不知の姿勢，共同探索による支持という精神療法
――認識的信頼とメンタライジングを促進するアプローチ――

崔　炯仁

支持的精神療法の重要な要素に良好な患者-治療者関係の構築があり，そのためわれわれ精神科医は患者に「この人にわかってもらえている」という信頼感をもってもらうための努力を日々行っている．例えば，診察前に診療録を確認し，「その出来事はあなたにはとてもつらかったでしょうね」と，患者に特異的な理解を伝えるなどの作業である．しかし，これは確実性の提供ともいえ，日々不確実性に圧倒される不安症の人や，自閉スペクトラム症など，心的等価的な不安対処パターンをもつ人においては，「主治医にすべて具体的にわかってもらうこと」自体が通院の目的となり，「変わらないための信頼」となる恐れがある．また，境界性パーソナリティ障害や物質使用症，一部の摂食障害などの重要な背景因子である愛着外傷を抱える人にとっては，信頼すること自体が完全な信頼への幻想と見捨てられる恐怖の両価的感情を掻き立てる困難な作業である．メンタライゼーションに基づく治療を開発し，精神療法の理論を進化させ続ける Fonagy, P. は，あらゆる有効な精神療法に共通する 3 段階のコミュニケーション過程を次のように現象学的に論じた．1）治療者との間で認識的信頼（epistemic trust，「この人との間で新しい知識を得よう」と思える信頼）が醸成され，2）メンタライジングが改善され，3）社会的学習が再始動される．この過程の鍵となる認識的信頼は，「変わるための信頼」と呼ぶことができるが，これを促進する治療姿勢が不知の姿勢（not-knowing stance）である．「まだあなたをわかっていない」と患者に探索的に問いかける姿勢は，患者に「安全な不確実性」を保証し，変容（学習）への志向を可能にすると同時に，探索すべきものが患者のなかにこそあり，患者を一貫して治療の主体として尊重する姿勢である．この治療過程は「共同探索による支持」と表現でき，支持的な精神科診療においてもこれを採り入れることにより「変わるための信頼」に基づく治療にしていくことが可能である．

索引用語　メンタライゼーション，支持的精神療法，不知の姿勢，認識的信頼，愛着外傷

著者所属：いわくら病院
編　　注：本特集は第 119 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに永田利彦（壱燈会なんば・ながたメンタルクリニック）を代表として企画された．
doi：10.57369/pnj.24-087

はじめに

支持的精神療法とは，現実的助言などにより患者の自我を補助し社会適応を助ける一方，パーソナリティの変容を求めない治療とされ，探索的（表出的・洞察的）精神療法と対を成すものとして扱われていたが，近年は，実際には多くの適切な治療が「支持的-表出的精神療法」と呼ばれる連続体であることが明らかとなっている[13]．それでも精神療法における「治療の支持的要素」には治療を円滑化し患者-治療者関係を安定させる効果が期待されるものの，社会機能改善やパーソナリティの変容は「治療の探索的要素」，すなわち洞察の獲得によりもたらされるという暗黙の共通認識がある．例えば，現代の精神分析は，かつてより治療関係の構築に寄与する「支持的要素」を重視する傾向にあるが，Steiner, J. はその論文[12]で精神分析的治療における解釈について，古典的な解釈である「患者中心解釈」と，患者が自己部分を投影したものを分析家が受け取り，理解していることを含めて伝える「分析家中心解釈」の2つを名付けたうえで，「分析家中心解釈は患者との関係を良好にし，コンテインされた感覚を作るが，それだけでは分析の本当の仕事はされないままである」と述べており，「治療の支持的要素」の重要性は認めつつも，それだけでは変容は進まないという論旨を読み取ることができる．

しかし，本当に「治療の支持的要素」には，患者の変容を惹起する効果がないのであろうか．患者の現実生活を支える名もなき精神療法は，エヴィデンスを示す各種の精神療法に治療効果の面で劣るのであろうか．近年，そのような疑問と支持的精神療法を再考しようとする機運が高まっている．国内でも「精神分析的サポーティブセラピー（Psychoanalysis Originated Supportive Therapy：POST）」[8]が話題となっており，「ユーザーの自我を支持し適応状態を改善する」ために精神分析的知見を用い，治療を受ける人の人生に真に役立つ支持的精神療法の確立が模索されている．本稿では，効果が実証された治療法でありながら「古い素朴な療法（old plain therapy）」[1]と別称されるように，精神療法がもつ普遍的な側面を重視し，探究するメンタライゼーションの理論を中心に，「治療の支持的要素」がもつ患者の変容を促す治療力を論じたい．

Ⅰ．「既知の姿勢」から「不知の姿勢」へ

1．「既知の姿勢」の支持的要素と限界

しかし，残念ながらここで言う「支持的精神療法」と，われわれ日本の精神科医が日々行っている「支持的な精神科診療」の間にも格差がある．格差の主たる要因は時間である．時間的に制約される診療において「治療の支持的要素」を最大化し，治療を円滑に進めるために例えばわれわれは，診察前の短時間で直近の診療録を確認し，「その出来事はあなたにはとてもつらかったでしょうね」とその人に特異的な理解を伝えることなどを診療のコツとしている．このようなかかわりにより精神科医が意図しているものは，「主治医は私の症状・苦痛をすでに知ってくれている」という「既知（known）の関係」の保証といえるだろう．患者にとって主治医が「言わなくてもわかってくれる/私の心情を的確に説明してくれる/周囲や主治医の助言のとおりに行動できないくらいつらいということを理解してくれる」存在であるという安心感をもってもらい，生きづらい生活の支えになるという効用が期待される．統合失調症やうつ病など薬物療法中心の診療や，ソーシャルワークやカウンセリングを組み合わせた総合的な精神科治療におけるマネジメントとしての医師診察において「既知の姿勢」は他の治療ツールを円滑に活かす効果が期待される．

一方，既知の関係に基づく治療にはいくつかの問題点もある．1点目は，知っていることを重視するため，未知なるものが焦点づけられ，変化や変容がもたらされる機会が乏しくなる点である．2点目は，医師の助言や保証に対し患者本人が受け身になり，治療への主体性を獲得しにくいと考えられる点である．3点目は，自閉スペクトラム症や一部の神経症圏など，心的等価的な（現実と心理が過度に等価視される）不安対処パターンをもつ人においては，「主治医にすべて具体的にわかってもらうこと」自体が通院・治療の目的化する恐れがある点である．そして第4点目は，複雑性心的外傷後ストレス症（complex post-traumatic stress disorder：CPTSD），境界性パーソナリティ障害（borderline personality disorder：BPD），解離症，物質使用症，一部の摂食障害などの疾患の主要な背景因子である愛着外傷を抱える人にとって，「信頼すること」自体が，完全な信頼への幻想と見捨てられる恐怖の両価的感情を掻き立てる困難な作業であり，既知の姿勢ではその完全性への渇望がより強く掻き立てられる恐れがある点である．以

上のように，既知の姿勢とは「確実性の提供」であり，それにより形成される信頼は，「変わらないための信頼」となりやすいというデメリットを内包している．

2．不知の姿勢（not-knowing stance）

既知の姿勢と対照を成すのが「不知の姿勢（not-knowing stance）」である．ポストモダン・コラボレイティブ・アプローチを開発した Anderson, H. らが提唱した概念[2]で，「技法や筋書きを想定した質問ではなく，治療者の純粋な好奇心を伝える，未知に対し開かれた全般的姿勢」と定義づけられ，目の前の患者に対し，「あなたのことをまだわかっていない，だから理解したい」という関与のしかたである．ナラティブ・アプローチや動機づけ面接，そして次に説明するメンタライゼーション臨床において重要な治療姿勢と位置付けられている．一般に「質問し続ける姿勢」のように捉えられがちであるが，本質は探索すべきものが患者のなかにこそある「クライエントこそ専門家（the client is the expert）」という，「相手を主体として尊重した関係のもち方（respectful listening）」である．不知の姿勢により主体として尊重された患者は，「安全な不確実性」を保証されることにより，未知なるものに取り組み，変容を志向することができる．

Ⅱ．メンタライゼーションに基づく治療（MBT）

1．メンタライジングの発達と認識的信頼

メンタライゼーション（mentalization）とは「自己・他者の行動を，心理状態（考え・感情・欲求・願望・信念）に基づくものとして理解すること」と定義される．例えば，「いつもは温厚な彼女が今日はどうしてあんな冷淡な態度をとったのだろう」と他者の心理を省察（リフレクト）するような，誰しもが日々行っている心の働きである．通常は「メンタライジング（mentalizing，メンタライズすること）」という動名詞形の用語が用いられる．

子どものメンタライジングは養育者から適切に省察される環境のなかで発達する．乳児が不快な身体感覚を非言語的に表出するとき，養育者はその子どもの心に何が起こっているのか思いめぐらし，「A ちゃん，お腹が空いたんだね」などと，または幼児期であれば「B ちゃんが C ちゃんとばかり遊んで悔しかったんだね」などと情動を消化して子どもに映し返すこと（ミラーリング）によって，子どもは映された自身の心の表象を採り入れ，自己のメンタライジングを育てていく．ミラーリングにおいては，その感情が子ども自身のものであることを示す有標性（markedness）が重視される．有標的ミラーリング（marked mirroring）をとおして，発達した健康なメンタライジングは行動主体の感覚の獲得に重要な貢献を果たす．省察し，主体的に考え，行動するという，年長じた後も日々行われるこの心理的作業は，その人がさまざまな心理的困難に対処する感情調整能力に大きく関与する．

このときの養育者と子どもの心理的相互交流における鍵概念として重視されるのが，Fonagy, P. が Gergely, G. らとともに提唱した認識的信頼（epistemic trust），すなわち「乳児が大人から与えられた社会的情報を重要と認識し，受け取るために必要な信頼」である[5]．認識的信頼は大人が乳児に向け，その子どもの名前を呼んだり，目を合わせたりという顕示的手がかり（ostensive cues）を用いて働きかけることにより促進される．「顕示的」には単に注意を引くだけでなく，「その子/人の存在を認識・尊重している」というニュアンスが含まれており，ミラーリングの有標性を生み出すものである．

2．愛着外傷と MBT

一方で，適切な養育が受けられず，虐待や過度の支配，愛着関係の剝奪などの外傷的環境に育った愛着外傷においては，養育者に対して認識的信頼を抱くことができないだけでなく，虐待的養育者の心理をメンタライズすることを回避することで心理的生存を図るため，メンタライジングの成長が著しく阻害される．乳児期に愛着外傷のなかで信頼できない，悪意のある情報による交流に繰り返し曝されると，幼児期にはそれらの意思疎通を拒否することを学習し，認識的警戒（epistemic vigilance）/認識的不信（epistemic mistrust）を有することとなる[6,10]．

Fonagy と Bateman, A. は，愛着外傷により停止したメンタライジングの成長を促進していく治療法として「メンタライゼーションに基づく治療（mentalization-based treatment：MBT）」を開発した．BPD に対し従来治療と比較した無作為化対照試験[2]において，MBT は 18 ヵ月の治療期間終了時に自殺企図，自傷行動，救急受診回数などの項目において従来治療に較べ有意な改善を示した[3]だけでなく，開始後 8 年間までの追跡調査にかけてそれらの症状行動がさらに改善するなど効果持続性を示し[4]，今日，同疾患の主要な治療法となっている．MBT は個人・集団

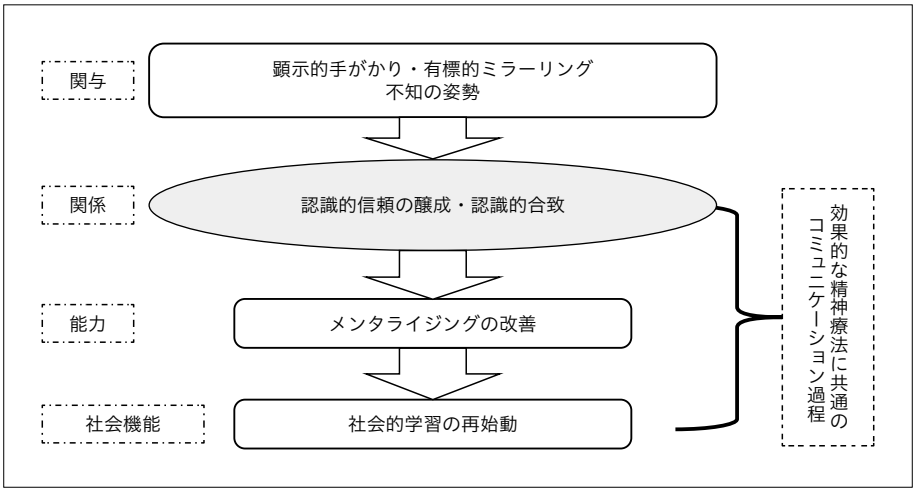

図 1　メンタライジング，認識的信頼と精神療法の現象学
すべての効果的な精神療法に共通のコミュニケーション過程として，Fonagy らが理論化した．
（文献 7 より作成）

治療，心理教育など多彩な治療ツールを含み，愛着外傷と関連が深い CPTSD，思春期における自傷行動，薬物依存症などに治療の幅を広げている[9]．

個人・集団を問わず，MBT における基本的治療姿勢として重視されるのが不知の姿勢である．不知の姿勢は，上述の有標的ミラーリング，顕示的手がかりという働きかけを含む，相手を主体として尊重し，主体であることを促す関係のもち方である．不知の姿勢により築かれる治療関係のなかで，患者は認識的信頼を醸成し，愛着外傷により停止していた社会的学習を再始動することができる．認識的信頼は子どもにおいて「学ぶための信頼」であり，治療においては「変わるための信頼」と捉えることができる．

III．すべての有効な精神療法に共通の治療過程

さらに，Fonagy は MBT だけでなく，すべての有効性が実証された精神療法の治療プロセスに，この認識的信頼とメンタライジングの促進があるのではないかと考え，それらに共通のコミュニケーション過程の現象学的な理論化を試みた（図 1）[7]．すなわち，精神療法的交流をとおして，(1) 患者と治療者の間の認識的合致（epistemic match）が形成され，(2) 患者のメンタライジングが改善し，(3) 治療外における社会的学習が再始動する，という 3 段階の過程である．彼は各派の精神療法が効果を発揮するのは，治療者が示す患者の病状への理解や回復への展望がその人にとって有標的ミラーリングとなっている限りにおいてであり，いくら技法どおり正確に治療を行っても，患者が認識的不信を抱いたままでは奏効しないことを指摘し，精神療法プロセスに最も重要なのは認識的信頼の醸成であると論じた．以下にその 3 段階過程の理論に沿い，著者の臨床上の理解を示したい．

1．認識的合致（認識的信頼の醸成）

治療場面における認識的合致を，図 2 を用い説明する．

（ⅰ）患者 D は自身の心に自己ナラティブをもつ．

（ⅱ）治療者は D の自己ナラティブを共感的に承認し（empathic validation），不知の姿勢をもって「治療者の心にイメージされた D の自己ナラティブ」をもつ．

（ⅲ）D は「D の心にイメージされた『治療者の心にイメージされた D の自己ナラティブ』」をもつ．

（ⅳ）D が（ⅲ）をよく参照し，（ⅰ）についての省察を深めることができる状態を認識的合致と呼ぶ．

（ⅴ）これが認識的信頼のチャンネルが開いている状態であり，次段階の成果へと導く．

この相互関係において不知の姿勢は，治療者が（ⅰ）を尊重し，より深く（ⅱ）の精緻化に努め，それを患者に映し返すという，すべての過程に重要な役割を果たしている．共同で探索する行為自体により，患者が「支持された」という感覚のなかで認識的信頼を醸成し，メンタライジングの促進をとおして社会・対人関係機能が改善，変容するというプロセスであり，ここで探索と支持は不可分である．

臨床上では，この過程において認識的に合致せず治療関係が危うくなる事態は往々にして起こる．そのとき，例え

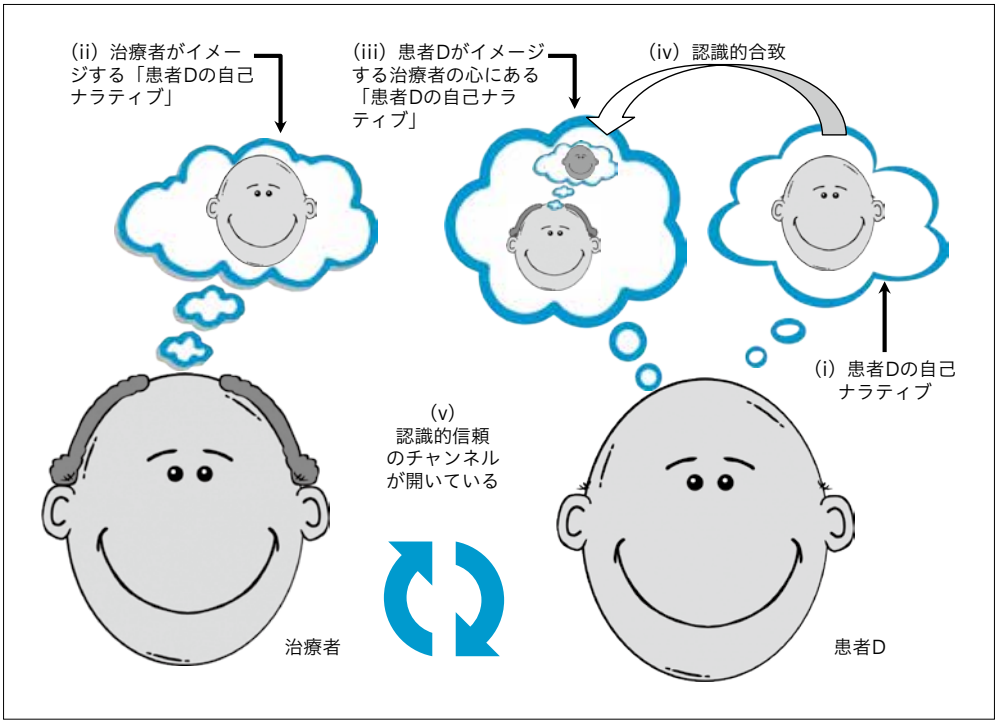

図 2　認識的合致
〔Fonagy, P.：On mentalizing in a social and cultural context with a focus on adversity（日本 MBT トレーニング実行委員会主催ワンデイセミナー配布資料．2023）より改変〕

ば治療者は，患者が愛着外傷のなかで自身の心に生じた自己攻撃的な自己を治療者に投影し，同一視していると捉え，(iii) が歪んでいると認識する．しかし，患者は不合致の原因が治療者の理解不足や先入見，すなわち (ii) にあると見なしているとする．このとき，ズレのある両者の認識に優劣をつけずフラットに，必要に応じて治療者自身の心理についても開示しながら共同で探索するという作業を行う．この認識的合致を回復しようとする共同探索自体が治療的であり，ズレについて結論を見いだしたり，解釈を与えたりする必要はない．

2．メンタライジングの改善

1．の認識的合致において治療者が顕示的手がかりを示し，患者のナラティブを理解しようとする姿勢は，患者にメンタライズする姿を示す意義がある．患者がそれを採り入れ，自身も同様に作業するよう励起されるなかでメンタライジングは成長する．

3．治療外における社会的学習の再始動

メンタライジングが改善されると，治療外での社会的経験に対する硬直した解釈の様式が変化し，社会的ネットワークにより広く，深くアクセスし，対人相互交流を体験する機会が増えるなかでメンタライジングがさらに改善するという好循環を生み出す．ただし，このとき，患者にとって「社会」がどの程度過酷かということは問題となる．強い社会的不平等，すなわち貧困や被差別は精神的不健康と強く関連することが多くの報告により明らかである[11]が，Fonagy が「有意な変化が起こるのは，その人が社会的環境を肯定的に利用できるために，社会的環境から十分な支援を提供されている場合である」と述べるとおり，特に患者が社会的不平等の只中にある場合，治療者が患者の社会的支援態勢づくりに従事することは精神療法の重要な一部である．

Ⅳ．日々の診療への，不知の姿勢の導入

1．不知の姿勢を導入する際の工夫と留意点

ここまで述べた不知の姿勢と，それによる認識的信頼の醸成が患者の社会機能改善という変容につながるという治療機制を，「支持的な精神科診療」に導入するための工夫と留意点をあらためてまとめる．第 1 に，患者が語る話の「わからない」部分に注目するという点である．長年通院

している人のよく似た話であっても，そのときの不明瞭な，腑に落ちない点に着目し，それに随伴する心理について尋ねる．患者は，メンタライジングを促されると同時に，尋ねられること自体が有標的ミラーリングとなる．第2点目は，互いの認識にズレが生じたとき，できるかぎりフラットに患者の心のストーリーを聴くと同時に，治療者の情動や思考をある程度オープンにして応答するという点である．これは個人情報を示すことではなく，ズレが問題になったやり取りの場面において，自分がどういう情動や思考を有していたかについて，制御的に，しかし，遊び心をもって提示するということである．例えば，「今日は診察前からあなたの主治医である私と，病棟医としての私の言おうとすることが違って，私自身身構えていたような気がします」などである．特にネガティブと捉えられる情動を開示することには注意を要するが，そのときの患者の覚醒度，それまでに築いてきた認識的信頼の度合いに合わせて，「2人の対話の素材として俎上に載せる」イメージで伝える．患者が自身のメンタライジングと照合し，より立体的に捉える機会にもなり，また，治療者がメンタライズする様を見せる意義もある．第3点目は，ここまで強調してきたように患者を主体として尊重するという点である．愛着外傷を抱え，認識的不信のなかで生きてきた人や，周囲の人の社交的行動を模倣し「カモフラージュ」してきた自閉スペクトラム症を有する人，そして疾患だけでなく性的・人種・文化的に多様な背景をもち，社会的少数者とされる人たちと向き合うとき，治療者が自分自身を座標軸のゼロ地点に固定し，相手に対してだけ不知の姿勢で臨むのではなく，自らが属する多数者集団がもっている偏倚性に対し不知である，すなわち自身の価値観の不確実性に対して開かれた姿勢で臨むことが必要であり，そのことに治療者は多くの注意や努力を注がねばならない．以上のように構築された関係において患者が認識的信頼を抱くことができたとき，社会的学習の錆びた歯車が回り始めることが可能となる．

2. 症例呈示

架空症例E（20歳代，女性）

【診断】うつ病，CPTSD

【臨床場面】幼少時に父親からの身体的虐待があり，母親からの支配的なかかわりは現在も続いている．10歳代後半から自傷行為，慢性的な希死念慮を密かに抱えながらも就労していたが，20歳代後半に職場でハラスメントを受けたことがきっかけでうつ病を発症し，当院外来を初診受診，通院期間は約2年間である．前回Eは「毎週の診察は苦しいから2週間空けたい」と希望し，主治医が「いいですよ，では次回は2週間後にしましょう」と応じて診察が終わった．1週間後，電話で予約を取り直し診察に現れたEは，「自傷行為が止まらなくなった」と語った．その理由を尋ねると，「先生にもう来なくていいと言われたから」と答え，話を続けようとした．

主治医　ちょっと待って，一度振り返りましょう．予約を2週間に延ばすという話はどこから出たんでしたっけ．

E　私が言いました．

主治医　それを私がOKしたんでしたね．

E　そうですけど．

主治医　それで，「先生はもう，来なくてよいと言ってる」と感じたんですね．

E　そうです．

主治医　予約を2週間後に延ばしたい，という言葉が出るまでの会話のときはどんな感情が湧いていましたか？

E　先週，障害年金の申請も考えたいという話をしたときに，先生が怖い顔をしたのがどうしても気になった．

主治医　え？　怖い顔…？　年金申請のお話は憶えています．そのときに怖い顔したのかな…私はどんな態度でしたか．

E　しばらく黙って，パソコンの画面を睨んでました．

主治医　ちょっと思い出していますが…．どうして私が怖い顔をしていると思うんですか？

E　症状がそんなに大したことないのに年金を取りたいとか言ってる，と．

主治医　そういうことですか．はっきりは憶えていませんが，そのとき私の頭にあったかもしれないことは，書かなければならない書類がたまっていてどのくらいで書けるかなぁ，とか，あなたの年金に関しては私もいつかは申請することも考えようと思っていましたが，いざ頼まれるとしっかり考えて診断書を書かないといけないな，と思って黙っていたかもしれないと思います．

E　うーん．男の人が黙って怖い顔をするといつもちょっとしたパニックになるところがあって…．先生のほうにも年金申請で考えることがあるんですね．私は病気も大したことないのに認識が甘いだけで，ここに来ちゃいけないんだと思って．

主治医　それで2週間後にしてください，と．そしてこれ

までにもあった，男の人の顔色を見て怖くなるということが，私との間でも起こったのですね．
E　それはあります．2週間後にしてもらったのはそれもあるかもしれません．

【症例の考察】患者と治療者の間でズレが生じたのを機に探索を行った場面である．2人のやり取りを巻き戻し，心のストーリーとして紡ぎ直す．ここではEが主治医を「怖い顔をした」と体験しており，図2における（ii）においてE自身のつらさが過小評価されていると感じ，恐怖感を抱いていたようである．ここで共同探索を行おうとする際，治療者が自己メンタライジングをオープンにすることは必要であるが，治療者自身の表情であっても，「怖い顔なんてしていない」など，主観的体験を「正解」として伝えると，患者の安堵，硬直した理解，または不信などにつながり，探索の豊かさが失われる．治療者自身が自身に対しても不知の姿勢を保ち，ともに探索を続けることが最も重要である．

おわりに

精神科医療における支持的精神療法をテーマとした本特集のなかで，患者を主体として尊重する不知の姿勢から認識的信頼の醸成をとおしてメンタライジングが改善し，その人の社会的学習が再始動されるという，精神療法全般に共通する社会機能改善の治療機制を論じた．その治療機制は「助言による支持療法」とも，「探索と洞察を目的とした精神療法」とも異なり，共同探索自体が支持的であり，変容惹起的でもあるという治療モデルである．日本の精神科医療で構造化された精神療法を行うことは容易ではないが，これらの治療姿勢を一般的な「支持的な精神科診療」に採り入れることは可能である．既知の姿勢の保証的効果は認めつつもその限界を理解し，必要性と状況に応じて不知の姿勢を採り入れることが，日々の診療を「変わるための信頼」に基づく精神療法に変える第一歩となる．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

文献

1）Allen, J. G.：Restoring mentalizing in attachment relationships：treating trauma with plain old therapy. American Psychiatric Publishing, Washington,D. C., 2013（上地雄一郎，神谷真由美訳：愛着関係とメンタライジングによるトラウマ治療―素朴で古い療法のすすめ―．北大路書房，京都，2017）
2）Anderson, H., Goolishian, H.：The client is the expert：A not-knowing approach to therapy. Therapy as social construction（ed by McNamee, S., Gergen, K. J.）. Sage Publications, Los Angeles, p.25-39, 1992
3）Bateman, A., Fonagy, P.：Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder：a randomized controlled trial. Am J Psychiatry, 156（10）；1563-1569, 1999
4）Bateman, A., Fonagy, P.：8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder：mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry, 165（5）；631-638, 2008
5）Fonagy, P., Gergely, G., Target, M.：The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. J Child Psychol Psychiatry, 48（3-4）；288-328, 2007
6）Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E.：Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust：a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. J Pers Disord, 29（5）；575-609, 2015
7）Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., et al.：Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. Psychopathology, 52（2）；94-103, 2019
8）岩倉　拓，関　真粧美，山口貴史ほか：精神分析的サポーティブセラピー（POST）入門．金剛出版，東京，2023
9）Malda-Castillo, J., Browne, C., Perez-Algorta, G.：Mentalization-based treatment and its evidence-base status：a systematic literature review. Psychol Psychother, 92（4）；465-498, 2019
10）Mascaro, O., Sperber, D.：The moral, epistemic, and mindreading components of children's vigilance towards deception. Cognition, 112（3）；367-380, 2009
11）Pickett, K. E., Wilkinson, R. G.：Income inequality and health：a causal review. Soc Sci Med, 128；316-326, 2015
12）Steiner, J.：Problems of psychoanalytic technique：patient-centered and analyst-centered interpretations. Psychic Retreats：Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients. Routledge, East Sussex, p.131-146，1993（衣笠隆幸監訳：精神分析の技法上の問題―患者中心の解釈と分析家中心の解釈―．こころの退避―精神病・神経症・境界例患者の病理的組織化―．岩崎学術出版社，東京，p.186-207，1997）
13）Wallerstein, R. S.：Forty-Two Lives in Treatment：A Study of the Psychoanalysis and Psychotherapy. Guilford Press, New York, 1986

Not-Knowing Stance as Psychotherapy of Support through Joint Exploring：

An Approach to Promoting Epistemic Trust and Mentalizing

Hyungin CHOI

Iwakura Hospital

An important factor in supportive psychotherapy is the development of a good patient-therapist relationship, which is where we as psychiatrists make a daily effort to help the patients feel that they can trust us and that they are understood. This involves reviewing medical records before each session and communicating understanding in a specific way. For example, using language such as “The event must have been very painful for you” leads to shorter session times. However, this can also be seen as providing certainty, and for patients with anxiety disorders and autistic spectrum disorders who are overwhelmed by uncertainty in everyday life and have psychic equivalent anxiety coping patterns, having the therapist understand everything concretely may itself become the purpose of the visit, and they may develop a trust for not changing. In addition, for those with attachment trauma, which is also a significant background factor in borderline personality disorder, substance use disorder, and eating disorders, trust is a difficult task that stirs up ambivalent feelings of the phantasy of absolute trust and fear of abandonment.

Peter Fonagy, who developed mentalization-based treatments and continues to evolve psychotherapy theory, theorized phenomenologically that the communication process common to all effective psychotherapies is as follows：（ⅰ）Patients develop epistemic trust with their therapists, which is the trust that allows them to gain new knowledge from other people；（ⅱ）improving mentalizing；and（ⅲ）re-emergence of social learning. Epistemic trust, which is key to this process, can be called ‘trust for changing’, and the therapeutic stance that facilitates this is the not-knowing stance（Anderson & Goolishian, 1992）. This exploring attitude of saying to the patient, ‘I don’t know you yet’, ensures safe uncertainty for the patient and allows for an intentionality towards changing and learning, while at the same time respecting the patient as a consistent agent of treatment, as there is only found in the patient what is to be explored. This therapeutic process can be described as support through joint exploring, and general psychiatric practice could adopt this to make treatment based on trust for changing.

Author’s abstract

Keywords mentalization, supportive psychotherapy, not-knowing stance, epistemic trust, attachment trauma