

〈ブリーフ〉はどこから来たのか、そして、どこへ向かうのか：〈ブリーフ〉の臨床思想の試案

八巻 秀***

本論文では、〈ブリーフ〉を再定義するために、まずブリーフセラピーの始まりは、いつなのかを確認する。その始まりは、これまでミルトン・エリクソンとグレゴリー・ベイトソンが多く言及されている。筆者は、〈ブリーフ〉の始まりとして、これらにもう1つ時代を遡って、アルフレッド・アドラーの臨床実践とその思想を加える必要があると考えている。アドラーの臨床実践は、短期的・効果的・効率的という現代のブリーフセラピーの考え方に通じるところが多い。またアドラー心理学は、技法と理論とともに「思想」もあるという三位一体の体系をなしている。これまでブリーフセラピーは、様々な技法と理論が開発され、臨床心理学の技法や理論の発展に大いに貢献してきたが、思想については議論されてこなかった。そこで、アドラーが示した「臨床思想」の検討が、これからの〈ブリーフ〉を考えていく上で、必要になってくると思われる。そこで、ブリーフセラピーの臨床思想につながる共通項として、「臨床的主体性」「臨床的楽観性」「外在化」の3つのキーワードを取り上げて、〈ブリーフ〉の臨床思想の試案を作成した。このような臨床思想を考えていくことで、新しい〈ブリーフ〉の再定義が可能になるとと思われる。

キーワード：アドラー心理学、臨床思想、臨床的主体性、臨床的楽観性、外在化

I. はじめに：〈ブリーフ〉は、どこから来たのか？

本論文で〈ブリーフ〉を再定義するにあたって、これまで「ブリーフセラピーの始まり」と言われているものは、いったいいつなのかということから確認する。

ブリーフセラピーの発展に大きく貢献した人物として、これまで数多く引用されてきたのは、Erickson, M. H. と Bateson, G. の2人である(児島, 2016)。

卓越した技能を持つ催眠臨床家であったEricksonは、1950年代には、クライアントやその家族に対して、当時としては革新的な治療

を行っていた(Haley, 1985)。Ericksonが語った「治療に抵抗するクライアントなどいない。柔軟性にかけるセラピストがいるだけだ」という言葉に表されるように、その臨床技法は、クライアントや家族の問題状況によって異なる、オーダーメイドな、百人百様のアプローチを行ったと言われている。Erickson自身は、自らの臨床技法の体系化は好まず、臨機応変・変化自在な臨床技法は、名人芸として扱われ、「魔術師」「20世紀最大の臨床家」などとも呼ばれた。

そのようなEricksonの治療については、1950年代の半ばから、文化人類学者であったBatesonの研究プロジェクトの中で調査の対象とされ、その研究成果として発表されたのが、有名な「ダブル・バインド理論(Double Bind Theory)」である(Bateson, 1972)。そのベイトソン・プ

* 駒澤大学文学部心理学科

** やまき心理臨床オフィス

doi: 10.20748/jabp.26.1_7

プロジェクトに、臨床コンサルタントとして加わっていた家族療法家のJackson, D. D.によって、1959年に創設されたのが、Mental Research Institute (MRI) であり、そのMRIの中で1967年に設立された研究プロジェクトの名前が、「ブリーフセラピー・センター」である。また、同じくベイトソン・プロジェクトに参加していたHaley, J.が、Ericksonから、「ブリーフセラピー」のスーパービジョンを、1957年から受け始めたという記述 (Haley, 1994) もあり、これが「ブリーフ (brief)」という言葉が使われた始まりとも言われている。

その後、Erickson財団主催による心理療法の学派を超えた国際的な会議（国際エリクソン会議）を通じて、この「ブリーフ」という言葉は、心理治療の費用効率が厳しく問われるようになってきたアメリカの社会的背景も伴って、アメリカの心理療法界に「療原の火のごとく広がった」（高石，1997）のであった。

このような歴史から、宮田（1994）は、ブリーフセラピーを「エリクソンの治療に関する考え方や技法から発展したセラピーであり、クライアントとセラピストが協力して、できるだけ短期間に問題の解決を行う一方法である。」と定義している。

II. はたして〈ブリーフ〉の始まりは、Erickson & Bateson からののか

1. Ericksonの多彩な技法がなぜ生まれたか

このように一般的に認識されている「ブリーフセラピーの始まり」であるが、クライアントのための効果的・効率的な治療を模索する〈ブリーフ〉という考え方の始まりも、EricksonやBatesonからであったのかという点では、幾つか疑問が起こってくる。

Ericksonが精力的に治療を行っていた1940年代から50年代のアメリカは、大学病院の精神

科教授の7~8割が精神分析医であるというくらい精神分析あるいは力動的精神医学が隆盛を誇っていた（和田，2015）。そのような時代に、精神分析とはまったく違う発想の治療が、なぜEricksonにはできたのであろうか。

Ericksonは精神医学も催眠も独学であったと言われている。1920年代にウイスコンシン大学で医学教育を受けていたが、当時のアメリカでは、適切な精神医学の教育は殆ど受けられず、催眠に関してもきちんとしたカリキュラムはなかった。卒後、コロラド総合病院勤務などを経て、ウェイン州立大学医学部教授になっていたが、1948年には健康上の理由でアリゾナ州フェニックスに移り住み、亡くなるまでその地で個人開業することになる。それらの間、Ericksonは、その当時主流の精神分析的治療やロジャース派のカウンセリングとは一線を画した、独自の臨床技法を自ら次々に生み出していくこととなった。

独自のEricksonの治療が生まれた理由の1つとして、Ericksonの子ども時代の障害体験にさかのぼって説明されることが多い。Ericksonは、子どもの頃から極めて重篤な身体障害（ポリオ、色覚異常や失音症）に悩まされていて、17歳の時には、ポリオのために目を除く全身が麻痺し動けなくなった。そのような中で、ねばり強く意志の力を持って、窓越しの夕日などの景色や、自分の妹の様子などを、きめ細かく観察したことが、奇跡的な回復につながり、その後の自ら行う催眠療法などにおける「観察眼」を身につけたとも言われている（Zeig & Munion, 1999）。

このようなEricksonの子ども時代の身体障害からの克服のエピソードを聞いていると、筆者には1つの疑問が生まれてくる。

「なぜ、少年時代のエリクソンが、そのような観察することに意識を集中させるということ

を、やっていこうと思えたのだろうか？」

もちろん、心身ともにギリギリの状態の中で、自ら直観的にそう行為したと考えられるかもしれない。しかし、そこまでの過程で、Erickson少年がそのような行為ができる支えとなるような、誰かからの影響や、何らかの学びは、全くなかったのだろうか。

2. 「器官劣等性」という考え方

ここで、1930年代にアメリカで出版されたある本の一節を紹介する。

「器官劣等性 (Organ Inferiority) は、多くの障害をもたらすが、この障害は、決して逃れられない運命ではない。もしも、心がそれ自体で積極的であり、障害を克服するために一生懸命働けば、障害を持たずに生まれた人と同じだけ成功して当然なのである。実際、器官劣等性のある子どもは、障害があるにもかかわらず、非常にしばしば、あらゆる利点と共に人生を始める子どもたちよりも多くのことをなしとげる。障害が、刺激になって、前に進むことを可能にする。例えば、少年は、視覚障害のために並外れたストレスをこうむるかもしれない。視力のいい他の同年齢の子どもよりも、見ることに集中する。目に見える世界により注意をする。そして、色と形を区別することにより関心を持つ。ついには、見える世界を、それを見るために目を緊張させない子どもたちよりも、理解するようになるのである。こうして、不完全な器官が大きな利点の源泉になりうる。」

まるで、Ericksonの子ども時代の状況や心情を、そのまま描いているように思えるこの文章は、個人心理学 (Individual Psychology) の創始者 Adler, A. によって書かれたものである (Adler, 1931)。

この「器官劣等性の理論」から心理学者とし

て出発したAdlerもまた、幼い頃「くる病」と呼吸困難の発作に苦しんだ。個人心理学の初期の代表的理論である「器官劣等性」は、Adlerの幼少期に、自身が病気で苦しんだ経験が原点になっていたのであり、その克服のプロセスが、個人心理学の始まりでもあったとも言われている (Ellenberger, 1970)。

このAdlerの器官劣等性の考え方を、偶然にもErickson少年もまた、全く同じように実践していたとも言えるだろう。ちなみに、Adlerの初期の著作「器官劣等性の研究」(“Study of Organ Inferiority and its Psychological Compensation”) (1907) は、1910年代にはすでにアメリカで英訳出版されていたが、Ericksonがはたしてそれを読んだのかどうかは定かではない。

臨床心理学の基礎を作ったと言われている3大巨人 (Freud, S.・Jung, C. G.・Adler, A.) の一人であるAdlerと、EricksonやBatesonとが、何らかの直接的な接点があったという資料は、残念ながら見当たらないが、1920年代後半以降に、晩年のAdlerが、アメリカで活躍したという歴史的な事実がある。次にそれを紹介しながら、さらにAdlerと、EricksonやBatesonとの関連性や共通項について、見ていくことにする。

ちなみに、「個人心理学」という名称は、個人を細かく分析したり個人のみ焦点を合わせるように誤解されやすいため、現在日本ではこの名称はあまり使われず、「アドラー心理学 (Adlerian Psychology)」と呼ばれている。本稿でも今後は「アドラー心理学」と記述していく。

III. Adlerのアメリカでの活躍

1920年代の半ばまでにAdlerは、中部ヨーロッパでは児童心理学と家族関係に関する重鎮として認められるようになっていた (Hoffman, 1994)。それまでヨーロッパを中心に活躍

していたAdlerは、1926年（56歳）に初めてアメリカに渡り、ニューヨーク、ボストン、シカゴ、フィラデルフィアからカリフォルニアまで足を運び、一般市民から医師などの専門家まで、幅広い層を対象として、講演・研修活動を行った。次第にその講演内容の素晴らしさが評判を呼び、わずか4ヶ月間のアメリカ滞在において、最後は「ニューヨークタイムズ」にAdlerの記事が掲載されるなど、アドラー心理学の考え方は、アメリカの人々の大きな注目と関心を得ることになった。

その後、1934年に家族とともにアメリカに移住するまで、毎年のようにアメリカを訪れ、全米各地で精力的に講演活動を行った。それらの講演を聞いた者の中には、若きセラピストであったMaslow, A. H.やRogers, C. R.もいた。そして、Adlerは、1929年から1930年にかけて、コロンビア大学講師、ロングアイランド医科大学客員教授の地位を授かる。

また1927年には「人間知の心理学」(“Understanding Human Nature”)という英訳本が出版され、全米でミリオンセラーとなり、その後も毎年のようにAdlerの出版物が次々と発行されるようになる。そういった流れもあって、様々な新聞にも取り上げられるようになり、例えば、ニューヨークの新聞「ヘラルド」の記事は、アメリカにおける一般市民のAdlerへの反応を、以下のように好意的に書いている。

「おそらくアルフレッド・アドラーは、今アメリカにおけるもっとも的確で独創的な外国人の心理学者である。(中略) 勇気とエネルギーにあふれている。今日の学者は、フロイトのように厳格で、冷たい効率のよい機械か、アドラーのようにわくわくする、しかし効率が劣るわけではない人間のようであるか、どちらかである。」(Smyser, 1929)

このようにAdlerは、1920年代の終わりまでに、アメリカにおいて、一般心理学の領域を作り上げるのに一役買った二人の主要な人物の一人として（もう一人は、行動主義心理学者のWatson, J. B.）登場しており、1920年代から30年代のアメリカで、著名な心理学者として活躍していたという史実がある。

1920年代後半以降の全米で、有名になっていた心理学者Adlerの存在やその考え方を、医学生あるいは駆け出しの医師で読書家だったErickson（1901年生まれ）や、大学生あるいは若手研究者だったBateson（1904年生まれ）が、本や講演などを通して知っている可能性はあったと考えても、おかしくはないだろう。

では、次に、Adlerと、EricksonやBatesonとの臨床技法・臨床理論などの共通項について、見ていくことにする。

IV. AdlerとBatesonとEricksonとの共通項

1. Adlerの治療における楽観的・協力的態度

Adlerを心理学のエキスパートとして、アメリカで有名にさせた要因となったのは、Adler自身の「愛想の良さ、楽観主義、温かさ」という性格的な特徴だったとも言われている（Hoffman, 1994）。このように、Adler自身は、楽観的な考え方の持ち主だったようで、それが自然と治療態度にも現れていた。Adlerの弟子の一人であったWolf（1930）は「アドラー心理学が第一の原理としていることは、『すべての人はあらゆることをすることができる』です。」と述べているが、そのように考えていく治療的姿勢を、アドラー心理学では「治療的楽観主義（Therapeutic Optimism）」と呼んでいる（鈴木・八巻・深沢, 2015）。

一方で、森（2015a）は、「エリクソンという人は、基本的に『楽観的』な人だったみたい

です。(中略)とにかく、彼は人間の持つ力というものに、絶対的な信頼を置いている人でした。」と述べて、ブリーフセラピーにおける「クライアントは皆、彼らの問題解決のためのリソースを持っている。」という前提は、Ericksonの楽観的な考え方から来ていると説明している。つまり、AdlerもEricksonも共に(最低でも治療的には)楽観主義の持ち主だったのである。

またAdlerは、二度目のアメリカ講演旅行の最後に行ったシカゴの精神科医の小さな集まりにおいて、治療における患者への関わり方について、今でなら家族療法におけるジョイニング(Joining)と言われるであろう、「家族と仲間になるような協力関係」を確立することの重要性を、次のように述べている。

「私は、通常自分が治療する子どもを自立心があるようにしようと試みるが、母親を敵に回すことはない。(中略)私はいつも親が私の仲間であるように話します。教条的な表現はすべて避けようとしませぬ。さもなければ親は責められていると思ひ、裁判の法廷であるかのように感じるかもしれません。」(Adler, 1929a) (強調は筆者による)

このような「セラピストが、家族やクライアントと協力的な仲間関係を作る」という発想は、前述した宮田(1994)が述べたブリーフセラピーの定義とも重なっている。

さらにAdlerは、効果的な心理療法のためにユーモアを使うことを強調していた。「私がそうするのは、非常に友好的なやり方で行うのであり、いつもジョークを使って、このケースでは何が起るかを示したいのである。」(Adler, 1929b)と述べているが、このユーモアを重視するAdlerの考え方も、治療の中に積極的に遊

びの要素とユーモアを入れていったEricksonの臨床実践と共通するものがあると言えるだろう。

またAdlerは臨床実践において、逆説、間接暗示、比喩、宿題などの手法を用いていたが、これらは現在エリクソニアンの十八番とされているという事実(八巻・深沢・鈴木, 2017)も、Ericksonの臨床技法の先駆けとしてのAdlerの存在を考えさせるものがある。

2. 家族療法の多発的はじまりとAdlerからの影響

前述のように、精神分析が隆盛だった1950年代のアメリカの精神医学界では、一方で多くの医師やセラピスト達が、盤石な理論的枠組みをもたないまま、全米各地において、家族の相談にのる家族療法をにわかにはじめていたという事実もある(野村・坪之内, 2016)。それは、精神分析の流れを汲む「精神内界論」の考え方へのアンチテーゼが起こっていたとも言えるだろう。

しかし、ここにも1つの疑問が起こってくる。なぜ1950年代前から、突然、全米各地で多発的に「家族療法」が行われるようになったのだろうか。

ここで、もう1つの史実を提示したい。それは、いみじくもAdlerが亡くなった1937年に、Adlerの高弟であったDreikurs, R.が、ヨーロッパからアメリカに移住し、さらに1939年にシカゴにおいてエイブラハム・リンカーン・センター児童相談所が、Dreikursによって開設されたことである。そのセンターでは、Adlerが第一次世界大戦後に組織したウィーンの児童相談所や教育研究所で行われていたのと同じような、公開の「家族カウンセリング」が行われたのである(Christensen, 1993)。実はウィーン時代からAdlerは、教師や医師らの専門家の養成を目的として、自らの家族とのカウンセリング

グを、専門家に公開していたが、これが今で言う「家族療法 (Therapy with family)」の先駆けだったと言えるかもしれない。

このように、1920年代後半から30年代にかけて全米各地を駆け回ったAdler自身による講演や研修を通して、アメリカの医師やセラピスト達にAdlerの治療態度や方法・考え方が伝わったこと、そして、1940年代以降のシカゴを中心としたDreikursの活躍などが、その後の家族療法の躍進につながった要因になったのではないかと考えられる。

3. 「対人関係論」という考え方

もう1つ、Adlerの考え方を紹介したい。「人間の悩みは、すべて対人関係の悩みである。」とは、Adlerが言った有名な言葉である(岸見・古賀, 2013)が、この考え方は、現代アドラー心理学では理論的に整理され、「対人関係論 (Interpersonal Theory)」あるいは「社会統合論 (Social Embeddedness)」と呼ばれている。

Adler (1929b) は「人生を社会的な関係の文脈と関連づけて考察しなければならない。」とも述べて、人間は社会的存在であり、どんな場合でも他者との関わりについて考える必要があると唱えた。個人が目標を達成するためにとる行動も、常に他者との相互作用を伴っているので、カウンセリングや教育の現場で問題となる行動やライフスタイルは、社会的相互作用という文脈の中で理解されるという考え方である (Manaster & Corsini, 1982)。

ところで、AdlerはFreudの弟子だったと勘違いされることが多いが、実際はそうではなく、一時期をともにした、あくまでも対等な共同研究者であった。それぞれの考え方の違いからAdlerとFreudが決別した後、その後展開していったアドラー心理学の理論と実践は、深層心理学あるいは精神分析の一派というよりも、むしろそのアンチテーゼであった。アドラー心

理学は「文脈心理学 (Context Psychology)」と呼ばれることもあり、これまで述べてきたように現代のシステム論的家族療法やブリーフセラピーの理論と実践の先駆けと言っても良いものであった。

AdlerとFreudが決別に至った理論的違いは、これまでもいろいろと述べられているが、上述したように、「対人関係・関係性」に焦点を当てたAdlerと、「個人・心」に焦点を当てたFreudの違いは、そこから生まれてくる治療論や人間観の根本的な違いにつながり、その隔たりは想像以上に大きかっただろうと思われる。

ただ歴史的には、1960年代にかけて、アメリカの精神医学の世界を支配するのは、個人の中に病理の本態をみようとするFreud流の力動的な精神医学の考え方で、アドラー心理学の考え方は、Adlerの死後、アメリカでは、Dreikursの活躍を除いては、一度勢いをなくしたのである。

4. ダブル・バインド理論の登場が意味すること

そのような中で登場したのがBatesonである。彼のダブル・バインド理論は、Adlerの「対人関係論」と同じように、「個人」に焦点を当てた心理学用語ではなく、「関係性言語 (コミュニケーションによる言語)」を通して、病理の解釈などを可能にしたのである。野村ら (2016) は、この状況に対して、「ここに人間関係の見方の基本が再考され、新しい科学の姿と臨床の様式が芽を出すことになる。『個人』にまつわる静止言語の中で医療行為にあたった人たちが、それまで燻っていた迷いと葛藤の根源を断ち切ったのは、ダブル・バインド理論であった。」と述べ、Batesonによって、人間関係や相互作用の変化に対応可能な理論的ツールを得られたセラピストたちにより、家族療法が1970年代において飛躍的に躍進することになったと説明している。

このようにアメリカで家族療法が多発的に発展し、そしてそれらを理論的に支えるBatesonが提示した「関係性の理論」、そしてブリーフセラピーが持つ理論の1つとも言える「相互作用論」（宮田，2008）などの源流となる考えを、1900年代の初期に、すでにAdlerが「社会的文脈として対人関係」に焦点を当てて提示していたと言えるだろう。野村ら（2016）は、この「関係性」の理論的系譜は、Batesonから現代のオープンダイアログまで続いていることを述べているが、筆者としてはBatesonよりも前の時代から「対人関係」に注目したAdlerからも、その流れに何らかの影響を与えたのではないかと考えるのである。

これまで述べてきたことを整理すると、Ericksonから始まったと言われる現代のブリーフセラピーの多様な技法の「技法的側面」、そしてBatesonのダブル・バインド理論や社会構成主義などというブリーフセラピーの持つ関係性・相互作用を重視した「理論的側面」、ブリーフセラピーが持つこれら2つの「側面」と、Adlerがすでに示していた臨床技法や「対人関係論」などの理論は、これまで述べてきたように共通点が多く見られる。

このことから、〈ブリーフ〉というクライアントのための効果的・効率的なセラピーを提供するという精神や考え方の先駆者の一人として、Adlerを位置づけてみても良いのではないかと考えるのである。「ブリーフセラピー」という臨床技法や臨床理論の歴史の始まりとして、EricksonやBatesonという存在は、これまで言及されてきたように明確であるが、新たに〈ブリーフ〉という精神や考え方の始まりとして、Adlerの存在を加えることを提案したい。

最初に述べた「〈ブリーフ〉は、どこから来たのか？」という問いに対する答えとして、現在の筆者の考えは、以下の通りである。

「アドラーが、フロイトと決別した時点から、〈ブリーフ〉が始まった。」

V. 現代の「ブリーフセラピー」に足りないもの：「臨床思想」について

ここまで、〈ブリーフ〉がどこから始まったのか、ということについて振り返ってきたが、そこにAdlerを加える意義は、ただEricksonやBatesonよりも時代的に古いから、という理由だけではない。現代の「ブリーフセラピー」に足りないもの、いや現代の心理臨床にも足りないものが、アドラー心理学の中に見出せるからである。

それは「臨床思想（Clinical Idea）」である。

アドラー心理学は、「理論」と「技法」そして「思想」も持っているという三位一体の体系をなしていることが、臨床心理学の他のものとは違う、最大の特徴だと言われている（野田，1989）。ちなみに、ここで言う「思想」とは、「人はどうすれば幸福になれるのか」「いかに生きていくのか」などといった、人生や人間の生き方についての体系的な理解の仕方、人間観・幸福論・人生論などの基盤となるものである。

アドラー心理学の思想の中心にあるのは、「共同体感覚（Gemeinschaftsgefühl: Social Feeling）」である。

Adlerは、共同体感覚について、次のように述べている。

「われわれのまわりには他者がいる。そしてわれわれは他者と結びついて生きている。人間は、個人としては弱く限界があるので、一人では自分の目標を達成することはできない。もしも一人で生き、問題に一人で対処しようとするれば、滅びてしまうだろう。自分自身の生を続けることもできないし、人類の生も続けることは

できないだろう。そこで人は、弱さ、欠点、限界のために、いつも他者と結びついているのである。自分自身の幸福と人類の幸福のためにもっとも貢献するのは、共同体感覚である。」(Adler, 1931)

このような「共同体感覚」をシンプルに定義すると、「人間が幸せに生きていくための他者を『仲間』であるとみなす意識と行為のこと」である。ちなみに、晩年のAdlerが自ら執筆した英語の著作では、「共同体感覚」の英訳は“Social Feeling”から“Social Interest”の方を使うようになったと言われている(鈴木ら, 2015)。AdlerがあえてSocial Interestという言葉を選んだことを考えると、共同体感覚とは、「感覚」という内的なものにとどまらず、「他者への関心」を持ちながら、他者と仲間になり、仲間とともに共同体に貢献していこうとする意識と行為、つまり「関わり」であると言えるだろう。ただし、現在日本では、Adlerの母国語であるドイツ語Gemeinschaftsgefühlの直訳である「共同体感覚」が主に使われているのが現状である。

このような共同体感覚の思想は、Adlerの臨床実践の経験の中から生まれてきた思想、とも言えるので、それを筆者は「臨床思想」と名付けている(八巻, 2016)。

ちなみに、アドラー心理学における思想を簡潔に述べると、「子育てや教育、カウンセリングの究極の目標は『共同体感覚の育成』である。」というもの(野田, 1989)であるが、それを「臨床思想」として再考してみると、クライアントの共同体感覚を育成することだけを意味するのではなく、セラピスト自らの共同体感覚も共に育てていくこと(鈴木ら, 2015)でもあるので、「心理臨床活動における究極の目標は『共同体感覚の相互育成』である」と言い換

えることができるだろう。

この三位一体の体系を人に例えてみると、理論は「頭」、技法は「手足」とすると、思想は「体」、ということになるのだろうか。体系を成すには「体」が必要なのである。

アドラー心理学は、このような臨床思想を基盤として、その理論と技法が構成されている。100年以上あるアドラー心理学の歴史において、理論と技法は変化・進化した部分は見られてきたが、思想的にはそれほど大きな変化は見られていない。つまり、「体」が安定しているから、頭や手足の様々な変化にも対応できる、ということが言えるのだろう。

Hooper & Holford (1998)も述べるように、この思想は、現代に通じる普遍性や共通性を物語っており、それゆえ、これまでアドラー心理学は、臨床だけでなく、子育て、教育、対人関係、人生論、幸福論、自己啓発など、多岐に渡って、様々な領域で影響を与えてきている。

アドラー心理学にあって「ブリーフ」に足りないものとは、前述したように、この「臨床思想」の部分であり、ブリーフセラピーや臨床心理学の世界では、これまで明確に論じられることは少なかった。

あらためて考えてみると、「〈ブリーフ〉の再定義」をするということは、「〈ブリーフ〉は、これからどこへ向かうのか？」という問いに対しても、答えることになるのかもしれない。その問いに答えるヒントとなり得るものが、「〈ブリーフ〉の臨床思想」の検討だと考えられる。

VI. 「〈ブリーフ〉の臨床思想」の試案

前述したように、臨床思想は「体」、いわゆる〈ブリーフ〉全体の「要」になるものである。そこで、これまでアドラー心理学やブリーフセラピーで語られてきた理論や技法の中で、「〈ブリーフ〉の臨床思想」につながる共通項と

思われるキーワードを、本稿では3つほど取り上げてみたい。

1. 臨床的主体性

アドラー心理学の基礎理論の1つに「主体論（あるいは個人の主体性）」というものがある。これは「人間は主体的なもので、全て自分が決めているという人間観」（鈴木ら、2015）であり、人間は、「自らの行動（あるいは人生）は、全て（無意識レベルも含めて）自分で決めている（選択している）のだ」とアドラー心理学では考えている。だからこそ、人間は「自由な決断を下す能力を持つ自立的な統一体と見る。（中略）正常な個人の行動を、自分自身がコントロールできるもの」（Manaster & Corsini, 1982）として、「自らが選んでいることを意識することによって、あらためて何をしなければ良いのかを主体的に決めていくことができる」とも考えるのである。

このどんな状況であっても、主体的に「今、自分にできること」を決定・決断していくという考え方は、臨床的状况におけるセラピストにおいても、同じことが言える。つまり、あらゆる臨床的状况において、セラピストとして「主体的」になって（八巻、2002）、「今、自分ができることは何か」と考えながら、アクションを起こしていくこと、あるいは「動きながら考え、考えながら動く」（田嶋、2009）ことを、セラピストが「臨床的主体性（Clinical Subjectivity）」を持った姿勢と呼ぶことにしたい。

そのセラピストの主体的なスタンスが、当然のことながら、それはクライアントの主体性にも良い影響を及ぼすことになるだろう。

皮膚科医である清水良輔は、アトピーの治療法としてブリーフセラピーを採用している（清水、2016）。清水は、これまでのアトピー治療で多く見られたアトピー症状の過去の原因を志向するのではなく、アトピーに関連して起こっ

ている問題や悪循環の解決・解消を志向し、患者のリソースを使いながら、患者それぞれの解決のストーリーを構築してもらうというブリーフセラピーの方法論が、アトピー治療には最適と述べている。

この清水の臨床実践のように、いわゆるアトピー治療のメインであった「原因論」にセラピストが陥ってしまわずに、「今自分ができるとは何か」という解決を志向するようになるためには、セラピストが「臨床的主体性」を持つことが重要になってくるであろう。また、そのようなセラピストのスタンスの影響を受けた患者が「主体的に」自らの解決のストーリーを模索するようになるのではないだろうか。

このように「臨床的主体性」は、ブリーフセラピーの実践の背景にあると考えられ、「〈ブリーフ〉の臨床思想」のキーワードの1つに組み入れても良いと思われる。

2. 臨床的楽観性

岸見・古賀（2016）は、カウンセリングにおいて、3つの言葉が書かれている三角柱を使用している。その一面には「悪いあの人」、もう一面には「かわいそうなわたし」と書かれていて、クライアントのほとんどが、この2つのいずれかの話に終始すると、岸見は述べている。そして、三角柱の残りのもう一面に書かれている言葉は、「これからどうするか」である。アドレリアン・カウンセリングでは、「これまでどうだったか」という過去の出来事について語ってもらう以上に、この「これからどうするか」という未来志向的な話題をクライアントとセラピスト両方で、語り合える場を作っていくことを重視するのである（八巻ら、2017）。

筆者は、セラピーが未来志向的なことを語り合える場になっていくためには、セラピストが過去の出来事にとらわれ過ぎず、かつクライアントが今持っているリソースを信頼することが

大切であると考え。このようなことを生み出すのが、セラピストが「臨床的楽観性 (Clinical Optimism)」によるスタンスを持つことである。

前述したように、Adlerも Ericksonも共に治療に臨むにあたって「楽観的」であったというエピソードは数多く語られてきているが、それは、どんな時でも単純に「何とかなる」と考える「楽天的」なものとは明らかに違う。「臨床的楽観性」から生まれるセラピストのスタンスとは、どんな臨床的状况であっても、クライアントやセラピスト自身が持っている力（またはリソース）やその可能性を信頼しながら、常に「これからどうするか」と未来に向けて考えていくスタンスである。

森 (2015a) は、ブリーフセラピーの極意として、「これから (未来) のことに、明るい展望が持てる面接に」なること (未来志向)、そしてクライアントが「自分には力がある」と思えるような話し合いができること (クライアントのリソースへの信頼)、以上のようなスタンスをセラピストが持つことが重要だと述べている。

このようにブリーフセラピーでも重視されている「未来志向」と「リソースの信頼」というスタンスは、先述した岸見が示した未来志向的なアドレリアン・カウンセリングにおけるスタンスと共通していると言えるだろう。つまり両者ともにセラピストが「臨床的楽観性」を持つことによって、そこから生まれるスタンスを持っているからだと考えられる。このようなセラピストの楽観的な姿勢が、先述の臨床的主体性と相まって、クライアントとセラピストが、未来志向的・解決構築的な話題を語り合える場になっていく力になるだろう。

以上のように、Adlerから Ericksonそして現代のブリーフセラピーへと続いていると思われる、この「臨床的楽観性」についても、「〈ブ

リーフ〉の臨床思想」のキーワードの1つとしてあげてみるのも良いだろう。

もう1つ例を示したい。和田憲明は、ある日突然、医者から胃がん第4ステージを宣告され、それからの自らの経験を書き綴った本を残している (和田, 2009)。

その本の中では、がん患者でもあるブリーフセラピスト和田から、読者への数多くの力強い勇気づけの言葉が書かれている。その本を執筆している和田自身が、その時点でジョイニングしていた現場は、入院している病院、いや、それだけにとどまらない「がん患者としての自分を取り巻く状況すべて」であった (八巻, 2010)。自分が与えられた現場において、たとえ自らががん患者という立場であっても、常に徹底してその現場にジョイニングしていきこうという姿勢、そしてそれら自らの体験を本として残していきこうとした考えと行動、このように常に「今、自分ができることは何か」「これからどうするか」ということを考え、行動していった和田の姿勢は、まさに「臨床的主体性」「臨床的楽観性」の両方を持ち、それらが発揮されていたと感じざるをえない。

これらの例のように、ブリーフセラピーを志向するセラピストは、基本的にこれら「臨床的主体性・楽観性」の姿勢を自然と持っている人は、多いのではないだろうか。

「臨床的主体性」そして「臨床的楽観性」をセラピストが持っていきことが、生きた「〈ブリーフ〉の臨床思想」を形作る基盤になり、それが〈ブリーフ〉的臨床実践ができる力になるのではないと思われる。

3. 外在化と外在文化

前述した、Adlerの「対人関係論」は、人と人との関係性の中に問題が存在している、という考え方 (岸見ら, 2013)、あるいは「関係性を重視する姿勢」から生まれたものでもあ

る。

現在、統合失調症の精神医療として注目されている「オープンダイアログ」（斎藤，2015）を行うセラピストも、治療ミーティングを行っている時には、テーマや論点を人間関係の枠組みの中で扱うことに専念する。そのような対話実践のための基本要素に「対話の中で関係が強調される点を作り出すこと。」（Olson, Seikkula, & Ziedonis, 2014）というものがあり、それはどのような病理的現象でも、実際のクライアントとセラピストとの関係、および特定の相互作用に対する反応、と捉えるのである。驚異的な治療成果を出しているオープンダイアログが力を発揮するのは、このようなセラピストの「関係性を重視する姿勢」にもその理由があるのではないだろうか。

さらに、この姿勢は、ナラティブ・アプローチで取り上げられることが多い「外在化（Externalization）」ともつながっていると考えられる。

「外在化」とは、まず問題をセラピストが当たり前のように外に置く、あるいは、外から来たものとして扱う。（例えば、東（1997）の『虫退治』などもその例。）そして、外にあるそれについて、クライアントとセラピストが共に語り合い、つきあい方を考えていくような「対話」をしていくこと。（例えば、児島（2008）の『治療関係の三項構造化』などもその例。）この一連の流れが結果的に、効果的な治療行為・作業となっていくのだと考えられる。

ある意味では、次々と開発されている臨床技法もこのような「外在化されたもの」と捉えた方が、良い治療効果につながっていくのかもしれない。

森（2015b）は「外在化」について、「外在化は、もちろん技法的にも大事な技法です。私が強調したいのはスタンスの話です。問題を外在化して扱うということが鉄則だと私は考えてい

ます。問題を絶対に内在化して扱ってはいけません。これは心理臨床や精神科臨床やるときに必ず気をつけておかないといけないことです。」と述べて、セラピストが持つべき「外在化のスタンス」を強く主張している。

同じような主張として、高橋規子は、セラピストが「外在」が当たり前として振舞うことを強調して、以下のように「外在文化」というものについて説明している。

「外在文化は、ポストモダンの一種の文化ですね。何かの性質が人に内在しているのではなく、外在しているものとして扱うことが可能であって、外在しているものに彩られて人が構成されている。というふうに考えるのがポストモダンの外在文化です。」（高橋・八巻，2011）

セラピストが「外在文化」にいることにより、クライアントに対して当たり前のように「外在化」を行っていくことができる。高橋の述べる「外在文化人」とは、「内在化されているものを外に出し、それと対話すること」を自然に当たり前のようにできる人を指している。「外在化」とは、問題などある対象を外に置くことにより、人と対象との関係性が生じ、対話できるようになることがポイントであり、それを徹底して当たり前のように行っていくのが「外在文化人」であると考えられるだろう。

このように、森と高橋の「外在化」に関する主張は、森が「セラピストのスタンス」として述べているのに対して、高橋はセラピストが「外在文化にいるという行為を伴うセラピストの発想」について語っているという違いはあるものの、「外在化」を重要視する臨床思想という点では共通していると思われる。

このように「関係性」あるいは「相互作用」を重視していくことによって創出された「外在

化」というスタンス，そしてその発想としての「外在文化」は、「〈ブリーフ〉の臨床思想」を構成する重要なキーワードになっていると思われる。

4. 〈ブリーフ〉の臨床思想の試案と再定義： 〈ブリーフ〉はどこへ向かうのか

以上、「臨床的主体性」「臨床的楽観性」「外在化・外在文化」という3つのキーワードを取り上げたが，これらから考える〈ブリーフ〉の1つの臨床思想を簡潔に述べることで，〈ブリーフ〉を再定義してみる。

「セラピストが，臨床的主体性・楽観性を持って，臨床的局面に臨み，クライアントとの協働的な関係を作りながら，外在化を行い，外在化したものと対話を続けていくこと。」

セラピストは，どんな状況であっても「臨床的主体性・楽観性」を持って臨むこと。そして常に「対話」を生み出すために「外在化」をしていくスタンスをとりながら（外在文化人として）行為すること。このようなセラピストの一連の考え方や行為を通して，クライアントの変化や解決，癒し，そして幸せが生まれてくるのではないだろうか。

この再定義においては，これまで「ブリーフ」として言われてきた短期的・効果的・効率的になることや，それに伴う変化については，「結果としてそうなる」と考えるのである。

これまで「ブリーフセラピー」は，このような流れを生み出すものを，発明・発見し，提示してきた。そして，これからも臨床実践しながら，新たな配慮と工夫を発見・提示し，さらにそこから〈ブリーフ〉の臨床思想を更新し，世に発信し続けること，それが「〈ブリーフ〉は，これからどこへ向かうのか？」という問いへの1つの答えになるのかもしれない。

VII. おわりに

本稿では，アドラー心理学と〈ブリーフ〉とのつながりを考察しながら，私見ではあるが「〈ブリーフ〉の臨床思想」を試案することにより，〈ブリーフ〉の再定義を行った。

ところで，「嫌われる勇気」（岸見ら，2013）という本がベストセラー（2017年4月現在165万部）になったことから始まり，その関連本が出版され続けている「アドラー心理学ブーム」が現在も続いている。この状況は，本稿で示したような共通項が多いアドラー心理学と〈ブリーフ〉が，ともに，さらに注目されていく可能性があることを示唆していると思われる。そして，そのような状況の中で「私たちができること」は何であろうか。

これまで述べてきたように「思想」は「要」である。この「要」である「〈ブリーフ〉の臨床思想」の考察を，専門家が臨床実践を続けながら積み重ね，それを世に発信していくことによって，〈ブリーフ〉の精神が，より広く行き渡り，そのことによって「現場のニーズを汲み取る，引き出す，応える。」（田嶋，2009）ことができる，世に貢献できるセラピストが増えていくのではないか。これは筆者の「〈ブリーフ〉のこれから」に対するささやかな期待と願いでもある。

最後にAdler（1927）の言葉で本稿を閉じたい。

「人がどこからくるかということしか知らなければ，どんな行動が人を特徴づけるか知ることとは決してない。しかし，どこに向かって行くかを知れば，どちらに踏み出すか，目標に向けてどんな行動をするか予言することができる。最も重要な問いは，『どこから』ではなく，『どこへ』である。」

付 記

本論文の構想は、日本ブリーフサイコセラピー学会第21回秋田大会の自主企画シンポジウムでの発表がはじまりである。その発表を後押ししてくださった秋田大学の柴田 健先生に感謝したい。また、このような臨床思想の思索のための場と時間を与えて応援してくれている、我が家族にも感謝したい。

そして、素晴らしい臨床実践と論考を残して下さった、今は亡き、宮田敬一先生・森 俊夫先生・高橋規子先生・和田憲明先生の4名の先生方に感謝しつつ、本論文を捧げたい。

引用文献

- Adler, A. (1927) Character and talent. *Harper's Monthly Magazine*, **155**, 66.
- Adler, A. (1929a) AAC, Container 1, Lectures 1928–1929. Reports of Medical Meetings, “Psychiatrists Meeting with Dr. Alfred Adler.”
- Adler, A. (1929b) *The science of living*. New York: Doubleday Anchor Books. (岸見一郎訳 (2012) 個人心理学講義：生きることの科学. アルテ. 28)
- Adler, A. (1931) *What life should mean to you*. Boston: Little, Brown. (岸見一郎訳 (2010) 人生の意味の心理学. アルテ)
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine book. (佐藤良明訳 (2000) 精神の生態学 (改訂第2版). 新思索社)
- Christensen, O. C. (1993) *Adolescent family counseling: A manual for counselor, educator, and psychotherapist*. New York: Educational Media Corporation. (江口真理子・柴山謙二・山口茂嘉訳 (2000) アドラー家族カウンセリング：カウンセラー、教師、セラピストのための実践マニュアル. 春秋社)
- Ellenberger, H. F. (1970) *The discovery of unconscious: The history and dynamic psychiatry*. New York: Basic Books Inc. (木村 敏・中井久夫監訳 (1980) 無意識の発見(下). 弘文堂)
- Haley, J. (1985) Conversations with Erickson. *Networker*, **9**(2), 30–43. (宮田敬一, 他訳 (1986) エリクソンとの対談. こころの臨床ア・ラ・カルト, **17**, 53–58)
- Haley, J. (1994) Typically Erickson. J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story*. New York: Brunner/Mazel, 3–24.
- 東 豊 (1997) セラピストの技法. 日本評論社.
- Hoffman, E. (1994) *The drive for self: Alfred Adler and the founding of individual psychology*. New York: The Martell Agency. (岸見一郎訳 (2010) アドラーの生涯. 金子書房)
- Hooper, A. & Holford, J. (1998) *Adler for beginners*. New York: Writers and Readers Publishing, Inc. (鈴木義也訳 (2005) 初めてのアドラー心理学. 一光社)
- 岸見一郎・古賀史健 (2013) 嫌われる勇気. ダイアモンド社.
- 岸見一郎・古賀史健 (2016) 幸せになる勇気. ダイアモンド社.
- 児島達美 (2008) 可能性としての心理療法. 金剛出版.
- 児島達美 (2016) ディスコースとしての心理療法. 遠見書房.
- Manaster, G. J. & Corsini, R. J. (1982) *Individual psychology: Theory and practice*. New York: F. E. Peacock Publishers, Inc. (高尾利数・前田憲一訳 (1995) 現代アドラー心理学. 春秋社)
- 宮田敬一 (1994) ブリーフセラピーの発展. 宮田敬一編. ブリーフセラピー入門. 金剛出版, 11–27.
- 宮田敬一 (2008) 催眠とブリーフセラピー. *臨床心理学*, **8**(5), 646–651.
- 森 俊夫 (2015a) ブリーフセラピーの極意. ほんの森出版.
- 森 俊夫 (2015b) 心理療法の本質を語る：ミルトン・エリクソンにはなれないけれど. 遠見書房.
- 野田俊作 (1989) アドラー心理学トーキングセミナー. 星雲社.
- 野村直樹・坪之内千鶴 (2016) ダブルバインド～ナラティブ～オープンダイアログ：ベイトソンから「患者カルテ」まで. ナラティブとケア, **7**, 遠見書房, 6–12.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014) *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. Worcester, MA: The University of Massachusetts Medical School. (山森裕毅・篠塚友香子訳 (2016) オープンダイアログにおける対話実践の基本要素：よき実践のための基準. 2016.05.13–15, オープンダイアログワークショップ資料, 62–79)
- 斎藤 環 (2015) オープンダイアログとは何か. 医学書院.
- 清水良輔 (2016) 原因を探らずに治すアトピー. 日本評論社.
- Smyser, W. L. (1929) “Father of the inferiority complex,” *New York Herald*, March 17, 1929.
- 鈴木義也・八巻 秀・深沢孝之 (2015) アドラー臨床心理学入門. アルテ.
- 田嶋誠一 (2009) 現実介入しつつ心に関わる：多面的援助アプローチと臨床の知恵. 金剛出版.
- 高橋規子・八巻 秀 (2011) ナラティブ, あるいはコラボレイティブな臨床実践をめざすセラピスト

- のために. 遠見書房.
- 高石 昇 (1997) ブリーフ・セラピーの長所と落とし穴. 精神療法, **23**(4), 金剛出版, 40-44.
- 八巻 秀 (2002) 心理療法においてセラピストが「主体的になること」. 秋田大学臨床心理相談研究, **2**, 1-10.
- 八巻 秀 (2010) 臨床家のためのこの1冊. 臨床心理学, **10**(5), 793-796.
- 八巻 秀 (2016) 学校臨床活動における原点としてのアドラー心理学. 子どもの心と学校臨床, **14**, 遠見書房, 63-68.
- 八巻 秀・深沢孝之・鈴木義也 (2017) 臨床アドラー心理学のすすめ: セラピストの基本姿勢から実践の応用まで. 遠見書房.
- 和田秀樹 (2015) アドラーと精神分析. アルテ.
- 和田のりあき (2009) がんに負けない心理学: 臨床心理士が教える心の応急手当てとケアの方法. PHP研究所.
- Wolf, W. B. (1930) *The pattern of life*. New York: Cosmopolitan Book. (岩井俊憲訳 (2004) アドラーのケース・セミナー: ライフ・パターンの心理学. 一光社)
- Zeig, J. K. & Munion, W. M. (1999) *Milton H Erickson*. New York: SAGE Publications Ltd. (中野善行・虫明修訳 (2003) ミルトン・エリクソン: その生涯と治療技法. 金剛出版)
- (2017年1月31日受稿, 2017年11月9日受理)

Where did “brief” originate, and how it will evolve?: A suggestion of the clinical idea of “brief”

Shuu YAMAKI^{*,**}

^{*}Komazawa University, ^{**}Yamaki counseling office

In this paper, to redefine “brief,” I first confirmed when brief therapy began. Milton Erickson and Gregory Bateson are often mentioned as originators of brief therapy. I believe it is also worth noting Alfred Adler’s clinical practice and idea, which were introduced long before the former’s, as the origin of “brief.” Adler’s clinical practice has much in common with modern brief therapy, which is short-term, effective, and efficient. Adlerian psychology consists of the trinity system of technique, theory, and “idea.” Until now, brief therapy has developed various techniques and theories and has contributed greatly to the development of clinical psychology. However, idea was never discussed in brief therapy. It is important to consider Adler’s “clinical idea” as we think about future “brief.” Therefore, I selected three key words that are common items in the clinical idea of brief therapy: “clinical subjectivity,” “clinical optimism,” and “externalization.” I then came up with a suggestion of the clinical idea of “brief,” considering which, it is possible to redefine “brief.”

Key Words: Adlerian psychology, clinical idea, clinical subjectivity, clinical optimism, externalization