

精神科医ブレギンの 治療理論における共感概念の検討

A Study on the Concept of Empathy in Breggin's Treatment Theory

上 嶋 洋 一

UEJIMA Yoichi

抄録

本稿の意義は二つある。一つは、カウンセリングの中核条件を研究する方法論として、薬に頼らず精神科疾患を治療する道を探求している精神科医の実践に着目するという方法を提示した点にある。精神科医が薬を用いずに治療しようとする時、その姿は、薬を処方できない他の援助専門職の姿に似てくる。それゆえに、その実践の検討を通してカウンセラーにとって重要な知恵も学べるのではないか。第二の意義は、以上の方法論に基づいて、精神科医ピーター・ブレギン (Peter Breggin) の治療原理の解明を試みた点にある。ブレギンの主張は「治療の中心に共感的な愛を置こう」というものである。この共感に基礎を置くブレギンの治療の目指すものは、来談者中心療法の創始者ロジャーズ同様、援助する側の共感的な姿勢に触発されて、ひるがえって今度はクライエント自身が、自分自身および他者に対して、その同じ共感的な姿勢で触れられるようになることにある。

This article has two meanings for counseling psychology. One is to present a viewpoint, which is to study psychiatrists who don't resort to psychiatric medications in order to find the essence of therapeutic core conditions. The consideration from this viewpoint will give counselors or psychotherapists significant wisdom for counseling, because the psychiatrist who doesn't resort to psychiatric medications resembles counselor or psychotherapist who can't prescribe drugs. Another meaning is, as a case study based on this viewpoint, to clarify the concept of empathy of Breggin's treatment theory. He places empathic love at the center of therapy. The goal of his approach based on empathy is to help clients maximize their ability to be empathic and loving toward themselves and others. This is the same as Rogers' view on the goal of therapy.

はじめに

本稿は精神科医ピーター・ブレギン (Peter Breggin: 1936～) の共感概念の検討を通して、その拠って立つオリエンテーションや訓練課程はまったく異なるはずの来談者中心療

法の創始者、カール・ロジャーズ (Carl R. Rogers: 1902～1987) の治療構造と同じ治療構造がブレギンの治療原則の中にも見出されることを明らかにし、ロジャーズ理論の普遍性を、いわば「間接的」に主張しようとするものである。

1957年に、ロジャーズが「治療的人格変容の必要十分条件」を発表してから60年近くろうとしている。この論文公刊以後、1980年代前半まで、ロジャーズのアイデアを基にした膨大な量の研究論文が産出されてきた。1980年代後半に入って、ロジャーズの、いわゆる「カウンセラーの三条件」に関する研究（とりわけ実証研究）はいくぶん少なくなったようにも思えるが、2000年頃から再び、ロジャーズの「三条件」に関する（中でも共感に関する）^(註1) 労作が出版されるようになってきた。とはいえ、その著作の大半は、ロジャーズの影響を受けた人たちの中だけでのロジャーズの再評価であるがゆえに、そうではない人たちにとってはもちろんのこと、ロジャーズの影響を受けた人たちにとっても、本当の意味でロジャーズ理論の重要性についての確信をもたらすものにはなりえていないように思われる。ロジャーズの影響の「外」にいる人たちの実践や理論を検討することによって、逆にロジャーズの持つ普遍性と特殊性を再認識する、そうした研究方法論も同時に、今、必要とされているのではないか。

本稿で取り上げるブレギンは、精神科薬物療法を批判する急先鋒として欧米ではよく知られた精神科医である。しかし本稿では、そうした薬物療法批判の急先鋒としてのブレギンではなく、精神科医でありながら、向精神薬に頼らず（あるいは用いないで）治療する道を探っている臨床医としてのブレギンの治療原理に焦点を当てる。^(註3)

その理由は、第一に、反精神医学者として知られたサズ (Szasz, T.) やレイン (Laing, R. D.) が、そのイデオロギーの側面ばかりに光が当てられ（それはそれで重要な意味があったのかもしれないが）、彼らの実践が実際のところはどうのようのものであったのかは明らかにされず、検討されていないのと同じことが、ブレギンにも言えるからである。

第二に、精神科医が薬を使わないで治療しようとする時、その姿は、薬を処方することのできない援助専門職、例えばカウンセラーやソーシャルワーカーの在り方に似てくる可能性が高いこと、つまり心理臨床に携わる者の在り方を考える上で学ぶべき点は多いのではないかと思われたからである。いわば、本稿は、カウンセリングの中核条件を探求する一つの方法論としてのブレギン研究である。

第三に、精神療法を応用倫理学としてとらえる彼の治療哲学の探求が、私たち自身の生き方・在り方を振り返る一つの手がかりになるように思える点を挙げておきたい。つまり、薬を使わずに精神的な問題解決の道を探ろうとする彼の姿勢は、ともすると安易に快を求め苦を避けようとする（森岡正博の言葉でいえば「無痛文明」の中を生きる）^(註5) 私たちが、少し立ち止まって自分自身の在り方を振り返り、四苦八苦しながらも必死に生きる生き方を励ます人生哲学としての役割も果たしてくれるように思えるのである。しかも彼の主張は、薬物療法という精神医学を支える大きな権威に真正面から対峙しているだけに、感傷的なものに堕したヒューマニズムではなく、「強さ」としてのヒューマニズムを感じさせてくれる。彼の主張に対する精神医学界という権威からの、そして製薬業界という巨大企業からの直接・間接の圧力の大きさは、精神分析や行動療法を批判した人間性心理学の比ではないはずだからである。

本稿ではまず、薬物療法（あるいは生物学的精神医学）に対してブレギンが主張する薬

物療法批判の要点を明らかにし、次に、それに代る、彼の心理—社会的アプローチの論理をたどることを通して、彼の援助論（特にその「共感」理論）の本質を探りたい。これは、実存主義的なセラピストでさえ薬物療法に頼ろうとする時代にあつて、ロジャーズが説いたような、対話や人間関係や、さらには「心をこめて存在する（presence）」ということそれ自体が持つ治療的意義を大切にしようとしているカウンセラーやサイコセラピストの存在理由を、カウンセリングの原点に立ち戻って再確認しようとする試みでもある^(註6)。

I. ブレギンの薬物療法批判

「精神科の薬は今や魂のためのファースト・フードになってしまった。対話中心の医師でさえ薬に頼っている。サイコセラピストが、知恵の、洞察の、理解の源とみられていた時代はとうに過ぎ去ってしまった^(註7)」とブレギンはいう。向精神薬（とりわけ抗鬱剤）が、「魂のためのファースト・フードになってしまった」と表現できるほどに普及する一因はどこにあつたのか。（製薬会社のマーケティングの巧みさを別にすれば）一言でいえば、「薬」というメタファーが持つ即効性と手軽さにあつたのかもしれない。生物学的精神医学が提示した、「生化学的なバランスの崩れが精神疾患の本質である」とする疾病モデルは、ある意味で、非常にわかりやすかつたということもあろう。生化学的なバランスの崩れが精神疾患の本質であるとするがゆえに、精神的な苦しさを体験している人の人格を傷つけずに済むという利点もあつた。生物学的精神医学にとって精神的な苦悩は、「心の問題」でもなければ「人格の問題」でもない。脳という「身体の問題」である。そして、精神的な苦悩を「身体の問題」に還元し、さらにそれを「身体の病気」に還元するこの疾病モデルは、人々を薬物療法へと導く上で都合のよいモデルでもあつたのである。

精神の問題を身体の問題に還元する危険を説いたことでよく知られているのは فرانクル (Frankl, V. E.) である。ただ、フランクルの場合は、精神的な次元の重要性を強調する一方で、薬物療法ばかりかロボットミ手術まで積極的に取り入れた。フランクルは次のようにいう。「精神的な健康の保持と回復に関して、意味への指向性がいかに有効かつ決定的な影響を与えるかということを確認しながらも、私は、電気ショック療法や精神安定剤、またはロボットミなどという精神医学の価値を低めるものでは毛頭ない。はやくも1952年…（中略）…私は既にヨーロッパにおいて最初の精神安定剤を開発していた。そして私は診療活動中、数回にわたってロボットミの適応の診断をした^(註8)、場合によっては私自身でその手術を行ない、その手術を悔む理由は見出せなかつた」。

一方ブレギンは、フランクル同様、「精神的」であることを重視し、生物学的還元主義を批判しつつ、ロボットミや電気ショック療法に対しては真正面から異を唱え、あくまでも向精神薬に頼らず治療する道を探ろうとした。

ブレギンとフランクルにおけるこの違いは何に由来するのか。それは、結局のところ、病因論の違い、つまり病気の成り立ちと構造をどう考えるかの違いであり、さらに言えば、そうした解釈の違いを可能にする脳という臓器の持つ両義性にある。身体であると同時に精神の中核である脳という臓器の持つ両義性が、こうした病因に対する見解の違いおよび治療的アプローチの違いを生み出している。フランクルは身体因性の精神疾患の存在

を認め、その身体因性の疾患に対する身体因への治療法としてロボットミーの適用も考慮に入れた。つまり、フランクルは、生物学的な次元の問題に限定している限りにおいて、生物学的還元主義を受け容れた。一方ブレギンは、ロボットミーを身体次元の問題とは考えない。仮にそれが身体因の精神疾患に対する身体次元の治療行為であったとしても、ロボットミー手術は身体次元を超えて、人格に、したがって精神次元に影響を及ぼすと考えるがゆえに、ブレギンは強く反対するのである。ブレギンは、他の臓器ならいざしらず、脳という器官の特殊性を考えれば、脳に影響がおよぶ治療に対して「健全な懐疑主義 (healthy skepticism)^(註9)」を持ち続けることの重要性を説いた。

つまり、ブレギンの薬物療法批判の第一のポイントは、例えば鬱病のセロトニン仮説といたって、「仮説」でしかない病因論あるいは疾病モデルに基づいて、脳に(ひいては「精神」に)不可逆的な悪影響の及ぶことが懸念されたり、自殺を引き起こす可能性が危惧される治療を安易に選択することへの批判にあった。精神に重大な危険が及ぶ可能性のある治療に携わる者にとって、「健全な懐疑主義」は当然持つべき態度であると、ブレギンには思われたのである。しかし現状では、薬物療法に対する「健全な懐疑主義があまりにも少なすぎる^(註12)」とブレギンは嘆く。

ブレギンの薬物療法批判の第二のポイントは、薬物療法が、鬱を初めとする精神的苦悩という問題の本質を見誤っているという点にある。問題の本質を見誤ったままでなされる解決の努力が正しい結果を生むとも思えない。

ブレギンにとって鬱は「病 (disease)」ではない。「鬱とは、一つの心理的状態であり、生きることに對する情緒的反應の一つである^(註13)」という。したがって彼にとっては、生きることに對する情緒反應である鬱を手がかりにしながら、患者さん自身が、みずからの生き方・在り方を振り返り検討すること、そしてそれを治療者が支援することこそ彼の精神療法における中心的な課題なのである。

また次のようにもいう。「弱い鬱の感情なら毎日の生活の一部であるし、強い鬱の感情でさえ、誰も経験するもの^(註14)」である、と。つまり、人が日々生きていく過程で誰も経験する鬱といった「感情」(それはできることなら避けたい感情であるかもしれないが)を、「病」という、薬に導きやすいカテゴリーでくくることに問題はないのか、という指摘である。ブレギンは次のようにもいう。「人間の情緒的・心理的状態、つまり感情のことを、“病”と考えるべきではない。“病”ではなく、単に、その感情の度合いが極端な状態にあるというだけのことである^(註15)」と。

にもかかわらず、「精神薬理学の専門家たちは、最も複雑で深遠なスピリチュアルな問題を、生化学的なバランスの崩れという、薬で修正するには適した見方に手っ取り早く還元してしまう。メンタルヘルスの領域においては、このことがむしろ一つの問題である。つまり、あなたは傷ついた心の援助を求めて医者の下を訪れたのに、医者が提供してくれたものとはいえば、病んだ脳の治療、もう少し細かく言えば、脳の中で起こっていると推測される特殊な生化学的反應の異常を正すための治療でしかない^(註16)」。ブレギンの立場からすれば、薬物療法は、クライアントが本当に必要とするものを見誤っている、ということになる^(註17)。

では、ブレギンは、鬱病と呼ばれる深い苦悩を抱えた人々や、強い混乱状態にある人々 (deeply disturbed people) と、どのように関わろうとしているのか。

「私たちは強い混乱状態にある人々のことを、必死に生き残ろうとし成長しようとして
いる人間、つまり自分自身および他者との間に葛藤を抱えた一人の人間としてみなければ
ならない」とブレギンはいう。クライエントは自分自身の中に葛藤を抱え、また他者との
関係において葛藤を抱えながらも何とかして今の状況を乗り越えようとしている。こうし
た見方に立つがゆえに、「癒しは、その人自身の自己成長と、他者との有益な人間関係、
その二つの組み合わせを通してもたらされる」と説く。つまり、医学的な意味での治療と
いうより、むしろ、その人自身の成長を見守り励まし、同時に有益な人間関係の構築を援
助するという、心理—社会的アプローチこそ、人間の癒しにとっては第一義的なものであ
るとブレギンは考えるのである。そのブレギンの心理—社会的アプローチの中核にあるの
が「共感」あるいは「共感的な愛」という概念であった。

II. ブレギンの治療理論における「共感」概念

ブレギンによれば、援助する側の人間が提供できるものには三つあるという。「知識」
と「経験」と(彼のいう)「ヒーリング・プレゼンス (healing presence) およびヒーリン
グ・オーラ (healing aura)」がそれである。

「ヒーリング・プレゼンス」についてブレギンは次のようにいう。「ヒーリング・プレ
ゼンスとは、クライエントに安心感を与え励まし、クライエントに道徳的な力・精神力を
貸し与え、苦しみを乗り越え成長し続けられる自信を与えるような、そういう在り方のこ
とである。…(中略)…この特質には、共感性、愛、そして価値あるものや理想への意識
性の高さ、さらには、私たちのものの見方によって左右されるにしろ、人類やより高次の
力 (a higher power) に身を捧げようとするといった要素が含まれている」。また、「ヒー
リング・オーラ」は、「ヒーリング・プレゼンスによって創り出される関係性、あるいは
ヒーリング・プレゼンスが醸し出す雰囲気」のことを指すという。そして、この「ヒーリ
ング・プレゼンス、およびヒーリング・オーラの創造こそ、援助的人間であるために最も
重要なものである」とブレギンはいう。

この「ヒーリング・プレゼンス」および「ヒーリング・オーラ」についてのブレギンの
記述を読むと、あまりにも超人的で、非科学的かつ怪しげな印象を持ってしまう人もい
るかもしれない。しかし、その言葉の意味するところのものは、実は誰しも想起可能なもの
ではないか。

例えば、私たちは(おそらく誰もが)、ある人が来た瞬間、あるいはその人がいるだけ
で、心安らぐような安心感を感じる、そんな人間を一人や二人は思い浮かべることができ
るように思える。それは両親であったり、担任の先生であったり、かかりつけの医師で
あったり。そうした、心安らぐ安心感を与えるような在り方こそ、「ヒーリング・プレゼ
ンス」であり、「ヒーリング・オーラ」であり、援助的であることの核心 (the heart of
being helpful) であるとブレギンはいうのである。

さらにブレギンはいう。「援助的であるために最も大切なこと、つまりヒーリング・プ
レゼンスとヒーリング・オーラの創造においては、共感が非常に重要な役割を果たして
いる」と。そしてその「共感」を、ブレギンは次のように定義する。「他者の苦しみを本

気で理解し、気かけようとする気持ちと能力 (the willingness and ability to understand and care about the suffering of another person)^(註26)」と。

この定義の要点は二つある。一つは、「他者の苦しみ」を理解しようとする点。つまり他者の人格構造やその人の抱えている問題それ自体の理解ではなく、その人が抱えている、苦しみという感情を理解し、気かけるとした点である。

「他者の苦しみを理解する」とはどのようなことなのか。「他者の苦しみを理解する」ためには、何に注意し、どうしていくことが大切なのか、この時ブレギンは次の二つを強調する。

一つは、その人のライフ・ストーリー、言い換えればその人の人生という物語を理解しようとする点。つまり、どのような葛藤に出会い、どのように苦闘し、どのようにして乗り越えようとしてきたのかを理解しようとする点であり、そしてもう一つが、そのライフ・ストーリーの理解を阻害する、診断という行為から離れる点である。

ブレギンは次のようにいう。「患者さんの診断をするのではなく、患者さんの人生について学びなさい。とりわけ、その人が今まで生きてきた中で、何が助けになり、何が有害であったかを学びなさい^(註27)」と。また次のようにもいう。「診断という行為は、個人を人為的なカテゴリーの中に詰め込むことである。診断は、その人の感動的な人生に関する、極めて短い、文章の終わりに打たれるピリオドの役割を果たしている。一度診断が下されると、その診断の存在そのものが、人生と格闘しているその人の努力について理解を深めようという私たちのやる気を低下させてしまう^(註28)」。次のような言葉もある。「診断について考え始めた瞬間、その人の独自性というものについての感覚をあなたは失い、その人を知ろうとするのをあなたは止めてしまう^(註29)」。

ブレギンの「共感」についての定義の、もう一つの要点は、その苦しみを「本気で理解し、気かけようとする気持ち (willingness)」という言葉で定義の中に含めた点である。先のブレギンの「共感」の定義は、「willingness (本気で…する)」という言葉がなくとも完結している。しかしそこにブレギンは、あえて「willingness」という言葉を付け加えた。「共感」は、知的な能力だけの問題ではないのである。つまり、単なる技術や能力を問うだけでなく、「本気で聴いているのか」ということをブレギンは共感する側に問うのである。

こうした「共感」を実践するのは容易なことではない。しかし、「共感」が極めて困難な営みであるという認識を大前提にしている点にこそ、ブレギンの「共感」概念の特質はある。ブレギンは次のようにいう。「共感とは、他者に対して援助的であろうとする時、最も大切なものである。しかし共感とは、どんな状況にあろうが、どんな患者に対してであろうが、私たちの内側から自然に湧いてくるものであるとは、必ずしも、いえない。多くのクライアントは、私たちの理解力に、そしてクライアントの体験や人生観に対して暖かい気持ち (sympathy) を感ずる私たちの能力に、挑戦をしかけてくる。その時私たちは一人一人のクライアントに対する自分自身の共感のレベルに気付くに違いない^(註30)」と。

「クライアントが私たちの能力に挑戦をしかけてくる」という表現は極めて的確である。「こんな気持ちを、あなたは理解できるのか」「こんなことをしてしまった私の側に、

果たしてあなたは立てるのか」…心理面接の場面は（言葉にされるされないは別にして）こうした叫びや問い掛けに満ち満ちている。そしてその都度、カウンセラーである私たちはみずからの共感のレベル、あるいは共感の限界を思い知らされるのである。ここで重要になってくるのがブレギンのいう「共感的自己変容（empathic self-transformation）」という考え方である。

Ⅲ. ブレギンにおける「共感」への鍵：「共感的自己変容」

ブレギンのいう「共感的自己変容」とは、「クライアントへの共感や愛を感じるのを妨げる私たちの中にある個人的な壁を乗り越えようとするプロセス^(註31)」のことである。ブレギンは次のようにもいう。「私たちは、助けを求めてくるすべての人々に可能な限り手を差し伸べるために、必要とあらば自分自身を変化させる。このプロセスを私は“共感的自己変容”と呼ぶ。私たちの中に数限りなく存在する壁のことを考え合わせると、すべての人に対して共感を感じようとするならば、共感的自己変容は、セラピストとして生きる私たちの日常の一部にならなければならない」と。

ブレギンのいう「共感的自己変容」の要点は三つある。

第一の要点は、相手を変えようとするのではなく、カウンセラー自身を変えようとする点である。

カウンセリングの過程を経て（クライアントばかりか）カウンセラーの側が変化していくことの重要性は、ロジャーズも指摘していた。ロジャーズは次のようにいう。「私にとって極めて重要な、中心となる教訓に進みたい。それは、“私が自分自身に、他者を理解することを許すことができるならば、そのことは非常に大きな価値を持つ”という教訓である。この言い方は奇妙に聞こえるかもしれない。自分自身に他者を理解することを許す、などといったことが果たして必要だろうか。私は必要だと思う。他人の話聞く時私たちが最初に行なう反応は、理解というより瞬間的な評価や判断である。…（中略）…相手の言葉が、その人自身にとってどんな意味を持つかを、自分自身に正しく理解させようとするなどほとんどない。その理由は、理解することが実は危険をはらんだ行為だからであると私は思う。他人を本当に理解しようとするれば、その理解によって自分自身の方が変わってしまうかもしれないのである^(註32)」と。ロジャーズのいう、「自分自身に、他者を理解することを許す」とは、本当の意味での「理解」と、「理解をする側の变化」が不可分の関係にあることの指摘であった。クライアントは、自分自身が変わられてしまうかもしれない治療関係の中に、勇気を持って飛び込んできている。そうであるならば、治療者の側も、そのクライアントと同じ勇気を持って治療関係に挑む必要がありはしないか。

「共感的自己変容」の第二の要点は、カウンセラーの側の「受容の幅」を広げる工夫を積み重ねようとする点である。つまり、カウンセラーの側がクライアントを理解した「結果として」変わるということを超え、「意識して」カウンセラー自身の側を変えようとするのである。

例えば、カウンセラーがみずからの心の弱さに目を向けてみれば、生活リズムをなかなか変えられないクライアントを責める気持ちは消えていくだろう。カウンセラーの立って

いる状況がどれだけ恵まれたものであるかを思ってみるならば、その恵まれた状況で得た原理が、苦しみの真っ只中にいる人には役に立たない場合もあることを想像できるだろう。^(註34)

筆者の事例でいえば、アルバムの写真をはがしては、時間系列などおかまいなしに編集し、紙に貼り付け、毎日それをカラーコピーしに近所のコンビニに通う軽い認知症患者の例。その行動は、家族にしてみれば迷惑で奇妙な行動にしか思えない。しかし、『ひょっとすると、それをしていないと、私たち家族の顔を忘れてしまいそうな不安を感じているのかもしれない』と思った瞬間、その認知症患者への家族の受容の幅が広がったという。

あるいはまた筆者の講義を受講していたある看護学生は、実習先での次のような経験を報告してくれた。それは、一人の、自分にとっては生理的な嫌悪感すら感じてしまう患者の担当になった時のこと。彼女にしてみれば、毎日その人のベッドサイドに行くのが嫌でたまらない。しかしある時ふとこう思った。「自分の子どもや親や兄弟や恋人や、そうした人が病気になったら心配で心配で仕方ないだろう。目の前にいるこの人も、誰かにとっては、子どもであり親であり兄弟であり恋人であり、つまり誰かにとっては大切な人なのだ」と。そう思えるようになってからは、その人のもとへ行くのが苦ではなくなったという。

以上のような洞察とそれに連なる変容の過程は、先の介護家族やこの看護学生にとって、援助者の側の受容の幅を広げる深い知恵獲得の過程であり、患者やクライアントの側ではなく、介護や看護を提供する側の変化によって問題解決が図られたという意味で、ブレギンのいう「共感的自己変容」の過程そのものといつてよからう。

第三の要点は、この「共感的自己変容」の努力を、「日常の一部に」しなければならぬという点である。つまり、日常のあらゆる場面での、絶えざる、日々の自覚的修練が不可欠だということである。いかに熟達したカウンセラーといえども、その人の中に「数限りなく存在する壁」を克服することは容易なことではないからである。

「数限りなく存在する壁」の最たるものは、私たちの中にある偏見である。ブレギンは、この偏見を乗り越える上で、批判的知性 (critical intelligence) の役割を重視する。彼は次のようにいう。「本物の批判的知性は、私たちが共通して分かち持っている人間の本质についての認識を基にして成り立っている。… (中略) …世代間の壁、性差の壁、人種的、文化的な壁といえども、私たちがみな同じものから作られているという洞察の前では、溶けてなくなっていくのである」。^(註35) 自分とは無縁のように思える、どんな聖人、どんな罪人であれ、そうなりうる種が自分の中にもあること、つまり、そうした人たちとまったく違う何かで自分がつくられているわけではないことを、批判的知性は私たちに教えてくれるのである。

結語：何のための「共感」か

以上のようにして、カウンセラーだけではない、私たちの多くは、みずからの受容の幅を広げる工夫を積み重ねながら、受け容れ難きをいかにして受け容れていくかを模索している。ブレギンは、彼の援助論の基礎にある「共感的な愛」に関して次のようにいう。「愛

というのはあまりにも安易な解決方法ではないのか。いや、そうではない。むしろ愛するという事は、あらゆる解決方法の中で最も難しいものである。一人の援助者としての私はしばしば、自分のこらえ性のなさや欲求不満そして共感性の足りなさを、自分自身の愛する能力を取り戻すことによって乗り越えようと必死になる。愛すること以外のすべての解決方法こそ（それは精神科の治療から、あからさまな暴力に至るまで）、はるかに安易な解決方法である。安易な方法だからこそ、これほどまでに広まっているのである^(註36)と。

「自分のこらえ性のなさや欲求不満そして共感性の足りなさを、自分自身の愛する能力を取り戻すことによって乗り越えようと必死になる」というブレギンの姿は、実は私たちの姿そのものである。私たちは、親として、子として、夫婦として、兄弟として、社会人として、みずからの至らなさにぶつかるたびに、『もう少し大きな人間になろう』『もう少し優しくしよう』と決意を新たにしながら生きているのではないか。そして、それと同じ在り方で、精神科医ブレギンも日々の臨床を生きている、というのである。

ブレギンの著作に一貫して流れる主張を一言でいえば、「治療の中心に共感的な愛を置こう^(註37)」というものであった。このような主張は何も目新しいものではない。極めて平凡で、常識的なものである。しかし、だからこそ意味があるともいえる。つまり、その主張が、誰しも心の底で、すでに直感的につかんでいるものであるがゆえに、「援助する側に立つ多くの人たち、セラピストであったり、医師であったり、教師や親や友人も、それを自分なりに修正した形ではあるが、自分たちの中でずっと以前から実践していたものであることに気づく^(註38)」のである。精神科医ブレギンの言っていることは、自分たちがもうすでに実践していたことであつたと気づく…それは私たちにとって新鮮な体験であり、何よりの励ましであり、自分自身の持つ力に気づく体験であるに違いない。

こうした、ブレギンの「共感的な愛」あるいは「共感的自己変容」に基礎を置いた治療の目指すものは何か。ブレギンは次のようにいう。「治療の目標は、クライアントが、自分自身および他者に対して共感的で慈愛に満ちた態度で触れる能力を最大限に高めることにある^(註39)」と。つまり、援助する側の共感的な姿勢に触発されて、ひるがえって今度はクライアント自身が、自分自身そして他者に対して、その同じ共感的な姿勢で触れられるようになること、そのために「共感的な愛」に基礎を置く治療を試みるというのである。この考え方はロジャーズの共感的理解の臨床的意味に極めて近いものではないか。^(註40)

本稿では、ブレギンの言葉を要約せず、彼の言葉そのままを比較的多く引用してきた。それは、薬に頼らず精神科疾患の治療に携わる上での重要な鍵が「言葉」にあり、ブレギンが、どんな巧みな言葉、表現で心理臨床の世界を語ろうとしているのかを示したかったからである。2006年、アメリカ精神医学会の学会誌、『American Journal of Psychiatry』第163号は、その巻頭論説に「私たちはまだ、統合失調症患者としゃべっているのか？」^(註41)という題の論文を掲載した。今や対話中心療法（talking therapy）の時代は終わり、薬物療法の時代になったということであろうか。ひょっとすると何年後には副作用のない向精神薬が開発され、それとともに、傾聴のトレーニングを受けたことのない精神科医や心理療法家が生まれているのかもしれない。

しかし、ブレギンの問いの本質は薬物療法の安全性や有効性への疑念それ自体にはない。私たちが「苦しみ」の持つ人間学的意義をどのように評価し、どんなふう^(註42)に苦しみに

アプローチするべきかという問いである。薬物療法では、患者さんたちは悲しいのではない、鬱なのだ、だから抗うつ剤が必要である、と考える。不安に圧倒されているのではない、不安障害なのだ、だから精神安定剤が必要である、と考える。感情をコントロールできないのではない、双極性障害なのだ、だから気分調整剤が必要なのだ、と考える。子どもたちは学校に飽きているのではない、ADHDなのだ、だから精神活性剤が必要なのだ、と考える。ブレギンが提示するのは、その患者さんの経験している「悲しみ」「不安」「感情のコントロールの困難」「落ち着きのなさ」という苦境こそ、患者さんが本気で人生や生き方について考え、学び、成長する契機であるという考え方である。苦境の真只中にある時には、一刻も早くその苦境から抜け出したいと願う。しかし誰しも、みずからの人生を振り返ってみるならば、『あの時のあの苦しみがあったからこそ、今の私がここにいる』という想いを持っているはずである。そこで問われていたのは、苦しみの持つ人間学的な意義と、勇気を出してみずからの問題解決に取り組もうとする私たちを支えてくれようとした（セラピストも含めた）周囲の人々の、傾聴を基本にした共感的な言葉の重要性であり、その苦しみを共に苦しもうとする人の存在の重要性なのではないか。

最後にブレギンとベマク (Bemak, F.) の次のような言葉を引用して終りたい。

「共感するとはどういうことか、その理解は、自分自身の感情や欲求についての主観的な自己理解から常に始まる。主観的な自己理解から始まるものであるにもかかわらず、共感の持つ美しさのひとつは、それが普遍的なものだという点にある。共感とは、文化を超え、学派を超え、宗派を超え、環境のいかなるを超え、実年齢を超え、精神年齢を超えている。共感とは、いつ、どこでも、生まれる。生涯にわたって価値を持つ、宝物のような体験を共感では可能にしてくれることもある。生きていく中で出会うシリアスな心理的困難を突破するのを助けてくれたり、解決を手助けしてくれたたりもする。共感性を高めるということは、一生懸けての仕事なのだ。決して、『これでいい』という終わりはない。人生の様々な局面を、生まれて初めて体験するそのたびに、私たちは（人生から）挑戦を受けている。共感性を高める上で必要なことは、初めての体験からの挑戦を受けるそのたびに、私たちがみずからの感動 (inspiration) をその都度新らたにしていくということなのである。人間としての、そして専門家としての成長という、終わらなき道を歩む人々への手助けとなることを願ってやまない」。

註

- (1) ロジャーズの「必要十分条件」に触発され生み出された実証研究への、テスト理論の立場からの批判の影響で、ロジャーズ派の実証研究が行き詰まった時期もあったように私には思われる。しかし、その実証研究批判の在り方に対して、(おそらく) 最もラジカルな批判を加えたのはジェイコブズとウィリアムズ (Jacobs, D., & Williams, V.) であろう。彼らは次のようにいう。「セラピストの共感を評定しようとして行われた標準的な実証研究など、臨床心理学的な概念にとっては取るに足らない。“取るに足らない”ということを実証する経験的な証拠や批判を見つけるのは簡単である。しかしそうした諸々の批判は、伝統的なテスト理論の立場から産み出され続けているものである。したがってその批判の特徴は、例えば、その研究で用いられた標準的な評定道具が構成妥当性を欠いている、といったことを示そうと

するといった、そうした形を取った批判である。こうした諸々の批判は、それ自体は全く正しい。しかし表面的な批判でしかない。つまり、いずれの批判も、真に問題にすべき点については触れられておらず、それが何であるのかについては確認さえされていない。すなわち、私たちが、臨床心理学的概念を、有意義なやり方で研究できないのはなぜなのか、そのことには触れようとしないのである」と。

(Jacobs, D., & Williams, V., 1983, “Clinical theory and scientism: Empathy research as a case study” *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 23, No. 1, p. 80.)

- (2) 例えば、Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (eds.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*, APA, 1997, Haugh, S., & Merry, T. (eds.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice Vol. 2, Empathy*, PCCS Books, 2001, Vincent, S., *Being Empathic*, Radcliffe Pub., 2005, Clark, A. J., *Empathy in Counseling and Psychotherapy*, Lawrence Erlbaum Associates Pub., 2007など。
- (3) ブレギンはあくまでも「精神科医」である。彼は精神科薬物療法には反対するが、「反精神医学」の立場に立ってはいない。また、ブレギンは向精神薬に頼らない（あるいは用いない）が、しかし、だからといって向精神薬を患者から取り上げるようなことをするわけではない。この点に関しては、まさしく「パーソン・センタード」である。ブレギンは次のようにいう。「精神科薬物療法を、(医師としての)あなたがどう見ているかに関係なく、薬の使用を止めるかどうかの決断はあなたの患者自身によってなされなければならない。…(中略)…私の患者で薬物療法をやめられなかった人には、精神科の薬を処方し続けたこともある。私自身が自分の患者を治療するにあたって、精神科の薬から始めるということは決してしないが、薬から離脱する過程で、そのプロセスを全うできない患者もいるということに対しては敬意を払おう」と。(Breggin, P., *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry* 2nd. ed., Springer Pub., 2008, p. 424.)
- (4) 参照：Breggin, P., “Psychotherapy as Applied Ethics”, *Psychiatry*, 1971, Vol. 34, pp. 59-74.
- (5) 森岡の次の言葉に筆者は同感である。「苦しみとつらさのない文明は、人類の理想のように見える。しかし、苦しみを遠ざける仕組みが張りめぐらされ、快に満ちあふれた社会のなかで、人々はかえってよろこびを見失い、生きる意味を忘却してしまうのではないだろうか」と。(森岡正博、『無痛文明論』、トランスビュー、2003年、3頁。)
- (6) ブレギンは、日本ではほとんど知られていないが、精神科薬物療法やロボットミーに反対する急先鋒として、アメリカではよく知られた精神科医である。薬物療法がこれほどまでに広まった時代にあって、今なお薬物療法の危険を説き続ける彼のことを「地球が平らだと言いつづけている変わり者 (flat earther)」と呼ぶ人もいる (*Time*. New York: Oct 10, 1994, Vol. 144, Iss. 15; p. 64)。しかしまた一方では「精神医学界の良心 (The conscience of psychiatry)」と言う人もいる。良くも悪くも、アメリカ精神医学界において目立つ存在でありながら日本ではまだほとんど知られていない。翻訳も出されていない。こういう状況にあることもあって、今回紹介してみることにした。

- (7) Breggin, P., *The Heart of Being Helpful: Empathy and the Creation of a Healing Presence*. Springer Pub., 1997, p. 63.
- (8) Frankl, V. E., *Psychotherapy and Existentialism*. Souvenir Press, 1967, p. 23.
(高島博・長澤順治訳『現代人の病』、丸善、1972年、30頁。)
- (9) Breggin, P., *The Antidepressant Fact Book*. Da Capo Press, 2001, p. 2.
- (10) 向精神薬が脳に損傷を与える可能性を示唆した研究としては、例えば、Wegerer, V., et als., “Persistently increased density of serotonin transporters in the frontal cortex of rats treated with fluoxetine during early juvenile life.” *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1999, vol. 9, pp. 13-24., Norrholm, S., & Ouimet, C., “Chronic fluoxetine administration to juvenile rats prevents age-associated dendritic proliferation in hippocampus.” *Brain Research*, 2000, no. 883, pp. 205-215. など。抗鬱剤 (SSRI) が自殺を引き起こす可能性のあることを示唆した研究としては、例えば、Healy, D., “Emergence of antidepressant induced suicidality.” *Primary Care Psychiatry*, 2000, vol. 6, pp. 23-28., Breggin, P., “Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis”, *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 2003/2004, vol. 16, pp. 31-49. など。化学の用語を駆使して展開される薬物療法効果研究の評価および批判が、生化学的・薬理的にみて、的を得たものであるのかどうかを、専門外である筆者には判断できない。ただ、ブレギンによる薬物療法批判に関して精神神経学者・田島治は次のように述べ、ブレギンを擁護する。「市場原理に基づいた向精神薬の過度のマーケティングに強く異議申し立てを続けているのがピーター・ブレギンであった。彼はその著書『トーキングバック・トゥ・プロザック (プロザックに文句あり)』において、プロザックによる中枢神経系の副作用、特に自殺惹起のリスクを強く警告するとともに、米国食品医薬局の承認の過程に大きな疑問があることを詳細に述べている。ブレギンのこうした異議申し立ては精神医学の主流からは全く相手にされなかったが、現在ではその後のヒーリーによる異議申し立てとともに受け容れざるを得ないものとなってきている」(田島治『精神医療の静かな革命』、勉強出版、2006年、51-52頁)と。つまりブレギンによる薬理学的な薬物療法批判は、精神医学的にみて検討するに値しないものであり、科学として踏むべき手順を無視した無価値のものであり、的外れな単なるイデオロギーであるとして切り捨ててしまうのは正しくないように筆者には思える。
- (11) 「仮説でしかない病因論・疾病モデルに基づく」という点では、ブレギンの心理—社会的アプローチも同じである。その意味では、「健全な懐疑主義」はすべてのアプローチに向けられるべき基本姿勢である。
- (12) Breggin, P., op. cit., 2001, p. 2.
- (13) *ibid.*, p.9.
- (14) *ibid.*, p. 10.
- (15) *ibid.*, p. 14.
- (16) Breggin, P., op. cit., 1997, p. 3.
- (17) 薬物療法の効果研究に関してブレギンは次のようにいう。「リサーチ・プロジェクト

- トは通常、症状の除去、例えば体重の増加や不眠の改善といった、薬による影響を受け易い項目を重要視することによって、薬に有利になるように歪められている。そうした変数よりもっと重要な、例えば、内的生活の質が改善されたとか、未来への希望がふくらんできたとか、あるいは勇気ある先進的な行動が増えたといった、より重要な変数は、多くの場合無視される。このように薬に有利な歪みを持った研究でさえ、しばしば、薬の有効性を例証しそこねている」と。(Breggin, P. & Breggin, G., *Talking Back to Prozac*. St. Martin's Press, 1994, p. 236.)
- (18) Breggin, P., "Introduction: Spearheading a transformation", In: Breggin, P., & Stern, E. M. (eds.), *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons*. The Haworth Press, 1996, p. 6.
- (19) *ibid.*, p. 6.
- (20) Breggin, P., *op. cit.*, 2008, p. 424.
- (21) Breggin, P., *op. cit.*, 1997, p. 6.
- (22) *ibid.*, p. 6.
- (23) *ibid.*, p. 8.
- (24) ただし、「ヒーリング・オーラ」と、いわゆる「カリスマ性」は違う。「カリスマは、(他者を)自立した人間であるよりは、むしろ信奉者であるように仕向ける」(Breggin, P., *ibid.*, p. 7.) という点で、「ヒーリング・オーラ」とは区別される。
- (25) Breggin, P., *ibid.*, p. 124.
- (26) Breggin, P., "Empathic self-transformation and love in individual and family therapy", *The Humanistic Psychologist*, 1999, vol. 27, no. 3, p. 267.
- (27) Breggin, P., "20 guidelines for treating deeply disturbed persons." In: Breggin, P., *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*. 2nd ed, Springer Press, 2008, p. 445.
- (28) *ibid.*, p. 445.
- (29) *ibid.*, p. 445.
- (30) Breggin, P., *op. cit.*, 1999, p. 267.
- (31) *ibid.*, p. 267.
- (32) *ibid.*, p. 267.
- (33) Rogers, C. R., *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, 1961, p. 18.
- (34) ブレギンには次のような言葉もある。「あなたが、あなたのクライエントを、見下していたり、診断しようとしていたり、あるいは彼らへの共感性が欠けている傾向を感じたなら、彼らの人生があなた自身の相対的に平穩無事で安心な人生に比べて、どれだけ大変なものであったかを思い出してみてもはどうだろう。そして、善きセラピストのマントラ (経文)、『神のご加護がなかったら、私も同じ道を歩んでいる ("There but for the grace of God go I")』を自分自身に言い聞かせなさい。」(Breggin, P., *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*. 2nd ed, Springer Press, 2008, p. 442.)
- (35) Breggin, P. *Reclaiming Our Children*. Perseus Pub. 2000, p. 109.
- (36) Breggin, P., *op. cit.*, 1997, p. 176.
- (37) *ibid.*, p. 175.

- (38) *ibid.*, p. 9.
- (39) Breggin, P., *op. cit.*, 1999, p. 267.
- (40) ロジャーズは次のようにいう。「私がこれまで述べてきたような治療的な関係を、しばらくの間経験したクライアントの変化は、セラピストの態度を反映したのようになっていく。まず初めに、クライアントは相手が自分の感情に受容的に傾聴していることに気づくにつれて、少しずつ自分自身に耳を傾けるようになっていく。… (中略) …自分自身に耳を傾けることを学習すると、彼は自分自身に対してより受容的になれる。自分が隠してきた部分をより多く表現するにつれて、彼はセラピストが自分や自分の感情に一貫した無条件の肯定的配慮を向けていることに気づくのである。彼は少しずつ自分に対して同じような態度をとるようになっていく」と。
(Rogers, C. R., *op. cit.*, 1961, p. 63. 諸富祥彦・他訳、『ロジャーズが語る自己実現の道』、岩崎学術出版社、2005年、62頁。)
- (41) Keith, S. “Are we still talking to our patients with schizophrenia?” *American Journal of Psychiatry*, 2006, Vol. 163, pp. 362-364.
- (42) Bemak, F., & Breggin, P., “Teaching and learning empathy: An overview”, In: Breggin, P., Breggin, G., & Bemak, F. (ed.), *Dimensions of Empathic Therapy*. Springer Pub., 2002, p. 5.
- 引用したブレギンとベマクの文中に、「共感は、文化を超え、学派を超え、宗派を超え」とある。このことに関連して、以下の新聞記事はこの言葉の一つの例であるように思える。「おもちゃの銃を持っていたためにイスラエル兵に射殺されたパレスチナ人の少年 (12) の臓器が、平和を願う両親の希望で、イスラエル人の少女三人に移植された。少年は、パレスチナ自治区ヨルダン川西岸ジェニンで、武装組織幹部の暗殺作戦を実施していたイスラエル軍の兵士に誤射され、五日に病院で死亡した。イスラエルは誤射を認め、遺憾の意を表明した。死亡直後に両親が臓器提供の意思を表明し、少年の心臓、肺、肝臓がそれぞれ、移植を待っていたイスラエル人の生後7ヶ月～14歳の子どもに提供され、七日までに手術が無事終了した。少年の父親 (39) は本紙に『提供先がイスラエル人かパレスチナ人かは関係ない。パレスチナが平和を望んでいることを、イスラエルと全世界に伝えたい』と話した。」
(中日新聞、2005年11月8日、朝刊)。

参考文献

- Breggin, P., 1996, “Introduction: Spearheading a transformation”, In: Breggin, P., & Stern, E. M. (eds.), *Psychosocial Approaches to Deeply Disturbed Persons*. The Haworth Press. pp. 1-7.
- Breggin, P., 1997, *The Heart of Being Helpful: Empathy and the Creation of a Healing Presence*. Springer Pub.
- Breggin, P., 1999. “Empathic self-transformation and love in individual and family therapy”, *The Humanistic Psychologist*, vol. 27, no. 3, pp. 267-282.
- Breggin, P., 2000, *Reclaiming Our Children*. Perseus Pub.
- Breggin, P., 2001, *The Antidepressant Fact Book*. Da Capo Press.

- Breggin, P., 2008, *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry* 2nd. ed., Springer Pub.
- Bemak, F., & Breggin, P., 2002, "Teaching and learning empathy: An overview", In: Breggin, P., Breggin, G., & Bemak, F. (ed.), *Dimensions of Empathic Therapy*. Springer Pub. pp. 3-5.
- Breggin, P. & Breggin, G., 1994, *Talking Back to Prozac*. St. Martin's Press.
- Rogers, C. R., 1961, *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin.
- (諸富祥彦他訳『ロジャーズが語る自己実現の道』岩崎学術出版社、2005年)