HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	心理臨床に発見する治癒の機転：覚書-フロイト初期の治療体験と治癒概念の成立
Author(s)	狩野, 陽
Citation	北海道大學教育學部紀要, 52, 1-27
Issue Date	1989-01
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/29320
Type	departmental bulletin paper
File Information	52_P1-27.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

心理臨床に発現する治癒の機転

覚書—フロイト初期の治療体験と治癒概念の成立

狩野　陽

The Mechanism of Psychological Healing: A Note on the Connection between Freud's Early Experience in Therapy and the Emergence of the Concept of Healing

Minami KANOH

目　次

はじめに：治癒を問うこと …… 1
1　心理臨床における治癒の問題：心理臨床に占める治癒の位置，治癒の知の構成，治癒の事実，治癒の現実態と可能態 …… 2
2　治癒の場と過程の心理学的構成：退行概念の形成，治療における退行，フロイトの退行，治癒としてのカタルシス …… 6
3　退行と除反応の治癒機転：精神分析における除反応，行動療法における除反応，退行と除反応のダイナミクス …… 17
おわりに …… 21

はじめに：治癒を問うこと

心理臨床で「治癒」を問うことは，当然であり，答えは自明であり，問題はただいかに治療しうるかにあるようである。現に，無数の心理治療が活動し，それぞれ適応の回復を目指してきた。いかに回復へと導くことができるか，どのようにして治るかの問いは，現実的で切実に答えを求め，臨床の工夫から編み出される数多くの治療法が，これに応えつづけている。当然な問いは有効な答えを見出しつつあるのであろうか。

だが，有効な治療法といえども，現状では，それが治癒を生じたという決定的な発生過程の証拠はなく，おおくは自然治癒率を上回る治癒成績に基づく推論にすぎない。ナイトの提唱した常識的な治療判定基準（Knight, R. P. 1941–42）も当初の目的である精神分析療法の判定に用いられず行動療法の効果測定に部分的に適用されている。これは，治癒とは何かについて同意がないことをあらわにしている。

心理臨床で治癒の概念は必ずしも共有ではなく自明でもない。治るとは，精神分析療法にあって，患者が知らずに取込まれていた無意識の心的力動と葛藤を覚知し，心的動因を流動化し超自我の強固さを撓め葛藤と緊張の低い適応的な自我の支配を取戻し，症状発生の心的苦悶に永続するとどめを刺すにいたることであろう（Freud, S. 1938, Paolino, T. J., 1981）。もはや，ここでは心理治療が「治癒」に直線的に結合はしていない。ラカンは，その演習で，治療効果の機転の問いは（le ressort de l'efficacité thérapeutique），問いのもつ解き難さだけでなく，問いそのものを陽の目のみない暗がりに留めようとする秘儀めいた抵抗（mystérieuse résistance agisse pour

que la question reste dans ombre relative ）に出合うことを語っている（ Lacan, J., 1954/1975 ）。

治療に際して，いかなる機序で治癒が成立するかについて明らかではなく，症状の改善がなぜ起こるかの事実も未知のままに残されていながら，しかもなお，治癒を問うことのないのは神秘な抵抗の故のみではなく，療法の基本に由来するのであろう。それは精神分析のみではなく，心理臨床の広範な仕事に共通する事態である。そこで治癒への問いはいかなる意味をもつのであろうか。

治療と治癒の概念は，人間の精神のあり方にかかわる限り，医学用語からのいくばくかの変異は免れないとしても，いかなる形態を執ろうと心理臨床においてそれらは貫通している。治癒への知的体系が心理臨床の学の動的基盤である。精神分析といえども，そして相談の仕事にあっても，ひとしく事はかわらない（奥田三郎，1967）。

この覚書は，心理臨床における治癒を問う。その問いを問い，治癒をあらしめる心的場と内的な治癒の機序を治療体験の成り立ちに即して探査を試みるものである。臨床の接触で訴えの受容を通じて気付かない体験に行当りその脈絡を洞察して適応にいたる回復の転機は，精神療法と相談の共有のものである。そのダイナミックスをフロイト初期の治療経験に遡って探索し，むしろ行動療法と共軛する治療の原基というべき心身の治癒機転のあることに着目し，その発現の組成を，これらの臨床知見と理論とを越えた解明の土台で検討するものである。これは発達における学習，経験を積む機序と基本を同じくする。その接近が私たちの仕事の出立ちであった。この覚書は，既に完結した事態への還帰ではない。未解決の出発点に進む旅立ちの心覚えなのである。

1．心理臨床における治癒の問題

心理臨床の場で，治療者は，適応の問題を抱える人に接して訴えを受取り，解決を志向してそれにいたる行程を模索し，解決を生じ適応が回復する状態に導く努力を続けている。

治療者には，多くの場合，その働きかけにより解決にいたる進行のプランがあり，現状との絶えざる調整のもとで治療が進む。だが，調整が行きづまり進行の挫折も往々にして起こる。さらに，当初に解決の展望を持つことができない症例も決して少なくはない。解決が「見えている」場合でもそれにいたる治療過程が一貫して進むのはむしろ常ではない。時には治療計画に基づく進行が袋小路に入り，対策と処置を重ねても，かえって悪化を招く状態に陥る。だが，このように解決が「見えてこない」場合でも，治療計画が一見挫折した過程でも，治療は持続し，治療者は自ら見えない何かに導かれて仕事をしているのである。

それは何かを，ここでは問題とする。

心理臨床に占める治癒の位置

心理臨床に当たる多くのものが，かなり明確な解決のプランで治療に臨んでいる場合にあっても，治癒は自らの治療活動から直接に導かれるものではなく患者自身の解決を発現する活動によるものであると考えている。それは，患者の自律的な回復への動向が治療を主導し介入はそれを誘発する補助に過ぎないとする心理臨床者の固有の信念と特有な臨床的態度に由来するところが大きい。だが，治療が本人から自発する回復をもととするという信念は，医療にとってむしろ普遍的なもので，その限りでは心理臨床を特徴づけるものではない。フロイトも，「精神分析治療に際しての医師への助言」（ Freud, S. 1912 ）で，ある老練な外科医の信奉した格言である，「手

当をするのは私，癒すのは神」（Je le pansai, Dieu le guérit.）という言葉を心理臨床の場に引当て，分析者も相似たことで心を充たさなければならないと告げている。だがフロイト自身の治療態度は，その教訓からむしろ遠い。治療者の把握する疾病形成の因果関係と意味付けが治療を一貫している。後期に，フロイトは事に触れて治療は患者の健全な自我のなしうることを助けるに過ぎず，それに加えるものでないと語ったが，解釈と治療の貫徹は変わらない。しかし，フロイトの治療活動そのもの，自由連想を手掛かりとする臨床の場は患者の自発する治癒，心的体制の再建と熟成を予定している。

今日，心理臨床に働くものは，フロイトの助言より厳しく治療を導く本人の自律性を受けとめているであろう。それは心構えに留まらず，方法として組み込まれ活動を律している。

このような信念と態度に応じて，心理臨床を専門とするものには，自らの仕事を適応障害の治療に限局せず，相手の人間的成長を援助することに役割を見出そうとする志向も当然強まる。治療という概念には病の回復という固有の意味の範囲があり，人の成熟，発達あるいは教育というべき面は包含できず，対象の障害や異常に働きかけるという内容は，そのままでは妥当し難いからであろう。確かに，訴えをうけた問題を通して，その人自身を異常とし病的とみなして，治療者という健常の立場から改善をはかる「治療」行為は，健康と疾病，正常と異常を揺るがぬ対立とみる世の常識を前提とする限り，心理臨床者の役割の本来とすることはできない。社会的に告発されていようといまいと自らを罪あるものとして苦しむ人に，社会の既成の立場からの助言は，いかに励ましと温情に満ちていようと心理臨床者のなすことの本義ではない。同じく，ひとが重く精神障害に苦しみ介助を要するとしても，その人自身を異常とする立場からのみの健常化の働きかけに留まるならば，いかにその改善をはかろうとも心理臨床者の本来の役割を充たすとはいえない。

いずれの場合にあっても適応しえない人自身の主体的なかけがえのない現実の受容からその仕事は始まる。そしてその人の内部から障害を受取る視点を保って解決に向かい，その人の適応の発達として形成として治療を進めるのが心理臨床の基本的要請であろう。ここでは異常の解決が問われると同時にそれを異常とし病的としている正常とは何かが問われ，障害や疾患とともに健常が問われるべきものとなる。精神的な障害に苦しむ人は健常者と異質なのではなく，たとえ本人が意識しようとしまいと健常さの関わりで苦しむのである。健常と異常は共に現実的な健常な人間のうちにあり，「異常な」人間でも同じである。

治癒への知の構成

このような心理臨床の理念からすれば，介入の仕事は，自律的回復と自己実現の援助であり，異常や疾患として治療するよりも広く深い人間的かかわりであるとも主唱しうるであろう。その人間的成長を介助し，問題をその人の生き方の新しい展開のなかで洞察させようとする傾向は，カウンセリングや種々の相談を扱う専門家に著しい。しかし，その仕事を導く心理臨床のシステムは対象者の未知の活動の契機を取り込むこととなり知の体系としてきわめて難しいシステムをとることになる。それは実質としてどのように組織された仕事でありうるのであろうか。それは主観的解釈と信念を越えて客観的な吟味に耐える科学と技術の体系，少なくとも知と実践の活動のシステムを構成できるであろうか。これは，苦難と混迷にある人が救いを求め宗教家や先達がこれを受けとめ助け導く仕方とは対応の根本において性質を異にし，ひたすら相手を受容しその人の自律を促す役割に徹することであるにせよ，本来，到達し難いあり方（境地）に殆いのであ

る。それは人間のあるべき自立の幻想に装われた裸の信念の果たしうる役割ではない。

心理臨床の学は，その活動の実証知を体系づけるとともに，回復が事実としていかに成り立つか，その発現のメカニズムを開示しえなくてはならない。

臨床に際して，相手のありのままの受け容れと共感が初期の改善を生ずることは多いが，そのまま一筋の回復への行程を導くことは殆どありえない。受容と共感が解決を遠ざけることも，悪化させることも起こる。接触が深まるにつれ相手の状態に後退が生ずるのは，むしろ稀ではない。そして，多くの場合，治療を求める人の自律性は弱く，混迷し，暗示性は高いのである。その故にこそ自律が基本であるべきなのであるが，解決は相手のそのまま果たしうるところにはない。活動を有効に進めるには，相手の状態に応じて一喜一憂し，対策を模索するわけにはゆかない。解決へと進行を統御するシステムを必要とする。この心理臨床の広義の解決を，当面，治療と名付けておく。

適応の問題に苦しみ，相談に来る人の多くは，自らの適応障害と問題の解消を必要としており，自己の成長と生き方の展開を直接に求めているのではない。カナーが指摘したように，本人の訴えた問題が必ずしも本来の解決の所在をしめすわけではないとしても，なにかの問題をもち不適応の解消と回復を要しているのである（Kanner, L. 1972）。病識のない患者でも重い精神遅滞児でも，その必要はひとしく存在する。臨床にあるものは，先ずこれに応え解決するのが仕事である。

それでもなお，心理臨床者にとって，やはり患者自身の自律的回復という治療契機は，その仕事の中核に違いない。しかし，それはなお曖昧かつ不明のプロセスである。事柄を事実として外見から見れば，それは，解決が当事者の解発する未知の随意的，不随意的な活動として生ずるという事態を指している。実証の浸達し難い事実であることがわかる。その事柄の内実を推定すれば，患者に治癒を実現する主体的動向があり，治療はその実現の場を導出することである。この場合，場とは患者をとりまく条件のみでなく，患者自身の活動が実現する内的仕組を含まざるをえない。これは直接に観察しえず，推論の立証は固有の精緻な構成と，それに応ずる検証操作の組織なしにはできない。

治癒の事実

しかも治療は必ずしも十全な実現のみではなく欠損を伴う治癒もありうる。これまでの経験から見れば，心理臨床の場では治癒の発現が生じても部分的に留まり，かなり不完全であることがむしろ常のことである。患者はいまだ完治せず病態から解放されていないことを鋭く意識し，執拗に治癒を求める。これに対し治療者はその状態をその人の現実として受け入れるのを求めざるをえないことが起こる。その症状を持ち，そのような状態である自己の現実を受容することが，この場合，解決となる。これは字義通りの解決ではないであろう。それは気にしていることを当然として気にならなくなることであり，状態と調和して落ち着きを取り戻すことであり，基本的には慣れることである。これは心のありよう，気の持ちように留まらない。むしろ，すぐれてホメオスタティックな身体の事実であり，心身の出来事である。そして，生命体にあっての問題の解決は，根本としてこのような推移をたどる（狩野，1957，1967）。「欠損がかねてありしことを受容し，完全な治癒への断念」へといたる過程をバリント・M. は提言した（Balint, M. 1957, 1968，中井訳，1978）。森田神経質に対処する森田療法の基本もこれと通ずる。

しかし，患者の完全な治癒への願いが当然であるように治療者の完全な治癒の志向が，これら

欠損のなかの解決の前提である。だが現実的に両者には較差がある。ここで患者自身の抱く自らの可能な治癒像が重要な契機となる。それは現状の受容へ到達することへの桎梏になりうるとしても治療の間にあって完全な治癒を求めて，治療策に限界づけられた治療者の可能な治癒像と角逐し，より完全な治癒へと推進する。両者の葛藤と和解の経過がもっとも活動的な治療のプロセスをつくる。だが，このような症例は多くはない。患者は潰え易く，その希求が治療を律する強靱さを保持し難い。ときに患者は回復を拒否し病態に逃れようとするが基底は変らない。

症状が治療の働きかけで消失する場合でも，原因となる状態は依然として持続し，やがてさらに悪化することも多い。これは重症の精神症状をしめす患者にとりわけて多い。障害が重いほど自律力の弱化は著しく自発する回復機能は弱い。治療は患者の自立にまつだけではなく，自ら回復へ志向する力の発動に向かわねばならないのである。反面，精神障害のかなりの人達は，治療を介さずに，あるいは適用した治療に関わりなく軽快し回復する。

治療における治癒の意味は一義的ではなく，治癒の発現と治療操作の関連は直接的ではなく明証的でもない。治療者は自らの臨床作業を治癒の原因と思いやすい。治癒をえた喜びのなかにあって，自ら組織した操作との関連を吟味し尽くして，時に，往々にして多くの時に，治療操作は治癒に関連していないこと，あるいは，その主因ではなく意図しない副次的作用の結果であると認めることを，敢えて自らに課すことを出来るかどうかが臨床における知の資格を決める。知見を検証するシステムの有無が臨床の学でありうるかを決めるのである。

治癒の現実態と可能態

治療者がいかに異なる状況と治療策をとろうと，治療者が－そして患者が－治癒を目指しており，治療者に改善のプランが描かれつつあることは同じである。ここでは，治療者が心理臨床にさいしてもつ治癒のイデーをアリストテレスの用語を用いて「可能態としての治癒」と表示し，回復したあり方を「現実態としての治癒」と名付けよう。(Aristoteles, De Anima, Ross, D., ed., 1956，現実態「エネルゲイア」が可能態「デュナミス」で目的として予想され，その完成として発現する相互関係については Hartmann, N., Möglichkeit und Wirklichkeit, 1966，に論議がある)

治療活動に内在する「可能態としての治癒」という認知の場の構成概念は，その治癒像のみでなく，それにいたる道程を表わし，可能な手段と障碍の連鎖を示す。必ずしも一つの繋りではなく，多くの選択点をふくむが，治癒から導出される線とそれに近づく線がその点で結節することになる。ゆえに，この概念は時間性をもち，通路，転回点，障壁，到達点という空間的なイメージを可能にし，そして操作，効果，無効，抵抗，変化，反作用のような力学的関係を含む。この場はエネルギー最小の原理が支配する。目標との距離は最短化され同じ目的達成にいたる可能な経路は最短で抵抗が少なく最小の時間で終結にいたる (Lewin, K. 1938)。

治療者は，最小の費用と適用手段，そして最短の時間で治癒の発現をえようとする。この最小費用の法則は過剰治療の禁則をふくむが，この場のダイナミクスを決定するのは，目的である治癒であり，その目的達成への手段の最適化が要請であって，目標と手段の間の効用－費用のトレイド・オフを基本的には内容としていない。

「可能態としての治癒」は，治療者の念頭にある解決の「イデア」だけではない。患者自身の抱く願いである治癒像があり，さらにはその近親の人達の予期する治癒像も伴うであろう。だが，本来のデュナミス（潜勢）は治療に関与している人間の主観にではなく，治癒すべき主体である患者自体にあって治癒にむかう指向と仕組みを指すといえよう。これを仮に「治癒可能態そのも

の」と呼ぶならば，それのあり，かつあらざるべからざることは，当然，想定されるところであるにしても，それを明らかにする直接の知の手段は見出しえない。治療対象自体にある治癒に移行すべき動態そのものは，治療者にとり常に隠れつつあるものではあるが，それをよく知るものは，やはり，治療者にほかならない。最も誤解するものも，時にはまた，治療者ではある。とはいえ，治療可能態そのものを正確に余さず読み取り，それに基づく治療計画に従って働きかけるのは，治療者の仕事であるべきはずであろう。

この覚書の主題は，直接には，治療者が患者に接し治療を導く“治癒にいたる”成り行きは何であるかと問うことである。それは治療者と患者の相互作用のもとに現実化する営みであり，治療者の覚知する仕事の構成に留まらない。治療者をしてその目指すものに患者の状態を転化する活動の契機を問うのである。問われる対象は，究極的には覚書の主体である治療者としての私自身なのであろう。しかし，ここでは先ず心理臨床を通じて治療を組織化していく治療法の内蔵している治癒の動的構成の論理を問うことになる。治癒をどう見るかにより，それに向かう手順として治療は組織される。それはまた，その治療体系に関わらざるをえない。

2．治癒にいたる場と過程の心理学的構成

治癒とは，症状の消失であり，問題の解消である。回復というとき，原状への復帰という局面で治癒を理解することになる。だが，治療にいく程かの時間の経過がありその間に発達が持続するのであるから，それが発症前の過去の状態への単純な復帰であれば，停滞であり，後退であり，ある意味での退行とならざるをえない。治癒とは，本来，発病以前の原状復帰ではなく，治癒点にいたる時熟した健全な自己の達成を理念とするであろう。それは治療の期間にあっては未来の可能態として現われ，治療終結で現在として実現する。かかる意味では，治癒は復帰，回復ではなく発達，実現であろう。確かに，障害，疾病あるいは生きていく問題に苦しむ体験は人に何事かの経験と熟成をもたらしうるものである。

しかし，障害の発生とそれの解消による原状回復には，事実として，なんらかの退行を認めざるをえない。双生児は共に発達するなかで，一方が兄らしく他方は弟のように振る舞うようになるが，兄らしくしていた幼児が病気や怪我で暫く保養すると，この関係が逆転し他方が兄らしく本人に臨み，本人は弟のように振る舞い始めることがある。この事態は，本人の変動のみでなく双子の兄弟同志の相互作用と家庭内の人間関係とくに両親の処遇の変化がからんで本人の退行に影響し，やや複雑ではあるが，病気と養生と回復のうちに退行が現われることをしめしている。しかし，他面，この児はこの罹病－治療の間に健全であった時にはえられない経験を積んだであろうが，それは兄－弟の力関係には現われてはいない。この関係は兄だけでなく，弟が兄の退行に応じて優越し兄の役割を身につける過程で成立するが，主因は兄の罹病と療養－回復にともなう活動の変性，後戻り，退行なのである。勿論，これらの事象は，所謂「退行」と同じではないであろう。だが，成功した治癒のなかに，なんらかの後向きの契機，退行のありうること，しかも，それはその人間関係の場－治療者を含めて－で形を取るにいたることを着目しておかなければならない。

退行概念の形成

退行の発現に関与する因子は多い。その人を襲う障害，疾病，社会的圧力，禁制，そのほか欲求充足を妨げ，干渉し，活動を低下させ，逃れようのない抑圧とストレスを及ぼすものは何であ

れ，退行を誘発しうる。しかし，これらの因子が常に直接的に退行を生じるのではない。ここではその人自身の固有の内的心理機構がそれらを取り込み発現にいたらしめると推定しておく。

退行は，適応水準の低下を示す現象の一つの記述概念である。フロイトは，夢判断（1900）で退行を取り上げ，さらに1914年，これを補説して，三重のあり方に区別した。a）局所的なもので，心理的システムの発達を遂げた現在あるシェマの意味に（im Sinne des hier entwickelten Schemas der ψ -System）基づくもの，b）時間的なもので，以前のより古い心的構成物の取り戻し，償還（ein Rückgreifen auf ältere psychischen Bildungen）に関わるもの。c）形式的なもので，現に慣れたものが原初的な表現と表出の仕方に置き換わる（primitive Ausdrücks- und Darstellungsweisen die gewohnten ersetzen）場合。（Freud, S., 1914, G. W. Bde. Ⅱ/Ⅲ, s. 554）これらの全ての退行は根本において同一のものであるという。というのは，時間的により古いものは同時に形式的に原初的なものであり，しかも心的局在論から見て知覚末端により近いものだからである。

この，自ら七年周期で実るよい研究とフェレンツィに書き送った著述で，フロイトは，日常に発現する退行の現象形態として夢を位置づけ，異常の発現と回復の過程に定位した。

クルト・レヴィン（1941）は，この退行概念を行動の記述として検討して，真の退行から一時的な後戻り（retrogression）と仮性退行（pseudo-regression）を区分けした（Lewin, K., Cartwright, D., ed., Field Theory in Social Science, 1952）。幼児が，弟妹の出生にさいして傷つき，より幼い行動と状態に戻るのは，いかにそれへの固執がやむにやまれぬ本気さで行われるにせよ，それは原初的行動そのものではなくてむしろ洗練された行動であり，真の退行ではなく仮性のものであるとするのである。

双生児の一人が罹患していわゆる退行が生じた場合，その児が病中，発達を後戻りして幼稚な行動をとるとしても，やがて回復して病前に本人を性格づけていた，より発達した行動に復帰するなら，それは退行ではなくて一時的後戻りであるとレヴィンは判断するであろう。それでは，一時的後戻りとは何を指すか。時間 t1，t2，t3……における個人の行動あるいは状態を B^{t1}，B^{t2}，B^{t3}……とすると，一時的後戻りは $B^{t2} \neq B^{t1}$ であっても，$B^{t3} = B^{t1}$ であること。これは，原初性 primitivity，適応性 adaptability という陳述を内含せず，ただ時系列上の差異と類同を言及するものである。これに対して B^{t3} が B^{t2} より原初的ならば退行であり，これは $B^{t3} = B^{t1}$ を必要条件とはしないという（Lewin, K., 1952, p. 94）。

レヴィンは，フロイト（1917）に依拠して，リビドーの退行，自我の退行，対象の退行をわけ，退行の条件をそれ以前の発達状態での対象へのリビドーの固着とより成熟した水準でのリビドーの要求を充足することの困難と認めた。その生活史（life history）の発達の各段階の行動にはそれぞれの特定の様式を見ることができるが，行動と心的状態の原初化（primitivation）とは，その遡行であり，行為に内在する複雑な階層的秩序が単純な体制に変りあるいは解体し，抽象的な思考の型からより具体的な型へ，推理から学習へ，柔軟な行動からステレオタイプなものへの移行であって，一時的か否かを問わず，適応機制が未分化な原初的様式をとることにほかならない（Lewin, K., 1952, p. 95）。

双生児の一方に生じた後退は，鋭敏に他方に反映し兄－弟関係の逆転に現われた。この関係を指標とするなら，後退は退行の性質を持つものであると見ることができる。フロイトの基準に照らしても，またレヴィンの概念からしても言えるであろう。レヴィンのいう一時的後戻りの含意する $B^{t3} = B^{t1}$ は，二人関係に認められず，両親との間では依存や甘えの行動様式が増加し，発

達上，より初期の行動の型が観察されるからである。

レヴィンとの違いは，先ず，レヴィンが回復を発病前を基準としてそれへの復帰とし，病前の行動と心的状態から発達を続けるはずの時間経過を考慮しなかったことにあろう。この期間は，通常の場合，短く一過性のもので，その期間の前中後の発達と経験による差異を気付くことは少ないが，この場合，双生児の他方は，複雑で急速な発達を遂げ，力と役割の関係を逆転し，この差異を顕わにした。発達の変動の経過を短いタイムスパンに分割し，いわば微視的に発達を観察すると，おそらく，この差異は普遍的なものである。更に，次の点は，レヴィンが，罹患と治療と回復の過程において後退を明らかに観察しながら，通念によって一時的なものとして，退行とは認めなかったためである。これはレヴィンが後退を適応の保護のための擬態とみて，一時的で回復すれば退行ではないと考えたためであろう。だが，擬態をとるのは当人の知的な振舞ではあっても，幼稚な装いをとらざるをえないのには適応が弱化しその統合水準の低下が起こり，解体の進行を示すことが多い。レヴィンは擬態が長びくと真の退行に移ると認めるが，擬態の初期に既に退行が微視発生的に観察できる。この違いは，理論の基礎に遡れば，その生活空間のトポロジー的構成からくる時間性あるいは歴史的経過を取り扱う特性にも由来するであろう。

治療における退行

心理臨床で直面するのは，むしろレヴィンが無視した局面である。カール・メニンガーは，精神分析技法論（1958, p. 78）に罹患と治療過程で生ずる退行について古典的ともいうべき記述をしている。「何世紀ものあいだ医者はもちろん，そうでない人びとまでも，病気にかかり依存的になった人びとがその願望の対象や，それを手に入れる方法という点で，子どもっぽい特徴を示すことに気づいていた。どんな病気にも，何らかの退行がともなうものであり，この退行は，医師の助けを求めることによって，いっそう促進される。医師によっては，ほとんど意識的に，おじいさんや，ひょうきんな叔父さんの役割を演ずる。また，その反対に，一実際には稀なことではあるが一自分がしらずしらずのうちに，姉妹，母，あるいは憎まれ者の雇い主等の役割を演じていることに気づく医師もいる。しかも，これは，同じように患者にもわからないうちにそうなっているのである。フロイト自身も，この現象を発見して驚いたのである。その後，彼は，この現象があらゆる治療関係に存在する事実を認めたが，つねに彼はこの現象とその正しい扱いを，精神分析療法の本質的な，そしてきわだった特徴のひとつとみなしていた。」（小此木，岩崎訳 1969, p. 97－98）

精神分析状況で，患者は精神分析の基本とする掟（psychoanalytische Grundregel）を課され，受容的ではあるが必ずしも共感や同情を示さない治療者のもとで自らの連想をあるがままに，とりわけ自らの意識しえない抵抗に合いながら，それに抗して述べていくのは，高いストレスの状況であり，しかも自己の発話に治療者から期待するような応えもなく慰めもなく苦しみを解消する治療処置もとられない状態が続き，強いフラストレーションが発現し，持続する。治療作業が惹起する退行の発現である。臨床の場の条件や本人の体位や姿勢もこれを強化するという言及も多い（小此木他，1981－1985）。

メニンガーは，治療の進行につれて人格発達の逆行過程が生じ，知覚，思考，行動がより初期のより原初的な様式に退行し，注意範囲の局限，自己への関心の集中が生じ，心理機能の構成が単純化し，治療者に子供のような情緒的依存を強めるのを認めて，分析療法は治療開始時の部分的退行または発達遅滞を更に越えたそれ以上の退行をひきおこすという。

退行についてかなり多義的でその触発する複雑な障害の重さを感じたフロイトに比して，退行に治療の建設的契機を認める立場をとる，E．クリス（1935, 1952再録）R．シェイファー（1954），D. W．ウィニコット（1955），ザンダー（1956），B．レヴィン（1958），P．グリネッカー（1960），E. R．ヅェーツェル（1965），J．アーロウ（1968），M．バリント（1968）とともに，メニンガーは，退行を重視し，治療が退行を惹起し，その退行自体が治療の基盤となる過程を構成すると考えた。退行の治療上の意義は，「ひっかかった釣り針をとり出す前に，一度押しこんで，さかとげを外さなければならないのと似ている。フロイトは，神経症を完全に抑圧もされず，完全に想起もされ得ない記憶（reminiscences）に悩まされている状態を表わすものとして説明したが，その際彼はこの事実を示唆していたのである。精神分析療法では，その記憶は，まず第一に，より十分に想起され，その上で，より十分に抑圧（または放棄）されるのである」（小此木，岩崎訳　1969，p．60−61）メニンガーは，既に，退行の広い発現と，治療にさいし精神分析療法のみでなく麻酔，ショック療法にも伴うことを認めている。精神療法において，退行は随伴的な副作用としてでなく，治療上，本質的な解決の手段となる。これは，おそらく退行が適応の危機に際して自然発生の動態であるだけでなく，危機をやり過し解消に向かう適応機制として強化され，維持されているためであろう。

しかし，この一見，発達史を後戻りし幼稚化し，より原初の段階から発現すると見える行動を示す特有の事態が現われるのを認めることと，それを退行として類推するのとは同じではない。事態は先ず現象として記述すべきで，これはフロイトの仕事であった。治療者と治療状況に依存が高く暗示を受けやすく，しかも転移を生じうるものとして退行は治療の方途たりうる特性を有する。しかし，退行と名付けられる事態に操作しうる面は少なく，治療に奉仕しうるのは限られた局面に過ぎない。治療としての退行に先立ち，疾病とともに発現し患者をある活動状態に強いる「退行」とはなにかをフロイトの事態についてみるべきであろう。

フロイトの退行

フロイトにとって退行という現象は，自分の仕事として精神療法的治療を始めた初期から複難な臨床の問題だった。既に初期の失語症研究でジャクソンの解体説を導入し退行の理解は熟していると推定できるにもかかわらず，フロイトの退行概念の形成は遅れた。「夢判断」（1900）とその追補（1914）の以前に用いた後退，遡及，逆行を示す類語，Rück- あるいは，rückläufig は，1895年前後に既に使われ，退行の概念が熟した以降も並列的に記されている。しかし，その間の語義の変化は免れない（Strachey, J. 1966）。

退行は，症例に普通に見られる事象で共通の様態が認められるが，それぞれに特有の内容を示し，症状とともに変動した。それは面接に当たり直面せざるをえぬ患者の心的現実であり，容態に応じて変化するのみでなく，それへの応接の仕方の如何によって症状自体も変わりうる。発病にもかかわり療養にさいしても現われるだけでなく，治療操作に応じて退行が生じ，往々にして適用した操作を越え，意識するとしないとにかかわらず，治療者の対応に応じて退行は影響をうけ，しかも特有な症状をとるにいたる。この中間的症状は過渡的性格を持ち，治療処置により応じやすい。

フロイトは，やがて，これらに一貫する現象を，退行として組織的な記述を始める。だが，それらを通ずる内的仕組の力動的因子である抑圧は直接に観察できない活動にかかわらず明確な役割の定位と働きの叙述を確定するのに，観察可能な退行については，むしろ，綿密ながら曖昧な

記述に終始する。臨床上，退行の必発を知り，それは患者がいかにあったかを露呈し，治療に利用すべき必須の条件であることを見通しながら，フロイトは退行の処置をやや厄介とするところがあると同じように，理論上，フロイトの，それの扱いは多義性を残すのである。

フロイトが退行を治療理論の中にいかに位置づけたかの問題に留まらず，フロイト自身のあり方として，治療と退行を解明する必要があるであろう。

実務が広がるにつれ，フロイトの治療の実地と理解の中で，「退行」を指ししめす内容は事実として急速に増大していったが，その初期においてフロイトの治療に占める退行の役割の認識は明確さを欠いていたのはなぜか。

この不明確さは事の重大さが乏しいためでも，フロイトから遠いためでもない。むしろ，それがあまりにも近く切実で逃れようもなくフロイトを襲い包みこみ，フロイトにとって操作として統制しえず，定位し難かったためではなかったか。フロイトを捉えたのは間違いなく病態としての真の退行であり，フロイト自身，打ちのめされ，すがろうとした。それは消極的状態に留まらず，この体験を通じてフロイトは回復し，それこそがフロイトの固有の体系が熟成し結晶した場ではなかったか。

1890年，夏，フロイトはヴィルヘルム・フリースへの書信でフリースのいるベルリンに行けなくなったことを告げ，ベルリンの街や学会はどうでもいいがフリースに会えないのが残念だとして，手のあかない診療と家庭の事情を訴えている。フロイトは書き続ける。「…ほかのことでは全く満ち足りており，もしそういったほうがよければ幸福だといえるのですけれど，私は，いま，完全に孤立し，学問の上で鈍化し沈滞して，望みを放棄した状態になっています。あなたと話して，あなたが私をなにほどかのものと考えていただいているのに気付いたとき，私は，実際，自分をひとかどの者と思い始めさえしたものでした。そしてあなたの人を絶体的に心服させるエネルギーの化身とみえるお姿は私に影響せずにはおりませんでした。ここ幾年かの間，私は教えていただける方もなく過して参り，多少とも専念して神経症の治療に没頭してきましたので，あなたとお会いすることから仕事のうえで裨益するものをうると信じております…」(1890／8／1，Freud, S., 1950, 1985)

この間の十数年にわたるフリースとの書簡と原稿のやりとりはフロイトのもののみが残り，初め，その二百八十四通のうち百六十八通だけが，しかも部分的に公刊された（1950，1954英訳)。1887年から1904年にいたる全書翰の公刊は最近のことに過ぎない（1985英訳版，1986独語版)。これらは当時のフロイトの知的状況をあらわしている（ Zanuso, B., 1986)。

シャルコーに傾倒して短いパリ滞在からウィーンに戻ったフロイトは自らの学問でなすあろうとした確信の潰える体験を重ねる。その一つはコカインの薬効についてのフロイトの思い込みと性急な臨床適用であった。フロントのコカインの広範な効用についての論文が，ハイトラー編集の総治療学中央雑誌に掲載されたのは1884年７月であった。フロイトは，ニーマンの記載したコカ植物のアルカロイドが当時なお医療目的のため考察されることが少ないとして，まず健常な人間について，それが興奮喚起的に作用し空腹感，渇き，眠気を押え活動を高める作用を指摘し，内科的，精神科的疾患への広い治療価値を主張しモルヒネ禁断に際しての利用を説いた（ Freud, S., 1884)。エレンベルガーによると，当時，コカ葉から抽出されるアルカロイドの特異性への注目が記載されたのはアッシェンブラントによってであり，その前年の十二月のことだったという。(Ellenberger, H. F., 1970 , 木村，中井訳，1980) フロイト自身，コカインを多用しており，その経験から，自伝に記すようにその麻痺作用を友人に話し，コラーによる局所麻酔薬物の発見

のきっかけになったのではあるが，フロイトのコカインへの傾倒は直接的で全面的なものであった。確かに，それの齎す澄明な爽快感と冷たい興奮というべきものはフロイトに確かな実感をあたえたであろうし，古くから用いられた霊妙な薬効の未知の広がりはフロイトの探究心を鼓舞した。しかし，挫折は直ちに来た。友人のモルヒネ中毒への投与は重症のコカイン中毒を生じコカイン中毒の中で友人は死亡した。1885年にはコカインの嗜癖惹起について指摘が現われ，次の年，その同じ著者であるエルレンマイヤーはフロイトの名を上げてコカイン誤用を批判した（Erlenmeyer, A., Ueber Cocainsucht, Deutsche Medizinalzeitung, VII, 1886）。フロイトは世の非難に晒されることになった（Byck, R. ed., 1974）。

同じ頃，ウィーン帝室医師会はフロイトを講演者として招いた。それは，フロイトによると信じられない「悪意にみちた処遇」であった（Allein ich fand eine üble Aufnahme.）（Freud, S. 1925, G. W. XIV, s. 39）。報告の主題である男性のヒステリーについて，フロイトはウィーンの医師と医学者の無知による忌避と受け取ったが，エレンベルガーの資料によれば，ウィーンの学者は既に男性ヒステリーについて経験を積んでおり，シャルコーの功績についても評価していたが，フロイトの報告には何ら新しいものはないというのであった。さらにウィーンの医師には鉄道事故や職業上の傷害に長く潜延する障害がつきまといそれをヒステリーと診断するのは本人にとって不当であり不利であるとする気遣いがあった。その人たちにとってフロイトの論議は浅く軽率でその忌諱に触れたのかもしれない。若干の出席者はフロイトの報告を面白いと認めたが，発言者のすべてが批判的であった。ほぼ四十年たってフロイトは記した。「権威者たちが自分の新しさを拒絶したという印象がいつまでも心に離れなかった（Der Eindruck, dass die grossen Autaritäten meine Neuigkeiten abgelehnt hätten, bliebt unerschüttert ; ）。私は脳解剖学研究室からも締出され（versperrt wurde），学期中，自分の講義をしうる場所（Lokal）もなくなったから，大学と研究団体の生活から身を引き自分に閉じこもった（zurückziehen）。私はそれから一世代にわたり（seit einem Menschenalter）「医師会」を訪ねることは絶えてない。」（Freud, S. 1925, G. W. XIV, s. 39）フロイトの研究は，しかし，たゆまず着々と進んだ。その研究は，それまでと変わらず綿密な資料と考察を備えていたが，自己吟味のきびしい緻密さを加えた。それは用心深い周到さというだけではない。フロイト自身の内部で練り上げられその思念の刻印をもつ構成を取りつつあったのである。

そして研究の内実は，徐々に，やがて急激に決定的に，変わりつつあった。しかし，フロイトは『ちっとも興味の持てないまま』（1895，11／8，an Fliess）カソウィッツを院長とする病院の附置小児疾患研究所で，小児疾患の経験を積み，幼児早期の半盲（1888），こどもの夜尿（1893），脳性両側麻痺（1893 a，b，c）の報告をするとともに，その小児脳性麻痺の症例35例について，片側運動麻痺の発症するタイプを急性型と舞踏病性片麻痺（choreatische Paralyse）をともなう緩徐型の，いわば理想型に分ち，現症例をその間に分布する複合として位置づけた。てんかんと脳性麻痺の関連を検索し，てんかんをしめす多くのケースが麻痺なき小児麻痺（Kinder laehmung ohne Laehmung）とし，治療に真性および外傷性（traumatisch）てんかんの脳外科手術の知見を位置づけた（Freud, S. und Rie, O., Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallaehmung der Kinder, Kassowitz, M., hg. Beiträge zur Kinderheilkunde, 1891, III Heft, ）。同じ年，フロイトは最初の著書である失語症研究（Zur Auffassung der Aphasien ; Eine kritische Studie, 1891）を刊行した。当時，物質と意識における持続の問題を考えつつあったベルクソンは，その資料として失語症の知見を検討していた。ベルクソンは，感覚性失語のシェマを立論したシャ

ルコー，リヒトハイムのいう言語の感覚性，運動性中枢を媒介する概念中枢の経路を複雑化した理論としてウィスマン（1980），メェーリ（1890）とともにフロイトを挙げている（Bergson, H., Matière et mémoire, essai sur la relation du corps à l'esprit, 1896）。確かに，語と対象の表象との結合に対応する神経学的構成にフロイトの緻密な推論が応じているが，むしろその中にあってフロイトの特質は失語の発現形態の理解を心理学的に展開し，さらに言語領域の障害がより後期に獲得された高いレベルの活動様式を失い，それより以前の簡単な様式の活動が発現するという当時のヒューリングス・ジャクソンの理論に基づいて，脳の機能の後退，進化・発達の逆行としての解体に置いたところに見ることができる。だが解体と退行は近接し重なり合うがフロイトはまだ透徹していないのである。

フロイトは四年余にわたる婚約期間を終え家庭と個人医としての活動を営み始めていた。相次いで子供が生れ一家の長として落ち着き，ヨーゼフ・ブロイアーの援助もありやがて患者も増え少しづつ収入も上り，生活は安定してきた。いわゆる「世紀末のウィーン」で，フロイトは真面目ながら小ブルジョアの市民生活を享受し，類似の階層に属する人の多い神経症患者の治療に当たった（Jones, E. 1956，小此木，1973，Zanuso, B. 1986，Gay, P. 1988）。

フロイトは，ベルネームを学び，これをシャルコーから修得したものに加え，ヒステリーをふくむ外傷性神経症治療の基盤とした。ブロイアーの催眠カタルシスと除反応による治療は共同の治療法として明確な主張となった。フロイトは自らの願いは治療医になることではないと自覚していたが「患者や症状に一定の条件が与えられるなら，ヒステリーと強迫神経症を決定的に治癒できるという確信」（1896, 4/2, an Fliess, Freud, S. 1985）を持つにいたった。

この時点で，神経症の症状がフロイトを捉えた。

フロイト自身の神経症については汗牛充棟の説がある。ここでは，記録された現象から一つの症状にのみ着目する。それはフロイト自身の退行である。フロイトには，かなり長期にわたって神経症状の出現と消褪があり，この時期に初発したものではないし，その中にあってフロイトは仕事を続けてはいる。だが容易ならぬ苦しみと自らの統制によってであった。「私はほんの少しも興味を覚えない小児麻痺の研究に完全に没頭しています。心理学［草稿の仕事］を脇に退けて以来，消沈し幻滅を感じています。あなたの祝福を頂く資格など私にはないと感じています」（1895/11/8）やや落ち着きを取り戻した時期にフリースへ書いている。「ひとしきりの高揚した気持の後，いま憂鬱の発作の中にいます。私にとって気の休まらない一番の患者は私自身なのです。」（1897/8/14，an Fliess）（Freud, S., 1954, 1985）

フロイトの症状は父の死によって急激に悪化した。これは父の死が契機になって発症したというようなものではない。およそ，神経症の発症の経過は意味づけの可能にみえる側面が多い。それが臨床的にいわゆる精神病と分かつ手掛かりとなりうることがあるとしても，意味づけうる事態をそのまま発症の主因とすることは常に誤解となる可能性を含んでいる。フロイトの診断と解釈がいかに体系的であろうとその誤りは免れないが，フロイト自身の神経症の発症の経過を事実として辿ることは難しく，それをフロイト自身の資料から推定することには危険が伴う。フリースとの交信のフリース側に残された一面的な資料を除けばフロイトの神経症解読の手掛かりは乏しい。それらはフロイト自身によっても意図的にも意図なしにも秘められているようにみえる。かくて，そのうえフロイトの神経症をフロイトの構成した神経症理論と診断体系から診断することは二重の難点を伴わざるをえない。事実として，意味づけうる事態がそのまま発症に結合することはありえない。いかなる神経症にせよ，親の死を単一の原因として発病にいたることはなく

複雑な因子の相互作用の中で発症するのを常とするが，少なくとも親の死が誘因となって症状の発呈にいたらしめるには心身の臨界的な危険状態が既に進行しているであろう。ここでは，フロイトの神経症が何によるかを問おうというのではない。むしろ，事の一面を強調すれば，フロイトはその神経症のさなかで父の死に出会い，その死は，神経症の退行のさなかでこそ通常ならざる痛切さを帯び，フロイトを根底から衝き動かし，強烈な影響を与え，その圧倒的な退行を肉付けし神経症を増悪させた。そのなかでフロイトの退行の濃密な体験と自らへの観察と救助の営みがフロイトを自己分析に駆った。そのなかでフロイトはそれまで気付かなかった自らの体験に直面し，それらの個々の具体的体験の連鎖を統べるダイナミクスを覚知した。それはフロイトにとって自ら見通しえぬ治癒への苦闘の道程であったと同時に自己体験を基盤に結晶する新たな人間の知を産出する道程であった。

フリース宛，1896年10月26日の書信で，フロイトは父の死を伝えている。「老人は二十三日の夜に死去し，昨日，火葬に付しました。老人は末期にいたるまで尋常ならざる人物でもあるかのように雄々しく振舞いました。末期には髄膜出血を起こしたと思いますが，発作的な昏迷と原因不明の発熱があり，知覚過敏と筋痙縮があって発熱がなくても覚醒が生じるようになりました。最終的には肺の浮腫を起こして老人は安らかに死を迎えました。すべては私の危機の時期におこったのです。私は打ちのめされて落ち込んでいます…」（Freud, S., 1950, 1985, 1986）さらに追って書く。「…ひとつの死にあって，私の中では過去のあらゆるものが揺り起され蘇えってきます。私は，いま，自分が根こそぎされてしまったような気持がします…」（ibid, 1896/11/2）

父の死は，フロイトの退行のなかで強い感動を呼び起こすとともに，それは退行を促し，以前の体験は生き生きと現われて，過去の情動が再びフロイトを捉えた。フロイトは，懸命に自らの過去を探りそれらの体験は何かを，フリースにむかって綴り続けた。そのときフロイトは，それを書かざるをえないように駆り立てられていたであろう。自ら陥った状態を見詰めて抜けだす唯一とみえる方途として，フロイトは見える過去を手掛かりに見えない体験の連鎖をたどった。

これはフロイトの自己分析として知られる過程である（Anzieu, D. 1975）。そこで，いかなる転移が起こり，どんな抵抗が生じたか，それは，この覚書の触れるべき範囲ではない（前田重治1984）。当然，この時期のフロイトの自己分析は，始めから意図的に方法として行なわれたものではない。過去体験への遡及は，フロイト自身がどうしようもなく退行して過去の自分のあり方に捕らえ込まれて生じた。そのなかに長く沈湎し，やがて過去の体験を意識に再現することを通じて，退行を治癒の武器として用いるにいたるのである。ある時期にいたって，フロイトの内の「可能態としての治癒」に基づく自らの治療プランは過去体験の意図的再現と定位を治癒への通路として組込んだ。自己分析は，フロイトにとり，どうしても拘らざるをえない過去の呪縛の覚知であり，それをフリースに受けてもらわずにはいられない依存であり，現症の精神的苦境から回復に向けて進むかもしれない表出と理解の道程であった。

退行が心理治療の基底であることは覚知され，基本的に重視されながら，その概念化は遅れ，治療に占める役割は長く確定するにはいたらなかったのである。フロイトは，自己自身の徹底のうちに回復する状態の独自の所産である「夢判断」の第二版序として1908年に当時を回想して記している。「私にとって，この書物は，今なお，なにか常とは異なる個人的に意味深いもの（noch eine andere subjektive Bedeutung）だったが，それは完成して始めて理解できたことであった。解った限りでは，それは私の自己分析の一部であり，父の死への私の反応だった。父の死は人の生きるうえで最も重大な出来事で最も痛切な喪失である…」（Freud, S. G. W., II/III, x）ここで

は父の死と出会い自己分析の生じたフロイト自身の状態は触れられていない。退行の過程で不安と寄る辺ない状態でフリースに依存し，沸き起る自己の体験にこだわり自己と取組んだ。事実として自己分析の治癒効果が些少なものであっても，フロイトが脱出と自己救助の感をもったことは確かであろう。

治療としてのカタルシス

フロイトは，仕事を臨床に向けた初期，精神症状の改善に効果を持つ治療策のいくつかのアイデアを温めたが，臨床適用に成功し理論として組織したのは，ヒステリー患者の臨床で，ベルネームの書を訳しながらの催眠暗示によるA夫人の治療（1887, 12/28, an Fliess, Freud, S., 1950, 1985, 1986）とヨーゼフ・ブロイアーが施行した催眠カタルシス法の治療に関与しその治癒機転である除反応 Abreagieren の理解を自らのものとして以来であった（Reicheneder, J. G. 1983）。当初，フロイトの理解はかなり素朴で，外傷性の感情体験が，事後，その印象の想起に伴い感情を反復し，改めてまた涙に暮れ，原体験の貯溜（Retention）が発散し慰籍をうる，命日や記念日に原体験を取り戻し悲しみや苦痛を繰り返し新たにする（nachholendes Abreagieren）という日常の体験に根ざして解釈している（Freud, S., 1895, G. W. Bd. I, s. 250）。

これは，当時の用いられていた言葉であるカタルシスの意味を，かなり忠実に表わしている。カタルシスという言葉の経過は長い。ホメロスには現われていないがオルフェウスのようなギリシャ初期の秘教で既に清め，浄化を指して使われた。エンペドクレースは Katharmoi「浄化」と題する詩を書き，プラトンはファイドンで秘教的定義から進めて（67 c）哲学による魂の浄化を，ソフィステースで悪や無知の矯正を論じた。異なる語義の流れは，ヒポクラテス集典にあり，悪液の排泄，瀉出を記している。アリストテレス（政治学，XIII，7，1341 b－1342 a，詩学，4，1449 b，17，1455）にいたって周知の語義は集成されて，更に複雑な働きを表わす文脈で用いられるに至る。その「詩学」で，悲劇について「雅趣に充ちた言葉が使われるが，それは一律の調子ではなく…言語によるとは言え，この再現は，役者によって演ぜられるのであって…同情と恐怖を惹き起こすところの経過を介して，この種の一聯の行為における苦難の浄化を果たそうとするものである」（今道訳詩学，p．29）という。この訳文に言う，苦難－通常は「感情」「情動」であろう－の浄化 παθημάτων κάθαρσινの語をめぐって，古来，多くの説がある。[前の語を μαθημάτων と記す古写本（Codex Parisinus 1741）があるといわれ，学ばれる事柄や事態あるいは知識を指し，「マテマの」と読む仕方も興味深いが，文脈とアリストテレスの語用から「パトスの」と読んでおく]

この書が中途で断ち切れ失われていることと，その欠損の内容にアリストテレスの予告（Politica, VIII, 7,1341b）によれば，より詳しく（σαφέστερον），カタルシスを論じたと推定できることもあって，魂の浄化としてのカタルシス問題は，リュケイオン後期から中世の学徒，イスラムの学者たち，そして近世にいたってもゲーテ，レッシングの議論を通じて世の関心を惹いてきた。しかも，悲劇は演ずる者の仕草と言葉を介して観客を生きる苦しみ，悩み，悲しみや喜びの体験に同調させ，観客の情緒を高めて浄化し，日常の鬱積を解いて排泄するという理解は，フロイトの世代を含む十九世紀の古典学のもっとも話題の多い主題であった。エジンバラ大学のS. H．ブチャー（1897）は，この間のアリストテレスのカタルシス論争を展望し，それをこの時期に新しく再開したものとして千八百五十七年にブレスラウで刊行されたヤーコブ・ベルナイスの小論文の大きな影響を高く評価し，ベルナイスの解釈の特徴を医学のメタファーの導入にお

いた。このパンフレット「悲劇の作用に関するアリストテレスの失われた論究の特質」(1857, 1880再刊収録) でベルナイスはイスラム資料を再解釈し，カタルシスをゲーテに代表される理解から解き放った。それは，医学的に瀉下 Reinigung, purgatio としての，宗教と典礼の面で浄め，祓い，禊 lustratio, expiatio としての，道義のうえで贖罪，償いと清め purificatio としての意味を持つが，それらは分離し難いという。

悲劇は観るすべての人の胸中にある同種の情緒を喚起してその興奮の作用で蟠りの洗い落し purgatio，放散を生じ，喜びにいたる慰籍をもたらす。これは医療による治癒と基本的に同様の性質 ἰατρεία= Heilung durch künstliche Mittel であるという。それは症状をそれと類似の効果を生ずるものの投与により解消する，類似のものの類似なものでの治療と，病者自身の活動の誘発により滞りを放出して均衡を回復するという治癒機転を内臓している。

エレンベルガーの指摘 (1970) では，この著者はフロイトの婚約者であり妻となったマルタ・ベルナイスの伯父である。そしてカタルシスは当時の古典学の分野のみにとどまらずウィーンのサロンで尖端を行く話題であり，ブロイアーとフロイトの催眠カタルシス療法の対象であるアンナ・O. 自らがこのカタルシス解釈を自分の治療の道具に採用したことを推定している。おそらく，それはアンナがブロイアーとの面接を煙突掃除 (chimney sweeping) とか，おしゃべり療法 (talking cure) と呼んだことを指しているのであろう。因に，病中の一時期この患者の話すことのできる唯一の言葉は英語であった。ブロイアーは，この稀有の患者アンナの言うところはよく取り入れている。しかし，フロイト＝ブロイアーが自ら樹立しえたとした治療の基本概念は相互に同じではなく，それらは患者の理解あるいはウィーンの人々の抱く観念ともまた同じではない (Reicheneder, J. G. 1983)。

少なくとも，カタルシス理論は当時の多数の学者の論ずるところとなった (c. f. Cooper-Gudeman, A Bibliography of the Poetics of Aristotle, 1928, フロイト世代でこの文献目録に現われないカタルシス論も多い)。

同時代，ブレスラウ大学の J. H. ラインケンスはアリストテレス芸術論 (1870) の過半をカタルシス問題に当て，その一節をベルナイスのカタルシス解釈 (Die Bernays'sche Katharsis-Erklärung) と題して当時の研究者たちの理解と批判を纏めている。それらは多彩であり多くのギリシャ文献を駆使して多面なカタルシスを浮き彫りにしている。しかし，そこからもフロイトの治療法とその展開の土台となる概念をそのまま導き出すことは出来ない。

カタルシス概念についても，催眠カタルシス治療の治癒機制についてもフロイトは明示しているとは言えない。フロイトが自ら適用するブロイアーの治療テーゼとして次のように記述している：[die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab.] (Breuer, J. und Freud, S. Neurol. Centralblatt, 1893, 12, s. 7)「一誘因となる事実の回想を完全な明白さで呼び起こして，それによってこれに随伴していた感動をも呼び覚ますことに成功し，そのうえで患者自らその事象を出来るだけ精細に述べて，その感動に言葉を与えるようにすれば個々のヒステリー症状はたちどころに消滅し二度と起こるものではない－懸田克躬訳 (1974)」(Freud, S. 1895, G. W. I, s. 85)。

続いて記している：感動することなく思い出しても，ほとんど常に効果がない。もともとの始めの経過である心的過程が可能な限り生き生きと再び持ちきたされ (So lebhaft als möglich

wiederholt）発生したそのときの状態に（in statum nascendi）までもたらされて，それから「言い表わされる」（, ausgespochen' werden）のでなければならない。後年にいたって，フロイトはこの時期に発見した事実について繰り返し語っている。ブロイアーがカタルシス的と名付けた治療法のなそうとすることは，いわば間違った経路に入り込み閉じ込められて動けなくなった感情の活動量が症状を支えているので，それを正常な通路へ導くため，通じをつけて（zur Abfuhr gelangen）発散する（abreagieren）ことであった（Freud, S. 1925, Selbstdarstellung, G. W., XIV, s. 46–47）。

この瀉下，通利というカタルシスの理解はベルナイスの定立した解釈と一致している。だが，晩年のフロイトが回顧した自らの仕事の意味付けは，当時のカタルシス療法のフロイト自身の理解とは同じではなく，まして，その治療体験と同じではないのである。

註 フロイトの生涯については，的確さと評価の公平に問題があり，特にフロイトを取り巻く人々の記述に偏りがあるにしても，標準となる伝記として用いられている Ernest Jones, Sigmund Freud, Life and Work, 3 vols. 1956,（簡約版による邦訳がある）には，ヤーコブ・ベルナイスの記載があり，マルタの父の二人の兄の一人としてハイデルベルク大学でラテンとギリシャ語を教えたと記し，カタルシスの著作については触れていない（vol. I, p. 112）。これに対し，エレンベルガーは，「1880年にヤーコブ・ベルナイス（フロイトの未来の妻の伯父）がアリストテレスのカタルシス概念についての著作を出してカタルシスについての興味が広い層に湧き起った」Henri F. Ellenberger, 1970, p. 484, と記載した。エレンベルガーの指摘は，おおむね的確に事態の関連を取り上げ示唆するところが多く信頼されている。しかし，両者共に記載に誤りがある。ジョーンズの記述とは違い，ヤーコブが所属したのはハイデルベルク大学ではない。当初ブレスラウ大学，1866年以降はボン大学であり，そこの員外教授として，そして図書館司書長として尊重された。エレンベルガーの記載したヤーコブの著作は，晩年に再刊収録した論文集であって，当時，カタルシスについて解釈の論議の発端となったその当のものではない。カタルシス問題に衝撃を与えた著作は，それより遙かに早く1857年に刊行された。これは「悲劇の作用に関するアリストテレスの失われた論著の諸特質」と題したパンフレットと呼ばれるブレスラウ歴史＝哲学会論叢（Abhandlungen der hist. philos. Ges. zu Breslau, Bd. I, s. 136–202, およびその別刷刊行）の小論文である。因に，この学会は指導者であるテオドール・モムゼンのベルリン転出により1858年に終った。当時，ヤーコブはブレスラウ大学の講師（Lehrer）であった。これ以前に小論文「アリストテレス詩学補遺」（1853）を発表し，ついで1863年には，やはりアリストテレスの著作を公刊しているが，カタルシス問題の提起は1857年の論文においてである。この時期，すでにかなりの研究者が詩学について論じている。例えば，シュペンゲルには幾編もの論著があり，ヤーコブについで1859年「アリストテレスのカタルシス・トーン・パテーマトーンについて」を著わした。ヤーコブの医療メタファによる解釈の出現は，引き続く数十年にわたる多数の学者の論議を誘発した。おそらく，やがてこれがウィーンの人々にも周知の話題となるにいたったのであろう。ただ，アンナ・O嬢と呼ばれたベルタ・パッペンハイムが，このカタルシス概念を自らの療治に当嵌めたかどうかは推定に過ぎない。しかし，それはここで重要なことではない。ここで重視するのはフロイト自身の治療概念の形成である。

補注

D. Anzieu（1959, 1975）は旧著の改訂に際し，エレンベルガーを参照し，ヤーコブ・ベルナイスの論著の刊行によりカタルシスは当時のサロンの話題であったという説を批評して不当を指摘した

（Anzieu, D., L'Auto-analyse de Freud, 1975）。除反応は神経生理学伝来の経済的見方に由来しブロイアーに近く，カタルシスは葛藤の解放としてフロイト的だが，ベルナイスの著述の1880年当時，治療は開始し，フロイトへの影響はありえないという。この一見矛盾を衝く論議は，事実に的確さを欠き，そのうえエレンベルガーと資料を同じくして誤解を更に重ねたに過ぎない。

3　退行と除反応の治療機転

精神分析における除反応

フロイトがブロイアーの催眠カタルシス法をエミー・フォン・N. に施行したのはフロイト自身の記述によれば1889年（Freud, S. 1895, Strachey, J., The chronology of the case of Frau Emmy von N., S. E. II）に入ってからであった。この間，フロイトは神経症患者の治療を模索し，安静ーマッサージー入浴ー暗示ー電気治療ー催眠と種々の治療を試みていた。シャルコーの後にベルネームの催眠を学びとり暗示の方策を強めた。既にブロイアーの治療の卓効に着目し評価していたにも拘らず，エミー・フォン・N. には始め催眠治療を執り，患者ー本人か否かは確かではないがーをベルネームのもとに伴い催眠法を確認している。この時期の思案の定まらないとつおいつはフロイトの催眠への見極めにとって必要な条件であったであろう。だが，フロイトは，催眠カタルシス療法の適用の最初の症例から，既に，催眠を，カタルシスに向けて体験を遡行し幼児期の外傷性経験を浮上し再体験する手段として，患者を退行状態に誘導し，意識的禁縛とりわけ性衝動の意識的抑制を解除する方法として組織化しようとしていた。しかもフロイトは，それまでの催眠への傾倒にもかかわらず，きわめて少数の症例に短い適用をしただけで催眠法を脱け出るにいたるのである。初期からフロイトの治療にはシャルコー，ベルネームの基本と異なる傾向があるだけでなく，ブロイアーの臨床とも差異があったのである。

1892年，大腿部の疼痛と歩行困難を主訴とするエリザベート・フォン・R. に対してフロイトは催眠を殆ど用いずに，患者の頭部に手を当てて（durch Drücken auf den Kopf）心像や追想の喚起を促進する方法で病因となる体験への遡及を計った。一つの主題に属する個々の情景が間違いなく年代を追って長い絵巻き物のように蘇えってきた（wie prompt und wie unfehlbar chronologisch geordnet die einzelnen Szenen, die zu einem Thema gehörten, sich einstellten）抵抗と屈折を経て患者が抑圧してきた体験と感じ方に行当りフロイトがそれを告げたとき患者は激烈な苦悶状態に陥る。フロイトはその慰めとともに患者の希望する状態へと結付ける努力を注ぐ。回想をすすめて抑圧した体験に出会ったときから大腿部の疼痛は消失したのである（Freud, S., 1895. G. W., I., s. 218）。このように患者の前額部に手を当てる用手圧迫法を補助とするものの，フロイトは相手を覚醒下で，その全き協力と自ら望んでする注意（volles Mitarbeiten und willige Aufmerksamkeit der Kranken）のもとでーいつでも起こりえたことではないがー患者の回想を促した。患者が語る内容が深く心に係わるとき，ひとりでに催眠に似た状態に陥るようであった。だが語りは途切れ，圧迫法を反復しても，患者は，何も思い浮かんでこないと主張するようになった（behauptete sie, es sei ihr nichts eingefallen）。フロイトは推定した。患者には心に浮かんでいることがあるが話さないのだ。フロイトは態度を変えて，それを話すことを強制した。あなたには必ず何か思い浮かんでいる。そのことの是非を気にしてはいけない。あなたには心に浮かぶことをそのまま話す責任がある。それを隠しているかぎり痛みはとれない…フロイトは患者の執拗な抵抗の解除の作業の中で明白に「可能態としての治癒」を見通しつつあった。その見通しには十分な証拠も確信も未だなかったが，フロイトの理解は患者の病因と心的構成のダイナミズム

を捉え治癒の機転をそれに結びつけたのである。

心的興奮が身体的なものに転換して発生する患者のヒステリー症状，防衛に働く意志の作用で隔離した心的纏りが造り上げられること，外傷性のシーンの再現に反復して起こす抵抗は和解し難い表象を連想から閉じ込めたエネルギーに応じることをフロイトは信じた。

フロイト初期に治癒効果を確信していた除反応によるカタルシス治療法は，すでに1890年代から指示的ではあるが自由連想法に転化を始めていた。そこでは患者の自発する回想をたどり淀みや触発する抵抗に介入しつつ埋没している外傷性の体験を呼び起こし，閉塞し鬱滞している感情を通利，発散する除反応が治療の主題であったが，やがて，抵抗と転移の基底にある力動的な心的機制の意識的な開示が主導するにいたるのである。それとともにフロイト神経症治療の核をなす治癒概念は変移を呈する。対症療法的治癒から意識化と洞察を介する人格の再形成に基づく治癒，いわば治癒を越えた心的修復の道程である。ディルマン・I.（1988）は，患者を苦しめる情動体験を除反応することがなぜ患者の問題を真に解決しえないかについてフロイトの理由を推定する。「医学的に観察すれば，あるいは患者の意識的人格の見方からすれば，症状の除去は治療で求められているそのことだと見えるだろう。その症状こそ患者の利益を損なう邪魔物なのであり，その生活を妨げ遂行を邪魔してきたものである。しかし，患者にはそのような観点より更に多くのものがある。患者の治癒への願望に応じて暗示によって症状を除去することは患者が治療を求めてやってきた理由を額面通りに受け取ることで，本来の応ずべきことの失敗なのである。症状の除去に閉じこもる精神療法の様式から離れるのがフロイトの認識だった。患者が自己自身を理解するのを援助することを目的とし目標や情動の葛藤を完全な複雑さのなかで見て，それらのもつれを解き，満足しうる行為と位置に向かって自らを動かすにいたることを援助する精神療法の発達への努力であった」（Dilman. I., 1988）それはフロイトにとっても難しい道であった。精神分析はその道を守り育て，その過程で治癒を問うことを秘儀として否むエトスをなしたのである。

いかに展開した治療法にあっても，それが治療でありうるには患者の退行を組織せざるをえない。フロイトの透徹した臨床の事実の吟味のもとではカタルシス法による治療は多くの解消し難い欠陥と明瞭な限界を示していた。フロイトにある人間をその根源から知ろうとする希念を，その方法は満たしえず，フロイトは自らの本来の方法を熟成しつつあった。だが，退行と除反応によるカタルシス法の作動機構はフロイトの治癒にいたる臨床法の基盤として働き続けた。それらは，退行にともなう治療の場と治療者への依存と受容，過去体験の蘇活と治療的修復をしうる体験基盤の露床であり，外傷性体験の言語化，意識化による解決であり，そして抵抗を拓き抑圧された体験の再現による発散であって，いずれも精神療法をして治療を効果あらしめる基本操作にほかならない。それらの臨床法をフロイトは開拓し育てた。しかし，フロイトの進展は，それを閉塞し切り捨てる道程をとった。心理学草稿は廃棄され，心理学と生理学を結ぶ生物学の環は閉ざされた。おそらくフロイトにとって，それは必然の展開であった。「自らの希いに背いて心ならずも」治療者になっていたフロイトは漸く跛行的ながら本来の希求を満たしつつあったのである。フロイトの知的方法からこれらの治療法を照明し治療のメカニズムを解明することは難しい。これらの治療法にフロイトが治療を託した局面は狭く限られており，本来の治癒力を導き出すには異なる認識があらねばならない。

行動療法における除反応

やがて時を経て，第一次大戦が起こり，発生した戦争神経症（Kriegsneurose）に精神分析を含めて精神医療が有効な治療を欠くなかで，除反応はかなりの症例で奏功した。フロイトは晩年カタルシス治療がブロイアーの意味にとどまりいずれの催眠法にも通ずる欠陥があることを指摘しながら戦争神経症の治療期間の短くて済む治療法として（als abkürzendes Heilverfahren）有効さを証明されたことを記している。第二次大戦にいたって治療は拡大し，朝鮮半島とヴェトナムでの戦争へと経て，ブロイアー・フロイトの治療法は，フロイトとは異なるコンテクストで展開するにいたった。精神分析治療者（Menninger, W. C., 1948, Dreyfuss, D. K., 1949, Thornton, N., 1949, Anderson, C., 1949, Bibring, E., 1954）のみでなく，伝統的な生物科学に基づく精神医学の治療者，条件反射と学習心理学による治療者（Sargant & Slater, 1940, Sargant & Shorvon, 1945, Grinker & Spiegel, 1945, Kardiner, 1959, Sargant & Slater, 1963）が除反応の手続きを適用した。外傷性体験の状況への回想の導入に薬物催眠が多用されたが，その喚起に戦場の爆撃音など刺激条件の設定が行なわれた（Grinker, R. R. & Spiegel, J. P., 1945）。戦争という高いストレス状況で長期にわたる栄養，睡眠の不足と発生する過剰な刺激への曝露，危険と恐怖，服従，義務と名誉の強制のもとで，自らの生死と敵の殺戮の接近－回避，超自我の葛藤を生じ，それらが各人の耐えうる限界点を越えたとき神経症を発症し，ときに重篤なあるいは軽度の後遺症を残す（Jung, R. et al. 1961. Kardiner, A. 1959）。このような事態は，除反応の適合する条件であり，しかも条件反射－学習理論の接近可能な分野であった。

精神治療にブロイアーのカタルシスと類縁の技法を適用することは，すでにフロイト自身が先行の知見としてあげたデルブッフ・J. L. R.,（1889），ビネー・A.（1892），ジャネー・P.（1889）のみではなく，かなり広範にしかもはるかに歴史を遡ってその治療の足跡をたどることはできよう。ブロイアーとフロイト以後も精神分析に留まらずカタルシス・除反応の技法は多くの心理臨床の場で適用されている。催眠療法，集団精神療法，サイコドラマ，エンカウンター・グループ，ゲシュタルト療法，プライマル療法など，それを主要な技法とする治療法は多い。この技法が戦争神経症の治療に示した著しい効果を着目し，ウォルピ・J.（1958，1969，1973，1982）は，系統的脱感作の治療システムの一環に組み入れた。

フロイトが初期にこの治療法に託し，そして擁護したものは治療法のもつ症状を直截に解消する問題解決性であり，対症療法としての特質であった。当時，フロイトは，ヒステリーの精神療法として自らカタルシス療法が症状の治癒を目的とすることを主張し，すべての症状の除去とは言えなくとも症状の処置（symptomatisch）であり，病因の根本的除去（kausal）でないからといって価値なしとはいえない，原因的治療とは本来多く予防的であって有害なものの作用の防御であり既に発生した障害を必然的に除去するものでないと論じた（Freud, S. 1895, G. W., I, s. 260）。この障害の直接解決こそが症状対応の治療法であるとしたのである。これと同じ趣旨の治療法の正当化の主張が，ほぼ七十年後に行動療法の治療者から発せられた。そしてこれにたいして，対症療法を批判したのは精神分析に属する人達であった。

催眠カタルシス法は行動機構の条件操作性の解除の機制を内蔵し，学習の解消，条件付けの消去と近縁のメカニズムを含む。ウォルピにとって神経症は，不安を生じる状況下で獲得した反応の不適応な学習性習慣の持続（persistent unadaptable learned habits of reaction that have been acquired under conditions of emotional disturbance-anxiety）であって，その中核をなす症状は不安（anxiety）である（Wolpe, J. 1958,1964）。不安は，生体にとり有害な苦痛と退避行動を誘発

しやすい刺激に対する自律系反応で，心拍率，皮膚電位，呼吸数，血圧，筋緊張，瞳孔反応，脳波，誘発電位などの示標の示す交感神経系優位の症状を発呈する。それは，めまい，失神，高血圧，片頭痛，振顫，吃音，知覚異常，頻尿，喘息，皮膚炎，鼻炎，消化性潰瘍，過敏性大腸，月経困難，種々の疼痛などの身体的症状を惹起し，不安，恐怖，パニック，抑鬱，強迫，健忘，制御困難の精神症状を伴い社会的交渉の障害，職務遂行の困難，学習障害，性機能障害の訴えとなって現われる（Wolpe, J. 1982）。

学習性習慣は体験した状況での行動の強化に基いて形成されるが，戦場で熾烈な爆撃下や戦車の集中攻撃下で体験した不安反応は時間の経過で衰退せず，消去に拮抗するあり方である。朝鮮とヴェトナム戦争に際して患者の初期治療で消去率は高いが遷延すると悪化している。除反応の戦争神経症に対する有効さは，モデリングや脱感作の治療法が強化または対抗する反応の強化による制止を基礎とするのと異なる。挫折点を越えたいわば超限界性反応が固着し強固な痕跡を固定し習慣連鎖から孤立した情動を伴う反応系を構成して，消去に拮抗しているのであろう。それが超限界性反応でなく二次条件付けであっても一次条件付けの消去に拮抗して持続することは知られている（Siddle, D. A. T. et al. 1987）。

ウォルピは，治療の場で患者が喚起した情動が患者の不安を制止すれば除反応できるとみる。ウォルピは中年の男性の振顫と健忘を伴う譫妄状態の症例を報告している。患者は信頼していた妻に説き伏せられて半年前一時的離婚に同意したが，今，妻は自分の友人と結婚しようとしていると訴えた。治療者は健忘期間の想起を求めず，患者にこれまでの本人の態度がいかにナンセンスで騙されていたかを分らせた。患者は激怒して妻と関係者について率直に言いたい放題に話した。不安は著しく減少し，間も無く生活を一新して造ろうとする気持ちになり，五回の面接で自らの活動は十全だと感じるにいたった。この時点で患者を催眠状態に導き，健忘下にあった出来事を想起させた。患者はその友人を殺害しようとでかけ，そこで妻からその友人を愛していることを聞き，打ちのめされて家を飛び出し姉の家にたどり着き譫妄状態に陥ったことを落ち着いて語った。催眠後に覚醒状態で催眠下の話を喚起させたが，患者は驚いたり面白がったりしただけで動揺はなかった。数か月後，新しい配偶者をえて家庭をつくり，四年後も再発はない（Wolpe, J. 1960）。

この治験例でウォルピは抑圧した記憶に出会うことは治癒の決定的な条件ではないと主張する。事態に直面し同様の情動が喚起して発散を生じる過程はフラッディング・インプロージョンの過程と基礎を同じくし，想起や想像による刺激曝露（exposure）か現実の刺激の曝露かの違いにすぎないといえる。

しかし，この症例において患者には事態の基本である妻と友人の問題は覚知されており，その洞察が情動を喚起したといえよう。患者は明瞭な退行状態にあり，治療者によって十分に受容されて現実に自分を解放している。このような条件はフロイトの治療の状態と異ならない。薬物投与による除反応の効果が，一時的で不確実であるのは薬物自体が自律神経系とくに交感神経系に作用して除反応の発現の基礎活動と推定しうる治療的反対条件付け（counterconditioning）を損なう（Wolpe, J. 1982）だけではなく，退行から生じる依存と受け容れ，洞察と現実の受容の条件を欠き，除反応が生ずる未知のより基本的な心身活動を損なうためであろう。

退行と除反応のダイナミクス

退行は，受傷や罹患で発現する随伴的な精神症状であり，心身のネガティヴな状態であるが，

それがもたらす条件と活動によって適応水準の低下のもとでの自己保全，防御と介助獲得にいたる契機をふくみ，自己治癒の特性を蔵している。おそらく，障害や疾患から発する状態の中核が系統発生的に加工され，それは群れをなす動物にとって消極的ながら有効な障害－回復の適応様式となったのであろう。

フロイトは，1983年に発見されたフェレンツィ・S．へ送付（1915）の草稿（Freud, S. 1985 発見とトランスクリプションは Ilse Grubrich-Simitis，木村敏氏（1986）の紹介と邦訳がある）に記す：転移神経症（Convhy）の退行は言語も検閲もない段階への後戻り（Rückkehr）であるが，症状形成と抑圧したものの再現（der Symptombildg u Wiederkehr des Vdgt.）に奉仕する。退行を可能にするのは素質的な固着または欠陥のある形成（durch eine starke konstit Fixirg oder unvollkommene Ausbildg）である。退行は自我かリビドーかいずれかの発達の固着位置まで戻る。固着は発達の段階があまりにも強く刻印し過ぎたり遷延したりして次への移行が妨げられて起こる。それは幼児期の発達とそれをさらに遡る系統発生的素因とかかわる（s. 22–23）。

フロイトは，更に氷河期の人類の体験にその構成を探ろうとしているが，それは思弁に過ぎ，真の納得にはいたらなかったであろう。手稿は，ほぼ全面に大きく交叉する斜線が引かれている。

もとより退行は置かれている状況が保護的でないかぎり，自己内の安定をのぞけば適応を損なう。バーティネル・J.（1988）は依存が自己の確信と定位を妨げ，受取る要求を強め他者との交渉を阻害して鬱を発生する経緯を述べている。

退行で生ずる依存は患者における治療状況の支配の可能性を増大し，治療者の影響と示唆の受容を決定的にするが，それはかなり選択的な過程であって，患者－治療者の適合性と患者の退行の固着点とにかかわるものである。生き生きした過去体験の再現はフロイト自身の退行にみるごとく自我機能の弱化に応じて圧倒的となることができる。フロイトは転移概念によって治療関係を説得的に解釈し，これは治療者の関与を促進し意味付け組織化しえた。その関与の徹底と治療者－患者関係から生ずる要求阻止と個人的秘密保持を含む安全な受け容れ状況は除反応の発生確率を高める。それは感覚遮断（sensory deprivation），知覚的隔離（perceptual isolation）の状況で発生する心理過程と基盤を同じくしている。被暗示性が昂進し，体験の指向の変化，回心の発生を推定しうる条件である。これはパヴロフ・I. の実験神経症実験でいわれる超限界性制止下の行動変化ともかかわるが，事態はより微小な系列的環境刺激の状況での反応と適応において発生しうるものであろう（狩野，1967），（狩野・北島，1971），（狩野，1982），（Kanoh & Kitajima, 1972），（Morotomi, Kitajima & Kanoh, 1975），（Sugawara, Kitajima & Kanoh, 1977）。

おわりに

この小文は，私たちの四半世紀余りの実験と理論的探索の出発点にいたる経路の覚書として記し始めた。その探索と実験の試みは，経験の基礎的組立て，認知と学習の解明に主として向けられてきたが，その出立にはなお，多くの試みをふくむ。この覚書は，出発から現在までの回顧ではなく，出発がいずこへの出立ちなのか，それはいかなる可能性をもつかの問いを立て，それに答える材料を提示することであった。

最初の覚書は，心理臨床の目的とする治癒の機転への探索とし，退行と除反応によるカタルシスの治療機序をフロイトの体験と知見に即して検討した。フロイトの臨床の全てに亙る治癒機転の原基であるからである。治療操作から見た退行は，既に対象関係論の治療者たちの論ずるところである。しかし退行は既に論じられ治療上定位されている事態よりも複雑で広く，それ自体の

特異な活動性をもつ。その故に，覚書はフロイトの治療学における退行を越えてフロイト自身の退行を対象としたのである。これらの基礎メカニズムは行動療法も共有する。

除反応は戦争神経症への適用を除けば，現在，心理臨床上きわめて偶発的にしか治療効果を認めえない。ウォルピの除反応の治療経験は行動療法の治療者の間に拡延せず孤立している。しかし，精神治療の現有の多彩な技法がその治癒組成の理論と実証的根拠を欠く中で，それは類縁の作動性をもつ技法群の基盤となりうる臨床法として改めてその可能性を吟味し直す必要があるであろう。

覚書は心理臨床の治癒機転の心身のダイナミクスの問題を残し，すでに予定に倍する記述となった。もとより覚書の名目からして論議の組織と洗練よりも，むしろ考えるための資料であることを趣旨とするが，治癒の精神生理学的基礎にいたるに，なお相当の道のりが必要であろう。出発への旅はなお盡きない。

文献への註

この覚書でフロイトのテクストの参照は，主として，Anna Freud et al. hrsg., Sigm. Freud Gesammelte Werke（G. W. と略す），Bde.1–17, Imago Press, 1952, Bd. 18, S. Fischer Verlag, Bde. 1–18, S.Fisher Verlag, 1981. に基づくが，原文は，可能な限り，Wiener Medizinische Wochenschrift, Monatsschrift fuer Ohrenheikunde und Laryngo-Rhinologie, Neurologisches Zentalblatt, Revue Neurologique, を始めとして，Zentralblatt fuer Psychoanalyse, Jahrbuch fuer Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen, Zeitschrift fuer Psychoanalyse, Imago, Internationale Zeitschrift fuer Psychoanlyse, American Journal of Psychology, 等の雑誌に寄稿した論文と刊行した著者の初出のテクストと勘合した。これらを，Strachey,J., 達の編訳による，ドイツ語版全集より組織的で集載論文の多い，The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud（S. E. と略す），Vol. 1–24, The Hogarth Press & the Institute of Psychoanalysis,1985, に基づいて補った。逝去後，1985年にいたる間に発見されたフロイトの原稿については，主に，そのファクシミリ刊行者のトランスクリプションの読みに従った。

Mitscherlich, A., Richards, A., Strachey, J., hrsg., Sigmund Freud. Studienausgabe, Bde. 1–12, 1982, Hart, H. H. 1972 の精神分析技法のインデックス，および少数の仏訳と，フロイトのかなりの著述にわたる日本語訳の恩恵を受けたが，本文に引用するフロイトの論述は，できるかぎり直接にその母国語の記述に従うこととした。わが国におけるフロイトの学は，なお未だフロイトの広がりを尽くさず十分に生産的になりえていない。この覚書の立場はフロイトと隔たり批判的ではあるが，かかる見方からフロイト自身に忠実であろうとする読み方も，現在では，必要と思われるからである。

文　　献

Alexander, F (1956). Two forms of regression and their therapeutic implication. Psychoanalytic Quarterly, 25, 178–196.

Anderson, C., (1949). Aspects of pathological grief and mourning. International Journal of Psychoanalysis, 30, 48–55.

Anzieu, D., (1975). L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychoanalyse, 2v. Paris : Presses Universitaires de France.

アリストテレス：今道友信訳（1972）詩学。アリストテレス全集　17，1－252，岩波書店

Arlow, J. A. (1963). Conflit, régression et formation des symptomes . Revue Française de Psychanalyse, 27,

31–52.

Aronson, H., & Weintraub, W. (1968). Patient changes during classical psychoanalysis as a function of initial status and duration of treatment. Psychiatry : Journal for the Study of Interpersonal Processes, 31, 369–379. In Fisher, S., & Greenberg, R. P. (Eds.) (1978) The scientific evaluation of Freud's theories and therapy : A book of readings, 375–389. New York : Basic Books.

Balint, M. (1957). Problems of human pleasure and bebaviour. London : Hogarth Press.

Balint, M. (1968). The basic fault : Therapeutic aspects of regression. London : Tavistock. 中井久夫訳(1978) 治療論からみた退行－基底欠損の精神分析。金剛出版

Bergson, H. (1896). Matière et mémoire, essai sur la relation du corps à l'esprit. 高橋里美訳（1951）物質と記憶。岩波書店

Bernays, J. (1857). Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie. Breslau : E. Trewendt.

Bernays, J. (1880). Zwei Abhandlungen über die Aristotelische Theorie des Dramas. Berlin : Wilhelm Hertz.

Bibring, E., (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. Journal of the Psychoanalytic Association, 2, 745–770.

Birtchnell, J. (1988). Defining dependence. British Journal of Medical Psychology, 61, 111–123.

Breuer, J. and Freud, S. (1895). Studies on hysteria. Strachey, J. (Ed.) The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London : The Hogarth Press.

Breuer, J. und Freud, S. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene : Vorläufige Mitteilung. Neurologisches Centralblatt. 12,4–10, 43–47.

Butcher, S. H. (1895). Aristotle's theory of poetry and fine art, with a critical text and translation of the poetics. 2nd ed. London : Macmillan.

Byck, R. (1974). Cocain papers : Sigmund Freud. New York : New American Library.

Bywater, I. (1911). Aristotelis de arte poetica : liber. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press.

シェルトーク， L.，ド・ソシュール， R.，長井真理訳（1987）精神分析学の誕生－メスメルからフロイトへ－岩波書店

Dilman, I. (1988). Freud : Insight and change. Oxford : Basil Blackwell.

Döring, A. (1876). Die Kunstlehre des Aristoteles. Jena : Hermann Duff.

Dreyfuss, D. K., (1949). Delayed epileptiform effects of traumatic war neuroses and Freud's death instinct theory. International Journal of Psychoanalysis, 30, 75–91.

Ellenberger, H. (1970). The discovery of the unconscious : The history and evolution of dynamic psychiatry. New York : Basic Books. 木村，中井監訳（1980）無意識の発見：力動精神医学発達史・上下 弘文堂

Erlenmeyer, A. (1886). Über Cocainsucht. Deutsche Medizinalzeitung, Ⅶ. 672–675.

Eysenck, H. J. (Ed.) (1960). Behaviour therapy and the neuroses. London : Pergamon. 異常行動研究会訳（1965）行動療法と神経症. 誠信書房

Eysenck, H. J. (1985). Decline and fall of the Freudian empire. New York : Viking.

Freud, S. (1884). Über Coca. Heitler's Centralblatt für die gesamte Therapie, 2, 289–314.

Freud, S. (1888). Über Hemianopsie im frühesten Kindersalter. Wiener Medizinische Wochenschrift. 38, 1081–1086, 1116–1121

Freud, S. und Rie, O. (1891). Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder. Beiträge zur Kinderheilkunde Ⅲ. Wien : Perles

Freud, S. (1891). Zur Auffassung der Aphasien : Eine kritische Studie. Leipzig und Wien : Franz Deuticke.

Freud, S. (1893). Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet. Neurologisches Centralblatt, 12, 735–737.

Freud, S. (1893a). Zur Kenntnis der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge Ⅲ, 1–168. Leipzig und Wien : Franz Deuticke.

Freud, S. (1893b). Über familiäre Formen von cerebralen Diplegien. Neurologisches Centralblatt, 12, 512–515, 542–547.

Freud, S. (1893c). Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motorices organiques et hystériques. Archives de Neurologie, 26, 29–43.
訳（1974）ヒステリー研究。フロイト著作集７。人文書院

Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Sigm. Freud Gesammelte Werke Bd. Ⅷ, 376–387. Frankfurt am Main : S. Fischer 1976 (1942)

Freud, S. (1900, 1914). Die Traumdeutung. G. W. Bd. Ⅱ / Ⅲ, 1– 642. 高橋義孝訳（1968）。夢判断 フロイト著作集２。人文書院

Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. Bd. Ⅱ, 懸田克躬, 高橋義孝訳（1971）精神分析入門 フロイト著作集１。人文書院

Freud, S. (1925). Selbstdarstellung. G. W. XIV 31–96. 懸田克躬訳（1959）自らを語る。フロイド選集17。日本教文社

Freud, S. (1938). Adriss der Psychoanalyse.G. W. XVⅡ, 63–138. 小此木啓吾訳（1969）精神分析学概説 フロイド選集15。日本教文社

Freud, S. (1950). Bonaparte, M., Freud, A., Kris, E. (Eds.) The origins of psychoanalysis : Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes : 1887–1902. London : Imago.

Freud, S. (1950). Bonaparte, M., Freud, A., Kris, E. (Hrgb.). Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Briefe an Wilhelm Fliess, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887–1902. London : Imago

Freud, S. (1985). Masson, J. K., (Ed.). The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904. Cambridge : Harvard University Press.

Freud, S. (1986). Masson, J. M. (Hrgb.). Sigmund Freud, Briefe an Wilhelm Fliess, 1887–1904. Vollständige Ausgabe. Frankfurt am Main : S. Fischer.

Gay, P. (1988). Freud : A life for our time. New York : Norton.

Greenacre, P. (1960). Regression and fixation. Journal of the American Psychoanalytic Association, 8, 703–723

Grinker, R. R., & Spiegel, J. P., (1945). War neurose. Philadelphia : Blakiston.

Hart, H. H. (1972). Conceptual index to psychoanalytic technique and training, vol. I–V. North River Press.

Hartmann, N. (1966). Möglichkeit und Wirklichkeit, 3 Aufl. (1 Aufl. 1937) Berlin : Walter de Gruyter.

Herzog, P. (1988). The myth of Freud as anti-philosopher. In Stepansky, P. E. (Ed.), Freud : Appraisals and Reappraisals. Contributions to Freud studies. vol. 2, 163–189. Hillsdale : The Analytic Press.

Holt, R. R. (1988). Freud's adolescent reading : Some possible effects on his work. In Stepansky, P. E. (Ed.), Freud : Appraisals and Reappraisals. Contributions to Freud studies. vol. 3, 167–192. Hillsdale : The Analytic Press.

Jones, E. (1956). Sigmund Freud : Life and work, vol. 1, The young Freud 1856–1900. London : Hogarth Press.

Jung, R., Meyer, J. E., Kolle, K. und Kornhuber, H. H., (1961). Psychiatrie der Kriegszeit. In Gruhle, H. W. et al. (Hrgb) Psychiatrie der Gegenwart : Forschung und Praxis III, Berlin : Springer.

狩野　陽（1957）心理学の世界について。思想，391，109－121，岩波書店。

狩野　陽（1967）学習の基礎機構－視知覚における試論－。北海道大学教育学部紀要，13，43－73。

狩野　陽，北島象司（1971）視知覚の形成と衰退－学習の基礎理論系と脳波資料の集積－。北海道大学教育学部紀要，18，1－52。

Kanoh, M. & Kitajima, S. (1972). Some psychological determinants of alpha attenuation after patterned flashes. Journal of Psychology. 82, 155–166.

狩野　陽（1982）学習に伴う興奮と抑制のダイナミックス－視刺激に応ずる意識と脳の活動の微小な推移。日本の心理学，3，331－350。『日本の心理学』刊行委員会編，日本文化科学社。

Kanner, L. (1972). Child psychiatry, 2nd ed. New York : Thomas. 黒丸正四郎，牧田清志訳（1974）児童精神医学。医学書院

Kardiner, A. (1959). Traumatic neurosis of war. In Arieti, S. (Ed.) American Handbook of Psychiatry. New York : Basic Books.

Khan, M. M. R. (1982). Speech, the psychoanalytic method, and madness : A "case history". International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, vol. 3, 447–473.

Knight, R. P. (1941–42). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. American Journal of Psychiatry, 98, 434–446.

Kris, A. O. (1982). Free association : Method and process. New Haven : Yale University Press. 神田橋條治・藤川尚宏訳（1987）自由連想。岩崎学術出版社

Kris, E. (1952). Psychoanalytic explorations in art. New York : International Universities Press.

Krüll, M. (1979). Freud und sein Vater. München : Beck. 水野節夫・山下公子訳（1987）フロイトとその父。思索社

Lacan, J. (1954). Sur le narcissisme. Le séminarire, liver I, Les écrits techniques de Freud. 1953–1954. Texte établi par Jacques-Alain Miller (1975), pp. 125–135. Paris : Éditions du Seuil.

Levin, K. (1978). Freud's early psychology of the neuroses : A historical perspective. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.

Levis, D. J., & Hare, N. (1977). A review of the theoretical and rational and empirical support for the extinction aproach of implosive (flooding) therapy. In Hersen, M., Eisler, R. M., & Miller, P. M. (Eds.) Progress in behavior modification. vol. 4, New York : Academic Press.

Lewin, K. (1938). The conceptual representation and the measurement of psychological forces. Durham : Duke University Press.

Lewin, K., Cartwright, D., (ed.) (1952). Field theory in social science. London : Tavistock.

Lewin, B. D. (1958). Dreams and the uses of regression. New York : International Universities Press.

前田重治（1984）自由連想法覚え書，岩崎学術出版社

Marks, I. M. (1975). Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders : A critical appraisal. In Hersen, M., Eisler, R. M., & Miller, P. M. (ed.), Progress in behavior modification. vol. 1. New York : Academic Press.

Menninger, W. C. (1948). Psychiatry in a troubled world. New York : Macmillan.

Menninger, K. (1958). Theory of psychoanalytic technique. New York : Basic Books. 小此木啓吾・岩崎徹也訳（1969）精神分析技法論。岩崎学術出版社

Moore, M. (1988). Mind, brain and unconscious. In Clark, P., & Wright, C. (Eds.) Mind, psychoanalysis and science, 141–166. Oxford : Basil Blackwell

Morotomi, T., Kitajima, S., & Kanoh, M. (1975). Enhancement of evoked responses to brief flashes after offset of pre-exposed light stimulation : A critical moment. Vision Research, 15, 1213–1216.

奥田三郎（1967）臨床心理学における“人”の問題。北海道大学教育学部紀要，13，3－41。

小此木啓吾（1973）フロイトーその自我の軌跡。日本放送出版協会

小此木啓吾（1985）精神分析の成立ちと発展。弘文堂

小此木啓吾・岩崎徹也・橋本雅雄・皆川邦直編（1981－1985）精神分析セミナー：Ⅰ 精神療法の基礎，Ⅱ 精神分析の治療機序，Ⅲ フロイトの治療技法論，Ⅳ フロイトの精神病理学理論，Ⅴ 発達とライフサイクルの観点。岩崎学術出版社

Paolino, T. J. Jr. (1981). Psychoanalytic psychotherapy : Theory, technique, therapeutic relationship and treatability, New York : Brunner/Mazel.

Reicheneder, J. G. (1983). Sigmund Freud und kathartische Methode Joseph Breuers. Jahrbuch der Psychoanalyse, 15, 229–250

Reinkens, J. H. (1870). Aristoteles : Über Kunst, besonders über Tragödie. Wien : Wilhelm Braumüller.

Ross, W. D. (1956). Aristotelis de anima. Oxford : Oxford University Press.

Rossi, E. L., (1986). The psychobiology of mind-body healing : New concepts of therapeutic hypnosis. New York : Norton.

Sargant, W., & Shorvon, H. J. (1945). Acute war neurosis. Archives of Neurology and Psychiatry. (Chic), 54, 231.

Sargant, W., & Slater, E. (1940). Acute war neuroses. Lancet 239, 1–2.

Sargant, W., & Slater, E. (1963). Introduction to physical treatment in psychiatry. 4th ed. Livingstone.

Schafer, R. (1958). Regression in the service of the ego : The relevance of a psychoanalytic concept for personality assessment. In G. Lindzey (Ed.) Assessment of human motives. New York : Rinehart.

Siddle, D. A. T., Bond, N. W., & Friswell, R. (1987). Effects of stimulus content on second-order electrodermal conditioning in humans. Psychophysiology, 24, 439–448.

Slater, E., & Roth, M. (Eds.) (1969). Mayer-Gross clinical psychiatry, 3rd. ed. London : Baillière, Tindall & Cassell.

Spence, D. P. (1987) The Freudian metaphor : Toward paradigm change in psychoanalysis. New York : Norton.

Stampfl. T. G., & Levis D. J. (1967). Essentials of implosive therapy : A learning theory-based psychodynamic behavioral theory. Journal of Abnormal and Social Psychology. 72, 496–503.

Stampfl. T. G., & Levis D. J. (1968). Implosive therapy, A behavioral therapy. Behaviour Research & Therapy. 6, 31–36.

Strachey, J. (1955). The chronology of the case of Frau Emmy von N. Appendix A. Standard Edition. Vol. 2, 307–309.

Strachey, J. (1966). Freud's use of the concept of regression. Appendix A. Standard Edition. vol. 1, 344–346.

Sugawara, M., Kitajima,S., & Kanoh, M. (1977).Enhancement and diminution of the evoked responses to conditioned stimuli during discrimination conditioning. Neuropsychologia, 15, 243–248.

Teichmüller, G. (1867).Aristotelische Forschungen I, Beiträge zur Erklärung der Poëtik des Aristoteles. Halle : G. Emil Barthel.

Teichmüller, G. (1869). Aristotelische Forschungen II, Aristoteles Philosophie der Kunst. Halle : G. Emil Barthel.

Thornton, N., (1949). What is the therapeutic value of abreaction? Psychoanalytic Review, 36, 411–415.

Winnicott, D. W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up. International Journal of Psychoanalysis, 36, 16–26.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford : Stanford University Press.

Wolpe, J. (1964). Behavior therapy in complex neurotic states. British Journal of Psychiatry, 110, 28–34.

Wolpe, J. (1971). The behavioristic conception of neurosis : A reply to two critics. Psychological Review. 78, 341–343.

Wolpe, J. (1978). Congnition and causation in human behavior and its therapy. American Psychologist, 33, 437–446.

Wolpe, J. (1981). Behavior therapy versus psychoanalysis : Therapeutic and social implications. American Psychologist, 36, 159–164.

Wolpe, J. (1982). The practice of behavior therapy. 3rd ed. New York : Pergamon Press. 内山喜久雄監訳（1987）神経症の行動療法　黎明書房

Wolpe, J., Lande, S. D., McNally, R. J., & Schott, D. (1985). Differentiation between classically conditioned and cognitively based neurotic fears : Two pilot studies. Journal of Behavior Therapy and experimental Psychiatry, 16, 287–293.

Zanuso, B., (1986). The young Freud : The origin of psychoanalysis in late nineteeth-century Viennese culture. Oxford : Basil Blackwell.

Zetzel, L. R. (1965). The therapy in relation to a development model of the psychic apparatus. International Journal of Psychoanalysis, 46, 39–52.