

## 非行臨床における治療構造について ：行動化の観点から

川 畑 直 人

本稿では非行臨床における自己理解・洞察を促す働きかけの必要性と可能性を、行動化概念に沿いながら考察する。また、非行臨床の治療構造について一つのモデルを提示する。

### (1) 非行臨床における自己理解・洞察の意義

非行は、行動の次元で表出される問題であり、周囲の関心がまず向けられるのは、顕在化した逸脱行動そのものである。しかし心理臨床的に、この問題の改善に関わろうとするならば、行動の問題を行動の次元でのみ捉えるのでは不十分であり、心理的次元と行動との相互関連性に着目する必要が生じる。

「行動化 (acting out)」は、洞察志向的な心理療法の代表格である精神分析のなかで概念化されてきたものであるが、心理次元と行動次元の関連を捉えるうえで有用である。

行動化という用語が、最初に使われたのは、フロイトによるドラの症例報告においてである (Freud, 1905)。そこでフロイトは、ドラの突然の治療の中断は、かつて男性から捨てられたという思い込みを、治療のなかで想起する代わりに、行動化したものと考えられると述べている。その後、「想起・反復・徹底操作」においては、この概念について系統的な定義を行い、被分析者は、ときに抑圧された記憶を想起することなく、反復しているという自覚もないまま、行為として再現する、としている

(Freud, 1914)。このように、この概念が概念化されたときから、洞察という内面的な作業と、行動による表出が、相容れない対置的な関係にあるという認識がもたれてきた。つまり、心で抱えられないものが、行動として表出されるという考え方である。非行少年の行動化は、精神分析療法に対する反応という狭義の行動化ではなく、性格傾向を背景とする広義のそれであるが、それが洞察や自己理解を促す心理療法的な働きかけにとって、阻害要因になるという点では異同がない。その理由には、主に次の二つがある。第一に、行動化は、洞察という内面的な過程を阻む要素をもっている。葛藤に直面して、その解決を短絡的な行動に頼るとき、当の本人は、葛藤解決のための思考を放棄し、葛藤が引き起こすだろう苦痛な感覚、感情を避けることができる。そのため、葛藤について内面的に取り組むということが難しくなる。第二に、行動の内容によっては、治療の外的な枠組みを破壊する場合がある。時間に遅れる、面接の約束を忘れるといったことが、その典型であるが、特に非行の場合、問題となる逸脱行動は反社会的な性質をもっており、法的な措置が講じられることで、社会内での治療関係を継続できなくなることも多い。

こうした理由から、非行少年に対して心

理力動的な治療が行われるということは極めてまれであり、また、行おうとしても治療者はさまざまな困難にぶつかることになる。問題は、この「難しさ」が何を意味しているかである。「難しい」から、それは避けるべきなのか。それとも、「難しい」からこそ、それが「必要とされている」といえないか。

この点を考えるためには、非行という行動次元にのみ目を奪われるのではなく、その背後に何があるのかを考えてみる必要がある。そうでなければ、非行という問題に対する、根本的な対処のあり方を見出すことはできず、対症療法的な対応に終始することになる。

非行という行動化の背景には、問題解決の手段として行為に頼ろうとする傾向、相対的な言語能力の低さ、満足が遅延のために思考が機能していないこと、一定の情緒体験に耐えることができないこと、といったさまざまな問題が想定できる。こうした行動化を生む素地を、Fenichel (1945) にならって、「行動化の前提となる心的状態」と呼ぶならば、それを変化させていくことが、非行少年に対する働きかけの最も重要なポイントになるはずである。そして、そこで求められている変化とは、行為ではなく言語を用いた問題解決がなされるようになること、思考過程が満足を遅延する役目を果たすようになること、一定の情緒体験を保持できるようになることなどである。これらは言い換えるならば、洞察や自己理解が生じるための基本的な心的機能に関連しているものである。つまり、「行動化の前提となる心的状態」を、いわば「自己理解・洞察の前提となる心的状態」にシフトさせることが、非行臨床の最も中核的な課題とすることができる。ただ、このような課題を追求するためには、技法上のさまざまな工夫が必要となる。

## (2) 安全な治療環境の確保と限界設定

非行臨床に限らず、あらゆる心理臨床的な働きかけが、対象者の自己理解や洞察を生む母胎として作用するためには、まず第一に安全な環境が確保される必要がある。心のなかの問題点を探り、再理解するということは、既存の自己理解に変動が生じるという意味で、内的な苦痛を伴う可能性を秘めた作業であるといえる。それだけに、安全な環境の確保は何よりもまず優先される必要がある。

通常の心理療法では、面接の場面の設定を通して、そうした安全性の提供が試みられるが、それが全ての対象者にとって十分に機能するとはいえない。非行少年の場合、第一に問題性の自覚がなく、治療への動機づけが乏しいために、自発的な来談は期待できない。また、不良交友、不良成人との接触、薬物、親の保護能力の欠落など、現実には劣悪な環境にさらされているために、通常の枠組みでは、治療関係を維持することが難しい。また一律に論ずることはできないが、自我機能の欠陥や超自我機能の不全など、人格の病理が重篤な場合もある。こうした理由から、通常の心理療法の枠組みが、安全な環境として機能しないのである。

このようにみると、非行少年に対する処遇が、法的措置を介して始められるということには、ある種の必然性があることが分かる。警察による逮捕、取り調べ、家庭裁判所における審判、少年鑑別所への一時的な収容など、一連の法的な手続きは、一見すると心理臨床とは無縁と考えられる。特に、少年の目からすれば、それらは単なる制裁としか映らないであろう。しかし、行動に一定の規制を課し、場合によっては劣悪な環境から切り離すことによって、一時的にであっても、犯罪行動の再発を抑制するということは、安全な環境確保に向けての第一歩という意味をもっている。さらに、治療の過程で生じてくるさまざまな行動化に対処するためにも、こうした安全な治療

環境の確保は、治療過程全体を通して維持される必要がある。

こうした安全な治療環境の確保は、同時に、限界設定 limit setting という意味合いを持っていて、その点も治療的な要素として大切である。人が社会化される過程には、一定の環境のなかで許される行動に限度があることを、体得していくという過程が含まれている。そうした限界設定は、生まれた瞬間からの世話者との相互作用を通じて、内面化していくものと考えられる。少年の逸脱行動が、家庭、学校、地域社会の限界設定能力を超えるとき、法の執行は限界設定の最後の砦ともいえるものになる。

ところで、ここで強調しておかなくてはならないのは、こうした法の執行が実現されるのは、少年に関わる人々の手によってであるということである。暴れる少年を抑えるのも、事故がないか定期的に巡視するのも、生きた人間の行為である。処遇者はそこで労力を払うのであり、その労力を通して、はじめて制度は生きた現実となる。

治療環境が、生きた人間の労力によって支えられるということは、非行少年の処遇においては特に重要な意味をもつと考えられる。Winnicott (1965) は、非行は剝奪されたものを取り戻そうとする希望の現れであると述べている。彼によれば、盗みは母親の愛情を、暴力は母親を破壊から守る父親の支えを得ようとする試みと捉えられる。非行の治療環境が、処遇者の労力によって支えられているとき、手のかかる少年の問題行動は、環境の強さと、労力という愛情を試す機会を少年に与えることになる。

行動化の激しい青年期の患者の精神分析治療を通して、Gorney (1994) は、制限設定の意味について論じている。そのなかで彼は、患者は分析家との関係において、安全な制限を模索するなかで、自己の境界を修復しようと試みるのであり、それが成し遂げられるのは、治療の限界設定 limit setting が、機械的な禁止命令としてでは

なく、治療者の人間的かつ真実の限界として体験されるときであると述べている。この点でも、治療環境の限界設定が、人間の労働によって支えられているということが、重要な意味をもつと思われる。

このように、非行臨床においては、少年の行動化に対応する治療環境自体に、治療的要素が含まれていることが分かる。ただ、これらが外的な統制としてではなく、少年自身に内在化される過程は、それほど単純なものとは思われない。治療環境で生じるさまざまな体験を内面的に消化させ、内在化の過程を促進するには、さらに工夫が必要となる。

### (3) 対話関係の構築と内界探索の促し

以上のような、治療環境が整えられたうえで、次に課題となるのは、少年との対話場面を設定し、内面的な作業に向かうための治療関係を築くことである。

Freud が強調した治療者の中立性は、自己理解を促す面接において、治療者が心がけるべき基本的な態度といえる。しかし、非行少年の処遇場面では、精神分析療法におけるような中立的な態度を一貫させることは難しい。たとえば、治療に対して消極的な少年と信頼関係を築くには、治療者は支持的な態度を積極的に示さなければならない。ときには、治療者が役に立つ存在であるということ、目に見える形で示す必要も生じてくる。また、自他を問わず、危害を加える危険のある行動化は、処遇場面においても顕在化する可能性があり、治療者は少年の行動化を制限しなければならない。この制限は、ときに強制的な自由の拘束までを含むこともある。

このように、非行臨床においては、治療者は中立的な態度を一貫させることは難しく、そのために治療者自身が、心理療法的な働きかけを始めから断念してしまうということもよくみられる。しかしここで注意を払わなくてはならないのは、治療者の

「中立」ということの中身である。確かに、非行臨床においては、支持的な働きかけと制限設定という治療者の能動的な態度が要請される。しかしそのこと自体は、治療環境の安全性を確保するための基本的な作業であり、内界探索に関わる際の中立性と必ずしも矛盾するものではない。内界探索に必要な治療者の中立性とは、思考や感情の自由、そしてその表出を尊重する姿勢であり、それを行動の無統制を許すことと混同してはならない。

さらに、内界探索に向かう作業においては、治療者は別の意味で積極的な態度を少年に示す必要がある。内界の探索に不慣れた非行少年の場合、自由度の高い自己表現の場そのものに馴染みにくさを感じ、それをどのように利用してよいのか戸惑うことがある。したがって、非行少年との面接では、面接の微妙な構造設定を工夫する必要があり、また少年との関わりの中で、体験を言語的に表現するという姿勢そのものを育てていく必要がある。そのためには、驚きや疑問、好奇心といった治療者自身の生き生きとした内的反応が重要であり、また治療者自身の内界探索に向かう開かれた態度そのものが、一つのモデルとしての役割を果たさなければならない。洞察の過程に、治療者の心理的な姿勢を内在化する側面があるという Myerson (1965) の指摘や、Sullivan (1954) の詳細な問いかけ detailed inquiry という技法は、こうした治療者の関わり的重要性を示唆するものである。また、こうした関わり方を具体的に考えるうえで、面接に含まれる多様な治療促進的な要素に注意を向け、その時々に必要な要素を重視した関わりを工夫する Pine (1985) の臨床態度は、非行臨床においても十分参考になる。

#### (4) 自己理解の素材としての行動化

以上のように、安全性の確保された治療環境のもとで、面接場面に内界探索に向か

う契機を含ませるといふ、基本的な枠組みを前提にしたうえで、ここであらためて行動化の問題について検討したい。

Freud (1914) は、行動化を概念化する際に、治療に対する妨害的な要素のみならず、肯定的な側面にも気がついていた。治療状況のなかで起こる行動化は、転移によって促進されるもので、抑圧されたものが表面に現れる唯一の方法と考えられた。つまり、行動化には、患者の内界が表現されるという、ある種のメッセージ性が含まれている。

このような行動化の肯定的な側面は、Freud 以後も、精神分析学内部で議論され続けており、特に、治療の枠組みのなかで扱うことのできる行動化は、洞察の重要な契機になるという指摘も多い。Rangell (1968) は、行動化を、治療過程に対する特殊な抵抗の一つとみなし、幼児期の願望や外傷が再現、再体験されることへの防衛として働くとしたうえで、長い目でみた場合、行動化の解釈は最も効果的な洞察をもたらすとしている。Freud, A. (1968) は、一般に子どもの治療では、前エディプス的素材にとって、行動化は想起の唯一の手段となると述べている。Boesky (1982) は、精神分析は行動化なしには成立しないとまでいい、さらに行動化という概念では抜け落ちる微細な患者の行動を指すために、アクチュアリゼーション actualization という用語を提案している。

こうした議論を、非行臨床という文脈に置き換えてみることもできるはずである。つまり非行という行動化も、少年を理解するうえでの情報源として、あるいは治療的な介入を行うための契機として、肯定的に活用することができるのではないだろうか。

たとえば、処遇が開始される引き金となる、少年の社会内での行動化は、それまで少年、あるいは少年とその家族が抱えてきた問題が顕在化し、治療の必要性が認識される重要な契機となる。そこで少年が示す

逸脱行動の内容と質は、少年が抱えている問題を知るうえで重要である。また処遇が開始されてから、少年が問題行動を引き起こすときは、少年に変化が生じる機会となることが多い。経験的に、少年院などの収容施設では、施設のなかで問題を起こす少年ほど予後がよいということがよく聞かれる。このことは、行動化の瞬間が、体験を通して学ぶ重要な契機になりうるということを示唆している。

このようにみれば、臨床上の焦点は、行動化させないことではなく、行動化に耐えうる治療環境をどのように維持し、そのなかで少年の体験を自己理解につなげることができるかという点に絞られることになる。最初に前提としたような、面接を取り囲む、安全な治療環境が、そうした行動化に対して迅速かつ適切に対応できるならば、行動化は治療過程における有意義な体験へとつながっていく可能性がある。そしてその体験が、少年にとって意味のある体験になるために、自己理解を促す内界探索的な関わりが、同時に機能している必要があると考えられる。

### (5) 治療構造の工夫

以上のようにみても、非行臨床においても、洞察や自己理解を促す心理療法的な関わりが、決して不可能ではないことが分かる。そして、そうした関わりを実現す

るためには、治療構造の工夫が重要な鍵になるといえる。

図1は、これまでの議論を総括し、非行臨床と一般の外来個別心理療法の、面接構造を模式化して示したものである。それぞれ円が面接の枠組みを示しているが、非行臨床では、支持的・教育的な関係の側面が大きくなる。また、行動化は面接の枠外で生じることが避けられないが、面接を取り囲む治療環境によって、行動化を治療の枠のなかで扱うことが可能になる。

こうした治療構造が、少年の自己理解を促す環境として機能するためには、さらに次のような二点を工夫する必要がある。第一は、あらゆる面接場面や対話状況を活用するという点、第二は、連携の重要性である。

上述のような治療構造においては、全体を構成する治療構造の設定が、個々の治療的介入に優先される。たとえば少年鑑別所や少年院といった非行臨床現場では、少年の処遇は、施設全体の運営プログラムのなかで運営されている。そのなかで、心理療法的な面接の時間が十分に確保されるとは限らない。また、面接が行われるにしても、その目的は必ずしも治療的なものではなく、調査や鑑別、ときには懲戒のための面接であることもある。しかし、それらはどれも、少年との対話的な関係をもつ貴重な機会である。少年に自己理解が生じる契機は、そ

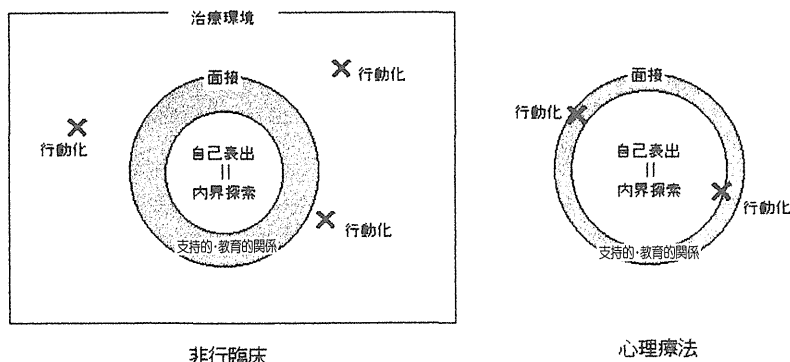


図1 非行臨床と心理療法の面接構造の模式図

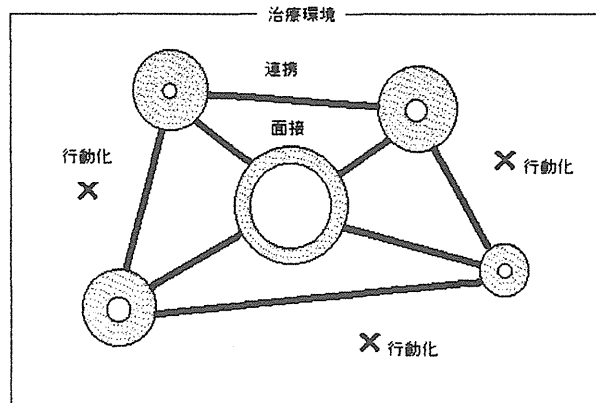


図2 非行臨床の治療構造

うした対話的関係の積み重ねのなかで、生じてくるのであり、逆にいうと、各対話的な関係のなかで、それぞれが可能な範囲で、内界探索的な関わりを模索するということが必要になる。

第二に重要な点は、処遇者間の連携である。全体の処遇環境は、多くの処遇者の共同作業によって成立する。したがって、それぞれの関わりが、相互に関連をもたずに行われるならば、処遇の一貫性が保持できず、治療の効果も半減してしまう。役割分担と協力関係によって、各処遇を有機的に連携させる必要がある。

これらの点を含め、あらためて非行臨床の治療構造を模式化するならば、図2のように表すことができるであろう。治療環境の枠内にいくつもの面接が同時並行的に存在し、その目的に応じて面接の構造化の度合いが異なってくる。そして、各面接は、無関連に行われるのではなく、有機的に連携する形となる。

こうした、治療構造のあり方は、少年院や児童自立支援施設といった収容施設において、具体的にイメージすることができるかもしれない。しかし、このモデルは、必ずしも一つの機関の内部にあてはまるものではない。非行臨床に携わる、いくつかの機関の集合においても、活用されるべきで

あると考える。

法的な処遇のシステムは、警察による介入、家庭裁判所の審判に続き、少年鑑別所、少年院、保護観察所、児童相談所といったさまざまな機関によって構成されており、一人の少年の処遇には、それらの複数の機関が、同時的、継時的に関わることになる。これは、司法と行政の分権、行政組織の機能分化などにより、生じてくることであるが、少年の成長過程全体を視野に入れた、統合的・長期的な治療方針が立てにくく、群盲像をなでるがごとき働きかけに終わる危険性が常につきまとっている（川畑、1994）。

そうした欠点を補いつつ、行動化の激しい非行少年に対する、臨床的な介入を行っていくには、処遇のためのネットワークを構築し、そのなかで機関同士が有機的な連携を行っていく必要がある。そして、そこに関わるさまざまな機関のなかで、さまざまな人々が、それぞれ少年との対話的関係を築き、可能な範囲で、内界探索的な関わりを模索するということが必要になる。言い換えると、非行少年に対する心理臨床的な関わり、しかも洞察と自己理解を促すような関わりを実現するためには、社会全体が一つの治療環境として機能する必要があると思われる。

## 参考文献

- Fenichel, O. 1945 Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review*. 32: 197-206.
- Freud, S. 1905 Fragment of an Analysis of a case of hysteria (Dora). *Standard Edition*, 7: 3-124. London: Hogarth Press. (細木・飯田訳 あるヒステリー患者の断片 フロイト著作集5 人文書院)
- Freud, S. 1914 Remembering, repeating and working through. (Further recommendation on the technique of psycho-analysis. 3) *Standard Edition*, 12: 147-156 London: Hogarth Press. 1958 (小此木啓吾訳 想起、反復、徹底操作 フロイト著作集VI 人文書院)
- Gorney, J. E. 1994 On limit and limit setting, *Psychoanalytic Review*, 81(2): 259-278
- 川畑直人1994臨床現場における他職種との連携：少年鑑別所での経験を中心に 河合隼雄監修 斉藤久美子・鑪幹八郎・藤井虔編 臨床心理学4：実践と教育訓練 創元社
- Pine, F. 1985 *Developmental theory and clinical process*. Yale University Press. (斉藤久美子・水田一郎監訳 臨床過程と発達② 岩崎学術出版社)
- Myerson, P.G. 1965 Modes of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 13: 771-792
- Sullivan, H. S. 1954 *The psychiatric interview*. New York: Norton. (中井久夫他訳 1986 精神医学的面接 みすず書房)
- Winnicott, D. 1965 *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press. (牛島定信訳1977情緒発達の精神分析理論 岩崎学術出版社)

*ABSTRACT*

## On the Therapeutic Structure in the Psychotherapeutic Work with Delinquents : From the Perspective of Acting Out

Naoto KAWABATA

In this article, the author discussed the necessity and possibility of the insight-oriented psychotherapeutic work with delinquents, using “acting out” as a key concept. When Freud first used this term, it had ambiguous meanings, such as the disturbing factor for the therapeutic process and the clue for an understanding of patient’s internal conflicts. Although delinquent behavior is also strong aversive feature for the psychotherapy, it rather mean that the modification of preconditions for acting out is an essential part of the treatment of delinquents.

It is important to achieve safe environment and set limits, and to find any chances to have dialogue with delinquents in various kinds of way. The author presented a model of therapeutic structure in which various kinds of staff (or institutions) collaborate with each other efficiently in a wider therapeutic environment.