

臨床青年心理学研究 (X)

—青年期治療の内的視点—

田畑 治 池田 博和 生越 達美¹⁾
江口 昇 勇²⁾ 伊藤 義美³⁾ 鶴田 和美⁴⁾
間宮 正幸⁵⁾

I 問題と目的

1 従来の青年期治療に関する文献の展望

本論文では後述するように、青年期症側に取り取りむわれわれの内的視点を明確化することを目的とするため、文献は本邦の代表的なものに限って展望する。

1) 治療開始時の問題

治療の導入に当たって、青年期のクライアントの場合には受動的な受診が多いため、なかなか継続しにくいことがまずあげられる<丸(1974)、清水(1979)、馬場(1981)他>。そのため野沢(1979)は「出合いの時点で治療契約を結ぶことは困難である」と述べ、清水他(1974)は中立性を捨て、患者の側に立つことが必要である、としている。また中村(1980)橋本(1980)は、柔軟に対応して治療への動機づけを芽生えさせることが大切であるとしている。

2) クライアントを取り巻く環境をどう扱うか

家族については清水(1979)は「同席者を排除して青年と二人だけの対話から始める」ことが大切であるとし、辻(1972)も治療者の中立性を保つために別の治療者による併行面接が望ましいとしている。またこの点に関して小此木(1976)は、一対一の関係を構造化することが治療者がnew object となる基本である、と述べている。野沢(1979)馬場(1981)は家族療法的側面の重要性を指摘している。また学校との関係について清水(1979)和田(1981)は、できるだけ欠席しないですむような配慮をすることが必要であるとしている。

3) 治療目標

小此木(1976)は発達精神医学的診断と見通しにより5つのグループに分け、それぞれの目標、方法を検討している。清水(1979)は「症状の除去のみでなく、治療期間中に予測される通常の成熟過程を保障し、新しい生への生成へと発展する機会を保障するものでなければならない」としている。また野沢(1979)、前田(1979)は自我の統合と拡大こそが目標であって、過去に目を向けすぎることの危険性を指摘している。

4) 治療者の役割

片山(1969)、小此木(1976)、中村(1980)橋本(1980)乾(1980)前田(1979)小倉(1977)は、治療者が過去の父母とは違った発達促進的・自我支持的なnew object となることの重要性を、それぞれニュアンスの違いはあるが指摘している。特に橋本は具体的に、自我が衝動をコントロールするのを援助し、依存、同一化の対象となることを引き受け、現実的な問題についての助言者となることがnew object として大切であるとしている。また乾(1980)は治療者がnew object となることによって、転移や抵抗の分析が可能になるとしている。

5) 治療者と青年期心理の問題

治療者が自分自身の青年期をどのようにとらえ、クライアントである青年に立ち向うべきかについて、小此木(1976)は「成人-中年期の治療者は、自己の青年期心理について包括的洞察を持つとともに、一方で心の若さを保つことが必要であり、遷延した青年期にある治療者は直面する発達課題を自覚し、自己の青年期の遷延について意志的決定を下した上でかかわるべき」であると述べている。また清水他(1974b)は、治療者に要求される資質として、①己れの青春期の葛藤を十分に解決していること、②自らの青春期に困難な道程を経験していること、③思考の柔軟性と受容的態度、④心身ともに若々しくありうることをあげている。村瀬(1981)は、治

1) 名古屋学院大学経済学部助教授
2) 医療法人松蔭病院
3) 名古屋大学教養部助手
4) 名古屋自由学院短期大学講師
5) みなみ子ども診療所発達相談室

療者の正直さ、卒直さ、青年を好きになることの大切さを指摘するとともに、カウンセラーの若さの大切さについても指摘している。また牛島(1982)は、同世代の同性関係を作る相手としての治療者の大切さについて述べている。

6) 治療関係

治療関係の中での青年期特有の転移、急激な行動化、抵抗については、堤(1977) 鎌(1978) 野沢(1979)らが指摘している。また小此木(1976)は、治療者-患者の組み合わせ(性、年齢)と逆転移の関係について述べている。中井(1978)もこの点について「思春期患者は、治療者の中に眠っている幻想(思春期)をあばき出す」と述べている。この他に治療関係の中で生じる青年期特有の問題として、辻(1972) 村瀬(1981)は不安を、前田(1978)、清水(1979)は秘密の問題をとりあげている。前田(1979)は治療経過にそった具体的な関わり方について詳しく論じている。

7) 入院の問題

青年期治療における入院の問題については辻(1972) 清水(1979) 野沢(1979)、和田(1981)に詳しい。

以上において概観したように、多くの治療者が、青年期治療の導入のむつかしさ、new object となることの大切さ、治療者自身の青年期との関わりとの関連等を指摘している。(鶴田和美)

2 本研究の目的

筆者らは、過去5年にわたって、名古屋大学臨床心理相談室あるいは病院を主要な臨床活動の場として、青年期症例(および青年期の子どもをもつ親を含む)にかかわってきた。

本報では、かかる青年期症例にかかわってきたこちら(治療者ないし援助者)に焦点をあて、以下の視点について、われわれの個々の像を浮かび上がらせようとした。

全体の枠組は、Ⅰ. 外的枠組とⅡ. 内的枠組の2つである。これによって、ひとりひとりの青年期症例に取り組む個別の像を浮き彫りにしようとするものである。

Ⅰ. 外的枠組

これは、援助の場の構造的しつらえ、治療目標、家族をどう組み込むかの問題、症状と人格構造との関係をどう考えるかなどの、いわば外的な枠組についてである。具体的には、以下の内容を含む。

1. 治療時間、治療的面接の状況をどのようにしつらえるのか。またおよそ一週間当りの面接回数をどうするのか。これらは、幼児・児童や成人のクライアントの場合と同じであるのか、異なるのか。もし異なるとすれば、どのような違いがあるのか、どのような考えや工夫をこら

しているのか。

2. 家族をどう組み込むのか。青年期症例に取り組む場合、当の本人以外の人に面接したり、親(あるいは兄・姉)と併行面接をすることがあるが、この面接のもつ意味を各自はどのようにわきまえ、対応しているのだろうか。

3. 青年期症例の治療目標(援助目標)をどこに置き、どの程度のところに置いているのか。行動上の問題や症状の消失を狙っていくのか、あるいはもっとその底にある個別の人格構造の変容、行動変容を狙うのか。各自の依って立つ治療理論との関連で、どう考えているのか。

4. 青年期症例の「症状や問題」と「青年その人」との関係のどちらに重きを置いて接近していくのか。あるいは、どのあたりに重きを置いて接近していくのか。

5. 各自がこれまで得意としてきた青年期症例の種別と扱ってきた治療例の数について。神経症水準か、境界線水準か、さらには精神病水準かを明確にしていくこと。

Ⅱ. 内的枠組

これはⅠ. を踏まえて、実際の治療場面での配慮、心の動き、事後の検討・研鑽を、どのように自己吟味しているかについてである。具体的には、以下の4項目について記すことである。

1. ひとりの青年期症例に取り組むこの「私」は、相手を援助する視点として、どのようなことに留意し、努力しているのか。できるだけ「生」^{なま}のことで記述し、治療者像を浮き彫りにすることにしたい。

2. その際、眼前にいる青年期症例の「青年期心性」(adolescent mentality)とこの「私」の「青年期心性」とを、どの程度意識化しているか。どの程度、共通と考えるか、あるいは全く異なると考えるか。

3. ひとりひとりの青年期症例に取り組むこの「私」は治療面接の前・後に、どのような点に腐心したり、実行したりしているか。各自の治療技法の錬磨を、どのようなかたちで深めようとしてきているのか、具体的に記していくことにする。

4. 各自は、自分の青年期症例との治療関係の特徴をどのようなものと考えているのか。各自の治療者イメージを、具体的に記述し、できるだけ浮き彫りにしていくことにする。

われわれは先行研究を展望してきた際に、はっきりしていることの一つに、治療者集団としてみると、30歳台であることに、長所もあり短所もあることが予想される。すなわち、先行研究では、たいてい40歳台ないし50歳台の治療者の青年期治療者像である。したがって、本報告での目的を明確化すると、一つはわれわれの青年期

治療の個別的な内的視点を明らかにし、二つはわれわれの治療的視点の共通項を導き出すことである。そして三つは、従来の臨床経験の豊かな青年期治療者像との対比を試みることである。(田畑 治)

II 青年期治療者の自己記述

治療者 A (31歳男子, 臨床経験7年)

筆者のクリニックは、主として小児科を標榜するところから、重篤な発達障害例を一応省いて考えると、青年期症例は次のようになる。学習障害(Learning Disabilities) やてんかんをもつもの。心身症を呈するもの。そして喘息、糖尿病、腎臓病などの慢性疾患との闘病中にさまざまな「問題行動」を惹きおこすものなどである。ときに依頼されて大学生や勤労青年の不応状態の相談をしたりすることもある。

単一主訴としての登校拒否や家庭内暴力、あるいは性的逸脱行動もあるが、前記身体症状に合併した「問題行動」として扱われることが多いのが特徴である。それらの青年の中に境界例と思われるものが含まれるが、精神病圏の青年の治療に本格的にとりくむことはない。

年齢は大半が前青年期か青年前期に属するものである。すなわち10歳台の前半ということになる。また入院患者として会うことはほとんどなく、外来面接という形態でしかかかわっていない。

過去数年間に臨床面接を行なった事例数はさほど多くはなく30例をきるが、後にふれるように間接的なかわりをもつ症例がかなりある。

以上のような臨床の実情にある筆者の、青年期治療に関する考えを述べる。

1. 筆者の臨床研究は、膨大な時間を乳幼児を対象として費されている。それらの乳幼児の中には発達障害を呈するものが多いが、ひとつのクリニックに長年勤務しているので同朋の成長過程もあわせてみてゆく場合もある。いわば子どもたちの成長・発達の“町医者”的存在として位置している。それらの乳幼児が発達してゆく経過を資料として蓄積させていることから、青年期症例へのアプローチの視点は自ずと発達論的になってきた。

青年期症例とのかかわりに際しては、生育史を知ることのひとつの構えができてくる。もちろん機械的なあてはめをするのではないが、乳幼児期の状況には深い関心をもって臨む。この点では、最近境界例への精神療法的接近から、かなりすぐれた精神分析的発達論が構築されつつあるが、実際境界例と思われる青年で乳幼児期の資料、面接印象の記述などと照らしあわせてとりくんだ事例もあった。また、幼児期に神経症状を呈してプレイセラピーをして第一ラウンドを終結した例が、中学生にな

って強迫神経症患者として再登場したこともあった。

発達論をベースにして青年と面接することになるが、クリニックの体勢上親子併行治療はできないので、もし継続できる例であれば子ども中心を原則としたい。現実的にはこの原則を守りきることのできる例は多くはなかった。

家族とのみ面接する場合には、さまざまな限界を確認したうえで継続させている。地域の“町医者”的存在の限界が一方ではかえって明確で、たとえば「カルテに精神神経症と書かれているのを近所の方に見られたら困る」ということで遠くの医者を求める親もいるのである。

このような例はもちろん、病理性のきつと考えられる場合、また親子併行治療が不可欠と考えられる場合にはすみやかに適切な治療機関を紹介する。これは早期発見・治療の根本原則からいっても筆者の重要な役割であると考えている。

2. 来談動機が比較的高く、面接の継続が可能であれば週1回程度の面接室での治療関係に入って行く。しかし青年期患者はしばしば無断欠席をするようである。慢性疾患児の主治医もこのことに手を焼いている。服薬や次回受診を約束しても全く守られないことがしばしばあり、治療がスムーズに流れていかないという。たまたま一般外来で風邪薬を貰いにきたからついでに面接室に寄ったなどと言い、治療者をあわてさせることもある。

対象とする年齢層からいっても、筆者の場合“chum”もしくは“new object”などといわれている存在として彼らと関係していくことを考えている。だが、女子症例ではこれは難しく、女子の場合にはあらかじめ女性治療者を指定してもらうことにしている。たとえ筆者の比較的得意な少年の事例でもますますコンタクトのもちにくさが募るばかりである。筆者の年齢が高くなるにつれて、こちら側がそう思うようになってきた。今後はやはり心像を媒介とするような方法をもっと柔軟に開拓していかなければ対応できないという印象が強い。分析心理学の深い理解が必要なことが、中年期とともに青年期の理解にあたって求められるように感じている。

実際言語伝達能力にすぐれていて、自分の青年期と考えあわせながら面接できた例はほんの2、3例にすぎなかった。「わからない」という動揺を隠しきれぬまま面接し、失敗した例も多い。青年期症例へのとりくみはこちらの心的内界の一面性を知ることにもなり、この動揺の根源をさらに深めなければならない。それは教育分析かそれに近い体験を重ねることで「わが心」を知ることである。諸家が指摘する転移-逆転移に処する能力に大いに関係している問題である。

3. 生活地域内の医療機関として出生から患者の家庭

とかかわってきたような事例では、「絶対に行かない」と来診を拒む彼らに対して、看護婦や保健婦が訪問することがある。慢性疾患の管理の必要上であることが多いが、登校拒否や非行などがからみあって全職員での対応となると、その看護婦がどのように動いたら良いかといった問題が討論される。その際に、筆者はコンサルテーション活動をおこなうことになる。心も身体も病む青年と生活を共有する次元への関与はどうしたら良いのか。この方法論はもっと検討されるべきであろう。外来治療、入院治療だけでなく、現在最も必要とされる方法のひとつと考えられるからである。

青年期症例に関わろうとするとき、従来のクリニックの運営スタイルでは処理しきれないことが多々あることに気づかされる。突然の電話、来診などのルール違反がしばしばあり、コンサルテーション活動そのものが大きな比重をしめる。しかしいずれにしても経営面からは困難度を増す部分である。

筆者は、小児科が独立して存在するように、青年科を独立させ、身体の病気から精神障害、そして行動障害まで幅広く対応できるクリニックの必要を痛感する。青年期精神医学や臨床青年心理学の樹立を叫ぶことは、そのような臨床実践の場の創造を意味するのではなからうか。小児科医療や成人精神科医療のかたわらで実践できる内容のものでは断じてないように思われる。

治療者B（30代前半男子、臨床経験8年）

I. 外的枠組

1. 面接時間、回数等について。筆者は大学、病院等数ヶ所を臨床の場としているため、それぞれによって枠組は微妙に異なる。しかし主として大学生（卒業生・留年も含めて）の自発的来談が多いため、比較的治療契約を明確にしやすい場合が多い。治療契約を明らかにすることによって枠ができ、その枠のゆれが治療関係を照らす鏡となる（なぜ枠を破ろうとするか、等）また枠をある程度明確にしないと、知らぬ間にカウンセラーとしてより、教師としての役割を学生に対してとってしまうことになる。自発的でない場合には、枠そのものが抵抗となる場合も多い。またクライアントの方から料金の問題を提出されることもあるが青年期の場合、意外と低いことに驚かされる。

2. 家庭・学校について。家族との同席面接を数度行なったことがあるが、どうしても家族の立場、子供の立場のどちらかに立ってしまい、調整のむつかしさを感じることが多いように思われる。現在は、会わなくてすめば家族とは会わない場合が多い。青年の語る家族像と大きくズレることは少ないように思われる。しかし一方で

は、家族のみにしか働きかけられない場合も、特に思春期の場合には多い。また学校との関係では特に登校拒否青年の登校等の現実生活をめぐって問題が生じる場合が多い。このような場合には、こちらから学校に働きかけることの必要性を感じる場合も多い。

II. 内的枠組

1. 治療目標について。青年期のクライアントは症状の消失を前面に出す場合も多いが、治療過程の中で、「実は」という形で、生き方、対人関係全般の問題が出てくる場合が多いと思われる。筆者としてはクライアントの親からの心理的離乳、自我同一性の確立等を全般的な治療目標とすることが多いが、現実の問題を通して目標に向かうしかないと考えている。特に登校拒否等の青年に対しては現実の問題に治療者の目が向きすぎてしまうことをいましめている。

2. 援助の視点について。青年を目の前にした時、まず筆者は、どこまで相手の現在および青年期以前の体験を追体験できるかに留意する。面接の進展につれて筆者はしばしば「この人はどんなアルバムを持っているか」と想像することがある。乳児期から現在にいたるまで、どのような写真を持ち、どのような人に囲まれ、どのような表情をしているのか、と。青年の生育歴、環境をとらえると言い換えてよいのかもしれないが、何か目の前にイメージとして浮かびやすい方法であると考えている。さらに空想は進み、アルバムの写真の中にもう一人、青年にとって大切な人を入れるとしたらどんな人がそれぞれの写真の中に入るだろうか、あるいは治療者をそこへ入れるとどこにどんな風に入るのか、などと考える。ここでは青年をとりまく布置の中での治療者の立場、治療者が青年にとって new object となっているかどうかを明らかにする。

さらに筆者は面接の相手が現実には結婚という課題を抱えていない場合でも、今日の前にいる青年がどんな結婚をする人かを考えてみることもある。結婚式、親との関係、配偶者との関係等を想像していくと、青年の分離-個性化の度合いが把握できるように思う。

筆者は青年を前にして、大まかに、①自己の青年期と直面している時期から、②何とか理論的に理解しようとした時期を経て、③少し距離ができたと感じ、自分の逆転移が少し明らかになってきた時期、とたどってきていると考えている。

3. 治療者の役割について。治療者の役割については、筆者は大きく高校生までと、大学生以降とである程度違った役割を取っている。高校生までの青年に対しては、「引き受け」何とか青年にとって new object たらんと

している。大学生以降の青年に対しては「つき放し」、ともに進む人たらしとしている。特に大学生との面接においては、治療の進展とともに生き方の対決、息をつめての真剣勝負といった場面があらわれることが多く、筆者自身の治療者アイデンティティをためられる場合もある。

青年の場合特に、「一時的に身を寄せ、やがて去って行く」べく努力することが治療者の役割であると考える。

治療者C（30代前半男子、臨床経験8年）

I. 外的枠組

1. 面接の回数は、原則として1t/w（しかし、必要に応じて1t/2w, 2t/wにすることがある）で、1回の面接時間は、50（～55）分である。面接には主としてカウンセリング・ルームを用い、対面法でおこなっている。その際にcl.の正面には座らず、椅子を少し斜めにズラして座っている。

導入として遊戯室や戸外で会ったり、あるいは必要ならばそのまま遊戯室や戸外で面接したり、プレイをすることがある。治療対象に適した場で会っているが、だいたい小学校高学年の対象者には遊戯室や戸外で、中学校高学年以上の対象者にはカウンセリング・ルームで会うことが多いといえる。

面談による言語的コミュニケーションばかりでなく、cl.に応じて身体運動活動（野球、卓球、相撲、ダーツ・オセロ・将棋などのゲームなど）や創造的・表現的作品（描画、箱庭、人形づくり、音楽・楽器など）を治療的媒介として活用している。もちろん、言語的コミュニケーションを用いることが不可能であったり、治療的にマイナスである場合は、こうした身体運動活動や創造的・表現的作品が主となることはいうまでもない。服装、言葉使い、視線などは、安心感や親しみを与えるように配慮して、治療的な場の雰囲気や大事にすることを心がけている。面接の録音についてもできるだけとるように努めているが、録音に固執せず、録音に関しては注意深く扱っている。

面接の過程で必要な場合には、自分の青年期の経験を話すこともあるが、それは、cl.にひとつの生きた経験を提示して、cl.の社会経験や視界を広げることができるからである。

2. 青年期のcl.の場合、cl.本人に直接的に、初期の段階で会うことが困難な場合が、かなり多い。そういう場合は、まず、とっかかりやすい家族成員（例えば母親）に会って、家族成員を感情的に支えるなかで本人や家族の状況を理解し、本人や家族の問題や本人への対応の方策をいっしょに考えることになる。

家族成員に会っていく過程で本人自身が治療の場に現

われることもあるが、全く姿を現わさないことも珍しくない。1, 2回、本人が治療の場に現われるように電話や手紙で誘ってみるが、応じる気配が全くない場合は、親の援助一本にしばらざるをえない。かつて訪問治療を試みたこともあったが、時間と労働のわりには治療的にはかならずしも生産的でなく、今のところ行っていない。あまり深追いをせず、本人の動きをじっと待つことになる。

本人が現われない場合、家族成員を支えていくことが家族の全体的状況を支えることにつながり、ひいては本人を間接的に援助することになる。本人の問題や行動は、家族内ダイナミクスと関係が深いことが多いので、家族成員の誰か（そうした治療的作業ができる力を持つ人。最初はクライアントとして登場してもやがて共同治療者となりうる潜在力をもつ人）を通して、ファミリー・ダイナミクスが自然と変わっていくことがよく見られる。

初めから家族成員をファミリー・ダイナミクスを変えるための手段として扱う意識で臨むと、眼の前の生の人間を見失って思わぬ落とし穴に陥りやすい。

また、本人が現われ併行面接を行なう場合には、両者の話し（情報や対人認知）のくい違いから本質的な問題を見いだすことができるし、両者を直接的に援助する場に行なうことができる。時には同席面接をする場合もあるが、これは親と本人との関係や相互作用が直接その場で演じられるのに接することができるし、両者の間のクッションとなって、緊張関係を緩め、両者の相互理解をはかることができる。

3. もちろん『十分に機能している人間fully functioning person』にまで人格変容が至るのなら望ましいし、ひとつの理想的な治療目標となるであろう。だが、青年期のcl.の人格そのものが成熟へと向かう発達途上にあるので、自力でもって十分に内的成長力（実現傾向）を発揮できるようになるのがひとつの目安となる。

症状や問題行動が消失（もしくは軽減）し、行動の変容もおこり、家庭や学校での現実的な対応や社会的経験を積むなかで自力でやっていけることを、cl.と相互に確認できることがひとつの重要なチェック・ポイントである。発達段階との関係で、完全なる人格変容を望むことは困難であり、そのことに固執すれば反治療的にさえなる。cl.を取込んで治療者からの分離-独立を妨げるようなことがあってはならない。別離れ難いのは治療者にとってもやまやまであるが、それにもかかわらず、いや、そうであるからこそ治療者は、活力と自信を得たcl.を積極的に社会のなかへ送り出したいと思っている。

4. 端的に言って、cl.の青年その人との実在的出会い、二人で構築していく関係性の質（「我と汝」の関係）

を中核なものとして重視したい。二人の出会いを大切に、cl. からも学び、面接の場が相互成長的な経験の場となることを切に願っている。

5. neurotic level から borderline level までにその範囲は及ぶが、どちらかといえばまだ neurotic level が多いといえよう。

神経症的登校拒否(家庭内暴力を含む)……多数、非行……10例程度、思春期緘黙症……4例、思春期妄想症(自己臭恐怖)……1例、発汗恐怖……1例、醜形恐怖……1例、同一性障害……6～7例など、がその内容の内訳である。年齢的には、10歳～30歳である。学年的には、小学校高学年、中学生、高校生、大学生が多い。

II. 内的枠組

1. 基本的にはロジャース, C. R. の人間観, 治療論, 治療態度・条件を基礎にすえて重視している。

cl. の言語的, 非言語的な訴えを感情的にどこまで共感的に聴けているか, 応答できているか, cl. のそのままの体験過程(experiencing)にどこまで触れているか, などということに心がけている。また, ロジャースの3つの治療条件のなかの真実性(genuineness)または一貫性(congruence)を發展させたジェンドリン, E. T. のフォーカシング FOCUSING 技法を治療的促進のために cl. に適用したり, 治療者自身の体験過程へのフォーカシングをも重視している。後者は, 治療者のなかで起きてくる, また cl. との間で起きてくる諸現象の内的意味に敏感になり, “気づき awareness” を促すように努めていることにつながっている。

フォーカシングに関して言えば, 現在はフォーカシングという技法を技法たらしめる創造過程に在り, 面接の場において治療的に自由に活用しうるには, まだ修練と工夫を要するというのが実情である。

これらを基本的な態度や努力として, あらゆる治療的な活動がなされている。

2. 治療者が, まだ引きずっていたり, 未解解のままに残されているかもしれない青年期心性を拡大した形で, cl. は提示してくれる。その点では, 治療者と cl. との青年期心性が重なる部分があって, 直観的に通じ合ってしまったら, cl. によって治療者の“弱味”の部分が発露されたりすることが起きてくる。治療者は, そのことに自分で気づいていたり, 自分でコントロールできる限りにおいて治療的に役立てることができるのである。治療者と cl. との同型的な, あるいは類似的な青年期心性に関する経験が, cl. の理解に役立ち, 治療に助けとなりうる。また, cl. によって治療者の“内なる青年期”があらためて再発見できるし, 明確に内的な位置づけを

することができるのである。そうした内的な発見の旅であるともいえよう。怖くもあるが楽しみな成長の旅である。

3. 面接記録の作成と振り返りに25～30分を費す。重要なセッションや部分に関しては, 録音テープを聴き直したり, セッション全部の逐語記録づくりをおこなう。それをもとにセルフ・スーパーヴィジョンを行ない, またカウンセリング研究会を中心としてグループ・スーパーヴィジョン(カウンセリング研究会の他に, 臨床青年心理研究会, ケース会議, 心理療法研究会など)を受ける。

面接に臨む前には前回のセッションの復習, 治療の全体的な流れや問題点の確認や予想あるいは想像的増幅などが行なわれる。この他に自己研修的な活動として, リソース・パースン(resource-person)との話し合い, 文献学習, 集中的グループ経験(エンカウンター・グループでのファシリテーターやメンバーの経験), 学会や研究会への参加及び発表など, を挙げることができる。このように自分なりに理論的学習と体験的学習とを併用しているつもりである。

4. 基本的には来談者中心療法と体験過程療法の立場に立つ(もしくは, より正確には来談者中心療法から体験過程療法への移行期にあるといえるかもしれない)。

ロジャースの自己理論とジェンドリンの体験過程理論に理論的に依拠し, 真実的, 受容的, 共感的な治療態度を基本として, 時にはフォーカシング技法を活用しながら, 必要ならば cl. との対峙や cl. との自己対決を促進する, 優しさ, 暖かさ, 誠実さ, 奥深さ, 厳しさ, 柔軟さ, 忍耐強さを備えた一個の真実の人間(“自分自身”)でありたいと願っている。

こうした治療者像が, 現在どこまで実現できているのかと自問してみると, そうした志向性は持つものの, まだ創造過程上にある故に幾つかの反省点が浮かんで来て冷汗物である。実際には cl. との年齢(年代)や生活経験などとの関係から, 全体的な感じとしては気持ちがわかる兄貴的存在になりやすいのかもしれないと考えている。

治療者 D (30歳前半男子, 病院臨床経験5年)

I. 外的枠組

1. 私は民間精神病院に常勤として活動しており, そこを専ら臨床の場としている。日々の臨床活動において私は思春期・青年期の症例を中心にしている。ことに青年期の境界例は多くの時間と関心を向けている。むしろ, 必然的に向けさせられていると言った方がより現実に近い姿であろう。彼らとの心理療法では, 通常の週一回の定期面接は始めのうちはまだ実現できない。何年も様々の形で治療関係を維持し, ようやく安定した関係に至って可能となることのようにあり, ここまでの関係を形成

できたら、「上々の出来」と考えるのである。そこへ至るまでは、親だけの面接を続けたり、家族を家から追い出し何ヶ月も籠城を続け、自殺企図を試みた上で薄れる意識の中で私を想い出し、電話をかけてきた青年に誠実に対応し、ようやく信頼関係を築き上げたり、といったことが積み重ねられていくのである。

勿論、入院中の分裂病や外来の神経症の青年らに対しては、週一回の定期的面接を原則としており、この原則を極力厳守していることは言うまでもない。しかし、こうした治療構造をいとも簡単に破壊し、治療者や家族を自分の思い通りに操作しようとするのが境界例青年の特徴なのである。

2. 青年期症例の家族面接について、私は基本的には青年への治療を第一と考えており、家族面接は他の治療者に任せることとしている。多くは主治医がその任にあたることになる。殊に境界例青年の場合、治療者が自分の方を向いているか、親の意向に向いているのかに鋭敏な神経をとぎすませており、治療者の何気ない一言にもそこに深い意味をかき分ける才能を有しているのである。少しでもあいまいな返事をしようものなら、彼らはとことんその矛盾をついてくる。そして彼らの試しにつまづき、失敗すれば長い間かけて築き上げた信頼関係は一瞬にして消失してしまう。さらに気をつけねばならないのは、一般に境界例青年の親も境界例だと言われるように、親は私との面接から青年の秘密をさぐり出そうと、あの手、この手を使ってくる。こうした状況において、青年は治療者が、「自分の真の味方か、親の手先か」を鋭く感じとる。それ故に治療者は、親の青年を操作する道具にならぬために、少し距離を置いて、むしろ青年との心理療法に専念する方が安定した治療関係を維持できると考える。しかし、実際問題では、親の側に混乱が大きく、どうしても親を支える必要が生じてくる。その際は、他の治療者にゆだねるか、それも不可能な場合は、別の曜日に会うことになる。また、分裂病の青年の場合、彼の語る内容が妄想に色づけられていて、現実吟味に乏しい時があるが、その時は家族にきてもらい客観的状况を把握しておく必要がある。

3. 青年期症例の治療目標は (i) 青年が治療に何を期待しているのか (ii) 青年の病態水準がどのレベルであるか、にかかわっていると思われる。私自身はユングの分析心理学に理論的支柱を置いている。ユングは治療目標の設定として、4つの段階を設定している。即ち、告白 (confession or catharsis)、^{*} 解明 (elucidation)、教育 (education) および変化 (transformation) である。実際、私が取り組んでいる青年の場合、症状消失がなくても中断となったり、症状消失後も

「生き方」の問題を考えるために来院してくることもある。そこには単に治療関係のみでなく、青年のおかれた状況も大きな要因を占めている。

また、病態水準をみた時、境界例や分裂病の青年とのかかわりは、始めから長期的治療を覚悟する必要があり、彼らの後半生の伴侶として存在しつづけることになるのだと私は考えている。ただ、こうした長時間のかかわりは治療者の側にもかなりの負担を強いるものであり、彼らを丸がかえするのではなく、双方において、互いに相手が負担にならぬような「間」をおいた接近が大切であると考えられる。

ユングは患者が内的に変化してゆくのは、治療者自身が「個別化」に向けて内的探究を行ない、変化しつづるときだと語っている。

4. 私は青年期症例の治療においては、何よりも、青年の無意識世界のあり様・構造に関心を持ってかかわっている。そして、その世界が私との出会い、かかわりを通していかに変容し、成長・成熟していくかを注意深く見守っている。彼が表面的にしめず行動 (家庭内暴力等) や症状、また症状化に至った背景、そして彼の人格形成の要因となっている家族、家庭内力動等といった問題は、彼を理解する重要な入口であると考えられる。しかし、それらはいずれも、彼の内的世界での出来事を外的世界に投影したものであるという仮説を私は持っていて、そうした外的な事柄を手掛りとして、一歩ずつ内的世界に分け入るように苦心しているのである。

5. これまで見てきた青年症例数は、年齢を12歳~25歳に限定すると約50ケース、30歳までを含めると80ケース程になる。毎日、病院臨床において10名前後の症例に出会っており、その半数以上を青年期の患者で占めていることから、神経症・境界例・分裂病 (精神病) どの病態水準の症例でも数としては比較的多いと考えられる。私としては、神経症青年を対象に、夢分析を中心に行ないたいと希望しているが、現場の要請もあって、境界例の青年に多くの時間をさいているのが現実である。しかし、境界例の青年とは不思議と相性がよくて、次第にその数が増加してきている。これは多分、境界例心性と、私の心のあり様がどこかで重なっていて、互いの波長が合っているからだと考えている。そしてこの重なり合っている部分こそ、青年期、とくに思春期心性を特徴づけるものなのであろう。

* C. G. ユング 現代人のたましい：「近代精神治療学の諸問題」 日本教文社 P. 7 および Fordham, M. 1978 Jungian Psychotherapy — A Study in Analytical Psychotherapy. Wiley. p. 44

II. 内的枠組

1. 援助の視点として私は、まず始めに、眼前の青年がどの病態水準にあるかを見極めることに主眼を置いている。その際、精神病を疑う場合は、ロールシャッハ法を施行することになっている。この病態水準によって、青年への治療目標をどこにおくか、治療技法として何を用いるか、面接の時間やその内容をどのようにするかを決定している。

病態水準が低い青年の場合、家族の協力がどの程度あてにできるかを吟味する。特に、入院が必要となる場合、家族の負担も大きくなるので、あらかじめこのあたりはしっかり認識する必要がある。

そのあとで、この青年に、私の心的エネルギーをどの程度までさくことができるのかを考える。多くの青年期症例を持っているので、幾人かが同時に状態が悪化することもあり、こちらのエネルギーの大半をそれらに費やされ、他の症例に対して、なおざりになることもあってこの点は慎重に考えている。私自身、青年期の症例と出会う際、私としては、青年が時間とともに生成してゆく内的成熟により多くを期待しているところがある。それは言うまでもなく、私自身の内的成長をみると、そこに莫大な時間を必要としてきたという体験が根底にあるからである。いつも私は彼らに、「焦らないで、自分の内的成熟をじっとまっとうしよう」と言う。私は、そのための時間と空間という外的枠を作ること、成長のための容器「レトルト」の役割をもつことに力を傾けている。

2. 青年期症例と私の青年期心性の関係について、先に境界例のところでも若干触れたが、今の私は、自分の青年期に関して少し距離をもってみられるようになってきたと感じている。境界例の青年は、治療者の青年期的なコンプレックスを鋭く嗅ぎ分けて、一番痛いところを突いてくる。そうした状況における、サド・マゾヒスティックな関係の中に互いの青年期的葛藤を克服する糸口がある訳だし、その際、治療者は青年よりもほんの少し成熟している必要がある。逆にあまりにも成熟しすぎた治療者は青年から「年寄りじみたおとな」として見向きもされなくなる。最近の私は、少し「年寄りじみたおとな」になりかけているように感じる。かつて、境界例の青年に出会った時、私は内に燃え上がるものがあった、彼らが示す派手な症状や問題行動に何か輝くような魅力を直観してきたものであった。しかし、このごろはこうした現象が騒々しい異質なものとして、私の内から排除したいし、異和感を覚えるようになってきた。

3. 治療前のウォーミングアップとして、青年期症例に限らず、病院臨床で患者に出会う際は、いつも前回のまとめを読み、どんな一貫したテーマがあり、またその

人との治療が現在どのあたりを進んでいるか、私は何を今問題にして症例にかかわっているのかななどを想起する。特に分裂病の青年では、まずその表情を注意深く観察し、病理的な侵襲におびやかされていないかを確認してから面接に入ることになっている。

私は1日に10人程の症例に出会っているが、このことはかなり苦痛なことである。そこで自己研修として週の中頃に1日、研究日をおいて、医局で静かに読書したり、症例のまとめに専念するようにしている。これによって私の内的バランスはなんとか維持できているといえる。さらに、先輩の心理臨床家や精神科医と症例やその他のことなどについて、自由に意見を交換することも、ゆとりをとりもどす上で大切なことだと考える。

ところで、治療技法の錬磨について私は、教育分析の機会を持っていること、また経験豊かな心理臨床家との個別あるいはグループでの症例検討の場を月に数回有していることから、かなり恵まれている。そしてそれらの場に提出するため、ケースのまとめをすることが必要となり、このことがおのずとケースをふりかえる機会となる。さらにそうした場で検討された内容を深化させて学会などで発表するといったことも、症例を深く読みとるという作業につながっている。

ただ、こうしてまとめられる症例の数は、私がみている全症例のごく一部に限られており、症例について、“ふりかえり”に費やす時間と面接時間を比較した場合、私は面接時間に大半をふりわけざるを得ないのが実情である。日によっては朝9時半から夕方7時ごろまで、昼食をとる時間もないまま、外来の精神療法室の椅子に座って患者と対応することも珍らしくはない。こうした現象を「しんどいナ－」と思う反面、精神病院において心理臨床家が思う存分活躍のできる場を与えられたのだと思うこともある。そしてこの場を大切に守ってゆかなくてはと考える。

4. 私の治療関係の特徴は、と考えると、これまでの青年との取り組みをふりかえてみると、病態水準で規定される要因と、治療の流れの中で規定される要因がある。前者はこれまでも触れてきたので、後者に限定して考えてみたい。一般に青年が私の前にあらわれてくる時は、何らかの問題行動なり、症状化するなりしてあらわれることが多い。その場合、彼らの多くは、家族を始め周囲の支持を失い、困り者の刻印をおされて登場する。そうしたことから、まずは、母親のような受容的な“器”の役割を取ることが多い。この受容的な期間は青年の病理性や混乱度、家族の理解度によって、長くなったり短くなったりする。こうした時期は、たとえ治療者が男性であっても、彼らは母のように私をうけとめるようである。

青年が少し安定化してくると、次はやや年輩の兄貴的な役割をとることが自然の流れになっている。この間、兄弟葛藤のような様々のコンプレックスに出会いつつ、特に信頼感が深まってくる。こうして互いに腹藏なく本音で語り合える段階になり、青年にも現実検討能力が増大してくるにつれて、私は少しずつ、対決をはかってゆくことになる。社会秩序の代弁者として、父親的役割を果すのである。この際、あまり厳しく対決すると、青年の中には退行し、もう一度、母親的な受容をしなくてはならなくなるのである。こうした行きつもどりつを繰り返し、青年が父親としての私をのりこえ（＝内的父殺し）て、ようやく私の手元を離れてゆくものと思われる。

こうした私の治療関係の特徴は、青年の状態によって、かなり自由に振舞うということがいえそうである。私は、ユングの分析心理学及び精神病理学の理論・知識を学びつつ、それらの体系に沿った形で青年に出会っている。勿論、それはまだまだ未熟なものであり、幾多の失敗を重ねているのが現実である。しかし、こうした失敗を教訓として、新たな青年との出会いに心を期しているのである。

治療者 E (30代後半男子、臨床経験15年)

ひとくちに青年期治療といっても、青年期それ自体の年齢の中も広く、精神発達の様態も pre-adolescence から young-adult まで、いわば児童期とほとんど変わらない水準から成人とほとんど変わらない水準までの人々を広範に含み、主訴の問題内容も多種多様、さらにその病態水準も normal level から pathological level までをも（時には発病の先駆症状を主訴に来談する場合もまれではない）、多彩に含んでいるのであり、さながら臨床心理学あるいは精神医学上における見本市とってよい様相を呈しているのである。筆者はこれまでの臨床経験において、その数はまだ決して多くはないにしても、数10例は青年期のクライアントに面接し、継続治療の経験も十指にあまるくらいにはなっているので、その経験に基いて、青年期治療における筆者の考えを述べてみたい。

I. いわゆる治療構造における外的枠組 External frame of reference に関して。

1. 青年期のクライアントに面接する場合、その理念もカウンセラーとしての態度も、基本的には他の年齢のクライアントと異なるものではない。面接室（カウンセリング・ルーム）がわれわれの仕事のいわば“勝負の場”であると思っているし、治療頻度も週1回程度がわれわれ日本人には最も適したテンポだと感じている。しかし実際的には、主としてクライアントの病理水準にあわせ

て、かなり弾力的に治療枠を変えている（あるいは変えざるを得ないでいる）。心理臨床家はクライアントの状態に対応して絶えず動くべきであるし（動かないことが一番であることはもちろんであるし、そこそこがけてはいるが）なによりも定まった型に固執することが心理臨床においてマイナスにはたらくことが多いと思うからである。臨床の場というものは、そしてクライアントは常にこちら側の臨機応変の判断を要請してくる存在であると思う。そういう意味で、われわれが臨床の場に身を置くということはそこに布置されてくるもの（Constellation of conducting psychotherapy）にみずからを適合させてゆくこと、なじませてゆくことであると考えようになって来た。一方でその事は、かかわるクライアントの治癒の筋道をより正確に、より深く、そしてより力動的に“読んでゆく”ことであるとも考えている。

青年期のクライアントは治療においてカウンセラーが守ろうとつとめる外的枠組（カウンセリング・ルームという場所、時間、回数）などのことごとくに一見挑戦して来るかのように見える。そして決められた場所、時間においては多くを“語らない”場合が多い。これは何をものがたっているのだろうか。少くとも筆者には、青年期の人々は自らがはだかの身をさらす前に、まさにそのことを治療者に無言のうちに要請して来ているともいえる。“適切な治療的距離”などという、いわばこちらの側が人為的に考えついた人間関係をゆるさない厳しさを秘めつつ、じりじりっと間合をつめてくる、そういった一種の“殺気”を感じるといったらいすぎであろうか。

2. 青年期治療における家族面接（Concurrent interview of adolescent psychotherapy）をどのように取り扱っていったらよいか、ということも極めてむづかしい問題である。児童期のクライアントは自然に母子併行治療の場におさまってゆくし、成人のクライアントの場合には家族面接を併行しておこなってゆくことはむしろまれであろう。しかし青年期のクライアントは、殊に同一の治療者が双方に面接することに対して、心の底の方では極めて Ambivalent であるように思われる。それというのも、青年期のクライアントの治療においては、問題の中核に、親からの分離-独立（Separation-Individuation）の力動性が秘められており、そのような意味からいっても、青年期クライアントの父母が面接を求めてくること自体のかくれた意向として、かかる青年期のクライアントの秘め持った課題に対して文字通り Counter-power を与え、Stress を加えてくる場合が往々にしてある（当事者の父母は自覚していないにしても）からである。そのような意味からも、われわれは青年期のクライアントの絶対的味方として機能し得るこ

とが相互に確認できる場合、さらにその覚悟が定まる場合以外には不用意に家族面接をおこなうべきではないのではないだろうか。

3. そして、青年期治療の Goal は何処にあるか。心理療法というものは、クライアントの内面的問題の解決にむけて、その治癒の道 (Healing process) をいわゆる Significant person として同行しながら一步一步進んでゆくことであり、その絶えざる、そして究極の目標は「自己実現」(Self realization; C. G. Jung) してゆくことにあると筆者は考えている。その意味からも、クライアントの症状消失を治療の目的とするわけではないことはいままでのないが、しかしこれも現実には症状消失をひとつのめやすとして治療目標の第一に置いて日日の治療活動をおこなっている。

II. いわゆる青年期治療における内的枠組 (Internal frame of reference in adolescent psychotherapy.)

治療において転移-逆転移 (Transference vs. Counter-transference) の関係をめきにできないことはいままでのないことであるが、青年期治療の場合はなおさらであるということをおぼろげに自覚すべきであろう。では、われわれが青年期のクライアントの前にすわる時 (青年期のクライアントがわれわれの前にすわる時)、「何が」起こるのか。正確に言えば「何が」われわれの心の中に生じて来るのか。

青年は親を超えようと生きる。(実は親自体もそのように生きて来て親になったのである)。もちろん親もそのことを意識的には待ち望んでいる。しかし子が親を超えて行くということは、親が親であることの立脚点の一部を壊してゆくことに他ならない。子供が一人前の人間として Identity を確立してゆくということは、親が親であるために必要な証 (子を持っているということ、子から全面的にたよられているという自覚) をいわば子の側から打ちくだいていく動きである。そういう意味で、青年をとりまく心理状況は、いわば青年とそれ以外の人間との間で、その双方の内面で、親-Complex と子-Complex とがせめぎあう関係であるといえる。(この関係はおそらく青年の就職、進学、恋愛、結婚などが主要問題となる10代後半から20代にかけてが一番顕著であろう)。実はこの二つの Complex は治療者の内面にも存在し、心の深層において、絶えず活動しているのである。従って、青年期治療においては、いわば「子」である自分と「親」である自分との間に心の亀裂が生じ易いのではないだろうか。これは治療者が既婚者であると、未だ未婚の青年治療者であるとかかわらず生じる問題である。

筆者はこのような自覚に立って、自らの内面 (心の深層も含めて) を絶えず凝視しながら青年期治療を進めている。

治療者 F (37歳男性, 臨床経験15年)

私は臨床活動に入った当初から数年間、主に精神分裂病その他の内因性精神病患者を相手として毎日を過ごしてきたので、大学の相談室が臨床の場となった現在も、精神分裂病圏、あるいはそれに連なる境界例水準の、いわゆる青年期危機症例を担当することが比較的多く、またそれが主に私の得意とする対象ともなっている。年齢的には大半が17, 18歳以上である。

I. このような青年期症例にとりくむにあたっての、**外的枠組**についてまず述べておこなうならば、次のようになる。各セッションの時間とか頻度などは、原則的には他のケースと同様に週1回1時間のペースを守ろうとは思っているが、この原則を貫くことは困難なことも少なくない。むしろ、このような外的枠組、近ごろはやりの言葉で「治療構造」といってもよいが、これがこちらの思うほどにはきちんと構築されないとこころこそ、青年期症例とのとりくみの特徴がもっともよくあらわれてくるのではないであろうか。時間はその状況に対応して適宜延長したり短縮したりせねばならないし、頻度も同様である。彼らは約束しておいても来談しないこともあれば、約束もしてないのに突然現われることもある。こちら側は徹底的に受身にならねばならない時もある、積極的に危機介入せねばならない時もある。

私は面接を自分の研究室で行なっているが、これは私の大学での日常生活の最奥で相手と会っていることを、いいかえれば私が手のうちをすべてみせて、できるだけ裸で会おうとしていること、あるいは相手を「懐に入れて」話そうとしていることを意味している。彼らの中には、私の部屋の本や書類や机のひきだしの中までのぞいてみたりしたがるものもいるが、私は他のケースや学生のプライバシーを侵すようなことがないかぎり、それらを許している。それは彼らにとっては、ひとりの大人の生活を垣間みるという経験になっているからである。

電話に関しても、一般的原則に反して、私は自宅の電話番号を青年期危機症例に対してだけは教えており、困った時にはいつでもかけてよいと伝えている。それはまず何よりも治療者が彼らの「支え」になりきるためであり、自殺その他の危機に介入するのを容易にするためであるが、また彼らにおいて往々欠けている同輩仲間との電話による交際というか、chum 経験というべきか、こうした青年期に特有の社会経験を保障するためでもある。このように電話を許可しておく、時として無制限に頻

繁に電話がかかるようになる場合もあるが、その期間はしかしそれほどの長期にわたるようにはならないものである。あまりに頻繁すぎて、しかも無意味に思える時には、少くとも1週間は相談しないでおくことの緊張を持続させ、自分の判断で行動してみることの重要性を説明すれば、納得がえられて適切な電話のかけ方になっていくはずである。ただし私の方から電話をかけることはまずない。

私は面接の過程では言語でのやりとりを中心に置き、媒介手段は減多には用いない。最近はやや無節操きみにといいよほど媒介手段が使用されている向きも少ないようにみうけられるが、われわれはまずやはりもっともオーソドックスにそれらを用いないで、面接のみによって相手に肉迫する努力をもっと重ねなくてはならないのではないであろうか。

私は面接の場を他に移すことはほとんどないが、例外もある。先日はある離人症のケースが最近買った大きなオートバイの後に乗せてもらって、大学構内を一周してきた。彼は私に後からしっかりしがみつこう要求しながら、先生が女の子だったらいいのになというので、僕も君が女の子だったらもっといいのにと答えた。私は彼らがいろいろアルバイトしたり、自分の判断とやりくりで大きな買物をしたりすることはおおいに支え、自分の城をつくるようにすすめたりもする。

青年期症例の心理療法の外的枠組ということに関しては、要は、この枠組を治療者の許容する範囲で最大限に拡大して、柔軟に彼らがさまざまな社会的経験をつめるよう対応するということがもっとも重要となるのではないだろうか。

Ⅱ. 次に内的枠組について述べるなら、これは上にあげた外的枠組ほどにはフレキシブルではなく、むしろ多少リジッドなものであるかもしれない。というのは、私は青年期危機をすでに前報までもくりかえし述べてきたように、次のようなものとして捉えているので、そこからわれわれのとるべき態度もかなりの程度規定されてくるからである。すなわち、青年期危機の本態は、その主症状が強迫症、離人症、やせ症、重症対人恐怖、自殺企図、不登校等々、たとえどのようなものであっても、これら疾患群の現存在経過は本質的には人間学的に捉えられた分裂病性の生の歩みと同一であって、さまざまな症状形成の相違はこのような基礎過程に対処するための対決手段の相違に他ならず、この意味で青年期危機とは分裂病のさまざまな程度での不全型とってよいものである。従ってこれら危機状態の背後には、つきつめていけば、必ず分裂病性の根本問題につながる自明性と

自主性の障害されたあり方がみいだされるはずである。つまり彼らは、程度の問題は別にして、あくまでも質的にということであるが、現存在の根本規定たる「世界内存在」、すなわち「世界のうちに自然に親しく宿り、住まうということ」の様式においてあることに失敗しているということができる。彼らの自己の自己性の問題や自主性の問題の根底には、自己存在の根拠や立脚点、あるいは世界の中に出で立つことを「支え」ている「何か」の喪失の問題が同時に存在している。そのため彼らにあっては、世界からはあらゆる意味性が剥奪され、自分があること、生きていくことの当然の前提が、つまり自分なぜ生きていかなければならないのかということについての実感が稀薄化されている。こうして欠如態としての「非存在」性が常態となるため死への傾斜は必然的意味方向となり、彼らの足もとのすぐかたわらには、常に無限に深い「虚無の淵」が暗黒の口を広げて待ちうけていることになるのである。

従って、治療者はまず何よりもこのような彼らのあり方を理解する者とならなければならないし、また何よりも「支え」を喪失している彼らの「支え」として立たねばならない。彼らはさまざまな程度で世界と自己への「基本的信頼」を欠いているからこそ、われわれは世界の側での存在肯定、存在許容の窓口とならなければならないのである。これをいいかえれば、「絶対的受容」の態度ということもできよう。しかしこの受容はいつも厳密に態度の次元と技術的次元に区別されなくてはならないのであり、ここで必要なのはあくまでも態度としての受容であって、技術的な次元のそれではない。技術的にはいつも受身的に追体験的に理解していこうとするような意味で受容的であってはならず、むしろ適宜、ある程度、先取りした見通しに立って、積極的に支持的、指示的となりうる構えが不可決となってくる。私は青年期症例の心理療法過程のひとつのパターンは、漢詩にいう起承転結ならぬ起転承結になると思っているが、この「起」の時期には、治療者は徹底的な理解者、支持者として立たねばならず、その理解のほどを積極的に相手に示して、肯定的な関係の樹立をはからなければならないし、とりわけ「転」の時期には、かなり思いきった指示的な対応をする必要がある、というよりもそうせざるを得ない状況が展開してくるものである。私(1982)は最近、はげしく自殺企図をくりかえした青年期危機症例について報告したが、この心理療法過程においては、彼女の強い要望に真向から反して彼女を無理矢理入院させることによって、彼女が20年来胸に秘めつけてきた家族葛藤の問題をあえて家族の前に露呈したことこそが、彼女を支え、「存在肯定」するための「絶対的受容」の文脈に沿うも

のであった。どんな状況にあっても、敢然と相手を受けとめ、本人以上に本人を理解し、味方になりきろうとする共存在として相手の前に立とうとする治療者との関係があれば、その中で彼らは自分があることの抵抗を感じとり、自己の存在感を確認し、自己をうちたてていくことができるようになるのである。

しかしながら、このような指示的な対応にあたっては、実際には複雑微妙な多くの要因がからんでくるため、かなり困難な判断を迫られる状況ともなる。もう一度、入院云々の問題に即していえば、永年にわたってかかわってきた重症強迫症の大学生であった青年が、卒業試験を前にしてひとつの山場を迎えたことがあった。その日の面接の前数日間、彼は下宿にとじこもったままほとんど何も食わず、ほとんど寝ることもできなかったため、ようやく外来にはたどりつけたものの、茫然自失の状態、目は虚ろに見開かれ、ただ唇だけがガクガクと震えていた。彼は「もう駄目だ、これ以上は無理だわ、ただ入院させてほしい、それだけです」とつぶやいた。このまま放置するのは私自身不安であったし、すぐさま彼を隣室の外来担当医にまわして入院させることも容易なことであった。しかし私は彼の申し出を拒絶した。「ここで入院したのでは、これまで二人でやってきたことが無になる、明日の試験は白紙でいいから、とにかく出席だけはしてくるように」といって私は彼を帰したのだった。結果的には、彼はこの試験をパスし、現在は就職している。治療者が不安になるときほど、あえてわれわれは彼らを信じきること、君ならやれるはずだとして支えきることによって、彼らの根源的不安に対決する力を保証し補強することが重要なのである。こうした技術的次元の対応としてその都度具体的にどのような判断をするのがいいのかは、無論ケース・バイ・ケースであるが、それはそれまでのかかわりの経過の中からおのずから、いわば直観的に決定されてくるものであろう。

いずれにしても、こうした支持的、指示的な判断や対応、処遇方針の選択は、われわれがその時々にとるべき「治療者役割」として要請されている行動様式なのであるが、治療者が「絶対的受容」の態度を基礎にして、他方でこのような治療者役割行動を堅持することができるならば、青年期危機のうちにある彼らはやがてそこからひとり立ちしていきうるものであるということ、ここであらためて強調しておいても、しすぎることはないであろう。

そしてまた、治療者役割の問題に関連して述べておきたいのは次のことである。彼らにおいて自然な自明性が稀薄であるということは、同時にこれも以前の報告(池田ら、1980)で述べたように、「共通感覚」(common

sense)と、従って「他者のアオホ・ザイン性」(Auchsein der anderen, 他者もまたやはり同様であるということ)をもまた稀薄になっていることを意味している。一般的にいっても、青年期はこのアオホ・ザイン性の実感を把握することはなかなか困難なものであろう。そこでこうした共通感覚とアオホ・ザイン性を彼らのうちに育んでいけるように、治療者が「ひとりの他者」にならなくてはならない、ということも重要となる。すなわち、われわれが彼らの感覚のありようを保証したり、治療者個人の体験や意見を伝えたり、何げなく「普通はこういうものだ」と示唆したりすることによって、自然にごく普通に、あるいは「あるがままに」ありうるということの、一言にして自明性の、立脚点を確保しうるように援助していくことが治療者役割の一側面として要請されてくるのである。

「アニマ、アニムス」にはいくつかの成熟段階があるように、治療者像にもいろいろな段階がありうるであろう。それは基本的にはケースの側の成熟に対応して現われてくるのであるが、治療者の側からも心理療法の展開にあわせて、意識的にその都度の段階に応じた治療者像をとっていくことが可能となろう。その成熟過程とは、

1. 最もよき理解者としての専門家、
2. 徹底的な味方、そしてケースが異性の場合には、多分に恋人的な存在、相手が同性の場合には気のおけない仲間、話のわかる先輩的存在、
3. 人生の教師、先輩、あるいは治療者としての治療者、または社会的生活人のモデルとしての存在、
4. 以上のすべての像を統合的にそなえた一段高い人格者としてのひとりの他者、の4段階に分けてまとめることができると思われる。

多くの優秀な治療者の人たちをみていて最近思うことは、それぞれのよって立つ理論や技法的な背景とは全く別次元のこととして、彼らに共通してみうけられる人格特性としてのいわば「フェアシュテューエン・ケネン」(理解可能)ともいべき側面のことである。彼らは決して完全な理解者でもなく、すべてお見通しなのでも全くない。その意味ではむしろまだあまりよくわかっていないのではないかと思ってしまうのであるが、だからこそもっとよくわかってもらいたいと感じさせる存在なのであり、しかもこちらが語ろうとする限り、いくらでもそれを理解しようと聴いてもらいうる存在なのでもある。このことがフェアシュテューエン・ケネンの謂なのであるが、われわれはまず徹底的な理解者としてケースの前に立たねばならないとはいっても、それはまさにこのような意味においてそうなのであろう。

最後に、以上の記述においては治療者という言葉をよく用いてはきたが、本来、青年期症例の心理療法という

文脈にあっては、「治療」あるいは「治癒」という用語は決してふさわしいものではないということをつけ加えておきたい。このプロセスにおける彼らのより健全なありようへの歩みは、医学モデルにおける復元、回復の意味での治癒なのではなくて、それまでの生の歩みの中で育成されてこなかった不十分な存在様式のゆえに直面せねばならなかった問題にぶつかって、これを乗り越え、それまで欠けていたものをはじめて獲得し、あらたな人生の局面へとふみだしていこうとしているという本来的な成熟の「時」を意味しているからである。

治療者G (40代前半男子、臨床経験20年)

I. 外的枠組

1. 青年期症例にしつらえる治療時間、面接状況、一週あたりの面接回数は、成人期症例とほとんど変わらない。すなわち、原則として週一回、一回の面接時間50分という設定で行なっている。しかし実際には、青年期のクライアントの場合、クライアントの側の条件や状況によって二週に一回の面接になってしまっていることが多いように感じられる。たとえば学校在籍の生徒である場合、約束時間が励行されなかったり、放課後の面接予定を無視して帰宅してしまったりする場合も、ままあるように思われる。要は流動的に設定しておくことを旨とする。

2. 青年期症例は、本人自ら来談することは少ないということである。これは、特に大学の心理相談状況そのものも特徴かもしれない。筆者は、むしろ青年期の子どもを抱えた肉親あるいは兄・姉が、最初に訴えをもって来談するその事態そのものを重んじている。つまり子ども(青年期の)を抱え、困っている肉親あるいは兄・姉と面接していくなかで、子どものこと、夫のこと、祖父母のこと、弟・妹のことを共に模索することを通して来談者(この場合、肉親や兄・姉自身)が来談して、力を得ることを狙いながら、その家族構成員である青年期症例にも何らかの間接的な援助効果をもたらされるよう働きかける視点ももっている。青年期症例は、この点で単独で直接来談することはまれであることを念頭においておいてもまんざら見当はずれではないように思われる。これは、治療同盟を誰と組むかという点とも絡みとても重要なポイントであると思われる。最初の訴えをもって来談した肉親あるいは兄・姉との治療関係が成立して、治療過程がそれなりに進展していくと判断できた時点で、当の青年期の本人を伴って来談してもらうことはありうる。その際に、一緒に来談するとき、同伴者に偽りやゴマ化して、相談に誘わないようにすることを注意している。「自分のことで相談に行っている。あなたも一緒に行って、相談に乗ってもらわないか。自分は自分にとっ

て、そこが有意義な場になっている。きっと力になってもらえる」と。このように伝えられる肉親や兄・姉がいることは、当の青年期の本人にとっても、何らかの好作用をもたらしていることが伺える。

ただし、肉親や兄・姉等にのみと面接したとしても、家族員の中の青年期症例のおおよその病理水準は把握しておきたいと考えている。つまり青年期問題で、早期処遇や医師とミットで処遇した方が、本人自身の援助につながる場合もあるからである。(その反対の症例もあることはもちろんである。病院にいつているが、本人の援助につながる心理相談をぬきにしている症例もときどきある。)

3. 青年期症例の治療目標は、成人のそれと異ならないであろう。つまり基本的には、青年であれ、成人であれ、さらには子どもであれ、自分というものが、安定感(安心感、安全感)、信頼感、有能感、依存しきれた感覚、さらには親密感を獲得できているという体験がかなりの程度できることは、不可欠の目標である。つまり妙に自己意識過剰やうぬべれたり、自己否定あるいは理想化した自己像に執着しなくても、ありのままの現実の自己像と向かい合えること、そしてそのことが自分の生命感を支え、躍動させていくことができるようになることを目標にする。別の表現をすれば、傷つきやすい、不安に脅やかされている自分が、何によってそうなっているのか、そのことに自分で向かい合い、ぶつかっていく力を心理相談の場で、治療者とともに探究していけることができるようになることである。

4. 青年期臨床で出会う症状・問題行動は多岐に涉っている。いわく登校拒否、シンナー耽溺、自殺未遂、無気力、窃盗、自己臭恐怖、怠学、学校恐怖、うわさ妄想、同棲等、思いつくだけでも、まさに“疾風怒濤”の時代を象徴する症状や問題行動が今日の様相を呈して現出している。これらの病状や問題行動が何故に生じるのか、どのような背景や基盤から生じるのか、当の本人の悩みや苦しみはいかなるものか、こちらがよく聴いて援助ができるとすればその人の何とかかわれるのか。このように問うていくと、自ずとかかわるこちらの側の視点は、悩める青年期の人そのものへの関心と援助の視点になる。つまり症例や問題行動は、青年個人の心の叫びの信号であり、非言語的メッセージであるという理解であり、したがって援助の視点は、どのような条件や状況がしつらえられれば、その青年がそのような症状や問題行動を軽減できたり、脱却できるか、さらにまた積極的に自分というものに対峙していくことができるようになるかということである。この点で、筆者の立場は、^{パソロジー・オリエンテッド}“病理志向的”よりも^{プロセス・オリエンテッド}“過程志向的”ないし^{パーソン・オリエンテッド}“人間志向的”と呼びたい

と思う。

5. これまで得意としてきた症例は、病理水準でいうと神経症圏がほとんどであり、たまに境界例（神経症と精神病との）があった。数は、統計もないが、100例はゆうに越えている。

II. 内的枠組

1. 青年期症例と接する際にいつも自らに戒めるのは、生命あるものへの厳粛な気持、己れと相手に誠実な気持（リアルな気持）で接すべしということである。生活年齢や環境、感じ方や考え方は、こちらと相当にあるいは全く違うということである。だからこそ、相当に自分の中で、その違いを明瞭に意識し、自他の区別をして接しなければならない。違いの自覚が必要なのである。このように自覚しながら、相手が語ることばをはじめとして、非言語的なメッセージ（たとえば、動作、声調・抑揚、表情、しぐさ、服装・ヘアスタイルなどを通しての暗黙のメッセージ）にも目と心を向けていく。つまり、青年が“いま・ここで”何を感じ、何を生きつつあるのか、何がどのように悩ませているのかを、じっと聴き入りながら、こちらの心の乾板に映し出していく作業が始められる。相手の話しや表現を、“下に立って”（under + stand）聴いていく姿勢が不可欠である。そうすると彼らの心の“万華鏡”のような世界が映ってくる。

このように“下に立ってじっと聴いていく人”こそ、相手（青年期症例）にとって、安心でき、自分が信頼でき、かつまた有能であると感じていくことができるようになっていくのである。このことは、青年期症例その人が一番敏感に感じとっていると考えて間違いない。如何に雄弁に説得していくかは不必要である。クライアントの知覚は、目の前の治療者が、いかにリアルな気持で、クライアントに目と心を積極的に向けてくれているか、正確に理解し、真剣なまなざしをもって接してくれているかであって、治療者の語ることばの量の多さや流暢さではないということを、筆者はクライアントとの面接経験から教えられているといつも考えている。理想的には青年期症例の心の理解でエベレスト山の頂上から、マリアナ海溝のピチアス海淵までの感情のヒダに触れられるといつも素晴らしいと考えている。地核のマグマ、大気や宇宙の星雲にまで手を出すことができ、それが理解できれば、もっと素晴らしいであろう。

2. 青年期症例と治療者としての私との間で問題になるものとして、“青年期心性”の問題がある。青年期心性の本質は、自-他の区別がつかないところから生じる理想化したり幻想化したりする自己防衛的態度である。心理的距離のとれなさ、強がり、うぬぼれ、思い上り、

自意識過剰、万能感にとらわれた状態、知性化、その反面での甘え、ひがみ、ねたみ、怨みの諸感情の抑制された状態である。また傷つくことを恐れ、一敗地にまみれることを回避しようとする背伸び、反抗、孤独、不安などがみられることである。

青年期症例との心理相談場面で重要なのは、そのような青年期心性が、かかわるこちらの側でどのくらい意識化され、自覚されているかであろう。さもないと、目の前のクライアントの姿や言動の中に、自分を見い出して慰めていたり、自分がクライアントより上位であることを見つけて満足したり、さらにはお互いに青年期心性をめぐって熾烈な競争や敵意をいだいてしまったりするであろう。そういう意味で青年期症例との治療者は、適度の青年期心性を備えながらも、そのことを自覚して、治療的手段として援用できる人が適しているであろう。青年期心性に気づかずにいる場合は、知らず知らずのうちに、クライアントの青年期心性を助長し、行動化（acting out）をも誘発してしまい、危険でさえある。治療者の側の“誘惑”には絶えず厳に戒めている必要がある。ただし、あまり気負い込みすぎて、自己への戒めが、目の前のクライアントにも圧力を与え、加重されても困る。“自然な関係”は、保たれなければならないのである。焦らず、のんびりと取り組む、長い目でみる視点や姿勢ももちあわせていく必要がある。

3. 筆者は、一人ひとりの青年期症例との面接を重視し、その積み重ねを大切にしたいと考えてつねづね実践している。そして面接前に、前回までの経過をふりかえっておくため、予め記録を読み直している。また、原則として面接録音はすべてとり、できるだけ自分で逐語記録にしたりして、自分の面接中の態度や相手の心の動きに変化があるかどうかを吟味していこうとしている。5回～10回経過するとき、一回は全面逐語記録を作るよう努めている。ある程度、面接が進展したとき、詳しいケース・レポートを作ってみることにしている。そうすることで、治療の経過が手にとるようにわかるし、いくつかの節目や段階があることを見届けることができるからである。そのようにまとめたものを、グループ・スーパーヴィジョンにかけるかたちで発表する場ももっている（研究会、学会症例検討、その他）。面接のふりかえりに費やす時間はなるべく多くしたいが、現実には難しくなってきた状況である。しかし、クライアントの生きる痛みや重みを思い致せば、己れの怠け心は吹き飛ばさず感じであり、夜なべ仕事にぼつぼつまとめていくことが楽しみである。

4. 自分の治療関係の特徴は、一言で表現すれば、基本的には受容的態度を基盤にしつつ、そこからクライエ

ントが自己対峙していく態度を狙っているといえよう。あまり差し出がましいことはクライアントに伝えないし、またそのようなことは有害無益であるとさえ思う。クライアント、しかも青年期症例といえども、一定の治療的条件がしつらえられれば、自然と自己表現し、その過程で自己覚知をしたり、自己統合をしていく潜在力を発揮していくことが、経験的にいえそうであるからである。筆者は、そのような手がかりを、クライアントの知覚、クライアントの非言語的な表現の中に求めてきている。クライアントが脅威や不安の世界から、治療の場でくつろぎ、自己を探究しはじめると、不思議と表情や動作に変化があらわれ、男子症例では‘遅しさ’が感じられ、女子症例では‘肌のつややかさ’が感じられてくる。私はそこに、クライアントの安らぎや有機体的な疎通性の良さ、血の通いの良さを感じているように思う。

(全執筆)

Ⅲ 考察

ここでは、本報告の目的に即して、以上にわれわれの治療者像の共通項を抽出し、さらにそれらが他の臨床経験豊かな青年期治療者像とどのような差異があるかに焦点を合わせて、考察をしていくことにする。

Ⅰ. 外的枠組について。

1. 面接時間、週一回の回数について。このことに関しては、どの治療者も共通して、基本的には他の年齢のクライアントと同じであることを記している。つまり日本の場合、たいてい週一回、一回の面接時間を50分としていることである。しかし同時にこの原則が守られにくいことも指摘されており、注目すべきところである。青年期症例は、他の年齢のクライアントと異って、この時間枠を守ることがきわめて難しく、したがってあたかもそのようにすることによって、治療者に対し挑戦しているかのようである。したがって、時間変更や時間延長の止むなきに至ることが実際に起っている。このようにみると、治療者の側でも柔軟に対応することも必要なのである。同様なことは面接場面、面接場所についてもいえる。われわれは一定の面接場所で、通常対面法で会うようにしている。しかし治療の実際においては、やはり最大限許容される範囲で、治療者は移動したり、ときには室外で応待することもあるということである。ここで重要なことは、治療者がそのことの意味をしっかりと自覚し、そうすることがクライアントにどのような影響や効果をもたらすかをよく理解し、把握しておくことである。これらの点は、従来から、青年期治療の導入の難しさとして指摘されてきている。

2. 家族との面接をどう組み入れるか。このことにつ

いては、われわれは二つの視点をもっているといえる。

一つは、最初に来談した親（あるいは兄・姉）の来談意欲を重んじながら、問題になっている青年期症例（たいてい中学・高校生が多い）を含めながら、家族員全体の雰囲気調整、安定化を計ろうとするアプローチである。もう一つは、当の青年期症例そのもの（たいてい大学生以上が多い）に直接にかかわり援助していこうとするアプローチである。

家族員との面接をする場合、肝要なのは、誰と治療的同盟を組むかを、治療者の側ではっきり明確にしておくことである。さもないと、当の青年その人を裏切ったり、親と一体化して青年その人を敵にまわしてしまったり、また治療者自身知らず知らずのうちに、親の側の策略にはめ込まれたりする事態を引き起こしかねない。この点従来から青年期治療の要点として指摘されている青年の不安や秘密の問題とも関連して、慎重になされねばならないことがらである。治療者が、親から聴いたことを青年に、また青年から聴いたことを親に、つつ抜けに伝達することは、厳に慎まなければならないのである。

3. および 4. 治療目標をどのようなところに置くか。

青年期症例は、実にさまざまな症例や問題行動を呈してくる。その幅は、一見健常である様態から重篤な精神病を疑わせるまでの広がりをもっている。このような青年期症例（あるいはその親、兄・姉）にまず施されるのは、本人（あるいは来談する親、兄・姉）が、混乱した心理状態を安定させ、面接場面がくつろぎや安心の場になるよう目指されることである。しかしこの目標自体もそんなに簡単に確立されるとは限らない。面接者自身が不安や不信の感情で敵対視されることもあるのである。また治療者によっては、青年の期待や青年の病態水準を考慮に入れるものもある。いずれにしても、治療者は、ともにする相手（青年期症例）の、情緒的安定感の回復をまず目指すことには変りない。

つぎの目標となるのは、対人関係、生き方をめぐっての、より統合化の問題が浮かび上がってくる。親との心理的分離－独立の問題、親密な友人関係の探究などをとり上げても、並大抵のことからではない。彼らは、それらの問題に揺れ動いているといっても差しつかえないほどであるから。

最終的な目標としては、各治療者が挙げているように自己実現の過程を促進していくこと、換言すれば同一性確立、自明性と自主性の確立がある程度致達されることを意味しよう。症状や問題の消失だけを狙うのではなく、症状や問題をみとりながら青年期症例その人の、人格的安定化、統合化が狙われていくのである。この点は、従来から経験者によって指摘されていることと何ら変り

ないといえよう。

5. われわれは、青年期症例に接する場（大学か病院か）のちがいによって、軽度の情緒障害、神経症水準の症例に比較的多く接する者と、境界例水準や精神病水準の症例に比較的多く接する者とに分かれている。接触症例の数も、臨床経験年数と比例しているといえる。各治療者像によってこのあたりのニュアンスのちがいは、自ずとその臨床の場によって規定され、得意、不得意も生じていると考えられる。

II. 内的枠組について。

1. ひとりの青年期症例に取り組む治療者の配慮、努力については、すでに記述してきたように、7人7様であり、もともと個性的なものである。ひとりの治療者として、クライアントの同伴者、“new object”あるいは“significant person”として、どのように介在しうるかには重要な関心事になっている。そしてクライアントと接する際、言語的手がかり、非言語的手がかりをフルに生かして、クライアントが体験していることに、できるだけ追体験し、これを「受容」したり、「絶対的受容」しようとする。そして相手の「内的成熟」をじっと待とうとする辛抱強い努力をはじめめる。その場合、クライアントの病態水準に重きを置こうとする者もある。これによって治療的見通しを立てるわけである。

2. クライアントの青年期心性と治療者の青年期心性とのダブリをどのように考えるか。この点に関しては、各自の自覚に若干の違いの幅がある。ある治療者は、クライアントの青年期心性に出くわすことで、自己の青年期心性を拡大されると感じているし、ある治療者は自己の青年期心性とクライアントのそれとを、相当にあるいは全く違いと認識することによって、クライアントの青年期心性そのものを理解しようとするのが大切であるとしている。青年期心性を自覚し、克服しえている治療者は、青年にとっては「年寄りじみたおとな」と感じとられるし、青年期心性をひきずったままの治療者は、青年にとっては一見頼りになるであろうが、生傷をなめあうかたちの混乱を巻き起こすかもしれないし、青年にとって“new object”にはなりえないかもしれない。要は、青年期症例に向い合う、こちらの側の青年期心性の名残りを、どのくらい自覚し、かかる青年と若さを保って、誠実に会っていくかであろう。

3. 青年期症例に取り組む治療者は、どのような治療前・後の作業や研鑽を積むのであろうか。概括的にまとめると、各治療者は、その得意とする態度と方法で、各自の治療的技法を磨き、青年その人に学ぶ姿勢を、ときには範を垂れる姿勢を保っているといえる。面接前の記

録の読み返し、予想される事態の吟味、テーマの読み取りに費やすことが指摘されている。また面接後は、面接の反省や気づきを積極的に深めるため、面接録音のきき直し、セルフ・スーパーヴィジョン、グループによる症例検討、まとめたものを学会等で発表し、コメントをもらうこと、教育分析を受けることなど多角的に活用していることが指摘されている。現にこの研究グループ自体も、症例検討を重ねてきて今日に至っている。このことは、単に理論的な議論だけでなく、青年期症例の臨床的接近を、具体的症例を通して絶えず吟味・検討してきているからに他ならない。

4. 治療関係をどのように考えるか。このことに関して、われわれのグループは、それぞれが依拠する治療理論によって、多少異っているように考えられる。すなわち基本的に受容的態度をとりながら、青年が積極的に自己対峙していく力を発揮させようとするアプローチ、基本的には「絶対的受容」を重んじながら、さらに青年を「支持」したり「保障」し、「世界内存在」を「フェアシュテューエン」していくアプローチ、さらにクライアント-治療者のコンプレックスの投影としての転移-逆転移の関係態として治療関係をとらえていくアプローチなどである。

さらに治療過程の進展に伴って、かかわりの段階を区別していくものもある。治療初期での母親のような受容的役割、やや段階が進展しての年輩の兄貴的役割、さらに深展しての社会秩序の代弁者としての父親的役割をとる段階である。また治療者の成熟過程にそって、1. 良き理解者としての専門家、2. 徹底的な味方、話のわかる先輩的存在、3. 人生の教師、先達、社会的生活人としてのモデルとしての存在、4. 以上すべての像を統合的にそなえた一段高い人格者としてのひとりの他者、の4段階に分けることができるという考えである。青年期治療に携わる治療者の内的視点に考察を深めていくとき、われわれは今後とも、上記のような人間学的視点をも視野の中に線み込まなくてはならないであろう。

(田畑 治)

文 献

- 馬場謙一 1981 外来治療 清水将之編「青年期の精神科臨床」金剛出版 159—176。
 Fordham, M. 1978 *Jungian Psychotherapy: A Study in Analytical Psychology*. Wiley p. 44.
 橋本雅雄 1980 青年期精神療法における技法の修正 小此木啓吾編「青年の精神病理2」弘文堂 221—247。

- 一丸藤太郎 1974 青年期精神療法の技法 広島大学教育学部紀要, 第一部23号, 299 - 309.
- 池田豊應 1982 ある青年期危機症例の心理療法過程 村上英治・池田豊應・渡辺雄三編 心理臨床家一病院臨床の實踐 誠信書房 29-76.
- 池田博和・間宮正幸・生越達美 1980 臨床青年心理学研究(VI)——7年間にわたった登校拒否と家庭内暴力を克服した青年——名古屋大学教育学部紀要—教育心理学科一, 27, 99 - 113.
- 乾 吉佑 1980 青年期治療における“new object”論と転移の分析 小此木啓吾編「青年の精神病理2」弘文堂 249 - 276.
- ユング, C. G. 高橋義孝・江野専次郎訳 1970 「現代人のたましい」ユング著作集2 日本教文社
- 片山登和子 1969 発達的にみた青年期治療の技法原則 精神分析研究, 15(5), 1 - 6.
- 前田重治 1978 心理療法の進め方 創元社 193 - 216.
- 前田重治 1979 青年期カウンセリングの諸問題 鏑幹八郎他編「自我同一性の病理と臨床」ナカニシヤ出版 153 - 180.
- 村瀬孝雄 1981 青年のカウンセリング 清水将之編「青年期の精神科臨床」金剛出版 215 - 225.
- 中井久夫 1978 思春期患者とその治療者 中井他編「思春期の精神病理と治療」岩崎学術出版社 1-15.
- 中村瑠木子 1980 前青年期・青年期前期女子の精神療法の一技法 小此木啓吾編「青年の精神病理2」弘文堂 117 - 137.
- 野沢栄司 1979 治療的接近 懸田克躬他編「精神医学大系7b」中山書店 207 - 230.
- 小此木啓吾 1976 青年期精神療法の基本問題 笠原嘉他編「青年の精神病理1」弘文堂 239 - 294.
- 小倉 清 1977 治療的観点から 精神医学, 19, 1277 - 1283.
- 清水将之他 1974a 精神科思春期外来診療上の問題点 精神医学, 16, 425 - 431.
- 清水将之 1974b 思春期外来 臨床精神医学, 3, 689 - 694.
- 清水将之 1979 青春期精神医学の問題—6. 青春患者の治療 懸田克躬他編「精神医学大系7b」中山書店 177 - 183.
- 清水将之 1980 青年期精神医学の諸問題 臨床精神医学, 9, 559 - 590.
- 鏑幹八郎 1978 青年期心理療法における心理社会的側面と治療関係 精神分析研究, 22, 30 - 31.
- 辻 悟 1972 思春期精神医学 金原出版社 141 - 166.
- 堤 啓 1977 青年期障害の精神力動と治療 精神医学, 19, 1267 - 1276.
- 牛島定信 1982 青年期精神療法の治癒機転 馬場謙一編「青年期の精神療法」金剛出版 220 - 241.
- 和田慶治 1981 入院治療 清水将之編「青年期の精神科臨床」金剛出版 177 - 196.
- 山中康裕 1980 思春期症例の治療的接近 季刊精神療法, 6, 130 - 136.

(1982年7月31日 受稿)

A STUDY OF ADOLESCENCE IN THE LIGHT OF CLINICAL PSYCHOLOGY (X): The Internal View Point of Psychotherapist

Osamu TABATA, Hirokazu IKEDA, Tatsumi OGOSHI, Norio EGUCHI, Yoshimi ITOH,
Kazumi TSURUTA, and Masayuki MAMIYA.

We have been practicing with adolescents (including their parents or elders) at university clinics or hospitals for these several years, and reported findings obtained in the former issues of this Bulletin.

In this paper we tried to portrait the therapist-images concerning the following view points, focusing upon therapist with adolescent cases.

- I. Therapist's External Frame. 1. Time of Therapy, Situation of interview, Frequency of interview per week, and the difference from other cases (with children and adults). 2. Problems of the interview with the family members of adolescent cases. 3. Goals of adolescent therapy, behavior modification or personality change? 4. Weight on the symptom-problem-oriented vs. person-oriented? 5. Therapist's favorite type of cases and level of psychopathology.
- II. Therapist's Internal Frame. 1. Therapist-image of 'me' dealing with adolescent cases: what kinds of caring points and endeavors? 2. The relationship with the client's "adolescent mentality" and the therapist's

“adolescent mentality”. How each therapist is aware of them? 3. How does each therapist take care of the interview with adolescents before and after the session? How are improved the therapeutic attitudes and techniques? 5. Features or characteristics of the therapeutic relationships of each therapist.

The purpose of this paper is, first, to report each therapist's internal view points, second, to extract the common features of our groups, and, third, to compare those features with the other experienced therapist's view points.

The results obtained were as follows:

1. We, as a group of therapists, were from thirties to forties in age, from 8 years to 20 years in length of clinical experiences, and all males.

2. Concerning External Frame of Therapist.

1) Interview time and frequency of interview per week were not different from those of other clients. In adolescent therapy, however, it was pointed out that the expedient correspondence to these clients was essential in practice, because those clients were difficult to keep the time for therapy. This means, as pointed out before, that the introduction to therapy is not so easy as children and adults. The same difficulties were held about interview situations and places. More flexible correspondence is needed here.

2) Interview with the family member. It was found out that there were two approaches proceeded. One is the therapy with family itself, and the other is the fore-stage of the therapy with adolescent. In both approaches, the alliance with the case concerned is fatal problem, because keeping secrecy and anxiety of the adolescent himself is very important problems.

3) Goals of therapy and 4) Relationships with the symptom-problem-oriented and personality-structure or person-oriented. Adolescent cases have wide range of psychopathology from comparatively normal to severe psychosis, so the goal of therapy is aimed at first to the restoration of emotional security, and secondly, to integration of interpersonal relationship and the way of living. Ultimately we aim at the process of self-actualization, establishment of ego-identity, or “Selbstverständlichkeit”. These standpoints are important, as pointed out by experienced therapists previously. We must aim not only at extinction of symptoms but also at the stabilization or integration of personality structures.

5) Therapist's favorite type of cases and levels of psychopathology were regulated by the clinics where they worked. In the university clinic, slight emotionally disturbed cases and neurotic level of cases were most abundant, while in hospitals, cases of borderline and psychotic levels were most frequent.

3. Concerning Internal Frame of Therapist.

1) Pictures of each therapist were so varied and each of them was individualistic himself. Each therapist wants to be “a partner”, “a new object”, or “a significant person” for the client, and have persistent endeavor of achieving in the client's “internal maturity”

2) Relationship of the client's “adolescent mentality” with those of therapist's were comparatively varied. However, the essential problem is that how each therapist is aware of his own residuals of adolescent mentality, and that he meets the clients with fresh and sincere attitudes.

3) Therapist's self-investigation was as follows: reading case records before therapeutic interview, understanding of the client's theme and story, inquiry into verbatim records, self-supervision, group-supervision, and receiving training-analysis (dream analysis) etc..

4) Characteristics of each therapist's psychotherapeutic relationships were slightly different dependent upon their theories of psychotherapy: Approach which is based upon acceptive attitude and which helps adolescent to confront himself actively; Approach which, on one hand, weights on “absolute acceptance”, and, on the other hand, supports and reassures to understand the client's “In-der-Welt-sein”; Approach to the relationship as projected patterns of complex in client vs. therapist, i.e. “transference vs. countertransference” patterns.

Moreover, as the process of therapy advanced, the role of therapist must be differentiated. And anthropological view points of therapist must be clarified in our future research and practice.