

共同体感覚の諸相

野田俊作（大阪）

※以下の内容は、1991年10月12日におこなわれた第8回日本アドラー心理学会総会（大阪市立大学）での会長基調講演の記録です。テープ起こしの都合上、若干の修正を加えております。

要旨

キーワード：

1. アドラーの共同体感覚概念の変遷

アンスバッハーは、アドラーの一生の著作を通読すると、彼の思索はおおむね4つの時期に分できると主張しました⁽¹⁾。最初に、そのおのおのの時期における『共同体感覚』の概念の位置を見ておきましょう。

第1期は1898年から1907年です。この時期に含まれる1902年に、アドラーはフロイトのサークルに参加するようになりました。当時アドラーは32歳で、ウィーン大学の医学部を卒業してまだ7年しか経っていない若手医師でした。この時代の主要な仕事は、『器官劣等性』に関するものです。すなわち、子どもに、生活に支障をきたすような身体器官の障害がある場合、子どもはそれに対して態度決定を迫られるので、その結果、その器官の劣等性の補償をめぐって性格が形成される、という理論です。ここではまだ、個人と身体との心理学的関係が扱われているだけで、個人と共同体の関係に関する考察は見られません。したがって、共同体感覚という概念もまだ提唱されていません。

第2期は1908年から1917年です。この時期のまん中の1911年に、アドラーはフロイトのサークルを離脱します。このような大きな変化にもかかわらず、研究テーマの流れから見ると、フロイトのサークルから離脱した前後で大きな変化はなく、連続的な方向性が見られます。この時期の最初の仕事は、『攻撃性衝動』をめぐる研究です。これは、フロイトがタナトス、すなわち死の本能として考察したような意味での攻撃性を扱ったものではなくて、むしろ、積極性とでもよぶべき概念で、後には、『権力への意志』という概念に変化し、さらには『優越性追求』となり、ついに一般的な目標追求の概念に発展してゆくものです。そういう意味で、器官劣等性から発展する、劣等感とその補償という理論と対をなすもので、やがて、幾分原因論的な色彩のある劣等感理論にとってかわって、完全な目的論となって結実するものの最初の萌芽であるといえましょう。実は、1908年の『攻撃性衝動』についての論文の中に、すでに『共同体感覚』という用語が、かなり発達した定義を伴って出現します。これがアドラーがこの用語を使った最初であると思います。その部分を引用しておきます。

「人間に生得的である共同体感覚は攻撃性衝動へのもっとも重要な制御因子であると考えられるべきである。共同体感覚とは、個人が、人々、動物、植物、無生物などのあらゆる対象と関係を持つときの基礎になっているものであり、われわれが自分の生命と結合し、是認し、和解する力のことである。共同体感覚の豊かな諸相、たとえば、親の愛、兄弟愛、性愛、祖国への愛、自然や芸術や科学への愛、人類愛など、が攻撃性衝動と共に作用するとき、個人の精神生活を現実形成する、その人の人生への一般的態度が出てくるのである」⁽²⁾

ついで、『男性的抗議』という概念をめぐる仕事があります。男性的抗議とは、器官劣等性からの類推で、女性は社会的に劣等な地位におかれているため、自分が女性であることに対する態度決定を迫られ、このとき、その劣等感を過剰に補償して、女性であることを拒否することをいいます。この概念の価値は、はじめて社会的な文脈の中で劣等感を考察したところにあります。これは後に、一般的な主観的劣等感の理論に発展してゆき、アドラー心理学の現象学理論の基礎になってゆきます。ちょうど共同体感覚が攻撃性衝動の抑制因子であると考えられたのと同様に、大きな劣等感とは共同体感覚の不足を意味し、共同体感覚が発達すれば、劣等感は軽減すると考えられています。さらに、ニーチェの影響下に、『権力意志』という概念が提案されます。これは前述のように、やがて目的論に発展する重要な理論です。

第3期は、1918年から1927年までです。この時期の最初をかざるエピソードがあります。アドラーは第1次大戦に軍医として従軍しますが、復員して、仲間のつどうカフェにはじめて姿をあらわしたときのことです。誰かがアドラーに「何か新しいことがありますか？」と尋ねました。彼は、「世界が今必要としているのは、新しい大砲でも新しい政府でもなくて、共同体感覚だ」と答えました⁽³⁾。この時期のアドラーの仕事の中心は、ライフスタイルの概念です。共同体感覚は、健全なライフスタイルの指標であると考えられ、正しい目標追求を可能にする因子であると考えられました。しかし、この時点では、まだフロイトの超自我に似て、共同体感覚はどちらかという、誤った目標追求の抑制因子であると考えられていたのです。しかし、この時期に、共同体感覚の理論にひとつの発展があります。それは、「生得的に存在する」という考え方が撤回されて、「生得的可能性であり、意識的に発達させられなければならない」というように修正されたことです。これは、アドラーが、育児や教育の力が共同体感覚の育成に不可欠であると考えはじめたことを意味します。第2期のアドラーの仕事の中心は神経症者の心理療法でしたが、第3期には教育カウンセリングの仕事に比重が移っていったことに伴う理論の変化でしょう。

第4期は1928年から1937年です。この時期には、共同体感覚が理論の中核になりました。育児と教育の必要性はますます強調され、治療から予防へ、すなわち、異常の矯正から健康の育成へと、話題の中心が変化します。

2. 対象の相＝共同体

アンスバッハーは、共同体感覚には2つの相があることを指摘しました⁽⁴⁾。すなわち、第1は『共同体』とは何かということをめぐる相で、彼はこれを『対象 (object) の相』と呼びました。第2は、『感覚』とは何かということをめぐる相で、彼はこれを『過程 (process) の相』と呼びました。

まず、対象の相から考察します。先に引用した論文に見るように、アドラー自身『共同体』というとき、それは人間の社会を意味していたのではなく、それよりももっと広いもの、個人が関係するすべての環境を意味していました。この立場をより押し進めたのがルイス・ウェイです。

彼は著書の中で、このように言っています。

「共同体ということばには、人間社会だけではなく、全宇宙との同一化の態度が内包されている。共同体ということばには、人間仲間への愛だけではなく、自然への愛が、さらには、無生物への愛さえも包含されている。

それはすべての命あるものたちへの、大地への、海への、空への、われわれの美意識にもとづく親近感である。それはコミュニオンの感覚、本質的にわれわれに好意的な宇宙との交感の感覚である」⁽⁵⁾

狭い定義の例としては、ドライカースは、「その個人が想定しうる、もっとも広い意味での共同体」と言って、ほぼ過去現在未来の人類のことであると定義しました。これがもっとも狭い定義の例です。実際には、共同体という対象は、ほぼこの中間のどこかに想定されていると考えてよいと思われます。すなわち、それはすくなくとも現実の社会よりも広い概念なのです。

3. 過程の相

『感覚』と呼ばれているものが何であるのかは、アドラーの晩年の英語の著作を見ると伺い知ることができます。彼は最初は『社会的感情 (social feeling)』という訳語でもって共同体感覚を表現していましたが、次第に『社会的関心 (social interest)』という訳語を好むようになります。これは偶然ではなくて、共同体感覚の概念についてのアドラーの意見の変化を反映しています。すなわち、主観的・受動的な『感じ方』から、行動的・能動的な『かかわり方』へと、重点を移していったのです。

中期のアドラーがさかんに使った用語に『共通感覚 (common sense)』というものがあります。これは『私的感覚 (private sense)』と対になる用語で、他者との間に合意的に妥当性を確認された考え方を言います。それが単なる『常識』でないのは、この合意的妥当性確認の過程が、他者との能動的なかかわりを抜きにしては不可能である点にあります。常識が、外から与えられるものであるの？に？対して、共通感覚は、他者とのかかわりを通じてみずから創りあげるものなのです。共通感覚は、ある面で共同体感覚とほぼ同義語なのですが、いくらかの違いもあります。共同体感覚は、受動的な感覚ではないのはもちろん、単に合意された感覚でさえなくて、積極的な行為の中にあられ出るものなのです。後期のアドラーは、このことを積極的に意識して、共通感覚という用語を避けて、より能動的な態度としての共同体感覚という用語をより好んだのでしょう。

4. 社会適応と共同体感覚

歴史的な回顧はこれくらいにして、共同体感覚の現代的な意味について考えてゆきたいと思えます。特に、心理療法学との関係で、共同体感覚がどういう意味を持つかを考えてみたいのです。最初に問題にしたいことは、共同体感覚と社会適応の関係です。これは、治療目標に関連した話です。何を治療の目標として取り上げるかということが、心理療法の成否の大部分を決定することが知られています。適切な目標が設定され、それが治療者と患者との間で合意されていることが、治療を可能にする最大の条件なのです。

現代の心理療法は、症状の除去をあまり問題にしません。しかも、1960年ごろ以後の心理療法学は、社会適応をさえあまり問題にしなくなりました。たとえば、ロジャースの弟子で、日本では『フォーカシング』で有名になったユージン・シェンドリンが、こんなことを書いています。「これらの（第3勢力の）心理療法は、現状の社会に個人を適応させることを、すくなくとも口に出しては、目的にしない。それらの治療法は、むしろ、社会化の有害な阻害的な効果を克服しようと試みる。このような新しい見方によると、病理的なのは、社会の非人間的、威嚇的、因習的な諸作用であって、個人の内的な問題ではないのである」⁽⁶⁾

アドラーも正にこのように考えていたのであって、現在の社会は競合的であり、むしろ反共同体感覚的なのです。アドラーにとって、治療や教育は、個人の共同体感覚の育成の過程であると同時に、社会全体が共同体感覚にもとづいたものに変革されるための過程でもあるのです。1918年に彼が言ったのはそのことで、政治的な社会改革によって人類が救済されることを、彼は世界大戦を経験し、ロシア革命の現実を見ることを通じて、断念したのです。そのかわりに彼が持ち出したのが、共同体感覚を育成することによって個人を変革し、それを通じて社会を変革してゆくことでした。

哲学的に社会適応がいいことか悪いことかは別にしても、心理療法の技法論の立場から考えても、社会適応を治療目標として前面に押し出すのは、たいへんマズい治療戦略だということがあります。こと神経症と精神病の治療に関しては（つまり、障害児の治療教育を除いては）、治療者が社会適応を目標に押し出すと、治療は失敗する確率が高くなります。というのは、家族などからの社会適応圧力に対する「イエス、バット」としてあらわれてくるのが症状だからです。

家→→→「社会適応しなさい」 →→→患
族←→→「はい、わかっています。 ←←←←者
でも症状があるのでできません」

この悪循環は、患者さんの内的な『私的感覚』でもあるのですが、患者さんと周囲の小共同体、たとえば家族の『共通感覚』でもあります。

治療者が患者さん本人や家族等と同じ態度をとるなら、患者さんは同じように「イエス、バット」としての症状を続けるでしょう。治療者が、いったん『社会常識』を捨てて、「社会適応なんかしなくていいじゃないか」というところに立たないと、神経症的なコミュニケーションの悪循環を断ち切れず、それどころか、積極的に悪循環に参加してしまうことになって、神経症の片棒をかついでしまうのです。

それでは、社会適応ということをあまり問題にしないとすれば、心理療法はいったいなにをめざすのか？

ユングが『個性化』と言ったり、フロムがマルクスを踏まえながら『脱疎外』と言ったり、マズローが『自己実現』と言ったことが、現代の、心理療法の最大公約数的な治療目標だと思えます。こういうことを私なりに解釈するなら、「社会が、育児や教育を通じて押しつけてきた、『望ましい人間像』を演じることをやめて、『ほんとうの自分』に戻ること」だと思えます。結論から言うと、これこそが『共同体感覚の実現』ということだと思うのです。

神経症は、「はい、『望ましい人間像』にならなければいけないことは知っていますし、努力しようと思えます。でも、症状があるのでそうはなれないのです」というメッセージだと思えます。こういう構えをパウルズは『負け犬』と言っています⁽⁷⁾。『負け犬』がいるかぎりには『勝ち犬』もいるわけで、それは『望ましい人間像』にならなければいけない」という圧力です。この圧

力は、はじめは親とか教師とかいった外側の人間から来るのですが、やがて自分自身でも信じ込むようになって、内なる声になってしまうのです。そうすると、神経症のメッセージは、外なる『勝ち犬』にではなくて、内なる『勝ち犬』に向けられたものになるので、とても複雑なトリックになってしまいます。仮面をかぶって暮らしているうちに、いつしか仮面が自分の本当の顔だと思い込んでしまうようなものです。

患者さんの頭の中から、この『望ましい人間像』という虚構を追いはらわないでは、神経症からの脱却はできないと思います。そういう意味で、森田療法でいう、『あるがまま』という概念は、とても治療的です。考えてみれば、『あるがまま』の自分だけがほんとうに存在するのであって、『望ましい私』は、最初から虚構にすぎないのです。『あるがまま』の私を好きにならないで、幸福になることはできません。自己嫌悪の彼方には幸福はないのです。心理療法が、『自己受容』、すなわち「あるがままの自分を好きになること」をととても重視するのは、こういうわけです。そういう意味で、心理療法は、学校教育のちょうど逆さまという感じがあります。義務教育制度は、歴史的には、国民皆兵制度と同時にできてきたもので、あからさまに言えば、『望ましい国民像』の条件づけのプロセスです。とくにそれが『罰』や『おどし』という手段でもっておこなわれると、未来の神経症者を養成しているようなことになってしまいます。育児もそれに荷担していますので、現代人は、子ども時代に、たつぷりと自己嫌悪のトレーニングを受けてしまうわけです。心理療法とは、『脱条件づけ』のプロセスです。パールズは「異常にはパターンがあるが、正常にはパターンがない」と言っています。これは名言で、心理療法は、社会が患者さんに押しつけてきたパターンを拒否して、その人自身になってゆくことを援助します。ですから、元来内向的な人は内向的に、元来外向的な人は外向的になってゆきます。しかも、自然な形でその人の能力が発揮でき、その人なりのやりかたで共同体に貢献できるように援助します。

5. パラドクスとカウンター・パラドクス

神経症の精神病理的パラドクスというものがあって、「症状さえなくなれば」とか、「なんとか社会復帰しなければ」という願いが、病気を持続させる原動力になっているということ、最初にはっきりと意識したのはアドラーだと思います。「社会復帰しない身体」と、「社会復帰しなければ」という意識」と、その間の矛盾を救う魔法としての症状という、この聖三位一体が神経症であるわけです。これは一種のトリックであり欺瞞なのですが、困ったことに、このトリックにもっとも深くだまされているのは、患者さん自身なのです。ですから、このトリックを解釈してあげても、患者さんは、信じなかつたり怒りだしたりします。

さらに、神経症のコミュニケーション的パラドクスというものもあります。患者さんは、真空の中で神経症をやっているわけではありません。周囲にはかならず、「社会復帰しなければいけないと言う他人」がいるのです。その人たちへの「イエス、バット」として、「はい、わかっています。でも、この症状があるかぎりは無理です」という口実として、症状が使用されるのです。これが、MRI派のいう『症状行動・偽解決ループ』です。

治療者が『社会復帰』を価値として肯定している患者さんに向かって、同じように『社会復帰』を価値として疑わないならば（否定しろという意味ではなくて、検討しろという意味で治療者もまた偽解決行動をして、神経症の協力者になってしまうのです。

有効な治療のためには、第3のパラドクス、治療的パラドクスが形成されなければなりません。すなわち、治療者が患者さんに、『社会復帰』を断念するように働きかけるとき、パラドクスに対するカウンター・パラドクスが形成されて、患者さんは、逆説的にも、社会復帰を遂げるので

す。こうして神経症は治癒します。

しかし、これは、「社会に対して破壊的であれ」ということを勧めているわけではありません。『社会復帰』は断念するように、しかも「社会に対して建設的であるように」という、微妙なメッセージを出すのです。アドラーは言いました。「他者に貢献しようとする者だけが、自分の問題を解決できる」。共同体感覚の実現というのはそういうことです。外から押し付けられた型によってではなく、内から湧き上がる自然によって、世界に向かって貢献的であること。

そして、それはしばしば社会（具体的には家族など）が期待する『社会適応』とは矛盾します。その人がその人自身であることを、周囲はかならずしも望んでいなくて、むしろ自分たちの期待するような人であることを、つまり、その人でなくなることを、望んでいますから。

もっとも多いのは、「普通の人であれ」という期待です。それがどれだけ多くの「普通でない」人を「異常な」人にしてしまっているか。「普通でないが正常な人」でもおれるのに、『社会適応』をめぐる社会的期待が、その可能性を封じているケースが実に多いのです。

このような家族や社会からの疎外的な期待は、幼児期から繰り返された催眠暗示のようなものですから、そこから抜け出すとなると、脱催眠が必要なのです。治療とは、J. ヘイリーが繰り返し指摘しているように、そういう意味で、すべて催眠と同じ構造を持っているのです⁽⁸⁾。治療者がそれを意識しておれば安全だし、意識していなければ危険です。

6. 問題志向と解決志向

心理療法学には、むかしから『問題志向 problem oriented』のタイプと『解決志向 solution oriented』のタイプとがありました。皆さんになじみのあるのは問題志向型の方ですので、こちらから説明します。これは、なんらかの問題がどこかにあって、それを除去することが治療だとする考え方です。その問題は、流派によって、表に出てきている症状であったり、精神内界的なできごとであったり、対人関係の構造上の問題であったりするわけですが、いずれにせよ、それを取り除くのが治療の目的だとする考え方です。

行動療法は、典型的な問題志向的アプローチです。そこでは、症状イコール問題だと考えられ、症状をいかにして除去するかが工夫されます。フロイトの精神分析も問題志向型の心理療法学で、この場合には症状が問題ではなくて、精神内界的なできごと（たとえば固着）が問題だとされます。ヘイリーなどの戦略的家族療法も問題志向的で、家族内の対人関係のありかた（たとえば二重縛り）に問題があると考えた上で、それを除去するための工夫をします。

医学がそもそも問題志向型の論理構造を持っています。医学の一分科である精神医学も当然そうです。疾病と呼ばれるある問題をいかにして除去するかということが、医学の関心事です。医学は、さらに、リンネの生物分類学に準じた方法を採用しますので、疾病分類という名のもとに、問題の種類をパターン分けして整理しておき、そのおのおのについて対策を用意します。この方法は身体医学で大成功をおさめましたので、精神医学もほとんど無批判にこれを採用しました。この流れの中で、今世紀はじめに活躍したクレペリンという人が、精神医学的疾患分類学の基礎を確立し、現在もなお、基本的にはクレペリンの分類がより精密化されて使われているわけです。

これに対して、解決志向的アプローチは、問題を除去したら解決するとは考えていなくて、解決像をまず想定して、それをいかにして実現してゆくかを考えます。そもそも『問題』という概念すらないのです。患者さんが『問題』だと感じているある状態は、成功した治療の結果やってくる『解決』だと感じるある状態と同じく、患者さんの必然的な『あり方』であり、問題が悪で解決が善というものではないのです。存在するものは、その時点、その状況で、そうでなければ

ならない、そうであるしかない、患者さんのただひとつの『あり方』であって、それが内的外的状況の変化によって変化してゆき、あるとき患者さんは「解決に到達した」と感じるだけのことなのです。また禅坊主みたいなことを言いますが、「ただ生死すなわち涅槃とこころえて、生死としていとうべきもなく、涅槃として願うべきもなし」なのです。とはいえ、解決した状態というのはあるのです。

わかりにくいかな。わかりにくいだろうなあ。具体的な手続きを言いましょう。それがいちばんわかりやすいと思う。典型的解決志向型心理療法である構成主義的家族療法では、治療の最初に（まだ家族の『問題』もろくすっぽ聞いていない時点で）、「今夜あなた方が眠っている間に、魔法で、あなたがたが問題だと感じていることがすべてなくなってしまったとします。明日の朝おきたときには、あなたがたはまだ、問題が無くなってしまったことすら知らないのです。さて、あなたがたは、どういうことから問題が無くなってしまっていることを知るでしょうか？」と尋ねます。さらに続けて、問題が無くなってしまった状態での日常生活を丁寧に聞き取ってゆきます⁽⁴⁾。

やってみるとすぐにわかるのですが、家族にははっきりした『解決』のイメージがありません。「問題さえ消えれば」とだけ考えてきたのですが、問題が消えると、そこには『悪いもの』もなにかわりに『良いもの』も残っていないのです。残っているのは、「おはよう」と言ったり、一緒に朝食を食べたり、誰かがTVを見たり、誰かが炊事をしたり、誰かが仕事に行ったりという、『無色な』日常生活だけなのです。それはそれで結構なことなのですが、そこにはあるものが足りない。その『あるもの』イコール『解決目標』なのです。それを築いてゆくことが治療になります。ですから、治療者の側から言えば、その『あるもの』イコール『治療目標』なのです。

7. 治療目標としての共同体感覚

解決志向的アプローチの老舗であるアドラー心理学でも事情は同じで、個人であれ家族であれ組織であれ、『あるもの』が欠損していることが問題なのだと考えます。何か余計なものをつけ加わっているのではなくて、足りないものがあるのだと考えるのです。その足りないものを獲得してゆく過程が治療です。その足りない『あるもの』のことをアドラーは『共同体感覚』というはなはだ不適切な術語で呼び、彼の弟子ドライカースは『横の関係』というこれもまた不適切な術語で呼び、私は『しあわせ』とか『愛』とかいうもっともっと不適切な術語で呼ぶのです。

これらのアドラー心理学スラングが不適切だというのは、それらはいずれも事態の一部しかとらえていないからです。『あるもの』にかかわる個人の側の能動的構えとしての『共同体感覚』も、『あるもの』を実現するための個人と個人の関係のあり方としての『横の関係』も、『あるもの』が実現したときの個人の側の受動的な感覚としての『しあわせ』も、みんな違うのです。その『あるもの』は、個人のあり方であって、まったく同時に関係のあり方です。個人と関係は不可分だからです。アドラーは「環境が人間を作り、人間が環境を作る」と言いますが、これも不正確な言い方です。個人は関係の中でだけ定義でき、関係は個人によってのみ定義できる、といっても嘘です、関係と個人とを別のものだと思うことがそもそも誤りだからです。

『関係＝個人』とでも呼ぶべきものがあります。それは『システム』と呼ばれることもありますし『共同体』と呼ばれることもあります。そのありようを、個人は、あるいは「問題がある」と感じ、あるいは「解決した」と感じるのです。あるいは「不幸だ」と感じ、あるいは「幸福だ」と感じるといってもかまいません。しかし、そういう言葉は、個人の側からのレッテル貼りであるにすぎません。いずれも同じ様に『プロセス』なのです。そして、「問題がある」と感じられ

るプロセスは、「解決した」と感じられるプロセスに較べると、かならず『あるもの』を欠いているのです。その『あるもの』を構築してゆくプロセスが治療なのです。

アドラー心理学は、その『あるもの』は、実は人間みんなに共通したもので、出発点である『問題』が何であれ、到達点である『解決』は同じだから、『問題』を分析する必要はないし、『解決』を教育を通じて獲得してもらえばいいだけなのだと考えます。これが構成主義との最大の違いだと思います。構成主義者はそこまで割り切っていないで、『問題』の分析はしますが、『解決』を治療者が提示することもしません。家族ごとに『解決』のイメージを構成してもらい援助をし、その上で、それを実現する援助をします。

アドラー心理学はこの一点で科学でなくなるのです。それはアドラー自身も認めていました。「人間のあるべき暮らし方」についてのイメージを、アドラー心理学自体が持っている、それを患者さんにティーチ・インしようとするのです。これは科学のやり口ではなくて、宗教とまではいわないけれど、『思想』とか『哲学』とか呼ばれるもののやり口です。実際、アドラーは、自分の理論は『生活の哲学 Lebensphilosophie』だと考えていました。

このことに対する批判は当然あるわけで、「患者さん自身が解決目標を提示すべきだ」という反論が出るわけです。アドラー心理学は、その批判を甘受します。「うちの商品はいくらしかないので、おいやならよその店で買っていただくしかない」というわけです。さいわい、「これだけが唯一の解決だ」という程には、アドラーも私も思い上がりません。

なぜアドラー心理学が『あるもの』を提示してしまうか、というのは、ひとつには経済的理由です。先にそれを提示して、そのことを了解した患者さんだけをお引き受けすれば、治療はとても効率的になります。治療目標そのものについて、患者さんがイメージを持ってくれるのを待っていると、それだけで膨大な時間を使ってしまうのです。なぜなら、それは患者さんに「欠けているもの」であり、患者さんは生まれてこのかたそれを経験したことがなく、さらには夢想したことさえないからです。

もうひとつには、患者さんを援助して解決イメージを持ってもらおうと、結局それはいつも治療者が提示するものとそう変わらないということがあります。しつこく言っていますが、「人はみなしあわせでありたい」のです。そこでいう『しあわせ』のイメージをつきつめて議論してゆくと、それは『関係＝個人』のある『あり方』に到達し、それはほとんどの場合、アドラー心理学が提示するものなのです。

これで、私がどういう意味で『治療目標』ということばを使ってきたか、おわかりになったでしょうか。『解決』は、実は患者さんの『自己』の成長によってもたらされるのではなくて、『関係＝個人＝プロセス』のある状態の成就、共同体感覚と呼ばれる『共世界 Mitwelt』的なできごとの実現をいうのです。

引用文献

- (1) Ansbacher, H. L. : "The Development of Adler's Concept of Social Interest: A Critical Study". Individual Psychol. 47(1), 64 – 65, 1991.
- (2) Adler, A. : "Der Aggressionstrieb". In "Heilen und Bilden".
- (3) Bottome, P. : "Alfred Adler : A Portrait from Life". Vanguard, New York, 1957.
- (4) Ansbacher, H. L. : "The Concept of Social Interest". J. Individual Psychol. 24(2), 131 – 149, 1968.
- (5) Way, L. : "Again Gemeinschaftsgefühl". Individ. Psychol. News Letter 16, 31, 1966

- (6) Gendlin, E. T. : "The Newer Therapies". In Freedman, D.X. & Dyryd,J.E.ed. : "American Handbook of Psychiatry, 2nd Ed., vol.5". Basic Books, New York, 1975.
- (7) F. パールズ著, 倉戸ヨシヤ監訳『ゲシュタルト療法』(ナカニシヤ出版)
- (8) J. ヘイリー著, 高石昇訳『戦略的心理療法』(黎明書房)
- (9) 長谷川啓三編「構成主義」『現代のエスプリ』287, 1991

更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載