マイナス原子価への対応方法

―「原子価心理療法」への招待―

Dealing with Minus Valency: Introduction to Valency Psychotherapy

Med Hafsi*

Nara University, Faculty of Psychology

要　旨

本稿は、筆者による「原子価論」に基づく「原子価心理療法（Valency Psychotherapy＝VAPS）」に関するものである。原子論から見れば、あらゆる心理的病理または『障害』は、「不在対象（乳房、親）」の存在（Bion, 1962a）という環境的な要因と、その結果である「マイナス原子価」という個人的要因である。マイナス原子価には、「過少の原子価」、「過度の原子価」、「未分化の原子価」という病理的形態が含まれる。VAPSは、対象関係論、特にBionによる諸理論に根付いている精神分析的心理療法である。Kernberg（1980, 1984）によれば、分析的心理療法は、「純表現的（purely expressive）」から「純抑制的」までの尺度と、「解釈的」から「支持的」までの尺度に基づいて評価することが出来る。詳細に言えば、VAPSは、「純表現的（purely expressive）」かつ「解釈的」な精神分析的心理療法であると考えられる。VAPSにおける治療、あるいはクライアントの病理的原子価を再構成化させる過程は、多くの分析的心理療法の場合と同様に、1）マイナス原子価の査定、2）治療的同盟の構築、3）コンテインメント、4）直面化の段階、5）終結という5つのの段階を含む（Cashdan, 1988; Hafsi, 1993）。本稿の目的は、臨床的素材を呈示し、VAPSの治療的過程の特徴を概観することである。

Keywords：Bion、心理療法、原子価論、原子価心理療法（VAPS）、分析的心理療法

はじめに

題目にあるように、本稿は、筆者による「原子価論（Bion, 1961; Hafsi, 2006a; 2009）」に基づく「原子価心理療法（Valency Psychotherapy）」に関するものである。その目的は、原子価心理療法の特徴及びその治療的過程を概観することである。

心理療法は、様々な形をしながら、常に人間と共に存在していた。換言すれば、精神的な苦悩や苦痛、障害は、人間と同じぐらい古く、人間の歴史の一部である。このような障害に耐えきれない人間は、それを否認しない時に、それを無くしたり、癒したりするための方法を常に求めている。

Accepted September 17, 2009

Fine（1982）は、心理療法の発達過程を、5つの段階に分けて考察している。第一段階では、「魔術」や、魔術的な信念が支配的な位置を占めていた。第二段階では、宗教が魔術の代わりとなった。しかし、心的な悩み、痛みとその癒し方については、魔術も宗教も、同じような説明を提供している。即ち、悩みや痛みを克服していくためには、超自然の現象または神を信じることしかないということである。

心理療法の発展における第三段階は、哲学の支配によって特徴づけられるものである。哲学、例えば実存主義は、生き方、病理とその克服などのこころの謎に関する様々な論説を提案してきた。第四の段階は、科学が支配的になる時期である。この段階における考え方としては、心的痛みが適切な診断及び投薬、または薬に代わる治療的方法によって治療されるということである。最後の段階は、科学的な技法としての心理療法の父であるSigmund Freud（Fine, 1982）による無意識の発見及び精神分析とその固有の心理療法の考案に相当するものである。

題目にあるように、本稿は、筆者による「原子価論（Hafsi, 2006a; 2009）」に基づく「原子価心理療法（Valency Psychotherapy）」に関するものである。その目的は、原子価心理療法の特徴及びその治療的過程を概観することである。

Ⅰ．原子価心理療法とは

上述のように、ここでは、筆者は、原子価論（Hafsi, 2006a; 2009）に基づいて考案した心理療法、あるいは「原子価心理療法」（以下、VAPS）」を紹介したい。原子論から見れば、あらゆる心理的病理または『障害』は、「不在対象（乳房、親）」の存在（Bion, 1962a）という環境的な要因と、その結果である「マイナス原子価」という個人的要因である。マイナス原子価は、「過少の原子価」、「過度の原子価」とその3つのマイナス類型（－DV、－FV、－FlV、－PV）と、「未分化の原子価」という病理的形態を含む。更に、これらの病理的な原子価には、様々な神経症、精神病、人格障害等の従来の身心的障害が含まれると考えられる。

VAPSは、これらのマイナス原子価の類型を治療的に取り扱う心理療法である。VAPSの基本的な目的は、1）クライアントの病理的な原子価構造とその結果である対人関係的困難と混乱を診断または査定し、そして2）精神分析における基本な治療的スタンスや技法を用いて、病理的な原子価構造とその特徴的な原始的対象関係や防衛機制を明らかにし、より健常なものに変形させることによって、クライアントが安定した対人関係を築けるように手助けをすることである。

VAPSにおいて用いられる技法としてはBibring（1954）やKernberg（1976, 1980）によって記述されているものが挙げられる。これらの技法には、部分的解釈が含まれる。部分的解釈とは、意識や前意識の水準のみの明確化を目指す解釈と、精神内における区切りや部分を選択的に取り上げる解釈である。しかし、部分的にせよこれらの解釈が、クライアントに意識されない願望、動因、目標、葛藤に光をあてようとしているので、それには分析的な効果があると考えられる。更に、原子価論と同様に、VAPSは精神分析、特に対象関係論に根付いている精神分析的心理療法の一種である。

Freudが早期に指摘しているように、精神分析には、「転移」と「抵抗」という予期の出来ない

現象を取り扱うあらゆる治療的手段やアプローチが含まれる。更に、これらの２つの現象を考慮し、そしてそれらを出発点として考える、あらゆる活動や調査は精神分析と呼ばれてもよいとFreud（1915）は強調している。Freud以来、多くの分析家（例えば、Gill, 1951; Bibring, 1954; Eissler, 1953; Brown & Pedder, 1979; Kernberg, 1980）は、精神分析を簡明に定義しようとしたり、そして他の心理療法と区別しようとたりしたが、未だに一致した定義がない（Fine, 1979）。多くの分析家は、精神分析とそれに近い心理療法とを区別する基準、あるいは規則としてセッションの回数（週４回以上）、自由連想への頼り、カウチの使用を用いるが、これらの基準が常に厳格に守られるわけではない。例えば、セッションの回数とカウチの使用は、分析家だけの意志による問題ではなく、クライアントの意志や病理状態によって決定される場合が多い。治療の初期には、クライアントはカウチの使用に対して抵抗を示したり、拒んだりするので、椅子を使う場合が少なくない。

精神分析の場合にせよ、分析的療法の場合にせよ、Brownら（1979）が指摘しているように、クライアントは、１）自己の主訴や問題の源が、少なくても部分的にクライアント自身の内部にあるということ、そして２）これらの問題の解決がクライアントの自己と自己の対人関係の理解によるということを認識する必要がある。更に、クライアントに期待されるのは、治療への積極的な参加、あるいは高いモチベーション、治療による欲求不満や不安に対する十分な耐性を持つことである。それに加えて、Raynerら（1964）は、自己責任や自己評価の能力や持続性という因子を挙げている。

セラピストの役割ににおける最も基本的な作業は、治療的構造を築き、それを維持していくことである。その作業を行うための最も適切な態度として、Freud（1912）は「自由に漂う注意「(free-floating attention)」という心構えを提案している。「自由に漂う注意」とは、セラピスト（分析家、治療者）がクライアント（非分析家、患者）による「自由連想法」に対して取るべき基本的態度である。この概念によって、Freudは、クライアントの特定の事柄に特別な注意を向けず、クライアントの連想とその全体の雰囲気や様子に「平等に漂う注意」を向け、無意識を探求することを示唆している。

更に、このような態度には、他者としてクライアントの素材に耳を傾け、後者との間に適切な距離を保ち、観想することが出来る能力と同時に、直感的にクライアントを受容する能力が含まれる。換言すれば、平等に漂う注意を通じて、セラピストは、クライアントの主観的体験を受容し、それについて考え、クライアントが自己の問題に気づき、それを克服することが出来るように努める。後に述べるように、このような態度を更に発展させ、新たに提案したのはBionである。

簡単に言えば、精神分析に比べて、分析的療法におけるセラピストの役割の方がより積極的である。なぜならば、分析的療法の場合のセラピストは治療の短期的な期間と目標を常に念頭に置きながら、治療的作業を進めなければならないからである。

Ⅱ．VAPSにおける基本的特徴

既述しているように（Hafsi, 2010）、VAPSは、対象関係論、特にBionによる諸理論に根付いて

いる精神分析的心理療法である。Kernberg（1980, 1984）によれば、分析的心理療法は、「純表現的（purely expressive）」から「純抑制的」までの尺度と、「解釈的」から「支持的」までの尺度に基づいて評価することが出来る。詳細に言えば、VAPSは「純表現的（purely expressive）」かつ「解釈的」な精神分析的心理療法であると考えられる。

表現的心理療法における主要な道具は、明確化と解釈である。セラピストは、中立性を保ち、治療目標を念頭に置きながら、クライアントの転移の部分的な側面や、抵抗や、外部の現実と関連する出来事を解釈する。一方、支持的心理療法は、明確化や解除反応の部分的使用と、特に暗示と操作によって特徴づけられる。しかし、純粋な支持的心理療法の場合は転移が解釈されない。そして、操作や暗示が中立性を妨げるのである（Dewald, 1969）。

VAPSにおいても、上述した分析的心理療法における基準や規則が重要である。しかし、セラピストはそれに対して出来るだけ柔軟な態度を示さなければならない。例えば、クライアントがカウチの使用を拒否した場合は、セラピストは、クライアントが考えを変えることを期待し続けながら、他の面接形態を考慮に入れる必要がある。カウチの拒否の無意識的な理由は、マイナス原子価のタイプによると考えられる。例えば、マイナス闘争の原子価のクライアントにとって、他人（セラピスト）の前でカウチの上で横になることは侮辱を受けることと等しいことであると無意識に感じる。マイナス逃避の原子価の場合は、それが自制を出来なくなる恐怖を引き起こすことである。対人関係を性愛化する傾向が強いマイナスつがいの原子価を示すクライアントにとって、カウチの使用を性的誘惑として感じる。マイナス依存の原子価のクライアントは、それを、セラピストによる冷たさや、見捨てられ不安や、孤独感の源として体験する。従って、あらゆるマイナス原子価の場合も、セラピストは、クライアントがこれらの恐怖や不安を克服し、そしてより協力的になれるまで待つ必要があると考えられる。

更に、前述したように（Hafsi, 2010）、マイナス逃避の原子価のクライアントに対して、初期においてセラピストは支持的にクライアントに関わる場合があるが、一般的言えば、VAPSは純表現的かつ解釈的療法である。即ち、VAPSにおいて、解釈は基本的な手段の一つであり、解釈による介入はセラピストの主要な活動や原則である。

1．解釈

セラピストがクライアントに対して解釈をし始めるのは、クライアントとの間に一定の治療的同盟が成立し、クライアントがセラピストに対して信頼感を抱き、そして治療が中断される可能性が減少したと、セラピストが確信した時からである。その時点で、セラピストは、出来るだけタイミングの良い解釈をする必要がある。なぜならば、解釈がなければ、クライアントのマイナス原子価から治療関係や、クライアント自身を守ることが出来ないからである。

セラピストは、Fine（1982）が指摘している３つの主要な解釈をする。即ち、発見的（uncovering）解釈、結合的（connective）解釈、統合的（integrative）解釈である。セラピストによる最も一般的である発見の解釈は、クライアントに、マイナス原子価と関連する自己の感情、行動、思考の無意識的な意味や願望に気づかせるあるいはそれを意識化させるものである。このような願望は、クライアントによる臨床素材の中に表現されているので、セラピストが、それを、「直感（intuit）」

することが出来るように、後に述べる分析的スタンスを保ち、解釈によってそれをクライアントに告げる。更に、セラピストはクライアントの無意識的願望を素材から推論する場合もある。

結合的解釈は、クライアントが語る過去におけるマイナス原子価に関する素材と、今ここの治療関係との繋がりに言及するものである。換言すれば、結合的解釈は過去と現在を関連づけるものである。

統合的解釈は、最も複雑なものであり、クライアントによる一見ばらばらで、関係のない陳述、思考、感情の統合の結果である。一般的に、このような解釈は、クライアントに、自己のマイナス原子価とそれによる対人問題について考えたり、それを変容したりするための頂点を提供する。更に、他の解釈の種類と異なって、統合的解釈の場合は、多くの臨床的素材と時間が不可欠である。従って、治療がある程度まで進展しなければ、このような解釈がほとんど見られない。

2．転移の解釈

既述しているように、分析的療法としてのVAPにおける転移の解釈は重要な位置を占めている。セラピストは、タイミングを計り、治療関係や治療外の対人関係に見られる転移のあらゆる表現を解釈する。一般的に、全ての転移のように、マイナス原子価の転移は、セラピスト自身、セラピストの解釈の理解、治療全体に対する態度、外界の人物、幻想的な人物（例えば、漫画の登場人物）に対する感情等の様々な領域に反映される。解釈は、転移の表現が今・ここにも表れ、そしてセラピストがそれを直感し、十分にコンテインすることが出来た時に行われるのである。

転移の解釈には、「技法的中立性（technical neutrality）」に特徴づけられる立場（Gill, 1954）を維持していくことが不可欠である。なぜならば、Kernberg（1980）が述べているように、技法的中立性がなければ、解釈的作業が不可能である。中立性によって、セラピストは、自己とクライアントの外部・内部世界に対する幻想との間に、一定の感情的距離を保つことができ、その幻想の検証や強化を促進するような逆転移的な反応から治療的関係を守ることが出来る。言うまでもなく、中立性を保つことと、クライアントに対して暖かいかつ共感的な態度を示すこととは、相反するものではない。なぜならば、後者の態度には、セラピストによる、クライアントにとっての耐えがたい内容（認知、感情等）のコンテインメント（Bion, 1965, 1967, 1970）及び、耐えやすいものへの変形が含まれるからである。

転移の解釈の水準は、既に示唆しているように、マイナス原子価の性質と病理水準によって異なる。マイナス原子価の病理水準が深刻であればあるほど、転移の解釈を通じて扱われるのは、発達におけるより早期の対象関係とその固有の原始的防衛機制（分析、否認、投影同一化、否認、万能、理想化等）である。従って、最も効果的な転移の解釈は、クライアントの現実的生活とその固有の対人関係的特徴とマイナス原子価のタイプと病理水準を考慮することである。過少の原子価のクライアントには十分な原子価がないので、対象と安定した絆を築くことが出来ない。過少の原子価は、深刻な病理的水準に相当するものであり、Klein（1946）の言う妄想分裂的態勢と、分裂やと投影同一化等の原始的対象関係や防衛機制によって特徴づけられる。

既述しているように、過少の原子価の場合の転移は原始的であり、それにはマイナス♀とそれによる妄想的態度、強烈な不信感、無関心（Fine, 1982）、引きこもり、「連結への攻撃」（Bion,

1967）が反映される。従って、転移の解釈は、今・ここにおけるこれらの原始的な反応や防衛機制の体系的解釈を含むのである。クライアントによる深刻な行動化や、治療及び治療的関係への攻撃とその破壊の可能性のために、セラピストは、逆転移を統制し、用いることによって、繰り返し、転移を解釈したり、クライアントの私生活の再構造化や安定性をもたらす治療的介入も行ったりする必要がある。即ち、セラピストは、クライアントの自由連想の内容だけではなく、両者の関係に観られる全ての要素（例えば、治療的構造に対するクライアントの体験や反応）に注意することが必要である。さもなければ、セラピストは、クライアントを自己破壊から守ったり、治療関係を維持したりすることが出来なくなる。

早期に対象関係と後に対人関係を築くことが出来なかった過少の原子価のクライアントに比べて、「過度の原子価」とその４つのマイナス類型（－DV、－FV、－FlV、－PV）や、「未分化の原子価」によって特徴づけられるクライアントは、安定したものではないが、一定の対象関係とそれに相当する対人関係を築くことが出来る。しかし、この場合のクライアントの困難は、これらの対人関係を安定した形で維持していくことである。換言すれば、比較的に自我の強さが十分であるこのようなクライアントの特徴は、相対的に治療的同盟が築き易いが崩壊し易いということである。

転移を通じて表現されるのは、このような持続しない対人関係とそれによる困難さである。過少の原子価の場合と異なって、過度の原子価と未分化の原子価の場合の転移の解釈は、体系的ではない。現実におけるクライアントの対人関係に見られる困難の深刻さや行動化に専念し、クライアントが心理社会的に生存していけるのに助ける必要性のため、Kernberg（1980）やTicho（1972）が指摘しているように、転移の解釈は、主として１）日常生活における対人間の葛藤、２）治療の全般的な目標と、３）今・ここにおける転移の内容によって決定される。

そういう意味で、転移の解釈は部分的である。セラピストは、一定の治療的目標、転移に対する主要な抵抗、クライアントの外部的現実（私生活を含む）を考慮しながら、転移の幾つかの側面（最も支配的なもの）のみを選択し、解釈する。更に、この場合は、セラピストはクライアントの外部的現実に介入し、当人の生活の構造化をしようとすることによって、転移が幾分かに満たされる。しかし後に述べるように、早期の段階において、クライアントに安定したかつ信頼できる共感的親像を提供し、そして当人の情動的成長を促進するためには、転移の最低限の充足が必要不可欠である。それによって、過少の原子価、過度の原子価、未分化の原子価の場合は、セラピストの技法的中立性が幾分か制限されることになる。しかしながら、治療の成功及びクライアントとセラピストの成長のためには、セラピストは、常に技法的中立性を念頭に置き、それを維持していくことが不可欠である。中立性を維持していくための最も重要な方法は、解釈と自己の反応の分析である。中立性を維持し、そしてクライアントとの関係における程良い治療的距離を保ち続けるために、セラピストは、できるだけ繰り返し、クライアントの転移のあらゆる表現手段を解釈し、自己分析やスーパービジョンを通じて、自己の逆転移的反応を吟味することが不可欠である。次に、VAPSにおける治療的過程について論じてみよう。

Ⅲ．VAPSにおける治療的過程

既述しているように、VAPSは分析的心理療法であり、James MastersonとOtto Kernbergによる「対象関係心理療法」に近い。しかし、両心理療法の多くの類似点以外に根本的な違いがある。即ち、対象関係心理療法の方はより自我心理学に根付いていること（Kernberg, 1976, 1980, 1984, 1996; Masterson, 1976）に対して、VAPSが古典的精神分析の基本的な規則や技法を柔軟に守りながら、対象関係論、特にKleinとBionの理論に基づいている。

要約すれば、原子価論の観点から見れば、人には根本的に関係、あるいは絆を求め、絆を築き、そしてそれを維持していく基底的な（出生前の）衝動がある。この衝動によって、主体は、絆を形成して、そしてFreudによって考案されたリビドー性的衝動と攻撃的衝動を満たそうとする。そういう意味で、絆を形成しようとする衝動の方がより基底的であると考えられる。なぜならば、リビドー性的衝動や攻撃的衝動が意味を持つようになるためには、対象との絆が不可欠だからである。

更に、原子価論の観点から見れば、心理的機能不全（障害、悩み、病理）は、Bion（1962a, 1967）が示唆しているように、環境的要因と個人的要因の結合の結果である。環境的要因とは、発達の早期段階におけるマイナスコンテイナー、あるいは否定的コンテインメント機能によって特徴付けられる対象（乳房、母親など）との出会いとその結果であるマイナス原子価の形成に相当するものである。個人的要因としては、その出会いに対する不十分な耐性である。この２つの要因の相互作用の影響によって、クライアントは安定した対象関係と対人関係を築くことが出来ず、そして結果として、自己の精神的生存が保障されなくなる。このような否定的かつ苦痛に満ちた条件の下で、クライアントは、様々な躁的防衛（分裂、否認、万能感、支配感、勝利等）を用いて、対象と対象との連結を回避しようとしたり、または、対象と相互破壊をもたらす不安定な絆を構築しようとしたりする。何れの場合も、結果は同様である。つまり、前者の場合は、自己の精神的生存に不可欠である安定した絆が成立しないが、後者の場合は、両者（主体と対象）と二人の関係の破壊を引き起こす絆が形成されることである。

既述しているように、VAPSの目的は、これらの破壊的な対人関係をもたらすマイナス原子価構成を変えることである。即ち、マイナス原子価の性質によって、治療の一般的な目標は、治療的関係を通じて、クライアントの病理的な原子価構成を再構成化することである。「過度の原子価」の場合は、クライアントが自分の支配的または活動的原子価だけではなく、他の補助的原子も示し、そして自己の社会的環境に適用していけることが治療的目標である。「未分化の原子価」の場合の目標は、一定の原子価を、自己の活動的原子価として選択し、それを対象に対して表現することが出来るようになるのは目標である。過少の原子価のクライアントの場合は、安定した対象関係と対人関係を築くための手段である原子価構成を取得することが治療の目標である。

VAPSにおける治療、あるいはクライアントの病理的原子価を再構成化させる過程は、多くの分析的心理療法の場合と同様に、１）マイナス原子価の査定、２）治療的同盟の構築、３）コンテインメント、４）直面化の段階、５）終結という５つのの段階を含む（Cashdan, 1988; Hafsi, 1993）。

1．マイナス原子価の査定

一般的に、クライアントが治療を望む理由は、精神的な苦しみを体験し、そしてその原因が分からないからである。クライアントはその理由把握し、そしてその苦しみをなくすために、治療を求めてやってくる。原子価論から見れば、その苦しみの原因が当人のマイナス原子価構造にあると考えられる。従って、セラピストの仕事は、クライアントとの関係を通じて当人のをマイナス原子価構造を査定することから始まる。

クライアントのマイナス原子価とその固有の幻想や、感情、認知、態度様式があらゆる対人関係的場面に反映される。セラピストとの関係の場合も例外ではない。セラピストは中立性や無批判的かつ共感的な態度を含む分析的スタンスを保ち、クライアントによるあらゆる表現方法や内容に十分な注意を払うことが出来れば、クライアントのマイナス原子価が治療場面にも表出される。

クライアントの対人（対象）関係の査定は、まず、現在の人間関係（家族関係、友人関係、同僚関係、隣人関係等）に関する情報を収集することから始まる。例えば、夫婦関係、育児のスタイル、隣人との関係について聞くことによって、クライアントのマイナス原子価のタイプが明らかになる場合がある。地域社会との関わり方からもクライアントのマイナス原子価を査定することも出来る。

現在の対人関係からみたクライアントのマイナス原子価の査定を十分に行った後に、セラピストはクライアントの過去の対人関係にも注目を向ける必要がある。それによって、セラピストは、クライアントのマイナス原子価を決定したと思われる対象関係を推測するための人間関係の歴史的な概要を得ることが出来る。過去の対人関係に注目する目的は、クライアントのマイナス原子価の構造への洞察を追求することである。この段階における過去の探究を通じて、クライアントも自己のマイナス原子価の根元に対する洞察を得る時がある。しかし、この時点では、セラピストは解釈を控える必要がある。なぜならば、この段階では治療的同盟がまだ成立していないので、クライアントの治療やセラピストに対する不信感と恐怖が高まり、そして治療が中断する恐れがあるからである。

面接による査定以外、「原子価査定テスト（Valency Assessment Test＝VAT）」も用いられる。後に詳細に紹介するが、VATは、文章完成法タイプの投影テストである。その目的はクライアントの原子価構造を査定することである。VATを実施する更なる目的は、治療や治療者の治療的能力に対する不信感を減少させ、クライアントのモチベーションを高め、そして次の段階に行われる治療同盟の構築という作業を容易にすることである。

2．治療的同盟の構築の段階

本段階における主要な治療的作業は、クライアントと治療的関係、あるいは「治療的同盟」を構築することである。クライアントと治療的同盟を築くことは一種の芸術であり、容易な作業ではない。治療的同盟を築いていく過程において、まずセラピストは、技法よりもクライアントの援助と回復を重視しているという印象をクライアントに与える必要がある。更に、クライアントは、治療者が自己の悩みや主訴について真剣に考えてくれているという実感を抱かなければなら

ない。換言すれば、クライアントは、セラピストの存在を今・ここにおいて感じ、クライアントだけのために存在するよい対象として内在化する必要がある。このような感情的体験がなければ、安定したかつ持続的治療的関係が成立しない。従って、クライアントにその体験をさせるために、セラピストは現象論的アプローチを用い、クライアントの問題を、関係に反映されるままに理解していく努力をする。これは、単にクライアントの言う内容を理解することだけではなく、クライアントのセラピストとの関わり方も理解することを意味するのである。ここで言う理解には、クライアントの問題に注意を払ったり、興味を示したり、受容したりすることと、批判したり、決めつけたりすることを避けることが含まれる。

更に、セラピストに対する信頼を高め、そしてクライアントとの治療的同盟を強化していくために、この段階において見られるクライアントによるセラピストの理想化をも取り扱う必要がある。多くのクライアントは、心理療法に関する十分な知識がなく、理想化された治療やセラピスト像を抱きながら、治療へやってくる。医療的なモデルを念頭に置いているので、クライアントはセラピストを、悩みや苦痛から解放してくれる魔法の錠剤を提供してくれる「先生」として認識している場合が多い。従ってセラピストはこのような治療像を修正する必要がある。即ち、セラピストは、クライアントにその理想像と現実との違いについてなるべく率直に告げる。さもなければ、クライアントは早期の段階で、失望し、早めに治療を止めるという結果になる。Hoffman（1985）が述べているように、治療が中断することは、治療の早期段階における慢性的な問題である。次の対話は、セラピストがクライアントのセラピスト（Th）像を修正しようとした時の例である（Hafsi, 1993; 2006b）。

W夫：先週、申し上げたように、先生（セラピスト）を紹介してくれたのは、妻のセラピストのＥ先生です。妻にも言われましたし、私も、セラピストとして先生は頼りになると思いますから、先週、簡単に私の悩みについてお話しさせていただきました。... 国にいる色々な友達に電話してアドバイスしてもらいましたけれども、あまり良くは成りません... 先生どうすれば、いいのか助けて下さい...。

Ｔｈ：気持ちはよく分かります。しかし、知らなければならないのは、私は魔法使いではありませんし、魔法のステッキを使って、今直ぐ貴方の問題を解決したり、そして貴方を悩みや苦痛から開放することが、残念ながら、出来ません。勿論、全力を尽くして貴方を助けたいと思っています。しかし、これは簡単なことではありませんし、私一人で出来ることでもありません。貴方のモチベーション、努力も不可欠です。

W夫：（微笑みながら）... 魔法使いまでとは思っていませんけれども、言われてみたら、そうであって欲しいと望んでいたかも知れません。... でも、はっきり言って頂いてよかったような気がします。

治療的同盟は、どのようにして築かれるのか。Beitman（1979）が示唆しているように、治療

的同盟は、セラピストとクライアントとの「感情的連結（emotional linking）」の結果である。感情的連結とは、セラピストがクライアントを理解していることや、クライアントの気持ちに対する共感を、クライアントに告げるための幾つかの技法に相当するものである。Cashdan（1973, 1988）は、感情的連結を築くための様々な技法について述べている。

治療的同盟を築くためのもう一つの手段は、要求に応じて、一時的にクライアントの私生活に関する助言、示唆を提供し、クライアントを支えていくことである。セラピストは、中立性を保ちながら、クライアントの問題を異なった観点から吟味し、現実に基づいた新たな解決方法をクライアントに提案することが一般的な例である。

> 1年前に奥さんと一緒に来日してからクライアント（W夫）は働いていない。奥さんが働いている間にジムに行って、運動したり、日本語が分からないが、家でテレビを見たりしていた。奥さんに勧められたので、仕事を探すことにした。しかし、W夫はどのような仕事を探せばよいのか、どのように探せばよいのかを、一人で考えたり、決めたりすることが出来ない。従って、W夫が第5セッションの時にセラピストの助言を要求したので、セラピストは要求に応じて、英会話の教師を提案した。英会話を教えることを通じて、金銭的な問題を解決するだけではなく、多くの友達を作ったり、日本文化を学んだりすることが出来ると説明した。次のセッションにW夫は、「先週、いいアドバイスをいただき、ありがとう。お陰様で、二日前に面接を受けまして、明後日からノヴァで英会話を教えることになりました... 全部先生のお陰です。ありがとうございます。」と言ってセラピストに対して感謝を表した。

セラピストは、どのようにして、治療的同盟が成立したことを分かるのか。セラピストがそれを分かるための一つのきっかけとしては、セラピストを含めて人に対するクライアントの評価がより肯定的になることである。実際にそうなった時に、クライアントはセラピストに肯定的な気持ちを告げる場合が多い。W夫はセラピストと来日する前のセラピストを比較し、次のように気持ちを伝えた。

> W夫：... 正直に言うと、治療を受けるとは思いませんでした。先生のパーソナリティ、治療のやり方も前のセラピストと全然違います。最初は、慣れないから嫌だった... 先生のやり方があまり好きじゃなかった... 緊張していたし... しかし、今はましです... 前のセラピストに比べて、先生はあまり喋らないけれども、私の話をよく聴いてくれているような気がします... 毎週、批判したり、責めたりせずに、話を聴いてくれる人がいることは、本当にありがたい... 先生は私のために大事な時間を取ってくれて本当に感謝しています... 先生は忙しいと思いますが、よければ、週二回をお願いしたいと思っています...。

言うまでもなく、W夫のような気持ちの変化は架空のかつ短期的な現象である。しかし、

Cashdan（1988）が指摘しているように、これは、セラピストとクライアントの間に治療的関係が成立しつつあったということを表している。即ち、セラピストは、クライアントの私生活や内部対象の世界に何らかの役割を果たし始めたということである。これは、次の治療的段階、あるいはコンテインメントに入る時期が来たということを示していると考えられる。

3．コンテインメントの段階

コンテインメント（containment）という用語は、英語の「contain」という動詞に由来する名詞であり、内に含むこと、包含すること、抑えること、阻止すること、封じ込めること、辛抱することを意味するものである。更に、臨床的概念として、コンテインメントは、Bion（1962b, 1970）による「♀・♂」あるいは「コンテイナー・コンテインド（container・contained）」という理論的なモデルと関連している。

「♀・♂」モデルによれば、対人関係を含むあらゆる対象関係（例えば、母子関係、口と乳房の関係、自我と感情、願望、思考等のパーソナリティの一要素との関係、グループ・メンバー関係、セラピスト・クライアント関係等）を、「♀は♂をコンテインしている」という様式によって説明することが出来る。

Bion（1962b, 1970）は「♀・♂」モデルを用いて、母親と乳児とその感情的体験の関係及び両者の関係が及ぼす影響について記述している。お腹を空かせ泣いている乳児とその母親の例を用いて、コンテインメントの結果を明らかにしようとしている。Bionによれば、精神的かつ身体的に未熟であるため、乳児は自己の体験に意味付けすることが出来ない。そして、意味の持たない体験は、乳児にとって恐怖の対象や源である。「お腹が空いている」体験も同様である。乳児にとって、「お腹が空いている」体験とそれによる不快感や恐怖（全滅恐怖）が、「死の本能」の仕業であり、訳の分からない体験、あるいは「ベータ（β）要素（β-element）」である。未熟であるため乳児には、このようなβ要素に意味を与える、あるいは、思考作用に不可欠である「アルファ（α）要素」（視覚的、聴覚的、嗅覚的心像）に変えるための「α機能（α function）」「装置」が欠如している。Bionが述べているように、α functionとは、感覚的刺激を、思考作用、夢作用、記憶に不可欠である要素（α要素）に変形する心的機能である。

α機能の欠如によって、乳児は、体験している意味のない、あるいは「無名の恐怖（nameless dread）」（♂）をコンテインすることが出来ない。従って、乳児は♂を分裂排除（split off）し、投影同一化によって、乳房（♀）の内部に押し込む。その目的は、♀に処理、あるいはコンテインせるさせることである。Bion（1962b, 1970）は、病理的なコンテインメント（「－♀・♂」）と正常なコンテインメント（「♀・♂」）を区別している。前者の場合は、欠陥のあるα機能のために、β要素である♂をコンテインすることが出来ず、それを処理せずに、「逆転投影同一化」（reversed projective identification）によって乳児の内部に逆に押し込むことになる。その結果、乳児には、分裂と投影同一化によってしか処理できず、更に強化された無名恐怖の他に何もない。即ち、α要素もなく、α機能もなく、思考能力や経験から学ぶ能力もないということである。それによって、マイナス原子価の世界へのレールが敷かれるようになる。

正常なコンテンメントの場合は、♀は、まず乳児がβ要素として分裂排除した♂を受容し、内

部に含み、そしてそれに耐えていけるようにする。同時に、♀は、自己のα機能を用いて、♂をα要素に変形させる。換言すれば、♀は、無名でかつ耐え難い♂をコンテインし、それに意味や名前をつけ、適切な手段を用いて、その源である乳児に返す。乳児は、より分かり易くかつ耐え易くなった♂を、α要素として再取り入れし、思考作用や経験からの学習のために活かし、そして自己自身のα機能の基礎として保管する。

セラピストとクライアントも「♀・♂」の関係にあると考えられる。既述しているように、マイナス原子価の原因は、早期におけるマイナス♀との出会いと、それに対する忍耐力の不十分さ、または欠如である。従って、VAPSにおけるセラピストの作業は、クライアントに正常なコンテンメントを提供することである。換言すれば、セラピストは、転移関係を通じて、クライアントのマイナス原子価による繋がりへの欲求、思考、要求、願望、操作的行動（♂）をコンテインする必要がある。

Bion（1962b, 1970）が示唆しているように、正常なコンテンメントには、「夢想（reverie）」の能力が不可欠である。夢想とは、精神的に安定した母親が乳児とその欲求に対して示す心的状態であり、セラピストの「治療的設備」における不可欠な要素でもある。更に、夢想は、BionがJohn Keats（1970）から借用した「負の能力（negative capability）」という態勢をも含む。負の能力は、「事実や理由を、急いで追い求めることもなく、不確実さ、疑惑（疑問）の中にいられる」（Bion, 1970; p. 125）ことを意味する治療的反応であり、VAPSにおけるセラピストの重要な治療的態度と考えられている。負の能力のあるセラピストは、クライアントを受容し、混乱することなく、早まったかつ知性化による疑似の（防衛的）理解もなく、記憶に頼ることなく、今・ここを重視しながら、クライアントと関わることが出来る。つまり、セラピストは、Bionの言う「記憶もなく、願望もなく、理解もなく（no memory, no desire, no understanding）」という治療的スタンス、あるいは心的状態によって特徴づけられるということである。セラピストはこのようなスタンスを保ちながら、自己の直感に頼って、クライアントのマイナス原子価の性質とタイプを実際に理解出来るまでに、コンテインメントを続ける。

セラピストは、忍耐強く、早まった解釈を控え、Spotnitz（1985）の言う「沈黙の解釈（silent interpretation）」だけに止め、クライアントをコンテインし続ける。セラピストは、クライアントからの内容を十分に消化し、Poincare（1952）とBion（1962b, 1970）の言う「選択された事実（selected fact）」を知覚できるまで待たなければならない。Bionによれば、選択された事実とは、クライアントによる今まで無関係かつバラバラであった臨床的素材（陳述、思考、感情、行動等）に意味を与えたり繋げたりする一言、感情、行動である。そういう意味で、選択された事実は、ミッシングリンク機能を持っている。それを知覚できることによって、セラピストはクライアントのマイナス原子価の構造に関して統合したイメージを抱くことができるようになる。この場合は、クライアントを十分にコンテインし、そして当人のマイナス原子価を把握することが出来たと実感すれば、セラピストは次の段階に入る準備をする。

4．直面化の段階

この段階で、クライアントは、転移、行動化、夢等を通じて自己のマイナス原子価を十分に表

現し、そしてそれについて何らかの洞察を得ているので、それに直面する心の準備が出来ていると考えられる。従って、セラピストはクライアントに対する「直面化（confrontation）」を導入し始める。

殆どの対象関係心理療法の場合と同様に、VAPにおいて直面化は重要な治療的技法である。セラピストは、クライアントをマイナス原子価とその影響に直面させる。換言すれば、セラピストは共感的な態度を示しながら、クライアントによるマイナス原子価に基づく無意識的欲求や操作的行動を解釈し、それに応じたくない意志を明確に告げる。直面化を通じて、セラピストは、クライアントに、今までの人との繋がり方が病理的であり、クライアントの悩みの元になっていることを、繰り返して、解釈を通じてクライアントに伝える必要がある。

解釈は、パーソナリティにおける最も健常な部分に向けられる。Bion（1967）によれば、パーソナリティは「精神病的パーソナリティ部分（psychotic part of the personality）」と「非精神病的パーソナリティ部分（non-psychotic part of the personality）」によって構成される。「非精神病的パーソナリティ部分」には健常な部分と神経症水準の部分が含まれる。これは、病理的パーソナリティだけではなく、全ての人のパーソナリティに当てはまるものである。解釈の対象は、現実と親密に関係を持ち、その認識を可能にする非精神病的部分、つまり、クライアントの最も正常な部分である。なぜならば、非精神病的部分には、現実の認識に不可欠である「意識」、「注意」、「記憶」、「判断」、「思考」という心的機能が含まれているからである。

直面化によってセラピストは、マイナス原子価とその固有の支配的かつ操作的行動から、治療的関係及びクライアント自身を守り、クライアントの成長を促進していく。

同時に、セラピストは、クライアントに正直に分かったことを伝えているのは、クライアントに対する気持ちが変わったからではないことも伝える必要がある。つまり、セラピストに嫌われていると感じさせないように、セラピストはクライアントを安心させる必要がある。クライアントは、両者の関係がまだ生きていることを確信しなければならい。そのためにセラピストは、クライアントに対して直面化を行った後も、クライアントを尊敬し、彼または彼女の悩みや問題について真剣に考えているということを繰り返し告げ、そのことをクライアントに感じさせなければならない。更に、クライアントは、直面化が見捨てられることを意味するのではないということ実感する必要がある。なぜならば、この段階でもクライアントは治療を止めしまう可能性があるからである。

最終的に、クライアントは、直面化によって、マイナス原子価とその破壊的結果に関する洞察を得ることにより、セラピストとの関係においてより健常な原子価を学習し、そしてそれを用いて、セラピストと新たな絆を築いていく。後者の絆は、後に治療関係以外の対人関係のためのモデルになる。以下のセラピスト（Th）とクライアント（Cl）とのやり取りからの抜粋（Hafsi, 2006b; p.12）は、直面化の一例である。

Ｃ１：）. . . 本当に何をすれば良いのか、どう生きていけば良いのか、分かりません. . . 勿論、先生によく助けてもらったけれども、まだ分からない. . . やっぱり、就職活動を続けた方が良いんですか. . . （Thが答えようとしなかったので）妻に、ニューヨーク

の友達に電話して就職の世話をしてもらったら、と言われましたけれど、どうしようかなと考えています...。

Ｔｈ：... セッションが始まってから、ずっと貴方しか答えられない質問をしていますね...

Ｃｌ：...（Thをさえぎって）そうかも知れませんが、一人で考えるのが難しいからここに来ていると思います... 助けてもらわないと...。

Ｔｈ：貴方を助けたくないと言っているんじゃない... 貴方を助けることと、貴方の代わりに考えることとは違う... 助言の自動販売機に成りたくないけれども、これは貴方に関わりたくないとか、貴方を助けたくないとかという意味ではない...

Ｃｌ：...（暫く考え込んでから）そう言われると、ちょっと痛いけど、その通りです。先生だけじゃなく、妻や友達に対しても子供のように振る舞っていると思います... 不思議ですが出来ないんじゃないか、と感じているんです...（別のセッションに同様の内容が語られた時に、以下のようにThは介入している）。

Ｔｈ：最近、一生懸命に貴方の無力を証明するような話題ばかりを選んで、セッションに持ち込んでいるんですね... 問題のない自分、助けを必要としない自分が私に受け入れられない、あるいは私と繋がらないんじゃないかと不安に思うんですね... お母さんとの関係の場合も同じですね... お母さんの注目を浴びるために、他の兄弟のように、一人で何も出来ないかのように振舞う自分に必ずしも満足している訳ではないですね...。このような自分を出せば出すほど、孤独感と欲求不満が増してきますから、辛いジレンマですね...。

勿論、この時点ではクライアントは、直ぐに抵抗なくセラピストの解釈を受け入れ、感謝を示す訳ではない。クライアントは、混乱したり、直面化に強く反応したりする場合が多い。その結果、クライアントはマイナス原子価による病理的行動パターンや対人関係を更に強調したり、繰り返し治療のやり方やセラピストに対する不満をもらしたりする。クライアントによる行動化、セラピストに対する依存、攻撃、無関心などの感情が著しくなる。クライアントはセラピストからの援助を貪欲に要求しながら、セッションをキャンセルしたり、休んだり、遅れてきたりするようになる。このような反応は何ヶ月も続く場合もある。

クライアントの抵抗の強さによって、クライアントはあらゆる防衛的手段を用いて、自己マイナス原子価とそれによる不安定な対人関係を守ろうとする。なぜならば、他者と繋がるための方法として、クライアントにはそれしかないからである。

この抵抗に対して、セラピストが、直面化の治療的機能を信じ、直面的態度を示し続けること

は重要である。即ち、セラピストはクライアントに見られる行動化、抑うつ的状態、不安症状、混乱から生じる圧力と、自己における失望感に負けず、直面化的介入を行い続ける必要がある。それによって、クライアントは抵抗とそれによる病理的反応を克服し、安心感と開放感を抱き、自己のマイナス原子価とその特徴的な病理的行動パターンを受け入れるようになる。

更なる直面化を通じてクライアントは、自己のマイナス原子価がセラピストに及ぼした否定的な結果についての洞察を得る。次にクライアントは、セラピストとの関係以外のもの、即ち、家族、職場、学校などの環境における関係をも新たな観点から理解しようとする。クライアントは、セラピストに対する気持ちや態度が外部の対人関係にも現れれているかどうかを確認しようとする。

自己マイナス原子価による繋がりが治療的関係に限られているのではないと確信すれば、クライアントは、意識的に他者との関わり方を真剣に変えようとする努力をする。その際に、セラピストとの関係を通じて収得した、安定した対人関係の築き方、あるいは健常な原子価を示し始める。治療的関係を通じて、クライアントは、母子環境の中に学ぶことが出来なかった全ての原子価を体験し、取得することが出来る。VAPSの観点からみれば、治療過程における段階は、子供が、望ましい条件の下で体験する発達段階に相当するものである。乳児のように、クライアントは各段階において一つの原子価を取得する。クライアントは、マイナス原子価の査定段階からコンテインメントの段階までの間に依存の原子価、直面化の段階に闘争と逃避の両原子価、終結の段階につがいの原子価を取得する。

更に、セラピストとの相互作用を通じて、人と安定した絆を構築するための健康的原子価を発見すると同時にそれを示し始める。また、クライアントは、対人関係が一方的ではなく、相互的な過程であり、両関係者にとって満足の出来るものということを学ぶ。これに加えて、クライアントは対人関係には拒否、拒絶の可能性と危険性が含まれるということが徐々に分かるようになる。従って、クライアントの拒絶不安が減少するようになる。この段階は、クライアントが健常な原子価構造を取得し、安定した対人関係を築くことが出来るようになるまでに続くのである。

本段階では、セラピストは、治療的関係に焦点を当て、繰り返し直面化を行い、クライアントのマイナス原子価、それによる対人関係への影響とその原因論についての明白な示唆をクライアントに与える。そのために、セラピストは、持続的に逆転移を吟味し、クライアントのマイナス原子価とその影響について感知した内容をクライアントにフィードバックする。同時に、セラピストは正常かつ安定した対人関係の手本（モデル）を示し続ける。それによって、徐々にクライアントは、セラピストとセラピストとの関係を安定した対象として取り入り、正常な対人関係のための内部的な模範、あるいはワーキングモデルとして、それを無意識的かつ意識的に参考にする。

このような取り入りによって、セラピストの身体的存在は不要になる。なぜならば、セラピストは、Kohut（1977）の言うように、クライアントにとって自信や価値の「内部に変形された」源になったからである。以下の抜粋から分かるように、この段階に、セラピストは、クライアント内部の世界の一部になり、一種の内部的コンパスの機能を果たすようになると考えられる。

Ｃ１：... 先生の言われるように、まだ、時々強い依存に基づく人間関係を作ってますけれども、以前とちょっと違うような気がします。以前は全然そういう意識が余りなかった。今そういう傾向を意識できるようになったから、出来るだけ依存的にならないように注意しています... 異常な依存によって人繋がろうとした時に、先生に言われてきたことと助言を想像します。それを自分に言い聞かせますと、自分の依存的な行動が明らかになります。そして出来るだけそれを抑えるようにします。

一般的に、直面化を十分に体験したクライアントは、まず、セラピストとの病理的関係が徐々に変わってきたここに気付く。次に、セラピスト以外の人（親、配偶者、友人等）との関係に注目し、それにおける変化とそれによる結果を楽しむようになる。治療関係がこの時点に到達したと判断出来れば、次の段階、即ち、「終結段階」へ進む準備が出来たと言える。

5．終結の段階

終結の段階は別れの段階である。あらゆる対人関係には、出会いと別れがある。終結の段階は、クライアントとセラピストの別れと心理力動に関する段階である。多くの別れと同様に、セラピストとの別れは、「ハッピーエンド」だけの出来事ではない。クライアントとセラピスト両方にとって、それは感情的に辛い体験であり、新たな不安の源でもある。

精神分析においては、治療の終結は、重要な時期である。そのために、Freudは、有名な論文を（Freud, 1937）書き残している。この論文でFreudは、分析を適切に終える条件が何であるか、という問題について論じている。Freudは、終結を決定する明白な条件が存在しないだろうと示唆している。しかし、一般的に用いられている条件は、クライアントが自己の問題を十分に克服し、そして治療による結果に満足を感じた時と、クライアントとセラピストが、治療の継続には意味や効果がないと感じた時である。

VAPSの観点に立つセラピストは、この段階に見られる不安に注意を払い、治療的に取り扱う。Cashdan（1988）が述べているように、「別れは、喜びと悲しさに満ちているので、... クライアントの人生において、意味のある対人関係的な出来事になっている。」(p.144)。この段階におけるセラピストの機能は、別れに対する気持ちや考えをクライアントに明らかに表現させることである。即ち、セラピストは、クライアントが治療の終結に対して抱いている心配、不安、喜び等の感情を率直に言語化出来るように働き掛(か)ける。

しかし、別れは、一者、つまりクライアントだけの問題ではなく、セラピストを含む二者の過程でもある。この段階を体験し、克服していくためには、クライアントだけではなく、セラピストも自己の喜び、悲しみさ、別れの不安や恐怖について語らなければならない。換言すれば、両者は、治療的関係の喪に服する（Klein、1940）必要がある。両者の感情的成長のためには、別れに関する気持ちの言語化と関係を喪に服することが不可欠な条件である。これらの条件が満たされなければ、別れは両者の関係において大失敗に終わってしまう可能性が高い。従って、セラピストは、終わりの数セッションを用いて、別れに関する感情的体験の言語化と喪に服することを助長するような介入を繰り返し行う。次の抜粋は、セラピストが自己の気持ちをクライアント

に告げる時の一例である。

Ｔｈ：... 別れは、君だけ悲しいことじゃない。私も悲しいです。君との関係は、私の生活の中に重要な位置をしめしていたから、空しさと寂しさを感じています。しかし、空しさと寂しさだけじゃないですよ。今まで二人で、協力し合って、様々な問題を乗り越えることが出来たから嬉しいです。

治療の最終的段階には、投影同一化や逆投影同一化という心的過程によって、セラピストはクライアントの内部対象の世界の一部に成り、クライアントもセラピストの内部対象の世界の一部に成る。従って、VAPSにおける関係的論理から見れば、クライアントとの関係を切り離して、セラピストのアイデンティティについて考えることが出来ない。Cashdan（1988）が巧みに述べているように、「もし我々は我々の他者であるならば、我々の患者も我々であり、我々も我々の患者達である。」（p.146）。

治療が終結に近づくにつれて、クライアントとセラピストではなく、二人の人間として両者は、治療関係を通じてお互いに対して抱いてきた（肯定的な）気持ちを伝えたり、二人の出会いあるいは過去を振り返ったり、将来について語り合ったりするための機会を設けることが重要である。例えば、セラピストは、クライアント治療期間における意識的なモチベーションや協力、動力と忍耐力を評価し、そしてクライアントに対して敬意や感謝を表したいと感じた時に、クライアントにその旨を率直に伝える。なぜならば、それが健常な対人関係の特徴であり、そしてそれをクライアントに伝えていくことがセラピストの役割であると考えられるからである。

まとめ

本稿は、筆者の言う原子価心理療法（VAPS＝Valency PSychotherapy）に関するものである。VAPSとは、Bion（1961）に提唱された「原子価」という概念と筆者独自（Hafsi, 2006b; 2009）の「原子価論」に基づいている。

VAPSは、対象関係論、特にBionによる諸理論に根付いている精神分析的心理療法である。原子価論から見れば、あらゆる心理的病理は、コンテインメント環境と個人的要素、即ち「Bionの言う不在対象（乳房、親）」とマイナス原子価」と関連している。マイナス原子価には、「過少の原子価」、「過度の原子価」、「未分化の原子価」という病理的形態が含まれる。VAPSはこのような原子価に病理的形態を、治療的に取り扱う心理療法である。詳細に言えば、VAPSは、対象関係論、特にBionによる諸理論に根付いており、Kernberg（1980, 1984）の分類から見れば、「純表現的（purely expressive）」かつ「解釈的」な精神分析的心理療法であると考えられる。

VAPSにおける治療的過程は、多くの分析的心理療法の場合と同様に、1）マイナス原子価の査定、2）治療的同盟の構築、3）コンテインメント、4）直面化の段階、5）終結という５つのの段階を含む（Cashdan, 1988; Hafsi, 1993）。 本稿では、幾つかの臨床的素材を用いて、これらの段階を記述している。

文献

Beitman, B.D.（1979）. Engagement techniques for individual psychotherapy. *Social Casework*, 60, 306-309.

Bibring, E.（1954）. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.

Bion, W.（1961）. *Experiences in groups*. London: Tavistock.

Bion, W.（1962a）. A theory of thinking. In *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho- Analysis*. London: Heinemann.

Bion, W.（1962b）. *Learning from experience*. London: Karnac Books.

Bion, W.（1965）. *Transformations*. London: Karnac Books.

Bion, W.（1967）. *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Heinemann.

Bion, W.（1970）. *Attention and interpretation: A scientific approach to insight in psycho- analysis and groups*. New York: Basic Books.

Brown, D., & Pedder, J.（1979）. *Introduction to psychotherapy: An outline of psychodynamic principles and practice*. London: Tavistock.

Cashdan, S.（1973）. *Interactional psychotherapy: Stages and strategies in behavioral changes*. New York: Grune and Stratton.

Cashdan, S.（1988）. *Object relations therapy: Using the relationship*. New York: Norton..

Dewald, P.（1969）. *Psychotherapy: A dynamic approach*. Second Edition. New York: Basic Books.

Eissler, K. R.（1953）. The effects of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104-143.

Fine, R.（1979）. *A history of psychoanalysis*. Columbia University Press.

Fine, R.（1982）. *The healing of the mind: The technique of psychoanalytique psychotherapy*. New York: Free Press.

Freud, S.（1912）. Recommendations to physicians practicing psycho-analysis, *Standard Edition*, 12. London: Hogarth Press.

Freud, S.（1915）. Instincts and their vicissitudes, *Standard Edition*, 14. London: Hogarth Press.

Freud, S.（1937）. Analysis terminable and interminable. *Standard Edition*, 23. London: Hogarth Press.

Gill, M. M.（1951）. Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 62-71.

Gill, M. M.（1954）. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 771-797.

Hafsi, M.（1993）. The dynamic of projective identification in the therapeutic process: A case of dependency projective identification. *Memoirs of Nara University*, 21, 301-321.

Hafsi, M.（2006a）. The chemistry of interpersonal attraction: Deeveloping further Bion's concept of "valency". *Memoirs of Nara University*, 34, 87-112.

Hafsi, M.（2006b）. 対象関係の病理学を理解する頂点としての「マイナス原子価」～あるマイナス依存原子価を持った男性の事例. プシコフィリア研究, 3, 3-15.

Hafsi, M.（2010）.「絆」の精神分析. ナカニシヤ出版（in press）.

Hoffman, J.J.（1985）. Client factors related to premature termination of psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 83-85.

Keats, J.（1970）. The letters of John Keats: A selection. ed. Gittings, R. Oxford: Oxford University Press.

Kernberg, O.F.（1976）. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Arason.

Kernberg, O.F.（1980）. *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. New York: Jason Arason.

Kernberg, O.F. 1984. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O.F.（1996）. A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin, & M.F Lenzenweger（Eds.）, *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Klein, M.（1946）. Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere（Eds.）, *Development in psycho-analysis*（pp. 292-320）. London: Hogarth Press.

Kohut, H.（1977）, The Restoration of the Self. New York: International Universities Press.

Masterson,（1976）. *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Poincare, H.（1952）. *Science and method*. New York: Dover Publications.

Rayner, E. & Hahn, H.（1964）. Assessment for psychotherapy: A pilot study of psychological test indications of success and failure in treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 37, 331-342.

Spotnitz, H.（1985）. *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Human Sciences Press.

Ticho, E. A.（1972）. Termination of psychoanalysis: Treatment goals, life goals. *Psychoanalytic Quarterly* 41, 315-333.