第 111 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

心理療法の基本と統合的心理療法

村瀬　嘉代子（大正大学大学院）

心理療法については体系化された狭義の心理療法とそれらを支える基盤のような広義の心理療法がある．狭義の心理療法に先立ち，広義のそれが必須であることならびにその特質について述べた．さらに多層にわたる要因が輻輳して生じている複雑多様化した昨今の心理的問題に対しては，個別的にして多面的な，複眼の視野で観察し，多軸で考え支援する統合的心理療法の適用が望まれると提案した．この統合的心理療法と他の主な心理療法との異同を考察してその特質を示し，心理療法の統合とは理論や技法の折衷にとどまるのではなく，セラピスト自身の統合が心理療法の質的向上に資することを述べた．

＜**索引用語**：心理療法の基本，統合的心理療法，多面的観察，多軸による思考，セラピストの統合＞

はじめに

これまで司法矯正，医療，教育，福祉，研究という領域で，心理的支援に携わってきた過程で，心理療法の営みとは，クライエントの必要性に応えようとして眼前に存在する事実を基に帰納的に展開されるはずのものであり，理論にあてはまらずあたかも指の間から砂がこぼれ落ちようとするその事象にも，確かに着目したいと考えてきた．疾病や障碍の程度はほぼ同じでも生活の質のいかんによりクライエントの生きやすさは異なってくるという事実，そして，いずれの心理療法にも通底する基本を大切にすることが，狭義の心理療法を行う基盤であることを経験してきた．

臨床の現実は既成の理論や技法をしばしば超えており，発達障害や重篤な精神疾患をもつ人，深刻な虐待経験をもち自分自身や世界に対して基本的信頼感をもてない子ども達への支援を通して，単一の理論や技法による対応では不十分であることを痛感し，クライエントの必要性からクライエント側に軸足を置いて，理論や技法の統合，創案を行い，同時にセラピスト自身の質的向上について探索し統合をめざしてきた[5,6]．理論や技法の統合を試みながら，同時にセラピスト自身の統合をも考え進め，心理療法の統合を提案するに至った[7]．

Ⅰ．心理療法（精神療法）の基本となるもの

心理療法（精神療法）という言葉から狭義の体系化された認知行動療法，精神分析などを想起しがちであるが，中井[10]は狭義の精神療法の基盤に広義の精神療法が必須であると説き，「広義の精神療法は，治療者の一挙一動に始まり，治療で起こること全てがもつ治療的含蓄を，治療者が理解することが出発点である（後略）」と述べている．

第 111 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2015 年 6 月 4〜6 日，会場＝大阪国際会議場，リーガロイヤルホテル大阪
総会基本テーマ：翔たくわれわれの精神医学と医療――世界に向けてできること――
教育講演：心理療法の基本と統合的心理療法　座長：酒井　明夫（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

青木[1]は「心理療法は臨床と日々の生活を貫くものとして存在する．(中略)人を人として丁寧に遇するという姿勢でもあり，(中略) 苦悩や困難を抱きながら生きる人への畏敬の念 (後略)」と述べ，「広い意味で，精神療法とは患者と出会ったときから始まり，別れるまで続く精神科臨床に広く浸透しているもの」と述べている．江口[2]もまた催眠療法の創始者として多く連想されるであろうJanetによる精神療法の定義が今日に至るも適切なものであると引用しているが，表現は異なるがこれは前出の中井，青木の述べる内容と同じであり，同様の見解は神田橋[3]，山下[13]，村上[4]によっても示されている．技法に異同はあろうが，精神療法の基本には次に列挙することが含まれよう．

①基本的にいかなる人に対しても人として遇する態度，人の自尊心を大切にする．

②まず，セラピストは時・所・位についての自覚が必須であろう．時間軸にそって，時代の特質，クライエントやかかわる人々のライフサイクル上の意味，同様にセラピスト自身についても考える．セラピストは自分の所属する組織の特質，機能，役割などの認識を基に所属する組織の中での自分の位置や職権，職能，専門性の習熟度を自覚する．

③心理臨床の理論や技法は実践の中から，帰納法的に抽出し洗練されていくはずのものである．はじめに理論ありきでなく事象を観察した後，理論を適用し，時に新たな提案を行う．

④セラピストはバランス感覚をもち，可能な限りクライエントと基本的に協働作業を行う姿勢で目的を共有し，同時に相互関係の安定性をめざす．

⑤一方，相対化した視点で全体状況を的確に捉え，焦点と全体状況を同時に多焦点で捉え，アセスメントを行う．

⑥クライエントの潜在可能性，レジリエンスに着目する．

⑦仮に障碍や疾病は寛解せずとも生活を視野に入れて，生きやすさを増す支援をめざす．

Ⅱ．心理療法の統合という視点

心理的支援の対象がより重篤な障碍や疾病をもつ人々へと広がるにつれ，生物・心理・社会モデルでの対応が求められるに至った．単一の理論や技法を演繹的に適用することでは不十分である．そこで1983年にアメリカで「Society for the Exploration of Psychotherapy Integration（心理療法の統合を探求する学会)」が設立された．ただ，この学会の機関誌や，その他「心理療法の統合」と提唱される論考は，いかに異なる技法や理論を組み合わせるかという考究が中心であり，統合的アプローチを行うセラピスト自身の資質や姿勢，育成についてはほとんど言及されていない．臨床実践に役立つ心理療法の統合には次のような特質が求められよう．

1．理論や技法の統合のみでなく，統合の主体となるセラピストのあり方に着目する

「統合」とはあれこれ取捨選択し適当なところを取り入れるとか，2つの物からよい点を取り入れて別種の物を作るといった「折衷」とは異なるはずである．

「統合」と折衷には，異なるものを合わせるという共通の意味はあるものの，「統合」はそれらが合わさり，これまでとは異なる質的変容を遂げ，機能が向上するという意味を内包している．これを心理療法について考えると「統合的心理療法とは2つ以上の学派の考え方を合わせて1つのまとまりある新たな状態を作り，統合以前よりも帰納的向上をはかることでクライエントの問題解決（生きやすさを増す）に役立つ状態を，セラピスト自身の中や治療環境全体の中に創り出すこと」である．

2．クライエントの必要性からする統合，クライエントの視点に立とうとする統合

クライエント側の必要性を考えることに軸足を置き，理論や技法の統合を考え進めながら，同時併行して，その質的向上を可能にさせるセラピスト自身の総合的能力向上をめざす．

3. 統合にはさまざまな意味がある――理論間にとどまらず，さまざまなものをつなぐ――

ⅰ．クライエントの内面世界と現実世界をつなぐ
ⅱ．クライエントの見方，感じ方や体験をセラピストはじめ他の人々のそれらとつなぐ
ⅲ．クライエントのうちの分断されている歴史，時間をつないで将来への展望を探す
ⅳ．クライエントが求めていることとそれを可能にする手立てをつなぐ
ⅴ．クライエントにかかわりをもつ機関の中や，その機関に関連する人々をつなぐ
ⅵ．セラピスト自身のうちに生じる感情と思考とをつなぐ
ⅶ．セラピストの感性の捉える内容をセラピストや機関の役割とつなぐ

4. 統合的アプローチにおける統合の軸[7,9,11]

理論間の統合にとどまらず，クライエントの必要性に添うためにさまざまな要因に注目して進める統合的心理療法においては，アセスメントと支援とがその開始時から終了まで進行過程においてはクライエントの状態や背景の状況に即応するように，両者は裏打ちして行われていく．「複眼的視野・視点をもちながら多軸で考え，多面的にかかわる」ことが求められる．その軸は大きくは次の六軸に分けられる[7,9,11]（詳細は文献参照）．

①現在の状態把握とリソースの発見：年齢，性別，生育歴，家族関係，生活の質，症状や行動上の問題につき疾病学的理解ならびにそれらがもつ意味やメッセージを汲みとる
②目標の明確化とクライエントの希望とのすり合わせ
③課題やアプローチの適切性を常に検討する：着手できるところから，発達的観点から妥当か，質的変容をもたらしうるか，クライエントの自尊心は守られているか
④第3軸で検討されている課題やアプローチが実際のかかわりの中で適合しているか
⑤治療的環境の醸成と構造化：治療的環境の醸成とその活用（非専門家も含んでチームワーク，コラボレーション，連携を大切に考える），セッションの内と外，治療効果の一般化，波及効果の検討
⑥セラピスト自身が常に自分のあり方を点検・吟味する

Ⅲ．統合的心理療法の特質

統合的心理療法にはさまざまな心理療法の要素が取り入れられ，さまざまな学派との共通性をもつがそのいずれでもない．主な心理療法の学派との比較検討は表1[11,12]の通りである．本論文で述べる統合的心理療法とはメタ心理療法で，あえて換言すればどの心理療法にも共通する要素を超えた心理療法，すなわち臨床家が理論学派にかかわらず基本的姿勢としてもつべきアプローチとしての性格をもつ．

Ⅳ．事例の素描

ある重複聴覚障害者施設から，手話や文字などコミュニケーション手段をほとんど使えず重篤な精神症状や行動上の問題をもち，かかわりに困難を感じている入所者（適切な投薬が困難，入院してもコミュニケーションがとれず時に状態悪化）と疲弊している職員集団への心理的支援を求められた．職員の半数は施設内精神風土の変容を期待し，半数の職員は意欲消耗して懐疑的，冒頭に開口一番「この重症者に期待することは無理，話ではなく，これが臨床心理学だってみせてほしい」と．入所者（施設側がかかわりに困難を感じている）とのやりとりを多くの職員同席の場で行うことを求められた．なお，事例については，本質を損なわないように考慮しつつ，事実を改変してある．

事例A：被虐待経験ある重度のASDと診断されている青年男子，食事，入浴以外は無為で寝転んでいる．時に因果関係不明の暴力．唯一カタツムリを好み，捕獲してきて部屋で這わせている．コミュニケーション手段は身振り，手振り．筆者はカタツムリの貼り絵をサンプルに作り，手振りで貼り絵の作り方を示す．Aはサンプルよりも実

表1　統合的心理療法との共通点と差異（文献12より一部改変）

番号		共通点	差異（統合的心理療法の特徴）
1	精神分析学	①クライエントの状態を的確にアセスメントするために，人格構造，自我の強度や境界，防衛機制の使い方，疾病の種類や病態水準の深さ，そして発達課題の達成度などをみている．それらが入院や司法機関との連携の際の判断に用いられることがある． ②初期の著作には，「自我境界」（村瀬，1998）などの記載があり，精神分析学の影響が認められる． ③ロールシャッハテストやTAT，バウムテスト，人物画などの心理テストの解釈の基本となる理論や技法の適用と禁忌はよく理解されている．	①クライエントの病理の分析や，全面的なパーソナリティの変容などは意図されない．むしろ健康的側面，隠れたリソースなどの潜在可能性の発見に努め，治療的活用を重視する． ②「今，ここ」で，クライエントの抱える苦痛や生きづらさを緩和するために，着手可能なところから始めるという現実的な姿勢をもつ． ③分析するよりもクライエントを理解することを重視する． ④クライエントのみた夢や描いた絵画類，心理テストの結果などは，クライエントの素質，現状の把握や潜在可能性の発見には使用されても，分析的解釈を行う材料としては用いない． ⑤治療者は過去探索的であるよりも未来志向型をめざし，教育的志向性も有する． ⑥病態水準だけでなく，他の要因などについても多軸でアセスメントしている． ⑦最近の著作群では，精神分析学上の概念などの使用はほとんど認められない．
2	行動療法	①クライエントが日々の生活の中で取り組みやすい個別・具体的な課題を与え，それを遂行していく中で，徐々に問題解決能力や身辺自立能力が高まり，うまく問題状況を乗り越えてゆけるように援助してゆく（すぐれて帰納的）． ②重篤な患者に対してはできるところから始め，当面の葛藤から少し解放され人心地つけるようなかかわりをめざす．スモールステップの原則を適用する． ③行動療法家の山上敏子氏の実践と多くの共通項ありとの記述あり［含む治療者が素直である］（村瀬，2003）．	①行動療法は要素に分解された行動が対象として論じられていて，行動をしている全体存在としての「人」が浮かび上がってきにくいと指摘（村瀬，2003）． ②技法や手順よりも治療者側の人格の統合度，内省や感情などを非常に重視する． ③クライエントの個別性を非常に重視したオーダーメイド心理療法をめざす．クライエントを既製の手法やプログラムに無理にあてはめようとしない．
3	認知行動療法	①「クライエントに適切にかかわろうという必要性から，治療過程のある期間，多少の工夫・変容を加えはしたが，私は認知行動療法を部分的に適用してきた」（村瀬，2015）との記述がある． ②「本当は現実を的確に捉え，それに対して柔軟に合目的的に関わる場合の人の行動に認知行動療法の要素は含まれていると思われる」（村瀬，2015）．	①現れている問題の性質や診断名は同じでも，クライエントを型にはめて理解せず，個別的な対応を考えてゆこうとする姿勢（村瀬，2015）． ②セラピストの資質（この人の提示するものなら受け取ってみようという信頼感を抱かせるセラピストのあり方）以外にも4点ほどさらなる検討が必要であると指摘（村瀬，2015）．
4	クライエント中心療法	①村山（2004）の述べるロジャーズのアプローチの特徴とは多くの点で共通する．1)援助のための効果的な方法を絶えず探求し，より有効な援助のあり方を追求し続けた．2)大切なことはセラピストの人間としてのあり方であり，技術の束ではない．3) 各セラピスト個人の人間的成長を促進することを強調する．4)自分の追従者，信奉者を作らないように心がける． ②セラピストに求められる3条件は基本的前提条件．面接時クライエントの話に聞き入るという姿勢・態度． ③セラピストの中の理論と技法の練成度，内的整合性，言行一致度などの統合度が援助の行く末を決定づける． ④統合的心理療法は，統合の軸を徹底してクライエント側に置いている（クライエントの必要による統合）という点で，クライエント・センタードであるともいえる． ⑤自己の内面や生き方に忠実で，正直にあろうと一貫した姿勢をもち，それらに基づいて帰納的に理論や技法を創出してきた姿勢（村瀬，2004）． ⑥淡々としているが，言葉の背後から人間存在への畏敬と事実に率直に直面する姿勢を有している（人を人として遇する．人と出会うときの基本的態度を含む）．	ロジャーズの理論は，理念型としてはよいが，やや素朴すぎるきらいがあり．特に病態水準の重い方たちや従来のカウンセリングが対象としてこなかった方々に対する援助の際には，クライエントの現状に即したより多様で重層的な枠組みと技量が必要だという認識をもっている．

表1　つづき

番号		共通点	差異（統合的心理療法の特徴）
5	家族療法	①クライエントの育ちなおりを含めた具体的な支援の際に，家族関係が重要な影響と意味をもつという認識を有する． ②家族の自律的意志を大切にし，どのような治療形態をとるかはクライエントや家族と同意をしながら進めてゆくことが大切であると考えている点． ③クライエントとともに協同しながら治療関係を構築し，新しい家族の物語（ナラティヴ）を創出してゆこうとする姿勢は，アンダーソンなどと実践的には近いとの指摘もあり，ナラティヴセラピーとの共通点に注目が集まる（森岡，2005）．	①深刻な虐待事例や家族から遺棄された子どもがクライエントの場合には，子どものイメージの中で家族を扱うことから治療的端緒をつかんでゆく必要がある． ②重篤な障害児の母親に対する援助の際には，家族成員としての役割などをしばし離れて，一人の個人として生を享受できるようなひとときを工夫する． ③その際には，抵抗を生じるような内的な問題はあえて取り上げないよう留意する． ④家族の事情への理解と配慮，潜在可能性の発見，自尊心の尊重，個別的存在として捉えるなどを重視する． ⑤家族療法でよく用いられる技法群を駆使して家族関係の改変を強力に推し進めようとする姿勢よりも，問題を抱えた家族関係や夫婦関係をそっと傍らから支えるというイメージや姿勢を大切にする．
6	コミュニティー心理学	①面接室の中で心理療法を完結させようとしない．狭い意味での心理主義にとらわれない． ②一人の治療者がすべてを抱えるのではなく，クライエントにとって必要な地域のリソースを適宜適切な形で活用し，セラピストはその「つなぎ」「連携」に徹する． ③治療者自身の限界（できることとできないことの区別）をよく意識する． ④クライエントの生活環境全体への関心と目配りを忘れない点．	①育ちなおりを必要とするような重篤なクライエントへの支援では，セラピストとの二者関係や心理面接のみで完結させようとせず，中間治療施設も含めた地域資源の活用を非常に重視している． ②他機関との連携の際には，かなり緻密な見立てと工夫（コーディネート）がなされる．全体状況と個別状況の両方をみながら，布置がうまく機能するように，セラピストが触媒となることが期待される．
7	遊戯療法，絵画療法，箱庭療法	①各療法は，方法論の一部として明確に位置づけられている．治療的関係が形成しにくいクライエント，幼児，発達障害児などへのアプローチとしても頻繁に用いられている． ②各アプローチのメリット，デメリットについてもよく把握しており，またその技法的な側面についても無理，無駄がない状態（セラピストの手の内に十分入っている状態を）をめざす．その適応と禁忌についてもよく理解されている．	①遊戯，絵画，箱庭などは治療手段であって目的ではない．コミュニケーションの緒をつけることが困難なクライエントに対しては，手がかりを生み出すための道具的活用がなされることが多い（解釈などは基本なされない）． ②内容面の解釈などに眼を奪われすぎず，セラピーが行われている構造や文脈（プロセス）に注目をし，そこから治療上のヒントを見出すことが大切にされる． ③技法的側面が前面に出ることなく，むしろクライエントとの関係作り，潜在可能性の発見と開発（クライエントの素質，成長や回復の度合い）などの指標としても多く用いられている．
8	内観療法	①村瀬自身の日常的内観の体験を踏まえ，「児童・青年期の人々への統合的アプローチの過程で，本来の内観の本質をなるべく損なわないようにしつつ，適用範囲を広げ，従来の心理療法の治療過程を促進し得ることを目的に案出した短期集中内観療法は，家族への働きかけの一方法として，あるいはクライエント自身が集中的に自分を見つめる方法として，有効であろうと考えるにいたった」と述べている（村瀬，1995，2001）． ②治療構造のセッティングの仕方や治療者の役割や姿勢などとの共通点が多い． ③内観療法を根底から支えている「素直な文化」との親和性の高さにも注目したい．	①内観療法を単独では使用せず，治療的な転機を引き起こすアクセントや引き金として位置づける（ピンポイント的活用を意図）． ②（短期集中内観など）必ずしもオーソドックスな形式での実施にこだわらない．

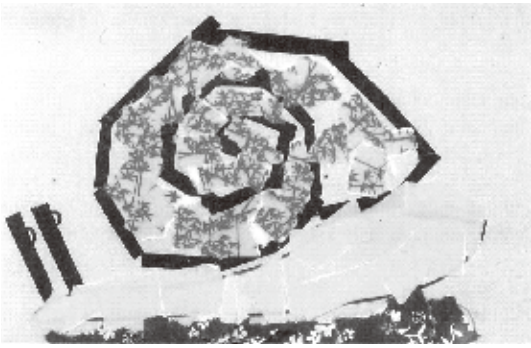

図1　Aの貼り絵：かたつむり

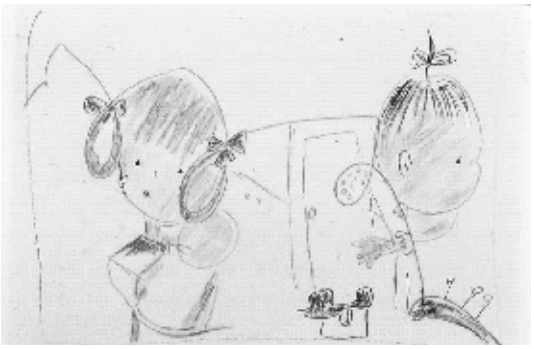

図2　Bのスクイグル画
外出先の母親へ「早く帰って」と電話中

感のあるカタツムリの貼り絵を完成させ（図1），施設入所以来初めて淡く微笑し，人差し指で自分の頭にカタツムリの角を真似たポーズをとる．気分よさそうにスキップして退室．職員一同驚き．

この後，Aは職員の指示に注目するようになり，手を添えて手助けされると軽作業に参加可能になる．表情に動きが現れ，コミュニケーションがとれるようになり，行動にメリハリが生じる．

事例B：還暦近く天涯孤独の女性，統合失調症と診断され投薬歴は長い．非現実の話を一方的に語り，他者からの働きかけは受け付けず，孤立，常に過緊張状態．手話も使用可能で，仮に統合失調症でももう少し緊張が緩んで楽になれたらという施設側の提案．

絵を描くという行為はAに比較すれば可能と思われ，巧拙が問われないスクイグル法を施行．描かれた絵は画面半分に外出している母親（大人というより少女）を半分に仕切られた画面にいる子どもはお留守番中で，母親に「早く帰ってきて…」と心細く電話しているところという（図2）（全く聞こえない人が電話で遠くにいる母親と早く帰ってと話している！）．一瞬，聞こえないつらさ，孤立感はいかばかりかと言葉なくBの体験世界を追体験しながら想像している筆者に，それまで視線をそらしていたBはじっと視線を合わせ，深く頷いた．2枚目の絵は一転して，ミルクを飲み終えて幸福感一杯のあんこ型力士のような赤ちゃんをBは描いた．「いい気持ちになった．この気持ちのままで帰りたい」と退室した．その後，徐々に疎通性が増し，実生活に基づくやりとりが増えた．さらに自分自身や周囲への関心が増すように，自画像やセラピストと共に相互似顔絵[8]を描く試みの過程で，状況を意識して衣服や髪を整える，集団活動に参加し，身振りや手話で他者と交流するなどの変容が次第に増していった．このような事実を目のあたりにして，職員間から「人はかかわり方で変わりうる」「見える行動のみでなく，背景を考えることの大切さ」という感想がしきりとなり，それが施設全体の空気を生気のある，そして他者を思いやるものに変えていった．職員から相次いで個別面接希望が生じ，面接を通して入所者の行動を受けとめ，自分自身を振り返り，やがて自発的カンファレンスを開く契機となった．入所者のレジリエンスに着目しようとする傾向が職員間に生じ，それは家族会や地域社会と施設との協力・支援的つながりを増す努力へとゆっくりではあるが向かう素地になっていった．

おわりに

こころとは人が自分をどう捉えているか，人や物，ことへどうかかわるか，そこに現れているといえよう．人の心に触れることのおそろしさを自覚し，慎重で謙虚でありたい．人にとり，自尊心は基本的に大切である．他者からの支援を受けるとき，一見それとは明らかでなくとも，こころの底深くに痛みを覚えているであろう．心理療法に

おいては，無形の心理的なものに対する的確な理解，判断，言語的非言語的行動が主要な方法として求められており，セラピスト個人の総合的能力によるところが大きい．個別的にして多面的なアプローチ，統合的心理療法にこれが到達点というところはなく，専門的知識と同様ジェネラルアーツを豊かにすることが求められる．さらに一人称，二人称，三人称の視点，ならびに焦点と相対的視点を含む全体を同時に捉えるバランス感覚をもてるようでありたい．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

文　　献

1）青木省三：あとがき．心理臨床という営み（滝川一広，青木省三編）．金剛出版，東京，p.271-273，2006

2）江口重幸：精神療法の歴史．精神療法の実際（青木省三，中川彰子編）．中山書店，東京，p.17-29，2009

3）神田橋條治：入院患者に精神療法を行う医師へのオリエンテーション．発想の航跡(神田橋條治著作集)．岩崎学術出版社，東京，p.269-288，1988

4）村上伸治：実践心理療法．日本評論社，東京，p.187-233，2007

5）村瀬嘉代子：不登校と家族病理―個別的にして多面的アプローチ．児童精神医学とその近接領域，29（6）；374-389，1988

6）Murase, K.：School refusal and family pathology：A multifaceted approach. Why Children Reject School, Views from Seven Countries（ed by Chilland, C., Young, G.）. Yale University Press, New Haven, London, p.73-97, 1990

7）村瀬嘉代子：統合的心理療法の考え方．金剛出版，東京，2003

8）村瀬嘉代子：聴覚障害者への統合的アプローチ．日本評論社，東京，2005

9）村瀬嘉代子：心理療法家の気づきと想像．金剛出版，東京，2015

10）中井久夫：精神療法とその適応を考える試み．精神医学の経験　治療(中井久夫著作集２巻)．岩崎学術出版社，東京，p.115-122，1985

11）新保幸洋：統合的心理療法の特質について．統合的心理療法の事例研究（新保幸洋編著，出典著者村瀬嘉代子）．金剛出版，東京，p.13-61，2012

12）新保幸洋：村瀬の統合的心理療法．精神療法，42（2）；178-185，2016

13）山下　格：精神医学ハンドブック．日本評論社，東京，p.48-61，1997

Basic Principles of Psychotherapy and Integrative Psychotherapy

Kayoko Murase

Graduate School, Taisho University

There are psychotherapies in a narrow sense that are systematized as a theoretical model and there are also psychotherapies in a wider sense that provide foundations to the former. This paper first discusses that the latter underlies the former and delineates the features of one of such psychotherapies. Recently, the nature of psychological problems has become so complex and diverse with multiple layers of contributing factors interacting with one another that it is necessary to employ an integrative framework that allows idiographic yet multiphasic observation and multi-axial judgment. The paper contrasts this type of integrative psychotherapy with other more common approaches and then argues that psychotherapy integration needs to go beyond the integration of theoretical models and the eclectic adoption of different techniques and aim for the personal integration of psychotherapists, which will contribute the most to the betterment of psychotherapy.

＜Author's abstract＞

＜**Keywords**：fundamentals of psychotherapy, integrative psychotherapy, multi-faceted observations, multi-axial clinical judgment, personal integration of psychotherapists＞