

## 心理治療過程における「治療者交代」の治療的取り扱いについての一考察

山内 慎吾<sup>1)</sup>・小笠原 昭彦<sup>2)</sup>A Consideration on the Therapeutic Treatment  
of "Therapists' Change" in the Process of PsychotherapyYAMAUCHI Shingo<sup>1)</sup> and OGASAWARA Akihiko<sup>2)</sup>

キーワード：治療者交代、転移、逆転移

Key words: Therapists' Change, Transference, Counter-Transference

## I 緒 言

心理療法の治療過程においては、治療関係における「出会い (encounter)」という概念が重要視される。それは、医師-患者、または therapist-client 関係において両者の人格的な要素、人間対人間としての関係が治療に決定的な意味を持つと考えられるからである。治療関係は、それまで全く見知らぬ他人同士であった治療者と患者が、一人の人間同士として出会うことから始まり、「分離 (別離)」することで終結する。もちろん、治療者と患者が「再会」することも往々にしてあろうが、治療過程とはまさにこのプロセスの繰り返しといえる (佐治・水島, 1974<sup>1)</sup>)。

当然、ここでいう「分離」とは「治療終結」を意味するのであるが、実際の臨床現場ではそうでない場合が少なくない。いわゆる「治療半ばでの治療者交代」といったケースである。例えば、治療者の転勤や病氣治療による休暇、また女性治療者の出産・育児休暇などのほか、患者の転居に伴う治療者交代や患者の希望による治療者交代、現治療者がその治療の限界を感じた場合の交代な

どである。

こういった事態で患者の不安や問題がクローズアップされ、それを治療的に扱うことで新たな展開が生じることもあるかも知れないが、このような状況は患者にとって危機的なものであることは言うまでもなく、そのような治療関係の喪失が心的な外傷体験として残ってしまう危険性もあるであろう。治療者側の都合による治療の中断や治療者交代は、実際にはかなりの頻度で起きることであるにもかかわらず、その取り扱いなどをめぐる報告は散見される程度である (堀川, 1981<sup>2)</sup>; 生地, 1990<sup>3)</sup>; 三宅, 1998<sup>4)</sup>; 永田, 1999<sup>5)</sup>)。

本報告では、前治療者の異動により心理治療の継続が困難となり、後任である筆者がその後の治療を引き継がなければならなかった3ケースを通して、治療過程半ばにおける「治療者交代」の治療的取り扱いについて検討を試みた。

## II 事例の概要

## 【事例1】

クライアント：M. H、男子、引き継ぎ時12歳 (初診

1) 国立療養所豊橋東病院 (臨床心理学)

2) 名古屋市立大学看護学部 (心理学)

1) National Sanatorium Toyohashi-Higashi Hospital (Clinical Psychology)

2) Nagoya City University School of Nursing (Psychology)

時10歳)。

主訴：緊張するとムカムカして食欲がなくなる。学校へ行きたくない。

問題の発生と経過：M君は、父、母と3歳離れた兄との4人家族の中で育った。平成X年6月、野球をしていて友人が振ったバットが頭部に当たり、その後時々頭痛があった。また、この頃(6月21日)、父方の祖父が亡くなった。同年8月初旬、家族で海へ旅行に行き、その帰途で頭痛と嘔気を訴えた。この後、1週間くらい嘔気が続いた。その後も、いろいろな場面で嘔気が出現するが、1日から1週間で消失していた。2学期が始まると分離不安を強く訴え、それが身体的症状となり登校を渋るようになった。

平成X年9月4日、当院小児科を受診。「心因性嘔気」と診断され、心理治療を開始した。前任の治療者により、平成X年9月4日から平成X+2年7月28日の間に54回にわたり、外来においてcounseling、play therapyなどを受けた。平成X+2年8月22日より筆者が引き継いだ。

インテーク面接(初回、平成X+2年8月22日)で、「緊張するとムカムカして、食欲がなくなってしまう。しかし、吐くほどではない。最近は少し食べられるようになってきた」と訴える。小学6年生で、学校へは保健室登校ではあるが登校はできている。しかし、保健室で寝ていることが多く、教室へはなかなか行けないとのこと。また、学校で給食を食べられず、家へ帰ってきて昼食を摂るとのことである。趣味は、テレビゲームとミニ四駆。「自分の中に二人の自分がある」と時々感じることもあると言う。これらの状況から、取り敢えず前治療者の治療構造をそのまま引き継ぎ、M君に対してはplay therapyを、母親に対してはcounselingを開始した。

2学期に入ってからは順調で、特に平成X+2年9月は午前中4時間の教室での授業参加も可能となり、治療者との約束(課題)もクリアできた。しかし、平成X+2年10月7~8日の修学旅行参加後より再び教室での授業に参加できなくなり、母親や養護教諭に嘘をついてまで保健室でゴロゴロして過ごすことが多くなってきた。また、この頃より、「気持ちが悪い」、「食べられない」といった身体症状が再発し、何かと理由を付けて来院すら拒否するようになった。M君自身は、「クラスの女の子がぼくのことをクスクス笑ってバカにしている。恥ずかしいから教室へ行きたくない」と言うが、担任教師によれば教室内の雰囲気やクラスメイトのM君への対応には変化はないとのことであった。

平成X+2年11月28日の第7回母親面接で、症状の悪化に苛立つ母親より、学校医から「治療期間が長い割り

に変化がなさすぎる。一度、相談機関を変えてみてはどうか」と言われたことを理由に、治療を中止したい旨の申し出があった。確かに、前治療者の担当した期間を含めると治療期間は約2年と長いこと、かろうじて登校はできているものの教室での授業参加は膠着状態にあること、M君の治療に対する動機づけが低くなってきていること、さらに母親自身も学校医の発言を契機に治療に対して不信を感じていることなどから、同日をもって治療を終結することとした。

約3ヶ月の治療期間中、M君に対する4回のplay therapyと3回のcounseling、母親に対する7回のcounseling、および父親に対する1回のcounselingを実施した。

## 【事例2】

クライアント：Y.M、男子、引き継ぎ時11歳(初診時10歳)。

主訴：夜尿(のちに不登校)。

問題の発生と経過：Y君は、高校教員の父、小学校教員の母、10歳離れた弟、元学校事務長の祖父、元小学校教員の祖母という教育一家の中で育った。平成X+1年1月24日、夜尿症の相談のため当院小児科を受診し、薬物療法と心理治療を開始した。前任の治療者により、平成X+1年1月24日から平成X+2年7月23日の間に40回にわたって、生活指導を中心としたcounselingおよびsand playなどを受けた。しかし、治療の中で、両親並びに祖父母が水分制限や薬の飲み忘れについて口うるさく指導したため、Y君の怒りが爆発し不登校となった。平成X+2年8月21日より筆者が引き継いで治療を開始した。

初回のインテーク面接(平成X+2年8月21日)には、母親のみ来院した。Y君は、「ぼくは病気じゃないから、病院へは行かない」と言って、来院を拒否しているとのこと。母親によれば、夜尿は回数・量とも徐々に減ってきており、現段階では不登校の方が深刻な問題であるとのことであった。母親は、なかなか改善しない不登校に対する苛立ちと、そのような時期に交代した治療者に対する不信感がありありと窺える面接態度であった。この膠着状態と母親の不信感を打開するため、「このままでは中学へ行っても登校はできないでしょう」、「家庭の中で何の努力もなされていない」、「家庭で見られないのならば、当院の小児慢性病棟へ入院させて養護学校へ通学させましょう」など、まず母親に心理的な揺さぶりをかけてみた。母親は、「前治療者から『登校刺激は与えてはいけない』、『下の子が生まれ、すべてを奪われてしまって心理的葛藤が生じている』と言われ、ここまで待ってきたのに。これまでの時間は何だったのですか!」と憤

概して涙ながらに訴えられたが、筆者は敢えて「治療者によって、治療方針・方法は変わります。一度、ご本人やお父さんと相談してみてください」と聞き入れず面接を終了した。翌日になって、こちらが予想したとおり、今度は父親から電話があり「どういうことか説明して欲しい」と面接の申し込みがあった。

平成X+2年9月3日、父親面接を実施し、①Y君本人が来院しないこと、②すでに小学校6年生と時間的余裕がないこと、③治療が比較的長期にわたっているためY君も両親も治療意欲や動機づけが低くなってしまっていることから、短期療法的アプローチを試みてもいいことを説明した。すると、初回面接の日の夜、泣きながら父親に話す母親の姿を見てから、「寝室を両親とは別にする」、「1～5年の教科書を出してきて、机の本立てに並べた」、「1日に30分だけ勉強するようになった」など、Y君の行動に変化が現れてきたとの報告があった。

この後、平成X+2年9月17日より平成X+3年1月7日までに8回の母親面接を実施し、短期療法の手法にしたがって“scaling”、“例外探し”、“課題”のプロセスを繰り返した(de Shazer, 1994<sup>6)</sup>)。その結果、小学6年1年間の出欠状況は、1学期-出席3日(欠席76日)、2学期-出席54日(欠席34日)、3学期-出席55日(欠席3日)と徐々に登校が可能となった。

平成X+3年1月7日、母親の第3子出産を機会に一応治療を終結とし、以後月1～2回の電話相談と学期に1回の父親面接のみフォローアップとして実施している。現在、Y君は中学生で、最初の定期考査でややつまずきをみせたものの順調に登校できているとのことである。

### 【事例3】

クライアント：R.W、男子、引き継ぎ時8歳(初診時8歳)。

主訴：チック。

問題の発生と経過：R君は、父親、母親、2歳離れた姉、2歳離れた弟の5人家族である。主訴のチック症状は、幼稚園の年少の頃、眼をパチパチさせることから始まった。また、この頃、夜尿・頻尿もあった。小学校入学後も、頸、肩、口などのチックが時々あった。小学3年生になって、担任の男性教師より忘れ物の注意を受け、その後2～3ヵ月も下痢が続いたこともあった。平成X+2年6月中旬、クラス内の交友関係のトラブルが引き金となり、“歯ぎしり”のチックが出現し、周囲の友人達から「うるさい」と指摘された。平成X+2年7月9日、近所の開業医の紹介で当院小児科を受診し、心理治療の適用となった。同年8月14日より筆者が引き継いだため、前治療者は実質的にインテーク面接を含めて2回のcounselingを行ったのみであった。

初回のインテーク面接(平成X+2年8月14日)には母子で来院したが、いかにも神経質そうな母親とわんぱくそうな患児が印象的であった。すでにひどい“歯ぎしり”のチックは治まり、“眼をパチパチする”、“頸をすくめる”、“大きく口を開ける”といったチックが見られたが、全体的には減っているとのことであった。基本的には、前治療者が提示した治療方針(①親の方が接近していくような扱い方をする、②本人の立場になって考えてやる、③言葉で表現できるようになるまではplay therapyを行っていく、④母親とキャッチボールをするなどの関わりを持つ)にしたがって治療を進めていくことを話した。

第2回の面接より患児のsand playおよび母親へのcounselingを並行して実施した。この中で、患児よりもむしろ母親のストレスが大きく情緒不安定な状況にあること、母親の家事や育児に対する不器用さがとても目立つことから、第4回の面接時(平成X+2年10月1日)より治療の中心を母親に変更して進めた。患児のチック症状は明らかに母親の精神状態に規定されており、この後もチック症状は軽快増悪を繰り返した。

しかし、平成X+2年冬、母親が家事と育児のために辞めざるを得なかったソーシャルダンスの教師の仕事に治療者の勧めもあって復帰すると、母親の精神状態は見事に安定し、患児のチック症状もほとんど消失した。また、母親が家を空けるため、替わって父親が子どもと関わりを持つ機会が増えたことも幸いし、その後半年ほどフォローアップするがチック症状は増悪することはなかった。平成X+3年10月21日、15回のsand playおよび6回のplay therapy、23回の母親面接をもって約1年2ヵ月に及んだ治療を終結した。

### III 考 察

継続的に行われてきた治療が、治療者側の一方的な理由で中断もしくは治療者交代という局面を迎えた時、それは患者やその家族にとって危機的な状況となる。それまで信頼し、治療を任せてきた治療者との“別れ”に対して、種々の葛藤が生ずることは容易に予測できる。さらに、今回筆者が経験したケースのように、前治療者との“別れ”の直後に新しい治療者が交代して現れる場合には、未知なる対象に出会う不安にも同時に直面することになる。つまり、患者やその家族は対象喪失による分離不安と新しい治療者への新奇不安というふたつの不安を体験することになる。

これらの不安を処理するために治療現場では、患者(患者が小児の場合は、その保護者を含めて)に否認、投影性同一視などの原始的な防衛機制が発現しやすくなる。すなわち、かつての重要な対象との別離の体験やそ

れを巡っての感情体験、新奇場面での不安などが意識に浮上しやすくなり、患者自身が抱えている感情や問題が治療者交代という刺激によって浮き上がり、これまでの患者がとったであろう対応が再現されるためである。一方で、この患者自身の抱える感情や問題は新治療者との関係の中にも当然持ち込まれると考えられるので、新治療者にとっては患者理解の手がかりとして、それらを有効に治療に活用する絶好の機会ともなるのである。

治療者交代の局面においてもうひとつの難しい問題は、治療者の逆転移感情の処理である。治療者交代は、先にも述べたとおり治療的進展へのよい契機であるにもかかわらず、新しく治療を引き継ぐ治療者にとっては扱い難い局面となることが多い。三宅 (1998)<sup>9)</sup>は、前治療者から患者を引き継ぎ、心理療法を受け持った経験のある治療者の大半は、「難しい」、「やりにくい」という感情を体験し、この「難しさ」は治療者にとって逆転移の処理の難しい局面であるところによるとしている。

また、堀川 (1981)<sup>2)</sup>は、「主治医交代は、新主治医の中に『張合い競争の心性』を引き出す」とし、「知らず知らずのうちに前主治医の影と見えない戦いを演じてしまったことが治療を破綻させてしまった」と事例を通して考察している。

一方で、永田 (1999)<sup>9)</sup>は、「治療者が投影性同一視を保持し、感情を体験し、意味を理解して患者に返していく一連の過程が、そのまま治療のプロセスである」とし、転移／逆転移を積極的に治療に活用する考え方が一般的になってきているとしている。

いずれにしても、前治療者、患者、新治療者の三者間に発現する転移／逆転移感情の処理は慎重に扱われなければならない。

ここで、以上の視点から、今回経験した3つのケースをみてみたい。

**【事例1】**は、いわゆる不登校を伴った心因性嘔吐症のケースである。引き継いだ時点ですでに約2年間の治療期間を経ていたが、インテーク面接場面では、M君にも母親にも前治療者に対する陽性転移感情、陰性転移感情のどちらも認められなかったうえ、その受け答えから新治療者である筆者自身もM君親子に対してとても好印象を持った。そこで、本ケースに対しては生地 (1990)<sup>9)</sup>が治療者交代時の工夫として提示している「前治療者の『治療構造』をそのまま引き継ぐ」方法を取り、M君には play therapy を、母親には counseling を開始した。つまり、前治療者の治療構造の構成要素を「移行対象」として使用することで、患者の前治療者への陽性転移感情を新治療者へも温存させ、治療者交代をよりスムーズに運ぼうとする試みであった。

ところが、M君の症状が改善していた約2ヶ月間は患者－治療者関係も大変良好であったが、修学旅行参加後に症状が悪化すると途端に患者－治療者関係も悪化していった。M君と母親の陰性転移感情が治療場面で露骨に表現されるようになり、筆者は無性に「やりにくさ」を感じるとともに自身の逆転移感情をいかに処理していくか困惑した。

たまたま、学校医の助言が契機となって母親の方から治療中止の要望が出され治療終結となったが、筆者自身の逆転移感情が十分に処理されていなかったために、実に後味の悪いケースとなってしまった。

インテーク面接時に、M君親子が見せた愛想のよい受け答えの裏に潜む前治療者に対する極端な陰性転移感情を見抜けなかったことが治療を破綻させてしまったと考えられる。すなわち、前治療者の治療構造をそのまま引き継ぐことにより、M君親子の前治療者に対する陰性転移感情を新治療者がすべて背負い込むこととなってしまったのである。

**【事例2】**は、夜尿の対応の失敗から不登校に至ってしまったケースである。本ケースも、引き継いだ時点ですでに約1年半の治療期間を経過しており、インテーク面接場面では、母親の前治療者に対する極端な陰性感情が認められた。また、Y君自身が来院を拒否していることも、前治療者や新治療者である筆者に対する陰性感情の表れであったのであろう。

Langs (1973)<sup>9)</sup>は、前治療者の問題の取り扱いについて、「前治療者から持ち越されたもの、陰性感情はできるだけ早期に分析する必要がある。さらに、以前の治療者と目の前の治療者の違いを明確に示す必要がある」と、前治療者から持ち越された陰性感情には十分注意するよう主張している。

そこで、本ケースでは、敢えて前治療者の治療構造を一切踏襲しないばかりか、むしろ前治療者の治療構造を否定することにより母親に心理的揺さぶりをかけ、前治療者と新治療者である筆者との違いを明確に示した。ともすると乱暴な方法に見えるが、結果的には前治療者から持ち越された陰性感情を断ち切り、治療をこちらのペースに引き込むことが可能となった。その後は、短期療法の手法に従って治療を進め、わずか8回の母親面接のみで登校可能となり治療終結となった。インテーク面接時の対応の良さが、のちの短期療法特有の「切れ味のよい」治療結果を導いたといっても過言ではないケースであった。

**【事例3】**はチックのケースであるが、引き継いだ時点で前治療者がインテーク面接を含めて2回の面接を行っ

たのみであったため、何ら問題を感じることなく治療を進めることができた。本ケースで筆者が配慮したことといえば、前治療者が提示した治療構造の一部を引き継いだ程度であった。治療終了までに約1年2ヵ月の歳月を要したが、その後の症状は安定している。

以上、今回経験した3つのケースについて概観してきた。今回の治療者交代に際しては筆者なりに工夫を凝らして対応したつもりであったが、治療の途中中止を余儀なくされるケースまで出るなど再考の余地を残す結果となった。それでは、治療者交代がよりスムーズに行われるには、さらにはより治療的に取り扱って行くにはどのような配慮がなされるべきであろうか。

生地(1990)<sup>3)</sup>は、①新治療者が前治療者の最後の面接に同席する、②前治療者が新治療者の最初の面接に同席する、③治療構造の大部分は一定期間変えない、というきわめて具体的な方法を提唱している。しかし、患者が前治療者に対してある程度の陽性感情を持っていた場合には有効であろうと思われるが、患者が前治療者に対して陰性感情を持っていた場合は、今回筆者が経験したケースのように、むしろ患者-治療者の関係を悪化させてしまうことは容易に予測できる。また、いくつかのケースを一度に引き継ぐ場合には、新旧の治療者がお互いの面接に同席するなどということは時間的にも到底現実的ではない。さらに、生地(1990)<sup>3)</sup>自身も述べているように、「治療者が二人同席する面接は、治療構造上は特殊であり、そこで語られることは、その特殊な構造への反応の部分もあるので、厳密な意味で前治療者の面接のあり方の観察にはならない」ということも考慮されなければならない。

実際的には、前治療者への転移感情は陽性と陰性が複雑に絡み合って新治療者との関係に持ち越されてくると考えられるので、どちらを重視すべきかの判断は、それぞれの患者やその家族の抱えている病理や問題、前治療者との関係性、さらには治療者交代に至った経緯や引き継ぎに使用できる時間、新しい治療環境などを十分考慮しながら検討されるべきであろう。

また、生地(1990)<sup>3)</sup>は、「治療者交代の事実が否認され、治療が完全に連続している幻想の助長の可能性がある」とし、「現治療者との治療関係が安定したものとなった時には、治療構造を話し合いながら再契約をすること」の必要性も述べているが、これまでの経験から筆者も全く同意見である。治療構造を患者と話し合いながら「再契約」することが、治療者交代の際に治療構造に変更があったかどうかにかかわらず、前治療者と新治療者の違いを明確に示すという意味でも、患者の主体性を尊重する意味でも非常に重要であると考えられる。

先述のとおり、治療者交代という局面では治療者側に喚起される逆転移感情も問題になってくる。では、逆転移感情についてはどのように取り扱っていけばよいのであろうか。

成田(1997)<sup>3)</sup>は、「治療者の役割を果たすためには、転移/逆転移状況を生きつつ、その由来と意味を洞察することが必要である」と述べている。また、三宅(1998)<sup>4)</sup>も、「新治療者がその逆転移を内省し、じっくり見つめ直すことが、患者を理解し、この局面をさらに治療的展開へとつなげるために、とても重要な鍵となって来る」と述べている。すなわち、治療者が逆転移状況に巻き込まれて自分を見失いそうになった時こそ、その逆転移感情を保持しつつ、その由来や意味を洞察していくことが患者理解につながり、治療を進展させる契機となるというのである。

筆者自身、今回の3つのケースを引き継ぐにあたって、逆転移感情についてはさほど問題にしていなかった。それ故、【事例1】のケースでは、「治療者としての存在価値の否定」(三宅, 1998<sup>4)</sup>)を体験し、いかにして逆転移感情を処理するか困惑した。このような局面でこそ、いたずらに逆転移感情に流されることなく、前治療者の行ってきたこれまでの治療、そして新治療者が現在行っている治療を明確に位置づけ、それを患者に示していくような視点に立ち返ることが、むしろ逆転移感情を解消していくことにつながるのではないかと考えられる。

以上、筆者が経験した3事例といくつかの先行研究を通して、心理治療過程における治療者交代の治療的取り扱いについて検討してきた。最後に、治療者交代時におけるその他の配慮・治療的工夫について付け加えておきたい。

まず、治療者が交代するという事実を患者(もしくはその家族)にできるだけ早い時期に予告し、前治療者は治療者交代にまつわるいろいろな感情を受け止めることが必要であろう。この時語られた内容から、新治療者は患者が前治療者に対していかなる転移感情を有していたか判断することが可能となる。

次に、できることなら前治療者は新治療者に引き継ぐ前に、一旦治療を終結することが望ましいと考える。もちろん、その患者の病態水準や家族の問題から不可能なケースも少なからずあろうが、前治療者と新治療者の違いを明確に示すためにも一旦治療を終結し、「新治療者を紹介する」という形をとる方がよりスムーズに交代が運ぶのではないと思われる。

いずれにしても、治療者の治療過程途中での交代という事態は極力避けるよう配慮することが望ましいが、やむを得ない場合には、前治療者も新治療者もそれなりの配慮と工夫をもって、その後の治療に臨むことが要求さ

心理治療過程における「治療者交代」の治療的取り扱いについての一考察

れることは言うまでもない。

#### IV 参考・引用文献

- 1) 佐治守夫, 水島恵一: 臨床心理学の基礎知識—概念・技法・問題点の理解—, 有斐閣, 東京, 1974.
- 2) 堀川公平: 治療者関係と主治医交代, 季刊精神療法, 7(2), 151-158, 1981.
- 3) 生地 新: 治療者交代の際の工夫について, 精神分析研究, 33(5), 397-403, 1990.
- 4) 三宅朝子: 治療者交代についての一考察—ある境界例女性の事例を通して—, 心理臨床学研究, 16(3), 255-265, 1998.
- 5) 永田法子: 境界例治療における治療者交代と転移／逆転移, 心理臨床学研究, 17(2), 163-173, 1999.
- 6) de Shazer S.: Keys to Solution in Brief Therapy, W. W. Norton, New York, 1985, 小野直弘訳, 短期療法解決の鍵, 誠信書房, 東京, 1994.
- 7) Langs R.: The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, Jason and Aronson, Inc., New York, 1973.
- 8) 成田善弘: 青年期境界例, 金剛出版, 東京, 1989.

#### V 付 記

本論文で取り扱った3つの事例は, 第1著者が国立療養所長良病院に在動中に経験したものである。

(平成13年10月2日受稿)

(平成13年11月20日受理)