

## 精神分析からみた認知行動療法

鈴木菜実子\*

### 要約

本論では精神分析の視点から、認知行動療法がどのように理解できるかを改めて検討することを目的とし、なかでも、両者の共通点を見いだすことに力点を置き、両者を誕生の経緯と歴史的な位置づけについて振り返った。さらにそれぞれの発展と理論の拡大を概観しながら、認知行動療法の中に見られる精神分析と通じる観点を検討した。その結果、治療対象拡大と理論変化の歴史の類似性、理論におけるこのころのモデルの階層的観点、力動的観点、学ぶことへの注目、マインドフルネスと自由連想法の類似性が指摘された。そのうえで、もっとも大きな相違として治療関係の在り方が浮かび上がり、両者の治療関係の違いが論じられ、こうした治療関係の持ち方がセラピストのトレーニングと結びついていることが改めて指摘された。

キーワード：精神分析、認知行動療法、自由連想、マインドフルネス、治療関係

### 1. はじめに

本論では、精神分析の立場から見た認知行動療法（以下、CBTと略記）について考察することを目的としている。両者の対立の歴史はここで改めて強調するまでもないが、CBTを創始した人物の中心的人物であるBeck,Aが精神分析の訓練から出発し、その理論と科学性に不満を感じたことから自らの理論を作り上げたことや、本邦のCBTの第一人者の一人である大野裕も同様に精神分析の訓練からのちにCBTへと実践を移したことなどからも、その一端を感じることが可能であろう。両者は無関係のものではない。精神分析へのアンチテーゼの側面は当然含まれているし、それと同時に精神分析から保存されたもの、応用されたものもあるだろう。

さて、CBTがメンタルヘルスに関わる活動の中心的な位置へとおどり出た背景にはエビデンスベースアプローチに基づく効果研究によってその有効性が実証されていったことが大きい。しかしながら、現在、効果研究がさまざまな心理療法に関

して積み重ねられた結果、それぞれの心理療法の効力にはほとんど違いがないことを示す膨大なエビデンスが得られている（Cooper, 2012）。それでは、私たちはどうやって、何を基準に私たちの専門とする分野を選び取って行くのだろうか。若い心理臨床家の間では、両者の背景や本質を理解することよりも、その対立や優越性に注意が向けられることが多い。たとえば「精神分析には効果に関するエビデンスがない」、あるいは「CBTは表面的で、こころの深いところには届かない」といった安易な発言が聞かれることさえある。こうした現象が起こるのは、そもそも指導者たる経験のある臨床家たちが陰に陽に、そうした信念を抱いていることの影響があるだろう。それぞれの心理療法がその優越性を主張するのではなく、それぞれがどのように共通しており、そしてどのように違っているのか、ということを理解することは心理臨床家が自らのオリエンテーションを選択していくことに利する、と考える。実際、精神分析とCBTの間での対話は本邦においても何度か試みられてきた（生地・井上, 2013; 妙木・東, 2013; 藤山・伊藤, 2016）。こうした対話をもとに、今

\* 兵庫教育大学

一度、精神分析から見たCBTがどのように理解できるかということをごここでまとめてみようと思う。なお、本稿はクライアントとしての立場からではなく、治療者の立場からそれぞれの治療がどのように異なり、どのように見えるのか、ということに力点を置いて書かれている。

## 2. それぞれの理論の歴史的背景

### (1) 理論誕生における時代的背景

CBTについて、下山(2011)は欧米社会の近代化における変化の中にその隆盛を位置付けている。宗教や神話のナラティブによって心の傷の癒しを得ていた伝統社会から、科学とテクノロジーの発展とともに産業化が進んだ近代社会において、宗教に代わって魂の癒しを世俗化し、心理療法という科学的手法を導入したひとりがFreud,S.であり、その心理療法が精神分析である、と彼はまとめている。しかしこうした過渡的段階において、精神分析は疑似的な科学的装いを施すことが精いっぱいであり、こうした未熟な近代化がさらにエビデンスベイスト・アプローチによって洗練され、効果研究という科学的手法にかなう方法として生み出されたのが、CBTであったと彼は続ける。宗教や神話が人々のモラルを形成し、維持する役割りを果たしていたところから、自分の感情を自らが律するという自己コントロールが個人に求められるようになり、精神分析がその役割を担った。そして、現在、CBTは「個人主義を前提とし、クライアントに科学的思考を教育し、自己コントロール能力を高めることを目標」とする、近代社会の要請に合致した心理療法と位置づけられると彼は結論づけている。

妙木は精神分析の立場から、同様にこの時代的要請について述べている(2013)。産業革命以降、二つの世界大戦に突入する前の時代に精神分析の原型は作られ、第二次大戦後、欧米を中心に隆盛を極めた。ホロコーストの結果として多くのユダヤ系精神分析家がアメリカに亡命し、その影響もあって米国の精神医学は精神分析がその中心となった。すべての精神科医が精神分析の訓練を受

けるような状況があり、そこでBeck,A.も精神分析の訓練からそのキャリアを始めることになった。

科学的エビデンスは、精神分析とCBTを大きく隔てたものとされているが、十川(2003)は精神分析が科学に準拠してきた歴史をFreud,S.からさかのぼり、述べている。Beck,A.は精神分析が精神医学、心理学の他の研究領域と対等な議論のできるものとなるように、基礎的な研究を行い、その中で精神分析理論ではうつ病をうまく説明できない、と結論付けて行った。こうした流れから、精神分析がまったく科学的検討を行わず、非常に遅れた分野であったような印象を受けるが、実際、Freud,S.の存命中の1917年から精神分析の効果に関する研究は行われている。著名なEysenckの批判などの多くの批判にこたえる形で、また統計手法と研究手法の洗練を学びつつ常に研究がなされてきた(鈴木,2010)。ただし、多くの精神分析家は、未熟な統計家であり、いやいやながら研究を行っていた、といった指摘もなされているが(Glover,1954)。

しかし、こうした歴史をふりかえることで、CBTが最も影響力のあるセラピーとして台頭している現在の状況は、ひとつの精神療法が席卷する傾向の反復とも考えられるだろう。そうした流行の中から新たなサイコセラピーが登場していくということも歴史上繰り返されてきたことでもある。先に紹介した下山(2011)はこの状況を反復ではなく、近代社会からポストモダン社会への移行と考え、CBTの進化の一つとして、マインドフルネスやアクセプタンスとコミットメントなどのアプローチを位置付けている。そして現状を反復ではなく、進化・発展と考え、CBTの中に、新しいアプローチが組み込まれていくことになると彼は考えている。そこでは、認知療法において中心にあった自己コントロールよりも、コンテキストや機能という概念に注目した関係的自己意識に強調点が移行することになると彼は述べている。さらに、この状況は、近代社会からポストモダンの社会への完全な移行がなされず、伝統的で集合的な精神性をいまだ残している日本にも適応されやす

く、より現代社会に適したセラピーであると彼は主張している。しかし、日本だけが、伝統的・集合的精神性を残した社会で、欧米がそうではない、とは現在の世界情勢を見れば到底考えられないだろう。民族や宗教的対立は科学的合理性によって淘汰されるのではなく、新しいテクノロジーを含みこんでお強力に存在し続けていることは誰もが感じることはないだろうか。このように考えた時に、精神分析がFreud,S.の時代から欲動と無意識をその理論に組み込み伝統社会との接点を残し続けていることにCBTも回帰していると見ることもできるだろう。同じ人間を、人間社会を対象としている限り、このように近接してくることは、当然のことともいえるだろうが。

## (2) 創始者の成育歴と理論誕生の背景

ここで、Beck,A.が認知療法を生み出した歴史を見てみよう。Beck,A.はフィラデルフィアの精神分析研究所を1956年に卒業している。彼が精神分析に幻滅と不満を感じていたことは知られていることだが、その一方で、彼の成育歴にもFreud,S.と同様の反復が見て取れる。両者は同様に、患者からの臨床経験ではなく、自身の神経症的体験の内省と分析を通して理論構築を行っていったという点である(Milton,2001; Weishaar,1993)。Beck,A.は1921年に5人兄弟の末っ子として生まれたが、その家族神話の中で彼は生まれた時から母親をいやすべき存在であった。彼の母親は彼女の最初の子どもを亡くし、ついで幼い娘を亡くしたことで抑うつ状態であった。母親の家族を取り仕切り、その一方で彼に対しては過保護だったという。父は後年詩を書いたり、心理学や文学を学ぶなど好奇心旺盛であったが妻の陰に隠れていたところもあったようだった。さらに、幼少期に事故のために骨折し、さらに感染症を併発し重体に陥ったことで、彼は心氣的傾向を持つこととなった。病気のための長期欠席のため進級できなかったことは彼に自分は劣等生だという強いスキーマを与えたという。ほかにも彼は、血液・外傷恐怖、窒息恐怖、トンネル恐怖などの

恐怖症があったことを語っている。精神医学を専攻した当初から、精神分析に対する疑念は強く、またその効果についてもつねに不満を感じていたBeck,A.は実際に自分が受けた二年半の訓練分析からは何の変化も感じられなかったと述べている。同僚のGreenberg,L.博士はBeck,A.が反骨精神の持ち主で、精神分析を受けることは嫌だったのではないかと述べている。彼は自分でコントロールできる方法の方がはるかによく思えたのではないかと。

彼の新しい理論は、両親から受け継いだ実際的な考え方や知的好奇心と、権威への反発が学問や研究などの好ましい方向に向けられた結果が結びついたものであるとWeishaar,M. (2009) は述べている。そして精神分析理論の多くを否定したが、人の内的世界や、人ができごとに伴与する意味を重視する姿勢には精神分析の伝統を受けついでいるとまとめている。

## (3) 理論の発展、拡大

CBTは、その特徴のひとつとして、名前の通り、認知療法をベースとした部分と、行動療法をベースとした部分とがある。そもそも認知療法と行動療法とは独自に発展を遂げた心理療法であるが、これらの区別を明確にさせることなく、多くの場合、CBTとひとまとめにして呼ばれている(東,2016)。第一世代を行動療法、第二世代を認知療法、第三世代をマインドフルネスや弁証法的行動療法、アクセプタンスコミットメントセラピーと考える研究者もあり、本質的には理論的背景は異なるものと主張する研究者もある(東,2016)。それぞれはよって立つ理論が異なりながらも、共同体として方向性を一つにしているように見えるのは、いずれも実証主義的という観点では一致しているからであろう。本稿では紙面の都合上、認知療法の視点を中心としてCBTについて検討を行うこととする。

認知療法自体は、うつ病を対象にその産声を上げ、そこから治療範囲を拡大していった。不安障害や強迫性障害はもちろん、統合失調症、さらに

パーソナリティ障害、近年には自閉症スペクトラム障害にもその対象を広げている。その中で、とくにパーソナリティ障害、中でも境界性パーソナリティ障害などの、治療がより長期にわたる困難事例に適用するためにYoungら（2013）によりスキーマ療法と名付けられた新たなモデルが用いられている。このスキーマ療法は、CBTをもとにして、アタッチメント理論、精神分析理論、ゲシュタルト療法などを加えた統合的心理療法である（伊藤,2016）。その理論の具体的内容は後述するとして、治療範囲の拡大は、理論のブラッシュアップと古典的理論からの逸脱を含んでいる。より重篤な障害を扱うようになったことで、人格のより深い層に介入する必要が生じてきたと東（2013）はこのプロセスをまとめている。

こうした発展と拡大のプロセスは、精神分析においても同様に生じている。精神分析は神経症の治療から始まり、その対象をうつ病や統合失調症へと拡大し、そして先に述べた時代背景の中で、向精神薬の発展による凋落を体験しながらも、薬物療法だけでは対応が困難な事例、すなわちパーソナリティ障害や自閉症スペクトラム障害に対象を拡大し、その理論を大きく変化させている。イギリスを中心とした対象関係論、アメリカを中心とした対人関係論や自己心理学が1950年代以降に大きな発展を遂げ、Freud,S.の掲げた欲動論は次第にその存在感を薄めつつある。Freud,S.の理論は棄却されないまでも、精神分析の現在の中心には、「今・ここで」の治療関係を介入の主軸とした治療関係論であり、このシフト（妙木,2016）

は決定的なものと言えよう。

いずれの理論も、治療対象の拡大に伴い、その対象に合わせて自らの出自となるモデルを改変し、発展させていくなかで、CBTはパーソナリティの深い部分を扱うことを理論に組み込むようになり、精神分析はそれを現在の関係性として扱うという形で変化を遂げてきた。こうしたそれぞれの発展にともない、実はもともと持っていた類似性がより際立ってきているのではないだろうか。こうした類似性を、次の章で論じることとする。

### 3. 両者の理論的背景

#### (1) CBTの理論—認知療法を中心に

さて、認知療法を基にしたCBTの理論モデルは、相互モデルでもあり、循環モデルでもある。状況と個人が相互的・循環的に作用しあうと考えられており、自動思考という浅いレベルの認知の背景に「スキーマ」と呼ばれるその人なりの深い思い、価値観、マイルールのようなものが想定される（伊藤,2016）。自動思考も、スキーマもあくまで構成概念であり、浅い、深いという表現はあくまで主観的な感じ方を表しているに過ぎない、と伊藤は述べている。この基本モデルを用いて、CBTを行うセラピストはクライアントの抱える問題を循環的に整理し、理解する。次に悪循環を解消するために直接的なコーピングが可能な認知と行動に焦点を当て、認知的コーピングや行動的コーピングを工夫することで悪循環が解消される、ということを経験する。そうした体験を通じて、クライアント自身がこのモデルを

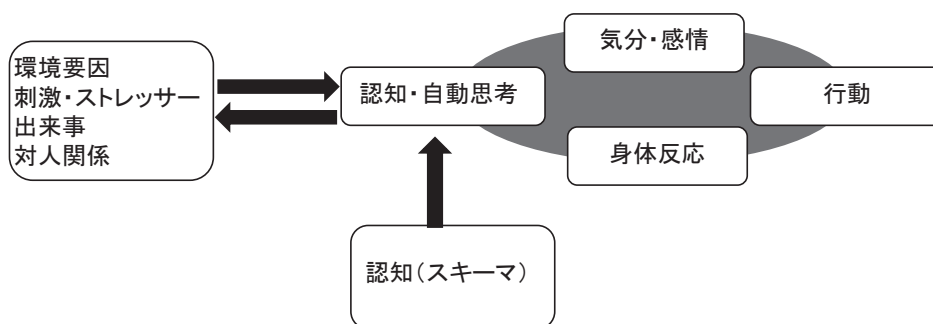


図1 認知行動療法のモデル（伊藤,2016を改変）



使って自分の体験をモニターしたり、理解したりできるように、さらにさまざまな認知的、あるいは行動的コーピングを用いて自らを悪循環から救い出せるような、セルフヘルプ力、ストレス耐性が向上し、予防的な力を発揮させようになる、というのが治療論の概略であろう（図1）。

## (2) 精神分析の理論—対象関係論を中心に

つぎに、精神分析における理論的モデルを概観しよう。精神分析においては、2つの心のモデル、局所論が存在する。一つは意識レベルに関する第一局所論であり、こころを意識・前意識・無意識からなる構造として理解する。そして第二局所論は、心の機能と生物学的・身体的特性を含みこんだ力動論であり、超自我、自我、エスというモデルを想定する。症状や問題行動の背景には、人間が生まれてから現在に至るまで体験してきた歴史的積み重ねが存在しており、それが内的対象関係を作り出していると考えられる。この対象関係は当然クライアント本人には意識されている部分と意識されていない部分とがあり、その対象関係の生成には力動的なルーツが存在すると仮定される。こうした対象関係は人生全体で反復されており、当然治療関係においても反復される。クライアントに求められることは、唯一「自由連想」であるが、これは頭の中に浮かんだことをすべて言葉に

して語る、という極めて困難な課題である。この言語的連想とその連想に伴う情緒、分析的セラピストとクライアントの非対称的關係性、頻回の設定とカウチという装置によって、セラピストはクライアントの持つ対象関係の一部となり、その關係性にいやおうなく巻き込まれ、内的な対象関係を面接室において部分的に実演することになる（これが転移と言え）。そこでセラピストは「いま・ここで」起こっている現象を言語化し、クライアントに解釈として伝える。この繰り返しの中で、自己への洞察が得られ、抑圧されていた情緒に開かれ、セラピストとの転移関係を通して対象関係が修正され、取り入れられていく、という治療のモデルが想定されている。こうした関わりによってクライアントに変化が生じるゆえんは前田（1984）によって、以下の表1のような形で簡潔にまとめられている。

## (3) 理論的共通点

さて、意外なほどに両者には共通点が多いことに気づかれたのではないだろうか。まず、こころの構造的なモデル化、という点で両者には共通点があろう。こころの空間的構造を想定し、さらにその内部に複数の機能がある別々の機関が存在することを前提とし、そしてそれらが互いに関与しあっているという相互性を想定している点は共通

要因	方法	内容
洞察	直面化、明確化、解釈、徹底操作	精神内界の意識野の拡大、幼児期健忘の想起、新しい自己の発見、人格の再統合、エスあるところに自我をおく
カタルシス	自由連想	抑圧されていた情動の発散
心理的脱感作	自由連想	徐々に深い葛藤・感情に直面
修正情動体験	転移	分析家に自己の超自我を投影し、分析家との関係を通して超自我の修正が起こる
取り入れ	転移	分析家との同一化、分析家の健康な部分の取り入れ
支持	自由連想・転移	分析家から連想に関心を持たれ、傾聴されているという体験、分析家からの共感的理解を通して自己愛的満足を得た結果、自尊心が高まる
幼兒的欲求の充足	転移	過去に得られなかった幼兒的欲求が象徴的に充足される
示唆、再教育	解釈、転移	新しい自己を発見する視点を学ぶ

表1 精神分析の治療的要因（前田,1984を改変）

している。仮説的構成概念をこころの内部に想定し、それらの相互作用があるという点では、力動的と言えよう。

さらに、こころに階層性を想定している点も共通である。自動思考とスキーマの概念に、表層と深層という意識の階層性が見て取れる。CBTにおいては、意識的あるいは自ら意図的に注目を向けることで意識することができる範囲にとどまっているようだが、このうちスキーマに当たる部分は個人の経験によって歴史的に構成された側面も含みこまれている点も早期の体験を捨象しないという意味では共通していると言えよう。

一方で、こうした理論に基づいた再構成が技法の中心である、と誤解されている点も両者に共通しているかもしれない。精神分析においてよく誤解されている点として、過去の体験にもとづく歴史的再構成というものが挙げられよう。クライエントの現在の症状や問題が、過去の体験、特に家族を含めた重要な人物との体験に由来するという理解である。こうした理解は破棄されないまでも、治療においては中心とは言えないこと（たとえばRoth,P.2001）は精神分析に携わる者は皆知っているが、そうではない専門家は知らない事実であろう。CBTにおいても認知再構成が技法の中心であるという誤解があるようだ（伊藤,2005）。再構成して理解可能な素材があったとしても、それを話し合うことはいったん棚上げされ、まずは現在、生じている現象をつぶさに見ていくということを重視する視点も共通していると言えよう。

そしてこうした理解をもとに、学ぶことを重視している点も共通であろう（Milton, 2001）。精神分析は情緒的体験から学ぶ、という点に力点が置かれる。CBTにおいてはクライエントは自分の認知や思考を学ぶことになるが、精神分析では情緒に焦点が置かれることになる（藤山, 2011）。

さらに、近年注目を集めているマインドフルネスについても検討しよう。マインドフルネスは「意図的に、現在の瞬間に、そして瞬間瞬間に展開する体験に判断をせずに注意を払うことで現れる気づき」と定義されている（Kabat-Zinn,2003）。自

らの認知を再構成する、あるいは新たな思考を作り出すことを目的とせず、自分の認知に気づき、距離を置き、その認知を手放すことが可能になるという考え方と言い換えられよう。これを初野（2016）は、つらい思考や感情であっても、実際に生じているものは生じているものとして、ありのままを認められるようになる、とかみ砕いて説明している。

この在り方は、精神分析の方法論であり、かつ一つの到達目標でもある、自由連想と非常に近いものである。Freud,S.（1913）はこれを以下のように説明している。

「お気づきになると思いますが、話をしているうちに批判や反論の気持ちによって脇に押しやっけてしまいたくなるようないろいろな考えが浮かびます。すると、こんなことやあんなことはここで話すにはふさわしくないとか、取るに足らないとか、ナンセンスだとかいうことで、ここで話す必要などはない、とこころのなかで言いたくなるかもしれませんが。しかしながら、けっしてこうした批判に屈してはいけません。その批判にもかかわらず、それを言わなければなりません。むしろ、言うことに嫌気を感じるからこそ、あなたはそれを言わなければならないのです。私がこういった指図をする理由をあなたは後になって気づき、よくお分かりになることでしょう。そして、あなたがしたがわなければならないのは本当にこれだけなのです。ですから、頭に浮かんだことは何でもお話しください。たとえば、列車の窓際に座る旅行者だとして、車両の内部の人に窓から見える移り変わる景色を描写して聞かせるようにしてみてください。」

このFreud,S.の言葉から、自分の注意を広く持つことと、その内容をモニタリングして表現することをクライエントに丁寧に説明していると感じられるだろう。その一方で、それがなぜ大切なのか、どのような治療的意味を持つのかという点は「後でわかる」と言って説明を行わない。精神分析の特徴の一つには、この説明したところで体験してみないと分からないだろうというようなニュ

アンスがある。Freud,S.自身の論文を見れば、彼がどれだけ患者に対して自分の理論を説明し、また心理教育的にその症状や抑圧された体験について語って聞かせたかがすぐにわかるが、そうした説明を排除していったのは、知的に理解する、ということの限界を精神分析家たちが感じたからでもあろう。また、自由にマインドフルになることが難しいということ自体を理解する方に力点を置いているから、でもあろう。この自由連想という方法論は今も変わらず精神分析の唯一の方法論であり続けている。そして自由連想がいかに患者にとって困難なことか、ということが繰り返し検討されてきた。自由に話すことの困難は、意識的、無意識的に抵抗、防衛という形で分析場面に現れ出ることになり、それをも重要な素材として精神分析は取り上げることになる。つまり、自由連想は本質的には困難で、不可能なものである前提が存在するのだ。ゆえに、これは精神分析の到達目標とも考えられている (Loewenstein, 1963; Bollas, 1999; 館・横井, 2004)。

また、同時にセラピストもこのマインドフルネスとよく似た心理状態に自分を置くようにFreud,S.は説いている。「平等に漂う注意」という言葉で表現されているが、「何か特定のことに注意を向けることなく、耳にすることすべてに対して」平等に注意を払うことで、目の前の素材に注目しすぎたり、自分の期待や好みに添った患者のテーマを追ってしまわないようになる、と彼は述べている。そしてこれを、自由連想というクライエントに課された課題に対する必然的な対応物であるとも彼は説明している。ただし、クライエントにとってもセラピストにとっても自由に注意を漂わ

せることは本質的には不可能なことという前提でこれらは述べられており、その意味では注意の水準が異なっていることは付け加えて置く必要がある。ただし、共通する点と同時に、その困難さを主張する精神分析と、ある種の防衛として距離をとり、注意をふり分けることを技術的に学ぶマインドフルネスには、その目的の違いも分かるだろう。

このように見ていくと、精神分析とCBTの間には、用いる言葉が異なっているながらも、本質的には共通基盤のある考えをそれぞれの言葉によって説明しているものが多く存在することがわかるだろう。そして、CBTは近年になればなるほど、ますます共通した要素を加えて行っているようにさえ感じられる。

#### 4. 技法論的な相違

##### (1) 技法的相違

ここまで、理論的な共通点について述べて来たが、両者の技法論的な違いについて、妙木 (藤山・伊藤,2016) は以下の表2のように両者の相違をまとめている。

協同的な治療関係は精神分析における治療同盟、ないし作業同盟という関係性と同義と言えるが、CBTではこの協同関係を維持するが、精神分析ではこうした協同関係が一時的に崩れることや、逸脱を避けることはせず、そのために陽性転移を維持しようとはしない。協力的、同盟の関係性を前提としつつも、中立性のもとに、セラピストとクライエントの関係性が変化するままに置かれる点が精神分析の特徴であろう。

治療が構造化される点も共通点である。精神分

主題	類似点	相違点
治療同盟	自我の同盟 (作業同盟) 協同的経験主義	転移関係の延長と捉えるか否か
治療関係	協同的経験主義と傾聴と共感	心理教育的立場と転移抵抗分析的立場
治療の構造化	構造化の発想	治療頻度、あるいはホームワーク
機能分析	力動的悪循環	性格を反復とみなすか否か
情動	共感的取扱い	防衛の文脈で理解するか否か
問い	ともに開かれた応えを求める	ソクラテス的な質問法と自由連想
筆記	CBTのみ行う	記録を取るか、それらは関係を歪めるか

表2 精神分析と認知行動療法の共通点 (藤山・伊藤,2016より、筆者が改変)

析の場合には、もっぱら治療頻度やカウチか対面かという仕組みを厳格に構造化し、セッション内の構造は自由連想を行う、そしてそれ以外は行わないという一点で構造化されている。CBTの場合には、基本的には短期間の治療としてパッケージ化されているが、セッション頻度については比較的柔軟にされる場合もありえる一方で、毎セッションごとに、セッション中に話し合う内容や行う課題、ホームワークなどを用いて構造化していくと言えよう。また理論的説明は違っているものの、現状生じている問題や症状の機能を分析し、取り扱う点にも共通点がある。精神分析では転移関係において、セラピストに向けて生じる陰性感情についても、それが生じることに必然性があり、かつてはそうした反応に適応的な意味があったのだろうという意味づけを探り、そしてそれを共有する点は同様である。

一方で、治療において筆記を用いる点はCBTの大きな特徴であろう。CBTは視覚的であり、精神分析は聴覚的である、とモダリティの違いが主張されている(生地・井上,2013;藤山・伊藤,2016)。

さて、このように理論的、技法的共通点を挙げることが可能であるにもかかわらず、両者を決定的に区別し、そして技法的に一方が他方を組み込んだり、応用したりすることを許さないでいるのは、治療関係をどのように考えるか、という点にあると考える。次項ではそれぞれのセラピーが治療関係をどのように考えているのかについて考察を行う。

## (2) 治療関係についての相違

CBTの治療関係は、その治療技法とも密接に関わり、強調点が置かれる部分である。CBTでは、治療関係を「協同的実証主義(協同的問題解決)」として理論化している。これは、セラピストとクライアントが問題解決のために科学者チームを組み、互いにチームメンバーとして協力し、助け合いながら、クライアントの抱える問題を実証的な見地から理解し、その具体的解決を図っていく関係性である。クライアントとともに問題にまつわ

るデータを収集し、仮説を形成したり、介入プランを計画したりする。クライアントとセラピストが横並びの共同的关系を作り、互いにフィードバックしあいながら問題解決をすすめる(伊藤,2016)。そこでセラピストは、チームメンバー同士としてある程度積極的に自己開示を行い、個人的な意見や見解も伝えていく。関係性においては協同的であることに主眼が置かれ、合理的思考を患者に学んでもらうといった教師のようなスタンスは否定される(2013,中野;2013,東)。初心の治療者は指導的な姿勢を取るようになりやすいと大野も指摘しており(林・大野,2013)、教育的、指導的立場であることの危惧は頻りに述べられている。その一方で、Wright,J(2007)は治療関係について、治療関係の質はほかの大半の治療よりも教師—学生という側面が強くなり、優れた教師—コーチとして共同的にかかわるとも述べている。伊藤(藤山・伊藤,2016)もスキーマ療法において「習い事の先生」のように機能するように心がけていると自らの実践を表現している。大野(林・大野,2013)はうつ病を対象に始まった認知療法では、あまり父性的であると侵入的になりにかねないために、寄り添いながらクライアントが考え、体験することを通して自信を持てるようになる手助けをする治療関係が必要と主張しており、ここで母性的という言葉は慎重に避けられているようだが、父性的教師という立場ではなく、ガイド、習い事の先生といった比喩からは母性的で共感的にクライアントに感じられながらも、しかし、教育的な役割をそれとなく担うという関係性を持つことにCBTが腐心している様子が感じ取れる。CBTにおいても、転移や逆転移が治療関係に影響を及ぼすことは明確に言及されており(Beck,2004;Wright, et al,2007)、決して転移・逆転移が生じないというように考えているわけではない。しかし、クライアントが自身の体験を対象として思考や信念を検討する素材とすることで外在化させ続けること、頻りにセラピストに対してのフィードバックを求めることなどを通じて、セラピストが共感的かつ協力的なガイド、コーチ、



教師としての役割にとどまり、維持し続けるための工夫がCBTでは行われていると言える。

より重篤なパーソナリティの困難を抱えるクライアントを対象とした、スキーマ療法においては、「治療的再養育法」という関係性をとり、セラピストは対等なメンバーではなく、「親」的な立場を取り、養育的にクライアントに関わっていくとされている。Beck,A.(1970)が強調していたクライアントの幼児期の体験や家族問題を調べない、という観点は、時代を経てアタッチメント理論からの逆輸入のような形でスキーマの中に取り入れられており、歴史性という観点は捨象できないものとしてその理論の中に再び回帰することになった。この場合にも、転移は限定的な形で利用され、親的立場としてクライアントに関わり、養育的立場を維持することになる。これも精神分析においてはかつて脚光を浴び、そして「分析的ではない」という観点から棄却された「修正情動体験」と重なる。<sup>1</sup>

精神分析においては、先に述べたように協同的關係の中で治療同盟を結び、共感と傾聴を基本としているものの、根本的に関係性が転移に巻き込まれることや、陰性感情にさらされることを厭わないし、それ自体をコントロールすることをしない。セラピストとしての位置を滑り落ちること、巻き込まれることをミクロに繰り返すことでしか変容を促す解釈と洞察は生まれないと考えていると言えよう。憎しみの対象にも愛情の対象にも、そしてもちろん教師にもコーチにも、ありとあらゆる対象となりえるように精神分析的治療者は自らの行動を解釈にできる限り限局しようとしている。自由連想を可能にし、クライアントの持って

いる空想が転移関係に現れ出るための設定の一部としてセラピストが存在するために、心のモデルについて説明することや、紙を使って図式化して互いに理解しあうことや、自分自身の経験を伝えたり、ということを保留することを精神分析的治療者は重視する。CBTにおいても、当然クライアントは転移感情と理解できるものを表出する可能性はあり、攻撃的な言葉や極端な態度が現れ出ることが、それは現実に生じた「自動思考」であるのだから、否定する必要もなければ、恥じることもなく、ありのままを見て、何が生じているのかを理解していく構えを育てていく、と初野(2016)は述べている。ここにもまさに共通点と相違点が浮かび上がる。否定する必要も、恥じる必要もないが、否定することも、恥じることも転移的な真実として精神分析においては取り上げ、それをありのままに受け入れて理解することを目指しながらも、受け入れられず、ありのままに理解できないことも受け入れ、理解することを目指しているからである。

### (3) セラピストの訓練

このような治療関係に関する考え方の違いは、両者のセラピストの訓練においても違いを生み出している。CBTにおいては、セラピストとしての訓練としては、Beck,A.(1979)によるセラピスト養成マニュアルが作成されている。また伊藤は、CBTの訓練としてクライアントに教える前に自分が身につけるために、まず自らの生活の中での実践を行うことを述べている(藤山・伊藤,2016)。Beck,J.(2004)も、クライアントに対して実践を行う前に、自分自身に対して基本的な技法を使って経験を積んでおくという方法が不可欠であると述べている。そもそもセルフヘルプの技術としてCBTが構成されているゆえでもあるが、最終的には自分の力で自分の状態に気づき、コントロールできるようになることが目指されている。マインドフルネスについても、自身の思考やスキーマについても、自分を対象として、自分で実践を行うことができる、という考えがそこには存

<sup>1</sup> 修正情動体験はAlexander,Fによって提唱された精神分析的な心理療法の治療機序のひとつである。転移状況と過去の葛藤状況との相違を認識し、体験することに重点が置かれており、この相違を認識することで病的なパターンを修正することを目指す、認識的な再教育の側面を含んでいる(岩崎,2002)。

在する。ゆえに、当然セラピストが先に自分自身を理解し、コントロールすることが可能になっている必要があるのだ。

一方で、精神分析の訓練においては、スーパービジョン、書籍等による自習に加えて、訓練分析に最大の強調点が置かれる。自分が分析を受けることは学ぶことでは代えられないものとして、決定的に重視されている。ここに両者の決定的相違があるだろう。自分ひとりでは学べないのではないか、という精神分析の考えである。それは理論においても同様である。クライアントが自分で自分を理解できるようになることを目指しながらも逆説的に精神分析は、自分ひとりでは自分に気づくことはできない、他者が必要だと考えている(藤山・伊藤, 2016)。そこには「赤の他人」が必要だ(北山, 2017)、と精神分析は考えている。この違いは非常に大きい。赤の他人としてセラピストが治療場面に存在できるように心がけるならば、そのほかの治療技法が導入できなくなってしまう。両者のもっとも大きな違いであり、決定的に精神分析がそのほかのセラピーに対して不寛容で、排他的であるように見える点にも通じるだろう。

## 5. おわりに

ここまで精神分析の視点からCBTを見てきたが、それぞれのセラピーはそれぞれのセラピーに固有の言葉を用いて理解し合うことが可能である。しかし、こうして理論的な共通基盤を探し出してもなお、両者を選ぶセラピストが異なるのは、そこには人間存在をどのようなものととらえるのか、という違いによるのではないだろうか。このことは、他者との出会いの中で自分の知らない自分に出会うことに力点が置かれるか、自分の知らない自分を自分で見つけてそれを把握することに力点が置かれるのか、というように言い換えることもできるだろう。

## 引用文献

Beck, A. (1970). Cognitive Therapy: Nature and

Relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.

Beck, J. 1995 *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*  
伊藤 絵美・神村 栄一・藤沢 大介 訳2004 認知療法実践ガイド・基礎から応用まで ジュディ  
ス・ベックの認知療法テキスト 星和書店

Bollas, C. 1999 *The Mystery of Things* Routledge,  
London. 館直彦・横井公一監訳 2004 精神分  
析という経験 事物のミステリー 岩崎学術出  
版社, 東京

Cooper, M. 2008 *Essential Research Findings in  
Counselling and Psychotherapy: The Facts are  
Friendly* 清水幹夫 末武康弘 監訳 2012  
エビデンスにもとづくカウンセリング効果の研  
究 岩崎学術出版社

藤山直樹 2011 精神分析からみた認知 精神  
神経学雑誌 113 (11) 1110-1114

藤山直樹編・監訳 坂井俊之・鈴木菜実子 編・  
訳 2014フロイト技法論集 岩崎学術出版社

藤山直樹・伊藤絵美 2016認知行動療法と精神  
分析が出会ったら—こころの臨床達人対談  
岩崎学術出版社

Glover, E. 1954 Therapeutic criteria of psychoanalysis.  
*International Journal of Psychoanalysis*, 35,95-101

林直樹・大野裕 2013 精神病理学との対話  
精神療法39 (4) 550—558

伊藤絵美 2005 認知療法・認知行動療法カウ  
ンセリング CBTカウンセリング初級ワーク  
ショップ 星和書店

伊藤絵美 2016 認知療法系CBTの理論とモデ  
ル *臨床心理学*16 (4) 385-388

Kabat-Zhin, J. 2003 Mindfulness-based intervention in  
context: Past, present, and future. *Clinical  
Psychology: Science and Practice* 10:144-156.

北山修 2017 私信

Lowenstein, R.M. 1963 Some consideration on free  
association. *American Psychoanalytic Association*,  
11,451-473

前田重治 1984 図説 臨床精神分析学 誠信  
書房

- Milton, J. 2001 Psychoanalysis and Cognitive Behaviour Therapy — Rival Paradigms or Common Ground? *International Journal of Psychoanalysis* 82, 431-447.
- 妙木浩之 2013 グローバリズム時代のフロイトを求めて *精神療法* 39 (2) 170-172
- 妙木浩之・東齊彰 2013 精神分析との対話Ⅱ—症状と治療関係— *精神療法* 39 (4) 501-508
- 妙木浩之 2016 現代の精神分析の航路図：特集に寄せて *精神療法* 42 (3) 309-314
- 中野有美・大野裕 2013 認知療法—「ベックの認知療法」から— *精神療法* 39 (2) 219-225
- 生地新・井上和臣 2013 精神分析との対話Ⅰ—生活史・感情・可視化・不履行— *精神療法* 39 (4) 492-500
- 生地新 2016 精神分析的な精神療法の立場から見た認知療法 *認知療法研究* 9 (2) 116-118
- Roth, P. 2001 Mapping the landscape: Levels of Transference Interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 82(3), 533-543.
- 下山晴彦 2011 認知行動療法への時代的要請 *精神療法* 37 (1) 3-8
- 鈴木菜実子 2010 精神分析的な心理療法の効果とは何か 博士論文 未公刊
- 十川幸司 2003 思考のフロンティア 精神分析 岩波書店
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. 2003 Schema Therapy: A Practitioner's Guide. 伊藤絵美監訳 2008 スキーマ療法—パーソナリティ障害に対する統合的認知行動療法アプローチ 金剛出版
- 岩崎徹也 2002 修正情動体験 小此木啓吾編集代表 *精神分析事典* 岩崎学術出版社
- Weishaar, M. 大野裕監訳 2009 アーロン・T・ベック 認知療法の成立と展開 創元社
- Wright, J., Thase, M., Basco, M. 2005 Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide 大野裕訳 2007 認知行動療法トレーニングブック 医学書院

## **Cognitive Behavioral Therapy from the Perspective of Psychoanalysis**

Namiko Suzuki\*

\*Hyogo University of Teacher Education

### Abstract

This article focuses on the similarities between cognitive behavioral therapy (CBT) and psychoanalysis, to understand CBT from the perspective of psychoanalysis. The history and development of both therapies are reviewed. As the result, the following similarities were identified: 1) history in which target symptoms were expanded and how theoretical development occurred; 2) model of mind in which incorporate hierarchical and psychodynamic view point in their theories; 3) emphasis on learning; 4) commonality between mindfulness and free association. Due to these similarities, the difference in therapeutic relationship between these two modes of therapy was highlighted and discussed. It was pointed out that these differences in the therapeutic relationship causes the difference in trainings for their therapists.

Key word: psychoanalysis, cognitive behavioral therapy, free association, mindfulness, therapeutic relationship