

精神分析的視点を多様な臨床ケア場面の困難な事例に活かす

若 佐 美奈子

Applying Psychoanalytic Perspectives to Difficult Cases in a Variety of Clinical Care Situations

WAKASA Minako

要 旨

現代において、虐待や災害、貧困や差別体験など、トラウマを抱えて生きる人々との困難な臨床場面が増えている。多種多様な領域の臨床家が、専門家としての技術と誠意ある対応だけでは手に負えないことを実感し、さらなる手応えのある支援法を渴望している。このような視点から俯瞰した時、筆者は、精神分析に馴染みの薄い臨床家や初心者に、改めて提示できる精神分析理論と技法があると考えた。

本稿では、初めに、精神分析に関する誤解とそれらに対する説明を試みる。次に、医療における医療者－患者関係において、パターナリズムから協働意思決定（SDM）へと変革があったように、治療関係は、一方向の権威的なものから相互交流へと大きく変化した。SDMはある種の理想であり、現場の実情にそぐわないところもある。そこで、無意識を想定した精神分析理論や技法を用いて、多様な臨床ケア場面に応用可能な精神分析独自の視点や姿勢について論じた。さらに、事例を用いて、多様な臨床ケア場面の困難事例における Co-production プロセスという視点から、精神分析の知見、特にコンテイングをどのように適用するかについて論じた。

キーワード：共同創造、精神分析の応用、コンテイング、治療関係、困難事例

Abstract

Modern times have seen increasing numbers of difficult clinical situations involving people living with trauma, such as abuse, disasters, poverty, and discrimination experiences. Clinicians in a wide variety of fields have realized that professional skills and sincere attitudes are not effective, and they are eager for more effective support methods. From this perspective, the author considers psychoanalytic theories and techniques that can be presented to clinicians and beginners who are unfamiliar with psychoanalysis. Accordingly, this article first attempts to resolve certain misunderstandings of psychoanalysis. Second, the therapeutic relationship has changed significantly from one-way authoritative to mutual interaction, just as there has been a shift from paternalism to 'shared decision making' (SDM) in the relationship between medical staff and patients in health care. SDM is an ideal that does not fit actual clinical situations. Therefore, the author discusses the unique perspectives and attitudes of psychoanalysis that can be applied to various clinical care situations, using psychoanalytic theory and techniques that assume the unconscious. Furthermore, using clinical cases, the author discusses the application of the findings of psychoanalysis, especially 'containing', from the viewpoint of the 'Co-production' process in difficult cases in various clinical care situations.

Keywords: Co-production, applying psychoanalysis, containing, therapeutic relationship, difficult cases

1. はじめに ―困難な状況で共同創造を目指す―

心理臨床は、頭脳の明晰さや知識の豊富さだけでは担うことができない、全人的な営みである。病んだ人、傷ついた人のところを理解し援助するのは、やりがいがある素晴らしい仕事のように見えるが、本質的に骨の折れるハードワークなのである。この営みの苦痛や困難に驚く初学者は少なくない。心理臨床に携わる者には、クライアントの苦痛に寄り添い、職務を全うする頑強さと忍耐、そして謙虚に学び続ける姿勢が求められる。

また、臨床心理学にはおびただしい数の理論や技法がある。臨床家たちは、それらの中から、自身が拠って立つ臨床理論・アプローチを選び出さねばならない。初学者は、身近な教員が示す一定の補助線をもとに、最初の土台を作る者が多いだろう。そうして様々な臨床現場に根を下ろした中堅の臨床家は、自身が出会ったクライアントや職場の上司、先輩、同僚、様々な勉強会やコミュニティでの経験を活かし、時間をかけて、困難な事例にも対応できるように、独自に学びを深め、成長していく。

筆者は、東京大学 TIC-POC (Trauma-Informed care, Co-Production, Organizational Change) プログラム¹⁾の講師を務めた際、臨床に携わる各種の中堅専門家が、困難事例に立ち向かい、それらの問題を解決するために、精神分析の知見をも学びたいという熱意を持っていると知り、少なからず驚いた。何事にもエビデンスの提示が求められる現代社会において、「無意識」という曖昧で不可解な領域を想定する精神分析は、主観的に過ぎ、時代遅れだと揶揄されることも多い。しかし、潜心すると、極めて現代的な TIC-POC プログラムにおける Co-production すなわち「当事者と回復を共同創造できる」という目標は、医療領域において先駆的な試みでありながら、後述するように、精神分析が120年かけて洗練させてきた、治療者－患者関係に関する臨床研究の蓄積に重なるところが大きい。虐待や災害、貧困や差別体験などトラウマを抱えて生きる人々との困難な臨床場面が増えている中で、多種多様な領域の臨床家が、専門家としての技術と誠意のある対応だけでは手に負えないと実感し、一歩先に踏み込んだ手応えのある支援法を渴望している。このような視点から俯瞰してみると、精神分析に馴染みの薄い臨床家や初心者には、平易な言葉で提示し、応用できる精神分析理論と技法があるように、筆者には感じられた。

そこで本稿では、初めに、精神分析に関する誤解とそれらに対する説明を試みる。次に、精神分析理論・技法の中で、多様な臨床ケア場面において応用可能な視点や姿勢について論じる。そして、架空事例を用いて、困難事例における Co-Production プロセスという視点から、精神

1) 東京大学医学部附属病院精神神経科を中心に行われているプログラムであり、「職域・地域架橋型－価値に基づく支援者育成」をテーマとしている。我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療を提供できる優れた医療人材を養成することを目的としている、文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム」に選定されている。東京大学 TIC-POC プログラムでは、医療者やその協働者が「トラウマに配慮して支援できる」「当事者と回復を共同創造できる」「これらの実現のため組織の治療文化を変革できる」ことを目指している。

分析の知見をどのように適用するか、論じてみたい。

なお、筆者が依拠するのは現代クライン派精神分析であり、その限界があることを初めに断っておきたい。

2. 精神分析における治療関係 ―権威による恩恵から相互交流へ―

(1) 精神分析に対する誤解

精神分析は誤解されやすい(若佐, 2020)。一般人のみならず専門家ですら、クライアントの無意識に隠された秘密をセラピストが「解説」し、暴きたて、クライアントがその問題を「意識化」することによって症状の消失を促す一方的な治療法であると信じ込んでいることは珍しくない。また、深い、鋭い、厳しい、ところを読まれるといった印象が強いためか、「精神分析的な心理療法を専門としている」と伝えると、相手に身構えられることも少なくない。

Sigmund Freud がウィーンで精神分析を興したのは、19世紀の終わりである。Freud, S. が催眠療法に端緒を掴み、前額法など試行錯誤を重ねたためか、初期の精神分析は、患者が麻酔をかけられ、治療者が外科手術を施す一方的で権威的なイメージがあるかもしれない。片方(医師)だけが解決法(医療技術)を持っていて、もう片方(患者)は、それ(施術)に従い、身を委ねるというモデルである。しかし、Freud, S. が転移を発見し、Heimann, P. (1950) や Money-Kyrle, R. (1956) らが治療者の逆転移の重要性を指摘するなど、21世紀の現代までに、多くの精神分析家・臨床家による臨床研究が重ねられ、時には大論争を繰り広げながら、その理論や技法は大きく発展・変貌してきた。この120年で、精神分析技法の歴史は「外科手術」から「子育て」と言っても良いほどの大転換を遂げた。

現代において精神分析の訓練を受けた治療者は、情緒交流を重視し、患者に一方的に解釈を浴びせかけるようなことはない。解釈に対する患者の反応を綿密に観察するのはもちろん、患者の振る舞いや発言によって治療者のところに喚起された情緒や微細な感覚すら、丁寧に吟味し、患者理解に利用し、さらなる解釈を練り直す。このように、精神分析のプロセスは、多種多様なコミュニケーションのキャッチボールと相互の関係性に支えられながら、自然に展開していく。

現代精神分析の治療関係は、子育てにおける親子関係、特に乳児と母親の関係にたとえられる。親は子どもに関心を注ぎ、多彩な情動調律や情緒交流をし、子どもの快・不快の感情を受けとめて、その気持ちに思いを馳せ、意味を考え、子どものところが豊かに成長していくのを促す。子ども(患者)自身の能力や特性も発達(治療的变化)に寄与すると考えるため、片方がもう片方を一方的に治すという発想はない。

また、精神分析には、エビデンスや根拠がない、古めかしくて怪しい治療法であるかのような誤解もある。しかしながら、最近の治療効果研究において、精神分析的な治療は、他の心理療法と異なり、「治療終了後も症状指標の改善が起り続ける」現象が示され、それは「遅延効果 sleeper effect」と呼ばれている(Fonagy et al., 2015; Midgley & Kennedy 2011; Shedler, 2010)。すなわち、その場限りの対症療法的な効果ではなく、パーソナリティの深部に影響を与える性質のセラピーであることが示されている。

さらに、精神分析には、一部の富裕層がそのステイタスを利用して行う心理療法であるという誤解もある。英国では、国民保健サービス（National Health Service：NHS）で提供されるセラピーの中に、認知行動療法と並んで精神分析的な心理療法が挙げられている。重篤な心理的問題を持ちながら、貧困などを理由に適切な心理療法が受けられない場合、国が無料で精神分析的治療を提供するという福祉システムは、社会に認知されている。日本では、NPO 法人子どもの心理療法支援会（京都市）が、児童養護施設に入所していたり、発達障害を持っていたりするなどの理由で心理療法が必要な子どもとその家族に対し、寄付金を用いて、無料で心理療法を提供するシステムを構築している。被虐待児が生活する児童養護施設内で精神分析的な心理療法を行う治療者も増えている（平井・西村，2018）。このように、精神分析的な心理療法は、重篤な問題を抱えたクライアントに対して、長期的かつ専門的なケアを提供する現場で普及している。現代精神分析は、英国、米国のみならず、南米や韓国、中国、台湾などアジアにも広がり、世界中の多岐にわたる臨床領域で応用されている。確かに多大な時間と労力が求められる治療法であるが、精神分析が富裕層のみを対象にしているというのは誤解で、社会全体が、マイノリティである貧困層や女性、子どもなどの深刻な心理的問題に対して、お金をかけて本格的で根本的な治療を提供し、未来への投資に関心を寄せることにより、精神分析的な心理療法はさらに普及するのではないかと筆者は考えている。

それはさておき、以上の点から、精神分析は、過去の遺物ではなく、現代も発展を遂げ続けている学問領域および治療技法であることを示した。

ただし、精神分析家や精神分析的な心理療法家になるには、体系だった理論学習のみならず、個人分析など長期にわたって極めて高度で専門的な訓練が必要であり、誰もが精神分析的な心理療法を手軽に行えるわけではないというデメリットはある。今後、精神分析的な理解や技法に習熟した治療者が増えていくことが望まれる。本稿後半では、精神分析を学ぶ途上の臨床家が、そのエッセンスを応用して臨床に役立てる具体的な工夫について、事例を用いて述べていきたい。

（２） 医療者－患者関係の変革 ―指示から同意、そして協働へ―

上述した、心理治療者－患者関係の在り方の変化の潮流は、精神分析領域に限ったものではない。医療分野の医療者と患者の関係においても、「パターンリズム paternalism」から「コンコードダンス concordance」や「協働意思決定 shared decision making：SDM」へと大きく変動してきたことを鑑みると、20世紀から21世紀にかけて、社会における臨床の専門性の位置づけそのものが大きく変わってきたのだと言えよう。

かつて医療現場では、医者が患者の「コンプライアンス compliance」の良し悪しを評価していた。つまり、医療専門職の提示した治療計画や服薬指導を応諾し、素直に服従する患者が良いコンプライアンスを持つ「良い患者」であり、病院の規則や医師の要求や命令に従わず、自分の意思を示し、時に不安や反論を唱える患者は、コンプライアンスが悪い患者、すなわち「悪い患者」と見なされていた。彼らは、薬の副作用に対する不安、病気やその重篤さの否認、治療や薬に対する不信、良くなることへの無関心や無気力などを訴えた。

英国王立薬剤師会（Royal Pharmaceutical Society of Great Britain：RPSGB）は、1997年、このノンコンプライアンス問題の背景を調査し、服薬に関する医療従事者と患者の新たな関係の在り方として、「コンコードダンス」概念を提唱した。服薬や治療に関して、患者の考えを尊重した話し合いを行い、医療従事者と患者の双方が合意に到達するまでのプロセスを示したのである。患者と医療従事者の関係は、主従関係ではなく対等なパートナーシップ関係であるという、これまでの関係性を一変する提案である。

時を同じくして1997年、日本でも医療法が改正され、初めて「インフォームド・コンセント informed consent（説明と同意）」を行う義務が法律として明文化され、「患者の自己決定と権利優先」を尊重する潮流が主となり、医療従事者中心のパターナリズム的医療は成立しなくなった。何より近年の疾病モデルが、感染症や急性疾患から、慢性疾患や障害への対応へと大きく変化し、患者中心の医療、患者の Quality of Life を重視する活動へと流れが転換してきた影響が大きい。

それに伴い、医療者が指示を出し、患者がそれに従うという一方的な関係性ではなく、医療者と患者が話し合い、患者が納得できる医療を医療者が提供するという双方向的な関係性が目指されることとなった。現在では、診療ガイドラインにおいて SDM は欠かせない概念であり、患者と医療従事者・医療専門職が、協力して、情報や目標、責任を共有し、治療の選択を行うことは、もはや常識とされている。

（３） 協働が難しい方への援助の在り方

しかしながら、臨床経験から率直に述べると、コンコードダンスや SDM は、パターナリズムよりは有効なモデルであろうが、楽観的であり現場の実情にそぐわない面もあると筆者は思う。疾病や障害告知により大きな動揺を経験したにもかかわらず、目の前の現実に向き合い、専門家による説明と助言を理解し、冷静に判断できる人ばかりではないからである。症状の変化や人生の転機によっても、治療関係に揺らぎが生じる。特に、トラウマを持つ患者や、援助を求めることができない患者、虐待する親などは、先に挙げた、副作用への不安、病気の否認、治療への不信任感、良くなることへの無関心や無気力の程度が著しく強い。

おそらく多くの臨床家は、専門的な知識や技法を駆使し、誠意を持って対応しても、事態がますます悪化する事例や、臨床家が情緒的に巻き込まれてしまい事態が硬直化してしまう事例を複数経験しているだろう。困難な状況において「話し合う」「合意する」ことができるのは、疾病や障害に対して、拒否反応と否認、怒り、絶望などを自ら受け止め消化できる人、これらの衝撃に対して内省ができる人である。受け止めへの準備性が著しく乏しい場合、治療関係は非難や憤り、無関心によって破壊され、たちまち暗礁に乗り上げてしまう。現実に向き合えるように患者らを支え、阻害要因を丁寧に取り除いていき、協働が可能になるまで根気強く関わり続ける必要がある。しかし実際の臨床現場は、残念ながら、時間やマンパワーが慢性的に不足しており、そのような実践が可能なところは限られているため、援助者の個人的な努力に依存しているようにも思われる。

一方、Co-production を実現する Recovery college は、英国で精神保健サービスの中核的存在

となりつつあり、国際的な関心が寄せられている。Recovery college は、治療モデルではなく教育モデルに則り、その当事者を、経験に関する専門家または学生と位置付け、職業的専門家と共同で、継続的な作業（治療）計画を設計していくプロセスの実現を目指す（Shepherd, G. et al., 2017, Perkins, R. et al., 2012/2016）。Co-production 概念は、concordance の発展形として、医療者と患者の両者の主体性とプロセスが強調された概念であり、また二者の関係性にとどまらず、Recovery college のように組織化された母体、コミュニティを想定している点で、より先進的であるように思われる。我が国においても、セルフヘルプ・グループや当事者研究など、協働の形を模索する新しいパラダイムが急速に展開している（熊谷，2020）。

ただし、それらの難しさは、SDM と同じく、クライアント側が自身の意思や気持ちを明確にできない場合や、思いに反した行動や態度を繰り返す場合などにあるように思われる。この領野こそ、精神分析の知見が貢献できるところではなかろうか。苦境に向き合う準備性を持っていないように見えるクライアントに、セラピストはどのようにアプローチできるのだろうか。

（４）精神分析的視点を困難事例に適用する

現代社会で主流とされる認知行動療法は、思考や行動の癖を把握して、その歪みの修整を目指すという効率的な手法であり、現代社会のニーズに適合し、一定の成果が認められ、医療のみならず、多くの臨床現場で普及している。しかしながら、例えば、虐待など、不適切な家庭環境で育った非行少年のように、認知力（記憶、知覚、注意、言語理解、計画、判断・推論など）そのものが十分に形成されていないクライアントへの治療効果は限定的であるとも指摘されている（宮口，2019）。アタッチメントに欠損や歪みがあるクライアント、そもそも治療意欲のないクライアントが、認知行動療法をドロップアウトするケースも少なくない。

筆者は、認知行動療法が適用できなかった、あるいは認知行動療法をドロップアウトした事例を依頼される経験が度々あった。彼らは、実力と誠意を兼ね備えた医師から見ると、いわゆる「困った患者さん」であり、「時間をかけて診てあげてほしい患者さん」であった。確かに、認知領域だけでなく、非認知領域（好奇心、自制心、創造性など）やアタッチメント、そして無意識にもターゲットを広げてアプローチする必要があると実感した治療経験であった。また治療設定として、本格的な精神分析的心理療法の導入が不可能であっても、精神分析的な視点と工夫を用いることで、一定の治療成果を挙げることができた（若佐，2017）。

例えば、以下の場面は、精神分析的治療の設定および SDM を基盤にした関係性の構築が難しいものの、医療・教育・福祉・司法などのケアが必要な例である。

- ・重症の患者が、持論を繰り返し、医療者の専門的な説明や意見に耳を貸さず、「自分の身体は自分がよく分かっています。良い医師に出会えなくて困っているんです。先生こそきちんと診てくれませんか」とドクターショッピングを繰り返している時
- ・発達障害の疑いを主訴に受診した男児に対する知能検査に、母親が同席を希望し、検査中、母親が背後から「こんなこともわからないの？塾で何してたの」と、呪いのように

眩く時

- ・月1回30分の「日常生活を支える」ことを目的にした心理面接で、いつも表面的な話に終始する、うつ病の女性が、夫のDVを告白し、解離状態となった時
- ・透析を長く受けているのに、食事制限を全く守らず、「別に長生きなどしたくない」と言う中年男性に、医師の指示で、担当看護師が改めて食事指導をする時
- ・息子の自死を経験し、不眠と食欲不振、ひどい抑うつ状態が半年続いた母親。後追いの自死を恐れて父親が精神科に連れてきたが、本人は「別にこのままでいいです」と言っている時

このような例は枚挙にいとまがないが、通常、このような場面で、すかさず精神分析的心理療法を導入する臨床家はいないだろう。さりとて、落ち着いて冷静に、患者の気持ちと医療者の専門的知識をつき合わせて、ともに考え、解決法を考えられるかという点、それもかなり難しいことが多い。認知行動療法が有効な例も無効な例もあるだろう。

何らかの援助やケアを求めて援助職の前に来られる方の中に、ある一定の数、援助やケアに対する強い抵抗があったり、より良くなることへの関心のなさがあったり、むしろ、自分を痛めつけるような欲動に支配されていたり、知らず知らずのうちに他者から攻撃されるように振る舞ってしまったたりする方がいる。このようなアンビバレントな行動を、精神分析的な概念や技法、そして感受性を用いて理解することによって、接近することが可能になる事例もある。精神分析の伝統的なアプローチができない状況であっても、関係性をつなぎ、何らかの援助につないでいく工夫について考えてみたい。

3. 精神分析の設定と治療者の姿勢の基本

精神分析的心理療法は、通常、週1日以上（精神分析は週4日以上）の頻度で、本人の問題意識や治療目標は話し合われるものの、終了の時期を明確にせず、オープンエンドの形で始めるものである。患者は決まった曜日の決まった時間に面接室を訪れ、（カウチに横になり）自由連想をしたり、夢を報告したりし、治療者はそれに対して解釈をする。筆者は、スピーディで便利な現代社会だからこそ、時間をかけて自己や人生に向き合い、こころの深部と対話することの意義は大きいように思うが、やはり目に見える結果を迅速に求める消費者価値観的な需要も多く、精神分析的心理療法が提供する厳格な治療設定は好まれない傾向もある。

前田（1985）は、力動論を「人間の心身の現象や行動を無意識の世界までも含めて、力動的な因果関係の仮定のもとに理解してゆこうとする立場」と定義したが、このように、「意識の表面に現れた行動はなぜ起こってきたのか—どういう力と、どういう力が組み合わされて生じているのかと考える」という治療者の姿勢は、非精神分析的治療場面にも適用できる。

成田（2014）は、精神分析的視点を持つ臨床家が重視することとして、次の3つを挙げた。

- ①すべての人に無意識の精神生活が存在する
- ②患者が現在どのような人であるかは持って生まれた資質ばかりでなく、それまでの生活

史に大きく影響されている

- ③患者が治療者に向ける意識的、無意識的態度や感情に注目し、その由来と意味を探究し、それを患者が自己を知るために利用できるよう援助する

この3つは、極めて基本的な姿勢で、応用が可能であり、初心者や精神分析をこれから学ぶ臨床家に、まず紹介したい視点である。

①の「すべての人に無意識の精神生活が存在する」とは、先の前田（1985）と同じく、前景に現れている現象の背後で動いているものを想定するということである。私たち自身が掴みやすい意識部分は、無意識の氷山の一角である。自分自身にも捉えきれない、多くの情緒や記憶、感覚が心の奥底に眠っているのである。我々臨床家は、クライアントの語りがすべてではないことを経験的に知っている。本当につらいこと、苦しいことは、言葉にできないものである。それどころか、イメージにもしづらく、モヤモヤやイライラ、刺々しさと圧迫感といった、形にならない感覚的なものとしてしか感知しえない。特定のトラウマが存在する場合もあるが、本人自身も「これ」とははっきり示せないほど、複雑であったり曖昧であったり、明確にしようとするとしり抜けていってしまうようなものだったりもする。その感覚を、自分自身のものと感ずることすらできず、相手のものや社会や環境の雰囲気だと認識するような方もいる。だからむしろ、クライアントが語れないこと（故意に語らないことではない）の方に、より耳を澄ます必要がある。氷山の下にある膨大な苦痛や暗闇の領域のものに思いを巡らし、その方そのものに関心を持ち、ありのままの全体を理解しようとするという態度が求められる。

しかしこれは、当たり前のように、とても難しい。「傾聴」が単に「我慢して聴き続ける」こととよく誤認識されるのは、この氷山の下は無意識の様相についての理解が不十分であるからだと思ふ。「我慢」は、無意識に耳を澄ますのとは真逆であり、セラピスト側の問いを止め、「その場をやり過ごす」姿勢と等しい。一方、すべてのクライアントの話に傾聴ができると考えているセラピストも、大切な感覚を失っているように思われる。セラピスト自身にも広大な無意識の領域がある人間である以上、他者に関心を持ち続け、その感情や体験に共感するのは、容易ではない。

②について、例えば、近年、発達障害児（者）へのケアが注目されているが、発達の特性があると診断されただけではケアが十分ではないことと主題を同じくしている。確かにそのような生まれ持った資質があったとしても、その特性を、個性や能力として尊重されてきた人や困難に対する対処法を周囲とともに考えて乗り越えてきた人、はたまた皆と違っていると馬鹿にされたりしてきた人や努力不足だと叱責され続けた人では、まったくこころの持ちようが違う。自己や他者に対するイメージや信頼感も、生活史での体験の積み重ねに強く影響を受ける。同じ障害と診断された人であっても、アタッチメントを含む親や家族との関係、教育環境、人間関係の持ち方などによって、その方のパーソナリティの形成過程は大きく異なってくるのである。当然、トラウマや精神疾患を持つ方に関しても、同じことが言える。

③は、この②と深く関わっている。これから受ける心理的ケアや心理援助を、クライアントがどのように感じ、受け取るかは、このような生活史の影響によって様々な色合いに染められ、

互恵的で協力的な関係になる時もあれば、破壊的で敵対的な関係になることもあるからである。セラピストが同じように接していても、心理援助で急速に落ち着かれる方と、不穏になる方がいる。セラピストがクライアントの生活史ストーリーの登場人物として、どのような役割を与えられるかを観察していると、援助プロセスの見通しを立てやすい。

ただし「その由来と意味を探究し、それを患者が自己を知るために利用できるよう援助する」という姿勢は、精神分析的な心理療法の応用時に、強調しない方が良好だろう。先に述べた非精神分析的治療場面で、「自己を知りたい」と思っている患者はほとんどいない。自己を知るために利用できるよう援助を求められるどころか、自分や現実なんて知りたくもないと反発されることの方が多いかもしれない。心理面接で、非常に重要な発見や洞察をした翌日に、「前回、何の話をしましたっけ」とすっかり内容を忘れてしまっていたり、「私が変わりたいんじゃないんです。周りが悪いんですから」と言い募ったりするクライアントの状態に似ている。しかしながら、筆者はこの③を押しつけないことが、精神分析の応用の際に重要であると考えている。自分を知らうとしないこと、知ることを恐れていることを尊重する関わりから始めることの方が、むしろ大切かもしれない。すなわち、無意識の意識化を一旦、棚上げしてみるという試みが必要になる。祖父江（2019）も、「『自己を知る』ことは、こころの健康や成長にとっては必要なことには間違いがないのですが、そのインパクトの強さに耐えられない」人がいるとし、「境界例や発達障害などの自我の脆弱な患者群にセラピーを行うには、さまざまな工夫や配慮が必要になる」と述べている。では、どのような工夫ができるだろうか。

4. 精神分析的視点・姿勢の応用の4ステップ

困難な事例に対する精神分析的視点・姿勢の応用として、筆者は、上に述べた観点をを用いた以下の4ステップを大切にしている。いくつかの事例を混合した架空の事例を臨床ヴィネットとして挙げ、考えていきたい。

（1）Step 1 非言語表現を詳細に観察する

先に述べたように、無意識に対する意識は、氷山の一角にたとえられるが、この無意識は当然治療者側にもあるもので、簡単に見透かすことができる種のものではない。しかし、非言語表現の観察は、私たちを無意識の世界の入口に立たせてくれる。楽しそうな話題を次々展開しているのに笑顔でない人、患者は淡々とした語り口なのに治療者が恐怖で震えそうになる面接、「大丈夫です」と自分に言い聞かせるように言い、治療者の援助を断ち切ろうとする人、責められていないのに「私が悪いんです」と謝り、却って相手の気分を害するような雰囲気の人など、治療者に、矛盾や引っかかり、気まずさ、不快感や不安などを喚起させるような場面は、彼らのこころの氷山の水面付近にあるかもしれない。

【事例 A】

母親 A は、不登校の息子について「この子に期待はしていません。可愛いとも思いませんし、相談なんて無駄なんです。知能検査とかできませんか」と、スクールカウンセラーを訪れ

た。A は初めから眉間にしわを寄せて怒っており、カウンセラーは少し圧倒されている自分に気づいた。幼い頃の話の聴いてみると、A は、保育園に呼び出されて、息子の乱暴な振る舞いを指摘され「愛情をかけてあげてください」と“上から目線で助言”されたことがあったと語った。その表情に、先ほどの無関心や憤りとは異なり、悔しさとやりきれなさが滲んでいることにカウンセラーは気づいた。「愛情をかけておられたのに、まるでそうでないかのように言われて…」と言葉をかけると、A は遮るように「確かに苦労はしていました。私の愛情では足りないってことでしょう」とカウンセラーの目をじっと見た。A にとってカウンセラーは、まるで「上から目線で助言」する保育士のように体験されているようであった。カウンセラーが「今も私が、上から目線で助言するのではないかと恐れておられるようです」と伝えると、A は我に返り「相談では、私いつも悪者扱いされるので」と笑った。「それで先ほど“相談は無駄”だと仰ったのですね。でも……にもかかわらず、今日、相談に足を運ばれたのが、あなたの本当の気持ちだと思いますから、私はそれに応えたいと思います。何かお困りで来られたのではないのでしょうか」とカウンセラーは、静かに語りかけた。

相談場面に足を運びながらも「無駄」と言い切る矛盾、眉間にしわを寄せる表情、助言を聴く態度ではなく、治療者の言葉に被せるように話す話し方、威圧的な視線。どれを取っても、SDM の実現には程遠い方である。しかし、非言語表現に、涙や悔しさ、憤りを滲ませている。クライアント自身が無意識的に行うコミュニケーションの意味を、セラピストが理解しようとするか否かは大きな分かれ道である。A は、「いつも悪者扱いされる」憤りやわだかまりを言葉にして初めて、なぜ自分がこんなに相談場面にイライラしているか、何らかの気づきを得たようである。この1回でAの気持ちが生変することはないだろうが、無意識の中にある「援助を求める」気持ちに焦点を当てることも可能かもしれない。このように、「上から目線」を忌避し、憎む気持ちを見つけ出し、話題にすることは、今後の面接に有効となる。気づかぬうちに反復している対人関係の型紙を俎上に載せ、変化の端緒につなげようとするのは、精神分析の技法の1つである。

（2） Step 2 こころのはたらきの水準とパーソナリティをアセスメントする

「とにかく会って話を聴いていこう」「一生懸命聴いていけば何とかなるだろう」と、何の方針もなしに心理援助を始めるのは危険である。

先のAの例では、カウンセラーの解釈「今も私が、上から目線で助言するのではないかと恐れておられるようです」に対して、「私いつも悪者扱いされるので」と笑う反応から、現実検討が可能な方だと分かる。自分自身の苦労や努力と、専門家の立場にいる他者の“上から目線”的言動のギャップに不満を感じたことを、自嘲気味ではあるがセルフモニタリングしているからである。「私だけがいつも不難されて不公平。親切そうに見える人は皆、敵です」などと、被害意識が強く、修正できなかつたり、治療者の意見を曲解したりするような場合は、自我機能が脆弱な方だと考えてお会いした方が役に立つことが多い。

現代クライン派精神分析には、Paranoid-Schizoid (P-S) ポジションと Depression (D) ポジ

ションという考え方がある。詳細は、精神分析の文献を参照していただくとして、ここでは、こころの態勢として大きく2つのものを想定し、P-S ポジションはより原始的なこころの動き、D ポジションは高度でアンビバレントにも耐えうる健康なこころの動きとしておきたい。

また、防衛機制とは、欲求不満や葛藤による不安を経験した時、そうした不快な感情を弱めたり避けたりしようとし、様々な方法で自己を防衛しようとする無意識の正常な反応のことを指すが、これが過剰に働くと不適応となる。P-S ポジションでは原始的防衛機制といって、「投影同一化」や「原始的理想化」など、非常に強力で大規模な防衛機制がはたらき、適応が難しくなる。D ポジションでは、「合理化」や「知性化」、「退行」など、自分が傷つかないように一般的に用いられる防衛機制が働く。どちらか一方のポジションのみでこころが動いている訳ではないが、どちらが優勢かは押さえておきたい。

それに加え、ナルシシズム、強迫、抑うつ、ヒステリー、パラノイア、回避、スキゾイド、ボーダーラインなどのパーソナリティのバリエーションがあり、これらをすべて勘案して、どのような人となりであるかを総合的に判断するのが「アセスメント」である。しかしアセスメントは、症状や困りごとに名前をつけ、レッテルを貼ることではない。これから始まる援助プロセスにおいて、理解の糸口や道標となるものである。

A の場合、息子に希望や愛情を持たず、援助者ともスムーズに協力し合えない状態にいるものの、自分自身や他者の様子を観察し、判断する力があり、D ポジション優勢で生活していると考え、当面、専門家への憤りを丁寧に聴き、息子との関係について考えていくことが有効だろう。周囲の子どもの素直さと息子を比べて涙するなど、やや演技的な面もあり、情緒不安定で揺れやすく、ヒステリカルなパーソナリティを持つ人なので、論理的説得は苦手な人だという予測も役に立つだろう。

また、1 回の面接ですべてアセスメントを終えてしまうことは不可能である。Step 3 で人間関係の中でパーソナリティや対人関係の特徴が表れやすいことを論じるが、治療関係が人間と人間との間の出来事である以上、アセスメントも何度も見直す必要がある。関係性が変われば、前景に出てくる患者のパーソナリティが変わることもある。「上から目線の保育士」は、一部の体験であって、それに類似した体験が A を繰り返し苦しめているのかもしれない。

(3) Step 3 転移-逆転移関係に注目し、内的対象を見出す

人のパーソナリティや対人関係の特徴は、人間関係の中でより明らかになるものだ。年上の恰幅の良い男性主治医にはおもねるのに、ベテラン女性看護師にはあからさまに横柄な態度をとる男性がいれば、学校の先生に声をかけられると、「すみません」とおどおどと謝る小学生女児もいる。筆者は、大学病院の外来で面接をしていた時、最先端の研究をしている大先生と崇められたり、研究のために患者を実験台にする冷たい研究者だと思われたりしたことがある。

目の前の相手をどのような人だと想定するかは、クライアントの「内的対象」が大きく影響している。「内的対象 inner object」とは、こころの外側に客観的に存在している対象を取り入れた、その方のこころの中にある像のことである。最初の例の男性のこころには、頼りになる

が絶対服従を迫る父親のような像や、自分の指示命令を聞く母親のような像が棲んでいるかもしれない。

次に、BとCの事例を挙げる。彼らは、同じ30代の抑うつ状態で休職中の男性患者である。主訴は、どちらも抑うつ気分と不眠、食欲減退である。

【事例B】

「妻が乳児を連れて出て行った。自分はベンチャー企業の会社役員で、利益拡大のプレッシャーと戦っていた。妻は出産後体調が悪く、自分が疲れて深夜帰宅すると、いつも寝ていた。「最低限の家事はやれ」と怒鳴ると妻は黙っていた。育児ストレスにやられていたのだろう。自分は女性関係もなく、飲酒もしない。最近睡眠もとれず、食欲もなく、イライラする。子どもは跡継ぎなので親権を取れるよう弁護士を雇った。裁判に有利な所見を書いてください」

【事例C】

「幼い頃から自信がなく、他人に悪く思われるのが不安で、自分の気持ちは隠してニコニコしていました。上司に叱られないよう無難に仕事をし、ストレスがかかると酒に頼っていました。課長に昇進してすぐ、部下にミス指摘され、周りが裏で馬鹿にしている気がして、職場で落ち着かなくなり、眠りも浅くなりました。幼い子と妻を養っていくプレッシャーも強く、休職が周りに申し訳なく、消えてしまいたいと思うこともあります」

症状は似ていても、人生史やパーソナリティ、環境、自我機能、耐性、心理学的素質は全く異なっている。Bは、一見、専門家を敬うような態度を見せるが、自分の目的（抑うつ軽減、親権取得）のために、サービスの提供を要求し、相手が提供できないと判断すると、別の人にサービスを求めて、迷わず去っていく。セラピストのことも弁護士のように利用したいのだろう。妻に対しても、跡継ぎや家事というサービスを求めたという点で、同じである。他者に要求して当然という態度を取る自分に対する問題意識を、現時点では持てていない。Cは、セラピストから馬鹿にされるのではないかと、こっそり上司に報告されるのではないかと怯え、表面的な話でお茶を濁そうとするだろう。本当の自分をセラピストに見せたら終わりだと感じている。

Bのころには、Bの指示に黙々と従う部下のような内的対象が、Cのころには、Cを見張り、ミスを見つけて糾弾する上司（部下）のような内的対象が棲んでいる。Aのころに、「上から目線で助言するが、Aの努力には目を向けない保育士」という内的対象が棲んでいたように、大切な他者との関係性はころに取り入れられ、目の前の人と繰り返される。セラピストは、こうした関係性に知らず知らずのうちに、巻き込まれることになる。その巻き込まれの中で、関係性が展開し、両者に気づきが生まれてくる。

(4) Step 4 治療場面におけるエナクトメントとコンテイング

Step 3 までは、初回や初期のアセスメントに応用が可能な精神分析観点であったが、Step 4 はさらに進めて治療プロセスに関するものを示す。

「エナクトメント enactment」は、「実演」などと訳される (Schafer, 1997; 福本訳, 2004) が、クライアントが治療に持ちこむ、非言語的な、表現と呼ぶには非常にささやかなある種の行動を指し、クライン派の精神分析家たちは特に重視している。転移関係の中では、クライアントの原初的な対象関係、防衛、葛藤等のほとんどは、言語化されるのではなくエナクトメントされる。クライアントは、不安を避けるために、姿勢や声色の変化等のエナクトメントを通してセラピストに微妙な圧力をかけ、セラピストを誘い込み、自身の心的平衡を保とうとすると考えられている。

「コンテイン contain」とは、包容する、包み込むという意味の言葉である。精神分析家 Bion, W. (1962) が container (容器) と contained (中身) という言葉を用いて治療関係を説明し、現代では基本とされている考えである。コンテイングとは、クライアントが自分で抱えられずに排除してセラピストに投げ込んだ中身 (感情にとどまらず、機能や認知なども含む) を、セラピストが引き受け、クライアントが受け取れる形に解毒して返す、という一連の重要な機能であり、乳児と母親の関係がモデルとなっている。

エナクトメントとコンテイングは、精神分析的心理療法プロセスにおいて、極めて重要な治療モデルであるが、ある程度高い頻度でなければ、やり通すことができない難しい営みである。どのように応用するのか、例を示してみたい。

【事例 D】 (本事例は、クライアントに公表の許可を得たが、個人情報保護のため、事例の本質を損なわない程度に削除・改変している)

50代女性 D は 1 人娘 E を自死で亡くし、1 年後自ら心理療法を求めた。E の自死の理由は職場不適應と仕事上の失敗であったと考えられた。D は、初回面接の日時を間違えて来室しなかったことに見て取れるように、心理療法に対して懐疑的であった。それは、D が E の様子を心配して、カウンセラーを調べて会わせたいにもかかわらず、そのカウンセラーは E の自死を食い止められなかったどころか、E の死後も、多忙を理由に D に会わず、慌ただしく設定された面接でのカウンセラーの華美な外見から、E が軽く扱われたことが容易に想像されたためであった。私は、冷たく無能な心理士像を投影され、不信感をあからさまにぶつけられる中、それでは、なぜ D は私に会いに来るのだろうと思った。

D は毎週面接を提案されると、訝しげな表情で丁寧に断り、月 1 回で始めたいと言った。精神分析的探究は難しそうだったが、私は治療を引き受けた。D は、細やかに観察すれば、痛々しく、うつの底を彷徨い苦しみもがいていたが、一見、身なりは整い、さっぱりと明るい印象で、遺族会では「既に立ち直った人」とみなされ世話役を期待されていた。D と E の歴史は次のようなものであった。

自立した職業人だった D は、D に経済的に依存する上に束縛する夫 (E の父親) と離婚した過去があった。D は思春期の E を連れて現夫と再婚し、現夫の赴任先の外国で暮らすこと

になった。Eは夫と共通の趣味もあり打ち解けたが、学校ではいじめに遭って適応が難しかった。DにはEの気持ちや行動が理解できず、やきもきしながらトラブル対応に追われた。転校を繰り返す中で、Eは外国の病院で自閉症スペクトラム傾向と診断されたが、子育ての助言は全く得られず、試行錯誤は続いた。帰国後Eは有名大学に進学後、志望した大企業に就職したが、大失敗をして謹慎処分となった。Dは心配して、先に述べたカウンセラーを紹介し、実家に戻るよう提案したが、連絡を絶たれた。Dが少し様子を見ようと身を引いた時、Eは自死してしまった。Dは、1年もの間、毎日頻回のフラッシュバックと悪夢、強い自責の念、抑うつ症状に苦しんだ。

面接開始後、初回を除き、Dの欠席・遅刻はなかった。私はDが気丈に振る舞っても、その奥のDを推し量って話を聴いた。半年ほど経つと、Dがノーメイクで来室する日があったり、次の面接までDは無事だろうかと私が不安になることがあったりし、私のこころでは分析的な感覚を鋭敏にし、不安にまつわる転移を収集する動きが高まっていた。

その頃Dはこんな夢を報告した。Eが操縦する低空飛行の小型飛行機に同乗している。行く手を阻む、コンクリートのような大きな岩を、Dが飛行機から飛び降りて必死で動かそうとしたが、動かなかった。EはDを再び乗せようとして失敗し、パニックになり、墜落した。「不可能を可能にせんばかりに体当たりでEを助けようとしたのに、目の前でEを死なせてしまった衝撃があなたにあるのでしょうか」と私が解釈すると、Dは驚きながらも肯定した。

その3ヶ月後の夢である。右側のエレベータでDと友人が談笑していた。左側のエレベータには現夫の靴が置いてあった。上を見ると、彼は縊死していた。そこには、Eの自死直前、何も知らずに楽しく過ごしていたことに強い罪悪感があったDの、“夫も自死するのでは”という不安が表れていた。Dは無意識と交流し、罪悪感の彼岸を見出そうとしていると私は感じた。

しばらくして私は、Eの命日前という大事な時にインフルエンザに罹り、当日キャンセルをする事態に陥った。再会時、「真っ白い新品の布団にばらまかれた無数の縫い針を、目を凝らして一本一本取り除いている」という夢をDは報告した。Dは一見して疲弊しきっており、私は大事な時に休んでしまったという強い罪悪感に苛まれた。Dは次のように言った。

「この間、どんどん落ち込んで。やってあげれば良かったこと、厳しすぎたかと思うこと……。苦しんで苦しんで、生きる恐怖を味わって。眠れなくて、つらくて。その時初めて、あの頃の娘はこんな風になっていたのかもしれないと思いました。……2年間毎日、自己嫌悪で……。娘がいつも私に入り込んできて“耐える”と“責める”の戦いで。……こころと頭が別のものに支配されて、蝕まれて消耗して……。その時、もうやめよう、自分を責めるのをやめようって、初めて思ったんです。底を打つというか……。してやらなかったから、こうなった、と思うのをやめたら楽になって。悲しむのと責めるのを分ける。今まで責めるのが9割で……。ちゃんと哀しめていなかった」。私は「夢では、娘さんの真っ白な布団から、危ない縫い針を必死で取ろうとしていたあなたが居ようです」と答えた。Dは「娘の布団だったんですね……。そうか……。やってもやっても、まだ針が。永遠に終わらない、途方もない。ずっと手放さずにやってきた……。大人になって一瞬手放したことを後悔してたけど、私はずっと無理なことを」

と言った。

その後、私はDに、「面接頻度を上げ、“母親として”ではなく、Dさんそのものの人生を考えませんか」と尋ねた。Dは受け入れ、さらに彼女の無意識を探究していった。

Dは、夢見によって、Eを心配するあまり、不可能を可能にしようとしていた自分に気づいた。私は、その背後に、Dの万能感や前夫への怒りや復讐が隠れているかもしれないと考えたが、この時点では解釈しなかった。頻度を上げた面接の中でしか、より深い層のネガティブな情緒に触れることができないと考えたからである。月1回の面接では、いくぶんか支持的な形で自己理解を提供することが第一義とならざるをえない。Dが心的外傷から回復し、自分のこのころについて理解しようと求めた時に、それができればDにとって有意義なものとなるだろう。

本事例では、月1回の頻度であっても、部分的にエナクトメントとコンテイングが可能なことを示した。すなわち、初期は「無能な心理士」「方針を示してくれない専門家（診断した医師）」を私に転移し、不信感を持ち込んだDに、私は、期待を裏切られた怒りの感情を受け止め、理解し、解釈によっていくらか解毒していった。さらに「不可能を可能にしようとするエネルギーな気丈なD」「それでもどうにもできなかった絶望」を理解していく過程で、私自身が面接を当日キャンセルする事態により、私自身の万能感に向き合う出来事が生じた。今や私は、Dと同じく罪悪感に苛まれ、自責の念に囚われていた。Dはまさにその流れの中で、Eの本当の苦しみ、生きる恐怖に触れる体験をしたようだった。私たちが協働して創った面接プロセスにより、Dは罪悪感から解放され、Eを失ったという哀しみを生きる道へと歩を進めたのである。

5. おわりに ―援助を巡る新しい関係性の探求―

心理療法の専門家の卵は、心理療法に対する彼らなりのイメージがあるのか、これ以上クライアントを傷つけないからか、意図的にクライアントにとって「良い人」「頼れる人」になろうと構えることが多いように思われる。しかし、真の治療関係とは、クライアントと親しくなり、不安を取り除き安心感やリラックス感をもたらすことそのものではない。親しくなれない、こころを許せないことも含めて理解すること、そうであるにもかかわらず、協働作業をする道を見つけようとする営みを指すと筆者は考えている。そもそも、クライアントが安定的に他者にこころを預けたり頼ったりすることができるなら、心理的問題でがんじがらめになってしまうことはない。心理の専門家でなくとも、援助関係を持つことができるだろう。彼らが心理の専門家の前にいるのは、多かれ少なかれ、その困難さがあるからである。

4.で示したように、クライアントが臨床場面に持ち込んでくる内的対象のストーリーを、臨床ケア場面で再現し、治療的に扱うなら、セラピストが早々に「味方」のポジションを取るのには禁忌ですらある。もちろん、人間的なあたたかさや誠実さはあって良いが、「どうぞ緊張せず楽にしてください」「私はあなたの味方です」などと励ましたり保証したりしては、せっかくの精神分析的体験が台無しになってしまう。クライアントの内的なストーリーが展開でき

るような含み、遊び、空間を維持することは、精神分析の根幹にあり、応用の際にも、それを活かすことができるだろう。

Co-production は、元々は意識的な協働作業、すなわちお互いの責任を分かち合い、理解と合意を創りだすことを指している。しかし、このような内的なストーリーの展開を、セラピストとクライアント両方で紡いでいく精神的関係性も含まれて良いのではないだろうか。クライアントのエナクトメントにセラピストが応じることは、クライアントの無意識的空想のストーリーの在り様を、二人で確かめ、変容させていくということであり、意識的・無意識的共同創造であるように思われる。

子育てにおける親子関係で、親は確かに子どもを守り育てている一方、子どもからも多くを学んでおり、ある種の互恵性と相互主体性がそこに存在している。臨床家の仕事とは、関係性の中で、お互いが何かを作り出していけるようにその環境を提供し、保護していくことであり、治療プロセスはそれに支えられて発展していくものなのだろう。

これまでの臨床経験から、自己を理解するためには、まず他者に理解される必要があることを私は確信している。そうした治療関係は、一方的でも完全な対等でもなく、このような互恵性と相互主体性に支えられ、二者で未知の新しい何かを生み出す種類のものではないだろうか。

追 記

本稿は、文部科学省課題解決型高度医療人材養成プログラム 東京大学「職域・地域架橋型－価値に基づく支援者育成」プログラム（TIC-POC）の C-1 職域架橋型コースセミナー（2020年7月12日）における原稿を、大幅に加筆修正したものである。貴重な機会を与えてくださった、笠井清登先生はじめ、TIC-POC スタッフの皆様、積極的にグループワークに参加してくださったセミナー参加者の皆様に、こころより感謝申し上げたい。

引用文献

- Fonagy, P., Rost, F., Xarlyle, J., Mcpherson, S., Thomas, R., Fearon, R.M.P., Goldberg, D. & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312-321.
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- 平井正三、西村理晃（編著）（2018）. 児童養護施設の子どもの精神分析的心理療法. 誠信書房.
- 熊谷晋一郎（2020）. 当事者研究―等身大の〈わたし〉の発見と回復. 岩波書店.
- 前田重治（1985）. 図説臨床精神分析学. 誠信書房.
- Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260.
- 宮口幸治（2019）. ケーキの切れない非行少年たち. 新潮社.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal Counter-Transference and Some of its Deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.
- 成田善弘（2014）. 力動的療法について. 精神療法, 40(3), 71-72.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. and Brown, H. (2012). Recovery College: The Implementing Recovery through Organisational Change. 森田久美子（訳）（2016）. リカバリーカレッジ. 人間の福祉：立正大学社会福

- 社学部紀要, **30**, 99-113.
- Salzberger-Wittenberg, I. (1973/2007). *Psycho-Analytic Insight and Relationships: A Kleinian Approach*. Routledge. 平井正三 (監訳). 臨床現場に生かすクライン派精神分析—精神分析における洞察と関係性. 岩崎学術出版社.
- Schafer, R. (1997). *The contemporary Kleinians of London*. New York: International Universities Press. 福本修(訳) (2004). 現代クライン派の展開. 誠信書房.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, **65**(2), 98-109.
- Shepherd, G., McGregor, J., Meddings, S. & Roeg, W. (2017). Recovery Colleges and Co-production. In Slade, M., Oades, L. & Jarden, A. (Eds.). *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. 181-193. Cambridge: Cambridge University Press.
- 祖父江典人 (2019). 公認心理師のための精神分析入門. 誠信書房.
- 若佐美奈子 (2017). 大学病院臨床における精神分析的視点の導入 —小児科発達外来での実践—. 日本精神分析的な心理療法フォーラム第6回大会 研究発表原稿 (非公開).
- 若佐美奈子 (2019). 週1回以下の面接で精神分析的に会うことへの挑戦と限界. 日本精神分析的な心理療法フォーラム第7回大会 研究発表原稿 (非公開).
- 若佐美奈子 (2020). 精神分析の治療関係と「真実を知りたいという本能」について. *ヒューマンサイエンス*, **23**, 1-7.

(原稿受理日 2020年9月27日)