

精神分析的心理療法の立場からみた行動療法の特質と意義

——治療関係における比較——

神 谷 栄 治

Behavior (Cognitive) Therapy from the view point of Psychoanalytic Psychotherapy
—On therapeutic relationship—

Eiji KAMIYA

要 約：

精神分析的心理療法を主に日常、実践している立場から、行動療法の特質と意義について検討した。まず心理療法上、主要な四つの学派について概観した。次に行動療法の理論的仮定について検討した。そこでは、顕在的行動、環境的要因、後天的学習、客観的な測定が重視されていることを検討した。また、行動療法における心的障害の概念について検討した。そこでは、機能的な行動、恐怖へのかまえ、対処行動、効力感、認知過程が問題となりうることを指摘した。また、行動療法の目的と行動療法に適合する来談者の特徴について検討した。つぎに、行動療法の治療者の治療態度と治療の人間関係（治療関係）について検討をし、精神分析学派と対照した。行動療法家は、明確で能動的な態度を持ち、また、行動療法では、治療関係は課題と取り組んでいく基盤として位置づけられていることを指摘した。最後に、行動療法の特質と意義をふまえて、心理療法の適用の実際について提言をした。

1. 心理療法の実践と学派についての問題意識

臨床心理学の実践の一つに心理療法がある。心理療法では、なんらかの行動や感情など心理状態の改善をもとめている来談者（クライエント）と、心理療法の技術をもったセラピストと呼ばれる者とのあいだで、言語などが用いられ、人間的な相互作用が展開していく。そして、これを通じて、来談者はみずからの状態を変化させていく。

こうした、心理療法の学派は、1998年の現在、とても細分化してきている。単に、心理療法の対象となる人数だけで分けても、個人心理療法、家族（夫婦）療法、集団心理療法というようにわかれている。また、個人心理療法だけをとっても、精神分析的な心理療法、行動療法、来談者中心療法（人間学派）を中心に、主なものでも数種、細かく見ると、何十種類もの学派や立場に分かれている。心理療法学の分野も、他の学問と同様に、高度に細分化され学派ごとに専門化が進んでいる。そのため、心理療法全体の見通しを得にくい

状況に現在ある。

筆者は、臨床心理士であり、精神分析的な方向づけを持ち、日常の臨床心理の実践にあっている。しかし、ある学派に方向づけられているとは言え、日常の実践ではとても多様な対象とニーズに応える必要があり、また、臨床心理士が位置づけられる状況もまた多様であった。そのため、実際のところ、ある理論をそのまま現場で適用するのではなく、むしろ現場と対象に応じて、理論に基づきながらもそれを応用して、さしあたり、もっとも妥当であると考えられる対応をとっていくことが必要であった。したがって、筆者はある学派を基礎に置いているものの、対象と現場に応じて、臨床感覚に合う対応を、時には学派を越えてとってきた。要するに、ある学派を基礎に置いているが、他の学派の考えを自分なりに学んで自分の感覚に合うものは取り入れて、応用してきたのである。

筆者は、これまで、主に臨床現場の仕事、中でも特に、個人心理療法の仕事を活動の中心においてきたのであるが、あるとき、ある専門学校から、心理療法の講義を担当してほしいとの依頼を受けた。しかも、それは、行動療法的な観点を中心に、ということであった。これを依頼してきた学校は、ある特定の障害をもった患者の援助者を養成するために、とても実践的な知識を教育していた。そのため、筆者は、精神分析的な心理療法を主に実践している身でありながら、実践的な行動療法について講義することになったのである。

実際に講義をしてみると、とても得るところがあった。それは、自らが、日常、実践している精神分析的な心理療法と、行動療法とを実践的な面を含めて比較対照する機会が得られたということである。後で述べるが、心の内面を探究する精神分析的な心理療法と、外側に現れる行動を変化させることをねらう行動療法では、きわめて対極的なもののように思われる。しかし、両者は、来談者の心の健康に役立ちたいという動機を持っている点と、来談者とセラピストの人間相互作用の技術である点は共通している。こうした相違点と共通点を認識し、双方の特質を理解していくことは、筆者の日常、実践している精神分析的な心理療法をまた違った面から再認識することになり、また、行動療法の意義についても認識を得るのにつながったのである。

こうした体験をもとに、一臨床心理士、とくに精神分析的な心理療法をおこなっているひとりの臨床心理士の立場から、行動療法の意義と特質について、これから述べたく思う。したがって、当然のことに、広大な行動療法の技法の体系すべてを網羅するものではなく、つぎのような点を中心におきたい。それは、ひとつは、理論的仮定であり、もうひとつは、セラピストと来談者との関係のあり方である。

さて、実際に行動療法についてふれていく前に、まず、おもな心理療法の立場を簡単に概観しておきたい。そうすることが、心理療法の中の一学派である行動療法を理解するのに役立つはずである。

2. 心理療法の4つの学派の特徴

先に述べたように、心理療法の学派というと、主に、精神分析、行動療法、人間学派の3つがあげられる。ここ二、三十年では、認知を重視する立場も発展してきている。そうすると、これをふくめて、主な学派は4つあることになる。次に、これら主要な4つの学派の中核的な特徴と考え方について、まず記述する。

2.1. 精神分析

- ① 人は自分の気づいていない心の領域、すなわち無意識がある。無意識では、性・攻撃欲動が活動的であり、それは葛藤を引き起こすことにつながる。そして、無意識はその人の思考や行動に影響を及ぼす。
- ② 精神分析的な心理療法の中心は、無意識の内容や構造を探索し、あきらかにしていくことにある。
- ③ 精神分析的な心理療法では、治療における人間関係（治療関係）を重視している。治療関係に現れる来談者の転移や抵抗を、セラピストが解釈していくことが重要なのである。そのために、セラピスト自身が専門家として高度な鍛練をつんでいる必要がある。

2.2. 来談者中心療法（人間学派）

- ① 来談者の問題をもっともよく知っているのは、来談者自身である。
- ② セラピストが、来談者との関係のなかで、自己一致、無条件の肯定的関心、共感的理解の三つを提供できるようであれば、来談者は成長していく力が働いていく。

2.3. 行動療法

- ① 客観的に測定のできる行動がセラピーの主な対象となる。
- ② 環境から受けた刺激に人間がどう反応するかといった、刺激と反応のパターンとして人間の行動をとらえる。
- ③ 不適応な行動は、刺激と反応の誤った連合学習の結果であり、セラピーの過程は、刺激と反応の連合の再学習である。
- ④ 再学習のために、条件づけなどの技法を用いて、直接に問題行動（症状）に、働きかける。

2.4. 認知的療法

- ① 人間は、環境からの刺激に受け身でなく、主体的に意味付けをしている。すなわち、刺激を処理する媒介過程がある。媒介過程には、思考などの認知的過程が重要な役割を果たしている。
- ② 直接体験に基づく刺激と反応の連合学習だけでなく、他者の経験を見聞きし認知するだけでも間接的な学習、すなわち観察学習が生じる。
- ③ 認知過程に働きかけることで、行動や感情の変化をおこすことができる。

以上が、きわめて簡略化した、4つの学派の特徴である。さて、最後にふれた認知的療法は、行動療法と客観的な面を重視する点では共通している。そのため、行動療法と認知的療法とは、行動認知療法（ないしは認知行動療法）として、まとめて認識されることが多い。したがって、本小論においても、認知的療法を含めた、広い意味での行動療法として、これより述べていきたい。

3. 理論的仮定

行動療法は、基本的に、つぎのような人間観と理論に立っている。

3.1. 基本的人間観

「生活の中で、行動こそが重要である。行動が有効であると、社会環境のなかで、よりよく機能できる。環境へ働きかけ行動する能力と、自分の行動をコントロールする能力を持つことが適応的なのである」。

そして、こうした外界への適応を重視する人間観の背景には、つぎのような理論的な基礎がある。

(1) 学習理論

行動は、学習によって身につくものである（後天的な要因の重視）。症状は、誤った学習によって起こる。つまり、刺激と反応の誤った連合は、不適応を起こす。条件づけ（学習）のしやすさには、個人差があるものの、誤った学習なら、脱学習や再学習することができる。

(2) 客観性や明確さを重視

主観的な意識やさらには無意識といったあいまいで把握しにくいものよりも、顕在的で、明確に測定できる行動を、治療の対象とする。症状の原因を、無意識を含めて探り、原因に働きかけ、治療するのではなく、直接、問題（症状）そのものに働きかける。そして、その変化を継続的に測定していく。

(3) 認知理論

古典的な行動主義では、環境から、生体（人）への刺激と、それへの生体の反応（行動）にのみ着目され、生体の動機づけや認知・感情過程といった生体内の媒介的要因はあえて問題としてとりあげなかった。しかし、生体の媒介要因によって、刺激の意味付けは異なってくると考えられるので、生体内の、認知過程といった媒介的要因も考慮に入れる。たとえば、認知過程が歪曲していると、入力された刺激情報が適切に処理されないで、問題行動（症状）が生じるのだと考え、この認知過程に対しても、働きかけるのである。

3.2. 心的健康と心的障害の認識

心的健康と心的障害についての概念は、実際上は、人が社会生活をおくるのに不適応であること、あるいは感情的に苦痛を感じていることであることは言うまでもない。しかし、それをどう概念づけるかは、学派によって微妙に異なる。

行動療法の立場では、つぎのように、心的健康と障害とを認識している。

(1) 適応的行動 対 不適応的行動

一般的な「社会的基準」に合う行動は、適応的で望ましい。また、効率のよい機能的な行動は適応的である。そして、適応的な行動は、社会生活で、なんらかの達成に結びつきやすい。こうした、適応的行動が取れることが、心的健康といえる。

逆に、社会的基準に合わず、機能的でない行動は不適応的で、生活上の達成を妨げる。そして、不適応行動が多いことは、心的障害状態といえる。

(2) 恐怖への克己心 対 恐怖への恐怖

不安神経症・恐怖症の場合、ある状況や対象、または、身体症状への強い不安・恐怖反応が、結びついている。そして、ある状況・対象が、次第に般化していき、それに結びつきそうなものに対して、恐怖・不安を感じるようになっていく。これが進むと、恐怖・不安と結びつく可能性のあることすべてを恐れ、恐怖を覚えることを恐怖するといった状態になる。

健常者の場合、日常生活に、ある程度の不安・恐怖・身体症状は、避けることができないことを許容し、不安などを持ちながらも、なんとか行動を遂行することを学習している。

(3) 能動的対処行動 対 受け身的（回避）行動

不安障害の場合、不快な状況を回避し続けるため、回避行動が学習され、また、課題への対処と達成感を獲得することができずに終わる。

一方、健常者の場合、不快な状況になんらかの働きかけ、つまり、対処行動をとり、多くの場合、部分的ではあるかもしれないが、なんらかの好ましい結果を得ることにつながる。そして、好ましい結果を得たことで、対処行動は強化される、つまり、不快をとまなう状況への対処行動が自然に獲得されることになる。

(4) 自己効力（有能）感 対 学習性無力感

健常者は、負荷のある生活状況におかれても、ある範囲内であるかぎり、なんとか対処ができるはずだと推測し、そのために、対処行動を考えようとし、実行する。つまり、自分が何かできるのではないかという基本的見通しをもっている。

一方、不安障害ないし、抑うつの場合、自分の無力感や悲観的見方がつよいため、はじめからできないものだと思い込んでしまう。つまり、非健常者は「どうせ無理」という自己の無力感を学習している。

(5) 適切な思考過程 対 歪んだ自動思考過程

抑うつ傾向においては、状況の認知思考過程に歪みがある事が多い。それは、たとえば、恣意的な推論（勝手な憶測）、選択的注意（身体症状への過敏）、過度の一般化（ささいな兆候で全体を決め付ける）、悪いことを過大評価し良いことを過小評価すること、自己に関連づけること（周囲の反応を自分の行為との結び付けて解釈する）、極端な二分法的認識（0 か 100 か。白か黒かで、段階的ないし分化した認識の仕方に欠ける）などである。

こうした思考過程は、状況を認知し判断することを歪曲し、その結果、適切な行動がとれなくなる。

健常者の場合、比較的、思考過程の歪曲が少なく、また、たとえそうなったとしても、修正していくことが多い。

(6) 適切な根底的スキーマ 対 硬直的な根底的スキーマ

スキーマとは、認知や判断・評価のさいの参照の基となる図式であり、わかりやす言えば、信念や価値観の体系といえる。たとえば、「人より、優れることはいいことだ」「人に好かれることが大切だ」「人に迷惑をかけてはいけない」といったことである。こうした価

値観にしたがって、人は行動を選択し、とった行動を評価している。

健全な場合は、こうしたスキーマが柔軟で合理的である。不健康な場合は、こうしたスキーマが、過度に断定的であったり硬直的であると言える。そのため、状況に応じた適切な判断が取り難いことになる。また、自己の行動の評価がとても厳しいものとなりやすい。

行動療法的観点からの心的健康とは、具体的には、環境への能動的な働きかけができ、また、仕事、交友、性愛といった社会的に望ましい行動が適度にとれることと言える。また、こうした行動がとれることで、健康な人は、周囲の人から評価（正の強化）を受け、さらにそうした望ましい行動が促進されることになる。こうした強化を通じて、状況への適切な認識も促されることになる。

精神分析的観点は、ややことなつた健康／不健康の概念を持っている。きわめて端的に言う、一つは、欲動の発達の仕事や対人関係（対象関係）がどのようなものであるかである。これは過去の乳幼児期の体験から派生していると考えている。もう一つは、どれほど無意識の葛藤の力に左右されているかどうか、また性的な欲動と攻撃性がどれほど昇華経路をもっているかどうかといったことが、心的健康／不健康の目安と考えられる。

精神分析的観点のほうが、内面や無意識、生物的な欲動を重視しているのに対し、行動療法的観点では、社会の中での行動と周囲からの強化という外的な要因を重視している。また、精神分析では、乳幼児期の過去の体験をきわめて重要視しているが、行動療法では、過去の体験を決定的に認識するよりも、むしろ後天的な学習によって変わりうるものととらえている。

4. 心的障害の原因について

精神分析は乳幼児期体験、性・攻撃欲動の強さ、そして、それらから派生する無意識の葛藤を、障害の要因として重視している。一方、行動療法の立場では、環境からの後天的な学習を障害の要因として重視している。視点の置き方で言えば、精神分析が来談者の主観的体験や内面といったものを重視しているのに対し、行動療法は客観的で第三者的であると言える。

また、古典的行動主義では、極端に後天的な学習を重視していたけれども、現在の行動主義的立場は、生得的要因、生理学的要因なども考慮し、包括的に考えている。

5. 行動療法の目的

5.1. 問題行動の変化

行動療法の目的は、明確である。つまり、問題行動の変化である。たとえば、外出恐怖の場合などのように、適応的な行動が不足している場合は、そうした行動が増加することである。また、強迫的な儀式や喫煙など、望ましくない行動が過剰である場合は、そうした行動が減少することである。

精神分析的心理療法の場合は、「無意識にある葛藤を意識化すること」「対象（対人）関係が安定すること」「欲動が自我によって社会的に昇華され統制できること」といった目的

が考えられる。こうして比較するとわかるように、精神分析的心理療法は、やや抽象的であり、行動療法に比べると、不明確である。したがって、治療の終結といった点も、行動療法に比べ、不明確になりやすい。

また、行動療法では、「不安」「恐怖」に関する点で特徴的な面がある。それは、行動療法では、決して、不安を消失させることを目的とするのではないことである。むしろ、行動療法では、不安を抱えつつも、圧倒されずに、より適切な行動がとれることを目的としているのである。また、適切な行動をとることで結果的に不安や恐怖が減少することがありえるが、しかし、直接的には、行動が重要なのである。

また、精神分析的心理療法では、不安や恐怖の心理的由来や意味を探求していき、不安や恐怖を治療の素材として利用するが、行動療法では、不安や恐怖そのものに積極的な意味付けを与えず、その結果の行動の改善を第一に考慮しているという点が異なる。

また、行動療法では、行動の変化という主要な目的に付け加え、つぎのような二次的な目的もある。

5.2. 歪んだ認知の変化

これは外界からの刺激を受け止め処理する認知過程が適切に変化することである。外界の刺激をどう認知するかによって感情や行動も変化するが、その媒介過程をより適切に変化させることである。たとえば、抑うつ的な人は、物事の認知過程が悲観的であると指摘されており、また、不安神経症者は、動悸の高まりなど身体症状を過大視する認知傾向があるが、こうした、認知過程を適切に変化させることも、行動療法、中でも認知的な行動療法の立場では重視している。

5.3. 状況への対処法

先ほどの点とも共通するが、不安神経症者や抑うつ傾向者は、不安や葛藤を呼び起こす状況への対処法が限られている。おおむね、回避であったり、自責の行動であったりするわけである。こうした限られた対処パターンを、より適切にいくつかのパターンを選択できるように、対処行動の種類を増加させるという点も副次的な目的と考えられる。

6. 行動療法に適合する来談者の特性

6.1. 問題が特定のである。

たとえば、外出恐怖や、ある動物への恐怖、強迫儀式、また、過食行動など、目的とする問題が、明確ではっきりしていることである。特定のな問題であれば、方針を立てて、働きかけ、その結果を明確に測定し変化を計量していくことができる。

一方、「自分をより深く探求したい」「全般的に無気力である」「さまざまな症状がある」などといった不明確な問題や、心理内界に根差した問題は、行動療法としては、目的を定めにくく、適合するとは言えない。

後者の問題は、心理内界の探求を目指している精神分析的心理療法の方がむしろ適合する。

6.2. 動機づけが明確で、治療関係を維持できる。

この点は、行動療法に特異的な要因ではない。心理療法全般に当てはまる要因である。しかしながら、行動療法は、苦痛を伴う問題行動に直接、働きかける治療なため、本人の明確な動機づけがないと、実際、課題の遂行が困難である。

精神分析的心理療法では、直接的に、症状について働きかけるよりも、その心理的意味から接近していくわけであるので、その点は、行動療法に比べ、治療への動機づけにおける許容する幅がややひろい、言いかえると、やや動機づけが低くても、なんとか、接近する手だてはあると思われる。これは、後で述べるが、「治療への抵抗」を治療の素材として用いられるからである。

7. セラピストの治療スタイルと治療関係

あらゆる心理療法は、セラピストと来談者が協力して進められる。したがって、セラピストと来談者との間の治療上の人間関係のありかた、すなわち、「治療関係」が、とても重要であることは言うまでもない。しかし、治療関係をどう心理療法上に位置付けるかは、学派によって異なる。そして、この違いこそが、心理療法の各学派を決定的に特徴づけることになる。

7.1. 各学派に共通する効果的なセラピストの治療態度：心理療法の一般的要因

心理療法全般において、まず、「来談者を尊重し、節度ある共感的態度」をもつことが、セラピストとして重要であることは言うまでもないであろう。来談者を無下に扱う、高圧的な態度をとる、来談者の言うことに耳を貸さない、などといった態度は、学派や技法以前の問題であろう。

こうしたセラピストの「来談者を尊重し、節度ある共感的な」治療態度は、セラピストと来談者との協力関係を強めることにつながる。来談者にしてみると、自分が尊重されているという感じが得られると、目の前のセラピストとの関係において心理療法を進めていこうとする動機づけが高まることになる。

以上の態度は、どの心理療法においても、基本的には共通しており、行動療法のセラピストも、同様である。

さて、では、行動療法家に、特異的な治療スタイルとは何であろうか。

7.2. 行動療法家に特異的なスタイル

行動療法では、前に述べたように、原因探求よりも、直接、症状（問題）の消失や減少を目指している。したがって、行動療法家につぎのような治療スタイルが求められる。それは、「方針と計画を立て課題を指示する明確で能動的な態度」である。

行動療法では、目的とする症状を明確にしぼり、期限を区切り、そして、特定の技法を用いて、治療をすすめていく。方針を立てるのは、セラピストであるにせよ、実際は来談者が、次の面接に来るまでに、あるいは面接中にも、ある課題をやっていくことが求められる。そのためには、明確に目的と方針が与えられていないと、来談者は苦痛を伴う課題に取り組む気持ちが低下するであろう。それは、課題の設定の仕方と同様で、明確に指

示を与えられるからこそ、来談者が取り組み、遂行していくことができる。逆に言うと、不明確な方針や課題設定は、来談者の治療への取り組みと課題の遂行の意欲を低下させることになる。

以上のようなことから、行動療法の治療者のスタイルは、断定的であるという印象を与えかねないが、実際のところは、先述の「節度ある共感的態度」が根底にあるのが前提になっている。したがって、行動療法家は、「明確な方針と指示」と「共感的」な態度をあわせ持っていることになる。こうしたわけで、けっして始めの計画にとらわれ、厳格な態度で接するというわけでない。来談者の現状に応じて計画を見直して変更できる柔軟な態度と「明確な方針と指示」とは、けっして両立しないものでなく、むしろ重要な態度である。

7.3. 治療関係に関する学派の違い

行動療法では、セラピストは、明確に方針を示し、課題を指示し、それを遂行することによって治療が進展していくと考えている。「治療関係」は、そうした「課題を遂行する基盤」と位置付けられているのである。

人間学派で、強調されているのは、セラピストの「自己一致」した「条件づきでない肯定的な態度」にもとづく「共感的」な関係である。端的に言うと、先ほどの「心理療法における一般的要因」をつきつめて重視していると言える。人間学派は、以前、非指示的心理療法という名称であったときもあるように、基本的に、なんらかの課題を指示することを治療の中心においていない。むしろ、「来談者の存在や体験過程全体」を尊重するような関係性こそが、治療の主な要因と位置づけている。すなわち、治療の本質は、来談者を尊重する治療関係そのものにあるという特徴が指摘できる。

精神分析学派でも、来談者とセラピストの治療関係をとても重視している。むしろ、そこにこの学派の治療の本質があると言ってよい。さてまず、治療に関する来談者とセラピストとの協力関係は、精神分析学派では「治療同盟」「作業同盟」という用語で呼ばれている。この要因は、さきほど述べた各学派に共通する「セラピストは来談者を尊重し、来談者は尊重されていることを感じる」という心理療法の一般的要因とほぼ重なるであろう。一方、これに加え、精神分析学派では、治療関係において、来談者がセラピストに向ける、治療同盟の枠内にとどまらない態度を、「転移」と呼んでいる。そして、この転移の分析と解明こそが、精神分析的な心理療法の本質であると言える。つまり、治療関係そのものに心理療法の本質がある点は人間学派と共通するが、精神分析学派は、治療関係を分析解明する対象ととらえているのである。つまり、治療関係は、心理療法を進展させる重要な「資料」とであると認識されているのである。

したがって、分析学派のセラピストの治療スタイルも行動療法家とはずいぶん異なる。行動療法家が、誤解のないよう明確な指示を示すのに対し、分析的セラピストは、治療の予約など大枠にかんする点は指示を明確にするにせよ、基本的には、来談者が内在している関係性をセラピストへ転移して投影しやすいように、価値観を示さず、受動的で中立的な態度を保とうとしている。こうした中立的な態度によって、来談者はセラピストにさまざまな空想などを投影し、転移を発展していくことができる。実際には、中立的態度を保つということはとても難しいけれども、来談者が治療関係上で発現する転移を重視し、それを、指示したり説得することで変えようとするのではなくて、違う文脈でとらえ直して、

言語的に解釈を伝え、そのことによって、来談者に洞察を得させようというスタイルを精神分析的セラピストはとっている。

なお、心理療法の過程において、治療関係が感情的に悪化したり、セラピストが特別の感情を来談者に対して覚えるようになったり、また来談者は治療に来ているはずなのに治療上の人間関係があること自体に満足して、問題がいつこうに改善しないなどといったことが、心理療法上ありえる。これは、治療関係上、言わば好ましくない状況である。こうした場合、このような治療上の抵抗やセラピスト側の困惑などといった状況について、精神分析学派では、これを不純物として、排除しようとしたり、直接、説得し指示して強制的に改善しようとはせず、むしろ、来談者とセラピストとの間で起きた相互作用としてとらえ、言葉にして解明していこうとする。それは、これまでの生活でおきてきた対人関係上の問題が治療関係において再演されているものとみなし、これを治療関係の中で体験的に理解することによって、身をもって洞察することを意図している。つまり、一見すると治療関係上、好ましくない状態なのだが、こうした逸脱を積極的に治療の資料として利用していこうとしているのである。この点が、精神分析に特異的な特徴である。

一方、行動療法では、よい治療関係が基盤として前提とされている。この基盤に基づいて、さまざまな行動・認知的な課題が指示され遂行していくことになる。したがって、よい治療関係から逸脱する状況や関係を積極的に解明し利用しようとする視点は中心にはないのである。

しかし、この点は、実際は利点もある。すなわち、こうした関係が持てることが前提となっている以上、自ずと、来談者がしぼられてくるということである。よい治療関係が維持できるという資質がある来談者は、もっとも効果をあげやすいことは容易に予測できる。すなわち、こうした治療関係に深入りしないスタイルは、治療に向けた来談者を選んで適用することにつながるのである。逆に言うと、治療関係を資料として用いるスタイルは、諸刃の刃で、時には、来談者とセラピストとの関係を、さらにこじらせたり、気持ちを傷付ける危険性を伴っているが、治療関係に深入りしないで、基盤として利用するにとどめる行動療法のスタイルは、こうした危険を回避し、来談者とセラピストの関係による傷つきを悪化させないことにつながっているのである。人間関係上の侵襲性が少ないと言える。

8. 対象に応じた、心理療法の弁別と適用

これまで、行動療法の特徴の一部を、精神分析的な観点と対比しながら検討してきた。単純に言って、行動療法は、明確な課題と期限を設定し、症状や問題に対し、行動療法家が技法に基づいて直接的に指示をし、心的状態の改善を試みるものといえる。

以上の点を踏まえて、筆者は、行動療法には次のような意義があると考ええる。それは、明確で限定的な問題を持ち、はっきりと問題意識をもった来談者であれば、行動療法は、まず、始めに選択されてよい心理療法である。精神分析的な心理療法は、本小論では詳しくふれられなかったが、来談者とセラピストの双方に対しては多大な時間と心的負担を、そして、来談者のみに対してやはり多大な経済的負担を要する。はじめに選択される治療方法としては、あまりに負担が大きいのである。

したがって、先ほどの条件にあう来談者の場合、まず行動療法が選択されることが合理

的であろう。そして、その後、十分な改善が見られない場合に、つぎに、精神分析的心理療法を考慮するのが理に適っている。

しかしながら、実際、現状では、幅広い臨床経験がある程度以上あり、かつ行動療法の技法を習得している臨床心理士は、さほど多くないように見受けられる。また、地政学的にいて、行動療法家と精神分析的セラピストは、さほど交流がない。互いにその意義を認め合い、来談者に応じて紹介をし合うといったことは、側聞する限り、今のところほとんどまったく行なわれていないようである。現時点では、まだ、来談者の特徴をふまえ、心理療法の学派の特質を勘案し、アプローチを選択するということは、なかなかないのである。心理療法の学派の障壁を越えて、互いの特質を論じ合い、理解し協力しあうといったことが今後の心理療法学における課題であると筆者は考える。

参考文献

- Dryden, W. (Ed.). 1996. Handbook of Individual Therapy. London : Sage.
Gurman, A. S. & Messer, S. B. (Eds.). 1995. Essential Psychotherapies. New York : Guilford.