

(1) 論文概要

本論文は、メンタライゼーション臨床を日本に導入するにあたり、それがどのような性質を持つ臨床的営為なのか、またそれを導入することがどのような点で有用なのかについて検討するために書かれたものである。メンタライゼーションの概念は、比較的近年注目されているもので、その論考と考えられる。

本論第 1 章ではメンタライゼーションとは何かが定義された後、メンタライゼーション理論が生まれた歴史が概観される。そしてメンタライゼーション理論の概要として発達論、病理論、治療論が概説され、それが精神分析の文脈から生まれながら現在は多様な臨床現場に応用されるようになっていくことに触れる。さらにそうして多様に拡大されつつもメンタライゼーション臨床にはどんな形式であっても通底している根幹があることを論じた後、世界におけるメンタライゼーション臨床の実践について紹介する。最後に時代に適応する精神分析の一形式としてのメンタライゼーション理論という側面に触れる。こうした形をとっている。

第 2 章では精神分析の文脈においてメンタライゼーションという概念はどのような位置づけにあるのかを論じる。メンタライゼーション臨床と精神分析的臨床との対比がなされた後、精神分析実践の中からメンタライゼーション理論が生まれていくまでの歴史を詳細にレビューしている。メンタライゼーション臨床において目指されるメンタライジング能力の向上が精神分析的にはどのような意義があるのかを論じた後、メンタライゼーション臨床は精神分析的実践に含まれる根拠が展開されている。その根拠として精神分析的臨床実践の連続体としてのモデルと、精神分析における表象モデルと心的過程モデルについて論じられている。最後に心的過程モデルとメンタライゼーション臨床の関係性についてが論じられている。これらはメンタライゼーションの概念の根拠についての論述と言える。

第 3 章は臨床家の臨床経験とメンタライジング能力には関係があるのかを調べた実証研究である。臨床家の臨床経験年数、教育・訓練年数などが臨床家のメンタライジング能力と相関があるのかについてが実証研究の観点から調査された。結論としてそこに相関が認められなかったことを提示した後、臨床家としてのメンタライジング能力と個人としてのメンタライジング能力とを区別することなどが考察されている。

第 4 章では精神分析的な心理療法と連なる形で実践されたメンタライゼーション臨床の事例が提示される。境界性パーソナリティ障害と思われる患者との心理療法過程を描写することを通して、メンタライゼーション臨床においてはメンタライジング能力の向上だけでなく、主体性発達の再確立が決定的に重要であることを論じ、そのための技法について論じら

れ、さらに精神分析的心理療法との連続的な実践における困難、注意点などが論じられている。

第 5 章では一般臨床の文脈で実践されるメンタライゼーション臨床の事例が提示される。小学校におけるスクールカウンセラーとして実践した不登校児に対するメンタライゼーション臨床を描写することを通して、直接的に心理療法を実践するのではなく、間接的にマネージメントという形でのメンタライゼーション臨床の実践の可能性について言及する。そしてそれが現代という時代において臨床家に要請されるものに対しての回答を提示し得る実践法であることを論じる。

第 6 章ではこれまでの全てをまとめた総合考察が展開される。メンタライゼーション臨床が今後進んでいくと思われる方向性として精神分析の文脈における発展と、一般臨床での実践という文脈における発展という 2 つの方向性が論じられる。また一般臨床実践の文脈でメンタライゼーション臨床を展開していく上では治療構造論的に認識が不可欠であることを論じる。最後にメンタライゼーション臨床とは、「難しい」患者・クライアントに対する理解、技法についての有用な示唆と、現代という時代に臨床家が要請されている問題に対する回答になり得るという点で、有用であることを結論付ける。

(2) 論文の構成および内容

序論では、メンタライゼーション臨床の実践に関して、それが現代の心理臨床の現場へと導入されることを期待して、メンタライゼーション臨床というものがどのような実践であり、その導入のために必要なことは何か、という目的が導かれている。メンタライゼーションとは、志向的精神状態（例えばニーズ、欲求、感情、信念、目標、目的、理由など）の観点から人間の行動を捉え解釈することを可能にする想像的な精神活動（Allen ら, 2008; Bateman and Fonagy, 2006）のことを指す。誤解を恐れずに平易な言葉を使うとすれば、行動の背景にある心を想像すること、と言ってよいだろう。この概念を提唱した Fonagy 自身がメンタライジング（行為としてのメンタライゼーション）の能力について「人間の基礎的な能力」（Bateman and Fonagy, 2012）と述べている通り、この精神活動自体は誰もがしている行為である。一方で、誰もがしている当たり前の行為であるがために、こうした精神活動が改めて概念化されるということはなかったものでもあろう。メンタライゼーション臨床とは、このメンタライジング能力、メンタライゼーションに焦点を当てた心理療法、コンサルテーションやマネージメント、アセスメントなども含めた心理臨床全般を指すものとしている。

①メンタライゼーションの心理学（第一章）

日本にメンタライゼーションの考え方が導入されたのはおよそ 10 年前、日本で初めてのメンタライゼーションに関する訳書（Bateman and Fonagy, 2004/ 狩野力八郎・白波瀬丈一郎監訳, 2008）が出版されたことがきっかけであったが、メンタライゼーションに関する

訳書・著作は、日本ではその後 5 冊 (Allen ら編, 2006/ 狩野力八郎監修・池田暁史訳, 2011、Allen ら, 2008/ 狩野力八郎監修・上地ら訳, 2014、Allen, 2013/ 上地・神谷訳, 2017、上地, 2015、崔, 2016) が刊行された。そうした中で当初は境界性パーソナリティ障害に対する理解、治療のための理論、治療的アプローチのための概念として導入されたメンタライゼーションは、あらゆる対象、領域へと応用できるというその汎用性が強調される方向へと少しずつ舵を切り始めている。こうした流れのなかで、メンタライゼーションという概念、及びそれに基づいた臨床実践の導入にはどのような意義があるのか、ということについて論じている。まず定義についてメンタライゼーションとは、私たちに志向的精神状態 (例えばニーズ、欲求、感情、信念、目標、目的、理由など) の観点から人間の行動を捉え解釈することを可能にする想像的な精神活動であるという。メンタライジングとは、そのベクトルが他者に対するものだけではないという点で共感などと、反対に自分自身に対するものだけではないという点で内省などとは概念的に異なっており、また現在中心であるマインドフルネスに対してメンタライジングは過去 (「あの時私は何であんなことをしたのだろうか」など) や未来 (「こうなった時あの人はどう思うだろうか」など) に対しても可能であるという点でやはり異なる概念であることが示されている。歴史的には、ほぼ間違いなく、精神分析的思考に不可欠な要素であり続けてきた。

そして愛着理論を取り入れることで、メンタライゼーション理論は精神分析に客観的で実証可能な領域を取り入れることにも同時に成功したという。そのためこの議論は、発達理論と密接につながっている。乳児の主体性発達、身体的、社会的、目的論的、志向的、そして表象的の 5 段階で発達するという (Fonagy ら, 2002)。Bateman and Fonagy (2004) が「メンタライゼーション能力は安定型の愛着によって大いに促進された発達の達成である」と述べるように、メンタライジング能力の発達が達成されるためには安定型愛着が必要な条件となるのである。さらに子どもの養育者に対する愛着を安定型のものとする要素は、養育者から子どもへのメンタライジングであるとされている (Bateman and Fonagy, 2004)。養育者は子どもをメンタライズし、その中で子どもは養育者に対する安定型の愛着を発達させ、その素地の下で子どもはメンタライジング能力を発達させていく。つまり、メンタライジング能力はメンタライズされることで発達していくものなのである。

その点でこの概念は病理理論とも関連している。メンタライゼーションの発達は安定型愛着の下でこそ達成される、という条件を裏返すと、それがそのままメンタライゼーション理論における病理理論となると言って良いだろう。つまり、主に安定型愛着が提供されない文脈で養育されることでこの能力の発達は阻害され、結果的にメンタライジング能力の獲得に伴って達成されるはずの諸々の心的機能が不全な状態となる。そのことが多くの問題を呈する臨床像を作り出してしまうと、メンタライゼーション理論では考えられている。メンタライジング能力が損なわれた場合、かつての現実体験様式が再出現し、心的等価モードやごっこモードによって心的現実体験されることになる (Bateman and Fonagy, 2004)。こうした場合、心的等価モードにおいては患者の思い込みや空想は患者にとって現実とな

るため、例えば治療者がセッション中に患者から目を逸らしたという外的現実、患者によって「先生が私を見捨てた！」という認識、心的現実と同じものとなり、いくら治療者が「そんなつもりはない」と表明したとしても「いや、先生は私を見捨てたじゃないですか！」としか体験されないという事態が生じることになる。かと思えばごっこモードにおいてはこの体験は「先生がどこを見ようと私には関係ありません」と体験され、そうした外的現実に伴って生じたかもしれない患者の情緒は一切無視される。Bateman and Fonagy (2004) が「外傷化の最大の特徴は、内的現実を経験するこれら 2 つのモードの間での変動である」としているように、同じ現実に対してもこのような体験様式の変動が生じるが、このことが従来「分裂」とされていた現象の一部を説明するかもしれない。こうした原始的な体験様式の再出現は、特にメンタライジング能力の発達が不全で、元々その能力が脆弱である場合にはより容易に出現しやすい事態である。一方でこうした事態はメンタライジング能力の不全によってもたらされるものであるため、通常はメンタライジングを十分に機能させることが出来ている健常者であっても、一時的にでもメンタライジング能力が損なわれてしまっているような場合には、同様の状態に陥る可能性は十分にある。

そして最後に治療論が問題になる。メンタライゼーションの理論に基づいて体系化された治療的アプローチが **Mentalization-Based Treatment** (以下 **MBT**) である。メンタライゼーションの歴史をレビューする中でも触れた通り、メンタライゼーション、メンタライズする能力と言う概念は元々境界例に対する理解から生まれて来たものであるが、この **MBT** も境界性パーソナリティ障害に対する治療パッケージとして体系化された。崔 (2016) が **MBT** における転移の扱いについて「“治療者との間に自分の対人関係パターンが繰り返され、さまざまな感情が湧き起こる治療状況” が治療における最高の探索チャンスであり、大いに“（転移）を扱う” ことに変わりはありません」と述べているように、情動的負荷が最も高くなる今ここでの関係性の中でもメンタライジングを出来るようになることが、**MBT** で目指されていることの 1 つなのである。こうしたステップを徐々に踏みながら、そして時に患者が次のステップに移る準備がまだ出来ていないようならステップを戻ったりそこに留まったりしながら、少しずつ患者が心に注目するようになり、メンタライズ出来るようになっていくというのが、**MBT** における基本的な治療アプローチであり、メンタライゼーション臨床で目指されていることである。

MBT が対象としているものがそうであるように、メンタライゼーションの理論とその治療的アプローチは元々境界例に対する理解、そして境界性パーソナリティ障害に対する治療的アプローチとして発展、精緻化されていったものである (Bateman and Fonagy, 2004)。日本においてもメンタライゼーションの概念とそれに基づく治療モデルとしての **MBT** は、境界パーソナリティ障害に対する新たな治療パッケージ、治療技法として紹介された。

しかしメンタライゼーションの理論や **MBT** はそこに留まるものではない。このことは先の、「メンタライジングは人間の基礎的な能力である」という、より広範な理解を考えれば当然のことである。

そして多様に実践がなされているアプローチであってもその根幹にある考えや準拠枠は常に同じである、という点でメンタライゼーションの理論とそれに基づいたメンタライゼーション臨床は極めて有用なものである、と筆者は考えている。

ここで世界の MBT の現状について考えてみよう。以上のように、メンタライゼーション臨床は体系化された MBT を基準点として多様な形に発展していったが、その根幹は常に維持されている。さらにメンタライゼーション理論という共通基盤を土台とすることで、メンタライゼーション臨床はその根幹を維持しながら、MBT 以外の形や一般臨床を含む幅広い形へと発展を遂げることが可能となった。本節では、そうした発展形として実践されている世界におけるメンタライゼーション臨床についてレビューしたい。

まず発展したのは、その対象となる精神病理である。メンタライジング・アプローチ、メンタライゼーション臨床が対象としている精神病理は、今や境界性パーソナリティ障害に留まらない。反社会性パーソナリティ障害 (Bateman and Fonagy, 2012b) や摂食障害 (Skarderud and Fonagy, 2012)、さらにはうつ (Luyten ら, 2012) や薬物依存 (Philips ら, 2012) に至るまで、様々な精神病理に対して適用されている。もちろん個々の病理に応じてその治療構造は修正される (例えば反社会性パーソナリティ障害に対しては集団セッションが週 1、個人セッションは月 1 となるなど) が、各々の治療論の中心には常にメンタライゼーションに基づいた病理理解がある。

対象範囲が拡大しているのは、精神病理に限ったことではない。当初は成人に対する治療として想定されていた MBT は、その適用範囲を思春期、児童にまで拡大している。例えば Rossouw ら (2012) は、自傷行為から治療に導入された 12~17 歳の思春期患者 80 人に対して、MBT-A (MBT for adolescents) を 1 年間実施した結果、自傷行為と抑うつの減少という点で有効な成果を得られたと報告している。またそのメカニズムとして愛着とメンタライゼーションにおける改善という 2 点を挙げ、思春期においてはメンタライジングの変性こそが治療対象である、と述べている。

こうした治療はすべてエビデンスがとられるようになっている。精神分析は長らく治療効果のエビデンスがないものとして批判されてきた。しかしながら、こうした世界的な動向を受け、精神分析の側もその治療効果に関する実証的研究を提示し始めている。Fonagy ら (2015) によって治療抵抗性うつ病患者に対する週 1 回の精神分析的な精神療法の有効性が実証されたことは記憶に新しいところであるし、鈴木 (2016) は精神分析に基づいた臨床実践の実証研究についてのメタ分析をレビューし、精神分析に基づいた臨床実践が大きな症状の改善をもたらすことと他の心理療法と比較しても劣っていないと述べている。木村 (2017) は精神分析とエビデンスの歴史を 1920 年代-30 年代から振り返り、「精神分析的な精神療法の治療効果は、地道に実証されてきた」としている。メンタライゼーションに基づく臨床実践は早くからその効果に関する実証研究を行ってきた。Bateman and Fonagy (1999) は、メンタライゼーションに基礎を置いた精神分析的治療の実証的エビデンスに関する研究を行い、BPD 患者に対する精神分析的志向性のある部分的

入院プログラムと通常の一般的精神科ケアにおけるその有用性を、ランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial、RCT）にて比較した。その結果、部分的入院プログラムの患者群は自殺企図や自傷行為の頻度、抑うつ、不安などを含むあらゆる評価項目において統計的に有意な改善を示していた。さらに重要な点として、Bateman and Fonagy（2001）が示したところによれば、これらの患者群は18ヶ月後のフォローアップにおいてもそれらの改善が持続していることが明らかとなった。こうした治療効果が治療の終了後も継続しているという、いわゆるスリーパー効果は先に提示したFonagyら（2015）による実証研究などでも確認されているものであり、精神分析に基づいた介入が有する特徴的な効果と言えるのかもしれない。またこれらの結果から、Bateman and Fonagy（2003）はBPDの部分的入院プログラムが治療後の明らかな費用抑制に貢献していることを示唆している。ここに示されている部分的入院プログラムというのが、後にMBTとしてパッケージ化された際のデイ・ホスピタル・プログラムとなったものである。

では日本の現在にとって、MBTはどのように影響するだろうか。現代における心理臨床の現場は非常に複雑化、多様化してきている。例えば東京都が2013年から公立の全小学校、中学校、高等学校にスクールカウンセラーを全校配置することとしたように、現代においてはこうした教育現場のような医療領域以外の場に臨床心理士や精神科医を中心とした心の専門家、臨床家が配置されることは当たり前となってきた。医療の領域の中でもデイケアにおける臨床心理士やリハビリテーション領域での活動など多岐に渡るし、福祉領域においては児童相談所に配される児童心理司、司法領域における法務技官、産業領域における産業カウンセラーなど、臨床家が活動する領域は非常に多様化している。

そうして臨床家の活動する領域が多様化するにつれて、臨床家は他の職種、専門家とも積極的に関わることが求められるようになってきている。2017年に施行された公認心理師法の第42条に謳われているように、間もなく誕生することになる日本初の心理に関する国家資格である公認心理師においても多職種連携、地域連携、チーム医療が強調されている。現代の臨床家に求められているものは、面接室の中で行われる精神療法、心理アセスメントだけではなく、面接室の外に出たコンサルテーションやマネジメント、他職種との連携というものも重要な業務の1つとして位置づけられるようになってきている。

一般臨床から個人心理療法までを包含するメンタライゼーション理論という一貫した理論体系に基づくことで、メンタライゼーション臨床は現代の多様化した臨床現場への精神分析の応用に成功したと言える。やはりこの意味でもメンタライゼーション臨床は「精神分析の現代的かつ最新の発展形」（狩野, 2008）と呼べるものとなっていると筆者は考える。

②メンタライゼーション臨床と精神分析的臨床（第二章）

メンタライゼーション臨床はMBTを準拠枠として、多種多様にその領域、対象を拡大し、それに合わせて治療構造なども様々に応用されている。1章で述べたように、メンタライゼーション理論は英国自我心理学における発展の形として誕生したという経緯がある。精神

分析の内部から「それは精神分析的であると言えるのか?」「あえてそれを精神分析という枠の中で語ろうとするのは何故なのか?」と、メンタライゼーション臨床に対してその妥当性を問う声は多い。そこでこの章では、この問いに答えるために、メンタライゼーションという概念が成立した精神分析的実践の歴史を振り返りたい。

まずその成り立ちについて、「メンタライゼーション」という概念は Fonagy (1991) による「Thinking about Thinking」という論文の中で初めて公式に用いられた。ただそれ以前から彼は「メンタライズする能力」という言葉で何度か使ってはいたようである(例えば Fonagy and Moran, 1990 など)。さて、「Thinking about Thinking」の中で提示されているのは Mr. S という境界例の事例で、Fonagy による精神分析の患者であった。Fonagy が精神分析家になったのが 1988 年であるため、Mr. S は恐らく彼の訓練ケースであると思われる。まずこの章でこの事例について検討している。事例からわかることだが、メンタライゼーション理論で語られている発達論、そこからの逸脱としての病理論、それを支援するための治療論の原型、さらには実証研究との統合という理論哲学に至るまで、そのほとんどは MBT として体系化される遥か以前から、精神分析実践の積み重ね、精神分析の歴史の中で着想されていたものであると考えられる。メンタライゼーション臨床の土台は、こうした精神分析実践の中から築かれて行った。

では治療構造についてはどうだろうか。構造という視点から見ると、日本に最初に導入された際のメンタライゼーション臨床、MBT は週に 1 回ずつの個人心理療法と集団精神療法を軸とした集中的な外来プログラムと、芸術療法などとも組み合わせられた週に 5 日のデイ・ホスピタル・プログラムとしてパッケージ化されており、しかもどちらも治療者個人ではなくチームによるアプローチが推奨されたものであった (Bateman and Fonagy, 2004)。藤山(2015)が精神分析の技法論について述べる中で、「週 4 回以上の頻度、カウチ設定、訓練分析を受けた分析家を基礎的設定として構築されたもの」としているように、こうした設定は精神分析の基礎である。それと対比するパッケージ化された MBT の治療構造は、およそ精神分析実践とはかけ離れた治療構造である。

しかし治療構造は別としてその構造の中で実践されている内容について検討する際には、パッケージ化された形ではなく例えば週 1 回の個人心理療法の中でメンタライゼーション臨床を行うことにもまた、「それが精神分析的な実践であると言えるのか?」という疑問は付きまとう。その根拠は先のメンタライゼーション臨床と精神分析との対比において示した通りである。実際、先に挙げた「Playing with Reality : III」(Fonagy and Target, 2000)の中で Fonagy 自身もまた「ヘンリエッタと私自身の間に起こったことは恐らく一般的に分析として見なされているものではないだろう」と述べており、メンタライゼーションに基づいた治療実践が精神分析的と呼べるのかということに関して疑問を記している。

この疑問について検討するためには、MBT を始めとするメンタライゼーション臨床で実践されているその中身について検討する必要があるだろう。

Vermote ら (2012) が入院設定での精神分析的治療のケースである Ms. A という事例を

挙げて「Ms. A の例は、彼女の行動化を扱うのに MBT がどのように役に立つかを示しており、その後に精神分析療法の過程と治療が可能となった」と述べているように、MBT を始めとするメンタライゼーション臨床は、伝統的な精神分析の技法が有効に機能しない要因をメンタライジング能力の不全に見出し、その不全の要因を成育史上におけるメンタライジング能力の発達不全と考え、発達支援的技法を用いることによって、精神分析の技法が有効に機能するための前提条件であるメンタライジング能力の発達を再活性化させるものである、と言える

池田（2013）はメンタライゼーション理論について、「メンタライゼーション理論は Sandler の表象論に基づく自我心理学の更なる精緻化である」と述べており、メンタライゼーション理論とメンタライゼーション臨床が精神分析の歴史からすれば自我心理学の発展形として位置づけられることは第 1 章で述べた通りである。メンタライゼーション理論は英国自我心理学の発展形であるが、英国自我心理学の大きな潮流を作った Sandler の心的表象論は、Fonagy and Cooper（1999）によれば米国自我心理学の Jacobson にその起源の 1 つを持つという。そうした事情を鑑みても、米国自我心理学の影響は英国自我心理学の発展を通じてメンタライゼーション理論にも通じていると考えることは出来よう。メンタライジング能力の不全を自我機能の不全、自我欠損の一部と考えれば、その機能の回復、発達を再活性化させるメンタライゼーション理論は自我支持的なアプローチであると言える。つまり自我心理学的な観点から言えば、メンタライゼーション臨床を精神分析的臨床であると考えすることは出来るだろう。それは表象モデルであると同時に、心的過程モデルなのである。

まとめとして、メンタライゼーション臨床を精神分析的臨床に含めることを結論として提示し、その根拠を述べてきた。

③臨床家の臨床経験とメンタライジング能力との関連についての研究（第三章）

本章では、そうした従来考えられていた精神分析的臨床とは位相の異なる作業であると考えられるメンタライゼーション臨床を日本に導入するに辺り、それが日本の既存の臨床家に実践可能かどうか、という点について、臨床家の臨床経験とメンタライジング能力という観点から検討している。

患者、クライアントに対して最初から「この人にはメンタライジング能力がない」と想定して会う臨床家はいないだろう。どのような場合でもアセスメントをして初めてそれを想定し始めるだろうが、上述の場合のように、メンタライジング能力がないことをメンタライズあるいはアセスメントするためには、メンタライジング能力が必要である可能性がある。この意味ではメンタライジングに焦点付けること、つまりメンタライジングという発想を持つこと自体に臨床家のメンタライジング能力を高める要素があるとも言えるかもしれないが、伝統的にはメンタライジング能力は誰しもが当然有していると考えられてきた中で、既存の訓練体系の中で育成をされてきた臨床家のメンタライジング能力は、こうしたアセ

メントやメンタライジングを可能にするほどに高められているのだろうか。

本章の研究においては、メンタライゼーション臨床を提供するための必要条件である臨床家のメンタライジング能力が、既存の臨床経験や訓練体系、さらには治療経験の中で高められているのかどうか、という点について検討することを目的としたい。この目的を検討する上での仮説は以下のようになるだろう。

仮説①：臨床経験の多寡とメンタライジング能力には関係がある。

仮説②：訓練経験の多寡とメンタライジング能力には関係がある。

仮説③：治療経験の多寡とメンタライジング能力には関係がある。

これらの仮説を検証することによって、現在の心理臨床における臨床、訓練体系を経験する中で臨床家に十分なメンタライジング能力を備わり得るか、ということを検討した。

調査対象者は臨床心理士、精神科医、心療内科医などの心理臨床家と大学院生を含む 43 名である。この内有効回答が得られた 42 名を分析の対象者とし、男性が 15 名、女性が 27 名であった。年齢は 23 歳～61 歳の範囲であり、平均年齢は 38.3 歳であった。職業の内訳は臨床心理士が 28 名、精神科医・心療内科医が 4 名、大学院生が 10 名であった。大学院生の内、既に臨床心理士資格を有している者は臨床心理士としてカウントしている。

測定法として メンタライゼーション査定面接第 3 版 MAI-3、臨床経験、訓練・教育などに関するアンケートを調査した。アンケートでは年齢、性別、職業、職域、臨床経験年数、治療経験年数、訓練年数、心理学・精神医学について教育を受けた年数について、選択式及び記述式で回答を求めた。さらに実践と訓練年数について、スーパーヴィジョンの頻度について回答を求めた。

仮説として①MAI-3 の得点と、アンケートに記述される臨床経験年数との間には相関がある、②MAI-3 の得点と、アンケートに記述される訓練年数との間には相関がある、③MAI-3 の得点と、アンケートに記述される治療経験年数との間には相関がある、の三つの意味は、メンタライゼーションの能力が臨床家の訓練と経験とに関連しているということである。ところが調査結果は、メンタライジング能力と臨床経験、治療経験、訓練・教育経験の多寡との間に関連性は認められない、という結果が示された。臨床経験を重ねても臨床家のメンタライジング能力には関係がない、と言い切ることは、早計だが、それに近い結果となった。

臨床家による臨床実践の中から発想された考え方を、研究者が実証研究と言う形で実証していく、という形でメンタライゼーション理論、メンタライゼーション臨床は発展を遂げてきた。同じように日本においても、臨床家と研究者がチームとして機能することが、日本においてメンタライゼーション臨床を導入していく上で今後ますます重要となってくるだろう。こうしてチームとして機能することの重要性の発見こそが、本研究から得られた最も重要な知見であるかもしれない。

④メンタライゼーションの観点から見た主体性発達の回復―「自分の存在は否定される」患者との心理療法過程―（第四章）

ここでは精神科医療機関で臨床心理士として勤務する中で経験したメンタライゼーション臨床の事例を提示している。Fonagy (1991) は、生育歴において深刻な剥奪の体験をした境界例のケースについて報告し、ここからメンタライゼーションの概念を発達させていった。彼によれば、メンタライジング能力が十分に発達していないクライアントの場合、転移は“かのような”ものではなく現実そのものとして体験されるため、転移解釈が有効に機能し得ないことがあるという。臨床素材は初回時 20 代前半の女性、大学生で、主治医により情緒不安定性パーソナリティ障害と診断された。「自分の存在は否定される」という環境の中で生育してきた患者は、そのメンタライジング能力と主体性の発達が制止してしまっていたものと考えられる。「自分の存在は否定される」中で、患者にとっては自分がどのように思っているか、何を感じているかなどは明確なものではなく、自分という存在そのものが確かなものではなかったのだろう。患者と筆者の取り組みは Fonagy ら (1993a) の言う制止した精神過程、メンタライジング能力と主体性発達の回復を促す発達支援的なものだったと同時に、「確かなものなどない」というメンタライジングの発想から生まれた「わからないという姿勢」の下でなされたこの取り組みは、逆説的に患者が自分という存在を確かなものとするために、不可欠な作業だったのではないだろうか。Allen ら (2008) は「主体性が精神療法の本質である」と述べている。主体性を取り戻した患者は今まさに自分の人生を自分で少しずつ歩き始めたものと思われる。

⑤学校校現場におけるメンタライゼーション臨床（第五章）

本章では、スクールカウンセラー（以下 SC）として勤務する中で経験したメンタライゼーション臨床の事例を提示する。この事例は、患者やクライアント、子どもに直接関わることなく心理臨床的な問題の解決を図ろうとした精神分析的な介入の事例で、その先例として、ここで Winnicott (1953; 1977 など) によるマネージメントの技法が使われている。

事例は初回時中学年の小学生男児 A とその母である。ケースが多い学校のため、面接頻度は月に 1 回。1 回 50 分の母子合同面接の形で実施した。50 分を A 本人と話す時間と母と話す時間に分け、部屋は 50 分間母子が同じ部屋にいる状況で実施した。A が教室や行事に行くようになってからは、母単独での面接となった。

母親面接を通して、A が安心して退行できるようになったこと、さらに A の心的表象が変化したことによって、A は家庭において学校の愚痴を言ったり、体調を崩すこと、家庭において自らの情緒を語るなどが出来るようになった。これらは自身の情緒を調整するための愛着関係として家庭や学校を利用出来るようになったという証左であり、その愛着関係の下で A はメンタライジング能力を回復させていった。これによって十分な情緒調整が可能となった A は、不安などの情緒に圧倒されることなく、不登校状態から抜け出したものと考えられた。

Winnicott によるマネージメント技法と、筆者が提示したメンタライジングによるマネージメント技法は、共に家族や教員が元々持っている抱える能力、メンタライジング能力をか

なりの程度当てにしている、という点では共通しており、介入出来る問題には限界があるだろう。しかし学校現場では、元々の抱える能力、メンタライジング能力が一時的に阻害されてしまっているがための悪循環によって生じ、そして家族と学校側がそれぞれに損なわれたメンタライジングによって相互不信に陥ることで複雑化してしまっていると考えられる問題も多く存在していると思われる。その点で学校という臨床現場にメンタライゼーション臨床を導入することは、メンタライジングによるマネージメントを機能させるために有効な手段となると筆者は考える。家族や学校が子どもをメンタライズすることで、その情緒発達を促進する環境であり続けるために、彼らのメンタライジング能力を回復させることを目指すメンタライゼーション臨床は、このようにチームアプローチによるマネージメントを機能させるための手段として、学校現場で機能し得るものと考えられる。

⑥総合考察（第六章）

これまでの各章で論じられてきた知見を基に、メンタライゼーション臨床の今後と、メンタライゼーション臨床を導入することが日本の心理臨床においてどのように役に立つのか、ということについて、全体的な検討と考察を加えていく。メンタライゼーション臨床、メンタライゼーション理論は今後、2つの方向性で議論が展開していくのではないかと考えている。1つは精神分析における文脈、そしてもう1つは精神分析の文脈を飛び越えた一般臨床、あるいは一般心理学としての文脈の2つである。この2つの方向性が日本においてはしばしば混同されているようにも感じられるが、その整理も改めて行いつつ、また日本におけるメンタライゼーション臨床の導入について、議論を展開していく。

まずメンタライゼーション理論の原点である精神分析の文脈におけるメンタライゼーションという方向性についてだが、精神分析全体から見れば、メンタライゼーション理論、メンタライゼーション臨床は英国自我心理学、引いては米国自我心理学も含めた自我心理学派の発展形として、位置付けることが可能なものである。英国自我心理学は Freud, A (1965) の発達ラインからの逸脱による自我欠損、Sandler and Rosenblatt (1962) による心的表象論、そして Fonagy のメンタライゼーション理論と、その発展を続けてきたと言えるだろう。Fonagy ら (1993a) は精神分析的臨床を「表象モデル」と「心的過程モデル」の2つに分類し、そしてこの内の「心的過程モデル」による変化を彼らは「精神分析を通して達成される心的変化の第2の形」と呼んだ。この心的過程モデルは Sandler and Rosenblatt (1962) の心的表象論による「表象」という観点から精神分析的臨床を再検討した際に生まれて来た考え方であり、心的表象論が患者やクライアントの内的世界の主観的な描写を可能にしたモデル (池田, 2013) であるとするれば、心的過程モデルはその内的世界の病理がどのように形成され、その治癒がどのようになされていくのかというメカニズムを説明したモデルであると言えるだろう。そして「表象を創り出す心的過程」(Fonagy ら, 1993a) はその後メンタライジングというプロセスへと概念化され、メンタライゼーション理論が確立した。第4章ではそのメンタライゼーション理論を基にしたメンタライゼーション臨

床の事例を提示した。そこではメンタライゼーション、あるいはメンタライジング能力だけではなく、その理論の中で描かれている主体性という概念に改めて光を当てることが臨床的には重要だろう。

メンタライゼーション臨床がその議論を展開させていくと思われるもう 1 つの方向性が、精神分析的臨床の枠を超えたより幅広い一般臨床、あるいは一般心理学という文脈である。本論文においては、これらの方向性は主に第 1 章、第 3 章、そして第 5 章で論じられている。さらにメンタライゼーション臨床が現代の心理臨床の状況に合う形で一般臨床として進んでいく上でのもう 1 つの方向性が、その治療構造の柔軟化である。現代の心理臨床の状況においては、医療の領域においてでさえ、週複数回の実践を基本とする精神分析的臨床実践の構造を捨てていくことは極めて困難であると言える。そうした中で週 1 回ずつの個人心理療法と集団精神療法という構造として体系化、パッケージ化された MBT は、現代の心理臨床が直面する医療経済的要請に対応する形式としての側面を有しているのだろう。

その構造を現場の要請に合わせて柔軟に変化させていくことを前提として構築された MBT は、その当初の思惑通り、それを準拠枠として今や多様な形で発展を遂げている。その多様な発展は医療のみならず、福祉、教育などに多岐に渡るが、それは同じように多様に発展、拡大している心理臨床の現場の要請に歩調を合わせるかのようなのである。この現場の要請の中で求められているチームアプローチ、多職種連携を MBT もまた基本としており、こうした現場の要請に応じるだけの治療構造の柔軟性を持ち合わせたメンタライゼーション臨床、MBT は、やはり現代の心理臨床の状況に適合する有用な方法論であると言えるだろう。本論文の第 5 章で提示された筆者の SC としての事例は、そうした現代の心理臨床の現場が求める要請に適合した形で実践されたメンタライゼーション臨床によって問題が解決された事例として提示されたものである。

こうして MBT を準拠枠として一般臨床への領域へとメンタライゼーション臨床が拡大していくにつれて、本来原型として持っていたはずの精神分析的臨床としての色彩はメンタライゼーション臨床から消えつつある。それはもはや「メンタライゼーション臨床」という独自の方向性と言っても確かに差し支えないのかもしれない。これから新たにメンタライゼーション臨床を学び始めようとするれば、まずは MBT に触れることになるだろうが、恐らくそうして MBT からメンタライゼーション臨床を学び始めた人がその原点である膨大な精神分析的臨床実践の歴史に触れることはほとんどないだろう。当初は「転移のメンタライジング」(Bateman and Fonagy, 2004) とされた介入ステップが今や「関係性のメンタライジング」(Bateman and Fonagy, 2016) へと名前を変えたように、メンタライゼーション臨床を新たに学ぶ人は、その始まりが精神分析だったということを知らないままに、そしてそこでなされていることが「精神分析を通して達成される心的変化の第 2 の形」(Fonagy ら, 1993) と呼ばれていることを知らないままに、メンタライゼーション臨床として抽出された精神分析的臨床のエッセンスのいくつかに習熟していくことになるだろう。

日本におけるメンタライゼーション臨床の導入に際しても、メンタライゼーション理論

に基づいた精神分析的臨床実践という文脈と、メンタライゼーション理論に基づいた一般臨床実践という文脈の 2 つが導入されることになるだろう。とはいえ最初に日本にメンタライゼーションが導入された際の形式が MBT だったこともあり、現在の日本においては MBT を始めとする後者、一般臨床実践という文脈における導入が主に論じられるようになっている。上地（2015）による母親面接、崔（2016）による精神科臨床への導入などである。本論文においては第 5 章で筆者が学校臨床の場への導入を試みている。

結論として、メンタライゼーション臨床は精神分析的臨床をその原点として着想され、いわゆる「難しい」患者、クライエントたちに対して精神分析の技法が有効に機能しない要因をメンタライジング能力と主体性が脆弱であることに見出した。そしてこうした患者、クライエントたちに対する臨床技法を検討し、「精神分析を通して達成される心的変化の第 2 の形」（Fonagy ら, 1993a）を見出すことで、精神分析的臨床が対応可能な範囲を拡大させ得る可能性をもたらした。同時にメンタライゼーション臨床は、メンタライゼーション理論に基づくことで、原点としての精神分析的臨床と同じスペクトラム上にあるものとしての一般臨床への展開をも可能とした。精神分析的臨床は、精神分析家・精神分析的臨床家が訓練を受けることでその単独での実践を可能とせしめたが、メンタライゼーション臨床はチームアプローチを採用することでその複数名での実践を可能とする方法論を構築した。同時にメンタライゼーション臨床は実証研究、科学的・心理学的方法論に耐え得る形式としての MBT を開発し、それは準拠枠として多様な臨床構造に応用可能なモデルとして設計された。こうしたチームアプローチの採用と科学的方法論の採用、そして多様な臨床構造への応用可能性は、現代の心理臨床を取り巻く社会的、医療経済的圧力に耐え得る公共性をメンタライゼーション臨床へともたらすことに成功した。引き換えに精神分析的臨床の純粋性を失ったかもしれないが、しかし精神分析的臨床の精神は恐らくそこに確かに生き続けている。

メンタライゼーション臨床はこうして、「難しい」患者、クライエントの増加と、現場の多様化や社会的、経済的圧力という現代の心理臨床を取り巻く多くの困難に対する回答の 1 つとして、一貫した理論体系を提示し得るものであるという理由から、筆者はメンタライゼーション臨床とは極めて有用なものであるとここに結論付けるものである。そしてこのように有用で有益なものであるからこそ、メンタライゼーション臨床を臨床教育や心理療法の訓練課程を含む日本の心理臨床の領域に積極的に導入していくことの是非が今こそ検討されるべきであると結論している。