

Title	病名告知における「取り入れ」と「投影」の働き
Author(s)	平井, 啓
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1 P. 32-P. 38
Issue Date	1996
Text Version	publisher
URL	https://doi.org/10.18910/6812
DOI	10.18910/6812
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/>

病名告知における「取り入れ」と「投影」の働き

平 井 啓

I. 目的

現在の日本においては不治の病の病名告知に対して肯定的な意見を持つ人が大半を占めるのに対して、実際には18.2%の患者しか正確な病名告知を受けていないという事実がある(厚生省 1994)。筆者はここで、このような回答の違いの背景には、人々の間に明らかに共通した投影と取り入れという2つの防衛機制的働きが存在するのではないかと考え、このことを実証的な方向で明らかにするために調査を行った。

ここでは、投影と取り入れの働きの背景として対象喪失と悲哀の過程の理論に基づき、病名告知に対する反応を対象喪失に対する予期による悲哀の過程と捉え、そこでの防衛として取り入れと投影の働きが存在するという仮説を考えた。

対象喪失と悲哀の過程

末期癌のような不治の病気の病名告知は、何らかの形でその患者に関わる人に死を意味し、そのことによってもたらされる苦痛から彼ら自身を防衛させているのではないかと考えられる。このように考えるとこの病名告知というものはこのような状況に関わるすべての人にとってある種の対象喪失(object loss)の概念に当てはまると考えられる。

取り入れ introjection

身体的に人間の発達には、外界からの摂取に大きく依存している。われわれが外界に存在する食物を摂取することによって成長すると同様に、このような摂取によってわれわれの概念、価値観、他人のイメージといったような心理的、内面的対象を形成する。このように心理的な対象を外界から内界へ移動させることを機制を取り入れ(introjection)と呼んでいる。この取り入れは生物学において用いられる同化(assimilation)に対応している(岩崎 1993)。

投影 Projection

取り入れが外から内への対象の移動のための機制であるのに対して、投影(projection)は内から外への心理的对象の移動を表す機制である。この投影は生物学における異化(dissimulation)、あるいは吐き出し(spitting out)に対応している。つまり投影は自己の内にある対象を自己の外に映し出すことによって、それを心理的に異化しようとする試みであると言えることができる(岩崎 1993)。

病名告知における取り入れと投影の働き

このような取り入れと投影が病名告知場面における相互の人間関係、即ちそこでのコミュニケーションを媒介するものとして働き、患者や家族の持つ多くの精神病理学の問題の根底にあるのではないかと考えられる。

II. 方法

1) 「病名告知に関する調査」

ここに示したような取り入れと投影という防衛機制的働きを調べるために独自の文章完成式の質問紙を作成した。この質問紙は、質問A「ガンの告知について～」、質問B「私がガンだとしたら～、なぜなら～」、質問C「家族の誰からガンだとしたら～、なぜなら～」、そしてあるガン患者の具体的な例を紹介した後で、質問D「私がその患者だったら～、なぜなら～」、質問E「私がその患者の子どもであつたら～、なぜなら～」、質問F「私がその患者の主治医であつたら～、なぜなら～」という6つの質問項目から成り立っていて、それらに対して自由に回答できるようになっている。そしてこれら6つの質問項目は病名告知に対する基本的態度、告知をされる立場、病名告知をする、あるいはその決定をするという立場をそれぞれ代表している。

2) 対象

学生、主婦、医師に対して実施し、医学部学生89人、人間科学部学生77人、医師：内科、整形外科、歯科口腔科、産科婦人科の医師41人、看護婦とホームヘルパーな

ど看護に携わる人6人、教員、教官8人、会社員、事務員、5人、主婦55人、以上合計281人から回答を得ることができた。

3) 実施法

2つの学生学生群の場合、講義の時間において約90人ずつ一斉に実施、その教示の際、時間は約20分くらいかかること（この20分は予備実験の際の平均時間）、刺激文を見て感じたことを自由に記述するというを指示した。主婦の方は講演会で一斉に実施をお願いした。この時も学生の時と同じ要領で実施した。医師の方の場合は個別に質問紙を配布してもらい、後で回収するという方法により実施した。この場合教示は、質問紙のフェースシートに示したのもののみとなった。

4) 分析

この調査から得られたすべての自由記述の回答は、ここで定義された2次元のカテゴリーにしたがって内容分析によりコード化された。一つの次元は否定、肯定の次元に関するカテゴリー群で、文章完成テストに一般に用いられている分類のカテゴリーである。肯定Po、否定Ne、両価性Am、中立Nuの4種類のカテゴリーがある。もう一つの次元は回答反応に表れる被験者の病名告知の問題に対する積極性から消極性、あるいは感情的から逃避的という性質に対応したカテゴリー群であり、この次元に属するカテゴリーは、回答反応に表れる被験者の病名告知の問題に対する積極性から消極性、あるいは感情的から逃避的という性質に対応したものである。つまり被験者がどれほどこの病名告知の問題に関与している、関与しようとしているのかを表すものである。感情・積極型EA、客観・合理型OR、表面・逃避型SEの3つのカテゴリーである。これら2つの次元について、3人のコーダーが1つの回答反応に対して判定を行い、2人以上の一致した判定をその回答反応とした。さらに統計処理を行うために、第1次元の4つのカテゴリーと、第2次元の3つのカテゴリーの2つの次元によるカテゴリーをすべて組み合わせ、12の新たなカテゴリーを生成した。

この内容分析の結果得られたそれぞれの質問項目に対する回答反応は、質問項目を説明変数とし、その従属変数としてLog-Linear Modelにより説明変数の及ぼす効果が検定された。さらにCorrespondence Analysisにより、質問項目と回答反応の関係が解析され、2次元の布置に表された。

III. 結果

すべての被験者の反応について、質問項目を独立変数、それに対する回答反応を従属変数とするモデルを当てはめた結果、カイ2乗値703.33 ($p < 0.001$) が得られた。よって各反応カテゴリーの頻度の確率はどの質問項目においても等しいものであるという帰無仮説が棄却された。すなわち質問項目による違いは、回答反応の頻度の確率に効果を与えているということが統計的に示された (Table 1)。さらに6つの質問項目と12つの回答反応のカテゴリーの関係を表すCorrespondence Analysis Plots (Figure 1) が得られた。この図をもとに回答反応のカテゴリーを再構成し、肯定・感情型、否定・感情型、客観・合理型、表面・逃避型とした。ここで再びこれら4つのカテゴリーを従属変数とし、Log-Linear Modelにより説明変数の及ぼす効果が検定したところ、カイ2乗値608.96 ($p < 0.001$) が得られ、同様に6つの質問項目の違いによって、その反応に変化が起きるという結果が得られた。さらに6つの質問項目と4つの回答反応のカテゴリーの関係を表すCorrespondence Analysis Plots (Figure 2) が得られた。また集団の違いによる効果が質問A、E、Fの各質問項目において、看取り経験の効果が質問A、Fにおいてそれぞれ有意に確認された (Table 2)。

この図から、自分が告知される立場であれば、「告知してほしい」という肯定的で感情的な反応の割合が高い傾向にある一方で、家族、医師という告知する側の立場では、「告知したくない」「家族に任せたい」というような中立や否定的な反応の割合が高くなった。さらに病名告知に対する一般的な態度のための質問項目では、回答反応の大半が肯定的で、逃避的な傾向があり、さらにここでの反応の割合には所属集団の違いと問近で死を看取ったことがあるかないかという要因が関係していることが明らかとなった。

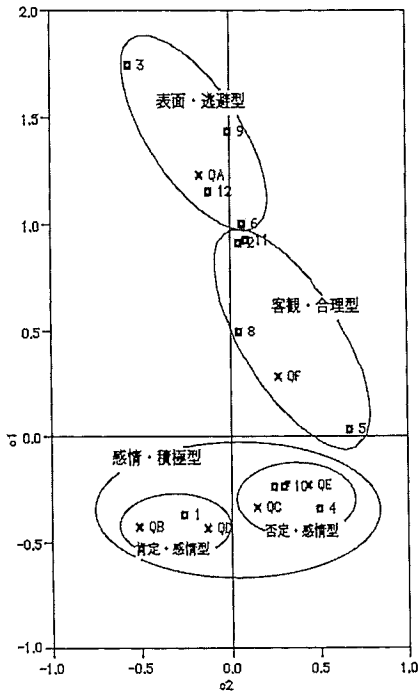


Figure 1. 質問項目と回答反応の分布

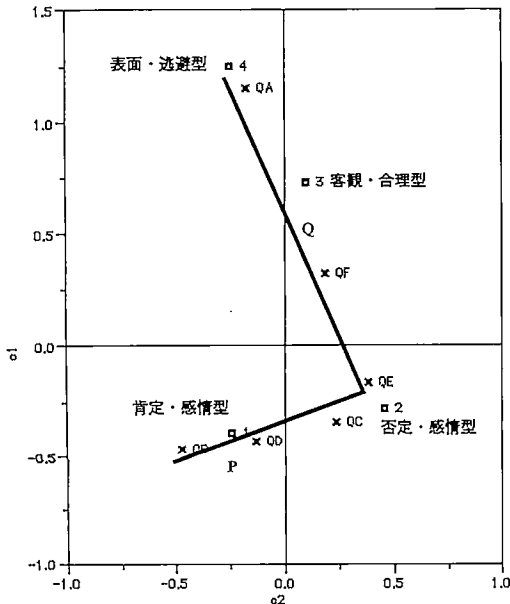


Figure 2. カテゴリー再構成後の質問項目と回答反応の分布

Table 1. Log-Linear Modelによる質問項目の効果

Source	DF	ChiSquare	Prob>ChiSquare
Before Recategorizing	55	703.3313	0.00000***
After Recategorizing	15	608.9567	0.00000***

* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

Table 2¹. 質問項目での集団と看取り経験の効果

Source	DF	ChiSquare	Prob>ChiSquare
5 Factors within O.NO	195	817.5329	0.00000***
2 Factors within O.NO	141	770.6745	0.00000***
Effect of Groups	36	72.858	0.00027***
Effect of Death Experience	18	36.1393	0.00677***
Effect of Groups in QA	9	32.510	0.0002***
Effect of Groups in QB	9	15.879	0.0895
Effect of Groups in QC	9	11.938	0.2168
Effect of Groups in QD	9	11.568	0.2388
Effect of Groups in QE	9	18.303	0.0269*
Effect of Groups in QF	9	23.010	0.0062**
Effect of D.Expc. in QA	3	17.840	0.0005***
Effect of D.Expc. in QB	3	9.672	0.0216*
Effect of D.Expc. in QC	3	2.485	0.4779
Effect of D.Expc. in QD	3	7.516	0.0572
Effect of D.Expc. in QE	3	1.144	0.7864
Effect of D.Expc. in QF	3	2.185	0.5350
Effect of Med vs Hum	18	41.8581	0.00116**
Effect of Med vs Doc	18	37.245	0.00487**
Effect of Med vs Hwf	18	21.175	0.2768
Effect of Hum vs Doc	18	45.0498	0.00037***
Effect of Hum vs Hwf	18	46.8193	0.00023***
Effect of Doc vs hwf	18	33.8215	0.01325*
Med vs Hum.ef in QA	3	7.429	0.0594
Med vs Doc.ef in QA	3	8.905	0.0306*
Hum vs Doc.ef in QA	3	15.075	0.0018**
Hum vs Hwf.ef in QA	3	13.575	0.0035**
Doc vs Hwf.ef in QA	3	13.211	0.0042**
Med vs Hum.ef in QE	3	9.707	0.0212*
Med vs Doc.ef in QE	3	9.051	0.0286*
Hum vs Doc.ef in QE	3	4.186	0.2421
Hum vs Hwf.ef in QE	3	6.82	0.0779
Doc vs Hwf.ef in QE	3	2.843	0.2413
Med vs Hum.ef in QF	3	15.13	0.0017**
Med vs Doc.ef in QF	3	3.848	0.2784
Hum vs Doc.ef in QF	3	10.748	0.0132*
Hum vs Hwf.ef in QF	3	8.175	0.0425*
Doc vs Hwf.ef in QF	3	4.98	0.2232

* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

¹Before Recategorizing: カテゴリーの再構成前, After Recategorizing: カテゴリーの再構成後
 5 Factors: 性別, 年齢, 性別, 近親者ガン死, 看取り経験, 2 Factors: 性別, 看取り経験
 Hum: 人間科学部学生群, Med: 医学部学生群, Doc: 医師群, Hwf: 主婦群

IV. 考察

7) 取り入れの働き Figure 3

各質問項目における取り入れの働きは、Figure 3に示すような図にまとめることができる。ここでは主に4つの質問項目において、間接的な形として、あるいは取り入れの働いた痕跡としてその働きが考察された。ここでの取り入れの働きを整理すると以下に示すような形態が考えられる。

[集団同一性と看取り経験における取り入れの働き]

集団同一性の取り入れは、防衛機制というよりも精神的発達における概念構成等における発達の、適応機制としての取り入れである。そして過去経験の取り入れもこの意味で、発達の、適応機制としての取り入れの働きと見なすことができる。どちらの場合も、過去のある時点での、もしくはある期間における継続的な作用としての取り入れの働きである。つまりここで表れたものは取り入れの働きの結果、内在化され形成されたものである。この意味で集団同一性と過去の経験は取り入れられた対

象 (introjected object) であると見なすことができるように思われる。

[社会的支持の取り入れ]

社会的支持の取り入れに関しては、これは病名告知という状況から想像される厳しい状況、そこで想像される悪い対象としての弱い自己の姿を否定し、現在のよい対象としての健康な自己を守るための手段として、それを補うべく、「告知はすべき」という社会的支持の取り入れを行っているのではないかと考えられる。つまりこの社会的支持の取り入れに関しては、防衛機制としての取り入れの働きであると考えることができる。

[質問Fにおける医師像の取り入れと集団同一性の形成]

取り入れの働きが考察されたのは、「もし患者の医師であったなら」という質問Fにおいてであるが、ここで示されたのは、社会的に提供された医師像の取り入れであり、これも大きくは集団同一性における取り入れの働きの中に含まれるものである。つまりこのような社会的に提供された医師像の内在化の過程として取り入れは、同一性形成のための同一化を可能にし、同一性の形成の基礎になっていると考えられる。

[理想的対象の取り入れ]

全く別の現れ方ではあるが、「もし私がガンだとしたら」「もしその患者だったら」という質問B、質問Dにおいても取り入れの働きを考察することができた。ここでは、取り入れは「告知してほしい、自分はそのような状況でも独りでなんでもできる」というような自己の理想化による全能感を形成するものとして機能していると考えられる。ここでの取り入れられるものは、自己にとってよい対象としての理想的な人間像、つまり理想的対象である。このような理想的人間像を取り入れてそれと自己とを同一化することによって理想化された自己が完成することになる。その結果この理想化された自己による全能感が示される。つまりここでの取り入れの現れは、理想的対象の取り入れである。

[仮想場面における同一化に伴う取り入れの働き]

そして前出の取り入れの働きとは次元の異なるものではあるが、質問D、質問E、質問Fにおける被験者の仮想場面における、仮想患者、その患者の子ども、患者の主治医との同一化のための取り入れが挙げられる。これはこの質問項目が被験者が回答する際に、仮想場面の人物に被験者自身を同一化させるように強制しているために、このような仮想場面を取り入れなければならない

っているからである。この意味でこのような取り入れの働きは、この質問に答えるためには正常なものであるといえる。そしてこの質問項目においてこのような仮想場面の取り入れと同一化が起こらない方が、このような病名告知の状況に対する防衛であると見なすことができると考えられる。

つまり、ここでの取り入れは、1. 集団同一性における取り入れの働き、2. 看取り経験の取り入れ、3. 理想的対象の取り入れ、4. 仮想場面での同一化のための取り入れの4つである。最後の仮想場面での同一化のための取り入れは、この調査のための副次的なものである。最初の3つについて着目すると、さらにこれらは、内在化の適応機制としての取り入れの働きと防衛機制としての取り入れの働きの2つに整理することができるように思われる。つまり集団同一性における取り入れの働きと看取り経験の取り入れは、発達の適応機制的側面が強いものであり、理想的対象の取り入れは明らかに不安に対する防衛としての取り入れの現れである。病名告知という対象喪失のもたらす抑うつ不安に対する防衛という観点においては、この理想的対象の取り入れが最も注目される取り入れの働きである。

しかしながら、このどちらも取り入れという内在化のための機制という点では、共通している。つまりこの取り入れという機制は、あらゆる側面の内在化の過程においてその最初の段階で重要な役割を果たすものであると考えることができる。そしてこの第一段階での取り入れの働きの結果、二次的防衛機制あるいは適応機制としての同一化の働きが可能となり、これが防衛的な場合は理想化につながり、そして適応的な場合は同一性の形成へとつながっていくと考えられる。

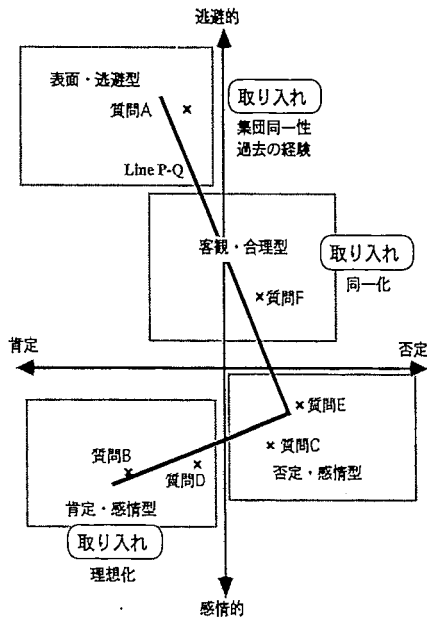


Figure 3. 取り入れの働き

8) 投影の働き Figure 4

各質問項目において考察された投影の働きは、Figure 4 に示すような図に整理することができる。

[肯定から否定への逆転]

ここでの最も顕著な投影の働きは、肯定から否定への回答反応の変化として現れていると考えられる。

この矢印に表現される変化は、具体的には質問Bから質問Cへ、質問Dから質問E、質問Fへの変化が挙げられ、さらに質問Aから質問C、質問E、質問Fへの変化もこの中に含めることができるように思われる。この変化は、被験者の回答の立場が告知される立場という一次的な立場から、告知する立場、告知される人物に関与するという二次的な立場に変化するのに伴う、感情の性質の肯定から否定への逆転であるといえる。このような感情の性質の逆転は、投影の基本的性質の一つであり、小此木と馬場はこの投影の機制がなんらかの逆転に基づく機制であることを指摘している(小此木、馬場 1972)。それゆえここでの立場の変化に伴う肯定から否定への回答反応の明確な逆転は投影の顕著な現れであるといえる。

[理想化と否認における投影]

このような質問Bから質問Cへ、質問Dから質問E、質

問Fへの変化における投影の働きは、前述した取り入れによる理想化と連続して作用しているものであるように思われる。すなわち質問Bと質問Dで示された病名告知に対する強い肯定性は、先の理想的対象の取り入れによる理想化によるものであり、この理想化の結果、悪い対象としての病名告知に対する否定的な自己の側面を否認する必要が生じてくる。この否認の機制を成し遂げるためにこのような否定的な自己の側面は、この投影の働きによって自己の外界の対象、ここでは他の人物に投影されてしまう。このような投影の働きは質問C、質問E、質問Fでの否定的な反応の中に見ることができる。つまり先の一次的な立場での病名告知に対する自己の理想化に伴う否認された自己の姿が、これら二次的な立場での回答において、告知する対象としての患者の姿に投影されていると考えられる。よってこれらの立場での回答における告知の対象者は例えば「神経質」な弱い、否定的な側面を持った像になってしまい、結果として「告知したくない」という否定的側面の回答となってしまうと考えられる。すなわちこれらの回答反応の否定性が被験者の本来持つ病名告知に対する忌避性、拒否、不安を表しているものであり、それが投影されたものであるといえることができる。このようにここでの主な投影の働きは、不安に対する防衛機制としての働きであり、自己にとって都合の悪い対象の外在化にあるように思われる。

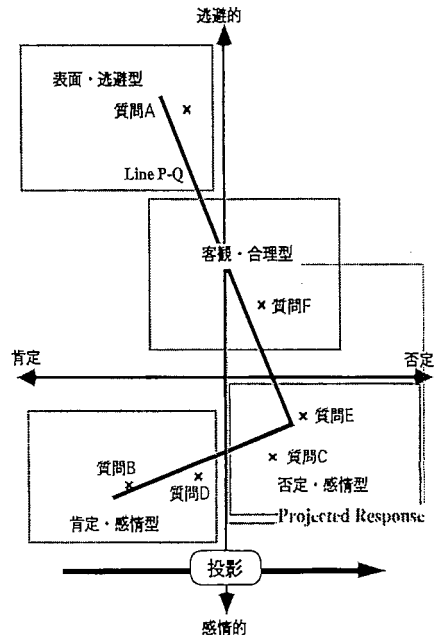


Figure 4. 投影の働き

9) 取り入れと投影の相互的働き Figure 5

これまで示してきた取り入れと投影の働きは、Figure 5に示すような一つの図にまとめることができる。この図からも分かるように取り入れと投影は独立して作用するというよりも、病名告知場面への直面によって起こされる不安に対して相互的に作用するものであるということが言える。そしてこの取り入れと投影という機制的相互的な働きによって1つの心理的構造というものが形作られていると考えられる。

この心理的構造というのは、自分が告知を受ける当事者の立場であったなら自分はショックを受けず告知に耐え、残された時間を有意義に使える強い人間であるという姿を示す一方で、告知する立場、特に家族の立場では、患者が神経質でありショックを受けるであろうから告知したくないと変化するものである。これは、告知に耐えうる強い人間としての理想的対象取り入れによる自己の理想化とそれに伴う神経質でショックを受けるかもしれないという弱い自己の姿の否認によるものであると考えられる。そしてこの否認の結果、そのような否定的自己像は家族の立場における患者に投影されると考えられる。つまり一般的態度の質問項目における内在化の過程の適応機制としての取り入れの働きと告知される立場の質問項目における理想的対象の取り入れによる理想化と、家族、医師の告知する立場における否定的な自己像の否認のための感情の性質の逆転としての投影の働きであると考える。

この構造は、Heimannが示している複雑な社会構造における取り入れと投影の働きに対応するものであると考えられる (Heimann, P. 1952)。さらにこれが、この調査の結果から考察された前章で提案された取り入れと投影の相互的働きによる病名告知という予期的対象喪失の不安の防衛のモデルであると言える。この調査の結果はその存在を立証すると言うにはほど遠いものではあるが、その存在の可能性を考えるには十分であるように思われる。

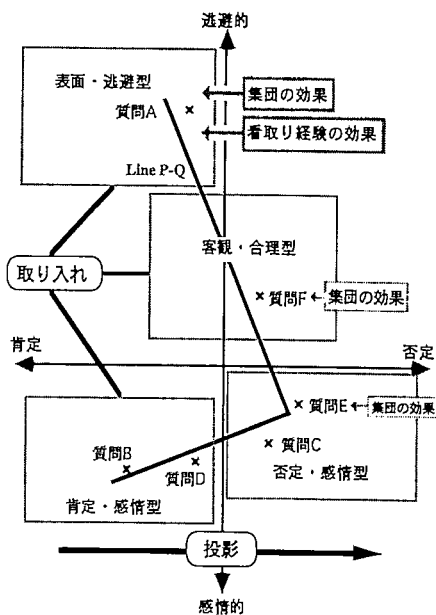


Figure 5. 取り入れと投影の相互的働き

V. 総合論議

病名告知場面における患者、家族、医師という3者による複雑な相互的交流の上に成り立つ人間関係において、この取り入れと投影が重要な働きをしていると考えられる。そしてこのような取り入れと投影による防衛的な人間関係の心的交流について理解しない限り、病名告知の問題について根本的な解決に至ることができないのではないかと考えられる。

医療システムの観点から

さらに病名告知の問題は、防衛という個人の心理学的レベルの問題としてのみならず、患者、家族、医師を代表とする医療者という3つの構成要素からなる一つのシステム (医療システム medical care system) 全体として捉えていく必要があるように思われる。つまり病名告知の問題を、患者が悪い、あるいは医師が悪い、家族が悪いというように直線的に因果を帰してしまったり、本研究のように防衛という観点からのみ説明し、解決していけるような問題ではないように思われる。これからは病名告知の問題を1つのシステム全体としての病理とみなし、その解決には、システム全体にわたる理解が必要となると考えられる。そのためには、患者、家族、医療者という医療システムのそれぞれのサブシステムについ

での理解が必要になる。つまりそれぞれのサブシステムの心的世界、内的現実、内的対象関係を理解し、それぞれのサブシステム間の相互交流を理解し、さらにはシステム全体としての力動を理解する必要があると思われる。このようなアプローチは、柏木の全人的アプローチと同義のものであると考えられる。

この観点から、対象喪失と悲哀の過程は、それぞれのサブシステムが進行していくプロセスを理解するものとして、取り入れと投影は、サブシステム間の相互交流の中心をなすものとして位置付けることが可能であるように思われる。さらにシステム全体としては、Mahler, M. S. の共生的な状態から、個人の自律した状態へのプロセスである分離・個体化のプロセスを辿るもの (Aschbach, C, Schermer, V, L. 1987) として理解することができるように思われる。

このような観点に立ってこれからの研究をすすめて、病名告知の問題についてより全貌を把握していく必要があるように思われる。

引用・参考文献

- Aschbach, C. and Schermer, V. 1987 Object Relations, the self and the Group. Routledge & Kegan Paul
- Bowlby, J. 1960 Attachment and Loss, Vol. 3 Loss: Sadness and Depression, Hogarth Press, London, 黒田実他訳、「母子関係の理論Ⅲ対象喪失」、岩崎学術出版社
- Erikson, E. H. 1959 Identity and the Life Cycle (selected papers of E. H. Erikson). Int. Univ. Press, New York, 小此木啓吾訳「自我同一性」、誠信書房 (1973)
- Freud, A. 1936 The Ego and the Mechanisms of Defence. Int. Univ. Press, New York, 外林大作訳「自我と防衛」、誠信書房 (1958)
- Freud, S. 1911 Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides). 小此木啓吾訳「自伝的に記述されたパラノイア (妄想性痴呆) の一症例に関する精神分析学的考察、選集16、日本教文社 (1969)
- Freud, S. 1917 Mourning and Melancholia. The Penguin Freud Library Vol. 11, Penguin Books.
- 林勝造 1992 P-Fスタディ、氏原寛他編、心理臨床大事典、培風館
- Heimann, P. 1952 Certain Functions of Introjection and Projection in Early Infancy. in: Developments in Psycho-Analysis, 122-168, Da Capo Press, New York, (1983)
- 岩崎徹也 1993 「取り入れ」、「投影」、加藤正明他編、精神医学事典、弘文堂
- Jaques, E. 1955 Social Systems as Defence against Persecution and Depressive Anxiety. in: New Directions in Psycho-Analysis, 478-498, Tavistock Publications
- Kaplan, R, Saccuzzo, D. 1989 Projective Personality Tests. in: Psychological Testing, 388-411, Cioe Publishing Company
- 柏木哲夫 1978 死にゆく人々のケア、医学書院
- 柏木哲夫 1986 死にゆく患者と家族への援助、医学書院
- 柏木哲夫 1994 癌告知をめぐる、呼吸、第13巻、第11号
- 菊池孝則 1993 アイデンティティと抑うつ態勢、精神分析研究、第37巻、第1号
- Klein, M. 1936 Weaning in Love, in: Love, Guilt and Reparation & other works, 290-305, Dell Publishing, New York, (1975)
- Klein, M. 1940 Mourning and its Relation to Manic-Depressive States, in: Love, Guilt and Reparation & other works, 344-369, Dell Publishing, New York, (1975)
- 小林哲朗 1992 SCT (文章完成法)、氏原寛他編、心理臨床大事典、培風館
- 厚生省・日本医師会編 1989 末期患者のケア、中央法規
- 厚生省 1994 がん死亡者の告知、末期医療、インフォームド・コンセント、「平成4年度人口動態社会経済面調査 (悪性新生物)」結果から、末期医療を考える、第一法規
- Krippendorff, K. 1980 Content Analysis. Sage Publication, 三上他訳「メッセージ分析の技法」、勤草書房 (1989)
- Kübler-Ross, E. 1969 On Death and Dying. The Macmillan Company, New York.
- 波平恵美子 1990 脳死・臓器移植・がん告知、福武書店
- 岡安大仁 1989 告知のあり方とその問題点1、厚生省・日本医師会編、末期患者のケア、中央法規
- 小此木啓吾 1979 対象喪失 悲しむということ、講談社新書
- 小此木啓吾 1984 「精神分析理論 2. 対象関係論の発展」、現代精神分析の基礎理論、弘文堂
- 小此木啓吾 1991 対象喪失と悲哀の仕事、精神分析研究、第34巻、第5号
- 小此木啓吾 1993 「防衛機制」、加藤正明他編、精神医学事典、弘文堂
- 小此木啓吾、馬場禮子 1972 精神力動論、医学書院
- Segal, H. 1973 Introduction to the Work of Melanie Klein. Hogarth Press, London, 岩崎徹也訳「メラニー・クライン入門」岩崎学術出版 (1975)