

心理療法実践における折衷的／統合的アプローチ

前 田 泰 宏*

Eclectic and Integrative approach of psychotherapy practice

Yasuhiro MAEDA

要 旨

近年、心理療法の世界では理論や技法の整理・統合への動きが活発である。現在、理論統合の方法の違いから、以下の3つのアプローチに大きく分類されている。(1) 技法的折衷アプローチ、(2) 共通要因アプローチ、(3) 理論統合アプローチである。本稿では、心理療法実践において折衷的／統合的視点を持つ事の臨床的意義について様々な観点から検討した。心理療法の実践家(セラピスト)が、臨床現場での事例のニーズや問題の多様性にきちんと対応していくためには、多角的な視点から事例のアセスメントを行い、問題解決に役立つアプローチをクライアントと共に協働構成していくことができないといけない。その意味において、折衷的／統合的な視点の心理療法実践において果たす役割と意義が大きいことを論じた。併せて筆者の臨床実践事例を基に、折衷的／統合的アプローチの実例を例示した。

はじめに

心理療法(psychotherapy)とは一体どのような営みなのであろうか。これは一言で答えることが難しい問題である。河合(1992)は、心理療法とは、悩みや問題の解決のために来談した人(以下、クライアントと記す)に対して、専門的な訓練を受けた者(以下、セラピストと記す)が、主として心理的な接近法によって、可能な限りクライアントの全存在に対する配慮を持ちつつ、クライアントが人生の過程を発見的に歩むのを援助することである、と述べている。一般的に、心理療法ではクライアントの何らかの心理的な問題の解決が目指されているのは明らかである。ところが、河合の言う「心理的な接近法」における具体的な援助の内容やプロセスは、セラピストが依拠する理論やモデル、あるいは技法によって実に多様な様相を呈することが知られている。ある理論で推奨される事例の理解や介入のあり方が、別の理論では間違った理解や介入のあり方として排除されることも決して珍しくないのである。実際、心理療法の世界はさまざまな学派、流派が百花繚乱する世界であり、因みにアメリカの心理療法理論のアプローチの数は400派以上とも言われ(Karasu, 1986) 互いに自らの理論や技法の正当性や優越性を主張しあってき

平成16年9月21日受理 *奈良大学社会学部

た。しかし、近年の新しい潮流として、そういった混乱からの脱却が求められるようになり、心理療法の理論や技法の整理・統合への動きが活発化し始めたことが特記される。そこで本稿では、そのような動向を踏まえ、心理療法実践における折衷的 / 統合的視点の意義について様々な観点から検討し、併せて筆者の臨床事例を基に、かかる視点に立ったアプローチの実際を例示したい。

心理療法における折衷的 / 統合的視点の意義

上述のような流れの中で、Norcross & Arkowitz (1992) は、心理療法の理論や技法の整理・統合の動向を概観し、その方法を「技法的折衷」、「共通要因の抽出」、「理論的統合」、「システミックな統合」の四つに分類している。またわが国では、岩壁 (2003) が、理論統合の三つの方法という観点からそれらを整理し簡潔な解説を行っているので、参考までに各方法について以下に紹介する。

(1) 技法的折衷アプローチ (technical eclecticism approach)

心理療法の効果を高め、治療時間を短縮するために、クライアントの提示する心理的問題や特性に最も適した技法を実証データに基づいて選択する。現存する様々な理論から技法を抜き出し、クライアントに合った技法を活用するアプローチである。

(2) 共通要因アプローチ (common factors approach)

異なる治療理論における異なる概念や技法により記述される現象の本質を明らかにすることにより、心理療法理論を構築する。多様な心理療法に共通して存在する治癒的要因を明らかにする実証研究という形で展開している。

(3) 理論統合アプローチ (theoretical integration approach)

二つ以上のアプローチの要素を合成し、それらが整合性をもって機能するような新たな理論的枠組みを創造する。技法間のつながりを概念的水準において行うことで、技法の選択基準が明確になり、そのため異なる理論から取り入れられた技法への以降がスムーズになるという。

さて、このような心理療法理論や技法の折衷 / 統合という動向は、特に1990年代に入って盛んに行われるようになった心理療法の効果研究の成果やポストモダニズム・社会構成主義の考え方と相俟って、心理療法の理論・技法の役割と実践家のあり方そのものに根本的問いを投げかけている、と平木ら (2000) は鋭く指摘している。心理療法は本当に援助を求めているクライアントの役に立つのか、役に立つとしたら何が有効なのか、そもそもクライアントにとって役に立つとはどういうことなのか、セラピストの専門性や責任性とは一体どのようなものなのか。いわゆる「専門家」は、そのようなラディカルな問い掛けに対して謙虚に耳を傾け、真摯に説明責任を果たすための基盤として折衷的 / 統合的な視点が求められているのだと考えられよう。

加えて、心理療法の実践において折衷的 / 統合的視点が何故必要なのか、その理由を現場感覚の言葉で述べるならば、一つの理論モデルや技法だけでやっていけるほど現場の事例の現実は一面的ではない、ということになるであろう。つまり、現場での事例のニーズや問題の多様性、もしくは事例を取り巻く多様な現実に対応していくためには、多角的な視点から事例をアセスメントできる柔軟性と、多様なニーズに応えることができる対処能力や方法をセラピストは身に付け

ておかねばならないのである。もちろんそれは、“言うは易く、行うは難し” 旨である。例えば Duncanら（1997）は、事例が“Impossible Cases” になる一つのルートとして、セラピストが自分の依拠する理論モデルに「忠誠」を誓いすぎて、クライアントに添えなくなってしまうこと（彼らはそれを「理論の逆転移」と呼んでいる）を挙げている。つまり、ある特定の理論モデルや技法をクライアントに単に“適用”したり、理論や技法にクライアントを“合わせさせる”のではなく、個々のクライアントのニーズに合わせたオーダーメイドな心理療法を、その都度“協働構成”していくことが、より有効性の高い援助をクライアントに提供していくことに繋がっていくのである。心理療法実践における折衷的／統合的アプローチはまさにそのような意味において貢献できる可能性が大きく、今後もかかるアプローチが様々な臨床現場で実践され、その臨床的有用性と妥当性が吟味されていくことが望まれる。

筆者もここ数年、心理療法実践において折衷的／統合的な視点を持つことの重要性を強く認識している。因みに現在の筆者の立場は、上記の岩壁の分類に当てはめるならば、「共通要因アプローチ」に主に属するものであり、その成果は幾つかの事例研究を通して発表してきた（前田・曾我・内田ら，1999；前田・内田，2000；内田・前田，2000；前田，2000；前田，2002；前田・内田・東，2003）。

筆者の折衷的／統合的アプローチの実際について提示する前に、心理療法の理論統合という動向の一つの重要な背景をなす、心理療法の効果研究の成果について少し整理しておきたい。加えて、最近、様々な効果研究の成果を臨床実践に取り入れている Millerら（1997）のアプローチについて若干の紹介を行いたい。というのも、ここ数年、彼らの臨床研究と実践に筆者は多大な影響を受けているからである。尚、平木が指摘しているポストモダン・社会構成主義という思潮を心理療法実践に絡めて検討するとなると、近年、心理療法の分野に留まらず、医療や看護、福祉といった臨床分野において注目されている「ナラティブアプローチ／プラクティス」の文脈から切り離して考えることができない。尚かつそれ自体が極めて大きなテーマでもあるので、稿を改めて検討したいと思う。

心理療法の効果研究の成果

心理療法の効果研究はわが国では未だ乏しいのが現状であるが、極めて重要な研究領域であり、欧米では盛んに行われている。かつてEysenck（1952）が、「心理療法を受けるか受けないかに関係なく神経症者の75%に症状の改善が見られる」という、ある意味“専門家”にとっては衝撃的なデータを示したことが起爆剤となって、「心理療法を受けた人の方が受けない人よりも治るのか」という疑問に答えるための効果研究が活発に行われるようになった。心理療法の効果研究の成果と最近の動向をレビューした金沢（2002）によると、1980年代以降は、何が心理療法の効果を左右するのか、どのようなクライアントのどのような問題に対して、どのようなセラピストがいつ何の技法を実施すれば最も効果が上がるのか、という細かい疑問に対する答えを追及することが主たるテーマになっているという。その結果、「何が心理療法の効果を左右するのか」ということに関しては、以下のようなことが重ねて示された。

- (1) 心理療法は効果があること。心理療法の効果は多くの場合、長期間維持されること。
- (2) 様々な学派の間には効果の上で特に大きな違いは見られないこと。すなわち、ある特定の心理療法のモデルが他よりも優れているということはないこと。
- (3) 心理療法の効果には、モデルの違いよりもモデル間の類似点（あるいは共通点）が影響を与えていること。

上記のような知見から窺える重要なポイントの一つは、有効な治療的变化を引き起こす要因が、どのようなセラピーにも含まれている“共通性あるいは共通要因（common factor）ではないか”ということである。もしそうならば、効果的なセラピーに存在する共通要因とはどのようなものであるか。心理療法の成果に関する膨大な研究をまとめた Lambert（1992）は、セラピーの種類の種類に如何に関係なく、共通に存在する「クライアントの変化にとって有効な治療的要因」として以下の四つの要因を抽出している。彼によると、セラピーの効果の、40%は治療外要因、30%は治療関係要因、15%はクライアントの期待（プラセボ効果など）、15%は技法要因と関係があると言う。彼は各要因について以下のように解説している。

治療外要因

クライアント側の要因（例えば、自我の強さやその他のホメオスタティックなメカニズム）と環境側の要因（例えば、幸運な出来事、社会的サポート）に大別されるが、治療に参加しているかどうかに関係なく、回復に役立つ要因である。

治療関係要因

セラピストの理論的オリエンテーションに関係なく、様々なセラピーにおいて見られる大多数の変数を含んでいる。すなわち、共感、温かさ、受容性、危険に向き合うことへの激励、など。

期待（プラセボ効果）要因

プラセボ効果を含めて、クライアントがセラピーやセラピストに対して抱く期待や希望など。

技法要因

特殊なセラピー（例えば、バイオフィードバック、催眠、系統的脱感作など）に特異的である要因。

Lambert の調査はメタアナリシスによるものである。その調査結果は、技法や理論モデルも確かに重要な治療的要因の一つではあるけれども、自分が依拠する理論や技法の価値を過大評価もしくは万能視してしまいやすいセラピストへの警鐘のようにも聞こえる。すなわち、セラピストの理論や技法が治療の主役なのでは決してなく、治療的变化の主役（最大の貢献者）は何よりもクライアント自身であること（治療外要因）、そして協働的な治療関係、もしくは強力な治療同盟を構築し（治療関係要因）、クライアントの変化への希望や肯定的な期待を醸成すること（期待、プラセボ要因）、等がいかに重要であるかということ、調査結果は改めて示してくれていると言えよう。もちろんそのようなことは実践家であれば誰もが“経験的によく知っている”臨床的な知であるかもしれない。しかし、セラピーにおいて何らかの“行き詰まり”に遭遇した時に、それまでのプロセスをセラピストが謙虚に振り返るならば、その“よく知っている”当たり前の事柄が等閑にされていた、ということにしばしば気づかされるのである。

ところで、Lambert が描き出した「変化に有効な治療的要因」は、わが国の名高い精神療法師

である神田橋（1990）が「精神療法面接のコツ」という著書の中で、「精神療法における一般的心得」として詳しく論じている事柄と重なり合う部分が多いように思われる。そこで、神田橋の心理療法論の一端を以下に紹介しておきたい。

神田橋の「精神療法面接のコツ」論

神田橋は「精神療法の場の構造」について、その“雰囲気”を、図.1に掲げた味わい深いフリーハンド図によって伝えようとしている。彼の主張を要約すると以下のようなふうになる。

精神療法において、治療の主体は“病む個体”であり、“病む個体”に備わっている「自然治癒力」とそれを抱える「自助の活動」が治療の主役である。治療の主体である“個体（すなわち、患者／クライアント）”は、主として治療者／セラピストと患者／クライアントとの関係が生み出す安住の環境（「抱え環境」）に抱えられる中で、治癒への動きが進んでいく。したがって、治療の定石は主体の活動を最大限に発揮させようと心がけることである、と神田橋は明解に述べている。しかしながら、それでも治癒への動きが時として停滞することが起こりうる。そして、そのような時に登場するのが「異物」である、という。（注：この「異物」の中に狭義の 精神療法の核となっている

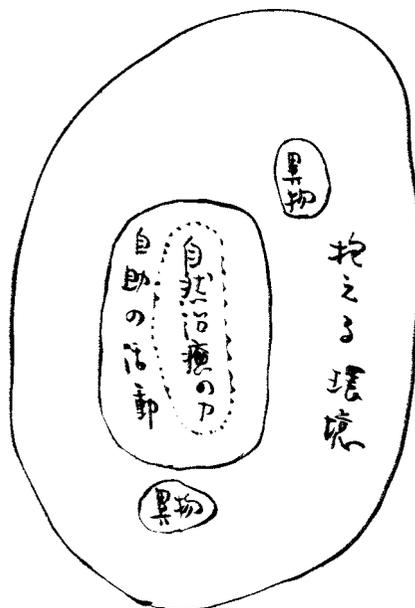


図1

「技法」がほぼすべてここに属する、と神田橋は述べている）。彼は、専門的操作技術である「技法（＝異物）」は治療においては必要悪であると述べ、もしそれを用いる際には主体の自助活動を傷害することなく、また、抱え環境に従属しつつ機能すべき存在であるとして、序列で言えば、最下位に位置づけている。神田橋が言わんとするところの「精神療法面接のコツ」の実証的根拠が、まさに先述の Lambert の効果研究の成果によって示されていると考えることができ、大変興味深い。

Miller らの「心理療法実践のための統一言語」について

さて、先にも少し触れた Miller ら（1997）のグループは、Lambert をはじめとする過去40年の様々な効果研究を渉猟し、その研究成果を踏まえた臨床実践を行っている米国の気鋭の心理臨床家達である。彼らの画期的な貢献の一つは、セラピスト達が心理療法の理論モデルの違いを乗り越え、そして学派の壁をも取り払い、心理療法が共通に持っている要素（Lambert の「四つの共通治癒要因」）に注目することで、セラピスト同士が協力を推し進めて行くことができるような

表1 「四つの共通治癒要因」の効果を最大限に引き出すための覚書

-
- (1) 自分のアプローチはどのくらいクライアントの強さ、資質、そして能力を資源として利用しているのか？
 - (2) どの程度、自分のアプローチの方向や介入が、クライアントの環境や今ある支援ネットワークを勘定に入れ、それらを利用しているのか？
 - (3) 治療の形式的な導入に先立って、クライアントが起こした変化を、どのくらい明確に把握し、それを土台に治療を進めているか？
 - (4) 治療中にクライアントが体験した自発的な変化を、どのくらい明確に認識し、それをもとに引き続き治療を行っているか？
 - (5) クライアントの世界観にマッチさせ、それを支持補完するために、どのくらい積極的に自分の臨床をクライアントのためにあつらえて (tailor) 実行に移しているか？
 - (6) 治療関係へのクライアントの期待に添うように、どのくらい積極的に臨床をクライアントのためにあつらえて実行に移しているのか？
 - (7) クライアントの治療目標を明確にし、それに合わせ、それを築くために、どのくらいアクティブに治療をクライアントのためにしつらえて実践しているのか？
 - (8) クライアントはこの治療的交流を共感的で誠意があり、誠実なものと述べるだろうか？
 - (9) クライアントの希望と変化への期待が増すようにどのくらい働きかけているだろうか？
 - (10) クライアントの自尊心、自分の能力への信頼感、そして自己達成感を増すようにどの程度働きかけているだろうか？
-

「心理療法実践のための統一言語」を創造していくことを提案したことであろう。併せて、彼等が言う「統一言語」に基づく臨床実践のための有用なガイドラインを呈示した。すなわち、セラピストが実践においてどのようなことに留意すれば、「四つの共通治癒要因」の治療結果に対する貢献を最大限に引き出すことができるのか、ということについての有用な示唆や提案を行っているのである (Millerら, 1997)。彼らの提案を簡潔に紹介したものが Miller (2000)において掲げられているので、参考までに表1に示した。

因みに、最近の Millerら (2002) のアプローチはさらに進化してきており、毎回の治療セッションにおけるセラピーのプロセス (process) や結果 (outcome) に関するクライアントから情報を取り入れて、それに基づいて個々のクライアントに沿ったセラピーを組み立てるという、“client-directed, outcome-informed clinical practice (クライアントが主導で、セラピーの結果に関する情報に基づいて行う臨床実践)” と称するアプローチを展開し成果を上げているようである。

心理臨床実践における筆者の基本的スタンス

さて、臨床心理士である筆者は、様々な臨床理論や技法を参照・活用しながら、これまで主として医療領域と産業領域における心理臨床活動に従事してきた。最近、上述したような心理療法の理論や技法の整理・統合の流れを踏まえ、心理療法の効果研究の成果や Millerらの臨床実践、また神田橋の「精神療法面接のコツ」理論などを拠り所とした、以下に示す5つのアプロー

チを基本的なスタンスとする折衷的／統合的アプローチを実践している（前田ら、2003）。先ずそれぞれのアプローチについてごく簡単に解説を行い、その後で事例を呈示したい。

（１）統一言語アプローチ

「3.」で述べた Miller ら（1997）の考え方をベースにしたアプローチである。「四つの共通治癒要因」が当該のセラピーにおいてどのように働いているのかに注意を払い、それを可能な限りエンパワーすることに心掛ける。

（２）クライアント主導アプローチ

事例の現実に合わせて、様々な理論モデルや技法を臨床実践において参照・活用することはもちろんであるが、「セラピスト側の理論」に基づいた事例の定式化は必要最小限度に留め、むしろ「クライアントの様々な枠組み（価値観、信念、行動様式、思考法など）」にセラピーを適合させるように心掛ける。

（３）解決志向アプローチ

ブリーフセラピー学派の主要モデルの一つである「ソリューション・フォーカスト・アプローチ（以下、SFAと略記）」の考え方と方法論を援用する。すなわち、いわゆる「問題の原因」や「問題それ自体」を深く掘り下げて追求していくのではなく、クライアントが望む「解決」を協働的に構築していくことを心掛ける。

（４）変化志向アプローチ

セラピーの内と外を問わず、クライアントの日常生活の中で起こっている「変化」、例えそれがどんなに小さなものであっても、「変化それ自体」に注目し、その「変化」に価値を与え、その「変化」が繰り返し起こるような対応を心掛ける。

（５）リソース志向アプローチ

可能な限り、クライアントの「持ち味」、「個性」、「長所」、「リソース」を「引き出す」、「妨げない」、「障害を取り除く」ように心掛ける（神田橋（1990）が述べていることに準ずる）。

尚、上記の5つのアプローチは相互に重複する部分もあり、いまだ試論の段階のものである。筆者の中では、「（１）統一言語アプローチ」はクライアントに治癒的变化をもたらすためのガイドラインとして、また、他の4つのアプローチはそれを具体的実践に移す際の方法論としてイメージしていることを付記しておきたい。

臨床事例呈示

さて、最後に筆者のアプローチの実際を、以下の事例を臨床素材として例示して本稿を終えたいと思う。本事例は計17回のセッションを経て、問題となった症状の軽減と日常生活への適応が楽になったことで終結となったケースである。本稿では、筆者の取り組みを具体的に示すために前半の5回のセッションを少し詳しく提示する。〔尚、< >内はセラピスト、（ ）内はクライアントの発言である。〕

事例： Aさん（40代の男性）

問題（主訴）： 地面や床に落ちたものは汚くて触れない

DSM 診断： 強迫性障害

臨床場面： B病院心理カウンセリング室

Aさんは、B病院の「臨床心理士による心理カウンセリング」の案内パンフを見て、電話予約の上、来談された。

1 :

(臨床像：がっしりした体型。身体をせかせかと動かし早口で喋る。)

< 3年前から“潔癖症”がひどくなったということですが? > と、電話予約の時点でAさんが述べていたことを踏まえた質問から導入すると、以下のような経緯を自発的に語った。

元々神経質で、高校時代に病気や死に対する恐怖・こだわりが強まり、それに関連する文字に触れただけで手を洗っていた。当時は、転居を契機にそのこだわりはましになったと言う。大学時代、『不安障害』の診断を受け通院歴がある。Aさんは、食べることでその不安に対処してきた。また、40代になってから、「対人不安」や「スピ・チ恐怖」を克服するために某教室に通い、ある程度自信の無さをカバ-できるようになった。ところが、3年程前から、「理由は分からないが、着ている衣服の汚れに段階をつけるようになる」、「家の内外関係なく、床や地面に落ちた物は汚くて触れない」ような状態になり、毎日の生活がしんどくなってきたと語った。セラピストが< そんな大変な状態なのに、どのようにして何とか毎日をやっているのですか? > と問うと、Aさんは「自分で言い聞かせていると改善するが、他の嫌なものが出てくる」、「この部分はOKという聖域を作る」、「近医で時々薬を処方してもらおう」と自分の対処法を語る。そして、「自分で何故こんなしんどいことをするのかと自分を苛め、責めて、落ち込んでしまう」との苦しい胸の内を語った。「どんな治療法がいいのかも知りたい」、「自分で我慢できないので、直るきっかけが欲しい」、「親孝行したいができないのが辛い」と、Aさんの治療目標やニーズに繋がる話がそれに続いて語られた。そこで< どうなりたいですか? どうなれば治療を受けて良かったと思えますか? > とアウトカムクエスチョンをする、「普通の生活。下に物を置くことがためらいなくできるようになりたい」と語り、Aさんの治療目標が明らかになった。そして、「言い聞かせていると、嫌だけれどもなんとか我慢できる」という[うまくできているエピソード(既にある解決)]や、[「不潔と汚いとごっちゃにしているのがおかしいのではないか」との気づき(?)]も聞かれた。

Aさんの話を聴き終えて、セラピストは以下のような対応を行った。

< * これまで様々な困難を、自らの判断/工夫/試みによって、対処/乗り越えてきたことを労い称賛(コンプリメント)。

* 症状の「例外状況」、すなわち症状が少しましな時やなんとかやれている時があることを確認し、既に良い方向への変化が起こり始めていることを示唆する。

* 「強迫」の専門的治療として、行動療法と精神分析的治療について情報提供し、加えて、両治療法に特に優劣の差がないことを伝える。

* Aさんが既に行っていることで、どんなことが効果的で何が役に立つかを検討して、それをベースに治療を組み立てるという方針を伝える。>

Aさんは、「それでお願います」と納得され、セラピーが継続されることになった。

2 :

「他に気になること、しんどいことがあると、“汚い”のが気になってくる」が、「前回、先生から“強迫観念”という言葉聞いて、直していけるのではという感じを受けた」と語る。セラピストが前回、行動療法の思考中断法の具体例を話したことが、Aさんに「直していける」という希望をもたらした様子だった。「何故手を洗うのか、理由がはっきりしない苛立ち」、「雨の日の跳ね返りが嫌」等と、症状とそれに伴う嫌悪感を語る。〈この症状はホントにその人を苦しめるんですよ〉と、症状に伴う苦痛への共感的理解を示した上で、〈どんなことが症状を少しよくする上で役に立ちそうですか？〉と問うと、「“平気なんだ”と自分で言い聞かせることができたから解消するのではと思う」と語った。セラピストは、Aさんの言葉を反射（reflection）することで彼の考えに関心を示した。そして、症状緩和の糸口を症状以外の領域で見出すことを意図して、〈ところでAさん、Aさんが何かちょっとホッとする時ってどんな時ですか？〉と質問した。すると、しばらく考えて、「ギターを弾いた後はホッとしたなあと思う。弾いている時は楽しい」とAさんは答えた。〈ホッとする、リラックスする時はどんな時か、少し思い出して次回また教えてください〉と伝えた。

3 :

〈何か変化がありましたか？〉「ペットボトルが落ちて足に触った時に、我慢できるかなあと思ったが、靴と靴下を洗ってしまった。普通ならこんなことしないのと思って落ち込んだ」等との否定的な話に混じって、「部屋着を床におけるようになった」という“変化”が何気なくAさんの口から語られた。〈えっ、ちょっと待ってください。置けることができたのですか。どんなふうに？〉「ズボンが床に落ちている。自分はそれを履いている。履いているのを触っても同じ。そしたら床に落ちているのも同じだから触れる」。〈何かそんなふうに思えるきっかけがあったのですか？〉「あるテレビのCMを見て、CM自体が明るくていいなあと思った。部屋が綺麗に映る、でも窓が開けば埃も入ってくる。そうなった時、でも結局それは生活に対して当たり前のこと。CMも当たり前のことをやっている。自分もそうできればなあと思った。皆同じような生活を営んでいる。自分もそうならないとあかんと思って」と。〈でも以前もAさんはそのCMは見てたでしょう？今回は何かAさんの見方というか、感じ方が違ってきているみたいな感じがするんですが、何が前と違ってきているのでしょうか？〉「前回、先生がホッとする時はどういう時に聞いたでしょう。僕の実家が田舎で山とか川とかあって、先生の言ったことを思い出して、ちょっと歩いてみようと思って歩いた。ゆっくりと辺りを見ながら、花が綺麗なあとか思いながら、ちょっと努力した。3時間ぐらい歩いた。その時は特に変化はなかった。これまでホッとするとか考えたことがなかった。ホッとすること大切にしようと思った。もともと自分は芸術が好き。嗅覚が好きで、匂い、雨上がりの匂いも好きで、湿った時に嗅いだらホッとするなあと思った。無理にそうするのではなくて、これもホッとすることやなあと思うようになった。田舎に行ったら山に登るようにしようと思う」等と語る。そして、「家の中で変化があったので、もう少し広げていきたい。家の内と外は同じ、外のもの（例えば、“埃”など）が家の中に入ってくるのは当たり前のことだ、皆そんなこと普通にやっていることなんだと言い聞かせている」との対処行動が明らかになった。そこで、〈（下線部）のように言い聞かせることは、Aさんにとっ

てどのように役に立つか? >と問うと、「身近なものから触ろう、水道もあるし、しばらく置いてみてそれで嫌だったら手を洗おうと。先生に最初、「我慢すると慣れてくる、忘れてくる」と言われて、実際そうだなあと思った」と、Aさんにはその効果が実感できる様子だった。そして、「ちょっと変化することで状況が変わるなあと思った。以前、ひどい時は外出から帰ったらすぐ石鹸で体を洗わなければならなかった。今はシャワーだけでいい」と症状面での変化が語られた。 <どうやってそんなひどい状態からシャワーだけでOKにできたのですか? > 「よく分からないが、手の洗い方が激しかったのが普通になった。汚くて洗っているのではなくて、納得させるために洗っているのだから、バシャバシャと洗わなくてもいいと思えるようになった」 <(下線部)のような考えは、以前は思いつかなかったのですか? > 「思わなかった。自分を鎧で固めていた。人の意見を受け入れない感じだった」 <どうやって鎧を緩められたのですか? 前と何が違っていたのでしょうか? > 「1時間ぐらい洗っていて、なんで洗わないとあかんねんと。シャワー浴びるだけでも大変に思えて、10分ぐらいで済ませられる。手洗いの変化はこの二三週間の変化。手を浸すだけでもいいと言いつ聞かせている。そうせなあかんと、自分に言い聞かせているような感じ。・・・バカバカしいなあと思うようになった」 <何か感じ方とか見方とか違ってきているみたいですね> 「そうなんかなあ・・・」 <無理にいい方に持っていこうとするのではなくて、何が違って来るか、ちょっとしばらく観察してみるのもいいかなあと思いますけど> 「今まで、雨の日は駄目、枯れ葉が飛んでくる、それが駄目。晴れの日がいい。でも雨でも同じやと。枯れ葉があってもちょっと我慢してみようと思っている。出来やすいことを何項目か挙げてトライしてみようと思っている」 <なるほど、面白いですね。もしそうするなら、うまくいくとしたらどの項目かなあと、ちょっと考えてみてからがいいのかなあと思います> 「一度にではなくて、徐々に直していこうと思う。ちょっとトライしてみて駄目な時は駄目な時でと」 <そうですね。それがいいですね。何か気づいたことがあったら教えてください>

4 :

<どうですか、どんな変化がありましたか? > 「安全域が広がった。触れたが、前ほど嬉しくならなかった」と語る。 <前と何が、どのように違うのか? > について質問を繰り返すと、下記のような「変化」をAさんは語った。「以前の経験でリバウンドがあるのは知っていた。手を洗わないでいたらイライラするのではないかと思う。案の上そうだった。でもそれを無視した」、「寝る時にそうだった。普通だったらリバウンドしたらあかん訳ですよ。でも無理にあっちゃこっちゃん手で触ってみた。スイッチや壁やいろいろな所を。訳がわからなくしてやろうと、どこが触ったところで、どこが触ってないところか分からないようにしよう。リバウンドしたがっている自分に、どや、どこを触ってないか分からんようになったやろうと自分に語りかけた。すると「安全域が」増えた。どこが触ったか分からんようになったので拭かんようになり、それが当たり前になった」と語る。「またリバウンドしたら、自分と語り合ってみようと思う」と述べたことに対して、 <どんなふうに自分と語り合うのですか? > と問うと、「あそこではいけた、だから大丈夫、リバウンドしないであっちへ行ってくれと。ちょっと無理しみようかなと思う。そこが自分で変わってきたと思う」 <どうやって自分を変えることができたのですか? > 「ここにカウンセリングへ来て直そうと思って、心療内科に行こうと思ったのは直りかけていたと思う。

自分でもセキュリティを解こうとしていたのはある」<来られる前に、もう既に良い方向に変化を始めていたのです>「ホッとする時間のことを、先生に言ってもらったのもよかったと思う。いいように回転してきたと思う。」「今は家では楽である。タオルも乾いている」と、洗浄強迫も減少し始めた。さらに、床に自分でズボンやパジャマを置き、それを着用出来るかどうか試してみるなど、Aさん自身の対処努力や工夫が語られた。セラピストの対応としては、<どうやってそんな考え方ができるようになったのか？>、<そう考えられるようになるためにどうしたのか？>などと質問をすることで、Aの努力や工夫、対処について詳細に語ってもらうように努めた。

5 :

「嫌だと思っけていても、やってみたら案外そうでもないこともある。」「外でイライラする時は、急がなくていいかなと、冷静になっている。」「先々のことで不安なことはあるが、その時はその時で考えようと思っけている」等と、認知面や行動面で症状と折り合いを付ける方向での変化が見られ始めた。<その時はその時と、何か少し柔軟に考えられるようになってきているみたいですね>と伝えると、「そうですかね。大学の時、パニックになってしんどかったが、いろいろ考えながらやってきた。神経の病気はいろいろやっていながら、ある程度コントロールできるのかなあと思っけて」と語った。実家に戻った時も、「20%ぐらいクリアできる部分があった」とのこと。その他、外出から帰ると1,2時間石鹸シャワーが必要だったのが、今は手を洗い髪を濡れたタオルで拭くだけでOK。」「睡眠中も最近自由になってきている」などと、少しずつ楽に生活が運べるようになってきている様子が語られた。

考察 :

初回面接で語られたAさんの「これまでの経緯」は、様々な困難や心の問題を、<Aさんが良いと思っけてことを、Aさんが良いと思っけて方法で乗り越えてきた>という能力やリソースとしてセラピストは受け止めた。そして、今回、Aさんをカウンセリングへ連れてきた「問題」は、<そういう問題を抱えながらも、何とか毎日を過っけてしているAさん>という文脈の中で迎え入れた。その中で、「問題」に対するAさんの「変化の理論」が語られた。「変化の理論」とは、Duncanら(1997)やMiller(2002)によると、「治療に入る前に持っけていた問題と変化の過程についてのクライアントの信念」のことを言う。Aさんの場合、具体的には、「自分に言い聞かせること。」「薬を服用すること。」「聖域を作ること」などであった。そして、Aさんの「目標」が語られる過程で、<問題の例外状況があること>や<既に変化が起こり始めているサイン>の話がAさん自身をエンパワーメントするリソースとして機能していた。尚、セラピスト側からの<専門的治療の情報提供>や<治療方針の提供>は、Aさんの準拠枠(この場合、Aさんが望んでいた「治療関係」や「変化の理論」)に合せた対応であった。

2では、「問題」の変化は語られず、「問題」の内容とそれに伴う苦痛が語られた。セラピストはAさんの「問題」の重要性をそのまま受け止め苦痛を労った。そして、Aさんの「変化の理論：平気なんだと自らに言い聞かせること」を尊重するように心掛けた。さらにセラピストは、このセッションでAさんが別のリソースに接近できるような課題(ホッとする時を探す)を提供した。この時の重要なトピックスの一つは、Aさんから「直していいのではないか」という変

化への希望/期待が語られたことである。初回面接での<専門的治療の情報提供>がその変化に寄与したのである(希望・期待・ブラシーボ要因)。このエピソードは、Aさんがセラピストをリソースとして利用できる能力を持つことをも示している。

#3では、セラピストは“変化志向アプローチ”の耳(クライアントの変化に耳を傾け、それを有効にしていくこと)でAさんの話を聴いている。<どんな変化がありましたか?>という質問によって、結果的に先ず「問題」の話が語られたが、すぐに「部屋着を床におけるようになった」ことや「手洗いの減少」、「自分の鎧を緩めた」という“変化”が聞かれた。セラピストはその“変化”の責任をAさんに帰属し、その“変化”の可能性がこれからも高められるように努めた(治療外要因のエンパワーメント)。その過程で、Aさん独自の別のリソースとして「ホッとする時」の話が語られたと考えられる。このセッションにおいても、Aさんの「変化の理論」が語られたが、セラピストはそれがAさんにとって本当に役に立つかどうかを確認した上で、それを尊重・強化した。

#4では、Aさんは自分の「変化の理論」に基づいて、いろいろな場面や状況で「問題」の克服に取り組んでいる様子が繰り返し語られた。これらの変化は、#3と同様に、セラピストの“変化志向アプローチ”の耳によって聞かれたものであり、同時に、その変化は、Aさんにとっての目標を達成する際のリソースとしても重要だったのである。

そして、#5においても、Aさんの目標に向かっての変化は維持されており、さらに、#4の頃から見られていた変化であるが、「問題」と折り合う努力も始めている。

さて次に、ここでは提示した5回のセッションを、主として「統一言語アプローチ」の観点からさらに若干の検討を加えておきたい。

初回面接の時に、<専門的治療の情報提供>と<Aさんにとって役に立つことをベースに治療するという方針>を、そして#2の時に、<ホッとする時を探す課題>を提供したことは、Aさんの目標や動機づけ、そして、次の変化に向けて踏み出す準備ができていたことに適合したものであり、尚かつ、Aさんの治療関係についての知覚に合せた対応であったと考えられる。そのことが、Aさんの目標達成に向けての協働的な治療関係(治療同盟)を強化したと考えられる。同時に、上記の対応は、「変化への希望と肯定的な期待」を高めることにも貢献したようである。加えるに、本事例におけるセラピスト-クライアント関係は、SFAの立場から見れば“カスタマ-関係”であったと考えられる。実際、Aさんの治療意欲は高く、“既にある解決”を見出すことがさほど困難ではなかった。したがって、基本的には、<クライアントの変化の道を邪魔しないで開けておく>ことに留意し、“すでにうまくやれていることをもっとやるように!”との<do more 処方>が有効であった。ただし、そのような対応が有効であったのは、「統一言語アプローチ」をはじめとする筆者の5つの基本的スタンスがベースにあるからである、と考えている。

終わりに

近年、心理療法の世界では理論や技法の整理・統合への動きが活発で、折衷的／統合的視点の重要性が認められはじめている。本稿では、心理療法実践における折衷的／統合的アプローチの臨床的意義について、心理療法の効果研究の成果、神田橋條治（1990）の「精神療法面接のコツ」論、Millerら（1997）の「心理療法実践のための統一言語」などを拠り所にしながら論じた。加えて、筆者の臨床的アプローチにおける基本的スタンスと臨床実践事例を呈示して、折衷的／統合的アプローチの実際を例示した。

文 献

- Duncan BL, Hubble MA, Miller SD. 1997 Psychotherapy with "Impossible" Cases-The Efficient Treatment of Therapy Veterans. W.W.Norton, New York, 1997 (児島達美、日下伴子：「治療不能」事例の心理療法-治療的現実に根ざした臨床の知。金剛出版、2001)
- Eysenck HJ. 1952 The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Counseling Psychology, 16, 319-324.
- 岩壁 茂. 2003 「心理療法の構造、アメリカ心理学会による12の理論の解説書」所収の解説。誠信書房。
- 金沢吉展. 2002 効果研究とプログラム評価研究。下山晴彦、丹野義彦（編）講座臨床心理学 2 臨床心理学研究 東京大学出版会。181-202.
- 神田橋條治. 1990 精神療法面接のコツ。岩崎学術出版社。
- Karasu TB. 1986 The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. American Journal of Psychiatry, 143, 687-695.
- 河合隼雄. 1992 心理療法序説。岩波書店。
- Lambert MJ. 1992 Implications of outcome research for psychotherapy integration. In Norcross JC & Goldfried MR (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic.
- 前田泰宏、曾我昌祺、内田由可里ら. 1999 ソリューション・フォーカスト・アプローチはどのように有効か - 解決志向と変化志向 - . 住友病院医学雑誌, 26, 119-126 .
- 前田泰宏、内田由可里. 2000 リソースはどのように聴かれるのか？ブリーフサイコセラピー学会第10回大会発表抄録集, 25.
- 前田泰宏. 2000 セラピーで『違い』に注目することは『自己の癒し』につながるか。日本心理臨床学会第19回大会研究発表集, 188 .
- 前田泰宏. 2002 セラピーをクライアントの枠組みに適合させること。日本心理臨床学会第21回大会研究発表集, 203 .
- 前田泰宏、内田由可里、東 斉彰. 2003 クライアントと共に創り上げるセラピーを目指して - その1 : outcome-rating-scale の効果的活用。日本心理臨床学会第23回大会発表論文集, 83 .
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. 1997 Escape from Babel-Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice. W.W. Norton, New York, (曾我昌祺監訳：心理療法・その基礎なるもの- 混迷から抜け出すための有効要因。金剛出版、2000)
- Miller. 2002 クライアントを治療のパートナーに！～より良い援助プロセスと治療成果を目指して～. ワークショップin大阪。配布資料。

- Norcross, JC & Arkowitz, H. 1992 The evolution and current status of psychotherapy integration. In Dryden, W. (ed.) *Integration and Eclectic Therapy: A handbook*. Buckingham, Open University Press.
- 内田由可里、前田泰宏 . 2000 質問することは信じること? - クライエントさんが自ら『解決』に『気づく』環境を作る為に役立つ事 - . プリーフサイコセラピー学会第10回大会発表抄録集 , 25.

Abstract

In recent years, the tendency to arrange, and integrate different theories and techniques to understand psychical phenomena is active in the world of psychotherapy. This tendency comprises three different approaches, namely, 1)technical eclecticism, 2)common factors approach, and 3) theoretical integration approach. In the present paper, the author discusses, from different perspectives, the consequences of the fact of adopting an eclectic / integrative- viewpoint in psychotherapy practice. He argued that for a therapist to effectively meet the client's different therapeutical needs, and the various aspects of the problem faced by the client, it is necessary to perform the case assessment from a multi-dimensional perspective, and try to find, in collaboration with the client, a useful approach to solve the latter's problem. In this sense, the author, using a clinical case study, argued that the eclectic / integrative-viewpoint constitutes a highly useful approach.