16)</sup>に基づいて提示した。しかし彼らは、クーンの用語をパラフレーズし、「パラダイム」等の用語自体を用いなかったため、その説明は分かりにくいものであった。このため以下で筆者は、クーンのパラダイム論の用語を補足しつつ、二人の意図をパラフレーズする。

精神分析の成立以降、分析家たちに広く受け入れられてきた AFH を、二人は科学哲学者トーマス・クーンのパラダイム論における「パラダイム」——研究者の思考を規定する「幅広い主要な科学的仮説」(Weiss & Sampson 1986: 342) ——として捉え、代替理論(制御—克服

理論)によるパラダイム・シフトを図ったのである (Kuhn 2012: 149=2023: 230; Weiss & Sampson 1986: 341-3)。つまり二人は、彼らの共同研究を「精神分析における科学革命」として位置づけていた。

なお筆者は、この「制御—克服理論によるパラダイム・シフト」という考え方を、臨床家の思考のみならず、精神分析理論を用いた文芸評論や表象文化研究全般にも変革をもたらすものとして捉えている。なぜなら、もしワイスと Sampson が指摘したように、AFH が精神分析的思考のパラダイムなのだとしたら、AFH は精神分析理論を用いた文芸評論や表象文化研究全般にも決定的な影響を及ぼしているはずであり、その場合ワイスの理論は、これらの分野に変革をもたらす潜在力を秘めていると考えられるからである。

#### 1.4 二つの精神分析理論が治療に対してもつ意味

ワイスによれば、二つの精神分析理論 (AFH と HMFH) は、多くの現象について異なる説明をするだけでなく、治療に対しても異なる含意をもつ。つまり、前者と後者に依拠する分析家は、異なる治療観 (技法論) に基づいて治療に当たるということである。

前者の治療観は、フロイト自身によって「技法に関する論文集 (1911-1915)」で展開された。これに依拠する分析家は、分析家に対する患者の「転移」を、現実を無視した幼児的な<sup>(17)</sup>衝動満足の追求であると見なし、患者が満足を得ることを妨害する。これによって欲求不満に陥った患者は、衝動と防衛のバランスを崩し、その結果、葛藤を意識化することができるようになると考えられる (Weiss 1986b: 332)。

他方、後者の治療観は、フロイトがその臨床的意義を十分説明することなく HMFH を導入したため、自我心理学者らによるフロイトの自我心理学の拡張を経て、最終的にワイスによって確立された治療観である。これに依拠する分析家は、「転移」を、現実の分析家との関係の安全性を確かめるために患者が無意識的に行う「テスト」であると見なす。このため分析家は、患者が安全だと感じられるような形でこれに応答することを目指す。なぜなら、抑圧をコントロールしている患者の自我は、抑圧された心的内容が、自分自身や自分と分析家との絆を脅かすことはない——つまり、安全にそれを経験することができる——と無意識的に判断すれば、抑圧を解除することができると考えられるからである (Weiss 1986b: 332)。

この二つの精神分析理論は根本的に対立しており、両者が同時に真であるはずはない、と考えたところにワイスの独創がある (Weiss 1986a: 39-40)。ワイスは、この二つの理論のうちどちらが正しいかは、哲学的な議論や文献学的な研究によってではなく、観察によってしか決定しえないと考えた (Weiss 1986a: 40-2)。

#### 1.5 二つの精神分析理論による相反する予測とそれに基づく AFH の反証

このためワイスらは、精神分析過程において、分析家が患者の転移的要求に対して中立的に応答するポイントに着目した (Weiss et al. 1986a: 267-76)。それぞれの理論に依拠する分析家は、それぞれ異なる理由からではあるが、どちらも高頻度に、患者の転移的要求に対して中立的に応答する (Weiss et al. 1986a: 267-70)。ただし、この同じ介入によって、AFH に依拠する分析家が意図しているのは患者の願望を挫くこと<sup>くじ</sup>であり、HMFH に依拠する分析家が意

図しているのは患者の安心であるという違いがある。このため AFH は、中立的な応答に対して患者が強い欲求不満に陥ると予測し、HMFH は患者が安心すると予測する。これらの相反する予測のうちどちらが正しいかは、定量的な観察によって決定可能である。

さらにワイスらは、精神分析過程において、患者が新たな心的内容を意識化するポイントにも着目した (Weiss et al. 1986a: 171-86)。その理由は、どちらの理論に依拠する分析家も、患者の心的内容の意識化を目指す点では同じであるが、両者が想定する意識化の様相が異なるためである。

HMFH に依拠する分析家は、患者がその内容を意識化したのは、患者の自我があらかじめそれを安全に経験できると判断し、防衛を解除したからであると考ええる。よって HMFH は、心的内容を意識化する際、患者は強い不安を感じることはなく、その内容を生き生きと体験し、そこから自身の問題に対する深い洞察を得ることができると予測する (Weiss et al. 1986a: 172-3)。

対照的に、AFH に依拠する分析家は、その内容が意識化されたのは、患者の欲求不満によって衝動と防衛のバランスが崩れた結果であると考ええる。さらに、先述した AFH における「衝動と防衛の相互作用」の場合分けに基づけば、衝動と防衛のバランスが崩れる相互作用には二種類の結果があると予想される。まず、パターン①は、「衝動が防衛を圧倒した結果、衝動がそのまま (偽装されることなく、あからさまに) 出現する」という場合であり、パターン②は、「衝動と防衛の両方を満足させる妥協的な (偽装された) 行動が出現する」という場合である<sup>(18)</sup>。パターン①において患者は、自分で防衛を解除したわけではないため、意識化された内容に対して強い不安を感じ、その内容と強く対立 (葛藤) すると予想される。パターン②において患者は、その内容が防衛をも満足させる形で出現したことから、強い不安や葛藤を覚えることはないと予想されるが、だからこそ、それを生き生きと体験したり、体験への洞察を深めたりすることはできないと予想される (Weiss et al. 1986a: 173-4)。

まとめると、AFH の予測は、パターン①②のどちらにおいても、HMFH の予測とは異なることが分かる。これらの相反する予測のうちどれが正しいかは、定量的な観察によって決定可能である。

ワイスらが着目した以上二つのポイント—— (1) 患者が分析家に転移的要求を行い、それに対して分析家が中立的に応答するポイント、(2) それまで封印されていた心的内容を患者が意識化するポイント——は、いずれも精神分析にとって、中心的に重要なものである。ワイスらが AFH と HMFH の説明が両立しえないと考えたのは、特にこのような精神分析にとって最重要の領域についてであった<sup>(19)</sup>。

制御—克服理論が依拠する HMFH の妥当性を検証するための実証研究は、いずれも以上のような基本的な考え方に基づいている。ワイスらは、ワイスの理論とは無関係な分析家の分析過程において、患者の治癒は AFH が予測する仕方ではなく、HMFH が予測する仕方達成されるということを、厳密な定量的手法によって実証した (Weiss et al. 1986a: 140-320; Weiss 1993: 167-89)。

ワイスによれば、フロイト以降のほとんどの分析家は二つの理論の両方に依拠しており (Weiss 1986a: 6)、特に彼らの臨床的思考においては AFH が優勢であった (Weiss 1986a: 23)。

積極的に HMFH を取り入れながらも、AFH を有機的に変革しようとはしなかった自我心理学者たちを含む多くの分析家とは異なり、ワイスは HMFH を体系化することによってフロイトの初期理論 (AFH) を解体し、一から精神分析理論を構築し直した (Weiss 1993: 17)。ワイスは、フロイトが去勢不安<sup>(20)</sup> について不十分かつ暗示的にしか述べなかった内容を拡張し、「病因的信念についての明示的な理論」(Weiss 1986b: 324) として精神分析理論を再編成した。

## 1.6 第 1 章の結論

ワイスによれば、フロイトの精神分析理論は、自動機能仮説 (AFH) と高次精神機能仮説 (HMFH) という相矛盾する対照的な二つの精神分析理論から構成されている。AFH に特徴的な人間観とは、無意識の心を盲目的・非合理的な力の相互作用として捉え、人間を「操り人形」のようなそれらの力の犠牲者として描き出すものである。対照的に、HMFH に基づく人間観とは、無意識的な心の現実適応的な性格や合理性・合目的性を信頼するものである。精神分析過程において、この二つの理論が同時に真であることはありえず、どちらが正しいかは、観察によってのみ決することができる。ワイスはフロイトの理論から AFH を除去し、HMFH を拡張することによって、制御—克服理論を開発した。クーンのパラダイム論によれば、AFH は精神分析的思考のパラダイムであると考えられる。ワイスらは、科学革命を起こすために必要とされる方法論に則って実証研究を行い、AFH から制御—克服理論へのパラダイム・シフトを成し遂げた。

## 第2章 制御—克服理論の概要とワイスの著書の要約

本章では、まず2.1「制御—克服理論の概要」において、「同理論を日本の研究者向けに紹介する」という本研究の目的にとって最低限必要と考えられる同理論の要諦を提示する。つづいて、2.2「*The Psychoanalytic Process* の要約」、2.3「*How Psychotherapy Works* の要約」において、ワイスの著書（正確には、ワイスらの著書とワイスの著書）のより詳細な要約を提示する。二冊の著書全体の要約によって読者は、(1) 二冊の著書におけるワイスの主張が一貫しているかどうか、(2) 本章2.1における制御—克服理論の要約が、ワイスによる理論についての記述と一致しているかどうか、(3) 本研究第1・3・4章における筆者の記述が、二冊の著書の内容に照らして妥当なものであるかどうか、特に、ワイスらが本当に「AFHから制御—克服理論へのパラダイム・シフト」を成し遂げたのかどうか、を大枠で判断することが可能になると考えられる。

### 2.1 制御—克服理論の概要

人は主に、幼少期の両親との関係におけるトラウマ的な経験からの推論によって、無意識の病因的な信念を獲得する(Weiss 1986a: 6-8, 1993: 5-9)。「病因的」信念は、その人が望ましい適応的な目標を追求しようとする、自分自身や愛する人を危険にさらすことになると警告する<sup>(21)</sup>(Weiss 1993: 3-6)。このため信念の持ち主は、危険であるとされた衝動や感情や目標を封印し、それらについての無意識的な罪悪感を抱くようになる。なお、ここでの「危険」には、重要な人間関係の崩壊のような外的な危険だけでなく、恐怖・罪・恥のような内的な危険も含まれる(Weiss 1993: 5-6)。

例えば、強い喜びで有頂天になっているときに、親から理不尽に叱責された子どもは、「喜びすぎると人を傷つけるから、喜びは抑制しなければならない」という病因的な信念を身につけ、「喜ぶこと」に対して無意識的な罪悪感を抱くようになるかもしれない。

フロイトは、性的欲望に対する罰としての去勢を男の子が現実の脅威として信じることから、「去勢不安」やエディパルな罪悪感が生じるとした<sup>(22)</sup>(Freud 1941b: 61=2007: 265, 1948b: 137=2010: 35; Weiss 1986b: 324)。エディパルな罪悪感とは、エディプス・コンプレックス的な衝動——異性への性的関心や同性への競争心——に対する罪悪感のことである。しかしワイスによれば、フロイトはこれ以外の病因的な信念や罪悪感についての理論を十分に発展させなかった(Weiss 1986a: 43-67, 1986b: 325)。ワイスは、去勢不安の背景にある男の子の信念——罰としての去勢の存在を信じる信念——を「病因的な信念の一例」と見なすことによって、「病因的な信念」を概念化した。さらにワイスは、アーノルド・モデル Arnold Modell (1924-2022)の先行研究(Modell 1965)等に基づいて、エディパルな罪悪感以外の普遍的な——あるいは少なくとも広く蔓延している——罪悪感として「分離の罪悪感(separation guilt)」と「生存者の罪悪感(survivor guilt)」が存在することを指摘した(Weiss 1986a: 43-67, 1993: 80, 199)。これらの罪悪感は、事例によっては、エディパルな罪悪感よりも重要なことがある(Weiss 1986a: 49)。

このうち「分離の罪悪感」は、親からの自立を望みながらも、もし自分がもっと自立すれ

ば、親を傷つけることになるだろうと推論する子どもに生じるものである (Weiss 1986a: 49-51)。他方「生存者の罪悪感」は、親や同胞よりも人生において多くを獲得することで、自分は彼らを裏切っていると推論する人の罪悪感である (Weiss 1986a: 52-4)。しかし子どもは、これら以外にも、生存に不可欠な親との絆を脅かすと推論されたあらゆる事柄に対して罪悪感を抱く可能性がある (Weiss 1986a: 46-7)。

病因的信念によって患者は、正常で望ましい合理的な目標を追求することを放棄させられ、症状や制止<sup>(23)</sup>を発展させる (Weiss 1993: v)。患者は、信念が予告する危険を避けるため信念に従うが、意識的にも無意識的にもそれらを反証し、信念によって禁じられていた目標を追求できるようになりたいと考えている (Weiss 1993: 3)。

患者は、一群の密接に関連する複数の病因的信念を、どのような順序で反証していくかについての無意識的な計画をもっており、それに沿って治療過程をコントロールする (Weiss 1986a: 113-6)。治療過程とは、患者が治療者<sup>(24)</sup>と協力して、自身の病因的信念を反証しようと努力する過程である (Weiss 1986a: 84)。したがって、治療者の任務とは、患者が病因的信念を反証するのを助け、信念によって禁じられていた目標を追求できるよう助けることである (Weiss 1993: 21)。

患者は治療者との関係において、信念が予告する危険が現実のものであるかどうかをテストする。患者の無意識的なテストは、「信念の検証 (testing of one's pathogenic beliefs)」<sup>(25)</sup> (Weiss 1986a: 14, 101) であると同時に、「治療者に対するテスト (testing of the analyst)」 (Weiss 1986a: 99) でもある。信念と治療者という異質なものを同時にテストすることができるのは、患者がテストに対する治療者の反応を、「信念を裏づけるか、反証するか、信念に無関心 (無関係) か」という観点から評価するからである (Weiss 1993: 129)。テストは、患者の「現実検討 (reality-testing)」<sup>(26)</sup>の一環として行われる (Weiss 1986a: 102)。

患者のテストは、「転移テスト (transference test)」 (Weiss 1993: 105) と「能動反転テスト (passive-into-active test)」 (Weiss 1993: 105) の二種類に大別できる。いずれのテストにおいても患者は、病因的信念の起源となったトラウマを治療者との関係において再現し、治療者を信念が予測する方向へと誘導しつつも、それとは異なる反応を期待する。

「転移テスト」において患者は、かつてトラウマとして経験した親の行動を「誘発した」と信じる自身の行動を再現する。この挑発に対して、もし治療者が患者の親と同様に振る舞えば、患者の病因的信念は裏づけられ、治療者はテストに落第する。反対に、もし治療者が患者の親とは異なる行動をとれば、患者の信念は反証され、治療者はテストに合格する (Weiss 1986a: 101-9)。このとき治療者は、患者の過去のトラウマにおいて、「親にしてほしかった」と患者が無意識的に思っていた方法で行動したことになる。

本節の最初に提示した、強い喜びで有頂天になっているときに、親から理不尽に叱責された患者の場合、自分が喜ぶことに対して、治療者がどのように反応するのかを確かめることによって、転移テストを行う可能性がある。

対照的に、「能動反転テスト」において患者は、かつて自身がトラウマとして経験した親の行動を治療者に対して再現する。このとき治療者は、幼少期の患者と同じ立場に置かれることになる。これに対して治療者が、当時の患者同様ダメージを受け、患者の要求に屈すれば、

患者の病因的信念は裏づけられる結果となり、治療者はテストに落第する。反対に、もし治療者が、当時の患者とは異なり、患者の要求に屈しなければ、患者の信念は反証され、治療者はテストに合格する（Weiss 1986a: 101-9）。このとき治療者は、患者が過去のトラウマにおいて、本当はしたかったができなかった方法で行動したことになる。このとき患者は、自身の要求に屈しなかった治療者に同一化することによって——つまり、治療者を手本（モデル）とすることによって——、（内面化された）親への対処法を学ぶことができる（Weiss 1993: 108-9）。

先述した患者の場合、治療者が喜んだ際にそれを非難し、治療者が非難に屈するかどうかを確かめることによって、能動反転テストを行う可能性がある。

「能動反転」とは、受動的に経験したトラウマを能動的に（加害者の側から）経験し直すことを意味している。一般に患者は、「転移テスト」よりも「能動反転テスト」を行う方が安全である。なぜなら、後者において患者は、トラウマとなった出来事の被害者ではなく加害者に同一化することができ、再度トラウマを負う危険を冒さずに済むからである（Weiss 1986a: 113）。

患者にとって、治療者が自身のテストに合格することは、フランツ・アレクサンダー Franz Alexander (1891-1964) が提唱した「修正情動体験 (corrective emotional experience)」<sup>(27)</sup> (Weiss 1993: 205) に相当する。修正情動体験とは、治療者が患者のトラウマに対する修正的な情動体験を提供することによって、患者を助けることができるという考え方である。

治療者がテストに合格すると、患者は安堵し、自身の病因的信念やその起源となったトラウマを自発的に意識化したり、それらに対する洞察を深めることがある。このため、治療において解釈は必須ではない（Weiss 1993: 69）。しかし、治療者の解釈やその他の介入、態度等が患者の信念の反証に役立つ場合がある。時として治療者は、患者のテストをそれと認識することなくテストに合格し、後になってからそのことに気づく場合がある（Weiss 1993: 98-9）。

治療者は、患者の問題や来歴、患者自身が語る治療目標等から、患者の病因的信念・計画・目標・患者が行う可能性の高いテストを予測することができる。このような予測に加えて治療者は、実際に患者が行うテストがどのようなテストであるかを見分けることによって、テストに合格する必要がある。患者のテストは、「転移テスト」であるか、「能動反転テスト」であるか、あるいはその両方である（Weiss 1993: 113）。治療者は、自身に対する患者の反応から、自分が今テストに合格しつつあるのか、落第しつつあるのかを知ることができる（Weiss 1993: 93）。

ここで、高森淳一（生年不詳）にならって、幼少期に親の都合に振り回されていた患者が、治療者に対して面接日時の変更を要求するという例を考えてみよう（高森 2007: 71）。この行動は「転移テスト」でも「能動反転テスト」でもありうる（高森 2007: 71）。この要求がもし「転移テスト」だとすると、治療者が患者の要求に応じることは、「自分は取るに足らない人間であり、自分の都合など無視されて当然だ」という患者の信念の反証につながる可能性がある。しかし、もしこれが「能動反転テスト」だとしたら、治療者の同じ行動は、「人は相手を尊重するため、自分を犠牲にしなければならない」という患者の信念を強化してしまう可

能性がある。このように、「能動反転テスト」を「転移テスト」と取り違えることは、治療者の善意によって患者に害を与える危険性を孕んでいる。そのため、二種類のテストを見分けることは、臨床的に極めて重要であると考えられる。「能動反転テスト」は一般に、患者に対する治療者の強い陰性感情を引き起こすこと、などの特徴によって「転移テスト」と区別することができる (Weiss 1993: 82, 105)。一人の患者の治療過程において、同一の行動が、時には「転移テスト」として、時には「能動反転テスト」として行われることがありうる (高森 2007: 72)。その場合治療者は、前に合格したのとは異なる方法で再度テストに合格しなければならない (高森 2007: 72)。

治療者がテストに合格した直後から、患者は例外なく安堵し、治療者をより信頼するようになる。また患者は、自身の病因的信念が警告する危険が実現しなかったことを理解し、信念を変え始める。これにより、信念をテストすること自体への恐れも軽減されるため、患者は以前にもまして大胆に信念をテストするようになることがある (Weiss 1993: 45)。最初は主に「能動反転テスト」によって作業していた患者が、「転移テスト」を行うようになるのもこの例である (Weiss 1986a: 113-4)。さらに、それまで封印してきた衝動や感情を経験しても大丈夫だと無意識的に判断するため、患者はそれらに対する抑圧や制止を解除し、それらを意識化したり、自由に表出したりするようになる。これには、病因的信念自体の意識化や、信念の起源となったトラウマ的経験の想起も含まれる。さらに、それまで追求できなかった目標を追求することができるようになる。

テストは、心理療法においてだけでなく、日常生活においても、人間が環境に適応するため、現実検討の一部として行う基本的な活動である (Weiss 1986a: 103, 1993: 92)。例えば人は、相手がどう反応するかが分かるまで、恋心を抱かないことがある (Weiss 1986a: 103)。また人は、科学者<sup>(28)</sup>のように、信念を裏づける証拠を、それを反証する証拠よりも偏重することによって、信念を維持しようとする傾向がある (Weiss 1993: 31)。病因的信念は、不適応的なものであるが、信念が病因的なものであれ、正常なものであれ、信念をあまりにも速く変えるのではなく、ある程度安定的に維持しようとすることは、それ自体適応的である<sup>(29)</sup> (Weiss 1993: 31-2)。病因的信念をもつ患者は、信念を維持することについても、反証することについても、非常に強く動機づけられている点に特徴がある<sup>(30)</sup> (Weiss 1993: 32)。

## 2.2 *The Psychoanalytic Process* の要約

本節では、ワイスとサンプソンとシオンの丘心理療法研究グループ (のメンバー) による著作『精神分析の過程——理論、臨床観察、実証研究』を要約する。同書は、第1部の「理論と臨床観察」、第2部の「実証研究の結果」、第3部の「理論と実証研究についての大局的見解」からなる。第2部は、さらにA「導入」、B「対象患者」、C「無意識的コントロール仮説」、D「患者の作業」の四つに区分されている。第1部では、ワイスにより制御—克服理論が提示される。この部分には、第2部に収録された正式な定量的研究による理論の裏づけ、それ以外の裏づけとなる臨床事例および臨床外事例、定量的研究では直接検証されなかった理論的情報も含まれる。第2部に収録された実証研究の直接的な「遂行者」兼「著者」は章ごとに異なるが、これらはすべてワイスとサンプソンの指導の下実施されたものである。第

3 部第 21 章でワイスは、理論全体を要約した上でその意義を論じ、第 22 章でワイスとサン  
プソンは、実証研究全体を要約するとともに、その意義と今後の実証研究についての展望を  
述べた。なお著者らは、同書と次の *How Psychotherapy Works* において「制御－克服理論」と  
いう名称を用いていないが（著者らは「現在の理論」、「本書で提示された理論」等と呼ん  
でいる）、本節と次節の要約では分かりやすさを重視し、この名称を使用する。また、同書  
では「転移テスト」・「能動反転テスト」という名称の代わりに、「転移によってテストす  
ること」・「受動を能動に転じることによってテストすること」という表現が用いられてい  
るが、前者と後者のペアが指す内容は同じであるため、*How Psychotherapy Works* において導  
入された用語である「転移テスト」・「能動反転テスト」を本節でも使用することとする。  
また、「自動機能仮説」と「高次精神機能仮説」は、同書中で様々な名称・略称で呼ばれて  
いるが、それぞれ「AFH」と「HMFH」に統一する。なお、注の（24）に記した事情により、  
本節では治療者を指す用語は「分析家」、治療を指す用語は「（精神）分析」に統一する。  
最後に、本要約中のフロイトの論文名には、原文の形式（斜体）にならって、二重鉤括弧を  
つけることとする。

第 1 部「理論と臨床観察」（第 1～7 章）の最初の章である第 1 章「序論」を以下に要約す  
る。制御－克服理論は、「精神分析」と「精神分析的心理療法」両方の治療場面における患  
者の行動だけでなく、それ以外の場面における人間の行動をも説明しようとする広範な精神  
分析理論である。制御－克服理論は、フロイトの理論であり、同時に新しい理論でもある。  
それがフロイトの理論であると言えるのは、それが後期フロイトによって開発されるか、強  
く示唆された着想に由来するからであり、それが新しい理論であると言えるのは、それがフ  
ロイトの着想を拡張した理論だからである。制御－克服理論の基礎は、後期フロイトの自我  
心理学における「高次精神機能仮説（HMFH）」とでも呼ぶべき考え方にある。HMFH は、  
人が自身の無意識の精神生活にかなりのコントロールを及ぼしていると想定するものである。  
対照的に、前期の著作においてフロイトは、主に「自動機能仮説（AFH）」とでも呼ぶべき  
考え方に基づいて議論を展開していた。AFH によれば、無意識の精神生活は、本人のコント  
ロールを超えた衝動と防衛という心的な力の相互作用によって、自動的に決定される。制御  
－克服理論の中心的なテーゼは、「人は無意識の病因的信念によって抑圧と精神病理を維持  
する」というものである。「病因的信念」の概念は、フロイトの去勢不安の議論に由来する。  
フロイトの文献に基づけば、男の子の去勢不安の背景にあるのは、「去勢の空想」ではなく「去  
勢の信念」である。HMFH に基づく制御－克服理論の重要なテーゼとして、先述したテーゼ  
の他に、「患者は自身の病因的信念を分析家との関係においてテストし、信念を反証しようと  
する」・「患者は、（信念が反証された結果）抑圧された内容を経験しても大丈夫だと無意識的  
に判断すると、抑圧を解除しそれらを経験することを自身に許す」がある。「ハッピーエンド  
で泣ける」という現象に当てはまる臨床事例と臨床外事例は、これらのテーゼを裏づけるも  
のである。これらの事例は AFH によってはうまく説明されない。

第 2 章のタイトル「精神分析の仮説」という語句は、AFH・HMFH という二つの精神分析  
理論を指している。AFH の開発におけるフロイトのアプローチは、ある種のアプリオリ（先  
験的）な考察、特に「自然科学に沿った科学的な心理学を発展させたい」という彼の願望に

強く影響されていた。フロイトは AFH によって、目的論的ではない因果関係に基づく心的現象の説明を提供しようとした。AFH の基本要素は「衝動」と「防衛」という心的な力である。衝動は本能に密着したものであり、即時的な満足を求める。防衛は衝動の出現に反対する。衝動と防衛は、「快楽を求め、苦痛を避ける」という形で快原理によって自動的に調節され、ベクトル加算の法則に従って相互作用する。この諸力の相互作用（互いに助け合ったり、打ち消し合ったり、組み合わせたり、妥協したりする）の結果が精神的過程である。AFH が想定する無意識の心には、去勢の信念のような不快な思考が入り込む余地はない。また、AFH によれば、人は自身の抑圧を自分で解除することはできない。このため、解釈なしに抑圧された心的内容が意識化されることはない。しかしフロイトは、最初期の著作である『心理学草案（1895）』や『夢解釈（1900）』においても、AFH とは明らかに異なる HMFH の考え方を採用していた。これらの著作において彼が言及した「自我」や「第二の系」がこれに当たる。これらの記述には、自我や第二の系が「抑圧や防衛をコントロールする」という意味合いが含まれており、それは HMFH に当たるからである。『快原理の彼岸（1920）』等後期の著作においてフロイトは、人が「不快な経験を反復する」という観察に基づいて、快原理によって説明される領域をさらに縮小せざるをえなかった。最後の名著である『精神分析概説（1940）』においてフロイトは、「危険と安全の基準によって行動を無意識に調整する」自我や、「実験的行動を利用する」自我という形で HMFH をより明示的に展開した。1911～1915 年の『技法に関する論文集（1911-1915）』が AFH に基づいていることもあって、今日の臨床家の思考の大部分は AFH によって規定されている。フロイト以降、HMFH は複数の自我心理学者たちの貢献によって発展してきた。彼らの中には、二つの理論（AFH と HMFH）が統合可能であると考えている者も、そうでない者もいた。しかし、彼らの議論を踏まえると、二つの理論が将来において統合される可能性は低いと考えられる。さらに二つの理論は、「転移」について相反する予測を行い、その両方が正しいとは考えられないことから、二つの理論は矛盾していると考えられる。精神分析には、「多重決定性の原理」<sup>(31)</sup> が存在するが、それは一つの現象に対する二つの矛盾する説明には適用できない。AFH によれば、患者は転移に圧倒され、それを抑圧し続けることができなかつたから（つまり患者が弱かつたから）、それを表出するのだが、HMFH によれば、患者は転移を経験しても大丈夫なくらい強くなつたためにそれを表出するのである。「無意識がどのように機能するか」という問い——つまり、AFH と HMFH のどちらが正しいかという問い——は、経験（主義）的なものであり、その問いには経験的な観察によってしか答えることができない。

第 3 章「無意識の罪悪感」においてワイスは、無意識の病因的信念に根ざし、精神病理の維持や道徳性の発達において重要な役割を果たす罪悪感・恥・恐怖・不安等の不快な感情に焦点を当てた。フロイトは、罰への恐怖・悩み（心配）・精神病理について、前期には AFH の観点から、後期には HMFH の観点から説明した。後者への移行における最大の変更点は、親との絆を保持しようとする子どもの強い動機に罪悪感が由来するとされたこと、子どもは殺人や近親相姦のような一般的に「悪い」とされる事柄に対してだけでなく、どのような動機・傾向・行動に対しても罪悪感を持ちうることを示唆されたことである（Freud 1948c: 483-4=2011: 136-8; Weiss 1986a: 46-7）。エディパルな罪悪感と同程度に社会に蔓延している罪悪感

として以下の二つの罪悪感がある。一つ目は、アーノルド・モデルの「分離の罪悪感」(Modell 1965: 328)である。これは、「親からもっと自立すれば、親を傷つけることになるだろう」という子どもの信念に基づく罪悪感である。二つ目は、元々「両親や同胞を亡くした人」の罪悪感を表す用語であったものを、モデルが「両親や同胞よりも良い結果を得たと考えている人」の罪悪感として拡張した「生存者の罪悪感」である<sup>(32)</sup>。これは、「親や同胞よりも人生において多くを獲得することで、自分は彼らを裏切っている」、または「自分の幸福は、彼らの犠牲の上に成り立っている」という信念から生じる罪悪感である。同章でワイスは、分離の罪悪感に関する複数の臨床事例を提示した。臨床的観察から、「分離の罪悪感」と「生存者の罪悪感」は、エディプス・コンプレックス以前の幼児期早期に獲得されることもあれば、青年期に獲得されることもあるということが分かった。この観察は、ホロコースト生存者についてのウィリアム・ニーダーランド William Niederland (1904-1993) の観察によって裏づけられている。

第4章「無意識の病因的信念」でワイスは、病因的信念がどのように獲得され、またどのようにして精神病理を引き起こすのか、というテーマに焦点を当てた。病因的信念は、以下の二つの順序のうちどちらかによって獲得される。一つ目は、「ある重要な衝動を満たそうとしたり、ある重要な目標を達成しようとしたときに、まさにその挑戦によって、両親との絆が壊れそうになることに気づく」という順序である。二つ目は、「親の死」等、本来的にトラウマ的な経験によって深刻に傷ついた後で、子どもが遡及的に、「ある決定的な目標を追求したり、ある重要な衝動を満たそうとしたりすることによって、自分自身がトラウマ（親の死）を引き起こしたに違いない」と考えるようになるという順序である。前者による信念の獲得は幼少期に生じるが、後者によるものは成人後にも生じることがある。信念によって封印される結果となる特定の衝動が元来強かったことが、信念の獲得において重要な役割を果たす場合もあるが、その場合でも、その信念は自動的に獲得されるのではなく、「その衝動の表出に対して親がどのように反応したのか」といった現実の経験からの推論によって獲得される。デイビッド・ベレス David Beres (1903-2003) による、「親から引き離された子どもは、例外なく、自分が何か悪いことをした罰として親が自分を置いていったと思ひ込む」(Weiss 1986a: 74) という観察<sup>(33)</sup> や、ウィリアム・ニーダーランドによる、「彼ら [=ホロコースト生存者たち] は皆、親や同胞の死によって深刻なトラウマを負っていた」(Weiss 1986a: 76) という観察<sup>(34)</sup> は、この考え方を裏づけるものである。これらの観察は、親から引き離された子どもやホロコースト生存者の罪悪感が、「親との別離」や「自分だけが生き残った」という現実の経験そのものによって決定づけられているということを物語っている。病因的信念は一旦獲得されると、それが無意識的なものであることや、信念をテスト(検証)するためには、信念が予告する危険に直面する必要があるという事情から、執拗に持続する傾向がある。病因的信念はまた、患者が本当はやりたいと思っている行動を妨げ、その逆に、本当はやりたくないと思っている行動を患者に強制する<sup>(35)</sup> ことがある。また、症状や制止には、ある種の性的ファンタジーのように、「信念によって予測された危険を回避しようとする試みを表現している」(Weiss 1986a: 80) ものもある。フェティシストは、「女性の性器にはペニスがあるという確信を抱く」<sup>(36)</sup> (Weiss 1986a: 80) 【強調はワイス】 ことによって、「去

勢が性的欲望に対する罰として使われることはない」(Weiss 1986a: 80)と自らを安心させ、通常ならば去勢不安を引き起こすような性的興奮を経験することを自身に許す。本要約では割愛するが、同章では、フェティシズム以外にも、フェティシストにとってのフェティッシュと同様の機能を果たす性的ファンタジーの事例が多数紹介されている。

第5章は、「患者の計画・目的・目標」に関する章である。制御—克服理論のテーゼによれば、治療過程とは、患者が分析家とともに自身の病因的信念を反証すべく作業する過程である。患者は分析家との関係において信念をテストすることや、信念の反証に役立つ分析家の解釈を利用することによって信念を反証し、禁じられていた目標を追求できるようになりたいと望んでいる。この文脈における「患者の目標」とは、信念が彼に「追求するな」と警告する目標のことである。また「患者の目的」とは、病因的信念を反証し、目標を追求できるようになること——すなわち、自身の問題を克服(解決)すること——である。そして「患者の計画」とは、どの時期にどの問題を解決し、どの問題を延期するかといったことについての患者の無意識的な計画のことであり、患者はこれに従って分析作業を行う。同章でワイスは、これらの概念と密接に関わる「計画」・「克服」・「無意識的コントロール」の各概念について、フロイトの著作に基づく文献研究を行い、「計画」についてはフロイト以降の発展についてもレビューを行った。ワイスは、「患者が無意識的計画に従って作業する」というテーゼを裏づける複数の臨床事例を提示し、これを実証する第19・20章の研究、および第22章における進行中の研究についての報告を紹介した。また、同章の注においてワイスは、「父親を殺したい」という男の子の動機もまた、未熟な自我による適応的な計画であると見なしうるという見解を提示した。

第6章「患者の無意識的な作業」は、分析において患者が無意識的に行う「テスト」に関する章である。患者が、分析の間中、自身の病因的信念をテストしていることについての証拠は、第17・18章の実証研究によって得られている。患者は分析家との関係において病因的信念と分析家の両方をテストし、テストの結果からこの両方について学ぶことができる。治療場面において許容される行動の範囲(限界)を知ろうとして患者が行う迷惑行為は、よく知られたテストの一つである。フロイトが「反復強迫」と呼んだ過去の出来事の再現もまた、しばしばテストの機能を果たす。患者はテストにおいて、フロイトが「実験的行動」(Freud 1941a: 129=2007: 241-2; Weiss 1986a: 102)と呼んだものを利用する。この行動において患者は、信念が警告する行動を敢えて実行することによって自身を危険にさらし、信念が予告する危険が実現するかどうかをテストする。テスト(実験的行動)は、フロイトが『精神分析概説(1940)』で述べたように、記憶と現在の知覚の混同を避けるための一種の現実検討である(Freud 1941a: 130=2007: 242; Weiss 1986a: 102)。実験的行動によるテストは、健康人にとっても、現実検討の決定的に重要な部分である。『想起、反復、徹底操作(1914)』においてフロイトは、「転移」の概念を発展させたが、それでもまだ、転移は「反復強迫」によって「防衛」のために自動的に行われる、とされていた。AFHに基づくこのフロイトの説明は、第18章の研究における「分析家が患者の転移的要求に対して中立的に応答すると、患者の不安が軽減され、洞察が深まる」という観察や、その他の臨床的観察を説明することができない。しかし、HMFHに基づく「テスト」概念を用いれば、この現象を容易に説明することが

できる。患者は、「能動反転テスト」と「転移テスト」という二つの方法によって、信念と分析家をテストする。「能動反転（受動を能動に転じる）」という概念は、フロイトが『快原理の彼岸（1920）』で導入し、『制止、症状、不安（1926）』で発展させた、受動的に経験したトラウマを克服するため、人はそれを能動的に反復する<sup>(37)</sup>という考え方に由来する（Weiss 1986a: 108）。「能動反転テスト」において患者は、分析家との関係において、自身がトラウマとして経験した親の行動を再現する。「転移テスト」において患者は、トラウマとなった親の行動を誘発したと思われる自身の行動を再現する。テストの行動は、防衛などの他の適応的な目的を兼ねている場合もある。「能動反転テスト」において、分析家がトラウマを受けたときの患者と同様の反応を示さない場合、また「転移テスト」において分析家が患者の親と同様の反応を示さない場合、分析家は患者のテストに合格したと見なされる。分析家が患者のテストに合格すると、患者は安心し、分析家をより信頼するようになり、信念の反証に向けて一步前進することができる。一般に患者は、「転移テスト」よりも「能動反転テスト」を行う方が安全である。なぜなら、その場合患者は、トラウマとなった出来事の被害者ではなく加害者に同一化することができるからである。対照的に、「転移テスト」を行うことは、再度トラウマを負う危険を孕んだ行為である。このため、トラウマがある患者ほど前者の方法（能動反転）でテストする可能性が高い。そのような患者は、能動反転テストによってある程度信念を反証し、不安が和らいだ後で、転移テストを行うようになることがある。しかし、いずれにせよすべての患者がこの両方のテストを行う。「神経症的過程」とは、「治療的過程」の反対であり、自身の病因的信念が経験によって裏づけられることに患者が気づき、恐怖感が増し、罪悪感や恥の感情が強まり、洞察力をなくして防衛的になる過程である。

第7章「夢とその多様な目的」においてワイスは、夢の形成についてのフロイトの理論の変遷とフロイト以降の発展をレビューし、「自我が適応的目的のために夢を作り出す」（Weiss 1986a: 122）という自身のテーゼを、ポール・バルソン Paul Balson（1940-2018）の戦争捕虜の夢についての研究によって裏づけた。兵士たちは、捕虜になる前には警告夢、捕虜として虐待を受けている最中には至福の夢、解放後には外傷的な夢を見た（Weiss 1986a: 123-7）。このうち、AFHが「衝動満足」として説明することができる夢は「至福の夢」のみであった。しかもAFHは、同じ兵士たちが捕虜になる前と後にはそのような夢を見なかった理由を説明することができなかった。対照的にHMFHは、すべての夢を、夢見手の自我が自分自身を助けるために——つまり、適応的な目的のために——作り出した夢として説明することができた。警告夢は「危険に備えるために深く眠らないようにする」という目的、至福の夢は「絶望的な状況下で希望を維持し、自分自身を慰め、体力を回復させる」という目的、外傷的な夢は「トラウマを克服する」という目的において夢見手自身を助けるものであると考えられた。このように自我は、覚醒時の思考のみによっては解決できない困難な課題に対する方針を夢で表現することがある。最後にワイスは、「不条理な夢」の臨床事例が、AFHよりもHMFHによってよりよく説明できると論じた。以上が第1部の要約である。

サンプソンによる第8章「研究課題への導入」は、第2部「実証研究の結果」（第8～20章）全体に対する序論である（Sampson 1986a）。著者らは、制御—克服理論が、精神分析だけでなく他の心理療法の過程における患者の行動にも妥当すると考えているため、同書の実

証研究がすべてのメンタルヘルスの専門家にとって重要なものであると主張した。著者らはまた、同書の実証研究が通常の臨床研究の域を超えるものであるとの見解を表明した。なぜなら同書の研究は、精神分析における理論間の対立を、他の科学分野におけるのと同様の方法で——つまり、競合する複数の理論の説明力を比較検証するために設計された厳密な定量的研究によって——解決するからである。

第9章「我々の研究アプローチ」において、 Sampson と Weiss は、引き続き同書の研究アプローチが、一般的な臨床研究とどのように異なるかを説明している。著者らが採用する研究方法とは、(1) 精神分析理論をその観察可能な理論的帰結によって裏づける、あるいは反証するという方法、もしくは(2) 二つの精神分析理論を比較検証可能な特定の状況を見つけ、どちらの理論がその状況における観察によりよく当てはまるかを確かめるという方法である。(2)の方法は、第1部で Weiss によって示唆された方法を具体化することによって進められた。同書の実証研究は、すべて C 夫人という一人の患者の精神分析記録に対して行われた。以下は通常の臨床研究と著者らのアプローチの違いについての Sampson の説明である。

通常ある治療法の価値を調べるには、その治療法が提供されたケースとそうでないケースを大量に調査する必要がある。治療の価値は、治療の種類とその結果の相互関係を示すことによって決定することができる。治療の方法が独立変数、結果が従属変数、 $N$  は研究したケースの数である。我々の研究のような単一事例研究では、独立変数と従属変数がすべて一つのケース内にある。(Sampson & Weiss 1986: 147) 【斜体は原文】

例えば、第19・20・22章で報告された研究において、著者らは、分析家による計画適合的な介入（患者の無意識の計画を遂行するのに役立つと考えられる介入）が、そうでない介入よりも効果的であるという仮説を検証している。著者らは、独立した判定者たちに、一つ一つの分析家の介入についての「計画適合性」の程度を評価させ、また異なる判定者たちに、介入前後における、患者の問題への取り組み方における「大胆さ」と「洞察」の程度を判定させた。介入前後におけるこれらのスコアの変化が介入の効果であると考えられた。以下は、著者らの研究方法における  $N$  (サンプルサイズ)、独立変数、従属変数についての Sampson による説明である。

この種の単一事例研究デザインでは、各事例がそれ自身の対照 [=コントロール] であり、つまり、[研究群と対照群において] 患者と分析家は一定に保たれる。研究単位は、介入前の患者の発話部分、介入自体、介入後の患者の発話部分である。仮説を検証するための  $N$  またはサンプルサイズは、研究された研究単位の数である。独立変数は、分析家の介入の計画適合性の度合いであり、従属変数は、分析家の介入前後の患者の大胆さと洞察力の変化である。(Sampson & Weiss 1986: 148) 【斜体は原文】

この他、同書の実証研究においては、「研究からの治療の独立性」、「患者と分析家の資料の信

頼できるコード化」、「盲検化」、「公開データ」、「収束線による判断」という方法によってもエラーとバイアスの最小化が図られた。この研究における「研究からの治療の独立性」は、研究対象となった分析における分析家と患者の両方がワイスの理論と無関係であり、その分析が、著者らが研究を開始する前に既に成功裡に終結していたことによって確保された。分析の成功は、分析の経過を評価する、著者らとは別の研究グループによって判定済みであった。「患者と分析家の資料の信頼できるコード化」とは、各測定項目を複数の評価者がそれぞれ独立に評価し、それぞれの測定における評価者間の一致度が算出され、高い信頼性（一致度）が達成されたことである。「盲検化」とは、例えば、分析家の介入の「計画適合性」の程度と、介入の前後における患者の「大胆さ」の変化を調べる研究の場合、「分析家の介入」を評価する評価者たちが、介入に対する患者の反応に対してブラインド（盲検）であったこと、介入前後の患者の「大胆さ」を評価する評価者たちが、関連する分析家の介入そのものや、それがいくつ目の研究単位に該当するか、そして自身が評価する患者の資料が介入前・後のいずれに当たるかに対してブラインドであったこと等であった。「公開データ」とは、著者らの研究を検証する研究者や、追試を行う研究者が、必要に応じて著者らが使用した全データ（逐語録を含む）にアクセスできることを意味する。「収束線による判断」とは、著者らが、HMFHに基づく複数の仮説を検証したり、一つの事象を測定するのにも複数の指標を用いたりすることによって、たまたま一つの仮説もしくは指標のみにおいて「AFH が反証された」と誤って解釈してしまう事態を避けることである。つまり著者らは、著者らが実施した複数の研究において、その大部分が共通して支持する理論はどれか、また、複数の指標を用いた測定において、その大部分が共通して支持するモデルはどれか、を考慮して研究結果を解釈したということである。以上が、第2部の最初の区分A「導入」の要約である。

第10章「C夫人」は、第2部の二番目の区分B「対象患者」を構成する唯一の章である。同章で著者らは、この事例についての制御－克服理論に基づく著者らの定式化（最初の10セッションの記録に基づく）と、著者らとは無関係な研究グループによる同一の情報源に基づく定式化（担当分析家の定式化に近い）を提示した（Weiss et al. 1986b）。以下は、同書の第17章に収録されている、第10章におけるワイスらの定式化の要約である。

C夫人は20代後半の既婚のソーシャルワーカーで、強迫的な性格構造を持っていると診断されてきた。彼女の主訴は、全般的な抑制感、慢性的な緊張、リラックスして楽しむことができないこと、そして性的な不感症であった。

C夫人は、経済的に不自由のない中流家庭の第二子であった。彼女は中西部の小さなコミュニティで育った。彼女には姉と妹、弟がいた。父親は成功した実業家であった。彼女は彼を、意見の相違や批判を許容することができず、自分が正しいという保証を頻繁に要求する人であると見なしていた。彼は時折、自分をコントロールできなくなり、彼女や家族の他のメンバーに対して激怒したり、身体的に殴りかかったりした。C夫人は、専業主婦である母親を、追い立てられ、喜びがなく、義務感と責任感に縛られ、リラックスすることができないと見なしていた。母親は、父親の支配と批判に反撃しなかった。また患者は、幼少期に彼女が母親を殴ったとき、母親が自分自身を守ることなく、

痛みにうずくまり、泣きながら自分の部屋に行ってしまったことを覚えていた。

分析の最初の2セッションで、C夫人は自分の問題や目標について一定の見通しを示した。彼女は、もっと自分を楽しめるようになりたいと考えていることを明らかにした。彼女は、自分たちのやり方が正しいと主張する両親に同意しないことは難しいと述べた。彼女の両親、おそらく特に父親だが母親もまた、彼女が分析を受けていると知ったら、批判されたように感じるだろう。彼女は、他人に起こったことを自分のせいだと思う傾向があると述べ、何も悪いことをしていない時でさえ、理不尽な罪悪感を感じることをほのめかした。それだけでなく、彼女はミスをすると、それがたとえ小さなミスであっても、苦しまずにはいられなかった。彼女はまた、もっと大胆に、もっと自己主張的に、他の人からの賛否にとらわれないように、自分自身で考えるようになりたい、と明言した。彼女は、分析によって彼女の家族を嫌いになることを恐れていた。(Silberschatz 1986: 259)

上の要約に欠けている要素を、第10章の記述に基づいて、二点補足する。C夫人によると、彼女の幼少期、両親は互いにほとんど愛情を表現することがなく、また何かを喜ぶこともほとんどなかった。また彼女は、幼少期から、父親や弟に対する意識的なペニス羨望に苦しんでいた。彼女の性に関する最も古い記憶は、股の間にペニスの代わりに棒を持ち歩いていたことであった。別の研究グループは、C夫人の主要な無意識的願望を「去勢された自身の状態を改善すること」であると考え、C夫人が家庭生活においても分析においても、自分自身のペニスを手に入れようとし、ペニスに対する男性の誇りを否定しようとする予想した。対照的に著者らは、C夫人の問題が主として無意識の羨望ではなく、罪悪感から生じていると定式化した。それによれば、彼女は両親と異なる意見をもったり、両親よりも喜びに満ちた生活を送ったりすれば、彼らを傷つけることになると考え、自分自身を無力にしていた。またC夫人は、両親や同胞に対して無意識的な優越感を感じており、そのことに罪悪感を抱いていたため、羨望によって優越感を打ち消し<sup>(38)</sup>、それによって「罪」を償うとともに、両親や同胞に対して忠実であろうとしていると考えられた。また著者らは、C夫人が、他者に対する誇大的・全能的な責任感や、他者を傷つけることへの恐怖についての病因的信念を変えるため、分析において作業するだろうと予測した。彼女の病因的信念は、分離の罪悪感・生存者の罪悪感・エディパルな罪悪感のすべてに関わるものであると考えられた。「分離の罪悪感」の存在は、彼女が両親や夫と異なる意見を表明することができない点から、「生存者の罪悪感」の存在は、彼女が両親や同胞よりも喜びに満ちた人生を送ることに抵抗を感じている点から、「エディパルな罪悪感」の存在は、彼女が母親や姉妹に対して女性としての優越感を感じることに罪悪感を抱いている点から推測された。

サンプルによる第11章「無意識の精神生活の制御に関する研究への序論」は、第12～14章で提示される実証研究全体への導入である。第11～14章は、第2部の三番目の区分C「無意識的コントロール仮説」を構成する。同章(第11章)の大部分は第1部の要約(振り返り)であり、本要約ではこれを割愛する。同章でサンプルは、ワイスの制御-克服理論を裏づける研究を新たに一つ紹介した。その研究とは、成功裡に終結した分析の追跡調査<sup>(39)</sup>

である。これらの研究結果は、分析患者が分析において転移神経症を解消するのではなく、転移に対するコントロールを獲得する、ということを示唆していた (Sampson 1986b: 169)。つまりそれらは、「人が無意識の精神生活（この場合は「転移」）にかなりのコントロールを及ぼしている」という HMFH の考え方を支持する結果であった。

第 12 章「封印された内容の出現」で報告された研究において、サンフランシスコ精神分析研究所上級アソシエイトのスザンヌ・ガスナー Suzanne Gassner らは、「抑圧され、解釈されていない心的内容」 (Gassner et al. 1986: 171) の出現が、AFH と HMFH のどちらによってよりよく説明できるかを明らかにすることに取り組んだ。HMFH によれば、分析がうまくいっている場合、患者は分析家との関係において病因的信念をテストし、その結果、信念が警告する衝動・目的・目標についての不安が軽減され、それらへの抑圧を緩めることができるようになると考えられる。よって、「封印された内容の出現」における HMFH の理論的帰結 (理論に基づく予測) とは以下のようなものである。(1) 患者は解釈なしにそれらを意識化することがある。(2) その際、患者は不安を少ししか感じない。(3) 患者は出現した内容を十全に体験し、それについて熟考し、洞察を深め、その洞察を治療の進展に役立てようとするだろう。対照的に、AFH によれば、無意識的内容は解釈されない限り、意識化されないままであることが多く、表現されないか、または症状として表現される。しかし、抑圧する力と抑圧される力の力動的平衡が、抑圧される側に有利に変化すれば、抑圧された心的内容が分析中に意識化されることがある。抑圧された内容が非常に強力で偽装されずに出現した場合、患者は強い不安を感じ、その内容と強く葛藤すると考えられる。他方、抑圧された内容がうまく偽装された妥協形成物として出現した場合、患者は不安を感じず、葛藤することもないが、その代わりにその内容を十全に体験したり、その内容への洞察を深めたりすることはできないと考えられる。著者らは、分析の最初の 100 セッションで、C 夫人がそれまで抑圧していた多くの心的内容を、解釈なしに意識化したことを明らかにした。C 夫人はそれらを、無作為に選ばれた新しい内容よりも大きな不安を感じることなく、意識化していた。彼女はそれらを生き生きと体験し、それらについて熟考した。これらの観察結果は AFH によっては説明することができず、HMFH の妥当性を裏づけるものであった。

第 13 章「封印された内容の言動における表出」において、シオンの丘病院成人発達臨床研究センター共同ディレクターのジョン・カーティス John Curtis らは、封印された欲求の制止を患者が克服し、それらをより直接的でオープンな言動として表出するようになるという現象を研究対象とした (Curtis et al. 1986)。前章では「抑圧」の解除が研究対象であったが、同章の研究対象は「制止」の解除であった。著者らの課題は、まず C 夫人におけるそのような現象を特定し、次にそれが AFH と HMFH のどちらによってよりよく説明できるかを明らかにすることであった。まず第 10 章でワイスらが行った事例定式化によれば、C 夫人は自己主張する能力と、親密さを表現する能力において、強い制止に苦しんでいた。このためワイスらは、彼女が分析においてより「自己主張的—攻撃的 (積極的)」に、同時により「友好的—愛情的—性的」になるよう継続的に努力するだろうと予測していた。第一段階の研究によって、C 夫人の分析の最初の 100 セッションで、二つのタイプの言動の直接性がともに増大し、彼女の主訴である「不感症」と密接に関連する性的言動においても同様の変化が起き

たことが確認された。第二段階の研究によって、最初の 100 セッションで、C 夫人の不安は和らぎ、自信が増大し、より物事を楽しむことができるようになったことが確認された。この結果は、C 夫人の言動の変化が、自我のコントロール下で起きたとする HMFH を裏づけるものであった。

第 14 章「洞察の獲得」において、スミス大学ソーシャルワークスクール非常勤講師のシンシア・シルクレット Cynthia Shilkret らは、第 10 章の事例定式化においてワイスらが行った予測を検証した (Shilkret et al. 1986)。その定式化では、分析において C 夫人が、他者への全能の責任感・罪悪感・他者を傷つけることへの恐怖についての病因的信念を意識化し、変えることに持続的に取り組み、進歩するだろうと予想されていた。また著者らは、この領域における C 夫人の進歩と、分析家の解釈との関係が、AFH と HMFH のどちらによってよりよく説明できるかを明らかにすることにも取り組んだ。C 夫人は確かに、分析の最初の 100 セッションを通じて、責任・罪悪感・他者を傷つける力の問題に持続的に取り組み、前進していた。最終的に彼女は、自身の強さ・権力・コントロールによって他者を傷つけるという恐怖のいくつかが不合理であることを洞察し始めた。さらに、C 夫人は分析家の解釈の助けをほとんど借りることなく上記の成果を上げていた。分析家が行った解釈は、常に患者の現在の、もしくは以前の洞察の水準に従うものであり、この領域で分析家が、患者が到達した水準よりも高度な解釈をすることは決してなかった。にもかかわらず、患者の力・罪悪感・責任感に関する懸念についての分析家のコメントは、彼女がすでに動いていた方向への前進を確かに促進したと考えられた。分析家の介入は、患者を分析家の理論に向かわせる提案として機能したわけではなく、むしろそれは、患者自身の目標や計画に適合し、それゆえ、患者の進歩を促進する解釈として機能したのである。以上の結果は、患者が無意識的な目標や計画をもち、分析家の指示や解釈の助けがなくとも、その目標に向かって作業し成功する可能性があるという制御—克服理論の考え方に合致する。この観察結果を AFH によって説明することは困難である。またこの研究は、分析患者が分析家の示唆に応じて分析の材料を作り出すタブラ・ラサ (白紙状態) ではないことを立証した。これは、科学哲学者アドルフ・グリュンバウム Adolf Grünbaum (1923-2018) の「抑圧というものは存在せず、分析家と患者が抑圧の証拠とみなす観察は、患者が分析家に追従することに基づいている」(Weiss & Sampson 1986: 340) という主張<sup>(40)</sup> に対する強力な反証であった。著者らの知見は、分析家がこの領域に関心を示さず、C 夫人の関心に気づかなかったにもかかわらず、彼女が確かに自分自身の道を歩んだことを示唆していた。

Sampson による第 15 章「計画概念についての実証研究への導入」は、第 15～20 章からなる第 2 部の四番目の区分 D「患者の作業」についての序論である。「患者の作業」は「テスト」を指している。区分 D に含まれる実証研究はすべて、「分析過程において患者は、自身の無意識的計画に従って分析家をテストし、病因的信念を反証しようとする」という制御—克服理論のテーゼを検証するものである。これらの実証研究への導入として、Sampson はまず、このテーゼから導き出される予測を四つ挙げた。(1) 患者は分析のどの時点においても一貫して特定の目標に向かって努力するだろう。(2) 患者は特定の目標に向かうための手段の選択において柔軟性を示すだろう。(3) 患者は、病因的信念が予告する危険を検証する

ために、分析家をテストするだろう。分析家の反応が信念を反証する傾向にある——すなわち、分析家がテストに合格する——場合、患者は前進し、分析家の反応が信念を裏づける傾向にある——すなわち、分析家がテストに落第する——場合、患者は後退するだろう。(4) 分析家のコメントや解釈が、患者の目標にとって促進的である場合、患者は前進し、阻害的である場合、患者は後退するだろう。 Sampson は、第 1 部で論じられた G 夫人の事例、第 12~14 章の実証研究の結果がこれらの予測を支持していることを振り返り、さらに、ワイスが研究した臨床事例のうち、第 1 部には収録されなかった E 氏の事例を取り上げ、事例の経過が予測 (2) を裏づけることを示した。次に Sampson は、「テストすること」の概念には「計画すること」が含まれているとして、「テスト」に焦点を移し、第 1 部で論じられた P 嬢の事例を元に、分析家が患者のテストに合格した場合、患者がどのように振る舞うかについての予測を以下のように整理した。(1) 患者の不安は軽減されるだろう。(2) 患者は、その信念が生じたトラウマ的な状況についての新たな記憶を取り戻す可能性がある。(3) 患者は、病因的信念を意識化したり、その信念についての新たな洞察を発展させたりするだろう。(4) 患者は、以前には追求できなかった目標に向かって前進するだろう。 Sampson はまた、患者の転移的要求についての AFH の説明 (転移的満足の追求) と HMFH の説明 (病因的信念のテスト) がともに成り立つという考え方には、科学的に重大な欠点があると指摘した。もし両方の説明が正しいとすれば、患者の行動は患者のコントロールの外部で、現実を無視して自動的に生じると同時に、患者のコントロール下で、現実検討の一環として、計画的に実行されていることになるからである。二つの理論のうちどちらが正しいかは、「転移的要求が満たされない場合」の患者の反応を観察することによって決定できるはずである。なぜなら、この同じ状況について、二つの理論は相反する予測を行うからである。これについて Sampson は、ヘレン・サージェント Helen Sargent らの論文 "Prediction in Psychotherapy Research" における記述を引用し、以下のように述べた。「神経症的な要求が転移の中で満たされない患者は、このフラストレーションに対して、退行的な反応・抵抗的な反応・悲痛な感情のうちの一つか二つかすべてをもって反応する」(Sargent et al. 1968: 85; Sampson 1986c: 235)。対照的に、HMFH に基づく制御-克服理論の予測は、患者が無意識的に喜び、安心するだろう、というものである。

第 16 章「患者の無意識的計画についての診断の信頼性」において、UCSF 精神医学科臨床助教授のジョセフ・キャストン Joseph Caston は、患者の無意識的計画についての診断 (定式化) における信頼性の確保、という課題に取り組んだ (Caston 1986: 241-2)。もしこの課題が達成されなければ、「C 夫人の計画の信頼できる定式化」という手続きを必須のものとする第 17~20 章の研究全体が成立しなくなるため、この研究は極めて重要であった。この課題を達成するためには、患者の計画の定式化における評価者間信頼性を確保する必要があったが、「計画定式化」はそもそも数値ではなく、物語的な性格のものであるため、複数の物語間の一致度を測定する方法を確立する必要があり、それは困難な課題であった。キャストンは、この「推論に基づく臨床的定式化における信頼性の確立」という課題についての先行研究をレビューし、そこから得られた知見を踏まえて、以下のような方法を考案した。(1) 定式化の作業を単純化するため、患者の「計画」を「目標」・「障害」・「テスト」等の基本的な要素

に分割する。(2) 一組目の判定者たちが、特定の事例の最初の5セッションの記録に基づいて、各要素(目標・障害・テスト等)の選択肢となる命題を作成する。(3) 二組目の判定者たちが、やはり最初の5時間の記録に基づいて、第一組の作成した命題を評価する。「障害」とは、患者の目標追求を妨げている病因的信念が予告する特定の危険——つまり、患者が恐れていること——である。第二組の判定者による評価の方法の詳細については、本要約では割愛する。判定者たちは皆、計画定式化についての訓練を受け、臨床においてもそれを使用した経験のある臨床家であった。この方法によって、臨床家の意見の一致度を相関的アプローチによって統計的に算出することが可能となり、実際に、K嬢とC夫人という二人の分析患者の計画定式化において、高い信頼性が確保された。

第17章「病因的信念をテストすること」において、UCSF精神医学科臨床助教授のジョージ・シルバーシャッツ George Silberschatz は、「分析家が患者のテストに合格すれば、その直後から患者の不安は軽減され、よりリラックスし、分析家や分析に対してより肯定的になり、治療的作業により積極的に参加し、より大胆に問題に取り組むようになるだろう」(Silberschatz 1986: 257)という予測を検証した。この計画は以下の三段階で実施された。(1) 患者(C夫人)の鍵となるテストの確実な特定。(2) これらのテストに対する分析家の応答が、患者がテストしている信念を反証するものとして患者に認識されるかどうかの確実な判定。(3) テストの直前・直後の患者の行動と感情についての、独立した信頼できる評価。(3)で患者の評価に用いられた指標は、「生き生きとした経験」・「問題に取り組む大胆さ」・「リラクゼーション」についての尺度と、愛・満足・不安・恐怖の四つの感情尺度であった。結果として、重要なテストにおいて分析家がテストに合格した度合いと、予測された方向への患者指標の変化は、計7つの指標のうち6つで統計的に有意であった。分析家がテストに合格した度合いと、患者の経験・大胆さ・リラクゼーション・愛の水準の変化との間には、有意な正の相関が見られ、患者の恐怖・不安の水準の変化との間には、有意な負の相関が見られた。この結果は、患者が分析家をテストするという著者らの仮説を裏づけるものであった。また、分析家がテストに合格することには、立証可能な即時的効果があることが明らかになった。

前章では、分析家の介入とその前後における患者指標の変化の相関に対するHMFHの説明力が検証されたが、第18章の研究(「病因的信念のテスト」対「転移的な満足の追求」)では、シルバーシャッツらによって、同じ相関に対するAFH・HMFH両方の説明力が比較検証された(Silberschatz et al. 1986: 267-76)。この研究は、二つの理論を公平に比較するため、以下の四段階で実施された<sup>(41)</sup>。(1) 患者(C夫人)の転移的要求の特定。(2) 「転移的要求」とされた全例における、分析家が患者の願望を挫くことに成功した度合いと、分析家が患者のテストに合格した度合いの判定。第一の判定はAFHの臨床応用に熟練した分析家によって、第二の判定はHMFHの臨床応用に熟練した分析家によって実施された。(3) それぞれの理論に依拠する分析家の両方が臨床的に重要であると考え「転移的要求」のみを検証の対象とするため、「転移的要求」とされた全例についての、患者にとって中心的に重要な無意識的願望を患者が満たそうとしている事例と、患者にとって中心的に重要なテストを患者が行っている事例の特定。第一の特定は、治療担当分析家とそのスーパーバイザーによるC夫人につい

ての事例定式化（第 10 章で提示された別の研究グループの定式化に近い）に基づいて、AFH に習熟した分析家が実施した。第二の特定は、第 17 章の研究でも用いられた、ワイスらによる C 夫人についての事例定式化に基づいて、HMFH に習熟した分析家を実施した。(4) AFH 論者と HMFH 論者の両方によって中心的に重要であると判定された「転移的要求」例の特定。これにより、C 夫人の転移的要求は 102 件から 34 件にまで絞り込まれた。(5) 34 件の転移的要求に対する分析家の介入前後の患者の言動が、前章と同じ 7 つの指標によって評価された。興味深いことに、分析家の介入に対する評価において、AFH 判定者と HMFH 判定者にはかなりの一致がみられた。つまり、AFH 判定者が「患者の願望を挫く」と見なす介入は、HMFH 判定者が「患者のテストに合格する」と見なす介入であり、両グループの評価の相関は 0.81 ( $p < 0.001$ ) であった。しかし、7 つの各指標の変化についての分析家の介入指標との相関は、HMFH で予測された方向であり、AFH で予測された方向とは逆であった。7 つの相関関係のうち 4 つが統計的に有意であった。この結果は、分析家が患者の重要な転移的要求を受け入れなかった場合、患者の不安が著しく軽減されることを示しており、HMFH を裏づけるものであった。反対に、分析家が患者の重要な転移的要求を受け入れなかった場合、「患者が欲求不満に陥る」という AFH の予測は反証された。

第 19 章「精神分析的な解釈の即時的な効果」においてキャストンらは、「介入の即時的な効果は、患者の無意識的な計画との適合性に依存する」という制御-克服理論の仮説と、「介入の即時的な効果は、精神分析的解釈性に依存する」という一般的な仮説とを比較検証した。「精神分析的」とは、患者が置かれている状況と防衛的行動、発達過程、エディプスのもしくは前エディプスの力動性に関する一般的な慣例によって決定される臨床的な推論を指す (Caston et al. 1986: 277)。一つ目の仮説は、解釈の有効性を、すべて患者の計画への適合性によって説明する。二つ目の代替仮説（解釈性仮説）では、複数の要因が考慮されている。解釈性仮説は、精神分析学において非常に重要であるため、上記二つの仮説の重なり合いの程度を明らかにする試みには価値があると著者らは考えた。まず著者らは、解釈を有益なものにする要素についての理論的研究と、有益な要素を実験によって明らかにしようとする実験的研究をレビューした。著者らの研究では、分析家の介入の「計画適合性」と「精神分析的解釈性」と「介入の即時的な効果」が測定された。結果として、「計画適合性」は、少なくとも分析家と患者が活発にやりとりしているときに行われる介入、特に患者が自身の無意識的計画に関連する問題をテストしているとき、あるいは転移モードにあるときに行われる介入については、即時的な効果を予測できることがわかった。しかし、この予測は介入全体については成り立たなかった。また、「精神分析的解釈性」は、介入全体に対して即時的な効果を予測することができ、この効果は「計画適合性」の影響を取り除いても消失しなかった。つまり、精神分析的解釈性には、計画適合性と独立した効果が認められた。事前の予測とは異なる結果が出た原因の一つとして、分析家の介入の「計画適合性」の程度が最低ランクであると評価された介入の中に、「反計画的（計画不適合的）な介入」ではなく、「計画とは無関係な介入」が多く含まれていた可能性が考えられた。この要素による結果の攪乱を取り除くため著者らは、「計画適合性」の程度が下位三分の一と判定された介入を除外して、事後解析を行った。この事後解析の結果は、著者らの当初の予測と合致するものであった。「計画適

合性」と4つの即時的効果の変数のうち、3つの変数との間に、統計的に有意な正の相関が得られた。加えて、「精神分析的解釈性」の影響を除外しても、この相関は有意に保たれた。事後解析において、最初の解析よりも、介入の「計画適合性」と「即時的な効果」の相関が高まった理由は、それらのサンプルで「患者が活発にテストしていたから」という要因では説明できなかった。この研究による解釈の「計画適合性」と「即時的な効果」の関連についての解明は不十分であり、さらなる研究が必要であると考えられた。

第20章「患者の終結抵抗に対する分析家の終結介入の即時的な効果」において、サンフランシスコ精神分析研究所会員のマーシャル・ブッシュ Marshall Bush と第12章の筆頭著者ガスナーは、(1) 分析的介入の即時的効果を予測する計画概念の力を実証すること、(2) HMFHに基づく制御-克服理論によって、C夫人の終結抵抗（終結への抵抗）とそれが解決された方法を理解すること、という二つの研究課題に取り組んだ。同研究のデザインは、特に第19章で報告された研究においてうまくいかなかった点等についての方法論的な考察を踏まえて設計された。著者らはまた、この研究を行うことに関して、以下のような動機ももっていた。それは、(1) C夫人の分析の最初の10時間から導き出された計画定式化が、終結段階でもまだ当てはまるのかどうかを確認したい、(2) HMFHと、古典的精神分析理論に含まれるAFHとが、驚くほど違う方法で説明する重要な治療的現象を発見したい、(3) その現象のHMFHによる説明が、患者がどのように分析家の介入に反応するかについての検証可能な予測につながってほしい、という動機である。これらの動機から著者らは、C夫人の「終結抵抗」とそれに対する分析家の介入の効果を研究対象とすることを選択した。「終結抵抗」は以下の点で著者らの目的にふさわしかった。(1) それは精神分析の治療論において重要な位置を占めている。(2) C夫人の事例で、それが見かけ上生じ、克服された方法は、AFHによる説明と完全に一致するものであった。(3) 治療担当分析家は、AFHが規定する方法で、C夫人の終結抵抗を理解し分析した。(4) 患者が終結抵抗を徐々に解消していったことと、分析家の終結介入に反応して彼女が作り出した確認的連想は、分析家の解釈を正当化するように見えた。(5) HMFHは、C夫人の終結抵抗の発展と解消について、著しく異なる説明を提供した。(6) HMFHによる説明は、厳密な研究方法によって検証可能であり、通常、AFHに基づいてはなされない予測をもたらした。AFHによる「終結抵抗」についての考え方とは以下のようなものである。「終結抵抗」は、転移神経症の解消への障害となるため、AFHの治療論において特別に重要である。「終結抵抗」と考えられる患者の反応について、著者らはスティーブン・ファイアスタイン Stephen Firestein の著書 *Termination in Psychoanalysis* を引用し、以下のように述べた。「転移的な願いが最終的に挫折するという事態が迫っていることに対する患者の反応としては、症状の増悪に加えて、提示された解釈に対するあらゆる皮肉なコメント、分析家に対する侮蔑、分析作業の価値に対する懐疑、すぐに終結したいという願望、代わりの対象の探索・怒り・不安・悲哀の爆発などが考えられる」(Firestein 1978: 245; Bush & Gassner 1986: 302)。治療の最終的な成果は、患者が転移的願望の断念と喪の困難な課題をどの程度経験し、完了するかにかかっていると考えられている。C夫人は、五年に近い分析期間を経て、終結について考え始めた。それは、彼女が自身の症状を克服し、他者との関係においてより自立的・自己主張的に機能できるようになり、夫ともより成熟した、性的にも満足のいく関

係をもつことができるようになったときであった。分析家がC夫人の終結願望に同調し、具体的な終結日程を話し合うことを提案した直後から、彼女は終結という考え方に非常に強い抵抗を示し始めた。彼女は非常に不安で抑うつになり、症状の再燃を経験した。終結という考えに対する彼女の意識的な態度は極めて否定的になった。彼女は、治っていないと訴え、分析家が彼女を捨てようとしていると怒って非難した。彼女は、分析家を殺そうと考え、自殺願望を口にした。彼女は、将来について悲観的になり、空虚で、満たされていないと感じた。また彼女は、ペニスを手に入れたい、分析家に愛されたいという願いをあきらめないと表明した。彼女は妊娠を強く希望していた。彼女は終結を避けたいと思い、分析終結後も週一回のペースで分析家に会うことを提案した。C夫人は数カ月間、分析家に誘われても、具体的な終結の日程を決めることを避けた。最後の114時間にわたって、C夫人は徐々に終結という考えに対する抵抗感がなくなり、自分で問題を解決する能力に自信をもち、将来に対する恐怖感が薄れていった。分析が終わるころまでに彼女は、分析家から離れることを意識的に悲しく思いながらも、終結の準備ができているとも感じるようになった。分析家は、C夫人の終結抵抗を積極的に解釈した。分析家が行った介入の内容から、著者らは分析家の見解を以下のようなものと推測した。(1) 分析家は、患者の神経症の主な原因は「父親の愛を得たい」・「父親の子どもを産みたい」というエディパルな欲求の挫折にあると信じていた。(2) 患者は、分析家が自分(C夫人)を失うことに耐えられないことの証明として、終結の考えに彼が反対することを無意識的に望んでいる、と分析家は考えた。(3) 分析家は、彼女が表現した終結の願望に自分が同調したとき、終結日の変更を自分が拒んだとき、彼女が自分自身で機能する能力と終結への準備ができていることを自分が信頼したときに、自分は彼女のエディパルな転移的願望を挫き、それによって彼女の終結抵抗を引き出していると考えていた。担当分析家のこのような考え方は、AFHの終結への考え方と一致していた。他方、著者らは、C夫人の分析の最後の100時間のうち最初の10時間の記録の綿密な研究に基づいて、終結段階におけるC夫人の計画を再度定式化した。これは、HMFHに基づいた、C夫人の「終結抵抗」についての考え方である。この定式化の内容は、C夫人の分析の最初の10セッションに基づいた定式化と高度に一致していた。担当分析家とは対照的に、著者らは、C夫人の「終結抵抗」を彼女の転移的願望の表れであるとは捉えず、反対に、C夫人の本当の願望は分析家から自立することにあると考えていた。著者らは、最後の114セッションでC夫人が、分析家を傷つける自身の力についての病因的信念を反証するために分析家を繰り返しテストし、「終結抵抗」を克服すべく作業すると予想した。つまり著者らは、彼女が、(1) もはや彼の愛を欲さず、彼の助けを必要としないことによって彼を傷つけるのかどうか、(2) 彼女自身の洞察と判断に自信を持つことによって彼を傷つけるのかどうか、(3) 彼から独立してうまく機能することによって彼を傷つけるのかどうか、(4) 彼の承認や意見にとらわれないことによって彼を傷つけるのかどうか、(5) 自分の女性性に誇りを持ち、分析家のような男性になりたくないと思うことによって彼を傷つけるのかどうか、(6) 愛の対象として、夫よりも分析家を好まないことによって彼を傷つけるのかどうか、(7) 父親が許容できなかった性的・情緒的な親密さを楽しむことによって彼を傷つけるのかどうか、をテストしようとするかと予測した。また著者らは、C夫人が終結に関して表明した苦悩と絶望は、無意識的

に四つの基本的な機能を果たしていると考えていた。(1) それは、終結したいと欲することについての罪悪感を和らげるための自己処罰であった。(2) それは、彼女にとっての分析家の重要性を彼に保証し、彼のナルシズムを守ろうとする試みを表していた。(3) それは、分析家が彼自身をかけがえのない存在であると感じることをどれほど必要としているかについての、さらなる情報を引き出すことを意図しているという点で、重要なテストの機能を果たしていた。(4) それは、C 夫人が分析家を犠牲にする代わりに、分析家の犠牲になっていると感じられるようにしてくれるという意味で、重要な防衛機能を果たしていた。また著者らは、分析家の計画適合的な解釈は終結への抵抗を即座に減少させ、計画不適合的な解釈は逆の効果をもたらすと予測した。計画適合的な介入とは、分析家の脆弱性と分析家を傷つける彼女の力に関する C 夫人の病因的信念を反証する傾向にあるものである。この研究は以下の手順で行われた。(1) 分析家の終結介入を「計画適合性」の観点で評価すること。(2) 分析家の介入前後の患者の終結に対する態度を別々に評価すること。(3) 分析家の介入の「計画適合性」の程度と、介入前後の患者の態度の変化の関連を明らかにすること。研究の結果は、著者らの仮説を明確に支持するものであった。親計画的な（患者の無意識的な計画の遂行に役立つ）介入は、C 夫人の終結抵抗をただちに減少させ、反計画的な介入はその逆であった。この研究はまた、最初の 10 セッションの分析から導き出された計画定式化が、最後の 114 セッションに対する計画定式化とも高い整合性を有することを明らかにした。これらの結果は、制御—克服理論の計画概念を支持するとともに、C 夫人の終結抵抗の主要な無意識的要因と、彼女がそれを克服した方法についての著者らの説明を裏づけるものであった。C 夫人の終結抵抗の最大の原因は、幼児的な転移的満足の追求ではなく、分析家を傷つけることへの無意識的な恐怖にあったと考えられた。この結果はまた、精神分析的命題についての厳密な実証研究の重要性を再認識させてくれるものでもあった。実証研究の結果が、治療記録から得られる素朴な印象を覆すものだったからである。以上が第 2 部の要約である。

第 3 部「理論と実証研究についての大局的見解」は、ワイスによる第 21 章「理論についての大局的見解」と、ワイスとサンプルソンによる第 22 章「実証研究——大局的見解」からなる。

第 21 章「理論についての大局的見解」でワイスは、同書で提示した理論（制御—克服理論）とフロイトの理論との関係を全体的に要約し、次に理論が示唆する事柄を幅広い文脈において論じた。制御—克服理論における「病因的信念」の概念は、「去勢不安」が男性の精神病理の発展において果たす役割についてのフロイトの特定の公式から派生したものである。フロイトは、男の子がエディパルな動機を抑圧し、神経症への傾向を発展させるのは、去勢への恐怖からであると考えた。フロイトはまた、去勢不安が信念から生じると暗示した。フロイトの『制止、症状、不安（1926）』によれば、去勢不安は実際の経験についての正常な思考過程によって獲得され、それに苦しむ男の子にとって現実の、あるいは知覚された危険を表している。フロイトは、男性患者が快方に向かうためには、「エディパルな衝動に対する罰として去勢される」という信念を自覚し、これを変える必要があると考えた。フロイトはまた、女性患者は男性の「去勢の信念」に相当する病因的信念を変えなければならないとも想定していた。しかしフロイトは、病因的信念を変えることが治療過程の中心であるとは指摘しなかった。また彼は、場合によっては「去勢の信念」以外の信念を変える必要があると指摘す

ることもなかった。制御—克服理論は、「去勢の信念」だけでなく、様々な病因的信念を変える必要がある場合を想定することによって、また患者が病因的信念を変えることが治療の本質的なプロセスであると想定することによって、フロイトの見解を拡張した。制御—克服理論は、精神病理の理解に統一的なアプローチを提供する。それによれば、病因的信念は精神病理の本質的な要素であり、精神病理の多様性は病因的信念の多様性を反映している。病因的信念には少なくとも以下の四つの構成要素がある。(1) その信念が危険だと想定する態度・衝動・目標、(2) その信念が予告する危険の種類、(3) それが要求する解決策の種類（制止や引きこもり等）、(4) 信念を維持する確信の強さ、である。これら4つの構成要素を変化させることで、あらゆる精神病理の根底にある病因的信念を導き出すことが可能である。病因的信念の概念は、「内面化」という捉えどころのない概念を明確化した。同理論はまた、治療過程についての統一的な見方を可能にする。治療過程とは、患者が病因的信念を意識化し、変える過程である。この公式は様々な種類の精神病理の治療、任意の精神分析的治療に妥当する。同理論は、フロイトが別々に概念化していた転移の「形成」と「解消」の過程を、病因的信念の段階的な反証の過程として連続的に理解することを可能にする。また治療にあたって患者は、転移を解消するのではなく、コントロールできるようになるのである。同理論はまた、治療過程の本質についての二項対立的な意見を調和させる。患者は「新しい経験」によって助けられるのか、「新しい洞察」によって助けられるのか、という議論があるが、治療とはその両方である。制御—克服理論の用語では、前者は「テストすること」であり、後者は「分析家の洞察の吸収」であるが、この二つは信念の反証において相補的である。同理論はまた、「治療同盟」についての考え方にも変革をもたらす。態度の悪い患者は、治療同盟が不十分なのではなく、分析家を積極的にテストしているのであり、むしろ同盟が発展している可能性がある。同理論は、フロイトの『技法に関する論文集（1911-1915）』とは対照的に、自我が(1) 無意識の精神生活にかなりの支配力を及ぼしている、(2) 危険と安全の基準により、無意識の精神生活を制御する、(3) 分析患者の行動を特徴づける様々な反復をもたらす、(4) 病因的信念をテストするために、これら(反復)をもたらす、と想定する。同理論によれば、分析家の任務は、患者が無意識的に「行きたくない」と思っていたところに行くように（幼児的な満足を諦めるように）仕向けるのではなく、無意識的に「行きたかった」ところに行けるようにすることである。分析家は、患者が自身の計画を実行することができるよう助けるべきである。分析家は、自身の発言や解釈に対する患者の反応を観察することによって、適切な援助ができていかどうかを知ることができ、必要ならば軌道修正を行うことができる。分析家はまた、解釈によって、患者が自分自身についての幅広い概念地図を発展させ、それによって自分自身を理解することができるよう助けるべきである。

第22章「実証研究——大局的見解」において、ワイスとサンプソンは、まず第2部の実証研究全体から得られた知見を要約し、次にその意義について論じた。C夫人は、「もし自分が自立し、成功し、幸せになれば、両親や同胞を傷つけてしまう」という病因的信念を背負って分析を開始した。彼女は自身の病因的信念を変えるため、分析家をテストすることによって無意識的に作業した。テストによって信念を変えることに成功すると彼女は、大部分解釈の助けを借りることなく、信念への洞察を得ることを自分自身に許可した。彼女は、他者を

傷つける彼女の能力と彼らへの彼女の責任についての不合理な病因的信念を意識化し、これらの信念に従うことで抑圧していた重要な心的内容を呼び起こしたり、信念に従うために制止していた方法で行動したりすることができるようになった。これらの発見は、制御—克服理論を支持するものであった。著者らの知見は、精神分析の批判者グリーンバウムによる「追従仮説」(Weiss & Sampson 1986: 340) とでも呼ぶべき代替仮説に対して、精神分析の「抑圧」の概念を明確に支持するものであった。著者らの知見は、「病因的信念を変えたい、そうすることで自身の問題を克服したい」という分析患者の願望を明らかにしたという意味で、動機づけの理論に重要な示唆を与えた。第2章で述べたように、ほとんどの精神分析家は、AFHに基づく考え方と HMFH に基づく考え方の両方を用いて仕事をしているが、そのような理論は、様々な程度に互いに矛盾したりしなかったりする複数の仮説が緩やかに混在した「オムニバス理論」(Weiss & Sampson 1986: 342) である。このような性質をもつオムニバス理論は、アドホックな(その場しのぎの)調整によって、ほとんどすべての所見を説明することができてしまうため、厳密な科学的検証にはなじまない。そのため著者らは、オムニバス理論よりも論理的整合性が高く、高度に組織化された二つの精神分析理論——AFH と HMFH——を検証した。著者らは、HMFH に基づく臨床理論が、一貫して AFH に基づく臨床理論よりも観察に適合することを示した。これは、トーマス・クーンが『科学革命の構造』で述べた「幅広い主要な科学的仮説 [=パラダイム] の反証」(Weiss & Sampson 1986: 342) に必要な手続きを、著者らが成し遂げたということの意味している。最後に著者らは、短期精神療法についての進行中の実証研究の内容を一部紹介したが、本要約ではこれを割愛する。

### 2.3 How Psychotherapy Works の要約

本節では、ワイスの単著『心理療法の仕組み——過程と技法』を要約する。同書は、第1部「心理療法の技法——理論と実践」と、第2部「実証研究と理論間の比較」からなる。同書の第1部に含まれる各章(第1~7章)は、前著『精神分析の過程』の第1部に含まれる各章(第1~7章)と緩やかに対応している。フロイトの AFH と HMFH に関する記述は、前著よりも簡潔になっている。臨床面に関しては、同書の方がより実践的で詳細であり、理論を説明するための臨床事例も豊富である。なお、注の(24)に記した事情により、本節では「分析家」ではなく「治療者」、「精神分析」ではなく「心理療法」の語を用いる。最後に、前節同様、本要約中のフロイトの論文名には、原文の形式(斜体)にならって、二重鉤括弧をつけることとする。

第1章「序論」は、第1部「心理療法の技法——理論と実践」(第1~7章)の最初の章である。同章の、前著と比較して新しい点は、人間の最も強力な動機づけが、対人世界への適応であることが明示された点である。乳児期から死ぬまで、人は適応努力の一環として、自分自身と世界に関する信頼できる信念(知識)を探求する。この努力には、自分が所属する集団(最初は家族)の道徳的・倫理的な前提を学ぶことも含まれる。信念のうち、精神病理の発症につながる不適応的なものは、「病因的」と称される。病因的信念が警告する「危険」には、両親との関係の混乱などの外的な危険と、罪悪感や羞恥心のような内的な危険の両方が含まれる。病因的信念には、子どもの自己中心性(egocentricity)<sup>(42)</sup>、因果関係についての

知識の欠如、人間関係についての無知が反映されている。子どもは、どんなことであれ、自分が経験することに対しての責任を取ろうとする傾向がある。そのため子どもは、親の虐待等の問題行動、病気などの不幸に対してまでも責任を背負いこむことがある。前著の第4章では、トラウマから病因的信念が獲得される二種類の順序が強調されていたが、これに関する記述は同書では認められなくなっている。前著における「第一の順序」は「緊張トラウマ」についての記述に、前著における「第二の順序」は「ショックトラウマ」についての記述に吸収されたと推論される。前節の要約においては割愛したが、エルンスト・クリス Ernst Kris (1900-1957) の「緊張トラウマ」と「ショックトラウマ」の区別については前著でも触れられていた。「緊張トラウマ」とは、子どもが親との慢性的に病因的な関係から負うトラウマであり、「ショックトラウマ」とは、突然の圧倒的な出来事によってもたらされるトラウマである (Kris 1956: 72-3; Weiss 1993: 9)。前者の例として、父親が子どもとほとんど口をきかないといった場合が挙げられる。その場合子どもは、「自分には話しかけられる資格がない」と思い込むことによって、父親の行動についての責任を引き受ける可能性がある。後者の例として、両親のうちどちらかが急病で亡くなるという出来事が挙げられる。その場合子どもは、回顧的推論によって、何らかの「悪い」行動によって自分が親を殺してしまった、と思ひ込む可能性がある。これら以外にも子どもは、単に両親が自分に接する方法が、自分にふさわしい方法であると思ひ込むことによって、また親からの直接的・明示的な指示によって、そして偶然の出来事からも病因的信念を獲得することがある。同章でワイスは、「治療者は、患者が安心安全であると感じられるように援助すべきである」という制御-克服理論の提言が、1911~1915年のフロイトの『技法に関する論文集 (1911-1915)』における「治療者は中立であるべきである」という提言と対立することを明示した。またワイスは、「事例特異的でないどんな技法的枠組みも、一人の患者に最適な支援を提供するためには不十分であること」、「強力な不適応的衝動は、病因的信念によって維持されていること」、「治療者は、患者が病因的な信念を推論する起源となったトラウマ的な経験を再構成する手助けを試みるべきであること」を明言した。

第2章「感情、動機づけ、適応」は前章の続きである。同章でワイスは、制御-克服理論を裏づける心理療法の臨床場面以外における事例として、新たにダニエル・スターン Daniel Stern (1934-2012) の実証的な乳幼児研究を紹介した。スターンによれば、乳児は生後三日で母親の母乳の臭いを識別し、数週間で母親の声を識別するようになる。乳児には、フロイトが主張した「願望充足のための空想」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13) は存在しない。またスターンは、ジェローム・ブルーナー Jerome Bruner に同意し、乳幼児には、生まれたときから、世界で起こっていることについての仮説を立て、検証する中心的な傾向が存在するようだ<sup>(43)</sup>、と述べた (Stern 1985: 42=1989: 理論編 50)。乳幼児は両親に完全に依存しているため、乳幼児にとって適応のための唯一有効な戦略は、ケアの必要性を満たせるよう、彼らに頼ることのできる協力関係を築くことである。子どもは、大人ほどではないにしても、現実についての信念を維持しようとする傾向をもっている。この「信念が描き出す通りに現実を見ようとする傾向」は科学者に似ている。異文化に適応しようとする人は、その文化に属する人たちが自分に対して期待する道徳的・倫理的前提を身につける必要がある。子どもが両

親に適応しようとすることもこれに似ているが、子どもは異文化に適応しようとする大人とは異なり、現実と道徳とを区別できないという点で異なっている。子どもはむしろ、両親との重要な相互作用（やりとり）のすべてに、大人の視点からすれば、道徳的な重要性を付与する。子どもは、両親の自分に対する接し方が、自分が取り扱われるべき方法であると思いつくのである。同章でワイスは、「空想」についてのフロイトとは異なる定義を行っている。それは、人が「快原理に従って」ではなく、現実に対する無意識的な評価に従って、「否認」や「空想」の使用を調節する、というものである。人は特定の状況下では、「恐ろしい現実」に直面するよりも、現実から目を背ける方がまだ危険が少ないもしくは、「現実から目を背けても状況が悪化することはない」と判断することがある。そのような判断がなされるのは、「恐ろしい現実への直面によって、危険から身を守ることができないほど動揺してしまうことが予想される場合」や、「何をしても状況が改善される見込みのない絶望的な状況に置かれている場合」や、「非常に安全で危険が少ない状況にある場合」である。このような場合、人は、「否認」や「空想」の使用を自分自身に許可すると考えられる。なお同章で、これらの防衛の説明のために提示された臨床事例には、強迫性性格障害（日本でのより一般的な用語では「強迫性パーソナリティ障害」）の事例が含まれている。この事例では、患者の両価性やスプリッティング<sup>(44)</sup>といった、一見相反する防衛がどのように彼の病因的信念から生じたのかが説明された。

第3章「治療者の任務」は、前著の第3章とはあまり対応してない。制御-克服理論は、フロイトの『技法に関する論文集（1911-1915）』とは異なり、患者と治療者が「患者による自身の病因的信念の反証」という一つの目的を共有すると見なす。治療者は、特定の治療技法の良し悪しを、「その技法は、患者が自身の病因的信念を反証するのに、直接的・間接的に役立つか？」という単純な基準によって判定することができる。治療者が患者のテストに合格した直後や、親計画的な解釈をした直後から、患者は例外なく安心し、治療者を信頼し、より大胆に洞察的になる。どのようなアプローチが患者の信念の反証に役立つかは、事例によって異なる。『技法に関する論文集（1911-1915）』では、治療者が中立であることが推奨されていた。その理由は、心的な葛藤が、異なる心的な力間の葛藤であると捉えられ、治療者が複数の力のうち一部のみに味方する理由はないと考えられていたためである。制御-克服理論では、無意識的葛藤を、患者の正常な望ましい目標と、その目標を追求することによって自身や愛する人を危険にさらすことになるという予測との間に生じるものとして捉え、この葛藤において治療者は、患者の目標の味方をすべきであると考えた。『技法に関する論文集（1911-1915）』ではまた、保証<sup>(45)</sup>や権威の使用は避けるべきだと考えられていたが、制御-克服理論では、保証や権威の使用が、患者の信念の反証や患者の計画の遂行に役立つと予想される場合、それをためらう必要はないと考える。むしろワイスは、『技法に関する論文集（1911-1915）』における「患者の自律性を守ること」の推奨によって、治療者が患者の意識的な願望を額面通りに受けとめ過ぎてしまい、患者の望ましくない行動に許可を与えてしまう危険性を懸念している。というのは、「患者の意識的な願望」は往々にして、テストにおいて患者が行う、信念が予測する方向への治療者の行動の誘導（転移的要求）であり、それを尊重しすぎれば、治療者は患者のテストに落第してしまうと考えられるからである。また、

『技法に関する論文集（1911-1915）』で推奨されている「抵抗分析」は、患者が抵抗の解釈を自身への批判として受けとめる場合には有害である。『技法に関する論文集（1911-1915）』の考え方によれば、患者の精神病理は衝動と防衛の観点から説明されるが、そのような説明は、患者には批判として受けとめられてしまう危険がある。それに、そのような観点からの説明は、患者がもつ「なぜ私は特に依存心が強いのだろうか？」といった疑問には答えてくれない。例えば患者は、単に「あなたは依存心が強い」と言われるよりも、「あなたは、他者があなたに必要とされることを望んでいると信じているから、過度に依存的なのです」と言われた方が、より多くを学び、より安心するだろう。『技法に関する論文集（1911-1915）』の技法論同様、ハインツ・コフト Heinz Kohut（1913-1981）の自己愛性障害についての提言<sup>(46)</sup>や、オットー・カーンバーグ Otto Kernberg（1928-）の境界例についての提言<sup>(47)</sup>が有効であるかどうか、事例によって異なる。コフトの自己愛性障害についての提言とは、「理想化転移」と「鏡転移」の取り扱いに関するものであり、カーンバーグの境界例についての提言とは、親から受けた虐待に対して患者が怒るよう励ますことである。これらが有効であるかどうかの答えを、患者の無意識的計画を定式化することなしに——例えば、患者の診断や症状等から機械的に——導き出すことはできない。制御—克服理論は、フランツ・アレクサンダーの「修正情動体験」という考え方に同意する。しかし、アレクサンダーは、患者の無意識的なテストという概念を想定していなかった。制御—克服理論の考え方によって、「修正情動体験」を、それが有効な幅広い文脈において捉え直すことができる。

第4章「治療の最初の数セッションから患者の計画を推論すること」は、前著の第4章とはあまり対応してない。最初の数セッションで治療者は、(1) 患者自身による現在の問題と目標の定式化、(2) 患者の幼少期のトラウマ、(3) 患者に対する治療者の情動反応、(4) 治療者のアプローチや介入に対する患者の反応、を参考にして、患者の病因的信念・目標・計画についての仮の定式化を行うべきである。これによって治療者は、新たに得られる観察によってその定式化を見直したり、予期せぬ患者のテストに備えたりすることができるようになる。患者の目標を推論する際、治療者は、患者の真の目標が正常で妥当なものであると仮定すべきである。患者が信じがたい目標を述べる場合、患者は無意識の病因的信念に従っている可能性がある。真の目標を口にすることへの恐れから、患者は目標をまったく述べなかったり、正反対の目標を述べたり、治療者をテストする仕方によって間接的に目標を伝える場合がある。幼少期の情報から患者について推論する際、治療者は、子どもが両親を、ほとんどどんな犠牲を払ってでもうまくやっていたいかなければならない最高の権威であると考え、子どもが両親をロールモデルとすることに留意すべきである。子どもは不適切な親に追従し、彼らに同一化する。例えば、性的虐待の加害者である親が虐待を否認すると、子どもは虐待を覚えてはいけないと推論し、虐待について自分自身を責め、羞恥心をもつようになる。しかし同時に、さらなる虐待に備えるためには、虐待のことを覚えておく必要がある。このようなジレンマに対処するため、子どもは複数の人格を発達させることがある。患者の話聞く際、治療者が、混乱・拒絶・罪悪感・屈辱感等の不快な感情を覚える場合、患者が「能動反転テスト」を行っている可能性が高い。治療者に対する患者の反応を観察することによって治療者は、患者の目標や計画についての自身の定式化の妥当性を確認するこ

とができる。短期の期間限定心理療法の場合、患者は治療の時間的制約に適した、限られた計画を立てる。その場合患者は、インテーク面接と最初の治療セッションで比較的明確に自身の目標を明らかにした後、自身の目標に対する洞察を失っているように見せたり、目標の追求に異議を唱えたりすることによって、治療者をテストする。そして、治療の終盤になると、そのような仕方でもテストするのをやめる。著者らが定量的に研究したブリーフセラピーの事例では、長期療法の場合と同様、患者自身が治療方針を決定していることが明らかになった。それらの研究によれば、患者に与えられた親計画的解釈と反計画的解釈の比率が、治療終結から6ヵ月後に判定された予後と関連することが実証された。つまり、親計画的な解釈を多く受けた患者ほど、良好な転帰をたどったのである。

第5章「テストすること」は、大まかに前著の第6章に対応している。患者のテストを認識し、それに合格する治療者の能力は、治療にとって中心的であり、治療の成否はこれに左右される。前章で述べられた方法によって、事例についての理論（事例定式化）を構築した治療者は、その理論が現在進行中の患者の行動を説明するかどうかを確かめることによって、自身の理論を評価することができる。治療者は、自身に対する患者の反応を観察することによって、自分が患者のテストに合格しつつあるのか、落第しつつあるのかを判断することができる。もし合格しつつあるとしたら、患者は治療者をより信頼し、目標に向かって前進することによって反応するはずである。この前進は、患者がより大胆に信念をテストすることによって明かされることもある。「患者のどのような行動がテストに当たるのか」という問題に対する回答は、やや恣意的なものにならざるをえない。というのは、患者はある意味では治療の間中ずっとテストしているし、テストの行動は必ずテストのためだけでなく、他の適応的な目的のためにも行われているからである。よって治療者は、患者の無意識的な計画について理解していない限り、患者の普段の行動とテストとを見分けることが難しい。しかし、以下のような特徴的な行動は、テストであると容易に判断することができる。それは、(1) 患者が治療者の強い感情を呼び起こすような行動をとるとき、(2) 患者が治療者の介入を強く求めるとき（治療者が介入せざるを得ないような状況を患者が作り出すとき）、(3) 患者が挑発的に乱暴な誇張を用いるとき、(4) 患者が、より愚かであったり、より自己破壊的であったりと、普段の行動とはかけ離れた行動をとるとき、である。患者は、一つの病因的信念をテストするために、様々に異なるテストを行う。すべての患者は「転移テスト」を行うが、「能動反転テスト」をどの程度行うかは、患者による差が大きい。能動反転テストを行わない患者、特定のトラウマ的な出来事への反応や、困難な課題への準備として、限られた機会に行う患者、頻繁に行う患者に分かれる。治療者は時に、患者のテストをそれと認識することなくテストに合格し、後になってからそのことに気づくことがある。このような現象を説明するための臨床事例の一つとして、ワイスは幻聴と妄想に苦しむ統合失調症の女性の事例を挙げた。ワイスはこの患者の迫害妄想を、彼女の病因的信念の観点から説明し、彼女の不安が軽減された理由を、治療者が彼女のテストに合格したことによって説明した。テストは、単発的な「行動」によってではなく、「持続的な態度」によって行われる場合もある。患者が態度によってテストする場合、治療者の方も、持続的に患者の信念を反証するような態度を示し続ける必要がある。例えば、「友好的な態度をとると拒絶される」という信念

を反証しようとして、持続的に友好的な態度をとり続ける患者に対し、治療者は同じ友好的な態度を返す必要がある。転移テストと能動反転テストを見分けることは重要である。患者は、「転移すると同時に受動を能動に転じている」こともあるが、「圧倒的に転移であるテスト」と、「圧倒的に能動反転であるテスト」は、テストに対する治療者の情動反応によって区別することができる。治療者を困らせるテストは、ほとんどの場合、能動反転テストである。治療者は、自身が重圧を感じるようなテストを行う患者を、一度に複数担当すべきではない。治療者を脅したり、大声を出したりして建物内の全員に迷惑をかける患者は、受動を能動に転じると同時に転移している。彼は、治療者が自身の迷惑行為に対して制限を設ける（ルールを定める）と同時に、その迷惑行為にもかかわらず自身を拒絶しないよう願っているのである。「患者に細心の注意を払わないと重大な間違いを犯す」と治療者に感じさせる患者は、幼少期に両親を非常に心配し、全能的な責任感を感じていた可能性が高い。このとき患者は、治療者が不条理な心配を引き受けないことを無意識的に望んでいるのである。治療者への羨望を公言し、治療者が患者より恵まれていることに罪悪感を感じるよう仕向ける患者は、生存者の罪悪感に悩んでおり、治療者が患者の羨望に動じないことを望んでいると考えられる。休暇を取る際、残される患者をかなり心配する治療者は、分離の罪悪感に苦しむ患者の能動反転テストに応答している可能性がある。一般に治療者は、患者が困った行動を示したとしても、すぐにそれを解釈すべきではない。患者に解釈を伝える前に治療者は、患者の困った行動に対して自分が効果的に対処できることを示すべきである。「効果的に」とは、患者が幼少期に親の困った行動に対して対処したときよりも効果的に、ということである。また治療者は、困った患者に対して解釈を行う際、解釈の内容だけでなく、それを伝える際の態度にも気を配る必要がある。例えば、治療者が患者の幸福に責任があるかのように振る舞う患者は、治療者が必要以上に責任を感じないことを願って、能動反転テストを行っていると考えられる。この場合、治療者が緊張した心配そうな態度で解釈を行うことは、解釈の内容がたとえ正しかったとしても、解釈の効果を台無しにしてしまう。治療者が患者のテストに落第することは、時に避けられない。軽微な失敗は修復可能であるが、修復が不可能な重大な失敗もある。失敗の後、患者が治療者にテストに合格する方法を指導（コーチ）することがある。治療者の失敗の後、治療者に何も伝えずに患者が重要な目標を断念する場合、患者が受けるダメージは大きい。患者が急に話題を変えたり、治療者の応答を無視したり、防衛的になったりする場合、治療者がテストに落第した可能性がある。治療者は「私が今言ったことについてどう感じますか？」、「あなたが言っていたことの要点を私は見逃しましたか？」等と尋ねることによって、修復の手がかりを探ることができる。患者が本当はどうしたいのかについて治療者が確信をもてない場合、治療者は患者に確信がもてるまで決断を延期するよう促したり、治療者がどう応答すると患者がどう感じるのかについてたずねたりすることによって、重大なテストへの落第を避けることができる。また一部の患者は、治療開始時に、治療者が治療に支障をきたすほど従順である場合がある。そのような場合、治療者は、患者からのフィードバックが得られないため、そもそも患者の計画を推論することが困難となり、また自分が患者のテストに合格しつつあるのか、落第しつつあるのかも判断できないことがある。このような患者を治療する治療者は、自身の考えを不用意に患者に押し付けないよう

に、また患者が同意していることを治療が正しい方向に進んでいる証拠として受け取らないように、特に注意する必要がある。

第6章「解釈」は、前著の第6章とは対応していない。治療における最優先課題は、患者が安全を感じられるよう援助することである。この課題は、解釈によって患者に洞察を与えようとする試みよりも重要である。このため治療者は、患者が安全に解釈を許容できるようになるまで、解釈を控えるべきである。もし治療者が、解釈以外の方法で患者に安心感を与えることに成功すれば、患者は自ら病因的信念や目標についての洞察を深める可能性があり、その際治療者は、患者が洞察から得た新たな知識の整理を助ける説明を提供することができる。実際に、治療初期の数ヶ月間、どのような解釈によっても脅かされ、解釈を控えることによってもみ良好な反応を示す患者がある（第1章の記述より）。良い解釈の特徴として、「中立でない解釈」、「患者が受け取りたかったものを与える解釈」、「患者が自分自身についての広い視野をもつことを助ける解釈」、「患者が自分自身を守る強さを身につけるのに役立つ解釈」、「患者に不当な扱いをしないという約束を暗示する解釈」がある。「中立でない解釈」が有用であるのは、患者が中立的な解釈を、自身の病因的信念を裏づけるものとして受け取りがちだからである。例えば、人に依存することへの恐れを克服しようとしている患者に対して、「あなたは私に依存している」と伝えれば、その解釈は中立的だが、患者はそのコメントを依存的であることへの非難（苦情）として受け取る可能性がある。しかし治療者が、「あなたは私に依存することを恐れている」と伝えれば、患者は安堵する可能性が高い。また、良い解釈は通常、患者の不安・罪悪感・恥を和らげ、患者が無意識的に望んでいたものを与える解釈である。しかし、解釈の価値は、患者の意識的な反応に注目するだけでは分からないことがある。患者は、無意識的には受け入れたいと思っている解釈に対して、意識的に抵抗することによって、治療者が自身の信念を貫く勇気をもっており、実際にそうするというのを確かめようとする場合があるからである。患者にとって、「自分自身についての広い視野をもつこと」が有用であるのは、自身の精神病理と発達について、広範で首尾一貫したイメージをもつことが、自身を共感的に見ることや、自身の問題や性格へのコントロールを高めるのに役立つからである。例えば、「あなたは引っ込み思案ですね」という中立的な解釈は、そのような包括的イメージを提供しないが、患者がそのような防衛を身につけたのは、幼少期の対人世界に適応するためだった、というような説明は、患者の自己理解を促進するだろう。患者は、親密な関係につきものだと思込んでいる危険から自分自身を守る能力を欠いているため、他者と親密な関係を築けない場合がある。患者が自分自身を守る強さを身につけることへの恐れや罪悪感についての共感的な解釈は、このような患者の役に立つ可能性が高い。治療者はまた、患者の不合理な転移的予測を指摘することによって、患者を助けることがある。例えば、「あなたは、自分が私を攻撃し続ければ私があなたを拒絶するだろうと恐れている」、「あなたは、自分が誘惑的であれば、私があなたとセックスしようとするだろうと恐れている」等の解釈がこれに当たる。このような解釈は、患者が恐れているような行動をとらないという約束を暗示しているため、患者に安心感を与える可能性がある。有用な解釈は、親計画的なものである。もし治療者が、一貫して反計画的な解釈をすれば、患者は改善しないか、場合によっては治療をやめてしまう。転移解釈の重要性は、現代の一部の書き

手たちによって誇張されている。著者らの実証研究は、「転移解釈」が「非転移的解釈」に比べて優れているわけでも、劣っているわけでもないことを明らかにした。重要な区別は、転移解釈と非転移的解釈の違いではなく、親計画的解釈と反計画的解釈の違いなのである。

第7章「治療者による夢の利用」でワイスは、前著の第7章の内容に加え、以下のような事柄に言及した。その一つは、「キャプション（字幕）によって夢が理解できるようになる」という考え方である。夢は、夢見手が自分自身に送る比較的シンプルなメッセージであると考えられる。しかし、夢のイメージ自体からは夢のメッセージがよく理解できないが、夢見手が夢のイメージに対する態度を表明し、それによって夢の字幕（キャプション）を提案すると、夢が理解できるようになることがある。また夢見手は、自分自身へのメッセージを具象化する夢を作り出すために、覚醒時の思考や文学でお馴染みの技法を用いることがある。その技法とは、写実・皮肉・メタファーを用いたり、シチュエーション・コメディ、笑劇、ブラック・コメディの特徴を帯びたりすることである。「不条理への還元（背理法）」を用いることもその一つである。一部の夢は、解釈されるか、そもそも記憶されるかどうかにかかわらず、適応的な機能を果たす。これは、ポール・バルソンが報告した戦争捕虜の夢に当てはまる。しかし、夢を覚えていることが夢見手の目的にとって不可欠な場合もある。ワイスの論文を読み、手紙で自身の体験談を伝えてきたエンジニアの場合がこれに当たる。彼は、一連の夢の中で重要な工学的問題を解決した。彼が解決した工学的問題は有名なものであり、それを明らかにすると彼のプライバシーが明らかになってしまうため、同章では詳細が伏せられた。患者の夢から、治療者は、患者が無意識的に向き合いたいと考えていることが何なのかを知ることができる。治療者はまた、治療が正しい方向に進んでいるのかどうかを、夢の中の患者からのフィードバックによっても知ることができる。時に夢は、治療者が患者の病因的信念・計画・目標を推論する役に立つこともある。同章でワイスは、第5章で論じた統合失調症の女性の夢について、再度言及している。その夢は、治療者の介入が患者の病因的信念に起因する不安を和らげたことを示していた。以上が第1部の要約である。

第2部「実証研究と理論間の比較」（第8～10章）の最初の章である第8章「理論の経験主義的な基礎」は、制御－克服理論を裏づける著者らの実証研究についての章である。つまり同章は、前著の第2部全体に対応している。前著では、一つ一つの実証研究が詳細に解説されていたが、同書では、以下の6つの命題ごとにそれを裏づける実証研究が簡潔に紹介された。命題1は、「治療中の患者は抑圧をコントロールしており、抑圧された内容を経験しても大丈夫だと無意識的に判断すれば、それらを意識化することができる」というものである。この命題を証明した研究は、前著の第12章で紹介されたガスナーらによって実施された研究である。この研究以前に、この命題を支持する臨床的観察を報告した臨床家はほとんどなく、その特筆すべき例外は、エルンスト・クリスであった。1956年の論文「精神分析における幼少期の記憶の回復」においてクリスは、「患者がある心的内容を意識する前に、それを経験する無意識的な準備をし、その後、治療者の注意を引きそうにない劇的でない方法でそれを持ち出すことがある」（Weiss 1993: 168-9）と述べた。臨床家たちは、臨床において当初何が抑圧されていたのかを厳密に特定することが困難であることと、フロイトの1911～1915年の理論に導かれることによって、クリスのような臨床観察をなしえなかったと考えられる。

というのは、この観察が 1911～1915 年の理論に反するからである。命題 2 は、「治療の間中患者は、自身の病因的信念を反証するための努力の一環として、治療者との関係において信念をテストする」というものである。この命題を証明した研究は、前著の第 17・18 章で紹介されたジョージ・シルバーシャッツらによって実施された研究である。この研究は、実証研究の対象となった C 夫人が、他の多くの患者とは異なり、治療者の中立性から利益を得ているように見えた、という著者らの印象から着想された。命題 3 は、「治療中患者は、分析家と共に信念の反証という課題に取り組み、信念のテストと治療者による解釈の利用という二つの方法で課題を遂行する」というものである。この命題を実証するためには、相互に関連する多くの研究を行う必要があった。これらの研究は、命題 1・2 の研究とは異なり、AFH と HMFH の説明力を比較するためではなく、HMFH から導かれる概念が、治療過程の理解に高度な秩序、明瞭さ、予測可能性をもたらすことを示すために設計された。これらの研究はすべて、患者の無意識の計画の信頼できる定式化を前提とするものであったため、まず治療の最初の数セッションをよく知る評価者たちが（他の評価者とはブラインドでありながら）、患者の計画定式化において合意できることを示す必要があった。そのためにまず、著者らは臨床的な定式化を比較する方法を発見する必要があった。前著の第 16 章で紹介されたジョセフ・キャストンの研究により、事例の最初の数セッションの記録から、信頼できる計画定式化を作成できることが実証された。このような信頼できる定式化を用いて、著者らは、「患者が治療者をテストすること」と、「患者が治療者の解釈を利用すること」の両方について研究した。3 例のブリーフセラピー記録を対象とした 3 件の研究を含む複数の研究によって、患者が無意識的な計画を立て、治療者をテストし、治療者の解釈を利用するという命題に対する強力な裏づけを得ることができた。患者は、治療者の患者のテストへの合格や親計画的な解釈に即座に反応し、不安の減少と、洞察と経験の両方における向上を示した。この知見は、『精神分析概説（1940）』におけるフロイトの定式化（HMFH に属する）と高度に一致するものであった。命題 4 は、「治療中、治療者が患者に提供する親計画的解釈の割合が高いほど、患者の治療成績は良好になる」というものである。この命題は、16 回限定のブリーフセラピーに関する 2 つの研究によって裏づけられた。一つ目は、ジョン・カーティスとシルバーシャッツの指導の下、ポリリー・フレッター Polly Fretter が行ったもので、命題 3 について彼女が研究したのと同じ 3 例の治療記録を用いたものであった。彼女は、治療者が患者に与えた親計画的解釈の割合が高いほど、患者の転帰が良好であることを、少数のサンプルから発見した。患者の転帰は、治療終了の 6 ヶ月後に、臨床面接と大規模包括的転帰指標（非事例特異的）によって測定された。転帰が最も良好であった患者は、89%の親計画的、2%の反計画的、それ以外は曖昧な解釈を受け取っていた。次に転帰の良かった患者は、80%の親計画的、20%の反計画的解釈を受け取っていた。最も転帰の悪かった患者が受けた解釈は、親計画的解釈が 50%、曖昧な解釈が 44%、反計画的解釈が 6%であった。同様の手法を用いてフレッターは、転移解釈が非転移的解釈よりも効果的というわけでないことを示した。つまり、高い割合で転移解釈を受けた患者は、そうでない患者よりも転帰が良かったということである。つづいてロクサーナ・ノーヴィル Roxana Norville が、フレッターが研究し

た3例を含む計7例のブリーフセラピー記録を用いて、同じ命題を検証した。彼女は、7事例のうち6事例において、最後の15セッションにおける治療者の解釈の計画適合性の平均値が、患者の転帰を大きく左右することを発見した。これらの研究は、解釈を判断する上で最も重要な基準が「計画適合性」であることを示唆するものであった。命題5は、「限られた回数のセッションしか受けられないとあらかじめ知っている患者は、無意識のうちにこの知識に従って治療を計画する。彼の目的は、限られたセッション数をできるだけ効率的に使うことである」というものである。この命題を検証する出発点となったのは、「患者は、治療者がテストに合格するのに必要な知識を治療者に提供するため、治療開始時に自身の病因的信念・目標・計画を明らかにする」という著者らの臨床的印象である。その後、患者は洞察力を失い、治療者をテストするために自分自身について虚偽の発言をするように見える。彼は、治療者が彼の計画を覚えていて、彼に欠けている洞察を補い、虚偽の発言に反論してくれることを期待する。著者らは、この臨床的印象を、患者があらかじめ回数制限があることを知っていた治療期間を通して、患者の洞察のレベルを追跡することによって検証した。4つの事例において著者らは、インテーク面接（独立した評価者によって行われた）、治療者との16回のセッション、治療後の面接（治療終了時に独立した評価者によって行われた）、終結から6ヵ月後に行われたフォローアップ面接（再び独立した評価者によって行われた）の記録を調査した。いずれの事例においても、患者の洞察レベルは同様のパターンに従って変化し、それは我々の臨床的印象と一致していた。いずれの患者も、インテーク面接または初期のセッションにおいて中程度以上の親計画的洞察を示した後、洞察力を失ったように見えた。治療を中断した1人を除く3人の患者は、最後のセッションでいくらかの親計画的洞察を示し、独立評価者によって行われた治療後のセッションでは、4人全員がかなりの洞察を示した。いずれの事例でも、インテーク面接から6ヵ月後のフォローアップ面接までの患者の洞察レベルをグラフにすると、下に凸の放物線に近似していた。この近似は統計的に有意であった。この結果についてワイスは、以下のように考察した。治療開始時点で患者は、治療者が彼を助けるのに必要な情報を治療者に伝えるよう、強く動機づけられていた。つづいて患者は、洞察力を失ったように見せることや、自分自身について虚偽の発言をすることによって、治療者が彼に欠けている洞察を補い、嘘の発言に反論してくれることを期待して、治療者と共に自身の病因的信念をテストした。治療者が病因的信念に反対し、目標に共感してくれることに気づいた患者は、治療者をより激しくテストするようになった。つまり、より洞察を失っているように見せることによってテストした。16回のセッションの中盤にさしかかると、患者は親計画的な洞察を完全に失ったように見えた。治療が終わりに近づくにつれて患者は、精力的にテストすることをやめ、再び高いレベルの親計画的洞察を示した。この研究ではまた、(1) 患者が受けた解釈の計画適合性、(2) フォローアップ面接で患者が示した洞察の程度、そして(3) 患者・独立した評価者・治療者によって評価された治療の転帰、および患者が記入した事例特異的でないアウトカム指標群によって示された転帰が密接に関連することが示された。このように、16セッションの心理療法で親計画的解釈を与えられた患者は、治療終了時に開始時よりもはるかに多くの洞察を示すというわけではないにもかかわらず、治療によって大いに救われたと考えられた。ここでワイスは、著者らの複数の知見

——「一連の親計画的な解釈を受けた患者が、各解釈の直後に、経験や洞察の向上を示す」という知見と、「時間あたりの洞察の総量が放物線の下降部では減少するという知見」——をどのように整合させることができるのか、という疑問に対して以下のように考察した。治療者をテストしている間、患者は不安で防衛的になっている。テストに合格した親計画的解釈の直後、患者はわずかに安心する。彼はまた、わずかながら測定可能な安堵感、わずかながら測定可能な洞察力の向上を示す。しかし、彼はこの安心感を短時間しか保てないのかもしれない。彼はこの安心感を維持するよりもむしろ、治療者に対するより大きな安心感を利用して、以前よりもさらに激しく治療者をテストするのである。患者のこのような行動は、財産を相続した人が、財産を保持することによって安心感を維持するのではなく、その資本を元手に、それまで以上に目標に向かって懸命に働く、という経済活動になぞらえることができる。この知見は、患者が治療の間中治療者をテストし、しかも計画に従ってそうする、という著者らの考え方を支持するものである。患者の無意識的な計画という考え方は、患者の洞察力のグラフが治療と評価面接の期間に適合した放物線を描くという知見を説明するものである。患者は治療者から最大限の援助を得るために、テストのレベルを無意識的にコントロールしていると考えられた。命題 6 は、「治療期間中、患者は浮き沈みを繰り返しながらも継続的に前進する」というものである。この命題は、前著の第 14 章で報告されたシンシア・シルクレットらの研究を含む複数の研究によって裏づけられた。これらの知見は、患者が長い時間をかけて、自身の病因的信念が誤りであることを自分自身に納得させるべく、ゆっくりと作業することを明らかにした。治療全体を通して、患者が自身の病因的信念を段階的に反証し、それによって分析家を信頼できるようになるとともに、無意識の精神生活をコントロールできるようになる、という考え方は、フロイトが転移神経症の「形成」と「解消」という観点から概念化した分析の段階を説明するものである。フロイトが「転移神経症の形成」として概念化した段階は、治療の最初の部分で、患者が治療者を信頼し、自身の病因的信念が誤りであることを自覚し始め、その結果、無意識的な精神生活をよりコントロールできるようになったときに生じる。そして患者は、(1) 治療者を以前よりも愛することと、(2) 自身の病因的信念が誤りであり、不適応的であるというさらなる証拠を求めて治療者に強力な転移テストを提供することにより、信念を以前よりも激しくかつ劇的にテストすることの両方を安全に行うことができると無意識的に決断すると考えられる。フロイトが「転移神経症の解消」として概念化した治療の段階は、患者が自身の病因的信念が誤りであり、不適応的であるという確信をさらに深めた結果として、またそれによって、無意識の精神生活に対するさらなるコントロールと、治療者に対するさらなる信頼を獲得した結果として生じる。この段階になると、患者は自身の病因的信念を激しくテストする必要はなくなり、精神生活をよりよくコントロールすることによって、治療者や他者との関係において適切に振る舞うことができるようになる。自身の病因的信念を激しくテストするのをやめると、患者は転移神経症を解消したように見える。

第 9 章「本理論とフロイトの 1911～1915 の理論、および彼の後期理論との関係」は、概ね前著の第 3 部第 21 章に対応している。同章でワイスは、制御—克服理論とフロイトの AFH と HMFH、フロイト以降の自我心理学との関係を明確化した。ワイスはまず、フロイトの後

期理論（HMFH）について広範なレビューを行い、前期理論（AFH）が一次的な衝動と防衛の結果として説明していた様々な現象を、HMFH がどのように再概念化するかを論じた。例えば「患者の恋愛転移」は、フロイトの前期理論では「満足を求める一次的衝動の表出」であるとみなされていたが、後期理論によれば、愛の対象を元気づけたいという願望によって動機づけられていると理解される可能性がある。例えば、治療者に対する誇大な責任感に苦しみ、自分は治療者を傷つけたに違いないと考える患者は、治療者を愛することによって彼を元気づけようとする可能性がある。この場合、患者が求めているのは、満足感ではなく罪悪感の解消である。それだけでなく、患者の言動は自動的にではなく、信念——すなわち治療者に対する自身の責任についての信念と、治療者を元気づける自身の愛の力についての信念——によって制御されているのである。この例では、患者の治療者に対する愛は、前期理論で概念化されたような、一次的な衝動の出現に反対し、快原理によって自動的に制御される防衛ではない。むしろそれは、罪悪感や心配に対して、患者が自分自身を安心させるためのものである<sup>(48)</sup>。多くの分析家が指摘しているように、自我心理学は技法に関する精神分析理論に大きな影響を及ぼしていない。これは、精神分析の技法論が、フロイトが自我心理学を発展させる前に開発され、したがって大部分 AFH の型に嵌められているためである。『技法に関する論文集（1911-1915）』におけるフロイトの力強く体系的な提唱は、現在に至るまで、技法に関する多くの精神分析的思考の基礎であり続けている。このため、現在の技法論のほとんどは、1911～1915 年の理論の基本的な特徴の多くを保持している。これに対し、HMFH に基づく技法的な考え方は、理論に何ら有機的な変更を加えることなく、既存の理論に追加されてきた。また、HMFH の技法的応用が体系的に説明されたこともなかった。現在のほとんどの精神分析の技法論とは対照的に、制御—克服理論は HMFH に基づいて一から構築されている。このように、精神分析の技法論は、自我心理学の影響に抵抗してきたが、にもかかわらず、自我心理学によっていくらかの変化をこうむった。したがって、現在の精神分析理論は、「患者の課題とは何か?」、「患者はどのように治療に取り組むのか?」、「分析家はどのようにして患者を助けるのか?」といった問いへの答えにおいて、1911～1915 年の理論とは異なっている。「患者の課題とは何か?」という問題について、自我心理学はフロイトの技法論に以下の観点を付け加えた。それは、患者が自身の目標を達成するためには、特定の病的な同一化を取り消さなければならない可能性があるという考え方、患者がより柔軟な超自我を発達させなければならない可能性があるという考え方、患者が信念（去勢についての信念）を変え、特定の幼少期のトラウマの影響を克服しなければならない可能性があるという考え方である。「患者はどのように治療に取り組むのか?」という問題について、自我心理学者やその他の精神分析家たちは、フロイトの技法論に以下の観点を付け加えた。それは、患者が分析家と同一化することによって利益を得る可能性があるという考え方、患者が「生存者の罪悪感」と「分離の罪悪感」の背景にある信念を変えなければならない可能性があるという考え方、患者が分析家との新たな経験から利益を得る可能性があるという考え方、患者が問題を克服するために無意識的に分析家と協働するという考え方である。「分析家はどのようにして患者を助けるのか?」という問題について、自我心理学者やその他の精神分析家たちは、フロイトの技法論に以下の観点を付け加えた。それは、治療者は患者が治療者と

いて安全だと感じられるように援助すべきであるという考え方、患者は治療同盟と観察自我を発達させる必要があり、治療者はこれを援助すべきであるという考え方、患者は分析家をテストすることによって作業する可能性があり、治療者は患者のテストを理解し、それらに合格すべきであるという考え方、治療者はすべての衝動に対して公平中立であるべきなのではなく、自我・超自我・エスから等しく離れた位置に身を置くべきであるという考え方である。

第10章「本理論と他の現在の理論との比較」においてワイスは、制御－克服理論と関連するいくつかの技法論を取り上げ、制御－克服理論との類似点と相違点とを明確化した。「問題を克服したい」という患者の願望に重点を置く制御－克服理論は、患者が特定の発達上の課題を完了するよう治療において動機づけられると見なす点で、1960年のハンス・ローヴァルド Hans Loewald の見解 (Loewald 1960) と関連している。制御－克服理論はまた、患者が最初の対象である両親や同胞との関係において問題を発展させ、別の対象である治療者との関係において問題を解決する可能性があるから見なす点で、対象関係論でもある。制御－克服理論は、やはり対象関係論であるコフートの自己心理学とも関連している。どちらの理論も、患者が抱える問題は両親との早期の体験に起因しており、治療者との新しい経験から患者が恩恵を受けることを強調する。どちらの理論も、治療者が中立的で非個人的であるべきだという考え方には与しない。それだけでなく、一部の場合には、自己心理学が規定する技法的勧告と、制御－克服理論が規定する技法的勧告が一致する場合もある。このとき自己心理学の観点で、患者が必要とする共感的な言動は、制御－克服理論の観点では、患者のテストに合格する言動であると考えられる。しかし、制御－克服理論の観点からすると、自己心理学は、生存者の罪悪感、分離の罪悪感、他者に対する誇大な責任感から生じる罪悪感など、様々な形の罪悪感が精神病理の発症にとって重要であることを過小評価している。このため自己心理学者は、一次的に自己愛的な傷に苦しみ、そのために自己心理学が規定する養育的関わりを必要とする患者と、自分に養育的関わりをすることで満足しているように思われる治療者を拒絶しないよう、あたかもそれを必要としているかのように振舞う患者とを明確に区別できないことがある。また、制御－克服理論が精神病理を病因的信念の観点から捉えるのに対し、自己心理学は欠損（親を理想化する経験の不足や、親による共感的な関わり不足）の観点から捉える。このため、前者は信念に従う必要がないことを患者が学べば、比較的短時間で病状が改善する可能性がある想定しているのに対し、後者は欠損を補うため、患者が治療者との長期にわたる良好な経験を必要とする想定する（第3章の記述より）。自己心理学者はまた、患者に共感しすぎることによって、ちょうど親に虐待されたときのように治療者を虐待する患者の「能動反転テスト」に合格できない可能性がある（第3章の記述より）。制御－克服理論はまた、アーロン・ベック Aaron Beck (1921-2021) の認知心理学とも関連している。どちらの理論も、患者が不適応的な信念に苦しんでいることを前提としており、心理療法とは、患者が治療者によってこれらの信念を変えることを援助される過程であるから見なしている。しかし、認知療法とは対照的に、制御－克服理論では、治療者が解釈や話し合いや質問を用いずに、患者が病因的信念を変える手助けをする場合があると想定している。治療者は、単に患者のテストに合格することによって患者を助けることがある、ということ

である。制御－克服理論は、修正情動体験の利点に関して、フランツ・アレクサンダーの理論に同意する。どちらの理論も事例特異的なアプローチを主張し、患者が治療者との関係によって助けられるという点で一致している。しかし、制御－克服理論では、患者が病因的信念に苦しんでおり、それゆえ、彼はその信念と矛盾する経験から利益を得ることができると見なす点に違いがある。制御－克服理論はまた、自分が正しい道を歩んでいるかどうかを判定する手段を治療者に提供する点でも異なっている。制御－克服理論は、スターンや他の研究者らの乳幼児研究によっても支持されている。現在のほとんどの精神分析理論とは異なり、制御－克服理論では、患者の中心的で組織的な動機は、対人世界に適応することであると見なす。適応を強調する点で、本理論はジョン・ボウルビーJohn Bowlby (1907-1990) の「愛着理論 (attachment theory)」(Bowlby 1969=1976) と一致する。フロイトの1911～1915年の理論は、適応への願望をほとんど認めていなかったが、後年フロイトはこれを修正した。フロイト以降に適応への願望について言及したハインツ・ハルトマン Heinz Hartmann (1894-1970) をはじめとする分析家たちも、適応への願望が患者の中心的で組織的な動機であるとは考えなかった。適応への願望の重要性は、理論的に認められているにもかかわらず、多くの臨床家の考え方にほとんど影響を及ぼしていない。彼らは、患者が自身の対人世界に適応したいという願望ではなく、主として性的・攻撃的衝動によって動機づけられていると認識し続けている。制御－克服理論の特徴は、治療者が治療の間中、患者に関するその時点での知識から可能な限りの、患者と患者の問題について包括的イメージを描くことを推奨する点である。これには、患者の無意識の計画の定式化が含まれる。良い計画定式化は非常に重要である。というのも、治療者が患者と作業する際、最適な指針を提供するのに十分な幅広い技法的ルールは、「患者の病因的信念と目標を推論し、患者がその信念を反証し、その目標を追求するのを助ける」ということしかないからである。治療者は、この包括的なイメージを提供することによって、患者が病因的信念や症状を発展させたのは決して不可解な過程ではなく、自身の現実に適応するための努力であったことを、患者自身が理解できるよう助ける必要がある。

## 2.4 第2章の結論

二冊の著書においてワイスは、制御－克服理論を用いた心理療法についての豊富で一貫した情報を読者に提供した。さらにワイスは、臨床場面以外における人間の行動についても、制御－克服理論を用いてそれらを理解するために役立つ多くの情報を提供した。ワイスらは、通常の臨床研究の域を超えた厳密な科学的手法を通じて、同理論の有効性を実証した。

### 第3章 精神分析の臨床場面以外における事例

精神分析理論は「分析患者ではない人たちの重要な行動を説明できるのでなければ説得力がない」(Weiss 1986a: 3)とワイスは考えていた。このため彼は、*The Psychoanalytic Process*の第1部と*How Psychotherapy Works*の第2章において、自説を裏づける多数の臨床外事例を挙げた。本章で紹介するのは、以下の五つの事例である。これらの事例において観察の対象となった経験には、「ハッピーエンドで泣けること」のような日常的な経験から、戦争やホロコーストのような極限状況における経験までもが含まれている。さらに、観察の対象となった人たちの年齢もまた、乳児・子ども・成人と幅広いものであった。

1. 日常的に観察される現象としての「ハッピーエンドで泣けること」とそれに関連するN医師の事例
2. ウィリアム・ニーダーランド William Niederland (1904-1993)によるホロコースト生存者の研究
3. デイビッド・ベレス David Beres (1903-2003)による児童養護施設に収容された子どもたちの研究
4. ポール・バルソン Paul Balson (1940-2018)による戦争捕虜として収容される前・中・後の兵士の夢に関する研究
5. ダニエル・スターン Daniel Stern (1934-2012)の乳幼児研究

「ハッピーエンドで泣けること」とは、恋愛映画を見ている観客が、映画の途中の恋人たちが仲違いし、離ればなれになるシーンでは泣かないのに、二人が困難を解決し、仲直りするラストシーン——つまり、もはや何も悲しむべきことがなくなったタイミング——で、幸せを感じながら涙を流す、という逆説的な現象のことである (Weiss 1986a: 8-10)。

N医師の事例とは、幼い息子を亡くした後、息子のことを思い出せなくなっていたワイスの知人である女性医師が、数年後に出産した際に息子の記憶を取り戻した、という事例である (Weiss 1986a: 10-1)。

ホロコースト生存者の研究とは、ホロコーストによって親や同胞を亡くした人たちの「生存者の罪悪感」についての研究である (Weiss 1986a: 75-6)。

児童養護施設に収容された子どもたちの研究とは、親から引き離された子ども達が、親との別離を、自分が犯した罪に対する「罰」として受け止めていたことについての研究である (Weiss 1986a: 73-5)。

戦争捕虜の夢に関する研究とは、兵士たちが、捕虜になる前は「警告夢」、捕虜として虐待を受けていた期間には「至福の夢」、解放後には「外傷的な夢」を見たことについての研究である (Weiss 1986a: 122-9)。

スターンの乳幼児研究とは、精神分析家であり、発達心理学者でもあるスターンが、最新の実験的観察の成果に基づいて構築した、乳幼児の主観的経験の発達についての理論である (Stern 1985=1989, 1991)。スターンによれば、乳児(生後18~24ヶ月以前)は優れた現実検

討者であり、空想によって現実を歪曲することはない (Stern 1985: 11, 255=1989: 理論編 13, 1991: 臨床編 85; Weiss 1993: 27-8)。

1. ~4. のそれぞれについてワイスは、観察結果が AFH と HMFH のどちらによってよりよく説明されるか、また 5. については、スターンの理論が AFH と HMFH のどちらによりよく当てはまるかを検討し、後者に軍配を上げた。

### 3.1 ハッピーエンドで泣けること、N 医師の事例

「ハッピーエンドで泣けること」が意味しているのは、映画の大団円における観客の「嬉し泣き」であると考えられる<sup>(49)</sup>。映画の観客がハッピーエンドで泣き、その際、幸福感と共に不快ではないごくわずかな悲しみを感じるという現象は、日常的に観察されるものである (Weiss 1986a: 9)。ワイスは、以下の二つの論証によって、この現象が AFH ではうまく説明できないと結論づけた。

まず一つ目の論証は、「悲しみ」は基本的に不快な感情であるため、AFH が想定する「満足を求める衝動」としては理解できない、というものである (Weiss 1986a: 10)。よって、ハッピーエンドにおける観客の悲しみを、AFH は説明することができない。

二つ目の論証は、AFH が有利になるよう最大限に理論を調整しても、やはり AFH ではこの現象が説明できないことを示すためのものであると考えられる。この論証は、フロイトの「快原理の彼岸 (1920)」における AFH の修正の一部——人間はトラウマのような不快な経験を反復する動機をもつ (Freud 1940a=2006) ——を踏まえ、「悲しみ」を反復強迫<sup>(50)</sup>としての衝動であると捉えた上で展開される<sup>(51)</sup>。さて、「悲しみ」が衝動であるとする、観客がハッピーエンドで泣くという現象は、「悲しみ」の衝動がそれに反対する防衛を突破して表出されるという事態として理解することができる。そして、AFH が採用する力学的な前提に立てば、衝動が表出されるためには、衝動が強められるか、防衛が弱められるかする必要があるということになる (Weiss 1986a: 9)。しかし、映画の途中の、恋人たちが困難に直面していたシーンよりも、ハッピーエンドにおいて、観客の「悲しみ」の衝動が強まるとする合理的な理由は見当たらない。また同様に、状況判断とは無関係に自動的に調節されるはずの観客の防衛が、なぜハッピーエンドにおいて弱められるのかも理解不能である。このため、AFH はやはりこの現象を説明することができない。

対照的に、「状況の危険性についての無意識的な判断に基づいて、人は抑圧をコントロールすることができる」 (Weiss 1986a: 8) という HMFH の考え方に基づけば、この現象を容易に説明することができる。まず、映画に登場する恋人たちのうちの一人に同一化しながら映画を見ていた観客は、恋人たちが仲違いするシーンで、「悲しみ」によって自分自身が脅かされる危険を無意識的に感じ、それに対する防衛を強めたと考えられる。しかし、映画がハッピーエンドに至ると、観客は主人公のためだけでなく、自分自身のためにも幸せを感じ、もはや「悲しみ」によって自身が脅かされる心配はない——つまり、もう悲しんでも大丈夫だ——と判断する。このため観客は、「悲しみ」に対する防衛を解除し、それを表出した。この表出の際、観客はそれを封印しておくために継続していた努力から解放されたと考えられる (Weiss 1986a: 9)。

さて、上記の論証は HMFH の説明力を支持するものであったが、この事例の観客は「悲しみ」を深く抑圧していたわけではないと考えられるため、「状況の危険性についての無意識的な判断に基づいて、人は抑圧をコントロールすることができる」という HMFH の考え方の証拠として、これだけでは不十分であるとワイスは考えた。そのため彼は、同僚の N 医師の以下のような経験を取り上げた。この事例は、「前もって深く抑圧していた悲しい記憶をハッピーエンドにおいて激しく前面に持ち出す」(Weiss 1986a: 10) という意味で、「ハッピーエンドで泣けること」と関連している。

内科医で同僚である N 医師は、彼女の二度目の結婚での息子の誕生に激しく心を動かされた。出産後、彼が彼女の部屋に連れてこられたとき、彼女は激しく泣いただけでなく、9 年前に 2 歳で亡くなった最初の結婚でのもう一人の息子の記憶を取り戻した。これ以前、N 医師はずっと、亡くなった男の子のことをほとんど思い出すことができなかった。実際、かつて彼女は、彼女の母親の家族アルバムの中に写っている自分の息子を認識できなかったことで、母親を驚かせたことがあった。それなのに、この二人目の男の子の誕生の後、彼女は死んだ男の子のことを鮮明に覚えていただけでなく、彼女が彼といるときにどんなに幸せだったか、また彼の死によって彼女がどれほど落胆していたかを覚えていたのである。それだけでなく彼女は、これらの記憶に圧倒されることなくそれらを表出した。(Weiss 1986a: 10)

ワイスの記述から、N 医師の「亡くなった息子の記憶」が深く封印されていたことは明らかである。彼女は、「喪失の感覚と向き合うことを避けるため、悲しみだけでなく、ほとんどすべての息子の記憶を抑圧した」(Weiss 1986a: 10)。しかし、二人目の息子の誕生によって、強い幸福感を感じた N 医師は、最初の息子を喪失した悲しみと向き合っても大丈夫だ、と無意識的に判断し、防衛を解除したと考えられる (Weiss 1986a: 11)。つまり、N 医師の記憶の回復は、最初の事例同様、AFH によっては説明されないが、HMFH を用いれば容易に説明することができるということである。

なおワイスは、一人目の息子を亡くした際に、N 医師が「自分は母親としてふさしくない」という病因的信念を獲得していた可能性、そして、二人目の息子の誕生によってその信念が反証された可能性を示唆した (Weiss 1986a: 11)。この場合、N 医師の二度目の妊娠と出産は、彼女にとって、病因的信念のテストとして機能したということになる。

さらにワイスは、主人公に同一化しながら映画を見ている観客が、映画の中の主人公の状況に応じて、自身についての危険と安全の判断を行うと明示した。この現象は、病因的信念が予告する危険に対して「治療者が耐えられるかどうか」に応じて、患者が自身についての危険と安全の判断を行う「能動反転テスト」に類似している。

### 3.2 ホロコースト生存者についてのニーダーランドの研究

まず、ホロコースト生存者の罪悪感、AFH が想定する「満足を求める衝動」としては理解することができない。よって、AFH によってこの現象を説明するには、ネガティブな感情

一般について前期フロイトがそうしたように、それを「防衛」として理解する必要がある。

「悩み（心配）」についてのフロイトの考え方を、ワイスは「無意識的な願望は意識的には恐怖である」（Weiss 1986a: 45）という公式に要約した。この公式によれば、親が死ぬ前に親に対して子どもが敵意を抱き、親を追い出したいと願っていた場合、子どもは親の死によってトラウマを受けることになる（Weiss 1986a: 75）。それは子どもが、「自身の願望によって親の死が魔術的に引き起こされたと自動的に（考えもせずに）思い込んでしまうからである」（Weiss 1986a: 75）。

筆者の補足によれば、フロイトはこの公式を「夢解釈（1900）」の中で提示しただけでなく、「ある5歳男児の恐怖症の分析（ハンス）（1909）」と「ある幼児期神経症の病歴より（1918）」という二つの臨床事例の分析においても使用している（Freud 1942a: 588=2011: 5巻382, 1941c: 370=2008: 166, 1947: 73=1983: 384）。

この公式をホロコースト生存者の罪悪感に当てはめると、彼らはあらかじめ親や同胞に対して無意識的な敵意（殺意）を抱いており、ナチスによる彼らの殺害を自らの願望の魔術的な実現として経験したため、罪悪感を抱いたことになる。しかしネーダーランドによれば、集団としては普通程度の敵意をもっていただけと想定される生存者全員が、愛する人の死によって深刻なトラウマを負った（Niederland 1981: 420-1; Weiss 1986a: 76）。つまり、彼らが抱いていた家族への敵意の強さが、彼らの罪悪感の強さを説明しているとは考えられなかった（Weiss 1986a: 75）。このため、「生存者が事前の敵意に対する自動的な防衛の結果として、罪悪感を抱いた」というAFHの説明は却下される。反対に彼らは、生き残ることによって愛する人を裏切った、という家族の死に対する事後的な無意識的信念によって、罪悪感を抱いたと考えられた（Niederland 1981: 421; Weiss 1986a: 76）。この観察は、「人がトラウマ的な経験からの推論によって病因的信念を獲得する」という制御－克服理論の考え方を支持するものであった。

### 3.3 児童養護施設に収容された子どもたちについてのベレスの研究

ワイスによれば、ベレスは「ユダヤ系の子ども預かり所の顧問として、親元を離れて暮らすことが子どもに与える影響について、多くのデータを蓄積した」（Weiss 1986a: 74）。彼は、論文「超自我機能のある側面」において、親から引き離された子どもたちが例外なく、自分が何か悪いことをしたことに対する「罰」として親が自分を置いていったと思ひ込むことを観察した（Beres 1958: 348; Weiss 1986a: 74）。さらに、子どもたちは、「別離の経験を親の側の敵意の表現として解釈」（Beres 1958: 348; Weiss 1986a: 74）【強調はワイス】していた。

この観察は、「子どもが自分の身に起こることを自分自身の責任だと思ひ込む」という制御－克服理論の考え方を裏づけるものである。また、子どもたちによる「現実の経験の解釈」というベレスの考え方は、「子どもがトラウマ的な経験からの推論によって信念を獲得する」という制御－克服理論の考え方を支持している。

ベレスが観察した現象がAFHでは説明できない理由について、ワイスは改めて論じていないが、AFHによる説明は、前節の生存者の罪悪感の場合と同様の論法で棄却することができると考えられる。

### 3.4 捕虜となった兵士の夢についてのバルソンの研究

バルソンの研究は、制御－克服理論の「無意識的計画」という概念を裏づけるものである<sup>(52)</sup>。

ワイスによれば、この研究は、バルソンがレターマン陸軍病院の精神医学研究部長であったときに行われたものである。バルソンは、インタビューを通じて5人の元戦争捕虜（退役軍人）の夢を調査した。これらの夢は、戦後かなり時間が経ってから調査されたことになるが、それらの夢は軍人たちに強い印象を残すものであったため、軍人たちは夢の記憶が正確であると確信していた。また、全員が同じような典型的な夢を見ていたため、全員が同じように夢の記憶を歪めた可能性は極めて低いと考えられた（Weiss 1986a: 122）。

捕虜になる前、捕獲の危険にさらされていた兵士たちは、「自分が捕らえられている」という恐ろしい夢を見る傾向があった。これは、「注意しないと捕まるぞ！」と夢見手に警告する警告夢であると考えられた。この夢は、深く眠らないようにすることで、危険に対して準備する、という兵士たちの無意識的計画を反映していると考えられた（Weiss 1986a: 123-4）。

他方、この夢を、幼児的願望の充足として説明することはできないと考えられた。というのも、兵士たちは捕虜になることを大変恐れていたからである。また、この夢を、捕まって罰を受けることへの願望の充足として解釈することは可能かもしれないが、兵士がそのような願望を抱くことは普通ではないため、この説明には信憑性がない（Weiss 1986a: 124）。

捕虜になった直後、兵士たちは捕まったときの状況を再体験する外傷的な夢を見る傾向があったが、長い抑留期間において、兵士たちは「満足の夢」、「力の夢」、または「穏やかでいる夢」といった至福の夢を見る傾向があった（Weiss 1986a: 124）。このような夢は、それ単独であれば、幼児的な願望充足の夢として理解することも可能である。しかし AFH は、至福の夢を見た兵士たちが、同様の夢を捕虜になる前にも後にも見なかったことについて、信憑性のある説明を提供することができなかった（Weiss 1986a: 124-5）。

これに対し、至福の夢を兵士たちの無意識的計画の反映として捉えれば、至福の夢がこの時期にのみ見られた理由も説明可能であった。彼らは、彼らが置かれているひどい状況が彼ら自身の努力によって改善される見込みがないこと、状況がそれ以上悪化する余地がないことを理解し、それゆえ現実に背を向けることを自分自身に許可した、と考えられた。彼らは、夢によって心を慰め、未来への希望を温存し、深く眠ることで体力を回復させ、生き延びることができる確率を高めようとしていたのである（Weiss 1986a: 125）。

釈放され、危険から解放された兵士たちは、収容所生活を反復する外傷的な夢を見る傾向があった。このような夢は、もちろん願望充足としては理解できない。これらの夢は、トラウマを克服するために必要な安全な環境にいることを兵士たちが理解し、その上で、克服のための作業を開始すべく、抑圧を解除するという兵士たちの無意識的計画を反映したものであると考えられた（Weiss 1986a: 125-7）。

このように、戦争捕虜となった兵士たちの夢の典型的な推移は、「無意識的計画」という制御－克服理論の概念を強く裏づけるものであった。「無意識的計画」は、HMFH の「自我によ

る高次精神機能の無意識的な使用」という前提に基づく概念である。また、兵士たちの計画はどれも適応的な目的——すなわち「危険に備える」、「慰めと回復」、「トラウマの克服」という目的——のためのものであると考えられた。他方 AFH は、兵士たちの夢の推移をうまく説明することができなかった。

### 3.5 スターンの乳幼児研究

スターンの研究についてのワイスの記述は断片的であり、予備知識をもたない読者にとっては理解しにくいと考えられた。このため筆者は、研究の背景等も含めてスターンの研究の概要を紹介した上で、ワイスの議論を要約することとした。

著書 *Interpersonal World of the Infant* においてスターンは、「精神分析の教義の多くは、乳児期を過ぎ、幼児期が始まってからの発達、つまり言葉が話せるようになってからの発達を非常によく描写している」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13) が、それらは「乳児期には適用できない」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13) と述べた。乳児期とは、概ね生後 18~24 ヶ月以前を指す (Stern 1985: 11=1989: 理論編 13)。

「精神分析の教義」を代表するのは、「夢解釈 (1900)」におけるフロイトの、乳児が幻覚的な空想によって願望を満たす (Freud 1942a: 570-3=2011: 5 巻 361-3) という考え方である。

「幻覚的な空想による願望充足」とは、乳児が空腹を感じた際に、母親の乳房の幻覚や母乳を飲んでいるという幻覚によって快楽を得る、ということである。つまりフロイトは、乳児期を、人間が最も快原理に支配されている時期であると見なしていた。

また、精神分析家であり、発達心理学者でもあるマーガレット・マラー Margaret Mahler (1897-1985) らは、フロイトの「快原理の彼岸 (1920)」における「刺激保護」(Freud 1940a: 27=2006: 79) という考え方に基づいて、「正常な自閉段階」(Mahler et al. 1975: 41=2001: 50) という考え方を導入した (Stern 1985: 44=1989: 理論編 52-3)。マラーらによれば、生後間もない時期は、「外部刺激に対する新生児の生得的な無反応性が非常に明白」(Mahler et al. 1975: 41=2001: 50) である。

これらの精神分析の教義をスターンが否定することができたのは、1970 年前後の時期、乳児を観察する方法に一種の革命が起きたためである (Stern 1985: 38=1989: 理論編 46)。詳細は割愛するが、「実験的観察」(Stern 1985: 14=1989: 理論編 16) によって研究者は、乳児の経験について以前よりもはるかに多くのことを知ることができるようになったのである。

乳児は、生後 2 ヶ月頃から大人と視線を合わせたり、笑顔に反応して笑ったりするようになる (Stern 1985: 37=1989: 理論編 45)。スターンによれば、研究方法に革命が起きる以前、「誕生から生後 2 ヶ月まで、乳児は、何か前社会的で、前認知的な、未だオーガナイズされないままの人生を生きている」(Stern 1985: 37=1989: 理論編 45) と考えられてきた。しかし、実験的観察は、このような考え方が間違っていたことを示した。

例えば、乳児は生後 3 日にして母親の母乳を (他の女性の母乳から) 臭いで識別し (Stern 1985: 39=1989: 理論編 47)、「同じ高さや大きさの他の音に比べ、とりわけ人の声に興味を示し」(Stern 1985: 40=1989: 理論編 48)、社交上の理由から人の顔を見るのを好むと考えられた (Stern 1985: 40=1989: 理論編 48)。またそれだけでなく、「出生以来ずっと、乳児には、

世界で起きていることに関して仮説を立てたり試したりする本質的な傾向がみられる」(Stern 1985: 42=1989: 理論編 50) ことや、今自分が遭遇したことは、前に自分が遭遇したものとどう違っているのか、といった評価を休みなく続けていること (Stern 1985: 42=1989: 理論編 50) も明らかになった。

スターンによれば、この発達早期に関して精神分析は、「まず例外なく、生理的制御のみに焦点をあててきた」(Stern 1985: 43=1989: 理論編 52)。しかしそれらの理論は、「こうした制御が実際には大部分、社会的行動の相互交流を通して行われるという事実を見逃していた」(Stern 1985: 43=1989: 理論編 52)。

スターンは、乳幼児に関する上記のような知見を総合し、新生自己感・中核自己感・主観的自己感・言語自己感という四つの「自己感 (sense of self)」の段階的成立として子どもの主観的経験の発達を理論化した (Stern 1985: 11=1989: 理論編 12-3)。なお、これらは「次のものが前のものにとって代わるわけではなく、ひとたび形成されたらそれぞれの自己感は一生涯フルに機能し続け、活発であり続ける」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13)。

フロイトの仮説に話を戻すと、スターンによれば、そもそも「現実に反した願望」(Stern 1985: 182=1989: 理論編 211) をもつ能力——すなわち「願望充足のための空想」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13) をもつ能力——は、言語能力の発達 (言語自己感) によって後から (15～18 ヶ月以降) 獲得されるのであり、生下時から備わっているわけではない。スターンは、快原理のみによって調節される一次過程が、現実原理を踏まえた二次過程に先行するというフロイトのテーゼを否定し、「発達上、現実体験は空想による歪曲に先行する」(Stern 1985: 255=1991: 臨床編 85) とした。

乳児が「空想」ではなく「現実に起こる出来事」(Stern 1985: 11=1989: 理論編 13) に関心を向けるとするスターンの研究は、AFH とは矛盾するが、HMFH とは矛盾しない。既に見たように、スターン自身は、ワイスとは異なり、言語の獲得以降の幼児の発達についてはフロイトの考え方を否定しなかった。しかし、乳児期についてのスターンの研究は、間違いなく、「人は乳幼児期から自身の現実を理解し、それに適応するために生涯を通じて努力する」(Weiss 1993: 25) というワイスのテーゼを強く支持するものであり、AFH とは相容れないものであった。

### 3.6 第3章の結論

計五つの臨床外事例においてワイスは、観察された事象が AFH よりも HMFH によってよりよく説明されることを示した。取り上げられた事例は、対象となった人の年齢の点においても、経験の種類点においても幅広いものであった。事例が裏づけた HMFH の理論要素もまた、「抑圧の無意識的コントロール」・「トラウマ的経験からの無意識的推論による病因的信念の獲得」・「無意識の計画」・「対人世界への適応という動機づけ」と多岐にわたっていた。このため、制御—克服理論は確かに、臨床場面以外においても、人間の重要な行動を説明することができる幅広い精神分析理論であると考えられた。ワイスはまた、N 医師にとっての妊娠・出産のような、「治療者」とはかけ離れた何かに対して、人が病因的信念のテストを行う可能性があることを示唆した。さらにワイスは、映画を見ている観客が、映画の中の主人公の

状況に応じて、自身についての危険と安全の判断を行うと明示した。なおこの現象は、病因的信念が予告する危険に対して「治療者が耐えられるかどうか」に応じて、患者が自身についての危険と安全の判断を行う「能動反転テスト」に類似している。

## 第4章 制御—克服理論の特徴——フロイト、ラカンとの違い

第1章では、制御—克服理論の開発過程に沿って、ワイスの理論とフロイトの理論の関係を整理した。本章では、完成した総体としての制御—克服理論とフロイトやラカンの精神分析理論の違いを整理する。

本章で論じる制御—克服理論の特徴とは以下のようなものである。

1. 治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論
2. シンプルな理論
3. 現実への適応を人間の中心的な動機とする理論
4. 科学的な検証に対して開かれた理論
5. 性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論

このうち1.～4.は、既に *The Psychoanalytic Process* と *How Psychotherapy Works* において、ワイスやサンプソンが指摘している特徴である。しかし、彼らはラカンとの比較を行っていないため、本章では主にその点からの考察を補う。また5.は、*The Psychoanalytic Process* の実証研究記録に基づいて、筆者が新たに付け加えた論点である。

### 4.1 治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論

ワイスは、自説についてフロイトやラカンのような学派的主張を行わなかった(Weiss 1998: 452)。「学派的主張」とは、高森によれば、ある治療的接近に特権的重要性を付与する議論である(高森 2010: 28)。フロイトやラカンは、明らかに精神分析の(もしくは特定の精神分析理論の)特権性を主張していたと筆者は考えている。

例えば、論文「治療の開始のために(1913)」においてフロイトは、「治療が精神分析の名に値するのは、転移が自らの強さを抵抗の克服のために使用する場合にかぎられる」(Freud 1943d: 478=2010: 268)と述べ、そのような転移の取り扱い方に特権的重要性を付与した。同様に、『精神分析の四基本概念』のセミナーにおいてラカンは、分析家が患者にとって「知を想定された主体」として現れることを特権的に重視した(Lacan 1973: 228=2020: 下 293-4)。

対照的に、ワイスが強調するのは、「実に様々な治療的アプローチが成功を収める」(Weiss 1998: 452; 高森 2010: 29)こと、特定の患者の最適な支援のためには、どんな既存の治療的枠組みも不十分であること(Weiss 1993: 21)、「治療者のアプローチは事例特異的でなければならない」(Weiss 1993: 16)ことである。ワイスのこのような姿勢は、高森が指摘するように、制御—克服理論が心理療法の学派ではなく、様々な心理療法に共通する原理についての理論である、という事情から説明されるだろう(高森 2007: 63, 2010: 29)。

ワイスらは *The Psychoanalytic Process* の第2部において、制御—克服理論とは無関係な(AFHに近い立場の)分析家の分析記録を用いて同理論の有効性を実証することによって、同理論が同理論以外の心理療法にも妥当する原理であるという彼らの考え方を、部分的に裏づけたと言えるだろう。

制御—克服理論は、治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論である。このような二項対立には、「経験」対「洞察」、「対話的」対「解釈的」、「関係的」対「分析的」、「支持的」対「アンカバリング」<sup>(53)</sup>等がある。これらの対立に対して制御—克服理論は、前者が病因的信念の反証に役立つ場合もあれば、後者が役立つ場合もある、ある場合にどちらが役立つかは、患者の病因的信念による、という形で対立を無効化する(Weiss 1986b: 329-30; Sampson 1993: viii)。対照的に「学派的主張」は、学派が特権的に「良し」とするものとしてそうでないものとの対立を作り出すという意味で、二項対立的な議論である。

上記の二項対立の例は、ワイスと Sampson が挙げたものであるが、筆者はこれらに加えて、「性的病因論」対「それ以外の病因論」という対立を取り上げたい。フロイトやラカンは、精神病理の原因として、性に関する要因を特権的に重視していたと考えられる。

例えば、『ヒステリー研究』に収録された論文「ヒステリーの精神療法について(1895)」でフロイトは、「私は、神経症の病因は【……】性的要因に求めうるという認識を否応なくもたざるをなくなった」(Freud 1991: 273=2004: 124-5)【強調は原文】と述べている。これを受けてラカンは、『精神分析の四基本概念』のセミナーにおいて、「無意識の現実、それは——支持することの困難な真理ではありますが——性的現実です」(Lacan 1973: 138=2020: 下67)と述べている。彼らのこのような考え方は、精神分析の「性的病因論」として知られている。

ワイスが、フロイトやラカンほど「性的病因論」を重視しなかったことは、彼が「生存者の罪悪感」と「分離の罪悪感」を、「エディパルな罪悪感」と同等に重視したことから明らかである。制御—克服理論は、「性的病因論が有用な場合もあれば、それ以外の病因論が有用な場合もある。ある場合にどちらが有用であるかは、患者の病因的信念による」という形でこの対立を無効化すると考えられる。

## 4.2 シンプルな理論

Sampson は、ワイスの理論が「優れた理論に望まれるシンプルさを備えている」(Sampson 1993: vi)として賞賛した。

ワイスの理論は、ごく少数の概念(専門用語)によって広範な事象を説明することができる理論であるという点で優れている。制御—克服理論を記述するために必要な概念の数は、フロイトやラカンの精神分析理論を記述するために必要な概念の数よりも、顕著に少ない。また、ワイスの理論における主要な概念(抑圧、病因的信念、信念の反証、自我の無意識的な計画、患者のテスト等)は、その有効性が厳密な定量的研究によって実証されている(Weiss et al. 1986a: 141-320; Weiss 1993: 167-89)。

一例として、フロイトとラカンの理論に必要であり、ワイスの理論にとって不要な概念として「超自我([英]superego/[独]Überich/[仏]surmoi)」がある。そもそも「超自我」は、夢の機能を願望充足であると AFH に基づいて定式化していたフロイトが、「罰の夢」などの AFH によっては説明困難な現象を説明するために、やむを得ず導入したものである(Freud 1940b: 254-6=2011: 22-3; Weiss 1986a: 29, 119)。AFH を排除し、病因的信念によって罪悪感を説明する制御—克服理論にとって、「超自我」は必須ではない<sup>(54)</sup>。

同様に、フロイトとラカンの理論に必要であり、ワイスの理論にとって不要な概念として「エス／イド（[英]id/ [独] Es/ [仏] ça）」がある。エディパルな動機を「未熟な自我による適応的な計画」（Weiss 1986a: 91）として説明するワイスの理論にとって、「エス」は必須ではない<sup>(55)</sup>。ワイスのこのような姿勢は、「発達上、現実原理が快原理に先行する」としたダニエル・スターンの乳幼児研究を含む複数の乳幼児研究によっても支持されている（Weiss 1993: 27; 本稿第3章3.5も参照）。

また、「エス」と深く関連する用語として「欲動（[英]drive/ [独] Trieb/ [仏] pulsion）」があるが、ワイスは他の分析家の仕事に言及する場合を除いて、これを一切使用しなかった。

ワイスはまた、「転移テスト」と「能動反転テスト」を区別する上で、他の分析家が「逆転移」と呼んでいるもの——ワイス自身はこれを「患者に対する治療者の情動反応」（Weiss 1993: 71）と呼んだ——を重視したが、「逆転移（[英]counter-transference/[独]Gegenübertragung/[仏] contre-transfert）」という用語は一度も使用しなかった。これは、フロイトやラカンが「逆転移」自体、あるいは「逆転移」という考え方を批判するためにこの用語を用いたこととは対照的である（Freud 1943f: 108=2009: 195-6; Lacan 2001: 219-36=2015: 上 277-300）。

さらに、ラカンの理論にとって極めて重要であり、ワイスの理論にとってそれほど重要でない概念として「空想／幻想（[英]fantasy/ [独] Phantasie/ [仏] fantasme）」がある。まず、フロイトは「空想／ファンタジー（Phantasie）」を、患者にとっての現実を表すものとしてではなく、現実と対立する、快原理のみによって規定された、現実検討を免れた領域として定義していた（Freud 1943e: 234=2009: 263; Weiss 1986a: 7）。したがってフロイトの「空想」はAFHに属する概念である。さらにワイスによれば、フロイトは「男性の「[罰としての]去勢の存在を信じる信念」や「去勢の危険性に対する確信」については何度も書いたが、去勢の空想については、ほんの数回しか触れなかった」（Weiss 1986b: 324）。

それだけではなく、「病因的信念」の方が「空想」よりも根源的であるとワイスは考えていた。例えば、「自分は強大な力をもっている」という願望的な空想は、「自分は無力である」という現実についての恐ろしい病因的信念を背景として、その信念からの防衛戦略として採用されると考えられる。同様に、「女性にペニスがある」とのフェティシストの空想は、「女性もペニスをもっていたが、去勢によってそれを失った」という、フェティシストにとって「去勢の脅威」を意味する恐ろしい病因的信念を背景として、これに対する防衛戦略として採用されると考えられる。つまり、願望的な空想は、恐ろしい現実を直視するよりも、空想によって現実逃避をする方が適応的であるという、自我の無意識的な判断に基づいて採用されるのであり、空想は病因的信念の結果なのである（Weiss 1993: 32-3）。また、空想が現実検討の対象とならない理由は、それが現実に反していることを自我が既に意識的・無意識的に知っているためだと考えられる。このためワイスは「空想／ファンタジー（fantasy）」を——少なくとも病因としては——重視しなかった。

ワイスによれば、本稿第3章3.4で紹介した戦争捕虜の「至福の夢」が、まさにこのような意味での空想に当たり、それらの使用は適応的なものであったと考えられた。というのは、自分たちが置かれている状況を改善することが不可能であると確信して初めて、彼らはそのような夢を見ることを彼ら自身に許可したと考えられたからである（Weiss 1993: 33）。

ワイスによれば「空想」は、快原理に基づく現実を無視した内容をもつが、空想を使用することの許可は、現実適応を目的とし、自我によって決定されるのである。この意味で、ワイスの「空想」は HMFH に属する概念である。

ラカンにとって「幻想 (fantasme)」が重要であったことは、ラカン派において精神分析における治癒が「幻想の横断」(Fink 1999: 70=2008: 105)と呼ばれていること、『幻想の論理』(Lacan 2023)と題されたラカンのセミナーが存在すること等から明らかである。論文「精神病のあらゆる可能な治療に対する前提的問題について」において、ラカンは、現実の領野は幻想のスクリーンによって塞がれることによってしか機能しないと述べ (Lacan 1966a: 553=1977: 354)、すべての神経症者は幻想をもつと考えていた (松本 2015: 112)。対照的にワイスの理論の場合、すべての人は——それが「病因的な」ものであれ、「正常な」ものであれ——「信念」をもつと言えるが、「空想」に関しては、人が病因的信念に対抗するため「時に採用する戦略」という位置づけに留まる。

なお筆者が今、「神経症者」ではなく、「すべての人」と述べたのは、ワイスの理論には「神経症者」と「精神病者」の区別が存在しないためである。しかしこのことは、ワイスが「神経症者」と「精神病者」をまったく同じように治療することを推奨していた、という意味ではない。ワイスは「精神病理の多様性は、病因的信念の多様性によって説明される」と考え、病因的信念には (1) その信念が危険だと想定する態度・衝動・目標、(2) その信念が予告する危険の種類、(3) それが要求する解決策の種類 (制止や引きこもり等)、(4) 信念を維持する確信の強さ等の属性があるとした (Weiss 1986b: 325)。つまりワイスは、「神経症者」と「精神病者」では、(1) ~ (4) の一部またはすべてが異なると示唆した。特に (3) に関しては、両者で明らかに違いがあると言えるだろう。なお、ワイスが制御-克服理論を説明するために紹介した臨床事例の中には、幻聴と妄想に苦しむ統合失調症の女性の事例も含まれている (Weiss 1993: 101-2, 162-3)。

#### 4.3 現実への適応を人間の中心的な動機とする理論

ワイスは、前期フロイトのように、快原理を人間の根源的な動機づけであるとは考えなかった。ワイスによれば、人間の最も強力な動機づけとは、乳幼児期から一貫して、人間関係の現実を理解し、それに適応することである (Weiss 1993: 4)。それだけでなくワイスは、患者が自身の問題 (精神病理) を克服しようとする強い無意識的な動機をもつ、と仮定した (Weiss 1986a: 32)。

これはワイスが、フロイトの「快原理の彼岸 (1920)」における以下の記述を、人間にとっての快原理の根源性——すなわち、フロイトのそれまでの AFH に基づく精神分析理論の正当性——を根底から覆すものとして解釈したためである。

とはいえ、災害神経症患者の夢はそうしたことを通して、快原理が支配をはじめに先立って解決されていなければならない別の課題のために役立てられている、と仮定することは許されるだろう。刺激が不安発生によって制覇 [=克服] されていなかったことが外傷性神経症の原因となったのであるが、そうした夢は不安を掻き立てることで刺

激制覇を後からやり直そうとしているのである。そのようにして夢は、快原理に矛盾はしないが、しかし快原理から独立し、そして、快の獲得と不快の回避という意図以上に根源的なものに思われる、心の装置のある機能に対する眺望をわれわれに与えてくれるのである。(Freud 1940a: 32=2006: 85)

災害神経症者のトラウマを再現する夢——そして、患者による分析場面でのトラウマの再演——を、ワイスは人間にとって快原理よりも根源的な「トラウマの克服」という課題（または「機能」）に奉仕するものとして理解した。

これに対してラカンが、「快原理の彼岸（1920）」の解釈において、トラウマの克服という動機をそれほど重視せず（Lacan 1973: 50, 61=2020: 上 115-6, 139）、また快原理の彼岸にあるのは「享樂 (jouissance)」<sup>(56)</sup> であると考えていた（Lacan 1986: 218=2002: 下 31）。

人間の基本的な動機づけについてのワイスの考え方は、他の科学分野の知見とも矛盾しない。例えば、パオロ・ミゴネ Paolo Migone とジョバンニ・リオッティ Giovanni Liotti は、ワイスの理論を出発点として進化認識論・神経生物学・動物行動学・認知心理学・乳幼児研究・精神分析学・心理療法研究を統合しようと示唆した（Migone & Liotti 1998: 1072）。

#### 4.4 科学的な検証に対して開かれた理論

制御—克服理論は、HMFH のみに基づく精神分析理論である。対照的に、フロイトの理論や、フロイト以降の多くの分析家の考え方は AFH と HMFH の両方に基づいている。このような「AFH と HMFH の両方に基づく理論」を、ワイスと Sampson は「オムニバス理論」（Weiss & Sampson 1986: 342）と呼んで批判した。オムニバス理論の問題点とは、理論にアドホックな（その場しのぎの）調整を加えることで、ほとんどどんな観察結果をも説明できてしまうため、決定的な反証が困難なことである。つまり、オムニバス理論は厳密な科学的検証にはなじまない（Weiss & Sampson 1986: 342）。

以下の考え方をを用いれば、簡単にオムニバス理論を見分けることができる。「快原理」と「現実原理」という二種類の原理——あるいは「一次過程」と「二次過程」という二種類の過程——があるとするフロイトの大前提<sup>(57)</sup> を受け入れている分析家の理論は、すべてオムニバス理論である。なぜなら、ワイスの議論においては「快原理=AFH、現実原理=HMFH」という大まかな図式が成り立ち、「現実原理の方がより根源的であり、快原理のみによって調節される一次過程は存在しない」と見なすのがワイスの理論だからである。ワイスの理論における「快原理」の地位は、それが単独で機能することがない以上、そもそも「原理」の名に値するかどうか疑わしい。ワイスは、先述した「精神分析概説（1940）」におけるフロイトの夢についての記述と同様に、一見すると快原理に基づいて制御されているように見える現象（戦争捕虜の至福の夢、女性のペニスについてのフェティシストの空想、幼児のエディパルな衝動）もまた、自我による現実の評価・判断等の高次精神機能の結果として、許可されたものであると論じた（Weiss 1986a: 91, 124-5, 1993: 32-3）。

ラカン研究者の立木康介<sup>ついきこうすけ</sup>（1968-）によれば、『精神分析の倫理』のセミナーにおいてラカンは、快原理を「享樂から主体<sup>(58)</sup>を遠ざける」（立木 2011a: 444）ものとして、また現実

原理を「主体を享楽のほうへ赴かせる」（立木 2011a: 444）ものとして——「事実上「快原理の彼岸 [= 享楽]」へと重ね合わせる方向で」（立木 2011a: 444）——捉えるという大胆な解釈を行った。このためラカンの議論は、ワイスの議論のように、「快原理」の有効性を否定したり、二種類の過程の区別を無効化したりするものではないと考えられる。よって、この点においてラカンの理論はオムニバス理論であると言えることができるだろう。

ラカンの理論がオムニバス理論であることの、より具体的な証拠として、ラカンにおいて AFH と HMFH に属する要素をこれ以外にも指摘しておく。『エクリ』における、分析家の欲望の中立性がヒステリー患者をパニックに陥れる危険がある、との考え方、『精神分析の四基本概念』のセミナーにおける、転移は治療抵抗である、との考え方は、AFH に該当すると考えられる（Lacan 1966b: 824=1981: 338, 1973: 119=2020: 下 26）。また、同セミナーにおいてラカンは、「現実原理」よりも「快原理」について、また「二次過程」よりも「一次過程」について、圧倒的に多く言及しており、これはこの時期のラカンが HMFH よりも AFH を重視していた証拠と見なすことができる（Lacan 1973=2020）。また、同セミナーにおける「反復強迫」の「自動性」についての言及も、AFH に属すると見なすことができる（Lacan 1973: 65=2020: 上 150-1）。

他方、HMFH に属する要素としては、『同一化』と『不安』のセミナーにおいて「幻想 (fantasme)」の形成過程を説明するためにラカンが導入したカマキリの寓話を挙げるができる（Lacan 1995: 117, 2004: 14=2017: 上 7）。

ラカン派の分析家ブルース・フィンク Bruce Fink (1956-) は、この寓話を以下のように要約している。

すなわち、あなたは雌もしくは雄のカマキリの仮面をかぶっている。しかしそれが雄雌どちらなのかはあなた自身にはわからない。そこで雌のカマキリが近づいてきて、あなたは非常に不安になる。自分が雄の格好をしていることを知っている場合に比べて、雄か雌かがわからない場合のほうが、この不安が強くなるのは当然である（なぜなら、前者の場合に実際あなたが経験するのは、やがてあなたに降りかかる特定の運命への恐怖 fear に過ぎないからである）。したがってあなたは、事実がどうかははっきりしなくても、「自分は雄の格好をしているから死が間近に迫っている」と思い込み、決めこむことをむしろ選ぶかもしれない。（Fink 1999: 60-1=2008: 91）【強調は原文】

この寓話の要点は、主体にとって自分が「大文字の他者 (Autre)」<sup>(59)</sup> ——この場合は、雌カマキリ——のどのような欲望の対象であるかが不明な状況は、「確実な死を待つこと【……】よりも、はるかに人を狼狽させ落ち着かなくさせる」（Fink 1999: 61=2008: 92）「不安 (angoisse)」（Fink 1999: 61=2008: 92）を引き起こすということである。このため主体は、不安を避けるため、事実であるかどうかは度外視して「自分は雄カマキリである」と決め込むことになる。この寓話に含まれる「不安を避け、恐怖を選ぶ」という要素は、AFH によって説明できるだろうか？ 確かに「不安を避ける」という要素だけに着目すれば、主体のこの決断は、不快によって自動的に調整されていると見なすことができるかもしれない。しかし、「自分は雄

の格好をしているから死が間近に迫っている」という不快な考えは、AFHが想定する無意識の心とは相容れないものである。なぜなら、それは「思考」のような高次精神機能をもたないだけでなく、不快なものに対して自動的に背を向けるはずだからである。さらに、ラカンのこの考え方は、主体の無意識的な選択・決断という高次精神機能を前提にしていると考えられ、HMFHに属すると考えられる。

以上のように、AFHとHMFHのそれぞれに属する要素を指摘することができることから、やはりラカンの精神分析理論はオムニバス理論であると言えることができる。

次に、ラカン研究者松本卓也（1983-）の『人はみな妄想する』における「幻想」についての考察も参考にしながら、ラカンの「幻想」についてまとめてみる。ラカンの「幻想」は、それが「享楽へのバリアを構成〔する〕」（立木 2015:457）ものであるという点、そして「〔空想についての〕フロイトの議論をほとんどそのまま引き継いでいる」（松本 2015: 112）という点では、フロイトの「空想」と同じくAFHに属する概念であるように思われる。他方、それが無意識的な選択・決断という高次精神機能によって形成され、神経症者にとっての「現実」を機能させるものであるという点では、ワイスの「病因的信念」に似たHMFHに属する概念であるように思われる。よって、ラカンの「幻想」は、AFHとHMFHの両方にまたがる「オムニバス概念」とでも呼ぶべき概念である。

なお、制御-克服理論の観点から見ると、ラカンの「幻想」は、それが「オムニバス理論」に基づく概念であるということ以外にも、重大な欠点を抱えていると考えられる。なぜなら、制御-克服理論がもたらすパラダイム・シフトによって、AFHにおける「空想」がHMFHにおける「空想」へと「翻訳」（Kuhn 2012: 200-3=2023: 305-9）されることを踏まえると、ラカンの「幻想」は、「空想と病因的信念の区別」<sup>(60)</sup>というワイスの理論における重要な区別を短絡してしまう概念だからである。

#### 4.5 性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論

ワイスが、「男の子がエディプス・コンプレックスを克服し、社会に適応できるようになるためには、父親による去勢の脅威が必要だ」といった考え方に与しないことについては、既に注の（6）で触れた。同様にワイスは、「女の子が自身を去勢されたものとして受け入れることが、女性の発達には必要だ」といった考え方に与しない。逆に、このような考え方を採用している精神分析理論の場合、男女で異なる「去勢の過程」（あるいはエディプス・コンプレックスの過程）を想定しているため、男性に妥当するとされる理論をそのまま女性の対象に当てはめることができない——逆もまた然り——という特徴がある。このような、男女で異なる前提を措く精神分析理論には、フロイトにおける「ペニス」に関する理論、ラカンにおける、「ファルス」に関する理論がある。

フロイトは、論文「解剖学的な性差の若干の心的帰結（1925）」において、男女の性器の違いについての知覚が、男の子には「去勢の脅威」を呼び起こし、女の子には、自身が去勢されていることの否認や「ペニス羨望」を呼び起こすと主張した（Freud 1948d: 23-4=2010: 207-8）。またラカンは、論文「ファルスの意味作用」において、「ファルス」というペニスに由来する欲望の記号表現を用いて、男女の欲望のあり方の違いを論じた。それによれば、男性は

ファルスを所有しようとし、女性はファルスであろうとする (Lacan 1966c: 693-5=1981: 157-61)。

しかし制御—克服理論は、性に関するあらゆる経験を、「解剖学的性差の帰結」としてではなく、解剖学および社会的性差を経験した子どもが発展させる病因的信念の帰結として説明するものである。このため、それら进行分析する治療者は、あらかじめジェンダー特異的な理論を用意しておく必要はない。むしろ、そのような「ジェンダー特異性」——例えば、男性は「去勢不安」をもち、女性は「ペニス羨望」をもつ——を分析のアプリオリな前提と見なすならば、それは治療者が実際の事例を理解する上での妨げになる場合がある。

このことを、第2章2.2で紹介した、C夫人の「ペニス羨望」についてのワイスらの報告から振り返ってみよう。

C夫人は、父親や弟に対する彼女の優越感や軽蔑から生じた「生存者の罪悪感」、男性の分析家から彼女が自立しつつあることから生じた「分離の罪悪感」を「打ち消し (undo)」、彼ら (男性たち) を元気づけるという防衛的な目的で「ペニス羨望」を用いていた (Weiss et al. 1986b: 161)。彼女の症状は、「解剖学的な性差の若干の心的帰結 (1925)」における「女性の普遍的な問題」 (McWilliams 1994: 304=2005: 363) としての「ペニス羨望」としては理解できないものであったし、ラカンが想定した「ファルスであろうとすること=男性から性的に欲望されようとする」としても理解できないものであった。ワイスらによれば、彼女の「ペニス羨望」は、もし自分が男性の犠牲になっているのであれば、自分は彼らを犠牲にしているわけではない、という魔術的・原始的な考え方によって彼女自身を罪悪感から守るための「空想」であった (Weiss et al. 1986b: 161)。

C夫人のペニス羨望に対するワイスらの定式化は、高度に事例特異的なものであり、それは、彼女のペニス羨望と、彼女の主訴である不感症とを、共に彼女の無意識の病因的信念の結果として説明するものであった。対照的に、ワイスらとは別の研究グループおよび治療担当分析家らは、C夫人の不感症をペニス羨望の結果として捉えていた (Weiss et al. 1986b: 160)。

ワイスらは、彼らがC夫人のペニス羨望を「一次的な動機」 (Weiss et al. 1986b: 160) ——すなわち AFH における「衝動」——として捉えていたため、それについてのさらなる分析が可能であるとも、また必要であるとも考えていなかったと示唆した。つまり、ワイスらがC夫人の「ペニス羨望」を、「対人世界への適応」という彼女の一次的な動機と病因的信念の「被説明項」として捉えていたのに対し、別の研究グループは、それを彼女の精神病理の「説明項」として捉えていたということである。

ところで、分析家が何らかの期待に基づいて患者进行分析すれば、その期待以外の何物も発見できなくなる傾向がある、というのは、既にフロイト自身が、論文「精神分析治療に際して医師が注意すべきことども (1912)」において指摘していたことである (Freud 1943c: 377=2009: 248)。にもかかわらずこの事例においては、フロイトの理論が分析家たちに、まさにその「期待に基づく分析」をさせるという皮肉な結果となった。

実はC夫人は、父親と弟という家族の男性メンバーに対してだけでなく、母親と姉妹に対しても同じような羨望を向けていた。これら二種類の羨望の違いは、彼女が羨ましがるところが「ペニス」であるか否かという点だけであった。ワイスらの事例定式化と別グループ

の事例定式化とを比較すると、ワイスらが、C夫人の「家族の女性メンバーに対する羨望」を「男性メンバーに対する羨望」同様に重視し、その両方を整合的に説明することができる定式化を意図したのに対し、別グループは前者を完全に無視したことが分かる。そして、別グループがそれらを捨象したことは、臨床的に不適切であったと考えられた。なぜなら、ワイスらの事例定式化と、それを支持した実証研究の結果によれば、C夫人の「女性メンバーに対する羨望」は、「男性メンバーに対する羨望」と同様、彼女の「全能の責任感 (omnipotent sense of responsibility)」<sup>(61)</sup> (Weiss & Sampson 1986: 339) との関連において、臨床的に重要だったためである。

制御－克服理論は、男女で異なる理論的前提を措かないだけでなく、4.1 で考察したように、「性的病因論」を特権視しない理論でもある。このような性質をもつ同理論は、一見すると、性に関する人間の経験を分析することに適していない、という印象を読者に与えるかもしれない。しかし、本節で紹介した「C夫人」の件、およびワイスによる性的ファンタジーの事例特異的な分析 (Weiss 1986a: 79-82、本章 4.2 も参照) を踏まえると、同理論は、フロイトやラカンの理論がもつアприオリな前提によって対象を歪めることがない分、むしろそれらを適切に分析できる可能性がある。以上の考察から、制御－克服理論は、性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論であると考えられる。

#### 4.6 第4章の結論

フロイトやラカンの精神分析理論とは異なり、制御－克服理論には、(1) 治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論、(2) シンプルな理論、(3) 現実への適応を人間の中心的な動機とする理論、(4) 科学的な検証に対して開かれた理論、(5) 性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論という特徴がある。ワイスの理論が HMFH のみに基づいていることとは対照的に、フロイトとラカンの精神分析理論は、いずれも AFH と HMFH の両方に基づく「オムニバス理論」である。オムニバス理論は、理論としての内的な整合性を欠くにもかかわらず、決定的な反証が困難という非常に厄介な性質をもつ。フロイトの「空想／ファンタジー」が AFH に属する概念であるのに対し、ワイスのそれは HMFH に属する概念であり、ラカンの「幻想」は、AFH と HMFH の両方にまたがる「オムニバス概念」とでも呼ぶべき概念である。ラカンの「幻想」は、制御－克服理論における「空想」と「病的信念」の重要な区別を短絡するという意味で、重大な問題を抱えていると考えられる。さらに、制御－克服理論は、(1) 男女で異なる理論的前提を措かないこと、(2) 性的病因論を特権視しないこと、という二点においてもフロイトやラカンの精神分析理論とは異なっている。このような違いから、制御－克服理論は「性に関する経験」の分析には適していない、と見なされるかもしれない。しかし同理論は、フロイトやラカンの理論がもつアприオリな前提によって対象を歪めることがない分、むしろ彼らの性理論よりも適切に「性に関する経験」を分析できる可能性がある。

## 終章 まとめと展望

本稿で筆者は、主に、哲学的な関心に基づいて精神分析理論を研究する研究者と、精神分析理論を社会文化研究に応用する研究者向けに、ワイスの制御－克服理論を紹介する研究を行なった。筆者は、以下の四つの観点から同理論を紹介した。四つの観点とは、(1) 制御－克服理論の理論的な背景（フロイトの理論との関係）の観点、(2) 制御－克服理論の概要とワイスの著書の要約の観点、(3) 精神分析の臨床場面以外における事例の観点、(4) 制御－克服理論の特徴（フロイト、ラカンとの違い）の観点である。

以下では、本研究の各章ごとの結論を振り返り、その結論が、筆者の今後の研究構想に対してもつ意味を考察する。なお、筆者が構想する「制御－克服理論を用いた文芸評論」とは、フィクション作品のクライマックスを、受け手にとって「信念のテスト」を可能にする構造として分析しようとするものである。

第1章「ワイスの制御－克服理論の理論的な背景」の結論とは、以下のようなものであった。ワイスによれば、フロイトの精神分析理論は、自動機能仮説（AFH）と高次精神機能仮説（HMFH）という相矛盾する対照的な二つの精神分析理論から構成されている。AFHに特徴的な人間観とは、無意識の心を盲目的・非合理的な力の相互作用として捉え、人間を「操り人形」のようなそれらの力の犠牲者として描き出すものである。対照的に、HMFHに基づく人間観とは、無意識的な心の現実適応的な性格や合理性・合目的性を信頼するものである。精神分析過程において、この二つの理論が同時に真であることはありえず、どちらが正しいかは、観察によってのみ決することができる。ワイスはフロイトの理論からAFHを除去し、HMFHを拡張することによって、制御－克服理論を開発した。クーンのパラダイム論によれば、AFHは精神分析的思考のパラダイムであると考えられる。ワイスらは、科学革命を起こすために必要とされる方法論に則って実証研究を行い、AFHから制御－克服理論へのパラダイム・シフトを成し遂げた。

「制御－克服理論を用いた文芸評論」という筆者の構想にとって、この結論は明るい展望をもたらすものである。なぜなら、もしワイスと Sampson が言うように、AFHが精神分析的思考のパラダイムなのだとしたら、AFHは精神分析理論を用いた文芸評論や表象文化研究全般にも決定的な影響を及ぼしているはずであり、その場合ワイスの理論は、これらの分野に変革をもたらす潜在力を秘めていると考えられるからである。

第2章「制御－克服理論の概要とワイスの著書の要約」の結論とは、以下のようなものであった。二冊の著書においてワイスは、制御－克服理論を用いた心理療法についての豊富で一貫した情報を読者に提供した。さらにワイスは、臨床場面以外における人間の行動についても、制御－克服理論を用いてそれらを理解するために役立つ多くの情報を提供した。ワイスらは、通常の臨床研究の域を超えた厳密な科学的手法を通じて、同理論の有効性を実証した。

「制御－克服理論を用いた文芸評論」という筆者の構想にとって、この結論は明るい展望をもたらすものである。なぜなら、ワイスらが提供した豊富で一貫した情報は、筆者の研究を後押ししてくれる可能性が高いからである。

第3章「精神分析の臨床場面以外における事例」の結論とは以下のようなものであった。計五つの臨床外事例においてワイスは、観察された事象が AFH よりも HMFH によってよりよく説明されることを示した。取り上げられた事例は、対象となった人の年齢の点においても、経験の種類点においても幅広いものであった。事例が裏づけた HMFH の理論要素もまた、「抑圧の無意識的コントロール」・「トラウマ的経験からの無意識的推論による病因的信念の獲得」・「無意識の計画」・「対人世界への適応という動機づけ」と多岐にわたっていた。このため、制御—克服理論は確かに、臨床場面以外においても、人間の重要な行動を説明することができる幅広い精神分析理論であると考えられた。ワイスはまた、N 医師にとっての妊娠・出産のような、「治療者」とはかけ離れた何かに対して、人が病因的信念のテストを行う可能性があることを示唆した。さらにワイスは、映画を見ている観客が、映画の中の主人公の状況に応じて、自身についての危険と安全の判断を行うと明示した。なおこの現象は、病因的信念が予告する危険に対して「治療者が耐えられるかどうか」に応じて、患者が自身についての危険と安全の判断を行う「能動反転テスト」に類似している。

フィクション作品のクライマックスを、受け手の「信念のテスト」を可能にする構造として分析しようとする筆者の構想にとって、この結論は明るい展望をもたらすものである。なぜなら、妊娠・出産のような、「治療者」とはかけ離れた何かに対して、人が病因的信念のテストを行うことがあるとしたら、人はフィクション作品のクライマックスに対しても、テストを行う可能性があると考えられるからである。さらに、その「テスト」において、フィクション作品の「主人公」は、心理療法場面における「治療者」のような重要な役割を果たしている可能性があると考えられる。

第4章「制御—克服理論の特徴——フロイト、ラカンとの違い」の結論とは、以下のようなものであった。フロイトやラカンの精神分析理論とは異なり、制御—克服理論には、(1) 治療に関する二項対立的な議論を無効化する理論、(2) シンプルな理論、(3) 現実への適応を人間の中心的な動機とする理論、(4) 科学的な検証に対して開かれた理論、(5) 性に関する人間の経験を男女の区別なく分析できる理論という特徴がある。ワイスの理論が HMFH のみに基づいていることとは対照的に、フロイトとラカンの精神分析理論は、いずれも AFH と HMFH の両方に基づく「オムニバス理論」である。オムニバス理論は、理論としての内的な整合性を欠くにもかかわらず、決定的な反証が困難という非常に厄介な性質をもつ。フロイトの「空想／ファンタジー」が AFH に属する概念であるのに対し、ワイスのそれは HMFH に属する概念であり、ラカンの「幻想」は、AFH と HMFH の両方にまたがる「オムニバス概念」とでも呼ぶべき概念である。ラカンの「幻想」は、制御—克服理論における「空想」と「病因的信念」の重要な区別を短絡するという意味で、重大な問題を抱えていると考えられる。さらに、制御—克服理論は、(1) 男女で異なる理論的前提を措かないこと、(2) 性的病因論を特権視しないこと、という二点においてもフロイトやラカンの精神分析理論とは異なっている。このような違いから、制御—克服理論は「性に関する経験」の分析には適していない、と見なされるかもしれない。しかし同理論は、フロイトやラカンの理論がもつアプリアリオリな前提によって対象を歪めることがない分、むしろ彼らの性理論よりも適切に「性に関する経験」を分析できる可能性がある。

制御—克服理論を用いてオタクの「萌え」に関する文芸評論を行うという筆者の構想によって、この結論は明るい展望をもたらすものである。なぜなら、オタクの「萌え」は「性に関する経験」でもあると考えられ、制御—克服理論はこのような経験について、フロイトやラカンの性理論よりも適切に分析できる可能性があるからである。

本研究はまだ、「制御—克服理論の紹介」という、同理論を用いた文芸評論への出発点に立ったにすぎない段階にある。しかし、本研究の結論は、全体として筆者の構想に明るい展望をもたらすものであった。

## 注

(1) ワイスが「フロイトの自我心理学の部分」(Weiss 1986a: 68)と呼ぶのは、「快原理の彼岸(1920)」、「制止、症状、不安(1926)」、「続・精神分析入門講義(1933)」、「精神分析概説(1940)」等に含まれる特定の考え方である。

(2) 『現代精神医学事典』執筆者の衣笠隆幸によれば、「精神分析的な心理療法(psychoanalytic psychotherapy)」(同書での見出し語は「精神分析的な精神療法(psychoanalytic psychotherapy)」)とは、「精神分析の基本的視点を保持しながら、1セッション45～50分、治療回数が週1～3回まで(フランス、ドイツなどの地域では、週3回を精神分析とみなす)の治療」(衣笠 2011: 602)のことである。すなわち、精神分析的な心理療法の確定的な定義があるわけではないが、精神分析の考え方に依拠しつつも、フロイトのやり方を何らかの点で修正した心理療法であると考えられる。

(3) 「技法に関する論文集(1911-1915)」に含まれるのは、「精神分析における夢解釈の取り扱い(1912)」(1943a=2009)、「転移の力動論にむけて(1912)」(1943b=2009)、「精神分析治療に際して医師が注意すべきことども(1912)」(1943c=2009)、「治療の開始のために(1913)」(1943d=2010)、「想起、反復、徹底操作(1914)」(1946a=1970)、「転移性恋愛についての見解(1915)」(1946b=2010)である。なお上記の通り、ドイツ語版全集の記載に基づけば、「技法に関する論文集」の初出年は「1912～1915年」であるはずだが、ワイスが依拠した英語版全集では「1911～1915年」とされているため、本研究では後者を採用した。ワイスが依拠した英語版全集には「技法に関する論文集(Papers on Technique)」という正式なタイトルが存在するが、これに相当するタイトルは筆者が参照したドイツ語版全集には存在しない(Weiss et al. 1986a: 407)。

(4) ワイスは、著書においてほとんど「欲動(drive)」という用語を用いていない(他の著者からの引用・要約の箇所を除く)。これはおそらく、ワイスがフロイトの「死の欲動」(Freud 1940a=2006)に代表される欲動論を評価していないためだと考えられる。*The Psychoanalytic Process*の記述から、ワイスが言及する「衝動(impulse)」は、他の分析家が「欲動」として言及する内容を含むと考えられたため、このように記載した。

(5) この二つを合わせて、エディプス・コンプレックス的な動機——すなわち、エディパルな動機——と称する。

(6) この一文は、*The Psychoanalytic Process*の以下の原注に基づいている。

例えば、エディパルな動機は、一般にエスの動機であると考えられている。しかし、男の子が父親を殺したいと思うのは(間違いなく強烈な敵意を表している)、男の子の未熟な自我による適応的な計画である、という説は十分に成り立つだろう。このテーゼによれば男の子は、自分の置かれた状況を考え、母親との接触が父親によって妨げられていることに気づき、父親を殺すことが良いことだと結論づけるのである。(Weiss 1986a: 91)

「エディパルな動機」とは、エディプス・コンプレックス的な動機(異性の親への性的欲望や同性の親への競争心や殺意)のことである。ワイスは、「男の子がエディプス・コンプレックスを克服し、社会に適応できるようになるためには、父親による去勢の脅威が必要だ」といった議論には与しない。その理由として筆者は、ワイスが研究した事例の中に、「去勢不安によって社会適応が妨げられている」と考えられる事例が複数存在すること(つまり、「去勢の脅し」は病因的であると考えられること)、また一見「去勢されていないために社会適応できない」ように見える事例は、去勢の信念以外の病因的的信念(例えば、第2章で詳述する「分離の罪悪感」や「生存者の罪悪感」等の背景にある信念)によって引き起こされているという説明が可能だからではないか、と推測する。

(7) ワイスのこの記述は、デイビッド・ラパポート David Rapaport とマートン・ギル Merton Gill の論文"The Points of View and Assumptions of Metapsychology"における「心的な力は、その方向と大きさによって定義される」(Rapaport & Gill 1959: 155)、「同時に働く複数の心的な力は、単純にベクトル加算による力の合成の

法則に従う」(Rapaport & Gill 1959: 156) といった解釈に基づくものである。ラバポートは、ワイスの理論に大きな影響を与えた分析家の一人である (Weiss 1986a: 24-5)。

(8) 「夢作業 (Traumarbeit)」とは、夢を作り出す心の働きのことである (Freud 1942a: 283-512=2011: 5 巻 3-288)。

(9) ワイスのこの記述は、フロイトの以下の記述に基づいている。「その子は今や、なぜ少女の性器にペニスがないのかを理解したと思い、自分自身の性器にも同じことが起こりうるのだということをあえて疑いはしなくなる。彼はその後は、去勢の危険の現実性を信じざるを得ない」(Freud 1941b: 61=2007: 265)。

(10) これらのワイスの記述は、フロイトの以下の記述に基づくものである。

その〔=自我の〕構築的機能は、欲動要求と満足行動の間に思考活動を挿入することにより、ここで言う思考活動とは、現在の自分の位置確認をし、以前の経験を利用した後、試験的行動を通じて、意図する企ての結果を推測しようと試みる活動のことである。自我はこのようにして、満足を得ようとする試みが実行されるべきか、ずらされるべきか、欲動要求がそもそも危険なものとして抑え込まなければならないのかを決定する (現実原理)。(Freud 1941a: 129=2007: 241-2) 【強調は原文】

(11) 同上。

(12) ワイスのこの記述が根拠とするフロイトの記述の一つは、「快原理の彼岸 (1920)」におけるものである。これについては、本稿第 4 章 4.3 において筆者が段落引用している箇所と同じであるため、そちらを参照されたい。もう一つの根拠となる記述は、「制止、症状、不安 (1926)」における以下の記述である。

外傷を受動的に体験した自我は、今は、同じ外傷の弱められた再生産を能動的に、つまり、その成り行きを自発的に導こうとしつつ、反復する。私たちの知るところでは、子供は、あらゆる自分にとって不快な印象に直面して、それを遊戯において再生産して、同じように振舞う。この、受動性から能動性へと移行する仕方によって、子供は自らが受けた生活の印象を心的に制御しようとする。これが外傷の「浄化反応」の意味であるとしても、もはや異論はなかろう。(Freud 1948b: 200=2010: 95)

(13) 「終わりのある分析と終わりのない分析 (1937)」においてフロイトは、分析家と患者の自我の「協力関係」(Freud 1950: 80=2011: 268) が、分析において重要な役割を果たすと論じた。

(14) ワイスのこの記述は、フロイトの以下の記述に基づくものである。

睡眠中の人に食物への欲求が頭をもたげてきて、彼はすばらしい食事の夢を見、さらに眠り続ける。彼はもちろん、食べるために覚醒するか、睡眠を続けるかという選択をしなければならなかった。彼は後者を選び、空腹を夢で満足させた。(Freud 1941a: 92=2007: 206)

(15) 夢の検閲についてのフロイトの記述とは、以下の前後を含む箇所である。

【……】運動性への関門が、彼〔=検閲〕の手で閉じられるからである。普通は制止されている *Ubw*〔=無意識〕から、どんな蠢きが舞台上に躍り出てくることになるうとも、それには好きなようにさせてやってよい。それは無害なままに留まる、なぜなら運動性の装置を動かし始めることはできないからだ。外界を変えるだけの影響力を持つのは、この運動性装置だけなのである。(Freud 1942a: 573=2011: 5 巻 364) 【斜体は原文】

(16) 『科学革命の構造』でクーンが提示した「パラダイム論」と呼ばれる理論によれば、「通常科学 (normal science)」の特徴は、パラダイムに規定されているということである (Kuhn 2012: 10-1=2023: 29-30)。「パラダイム」とは、「広く認められた科学的成果であって、現場の研究者コミュニティに対し、一定期間、模範とすべき問題および答えを与えるもの」(Kuhn 2012: xlii=2023: 8) である。このため、科学において、通常パラダイムに反する観察や発見はありえない。なぜなら、「パラダイムに反する観察」は、パラダイムの支配の下では、「お粗末な測定のせいにされるか、またはアドホックな (その場しのぎの) 説明や理論の調整によって説明され」(Weiss & Sampson 1986: 342) てしまうからである。つまり、そのような事象に直面した「科学者たちは信念を失いはじめ、その後別のやり方を考えはじめているかもしれないが、彼らを危機に導いたパラダイムを棄てることはしない」(Kuhn 2012: 77=2023: 126)。では、「どのような場合に古いパラダイムが放棄されるのか」についてのクーンの説明は以下である。

いったんパラダイムの地位に就いた科学理論が戦力外通告を受けるのは、それに取って代わるべき別の候補が得られている場合だけだということだ。(Kuhn 2012: 77=2023: 126)

従来受容されていた理論の放棄へと科学者を導く判断はつねに、その理論と世界との比較以上のものにもとづいて下されているということだ。あるパラダイムを棄てるという決断はつねに、別のパラダイムを受け入れるという決断であり、その決断につながる判断には、ふたつのパラダイムをそれぞれ自然と比較することと、それらのパラダイム同士を比較することの、両方が関与しているのである。(Kuhn 2012: 77-8=2023: 127) 【強調は原文】

つまり、「もし、[古い理論 (パラダイム) にとって] 不利な発見が繰り返し別の理論によく適合することがわかれば、それらは新しい理論を支持し、古い理論を反証するものと判定される」(Weiss & Sampson 1986: 342) のである。

(17) そもそも、第3章で後述するダニエル・スターン Daniel Stern の乳幼児研究によれば、特に乳児は、フロイトの AFH が想定したほど「幼児的 (infantile)」ではない、ということを描き出す必要がある。スターンによると、乳児は優れた現実検討者であり、特に言語能力を獲得するまでの間は、現実を背を向け、空想の中に逃げ込むというような能力を持ち合わせていないのである (第3章 3.5 を参照)。

(18) パターン①は、「ベクトルの合成後も衝動ベクトルの向きが保存された場合」であり、パターン②は、「ベクトル合成によって、衝動ベクトルの向きが変化した場合」であると理解してよい。

(19) 例えば、睡眠薬や自白剤の薬理作用についてなら、HMFH よりも AFH の方がよりよく説明できる可能性がある。また、睡眠薬を処方した医師に対する患者の信頼感の強さも、薬の効果に影響を与える可能性があり、その場合、睡眠薬の効果は HMFH によっても説明されるかもしれない。そうすると、全体としての睡眠薬の効果は、AFH と HMFH の両方から説明される、ということになるだろう。しかし、「睡眠薬の効果」という問題は、精神分析にとって中心的に重要なものとは言えない。ワイスとサンプソンは、*The Psychoanalytic Process* の最終章 (第22章) で、「我々の発見は、たとえ繰り返し再現されたとしても、すべての無意識的な自動機能を否定するものではないだろう。しかしこのような発見は、もしそのような無意識の機能が存在するとしても、精神生活におけるその役割は限定的であることを示すだろう」(Weiss & Sampson 1986: 341) と述べている。

(20) 「去勢不安」とは、ワイスの「病因的信念」の由来となったフロイトの概念であり、男の子が「性的欲望をもったこと (例えば、「自慰」) に対する罰として自分は去勢されるのではないかと恐れることを指している。

(21) このような特徴をもたない信念は、「正常な」信念である。

(22) 「解剖学的な性差の若干の心的帰結 (1925)」におけるフロイトの記述によれば、去勢の信念は以下のような過程によって獲得されると考えられる。まず、男の子が自慰行為を行っているときに、「自慰を止めないと去勢されるぞ」と親に脅される。しかしこの時点ではまだ、男の子はその脅しを深刻に受け止めていない。しかし、女性器を目撃した男の子は、「あの脅しは作り話ではなかった!」と理解する。女性器の目撃と去勢の脅しの順序はどちらでも良いが、男の子の推論の中で、二つの情報が結びつけられる必要がある (Freud 1948d: 23-4=2010: 207-8)。

(23) 制止とは、衝動に基づく行動を抑制することである。

(24) ワイスは、一冊目の *The Psychoanalytic Process* では圧倒的に「治療者 (therapist)」よりも「分析家 (analyst)」の語を多く用いているが、二冊目の *How Psychotherapy Works* ではこれが逆転する。また、「分析家 (analyst)」と「精神分析 (psychoanalysis)」とその短縮形である「分析 (analysis)」、「治療者 (therapist)」と「心理療法 (psychotherapy)」とその短縮形である「治療 (therapy)」はセットで用いられていると考えられる。ワイスの記述が前者のセット (一冊目) から後者のセット (二冊目) へと移行した理由は、制御-克服理論が精神分析を出発点としながらも、他の心理療法にも妥当するとワイスらが考え、実際に短期精神療法を対象とする研究によってそれが実証されたことによる (Weiss et al. 1986a: 143-4; Weiss 1993: 176-81)。しかし、一冊目の *The Psychoanalytic Process* 出版の時点では、まだこのことが十分明らかになっていなかった。第2章 2.1 の内容は、*The Psychoanalytic Process* だけでなく、*How Psychotherapy Works* も含めたワイスの記述に基づくため、本節では「分析家」・「精神分析」ではなく、「治療者」・「心理療法」の語を統一的に用いることとする。反対に、主に *The Psychoanalytic Process* の記述に基づいて論じた第1章では、「分析家」・「精神分析」の語を用いた。

(25) 引用元として示した二つのページに「testing of one's pathogenic beliefs」という語句は存在しないが、一つ目の引用元として示したページに「testing of her pathogenic beliefs」、二つ目の引用元として示したページに「tests both of his pathogenic beliefs and of the analyst」の記載がある。これらの表現を一般化する形で筆者は、「信念の検証 (testing of one's pathogenic beliefs)」と記載した。

(26) 現実検討とは、現実についての主観的な認識や表象が、外的・客観的な現実と一致しているかどうかを検討する自我の機能のことである。

(27) ワイスのこの記述は、アレクサンダーの論文 "The Development of Psychoanalytic Therapy" に基づいている。同論文に「修正情動体験 (corrective emotional experience)」という語句は存在しないが、「new corrective experience」(Alexander 1946: 22) という語句が存在し、同論文の 20~24 ページにおいて、現在広く「修正情動体験」として知られている概念が説明されている。

(28) 明言されていないが、ワイスが念頭においている「科学者」とは、クーンのパラダイム論が描くような、古い信念 (パラダイム) をなかなか手放そうとしない科学者であると考えられる (注の (16) を参照)。

(29) 信念が安定していなければ、人は計画を立てたり、将来への見通しをもったりすることができない (Weiss 1993: 31)。

(30) 信念をテストするには、信念が警告する危険に身をさらす必要があるが、病因的信念は正常な信念よりも強く危険を警告するものであるため、患者は信念をテストすること自体を恐れるようになる。したがって患者は、恐怖によって病因的信念を維持するよう強く動機づけられていると言える (Weiss 1993: 32)。病因的信念はまた、正常な信念と比べ、その持ち主を苦しめる傾向が強い。このため患者は、これを変えるよう強く動機づけられていると考えられる (Weiss 1986a: 8, 1993: 32)。

(31) 「多重決定性の原理」とは、神経症の症状が、多くの場合、ただ一つの要因によって規定されているのではなく、複数の要因によって規定されている、というフロイトの考え方を指している (Freud 1991: 278=2004: 134)。

(32) ワイスのこの記述は、1971年のモデルの論文"The Origin of Certain Forms of Pre-Oedipal Guilt and the Implications for a Psychoanalytic Theory of Affects"に基づくものである (Modell 1971: 339)。

(33) ワイスのこの記述は、1958年のベレスの論文"Vicissitudes of Superego Functions and Superego Precursors in Childhood"に基づくものである。

(34) ワイスのこの記述は、1981年のニーダーランドの論文"The Survivor Syndrome: Further Observations and Dimensions"に基づくものである。

(35) 「やりたくない行動の強制」は、フロイトが「想起、反復、徹底操作 (1914)」において「反復強迫」 (Freud 1946a: 130=1970: 52) として言及したものであると考えられる。ワイス自身は、*The Psychoanalytic Process* の第6章で「反復強迫」について言及している (Weiss 1986a: 101-2)。

(36) ワイスのこの記述は、フロイトの「精神分析概説 (1940)」におけるフェティシズムについての以下の記述に基づいている。

彼はこのため、女性器にペニスがないことを自分に指し示した感覚知覚を否認し、その反対の確信を固持する。(Freud 1941a: 133=2007: 246)

(37) ワイスがこの考え方の起源であるとするフロイトの記述の一つは、「快原理の彼岸 (1920)」における以下のものである。

子供の遊びの場合、子供が不快な体験を繰り返すのは、単に受動的に体験した場合よりも、自分の能動性によって強烈な印象をはるかに根本的に制覇 [=克服] できるからだと理解してよいだろう。

(Freud 1940a: 36=2006: 88)

なお、ワイスが示した二つ目の起源は、注の (12) に段落引用した箇所である。

(38) 「打ち消し (undoing)」は、原始的な防衛の一種で、「既に起こったことをなかつたことにする」という意味合いをもっている。打ち消しは、「手洗い」をはじめとする強迫行為一般に認められる性質である。

(39) サンプソンが参照した追跡調査とは、アーノルド・フェファー Arnold Pfeffer の研究とハスケル・ノーマン Haskell Norman らの研究である (Pfeffer 1959, 1961, 1963; Norman et al. 1976)。

(40) ワイスとサンプソンのこの記述は、1979年のグリーンバウムの論文"Epistemological Liabilities of the Clinical Appraisal of Psychoanalytic Theory"に基づいている (Grünbaum 1979: 508)。

(41) この研究を公平に行うために採用された特別な配慮については、*How Psychotherapy Works* で以下のよう記述されている。

シルバーシャツは、研究計画が両方の仮説に対して公正なものとなるよう、特別な注意を払った。

彼は二人の上級コンサルタントの助けを借りて研究計画を立てたが、そのうちの一人は 1911~1915 年の理論 (AFH) を支持し、もう一人は我々の理論 (HMFH) を支持していた。彼が考案した手順は、どちらのコンサルタントにとっても満足のいくものであった。(Weiss 1993: 173)

(42) この場合の「自己中心性 (egocentricity)」とは、「利己性 (selfishness)」という意味ではなく、あらゆる出来事の責任を引き受けようとする傾向、言い換えると、両親に対する自身の影響力を大きく見積り過ぎる傾向を指している。

(43) スターンのこの記述は、1977年のブルーナーの論文"Early Social Interaction and Language Acquisition"に基づくものである (Bruner 1977: 271)。

(44) 「スプリッティング (splitting)」は、パーソナリティ障害に特徴的とされる原始的な防衛を指す用語である。一般に、患者が物事や人物の極端に良い面か悪い面のどちらかしか一度に認識できない場合——つまり両価性に耐えられない場合——患者はこの防衛を用いていると考えられる。しかし、この事例の患者が呈した症状は、見方によって「スプリッティング」とも「両価性」とも言っていると考えられ (この二つは理論的には両立しえないはずだが)、どちらにしてもその現象は患者の病因的信念の観点から説明できるとワイスは論じた。

(45) 保証とは、例えば、治療者が患者に「あなたは必ずよくなりますよ」、「あなたの言い分はもっともだ

と思いますよ」等と伝えて安心させることである。

(46) ワイスがコフォートの治療論を参照したのは、1971年の著書 *A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders* (Kohut 1971=1994) 等においてである。

(47) ワイスがカーンバーグの治療論を参照したのは、1987年の論文 "Projection and Projective Identification: Developmental and Clinical Aspects" (Kernberg 1987) 等においてである。

(48) この例は、ワイスらの実証研究の対象となったC夫人の場合である。ワイスは、恋愛転移が常に「愛の対象を元気づけたいという願望」に基づいていると主張しているわけではない。

(49) ワイスは、「ハッピーエンドで泣けること」というタイトルの論考を、*The Psychoanalytic Process* と *How Psychotherapy Works* の出版に先立つ1952年に既に発表している (Weiss 1952)。

(50) 「反復強迫」は、それが問題の克服を目的として不快な経験を繰り返すものであるという点では、純粹なAFHを逸脱しており、むしろHMFHに属する概念であると考えられるが、それが「自我のコントロールを超えた自動的な」反復を指すものであるという点ではAFHの枠内に留まる。このためワイスの議論は、反復強迫をAFHから逸脱したものとして捉える見解に基づいた一つの論証と、反復強迫をAFHの一部として捉える見解に基づいた二つの論証の二段構えとなっている。後者の見解の根拠としては、*How Psychotherapy Works* におけるAFHについての以下の記述がある。

転移における子ども時代の経験の無意識的な反復は、患者のコントロールを超えて、快原理と反復強迫によって調節されている。(Weiss 1993: 18)

なお、ワイスらは明言していないが、第4章4.4で紹介する「オムニバス理論」の考え方をうければ、「反復強迫」は「オムニバス概念」であると言ってよいと考えられる。

(51) ワイスの論点からは逸れるが、ヨーゼフ・ブローイアー Josef Breuer (1842-1925) とフロイトの『ヒステリー研究』を踏まえると、「悲しみ」を「泣く」ことによるカタルシスを求める衝動として捉える選択肢も存在する、と筆者は考える (Breuer und Freud 1991=2004)。

(52) 今回筆者は、ワイスが引用したバルソンの未発表論文を入手することができなかった。このため、本節の内容はワイスの記述のみに基づいている。バルソンの論文とは、*How Psychotherapy Works* の参考文献欄に以下のように記されているものである。

Balson, P. (1975). *Dreams and fantasies as adaptive mechanisms in prisoners of war in Vietnam*, Unpublished manuscript written in consultation with M. Horowitz and E. Erikson. (On file at the San Francisco Psychoanalytic Institute) (Weiss 1993: 211)

なお、「サンフランシスコ精神分析協会 (San Francisco Psychoanalytic Institute)」は、現在の「サンフランシスコ精神分析センター (San Francisco Center for Psychoanalysis: SFCP)」である。筆者が SFCP Library, Archives, and Audiovisual Repository に問い合わせた結果、該当する資料は現在 SFCP には存在しない、との回答を得た (2023年10月7日現在)。

(53) 「アンカバリング (uncovering)」とは、覆いを取ること——すなわち、抑圧されているものに患者を直面させることを指す。

(54) ワイスが「超自我」の語を使用するのは、自身の理論とフロイトの理論や他の分析家の考え方との対応関係を示すためであると考えられる。

(55) ワイスが「エス (id)」の語を使用するのは、自身の理論とフロイトの理論や他の分析家の考え方との対応関係を示すためであると考えられる。

(56) 「享楽」はラカンの精神分析理論における独自の概念である。立木康介によれば、享楽は元々「欲動の満足」を意味していたが、1967年には「対象 a」による剰余享楽と同一視され、1970年代には「大文字の他者の享楽」等複数の種類の享楽が想定されるようになった (立木 2011b: 1045-6)。「大文字の他者」については注の(59)を参照のこと。ここでの「享楽」は、人間が神経症の主体となる際に、快原理のシステムに従属することで失われた、原初的な快楽を指していると考えられる。

(57) 人は「一次過程」から出発して「二次過程」へと進むとフロイトは考えていた。一次過程は快原理のみによって調節され、二次過程は快原理と現実原理の両方によって調節される。二次過程は、最終的に快楽を得ようとすることについては一次過程と同様であるが、現実の状況に応じて直接的・即時的な満足を断念したり、満足を延期したり、不快感に耐えたりすることが可能である。(Freud 1943e: 231-3, 235-6=2009: 260, 264)。

(58) ラカン派の分析家ディラン・エヴァンズ Dylan Evans によれば、鏡像段階論によって「自我」を想像的なものとして位置づけたラカンは、人間の象徴的な側面をそれとは区別する目的で、「主体 (sujet)」と呼んだ (Evans 1996: 195)。

(59) 『現代精神医学事典』執筆者の鈴木國文によれば、ラカンの「大文字の他者」とは、主体にとって同一化の対象である「小文字の他者」とは異なり、「主体に先立ちながら主体を規定しているものを位置づけ

---

る「場」(鈴木 2011: 121)である。大文字の他者は、しばしば〈他者〉と表記される。大文字の他者には、言語(シニフィアン)の体系としての側面、主体に欲望をもたらすものとしての側面、主体に不安をもたらすものとしての側面がある(鈴木 2011: 122)。

(60) この区別に関して、ワイスは以下のように記している。

病因的信念と空想(ファンタジー)は、互いにある種の類似性を持っている。どちらも無意識の精神生活において重要な役割を果たし、どちらも経験と関連している。どちらも、有利な大人の視点から客観的に見ると、奇想天外に見えるかもしれない。しかし、病因的信念は空想ではない。空想と信念は大人には似ているように見えるかもしれないが、子どもの視点からは(そして大人の無意識の中では)まったく別のものである。子どもは無意識的に空想から楽しみを得るが、病因的信念からはそうしない。実際、子どもは無意識のうちに病因的信念に怯えたり、それによって意気消沈したりすることがある。子どもは空想を生み出すとき、現実の恐ろしい面や苛立たしい面を無視するか、あるいは現実を変化させて、さまざまな願いが叶うものとして認識する。しかし、病因的信念を生み出すとき、子どもは現実に直面している。彼は現実の恐ろしく、厳しい、外傷的側面から病因的信念を推論する。病因的信念を生み出すとき子どもは、不十分ではあるが、現実の危険や欲求不満と取り組もうとするのである。(Weiss 1986b: 324)

(61) 「全能の責任感」あるいは「誇大な責任感」とは、他者に生じたすべての結果について自身に責任があると考え、あるいは、自身の行動や思考のすべてが、魔術的な仕方では他者に影響を及ぼすと考える責任感のことである。C夫人は、彼女が家族の他のメンバーを羨望しなければ、彼らに重大なダメージを与えることになる、また、自分が彼らを羨望することによって、彼らを元気づけることができる、と無意識的に思い込んでいた(*The Psychoanalytic Process* の第10章を参照)。

## 参考文献

- Alexander, Franz, 1946, "The Development of Psychoanalytic Therapy," *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, The Ronald Press Company, 13-24.
- Beres, David, 1958, "Vicissitudes of Superego Functions and Superego Precursors in Childhood," *Psychoanalytic Study of the Child*, 13(1): 324-51.
- Bowlby, John, 1969, *Attachment and Loss 1: Attachment*, Basic Books. (黒田実郎・大羽葵・岡田洋子訳, 1976, 『母子関係の理論 1——愛着行動』岩崎学術出版社.)
- Breuer, Josef und Sigmund Freud, 1991, *Studien über Hysterie*, Fischer Taschenbuch Verlag. (金関猛・我田広之訳, 2004, 『ヒステリー研究(上・下)』筑摩書房.)
- Bruner, Jerome, 1977, "Early Social Interaction and Language Acquisition," Heinz Schaffer ed., *Studies in Mother-Infant Interaction: proceedings of the Loch Lomond symposium, Ross Priory, University of Strathclyde, September, 1975*, Academic Press, 271-89.
- Bush, Marshall & Suzanne Gassner, 1986, "The Immediate Effect of the Analyst's Termination Interventions on the Patient's Resistance to Termination," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 299-320.
- Caston, Joseph, 1986, "The Reliability of the Diagnosis of the Patient's Unconscious Plan," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 241-55.
- Caston, Joseph, Ruth Goldman & Mary McClure, 1986, "The Immediate Effects of Psychoanalytic Interventions," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 277-98.
- Curtis, John, Paul Ransohoff, Frances Sampson, Suzanne Brumer & Abbot Bronstein, 1986, "Expressing Warded-Off Contents in Behavior," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 187-205.
- Evans, Dylan, 1996, *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*, Routledge.
- Fink, Bruce, 1999, *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*, Harvard University Press. (中西之信・椿田貴史・舟木徹男・信友建志訳, 2008, 『ラカン派精神分析入門——理論と技法』誠信書房.)
- Firestein, Stephen, 1978, *Termination in Psychoanalysis*, International Universities Press, Inc.
- Freud, Sigmund, 1940a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Jenseits des Lustprinzips," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 13*, S. Fischer Verlag, 3-69. (須藤訓任訳, 2006, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「快原理の彼岸」『フロイト全集 17』岩波書店, 55-125.)
- , 1940b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Das Ich und das Es," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 13*, S. Fischer Verlag, 237-89. (道籐泰三訳, 2011, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任・本間直樹編, 「自我とエス」『フロイト全集 18』岩波書店, 3-62.)

- , 1941a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Abriss der Psychoanalyse," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 17*, Imago Publishing Co., Ltd., 65-138. (津田均訳, 2007, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任・渡辺哲夫編, 「精神分析概説」『フロイト全集 22』岩波書店, 179-250.)
- , 1941b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Die Ichspaltung im Abwehrvorgang," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 17*, Imago Publishing Co., Ltd., 59-62. (津田均訳, 2007, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任・渡辺哲夫編, 「防衛過程における自我分裂」『フロイト全集 22』岩波書店, 263-7.)
- , 1941c, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 7*, S. Fischer Verlag, 243-377. (総田純次訳, 2008, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任・総田純次編, 「ある 5 歳男児の恐怖症の分析 (ハンス)」『フロイト全集 10』岩波書店, 3-174.)
- , 1942a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Die Traumdeutung," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 2 und 3*, S. Fischer Verlag, 1-642. (新宮一成訳, 2007・2011, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「夢解釈」『フロイト全集 4・5』岩波書店.)
- , 1942b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Über Psychotherapie," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 5*, S. Fischer Verlag, 13-26. (越智和弘訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任・渡邊俊之編, 「精神療法について」『フロイト全集 6』岩波書店, 397-412.)
- , 1943a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 350-7. (高田珠樹訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「精神分析における夢解釈の取り扱い」『フロイト全集 11』岩波書店, 277-83.)
- , 1943b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Zur Dynamik der Übertragung," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 364-74. (須藤訓任訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「転移の力動論にむけて」『フロイト全集 12』岩波書店, 209-20.)
- , 1943c, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 376-87. (須藤訓任訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「精神分析治療に際して医師が注意すべきことども」『フロイト全集 12』岩波書店, 247-57.)
- , 1943d, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Zur Einleitung der Behandlung," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 454-78. (道籟泰三訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籟泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「治

- 療の開始のために」『フロイト全集 13』岩波書店, 241-69.)
- , 1943e, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 230-8. (高田珠樹訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「心的生起の二原理に関する定式」『フロイト全集 11』岩波書店, 259-67.)
- , 1943f, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 8*, S. Fischer Verlag, 104-15. (高田珠樹訳, 2009, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「精神分析療法の将来の見通し」『フロイト全集 11』岩波書店, 191-204.)
- , 1946a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 10*, S. Fischer Verlag, 126-36. (小此木啓吾訳, 1970, 井村恒郎・小此木啓吾・懸田克躬・高橋義孝・土居健郎編, 「想起、反復、徹底操作」『フロイト著作集 6』人文書院, 49-58.)
- , 1946b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Bemerkungen über die Übertragungsliebe," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 10*, S. Fischer Verlag, 306-21. (道籐泰三訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「転移性恋愛についての見解」『フロイト全集 13』岩波書店, 309-25.)
- , 1947, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Aus der Geschichte einer infantilen Neurose," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 12*, S. Fischer Verlag, 29-157. (小此木啓吾訳, 1983, 井村恒郎・小此木啓吾・懸田克躬・高橋義孝・土居健郎・生松敬三編, 「ある幼児期神経症の病歴より」『フロイト著作集 9』人文書院, 348-454.)
- , 1948a, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Psycho-Analysis," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 14*, S. Fischer Verlag, 299-307. (大宮勘一郎訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任・加藤敏編, 「精神分析」『フロイト全集 19』岩波書店, 217-25.)
- , 1948b, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Hemmung, Symptom und Angst," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 14*, S. Fischer Verlag, 113-205. (大宮勘一郎・加藤敏訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任・加藤敏編, 「制止、症状、不安」『フロイト全集 19』岩波書店, 11-101.)
- , 1948c, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Das Unbehagen in der Kultur," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 14*, S. Fischer Verlag, 421-506. (嶺秀樹・高田珠樹訳, 2011, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「文化の中の居心地の悪さ」『フロイト全集 20』岩波書店, 67-162.)
- , 1948d, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds," *Sigm. Freud gesammelte Werke*

- chronologisch geordnet 14*, S. Fischer Verlag, 19-30. (大宮勘一郎訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任・加藤敏編, 「解剖学的な性差の若干の心的帰結」『フロイト全集 19』岩波書店, 203-15.)
- , 1950, Anna Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Isakower eds., "Die endliche und die unendliche Analyse," *Sigm. Freud gesammelte Werke chronologisch geordnet 16*, S. Fischer Verlag, 59-99. (渡邊俊之訳, 2011, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「終わりのある分析と終わりのない分析」『フロイト全集 21』岩波書店, 241-94.)
- , 1987, Angela Richards ed., "Entwurf einer Psychologie," *Sigm. Freud gesammelte Werke Nachtragsband*, S. Fischer Verlag, 387-480. (総田純次訳, 2010, 新宮一成・鷺田清一・道籐泰三・高田珠樹・須藤訓任編, 「心理学草案」『フロイト全集 3』岩波書店, 5-105.)
- , 1991, "Zur Psychotherapie der Hysterie," *Studien über Hysterie*, Fischer Taschenbuch Verlag, 271-322. (金関猛・我田広之訳, 2004, 「ヒステリーの精神療法について」『ヒステリー研究(下)』筑摩書房, 121-206.)
- Gassner, Suzanne, Harold Sampson, Suzanne Brumer & Joseph Weiss, 1986, "The Emergence of Warded-Off Contents," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 171-86.
- Grünbaum, Adolf, 1979, "Epistemological Liabilities of the Clinical Appraisal of Psychoanalytic Theory," *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 2(4): 451-526.
- Kernberg, Otto, 1987, "Projection and Projective Identification: Developmental and Clinical Aspects," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35: 795-819.
- Kohut, Heinz, 1971, *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International University Press. (水野信義・笠原嘉・近藤三男・滝川健司・小久保勲訳, 1994, 『自己の分析』みすず書房.)
- Kris, Ernst, 1956, "The Recovery of Childhood Memories in Psychoanalysis," *Psychoanalytic Study of the Child*, 11: 54-88.
- Kuhn, Thomas, 2012, *The Structure of Scientific Revolutions*, 4th ed., The University of Chicago Press. (青木薫訳, 2023, 『新版 科学革命の構造』みすず書房.)
- Lacan, Jacques, 1966a, "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose," *Écrits*, Éditions du Seuil, 531-83. (佐々木孝次訳, 1977, 「精神病のあらゆる可能な治療に対する前提的問題について」『エクリ 2』弘文堂, 289-358.)
- , 1966b, "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien," *Écrits*, Éditions du Seuil, 793-827. (佐々木孝次訳, 1981, 「フロイトの無意識における主体の壊乱と欲求の弁証法」『エクリ 3』弘文堂, 295-345.)
- , 1966c, "La signification du phallus Die Bedeutung des Phallus," *Écrits*, Éditions du Seuil, 685-95. (佐々木孝次訳, 1981, 「ファルスの意味作用」『エクリ 3』弘文堂, 147-61.)
- , 1973, Jacques-Alain Miller et Judith Miller eds., *Le séminaire de Jacques Lacan II: les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse 1964*, Éditions du Seuil. (小出浩之・新宮一成・鈴木國文・小川豊昭訳, 2020, 『精神分析の四基本概念(上・下)』岩波書店.)

- , 1986, Jacques-Alain Miller ed., *Le séminaire de Jacques Lacan 7: l'éthique de la psychanalyse 1959-60*, Éditions du Seuil. (小出浩之・鈴木國文・保科正章・菅原誠一訳, 2002, 『精神分析の倫理 (上・下)』岩波書店.)
- , 1995, *L'identification: séminaire 1961-1962*, L'Association Freudienne Internationale, ([https://www.valas.fr/IMG/pdf/S9\\_identification.pdf](https://www.valas.fr/IMG/pdf/S9_identification.pdf) 2022.10.06 取得, 2023.06.28 アクセス).
- , 2001, Jacques-Alain Miller et Judith Miller eds., *Le séminaire de Jacques Lacan 8: le transfert 1960-1961*, Éditions du Seuil. (小出浩之・鈴木國文・菅原誠一訳, 2015, 『ジャック・ラカン 転移 (上・下)』岩波書店.)
- , 2004, Jacques-Alain Miller et Judith Miller eds., *Le séminaire de Jacques Lacan 10: l'angoisse 1962-1963*, Éditions du Seuil. (小出浩之・鈴木國文・菅原誠一・古橋忠晃訳, 2017, 『不安 (上・下)』岩波書店.)
- , 2023, Jacques-Alain Miller ed., *Le séminaire de Jacques Lacan 14: la logique du fantasme 1966-1967*, Éditions du Seuil et Le Champ Freudien Éditeur.
- Loewald, Hans, 1960, "On the Therapeutic Action of the Psycho-Analysis," *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 16-33.
- Mahler, Margaret, Fred Pine & Anni Bergman, 1975, *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, Basic Books. (高橋雅士・織田正美・浜畑紀訳, 2001, 『精神医学選書 3 乳幼児の心理的誕生——母子共生と个体化』黎明書房.)
- McWilliams, Nancy, 1994, *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, 1st ed., The Guilford Press. (成田善弘・神谷栄治・北村婦美訳, 2005, 『パーソナリティ障害の診断と治療』創元社.)
- Migone, Paolo & Giovanni Liotti, 1998, "Psychoanalysis and Cognitive-Evolutionary Psychology: An Attempt at Integration," *International Journal of Psycho-Analysis*, 79: 1071-95.
- Modell, Arnold, 1965, "On Having the Right to a Life: An Aspect of the Superego's Development," *International Journal of Psycho-Analysis*, 46(3): 323-31.
- , 1971, "The Origin of Certain Forms of Pre-Oedipal Guilt and the Implications for a Psychoanalytic Theory of Affects," *International Journal of Psycho-Analysis*, 52(4): 337-46.
- Niederland, William, 1981, "The Survivor Syndrome: Further Observations and Dimensions," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(2): 413-25.
- Norman, Haskell, Kay Blacker, Jerome Oremland & William Barrett, 1976, "The Fate of the Transference Neurosis after Termination of a Satisfactory Analysis," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(3): 471-98.
- Pfeffer, Arnold, 1959, "A Procedure for Evaluating the Results of Psychoanalysis: A Preliminary Report," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3): 418-44.
- , 1961, "Follow-up Study of a Satisfactory Analysis," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9(4): 698-718.
- , 1963, "The Meaning of the Analyst: A Contribution to the Theory of Therapeutic Results," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11(2): 229-44.

- Rapaport, David & Merton Gill, 1959, "The Points of View and Assumptions of Metapsychology," *International Journal of Psycho-Analysis*, 40: 153-62.
- Sampson, Harold, 1986a, "Introduction to the Research Problem," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 141-4.
- , 1986b, "Introduction to Studies about the Regulation of Unconscious Mental Life," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 165-70.
- , 1986c, "Introduction to Empirical Studies of the Plan Concept," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 221-40.
- , 1993, "Foreword," *How Psychotherapy Works*, The Guilford Press, v-ix.
- Sampson, Harold & Joseph Weiss, 1986, "Our Research Approach," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 145-52.
- San Francisco Psychotherapy Research Group, 2023, "HOME," ([https://www.sfprg.org/content.aspx?page\\_id=0&club\\_id=209469](https://www.sfprg.org/content.aspx?page_id=0&club_id=209469) 2023.05.27 アクセス).
- Sargent, Helen, Leonard Horwitz, Robert Wallerstein & Ann Appelbaum, 1968, "Prediction in Psychotherapy Research: A Method for the Transformation of Clinical Judgments into Testable Hypotheses," *Psychological Issues*, 6(1), Monograph 21.
- Shilkret, Cynthia, Marla Isaacs, Carol Drucker & John Curtis, 1986, "The Acquisition of the Insight," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 206-17.
- Silberschatz, George, 1986, "Testing Pathogenic Beliefs," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 256-66.
- Silberschatz, George, Harold Sampson & Joseph Weiss, 1986, "Testing Pathogenic Beliefs versus Seeking Transference Gratifications," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 267-76.
- Stern, Daniel, 1985, *Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Basic Books. (小此木啓吾・丸田俊彦・神庭靖子・神庭重信訳, 1989, 『乳児の対人世界 理論編』岩崎学術出版社。) (小此木啓吾・丸田俊彦・神庭靖子・神庭重信訳, 1991, 『乳児の対人世界 臨床編』岩崎学術出版社。)
- Weiss, Joseph, 1952, "Crying at the Happy Ending," *Psychoanalytic Review*, 39(4): 338.
- , 1986a, "Theory and Clinical Observations," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 3-138.
- , 1986b, "A Broad Look at the Theory," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 323-36.
- , 1993, *How Psychotherapy Works*, The Guilford Press.
- , 1998, "Unconscious Plans and Unconscious Conflict: Reply to Commentary," *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3): 443-53.
- Weiss, Joseph & Harold Sampson, 1986, "The Research: A Broad View," *The Psychoanalytic Process:*

- Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 337-47.
- Weiss, Joseph, Harold Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986a, *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press.
- Weiss, Joseph, Suzanne Gassner & Marshall Bush, 1986b, "Mrs. C," *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*, The Guilford Press, 155-62.
- 内田樹, 2002, 『寝ながら学べる構造主義』文藝春秋.
- 檜村愛子, 2007, 『ネオリベラリズムの精神分析——なぜ伝統や文化が求められるのか』光文社.
- 衣笠隆幸, 2011, 「精神分析的な精神療法」加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』弘文堂, 602.
- 斎藤環, 2006, 『戦闘美少女の精神分析』筑摩書房.
- 鈴木國文, 2011, 「大文字の他者」加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』弘文堂, 121-2.
- 高森淳一, 2007, 「Weiss の制御—克服理論——能動反転テスト」『天理大学学報』58(2): 61-87.
- , 2010, 「制御—克服理論からみた来談者中心療法の一事例」『天理大学学報』61(2): 21-48.
- 立木康介, 2011a, 「快樂と幸福のアンチノミー——ラカンの「カントとサド」をめぐって」富永茂樹編『啓蒙の運命』名古屋大学出版会, 432-63.
- , 2011b, 「欲動（ラカン）」加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸編『現代精神医学事典』弘文堂, 1045-6.
- 松本卓也, 2015, 『人はみな妄想する——ジャック・ラカンと鑑別診断の思想』青土社.