

心理療法における相互変容モデル

橋本朋広¹⁾

Mutual Transformation Model in Psychotherapy

Tomohiro Hashimoto

要旨

本論では、心理療法における相互変容モデルについて検討した。このモデルによれば、心理療法における最初の結合は、「治療者—患者」元型によって生じる。その過程は、セラピストとクライアントが、結合を基盤にして治療者イメージと患者イメージの投影と取り入れを繰り返すことで展開する。その際、治療者と患者のペアのイメージには、親と子、アニマとペルソナ、アニムスとペルソナのような様々なペアの関係イメージが重ねられる。親子関係や男女関係のような様々な個人的関係の中で傷を負ってきたクライアントは、対象表象と自己表象の間に関係障害を持っている。心理療法は、過去の個人的関係によって生じた内的対象関係の障害を、元型的なレベルにおける治療者—患者関係の創造的な変容を媒介としながら癒す作業だと考えられる。この創造的な変容を進展させるためには、セラピストも転移／逆転移関係の中で賦活される自分自身の傷つき（患者的側面）を意識化し、内的対象関係を変容させなければならない。

ABSTRACT

This study explores a mutual transformation model in psychotherapy. According to this model, the first union in psychotherapy occurs through the therapist-patient archetype. The process develops when the therapist and client repeatedly project and introject images of the therapist and patient based on union. In this process, the image of the therapist-patient pair is overlaid with images of various pairs of relationships, such as parent-child, anima-persona, and animus-persona. Clients who have been wounded in various personal relationships, such as parent-child or male-female relationships, have an internal relational disturbance between object representation and self-representation. Psychotherapy is considered a process of healing internal object-relationship disturbances caused by past personal relationships through the creative transformation of the therapist-patient relationship at the archetypal level. To develop this creative transformation, therapists must be aware of their own woundedness (their patient aspect) activated in the transference/countertransference relationship and transform their own internal object relationships.¹

¹⁾ 放送大学教授（「心理と教育」コース）

¹ Abstractの作成にあたっては、DeepL.com (free version) を利用した（2024年10月16日 17:00~17:30）。その後、作成したAbstractについて、Editage (www.editage.jp) の英文校正を利用した。DeepL.comおよびEditage (www.editage.jp) に感謝したい。

1. はじめに

心理療法には様々なモデルがある。しかし、それらのモデルには重大な問題がある。

まず、河合（1992）は、心理療法のモデルとして、「医学モデル」「教育モデル」「成熟モデル」「自然（じねん）モデル」の4つを挙げた。医学モデルは、病気や症状の原因を発見し、原因となる問題を除去することで治癒させるモデルであり、教育モデルは、問題の原因を発見し、助言や指導によって原因を除去して解決させるモデルである。そして、成熟モデルは、クライアントの心の自由な働きを邪魔しないような開かれた態度をセラピストが取ることで、クライアントが自ら主体的に治癒したり成長したりしていくと考えるモデルであり、自然モデルは、セラピストが人間的な作為の加えられていない、ありのままの本来的な在り方にあることによって、非因果的に、クライアントにもそのような状態が発生するのを期待するモデルである。河合によれば、始めのモデルほど「治す」を強調し、後のモデルほど「治る」を強調するが、それぞれ一長一短があり、心理療法の実践においてはどのモデルも重要である。しかし、どのモデルを強調するか、どのモデルを得意とするかは、学派やセラピストによって違ってくる。²

次に、Prochaska & Norcross（2007 津田・山崎監訳 2010）は、心理療法が問題をどのように扱い、それをどう変化させるのかといった変化の過程に注目し、心理療法の基本的な過程を捉えた。「治療関係」は、クライアントがセラピストを信頼し、セラピストからの受容と共感に支えられて能動性や主体性を発揮していく過程である。「意識化」は、自分では気づいていない感情や行動パターンに気づいていく過程であり、「カタルシス」は、抑えられていた感情が体験され、鬱積が発散される過程であり、「選択」は、新しい選択肢に気づき、新しい生き方を試みる過程である。そして、「条件刺激」は、刺激に対する行動の仕方を変化させたり、刺激をコントロールして行動を変化させたりする過程であり、「随伴性コントロール」は、行動に随伴する結果を変化させて行動を変えさせたり、結果への評価を修正させて行動を変化させたりする過程である。これら変化の過程は、どの心理療法にも多かれ少なかれ見られるものであり、特に治療関係は、どの心理療法にも共通するものである。他方、精神分析では意識化を強調し、行動療法では条件刺激や随伴性コントロールを強調するように、変化の過程のどこに強調点を置くかによって心理療法の多様な学派が生じる。³

最後に、鍋田（2016）の考えるモデルを示す。それ

によれば、セラピストの仕事には、「診たて」と「治療構造の設定」に加え、「心理教育的アプローチ」「問題解決的アプローチ」「人生全体を扱うアプローチ」がある。心理教育的アプローチとは、「診断を伝えるとともに、病気の性質、経過、予想される予後などの情報を提供する」（同書、p.102）ものであり、問題解決的アプローチとは、問題が発生した状況や、認知の歪みなどの本人側の要因を明確化し、視野を広げたり思い込みを修正したりする介入を行うものである。そして、人生全体を扱うアプローチとは、介入を控え、安心できる治療関係の中で、クライアントの心の中に浮かぶことを自由に語ってもらいながら、「生き方そのもの、あるいは自分の在り方そのものの洞察と必要なライフスタイルの変更」（同書、p.114）を目指すものである。心理療法の各学派は、これらのアプローチのどこに強調点を置くかで意見がわかるが、実際には、このどれもセラピストが行う重要な仕事である。⁴

以上からわかるように、従来の心理療法のモデルでは、セラピストは、治療構造を設け、受容的・共感的態度でクライアントに接して信頼関係を構築し、心理アセスメントを通して問題を捉え、問題に相応しい心理学的介入技法を用いて治療を施す者として描かれている。そして、これらのモデルにおいては、受容や共感といった事柄もある種の専門的技能のように考えられているので、それらのモデルに基づいて考える場合、セラピストは、もっぱら一種の技術者のように捉えられてしまう。

しかし、このような技術主義的・操作主義的モデルでは、心理療法という営みを十分には捉えきれない。なぜなら、臨床の実際には、もう一人の人間主体がいるからである。それはセラピスト自身である。セラピストは、技術によって対象を操作する者でありながら、人間主体である対象に抵抗され、反抗され、異議申し立てされる者であり、それゆえ、傷ついたり、さらには自分自身も技術主義や操作主義に疑問を感じたりする者でもある。臨床の実際に内在する流動性や不確定性は、何もクライアントによってのみ生じるわけではなく、もう一方の人間主体であるセラピスト自身によっても生じる。もっと正確には、二人の人間主体が交流するからこそ生じるのである。

セラピストはクライアントを受容し共感すると言っても、それが「本物」になるためには、つまりは自己一致したものになるためには、セラピスト自身が心理療法の中で変容する必要がある。それはいわば、悪戦苦闘を通して自己のアイデンティティや人格が変化する過程である。従来のモデルは、この側面を十分に捉えきれていない。この点、セラピストが人間的な作為の加えられていない、ありのままの本来的な在り方をすることの重要性を強調している河合の「自然モデル」

² 本段落は、橋本（2023, pp.376-377）を加筆修正したものである。

³ 本段落は、橋本（2023, pp.374-375）を加筆修正したものである。

⁴ 本段落は、橋本（2023, pp. 376）を加筆修正したものである。

は、唯一の例外である。ただし、河合自身は、このモデルについてさらに詳細に検討することはなかった。わずかに、『ユング心理学と仏教』（河合、1995）において、心理療法における自身の根本的な営みを、「意識のレベルを必要に応じて深く」（同書、p.179）しながら、「人間関係を個人的な水準のみではなく、非個人的な水準にまでひろげて持つ」（同書、p.203）ようにし、そうして「クライアントと分離し難いほどの深いレベルにおける、苦しみとかなしみのなかに身を置く」（同書、p.208）と論じているだけである。とはいえ、この論は、心理療法においてセラピストが行っている営みの核心、技術的な操作を超えたところでの全人的な営みを明確にしている点で非常に重要である。心理療法の実際は、セラピストの側でのこのような全人的な営みも含みながら展開する。受容も共感も技法も、すべてはこの全人的な営みを基盤とし、それに支えられて働く。

してみれば、心理療法の背後では、常にセラピストの、そして、それに応じるクライアントの（あるいは逆に、クライアントの、そしてそれに応じるセラピストの）相互的な全人的営みが動いている。したがって、心理療法の十全なモデルは、この相互的な全人的営みを含んだものでなければならない。本論の目的は、このような二人の人間の相互的な全人的営みを含んだモデルについて考えることである。

2. JungとFordhamの相互変容モデル

このような相互的な全人的営みを含んだ心理療法モデルの嚆矢といえ、Jung（1929 横山監訳・大塚訳 2018）による分析心理学的な心理療法モデルである。それによれば、分析心理学的な心理療法とは、「告白」「解明」「教育」「変容」の四段階を包括したものである。告白の段階とは、告解などの宗教儀礼から催眠に至るカタルシス法全般を指し、解明の段階とは、転移を解釈し解明するFreudの精神分析を指し、教育の段階とは、Adlerの個人心理学に見られるような社会適応へ向けた教育を指す。これら三つの段階では、セラピストが技法をクライアントに適用する。しかし、Jungによれば、心理療法はそれら三つの段階だけでは十分に捉えきれず、さらに変容の段階を考える必要がある。すなわち、変容の段階では、クライアントに技法を適用するのではなく、技法を適用されるのはセラピスト自身である。具体的には、セラピストは、心理療法過程の中でクライアントに影響されながら心の変容を体験しつつ、イメージやファンタジーを通して相互の無意識に何が生じているのかを内省し、クライアントについての理解を深めながら、その理解の共有を通してクライアントの変容を促す。ここでは、セラピスト側に生じる変容もしっかり視野におさめられている。

そして、このJungの考え方は、後に『転移の心理学』における転移論の中でさらに深められ、心理療法における相互変容を捉える一つのモデルが提示される。そ

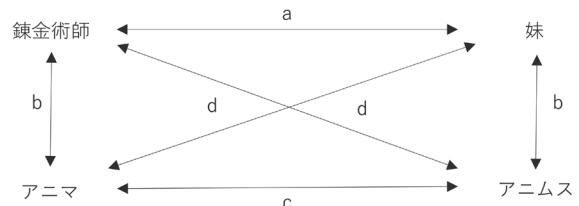


図 1

(出典：Jung, 1946 林・磯上訳 1996, p.76)

れによれば、『哲学者の薔薇園』という錬金術書において化合の過程を表すものとして象徴的に描かれた王と女王の結婚は、ペアで作業を行う錬金術師と「神秘的妹」（同書、p.74）の無意識的な結合の過程（すなわち転移関係）を表しており、その複雑な転移関係は図1のように図式化できる（Jung, 1946 林・磯上訳 1996, p.76）。aは「単純な、個人的関係」であり、bは「男性が彼のアニマと結ぶ関係、および女性が彼女のアニムスと結ぶ関係」、cは「アニマに対するアニムスの関係、およびその逆の関係」、dは「女性のアニムスの、男性に対する関係（これは女性がアニムスと同一化しているばあいには起きる）、および男性のアニマの、女性に対する関係（これは男性が自身のアニマと同一化しているばあいには起きる）」である（同書、p.76）。また、a～dについての説明の直前には、「矢印の方向は男性的なものとの関係を示し、あるいはその逆の流れを示し、またある人物の無意識と他の人物の意識との関係（これは肯定的な転移関係と呼ぶことができる）を示している」（同書、p.76）という説明もあるので、dについては、（男性がアニマに同一化する以外に）男性がアニマを女性に投影したり、（女性がアニムスに同一化する以外に）女性がアニムスを男性に投影したりする事態も想定されている。なお、アニマ（アニムス）とは、ジェンダーとしての男性（女性）役割に同一化してペルソナを発達させた男性（女性）の自我が、意識的に生きることのできていない女性的（男性的）機能を指し、その機能は（自我がその機能を自分の心的要素として活用できるまでは）もっぱら無意識的な女性（男性）像としての女性的な女性（男性）に投影される形でしか体験されないものである。

では、この図のどこに相互変容が示されているのか。それはaとcであるが、特にcが重要である。すなわち、cは、ペアになった男性と女性のアニマとアニムスが無意識の次元で結合することを示しており、それによって各人は、まったく気づかない内に（結合によって生じた）新しい心的要素（アニマとアニムスの両方の性質を包括する機能）に影響される。しかも、この新しい要素は、二人の無意識の混合によって成り立つので、どの要素が男性の無意識に由来し、どの要素が女性の無意識に由来するかというような識別ができず、それゆえ二人は、明瞭には把握し難い「同一の無

意識の中に捕らえられ」(同書, p.19) た「無意識的同一性」(同書, p.28) もしくは「神秘的融即」(同書, p.204) の状態になる。心理療法でこのような状態が生じると、「医師をも患者をもこのうえなく困惑させる非現実的な親密さが生まれ」(同書, p.22) たり、「幻想的な雰囲気」が、その先ずと続く曲解や誤解の原因となったり、あるいは逆に…(中略)…両者があきれるほど完全に調和しているかのように見せかけ」(同書, p.33) たりするようなことが生じ、「医師にも患者のものに対応する無意識の素材が布置され」(同書, p.19), 両者とも「自分に取りついているものと自分自身とをなかなか区別でき」なくなり、「デモーニッシュなものをもはらむ暗闇と対決」しなければならなくなるのである(同書, p.27)。

Jungによれば、『哲学者の薔薇園』の図像には、無意識的な結合を通して成立する無意識的同一性の変容が描かれている。すなわち、結合の後には「黒化」(同書, p.122) や「腐敗」(同書, p.121) が生じ、暗黒のような方向喪失の状態が訪れる。それが図2である。心理療法で言えば、これは、結合によって新しい両性的機能を持つ心的要素(両性具有体)が生まれたものの、セラピストとクライアントの

自我が無意識的同一性の中に呑み込まれて混乱し、意識と無意識の「関係機能」(同書, p.131) が失われ(図2の昇天する魂によって表されている)、新しい要素が機能不全になっていることを表している。しかし、無意識的同一性の中で生じる幻想的な雰囲気や無意識の素材に圧倒されながらも、セラピストとクライアントが辛抱強くイメージやファンタジーの意味を理解していくと、次第に無意識の中で何が生じているのかが見えてくる(つまり光明が見えてくる)。これが「白化」(同書, p.138) や「浄化」(同書, p.142) を描いた図3である。そして、互いの自我が新しい心的要素を

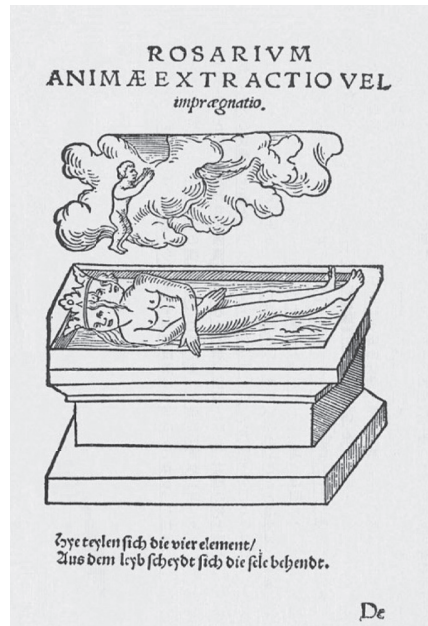


図2

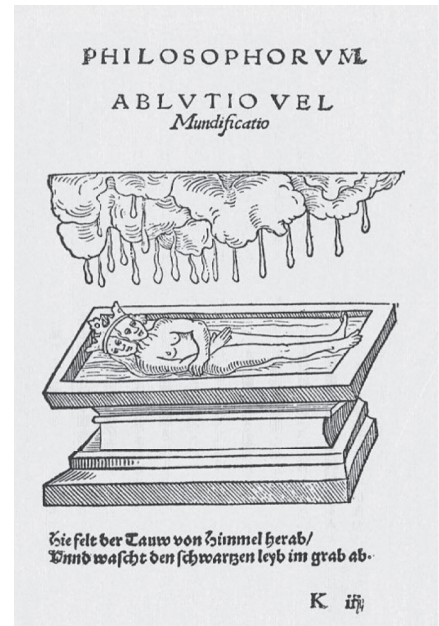


図3

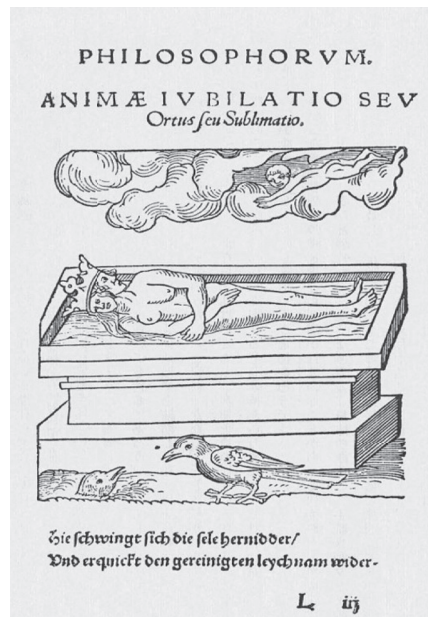


図4



図5

(出典: Jung, 1946 林・磯上訳 1996, p.132, p.139, p.149, p.177)

受け入れられるようになると、再び意識と無意識の「関係機能」が回復し(図4)、両性的機能を持つより全体的な心の働き(Jungのいう「セルフ」)を体験する。これが両性具有体の復活を描いた図5である。

以上のように、Jungは、『転移の心理学』における転移論において、心理療法における相互変容モデルを明確に示している。とはいえ、もともと『転移の心理学』の目的は、『哲学者の薔薇園』の図像に無意識の結合がどのように表現されているのかを解説することに力点が置かれており、図1は単にその解説を理解するための補助的な図式として示されただけで、心理療

法における相互変容を説明するためのモデルとしては練り上げられなかった。また、『転移の心理学』では、題名にこそ転移の用語はあるものの、Jung自身は、相互変容に密接に関連する転移／逆転移について、当時すでに生まれつつあった新しい知見を自身の論に組み込むほどには精通していなかった。もっとも、精神分析家のKleinが「投影同一化」を提唱したのが1946年（中村，1992）、精神分析家のHeimanが「逆転移による患者理解」を提唱したのが1950年（水戸，1992）、ユング派分析家のFordhamが「同調的逆転移」を提唱したのが1957年（Fordham，1957 氏原・李訳 1992）であるので、Jungが精緻な転移／逆転移論に強い関心を持っていなかったことを考えると致し方ない。実際、『転移の心理学』（1946 林・磯上訳 1996）においては、逆転移という用語は一度しか、しかも注の中でしか用いられていない。とはいえJungは、注において、「フロイトはすでに、いわゆる『逆転移』の現象を認めていた。彼の技法を知る者なら、その技法がいかにかこの効果の影響から医師を遠ざけようとしているかが分かる」（同書，p.202）と指摘する一方、その注がつけられた本文において、「医師がある種の影響を及ぼすことは避けられず、また同様に、医師の神経の健康がある種の障害ないし損害を受けることも避けられない」（同書，p.13）と言い、それに続けて、「彼は本当に心の底から患者の苦しみを『引き受け』それを患者と共にする」（同書，p.13）と述べている。ここには、Jungが「投影同一化」「逆転移による患者理解」「同調的逆転移」等によって捉えられる現象をしっかりと射程にとらえていたことが示されている。ただ、この時点でJungには、それらの現象を精緻に捉える概念を持っておらず、それゆえ、図1を転移／逆転移と精緻に関係づける作業をしなかったのだと思われる。しかし、その後、その作業は「ポスト・ユングアン（Post-Jungians）」（Samuels，1985 村本・村本訳 1990）（ユング以後のユング派分析家）によって進められた。

精神分析と積極的に交流しながら、最初に分析心理学的な転移／逆転移論を発展させたFordham（1986 氏原・越智訳 1997，pp.114-115）は、Jungの図式（図1）を修正した二つの図式を示している（図6と図7）。Fordhamによれば、図6の「aは意識的である限り治療同盟」（同書，p.114）を表し、「cとdは分析家と患者との間に起こる投影と取り入れを表す」。bについては特に詳しい説明はないが、心に生じるファンタジー等の理解を通しての無意識的なアニマやアニムスとの「関係」を表すと考えられる。

ただし、Fordhamは、図6は「対称的」だが、実際のセラピストとクライアントの間は、セラピストが無意識と関係する訓練を受けているという点で対称ではないとし、図6を図7のように修正している。それによれば、セラピストのほうは、「アニマとの関係（b）はずっとしっかりしており、自我はより強い。そのため、患者の認識（a）はより大きく、投影と取り入れ

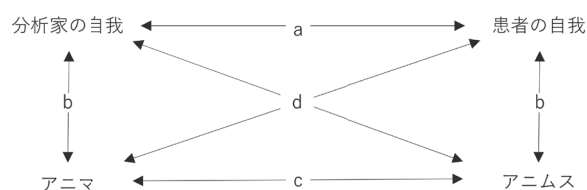


図6

（出典：Fordham，1986 氏原・越智訳 1997，p.114）

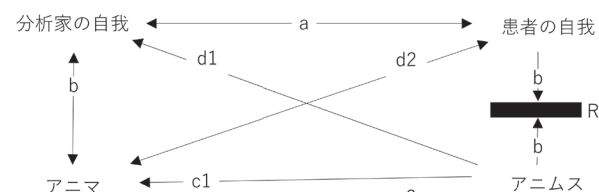


図7

（出典：Fordham，1986 氏原・越智訳 1997，p.115）

の程度、dとcは著しく少なく一層柔軟である。そして患者の無意識的過程について知る方法に開かれている。一方患者は、「投影cとdは無意識的抵抗のために取り入れられず、患者のアニムスは、セラピストの「自我に投影される（d1）が、内的抵抗Rのために引き戻されず、「それが患者の自らのアニムスに気づくことを妨げ」、cについても、c2におけるアニマの投影が「可逆的」なのに対して、c1におけるアニムスの投影は「不可逆で無意識の作用」にとどまる。

しかし、「患者と分析家の関わり（それは意識的無意識的要素を含んでいる）の結果、分析の形式的な手続きは色あせ両者の表現の自由が増大」とすると、「患者は徐々に自分の出し方や、ひどく不適応的で恥ずかしい願望を明かす前に起こる抵抗の克服の仕方を見いだし、「分析家はもっと自由に解釈を行えるようになり、そうして「必要な退行が生じる」ことで結合に至る（同書，p.115）。そして、そうになると、「性的衝動とそれに伴う空想から、理想化されたペアの最高の形に至る」ファンタジーが生じ、セラピストが両性的性質を帯びたものとして体験されるような「両性的要素」を持つ転移が生まれ（同書，p.115）、以降はJungの説明のように展開する。

Fordhamによれば、Jungが捉えた転移は、「転移神経症」と異なる「元型的転移」である。すなわち、通常の転移神経症は乳幼児期における葛藤を背景にしてセラピストに親イメージが投影されるが、その場合患者は「自分の治療者経験が誤った印象と理解できるほどには発達」している（同書，p.109）。一方、Jungの捉えた元型的転移は、「人生後半の稀な成果とされる個性化における転移」（同書，p.118）であり、「前進的でもあり、個性化の起こる材料」でもある「統合される必要のある自己の部分」がセラピストに投影される（同書，p.111）。しかし、Fordhamは、実際に

は「転移神経症の分析において元型の形態が個人の枠内に現れる」し、「個人的特徴が元型的転移にも現れている」と述べ（同書, p.117）、元型的転移は「幼児や児童期の個性化の過程」にも関係があり（同書, p.118）、「自己感の欠けている患者」にも生じると述べている（同書, p.117）。

以上をふまえると、結局のところ図6や図7は、決して転移神経症と区別された元型的転移だけを描いているわけではなく、転移そのものを描いていることになる。そして、図7は、内的抵抗Rが強力でbが機能しない段階を描いているという点では意味があるが、理念的にはbの回復に従って図6へ近似的に近づいていくわけであるから、図式としては図6で間に合うわけである。そういう意味では、FordhamによるJungのモデルの捉え直しに特に目新しい部分はない。しかし、dの部分について、そこに投影と取り入れの過程が働いていることを明確に指摘したこと、そして、セラピストにおける投影と取り入れが（患者の無意識を治療者自身の内に感受する）「同調的逆転移」として機能することを指摘したことには、Fordhamの貢献がある。とはいえ、転移／逆転移関係から相互変容モデルを考える場合、実際の臨床との関連で次のような疑問が生じる。

- ① 転移神経症と元型的転移が明確に区別できるようなものでないにせよ、確かに実際の臨床では、クライアント自身が自分の治療者の印象が偏っていると意識化できるぐらいの転移もあれば、セラピストもクライアントも「自分に取りついているものと自分自身とをなかなか区別できない」ような「デモーニッシュ」な転移もある（それゆえ、いったん転移神経症と元型的転移を区別して考えるFordhamの論には説得力がある）。しかし、どちらの転移においても結合は生じており、それによってFordhamの言う同調的逆転移が可能になるのであるならば、なぜ、一方では結合はデモーニッシュにならず、他方ではそうなるのか。
- ② Fordham (1986 氏原・越智訳 1997, p.120)によれば、「投影的ないし取り入れの同一視」は「共感と呼ばれる感情の底に」もある過程であり、「それを通して治療者は自分の内面に入り、患者に添って感じ、患者がどんな具合かを自分のなかに経験することができる。これが適切に介入するための基本的な条件」である。Fordhamは、投影的ないし取り入れの同一視の基盤として結合を考えているから、これはすなわち、一見転移／逆転移が生じていない心理療法過程、あるいは、転移／逆転移をテーマとして扱わない心理療法過程においてさえも、結合が生じていることを意味している。そして、これは臨床の実際から言っても妥当である。精神分析は週4日以上クライアントに寝椅子で自由連想をさせ、また、Fordhamたちロンドン学派（もしくは発達派）のユング派分析家も同様の方法を用いて転移の分析を行うわけだ

から、そこでの心理療法においては、軒並み結合が生じているというのはわかりやすい。しかし、共感の基礎にも結合があるとすると、本当だろうかと考える人もいるかもしれない。しかし、分析心理学の理論に基づいて深層心理を理解するユング派的アプローチによって週1回から隔週の心理療法を提供してきた筆者の経験から言っても、結合を基盤とした転移／逆転移が生じて転移の理解に取り組まなければならないことは少なからずあるし（実際、精神分析的アプローチに基づく精神分析的な心理療法は週1回で行われる）、逆に表向きはクライアントの認知と行動の修正に取り組むだけで進展する場合でも、その背景で結合を基盤とした転移／逆転移が生じており、それが共感の基盤になっていることが結構ある。つまり、筆者の提供するような週1回の心理療法の場合、一方の極にデモーニッシュな転移／逆転移への取り組みがあり、他方の極にシンプルな認知と行動の修正があり、両者の間に多様なケースがスペクトラムをなして並ぶような感じになるけれども、いずれの場合にも結合を基盤にした転移／逆転移はある、という具合になっている。そして、両者の違いは、一方の極に近づくほど転移／逆転移が顕在化し、他方の極に近づくほどそれが潜在化するというだけである。これをふまえると、次のような疑問が生じる。もしあらゆる場合に結合に基づく転移／逆転移が生じているのなら、なぜ転移の理解に取り組まなくても進展する場合があるのか。それは、どのように可能になるのか。

- ③ 以上を考えると、さらに大きな疑問が生じてくる。すなわち、あらゆる心理療法において結合に基づく転移／逆転移が生じているとするなら、それはどうしてなのか。なぜ心理療法では結合は生じるのか。

以下、これらの問題を検討した上で、心理療法における様々な現象を包括した（つまりは、表向き転移／逆転移など起こらず、セラピストの変容など関係ないかのごとき心理療法をもそれとして包括する）相互変容モデルを考えたい。

3. 相互変容モデルによる転移／逆転移理解

まず、最初の問題（結合が生じていながら、なぜデモーニッシュな転移とそうでない転移があるのか）であるが、これについては、既にFordham (1986 氏原・越智訳 1997) の考察の中にヒントがある。すなわち、転移神経症の場合、通常クライアントは「自分の治療者経験が誤った印象と理解できるほどには発達」している。これは、転移神経症において、クライアントは、無意識を抑圧してはいるものの、投影に薄々気づいており、その意味で既に無意識と関係する機能を有していることを意味している。つまり、病態水準論的に言えば、神経症のパーソナリティ構造のレベルにあるの

である。

他方、デモーニッシュな転移になる場合であるが、こちらについても、同じくFordhamの考察が役に立つ。すなわち、Fordhamは、元型的転移の説明において、結合が生じる以前の状態を想定し、その状態において、「患者のアニムスが分析家の自我に投影される (d1) が、内的抵抗Rのために引き戻されない。それが患者の自らのアニムスに気づくことを妨げる」と述べている。ただし、Fordhamの説明では、クライアントが「徐々に自分の出し方や、ひどく不適応的で恥ずかしい願望を明かす前に起こる抵抗の克服の仕方を見いだす」と結合が生じるようになっており、これだとまるで内的抵抗Rが克服されてから結合が生じるかのようになっている。しかし、これでは、論理的には、抵抗が生じている間は結合が生じない（すなわち転移が生じない）ということになり、臨床の実際に反することになる。なぜなら、実際には抵抗が生じていても（というか抵抗があるからこそ）投影は起こるし、その時点で既に結合を基盤にした転移が生じているからである。したがって、内的抵抗Rがあっても、というか、あるからこそ結合が生じると考えるほうが適切だし、そのほうが臨床の実際に合致する。また、このように考えると、内的抵抗Rとは、単なる抑圧ではなく、もっと広い意味での無意識との関係障害を指していると考えほうが妥当であることがわかる。すなわち、単なる抑圧なら、先に述べたように、クライアントは自分の投影に薄々気づく。つまり、「自分の治療者経験が誤った印象」であると理解する。その意味では、この場合のクライアントにおけるbは、図7のようにRで切断されてはおらず、もっと図6に近い状態である。逆に、もし図7のような場合、Fordhamの指摘にあるように、投影されたアニムスはまったく引き戻されないから、セラピストに同一化されるしかなく（つまり投影同一化）、したがって当然転移が起こり、しかも、そうなれば、セラピストはまったく修正不可能な「誤った印象」に翻弄されるわけだから、そこには強力な結合が生じていることになる。したがって、むしろ無意識との関係障害としての内的抵抗Rが強いほど、結合は強くなるのである。つまり、この内的抵抗Rは、精神分析で言う原始的防衛機制と考えるのが適切である。実際Fordhamは、元型的転移は、「個性化の過程が始まったときに現れる転移」（同書、p.113）であるが、それはまた「自己感の欠けている患者」にもあてはまり、しかも、個性化といえども乳幼児期における挫折した自己形成をやり直す側面があるわけだから、両者とも「一步一步人格を解体させて

ゆく徹底的な変容」（同書、p.117）を必要とするという点で同じであると述べている。この指摘からもわかるように、結合がデモーニッシュになるのは、病態水準論的にはボーダーライン・パーソナリティ構造や精神病的パーソナリティ構造の場合、あるいは、神経症的パーソナリティ構造であるけれども、何らかの理由で（例えば、パーソナリティの対処能力を遥かに超える危機に出会って無意識的な情動に圧倒されて機能不全に陥るとか、人生前半に構築したパーソナリティがあまりに硬直化したものになり無意識との関係障害が生じる等）パーソナリティの再構築が必要になるような場合なのである。

以上をふまえると、JungやFordhamの図式は、上記のような事態を正確に反映する形に修正される必要がある。それが図8や図9である。まず、図8は、神経症的パーソナリティ構造レベルの転移／逆転移関係である。ほぼJungの図1やFordhamの図6と同じであるが、自我とペルソナを区別し、セラピストとクライアントの内的対象関係としてペルソナとアニマ／アニムスのペアを描いている点が異なっている。これは、アニマやアニムスがペルソナと対になるものとして形成されるというJung (1928/1933 野田訳 1982) の指摘を反映すると同時に、転移／逆転移を精緻に理解できるように、内的対象関係は自己表象と対象表象が対になっているという対象関係論の知見を反映するためでもある。また、図では自我とペルソナとの間に線があるが、これは、通常自我は自己表象としてのペルソナに同一化し、その場合ペルソナは無意識であるが、意識化を通して分離もされ得る（実線は意識化が可能な状態を表す）ことを示している（自我は基本的にはペルソナに同一化しているが、その程度は様々なので、以下では、ペルソナに同一化した自我を自我≡ペルソナと表記する）。したがって、図8の場合、クライアントもセラピストも、ペルソナに同一化しつつも、同時に意識化可能な状態にも開かれており、それゆえ、それぞれのアニムスとアニマについても、ファンタジーを通して意識化可能な状態に開かれている (b1とb2)。この場合セラピストは、クライアントから投影された (d1) アニムスを無意識的同一性 (c) に基づいて取り入れることによって、それを理解し (Racker (1968 坂口訳 1982) のいう「補足型逆転移」⁵)、その理解をクライアントにフィードバックし (a)、クライアントのほうは、自分のファンタジーと照らし合わせながら (b1)、フィードバックを通して投影を引き戻し (d1) (同時に無意識的同一性に基づいてセラピストの自我≡ペルソナを取り込み)、自分のアニム

⁵ Fordham (1986 氏原・越智訳 1997, p.124) は、自分の「同調的逆転移」は、Racker (1968 坂口訳 1982) のいう「補足型逆転移」と「融和型逆転移」を含んだものであると述べている。Fordhamが「同調的逆転移」の概念を発表したのが1957年 (Fordham, 1957 氏原・李訳 1992)、Rackerが「補足型逆転移」と「融和型逆転移」を発表したのは1953年、それを論文にしたのが1957年である (Racker, 1968 坂口訳 1982, p.180)。そして、Fordham et al. (1989 氏原・李訳 1992) に掲載されたFordhamの逆転移関連の諸論文で初めてRackerが引用されるのは1969年であり、引用文献にはRackerの1968年の著書が引用されている (Fordham, 1969 氏原・李訳 1992)。これらを見る限り、両者は別個に発展した概念であり、Fordhamは後にRackerの著作に触れ、そこに「より洗練された」(1986 氏原・越智訳 1997, p. 124) 逆転移概念を見たようである。

スについての意識化を進めることができる。この過程

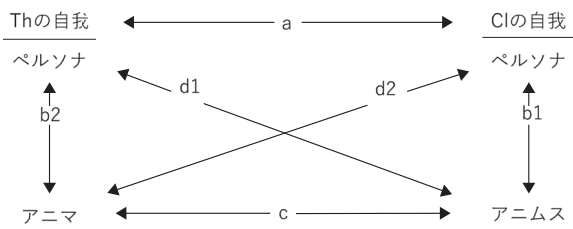


図 8

で、セラピストのアニマは自我≒ペルソナが取り入れたクライアントのアニムスの影響を受けて (b2) 変化し、クライアントのアニムスはセラピストの自我≒ペルソナを取り入れる (d1) ので、結合 (c) は一層強化される。さらにセラピストは、クライアントの自我≒ペルソナを理解しようとし (すなわち、ペルソナの様態、およびペルソナとの同一化の程度を左右する自我機能の状態をアセスメントしようとし)、無意識的同一性に基づいて自分のアニマを投影してしまうが (d2)、aを通してクライアントに関する沢山の個人情報に触れると同時に、b2を通して自分のアニマの動きを察知してアニマの投影を引き戻し (d2)、同時にクライアントの自我≒ペルソナを無意識的同一性に基づいて取り入れ (d2) て理解し (Racker (1968 坂口訳 1982) のいう「融和型逆転移」)、その理解をクライアントにフィードバックする (a)。こうしてクライアントは、ペルソナの意識化を進め、自分の自我≒ペルソナについての理解を深める。この過程で、クライアントのアニムスは (セラピストからアニマを投影された際に) 自我≒ペルソナが取り入れた (d2) セラピストのアニマの影響を受けて (b1) 変化し、セラピストのアニマはクライアントの自我≒ペルソナの要素を取り入れる (d2) ので、結合 (c) は益々強化される。時にこうして強化される結合の中で、クライアントがアニムスに同一化し (それはクライアントが取り入れたセラピストの自我≒ペルソナに同一化することでもある)、セラピストがアニマに同一化する (それはセラピストが取り入れたクライアントの自我≒ペルソナに同一化することでもある) ことがあるかもしれないが (この場合、それまで意識的な次元で担っていた役割が反転し、セラピストは女性的役割を担い、クライアントは男性的役割を担う)、そのような場合でも、双方意識化によってそこから距離を取ることで、デモーニッシュな転移になることはない。このような過程を経て、クライアントは、自分の内的対象としてのペルソナとアニムスのペアについて、それぞれの機能や相互関係を理解すると同時に、ペルソナとアニムスそれ自体もセラピストのアニマとペルソナを取り入れて両性的なものに変容するので、心は両性的機能を持つ全体的な働き (セルフ) を回復する。また、セラピストのほうも、投影と取り入れの体験を、もっぱら

クライアント理解のために利用しつつも、他方でその体験を通して、自分のペルソナやアニマについての理解を深め、それらにクライアントのアニムスとペルソナを取り入れ、よりセルフの体験に開かれていき、セラピストとして (そして人として) 成長する。心理療法では、このようにして相互変容が生じるのである。

以上からわかるように、転移/逆転移関係は、Fordhamのいうように、基本的にはセラピストの訓練された意識化能力によって展開するが (その意味で非対称的である)、デモーニッシュにならない転移においては、クライアントの意識化能力も大いに貢献しており、その意味でクライアントとセラピストの関係は対称的である。また、これに関連して付言するならば、クライアントによっては、セラピストと同じ作業しながら (すなわち、セラピストの投影d2を取り入れたり、自分の投影d1を引き戻したりしながら)、クライアントなりにセラピストの自我≒ペルソナやアニマについて理解し (つまりセラピストをアセスメントし)、そうしてセラピストの長所と短所を把握しながら、それを上手に利用している可能性さえある。そして、それによって、セラピストが持つ人間的な偏りや問題から距離を取って、セラピストの提供するものを自分の人生に役立てている可能性がある (実際、心理療法の終結時に、そのあたりのことを語ってくれるクライアントが時折いる)。

次に、図9であるが、これは、Fordhamのいう内的抵抗R、先にその意味を修正的に捉え直した無意識との関係障害 (R) がある場合に生じる転移/逆転移関係を描いたもので、Fordhamの図7を修正したものである。この場合、クライアントの意識化能力は十分機能しないため、自我はペルソナと完全に同一化している (つまり、自我≒ペルソナではなく、自我=ペルソナとなっている。点線はペルソナの意識化機能の不全を表す)。そして、自我がペルソナ以外の心的要素を感受する余地を持たないため、ファンタジーを通してアニムスを意識化する機能が働かず (R)、アニムスはセラピストの自我≒ペルソナに投影同一化される (d1) (点線は投影の引き戻しが不可能になっていることを表す)。こうなると、セラピストはクライアントの心の内部に取り込まれ、自分を心の一部のように扱うクライアントに翻弄されるようになり、結合 (c) が強化される。セラピストは、結合に基づいてクライアントの投影を取り入れる (d1) (補足的逆転移) ので、

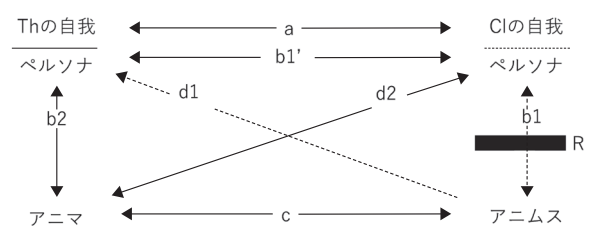


図 9

セラピストとクライアントは本来心的関係であるべき b1 を具現化する (b1') (例えば、クライアントのアニムスのイメージが批判的である場合、セラピストはなぜかクライアントに対して苛立ちの感情を抱くようなことが起こる)。この過程で、クライアントのアニムスを取り入れた (d1) セラピストの自我=ペルソナは変化し、その影響で (b2) セラピストとアニマの関係も変化し (例えば、セラピストは自分の頼りなさに自責感を感じるかもしれない)、結合 (c) が一層強化される。またセラピストは、クライアントの自我=ペルソナを理解しようとする際、その過程でアニマを投影し、かつそれを引き戻しつつ、同時にクライアントの自我=ペルソナを取り入れる (d2) (融合的逆転移)。そうすると、セラピストの自我=ペルソナとアニマの関係 (b2) は、取り入れたクライアントのアニムスとクライアントの自我=ペルソナの関係 (b1) と同型になるので (例えばセラピストは内面に批判的な男性と委縮する女性を体験するかもしれない)、益々結合 (c) が強化される。セラピストは、なんとか自我の意識化の機能を働かせ、自分のペルソナと取り入れたクライアントのアニムスを識別し、クライアントのアニムスを理解しようとする。また、自分のアニマとクライアントのペルソナを識別し、クライアントの自我機能をアセスメントし、同時にクライアントのペルソナを理解しようとする。デモーニッシュな転移の場合、セラピストはクライアントの内面を具現化した関係 (b1') を生きなければならないので、この意識化作業はかなり困難となる。それでもセラピストは、なんとか自分が得た理解をクライアントにフィードバックする。しかし、クライアントは、意識化の機能不全のため、それらの理解を (受け入れるとペルソナの傷つきと痛みを意識化しなければならないので、それをしないために) 分裂排除させてしまい、自分の自我機能を向上させることがなかなかできない。そして、b1' が理想の関係になることだけに執着し続ける。稀な瞬間、そのような理想の関係が生じることがあり (セラピストはすっかりクライアントの心の中に取り込まれているので、時折波長合わせに成功して、クライアントが望むアニムスをやってのけることがある)、そういう時は愛し合うカップルのようになったりするが、逆にそれに失敗したりすると、引きこもるクライアントの自我=ペルソナに批判的なアニムスのようになっていたりして、憎しみ合うカップルようになる。また、無意識的同一性の状態にあるため、一転クライアントがアニムスに同一化してセラピストを非難するような状態になると (ペルソナとアニムスの間に適切な距離がないため、アニムスが憑依し、自我=アニムスになるようなことが起こる)、セラピストはアニマに同一化して自罰的になるといったようなことも起こる。こうして二人の関係は歓喜と絶望を繰り返すデモーニッシュなものになる。

この過程では、クライアントもセラピストも非常に苦しむ。無意識的同一性の中でアニマ/アニムスの投影や取り入れ、あるいはそれへの同一化を通して、それまで安定したペルソナが揺り動かされ、否応なくペルソナとアニマ/アニムスの変容に曝される。これはいわば、それまで安定していたパーソナリティの統一性が崩壊する一種の死の体験である。実際には、デモーニッシュでない転移の場合にも無意識的には同じ過程が起こっているのだが、双方に高い意識化能力があるために、それが具現化しないだけである。しかし、それが実際に具現化すると、クライアントもセラピストも死の体験を味わわざるを得ないのである。

セラピストは、この過程を必死に生き抜かなければならない。なぜなら、このデモーニッシュな関係こそ、クライアントの自我=ペルソナがアニムスと関係する土台になるからである。セラピストは、この関係を抱えなければならない。そして、辛抱強く、補足的逆転移を通してクライアントのアニムス理解を進め、融合的逆転移を通してクライアントの自我=ペルソナ理解を進め、ペルソナとアニムスの分裂に翻弄されて生きざるを得ないクライアントの情動に波長を合わせ、情動を抱える役割を果たし、そうしながら少しずつ、クライアントの自我=ペルソナについての理解をフィードバックし、クライアントの自我がペルソナを分離させ意識化する機能を向上させ、それからアニムスについての理解、二人の間に生じている転移関係の理解を通してのペルソナとアニムス関係の理解へと進んでいく。その結果、**図 8** のような安定した関係が構築され、あとは**図 8** の説明で述べたのと同じ過程が展開していくのである。そして、セラピストとクライアントは、死の体験を通過して再生する。相互変容モデルに基づくなら、心理療法とは死と再生のイニシエーションであるとも言えるのである⁶。相互変容モデルはまた、イニシエーション・モデルでもある。

なお、このモデルによって、デモーニッシュな転移/逆転移関係を崩壊させない条件が明確になる。すなわち、治療同盟 (a) と結合 (c)、自我の意識化能力とそれに基づく無意識との関係能力 (b2) である。特に治療同盟 a は、結合によって生じるデモーニッシュな情動に呑み込まれそうになるセラピストとクライアントを治療目標に向かって方向づけ、治療構造を安定化させ、根気強く対話続けることを可能にする枠である。また、無意識的同一性を生じさせ、情動の混乱の契機となる結合 c は、逆説的に二人を情緒的につながとめる絆でもある。そして、自我の意識化能力と無意識との関係能力がなければ、セラピストとクライアントは、時に強く惹かれ合い、時に強く対立する関係を衝動的に具現化するしかなくなってしまう。相互変容のモデルは、心理療法が治療として成立するために不可欠な条件を明確化するのにも役立つのである。

最後に、**図 8** と **図 9** に示した図式を、もう一段階抽

⁶ イニシエーションとしての心理療法の諸相については、橋本 (2025a, 2025b) を参照。

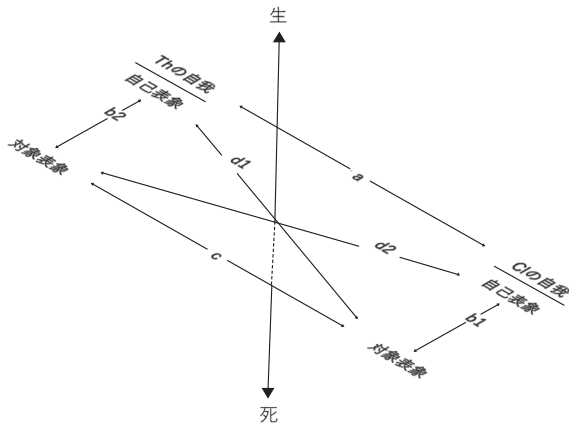


図10

象的なものにして仕上げておきたい。ここまでは、JungとFordhamにならってペルソナやアニマを取り上げてきたが、心理療法において特にテーマとなる内的対象関係は、クライアントのその時々状況によって変わってくる。例えば、親からの分離が課題となる幼児期や児童期であれば、子としての自己と親のペアが、アイデンティティの確立が課題となる思春期・青年期であれば、未承認の自己と権威ある大人のペアが、親密性が課題となる成人前期であれば、ペルソナとアニマ／アニムスのペアが、生産性が課題となる成人期であれば、養育者や師としての自己と子や弟子のペアが、統合性が課題となる老年期であれば、多様な人生経験を生き抜いて今や死にゆく過程を歩みつつある自己と自己を包括する世界（さらにいえばJaspersのいう「包越者」）のペアが中心テーマになるだろう。そして、後の段階にはそれ以前のすべての段階のテーマが複雑に絡まってくるだろう。したがって、図8と図9におけるペルソナとアニマ／アニムスは、より抽象的に「自己表象」と「対象表象」と表現しておく方が適切であると考えられる。また、転移／逆転移関係を生き抜く際、クライアントとセラピストは死と再生の過程を辿った。転移／逆転移は人間関係という水平的な次元で展開する事象であるが、その平面自体が死の過程では下降し、再生の過程では上昇するというように垂直的な次元を推移する。つまり、転移／逆転移関係それ自体が生と死を布置するのである。したがって、より正確には、相互変容モデルを示す図式は、図10のように、下降する死の過程と上昇する生の過程を書き加えた三次元的な図となる（ただし、以降の図は参照のしやすさを考慮して二次元にしてある）。

4. 認知行動論的アプローチと相互変容モデル

次に、二つ目の問いについて考える。それは、もしあらゆる場合に結合に基づく転移／逆転移が生じているのなら、なぜ転移の理解に取り組まなくても展開する場合があるのか、という問いであった。

まず、転移の理解に取り組まない心理療法についてであるが、例えばその代表は認知行動療法である。しかし、認知行動療法と銘打たなくても、自分の提供する心理療法を特に精神分析的な心理療法（この場合は転移／逆転移の理解をしないことは技法上あり得ない）と限定せず、クライアントの問題やニーズに合わせて週一回程度の心理療法を提供している場合、表立っては転移／逆転移を扱わずに（つまり転移解釈をせずに）、作業の中心課題をクライアントの認知と行動の検討に置くことは結構多い。認知行動療法とは、この作業に重点を置き、それをより洗練された仕方で行うための技法を体系化した心理療法と言えよう。

ところで、この種の心理療法がうまく進むには、いくつかの条件がある。すなわち、クライアントの側に、治療同盟を結び、治療契約を守り、積極的に治療に取り組む意欲があること、そして、セラピストと協働で認知や行動を振り返り、その修正に根気強く取り組む力があること等である。この条件からわかるように、この種の心理療法では、クライアントの側にそれなりの能力が必要で、それがうまく進むためには、クライアントの側にも相当の協力が求められる。実際、認知と行動を検討するというのは、状況内に置かれた自己と他者の行動や関係を外から眺めるかのように見て、つまり対象化して客観視し、問題の発生機序を定式化する作業であり、これを実行するには、いったんは自分の情動から距離を取る必要がある。したがって、基本的には神経症的パーソナリティ構造の水準に達している必要がある。

むしろ神経症的パーソナリティ構造の水準にあるクライアントの場合、自己を対象化し客観視する能力が機能しているので、治療契約の段階で、みずから積極的に問題状況を整理し、心理療法でテーマにしたい問題（主訴）や問題解決のためにどのような心理療法を求めるか（ニーズ）等を明確に述べる。そして、クライアントによっては、転移／逆転移の理解や夢分析のような作業を通して自己の変容に取り組むのではなく、問題を焦点化し、問題状況における認知と行動の検討と修正に取り組みたいと明言することがある。先に述べた、作業課題を認知と行動の修正に置く心理療法（かりに狭義の認知行動療法と区別して認知行動論的アプローチとしておく）は、このような場合に行なわれる。そして、この種のクライアントは、多くの場合、自分が望んだ作業に意欲的に取り組み、自分が望んだ範囲の問題を早々に解決し、そうして比較的短期で心理療法を終結する。もちろん、この過程で、さらに根本的な自己の変容の必要性が自覚され、転移／逆転移の理解や夢分析に取り組むことになる場合もあるが、その場合でも、無意識的な自己表象や対象表象を意識化する能力を機能させ、作業を有効に進めるので、デモニッシュな状況にはあまり陥ることはない。つまり、この水準のクライアントでは、いずれの心理療法も有効に機能するのである。

では、この水準のクライアントに認知行動論的にア

アプローチする場合、結合に基づく転移／逆転移関係は生じていないのだろうか。まず、このような心理療法でも共感的理解が必須であることは言うまでもない。そして、このような心理療法で体験される共感も、転移／逆転移関係の中で体験されるものと同質である。すなわち、その基盤に身体的な共鳴があり、心理的なレベルでは感情的な揺れ動きがあり、同時に自他混合に基づく誤解がある。したがって、表立ったテーマにはならなくても、そこには結合に基づく転移／逆転移関係があり、それゆえ転移／逆転移の理解がなければ、それは自他混同による汚染状態にとどまる。そして、そのような状態にとどまったままでは、クライアントの問題も正確に定式化できない。しかも、そこでなされている作業を精密に捉えると、転移解釈こそなされないが、実際には認知と行動の検討過程で転移現象を理解する作業が行われている。ただし、このような作業が可能なのも、無意識的な自己表象や対象表象を意識化する能力や自己を対象化して客観視する能力をクライアントが保持しているからである。

これらのことを、ある具体的な事例をもとに示す。クライアントは中年の男性である。会社でのトラブルを主訴に来談したが、そのために生じたうつ状態を契機に妻との関係も思わしくなくなっていた。クライアントの問題とニーズをふまえ、週一回、問題状況（仕事場面や妻と関わる場面）におけるクライアントの認知と行動を検討する作業が開始された。作業は順調に進み、一年程で面接は終結した。この面接過程において、セラピストは、自分も妻子持ちで仕事に追われる中年男性ということもあって、クライアントに非常に共感しやすかった。そして、このことは作業を進めるのにとっても役に立った。ただし、転移／逆転移関係について直観的に把握していたものの、面接では転移解釈を行うことは一切なかった。なぜなら、作業を進める上で必要にならなかったからである。

では、この事例においては、どのような転移／逆転移関係が生じていたのか。それはまず、「非常に共感しやすかった」という部分にうかがわれる。すなわち、「自分も妻子持ちで仕事に追われる中年男性ということもあって」という感想からもわかるように、これは明らかに逆転移である。もちろんセラピストは、こういう危険性をよくわかっていたので、クライアントを早わかりしないよう、いつも以上に丁寧な傾聴を心がけた。

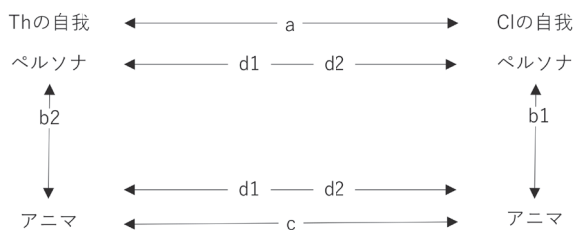


図11

さて、この状況を、これまで検討してきた相互変容モデルで考えてみよう。普通は、図11のように考えるのではないだろうか（中年男性で妻との関わりもテーマになっているので、実際に即してペルソナとアニマのモデルを使って考える）。この場合、セラピストは自分のペルソナやアニマをクライアントのペルソナやアニマに投影し、クライアントから投影されたペルソナやアニマを自分のペルソナやアニマに取り入れている。これは、言ってみれば、最初に、自分と相手はまったく同一で、相手のことは手に取るようにわかる気になり、それから少しずつ、最初はペルソナの違いに、それからアニマの違いに気づくような状態である。しかし、このモデルは、実際の臨床感覚には、まったく合致していない。

ではどのような状態だったのかというと、いつも以上に丁寧に傾聴をする中で、次第に、クライアントのペルソナの苦しみを受け止める女性的な役割を期待されている感覚を、自分の中に強く感じるようになった。それどころか、もっと直截に言えば、「女性的な役割を期待されている感覚」ではなく、むしろ同性愛的な感覚であり、しかもそれは、その後その感覚に注意を向けて、ようやく自分が自分を女性のように体験していたことに気づくような、そういう微妙な感覚であった。しかも、その感覚は、それに従う時、最も確にクライアントに反応できるように感じられる、そういう類のものだった。そして、このような感覚を生きている間、セラピストの男性的な機能（ペルソナ）は背景に退いているような感じがあった。もっと正確には、それを表に出すと、関係がごちないものになってしまうため、それを抑圧するような感じであった。

しかも、この感覚を抱えながらクライアントと関わっている中で、時折クライアントがセラピストから引きこもる瞬間があることに気づくようになった。そして次第に、それが、人に弱みを見せようとしないクライアントであることがわかった。また、このようなクライアントに接した時、その引きこもった態度に対して、自分が、それを女々しいと非難するような思いを抱いていることに気づいた。セラピストは、これが会社や妻との間で生じる関係の背景にある問題ではないかと推測した。その上で、会社や妻との関係におけるクライアントの認知と行動を一緒に検討し、少しずつクライアントの情緒的な引きこもりを確認し、それをきっかけにして生じる人間関係の失敗について話し

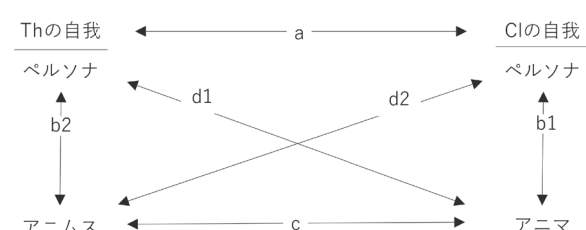


図12

合い、その理解を深め、修正を図っていったのである。

つまり、この場合、セラピストの自我≒ペルソナにはクライアントのアニマが投影され、セラピストはそれを取り入れていた。したがって、これを表す図は、**図8**のアニマとアニムスを、左右逆転させた**図12**となる。この説明は以下のようになる。まず、クライアントから投影された(d1)アニマに同一化することで、セラピストの自我≒ペルソナは一時的に女性的機能を持つ。そして、セラピストの自我≒ペルソナとクライアントの自我≒ペルソナ(男性的機能)の関係(a)は、クライアントの自我≒ペルソナとアニマの関係(b1)を反映したものになる(ただし、その関係はセラピストとクライアントの意識化機能によって具現化されない)。この関係を生きることを通して、セラピストは、クライアントの自我≒ペルソナとアニマの間(b1)に、アニマと弱みを共有できない(つまりアニマの持つ女性的機能をうまく活用できない)という問題があることに気づいた。また、セラピストの自我≒ペルソナの変容および男性機能の抑圧を通して(b2)、セラピストの無意識には一時的にアニムスが布置され(それは抑圧されたセラピストの男性的機能でもある)、それがクライアントの自我≒ペルソナに投影されるが(d2)、セラピストのアニムスとクライアントの自我≒ペルソナの間には差異があるので、それによってセラピストはクライアントの自我≒ペルソナを非難する気持ちになった。しかし、セラピストは、この差異の意識化を通して投影を引き戻し(d2)、同時にクライアントの自我≒ペルソナの性質を取り込み(d2)、そこに情緒からの引きこもりという問題があるのを理解した。これらの過程を通してクライアントの内面を理解しながら、同時に会社や妻との関係やそこにおけるクライアントの認知と行動を検討することで、セラピストは、クライアントの自我≒ペルソナとアニマの関係(b1)が会社の妻との関係にも投影され、それが問題を引き起こしていることを理解し、会社と妻との人間関係の図式の中で、情緒的な引きこもりパターンに関するクライアントの理解を促していった。これが、この面接において生じていた転移/逆転移関係と作業内容の概要である。

このように、認知行動論的アプローチでも、結合に基づく転移/逆転移関係が生じており、それが共感的理解の基盤になっている。ただし、事例からもわかるように、クライアントの意識化能力がある場合には、特に転移関係を取り上げなくても、問題状況の図式の中でクライアントの認知行動パターンを検討すること(いわば「転移外解釈」のような作業)を通して面接は進展する。そういう意味では、認知行動療法が、心理力動的観点を採用しないことにも一理はある。しかし、ここまでの議論からわかるように、心理療法において的確な共感的理解を進めるには、セラピストは転移/逆転移関係を理解する必要がある。例えば、本事例におけるようなセラピストとクライアントの関係は、その発想がなければ正確に把握できない。したがっ

て、たとえ認知行動療法でも、治療関係のリアルである転移/逆転移関係の理解は不可欠である。

心理療法においてなされる対話は、ほぼ完全にバーチャルである。クライアントが語る人間関係の話は、どれほど丁寧に傾聴したとしても、それはクライアントが紡ぎ出した物語であり、しかもそれはセラピストと間主観的に構成される物語である。したがって、それはどこまでもバーチャル・リアリティである。バーチャル・リアリティで認知と行動を修正したとしても、それはあくまで台本の修正に過ぎない。台本は実際に演じられる必要がある。だからこそ、認知行動療法ではホームワークを重視する。こうして認知行動療法は、その作業に欠けているリアリティの要素を補っているのである。しかし、これは認知行動療法に限ったことではない。精神分析もユング派心理療法も同じである。そこではホームワークこそないが、クライアントはそこで得た自己理解や他者理解を実際の生活の中で試し、検証している。そして、それがさらなる物語を展開させるという形で、心理療法に欠けたリアリティを補っている。さらに、精神分析では、いまこの治療関係における転移を取り上げることで、表向きはリアリティに被せられたファンタジーを剥ぎとるという形で、逆説的にクライアントをリアリティへ開いている。つまり、転移解釈によってリアリティを補っている。

このことからわかるように、心理療法における本当の問題は、精神分析「学派」か、それとも認知行動療法「学派」か、といった素朴なセクト主義ではない。本当の根本問題は、心理療法にリアリティはあるのか、あるとすればそれは何なのか、ということである。ここまで相互変容モデルを論じてきた根底には、じつはその問題への関心がある。そして、このモデルによるなら、そこにリアリティはある。それが二人の人間を捕える結合である。それを避ける限り、本当のことは何も起こらない。二人は、それを生き抜かなければならない。それは、それによって生じた転移/逆転移を通して益々深まる。二人は、投影と取り入れの中で激しく展開するファンタジー(バーチャル・リアリティ)を潜り抜け、ファンタジーの向こうにある(意識も無意識も含めた全体としての)他者の他者性に出会わなければならない。クライアントは、それを通しての自己の自己性(例えばペルソナ)を発見し、そこからさらに自己の他者性(例えばアニマ/アニムス)を発見しなければならない。そして、クライアントがその道に進むには、セラピスト自身が、先を切ってその道を進まなければならない。それが相互変容である。

心理療法が結合を基盤とした転移/逆転移関係によって構成される以上、認知行動療法は、転移/逆転移関係を理解するために精神分析の助けを借りる必要がある。ここまでの考察からわかるように、それは、転移/逆転移理解がなくても、神経症的パーソナリティ構造のクライアントにはスムーズに導入できるが、それでも、転移/逆転移関係に注意していないと、その作業は停滞する可能性がある。先の例で言えば、

もし筆者が、クライアントのペルソナに対する非難を意識化できず、クライアントの認知と行動に見られる引きこもりパターンを性急かつ批判的に暴き立てたりすれば、認知と行動を検討する作業は著しく停滞しただろう。それどころか、面接は中断したかもしれない(筆者自身のそのような失敗をふまえての本論である)。また、認知行動療法は神経症的パーソナリティ構造のクライアントだけを対象としているわけではなく、ボーダーライン・パーソナリティ構造や精神病的パーソナリティ構造のクライアントにも適用されることがある。認知行動療法は、自己を対象化し客観視する能力を育む多様な技法を持っており、しかもその技法は、いわば初歩から応用まで非常にシステムティックに進められるようにプログラム化されているので、それらのクライアントにも大いに役に立つと考えられる。しかし、それも、適用を急げば、クライアントにとっては、単に苦手なことを強要される体験にしかないだろう。そうなれば、当然デモーニッシュな転移が生じてくる危険性もある。認知行動療法のセラピストも、このあたりは重々わかっており、様々な工夫を行っている。例えば玉井(2023)は、傾聴を通しての情緒体験の受容と共感(直接的なレベルで感情を共有する作業)、認知行動療法(間接的なレベルで自己を客観視する作業)、インナーチャイルド・ワーク(直接的な感情をイメージとして間接化しつつ客体化して見る作業=先の二つの中間にあるアプローチ)等を組み合わせた心理療法(つまり異なるレベルの作業を組み合わせた心理療法)を行う際、関係の中におけるクライアントの様子と関係の中における自分の情緒体験を考慮しながら技法を選択している。そして、その過程でセラピスト自身の体験も変容する様子を記述している。この例は、転移/逆転移の理解が認知行動論的アプローチにも役立つ可能性を示している。

一方、精神分析的オリエンテーションやユング派的オリエンテーションに基づく心理療法にとっても、認知行動療法は役に立つ。なぜなら、既述したように、神経症的パーソナリティの水準にあるクライアントの場合、治療契約の段階で既に問題状況を整理し、問題状況における自己の認知と行動を振り返りたいと明言することが多く、さらに、自分の経済状況を現実的に把握して出費を抑えようとするので、そのクライアントに対して頻回な精神分析的な心理療法や夢分析を提案しても、すぐにはピンとこず、かえって抵抗を強めるからである。このような場合、認知行動論的アプローチは役立つ。しかも、こうして認知と行動の検討を進めながら、必要に応じて転移の解釈や夢分析を導入していくと、それを自己理解のために有効活用できるようになる。この意味で、精神分析的オリエンテーションやユング派的オリエンテーションにとっても、認知行動療法は有益である。

このように、どのような心理療法でも、結合に基づく転移/逆転移関係が生じている。そして、それが共感的理解の基盤である。したがって、適切に心理療法

を進めるには、セラピストの転移/逆転移理解が不可欠である。しかも、意識化能力に難のあるクライアントの場合、その理解がないと関係がデモーニッシュになる危険がある。したがって、どの心理療法にとっても、相互変容モデルに基づく発想は重要である。

5. 「治療者—患者」元型と相互変容モデル

最後に、三つ目の問い(なぜ心理療法では結合が生じるのか)を考えてみたい。ここまでの考察からわかるように、心理療法において結合を基盤にした転移/逆転移関係が生じることは必然である。しかし、心理療法ではどうしてそもそも結合が生じるのかということ、考えてみれば不思議なことである。というのも、そもそも心理療法では、まったく見知らぬ他人同士が会うわけで、しかも普通は、互いに個人的には縁もゆかりもないからである。なのに、その他人に自分の秘められた苦悩を話すわけである。普通には、まったく考えられないことである。

では、なぜ秘められた苦悩を話すのか。それは専門家だからである。つまり、専門家を信頼しているからである。もちろん、話す理由はそれだけではない。苦悩し、困り、誰かに助けてほしい。でも、信頼して頼れる人がいない。だから、悩みを解決する専門的な技能を持つ「言われている」専門家を頼りにするのである。重要なのは、この「言われている」である。これは、社会に認定されている(certified)、認可されている(authorized)ということの意味しており、クライアントはそのことを信頼する。言ってみれば、心理療法の初期状態は、依存的な状態にある者が権威を頼りにするという権力関係から始まるのである。そして、それが結合を布置する。

これに関連して、ユング派分析家のGuggenbühl-Craig(1978 樋口・安溪訳 1981)は、心理療法においてセラピストとクライアントを結びつけるのは、古来治療という行為に関わる人の行動を無意識的にパターン化してきた「『治療者—患者』元型」(同書, p.118)であると述べている。これはどういうことかと言うと、例えば、病気になった人は、「恐怖に支配され痛み苦しめられ死に脅かされ」(同書, p.107)、すっかり弱い患者になって医者に頼りきりになり、頼られた医者のほうは、「偉大な救い手」(同書, p.107)のように見られることで、「生や死、病気や健康をその手に握って支配している者」(同書, p.112)であるかのように振舞い、こうして治療状況の中にいる二人の人間が、それぞれ「治療者—患者」という対をなす行動様式(つまり「『治療者—患者』元型」)の片方を無意識に担い、典型的な行動をするようになる、ということである。つまり、親と子という関係が生じると、子は親を刺激して養育行動を引き出し、親はそれに刺激されて母や父として振舞い、そうして子はさらに親から必要な行動を引き出そうと、親の期待に合わせて子どもらしい振る舞いをする、といったのと同様

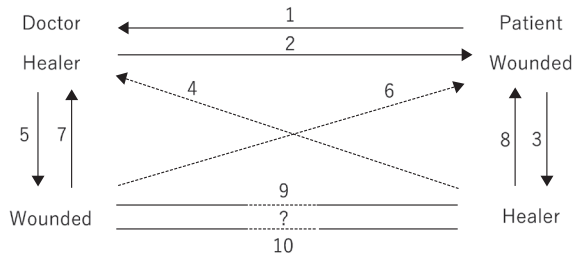


図13

のことが、治療者と患者の間に起こるのである。

しかも、この関係は投影と取り入れに彩られている。すなわち、患者は本来、回復のために自らをケアするなど、内的に治療者としての機能を働かせなければならないのに、その機能をすっかり治療者に投影し、苦悩し依存するだけの無力で弱い人間になってしまう。一方、治療者のほうは、共感的理解に基づいて患者と協働するために、本来は自らの内面に傷つき苦しむ患者の機能を保持していなければならないのに、内的な患者機能を目の前の患者に投影し、患者を無力で弱く依存的な人間と見なし、自分のほうは、患者に投影された治療者機能を取り入れ、それにすっかり同一化し、「偉大な救い手」になってしまう。治療者と患者は、本来自分の内に備わっているはずの対立する機能の一方を他方に投影し、内面的に分裂状態となり、そのぶん益々、患者は医者に依存し、医者は患者を支配するといった形で結びつくようになるのである。そして、最初の結合は、投影と取り入れの応酬によって支配／服従関係を具現化する。したがって、心理療法のセラピストは、このような状態に陥らないよう、治療者への同一化を意識化し、自らの内にも存在している患者の側面を意識化し、そうして患者が、内的な治療者の側面を意識化し、それを生きることができるよう手助けしなければならない。そうGuggenbühl-Craigは考えたのである。

以上からわかるように、Guggenbühl-Craigの考え方も相互変容モデルに基づいている。したがって、治療者と患者の間に生じる投影や取り入れの現象について、ここまで論じてきた図式を同じく適用できる。しかし、その作業はGuggenbühl-Craig自身によっては行われず、後にGroesbeck (1975) によって行われた。Groesbeckは、まず、Guggenbühl-Craigの論と『転移の心理学』におけるJungの論をふまえ、図13を示す。図中の番号について、Groesbeckは論文の中では詳細には説明していないが、論の流れをふまえると、図は次のような経過をたどる。すなわち、患者がみずからの傷つき体験を治療者に語り (1)、治療者がそれを受け止めつつ治療を施す (2)。すると患者の内なる治療者機能が活性化し (3)、それが治療者に投影される (4) が、同時に治療者は、内なる患者機能を活性化され (5)、

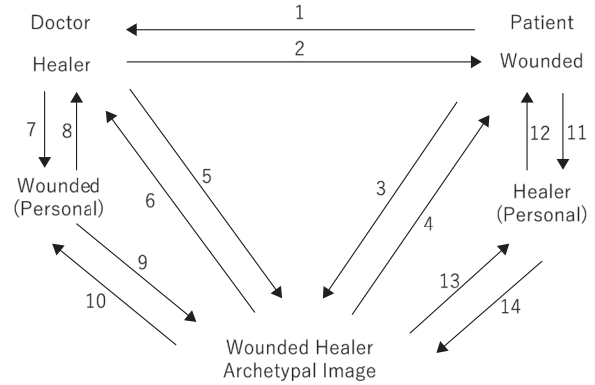


図14

それを患者に投影する (6)。ここで治療者が内なる患者機能を意識化すると (7)、患者もまた内なる治療者機能を意識化する (8)。Groesbeckは、この図式の中で、残された9と10がどのような機能を果たしているのかを考える。

ここでGroesbeck (1975, pp.130-131) は、Jung (1946 林・磯上訳 1996) やMeir (1959) の考え方をもとに、無意識的な結合 (9と10) は「対立する極性を持つ『第三者』あるいは元型的イメージ (A 'Third Person' or Archetypal Image with its polarity of opposites)」(筆者訳) として機能すると考える。要するに、治療者と患者の心の中に、どこまでが自分の働きで、どこまでが相手の働きか区別できないような、強い共通の力動が生じ、それによって二人が動かされ、変化させられる、というのである。Groesbeckは、この第三者として機能するものを「『傷ついた治療者』の元型 (the archetype of the wounded healer)」とし、それが心理療法で機能する過程を、先に示した四者モデルとは別の三者モデルとして図式化する (同書, pp.132-136)。それが図14である⁷ (同書, p.136)。

その過程は、Groesbeckの説明を総合すると次のようになる (同書, p.132-136)。治療者が患者の傷つきを受け止め (1)、患者が治療者の力を受け取ると (2)、患者を通して「傷ついた治療者」イメージの治療者の側面が活性化され (3)、患者はそれを体験するようになる (4)。一方治療者のほうでは、患者の傷つきを受け止めたことで (1)、「傷ついた治療者」イメージの患者の側面が活性化され (5)、それを体験するようになる (6)。そして、治療者自身の個人的な患者イメージが活性化され (7, 8)、さらに「傷ついた治療者」イメージの患者の側面を深く体験するようになる (9, 10)。すると、患者自身の個人的な治療者イメージも活性化され (11, 12)、さらに「傷ついた治療者」イメージの治療者の側面を深く体験するようになる (13, 14)。こうして患者は、傷つきから距離を取れるようになり、新しい視点を獲得し、「傷ついた治療者」イメー

⁷ 図は五つの要素から成り立つが、「第三者」が二者に作用する三者モデルが中心になっている。

ジの患者の側面や心の全体性と関係するようになり、活力を得る（3、4の体験がより深まる）。このGroesbeckのモデルは、結合が第三のものとして機能することを明示している点で非常に重要である。しかし半面、転移／逆転移関係が捉えにくくなる欠点がある。

例えば、Groesbeck（同書、p.139-141）は、「傷ついた治療者」元型が作用する過程を示すために、四つの事例を紹介している。そのうちの四番目の事例では、喘息症状に悩む21歳の女性の経過を紹介している。彼女と医師の関係は困難で、彼女にとって恐ろしい過去の記憶や夢をさらけ出すことはひどく不安であると思われた。最初の頃、彼女の夢に現れる医師は恐怖に満ちたものだった。しかし、そのイメージは少しずつ和らいでいき、彼女はある夢を見た。夢（夢1）は、彼女が医師の首を強くマッサージしていると、医師が強すぎると言い、その時彼女が自分の左手の人差し指が切られていることに気づく、というものだった（彼女は手の傷を医師の右手の中指の切断と関連づけた）。それから彼女は、熱心に治療する医師の夢（夢2）を見た。次に、医師が彼女に、分析中自分が不愉快な椅子に座っていたこと、いつも頭が痛かったことを語り、彼女が医師の助けになりたいと思う、という夢（夢3）を見た。この頃彼女の喘息症状がいくらか減り始めた。数か月後、彼女は、歯の膿瘍を切ると三人の男性（彼女を愛する父、彼女を必要とするボーイフレンド、彼女を受け入れた医師）と赤ちゃん（彼女自身）が出てきて、その三人の男性が彼女を傷つけようと企む影の男性三人の首を撃って殺す、という夢（夢4）を見た。そして喘息の薬も発作も減った頃、最後に彼女は、見知らぬ二人の医師（一人は若く一人は老人）に、喘息の主治医が彼女を怒鳴りつけたから診療所に行かなかったと語る、という夢（夢5）を見た。

この過程は、確かにGroesbeckのモデルのように治療者と患者の結合イメージを巡って展開している。しかし、三者モデルだけでは細かい転移／逆転移関係の理解が掴めない。そこで、これを四者モデルに置き換えて考えてみると（図15）、最初の頃の夢は、医師に否定的な治療者イメージが転移されている（d1）ことがわかる。そして、その治療者イメージには、彼女のアニムスが重ねられている可能性が考えられる。つまり、否定的な治療者イメージと彼女との関係には、

アニムスとペルソナとの関係が重ねられている可能性が考えられる。そして、否定的な治療者イメージが和らぐと、つまり否定的なアニムスの投影が引き戻される（d1）と、今度は、傷ついた治療者をケアする彼女のイメージ（夢1）が現れる。これは、図を用いて考えると、彼女が医師から取り入れた（d1）肯定的アニムスと同一化し（これはつまり医師の自我≒ペルソナに同一化しているのと同じ）、結合に基づいて医師の無意識的な患者的側面をケアしている（c）可能性を示唆する。これは同時に、肯定的アニムスに同一化した彼女が、医師の患者的側面に取り込まれた（d2）自身の自我≒ペルソナをケアしている（b1）可能性を示唆する。つまり、この段階において彼女の自我は、医師に同一化しながら自身の肯定的なアニムス機能を生き、それによって自我≒ペルソナの傷を癒しているのである（自己治癒過程：この過程は夢3でさらに進展する）。ただし、この段階では、彼女の意識は無意識的同一性の中に取り込まれており、医師との融合状態に深く入り込んでいる（いわば一時的に深い退行状態にある）と考えられる。それゆえ医師は、自分の患者的側面をよく意識し、融合状態の中で自分が無意識のうちに彼女にケアをさせるようなことをしていないかに注意しつつ、同時に、医師をケアしようとする彼女の動きの背後に、彼女自身の自己治癒過程があることを考慮し、彼女の行為を知的な解釈で破壊せずに抱える必要がある（転移は解釈すれば良いものではない）。夢2は、彼女の肯定的なアニムスが医師に投影され、彼女の自我≒ペルソナがケアを受けていることを示している。このことは、それまでの段階で、医師が彼女を抱える作業に成功したこと、それによって彼女が、肯定的なアニムスへの同一化（=取り入れた医師の自我≒ペルソナへの同一化）から距離を置き、今度は自我≒ペルソナとして（医師に投影されたd1）肯定的なアニムスの治療を受け（a）、それを通して内的に肯定的なアニムスと関わっている（b1）ことを示している。この後に見られた夢4の最初のシーンでは、彼女自身が自分の歯の膿瘍を治療する治療者になっている。そして、それによって、彼女の中からアニムス（そこには様々な男性イメージが重ねられている）と彼女の患者的側面（ペルソナ）が出てくる。つまり、ここで彼女の自我は（アニムスとの同一化を経て）治療的機能を取り入れ、それによってペルソナの傷つき（赤ちゃん）や結合の中で同一化していたアニムスから分離し、同時にアニムスも否定的なものから肯定的なものへ生まれ変わったのである。最後の夢5では、自我≒ペルソナは、患者として肯定的なアニムスと対話しながら、否定的なアニムスの問題点を指摘するという形で否定的なアニムスと対決し、そうして自己を守る治療者に生まれ変わっている。

このように四者モデルは転移関係の理解に役立つ。とはいえ、結合は第三者として機能するというGroesbeckの指摘は非常に重要である。というのも、例えばアニマやアニムスといっても、自我が意識化で

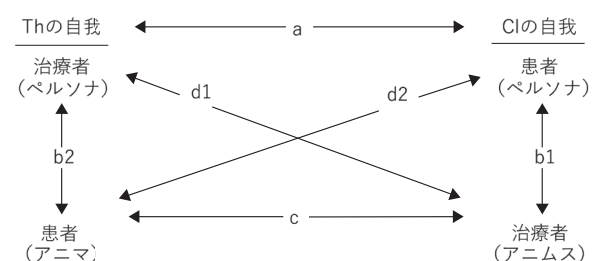


図15

きるのはファンタジーを通して表象化される範囲だけであり、本当のところそれらは、自己表象として把握できない無意識的なものすべてであるからである。しかも、結合の領域は、どこからどこまでが誰のものなのか判然としない集合的なもの（集合的無意識）である。したがって、無意識におけるアニマとアニムスの結合そのものは決して意識化できず、まったく無意識に作用する。その意味で、Groesbeckが図13で9と10の部分に「？」をつけたのはじつに慧眼である。つまり、ここまで見てきた相互変容モデルの図式にあるcは、まったく無意識に働き、知らぬ間にアニマやアニムスを変容させ、そうして知らぬ間にbやdを通して自我≒ペルソナに影響し、そうしてaを変容させるのである。なので、セラピストは、単に表象化されたイメージやファンタジーを通して無意識を意識化したり、転移／逆転移を解釈したりする作業ばかりに力を入れるべきではない。この完全に無意識に作用する結合の働きを尊重し、自分にはわからない何かが起きているかもしれないと想像する謙虚さを持つ必要がある。結合を第三者とするGroesbeckの発想は、この点に注意を促す点で有益である。

結合は、最初は荒々しく作用し、対象表象を揺さぶり、自我≒自己表象はそれに巻き込まれる。しかし、自我が辛抱強く意識化の作業を続け、自己表象—対象表象の関係が変化すると、結合の激しさは和らいでくる。すると今度は、性質を変容させた結合が対象表象に作用し、さらに四者構造の全体を変容させる。二者の結合によって生まれた第三者が、二者を四要素に分解し、それらが相互作用する一つのシステムを作り出し、そのシステム的作用を通して四要素を変容させ、二者それぞれを対立する二要素の結合としての一者へ変容させる。これが、相互変容のメカニズムである。Jungが『転移の心理学』において錬金術の図像を使って明らかにしようとしたのは、この結合の働きだったと思われる。

以上からわかるように、心理療法における最初の結合は、「治療者—患者」元型によって生じる。そして、その過程は、セラピストとクライアントが、結合を基盤にして治療者イメージと患者イメージの投影と取り入れを繰り返すことで展開する。その際、治療者と患者のペアのイメージには、親と子、アニマとペルソナ、アニムスとペルソナのような様々なペアの関係イメージが重ねられる。筆者やGroesbeckの事例にも見られたように、クライアントは親子関係や男女関係のような様々な個人的関係の中で傷を負い、そのため自己表象と対象表象の間に関係障害を持っている。心理療法は、過去の個人的関係によって生じた内的対象関係の障害を、元型的なレベルにおける治療者—患者関係の創造的な変容を媒介としながら癒す作業だと言える。そして、この創造的な変容を進展させるためには、セラピストも転移／逆転移関係の中で賦活される自分自身の傷つき（患者的側面）を意識化し、内的な対象関係を変容させなければならない。

セラピストは、心理療法の中で、クライアントだけではなく、自分の過去の様々な対象関係の苦しみに出会い、二人の関係ネットワークが、「いまここ」において複層的に重なりながら、刻々と変動するのに巻き込まれる。そして、その様子を多様な自己表象と対象表象が絡み合う物語として見る。壮大なネットワークが形作る苦界の海へ開かれながら、そこに生じる妙なる波の動きに曝される。クライアントの傷つきも、己の傷つきも含み込み、痛みに耐えながら、内的な対象関係への理解を深め、絡み合う縁のネットワーク（縁起）それ自身が（複雑な人間関係の中に布置する結合の働きを通して）変容するのを待たなければならない。河合（1995）がいう、「人間関係を個人的な水準のみではなく、非個人的な水準にまでひろげて」持ち（同書、p.203）、そうして「クライアントと分離し難いほどの深いレベルにおける、苦しみとかなしみのなかに身を置く」（同書、p.208）とは、そのような境地を語っていると思われる。心理療法は、苦界の海を泳ぐ、二人の人間の相互変容によって進む。相互変容モデルはその羅針盤である。

引用文献

- Fordham, M. (1957). Notes on the Transference. In Fordham, M., Gordon, R., Hubback, J. & Lambert, K. (Eds) (1989). *Technique in Jungian Analysis* (2nd Ed.). Karnac Books. (フォーダム, M. 転移についての覚書 フォーダム, M.・ゴードン, R.・ハバック, J.・ランバート, K. (共編) 氏原寛・李敏子 (共訳) (1992). ユング派の分析技法 (pp.94-127) 培風館)
- Fordham, M. (1969). Technique and Countertransference. In Fordham, M., Gordon, R., Hubback, J. & Lambert, K. (Eds) (1989). *Technique in Jungian Analysis* (2nd Ed.). Karnac Books. (フォーダム, M. 技法と逆転移 フォーダム, M.・ゴードン, R.・ハバック, J.・ランバート, K. (共編) 氏原寛・李敏子 (共訳) (1992). ユング派の分析技法 (pp.223-246) 培風館)
- Groesbeck, C. J. (1975). The Archetypal Image of the Wounded Healer. *Journal of Analytical Psychology*, 20(2), 122-145.
- Guggenbühl-Craig, A. (1978). *Macht als Gefahr beim Helfer*. S. Karger AG. (グッゲンビュール・クレイグ, A. 樋口和彦・安溪真一 (訳) (1981). 心理療法の光と影 創元社)
- 橋本朋広 (2023). 心理療法総論 橋本朋広・大山泰宏 (編著). 新訂 臨床心理学特論 (pp.369-384) 放送大学教育振興会
- 橋本朋広 (2025a). 心理面接の深層②:イニシエーション 丸山広人・橋本朋広 (編著). 臨床心理面接特論 I (pp.233-249) 放送大学教育振興会

- 橋本朋広 (2025b). 心理面接の深層③：超越 丸山 広人・橋本朋広 (編著). 臨床心理面接特論 I (pp.250-265) 放送大学教育振興会
- Jung, C. G. (1929). Die Probleme der Modernen Psychotherapie. In Jung, C. G. (1950). *Seelenprobleme der Gegenwart* (5. Aufl.). Zürich: Rascher. (ユング, C. G. 現代の心理療法の問題 横山博 (監訳)・大塚紳一郎 (訳) (2018). 心理療法の実践 (pp.15-63) みすず書房)
- Jung, C. G. (1933). *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten*. Zürich: Rascher. (Original work published 1928) (ユング, C. G. 野田倬 (訳) (1982). 自我と無意識の関係 人文書院)
- Jung, C. G. (1946). Die Psychologie der Übertragung. In Jung, C. G. (1958). *Praxis der Psychotherapie. Die Gesammelten Werke von C. G. Jung Band 16*. Rascher Verlag. (ユング, C. G. 林道義・磯上恵子 (訳) (1994). 転移の心理学 みすず書房)
- 河合隼雄 (1992). 心理療法序説 岩波書店
- 河合隼雄 (1995). ユング心理学と仏教 岩波書店
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy : A Transtheoretical Analysis* (6th ed.). Thomson Books. (プロチャスカ, J. O.・ノークロス, J. C. 津田彰・山崎久美子 (監訳) (2010). 心理療法の諸システム [第6版] 金子書房)
- Meier, C. A. (1959). Projection, Transference, and the Subject-object Relation in Psychology. *Journal of Analytical Psychology*, 4(1), 21-34.
- 水戸淳子 (1992). 転移, 逆転移 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕 (共編). 心理臨床大事典 (pp.191-193) 培風館
- 鍋田恭孝 (2016). 実践心理療法 金剛出版
- 中村俊哉 (1992). 投影同一化 (投影同一視) 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕 (共編). 心理臨床大事典 (pp.983-984) 培風館
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. The Hogarth Press Ltd. (ラッカー, H. 坂口信貴 (訳) (1982). 転移と逆転移 岩崎学術出版社)
- Samuels, A. (1985). *Jung and Post-Jungians*. Routledge & Kegan Paul. (サミュエルズ, A. 村本詔司・村本邦子訳 (1990). ユングとポスト・ユングアン 創元社)
- 玉井仁 (2023). インナーチャイルドによる心理療法の広がり—認知行動療法を中心として 放送大学大学院博士論文.