

特別講演 先達はどのように「事例研究」をしてきたか？

— 一例を通じて百例に迫る —

山本 力¹

本稿は、平成27年9月13日に広島大学大学院教育学研究科において開催された広島心理臨床大学院合同研究会第9回大会（当センター共催）における特別講演の記録である。講師の岡山大学名誉教授・就実大学大学院教授・山本力先生のご承諾を得て、ここに掲載する。（編集委員会）

皆さん、こんにちは。今、岡本先生から過分なご紹介いただいて恐縮しています。私にとっては、広島というのは青春時代の思い出の地です。広島大学が東千田町にあった頃にちょうど12年間いたのです。だから、若い時のことを思い出すと、生まれ育った姫路よりはるかにたくさんの思い出が、広島の地にあります。また広島に来ると、たくさんの旧知の先生方、仲間がいるので、ホームグラウンドに戻ってきた感じです。母校に対する親しみの感覚は、離れれば離れるほど、時を経れば経るほど心の中で強くなってくるものです。その意味でもお招きいただいたことを心から感謝しています。ことに岡本先生、様々のご配慮をありがとうございます。同時に準備をしていただいた院生の皆さんにも感謝を伝えたいと思います。

それで今日、どんなお話をしようかと考えました。三つぐらい私の研究テーマがあります。一つは、細々と40年間やってきたグリーフケアのテーマ、博士論文のテーマで、その集大成を昨年『喪失と悲嘆の心理臨床学』（誠信書房）として上梓しました。それから、二つ目は、事例研究ということ。学位論文を事例研究でまとめたので、しっかり事例研究について考えなければいけないということもあって、私の友人の鶴田和美先生と一緒に、『心理臨床家の事例研究の進め方』（北大路書房）という本にまとめました。まとめた責任もあって、その後も事例研究のことについて考えてきました。最後のひとつは、教育学研究科にいるので、いわゆる教育臨床ですね。スクールカウンセリングにも十数年にわたって出向き、同時に教員のメンタルヘルスに関わる実践を続けています。そういう三つの私の臨床研究の柱があるのですが、今日は、広島県内の指定大学院が全部集まって事例検討会をするということで、それにふさわしいテーマということで、事例報告、事例研究について考えてみたいというのが、今日の話の主旨です。

1. 方法としての事例研究の概観

事例研究といえば、私自身が一番学んだケースの一つに、修士課程の頃に非常勤で勤めていた精神科で行ったケースがあります。自分の恋人が自死した女性のケースを主治医から依頼されて、当時大した技術も知識もない中で、クライアント中心療法的にしっかりと耳を傾けるという形で悲し

¹ 岡山大学名誉教授・就実大学大学院教授

みの器になろうとしたケースです。その女性が見事に喪失体験を乗り越えて変化していった。その臨床経験を当時の広島大学の博士課程論文集に発表したわけですね。結局、そのケースが私の一生の研究テーマを方向づけてしまったという、当時は予想もしてなかったことです。それで昨年、2014年に誠信書房から『喪失と悲嘆の心理臨床学—様態モデルとモーニングワーク』を出版しました。この本の中に、悲嘆カウンセリングの面接過程 16セッション全部を当時発表した形をほぼ残して再掲しています。それが私の事例研究の出発点になっています。

当時、広大に着任された鑑先生が主催する「金曜会」という夜のケースカンファレンスの中で、いろんなケースを本当にたくさん聴きました。この金曜会の体験は、兒玉先生とか、藤沢先生、岡本先生など、みんな共有していて、我々の世代の共通の思い出だろうと思うんです。その場が、私自身のその心理臨床の土台を作り上げたと言ってもいいような気がします。正直なところ鑑先生の授業で学んだとか、そういう記憶はあんまりないんですけども、金曜会というケースカンファレンスの場では、いろんなことを学んだし、それが終わると皆で毎回のように飲みに行っていたんですけれども、そこで鑑先生からいろんな臨床の話が出たのは、鮮烈に印象深く残っています。そういう事例報告、事例検討、あるいはそれを少しまとめて事例研究にしていくというのが、臨床のベースになっていくということを若い頃に学んでいったような気がします。

事例研究運動 そうして、広島大学の鑑先生や京都大学の河合隼雄先生らが、旗を振りながら先導されて、単に臨床実践の腕を上げるだけじゃなくて、心理臨床の研究法としても位置づけていこうということで、日々の臨床を大切に事例研究を推進していかれたわけですね。その流れの中で、clinical psychology という英語を「臨床心理学」という定訳とは異なる「心理臨床学」という独自の訳語で呼ぶようになった。その心理臨床学という呼称を作った根っこには、臨床実践をととても大事にする精神がある。臨床実践から生まれて、臨床実践に返していく学問として、心理臨床学という clinical psychology を形成していった。だから、心理臨床学の重要な研究方法が、事例研究、ケーススタディであったわけです。

そうした潮流があったので、1990年前後ぐらいに当時の心理臨床学会の会長であった、村瀬孝雄先生、今の臨床心理士会の会長の村瀬嘉代子先生のご主人ですよ、もう亡くなられましたけども、村瀬孝雄先生の本の中に、今、臨床心理学の中では「事例研究運動」、そういうムーブメントが進んでいっている、すごく意味のあることだけれども、それがどんな風にこれから展開していくのか見守りたいという趣旨の記述がある。その事例研究運動が、新たな課題と直面しつつも、なお脈々と続いています。

そうした歴史があるわけですが、30年前の事例報告と比べて、今の事例報告が格段に進歩したかということ、そうでもないし、私自身が若い時に、さっき言った悲嘆カウンセリングのイニシャルケースを報告したわけですが、あの報告よりも優れた事例報告を書けるようになったかということ、まあ細かく検討すれば変わってきたところもあるんでしょうけれども、事例研究の輪郭と本質はそんなに大きな変化があるようにも思えないですね。事例の報告の仕方というのは、昔も今も基本的に同じパターンです。いわばパターン化して、報告形式が決まってしまうと、それを方法論として確立したという風に捉えられるかもしれないが、見方によっては形骸化しているというふうに言われ

る先生もいます。田中千穂子先生なんかも、さっき言った鶴田先生と一緒に編集した『心理臨床家の事例研究の進め方』の中に、当時そういう趣旨のことを書かれています。そういう形骸化して、先人のやり方を真似している側面、そうした負の側面はあるけれども、でも、やっぱり学問的な枠というか、まあ「型」の中に収めていかざるを得ないという、そのジレンマの中で進んできているのではないのでしょうか。

触発的で面白かどうか ある種の鋳型にはめることによって、面白い事例研究というのが減ってきているのかなあとと思います。私自身も心理臨床学会の理事を7年間勤めさせていただいて、『心理臨床学研究』の編集委員会だけは欠席せずに7年間出ました。で、たくさんの事例報告を読ませていただいたんですけども、読んでいて、わぁ面白い！と思う論文は、そんなに多くないんですね。読みながらも、途中で疲れてきて、著者は何が言いたいのだろう、読み疲れたから置いておこうと思って、他の仕事をして、また途中から読み出すけれども、今度は眠くなってしてしまう論文も正直言って少なくない。その反対に、読み始めたら面白くて、とつても触発的で、はっと気がついたら、もう全部しっかり読み終えているという、そういう論文もたまにある。そういう読んでいて、ああ面白いと吸い込まれていって読める論文というのは、結果的に採択されています。反対に、読むのを止めて、ちょっと眠くなったり、何が言いたいんだろうと懸命に査読者が頭を働かせて考えたりしないと、読み通せない論文というのは、残念ながらもう一回出直して頑張ってくださいという、そういう形になっていくわけですね。その質の違いがいったいどこからくるのか、といったことをいろいろと考えさせられました。

事例を読むといろんなことを触発されますよね。今日も発表者の報告を聞きながら、自分の持っている事例のことなど連想して考えたり、私だったらこうするのにとか、いろんなことを連想したりしながら、聞いていると思います。役に立ちますね。私も学部で2年生の時に広大の総合科学部の上里一郎先生に行動療法の手ほどきを受けたんですけども、そこで教えられた行動療法をすぐに現場に使えるかといったら、なかなか使えないし、いろんなパッケージみたいなものも、どうやって使ったらいいかわからなかった。でも、後で触れる山上敏子先生が書いておられる事例研究の本を読むと、あーこういう風にクライアントの問題やニーズに応じて、技術を使っていくのかという、臨床の現場での技術の使い方が、事例研究を通じて初めて見えてくるわけです。だから、事例研究は心理臨床の研究方法としての意義があるし、明日の実践をどう自分がより良いものにしていくか検討するという意義もあるけれども、我々教師の立場からすると、臨床事例を通して臨床現場の技術性ということがリアルに伝達されていく、伝えていくことができるという、「教えるツール、学ぶツールとしての事例」の意義も忘れてはならないと思います。

今日の話は、それら三つの意義がごちゃごちゃになって話すかもしれません。教えるツールとしての事例報告もあれば、明日の臨床を良くするための事例検討のこともあれば、心理臨床学研究などに掲載される発見的な事例研究、それらをあんまり識別しないで話していくことになると思います。

研究法での位置づけへの疑問 それで、研究法としての事例研究を見た時に、たとえば医学の領域では事例（症例）研究というのは、研究法としてすごく下の水準に位置づけられています。

evidence-based medicine ということが言われて久しいです、EBM というね。で、どこかで習われたかもしれませんが、そのエビデンスということを重視される中で、いろんなステージがある、レベルがあるのを、皆さん知っておられますか。で、ちょっとレジюмеにも書いてますが、そのエビデンス・レベル（レベル1からレベル6に分類）で言えば、一番上が、あの二重盲検法のようなお薬を使うときに、偽薬と本当のお薬を、お医者さんにも患者さんにも言わずに使ってもらって、効果が投与群と対照群とではどう違うのか、そういうようなランダム化比較試験（RCT）を行った研究がレベル1で一番根拠があると、それが一番科学的な研究であるというところから始まっていて、いろんなレベルがあるわけです。行動療法系がよく行っている、pre-test と post-test を行って有意差をみる効果研究は意外に低いレベル4になっています。そして、その下のレベル5に事例（症例）研究は位置づけられています。ちなみにレベル6は専門家の個人的見解となっています。だから事例研究がレベル5の研究となると、医学領域では原著論文としては採用されない、そんな位置づけになっている。まあEBMという科学の知の視座からの段階分けにすると、そうなるのですね。

でも、すべてがこの基準で測れるとは考えられません。身体疾患の場合には、エビデンスがある治療法を第一選択肢を選んで処方する、まあそれはいいことですよね。まず統計的に有意に効果があった薬を選択して治療するのは当然ですね。ただ、人によって体質も違うし、生活習慣も違うし、メンタルなサポート状況も違う。そうすると同じ薬でも患者さんによって効き方はかなり違ってくるのではないのでしょうか？ その人の持っている自然治癒力、レジリエンスによっても違って来るだろうし、アレルギー体質があったら、その人には効かなくて、逆に副作用がひどく出るかもしれない。そうすると、科学の知だけではわり切れないと思います。

ましてや、我々がやっている心理的な援助、対人援助職というのは、あなたと私、あるいはグループメンバーと私、その関係性の中で交流している、変幻自在に変わっていく現象です。社会や歴史の認識と似ていますね。何の要因がどう働いているか、よくわからないような、そういう無数の変数が媒介する、絶えず変動している状況を扱っていくわけですねえ。それを今説明したようなエビデンス（根拠）という科学の知恵だけで、本当に切り取れるんだろうかという疑問がありながら、一方で、やっぱり研究者だから、そういう動向も踏まえなければならないという、なんか、そのダブルスタンダードの基準を行ったり来たりしながら、さまよい歩いているっていう感じが、私はします。

さあ、そういう研究の潮流もありながら、我々の心理臨床では、脈々と事例を大事にしていく、そして、学びも事例を通して学んでいくということを、ずうっとやって来たわけですね。いわゆるフィールドワークの言葉で、participant observation という言葉を、皆さん聞かれたことがあると思います。participant observation（参加観察）とは元々フィールドワークの言葉ですよ。どこかの自分とは違う文化、異質な社会を観察していく時に、フィールドワーカー自身がその現場に飛び込んでいて、数ヶ月、場合によっては、数年間も一緒に現地の人と生活しながら、自分自身も現地の社会・文化に同化して、ミイラ取りがミイラになるみたいに、自分も現地の人の心情に染まっていきながら、データを集めていく。しかし、元々の自分の育ってきたホームのカルチャーと違いますから、心の中でカルチャーショックを起こすわけですね。「えっ、何だこれ？」というような驚き。そのカ

ルチャーショックを大事にしていきながら、異文化にアプローチしていくという、そういう研究方法があるわけですね。それがフィールドワーク。それは主体的に「参加しながらの観察」です。自分自身が相手の中に入っていき、自分自身の個性とか関わりも、独立変数になっていくわけです。僕はよく知りませんが、実験の方でも実験者変数ということが言われるようですが、その変数も関与して、関わっていくわけですから、自分自身が相手を変えていく、決して客観的なものだけを取り出して観察しているわけではない。関わっていく人によって、対象は姿を変えていく、絶対的な固有のアイデンティティを持った人なんていうのは、あんまりいないですね。人との関わりによって、相手のアイデンティティも変わっていくかもしれないという、そういう相対的な自分が立ち現れる。relational identity, 関係性アイデンティティという言葉がありますが、まさにそういうものかもしれないという気がするわけです。

で、その個々の事例の大事さというものは、私たち臨床家というものは、みんな知っているわけだけど、こんな批判がよくなされますね。「あなたが一例をやったから、あるいは数例やったから、そこで知ったことを一般化できるものじゃないだろう」と。まあ、そりゃそうです。一例で学んだこと、二例で学んだことを、みんなそうだななんて、もしそう言うとしたら、それはちょっと乱暴ですね。でも、普段の日常生活では、自分の個人的な経験値を一般化してしまって、人間というものはこういうもんだ、男というものはこういうもんだとかね、妻とはこういうもんだとか、一般化しがちですけれども、それはやっぱり、私たちのスタンスとしては取ってはならない。

じゃあ、一例というものは、あくまでも特殊事例でしかないものなのか、皆さんどう思われますか。よくご存じの河合隼雄先生なんかは、いつも“個を通じて普遍へ”という言い方をされてきました。ユング心理学の理論的な背景を理解すると、言わんとする意味は分かりますが、「個を通じて普遍へ」というスローガンを鵜呑みにしたらいけないと思います。そういう「科学の知」の側の常識を理解した上で、それでも、私も典型例、typical case なら「個を通じて普遍へ」という道はあると思います。

私自身の個人的な臨床経験でいうと、もう40年ぐらい前に経験した悲嘆カウンセリングのイニシャルケースが、私にとっての典型例の一つになりました。ちょっと宣伝になりますが、拙著『喪失と悲嘆の心理臨床学』の第8章をぜひ読んでほしいと思います。このケースを掲載しています。考察は後に書き直したものですけれども、面接過程そのものは、少し手直ししていますが、ほぼ当時のままです。

2. 私の悲嘆臨床のイニシャルケースから

このケースはその後の悲嘆カウンセリングを考えていく上で、私にとって準拠例になりました。少し長くなりますが、この単一事例を契機にしていろいろなことを学び、発見していった過程の一端をお話ししましょう。

代理体験での再会 私が大学院生の頃、病院臨床で、恋人を自死で亡くした女性のカウンセリングを1週間に1回のレギュラーベースでやりました。彼女は急性悲嘆反応で神経科に入院されていました。彼女からの一つ目の学びです。その面接プロセスにおいて、私が何かの用事で「来週はお

休みしたい」と言って、面接を休みました。そうすると彼女がものすごく荒れてしまって、「山本先生なんか、大うそつきだ」と言って、「私をどうせ仕事相手にしか見てないし、私を見捨ててしまった」って抗議したわけですね。けっして境界例の患者さんではありませんが、まるで境界例の患者さんのように、強い分離不安と行動化が起こって、看護師さんたちを巻き込んだ大騒動になった。付き添いのお母さんに、「もう山本先生もお母さんも嫌いだ、これから水商売してやる」とか言っていたという話を看護師から聞きました。ところが、その次の面接で、「一回休んでごめんね」と詫びたら、もう彼女はニコニコして、溜まっていた自分の話をわぁーと話し始めるんですね。その様子をたとえると、迷子の子どもが、「ママがいな〜い」って抗議していたのが、お母さんと再会したら機嫌を直して、怒っていたのに急に甘えてくる、そういう愛着タイプの子に思えました。

臨床経験を積むうちに分かってきたのは、愛する人と死別してしまったら、もう二度と会えない、故人とは二度と会えないけれども、故人が面接関係に投影されて、故人と代理的に再会できることがあると考えるようになりました。このケースの場合、院生の私は亡くした恋人の年齢と近いから、彼氏とイメージがだぶりやすいんですね。だから、恋人を亡くしたし、面接でもセラピストを失いかけたけれども、面接関係ではセラピストはいなくならずに戻ってきてくれた、つまり彼氏と「情緒的に再会できた」と深層のレベルでは体験されていると私は理解しました。他にも、スーパービジョン事例ですが、娘を亡くした母親が若い女性セラピストに『ときどき娘と話しているような錯覚というか、気持ちになりました』と語って、その転移的な娘の代理体験が基盤にあって、悲嘆からの回復が促進されたと理解できるケースもありました。いわば現代版イタコの役割ですね。面白いなあと、その後、私は自分とクライアントとの関係性を治療の道具として活用するようになっていきました。それを *vicarious experience*、つまり代理体験という名称をつけました。おそらく精神分析の用語を使ったら、「修正情動体験」とかに近いかと思います。そういう関係性を媒介にした変容があることを学んだ最初のケースでもあるわけです。

パッションからアクションへ 二つ目にケースから発見したことは、悲しみに圧倒された状態から現実に一歩を踏み出すには「アクション」が不可欠ということです。面接を続けると、少しずつ治療的な退行が生じて、悲しみも深まっていく。面接過程を通じて、喪失の事実と直面化していつて、終日、故人への思慕と悲嘆が心を占める状態になる。「会いたいののに会えない悲しみ」に直面化していた頃の彼女の入院経験を考えたら、ちょうど森田療法の「絶対臥褥」という状態に似ているなって思います。入院初期の絶対臥褥の段階に、精神内界と向き合う。もし悩んでいるなら、煩悶しながらも「あるがまま」の状態です。ところが、一週間ほど経ったら病室を出て、軽い院内作業をしたりして、目を外界に向けていきますよね。彼女のカウンセリングも入院治療だったんです。その入院中は、本当に24時間失った彼のことをずうっと考えて、面接でもそこをやるわけですね。まさに絶対臥褥で悲しみを見つめ、悲嘆に逆らわないで受け止めるみたいなことをやってたんです。ところがね、しばらくして「底つき体験」が来るんです。悲しみのどん底で涙が出尽くす底つき体験を通過していくうちに、さまざまの「きっかけ」から、新しいアクションを起こし始める時期がくるものです。彼女の場合、「外泊をしたい、友だちとも会いたい」と要求されて、外泊をする。その外泊から帰院されてから急速に元気になっていくんですね。外泊も二回やっているんです。

けれども、悲しみのどん底の体験をしてる時期の外泊は、なんの効果もないです。ところが、荒れて涙も出尽くした頃に、強い申し出で実現した二泊三日の外泊から帰ってくると不思議に元気の兆しが見え始めたんです。

後になってその意味をすごく考えました。最初に思ったのは、主体的に行動を起こしていくというのはとっても大事なことだということです。悲嘆は **passion** という激情です。そういう **passion** の激流の中に巻き込まれそうになってるけども、どこかの時点で、その激流から逃れるために掴まる取っ手を見つけて、グイと心を引き起こして動き始める時が訪れます。それが **action** です。つまり「**passion** から **action** への転換」が大事だということに気がついてきたんです。**passion** の意味には、キリスト教の用語で苦しみを受ける「受苦」という訳語があります。激情に翻弄されて、受苦の体験ですよ。その状態から、えい！と一歩踏み出していく。それが **action** になる。そして、少しずつ変わっていく。それで、**passion** から **action** に切り替えて対処していくことが重要だと気づいたわけですね。

リアリティワークの意義 悲嘆臨床の事例検討からもう一つ発見したことは、伝統的なモーニングワーク概念の見直しに関してです。精神分析では、モーニングワーク、訳して「喪の仕事」と呼ばれる心の営みがあります。対象喪失によって、悲しみと向き合いながら、崩れたと想定された世界を再び内的に構成していきながら、故人がいない今の世界にどう適応していくか、という喪のプロセス、そのプロセスを生きていく対処がモーニングワークです。

しかし、モーニングワークは悲しみに向き合うことだけではないと、悲嘆臨床を経験する中で徐々に意識するようになったのです。悲しみの心の世界の後ろには、外界の現実、日々の日常があるわけですね。現実に関わることで癒されることは、しばしばある。具体的に説明すると、悲嘆カウンセリングしていて、よく聴く言葉に、「先生、主人が亡くなって本当に辛かったんですけども、専業主婦じゃなくて、仕事を持ってよかったと思います」と。「仕事があったから、なんとか凌げたんです。でも、うちへ帰ってきたらやっぱり泣いてばかりですけども」とか、「長男が亡くなってその子のことばかり嘆いていたんですけど、ある人に言われてハッとしました。他の兄弟もいるじゃないかと、その子たちをほったらかしにして申し訳ないと思った。その子たちも頑張ってるから、むしろ子どもたちに助けられています」とか、そういうことを言われた方もあります。見方によっては「現実への逃避」と捉えられるけれど、とても意味のある現実への逃避だと考えるようになりました。

いつだったか、阪神淡路大震災があった時に、子どもたちのケアをするときに、六甲山に遠足に連れて行った。そしたら子どもたちが喜んでちょっと元気になった、という報告を聴きました。その当時、こんな大変な時に六甲山に遠足でもないだろう、不謹慎だという声も一部にあったんだけど、子どもたちが行きたいと言ったから連れて行ったら、結果的には良かったとか、東日本大震災で、私は岩手県の小学校に行ったんですけども、海沿いの小学校が二つあって、それが津波に呑み込まれてしまって、その二つの小学校が、山側の小学校に避難してきて、三校一緒に生活をしている状態だったんです。私が行ったのは五月初旬です。もうちょっとしたら例年だとプール開きの季節、それで、「プールどうですかねえ、やっぱり津波だから、水の恐怖があるんじゃないかと思う

し、水を見たらトラウマ刺激するから、プール開きは控えた方がいいんじゃないかな」と何人かの先生が言われました。で、「山本先生、どう思われますか」と尋ねられた時に、僕もすぐ答えられなかった。まあ理屈で考えたら、水が誘因になって再体験症状を引き起こしたら怖いという思いもあったんだけど、その時にフッと六甲山の遠足の話の思い出したんです。で、「子ども達どうなんですかね」って訊いたんです。そしたら、先生が「いや、子ども達は入りたいと言ってました」って一人の先生が言われた。「正直言ってよく分かりませんが、子ども達が、もし入りたいと言っているなら、プールを使わせたらどうでしょうね…」って示唆したんですね、で、何ヶ月間か経って担当の先生からお手紙を頂いた。その手紙に「子ども達は、プールは喜びました、毎日楽しみにして泳いでいました」と書いてありました。それを見て「ああ良かったなあ」と思った経験があるんですね。

そういうような臨床経験を積み重ねて、7、8年くらい前から、グリーフワーク（悲嘆の作業）と対になるリアリティワーク（現実の作業）という対処を提唱するようになりました。現実の作業と悲嘆の作業、二つのワークが共に重要だと思うようになった。悲嘆臨床を勉強している方はご存知の有名な悲嘆の「二重過程モデル（DPM）」（Stroebe, M. S.）という有名なモデルがあります。その考え方と似ています。二重過程モデルでは、喪失志向のコーピングと回復志向のコーピングが往復して回復が進んでいくと考えられています。そのモデルを知って、私がずっと考えてきたこととすごく一致したので、よりはっきりと言うようになったという経緯もあります。だから、悲しみから乗り越えていく時には、当初は自分の悲しみの問題としっかりと向き合わざるをえないし、向き合って混乱した心を少しずつ整理していく内的プロセス（グリーフワーク）がある。それからある時期から、今、ここに残されている眼前の現実と向き合って、そこに取り組んでいくというプロセス（リアリティワーク）もある。そのグリーフワークとリアリティワークを行きつ戻りつして、やがてリアリティワークの要素が増大していくと考えついた時に、遺族の集まっている席で、そういう話をしたら、何人かの人に「そのとおりだ」と言っていただいた。そうした反応を聞いて、広義のモーニングワークの考え方がそんなに的外れではないなあと思うようになったわけです。

私の事例からの発想・発見の過程を詳しくしてしまいましたが、伝えたいことは40年前に学んだ事例がひとつの起点になって、いろんなケースや出来事の経験を蓄積し、比較検討しながら、徐々に自らの考えが心の中で結晶化していったプロセスを、最近になって改めて見通すことができるんですね。

典型的な事例から学ぶ まあ、今のケースは成功した事例から学んだのですが、もちろん失敗事例もあります。特に境界例の事例はなかなかうまくいかないもので、そこから学んだことも沢山あります。たとえ単数事例であっても後ろ向きに（retrospective）に検討して行って、他の類似ケースとも比較照合していくと、一つの新しい知見が顕在化してくる。それを「累積的な事例研究」と呼びました。私にとっては、悲嘆カウンセリングのイニシャル・ケースの後で他のケースも累積して行って、先ほどのケースがある悲嘆群における一つの典型例、typical case となりました。typical case とは平均的なケースではありません。クライアント自身が自分の経験過程をしっかりと言葉にして伝えてくれて、事態の本質がよく見えてくるケースといってもいいかもしれませんね。それを typical

case と私は呼んでいるわけですがけれども、そうしたケースに出会えると、河合隼雄先生が言う、“個を通じて普遍へと至る”という可能性が見えてくる。私の言葉で言うと、“一例を通じて百例に迫る”ということが可能になるのかもしれない。でも、我々研究者としては、それも臨床上の一つの仮説に過ぎないという謙虚さは大事だと思っています。

* * *

前振りが長くなりましたが、本題に入りましょう。最近、事例研究っていったい何だろうと理屈で考えるのも飽きてしまって、みんなどうやって事例研究をしているのだろうと思って、そういう視点から優れた臨床家の書いた事例研究を読んでいます。たとえば、認知療法のやり方を一番理解できたのは、アーロン・ベックの面接の逐語録ですね。やり取りの過程を辿っていて、あっ、こんなふうにして使っていくのかと、はじめて分かった。認知行動療法を教科書的な知識としては知っていても、実際の面接でそれをどう展開していくのか、よくわからなかったけれども、ベックの逐語録を読んでいると、ああ、こうなんだ、この言葉はこういう介入スキルなんだ、みたいなことがわかってくるわけですね。ロジャーズが行ったグローリアとの面接の逐語録も同じですね。ロジャーズのクライアント中心療法の聴き方の一端がリアルに分かる。心理臨床の等身大の実践を知ること、学ぶことの意義は大きいと思います。教科書や専門書からばかりではなく、当事者やクライアントの経験から、そして心理臨床の先達の経験から学ぶことが大切だと思っています。あの『徒然草』を書いた吉田兼好の言葉、「先達はあらまほしきことなり」はその通りだと思います。

あまり時間がないので、今日はとりあえず4人の先達を取り上げてみたいと思います。

3. 四人の先達の事例研究からの学び

(1) 田中千穂子氏によるプレイセラピーの事例

最初に田中千穂子先生の事例です。五感で行うプレイセラピーの報告ってすごく難しいと思いませんか。初心者は遊びの切り貼りのような報告になりやすい印象があります。プレイの報告は言語面接より難しい。たとえば、子どもが入室して、最初にちょっと挨拶して、プラレールのところへ走って行って、こうこうして遊んで、で、それが数分程で飽きたのか、パンチキックを三発くらい蹴って「くそつたれ」と言ったと思ったら、今度はなぜかシルバニア・ファミリーのところに行ったとかの記載がある。まあ、それは事実としてあるんだろうけども、じゃあ、プラレールやって、パンチキックやって、シルバニア・ファミリーに行って、それをセラピストは横にいてどんなこと考えて見ていたんだろう、それは何の記載も報告もない。セラピストは何を考えて関わっていたのか、遊びから何が読み取れるのか、ほとんど分からない。これは困ります。

すぐ手に入る本で、田中千穂子先生の『プレイセラピーの手びき』という本があります。あれは若い人向きに描かれた手引き書ですが、とつても印象的な良い本ですね。

面接前後の行動観察と見立て 例えば、印象に残っていることのの一つは、クライアントさんとお母さんが、相談室に来られますよね。我々の報告は、ともすればプレイルームに入ってから、セッションが始まってから、セッションの空間に練り広げられる状況を記述していくことが多いけれども、田中先生はちょっと違う。玄関からお母さんが子どもと一緒にどう歩いてきて、待合室の様子

を見て、そこでの連想や「見立て」たことを書かれる。

我々も、お母さんが来られているとか、お母さんうなだれて気になるなあとか、子どもはお母さんと5メートル離れたところでひたすら携帯いじっているだけで、母子は15分間一言もしゃべっていないなあとか、そういうのを見ているわけです。だのになぜかケース報告の中に書かないことが多いです。田中先生は、そこで心に浮かんだ幾つかの連想や仮説を事例として書いておられます。セラピー前から、我々はいろんなものを観察しているし、見ているし、そのクライアントについてのイメージや見立ての仮説を無意識的に作り始めているわけで、そのセラピストの内的プロセスも大事です。

こんな話をしていると、小早川久美子先生と、学生時代に中国四国心理学会でプレイセラピーの共同研究で発表したことを思い出しました。私が、親面接者で、彼女が子どものセラピストで、言語発達遅滞の子どもだったですけれどもね、入退室の際の母子分離の場面をめぐる様々の行動に興味を引かれた。当時は、エインズワースのストレンジ・シチュエーション法とか、そんな概念はない時代なんだけど、母子の入退室場面の分析ということを発表したことを思い出しました。プレイルーム外の興味深い出来事も事例報告の範囲に含むとよいと思います。

セラピストの連想や判断の記載 それから、田中先生の論文というのは、プレイをやりながら、その中にたくさんの連想とか、その子どもの行動に関する観察、臨床的判断が記述してある。その場で、どういうふう考えたかを記述しながら、子どもの遊びの過程を書いておられるんです。こう考えたから、自分はこういう言葉かけをしたと書いておられて、プレイセラピーのプロセスが「ストーリー」として語られるんです。それは、田中先生の内的過程に沿って、プロセスがものすごくよく見えるわけです。子どもの現実にどれくらい正確に沿っているかどうかはわかりません。しかし、田中先生の読み、仮説的なストーリーで介入していくと、子どもが変化するということは、やっぱり子どもの心のプロセスにもマッチングしているからだろうと思うわけですね。なんか、先生の本を読んでいたら、私の印象では三分の一くらいは先生の内的プロセスが書かれている気がします。

他方、事例の発表者によっては、「クライアント発言」、〈セラピスト発言〉と直接話法の会話が逐語録のように連なっていて、どういう意味の文脈でそれを抜き出して書いたのか分からない報告も見受けられます。そうではなく、個々の発言や遊びの展開の背後に流れている心の文脈、セラピストが読んでいるストーリーラインを、事例報告の中に入れ込んでいくということですね。

立ち位置・視野・着眼点 事例研究をする際に意識して事例を書いてほしいことがあります。①どこから見ているかという立ち位置が大事ですね。②それから対象をどの範囲で捉えるのか、どの角度の視野で見ているのか、③それからその視野のどこに焦点化している、どこに着眼点があるのか。この三つがすごくいつも大事だと思っています。どの立ち位置から見ているのか、自分の視野はどこまでなのか、そして、その視野の中で、今どこに着眼点をもってくのか、ということなんかも意識しながら書くとしたら、田中先生の論文というのは、視野が広いと思います。面接室外に広がっているし、子どもセラピーであっても母と子を常に視野に入れて扱っておられる。まあ、田中先生は、母子継時面接ですから、そうなることも必然ではあるんですけれども。

(2) 山上敏子氏による行動療法の事例

二つ目は山上敏子先生の行動療法の事例研究です。山上先生は多くの事例を報告しておられます。行動療法の事例研究というのは、私もそんなに読んではいませんが、認知・行動療法系の論文はどっちかっていうと効果研究が多くて、研究計画のきちとした論文ですね。先日も、ある大学のトラウマ・セラピーの暴露療法の事例検討会に出かけて行って勉強したのですが、その時にこの患者さんはどういう患者さんかって訊いたら、科研の関連で募った患者さん、だから料金は全部科研から出ていると、それで患者さんからインフォームドコンセントを受けて実施した事例だと説明があったんですね。だから、我々の日常臨床の事例と違うんですよ。日常臨床と違って、選ばれた患者さんに適用された事例なんだということがわかったわけです。そうすると一部の行動療法の事例研究というのは、僕らの泥臭い日常臨床の事例研究というよりも、もっと elaborate された、洗練された事例研究だし、single case experiment (一事例実験) という言葉がありますけれども、そのような論文が多いと思われます。それはそれで大事ですけど、私の個人的興味としては、その発表は期待したほど面白くなかったです。日常臨床と距離があったというか、そのせいかあまり触発されなかったのかもしれない。

日常臨床を後ろ向きに検討 ところが、山上敏子先生の事例報告を読むとほんとに面白い。私は力動的な心理療法を基礎的なオリエンテーションとして持っていますが、今の僕には精神分析の論文よりも面白い。山上先生の論文を読むと、診療現場での面接プロセスを追って書いてあるんですね。ただ、山上先生の事例というのは、みんなめちゃくちゃ難しい難治事例なので、僕など 100% できません。ため息をついて、他の先生のところに紹介してしまうような事例ばかりです。重度の行動障害であったり、長年摂食障害が続いていて複数の治療機関に通ってもダメなケースとか、重い強迫性障害で、どこの専門機関でも改善しないようなケースばかりで、僕の技量では全く歯がたたない。それをどんなふうにして糸口を見つけていって、一つずつ問題を解きほぐしていくのか？ まるで推理小説を読み進めていくような好奇心を刺激されます。この好奇心を刺激される体験は、ベックの認知療法の逐語録を見た時も起こりましたね。

クライアント自身がほとんど出来ている行動を治療の最初の標的にする、そんな簡単な課題を取っ掛かりにして一つずつ、こう、進めていくわけですが、だから高度な専門書というより、推理小説を読んでいるような感じですね。自分だったらこうするだろうと、いつも考えるんですよ。で、自分が推理した処方が当たってることも時々あるんですね。あっ、同じこと考えてると思ったら、すごく嬉しくなるんです。まあ我々の日常臨床というのは別に理屈でやってるわけじゃないので、やってることは似たようなことはいっぱいやっていますから、当たっていても不思議じゃないかもしれない。反対に予想外の、そっちから手をつけるかというような、感心するアプローチもいろいろあったりする。で、そう考えた時に、山上先生の論文というのは、行動療法の技法なり、パッケージを、クライアントさんに適用しているわけではない感じがするんです。クライアントの話聞きながら、クライアントの要望に沿った形で、あるいはクライアントさんが持っている苦痛をほんの少しでも減らすために、クライアントのニーズとジョイントしていきながら、本人ができる

ような、セルフコントロールできるような小さな課題を順に積み重ねていく、だから自然なんですよ。自然な感じで、スキルを使っていく、その積み重ねで、ちょっとずつ道が開けていく。

刺激と反応の連鎖過程 山上先生は行動療法家だから、当然 S-R 理論で考えて、刺激と反応の系列を重視しておられる、だからクライアントの訴えに応じて介入される。介入したら、クライアントの反応をセットで書かれるわけですよ。その刺激と反応の連鎖のプロセスを報告されているので分かりやすいです。かといって、真似して自分にできるかというところできません。できないけれど、そのアイデアは使えるものは盗むようにしてるんです。で、やっぱり技術というのはね、自家薬籠中のものにならないと、自分の身の内にならないと使えないですね。あの、身について自然に出てくる、考え方の癖みたいになっていかないと本物じゃない。それまでは盗み取って真似をしてやろうと。

クライアントのニーズに沿って、山上敏子先生が、こっちの道が歩きやすいよ、そっちの道はちょっと難しいかもしれないけど、この細い道があるかもしれないということをガイドしながらセラピーをしているという感じです。ガイドするって言っても、治療者の行きたい方にガイドしてるんじゃないですね。いつもクライアントの苦痛がちょっと減るように、クライアントの心の窓を見極めながら、クライアントのニーズが叶うようにガイドしているっていう、そんな感じが私は伝わってきます。

関係性の中で技術を使う技術 それをね、教科書的な用語では、機能分析をするであるとか、認知的再構成をするとか、プロンプティングするとか、教示をするとか、エクスポージャーするとかってことを言うんだらうけれども、その分解した技術だけ、エクスポージャーの技術だけ、プロンプティングの技術だけ、個々の部品を知っていても、使えないですよ。それを自然なクライアントとの関係性の中で、どういうふう技術を繰り出していくのか、ということが、あの山上敏子先生の事例研究を読んでる中で、私は教えられました。他にもそういう事例研究している人は、たくさん行動療法家の中にもおられるんでしょうけれども、私はあんまり読んでないので、とりあえず皆さんがよく知っておられる山上先生の論文を読んだ。で、山上先生の論文は全て、実験的に研究としてやっておられるんじゃないかって、日常診療の論文だということです。そういえば、我々がやっている事例研究というのは、我々の日常の心理臨床の「副産物」なんだということです。山上敏子先生も、日常でたくさんやっている治療の副産物として、ああいう事例研究をされていると思っているわけです。

(3) 村瀬嘉代子氏による統合的心理療法の事例

三つ目は村瀬嘉代子先生の事例。村瀬先生は岡山ともご縁が深い先生ですし、公認心理士法案の成案と提出に携わった山下たかし議員のお膝元ということで村瀬会長と山下議員の間に入って交流させてもらいました。村瀬先生は統合的心理療法ということを謳ってやっておられます。村瀬先生の論文には、単数事例研究もありますし、複数事例研究もあります。それから、ビネットといって事例の断片を用いて論を展開しておられる。村瀬先生の事例報告の文体に独特な癖というか、個性がありますよね。体言止めが多いですし、そんなに長く説明されないですね、簡潔に、ピシッ、ピ

シツと書いていかれるっていう、そういう書きぶりがあります。でね、読んでいて、「え〜！、あー！」というふうに思うことが多いです。これは、山上敏子先生とは違う意味での、「えっ！、ああっ！」なんですね。なんなんだろう、これはと。で、しばらくして気が付いてきたことは、我々が教科書的に学ぶ、心理療法の技術はあまり登場しません。

「窓」を見出しリソースを使う 例えば、ずいぶん以前に読んだ論文で、発達障害の子どものケースを村瀬先生が引き継いだケースがありました。前任者から、その子は電車の音か何かが好きで、そこにこだわりがあるというような引継ぎ情報があった。そうしたら、その子とコンタクトを取るために、村瀬先生はわざわざ埼京線まで行って、電車の音を録音されて、「キハ〇〇系」の気動車とかね、何とかの電車とか、いろいろ電車音を録音して、これはどの電車とかメモされて、帰って来られました。その上で発達障害の男の子と出会って、コミュニケーションした時に、テープレコーダーを聴かせるんですね。それで、そりゃ当然一番好きな音ですから、彼は反応します。そこで心のベルトがかかるわけですね。それからセラピーが展開していくっていう例だったと記憶しています。クライアントの好きなリソースを見つけて、それを自分が事前に時間とエネルギーを使って、セラピーの場に持ち込んで来られる。まあ、これは当時、「えっ！」と感動しました。

あるいは、村瀬先生は猫がお好きなんですよ。だから、もしクライアントが猫好きだとすると、その猫を素材にした話題を展開していったり、村瀬先生は絵心があるので猫の絵手紙をクライアントに贈ったりとかされる。それから、プレイルームにピアノがある部屋があるとすると、村瀬先生がそのピアノを弾いて子どもに音楽を聴かせる。あるときに反応がないのでダニーボーイの曲を弾いたら、子どもが「この曲は悲しすぎる」とか発語して関係が深まる。音楽の好きな子ならピアノを媒介にしてコミュニケーションをしようとされた。もちろん臨床のエピソードとしては面白いんだけど、なかなか我々は使えない。私はピアノを弾けませんし、絵心も全くないし、猫もあんまり好きじゃありません。どれも使えない。だから村瀬先生しか使えないんだけど、ただ、それを通じて伝わってくるのは、セラピストが使える内的資源やリソースをクライアントとの接点の中で本当に見事に使っていけること。クライアントの好きなことやリソースと共鳴させながら、セラピストの出来ることやリソースとを繋げて関わっていかれています。その「つながる窓」を見つけるのが村瀬先生は本当に上手くて、だから天地自然の全ての資源を使えるものは使っていこうみたいなところは、ミルトン・エリクソンなんかのやり方とも、どこか一脈通じるのかも知れません。

生活臨床の「触媒」としての働き 村瀬先生は、自分がクライアントを治すとかいうよりも、ささやかなことしかできていないということを一貫して言われていて、私はその話を聞きながら、化学反応を起こす「触媒」の働きを連想していました。資源を見出して活用するのもそうでしょうね。いろんなリソースを触媒にして、後は自然が治してくれると。周囲の力を機に応じて活用されるというか、連携するのうまいと思います。自分が個人セラピーをするんじゃなくて、生活臨床の中で関係するチーム全体の資源が、クライアントを中心にして複合して働くような、そのための媒介になっていく、そういうセラピーをしておられることを、私が対話した時にも強く感じました。

(4) 鐘 幹八郎氏による治療共同体の事例

鐘先生の場合、公刊された事例は、夢分析のビネット以外にあるのは、『リグgsだより』という本でしょうか。最後にそれを取り上げましょう。

今日の心理臨床の現場は多職種連携のチームで援助することが標準になってきています。医療はもう当然そうですし、学校臨床も「チーム学校」という文科省のスローガンも出てきて、多職種連携でやっていこうとしています。そうした潮流を考えた時に私は、『リグgsだより』という鐘先生の昔の本を思い出したんです。

リグgsセンターのエスノグラフィ 私が広大で助手をしていた時に、鐘先生はエリク・エリクソンが仕事をしていたオースティンリグgsセンター（米国のマサチューセッツ州）に招聘されました。そのオースティンリグgsセンターでの活動の様子を手紙で知らせてくださった。今日来られている兒玉憲一先生が編集された『広島心理療法研究』というローカル誌にその手紙が連続して掲載されました。その前半の便りが、誠信書房から『リグgsだより』という一冊の本になって出版されています。最近読み返してみても、治療共同体のフィールドワーク、優れたエスノグラフィの本だと思いました。オースティンリグgsセンターには、岡本先生も招聘されて行かれて、『プロフェッションの生成と世代継承』の第5章にリグgsの臨床活動について詳しく書かれています。岡本先生はリグgsでの滞在経験や収集された資料を整理して学問的に公平に記述されています。一方、鐘先生は、自らのリグgs経験を振り返りながら、起こってきた出来事を時間軸に沿って報告されたり、印象的な臨床的エピソードを取り上げて省察されたりしています。

オースティンリグgsセンターは開放病棟の精神病院で、「治療共同体」ですから、患者さんたちはストックブリッジ村という地域と密接に交流しながら生活しているわけです。そういう地域も含めた様々な出来事を経験を書かれています。今の他職種連携の時代において、ああいう事例報告はとても大事じゃないかと、私は再評価しているんです。つまり（伝統的なオフィス臨床と対になる）コミュニティ臨床の事例研究のモデルの一つになるのではないかと考えているわけです。

ジェイの危機をめぐる事例 鐘先生の論文を読むと、いつも鐘先生の目が背後に存在しているんです。明確な視座があって、鐘先生がスタッフを観察しながら、それを先生目から描写して、それに対する印象や考えも書いているんですね。ひとつ例を挙げると、仮の名前がジェイという男の子が、オースティンリグgsセンターに入院してきてすぐ自殺してしまった事例、言わば「危機介入」の事例があります。それは鐘先生ご自身の患者さんではなくて、同僚のケースです。ある日、バスルームの中で首吊りをしてしまって、発見されるわけですね。そこから事態が動き出して、スタッフが集められて、一番最初に主治医の先生が、亡くなった彼がどんな人であったかを理路整然と報告するわけです。入院してこうだったと。彼の診断は双極性障害であったと。でも、今まで自殺の兆候とか、そういうものは全く見られなかった、とかいうことを整然と報告される。それが終わると、今度はプライマリーナース（担当看護師）が、分厚い看護日誌を持ってきて、それを読み上げていくわけですね。何時何分に巡回した時には、彼はこうだった、で、何の問題も無かった、ところが、何時何分に行ったら、そういう状態であることを見つけた。すぐに甦生措置に入って、同時に、ドクターオンコールで、主治医に緊急連絡をし、それから担当の治療者にも連絡をした、

警察にも連絡した、という風に逐一また報告されている。それが実に見事で、釜先生はそれを傍で見ながら、「あー、プロというものはこういうものだ」と感心する一方で、こういうふうには淡々と論理的に説明していくことに、なんか非情とも思うような気持ちも持たれる。自分なら情緒的に巻き込まれて辛い思いをするんだけど、こんなふうに理路整然としてやっていける、これはいったい何だろう、日本だったら、きっと「申し訳なかった」とかね、「いたらなかった」とか、いろんなことを情緒的なことを言いながらやっていくのに、リグスのスタッフは反応が違う。これはいったい何が起きているんだろうと、心情を吐露しながら報告されているわけですね。それから、患者が全部集められて、そこで院長が説明をする。どんなふうに説明されていくか、どんな反応があるかということ、釜先生の思いと感情を交えながら描写されている。そうするとね、もうその場面がリアルに浮かんでくるんですね。

そう考えた時に、『リグスだより』というのは、治療共同体としてのオースティンリグスセンターの見事なフィールドワークだという気づいたわけです。それぞれのドクター、ナース、セラピストなどの職種の人たちの見方をコーラージュ的に貼り付けて報告するのではなく、釜先生というフィルターを通して、ずっと見て行って報告をしている。これもひとつのやり方だなあというふうに今思っています。

写実的な語りと告白的な語り 岡本先生のリグス報告もフィールドワークの産物です。しかし、アプローチの仕方というか、書き方が違うんですね。フィールドワークの書き方の中にね、こういう分け方があります。写実的にきちんと書いていく書き方。写実的に客観的に忠実に書くんです。そこでは、通常の科学論文の常套であるように、「私」という主語が消えるんです。主体を止揚し消して、公平に書いていくのが写実的な書き方。それから、告白的な書き方があります。はっきりと、「私」が文章に記載されていて、私が見たこと、感じたこと、思ったことを告白的に書いていく方法です。それから、プロセス全体というよりも、印象的なエピソードとって、印象的な場面だけを切り取って書いて行くやり方もある。それは告白的なものもあれば、写実的なものもあり、両方の要素が混じっているわけです。そういう多様な書き方があるというのが、フィールドワークの考え方の一つとしてあるんですね。そういう基準で見ると、釜先生の事例は、釜先生という書き手が後ろに見えるので、告白的な報告です。岡本先生も、書き手が見えるんですけども、もう少し俯瞰的に公平にいろんな側面をまとめて書いておられるから、写実的な論文かなあと思いました。

たとえて言うと、旅先のことを知るのに、『地球の歩き方』のようなガイドブックを参考にするのと、誰かの「紀行記」を参考にするのと、二通りありますね。紀行記は、旅先の情報をすべては書かれていない。自分が辿った道筋を、自分の興味に従って、ずうっと時間経過を追って書くわけです。釜先生の報告は、紀行文のような書き方されているんですね。岡本先生は、どちらかというといふ『地球の歩き方』みたいに、全ての情報を見事にコンパクトにまとめておられる。どちらが良いというのではなく、それぞれ一長一短というか、特徴がある、いろんな書き方があるんだなあということ、改めてこの本を読む中で思いました。

4. 結語：よい事例の書き方をまとめると

結論に代えて、これまでの話から良い事例報告・事例研究の要点をまとめます。

① 臨床の優れた先達は心理臨床の技術が自家薬籠中のものになっていて、関係性に応じて自然に自在に用いている。その実践の「副産物」として、臨床を *retrospective* に検討して言葉で表現する作業を行っています。だから、当たり前のことですが、もともとの臨床実践が良いものでないと、事例報告も良いものにはならないと言えます。

② (今回はお話しする時間がなくなったが)、事例研究をする場合、どこから光を当てるのか、どこに光を当てるのかということが重要です。絵画でいうレンブラント光線の考え方です。言い換えれば、報告者の「立ち位置」と「着眼点」、そして「視野」の3点を自覚しながら行うとよい。どんな立場から、どこに着眼して(視点を据えて)、臨床現場のどの範囲を視野に入れて分析するのか、ということです。このことは機会を改めて論じてみたいと考えています。

③ 長い期間、インテンシブに援助したケースは全てのセッションを報告するのではなく、危機的な局面や変化の局面を厚く記述して、他は流れを簡潔に記述して、主要なエピソードを時系列に串刺しにして物語る工夫も必要でしょう。

④ 事例を物語る方法として、いわば文章作法も考える必要がある。写実的な報告、告白的な報告、印象的な報告など。他人の事例報告の真似をして、つい報告が形式化、形骸化しやすいけれども、臨床のリアリティを創造的に描き出す工夫も必要ではないでしょうか。物語る方法で、文章作法で、私という主語を外した書き方をするのか、私という「目」を登場させて、書き手というのが表に出てくるのか、複数の書き方があります。拙著の『喪失と悲嘆の心理臨床学』は告白的な側面のある本です。私という視座をちょこちょこ露呈させながら書いている本です。

⑤面白い触発的な事例研究を読んでみて分かることは、therapeutic journey (治療の旅路)を的確に物語っていることです。臨床の出来事を物語るためには、各セッションをただ羅列するのではなく、出来事の関連や意味の繋がりを見出し、変化と展開のプロセスが分かるように公平に記述することです。

最後にちょっと話が飛びますがけれども、鑑先生が訳されたエリクソンの本で、『洞察と責任』という本があります。近々に新しい改訳本が出ます。そのエリクソンの本の論文の中に、よい臨床のワークをするためには、治療者が「訓練された主観性」、英語では *disciplined subjectivity* と書いてありますが、主観性を磨いて涵養する必要があるとっています。discipline というのは、訓練し、陶冶するという意味で、subjectivity は主観ですね。我々の主観という原石を磨いて訓練しなさいと。僕は学生に伝えるときは「なんでも鑑定団」の鑑定士の人たちにたとえます。鑑定士はすぐく目が肥えている、鑑定眼を持っている。私たちも見る眼を discipline して訓練していく、そうすると贋作と真作を見分けられる。どこに着眼したら、偽物か本物かを見分けられるのか、そういう「訓練された主観性」が重要だということをエリクソンは指摘しています。我々も心理臨床をやっている中で、もちろん客観性も大事なんだけれども、我々は結局自分の主観でしか物事は見えてないんです。我々の見ている認知世界でしか生きていない、我々の記憶の範囲でしかセラピーというのは勝負できないので、だったら、その主観を専門的に discipline して、熟達した心理臨床の目と心に構造化してい

く訓練が必要なんじゃないかなあというふうに思っています。

今日は、お陰様で有意義な時と空間を共有させていただきました。ほんとうにご静聴どうもありがとうございました。

文献

- ・河合隼雄（1986）．事例研究の意義と問題点－臨床心理学の立場から（河合隼雄「心理療法論考」所収）新曜社
- ・岡本祐子（2014）．プロフェッションの生成と世代継承．ナカニシヤ出版
- ・新保幸洋・村瀬嘉代子（2012）．統合的心理療法の事例研究．金剛出版
- ・田中千穂子（2011）．プレイセラピーへの手引き．日本評論社
- ・鑪 幹八郎（1986）．リッグスだより－治療共同体の経験．誠信書房
- ・山上敏子（2007）．方法としての行動療法．金剛出版
- ・山本 力・鶴田和美（2001）．心理臨床家のための事例研究の進め方．北大路書房
- ・山本 力（2014）．喪失と悲嘆の心理臨床学－様態モデルとモーニングワーク．誠信書房