Japanese Association of Educational Psychology

48 Jap. J. of. Edu. Psychol. Vol. III, No. 4 (1956)

臨床心理学の方法論的考察*

黒 丸 正 四 郎**

臨床心理学という学問がどのような内容と限界をもち，それがまた，一つの学として如何にして可能であるかという定義と方法論の考察はこの学問の正しい進展のため極めて大切なことだと思う。例えば本年四月，京都で開催された日本心理学会臨床心理学部会に於いて，戸川教授司会の下に「臨床心理学におけるテストの必要性」「診断が大切か，治療が大切か」「果して心理療法は新興宗教的であるか否か」などの課題が提出され，活潑な論争が交された模様であるが，（著者は後日，録音によつてこの模様を聴取した）学会に於いてこのような論議が行われたということも，察するに臨床心理にたずさわる諸研究家がかかる方法論的反省を余儀なくされるに到つたがためであろうと考える。著者は心理学を専攻した者でなく，全く一介の精神病医に過ぎないが，衆知の如く病態心理を取扱う精神病理学はクレペリン以来，学の内容や実績よりも，むしろ如何にして病的心理の客観的把握が可能であり得るかという方法論的考察に研究の重点を置いて来たので，隣接科学たる臨床心理学に就いてもこの点，無関心たることが出来ない。臨床心理学会などで方法論的妥当性の吟味さえ下さず，一二のテスト成績のみを以つて大胆な結論が下されていたりするのをみると，日夜患者の臨床に骨身を削る思いをしている我々として何か割り切れぬものを感ずる。かかる理由から臨床心理学というものの学としての内容と体系が如何にして可能であり得るかという方法論的考察を下してみたいと思う。

I 臨床ということの意味

（1） 先づ臨床心理学でいう臨床 Clinic という語は何を意味するのであろうか。勿論臨床心理学は問題児童の取扱いや患者の心理的悩みの解決などに役立つて着々として効果を挙げているのであるが，ここで方法論的に問題にしようとしているのは心理学がどのように臨床と結びついているかという問題である。即ち臨床心理学というのは実際の臨床的必要性に応ずるため心理学を利用する学問であるのか，或いは心理学的一般原理を実際の臨床場面に応用しようという一種の応用心理学であるのかという問題なのである。

そもそも臨床ということは医者が患家の需めに応じ，治すために病床に臨むことを意味するのであつて，常に「治す」ということが臨床の出発点であると同時に目的をもなしている。従つて臨床心理学においても，例えば或る教師が「この子供は学校に来ると緘黙して全然言葉を発しようとしないが，どうすればよいであろうか」と助言を求めて来たり，或いは或る患者が「この頃私は何となく気分が不安で，何をしても落着かないし決断がつかないが，どうしたらよいでしようか」と言つて治療を需めて来た場合，この訴えに応じてその悩みの心理的原因を診断し「治してやる」ことが臨床の実際である。即ち「治す」という活動が臨床の中心をなすわけであつて，治療をぬきにして臨床はあり得ないといつてよい。例えば医学領域において内科学というのは臨床医学の一種であるが，内科学の使命は内科的疾患を治すことに在り，従つてその体系はそのための学理と技術から成つている。勿論「治す」といつても一つの学である以上，単なる「治療術」とは異るわけであつて，基礎医学たる生理学，細菌学，薬理学その他の原理原則に媒介された客観性をもつものでなくてはならない。しかし，内科学の理論体系はこれ等各種の基礎医学をつぎはぎして出来上つたようなものではなく，どこまでも内科的疾患の治療ということを目的として，かかる諸科学を統合化したものである。つまり内科学には内科学特有の基礎原理と技術があるわけであつて，有能な内科臨床医というのはこの学理と技術を身につけた人のことであり，決して各種医学に通暁した「物識り屋」をいうのではない。これと同じようなことは臨床心理学に於いても言われると思う。少くも「臨床」ということを標望する以上，臨床心理学の真髄は心理的な悩みに対する診断と心理治療が中心となり，このために諸種の心理学的原則が綜合されるようなもの

* Some Comments on the Method of Clinical Psycholgy

** 大阪市立大学医学部助教授（精神医学）
京都大学教育学部講師（精神衛生）

NII-Electronic Library Service

Japanese Association of Educational Psychology

でなくてはならないと思う。問題的行動の解明や心理治療の実際などにおいて当然色々な心理学的理論（例えば児童心理学，発達心理学，知覚や知能に関する諸理論，精神分析学，条件反射学説等）が応用されるが，これ等の諸理論をどのような視点からどのように適用してゆくかという点に，臨床心理特有の視野と技術があるはずである。つまり，児童心理学や発達心理学の一般原則を個々の事例にあてはめてゆきさえすれば子供の臨床的要請に応ずることが出来たり，精神分析理論を知つておりさえすれば神経症患者の心理治療が出来るといつたものではなくて，臨床にたずさわる心理学者には臨床的問題を治してゆくという臨床の現実から生れた独特の体系が必要なのである。だから心理学の一般原則に通暁せる心理学者が必ずしも有能な臨床家ではないわけであつて「心理学者の心理識らず」という悪口を叩かれるのもそのためである。

このように臨床心理学には現実の臨床的要請に応ずるための特有な理論的体系と技術が必要とされるわけであるが，これを研究してゆくためには臨床例に就いての徹底した事例研究が必要となる。ただここで注意しなくてはならぬことは事例研究といつても臨床心理学のそれは患者を心理学的に「治す」という臨床個有の目的のために，需診—診断—治療という臨床コースをどのようにして客観性あるものにしてゆくかということが求められなくてはならない。つまり治療技術と治療，診断理論の客観化ということを離れて事例研究はあり得ないわけである。だから事例研究といつても臨床心理の場合であると，心理学的一般法則を導き出すための個人研究であつたり，一般的な心理法則を個々の事例にあてはめてその妥当性や信頼性を吟味してみるだけのものであつたりしたのでは何ら意味をなさないということになる。この点が同じく事例研究といつても法学における判例研究などとはその意味が全く異るわけであつて，どこまでも治療という実用に即したものでなくてはならない。若し事例研究が一般の心理学的原理を個々の例にあてはめてみるだけのもので，治療の効果と，何故に治療効果を挙げ得たかという客観的な吟味を怠つたものであるならば，それは臨床心理学ではなくて単なる心理学的臨床という遊びに過ぎなくなる。従つて臨床心理学は実際の臨床的要求に応ずるための心理学であつて，一般心理学をただ臨床に機械的に応用しさえすればよいというような応用心理学に類するものとは異るわけである*。

（2） このように臨床心理学は実際に臨床して心の悩みを治してゆくのが目的であるから，その対象は当然具体的な個人そのものであるということになる。取扱つてゆく問題は色々な悩み，問題行動といつたように感情，知能，知覚その他，色々な面にわたつているが，感情生活一般，知能一般というような一般者が問題なのでなく，かかる訴えを訴えているその人そのものの人間性が問題になつているわけである。しかも人間性一般でなくて，悩みを訴え，何とかして治してくれといつて対決を迫つている生のままの一人の人間が対象なのである。従つて臨床という以上その現実の場面には治す者と治される者との人間関係が生れているわけであつて，別の面から言えば臨床心理学とはこのような臨床場面における人間関係の心理学だとも言えるのである。

かくの如くであるから臨床心理学においては先づ第一に人間を全一体として（as a Wholeman）診るという人間学的な視野を持たない限り臨床の現実に応えることは出来ない。医学領域でも臨床医学の真髄は患者の病気（病理学的意味における疾患）を治すだけでなく，同時に病気に悩みつつある一人の人間を救うところにあると言われるが，これは臨床心理の実際においても同様に妥当することだと思う。従つて臨床にたずさわる以上，単なる心理学的知識や技能だけでなく悩める相手の肉体的状態，社会的条件，運命などにも深い理解の眼を向け，その全人間像を把握するのでなければ真の研究に達したとは言えない。即ち従来の心理学の陥り勝ちであった心理の原子論的，機械論的把握の仕方を離れて，全体論的に目的論的に人間全体の力動性を把えない限り生々とした臨床や治療を行うことは出来ない。

又，第二には先述した如く臨床心理の実践は治す者と治される者との人間関係を介して行われるものであるから，其処には必然的に人間としての責任の問題が起つてくる。治療を需められると，臨床医は治療を行うための調査，検査，診断などの諸手続を行うが，これは全て治すための責任に於て行われているものである。治療は一回的なものであつて二度と再びやり直しの利かぬ真剣な問題である。従つて臨床は常にかかる真剣な責任の下に行われているのであつて，この点一般心理学における実験とか統計などの取扱いとは全く異るものであることを忘れてはならない。臨床は一人の人間の運命を左右するような問題を取扱つているのであつて，この点は教育の実践

* 例えば心理テストの結果を機械的に事例にあてはめて事足れりというものでなく，臨床に於いては需診されている臨床的現実に即して先ずどのようなテストをどの場合で使用するのが妥当であるかを研究し，測定の結果が出たならばそれをその事例に於いてどのように意味づければよいかを考慮し，少しでも具体的な心理の深みに肉迫しようとするのが臨床心理の真骨頂である。

NII-Electronic Library Service

Japanese Association of Educational Psychology

にも相通ずるものをもつていると言える。若し臨床心理学者にしてこのような責任を真剣に感じないで丁度最近の新聞紙上を賑わしている身上相談の解答者のように.いい気な無責任な放言が臨床心理学に於ても許されるものだと考えている者があつたならばその無責任は幾ら追求しても追求し過ぎるということはないであろう。

II 診断ということの意味

かくの如く臨床心理学は色々な心理的な問題や悩みを訴えられた場合，責任を以てこれが治療や指導に当ることを任務とするものであるが，この責務を充分に果すためにはどうしてもかかる問題や悩みの原因を正確に突きとめる診断という仕事が重要な意味を占めることになる。何故ならば治療ということは悩みの原因を除去することであるから，原因診断に正確性を欠く時，臨床的活動は意味を失つてしまうからである。

それでは診断（Diagnosis）とは如何なることを意味するのであろうか。もともと診断という語は医学上の用語であるが，これは現在生じている症状の原因が何処に由来したものであり，将来またこれがどのような経過をたどるであろうかという予後を推定する仕事であるということが出来る。このように原因を正確に把えることが出来て始めて治療も可能であるから臨床医学がその全力を診断に注ぐのももつともなことである。ところが同じ症状はいつでも同じ原因に由来するのであれば，問題は簡単で，治療も容易であるが，決して左様なものではない。例えば同じように咳が出て発熱していてもその原因をたどれば単なる感冒である場合もあるし，肺結核のためにそうなつている場合もある。又その反対に原因が同一であつても，それに由来する症状や現象は必ずしも同一ではない。例えば同じ結核菌が或る時は肺結核を発病せしめて発熱や喀血の症状を発呈せしむるが，或る場合には結核性膜脳炎を惹き起して劇しい頭痛，嘔吐，痙攣などを惹起することもあるからである。このように原因とその結果である現象とは決して恒に同一の関連性をもつのではなく極めて錯綜したものであり，それ故に現象（即ち症候とか問題点）を診て，その原因を突きとめる診断という仕事は極めて困難なものになる。臨床心理学では臨床医学のように症状という言葉は使わないが，表面に現われている現象を問題点とか悩みと言つているわけであつて，臨床上このような問題や悩みを解決しようと思えばどうしても客観性ある診断を下さなければならないことになる。

ジュリアン・ハックスリーは生物を対象とした場合の三種の分類法を挙げているが，それは次の三つである。即ち，

(a) 任意的分類＝表面的な形質によつて任意に分類すること。
(b) 合理的分類＝共通的性質，根本的性質を基にして合理的に分類すること。
(c) 自然的分類＝系統発生的類縁関係によって原因発生的に分類すること。

例えば植物の分類法をこの三種にあてはめてみると，花や葉の形で任意に分ける幼稚な分類は (a) であり，ゲーテの行つたような基本的植物（Urpflanzen）を理想型とする分類法は (b) であり，リンネの行つたような系統発生的分類は最も科学的な分け方で (c) に該当するものだといえよう。即ち自然科学としての植物学が成立し，育種や栽培などの実際的効用性に役立つような植物分類法を行おうとすれば，それはどうしてもリンネの行つた (c) の分類に従わなければならない。つまり，現象に捉われて分類しているのでなく，現象型の背後に実在する因子型に基づいて原因論的に分類しない限り科学的な有効性は生れないのである。医学や臨床心理学に於ける診断とはこのような意味から言えば実に (c) に該当する系統発生的な（genetic）分類に達する操作を意味するわけであつて，かかる原因追求の genetic な理解でない限り治療に役立ない*。

医学に於て，中世期までの未開の時代には肺に病気があるらしいというので肺病という名をつけて (a) の任意的分類をなしていたが，近世に入つて自然哲学の背景をもつようになると肺病の中でも次第に痩せ衰えて死ぬ病気があるというので (b) の類型化を行い肺癆という病名をつけ，現代になつてはじめて肺癆を惹き起す病源体を突き止め (c) の如き genetic な分類を行い肺結核という科学的な診断を下すことが出来るようになり，同時にこの病源菌を撲滅する各種の科学的治療も可能になつた。かくの如くであるから臨床心理学も一つの科学として存在するためにはどこまでも原因発生的な分類法（即ち診断）を目標にして努力すべきであって，いつまでも任意的分類や何らかの理想型（Idealtypus）を標準とする性格分類や適応性評価などに浮身をやつしているのでは進歩がないわけである。何故ならばこのような自然科学的客観性を欠く診断からは合理的な治療の方法は永久

* 著者は心理テストの中に例えば「向性診断テスト」「適応性診断テスト」といつたような銘を打つたテストがあつて，何が故に診断という文字が使つてあるのか理解に苦しむのであるが，これ等のテストは向性や適応性の原因別分類をするものでなく，(b) の意味における類型化を行うものであるから，むしろ「向性類型化テスト」「適応性類型化テスト」とすべきものだと思う。

NII-Electronic Library Service

Japanese Association of Educational Psychology

に生れないからである。

かくの如く診断とは表面に現象している問題の行動や悩みそれ自体に捉われないでかかる現象を由来せしめた原因を発生的に理解することである。従つて原因の発展過程に関してはいつも鋭い推測と判定を下すよう努力しなくてはならない。例えば臨床心理学において診断のため遺伝調査，生活史の追跡，環境調査，心理測定，神経系の診察などを行つて種々なる資料を集積し参考にするが，このような資料の考察も常に発生的な理解を助けるための参考でなくてはならない。問題行動の最も根源的な原因をなす素因とただ単に徴候発生の動機をなしたに過ぎない誘因とは峻別さるべきであるし，徴候成立の原因をなす因子(Pathogenetischer Faktor)と徴候内容の構成因子(Pathoplastischer Faktor)も厳密に区別して真の発生機構(Pathogenese)を明らかにしなくてはならない。かくしてはじめて原因発展の由来が明らかにされ将来の予後に対しても或る程度の推測が可能になる。

しからばこのような厳密な意味に於て，正しい診断に達するように実際の臨床で我々はどのような方法をとればよいのであろうか。

ディルタイの言をまつまでもなく「我々は自然界は説明することが出来るが，精神内界というものは了解(verstehen)する」より外に方法はないのである。つまり自然の現象や機構は観察したり測定したりして，つまり，感覚を介して認識し説明することが出来るが，「心的なもの」は対手との人間的な交渉を介して感入し，共感し，直観，了解する以外にこれを知る方法はないわけである。ヤスパースのいう現象学というのは実にこのようにして患者の体験する主体的な体験を直観的に了解することをいうのであって，臨床心理学の実際に於て最も重要な部分をなすものといえる。殊に診断のため心的な機構を発生的に把えようとするとき，ヤスパースのいう精神の了解的関連(verstandliche Zusämmen hänge)という態度が最も重要な方法論的な基盤をなすことになる。何故ならば精神的なものは通常精神的なものから生れてくるのであつて，このような動機に基づいた生きた了解は我々が精神的なものの中に身を移し入れてはじめて可能であるからである。臨床心理の実際は実はこのようにして臨床家が患者と深い人間的関係に入り，その心を内面から了解しようとする努力の中に成立するものであつて，この点がはじめから因果論的関連(kausale Zusammen-hänge)によつて心理を外から認識しようとする他の心理学と方法論上根本的に異るところである。勿論臨床心理も，その全てを了解的方法に依るのではなくて，テストや調査，行動観察などを介し，因果論的に解明しなくてはならぬ面もある。しかし心理治療というものが目的であるから，どうしても了解的態度を主としない限り臨床心理の実際は成り立たないのである。

このように臨床家と患者との了解的関連に基づく了解は極めて大切なものであるが，この方法はややもすると診る者の主観に左右されて客観性を喪失したり，浅薄な常識的理解に堕して深い了解に達し得ないおそれがある。そのため真に客観性のある深い心的了解に達するにはどのような点に注意しなくてはならないかという問題が起つてくるのであるが，著者は次に述べるような三つの点を特に指摘しておきたいのである。

(a) 先ず心的了解ということは臨床家が患者からリアルな感情を以つて話し且つ働きかけられ，臨床家の方からもまた同様な気持で患者に働きかけてゆくという深い人間関係の中に自然に生れてくる人間理解の道である。従つてかかる心の疏通性(Rapport)が開かれることが心的了解の前提条件であるわけであつて，先づ疏通性を醸成することに努力しなくてはならないと思う。従つて，このように考えてくると，かかる親密な人間関係に入るということは既に臨床家と患者との間に心理療法や指導が行われていることを意味するのであつて，ここにおいて診断と治療は互に他を媒介としながら同時に進行しているのだといつてもよいのである*。

(b) 次に心的了解をして主観的な誤りに堕せしめないためには了解的関連というものの限界(Grenze)を知つているということが大切である。我々が対手の心理を了解出来るというのは或る一定の限界の内でのみ可能なのであつて，この限界を越えた異常な心理の世界では了解は成り立たない。このような意味で何処に了解の限界があるかというと，先づ第一は脳に病変があつて心理内容が変貌した場合である。例えば脳の器質性変化やアルコールによる中毒の場合の心理は我々の了解の外にある。第二は下意識の感情コンプレックスによる意識界の変化は普通の意味における心的了解の彼岸にあるものであつて，これは精神分析等の如き因果論的方法によつてはじめて因果論的に説明されるものである。第三は精神分裂病の病的過程によつて変化した分裂病的心性であつて，これもヤスパースの言をまつまでもなく我々正常者の了

* よく臨床心理学において診断が大切であるか，治療の方が重要かというようなことが論ぜられ，例えば理論派である指示的療法の支持者達は診断も下さずに心理療法に移る非を責め，治療派である非指示療法の信奉者は先ず治療指導にかかることだといつて治療に重点を置くが，公平に考えてみると，以上述べた如く，診断と治療は了解的関連の中に互に他を媒介としつつ共に進行しているとみてよいと思う。

NII-Electronic Library Service

Japanese Association of Educational Psychology

解を越えた別の世界であるといえる。このように我々の了解を越えた病的な心理があるのであつて，このような異常心性の様態をよく知つているのでなければ我々が何処まで了解してゆけるかという限界が判らない。そのため思わぬ失敗をするわけである。又逆に言えば，このような了解を越えた心理の世界をよく研究していることがかえって心的過程の了解を深からしめる一助をもなしているのであつて，かのクレッチュメルが易感性性格者に心因的に発生した易感性妄想を了解心理学的に追求している態度などは実に了解的方法の極限を示唆する素晴しい研究であると思う。フランスのジャネ，デュマ，などの如き偉大なる臨床心理学者が何れも心理学者でありながら生涯を分裂病者や神経症患者の臨床に捧げた理由も実にかかる点にあつたといえよう*。

かくの如くであるから臨床心理学的方法の主流はどこまでも臨床という人間関係を介しての了解的関連に在るといわなければならない。心理内容や動機の診断（発生的理解）はかくしてはじめて可能であり，心理治療の基本も実にかかる関連性の中にある**。

(c) このような色々な反省をしても，それでも了解的方法というものは診断に際して偏見や主観に左右されて客観性を喪い易いものである。従つて我々は常に一方に於て患者に関する正確な調査資料を集めたり，諸種のテストを行つて，作業心理学的なデーターなどを参考にして自分の考え方の調整をはかる必要がある。中でも殊に大切なのは事例の追跡研究（follow-up Study）であつて，患者を治療指導したら必ずその結果を追つて診断と治療の妥当性を再吟味し，経過を追って真に客観性ある診断は如何になくてはならぬかということの研究を忘れてはならない。精神病理学が今日の如き科学的に系統化された学問に発展して来たのも，その元をたゞせば二十世紀初頭に彼のクレーペリンがそれまで混沌としていた精神病理の世界に診断—治療—経過追跡—転帰評価というねばり強い追跡研究を導入したからに外ならない。これは臨床心理学に於ても科学性導入という点からみて，大いに参考とすべき事だと思う。

* 欧米各国の臨床心理学者養成コースに必ず精神病者や神経症患者に関する理論や治療の訓練コースが含まれているのもこのような理由に依るものだと思う。

** それであるのに神経症や一般的な心の悩みを処理する役目をもつ臨床心理学者が了解的方法を蔑視して最初から精神分析法やローゼンツワイクのフラストレーション学説の如き因果論的方法に頼つて直接に患者の内面性に触れようとせず，かえつて，了解を越えた病的心理の世界を対象としなくてはならぬ精神病医の方が可能なる限りその限界まで了解的態度を保ち，最後に精神分析その他の因果論的解釈に入つてゆこうとするのは皮肉な現象だと思う。

以上述べたような方法で我々は真の診断に達することが出来るのであるが，しかし診断というものの本質はDia-Gnosisといわれる通り断言的な決定を意味するものではなく，どこまでも一つの仮説であるという宿命をもつている。その理由の一つはたとえどれ程深く対手の心理の中に感入してこれを了解したとしても，又たとえどれ程正確な調査資料や検査成績をもつていても，自然科学の世界に於けるような厳密な客観性をもつ結論に達することは出来ないからである。たゞ前述の如く仮説を樹てこれに準拠して治療を行いその成果を再吟味して，更に次のより正確な診断に達するというように，追跡研究によつて少しでも客観性を獲得してゆくより致し方はないのである。次に第二の理由は人間というものは自由なる意志をもち，自ら主体的に決意することの出来る存在であるという根源的な理由から診断というものの決定力も断言的なものであり得ないということが出来る。人間の心理は意識外の力によつて或る限定を受けるであろうが実は人間の人格たるゆえんはこの限定を打破し，未来に向つて開かれている存在であるというところにあるであろう。心理療法とはこの意味における人間的可能性を信じ且つ，出来得る限り拡大しようという努力なのであつて，この点から考えても診断は決定的なものでなく，可能性に対する予測であるとも言えるであろう。

このように診断は方法論からみると，どこまでも原因と発生の機序を追求する過程であるといってよい。従って診断のため患者の資料を集めたり，テストを行つたりする場合もこの点を忘れてはならない。例えばテストを行うにしても臨床心理学で行う場合には決して無批判にテストを行うわけにはゆかない。つまり原因追求と発生的理解を助けるためにテストを利用するのであるから，この目的にとつて一番有効な時期をねらって最もこれに適したテストを行わなくてはならない。つまり臨床ではテストの信頼度ということよりも．むしろ妥当性ということの方が強く要望される。衆知の如く，テストといつても心理的測定を目的とする時と，心理的評価のために行う場合と心理的診断に用いる場合とではそれぞれ異つた意味をもつわけであるが，臨床心理学では診断のため用いるのであつて決して測定や評価のためにテストするのではない。このような点を混同してやたらにテストを行うことは無意味であるばかりでなく，臨床家としての良識を疑われても致し方がない。

III 心理療法

心理療法 Psychotherapy こそ臨床心理学の中核をなすものである。心理治療家でない臨床心理学者というものはあり得ないし，又臨床心理に通ずる者は自ら良き治

NII-Electronic Library Service

Japanese Association of Educational Psychology

療家であるはずであるからである。かかる点から考えてみても心理療法というものの本質については充分の方法論的批判を加えておく必要があると思う。

先ず心理療法というものが医学における治療と非常に異つているところは心理療法では治す主体が治療者でなくて患者自身であるということである。精神というものの働らきは第三者の如何ともし難い主体的世界であって本人自身以外に関係はないからである。従つて心理治療家というものはたゞ患者が出来得る限り有効に自覚に達し，自らを洞察し，自らを治してゆけるように側から助けてやる補助者に過ぎない。このように言えばそれはあの，非指示的療法 Non-directive therapy の主唱者達の主張に過ぎないと思う人があるかも知れないが，精神分析的療法にしてもコンプレックスを意識化し自我に統合化させることであるし，指示的療法 directive therapy にしても本人が自覚するように指示，暗示するのであつて結局はやはり患者自身の自覚に依る以外に方法がないわけである。従つて心理療法に於ては患者自身が主役であつて彼が如何なる意味においてでもよいから自ら積極的に自我を表現しようとするのでなければ治療は出来ない。心理治療法には色々な方法があるが（例えば精神分析，遊戯療法，洞察法，作業療法，集団療法，暗示法，その他）何れも如何にして患者の自我を表現させようかとしているに外ならない。このように考えてくると，このような色々な心理療法の底を流れるものは患者自身の主体的態勢の確立ということであつて，これをねらうとすれば治療家はどうしても了解的態度をもつて患者に対するより外に方法はないわけである。ヤスパースのいう了解的関連という人間関係は先に述べたように精神を知る唯一の客観性ある態度であるが，これは精神を治すためにも必要な態度であるといわなければならない。

かくの如くであるから治療家が患者に了解的に臨むということは心理療法の基本をなすものであつて，この点非指示療法の主唱者の言は正しいものであると思う。心理療法は治療家が患者に何かをしてやることではない。医家が患者に投薬したり注射したりするように臨床心理家が自分の意見を述べたり激励したりすることではないのであつて，どこまでも患者を受入れそのリアルな自我を表現させることである。勿論，これだけでなく一方において患者の気持を迷わせている環境の条件（家庭内の葛藤，社会的不安など）を少しでも改善出来るように助力もしてやらなくてはならないが，しかし臨床心理家の本務はそのような世話役にあるのでなくて直接に患者自体の精神的変化をどのようにして達成させるかというところにある。心理治療家がこのようにして患者の主体的動向を受入れてやるうちに患者は一歩一歩リアルな方向に成長しそのうち迷いの中から脱してゆくであろう。これが心理治療の本道である。しかし，ここで大いに考えなくてはならぬことは果して全ての場合にこのような了解的態度による non-directive な方法のみで治療効果を挙げることが出来るであろうかという問題である。

前章に心理了解には限界があると述べたが，この限界を越えた心理的世界は了解不可能であるが故に了解的態度を以つて治療することもまた不可能である。先ず第一に中枢神系に器質的病変があつてそのため病的な精神状態になつたもの（例えば梅毒菌による麻痺性痴呆）に対していくら心理療法を行つても治癒しない。麻痺性痴呆にはマラリアの発熱療法以外に治療の方法はないわけであつて，これは一つの因果的理解による生物学的方法による治療（医療）である。第二に精神分裂病の心理も了解不能の世界である。色々なショック療法や脳手術のような医療に依る外に今のところ治癒しないであろう。第三に無意識の世界にあるコンプレックスが病因をなす或る種の神経症も精神分析による以外了解的にこれを突きとめることは出来ない。従つて治療も単なる非指示的方法より精神分析によつて速やかな治癒に導くことが出来る。

つまり了解的態度は全ての臨床場面に基本的には必要であるが，了解を越えた心理の領域までこれを以て効果を挙げることは出来ない。診断に心的了解の限界を知ることが大切だと述べたが，これは治療の面にも重要なことである。若し，この点に無批判で何でもかでも心理療法で治し得るものだと思っている人があるとするならば，それは何でも精神分析を行いさえすればよいと信じている精神分析の狂信者同様，新興宗教的迷信だといわれても致し方ないと思う。現今行はれている心理療法の種類は方法論的に分けると，指示法，精神分析法，非指示法の三つに大別されるが，この中で何れが優れ何れが劣るというものではない。要は個々のケースにおいてどの方法を撰ぶのが一番有効であるかを洞察しぬく臨床心理学者としての方法論的批判の眼が大切である。このような意味からいつても臨床心理にたずさわる者は単に心理学だけでなく，生理学，中枢神経の脳病理学，精神病学，更に出来得れば社会学のような広汎な領域にまで眼を拡げて自己の立つ位置と自己の限界を見誤らないことこそ一番大切なことではないであろうか。

参考文献

(1) Jaspers, H. Allgemeine Psychopathologie 1953
(2) Schneider, K. Klinishe Psychopathologie 1954.
(3) Kretschmer, H. Der sensitive Beziehungs-wahn 1950.
(4) Allen, F. Psychotheray with Children 1948.

NII-Electronic Library Service