

〔研究ノート〕

来談者中心療法の本質探求への一試論

—薬に頼らない精神科医の実践から来談者中心療法の意義を照らし出す—

上 嶋 洋 一

はじめに

本稿は、今日、その理論の核心を十分に理解されないまま捨て去られようとしているカール・ロジャーズ (Carl Rogers: 1902~1987) の創始した来談者中心療法 (Client-centered Therapy), その臨床心理学的意義を、薬に頼らずに精神疾患を治療する道を探求している精神科医ピーター・ブレギン (Peter Breggin: 1936~) の実践を通して再認識しようとするものである。

精神科医が薬に頼らず (あるいは、使わず) 治療を試みようとする時、その姿は、薬を処方することのできない援助専門職、つまりカウンセラーやソーシャル・ワーカーの姿に似てくる。本稿では、同じ援助専門職とはいえ、その訓練カリキュラムや、拠って立つオリエンテーションがまったく異なる精神科医の実践を検討する。その意味では、ロジャーズ派の「内」からロジャーズの意義を読み解くというより、むしろロジャーズ派の「外」にいる精神科医の治療哲学を検討することを通して来談者中心療法の意義を再発見しようと試みた、いわば「間接的」なアプローチである。

ところで、精神医学界の主流は今や、薬物療法であり認知行動療法である。来談者中心療法を含むいわゆる対人関係療法ではない。「難しい症例は精神科医にまわす」ということも、今では常識になっている。こうした時代の中にあって、来談者中心療法は自信を失いつつある。しかし精神科医の実践の中に、私たちが当たり前やってきたことと同じ原理を発見する…このことが、来談者中心療法から多くを学ばせてもらってきたカウンセラーたちの、失いかけた自信を取り戻す一助になるのではないか。

1. 精神医学・心理療法界の動向

精神医学界には、今、対話を中心とする心理療法に対して、三つの逆風が吹いている。

第一は、薬物療法および認知行動療法の興隆による心理療法の衰退である。

アメリカ精神医学会の学会誌『American Journal of Psychiatry』は、2006年、第163号の論説に「私たちはまだ、統合失調症患者としゃべっているのか?」⁽¹⁾という題の論文を掲載した。今や対話中心療法 (talking therapy) の時代は終わり、薬物療法の時代になったということであろうか。ブレギン同様、薬に頼らず精神科治療の実践を展開している精神科医ヤーロム (Yalom, I.) は次のようにいう。「近年主流をなす精神科の教育は、グループサイコセラピーの教育と実践をあまり強調していない。精神医学の薬物療法化と、精神病の生物学的原因の探求や薬理学的治療が盛んなことが、この傾向を裏付けるであろう」⁽²⁾と。この言葉からは、アメリカの医療現場で、精神医学の薬物療法化が進み、さら

(1) Keith, S., 'Are we still talking to our patients with schizophrenia?' *American Journal of Psychiatry*, 2006, vol.163, pp.362-364.

に臨床に携わる以前の医学教育の段階で、十分な対話能力の育成がなされていない状況がうかがえる。ひょっとすると何年か後には、傾聴のトレーニングを受けたことのない精神科医や心理療法家が生まれているのかもしれない。こうした中で、対話を中心的な方法とする心理療法は衰退の危機にあるといえよう。

第二の逆風は、アメリカの保険制度の影響による心理療法の衰退という逆風である。

村山正治は次のようにいう。「アメリカ事情に詳しい金沢吉展によれば、1995年にアメリカ心理学会臨床心理部会が認知行動療法中心のガイドラインを公表した。これは特定の症状とそれに対する有効な技法がリストアップされていた。このリストは全米のメンタルヘルスの世界を席卷し、大学院はこのリストに基づいた教育をし、保険会社や公的機関はクライアントの問題や症状に合った心理療法を行わない場合は料金の支払いを渋ったりした。さらにこのリストに掲載されている心理療法を<スタンダード・プラクティス>として採用するよう専門家に要請するようになってきている」⁽³⁾。

また、岩田真理も、米国の医療保険制度について次のようにコメントしている。「日本では、国民はすべて何らかの公的保険に加入しているが、米国の保険制度は日本のものとまったく違う。高齢者、低所得者にはメディケア、メディケイドなどの公的医療保険があるが、そのほかの人々は個人で民間の保険に入らなくてはならない。その民間の保険は、実費給付方式と管理医療方式とに大別される。前者は日本の公的医療保険のようなもので、どの病院にも適用できるが、保険料が高い。後者にはいろいろな種類があるが、概して制約が多い。精神医療、カウンセリングも保険の対象になるが、精神医療に対しては受領制限などによる医療費抑制の締め付けが強い。その影響もあり、昨今長期間のセラピーは補償対象とならず、短期間で表面的な結果が出る認知行動療法系のアプローチが歓迎される傾向にある」⁽⁴⁾。

このように、経済性・効率性を優先する保険会社の要請を受けた形で、短期間で効果が確認できる薬物療法や認知行動療法が、メンタル・ヘルスケアの世界の主流をなすようになってきており、その結果、対話中心の心理療法は（少なくともアメリカでは）衰退の危機にある。ただし、精神医学界でなされている効果研究に関して、ブレギンは次のような疑問を投げかける。「リサーチ・プロジェクトは通常、症状の除去（例えば体重の増加や不眠の改善）といった、薬による影響を受けやすい項目を重要視することによって、薬に有利になるように歪められている。そうした変数よりもっと重要な、例えば、内的生活の質が改善されたとか、未来への希望がふくらんできたとか、あるいは勇気ある先進的な行動が増えたといった、より重要な変数は、多くの場合無視されている。このように薬に有利な歪みを持った研究でさえ、しばしば、薬の有効性を例証し損ねている」⁽⁵⁾と。しかし、こうした声は少数派でしかない。

第三の逆風は、アメリカ精神医学会の作成した診断基準、DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 重視による心理療法への影響である。一言で

(2) ヤーロム、I. (他) 『グループサイコセラピー』、金剛出版、1991年、p.17.

(3) 村山正治 (他編) 『現代のエスプリ ロジャーズ学派の現在』、至文堂、2003年、p.27.

(4) ヤーロム、I. (岩田真理・訳) 『ヤーロムの心理療法講義』、白楊社、2007年、p.22、訳者註。

(5) Breggin, P., & Breggin, G., *Talking Back To Prozac: What Doctors Aren't Telling You about Today's Most Controversial Drug*. St. Martin's, 1994, p.236.

例えば、心理療法に医学モデルが導入されることになったことである。ブレギンは次のようにいう。「心理学者やカウンセラー等、医者ではないセラピストたちもまた医学モデルの採用を、とりわけ危機的状態にある人や極端な非行、深刻な心の苦しみを抱えた人たちを相手にする場合には、医学モデルの採用を強制されていると感じている。さらにはカウンセリングや心理学を専攻する課程で、アメリカ精神医学会の診断基準の学習がかなり重要な部分を占めていることもあって、学生たちは難しいクライアントや難しい状況の場合には精神科の見立てと治療に委ねるように、と何度も繰り返し教えられる⁽⁶⁾」と。

DSMによる診断の仕組みは、例えば「以下に挙げる症状のうち、5項目以上が2週間以上続けば〇〇障害と診断する」という、いわばポイント制の診断マニュアルである。このマニュアル採用の結果、医師ごとによる診断のばらつきが少なくなったといわれることもある。また、罹患率等の統計処理も可能になった。わが国の臨床心理士も、そのほとんどすべてが、この診断マニュアルの教育を受け、このマニュアルを基に精神科ヘリファースべきかどうかを決めているのではないか。しかしその結果、「人を見ず、症状だけをみる臨床」、つまり症状を見付け、診断マニュアルにしたがって患者を分類することが中心の臨床、に傾いてきているようにも思える。こうした現状に対して、「患者の“人生の問題”に時間を割けない現在の精神医療は病んでいる」という研究者さえる⁽⁷⁾。

本稿では、こうした心理療法にとって強い逆風の吹く時代にあっても、薬に頼らず精神疾患治療の道を探るブレギンの治療哲学の検討を通して、ロジャーズが説いたような、対話や人間関係、さらには「人がまさにそこにいる (presence)」ということそれ自体が持つスピリチュアルな力を大切にしようとしている、カウンセラーを初めとするメンタル・ヘルスケア従事者の存在意義を、カウンセリングの原点に立ち戻って再確認してみたい。

2. ロジャーズの治療観・ブレギンの治療観

ブレギンの治療観の検討に入る前に、まずはロジャーズの基本的主張を確認しておきたい。ロジャーズのカウンセリングは、最初「非指示的カウンセリング (non-directive counseling)」と呼ばれ、やがて「来談者中心療法 (client-centered therapy)」に名を変え、そして1974年以降は「クライアント (来談者) や「セラピー (治療)」という言葉も取り、「人間中心のアプローチ (person-centered approach)」と呼ばれるようになった。

こうした名称の変更にもかかわらず、彼の基本的仮設として保持され続けているのは、

- (1) 個人には本来自己実現への力が内在しており (ロジャーズの大前提)、
 - (2) その個人が、ある促進的な心理的風土にさらされる時には (カウンセリングにおける中核条件の研究)、
 - (3) その個人に建設的な人格変容が起こる (「十全に機能する人間」の研究)、
- という命題である⁽⁸⁾。

(6) Breggin, P., 'Psychopharmacology and human value', *J. Humanistic Psychology*, 2003, Vol.43, No.2, p.35 参照。

(7) 香山リカ、『朝日新聞』2008年3月30日、エリオット・S・ヴァレンスタイン『精神疾患は脳の病気か?』(みすず書房) 書評。

(8) 参照: ロジャーズ, C. R. (諸富祥彦・他訳)『ロジャーズが語る自己実現の道』, 岩崎学術出版社, 2005年, p. 331.

この「個人に建設的な人格変容をもたらす、ある促進的な心理的風土」に関するロジャーズの代表的な研究が、1957年の「治療的人格変容の必要十分条件 (The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change)」という論文である⁽⁹⁾。そこで提示された6つの条件の中の「無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard)」「自己一致あるいは純粋性 (congruence or genuineness)」そして「共感的理解 (empathic understanding)」は、「カウンセラーの三条件 (あるいは、中核条件)」と呼ばれ、以後、この「三条件」をめぐって多くの研究者たちが膨大な量の実証研究を産み出すこととなる。

しかし、ロジャーズ自身は、この「三条件」について、最晩年のインタビューの中で、次のように語っている。「今まで私の本では、あの三つの基本条件 (自己一致、無条件の肯定的関心、共感的理解) をあまりにも強調し過ぎていたのではないかと、今では思いたくなくなっている。おそらくセラピーにとって本当の意味で最も必要な要素は、これら三つの条件の縁 (edge) の周辺にある何か、言い換えれば、私という人間が、非常にくっきりと、見ればすぐわかるような形でプレゼンスする、つまり、まさにそこに存在するところにあるのではないかと⁽¹⁰⁾。ロジャーズが最晩年にたどりついた境地は、「人間には本来自己実現への力が内在している」という人間観に基づきつつ、その個人に、「プレゼンス」という言葉で表現したくなるような特質を持った心理的風土を、カウンセラーが提供することの重要性であった。

一方、ブレギンの治療観はどのようなものであったのか。

「私たちは、鬱病と呼ばれる深い苦悩を抱えた人々や、強い混乱状態にある人々 (deeply disturbed people) のことを、必死に生き残ろうとし、成長しようとしている人間、つまり自分自身および他者との間に葛藤を抱えた一人の人間としてみななければならない⁽¹¹⁾とブレギンはいう。また、精神的な苦しみそれ自体は「病気」ではないともいう。むしろ、苦しみは今の自分の生き方を振り返り、人生の深さを理解する重要な入り口であるのかもしれない。「私の治療実践においては、苦しみは生きている証し (sign of life) として歓迎される。その苦しみを薬物によって弱めたり消そうとしたりする代わりに、その苦しみを私と分かち合おうと励ます。その苦しみを十分に吐き出してもらい、その苦しみがその人の人生に関して何を言おうとしているのか理解することを目指して、その苦しみの意味を検討しようとする」⁽¹²⁾。

つまり私たち人間が精神的に苦しむ時、それは自分自身の中に葛藤を抱え、また他者との間に葛藤を抱えながら、それをなんとかして乗り越えようと苦闘している状態である、とブレギンはみる。それは速やかに取り除かれるべき「病気」ではない。なぜなら、その苦闘こそ、人が生きることそのものに他ならないからである。悲しみや苦しみもあって初

(9) Rogers, C. R., 'The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change', *Journal of Consulting Psychology*, 1957, Vol.21 pp.95-103.

(10) Baldwin, M., 'Interview with Carl Rogers: On the use of the self in therapy', In: Baldwin, M. ed., *The Use of Self in Therapy (2nd. ed.)*. The Haworth Press, 2000, p.30.

(11) Breggin, P., & Stern, E. M. (eds.), *Psychosocial Approach to Deeply Disturbed Patients*. Haworth Press, 1996, p.6.

(12) Breggin, P., *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock, and the Psychopharmaceutical Complex. 2nd ed.*, Springer Pub, 2008, p.437.

めて、私たちは「人間的な私」になっていくのである。

こうした見方に立つがゆえに、「癒しはその人自身の自己成長と、他者との有益な人間関係、その二つの組合せを通してもたらされる」⁽¹³⁾とブレギンは説く。言い換えれば、医学的な意味での治療というより、むしろその人自身の成長を見守り、励まし、同時に有益な人間関係の構築を援助するという、心理-社会的アプローチこそ、人間の癒しにとっては第一義的なものであるとブレギンは考えるのである。そのブレギンの心理-社会的アプローチの中核にあるのが「ヒーリング・プレゼンス（ヒーリング・オーラ）」であり、「共感」あるいは「共感的な愛」という概念であった。ブレギンは次のようにいう。「援助的であるために最も大切なこと、つまりヒーリング・プレゼンスとヒーリング・オーラの創造においては、共感が非常に重要な役割を果たしている。もし私たちが誰かに対して共感を感じれば、その人たち一人一人の苦しみに対して、ポジティブで癒すような仕方の反応をせずにはおれなくなるだろう」⁽¹⁴⁾と。こうしたブレギンの人間観・治療観は、共感を基本としながら精神的苦境にある人々と関わろうとするロジャーズのそれと、極めて共通するものを持っている。

とはいえ、同じ「共感」という言葉を使っていたとしても、あるいは同じような局面が二つの療法の間には存在しているとしても、それがそのまま「同じもの」とあるとは限らない⁽¹⁵⁾。さらにその「共感」概念を、詳しく検討してみる必要がある。

3. ブレギンにおける「共感」概念

精神科医と心理学者では、その拠って立つ理論や訓練課程や力関係に大きな違い（あるいは、「差」）がある。しかしブレギンは（他の多くの精神科医のように）ロジャーズを含む人間性心理学者たちの貢献を端から無視したわけではない。ブレギンはロジャーズをどのような点において評価していたのであろうか。

ブレギンは次のようにいう。「ある意味で人間性心理学は、“異常な”心理的発達ではなく、“正常な”それに対処する専門科学としてみずからを定義してきた。…（中略）…人間性心理学についてのこの定義は、より難しいクライアントや、より難しい状況には精神医学的な介入に頼ることを推奨するものである。…（中略）…しかし歴史的にみて、人間性心理学者たちがみずからを“正常な”クライアントの心理療法に限定してきたわけではなかった。彼らは心理療法の技法を、非常に重い精神障害の範例に、つまり統合失調症と呼ばれた患者に適用してきたのである。これに関しては1967年のスティーブンスとロジャーズの実践報告を参照して頂きたい」⁽¹⁶⁾と。

「スティーブンスとロジャーズの実践」とは、ロジャーズ等によって行なわれたウィスコンシンでの統合失調症患者に対する心理療法の試みを指す⁽¹⁷⁾。とりわけ「沈黙する青年

(13) Breggin, P., op. cit. (1996), p.6.

(14) Breggin, P., *The Heart of Being Helpful*. Springer Pub., 1997a, p.124.

(15) 例えば、「非指示的」局面は、いわゆる非指示的カウンセリングだけでなく、精神分析においても、行動療法においても見出される。だからといって、この三つを「同じものだ」と考える人はいないだろう。その、目的とするところが全く違うからである。（参照：上嶋洋一、「Rogers派カウンセリングの基本的理念」、筑波大学大学院博士課程教育学研究科（編）『教育学研究集録 第7集』、1983年、95-106頁。）

(16) Breggin, P., 'Psychotherapy in emotional crises without resort to psychiatric medications', *The Humanistic Psychologist*, 1997b, vol.25, no.1, p.3.

のケース」として知られる事例が、ロジャーズにとって、「プレゼンス」という概念を生み出すきっかけになった重要な事例である。ロジャーズもブレギンも、重い統合失調症患者との（薬を用いない）臨床体験を通して、ブレギンは「ヒーリング・プレゼンス」を提唱し、ロジャーズは「プレゼンス」を提唱した。一方は医学、他方は心理学というバックグラウンドの異なる二人の臨床家ではあるが、ほぼ同じ診断名を持つ患者との、薬を使わずになされた臨床が、相互に重なり合う概念を生み出している点に注目しておきたい。

ブレギンの「共感」概念に移りたい。

ブレギンによれば、援助する側の人間が提供できるものには三つあるという。彼は次のようにいう。「ヘルス・ケアを提供する側の人間は、知識と経験に加えて、私が“ヒーリング・プレゼンス”と呼んだものを提供する」⁽¹⁸⁾。そしてこの「ヒーリング・プレゼンス、およびヒーリング・オーラ (healing aura) の創造こそ、援助的人間の中核である」⁽¹⁹⁾という。ここでいう「ヒーリング・プレゼンス」とは、「クライアントを安心させ勇気づける在り方」⁽²⁰⁾のことであり、「ヒーリング・オーラ」とは、「ヒーリング・プレゼンスによって創りだされる関係、あるいはヒーリング・プレゼンスによって醸し出される雰囲気」⁽²¹⁾

(17) 以下を参照せよ。Rogers, C. R., 'Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics', In: Rogers, C. R., & Stevens, B. (eds.), *Person to Person: The Problem of Being Human*. Real People Press, 1967, pp.181-192.

Farber, B. A., Brink, D. C., & Raskin, P. M. (eds.), *The Psychotherapy of Carl Rogers*. Guilford Press, 1996. および, Baldwin, M., 'Interview with Carl Rogers: On the use of the self in therapy', In: Baldwin, M. ed., *The Use of Self in Therapy* (2nd. ed.), The Haworth Press, 2000, pp.29-38.

この、ボールドウィンとの対談の中でロジャーズは次のようにいう。「時を重ねるにつれて、“セラピーの中で、私は私自身を使っている”という事実気づくことができるようになりました。私が、しっかりクライアントに集中できている時には、まさにそういう私の在り方それ自体 (just my presence) が、癒しにつながっていると私には思えます。そしてこのことはおそらく、良いセラピストみんなに当てはまることです。私がかつてウィスコンシンで、ある統合失調症の男性と関わっていた時のことを思い出します。長い中断もありましたが、その人とは1、2年の間、関わりをもっていました。重要な転機が起こったのは、彼がすべてをあきらめ、生きようが死のうが、もうどっちでもいいと言い出し、まさにその病院を逃げ出そうとしていた時のことでした。私は言いました。『自分なんかどうなってもかまわないと思っているんでしょ。それはわかります。でも、あなたに知ってもらいたいのは、私には、あなたのことがとても気に懸かるといこと、あなたにどんなことが起きようとしているのか、それが私にはとても気に懸かっているといことです』と。10分か5分、彼はすすり泣いていました。ここがこのセラピーでの転機でした。私は彼の感情に応答し、その感情を受け容れてはいました。しかし、私自身の感情が本当に彼に届いたと思えたのは、一人の人間として彼に近づくことができ、彼に対する私自身の感情を表現することができた、この時でした。

このことが私には強く心に残りました。というのも、今までの私の本では、あの三つの基本条件（自己一致、無条件の肯定的関心、共感的理解）をあまりにも強調し過ぎていたのではないかと、今では思いたくなっているからです。おそらく、セラピーにとって本当の意味で最も必要な要素は、これら三つの条件の縁 (edge) の周辺にある何か、つまり、私という人間が、非常にくっきりと、まさにそこに存在する (when my self is very clearly, obviously present) ところにあるのではないのでしょうか。』(Baldwin, M., 'Interview with Carl Rogers: On the use of the self in therapy', In: Baldwin, M. ed., *The Use of Self in Therapy* (2nd. ed.), The Haworth Press, 2000, p.29.)

(18) Breggin, P., op. cit. (2008), p.424.

(19) Breggin, P., op. cit. (1997a), p.8.

(20) *ibid.*, p.6.

(21) *ibid.*, p.6.

のことを指す。

「ヒーリング・プレゼンス」や「ヒーリング・オーラ」という言葉を使うと、どこか非科学的で怪しげな印象を持ってしまう人もいるかもしれない。しかし、その言葉の意味するところのものは、実は誰も想起可能なものではないか。

例えば、私たちは（おそらく誰もが）、ある人が来た瞬間、あるいはその人がいるだけで、心安らぐような安心感を感じる、そんな人間の一人や二人は思い浮べることができるはずである。それは両親であったり、担任の先生であったり、掛かり付けの医師であったり。そうした、心安らぐ安心感を与えるような在り方こそ、ブレギンは「ヒーリング・プレゼンス」と呼び、援助的であることの核心（the heart of being helpful）だと考えた。

さらにブレギンはいう。「援助的であるために最も大切なこと、つまりヒーリング・プレゼンスとヒーリング・オーラの創造においては、共感が非常に重要な役割を果たしている」⁽²²⁾と。その「共感」をブレギンは次のように定義する。「他者の苦しみを本気で理解し気に懸けようとする気持ちと能力（the willingness and ability to understand and care about the suffering of another person）」⁽²³⁾であると。

この定義の要点は二つある。一つは、「他者の痛み」を理解しようとする点。つまり他者の人格構造やその人の抱えている問題それ自体の理解ではなく、その人が抱えている、痛みという「感情」を理解し、気に懸けるとした点。もう一つは、その痛みを「本気で」理解し、気に懸けようとする気持ち（willingness）という言葉で定義の中に含めた点である。「共感」は、知的な能力だけの問題ではないのである。

ただし、こうした「共感」を実践するのは容易なことではない。「共感」が極めて困難な営みであるという認識を大前提にしている点にこそ、ブレギンの「共感」概念の特質はある。ブレギンは次のようにいう。「共感とは、他者に対して援助的であろうとする時、最も大切なものである。しかし共感とは、どんな状況にしろ、どんな患者に対してであろうが、私たちの内側から自然に湧いてくるものであるとは、必ずしも、いえない。多くのクライアントは、私たちの理解力に、そしてクライアントの体験や人生観に対して暖かい気持ち（sympathy）を感じる私たちの能力に挑戦をしかけてくる。その時私たちは一人一人のクライアントに対する自分の共感のレベルに気付くに違いない」⁽²⁴⁾と。

「クライアントが私たちの能力に挑戦をしかけてくる」という表現は極めて的確である。「こんな気持ちを、あなたは理解できるのか」「こんなことをしてしまった私の側に、果たしてあなたは立てるのか」…心理面接の場面は（言葉にされるされないは別にして）こうした叫びや問い掛けに満ち満ちている。そしてその都度、カウンセラーである私たちはみずからの共感のレベル、あるいは共感の限界を思い知らされるのである。ここで重要になってくるのがブレギンのいう「共感的自己変容（empathic self-transformation）」という考え方である。

⁽²²⁾ ibid., p.124.

⁽²³⁾ Breggin, P., 'Empathic self-transformation and love in individual and family therapy', *The Humanistic Psychologist*, 1999, vol.27, no.3, p.267.

⁽²⁴⁾ ibid., p.267.

4. プレギンにおける「共感」への鍵：「共感的自己変容」

プレギンのいう「共感的自己変容」とは、「クライアントへの共感や愛を感じるのを妨げる私たちの中にある個人的な壁を乗り越えようとするプロセス」⁽²⁵⁾のことである。プレギンは次のようにもいう。「私たちは、助けを求めてくるすべての人々に可能な限り手を差し伸べるために、もし必要とあらば、自分自身を変容させる。このプロセスを私は“共感的自己変容”と呼ぶ。私たちの中に数限りなく存在する壁のことを考え合わせると、すべての人に対して共感を感じようとするならば、共感的自己変容は、セラピストとして生きる私たちの日常の一部にならなければならない」⁽²⁶⁾と。

プレギンのいう「共感的自己変容」の要点は二つある。

第一の要点は、相手を変えようとするのではなく、カウンセラー自身を変えようとする点である。

カウンセリングの過程を経て（クライアントばかりか）カウンセラーの側が変化していくことの重要性を初めて指摘したのは、おそらくロジャーズであったのではないか。ロジャーズは次のようにいう。「私にとって極めて重要な、中心となる教訓に進みたい。それは、“私が自分自身に、他者を理解することを許すことができるならば、そのことは非常に大きな価値を持つ”という教訓である。この言い方は奇妙に聞こえるかもしれない。自分自身に他者を理解することを許すなどといったことが果たして必要だろうか。私は必要だと思う。他人の話を書く時私たちが最初に行なう反応は、理解というより瞬間的な評価や判断である。…（中略）…相手の言葉が、その人自身にとってどんな意味を持つかを、自分自身に正しく理解させようとするなどほとんどない。その理由は、理解することが実は危険をはらんだ行為だからであると思う。他人を本当に理解しようとするれば、その理解によって自分自身の方が変わってしまうかもしれないのである」⁽²⁷⁾と。ロジャーズのいう、「自分自身に、他者を理解することを許す」とは、「他者の理解」と、「他者を理解する側の変化」が不可分の関係にあることの指摘であった。クライアントは、自分自身を変えられてしまうかもしれない治療関係の中に、勇気を持って飛び込んできている。そうであるならば、治療者の側も、そのクライアントと同じ勇気を持って治療関係に挑む必要がありはしないか。

「共感的自己変容」のもう一つの要点は、カウンセラーの側がみずからの「受容の幅」を広げる工夫を積み重ねようとする点である。

例えば、カウンセラーがみずからの心の弱さに目を向けてみれば、生活リズムをなかなか変えられないクライアントを責める気持ちは消えていくだろう。カウンセラーの立っている状況がどれだけ恵まれたものであるかを思ってみるならば、その恵まれた状況で得た原理が、苦しみの真っ只中にいる人には役に立たない場合もあることを想像できるだろう。アルバムの写真をはがしては、時間系列などおおかまいなしに編集し、紙に貼り付け、毎日カラーコピーをしに、近所のコンビニに毎日通う軽い認知症の患者。家族にしてみれば迷惑で奇妙な行動にしか思えない。しかし、『ひょっとすると、それをしていないと、私たち家族の顔を忘れてしまいそうな不安を感じているのかもしれない』と思った瞬間、その

⁽²⁵⁾ *ibid.*, p.267.

⁽²⁶⁾ *ibid.*, p.267.

⁽²⁷⁾ Rogers, C. R., *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, 1961, p.18.

認知症の患者への受容の幅が広がるかもしれない。あるいはまた、ある看護学生は実習先でこんな経験をしたという。それは、一人の、自分にとっては生理的な嫌悪感すら感じてしまう患者の担当になった時のことである。彼女にしてみれば毎日その人のベッドサイドに行くのが嫌でたまらない。しかし、ある時ふとこう思った。「自分の子どもや親や兄弟や恋人や、そうした人が病気になったら心配で心配で仕方ないだろう。目の前にいるこの人も、誰かにとっては、子どもであり親であり兄弟であり恋人であり、つまり誰かにとっては大切な人なのだ」と。そう思えるようになってからは、その人のもとへ行くのが苦でなくなったという。この洞察とそれに連なるこの介護者や看護学生の側の変容の過程は、彼らの、受容の幅を広げる深い知恵獲得の過程であり、患者の側を変えるのではなく、治療者の側の考え方・在り方を変えようとするという意味において、ブレギンのいう「共感的自己変容」の過程そのものといってよからう。

結語：「willingness（本気で聴くこと）」の重要性

以上のようにして、カウンセラーだけではない、私たちの多くは、みずからの受容の幅を広げる工夫を積み重ねながら、受け入れ難きをいかにして受け容れていくかを模索している。ブレギンの治療理論の基礎にある「共感的な愛（empathic love）」について彼は次のようにいう。「愛というのはあまりにも安易な解決方法ではないのか。いや、そうではない。むしろ愛するということは、あらゆる解決方法の中で最も難しいものである。一人の援助者としての私はしばしば、自分のこらえ性のなさや欲求不満そして共感性の足りなさを、自分自身の愛する能力を取り戻すことによって乗り越えようと必死になる。愛することの以外のすべての解決方法こそ（それは精神科の治療からあからさまな暴力に至るまで）、はるかに安易な解決方法である。安易な方法だからこそ、これほどまでに広まっているのである」⁽²⁸⁾と。

「自分のこらえ性のなさや欲求不満そして共感性の足りなさを、自分自身の愛する能力を取り戻すことによって乗り越えようと必死になる」というブレギンの姿は、実は私たちの姿そのものである。私たちは、親として、子として、夫婦として、兄弟として、教師として、みずからの至らなさにおつかるたびに、『もう少し大きな人間になろう』『もう少し優しくしよう』と決意を新たにしながら生きているのではないか。そして、それと同じ在り方で、精神科医ブレギンも日々の臨床を生きている、というのである。

ブレギンの著作に一貫して流れる主張を一言でいえば、「治療の中心に共感的な愛を置こう」⁽²⁹⁾というものである。このような主張は何も目新しいものではない。しかし、その主張が、誰しも心の底で、すでに直感的につかんでいるものであるがゆえに、「援助する側に立つ多くの人たち、セラピストであったり、医師であったり、教師や親や友人も、それを自分なりに修正した形ではあるが、自分たちの中でずっと以前から実践していたものであることに気づく」⁽³⁰⁾のである。精神科医ブレギンのいっていることは自分たちがもうすでに実践していたことであったと気づく…それは、私たちにとって新鮮な体験であり、何よりの励ましであり、自分自身の持つ力に気づく体験であるに違いない。

⁽²⁸⁾ Breggin, P., op. cit., (1997a), p.176.

⁽²⁹⁾ ibid., p.175.

⁽³⁰⁾ ibid., p.9.

こうした、ブレギンの「共感的な愛」あるいは「共感的自己変容」を基礎に置いた治療の目指すものは何か。ブレギンは次のようにいう。「治療の目標は、クライアントが、自分自身および他者に対して共感的で慈愛に満ちた態度で触れる能力を最大限に高めることにある」⁽³¹⁾と。つまり、援助する側の共感的な姿勢に触発されて、翻って今度はクライアント自身が、自分自身そして他者に対して、その同じ共感的な姿勢で触れられるようになること、そのために「共感的な愛」に基礎を置く治療を試みるというのである。

一方、ロジャーズは、その「共感あるいは共感的理解」の臨床的意義について次のように述べる。「私がこれまで述べてきたような治療的な関係を、しばらくの間経験したクライアントの変化は、セラピストの態度を反映したものになっていく。まず初めに、クライアントは相手が自分の感情に受容的に傾聴していることに気づくにつれて、少しずつ自分自身に耳を傾けるようになっていく。…(中略)…自分自身に耳を傾けることを学習すると、彼は自分自身に対してより受容的になれる。自分が隠してきた部分をより多く表現するにつれて、彼はセラピストが自分や自分の感情に一貫した無条件の肯定的配慮を向けていることに気づくのである。彼は少しずつ自分に対して同じような態度をとるようになっていく」⁽³²⁾と。つまり、セラピストが共感的に接していくその在り方が、クライアント自身がみずからに対する触れ方に変化をもたらす、とロジャーズはいう。そして、この、クライアントの示す自分自身への触れ方の変化が持つ治療的意義の大きさをロジャーズは説くのである。これは、先に述べたブレギンの「共感的な愛」と同じ治療構造を持っているといってもよいのではないだろうか。

最後に、カウンセラーによる共感が、単なる能力や技術の問題ではないという点を強調しておきたい。ブレギンは「共感」を「他者の苦しみを、本気で理解し気にかけてやる気持ちと能力 (the willingness and ability to understand and care about the suffering of another person)」⁽³³⁾と定義した。またロジャーズは次のようにいう。「(共感的な)理解という言葉で言わんとしているものは、クライアントの考え方や感情や苦闘を、クライアントの側から本気で理解しようとするカウンセラーの気持ちと感受性豊かな理解力のことである (By understanding, he meant “the therapist’s willingness and sensitive ability to understand the client’s thoughts, feelings, and struggles from the client’s point of view”）」⁽³⁴⁾。この二つの文章にある「willingness」という言葉に込められた意味を、私たちは深く心に刻んでおく必要があるのではないか。

(31) Breggin, P., op. cit., (1999), p.267.

(32) Rogers, C. R., *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin, 1961, p.63. (諸富祥彦・末武康弘・保坂亨訳『ロジャーズが語る自己実現の道』, 岩崎学術出版社, 2005, p.62。)

(33) Breggin, P., op. cit., (1999), p.267.

(34) Kirschenbaum, H., *On Becoming Carl Rogers*. A DELTA BOOK, 1979, p.164.

【抄 録】

本稿は、向精神薬に頼らず精神科治療の道を探求している精神科医の一人、ピーター・ブレギン (Peter Breggin) の治療理論における共感概念の検討を通して、その拠って立つ背景は違うにもかかわらず、その中に、ロジャーズ (Carl Rogers) が説いた対話や人間関係に関する同じ原理が生きていることを確認しようとするものである。

ブレギンによれば、援助者は次の三つのものを提供する。(1)知識、(2)経験、(3)「ヒーリング・プレゼンスおよびヒーリング・オーラ」。以上三つの内、「ヒーリング・プレゼンスおよびヒーリング・オーラ」の創造が、援助にとって最も重要である。この「ヒーリング・プレゼンス」の創造には、「共感」が重要な役割を演じている。この「共感」に基礎を置くブレギンの治療の目指すものは、援助する側の共感的な姿勢に触発されて、クライアント自身が、自分自身および他者に対して、その同じ共感的な姿勢で触れられるようになることにある。これは来談者中心療法の中でロジャーズが説く共感的理解の臨床的意義と同じ構造を持っている。