

臨床心理士の基本姿勢—臨床心理士の専門性・独自性について

宮地幸雄[※]

※岐阜カウンセリング研究所、岐阜大学教育学部大学院・岐阜大学保健管理センター・岐阜大学医学部非常勤講師

要旨

わが国で初めての心理職の国家資格「公認心理師」が(業務独占ではなく名称独占)昨年9月に国会で成立した(議員立法)。この法律の成立に懸念を抱く。その理由は、心理職の国家資格ではあるが臨床心理職ではないからである。わが国の臨床心理学、その専門職の中心と考えるとよい臨床心理士の歴史は長くはないものの(財団法人日本臨床心理士資格認定協会が発足し、1989年に臨床心理士を認定。現在3万人を超える)、職域は拡大し、臨床心理士の専門性・独自性はそれなりの前進をみている。しかし、特にこの数年の「エビデンス偏重」、「事例研究の価値切り下げ」の風潮を感じている。心理職の国家資格は成立したものの、臨床心理専門職ではないことに、この風潮が無関係ではないとも考えている。

小論では、まず、わが国の臨床心理学、臨床心理士の経緯を概観した。そして、昨今の「エビデンス偏重」と「事例研究の価値切り下げ」の風潮への懸念と、「科学的主観性」の価値について述べた。次に、臨床心理士の基本姿勢、換言すれば臨床心理士の専門性・独自性について、先達の論述を整理した。筆者は、渡辺雄三の「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」、「私」と「私の中の/私を超える/私ならざるもの」(「自分と向き合う」という論述を、わが国ではじめての臨床心理学・臨床心理士の専門性・独自性を本質的に述べたものと考えている。したがって最後に、筆者自身をいわば一つの事例として、つまり「私の場合(自分と向き合ってみて)」として自己開示することで、提示した。

大きなテーマを掲げたが筆者は市井の臨床心理士であり、心理学、臨床心理学関係の学会ならびに認定協会の理事などの役割を担ったことがないため、学会や協会の諸事情を承知していない。一人の臨床心理士の視点からのものではあるが、この小論が、わが国の臨床心理学、臨床心理士の専門性・独自性を考えるための一助となれば有難い、という思いがある。

キーワード：わが国の臨床心理学、臨床心理士

臨床心理学の専門性・独自性

臨床心理士の専門性・独自性

はじめに

大きなテーマを掲げたが、一臨床心理士の視点から考えたことである。国家資格について、臨床心理士の中にさまざまな思いが存在する。私たちは心理専門職ではなく、臨床心理専門職という思いがある。

1 臨床心理学と臨床心理士について (わが国の)

1) 認定臨床心理士資格ができるまで

諸外国の臨床心理学あるいは臨床心理専門職の成り立ちにはそれぞれの社会的背景や歴史的経緯があり、それらを一様に論じることは難しい。また、それを述べることは筆者の力量をはるかに超える。この節で「わが国の」と記したのは、それが一つの理由である。そしてまた、わが国独自の事柄を述べることは相応の意味がある。臨床心理専門職のこれから先を考えることに役立つと思うからである。

田畑(1995)は、「戦後、新憲法のもとに、いろいろな法律が施行され、それに伴い、名称は異なるものの、心理職が配置された」、「1960年代にかけて、学会も誕生し(日本臨床心理学会もその一つ:著者の言葉)、隆盛をみるが、世界的な大学紛争にさらされ、10年間ほど混乱・停滞・模索をみる」(p27)と、戦後から1970年前半までの、わが国の心理職の成り立ちを端的に述べている。この「混乱・停滞・模索」という表現は意味深い。アイデンティティーの模索が(当然そこにはアイデンティティー・クライシスの問題も内包し)我々の先達において行われたものと理解できるからである。

そして、「心理職」にかわって、「心理臨床家」という言葉が精神科病院臨床や児童相談所の公的な相談員、臨床心理学領域の大学教員などの間で用いられた。先述の「アイデンティティー模索」の一つの結果であろう。各地域で心理臨床家は自主的な勉強会・研究会を行っていた。その大学教員が集まりの企画・運営の役割を担い、心理臨床家は、3年間(記憶では3年間)、『心理臨床家の集い』(事例検討を行う)という全国的な集まりをもった。それが発展して日本心理臨床学会が発足する。1982年10月、第1回大会は九州大学で開催された。学会は1事例に2,3時間をあてる事例研究発表が中心であった(学会の基本理念のあらわれである)。その理念とは、臨床心理学は丹念な事例研究が必須であり、心理臨床家の研修・研鑽に事例検討は欠かせないという大きな柱であると、理解している。また、1977年、『臨床心理ケース研究1』(誠信書房)が刊行されている(『臨床心理ケース研究6』(1982)で終わり、『心理臨床ケース研究』も6巻発行。学会とその研究誌『心理臨床学研究』がその後の役割を担った)。

精神医学、精神医療の領域においても、先の「混乱・停滞・模索」の時代があったと思う。1970年代から、「日本精神分析学会」、「日本芸術療法学会」、「日本集団精神療法学会」などの学会活動は活発であった。「臨床」という文字が含まれたいくつもの専門誌が発刊され、精神病理学や治療的関わりについての優れた著作が(翻訳を含めて)次々に発刊された(土居建郎、中井久夫、木村 敏、小此木啓吾、前田重治、小倉清、神田橋讓治、山中康裕、小出浩之、成田善弘、北山修、滝川一廣、松木邦裕など)。これらの精神科医から、心理臨床家は多くの学びと共に、多くの刺激を受けた事はいくら強調しても強調しすぎることはない。また、彼らは心理臨床家を治療的関わりのスタッフと考えてくれていた。

とりわけ精神科病院臨床の心理臨床家に、多大なる益をもたらした。おそらくそれも影響し、臨床現場では、精神科医は心理臨床家にカウンセリングや心理面接を依頼することが増え始めた。1970年代後半から、精神科医療行政も(都道府県精神保健センター主催で)、「保健師・ソーシャルワーカー・心理職合同研修会」を企画していた。研修会では他職種に向けての各職種の理解を深めてもらい、また連携の大切さと難しさが事例を基に、討論された(岐阜県では4年間と記憶している)。当時は参加して自分の意見を言うのが精一杯の状態であったが、連携とは関係者間の相互不信感を如何にふくらませないようにするかがまずは大事なことという認識を持ったのは、かなりの時間を経てからのことである。

当時の日本心理臨床学会参加者は、精神科病院臨床の勤務者がかなりの割合を占めていた(その大半は大学学部卒)。それぞれが、精神科病院臨床の「茨の道」を歩んでいる人たちである。ソーシャルワーク、あるいは医療事務との兼務という形態で、常勤職に就いていた心理臨床家もまれではない。多くの地方都市同様、岐阜県内でも、「心理の人」、「心理テストの先生」と呼ばれ、主な業務は心理テストであり、心理面接を行っている心理臨床家はまだ少数であったが、上述のように、精神科医からのカウンセリング依頼、あるいは患者さん自らが主治医にカウンセリングを希望することも増え始めた。

この精神科病院臨床での経験は、とくに重篤な患者さんやそのご家族との関わりの体験、精神科医をはじめとする医療スタッフとの連携の体験、これらは心理臨床家にとって有意義なものであったと考えている。医学ならびに精神医療は大変な厚みを備え、その実践の幅は広く、深いと実感させられる。誤解を恐れずに言うならば、精神病圏の患者さんを前にしたときの心理臨床家の無力感である(もちろん我々の無力感に比較できないほどのものを彼らは抱いているのだが)。臨床心理学の未熟さと非力さの自覚である。しかし、この自覚は進歩・発展の前提であるようにも思う。過度の自我肥大を防いでくれると共に、臨床的には連携の大切さを実感し体験させてくれる。多様な病態水準のクライアントとの臨床経験の積み重ねのできる精神科病院臨床が、心理臨床の中核であると、考えている。現在も精神科病院臨床では、難しい問題を多く抱えていると思うが、この認識に変わりはない。

領域は異なっても、大学教員や公務員もまた、「それらの領域での臨床の茨の道」があったのであろう。

そして、1989年1月、(財)日本臨床心理士資格認定協会が認定臨床心理士制度を創設し、臨床心理士が誕生した(認定に必要なポイントが定められ、資格は5年ごとの更新制)。民間資格ではあるが、臨床心理専門職である。協会発足の諸事情を承知してはいないが、臨床心理領域大学教員の総意が得られたからこ

その、発足であろう。臨床心理士は指定大学院で(修士課程)養成されることになった。指定大学院では臨床心理学の理論の学習だけでなく、実習が義務付けられた。臨床心理士の資格制度の発足を、長い歴史を持つアカデミック心理学と、歴史のないいわば新参者の臨床心理学に一線が引かれたものと理解している。協会発足後、職能団体として日本臨床心理士会が時をおかず発足した。

2)臨床心理士資格の創設とその後

臨床心理学は、村瀬孝雄(1987)によれば、「心の働きが円滑に行かなくなり、何等か病的な、あるいは不適応な状態に陥った人々に対し、広い意味での心理学の知識と技術を用いて行う体系的な専門的援助の学である」(田畑から引用。P9)と、田畑(1995)は、「心理学の応用部門に分けられる比較的新しい部門に属する分野の一つ。教育心理学、産業心理学、交通心理学などと同様、人間の現実生活に密接な事柄を扱い、対象とする分野である」(p9)と。これらの定義は操作的で、臨床心理学の本質が含まれていないように感じられる。

資格認定協会発足からほぼ 10 年後、雑誌『臨床心理学』(金剛出版)が発刊された。その冒頭に河合(2001a)は「創刊の辞」を書いている。

「新しい学問としての「臨床心理学」を発展させるためには、旧来のアカデミズムの枠にとらわれない自由で大胆な発想と態度をもって、その研究に挑戦してゆくことが必要に思う」(p3)。

連続講座 1 を「序論」とし、「臨床心理学の特性」という節を設け(河合、2001c)、臨床心理学の先進国である欧米の状況を、実践と研究の間のジレンマを抱え、今でも科学性と実践性の葛藤あるいは乖離の状態にある、と概観する。そして河合は、実践を踏まえた研究に、自分の立ち位置を置いた。その一部を引用する。

「実践が大切と言っても、その理論化や体系化などがなおざりにされていいというものではない。そこで、この連載において、そのようなことを追求してみようと思っている。しかし、基本はあくまで実際に役立つということであり、いわゆる「学」としての形の方を優先するものではない。また、ここで述べる臨床心理学は、近代科学の方法論によるものではないことも、はじめに明らかにしておきたい、「われわれは人間を「客観的对象」として見るのではなく、中村雄二郎の言うように「相互主体的かつ相互作用的にみずからコミットする」(中村、1977)態度によって、人間に関わろうとするのである。このような態度によって人間に関わりつつ、そこに生じる現象を、できる限り普遍性をもった言葉によって語ることによって、「臨床心理学」が成立するという考えで、この連載を続けてゆきたい」(p93~94)。

また、河合(2001b)は事例研究の普遍性について述べている。研究者の主観と無関係に現象を研究する方法によって得られた近代科学の普遍性である「没

主観的普遍性」に対して、優れた事例研究は「間主観的普遍性」をもつとし、「個より普遍へ」の道を開くことが可能になる、とする。臨床心理士は、先述のような「みずからコミットする」態度で事例に関わるのだが、「そこに生じる現象を、できる限り普遍性をもった言葉によって語る」ことができるか否かが、事例研究の価値を左右する、とする。後述するが、この「間主観的普遍性」は科学的な主観性の価値を重要視するものである。

臨床心理学の本質と真摯に河合は向き合い、「個より普遍へ」という道筋を示したものと理解できる。中村の「臨床の知」という考え方を基にして、アカデミック心理学とは異なる臨床心理学の方向を河合は提唱した。アカデミック心理学は厳密な科学としての心理学の方法論を持つ。中村のいう「近代科学の知」（構成原理として、普遍性・論理性・客観性の三つ）である。それに対して、「臨床の知」の三つの構成原理は、「コスモロジー（宇宙論的な考え方、それぞれの固有世界の独自の在り方を重んじる：場、雰囲気、風土、空間の理解）」、「シンボリズム（象徴表現の立場：事物の多様性を受け入れる）」、「パフォーマンス（身体的表現の重視：主体と客体の相互性、身体性を重要視する）」である。その詳細は、中村(1992)を参照されたい。

「みずからコミットする」態度、「そこに生じる現象を、できる限り普遍性をもった言葉によって語る」ことによって、「臨床心理学」が成立する」という箇所は、極めて重要であり、かつ謙虚である。「文化庁長官になっても、何人かの昔からのクライアント（来談者）には、なんとか時間を作って定期的に会い続けていた」、「2006年8月16日の倒れる最後の日も、京都の事務所でクライアントとあっていた」と、河合俊雄が書いている（河合、2009. p3）。臨床実践なしでは意味ある研究はあり得ない、という河合の強い思いが伝わってくる。

そして現在、指定大学院の数は170校と増え、臨床心理士は3万人を超える。指定大学院の要件の一つに、臨床心理士資格を有する教員数が定められている。そのため、アカデミック心理学領域に比べ臨床心理学領域の教員数はかなり増えたであろう。臨床心理士の職域は拡大している。各領域で、多様なアプローチが行われている（ただ、勤務形態は非常勤者が過半数をかなり上回っている）。

2010年1月に『臨床心理学』第11巻第1号で、「今、臨床心理学に求められていること」というテーマで特集された（下山、2010）。

下山は、「特集にあたって」の中で、わが国の臨床心理学の発展の歴史を四つに分け、今後の臨床心理学の発展を論じている。

「2000年代は、専門職としてさらなる発展を目指し、臨床心理士の国家資格化を試みたが、学術的な心理学や他職種から協力を得られずに再び挫折し、心理臨床学の限界が見え始めた時代であった。そして、2010年代に入った現在、これまでの在り方を見直し、他職種と協働して心理職の専門職化を図り、国家資格を得て社会に貢献できる臨床心理学とそ

の活動を確立していくことを目標とする時代になりつつある」(p3)。

下山は、先の「社会に貢献できる臨床心理学とその活動」として、「医療領域でのパラダイムシフト」という節を設け、わが国の臨床心理学はスクールカウンセリングにみられるように教育領域を中心として発展してきたが、医療領域での活動が中心になるものである、(今、時代の要請として)臨床心理学が目指さなくてはならないものは、従来のような面接室内の個人心理療法をモデルにするのではなく「コミュニティーモデル」に基づく活動を新たに構築せねばならない、個人心理療法モデルではなく他職種が協働して問題解決を図るチーム活動での適切な役割を取ることが専門技法として求められている、とする。

「米国ではすでに1940年代に心理職資格が成立し、1980年代にはEBAを軸に臨床心理学の体系化が進み、博士課程カリキュラムが発展」、「英国では保健省が1989年に心理職をNHSに採用する方針を固め、1995年には実習制度を含むカリキュラムを備えた指定大学院制度が成立した。さらに2007年より認知行動療法(CBT)の訓練プログラムによって心理療法をより広範的展開する国家プロジェクトであるIAPTが開始された」、「日本の臨床心理職の活動の参考モデルとなる」(p6)と述べ、世界の動きを前提として日本の臨床心理学の発展を構想することが急務である、としている。

そして、「この期に及んで従来のモデルに固執するのは、幕末の尊王攘夷の御旗の下、諸外国の要求を無視して旧態を保持しようとして頓挫した時代錯誤の行動にもなりかねない」(p6)とまで述べる。「他職種との協働活動における臨床心理職の独自性は、認知的側面から行動にアプローチすることが必要である」(p7)とし、認知行動療法をあげる。

また、下山(2013)らは、医療領域での心理職の役割として、「心理学的アプローチ(主として認知行動療法)」(p11)としている。

精神科病院臨床の経験をもつ筆者からすれば、「スクールカウンセリングにみられるように教育領域を中心として発展してきた」、「「コミュニティーモデル」に基づく活動の新たに構築」、という認識は、一面的であり、理解に苦しむ。「他職種が協働して問題解決を図るチーム活動(下山のいう「コミュニティーモデル」)」は、ことさら言うまでもなく、精神科病院臨床における他職種との連携の重要性についてはもう半世紀程前から臨床現場では認識され、先達の地道な実践がなされている。

下山のいう「コミュニティーモデル」を否定するものではない。個人面接・個人心理療法を行う場合であっても、精神科医をはじめとする医師、看護師、保健師、教師などの多くの他職種の専門家、また地域の人たちとの連携を軽視するものではない。特に重篤なクライアントの場合、連携をとる必要があるのかを悩み、どうとるのかを考える。臨床心理士の力量の問題である。「個人心理療法モデル」と「コミュニティーモデル」は対立するものではない。

そしてもう一点、「従来の個人心理療法モデルに固執するのは時代錯誤」とい

う考えは、到底理解できない。

時代は変化し、社会の要請が変わるのは世の常である。時代・社会は「正確さ・スピード・量」を求めているという話もある。臨床心理士にも、多様なアプローチが求められ、そのアプローチの発展は臨床心理学の今後に期待されるのであろうが、「個人面接・個人心理療法」が、我々の訓練の基本にあり、臨床心理士の仕事の中核であると考えている。この訓練と経験が多様なアプローチの基盤となり、良質の多様なアプローチを生むようにも思っている。念のため断わっておくが、ここでいう仕事の中核とは、「個人心理面接・個人心理療法」が臨床心理士の仕事の模範、優れた仕事の典型という意味ではない。我々の仕事に優劣はない。

ここ数年、日本心理臨床学会のシンポジウムの標題、専門雑誌においても「エビデンス」という文字を多く目にする。

2013年、下山は、日本心理臨床学会第32回秋季大会の実行委員長を務めたが、事例研究発表を行わない方針で開催した。同年、日本臨床心理士会が中心的役割を担って、「日本心理研修センター」を開設した。その名称に「臨床」という文字はない。その理由はわからないが、臨床心理学の存在意義とその価値にもっと矜持をもってもらいたい。日本臨床心理士会は(理事の中核)、「公認心理師法案」の成立を望んだ。2016年5月、「日本心理研修センター」は公認心理師資格の試験問題作成の委託を受けた、ときく。

2 「エビデンス偏重」、「事例研究の価値切り下げ」という臨床心理学の風潮への危惧

そんな中、斎藤(2013)ならびに岩壁(2013a, 2013b)の論述は適切であるので、その要旨を示す。

斎藤は、「エビデンスのハイジャックとその救出」とし、EBM(evidence based medicine)の誤解をまず指摘する。以下に要約する。

- ・EBMとは、個々の患者をケアする「実践」、「臨床判断の過程」、エビデンスとは臨床判断において、「利用される情報」。

- ・EBMはcook book medicine (マニュアルに盲従する医療)ではない。

- ・EBMとは、臨床実践において、エビデンス、患者の意向、臨床技能の三者を統合すること。

- ・2000年代初期には、医学・医療界においては、EBM概念・定義の混乱は終息した。

そして、斎藤はEBMの普及に先駆的な役割を果たしたグリーンハル(Greenhalgh, T.)がNBM(narrative based medicine)を提唱したのであり、EBMとNBMは対立するものではなく、NBMを「物語と対話に基づく医療」という。

さらに齋藤は、臨床心理学の研究法としての事例研究の意義を述べ、昨今の事例研究の価値引き下げの風潮に警鐘を鳴らす。「心理療法の経過は、クライアントと治療者の物語の相互変容」と、述べる。

医師であり臨床心理士でもある齋藤は、「わが国の臨床心理学における EBM の誤解」を指摘する。

・2006 年、アメリカでは(アメリカ心理学会)EBM の誤解は解消されたが、わが国では十分に解消されていない。

・エビデンスとは、「個々の患者へのケアにおける臨床判断」において用いられる情報であって、「患者の治療に特定の治療技法を用いる」ことが、EBM ではない。

・「エビデンス=認知行動療法」という誤解が、いまだにわが国では存在する。

こうした齋藤の論述と関連して卓見と思われる岸本(2015)(内科医。臨床心理士ではない)の考えを紹介しておきたい。岸本は緩和ケアでの自験例を示したその著書の副題を「正しい説明という暴力」と記した。医療者は医学的に正しい説明を患者に行う。これは当然なこと、医療者の専門性であるが、医学的に正しい説明を(エビデンス)、患者に強いることも起こりうる。このエビデンスを「括弧に入れる」ことをして、患者の思いに、耳を傾けたい(患者の語りを大事にすることで、医療者の患者理解が深まる)と、いう。引用する。

「緩和ケアの現場は、人生の様々の物語が交錯する場である。そこで語られるさまざまな語りを、医学の物差しで評価することも大切だが、それだけでなく、そこに固有の価値を見出していくこともまた、それと同じくらい、あるいはそれ以上に大切である。ナラティブという視点をもつことによって、患者の「語り」は物語の価値をもつことになる」(p19)。「物語と見なすということは、医学的観点を放棄することではない、という点である。医学的観点を放棄するということは、裏を返せば、患者の語りが絶対的真実と位置づけられるということでもある。物語は真実と無秩序の中間あたりに生起する。そのいずれをも絶対視しないという姿勢が大切であり、それを表すためにここでは「括弧に入れる」という表現を用いているのである。かくして、「物語」という観点をもつという意義は、まず第一に、誤ったもの、意味のないものとして葬られたり蔑ろにされたりしかねない患者の語りを救出し、逆に医学的な疾病概念や治療法を医療者側の物語として「括弧に入れる」ことによって、両者を同等の重みをもって聞き手の中に収める、ということになる」(p20)。

自験例から、岸本は、「病うこと」、「幸福感」、「生きること」あるいは「死というもの」、「時間というもの」など、臨床心理学的なテーマを考察する。事例提示のみでなく、事例を基に、先の河合のいう、「そこに生じる現象を、できる限り普遍性をもった言葉によって語ること」がなされ、まさに普遍的な論述が綿密にされている。優れた事例研究は、臨床心理士のその職域を超

え、多くの刺激を与えてくれる。

岩壁(2013a)は、「臨床の方法としてのケーススタディ」で、海外でのエビデンス研究の動向について述べている。

「最先端のエビデンス研究は、事例研究を中心とする方向へと「回帰」しています」、「そして同時に研究レベルでも、特定の心理療法の効果を調べることより、臨床家のトレーニングの意義へと関心が集中しています」、「ケースを通した臨床家の熟達のプロセスをしっかりと研究することは、今後とても重要になってくる」(p17)。「エヴィデンス・ベイスト・アプローチ」といって、科学的客観性＝エヴィデンスにもとづいてプログラムが作成されるためか、あたかもプログラムされたマニュアルそのものにエヴィデンスが宿っているかのような印象があります。しかし実際には、そのマニュアルを実践する臨床家の力量がプログラムの成否を分かちわけですから、実は臨床家の質が問われている」(p18)。

岩壁(2013b)は「臨床と研究のクロストークをいかに構築するか」では、「日本では事例研究の教育的価値が十分に認められてきた。今後の課題は、事例研究を研究法として捉え、エビデンスとしての価値を検討することであろう」(p53)。そして、事例研究の形態は四つあるとし、その一つに、現象学的事例研究をあげ、「現象学的事例研究は、クライアントとセラピストの主観的体験から事例が語られるという特徴がある。その目的は、クライアントとセラピストの体験の質とその意味について検討することである(Mackrill, 2011)」(p55)。

斎藤と岩壁の指摘で十分であるが、エビデンスは、あくまでも情報であり、そのみで臨床活動はできない。臨床心理士という「人」が臨床を行う。上述の「クライアントと治療者の相互変容」、あるいは「実践する臨床家の力量」、「臨床家の質」とあるように、臨床心理士がクライアントにどう関わるかが重要である。なお、「力量」、「質」とあったが、臨床心理士の成熟・熟達については最後の節でふれる。

「現象学的事例研究」に関連して、Bosnak(2012)の一文を引用する。現象学的方法の理解の助けとなり、科学的客観性と科学的主観性を考えるうえで、その論旨は有益である。

「現象学は経験の科学です。まず重要なのは、あらゆる近代科学の女王である物理学を基盤とする、現代流付している科学のパラダイムとの違いに注意を向けることです。物理学的科学は物質(Matter)を第一原則として始まります。それは、物質とは何なのか、物質が独りでどのように振る舞うのかを、人間の観察から切り離して、問います。このような態度は「客観的」と呼ばれます」、「私は、この客観性という理念が現実のごく限られた範囲にだけしか当てはまらないということを証明したのが、無限小の科学という形で受肉した、量子力学という物理学そのものであった、という事実を踏み込むつもりはありません、

「経験の科学である現象学は、その性質上、経験の世界がどのようなものなのかということについて、それを経験していないのに研究することはできません」、「経験の科学は必ず、物理学やそれによる客観性の追求とは異なる評価基準で取り組まねばなりません。現象学の科学は感覚データに関する報告を主観的な物質としてもっています。主観性が現象学の中心にあります、そのことは、客観性を追求した物理学と比べて科学的地位を低めることにはなりません。というのも、もしそうであるならば、客観性の概念を根本的に排除した量子物理学が、客観性の概念がとても効力を持つ太陽系の研究と比べて、科学的地位が低いことになってしまうからです。明らかに、アカデミックな科学の目から見て、そんなことはありません。根本的な不確実性を備え、観察者を最重要とする量子物理学も、太陽系の研究と同じように敬意を向けられています」(p1~2)。

「経験の科学は、そのレンズがイメージーションの訓練を受けると、どのようなものになるのでしょうか？」(p2)と話し、講演の主題に移っていった。

「現象学は経験の科学である」、「経験の科学は物理学やそれによる客観性の追求とは異なる評価基準で取り組まねばならない」、「現象学の科学は感覚データに関する報告を主観的な物質としてもっている」、「主観性が現象学の中心」という箇所は、臨床実践における科学的な主観性の価値を端的に述べたものである。ただし、「経験の科学、そのレンズが」という言葉は重要である。「感覚データに関する報告」が「主観的な物質」であるので、訓練を受けないことには、意味のある感覚データの報告をもたらしえないことをも、述べている。臨床実務家の絶え間のない研鑽の必要性を語っている。

また、科学的な主観性と客観性について、一つの方向性を示すムーブメントがある。それは、岸本(2015)らが述べている「ニューロサイコアナリシス(Neuropsychanalysis, NPSA)」という学際的ムーブメントである。岸本の一文がある。

「脳科学と精神分析の二つを、一方を他方に還元したり、一方を他方の証明に用いたりするのではなく、まったく同等の重みをもって、「心そのもの」を複眼視しようとしているからである。すくなくとも、ニューロサイコアナリシスの創始者、マーク・ソームズにはその姿勢が徹底している。脳科学と精神分析を並べると、科学性、客観性、実証性などの点で脳科学の方にプライオリティーを置きたくなるかもしれない。実際、意識を研究する著名な科学者の多くが、客観的な脳科学の方法のみを重視し、主観的な観点を取ることを排除している(第4章参照)。しかしそれとは対照的に、ソームズは、客観的な脳科学の方法と主観から迫る精神分析のアプローチをまったく対等に重視している。その姿勢に私はとても惹かれるのである」(「はじめに」i)。

科学的な主観性の価値について、多くの示唆が含まれている。

3 臨床心理士の基本姿勢について

臨床心理の基本姿勢とは、換言すれば、専門性・独自性であろう。臨床心理士の専門性・独自性についての論述は枚挙にいとまがない。先達の論旨のキーワードはなにかと考へ、それらを示した。以下のようなになる(紙面の都合でそれらを詳述できないので末尾に文献としてあげた。また、筆者(2012)も拙文を記した)。ここでは、キーワードの列挙である。

- ・「みずからコミットする」態度(河合、2001)

- ・「頭概念」を「肉体概念」に、理論を「受肉化」する。「こころを耕す」(成田(2003、2010))

- ・「自らをモニターする」、「素としての人間部分」と「専門家人間部分」とのスパーク(村瀬嘉代子、2008)

- ・「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」(渡辺、2011.2015b)

- ・「私」と「私の中の/私を超える/私ならざるもの」、「自分と向き合うこと」(渡辺、2015a)

渡辺の論述は重要と考えるので、後の節で紹介し、その意義を述べると共に若干の考察を試みる。

これら先達の指摘は相互に重なり合うという思いに至る。

「開業臨床心理士宮地幸雄の仕事場」という副題を与えられ原稿を依頼されたことがある。このように自分の名前が出ていることもあり、「自分のことをやはり書かねば。しかしそれは恐ろしいし、怖いこと。また恥ずかしいこと」という思いになった。一度筆を折りかけたが、そのとき、「おい、書けないでは、おまえ！宮地が可哀そうじゃないか。申し訳ないと思わないのか」という声が自分の中からした。それはさておき、依頼を受け、先達も様々な角度から論じているのだが、私たち以外の対人援助職、つまり医師、看護師、教師、弁護士などの援助道具と臨床心理士の援助道具の異同について若干考えてみた。成田(2003)が引用した社会学者の内田春彦の「概念装置」というものにヒントを得て、「我々の援助道具はなにか」という問いを立てた。臨床心理士の援助道具は「私」と考える。つまり我々の仕事場は「私」と思う。この「私」を「ほどよく壊すこと」が我々臨床心理士の仕事(=私の仕事)」という思いでいる。拙文にそのことを記した(宮地、2012)。「私」と「私の中の/私を超える/私ならざるもの」、「自分と向き合うこと」という渡辺のキーワードは、援助道具としての「私」を、いかに練磨していくのかということであろう。Bosnak の言葉をかりれば、意味のある「主観的な物質」を得るために、「レンズ」を手入れすることであろう。

4 私の場合（「自分と向き合って」みると）

一事例として、自己開示する。

先天的障害をもった私は(アルビノ。それが影響しての眼振、弱視)、仕事として養護学校の教諭を考えた。ギリシャ神話の医神アスクレピオスと同じく「傷を負って」生まれた。私のように生得的な資質からの視力の問題で、「新聞を読むときに拡大鏡がないと文字が読みづらい」などの条件が付与されている人間は、とりわけ思春期・青年期に種々の葛藤を生みだしやすい。私は幼少時から頭髪を黒く染めていた。端的に記せば、「自己愛の傷つき」からの「自己肯定感の低さ」である。「優しく近寄ってきたとしても気持ちのどこかでは鬱陶しく思っているのではないか。だから、自分が困っているときでもそれを人に悟られないようにしよう。人の足を引っ張らないようにしよう」と。普通学校に通っていたが私は拡大鏡を人前で使わなかった。毛染めと拡大鏡を使わないことは、自己欺瞞という思いもあったが、前述のように、「ありのままの自分では人に避けられてしまう」という気持ちが強かった。

学部の三年時、心理学科の卒業生の中に精神科病院臨床を仕事にしている人がいることを初めて知った。引かれるものがあり、岐阜臨床心理学研究会(丸井澄子研修室主催)に三年後期から参加させてもらった。同じ研究室出身の先輩が京都大学大学院に入学し、臨床心理学を学んでいるという話をきき、私も何とかなるかもしれないと考え(幼児的万能感が刺激されたのだろう)、受験したが不合格。

養護学校の教員あるいは精神科病院臨床という職種、対人援助職に興味を持ったことは、「自己肯定感の低さ」が関係していたと思う。養護学校に通っている方、精神科で治療を受けている方、またそれらの仕事をされている方に対して、まったく失礼の極みだが、「弱い立場の人なら、こんな私でも認めてくれるのでは、健常な人は私などを相手にしない」という気持ちと、「ハンディキャップを持つ人間しか、弱い立場の人を理解できない」という考えがあった。私の「自己肯定感の低さ」は意固地な面、頑なな面、傲慢さ、そして本当の意味での人との親密な関係の持ちづらさを生みだしていた。

私は卒業後の数年間、大学院を受験するが不合格。30歳で単科精神病院心理職常勤に。同年、日本心理臨床学会発足。池田康修に(6歳年長の精神科医。池田との勉強会は28歳から始まっていた)、「先生との勉強会を続けたい」と申し出て、勉強会は常勤後も継続となった。学会や研究会にも参加し、積極的に事例を出していた。「なんとか、一人前の心理臨床家になりたい(臨床心理検査がこなせ、心理面接や集団療法の理論・技法を習得する)」と考えていた。

しかし、「一人前に」というこの思いも、大学院と同様、「専門家とみられたい」というものである。つまり、「なにかの肩書の類がないと、人は私など相手にしない」という、障害をもった自分の「自己肯定感の低さ」が関係していた。

「心理テストだけでなく、できれば患者さんと関わりたい」と主治医にお願

いし、主治医の理解もあり、臨床心理検査だけでなく、外来や入院患者の面接、入院患者の集団活動などの仕事が増えていった。

病院臨床で患者さんと関わる中で、自分をモニターする大切さを自覚していく(事例を基に拙文を記した(1990))。

自分の中に、刹那的で貧欲な快樂追求者、傲慢な独裁者、残酷で邪悪な残忍者、楽天的な救済者、卑屈で卑劣な従順者などの部分を見てゆく。

面接などで悪戦苦闘が続く中、「患者さんは自分のことをいろいろと考え、恥ずかしいことやみっともないことを話してくれる。つらいカウンセリングを継続している。偉いよなー。それに比べて、俺はどうなのか?拡大鏡を人前で使わないし、毛染めをして、偽っているぞ」などという思いから、頭髮の一部を毛染めしないことにした(38歳)。

発病、病的体験、障碍、あるいは「傷を負った自分」は、「劣等なもの」ばかりではない、と思い始めていたのかも。

有料の心理相談室(岐阜カウンセリング研究所)を開設して4年後(私が47歳)、池田の急死(月2回の勉強会は19年間で終わった)。池田が自動車事故で他界するまでの(享年53歳)この19年間、私はいろいろな教えを受けた。私(アスクレピオス)にとって池田は、いわばケイロンかもしれない。アスクレピオスは、母コロニスの葬儀の薪が燃やされている間に子宮から取り出された。生れながらにして傷を負っていたが、ケンタウロス族のケイロンのもとで医術を学んだ、とされている。

池田の死から2年ほどして、私は毛染めをやめた。このことは、今思えば、「自分を壊した」ことの一つと思う。

「私は、こんな私です」、「自分は自分だ」ということが多少はできるようになったかもしれない。「傷を負った自分」を「私」の中に多少は位置づけるようになったかも。しかし、毛染めをしていたそれまでの自分を、人の目を気にする臆病者などと、自分を責める気持ちはない。「あれはあれで、あの時の私だな」という思いである。

2013年11月、「弱視鏡を作りかえよう」と考えた(「どうせ、進歩していないだろう」という思いで、45年ほど前に購入したものを使用)。知り合いから視能訓練士を紹介され、「(弱視鏡が)少しは進歩しているかもと考えて」と話すと、弱視専門の眼鏡士を訪ねるよう勧められた。その眼鏡士と面談の約束(同年12月3日)。

面談前夜、「左耳の中がヌルヌルしている。耳の中に風呂のお湯でも入ったのか?いや、俺は寝ているはずだぞ!」と、慌てて起床(午前1時半)。灯りをつけると、左手人差し指が血で染まっていた。「自分をほどよく壊す」ことを超えている。翌朝、耳鼻科受診。「どうしたんですか!外耳の少し奥の皮膚が剥がれ

て、軟骨が見えてますよ。うまく再生すればいいですが、一ヶ月は通院を」と医師。

受診を終え、約束の午後 1 時、眼鏡士を訪ね、話しているときに、私は左耳に人差し指を入れようとしている自分に気づき、思わず、「あー！」と声を出す。「専門家といえども、弱視の話をするに(俺は)抵抗があったんだ。そういえば視能訓練士さんと会ったときにも、(俺は)左耳を触っていたな!」、「これは自傷行為だ」という思いに。あらためて、自分の障碍について、いろいろ考えた。

眼科を受診するなどして、視覚障害者手帳の申請手続きを開始(なお、手帳は 2014 年 2 月に交付)。

同年(2013)12 月 22 日、テレビで上条恒彦が歌っている姿を見て(彼は白い髭を蓄えていた)、「(上条さんみたいに)俺も髭をのばそうかな」と家族に呟き、髭をのばすことにする。

2014 年 2 月下旬、夜中に目覚め、「明日の面接予約は?」、「今週の予定は?」、「先週はなにをしていたかな?」などと考えるが、思い出すことができず、部屋の灯りをつけ、カレンダーを見るが、記憶があいまいになることを 2 回経験。

視覚障害手帳をもらったかどうかの記憶もあいまいになり、机の引き出しの中を探す。「どうしたのかなー。記憶力は良い方だと思っていたのに」と、自分でも驚くほどであった。

当時、母親の老化について(記憶力の低下など)心配し、私は疲れも自覚していた。「傷を負った自分」を「私」の中に位置づけることができたかも、と述べたが、この健忘を呈したように(解離症状)、位置づけは、まだまだ十分でないよう。位置づけの行きつ戻りつを、私は繰り返している(同年の 6 月末、母親は二か月余りの医療保護入院後、老健施設に入居)。

「三浦綾子は絶望的な事柄が続く中、人生を自分らしく生きた、小説を書くということで」と、三浦綾子文学記念館の方が話していた(2014 年 4 月 23 日、NHK ラジオ『ラジオ深夜便』)。煙草を吸いながら、「三浦さんは本当に絶望の連続だよな。小説を書く前はそれこそ自傷行為の繰り返しだ」、「(俺も)耳のことは自傷行為だ。喫煙も自傷行為かもな。40 年も吸っているので、今さら禁煙しても、もう手遅れかもしれないな(特に内服薬などはない)」、「手遅れになる前に、もう少し自分を大事にしないと一」と考える。その数週間後、三浦が自分のことを語っているテレビ番組を見た(NHK 総合テレビ『あの人に会いたい』)。晩年の三浦は、「死ぬ前に、まだ宿題が一つあります。絶望的な状況の中、自らの死を選択するのではなく、生を選択できるのか、その事を書かないうちは、(私は)死ねません」と語っていた。

2015 年 6 月から、水泳教室に通うことにした。人前で裸になるのを避けてい

たこともあり、私は泳げない。一年ほどたつが現在バタ足の練習中である。

5 再び臨床心理士の専門性・独自性について

渡辺(2015a)は、「カウンセリング(心理療法)は、来談したクライアントが自分と向き合うこと。臨床心理士はその手伝いをする(臨床心理士自身も「自分と向き合う」ことを行っている)」と述べている。

「自分と向き合う」とは「私」が、「私の中の/私を超える/私ならざるもの」と向き合うこと、という。

- ・「私」が「私ならざるもの」を抑え付ける
- ・「私ならざるもの」が「私」を脅かす
- ・「私ならざるもの」が「私」に襲い掛かる
- ・「私」は「私ならざるもの」を探し求める
- ・「私ならざるもの」が「私」を救う
- ・「私」と「私ならざるもの」とが結ばれる
- ・「私ならざるもの」が「私」を<私>へと導く
- ・「私」とは、意識、行動・感情・意志の主体者
- ・「私ならざるもの」とは、無意識
- ・「私」と「私ならざるもの」との、苦しみの対立から、<私>を探せ！
- ・<私>とは、「自己実現」での「自己」

<私>を探すことは、死の直前まで続くものと述べ、(渡辺は)座右の銘として、ユングのこころ打たれる言葉を記している。それは、「個性化ないし全体化は、「最高善」でも「最高の希望」でもなく、対立の結合を苦しみに満ちて耐えるということである」。

前節で、「私の場合」として、自己開示したが、「私」と「私ならざるもの」との、苦しみの対立から、<私>を探せ！」という渡辺の一文に、なにか救われた思いがする。この「苦しみの対立」は、どうしようもない痛みかもしれない。もちろんその内容はその個人によって異なるのだが、我々が会っているクライアント、そして我々臨床心理士の誰もが体験するもののように思える。クライアントとの面接場面で、この「どうしようもない痛み」という思いが最近私の中で増してきている。これまでは、クライアントの行動変容に目が行き過ぎていたのかもしれない。十分言葉にでき辛いが、「どうしようもない」とは、諦めではない。

さて、錬金術を比喻として用いて、心の変容を捉えようとしたEdinger(2004)は、錬金術師の基本的態度を述べ、心理療法を行う治療者の態度も同じであるとしている。

錬金術師の作業に臨むときに取るべき態度について多くの記述があるとし、「自我の働きが要求される。忍耐が基本である。勇気とは、自ら進んで不安に直面することを意味する。不断の管理とは、気分や精神状態がどれほど変わろうとも、生じてくることを精密に調べ理解するという努力を、厭わず保つことである」(p17)。

また、「「私」と「私ならざるもの」との苦しみの対立から〈私〉を探す」という渡辺の論述を深めることができる Edinger の一文がある。

「作業の目的は、「哲学者の石」、「われらの金」、「(物を)貫く水」、「秘薬」などと呼ばれる奇跡の実存を創造することである。「心理療法のプロセスも、まさに「交互に改善する」かのようである。ほとんど果てしないかのように対立物の間を行きつ戻りつする。しかし、本当にゆっくりと、新たな観点が生まれ、対立物を同時に体験することができるようになる。この新たな観点こそ、結^{ユニオンクティオ}合と呼ばれるものであり、それは開放してくれると同時に煩わしいものである」(p254~255)。

「この本は(『心の解剖学』)私の臨床のバイブルです」という、訳者の一人である岸本の言葉をきいた。印象的であるので付記する。

「臨床心理学を「学」にしたい、という河合の謙虚な思いを感じる」と先述したが、「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」という渡辺の論述は、河合の思いを、前進させたものであると考えている。実践を踏まえること、「みずからをコミットする」態度、「個より普遍へ」という立ち位置に変わりはないが、援助方法として、「臨床心理学に配慮されたアプローチ」と明確に表現する。ここに臨床心理士の専門性・独自がある、とする。援助方法を明確に示し、それを臨床心理士の仕事としての方法と捉え、なおかつそれを論じたものを、筆者は知らない。このような論述は、渡辺が初めてであろう。臨床心理士のこの実践の積み重ねが臨床心理学を「学」として、より一層前進させるように思えてくる。渡辺の講義を聴く機会を得たので、引用する(2016)。

・「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」の八原則

第一の原則：「一人一人のクライアントを確かな対象として」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第二の原則：「クライアントと直接関わることによって」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第三の原則：「クライアントの体験とその表現を核にして」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第四の原則：「現前性・状況性・歴史性・関係性・個性・希求性」の総体的視点から、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第五の原則：「クライアントと臨床心理士との相互関係の中で」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第六の原則：「臨床心理士自身のこともつねに含み込んで」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第七の原則：「依拠する臨床心理学の理論や方法を信頼し、かつ疑うことも忘れずに」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

第八の原則：「何よりもクライアントのために」、クライアントの「こころ・からだ」を理解し、手助けする。

ここでいう、「からだ」とは、医学的対象としての「肉体」ではなく、心理学的にもさまざまな反応を示し、臨床心理学的にも手助け可能な「身体(身体性)」を指す。

これらの八原則を、「できる限り実践すべきもの」と述べるのだが同時に「この八原則の実践は容易なことではない」ともいう。臨床心理士を2, 30年続けていると、「一つの壁、臨床心理士の中年期危機の壁」に遭遇する、とする。つまり、「この八原則は原則であると同時に、臨床心理士の目標・課題でもある(臨床心理士の職業的専門性・独自性)」、「臨床心理士人生の終生にわたって、この課題を、わかったつもりにならずに、ごまかさずに、諦めずに臨床的実践的にも、学問的理論的にも、どこまで疑問を持ち続け、どこまで追求でき、どこまで深められるかに、私たちの成長、成熟のプロセスと目標があると、私は考えている」と、述べていた。先の節で、臨床心理士の成熟・熟達にふれると記したが、この「壁」、「成長、成熟のプロセス」は、私たちの「力量」、「質」の一つの重要な側面を述べたものと思う。

臨床心理士の援助道具は「私」である。「私」を「ほどよく壊す」ことが我々の仕事であるという、平凡すぎた思いで立ち止まっていた筆者に、渡辺は二つのキーワードを示してくれた。「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」は、我々の依拠する理論や技法の違いを超え、臨床心理学に通底する事柄が述べられている。第四の原則にある「現前性・状況性・歴史性・関係性・個性性・希求性」の総体的視点から」というものがそれにあたると思う。精神分析学、分析心理学、あるいは認知行動理論、家族システム理論など、それぞれの理論・技法は、この「現前性・状況性・歴史性・関係性・個性性・希求性」のどこに重点を置くのか、なにを重視するのかで、それぞれの理論・技法の独自性、有効性を強調している。総体的視点からクライアントを理解するという姿勢は、この六つの視点からまずはクライアントを理解してみようという、ある意味素直で素朴なものといえる。素直で素朴な姿勢とは、理論や技法はあくまでも人工物、仮説的構成概念である、どのような理論・技法もクライアントのすべてを捉えられない、という臨床家の基本姿勢を示したものであろう。筆者もその姿勢に共感する。おそらく渡辺は、臨床家のこの基本姿勢を最も大事にしているであろう。「依拠する臨床心理学の理論や方法を信頼し、かつ疑うことも忘れずに」という第七の原則をあげていることが、それを物語っている。

自らの臨床を「対話精神療法」という言葉で表現し、「面接技法・技術」の構築を試みた神田橋(1984)の論述には、臨床家の姿勢を学ぶことができる。自分の目の前の患者の実在を「(理論の辻褃合わせを避け)なんとか把握したいのだが、把握したものは実在ではないかもしれない」というものが神田橋の臨床家の(精神科医だが)基本姿勢であろう。「専門家が専門家の知識と技術を駆使しておこなう問いかけは、すべて一種の誘導尋問である」、「またそうでなくてはならないし、専門家はそのことを認識していなければならない。(誘導尋問をしているという認識があるため)得られた結論は、かりそめのものと思えることができる。得られる結論はいつでも修正され得る仮説なのだ」と承知できる」という内容を神田橋は述べている。

渡辺は「こころ・からだ」という言葉を用いている。カウンセリングや心理療法に限らず臨床場面では、クライアントと臨床心理士の「こころ・からだ」は相互交流する。この相互交流について、示唆を与えてくれる神田橋の一文がある。

「二人の人間が対話しているとき、二人の話がゆきかっているとは別に、二人はおのこの別の独自の連想の流れを持っている。連想の流れはおそらく、その一部しか意識されることがないであろうが、常に連続して流れており、生理的变化と密着しているようである。この連想の流れから生み出されたものが対話の場に出され、他方、対話の流れは連想の流れにある影響をおよぼし、ひいては生理的变化をもひき起こすようである。多種多様な対話精神療法はすべて、このからくり依存している」(p129)。

筆者は64歳だが、この「壁」に、今もって苦戦中である。その一端を最後に記す。6年前、「もう手遅れかもしれないが、臨床心理士として自分をもっと理解しないとイケない」と考え、夢を持参するという形で、分析が始まった(現在も継続。2016年4月末で133回)。その中での、夢を二つあげる。

111回分析に持参。夢707(2015年4月7日)

ビルがそれなりに立っている街の一角に店がある。それは飲食店、小さなつくり。夕方を過ぎ、周りは少し暗くなっている。その店の前で一人の男が座っている。店の玄関の上になにか緑色の横文字。読めない。「アラビア語のような感じかな。わからないな」と思い、その男の顔を見る。その左には、その男性と肩を並べるような感じで一人の女性が同じように座っている。私はその男性に、「ここがお店ですか」と言葉をかける。男性は外国人。「トルコ料理を(思い出せないが、なんとか料理と、答える?)出してます」と話す。「この男が店主か」と思う。そして男は、隣の女性を見て、言葉を続ける。「この人がいるので。料理は作らないが、(妻は)客の気持ちを大事にしてくれるので、その優しさが店にとっては重要」という内容を話す。ワンピースから出ている彼女の二の腕から肘そして手を私は見て、「太ってるな。色白で、気持ち悪いくらいに皮膚が透き通っているな。金色と茶色が混ざったような髪だな。髪の毛はきれいだな」、「俺は、太っ

ていないが、(自分の白い皮膚を見て)『なんか、気持ち悪いな』と、自分のことを考えていたな、「だけど、この人の優しさが、客を呼ぶのか」という思いになる。その店の中に入る。寸胴の大きな鍋の具材を時間をかけてゆっくりと、店の主人がかき回している。「この店の料理は、トルコ料理だったかな？時間をかけて煮込んでいるわけだな」と思いながら、私は料理作りをながめている……その夫婦の家の中にいる。部屋の作りは大きいものではないが、それなりの幸せ感が伝わってくるもの。私はトムを(自宅の愛犬。14歳の小型犬)左の腕で抱えている。部屋の中には、人が横になったくらい大きな猫が歩いている(私は猫が大の苦手。気味が悪くて、怖くて、子猫でも触ることが出来ない)。私のそばに近づいてきて、口を開く。大きな牙が見える。「威嚇してるわけではないな。あくびをしたのか?」、「とんでもないものを飼ってるな。トムの近くに来て、飛びかかってこないな」、などと思っている。トムほどの大きさの小型犬が、部屋の中を歩いている。「犬も飼ってるのか。この大きな猫と犬は喧嘩しないのか?食べられちゃうんじゃないか」とも思う……トムを左腕で抱え、私は家に戻る。右手には何か荷物を持っている。「この道でよかったかな?あそこの大きなビルはなにかな」と、一緒に歩いている信二に(弟の二男。二十代半ば)尋ねると、「この道の方が近道になる」、「あれは●○○のビル(あたりはもう真っ暗で、ビルの窓のかなり多くに黄色い灯りがついている)」などと、見慣れない建物の名前などを教えてくれる。見慣れない道を通ったりして、かなりの時間を歩き続け、家に(自宅ではなく、なにかの建物の一部屋。夢の中では、「自分が暮らしている場所」という感じ)戻る。「夜遅くまで、灯りがついているビルの中で、働いているんだな。遅くまで働いていたり、いろいろな人がいるのは当然だよな」、「こんな道ができたのか。知らなかったな」など思いながら家に着く。「かなり歩いたな」と疲れを感じる。その直後、「あれー！トムがいないぞ！どこかに落としてきたぞ！」と。あの長い道のりのどこかに、トムを落としてきてしまったことに気づき、罪悪感とともに強い不安を感じる。「車がけっこう走っていたぞ。ひかれてしまうぞ！俺が抱えてきたので、トムは道などおぼえていないぞ！どうする！」などと考え、「猫を(トム)探しに行くぞ！行くぞ！」と信二に、大きな声で話し、外に飛び出す。「トム！トムー！」、「トムー！きこえるかー！」などと大きな声を出して、歩いてきた夜の道を小走りにすすむ。『えー、トムを落としたの！帰ってくるわ』と言って、笑っていた信二も、部屋から出てくる。「猫は犬と違って匂いがあまりわからないからなー。トムは猫だからなー」と私は話す……

—この夢を見ての私の思い—

目覚めた瞬間、「トムが猫！」と驚く。同時に、「(私の)一番苦手な、嫌な猫がトム」と考え、「俺は、一番嫌な猫を抱えていたんだぞ!」、「そりゃー、トムは自分の一部みたいなものなので、抱えているよなー。心配もするし」、「しかし、猫だとわかっていて、心配もしていたぞ」と。

トムを通して、嫌なもの、身の毛もよだつようなものを長い間抱えていた、という思いに。「巨大な猫」がすぐそばに寄ってきても、俺は逃げなかった。異邦人の男女、丁寧にコツコツと仕事をこなす男性と、見てくれは気持ち悪いものの、気遣いと優しきで人に好かれる女性が、「夫婦」という夢は、周りの

人とはとんでもなく違っている私、異邦人である私の、ある意味一つの男性性と女性性の結合イメージかも。この夫婦は、「巨大な猫」(一番受け入れられないもの)と、「小型犬」(「受け入れやすいもの」)と生活している。丹念に仕事をするのは、私は、苦手なこと。自分にとって、それを少しでも獲得していくことが、男性性の拡大につながるのかも、という思いに。

112 回分析に持参。夢 714(同年 4 月 21 日)

何人かと部屋の中にいる。そこへ荷物が届く。その荷物は、以前私が使っていたギターと演奏に使うピック。「あー、これだよなー」という思いで、手の甲くらいの大きなピックを見る(そのピックは、黒に近い焦げ茶色の四角に近い長方形。かなりの厚みがあるもの。私が今使っているキーホルダーのような感じのもの)。「あー、これだよなー。これが(長方形のピックの周りには、十数個のなにか金色の金属製のものがついている。それらは、その長方形からは外に飛び出していない。つまり、棘のようなものは外に出ていない)、棘のように刺さって痛かったんだよなー、演奏しづらくて、本当に嫌だったものなー。演奏するたびに棘が指にふれて、痛かったなー。演奏どころではなかったものなー」と、胸のあたりが詰まる感じになりながら、外に飛び出していないが、周りの金属の棘のようなものがついている大きなピックを、まざまざと、そしてしみじみと、ながめる。「これが送られてきたということは、ギターをこのピックで弾けということか？今の俺ならどう演奏するのかということかな？このピックを(お前は)どう使うのかということかな？以前の俺は棘だらけのピックを使っていたんだ。そんなんでは、まともな演奏もできなかっただろうし、音楽や演奏を楽しむなんてもんじゃないよなー。そうだったなー、皆と一緒に演奏はしていても、棘が気になって、音も外れてしまって、恰好だけの演奏、体裁だけを取り繕っての演奏ってことだったなー。また俺は、ギターそのものの扱いも未熟だったし。(棘のないまともなピックで弾いたとしても、練習を積んでこなかったし、ギターそれ自体の腕もなかったものなー、『(この送られてきたピックで)俺は。宮地、さあー、どうする』ってことか！」という思いになる……

この夢にはなにも付け加えることはないであろう。「これからの自分」について、夢にもあるように「さあー、宮地。おまえはこのピックをどう使う」、「宮地、これからおまえはどう生きる」ということであろう。

前節に、「(筆者の)解離症状」と記したが、**Bromberg(2014)**の「関係的外傷」について多少ふれたい。彼は、外傷の概念を「発達的外傷」もしくは「関係的外傷」に拡大し、それがその個人の人格形成に一定の役割を果たす、とする。つまり、「関係的外傷」は、葛藤のレベルではなく、耐え難い経験全般として「解離されてしまう」とする。おそらく筆者の場合、健忘という解離症状は、この「発達的外傷」もしくは「関係的外傷」であろう。今回「私の場合」として、クライアントの事例を提示しなかったが、精神分析家である **Bromberg** は、「クライアントにも分析家自身にも、発達的外傷・関係的外傷が生じる」とす

る。どう生じるかについて、「分析場面で、この意識されない情動が知らずとして(分析家自身の)行為としてあらわれる(エナクトメント)」という。そしてまた、「このエナクトメントは、分析家が自分の「解離」について気づく手掛かりになる」という。気づくことで、治療的な相互交流が起きる、とする。その正確な説明は筆者の能力を超えるため、クライアントと **Bromberg** の相互交流の詳細は、彼の著書にゆずる。「クライアントに組み込まれてしまうこと(エナクトメント)」は、精神分析場面のみでなく、クライアントとの面接での例えば臨床心理士自身のなにかの勘違い、理由のわからない苛立ち、なんらかの万能感などなど、臨床場面で起こりうる。これらの全てが「エナクトメント」、「解離」ではないにしても、可能性はかなりあるように思う。臨床心理士の「援助道具」は「私」であると、述べてきたが、「エナクトメント」の概念とその扱いの治療的意義は、我々の専門性・独自性に役立つものと思うので、若干ふれてみた。

「エビデンス」を強調する臨床心理士であっても、臨床場面での自分の存在、クライアントとの相互交流は無視できないと思う。

おわりに

クライアントとお会いしていて、「そこに立ち現われてくるもの」を大事にしたい。同時に、「臨床心理学的に配慮されたアプローチ」を心掛けたい。同じことになってしまうが、大切なことであり、また厄介で難しいことでもあるが、「自分と向き合うこと」を今後も続けたい。

松木邦裕(2015)の、「聴くことの学びと訓練」という箇所の一文は、渡辺が指摘する「壁」を連想させるものであった。

「(聴き方を身に付けるには)促成栽培はできない」。「進歩には、3年、5年、10年、20年といった歳月が必要です」。「そしてそれを向上させるのは、普段の私たちの心掛けであり、そして日々の積み重ねです」。「その「聴く」という日常的な経験の過程で、自分自身の聴くことの質、理解することの質を査定することを私たちが怠りなく心掛けておくことの実践にあると思います」(p6)。

[付記] この小論は、「臨床心理士の基本姿勢」というテーマで話すよう依頼され(2015年9月13日開催の岐阜県臨床心理士会初任者研修会)、そこで使用した資料に加筆したものである。

[謝辞] 英文抄録は、岐阜大学保健管理センター山本眞由美教授の助力を得た。特に標題の英語表現は、筆者の思いがよく伝わると感じた。感謝したい。尚、専門家による英文校正も終了している。また、岐阜大学教育学部鈴木壯教

授ならびに高槻赤十字病院緩和ケア診療科岸本寛史部長のお二人には、小論を丹念に見て頂いたので、感謝したい。

文献

- 1)Bosnak, R. (2012): Pain, Trauma and Dreaming in the Abaton (アバトンにおける痛み、トラウマ 夢見). 成田慶一、平尾和之、山愛美、岸本寛史訳 (心身臨床学研究会配布資料).
- 2)Bromberg, P.M. (吾妻壮、岸本寛史、山愛美訳) (2014) 関係するところ. 誠信書房.
- 3)Edinger, E.F. (岸本寛史・山愛美訳) (2004)心の解剖学. 新曜社.
- 4)岩壁茂 (2013a) 座談会: 臨床の方法としてのケーススタディ. 臨床心理学増刊 5.:2-22、
- 5)岩壁茂(2013b) 臨床と研究のクロストークをいかに構築するか. 臨床心理学増刊 5.:53-61.
- 6)神田橋譲治 (1984) 精神科診断面接のコツ. 岩崎学術出版社.
- 7)河合隼雄 (2001a) 創刊の辞. 臨床心理学, 1(1):3.
- 8)河合隼雄 (2001b) 事例研究の意義. 臨床心理学, 1(1):4-9.
- 9)河合隼雄(2001c) 臨床心理学-見たと援助、その考え方 1序論.臨床心理学, 1(1):93-100.
- 10)河合俊雄(2009)臨床家 河合隼雄. 谷川俊太郎ほか(編) 臨床家 河合隼雄. Pp.3-12.岩波書店
- 11)岸本寛史 (2015) 緩和ケアという物語-正しい説明という暴力. 創元社.
- 12)岸本寛史: 編著 (2015) ニューロサイコアナリシスへの招待. 誠信書房.
- 13)松木邦裕 (2015) 耳の傾け方 ころの臨床家を目指す人たちへ. 岩崎学術出版社.
- 14)宮地幸雄 (1990) 面接治療が行き詰まった吃音の1症例—症状理解と面接の行き詰まりを中心に—. 丸井澄子(編) 人格と臨床の心理. 文化書房博文社.
- 15)宮地幸雄 (2012) 市井の開業臨床心理士雑感—開業臨床心理士・宮地幸雄の仕事場から. 渡辺雄三ほか(編) 開業臨床心理士の仕事場. Pp.159-181.金剛出版.
- 16)村瀬嘉代子 (2008) 心理臨床のこれから—パラドックスの中を模索してきて (上). 臨床心理学 8(3): 435-443.
- 17)村瀬嘉代子 (2008) 心理臨床のこれから—パラドックスの中を模索してきて (下). 臨床心理学 8(3): 589-597.
- 18)中村雄二郎 (1992) 臨床の知とは何か. 岩波新書.
- 19)成田善弘 (2003) 精神療法家の仕事. 金剛出版.

- 20)成田善弘 (2010) 心理療法的関係の二重性. ヘルメス心理療法研究, 13.20-30
- 21)田畑 治 (1995) 臨床心理学-その発展と課題の広がり(放送大学教材放送大学振興会).
- 22)斎藤清二 (2013) 事例研究というパラダイム. 岩崎学術出版社.
- 23)下山晴彦 (2011) 特集にあたって. 臨床心理学, 11(1):3-8.
- 24)下山晴彦・中島義文(2013) 心理職が医療領域で働くために. 臨床心理学, 13(1):6-12.
- 25)渡辺雄三 (2011) 私説・臨床心理学の方法. 金剛出版.
- 26)渡辺雄三 (2015a) 自己実現と心理療法. 創元社.
- 27)渡辺雄三 (2015b) 臨床心理士の仕事の方法. 金剛出版.
- 28)渡辺雄三 (2016) 開業心理臨床において臨床心理士がすべきこと、すべきでないこと. 開業臨床心理士協会主催第 17 回「心理臨床セミナー」.

【Abstract】

Qualities of Profession for Clinical Psychologists – Expertise and Originality –

Yukio Miyachi

Director, Gifu Counseling Institute.

Absentee Lecturer, Graduate School of Education, Health Administration Center, School of Medicine, Gifu University.

In September 2015, members of the National Diet of Japan defined national qualifications for the psychology profession, with all

those meeting these qualifications being considered "certified psychologists" (note that this is a name monopoly rather than a business monopoly). I have some apprehensions about the enactment of this law, since these qualifications concern only the psychology profession not the clinical psychology profession. Although the history of "clinical psychologist" which is arguably the core of the psychology profession, has not been not long, the scope of this field has broadened and the expertise and originality of its practitioners have advanced all the same. The Japan Clinical Psychologist Accreditation Association, an incorporated association, initiated the certification of "clinical psychologist" in 1989, and since then, more than three million people have become "certified clinical psychologists." However, I perceive a trend of "overemphasis on evidence and devaluation of the clinical case study". I feel that this trend is not irrelevant to the establishment of national qualification for psychology profession which is not in the clinical psychology profession.

In this report, I provide an overview of the development of clinical psychology and clinical psychologists in Japan, the above concern of "overemphasis on evidence and devaluation of the clinical case study," and the value of "scientific subjectivity." Then, I review and organize the predecessors' discussions relating clinical psychologists' characteristics, particularly their expertise and originality. I understand that the "approach to care in clinical psychology; 'I' and 'in I / more than I/ I am not' (face to 'I')" discussed by Dr. Yuzo Watanabe was the first and essential description of the expertise and originality of clinical psychology and clinical psychologists in Japan. Finally, I present a case study of my own, "in my case (try to face to 'I')" to provide some self-disclosure.

Although I listed some major themes, I am but one clinical psychologist working in a private institute. Furthermore, I am not familiar with the detailed circumstances of related societies or associations in Japan, because I have never held a relevant position in that respect (e.g., as director of the Clinical Psychology Society or the Clinical Psychologist Accreditation Association). Therefore, this report is written from the perspective of one clinical psychologist. I

hope that this report will be of help in promoting thinking about the expertise and originality of clinical psychologists and clinical psychology.

Keywords: Japan, clinical psychologist, clinical psychology, expertise, originality
