

# Client as Active Self-Healer モデルとパーソン・センタード・セラピー ～医療モデルとの比較～

関西大学心理学研究科 中田 行重

## 要約

心理療法が医療モデルの下で運用されている現状において、医療とは異なるパラダイムを伴っているがどう生き残るかを考えるために、Bohart & Tallman (1999) による Client as Active Self-Healer モデルを紹介する。CI 自身が自分を癒すのであってセラピストではない、というこのモデルは、心理臨床の業界全体が医療とは異なる営為であることを示すためにも重要なモデルである。Person-centered therapy が今後、生き残り、発展するためにこのモデルをどう考えたらよいかを考察する。

キーワード：Client as Active Self-Healer モデル、医療モデル、PCT、  
病理オリエンテーション、心理臨床の固有性

## 1. はじめに

心理臨床が医療の一部でなく、医療とは独立した営為である、という議論は以前からあった。例えば成瀬 (2003) は“脳性麻痺は医学的には治らなくても、歩けるようになるなど「よくなる」”という、医療とは異なる効果と変化の機序の論じており、医療との違いを明快に浮き上がらせているが、個人心理療法においてはその違いを成瀬ほど明確に論じ切れたものはなかったように思われる。それどころか、今でさえ個人心理療法を医療における診断から治療へという流れと同じように、心理アセスメントから心理的介入という枠組みで考えている心理職がかなりいるように思われる。

心理療法が医療か非医療かという問題は他の国でもあった。今から約70年も前、Rogers が地域の精神科医に、シカゴカウンセリングセンターが医療行為をしている、と批判されてセンターの封鎖を要求され、それに対抗して論争したことは、当時、心理カウンセリングが医療行

為かどうか明確でなかったことを示しているように思われる。おそらく、精神医学よりも後発の心理カウンセリングが大きな職種として発展することに関して、医療サイドから心理職へのそのような圧力は数多くあったらうと思われる。その点、Rogers は虐待予防センターの所長職を「医者が務めるべき」と言われたり、シカゴカウンセリングセンターの封鎖を要求されるなど地域の医者から言われたりしたが、その圧力に屈することはなかった。むしろ逆に、“患者”でなく“クライアント”という呼び名を用い、診断無用論など新しい人間観と実践を提示し、それを基盤としてクライアント中心療法や Person-centered approach (以後、PCA) を展開することによって、逆に心理という職種の独自性を学問的に打ち立てていった。

しかし現在、DSM のような診断ガイドラインを用いることが医療において定式化され、心理職もそれに倣って研究や臨床実践を行うようになってきているという世界の流れの中では、Rogers が提示した医療とは異なる営為としての心

理臨床という枠組みはぼやけ、心理業界における地位も危うくなりつつある。わが国も西欧とは経緯は違うものの、認知行動療法 (Cognitive-behavioral therapy, 以後 CBT) やそれを中心に据えた公認心理師制度の展開の中で医療的色合いが強くなっている。その分、Person-centered therapy (以後、PCT) はわが国でも社会的に取り上げられることが少なく、認知が薄くなりつつあり、その存続は危機的になりつつある。診断無用論などは PCT の内部でも必ずしも皆、同意している訳ではないが、PCT の外側からは「診断しないなんてトンデモないことを考える学派」などと思われている。

PCT のこのような社会的認知の薄さや誤解の別の側面の要因として、一つには心理臨床の業界において人を心理的に支えるとは、身体医療と同様に心に問題を見つけてそれを修理 (治療) することであると想定されていることがあるだろう。確かに、多くの人にとって、身体の医療や機械の修理のように欠陥を見つけて修理・治療するという発想は分かりやすいだろう。例えば、CBT は認知・行動上の問題を特定し、それを学習し直すための介入技法を用いる、という点で、診断して治療するという医療と同様の発想をもつ、典型的な医療モデルの心理療法である。精神分析も無意識に問題があると想定し、それを見つけて徹底操作するというものであり、やはり医療モデルである。その点、クライアント (以後、CI) の問題や欠陥を見つけることを想定せず、CI がセラピスト (以後、Th) との関係の中で自由に表出することを受容する PCT は医療的でないどころか、「本当にそれで治るのか」と思われるのも仕方がないだろう。

逆に言うと、心理臨床固有の心理療法とはどのようなものが PCT 以外の多くの他学派において確立されないままになっている、と言えるであろう。その点に関して、Miller (2014) は「心理療法が発展しなかった理由は、医療モデルが便利のために心理療法サイドがそれをそのまま適用してしまっているから」と指摘している。

したがって、心理臨床が生き残る上で、医療モデルでない心理臨床の固有性を明確にすることは重要な課題であり、PCT だけのテーマではない。

PCT は心理臨床の固有性というテーマを追求し続けてきたのに対し、多くの学派がこのテーマを曖昧なまままで済ませてきた、ということを考えてみると、もし心理臨床の業界の全体が、自分らの営為を医療とは異なるものと位置づけようとする意向が今もあるのなら、PCT はその存続を危うくしてきたが、引き続きこのテーマを先頭に立って追求する立場にあるだろう。そして、それをすることが、心理臨床の業界における PCT の社会的認知や存在意義を高めることになるだろう。

そうは言っても他学派、例えば CBT の Th でも PCT の考えを取り入れようとしている人もいる。ただし、それは医療モデルとしての CBT の実践を行う上でツールとして PCT を組み込んでいるのである。それはある意味では CBT と PCT の統合とも言えるが、医療モデルすなわち修理モデルに組み込まれた PCT というツールである。つまり、人間観が異なるのである。したがって、もし、将来、CBT 実践の中にツールとして PCT が生き残っているように見えても、実現傾向という人間への可能性への本質的な信頼は残らないので、結局 PCT の Th としては容認できないような実践が PCT をツールとして行われる可能性が危惧される。PCT は医療モデルではない、ということをもっと追及する必要がある。

その点、本稿で紹介する“Client as Active Self-Healer モデル”は著書のタイトル「How clients make therapy work」(1999) が示しているように、CI を治すのは Th でなく自己癒力を持った CI 自身である、という考え方である。この著書は病理論を基盤にした医療モデルとは対照的に、このモデルではセラピーをどのように行うかを具体的に論じた分厚い本である。本稿ではこれら 2 つのモデルの対比を中心に紹介し、Client as Active Self-Healer モデルと

PCT との関連について考察する。

## 2. 医療モデルと Client as Active Self-Healer モデル

以下、Bohart & Tallman (1999) のうち、特に第 1、2、4 章を中心に要約する。

**【医療モデル】** 医療モデルは CI の病的な部分に目を向ける病理オリエンテーションである。心理療法は元々医療から生まれ、医療から離れるために長年の努力がなされてきた。しかし今なお医療モデルは心理療法の中で支配的であり、心理療法の主流のアプローチは医療モデルである。米国心理学会でも医療モデルの考え方が正式に認められている。管理医療や保険会社など経済界で医療用語が用いられるので、Th は医療モデルの中で仕事をするのを余儀なくされる。多くの Th が今なお医療的な考え方に影響されており、自分がそのように影響されていることさえ気がついていない。現時点では心理療法が医療モデルから離れられる可能性は薄い。

**【医療】** 医療では、患者は症状は知っていても、診断や対応方法を考えることが出来る立場にあるのは医者だけである。したがって、患者は自分の情報を医者に伝え、質問に答える以外は黙っておくことが求められる。医者は患者が病状をどう考えるかには関心はなく、自分が知りたい情報の質問をして診断し治療方針を決める。医者と患者の間のやり取りは会話ではない。患者は何故医者がそのような診断に至ったのか知らない場合が多い。患者は医者の質問に答え、医者が決めた診断と処方に従うことが求められる。患者自身が自分の考えで何かを行ってはいけない。例えば、薬の量を自分で変えてみるなどということは出来ない。

ところでその診断であるが、身体症状はウイルス、臓器、遺伝子や細胞、ホルモンの問題など何か身体的原因を持っている。診断が進めば、適切な治療が決まる。つまり、医療は鑑別診断を基盤とし、疾患ごとに異なる特徴があり、異

なる治療が必要と考える。次に治療であるが、治療は外側からの物質的な解決であり、患者が誰かとは無関係に行われる。患者その人は、治療や手術が行われる場所に過ぎない。

患者と医者との関係がどうであろうと治療にとっては殆ど意味を持たない。関係がよければ患者は医者の指示に従順になりやすいだけである。現在は患者の生存率を上げるのに信頼と希望がある種の効果を持っていることを医療は認めるようになっているが、今もって治療の主体は薬物、手術などであり、信頼と希望に主要な治療効果はない。いわゆる“奇跡的治癒”に患者の信頼と希望が関わっていると言われているが、多くの医者はそれに関心を持たない。それどころか“プラセボが利いたこと”は医者の間では馬鹿にされる。

**【医療モデルに基づく心理療法】** 医療モデルの心理療法では医療と同じ“病気を治療する treating disorders”という考え方が当たり前である。行動・認知、家族システム、人間性等々の理論は医療モデルとは違うことを理論的に主張してきたが、その努力も空しく、管理医療の圧力で心理療法の Th は医療モデルに逆戻りしている。かつて“クライアント”と呼んでいた習慣も捨てて“患者”と呼ぶように戻りつつある。

Th と CI の役割は医療と同じであり、Th はアセスメントし、治療 treatment 方針を決める。CI は Th の決定に従うことが仕事である。医療モデルの心理療法において心理的問題（主訴）とは病理／障害であり、その人がその原因を持っていると見る。精神分析においては自我や防衛、人格構造の機能に障害があると考え、行動・認知論においては行動・感情・思考に機能障害があると考え。そして、セラピーとは Th がその CI 個人と関わるのではなく、その機能障害部分の治療のことを指す。“having borderline disorder”, “with borderline disorder”等の表現がそれを表している。そのため、Th は面接や心理検査で徹底的に CI を調べ、DSM 等に沿ってアセスメントし、その障害された機能に

対する適切な治療法としての心理的技法を選択する。例えば、CIは幼児期の記憶の想起や不合理な認知の修正等の技法の手順に従うことが求められる。

ThとCIとの関係の重要性はそれ自体が治療的に重要というのではなく、Thの技法的介入が作用するための戦略という二次的な意味しか付与されていない。心理療法の効果は学派や技法による違いは大差がないという、よく知られた“ドードー鳥裁決”は間違いとしか扱われない。また、CIとThの間の関係を基盤にして生まれる希望と信頼を信じるようでは素人扱いされる。大学院生が学ぶ関係づくりのスキルは、CIがThに従うような関係を作るためのものである。アセスメントとそれに基いて選択された技法は“治療 treatment”とか“介入 intervention”と呼ばれる。治療 treatment という語は外側から物質や手続き(手術)が加えられることを意味し、介入 intervention という語は外から無理に侵入して、そこを変えることを意味する。そのような語が普通に使われるようでは、ThとCIが協働・協力し合うとか、治癒はCIの中から起こる、という発想からはほど遠い。しかし、これらの語は余りにもこの業界に入り込んでいるので、これらを省いて話すのは今やほとんど不可能になってしまった。

#### 【Client as Active Self-Healerモデルの心理療法】

Client as Active Self-Healer(以後、CASH)モデルの心理療法とは、CIは前向きの強い自己治癒力を持っており、セラピーはCI自身が自分のその治癒力にいのちを吹き込み、それが動き出す時に最も強力になると考える心理療法である。注目して欲しいのは、多くの人はThの力など借りずに自分の力で何とか問題を乗り越える、ということである。そのような場合は自己健全化プロセスを自発的に活性化する動きが働いている。自分の問題や置かれている状況、過去の経験や利用できるリソースが限定されていること等によりそのプロセスが妨げられる時、人はセラピーに来談する。Thの仕事はCIがこ

のプロセスをより有効に活性化できるようにサポートしたり、コーチしたり、情報提供したりすることである。

CIは受け身的に介入を受け容れる存在ではなく、Thと話し合っただけで自ら的人生に積極的に介入しようとする。Thは自分が提供する介入技法はこれこれの効果を生み出すと考えているが、CASHのCIはその介入技法を自分なりの新たなやり方で精力的に活用し、その効果を自ら作り出そうとする。Thの言うことを受け身的に受け容れているように見えるCIもいるが、それでも内面では活発にThと自分の考えを突き合わせ、統合を模索している。つまり、セラピーにおける変化の主体はThでも技法でもなく、CIなのである。CIの自己治癒という側面に焦点をあてると、存在する数多くのセラピーのアプローチがなぜ同じ程度の効果があるのか、の説明がつく。CIのその自己治癒の働きはそのThの学派の技法が提供するものをはるかに超えたものを創造するからである。結局、セラピーを作用させているのはCI自身であり、CIこそがThなのである。

CASHモデルにおいてThは医療モデルのようにCIについての専門家でも、CIの問題についての専門家でもない。専門家はCI自身であり、対応方法等の決定はCIの手中にある。しかしThはCIにとって非常に重要なリソースである。すなわち、Thの仕事はプロセスの専門家であり、アイデア、情報、戦略のプロバイダーやサポーターであり、CI自身が考えようとしていることの明確化を手伝い、感じたことや情報を伝え、提案することである。Thが指示的か非指示的かは問題ではない。どの学派のアプローチも手順やツールは違っても、CIのその自己治癒力を活性化するための固有の力を持っている。セラピーが指示的/非指示的のどちらであってもCASHモデルを採用できる。ポイントはどの指示的/非指示的かである。ThがCIをコ・セラピスト、つまり対等のパートナーと考える人間関係が重要なのである。指示的なら論



文の指導者のようであるのがよい。そうしたセラピーは問題を解決するためのより良い風土を協働して作ろうとするプロセスの場となる。

CASH モデルにおいては問題の定義（査定、診断）も CI と Th の協働作業である。Th はコミュニティアプローチの Th のように住民（CI）と対話を続け、住民と Th が知恵を出し合う。変化の力は住民の手の中にある。このスタンスを取るなら、DSM であっても使える。CI の問題は CI 個人に帰するものと考えない。よく考えればわかることだが、CI の問題は置かれている様々な文脈から起こる。置かれている環境やそれによって影響を受けるシステム、そのシステム間の相互作用、相互作用が作り出す制限などから起こる。

したがってセラピーは CI のなかの一部分や、一部のプロセス（自我、シエマ、防衛機制、条件反応、等）に関わるものではなく、全人的な営みとなる。Th が行うのは“介入 intervention”としての技法ではない。Th は CI が自分の自己治療を働かせられるように、CI 自身の主体性や創造性、考えに気持ちを込めて耳を傾け、CI 固有の力を尊重する支持的なワーキングスペースを提供する。CI はセラピーで得た素材を生活の中でやってみて、そこから学び、修正し、またやってみる、ということを繰り返し、自分なりに取り入れる。その結果として治療はセラピー以外の場でも起こる。

理論的には病理オリエンテーションの医療モデルの心理療法であっても、CASH モデルのセラピーは可能である。逆に理論的には人間性心理学セラピーのように非医療モデルの心理療法であっても、医療モデルのセラピーになってしまうこともあり得る。

**【学派間の効果の違い】** セラピー学派のアプローチ間には効果に違いがないことを“ドードー鳥裁決”というが、それを示す多数の調査研究がある。それらの研究結果を考えると、ある特定の障害に対してはある特定のアプローチの方が効果がある、という医療の考え方は妥当では

ない。一部の重篤な症状には CBT の効果が勝るとか、ある特定のパーソナリティにはアプローチによる効果の違いがある、という可能性は考えられるが、全体的に見るとアプローチ間の違いはないという場合が圧倒的に多い。つまり、殆どの CI にとって Th がどのアプローチを使うかは問題ではない。また、Lambert (1992) が言うように、セラピーの技法 technique はセラピーの効果に 15% しか寄与していない。これほど多くの研究があるのだから、心理療法の業界全体はこれを受け入れて次に進むべきだったのに、いまだにこの事実を打ち消そうとする議論が企てられている。例えば、その中には障害によってアプローチ間の効果の違いがあることを示す調査を引用しているものもあるが、それは医療モデルを支持するものではない。CI のパーソナリティはそれぞれ異なっているため、CI 自身が癒し手である、と考えるなら、合うアプローチが CI により異なるのは当然である。

**【共通要因 common factor は Th-CI の関係性ではない】** アプローチ間に効果の差がないという“ドードー鳥裁決”に多くの要因が絡んでいるのは間違いない。それを説明するための一つの努力が各アプローチ間に共通の要因を見つけようとするものである。共通要因の一つとして挙げられているのが CI と Th の関係性である。確かにその関係性は重要であるが、それはドードー鳥裁決を十分に説明し切れていないと私達 (Bohart & Tallman) は考えている。私たちは CIこそ共通要因すなわち変化の源泉だと考えている。アプローチ間に違いが出ないのは、Th が提供するものを自分に合うように活用する CI の力が、アプローチや技法間に存在している違いを凌駕するするためであり、また、どのアプローチも CI 自身が自分の問題に取り組み解決しようとするスペースを提供するからであろう、と考えられる。たとえ、技法が異なる効果を持っているとしても、それを取り入れ、自分の人生に合うように消化、翻訳するのは個々の CI である。セラピーの方法そのものよりも、CI がそこ

に自分自身をどの程度つぎ込むか、の方がはるかに重要なのである。

**【セラピストの違い】** Thが変化の源泉ならば、Thの経験と訓練が大きな違いになって効果に現れるだろう。しかし、Thの経験が違いをもたらさないことを示す研究が多くある。とはいえ、Thが皆同じ、という訳ではない。Thには有能さに違いがあるという研究もある。その違いはThの質の違いによるものと思われる。つまり、CIが自分の問題に取り組むための支持的な風土をどの程度与えられるかという点でThの質に違いが影響する、と考えることが出来る。

**【セラピストがいる場合といない場合の違い】** 読書その他の自助self-help活動とThのいる場合を比較した研究がある。それらによると、その効果は喫煙や飲酒のような習慣的行動については自助活動の方が劣っていたが、うつ、恐怖、頭痛や睡眠に関してはほぼ同じだという結果である。また、自助活動そのものと自助活動にThによる心理教室や短時間の電話を加えた場合でも、やはり同じ程度の効果であった。

**【クライアント自身の自己治癒力】** 多くの人がThの援助がなくても自分で回復する。それを“自発的回復 (spontaneous recovery)”という。自発的回復を示す多くの研究がある。例えば、境界例人格障害も非社会的な人格障害の人も年齢を経るにつれて症状から抜け出すし、アルコール依存症も喫煙依存もセラピーを受けずに自分で回復する人が、大半とは言わないまでもかなり多い。強迫性障害を持つ人の一部もセラピーを受けずに症状が軽快する。セラピーを受けているCIも70%がセッションとセッションの間で改善するし、初回面接の予約をしてから実際に来談するまでの間に改善するCIが60%以上いる。また、プロのセラピーを求めない人の大多数が友人その他に助けを求めている、というデータなど、社会的な対人関係を持っていることが改善に大きな役割を果たしたり、自分の置かれた状況の変化（例えば軍隊に入ったこと、親を亡くしたこと等）が改善を促したりす

るというデータもある。最近では、人間は精力的に回復し、自己正常化しようとする active, resilient self-rightening 力を持っていることを示す研究が多く出てきている。Prochaskaら(1995)は自己治癒する人はプロのThが用いる方法の殆どを自分で生み出して使っている、と述べている。その方法とは洞察すること、非機能的な認知の修正などの意識を変革すること、カタルシス、自己再評価すること（自分の行動をプラスに見直す）等である。そして、自己治癒を働かせる人は様々な方法を用いているのに対し、セラピーではごく2~3の方法を使うのみであるという。

プラセボ効果、自助グループ、日記療法や自分で自分の考えを話して録音することなどの活動に効果があることも、専門家がいなくて改善することを示している。プラセボ効果は医療では馬鹿にされるが重要である。信じるのが奇跡的な治癒を起こす身体疾患の例は多い。心理療法でもかなりのプラセボ効果が見られる。例えば、プラセボと認知療法では鬱の軽減の効果は同じだったし、治療者びいき効果を割り引くと、プラセボ治療はプロの治療と同じ効果だった、という研究もある。ということは、CIはプロから本物の治療を受けていると信じていることで、自己治癒力が発現している可能性がある。多くの薬物治療も身体へ確かに作用しているのだが、薬として効いているのは薬物処方という行為がもつプラセボかもしれない。心理療法の場合、プラセボの効果はCIの自己治癒の自然なベースラインと言えるかもしれない。

**【Client as Active Self-Healerであることを直接示すデータ】** CIが積極的な自身の癒し手 Client as Active Self-Healerであることを直接示すデータも多い。セラピーへの積極性がセラピー効果を予測する重要な変数であるというデータや、オープンに取り込もうというCIの姿勢が効果につながるというデータもある。また、CIがThに従順であることよりも、Thと協働することの方が効果につながっているというデ

ータもある。Orlinsky et al. (1994) は「協力的でオープンな CI ほどセラピーに積極的で、セラピーで得た経験をより活用しようとする…その結果、効果が出やすい」(p. 363) と述べている。

セラピーの目標が明確でない人はセラピーを予約しても来談しない率が高い。主体的な CI は自分の思考、感情をモニターし、そのモニターに対する反応としての思考や行動、自分の意味付けをモニターする。セラピーに関する CI の体験についての研究によると、CI は口をそろえて、セラピーで最もよかったのは自分で問題を考える時間と空間を持てたこと、と言う。CI はセラピーにおいて変化を引き起こしたのは Th でなく自分だと見ているというデータもある。

**【セラピストはなぜ必要なのか】** セラピーで何が良かったかを問われた CI は上述したように自分で問題を考える時間と空間を持てたこと以外に、Th との関係の体験が良かったという CI もいる。行動療法の CI でもその技法と同じかそれ以上に Th との関係を有用だったと述べている。CBT を受けていた CI の評定によると、Th の共感が効果と高い相関があった。しかし、CI 自身が癒す力を持っているのなら Th が必要なのはどのような時か？

一つには克服すべき障害が他の人に比べて多かったり、遺伝的に譲り受けた問題のために自己治癒力の発揮に過剰な負担がかかる場合である。子どもの頃に極めて非機能的な対処行動を覚えてしまったために、それが問題を作り出したり、自己治癒力の発揮を阻害する場合もある。ただし、だからと言って、彼・彼女らが自己治癒力を奪われてしまったと考えるべきではない。重い問題を抱える CI でもより良い人生を何とか送るようになるし、生育歴がよくなくても、生物的に付与された能力、あるいは環境が不十分であっても、修正を加えて何とか大人の生活をするようになる。セラピーに来談する人も自己治癒の力を持っていると見なければならぬ。

また、失敗を繰り返した人は自分は問題を解

決できないとってしまいがちである。上手く行かないことが続くとき自分を責め、無力感に陥る人もいる。逆に上手くいかないやり方に拘り続ける人もいる。あるいは、上手く行かないと非効率的な一時的解決に逃げ込む人もいる。ストレス過多のために一歩下がって問題を俯瞰することが出来なくなり、非生産的にボンヤリと考え込んでしまう人もいる。またストレス過多のために危機的な状態になり、自分を十分に落ち着けることが出来なくなる人もいる。人は新しい問題に対しても使い慣れた古い方法を使いがちであるが、特に創造性が必要な時に古い知識で対応しようとするとき上手くいかない。人間関係 social support や問題解決を考えるための時間や空間が不十分だと、これらの非効率的な問題解決の方法が一層うまくいなくなる。

人間関係 social support は特に重要なリソースである。良い人間関係は様々な機能を発揮する。その中には車に乗せてくれたり、お金を貸してくれたり、といった日常的なこともあるが、特に重要なのは耳を傾けて情緒的サポートをしてくれる人の存在である。良い人間関係がある場合には、ストレスのレベルが下がり、自己治癒力がうまく発揮されやすい。特に指摘しておきたいのは、話し相手はいても、聴いてくれる人がいない場合が多い、ということである。逆に言うと、セラピーに来談する人は人間関係を作れない人、ということになる。彼・彼女らは人との親密な関係を怖れていた、子どもの頃に愛着のある関係の中で傷ついたりしているのである。その意味では人間関係を持っていないのは CI 側の問題であるが、CI が Th に解決してほしいと思っているのはまさにその問題である。

自己効力感を持っている人や問題に適切な対応を取れる人は、他人からの助言、あるいは時には批判でさえ生産的に活かすことができる。それが出来ない人は他人から言われることを感情的に受け取ってしまっていて、人から言われることの内容に焦点を当てるが出来ない。そのために自分の周囲の人間関係に近づこうとしな

くなる。自分を癒すために必要なリソースは周囲の人間関係の中にはない、とってしまうからである。

人がセラピーに来談するもう一つの大きな理由は、自分の周囲では問題を効率的に解決する方法を考えるための時間や空間を持ってないからである。問題をボンヤリと考える思考サイクルから抜け出すには、問題との距離をとって全体を俯瞰する必要があるが、その時間や空間を日常生活で持てないのである。友人や同僚、恋愛パートナーに話しても必ずしも助けにならないのは、その人たちがその問題に関係しているからである。そのため、問題の輪の外にいる人に話す方が助けになりやすい。日常生活で手に入れにくいもう一つの重要なリソースは情報である。情報は例えば自助のための著書などから得られるものもあるが、他人とのちょっとした比較に関するものなどもある。例えば性生活でいくら頑張っても妻をオーガズムに導けないという男性にとって、そんなのはごく当たり前のこと、と知るだけでも支えになる。ThがCIに時に情報を提供することがあるのは、他の人は日常生活で普通に手に入れることが出来る情報なのに、それまで運悪く手に入れられなかったりするからである。同様に、普通なら親や友人などを観察するなどして普通に問題解決のモデルを見る機会がありそうなのに、その機会を持てなかった人にとっては、そのモデル例を示してもらっただけでも有用である。逆に、良いモデルを観察する機会がなく批判されると問題を悪化させてしまい、それがセラピーへの来談につながる。また、人からフィードバックを少しもらえると助けになることもあるし、時には専門家のフィードバックが欲しいこともある。自分の決断プロセスを信じられないからである。

自己治療力を阻害するような思い込みを持っている場合もセラピーへの来談が有効である。問題の解決のためには自分が頑張るしかない、という思い込みがある場合も、解決に向けたオープンで探索的な態度になりにくい。また防衛

的な人は自分は正しいと思いついて変えようとしない。あるいは、最良の解決方法は問題に対する知的な分析であると信じ込んでいると、問題点の分析になりがちであり、生産的な解決には必ずしもつながらない。

### 3. Client as Active Self-Healer モデル についての一考察

#### (1) 本書の学派的位置と意義

本書の第一著者のBohartはPCTの有力な論客であり、もう一人の著者のTallmanもPCTのThである。PCTの視点をもった読者なら本書がRogersの実現傾向やセラピー論を基盤にして書かれていることは容易に分かるであろう。ところが、Rogersの文献が余り引用されていないことや、PCTのどの文献にでも繰り返し出てくる「受容」「共感的理解」という語も数回出てくるだけであり、「パーソン・センタード」や「クライアント中心」、「無条件の肯定的配慮」や「自己一致」「実現傾向」「中核条件」という用語は出てこない。つまり、本書はPCTの著書として書かれていないのである。いや、少なくとも、想定している読者はPCTの人だけでなく、CIの治療力に関心を持つあらゆる学派の人たちであろう、と思われる。したがって、本書はPCTの著書ではないとも言えるのである。

ところが、Rogers(1957)は必要十分条件の論文において、「ここに記した条件はクライアント中心療法にしか適用されないとは書いてない」と書いているように、Rogersにはクライアント中心療法やPCTだけでなく、学派の溝を越えて俯瞰的にセラピーを考えようとする面がある。このメタ的発想はGendlinの体験過程理論にも受け継がれ、更にはMearnsやCooperの深い関係性relational depth論やCooperの多元的療法論にも受け継がれるなど、PCTの伝統的発想の一つである。その意味では本書はPCTのメタ的発想に明らかに則っている、という点で、PCTのRogers後の展開の一つと言えるだろう。



内容的にも PCT という語が使われず、使われているのは“humanistic”という語であり、しかも“humanistic”であっても医療モデルになり得ること、CBT や精神分析など理論的には医療モデルであっても、医療モデルでない運用が可能であること、を書いているように、単に学派のブランドの違いで医療モデルかどうかを論じていない点が興味深い。また、指示的／非指示的かは問題ではないという点や Th は CI に情報を与えるという点などは伝統的な PCT に拘っていない。むしろ、CI の自己治癒する力を信じる、という点を PCT の本質と見ているように思われる。また、実現傾向という語をもちいずに、Client as Active Self-Healer という概念によって CI の自己治癒力を具体的な例を挙げている点で、Rogers の理論を展開させていると言えるだろう。

つまり、Rogers の理論の本質を CI の自己治癒する力への信頼に置き、その本質は他の学派のアプローチに共通する広がりを持っている、ということをどの学派の Th にも通じるように書いたのが本書の特徴と言えるだろう。

## (2) 非医療モデル

Mearns & Cooper (2018/2021) は深い関係性 relational depth の意義として、Th-CI の関係性が医療モデルのような上下関係ではなく、人と人の出会いであることを述べている。その点、Bohart らは心理療法間の効果に違いはない（ドードー鳥裁決）ことや、特定の障害に特定のアプローチが良いという訳ではないことを、心理療法は本来、医療モデルでは説明できないことの論拠にしている。共通要因説ではドードー鳥裁決の要因として Th-CI の関係性が重要とされている。しかし、Bohart らは、関係性は重要であるとしつつも、それはあくまでも CI の自己治癒を支えるものとして位置付けている。そして心理療法間の効果に違いがないのは CI それぞれが Th が提供するものを自分に合うように活かすから、と述べている。これは本書のオリジ

ナルな観点の一つである。

そして、humanistic なアプローチでも医療モデルで行い得るし、CBT や精神分析でも CASH モデルで行い得ると論じているのは、従来の区別による学派の違いで論争することから次の段階に移行する必要を唱えているように思われる。それも本書のオリジナルな観点と言えるだろう。

## (3) わが国における PCT

本書が出版されて 20 年以上も経った今も CBT が学派間競争で独り勝ちしている状況は変わらず、PCT の存続が危うくなっている。筆者の推測であるが、本書は Rogers 理論の展開でありながら、PCT であることを意識せず、他学派に通じるように論述を進めているように思われる。これは Rogers 理論の生き残り方の一つの道であろう。しかし、それ（だけ）でいいのだろうか？ つまり、他学派の実践に取り込まれ、PCT というブランドの輪郭をなくしながらも生き残る、という戦略でよいのだろうか？

筆者は Bohart らの主張は重要な議論として認識しつつも“PCT”という学派ブランドの独自性を提示する努力が必要である、と考える。その理由として、他学派の人にも通じるように取り込まれると、他学派に通じる部分だけが選択的に生き残ることになってしまうと考えられるからである。これは筆者個人の感じ方であるかもしれないが、例えば、Bohart らの論述からは Mearns & Cooper (2018/2021) の深い関係性 relational depth 論で描写される PCT 固有の関係性の深淵の威力が伝わらないように思われる。Bohart らは自らの癒し手としての CI を論じているが、実際にはセラピーに来談して問題に取り組もうとする意欲や力をもつ来談型の CI を想定した援助論であるように読める。もちろん、そのような CI への援助論は重要であるが、その分、問題に取り組む意欲どころか、生きる意欲や自分を失ってどうしようも無力を感じている CI の場合は、来談どころか何らかの施設に長いこと入所していることもあるし、Th と

の深い関係性 relational depth だけを唯一のリアリティとして生きるしかない、ということもある。そう考えると Th の純粋性だけが CI に希望を与えらると思える深い関係性 relational depth をはっきりと残しておくことが重要だろうと思われる。それを明確に理論化し、実践に導くことが出来る学派として、PCT という学派ブランドは残しておく必要があるだろうし、それこそが PCT の重要な貢献ではないだろうか。

PCT というブランドを残すとは、PCT の発展の方向性として CASH モデルと深い関係性の 2 つのうち、どちらかを選ぶというよりも、両方を組み込むような理論の体系が必要ではないか、と思われる。特にわが国の臨床心理士や公認心理師は幅広い臨床領域を想定した資格制度であり、どちらか 1 つだけでは十分でないだろう。いや、2 つだけでなく、もっと幅広く対応できる必要があるだろうと考え、PCT において Rogers 後において発展した他の諸派のアプローチの必要性も浮かび上がってくる。

今後どう進むかを考える時が来ている PCT であるが、他学派にオープンな Bohart らの立場はそれを考える上で刺激的な参照枠である。

## 謝辞

本研究は JSPS 科学研究費 補助金 (科研費) 21K03098 の助成を受けたものである。

## 文献

- Bohart, A. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healer*. Washington, DC: APA.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2018). Working at relational depth in counselling and psychotherapy, 2<sup>nd</sup>. 中田行重・斧原藍 (2021) 「深い関係性 relational depth」がなぜ人を癒すのか～パーソン・センタード・セラピーの力, 創元社.
- Miller, S. (2014) 「Scott Miller, PhD-The Evolution of Psychotherapy: An Oxymoron」 <https://www.youtube.com/watch?v=pl8Hww1xjK4&list=PLCSh4AcAltMdx3oa2F5uJDipSV32DJczg&index=1> (2021 年 12 月 28 日)
- 成瀬悟策 (2003) 心理臨床の独自性. 氏原寛・田嶋誠一編, 臨床心理行為: 心理臨床家でないときできないこと, 創元社, 26-47.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 270-376, John Wiley & Sons.
- Prochaska, J. O. (1995). *An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy*. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice*, 403-440, Guilford Press.