

指示的な治療環境において クライアント・センタード・セラピストが非指示的であること ～ Sommerbeck の論文 (2012) の要約と考察～

関西大学臨床心理専門職大学院 今林 優希
岡田 和典・岡田 朋美
川崎 智絵・中田 行重

要約

本稿は、精神科診療という指示的なセッティング（治療環境）でいかにして非指示的であるかについて論考した Sommerbeck (2012) の論文を要約し、そうしたセッティングにおける非指示的実践について考察することを目的とする。彼は、指示的なセッティングにおいてセラピストが非指示的に実践する自由を与えられている場合と、指示的な業務を課せられる場合のそれぞれについて、非指示的なセラピーのプロセスを守るためのガイドラインを提示している。ただ、Sommerbeck の提案は、パーソン・センタード・セラピーのセラピストの内なる考えとしては十分理解できるものの、それが対外的に明示できる内容なのかといった点や、パーソン・センタード・セラピーの理論として言語化できるものなのかといった点については疑問が残る。また、彼が示した様々な提案のいくつかについては、既に行っているセラピストが日本にもいると考えられるだろう。しかし、彼が論文でそうした実践について改めて言語化したことは評価に値することである。病院臨床はパーソン・センタード・セラピーにとって大きな関心事であり、Sommerbeck の論文はそれを考えさせてくれる有益な材料を提示している。

キーワード：非指示性、パーソン・センタード、医療領域、指示的

I. はじめに

日本臨床心理士会の調査 (2009) によると、わが国の臨床心理士の勤務人数の最も多い機関は病院・診療所であり、全体の 36.1% に上る。調査があるわけではないが、そうした医療領域で働くパーソン・センタード・セラピー (Person-Centered Therapy、以後 PCT) のセラピスト (Therapist、以後 Th) の数は少ないことが予想される。

医療領域では医者、およびサブメディカルス

タッフ等の専門家が“治療を施す”というパラダイムが、当然のように基盤になっている。それに対して、PCT はもともと非指示的療法 (Nondirective therapy) としてスタートした経緯をもち、様々に諸派 (tribes) が発展した現在 (Sanders, 2003) でも、Th が非指示的であることによってクライアント (Client、以後 CI) の主体性を重視するという、いわゆる成長パラダイムは PCT 全体で共有されている。すなわち、医療領域におけるスタッフの指示性 (directivity) に対して、PCT は non-directivity

を基本的な在り方としている点で反対の立場にある。そのため、PCTは医療となじみにくい面をもっている。

その難しさについては、中田(2013;印刷中)が詳述している。例えば、PCTの中心的な営為である傾聴をすることに対して、「患者のたまった気持ちを吐き出させるのはよいが、治療にはならない」とか、「患者の要求を聞いていたら治療の邪魔である」などと言う医師がいることを指摘している(中田,印刷中)。また、PCTのThが患者(あるいはCI)の健康な面を中心に情報を収集し、構成するのに対して、医師は疾病部分を見つけ、それを中心に情報を構成する。これは、医師が治療の専門家であるのに対して、PCTのThは成長に関する専門家であることの違いであるとも言えよう。そうした違いに伴って、心理アセスメントや診断に対する考え方にも両者間で違いがある。

そうした違いをもちながら、PCTのThが医療領域でどのようにPCTを実践し、他のスタッフと協力するかは大変大きな課題である。そうした問題意識は多くのPCTのThが共有していると思われるが、それを真正面から取り上げて考察した論文はあまりない。本論文では自分の職場での経験を具体的に取り上げたSommerbeck(2012)の論文を要約し、そうした実践について考察する。

II. Sommerbeck(2012)“Being nondirective in directive settings”の要約

以下に述べる私のセラピーは非指示性を重視する古典的なクライアント中心療法(Client-Centered Therapy、以後CCT)のことである。指示的なセッティング(治療環境)において非指示的なThとして働くことを主題にした文献を、私は目にすることがない。そこで、本稿ではそれについて考えるため、まず、精神病院という指示的なセッティングで、古典的なCCTを実践してきた私のThおよび病院スタッフと

しての歴史を概観する。次にこのようなセッティングで治療関係の非指示性を守るため私が開発したガイドラインとその論拠を紹介する。

【指示的なセッティングで非指示的であった個人史】

私は1974年に大学を卒業してすぐ、コペンハーゲンの精神科診療の現場で働き始め、2005年に別の病院に移り、2011年に退職した。これらの異動の全てに非指示性というテーマが関連していた。

大学でRogersのClient-Centered Therapy(1951)を読んでいた私は、是非そんなセラピーをやりたいと思っていたため、“反精神医学”運動の時代に精神病院で働くことができ幸運だった。当時はデンマークにも反精神医学の風が吹き、医療モデルは変わらないままであったが、ヒューマニスティックな考え方になっていた。様々な心理療法が生まれ、それぞれ自分のやり方こそ一番だと言い誇っていた時代で、学派別の効果を比較する研究がまだ始まる以前であった。したがって“質の統制”だとか“リスク・アセスメント”、“エビデンス・ベースト”などといった統制的なことが求められることはなく、そうした概念のいくつかはまだ存在すらしていない黄金時代であった。そのため、私は自分が最良と信じるセラピーを行うことができていた。とはいえ、指示的なセッティングで非指示的なセラピーを実践するのに問題がないわけではなく、私はそうしたセッティングのもつ指示性がセラピーのプロセスを侵害しないよう注意する必要があった。まず、次章では、こうした指示的な環境で自由にセラピーを実践しつつも、そのセッティングのもつ指示性から非指示性を守るために私が発展させてきたガイドラインについて述べる。

90年代になるとデンマークの精神科診療でも上述した統制的な時代が始まり、それは私が働いていた病院にも到来した。そこで、私はそうした統制的な風潮を主任がうまく抑えていた別の病院へと転勤したのだが、2008年にはその主任も退職し、以降、私もあらゆる類の指示的な

業務とセラピーを兼務しなくてはならなくなった。そこで、私はこの問題をうまく回避する方法を見だし、CIに指示的な影響をほとんど与えずに済むようになった。ただ、こうした改善策は増えつづけたが、それに応じて仕事での楽しみは徐々に失われ、2011年に私は退職したのである。こうした統制的な風潮の中で非指示的なセラピーを実践するための方法については本稿の最後で述べる。しかし、私は短期間しかそうした経験をしていないため、その章はその前の章に比べてずっと短い。

指示性の問題のために転職や退職をすることになったが、とはいえ、私はこれまでずっと精神科のCI達と共にCCTの純粋な非指示性を実践してこれたことをとても幸運だと思う。

【十分な非指示的実践を自由に行える場合】

非指示的な実践が十分に理解されることはない。医療モデルのセッティングでは、スタッフ達はCIについてのエキスパートになるよう教育され、それが彼らの専門家としての存在理由なのである。そして、当然、医療モデルの専門家達はそうしたセッティングの中にいる自分以外の専門家も同様だと考える。つまり、非指示的に実践するのは自由であっても、CCTのThは、しばしばCIについてのエキスパートであることと、そのように振る舞うことを他の専門家たちから期待されるのである。次の段落では、CCTのThがCIについてのエキスパートにならずにこの領域を渡り歩く難しさと、それを乗り切る方法について私の経験上実用的だったものを紹介する。その要点は、セラピーのプロセスにおける非指示性を守ると同時に、指示的な医療モデルとThとの“契約”も尊重することである。

まず1つ目に、Thは医療モデルのスタッフから何かを頼まれても断るべきである。CIの状態を評価したり、あることについて話し合ったり、伝言を伝えたりしてほしいという要望は、他のスタッフにとっては全く自然な頼みである。しかし、Bozarth (1990)も指摘するように、CCTの本質はCI自身の内的照合枠からCIを共

感的に理解することであり、その本質を冒すことなく、その他のことをThが意図して行うことはできない。ThはCIを共感的に理解しようとする以外、セッションにどんな課題も持ち込まないために、そうした要望を断るのである。

2つ目に、担当するCIに関する会議に参加することが、セラピーのプロセスにネガティブな結果をもたらしうるのであれば、Thは参加を拒否するべきである。私は通常、ファシリテーターの立場をとれるのであれば会議に参加し、エキスパートとしてCIの問題や彼らを“治す”のに何が最善かを話すよう期待されているのであれば参加を拒否した。こうした非指示的グループのファシリテーターと同様の役割で会議に参加することは非常に高く評価され、また、非指示的アプローチの価値について実演する最も良い方法であった。

3つ目に、Thは他の専門家とCIの情報を共有する際は、十分注意すべきである。他の専門家がCIに“君のThから聞いたんだけど…”と言えど何が起ころるか想像し、セラピーのプロセスに有害な結果をもたらしうると思った時には、語りすぎるより伝えなさすぎるの方がましだと考えておく方が有用だろう。

しかしながら、Thが務めるセッティングと契約のために、ThはCIにすべてを秘密にすると保証できない。ただ、実際、他のスタッフが必要とするような情報がセラピーで出てくることは減多になく、私の経験では、CIの同意に関わらず、医療モデルとの契約のために他の専門家たちと情報共有する必要があるのは、自殺と薬の服用についての2つの場合だけである。しかし、こうした事態もめったに起きなかった。大抵の場合、他の専門家もこうした自殺の可能性や薬物に関する情報について知っていたし、CI達もThを含め、専門家たちが互いにそうした情報について話すことを予想して知っていたためである。ただ、CCTのThがいつでもこうした情報を伝えるわけではないということは明

記する必要があるだろう。ここでの要点は、Thが自分自身で判断し気兼ねなくその判断に従うということである。

ただし、滅多に起こらないとはいえ、CIの自殺企図について情報を共有するか判断することが非常に難しい場合もあった。一般的に、非指示的なセラピーモデルに従う実践者にとって、自殺の問題は特に難しい。なぜなら、CCTのモデルと医療モデルとの間で現実的なジレンマに陥るからである。精神医療では、CIが、深刻な抑うつ状態のために自殺してしまうことがないよう、スタッフは必要な予防措置をとることが法律で義務付けられている。それは精神医療の文脈にいるCCTのThにとっても例外ではない。しかし、CCTのThは、実現傾向の存在を確信し、中核条件の促進的可能性を信頼しており、非指示的な姿勢に動機づけられているため、CIが自身にとって最善の決断をすると信じている。そしてその決断には自殺も含むと考えるのである。つまり、自殺を実行するというCIの考えは、自己実現傾向の表れであるから、干渉されるべきではないと考える。いわば、CIに内在するこうした潜在能力、つまり自殺以外の方法も含めあらゆる選択肢を十分考える能力は、中核条件によって解放されるとCCTのThは信じているということである。

その一方で、指示的な医療モデルは、うつ病患者による自殺企図を治療可能な生物学的要因による症状であるとし、防止されるべき出来事であるとする。そのため、ある時担当するうつ病患者が面接中に自殺についての考えを打ち明けてきたのだが、その際には私の頭の中であらゆる考えが駆け巡った。もしThがそのことを自分の胸の内にしまっておいたならば、CIに対して強制的な手段が用いられる恐れはない。一方で、私がそれを他の専門家に話したならば、医療モデルとの契約を固守したことになる。私は中核条件が一夜で大きな変化をもたらすとは思えなかったため、この時は他の専門職に情報を提供したのだが、そう決断した時、私は自分

がCCTのエッセンスに対して楯突いたように感じられた。私はその決断に際しCIと相談することはしなかった。しかし、自殺企図についての情報を他のスタッフにも伝えるということは、事前、もしくは事後にCIに伝えた。そしてCIが求めるのであれば、私はその決断理由を説明した。私はCIに、話し合いによって意思を変えるだろうと思わせたくなかったし、自分の心配をCIに負わせることもしたくなかったからである。さらに、自殺をしないということも含めた今後の約束を取り付けることによって、CIが我々の関係性を私に委ねようとする危険に晒したくもなかった。私が一方的に行なった決定に対してCIがどんな反応をしたとしても、また私がセラピューティックに関わることのできるどんな反応をCIがしたとしても、私は覚悟をもって臨むことで非指示的なセラピーのプロセスを守ったのである。こうすることで私はCCTのThとして自分の役割をできるだけ早く取り戻そうとしたのである。

もちろん、医療モデルのセッティングに身を置くどんなCCTのThも、自殺の問題に対する自らの立場を持っておかなければならない。それに関してRogersは次のように言っている。“自殺を防ごうとせずに、CIに自殺を打開策として真剣に考えさせることがあってもいいのだろうか？ そのような専門性や道義はあるのだろうか？”、“自殺に関するCIの行動や考えを容認しないことが我々の一般的な社会的責任なのだろうか？” それらは人が他者を決定できるという問題ではなく、1人の人間にできることは自身の経験とそれから生じる根拠を描くことだけであると、Rogers(1951)は述べている。私の経験によると、年月をかけてThとして自信がつくにつれて、私はCIの自殺企図を他者に明かそうとすることは少なくなっていった。こうした中でも自殺で亡くなったCIは35年間でたった1人だけである。私は、CIが自殺企図を打ち明けるときは実際に自殺に踏み切るまではまだ遠く、それは1つのステップであると学んだ。

また、目の前のCIに、そして私が自殺の考えを解釈することなく、ただ耳を傾け、理解しようとしたことで和らいだCIの孤独感や自棄感に、希望のかすかな光が宿っているということ、私は一層信じるようになったのである。

最後に、最も重要なことを述べておきたい。CIの自殺の危険に対し、最も敬意をもってとることのできる予防策とは、そのCIにとってCCTのThであり続けること以外にはない。

もし情報を共有することでセラピーのプロセスに有害な結果をもたらすことになるとした場合、Thはセラピーの中で得た情報を他のスタッフと共有することはしない。しかしその一方で、自身の倫理的な立場と職場での立場の安全性に背くと感じた場合には、Thは他のスタッフと情報を共有する。このようにどちらを犠牲にしても、CIの助けにならないのである。それどころか、CIとの関係性において、酷い救済者／犠牲者／迫害者という三角関係にいたるステップとなるのである。

4つ目に、Thは、CIに対する他の専門家達の治療の仕方を操作しようとしてはいけない。一般的にThは他の専門家達にも敬意を表しており、医療領域で出会うCIが医療モデルのセッティングにいることも理解している。しかし、時にCCTのThは、指示的な医療モデルの専門家達がCIに敬意を持たずに治療していると感じ、そうした専門家達の振る舞いを操作してCIを守らねばならないという気持ちに駆り立てられるだろう。ただし、これは誤りである。第一に、そうすることはCIの同一化にも等しい。CIは自らの世界との関わり方を、自分なりに見出す必要がある。第二に、Thからみれば他の専門家たちの振る舞いが失礼あるいは無神経だと思われても、CIにとってはそうとは限らない。そして第三に、CIに対する他の専門家達の振る舞いを操作することはCIにとって最適なものを知っている者はThであるということになる。これはCCTの理論と正反対で、セラピープロセスを破壊する危険がある。このことを示すた

めに、幻聴のあるMarionの事例を取り上げる。

彼女は家庭に問題があるとされ、主任精神科医（the chief psychiatrist：以後CP）は私にカップルセラピーを提案した。私は、Marionがカップルセラピーを気に入らないだろうと思ったが、CPには伝えなかった。ただ、私のセラピーではThから何も提案しないことを伝え、CPからMarionにカップルセラピーを提案してもらうことにした。後日、私とのセラピーでMarionはCPにカップルセラピーを提案されたと語ったが、彼女は乗り気ではなく、CPにそう伝えて欲しいと私に頼んだ。しかし、私は応じなかった。彼女は、CPに自分で断ることを避けることが、他人、特に偉そうな人に対して「嫌だ」と伝えることから逃げるいつものパターンと同じで、長い目で見れば良い結果にならないことに気が付いた。彼女は自分でCPに断ると述べ、その後は、応じない私へ彼女が抱いた苛立ちと、CPに伝える最適な方法について話し合った。彼女は徐々に回復し、幻聴も消失した。

この事例を5つの観点から解説する。第一に、Thは医療モデルの代弁者になることを避けた。第二に、Thは、カップルセラピーを提案してもCIがその提案を受け入れないだろうと感じたが、それをCPに伝えず、CIの代弁者になることも避けた。他の専門家達が自身の照合枠から導いた建設的な考えにもThは敬意をもっていることもあり、CPに働きかけようとはしなかったのである。第三に、上述したセラピーのプロセスは、Thがどちらの代弁者になっても、セラピーのプロセスは害されていたことを示している。第四に、医療モデルのCIは、自分の代わりに他の専門家達へ話してほしいとThによく言うが、CIとの特別な関係とそれ以外の関係（本事例においては、CIの代弁者となること）とを混同しないためにも、代わりに伝えることはできないとCIに話す。その分、Thが拒んだことへのCIの反応は共感的に理解する。第五に、CCTのThがCIの自由や自主性を守る

こと、CIが安心できる場を設けることの重要性は、CCT以外の領域では滅多に理解されない。なので、本事例のように、まずCPからCIに提案し、それをCIからThに申し出てもらうという手順は、他の専門家には回りくどいと思われる。

ここで述べた要点を簡潔にまとめると、

- セラピーは、医療モデルの治療と並行して進展するが、両者を混合してはいけない。
- CIについて他の専門家と情報共有する必要性はほとんどない。
- CIとの関係においてThは、医療モデルと自分を同一化しないよう、そして、医療モデルの考えの代弁者にならないよう注意する。
- 他の専門家達との関係において、ThはCIと自分を同一化しないよう、そして、CIの考えの代弁者にならないよう注意する。

ということになる。

Dave Mearns (1994, pp.53-56) は、ThがCI “の味方 (on the side of)” ではなく、CI “の側^{そば}にいる (beside)” ことを重要視しているが、指示的な医療モデルで働く際も、このコンテキスト “の側^{そば}” であって “味方” でないことが重要なのである。

時にThは、セッションの非指示的な世界とセッション外の指示的な世界が完全に分断されているように思える。この2つの世界は、互いに排他的で両立しないもののように思えて、どちらがCIにとって良いのかと議論したくなる誘惑は大きいだろう。しかし、CIとセラピーに取り組む際にも、他の専門家達と働く際にも、Thはこの誘いにのらないことが重要である。なぜなら、それはThをCIのエキスパートにし、CIを非指示的なCCTモデルと指示的な医療モデルとの争いの人質 (a hostage of war) にするからである。どちらが良いのかという考えは、学問上の議論としてしか成立しないのである。

そのため、Thはこの2つの世界を相補的なものとして概念化しておく方が良いだろう。なぜなら、2つを同時に成立させることはできない

が、どちらの観点を取るかは専門家の着眼点に依るだけで、CIはどちらからも利益を得ることができるからである。勿論、指示的な医療モデルのセッティングにおいて非指示的な観点を担っているのはCCTのThである。

【Thがアセスメントの依頼をされた時】

Rogersはクライエント・センタードの観点から、診断することに対する2つの批判をした。まず1つ目は、心理学的診断の過程自体が極めて明確に評価の所在をエキスパートにゆだねることにより、CIが持つどんな依存傾向をも増幅させることになり、CIの状況を理解して改善する責任がThにあるという感覚をCIに生じさせてしまう、ということである。2つ目は、評価の所在がエキスパートにあるとみなされると、少数のエキスパートがそれ以外の大多数の人々を統制するという社会的構図を創り出してしまふ、ということである。つまり、アセスメントの依頼は非指示的な姿勢へ脅威を与えるのである。

デンマークにおいて統制と合理化が進む医療制度の中で、私は主任からの要請により月に1回、診断的な面談、経過の評価や自殺リスクのアセスメントをすべて質問紙やチェックリストを用いて行い、そしてその結果を外部の公共機関と共有していた。しかし、こうした実践をRogersは批判しており、私自身もRogersの意見に基本的に賛同していたので、私は自分の非指示的な態度をあまり損ねずにアセスメントを実施するためのガイドラインをいくつか開発した。

まず1つ目は、アセスメントの実施を時間的・場所的にセラピーのセッションから分離することであった。私はアセスメントを実施するためにセラピーの時間とは別に、時間を設け、部屋も別に確保したのである。しかし、外来患者の中には、物理的距離を理由にセラピー以外で来院しながらないCIもいた。このようなCIに対しては私が訪問することを申し出ると、これは受け入れられた。しかしその結果、私の仕事量

が増え、会議への参加を減らすことで調整を図ったもののスタッフからは受け入れてもらえず、結局セラピーで受け持つCIを減らさざるを得なかった。それは、近年の精神科のセッティングにおいて心理療法の価値が低くみられているということを示していた。

2つ目は、これらのアセスメントがセラピーとは何の関係性も持たないことをCIに注意深く説明することであった。Thとしてではなく病院スタッフの一専門家として行うアセスメント作業については、我々のセラピーにとって重要でないことを彼らに伝えると同時にアセスメントで経験したことをセッションに持ち込むことは可能であることを伝えた。

3つ目は、CIに決定権を持たせることであった。私はアセスメント結果によってCIが自分を理解できるように気を配り、彼らの報告書の内容をCI自身に最終判断をさせた。この方法は私とCIの協同作業であり、よりエキスパートであるCIによるCI自身のアセスメントになる。3年に及ぶこうしたアセスメント実践の経験において、2つのケースを除き、報告書にCIの見方を記すことはセラピーの過程に害を及ぼすことがなかった。そして、上記のガイドラインによってCIや私を含むすべての関係者が満足のいくように取り組めたのである。ここまででは、CCTのThが指示的な実践に取り組むよりも、非指示的であるほうがCIに有益であることを示している。しかし、実際私はCIにとってよりよい方向づけを行うためのケースマネージャーをさせられてしまい“エビデンス・ベーストの実践”を用いるよう要請されてしまった。そうして、私の非指示的態度への風当たりが強くなっていった。そのようなケースマネージャーになることへの依頼は、私のCCTのThとしての長いキャリアが終わりに近づいてきたことを認識するには十分であった。それは安堵と悲しみが入り混じったものであったが、悲しみが勝り、私は辞職と引退を決意した。ただ、私は諦めてしまったが、他の非指示的な実践者たちであれば、

言葉としては矛盾しているが、非指示的なケースマネージャーになれるかもしれない。

【結論】

結論は、Thは、そのThの主任をはじめとする所轄の指示的なセッティングが許す限りでしか非指示的ではいられないということである。私は以前、長年にわたり非指示的に実践することが許され (Sommerbeck, 2003)、これが一般的でこの先ずっと続くだろうし、当然のもので、特別感謝するほどのものではないとほとんど信じ切っていた。しかし、今になって当時の間違いや置かれていた状況の幸運さに気づき、当時の間違った見方を正せたこと、そして、それぞれの実践家が、非指示的なセラピーを実践できるかは自分たちの置かれた状況に左右されることを明確に示す機会を得たことは幸運であった。スタンフォードの刑務所実験 (Zimbardo, 2008) が示しているように、状況が我々皆の野蛮さを生み出し、言い換えれば、指示的な実践が展開されている状況においてはCIについての指示的なエキスパートが生み出されるということである。

III. 考察

これは、コペンハーゲンの精神科病院に就職したという個人史から始まり、反精神医学の風がデンマークにも吹き、自由にセラピーを行うことができた“黄金時代”から次第に統制・管理的な風潮が支配し、転職先の病院では最後はCBTしかやってはいけない、と言われるようになった、という移り変わりの中で、Sommerbeckがどのように非指示性を守ろうとしたかが具体的に書かれた論文である。Sommerbeckは、医療現場における他のスタッフからの要求には応じない、会議には参加しないと書いているが、わが国の精神科で働くPCTのThには、「そんな訳にはいかない。そんなことは日本では無理である」と思う人も多いだろう。しかし、自殺念慮の患者の情報共有の葛藤や医師からの夫婦

療法の提案に対する葛藤などの部分は、わが国で多少なりとも病院臨床に携わったことのあるPCTのThならば同様の経験はあるだろう。そういう場面におけるThの内面がこれほど具体的に書かれたものはほかにない、という意味では読み応えがあり、意義ある論文である。

ここに書かれている様々な提案を、既に自分もやっていますよ、というThは日本にもいるのではないか。というのは、自殺念慮のある患者に関する情報共有にしる、医師の提案のメッセージャーとして働くのではなく、CIがどうしたいのかをCIと話し合っ、それを優先する、という考え方にしろ、日本でもある程度は可能であると思われるからである。その意味では提案の内容はそれほど目新しいものではないが、それを言語化したことは評価できる。というのは、これはPCTの今後の病院臨床を考える上で重要な論文になるだろうと考えるからである。

ただし、一点、筆者らには「果たして、これでいいのか?」と思われることがある。それは、ここに書かれている提案、例えば、「会議には参加しない、参加するなら他のスタッフのファシリテーターとして」というようなことは、PCTのThの内なる考えとしては十分理解できるし、実行できることもあるかもしれない。しかし、それは、他のスタッフに対して明言したり、文章化したりしてまで示すことのできる内容だろうか?あるいは、PCTの理論として言語化できるものだろうか?ということである。これらは既にSommerbeckが引退していること、論文の掲載先がPCEP(Person-Centered & Experiential Psychotherapies)というPCTの雑誌であることが条件となって、ここに論文化できたものと思われる。現役のPCTのThであれば「自分は会議に出ません」と病院側に言うことはできないだろう。つまり、本論文で書かれていることはPCTのThの内なる心構えとしては重要であるが、他学派や他職種には見せることのできない、いわば、PCTの内輪の話である。Sommerbeckはどうやら古典的CCTの人

のようであるが、古典的CCTは何かの手段として(例えば、CIの成長の手段として)非指示性を発しない(Grant, 1990)と考える。そこには、成長したかどうかを考える、という発想はもちろんのこと、ましてや成長を測定するなどという発想はないかもしれない。しかし、会議には出ないことを他学派や他職種に納得してもらえるように明文化するのであれば、少なくとも、「会議に出ずにセラピーに携わることがCIにとって何らかの点でプラスになるので、会議には出ない」という論なりデータなりが必要ではないか。そうしなければ、いくらCCTという理論から考えると会議参加はしないほうがよい、と言っても、単なるわがままな心理士と見られるのではないか。

Means, D.が今後のPCTは病院臨床が鍵と述べ(諸富, 2000)、中田(2013;印刷中)も病院におけるPCTのあり方をPCTの課題の1つとして挙げているように、病院臨床はPCTにとって大きなテーマである。本論文はそれを考えさせてくれる有益な材料を提示している。今後、これをもとに議論が進むのを期待したい。

ところで、本論文の主旨は病院臨床においてPCTのThの非指示的なあり方を論ずることであるが、Sommerbeckはそれだけでなく、論文の冒頭に病院に就職した自分個人の紹介を書いている。Rogersの『クライアント中心療法』(1951)を大学時代に読んだことが病院の心理士として働く動機になったこと、反精神医学の流れにあったこと、そういう時代にデンマークのコペンハーゲンという町の病院に就職したこと、などである。論文の趣旨からすると、一見無駄な記述のようにも見える。しかし、そうではない。非指示的なThとして病院臨床に携わるためにここに提示した考えは、ほかでもない、このような背景を持った個人から出てきている、ということを示しているのである。それは「私個人の話なので、他の人には通じない」という意味ではない。「読者はそれぞれ、私とは異なる背景を持っているだろうから、通じないところ

があっても当然ですよ。あなた個人の背景ではどう考えますか」と読者に内省を誘っている。これは、PCTにおける自己一致の1つの様相である自己表明と同じであり、そのことがセラピーの進展になることを経験的に知っているベテランのThゆえの書き方のように思える。その上、本論文で示したアイデアは、コペンハーゲン以外でも通用しそうなものが多い。すなわち、この個人史の記述は一見個人的なことのように見えて、実は普遍性を目指しているのである。Sommerbeckが、CI個々人の個人性を尊重したセラピー一筋に生きてきた人であることをうかがわせる。

文献

- Grant, B. (1990) Principled and Instrumental Nondirectiveness in Person-Centered and Client-Centered Therapy. *Person-Centered Review*, 5(1), 77-88.
- 諸富祥彦 (2000) 解説 イギリスのロジャーズ派カウンセリングに学ぶ, 諸富祥彦・岡村達也・林幸子・上嶋洋一・山科聖加留 (訳) デイブ・メアーズ著. パーソンセンタード・カウンセリングの実際, コスモス・ライブラリー.
- 中田行重 (2013) わが国のパーソン・センタード・セラピーの立場として取り組むべきこと, 人間性心理学会第32回大会 (大正大学).
- 中田行重 (印刷中) わが国におけるパーソン・センタード・セラピーの課題, 心理臨床学研究, 32 (5).
- 日本臨床心理士会 (2009) 第5回臨床心理士の動向ならびに意識調査, 日本臨床心理士会.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*, Boston: Houghton-Mifflin.
- Sanders, P. (2003) Introduction-read this first. In Sanders, P (Ed.), *The Tribes of the Person-centred Nation: A Guide to the Schools of Therapy Associated with the Person-centred Approach*, Ross-on-Wye, PCCS Books. (近田輝行ほか (訳) (2007) パーソン・センタード・アプローチの最前線, コスモス・ライブラリー.)
- Sommerbeck, L. (2012) Being nondirective in directive settings, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(3), 173-189.