

岡昌之

生田倫子

妙木浩之「編著」

田中康裕・伊藤絵美・若島孔文

心理療法

短期力動療法
ユング派心理療法
スキーマ療法
ブリーフセラピー

心理療法の交差点 2

心理療法は なぜ多様に存在するのか？

事例の見立てと介入方針をめぐる、“第2世代”の心理療法を交えた議論から、
各アプローチの異同の核心へとさらに迫る。

新曜社

岡昌之

生田倫子

妙木浩之「編著」

田中康裕・伊藤絵美・若島孔文

心理療法

短期力動療法
ユング派心理療法
スキーマ療法
ブリーフセラピー

心理療法の交差点 2

新曜社

まえがき

同一事例を囲む異流派による見立てと面接のヴィジョン
臨床の異種格闘技戦！

車（心理療法における諸派）が、交差点でクラッシュ予定！

前著『心理療法の交差点』の続編である、本書『交差点2』の特徴を並べてみました。いわば心理臨床の異種格闘技戦の記録です。心理臨床の表舞台に「戦」というキーワードが持ち込まれる試みは、今まで見たことがありません。理由を考えてみると、結局のところ穏やかで上品な、争いを好まない業界であるということに尽きます。そのような雰囲気の中での本書の企画は、編者執筆者もろもろメリットはほほえない（むしろマズイ？）わけですが、どうしてもという問題意識があるのです。

心理療法諸派の共通性と差異について、本気でディスカッションするにはどうすればよいだろうか、というのが本書の問題意識です。心理療法の諸学派を代表するようなセラピストたちは、お互いの心理療法について知識があっても根本的な理解には至らず、理論書や技法は知っていても実際のよう

議さを感じていたりもします。

ところで昨今の日本の心理臨床を鑑みると、「私は分析家」、「私は家族療法家」という、諸派にアイデンティティを持つ心理療法家が減り、「大学院で諸派を一通り全部習い、ケースに合わせてブレンド」という層がもはや多数派です。この流れの中で、「諸学派の統合」と簡単に口にされることに違和感を覚えるという感覚は、諸学派アイデンティティ組の共通見解と言えるような気がしています。

それぞれの心理療法は、問題とは何か、治癒とは何か、そもそもの存在をどう捉えるか、など拠って立つ認識論が異なっています。その違いは実に根本的で深いです。安易にブレンドされるなんてありえないのです。

ところが、学派にアイデンティティを持つはずの本書の執筆者陣であっても、実際の臨床現場で自身のクライアントを相手にする時、大きな声では言いたくありませんが、クライアントに合わせて実は自然と他派を取り入れていたりするというのが実情です（執筆者若干名が本書でカミングアウト予定）。つまり、一人ひとり異なるクライアントに合わせて常に揺れているのです。つまり諸学派の統合というならば、その主体は「各療法の理論や技法」ではなく、「各療法を専門として実践を積んできた各セラピスト」であり、心理療法とは結局、人間同士の交流であるということに尽きると思えます。

読者の皆様には、事例のディスカッションを通じて、各療法のスタンスの差異と共通性、そして事例によるセラピストの変化とその揺れ、もしくは変化の無さを感じていただければと思います。事例

選択はずいぶん悩みましたが、それぞれの切り口からアプローチできそうなものを選び抜きました。本書への収載にあたっては、ご本人の同意をお取りしたうえで、プライバシーに配慮し、個人が特定されないようそれぞれマスキングしています。

事例をめぐって、本書で戦いに挑んでいたのは、短期力動療法（精神分析）の妙木浩之先生、ユング派心理療法の田中康裕先生、スキーマ療法（認知行動療法）の伊藤絵美先生、ブリーフセラピー（家族療法）の若島孔文先生です。そして前著同様、岡昌之先生に、クライエント中心療法の視点から事例と先生方へのコメントをいただきました。

本書の内容の一部は、二〇一五年の心理臨床学会秋季大会の自主シンポジウムでも扱われました。大盛況で立ち見も多く出る中で開催されましたが、出席した方には「あまりに面白い！ 信じられない！ 来年もぜひ！」のお声を多数いただきました。読者の皆様にもその興奮が届き、かつ援助の理解に少しでもお役立てできましたら幸いです。

最後になりましたが、座談会の打ち込みを手伝ってくださった、狩野真理さん、齋藤かほさん、三枝華子さんにお礼申し上げます。

惚れ惚れするほどのクラッシュぶりに愛をこめて

生田倫子

まえがき i

第I部 本書に登場する心理療法..... 1

第一章 短期力動療法とは 3

第二章 ユング派心理療法とは 19

第三章 スキーマ療法とは 39

第四章 ブリーフセラピーとは 55

第II部 事例の検討..... 73

事例1 自傷行為を繰り返す高校生のA子さん 75

●事例の概要 76

●事例1の見立てと介入 ― 短期力動療法 81

- 事例1の見立てと介入——ユング派心理療法 91
- 事例1の見立てと介入——スキーマ療法 101
- 事例1の見立てと介入——ブリーフセラピー 112
- 事例1をめぐって 121

事例2 夫との熟年離婚を考える妻B子さん 137

- 事例の概要 138
- 事例2の見立てと介入——短期力動療法 142
- 事例2の見立てと介入——ユング派心理療法 151
- 事例2の見立てと介入——スキーマ療法 162
- 事例2の見立てと介入——ブリーフセラピー 172
- 事例2をめぐって 180

事例3 神経症的な症状とPTSDの問題を抱えるCさん 195

- 事例の概要 196
- 事例3の見立てと介入——短期力動療法 199
- 事例3の見立てと介入——ユング派心理療法 208
- 事例3の見立てと介入——スキーマ療法 219
- 事例3の見立てと介入——ブリーフセラピー 229

●事例3をめぐって 238

第Ⅲ部 心理療法の交差点

●座談会 256

あとがき 308

..... 255

■装幀 桂川 潤

第I部 本書に登場する心理療法

第一章 短期力動療法とは

(妙木浩之)

フロイトの死後、精神分析の實踐は徐々に長期化して、「被分析者の心の全貌を明らかにする、そしてその心を再構成して自分で語れるようになるには時間がかかる」という認識が一般的になった。フロイトその人は、それほど長い分析は行っていなかったが、次の世代ビオンやウイニコットはほとんど一〇年以上の分析を受けている。終わりある分析と終わりなき分析を併置するなら、精神分析家や心理療法師は、自分を探求する人であり、その意味で今では分析の期間は長くて普通のことになっている。多くの精神分析協会が四〇〇セッションが最低限といった基準が訓練分析にあるが、本当にそれは最低限なので、三年以上は常識の範囲だということになる。だからフロイトの時代から、精神分析が数年におよぶ「長期」療法であることに對比しての短期、または時間制限を意味する形で、精神分析の短期化を目指して開発されてきた。今日、短期力動療法と呼ばれるものには、ダーヴァンルーの「集中的短期力動療法」を中心に、そこから派生した「体験的力動療法」のさまざまなグループがあり、また別の流れとして、対人関係理論に基づくストラップらに起源をもつ「時間制限力動療法」などがあり、それぞれの用途は、その臨床場面での需要から生まれたものだ。共通しているのは以下の点だ(以下、飯島・妙木¹⁾から引用)。

〔目的〕

・精神分析と同じ深さのプロセスをより促進的におこすことで、同じ効果をより早く患者にもたらし、症状の解決にとどまらない、性格や自我機能の永続的な変容を目指す。

〔理論と技法〕

・精神分析的な概念と技法をベースとする。不適応行動や症状の理論は精神分析的な考えに拠る。すなわち、生育歴、無意識の力、葛藤、防衛、反復されるパターンなどの概念が用いられる。明確化、解釈、転移と逆転移への注意、治療同盟の重視など、精神分析の技法を中心技法とする。ただし、自由連想は中心技法とせず、面接は対面法である。

・治療は短期である。セッションの頻度は週一回、セッション数は数回から四〇回程まで幅があり、平均的には一五〜二〇回程度である。回数を限定するか否かは療法や病理によるが、治療の初めに短期であることを患者に説明する。

・問題を焦点化して、維持する。

・抵抗解除と体験促進の技法を持つ。それは、いかに早く患者の防衛を緩め、真の感情体験をもたらすかという技法であり、このプロセス促進が、短期力動療法の要である。

・治療者は、焦点の維持とプロセスの促進において、能動的に機能する。

〔患者の選択〕

・全ての患者が適応ではなく、適応を判断するためのアセスメント面接を重視する。

・適応の基準は技法によるが、主要点は、問題がある程度限局化できること、改善や変容への動機づけが可能

能なこと、無意識の素材や感情体験のインパクトに対する耐性の程度（過度な混乱をきたさない）、などだと思われる。症状への固執、過激な衝動性、強固な失感情などは不適応とされる。

長さの視点

もともとフロイトの初期の治療は多くが数セッションから数カ月の短期療法であった。ヒステリー研究に出てくるカタリーナはシングルセッションだ。けれども『終わりある分析と終わりのなき分析』（一九三七）にあるように、フロイトは最晩年まで精神分析は本当に治癒をもたらすのか、という問題に答えを出し切れないでいた。そのことを横で見ていた弟子のフェレンチイとランクは、治癒のために必要な要素は、フロイトの技法とは別のところ、つまり情緒的な促進にあるのではないかと考え始めていた。治癒をもたらすのが理解だと考える人たちと関係や情緒だと考える人たちがいて、今日でもしばしば議論的になるが、フェレンチイは、治療者と患者の双方がより能動的になる「積極療法」を、ランクは変化に向かう患者の意思が治療を促進するとする「意思療法」を提唱した。後者は、アメリカにわたってから、ロジャースに影響を与えて、来談者中心両方の起源が、「自らの意思で」と考えるランクにあることは周知のことだ。ランクは人生にもっとも大きなトラウマを残すのは出生だと考えて、出生外傷理論に基づき、治療に分離課題を持ち込むことを意図して、終結日や中断を設定した。これは後から見れば、時間制限療法のさきがけであった。二人は共著 *The Development of Psycho-Analysis*（一九二五）で、精神分析の治癒的な要素を陽性関係に見る視点を提示して、治

療者の能動性などの技法の基盤となる発想、患者の情緒体験の重要性を主張するようになった。この出版年は、幸か不幸か、フロイトがガンの手術後、学会の第一線から退く時期にあたる。その時期に積極的な治療を弟子の二人が提案したという、その意味で彼らの試みは貴重だが、歴史的には精神分析は、長期化の方向に進んでいった。というよりも精神分析が内省や熟考の方向性に進むにつれて、彼らの治療的な方向性は、異端とみなされていった。フェレンチは、ブタペストにいたし、ランクはフロイトの元を離れていった。

アメリカでは亡命者と地元精神科医との間でさまざまな論争が起きたが、その一つはシカゴ精神分析研究所で起きたアレキサンダーの論争が有名である。もともとシカゴでは亡命ドイツ語圏の分析家とアメリカの分析的精神科医との間の齟齬が鮮明になっていた。そこでアレキサンダーとフェレンチは *Psychodynamic Therapy* (一九四六) という本を出版する。その本のなかでアレキサンダーは治療の長さや密度の変更を積極的に指示して治療効果を上げる方法、つまりセッションの頻度や期間を、患者の自己状態に応じてより戦略的で柔軟な態度をとるべきだとする発想を提案した。アレキサンダーは精神分析の世界では心身症の概念をアメリカに広げた功績をもつが、彼は変容をもたらすのは過去の記憶の想起や再構築といった知的理解ではなく、治療者との間での感情体験であるとして「修正感情体験」という概念を示した。この点ではフェレンチの仕事とアレキサンダーの仕事は共通した操作性を因子としている。アレキサンダーは早くから日本にも紹介され、治療期間やセッション間隔を治療促進の観点から再考したことや修正感情体験の概念は日本的な精神分析の土壌に影響を与えてきた。

彼らの先駆的な業績が比較的異端であったのに比べて、純粹に科学的な意図から心理療法の短期化を目論む研究が、一九六〇〜八〇年代にかけて、北米や英国の精神分析家や分析的な療法家によって行われるようになった。あえて名前を挙げるなら、イギリスのマラン、米国のマンとシフニオス、そしてカナダのダーヴァンルーである。

背景にはいくつかのことがある。フロイト自身が指摘したことだが、人のリビドー編成はそれほど簡単に変化しないこと、つまり、長期に変化がみられない患者たちも多いことに対する治療者や治療機関の不満がある。また一つは当時の社会状況で、第二次世界大戦後の混乱から高度経済成長のために、国家的な精神保健サービスを強化する施策によって、地域の精神医療に対するニーズが高まったことがある。そのため社会福祉政策の中で心理療法が見直されはじめたことである。国の政策である限り、エヴィデンス、効果が求められる。実際、需要が増えれば効率が必要だ。待機している人たちにカウンセリングサーヴィスは、現代の中でますます必要になった。にもかかわらず米国の精神分析協会は、精神科医のみが精神分析ができるという一九三〇年代後半に決まった慣行を既得特権として手放そうとはしなかつたので、各地の心理療法家は自分のセラピーを創出する以外に、患者あるいはクライアントの需要に応えることができなかつた。そのため認知療法やブリーフセラピーなど療法の多様化が進み、心理療法の効果研究や比較研究が行われ始めた。

例えば、タビストッククリニクで心理療法を研究していたマランは、短期力動療法が精神分析に劣らない効果をもつとする調査結果を発表したが、この研究を後押ししたのはバリントで、彼は一般の医師たちがカウンセリング的なアプローチや心理療法的な簡便な仕事をできるように、医師たちの

教育を考えるシステムを国家的に提案していた。マランは一九七〇年代に行われた短期力動療法のシンポジウムで、ダーヴァンルーと出会う。彼が短期力動療法の有効性を調べて、効果研究まで広げていく契機となる出会いであった。また、ポストン州立病院の外來部長であったマンは、セツシヨン数を週一回×一二回に限定する「時間制限療法」を考案し、分離と喪失を治療に持ち込むランクの理論を病院臨床で実践した。またシフニオスは、短期化を目指して「短期不安挑発療法」を提唱した。彼は、患者の不安を喚起する方法で直面化や解釈を行うことによって、過去に起源をもつ感情的葛藤や苦痛が治療者との間で再体験され、修正感情体験が可能になると考えた。これらの治療者は、主に精神分析を学んでいたが、その時間や効率の悪さについて実感して、より効果的な治療を目論む。つまりマラン、マン、シフニオスらが、それぞれ短期の治療を考案したのは、患者が求めてきた、あるいは国家が求めてきた、こうした実益と効率のためであった。ダーヴァンルーの「集中的短期力動療法（IS-TDP）」も、モントリオール総合病院の外來部長であった彼が、自分なりに効果的な精神分析を求めた結果であり、彼はこの技法を「精神分析」と呼んでいたが、これはあくまで彼なりの精神分析だと、フロイト以後の精神分析家たちはみなすだろう。

ちなみにダーヴァンルーの技法で何より革新的だったのは、治療の初めから徹底して患者の抵抗解除に取り組んだことで、それによって、患者の抑圧されていた深い葛藤感情を早期に引き出し、修正感情体験に導いた。精神分析では長い時間をかけて徐々に展開されるべきこれらのプロセスをIS-TDPは、「(防衛の) ブレークスルー」や「(抵抗の) 正面突破」と呼ばれる、挑戦と圧力を用いた抵抗解除の技法と、集中的な葛藤解釈・転移解釈によって、まさに促進的に起こせる。IS-TDP

は患者の適性範囲を狭めず、幅広い患者を、長くとも四〇回（四〇時間）以内で治療できるとした。ダーヴァンルーは自身の成功事例をもって、積極的に技法セミナーを行ったので、多くの臨床家がI S I T D Pを習得しようとした。結局、誰もその挑戦的で圧迫的な技法を、彼と同じようには使えるようにならなかったのだが、I S I T D Pが短期力動療法の可能性を広く示した意義は大きく、第三代では、彼のセミナー参加者たち、つまり弟子たちが、I S I T D Pの技法を自分にあつた実践可能なものに修正して、展開させていくことになった。

効率や効果研究は、多くの科学的な研究を生み出した。例えば、ヴァンダービルト大学でバインダーとストラップの「時間制限力動療法（T L D P）」や、当初は薬物依存を主眼としたルボルスキーの「短期支持——表出的療法」あるいはネヴォルスキーの「愛着ベースの集中的短期力動療法（A B I I S T D P）」、マッキヤローの「不安統制療法（S T A R P）」、オシモの「集中的体験力動療法（I E D D P）」、アルパートの「共感促進的療法（A E T）」、あるいはフォシヤの「体験促進的力動療法（A E D P）」など、それぞれの立場が創出されていった。これらの短期力動療法の特徴の一つは、精神的な考え方をベースにししながら、他の療法や理論を取り入れていくことにある。例えば、マッキヤローの不安統制療法は、力動的な葛藤を「情動恐怖症」と捉え直し、行動療法の「系統的脱感作」の考え方で、患者を葛藤的情動に徐々に曝露させる。また、フォシヤの体験促進的力動療法は、患者の身体感覚に焦点を当てながら、同時に治療者と情動調律の関係性をつくることで変容や癒しが起きると考えており、幼児研究や脳神経科学からの知見がベースになっている。

短期力動療法のプロセス促進技法

現代では多岐にわたっている、短期力動療法の技法の共通点を考えてみよう。それはあくまでプロセスを促進的に起こすというフェレンチイから受け継がれている精神にあるだろう。促進技法を構成する要素についてはさまざまな見方ができるが、ここでは先の飯島・妙木⁽¹⁾に従って四つの大きな要素に分けて簡単にまとめておこう。

①治療の焦点化と二つの三角形

治療を短期的に終えるために必要なのは、何をどう修正するかについての合意を得ることである。もちろん精神分析にも治療目標という概念があるが、精神分析が症状の意味を問う時に、その背景にあるパーソナリティを分析することを伴うのに対して、短期的な治療では、クライエントが自分で問題と思っているところと、治療者が問題の最も困難な部分と考えたところをすり合わせる必要性を強調している。解釈などの介入はその限局された問題に関してなされ、その他の問題は優先順位が低いか、扱われないほうが、短期的に終結しえる。治療者は、問題の焦点がずれたとき、はつきりと軌道修正し、クライエントが課題と向き合うよう合意する責任を負っている。技法ごとに、問題を焦点化し維持するための独自の工夫をもち、例えばマンの時間制限療法では、焦点化した問題を「心的問題 (Central Issue)」と名づけて治療の初めにステートメント化する。同様にルポルスキーの

短期支持―表出的療法では取り組むべき課題を「中核的葛藤関係テーマ(CCRT)」、ストラップらの時間制限力動療法では「循環的不適応パターン(CMP)」と概念化して患者と共有し、治療全体を通じて焦点を維持する主要ツールに位置づけている。これらのツールを使って、問題をできる限り、限定していこうとする。だが、認知行動療法がそうであるように、この主題はかならずしも症状とは限らない。むしろその人がどんなふう^②に症状をはじめとして困っているかを、その対人関係や対象関係から記述しな^②おす作業もしばしば重要で、そのためには精神分析的な力動フォーミュレーションが不可欠である。

なかでも患者の防衛や転移に常に焦点を当てるために用いるのが、マランがまとめた「二つの三角形」概念図式である。これは「葛藤の三角形」と「人の三角形」と呼ばれる。「葛藤の三角形」は、患者の心の組織には、防衛(D)と、それによって隠されている本当の衝動・感情(I/F)があるが、その衝動・感情に近づくことは患者の強い不安(A)を賦活するために、防衛(D)が形成・強化される循環的な因果関係を示す図式である。一方、「人の三角形」は「治療者／転移(T)―現在の重要人物(C)―過去の重要人物(P)」からなる。そして、葛藤的感情は、重要な他者との関係性の文脈で起こるものなので、この二つの三角形は互いにリンクしているし、そのパターンをつかって、クライエントの全体像をできるだけ描き出すことができる。また反対に、過去と現在、そして治療関係の中でも同じパターンが繰り返されていることが分かれば、自分がどのような感情を相手に持ちやすいのか、だからこそどうやって防衛しやす^②いのかに気がつく機会が訪れる。そこでの理解は、情緒的ではあるが、とても新しい理解の元での体験をもたらすの^②だろう。