

# メンタライゼーションの観点から見た 初期の治療同盟

東 啓 悟



# メンタライゼーションの観点から見た 初期の治療同盟

東 啓 悟

## 目 次

1. はじめに
2. 治療同盟の定義
3. 治療同盟の歴史
4. 治療同盟を作ることが難しい患者たち
5. 治療同盟を作るとい治療
6. メンタライゼーションの観点から見た治療同盟
7. 治療同盟を構築する方法としてのMBT
8. おわりに

### 1. はじめに

メンタライゼーションに基づいた臨床実践、メンタライゼーション臨床は日本でも徐々にその認知度を上げ始めている。2019年3月にはメンタライゼーションに基づく治療(Mentalization-Based Treatment, MBT)の創始者たるBatemanとFonagyを招いてのMBT基礎トレーニングコースがアジアで初めて日本において開催され、多くの臨床家が参加した。ここに参加した臨床家以外にも、メンタライゼーションの考え方を自らの臨床実践に取り組みとうという試みが各地でなされ始めている。

メンタライゼーションの考え方が広まっている一方で、それが本来は精神分析から着想を得たものであるという認識は相対的に薄まっているように筆者には感じられる。実際この考え方

には精神分析的臨床の枠を超え、その知恵をより広い社会的文脈へと拡大、応用させていこうという意図が含まれている。Bateman and Fonagy (2016)によるMBTの実践ガイドにおいて、「転移」という言葉が「関係」というより一般的な用語に置き換えられている点などもその証左であると言えるだろう。

精神分析に基づく考えであると知らずともその恩恵を利用することが出来るという意味では、メンタライゼーション臨床という実践体系が目指すその方向性は大きい利益をもたらすことだろう。一方でメンタライゼーション臨床の実践知が精神分析的臨床にフィードバックされることは、精神分析的臨床にもまた有益な知見をもたらすのではないだろうか。そういった意味で精神分析的臨床の概念をメンタライゼーションの観点から検討することには大きな意味があると筆者は考える。本論はそういった試みの端緒として書かれたものである。

本論ではそうした意図のもと、精神分析的臨床の中から「治療同盟Therapeutic alliance」について取り上げた。治療同盟は幅広く展開されるようになったメンタライゼーション臨床の中でも一貫してその根幹を担い続けている重要な概念である(東, 2016)。精神分析的臨床の中から生まれた治療同盟という概念は、メンタライゼーション臨床にもその重要性をそのまま引き継いでいると言えるだろう。そうした治療同盟について改めてメンタライゼーションの観点から検討することは意義のあることであると筆

---

\*臨床心理学研究科 博士課程(後期)

者は考える。

## 2. 治療同盟の定義

まず始めに治療同盟の定義についてである。『精神分析事典』（小此木ら，2002）で「治療同盟」の項を執筆した牛島（2002）は，治療同盟について「分析家とともにもっていて，しかも患者に分析場面で有意義に機能することを可能にするような非神経症的，合理的，意味のあるラポール」というGreensonの定義を引用している。同様の定義はGabbard（1994）も引用しており，この概念を考える際にGreensonの影響が大きいことが伺い知れるが，彼については後に触れることにする。またMcWilliams（1994）は治療同盟について，「治療同盟という概念は，セラピストとクライアントとの間の作業の協力的次元を指し，治療の経過の中で強烈でしばしば嫌悪的な感情が表面化しても存続する協力関係の水準」としている。

なお用語の問題であるが，「治療同盟」という用語と同じような意味で使われる言葉に「作業同盟Working alliance」というものがある。先に挙げたGreenson（1965）は治療状況の中で目的的に作業する患者の能力を強調するために「作業同盟」という名称を使用しているが，一方で「治療同盟」という用語もまた「類似した概念に言及している」としている。『精神分析事典』（小此木ら，2002）やGabbard（1994）も特に「治療同盟」と「作業同盟」という用語の使い方を区別してはいない。以上のことから，本論においてもこの両者は同じ概念を指す用語であると考え，本論ではより一般的に用いられていると思われる「治療同盟」という用語を用いることとしたい。

## 3. 治療同盟の歴史

「治療同盟」という用語を最初に導入したのは，恐らくZetzel（1956）であろう。しかし彼女がその用語で提唱する以前から，この概念に

については既に精神分析の歴史の中で言及されてきていた。そして精神分析における概念のあらゆるものの起源は精神分析の創始者たるFreud, Sに既に見ることができているが，その例に漏れず，治療同盟についても彼の仕事の中にその起源を見ることが出来る。

Freud, Sは元々，今日私たちが「治療同盟」と呼ぶものを転移の一部として考えていた。Freud, S（1912）は『転移の力動』の中で，転移を陽性転移と陰性転移の2つに分け，陽性転移をさらに「友好的もしくは情愛に満ちていて意識にのぼりうる感情の転移」と「そうした感情の無意識へと延長したものの転移」とに分類している。Sandlerら（1992）はこの内の前者をFreud, Sにおける治療同盟への言及として扱っている。

さらにFreud, S（1913）は「私たちはいつ患者に何かを伝えることを始めるべきなのか，患者に湧き起こってきた考えの隠れた意味を彼に明らかにし，分析の基礎的前提や技法の手續きへと彼を導き入れるのはいつなのか」と自問し，「十分に効果的な転移が患者のなかに確立する，つまり，患者とのあいだに適切な調和的關係＜rapport＞が築かれるまでは待たねばならない，と。患者に治療，および医師という人物に愛着をもたせることは，やはり治療の最初の目標なのである」と自答している。彼のこの考えは後に娘のFreud, Aが児童分析における導入期の必要性の中へと引き継ぎ，そのことがKleinとの大論争における争点の1つとなっている。

またFreud, Sにおける治療同盟との関連でしばしば言及されるのが「ねずみ男」（Freud, S, 1909）こと，エルンスト・ランツァーの症例である。Gabbard（1994）はフロイトとねずみ男との治療関係を「温かく誠実な関係」と評している。Quinodoz（2004）は，フロイトがねずみ男に対して，彼にとって理解できるようにその症状の意味を発見し葛藤の意味も踏まえて再構築して共有することで，ねずみ男との間に治療同盟を築いたと解説している。

いずれにしろ Freud, Sにとって、「治療同盟」と今日我々が呼ぶものは転移関係の一部として考えられていたものであった。しかし現代において治療同盟について考えるとき、この Freud, Sの考え方は必ずしも一般的ではないかもしれない。Gabbard (1994) は「患者と治療者との関係は、転移関係と現実の関係の混合したものである」と言い、この内の「現実の関係」を「治療同盟」と呼んでいる。Sandlerら (1992) も同様で、「治療同盟」を「本来の転移」とは区別している。また Greenson (1965) は「分析家に対する患者の反応」を「転移神経症」と「作業同盟」の2つに分類している。つまり現代においては、分析における転移関係と治療同盟とを分けて考えることが一般的であるようだ。両者を分けて考えるこの考え方は、先の McWilliams (1994) による治療同盟の定義にも反映されていると言える。治療同盟とは、牛島 (2002) が定義するように「非神経症的」な部分であり、Freud, S (1912) が言うように「意識にのぼりうる感情」だとされている。こうして本来的に無意識的な領域にある転移とは別の要素としてこの概念を考え、「治療同盟」という言葉を用いてこの両者を区別することの重要性を最初に主張したのが、Zetzel (1956) であった。治療同盟が重要なものであり、そしてそれを転移とは区別して考えるべきものとして認識されるようになったのは、Zetzel (1956) の貢献以降であるとされている (Sandlerら, 1992)。

そして治療同盟に関する考えとその重要性を決定的なものとし、この概念の議論に大きな影響を与えたのが Greenson (1965) の仕事である。彼は「作業同盟が、精神分析療法にとって転移神経症と同じくらい必要不可欠である、というのが本論文の主張である。精神分析療法の成功のためには、患者は本格的な転移神経症を展開し、信頼できる作業同盟を確立、維持できなければならない」(Greenson, 1965) として、その重要性を強調した。また Greenson (1965) は「作業同盟を生み出すのは患者が分析家に対して抱く感情のうち、この道理をわきまえた目

的のある部分である」とし、この部分を「観察し、分析する自我」と関連付ける。そしてこの「観察し、分析する自我」すなわち観察自我を転移関係から分裂・排除することが必要で、それができない患者は治療同盟の形成が難しい、としている (Greenson, 1965)。Gabbard (1994) 流に言えば、「転移関係と現実の関係の混合」としての患者-治療者関係において、この両者を併存させつつ区別しておくことが必要、ということになるだろう。一方で Brenner (1979) のように、この両者は区別できるものではないと考える考え方があることも付記しておく。

とはいえ、Greenson (1965) のこうした仕事の影響もあり、それ以降治療同盟は主に自我心理学派の臨床家によって重要なものとして論じられてきた。Gabbard (1994) は治療同盟に関する実証研究をレビューし、「これらの研究はまた精神療法の開始時期での治療同盟の性質が、おそらく治療の結果のもっともよい予測因子であることを示唆している」と述べ、さらに「すべての精神療法において治療同盟の確立と維持に、治療者は初めから関心を向けなければならないということである」とも述べている。同様に妙木 (2010) も、それが「どんな患者にも応用できるもの」であるとし、治療同盟を作る作業を意識化しておくことの意義について言及している。

#### 4. 治療同盟を作ることが難しい患者たち

治療同盟の構築が精神分析的臨床にとって重要な要素であることが議論されるのと同時に、治療同盟を構築することが難しい患者たちにとっても言及がなされてきている。というよりも、治療同盟についての議論はこうして治療同盟を構築することが難しい患者に精神分析的臨床を提供できるのか、といういわゆる「分析可能性」についての議論と共に進んできたという背景がある。

治療同盟を構築することが難しい患者とはどのような患者だろうか。例えば先に示した通

り、Greenson (1965) は「観察し、分析する自我」を転移関係から分裂・排除しておくことの難しい患者については治療同盟の形成が難しいことに言及し、また「作業同盟が生じるためには、患者は対象関係を築く能力を有していなければならない」とも述べている。また McWilliams (1994) も「性格が基本的に神経症的である人々との心理療法では、「作業同盟」がすぐにでき上がって当然とすることはできない。かわりに、作業同盟が発展していくような状況をまずつくらなければならないだろう」とし、治療同盟の有無によって心理療法の進み方が全く異なることを示唆している。

McWilliams (1994) が「性格が基本的に神経症的である人々」としているように、治療同盟を構築することが難しい患者として言及されているのは、いわゆるパーソナリティ障害を有する患者たちであると言えるだろう。ではこうしたパーソナリティ障害の患者たちの場合では、なぜ治療同盟を作ることが難しいのだろうか。このことについて考えるためには、治療同盟を構築する上で患者に求められる能力、特性について考える必要があるだろう。先にも示した通り、Greenson (1965) は「観察し、分析する自我」を転移関係から分裂・排除しておける患者の能力について言及している。

また Greenson (1965) は「対象関係を築く能力」についても言及しているが、このことに関連して Sandler ら (1992) は、治療同盟が Ericson (1950) の言う「基本的信頼感」にも依拠しているに違いないと述べている。逆に言えば、何らかの理由、恐らくそこには虐待や深刻な剥奪体験などのいわゆる「外傷的育ち」(崔, 2016) に起因するものも多く含まれると思われるが、それにより基本的信頼感が乏しい患者との間では治療同盟を構築することが難しいということを示している。Sandler ら (1992) はこの他に、治療同盟を構築する上で必要な患者の能力、諸特性について、ある程度の欲求不満に耐える能力や治療目標との同一化などの条件を挙げている。

## 5. 治療同盟を作るという治療

次に問題となるのは、治療同盟が治療の成否を左右するほど重要な要素とされている中で、しかしその治療同盟を構築することが難しい患者との臨床はどのように実践していけばよいのか、という点である。狩野(2002)は境界性パーソナリティ障害の治療について「治療同盟をつくり上げていくことが治療の本質的な作業であると同時に治療の目標だといえる」と述べており、Gabbard (1994) もまた同様の指摘を行っている。つまり、先の McWilliams (1994) による心理療法の進み方に関する言及にもあるように、治療同盟の構築が難しい患者の場合には、治療同盟を作り上げていくこと自体が第一の治療目標になると考えられるだろう。

しかしこうして治療同盟を構築することが難しい患者に対してはまずは治療同盟を構築すること自体を治療の目標とすることは様々なところで議論されているが、実際にそれをしていくための技法などについての言及は、治療同盟がこれだけ議論されている割にあまり多くはない。そこで筆者は、治療同盟を構築する方法論として MBT、メンタライゼーション臨床からの見解、技法について検討してみたいと思う。というのは、メンタライゼーションという概念と MBT、そしてその原点としてのメンタライゼーションという観点を加味した精神分析的な心理療法は、元々は Gabbard (1994) や Ericson (1950) が治療同盟を構築することが難しいと評した境界性パーソナリティ障害を有する患者との臨床実践の中から発展していったものであり、そこから得られる知見はパーソナリティ障害を有する患者との間に治療同盟を構築する方法論を検討する上で有用であると考えられるからである。

## 6. メンタライゼーションの観点から 見た治療同盟

筆者は以前別のところで、様々に応用されるようになったメンタライゼーション臨床に通底する根幹の1つとして、メンタライゼーション臨床では治療同盟が重視されることを挙げた(東, 2016)。それは、養育者との安定した愛着関係の中で育まれるメンタライジング能力は、治療者との安定した愛着関係の中でこそ回復するというメンタライゼーション臨床の治療原理に基づいている。従ってメンタライゼーション臨床では、メンタライジング能力が回復する土台としての患者との愛着関係および治療同盟を構築することをその治療の第一歩と考えており、その方法論が明確化されている。

このことを考えるとき、そもそもパーソナリティ障害を有する患者の場合で治療同盟を構築することが難しいのは、Sandlerら(1992)が提示した治療同盟を構築する能力を患者が十全には有していないからということを考える必要がある。つまり、観察自我、基本的信頼感、欲求不満耐性などである。少々大雑把な定義とはなるが、メンタライジング能力とは心という観点から自分や他者の行動を柔軟に解釈する能力を指すものであるから、観察自我とは近い関係にあり、また自分の行動の背景にある心を想定できることで衝動的にならずに済むという意味でもあるから、欲求不満耐性とも関連する能力である。境界性パーソナリティ障害において示される様々な問題は、このメンタライジング能力が十分でないことによって生じているというのがメンタライゼーションの観点からの理解であり、この観点からすると、メンタライジング能力が十分でないことが治療同盟の構築の障害ともなっているということが考えられるだろう。

さらに基本的信頼感が乏しいという問題である。メンタライゼーションの観点から考えた時、これは「認識論的信頼Epistemic trust」が確立される代わりに、「認識論的不信Epistemic

mistrust」が前面に出ているという状態と考えることが出来る。「認識論的信頼」とは、「他者からもたらされる社会的世界についての情報に対して私たちが持つ信頼」のことであるとされる(Bateman and Fonagy, 2016)。つまり、自分にもたらされる自分や他者、社会についての知識やその源泉たる養育者に対して、それは信頼に足るものであるという感覚のことである。養育者との間に安心な愛着を持った子どもは養育者との間でこの認識論的信頼を十分に醸成することができ、乳児は養育者を信頼できる情報源として認識して、養育者の様々な特性を取り入れていくようになるのである(Bateman and Fonagy, 2016)。また同時にこの養育者との認識論的信頼は、それをベースとして広く他者へと般化されていくものでもある。つまり、養育者との認識論的信頼をベースにして、他者もまた信頼に足る社会的情報の源であろうと認識論的信頼が般化した状態が、基本的信頼感が確立されている状態であると考えられるだろう。

この認識論的信頼とは反対に、安心な愛着を持たずに養育者を信頼に足る情報源と認識できない状態が「認識論的不信」の状態である(Bateman and Fonagy, 2016)。Bateman and Fonagy (2016)は、認識論的不信の状態にある人は「話し手の動機を悪意あるものとして想像する。そのような人は新しい情報に抵抗するようになり、頑なで、強情で、残忍にすらなるかもしれない。何故なら彼らは話し手からの新しい情報を深刻な疑念を持って扱い、それを内在化することはないからである(すなわち彼らはそれに合わせて自分の内的精神構造を修正するということはしないだろう)」と述べている。それ故に、外傷的育ち(崔, 2016)などにより認識論的不信が前面に出ている境界性パーソナリティ障害の人は、他者からもたらされる情報や特性を信頼することもないし、またその情報や特性を取り入れ、内在化することもない。これにより彼らに変化する可能性は閉ざされてしまうことになる。そしてこの認識論的不信の感

覚もまた般化されるものである。外傷的育ちとは、崔（2016）によれば、虐待やネグレクト、過度な支配や制限、自主性の剥奪など、心に傷を負うような養育体験のことを指し、メンタライジング能力が十分に育たない養育体験のことを指す。こうした過酷な養育体験に日常的に晒されてきた人にとって、人とは基本的に信頼に値しないものである、という感覚が支配的になっていることだろうことは十分に想像できることだろう。そしてこれが基本的信頼感が乏しいとされる状態であると考えられる。

こうした点から考えると、メンタライゼーションの観点から見た治療同盟とは、患者が治療者に安定した愛着関係を持ち、それを基に治療者に対して認識論的信頼を抱いている状態であると考えることが出来るだろう。この認識論的信頼があって初めて患者は治療者のメンタライジング能力という特性を己のものとして内在化し始めることが出来るのである。またこの認識論的信頼や認識論的不信の状態が精神分析の文脈においてどのような影響をもたらすかを考えると、それは治療者からもたらされる情報、すなわち解釈が患者にとって利用可能なものと思えるかどうか、ということに関わってくると言えるのではないだろうか。思い出されるのはFreud, S (1913) の「私たちはいつ患者に何かを伝えることを始めるべきなのか、患者に湧き起こってきた考えの隠れた意味を彼に明らかにし、分析の基礎的前提や技法の手続きへと彼を導き入れるのはいつなのか」「十分に効果的な転移が患者のなかに確立する、つまり、患者とのあいだに適切な調和的關係＜rapport＞が築かれるまでは待たねばならない、と。患者に治療、および医師という人物に愛着をもたせることは、やはり治療の最初の目標なのである」という自問自答である。認識論的信頼があって初めて患者は治療者からの介入を受け入れられるという示唆は、既にFreud, Sの発想に見出されていたのかもしれない。

ちなみにメンタライゼーション理論は、精神分析の文脈から考えると英国自我心理学派の発

展（池田，2013）であると考えられる。そして筆者は以前に、心的表象論（Sandler and Rosenblatt, 1962）の観点から考えたとき、表象を形成する能力としてのメンタライジング能力の発達、心的過程が制止した状態（Fonagyら，1993）からの回復を図るMBTは精神分析の実践であると言えるかと結論付けている（東，2018）。ではこの認識論的信頼や認識論的不信の状態を心的表象論の観点から説明するとどうなるだろうか。

狩野（1995）によれば、心的表象とは「記憶痕跡を心的に組織化したもの」で「体験のプロトタイプ」である。この点から考えれば、認識論的信頼が十分な状態、基本的信頼感の獲得できている状態というのは、養育者との安心な愛着関係の中で築かれた良い対人関係の表象が対人関係体験のプロトタイプとなっている状態と言えるだろう。反対に養育者との安心でない愛着関係、怯え脅かされるような養育関係の中での対人関係の表象が対人関係体験のプロトタイプとなってしまっている状態は認識論的不信の状態だと考えられるだろう。このように考えると、Freud, S (1912) が「友好的もしくは情愛に満ちていて意識にのぼりうる感情の転移」と呼んだ方の陽性転移とは、この対人関係全般に般化し得るプロトタイプとしての表象、認識論的信頼が優勢な表象が投影されていると考えることが出来るかもしれない。そしてその逆、認識論的不信が優勢な表象が投影されているであろう場合ももちろんあり得る。このように考えると、その歴史に反して、治療同盟を再び転移の文脈へと立ち戻って語る事が出来るかもしれない。

## 7. 治療同盟を構築する方法としてのMBT

そしてBateman and Fonagy (2016) は、この認識論的信頼の議論と照らし合わせつつ、MBTの治療初期で最も重要なものとして患者の認識論的信頼を増進させることを挙げており、これを「他のどんな名前でも呼ばれようと治



療同盟」であるとしている。さらにそのための方法として、MBT初期の取り組みの例を7つ要約した。その7つとは、①アセスメント過程の早期に共同でフォーミュレーションを作り上げること、②患者自身の例を用いてメンタライゼーションの脆弱性を見極めること、③患者の症状と成育史の観点から診断について話し合うこと、④愛着パターンとそれが現在の関係性の中でどのように再現されているか描き出すこと、⑤患者は導入段階に取り組むこと、⑥問題に対する発達の物語を確立すること、⑦治療が患者にとって大事なことに関連するものとなるように、患者に関係する目標を共同で取り決めること、以上の7つである (Bateman and Fonagy, 2016)。MBTでは治療の初期段階でこの7つに取り組むことで、患者は治療者が伝えていることが自分に関するものであること、自分が個人として認識されていることを理解し始め、これによって患者の認識論的不信、警戒心が減少していくとされている (Bateman and Fonagy, 2016)。

筆者なりにこの7つの取り組みの勘所を挙げるとするならば、これらが患者と治療者との共同作業によって、しかも患者自身が理解できる形で作り上げられているということが重要なだろう。患者自身が自分の問題について自分で理解できるように、ということは、MBTの黎明期の頃から重視されていた点である (Bateman and Fonagy, 2006)。当時から、例えば患者にもわかるような短いアセスメント、フォーミュレーションのレポートを共同で作成するなどの取り組みはなされており、この取り組みは崔 (2016) の中でも紹介されている。

そしてこの患者自身が自身について理解できるようにという取り組みは、遡れば再びFreud, S (1912) に、ねずみ男との症例にそれは見出される。Quinodoz (2004) が指摘するように、Freud, Sはねずみ男自身が自分について理解できるように症状の意味を発見し葛藤の意味も踏まえて再構築して共有することで、ねずみ男との間に治療同盟を築いたとされている。Freud,

Sのこうした取り組みがねずみ男との間で治療同盟という形で結実したのは、メンタライゼーションの観点から考えれば、ねずみ男が自分について理解できるような説明をされ、それによってFreud, Sの伝えていることが自分に関係しているものであると理解し、個人として認識されていると感じたことで、ねずみ男がFreud, Sに対して認識論的信頼を抱いたから、と考えることができるだろう。

認識論的信頼が触まれた状態、認識論的不信は自身への尊重がなく、自身が蔑ろにされてきた中で構築されてきてしまったものであると思われる。そうであるならば、その状態から認識論的信頼を再び増大させるには、何よりも患者自身を個人として尊重しなければならず、しかも尊重されているということを患者自身が認識できなければならない。その意味でこうした認識論的信頼、治療同盟を構築するための作業は患者と共有できる意識的な領域で行われる必要があると思われる。こうして治療者が患者を個人として尊重し、患者自身がそれを感じされ、そして治療者が自分と対等で協働的な関係にあると理解できる中でこそ、治療同盟は構築されて行くものと考えられるだろう。

## 8. おわりに

以上、筆者はメンタライゼーションの観点から見た治療同盟の性質と、それを構築するための方法論について検討してきた。臨床家の働く現場が多様化してきた現代において、治療同盟を構築することが難しい患者と接する機会は確実に増えているのではないだろうか。そもそも自ら望んで治療場面にやって来たのではない患者、クライエントと、それでも治療関係に入ることを余儀なくされる現場で働く臨床家も数多いことだろう。それでなくとも現代の臨床現場ではパーソナリティ障害を有する患者、クライエントと会う機会も多いと思われる。そうした中で、治療同盟を持って当たり前ではなく、治療同盟を構築することから関係を始めて

いくための方法論としてのMBT, メンタライゼーション臨床の観点は, 学ぶものが多いだろうと筆者は考える。

本論で取り扱ったのは, 治療関係初期の, しかも意識的な側面における治療同盟についての検討であった。一方で, Greenson (1967) が治療抵抗として利用される可能性に言及し, またSandlerら (1992) も指摘するように, 治療同盟には無意識的な側面も存在する。一見治療同盟が組めているように見えても, その実その関係が真の精神分析的作業にはなっていない, あるいはその治療関係が何らか他の目的のために使用されていたという場合も多く体験される場所である。Sandlerら (1992) はこうした治療同盟を指して「偽同盟pseudo-alliance」と呼んでいる。これらは治療関係が開始されてし

ばらく経ってから治療関係の一部として立ち現われて来るものであるとされ, そういった意味で治療同盟は静的なものでなく, 関係の進展に応じて変化していく動的なものである。このように考えると, 現在「治療同盟」という言葉と「作業同盟」という言葉は大きな区別なく使われているが, 「偽同盟」という治療同盟ではなく本当の意味で精神分析的な作業に取り組むための同盟という意味で「作業同盟」という言葉を「治療同盟」とは区別して使うということがあってもよいかもしれない。そしてこうした動的な治療同盟というものも含めて, メンタライゼーションの観点から治療同盟を捉えていくという試みも不可欠だろうと思われ, これは今後の課題である。

#### 参考文献

- 東 啓悟 (2016): メンタライゼーションの心理学. 精神療法. 42 (3), 38-43.
- 東 啓悟 (2018): MBTは精神分析の実践と言えるのか? 臨床心理学研究——東京国際大学大学院臨床心理学研究科. 18. 63-77.
- Bateman, A. and Fonagy, P. (2006): Mentalization-Based Treatment For Borderline Personality Disorder—A Practical Guide. Oxford University Press.
- Bateman, A. and Fonagy, P. (2016): Mentalization-Based Treatment For Personality Disorder—A Practical Guide—. Oxford University Press.
- Brenner, C. (1979): Working alliance, therapeutic alliance, and transference. Journal of the American Psychoanalytic Association. 27 (supplement): 137-157.
- 崔 炯仁 (2016): メンタライゼーションでガイドする外傷の育ちの克服——<心を見わたす心>と<自我境界の感覚>をはぐくむアプローチ——. 星和書店.
- Erikson, E. H. (1950): Childhood and Society. W. W. Norton (仁科弥生訳 (1977, 1980): 幼児期と社会 1, 2. みすず書房).
- Fonagy, P., Moran, G., Edgumbe, R., Kennedy, H., Target, M. (1993a): The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. Psychoanalytic Study of Child 48, 9-48.
- Freud, S. (1909): Notes upon a case of obsessional neurosis. In S.E.10 (藤山直樹監訳, 中西摩衣ら訳 (2017): 強迫神経症の一症例についての覚書. フロイト症例論集2. 岩崎学術出版社).
- Freud, S. (1912): The Dynamics of Transference. In S.E.12 (藤山直樹監訳, 澁木尚子訳 (2014): 転移の力動. フロイト技法論集. 岩崎学術出版社).
- Freud, S. (1913): On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psycho-analysis, I). In S.E.12 (藤山直樹監訳, 小澤和輝訳 (2014): 治療の開始について (精神分析技法に関するさらなる勧め I). フロイト技法論集. 岩崎学術出版社).
- Greenson, R. R. (1965): The Working Alliance and the Transference Neurosis. Psychoanalytic Quarterly. 34, 155-181.
- Gabbard, G.O. (1994): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press. (権 成鉉訳 (1998): 精神力動的精神医学——その臨床実践 [DSM-IV版] ——①理論編. 岩崎学術出版社).
- 池田暁史 (2013): 愛着理論とメンタライゼーション. 精神分析研究. 57 (1), 12-21.
- 狩野力八郎 (1995): 心的表象論. 狩野力八郎 (2009): 方法としての治療構造論 精神分析的心理療法

- の実践. 金剛出版.
- 狩野力八郎 (2002): 重症人格障害の臨床研究——パーソナリティの病理と治療技法. 金剛出版.
- McWilliams, N. (1994): *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press (成田善弘監訳 / 神谷栄治, 北村婦美訳 (2005): パーソナリティ障害の診断と治療. 創元社).
- 妙木浩之 (2010): 初回面接入門 心理力動フォーミュレーション. 岩崎学術出版社.
- Quinodoz, J.M.(2004): *LIRE FREUD: Decouverte chronologique de l'oeuvre de Freud*. Presses Universitaires de France.(福本 修監訳(2013): フロイトを読む 年代順に紐解くフロイト著作. 岩崎学術出版社).
- Sandler, J., Rosenblatt, B. (1962): The Concept of the Representational World. *Psychoanalytic Study of Child*. 17, 128-145.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1992): The patient and the analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process (藤山直樹・北山 修監訳 (2008): 患者と分析者 精神分析の基礎知識 [第2版] : 誠信書房).
- 牛島定信 (2002): 治療同盟. 小此木啓吾編 (2002): 精神分析事典. 岩崎学術出版社.
- Zetzel, E. R. (1956): Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*. 37, 369-376.