

心理療法学の科学性をめぐる電子書簡より

野田俊作（大阪）

要旨

キーワード：

コンピュータ通信ネットワーク NIFTY-Serve の『心理学フォーラム』においておこなわれた、心理療法学の科学性をめぐるやりとりから抜粋します。

1. 何が有効な技法か

技法論は、その背後にある理論体系とはそれほど関係なく議論できると思います。心理療法を考えるとき、基礎理論と臨床技法とは、一応分離して考えた方がいいように思うのです。というのは、理論と技法とは、かならずしも必然的な関係にあるわけではないからです。実際、ふたつをゴッチャにせずに、いちおう別々にして考えた方が、はっきりともものが見えてくるように思います。

こういうことを言うと、ただちに「解釈投与する内容は理論から出てくるのだから、技法が理論と無縁であるはずがない」という反論が来ると思います。しかし、まあ、待ってください。ここでは、理論と技法とがあまり関係ないことの一例として、「自由連想→解釈→投与→洞察→治癒」という技法上の図式を、いちど経験的な（つまり統計的な）データから見直して、それがいかに基礎理論と関係がないかを立証してみたいと思います。

A. 自由連想は有効な技法か

フロイト派の治療といっても、古典的な長期療法だけではなくて、最近はさまざまな短期療法が開発されました。私が知っているだけでも、技法的に次のようなヴァリエティがあります（表1⁽¹⁾⁽²⁾より合成）。

寝椅子での自由連想を使う古典的な人たちと、対面法を中心にするさまざまな短期精神療法の人たちでは、理論は基本的に同じでも、治療室で実際におこなわれることはまったく違います。それなのに、治療効果統計によれば、各種の短期療法は、長期法と同じかそれ以上の効果があると言われていきます⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

さて、そうすると、自由連想法という技法は、治療にとってどうも本質的ではないことになります。だって、それがなくても治るのですから。理論的にはどうあれ、統計的には、治療上不必要であることが立証されたとみていいでしょう。不必要だというのは、有害であるという意味で

はありませんが。ですから、あってもいいけれど、なくてもいいのです。

B. 解釈投与は有効な技法か

そうすると、真に効いているのは解釈投与か？ これは、たぶん半分イエスで半分ノーだと思
うのです。というのは、洞察的な治療でさえあれば、理論的にかなり違う諸派の治療が、統計的
にはほぼ同じ程度に効く、という事実があるからです。つまり、解釈の内容はかなり違うはずな
のに、ちゃんと同じように効くのです。しかもその効き方は、行動療法などの非洞察的治療とは、
さまざまの点で区別できます。

たとえば、上述のアンドリュースの研究⁽⁵⁾では、各種の心理療法の治療効果について、次の
表2のような結果を報告しています。

数値が高いほど、治療効果が優れています。これはメタアナリシスなので、「件数」というの
は、治療効果報告の件数であって、患者の人数は 2,202 人にのぼります。効果の数字は、標準偏
差単位であらわした、治療前と治療後のレイティング・スコアの差です。何をレイティングした
かは、報告ごとに違いますが、それを標準偏差を単位にすることで、同じ次元で比較しています。

この表2に見られるように、洞察療法の効果の群内変動は、プラセボや行動療法との間の群間
変動に較べて有意に小さいのです。つまり、洞察療法だけでひとつのグループを構成しています。

人	治療態度	技法	転移の様式	期間	備考
Freud	中立的	解釈投与	陽性→ 両価的	長期	自由 連想法
Sifnoes	中立的	解釈投与	陽性→ 両価的	短期	比較的 古典的
Malan	非指示的	解釈投与	陽性→ 両価的	短期	比較的 古典的
Mann	共感的	修正情動 体験	陽性→ 両価的	短期	実存的
Alexander	指示的	修正情動 体験	陽性	短期	かなり 折衷的
Bellak	指示的	折衷的	陽性	短期	高度に 折衷的

表1：フロイト派内の各種アプローチ

	件数	効果
洞察的治療	95	0.74 ± 0.05
行動療法的治療	110	0.97 ± 0.06
来談者中心的治療	56	0.35 ± 0.06
プラセボ	28	0.55 ± 0.06

表2：各心理療法の治療効果

ちなみに、この洞察療法には、フロイト派長期療法、フロイト派短期療法、アドラー派、力動的催眠、論理療法、交流分析、認知療法、ゲシュタルト療法が含まれているそうです。ということは、解釈した内容はずいぶん違うはずですが、そして、それにもかかわらずこのように効果は同じ程度だということになります。

これをどう考えればいいのでしょうか。これはどうやら、「解釈する内容」よりも「解釈投与する」という行為自体、さらにいえば、洞察的な治療の構造そのものが治療的なのだ、ということの意味するようです。どういう解釈をしても、治療効果にあまり差はない、ということですからね。

家族療法家ヘイリーは、「フロイトの人格発達の理論や象徴的解釈の仕方について異論を唱えるつもりは毛頭ないが、ただ、人間の心をこのように探求していくことがいったい、治療的变化をひきおこすことと関係があるのだろうか、という疑問を提出してみたいのである。フロイトは、患者が自己を探索したことが治癒をもたらした、と確信しているが、それは自己理解を得たことよりもむしろそれをおこなう際の治療者とのやりとりがもたらした効果ではないだろうか」と述べています⁽⁷⁾。洞察が治癒機転なのではなくて、治療状況での特殊なコミュニケーションの構造が治癒機転なのだということです。詳しくは彼の本を読んでみていただきたいのですが、ともかく、治療効果は洞察からではなく、精神分析療法に特有の特殊なコミュニケーション構造に由来することが、かなりの説得力をもって書かれています。

もっとも、ヘイリーの説明が唯一の説明ではなくて、行動主義者たちも精神分析治療のプロセスを学習理論のことで説明しています⁽⁸⁾。当然ここでも、解釈の内容は全く問題にされず、患者の発言に対する治療者の（無意識的な）承認の頻度測定のような、まったく学習理論的な方向から、治療効果が説明されています。

いずれにしても、統計的に見ても、理論的に見ても、洞察が治療効果の本体ではないということです。こうなるとは、解釈の内容などはブツ飛んでしまいます。つまり、解釈と洞察の裏づけとなる理論なんか、どうでもよくなってしまいます。

これは困ったことです。けれども、いちどこのレベルまで遡って考えないと、ほんとうのことは見えてこないように思うのです。フロイトやアドラーが自分の治療を説明したのと同じやり方で、もう一度精神分析治療やアドラー心理学的治療を説明してもしかたがないように思うのです。もう、そういう時代ではないのです。

2. 騎士とスライム

ヘイリーが言っているのは、すべての心理療法において、治療者がする操作は、結局、「(随意的な) Aをしなさい、そうすれば(不随意的な) Bが起こるでしょう」という公式で言いあらわすことができるということです。この構造がもっともあらわに見てとれるのが催眠で、たとえば、「A：私の目を見なさい。そうすれば、B：眠くなるでしょう」ということになります。精神分析にも同じ構造があるのだと彼は言うのです。非常に荒っぽく言えば、「A：自由連想しなさい。そうすれば、B：治癒するでしょう」という構造です。

誤解のないように申し添えますが、彼は、「精神分析は催眠だ」と言っているのではなくて、「すべての治療的コミュニケーションの構造はこうなっていて、催眠も精神分析も来談者中心療法も、その他治療というものは、みんなこの点では共通だ」と言っているのです。

ここで問題になるのは、随意的なAと不随意的なBとの因果的あるいは論理的な関係です。AとBには、真の意味での因果的／論理的な関連はなくてもいいのです、Aは随意的な行為であり

さえすればなんでもよく、Bは患者が起こることを望んでいる不随意的な現象であればなんでもよくて、その上で治療者と患者との間に、「AをすればBがおこる」という公式についての（明示的もしくは暗黙の）合意がありさえすれば、実際に、AをすればBが起こるのです。

こう考えると、伝統的な心理療法理論は、なんであれ信用できないことになります。これに関連して、カウンセラー・トレーニングのコースで、次のような実習をしたことがあります。

カウンセラー（以下カ）：あなたの欠点を一つ言ってください。

クライアント（以下ク）：私はいつだっていい加減で無責任なんです。

カ：「私は」と言うかわりに「お前は」と言ってみてください。

ク：お前はいつだっていい加減で無責任なんです。

カ：いい聞かせるように言ってください。

ク：お前はいつだっていい加減で無責任なんだから。

カ：そうそう、もうすこし、それらしく、感情を込めて。

ク：お前はいつだっていい加減で無責任なんだからっ！

カ：とてもいい。じゃあ、私の椅子に座ってみてください。（クライアント、席を変える。カウンセラーは、横にある第3の椅子へ）

ク：前の椅子に、先ほどのあなた自身が座っていると思ってください。そして、「お前はいつだっていい加減で無責任なんだからっ！」と言います、はい、言われました。そう言われると、どんな気持ちですか？

ク：いやですね。

カ：じゃあ、相手にそう言ってください。「そう言われると、私はいやな気持ちになります」って。

ク：そう言われると、私はいやな気持ちになります。

カ：もっと言いたいことがありますですね。

ク：…はい。

カ：じゃあ、言ってください。

ク：あなたは正しいと思う。けれど、あなたは楽しく生きてないと思う、私は楽しく生きたい。

カ：はい、椅子をかわって。（クライアント、元の椅子に戻る）

カ：はい、そう言われたら、どう感じますか？

ク：お前はいつもそんなことを言って、楽ばかりしようとしている。もっと真面目に生きていけないといけないぞ。

カ：椅子をかわって。（クライアント、椅子をかわる）

カ：今のことばに答えてください。

ク：わかっています。私は苦しいことから逃げています。責任をとって生きるように努力します。

ご存知の方は見破られたと思いますが、パールズのゲシュタルト療法のテクニックです。このクライアントは、後で、責める側を『騎士』、責められる側を『スライム』と名付けましたので、以下、その呼び方を使います。

パールズは、騎士、すなわち「べき」を主張する側を『勝ち犬』と呼び、スライム、すなわち「努力します」と答える側を『負け犬』と呼びます。交流分析だったら、騎士はCP（批判する親）で、スライムはAC（従順な子ども）でしょう。ユングだったら騎士は『ペルソナ』で、スライムは『影』でしょうか（これはちょっと自信がない）。とにかく、多くの流派がこの現象は知っ

ていて、さまざまの名前を付けているわけです。(ちなみに、アドラーは、この現象について、まったく別の説明をするので、おのおのに名前をつけていません)。

では、勝ち犬 = CP = ペルソナかという、そうでもない。これらの名称の背後には、各派の人格理論があるわけで、これらはただ名前が違うだけの同義語ではありません。というのは、各名称は、その背後にある壮大な人格理論のゲシュタルトの中にあてはめて、はじめて意味を持つたぐいの用語だからです、こうして臨床心理学はバベルの塔になってしまうのです。

上の例に戻って、ここから、たとえば、次のような展開が考えられます。

【展開1】

カ：前の椅子に座っている人（騎士）とは、昔からのなじみですね。

ク：はい。昔からこの人を知っています。

カ：これは誰でしょうね。

ク：わかりません。

カ：あなたの家族の誰かに似ていませんか？

ク：お父さん！ お父さんだ。

そうすると、ほんとうに騎士は父親のイメージということになるのだろうか。そうではないように思うのです。コミュニケーションの構造が、クライアントに父親を思い出させたにすぎないのではないか、すなわち、「A：前にいる人が誰に似ているか考えてみてください。そうすればあなたは、B：家族の誰かを思い出すでしょう」という公式が動いているのです。

このような公式を持ち出すのは、騎士 = 父親（または母親）のイメージ、という人格理論が治療者の頭の中にあるからです。それがコミュニケーションの場に持ち出され、患者がそれを承認すると、患者は実際にそのように体験するのです。

違った公式があると、違った展開になります。

【展開2】

カ：前の椅子に座っている人（騎士）とは、昔からのなじみですね。

ク：はい。昔からこの人を知っています。

カ：この人を『世間』という名前と呼ぶことにしませんか？

ク：ああ、それはぴったりですね。

カ：じゃあ、「世間さん、あなたの言うことは」と言って、反論してみてください。

ク：世間さん、あなたの言うことは、私を窮屈にします。

【展開3】

カ：第3の椅子へ座ってください。(クライアントは、2つの椅子に対して三角形においてある第3の椅子へ)

カ：左の椅子に座っている人（騎士）と、右の椅子に座っている人（スライム）に、名前をつけてあげてください。

ク：ええと。左は私の『たてまえ』です。右は『ほんね』です。

カ：ぴったりきますか？

ク：ううん、左は『騎士』、右は『スライム』って感じだな。この方がぴったりきます。

カ：結構。じゃあ、スライムにちょっと味方して、「騎士さん、あなたの言うことは」と言って、忠告してあげてください。

ク：騎士さん、あなたの言うことは、ちょっと窮屈すぎやしない？スライムだって、それなりに一生懸命生きてるんだよ。

こうして、治療者の理論的な枠組を患者が承認して、その上で「Aをきなさい。そうすればBがおこるだろう」という公式を治療者が使うと、患者はその理論が語ることを、実際に体験してしまうのです。ここで確実なのは、このコミュニケーションの構造だけです。患者の体験がいかに生々しくとも、それは治療者が抱いている理論の正当性の証明にはならない。

上述の例で、クライアントが、内的に騎士とスライムとに分離していることさえ、私は信用しません。すなわち、それもカウンセラーである私の操作によってあらわれた現象にすぎないと思うから。すなわち、個人の構造についてのモデルはいっさい信頼できないのです、そして、ただ、コミュニケーションの構造だけが信頼できるように思うのです。

3. タイワンドジョウ憑き

もう 20 年近いむかしのことですが、まだ駆け出しの医者だったころ、山間部の小さな病院でアルバイトしていたことがありました。ある日のこと、そこへ初老の婦人が連れてこられました。家人が言うには、患者さんは、前日来、急に挙動がおかしくなり、突然怒りだしたり泣きだしたりするかと思うと、呆然としていたり暴れたりして、手がつけられないということです。どうやら乖離性ヒステリー（いわゆる二重人格みたいなもので、突然別の人格が現れる。ふつうは数時間ないし数日でもとの人格に戻り、その間の記憶を残さない）だと思われました。

患者さんの夫は、「これは憑きものだから、医者なんか行っても無駄だ」と言ったのですが、息子が、「そんな非科学的なことがあるものか」と言って、親子喧嘩になったといえます。そこで、まず医者へ行って、その帰り道に祈祷師のところへ行くことに決めたのだそうです。なんと賢明な選択！！

光栄にも先鋒をおおせつかった私には、しかし、あまりいい知恵は浮かびませんでした。そこで、疾患について説明し、心配することはないというようなことを告げて、ちょっとした薬を処方する他は、たいして治療らしいこともせずには帰ってもらいました。祈祷師へ行くことについては、害もなからうと思い、賛成しておきました。それきり、その患者さんは来ませんでした。

半年ほどして、夫が別のことで病院へやってきたので、奥さんはその後どうしているか聞きました。彼は鼻高々で、「妙見さまでのご祈祷をしてもらったんですわ。坊さんが、でかい声で、『こりゃ、お前は誰じゃ。正体を言え』と言うと、えらいもんですな、『はい、私は双子池のタイワンドジョウ（雷魚のこと）でございます』と正体をあらわしましてな。それから坊さんに諭されて、そいつは女房の身体を離れまして、それからは女房は、それこそ憑きものが落ちたように、普通に暮らしていますわ」と言います。ついでに、「先生が悪いんじゃない。あれは憑きものだったんだから、坊さんの方が専門だもん」となぐさめられてしまいました。

さて、私は祈祷師がこの患者さんを治したことを疑いません。しかし、タイワンドジョウの精の存在は疑います。ここでおこったことを私なりに説明すると、次のようなことになると思います。

まず、患者さんと祈祷師とは共通の文化的枠組を持っていました。それは、動物の精霊が人間に憑依するとか、ある種の人々が祈祷するとその精霊と交渉できるとか、そういった枠組です。これは、祈祷師と患者さん、さらには、おそらく息子も含めて、その家族にも共有されていた「あたりまえ」の前提（自明性の枠組）なのです。

この枠組に乗っかって、両者が治療的だと認める操作（この場合は祈祷）をすると、実際に治癒がおこるのです。ここでも、ヘイリーの「随意的行為Aをこなさい、そうすれば自発的治療Bが起こるでしょう」の枠組が働いていることに注意してください。「祈祷を受けなさい、そうすれば治癒するでしょう」。ここでは、祈祷と治癒との因果的必然性は、関係者全員が納得する枠組だったのです。

一方、精神医学が用意した説明は、彼らの文化にとっては異質のもので、それは「あたりまえ」じゃなかったのです、つまり、患者さんも家族も、私の説明にまったく納得しなかったのです。すでに精神病理学的説明のレベルで、文化の共有に失敗しているので、私にははじめから癒しの力がなかったわけです。患者さんが納得するような病理学的説明を与えられないままで、「Aをこなさい、そうすればBが起こるでしょう」といくら言っても、操作Aと効果Bの因果的必然性に説得力がないので、治癒は起こらないのです。

ここで仮に、同じような症状を持つ別の患者さんと、たとえば過去の親子関係について話し合った結果、病気が治ったとします。そのとき、「過去の親子関係のあり方が、この病気の原因である」と主張するのは正当か。フロイトや原因論的精神病理学者の主張は、結局こういう論理です。実際、フロイトの著作には、これに類した事例がいくつも出てきます。ところが、そのような臨床経験を根拠にして、親子関係病因説を正当化するのには、残念ながら、祈祷の有効性を根拠にして、「憑きものが、この病気の原因である」と主張するのと、論理的には対等だと思うのです。

過去の親子関係を話題にして治癒が起こるためには、まず、親子関係病因論を治療者と患者とが自明性の枠組として共有していることが必要です。次に、親子関係を話しあう中である操作がなされること（たとえば、治療者が解釈投与し、患者がそれを受け入れるというようなこと）が治癒をもたらす、という自明性も共有されていなければなりません。この二種の自明性の枠組が共有されているとき、そのような操作によって、実際に病気は治るでしょう。ですから、フロイトの治療の有効性を、私は疑わないのです。ただしそれは、フロイトの学説の正当性を疑わないということではありません。ちょうど、祈祷の有効性は疑わないが、祈祷師のよって立つ理論は受け入れないのと同じように。

このように、憑きもの病因説も親子関係病因説も、まったく同じ構造をしています。では、なぜ多くの方は、親子関係病因説を信じて、タイワンドジョウ病因説を信じないのか。これは、結局、われわれの時代の好みでしかないと思います。つまり、親子関係病因説が、たまたまわれわれの時代の文化（というより、正確には、今世紀前半の文化だと思う。今ではこの学説はあまりアピールしなくなってきた）が与える自明性の枠組に合致しているのです。ちょうど、中世の文化が憑きもの病因説を受け入れやすい構造をしていたように。

私が、精神病理学説と心理療法とを切り離して考えたい理由がわかっていただけでしょうか。心理療法は精神病理学と不可分ではありますが、なお、どのような精神病理学説に立ったとしても、それとは独立に、有効な心理療法的コミュニケーションすべてに共通する、ある構造が存在すると思うのです。まずはそれを抽出してゆく必要があると思います。ヘイリーの説はまだまだ不十分です。それは出発点にすぎず、実際の治療的コミュニケーションを、もっともっと詳細に分析する必要があります。

4. 心理療法学は科学か？

さて、これまでの話の中で私がずっと気にし続けているのは、「心理療法にとって、科学的で

あるとはどういうことか」ということです。私が例にあげた「憑きもの」などのような中世的精神病理学説にもとづく呪術的な治療が実際に奏功するということは、心理療法を考える上で重要な問題です。

「精神病理学としての憑きもの説→心理療法としての祈祷」という線も、「精神病理学としての幼少期体験原因説→心理療法としての解釈と洞察」という線も、治療者と患者が文化的な自明性を共有するという条件がととのえば、共に治療として有効であるわけです。とすれば、なぜ人々は前者を非科学的だと感じ、後者を科学的だと感じるのか。それは、幼児体験原因説や、洞察治療説が、科学のスラングで語られているからであるにすぎません。つまり、単語の問題なのです。論理構造は、両者ともにまったくかわりません。つまり、前者が非科学的なら後者も非科学的だし、後者が科学的なら前者も科学的です。私は前者を非科学的だと思うので、後者も科学の条件を満たしていないと考えます。

では、精神病理学ないし心理療法学が科学であるためには、どんな条件を満たさなければならぬのか。こういうことが問題になりはじめたのはずいぶん昔で、1958年にニューヨーク大学哲学研究所が主催した、フロイト理論の科学性についてのシンポジウムが最初（あるいは最初のものうちのひとつ）だと思います⁽⁹⁾。このシンポジウムでは、5人の精神分析家、2人の心理学者、19人の哲学者が討論しました。その結果をふまえて、哲学者エルンスト・ネーゲルは、科学的な心理療法理論が満たすべき条件として、以下の2点をあげています⁽¹⁰⁾。

1. 観察可能性：理論上の概念の少なくとも一部は、観察可能な材料と直結して定義されていなければならない。
2. 予測性：理論から現象を予測できるものでなければならない。

観察可能というのは、たとえば患者さんが「私はタイワンドジョウの精です」と言ったから、その人はタイワンドジョウの精にとりつかれていたと結論してもいいかということ、そうではないということです。というのは、観察されたのは「タイワンドジョウの精」ではなくて『私はタイワンドジョウの精です』という患者さんの報告』だからです。タイワンドジョウの精そのものは観察不能です。ですから、「タイワンドジョウの精がこの病気の原因だ」という主張は科学的でないのです。

これと同じ論理で、「子ども時代、母親が私を拒絶しました」と患者さんが報告するとき、観察された事実は、「患者さんの報告」であって、「母親の拒絶」ではないのです。だから、このデータをもとに、「子ども時代に母親に拒絶されたことが現在の問題の原因だ」と主張するのは、タイワンドジョウの場合と同じだけ科学的でないのです。

ちなみに、この場合、タイワンドジョウの精は一般に観察できないが、母親が子どもを拒絶することが一般的に観察できる、という事実は、この個別の患者さんの事例理解については、なんの役にも立ちません。というのは、この患者さんが母親に拒絶された場面は過去のものであって、それはもはや観察できないからです。また、仮にたまたまビデオでも残っていて観察できたとしても、その出来事と現在の神経症との因果関係は立証不可能です。また、多くの母親に拒絶された子どもの追跡調査をして、その子たちが大人になってから神経症になりやすいという統計的事実が仮に観察されたとしても、そのことは、ある特定の個人の幼少期のある特定のできごとと、その個人の現在の神経症症状との因果関係の証明にはなりません。

このように、観察可能性という点についてだけでも、フロイト理論のような原因論的な精神病理学説は、真の意味で科学的ではありえないと、ネーゲルは言います。

第2点、予測性ですが、「予測できる」とは、単に「説明できる」ことではありません。すでに起こってしまった現象を後からもっともらしく説明するだけでは、科学的な理論とはいえません。現在の観察データをもとに、理論的に未来のできごとを予測できないといけないのです。

「説明」と「科学的仮説」とは区別しなければなりません。「納得できる説明」だからといって、かならずしも科学的ではないのです。「台風ドジョウが憑いたのが原因だ」という説明は、例の患者さんやその家族にとっては「納得できる説明」だったわけですから。これと同様に、「子ども時代の母親の拒絶が原因だ」という説明が、患者さんや治療者にとって、どんなに「納得できる説明」であったとしても、そのことはこれが科学的であることの証明にはならないのです。

ある仮説が、現在おこっている現象をよく説明するだけでなく、未来におこるであろう現象をも的確に予言するとき、はじめてその仮説は科学的であるといわれます。といっても、『憑きものが原因で病気になる』という仮説を実証するために、病気になった人に憑きものを落す祈禱をしたところ、病気が治った。だからこの仮説は科学的だ」という主張は困ります。というのは、もともとの仮説が第1の要件（観察可能性）を満たしていないこともあります。それよりも、仮説と、それを実証するための手続きに、論理の循環があるからなのです。

それはこういうことです。「祈禱が憑きものを落す」ということもまた仮説ですよ。これを実証するためには、憑きものがついた人（＝病気の人）に祈禱をしてあげて、憑きものが落ちる（＝病気が治る）ことを示せばいいわけです。ところが、そのためには、「病気の方は憑きものがついているのだ」という仮説を受け入れなければならないわけです。こうなるとどうどうめぐりの循環論法です。かくして、この2つの仮説は永久に立証不可能なのです。他の根拠でもっていずれか一方が立証されれば、自動的に他方も立証されますが。

私は「憑きものが原因で病気になる」という仮説は信じませんが、『憑きものが原因で病気になったので、祈禱してもらえば治る』と主張する人は、祈禱してもらえば治る」という仮説は信じます。これは、そういう患者さん（こういう患者さんかどうかは観察可能）が来るのを待って実験してみれば、実証可能です。だから、これは科学的仮説なのです。

スレーターは、フロイト的な幼児体験病因説や親子関係病因説でも、同じような循環構造ができることを指摘しています⁽⁹⁾。すなわち、「悪い幼児体験が病気の原因だ」という仮説の正当性を、「原因となった幼児体験を洞察させ（ることを含む手続きをす）れば治る」ということでもって立証しようとする、これがまた別の仮説となり、これを証明するためには、はじめの「悪い幼児体験が病気の原因」という仮説が証明されていなければならない、というわけです。こうして、幼児体験原因説等も洞察治癒説も、ともに科学的な仮説ではない、というわけです。

ですから、たかだか言えることは、『悪い幼児体験が原因で病気になったので、それを思い出すことを含む手続きをしてもらえば治る』と主張する人には、そういう手続きをしてあげれば治る」ということです。この仮説であれば科学的です。

5. なぜ科学でないと困るか

「心理療法学は厳密な意味の科学である必要はない」という立場も確かにあって、なにを隠そう、私の師匠のアドラーもその立場なのです。アドラーの他には、ユングもロジャースもその立場だと思えます。フロイトはそうではなくて、自分の理論は科学だと常に主張していましたが、残念をことに、彼の理論は、現代の目から見ると、科学である要件をじゅうぶんには満たしていなかったように思います。

私個人はどうかというと、心理療法学もまた科学でなければならないということ、自明の前

提として話をしています。これはアドレリアンらしくない選択ですがね。

私が科学性に固執するのは、科学でなければ、伝達が難しくなるからです。患者さんが治る率で競争するとすれば、名人の勝ちです。それは非常にはっきりしています。しかし、名人芸は、名人から名人へしか伝承できないのです。トレーニング・アナリストとしての私の問題意識は、できるだけ多くの生徒さんがいい心理療法家になれるように援助するには、教育をどうすればいいか、ということにあります。そうすると、伝達可能であるように、心理療法の技法論を整理しておかなければならないのです。私の治療について、生徒さんに「なぜあそこでああしたのですか？」と問われたとき、「勘だ」とだけは言わないでおこう、ちゃんと筋のとおった説明ができる用意を常にしておこう、これが私の基本的な覚悟なのです。

極端なことをいうと、センスのない治療者でも、マニュアルどおりに行動すれば、ともかく治療効果があがるような、そんなマニュアルを作ってゆく義務が私にはあると感じているのです。この場合に、観察可能性と予測性というのは、絶対の鍵です。

なぜなら、誰にでも観察できるデータをもとに行為を決定しなければならないので、観察可能性が必要となり、患者側のデータと治療者側の行為が与えられれば結果が予測できるものでなければならないから、予測可能性が必要となるのです。

このことに成功している流派もあります。たとえば行動療法家たちや認知療法家たちは、いくらかの実地経験がある人が丁寧に本を読みさえすれば、ともかく 60 点の治療ができる程度のマニュアルを作っています。こういうことができたのは、彼らの方法論が科学的だったからです。ただし、彼らの成功は部分的で、応用できる範囲があまりにも限られています。

このようにして、あるモデルについて、観察可能性と予測性という意味での科学性が確保されていないときには、そのモデルはマニュアル化が困難です。そのモデルについて、細部まで科学的な妥当性が検証されているとき、はじめて誰にでも理解できるマニュアルが書けると思うのです。

こうして書きながら、私は催眠療法家のミルトン・エリクソンのことを思い出しています。彼は真の天才でした。彼の患者さんたちは、まったく奇跡のように治癒してゆきました。その結果、人々は彼を神格化してしまいました。彼はそれを嫌いましたが、どうしようもありませんでした。というのは、彼は、自分の治療法とその背後にある理論を、じゅうぶん系統的に説明することができなかつたからです。彼の説明は、いつも錯綜していて理解困難でした。彼の説明を読んだだけでは、何をどうしていいのかわかりません。何度も彼のワークショップに出ても、結局わからないかもしれません。極端なことを言うと、彼と同じ天才に恵まれた人だけが、彼の技法のすべてを吸収できるのです。

さいわい彼の場合は、何人かの弟子たちが、おのおの違ったやり方で、彼の方法を説明して、伝達可能なものにしました。お蔭で、われわれは、ほとんど本を読むだけで、エリクソン式の治療を試みることができます。エリクソン技法の説明は、私が知っているだけで4通りあります。そのどれもが、科学である最小限の条件を満たしているので、それなりに使用できます。

実は、エリクソン技法の説明として出てきたのが、『Aの手続きをしてもらえば治る』と主張する人には、Aの手続きをすれば治る」というようなメタ理論なのです。統一理論については、こういうレベルでしか、目下は話ができないのです。これを認めた上での患者さんごとの技法選択という、もう1ランク下の理論については、鑑別治療学という形で動きはじめてはいるのですが、まだはなはだ場当り的な経験論だと言わざるをえません。

心理療法学は、百年近い歴史を持ちながら、まだ始まったばかりの学なのです。それは、ひとえに科学である努力をおこたってきたからだだと思います。いつまでも、非科学的な話をしているはいけないので、一度、可能な限り、厳密な科学としてみずからを鍛え直す必要があると、私は

思うのです。

引用文献

- (1) Burke, J. D., et al. : "Which Short-term Therapy?" *Arch. Gen. Psychiatry*,36(2); 177 — 187, 1979.
- (2) Sperry, L. : "Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy, *Individual Psychology*, 45(1); 3-25, 1989
- (3) Reid, W. J. & Schyne, A. W. : "*Brief and Extended Casework*". Columbia Univ. Press, NewYork, 1969
- (4) Sloan, R. B. et al. : "*Short-term Analytically-oriented Psychotherapy vs. Behavioral Therapy*". Harvard Univ. Press, Cambridge, MA, 1975
- (5) Andrews, G. & Harvey, R : "Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients?" *Arch. Gen. Psychiatry* 38(11); 1203-1208, 1981
- (6) Perry, S. : "The Choice of Duration and Frequency for Out-Patient Psychotherapy". In Hales, R., & Frances, A. (Eds.): "*Psychiatric Update: The American Psychiatric Assosiation Annual Review*". American Psychiatric Press,Washington, D. C. , 1987
- (7) J. ヘイリー著, 高石昇訳『戦略的心理療法』, 黎明書房 p.91,1986.
- (8) Murray, E. J. & Jacobson, L. I. : "The Nature of Learning in Traditional and Behavioral Psychotherapy". In Bergin, A. E. & Garfield, S. L. : "*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*". Wiley, New York, 1971.
- (9) Slater, E. : "The Psychiatrist in Search of a Science: III-The Depth Psycho-logies". *Brit. J. Psychiat.* , 126;205-224, 1975.
- (10) Nagel, E. : "Methodological Issues in Psychoanalytic Theory". In Hook, et al. eds.: "*Psychoanalysis, Scientific Method and Philosophy*". New York Univ.Press, New York, 1959

更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載