

子ども対象メンタライゼーションに基づく治療と親子並行面接

～ 親子並行面接をメンタライズする ～

石谷 真一

(神戸女学院大学大学院人間科学研究科)

はじめに

境界性パーソナリティ障害（以下、BPDと略す）の治療としてその有効性が実証されているメンタライゼーションに基づく治療（MBT；Mentalization Based Treatment）は、パーソナリティ障害を越えて多様な臨床群への適用が試みられている。その一つに、子ども対象メンタライゼーションに基づく治療（MBT-C；Mentalization Based Treatment for Children）がある。本稿ではその概略を紹介するとともに、日本の大学の心理相談室等で広く行われてきている親子並行面接との相違点を取り上げ検討する。子どもと親を対象とした心理臨床実践の初学者とそれを指導する者にとって、自分の心理臨床の学びと教育を振り返る機会になればと考える。なお、以下に概説するメンタライゼーションについては、引用したもの以外に、既に幾冊かの概説書が邦訳されており、それらを参考にしている。またMBT-Cの概説は、Midgley, N., et al. (2017) による *Mentalization-Based Treatment for Children*. (American Psychological Association) に基づいている。

1-1 メンタライジングとメンタライゼーション

メンタライゼーションとは、「メンタライジングが達成されるプロセスや達成された状態、その結果としてのメンタライジング能力などを指す」（上地 2015, p.2）言葉であり、メンタライジングの定義を先に述べる方が良い。Fonagy, P. とその共同研究者たちが提唱しているメンタライジングとは、簡潔に言えば、心で心を思うこと holding mind in mind、「ある行動の背後にある精神状態に注意を向け、それを認識すること」（Allen et al., 2008）である。その際、注意を向けるのは自己の精神状態と他者の精神状態の両者であり、これはメンタライジ

ングが特に関係場面で生じるトラブルの背後で働いている当事者の精神状態に注意を向けることに重きを置いていることにもつながる。言い換えれば、自分自身をその外側から、他者をその内側から眺めることも言える。メンタライジングの定義でもう一つ欠かせないのは『誤解を理解すること』である。精神状態とは現実そのものではなく、現実の表象であるという『表象性の感覚』がメンタライジングには不可欠とされる。我々は常に誤解する可能性があり、あくまで「私」が受け止め、感じ取ったものに過ぎないという認識が常に必要とされるという意味である。

メンタライジングの概念の起源を、Fonagy らは、精神分析と愛着理論に求めている。精神分析、特に英国の対象関係論学派では象徴化 symbolization という概念を重視する。患者の象徴化機能の程度により、患者の病理の重さや治療の方針が異なってくるからである。Fonagy はこの象徴化の概念から複雑な精神分析学の含みを取り去る意味でメンタライジングという用語を用いたと述べている。また、メンタライジングは愛着を土台に発達するのであり、養育者のメンタライジング的関わりが欠かせない。その意味でメンタライジングは関係を通して培われる心の働きであり、養育者のメンタライジング機能を内在化させたものとも言える。メンタライジングと感情の調整および注意の統制とは表裏一体の関係にある。両者によってメンタライジングの余地が心に生じ、メンタライジングがさらに行動の統制を促進するからだ。愛着は感情の調整および注意の統制をまさに促進するという意味でも安定した愛着はメンタライジングが育つ培地なのである。

1-2 メンタライジングの未発達あるいは機能不全

メンタライジングは様々な不全や逸脱に陥るが、それはメンタライジングの欠損あるいは未発達を一方の端、一時的かつ局所的なメンタライジングの破

綻や失調をもう一方の端とするスペクトラム上に位置付けられる。メンタライジングは養育者との愛着形成的関わり合いを中核として育ちを通して獲得されていくものなので、発達途上の児童や青年の場合、年齢相応のメンタライジングの発達を念頭におき、遅れや逸脱を定式化していくことが求められる。Fonagy らは、メンタライジングに至る以前の認識モードとして、3つのモードを挙げている。これらは一度メンタライジング能力を獲得した大人であっても、精神病理や強い情緒的ストレス下でメンタライジング能力が慢性的あるいは一時的に破綻する場合にも生じうる。それゆえ、これらのモードが持続的に極端な形で現れる時は、メンタライジングの発達途上にある幼児でない限り、問題のあるメンタライジングと見なさねばならないであろう。3つの非メンタライジング・モードとは、心的等価 psychic equivalent モード、ふりをする pretend モード、そして目的論的 teleological モードである。心的等価モードでは現実と心で思うことの境界が失われる、すなわち表象性の感覚が失われ、自分が思い考えたことが全て事実となり、現実が歪曲される。ふりをするモードでは、現実と心で思うことにつながりが失われる、すなわち現実を無視し空想的、抽象的、観念的な見解に没入しがちになる。目的論的モードでは、現実からのみ心は捉えられ、しかも精神状態は、現実（の行動）から後付的に推論的にのみ関係づけられるに過ぎない。このモードでは言わば現実（行為）が全てであって、行為とは別の独立した精神状態は認めがたい。

これらの3つのモード以外にも、いくつかの問題のあるメンタライジングと言える認識モードがある。メンタライジングが発達する土台たる愛着形成に大きな問題を抱える子どもや大人は、他者からの情緒的働きかけを自分にとって助けになるものと認識することがそもそも難しい。Fonagy らはこれを認識的過剰警戒 epistemic hypervigilance、あるいは認識的不信 epistemic mistrust と呼んでいる。こうした子どもや大人は上記の認識モードのいずれかが優勢で支配的になり易いが、同時に働きかけてくれる他者のメンタライジング機能に強い付加をかけ、その結果、相手もまたメンタライジングの機能不全や破綻が生じ、相手との関係が悪化しやすい。

子どもや青年と親との間でこうした悪循環が生じやすい。この悪循環に陥ると親は子どもの行動にのみ焦点を当て、その背後にある子どもの精神状態には目を向けなくなってしまうことがある。そして問題行動は子どもの生来の特性とされるか、あるいは子どもの外的状況に原因があるとされる。これは凝り固まったメンタライジング concrete mentalizing と呼ばれる。一方、認識的不信の強い子どもや大人の中には、一見すると高いメンタライジング能力を獲得しているように見える者もいる。しかし彼らは他者への真の関心や共感に欠け、他者を操作するために他者の心を読んでいるに過ぎない。これは偽のメンタライジング pseud-mentalizing と呼ばれる。あるいは、精神状態を過剰解釈したり、複雑な推測を過剰に重ねる、過剰なメンタライジング hypermentalizing と呼ばれる逸脱もある。

1-3 メンタライジングと精神疾患

メンタライジングの概念及びメンタライジングに基づく治療は上述したように、BPD の治療に端を発するが、メンタライジングの欠損、未発達、（一時的な）破綻、あるいは多様なメンタライジングの機能不全や歪みは、数々の精神疾患に遍く見出される。それゆえ、精神疾患の原因をメンタライジングに求めるとか、問題のあるメンタライジングを修正することで様々な精神疾患を治癒できると言っているのではない。しかし多様な精神症状や行動上の問題にメンタライジングの機能不全が不可分に関わっており、社会・対人関係面の適応困難や問題を増幅させ、あるいは患者やクライアントの治療やサポートを試みる者との関係を混乱させる重要な要因となっていると考えられる。したがって患者やクライアントの、場合によってはその関係者の、メンタライジング能力を評価し、メンタライジングを促し修正する介入によって、症状そのものの速やかな解消・改善には至らなくとも、症状に取り組みやすくし、二次的に生じる併存症状を防止し、患者やクライアント自身の健康へと向かう内的資源や関係者のサポートを十全に発揮させることを、大いに期待できる。

とりわけ幼児・児童や青年の内在化あるいは外在化された問題に関しては、メンタライジングに基づく治療が有効である。その理由の一つは彼らの呈す

る問題の多くが、不安定な愛着や関係性のトラウマに深く関連した注意の統制困難や感情の調整困難と、それらをさらに助長させてしまう養育関係での非メンタライジング的対応によって特徴づけられるからである。もう一つの理由は、児童・青年期はメンタライジングが発達時期であり、メンタライジングを促進する介入が功を奏せば、児童・青年自身が問題を把握し取り組む自助努力を向上させることが期待できる。それゆえ、彼らへの治療的介入は、児童・青年に対してのみならず、養育者・家族に対しても為されるのが望ましい。後述する子どもを対象とするメンタライゼーションに基づく心理療法もまた、その意味で養育者の治療への参加を前提としている。

1-4 メンタライジングに基づく心理療法とは？

その狙いと治療の焦点

メンタライゼーションに基づく心理療法とは、何か具体的で規範化された技法というよりも、むしろ態度や姿勢、構えといったものとして理解するのが望ましい。基本的な姿勢としてはじめに、セラピストの構え stance がある。これはおおよそ心理療法の一般的な姿勢と矛盾はしない。受容、共感、支持的、判断を保留しクライアントに敬意をもって臨むこと、そうした態度が真実であり本物であること、クライアントに対し応答的で、適切な場合には自己開示もする、等である。その上で、言動のみではなくその背後の心（感情や考え）に関心を向けていること、心の内側に好奇心を持ち無知の（探求的）姿勢を維持すること、常にセラピスト自身が誤解をする可能性を心に留めておくことが、中核的姿勢である。これをメンタライジング的構え mentalizing stance ともいうが、その独自性は、セラピストが、クライアント及びセラピスト自身の志向的精神状態 intentional mental states を好奇心をもって理解しようとすることを、特に重視している点である。そこには相手（と共に自分自身）の精神状態を知ること、相手（そして自分自身）との関係がいつそう良いものになるという希望がある。これが認知的信頼である。

メンタライゼーションに基づく心理療法の狙いは、クライアントのメンタライジングを促進すること、それが未発達であれば育て、何らかの理由で歪

曲や機能不全に陥っているならばそれを修復することである。もちろん、クライアントの主訴や来談に至った心理・行動上の問題の修正や緩和に取り組みないわけではない。しかしそれらの定式化は、上記のメンタライジングの未発達、不全や歪みと結びつけて為される。その上で後述するように、セラピーの目標をクライアントに理解できる一般的な表現で短く文章化して、クライアントと共有する。これもメンタライゼーションに基づく心理療法の特徴であるが、問題をどのように理解し、何を目指して共同作業を行うかについて、できうる限りクライアントと共有し合意を得たうえでセラピーを開始するのである。このようにセラピーの過程を透明化しクライアントとの共同作業を進めるという姿勢も、セラピーの全過程で一貫している。

メンタライゼーションに基づく心理療法の特徴として最後に取り上げる点は、時間制限式のあるいは短期療法であるという点である。もともとメンタライゼーションに基づく心理療法は、入院しているBPDの青年に対するグループセラピーなどを含む一連の治療の一環として発展してきた。それゆえ無期限にセラピーを継続することは想定されていない。そのため、クライアント本人あるいは養育者や関係者がメンタライジングのエッセンスを習得し、セラピー終了後も自分自身でまた重要な他者との関係の中でメンタライジングを継続していけることを目指している。したがって養育者・家族のセラピーへの参加、関係者との連携は不可欠である。その意味では、心理教育的であり、家族療法的でもある。このように書けば、不完全で中途半端な治療に聞こえるかもしれない。しかし回数を限ることはクライアントと養育者が高い動機を維持して主体的に治療に取り組むことを促す効果がある。さらにはクライアントと養育者を自立し独立した存在と見なし、治療者あるいはセラピーへの過度の依存を避けることにもなるだろう。

2-1 子ども対象メンタライゼーションに基づく治療

時間制限式 time-limited の子どものためのメンタライゼーションに基づく治療 (Mentalization Based Treatment for Children、以下 MBT-C と略記) は、5歳から12歳くらいの子どもの対象とした、

週1回の頻度の12回の連続セッションを基本とする親子並行面接法である。先述したように、子どものメンタライジング能力を育て拡張することを主要な目的とするこの心理療法の特徴は、特殊な技法よりも基本になるメンタライジング的な構え・態度にこそある。MBT-Cはその構造、プロセス、アセスメント、治療契約、介入、効果の評価等、全てが一貫してこの目的に資するものとなっている。

上記の年齢の子どもと養育者であること以外に、治療の対象から除外する特定の疾患があるわけではないし、特定の問題をもつ子どもに特化されてもいない。短期療法であることから、呈している問題の完全な解消を期待できない場合もある。そのような場合、MBT-C終了後に回数を限定しない心理療法機関への紹介もありうるし、12回のセッションを最大2度まで延長すること（つまり36回のセッションまで）が認められている。その場合は12回のセッションを経た上で、クライアントと養育者にそれぞれのセラピストが一同に会してそれまでの治療の評価を行い、追加セッションの必要性については合議の上で決定する。

子ども担当セラピストは通常、プレイルームでプレイセラピーを行う。プレイに関する考え方は基本的に一般的なプレイセラピーのそれと変わらない。すなわち、プレイは否定的な感情を調整しストレスを低減する。プレイは大きな人生上の出来事を心理的に代謝するのを助ける。プレイは新たな情報を情緒的にも認知的にも統合する。プレイは新たな行動や解決を試す場を提供する。プレイは空想を刺激し、創造性を涵養する。プレイは共感性の発達を促す。そしてプレイはメンタライジングの発達を促す等である。

MBT自体は愛着理論と共に精神分析療法を土台に作り出されたものだが、心の内面を全く考慮に入れない極端な行動療法以外は接ぎ木可能なジェネリックであるように、MBT-Cのセラピストもセラピスト自身の臨床的指向性に基づき、認知行動療法的でも来談者中心療法的でも、あるいは家族療法的でもありうる。ただし子どもへのメンタライジング的な構え・態度を失すれば、その他の点でMBT-Cの外的構造にいくら従おうとも全く異なるものになる。以下、MBT-Cの概略を紹介する。

2-2 アセスメント段階（3、4回のセッション、これは12回のセッションには含めない）

MBT-Cでは、子どもの呈する問題を子どもと親・家族との関係の中に埋め込まれていると考える。少なくとも関係性で生じる齟齬と子どもの問題は無関係ではないと考える。そしてこの齟齬には子どものみならず親・家族のメンタライジングの未発達や歪みが関連しているとする。先述した通りMBT-Cの狙いは子どもと親のメンタライジング能力の向上にあるので、このアセスメントの目的は、子どもと親・家族のメンタライジング能力の強み・弱みを評価することと、メンタライジングの機能不全が子どもの呈する問題とどのように結びついているかを査定することにある。そのため、アセスメント段階の初回は親子合同で行われる。しかもいきなり主訴を取り上げるのではなく、様々な家族紹介ゲームなども利用しながら遊戯的な雰囲気のもと、普段の親子・家族のコミュニケーションのあり方を観察し、コミュニケーションに表れるメンタライジングの特徴を把握しようとする。

その後、一般的には親子が分かれて別室で2、3回の並行面接を行う。子どもの面接は通常プレイルームを用い、部屋に用意された人形等のおもちゃを用いた自由遊びを介した関わりの中で、子どもの黙示的・明示的両面でのメンタライジングの能力と強み・弱みなどの特徴、注意の制御、感情の調整を査定していく。ただ子どもを自由に遊ばせるのではなく、面接者は子どものメンタライジングの潜在力を捉えるべく、必要であれば、ある程度構造化された方法で積極的に問いかけることもある。子どもが行動ばかりでなく、その背後にある気持ちや考えにどの程度またどのくらい精緻に思いを巡らすことができるのか、自他の気持ちや考えを異なるものとして推測できるか、複数の気持ちや考えを人形や言葉を用いて区別したり関連付けたりできるか、さらに、自他の間で生じた出来事や経験を気持ちや考えの観点から人形や言葉を用いて振り返りナラティブにまとめ上げることができるか、等々である。評価の基準としては、子どもの省察機能尺度等も参考にされる。

親面接も、親自身のメンタライジング能力のアセスメントが最大の目的であるが、来談に至った親自

身の労苦を労い、直面している困難に対する共感と支持が優先されることは言うまでもない。親のメンタライジングの不全には、子どもの言動によって触発された、親の生育歴に伴う個人的な情緒・関係面での困難が関連していることがほとんどであるが、それを親面接の中心とすることはない。子どもとの関係を困難にしている要因の一つとして、それを自覚し、子どもとの関係、子どもの問題にどのように影響しているかを省察することに MBT-C の親面接は限定し、場合によっては個人面接を紹介する。ただし親のメンタライジング能力を左右する重要な因子に親自身の愛着表象があるので、それをメンタライジング能力の査定と共に面接関係の中で把握することは重要である。

アセスメント段階の最後に再び親子合同面接を行う。親子それぞれの担当面接者が同席し、面接者がアセスメントの結果定式化した子どもの問題についての理解を、親子にわかる言葉あるいは簡単なストーリーで伝える。これは一方的な解釈の伝達ではなく、面接者と親子がそれについて話し合うことが重要とされ、定式化のやり直しもありうる。さらに今後セラピーを続けるなら、何に焦点を当てて取り組んでいくか（焦点の定式化）もまた平易な言葉で表され、合意される。問題の定式化もメンタライジングの観点を盛り込んで為されるが、焦点の定式化はいっそうメンタライジングを促進するような刺激性のある探索的な（あるいは謎かけ的な言葉（タイトル）が望ましい。両者とも親子が理解し合点がいくものであることが必須なので、アセスメント段階で子どもや親が表現したものが取り入れられると良いだろう。当然、こうした話し合いの中で、メンタライジングの説明やそれを伸ばすことで主訴となる問題にも効果があることを説明することも欠かせない。また焦点の定式化とは別に、セラピーの目標も合意される。目標は親子の動機を高め、セラピーを評価する上で欠かせない。ただしあまりに実現困難な、また抽象的過ぎたり行動的過ぎたりする目標は望ましくない。以上を面接者と親子の間で十分に話し合わせ合意された後、セラピーが開始される。この合同面接は、MBT-C の終了時、あるいは再度12回のセッションを行うかどうかの判断をする際（8回目のセッション後）にも持たれることになる。

2-3 MBT-C の12回セッション

MBT-C は一般的なプレイルームでプレイセラピーのセッションが持たれるが、特徴的なアイテムとしてカレンダーとセラピー箱が導入される。いずれも一人一人の子どものために用意されるもので、子どもはカレンダーによって自分のセッションが何回行われ、後何回残っているかを自覚できる。セラピー箱については特に説明は為されていないが、精神分析的な子どもの心理療法では一般的に用意されるもので、子どもがセッションの中で書いたり作ったりしたものを保管しておくための箱と思われる。

MBT-C では一応最初の3回の開始段階、続く4～8回の中間段階を終えた後、振り返り面接が行われ、12回でセラピーを終えるのか、さらに追加でセッションを行うのかを、親子合同面接によって決めることになっている。12回で終了することを合意したのなら、残る4回のセッションは終結に向けての作業に取り組むことになる。開始段階では子どもと治療同盟を結ぶことが第一の目的となるが、それは、子どもが表現する情動に共感的な波長合わせを行い、子どもの体験している世界にセラピストは好奇心を示し、関与していくことを通して確立されていく。中間段階では子どものメンタライジング力を開発する中核的な作業に取り組むが、それは、後述する数々の技術を投入して行われる。この段階では親面接も同様に、共感的な波長合わせから次第に省察的養育 reflective parenting の様々な要素を促進させることに焦点が当てられていく。終結に向かう段階では、セラピーで学んだことを他の支持的な関係に適用することに焦点が当てられていく。

2-4 MBT-C の技法

個々の技法について述べる前に、MBT-C の治療効果は用いられる技法ではなく、治療関係の質にこそあるのであって、治療室での感情の強さや子どもの機能水準に敏感で、適切にかつ生き生きと技法を用いる能力こそが問われることを強調しておく。MBT-C の目的は子どものメンタライジングの能力を育て拡張することなので、子どものメンタライジング力を適切に査定し、その水準にセラピストが合わせることから始めることが重要である。子どもがまだ言葉や象徴的な遊びを用いて明示的なメンタライジングを行うことが困難な場合には、メンタライ

ジグの発達のための言わば土壌づくりからスタートする必要がある。そのために、セラピストは子どもがプレイルームで安心して居ることができるよう、Stern, D.の言う『共に居るあり方』を共構築しなければならない。セラピスト自身が遊び心をもって子どもの心を触発し、子どもが主体的に動き出し、イニシアティブをとれるよう、セラピストは子どものペースを尊重し、子どもの自発性を肯定し、積極的に子どもに反応したり、遊びのパートナーになったりする。中でも子どもの主体的な動きやその背後に推測される感情体験に波長を合わせた言動でセラピストが応じたり、子どもの動きそのものを描写することにも意味がある。なぜならセラピストのこうした関わりに応じて、言わばセラピストの心の目を借りて、子どもは自分の体の動きや感情の流れに気づきやすくなり、自分自身を外から見る事が可能になるからだ。

このようにメンタライジングの基礎を築くための技法としては、波長合わせや共同注意によって子どもとの心の接触を作り出す。ミラーリング（照らし返し）や子どものペースに合わせる。子どもとの相互交流でリズムやパターンを作り出す。今ここで起こっていることを描写したり名づけることで注意の制御や自己知覚を高める。子どもの行動とそれによる結果を結びつけることで子どもの志向性を促す。セラピストが誇張してあるいは少なめに振る舞うことで感情を調整する。限界設定を行うことで感情や注意を統制する。感情状態に名前を付けて明確化するなどがある。

子どもが年齢相応のメンタライジング力を発達させている場合でも、感情に負荷を与える出来事や経験によって、メンタライジングは容易に破綻する。また特定の領域の情緒においてのみメンタライジングの水準が低下していることもある。メンタライジングが破綻したり、機能水準が低下している時には、先述した非メンタライジング・モードに陥りやすい。

このような場合の基本方針は、メンタライジングの破綻を同定し、子どもが非メンタライジング・モードに留まるままにせず、そのことを取り上げ、セラピストとの安定した愛着関係の中で自己と他者について適応的に考えられるように介入することで

ある。そのために用いられる技法には、メンタライジングの破綻や感情調整の困難に際して支持と共感を与える。(非メンタライジング・モードに陥っている場合に)立ち止まり、丁寧に事象を振り返り、何が起きているか探索する。お話や遊びを通して精神状態を探索し、それを肯定する。(問題となっている)関係性をメンタライズし、他者の視点を取得する力や自他を分けて考える力を高める。困難な人生経験や外傷的な出来事をメンタライズしてナラティブを生み出すなどがある。

メンタライジングの破綻には感情調整の困難が必然的に伴うので、感情を省察可能な範囲内に治められるようセラピストは子どもに支持や共感、慰めを提供する必要がある。非メンタライジング・モードはメンタライジングが未発達な状態ばかりでなく、メンタライジングの退行や自己や他者の心を省察することからの逃避といった面からも見ていく必要がある。しかしこうしたモードへの介入は、'セラピストとの安定した愛着のもとで'進められるのでないと、介入自体もまた非メンタライジング・モードで子どもに捉えられてしまう恐れがある。別の角度から見ると、非メンタライジング・モードに退行あるいは逃避している場合には、既に子どもの心には愛着システムが起動している。愛着システムとは、子どもが不安や恐怖を避け安心を得るために取る、他者と共にある特定の在り方や自分自身の感情への特定の対処(あるいは調整)の仕方である。クライエントとして訪れる子どもはたいてい不安定な愛着システムが優勢であり、不適切で不適応な在り方が顕在化している。そこで非メンタライジング・モードから脱却するには愛着システム自体を省察する必要がある。しかしそのためには、知覚可能なほどに愛着システムが活性化していることと同時に、それに情緒的に触れ続けられるだけの安全感を子どもがセラピーの場で感じられなければならない。それが、'セラピストとの安定した愛着のもとで'の意味である。こうした危機的場面でセラピストが子どもと安定した愛着を築き維持できるためには、愛着システムを起動せざるを得なかった不安や恐怖、心痛をセラピストが特定し、その理解を子どもにわかる言葉で伝え返すことが大切である。これは精神分析で言うところの、'抱えること holding'や'包

容すること containment' に近い。このようにして、子どもは言わばセラピストの心の内に留まりながら自分自身を外から見ることを促されていくのである。

2-5 MBT-C における親との治療作業

子どもへのセラピーと並行して親との面接が持たれ、その目的も先述したように子ども同様、親のメンタライジングを促進することにある。具体的には、子どもの行動から子どもの経験や心を振り返る親自身の能力を回復したり育てることを助ける。特に親がメンタライジング能力を損なう葛藤場面で自分の感情や行動に気づき、それが子どもの自己調整やメンタライジングを蝕んでいることを自覚できるようにする。子どもが安全で理解されていると感じられるような親子の交流を促し、それによって子どもの動機、自己調整、基本的な自己知覚、そしてメンタライジングを高める、といったことが目指される。そのためには省察的養育 reflective parenting とも呼ばれる以下のような親の態度を育むことが重要となる。すなわち、子どもの心に優しい関心に向け、情緒的に応答することで、子どもが自分自身や他者の反応を理解できるよう助ける。子どもの行動を振り返り、それが子どもの経験や感情、そして困難に関して何を伝えているかがわかるようになる。子どもと一緒に想像を膨らませたり、冗談を楽しむ、遊べる能力を高める。たとえ子どもの心を正確には知り得なくとも、子どもの感情や考えていることを考慮しようという動機を高める。子どもが感情を言葉にし、意味のあるナラティブへと推敲することを助けられるような応答をする。子どもが独自の観点を持ち、自分とは違ったふうに経験しているかもしれないと気づけるようになる。子どもと交流している時の自分自身の感情や思考を意識し、自分の攻撃性を調整する。そして自分の感情や気分が子どもに及ぼす影響を認めることができるようになる、等である。子どものセラピーと同様に、上記の作業は親とセラピストとの治療関係の質に十分に留意し、時には治療関係に安定した愛着が成立するまで遠回りすることもないとわかない態度が求められる。上記の作業には親のメンタライジングが 'つながって' on line いて初めて取り組めるからである。そのような場合には、セラピストは基本的なメンタラ

イジング的態度で親に臨むことができるし、合同面接の場面を撮影したビデオをセラピストと共に鑑賞しながら、親子のあるいは家族の関係性についてメンタライズするといった技法も用いられる。

3-1 従来型の親子並行面接との相違

～アセスメント段階に着目して～

MBT-C を、日本において大学の心理相談室などのセラピストの養成機関で行われている親子並行面接（以下「従来型の親子並行面接」と呼ぶ）と比べるならいくつかの相違点を見出すことができる。中でもインテーク面接とアセスメントの在り方、およびセラピーの導入に至るプロセスにはかなりの相違がある。従来型の親子並行面接は、1 回限りのインテーク面接を親子別々に行い、その1回の面接の内に可能なアセスメントを行い、インテーク検討会を経て、セラピーに入るというやり方である。ここでは、インテーク面接とアセスメントの在り方、中でも MBT-C が親子合同のインテーク面接（および振り返り面接）を行う点、またアセスメント段階として3回程程度の面接を時間制限式のセラピーに入る前に行うことに絞って、検討する。

MBT-C は子どもの精神分析的心理療法をその主たる源流としている。親子合同面接でのインテークを行うこと、アセスメントのために数回の面接を行うこと等は、子どもの精神分析的心理療法と共通している。この点について鶴飼（2010）は、親子合同面接でのインテーク、数回のアセスメントをもつ意義について、以下のように述べている。アセスメントとは、子どもと家族、セラピストが一定の共通理解を目指して「主訴」のすり合わせを行い、子どもと家族のニーズを明らかにし、最善と考えられる援助を模索する過程である。子どもが親の心配や言い分を聞くことで、また子どもが自分の言い分を親に伝えることで、問題の所在が明確になり、子どもは安堵することが多い。親もセラピーに対する不信感が軽減し、安心して子どもを担当者に預けることができる。そもそも子どもの問題の改善には、子どもが日常生活を送る家庭や学校等との連携・協力が欠かせない。そのため重要な関係者がセラピーの目的や作業について共通した認識を持つべく、プロセスの要所所で子どもも含めての確認作業は欠かせない

い。こうした基本的理解は MBT-C にも通底している。また3、4回のアセスメントを行うのも、子どものみならず大人の精神分析療法にも共通している。吾妻(2018)はアセスメント無しに精神分析的セラピーを決して始めてはならないとして、その理由を次のように述べている。精神分析的セラピーは心を深く探求する、多大なエネルギーと長時間のコミットメントを要する、大変侵襲的な営みであり、気づきは痛みを伴う。ゆえにクライアントが精神分析的セラピーに適しているか、堪え得るかを慎重に判断する必要がある。平井(2018)は子どもの精神分析的な心理療法の、子どもの考える力、すなわち内省力を育むことが目的であるとして、当該の子どもがそのための心理療法に適応かどうか、どのような心理的問題を持っているか、どのような転移と逆転移が予想されるか、適切な介入の方向性は如何なるものかをアセスメントすることは極めて重要であるとしている。平井は、子どもがプレイルームでセラピスト共に自由に遊び、それをセラピストに受容されることに一定の治癒的意義は認めつつも、外傷的な経験を被り愛着形成に大きな問題を持っているような子どもには十分な助けになるのは難しいと考えている。MBT-C は時間制限式の短期療法であるが、それにもかかわらず全プロセスの4分の1にあたるアセスメント段階を設けているのは、鵜飼の言う、子どもの問題についての共通理解に至るため、親子・家族とセラピストとが合同で話し合うことが、セラピーの作業そのものにも匹敵するほどの極めて重要な治療要因となることを踏まえてのことだと筆者は考える。

従来型の親子並行面接はそもそも精神分析的な指向性をもっていないので、合同面接を行う必要もアセスメントを十分に行う必要もないのであろうか。確かにプレイセラピーのみならず、各種心理療法が紹介されている本では、セラピーの技法自体に多くの紙面が割かれている割に、アセスメントは無いに等しいほど記載が乏しい。しかしそれはアセスメントを重視していないためではなく、あまりに当たり前なので、あるいはセラピーの学派を越えて共通する部分が多いので、そこは省略されているだけではないだろうか。行動療法や認知行動療法、あるいは家族療法の立場での介入を、十分なアセスメントと

問題の定式化なしに行うのは困難だと思う。来談者中心療法に基づく遊戯療法の場合、そもそも子どもの問題に焦点化・限局化してその解決・解消を目指すのではない点に限っては、精神分析的な心理療法と共通しているが、それでも親と子に対してセラピーの説明を行わず、呈している問題について何らのアセスメントも行わずに、如何にして来談者中心足り得るのだろうか。

3-2 親子合同面接が避けられるわけ

～個人的経験から～

では、どうして日本においては従来型の親子並行面接がかくも踏襲されているのだろうか。なぜそれを修正できずにいるのだろうか。親子合同面接をなぜ避けるのか、そしてアセスメントをなぜ十分に行わないのか、の二点について、特に大学の心理相談室というセラピストの養成機関であり担当者は初心者ほとんどであるという事情も踏まえ、私見を述べてみたい。そもそも筆者自身がこの従来型の親子並行面接を学び馴染み長らく違和を覚えず行い、今なお院生たちに指導しているのであるから、筆者自身に問うことから始めねばならないだろう。筆者が事例を担当し始めた頃は、アセスメントとは心理テストを行い結果を分析することであるといった自覚が少なく、クライアントの問題を定式化するための理論地図も恐ろしく貧弱なものであった。子どものセラピーでも複数回使って何をアセスメントするかと戸惑っただろうと思う。あるいはそのような定式化は子どもとセラピーを続ける中で次第に醸成されてくるもので、時期尚早に不確かな定式化を行おうとした見方に縛られるのを嫌う思いもあったかもしれない。だから子どものセラピーを担当している際に、その親から、子どもやセラピーについて見解や説明を求められることを恐れていたし、もし何かセラピーのことを話せば子どもの気持ちや裏切り秘密を親に暴露してしまうように感じられていたようにも思う。振り返ってみれば、子どもは問題の当事者というより被害者であり、自分で主体的に問題に取り組むのは困難であるというように、子どもを無知、無力な存在と見ていたのかもしれない。そこで子どもと共に問題に取り組むことなど眼中にはなく、遊びによって子どもの心の傷が自ずと癒えることをたのみに、子どもが遊びに没頭できることのみ

を目指していたように思う。今思えば、筆者のセラピストとしての無知無能さを子どもとセラピーに投影し、遊びのもつ自己治癒力を過剰に理想化する反面、セラピストとして的人為を過小評価するといったスプリットを起こしていたのであり、一人前のセラピスト、すなわち大人として子どもに会っていたのではなかったと思う。

しかしそんな筆者であっても、もし最初に合同面接で当事者親子の問題に関するやり取りや見解の相違を観察していたなら、親子別々になり子どもと一対一になった際に、大人のクライアントと同じようなスタンスで子どもに会えていたのではないかと思う。つまり子どもを無知無力でも無垢な存在でもなく、問題に苦しみつつもそれについて共に考えるパートナーとして関わる部分が大きくなったのではないかと思う。もちろん子どもの遊びに共感的に従うだけでは済まなくなり、子どもを理解するための知識や応対する技術の研鑽に早急に励まなくてはならなかっただろう。アセスメントの結果を再度の合同面接で確認しなければならぬとしたら、子どもに積極的にコミットして二人の共通見解を作り出すため子どもとのコミュニケーションを強く促されただろう。セラピストにアマチュアは許されないと自覚から一人前のセラピストを目指す歩みは嫌がらうにも加速されたかもしれない。

今、筆者は指導者の側にいるが、筆者と同じ轍を今の院生たちに踏ませていないかという反省は必要だと感じる。筆者の場合、大学の相談室を出て、様々な機関で臨床活動を行う中で、知らぬ間にスタンスの変化が生じてきたので、院生たちも苦い経験を通して一人前のセラピストへと成長していくことを期待できるだろうが、学びの最初に、アマチュアではないプロのセラピーをたとえ外的形式的な面だけであっても経験することで、学びの道筋が明確になるのではないかと思う。

3-3 MBT-C のアセスメントを部分的に導入する工夫

本稿の最後に、MBT-C のアセスメントを従来型の親子並行面接に部分的に導入する工夫を考えてみたい。これは次のような臨床経験が下地になっている。親子並行であろうと個人であろうと来談するクライアントのうちの多くが、セラピーに対し両価的

な感情を抱いている。したがって、初回の面接で継続か否かの判断を迫っても答えられないのはもっともな話である。そこで、試しに数回来談してセラピーとはどういうものか実際に経験した上で続けるかどうか決めましょう、といった暫定的な作業同盟を結ぶことはとても多いのではないだろうか。このお試し期間を、アセスメントとして利用するというのが最も自然な導入だと思う。また、実際に初回面接で継続の約束を交わしたとしても、後で経過を振り返ったなら、最初の5回程度のセッションは、実際的にはアセスメントや導入のためのやり取りに終了したなどと言う事例は少なくないし、中断とされる事例の中でこの段階で来談が途絶えた場合には、セラピーに入る前に去ったと考える方が適切に思われる。

では、親子並行面接でどのように合同面接を組み入れられるだろうか。先述した鶴飼は、合同面接の前に親のみ来談してもらい、機を見て子どもに来談を誘い合同面接を実施するのを基本としている。確かに申し込み時点で親がまず来たいと希望される事例もあるから、そのような場合は鶴飼のいう手順にうまく沿うだろう。最初から親子が来談された場合には、いわゆる母子分離の前に待合室かどこかで親子の担当も含めすべて一同に会して挨拶するはずである。これを親の面接室で20分程度時間をかけ、自己紹介と施設の説明、来談動機について親子それぞれの意見を聞く程度のことをした上で、子どもはプレイルームに移動するということなら母子分離自体もスムーズにいুকかもしれない。また暫定的な継続判断はこの初回に行ったとしても、3回目のセッションを早めに切り上げて、今度は最後の20分ほどを合同面接に使って、再度問題の理解とセラピーの継続について話し合うということもできるのではないだろうか。普段、セラピールームの外で行っていることを室内で腰を下ろして行えば、比較的無理なく導入していけるように思われる。もちろんケースバイケースなので、最初は事例を選んで、あるいはセラピストが上回生で比較的経験のある場合などに限って初めて見るのでも良いように思う。

引用文献

- 吾妻壮 (2018) 精神分析的アプローチの理解と実践 岩崎学術出版社
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, W. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc. (狩野力八郎監修「メンタライジングの理論と臨床」北大路書房)
- 平井正三 (2018) 児童養護施設の子どもへの精神分析的心理療法 (平井正三・西村理晃編「児童養護施設の子どもへの精神分析的心理療法」誠信書房収録)
- 上地雄一郎 (2015) メンタライジング・アプローチ入門 北大路書房
- Midgley, N., et al. (2017) *Mentalization-Based Treatment for Children*. American Psychological Association.
- 鵜飼奈津子 (2010) 子どもの精神分析的心理療法の基本 誠信書房