

アドレリアン・セラピーとは何か？

野田俊作 (大阪)

要旨

キーワード：

Der Mensch ist zwar unheilig genug, aber die Menschheit in seiner Person muß ihm heilig sein... Er ist nämlich das Subjekt des moralischen Gesetzes, welches heilig ist, vermöge der Autonomie seiner Freiheit.

(Immanuel Kant)

人は十分に神聖ではないかもしれないが、しかし、その人格の内なる人間性は、人にとって、神聖なものでなければならない。…人間はすなわち道德律の主体であり、その自由の自律性によって神聖なのである。

○はじめに

2006 年 5 月にシカゴで開催された北米アドラー心理学会総会において、レン・スペリー (Len Sperry) が、「アドレリアン」という概念を 3 つに分類していた^[1]。第 1 のグループは、アドラーの考え方に注釈を付けるだけで、新しいものを付け加えようとしなない人たちである。具体的な人物をいうと、最近亡くなった長老ハインツ・アンスパッハー (Heinz L. Ansbacher) や、「古典アドラー心理学 (Classical Adlerian Psychology)」を掲げて現在も活躍中のヘンリー・スタイン (Henry T. Stein) などであろう。第 2 のグループは、アドラーにもとづきながら、彼が述べた概念をさらに発展させていった人たちである。たとえばルドルフ・ドライカース (Rudolf Dreikurs) とその直系の弟子たち、たとえばバーナード・シャルマン (Bernard H. Shulman) やハロルド・モザク (Harold H. Mozak) やオスカー・クリステンセン (Oscar Christensen) がそれにあたるであろう。第 3 のグループは、アドラーの考えを核心部に置きながら、他の心理学や思想・哲学の影響を大きく受けた人たちである。スペリーの発表の中で話題になっていたのは、この第 3 のグループを「アドレリアン」と認知するかどうかであった。スペリーの結論としては、第 3 のグループであっても、1) アドラーの系統にあるとみずから認めており、かつ、2) アドラー心理学の基本前提をすべて受け入れているのであれば、「アドレリアン」と認知していいのではないかということであった。

このような議論が起こるのには、ふたつの理由がある。ひとつは、第 4 世代のアドレリアン、すなわち、アドラーや、彼と協力してアドラー心理学の基礎を築いたフルトミュラー (Carl

Furtmüller)やウェクスベルク (Erwin Wexberg)を第1世代、基礎ができてからアドラーの生徒となったドライカースやアンスバッハーやクルト・アドラー (Kurt Adler)を第2世代、その人たちの生徒であるシャルマンやモザクやクリステンセンを第3世代として、その次の世代の生徒たちが、ポスト構造主義やスピリチュアリズムの影響を強く受けて、新しい考え方や治療法を提案していることである。もうひとつは、アドラー心理学以外の臨床心理学の理論が次第にアドラー心理学に近づいてきて、第4世代の人たちのアドラー心理学とほとんど区別がつかないものが増えてきたことである。その中で「アドラー心理学」というアイデンティティを守ろうとするならば(その必要があるかどうかについては議論の余地があるにしても)、なにをもって「アドラー心理学」と認め、なにをもって「アドレリアン」と呼ぶか、逆に言うと、どういう場合には「アドラー心理学」ではなく、どういう場合には「アドレリアン」と呼べないかを判定する基準を明確にしておく必要があると考えたのであろう。

ともあれ、北米アドラー心理学会は、第3のグループ、すなわち第4世代の人々のアドラー心理学もまた「アドラー心理学」であり、その研究者たちもまた「アドレリアン」とであると認知した。この論文では、そのような議論をふまえた上で、アドラー心理学の治療技法の発展を歴史的にたどりつつ、現在われわれがアドラー心理学の枠内で使用可能である治療技法について考え、さらにそれがアドラー心理学と呼ばれうる条件について考えてみる。

○ 4つのグランドデザイン

● グランドデザイン1

アドラーは、すべての事例にライフスタイル分析を行ったようである。クライアントは、一般に、ライフスタイル上の問題の解決を望んでカウンセラーを訪れるわけではなく、ライフタスク上の問題を解決することを望んで訪れるのが普通である。すなわち、仕事の問題、人間関係の問題、家族関係の問題、異性関係の問題などが、クライアントが抱えている問題である。アドラーは、それを直接解決しようとはせず、そのような問題を引き起こす元になっているライフスタイル上の問題を摘出して、それを解決することを通じて、ライフタスク上の問題を解決しようとした。この方法は、伝統的には心理療法 (psychotherapy) と呼ばれてきた。

この方法には長所と短所がある。長所は、ライフスタイルを改善するので、クライアントが提示したライフタスク上の問題だけではなく、その問題を引き起こしているライフスタイル上の問題と関連したライフタスク上の問題すべてを一気に解決できる可能性があることである。短所は、

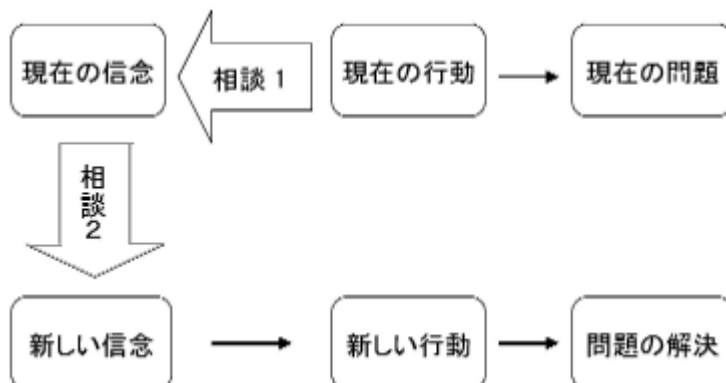


図 1

手間がかかること、クライアントに知的な能力が要求されること、治療者にも高度の能力が必要であることであろうか。

この方法を図示すると、図1のようになる。最初、クライアントはライフタスク上の問題を訴えるであろう。これを「現在の問題」で示した。治療的人間関係を構築しつつ情報を収集し、一段落したところで治療者は、「あなたの問題の原因は、性格に関係があると思うのですが、性格を分析することに同意されますか？」という意味のことを尋ね、クライアントが同意すればライフスタイル分析に入る。その部分を図では「相談1」で示した。ライフスタイル分析は、シャルマンとモザクが作成した「ライフスタイル調査票」によることが多いが、かならずしもそれに従わなくても、1) 家族布置、2) 生育歴、3) 早期回想、4) いくつかの特殊診断質問、などを用いるのが一般的である。そうしてライフスタイルを分析してから、その「基本的誤り (basic mistakes)」について話し合う。シャルマンによれば、基本的誤りは、1) 過度の単純化、2) 誇張、3) 部分を全体と取り違える誤り、の3種類に大別できるという^[2]。これにもとづいて、ライフスタイルの不合理な点を話し合い、より合理的な考え方を学ぶ。その部分を図では「相談2」で示した。そうして合理的な考え方を身につければ、より合理的な行動を取ることが可能になるので、それを実生活の中で訓練するのである。

現在でもこの方法で治療することがあるが、手続きが次第に簡略化される傾向がある。ライフスタイル調査票の提唱者であるシャルマンでさえ、最近では調査票の全項目を聞くことはなく、早期回想ときょうだい順位を聞く程度で済ませていることが多いというし、モザクが提案した「自己概念」「世界像」「自己理想」に分けてライフスタイルを分析する方法も次第に廃れつつあるという。私は最近、バーバラ・フェアフィールド(Barbara Fairfield)が用いる早期回想分析法を用いている。これは、早期回想を聞いてから、クライアントに、1) そのときの感情は何か、2) なぜそのように感じたか、3) その回想の中で自分はどんな人か、4) その回想の中で人々はどんな風か、5) その回想の中で人生とは何であるか、という問いを順に問いかけて、クライアント自身が自己分析するように援助する方法である。そこでは、「自己概念」や「世界像」に相当するものは話題になるが、「自己理想」に相当するものは話題にならない。しかも、有効な援助法となりえていると思う。

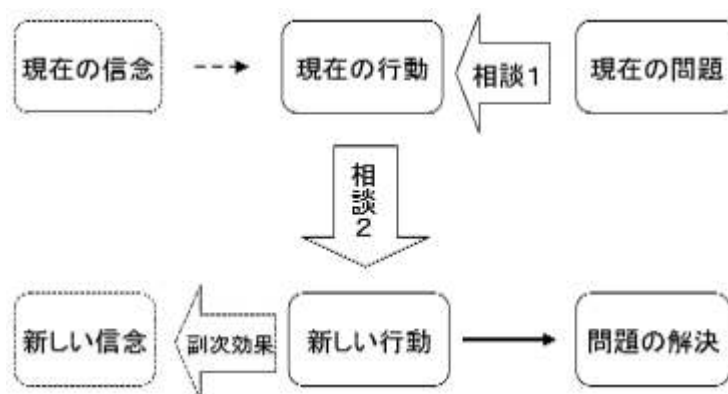
ちなみに、2006年の練成講座においては、この方法をグランドデザイン2、次の方法をグランドデザイン1と名付けたが、歴史的順序を尊重して、以後、この方法をグランドデザイン1 (GD #1)、次の方法をグランドデザイン2 (GD#2)と呼ぶことに統一したいと思う。一時的に混乱を招くかもしれないが、この方がより整合的な名称であると思うので、このように改めたい。

●グランドデザイン2

ドライカースの時代になって、親だけをクライアントにする育児相談において、クライアントのライフスタイルを分析することが必ずしも必要でない場合があり、直接ライフタスクの解決をめざす方法が開発された。これをグランドデザイン2 (GD#2)と呼ぶことにする。伝統的にはこの方法はカウンセリング(counseling)と呼ばれてきた。

この方法では、クライアントの行為に焦点を当てて、現在の行為の結末を予測させ、それが望ましくないのであれば、望む目標に到達するための別の行為、すなわち代替案を考えて実験してみる。この様子を図2に示す。

まず、現在の問題が、現在のクライアントの行為に起因することを指摘し、洞察してもらう。



その部分を図では「相談1」で示した。その上で、問題解決につながる別の行為、すなわち代替案を相談し、それが実際に有効であるかどうか実験してもらう。その部分を「相談2」で示した。

GD#2の長所は、クライアントが問題だと感じているものを直接に解決するのでクライアントのニーズによく合致していること、治療者にとっても高度の技術がいらず、また治療期間も短くて済むことなどであろう。短所は、クライアントのライフスタイル上の問題が大きい場合には使えないことである。

どのような場合にGD#2は使え、どのような場合には使えないかについて、理論的にまとめてみると、次のようになる。個人は相対的マイナスから相対的プラスに向かって生きている。個人が問題を抱えるのは、1) 目標である相対的プラスが実現不可能である場合と、2) 目標は実現可能であるが方法が誤っている場合、の2つに分けて考えることができるだろう。GD#2は、2の場合、すなわち、目標は実現可能である場合に、方法を考案する技法である。これが可能であるためには、いくつかの前提条件がある。

まず、目標が実現可能であるということであるが、これを論理的な可能性と倫理的な可能性とに分けて考えるべきであろう。目標が論理的に実現不可能なものである場合には、GD#2を使うことはできず、GD#1を使って、実現可能な目標を探さなければならない。たとえば、発達障害児の親が子どもを「人並み」に育てようとするのは、ある場合には論理的に実現不可能である。親がそのことを「頭で」理解することによって行動上でも目標を変えることができるのであればいいが、ときには「頭で」理解できても、どうしても情的に納得できず、いつまでも不可能な目標にこだわり続けることがある。そのような場合にはGD#1を採用して、そのような不合理なこだわりを生み出しているライフスタイルを明らかにし、それを修正する必要があるかもしれない。GD#2を使うことが可能なのは、目標が論理的に実現可能なものであることが第1の条件である。一般的に言って、神経症的なクライアントは実現不可能な目標を持っていることが多く、また実現不可能な目標をもっているから神経症的なのであるが、そのような場合にはGD#2を使うことは難しい。逆に言うと、GD#2は精神的に比較的健康なクライアントに適している。

目標を実現することが論理的に可能であっても、倫理的にみて望ましくない場合がありうる。たとえば、子どもはAという学校へ進学したがっているが、親はBという学校へ進学させたいとする。このときに、親が行為を工夫して子どもを翻意させ、Bという学校へ進学させることは、倫理的に問題があるかもしれない。冒頭のカントの引用の中に書かれているように、子どもについても、「人間はその自由の自律性によって神聖なのである」から。そこで、いわゆる「課題の分離」を行うことで、どの問題を誰が責任を持って解決すべきかをいったん分離して、親であるクライアントの課題と、子どもの課題とを、はっきり区別して意識してもらう。そうして、「子

どもの課題には、「子どもが援助を望まないかぎり介入しない」という倫理規定を設けることで、倫理的に不可能な親の目標追求を防止しようとしている。倫理的問題は主観的な価値判断であるので、時にその判定は難しいことがあるが、いつの場合も、治療者はクライアントに、目標が論理的に実現できるかだけでなく、倫理的にも実現してよいものかどうかを問いかける必要がある。ここにアドラー心理学の治療のもっとも大きな特徴がある。

● グランドデザイン3

第4世代のアドリアンは、理論的にはポスト構造主義に、技法的には解決指向型短期療法 (Solution-oriented Brief Therapy) やナラティブ・セラピー (Narrative Therapy) などに影響を受けつつ、伝統的なアドラー心理学の理論と技法にいくらかの付加をした。技法的に見ると、グランドデザイン2をさらに簡略化して、クライアントに現在の行動の結末を予測してその問題点を洞察する段階を省略して、いきなり解決目標が何であるかから話し始める。そうして解決目標を具体的に示して、それが論理的かつ倫理的に実現可能であるならば、それを実現するためにクライアントが行うべき行為について話し合い、それを実行するように勇気づける。この方法をグランドデザイン3 (GD#3) と呼ぶことにする。

図3にこの方法を示す。この方法の最大の特徴は、現在の問題についての話をほとんど聞かないこと、また、問題の原因については、行動上の原因であれ信念上の原因であれ、まったく話し合わないことである。その理由はみつほどあるように思う。すなわち、1) 経験的に、現在の問題を聞かなくても治療ができることが知られたこと、2) 現在の問題を聞かない分だけ時間の節約になること、3) 解決目標について話し合うことで、クライアントを現実的にすることができると、である。1と2については説明の必要がないと思うが、3について付言しておく。ある種のクライアントは、「どのようになればいいと思いますか?」と問われて初めて、解決目標について考えたことがないことに気がつく。そのような人たちは、現在の問題について不平をこぼすことに全エネルギーを費やしている。これは非現実的な態度である。そうではなくて、具体的な解決目標を考え、それに向けて行為することではじめて、問題は解決するのである。あるいは、他のクライアントたちは、非現実的な解決目標を言うことがある。そのような場合、「その目標は達成できると思われますか」と問いかけると、達成不可能であることにはじめて気がついて、「そう言われてわかったのですが、無理ですね」と答えることもある。

ちなみに、GD#3においては、解決目標はかならずしもクライアント本人に関わることでなくてもよいとされている。たとえば、「子どもがよい成績を取ることで」とか、「夫がもっと私

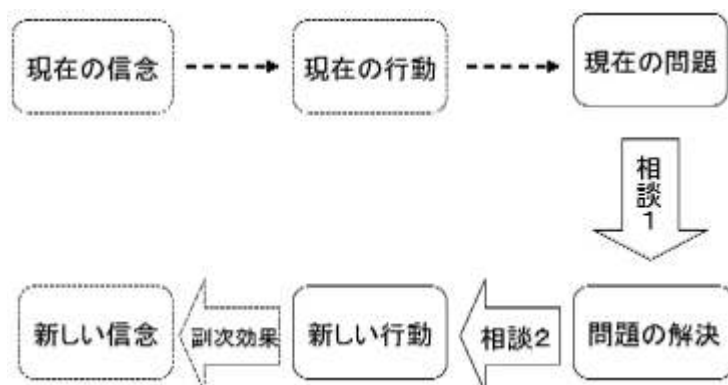


図3

を愛してくれること」というようなことであってもよい。ただし、実際的には、その内容をもう少し具体的にしておいた方がよい。たとえば、「子どもがよい成績を取ること」ではなくて、「A高校に入れる程度の成績がとれるようになること」とか、「夫がもっと私を愛してくれること」ではなくて、とか「月に2回は映画や外食に連れて行ってくれること」などというようにしておく方がよい。このような目標が決まると、「その目標を10点として、現在は何点ですか?」と問いかけることができる。たとえば「4点」と答えたとすると、「点数を1点上げるために、あなたには何ができますか?」と問いかけて、クライアントの行為を探す。現実的・具体的で実行可能な行為が決まれば、それを宿題にして実行してもらう。

この方法には2つの問題がある。ひとつは理論的問題であり、ひとつは思想的問題である。理論的問題というのは、もし解決志向短期療法の技法をそのまま取り入れただけであれば、彼らは人格理論を否定しているので、非アドラー心理学的である。アドレリアンがこの方法を用いるときは、したがって、ライフスタイル論を含めた基本前提がその背後になければならない。それはカウンセラーの言葉の中に具体的に現れ出ることはないかもしれないが、カウンセラーがカウンセリングの流れを制御するとき、アドラー心理学の理論に基づいていちいちの技法選択が行われていなければならない。そうして、共同体感覚の育成に向かって治療がデザインされていなければならない。すなわち、クライアントが提示した解決目標を治療者がそのまま受け入れるとは限らないのである。それがクライアントの私的論理にもとづいていて周囲の人に利益にならないものであれば、治療者は別の解決目標を考えるように提案しなければならない。そうでなければ、アドラー心理学にもとづく治療ではなくなってしまう。しかも、後述するように、単に問題が解決するだけでなく、クライアントのライフスタイルの成長が起こるような治療であることが望ましい。図3においては、このことを「副次効果」として図示した。信念についていっさい言及しない治療であっても、信念が改善されるように、治療者は配慮すべきである。

思想的問題というのは、前述したように、GD#3 がしばしば「他者を変える」ことを解決目標にすることに関連する問題である。たとえば、「子どもがしっかり勉強するようになる」というようなことを目標にする。理論的には、他者を変えることを相談目標として取り上げることをしてはいけない。もしそのようなことができるのであれば、それは、そのことについてクライアントと相手役との間に目標の一致があったときである。しかし、GD#3 では、クライアントと相手役との間の目標の一致がなくても、相手役の変化を目標に治療をすることがありうる。それは、相手役にとってもその変化が有益であると思われるときである。しかし、この判断は、時にきわめて微妙である。カウンセラーは、この点について常に意識的に点検をしなければならない。

「他者を変える」ことを相談目標として許容するのは、神経症的なクライアントの治療を可能にするためである。神経症的なクライアントは、多くの場合、自分が変わろうとせず、他者を変えることで自分の目標を達成しようとする。この態度を改めさせようとする、激しく抵抗することが多い。GD#1 あるいは GD#2 では、現在の問題の原因をクライアントの信念あるいは行為に求めるのであるが、この時点で抵抗が起こってしまう。GD#3 は、技法の発達史からみると、このような抵抗を回避するために、現在の問題の原因についての話し合いをしないですませる方法として開発されたものであると思われる。「他者を変える」ことを目標として許容しておいて、その上で、「あなたにできることは?」と問いかけることで、クライアントの行為の問題点を指摘しないままでクライアントの行為をあらためさせようとしている。そのようにして治療が成功した場合、事後的にでもよいから、クライアントの行為ないし信念の問題がなんであったかを振り返っておくことは有益であるし、アドラー心理学の立場からは必須であろう。治療が成功してからであれば、クライアントは比較的容易に以前の自分の誤りを認めるものである。

● グランドデザイン 4

これは、スピリチュアル・セラピーにおける方法である。これについては他で詳述したので、今回は改めて述べない^[3]。要するに、クライアントの現在の信念も行為も、すべて「マインド」から出てきていると考え、それとはまったく別の答えを「ハート」は持っているので、それを探しだそう、という方法である。これは、ライフスタイルそのものを乗り越えようとしているが、なおライフスタイル論を含む基本前提にもとづいているし、絶対的全体論にもとづく共同体感覚の育成をめざしているので、アドラー心理学の治療法であるといえると考えている。

○ アドラー心理学の治療である条件

ある治療法がアドラー心理学にもとづく治療であるかどうかは、理論的に、ライフスタイル論を含む基本前提にもとづいてデザインされていることと、思想的に、共同体感覚の育成を目標にしていることとの、ふたつの条件が要求される。治療が成功するとは、単にクライアントが問題だと思っていたことが解決することではなく、クライアントのライフスタイルが改善して同じような問題を繰り返し起こさないようになることと、クライアントの共同体感覚が成長して、他者に対してより有益に生きることができることとの、ふたつの条件が成就することである。

GD#2 や GD#3 では、ライフスタイルが話題になることはない。しかし、治療者は常に、図4に示すように、クライアントがかかえる問題はクライアントの行為の結果であり、クライアントの行為はクライアントがライフスタイルにしたがって作り出したものであるという図式を念頭に置いて治療を進めなければならない。GD#2 や GD#3 も、単に行為を変化させるだけのものではないのである。問題の解決を通じて、クライアントのライフスタイルがよい方向に変化するよう、治療者はデザインを工夫しなければ、アドラー心理学の治療とはいえない。

GD#4 ではどうであるかという、**「マインドが言うことはすべて嘘であり、ハートが言うことはそれとは違っているのだが、あなたはまだそれを知りません。マインドが言っていることは聞きました。それにはなんの関心もありません。あなたのハートはどう言っているのですか？」**と問い詰めるのであるから、ライフスタイルの内容は話題にならないが、ライフスタイルを乗り越えるという形で、常にライフスタイルは念頭に置かれているのである。

共同体感覚の育成は、特に GD#3 において意識しておかないと、安易に問題を解決するだけで

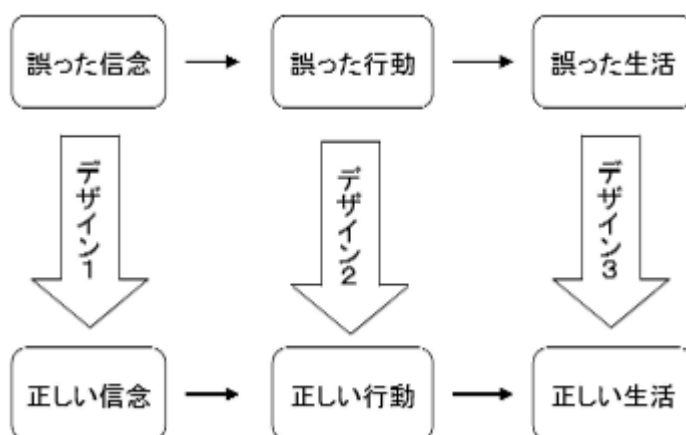


図 4

終わりになる危険性がたえずある。GD#3 以外の治療法をとる場合でも、共同体感覚の育成が治療の究極目標であることを、カウンセラーは決して忘れてはならない。

○まとめ

アドラー心理学にもとづく心理治療には、現在のところ4つのグランドデザインがあることを述べた。その上で、どのデザインを採用するにしても、ライフスタイルを改善することを治療目標にすべきであり、それはすなわち共同体感覚を育成することであることを述べた。今後とも新しいデザインの治療法が開発されるかもしれないが、アドラー心理学の枠組みの中で使われるかぎり、ライフスタイル論を含む基本前提という理論的要請と、共同体感覚の育成という思想的要請を満たすものでなければならない。

文献

- [1] Sperry, L. : Responce to Bitter, J.B. "Am I an Adlerian?". *54th Annual Conference of the North American Society of Adlerian Psychology*, Chicago, 2006.
- [2] Shulman, B.H. : "Life Style", in *"Contributions to Individual Psychology"*. Alfred Adler Institute of Chicago, Chicago, 1973,pp.16-44.
- [3] 野田俊作 : 真心を目覚めさせる。アドレリアン , 19(3),233-243, 2006.

更新履歴

2013年2月1日 アドレリアン掲載号より転載