

「そうあるしかない」という概念に関する
心理臨床学研究

高橋 蔵 人

目次

第1章 心理臨床における「受容」概念とその問題

はじめに	1
第1節 Rogersにおける「受容」概念	2
1. 初期のRogersにおける「受容」	2
2. セラピストの受容によりクライアントは自身を受容できるようになる	5
3. 成長仮説の強調	5
4. 喜んで受け入れる	9
5. 一致の強調	12
6. あるがままを受容するときに変化する	13
7. 条件付きの配慮	15
8. 経緯や状況から当然の結果であると受容する	16
9. 受容は「当為」とみなしてはならない	19
10. Rogersにおける「受容」概念のまとめ	20
第2節 心理臨床における「受容」概念をめぐる問題	25
1. 概念のあいまいさの問題	25
2. 「無条件性」の問題	27
3. 「背反性」の問題	32
4. 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題	34
5. 受容概念をめぐる問題のまとめ	35

第2章 「そうあるしかない」という概念の提起

第1節 「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例	37
第2節 人間存在のあり方についての三つの特性（「全関連性」，「被規定性」， 「総力性」）と「そうあるしかない」という概念の提起	39
1. 「全関連性」	39
2. 「被規定性」	40
3. 「総力性」	43
4. 「そうあるしかない」という概念の提起	45

5. 「そうあるしかない」という概念と「受容」概念をめぐる問題	46
第3章 本論文における問題と目的	
第1節 本論文における問題の所在と目的	50
第2節 本論文の構成	51
第4章 重篤な摂食障害に陥った女性との心理療法	
—人間存在における「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例—	
第1節 問題と目的	54
第2節 事例	55
1. 事例の概要	55
2. 心理療法過程	56
第3節 考察	64
1. Aを襲った問題	64
2. 第Ⅲ期までの心理療法過程	65
3. 心理療法過程に生じる失敗	66
4. 第Ⅳ期からの心理療法過程	67
5. 失敗をのりこえること—失敗のある不十分な関係の中にいつづけること	68
6. 失敗のある不十分な関係にいつづけることを支えるもの	69
第4節 Aから学んだ人間存在における「そうあるしかない」という概念	70
第5章 他の専門家から紹介されてやってきた20代女性との心理療法	
—心理療法初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義—	
はじめに	73
第1節 心理療法のはじまり	74
第2節 心理療法の土俵づくり	76
第3節 心理療法の土俵におさまらないもの	78
第4節 心理療法の中断と再開	81
第5節 クライアントとセラピストの重なり	84
第6節 セラピストとして筆者ができること、できないこと	86

第7節	心理療法の初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義	88
-----	------------------------------	----

第6章 抑うつ症状を呈した30代男性との心理療法

—心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義—

第1節	問題と目的	91
第2節	事例	92
1.	事例の概要	92
2.	心理療法過程	93
第3節	考察	100
1.	事例の力動について	100
2.	心理療法過程について	101
第4節	心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義	104
1.	「そうあるしかない」概念からみた心理療法過程	104
2.	「そうあるしかない」概念と心理臨床における受容	106

第7章 万引きが止まらなくなった20代女性との心理療法

—反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—

第1節	問題と目的	108
第2節	事例	109
1.	事例の概要	109
2.	心理療法過程	111
第3節	考察	116
1.	心理療法過程について—「そうあるしかない」というとらえ方を中心に	116
2.	心理療法において「そうあるしかない」ととらえることの意義	118
3.	摂食障害に伴う常習万引きと現実のねじまげについて	119
4.	反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義	123

第8章 児童養護施設における心理臨床事例

—児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—

第1節	問題と目的	126
-----	-------	-----

第2節	子どもたちとの関わり	127
1.	事例 F	127
2.	事例 G	128
3.	事例 H	129
4.	事例 I	130
第3節	考察	126
1.	児童養護施設における心理臨床学的援助	133
2.	児童養護施設臨床において「「そうあるしかない」概念をもつ意義	135
第9章 総括的討論		
第1節	各事例のまとめ	138
1.	事例 A	138
2.	事例 B	139
3.	事例 C	140
4.	事例 D	142
5.	事例 E	143
6.	児童養護施設の事例	144
7.	「「そうあるしかない」概念の有用性のまとめ	145
第2節	心理臨床における「「そうあるしかない」概念導入の意義	146
1.	「「そうあるしかない」概念からみた心理臨床における「受容」	146
2.	「「そうあるしかない」概念が心理臨床にもたらす意義	148
第3節	今後の展望と課題	150
文献		154
謝辞		163

第1章 心理臨床における「受容」概念とその問題

はじめに

心理臨床においてはクライアントを「受容」することが重要な基本とされる。2015年に本邦で初めてできた心理職の国家資格である公認心理師のテキストにも「公認心理師は対象のありのままの個人を基本的に尊重し、エンパワメント（empowerment）する」と書かれている（日本心理研修センター，2018）。このように「受容する」、「ありのまま認める」、「尊重する」などといったことが基本として重視されるのは、C. R. Rogers が 1957年の「治療的なパーソナリティ変化が生じるための必要にして十分な条件」の論文

（Rogers, 1957a/1989）で「セラピストがクライアントに対して無条件の肯定的配慮を経験していること」を条件の一つにあげたことの影響が大きい。近年では行動療法に基礎をおく学派でも「徹底的なアクセプタンス」の大切さが強調されており（Linehan, 1993/2007 ; Robin et al., 2004/2005）、「受容」はロジャーズ学派にとどまらず、すべての心理臨床実践に必要な姿勢とされ、さらには心理臨床の枠を越えてあらゆる対人援助の根幹とされることもある（例えば、Tudor & Merry, 2002/2008 ; 佐治ら, 2007 ; 坂中ら, 2015 ; 松木, 2015）。

このように「受容」は心理臨床、あるいは対人援助の重要な基盤とされているのだが、その概念はいまいでさまざまな使われ方をしており、正しく理解されていないことがある。極端な場合には「クライアントが求めることに対してはどんなことであっても応じなければならない」、「クライアントの要求に対しては疑問を呈したり、質問をしたりしてはならない」などと言われることもあり、坂中（2015）は「誤解・曲解も広く流布しているのではないかと思われる」とまで述べている。重要な概念がこのような状態であることは多くの問題を生じる。例えば、心理臨床的な援助としてどのようなことをすることが「受容」として適切なかがわからなくなってしまう。そのために上述したような「クライアントが求めることはすべて応じなければならない」、「クライアントの要求に疑問や質問を呈してはならない」といったようなことも生じてしまうのである。心理療法やカウンセリングのその基礎となる事柄がはっきりしていないというのは、このように実践においてもその教育・訓練においても非常に問題である。

このように「受容」が正しく理解されていないことについては Rogers をはじめとするこれまでの心理臨床家が「受容」について、それがどのようなことを指すのかを問題のな

い形で提示しきれていないことによると考えられる。本研究では、このようなさまざまな問題を孕んできたこれまでの「受容」概念に変わり、「そうあるしかない」という新しい概念を提起することにより、心理臨床において重要な根幹と言われている「受容」について、それがどのようなことを指すのかを明確に示す。

そのために本章の第1節では、まず Rogers が心理臨床における「受容」をどのように考えていたのかについて振り返る。そして第2節では、その Rogers のとらえかたを中心にこれまでの「受容」概念についてどのような問題があるかを述べる。

なお、「受容」概念をあらわす用語には、「肯定」、「尊重」、「尊敬」、「大切にする」など、さまざまな言い方がされてきている。本研究では Rogers (1959a/1967) が「一般的にあって、受容と尊重することとは、いずれも無条件の肯定的な配慮と同義語である」と述べているように、これらの用語について、とくに分ける必要がない場合はすべて「受容」概念を表すものとする。また、「一致」についても Rogers (1959a/1967) で「統合された (integrated), 全体的な (whole), 純粋な (genuine), などという言葉が一般に用いられているが、これらは経験と自己との一致をあらわす同義語である」とされており、「受容」と同様、「一致」についてもとくに分けて述べる必要がない場合はこれらの言葉はすべて「一致」を示すものとする。

また、client の日本語訳の表記としては「クライアント」と「クライアント」の二つがある。本研究では原則として「クライアント」を用い、引用の箇所では引用文献の表記のままにした。Therapy についても「セラピー」と「セラピィ」の表記があり、本研究では「セラピー」を、引用においては引用文献の表記とした。Rogers の用語 “unconditional positive regard” もさまざまな訳があるが、本研究では「無条件の肯定的配慮」とし引用の箇所では引用文献の表記に従った。rapport も「ラポート」と「ラポール」という二つの訳語があるが、引用文献の表記のままにした。Schizophrenia については引用文献についても「統合失調症」に統一した。

第1節 Rogers における「受容」概念

Rogers における「受容」概念の変遷については、すでに諸家による研究がこれまでになされてきている (村瀬・保坂, 1990; 諸富, 1997; 山田, 2018)。それらの研究においては、はじめ技術志向性の強かった Rogers が、1951年の著作 (Rogers, 1951/2005) において、

セラピストの内面のあり方としての態度を重視するようになり、1957年の有名な「治療的なパーソナリティ変化が生じるための必要にして十分な条件」の論文(Rogers, 1957a/1989)に至ったとされている。本研究でも、これらの研究を参考にRogersにおける「受容」概念を振り返り、整理するが、本研究では、「受容」とは、良いものとして好意的に受容するのか、それともただ受け入れるという形で受容するのかといった「受容」概念によって示される受容行為の内実とどんなことでも無条件に受容できるかといった「無条件性」、ありのままを受容することと変化をもたらすことがどのように両立するのかといった「背反性」などの点を中心に振り返る。

なお、Rogersの経歴については、Kirschenbaum(1979)、村瀬・保坂(1990)、諸富(1997)によった。

1. 初期のRogersにおける「受容」

Rogersは、1928年にニューヨーク州のロチェスター児童虐待防止協会 The Society for the Prevention of Cruelty to Children in Rochester で心理臨床実践を始めた。Kirschenbaum(1979)によれば、そこは盗癖、放火癖、性的逸脱行動、小さい子いじめや動物虐待といった、さまざまな反社会的な問題行動を示す子どもたちがたくさんやってくる場所だった(Rogersはコロンビア大学の大学院生の時にもニューヨーク市の児童相談所 Institute for Child Guidance in New York のフェローとして採用され、臨床に携わっている)。

そこで約10年働いた後、Rogersは最初の著作である『問題児の治療』(Rogers, 1939/1966)を発表した。その「第4部 子どもの個人治療 第10章 面接療法の技術：教育・説得・解放」で「セラピストの適性」として「客観性、個の尊重、自己理解、心理学的知識」の4つをあげた。

「客観性」は「“コントロールされた同一視”とか、“説教的冷静さ”とか、“感情的偏見のない態度”とか、いろいろに表現されている」ことであり、「過度に陥らない共感の能力、純粹に受容的で関心のある態度、道徳的判断を下すこともなく、動揺したり、恐れったりすることもない、深い理解を含んでいる」と述べられている。クライアントの問題をセラピストが自分で引き受けたり、クライアントを庇ったりすることなく、クライアントについての事実を直視するとも述べている。つまり、これは受容的、共感的でありながらも感情的に巻き込まれることなく、適度に距離をとり、クライアントの問題は問題として認識する態度とい

えよう。

「個人の尊重」については「子どもの本来の姿への心からの尊敬」であり、「改心させようという熱意に満ちていたり、無意識のうちに子どもを自分のイメージ通りにつくり直そうと熱心になっているワーカーには、それができない」、「心から、子ども自身の適応水準で子どもをあるがままに受け容れ、子どもが自分の問題を自分で解決していく何らかの自由を与えなければならない」と述べている。Rogers は、この第2の適性について、第1の「客観性」ほど十分には承認されておらず、「はっきりと到達すべき目標を選択し、その方向へ子どもを動かしている」臨床家がいる一方、それと全く逆の「子どもがどんな選択や決定をしようとする——たとえその選択の方向が社会的というよりもむしろ明らかに反社会的であっても——まったく自由でなければならないと主張する」臨床家もいるとしている。

そして、「自己理解」については「自分自身、自己の顕著な情動様式、自分自身の限界と短所についての健全な理解」、「心理学的知識」については「人間の行動と行動を決定する身体的・社会的・心理学的要因についての十分な基礎知識」とした。ただし、「心理学的知識」については「それ自体では何ら治療技術をもっているという保証にはならない」、「心理療法の根本条件は、すでに指摘したように、知的能力の領域よりもむしろ主として態度・情動・洞察の領域になる」と注意している。

これらの「セラピストの適性」として Rogers があげた「客観性、個人の尊重、自己理解」はそれぞれ諸家によって後の「共感的理解、無条件の肯定的関心、自己一致」に「つながっていくもの」（村瀬・保坂，1990）、「原型」（諸富，1997）と指摘されている。坂中（2015）も「客観性」と「個人の尊重」を取り上げて「これらの内実は《UPR》+《共感的理解》ともいえよう」（引用者注：UPRは無条件の肯定的配慮）と述べている。

いずれにしても Rogers がその初期から「受容」、しかも、明らかに反社会的なものであっても尊重するといったように「無条件の受容」を考えていたことが注目される。なお、Rogers は第2の適性である「個人の尊重」について「もし子どもが、彼自身の選んだ目標に向ってその子なりの方法で成長していくための真の援助が必要であれば、セラピストはその成長の行われるような関係を作り出さなければならない」と述べており、ここには後の成長仮説（有機体には「有機体を維持し、強化する方法に全能力を発展させようとする」実現傾向（Rogers, 1959a/1967）があるという仮説）につながる子どもの成長へと向かう力への言及が見られる。既に述べたように Rogers が心理臨床の仕事をはじめた現場はさまざまな反社会的な問題行動を示す子どもたちが対象であったのだが、それにもかかわらず、彼は

それらの子どもたちの中に成長への動きを認めてそれを尊重し、条件をつけることなく、適切な距離をとった受容が示されることが重要としたのである。ただし、ここでは「個人の尊重」について、「客観性」ほど十分には承認されてないが但し書きをしているのである。

2. セラピストの受容によりクライアントは自身を受容できるようになる

その後、Rogers は招かれて 1940 年にオハイオ州立大学の専任教授になった。

大学に移った直後に発表された論文 (Rogers, 1940/1966) ではラポート (rapport) が確立されることがセラピーの過程には必要であるとしてラポートの重要性が強調されている。そのラポートとは「暖かい関係 (a warmth of relationship)」, クライアントに対する「純粋な関心 (genuine interest), あるいはある程度の同一化 (identification)」, 「クライアントが批判されることなく受容されるようなラポート」としている。このようなラポートによって「人間は防衛することなしに自己自身を自由にみることができるようになり, 次第にリアルな自己——それは子どもじみた振る舞いや, 攻撃的な感情や, その両価的な感情 (ambivalences) とともに, 成熟した衝動や, 合理化されたよそおい (rationalized exterior) をともなうものであるが——を認め, かつ認容するようになるのである」と述べた。

この論文が発表されたのはオハイオ州立大学に移って間もなくの頃であり, これはロチェスターでのさまざまな反社会的な問題行動をもつ子どもたちとの臨床経験に基づいて書かれたものと考えられる。ここでも「暖かい関係」, 「クライアントが批判されることなく受容されるようなラポート」を強調し, セラピストのそのような「受容」によってクライアントは自分自身を防衛することなく「受容」できるようになるとしているのである。なお, 「面接の“技巧” (trick) は通用しない」とも述べており, 表面だけでの「暖かさ」, 「受容」ではいけないとしており, 後に最も重要とされるようになった「純粋性」・「一致」の概念の萌芽が見られる。

3. 成長仮説の強調

その後、Rogers は、第 2 の主要な著作である『カウンセリングと心理療法』(Rogers, 1942/2005) を発表した。この著作は 1940 年の 12 月にミネソタ大学で行った「心理療法における新しい概念」という講演に基づいたものであり、このテーマがサブタイトルとしてつけられていた。

Rogers はこの新しいアプローチの特質として、1)「人間の成長や健康、適応へと向かう動因について、きわめてより大きな信頼を寄せている」、2)「知的な側面よりも、情緒的な要素や状況に対する感情的な側面に、より大きな強調点をおいている」、3)「人間の過去よりも、今ここでの状況により大きな強調点をおいている」、4)「成長の経験としての心理療法の関係それ自体を重視する」の4つをあげた。この中で、1)は、成長仮説へとつながるものである。

そして心理療法関係について、親子関係でも友人関係でもなく、さらには教師－生徒の関係や医者－患者の関係とも異なるものであり、「クライアントがそれまで経験したどのような関係とも違った、人間同士の結びつきを意味するものなのである」と述べ、そのような日常の一般的な関係とは異なる心理療法関係の基本的特質として以下の4つをあげた。1)「ラポールを生み出し、それを次第に深い情緒的關係へと発展させていくような、カウンセラーの側における温かさと応答的態度」であり、「カウンセラーの視点からすれば、これは明確に統制された関係であり、明確な制限をもった愛情的な結びつきといえる」、2)「感情の自由な表現を許容する」関係であり、「あらゆる道徳的あるいは審判的な態度をとることなく、カウンセリング面接のなかで一貫して理解ある態度を示す」、3)「明確な行動の制限」がある関係であり、時間や破壊的な行動や暴力などが制限されている、4)「あらゆる種類の圧力や強制から自由」な関係であり、カウンセラーは一定の行為を取らせようとして助言や示唆、強制をするのではなく、クライアントの自由を保障するとしている。

そして、このような関係によって「道徳的に正しいとか誤りであるとか判断されることから解放」され、「クライアントは、自分の行動を正当化するような習慣的に身についた心理的防衛が必要ではないことに気づく」、「その関係において、クライアントは自分の衝動や行為、葛藤や選択、過去のあり方や現在の問題などを、もっとうつとありのままに評価することができるようになる」としたのである。

以上のように Rogers はセラピストが道徳的な判断から離れて肯定的なものと同じように否定的なものや反社会的なものについても、つまりどんなものであっても「無条件」に「明確な制限をもった愛情的な結びつき」や「温かい」「関心をもった」態度で応じられることを重視したのだが、否定的なものや反社会的なものにそのような態度をもつことには困難が生じる。この点について彼は「相手が話していることの知的な内容ではなく、その底にある感情に応答する構えがなくてはならない」と述べ、「その人の否定的な感情が

十分に表現された時、それに続いて、かすかに、またためらいながらではあるが、成長へと向かう肯定的な衝動が表現される」とした。さらに「否定的な表現が激しく、深いものであればあるほど（それが受容され理解されるならば）、愛情、社会的交流への衝動、根本的な自己尊重、成熟したいという欲求などの肯定的な表現が、より確かなものとして生じてくる」と述べ、こういったことが「人間の成長や健康、適応へと向かう動因について、きわめてより大きな信頼を寄せている」ということであり、それによって「愛情的な結びつきや温かさ」を維持できると述べた。つまり、ここでは否定的なものであってもそれが受容されれば、後に実現傾向として概念化される「成長へと向かう肯定的な衝動」が発現されるので、どんなことでも「無条件」に「愛情的な結びつきや温かさ」をもって応じることができるとしたのである。さらに初期の著作（Rogers, 1939/1966）では十分に承認されていないとしていたクライアントを変えようとしないうことについても「あらゆる種類の圧力や強制から自由」な関係でなければならない、つまり変えようと圧力を加えるようなことがあってはならないとはっきりと述べたのである。

なお、ここでは行動に対して明確に制限していることも重要である。この点を考えれば、「無条件」は「無制限」ではない。しかし、この点についてはあまり議論されていない。

1945年、Rogersはシカゴ大学に移り、そのカウンセリングセンターの所長となった。そして、3冊の著作と60本以上の論文を書いた。

シカゴ大学に移ってはじめに出した著書『復員兵とのカウンセリング』（Rogers & Wallen, 1946/1967）で、Rogersは「人間に共通な、成長への衝動」があり、それが「カウンセリングがたのみとしている力であり、ダイナミクスである」と述べ、人には成長しようとする衝動（実現傾向）があるという、成長仮説を明確に提示した。また、「非指示的カウンセラー」との「真に許容的であり受容的である」関係によってクライアントの自己理解と自己受容が深まり、適応が進歩すること、カウンセリングのいろいろなテクニックより、クライアントやクライアントの問題に向かう、このカウンセラー自身の態度が重要なことを述べた。

そして「カウンセラーがクライアントの総合性を尊敬する態度」として、1) クライアントの人格的な自律に対する尊敬（クライアントの自己決定の尊重）、2) 適応へと向かう人間の能力への信頼、3) 全体としての人間への尊敬（ここで全体というのはクライエ

ントの肯定的な面だけではなく否定的な面も尊重するということであり、「無条件」につながるものである)、4) クライエントの相違についての認容と受容、5) クライエントが自分というものを理解し受容するのを、援助しようとする欲望、をあげた。なお、4) はカウンセラーが自分とクライエントとの違いを容認するということであり、「感情を動かされることなく、相違があるのが当然であると思うことができる」、「どのようなことをクライエントがいたりしたりしても、ショックを受けずにいられる」などとしている。つまり、クライエントの否定的な面、反社会的な面についても尊重するという、すでに述べた難しさに加え、どんなことをクライエントがいてもセラピストはショックを受けないといった難しさが付け足されたように思う。

1950年の論文(Rogers, 1950/1967)では、クライエント中心のセラピストが拠りどころとしている基本的な仮説として「クライエントは彼自身の内部に、彼の生活および彼自身の中であって、彼に不幸や苦痛をもたらしている局面を理解する能性——顕在的ではなくても潜在的に——をもっており、さらにまた、より大きな内部的な安定感をもたらすようなかたちで、自己実現と成熟の方向に向かって、彼自身およびその生活との関係を再体制化していく能性と傾向をもっている」と実現傾向について述べた。そして「セラピストの機能は、この能性と力が、潜在的なものあるいは可能的なものとしてあるよりも、もっと効果的に働き出すことを許すような心理的雰囲気 (psychological atmosphere) を作り出すことである」とし、その諸条件として以下の5つをあげた。

1) 一つ目は「セラピストがあるがままのクライエント (the client *as he is*) と、彼の現在の状態の中に内在している可能性とを受容し尊敬するという態度を、きわめて純粋にかつ深く感じている」(傍点原著者) という条件であり、「現在の瞬間の態度を、それが絶望の方向へと変わっていくものであろうと、あるいは建設的な勇気へと向かうものであろうと、または混乱した両価性 (confused ambivalence) へと向かうものであろうとも、いつでもそのままに受容する」と述べ、受容の無条件性を強調している。

2) 第二の条件は「評価と責任の中心または主体 (the center or locus of evaluation and responsibility) をクライエント側に残しておこうとする、セラピストの完全な意欲」である。「カウンセラーは、クライエントについての——または彼の行動についての、あるいは彼の行動または他人の行動の意味についての——いかなる評価をも表現することをしないばかりでなく、感情移入の過程 (empathic process) に没頭することによって、このような判断を与えることを避けようとする」(傍点原著者) と述べている。

3) 第三の条件は「クライアントの思考、感情、その苦闘をクライアントの立場から理解しようとするセラピストの意欲と敏感な能力」であり、「完全にクライアントの目をとおして見ることのできる能力、クライアントの照合枠 (his frame of reference) をとることのできる能力は、その基本仮説を具現化する重要な方法である」と述べている。

4) 第四は「これらの基本的な態度を具現化するような技術のみを用いる」という条件であるが、技術より基本的態度が重要であり、「もっとも援助となる技術は、セラピストが深く保持している態度——この瞬間においてその人間のあるがままを受容すること、およびクライアントの態度を感情移入的に理解すること——をいくらかでもコミュニケーションするようなものである」と述べている。

5) 最後に「私は、この問題についてはまったく確かなことはいえないのであるが」とやや控えめに「セラピストは、彼自身の態度を保持することを可能にするような制限を設ける」とし、プレイ・セラピーにおいて子どもが完全な受容を経験できるように家具を壊すことを制限することや、成人との接触において完全に受容し続け、また敏感に感情移入する能力を維持するために時間を限定することなどをあげた。

これらは、1957年の有名な論文、「セラピーによるパーソナリティ変化の必要にして十分な条件」(Rogers, 1957a/2001)につながるものであり、1)と2)の一部は1957年の論文では、「無条件の肯定的配慮」という第4条件に、2)の一部と3)は「共感」という第5条件、4)は「セラピストについてのクライアントの知覚」という第6条件とほぼ同じである。

ここで注目されるのは5)の「セラピストの態度を保持することを可能にするための制限」である。Rogersは「私は、この問題についてはまったく確かなことはいえないのであるが」とこの条件を入れることに対する戸惑いを示している。1)の「無条件の受容」と齟齬が生じるからであろう。しかし、この点についてこれ以上は議論されていない。また、この条件は1957年の論文に引き継がれておらず、「関係におけるセラピストの純粋性」(一致)という条件が付け加えられるのである。

4. 喜んで受け入れる

1951年、Rogersは『クライアント中心療法』(Rogers, 1951/2005)を発表した。

彼は、「クライアント中心療法はカウンセラーが利用する単なる方法あるいは技術である」という誤解があるとし、それは「初期の研究紹介が技術を強調しすぎるきらいがあっ

た」からだとした。そして、カウンセラーの哲学的オリエンテーション（態度）を重視し、「他人の意義や価値に対する心からの尊敬を感じる」ことが必要だと述べたのである。また注で「どうすれば心理臨床家は他人を尊重し、受け入れることができるだろう？」と問い、「体験からすると、こうした哲学をもつ可能性が高いのは、まず自分自身の基本的な価値と意義を尊重できる人である。まず、自分自身を受け入れられなければ、十中八九他人を受け入れることはできない」と述べた。

さらにこの著作では「カウンセラーの根本的な葛藤」として「心理臨床家はその結果がどうであれ、自ら進んで完全にクライアントに、まかせきっているだろうか？クライアントが自分の人生を整理し、コントロールすることを純粋に奨励しているだろうか？クライアントの選んだ目標が、社会的でも反社会的でも、あるいは道徳的でも非道徳的でも、喜んで受け入れられているだろうか？もしそうでないのなら、クライアントにとって心理療法が意味ある体験になるかどうかは疑わしい」、「クライアントが成長あるいは発展よりも退行を選んでも喜んで受け入れられるだろうか？ また、精神的健康よりも神経症的性格を選んだら？ 生きるよりも死を選んだら？ 私が思うに、いかなる結果が選択されようとも、いかなる方向が選択されようと、心理臨床家が喜んでそれを受け入れるとき——心理臨床家はそのとき初めて、建設的な行動をめざす個人の能力と可能性の活力に満ちた力がなんであるかを理解するであろう」（傍点原著者）と述べた。

Rogers はここでは受容の無条件性に加え、喜んで受容することが必要であるとしている。しかし、どのようにすれば反社会的、非道徳的なことを喜んで受け入れることができるかについては述べていない。既にみたように、セラピストが自分自身の反社会的、非道徳的な点について受け入れられていけばよいのだろうか。しかし、それにしても死を選ぶといったことを心理臨床家が喜んで受け入れるということがあるだろうか。これらの点については明確にされておらず、「無条件性の問題」として次節で述べる。

また、彼はこの著作で心理療法の過程を定式化することを試みており、「一つの仮説は、クライアントは、自分自身を価値のない、受け入れられない、愛されるべきではない人間として体験してきたが、心理臨床家との限られた関係のなかで自分が受け入れられ、尊重され、愛される人間であるということを理解するようになる、というものである。ここで言う「愛される」とは、おそらくもっとも深遠で、普遍的な意味であり、深く理解され、深く受け入れられるという意味である」、「クライアントは、心理臨床家が自分に対して示す受容的な態度を体験するにつれて、自分自身に対してもこれと同じ態度をとり、そ

れを体験できるようになる。このようにクライアントが自分自身を受容し、尊重し、好意をもち、愛するようになるにつれ、こうした態度を他人に対しても体験できるようになるのである」とした。つまり、クライアントははじめ自分のことを受容できていないのであるが、セラピストがクライアントを受容する態度を取り入れて自分自身を受容できるようになると Rogers は考えているのである。

その後、Rogers は、1953 年の論文 (Rogers, 1953/1966) で、セラピの過程が軌道に乗るための態度的な条件 (attitudinal conditions) について、「もしセラピストが、このクライアントのあるがまま (this client as he is) を深く尊敬 (deep respect) し、十分に受容 (full acceptance) しているという態度を彼自身の内部にもっており、またクライアントの自己自身および自己の当面する場面を処理する能力に対しても同じような態度をもっているならば、またこのような態度が十分なあたたかさ (a sufficient warmth) にみたまされて、その人間の核心 (the core of the person) に対するもっとも深い好意とか愛情 (liking and affection) にまで高められるならば、そしてまた、セラピストがクライアントのいま経験している感情を理解し、その理解の完全な深さにおいて彼を受容しているということをクライアントが知覚しはじめることができるほど、コミュニケーションの水準が高まっているならば、この過程がすでにはじまっていることを確信することができるであろう」、「セラピが進行するにつれて、クライアントの自己自身になろう (to be himself) とする勇敢にして底深いもがき (struggle) を見るときに、その人に対するセラピストの尊敬と受容の感情 (the therapist's feeling of acceptance and respect for the client) は、何か畏敬の念 (awe) に近いものになってしまうのである。そのときセラピストの内面には、人間の底深く潜んでいる共通感情 (commonality) ——同胞としての愛 (brotherhood) と呼ぼうか——が深く体験されているのだと私は思う。その結果として彼のクライアントに対する感情は、暖かい、ポジティブな、愛情の反応となるのである」と述べた。

このように Rogers はそれまで「尊重」、「受容」といった用語で述べていたセラピストのクライアントへの態度について、「喜んで受け入れる」といったことに加え、「深い好意」、「愛情」といった、より情緒的な好意が含まれる言葉を使って述べるようになったように感じる。センチメンタルな言葉を使うようになったと言ってもよいかもしれない。一方、Kirschenbaum (1979) によれば、Rogers は 1956 年のはじめから「一致」という用

語を頻繁に使い始めたという。

5. 一致の強調

1956年の論文 (Rogers, 1956a/1967) では「セラピイの過程が始動されるために、われわれが重要だと感ずるようになってきたいくつかの要素」として「第1に、その関係の中でセラピストが純粋 (genuine) であること、あるいは全体的 (whole) であること、または一致している (congruent) ことが肝要である」と「一致」を第一にあげ、その他の「最もよくセラピイに導くようないくつかの態度」、すなわち受容や理解よりも「純粋であることの方がもっと大事なことであると思われる」と述べている。そして「セラピストが面接のなかでたえずうんざりしていたり、あるいはクライアントの述べていることがずっと信じられないならば、自分のもっていないもっと積極的な態度を見せかけるよりも、むしろその純粋な感情を言葉にあらわした方がよい」と言い、「“わたくしはこの面接がうんざりしています”とか」、「“わたくしはあなたの話しを信じることができない”ということができるであろう」と述べている。ただし、“あなたは不正直です”，“あなたは人をうんざりさせる”といったように「クライアントに対する非難としてではなく、何か自分自身に関わるものとして表現できるならば」としている。

同年の別の論文 (Rogers, 1956b/1967) でも「私は、その関係において、純粋になればなるほど、その関係は援助的であるということがわかってきた。このことは、より深層ないし無意識のレベルではある態度をもちながら、外面の見かけにおいては別の態度をとる、というようなことはしないで、できる限り自分自身の感情を知ることが必要であるということである」、「この真実味こそ、第1の条件としてとくに重要であると思われる」と述べた。

そして1957年、有名な論文「セラピーによるパーソナリティ変化の必要にして十分な条件」(Rogers, 1957a/2001) を発表した。

ここでは「建設的なパーソナリティ変化 (constructive personality change) をもたらすのに必要であり、そしてまた十分であるような心理的な条件」として六つの条件があげられており、そのうちの第3条件から第5条件がセラピストの態度に関わるもので中核三条件と呼ばれている。それらは、セラピストは「その関係のなかで一致しており

(congruent)、統合して (integrated) いること」(第3条件)、「クライアントに対して無

条件の肯定的配慮 (unconditional positive regard) を経験していること」(第4条件), 「クライアントの内的照合枠 (internal frame of reference) を共感的に理解 (empathic understanding) しており, この経験をクライアントに伝えようと努めていること」(第5条件)である。第3条件の「一致」については, さらに「意識的であれ無意識的であれ, 仮面をかぶることの正反対で」あり, クライアントに対してネガティブなことでも「自分自身の感情をある程度打ち明ける必要があるであろう」と述べた。また, 第4条件の「無条件の肯定的配慮」については「その意味は, 受容についてなんの条件もついていないということ」であり, 「その人の「良い」, 肯定的な, 成熟した, 信頼できる, 社会的な感情の表現に対するのと同じくらいに, クライアントの「悪い」, 苦痛にみちた, 恐れている, 防衛的な, 異常な感情の表現を受容するという感じを含む」, 「彼の一致している行動と同じくらいに, 彼の一致していない行動を受容する」とした。「受容」については「温かく受容」, 「好きである (caring for)」という言葉で説明した。ただし, 脚注で「無条件の肯定的配慮」という用語は不幸な言葉である。というのは, それは絶対的な, あるか・ないかという性質の概念であるかのように聞こえるからである。完全に無条件である肯定的配慮というのは理論的にしか存在しえないものであることが, その説明からはっきりわかるであろう」として「無条件の肯定的配慮は程度の問題として存在するものなのである」と述べた。

この時期, Rogers は, 「一致」を強調するようになり, クライアントに対して, ネガティブな感情をいただいたとしても, それをそのまま, ただクライアントへの非難ではなく, 自分の感情として表明することが大事だとした。しかし, その一方で「受容・尊重」については「温かく受容」, 「好き」といった言い方が続いており, ネガティブな感情をいただくことと「深い好意や愛情」をもつことや「温かく受容する」ことがどのように両立するのかについてはあまり述べられていない。1957年の論文の脚注で「肯定的配慮」, つまり「深い好意や愛情」や「温かく受容する」ことは程度の問題と述べられているだけである。また, 1942年の著作 (Rogers, 1942/2005) や1950年の論文 (Rogers, 1950/1967) にあった「明確な行動の制限」もここでは条件に入っていない。破壊的な行動や暴力といった問題をどうするかも述べられていないままである。この「無条件性」についての歯切れの悪さと十分な検討のなさが今日まで問題を継続させている一因であろう。

6. あるがままを受容するときに変化する

Rogers は 1957 年にウィスコンシン大学に移った。心理学および精神医学の教授を併任し、統合失調症者にクライエント中心療法を行うプロジェクトを行い、その成果は『治療関係とそのインパクト——統合失調症者との心理療法の研究』としてウィスコンシン大学退職後の 1967 年に出版された。

その前に、彼はこれまでに提出してきた構成概念や用語について「できる限り厳密に」定義した論文を 1959 年に発表した (Rogers, 1959a/1967)。そこにはそれまでと大きな変化は見られなかったが、1957 年の「セラピーによるパーソナリティ変化の必要にして十分な条件」の論文で述べた六つの条件について「2 から 6 に至る条件は、それぞれ程度の問題である」と述べた。つまり、無条件の肯定的配慮 (第 4 条件) だけでなく、「一致」(第 3 条件) や「共感的理解」(第 5 条件) も程度の問題であるとし、ややトーンダウンしたのである。

一方、1959 年の別の論文 (Rogers, 1959b/1967) では「奇妙な逆説ではありますが、私のあるがままを受容するときには私は変化するので、私にとっては価値があると思われるのです。私はこのことを——われわれが自分のあるがままを完全に受容するまでは、われわれは変化することができず、われわれのあるがままのところから離れることができないということ——自分自身の経験のなかからばかりでなく、私のクライエントから学んだのだと信じております。そのようなとき、変化は、ほとんど知らない間にやってくるようです」(傍点原著者) と述べ、セラピーにおいてあるがままを受容することとクライエントの状態を変化させることという一見矛盾すること (次節で「背反性の問題」として述べる) について注目すべき発言をしている。セラピーにおいては、セラピーが必要になった状態からセラピーを必要としない状態になること、つまり主訴の解消が求められるのだが、Rogers はここで受容が十分になされると変化が自然に生じるとしているとしているのである。

そして「他の人やその感情をほんとうに受容するということは、決して容易に成しとげられるものではない」としながらも、「私が他の人を理解し、他の人を受容することができるのは、私が私自身であることができるときだけであり、私が私自身を受容することができるときだけなのです。時には、私がどうしてもそうすることができないような関係があるのですが、そのとき私は、このような関係のなかの生き方が皮相的であると感ずるのです。このような人との私の接触は、とくに援助的ではなくなります」と述べた。Rogers

にとっては、クライアントのことを受容できない場合は皮相的になっている時、つまり自分自身ではなくなっている時であり、その関係の中で自分を十分受容し自分自身であるならばクライアントのことも受容できるとしてのことであり、「一致」の重要性を示しているのである。

そして1961年、Rogersは『ロジャーズが語る自己実現の道』(Rogers, 1961/2005)を出版した。その中で「私の経験からは、例えば一貫して受容的に振る舞おうとしても、私自身が実際に不愉快に感じたり、懐疑的になったり、あるいはその他の受容的でない感情を感じていた場合、長い間にはいずれ必ず、相手に、この人は一貫していないとか信頼できないと感知されることを痛感してきた。信頼に値するということは、厳密に矛盾なく一貫していることが必要なのではなく、私が一貫して本当の自分であることが必要なだと認識するようになった」、「紛れもなく真実であることこそ安全であるということが、それがどんな種類のものであれ、援助的関係を構築することを望む人にとって、最も基本的な教訓であると思うようになった。私が関係のなかである程度自己一致しているならば、またその関係に関するどんな感情も自分に対しても相手に対しても隠さないでいられるならば、その関係は援助的なものになっていく、ということに、私は相当の確信をもつことができる」と述べた。彼は、一致の重要性をさらに主張するようになり、ここでは受容していることが大切なのではなく、受容できない場合があったとしても、そのことに気づいていることが大切だと述べているのである。

Rogers (1962/1967)でも「わいてくる感情がすべてそのような否定的なものであっても、感じてもないみせかけの興味、関心、好意、を示すよりは、カウンセラーとしてむしろ真実なものを示した方がよい」と述べた。

このようにRogersは「純粋性・一致・真実性」をますます重視するようになった。Rogers (1959a/1967)では、否定的なものをクライアントに伝えるかという問題について、「確答が得られていない」、「伝えるべきだ、といたい」と若干の迷いが見られ、「一致」も程度の問題とされたのだが、Rogers (1962/1967)では、セラピストの感情としてクライアントにそのまま伝えた方がよいということになっているのである。

7. 条件付きの配慮

1964年、Rogersはウィスコンシン大学を離れ、カリフォルニア州の西部行動科学研究

所 Western Behavioral Sciences Institute に移り、その4年後の1968年に人間科学センターCenter for the Studies of the Person を作って独立した。

1966年に精神医学のハンドブックに書いた来談者中心療法の解説の文章の中で、暫定的と断っているものの、ある場合においては、条件づきの配慮の方が無条件の肯定的配慮よりもよいと述べた (Rogers, 1966/1967)。「慢性の、動機づけのない統合失調症者とのサイコセラピーにおける最近のわれわれの経験は、この条件の概念化を変更しなければならないかどうかという問題を提起している。きわめて暫定的に私はこういっておきたい。現段階においては、きわめて未成熟な、あるいはきわめて退行的な人との接触においては、無条件の肯定的配慮よりも条件づきの配慮 (conditional regard) の方が、関係を始めるのに、したがってセラピーが軌道にのるために、より効果的なものであると思われる、と。ある未成熟な、あるいは退行的なクライアントにとっては、無条件の配慮よりも条件づきの配慮の方がより大きな受容を構成するものと知覚される、ということは明らかであると思われる」と述べたのである。しかし、その一方で、「十分な成熟に到達するためには、やはりセラピストの無条件の肯定的配慮が最も効果のある要素であると、私はなお信じている」とも述べており、Rogers 自身、無条件性をめぐって揺れている。

坂中 (2015) は、「この UPR 修正の示唆は〈必要十分条件〉の修正ともいべき大きな変更であり、もし、その方向でその後も検討されたのであれば、以降の Rogers の主要著作でこのことが言及されてしかるべきである。しかし、筆者の知る限り、そのような文献は見当たらなかった。また、以降の Rogers の著作における UPR の記述に大きな変更は見られない。さらに Rogers 以外による主要関連文献も検討したが、Rogers (1966) の引用数は少なく、かつ当該箇所によって UPR が修正されたと結論付けた文献は、筆者が検索した限り見当たらなかった。よって、ここでは、このような記述があるものの、結局この概念を変更したとは考え難く、UPR の概念はいまだ Rogers (1957) にあるとみなしてよいであろう」(引用者注：UPR は「無条件の肯定的配慮」) と述べている。

8. 経緯や状況から当然の結果であると受容する

そして、1967年、統合失調症者にクライアント中心療法を試みた研究をまとめた『治療関係とそのインパクト——統合失調症者との心理療法の研究』がようやく出版された。Kirschenbaum (1979) や諸富 (1997) によれば、この遅れは研究チーム内の人間関係に問題が生じたためだと言う。この著書について、村瀬・保坂 (1990) は「こうした混乱を

反映してか、その豊富な資料の分析には一貫がなく十分な評価を得るに至らなかった」と述べている。しかし Rogers が Truax と書いた、第2部第6章 (Rogers & Truax, 1967/1972) には、「一致」や「受容」について注目すべき記述があり、それを以下に述べる。

まず「一致」についてである。「純粹さ、もしくは一致という、この要素が、三つの諸条件のうちでいちばん基本的であると思われるであろう」と、ここでも「一致」が中核三条件の中で最も重要であることと述べ、クライアントに対する感情に否定的なものが含まれていたとしても、「それらを隠すことは、その患者にとって有害なのである。どのようなセラピストでも、ときには否定的な諸感情をもつものであるが、そのクライアントがそれを純粹でないと知覚、もしくは潜在知覚しそうな、興味 (interest)、関心 (concern)、および好きであること (liking)、というひとつの偽りの姿勢 (false posture) をとるよりも、それらの諸態度を表明し、そのようにしてありのままであることのほうが、そのセラピストにとって好ましいのである」と否定的な感情であってもそれを表明した方がよいと述べている (なお「私は、自分が表明しているのは、どうにもつまらないという私の感じなのであって、つまらない人だという、彼についての何らかの想像された事からはな

い」(傍点原著者) と述べており、この表明はあくまでもセラピストが「私自身の反応としてそれを声に出して言う」(傍点原著者) ことが重要としている)。

この引用文の前の段落では、「私は、どうもつまらない感じがしているときの私のつらさ、および、私のこの姿を表明するときの不愉快さを、彼とともにわかちたいと思うのである。私がこれらの態度をわかった時に、私は、どうもつまらないという自分の感じが、彼から離れているという自分の感覚 (sense) から起こるということ、および、私が彼もっと接触したいと思っていること、に気づくのであって、私がこれらの感覚を表明しようと努めるときにさえも、それらの感じは、変化するのである。私は、このように彼に私というものを伝えようと努めるときに、たしかにつまらなくはないし、また、熱心に、そしておそらくはいささかの不安をもって、彼の反応を待つときに、私は、つまらないどころではないのである。いまや私は、われわれの間の一つの障壁となっていたこの感じをわかちあっているのであるから、私はまた、彼に対して新しい感受性 (sensitivity) を感ずるのである。私が、彼とともにいて、あえてあるがまま (real) であろうとしているので、彼みずからももっと純粹に話している、ということに、彼がいまや気づくときの、彼の声の中の驚き、または、おそらくは苦痛を、私は、もっと非常に多く聞くことが

できるのである。私は、彼と私との関係において、自分自身を一人の人間——あるがままの、不完全な——にしているのである」（傍点原著者）と述べている。これを読むと「一致」した態度、つまり否定的な感情をいただいたとしてもそれを認めて表明する態度が重要なのは、そうすることによって否定的なものが解消されてお互いがより純粋な状態でいられるようになるからとしていることがわかる。これを「受容」という面から言い換えれば、否定的な感情がわいて受容が困難になった時、セラピストがクライアントの問題としてではなく、自分の問題として自分は受容できていないということを表明する時、受容的が回復するということである。

「無条件の肯定的配慮」については次のように述べている。これまでのように「そのクライアントの経験の、ある暖かい受容を経験し、そして彼の受容と暖かさとはなんの条件も付けないのである」と「温かさ」という言葉を用いて説明した上で、「確かにセラピストは、ひとつの特定の行動が社会的に受け容れられない、もしくは社会的にいけない、彼が自分自身の中では賛成することができないであろうようなものである、そして、社会的なグループの福祉のために有害な行動のしかたである、ということを感じるかもしれない」といった場合について述べている。このような場合、「効果的なセラピストはたぶん、望ましい行動としてではなくて、このクライアントの状況、諸経験、および諸感情の、当然の結果として、彼のクライアントのこの行動についての受容を感じるであろう。そこでセラピストの受容はたぶん、次のような感情にもとづいているのでであろう：“もしもわたくしが、同じ背景、同じ状況、同じ諸経験をもっていたならば、わたくしがこのようなやり方で行為するであろうことは、このクライアントの場合にそうであるのと同じように、わたくしの場合にも避けられないであろう。”」（傍点原著者）とし、「子どもが恐れとらうばいのときに、彼の着物の中でうんちをしてしまった」ときに、「その子どもに対する配慮と、その状況のもとではまったく当然なできごととしてのその行為の受容」をする親を例にあげているのである。つまり、クライアントの反社会的だったり、自己破壊的だったりして一般的には受け入れがたい思いや行動に対して、クライアントがそれまでに経験してきたことやその時におかれている状況等を考慮すれば、そうなるのもやむをえないとして受容するというのである。

以上のように、Rogers は、暖かく受容するという言い方と、これまでの経緯や状況から当然の結果である（やむをえないものである）として受容するという言い方の二つの言い方で「受容」・「無条件の肯定的配慮」を説明しているのだが、この二つは同じ態度を示

していると言えるだろうか。少なくとも、1951年の著作（Rogers, 1951/2005）で述べたような喜んで受け入れるという態度は、当然の結果でやむをえないとして受け入れるということとは異なるものである。Rogersは、ここで「セラピストは、父親的でもないし、センチメンタルでもないし、表面的に社交的で愛想よくもない。しかし彼の深い配慮は、そのクライアントが自分というものを探索するようになり、もうひとりの人間と深くわかちあうようになることができる、ひとつの“安全な”背景を供給するうえで、必要な一つの要素なのである」とも述べている。ここでも、「表面的に社交的で愛想よくない」態度と「深い配慮」といったような、一般的には相反するような二つの態度が述べられているのであるが、これ以上は議論されていない。

Rogersのこの統合失調症者を対象とした研究については、期待したような結果が出なかった。Rogersは、その原因を研究グループのあり方に帰しているのだが、村瀬・保坂（1990）は、「村瀬の見るところ」と断りながらであるが、統合失調症に対する理解が十分でなく、あまりにも楽観的な見方をしていたためにスタッフが不安に陥った可能性を指摘している。筆者はそれに加え、上に述べたような「無条件の肯定的配慮」・「受容」といった概念のなかに、「喜んで受け入れる」というものと「当然の結果としてやむをえないと受け入れる」という異なる態度を示すものが混在しており、そのこともスタッフを混乱させたのではないかと考える。次節で述べるように、この混乱は「受容」概念をめぐる問題として現在まで続いていると言える。

9. 受容は「当為」とみなしてはならない

ウィスコンシン大学を離れた後、Rogersの関心は、個人心理療法からエンカウンター・グループへと移った。

「受容・無条件の肯定的配慮」概念については、1977年の著作では、「^{アクセプタンス}受容とか好意をもつとか^{プライジング}尊重するとかなどの無条件の肯定的関心（unconditional positive regard）」（ルビ原著者）、「もちろん、このような無条件的配慮をいつも感じ続けることは不可能である。誠実な治療者は、しばしばクライアントに対してそれと非常に異なった感情、例えば否定的感情を持つ時もある。それゆえ、治療者はクライアントに対して無条件の肯定的配慮を持つべきであるというように「当為」と見なしてはならない。それは、もしこの態度的要素がその関係の中に適度な頻度で存在しなかったならば、建設的なクライアントの変化は起こりにくいだろうという、単なる事実を言っているのである」（傍点

原著者)と述べた (Rogers, 1977/1980)。しかし、これではそれが事実としてもセラピストはどうすればよいかわからなくなってしまう。

そして1980年の著作 (Rogers, 1980/1984) では「受容」について「受け入れ、尊敬し、賞賛している」、「愛している」という言葉を用い、「肯定的感情を提供したり受け止めたりすること」、「他者をより尊重すること」において「私が最も充実を感じるのは、日没の美しさを心からいとおしむように、目の前にいる人を心からいとおしんでいる時です」と「いとおしい」という言葉も使って述べた。これらはエンカウンター・グループでの体験に基づくもので Rogers もしばしば生じるものではないと述べている。しかし、晩年の彼はこのような体験を「治療的变化が生じるための必要にして十分な条件」としても考えていたのだろうか。ここには人々が日常の生活から離れてある期間集中的に行うエンカウンター・グループと日々の生活もし続ける中で受ける心理療法（個人心理療法であっても集団心理療法であっても、また入院という形で日常の生活から離れて行うにしても、集中的に行うのではなく病棟生活を含めた日々の生活をする中で行われる）との違いが相当にあるのではないか。村瀬・保坂（1990）は Rogers による来談者中心療法の展開について、ウィスコンシン大学における統合失調症者に対するプロジェクトをもって「その後の彼の実践的中心はエンカウンター・グループに移ってしまったために彼自身の手による展開はここで止まってしまったといえよう」と述べている。

10. Rogers における「受容」概念のまとめ

Rogers において、「受容」はその初期 (Rogers, 1939/1966) から「セラピストの適性」として重要なものであった。「受容」について、その内容の根本的なところは変わらないもののその表現の仕方、定義の仕方については少しずつ変化している。すでに述べたように Rogers における「受容」概念については諸家 (村瀬・保坂, 1990 ; 諸富, 1997 ; 山田, 2018) が技術的側面の強調からセラピストの内面のあり方としての態度の強調へといった変化を指摘しているのだが、本研究では「受容」概念によって示される受容行為の内実とどんなことでも無条件に受容できるかといった「無条件性」、受容することと変化をもたらすことが両立するのかといった「背反性」を中心にまとめる。また「一致」についても山田 (2019) が Rogers のとらえ方の変化をまとめているが、本研究では「受容」概念との関係に焦点を当てて述べる。

1) 「受容」概念の変遷

「受容」について、はじめ Rogers は「客観性」という言葉を使って、受容的、共感的でありながらも感情的に巻き込まれることなく、適度に距離をとることを強調していた。この点については Rogers (1942/2005) でも継承されたが、その後は「制限がある」、「統制された」という言い方はされなくなり、「客観性」といった要素には言及されなくなった。

そして、Rogers (1940/1966) の「暖かい関係」、「純粋な関心」、Rogers (1950/1967) の「あるがままのクライアント (the client *as he is*) と、彼の現在の状態の中に内在している可能性とを受容し尊敬する」(傍点原著者)、「現在の瞬間の態度を——(中略)——いつでもそのままに受容する」という表現を経て、Rogers (1951/2005) では「喜んで受け入れる」、「受容し、尊重し、好意をもち、愛する」、Rogers (1953/1966) では「クライアントのあるがまま (this client as he is) を深く尊敬 (deep respect) し、十分に受容 (full acceptance)」する、「十分なあたたかさ (a sufficient warmth) にみたされて、その人間の核心 (the core of the person) に対するもっとも深い好意とか愛情 (liking and affection) にまで高められる」という表現になった。これは Rogers (1940/1966)、Rogers (1950/1967) ではただ「関心をもつ」、ただ「受容する」といったように、いわば中立的に述べていたセラピストのクライアントへの態度について「喜んで受け入れる」といったことに加え、「深い好意」、「愛情」といった、中立的ではない、より情緒的な好意が含まれる言葉を使って述べるようになったと言える。この傾向はその後も続き、Rogers (1957a/2001) では「温かく受容」、「好きである (caring for)」, Rogers (1959a/1967) では「暖かさ (warmth), 好きになること (liking), 尊敬 (respect), 同情 (sympathy), 受容 (acceptance)」という言葉が使われているのである。この客観的な距離をとった受容から、よりよいものとして愛情をもって接するという「受容」の変化は、成長仮説の強調と並行して生じているように思われる。すなわち、1942年の第2の主要な著作『カウンセリングと心理療法』(Rogers, 1942/2005) で「人間の成長や健康、適応へと向かう動因について、きわめてより大きな信頼を寄せている」と述べて以降、人間は実現傾向を有しているという人間観は Rogers の中でより確固としたものとなり、その人間観によってよいものとして受容するという態度を維持することができるとしているのである。

ただ、統合失調症者に対してクライアント中心療法を行うプロジェクトを経た後では、

条件付きの配慮に言及したり (Rogers, 1966/1967), 「望ましい行動としてではなくて, このクライアントの状況, 諸経験, および諸感情の, 当然の結果として, 彼のクライアントのこの行動についての受容を感じる」 (Rogers & Truax, 1967/1972) という言い方をしたりして, 揺れが見られるのである。この「当然の結果としてやむをえないとする受容」がそれまでの「喜んで受け入れる受容」と齟齬をきたすものであり, セラピストを戸惑わせたり, 混乱させたりするのではないかということはすでに述べたとおりである。

その後, 個人心理療法を離れてエンカウンター・グループへと心理臨床実践の中心を移した Rogers は改めてよいものとして受容することを強調しているのであるが (Rogers, 1980/1984)。

以上をまとめると Rogers において「受容」概念は, ①適度な距離と客観性をもった「受容」, ②あるがままの状態をそのままただ認める「受容」, ③良いものとして好意をもち, 愛する「受容」, というような変遷が認められる。そして最後に④それまでの経緯とその時におかれた状況等からやむをえないとする「受容」が述べられたのだが, それは③の良いものとする「受容」と矛盾するのである。

2) 「受容」概念の「無条件性」について

Rogers の「受容」概念の重要な特徴の一つは望ましくないものや反社会的なものに対しても受容が向けられるという「無条件性」である。この「無条件性」もその初期 (Rogers, 1939/1966) から述べられていた。「無条件性」はその後も重要なものとして主張されて続けている。というのも, このようなセラピストの無条件に受容するという態度によってクライアントはそれまでの心理的防衛が必要なくなり, 「自分の衝動や行為, 葛藤や選択, 過去のあり方や現在の問題などを, もっとずっとありのままに評価することができるようになる」というのが Rogers の考えた心理療法なのである (Rogers, 1942/005)。

しかし, このように否定的なものや反社会的なものであっても無条件に受容するということには困難が生じる。しかも, Rogers & Wallen (1946/1967) や Rogers (1961/2005) では, それがどんなにネガティブなものであったとしてもショックを受けたり, 驚きや脅威を感じることもさえないようにしないといけないとされているのである。このような困難に対して Rogers は「人間の成長や健康, 適応へと向かう動因について, きわめてより大きな信頼を寄せ」, 「否定的な感情が十分に表現された時, それに続い

て、かすかに、またためらいながらではあるが、成長へと向かう肯定的な衝動が表現される」とした (Rogers, 1942/2005)。つまり、クライアントに実現傾向を認め、心理療法はその力をよりどころとしていると述べたのである (Rogers, 1942/2005 ; Rogers & Wallen, 1946/1967 ; Rogers, 1950/1967 ; Rogers, 1956b/1967 など)。そして、この成長仮説によって、どんなことでも無条件に受容するというセラピストの態度が維持されるとしたのである。

ただし、Rogers (1942/2005), Rogers (1950/1967) では、「受容」の態度を保持するために時間や破壊的な行動や暴力などを制限するということが述べられていた。どんなことでも無条件に受容するということと、このような制限を設けることは相反する。しかし Rogers はこの点について十分には議論していないように思われる。その後、このような制限について言及されることはなくなったものの、Rogers (1957a/2001) では「完全に無条件である肯定的配慮というのは理論的にしか存在しえない」、「無条件の肯定的配慮は程度の問題として存在するものなのである」と述べ、「無条件性」の困難さを述べた。さらに Rogers (1966/1967) でも「十分な成熟に到達するためには、やはりセラピストの無条件の肯定的配慮が最も効果のある要素であると、私はなお信じている」と言いながらも、「きわめて未成熟な、あるいはきわめて退行的な人との接触においては、無条件の肯定的配慮よりも条件付きの配慮 (conditional regard) の方が、関係を始めるのに、したがってセラピーが軌道にのるために、より効果的なものであると思われる」と述べているのである。

以上のように Rogers は、セラピストによって「受容」が無条件に示されることが重要としたのであるが、その困難さにしばしば言及し、時に歯切れが悪くなった。この「無条件性」をめぐる歯切れの悪さが「「受容」概念の変遷」の項で述べた、③良いものとして受容することと④やむをえないものとして受容することとの矛盾もつながるのであり、次節で述べるように「無条件性」をめぐる問題は十分に整理されないまま現在に至っているのである。

3) 「一致」について

Rogers における「受容」概念を考える際に考慮すべきもう一つの重要な概念として「一致」の概念がある。この「一致」概念もその初期 (Rogers, 1940/1966) から言及されているものである (村瀬・保坂 (1990) や諸富 (1997) は Rogers (1939/1966) で述

べられた、「自己理解」が「一致」につながるものとしている。しかし、「自己理解」はあくまでセラピストの自分自身に対する理解についてであり、セラピストがクライアントに示すものが純粋で真実に基づいたものでなければならないという「一致」については Rogers (1940/1966) が最初の言及だと思ふ)。

「一致」は、その後 1956 年以降、セラピストに必要な態度の中でも最も重要なものとされ (Rogers, 1956a/1967 ; Rogers, 1956b/1967 ; Rogers, 1959a/1967 ; Rogers, 1961/2005 ; Rogers, 1966/1967 ; Rogers & Truax, 1967/1972 など)、セラピーにおいては、クライアントに対してネガティブな感情をいただいたとしても、それをそのまま、ただクライアントへの非難ではなく、自分の感情として表明することが大事だとしたのである (一時的に Rogers (1959a/1967) では、クライアントに対するネガティブな感情をセラピストが表現することは非常に難しいので「一致」も程度の問題とややトーンダウンしたが、その後再びありのままを伝えることが推奨されている)。

しかし、すでに何度か指摘したように Rogers は Rogers & Wallen (1946/1967) や Rogers (1961/2005) では、クライアントの示すものがどんなに否定的なものや反社会的なものであったとしてもショックを受けたり、驚きや脅威を感じることもさえないようにしないといけないと述べているので、このようにクライアントに対してネガティブな感情をもつこととの間には齟齬が生じる。この点に関して Rogers (1959b/1967), Rogers (1961/2005) では、クライアントを受容できないでいる状態について「皮相的」になっている、「相手のある種の感情に驚きや脅威を感じて」自分の感情を受け入れられなくなっている状態と述べており、Rogers は自身が「一致」した状態であれば、クライアントのネガティブなものも受容できるようになると考えているように思われる。さらに Rogers & Truax (1967) では、セラピストがクライアントに対して抱いたネガティブな感情を表明することについて、そのような感情をもっているつらさやそのことを表明する不愉快さを含めてクライアントと共有することで、ネガティブな感情をいただいていた関係は変化し、より深い関係に至ると述べているのである。

そもそも Rogers が 1956 年頃から「一致」を強調するようになったのには、彼自身が「個人的危機」と呼ぶ (Rogers & Russell, 2002/2006)、あるクライアントとの経験が関係しているということである (Kirschenbaum, 1979 ; 村瀬・保坂, 1990 ; 諸富, 1997)。さらに Kirschenbaum (1979) は、Rogers には自身の感情を抑える長年の習慣があり、それによって彼自身のセラピーにおける「一致」の例示はあまりないとした上で、

数少ない例の一つとして未発表の1958年にロチェスター大学の学生グループとの議論の中で話されたエピソードをあげている。それは、人にしがみつかれるのが好きではないRogersが際限なくしがみつこうとしてくるクライアントに対してはじめはいやいやながらも応じていたのがとうとう耐えられなくなって、そのことをクライアントに告げたというものである。Rogersは「実は話し合わなければならないことがあります。私の時間に対する要求がどんどん大きくなっていることに私はもう心地よく感じるができなくなっているのです。私はあなたが私を壁に追いつめているように感じてしまうのです。私はもう耐えられません」と告げたのであった。するとクライアントはかなりショックを受けながらも、「でも私は、ご迷惑ではない範囲でいいので、もっと時間が欲しいのです」といつも言っていたではありませんか」と言い、Rogersは「はい、あなたがいつもそう言っていたことはわかっています。でも私はそういう意味だとは思っていませんでした」と答え、その後、さらに話し合いを続けたところ、追いつめられているという感じがなくなり、その後負担を感じることなく追加の時間を用意することができたというのである。これが「個人的危機」のクライアントかどうかは明確に述べられていないのであるが、ここで述べられていることからしても、Rogersが「一致」を強調し、クライアントに対してネガティブな感情をいだいたとしても、それをありのままに表明することが重要としたのは、そうすることによって、クライアントに対するネガティブな思いが解消されるからなのである。

以上のようにRogersは1956年頃から「一致」をセラピストに求められる態度の中で最も重要なものとしているのだが、それはクライアントのネガティブなものに対しても受容できるようになるため、つまり、「受容」の「無条件性」を達成するために「一致」が必要と考えているのである。

第2節 心理臨床における「受容」概念をめぐる問題

以上、Rogersが心理臨床における「受容」をどのように考えていたのかについてみてきた。「受容」概念について現在どのような問題があるかを述べる。

1. 概念のあいまいさの問題

まず、概念のあいまいさの問題である。心理臨床における「受容」概念をあらわす用語

は「尊重する」、「肯定する」、「大切にする」、「受け入れる」、「ありのまま認める」、「寄り添う」等々、多数ある。Tudor & Merry (2002/2008) は「あたたかさ」、「賞賛すること」、「愛」も「無条件の肯定的配慮」を指す用語としてときに使われるとしている。このように心理臨床における「受容」概念にはさまざまな用語が使われており、明確に定義されていない。Rogers (1959a/1967) も「一般的にいて、受容と尊重することとは、いずれも無条件の肯定的な配慮と同義語である」と述べて、さまざまな用語で表されるものとしている。そのために「受容」概念が実際にどのようなことを指すのかがあいまいになっているところがある。Tudor & Merry は「無条件の肯定的配慮」について「過度に友好的な態度や「人当たりのよさ」とは、はっきり区別されねばならない」と述べているが、「喜んで受け入れる」(Rogers, 1951/2005)、「深い好意とか愛情 (liking and affection) にまで高められる」(Rogers, 1953/1966)、「温かく受容」(Rogers, 1957a/2001)、「好きになること (liking)」(Rogers, 1959a/1967) という言い方がされているためか、誤解・曲解も多いとされている(坂中, 2015)。すなわち、「何でも許容する」、「許す」、「優しくする」、「褒める」、「いい気持ちにさせる」といったことが「受容」であるとされたり、「同調する」、「迎合する」、「褒めそやす」「おだてる」などといったことと混同されたりすることもあるのである。ここには前節でみたように Rogers の「受容」概念には、前節の第10項1で述べた、①から④のとらえ方があり、しかもそれらが同一のものといえなかつたり、矛盾する面が含まれていることもその要因の一つとなっているであろう。

そもそも「受容」自体は心理臨床が作り出したものではなく、日常の中で行われてきた行為である。滝川(1998)は、「精神療法とは日常の手立てや関わりを、より抽象化(純化・人工化)したわざに過ぎないということが出来る」とし、さらにその注で「だから、流儀を問わず、精神療法のもつ鍵概念やテクニカルタームは、必ず日常の相談ごとや問題解決の知恵の中で普通に出てくる発想や言葉にその素朴な原型やルーツをたどることが出来る」と述べている。このように「受容」は日常の中で行われてきたことであるために明確に定義されず、さまざまな用語が使われており、Rogers も厳密な定義はしなかった(できなかつた)のであろう。

しかし、日常の中で行われている行為だからと言って、それが指し示している内実を明確にできないということにはならない。滝川が述べているように心理臨床における「受容」概念が日常の中のものをより抽象化したものであるならば、なおさらその内実については明確しなければならない。しかし、これまでは明確にしきれておらず、議論が続き、

混乱もしばしば生じているのである。

2. 「無条件性」の問題

「無条件性」についての問題は、クライアントの反社会的な側面や自己破壊的な問題など、一般には望ましくないとされていることについて、それらを無条件に「受容」できるかといった問題である。Rogers 自身、「無条件性」についてはしばしばその困難に言及し、時に歯切れが悪くなったことについては前節で述べたとおりである。この Rogers の歯切れの悪さを引きずるようにしてロジャーズ学派の中ではこの「無条件性」をめぐる議論が続いている。その議論を見ると、無条件にすべてのことを受容するために、1) 実現傾向を支えにする、2) 言語的表現や体験と行動を分ける、3) その時点でのことと認める、4) そのまま認める、といったことが提言されてきている。

1) 実現傾向を支えにする

実現傾向は、「有機体を維持し、強化する方向に全能力を発展させようとする有機体に内在する傾向である」(Rogers, 1959a/2001)、「成長し、発展し、その可能性を十分に実現しようとする傾向」(Rogers, 1986/2001)と定義されている。クライアントの否定的な面、反社会的な面については、このような実現傾向に対する信頼によって「受容」の「無条件性」を維持できるとする考えがある。つまり、一般には望ましくないとされ、容易に「受容」できないことであっても、そこには実現傾向が含まれているので「受容」できるというものであり、Rogers は 1942 年の著作 (Rogers, 1942/2005) でその考えを示している。

この立場の先鋒の一人である、Freire (2001) は、実現傾向に対する信頼によって無条件の肯定的配慮は生まれ、無条件の肯定的配慮によって実現傾向が促進されると述べている。そして、多動と診断された子どもがセラピー中に部屋を出てしまった時のことを提示し、その時その子が何か悪いことをするのはと心配になったのだが、「信頼しなければ」と自分に言い聞かせて待っていたところ、何も悪いことをせずに戻ってきたというのである。Freire は、その子が信頼に値する人間 a trustworthy person であることを示したと述べているのだが、もしそこでその子が何か悪いことをしてしたとしたらどうなるのか。信頼に値しない人間ということになるのか。心理臨床における「受容」はそんなものではあるまい。しかし、彼女はその場合については述べていない。彼女からすれば、その

子が何か悪いことをすると考えること自体が実現傾向を信頼しないことになるので、それは考える必要がない、もしくは考えてはいけないということになるのかもしれない。しかし、クライアントが自己破壊的なことをしてしまう可能性について考えておくことはセラピストの責任である。その上でクライアントをどう信頼するかが問われるのではないだろうか。

成田（2014）は、「信頼する」ことについて「相手のことが何もかもわかっていれば、つまり自分がこうすれば相手はああすると確実に予測できるのであれば、もはや「信頼する」必要はない」、「信頼する」とは完全には予測できないということである」と述べている。つまり、ひょっとするとそうではないかもという不確実さ、つまり信頼できないかもという懸念が含まれるのである。成田は、クライアントがセラピストを信頼して秘密を打ち明ける時の「信頼」について述べているのだが、このことはセラピストがクライアントのことを「信頼する」場合にも当てはまるだろうし、クライアントの実現傾向に対しても同様であろう。「受容」概念の「無条件性」の問題においては、このような不確実さがある中で無条件に受容できるかが問題になっているのである。さらに不確実どころか、明らかに悪いことについて、どのように無条件に受容するのかという問題は残ったままである。

我が国でも中田（2013）が考究を重ね、無条件の肯定的配慮を体験するには、実現傾向を信じ、成長的な動きをクライアントの中にどう見つけられるかがポイントであると述べている。そして、小さな子どもの成長を見守る保護者を例にあげて「子どもが倒れても何とか立ち上がって歩こうとする姿を保護者は“歩行できるようになるための前段階”と知って手を出さずに見守ることができる」とし、無条件の肯定的配慮をこのように考えると分かりやすいと述べている。しかし、心理臨床に持ち込まれる問題はこのように成長が確実なケースばかりではない。上に述べたように不確実さが残る場合、さらには緩和ケア領域など、一般に言われている「成長」がまったく望めない場合もある。

Rogers 自身は「恐ろしくゆがんでしまった人生をもつ来談者」や「州立病院に戻ってきた人々」についても実現傾向を認めており（Rogers, 1980/1984）、実現傾向には単に成長し、発展すること以上のものが含まれている可能性がある。彼は、「彼らの行動を理解する手がかりは、彼らは彼らに可能な方法で成長と適応に向かってもがいているという事です。健康な人間には奇妙で無駄と思えるかもしれないけれど、その行為は生命が自己を実現しようとする必死の試みなのです」と述べており、「恐ろしくゆがんでいる」行動も

入退院を繰り返してしまうことも、それは「成長と適応に向かう」実現傾向の表れとして
いるのである。確かに反社会的であったり、自己破壊的であったりすることの中に成長や
発展に向けての動きが含まれることは心理臨床においてしばしば出合うことである。しか
しその一方で、まったく成長が望めないこと、適応へと向かうことがないこともある。非
常に重篤な疾患や重い障害をもったクライアント、終末期の場合はどうか。そのような状
況においても実現傾向を支えとして受容することはできるのか。Rogers (1980/1984) は
実現傾向は「選択的であり一定の方向を持っている」、「建設的な傾向と言ってよい」と述
べている。そうだとすると、やはり実現傾向を用いての受容はまったくの無条件ではな
い。どうにも成長が望めない状態をどう受容するかといった問題が残るのである。

場合によっては、まったくの成長がない状態（重い障害や終末期の状態）や死に対して
さえも、実現傾向を見ることができのかもしれない。しかし、それはユング派がいうよう
な、自我の基準だけでなく、セルフの基準で考えることが必要になり、実現傾向の概念の
大幅な拡大を必要とするだろう。

2) 言語的表現や体験と行動を分ける

次に、クライアントがセラピストに示すものを言語的表現や内的な体験と外的な行動に
分け、「受容」は前者に向けてのものとする考えがある。1957年の必要十分条件の論文以
前であるが、Rogersも言語的表現や象徴的表現については制限しない、つまり無条件に受
容するのだが、行動等については効果的なセラピーを行うために制限を設けることがあ
るとした (Rogers, 1942/2005 ; Rogers, 1950/1967)。そして制限を設けることとして、プ
レイセラピーにおいて家具を壊すことやカウンセリング時間の長さなどをあげ、このよう
な制限によって「規定された関係のなかでは、完全な受容を経験することができるのであ
る」 (Rogers, 1950/1967) と述べている。しかし、受容できないものを制限し、排除した
のであれば、残ったものが受容されるのは当然である。これは決して無条件ではなく、明
らかに条件付きの受容である。また、制限することによってその行動が解消されるなら、
セラピーは不要であろう。してはいけないと言われてもしてしまう、やめたいと思ってい
てもやめられない、セラピーにはそういった行動がもちこまれるのであり、それらは単に
制限することではおさまらない。

その後 Rogers (1957a/2001) は、「一致している行動と同じくらいに一致していない
行動を受容する」と述べ、行動も「受容」の対象とした。そのために、一般には受け入れ

られない行動をどうするかが問題になったのだが、「受容」は行動にではなく、言語表現や体験に対してのものなのだという主張は、Rogers やその他の臨床家によって 1957 年以降もたびたびされている（例えば、Rogers & Truax 1967/1972 ; Leataer 1984）。しかし、問題は外的な行動である。そのままでは「受容」できない行動についてどのようにすればよいか。その後の議論においては、そのままでは受け入れられない外的な行動に対して、「その時点では当然のこと」と認めるという考え方が Rogers や来談者中心療法学派の臨床家から提出されている。

3) その時点では当然のことと認める

Rogers & Truax (1967/1972) は、「効果的なセラピストはその人をとうとぶのであって、必ずしもその人の行動をとうとぶのではない」と述べた。つまり、行動については無条件に受容・尊重しないのである。そして、そのような受け入れられない行動に対して「効果的なセラピストはたぶん、望ましい行動としてではなくて、このクライアントの状況、諸経験、および諸感情の、当然の結果として、彼のクライアントのこの行動についての受容を感じるであろう」（傍点原著者）と述べた。そのような「受容」は「もしもわたくしが、同じ背景、同じ状況、同じ諸経験をもっていたならば、わたくしがこのようなやり方で行為するであろう」というような感情にもとづくとし、子どもが「恐れとろうばい」のときに、彼の着物の中でうんちをしてしまった」ことを「その状況のもとではまったく当然な出来事として」親が受容することを例として挙げている。

中田ら (2015b) が体験療法学派の論客として紹介している Leataer (1984) も、内的な体験と外的な行動に分けることが重要であり、無条件の肯定的配慮は内的な体験についてのものであるとした上で、行動については賛成しなかったり、変えようとしたり、受け入れないことがあるとしているのだが、そのような行動については“その時点では”そこにあるもの *something that is there “for the time being”* として受け入れ、クライアントとともにその背後に横たわっている個人的な問題へと向かう」と述べた。これは Rogers & Truax (1967/1972) を踏まえたものであるが、それをさらに一歩進め、Rogers がクライアントの行動の背後にあるとしたものを、クライアントとともに検討することが心理療法における作業になるとして、心理療法の方針をも示している。

ただし、このような「その時点では当然のことと認める」というあり方が、心理臨床における「受容」と言われているものと同じかどうかは議論が残るところである。この点に

については、次の「そのまま認める」という「受容」のあり方とともに後に取り上げる。

4) そのまま認める

以上のように、一般に受け入れられない行動であっても「その時点では当然のこと」として受容することに対して、わが国では「そのまま認める」という見方が主張されている。池見（2015）は、acceptanceについてそれは「受け入れる」、「引き受ける」といったことではなく、ありのままを認めるのであり、それが acceptance が体験されている関係であるとしている。それは、クライアントからすると「自分の状態を変えようとせず、または「それは非論理的である、未熟である、馬鹿げている」といった指摘や「それは治すべき病状である」といった治療的意図がなく、自分がそのまま認められる関係のように体験される」としている。

諸富（2016）は、自己肯定感には「比較的浅い自己肯定感」、「比較的深い自己肯定感」、「深い自己肯定感」の三つのレベルがあるとし、もっとも深い自己肯定感、すなわち「深い自己肯定感」は「醜い気持ちや汚い気持ち、自分の「こころの闇」や「暗い衝動」の存在をただそのままあるがままに認め、「そうした汚い気持ち、醜い気持ちもこの私にはあるけれど、そんな私でも、存在していていいのだ」という「深い自己受容」の行為である」とした。そして、このような「深い自己肯定感」が「受容」であり、無条件の肯定的配慮は「そこで起きているすべてのことに、ただそのまま、意識を向けていく姿勢」であると述べている。池見も諸富も内的体験と外的行動を区別してはいない。二人とも内的体験を取り上げて論じているように思われるが、彼らが述べた「そのまま認める」ということは一般には受け入れられない行動についても適用できるであろう。

しかし、セラピーとしてそれでいいのかという問題が残る。考え方にしろ、行動にしろ、クライアントはそのままでは困る、変えたいと望んで心理療法にやってくるのであり、心理臨床ではそれにどう応えられるかが問われる。クライアントが変えることを求めていることに対して「ただそのまま認める」のでは心理療法が成り立たない。池見は「治すべき病状である」という治療的意図をもたないとしているが、変化すること、成長すること、つまり「治療的なパーソナリティ変化」（Rogers, 1957a/2001）まで望まないわけではあるまい。一方、諸富は「深い自己肯定感」を育てるには、日常の人間関係の水準を超えて自己超越的な視点、「大いなるいのちとのつながりの感覚」が必要になってくるとし、トランスパーソナルな視点の必要性を説いている。心理療法の結果としてクライエン

トにそのような視点や感覚が生じることはあり、重要なことと思うが、さまざまな問題を抱えて（もしくは、抱えきれなくなつて）、不安や混乱の中で心理療法にやってきたクライアントに対して、はじめからそのような視点を導入できるのかについては、そのようにするのが適切かどうかも含めて課題が多いように感じる。

さらにもう一点、「その時点では当然のことと認める」、「そのまま認める」というとらえ方について、それはこれまで心理臨床で重視されてきた「受容」と同じかという疑問が生じる。このとらえ方は、ただそのまま認めるだけといったような、いわば中立的とでもいうようなとらえ方である（諸富は無条件の肯定的配慮を非選択的関心でフロイトの平等に漂う注意に近いとも述べている）。そのようにただ認めるだけだからこそ、どんな行動に対しても向けることができるのであるが、心理臨床における「受容」にはクライアントの状態を良いものとして好意をもち、愛するという形の「受容」があり、前節第10項1で述べたようにそれは「その時点では当然のことと認める」、「そのまま認める」という「受容」と矛盾するのである。

3. 「背反性」の問題

心理療法では変化が求められる。そこで、この変化を望むことと「受容」ということがどのように調和するのかという問題が生じる。変化を望むことには、そのままであることの否定が含まれる。つまり、そのままではない方が良いから変化を望むのである。したがって変化を望むことは、その状態をそのまま認めようとする「受容」と対立する。それが「背反性」の問題である。

この「背反性」の問題については、Rogersは1959年の論文（Rogers, 1959b/1967）で「私のあるがままを受容するときに私は変化する」、「われわれが自分のあるがままを完全に受容するまでは、われわれは変化することができず、われわれのあるがままのところから離れることができない」と述べた。これは人が自身のことを深く受容すると変化が生じるということを述べているのであるが、Rogersにはセラピストの受容によってクライアントは自身のことを受容できるようになるとしている（Rogers, 1940/1966 ; Rogers, 1951/2005）。したがって、そのようなセラピストの受容によって、クライアントが自身のことを受容できるようになると変化が生じると考えていると言ってよいだろう。ただ、この受容することと変化を期待することがどのように両立するかについては、その後Rogersによってはあまり議論されておらず、その後もロジャーズ学派の中でさまざまな議論があ

る（中田・佐藤・白崎・須藤・中西，2015a）。

上述したように体験学派の Leataer（1984）は変化を起こすために選択的強化や直面化といった対応を提唱している。彼は、そのような対応は Rogers や他のクライアント・センタードのセラピストたちによって躊躇なく認められているし、クライアントを拒絶するためではなく、クライアントに対する理解を深めるために行うのであり、無条件の受容と矛盾しないとしている。しかし、クライアントに対する理解を深めるために行うとしても、変化を求めるといのはやはりその状態を変えることなので、その状態をそのまま受容することとは矛盾するように思われる。彼はそれ以上説明しておらず、変化を起こすための対応が無条件の肯定的配慮とどのように両立するのかについて納得のいく説明はされていない。

それに対して古典学派の Freire（2001）は、来談者中心アプローチではクライアントを無条件に受け入れるので、セラピストはクライアントを変化させようとはしないし、クライアントを変えることは目標にはならないと言い切っている。それに対して中田・小野・構・中野・並木・本田・松本（2015b）は、それでは心理療法の契約そのものが成立しなくなるのではと疑問を呈している。考えてみれば Rogers（1957a/2001）も「治療的なパーソナリティ変化が生じるための」という目的がついているのであり、変化をまったく求めずに心理療法が成立するとは思えない。いずれにしても、このようにロジャーズ学派の中では異なった考えがあって「受容」することと変化を望むことの問題は議論が続いており、十分には整理されていないと言える。

近年、行動療法に基礎をおく学派でも、「徹底的なアクセプタンス」の大切さが強調されている（Linehan, 1993/2007 ; Robin et al., 2004/2005）。「徹底的なアクセプタンス」を重視して弁証法的行動療法を提唱した Linehan は、「あるがままのものの受容」と変化を求めるとの両方が大切で、そこに弁証法的緊張関係があり、「治療的变化は、あるがままのものを受容する状況でのみ起こるが、「あるがままのものの受容」それ自体が変化である」と述べている（Linehan, 1993/2007）。しかし、この「あるがままのものの受容」それ自体が変化」といったことが、実際にどの様に行われるかについて彼女は明確に述べていない。受容と変化の戦略を使い分ける、バランスをとるという記述が見られるが、受容と変化をその時々で使い分けたり、行ったり来たりしてバランスをとるとするのは、「あるがままのものの受容」それ自体が変化」ということとは異なることのように思われる。

以上に述べたことは、自身や他者の命がかかわるような強い自己破壊的行動や反社会的行動が対象となった場合には深刻な問題となる。緊急性が求められる時もある。心理臨床の場にはそのような問題も持ち込まれるのだが、そのような場合にはどうするのか。他のことが優先され、心理的な面の関わりは必要ではなくなるのか。このように命の危険があり、なんとしても止めないといけないことと「受容する」ことについて、これまで十分には整理されていないように思われる。

4. 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題

最後に、「受容」概念がクライアントの存在についての概念として述べられる場合とセラピスト側の行為や認識についての概念として述べられる場合が混在していて明確に区別されていないという問題について述べる。この問題についてはこれまでに明確に取り上げられたことがないと思われる。そこで、今述べたように、クライアントは受容すべき存在である、もしくは受容できる存在であるといったようにクライアントの存在について述べている場合を「受容」概念の存在論的側面、セラピストがクライアントを受容するといった行為やクライアントを肯定的に認識するといったセラピストのクライアントに対する行為や認識として述べている場合を「受容」概念の認識論的側面として考えて分けてみたい。

以上のように「受容」概念を二つの側面に分けて考えてみると、Rogersにおいて「受容」概念は、まず1939年の最初の著作（Rogers, 1939/1966）で「セラピストの適性」として「子どもの本来の姿への心からの尊敬」をもつこと、「改心させようと」しないことという認識論として取り上げられた。その後も「感情の自由な表現を許容する」、「一貫して理解ある態度を示す」（Rogers, 1942/2005）、「あるがままのクライアント（the client *as he is*）」と、彼の現在の状態の中に内在している可能性とを受容し尊敬する」（傍点原著者）（Rogers, 1950/1967）、「クライアントに対して無条件の肯定的配慮

（unconditional positive regard）を経験している」（Rogers, 1957 a/2001）など、受容は認識論として述べられてきた。その一方で、非道徳的なものや反社会的なものをどのように受容するか、果たして受容できるのかという問題（「無条件性」）が出てきて、その問題に対応する中で1942年の著作Rogers（1942/2005）で「人間の成長や健康、適応へと向かう動因について、きわめてより大きな信頼を寄せている」と「人間の成長や健康、適応へと向かう動因」、すなわち実現傾向が取り上げられるようになって以来、人間の存在

にはそのような面があるので無条件に受容できるというように「受容」概念には存在論的側面が含まれるようになった。この人間には実現傾向があるという存在論的側面は繰り返し言及され (Rogers & Wallen, 1946/1967 ; Rogers, 1950/1967 ; Rogers, 1959a/2001 ; Rogers, 1986/2001), 成長仮説として Rogers の人間観を表す重要なものとなった。そして, このクライアントの存在論としての成長仮説によってセラピストの認識論としての「受容」が支えられるとしたり (Rogers, 1942/2005 ; Freire, 2001), セラピストの認識論としての受容によって, クライアントの存在論としての実現傾向が発現されるとしたり (Rogers, 1950/1967), 「受容」概念はこの認識論と存在論の二つの側面が相互に支え合う概念として述べられているのである。

しかし, 今日の「受容」概念をめぐる問題の混乱を解消するには, この「受容」概念の存在論的側面と認識論的側面を区別して論じることが必要に思われる。本節の第2項

「無条件性」の問題」で述べた1) 実現傾向を支えにする, 3) その時点では当然のことと認めるといった受容のあり方は認識論でありながら存在論を含んでいる。実現傾向をもっている存在だから (または実現傾向が発現される存在だから) 無条件に受容できる, その時点ではその存在のあり方が当然だから無条件に受容できるということである。そこでは実現傾向をもっている存在なのかという存在論とそういう実現傾向をもった存在と認識できるのかといった認識論, その時点ではその存在のあり方が当然という存在なのかという存在論とそのような存在と認識することができるのかといった認識論が区別されることがなく一緒に論じられているのである。人間の存在についてどのように考えるのかといった存在論と目の前のクライアントの存在をどのように認識するのかといった認識論を分けることは, 心理臨床における「受容」の「無条件性」の問題を整理する上でも重要になるだろう。

本研究では, この「受容」概念の存在論的側面と認識論的側面を明確に分け, 実現傾向に変わり「そうあるしかない」という新しい存在論的概念を提起する。

5. 「受容」概念をめぐる問題のまとめ

以上, 述べてきたように, 「受容」概念においては, 1) 概念のあいまいさの問題, 2) 「無条件性」の問題, 3) 「背反性」の問題, といった問題が認められる。それらはいずれも議論が続いており, 解決されていないのである。さらに本研究では, 4) 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題として, これまで「受容」概念が存在論的側面と認識論

的側面の両方を含んだまま論じられてきたことを指摘し、このことも「受容」概念が明確に整理されていない要因の一つと考えた。このように根幹とされている概念の問題が十分に解消されていないため、心理臨床の実践はもとより、その教育や訓練においても、しばしば混乱や誤解が生じているのであり、この問題が整理されることが望まれる。そのために本研究では「そうあるしかない」という存在論的概念を提起する。

第2章 「そうあるしかない」という概念の提起

本章では、本研究の中心概念である「そうしかない」という概念を提起する。第1節では、まず筆者が人間存在のあり方について「そうあるしかない」という概念を考える契機になった事例について述べる。第2節では、人間存在のあり方について「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった3つの特性があることを指摘し、そこから「そうあるしかない」という存在についての概念を提起する。そして「そうあるしかない」という概念が、心理臨床における「受容」概念の、1) 概念のあいまいさの問題、2) 「無条件性」の問題、3) 「背反性」の問題、4) 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題といった、これまで解決されていない問題を整理できることを示す。

第1節 「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例

まず、人間存在における「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例（高橋，2011：第4章で詳述する）について述べる。あるクライアント（事例A）が、「これまでのすべてのことがあって今の自分がある」と話したことがあった。そのクライアントは重度の摂食障害で命を落とす危険に見舞われながらも10年以上に及ぶ心理療法を経て、自分と自分を取り巻くすべてのものを深く肯定するようになり、「苦しかったことはなかった方がよかったが、しかしそれがないと今の自分になれない。だからそういう苦しかったこともすべてないといけない」と述べたのだった。このようなことを話したのは彼女だけではない。筆者は、他にも何人かのクライアントが同様のことを話すのを聞いた。しかし、いずれのクライアントもはじめからこのような認識をもっていたのではない。むしろ、はじめは自分や自分を取り巻く周囲のことが受け入れられないために、このような見方は否定したいものであり、できないことであった。それが心理療法の中で自分や自分の周りのことについて一つひとつ取り上げて検討する内に、その時その時に必死だった自分を確認し、自分のことを認められるようになって、このような見方ができるようになったのだと思われる。

このように自分のことが認められるようになった後、「自分のことがいとおいしい」と述べたクライアント（事例Bとする）もいた（高橋，2018）。Bは子どもを虐待してしまうということで心理療法を受けることになったのだが、彼女自身が家族から激しい虐待を受

けてきていた。彼女は高校卒業後家を出て働き始めたのだが、職場で知り合った男性との間にまもなく子どもができ、結婚した。無事出産したのだが、その子どもが自分の時間やお金、その他のすべてを奪うように感じてしまい、手が出るようになってしまった。Bは自分を欠陥人間のように感じていて、自分の判断に自信がもてないでいた。そのため、周囲の人たち（子どもの親友達や職場の同僚のみならず、自分に激しい暴力をふるっていた家族をも）を頼りにして、あらゆることをその人たちに相談し、“その人たちの指導を受けて”と言ってもよいような状態で生活していた。心理療法が進むにつれ、次第に自分はそんなにおかしくないのではと感じるようになった。一方でそれまで頼りにしているいろいろ相談し、助言や説教を受けてきた家族やその他の人たちが定職についていなかったり、社会的な儀礼を守らなかったりして、その人たちにもおかしいところがあると思うようになった。そして、心理療法が始まって2年と数か月がすぎた頃、かつて自分が受けた激しい虐待について改めて話す中で、自分を守ってくれなかった親に対する強い怒りが湧いてきて、復讐したい気持ちが抑えられなくなってしまった。その時は、その気持ちが行動に移されないように数日間の入院を必要とした。彼女との心理療法は約5年半で終結となった。終わる半年ほど前、彼女は過酷な虐待に耐えてきて、そのことに対する復讐もこらえて生きている自分に対して、「よくやってきたと思う」といって涙し、さらに「なんか最近自分のことがいとおしい」と述べたのだった。

筆者は、このような「すべてのことがあって今の自分がある」、「その時その時で自分は精一杯だった」、「そんな自分のことをいとおしく感じる」と述べるようになったクライエントを見ていて、すべてのことが現在のその人のあり方に関連していること（「全関連性」）、そしてそのように現在に関連しているこれまでのこととその時のことによって現在のあり方が決められること（「被規定性」）、さらにそのあり方はどんなことでもその時にできる精一杯のことであること（「総力性」）を教えられた。そして、それら3つの特性からどんなことでもその時点では「そうあるしかない」ということに気づき、そのことをセラピストが深く認めていることが心理臨床においては重要なのだと考えるようになった。次節では、人間存在のあり方についての「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった3つの特性について述べ、「そうあるしかない」概念を提起する。

第2節 人間存在のあり方についての三つの特性（「全関連性」「被規定性」「総力性」と「そうあるしかない」という概念の提起

1. 「全関連性」

「全関連性」は、これまでのこととその時のことのすべてが今に関連しているということである。事例 A はそのことを「すべてのことがあって今の自分がある」と述べた。これは、現在の自分には、これまでのこととその時のことのすべてがつながっているということである。これまでのよかったことだけでなく、悪かったことや苦しかったことも含め、それまでに経験したことのすべてが関連しているのである。その人の経験だけではない。両親から受けついで素因、どういった状況のなかで生まれてきたかといったこと、つまり生物学的・遺伝学的なもの、生活状況や経済状況、その地域の地域性や社会関係なども関連する。両親がどういういきさつで出会い、子どもをもつこととなったのかについては、両親がそれぞれのそれまでをどのように生きてきたかによる。つまり、その人が生まれる前の世代のこともすべてが、その人の現在に関連しているのである。

A の母方祖父母は、戦争や大きな災害、移住を経験していた。そういう中で何もなかったころから祖父母二人で会社を興し、6人もの子どもを育てた。会社は順調に大きくなって、長男（A からすると伯父）が跡を継ぎ、少しずつ祖父母は引退、といったところで長男と祖父が事故と病気で相次いで亡くなってしまった。祖母が受けたダメージな計り知れないものがあったであろう。A の母親はそんな祖母を一生懸命に支えてきたのだが、それは A にとっては、母親が祖母のことばかりを優先し A のことは二の次になるという、いわば母親を祖母に取られてしまうような体験となった。そして、それまで近くで一人暮らしをしていた祖母が、高齢になったために A 家族と同居するという話が進む中で A は摂食障害に陥った（はじめは失恋のショックでダイエットと言ったり、慕っていた伯母（亡くなった伯父の妻）が何も言わずにある日突然出ていった、そのショックが大きいと話していた）。

以上のように、A が摂食障害に陥ったことについては、A がもって生まれた体質や気質、生まれた時の状況、その後の生活歴といった A 自身のことだけでなく、A がまだ生まれていなかった時のこともすべてが関連するのである。

念のために述べておくが、これまでのすべてのことが A が摂食障害になったことに関連すると述べたが、それらは摂食障害ということになることにのみ関連してしたわけではない。祖父母が戦争や災害の中から頑張ってきてきたこと、そして祖父や伯父が亡くなった

後、寡婦となった伯母や悲嘆にくれる祖母を A の母親が支えて事業を（A が摂食障害を発症する少し前に）伯母が出ていくまで継続したこと、それらは A にダメージを与えることにもなったのだが、それらのことによって A 一族は経済的に安定した生活をするのができ、親族での旅行や食事会など楽しい充実した時間ももっていた。経済的に安定していたことは、A がその後長い時間をかけて治療や社会復帰（最終的には資格を取得し常勤職で働くようになった）に取り組むうえでも非常に有利に働いた。このように「全関連性」のもとにある現在のことに関連している、それまでのこととその時のことは、当然のことながら現在の悪いことばかりではなく、良いことにも関連しているのである。

さらに、今に関連しているそれまでとその時のすべてのことには、個人やその家族を越えた、その時代の文化や社会状況、気候や自然といったことも含まれる。災害や事変は時に私たちに計り知れない影響を及ぼす。2020 年から世界的に生じた感染症の流行も同様である。こういったことは過去の世代に起きたことであっても同様であり、A の家族で見たとおりである。

また、過去に起きたことだけでなく、その時点で生じていること、例えば、その日の気分や体調といったその人自身のコンディションや、その人の予定、やること、さらには、その時の天候や社会情勢といったものも関連している。これは、その人から遠く離れたところで生じたことであってもである。遠く離れた異国で生じた内戦や災害に思いをはせ、そのことがその人の現在に影響を及ぼすという例は身近にも探すことができる。2001 年にアメリカで生じた同時多発テロ事件は多くの人を不安にさせた。筆者は 2003 年に生じたイラク戦争に関連した妄想を当時の統合失調症のクライアントから聞いたことがある。

このように、その人の今にはそれまでとその時のことのすべてが関連しているのである。このすべてのことが関連しているという特性を本研究では、人間存在における「全関連性」とする。

2. 「被規定性」

次に「被規定性」である。これまでのこととその時のことは、現在のことに単に関連しているだけでなく、現在を規定している。A は、そのことを「これまですごしてきた時間と違う時間をすごしたら今の私にならない。これまでのすべてがあって今の私がある」、「これまで苦しいこともいっぱいあったけど、それで今の私があるんだからそれでいいとか、そうじゃないと今の私にならないからいけない」と語った。

先に述べたように A は母親を祖母に取られてしまったような体験をしていた。母方祖母は A の母親と父親の結婚に不満があったのか、「本当はもっといい縁談があった」としばしば A に語っていた。A は子ども心に父親が馬鹿にされているような気がして、自分がよい子でないと父親がますます馬鹿にされる気がして一生懸命お利口な子でいたと言う。母親も甥や姪と比較して A の成績を気にした。A は母親の期待に応えて実際に優等生で成績優秀だったのだが、母親の関心は祖母の方を向いており、A を褒めるよりも母親の結婚についての祖母の不満がおさまるかを気にしていた（ように A には意識的・無意識的に感じられた）。そんな中、祖母との同居の話が進む中で A は摂食障害に陥ったのだが、同居後は家族の食事、とくに祖母の食事のコントロールに躍起になった。同居後しばらくすると祖母は肥満になり、かかりつけ医からはダイエットするよう繰り返し忠告されるようになった。そして同居して約 1 年半が過ぎた頃、祖母は胃潰瘍になって入院したが、A が祖母の食事に油を混ぜていることがその一因としてあげられた。A はそんなふうにも祖母の体調を悪化させてしまう自分のことを「悪魔」と呼んで責める一方で、どうしても祖母の食事への手出しが止められないと苦しんだ。そして「こんな自分は死んだ方がいい。でも神様が罰をくれて終わらせてくれない」と泣き、自分の苦しい生活を神から与えられた罰と話した。そんなふうに変な生活を送った A なのであるが、それから約 9 年半がたった心理療法面接の中で、今の自分になるためにはそのような苦しい生活もないといけなくて語ったのである。これは、現在の自分は「全関連性」によって今に関連しているこれまでとその時のすべてのことによって規定されているということであり、苦しいこと、つらいこと、いやなことはない方がよいのだが、それらが一つでも欠けていると今とは違う現在になってしまうため、今の状態になるためにはそれらもすべてないといけなくてということである。

このことは次のように考えるとよいかもしれない。人はさまざまなことを後悔する。あの時、なぜあんなことをしてしまったのか、あんなことはすべきではなかった、もっとこうすればよかった、等々。そしてなんとかやり直したいと願う。そこで仮にタイムマシンのようなものがあり、過去に戻れるとする。しかし、そのように過去に戻れたとしても、その人が同じ社会状況の中で同じ両親から同じ環境で生まれ、同じ人間関係を持ち同じ体験をしてこれまで生きてきたとしたら、すなわち「全関連性」のもとにあるこれまでとその時のことがすべて同じであったなら、その人はやはりそこでまた同じことをするのはないだろうか。つまり私たちはそんなに自由にいろいろなことが選択できるわけではな

く、もって生まれたものやそれまでにしてきた体験、そしてその時におかれた状況や感じていることなどによってどういう行動をとるかが規定されているのである。

精神分析学などの深層心理を重視する学派が「無意識」と呼ぶのでは、このように私たちの今を規定している、「全関連性」のもとにあるこれまでのことと言うこともできるだろう。Freud, Sは、人が自分ではコントロールすることができない、無意識という心の領域の影響を強く受けて生活していることを明らかにし、精神分析学を確立した。人の生活を規定しているものは無意識だけではない。Freud (1895/2008)は、「あなたの苦しみを取り除くことに関しては、運命の方が私よりも容易くことを運ぶでしょう」と「運命」という言葉を使っているが、彼が「運命」という言葉述べたのは「全関連性」のもとにあるその人の身に降りかかるあらゆることである。Freudは、本研究で「全関連性」とした、その人の現在につながっているあらゆることがその人の生活を規定しており、その生じたこと自体を変えることはできず（すなわち「運命」）、心理療法によって与えられる効果は、その「運命」が与えるものに比べれば微々たるものなのだが、心理療法によって自分の身に起きたことやそこでいただいた自分の気持ちなどを意識化することで、より巧みに対処することはできるようになるとした。Freudが述べたように、自分の身に起きたことや自分の気持ちを意識化する（深く自覚する）ことは非常に重要で治療的なことなのだが、本研究では、後述するように、そのように生じたことや気持ちを意識化できるかどうかについても、それまでとその時に生じたことによって規定されていると考える。つまり、「運命」も「全関連性」として考えることで、私たちの現在は、それまでとその時に生じたことによって、完全に規定されていると考えられるのである。

このような見方に対して、私たちは周囲の影響を一方向的に受けるだけではなく、自分から周囲に積極的に働きかけ、それを変更することができるという反論があるかもしれない。また、過去に起きたことのすべてが現在に影響を及ぼしているのではなく、すでに影響が消え去っていることもあるという反論もありえよう。しかし、周囲に対して働きかけることができるかということも、あることの影響が消え去ったかということも、それまでとその時に生じたことによって規定されている。つまり、周囲に対して自分から積極的に働きかけることができるためには、それまでとその時に、そのように働きかけることができるだけのことが生じていないといけない。それが生じていないと、その時点で積極的に働きかけるということは起きないのである。わかりやすくするために、具体的にごく単純化して述べれば、その時点で積極的に周囲に関わろうとすることができるためには、積

極的に関わろうと思えるような体験をそれまでにしてきた必要があるし、そうすることによってよい結果が得られるという見通しをもつことができているといけなかもしれない。自己効力感といったものも必要かもしれない。さらに、その時点でそのように働きかけるだけのエネルギーがないといけなだろうし、そういう気分である必要もある。その時に周囲に働きかけるということが起きるためには、以上のようなことがそろっていないといけな。そろっていないければそれは起きないのである。過去に起きたことの影響が消失するという点についても同様である。その影響が消失するだけのことが、それまでとその時に生じていないと影響が消失するということは起きない。このように、ある時点で私たちに起きること（そこで私たちがとる行動や私たちに起きる出来事）は、それまでとその時によって生じたことによって規定されているのである。

3. 「総力性」

最後に「総力性」であるが、これはそれまでとその時のことによって規定された、今のあり方は「その時点でできる精一杯のこと」ということである。Freud, S (1933/2011) は「自我は同時に三人の厳しい主君に仕え、その三人の主張と要求を調和させようと四苦八苦している」と述べた。これは人が、快を強く求めるエス、現実を押しつける外界、道徳的であることを強要する超自我といった「三人の暴君」に仕えながら毎日の生活を送っていること、そして、それがいかに大変であるかを示したものである。私たちは、一見何の変哲もない時でも「三人の暴君」をなだめようと必死に働いているのである。「自我」は、この困難な仕事を防衛機制を駆使することでなんとかこなしているのだが、それが社会適応として成功することもあれば、不適応になったり、病的な症状となることもある (Freud, S, 1926/2010 ; Freud, A, 1936/1985)。しかし、いずれの場合であっても「その時点でできる精一杯のこと」と言えるのである。

すでに述べたように A は祖母の食事に油を加えた。その結果祖母は肥満になって体調を崩し、胃潰瘍で入院もしてしまった。A はそんなふうに祖母の健康を害してしまうことを悪いこととわかっていないわけではない。そんなことをするのは悪いこととわかっていて「悪魔的で早く死んだほうがいい」と自分のことを責めながらもどうにもしてしまうのである。A に Freud の「三人の暴君」を当てはめてみると次のように言えるだろう。父親のことを蔑み、自分から母親を奪っていると意識的および無意識的に感じられていた祖母に対しては、ひよっとすると健康を害するだけではなく、祖母の存在をなくしたい、場合

によっては早く死んでほしいという気持ちが A のエスの中からは湧いてきたであろう。エスはそのように快のみを貪欲に追求し、他のことはまったく考慮に入れないからである。しかし、その一方で A のエスの中には母親に認められたい、愛されたいという気持ちもあった。一方で、A の超自我は優等生のよい子を A に求め、祖母に対する強い攻撃性をいだけ A のことを悪魔的で早く死ぬべきと厳しく断罪した。さらに現実はそのようなふうに祖母を攻撃するのは許されないこと、ましてや死なせてしまうなどということは犯罪であること、そして何よりも祖母のことを大事にしている母親を悲しませることであることを自我に突きつけていた。そういう中でそれまでは学校でよい成績をとり、何とか母親を満足させてやってきたのだが、祖母との同居の話が進む中でそれまでのような形ではエスを抑え込めなくなり、摂食障害という形で自分の食欲をはじめとする欲求、つまりエスを抑え込もうとしたのかもしれない。しかし実際に祖母と同居してからはそのような形でも不十分でとうとう祖母に油を与えるということで何とかエスをおさめようとしたのかもしれない。このように考えれば、祖母の食事に油を加えるということはその時点で A にできる精一杯のことと言えるのである。これ以上良い子でいることはできなかったのである。その結果祖母は体調を崩したのだが、(A の自我は現実を踏まえていたし、超自我も十分機能していたので決してそんなことにはならないのだが) 直接祖母を殺めることに比べればはるかに良い。一方で A の罪悪感、自責感は増し、摂食障害は一層重度のものとなった。しかし、その時その時の A を取り巻く現実、A の中のエス、超自我のことを考えると、A が祖母の食事に油を入れたことやその後摂食障害がより重度となったことは、すべてそれがその時点の精一杯ということである。これらはどれもそうならなくてもいいのになったわけではなく、そうならざるを得なかったのであり、「全関連性」のもとにある A に関するそれまでとその時のことをすべて考慮に入れれば、そうならないと(油を入れたり、重度の摂食障害にならないと)おかしいと、そう言えることなのである。

本研究では、このような「全関連性」のもとにあるそれまでとその時のことによって規定された(「被規定性」)その時のあり方、「その時点でできる精一杯のこと」というあり方を人間存在の「総力性」という特性ととらえた。

なお、この「総力性」というのは、A で見たように常に専心して全力を出し続けるということではない。「三人の暴君」に対応する中で、場合によっては「怠ける」とか「逃げる」ということも、さらには反社会的、自己破壊的なことをする場合もある。そういったことであっても決してそうしなくてもいいのにしたのではなく、その時点ではそうするし

かなかったのであり、それがその時点でできる精一杯ということである。

4. 「そうあるしかない」という概念の提起

以上の三つの特性は相互に関係している。それまでに生じたすべてのこと、経験したあらゆること（「全関連性」）が、その人の能力を作り（「被規定性」）、その能力のできる限りの対応をする（「総力性」）。そして、その結果が新たな要因となり（「全関連性」）、その後の生活や能力を作っていく（「被規定性」）。これらによって導き出されるのは、どんなことでもその時点では「そうあるしかない」ということであり、どんなことでもそれが「その時点でできる精一杯のこと」という人間存在のあり方である。事例Aで見たようにこれは良いこと、悪いことに関係なく、すべてのことが、「そうあるしかない」ことであり、「その時点でできる精一杯のこと」なのである。これは精神生活に限らない。生物学的、遺伝的な要因が大きい問題であっても、生活習慣の関与が大きいことであっても、ウイルスによる感染や外傷によって生じる疾患や症状についても、すべてそれまでのこととその時のことによって生じ（「全関連性」、「被規定性」）、そうならなくてもよいのにそうなるのではなく、その時点ではどうにもそうなるしかない、そうになってしまうのである（「総力性」）。さらに、このことは人間のありようを越えて、世界のあり方についても言えることかもしれない。世の中で起きているあらゆることは、すべてそれまでとその時のことによって起き、どんなことでも「そうあるしかない」のであると。本研究では、人間存在のあり方に焦点を当て、「そうあるしかない」という概念を次のように定義する。

ある時点の人のあり方は、それまでとその時に生じた、あらゆることが関連している（「全関連性」）。そして、その関連しているそれまでとその時によって、その時点のあり方は規定されている（「被規定性」）。さらに、そのあり方は、どんなことであってもその時点でその人ができる精一杯のあり方である（「総力性」）。このような人間存在のあり方を本研究では、「そうあるしかない」という概念として提起する。この概念は人間存在のあり方についてのものであり、存在論的な概念である。

念のために述べておくが、どんなことでもその時点では「そうあるしかない」からと言って、失敗したことについて反省し、改めなくてもいいということにはならない。自身に生じた問題に対して何もできないということでもない。それがその後どうなるかは、その時そこでどのような行動をとるかによる。失敗について振り返り、同じ繰り返しをしないように注意すれば、その影響は将来に表れる（「全関連性」、「被規定性」）。ただし、その

時そこで反省できるか否か、次から改めようと思えるかどうか、既に述べたように「全関連性」、「被規定性」、「総力性」によっている。しかし、私たちはそれら三つの特性によってつながっているすべてを完全に知ることはできない。(私たちからすれば) 突発的な出来事や突然変異といったことも起こりうる。このように「全関連性」、「被規定性」、「総力性」の元にあるとしても、私たちは何もしないではなく、自分ができることをするのであり、そのことが将来に影響を与えるのである。

なお、「そうあるしかない」という概念においては、心理的な助けを必要としている状態（問題や症状）を何か必要なものが欠けた「欠如態」とか、なにかあってはいけない悪性のものが付け加わった「悪性態」とはとらえない。上記にのべたような「全関連性」、「被規定性」、「総力性」から、どんなことでもその時点ではそれが十全な状態ととらえる。よって、「そうあるしかない」概念に基づく心理臨床的援助は、「欠如態」において欠如しているものを補うとか、「悪性態」に対して悪性のものを取り除くといったものではなく、「そうあるしかない」ということを十分に認めることによって、そこから新しいものが生まれてくるといったようなものである。このようなとらえ方は、「真の受容」と呼べるものであり、これまでさまざまな問題があるとされてきた「受容」概念を整理するもの、もしくは問題のある「受容」概念に変わるものとして期待できるのである。

また、心理療法について考えると、この「そうあるしかない」概念はクライアントだけではなく、セラピストに対しても当然当てはまる。心理療法は、このような「そうあるしかない」クライアントとセラピストが、それぞれのそれまでとその時のあらゆることによって規定された精一杯のあり方によって、クライアントに生じた問題を解消していこうとする営みと言える。

5. 「そうあるしかない」という概念と「受容」概念をめぐる問題

この「そうあるしかない」という概念は、「受容」概念にこれまで長い間存在していた、1) 概念のあいまいさの問題、2) 「無条件性」の問題、3) 「背反性」の問題、4) 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題、といった問題を整理できる。そのことを次に述べる。

1) 概念のあいまいさの問題と存在論的側面と認識論的側面の混在の問題について

まず、あいまいさの問題であるが、「そうあるしかない」という概念は明確である。これ

まで述べてきたように、それまでとその時に生じたあらゆることがその時にその人のあり方に関連し（「全関連性」）、さらにその関連していることによってその時のその人のあり方は規定される（「被規定性」）。また、そのあり方はどんなことであってもその時点でその人ができる精一杯のあり方である（「総力性」）。「そうあるしかない」概念においては人間存在のあり方をこのようにとらえる。

第1章では「受容」について、日常の行為であるためにいろいろな用語が使われ、混乱が生じていると述べた。しかし、「受容」概念があいまいである理由はそれだけではない。「受容」は、これまでそこで生じている、もしくはそれまでに生じた物事に対するセラピストの姿勢や態度として、つまりセラピストのクライアントに対する認識論として言及されることが多かった。そのため、それらの物事をセラピストが受容できるかどうかといったことが問題にされてきた。「大切にする」、「暖かく受け入れる」という、「良いものとして認める」という価値判断が含まれる言い方がされることもあり、どんなことでも無条件に受容できるかどうかという問題はより困難なものとなった。そこで Rogers (1942/2005) で「人間の成長や健康、適応へと向かう動因について、きわめてより大きな信頼を寄せている」と実現傾向が取り上げられ、人間の存在にはそのような実現傾向があるので無条件に受容できるというように存在論的側面が含まれるようになった。さらには「良い・悪い」という価値判断が入らない、より中立的で実践可能な「そのまま認める」ことが提唱されたりもした。しかし実現傾向にしる、「そのまま認める」にしる、認識論と存在論が区別されないまま論じられているため、結局は実現傾向があると認めるのか、そのまま認めるのかというセラピストの認識の問題になってしまうのは、前章の「4）存在論的側面と認識論的側面の混在の問題」で述べたとおりである。

これに対して「そうあるしかない」という概念は認識論ではなく、人間存在のあり方についての存在論的概念である。したがって、人間存在のあり方が「そうあるしかない」というのは、セラピストがそのように認識するかどうかには関係ない。つまり、「そうあるしかない」概念は、セラピストの認識に先立つものなのである。心理臨床的援助としては、その「そうあるしかない」というクライアントのあり方をセラピストが認識できるかどうか、すなわち認識論が問題になるのだが、それはあくまでセラピストが認識できるかどうかという問題であり、クライアントの状態が「そうあるしかない」かどうかではない。クライアントは「そうあるしかない」のである。セラピストがそう認識できないのであれば、どういうことでセラピストが認識できないのか、セラピストのあり方、もしくはセラピーの過程が検

討されることになる。

このように「そうあるしかない」概念においては、存在論と認識論を明確に分けられるため、「受容」概念における1) 概念のあいまいさの問題、4) 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題を整理できると考える。

2) 「無条件性」の問題と「背反性」の問題について

次に、非道德的なことや自己破壊的なことも含めてどんなことでも無条件に「受容」できるのかといった「無条件性」の問題については、「そうあるしかない」概念は、善悪の価値判断とは無関係であり、既に述べたように、反社会的なことや自己破壊的なことであっても「そうあるしかない」のであり、病気やケガでもあってもそうである。すなわち、どんなことでも無条件に「そうあるしかない」ので、「そうあるしかない」概念に「無条件性」の問題はない。

ありのままを受容することと変化を望むこととの矛盾といった「背反性」の問題についても、次のように考えられる。「そうあるしかない」ととらえるからと言って、何もしない、できないというわけではない。「そうあるしかない」というのは、その時点でのことであり、その後どうなるかは、そこでどういった行動をとるかによる。既に述べたように、そこでとれる行動についてもそれまでとその時のことによって規定されており、「そうあるしかない」のであるが、私たちはそのように規定しているすべてを完全に知ることはできない。私たちは「全関連性」、「被規定性」、「総力性」のもとで、変化を望んでその時点でできる精一杯のことをするのであり、心理療法もそこに関わる。よってその時点では「そうあるしかない」ととらえることとその後の変化を望むことは矛盾せず、「背反性」の問題もないのである。

「そうあるしかない」概念の導入によって、これまでしばしば議論になり、セラピストが対応に窮することが多い、自身や他者の命がかかわるような強い自己破壊的行動や反社会的行動への対応についてもある指針を得ることができる。これは、現在まで「受容」をめぐって、自己破壊的行動や反社会的行動も無条件に受容できるのかといった「無条件性」の問題、変化させなくてもよいのかという「背反性」の問題として議論されてきたことである。

「全関連性」、「被規定性」、「総力性」に基づく「そうあるしかない」という概念によれば、自己破壊的な行動であっても反社会的な行動であっても、その時点では「そうあるしかない」ので、それを本人の力でなんとかすることは不可能ということが明確になる。そうならなくてもいいのに、そうなるのではなく、その時点ではどうにも「そうあるしかない」のであり、

そうならなかったらおかしいとも言えるからである。よって、本人が自力でその行動をなんとかすることは無理である。セラピストの説得や指示でどうにかなるものでもない。したがって、そういった見込みのないことを期待するのではなく、本人以外の力の応援を仰ぐということになる。具体的には、薬物療法を利用したり、事例 B でしたように入院加療を利用したりするのである。医療以外にも、本人を安全に保護したり制御したりする方策があればそれもよい。場合によっては警察が力を貸してくれることもあるかもしれない。しかし、現在一番利用しやすく、その役割が与えられているのは医療機関であろう。すでに述べたように、事例 B では、本人も筆者も激しい自己破壊的な気持ちが抑えられない状態がその時点の「そうあるしかない」状態とわかっていたので、入院希望の申し出から入院するまで非常にスムーズであった。筆者は「そうあるしかない」という概念のもとで、子どもに暴力をふるってしまうという問題をもったクライアントが児童相談所の助けを利用するようになった事例の経験もある（高橋ら，2006）。

このように「そうあるしかない」概念を導入することによって、「受容」概念の「無条件性」、「背反性」の問題も解消できるのである。

本研究では、さまざまな問題を孕んでいた「受容」概念に変わって「そうあるしかない」という新しい存在論的概念を提起する。そして臨床事例を提示し、「そうあるしかない」という概念の心理臨床実践における有用性を示す。その上で「そうあるしかない」概念を心理臨床に導入することの意義について述べ、心理臨床における真の「受容」がどういうものかを考える。

第3章 本論文における問題と目的

第1節 本論文における問題の所在と目的

本論文の第1章「心理臨床における「受容」概念とその問題」では、心理臨床の基本としてこれまで重視されてきた「受容」概念が有する問題について述べた。第1節では心理臨床において「受容」が重要な概念となるにあたって大きな役割を果たした Rogers が「受容」概念をどのようにとらえてきたのかを振り返り、整理を行った。Rogers においては、無条件の「受容」（無条件の肯定的配慮）が提唱されたのだが、「受容」概念は、①適度な距離と客観性をもった「受容」、②あるがままの状態をそのままただ認める「受容」、③良いものとして好意をもち、愛する「受容」、というような変遷が認められ、さらに、④それまでの経緯とその時におかれた状況等からやむをえないとする「受容」もあることが示された。一方、②、③、④の「受容」がどのような関係にあるかは述べられておらず、場合によっては矛盾すること、さらにどんなことでも無条件に「受容」することが重要とされたにもかかわらず、時にこの「無条件性」が困難であるとして揺れが見られることを指摘した。

そして、第2節では、「受容」概念が、1) 概念のあいまいさの問題、2) どんなことでも無条件の受容することができるのかという「無条件性」の問題、3) 受容することと変化を望むことは背反するのではないかという「背反性」の問題、4) クライエントの存在のあり方が「受容」できるものであるクライエントの存在論とセラピストがクライエントについて「受容」できると認識するといったセラピストの認識論が明確に区別されておらず混在している、といった問題があることを述べた。このように心理臨床の根幹とされている基本的な概念が問題をはらんだままというのは、心理臨床の実践はもとより、その教育や訓練において混乱や誤解を生じさせる原因となる。本研究では、人間存在のあり方についての「そうあるしかない」という存在論的概念を提起し、その概念によってこれらの長年続いてきた問題を解消することを目的とする。

そのために、第2章「「そうあるしかない」という概念の提起」では、人間存在のあり方について「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった3つの特性があり、そこから「そうあるしかない」という本研究の中心となる概念を提起した。そして、この「そうあるしかない」という新しい概念を導入することによって、これまで解消できなかった「受

容」概念にまつわる問題を整理できることを述べた。

第4章から第8章では、臨床事例を提示し、「そうあるしかない」という概念が、臨床実践の中で実際にどのように機能するのかを示す。

そして、第9章「総括的討論」では、総合的考察として、「そうあるしかない」という概念を心理臨床に導入することによって、これまで「受容」概念がもっていた問題を解消し、心理臨床をより確固としたものにできることを述べる。

第2節 本論文の構成

本論文の構成は次のとおりである。

第1章「心理臨床における「受容」概念とその問題」は、心理臨床における「受容」概念とその問題の整理である。心理臨床の基本としてこれまで重視されてきた「受容」概念が有している問題についてまとめる。第1節では、「受容」概念を重視した Rogers において「受容」概念がどのようにとらえられてきたのかを振り返り、整理を行う。そして、第2節で「受容」概念について、どのような問題があるのかについて述べる。

第2章「「そうあるしかない」という概念の提起」では、本研究の中心概念である「そうしかない」という概念を提起する。そして、その新しい「そうあるしかない」という概念がこれまで「受容」概念において続いてきた問題を制するとことを示す。

第3章「本論文における問題と目的」では、本論文における問題の所在と目的、構成を述べる。

第4章から第8章では、臨床事例を提示し、「そうあるしかない」という概念が「受容」概念の問題を実際に解消し、臨床実践において非常に有用であることを示す。まず第4章「重篤な摂食障害に陥った女性との心理療法—人間存在における「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例—」では、筆者が「そうあるしかない」概念に気づく契機となった事例を提示する。そして、その事例のどういうところから「そうあるしかない」という概念をもつことになったのかについて述べる。

第5章「他の専門家から紹介されてやってきた20代女性との心理療法—心理療法初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義—」では、心理療法の初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。そして「そうあるしかない」という概念をもつことにより、クライアントの現在のあり方をより丁寧に受け止めることができるよ

うになることを示す。

第6章「抑うつ症状を呈した30代男性との心理療法—心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義—」では、心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。心理療法過程は、当事者であるクライアントとセラピストがもつさまざまな条件の影響を受ける。その過程において「そうあるしかない」という概念をもつことによって、二人に合ったより適切な形で心理療法を進めていけることを述べる。

第7章「万引きが止まらなくなった20代女性との心理療法—反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—」では、取り扱いが難しいとされる、反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。

「そうあるしかない」という概念においては、反社会的な問題に対しても、それが「その時点での精一杯」ととらえる。このようなとらえ方は、問題を抱えていた時でさえ十分（精一杯）だったという深い肯定感をクライアントにもたらすことを示す。

第8章「児童養護施設における心理臨床事例—児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—」では、児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。児童養護施設臨床では、治療的なセッティングにおける関わりだけでなく、日常生活場面における関わりも求められる。そのような日常生活場面における関わりにおいてこそ、「そうあるしかない」という概念に基づく理解をもっていることが非常に重要になることを示す。

そして、第9章「総括的討論」では総合考察を行う。本研究で提示した臨床事例において「そうあるしかない」という概念がどのように機能していたのかについてまとめをし、心理臨床における「そうあるしかない」概念導入の意義について述べる。そして、今後の展望と課題について述べる。

以上の本論文の構成を図示したものが図1である。

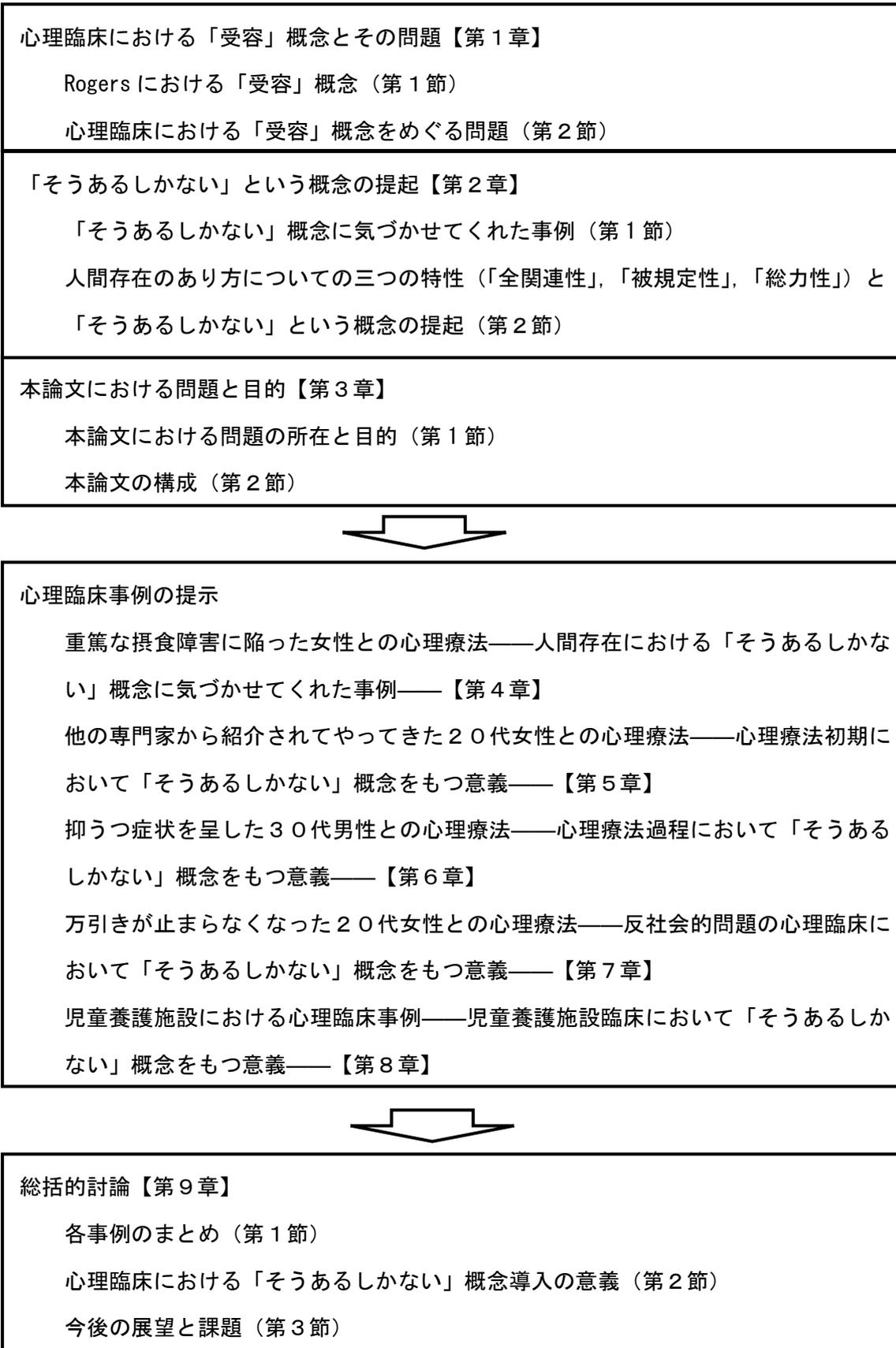


図1 本論文の構成

第4章 重篤な摂食障害に陥った女性との心理療法

—人間存在における「そうあるしかない」概念に気づかせてくれた事例—¹

本章では、筆者が「そうあるしかない」概念に気づく契機となった事例Aの心理療法過程を提示する。彼女は重篤な摂食障害に陥った女性で、長期に及ぶ心理療法を経て自分と自分を取り巻くものすべてを受容するような深い自己肯定感を示すに至った。それには心理療法の中で生じた失敗をクライアントとセラピストの双方でのりこえたことが大きく関係していた。考察では、心理療法の経過中に生じる失敗とその失敗をクライアントとセラピストの双方でのりこえることについてまず考察する。その後、この事例のどういうところから筆者が人間における「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった人間存在の特性について考え、「そうあるしかない」という人間に対する存在論的概念を考えるに至ったかについて述べる。

第1節 問題と目的

Winnicott (1965/1977) は、幼児の情緒発達について、幼児が必要とするものに母親が適切に応じ続けるのではなく、応じ損ねることによって促進される面があるとし、同様のことが精神分析においても生じると述べた。Casement (2002/2004) は、Winnicott の見解に基づき、事例を提示して、「自分の患者に対して失敗すること——患者にとって、人生最大の困難を経験することになった失敗とまったく同じやり方で失敗すること——によって、私も成功した」と述べた。彼らは、ともに精神分析での経験について述べたのだが、それは精神力動的な方向性をもった心理療法においても当てはまるだろう。本章では、重度の摂食障害に陥り、命を落とす危険に遭いながらも長期にわたる経過を経て回復した女性の事例を取り上げ、Winnicott や Casement が述べた心理療法の中で生じる失敗について、さらにその失敗をクライアントとセラピストの双方でのりこえることについて考える。そして、そこから筆者が、「そうあるしかない」という概念を考えるに至ったことについて述べる。

なお、事例の提示においては、クライアント本人から承諾を得たが、プライバシー保護のために本論の主旨に関係しないところについてはさまざまな変更を加えた。

¹ 本章は、高橋蔵人 (2011) . 失敗をのりこえること—重度の摂食障害に陥った女性が獲得した自己肯定感から. 心理臨床学研究, **28**, 751-762. に加筆修正をしたものである。

第2節 事例

1. 事例の概要

1) 問題の経過

事例はX年の初回面接時20代の女性A。X-4年、失恋を機にダイエットをはじめ、体重が56kgから30kgになった。X-1年、大学を卒業して働き始めたが、体力が続かず、数ヶ月で辞め、以後は無職。仕事を辞める直前の健康診断で要検査とされ、内科、心療内科を受診したが、継続した治療には至らなかった。数ヵ月後、改めて「拒食を治したい」と当時、筆者が勤務していた精神科診療所を受診した。初診時に筆者が心理療法を担当することになり、数日後から面接を始めたが、痩せが激しく（体重26kg）、3回面接したところでJ精神科病院に1ヵ月半入院し、34kgで退院後、改めて心理療法を再開した。

2) 家族歴、生活史

初回面接時は両親とAの三人家族だった。しかし、すぐ近くで一人暮らしをしていた母方祖母が年老いてきて火の始末等が危なくなったため、祖母の家を改築して同居する準備を進めていた。そして、AのJ病院入院中にA家族は、祖母の家に移り住み、四人家族になった。

父親は中卒の職人。物静かな人。よくいく店で母親と知り合い、20代で結婚、2年後にAが生まれた。母親は6人兄弟の第3子長女。母方祖父母は、戦後の何もなかったころから二人で苦労して事業を始め、会社を経営していた。母親は高校卒業後、会社員をしていたが、A出産時に退職し、その後は家業を手伝った。母親の家の事業は順調に拡大し、Aが生まれた頃は祖父と上の伯父（母親の長兄）が経営していたが、Aが小学生の時、その二人が事故・病気で相次いで亡くなった。会社はもう一人の伯父（母親の次兄）が引き継ぐことを期待されたが、伯父が断ったため、寡婦となった上伯父の妻である伯母を中心に営まれた。しかし、その伯母はX-4年に突然何も言わずに出ていった（理由は不明。他の大人は知っていて、Aには話されなかったということかもしれない）。そのため、事業は廃業となり、Aの母親は外でパート勤めをするようになった。Aは、高校生になるまで学校が終わると自宅に帰るのではなく、会社と隣接している母親の実家（祖父母と上の伯父夫婦が同居している家）に帰り、そこで夕食をすませた後、自分の家には寝に帰るだけの生活だった。母親は家業の手伝いに忙しく、子どもや食事の世話などはすべて伯母で、Aは

伯母が母親代わりだったと言った。その伯母が出ていったことについては、「突然で何もわからず、ショックだった。今まで忘れてた。そういうのも関係するんですか。失恋で痩せたというより、それで食欲がなくなったのかもしれない、どうなってもいいと思って食べなかった」と第2回面接で話した。

なお、Aは仕事を辞めてから、家事が自分の仕事と熱心にやっていたが、食事については家族がちゃんと食べたかを監視、祖母と同居した後は、とくに祖母の世話に熱中した。

2. 心理療法過程

心理療法は週1回45分で主治医による診察、投薬、点滴などと並行して行い、時期によって母親もしくは両親同席面接を追加した。

第I期：よい子の自分と悪魔的な自分（X年6月～X+2年9月）

Aは、J病院退院後、「少し食べられるようになった、家族も理解してくれる、順調です」と調子よかった。しかし、筆者が「順調すぎるくらい、波があるもの」と聞いていると、「すぐ水をさす」と怒り、やがて時々落ち込むことや祖母が嫌いでいららすることを話すようになった。すると今度は落ち込むAを見て、母親が「自分はどうすればいいんだ」と泣き叫ぶようになり、以後母親も診察と家族の集団精神療法に通うようになった。Aは「やっぱり自分がしっかりしないと母までおかしくなる」と話した。

X+1年になると、Aが祖母の食事に油を混ぜていることが発覚し、母親と激しく衝突するようになった。体重も再び減り始めた。一方で、両親が男の子を望んでいてAが生まれた時、母親がひどい育児ノイローゼでAを殺しかねず、怖くて2人目が作れなかったこと、自分はいらない子じゃないかというのがずっとあって、成績などで母親を喜ばせるのがすべてだったことなどを泣いて話し始めた。そんな中X+1年12月、祖母が胃潰瘍になり1ヶ月入院した。母親の通院も忙しいという理由で中断した。Aは油を加え続けた自分を悪魔的と言い、X+2年になると、「どうにもできない自分の悪い面をつきつけられる面接は嫌」としばしば面接を休むようになった。遅刻した時の面接時間の延長や面接後、会計にカルテを早く回せなどの要求も激しくなり、「言うことを聞いてくれないならもう来ない」、「そのせいでリストカットした」と迫ってきて、「そこがあなたの問題」と言う筆者としばしば押し問答になった。そして3月、「こんな自分は死んだ方がいい。でも神様が罰をくれて終わらせてくれない」と泣いた。

X+2年6月のある面接では、Aは苦しそうに押し黙り、一言も発しなかった。筆者が<苦しそうに見える>、<今も自分は死んだ方がいいと感じているのか>と声をかけても、何も答えず、一度だけ「横からごちゃごちゃうるさい！」と怒った。何も言わないまま、その面接は終わったのだが、その日の昼休み、しばしば処置室でAに点滴などの処置をしてきた看護師が、「今日はAさん、何かあったの」と筆者に話しかけてきた。話を聞くと、Aがその看護師を処置室に訪ね、「今までありがとうございました」と礼を言って帰ったとのことだった。筆者は、自死の可能性を考え、すぐにAの家に電話をした。すると、母親が出たのだが、Aも家に帰っていると言う。そして、電話口に出たので、<看護師からあいさつをしていったと聞いて、あなたが死んでしまうと思って電話した>と言うと、「大丈夫、ちょっといろいろ煮詰まっただけ」と述べた。<でも、やはり心配なので、お母さんにちょっと気をつけているようにお話したい>と言うと、そのまま抵抗することなく、母親に電話を変ったので、筆者は次回の面接までは気をつけてほしいこと、何かあればすぐに連絡をするようにと母親に伝えた。翌週Aは、「先生、全然見当違い」と笑って現れたが、筆者は見当違いだったとはとても思えなかった。

その後、また2週続けて面接をキャンセルした後、7月になり、母親と一緒に来院したいと電話があり、母親同席面接をした。摂食障害のテレビを見て、ちゃんと治療を受けないといけないと二人で話し合ったのだと言う。しかし、その数日後、母親より「今までは隠れてだったが、目の前で祖母の食事に手出し。それを止めたら荒れた。もう限界、入院させたい」と電話があり、K病院内科に2ヶ月入院した。退院後、Aは「今も家族とは離れて生活する必要があると思う。いろいろ手を出したくなる」と言い、以後月1回家族同席面接をすることになった。祖母を面接に入れることには、「家族と思いたくない」と涙を浮かべて反対し、家族面接は両親のみとした。

第Ⅱ期：棚上げされてきたもの（X+2年10月～X+4年4月）

その後、面接を休むことはなくなり、祖母といるのが昔から苦痛だったことをより具体的に話すようになった。「祖母は昔の苦労話が多く、それに比べればあんたたちは幸せというのが口癖で、いくら頑張っても自分たちは認められなかった」、「母にはもっといい縁談があったと言われて、子ども心に父が馬鹿にされている気がして反発を感じていた」と言い、筆者が<それなのに同居>と驚くと、「親戚がいる中、みんな賛成、後はあなただけと言われて反対できなかつた」と泣いて話した。その後、ある時、Aは両親の結婚記念

日に贈り物をし、「娘がこんなで、祖母もいるし、両親に申し訳ない」と話したのだが、
＜祖母のことは、あなたが両親の代弁をしていると思えることがある＞と言うと、こみ上げるように泣き、「両親が表現できないことを私が感じ取って、それを祖母にぶつけているということですか、そうかもしれない。みんなの幸せをあの人が奪ったと思ってる。この人がいなかったら、きっと伯母も出ていかなかった」と話した。

この後、Aは伯母と連絡を取り、その子どもたちを家に招いて家族面接で両親にどう思ったかと迫り、祖母の世話などでA家族の負担が大きく思えることについて、「両親がお人好しで他の親戚はそれに甘えている。それが両親のいいところだけど、その犠牲が苦しい」と泣いた。そして「家ばかり負担しておかしいとか、そういうことは今まで考えなかった。それを先生と一緒に考えてくれて、今はそういうことも言える。そういうふうにしてだんだん解けてくれば、病気も治るのかなと思える」と話した。その後、母親がAを、産んでしまったので仕方なく育てていて、それを父親もわかっていながら黙認していると思えることなど、それまで言えなかったことを激しく、時に泣き叫んで両親にぶつける家族面接が続いた。筆者は、溜まっていたウミをぶちまけるような面接に対して、このまま出し続けてよいのかと戸惑いつつも、すでにいろいろな形で漏れ出ていることであり、どうせ出るなら言葉で出された方がよいと（症例検討会にも提出して）Aについていった。Aは、「家族面接では考えてもなかったことが噴き出す。でも思ってたんだろうね」と言い、はじめAの話に絶句することの多かった両親も数ヵ月後には、「言ってもらわないとわからない。家だと感情的になっちゃうし、話せてよかった」と言うようになった。

X+4年の春になると祖母を他の親戚に預けて、Aと両親の3人だけで行動することも見られるようになり、Aはそのことを「嬉しかった」、「長かった」と涙ぐんで報告した。食べられる物も少し広がった。

第Ⅲ期：自分は本当にいてよいのか（X+4年5月～X+8年8月）

心理療法が始まって約4年が過ぎたX+4年5月、親子水入らずの時間を喜ぶAに、筆者はもうそろそろ食べ始めてもいいのではと思ひ、＜そろそろ幕引きしてもいいのでは＞と伝えた。するとAは「ここで食べたらなんのために今まで苦しんだのかわからない」と言って、その後一気に不食が進み、27kgになってJ精神科病院に入院した。X+3年の症例検討会で、順調な経過であり、いずれどこかでそろそろ幕引きにしたらと言う局面がくるだろうと言われ、筆者は今だと思っただけなのだが、このAの反応に戸惑い、この事例

のスーパービジョンを受けた。そして、Aはやっといい状態を少し味わえるようになったところなのに、筆者の方が苦しくなって“幕引き”したかったのだろうと指摘された。実際、初期の頃から命を懸けた強烈的な痩せを見せつけられ、希死念慮も強く、自殺を何度も仄めかされ、さらにさまざまな激しい要求やウミをぶちまけるような家族面接が続いた経過はしんどく、スーパーバイザーの指摘する通りだった。半年後、Aは35kgになって退院したが、すぐにまた痩せ始めた。筆者は「私はもう気もおさまったと思ってしまったのだが、まだまだだったんですね」と伝えた。しかし、Aは「そんなことより前向きに食べる方法を考えたい」と食行動の改善を目的とした入院をし、アルバイトを始めた。まさに“幕引き”しようとしている感じで、<本当はまだ気がおさまっていないのに、私がもういいのではと言ったので、無理に生活を変えようとしている>などと度々伝えたが、Aは「そんなことない」と止まらなかった。

家族面接もずっと明るい雑談という感じが続けていたが、X+5年11月、父親が苦しうに「落ち込んでいる時がある。バイトで疲れているのかと思うけど」と口火を切ると、Aは少しずつ、しかし最後ははっきりと、「バイトで疲れるんじゃない。働き始めたらみんながやれやれという感じで、今まで自分がどれだけ負担かかっていたかがわかった。どんなに苦しくてもへこたれてはいけない。祖母がかまってもらえなくなって、わしもあそこが痛い、ここが痛いと言い出して大変になる。小さい時もそう、商売が一番だった。病気になっても迷惑かけないようにしないといけなかった」と泣いて話した。X+6年1月の家族面接では、母親が「祖母もAも寂しがる、自分はいない方がいいのかも」と涙ぐんだが、<祖母は何が不満なの>と筆者が問うと、父親が「普通以上にやっている。わしから見ると祖母がいろいろ言いすぎる。毎日一緒に暮らしていることのありがたさが分からん。まあ、ご飯を一緒に食べてやりゃあ、それでいいんじゃないの」と話した。その後Aはやっと「やっぱりしんどい」とバイトを辞め、1月末にL病院内科に入院した。

入院後、AはL病院から外出という形で通ってきた。Aは、「先生がいろいろ母に聞いてくれるのを聞いていて、ずっと母一族の結束に左右されてきたと思った。寂しさより怒りを感じる。でもそんなふうに思うのは悪いこととされていた。先生が当然と言ってくれて、それでやっとなんか感じてもいいと思えるようになった」と話したが、その数週後は精神病状態で来院した。入院先で病院食の残り物をもってくることを注意され、「昔の万引きをみんなが知っていて警察が捕まえに来る。カメラや盗聴器で調べられている」と怯えた。この精神病状態は一過性のものであったが、その後、検査で腫瘍が疑われ、L病院内科

から M 病院外科に転院した。数週後、筆者も体調を崩し、2 ヶ月休職した。A は腫瘍は発見されなかったのだが、極度の痩せが続き、複数の病院に入退院を繰り返した。20kg まで体重が落ち、危篤状態にもなり、X+6 年 1 月から約 2 年半のほとんどを病院ですごし、家にいたのは、せいぜい長くて 2 ヶ月だった。この間に家族面接は中断した。個人面接も断片的なものとなり、「先生はもう大丈夫なんですか。もう復帰しない、死んじゃうんじゃないかと思った」と筆者の体調を確認しにくるような感じであった。筆者は、筆者を壊してしまう不安、壊してしまったという罪悪感を繰り返し尋ねたが、A は「そりゃ少しは感じるけど」とそれほど情緒的に話すことはなかった。

このような入院生活を続ける中、X+8 年になると A は一人暮らしすることを具体的に考え始めた。

第Ⅳ期：産んだならちゃんと面倒みて（X+8 年 9 月～X+10 年 3 月）

X+8 年 9 月、K 病院を退院した A は、30 kg を割ったら入院という約束で一人暮らしを始めた。筆者が「祖母を追い出せないから、あなたが仕方なく別居」と言うと、「というより、わがママを聞いてもらった感じ」と言い、風邪をひいても「小さい時に病気しても一人で寝てたから、これが普通」と家には帰らないでいた。しかし、12 月になるともう限界と言って声をあげて泣き、K 病院に入院した。退院時、家とマンションのどちらに戻るかで悩んだが、父親の「嫌ならすぐマンションに行けばいいから」という言葉によって家に戻り、その後マンションは X+9 年 4 月に解約した。

6 月、それまで「自分のことで時間をとってもらうのは気がひける」と言っていた家族面接を 3 年ぶりに再開した。母親は「A が必要ないと言うので家族面接はいいと思ってしまっていた。言ってくれば何でもできることはやる」と話したが、面接中に母親の携帯電話がなった。この後、仕事に行くとのことで、「今日は忙しい中、娘のためにと時間をとってくださった。電話はお母さんのせいではなく、たまたまなんでしょうけど、でもこういうところで A は迷惑かけていると素直に喜べなくなってしまう」と言うと、A は「昔からそうだった」と言って泣き、母親は神妙に肯いた。

その後暑くなってくると、少しでも楽に過ごせるところを母親と相談し、A は 7 月から 2 ヶ月父方親戚のところですごした。そこで A が居場所を探さないといけないのはおかしいと言ってくれた親戚の励ましを受け、家族面接で、「もう私の体がもたない、追いつめられてこのままだと祖母を殺しちゃうかもしれない。産んだなら責任とってちゃんと面倒

も見て！ 見てくれないだったら産んだお母さんが殺して！ それか私が自殺しても何も言わないで！」と母親に迫った。すると両親もどうしたらいいか考えると言って、9月には母親の兄弟で話し合いがもたれ、週末に交代で祖母を見てくれることになった。話し合いの途中から母親が「自分がもう限界」と話し出し、Aは「利用された気もする。でも母が言いたいことを言えたのはよかったと思うし、親がちょっと変わった気がした」と話し、母親も「言いたいことが言えてすっきりした」と言って、2人で笑った。その後、実際に祖母を預かってもらって親子3人で旅行にいき、Aは画期的と喜んだ。

第V期：家の“自分の家化”（X+10年4月～X+12年9月）

X+10年4月、Aは「どうしても祖母の世話を焼いたり、親戚の中で言い出しっぺになってしまう。両親のために言ってるところもあったが、自分で勝手に犠牲者のようにしているところもある。今まで人のことばかり考えて生きてきた。そうしないといられなかったところもある、でもそうやって生きるのはもう卒業したい」と自分のあり方をより深く自覚し、祖母と離れて2階の自室で過ごすようになった。発症して以来、盆正月は気候が厳しいと入院したり、気候の穏やかな親戚の家に行ったりしていたのだが、X+11年の正月は数年ぶりに家で迎えた。X+11年3月、筆者が再び体調を崩して2ヶ月休職した時は、「先生が潰れて（はじめ、くたばってと言って、それを言い直した）、それで私も倒れるんじゃないかって、私が入院した時に先生が待っていてくれたように今度は私が待ってあげられるようになりたかった」と調子を崩すことなくすごした。

そして、「やっと祖母の存在が小さくなって気にならなくなってきた。でも何かあるとまた戻っちゃいそうで、それが怖くて病気の殻から出られない。元気になるのが怖い」と言って葛藤が激しくなり、6月にM病院に3週間入院したが、退院後、「家を自分の家化、居場所化する」と言って、自分を中心に自分の居心地がいいように生活を変え始めた。祖母と同居するまで、A家族3人がすんでいた家が、（Aの反対もあって）ずっと残っていたのだが、Aは処分することを了承し、処分する前にその家からピアノをもってきて弾くようになった。祖母と同居するに当たって祖母の家を改築した際にピアノのスペースを作ってあったのだが、そこに祖母の箆筒を入れたためにピアノは前の家に残したままになっていたとのこと。今回は祖母の箆筒を処分したのだった。

家の居心地が大分変わり、祖母とも楽に過ごせるようになってきて、これから普通の祖母と孫をやるのが楽しみと喜んでいた矢先、祖母に初期の癌が見つかった。祖母は手術

後、容体が急変して数日で亡くなった。Aは時々泣くものの大きくは動揺せず、「祖母がB家（母方の家族）の跡をとる下の伯父のところには新しい仏壇を買って、今ある仏壇は一生懸命世話したAにあげてくれと言ってた。感謝してたと聞いて、胸が一杯になった。本当いろいろあったけど、悪いこともいい思い出。呆けたり寝たきりにならずにいてくれて感謝してる」と話した。また、葬儀で久しぶりに、出ていった伯母と会ったが、過去の人とあっさりしていた。

その後、体はまだ痩せているものの、「心は大分落ち着いてきて」周りの人からも表情が違ふ、元気になったと言われるようになり、X+11年11月、「以前は元気そうと言われると嫌だった、その頃はまだ大変なんだと訴えたかったんだと思う。でももうそんなふうには叫ぶ必要はない」と話した。そして、<本当にわかってもらいたい人がわかってくればいい>と言う筆者に対して、「でもいくら親でも全部わかってもらうのは無理。そんなことを求めても無駄。それより自分の体とか将来に力を使いたい。過去は過去、もう終わったこと。それにやり直したいかと言われたらちょっと違う。今まで苦労したし、辛いこともあった。それをもう一度やれと言われてもそんなのは嫌。でも、これまですごしてきた時間と違う時間をすごしたら今の私にならない。これまでのすべてがあって今の私がある。別に悟ったわけじゃないけど、今の自分に満足だから、これまで苦しいこともいっぱいあったけど、それで今の私があるんだからそれでいいというか、そういう苦しいこともないと今の私にならないからいけない」と自分と自分を取り巻くすべてを深く肯定する態度を示した。

その後は母親の話が多くなった。「母は肝心な時に頼らせてくれない。以前精神的に参って救急車を呼んだ時、あの人は自分が仕事にいけなくなると困るので出て行ってからにしてと言った。ひどい。でも人間だから欠点もある、私自身もそう、その母の欠点をすべて許せるわけではないし、すべて許せないわけでもない」と言い、同席面接では、いろいろなことに厳しく細かかった母親がAが病気になったことで反省、そうしたら今度はルーズになりすぎて、最近Aの方が口やかまかしくて喧嘩になることを、「お互いが言いたいことを言うようになった、普通の親子になってきた」と笑って話した。一方で、まだ親を頼っていることを感じると家事くらいは完璧にと思ってしまい、どれだけ頑張らないといけないのか、どこからなら頼っていいのかがわからず、苦しくなって、X+12年2月、M病院に1ヶ月入院した。しかし7ヶ月ぶりの入院でこれが最後の入院になった。退院後、子どもの頃好きだった食べ物を思い出して懐かしみ、それを好んで食べるようになって

た。それは出ていった伯母が作っていた手の込んだ料理ではなく、母親が即席で作るサンドイッチだった。

そして祖母の一周忌や相続をめぐって、「しゃしゃり出たくない。そういうのはもう疲れた。前は自分の居場所が奪われると思って必死だった」と述べ、さらに伯母に会って「ずっと恨んでいたけど、昔かわいがってくれた人で懐かしいと素直に思えた。今の自分の生活が満足だから。母より伯母の方がいいとっていて、母になんで産んだ、あんたなんか嫌いだとさんざんやった。でもやっぱりこの母でいい、この母じゃないといけない、そう思ってる。前からそうだったんだろうけどわからなかった。“母のサンドイッチ”をいつ飽きるんだと思いつつ食べている」と話した。

第Ⅵ期：自分の居場所で（X+12年10月～）

X+12年10月、「居場所は完全に確保した。仕事など、できないことはまだたくさんあるけど、とりあえずはこの幸せを感じる生活を満喫したい」と言い、これまでの大変だったことを昔の写真を持参したりしながら、「やったなあ。異常だった」と話した。一方でお寺と相談して、亡くなった母方祖母から譲り受けた仏壇に、それまでスナップ写真だけだった父方の先祖だけでなく、母方祖父母も祀り、お参りするようになった。またX+12年末、祖父が亡くなってから疎遠になっていた父方祖母（父親はある事情から祖母とは少し距離をおいており、母親は父方祖母のことをあまりよく思っていないとAは話した）から連絡があった際に、Aが丁寧に対応したことがきっかけで交流が始まり、「自分にはまだ祖母がいたんだと嬉しい。母方祖母ともこれからうまくやれそうという時だった、その続きをやらせてもらっている感じ」と喜んだ。この交流の復活について、母親は冷やかで父親は微妙な感じだったが、Aは「私は私で母は母」と言い、母親もそれを認めた。

X+13年になると定期的な家族同席面接を終了し、一層これまでを振り返るようになった。X+6～X+8年のほとんどを入院ですごし、死んでもいいと思っていた頃の話になった時、筆者の方でずっと気になっていたX+4年5月に＜幕引き＞と言ったことを聞くと、約9年前のことだったのだが、Aは「ああ、あのこと」とすぐ思い出し、「先生にもわかってもらえない。もう誰もわかってくれる人はいないとショックを受けた。確か主治医に先生とは合わないから担当者を変えてと言った。そうしたらどこが合わないかを話しなさいと言われたんだけど、もういいやと思って話さなかった。でも先生も完璧ではない。私だってそう。何でもお互い勉強。失敗しながらレベルアップしていく。親子でもそう。失敗が

あるのはしょうがない」と言い、<今そう思えるようになった。あの頃は失敗があるともう絶望。それで私に言わず、もう死んでもいいやとなったんだね>「そう、ずっとそれを繰り返してきた、母との間、父との間、それで先生とそうなのが大ダメ押し。そういうふうだったんだと思う」と話し合った。

11月から個別面接も月1回に減らした。「両親が将来も生活に困らないように考えてくれて、ありがたい」と感謝する一方で、時にこのままの生活でいいのかと悶々としたり、盗癖がひどかった時にそれによって失った友達のことをひどく悔やんで落ち込んだりもした。しかし、食行動が崩れることはなく、X+15年になると、痩せてはいるものの少しずつ体重も増え、不規則ではあるが、月経が再開し、A自身も驚いた。そして、ある資格の取得を目指して外出するようになり、新たな知り合いができるようになった。そして、資格を取得し、その後アルバイトを経て、正社員として継続して働いている。

第3節 考察

1. Aを襲った問題

Aの母親は学業優秀で、長女として家事の手伝いや下の兄弟の面倒もよく見るよい子だった。結婚のみが祖母の意向に背くものだったようである。祖母は、Aに母親の結婚についての不満を聞かせていたのだが、母親はそれをどう思っていたのか。母親は、祖父母や長兄家族のすぐ近くでAを出産し、家業を手伝いながら育児をし、兄弟の子たちに負けなようにとAの成績を上げることに躍起になった。これらのことを考えると、同胞に対する競争心と親、とくに祖母の承認を求める気持ちが強くあったと考えられる。祖父と上の伯父（母親の長兄）が亡くなった後、周囲は残って家業を継いでくれた伯母（母親の長兄の嫁）に感謝するようになったが、陰で家業を支え続けた母親の心の内はどうだったのか。Aによれば、母親はちゃんとした報酬をとっていなかったのだが、そんな母親にとって、伯母が出奔し、周りが伯母を非難し始めたのは、やっと自分が前面に出て祖母を支え、認めてもらう機会が回ってきたということになったのではないか。この面接が始まった頃、母親が幹事役となって母の日や敬老の日、誕生日など、祖母を囲むイベントが年に何度も開かれていた。

一方、Aは生まれた時から母親とうまくつながることができず、大きな不安や怒り、憎しみなどの激しい思いを抱え込むことになった。伯母に懐いていたAだが、Aにとっては

なんと言っても母親が重要で、ごく小さい時からの激しい思いは表現されず、必死に勉強などを頑張って母親を喜ばせようとしてきた。そんなAにとって、伯母が出ていった件は、伯母を失ったショックよりも、そのことによって母親が祖母の方を全面的に向いてしまっただけで母親を決定的に失ったことが何よりのダメージとなり、発症へとつながったのだろう。それまで強迫的に頑張ることで抑えられてきた激しい思いが溢れ出し、食事を中心とした自己や周囲に対するより病的なコントロールで対処せざるをえなくなった。それでも激しい思いは漏れ出てしまい、Aはそういった思いをもっている自分は“悪魔的”で生きていてはいけないと感じていた。さらに祖母と同居の話が進み、どうにもならなくなったAは、治療の場に現れた（逃げ込んだ？）と考えられた。

2. 第Ⅲ期までの心理療法過程

Aの長期にわたる心理療法過程は、Aが母親とのつながりを取り戻す過程だったと言えることができる。Aの言い方を借りれば、母親の“自分の母親化”ということになるだろう。

心理療法が開始されると、すでにそれまでの強迫的な防衛では抑えきれなくなった“悪魔的な自分”，すなわち順調に病気を治すよい子ではない自分，祖母に否定的な気持ちを持ち、祖母の食事に油を入れる自分，母親に愛されていないのではないかと不安になってしまう自分などが顕わになった。Aは、そんな自分を突きつけられる面接に強く抵抗し、面接状況をコントロールしようとして、それが叶わないとなると面接を休んだ。非常に強い罪悪感を感じ、自分が死ねずに生きているのは、“神様の罰”なのだと述べた。このような第Ⅰ期の過程は、Aにとっては見たくない自分に向き合わされる激しい苦痛を伴うものであった。しかし、その後の経過からすれば、それは見てもらうことをずっと求めてきたことでもあり、その作業を安易に放棄することは非治療的だろう。

第Ⅱ期になると、それまで見れなかったものを少しずつ見れるようになり、言えなかったことを言えるようになった。そこでまず表れてきたのは、両親の隠れ応援団とでも言えるような、両親のことを必死に思う気持ちであり、両親を正当に評価しない祖母に対する怒りであった。そして、Aは出奔した伯母と接触するようになったのだが、そこでは伯母との関係の回復自体ではなく、伯母と接触する自分を両親、とくに母親がどう思うかを確かめることがより重要だったように思われる。その後、Aは、両親により直接的に自分を産んだことをどう思っているかを迫るようになった。その姿は筆者に怒り狂っている餓鬼を思わせるものであったが、そこでAがぶちまけた思いこそが、上述した、見てもらうこ

とをずっと求めてきた、おそらく生まれた時から A が抱え込むことになってしまった激しい思いであり、伯母の出奔を機に母親の態度が変わった時に、それまでの強迫的な防衛では抑えることができず、さまざまな病的な形で表されることになったものだろう。そのような経過を経て、A はようやく少し両親とつながることができるようになった。

しかし、第Ⅲ期になって、A は“幕引き”や休職といったセラピストの大きな失敗に見舞われた。はじめセラピストを理想化するクライアントはいずれ幻滅を味あわされる。本事例でも面接開始後まもなく筆者が自分の思い通りの存在ではなく、水を差したり、考えたくないことを考えさせたりすることに A は苦情を述べ、繰り返し衝突しながらもなんとか関係を続けるという作業が行われた。しかし“幕引き”や休職は、A の理想化に起因するものではなく、筆者の側の問題（逆転移）に由来するものである。しかも、それは A がもっとも切実に助けを必要としていた、自分はいていいのかという問題に関わるところで生じた。“幕引き”は自分を受け止めてくれる人はどこにもいないと感じさせ、そのダメージから少し回復したところでの休職は、生まれた時に母親が育児ノイローゼになったことや治療を受け始めた時に母親が混乱したことの繰り返しとなり、しっかりしていない自分、激しい思いを抑えきれない自分は相手を壊してしまう、やはり自分は生まれてはいけなかったという思いを強化し、A を精神病状態に陥れた。

3. 心理療法過程に生じる失敗

このようなクライアントの状態を悪化させる失敗は、可能な限り避けられなければならない。しかし、後に A が語ったことによれば、この失敗を通じて成し遂げられたことがある。Winnicott や Casement が述べたのは、このような過程である。

われわれがクライアントの人生に深く関わる時、転移と呼ばれている現象が生起し、それにセラピストが巻き込まれるとするなら（松木，1998）、そのようなもっともクライアントが傷つくところで失敗が生じるのは不可避なことになる。転移について、Freud

（1905/2009）は、過去の体験が内容的にまったく同じように繰り返されるだけでなく、内容が昇華されてほどよく和らげられ、意識的なものにさえなりうるものがあると述べた。この Freud の考えは、過去の苦痛な体験の繰り返しである転移は、乗り越えられなかった過去の苦痛な体験を克服しようとする試みであるという理解へとつながり

（Fenichel，1945；土居，1967）、精神分析や精神分析的な心理療法では、そのように生じる過去の転移的な反復に対して治療的に関わるということが重要であるとされた（Freud，

1914/1970 ; 岡田, 1997)。また, このようなクライアントの転移は, セラピストにそれに
対応した反応を引き起こす (Sandler, 1976 ; Casement, 1985/1991)。Winnicott

(1965/1977) や Casement (2002/2004) は, その時にセラピストがかつてクライアント
に苦痛を与えた対象とは異なった対応をする良い対象として振舞うのはなく, 同じようにク
ライアントに苦痛を与えてしまう, つまりクライアントの要求に応じ損ねる悪い対象とな
り, 過去においてクライアントが表出することができなかった怒りや憎しみを受け取り, そ
れでいながらも報復することなく, そこにセラピストとして存在しつづけることが重要であ
ると主張したのである。

本事例においても, 筆者との関係を支えに A が子どもの頃からずっと押し殺してきた思
いを表出し, やっと自分を出して生きてもいいと感じ始めた第Ⅱ期後半あたりからは, 安定
した関係がもっとも必要とされるころであった。そこで“幕引き”や休職という形で筆者
の態度が変わったことは, A にとって大きなダメージとなった。しかし, これを上記のよ
うに A が小さい時から周囲との間で体験してきたことの再現ととらえるなら, このように受け
止め損ねられることこそが, A が改めて生き直さなければならなかったことである。したが
って, このような“失敗”が生じたこと自体は心理療法の本当の失敗ではない。そのような
関係をどう生き延びていくかが重要なのであり, 失敗のままで終わってしまう時, それは本
当の失敗になるのである。

この後 A は精神病状態に陥ったり, 体重が 20kg になって危篤状態になったりした。そ
して 2 年半の間, 筆者のところにも家にも留まることができず, あちこちの病院に長短の
入院を繰り返した。これはまさに一旦死んで生まれ直すような過程だった。心理療法は断片
的になり, 筆者の状態を探りにくるようでもあった。A ははっきりとは答えなかったもの
の, そのようにして自分が生まれきてよかったのか, 今ここで生きていてよいかを確かめて
いたのだと思われる。

4. 第Ⅳ期からの心理療法過程

第Ⅳ期になって心理療法が再び継続してもたれるようになると, A は一人暮らしをした
り, 親戚の家に行ったりを経て, 両親の元に戻っていった。それは命を落とす危険にも遭い
ながらも, 2 年半という長い時間をかけて筆者との間で確認した自分はここにいていいか
という問いを, 今度は両親との間で問うものであった。

この過程の中で, A が示すようになった「生んだならちゃんと面倒見て! それをしな

いなら殺して！」という訴えは、それまでとは質が違うものであった。Aをもっとも苦しませ、それまで直接触れることができなかつた母親と祖母の間から自分のはじき出されしまうことを直接問うものであり、その後、家族のあり方は大きく変わった。娘としてのAの居場所が家の中でできていき、母親の中では“祖母の娘”の部分が小さくなって、“Aの母親”の部分が大きくなっていった。このように世代交代が進む中で祖母が亡くなったのは印象的だった。また、この家族のあり方の変化は、はじめこそAが牽引役を果たしたのだが、途中からは母親がそれを引き継いだ。するとAは一人で牽引しようとしていたそれまでの大変さをしみじみと自覚し、そのような役割から少し降りることができるようになった。そして、やっと獲得した母親とのつながりをかみしめるように、“母のサンドイッチ”を食べ続けた。

5. 失敗をのりこえること——失敗のある不十分な関係の中にいつづけること

以上のようにAと筆者は心理療法過程に生じた失敗をなんとかのりこえ、Aは母親とのつながりを取り戻すことができたのだが、Aはその中で自身や周囲に対する深い肯定感を感じるようになり、それが母親とのつながりの獲得に大きく貢献した。

第V期に筆者が再び休職してしまった時、Aは“くたばってしまう”ことのあるセラピストを待てるようになりたいと述べた。実際、Aは調子を崩すことなく、筆者の復帰を待ち、その後、筆者のことを体が弱いとしばしば冷やかすようになった。ここには、第Ⅲ期で筆者が休職した時に、セラピストや母親を破壊してしまう、生まれてはいけない存在と自分のことを感じていたAとの大きな違いが認められる。Aは支えになる対象が一時的に不在になっても耐えられるようになり、弱い不十分なところのある対象を許容できるようになった。そして、自他に対する深い肯定を表明し、母親に欠点があること、さらには自分にも欠点があることを、「しょうがない。お互い勉強し、失敗しながらレベルアップしていく」と述べるに至り、不十分ながらもセラピストとしてあり続けようとする筆者や、治療に協力したり、生活を支え続けてくれている親を感じられるようになったのである。

Caseament (2002/2004) は、失敗をのりこえることによってもたらされるものには、「修正情動体験 (Alexander et al., 1946) という考えに基づいたあらゆる試みを超えたものが存在する」と述べた。Aが獲得した自己肯定感は、自分がよいからではない、だめなところも含めて肯定しており、相手の失敗（筆者のセラピーや母親の育児の失敗）をも許容するより安定したものである。その後Aは少しずつ生活の範囲を広げ、その際に病的

な行動によって人間関係など大切な物をいくつも失ってしまったことを痛感したり、アルバイト先で芳しい評価が得られなかったりということがあったのだが、拒食や病的な強迫といったかつての状態には決して戻らなかった。このような大きな安定は、第Ⅱ期までの筆者がそれなりにいい存在のままでは得られなかったものであっただろう。むしろ、筆者が失敗を犯し、それをAと筆者の双方でのりこえることによって成し遂げられたのである。

6. 失敗のある不十分な関係の中にいつづけることを支えるもの

最後にAと筆者の長期にわたる心理療法関係を支えたもの、とくにAをして治療者の失敗という大きなダメージにもかかわらずその関係にとどまらせたものについて考えたい。

実は、筆者が“幕引き”を口にした後、Aが半年入院したJ病院は、Aと筆者がその元で心理療法をしていた主治医が非常勤で勤めていた病院であり、Aは引き続き同じ主治医の治療を受けていた。この主治医の存在なしには、Aは筆者が犯した失敗をのりこえることはできなかったであろう。また、Aの治療には主治医だけでなく、受付や処置室などで多くの診療所スタッフが関わっていた。母親に対しても主治医による診察や集団精神療法が行われており、Aの治療は、いわば診療所全体で行ったと言える。さらに、J病院をはじめ多くの病院が入院の受け皿となり、Aは入院先から外出して筆者の面接に来たり、筆者が入院先のケース・カンファレンスに出たりということもあり、Aの治療は医療システム全体で支えられていた。Aは、体が弱いと筆者を冷やかす時に、主治医は何があっても大丈夫というイメージと述べていたが、主治医も人間で何があっても大丈夫なわけではない。これは主治医個人というより、主治医（院長でもある）を中心とした診療所全体、さらには医療システム全体に対するイメージであろう。このようなより大きな安定したものに支えられて、Aは筆者との失敗のある不十分な関係の中にクライアントとしてとどまることができた。このような自分を支えてくれるより大きなもののイメージは、母方祖母との関係の見直しを経て、先祖の発見へとつながったようであった。

一方で、筆者もこのようなAを支えた診療所の全体や他の病院によって支えられ、セラピストとしてあり続けることができた。スーパーバイザーの存在も大きい。完全ではない生身の人間が行う心理療法は、どうしても不十分なものになる。その不十分な関係をくぐりぬけることができた時、そこにもたらされるのは不十分でもよいというより柔軟な安定なのだが、そのためには完全ではない個人を補う複数の人やシステムが必要になるのだろう。ここ

に単なる役割分担だけでない、チーム医療の大きな意義のひとつがある。

第4節 Aから学んだ人間存在のあり方における「そうあるしかない」という概念

筆者は、臨床心理学を学び、その実践を行うようになって以来、ずっと Rogers の言う「受容」、「無条件の肯定的配慮」について、その「無条件性」がどうすれば成立するのか、「背反性」の問題はどうすれば解消できるのかといった問題について、ずっとわからないでいた。しかし、Aのような事例をいくつか経験するうちに、第2章で提起した人間存在における「そうあるしかない」という概念を考えるようになり、その概念が、「受容」概念がもつ、「無条件性」や「背反性」の問題を解消すると思うようになった。ここでは、Aが第V期に語ってくれたことにそって、筆者が「そうあるしかない」概念に思い至ったことについて述べる。

Aは、「これまですごしてきた時間と違う時間をすごしたら今の私にならない。これまでのすべてがあって今の私がある」、「これまで苦しいこともいっぱいあったけど、それで今の私があるんだからそれでいいというか、そうじゃないと今の私にならないからいけない」と語った。これは、現在の自分には、これまでのことのすべてがつながっているということである。Aが話した通り、これまでのよかったことだけでなく、悪かったこと、苦しかったことも含め、それまでに経験したことのすべてが関連しているのである。経験だけではない。両親から受けついで素因、どういった状況のなかで生まれてきたかといったこと、つまり生物学的・遺伝的なもの、生活状況、地域や社会関係も関連する。さらには両親がどういういきさつで出会い、子どもをもつこととなったのか、両親がそれぞれの生い立ちや家族歴、そういったものもすべて関連する。

第VI期で述べたように、Aは母方祖母が亡くなった後、ある事情であまりさかんには交流していなかった父方祖母と交流するようになった。Aは「自分にはまだ祖母がいたんだと嬉しい」と喜んだのだが、Aにとっては父方の親族も自分につながる大切なものであり、欠けてはならないものになったのだろう。このようにその人の現在には、それまでとその時のことのすべてが関連している。筆者は、このことを「全関連性」という人間存在の特性として考えた。

また、Aが、「これまですごしてきた時間と違う時間をすごしたら今の私にならない」と述べているように、これまでのこととその時のことは現在に関連しているだけではな

く、現在を規定している。これまでとその時のことの、そのうちの一つでも欠けていたり、違っていたりしては今ある状態にはならないのである。そのため、Aは苦しくて早く終わらせてほしい、しかし「神様の罰」で終わらないのだというような非常に苦しい状態（第Ⅰ期）に陥ったにもかかわらず、そのような苦しい状態、さらにはそのような苦しい状態に至るすべてのこともないといけないと思うようになったのである。筆者は、このように現在がこれまでのこととその時のことに規定されていることについて、人間存在における「被規定性」という特性ととらえた。

次に、Aの現在に関連し、Aの現在を規定していることの一つである、Aの家族のことも含めて述べる²。

Aの母方祖母は、戦争や大きな災害、移住を経験したあと、祖父と何もないところから力を合わせて会社を興し、6人もの子どもを育てた。会社は順調に大きくなって長男が継ぎ、少しずつ祖父母は引退、といったところで長男と祖父が急死した。祖母が受けたダメージは計り知れない。Aの母親は、長女として家事の手伝いや下の兄弟の面倒を見てずっと祖母を支えてきた。そんな母親にとって、長男と夫を失った祖母を支えることは何にも増して最優先だったのではないか。小さいころから祖母を支えてきた母親であったが、父親と結婚したこと、男の子ではなく、Aを生んだことなどについて、母親が感じた祖母の評価はどうだったのか。育児ノイローゼやAの成績へのこだわりのエピソードなどからうかがわれるのは、やってもやっても祖母から十分な評価を得ることができずに満たされない思いをためていたのではないかということである。祖母が、母親について感謝を感じていないなどということは、実際にはなかったかもしれない。しかし、祖母にとって、母親は小さい頃から自分の一番近くにいる、自分を助けてくれるのが当たり前のような存在であり、それに対して長男の嫁（Aからすると亡くなった伯父の妻）は気をつかう相手であり、その気づかいが母親の目には、兄嫁の方が評価されている（大事にされている）と映ったとしても無理はない。そんな母親にとって、兄嫁が出奔して、祖母が自分を全面的に頼りにしてくれるようになったのは、小さい頃からの思いを満たす、絶好の好機となったのかもしれない。母親は自分のほぼすべてを祖母のために使っていたと言ってもよいような状態であり、娘のAのための時間はあまりなかったようである。少なくともAが、自分

² 家族のことはAについてのことのように本人に直接確認できていないことも多く、筆者の解釈や推論が含まれている臨床的仮説である。さらにプライバシー保護のために、本論の趣旨に影響しないところはさまざまな変更が加えられている。

は大事な存在なんだと感じられることはなかった。Aは、母親とのつながりを取り戻し、自分は大事な存在なんだと感じられるようになるために長期にわたる心理療法を必要としなければならなかったのである。

Aが心理療法を受けるに至ったことについては、以上のような、祖母や母親を含めた、これまでとその時のことが関連しており、Aの現在を規定しているのである。祖母や母親がもっと違う形で生きていれば、つまり祖母が母親の一生懸命の努力に対してもっと母親がわかるような形で感謝を示していたり、母親が祖母の方ばかり向いているのではなく、もっとAの方を向いていれば、ひょっとするとAは心理療法を受けないといけなような事態には至らなかったかもしれない。伯父や祖父の不幸が少しでも違う形であったなら、祖母も母親もまた違ったかもしれない。しかし、それらのことは生じたのであり、祖母も母親も、そうしなくてもいいのにそうしていたのではなく、それはそのときどきの祖母と母親の精一杯の行動だったのであり、そうせざるをえなかったのである。私たちは、心の中にFreud(1933/2011)が述べたような快感原則に従うエスをもっており、怠ける、さぼる、ズルをする、甘えるなどといったことであっても、そうしなくてもいいのにそうするのはなく、すべてその時点での(エスを満たすための)精一杯のことなのである。このことを筆者は人間存在における「総力性」ととらえた。

そして、この「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった三つの特性から、人のあり方には、どんなことでも「そうあるしかない」という側面があり、その概念がこれまで心理臨床において議論が続いてきた「受容」概念がもつ問題を解消すると考えられるのは、第2章で述べた通りである。この「そうあるしかない」という概念の心理臨床実践における有用性について、次章以降さらに事例を提示して述べていく。

第5章 他の専門家から紹介されてやってきた20代女性との心理療法 —心理療法の初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義—³

本章では、心理療法の初期において、「そうあるしかない」概念がもつ臨床的意義について述べる。心理療法においては、クライアント⁴がセラピストに求めるものとセラピストが応えようとするものが、はじめから一致していることはほとんどない。本章では、あるクライアントとの心理療法の初期のやり取りを提示し、クライアントが求めるものとセラピストが応えようとするものとのズレを明確にし、そのズレをおさめていくことについて、「心理療法の土俵づくり」として述べる。そして、そのような心理療法の初期において、「そうあるしかない」概念をもつこと、つまりどういうことがこれまでに体験されてきており（「全関連性」）、それらからどのような影響を受けているのか（「被規定性」）、そして今示されているその人の状態はその時点でのその人の精一杯である（「総力性」）といった理解をもととすることにより、クライアントの状態をより適切に受け止めることができるようになることを示す。

はじめに

われわれセラピストの前には、いろいろな人がさまざまなことを意識的、無意識的に求めて現われる。しかし、そのすべてにわれわれが応えられるわけではない。心理療法の場において、その人の求めているものが、われわれの提供できるものとまったくかけ離れている場合には、心理療法を断ることもある。医師や弁護士など他の分野の専門家の援助を得た方がいい時には、それにふさわしい人を紹介する。ひとくちに心理療法といっても学派、技法が種々あって、一人のセラピストが提供できるものには限りがあるため、他のセラピストを紹介することもある。しかし、いずれの場合であってもセラピストのところにやってくるには、それなりの事情があるはずであり、われわれは、その人が抱えている（抱えきれないでいる）事情に対して、セラピストとして何かを応えていかなければならない。心理療法を断

³ 本章は、高橋蔵人（1999）. 来談者が心理療法家に求めるもの、心理療法家が応えようとするもの. 渡辺雄三（編）仕事としての心理療法. 人文書院, 151-169. に加筆修正をしたものである。

⁴ 本章のもととなった論文では、「来談者」、「心理療法家」という用語を使ったが、本研究では、他の章に合わせ「クライアント」、「セラピスト」と表記する。

る場合でも、そのような事情に配慮した上での対応でなければならぬ。さらに、このようにしてセラピストがとる対応については、クライアントが納得のいくものであることが望まれる。セラピストの独り合点ですんでしまってはならない。

以上のようなクライアントが求めてくるものに対して、セラピストとしてわれわれが応えられるもの、応えられないものを、クライアントとセラピストの双方で吟味していく作業について、「心理療法の土俵づくり」として述べてみたい。そして、セラピストとして、われわれは何をクライアントに提供するのかを考えてみたい。また、筆者はこの事例を担当した当時、まだ人間存在における「そうあるしかない」という概念を意識していなかったのだが、心理療法の初期における「そうあるしかない」という概念をもつことの意義について述べる。

以下、ある女性のクライアント C⁵と筆者とのやり取りの一部を呈示し、それにそって検討する。筆者が初めて C に会った時、彼女は 25 歳だった。C は、摂食障害ということで、医師から心理療法を勧められ、筆者を紹介されたのだった。

なお、事例の提示においては、クライアント本人から承諾を得たが、プライバシー保護のために本論の主旨に関係しないところについてはさまざまな変更を加えた。

第 1 節 心理療法のはじまり

C は、ブランドのスーツに身を包み、デパートの化粧品売り場の店員のようなきれいな化粧をして第 1 回の面接にやってきた。筆者の求めに応じて C が話してくれたこれまでのいきさつは、次のようなものだった。

C は第 1 子長女で、年の離れた弟が一人いる。C が中学生の頃、弟がアレルギー性疾患にかかり、両親、とくに母親は弟のことで精一杯になった。それからは誰も自分に関心を示してくれないと思って暮らしていたが、21 歳の時に恋人ができ、とても嬉しかった。彼との時間は楽しく、毎日会って、可能な限り一緒に時間を過ごした。しかし 3 年後、彼から「やっていけない」と言われ、はっきりとした理由も分からないまま別れることになり、とてもショックを受けた。一方、その少し前から腰痛に悩まされており、彼と別れてしばらくした頃に整体にかかった。そこで、小学校の頃からの頑固な便秘にもいいと勧め

⁵ クライアントについても、初出では仮名を用いたが、本研究では C とする。

られ、野菜中心の食事をするようになった。すると、体重が次第に減り始め、やがて月経も止まった。その後、週末に過食、嘔吐をするようになり、25歳の時、食道が荒れて総合病院の内科に2週間入院した。退院して外来に通っていた時に不眠や不安を訴えたところ、その病院の精神科を受診するように言われ、そこで筆者を紹介されたのである。

なお、弟はアレルギーに加えて、数年前からは「ノイローゼ状態」(Cの言)になって家に引きこもっている。精神科に1,2回かかったきりで、これまで継続的な治療を受けたことはないらしく、両親は弟を刺激しないように気を配り、家は弟中心のままになっているとのことだった。

筆者が会った時のCは、体重減少率20%、月経は止まったまま、食事は1週間制限して週末に過食、嘔吐というパターンだった。Cは、早口で、話したいことがたくさんある、全部話さなきゃいけないとでもいうようにたくさんしゃべった。

筆者は、以上の話を聞いて、<誰も自分に關心を示してくれないと思っていたところできた恋人と別れることになってしまったのがかなりショックで、その後、初めは腰痛、便秘のためということだったんですけど、うまく食事が取れなくなっただけですね>、<私のところでの治療としては、その辺りも含めて、どういうことでうまく食事が取れなくなっているのかを時間をかけて検討していくということになると思います>と応えた。そして、とりあえずは週1回、45分の面接を提案し、<もう少しこれまでのことや今のあなたのことについて、何回かに分けて教えていただいて、その上で実際どんなふうにも心理療法を進めていくかは、また改めて話し合しましょう>と伝えると、Cは「お願いします」と言って帰っていった。

早口でまくし立てるように話し始めたCは何を求めて来談したのだろうか。表向きはうまくいかなくなってしまった食行動の改善である。しかし、それ以外にも、早口な話し方、頑固な便秘に長年悩まされていること、家族が弟にかかりつきりになってしまっただけで自分には關心を示してもらえないと感じていることなどから、Cの中にはいろいろなものがたまっていて、それを吐き出す場を求めているようにも思える。たまっているものに関心を示してくれる人を求めているのかもしれない。また、一時期、Cの大きな支えとなっていた恋人に代わるものを期待する気持ちもあるかもしれない。

筆者は、精神分析的な考えを中心にこれまでトレーニングを積んできたセラピストであり、食行動の改善に即時的、直接的に供するものはとくには提供できない。Cの心の中に

たまっているものに配慮しながら話を聞くということなら、なんとかできそうに思う。そうすることによって C の自分自身についての理解が進めば、間接的ではあっても食行動に対する悩みの解消、ひいては食行動自体の改善にもつながるだろうと考えてもいる。とはいえ、C の語ること、さらにはそこに含まれている意味を理解する筆者の能力には限度があり、筆者が C に提供できる時間にも限りがある。たまっているものを一気にぶちまけられても困る。かつての恋人のように、可能な限りの時間を一緒に過ごすことも筆者の仕事ではない。それで、筆者は上に述べたように応えたのだが、このような曖昧で呑気な対応では、せっぱつまって来談した C が求めているものに、ちゃんと応じていることにはならないのであろう。C は、一見、筆者の提案に同意したかに見えたが、第 2 回の面接からは、より明確な答えを要求してきた。

第 2 節 心理療法の土俵づくり

第 2 回の面接で、C は「初めにいろいろ質問がある」といって、「過食はなんで起きるのか」、「母は、私がここに来ていることを知っても何も動かないが、なんて言えばいいか」、「自分がやりたくてやっていることで、別にそんな必要はないのに、勝手に自分で時間を制限してしまって時間内にやれるかどうかとはらはらす。どうしたらいいか」と矢継ぎ早に聞いてきた。その都度、筆者は知っていることがあればそれを答えたり、これまでの経験から思うことを意見として彼女に伝えたりして、〈あなたの場合にも当てはまりますか〉、〈その辺りはもう少しあなたの状況を教えていただいてからでないかと〉とそれぞれについてさらに説明を求めた。すると、C はそのことについて多少話してくれるものの、すぐにまた次の新しい事柄に対する質問を出してきて、一問一答のようなやり取りが続いた。

このような対話の中で、C は、「本当は言いたくない。でも誰かに聞いてほしいという気持ちもあるかも」と言って、これまで誰にも話さないできたという外傷的な出来事についても話した。そして、「それ以外にも弟のこともあるし、こんな汚点だらけの自分はどうだめだと思っていた。だから彼ができて性関係も持てた時は、嘘じゃないかと思ってすごく嬉しかった。でもやっぱり別れた」と言い、筆者は〈あなたの心におさまりきれない大きな体験がいろいろとあって、過度に自分を責めてしまっているところもあるよう。その辺りは本当にそんなふうに自分を責めないといけないことなのか、今一度検討していく必要があると思います〉と応えた。C はそれを肯いて聞いていたが、少しすると再び、「職場ではどうして

いればいいのか」,「弟にはどう接していればいいのか」と質問してきた。面接の終了時間が近づくと、さらにたくさん聞いてくる感じで、筆者は<状況をもう少し教えていただかないと>と繰り返した。結局、この第2回の面接は10分ほど延長して終わった。

その後の面接でも、Cはさまざまなことに対して次々と具体的な対応策を求めてきて、筆者が状況のより詳しい説明を求めるということが繰り返された。Cは状況を少し説明しては、他の話題に移り、再びその対応策を求めるのだった。「苦しい状況で早くなんとかしたいんだらうけど」という筆者に対して、Cが声を荒立てて、「早く答えを出したい。ずっと悩んで、自分ではどうしたらいいかが分からなくて、それでここに来たのに」と怒ることもあった(第4回)。

心理療法は、それを求めるクライアントと、それを提供することができるだろうとされるセラピストによって行われる。しかし、このクライアントの求める心理療法とセラピストが提供しようとする心理療法が一致することは、実はなかなか難しい。そもそも心理療法がどういうものなのかということからしてよく分からないところがある。成田(2007)は『精神療法とは何か』と問うことは、『人間とは何か』とか『愛とは何か』と問うのに似ているおそらく、答える人の数だけさまざまに異なった答があるであろう」と述べている。そのため、心理療法ではクライアントが心理療法に求めているものをできるだけ明確にし、それに対してセラピストが自分の提供できるものを吟味して、その接点で心理療法関係を結び、両者の合意のもとで面接を進めるように心がけることが大切になる。それは、さしあたり、クライアントが自分の内界に渦巻いているさまざまな思いをセラピストに対して表現する心理療法の、その土俵をつくることと言えるだろう。

Cは、「とにかく早く何とかしてほしい」という思いのもとに、筆者に対していろいろなことを次々と求めてきた。しかし筆者は、彼女の悩みを一気に消し去ることができる魔法使いではない。千里眼によって未来に起こることを正確に予測し、適確な指示を彼女に与えることもできない。筆者ができることは、彼女の陥っている状況について、どういったことでそのような状態になったのか、そうなるまでにはどのようなことがあったのかを、時間をかけて丁寧に見ていくことである。そうやって一つずつ細かく検討していく中で、次第にどうすればいいのかということも自ずから浮かび上がってくると考えている。また、日常生活においてはなんの関係ももたないセラピストのもとで検討することによって、一人では見えなかった周囲の状況や自分の中の気持ちが見えてきて、新しい道が開けるということも

ある。しかし、ここで筆者が提供しようとしたそれらのものは、追いつめられた状態にあるCを満足させるものではなかった。

また、筆者には、乏しいながらもこれまでのクライアントやその家族との心理療法の経験から学んだものがあり、胸を張って言えるような代物ではないが、摂食障害について筆者なりに勉強した知識がある。これらも筆者がクライアントに提供できるものの一つである。もちろん、このような一般論は目の前のクライアントにそのまま適用できるわけではない。しかし、クライアントの独自性に配慮しながら、丁寧に伝えられる一般的な情報は、それを手がかりにして話題が広がって、それまで盲点になっていたところに関心が払われたり、クライアントの陥っている状況がより明確になったりすることがある。一般的な情報を伝えることはその他にも利点が多々あっておろそかにすべきではないと思う（下坂・束原，1991；成田，1991など）。しかし、Cは、摂食障害について質問したり、日常生活でのさまざまな場面でどうしたらよいかという対処策をしきりに聞いてきたりしたにもかかわらず、筆者の一般的な情報の説明や解説にはあまり関心を示さなかった。確かにCは意識ではそれらのことを切実な問題として気にしていたのだが、彼女の無意識はもっと違ったものを求めているのだろう。

いずれにしても、Cは、筆者が提供しようとしていたものには満足できず、次第に不満をあらわにして迫ってきた。

なお、振り返ってみると、筆者は、Cとの面接では、彼女が心理療法に求めているものを明確にする直接的な質問、彼女のもっている心理療法に対するイメージを直接問うような質問を発していなかった。このために面接の焦点が不明瞭になっていることは否めない。Cは、筆者を個人的に知っている医師から紹介されて来談しており、その期待に応えたいという気持ちから、筆者は通常の手続きを飛ばしてしまったのではないかと反省している。

第3節 心理療法の土俵におさまらないもの

Cは、第4回の翌週の面接を「なんとなく行く気がなくて」とキャンセルし、第5回の面接では、「いろいろ相談したいことがあるのに時間が短すぎる」、「両親にこれまで言いたくても言えなかったことをぶちまけた」と話し出した。両親は「今さら責められても」と言っていたらしいが、筆者が「言いたいことが一杯あるんですね」と言うと、「あります、あります。母は弟のことで精一杯だったと言ってた。でも私も学校でいじめられたりして悩ん

でた。今だって、死にたいとは思わないけど、なんの楽しみもない。みんなはどうやって生きているのかと思う」と、Cは涙ぐんで話した。筆者はその話を黙って肯いて聞いていたのだが、Cはふと我に返ったように、「でも会社のことも悩みなんで聞いてほしい」、「食べることも自分では、多いのか少ないのか分からない」と言い、さらに「やっぱり時間が短すぎる。いつも話しきれなくて不満が残る」と訴えた。筆者が、<どのくらい時間があれば足りる感じですか>と聞くと、「5時間くらい。いえ、もっと。ずっと聞いてくれないとだめかも」とC自身途中で苦笑いしながら答えた。筆者も<それは無理だねえ>とつぶやいていたが、この面接も5分ほど延長した。

これまでずっと完璧な化粧をして来談していたCだったが、第6回目の面接には「なんか面倒臭くて」と素颜でやってきた。家を出る時、「すっぴんじゃ病弱に見えるよ」と母親に言われたそうだが、確かに顔色は悪く、腕は一層細く、乾いて見えた。そして、心理学を勉強している友達に摂食障害のことを話したら、摂食障害は母子関係に問題があると言われたことを話し、「でも今から母が変わってというのは無理」と言う。筆者が、<お母さんがどんなふうが変わってくれたらいいと思うんですか>と聞くと、「それがわからない。今まで私に関心を示してくれなかった。いつも弟。それは今から言っても無理な気がする。変わらないと思う。それで、なんか恨みというか、復讐したいような気持ちになる。でも、そういう弟が大変な中で一生懸命やっているのを見ると気の毒に思うこともあるし、私を大学まで行かせてくれて感謝の気持ちもある」と言って涙ぐんだ。<その辺り、実際にお父さんやお母さんに言う前に、自分の中にどんな気持ちがあるのかを、まずは見ていくことから始める必要があるんじゃないでしょうか>と筆者が応えると、Cは肯いて帰っていった。

第7回の面接では、Cは、「家ではあまり話さないようにしている。話すといつも喧嘩になる。喧嘩する気じゃないのに」、「なんか自分でも分からないいろいろな気持ちがあるんだろうなと思う」と話した。既に、これまでもCから先にいろいろな話が出されて面接が始まるという形になっていたが（たいていの場合、Cは席に着くなり、いろいろなことを質問してきた）、ここで、筆者は、これまでの経緯や家族歴について教えてもらいたいと思っていたのを諦め、<そういう両親や弟さんへの気持ち、うまく食べられないこと、食べることに対する気持ちについて、どんな気持ちがあるかが少しずつわかってくるといいと思います。とはいってもそういう気持ちは、なんでだろうと突き詰めて考えていってもそんなに分かるというものではないだろうし、今後は、ここで思い付くこと、話したいことを話していただいて、そうしながらあなたの心の中にある気持ちについても検討していったらどうか

と思いますがどうでしょう」と提案し、Cも同意して、以後は彼女から自由に話してもらうようにした。

「心理療法の土俵づくり」という作業は、その後の心理療法のための単なる準備ではない。土居（1992）が、「精神科的診察においては、面接を通して病歴の聴取も診察も治療も行われるのが原則である。しかもこの場合、病歴の聴取・診察・治療の区分が必ずしもはっきりしない。概念的にはこの三つの要素を区別する事ができるが、実際には三者が渾然一体となってその順序もまちまちである」と述べているように、心理療法では治療の準備と本番を分けることはできない。この「心理療法の土俵づくり」という作業こそは、まさにその後の心理療法のための準備であると同時に治療過程そのものであると思う。

土居は、さらに別のところで「見立て」について、「患者に告げる言葉としての『見立て』は診断的要素を含んでいると同時に、それ自体治療的働きを持っている」と述べているが（土居、1996）、「心理療法の土俵づくり」をしていく中で、そのような「見立て」のやり取りも必要になる。つまり、どのような心理療法をしていくのが良いのかを、クライアントの意見とセラピストの意見とを照らし合わせながら、クライアントとセラピストが共同で「見立て」をし、両者の合意を作っていくのが「心理療法の土俵づくり」である。それは、心理療法としてクライアントが求めるものとセラピストが応えようとするものとのズレを修正することでもある。しかし心理療法においては、クライアントが意識的、無意識的に求めているもののうち、セラピストが応えることができないものを単純に切り捨てたり、排除したりして、それでズレをなくせば良いというわけではない。そのような心理療法の土俵におさまらないもの、そこからはみ出してしまうものの中にこそ、実はクライアントが抱えきれないでいるもの、心理療法的な援助を必要とするものが含まれているのである。それを単純に切り捨てたり排除したりするのは治療的とは言えないし、それでこと足りるなら心理療法など必要ないだろう。「心理療法の土俵づくり」という作業は、裏を返せば土俵におさまらないものをなんとかしていくという作業なのであり、そのようなおさまらないことに対して、クライアントとセラピストが共同でなんとかおさまりをつけていくという作業こそ、心理療法の治療過程そのものである（高橋、1993）。

これまでCはいろいろなことを質問してきて、それに対して筆者が乏しいながらももっている知識を伝えても、さらに次々と新しい質問を投げかけてきて、筆者が提供するものに満足することは決してなかった。というより、先に述べたように、そのような知識の提供は、

彼女の無意識も含めた全体がさしあたって求めていたものではなかったのだろう。そして C は、即時的に問題を解決する力のない筆者に、「早くなんとかしてくれ」と迫ってきて、彼女が求めるものと筆者が提供できるだろうと思っていることがなかなか一致せず、「心理療法の土俵づくり」が難航した。筆者は自分の陥っている状況について時間をかけて見ていくということを繰り返し提案していたのだが、C はそれに不満を示し、面接を 1 回キャンセルすることになった。

この時、C と筆者の間で筆者がつくろうとしていた心理療法の「土俵」におさまらなかつたものは、C の「早くなんとかしてほしい」という思いであり、「できるだけ長く、それこそ 24 時間つきっきりで話を聞いてほしい」という思いであった。この C の思いには、可能な限り長く一緒に時間を過ごしてくれた昔の恋人を思う気持ち、さらには「弟にかかりっきりになって、自分には関心を示してくれなかった」という母親に対する思いが、その背後に見え隠れしていた。それらの思いが転移状況の中で筆者に向けられ、筆者はそれに対して、
<言いたいことが一杯あるんですね>とか、
<そんなふうにする限りの時間を割くというのは、私には無理だよ>と応えた。すると C は、「母親にちゃんと自分にも関心を払ってほしかった。そういう母親に変わってほしかった」というかつての思いが、今となっては叶わないものであることを感じて涙を流し、さらには「母に対して感謝の気持ちと恨む気持ちの両方がある」、「自分でも分からないいろいろな気持ちがある」と言うようになった。こういったやり取りをしながら、C と筆者は「心理療法の土俵づくり」を進め、自分の状況について時間をかけて見ていくということに、彼女が一応は合意するようになったのである。

成田（2007）も、「精神療法とは、その定義をめぐって患者と治療者とが合意を求めてする交渉の過程であると言える」と述べ、その様相を描き出している。

なお、このような心理療法の土俵におさまりきらないものの中には、クライアントが抱えきれないでいる問題だけではなく、セラピスト自身の問題も含まれてくるのだが、そのことについて述べる前に、C と筆者との心理療法のその後の経過を呈示しておく。

第 4 節 心理療法の中絶と再開

その後、C は<自由に話したいことをどうぞ>と言われて、待ってましたとばかりに細かい字でびっしりと書かれたノートを持参して日常生活における細かなことを早口で話したり、「苦しいことはその時に聞いてくれないと忘れちゃうんで話せない」と怒ったりした。

それに対して、筆者は、すべてを筆者に知っておいてもらいたいような気持ち、常に一緒にいてほしいような気持ちを再び取り上げた。すると彼女は、発症のきっかけの一つになっていると思われる24歳の時に別れた恋人のことについて触れ、彼に対して「嫌な面は見ないようにして付き合っていたかもしれない」、「彼も本当には自分を受け入れてくれなかったのかもしれない」と話した（第9回）。その後、日常生活について逐一報告したり、その中で対応策を聞いてきたりすることはなくなった。

そして、「食べ出すと全部食べないと気がすまない。全部食べられないなら食べない方がいい」という食行動と、「自分が望んだ通りに相手にしてほしいという気持ちがあって、そのために先回りしていろいろと動くんだけど、相手がちゃんと応えてくれないんで、それなら一層のこと関わらない方がいい」という対人関係の持ち方の重なりを筆者が指摘すると、彼女は同意し、次第に母親のことをいろいろと話すようになった。

第11回の面接では、「幼稚園の頃から相手の気持ちを先読みして行動していた。それで良い子だって褒められてたけど、そうしてないといられないというか。良い子、手のかからない子と言われると何も言えなかった」と話して涙ぐみ、第13回の面接では、「お母さんが弟のことばかりでいらいらする。それが私の過食の原因。でもそんなの自分じゃどうにもならない。ずっとこのままじゃないですか」と怒りながら、さらに母親が弟のことだけでなく、父親のこと、夫婦のことなど「子どもの私に言うことじゃないことまで愚痴った」と話した。そこで筆者が、<そういう中でお母さんの負担にならないようにと良い子をして頑張ってきたんだろうけど、その辺り夫婦のことは夫婦で、弟さんのことは弟さん自身に考えてもらって、あなたはあなたなりの生活をしていっていいんじゃないだろうか>と言うと、Cは途切れ途切れに、「確かにそう…。でも先生はそう言ってくれるけど、世間はそう思わない。弟があんなふうで親は大変だから、お父さんが頼りないから、私をもっとお母さんを助けてあげないといけないと思う。私をもっとしっかりしなくちゃいけないって…。でもなんか生きているのが難しい」と話した。

第14回の面接では、「最近自分でも安定していると思うんですけど、過食のパターンは変わらない」と話し出し、さらに「このままずっといけばいいんですよ。変えようと思うからだめになるんですよ」と言う。そこで筆者が、<このままでいいと思えるの>と聞くと、Cは「だって先生がそうしないと仕方がないと言ってる気がする」と言って、母親の話をした。「母が同じ意見じゃないと、何とか説得しようと議論する。それでいつも喧嘩になる」、「とくに食べてる時は、放っておいてほしいという気持ちとかまってほしいという

気持ちがある。それが症状に関係しているかは分からないけど、やっぱり母には過去のこと、弟ばかりで私は放っておかれたと思ってる。それを言うと母は、過去のことと言うけど、でも私は今でも母にかまってほしいというか、そういう気持ちがある」と語った。

心理療法の開始からこれまでに4ヶ月ほどが経過していたのだが、この第14回の面接の後、Cは再び食道が荒れ、他の病院の内科に入院してしまった。「退院したらまた連絡します」と言っていたが、その後しばらくは連絡がなかった。

そして約1年後、Cから「また心理療法を受けたい」という連絡があり、久しぶりに彼女に会った。第14回の面接の後、内科には1ヶ月ほど入院し、その後は摂食障害のいろいろなセミナーやワークショップに行っていたということである。特定の治療機関にかかってはおらず、状態も以前とほとんど変わっていなかった。筆者との心理療法の中断については、「先生が何も言ってくれないのが、物足りなかった。それで内科を退院した後、いろいろ行ったけど、先生が言ってたように、結局は時間をかけて考えていけないのかなと思った。先生に話を聞いてもらえてスッキリしたところもある」と話した。そこでCと筆者は、治療の進め方について改めて話し合い、心理療法を再開した。

Cは、周囲の人と現実的な関係、いわゆる「ほど良い関係」を持てないでいた。彼女は、現実には実現不可能な、完全に分かり合える良い関係を求め、それが満たされないと一切の関わりを拒否しようとしていた。しかし、人との関わりを痛切に求める気持ちと、完全に拒否したいという気持ちの両極に引き裂かれていた。それは、一週間食事を制限して週末に過食するという食行動のパターンにも見ることができた。Cは幼稚園の頃から相手の意向を先読みして行動し、良い子として振る舞っていた。そうしていないと母親との良い関係が保てないと感じられたのだろう。Cの母親は以前から家庭の事情や夫との関係などに悩んでいて、後には息子（Cの弟）の問題も抱えることになり、Cに応じる余裕がなかなかなかったようである。そのような母親に対してCは必死に良い関係を求め、背伸びをして母親の愚痴を聞き、学校や職場でも一生懸命に良い子を演じていた。そうすることによって一時的に良い関係が持てたと感じられたこともあったのかもしれないが、それはCをして本当に安心させるものではなかったのだろう。今後その辺りのことについて一つひとつ検討していくことになると思っていた矢先に心理療法が一時中断となった。

「心理療法の土俵づくり」を進めていく中で筆者に向けられた、「全部分かって欲しい」、

「すぐに何とかして欲しい」という完全に良い関係を求める C の気持ちに対して、筆者は、「問題をすぐに解決することは困難で、その前にどういう問題なのかをよく見る必要がある」と繰り返し伝えた。それに対して C はいろいろな不満を、時には感情的にぶつけてきた。この不満は、それまで彼女が周囲の人と良い関係を保ちたいがために相手にぶつけることができず、自分の中に必死に押え込んできた不満でもあったのだろう。筆者はそう感じながら C に応えていた。すると、C は次第に筆者の提案に応じるようになり、相手と完全に良い関係をもつのは無理なのだということを感じるようになっていった。しかし、それは C にとって、「見捨てられる自分になる」という怖い体験でもあったのだと思われる。

C は「完全な良い関係」を必死に求めていたのだが、それは彼女にとっては「そうなるのはじめて自分の存在が許される」というようなものであった。そうであるからこそ彼女は必死になって相手の気持ちを先読みして行動し、良い子として振る舞っていたのだ。そのような彼女にとっては、その振る舞いを止めることは、「存在を許されない自分になる」、「見捨てられる自分になる」というような怖いことだっただろう。しかし、筆者は、彼女のこのような怖さを今一つ汲み取りきれないでいた。

第 13 回の面接で「あなたはあなたなりの生活を」と伝えた時、筆者としては、それができないのが C であって、そのことを今後共に検討していきましょうという心づもりであった。しかし、C は第 14 回の面接で、「このままずっといけばいいんですよ。変えようと思うからだめになるんですよ」、「先生がそうしないと仕方ないと言ってる気がする」と言った。C には、筆者が「完全に良い関係」を保ちたいという気持ちを手放すように、さらには「見捨てられる自分」として耐えて生きていくように強要してくるようにも映ったらしい。このような中では心理療法を中断せざるをえなかつただろう。

第 5 節 クライアントとセラピストの重なり

なぜ筆者は、C の完全な良い関係を手放すことに含まれているもう一つの気持ち、見捨てられる自分になってしまう怖さに気づくのが遅れたのだろうか。今振り返ってみると、C との心理療法の土俵づくりにおいて、筆者は彼女の完全に良い関係を求める気持ちを手放すことの方にばかり気を配って、やや頑ななまでに「問題をすぐに解決することは困難で、その前にどういう問題なのかをよく見る必要がある」と繰り返していたように思う。その裏で C が感じていたであろう、見捨てられる自分になってしまう不安に対する配慮が欠けて

いた。その不安は、筆者が C に提示していた心理療法の土俵におさまることに伴う気持ちでもあり、この気持ちこそ、その土俵におさまることがいまだできない心理療法的な配慮を必要とするものであったのに。

ここには筆者自身の問題が関係しているのであろう。C は相手との間で「完全な良い関係」を求めてなんとかそれを実現しようとし、それが現実には実現不可能なものであるためにいつも失望を感じて困難に陥っていた。すでに述べたように、C にとっては、そうでないと自分の存在が許されないように感じられていたのだろう。しかし、「そうなってはじめて自分の存在が許される」という関係を求め、それを何とか実現しようと躍起になっていたのは、むしろ筆者の方ではなかったか。

筆者は、筆者が提供できる心理療法を呈示して、C がそれにおさまるようにと努めていた。その土俵におさまらない彼女の気持ちに必死に気を配ってそれを解釈していた。そうやっておさまりきらない気持ちをなんとかしていくことが C のために治療的であると思っていた。しかし、それはそうしないとセラピストとしての筆者の存在が危うくなってしまうためだったのではないだろうか。先に、紹介してくれた医師の期待に応えたいという気持ちから、<あなたはどんな心理療法が受けられるといいと思いますか>という心理療法の初期における肝心の質問をしていなかったことに触れたが、<自分はセラピストとしてこの人の役に立てるのだろうか>、<この人の心理療法がちゃんとできるのだろうか>という不安はずっと盲点になっていた。この種の不安に触れることを筆者は回避していたために、C の「存在が許されない自分」になるような不安に対しても気づくのが遅れたのだと思う。

心理療法という仕事をしていると、クライアントが抱えている（抱えきれないでいる）問題が、実は筆者の方の問題ではないかと感じてはっとさせられることがある。「(私が直面しているこの問題について) あなたはどうしているんですか」とクライアントから問題を突き付けられているように感じることもある。「先生だったらどうしますか」とか「先生はどうでしたか」と実際に聞かれることも珍しくない。言うまでもなく、心理療法の場は、クライアントの問題をなんとかしていく場であって、セラピストである筆者の問題をなんとかしていく場ではない。セラピスト自身の問題は他のところで取り組むべきであり、クライアントの問題とセラピスト自身の問題を履き違えてはならない。しかし、このようにクライアントから問われているように感じることに對して、セラピストが自分の中にある問題を振り返り、それに向き合っていくことは、クライアントの問題の解消のためにも大切ではないかと思う。そのことによって、心理療法の場をクライアントのために使うということがより可

能になるからである。筆者は自分の問題を見落としていたために、Cとの心理療法の場で筆者の方の不安を（神経症的に）押し殺すのに力を使ってしまい、Cの方の不安を取り上げて検討することが十分できなかった。

心理療法の土俵を作っていく作業においては、そこにおさまりきれないクライアントの問題だけではなく、セラピスト自身の問題も問われる。クライアントがセラピストに求めても叶えられないことに向き合って、それを少しずつ心の中におさめていくように、セラピストもクライアントに提供できること、できないことを吟味し、自分が提供できる心理療法の土俵におさまらない、自分自身の気持ちについては日頃から心がけて対処しておかなければならない。

第6節 セラピストとして筆者ができること、できないこと

これまでクライアントがセラピストに求めるものとセラピストが応えようとするもの、そしてそれらの間のズレをおさめていくことについて述べてきた。こういったことを筆者がとくに意識するのは、ついつい筆者が、セラピストとして提供できないものまで提供したくなる気持ちを感じるがためである。

かつて筆者は、「死にたい」というクライアントが仕事の都合で次に来談できるのは1ヶ月先になるというので、〈どうしてもだめという時には連絡してください〉と言って大きな失敗をしたことがある。どうしてもだめという時に来てもらったとしても、投薬や手術ができるわけでもなく、また入院させてその人を保護することもできないセラピストに一体何ができるのだろう。何ができるという見通しもなしにそんなことを筆者は言ってしまったのだが、混乱の中にあつたクライアントはそれを信じ、翌日から毎日来談して筆者の仕事に支障が出るようになってしまった。その時は、筆者が提供できる時間は週2回50分の面接が限度と改めて説明したところ、幸いにもその人は、「嘘つき」と怒りながらも来談し続けてくれた。筆者ができることは、やはり面接室で待っていて、その人の状況を丁寧に見ていく場を提供することなのだと思う。しかし、医療の中で働いているとなかなかそれだけではおさまらないケースが多い。そのような時にセラピストとして何が提供できるかを吟味しておくことが大切であろう。その後、筆者は緊急時の対応については、次の面接の約束をすることのみを心がけ、実際的な対応は医師や看護婦にお願いすることが多くなった。

また、ある時は、自己破壊的な行動化を繰り返すクライアントに、「私にできることは何

が障害になっているのかを一緒に考えることくらい」と言ってしまったこともある。「くらい」というのは余分だった。筆者自身が自分の仕事を信じられなくなっていた。その人の行動を直接的にコントロールすることは筆者の仕事ではなく、また、できることでもないのに、それができないといって勝手に失望していた。そこでも筆者は、セラピストとしてできることとできないこと、さらにはしてはいけないことを取り違えていた。そのクライアントはその後も行動化を繰り返し、さまざまな問題から遠方の医療機関に入院しなければならなくなったり、法的に処罰されたりということで筆者との心理療法はしばしば中断した。その中で筆者がセラピストとして提供するように真に求められていたのは、クライアントの行動化の背後にある気持ちを検討しながら、その人が自分で自分のことをいずれは制していけるようになることと信じて待つことだった。筆者がその人の行動をコントロールしようとすることはできないことであるばかりか、仮にできたとしてもその人が自分で自分を統制できているという感覚を育むという面からは有害でさえあったのである。

以上のような経験を通して、筆者は、セラピストとしてできること、できないことを注意深く検討し、できることに対してはある程度の誇りと自信をもっていること、できないことについては他の専門家の援助を卑下することなく求めること、これが非常に大切であることを学んだように思う。

さて、C との場合はどうであったか。C との心理療法は再開後、約 2 年を経て一応の終結に至った。そこで筆者はセラピストとして何を応えたのか。それをここで要約して言ってしまうと、筆者が C のすべてを抱える必要はないこと、それで C が潰れてしまうのではなく、十分に生きていけることを示すことだったと言えると思う。Casement (1990/1995) は、「分析的な「良い対象」とは、もともとの対象より良い誰かではありません：それは「悪い対象」として扱われて生き残る誰かなのです」と述べているが、心理療法においては、クライアントがそれまで求めても得られなかったことが与えられることが必要なのではない。そのようなものは得られないままであっても、それでも自分がやっつけていけることをクライアントが発見することが大切なのだと思う。

われわれセラピストは心理療法と称して何をクライアントに提供するのか。日頃から自分が提供できるもの、実際に実行可能なものについて、誇大的、万能的になることなく、また卑小にもならないように吟味しておくことが大切だと思う。

第7節 心理療法の初期において「そうあるしかない」概念をもつ意義

Cの事例について、改めて振り返り、心理療法の初期において「そうあるしかない」という概念をもつ意義について述べる。

ここまで、心理療法を求めて来談したクライアントに対して、セラピストとしてわれわれが応えられるもの、応えられないものを、クライアントとセラピストの双方で吟味していく作業について「心理療法の土俵づくり」として述べてきた。「心理療法の土俵づくり」においては、クライアントがセラピストに求めているもののうち、セラピストが応えることができないものを切り捨てたり排除したりして土俵をつくるのではなく、土俵におさまらないもの、そこからはみ出してしまうものの中にこそ、治療的な援助を必要とするものが含まれているのであり、そのようなおさまらないことに対して、クライアントとセラピストが共同でなんとかおさまりをつけていくという作業は心理療法の治療過程そのものであると述べた。問題に対する具体的な対応策を次々と求めてくるCに対して、筆者がつくろうとしていた「心理療法の土俵」は問題をすぐに解決することは困難であり、その前にどういう問題なのかをよく見るということであった。「早くなんとかしてほしい」、「可能な限り一緒に話を聞いてほしい」という気持ち、さらには、「今さら言ってもしょうがないんだけど、弟ばかりで私は放っておかれたという気持ちがおさまらず、それを早く何とかしたい」というCの気持ちは、その土俵におさまらないものであった。それらの気持ちは、Cがこれまで母親に負担をかけない良い子でいるために押し殺してきた気持ちであり、筆者との心理療法においても、良いクライアントでいるために押し込めようとした気持であった。本来であれば、Cがこれまでそのように押し殺さなければならなかった気持ちこそ、心理療法においてはCがここにいて当然な気持ちとして認められないといけない。しかし、良いセラピストとしてCの心理療法をしっかりと行わなければならないという、Cを紹介した医師への気持ちなどなら、筆者はCとの心理療法自体について振り返ることがおろそかになり、この土俵におさまらない気持ちにうまく対処することができず、＜どうい問題なのかをよく見ていきましょう＞と繰り返し、約1年の中断を招いた。

本章のはじめに述べたように、筆者はこの事例を担当した当時、まだ人間存在における「そうあるしかない」という概念を意識していなかった。ここで筆者が、Cのあり方、とくに筆者がつくろうとしていた「心理療法の土俵」におさまらない気持ちについて、「そうあるしかない」概念をもっていたらどうなっていたであろうか。

「そうあるしかない」概念のもとでは、Cに年の離れた弟がいて、その弟が病弱だったこと、母親が弟の面倒にかかりつきりになったこと、さらにはCはあまり話さなかったが、父親があまり家庭的ではなかったこと、そしてC自身をもって生まれた体質的なこと、便秘がちだったこと、21歳の時に恋人ができて、毎日のように会っていたのに3年後に分かれてしまったこと等々…、Cがそれまで生きてきた環境やしてきた体験、その時にCに生じていること、それらのすべてを考慮に入れ（「全関連性」）、そしてCも母親も弟も、さらには父親も、そのときどきで彼ら自身にできる精一杯の生き方をしてきているという理解をもち（「総力性」）、それらの積み重ねの上に今のCがある（「被規定性」）ととらえる。このようにとらえたとすれば、Cの「早くなんとかしてほしい」、「可能な限り一緒にいて話を聞いてほしい」、「今さらしょうがないとわかっていてもおさまらない」という気持ちは、もたなくてもいいのにもっているのではなく、その時点ではどうにもCのところに湧いてくる「そうあるしかない」気持ちと理解することができたであろう。そして、＜問題をすぐに解決するのではなく、まずどうなっているのかをよく見ましょう＞と、それらの気持ちを無理に土俵に押し込めるのではなく、まずは「早くなんとかしてほしい」、「可能な限り一緒にいて話を聞いてほしい」、「今さらしょうがないとわかっていてもおさまらない」という気持ちを、その時点では「そうあるしかない」、もっともな気持ちとしてもっと丁寧に受け止め、その気持ちについてもっと時間をかけて検討できたのではないかと思う。

そうはいっても、実際にはCの身に起きた問題を、早くなんとかしたり、可能な限り一緒にいて話を聞いたりすることは不可能であり、結局は、どういうことでそういう気持ちが出てくるのかを見ていたり、何かいい方があるかどうかを時間をかけて一緒に探すということになる。ただ、その時にセラピストに「そうあるしかない」という概念があるかどうか、つまり、第2章第2節で述べたように、そのCの状態を、何かあるべきもの（例えば、忍耐力や根性）が足りないために起きている「欠如態」とか、何か悪いもの（例えば、食欲や怠け）が増大したために起きた「悪性態」などにとらえるのではなく、その時点でのCの精一杯の「そうあるしかない」という状態にとらえているのであれば（たとえ、忍耐力がない、食欲になっっているということであっても、それまでとその時のことをすべて考え（「全関連性」）、さらにはCのエスといったところの部分も含めて考えれば、その時点ではエスのために精一杯忍耐しないようにしたり、食欲になったりしているのであり（「総力性」）、「そうあるしかない」ととらえているのであれば）、Cの感じ方に

は大きな違いが生じると思う。Rogers (1957a/1989) は「治療的なパーソナリティ変化が生じるための必要にして十分な条件」の最後の第6条件に「セラピストについてのクライアントの知覚」として、「セラピストの共感的理解と無条件の肯定的配慮が、最低限クライアントに伝わっていること」をあげているが、これは、「温かく受容する」とか、「好きになるとか」、「愛する」といったような、さまざまな誤解、間違いを生むこれまでの「受容」概念によるのではなく、その時点ではどうにもそうあるしかない、しかもそれがその時点でのその人の精一杯であるという「そうあるしかない」概念をもつことによって達成されるのだと考える。

さらにクライアント自身は、はじめ、自身の状態について「そうあるしかない」と感じてはいない。セラピストも、その概念はもっていても果たして目の前のクライアントが実際に「そうあるしかない」という状態かは理論的にはわかっていても実感としてはわからない。これまでの経緯や今現在の状況を、「そうあるしかない」概念をもっているセラピストのもとで「そうあるしかない」かどうかを確認していくことになる。それが心理療法過程になっていくのであるが、その点については次節で述べる。

第6章 抑うつ症状を呈した30代男性との心理療法 —心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義—⁶

本章では、心理療法過程において「そうあるしかない」という概念をもつ臨床的意義について述べる。そのために抑うつ症状を呈した30代男性との心理療法事例を提示し、まず、心理療法が必要となったクライアントの状態を「コトがおさまらなくなった」状態ととらえ、心理療法の過程を「おさまらなくなったコト」がおさまっていく過程として考察する。この心理療法の過程は、当事者であるクライアントとセラピストがもつさまざまな条件の影響を受けるのだが、その過程において「そうあるしかない」という概念をもつことによって、クライアントとセラピストの双方がその時点で「そうあるしかない」精一杯の対応をしている（「総力性」）という理解をすることができ、二人に合ったより適切な形で心理療法を進めていけることを述べた。さらには、スーパーバイズ等の教育、指導においても「そうあるしかない」という概念をもつことでより適切なものになることを指摘した。

第1節 問題と目的

人は外界のさまざまな要請や内界のさまざまな欲求に対して、限界のある自己の能力でそれらになんとかおさまりをつけるべく、その一部を諦めたり、無視したり、また一部は次善のものに甘んじたりしながらも、できるだけ多くを満たそうと苦心して暮らしている。そして心理療法を求めてわれわれの前に現れる人々が陥ってしまった神経症とか社会不適応と呼ばれる状態は、その苦心がうまくいかず、外界の要請に対処しきれなくなったり、内界の欲求を満足させきれなくなったりして、おさまりがつかなくなったという、いわば「コトがおさまらない」状態とみることができる⁷。このように考えると心理療法の過程は、このおさまらなくなってしまったコトが、なんとかおさまっていく過程としてとらえることが

⁶ 本章は、高橋蔵人（1993）．心理療法の中でいかにコトがおさまっていくか．精神療法，19(1)，60-68．に加筆修正をしたものである。

⁷ 河合（1991）は、人の生活において「ころがおさまる」ことの重要性について触れ、心理療法の目標はころがおさまることだと述べた。また北山（1988）は、コトが言（言葉）と事（事実，行為，出来事）に分化するという説をひとつの手がかりとして、心の消化と排出について論じた。本研究では、ころも、言と事も、また内界も外界も含めたクライアントを取り巻く全体がおさまることを「コトがおさまる」状態として述べる。

できるだろう。

ところで、この心理療法における治療過程は、支持的 (supportive) な過程と内界探求的 (uncovering or exploring) な過程の2つに大きく分けられる。おさまらないコトに対してフタをし、距離をとるなどしてコトをおさめていくのが支持的な過程、おさまらないコトに対して明らかにし (理解を深め)、整理しなおすなどによりコトをおさめていくのが内界探求的な過程であろう。この治療過程のあり方は、クライアントの病態水準やセラピストのよって立つ理論的立場やキャパシティーをはじめとして、その時々局面における両者を取り巻く現実状況やそれまでの治療の進み具合など、数えきれないほど多くの変数によって形成されている。両者の年齢や性別といったものも無視できない。

さらに、この二つの過程はまったく相対立するものではない。「受容ができて初めてもう少し深いところについての仮説を立てることができ、仮説 (解釈) が当たっていれば受容がさらに深まったことになる」(成田, 2007) とか、「治療過程が進展するのは揺さぶりそのものによるのではない。揺さぶられて引き起こされた不安定が抱えられることにより自然治療力が働きだす」(神田橋, 1990) というように相互的な関係にあり、実際の治療ではこの支持的な過程と探求的な過程の間を揺れ動く。

心理療法においては、このような中でその時々クライアントとセラピストの間でどのようにすればコトがおさまるのかということが常に問われているということができるだけだろう。

本章では、30代の抑うつ状態に陥った男性Dと筆者との心理療法過程を提示して、以上のような視点から考察を加え、実際の心理療法がどのように進んでいくのかを考える。そして、「そうあるしかない」概念をもつことの治療的意義について述べる。

なお、事例の提示においては、クライアント本人から承諾を得たが、プライバシー保護のために本論の主旨に関係しないところについてはさまざまな変更を加えた。

第2節 事例

1. 事例の概要

Dは、X年9月の筆者との初回面接時30代前半であった。1年前のX-1年6月に、はじめて精神科を受診した。うつ病の診断で薬物療法を受けていたが、症状の増減を繰り返し、主治医より性格的な問題も大きいと、当時その病院の臨床心理士であった筆者に心理療法

が依頼され、薬物療法と並行して心理療法が開始された。その後次第に社会適応は回復して、X+1年5月で薬物療法は終了し、X+2年11月には計90回の面接で心理療法もひとまず終わりにするという事になった。なお筆者、つまりセラピストについて多少補足すると、当時は20代半ばで、臨床経験は数年といったところであった。

Dの家族や生活歴、心理療法をはじめまでの経過は以下のとおりである。

Dは、4人兄弟の第2子、長男である。兄弟の中でDだけが「勉強が好きじゃないから」と中学卒業後就職、他の兄弟は高校に進学している。ずっと借家住まいで、他の兄弟は就職した時や結婚した時に家を出た。最後にDが20代後半で結婚して家を出て、一時は両親2人の生活になったが、2年後に彼が家を建てて両親を呼び寄せて同居した。なお、結婚1年後に第1子が誕生している。

中学卒業後すぐに就職したDであったが、就職後ちょっと体が疲れたりすると1週間くらいずると仕事を休むようになった。調子のよいときは早朝から夜まで別人のようにばりばりと働く。恋愛結婚し、第1子をもうけた後、職場の既婚女性と浮気、新築の家に移った約半年後その浮気が発覚して、Dの親や相手方の夫を含めて話し合いがもたれた。Dも納得して別れたというが、その後から1ヶ月欠勤が続き、「死ぬことばかり考えてる。ものをいうのも何をするのもおっくう」という状態で精神科病院を受診した。受診後3ヶ月ほどして仕事にいきはじめたが、数ヶ月いつては数ヶ月休むという繰り返し。一度服薬自殺を図っている。その後、妻も子どもを連れて離婚の決意で実家に帰ってしまい、その時点で筆者に紹介された。

彼はいかにも憂うつという沈んだ暗い表情で重くうつむいて筆者の前に現れた。挨拶してもすぐに返事が返ってこず、質問にもかろうじて短く答えるというふうであった。

2. 心理療法過程

以下の心理療法過程の提示においては、まずその面接の中で起こったことを適宜区切って提示し、その後に筆者が考えたこと、感じたことを付け足して述べていく。

初回の面接では、Dは、「やらなきゃいかんという気はあるのに、何度も同じ事を繰り返して周りに申し訳ない」、「甘えてる。死にたい」、「(心理療法については)薬だけじゃいかんと言われた。何を聞かれるか不安。期待はない。自分の気持ちが晴れないからどうせまた繰り返しになるんじゃないかと思う。昔のこと聞かれるのは好きじゃない」と語った。

この時点では、D は内界探求に抵抗を示しており、とりあえずは休んで様子を見ることを中心に週 1 回 50 分の面接を約束し、必要なら時間は短くすることにした。つまり、基本的には支持的な態度でむやみにフタは開けず、まずは探求的な態度は控えたのである。また現実状況で妻が離婚を要求しているという外界の大きな圧力があり、それに並行して内界探求という大きな作業をやるのは大変な困難を伴うと考えた。

その後の面接でも浮気、別居については、「浮気は真剣だった。笑顔を絶やさない明るい人。自分も嫁さんも暗い。でもすべて僕が悪い。子どもも片親にしてしまった」とだけ話し、それ以上は筆者も聞かなかった。その一方、「外では騒いで明るいけど本質は暗い。一人でいるのが好き。騒いでいてもそれを冷めた目で見ている自分がある。仕事も周りに合わせている感じで疲れる。家だと反動でぶすつとしている」と人に対する自分と一人の自分とのギャップを話し、筆者が仕事の大変さをねぎらいながら聞いていると、面接について「家では誰とも話さないからここへくるとほっとする」と言うようになり、10 月の中頃より少し表情が明るくなってきた。

浮気相手との別れについては、それが発症の大きな契機となっていると思われ、そこには押し殺されたさまざまな感情がある。しかしその別れから 1 年以上が経過しており、「すべて僕が悪い」とその思いに強くフタをして D なりに自分を支えようとしているのを感じて筆者は介入しなかった。そこには浮気をするなんてとんでもない悪いことだという思いが D の中だけではなく、筆者の中にもあったと思われ、その気持ちには二人でフタをしてコトをおさめようとしているとみることができる。そのような中で D は筆者に陽性感情を發展させ、面接が誰にも話せないことを話せるほっとする場、つまりフタのある部分は逆に緩められる場になってきた。

11 月になると「(妻の離婚の要求に) 早く応じてあげようと思う」と言うので、筆者が「周囲のことを考えて自分の気持ちをおさえてないか」と介入すると、「本当は上の学校にいて体育の先生になりたかった。でも家が貧乏で中 1 の時に親に金のことを言われたことがあって、それでどうでもいいってうか、勉強する意欲がなくなった。親には言っていないけど」と語った。その一方で「いつまでも甘えてちゃいかん」と仕事に出るようになった。筆者は以前のように残業時間が増えていかないよう勤務時間に注意し、(妻の要求に無理して応じていないかを気にしながら) 仕事上の周囲の要求に応じる疲れ

をとくに聞くようにした。さらに、このころ妻に離婚歴があることが打ち明けられた。

ここでは妻の離婚の要求に対しても自分の気持ちはフタをして対処しようというDの態度に筆者は介入した。この態度は彼の得意なコトをおさめる方法の一つなのだろうが、それが行きづまって破綻しており、筆者の介入に対して彼もフタを少し開けて、それまで押し殺されてきた気持ちを話している。しかし、フタをどんどん開けすぎてもコトはおさまらなくなるのであり、あるところはフタをして仕事に戻ったのだろう。

また、妻についてはすでに質問していたのだが、ここではじめて離婚歴があることが話された。それまでDが一人でなんとかしようとしてきた側面にも筆者の協力が求められ、Dを取り巻く世界の中で、彼と筆者の共同作業の場が少し広がった感じがした。

X+1年になった。Dは「本当に駄目な父親だった。外ではにこにこしてるけど家では気難しくて周りが気を使う」と引き続き自分を責めたが、「親父もそういうところがあって似てる。お袋とも仲のいい夫婦とは言えん。親父も若い頃は頭痛もちだった」と父親に対する否定的な気持ちも話すようになった。さらに3月になると、「子どもは親を見て育つ。自分の子どももこういうふうにならないか心配。僕自身、親父がそうだった」、「子どもが段々遠ざかっていく気がする。寂しい」と時々涙ぐんでしみり話すようになった。

Dは、さらにフタを開けて、よい父親ではないという自責感とその中にある父親への複雑な気持ちや子どもへの心配を筆者に話している。

その後Dは、「子どものことは寂しい。この先どうやって生きていったらいいかわからなくなる。でもすべて自分の責任。嫁さんには恨み、憎しみは全然ない」、「自分は誠実にやってるから昔からみんなによくしてもらえる」、「浮気相手の家族も水に流してやってくれる。僕はその夫婦が幸せになってくれるのを願うだけ」と言って真面目に仕事をしたり、「自分と親父は似てるけど、お袋はずっと我慢してきた」、「自分も嫁さんに腹の立つところもある。暗い」と話したりした。

そして6月中旬、妻から福祉制度利用のために急ぐと連絡があり、離婚に応じた。その直後の面接では、「周りの人のありがたさに気がついた。いい勉強になった。子どもに父親らしい事を何もしてやらなかったのが悔い。僕みたいに親父に似ずに育ってほしい」、<なんか自分と重ねて>、「そうだね。僕が小さい頃はいつも親父とお袋が喧嘩して、親父が箒で叩こうとするのをお袋が手で止めて、箒が砕け

てお袋の手から血が出たのを覚えてる。そういうのが残って中学生とかが親父を刺すとかになるんじゃないかな。お袋がかわいそうと思って」と話し合った。

この後、「こんなこと言うとみんながまた心配するから表面上は保ってるけど、虚しい。何のために働くのか。家を建てた借金を返すだけ。それで年をくって行く。ふと死んじやいたいという気持ちが頭をよぎる。なにか目標が欲しい。結婚もうまくやれないでと自分を卑下する」と動揺するものの、「でも仕事だけはやらないといかん。成人するまで養育費を払う責任がある。それがなかったら死んでもいい」と言って仕事は休まずに続け、筆者は<大切なものを失って落ち込んだりは当然。体に注意して>と繰り返し伝えた。

フタを少し開けたり、少し閉めたりと両方の動きがみられる。離婚が成立した後ではよりフタが開けられて、Dの心の奥にある気持ちが話されている。浮気相手やその家族とは職場の関係でその後も顔を合わせることがあること、妻が福祉制度を受けるためには離婚して母子家庭にならないといけないなどの外界の要請は、Dが自分の要求にフタをしなければますますコトがおさまらなくなるのかもしれない、一方中学卒業の頃からフタをされてきた思いや、もっと幼い頃からこころに抱かれてきた父親への複雑な気持ちの方はフタをしたままではおさまらないのかもしれない。

7月になると、Dは別れた妻とは、まだ妻が最初の結婚生活を続けている頃から付き合っていたこと、つまり不倫関係だったと打ち明けた。そして、「将来の希望もない。こんな自分は嫌で死にたい」という気持ちを繰り返し話し、「こういうことは他では甘えと思われるんで話せない。先生は状況を知っててわかってくれるから話せるんで本当助かる」と語った。8月からは「落ち込んでとにかく仕事はきっちりやる」と、それまでは一日仕事を休んで面接に来ていたのだが、面接後も勤務してさらにしっかり仕事をやるようになった。そして長時間の残業もして、「明るくやれていてこっちが本当。(以前は悩んでたが)自分は駄目と思うと本当に駄目になる。深く考えるのは長所だと言ってくれる人もいて、駄目って思うんじゃないくて慎重に考えてるんだと思えばいい」と話した。

筆者に対してわかってくれるからと、少しずつフタを開けて話をするものの、一方ではこれは甘えではないか、フタは閉めておいた方がよいのではという気持ちがみられる。この気持ちは筆者にも向けられていただろうが、筆者は介入していない。そしてDは、子どもや浮気相手への整理しきれないさまざまな思いはそれとして、とにかく仕事をしっかりや

らなければいけないというように、いっそうフタをしてコトをおさめようとしている。

その後 10 月になると、「人の悪口はいいたくない」と言いながら、職場の同僚や取引先への不満を感情的に話すようになった。そして 11 月にはその不満や子どもと別れた寂しさから、「どうせおれのこととは誰にもわからん」と 2 日仕事を休むことがあったが、「周りがまたと心配するんで 3 日目からは仕事に出た。出たら社長も心配してくれて、わかってくれてると思って気持ちも晴れてきた」と言う。そこで筆者が「自分がわかってもらえるかが大きな問題」と言うと、「落ち込むと寂しくなる。そういうときに何もしないでも自分のことをわかってくれる人がいるとまたやれる。前はそれを嫁さんに求めた。この頃はお袋さんに甘えてる。昔はお袋さんもわかってくれなくて、早く仕事にいけと怒った。それでいきたくてもいけないんだってバット持って怒ったこともある」と語った。

この後、仕事上の不満を話すことは少なくなり、筆者や看護師に商品をプレゼントしたりした。そして離婚について、「改めて自分は大切なものをなくしたと思う」としんみり語ることが多くなり、「自分は父親らしいことをなにもしてない。自分の親父は人を差別しないことを教えてくれた」と父親に対する肯定的な話もするようになった。

周囲や筆者がわかってくれないのではないかと、甘えと思うのではないかという気持ちにフタをしていては、やはりコトがおさまらずに仕事を休むことになったのだが、このときはわかってもらえているという気持ちが回復して、周囲のことを考えたり、自分の責任を意識するという対処法が適当に機能して長期間休むことは避けられた。すると今度は、フタのある部分が緩んで、母親に対するわかってほしいという気持ちや父親に対する肯定的な感情が想起されている。そのような中で D は自分に尊い教えを与えてくれた肯定的な父親像に同一化して、筆者に贈物をしていると見ることもできるかもしれない。

12 月になると両親の喧嘩に、D は「頭にきた。親父は今さらにここにはできんと言うし、お袋も今まで子どもがいたからやってこれた、もう死にたいって言う。次の日、親は普通に話してたけど本当のところは信頼し合っていないと思う。とくにお袋は根が深い。なんか虚しくなった」と動揺し、さらに「親父はお袋の親戚とうまくいかずに苦労した。お袋の方も結婚したときに親父に浮気相手と隠し子がいて、姑がその子ばかりを可愛がって苦労した。お互い許せんという部分がずっとある。自分がうつになるのは半分は自分の性格だけど、そういう親を見てきた影響もある」と話した。そこで筆者が、その両親と D の症状との関係をもう少し明確にしようとする、「親がこんなじゃ誰でも情けないでしょ。兄弟は

わかってくれたよ。そういうことはあまり真剣に考えない方がいい」と反発するように言った。

X+2年のその後の面接でも、「暮れに子どもがきたけど、まだ自分を許せなくて会わなかった。それでまた考えだしちゃったけど、姉さんに話したら、そんなに思わなくてもいいって言われて楽になった。やっぱり一人で思い込むといかん」と言い、「1年間続けて働けたというのは去年がはじめてで心理療法を受けてよかった。今まで喋るほうじゃなかった。一人で悩んでた。それが全部話せるようになってよかったんだと思う。前は楽しいことなら相手も聞いて喜ぶだろうけど、心配かけるようなことは相手に悪いと思っていた。でも兄弟は嫌なことでも話してほしいと言ってくれる。本当のところはわからないかもしれないけど、わかろうとしてくれているのはわかる。それだけでありがたい」と語った。

フタが緩んで12月の両親の喧嘩をきっかけに、さらに複雑な両親への思いが溢れてきたが、兄弟に話すという対処法でDはコトをおさめた。そこで、筆者はもう少しフタを開けて両親に対する思いを探求して整理する方向に介入しようとしたのだが、Dの反発を買い、その後は彼のわかろうとしてくれるだけでよいという新しいフタを大切にしようとした。

この後、彼は「もう大丈夫と思う」と時々言うようになったが、一方で「どんなことかわからないけど、なんとなく大きな問題が起きたときにまた落ち込むんじゃないかという心配があって心理療法を続けたい。(みんなに話せばいいと言ってたけど)話す前につぶれちゃうような気がする」と不安も話し、面接は継続になった。

2月になると子どもとも半日遊び、「その後少し落ち込んだけど仕事をしているうちに紛れた」と言い、「そんなにひどく落ち込んではいないから兄弟には話さない。やっぱり嫌な話は聞きたくないだろうし」と話した。3月になると、「子どもが片親というのが心配。自分は片親ではできん。今でも親がいなくなったらどうしようかと思う」と不安の中身を少し話すようになるが、突然、「自分ではまともなこと話してると思うけど、先生は聞いててどうですか」と聞いてきた。このとき筆者は、<どこかまともじゃないと思うようなところがありましたか>と応じただけで、Dは「いえ、先生が聞いててどう思うかと思って。自分ではこの年で親のことをそんなふうに心配するのは変かなと思うけど」と答えた。

ここまで主に支持的な方向で心理療法が進み、Dは浮気相手との別れ、妻子との別れという二つの大きな喪失体験をそれなりにおさめ、社会適応はある程度回復してきた。わかってもらいたいというずっと彼が引きずってきた問題も、相手がわかろうとしてくれるだけ

でいいということを見つけた。しかし「また落ち込むんじゃないか」という D の不安は、このおさめ方では不十分で将来またコトがおさまらなくなる可能性があるかもしれないという彼のところからの信号である。筆者に対してもこれまでわかってもらえないこともあるという感情の方はフタをして、わかってもらえるという面のみが強調されてきたが、そのフタが緩んで反対の気持ちが現れはじめている。そしてこの筆者に対する気持ちのもとには、これまでフタをされてきた父親や母親に対しての気持ちがある。この D のフタの緩み、もう少し内界を整理しなければいけないというメッセージに対して筆者は適切に応ずることができず、再びフタをするような形になった。ここには筆者のセラピストとしての限界が現れているのだろう。というのは、数ヶ月前に両親への気持ちを探求する方向に介入しようとして反発されたことが筆者の頭の中にあり、しかも、この筆者に向けられた気持ちのもとにある両親への複雑な、そして恐らく激しい気持ちがどう整理されるのか、果たして整理できるのか、筆者は正直なところ心もとなく、彼の反発ももつとも思っていたのである。

4月になると D は、子どもと離れた寂しい気持ちと自責感をしきりに訴えた。そして彼と筆者は、「子どもとはどうしても関係ないとは思えない。成人するまで、いや、一生おれはあいつの父親だと思う。この間はお父さんと最初から言ってくれた。別れてからこんなこと言ってちゃ遅いけど、今からでもあいつのいい親父になりたい。どうしたらいいのかわからんけど、あいつが頼ってきたときには力になってやりたい」、<どういう形になるかわからないが、今後いかに子どもと親子という関係を作っていくかが大きな課題ですね>、「そうだね。僕の場合小学校にいつかはいつも母親で父親に相談したことなんてない。だから父親なんていなくてもなんとかなるのかもしれないけど、それでもやっぱり父親がいてよかったと思うときがある。だからこの先なにがあるかわからんし、できるかぎり力になってやりたい」と話し合った。

内界に渦巻いている気持ちを話す動きが D にみられるが、それに対して親と子という関係を作るというフタを彼と筆者の二人で作っている。これは D の将来の不安や両親への複雑な整理しきれない気持ちからすると不十分なおさめ方かもしれないが、この時点での D と筆者の間でできる精一杯のおさめ方だったと思う。今後の大きな課題というのは、筆者が彼に対してと同時に、自分自身に言い聞かせた言葉でもあった。

その後、D は「子どものことや仕事で悩みがあってもつぶれないでやれるようになった」、

がお父さんともっといたいと言ってぐずることもあって嬉しい」と言い、それまで長時間していた仕事も、「まあパンクしんように長続きできようにやる」と言って昼休みをゆっくりとるようになった。そして8月になって、「これからも2,3日は休むことがあるかもしれないけど前のようにうつになっちゃうことはないと思う」と言い、次第に面接の間隔を開け、11月に治療を終えた。最後のセッションで、Dは、「親がいなくなった後のこととか、子どものこととか、いろいろ考えなきゃいかんところがある。嫁さんとも一度話し合おうと思うけどこれからの仕事」と話していった。

妻子と別れたことに対する喪の作業や、両親への複雑な思いを整理する作業など、おさまりきらないコトはまだいくつかあるが、社会的には十分な適応を回復しており、なにより彼がこの段階でとりあえずはよいと言っていることからここでひとまず終わりにしていくことになった。引き籠もって死ぬことまで考えていた以前に比べ、問題のある程度意識して、今後の仕事ととらえるようになったのは、Dのいうように確かな進歩だと考えたい。おさまっていないコトはまだあるものの、それはまったく手がつけられないわけではない。

第3節 考察

1. 事例の力動について

Dは中学卒業後から軽い抑うつ状態を繰り返し、30代になった時に浮気の発覚を契機にひどく落ち込んだ。そこには両親、とくに父親に対する複雑な感情が絡んでいた。

対象関係においては、わかってもらえるかどうかということ巡って分裂が認められた。調子がよときのワーカホリックとも呼べる働きぶりは、対象にわかってもらえないという不安へのある種の強迫的な防衛とみることもできるだろう。この神経症的な防衛が機能不全に陥ると、対象は何をやってもわかってくれないものに、自己は何をやっても認められない、生きていても仕方のない悪いものになってしまう。中学卒業以来このような強迫的な防衛とその破綻という波を繰り返していたところに、浮気の発覚や子どもとの別れという事態が決定的な打撃を与えた。

なにゆえこの浮気、及びそれに伴う妻や子どもとの別れを巡る問題が、これ程の強烈な影響を与えたのかという点については、父親との関係が絡んでいる。Dの父親に対する感情は複雑で両価的である。そして、それが離婚して別れることになった子どもに対する強い罪責感にもつながっている。「小さいときに父親が母親を苛めるのを見た子が大きくなって父

親を刺すんじゃないか」という思いの中には、母親を箒で殴ろうとした父親を攻撃して母親を守りたい気持ちと共に、自分が妻に父親と同じようなひどいことをして将来子どもに攻撃されるのではないかという不安がみられる。これらの父親への否定的な気持ち、父親のような人間にはなりたくないという気持ちの一方で、自分が「父親らしいことをしていない」という思いの中には、人を差別しないことを教えてくれた自分の父親のようにになりたいという強い欲求が認められる。Dの異性をめぐる関係には、まさしく父親の人生の再演ともいえる父親への無意識的な同一化がうかがえ、このように父親を取り入れた自分を自責的に責めることによって父親に対する攻撃性が充足されていたという仮説も成り立つかもしれない。また、何回か繰り返された他人の妻を奪うという不倫の関係には、父にとって代りたいというエディプス願望をみることができ、この気持ちに対する罪悪感も無視できないだろう。このように考えると、心理療法が終わった時点では、彼のわかってほしいという気持ちは子どもに向けられているが、そこには恐らく父親と和解したいという気持ちがあると思われる。

以上をまとめると、Dにおいては、人は自分をわかってくれるだろうか、子どもや父親は自分をわかってくれるだろうか、また、自分は父親のように父親らしいことをしてるだろうか、それを母親や妻、子どもは認めてくれるだろうかというようなことが大きな問題であった。そして彼なりに仕事に励み、結婚して子どもを儲け、家を建てて両親とも同居して暮らしていたのだが、浮気の発覚によって、そのわかってほしいという気持ち、わかってもらえないのではという不安、わかってもらえなかったという恨みなどがおさまらなくなってしまったといえるだろう。

2. 心理療法過程について

提示した事例は決して十分な治療とはいえず、セラピストとして反省しなければいけない点も多々あるが、それはひとまずおいておき、はじめに述べた心理療法の治療過程について本事例に即して考えてみたい。

1) いかにおとがおさまっていったか

離婚を要求されているという現実状況やDとセラピストの間にある浮気に対する気持ちの中で、Dが一番はじめに語った「やらないかんという気」や、浮気は「すべて僕が悪い」という気持ちがある程度認め、その中にある他のさまざまな気持ちは遠ざけるという支

支持的な過程で治療は始まったが、やがてそれではコトがおさまらないという気持ちが恐らく D とセラピストの双方に湧いてきて、それまで周囲のことを考えておさえられてきた高校進学を巡る気持ちが語られることになった。するとまた「甘えていちゃいかん」という態度が現れたが、その一方で「駄目な父親だった」と自分を責めながら、自分の父親への複雑な気持ちが表現されはじめた。そして離婚が決まった後では、「こういうときこそしっかり仕事をしなきゃいけない」という一方で、ずっと心に残っていた両親の喧嘩について語っている。この記憶は、筆者に原光景の問題を連想させるものでもあった。

支持的にフタを守るとあるところでフタが緩み、そこに現れてきた気持ちがある程度表現されると、またフタが閉まるという過程が繰り返され、まさに支持的な局面と内界探求的な局面が交互に、もしくは並行してみられた。十分な内界探求が行われる前に、フタが閉まってしまうというのは、抵抗としてとらえることができるかもしれない。しかし、そこで支持的な方向に行くのか、または内界探求的な方向に行くのかというところには、はじめに述べたように D とセラピストを取り巻く無数の要因が絡んでおり、その限界を越えてしまつてはミもフタもなくなってしまう。北山は一連の研究において、「カヴァーするのかアンカヴァーするのかというよりも、むしろカヴァーしたりアンカヴァーしたりするためのカヴァーをつくろう」（北山、1987）とすることを追究しているが、フタを開けるには、フタを開けた後その中身があふれ出したり、垂れ流しになってしまうのではなく、それがクライアントとセラピストの間で抱えられ、保持されることが必要なものであり、そういった時の抱えるもの、保持するものが準備されてはじめてフタを開けたり閉めたりということが行われるのであろう。このように考えると内界探求の途中でフタが現れてくるというのは、抵抗という否定的な面ばかりではなく、また新たにフタを開けたり、もう一步進めて探求したりするための準備が不足しているのかもしれない、少し待てという合図と考えることもできる。そして、安定した治療構造や支持的なクライアント-セラピスト関係のもとで、出てきたフタが保証され、内界探求のための安全基地が確保されると、また再び探求が始まるのではないだろうか。

さて、提示した事例においては X+1 年 7 月以降、内界のさまざまな気持ちにはフタをして一生懸命に働くという面と、周囲にわかってもらえないという気持ちを話すという両方の過程が引き続き見られたが、その中で筆者に対してもわかってくれないのではないかと、いう気持ちが現れてきた。そして筆者は、この気持ちを適切に取り上げることができず、D は仕事を休んだり、わかってくれない気持ちを同僚にぶついたりしたが、X+2 年になると、

「わかろうとしてくれるだけでありがたい」と言うようになった。ここでは彼が頑張っ、周囲のことを考えて自分をおさえてきた彼らしい方法でコトをおさめようとしているのだろう。しかし、不十分ながらも D をわかろうとしていたセラピストの存在も、このようなおさめ方に一役買っているかもしれない。

そして、その後も筆者は D のわかってくれないのではという不安を取り扱いかねていたのだが、その中で彼は子どもに対する不安を語り、今度は子どもとどう和解していくかが大きな問題だということが筆者との間で確認され、それを今後の課題として D は治療から離れていった。この課題の中には筆者との心理療法の中では取り扱うことができなかったおそらく父親との問題であるわかってくれないのではという不安も含まれている。コトはおさまったわけではなく、そのおさまっていないコトを確認しただけで、それをおさめる作業はこれからがひよっとすると本番なのかもしれない。しかし、このような課題があるということを確認することによって、D の中にその課題に取り組む姿勢ができたということは、この治療の成果として評価できるのではないかと思う。筆者は D が今後長い時間をかけてその課題に取り組むことを期待しているし、その途上でまた彼一人でコトがおさまらなくなったり、筆者との安全基地が必要となるなら、その時はもちろん応じるつもりでいる。

2) コトをおさめるもの

渡辺（1988）は、統合失調症者の心理療法における枠づくりの大切さを、「対社会的な職業、住居、地位、立場といった内を護る」外枠づくりと、「私的な、内的な世界をしっかりと己の内部に保持」する内枠づくりに分けて論じ、枠について「外と内をつなぎ、外と内との橋渡しの役目を担って」いるとして、「外枠と内枠とはまったく相補的な、補完的なものとしてあらわれてくる」と述べている。また北山（1984）も、「「蓋い」とは内外を分ける「蓋」でありながら、その内と外を橋のように結びつけるものである」と述べている。事例の中で現れた子どもと父親の関係を作るという課題は、彼が仕事をして社会生活を営むという対社会的な意味と自分の子どもや父親への気持ちを受け止めるという内的な意味、また養育費を払って子どもを援助するという表の意味と父親との関係を修復するという裏の意味など、その中にいろいろな要素が含まれており、まさに内と外の間にあって、双方を取り持ち、双方をおさめるものになっている。そしてこの事例では、このようなフタによって D が一人でやっていける程度にコトはおさまった。このように考えると中身を小さくしてフタを強化しておさめるのが支持的な過程で、フタを大きく柔軟にして中身をたくさんに

するのが内界探求的な過程といえるかもしれない。このフタが適当に機能しているところでは、コトはある程度おさまっているのである。

第4節 心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義

1. 「そうあるしかない」概念からみた心理療法過程

最後に、心理療法過程において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。

心理療法過程は、ここまで述べてきたように、さまざまな条件をもったクライアントとセラピストの双方によって、クライアントのおさまらなくなったコトをおさめる過程といえる。この過程を「そうあるしかない」概念から見れば、次のようになるだろう。

すでにこれまでの章で述べたように、クライアントについては、その時の状態は、それまでとその時に生じたことによっており（「全関連性」、「被規定性」）、それがその時点での精一杯である（「総力性」）。このような「そうあるしかない」というのはクライアントだけでない。セラピストも同様である。それまでに身につけた心理臨床的な知識や技能、受けてきた訓練はもちろん、そこに至るまでにどのような環境の中でどのように生きてきたか、そしてどのような経験を積んできたといった個人的なこともすべてがその時のセラピストに関連する（「全関連性」）。そして、その時にセラピストがすることやできることは、それまでとその時に生じたことによって規定され（「被規定性」）、それがその時点での精一杯のあり方である（「総力性」）。このように心理療法では、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった特性から、その時点では「そうあるしかない」クライアントとセラピストでコトをおさめようとしていくのである。

Dの心理療法過程では、30代前半のDと20代半ばの筆者の二人で、コトがおさまらなくなったDに対して、内界探求的にこころのフタを開けてその中にある気持ちをより深く理解しようとしたり、支持的にフタを閉めて遠ざけたりして、何とかコトをおさめようとした。そして、子どもといかに親子の関係を作っていくかという課題を得たことで、心理療法過程は一旦終結（第1ラウンドの終了）となったのだが、このおさめ方がこの時点でのDと筆者の精一杯であり（「総力性」）、「そうあるしかない」ことだったのである。

このセラピーの不十分な点については、誰も自分のことをわかってくれないのではというDの不安についての理解が十分でなかったことが一番にあげられるだろう。その気持ちは、心理療法の開始時点では、「どうせ自分のことなんて誰もわかってくれない」とすべて

の人たちに向けられていて、D自身も「それは自分がこんなに甘ったれだからだ」と自分で自分のことを見放していた。心理療法過程が進む中で、セラピストはわかってくれるのかもしれないと、投げやりな態度の裏側にあって、ずっとところの中にあつた、わかってほしい気持ちが改めて前面に出てきた。そして、妻はわかってくれるのか、母親はわかってくれるのか、父親はわかってくれるのか、子どもはわかってくれるのかと検討は進み、深まっていた。そして、ある時(X+1年12月)、両親の喧嘩をきっかけにやはりわかってくれないのではという気持ちが強くなったとき、筆者は両親が喧嘩するとどんな感じがするのか、両親がわかってくれないとどんな感じがするのかをさらに検討しようとしたところ、「そういうことはあまり真剣に考えない方がいい」とDに言われて、それ以上の検討をするのをやめ、「兄弟はわかってくれた」、「本当のところはわからないかもしれないけど、わかろうとしてくれるだけでありがたい」というDのフタの閉め方に従ったのである。

このフタの閉め方の不十分な点は、自分に対する肯定感が他者のあり方に依存しているところである。この時は、兄弟がわかってくれたのだが、もし兄弟がわかってくれなかったらどうなるか。相手がわかろうともしてくれない場合はどうなるか。その場合に、それは相手が事情を詳しく知らないからだとか、相手の理解が間違っているからだとか、相手がそもそも自分を良く思っていないからだなどといったように、相手の問題としてとらえられるなら、それで良いだろう。もしくは実際に自分に非があるという場合であっても、そのことについて適当に反省ができるのであれば問題はない。心理臨床が目指す自己肯定感というものは、第4章で事例Aが示してくれたように、周囲の人が認めてくれるから肯定できるというものではない。周囲が認めてくれないとしても、また自分に認めてもらえない点があるとしても、それでも良いといった肯定感である。このように考えれば、Dの状態は周囲がわかってくれるから良い、わかろうとしてくれるから良いといったものであり、この時点では周囲にわかってもらえないということが生じたときに、全面的に自分が悪くなって、もう死んだ方が良いとセラピー以前の状態に戻る危険がまだあったと言わざるをえない。

誰もわかってくれないのではという不安は、転移の中でセラピストである筆者にも向けられた。今反省を込めて振り返れば、X+2年3月に「先生は聞いててどうですか」と尋ねてきたときに、<私があなただのことをまともじゃないと思っているような気がしたんですか>、<どこからそんな感じがしたんでしょうか>などと問い返し、その気持ちについて率直に話し合えるとよかった。そして、その話し合いをした上で、<もし私があなただのことをまともじゃないと感じていたとすると、どんなことを思いますか>、<それは私が間違ってい

るとか、誤解しているのではなく、あなたがまともじゃないということになるんですか>などと言って、さらに話し合いたいと思う。しかし、これらは今になって筆者が反省して思うことである。その時点ではそのことを取り扱えなかったのが、それがその時点での「全関連性」、「被規定性」、「総力性」によって示されるDと筆者の「そうあるしかない」であり、二人の限界であった。上に述べた対応がいくら治療的だとしても、それはあくまで理論上のものである。それをDと筆者の二人で行うためには、そうしても大丈夫というような見通しを伴った安心感と自信が必要になる。既に述べたように、「先生は聞いててどうですか」と問われて、この不安の背後にある父親や母親に対する気持ちの探求を数週前に拒んだDに対して、筆者はどう対応すればよいかわからなかった。Dの方は、面と向かって聞いてきており、ひょっとするとこれまで向き合えないでいた、わかってももらえないのではという不安に向き合う準備が少しできていたのかもしれない。しかし、それを取り上げて大丈夫という安心感と自信のない筆者の下では、Dもそのことを検討し続けることは難しかったであろう。そして、Dと筆者は子どもと親と子という関係を作っていくという、その時二人にできるおさめ方に辿りついて治療を終結したのだが、幸いにしてその後Dが治療を再び求めてくることはなかった。再発して他の治療機関を受診したという可能性もないわけではないが、新しいフタがうまく働き、その課題にとりくむことを通じてDの解決されていなかった問題が少しずつ解消されていったのだと思いたい。しかし、もしその新しいフタがうまく機能せず、再びコトがおさまらなくなるのであれば、その時は第2ラウンドをはじめればよい。Dも筆者も第1ラウンドを終えた後、さまざまな経験を積み重ねてきており、そのことによってできることも変わっているだろう。そのように新たな経験を積んだ二人の「そうあるしかない」状態によって、第1ラウンドの時よりも、より広く、より深くDの問題についての理解を深めることが期待できるのである。

2. 「そうあるしかない」概念と心理臨床における受容

心理療法過程は以上のように、その時点では「そうあるしかない」クライアントとセラピストの二人によって進められる。心理療法においてはいくら理論的にこうあるべきということがあっても、「そうあるしかない」クライアントとセラピストを無視して進めることはできないこともすでに述べた。「全関連性」、「被規定性」、「総力性」という中で、十分な準備ができていないクライアントとセラピストに無理にそれを行わせるのは非治療的なものにさえなる。そこで、「そうあるしかない」クライアントとセラピストにとって、その時点の

二人ができることが、そのクライアントの問題や症状の解決に（つまり、おさまらないコトをおさめるのに）不十分な場合はどうすればよいであろうか。「そうあるしかない」から、それ以上のことは何もできないではないでは困る。その時はそこでできる精一杯のことをしつづけることになる。つまり、二人でもっとできることはないかを検討し、あればそれをするのである。具体的には、クライアントであれば、どういうことであまりかいか、間違っていて理解していたり、回避していたりすることはないかを（セラピストの力を借りつつ）検討する。セラピストも同様であるが、セラピストは、それまでの治療経過を振り返る、関連する文献を読む、スーパービジョンを受ける、事例検討会に提出する等といったこととして、どういうことであまりかいかを検討する。第2章で述べたように、その時にうまく反省できるかどうか、改善できるかどうかについても、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」によっているのであるが、私たちはそれら三つの特性によってつながっているすべてを知ることはできないのであり、その時にどうするかが、「全関連性」、「被規定性」によって）将来に影響を与えるのである。

以上に述べたように、「そうあるしかない」概念の導入によって、十分な準備ができていないクライアントとセラピストによって無理な治療が行われるのを防ぐことができる。というより、「そうあるしない」という理解に立てば無理なことはできないので、セラピストがやみくもに自責的になったり、十分な理解をしないままに新たな技法を行ったりするのを防ぐことができるということだろう。また、その時点でのクライアントとセラピストの状態を考慮しない指導やスーパービジョンを防ぐということになるかもしれない。このように考えてくると、心理臨床における援助は、援助が求められている状態について、本来あるべきものが欠けた「欠如態」ととらえて欠けているものを補うとか、あってはいけない悪性のものが加わった「悪性態」ととらえて悪性のものを取り除くといった援助ではなく、その状態が、それまでとその時のことを含めた（「全関連性」）クライアントの精一杯の状態として（「総力性」）、「そうあるしかない」ととらえて、それを大切にすることによって、そこから新しいものが生まれてくるといった形の援助であるといえる。それがこれまでさまざまに議論され続けてきた、心理臨床が目指す「受容」なのだと思う。ここに心理療法過程における「そうあるしかない」概念導入の意義がある。

第7章 万引きが止まらなくなった20代女性との心理療法 —反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—⁸

本章では、クライアントの状態についてセラピストが「そうあるしかない」概念をもって、反社会的な問題を示す事例においても重要であることを示す。本事例のクライアントは、はじめ反社会的行動（万引き）を繰り返す自分のことを受け入れられなかったのだが、その状態を「そうあるしかない」とするセラピストとの関わりを通して、セラピストがそうしてくれることが助かると述べ、その後自身でも「そうあるしかない」と感じるようになり治療は終結した。考察では、「そうあるしかない」概念によって、受容について長年議論されてきた「無条件性の問題」や「背反性の問題」を整理できること、問題をもっていたとしてもそれで十全なのだという深い肯定感をもたらすこと、さらにそれが反社会的な問題の心理臨床において重要であることについて述べる。「そうあるしかない」という概念においては、反社会的な問題に対しても何か必要なものが欠けた「欠如態」とか、何かあってはいけない悪性のものが付け加わった「悪性態」ととらえるのではなく、それが「その時点での精一杯」（「総力性」）をとらえる。このようなとらえ方は、問題を抱えていた時でさえ十分（精一杯）だったという深い肯定感をクライアントにもたらしため、反社会的な問題の援助にはとくに重要になると考えらえる。

第1節 問題と目的

Freud, S は、人が自分ではコントロールすることができない、無意識というところの領域の影響を強く受けて生活していることを明らかにし、精神分析学を確立した。人の生活を規定しているものはその人の無意識だけではない。Freud (1895/2008) は、「あなたの苦しみを取り除くことに関しては、運命の方が私よりも容易くことを運ぶでしょう」と「運命」という言葉を使って述べているが、私たちは生まれた環境、生まれもった素質、そして生まれてからどんな人間関係の中で、どのような体験をしてきたか、さらにはその人が生きている国や地域、時代、環境など、さまざまなものの影響を受け、それらに規定されて生きている

⁸ 本章は、高橋蔵人 (2020b) . 万引きが止まらなくなった青年期女性の心理療法—クライアントの状態をセラピストが「そうあるしかない」ととらえることの治療的意義—。青年期精神療法, 16, 57-70. に加筆修正をしたものである。

る。Freud は、そのように私たちを規定しているものに対して、それらを意識化することによって主体性を回復できると考えた。しかし、そのように意識化して主体性を回復できるかどうかもそれまでとその時によって規定されている。例えば、ある体験をしてそれまでその人を規定していたものを意識化することに成功し、主体性の回復に成功したという場合であっても、その体験をするためにはそこに辿りつくまでのさまざまな経緯があり、その経緯がなければその体験は生じない。また、そのような体験を経て、意識化することができるかどうかは、その人がそれまでにどの程度の自我機能を育んできたかにもよる。このように考えれば、すべてのことはそれまでとその時によって規定されており、どんなことでもその時点では「そうあるしかない」のである。

さらに Freud (1933/2011) は、「自我は同時に三人の厳しい主君に仕え、その三人の主張と要求を調和させようと四苦八苦している」と述べた。これは人が、快を求めるエス、現実を押しつける外界、道徳的であれと命ずる超自我といった「三人の暴君」に仕えながら毎日の生活を送っていること、そしてそれがいかに大変であることを示したものである。「自我」は、この困難な仕事を自我防衛機制を駆使してなんとかこなしているのだが、それが社会適応として成功することもあれば、不適応になったり、病的な症状となることもある

(Freud, S., 1926/2010 ; Freud, A., 1936/1985)。しかし、不適応や病的症状だとしても、それは「三人の暴君」に必死に対応した結果であり、自我はその時点では「そうあるしかない」という、それまでに育んできた能力を使って精一杯の対応をしているのである。

心理療法においては、以上に述べた、その時点では「そうあるしかない」ということ、そしてそれがその時点でできる精一杯のことであるというとらえ方、つまり「そうあるしかない」概念をセラピストがもっていることが重要になる。本章では万引きが止まらなくなった事例を提示してそれを示す。なお、事例の提示にあたっては、クライアント本人から承諾を得たが、個人が特定されないよう本論文の主旨に関わらないで変更を加えた。また、人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を受けた（倫理審査許可番号 UHE-2016031）。

第2節 事例

1. 事例の概要

クライアントは、万引きが止められなくなって心理療法を受けることになった 20 代の女性 E。筆者との初回面接時、E は大学 4 年生だった。心理療法を受けたのはこれが初め

てではなかった。Eは約3年前、大学に入学して少しした頃、万引きで捕まり、心配した親によって精神科に連れてこられた。Eは高校の頃からダイエットをはじめており、身長150cm、体重30kgで、食事の偏りや自己誘発性嘔吐などが認められ、摂食障害と診断されたが、「困っていない」と通院しなかった。しかし、3ヶ月後、再び万引きで捕まり、「万引きを止めたい」と自ら受診し、男性臨床心理士の心理療法を受けた。心理療法は約1年続いたのだが、カロリーや大学の勉強の話ばかりになりころの問題として取り組むつもりがないなら止めましょうと中断になった。間もなく通院も途絶えた。その2ヶ月後、「また捕まった」と受診し、今度は女性の臨床心理士の面接を受けたが、「親に言われて来ただけ」と数回で中断した。そして2回目の中断から1年半がたった頃、「万引きが習慣化している。本来なら刑務所送りなのに警察の人が温情をかけてくれて病院に行けと釈放してくれる。昨日もそうだった。ここに来れば何か参考になる話が聞けるかもと思って」とやや切迫した感じで来院し、主治医より3度目の心理療法が勧められ、筆者との心理療法がはじまったのだった。Eは成績優秀で大企業への就職が内定していた。

Eの家族は共に40代の両親とEの3人。両親は二人とも首都圏の出身で恋愛結婚。母親が高校卒業後働いていた会社に、当時大学生だった父親がアルバイトにきて、そこで交際が始まった。父親が大学を卒業して数年後に結婚、母親は専業主婦となり、1年後にEが生まれた。父親は転勤が多く、Eが中学に入るまでは、東北から九州まで家族3人で何度か引越しをした。Eが中学入学後は、父親は単身赴任となった。Eによれば、母親は「貧しい中育ってきて、節約第一の人」、「物の扱い方、置き場等、細かいことをヒステリックに怒る。髪の毛が1本落ちていても毛だらけと言って怒る」そうである。そのような母親に対して、Eはけっこうずぼらな性格で、小さい時からことあるごとに怒られたと言う。母親は怒り出すと一方的で、Eの言い分は屁理屈と決めつけられ、聞いてもらえなかった。Eは小学校高学年になった時、母親が勉強のことは優先してくれることに気づき、「母に対する盾として」勉強に励むようになった。父親は穏やかで優しく、あまり怒らない人。Eが小学校6年生の時、父親が浮気をした。母親はその証拠の手紙のコピーをずっと持っていた。Eは、「母があんなふうだから、父の浮気もやむをえないと思っていた。そんなふうで離婚の時の慰謝料のために証拠を取ってある母をあさましいと思った。今思えば、母は母で傷ついていて、それをあの人は、そういう形でしか示せないと思うんですけど」と話した(#11)。

2. 心理療法過程

初回面接

Eは、初回面接で、「歪んだ道徳観と怠惰が問題。矯正施設に強制的に収容して訓練を受けないといけない。心理療法は参考になるかもしれないけど、それで治せるかは自分次第。前も治そうとしていなかった」と話した。そして、「過食嘔吐は太らずに食べたい物が食べられる、万引きは働かないで欲しいものが手に入る、喜ばしいことで治す気なかった。捕まっても拒食、過食、フーズクでバイトと言うと普通じゃない子と許してもらえ。そういうずるい人間だからいけない。それが今、就職を前にして、何とかせねばと思っている」と述べた。筆者は、＜単に道徳や怠惰ということではなく、やらざるをえない事情があるのでは＞と伝えたが、ピンとこない感じだった。しかし、フーズクについては、「家でぼうっとしていて食べ物のことを考えてしまうので外に出たい」、「親とも一緒にいたくない」と話した。そこで＜親や食べ物のことで困っていたんだね＞と伝えたが、同意せず、＜困っていることを認めないようにしているようだ＞と指摘すると、「万引きは確かに昔はやらざるをえないところがあったけど、今は惰性、物を盗るハードルが低くなっている」と述べた。しかし、＜どういうことでやってしまうのかをまず見ていって、そこからどうすればいいかを検討しよう＞と提案すると、それでいいと言い、週1回45分の面接が始まった。

第I期：うちを出してもいいのか（面接開始後4ヶ月まで、#2~16）

#2~6は、大学の先生や母親とうまくやれないことが話された。「先生も母も一方的でこちらの言い分を聞いてくれず、頭ごなしに怒る。それが怖くて何かあってもますます言えなくなり、悪循環になる」と話した。「就職したら同じ失敗を繰り返さないように上司とうまくやらないといけない」とも言い、心理療法が始まったセラピストへの不安も窺われた。そして、高校1年生の時、細かいことを怒る母親が嫌で母親の作るものを食べなくなり一気に痩せた、その後受験勉強で母親と接触しなくなり衝突はなくなったが拒食が続いた、大学入学後はバイトなどでできるだけ避けていたのに母親が寄ってきて困ったと話した。

正月休み明けの#7、初めて5分遅刻し、「捕まって交番に行っていた」と話した。「今回も拒食で頭がぼうっとして訳が分からないうちにやってしまったと嘘をついて許してもらった」、「やはり悪いことと思っていない。365日毎日盗っている」とまくし立てた。身

につけているものもほとんどが万引きした物であり、いつももってきていた大きな紙袋も万引きした物が入っていたとのこと。筆者はまったく気づいていなかったが、「気づいていても触れないでしょう。だって心理療法はそういうもの。クライアントに苦痛を与えることはしない」と言うので、<それは違う。治療のために必要であれば苦痛なことも話し合う>と言うと、「そうか」と言い、「年末年始の休みも不安だった。でも週 45 分の面接で劇的に変わるわけではなく、結局は自分だろうし、自主勉をして、摂食障害の本を読んだ」と話した。<私に話さず、自主勉で乗り越えようというのがあなたらしい。心理療法を頼らず、自分だけでやろうとしている>と言うと、「もう自分は摂食障害を越えて、犯罪者になっていると思う。何を盗るかばかり考えている」と話したのだが、そのまま心理療法がはじまってから過食嘔吐はなくなっているという話になったので、<盗ることしか考えられず、自分がおかしくなったのではないか不安という話だったのに、良くなったような話になった>と指摘すると、「やっぱり敷居が高い。表面的な話しかする気なかった。一緒に考えてもらう習慣がない」と頼ることへの戸惑いを述べた。

その後、「万引きのことが話せて自分はすっきりしたが、うんちを出すようなことで先生は嫌だったのではないか」、「話せて少しブレーキがかかるかと思ったけど、その後も毎日盗っている」、「最近、夜両親とおしゃべりするのが落ち着く。就職したら一人暮らしになるんだけど不安」と話した後、#10 は思いつめた表情でやってきた。朝、母親が E のタンスに値札が付いたままのコートを見つけ、「返しにいかないといけない。返さないとお前は治らない。万引きした物をすべて出せ」と言ってきかないということだった。E は「盗った物を全部出したら間違いなく警察沙汰。どうしたらいいかわからない。でもそう言いながら、今も来る途中で盗ってきた」と話した。盗らない時は疲れている時だけと話した後、食欲抑制のサプリメントを飲んで痩せてきていると言うので、<痩せて疲れさせることで盗み癖をなんとかしようとしているの>と聞くと、「それはたまたまです！」と強く否定し、本で拒食は保護して欲しい気持ちと書いてあるのを読んで、「痩せれば卒論や就職が免れられるかも」という気持ちがあると話した。<相当不安、でも SOS を出さない>と言うと、「弱音を吐くのに慣れてない。卒論、就職、やらないわけにはいかない。だから警察沙汰になるわけにもいかない。でも一方で家を離れてやれるか不安、症状がおさまらない」と話した。そして、母親が盗品を返してこいと言ってきかない話に戻った。筆者は話を聞いていて、<そんなふうに戻してこいと言われるのは犯人として突き出されるような感じがするのではないか。娘としては母親にはそんな風にされるのではな

く、守ってほしいんじゃないか>と感じ、それを伝えるとぼろぼろと泣き出し、「先生みたいにもうまくなれない。そう、守ってほしい。痩せることで守ってもらえる気がして今もそうしてる」と話していった。

翌週、パニックになりながら卒論発表を終え、「パニックのおかげで厳しい追及もなく、無事終わった」と報告した。<よくやった>と聞いていると、「先生は甘やかすタイプの治療者」と言い、筆者が担当している他のクライアントについて、「あの人は先生だから続いている。でも先生だから長引いているとも言える。私も先生の甘やかし型がありがたい。でもそれでいいと思うのも危険」と述べた。そして先週筆者が<卒論も就職もどうしてもとなればドタキャンもあり>と言ったことを甘やかしと言い、「そんな無責任なことはとんでもない」と述べたので、<それで何もしなくていいとは思っていない。その責任はとらないといけない>と伝えると、「確かに」と言った。コートのことは、「先生が言ったように母に言った。スパルタではなく、甘やかし型で対応して欲しい、そうすると苦しい気持ちが出せる、止めないといけないのもわかっていると。そうしたらわかったと言ってくれた。今年の正月に母がお茶を入れてくれたり、優しくしてくれた。そのこともああいう対応だと家にいたくなると話したら、そうかと言ってた。でもすぐジコチューが出る。昨日は自分の話ばかりでこっちが話したいことは、もういい、疲れてる、黙ってと言われた」と話した。

その後も母親は“ジコチュー”が続いたが、Eは正月にしてもらったお返しと言って母親に合わせた。一方でこんにやくばかりを食べて痩せ始め、検察に呼び出された時は「病気とわかるように」と体重は30kg以下になっていた。不起訴処分だった。

そして就職し、一人暮らしが始まった。心理療法は週末に帰省を兼ねて新幹線を通ってくることになった（面接日が週末に変わったことに伴い、筆者の都合で月1回休みが入った）。Eは「実家に帰れば母にも会える」と述べた。万引きは10分の1くらいになっているとのことだった。

第Ⅱ期：自分はいっているのか（面接開始後5ヶ月から11ヶ月まで、#17~35）

寮生活が始まったEは、偏った食生活をごまかすのに苦労し、周囲から浮いていないかを気にしていたにもかかわらず、「大丈夫、やれています。楽です」と言うので、<そんなわけではないでしょう>と言うと、ワーと泣き崩れ、「人事の人が（痩せが目立つEの）食事をチェックしている。2ヶ月は試験期間で採用取消もありうると言われた」、

当なら自分はいてはいけない人間。ダメ卒論，犯罪者，それがばれるのが怖い」と話した (#17)。さらに「先生も本当はそう思っているのでは。万引き，フーズク，実際ひどい，思ってもおかしくない」と言うので，＜病気，症状のところもある＞と言うと，「先生がそう言うってくれるのが助かる。そうやって言い聞かせてないと死にそうになってしまう」と話した。

その後体重が 20kg 台になり，「上司が自分を辞めさせようとしている」，「みんなが監視している」，「休んだらもう終わり」と怖がったが，筆者はくむしろちゃんと休むべき>と繰り返した。そして 5 月中旬肺炎になり 2 週間入院した。復帰後，「自分は本来はいてはいけない存在。仕事で業績を上げれば生きることを許される。でもまだできないので掃除等でカバーしないといけない」と言って，朝一番に出勤して職場の掃除をするようになった。

就職して半年くらいすると，次第に仕事に慣れてきて，仕事以外の時間のすごせなさ，その辛さを話すようになった。そして，父親と週末に出かけた時，服を万引きしようとしたのを父親に気づかれ，注意された。その時のことを，「何か悩みでもあるのかと父が言うんだけど，そんなのはない。なんでかはわからない。それで何も言わず，重苦しいまま帰ってきた」と話した (#31)。＜別に悩みがあるわけじゃない，なんで盗るかはわからないと，そのまま言うのは>と聞くと，「それではなんで盗るかわからない。理解してくれない。警察や検察も理解してくれなかった」と言うので，＜でも今はなんでなのかは自分でもわからないんだと，そういうことはわかるのでは>と伝えた。この頃，万引きは毎日牛乳を 1 本盗るだけになっていて服を盗るのは珍しいとのことだった。

また，食欲が出てきて，食べ過ぎてしまうと涙ぐんだ (#33)。

第Ⅲ期：生活の広がり（面接開始後 1 年から 2 年 7 ヶ月まで，#36～85）

E には入社以来気が合わない同僚 O がいたのだが，就職 8 ヶ月後からは O の話が多くなった。O は E にあからさまに敵意を示すことがあるのだが，「それが当然。自分のようなおかしな人間に親切にしてくれる上司や先生が変わり者」と話した。しかし，#41 では「O の自分に対する態度が無礼。でも明るい Oの方がみんなに受け入れられていて悲しい」と泣いた。E は「仕事で評価を勝ち取るしかない」と深夜に働こうとして注意を受けたりもしたが，O が要領よく逃げる掃除の仕事を率先してやっていることや仕事でも結果を出して評価された。しかし，#46，「(仕事だけの) このままの人生では寂しい気がす

る」と漏らし、#54では「仕事は自分がOより上、それをOも認めて、失礼な態度はなくなった。でも仕事ができるのは他の楽しみがないから。Oは仕事はいい加減だけど、他で楽しみがある。どっちがいいかわからない」と述べた。

この頃には顔が少し丸くなってきて、万引きしていた牛乳もお金を払うようになった。

その後Eは歴史に興味をもつようになり、面接開始2年がたつと、「週末に帰省しなくてもいられるようになった。史跡巡りや歴史の講演会が面白い」と述べた。食べられるものも広がって体重も増加し、「服が着られなくなってやばいと思うけど、今はそれより仕事や史跡のことを考える」と話し、会社の週末のイベントにも参加するようになった。

#69に久しぶりに万引きの話を、「癖のようになっていて一日一回、コンビニで飴を取ってしまう」と話した後、#72では「万引きは止まっている。知っている人に見られた気がして、それをきっかけに止まった。いつ再発するかわからないけど」と話し、まったく万引きをしない時をもてるようになった。

そして、実家がつまらなくなり、面接がない週末を帰省せずに過ごすようになった。歴史イベントに参加するために、仕事を早退したりもした。体重は40kgになった。

第Ⅳ期：面接から離れる（面接開始後2年8ヶ月から5年5ヶ月まで、#86～152）

面接開始2年8ヶ月になると歴史イベント参加のために心理療法もキャンセルするようになった。一方で、万引きが再発、「お茶やジュース。いたずらのような、自分を解放する感じがある（#88）」、「お金を自分の元にとっておきたい気持ちがある。お金を流す練習をしないといけない（#89）」と話し、「お金を払う練習」もしたが、「職場で一生懸命やっている自分が評価されないのが悔しい」と話した数日後、万引きで捕まった。3年ぶりだった。「頑張っても仕事がうまくいかなかったり、男性というだけで自分より頑張っていない人が優遇されたり、そういうストレスで過食。万引きは減ってたのに過食がひどくなって食べ物を盗った」（#99）とのこと。身元引受に寮長を呼ぶしかなく、翌日部長面談。「過食で大量に買うのを見られたくなかった」と話したら、部長の胸にとどめておくことにしてくれた。Eは部長に感謝しつつ、「本当のことを話していない。将来もめたら部長の顔に泥を塗ることになる（#101）」と話した。

その後、実刑になる可能性を考えて不安が強くなり、#106、「刑を軽くするためには仕事のストレスを訴えればいいのか、病気を強調した方がいいのか、痩せた方がいいのか」と言うが、<正直に話してどう判断するかは向こうの仕事>と言うと、「結局はそうする

しかないと思ってる。厳しい判決が出れば今の職場は失う。そうしたらケーキ屋のバイトとか、そういうのをやる。そうなったとしても今のように目標をもってやりたい」と話した。その後検察庁から昼休みに来れるかと呼び出しがあり、Eは緊張して行ったのだが、書類にサイン、ハンコ、雑談、それで終わったとのことだった。

その後新しい仕事に抜擢されて忙しくなった。週末にやりたいこと、行きたいところも増えた。史跡巡りの友達もできた。次第に面接は間遠になり、月に1回、さらにはそれ以上間が空くようにもなった。面接開始4年3ヶ月では、「いろいろ自分で対処できるようになったけど、ここをなくすのはまだちょっと不安」(#132)と話したが、さらに1年後の面接(#152)では、「仕事や講演でずっと来られなかった。史跡だけじゃなく、その土地の名物、評判の食べ物屋さんにいたり、そういったことでついついこちらを休むことになって」と話した。今後の治療については、「悩みがないわけではないのでこういう場があればいろいろ話すことは出る。でもどうしても必要というわけではない。予約してキャンセルも申し訳ない。必要な時に連絡するようにしたい」と言い、一旦終わりにすることになった。Eは史跡めぐりをSNSにあげるようになったのだが、「SNSをしていて思ったのは、相手に受けようということより自分が思ったことを書いた方が結果的に相手も喜んでくれるというか、そういう人が寄ってきてくれる。そういう人を相手にすればいいということ」と話していった。その後実際に連絡してくることはなく、10年近くがたったころ、筆者は人づてにEが元気でやっていることを聞いた。

第3節 考察

1. 心理療法過程について—「そうあるしかない」というとらえ方を中心に

Eの心理療法過程について、セラピストが「そうあるしかない」ととらえたことを中心に検討する。

初回面接でEは万引きについて、歪んだ道德観と怠惰が問題であり、矯正施設に収容しないといけないと述べた。筆者は「そうあるしない」概念に基づいて、仮に道德や怠惰の問題だとしても、そのような問題が生じることになった事情や経緯があり、そうならなくてもいいのになっただけではなく、現時点では「そうあるしかない」のではないかと問いかけた。この問いかけに対し、Eはピンとこない感じであったが、やがて親や食べ物などで困っていることを話し、3度目の心理療法が始まった。多くのクライアントは、Eの

ようにはじめは自身のことについて、「そうあるしかない」というとらえ方をすることはできない。この状態ではいけないと、その時点の状態を強く否定し、変わることを望む。そのために治療を求めてきたのであり、心理療法においてもすぐに変われる方法があればそれを提案する。しかし、クライアントの知識が不十分であるとか、何か見落としをしていうといった場合を除き、そのようなすぐに変われる方法は見つからない。Eも万引きがいけないことは十分わかっており、何とか止めたいのだが止められないのである。心理療法にはこのようにわかっていてもどうにもできない問題が持ち込まれる。セラピストは、「そうあるしかない」概念に基づいて、どういうことで「そうあるしかない」のか、その状態に至ったいきさつや状況を訪ね、ストーリー（土居，1992）を読もうとする。そして、ストーリーがつかないところについて、それをつなげていく作業にクライアントを誘い、心理療法が始まる。

第Ⅰ期は、それまで人を頼ることのなかったEが、心理療法を頼りにしはじめ、表に出さなかった不安や困っていることを少しずつ話し出し、守ってほしい気持ちや甘えたい気持ちに触れるようになった時期である。Eはそのような面を出すことを、排泄物（「うんち」）を出すことのように感じて申し訳なさを感じていた。排泄物を出すことこそ、人としては「そうあるしかない」ことであり、躰によって私たちはそれを社会規範に則って行うようになる。心理療法の場で不安や守ってほしい気持ちを出すことは、社会で認められた行為であるが、Eにとっては不適切な排泄の如くいけないものであった。また、人にはさまざまな限界があり、精一杯やってもできないことがある。そのような時はできる限りの償いをするしかない。そのようにできないこともあるという筆者に対して、Eははじめそんな無責任なことはとんでもないと述べていたが、次第に「甘やかしがありがたい」と少し甘えを出せるようになった。その一方で万引きはぐっと減った。

このようにして甘えたい気持ちに多少触れられるようになったEであるが、甘えを自覚することは、Eにとっては弱くて許されない自分を認めることであり、第Ⅱ期になると弱い自分が露呈する不安が極度に強くなり、周囲が自分を辞めさせようと監視していると妄想的になった。Eは弱い自分が露呈したら終わりとう無理をして働いたのだが、体の方が限界を迎えて肺炎になり、こころならずも入院して休むことになった。その後も極端な働き方が続いたのだが、できていない自分を否認するのではなく、それを自覚した上で穴埋めをするような感じになった。その後食欲が出て食べるようになった。筆者は今の自分を否認しようとすることも含め、すべて「そうあるしかない」ととらえて話を聞いていた。

第Ⅲ期では、Eのコンプレックス（河合，1971）のような同僚Oが話題になった。仕事だけは負けないと頑張っていたEであるが、やがて仕事だけでは寂しいと漏らし、その後趣味やレクリエーション活動に時間を使うようになった。体重も増えた。

そして第Ⅳ期では趣味のウェイトがさらに大きくなり、Eは心理療法をキャンセルするようになった。このキャンセルは、自分の欲求を出すことを排泄のように感じて人を頼ることができなかったEが、（連絡をするなど社会規範に沿った形で）セラピストに甘えて自分の欲求を表出するようになったととることもできる。ただその一方で、万引きで自分を解放することも再発し、仕事のストレスを晴らす過食の食べ物をとっている時に捕まった。この時は、（以前は監視されていると怯えていた）会社の上司に助けられたのだが、Eがこの後どのような判決が出てもそれに従うと述べたのは注目に値する。

はじめEは、万引きやよい卒論が書けないといった問題がある自分を認めることができなかつた。そんな自分を、いてはいけない人間と感じていた。そのために病気を訴えたり、極端に痩せたりすることで相手に働きかけ、無理にでも存在を許してもらおうとしていた。そんなEに対し、筆者は万引きや不本意な卒論も、その時点では「そうあるしかない」、しかもそれがその時点での精一杯のことと対応していたのだが、この第Ⅳ期でEが示した、どんな判決が出てもそれに従い、そこからやればよいというのは、まさにこの「そうあるしかない」というとらえ方であった。SNSについての、自分が思ったことを書けばよいという話も印象的であった。

2. 心理療法において「そうあるしかない」ととらえることの意義

Rogers（1957a/2001）が無条件の肯定的配慮を強調したように、心理療法においてはクライアントを受容することが基本の一つとされる。しかし、受容は、反社会的なことや自己破壊的な行動であっても受容できるのかという「無条件性の問題」、さらには変化を望む治療と受容は矛盾するのではないかという「背反性の問題」があり、長年議論が続いている。筆者は、「そうあるしかない」という概念により、この点についての整理が可能になると考えている。

まず、どんなことでもその時点では「そうあるしかない」のであり、これは反社会的なことや自己破壊的なことであっても無条件に言える。そうならなくてもよいのにそうなのではなく、その時点ではどうにも「そうあるしかない」のであり、ここに無条件性の問題はない。さらに、「そうあるしかない」ととらえるからと言って、何もしない、でき

ないというわけではない。「そうあるしかない」というのは、その時点でのことであり、その後どうなるかは、そこでどういった行動をとるかによる。既に述べたように、そこでとれる行動についても、それまでとその時のことによって規定されており、「そうあるしかない」のであるが、私たちはそのように規定しているすべてを完全に知ることはできない。私たちはその時点で（「三人の暴君」の下で）できる精一杯のことをするのであり、心理療法もそこに関わる。すなわち、変化を求めることと矛盾しないのである。

以上のことから、あまりにも自己破壊的であったり反社会性であったりする行動に対してどうするとよいかという指針も得られる。その時点では「そうあるしかない」からと言って、そのような行動を放置することは治療的ではない。かといって、「そうあるしかない」行動（その時点ではそれが本人の精一杯で、そうせざるを得ない行動）を本人の力でなんとかすることは不可能である。従って、本人の力でなんとかすることを期待するのではなく、入院加療や薬物療法など本人以外の力の応援を求めるのである。「そうあるしかない」ということがしっかりと受け止められていれば、そのようにコントロールを周囲に委ねることについて、それほど強い抵抗は起きないと思う。

なお、「そうあるしかない」というとらえ方による変化は、次のように考えられる。「そうあるしかない」というとらえ方では、心理的な助けを必要としている状態（問題や症状）を何か必要なものが欠けた「欠如態」とか、何かあってはいけな悪性のものが付け加わった「悪性態」ととらえるのではなく、その時点ではそれが十全な状態ととらえる（高橋，2020a）。よって、そこで生じる変化は、欠如しているものを補うとか、悪性のものを取り除くといったことではなく、「そうあるしかない」ということを十分に認めることによって、そこから新しいものが生まれてくるといったようなものである。このようなとらえ方は、問題を抱えていた時でさえ十分（精一杯）だったという深い肯定感をクライアントにもたらず。この点も「そうあるしかない」というとらえ方が心理療法（心理的な支援）にもたらず重要な点である。

3. 摂食障害に伴う常習万引きと現実のねじまげについて⁹

摂食障害者にみられる常習万引きについて、それを摂食障害の随伴症状とするか、窃盗症（クレプトマニア）という他の障害の合併ととらえるかについては議論がある（例え

⁹ 考察のこの項は、本章の事例研究論文に対して、こば心療医院の小羽俊士氏が寄せて下さったコメント（小羽，2020）にリコメントしたものが元となっている。

ば、鈴木・武田，2010)。しかし、松木（2008）や瀧井（2014，2016）が述べたように、摂食障害の問題を表面に表れた摂食だけの問題ではなく、現実をねじまげてしまうというこころの問題（もしくは生き方の問題）としてとらえるなら、別々の障害の共存ではなく、同じ問題の異なった表れとした方がよいと考えられる。筆者も、摂食障害が回復するとともに万引きの問題がなくなる事例を何例か経験した（事例Aもそうである）。回復した後、窃盗をしていた時のことを振り返って、複数のクライアントが「あの時はおかしかった」、「人のものと自分のものの区別がついていなかった」、「お金まで盗った。今なら絶対考えられない。怖くてできない」となどと述べた。逆に、摂食障害の問題がよくなったのに、盗癖の問題が継続したという事例は経験なく、このことから摂食の問題と窃盗の問題は同じこころの病の異なった表れとした方が自然だと思う。中谷（2010）は、「窃盗癖の語を安易に用いると、摂食障害者の盗み行動の本質をかえってあいまいにしてしまう」とも述べて注意を促している。

本事例には、強い痩せ願望と痩せた体へのしがみつき、カロリーや食品へのこだわり、自己誘発性嘔吐や下剤濫用などの排出が見られ、こころの中には「自分は何の価値もない、いない方がいい人間だ」という強い自己否定・抑うつが認められた。これらから本事例は松木（2008）のいう摂食障害の中核群と考えるとよいと思われた。しかも、万引きは本人が述べているように「365日毎日」と非常に深刻であった。通常であれば治療も大変な困難が予想される事例であり、これも本人が言っていた通り、「矯正施設への強制収容」といった強力な行動制限が必要になることが十分考えられた。しかし、実際にはそのような行動制限はとくに必要とはしなかった。その理由について以下に考えてみる。

本事例は上述したように摂食障害の中核群と考えられ、倒錯的な現実のねじまげ（「自己愛構造態（松木，2008）」、「全般的、徹底的回避（瀧井，2014，2016）」、「嘘（小羽，2020）」）も見られた。しかし、それはそれほど強固ではなかったように思う。「過食嘔吐は太らずに食べたい物が食べられる、万引きは働かないで欲しいものが手に入る、喜ばしいこと」、「捕まっても拒食、過食、フーズクでバイトと言うと普通じゃない子と許してもらえる（から問題ではない）」などと述べ、そこにある問題性はないものとされたり、逆に良いものとされたりしていた。しかし、「就職を前にして、何とかせねば」と思うことができしており、ここに本事例が全くの倒錯的な生き方には至っていない面が見られる。本事例では、つまづきながらも学業が達成され、就職も決めることができていた。これはEの能力の高さによってなされていたのであるが、このように社会生活がまだ破綻していな

かったこと、そしてそれが破綻しかけた時に治療を求めることができたことが幸いしていたと考えられる。本事例では、既に2回の心理療法が実施され、それらはいずれも中断しているのだが、このように治療の場として思い出せたのは、中断した2回の治療が影響しているだろう。ここで治療につながることができず、この常習的な万引きが繰り返されていけば、社会生活は確実に破綻したと思われる。そうなれば本人にとって現実はより苦痛なものとなり、全面的・徹底的な現実のねじまげが強固におき、それを止め、打破するためにはより強力な行動制限ができる治療環境を必要とせざるをえなくなっただろう。

その中で筆者がした対応は、「そうあるしかない」概念に基づいて、本人の状態について、どういうことでそうなっているのか、そこから抜け出すにはどうするとよいかを時間をかけて検討するという極めて基本的なものであった。あえて特徴をあげるとすれば、クライアントのその状態は、そうならなくてもいいのに何か欠如していたり、逆に何か悪性のものが付け加わったりしてそうなっているのではなく、「そうあるしかない」と理解し、その状態が変わるためには変わるだけのことが生じなければならず、それが生じない限りは変わらない、変えたいのであれば変えるためのことをしないといけない、それが自分でできないのであれば変わるためのことが生じるまで待たないといけない、そういった認識をセラピストが確固としてもっていたということである。

この姿勢はひょっとすると、「放任」や「甘やかし」といったものに映るかもしれない。Eも筆者のことを「甘やかすタイプ」と言った。しかし、筆者の姿勢はそれとはまったく逆のクライアントにとって見たくない現実との対峙を要求するものとする。例えば、第I期で筆者は、Eが卒論や就職を問題なくやり遂げられるとは考えておらず（やれるのであればやるだろうし、やれないのであればやれない、つまり「そうあるしかない」）、どうしてもとなればドタキャンもありと考えていた。Eはそのことを「甘やかし」としたのだが、それは決して「甘やかし」ではなく、Eが認めることができない、卒論や就職を遂行することができない現実の自分を突き付けるものである。筆者は、その時点では「そうあるしかない」ので、ドタキャンしたらドタキャンしたで、その後どうしていくかをEとともに考えていくつもりでいた。しかし、Eは痩せたり、パニックになることで周囲から手加減を引き出し、それを乗り越えていった。このような方法をとっていたEが治療終盤の第IV期では、「どんな判決が出てもそれに従い、そこからやればい」とまだ問題がある現実の自分（万引きをしてしまい、会社を辞めざるをえないかもしれない自分）を受け止めて生きていくようになった。筆者はそこにEの大きな変化を認める。

「そうあるしかない」とする姿勢が「放任」や「甘やかし」ではないということについて、Rogers (1957a/2001) が述べた「一致」という面からも述べたい。セラピストとしての「一致」とは、そこに嘘や偽りがなく、こころの中で感じたこととそこで表現したこと（言語化したこと）が一致しているということである。それはつまり、本当に納得できない間はクライアントに問い続けるということである。したがって E が上述したような現実のねじまげをした時に、それをそのまま鵜呑みにしたり、不問にしたりせず、<どうということ？>と問い、場合によっては<私は納得できないのですが>と告げたり、E が否認している現実が明らか時には<私には〇〇〇〇と見える（思える）>などと告げた（例えば、第Ⅱ期で E が問題を認めず、「大丈夫、やれています」と言った時には、<そんなわけではないでしょう>と告げた）。このような介入によって、顕わになったのは、E がそれまで認めることができなかった「弱い自分」「みじめな自分」である。このような治療姿勢は、かつて土居（1992）が「何がわかり、何がわからないかの区別がわからねばならない」と述べていたことであり、真のコミュニケーションをするための心理療法の基本である。

E が筆者のことを「甘やかす」と言っていたことについては次のように理解できると考える。E が筆者にそういうのは、筆者が E の気持ちをくんだ時が多かったのだが、それは逃げたい気持ちや不安な気持ちであったり、心細く助けてほしい気持ちであったり、守ってほしい気持ちであったり、さらには人を妬む気持ちであったりした。これらの気持ちを筆者は「そうあるしかない」ものとただ認めただけだったのだが、E はそのように自分のありのままの気持ちを受け止めてもらう体験に乏しく、それを「甘やかし」と言っていたのではないかと思う。そういった体験が得られなかったみじめな自分が顕わにならないように、「甘やかし」とややネガティブなものにしておく、そういったところもあったかもしれない。

その一方で、「甘やかし」になっていないか、「嘘」のコミュニケーションになっていないかという点について、転移／逆転移関係、エナクトメントの中で常に吟味しておかねばならないという点については、小羽（2020）が指摘した通りである。

また、どんなことでもその時点では「そうあるしかない」という現実を提示することだけですべての問題が解決するわけでもない。このような援助は即効性のあるものではないため、あまりにも自己破壊的であったり反社会性であったりすることに対しては、強力に行動制限をすることが必要になることはすでに述べた。E と筆者の心理療法の後ろには、

必要な時には毅然として行動制限をし、入院の相談にのってくれる主治医が控えていた。それによって E と筆者はこのような心理療法に専念できたといえる。多職種連携（チーム医療）の第一の意義はこういったところにある。

4. 反社会的問題の心理臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義

最後に「そうあるしかない」概念をもつことが反社会的な問題の心理臨床においてもつ意義について述べる。

「そうあるしかない」概念に基づく心理臨床は、援助が求められている状態について、本来あるべきものが欠けた「欠如態」ととらえて欠けているものを補うとか、あってはいけない悪性のものが加わった「悪性態」ととらえて悪性のものを取り除くといった援助ではなく、その状態が、それまでとその時のことを含めた（「全関連性」）、クライアントの精一杯の状態として（「被規定性」、「総力性」）、「そうあるしかない」ととらえ、それを大切にすることによって、そこから新しいものが生まれてくるといった形の援助であり、それが心理臨床がずっと目指してきた「受容」なのではないかと前章の終わりに述べた。このような「受容」は、反社会的な問題行動を繰り返してしまう事例においてこそ重要であると考えられる。

事例 E においても見られたことだが、反社会的な問題行動を繰り返してしまうクライアントの多くは、本人がよくないことをしてしまっていることをころのどこかではわかっている。わかっているにもかかわらず改善できないのである。そして、そのようにわかっているが改善できないでいると、止めよう・治そうとしても止められない・治せないという苦痛で屈辱的な失敗体験の積み重ねとなり、次第にこの行動は悪くないという現実のねじまげが生じてきて、「自己愛構造態」（松木，2008）、「全般的、徹底的回避」（瀧井，2014，2016）といった病的な態勢が築かれてしまう。上に述べたように E においても、「過食嘔吐は太らずに食べたい物が食べられる、万引きは働かないで欲しいものが手に入る、喜ばしいこと」、「捕まっても拒食、過食、フーズクでバイトと言うと普通じゃない子と許してもらえからいい」というような倒錯的なとらえ方が見られた。しかし、そのような倒錯的な見方が病的に居に固定化される途上であり、E は「それが今、就職を前にして、何とかせねばと」と思うことができた。そのために筆者との心理療法関係を外来診療という形でもつことができた。

しかし、E がはじめに必要と考えていたのは、施設に強制的に収容して矯正訓練を行うというものであった。彼女は「もう自分は摂食障害を越えて、犯罪者になっている」と述べた。そこには、自分には社会のルールを守る良心が欠如している（「欠如態」）、悪事を働く邪悪な心になっている（「悪性態」）という思いがある。そのEの思いに従って、悪事をやめる訓練、社会のルールを守る練習をするという援助方法もあっただろう。行動療法を適切に用いれば、そのような援助ができ、場合によってはその方がもっと早く行動を改善できたかもしれない。繰り返し述べたように、「そうあるしかない」概念に基づく援助は、その状態を「欠如態」、「悪性態」ととらえるのではなく、「そうあるしかない」と認めることによって、そこから新しいものが生まれてくるといった形のものである。「欠如態」、「悪性態」ととらえて改善を図る援助法と、「そうあるしかない」概念に基づく援助方法では、クライアントがもつ自己肯定感が違ってくるのではないかと考える。「欠如態」、「悪性態」ととらえる援助方法においては、それによって改善した時にクライアントが獲得するのは、欠けていたものが補われたからよい、悪いところを取り除かれたからよいといった肯定感である。それに対して、「そうあるしかない」概念に基づいた援助でクライアントが獲得する自己肯定感は、第4章で提示した事例Aが示してくれたような、不十分どころがあったとしてもよいという自己肯定感である。Eは、第IV期に数年ぶりに万引きで捕まった時に、「厳しい判決が出れば今の職場は失う。そうしたらケーキ屋のバイトとか、そういうのをやる。そうなったとしても今のように目標をもってやりたい」と述べた。「欠如態」、「悪性態」ととらえていては、このような姿勢は生まれないのではないかと考える。万引きをした自分についても、その時点での精一杯であり、「そうあるしかない」と感じるからこそ、厳しい判決でも受け入れ、よりよく生きようとする事ができるのだと思う¹⁰。

また、当然のことであるが、このような「そうあるしかない」概念に基づく援助によって、どんな状態のクライアントでも改善を図ることができるわけではない。上述したように、現実のねじまげを伴う病的な態勢が強固に築かれるということがある。そういった場合には、松木（2008）や瀧井（2014, 2016）が行っているような強力に行動制限を加え

¹⁰ 念のために述べておくと、筆者は、援助が必要な状態を「欠如態」、「悪性態」ととらえて、欠けているところを補ったり、悪いところを取り除いたりする関わりも重要なものと考えている。医療や教育をはじめ、多くの関わり、援助はそういったものであり、その役割は大きい。ただ、それではうまくいかないことがあり、そういった場合に、「真の受容」（つまり「そうあるしかない」概念による受容）による援助といった、心理臨床的援助が求められるのではないかと考える。

られるような環境下（精神科閉鎖病棟や医療刑務所）での治療が必要になる。しかし、その場合でも治療者に「そうあるしかない」概念がある場合とない場合（つまり「欠如態」、「悪性態」という理解だけの場合）とでは、その結果に違いが出るのではないかと思う。筆者は、松木（2008）や瀧井（2014, 2016）の治療姿勢には、「そうあるしかない」概念（「全関連性」、「被規定性」、「総力性」といった理解）を感じるし、「欠如態」、「悪性態」といった理解を理論的にする行動療法においても、治療者に「そうあるしかない」概念があれば、その結果は異なるのではないかと思う。

第8章 児童養護施設における心理臨床事例

—児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義—¹¹

本章では、児童養護施設臨床において、セラピストが「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。そのためにまず児童養護施設について概観し、次に筆者が児童養護施設でおこなった子どもとの関わりを提示する。そして、児童養護施設における臨床心理学的援助について考察し、児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義について述べる。児童養護施設臨床では、治療的なセッティングにおける関わりだけでなく、日常生活場面における関わりも求められる。そのような日常生活場面における関わりにおいてこそ、子どもたちが示すいろいろな行動に対して、それまでとその時のことが関係して（「全関連性」）、それらの影響を受けている（「被規定性」）、しかも、その時に示す行動は、彼らができる精一杯のことである（「総力性」）という「そうあるしかない」という概念に基づく理解をもっていることが非常に重要になることを示す。

第1節 問題と目的

児童養護施設は、戦後、主に戦災孤児などを保護する目的で設置されたが、時代の流れとともに保護を必要とする子どもたちの抱える問題も変わり、2000年にいわゆる「児童虐待防止法」が施行されてからは、虐待を受けた子どもたちの入所が一気に増え、その翌年から被虐待児が10名以上入所している施設を対象に心理療法担当職員が配置されるようになった。筆者は1998年より児童養護施設における心理臨床実践を行っているのだが、施設をはじめて訪ねた時に感じたことは、被虐待の既往の有無に関わらず、施設入所を余儀なくされたということ自体、大きな困難があったのであり、「ここにいるすべての子どもたちが臨床心理学的な援助を必要としている」というものであった。と言っても、すべての子どもたちがインテンシブな心理治療（精神分析的な心理療法に代表されるような“本格的”心理療法）を必要としているわけではない。施設に保護されるまでに子どもたちが負ってきたころの傷は並大抵ではなく、そのような積極的な心理治療、さらには精神医学的な治療を必要とする子どもたちも確かにいる。そのような子どもたちには、しかるべき治療的援助が提供さ

¹¹ 本章は、高橋蔵人（2006）. 日常の生活を支える. 人間環境大学人間環境学部紀要『こころとことば』5, 67-80. に加筆修正をしたものである。

れなければならない。他方、そのような大きな困難をくぐりぬけてきたにもかかわらず、目立った問題行動や症状を示さずに淡々と生活している子や、静かにひっそりとして、いるかわからないようにしている子もいる。施設職員の仕事を手伝ったり、小さい子どもの面倒を見たりする、いわゆる“よい子”もいる。そのような目立った問題を示さない子たちも、問題を抱えていないわけではなく、施設にたどり着いたすべての子が臨床心理学的な援助を受けられるとよいと思った。さらにそのような臨床心理学的援助が日常の生活場面の中で当然のこのようにされるとよいと筆者は考える。

本章では、児童養護施設において筆者が行っている心理臨床活動の一部を報告し、児童養護施設における臨床心理学的援助を検討し、児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念を導入する意義について述べる。

第2節 子どもたちとの関わり

筆者は、週に1回児童養護施設を訪れている。午後3時すぎに施設に着き、夕食まで自由に子どもたちと遊び、一緒に夕食をとった後、子どもたちが生活している棟とは別棟の一室で個別面接をする。それらの活動の中で生じた子どもたちとの関わりを以下に提示する。なお、事例の提示にあたっては施設長から承諾を得たが、守秘のために、家族歴や生活史などは可能な限り省き、個人が特定されないよう本論の主旨に影響しない部分についてはさまざまな変更を加えた。

1. 事例F

ある時、幼児のFがたまたま一人でいた筆者を散歩にいと誘ってきた。筆者が施設に着いて間もなくのことで、保育園にいつている子や小学生たちがまだ帰ってきていない、施設にいる子どもたちが比較的少ない時間帯のことであった。夕食までの自由に遊ぶ時間帯は、どうしても複数の子どもたちと一緒に遊ぶことになることが多く、二人だけで遊ぶことができる数少ない機会だった。筆者はFの求めに応じ、近くの神社まで行くことになった。神社で一通りお参りをし、帰り道を少し歩きかけた時、Fはもじもじしたかなと思うと、あっという間におしっこをもらしてしまった。筆者は「早く戻ろう」と促したのだが、Fはうずくまって動こうとしなかった。Fを見ると何か怯えたような不安な顔をして硬くなっている。震えてもいる。「<どうしたの?>」、「<何か怖くなっちゃったの?>」と聞いていると、

しばらくして聞き取るのがやっとの怯えた声で「神様に怒られる。神様に叩かれる」と言った。<おもしろしっちゃったから？>と聞くと硬い表情のままうなずいた。そこで筆者は F はこれまでにおしっこを失敗した時に叩かれるということがあったのだろうか、F にとって神様は自分を守ってくる存在ではなく、厳しく罰する存在なのだろうかなどと思いながら大丈夫だよ。神様は怒らないよ。それより早く着替えないと風邪ひいちゃうと思って心配しているよ、云々>と話した。F は無言のまま聞いていて、すぐには動かず、これはちょっと時間がかかるかなと筆者が思い始めた頃、すっと立ち上がり、動くことができるようになった。そこで急いで施設に戻り、着替えをした。

翌週筆者が施設を訪れると、F は再び散歩にいこうと誘ってきた。この時は近くにいた他の子も一緒にいくと言って 3 人でいくことになったのだが、出発する際、F は「おしっこいかなきゃ」と言って、おしっこをすませてから出かけた。

2. 事例 G

ある時、筆者は数人の小学生とドッジボールをして遊んだ。しばらくすると 2、3 人の子たちがふざけはじめたのだが、そのふざけは一緒に遊んでいた G に集中的に向かい、次第に G をからかうようになった。G は、はじめ一緒になって笑ってふざけていたが、しつこくからかわれるうちに怒り始めた。すると、からかっていた子たちは面白がってさらにからかうようになり、G は近くにある石を拾って投げ出した。筆者は G をからかう子たちにいい加減にするように言っていたのだが、G が石を投げ始めたために G に対しても注意した。しかし双方ともすぐには止めず、そのうちに G が投げた石が、近くで G たちの喧嘩を遠巻きに見ていたより小さい子の頭に当たってしまった。その子は泣いてその場を去っていった。からかっていた子たちは、それを見て一層 G をからかい、G はますます逆上して手当たり次第に石を投げるようになってしまった。そこにはまだ遠巻きにして見ている（ひょっとすると怯えて動くことができなくなっていたかもしれない）他の小さい子たちがいて、G がめちゃくちゃに投げる石が再び他の子に当たる危険があり、筆者は後ろから G の体を抱え込んで止めた。からかっていた子たちは、そのうちにどこかにいってしまったが、G は「放せ！放せ！！」と怒って暴れ、筆者はくだめ、放すとまた投げるでしょう>と言いながら抱え続けた。G の怒りはなかなかおさまらず、その後もいろいろなことをわめき続けたが、その中で筆者は「なんで俺ばかり怒るんだ！！」とわめいているのに気づいた。そして、ひょっとすると G は筆者が G だけを悪いと思って、G だけを責め、そのために G だけを抱

きかかえている、そういう風を感じているのではないかと思った。そこで＜Gだけを悪いと思って、それでこういう風におさえているんだと思うの？＞、＜違うよ。あんなふうにはからかっていた子たちも悪いと思っているよ。でもあの子たちは逃げていっちゃったし、Gはこうやっていないともっと石を投げるでしょう、云々＞と話した。Gは「うるせえ！うるせえ！！」とわめいていたのだが、少しするとふっと体が柔らかくなり、筆者は抱きかかえている手の力を緩め、次いで放すことができた。そして一息ついた後、＜石を当ててしまった子に謝らなきゃね＞と言うと、Gはむすっとした表情で無言のままだったが、筆者の後について歩き出した。石が当たった子は職員室で手当を受けていた。見ると頭に大きなたんこぶができていた。Gはその子を見つけると「ゴメンナ！！」と乱暴な大きな声で言った。「そんな謝り方ないでしょう」と職員に注意されると、そこでぽろぽろと泣きはじめ「ごめんなさい」と静かに謝った。

翌週、筆者がGと顔を合わせた時、Gは真っ先に「俺、あれからキレてない」と元気な声で報告した。

3. 事例H

ある時、中学生のHと一緒に野球をしようと近くのグラウンドへと筆者を誘い出した。しかし、たまたま他の人たちがグラウンドを使っていて、そこではできなかった。それでもHはやると言って、野球の試合をしている人たちの間に無理やり割って入っていったのだが、筆者は＜他のところを探そう＞とHを引き戻した。これまでにHとは他の公園でも野球をしたことがあったのだが、この日は「他のところなんてない！」と言って怒り出し、他を見に行くこともなく、ふんぷん怒りながら施設に戻った。そして、幼児たちがたくさん遊んでいる施設の前庭で野球をやると言い出した。筆者が＜ここでは危ないよ＞と言うと、Hは無言で乱暴にぶつぶんとバットの素振りをはじめた。筆者が幼児たちを遠ざけると、さらに乱暴になり、近くにならべてあった観葉植物の鉢——植物は植えられていなく、倉庫にしまうか、廃棄するかのためにまとめておかれていたもの——を次々とバットで叩き壊しはじめた。制止しようと何を言ってもきかず、止めようとするともますます勢いをつけてやるというふうであった。筆者は止めることをあきらめ、不安そうな顔で遠巻きにして見ている幼児たちに＜近づかないでね、今ちょっとおかしくなっているからね＞などと声をかけながら、Hが鉢を壊し尽くすのを横で見守った。暴力の傷をこころに負っている子どもは、暴力が自分に直接向けられていなくても暴力の目撃によって非常な恐怖を感じる。筆者は恐怖におび

えて硬直している幼児のことも気になったが、肩を抱きながら横に座っている以外になす術がなく、とにかくバットや飛び散る破片が他の子に当たらないように注意しながら、鉢をバットで叩き割る H をただただ見ているしかなかった。その間、筆者は小さい子どもたちに直接暴力を振るうよりはよいだろうと考えたり、今感じている無力感は H がこれまでにさんざん味わってきたものではないだろうか、その中で H のこころはこの鉢のようにめっちゃめっちゃに壊されているのかもしれない、などと考えたりしていた。そしてもし H のこころがこの鉢のように壊れているなら、一緒に片付けをすることが、H のこころの修復にいくらかでもつながるところがあるのでは、と思ったりもしていた。H は、すべての鉢を壊し尽くすとバットを下に提げた。筆者は「じゃあ、片付けるよ」と H を誘ったが、H はむすっとしたままで応じず、筆者が一人で片付けをすることになった。H は不機嫌な表情ながらも筆者が片付けをするのを横でずっと立って見ていた。それは先ほどとは逆に、片付けをする筆者を H が見守っているというような感じだった。

H は、以前から自分が「発狂する」と筆者に話していて、怒りがコントロールできず、学校の先生や施設の職員に対しても激怒したり、年少の子どもたちに八つ当たりしたりということがあった。

その日の夜遅く、筆者が別棟での個別面接を終えて記録の整理をしていると、H がふらっとやってきた。<今日は荒れたね>と声をかけると、「うん」とだけ言ってあとは何をすることもなく、ぶらぶらとしていたが、その時一匹の蜂がどこにいたのか突然部屋の中を飛び回った。すると H は「俺がやっつけてやる」と言って新聞やスリッパを使って蜂を退治し、それが終わると「じゃあね」と帰っていった。夕方は H が壊したハチ（鉢）を筆者が片付けたのだが、今度は面接室のハチ（蜂）を H が片付けてくれたのだと筆者は思い、嬉しいおかしさがこみ上げてきた。時間的なずれがあったのだが、H が壊したもの、もしくは H の中の壊れてしまっているものを一緒に少しは修復できたように感じたのである。

事例 I

I は筆者と夕食後の個別面接を数年にわたって続けた。この面接は I の希望によって始まった。ある時、夕食前の筆者が自由に子どもたちと遊んでいる時間に中学生の I が「どういう人が話し合い（子どもたちは筆者が別棟で行っている個別面接のことをこう呼んでいる）をするの?」、「私もできるの?」と聞いてきた。<もちろんできるよ。何か話したいことがあるの?>と聞き返すと、I は学校で先生に勉強のことを質問にいきたいのだがいけないこ

とを話した。それは、ある一人の子の個別面接がちょうど終結して、筆者に珍しく空き時間ができた時だった。Iは、それまでも筆者に話しかけてくることがあったが、たいていは簡単なあいさつ程度の短い話だった。勉強を教えるという時もあったが、他の子がやってくると、いつの間にかどこかにいってしまい、多くの子が筆者を独占しようとやってくる中でIは非常にあっさりとしていた。その時も、その場では先生に質問にいけない理由についてなど、ゆっくりと話を聞くことはできなかった。そのようなIが面接の希望を伝えてきたのであり、筆者はとにかくまずは個別面接の時間を作って話を聞こうと思ったのである。

Iはとくに目立った問題を示す子ではなかった。むしろ職員の仕事を手伝ったり、小さい子の面倒を見たりする“よい子”であった。筆者は、個別面接をしてみてどんな話が出るか、場合によっては数回の面接で終わることもありうると考えていた。しかしそこでわかったのは、Iが自分の欲求の実現をいかに容易に諦めているかということだった。Iは、先生にあることを頼みにいったところ、「待っていて」と言われて、そのまま1ヶ月以上も待っていることや友達を5時間以上も待ったことがあることを、「我慢はわりとする方」と言ってさらりと話した。筆者は<それは我慢というより、諦めているというか、Iのことは別にどうでもいいから、忘れてもいいからと言っているようだ>と伝えた。すると「そうかなあ」と言いつつ、相手に嫌なことをされても怒ることができないこと、どうやって怒ればいいのかわからないこと、他の子と欲しいものをめぐってじゃんけんに勝っても、相手の子が悔しそうな顔を見ると譲ることなどをさらに話した。そしてIは、「他にも話し合いをしたい子がいるから私はもういい」と言い出したが、筆者は、<他の子が困っていたら、それはそれで考える。それよりもIは諦めグセ（癖）、遠慮グセが重症。それがよくなるまでは来なきゃだめ>と伝え、継続的な個別面接を開始したのである。

Iの面接は、その後数年にわたって続くことになった。Iは、その中でいったりきたりを繰り返しながら、少しずついろいろなことを表現するようになった。以下、その一部を報告する。

面接を始めて9ヶ月が過ぎた頃、筆者が翌週の面接を休む予定にしていたあるセッションでIはふざけながらも荒れたような態度をとっていたので、筆者は<来週の休みを怒っているの？>と聞いた。（このようなふざけながらもちょっと荒れる、乱暴になるという行動は面接を始めて数ヶ月してから出てきたものである）。Iは「違う！」と怒ったように言ったが、以前に筆者が休んだ時に、「なんで2週間も来ないんだ！何やってるんだ！！」と一人で部屋でぶつぶつ言っていたことを話した。そして休みをはさんだ、その2週間後の

面接では「今日は夕方見かけなかったし、来てないと思ってたら、他の子に来てると言われて」と30分以上遅れてやって来た。筆者が「そんな連絡なく休むわけがない」と言うと、「わからん。クラト（Iはずっと筆者のことを高橋さんと呼んでいたが、面接を始めてしばらくすると、グアド、クルトンなどとあだ名を考えるようになり、やがてクラトと呼ぶようになった）は半分の信用しかない。先週休んだし、どうせ私のことなんか考えてないと思うし」と話し、さらにその少し後の施設退所後のことを話し合った面接では「退所したら相談できる人はいない。我慢するからいい。クラトにも施設の先生にも相談はしない。どうせ私のことは誰も覚えてない。私、誰も信用してない。だってずっとそうだった。忘れられたり、裏切られたり、そういうことばっかだった」と話した。

その頃、Iと家族の関係は数ヶ月間の間において父親が電話をしてきて話をするといった程度のものであったが、面接を始めてもう少しで1年になるという頃、Iは自分が幼児の頃に施設に預けられたいきさつを父親に改めて聞いた。父親は、母親が子どもたちに暴力を振るい、パチンコばかりやっていて借金を作ったために育てられなくなったと説明したそうだが、このことをはじめ「恥ずかしい理由だから話さない」と話すのをためらった。<Iが恥ずかしがらないといけないことなの？ 小さい子どものIが何かしたの？>と言っていると、「そんなふうに恥ずかしがらなくてもいいなんて言うのクラトだけだよ」と少し嬉しそうに言った。その後、Iは自分から父親に面会に来てほしいと電話した。この時、父親は一度は来てくれたのだが、また来ると約束した次の時には現れなかった。Iは父親に電話して来なかった理由を聞き、「何も言ってこなかったから、こっちから電話して、どうして来なかったのと聞いた。そうしたら、寝てた、雨降ってて面倒だったと言ってた。雨くらい、来いよと思ったけど、言わなかった。どうせお酒飲んでたと思うし」と話した。

そして、1年と4ヶ月がたった頃には「どうしたら人を信じられるのかを聞きたい。信じたいけど、どこまで信じたらいいかわからん。クラトのことは大分信用できるようになった。でも週に1回しか来てくれんし、休む時もある。そういう時は冷たいと思う。私、いろいろわからないことがある。どこまで信じていいか、冷たいかどうかということもだし、自分が感じているのが嫌なのかどうかということも」と話すようになった。さらにその数ヶ月後、兄弟の結婚式に出るために家に帰ったのだが、父親がIの知らない女性を家に泊めていること、さらに自分の服が捨てられていたことを知り、「わけがわからん。何考えてるんだと思う。でももうあの人はそういう人と諦めてる。だから私、家に帰りたいけど、あの人と一緒に住みたいとは思わん」と話した。この時久しぶりに会った父親から、祖父がIをいじめ

ていて施設に来ることになった，祖父はIに謝りたいと言っていたが父親が断って，そのうちに亡くなったと聞かされたのだが，Iは「信じられない」ときっぱりと言い、「それよりも女の人を泊めているのが嫌だ，腹が立つ」と怒った。

2年が過ぎた頃，筆者の都合で面接回数を減らさないといけなくなったのだが，そのことを告げると，Iは少し間をおいてから「わかった。我慢するからいい」と言った。この頃にはしばしば「我慢グセは治った」と言っており，＜我慢グセじゃないよね＞と確認すると，「わからん。でもクラトだって仕事でどうしようもないんでしょう。我慢しちゃだめなの。我慢するしかないじゃん。部屋に帰って泣く」と話した。

その頃からIの友達関係も，以前とは非常に違ったものになっていった。面接を始めた頃は5時間も待ちぼうけをくった話があったように，Iのことが大事にされていない感じがあり，しかもそのことをIは何も怒らなかつた。友達と一緒に帰ったということでも，よく聞くと，みんながおしゃべりをしながら帰る中，Iは何も話さず，その後をただついていっただけということだったり，交換日記をすることになって，向こうが書いてくれるのを何日も楽しみに待っていたのに勉強が忙しいからやっぱり書けないと言われてたりということで，筆者は話を聞いても友達という感じがまったくしなかつた。そのうち，Iも「あの子たちは友達じゃない」と言うようになったのだが，この頃付き合い始めた新しい友達はIとの約束をちゃんと守ろうとし，待ち合わせに遅れた時などは（当たり前のことだが）ちゃんと謝ってくれる友達だった。しかも，ある子との付き合いは学校を卒業して毎日顔を合わせなくなった後も，ずっと続いた。

第3節 考察

1. 児童養護施設における心理臨床的援助

これまでに報告されている児童養護施設における臨床心理士の活動は，日常生活の中でなされる治療的な働きかけと日常生活から離れた治療的セッティングの中で個別になされる心理療法（森田，1990；坪井，2004など）の二つに大きく分けることができる。さらに前者は，臨床心理士が日常生活場面の中で子どもたちに直接的に関わるもの（大迫，1999，2003；四方・増沢，2001など）とケース会議などで施設職員に助言したり，スーパーバイズしたりすることによって間接的に子どもたちに関わるもの（森，1999；村瀬，2002など）に分かれる。このような分け方に従えば，事例F，G，Hは日常生活場面の中で直接的に子どもに関わったもの，事例Iは治療的セッティングの中で個別に関わったものということ

になる。筆者は、これらの中で日常生活場面の中で直接的に子どもたちに関わるという臨床心理学的援助こそが、子どもたちが日々の生活を営んでいる児童養護施設ならではの関わりだと思う。

このような日常の生活場面における子どもたちへの関わりは「修正的接近」(Gil, 1991/1997)、「環境療法」(西澤, 1999)、「治療的養育」(西澤, 2005)などと呼ばれている。しかし、このような関わりは一見すると専門性に乏しいもの、臨床心理学的な援助とは異なったものに映る。確かに、臨床心理士でないとできないといったような特殊なものではなく、ごく常識的なものであり、近所の人でも、このような対応をしてくれる人がいるかもしれない。しかし、滝川(1998)が精神療法(心理療法)について「自分たちの悩みや困難を解決するための精神的な手立てや関わりは、およそ人間が思いつくかぎりの大抵のアイデアは生活の中でつとに思いつかれ、日常の体験世界のうちでたえず行われてきているにちがいない。そして多くの問題が、そうした日常の多様な関わりの中でおのずと解決され、癒されていることであろう。それらのアイデアから、ある部分を抽出して方法論的に練り上げ、抽象的な関係の場において行うものが精神療法である」と述べており、日常の非専門的な関係の中で行われていることだからと言って、それが専門的な関わりでないということにはならない。日常の関わりの中に含まれている治療的な要素に配慮しつつ、日常の生活場面の中で関わることは十分に臨床心理学的な援助と言える。つまり、近所の人でもできる対応だからと言って臨床心理士らしくないわけではなく、そのような対応をする近所の人が臨床心理士らしい、治療的なことをしているのである。村瀬(1998)には児童養護施設の子どもたちを自宅に招いたり、一緒に外食したりといった活動が見られるが、村瀬(2002)は自身の養護施設での臨床心理学的援助をまとめた本のあとがきで「上質な心理的援助というのは、理論や技法が際立って目立つものではなく、さりげなく自然な日常の営みをとおして伝えられるものではないだろうか、そうあることが、その援助を受ける人にとっては最上のもではなかろうか」と述べた上で、児童養護施設の子どもたちに対する援助は「日常生活のなかの関わりに心理療法の原則が生きている、いふなれば生活臨床的アプローチが求められている」と述べている。施設内で行われる援助は、そこが子どもたちの日々の生活の場であるだけに、一層自然な形のものが望まれるだろう。ここで村瀬が述べている「心理療法の原則」こそ、「そうあるしかない」という概念だと筆者は考える。

3. 児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義

児童養護施設臨床においても、「そうあるしかない」概念は重要になる。子どもたちは、児童養護施設にたどりつくまでに多くの困難をくぐりぬけてきた。その途上でさまざまなことを体験してきており、彼らが示すいろいろな行動には、それまでとその時のことが関係して（「全関連性」）、それらの影響を受けている（「被規定性」）。しかも、その時に示す行動は、彼らができる精一杯のことである（「総力性」）。ここでは、「そうあるしかない」概念に含まれる「総力性」といった面をとくに強調したい。

事例 F は、失敗することは許されない、失敗するとひどい目に合わせられるといった思いをもっていたようである。事例 G では、周囲は自分のことを認めてくれない、悪い子としか見てくれないという思いと、そのことに対する怒りがあったと思われる。以上のような思いを彼らが身につけることになったのには、それなりの体験がそれまでにあったのだろう（これらは「全関連性」、「被規定性」である）。週に一日の一時的・部分的な関わりでは、日常生活場面の中でそのような過去の体験にまで触れることはなかなか難しい。しかし一時的・部分的な関わりであっても、臨床素材にあげたようなやり取りの中では、以上のような F や G が抱いていた思いは緩和され、彼らの一助となることができたのではないだろうか。そのようなことが生じたのは、筆者が「そうあるしかない」という姿勢で関わったからだと考える。彼らとその次に会った時に、ちゃんとおしっこに行くと言ったり、「あれからキレてない」と真っ先に報告してくるといのは、彼らにとって重要なやり取りであったことを示すものである。「全関連性」、「被規定性」のもとにある体験を想定せず、F や G の不安や怒りをただその場だけのものとして関わっても、そのようなことは生じないのではないかと考える。

H が周囲の子たちを怯えさせるような形で鉢を叩き壊したりしてしまったことに対しては同様である。自身の衝動をもっとコントロールできるはずなのにできない（「欠如態」）とか、そんな攻撃的な気持ちをもたなくてもいいのにもっている（「悪性態」）ということではなく、それが彼らのその時点における精一杯のことなのであり、十全な「そうあるしかない」ことなのである。

ともすれば、このようにとらえることは甘やかしか、反社会的な行動の容認といった印象を与えるかもしれない。しかし、決してそうではない。第7章でも述べたように「そうあるしかない」からといって、反社会的な行動や自己破壊的な行動をそのままにしてよいということにはならない。近くにおいてその行動をみている場合は、（心理臨床家としてもだが、

一人の大人として) その行為がよくない行為であることを指摘したり、相当の危険がある場合には何とかして止めなければならない。筆者が G を抱きかかえたり、小さい子を H の周囲から遠ざけたりしたことは、そういったことをしたことになるであろう。さらに本人も自分ができる範囲で責任を取らないといけない。G がけがをさせた子に謝りに行ったり、H が筆者の面接室の蜂を退治してくれたりしたのは、彼らなりの償いであり、責任のとり方である。あまりに被害が大きく、このような責任のとり方では十分ではないという事態に至る場合もある。そういった場合は、さらなる謝罪や、場合によっては必要な補償をしたり、賠償をしたりということをしてないといけないかもしれない。また、その子の攻撃性がその施設で対応しきれないほど激しくなることもある。そういった場合には、措置変更が行われ、施設を移ることになる。

施設を移るなどといったことは、彼らの対象恒常性の問題を考えた場合¹²、可能な限り避けることが望ましい。しかし、その子の抱えている強い攻撃性や破壊的な面がさらに問題を生じたり、深刻な被害を他の子に与えてしまうならば、躊躇することなく必要な対処をしなければならない。それは新たな被害者を作らないためでもあるが、その子に加害行為を積み重ねさせないため、つまりその子を守るためでもある。このような措置変更といったことを、心理臨床的に、すなわちその子の心理的な援助として行うのであれば、以上のような本人を守るという文脈で行われるべきであり、そのためには「そうあるしかない」概念が必要になる。つまり、「欠如態」や「悪性態」ととらえて、それに対してペナルティとしての罰として行うのではなく、それがその時点での十全な「そうあるしかない」ととらえて、それ以上の困難を積み重ねないために、外部の力の応援を仰ぐという文脈で措置変更をするわけである。ここに「そうあるしかない」概念をもつ大きな意義があると考えられる。

いくつかの研究が示すように、児童養護施設で暮らす子どもたちの自尊感情は低い傾向にある（例えば、吉田，2011；井出ら，2014）。彼らは、自分に何か問題が起きると、それは自分に何か欠けているからだ（「欠如態」）とか、良くないものを自分もっているからだ（「悪性態」）ととらえる。施設入所になったことについても、しばしば彼らは周囲に子どもを養護する能力や余裕がなくなっただけではなく、自分が悪いからだと感じている（事例 I）。そのような彼らに対して、どんなことでもその時点における精一杯のことなのであり、十全

¹² 彼らがそれまで過ごしてきた環境は不安定であることが多く、彼らは十分に対象恒常性を育ててこれていないことが多い。保護された後も、いくつかの期間や施設を転々としていることもある。

なことととらえる「そうあるしかない」概念は非常に重要なものである。

筆者は、子どもたちが暮らす日常の根底に、この「そうあるしかない」という概念があるとよいと考えるのである。すなわち、子どもたちが示すいろいろな行動に対して、それまでとその時のことが関係して（「全関連性」）、それらの影響を受けている（「被規定性」）、しかも、その時に示す行動は彼らができる精一杯のことである（「総力性」という理解が彼らが暮らす施設の日常生活の中に自然なこととしてあるとよいと思う。滝川（1998）が言うように心理的な援助はもともと日常の中にあるものである。ただ、日常の中には援助的なものだけでなく、非援助的なもの、反援助的なものも含まれる。それらの中から援助的な部分を「抽出して方法論的に練り上げ、抽象的な関係の場において行うものが精神療法である」と滝川は言う。児童養護施設の日常の中にも治療的なものとともに非援助的なもの、反援助的なものは存在する。しかし、さまざまな困難をくぐりぬけてやっとそこにたどりついた子どもたちの暮らす児童養護施設においては、治療的なものが少しでも多く、非治療的、反治療的なものは少しでも少ないことが望まれる。その時にあいまいで実際にそれがどういふことを指すのか混乱がある「受容」概念に変わり、「そうあるしかない」概念は明確な指針となると考えられるのである。

第9章 総括的討論

本研究の目的は、人間存在のあり方について「そうあるしかない」という概念を提起し、その概念によって長年続いてきた「受容」概念をめぐる問題を整理することである。「受容」概念は心理臨床の根幹となる概念である。その根幹となる概念が、問題を孕んでいることによって、心理臨床実践やその教育・指導において戸惑いや迷いを生じさせ、場合によっては「クライアントの言うことは何でもすべて受け入れなければならない」、「クライアントのすることや話すことに疑問を呈してはいけない」、「クライアントが求めるすべてに応じなければならない」等といった誤解、間違いを生む場合もある。「そうあるしかない」という概念の導入によって、これらの「受容」概念をめぐる問題を整理することができ、心理臨床実践及びその教育・指導をより確かなものにすることができると考える。本章では、そのような「そうあるしかない」という概念の心理臨床への導入の意義を述べる。そのために、まず第1節では、主に第4章から第8章までに提示したAからIまでの事例において「そうあるしかない」という概念がどのように機能していたのかについてまずまとめをする。そして第2節では、心理臨床における「そうあるしかない」概念導入の臨床的意義について述べ、第3節では、今後の展望と課題について述べる。

第1節 各事例のまとめ

1. 事例A

事例Aは、これまで何度か述べたように筆者が「そうあるしかない」概念に気づく契機となった事例である。彼女は、命が危険に及ぶような重篤な摂食障害に陥り、10年以上にわたる長期の心理療法を経て回復したのであるが、「これまですごしてきた時間と違う時間をすごしたら今の私にならない。これまでのすべてがあって今の私がある」と語り、自分と自分を取り巻くものすべてを受容するような深い自己肯定感を示すに至った。このAの語りによって、私たちの現在には、それまでとその時のあらゆることが関係しており（「全関連性」）、それらによって規定されている（「被規定性」）ことがわかった。そして、A自身はもとより、Aに関連し、Aの現在を規定しているAの家族も含めて、すべての人がその時その時のその人に関連し（「全関連性」）、その人のその時点を規定している（「被規定性」）さまざまなもののかかえて必死に生きてきている（「総力性」）のである。そして Freud

(1933/2011) が述べた、人が、快を強く求めるエス、現実を押しつける外界、道徳的であることを強要する超自我といった「三人の暴君」に仕えながら毎日の生活を送っているということからも、どんなことでもすべてその時点での（「三人の暴君」の要求を満たすための）精一杯のこと（「総力性」）ととらえることができ、そこから「そうあるしかない」という概念に気づいたことを述べた。

また、A が獲得した自己や周囲に対する肯定感は、自分と自分を取り巻くものが良いからではない。彼女は、「これまで苦しいこともいっぱいあったけど、それで今の私があるんだからそれでいいというか、そうじゃないと今の私にならないからいけない」とも述べており、重篤な摂食障害という病気にならざるをえなかったという苦しいこと、つらいこともすべてひっくるめて、受容するというような深いものであった。彼女は自分のあり方について「そうあるしかない」概念を使って述べてはいないのであるが、上に述べたように「全関連性」、「被規定性」を感じていたことは間違いない。さらに自分や母親（そしてセラピスト）に欠点があることについての「しょうがない。お互い勉強し、失敗しながらレベルアップしていく」という語りは「総力性」につながるものである。以上のことから、自己や周囲の悪いところをも含めてまるごとすべてを受容するような深い肯定感は、「そうあるしかない」概念と関係すると思われた。

2. 事例 B

事例 B については、第 2 章第 1 節で触れた。筆者は、事例 A との心理療法を経験する中で「そうあるしかない」という概念を意識するようになったのであるが、その頃から他にも何人かのクライアントが、A と同じように「これまでのすべてがあって今の自分がある」といったことを語り、「全関連性」、「被規定性」を表現していることに気づいた。B もその中の一人だったのであるが、彼女はそれまで大変な中を必死に生きてきた自分に対して、「総力性」も感じて「自分のことがいとおいしい」と述べたのだった。

事例 B について、ここで改めて注目しておきたいのは、かつて自分が受けた激しい虐待について改めて話す中で、自分を守ってくれなかった親に対する強い怒りが湧いてきて、復讐したい気持ちが抑えられなくなってしまった時のことである。彼女は、彼女を守ってくれなかった両親を直接攻撃して復讐するのではなく、自分がいかに深く傷ついたのかを両親にわかってもらうため（思い知らせるため）、自分をひどく傷つけて殺す方法で両親に復讐したくなってしまったのである。その気持ちがどうにも抑えきれなくなって、行動に移して

しまう危険が高まってしまった時、精神科病院に入院した。彼女は「たくさん泣いてきます」と言って入院先へと向かった。彼女は、入院先の患者がみんないい人たちで、彼女のことを心配し、思いっきり泣かせてくれたと述べていたのであるが、数日間という短期間でスムーズにその危機を乗り越えた。ここでは、そのように復讐したい気持ちを「そうあるしかない」ととらえて、クライアントとセラピストでしっかりと受け止めたことを強調したい。つまり、その激しい復讐したい気持ちについて、それをあるべきものが欠けた「欠如態」ととらえて、何かを補おうとしたり、悪いものが付け加えられた「悪性態」ととらえてそれを取り除こうとしたりせず、その時点ではそれが「十全」であるとして、その気持ちも大切なものとしたのである。

もう少し説明を続ける。彼女には、当時受験を控えた子どもがいた。親の精神科病院への入院ということが、受験を控えた子どもに与える影響について彼女は心配しており、決してそのことを考える気持ちが欠如していた、もしくは不十分だったということではない。

「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を踏まえて考えれば、子どもに迷惑がかかってしまうことを十分にわかっているにもかかわらず、その復讐したいという気持ちをどうしても抑えきれなくなってしまったのである。入院中に面会に来た子どもに向かって、彼女が「大切な時期にお母さんが入院しちゃってごめんね」と謝ると、「何言っているの。自殺されるよっぼどいい」と言われたそうである。また、両親に対する激しい怒りもあってはおかしいもの、エスカレートしすぎたものでは決してなかった。たしかにその時、一時的にその気持ちが強くなったということは言える。サディスティックな面も見られる。しかし、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を踏まえて考えれば、一時的にその気持ちが強くなったことも、彼女の中のサディスティックな面が関係したことも、すべてそのようにならなくてもよいのになっただけではなく、その時点ではどうしても「そうあるしかない」状態だったのである。さらに、Bと筆者はそれをやむをえないものというように、ネガティブなものとしてはとらえてはなかった。彼女がそこで（それまで）抱えている「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を踏まえて考えれば、むしろそこでそういう気持ちにならなければおかしいし、それはその時点でやっとなんと感じるようになるようになった彼女の正当な気持であるとさえ感じていたのである。しかし、だからと言ってそのまま自死してしまってよいわけではない。当時、彼女の面接は週末に行われていた。復讐したい激しい気持ちが抑えきれないという話がされた面接はくどうしても行動に移してしまいそうという時は入院しましょう。そういった場合も週明けまではなんとか辛抱して、週が明けたら連絡をください>と筆者から伝えて終わった。

そして、週明けに筆者が出勤すると B から電話が入っているという報告があり、「やっぱり駄目です」<わかりました。すぐ主治医に言って入院先を探してもらいます>と入院がすぐに決まったのであった。このようにスムーズに入院へと至り、さらに入院後短期間で気持ちがおさまったことについては「そうあるしかない」概念のもと、その時点ではどうにもそうあるしかないということ（そうでしかありえないということ）がクライアントとセラピストに共有されていたことが大きく関係していると思われた。

3. 事例 C

事例 C では、心理療法を求めて来談したクライアントに対して、セラピストとしてわれわれが応えられるもの、応えられないものをクライアントとセラピストの双方で吟味していく心理療法の初期における作業について「心理療法の土俵づくり」として述べた。「心理療法の土俵づくり」においては、クライアントがセラピストに求めているもののうち、セラピストが応えることができないものを切り捨てたり排除したりして土俵をつくるのではなく、土俵におさまらないもの、そこからはみ出してしまうものの中にこそ、治療的な援助を必要とするものが含まれているのであり、そのようなおさまらないことに対して、クライアントとセラピストが共同でなんとかおさまりをつけていくという作業が心理療法の治療過程そのものであると指摘した。そして「そうあるしかない」という概念をもつことで、その作業がより適切に行われるようになると述べた。

「そうあるしかない」という概念をもつことにより、そこで作ろうとしている心理療法の土俵におさまらない気持ちを、なくてはならないものが欠けた「欠如態」とか、悪いものが加わった「悪性態」とするのではなく、その時点では「そうあるしかない」大切なものととらえる。事例 C に即して言えば、C の「早くなんとかしてほしい」、「可能な限り一緒にいて話を聞いてほしい」という気持ちが、筆者が C と作ろうとしていた心理療法の土俵におさまらない気持ちであった。筆者は、これらの土俵におさまらない気持ちにうまく対処することができず、<どうい問題なのかをよく見ていきましょう>と繰り返し、約 1 年の中断を招いた。そこには、C の良い子でいたい、良いクライアントでいたいという思いとともに、C を紹介してきた知り合いの医師の期待に応えたいという筆者の逆転移の影響が考えられた。「そうあるしかない」という概念がなくても、セラピストはクライアントのその時の状態について、その由来や背景に関心を向けなくてはならない。心理力動的なオリエンテーションをもった治療者であれば、それはなおさらであり、転移／逆転移によって「早く

なんとかしてほしい」、「可能な限り一緒にいて話を聞いてほしい」という気持ちに対して十分に目が向けられなかったことは、この時点における筆者の限界であった。このようなことがなくなっていくようにわれわれは研鑽を積んでいかななくてはならないのだが、「そうあるしかない」という概念をもつことによって、クライアントの抱えている「全関連性」、「被規定性」、「総力性」をより重視することができれば、このような転移／逆転移によって生じる問題¹³からより早く抜け出すことが期待されるのである。つまり、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」のもとで、そうならなくてもよいのにそうなっているのではなく、「そうあるしかない」ということをしっかりと認識していれば、ただくどう問題なのかをよく見ていきましょう>と繰り返すのではなく、そのようにしないといけないとわかっていてもできない気持ち、そこで湧いてきてしまう「早くなんとかしてほしい」気持ちについて、もっと関心を示し、検討することができたのではないかと思うのである。

4. 事例D

事例Dでは、まず心理療法が必要となったクライアントの状態を“コトがおさまらなくなった”状態ととらえ、心理療法の過程は、この“おさまらなくなったコト”がおさまっていく過程であると考えた。心理療法過程は、支持的な過程と内界探求的な過程の二つに大きく分けることができるが、この二つの過程は相対立するものではなく、実際の治療ではこれらの過程が相互に入り混じって進んでいくこと、この様な心理療法過程のあり方は当事者であるクライアントとセラピストがもつさまざまな条件の影響を受けることを述べた。その上で、このさまざまな条件をもつクライアントとセラピストによって、クライアントのおさまらなくなったコトを何とかおさめていく過程について「そうあるしかない」概念を導入し、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を有する、その時点では「そうあるしかない」クライアントとセラピストでコトをおさめようとしていく過程として考察した。「そうあるしかない」概念を導入することによって、そこで行われている心理療法過程について、さまざまな限界をもつクライアントとセラピストによって行われる作業であり、「そうあるしかない」状態を無視して理論的にのみ考えられるものではないことを指摘した。そして、そこから心理臨床の臨床教育・指導・スーパービジョンやケース・カンファレンスについて、次のような示唆も得られた。

¹³ 転移／逆転移が生じるのは必須であり、避けられないことと筆者は考えている（高橋，2011）。

心理臨床の臨床教育・指導・スーパービジョンやケース・カンファレンスでは、クライアントとセラピストによって実際に行われたことについて検討・評価がなされ、より適切な対応、対処、介入といったものが追究される。もちろん、より治療的な対応、対処、介入ができるように、われわれは日々の研鑽を怠ってはならない。しかし、いくら理論的により治療的な対応や介入だとしても、その時点でのクライアントとセラピストの「そうあるしかない」状態を踏まえないと非治療的になる危険性がある。心理臨床の臨床教育・指導・スーパービジョンやケース・カンファレンスにおいては、クライアントとセラピストの「そうあるしかない」状態を踏まえることが重要であり、〇〇すべきである、または〇〇すべきではないという指示をただするだけではなく、やるべきとわかっているけどできないことや、やっつけはいけないとわかっているけどしてしまうことについて、どういうことでそうなっているのかを含めて検討することが必要である。つまり、その人の「そうあるしかない」といったことについて、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を考慮に入れて検討するのである。これが心理臨床の臨床教育・指導において、個人スーパービジョンといった個別の教育・指導が必要とされる所以でもあろう¹⁴。心理臨床に携わる者は、このように自身の「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を踏まえた「そうあるしかない」状態について、常に吟味しておかねばならないのである。

5. 事例E

事例Eは、万引きが止まらなくなってしまった事例である。彼女は、筆者との心理療法が始まる以前にも万引きで捕まったことを機に二人のセラピストから心理療法を受けていた。しかし、何度も捕まっているにもかかわらず、「本気で治そうとしていなかった」ということであった。「万引きは働かないで欲しいものが手に入る、喜ばしいこと。捕まっても拒食、過食、フーズクでバイトと言うと普通じゃない子と許してもらえるから大丈夫」と述べていた。それがはじめて起訴され、就職も迫ってきて、もう止めなければと思ってもど

¹⁴ 心理臨床の臨床教育・指導には、教育分析が含まれることもある。しかし、ここでは教育分析の必要性までは述べていない。心理臨床の臨床教育・指導において「全関連性」、「被規定性」、「総力性」からなる、その時点におけるセラピストの「そうあるしかない」を検討するのは、あくまで、その事例の心理臨床業務を遂行していく上で必要な範囲に限るべきと筆者は考えている。その範囲を超えて、セラピストの個人的な「全関連性」、「被規定性」、「総力性」に触れるのは教育・指導においては慎重であるべきであり、もし行うというのであれば、それはその人のセラピーとして、臨床教育・指導とは違ったところで行うべきであらう。なお、Rogers (1939/1966) は教育分析の効果に異議を唱えている。

うにも止められないことを思い知ったところで、筆者の前に現れた。Eは、「もう自分は犯罪者になってしまっている」、「(心理療法ではなく) 矯正施設に強制的に収容して訓練を受けないといけない」と述べた。そこには、自分は社会のルールを守る良心が欠如している(「欠如態」)、悪事を働く邪悪な心になっている(「悪性態」という思いがあった。そのため、彼女は、施設で厳しい指導を受けて、良心を身につけたり、邪悪な心を取り除かないといけないと考えていた。実際にそのような厳しい指導によって彼女の行動を変えることもできたかもしれない。ひょっとすると、その方が早く成果が出るということがあったかもしれない。それはそれで必要な処置であろう。

しかし、心理臨床的な援助は、そういったアプローチとは異なる。心理臨床的な援助は「そうあるしかない」概念に基づいて、クライアントの状態を「欠如態」とか「悪性態」ととらえるのではなく、その状態をそれまでとその時のすべてが関係するものとし(「全関連性」、「被規定性」)、それがその時点でのクライアントのできる限りの状態としてとらえ(「総力性」)、「そうあるしかない」状態として大切にすることによって、そこから新しいものが生まれてくるのを待つといった形の援助である。このような「そうあるしかない」概念に基づく援助によって、クライアントは、欠けていたものが補われたからよい、または悪いところを取り除かれたからよいといった肯定感ではなく、事例 A が獲得したような、不十分どころがあったとしてもよいという深い自己肯定感をえることができることを指摘した。

6. 児童養護施設の事例

第8章では、児童養護施設の事例として、散歩に行った神社でおもらしをしてしまった F、周りの子にからかわれたことに腹を立てて石を投げて他の小さい子にけがをさせたしまった G、おさまらない気持ちから並べられていた鉢を叩き壊した H、自分の要求をすぐにあきらめてしまう I といった4人の子どもの関わりを提示して、児童養護施設臨床において「そうあるしかない」概念をもつ意義を述べた。

児童養護施設で暮らしている子どもたちは、そこにたどりつくまでに多くの困難をくぐりぬけてきている。その途上でさまざまなことを体験してきており、彼らが示すいろいろな行動には、それまでとその時のことが関係して(「全関連性」)、それらの影響を受けている(「被規定性」)。しかも、その時に示す行動は、彼らがその時にできる精一杯のことである(「総力性」)。児童養護施設臨床においては、このように「そうあるしかない」概念に基づいて子どもたちの行動をとらえることが非常に重要になることを述べた。

いくつかの研究が示すように、児童養護施設で暮らす子どもたちの自尊感情は低い傾向にあり（例えば、吉田，2011；井出ら，2014），彼らは、自分に何か悪いことが起きると自分に何か欠けているから（「欠如態」）とか、自分は悪いものを持っているから（「悪性態」）ととらえる。施設入所になったことについても、自分が悪いからだと感じている（事例Ⅰ）。そのような彼らに対して、どんなことでもその時点における精一杯のことなのであり、十全なことととらえる「そうあるしかない」概念は重要なものである。

また、児童養護施設臨床では、治療的なセッティングにおける関わりだけでなく、日常生活場面における関わりも求められる。そのような日常生活場面における関わりにおいてこそ、子どもたちが示すいろいろな行動に対して、それまでとその時のことが関係して（「全関連性」）、それらの影響を受けている（「被規定性」）、しかも、その時に示す行動は、彼らができる精一杯のことである（「総力性」）という「そうあるしかない」という概念に基づく臨床心理学的援助があることが重要であることを述べた。

7. 「そうあるしかない」概念の有用性のまとめ

以上のAからIまでの事例に見られた「そうあるしかない」概念の有用性は次のようにまとめることができる。

第一に、問題がある状態に対して、それが反社会的なことであったり、非適応的なことであったりしても、「欠如態」や「悪性態」ととらえるのではなく、「十全」ととらえるために、問題があってもよいといった深い自己肯定感につながりやすい。

第二に、反社会性や自己破壊性が大きい行動でもあっても、その時点では「そうあるしかない」と深く認めているために、外部の力の応援を仰ぐという形を速やかにとることができる。

第三に、心理療法初期のセラピーをどのように進めていくかについての話し合い（「心理療法の土俵づくり」）を無理のない形で行いやすくなる。

第四に、心理療法過程において、当事者であるクライアントとセラピストの二人によるよりよい関わり合いについて理論的ではなく、実際的に検討しやすくなる。

最後に、何よりもこれまであいまいでさまざまな議論が続いていた心理臨床における「受容」概念を明確なものとするができる。「受容」概念において、これまで議論が続いてきた、1) 概念のあいまいさの問題、2) 「無条件性」の問題、3) 「背反性」の問題、4) 存在論的側面と認識論的側面の混在の問題、といった問題を整理できることは第2章第2

節の5で述べたとおりである。

次節以降では、心理臨床における「そうあるしかない」概念導入の意義について、心理臨床の専門性と独自性といった面を中心に考える。

第2節 心理臨床における「そうあるしかない」概念導入の意義

1. 「そうあるしかない」概念からみた心理臨床における「受容」

「そうあるしかない」という概念は「受容」に通じる。事例Aのように「すべてのことがあって今がある」と述べたクライアントが他にも何人かいたことについては、すでに述べたが、彼らは、自分たちのこれまでを振り返り、その時その時に必死だった自分を感じていた（総力性）。つまり、自分のあり方について、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を感じ、「そうあるしかない」ということに思い至ったと考えられるのだが、彼らは、そこで自分と自分を取り巻くすべのことに対して深い肯定感を感じ（事例A）、自分をいとおしむようになった（事例B）。これは自分を無条件に肯定する態度であり、「受容」と言えるものである。彼らは、回復した状態のみならず、かつてのさまざまな問題や症状を抱えていた自分も含めて、それで精一杯だったのであり、それでよいと感じているのである。このように「そうあるしかない」概念は、それがその時点での精一杯であり、それで「十全」とする。症状や問題を抱えた状態であっても、それを本来あるべきものが欠けた「欠如態」とか、あってはいけない悪性のものが加わった「悪性態」とはとらえないのである。

対人援助には、問題が生じた状態を「欠如態」とか「悪性態」ととらえて、そこで欠如しているものを補う援助や悪性のものを取り除くという形の援助もある。例えば、医療においては病気の原因を人間に必要なホルモンなどの体内物質の不足ととらえて、必要な物質を投薬などで補うことがある。必要な栄養が足りていないということで栄養を補うということもあるだろう。場合によっては栄養を取らないといけないという知識や情報が欠けている場合もある。そういった場合は知識や情報の提供をする。このような援助は教育ということになるかもしれない。いずれにしてもこれらは問題が生じた状態を「欠如態」ととらえて行う援助である。同じく医療においても、問題が生じた状態を癌などの悪性物質ができた状態ととらえてその悪性物質を取り除いたり、ウイルス感染によって体内で増殖したウイルスを除去したりといった、「悪性態」ととらえる援助もある。非行などの問題で悪い仲間

から引き離すといったような対策も問題の発生を「悪性態」ととらえた上での援助だろう。このような援助もとても大切な援助である。このような援助が功を奏することもたくさんある。というより、専門的な対人援助として行われることはほとんどがこのような形の援助だろう。

心理臨床においても、このように症状や問題を抱えた状態を「欠如態」ととらえて、欠如しているものを補う形の援助をしたり、「悪性態」ととらえて悪性のものを取り除く形の援助をしたりすることもある。心理教育による情報や知識の提供は「欠如態」としてとらえた援助、認知行動療法におけるゆがんだ認知の修正や除去などは「悪性態」ととらえているところがあるだろう。これらも大切な臨床心理学的援助である。しかし、筆者は心理臨床にはそれだけではない、心理臨床ならではの重要なものがあると思う。それが、「そうあるしかない」という概念に基づく援助である。

心理臨床ならではの援助は「受容」を梃子にしたものである。これまで「受容」概念はさまざまな問題を孕み、なかなか明確に定義されてこなかった。しかし「そうあるしかない」という概念を導入することによって、心理臨床が重視する「受容」についてより明確に定義することができる。「そうあるしかない」概念のもとでは、クライアントの状態を「欠如態」ととらえて欠けているものを補うとか、「悪性態」ととらえてそこにある悪性のものを取り除くといった形の援助ではなく、その状態について、それまでとその時のすべてが関係するものとし（「全関連性」, 「被規定性」）, それがその時点でのクライアントのできる限りの状態としてとらえ（「総力性」）, 「そうあるしかない」状態として大切にする。そしてその状態を深く是認することによってそこから何か新しいものが生まれてくるのを待つとといった援助になる。このような問題を含むその時の状態を「そうあるしかない」と重視する、それが心理臨床がずっと目指してきた「受容」であり、心理臨床ならではの援助だと思う。

2. 「そうあるしかない」概念が心理臨床にもたらす意義

本研究の冒頭で述べたように、「受容」は、ロジャーズ学派にとどまらず、すべての心理臨床実践に必要な姿勢とされ、さらには心理臨床の枠を越えて、あらゆる対人援助の根幹とされることもある概念である（例えば、Tudor & Merry, 2002/2008 ; 佐治ら, 2007 ; 坂中ら, 2015 ; 松木, 2015）。しかし、その「受容」概念にはさまざまな問題がある。本研究では、「そうあるしかない」という概念を導入することによって、この「受容」概念がもつ問

題を解消できることを前項で示した。ここでは、新たに「そうあるしかない」という概念の導入が心理臨床にもたらす意義について述べる。

そのために、まず「受容」概念が、すべての心理臨床実践の基盤を支えるもの、あらゆる対人援助に共通して必要な態度条件とされることについて、滝川（1998）の精神療法論を援用して考えてみる。

滝川は、「精神療法=心理療法」とは何か、という問いをたて、精神療法の普遍的な本質を論じた。彼は、私たちの悩みや困難は、日常の多様な関わりの中でおのずと解決され、癒されており、「それらのアイデアから、ある部分を抽出して方法論的に練り上げ、抽象的な関係の場において行うものが精神療法である」とし、図2を示した。

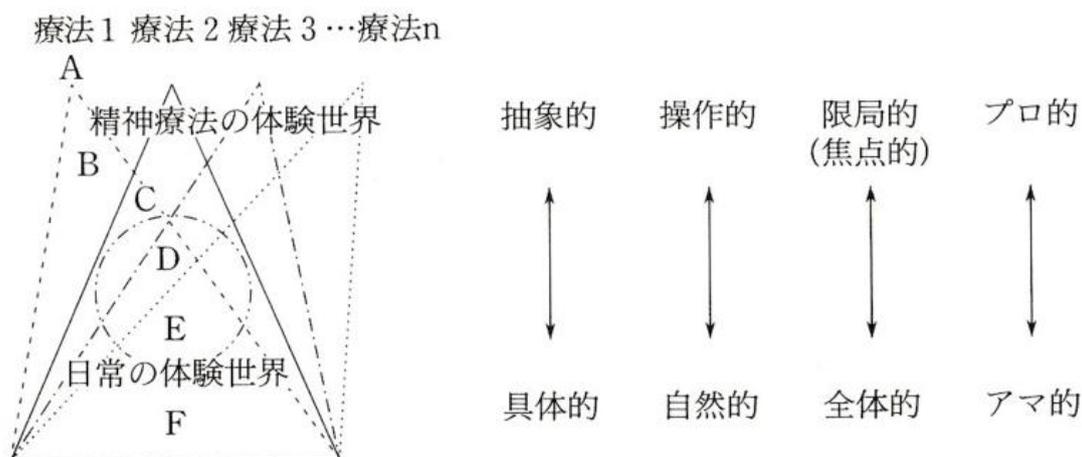


図2 滝川（1998）より引用

「日常の体験世界の中でのさまざまな手立てや関わりが上方に抽象化されえゆく度合いに応じて、より操作的、焦点的な体験世界へと分化してゆく。またどんな方向に抽象化されるかによって技法は多様に分かれる。また、先端へと抽象の度合いが高まるほど、その精神療法としての技法性や（他の技法と区別されるべき）特異性がシャープとなってくるだろう。私たちが「〇〇療法」としてくっきり定式化された流派・技法として出会うのはそうした先端領域である。しかし、どんな先端的な技法でもその根の方にさかのぼれば、つまり普通の日常生活の体験の方に降りてゆけば、次第に他と重なり合う部分が増えて、基底部では生活世界のもつ全体性の中に溶け込んでゆく」と述べた。そして図2のAの位置にいる治療者

は「療法 1」の最先端にいる治療者、B あたりにいる位置するものが「療法 1」プロパーの治療者で、C は「療法 1」と「療法 2」の折衷的臨床家、D はさらに折衷性が高く、E は特定の諸流派にことさら同一化していない治療者である。そして F の水準まで下りてくると、もはや「精神療法」の概念からは離れ、アマチュアの領域に入ると述べた。

滝川はさらに、学会や専門書コーナー、各種ワークショップで「〇〇療法」としてさかんに紹介され、研修会が開かれたりしているのは A、B といった領域なのだが、D、E のあたりの円で囲んだ部分に注目し、それが精神療法 (= 心理療法) を支えている基底部分であるとして図 3 を示し、次のように述べた。

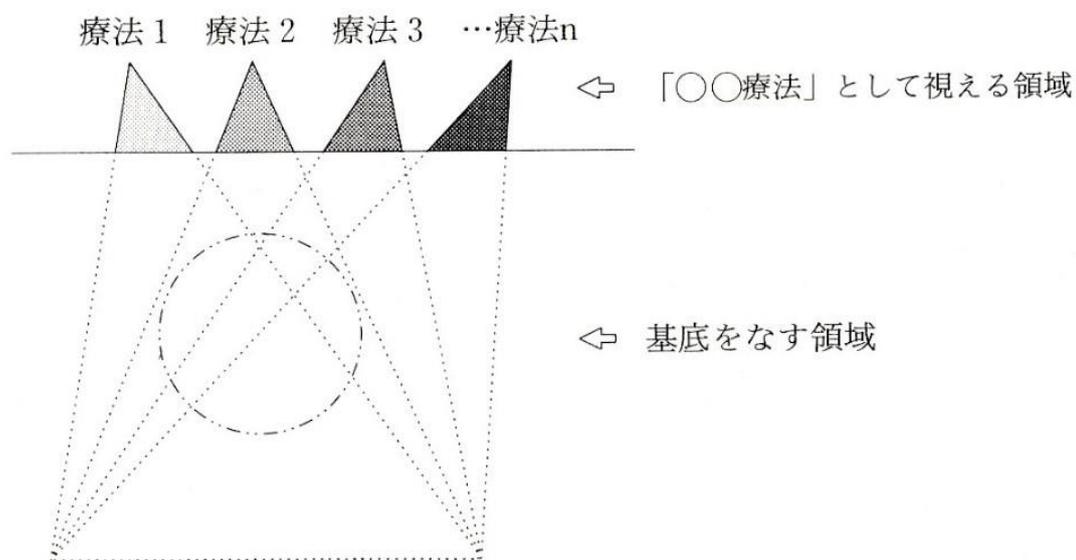


図 3 滝川 (1998) より引用

「この円の部分は日常の体験世界から、より抽象的な精神療法的な世界へと手立てや関わりが移っていく中間領域にあり、各種の精神療法がそこから分化し抽象度を高めていく原基的な領域を形成している。」「先端域の理論や技法を駆使しつつ患者 (クライアント) と関わる時にも、その理論や技法の原点をなす生活的な体験領域として、絶えず治療者の意識がそこへ還流されるべき領域ともいえる。さもないと、その精神療法はシャープに見えても、どこか観念的なもの、抽象化された概念や操作のなかに (患者の側の体験は置き去りに) 自己完結してしまいかねないと思う。」「精神療法の技法としての高度化は図の頂点方向への上昇の形で現れるけれども、精神療法家の治療者としての成熟は逆に基底の方への厚みの増加のかたちで現れる。」

この滝川の精神療法論に即して考えれば、すべての心理臨床実践の基盤を支えるものとされている「受容」は、この基底をなす領域の中核の一つと言えるものであろう。そもそも Rogers (1957a/2001) は、「受容」含む6つの条件を、来談者中心療法のための必要十分条件としてではなく、アプローチや技法とは関係なく、治療的なパーソナリティ変化のための必要十分条件として述べたのである。そして、先に述べたように、「そうあるしかない」という概念は、これまでさまざまな問題があった「受容」概念にとって代わるもの、もしくは「真の受容」といえるものである。したがって、「そうあるしかない」概念は、さまざまな流派・技法がある心理療法の基底部分を支えるものといえる。

さらに、事例 A～事例 I で提示したように、「そうあるしかない」概念は心理療法過程の全体を通して、つまり初期においても、中期においても、さらには後期、終結期の局面においてもその基底の部分を支える概念となる。また、「そうあるしかない」概念は、その対象についての条件もない。精神疾患はもとより、さまざまな身体疾患、非行や犯罪などの社会的な行動の問題、さらには緩和ケアや見取りといったことにおいても、心理臨床的な援助をする場合においては、その対象がどんなことであったとしても、その基底部分を支えるのである。この「そうあるしかない」概念に支えられた基底の上に、それぞれの問題についての特異的な部分加わる。「そうあるしかない」概念は、心理臨床の活動分野も選ばない。保健医療分野においても、福祉分野においても、教育、司法・犯罪、産業・労働といった分野においても、それらの分野に共通する基底部分を支える。

このように「そうあるしかない」概念は、心理臨床の根幹を支えるものといえるのであり、このような「真の受容」といったものを梃子とする対人援助のアプローチが心理臨床ともいえるのである。それをここで今一度繰り返すと、助けが求められることとなった症状や問題を抱えた状態に対して、それを「欠如態」とか「悪性態」ととらえるのではなく、「全関連性」、「被規定性」、「総力性」を考慮して「そうあるしかない」ととらえ、その状態を大切に（深く是認する）ことによって、そこから新しいものが生まれてくるといった形のアプローチ、それが心理臨床の専門性であり独自性である。

第3節 今後の展望と課題

本研究は、「そうあるしかない」という概念を提起して、それがこれまでさまざまな議論が続いていた「受容」概念をめぐる問題を解消すること、さらに「そうあるしかない」とい

う概念が心理臨床にもつ意義について、事例研究法を用いて示したものである。

「そうあるしかない」という概念について、あらためて述べると、それは人間存在のあり方についてのものであり、そこには「全関連性」という特性がある。この「全関連性」は、その時点のその人のあり方には、それまでとその時のこと、つまり過去に起きたこととその時点で起きていることのすべてが関連しているということである。それは直接的に関係することだけでない。間接的に関係することは言うに及ばず、まったく関係ないと思われるようなこと、例えば他国で起きたことやずっと昔の過去に起きたこと、そういったことも含めてすべてが、その時点のその人のあり方に関連しているということである。事例 A を例に挙げれば、A の祖父母は戦争や大きな災害の被害を経験しており、そこで祖父母（とくに祖母）が経験したことは、A の母親に、そしてそこから A に大きな影響を及ぼしていた。さらに、その戦争や災害は、その時やそれまでのさまざまな国の政治や経済活動、地球規模の気候の変化が関係している。このように「そうあるしかない」概念が含む事項は、無限の広がりをもつ。もちろん実際の臨床場面では、そのすべてを取り上げることはできないし、必要でもないだろう。その時その時に、その時点のクライアントとセラピストで取り上げられることを取りあげていく¹⁵。ただ、その時に必要とあれば、取り上げる範囲は無限なのである。A は祖母から仏壇を譲り受けた時には、母方の祖先だけでなく、父方の親せき、祖先についてもいろいろな話をし、自分のつながりをさまざまに感じたのである。

以上のようにあらゆることを考慮に入れる「そうあるしかない」という概念の心理臨床実践における有用性についての研究は、まずは事例研究法によらざるを得ない。そのことが本研究の限界ともなるであろう。

事例研究について、河合（1976）は、それが科学論文となるための条件として、「①新しい技法の提示、②新しい理論、見解の提示、③治療困難とされるものの治療記録、④現行学説への挑戦、⑤特異例」の5つを挙げた。本研究は、まず②の新しい理解、見解の提示を「そうあるしかない」という概念を提起することによって行った。そして、そのことから心理療法過程においてクライアントとセラピストによってどのように心理療法過程を進めていくのか、また反社会的な行動や自己破壊的な行動が激しくなった場合にどうするかなど①の技法の提示も若干行った。さらに、事例研究では、重篤な摂食障害の事例、常習万引きの事例を取り上げており、③の治療困難とされるものの治療記録でもある。また、クライアント

¹⁵ その時点での「そうあるしかない」クライアントとセラピストが取り上げられないことまで取り上げようとする非治療的になる危険があることについては第6章で述べた。

の状態を変えようとするのではなく、「そうあるしかない」と認めることでそこから新しいものが生まれることを期待するというアプローチは、問題の解消を直接的・間接的に目指している現行学説への挑戦といえるかもしれない。以上のように、本研究は河合が述べた5つの条件のうち、①～④を取り上げたものといえる。

また、河合（2003）は、事例研究が目指す目的について、個別の事例を超えて他の事例にも通じる普遍性（間主観的普遍性）を導くことであると述べた。その点からすれば、本研究では、事例Aから事例Iまで、すべての事例において、「そうあるしかない」という概念の有用性が認められた。「そうあるしかない」概念によって、これまでセラピストが対応に苦慮することが多かった自己破壊性や反社会性が強いことに対して一定の指針が得られることはすでに述べたのだが、それ以前に筆者は「そうあるしかない」概念をもつことでクライアントのことを安定して受け止められることを実感している。クライアントが抱える問題は往々にして通常の日常生活においては目をそらしたくなったり、否定、打消しをしたくなるようなものであったりするのだが、心理臨床家として臨む臨床実践場面においては「そうあるしかない」ということを深く感じることによって、その状態から目をそらすことなく、しっかりと受け止め続けられるのである。筆者はこのことを事例Aから事例I以外の事例においても、さらにはスーパービジョンの事例においても感じるし、スーパーバイザーからもそういった感想を聞いた。

かつて、土居（1969）は、「見立て」の概念を精神科診療に導入した際に、「精神科以外の臨床家にとっては剖検がいちばん勉強になる。それによって自分の診断が当たっていたかどうかを知ることができるし、またどれくらい自分の治療が役に立っていたかを判断できるからである。ところが精神科の場合には、ごく限られた脳器質疾患以外は、剖検が勉強の機会とはならない。そこでわれわれ精神科医は剖検に変わる何ものかを探さなければならないが、それこそ症例検討であると思うのである」と述べ、症例検討の教育的な面を強調した。ここで土居が述べた症例検討は事例研究と言い換えてもよいだろう。斎藤（2013）は、臨床事例研究のメリットとして、臨床実践と研究が矛盾なく両立すること、完全には対象化できない臨床家／医療者と患者／クライアントとの相互交流を描写・分析・そこからの新しい知識の産生に適していることに加え、臨床家自身の訓練や実践の改善に寄与すること、心理臨床を行う組織共同体の質的改善をもたらす可能性があることなどをあげた。「そうあるしかない」という概念の導入が、多くの心理臨床家の心理臨床実践、および心理臨床の組織共同体の質的改善につながることを期待したい。

そして、この事例研究法という研究法の限界が本研究の課題ともなろう。事例研究法につきまとう客観性、実証性の問題である。この点については、今後の研究をまつより他ない。その問題の解消のためには、まずは多くの心理臨床家によって「そうあるしかない」という概念の有用性の検証・確認がされていくことが望まれる。その研究方法はやはり事例研究法ということになるだろうが、筆者と直接関係しない臨床家によってこの概念が吟味されていくことが必要である。

さらに、心理臨床的援助を受けたクライアント側からの吟味も心理臨床家側からの吟味にもまして重要である。渡辺（2006）は、自身の事例研究について、その当事者のクライアントのコメントとともに報告をしている。そのクライアントの率直な物言いから、セラピストであった渡辺への気遣いや忖度はあまりないように見えるが、それでもやはり自身のセラピストが書いたものにクライアントがどれくらい自分の思いをそのまま述べることができるかはやはりわからない。フロイトの事例においては、狼男がのちに手記を出したり（Gardiner, 1971）、年老いたドーラに偶然会った精神分析家はその報告を発表している（Deutsch, 1957）。しかし、それだけであり、決して十分なものではない。「そうあるしかない」という概念についても、その概念に基づいておこなった心理臨床的援助を受けた方からの体験の聴取といったような研究が望まれる。客観的な検証ということであれば、その聴取は援助を行った心理臨床家とは関係しない第三者による聴取が理想であろう。しかし、その場合でも心理臨床家への気遣い、忖度、感謝や不満、怒り、恨みなどの感情からまったく自由になれるかはわからない。心理臨床は人と人との間において行われる営みである。すでに述べたように「全関連性」のもとにあるすべてのことを対象化することはできない。さらに、その関わりによって生じた感情を完全になくすこともできないであろう。斎藤（2013）が、事例研究の目的は、「その治療法は一般的に効果をもつか？」と検証する研究（効果研究）ではなく、むしろ「その治療法をよりよいものに改善するにはどうすればよいのか？」という研究疑問に基づく、探索的な質的改善研究 **quality improvement research** である」と述べたように、本研究も質的改善研究である。多くの心理臨床家によって「そうあるしかない」という概念の導入による質的改善が積み重ねられていくことを期待したい。

文 献

- Casement, P. (1985) . *On Learning from the patient*. Tavistock Publications. 松木邦裕
(訳) (1991) . 患者から学ぶ—ウィニコットとビオンの臨床応用. 岩崎学術出版社.
- Casement, P. (1990) . *Further Learning from the patient : The Analytic Space and Process*.
Tavistock Publications. 矢崎直人 (訳) (1995) . さらに患者から学ぶ—分析空間と分
析過程. 岩崎学術出版社.
- Casement, P. (2002) . *Learning from our mistakes : Beyond dogma in psychoanalysis
and psychotherapy*. London : Paterson Marsh Ltd. 松木邦裕 (監訳) 浅野元志・川野
由子・日下紀子・永松優一 (訳) (2004) . あやまちから学ぶ—精神分析と心理療法で
の教義を超えて. 岩崎学術出版社.
- Deutsch, F. (1957) . A footnote to Freud's "Fragment of an analysis of a case of hysteria."
Psychoanalytic Quarterly, **26**, 159-167.
- 土居健郎 (1969) . 「見立て」について. *精神医学*, **11**(12), 2-3. (土居 (1996) に再録)
- 土居健郎 (1967) . 精神分析. 創元社.
- 土居健郎 (1992) . 新訂方法としての面接. 医学書院.
- 土居健郎 (1996) . 「見立て」の問題性. *精神療法*, **22**, 118-124.
- Fenichel, O. (1945) . Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review*, **32**, 197-206.
- Freire, E. (2001) . Unconditional positive regard : the distinctive feature of client-centered
therapy. In Bozarth, T. D., & Wilkins, P. (Eds.) . *Unconditional Positive Regard*.
Ross-on-Wye : PCCS Books, 145-155.
- Freud, A. (1936) . *Das Ich und Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer
Verlag. 外林大作 (訳) (1985) . 自我と防衛. 誠信書房.
- Freud, S. (1895) . *Studien über Hysterie*. 芝伸太郎 (訳) (2008) . ヒステリー研究. フ
ロイト全集 2 . 岩波書店.
- Freud, S. (1905) . Bruchstück einer Hysterie-analyse. 渡邊俊之・草野シュワルツ美穂
子 (訳) (1969) . あるヒステリー分析の断片 [ドーラ] . フロイト全集 6 . 岩崎書店,
1-161.
- Freud, S. (1914) . *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. 道籟泰三 (訳) (1970) .
想起, 反復, 反芻処理. フロイト全集 1 3 . 岩崎書店, 295-306.

- Freud, S. (1926) . *Hemmung, Symptom und Angst*. 大宮勘一郎・加藤敏 (訳) (2010) . 制止、症状、不安. フロイト全集 19. 岩波書店, 9-101.
- Freud, S. (1933) . *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. 道畑泰三 (訳) (2011) . 続・精神分析入門講義. フロイト全集 21. 岩波書店, 1-240.
- Gardiner, M. (1971) . *The Wolf-man By The Wolf-man*. The Noonday Press.
- Gil, E. (1991) . *The Healing Power of Play*. New York : The Guilford Press. 西澤哲 (訳) (1997) . 虐待を受けた子どものプレイセラピー. 誠信書房.
- 井出智博・片山由季・大内雅子・堀遼 (2014) . 児童養護施設中学生の時間的展望と自尊心—有効な自立支援をおこなうために—. 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会・自然科学篇) , **64**, 61-70.
- 池見陽 (2015) . 中核三条件, 特に無条件の積極的関心が体験される関係のあり方 . 長喜一郎 (監修) 坂中正義・三國牧子・本山智敬 (編) ロジャーズの中核三条件<受容: 無条件の積極的関心>カウンセリングの本質を考える 2. 創元社, 31-42.
- 神田橋條治 (1990) . 精神療法面接のコツ. 岩崎学術出版社.
- 河合隼雄 (1976) . 事例研究の意義と問題点—臨床心理学の立場から—. 京都大学教育学部心理教育相談室紀要, **3**, 9-12.
- 河合隼雄 (1971) . コンプレックス. 岩波新書.
- 河合隼雄 (1991) . 心理臨床学会第 10 回大会ワークショップ.
- 河合隼雄 (2003) . 臨床心理学ノート. 金剛出版.
- Kirschenbaum, H. (1979) . *On Becoming Carl Rogers*. Delacorte Press.
- 北山修 (1984) . 両義的な言葉の橋渡し機能について. 精神分析学研究, **28**, 107-115.
- 北山修 (1987) . 比喩化と「織り込み」について. 精神分析学研究, **31**, 13-19.
- 北山修 (1988) . 心の消化と排出. 創元社.
- 小羽俊士 (2020) . 高橋論文へのコメント. 青年期精神療法, **16**, 65-67.
- Lietaer, G. (1984) . Unconditional positive regard : A controversial basic attitude in Client-Centered Therapy. In Levant, R., & Shlien, J. (Eds.) . *Client-Centered Therapy and Person-Centered Approach : New Directions in Theory, Research and Practice*. New York : Praeger, 41-58.
- Linehan, M. M. (1993) . *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press. 大野裕 (監訳) (2007) . 境界性パーソナリティ障害の

弁証法的行動療法. 誠信書房.

Mahler, M.S., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books. 高橋雅士・織田正美・浜中 紀 (訳) (1981). 乳幼児

の心理的誕生. 黎明書房.

松木邦裕 (1998). 分析空間での出会い——逆転移から転移へ. 人文書院.

松木邦裕 (2008). 摂食障害というところ. 新曜社.

松木邦弘 (2015). 本質的なものは保持されねばならない—「真のもの」という視点から—.

飯長喜一郎 (監修) 坂中正義・三國牧子・本山智敬 (編) ロジャーズの中核三条件<受容: 無条件の積極的関心>カウンセリングの本質を考えるⅡ』. 創元社, 100-103.

水島広子 (2010). トラウマの現実に向き合う. 岩崎学術出版社.

森 茂起 (1999). 児童養護施設における被虐待児の心理臨床. 日本心理臨床学会第 18 回大会発表論文集, 340-341.

森田喜治 (1990). 「僕を引き取ってください」——養護施設児の遊戯療法——. 心理臨床学研究, 8, 66-77.

諸富祥彦 (1997). カールロジャーズ入門. コスモス・ライブラリー.

諸富祥彦 (2016). 自己肯定感と自己受容. 臨床精神医学, 45, 869-875.

村瀬嘉代子 (1998). 心理療法のかんどころ. 金剛出版.

村瀬嘉代子監修 (2002). 子どもの福祉とこころ. 新曜社.

村瀬孝雄・保坂亨 (1990). ロジャーズ. 小川捷之・福島章・村瀬孝雄 (編). 臨床心理学大系第 16 巻, 77-108.

中田行重 (2013). Rogers の中核条件に向けてのセラピストの内的努力. 心理臨床学研究, 30, 865-876.

中田行重・佐藤春奈・白崎愛里・須藤亜弥子・中西達也 (2015a). 体験的な対場から見た無条件の肯定的配慮. Lietaer (1984) の論文の紹介. 関西大学心理臨床センター紀要, 6, 59-67.

中田行重・小野真由子・構美穂・中野紗樹・並木崇浩・本田孝彰・松本理沙 (2015b). Freire, E. による無条件の肯定的配慮論～古典的クライエント中心派の主要原理～. 関西大学心理臨床センター紀要, 6, 89-96.

中谷陽二 (2010). 摂食障害者の万引きと司法精神医学. アディクションと家族, 26, 291-295.

- 成田善弘 (1991) . 強迫神経症の小精神療法. 精神科治療学, **6**. 成田善弘. 精神療法の経験, 金剛出版, 72-88.
- 成田善弘 (2007) . 新訂増補精神療法の第一歩. 金剛出版.
- 成田義弘 (2014) . 新版精神療法家の仕事. 金剛出版.
- 日本心理研修センター (監修) (2018) . 公認心理師現任者講習テキスト 2018 年版. 金剛出版.
- 西澤哲 (1999) . ト라우マの臨床心理学. 金剛出版.
- 西澤哲 (2005) . 集団内の子どものケア：施設における治療的養育について. 子どもの虐待とネグレクト, **7**, 付録 CD-ROM, 89-93.
- 岡田敦 (1997) . 「転移劇」としての治療. 氏原寛・成田義弘 (編) . 転移／逆転移——臨床の現場から. 人文書院, 173-196.
- 大迫秀樹 (1999) . 虐待を背景に持つ非行小学生に対する治療教育——教護院における環境療法によるアプローチ. 心理臨床学研究, **17**, 249-260.
- 大迫秀樹 (2003) . ネグレクトを背景に非行傾向を示すようになった児童に対する入所施設での環境療法. 心理臨床学研究, **21**, 146-157.
- Robin, C. J., Henry Schmidt III., & Linehan, M. M. (2004) . Dialectical behavioral therapy. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.) . *Mindfulness and Acceptance*. The Guilford Press. 佐藤徳 (訳) (2005) . 弁証法的行動療法——徹底的アクセプタンスと巧みな方法を統合する. 春木豊 (監修) 武藤崇・伊藤義徳・杉浦義典 (監訳) マインドフルネス & アクセプタンス. プレーン出版, 49-67.
- Rogers, C. R. (1939) . *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Houghton Muffin. 小野修 (訳) 堀淑昭 (編) (1966) . ロージャズ全集 1 : 問題児の治療. 岩崎学術出版社.
- Rogers, C. R. (1940) . The process of therapy. *Journal of Counseling Psychology*, **4**, 161-164. 高柳信子 (訳) (1966) . セラピイの過程. 伊藤博 (編) ロージャズ全集 4 : サイコセラピイの過程. 岩崎学術出版社, 3-10.
- Rogers, C. R. (1942) . *Counseling and Psychotherapy*. Houghton Muffin. 末武康弘・保坂亨・諸富祥彦 (訳) (2005) . カウンセリングと心理療法. 岩崎学術出版社.
- Rogers, C. R., & Wallen, J. L. (1946) . *Counseling with Returned Servicemen*. McGraw-Hill Book Company, Inc. 手塚郁恵 (訳) (1967) . 復員兵とのカウンセリング. 友田不二男 (編) ロージャズ全集 1 1 : カウンセリングの立場. 岩崎学術出版社, 1-170.

- Rogers, C. R. (1950) . A current formulation of client-centered therapy. *Social Service Review*, 24, 442-450. 伊東博 (訳) (1967) . 現時点におけるクライアント中心療法の構成. 伊東博 (編) ロージャズ全集 1 4 : クライアント中心療法の初期の発展. 岩崎学術出版社, 224-263.
- Rogers, C. R. (1951) . *Client-Centered Therapy*. Houghton Muffin. 保坂亨・諸富祥彦・末武康弘 (訳) (2005) . クライアント中心療法. 岩崎学術出版社.
- Rogers, C. R. (1953) . Some directions and end points in therapy. In Mowrer, O. H. (Ed.) . *Psychotherapy ; Theory and Research*. The Ronald Press. 44-68. 伊東博 (訳) (1966) . セラピーにおける方向と終極点. 伊東博 (編) ロージャズ全集 4 : サイコセラピーの過程. 岩崎学術出版社, 71-115.
- Rogers, C. R. (1956a) . Client-centered therapy : a current view. In Fromm-Reichmann, F., & Moreno, J. L. (Eds.) . *Progress in Psychotherapy*. Grune and Stratton : New York, 199-209. 伊東博 (訳) (1967) . クライアント中心療法の現在の観点. 伊東博 (編) ロージャズ全集 1 5 : クライアント中心療法の最近の発展. 岩崎学術出版社, 41-58.
- Rogers, C. R. (1956b) . A counseling approach to human problem. *American Journal of Nursing*, 56, 994-997. 大西匡哉 (訳) (1967) . 人間の問題に関するカウンセリングによる一考察. 畠瀬稔 (編) ロージャズ全集 6 : 人間関係論. 岩崎学術出版社, 3-16.
- Rogers, C. R. (1957a) . The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. In Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (Eds.) (1989) . *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin. 伊東博 (訳) (2001) . セラピーによるパーソナリティ変化の必要にして十分な条件. 伊東博・村山正治 (監訳) ロジャーズ選集 (上) : カウンセラーなら一度は読んでおきたい厳選 33 論文. 誠信書房, 265-285.
- Rogers, C. R. (1957b) . A note on "The Nature of Man". *Journal of Counseling Psychology*, 4, 199-203. In Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (Eds.) (1989) . *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin. 古谷健治 (訳) (2001) . 「人間の本質」について. 伊東博・村山正治 (監訳) ロジャーズ選集 (下) : カウンセラーなら一度は読んでおきたい厳選 33 論文. 誠信書房, 180-189.
- Rogers, C. R. (1959a) . A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.) . *Psychology, a*

- Study of a Science*, **3**, *Formulations of the person and the Social Context*. McGraw-Hill, 184-256. 畠瀬稔他（訳）（1967）. クイエント中心療法の立場から発展したセラピー, パースナリティおよび対人関係の理論. 伊東博（編）ロージャズ全集 8 : パースナリティ理論. 岩崎学術出版社, 165-278.
- Rogers, C. R. (1959b) . Lessons I have learned in Counseling with Individuals. In Dugan, W. E. (Ed.) . *Counseling Points of View*. University of Minnesota Press, 14- 26. 伊東博（訳）（1967）. カウンセリングの立場. 伊東博（編）ロージャズ全集 1 5 : クライエント中心療法の最近の発展. 岩崎学術出版社, 69-126.
- Rogers, C. R. (1961) . *On Becoming a Person : A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin. 諸富祥彦・末武康弘・保坂亨（訳）（2005）. ロジャーズが語る自己実現の道. 岩崎学術出版社.
- Rogers, C. R. (1962) . The Interpersonal Relationship : The Core of Guidance. *Harvard Educational Review*, **32**, 416-429. 畠瀬直子（訳）（1967）. 対人関係 : ガイダンスの核心. 畠瀬稔（編）ロージャズ全集 6 : 人間関係論. 岩崎学術出版社, 45-69.
- Rogers, C. R. (1966) . Client-centered therapy. In Arieti, S. (Ed.) . *American Handbook of Psychiatry*, 3. Basic Books, 183-200. 伊東博（訳）（1967）. クライエント中心療法. 伊東博（編）ロージャズ全集 1 5 : クライエント中心療法の最近の発展. 岩崎学術出版社, 255-297.
- Rogers, C. R., & Truax, C. B. (1967) . The Therapeutic Conditions Antecedent to Change : A Theoretical View. In Rogers, C. R. (Ed.) . *The Therapeutic Relationship and Its Impact : A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. University of Wisconsin Press. 手塚郁恵（訳）（1972）. 変化に先だつセラピー的な諸条件: あるひとつの理論的な見解. 友田不二男（編）ロージャズ全集 1 9 : サイコセラピーの研究——分裂病へのアプローチ——. 岩崎学術出版社, 171-193.
- Rogers, C. R. (1977) . *On Personal Power : Inner Strength and Its Revolutionary Impact*. Delacorte Press. 畠瀬稔・畠瀬直子（訳）（1980）. 人間の潜在力 : 個人尊重のアプローチ. 創元社.
- Rogers, C. R. (1980) . *A Way of Living*. Houghton Mifflin Company. 畠瀬直子（訳）（1984）. 人間尊重の心理学——わが人生と思想を語る——. 創元社.
- Rogers, C. R. (1986) . A Client-centered / Person-centered Approach to Therapy. In

- Kutash, I., & Wolf, A. (Eds.) . *Psychotherapist's Casebook*. Jossey-Bass, 1986, 197-208. In Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (Eds.) . (1989) . *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin. 中田行重 (訳) (2001) . クライエント・センタード／パーソン・センタード・アプローチ. 伊藤博・村山正治 (監訳) ロジャーズ選集 (上) : カウンセラーなら一度は読んでおきたい厳選 33 論文. 誠信書房, 162-185.
- Rogers, C. R. (1987) . Rogers, Kohut, Erickson. In Zeig, J. K. (Ed.) . *The Evolution of Psychotherapy*. The Milton H. Erickson Foundation. 村山正治 (訳) (1989) . ロジャーズ, コフト, エリクソン——ロジャーズからみた相似点と相違点の考察. 成瀬悟策 (監訳) 21 世紀の心理療法 I. 誠信書房, 303-320.
- Rogers, C. R., & Russell, D. (2002) . *Carl Rogers : The Quiet Revolutionary*. Penmarin Books. 畠瀬直子 (訳) (2006) . カール・ロジャーズ 静かなる革命. 誠信書房.
- 斎藤清二 (2013) . 事例研究というパラダイム—臨床心理学と医学をむすぶ. 岩崎学術出版社.
- 坂中正義・本山智敬・三國牧子 (2015) . Introduction. 飯長喜一郎 (監修) 坂中正義・三國牧子・本山智敬 (編) ロジャーズの中核三条件〈受容：無条件の積極的関心〉カウンセリングの本質を考えるⅡ』 . 創元社, i - iv.
- 坂中正義 (2015) . 無条件の積極的関心とは. 飯長喜一郎 (監修) 坂中正義・三國牧子・本山智敬 (編) ロジャーズの中核三条件 〈受容：無条件の積極的関心〉カウンセリングの本質を考えるⅡ. 創元社, 4-20.
- Sandler, J. (1976) . Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, **3**, 43-47.
- 下坂幸三・塚原美和子 (1991) . ブリミア・ネルヴォーザ治療覚書 下坂幸三 (編) 過食の病理と治療. 金剛出版, 153-196.
- 鈴木健二・武田綾 (2010) . 常習万引きを伴う摂食障害の特徴と治療. *精神医学*, **52** , 647-654.
- 高橋蔵人 (1993) . 心理療法の中でいかにコトがおさまっていくか. *精神療法*, **19**(1), 60-68.
- 高橋蔵人 (1999) . 来談者が心理療法家に求めるもの, 心理療法家が応えようとするもの. 渡辺雄三 (編) 仕事としての心理療法. 人文書院, 151-169.
- 高橋蔵人 (2006) . 日常の生活を支える. 人間環境大学人間環境学部紀要『こころとことば』 **5**, 67-80.

- 高橋蔵人 (2011) . 失敗をのりこえること——重度の摂食障害に陥った女性が獲得した自己肯定感から. 心理臨床学研究, **28**, 751-762.
- 高橋蔵人 (2018) . クライアントと臨床心理士の間にもたらされるもの. 人間環境大学附属臨床心理相談室紀要 臨床心理研究, **12**, 41-45.
- 高橋蔵人 (2020a) . 心理臨床における「受容」と「そうあるしかない」ととらえること. 人間環境大学人間環境学部紀要, **12**, 1-15.
- 高橋蔵人 (2020b) . 万引きが止まらなくなった青年期女性の心理療法—クライアントの状態をセラピストが「そうあるしかない」ととらえることの治療的意義—. 青年期精神療法, **16**, 57-70.
- 高橋蔵人・西山仁・岩城正光 (2006) . 死亡事例を検証する③釈放後のカウンセリング. 子どもの虐待とネグレクト, **8**, 218-227.
- 瀧井正人 (2014) . 摂食障害という生き方. 中外医学社.
- 瀧井正人 (2016) . 続・摂食障害という生き方. 中外医学社.
- 滝川一廣 (1998) . 精神療法とは何か. 星野弘・滝川一廣・五味淵隆志・中里均・伊集院清一・鈴木瑞実・鈴木茂 (著) 治療のテルモピュライ. 星和書店, 37-79.
- 坪井裕子 (2004) . ネグレクトされた女兒のプレイセラピー——ネグレクト状況の再現と育ち直し——. 心理臨床学研究, **22**, 12-22.
- Tudor, K., & Merry, T. (2002) . *Dictionary of Person-Centered Psychology*. Whurr Publishers Ltd. 岡村達也 (監訳) 小林孝雄・羽間京子・箕浦亜子 (訳) (2008) . ロジャーズ辞典. 金剛出版.
- 渡辺雄三 (1988) . 心理療法と症例理解. 誠心書房.
- 渡辺雄三 (2006) . 夢が語るころの深み—心理療法と超越性. 岩波書店.
- Winnicott, D. W. (1965) . *The maturational process and the facilitating environment*. London : The Hogarth Press. 牛島定信 (訳) (1977) . 情緒発達の精神分析理論. 岩崎学術出版社.
- 山田俊介 (2018) . 受容および無条件の肯定配慮の意味についての考察—カール・ロジャーズのとらえ方の変化をもとにして—. 香川大学教育学部研究報告. 第 I 部. **149**, 93-110.
- 山田俊介 (2019) . カウンセラーの一致についての考察—カール・ロジャーズのとらえ方の変化をもとにして—. 香川大学教育学部研究報告. 第 I 部. **151**, 113-130.
- 四方耀子・増沢高 (2001) . 育ち直りを援助する——情緒短期治療施設でのチームワークに

よる援助——. 臨床心理学, **1**, 751-756.

吉田絵美 (2011). 一般家庭児童と施設入所児童における自尊心の差異について. 神戸親和女子大学児童教育学研究, **30**, 173-180.

謝 辞

本論文を執筆するにあたり、多くの先生方や研究会の仲間からご指導や励ましをいただきました。ここに謝辞を述べさせていただきます。

指導教員である、名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授 松本真理子先生には大変多くのご指導を賜りました。先生は博士課程の3年目からの指導教員を快く引き受けてくださり、ゼミの仲間に迎え入れてくださいました。そして執筆がなかなか進まない私に対して忍耐強く声をかけてくださいました。先生が声をかけてくださらなかったら、このように論文を形にすることはできなかったと思います。本当にありがとうございました。

博士課程2年目までの指導教員である、名古屋大学名誉教授・中部大学文学部教授 森田美弥子先生には名古屋大学大学院教育発達科学研究科に社会人として私を迎え入れていただきました。先生もなかなか執筆が進まない私にやきもきされたことと思います。学位取得についてはじめて先生にご相談に伺った時、先生は私の話を興味深く聞いてくださいました。それまで私にとって雲をつかむような話だった学位取得がその時から具体的な目標になりました。本当にありがとうございました。

名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授 鈴木健一先生、准教授 田附紘平先生には副査を担当していただき、多くのご意見を賜りました。両先生方からのご意見により、私の中であいまいであったことについてさらに考えを深めることができました。ありがとうございました。

人間環境大学大学院人間環境学研究科教授 渡辺雄三先生には35年前に愛知教育大学大学院修士課程の学生だった時に松蔭病院に臨床実習に伺って以来ずっと暖かいご指導とご支援をいただいております。先生を中心とした病院心理療法研究会のサポートにより私はこれまで心理臨床家として何とか続けていくことができました。刈谷病院臨床心理士 石黒直生先生、愛知県精神医療センター臨床心理士 山田勝先生をはじめとする研究会のメンバーにあらためて御礼申し上げます。

愛知教育大学名誉教授・檀溪心理相談室元室長の故西村洲衛先生には何もわからなかった修士課程の学生の際に心理臨床の手ほどきを受けて以来ご指導を受けてきました。この論文を先生にみていただけないことが残念です。先生のご指導にあらためて感謝申し上げますとともに先生のご冥福をお祈りいたします。

小林心療内科精神分析室・元大橋クリニック院長の大橋一恵先生には長年スーパーバイザーとしてご指導をいただきました。西山クリニック院長 西山仁先生には長期にわたり臨床の場を与えていただきました。ここに記して深謝いたします。

本論文は私の精神科医療領域を中心とした心理臨床実践の中で考えてきたことをまとめたものです。私が初めてセラピストとしてクライアントにお会いしてから35年になります。その中ではなんと言っても私が直接出会った多くのクライアント・患者さんたちが私に多くのことを学ばせてくれました。その臨床体験を事例としてこの論文で使わせてくださったクライアントはもとより、私が出会ったすべてのクライアント・患者さんに感謝を申し上げます。私は日々の臨床をしている時、今私の目の前にいるクライアントがどんなことを感じているかや私がした対応がどうだったかについて、これまでに出会ったクライアントの方々が私のところの中において（または私の背後において）私に教えてくれる、そんな感覚をある時からもつようになりました。事例検討会やスーパービジョンなどで他の人の事例を聞いている時も同じも同じです。私はこれからも私のところの中にいる（私の背後にいる）クライアントの声をよく聞いて臨床に取り組んでいこうと思います。

最後に日々私を支えてくれている妻の典子に感謝します。彼女の支えがなければ私がこのように博士論文をまとめることも心理臨床家として今日までやってくることも不可能でした。

令和4年1月10日

高橋蔵人