【研究ノート】

サリヴァンの「ケースセミナー」の検討

～『サリヴァンのケースセミナー』からの学び～

Examination of “A Harry Stack Sullivan Case Seminar”

― Learning from “A Harry Stack Sullivan Case Seminar” ―

結城 俊哉
YUKI Toshiya

要約

本研究は、20世紀前半にアメリカで活躍した精神科医ハリー・スタック・サリヴァンの臨床感覚に注目したものである。その方法としては、『サリヴァンのケースセミナー』という逐語録集を参照し、その中でのサリヴァンの発言内容を検討したものである。

研究目的は、臨床的な対人援助の場でクライエントをどのように理解し、援助するための視点とは何かについて明らかにすることである。

キーワード：ハリー・スタック・サリヴァン、精神医学、ケースセミナー、臨床的対人関係論

Abstract

This research focuses on the clinical sense of Harry Stack Sullivan, a psychiatrist active in the United States in the first half of the 20th century.As a method, I referred to a verbatim collection called “*A Harry Stack Sullivan Case Seminar*” and examined the content of Sullivan’s statements in it. The purpose of the research is to clarify how to understand and support clients in clinical interpersonal support situations.

Key words: Harry Stack Sullivan, psychiatry, case seminars, clinical interpersonal theory

はじめに：ハリース・タック・サリバンについて

アメリカの精神科医：H.S.サリバン（1892-1949）については、彼の生前に刊行された『現代精神医学の概念』（みすず書房,1976年）の翻訳を担当した精神科医：中井久夫（1934-2022）による「訳者あとがき」にはじまりH.S.ペリー著『サリヴァンの生涯１・２』（みすず書房,1985年／1988年）、さらに、中井による『サリヴァン、アメリカの精神科医』（みすず書房,2012年）の中に、その当時、抗精神病薬が登場する前に『精神医学は対人関係論である』（みすず書房,1990年）と提案しさらに『精神医学的面接』（みすず書房,1986年）における「関与観察」及び「（対人関係における）アンテナ感覚」という言葉で知られる。またさらに、クライエントとの関わり方や精神発達論の視点から「患者を病気を患っている存在」としてではなく、これまで成長し、生きづらさという困難を抱えながらも生き延びてきた「人間として理解する」ことの重要性を強調した人物として中井久夫（精神科医）らの精力的な尽力により知られることになったアメリカの精神科医である。中井によると本家のアメリカよりも日本での知名度が高いかも知れないとのことだ。

サリヴァンに関する詳細については、＜引用参考文献＞で示した中井らによる翻訳書・解説書等を是非とも参照していただきたい。

そして今回、研究の俎上に取り上げたものは、サリヴァンという存在をリアルに感じ取り臨場感あふれる極めて類い稀な類書のない全５回のケースセミナーの逐語録であるロバート・G・クヴァーニス＆グロリア・H・バーロフ編著（中井久夫訳）『サリヴァンの精神科セミナー』（みすず書房2006年（初版）／ 2017（新装版））である。（＝以下、『ケースセミナー』と略す。尚、原題：A Harry Stack Sullivan Case Seminar-Treatment of a Young Male Schizophrenic：であり先行翻訳本として野口昌也監訳『サリヴァンのケースセミナー：ある青年分裂病者の治療』岩崎学術出版社、1980年がある。本稿では両方（中井・野口）の翻訳を適宜参照するが、基本的に引用部分は中井訳版に準拠する。）

本稿ではそのケースセミナーにおけるサリヴァンの発言を読み解きながら、彼の対人関係論に立脚するケアの視点に関するエッセンスを素描的に描き出してみたい。

このケースの概要について簡単に紹介すると、事例提供者である主治医R.G.クヴァーニスが担当している統合失調症の25歳の男性、ニューヨーク市在住。発病は1946年。主訴は「不安緊張を伴い漸次増悪する自己非難」であり、同年７月に入院、自分が勤務するシェパード病院に転院となり、自分との治療関係が始まったのだと、クヴァーニスが説明するところからケースの紹介が始まる。事例の詳細については、サリヴァンの指摘を受けながら第１回から第５回へとケースセミナーが進むにつれてクヴァーニスが報告するケースの実像がまるで薄皮を剥がすように次第に明らかとなる。しかし、最後の第５回のケースセミナーの段階では、それ以前に、急遽、ケースは両親による独断的判断により他病院へ転院する事態となり担当医のクヴァーニスとの別れが訪れていた。第５回のケースセミナーの中ではその転院に至った経過と参加者からサリヴァンへの質問に関する議論が交わされて幕切れとなる。

尚、ケースのその後については、「患者のその後」という部分で触れられているが本稿では割愛する。知りたい方は、ぜひ『ケースセミナー』を手にとって読んでいただきたい。

そしてこの『ケースセミナー』の中には、各回のケースセミナーの後に、25年後の座談会として各セッションの解説も含めた当時の参加者による丁寧な振り返りの記録がある。サリヴァンの亡き後に当時のケースセミナーの内容を再検討するという極めて興味深い内容構成となっている。筆者自身、これまで事例（ケース）検討に関する資料・文献を以前いくつかレビューしたことがあるが、今回取り上げる中井久夫氏の翻訳版である『サリヴァンの精神科セミナー』（みすず書房）を超える内容のものを未だ知らない。そして、今回は「研究ノート」として事例報告者（クヴァーニス）による「ケース」をめぐるセミナー参加者との意見交換の中で奇知に富むサリヴァンの印象的な発言を取り上げ、その発言内容からの抽出した「学び」を手かがりとした臨床家サリヴァンの「ケース理解の真髄とは何か」に少しでも近づくことを目的としている。

(注) 『サリヴァンの精神科セミナー』の中でケースは「患者」と呼ばれているが、本稿では、医療関係者にとどまらず幅広いケア（福祉・教育・心理）の担い手である「対人援助者」が用いる「クライエント」という表現を採用している。

Ⅰ　ケースセミナー第１回（1946年11月）

・・・サリヴァンのケース理解は、ケースのかかえている「問題」からは入らない。

サリヴァン：患者（彼）はどうゆう人かな？

クヴァーニス：５フィート10インチ。平均体重。好青年です。髪を刈り上げ・・・（以下省略）

サリヴァン：私なら、仮にこの人が患者でないとした上で、どういう青年かを頭に描こうとする。また、はっきりプラスの点とマイナスの点を挙げて、一種の貸借表を作ろうとする。・・・複数の女性との性器接触（＝性的関係：野口版訳）はあったな。そう、結婚しようとしていた。・・・（略）・・・さて、彼は同性の１人と親密な関係を樹立できていたか。「親密」とは、長距離ドライブの時にありそうなことで、つまり、自分についても相手に関しても自由に相互啓発的な対話をたくさんしたかどうかということだ。・・・（略）・・・しかし、いちばん知りたいのは、女性に関心が向く前の段階のことで、そこで患者が、１人の男の子と気のおけない、心を開いた関係を作れていたかどうかだ。発達史信仰というものが特になくても（私は大いに信仰しているが）、こっちも男性で友人も男性だったという事実は無視できん。実にいい糸口になるから、同性の人間たちとのあけっぴろげで自由で気のおけない関係の中でどういう体験をしているかを知りたい。彼に親友がいたという推定は、ありうるが、確度は低いな。・・・（略）・・・次にその前の時期だ。・・・、大多数の人間にとって学校で重要なのは学業成績ではなくて社会的な面じゃないか。・・・さらに・・・時間という因子は、これこそすごく重要なのに、まったく欠けているじゃないか。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：17-19）

その発言の後、患者（彼）が受けた病院での電撃療法のことや、小学校時代の出来事、そして、彼が主治医に話したいことがあったことを頭に思い浮かべていたにもかかわらず、クヴァーニスが自分の都合を優先したため、その話を聞き出せていない。これは、混乱している患者を向こうにまわした最低のこころないやり口だ。相手がわれわれの都合にあわせてくれることはない。とサリヴァンは断言する。

サリヴァンからの学び（1）

：発達史的理解の重要性に理解する。

サリヴァンは、ケース（クライエント／患者）を症状や現在の問題点に照準を合わせる前提として基本的な発達史的に理解することを優先する姿勢を堅持している。そして、ケースセミナー第1回では、クライエントの幼い頃からの弟との関係、小学校ではどうか、両親からの扱われ方（＝自由放任と孤立化のジレンマと自分に対する親からの無視というネグレクト問題に伴う苦痛や怒りの感情）に関して、注意するように提言している。

サリヴァン：それは取り立てて騒ぐほどのことでない。いま、きみに突っ込んで聞いているのは、両親の采配からの自由と、彼の知っている同年の他の子どもたちの比較を彼がやっているかどうかだ。

クヴァーニス：憶測だけです。

サリヴァン：憶測だけなら知らないと言え。思弁ならいくらでもできる。きみは知らないんだ。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：22）

ここでのサリヴァンの指摘は痛烈なものである。

そして、患者が海軍にいたときの体験、両親とねじれた関係についてクヴァーニスの情報不足を指摘した後に、以下のようなに語る。

クヴァーニス：患者は家族には性のことを話す自由がなったと嘆いていました。これは怪しからぬことであったと家族を罵っています。

サリヴァン：きみはそれぐらいでこの問題を片付けた気になっているのか？・・・それは一般論じゃないか。具体例を述べたか、父親を話し合おうとしたらどういうことが起こったかとか、きみに話したか？

クヴァーニス：いえ、格別。

・・・その後、患者の発言の真意をめぐってサリヴァンは自分なら、「性的な話題を語る自由が全然なかった」という発言が何を物語るのかクヴァーニスに問いかける。しかし、クヴァーニスが「彼が少しでも語ろうとしていたのかどうか、さあ、どうでしょうか。」と明確に答えられない発言を受けてサリヴァンは次のように応答する。

サリヴァン：そこをはっきりさせなければならぬのだよ。・・・一般論にとどまっている限り、後になって、この一般論の流れによってすっかり間違った方向に導かれてしまい、彼が話しているのは何のことか、誰についてかも全然聞けていなかったことに気づいて愕然とするはずだ。押し付けるのでなく、問いつめるのでもなく、ただ、会話している間に、現場にいあわせたらどんな気がしただろうかということがわかるように考えて質問をはさんでゆけば、信頼できるものが得られる。・・・（略）・・・そして、充分にくつろいで、充分に発達段階と自身の経験とを想起して念頭に置かねばならない。「そう、たとえば、きみはお父さんに自慰のことを聞いてみたことがあるかい」といってはどうだか。自然な質問だ。患者が「はい」とか「いいえ」とか答えれば、きみはそのことを教えてくれたまえといえばよい。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：34-35）

サリヴァンからの学び（2）

：問題は個別的なのものだ。一般論に還元してしまうと問題の本質を見失うことなる。

このサリヴァンの発言には、一般論への疑念が色濃く滲んでいる。彼は、患者の発言を導くための問いかけ方を、押し付けでもなく、問い詰めでもなく、その場にいたらどんな気持ちがするのか、という「気持ちに裏付けられている事実」についてもっと探索的な質問を投げかけることの意義を説いている。筆者は「クライエントに寄り添う」という表現を好まない。おそらくサリヴァンも「患者」との距離感を維持しながら「何を感じ、何を思い、何を考えている」という実感というか「（了解可能な）腑に落ちる個別的な具体的事実」を明らかにすべきことからクライエントの問題の本質を掴まえることができると考えている。そのため、ここでのサリヴァンは一般論へ次のような警鐘をならす。

そして、第 1 回のケース・セミナーの終盤では、患者の抱えるセクシャリティの問題として「同性愛」が顕在化されてくるのだが、その問題に治療者が囚われる過ぎる危険性について、次のように、語っている。

サリヴァン：ある人が、精神病院の塀の外で生きる困難のために治療を求めてやってきて、それがその人のセクシャリティが重要となるような困難であって、同性愛に対する見解にもとづくものでない場合、私のアプローチは「きみに対人困難があるのは、そのことだけによるものでないよ」だ。けっしてそのことだけによるということはない。私はその人の困難の

全部を知ろうとする。・・・(略)・・・同性愛パターンがひとを悩ますようになっている時には、私はさしあたりはけっして同性愛とその周辺の問題には立ち入らずに、患者がそれをまああありふれた問題の一部だとみなすようになるまで待つ。

(R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：50)

サリヴァンからの学び（3）

：治療者（援助者）として、問題の核心とその周辺の問題については、患者（クライエント）が「ありふれた問題の一部だとみなす」まで待つ態度を維持すること。

このサリヴァンの見解については、援助者のクライエントの問題の取り扱方についての基本原則を提示していると読み取ることができる。サリヴァンは、援助関係の距離感を保ちながら、クライエントが自分を困難に陥れている問題について「ありふれた問題の一部なのだ」という認識に至るまで、援助者は忍耐強く待つべきである。そうすることで、クライエントが自らの問題からの回復が促進されるのだと。援助者は、この「クライエントとの援助関係」とその中で「顕在化される問題」と一定の距離を保つことの援助の要であるとみなしていることが理解できる。まさに、この援助する態勢（構え方）こそが、「ケアとしての＜関与観察の力＞」なのだと筆者は呼んだりしている。

Ⅱ　ケースセミナー第２回（1946年12月）

・・・何が彼を苦しめているのだろうか？

第２回からケース報告者クヴァーニスは前回のサリヴァンの指摘を活かしながら、面接の頻度、場所、家族関係、近所の幼馴染みと遊び、異性関係、両親との関係、海軍での体験、ロースクールでのこと、スティーヴという同性の友人との関わり、患者自身が語る「性器」への劣等感情、他の患者への攻撃的感情を語ったことまでを詳細に説明する。

そのケースレポートを受けた後でサリヴァンがケースセミナー参加者に向けて発した言葉は、以下のような問いかけであった。

サリヴァン：・・・何がこの男を苦しめているのか、きみたちがこのことをいまどのように理解しているのか、理解したつもりになっているかだね。みんがこの人はどうして病気になっていると思っているのか。・・・(略)・・・診断をしろという意味ではない。何が彼を打ち倒したと推定するかという意味だ。・・・患者の将来の人生における成功の、しかるべき根拠のある見通しを患者自身がそだててゆくのに役立つような発想のことだ。

(R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：80-81)

このサリヴァンの問いかけを受けて、セミナー参加者からは、女性関係の欠落、海軍時代の同

性愛的関係、幼少期以来、他人と比較して劣等感を抱く傾向（ほとんどこじつけ）、異性との知的関係、父親への劣等コンプレックス、母親からの子供扱い等々についてさまざまな意見が出た後で、サリヴァンは「仮説を立てる」ことの意味について次のように語った。

サリヴァン：これ以上調査して何か得るところがあるかどうかわからん。だが、一般に仮説を立てる際には、その人の（人格）構造を発達段階ごとに事実に即して再構成できればこれに越したことはない。・・・（略）・・・そして、われわれはわれわれ自身の経験に頼って事を進めがちだが、・・・患者がついてゆけないものを持ち込めば、関係によくないだろう。患者はこう思い込むだろう。「ドクターはここで何かがわかったが、私には（そのことが何かが）わからない。で、私は全然ドクターについてゆけない。で、それは私がダメだということの証明だ」と。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：83-84）

そして、セミナーでの議論は、患者の依存欲求、攻撃性、父親との葛藤、両親との感情交流の貧しさ、等々のケースセミナー参加者からの提案が続く。

サリヴァンからの学び（4）

：クライエント（患者・問題の当事者）が理解できないことを持ち込み指摘することは、相手を卑下させ萎縮させ、問題との対峙を遠ざける。

ここでサリヴァンが指摘している重要な点は、「治療関係や援助関係は対等な関係ではなく非対称性に満ちたアンバランスな関係である」ということだ。そのような関係の中に、クライエントの理解を超えた問題を指摘することは相手に対しては驚異であり、劣等感や自分の不全感、不安・緊張感さえも引きずり出すというリスクがあると理解せよとサリヴァンは警告している。

さらに筆者なりの見解を加えるならば、クライエントの抱える「問題」についての指摘の仕方については、「伝える」のではなく、やり取り（対話）の中で「伝わり」そして、それを梃子にしてクライエントが「自ら気づき、自分の言葉で自分の問題を言語化（表現）する」段階まで待つことの重要性をサリヴァンは述べている。つまり、「打って出る」のではなく「受けて立つ」という態勢で向き合うことの方が、結果的にクライエント（患者）の問題解決に効果的なのだと指摘しているのだ。

ケースセミナーのその後展開の中で、それでは、どうするかについてサリヴァンはこのケースの場合について以下のようなコメントをしている。

サリヴァン：・・・さあ、「排斥 rejection」を取り上げよう。話をばらばらにしてしまうと、この男性は自分の過去を語る際には家族の不満な面ばかりをあれこれと強調している感じを

持つだろう。ところが不満なのは有機的なまとまりorganization（団欒）を欠いていた点だ。彼はこれを強調しているのだ。・・・（略）・・・全体を一つの絵としてみれば「かれはしつけを非常に大幅に免れていながら、そのことがあまりうれしそうでない」という色合いが感じられる。これは自分の両親にとって彼が比較的どうでもいい対象だったと暗に言おうとしているのだ。この方が排斥よりもこたえると私は思う。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：87）

サリヴァンからの学び（5）

：ケースの抱えている困難（問題）に関しては、その全体を一つの絵としてみることで問題の本質が視えてくる。

この点については、サリヴァンが、患者の抱える問題（苦しみ）は、家族からの「排斥」ではなく「どうでもいい存在」として扱われてきたことの精神的破壊力の強さについて鋭く指摘している。たとえるならば、「いじめ問題」と同様に人は他者から具体的に攻撃されたり、排除／排斥されたりということよりも、「いるのに、いない存在」として「無視」や「無関心」という対応による周囲からの「孤立への追い込まれ方」により極めて強い心理的ダメージを受けるものであることを理解しておく必要がある。そんな状況が家族関係の中にあると見抜くサリヴァンの洞察力は、ケースの社会的環境を理解する際の羅針盤になる。

さらに、ケースセミナー参加者からは、患者を苦しめている問題について、「性的欠陥」や「同性愛者」だという患者の思い込みについて議論が展開すると、サリヴァンは次のような発言を始める。

サリヴァン：私の言いたいのは、この洞察劇は、どのような精神療法においても非常に恐れなければならないものだということに尽きる。それから、性生活を取り上げるときは、それが一見いかに正常にみえても、そうしないと生活してゆけないからとか・・・（略）・・・この領域は、精神療法の歴史の初期の薄明期にさんざんつつきまわしたところだけれども、あの時代のほうが危なげがなかった。・・・（略）・・・だから、彼がリビドー説を感情的にどう思っていようと、きみたちが患者は統合失調症がどうかを疑問に思っている間は、彼を「統合失調症」に仕立て上げそうなものは棚上げにしておこう。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：89-90）

サリヴァンからの学び（6）

：診断に向けた疑念は極めて恐れるべきものであり、われわれはその疑念の要素を棚上げにして、クライエントの全体像を理解することが重要である。

このサリヴァンの発言の意図はなんだろうか。私たちのような治療者や援助者は、診断／アセ

スメントするための事実（証拠：エビデンス）を、さまざまな確度からクライエントを腑分け（＝解剖）して寄せ集める「ジグゾーパズル」のように考える傾向があるのではないだろうか。まさに診断のためのチエックリストがそうだ。しかし、サリヴァンは、診断において「統合失調症かどうか疑問を感じていて、まさにその病気に仕立て上げそうなもの」（チエック項目）を一旦、棚上げ（後回し）にしておくことを推奨している。この点について、援助者はクライエントがある特定の病気/障害等であると診断/アセスメントする前提（無意識の囚われ）に立つと、クライエントの「病気」に関わる症状だけに関心が向くことになり彼自身の「全体像」が見えなくことの危惧を提示していると理解することができる。

そして、ケースセミナー参加者から、「患者の心の底にある巨大な不安とは何か、を明らかにしたい」という意見や彼の他者との比較における劣等感情・親密な人間関係が話の俎上にのぼるとサリヴァンは、次のような発言を返す。

サリヴァン：きみが言ってくれたことは、私がもっと強調したいと思っていることだ。きみの見方は私の気持ちにとてもしっくりくる。ただ、人間に対して、してはいけないことが一つある。それは、その人の自己尊敬と正面から対決することだ。「自己尊敬（自己顕慮）self-respect」、「自己評価（self-esteem）」、まだまだあるが、私には非常に有用な言葉だと思う。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：96）

そして、ケースセミナー参加者から父親への批判、無関心、コンプレックス、患者の男性であることへのジレンマ、異性愛への強迫観念という思春期までにおける心理的葛藤、親友ジムとの関係、に参加者のコメントが集中しはじめる。

そして、第２回のケースセミナーの終盤に来て、サリヴァンは精神療法について次のような発言をする。

サリヴァン：・・・（略）・・・私は、精神療法とは大部分が治療時間と治療時間との間の23時間の間に行われるものだと固く信じている。患者が、その間に頭の中が澄んだ時期lucid periodsをもたねばならないということは別にないが、独りでいる時のほうが、非常に重要な人物といっしょにいる時よりも、ずっと頭の中が澄んだ時期が何度かはあるものだ。ものごとはそっとしておけば何とかなってゆく。少なくともだめになりはしない。・・・（略）・・・（患者を傷つけたくない。あるはいい顔をしたいという）対人関係の圧力のもとに、われわれは、患者は患者自身が思っているよりもずっとよいという感じを残して患者のもとを離れる。患者もわれわれが関心をもってくれていると核心して立ち去るが、まもなく、生涯つきまとってきた疑念の虜になりはじめる。・・・（略）・・・

この仕事は、質問することによって、（患者が）疑問の余地なく成功した面に（治療者が）

安心再保証の副署名をするという仕事だ。例えば、私は、時に、患者のしたことについて患者を問いつめることがある。あまり楽しくない状況だ。・・・相手は、私のことを救いがたい馬鹿だと思うかもしれないが、それは害がない。私と彼との今後の関係を弱めはしない。ここで私がほしいのは、患者に次のステップに進まねばならないようにするほどの力のある「安心再保証」だ。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：106-108）

サリヴァンからの学び（7）

：精神療法を含む面接という行為は、相手の「自尊心（＝自己尊敬・自己評価）」を大切にしながら「安心再保証」を言葉ではなく相互の関係の中で「伝わる」ことがクライエントの回復への力となる。

ここでは、サリヴァンの精神療法を含む相談援助の基本的スタイルが提示されている。援助者は、クライエントの「プライド（自尊心）」の取り扱い方に注意すべきだ。そして、安心できる関係を再度保証することでクライエントは次のステップに進むことができる。つまり、回復に向けて歩みだすことができる。臨床家としてのサリヴァンは、問題を抱え込んでしまった患者の世界への理解がとても深いのだと思う。人は誰もが自分自身を支えるための何らかの手段を持っているものだが、クライエントはその多くの手段を喪失した体験の中にいる。したがって、援助者は、本人の「自尊心」を丁寧に保護することと不安の中で翻弄されている彼には「安心再保証（reassurance）」の感覚を伝えることを面接の中で目指すべきだという。

そして、精神療法を対人援助の面接場面の例えとしてサリヴァンは、関わっていない２３時間の中でクライエントが独りでいる時にこそ面接の真価が問われているのだという。この感覚は、クライエントの立場に身を置いて考えることの重要さを説いている。その意味では、精神療法や相談面接という「非日常的な時間」の中で経験したことを「日常的な時間」の中でじっくりと時間をかけながら自分の意味のある回復に向けた経験へと成し得ることが援助関係の本質なのだと語っている。

Ⅲ　ケースセミナー第３回（1947年１月）

・・・クライエントの「不安」・「自殺問題」の取り扱い方には、注意深い工夫が必要である。

第３回も最初はクヴァーニスによる前回の患者の生活史の追加と現状報告がなされて始まる。その概要は、父親との緊張感のある食卓の状況、遊び相手になってくれず、患者の成績に無関心、遊びの代わりに「読書」に集中、父親（州会議員）への恐怖の投影として権威者（教師）への恐れ、思春期における女性恐怖、弟の誕生による疎外感、両親の口論（夫婦喧嘩）の場面、両親の離婚騒ぎの不安、サマー・キャンプや仲間外れの経験、海軍からロースクールへの転身、対人関係における脅威感、精神医学用語を用いての自殺念慮、自殺企図、暴力行為（ヴァイオレンス）への

憧れ、セックスへの恐怖、精神医学的自己診断へのこだわり、等々についてであった。

これらの追加説明を受けてセースセミナー参加者とサリヴァンのやり取りは、「彼はどんなん本を呼んでいたのか」から始まる。そしてサリヴァンはそれぞれの現状報告の内容についてコメントを投げかけて、ケース・セミナー参加者との意見交換が実に生き生きとなされる。そして、参加者の１人が次のような質問をサリヴァンにしたときの彼の以下の応答が興味深い。

ダイア医師：たとえばですが、父親や母親に対する時のことです。そうです。「自分には母親固着があります」といった時のことです。「固着」のあなたにとっての意味は何か、と聞くのが定石ですが、そこから先です。患者が自分の言っていることの意味の理解をもっと深めて、しかも同時に不安が減るようにするには、先生ならどうなさいます？

サリヴァン：たくさんの不安が彼の考えのたくさんに結びついている。過去はずっとそうだったはずだ。患者の長い、なかなの陳述にまず間違いなく「やったぜ、自分は誇らしい。皆が喝采してくれた」という目立つ文言が全然ないからだ。これは欠けていると気づかれるものだ。こういう文言が皆無の場合に立てる仮定としては、自己評価の低さが習い性となっているか、逆に自己過大評価の私的幻想がある場合かで、こちらのほうが破壊力はやや弱いが、いずれにしても不安がエンジンになっていることは変わらない。このことはいままでこの部屋でコメント一つ出なかったが、大事なトピックで、テクニカルにはたいへんシヴィアな問題だ。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：158）

サリヴァンからの学び（８）

：クライエントの長い語りの中で「不安」としての強い「固着（こだわり）」に遭遇した場合には、彼は自己達成感の無い「自己評価の低さ」か、その反対に「自己過大評価の私的幻想」のどちらかにその不安の原因がある。

筆者は、対人援助の場面において、クライエントから「私、なんとなく不安で心配でたまりません。一体どうしたら良いのでしょうか？」という言葉を投げかけられる経験をすることが多かった。つまり、「不安」は、言葉にし難い「状態・状況・雰囲気・気配」のような掴み難いものだという印象を抱いていた。しかし、サリヴァンのコメントは、これまでの理解を超えている。彼は、自己評価（「自己肯定感・自己効力感」）の低さという自信の無さや弱さという「無力感（powerless/helpless/weak）」からか、自分に対する「根拠の無い私的幻想による過大評価」（筆者は、「空洞的自己過大評価」と呼ぶ）によるものであるとその不安の由来について語る。そして、その後の議論の中で、父親との葛藤を語るよりも母親固着という表現で「不安」を表現することの方が、語りやすいのだという。

そして、議論が、患者の語る内容が、「母親への固着」の真意を巡り、さらに父親と母親との

関係について話が進むと、サリヴァンは、面接の中でインパクトのある「言葉／表現」が提示された場合には、「保留を認める」という暗黙裡の了解が必要だという。ここでは、援助者の焦りは禁物だ。そして、セミナーの終盤になって「行動化（acting out）」としての「自殺」問題について以下のような見解を示す。

サリヴァン：・・・この患者の自殺面について一言したい。統合失調症の患者の多くは、自殺がまったく予測不能だと思っている。自殺する考えはけっして念頭から完全には去らないだろうが、自殺念慮を積み重ねてある日ついに実行する長期計画だともけっして思っていない。いつとつぜん起こるかもわからないが慢性的に問題にしてはならいものが世の中にある。その一つだ。突然起こってから慢性問題となるならば、それは精神療法のやりすぎか失敗だ。自殺をしないようにしようとばかり考えたり、逆に死んでしまいたいとばかり考える人には、非常に油断がならない。・・・（略）・・・私は、今すぐ自殺せねばという考えにとりつかれて他のことは考えられなくなっている統合失調症患者たちにずいぶん大胆なことを言ってきたんだ。「つまり、きみは一から始めたいんだ」と。そして完全に意識明瞭な状態で彼らに私をみつめさせて「イエス」と言わせた。これで自殺問題は終止符だった。・・・（略）・・・患者は重要なことも重要でないことも、そう、きみたちについてのことでも、きみたちに伝えるには、第三者のこととして話させてみるほうがずっと話しやすいってこと、この話をきけば、きみたちにも、患者が自分の周囲にいかにわずかな興味の出所しかもっていないか、わかりはじめるだろう。患者に軌道修正の一歩を勧める勇気をもたせて、きみも、他の経路では得られないデータを得るようにしなさい。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：176-177）

サリヴァンからの学び（9）

：精神療法のやりすぎか失敗が自殺問題を慢性化させる。「ごまかし」はタブー（禁忌）である。具体的には、クライエントを意識明瞭な状態で「自殺したい気持ちと真正面から対峙させること」で自殺問題に終止符を打つ。そして、クライエントに自分の問題を第三者のこととして客観的に語らせることの方が相互に得ることが多い。

自殺問題は、精神科領域に従事する援助者にとっては影のように付いて回る誰もが避けて通りたい鬼門である。サリヴァンは、自殺問題を慢性的な問題にしないために援助者が示すべき態度を自らの経験をとおして教示する。そして、精神療法の危険性についても触れながら、精神療法の意義は、面接時間以外の時間に効果を及ぼすことが大切なのであって、面接時間での「自殺」問題の扱い方しだいでは慢性化するリスクがあり、それは精神療法の失敗なのだと断言している。つまり、慢性化した死へ渇望感に囚われたクライエントにとっては、「自殺すること」への抵抗感（壁）が次第に減弱化し生と死の境界線を飛び越しやすくなるのだ、と。そして、今回のケースセミナーにおけるサリヴァンの白眉とみなすべき提言は、クライエントに自分の問題を第三者

のこととして話をさせてみることへの勧めである。つまり、自分の問題と距離を取り客観的に把握（理解）することができる状態にクライエントを置くことで面接での対話が問題解決への軌道修正に向けた勇気を与えてくれるのだ、と。そして、援助者にも他の経路から新たな客観的なデータ収集に留意することの大切さを説いている。この彼の提案は臨床場面におけるケアの担い手への重要で有効な支援を考えるヒントとなる。

Ⅳ　ケースセミナー第４回（1947年２月）

・・・私たちは「孤独」について本当に理解することはできるのだろうか。

この回では、クヴァーニスから最近、１ヶ月の間の患者の好ましい変化が語られる。次第に面接の中で自分の気持ちの変化について語る。病棟の患者が看護師とも挨拶、雑談をする。そして、歯科治療場面での「苦痛」や「不快感」、「電気ショック療法」との関連、父親との葛藤、両親から自分への期待、精神医学用語を断乎として使いたがり、それによる自己診断する傾向、子供時代の勉強について、（サリヴァンの質問に答えて）さらに、試験のためのガリ勉家であり基礎学力の不足の訴え、しかし、飛び級する程度の学力はある。クヴァーニスが患者との共同する努力目標設定について提案するが彼は嫌がった。最近、２週間に２回、父親の面会があった。以前は自己卑下して緊張のあまり父親を攻撃したが、今回はくつろげるようになっていた。しかし、患者自身が「統合失調症」という診断名に自分を当てはめようとすることへの困惑。さらに患者のガールフレンドとの性的関係と海軍時代の性体験との比較が具体的に語られる。その後、患者は病棟へ実習に来た看護学生（女性）から電気ショック療法とインシュリン・ショック療法について説明を聞きたがり学生は許される範囲で正直に説明したとの報告がクヴァーニスからなされた。その後、ケースセミナー参加との意見交換がすすむが、その中でもサリヴァンの以下の発言に注目したい。

サリヴァン：・・・さて、ここから治療上重要なことを選び出して本格的なコメントに移る。・・・（略）・・・話を聞きつづけさせる技法の一つは、ちゃんと伝わるように会話の舵を敏速に右に左にととりつづけることだ。もっとも、これは患者を脅えさせかねない。質が下落して辛辣な伝わり方になりかねないからで、そうなれば統合失調症患者には最悪の事態だ。それは、こちらが、こちらの言っていることが間違って受け取られるかもしれない可能性に思い及ばない場合で、その結果は自然、患者のほうが、自分と治療者との距離がわからなくなって、治療者の近くにいると思えず、治療者を理解できないと思い、気力が萎え、きびしい拒絶を受けて見放されたと思う。こちらがコミュニケーションの試みを一切棄てたと思う。私は現在この速攻法を行っているが、その成否は、こちらがあらん限りの想像力を挙げてどれだけ患者の身になれるかというアンテナ感覚の関数だ。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：226）

サリヴァンからの学び（10）

：コミュニケーション（会話）を維持することは治療関係において重要なことであり、そのために治療者に求められているのは患者の身になるための「アンテナ感覚」である。

サリヴァンのここでの発言は、対人援助（ケア）を担う援助者にとって基本的であるが極めて難しい内容でもある。なぜなら、コミュニケーションは相手に「伝わる」ように常に微調整を繰り返しながら進めるキャッチボールのようなものであるからだが、それが時に、誤解されて、クライエント（相手・患者）を脅えさせかねない。そして、質が下落して辛辣なダメージを与えるものになる。そうなると、クライエントに治療者から拒絶されたと思い込まれた場合には、援助（治療）関係は、援助者と患者自身がその距離感を見失い、関係を維持できなくなる。そして、援助関係を維持するためには、相手の身になれる感度の高い「アンテナ感覚」の関数とたとえることのできる「対人関係とは何か」という問いかけの理解とその重要性を読み取ることができる。サリヴァンは『精神医学は対人関係論である』という姿勢を貫いていた臨床家（精神科医）であり、その彼の真骨頂がここでも感じることができる。

その後、セミナーでの議論がさらに続くが、セミナー終盤におけるサリヴァンの次のような発言に注目してみたい。

> **サリヴァン：**・・・私はもう一つわからないが、この際この孤独の問題をとりあげるのは非常によいことだと思う。この種の孤独、特に男が男だけに向き合う男性社会の孤独について話すことは、発達史的に重要で、しかも安全だ。孤独は不安や恐怖と同類だ。孤独は一つの人間を動かす力で、情欲と同程度に人を動かす強い力がある。ただ、きみたちが気づかないところで人間を動かす力に対する精神分析は行きすぎがちだ。精神分析者の一部の特性で、性というものに躍起になって没頭してしまうのもその例だ。きみたち、気をつけたまえ。孤独はわれわれ全員の生活史の重要部分だ。孤独は重い話題だから、誰でも孤独だった時期を思い出すことにも語ることにも激しい抵抗を感じるはずだ。思い出したくないことだ。孤独を話題にするにしても具体的な孤独の思い出を話すよりは、孤独とは何ぞやという一般論を話すほうを選ぶだろう。
>
> （R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：236）

サリヴァンからの学び（11）

：「孤独」は発達史的に重要であり、人間を動かす強い力があるから、面接の中で取り上げることは非常に良い。しかし、孤独は重いテーマであり抵抗感も強いためアプローチの方法としては、患者の具体的な孤独問題としてよりは、一般論としての話した方が良い。

この「孤独」の問題は、クライエントが口にする「不安」・「恐怖」と同類のテーマである。そして、この「孤独」という問題は、情欲と同程度に人を動かす強い力があるという。フロイトの

精神分析では「性」（欲動）について強い関心を向けるが、サリヴァンは、精神分析者のこの傾向に同意しない。というより否定的でもある。彼の真意は何か。彼は「孤独」という独りの世界を他者と共有できる広い社会関係（世界）の中に置き換えて話すことは発達史的に重要で、安全であると明言する。以下は、筆者の解釈ではあるが「孤独」、つまり「独りでいることの経験」は、そのメタファーとしては「パンドラの箱」のようなものであり、その箱を空けた途端、誰もが孤独の世界の中における「不安・恐怖」にとどまらず、他者との関係性の喪失／断絶/絶望をともなう「悲しみ・痛み・苦悩」と対峙することを余儀なくされる経験に襲われる危険性（リスク）がある。誰もが「孤独だった自分の経験」は思い出すこと、他者に語ることは気持ちが重く心理的抵抗が強く簡単ではない。そのため「孤独」問題は、クライエントの個人的な話としてではなく誰にも共通する「一般論」として話す方が良いのだという。おそらく、この「孤独問題」の取り扱い方は臨床場面におけるクライエントの「生きづらさ」を理解する鍵となるのだと思う。

そして、第４回のケースセミナーは、参加者が自分の担当患者についての応答（対応）の仕方について話題が展開して終わる。

Ⅴ　ケースセミナー第５回（1947年５月）

・・・クライアントとの「さまざまな別れ方」への対応を考えておくことは意味がある。

この第５回のケースセミナーの前にクヴァーニスが報告してきた患者が突然、転院してしまったことが明らかとなる。この予期しない出来事のためケースセミナーの討論は、いささか幅の狭い「治療の突然の中断について」とテーマを絞らざる得ない状況となった。

なお、ケースセミナーの導入として退院までの両親の対応についてクヴァーニスから、特に、患者と両親の発達史的な視点からその関係について説明がなされた。（詳細は省略する）

そこで、サリヴァンはケースセミナー参加者に患者の突然の治療中断と転院をめぐる関係者への質問を始め、その状況を明らかにしようと努めている。参加者の意見が出揃うあたりでサリヴァンは、次のような興味深い発言をする。

サリヴァン：・・・(略)・・・きみたちに考えてほしいこともこれで最後だが、それは「患者とどう別れるか」だ。別れは真にいろいろなことの絶好の機会でもある。そして（患者は）表現ができない人間であるから、そう、私が感情を表現する単語の数が少なければ少ないほど、スキゾ的・強迫症的な人々の心によく届くのだ。連れ去られる患者との私の実際の別れはたいてい言葉なき別れで、「少なくともしばらくの間は会いにゆくよ」と念を押しておくだけである。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：278-283）

サリヴァンからの学び（12）

：患者との別れ方は、真に絶好の機会（チャンス）として考えるべきだ。そして、別れの感情を表現する言葉は少ないほどスキゾ（＝筆者注：統合失調症）的・強迫症的な人々の心によく届く。しかし、突然連れ去られるような別れの場合には、「少なくともしばらくの間は会いにゆくよ」と念押しの言葉を届けることだけで良い。

このサリヴァンのコメントから筆者が読み取れることは、「別れ方」の違いを吟味しておく必要があるいう提案だと理解する。つまり、「患者とどう別れるか」について考えるためには、別れは、クライエントにとって変化する「チャンス」であると肯定する態度が援助者に求められていることを表現している。そして、クライエントの気持ちに寄り添うアンテナ感覚の鋭いサリヴァンらしく、「感情を表現する単語の数が少ないほど、相手に届く」と述べていることに実に新鮮な驚きを感じた。クライエントとの「別れ」という事態に囚われるのではなく具体的に「どう別れるか」という現象に留意することの重要性を説いている。

つまり、援助（治療）関係に「情緒的関係を持ち込むべきではない」ということを意味しているのだと考える。そして、突然の「別れ」に関しては、「また会いに行くよ」という念押しの言葉を届けることは、不安と恐怖の渦中の中で混乱し溺れそうなクライエントへの「救命具（もしくは「お守り」）」のような役割を果たすのだと理解できないだろうか。

その後、第５回のケースセミナーは、参加者が質問（事前・当日を含め）をサリヴァンに向けて問いかける方式に切り替わる。質問は全部で15ありそのどれもが興味深いのだが、その中で極めてユニークな「質問８」をとりあげてみたい。

質問８　ゆきづまった時は、先生はどうなさいます？

（サリヴァン）：安心再保証を話したいのだが、ゆきづまりも話しておきたい。・・・（略）・・・ずっと精神療法を行ってきてゆきづまった時とは大いに有益な時である。これまでどこを歩いてきたかを見直すチャンスだ。そうする中でいつのまにかゆきづまりから抜け出していることに気づくことが多い。ゆきづまったのは、不安を絶対に阻止するための何かに行き当たったからだ。それとも強烈な不安の予感を阻止するためか、だ。・・・（略）・・・私の過去の体験に照らせば、精神療法において間違いを認めることの価値がいかに高いか。治療において泥沼に入り込んだならば、いつでも、これまでの歩みを見直してみることだ。・・・（略）・・・それを患者と共に見直すのだ。・・・（略）・・・一度さっと見直すだけも膠着状態を脱するよ。

（R.C.Kvarnes & G.H.Parloff 1976=2017：301）

サリヴァンからの学び（13）

：「ゆきづまり」（膠着状態）の時は、これまでの間違いを認めて、見直すチャンス（有益な時）

と考えること。具体的には、「不安」の阻止に向けて、これまで歩んできた道程を患者と共に見直しながら、間違っていた場合には素直にその間違いを認めることは価値が高い。

このサリヴァンの発言は、実に明快だ。自分の援助（治療）における「不安」をめぐる膠着状態には意味があり、これまの援助（治療）のプロセスを見直し、間違いがあれば素直に自分の間違いを認めてクライエントと共有することはとても価値あるという確信の表明だ。

筆者もこのサリヴァンの見解に賛同する。なぜなら、私たち専門家である援助者（治療者）は、神仏と異なり過ちをおかす「不完全な人間」であるという自覚に立脚するサリヴァンのリアリズム（現実主義）に敬意を感じるからである。そして、真の専門家（専門職者）とは、自分の未熟さ・ちから不足による「間違いを認める力」をもつ存在なのだと改めて理解することができる臨床家としての至言である。

おわりに：臨床家サリヴァンという「謎」と向き合う覚悟

アメリカの精神科医であるH.S.サリヴァンのことを知ったのは、「はじめに」でもふれたので割愛するが、今回あらためて、彼の死後、弟子たちの編集により1946年11月から1947年５月にかけて全５回行われた『サリヴァンのケースセミナー』（逐語記録）を中井久夫氏による翻訳書（2017年版）を手がかりに読み込む作業に取り組んだ。それ以前の野口昌也監訳版（1980年版）と比較すると「言葉の選び方、サリヴァンの口調や言い回し方」から微妙に受ける印象の違いに新鮮な驚きを感じた。これはおそらく、翻訳者自身の抱くサリヴァンという人間のパーソナリティ（性格）も含めた訳者なりのサリヴァンという人間理解の違いによるものだと思う。

個人的にはサリヴァンに関する書籍の翻訳書の刊行に翻訳者として尽力してきたい中井訳版は、サリヴァンが相手に応じて時々辛辣な皮肉交じりの言葉を投げかけながら、相手（セミナー参加者達）の臨床的な気づきを促すことに長けている様子がとても良く伝わってきた。それは、まるで自分の眼の前の舞台の上でサリヴァンが指揮を取りながらクヴァーニスのケースについて鋭いコメントをする躍動感に近いものが伝わり、筆者自身もセミナー参加者の一人になっているような気分になっていることにも驚かされたのである。

その意味でもこの『ケースセミナー』からは、サリヴァンの他の理論書とは異なりクライエントと向き合う際の彼独自の「臨床感覚」を生き生きと感じ取ることができる稀有な記録だと理解することができる。

最後に今回改めて『サリヴァンのケースセミナー』を再読しながら、30年前にサリヴァンの書籍を読みはじめたとき言葉にならかったサリヴァンの「臨床感覚」の斬新さの意味について「サリヴァンからの学び」として自分の言葉として表現することを試みた。筆者の経験としてその作業の中で改めてゆっくりとサリヴァンの発言の真意が腑に落ち始めている。

だがその一方で、精神科医の中でも最も謎に満ちたH.S.サリヴァンという臨床家としての「謎」が今回の研究を機に実は更により深まったという経験がもたらされたように感じている。

筆者は、今後「臨床という現場実践」に踏みとどまる「ケアの担い手」への支援を研究テーマとする中で、今回の「サリヴァンからの学び」を、ただ単純に「伝える」のではなく相互作用としてケアの担い手に「伝わる」研究となるように取り組みたいという覚悟を新たに確認することができた。

【引用・参考文献】

ハリー・スタック・サリヴァン（阿部大樹編訳）（2022）『個性という幻想』講談社学術文庫

Kvarnes,R.C. & Parloff,G.H. eds.（1976）*A Harry Stack Sullivan Case Seminar-Treatment of a Young Male Schizophrenic,* W.W.Norton & Company Inc.（ロバート・G・クヴァーニス＆グロリア・H・バーロフ編（中井久夫訳）（2017）『サリヴァンの精神科セミナー』（みすず書房）／同書の先行翻訳書として野口昌也監訳（1980）『サリヴァンのケースセミナー：ある青年分裂病者の治療』岩崎学術出版社がある。）

中井久夫（2012）『サリヴァン、アメリカの精神科医』みすず書房

Perry,H.S.（1982）*Psychiatrist of America-The Life of Harry Stack Sullivan,* Belknap Press of Harvard University Press.（H.S.ペリー著（中井久夫・今井正樹 共訳）（1985年/1988年）『サリヴァンの生涯１・２』みすず書房）

Sullivan,H.S.（1940）*Conceptions of Modern Psychiatry,* W.W.Norton & Company Inc., New York.（H.S.サリヴァン著（中井久夫訳）（1976）『現代精神医学の概念』みすず書房）

Sullivan,H.S.（Edited by Helen Swick, Mary Ladd Gawel, With an Introduction by Mabel Blake Cohen）（1953）The *Interpersonal Theory of Psychiatry,* W.W.Norton & Company Inc., New York.（中井久夫 他共訳（1990）『精神医学は対人関係論である』みすず書房）

Sullivan,H.S.（Edited by Helen Swick, Mary Ladd Gawel, With an Introduction by Otto Allen.）（1954）*The Psychiatric Interview,* W.W.Norton & Company Inc., New York.（中井久夫 他共訳（1986）『精神医学的面接』みすず書房）

Sullivan,H.S.（Edited by Helen Swick, Mary Ladd Gawel, and Martha Gib-bon）（1956）Clinical Studies in Psychiatry, W.W.Norton & Company Inc., New York.（中井久夫 他共訳（1983）『精神医学の臨床研究』みすず書房）

Sullivan,H.S.（With an Introduction and Commentaries by Helen Swick Perry）（1962）*Schizophrenia as A Human Process,* W.W.Norton & Company Inc., New York.（中井久夫 他共訳（1995）『分裂病は人間的過程である』みすず書房）