

# クライアント中心療法

© 2025.03.09

## カール・R・ロジャーズ (1902-1987)

### クライアント中心療法

ナサニエル・J・ラスキン、カール・R・ロジャーズ、マージョリー・C・ウィティ

## 概要

1940年、ミネソタ大学で開催された教育者および心理学者のための会議において、カール・ランサム・ロジャーズは、彼の革新的な療法理論を発表した。それ以来、この理論は「非指示的療法」、「クライアント中心療法」、および「パーソンセンタード・アプローチ」など、さまざまな名称で呼ばれてきた。

ロジャーズの仮説は、「無条件の肯定的関心」および「共感的理解」の態度を示しながら、誠実な関係の中で一貫性を持つセラピストが、脆弱で一貫性を欠いたクライアントに対し、心理療法的な人格変容を引き起こす」というものである。

この仮説は、あらゆる年齢の個人だけでなく、カップル、家族、グループに対する長年の実践を通じて確認されてきた。この理論に内在する民主的で非権威主義的な価値観は、個人の自己決定権および心理的自由を尊重するアプローチとなっている。

## 基本概念

### 人間

このアプローチの基盤は、「人間を能動的で自己調整的な存在として捉える」という視点に根ざしている。「人間を一つの『人格』として捉えるというイメージは、クライアント中心理論を、人間を診断上のカテゴリーに還元するようなアプローチと区別するものである」（Schmid, 2003, p.108）。

クルト・ゴルトシュタイン（1934/1959）の研究および自身のクライアントに対する観察に基づき、ロジャーズは「すべての生物は、自らを維持し、向上させようとする内在的な傾向によって動機づけられる、動的なプロセスである」と仮定した。この「自己実現傾向（actualizing tendency）」は、個体のすべてのサブシステムを通じて、絶えず包括的に機能している。

ロジャーズ（1980）は、自己実現傾向がより一般的な「形成傾向（formative tendency）」の一部である可能性を示唆した。この形成傾向は、星や結晶、微生物においても観察されるように、より大きな秩序、複雑性、相互関連性へと向かう運動として存在している。

人間は常に、より高い複雑性へと進化しながら、自らを維持し、向上させる潜在能力を満たそうとしている。

## セラピスト

クライアント中心のセラピストは、クライアントの成長と自己実現に向かう内的資源を信頼する。たとえその人が障害を抱えていたり、環境的制約を受けていたりしても、それは変わらない。

セラピストがクライアントの内在的な成長傾向と自己決定権を信じるという姿勢は、実践において「非指示的態度 (nondirective attitude)」として表現される (Raskin, 1947, 1948; Rogers, 1951)。

もし心理療法の目的が、人間を成長と発達へと解放することであるならば、それに反するような手段を用いることは許されない。

クライアント中心のセラピストであるということは、クライアントと人間同士として向き合うことを意味する。それは、特定の目的を達成するために技法を用いることとは異なり、もう一人の人間と真に関わることで奉仕することに他ならない。

クライアント中心のセラピストとしての成長を志すならば、「開かれた、誠実な、共感的な人間」としての姿勢を学ぶという厳しい訓練を受け入れる覚悟が必要である。ロジャーズはこの共感的な姿勢を「存在のあり方 (way of being)」と表現した (Rogers, 1980)。

クライアント中心療法において、無条件の肯定的関心と共感的理解は、単なる技法でもなければ、専門職としての役割の一部でもない。それらは「本物でなければならない」。

この訓練の本質は、「権力を示したい」という欲求を抑え、クライアントを何らかの手段として利用することなく、また、クライアントを還元主義的なカテゴリーに押し込めることで、その人の人間としての尊厳を損なわないようにすることにある (Grant, 1995)。

## 関係性

心理療法の成果に関する研究は、ロジャーズの仮説を支持しており、すべての心理療法の理論的枠組みにおいて、治療関係が肯定的な結果の分散のかなりの割合を占めることを示している (Asay & Lambert, 1999, p. 31)。

実践において、セラピストが治療的態度を実践することによって、「自由」と「安心感」の雰囲気が生み出される。この雰囲気の中で、クライアントは意味、目標、意図を語る主体となる。クライアントは自己定義と自己分化のプロセスを推進する。Bohartは、セラピストが提供する条件と相互作用する中で、クライアントが積極的に自己治癒活動を行い、それが肯定的な変化を促進することを明らかにしている。この相互作用的で相乗効果を持つモデルにおいて、クライアントは能動的に心理療法を共に構築していく (Bohart, 2004, p. 108)。

セラピストとクライアントの両者が独自の人格を持つため、彼らの間に発展する関係は、治療マニュアルによって規定されるものではない。それは、助けを求める人に対してセラピストがどのように応じるかという前提のもとで生じる、独自で予測不可能な出会いである。クライアント中心療法のセラピストは、可能な限り、クライアントの要望に自発的に応じ、柔軟に対応する傾向がある。クライアントの質問に答えたり、時間を変更したり、クライアントのために電話をかけたりすることを厭わない。このように要望に応じる姿勢は、セラピストがクライアントを基本的に信頼し、尊重していることに由来する。

実践的なレベルにおいて、クライアント中心療法の実践者は、個人および集団が自らの目標を明確にし、それを追求する能力を完全に備えていると信じている。これは、特に子ども、生徒、労働者といった人々に関して重要な意味を持つ。彼らはしばしば、絶えず指導や監督を必要とする存在として見なされるからである。クライアント中心アプローチは、個人が療法を受けるかどうかを選択する権利、役に立ちそうなセラピスト（同年代、同じ人種、同じ性別、または同じ性的指向の人であることを望む場合もある）を選ぶ権利、セッションの頻度や治療関係の期間を選ぶ権利、話すか沈黙するかを選ぶ権利、何を探求するかを決める権利、さらには療法のプロセスそのものを設計する権利を支持する。クライアントは、自分が望むこと、今この瞬間に自分にとって重要なことについて話すことができる。同様に、治療的条件がグループの中で整えられ、グループが自らのあり方を見出すことが信頼されるならば、グループのメンバーは自分たちに適したプロセスを発展させ、状況の時間的制約の中で対立を解決する傾向がある。

## 核心条件 (core conditions)

### 一致 (Congruence)

一致 (congruence)、無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard)、そしてクライアントの内的な枠組みに対する共感的理解 (empathic understanding) が、クライアント中心療法においてセラピストが提供する三つの条件である。これらは「核心条件 (core conditions)」と呼ばれ、その有効性について広範な研究がなされている (Patterson, 1984)。これら三つの態度は区別可能であるが、セラピストの経験においては、全体性を持つゲシュタルト (gestalt) として機能する (Rogers, 1957)。

一致とは、セラピストが自らの体験の流れを意識し、それを同化し、統合し、象徴化し続けるプロセスである。ロジャーズは次のように述べている。

**「私にとって、一致しているということは、私が今この瞬間に抱いている感情を自覚し、それを表現することを厭わないことを意味する。それは、この瞬間において真実であり、誠実であることだ」** (Baldwin, 1987, p. 51)。

自己の内的な体験の流れを認識し、それを受け入れることができる心理療法家は、統合され、全体性を持っていると表現できる。したがって、たとえセラピストがクライアントに対する共感的理解を欠いていたり、あるいはクライアントに対して嫌悪感を抱いていたとしても、それらの体験を否認や歪曲なしに意識へと取り入れることができるならば、ロジャーズの定義する「一致」の条件を満たしていることになる (Brodley, 2001, p. 57)。

セラピストの一致は通常、「透明性 (transparency)」や「誠実さ (genuineness)」として外見上に現れ、それは「リラックスした開かれた態度 (relaxed openness)」という行動的な特徴としても示される。セラピストの一致が時間の経過とともに持続することで、クライアントは「セラピストの開かれた態度が本物であり、セラピストがクライアントに対して何らかの隠れた意図を持っているわけではない」ということを学んでいく。

# 無条件の肯定的関心 (Unconditional Positive Regard)

セラピストは、クライアントに対して無条件の肯定的関心を持つことを望みながら関係に入る。この概念は、相手に対する温かい称賛や尊重を意味する。セラピストは、クライアントの思考、感情、願望、意図、理論、因果関係についての解釈を、それぞれが独自のものであり、人間的であり、現在の体験に適したものとして受け入れる。クライアントは無口であっても饒舌であってもよく、どのような問題を扱ってもよく、個人的に意味のある洞察や解決に至ることができる。理想的には、セラピストのクライアントに対する関心は、これらの選択、特性、または結果によって影響を受けない。完全に揺るぎない無条件性は理想であるが、この理想的な態度を実現しようとする中で、セラピストはクライアントに対する受容、尊重、そして称賛の気持ちが、理解が深まるにつれてより強まることに気付く。

特定のクライアントに対して無条件の肯定的関心を持ち、それを一貫して維持する能力は、発達のなプロセスであり、批判的な反応を抑え、一般的な生活の場面でしばしば生じる判断的な反応を避けることに対するコミットメントを伴う。初心者のセラピストは、自らの受容力を拡大し、自動的に下す判断や偏見に挑戦し、それぞれのクライアントが自分の置かれた状況の中で、意識していないものであったとしても、自分なりに最善を尽くしているという視点から向き合うことを誓う。

---

## クライアント側の基本概念

クライアント側のプロセスにおける基本概念には、「自己概念 (self-concept)」、「評価の所在 (locus of evaluation)」、「体験 (experiencing)」がある。

援助を求める人にとって何が重要なのかに焦点を当てる中で、クライアント中心療法のセラピストは、クライアント自身の自己に対する認識や感情が中心的な関心事であることをすぐに発見した (Raimy, 1948; Rogers, 1951, 1959b)。

自己概念の主要な構成要素の一つに「自己評価 (self-regard)」があるが、これは治療を求めるクライアントにおいてはしばしば欠如している。

初期の心理療法研究では、治療に成功したと評価されたクライアントは、自己に対する態度が著しく肯定的になっていたことが示された (Sheerer, 1949)。

最近の研究も、この自己概念の変化が心理療法の肯定的な成果において重要な要素であることを強調している。

RyanとDeciの自己決定理論 (Self-Determination Theory, SDT) は、多くの研究を刺激し、心理的幸福は「自律性 (autonomy)」、「有能感 (competence)」、「関係性 (relatedness)」という基本的欲求の満足と関連していることを示している。

これらの概念は、ロジャーズの「十分に機能する人間 (fully functioning person)」の概念と深く結びついている (Deci & Ryan, 1985, 1991)。

クライアント中心療法において、セラピストが「核心条件 (core conditions)」を全体的なゲシュタルトとして体験し、非指示的態度に基づいて関係を築くことで、これらの基本的欲求が満たされやすくなり、セラピストとクライアント双方の自己決定を促進する最適な環境が生まれる (Ryan & Deci, 2000)。

自己の動機が本物（文字通り、自らの内側から生まれたもの、または自分自身で承認したもの）である人と、外部からのコントロールに従って行動している人とを比較すると、前者の方が後者よりも、興味・熱意・自信が高く、それがパフォーマンス、持続性、創造性の向上として表れる（Deci & Ryan, 1991; Sheldon, Ryan, Rawsthorne, & Ilardi, 1997）。

また、エネルギー的な活力（Nix, Ryan, Manly, & Deci, 1999）、自尊心（Deci & Ryan, 1995）、および全体的な幸福感（Ryan, Deci, & Grolnick, 1995）の向上とも関連がある。

これは、たとえ人々が同じレベルの能力や自己効力感を持っている場合でも当てはまる（Ryan & Deci, 2000, p. 69）。

ロジャーズの研究グループは、クライアントが「評価の所在（locus of evaluation）」という関連する側面に沿って進歩する傾向があることも発見した。

自己評価が向上するにつれて、クライアントは価値基準や判断の基盤を、他者から自分自身へと移行させる傾向がある。

多くの人々は、他者の評価を過度に気にしながら治療を始める。つまり、彼らの「評価の所在」は外部にある。

しかし、治療の成功によって、クライアントは自己に対する態度と同様に、他者に対する態度もより肯定的になり、価値基準や判断を他者に依存することが少なくなる（Raskin, 1952）。

クライアント中心療法における第三の中心概念は、「体験（experiencing）」である。

この次元において、多くのクライアントは進歩を遂げるが、すべてのクライアントがそうとは限らない（Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967）。

クライアントは、自己と世界を硬直的に体験する状態から、より開かれた柔軟な体験の仕方へと変化する。

---

## 結論

ここで述べた治療的態度と三つのクライアントの概念は、数多くの研究によって慎重に定義され、測定され、研究されてきた。

それらの研究は、セラピストが一貫して無条件の肯定的関心と共感的理解を持ち、かつ一致した存在であるとクライアントが認識したとき、クライアントの自己概念がより肯定的で現実的になり、自己表現と自己主導性が向上し、体験に対してより開かれ自由になり、行動がより成熟したものと評価され、ストレスへの対処能力が向上することを示している（Rogers, 1986a）。

## 他の体系（Other Systems）

クライアント中心療法は、主にロジャーズ自身の実践者としての経験から発展した。パーソンセンタード・アプローチ（person-centered approach）と他の人格理論の間には、重要な違いと概念的類似点の両方が存在する。

自己実現 (self-actualization) は、パーソンセンタード理論の中心概念であり、この概念を最も力強く提唱したのはクルト・ゴールドシュタイン (Kurt Goldstein) であった。彼の全体論的な人格理論は、人間は自己を実現しようとする全体性として理解されなければならないと強調している (Goldstein, 1934/1959)。ゴールドシュタインの研究と思想は、後のアブラハム・マズロー (Abraham Maslow) によるものを予見していた。マズローは人間性心理学 (humanistic psychology) の創始者の一人であり、フロイト派や刺激・反応による人間性の解釈に反対し、代わりに人間は意味を求め、価値を見出し、超越し、美を追求すると主張した。

アドラー心理学の主要な支持者であったハインツ・アンスバッハー (Heinz Ansbacher) は、マズロー (1968) およびフロイド・マツソン (Floyd Matson, 1969) とともに、人間性心理学の基本的な六つの前提に基づいて、多くの理論やセラピストが結びついていると認識した。

1. 人間の創造的な力は、遺伝や環境に加えて決定的な要素である。
2. 人間を擬人的 (anthropomorphic) に捉えるモデルは、機械論的 (mechanomorphic) なモデルよりも優れている。
3. 決定的な原動力は「原因」ではなく「目的」である。
4. 全体論的アプローチは、要素還元的 (elementaristic) なアプローチよりも適切である。
5. 人間の主観性、意見や視点、意識的および無意識的な要素を十分に考慮する必要がある。
6. 心理療法は本質的に良好な人間関係に基づいている (Ansbacher, 1977, p. 51)。

このような信念を共有した人物として、アルフレッド・アドラー (Alfred Adler)、ウィリアム・シュテルン (William Stern)、ゴードン・オールポート (Gordon Allport)、ゲシュタルト心理学者のマックス・ヴェルトハイマー (Max Wertheimer)、ヴォルフガング・ケーラー (Wolfgang Köhler)、クルト・コフカ (Kurt Koffka)、新フロイト派のフランツ・アレクサンダー (Franz Alexander)、エーリッヒ・フロム (Erich Fromm)、カレン・ホーナイ (Karen Horney)、ハリー・スタック・サリヴァン (Harry Stack Sullivan)、ポスト・フロイト派のジャッド・マーモア (Judd Marmor)、トーマス・サズ (Thomas Szasz)、現象学的・実存主義的心理学者のロロ・メイ (Rollo May)、認知理論家のジョージ・A・ケリー (George A. Kelly)、そしてもちろんカール・ロジャーズ (Carl Rogers) が挙げられる (Ansbacher, 1977)。

---

## クライアント中心療法と他の療法の違い

メイダーとロジャーズ (Meador & Rogers, 1984) は、クライアント中心療法を精神分析や行動修正と以下のように区別している。

### 精神分析との違い

精神分析では、分析者（セラピスト）は、患者に対して過去と現在のつながりを解釈し説明することを目的とする。一方、クライアント中心療法では、セラピストはクライアントが自身の現在の内的体験の意味を自ら発見できるよう支援する。

精神分析では、分析者は患者に対し洞察を解釈して教え、転移関係（transference relationship）の発展を促す。転移関係とは、患者の神経症に基づいた関係である。

それに対し、パーソンセンタード・セラピストは、できる限り正直かつ透明に自己を提示し、誠実に関心を持ち、傾聴する関係を築こうとする。

クライアント中心療法では、転移関係が始まることはあるが、完全には発展しない。ロジャーズは、転移関係は評価的な雰囲気の中で発生すると考えた。すなわち、クライアントが「セラピストの方が自分自身についてよく知っている」と感じることで依存的になり、過去の親子関係のダイナミクスを繰り返してしまう。

クライアント中心療法では、評価的態度を避ける傾向がある。クライアントに解釈を与えず、探るような質問をせず、安心させたり批判したりしない。クライアント中心療法のセラピストは、精神分析において中心的な役割を持つ転移関係を、クライアントの成長や変化に必要な不可欠なものとは考えていない。

---

## 行動療法との違い

行動療法においては、行動の変化は、刺激への連合や、さまざまな反応の結果によって外部から制御されることによって生じる。実際には、行動療法もセラピストとクライアントの関係に一定の注意を払っているが、その主な焦点は特定の行動の変化にある。

これに対し、クライアント中心療法では、行動の変化は個人の内面から自然に発展すると考える。行動療法の目標は症状の除去であり、症状の内的体験との関連性や、セラピストとクライアントの関係、またはその関係の雰囲気に特に関心を持たない。行動療法は、学習理論の原則を用いて、できる限り効率的に症状を取り除くことを目的としている。

しかし、この視点はクライアント中心療法とは大きく異なる。クライアント中心療法では、「十分に機能する人間（fully functioning person）」は内的体験に基づいて行動を導くと考えられている（Meador & Rogers, 1984, p. 146）。

## Raskin（1974）の研究：クライアント中心療法と他の療法との比較

Raskin（1974）は、ロジャーズの療法と他の五つの理論的方向性を持つリーダーたちの療法を比較する研究において、クライアント中心療法が「共感（empathy）」と「無条件の肯定的配慮（unconditional positive regard）」を提供する点で際立っていることを発見した。精神分析的アプローチのセラピストや折衷的（eclectic）心理療法のセラピストは、クライアント中心療法が重視する「共感」「温かさ」「無条件の

肯定的配慮」の価値を認めていた。しかし、「合理情動療法（rational emotive behavior therapy: REBT）」のセラピスト、精神分析的アプローチのセラピスト、ユング派のセラピストによる面接の例は、これらの特性において低く評価された。

この研究では、ロジャーズと合理情動行動療法（REBT）の創始者であるアルバート・エリス（Albert Ellis）による療法の録音サンプルを直接比較した。83人のセラピスト審査員が12のセラピスト変数を評価した結果、ロジャーズとエリスが共通して高評価を得た変数は「自己信頼（Self-Confident）」のみであった。

ロジャーズの療法サンプルは、以下の次元において高く評価された。

- **共感（Empathy）**
- **無条件の肯定的配慮（Unconditional Positive Regard）**
- **一致性（Congruence）**
- **信頼を与える能力（Ability to Inspire Confidence）**

一方、エリスの面接は以下の次元で高評価を得た。

- **認知的（Cognitive）**
- **セラピスト主導的（Therapist-Directed）**

ロジャーズは「セラピスト主導的（Therapist-Directed）」の次元で低評価を受け、エリスは「無条件の肯定的配慮（Unconditional Positive Regard）」の次元で低評価を受けた。

---

## クライアント中心療法と合理情動行動療法（REBT）の違い

この研究結果は、クライアント中心療法と合理情動行動療法（REBT）の以下の違いを裏付けるものである。

1. クライアント中心アプローチは、合理情動行動療法とは異なり、セラピューティックな関係を非常に重視する。
2. 合理情動療法のセラピストは多くの指示を与えるが、クライアント中心アプローチはクライアントが方向性を決めることを奨励する。
3. 合理情動療法のセラピストは、クライアントの思考過程の欠陥を指摘することに注力する。一方、クライアント中心療法のセラピストは、クライアントの考え方や認識の仕方を受け入れ、尊重する。
4. クライアント中心療法では、行動はクライアント自身が選択するのが特徴である。一方、合理情動療法では、セラピストが「宿題（homework）」を出すことが含まれる。
5. クライアント中心療法のセラピストは、感情レベルでクライアントと関わり、尊敬と受容の姿勢を持つ。しかし、合理情動療法のセラピストは、クライアントが自分自身や対人関係に与えている非合理

的な害を指摘するために、この感情的プロセスを中断する傾向がある。

## ロジャーズとエリスの共通点

ロジャーズとエリスは、人々を助けるための哲学や方法論は大きく異なるものの、いくつかの重要な信念や価値観を共有している。

1. 深刻な心理的問題を抱えた人でも変わることができるという大きな楽観主義（great optimism）。
2. 個人はしばしば不必要に自己批判的であり、否定的な自己態度はより現実的で肯定的なものへと変わり得るという認識。

これらの共通の信念のもと、クライアントは自己表現と自己決定をより多く行うようになり、経験に対してより開かれ自由になり、その行動はより成熟して評価され、ストレスに対処する能力が向上する（Rogers, 1986a）。

## 他のシステム

クライアント中心療法は、主にロジャーズ自身の臨床経験から発展したものである。パーソンセンタード・アプローチと他の人格理論には、重要な違いがあると同時に概念的な類似点も存在する。

**自己実現（self-actualization）** は、パーソンセンタード理論において中心的な概念であり、これを最も強く主張したのはクルト・ゴールドシュタイン（Kurt Goldstein）であった。彼の**全体論的（holistic）人格理論**では、個人は**自己を実現しようとする全体として理解されなければならない**とされる（Goldstein, 1934/1959）。

ゴールドシュタインの研究と思想は、**人間性心理学（humanistic psychology）**の創始者の一人であるアブラハム・マズロー（Abraham Maslow）に先行するものであった。マズローは**フロイト派の解釈や刺激-反応理論に基づく人間観に反対し、人間は「意味」「価値」「超越」「美」を求める存在であると主張した**。

アドラー心理学の主要な提唱者であるハインツ・アンスバッハー（Heinz Ansbacher）は、マズロー（1968）やフロイド・マトソン（Floyd Matson, 1969）とともに、「**人間性心理学を結びつける六つの基本前提**」を認識していた。

## 人間性心理学の六つの基本前提（Ansbacher, 1977, p. 51）

1. 人間の**創造的な力**は、遺伝や環境と並ぶ重要な要素である。
2. 人間を**擬人的に捉えるモデル（anthropomorphic model）**は、**機械論的モデル（mechanomorphic model）**よりも優れている。
3. 「**原因**」ではなく「**目的**」こそが**決定的な力**である。

4. 要素主義 (elementaristic) よりも全体論的 (holistic) アプローチの方が適切である。
5. 人間の主観性、意見、視点、意識、無意識を十分に考慮することが必要である。
6. 心理療法は基本的に「良好な人間関係」に基づくものである。

このような信念を持っていたのは、アルフレッド・アドラー (Alfred Adler) 、ウィリアム・シュテルン (William Stern) 、ゴードン・オールポート (Gordon Allport) 、ゲシュタルト心理学者のマックス・ヴェルツハイマー (Max Wertheimer) 、ヴォルフガング・ケーラー (Wolfgang Köhler) 、クルト・コフカ (Kurt Koffka) 、新フロイト派のフランツ・アレクサンダー (Franz Alexander) 、エーリッヒ・フロム (Erich Fromm) 、カレン・ホーナイ (Karen Horney) 、ハリー・スタック・サリヴァン (Harry Stack Sullivan) 、ポスト・フロイト派のジャッド・マーモア (Judd Marmor) 、トーマス・サズ (Thomas Szasz) 、現象学および実存主義的心理学者のロロ・メイ (Rollo May) 、認知理論家のジョージ・A・ケリー (George A. Kelly) 、そしてもちろんカール・ロジャーズ (Carl Rogers) である (Ansbacher, 1977) 。

---

## クライアント中心療法と他の心理療法との違い (Meador & Rogers, 1984)

ミーダー (Meador) とロジャーズ (Rogers, 1984) は、クライアント中心療法を**精神分析**および**行動療法 (behavior modification)**と比較し、それぞれの違いを次のように述べている。

### 1. クライアント中心療法 vs. 精神分析

- 精神分析では、分析家が**過去と現在のつながりを解釈し、患者に教えること**を目的とする。
- クライアント中心療法では、**セラピストがクライアントの現在の内面的な体験の意味を発見することを促す**。
- 精神分析において、分析家は**教師の役割を担い、洞察を解釈し、転移関係 (transference relationship) を促す**。転移関係とは、患者の神経症に基づいた関係である。
- 一方で、クライアント中心療法では、**セラピストはできる限り正直で透明であり、誠実な思いやりと傾聴によって関係を築こうとする**。
- クライアント中心療法では、**転移関係が生じることもあるが、それが本格化することはない**。
- ロジャーズは、転移関係は**評価的な雰囲気の中で発生する**と考えた。すなわち、クライアントが「セラピストは自分よりも自分を理解している」と感じることで依存が生じ、過去の親子関係のパターンが繰り返されるのである。

---

## クライアント中心療法と合理情動行動療法 (REBT)

ロジャーズとアルバート・エリス (Albert Ellis) の研究の比較と同様に、**クライアント中心療法と合理情動行動療法 (REBT) には顕著な違いがあるが、同時に共通する信念も存在する**。

## 相違点

1. クライアント中心アプローチは、セラピストとクライアントの関係を重視するが、REBTはそれほど重視しない。
2. REBTのセラピストは、クライアントに対して積極的に指示を出すのに対し、クライアント中心アプローチではクライアント自身が方向を決定する。
3. REBTのセラピストは、クライアントの非合理的な思考を指摘し修正することに焦点を当てるが、クライアント中心療法では、クライアントの思考や認識をそのまま尊重する。
4. REBTでは、セラピストが「宿題 (homework) 」を出し、クライアントに課題を与えるのに対し、クライアント中心療法では、行動の選択は完全にクライアント自身に委ねられる。
5. クライアント中心療法では、クライアントと感情的に共鳴することが重視されるが、REBTでは、セラピストがクライアントの非合理的思考を指摘するために、その感情的プロセスを中断することが多い。

## 共通点

1. 人はどれほど深刻な問題を抱えていても変わることができるという楽観主義
2. 人々はしばしば不必要に自己批判的であり、否定的な自己態度をより現実的で肯定的なものへと変えることができるという信念
3. 個人療法だけでなく、専門的な執筆活動を通じても人々を助けようとする意欲
4. 自身の治療方法を公に示す意欲
5. 科学と研究に対する敬意

これと同様の違いと共通点は、ロジャーズとアロン・ベック (Aaron Beck) をはじめとする他の認知療法家との比較においても見られる。

## 歴史

### 先駆者たち

カール・ロジャーズに最も強い影響を与えたものの一つは、彼が訓練を受けた伝統的な児童指導 (child guidance) 法があまり効果的でないことを学んだ経験であった。

コロンビア大学のティーチャーズ・カレッジ (Teachers College) で、彼はテスト、測定、診断的インタビュー、解釈的治療について教わった。その後、精神分析的指向の児童指導研究所 (Institute for Child Guidance) でのインターンシップを経験し、詳細なケースヒストリーの取得や投影法による人格検査を学んだ。

重要なのは、ロジャーズがもともとロチェスターの児童指導機関に「診断的・処方的・専門家的に非個人的なアプローチ」を信じて赴任したという点である。しかし、実際の経験を通じて、この方法が効果的でない結論づけた。

その代替策として、ロジャーズは「**専門家の立場から指示するのではなく、クライアントの話を聞き、クライアント自身の導きに従う**」という方法を試みた。すると、これがより効果的であることがわかった。

ロジャーズは、この代替的アプローチに対して、理論的・応用的な支持を見出した。その中で特に重要だったのが、**オットー・ランク (Otto Rank)** とその支持者たちの研究であった。彼らは、**ペンシルベニア大学社会福祉学部 (University of Pennsylvania School of Social Work)** や**フィラデルフィア児童指導クリニック (Philadelphia Child Guidance Clinic)** で活動していた。

ロジャーズにとって特に重要な出来事が二つあった。

1. **ランクとのロチェスターでの3日間のセミナー (Rogers & Haigh, 1983)**
2. **ランク派の訓練を受けたソーシャルワーカー、エリザベス・デイヴィス (Elizabeth Davis) との交流**

ロジャーズは、デイヴィスについて次のように述べている。

“

「彼女から私は、**表現された感情にほぼ完全に応答する** という考えを初めて得た。後に**感情の反映 (reflection of feeling)** と呼ばれるようになったものは、彼女との接触から生まれた。」

(Rogers & Haigh, 1983, p.7)

”

ロジャーズの**療法実践**と、その後の**理論の発展**は、彼自身の経験から生まれたものである。同時に、彼の初期の研究には**オットー・ランクとのつながり**が随所に見られる。

## ランク派の理論と非指示的療法の共通点

ランクの理論には、**非指示的療法 (nondirective therapy)** の原則と密接に関連する要素がいくつかある。

1. **助けを求める個人は、イドやスーパーエゴといった非個人的な力の戦場ではなく、「個人的な創造力 (personal creative powers)」を持つ存在である。**
2. **療法の目的は、個人が「唯一無二の存在」として「自立」できるようにすることである。**
3. **この目標を達成するためには、セラピストではなく、クライアント自身が「治療プロセスの中心人物」とならなければならない。**
4. **セラピストは、「愛を与える道具」でも「教育を施す道具」でもあってはならない。愛を与えすぎるとクライアントの依存を助長し、教育的に接するとクライアントを変えようとすることになる。**
5. **療法の目標は、クライアントが過去を説明されることによって達成されるのではなく、「現在の体験」をセラピーの場で深く経験することによって達成される。**

- クライエントは、過去について解釈を与えられると、それに抵抗する可能性がある。
- たとえ過去の解釈を受け入れたとしても、それは現在の適応に対する責任を軽減することになってしまう。

(Raskin, 1948, pp. 95-96)

## 技法（テクニック）と解釈に基づく療法の拒否（ランクの見解）

ランクは、療法における「技法（テクニック）」や「解釈（interpretation）」に依存するアプローチを明確に拒否している。彼は次のように述べている。

“

「あらゆる症例、さらには同じ症例のあらゆる治療時間においても、それぞれ異なる。なぜなら、それらは瞬間ごとに生じる状況の力の作用に基づいており、直ちに適用されるものだからだ。

私の技法の本質は、「技法を持たないこと」である。できる限り経験と理解を活用し、それを常にスキルへと変換するが、決して固定化された技術的ルールに結晶化させることはない。

技法というものは、イデオロギー的な療法においてのみ存在する。そこでは、技法は理論と同一視され、分析家の主な役割は「解釈（イデオロギー的）」を行うことであり、クライアントに「経験をもたらし、それを許容する」ことではない。」

(Rank, 1945, p. 105)

”

## ランクの療法実践の不明瞭さ

ランクは、彼自身の心理療法の実践について明確に説明することはなかった。特に、**治療時間内での彼の具体的な行動や介入の度合い**については不明瞭である。

彼の著作『意志療法（Will Therapy）』および『真実と現実（Truth and Reality）』（1945）には、**彼が教育的・解釈的技法を批判し、クライアント自身が「自らのセラピスト」になることの価値を強調した**記述が見られる。

しかし一方で、彼は治療関係の中で「**疑いなく最も大きな力を持つ存在**」という立場を取っていたことも、これらの著作から示唆されている。

## 始まり

カール・ランサム・ロジャーズ（Carl Ransom Rogers）は、**1902年1月8日** にイリノイ州オークパーク（Oak Park, Illinois） で生まれた。

ロジャーズの両親は、**勤勉さ、責任感、宗教的原理主義** を信じており、**飲酒、ダンス、カード遊び** などの行為をよく思っていなかった。

家庭は**親密さと献身** によって特徴づけられていたが、**愛情を公に表現することはなかった**。

高校時代、ロジャーズは**家族の農場で働き**、実験や農業の科学的側面に興味を持つようになった。

彼は、**両親や兄弟と同じく、ウイスコンシン大学（University of Wisconsin）** に進学し、**農業（agriculture）** を専攻した。

また、ロジャーズは**家族の宗教的伝統を受け継ぎ**、**キャンパスYMCA** で活動し、**1922年に中国・北京で開催された「世界学生キリスト教連盟（World Student Christian Federation）」の会議に、アメリカの若者代表10人のうちの1人として選ばれた**。

この頃、ロジャーズは**専攻を農業から歴史（history）へと変更**した。これは、**牧師（minister）としてのキャリアに備えるため**であった。

**1924年にウイスコンシン大学を卒業し、幼なじみのヘレン・エリオット（Helen Elliott）と結婚**した後、**ユニオン神学校（Union Theological Seminary）** に入学した。

しかし**2年後**、心理学の授業をいくつか受講したことをきっかけに、ロジャーズは「**ブロードウェイを渡って**」**コロンビア大学のティーチャーズ・カレッジ（Teachers College, Columbia University）**へ移った。

そこでは、ロジャーズが後に「**フロイト派的思考、科学的思考、進歩的教育思想が矛盾しながら混在している環境**」（Rogers & Sanford, 1985, p.1374）と表現するような学問的背景に触れることとなった。

---

## 子ども指導センターでの経験

ティーチャーズ・カレッジ卒業後、ロジャーズは**ニューヨーク州ロチェスターの児童指導センター（child-guidance center）**で**12年間勤務**し、心理学者として実践するだけでなく、**管理職（administrator）**にも就いた。

この間、**論文の執筆を始め、全国規模で活動**するようになった。

1939年、彼の著書『問題児の臨床的治療（The Clinical Treatment of the Problem Child）』が出版され、それをきっかけにオハイオ州立大学（Ohio State University）の心理学教授の職を打診された。

オハイオ州立大学に着任後、ロジャーズは問題を抱える子どもやその親を支援する新しい方法を教え始めた。

## 非指示的アプローチの発展

1940年、ロジャーズは『問題児の臨床的治療』で述べた児童指導法を発展させた授業を行っていた。

彼の視点では、このアプローチは当時の心理学界の合意形成に基づいた進化的な方向性であり、革命的なものではなかった。

臨床プロセスは、以下の手順で進められた。

1. アセスメント（assessment）：
  - 子どもへのテスト
  - 親へのインタビュー
  - アセスメント結果を基に治療計画を作成
2. 治療（treatment）：
  - 非指示的（nondirective）原則を適用

しかし、ロジャーズの見解は徐々に急進的（radical）なものへと変化していった。

## クライアント中心療法の誕生

1940年12月11日、ロジャーズはミネソタ大学（University of Minnesota）で「心理療法における新しい概念（Some Newer Concepts in Psychotherapy）」と題した講演を行った。

この講演は、クライアント中心療法（client-centered therapy）誕生の象徴的な出来事として最も頻繁に言及されている。

ロジャーズは、この講演を基に、『カウンセリングと心理療法（Counseling and Psychotherapy）』（1942年）を執筆した。

この本では、以下のような一般化されたプロセスが説明されている。

1. クライアントは、葛藤状況や否定的な態度を抱えてセラピーを開始する。

- セラピーの過程で、洞察 (insight)、自立 (independence)、肯定的態度 (positive attitudes) へと進んでいく。

ロジャーズは、このプロセスを促進するカウンセラーの役割を以下のように仮説づけた。

- 助言 (advice) や解釈 (interpretation) を避けること
- クライアントの感情を一貫して認識し、受け入れること

この新しいカウンセリング・心理療法アプローチを裏付ける研究も発表された。

特にポーター (Porter, 1943) による最初の博士論文を皮切りに、心理療法のプロセスと成果に関する一連の先駆的な研究が始まった。

こうして、心理療法 (psychotherapy) という全く新しいアプローチと、それを支える研究分野が急速に発展し、臨床心理学者の主要な専門職能として心理療法が確立される道が開かれた。

---

## シカゴ大学での成長

第二次世界大戦中、ロジャーズは米軍の慰問団「ユナイテッド・サービス・オーガニゼーションズ (United Service Organizations)」のカウンセリング・サービス部門の責任者 (director of counseling services) を務めた。

戦後、シカゴ大学 (University of Chicago) の心理学教授に就任し、大学のカウンセリングセンターの責任者となった。

ロジャーズがシカゴ大学にいた12年間は、クライアント中心療法の理論・哲学・実践・研究・応用・影響が飛躍的に成長した時期であった。

---

## クライアント中心療法の理論的確立

1957年、ロジャーズは「心理療法的人格変化の必要かつ十分な条件 (The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change)」という古典的論文を発表した。

この論文では、セラピストが提供すべき3つの必須条件を提示した。

- 一致 (congruence)
- 無条件の肯定的配慮 (unconditional positive regard)

### 3. クライアントの内的枠組みに対する共感的理解 (empathic understanding of the client's internal frame of reference)

この理論的枠組みは、クライアント中心療法に限らず、あらゆる心理療法に適用できるものとして提唱された。

1959年、ロジャーズは彼の理論の最も包括的かつ厳密な体系化を行い、「主著 (magnum opus)」を発表した。

## ロジャーズの哲学と心理学における「第三の勢力」

ロジャーズの哲学である\*\*「極めて合理的 (exquisitely rational)」な人間の行動と成長の本質は、さらなる発展を遂げた。そして、それはセーレン・キルケゴール (Søren Kierkegaard)、エイブラハム・マズロー (Abraham Maslow)、ロロ・メイ (Rollo May)、マルティン・ブーバー (Martin Buber) \*\* などの人間性心理学 (humanistic movement) の思想と関連づけられた。

彼らの理論は、行動主義 (behaviorism) と精神分析 (psychoanalysis) の支配的地位に挑戦する「心理学における第三の勢力 (third force)」の触媒となっていた。

---

## クライアント中心療法の発展と研究の進展

クライアント中心療法 (client-centered therapy) の実践が深化し、拡大するにつれ、セラピスト自身も、治療関係 (therapeutic relationship) の中で一人の人間としてより深く評価されるようになった。

オハイオ州立大学 (Ohio State University) で順調に始まった心理療法研究 (psychotherapy research) は、その後も継続された。

以下の研究者たちによる調査が含まれていた。

- ゴッドフリー・T・バレット=レナード (Godfrey T. Barrett-Lennard, 1962)
- ジョン・バトラー (John Butler) & ジェラルド・ヘイグ (Gerard Haigh, 1954)
- デズモンド・カートライト (Desmond Cartwright, 1957)
- ユージン・ジェンドリン (Eugene Gendlin, 1961)
- ナサニエル・ラスキン (Nathaniel Raskin, 1952)
- ジュリアス・シーマン (Julius Seeman, 1959)
- ジョン・シュライン (John Shlien, 1964)
- スタンリー・スタンダル (Stanley Standal, 1954)

など、他にも多くの研究者が関わった。

---

## カウンセリングを超えたクライアント中心の原則の応用

オハイオ州立大学において、クライアント中心の原則（client-centered principles）は、カウンセリングの枠を超えて広範な影響を持つ可能性があると考えられていた。

シカゴ大学では、この考えがより明確に示され、学生やカウンセリングセンターのスタッフのエンパワーメント（empowerment）が進められた。

『クライアント中心療法（Client-Centered Therapy, 1951）』の約半分は、クライアント中心療法の応用に関する内容であった。

また、以下の追加章も含まれていた。

- 遊戯療法（play therapy）
- 集団療法（group therapy）
- リーダーシップと管理（leadership and administration）

---

## ウィスコンシン大学での研究と統合失調症患者への応用

1957年、ロジャーズはウィスコンシン大学（University of Wisconsin）の心理学および精神医学の教授職を受諾した。

彼は、同僚や大学院生との共同作業のもと、大規模な研究プロジェクトを開始した。

この研究の仮説は、入院中の統合失調症患者（hospitalized schizophrenics）が、クライアント中心のアプローチに反応を示すのではないかというものであった（Rogers et al., 1967）。

複雑な結果の中から、比較的明確な2つの結論が導き出された。

1. 最も成功した患者は、「最も高いレベルの正確な共感（accurate empathy）」を経験した患者であった。
2. セラピー関係の成功または失敗は、セラピストの評価よりも、クライアント自身の評価とより強く関連していた。

---

## カリフォルニアへの移住と新たな研究活動

ロジャーズは、ウィスコンシン大学を去り、フルタイムの学術職から退き、1964年にカリフォルニア州ラ・ホーヤ（La Jolla, California）に移住した。

彼は、4年間にわたり「西部行動科学研究所（Western Behavioral Sciences Institute）」の常駐フェロー（resident fellow）を務めた後、1968年からは「人間研究センター（Center for Studies of the Person）」に所属した。

カリフォルニアでの20年以上の歳月の中で、ロジャーズは以下のようなパーソンセンタード・アプローチ（person-centered approach）に関する書籍を執筆した。

- 教育（teaching）と教育行政（educational administration）
- エンカウンター・グループ（encounter groups）
- 結婚（marriage）やその他のパートナーシップ（partnerships）
- 「静かな革命（quiet revolution）」

ロジャーズは、この「新しいタイプの自己実現した個人（self-empowered person）」が生み出す革命こそが、「心理療法、結婚、教育、行政、政治の本質を変える可能性を持つ」と信じていた（Rogers, 1977）。

これらの書籍は、数百に及ぶ個人およびグループの体験を観察し、解釈した結果を基に執筆された。

---

## 国際紛争解決への応用

ロジャーズと彼の同僚たちは、パーソンセンタード・アプローチを国際紛争解決（international conflict resolution）に応用することに特別な関心を持っていた。

これにより、以下のような活動が行われた。

- 南アフリカ（South Africa）
- 東欧（Eastern Europe）
- ソビエト連邦（Soviet Union）への訪問
- 北アイルランドのカトリック派（Irish Catholics）とプロテスタント派（Protestants）の会合
- 中米の紛争に関わる国家の代表との会談（Rogers & Ryback, 1984）

---

## パーソンセンタード仮説の研究と映像資料

ロジャーズの書籍に加えて、**多数の価値ある映画（films）やビデオテープ（videotapes）** が制作され、研究データとして提供された。

これらは、**パーソンセンタード仮説（person-centered hypothesis）の基本概念** に基づいていた。

すなわち、

“

**共感（empathy）、一致（congruence）、無条件の肯定的配慮（unconditional positive regard）を経験した個人や集団は、自己主導的変化（self-directed change）の建設的プロセスを経る**

”

という考え方である。

## 現在の状況（Current Status）

1982年以降、**パーソンセンタード・アプローチ（Person-Centered Approach）** に関する**国際フォーラム（biennial international forums）** が2年ごとに開催されてきた。

開催地は以下の国々である。

- **メキシコ（Mexico）**
- **イングランド（England）**
- **アメリカ合衆国（United States）**
- **ブラジル（Brazil）**
- **オランダ（Netherlands）**
- **ギリシャ（Greece）**
- **南アフリカ（South Africa）**

また、これらのフォーラムと交互に、以下の国々で「**クライアント中心療法および体験的心理療法（Client-Centered and Experiential Psychotherapy）**」に関する**国際会議（international conferences）** が開催されている。

- **ベルギー（Belgium）**
- **スコットランド（Scotland）**
- **オーストリア（Austria）**
- **ポルトガル（Portugal）**
- **アメリカ合衆国（United States）**

# ADPCAの設立とウォームスプリングスでのワークショップ

1986年9月、カール・ロジャーズ（Carl Rogers）は「パーソンセンタード・アプローチ発展協会（Association for the Development of the Person-Centered Approach, ADPCA）」の設立総会に出席した。

この会合は、シカゴ大学（University of Chicago）の「インターナショナル・ハウス（International House）」にて開催された。

この会議は、カール・ロジャーズが最後に出席した会合となった。

この会議で、パーソンセンタード・アプローチに関するワークショップを開催するという構想が生まれた。

このワークショップは、ジョージア大学名誉教授（Professor Emeritus at University of Georgia）であるジェロルド・ボザース（Jerold Bozarth）と、数名の大学院生によって組織された。

そして、カール・ロジャーズが1987年2月4日に死去した1週間後に開催された。

- 開催日：1987年2月11日～15日
- 開催地：ジョージア州ウォームスプリングス（Warm Springs, Georgia）
- 会場：「リハビリテーション研究所（Rehabilitation Institute）」

この施設は、フランクリン・ルーズベルト（Franklin Roosevelt）がポリオに罹患した後に治療を受けた場所である。

ワークショップには40名の参加者が集まった。

主な参加者は以下の通り。

- バーバラ・ブロードリー（Barbara Brodley）
- チャック・デボンシャー（Chuck Devonshire）
- ナット・ラスキン（Nat Raskin）
- デイビッド・スパーン（David Spahn）
- フレッド・ジムリング（Fred Zimring）

参加者は、以下の州から集まった。

- ジョージア州（Georgia）

- フロリダ州 (Florida)
- イリノイ州 (Illinois)
- カンザス州 (Kansas)
- ネバダ州 (Nevada)

このグループは、ジェロルド・ボザースに対し、参加者自身が独自の方向性を見出し、独自のプロセスを発展させることを許してくれたことに感謝の意を表した。

1987年以降、ウォームスプリングスでは毎年ワークショップが開催されており、この「非指示的 (nondirective)」な雰囲気は今日まで維持されている。

さらに、ウォームスプリングス・ワークショップに加え、ADPCAは毎年会合を開いている。

ADPCAの詳細情報は以下のウェブサイトで見ることが可能である。

➔ [www.adpca.org](http://www.adpca.org)

ADPCAは、多様な職業の人々で構成されている。

- 教育者 (educators)
- 看護師 (nurses)
- 心理学者 (psychologists)
- 芸術家 (artists)
- ビジネスコンサルタント (business consultants)

など、多くの分野の専門家が、このアプローチの可能性に関心を寄せるコミュニティの一員となっている。

---

## 『パーソンセンタード・レビュー』と『パーソンセンタード・ジャーナル』

1986年、デイビッド・ケイン (David Cain) によって、『パーソンセンタード・レビュー (The Person-Centered Review)』が創刊された。

この雑誌は、「研究、理論、応用に関する国際ジャーナル (an international journal of research, theory, and application)」として位置付けられた。

編集委員会は、世界中の学者や実践者によって構成されていた。

1992年、『パーソンセンタード・レビュー』は、『パーソンセンタード・ジャーナル (The Person-Centered Journal)』へと引き継がれた。

新しいジャーナルの編集者は以下の二人である。

- ジェロルド・ボザース (Jerold Bozarth)
- フレッド・ジムリング (Fred Zimring)

---

## パーソンセンタード・アプローチの進化とWAPCEPCの設立

ラスキン (Raskin, 1996) は、1940年代の個別療法 (individual therapy) から、1990年代のコミュニティ概念 (concept of community) への発展に至る、運動の進化における重要なステップを整理した。

2000年、「パーソンセンタードおよび体験的心理療法・カウンセリング世界協会 (World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, WAPCEPC)」が設立された。

- 設立地 : ポルトガル (Portugal)
- 設立の場 : パーソンセンタード・アプローチ国際フォーラム (International Forum for the Person-Centered Approach)

この協会は、以下のような専門家によって構成されている。

- 心理療法士 (psychotherapists)
- 研究者 (researchers)
- 理論家 (theorists)

WAPCEPCの目的は、パーソンセンタード・アプローチの「革命的な本質 (revolutionary nature)」を再確認し、強調することである。

協会の活動、会議のスケジュール、会員情報は以下のウェブサイトで閲覧可能である。

➔ [www.pce-world.org](http://www.pce-world.org)

この協会は、査読付き学術誌 (peer-reviewed journal) 『パーソンセンタード・アンド・エクスペリエンシャル・サイコセラピー (Person-Centered and Experiential Psychotherapy, PCEP)』を創刊した。

この雑誌は、以下のような論文を掲載している。

- 実証的研究 (empirical studies)
- 質的研究 (qualitative studies)
- 理論的研究 (theoretical articles)

PCEPの全文は、**2001年まで遡ってオンラインで閲覧可能**である。

パーソンセンタード・アプローチの最新状況について詳しく知りたい場合は、以下の論文が推奨される。

➡ ハワード・カーシェンバウム (Howard Kirschenbaum) & エイプリル・ジョーダン (April Jourdan, 2005)

「カール・ロジャーズとパーソンセンタード・アプローチの現状 (The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach) 」

## 人格 (PERSONALITY)

---

### 人格の理論 (Theory of Personality)

ロジャーズは、心理学理論への関心がほとんどなかった段階から、「治療、人格、対人関係に関する19の命題からなる厳密な理論 (a rigorous 19-proposition 'theory of therapy, personality, and interpersonal relationships') 」を発展させるに至った (Rogers, 1959b) 。

この変化は、一方ではロジャーズの理論に対する敬意の変化を示すものであり、他方では、この包括的な理論の形成が論理的な進化として理解されうることを示している。

ロジャーズは、子どもが自身の「自己 (self) 」および「理想の自己 (self-ideal) 」について持つ意識的な態度の重要性を信じていた。

そして、この信念は、彼が子ども的人格適応を測定するために考案したテストにも反映されている (Rogers, 1931) 。

また、クライアントが防衛を減少させながら自己認識を自己主導で拡張していくプロセスを、ロジャーズは「心理療法の過程」に関する論文の中で描写した (Rogers, 1940) 。

この論文において、ロジャーズは「幼児性、攻撃性、曖昧さといった側面を持つ『本当の自己 (real self) 』を徐々に認識していく過程」について言及した。

そして、逐語録インタビューの客観的分析が進むにつれ、心理療法における人格変化のデータが急速に蓄積され始めた。

その結果、自身の仮説を支持しないものも含め、「事実は常に友好的である (the facts are always friendly)」というロジャーズの信念は、さらなる支持を得ることとなった。

ロジャーズは、これらの観察を基に、人格と行動に関する理論を構築し、『クライアント中心療法 (Client-Centered Therapy, 1951)』の中で詳述した。

---

## ロジャーズの「人格理論」19の基本命題 (19 Basic Propositions)

1. すべての個人は、絶えず変化する経験の世界に存在し、その世界の中心である。
2. 有機体 (the organism) は、知覚されたままの場に反応する。この知覚的場が、個人にとっての「現実 (reality)」である。
3. 有機体は、この現象的場 (phenomenal field) に対して、組織化された全体として反応する。
4. 有機体には、
  - ① 自己を実現する (actualize)
  - ② 自己を維持する (maintain)
  - ③ 自己を高める (enhance)という、基本的な傾向と努力がある。
5. 行動 (behavior) は、本質的に、有機体はその経験するニーズを満たそうとする目標志向の試みであり、知覚された場において実行される。
6. 感情 (emotion) は、この目標志向の行動を一般的に促進し、その種類は「目標の追求」と「目標の達成」のどちらに関連するかによって決定される。また、感情の強さは、その行動が有機体の維持や向上にとってどれほど重要かという知覚的意義と関連している。
7. 行動を理解するための最適な視点は、個人の「内部の枠組み (internal frame of reference)」からである。
8. 知覚的場の一部が次第に分化し、「自己 (self)」として認識されるようになる。
9. 環境との相互作用、特に「他者との評価的相互作用 (evaluational interaction)」の結果として、自己の構造が形成される。この自己の構造とは、
  - 「私 (I)」または「私自身 (me)」の特性や関係性に関する認識の、組織化された、流動的でありながら一貫した概念パターンであり、
  - これらの概念に付随する価値観を含む。
10. 経験に付与される価値や、自己構造の一部となる価値は、次の二つの形態で存在する。
  - ① 有機体が直接経験する価値 (values experienced directly by the organism) 。

- ② 他者から取り入れた価値 (introjected values) 。これらの価値は、直接経験したものではないが、あたかも直接経験したかのように歪められて知覚されることがある。

## ロジャーズの「人格理論」19の基本命題（続き）

11. 個人の人生において経験が生じると、それらは以下のいずれかの方法で処理される。
  - (a) 象徴化され、知覚され、「自己」との関係の中に組織化される。
  - (b) 「自己構造」との関係が知覚されないために無視される。
  - (c) 「自己構造」と矛盾するために、象徴化が拒否されるか、歪められた象徴化が与えられる。
12. 有機体が採用する行動様式のほとんどは、「自己概念」と一致するものである。
13. 行動は場合によっては、象徴化されていない有機体的な経験やニーズによって引き起こされることがある。

このような行動は、「自己構造」と矛盾する可能性があるが、その場合、その行動は個人によって「自分のもの」とは認識されない。
14. 「心理的不適応 (psychological maladjustment) 」は、有機体が重要な感覚的・内臓的経験を意識から排除し、それらが象徴化されず、「自己構造」のゲシュタルトに組み込まれないときに生じる。

この状況が存在すると、心理的緊張が生じる可能性がある。
15. 「心理的適応 (psychological adjustment) 」は、「自己概念」が、有機体のすべての感覚的・内臓的経験を象徴レベルで統合し、「自己概念」と一貫した関係を築くことができるときに存在する。
16. 「自己の組織化」や「自己構造」と矛盾するいかなる経験も「脅威 (threat) 」として知覚される可能性がある。

また、このような知覚が増えるほど、「自己構造」は自らを維持するためにより硬直化する。
17. 特定の条件下、特に「自己構造」に対する脅威が完全に存在しない場合、自己構造と矛盾する経験も知覚され、検討されることがある。

この場合、「自己構造」は修正され、そうした経験を統合し包含することが可能になる。
18. 個人が自身のすべての感覚的・内臓的経験を知覚し、それらを一貫した統合的なシステムの中に受け入れると、その人は必然的に他者をより理解し、他者を独立した個人としてより受け入れるようになる。
19. 個人が「自己構造」に、より多くの有機体的経験を知覚し受け入れるにつれて、その人は、現在の価値体系（多くの場合、歪められた象徴化を伴う「取り入れられた価値体系 (introjected values) 」に基づいている) を、

「持続的な有機体的価値評価プロセス (a continuing organismic valuing process) 」へと置き換えていくことになる。 (pp. 481-533)

---

## ロジャーズのコメント

ロジャーズは、この理論について次のように述べている。

“

この理論は基本的に「現象学的 (phenomenological)」な性質を持ち、「自己 (self)」という概念を説明のための構成要素として大きく依存している。

この理論が描く人格発達の最終地点 (end-point) は、「経験の現象的場 (phenomenal field of experience)」と「自己の概念構造 (conceptual structure of the self)」の間に基本的な一致 (basic congruence) が生じる状態である。

この状態が達成されれば、

- 内的な緊張や不安 (internal strain and anxiety) からの解放がもたらされる。
- 潜在的な緊張からも自由になる。
- 現実に応じた適応 (realistically oriented adaptation) の最大限の発展が可能となる。
- 個人が確立する価値体系は、他の同様に適応した人間の価値体系と大きく一致することになる。 (1951, p. 532)

”

## これらの命題に関するさらなる研究

1950年代初頭、シカゴ大学の「カウンセリング・心理療法研究センター」において、これらの命題のさらなる調査が、慎重に設計・管理された研究のもとで実施された。スティーブソン (Stephenson, 1953) の **Qソート技法** が用いられ、心理療法中および心理療法後の自己概念と自己理想の変化、ならびに心理療法を受けない対照期間における変化が測定された。

多くの研究結果はロジャーズの仮説を支持するものであった。たとえば、**心理療法の過程で「自己」と「理想自己」の一致度 (congruence) が有意に増加し、知覚される自己の変化が心理的適応を改善することが示された** (Rogers & Dymond, 1954)。

## ロジャーズの人格理論の特徴

ロジャーズの人格理論は、「発達の (developmental)」というよりも「**成長志向 (growth-oriented)**」であると表現されることが多い。この表現は正確ではあるが、**ロジャーズが幼児期から子どもが直面する態度に敏感であった点を十分に捉えているとは言えない。**

ロジャーズは次のように述べている。

“

「私は、人間中心アプローチが多くの生活領域に水平方向へと広がっていくことに魅了されてきた。しかし、他の人々は**垂直方向への探求に関心を持ち、出産の過程全体において、乳児を『理解されるべき存在』『そのコミュニケーションが尊重されるべき存在』『共感的に接せられるべき存**

在』として扱うことの深い価値を発見している。

これは、フランスの産科医 **フレデリック・ルボワイエ (Frederick Leboyer)** の新しく刺激的な貢献である。彼は…少なくとも1000人の乳児の出産を、人間中心的な方法で補助してきた。」

(Rogers, 1977, p. 31)

”

ロジャーズはさらに、乳児の極端な光や音への敏感さ、皮膚の未熟さ、頭部の脆弱さ、呼吸しようとする闘いなどについて説明し、ルボワイエが親や専門家に対して、どのように「思いやりと愛情、敬意を持って新生児の人生を始めさせるか」を指導してきたかを述べている。

## 第四命題（有機体には、自己を実現し、維持し、強化しようとする基本的な傾向と努力がある）に関するロジャーズの説明

ロジャーズの子どもへの感受性は、彼の第四命題に関する説明においても表れている。

“

「この『自己強化と成長』のプロセス全体は、子どもが歩くことを学ぶ過程を象徴し、例証することができる。

最初の一步は闘いを伴い、通常は痛みも伴う。しばしば、数歩を踏み出すことで得られる即時的な報酬は、転倒や衝突による痛みに見合うものではない。

子どもは痛みのために、一時的にハイハイに戻ることさえある。

しかし、「成長」という前進する方向性は、「幼児の状態にとどまることによる満足感」よりもはるかに強力である。

子どもは、成長の過程で痛みを経験しながらも、それでもなお自己を実現しようとする。

同じように、子どもは独立し、責任を持ち、自己統治し、社会化された存在になろうとするが、これらの過程もまた痛みを伴うものである。

さまざまな事情によって成長が表れない場合であっても、その成長への傾向 (tendency) は依然として存在している。

「前進的行動 (forward-moving behavior)」と「退行的行動 (regressive behavior)」の明確な選択肢が与えられた場合には、この成長への傾向が必ず作用する。」 (Rogers, 1951, pp. 490-491)

”

## 人格に関するロジャーズの仮説（第八命題）

ロジャーズの人格に関する仮説のひとつ（第八命題）は、発達する乳児の「プライベートな世界」の一部が「私 (me)」「私自身 (I)」または「自己 (myself)」として認識されるようになる というものであった。

ロジャーズは、乳児が環境と相互作用する過程で、「自己について」「環境について」「環境との関係における自己について」の概念を形成していくと述べている。

## ロジャーズのさらなる仮説

ロジャーズの次の仮説は、**発達が健全に進むか、それとも不適応の方向へ向かうか**を説明する彼の理論において極めて重要である。

ロジャーズは、ごく幼い乳児は「直接的な有機体的価値づけ（direct organismic valuing）」を行っており、その過程にはほとんど、あるいは全く不確実性がないと仮定している。

たとえば、乳児は「寒い、嫌だ」や「抱っこされるのが好きだ」といった経験をしますが、これらの有機体的経験を表現するための言葉や象徴を持っていなくても、それらを感じ取ることができる。

この自然なプロセスの原則は、乳児が「自己を高める」と認識する経験には肯定的な価値を置き、自己を脅かしたり、維持・強化しない経験には否定的な価値を置くというものである。

---

## 他者による評価の影響

しかし、この状況は、**子どもが他者から評価されるようになると変化する**（Holdstock & Rogers, 1983）。

子どもが受け取る愛情や、自分自身を「愛される子ども」と象徴することは、行動に依存するようになる。

例えば、赤ちゃんの兄弟を叩いたり憎んだりすると、子どもは「悪い子」「愛されない子」だと言われるかもしれない。

その結果、子どもは\*\*「肯定的な自己概念」を維持するために、経験を歪めてしまう可能性がある\*\*。

---

## 経験の歪曲と自己の形成

“

「このようにして……親の態度は単に内在化される（introjected）だけでなく……自分自身の感覚的・内臓的な経験に基づいているかのように、歪められた形で体験されるのである。

したがって、歪められた象徴化を通じて、怒りの表現は『悪いこと』として『体験』されるようになる。

しかし、より正確な象徴化では、怒りの表現はしばしば『満足を与え、自己を高めるもの』として体験されるはずである。

……すでに存在する自己構造に合わせるために、感覚的・内臓的な証拠を歪めることで形成された

『自己』は、統合された組織を獲得し、個人はそれを維持しようと努める。」 (Rogers, 1951, pp. 500-501)

”

## 自己の混乱の種

このような相互作用は、自己に関する混乱、自信の喪失、自己不承認、そして他者の評価への依存の種をまく可能性がある。

しかし、ロジャーズは、親が「子どもの否定的な感情」と「子ども全体」を受け入れながらも、赤ちゃんを叩くといった特定の行動を許さない場合、これらの悪影響を回避できると示唆している。

## さまざまな概念

ロジャーズの人格および行動の理論においては、さまざまな用語や概念が登場するが、それらはしばしば独自で特有の意味を持つ。

## 経験 (Experience)

ロジャーズの理論において、「経験」という用語は個人の私的な世界を指す。

ある瞬間には、いくつかの経験が意識にのぼる。例えば、キーボードを打つとき、指に鍵の圧力を感じるこ

とが挙げられる。

一方で、意識にのぼりにくい経験もある。例えば、「私は攻撃的な人間だ」という考えがそれにあたる。

人々は自分自身の「全体的な経験の場 (experiential field)」を完全に意識することは難しいかもしれない。

## 現実 (Reality)

心理学的な観点から見ると、「現実」とは基本的に個々の人間の知覚する私的な世界である。

しかし、社会的な観点から見ると、「現実」とは個々の人間の間で高い一致を得た知覚の集合である。

例えば、ある人が政治家であることには、二人の人間が同意する。

しかし、一人は\*\*「彼女は人々を助けたいと思っている善良な女性である」\*\*と知覚し、その\*\*「現実」に基づいて彼女に投票する\*\*。

一方で、もう一人は\*\*「この政治家は支持を得るために資金を流用している」\*\*と知覚し、その\*\*「現実」に基づいて彼女に反対票を投じる\*\*。

心理療法においては、感情や知覚の変化が「現実」の変化をもたらす。

これは特にクライアントが「今の自分自身を受け入れられるようになる」につれて、より根本的に変化していく。

---

## 有機体の統合的な反応 (The Organism's Reacting as an Organized Whole)

人間は、たとえば空腹であっても、レポートを完成させるために昼食を抜くことがある。

心理療法では、クライアントが「自分にとって何が重要なのか」をより明確に理解できるようになり、それに向けた行動変容が起こる。

例えば、ある政治家が「家族生活の方が大切だ」と判断し、選挙への出馬を辞退することが挙げられる。

また、障がいのあるクライアントが、自分の病状によって変化した生活状況をより受け入れられるようになり、適切な休息やセルフケアができるようになることも、このプロセスの一例である。

## 有機体の自己実現傾向 (The Organism's Actualizing Tendency)

この概念は、クルト・ゴールドシュタイン (Kurt Goldstein)、ホバート・マウラー (Hobart Mowrer)、ハリー・スタック・サリバン (Harry Stack Sullivan)、カレン・ホーナイ (Karen Horney)、アンドラス・アンジャール (Andras Angyal) などの著作における中心的な命題のひとつである。

例えば、子どもが歩くことを学ぼうとする痛みを伴う努力が、その一例として挙げられる。

ロジャーズをはじめとするほとんどの人格理論家は、外部からの強制がない場合、個人は病気よりも健康を好み、自由に選択することを望み、選択を他者に委ねることを避け、総体としての有機体の最適な発達を進めようとするとしている。

デシ (Deci) とライアン (Ryan) による自己決定理論 (Self-Determination Theory: SDT) の提唱 (1985年、1991年) は、人間が本来持つ内発的動機付け (intrinsic motivation) を支援または抑制する

状況を調査する近年の実証的研究を促進してきた。

ライアンとデシは、この人間の能力を次のように説明している：

“

「おそらく、人間の本性が持つ肯定的な可能性を最もよく示す現象は、内発的動機付けである。すなわち、人は生来的に新奇なものや挑戦を求め、自らの能力を拡張し発揮し、探求し、学ぼうとする傾向を持っている……現在の証拠は、この生来的な傾向の維持と向上には支援的な条件が必要であり、支援のない条件下では容易に損なわれることを明確に示している……内発的動機付けを促進する条件と阻害する条件を研究することは、人間の本性の肯定的側面がどのように疎外されるか、あるいは解放されるかを理解するための重要な第一歩である。」

(Ryan & Deci, 2000, p. 70)

”

ロジャーズの理論において、自己実現傾向 (actualizing tendency) は公理として機能し、反証の対象とはならない。

セラピーの場面では、これは\*\*機能的構成概念 (functional construct) \*\*として扱われる。

すなわち、セラピストはクライアントを「自己および有機体を実現しようとする存在」として捉えることができる。

特に、クライアントの行動や思考が自己破壊的または非合理的に見える場合においても、この視点を持つことが求められる。

こうした状況では、来談者中心療法のセラピストがクライアントの自己修正・自己調整能力を信頼することが試されることになる。

しかし、自己実現傾向の仮説を維持することで、セラピストはクライアントを理解し、無条件の受容 (unconditionality) を保つ努力を支えられるのである。

(Brodley, 1999c)

## 内的な参照枠 (The Internal Frame of Reference)

これは、\*\*個人の知覚的な世界 (perceptual field) \*\*を指す。

つまり、私たちが自分自身の独自の視点から世界をどのように認識するかということである。

この視点には、これまでに蓄積されたすべての学習経験や、経験や感情に付与された意味が含まれている。

来談者中心の視点から見ると、この内的参照枠を理解することが、人々がなぜそのように行動するのかを最も完全に把握する方法となる。

この概念は、外部からの行動、態度、人格に対する判断とは区別されるべきものである。

## 自己・自己概念・自己構造 (The Self, Concept of Self, and Self-Structure)

これらの用語は、「私」または「自分 (me)」の特性に関する知覚、および「私」または「自分 (me)」が他者や人生のさまざまな側面とどのように関係しているかについての知覚、さらにこれらの知覚に付随する価値観から構成される\*\*組織化され、一貫性のある概念的ゲシュタルト (conceptual gestalt) \*\*を指す。

このゲシュタルトは、意識の中に存在する可能性があるが、必ずしも常に意識されているわけではない。

それは流動的で変化するプロセスであるが、ある特定の瞬間には、少なくとも部分的には操作的に定義することが可能である。

“

*(Meador & Rogers, 1984, p. 158)*

”

## 象徴化 (Symbolization)

これは、個人が経験を意識または認識するプロセスである。

自己概念と矛盾する経験に対しては、象徴化を拒否する傾向がある。

例えば、自分を正直な人間だと考えている人は、自分が嘘をついたという経験を象徴化することに抵抗を感じる。

また、曖昧な経験は、自己概念と整合する形で象徴化される傾向がある。

例えば、自信のない話し手は沈黙している聴衆を「関心がない」と象徴化するかもしれないが、自信のある話し手は同じ沈黙を「熱心に聞いている」と象徴化するかもしれない。

## 心理的適応または不適応 (Psychological Adjustment or Maladjustment)

個人の感覚的および内臓的な経験と自己概念の間に一致 (congruence) があるかどうか、その人が心理的に適応しているか、不適応であるかを決定する。

例えば、自己概念に「弱さ」や「不完全さ」を含めている人は、失敗の経験を象徴化しやすい。この場合、経験を否認したり歪めたりする必要がなくなり、結果として心理的適応が促進される。

一方、自分を「常に正直である」と考えている人が、娘にちょっとした嘘をついた場合、その人は不快感や脆弱性を感じるかもしれない。

この瞬間、その人の自己概念と行動の間には不一致 (incongruence) が生じている。

しかし、この\*\*「時には楽な方法を選んで嘘をついてしまうこともある」という異質な行動を自己概念に統合することによって、

再び自己の一貫性を回復し、自己概念を見直すか、あるいは行動を変える自由を持つことができる\*\*。

心理的適応の状態とは、有機体が自己の経験を信頼できるものとして受け入れ、意識に取り入れることができる状態である。

---

## 有機体的価値付け過程 (Organismic Valuing Process)

これは、個人が自身の感覚の証拠に基づいて価値判断を行う継続的なプロセスである。

このプロセスは、「～すべき (ought)」や「～でなければならない (should)」といった固定的な内在化された価値体系とは対照的である。

有機体的価値付け過程は、来談者中心療法における「個人への信頼」の仮説と一致する。

また、これは個人ごとに確立されるものではあるが、社会的に高度に責任ある価値観と行動体系を形成する。

この責任とは、個人が状況を直接的に、有機体的に処理し、その上で選択を行うことから生じる。

これは、他者からどう思われるかを恐れたり、「正しい方法」と教え込まれた考え方や行動を盲目的に実行したりすることとは対照的である。

---

## 完全に機能する人間 (The Fully Functioning Person)

ロジャーズは、有機体的経験を容易に取り入れ、それらの継続的な経験を意識の中で象徴化することができる人を、

「完全に機能する人間 (fully functioning person)」と定義した。

このような人は、自らのあらゆる感情を体験し、それらを恐れることなく、経験の流れに意識を自由に流すことができる。

\*\*シーマン (Seeman, 1984) \*\*は、

この「最適に機能する個人」の特性を明確に記述するための長期的な研究プログラムを実施している。

これらの実証的研究は、以下の特徴を強調している。

- 肯定的な自己概念の保持
- より高い生理的な反応性 (greater physiological responsiveness)
- 環境を効率的に活用する能力 (efficient use of the environment)

## 心理療法 (PSYCHOTHERAPY)

### 心理療法の理論 (Theory of Psychotherapy)

ロジャーズの\*\*「治療的性格変化の理論」\*\*では、次のように仮定されている。

セラピストが、クライアントに対して無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard) を持ち、クライアントの内的な枠組み (internal frame of reference) の観点から、クライアントの言動を共感的に理解し (empathic understanding) 、それらの態度をクライアントとの関係の中で伝達することに成功した場合、

クライアントは、性格の組織化において建設的な変化を示す。

(Rogers, 1957, 1959b)

ワトソンは次のように指摘している。

“

クライアントがセラピストを「偽りのある存在 (ungenuine)」であると認識した場合、クライアントは、セラピストが他の2つの条件 (無条件の肯定的関心と共感的理解) を伝えていると感じることはない。

この仮説から導かれるのは、

「クライアントがセラピストの誠実性 (congruence) を認識すること」が、

「効果的なセラピーのための必要かつ十分な条件の一つである」ということである。

(Watson, 1984, p. 19)

”

セラピスト（どの理論的立場であっても）がこの**核心条件（core conditions）**をある程度満たしている場合、

研究では、クライアントが**最初の数回の面接**の中で、これらの資質をセラピストに感じ取る可能性があることが示されている。

さらに、**自己受容の変化、体験の即時性の向上、人間関係における率直さの向上、そして評価の内的基準（internal locus of evaluation）への移行が、**

**短期間の集中的なワークショップや、時には単回の面接でも起こることがある。**

モスクワでロジャーズとR・C・サンフォードが開催した、**心理学者・教育者・その他の専門家向けの4日間のワークショップ**の後、

参加者たちは自らの体験について報告を行った。

以下は、その典型的な反応の一つである。

“

「この体験からわずか2日しか経っておらず、私はまだそのプロセスの中にいます。

私は心理学者ですが、心理療法家ではありません。

ロジャーズの理論は知っていましたが、今回のワークショップでは、私たちが個人的にそのプロセスに関与しました。

それが実際にどのように適用されるのか、私は理解していませんでした。

いくつかの印象を述べたいと思います。

第一に、このアプローチの効果です。

これは、私たち全員が学ぶことのできる一種のプロセスでした。

第二に、このプロセスは、まるでエンジンなしで動くように自然に進んでいきました。

誰かがリードしたり、指示を出したりする必要はなく、それ自体が進化していくプロセスだったのです。

まるでチャーホフの物語のようでした。人々がピアニストの到着を待っていたら、突然ピアノがひとりでに弾き始めるような。

第三に、カール・ロジャーズとルース・サンフォードの姿勢に感銘を受けました。  
最初、私は彼らが受動的であると感じました。  
しかし、次第に、それが「理解の沈黙」であることに気づいたのです。

第四に、このプロセスが私の内面世界へと浸透していったことです。  
最初は観察者であった私が、次第にプロセスそのものへと溶け込んでいきました。  
単にこのプロセスに囲まれていたのではなく、それに吸い込まれていったのです！  
それはまさに私にとっての「啓示」でした。

第五に、私は感情の流れ、プロセスの流れを自分では制御できないことに気づきました。  
私の感情は、言葉という「衣服」をまとおうとしました。  
時には、人々が感情を爆発させ、涙を流すことさえありました。  
それは、知覚のシステムの「再構築」でした。

最後に、カールとルースの高い技術について触れたいと思います。  
彼らの沈黙、彼らの声、彼らの視線。  
それらは常に何らかの「応答」であり、そして彼ら自身もまた「応答される存在」だったのです。

それは偉大な現象であり、偉大な体験でした。」

(Rogers, 1987, pp. 298-299)

”

このような体験は、\*\*来談者中心アプローチ (person-centered approach) \*\*が  
\*\*「安全で、害がなく、無害で、表面的である」\*\*といった一般的な誤解に対して、異を唱えるものである。

このアプローチは、確かに\*\*「安全であることを意図している」が、  
同時に、「極めて強力なものであり得る」\*\*ことが明らかである。

## クライアントの内的枠組みに対する共感的理解

クライアント中心療法における共感的理解は、認知的な側面と感情的な側面の両方を持つ、能動的で、即時的で、継続的なプロセスです。ラースキン (Raskin) は、1947年に書いたよく引用される論文の中で、このプロセスについて説明しています。

このレベルでは、カウンセラーの関わりは、クライアントが表現する感情と一緒に能動的に体験することになります。カウンセラーは、コミュニケーションをとる相手の気持ちを深く理解しようと最大限の努力をし、観察するのではなく、相手が表現する態度の中に入り込み、それを自分のものとして生きようとしま

す。そして、それらの変化する微妙なニュアンスをすべて捉えようとし、つまり、カウンセラーは完全に相手の態度に没頭するのです。

このように努力していると、他の種類のカウンセラーの活動や態度をとる余裕はまったくありません。もしカウンセラーがクライアントの態度を「生きよう」としているならば、それを診断することはできませんし、プロセスを早めようと思えることもできません。なぜなら、カウンセラーはクライアントとは異なる存在であり、理解は自然に生まれるものではなく、他のあらゆる種類の注意を排除しながら、相手の感情に対して最も強く、継続的に、能動的に注意を向けることで獲得されるものだからです。（ラースキン, 1947/2005, pp. 6-7)

セラピストの共感的理解の正確さがしばしば強調されますが、それ以上に重要なのは、セラピストがクライアントの世界を理解しようとする姿勢と、その理解が間違っていた場合に訂正を受け入れる意欲です。これにより、セラピストはクライアントの意味や感情にますます近づき、相手への尊敬と理解に基づいた、より深い関係を築いていくことができます。

ブロードリー（Brodley, 1994）は、ロジャーズのセラピー記録において、「共感的理解の応答」が占める割合がしばしば80～90%にも達することを示しています。ブロードリーの研究によると、ロジャーズのセラピーは彼のキャリアを通じて一貫しており、クライアントへの信頼と「指示をしないこと（非指示性）」の原則に対する揺るぎない姿勢が見られました。

## 無条件の肯定的配慮

この条件を表す別の言葉として、「温かさ」「受容」「所有しない関わり方（非所有的配慮）」「尊重（prizing）」などがあります。

セラピストが、その時点でのクライアントがどのような状態であっても、肯定的で、判断せず、受け入れる態度を持っているとき、クライアントに治療的な変化や前進が起こりやすくなります。これは、セラピストがクライアントの「今この瞬間」の感情—たとえば、混乱、憤り、不安、怒り、勇気、愛、誇りなど—が何であれ、それをありのままに受け入れる意志を持つことを意味します。

…セラピストがクライアントを部分的ではなく、すべてを尊重するとき、クライアントの前進が起こる可能性が高くなります。（ロジャーズ, 1986a, p. 198）

## 一貫性（コンルーエンス）

ロジャーズは、一貫性（コンルーエンス）を

“

「治療的成長を促す態度条件の中で、最も基本的なもの」

”

と考えていました。

これは、セラピストが自身の問題や感情をクライアントに押しつけることを意味するものではありません。また、思い浮かんだことを衝動的に口にすることでもありません。

しかし、それは、セラピストが自分の感じていることを否定しないことを意味します。そして、関係の中で持続的に存在する感情については、それを表現し、オープンでいる意志があることを意味します。

また、それは「専門家らしく見せるための仮面」の陰に隠れる誘惑を避けることを意味します。（ロジャーズ & サンフォード, 1985, p. 1379）

## 関係における治療的条件

「共感」「一致性（コンルーエンス）」「無条件の肯定的配慮」というセラピストが提供する条件に加えて、さらに3つの条件があります（ロジャーズ, 1957）。

1. クライアントとセラピストは心理的な接触を持っていなければならない。
2. クライアントは何らかの不安や脆弱性、不一致（インコンルーエンス）を経験していなければならない。
3. クライアントはセラピストが提供する条件を認識しなければならない。

ロジャーズは、最初の2つを「治療の前提条件」として説明しました。3つ目の「クライアントがセラピストの提供する条件を受け取ること」は、時に見落とされがちですが、非常に重要な要素です。

共感、一致性、無条件の肯定的配慮と治療の成果との関連を、外部の評価を用いて研究した結果、パーソンセンタード・アプローチ（人間中心の仮説）を支持するデータが得られています。特に、この評価をクライアント自身が行う場合、治療成果との関連性はさらに強まります。

オルリンスキーとハワード（Orlinsky & Howard, 1978）は、共感に対するクライアントの認識と治療成果を関連づけた15の研究を調査し、そのうち12の研究が「共感の認識が重要である」と支持していることを発見しました。

さらに、オルリンスキー、グラウェ、パークス（Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994）がこの研究を更新し、セラピストによる肯定的配慮と承認が治療成果に与える影響について76の研究を分析しました。これらの研究から得られた154の結果のうち、56%が予測通りの肯定的な関連を示しました。そして、クライアント自身の評価を使用した場合、その数値は65%に上昇しました。

ワトソン（Watson, 1984）は次のように指摘しています。「この理論では、クライアントがセラピストの態度をどのように認識するかが重要であり、したがって、治療の成果を評価する際には、クライアントこそがセラピストの態度を最も正しく判断できる存在である」（1984, p. 21）。

## 心理療法のプロセス

クライアント中心療法の実践は、「セラピーの主体はクライアントである」という徹底した尊重の姿勢によって特徴づけられます (Witty, 2004)。この姿勢は、クライアントに対してあらかじめ目標を設定する精神分析的モデルや認知行動的アプローチとは異なります。また、感情焦点療法 (emotion-focused therapy) や体験重視のアプローチ (experiential therapy) のように、特定の体験に焦点を当てるよう指示する他の人間性心理学的アプローチとも区別されます。

クライアント中心療法では、セラピーはすぐに始まります。セラピストは、クライアントがどのように世界を共有したいかに従いながら、その世界を理解しようとします。最初の面接では、クライアントの経歴を記録したり、診断を下したり、治療が可能かどうかを判断したり、治療の期間を決めたりすることはありません。

セラピストはクライアントを尊重し、クライアントが快適に進められる方法に任せます。偏見を持たず、何かしらの個人的な意図も持たずに傾聴します。セラピストは、ポジティブな感情にもネガティブな感情にも、言葉にも沈黙にも開かれた姿勢でいます。最初の1時間が何百回にも及ぶ治療の最初の1回になることもあれば、それが唯一のセッションになることもあります。それを決めるのはクライアントです。

クライアントが質問をした場合、セラピストはその質問に含まれる感情を認識し、応じようとします。例えば、「この状況からどうやって抜け出せばいいの?」という質問は、「私の状況は絶望的に思える」という気持ちの表れかもしれません。セラピストは、その気持ちを認識し、受け入れることを伝えます。

もしこの質問が「何かアドバイスをください」という意味であれば、セラピストはまずその質問を明確にします。そして、もし答えを持っているなら、それを伝えます。しかし、しばしばセラピストも「本当の答えはわからない」ことがあり、その場合はなぜ答えられないのかを説明します。単純に知らない場合もありますし、まだ十分な理解が得られていないために答えを出せないこともあります。

セラピストは、クライアントの混乱や絶望の瞬間に寄り添う意志を持ちます。安心させたりアドバイスを与えたりすることは、多くの場合、役に立たないばかりか、クライアント自身の問題解決能力を信頼していないという微妙なメッセージを伝えてしまう可能性があります。

ブロードリー (Brodley) をはじめとするクライアント中心療法の実践者たち (1999a) は、「クライアントを安心させたりサポートしたりしようとするセラピストの姿勢は、多くの場合、セラピスト自身の不安を反映している」と指摘しています。しかし、この点に関しては絶対的なルールはありません。場合によっては、自然な形で安心感を与えることが適切なこともあります。これは、セラピストとクライアントの関係性、そしてセラピスト自身の自由さや自信に依存します。

**原則に基づく非指示性** (principled nondirectiveness) を実践するには、セラピストがクライアントの直接的な質問に「敬意を持って」答えることが求められます (Grant, 1990)。

この章の後半にあるケーススタディでは、セラピストがクライアントの質問に直接答えている例がいくつか紹介されています。クライアント中心療法では、「非指示的な姿勢を崩さずに、質問に答える方法を学ぶこと」が重要になります。なぜなら、私たちは日常生活の中で、自分の考えを主張したり、すぐに答えを出したりすることに慣れていているからです。

ブロードリーは次のように説明しています。

## クライアント中心のアプローチにおける非指示的態度

クライアント中心のセラピーにおける非指示的な態度は、クライアントの質問や要望を「関係の中でのクライアントの権利」として尊重することを意味します。

この権利には、以下の2つが含まれます。

1. **クライアント自身が、治療の内容とプロセスを決定する権利**
2. **セラピストの哲学・倫理・能力の範囲内で、セラピストの関わり方を指示する権利**

セラピストがこれらの権利を尊重することで、**協力的な関係** が生まれます (Natiello, 1994)。

このクライアントの権利に関する考え方は、他の臨床的アプローチとは根本的に異なります。他のアプローチでは、理論に応じて程度の差はあるものの、セラピストが「クライアントの質問に答えることや要望に応じることがクライアントにとって良いかどうか」を決定する、**保護者的（パターナリスティック）な姿勢** を取ることがあります。しかし、**クライアント中心のアプローチでは、セラピストがクライアントの代わりに決定を下すことはしません** (Brodley, 1997, p. 24)。

---

## クライアントの選択を尊重する姿勢

また、この「尊重」は、グループセラピーや家族療法といった選択肢を話し合う際にも表れます。他のセラピーの流派では、セラピストがクライアントを「グループに入れる」あるいは「家族全員の参加を治療の条件とする」ことがあります。しかし、クライアント中心のアプローチでは、**クライアントがセラピーの性質・頻度・期間を決定する「重要なパートナー」として扱われます**。

つまり、クライアントに関するすべての問題において、**クライアント自身が最も優れた専門家である** と考えられているのです。

---

## パーソナリティ変化の「分子」

1956年、アメリカ心理療法アカデミーの第1回会議において、ロジャーズ (1959a) は「**心理療法の本質**」に関する**クライアント中心の視点** を発表しました。その中で、彼は「**パーソナリティ変化の分子**

(molecule) 」という概念を提唱しました。

彼は、セラピーとは **このような「変化の分子」が連なってできている** と考えました。この「分子」は、

- 連続的に起こることもあれば、
- 長い間隔を空けて発生することもあり、
- その間には「準備期間」が存在するとされています (p. 52) 。

ロジャーズは、この **「変化の瞬間 (moment of movement) 」** には、次の4つの特徴があると述べています。

**1. それは、現在この瞬間に起こる出来事である。**

→ それは「何かについて考えること」ではなく、「今、この関係の中で何かを経験すること」である。

**2. それは、何の障壁も抑制も遠慮もない純粋な経験である。**

→ 何かをためらったり、押し殺したりすることなく、ありのままの形で経験される。

**3. それは、過去に完全に経験されたことがない出来事である。**

→ 以前に経験したことがあるように思えるものでも、実は「完全には経験されていなかった」ものである。

**4. それは、自己概念と統合できるような「受け入れられる経験」である。**

→ その経験は、クライアントにとって否定すべきものではなく、自分自身の一部として受け入れられるものである。

## 心理療法のメカニズム

広い意味で言えば、人の**自己概念の変化**が最終的により効果的な機能をもたらす理由を説明しようとする**2つの理論的視点**が存在します。

1つ目の視点は、多くの心理療法（クライアント中心療法を含む）に共通する**伝統的なパラダイム**です。この考え方では、**変化とは、隠されたり否定されたりしていた感情や経験を「掘り起こす」ことで生じると**されます。自己概念が歪められ、それが不安や脆弱性という症状を引き起こすのです。

---

## 価値の条件と「不一致な自己」

成長の過程で、多くの子どもは「良い行動をすること」「道徳的・宗教的な基準を守ること」「学業やスポーツでの成績」「自分では理解できない基準」などによって、自分の価値が決まると学びます。

最も極端な場合、子どもの主観的な現実が周囲の人々にとって全く重要ではないかのように扱われ続けると、子どもは\*\*「自分の知覚や経験は本当に正しいのか？」と疑い始めます\*\*。

ロジャーズはこのプロセスを\*\*「価値の条件（conditions of worth）を獲得すること」と呼び、その結果生じる自己を「不一致な自己（incongruent self）」\*\*と表現しました。

こうした人々にとって、**自分の好み・感情・意見を言葉にすることこそが、自己を確立し、個人的なアイデンティティを確立する最初の一步**となります。

伝統的な理論の視点では、このような人は長期間にわたり、自分の感情や反応を抑え続けてきたと考えられています。よく使われるイメージとして、「探求されずに忘れ去られた経験が沈んでいる『濁った沼』」のようなものがあります。

---

## 「隠された感情」という矛盾

しかしここで問題になるのは、\*\*これまで「隠されていた」または「意識にのぼっていなかった」感情が、一体どのように「存在」しているのか？\*\*という点です。

伝統的なモデルでは、こうした問題のある感情は\*\*「過去から続いて存在しているもの」でありながら、「意識されるまでは存在していないもの」\*\*として描かれています。

この矛盾は解決される必要があります。

- 論理的に考えても、この矛盾を説明する必要がある
- クライアントの語りを聞くとき、どこに共感的理解を向けるべきかが分からなくなる

こうした問題のためです。

---

## ジムリングの新しいパラダイム

ロジャーズの同僚である\*\*フレッド・ジムリング（Fred Zimring）\*\*は、この問題を次のように説明しています。

“

「もしセラピストが、クライアントの意識にない内容に注意を向けるとしたら、それはクライアントの内的な視点（internal frame of reference）とは異なったものになってしまいます。そうなれ

ば、クライアント中心療法の『必要な条件』を満たさなくなってしまう」（Zimring, 1995, p. 36）

”

さらに、クライアントが自分で語るまで、**私たちは「クライアントの意識にないもの」が何かを知ることができません。**

そこでジムリングは、ロジャーズの「必要十分条件」の理論と、共感的理解の実践を統合する新しいパラダイムを提唱しました。この新しい理論では、「**隠された感情**」や「**無意識の中の未知の感情**」という問題を回避することができます（1995）。

以下に、その内容を簡潔にまとめます。

## ジムリングの理論：「自己は常に変化する」

ジムリングは、人間は他者との相互作用を通じて初めて「人」となり、このプロセスは特定の文化の中で進行すると主張します。

たとえば、西洋文化に生まれた場合、「埋もれた葛藤」という考え方が文化的な遺産として受け継がれています。つまり、「心の中に何か問題のあるもの（傷ついたインナーチャイルド・抑圧された記憶・見捨てられたトラウマなど）が存在し、それを意識の光にさらさなければ、心理的な不適応は解消されない」という前提があるのです。

しかし、ジムリングの理論では、「自己」はロジャーズのいう「**内的な視点**」と同じような現象的な文脈の中に存在するものですが、その文脈は常に「構築中」と考えます。

つまり、自己とは、常に状況との相互作用の中で「**結晶化したり**」「**消えたり**」を繰り返すものであり、**固定的で私的な実体ではない**のです。

ジムリングは次のように説明します。

“

「これまでの伝統的な考え方では、私たちの経験は『**内面の意味や反応によって決まる**』とされてきました。」

「つまり、もし私たちが気分が悪いと感じた場合、それは『**まだ意識できていない何らかの内面的な意味が、その経験に影響を与えている**』と考えられてきました。」

「しかし、新しい考え方では、私たちの経験はまったく異なる要因から生じるものとされます。そ

これは、『今、置かれている状況の文脈』によって決まるのです。」

「私たちは、ある文脈ではこう感じ、別の文脈では違うふうに感じるのです。」 (1995, p. 41)

”

## まとめ：伝統的な考え方 vs. 新しい考え方

伝統的なパラダイム	ジムリングの新しいパラダイム
感情や葛藤は「内面」に埋もれている	感情や自己は、状況との相互作用の中で変化する
「無意識の感情」を意識化すれば治療が進む	体験は「今の状況の文脈」から生じる
クライアントの内面を掘り起こすことが重要	クライアントの「今ここでの体験」に焦点を当てる

このように、ジムリングの新しい理論では、「隠された感情」や「意識されていない感情」を探る必要はなく、むしろクライアントの「現在の状況の文脈」に焦点を当てることが重要とされるのです。

## ジムリングの説明

ジムリングは、西洋の文化的背景において、私たちは\*\*「内側」と「外側」\*\*という概念で物事を考える傾向があると説明しています。しかし、実際には、私たちは主観的で内省的な「内的世界」と、客観的で日常的な「外的世界」の両方を構築しており、それぞれの文脈を自分独自の内的な表象（イメージ）として相互作用しながら認識しているのです。

人によって、「内的な主観的文脈」への気づきやアクセスの度合いは異なります。これは、ロジャーズが説明したように、厳しい価値の条件（conditions of worth）を内面化することで、主観的な経験の重要性が損なわれたり、消えてしまったりするというプロセスを考えれば理解できます。

ジムリング（1995）は、主観的文脈へのアクセスがほとんどないクライアントの例を挙げています。

## 主観的文脈へのアクセスが乏しいクライアントの例

“

「こうした人々の多くは、自分を客観的な世界の一部として認識しています。もし主観的な側面を含む何かを説明するよう求められると、その人は、その出来事の客観的な側面を強調して話すでしょう。」

「ある男性は、亡くなった娘の命日に泣いたと話しました。しかし、彼に『泣いているとき、どんな気持ちでしたか？』と尋ねると、彼は『泣き止みたいと思っていました』と答えました。」

「クライアント中心療法の場面では、この人は『扱いにくいクライアント』と見なされるかもしれませんが（しかし、問題はクライアントにあるのではなく、『クライアントは主観的な世界について

語るべきだ』というセラピストの非現実的な期待にあるのです)。」

「他の心理療法の文脈では、このクライアントは『防衛的』だと見なされるでしょう。しかし、ここでの分析では、彼は単に『内省的な主観世界を発達させてこなかった』と考えます。」 (1995, p. 42)

”

## 主観的文脈の特性

ジムリングによれば、主観的文脈の中では、私たちは「反応の質」、つまり「その瞬間の新鮮さ」「個人的な関連性」「生き生きとした実感」に注意を向けています (Zimring, p. 41)。

この瞬間、私たちは、客観的文脈の持つ「論理」「因果関係」「成功・失敗」といった基準から自由になります。

主観的文脈を体験することで、「内的評価の基準」へのアクセスが可能となり、道徳的な評価や病理的な判断から解放されるのです (ジムリングが定義する特定の意味において)。

## 「客観的文脈」と「主観的文脈」の違い

例えば、私たちは、客観的文脈に入るとき、自分の内的な表象の中で「過去の出来事」を想像することができます。

“

たとえば、バスケットボールの試合で最後のフリースローを外し、チームが負けたとします。そのとき、「自分が負けの原因として責められる場面」を思い浮かべ、「あの屈辱的な失望をどう乗り越えればよいのか？」と考えることができます。

”

しかし、本当に「主観的文脈」にアクセスするためには、「私 (I)」が「自分に対する失望の感情」に注意を向ける必要があります。

もし「私 (I)」が「私 (me)」としての自己イメージ (負けた自分、責められた自分) に反応しているだけなら、私たちは客観的文脈に留まっており、主観的文脈にはアクセスしていません。

“

つまり、「私 (I)」が「私 (me)」としての自己に反応するのではなく、「私 (I)」が自分の感情に注意を向けることで、感情を変化させることが可能になるのです。

”

# 「私 (I) 」と「私 (me) 」の違い

ジムリングの理論では、2種類の内的文脈が区別されています。

客観的文脈	主観的文脈
文化的に重視される	現実世界ではあまり価値を置かれない
「私 (me) 」として自分を認識する	「私 (I) 」として自己を体験する
自己を客観的にとらえる (他者視点で自分を見る)	自己の主観的な感情や体験に気づく
取引的な状態 (成功・失敗の判断を伴う)	評価や道徳的判断から解放される

クライアント中心療法では、クライアントの語る物語に注意を払い、それを丁寧に理解しようとすることによって、主観的文脈を暗黙的に認めることができます。

たとえばクライアントが「バスケットボールの試合での出来事 (meの物語)」を話していたとしても、セラピストがそれを真剣に聞くことで、クライアントは次第に「主観的文脈」へのアクセスを強化し、それを発達させることができます。

## 自己の変化とは？

ジムリングがここで提唱する理論では、「自己」とは、現象的・社会的文脈への反応として生じる「語り」の中に存在しているとされています。

つまり、自己は「視点」や「行動」によって形成されるのであり、行動を決定する固定的な実体として存在しているわけではないのです。

この自己の見方は、自己の変化に対する新たな理解をもたらします。

ジムリングはこう述べています。

“

「この理論では、自己の変化は『隠された真の自己を発見すること』によって起こるのではなく、『視点と語りの変化』によって起こると考えます。」

「…自己は感情と同じように、新しい文脈が生まれることで変化するのです。」 (1995, p. 47)

”

## まとめ：ジムリングの理論のポイント

- 自己は固定的な実体ではなく、「語り」と「視点」の中に存在する
- 自己の変化は、「隠された真の自己」を発見することではなく、「新しい文脈を持つこと」によって起こる
- クライアントが「私（I）」としての体験にアクセスできるようになると、感情は変化する
- セラピストはクライアントの語りを尊重することで、クライアントが主観的文脈にアクセスしやすくなる

この理論は、クライアント中心療法の実践において、\*\*「クライアントの語りを共感的に聞くことが、自己の変化を促す」\*\*という重要な示唆を与えています。

## クライアント中心療法における「主観的文脈」へのアクセスの困難さとその変化

一部のクライアントにとって、クライアント中心療法の「促進的な対人関係の文脈」の中で、自分自身の「主観的な内的文脈」と接触することは、難しい移行であり、時間がかかる場合があります。

しかし、時間が経つにつれて、クライアントはその文脈にアクセスしやすくなり、それを表現する能力も向上していきます。

最初は\*\*「I（私）」としての自己が、セラピーの中でのみ感じられる状態だったのが、次第に他の状況でも現れるようになってくる\*\*のです。

---

### 「I（私）」の自己が現れる瞬間の例

第三著者が担当したアジア系アメリカ人女性のクライアントは、最近こう語りました。

“

「私は実際に、父の怒りと向き合っていました。彼は私に向かって怒鳴りながら、『お前は冷たい！』と言いました。それはつまり、私が彼の望む通りに行動していない、という意味でした。でも、そのときの私は、自分が誰なのか、ほとんど分からなくなっていました！」

”

この言葉は、セラピストが提供する「受容の条件」をクライアントがどのように知覚するかが、セラピーの進展にとって非常に重要である理由をより明確に示しています。

---

### 共感的な関わりがクライアントの「自己体験」を強化する

ジムリングの理論では、クライアントの\*\*「内的視点（internal frame of reference）」を認めること\*\*（または彼の用語では「主観的文脈」を認めること）は、セラピストとクライアントの相互作用の中で、偶

然の産物として生じるものだとされています。

クライアントが\*\*「自分が他の何ものでもなく、唯一無二の存在として受け入れられている」\*\*と感じることは、自己体験を強化し、変化を促します。

このとき、クライアントは\*\*「社会的なカテゴリー」「心理学理論」「道徳的原則」など、何かの「例」として扱われるのではなく、まさに「その人自身」として受け入れられる\*\*のです（Kitwood, 1990, p. 6）。

---

## 共感的理解が「Me」から「I」への移行を促す

ジムリングは、共感的な理解によってクライアントは\*\*「Me（客観的な自己）」から「I（主観的な自己）」へと変化し、それによって「I」が成長する」\*\*と説明しています。

“

「私たちは、クライアントの『最も個人的で、独自の側面』に対して応答します。そして、その応答が妥当かどうかをクライアントと確認します。さらに、私たちは、それらの独自の側面が重要な『真実』であると仮定して応答します。」

「このプロセスが起こると、人は自分の『意図』や『内的世界』、つまり『内的視点』の妥当性を信じるようになります。」

「すると、人は『外的視点』に基づいてではなく、『内的視点』から応答するようになります。」

「自分を『Me（対象としての私）』ではなく、『I（主体としての私）』として認識するようになると、自己体験が変化するのです。」（Zimring, 2000, p. 112）

”

---

## クライアント中心療法の独自性

クライアント中心療法は、他の心理療法と共通して「クライアントの人生の機能向上」や「自己体験の改善」を目的としています。

しかし、他の心理療法と異なる点は、その目的を達成するために「技法」や「治療計画」「目標設定」を用いないことです。

---

## クライアント中心療法の「偶然性」と「非指示性」

ブロードリー（Brodley）は、クライアント中心療法の治療効果について、次のように述べています。

“

「奇妙に思えるかもしれませんが、クライアント中心療法における治療効果は、セラピストの『具体的な意図』の結果として生じるものではなく、むしろ『偶然の産物 (serendipitous) 』です。」

「セラピストがクライアントと共にいるとき、あるいはクライアントに表現的に関わっているとき、そこに『意図的な目標』がないことが、クライアント中心療法の治療効果にとって本質的な要素だと私は考えます。」

「特に、セラピストの『非指示的な姿勢』は、クライアントの『自己決定権』と『自律性』を保護するのに役立ちます。」

「その結果、クライアント自身が『セラピーの設計者 (architect of the therapy) 』として体験することを促進するのです。」

「クライアント中心療法は、その『非診断的 (nondiagnostic) 』で『手段のための手段ではない (not a means to any ends) 』という性質によって、クライアントを傷つけることなく、非常に強力な『援助の力』を持つのです。」 (Brodley, 2000, pp. 137-138)

”

## まとめ：クライアント中心療法の本質

1. 「主観的文脈」へのアクセスは、一部のクライアントにとって困難なプロセスであり、時間がかかることがある
2. セラピーの中で形成された「I (主体としての私)」が、徐々に他の場面でも現れるようになる
3. セラピストの共感的な応答によって、クライアントは「Me (客観的な自己)」から「I (主観的な自己)」へと変化する
4. クライアント中心療法は、他の心理療法とは異なり、特定の技法や目標設定を用いず、「非指示的な態度」を大切にする
5. 「クライアントがセラピーの設計者である」ことを尊重し、「自己決定権」を守ることが、クライアントの成長にとって重要である

このように、クライアント中心療法は、技法を用いるのではなく、「クライアントが自己の主観的世界にアクセスできるようにする」ことによって、自己の変化を促すアプローチであるといえます。

## 応用 (APPLICATIONS)

### 誰を支援できるのか？ (Who Can We Help?)

クライアント中心療法は、「問題中心」ではなく「人間中心」のアプローチであるため、**クライアントを診断カテゴリーの一例として捉えることはありません**。つまり、クライアントが「特定の問題を持っている人」としてセラピーを受けに来るのではなく、あくまで\*\*「一人の人間」として尊重されることが大切\*\*なのです (Mearns, 2003)。

セラピストがクライアントを「人間として敬意を持って接する」ことによって生まれる協力的な関係性そのものが、癒しをもたらします。これは、「正しい介入を問題に適用する」ことで治療が成立する、という考え方とは異なります（Natiello, 2001）。

もちろん、クライアントがセラピーを求める理由として、何らかの「問題」が関係していることは多いでしょう。しかし、重要なのは最初から「問題がある」と決めつけたり、特定のカテゴリーに当てはめたりしないことです。

Mearnsは、この考え方を次のように説明しています。

“

「人それぞれが、唯一無二の『問題』を持っており、その人自身に合わせた対応が必要である。セラピーの中で、クライアントは自分の問題を少しずつ象徴化（symbolizing）していく。それは、セラピストの穏やかな支援のもとで進むプロセスであり、『問題を定義する』という作業そのものが、セラピーなのだ。」

（Mearns, 2003, p. 90）

”

この考え方は、カール・ロジャーズの言葉とも一致します。

“

「セラピーとは診断であり、この診断はクライアント自身の体験の中で進行するプロセスである。それは、セラピストの知的な分析の中にあるのではなく、クライアント自身の経験の中にあるのだ。」

（Rogers, 1951, p. 223）

”

---

## 「人間」を一つのまとまりとして捉える（Holistic View of the Person）

このような考え方は、人間を「全体としての存在（ダイナミックな存在）」とみなす視点につながります。

人間の人生とは、複雑さや多様性を増しながら発展し、より効果的に自己と世界を創造していくプロセスです。一方、\*\*医学モデル（medical model）\*\*の考え方では、個人を「部分の集合体」としてとらえ、次のような観点で問題を分類する傾向があります。

- 「対立する心理的要素（conflicts）」
- 「自己破壊的な行動（self-defeating behaviors）」
- 「非合理的な認知（irrational cognitions）」

しかし、クライアント中心療法の支持者は、「問題」「障害」「診断」といった概念は、単に科学的な分析の結果として存在するのではなく、社会的・政治的な影響によって生み出されたものでもあると考えます。

このような影響は、特に以下の分野において顕著です。

- 精神医学 (psychiatry)
- 製薬産業 (pharmaceuticals)
- 医療保険 (third-party payers)

つまり、クライアント中心療法では、「診断」や「障害」といった概念にとらわれず、その人自身の経験を大切にすることです。

---

## クライアント中心療法に対する誤解 (Misconceptions About Client-Centered Therapy)

クライアント中心療法については、しばしば以下のような批判が寄せられます。

1. 「白人・西洋・中流階級・言語能力の高いクライアントに偏っており、それ以外の社会的に恵まれないクライアント（有色人種、集団主義文化の人々）には効果がない」
2. 「表面的であり、範囲が限定されていて、『重度の障害（例えば、パーソナリティ障害など）』には効果がない」
3. 「『反映 (reflection)』という技法しか使わず、科学的に効果が証明された治療法を提供しない」

これらの批判に対して、クライアント中心療法の研究者たちは多くの反論を展開しています。

### 参考文献:

- Bozarth (1998) 『Person-Centered Therapy: A Revolutionary Paradigm』
- Levitt (2005) 『Embracing Non-directivity』
- Moodley, Lago, & Talahite (2004) 『Carl Rogers Counsels a Black Client』

特に、Mier & Witty (2004) の研究では、ロジャーズが黒人クライアントと対話した事例を分析し、「体験 (experiencing)」や「クライアントの内的視点 (internal frame of reference)」といった概念は普遍的に適用可能であると主張しています。

つまり、文化的背景の違いによる摩擦や限界は、理論そのものの欠陥ではなく、むしろセラピスト個人の偏見や能力の限界によって生じるものだと述べています (Mier & Witty, 2004, p. 104)。

---

# クライアントの「自己定義」とセラピー (Self-Definition in Therapy)

セラピーの中で、一部のクライアントは自分自身を\*\*「集団との関係性」を通じて定義することが重要\*\*になります。

例えば、以下のようなアイデンティティを持つクライアントがいます。

- 家族や親族のつながり (kinship relations)
- 宗教的価値観 (religious values)
- 伝統的な部族の習慣 (tribal customs)

また、人生の特定の時期において、次のような「自己の定義」が重要になる人もいます。

- 「私はトランスジェンダー (I am a transsexual) 」
- 「私はトラウマ体験者 (I am a trauma survivor) 」
- 「私は専業主婦 (I'm a stay-at-home mom) 」

こうした自己定義は、セラピーの中で自然に表れてくるものであり、クライアントの個人的なアイデンティティの中核として尊重されるべきものです。

---

## 誤解：クライアント中心療法は「個人主義」を押し付ける？

クライアント中心療法に対して、\*\*「個人の自律性や独立性を促進することを目的としている」\*\*という誤解があります。

しかし、この療法は「個人主義」や「自己責任」といった西洋の価値観を押し付けるものではありません。

むしろ、クライアントを尊重し、セラピスト自身の偏見を乗り越えて、文化や宗教、伝統的価値観を受け入れることが求められます。

セラピストが自己のバイアスを省みる場として、「コンサルテーション (相談・指導)」が活用されることもあります。

## フェミニスト心理学者による批判

人間性心理学の伝統や精神力動的 (サイコダイナミック) な伝統に属するフェミニストの心理学者たちは、クライアント中心療法が「個人」にのみ焦点を当て、クライアントに対して自分の問題の政治的な背景を教育しない点を批判してきました。

確かに、クライアント中心療法のセラピストは、クライアントに対して「心理教育（psychoeducation）」を行うことを目的としていません。しかし、こうした批判をする学者たちは、**クライアント中心の関係の中で社会的・政治的な視点がどのように自然に表れるかを見落としている**のです。

最近の研究では、**Wolter-Gustafson（2004）**や**Proctor & Napier（2004）**が、クライアント中心療法と「**関係志向（relational）**」や**フェミニスト療法との類似点を示しています**。

## カール・ロジャーズの「非指示的態度」

ロジャーズは1987年に亡くなる直前、Baldwinとのインタビューの中で、自身の一貫した「非指示的態度（nondirective attitude）」について、次のように語っています。

“

「目標は、私自身の内側にあるべきものだ。つまり、自分がどのように存在するかということと関係している……。

[セラピーが効果的なのは] セラピストの目標が、セラピーの過程に限定されており、結果に対して限定されていないときだ。」

（Baldwin, 1987, p. 47）

”

## 診断ラベルを自己概念に取り込んだクライアント

ときどき、精神医療システムを長年経験したクライアントは、**診断された病名を自分のアイデンティティの一部として受け入れていることがあります**。

例えば、あるクライアントが次のように言うかもしれません。

“

「たぶん私は大うつ病を患っているんだと思います。精神科医は、私のことを『エンジンが一つしか動いていない飛行機』みたいだと言いました。」

”

クライアント中心のセラピストは、クライアントを**診断というレンズを通して見ることはありません**。しかし、こうした**自己記述は、クライアントの「自己定義（self-definition）」の一部として尊重し、受け入れるべきもの**です。

このような**自己カテゴリー化は、以下の2つのいずれかの可能性を持っています**。

### 1. 「外部評価の軸（external locus of evaluation）」としての診断ラベル

- クライアントが批判的に考えることなく、単に診断ラベルを受け入れた可能性。

## 2. 「長い熟考の末に導き出された自己評価」

- クライアントが自身の経験や歴史を深く考えた結果、診断ラベルを自分のアイデンティティの一部として受け入れた可能性。

たとえば、クライアントが\*\*「私は狂っている」「私は精神病だ」と自分を表現した場合\*\*、クライアント中心のセラピストは次のように反応しません。

“

「そんなに自分を責めなくてもいいよ。君は狂ってなんかいない。」

”

代わりに、セラピーの過程そのものを信頼し、時間をかけることで、より自己受容的で正確な自己評価がクライアントの中から生まれることを期待します。

つまり、クライアントの考えが明らかに「間違っている」としても、それをセラピストが直接修正することはありません。

---

## 診断を超えたクライアント中心療法

クライアント中心療法は診断を重視しない（nondiagnostic stance）立場ですが、実際にはさまざまな診断を受けたクライアントと関わることができます。

例えば、次のような診断を受けた人々ともセラピーを行うことができます。

- 精神病（psychotic）
- 発達障害（developmentally disabled）
- パニック障害（panic disorder）
- 過食症（bulimic）
- 単なる「自己成長のためのセラピー」を求める人々

このように、クライアント中心療法が診断ラベルに関係なく、誰にでも適用できるという前提は、「人は常にそれ以上の存在である（the person is always more）」という信念に基づいています。

クライアント中心療法では、「自己」と「障害」の関係、「自己」と「環境」の関係を深く理解することを重視します。

---

## カール・ロジャーズの診断に対する見解

ロジャーズは、診断のプロセスについて\*\*「ほとんどの場合、時間の無駄（a colossal waste of time）」\*\*だと断言しています（Kirschenbaum & Henderson, 1989, pp. 231-232）。

ロジャーズはさらに、診断の必要性について次のように説明しています。

“

「現在の臨床現場で最も広まっている考え方は、  
『神経症の人にはこう対応する』『精神病の人には別の対応が必要だ』  
『強迫性障害にはこの条件が必要』『同性愛者にはまた別の条件が必要』といったものだ。  
だが、私はむしろ、セラピーにおいて本質的に必要な条件はひとつの統合された形で存在し、  
クライアントがそれを異なる形で活用するだけだと考えている。  
また、セラピーにおいて、セラピストがクライアントの心理的診断を正確に行う必要があるとは思  
わない。  
……私がセラピストを観察すればするほど、そのような診断知識がセラピーに必須のものではない  
という結論に至る。」

（Kirschenbaum & Henderson, 1989, pp. 230-232）

”

このように、ロジャーズの考え方では、**クライアントが持つ「診断ラベル」ではなく、その人の「経験」や「自己表現」に焦点を当てることが重要視されます。**

## まとめ

- クライアント中心療法は、個人に焦点を当てるが、社会・政治的な視点もセラピーの中で自然に現れる。
- セラピストはクライアントの自己評価を尊重し、ラベルを否定するのではなく、時間をかけて「より正確な自己理解」を促す。
- 診断ラベルにとらわれず、誰に対しても適用可能なセラピーである。
- ロジャーズは、診断プロセスは不必要であり、セラピーには本質的な条件が統一されていると考えた。

このように、クライアント中心療法は、「診断」や「問題の特定」ではなく、**クライアント自身の成長と変化のプロセス**を大切にすアプローチなのです。

## クライアント中心療法における質問への対応

セラピストが、クライアントに対して「自分で答えを見つけるべきだ」と促して直接的な質問をやめさせようとしなない場合、クライアントが時折セラピストに助けを求めることがあります。

クライアントの質問にどう対応するかについては、クライアント中心療法のコミュニティ内でも意見が分かれています。しかし、多くのクライアント中心のセラピストは、「クライアントの自己指向 (self-direction) に従う」という基本理念を考えると、**クライアントからの直接的な質問に応じることは理にかなっている**と考えます。

質問の内容によっては、こうしたセラピストは**自分の考えを述べることもあり、それには診断的な見解が含まれることもあります**。例えば、薬物療法 (pharmacotherapy) や行動療法 (behavioral interventions) といった選択肢をクライアントに提供することがあります。

しかし、ここで重要なのは、**これらの提案はすべてクライアントの自主的な要望から生まれる**という点です。セラピストは、クライアントにこれらの選択肢を受け入れさせることを目的としておらず、「**従わせる (compliance)**」ことに関心を持たないのです。

---

## クライアント中心療法の適用範囲

クライアント中心のセラピストは、**心理的 (psychogenic)**、**生物学的 (biogenic)**、**社会的 (sociogenic)** な要因によるさまざまな問題を抱えたクライアントと成功裏に関わってきました。

このアプローチに共通するのは、次のような視点です。

1. クライアントと\*\*「問題」や「病気」、「自己破壊的な行動」との関係\*\*を理解すること
2. クライアントと協力しながら\*\*自己治癒 (self-healing) と成長 (growth) \*\*を促すこと
3. **クライアントが自分の直面する課題を乗り越える力を持っていると信じる**こと

どの心理療法の流派も、**統合失調症 (schizophrenia) やアルコール依存症 (alcoholism) を「治す」こと**や、**虐待関係 (abusive relationship) から誰かを確実に抜け出させることを保証することはできません**。

しかし、**尊敬と受容のパートナーシップの中で、クライアントの「行動」や「否定的な経験」に対する内面的な関係は変化していきます**。その結果、クライアントはより自己受容的になり、自己理解が深まり、それが\*\*「より自分を大切にする行動 (self-preserving behavior) 」\*\*につながる人が多いのです。

---

## クライアント中心療法は「軽症の人向け」ではない

クライアント中心療法については、「**あまり重症でないクライアントにしか適用できない**」というステレオタイプ (固定観念) があるものの、多くの研究者や実践者が、このアプローチが「**重度の精神疾患**」と診断された人々にも有効であることを示してきました。

例えば、Garry Prouty（1994）の研究では、統合失調症などの「精神病的（psychotic）」とされるクライアントとの成功例が記録されています。

また、デンマークの臨床家であるLisbeth Sommerbeck（2003）は、精神科の環境でクライアント中心療法をどのように実践するかを著書で論じています。Sommerbeckの本では、彼女が勤務する精神科病棟において、同僚の医師たちが「伝統的な医学モデル」に基づいて「患者」を扱うのとは異なる視点を持つことの課題について述べられています。

---

## クライアント中心療法と統合失調症の治療

現在、統合失調症と診断された人々に対する主流の治療は、\*\*社会技能訓練（social skills training）、作業療法（occupational therapy）、薬物療法（medication）\*\*に重点を置いています。

しかし、そのような環境で「クライアント中心の関係性」の力を経験することは非常に稀です。

一般的には、統合失調症の人々は次のような「従順さ」を求められることが多いです。

- 「薬をきちんと飲みなさい」
- 「適切な行動や社会的スキルを身につけなさい」
- 「専門家があなたのために決めた指示に従いなさい」

しかし、クライアント中心の関係では、クライアントが「薬が効いていない気がする」と表現したとき、「でも、薬をやめたらまた入院することになるよ」と即座に反論することはありません。

クライアントの内面的な経験や知覚を尊重することで、その人自身が「自分についての権威」を持てるようになります。

これは、技能訓練や向精神薬（psychotropic medications）、精神医学の有用性を否定するものではありません。

もし、それらが本当に助けになるのであれば、クライアント自身がそれを選択すると信頼するべきです。

しかし、家族やセラピスト、国家の制度によってそれを強制することは、クライアントを「自分の人生を決定できない存在」として扱うことになります。

---

## ロジャーズの記憶に残ったケース：「ジェームズ」

ロジャーズが長年忘れられなかったケースの一つに、「ジェームズ (James)」というクライアントの例があります。

彼はウィスコンシン大学の\*\*慢性精神疾患の患者を対象とした研究 (Wisconsin study of chronically mentally ill patients) \*\*に参加していた一人でした (Rogers et al., 1967)。

ロジャーズは、彼との二回の面接について詳細に記述しており、その中で「変化の瞬間 (moment of change)」が起こったことを報告しています。

ジェームズは長年感情を抑え込んでいましたが、セラピストの温かさと関心を感じたことで心を開き、深い悲しみを涙とともに吐き出したのです。

この変化は、ロジャーズが1年近くの間、週に2回の面接を行い、最大20分もの沈黙が続くセッションを耐え抜いた結果でした。

ロジャーズは次のように述べています。

“

「私たちは二人の……本物の人間として関わっていた。  
本当に心が通じ合った瞬間には、教育の違いも、社会的地位の違いも、  
心理的な問題の度合いの違いも、何の意味もなかった。  
私たちは、ただ二人の人間として関係を築いていた。」

(Rogers et al., 1967, p. 411)

”

8年後、ジェームズはロジャーズに電話をかけ、仕事がうまくいっており、生活も安定していることを報告し、ロジャーズとのセラピーに感謝の意を表しました (Meador & Rogers, 1984)。

このエピソードは、クライアント中心療法が「問題ではなく、人に焦点を当てる」アプローチであることを強調しています。ロジャーズは、「最も個人的なことこそが最も普遍的である」という信念をよく語っていました。クライアント中心のアプローチは、人々が「愛されないことへの恐れ」「リスクを取ることへの恐れ」「変化や喪失への恐れ」、そして「生きる上でのさまざまな問題」にどのように対処するか、その多様な方法を尊重します。

私たちの間にあるさまざまな違いを理解しながらも、ロジャーズは、人間は「尊重され、愛されたい」「仲間でありたい」「理解されたい」と願い、「人生における一貫性や価値、意味を求める」という点で深く共通していることに気づきました。

## クライアント中心のセラピストの姿勢

クライアント中心のセラピストは、さまざまな補助的な支援の手段に対して開かれた態度を持っています。

そして、クライアントが求めた場合には、そうしたリソースについての情報を提供します。

こうしたリソースには、以下のようなものが含まれます。

- 自助グループ (self-help groups)
- 他の種類のセラピー (other types of therapy)
- 運動プログラム (exercise programs)
- 薬物療法 (medication)
- その他、セラピストが知っていて、効果的かつ倫理的であると信じるもの

ただし、セラピストはクライアントに特定のリソースを「強く勧める」ことはしません。

その代わりに、「試してみて、どう感じるか確かめてみるのもいいかもしれません」という提案の姿勢をとります。

最終的に何が役立つかを決めるのは、クライアント自身です。

また、どの専門家や機関が\*\*人生を豊かにするもの (life-enhancing) であり、どのようなものが自分の力を奪うもの (disempowering) \*\*であるかも、クライアントが判断するのです。

---

## クライアントの希望に応じた柔軟な対応

クライアント中心のセラピストは、クライアントの主体的な選択を尊重するため、場合によっては以下のような人をセッションに同席させることを許可することがあります。

- パートナー (partner)
- 配偶者 (spouse)
- 子ども (child)
- 対立している相手 (other person with whom they are having a conflict)

このように、クライアント中心のセラピストは柔軟であり、クライアントと協力するさまざまな方法に対して開かれた姿勢を持っています。

しかしながら、セラピストの倫理的責任 (ethical commitment) はあくまでクライアントに対するものであるため、必要に応じてカップル療法や家族療法を専門とするセラピストを紹介することもあります。

また、\*\*ナサニエル・ラスキン (Nathaniel Raskin)、フェルディナント・ファン・デル・ヴィーン (Ferdinand van der Veen)、キャスリン・ムーン (Kathryn Moon)、スーザン・ピルデス (Susan Pildes)、ジョン・マクフェリン (John McPherrin)、ネッド・ゲイリン (Ned Gaylin)、本政範子 (Noriko Motomasa) \*\*といった研究者たちは、**パーソンセンタード (クライアント中心) アプローチを用いたカップルや家族との関わりについて執筆しています。**

---

## クライアント中心アプローチにおける「カテゴリー」に対する姿勢

クライアント中心のアプローチでは、人を「カテゴリー分け」することにこだわりません。

この考え方は、\*\*異文化間 (cross-cultural) や国際的な紛争解決 (international conflict resolution) \*\*の場面にも適用されます。

例えば、ロジャーズとライバック (Rogers & Ryback, 1984) は、**北アイルランド (Northern Ireland) におけるカトリック教徒とプロテスタントの対立**において、両者に平等に共感を示しました。

また、ロジャーズ (Rogers, 1986b) は、**南アフリカ (South Africa) において、黒人と白人の対立の解決**に取り組みました。

紛争解決が促進されるのは、**ファシリテーター (facilitator : 対話を促す人) が、対立する両者の態度や感情を理解し、共感を示すときです。**

このプロセスを通じて、**片方の側がもう一方を「ステレオタイプ化 (stereotyping) 」**することが崩れ、相手への共感が生まれます。

ロジャーズの教え子である\*\*マーシャル・ローゼンバーグ (Marshall Rosenberg) \*\*は、\*\*ウィスコンシン大学 (University of Wisconsin) で学んだ後、「非暴力コミュニケーション (non-violent communication) 」\*\*という紛争解決の手法を開発しました (Rosenberg, 1999) 。

このアプローチでは、**クライアント中心の原則を実践しながら、相手や集団を非人間的に扱うことなく対話を進める方法が用いられます。**

---

## 治療 (Treatment)

\*\*パーソンセンタード・アプローチ (person-centered approach) は、もともと成人を対象とした個人心理療法 (individual psychotherapy with adults) \*\*の文脈で発展しました。

しかし、クライアント中心の原則が広く適用可能であることから、名称が\*\*「クライアント中心療法 (client-centered)」から「パーソンセンタード・アプローチ (person-centered approach)」\*\*へと拡張されました。

このアプローチは、以下のような多様な領域に応用されています。

- 子ども (child therapy)
- カップルや家族 (couple and family work)
- 基礎的なエンカウンター・グループ (basic encounter group)
- 組織のリーダーシップ (organizational leadership)
- 子育て (parenting)
- 教育 (education)
- 医療 (medicine)
- 看護 (nursing)
- 法医学 (forensic settings)

このアプローチは、人々の幸福 (welfare) と心理的成長 (psychological growth) が重要視されるあらゆる場面で活用できます。

---

## 非指示的なアプローチの実践例

組織の中で責任を持つ人々は、試行錯誤を重ねながら、非指示的なアプローチ (nondirectiveness) に基づく基本的な条件 (core conditions) を実践することを学びます。

例えば、臨床心理学の大学院生が、ある囚人 (inmate) のもとを訪れ、セラピーを行った事例があります。

その学生は、囚人に対して\*\*「〇〇さん (Mr.) 」と敬称をつけて呼びかけ\*\*、

“  
「この1時間、一緒にお話しませんか？」

”

と招待する形でセッションを始めました。

そして、

“  
「話したくない場合は、話さなくても構いません」

”

と、囚人自身に選択の権利があることを伝えました。

すると、その囚人は**刑務官たちの態度とはまったく異なる扱いを受けたことに驚きました。**

セラピーが終わった後、その囚人は**長い手紙を書き、**

“

「人間として扱ってもらえたこと」に対する感謝

”

を伝えました。

このように、たとえクライアントが「強制的に治療を受ける立場（involuntarily mandated to 'treatment'）」であったとしても、基本的なクライアント中心の姿勢を貫くことは可能なのです。

## 遊戯療法（プレイセラピー）

ロジャーズは、フィラデルフィア児童指導クリニック（Philadelphia Child Guidance Clinic）における\*\*ジェシー・タフト（Jessie Taft）の子どもに対する遊戯療法（play therapy）\*\*を深く敬愛していました。

特に彼が感銘を受けたのは、**タフトが子どもによって言葉や行動で表現された否定的な感情を受け入れる能力**でした。彼女のこの受容的な態度は、**最終的に子どもの前向きな態度につながる**ことが多かったのです。

ロジャーズの大学院生の一人であった**ヴァージニア・アクセライン（Virginia Axline）**は、**遊戯療法を子どものための包括的な治療体系**として確立しました。

アクセラインは、ロジャーズと同様に\*\*自己指向性（self-direction）

や自己実現（self-actualization）\*\*に対する深い信念を持っていました。  
さらに、彼女は**恐怖心を抱えた子ども、抑制された子ども、虐待を受けたことのある子どもたちが、長年抑え込んできた感情を表現し、「自分らしくあること」の喜びを感じられるよう手助け**することに情熱を注いでいました。

アクセラインは、**言葉だけでは自己実現の障害を乗り越えられない子どもたちのために、遊びを活用**しました。

彼女の貢献は、**遊戯療法の研究、子どもを対象とした集団療法（group therapy）、学校での応用、親と教師の関係、教師と管理者の関係**など、多岐にわたります。

また、彼女は以下のような分野で遊戯療法の有用性を示しました。

- 読書が苦手な子どもへの支援
- 知的障害（mental retardation）の診断の明確化
- 幼児期の人種間対立への対応  
（Axline, 1947; Rogers, 1951）

エリンウッド（Ellinwood）とラスキン（Raskin, 1993）は、**クライアント中心の遊戯療法に関する包括的な章を執筆しており**、アクセラインが確立した原則がどのように発展し、親や子どもとの実践に活かされているかを示しています。

この中では、\*\*子どもや大人に対する共感（empathy）、自己主導的な変化を尊重する姿勢、そしてセラピストの一致性（congruence）\*\*が強調され、具体例を交えて説明されています。

また、近年では**キャスリン・ムーン（Kathryn Moon, 2002）が、クライアント中心療法における「非指示的態度（nondirective attitude）」を子どもとの関わりの中で明確に示しています。**

---

## クライアント中心のグループプロセス

1940年代に**1対1のカウンセリング方法**として始まったクライアント中心の原則は、**グループ療法（group therapy）、授業（classroom teaching）、ワークショップ、組織開発（organizational development）、リーダーシップの概念**など、わずか10年以内に広く応用されるようになりました。

また、クライアント中心の原則は、\*\*教育、集中的なグループ（intensive groups）、平和や紛争解決（peace and conflict resolution）\*\*の分野にまで広がりを見せました。

---

## 授業での実践（Classroom Teaching）

ロジャーズは、コロンバス（Columbus）にいたころ、「**非指示的アプローチ（nondirective approach）**」を提唱し始めた一方で、**依然として専門家の役割を果たしていました。**

彼は授業の構成を決め、学生の成績を評価する立場にありました。

しかし、シカゴ大学（University of Chicago）に移ってから、ロジャーズは**新しい教育哲学を実践するようになりました。**

彼はこの変化を\*\*『学ぶ自由（Freedom to Learn）』\*\*の中で次のように述べています。

---

“

**私は「教師であること」をやめました。**

それは簡単なことではありませんでした。少しずつ変化していったのですが、**学生を信頼し始めたとき、彼らが驚くべきことを成し遂げるのを目の当たりにしました。**

**彼らはお互いに深くコミュニケーションをとり、授業の内容を主体的に学び、そして人間として大きく成長していきました。**

何よりも、**彼らは私に「自分らしくある勇氣」を与えてくれました。**それが深い相互作用 (profound interaction) につながったのです。

**彼らは自分の気持ちを率直に話し、私が考えたこともなかったような質問を投げかけてくれました。**

すると、私の中にも新たなアイデアが湧き上がり、それは私自身にとっても、彼らにとっても新鮮で刺激的なものでした。

**私はある種の「重要な一線」を越えたのだと思います。**

たとえば、ある授業を始めるときに、私はこう言いました。

**「この授業のタイトルは『人格理論 (Personality Theory) 』です (あるいは別の科目名でもよいでしょう) 。**

**しかし、この授業をどうするかは、私たち次第です。**

**この大まかなテーマの範囲内で、私たちが達成したい目標に合わせて授業を作り上げることができます。**

**授業の進め方も、自分たちで決められます。**

**試験や成績についても、どのように扱うかを一緒に考えましょう。**

**私はたくさんの資料を持っていますし、ほかの情報源も紹介できます。**

**私自身も一つの「リソース」として活用してください。**

**でも、この授業は「私の授業」ではなく、「私たちの授業」です。**

**では、どんな授業にしたいですか？」**

**このような言葉は、つまり「私たちは自由に学ぶことができる」というメッセージでした。**

**それによって、教室の雰囲気は完全に変わったのです。**

当時はこのように言葉にすることは考えもしませんでした。が、**私はその瞬間、「教師 (teacher) 」から「学習の促進者 (facilitator of learning) 」へと変わったのです。**

これは、まったく異なる職業でした。

(Rogers, 1983, p. 26)

”

この変化は、ロジャーズ自身にとっても簡単なことではありませんでした。

また、学生たちにとっても戸惑いがありました。

なぜなら、多くの学生は\*\*「先生に導かれる」ことに慣れていたため\*\*、「自己評価による成績評価 (self-evaluation method of grading)」を奇妙で受け入れがたいものと感じたからです。

## 集中グループ (The Intensive Group)

1960年代初頭には、もう一つの重要な発展がありました。それが\*\*「集中グループ (intensive group)」\*\*です。

カール・ロジャーズ (Carl Rogers) が1964年にカリフォルニアへ移住したことをきっかけに、彼は集中グループに対する関心を深めました。そして、1970年には、「**基本的なエンカウンター・グループ (basic encounter group)**」の発展について、**15のステップ**からなる理論を発表しました。

ロジャーズは、このプロセスの核となるものを\*\*「基本的なエンカウンター (basic encounter)」\*\*と考えました。

この「基本的なエンカウンター」が起こるのは、**グループ内の誰かが率直に自分をさらけ出し、それに対して別のメンバーが完全に共感をもって応じる**ときです。

また、ロジャーズは、\*\*グループのリーダー (またはファシリテーター) \*\*の役割について、以下のように考えました。

- **個人のセラピストと同じ基本的な資質 (共感・受容・誠実さなど) を体現することが重要**
- **個々のメンバーだけでなく、グループ全体を受け入れ、尊重することも大切**

この\*\*「基本的なエンカウンター・グループ」の優れた実例\*\*は、\*\*映画『Journey into Self (自己への旅)』\*\*の中で見ることができます (McGaw, Farson, & Rogers, 1968)。

この映画では、ロジャーズとリチャード・ファーソン (Richard Farson) が共同でファシリテーションを行い、\*\*誠実さ (genuineness)、自発性 (spontaneity)、思いやり (caring)、共感的な態度 (empathic behavior) \*\*が、いかにグループの中で表現されるかが明確に示されています。

# 平和と紛争解決 (Peace and Conflict Resolution)

1980年代になると、「平和的な方法で対立を解決する」ことが、パーソンセンタード運動の最前線 (cutting edge) となりました。

このアプローチは、\*\*対人関係の対立 (interpersonal conflicts) から国家間の紛争 (conflicts between nations) \*\*にまで及びます。

いくつかのケースでは、**対立するグループが、パーソンセンタードのリーダーシップのもとで「集中グループ (intensive format) 」を実施し、話し合いを行いました。**

このような取り組みは、以下の地域の対立当事者同士の間で行われました。

- 北アイルランド (Northern Ireland)
- 南アフリカ (South Africa)
- 中央アメリカ (Central America)

特に、オーストリアで開催された\*\*「中央アメリカの課題 (Central American Challenge) 」\*\*に関する会議では、**多くの外交官や政府関係者が参加しました** (Rogers, 1986d) 。

この会議で達成された主要な目標の一つは、**外交官たちが「パーソンセンタードな体験」**をすることでした。

この経験を通じて、外交官たちが**今後の国際会議の場で、より共感的に (empathic) 対応できるようになることを期待していたのです。**

また、ロジャーズ (1987) とその仲間たちは、\*\*東ヨーロッパ (Eastern Europe) やソビエト連邦 (Soviet Union) \*\*で、パーソンセンタード・アプローチに関するワークショップを開催しました。

ロジャーズは、**キャンプ・デービッド合意 (Camp David Accords) をパーソンセンタードの視点から解釈し、核戦争を防ぐための提案**を行いました (Rogers & Ryback, 1984) 。

こうした平和的な紛争解決の試みには、**共通する基本的な考え方があります。**

“

「対立するグループが、共感 (empathy) 、誠実さ (genuineness) 、思いやり (caring) の条件のもとで交流できるようになれば、相手への否定的なステレオタイプが弱まり、代わりに「人と人」としてのつながりを感じられるようになる」 (Raskin & Zucconi, 1984) 。

”

## エビデンス (Evidence)

クライアントは、セラピストに「クライアント中心療法が本当に効果があるのか？」という科学的な証拠 (empirical evidence) を求めることはほとんどありません。

しかしながら、この問いはまったく正当なものであり、セラピストとして\*\*「その疑問に答える能力を持つこと」は重要です\*\*。

セラピストは、「クライアントを助けることができる専門家」として自らを提示する立場にあるため、もしクライアントを助けることができなかつた場合には、その失敗について説明する倫理的責任 (ethical responsibility) を負います (Brodley, 1974)。

---

## 経験的研究への支持 (Support for Empiricism)

クライアント中心療法では、「医学モデルの治療 (medical model of 'treatment') 」とは異なる哲学を持っています。

しかしながら、「客観的な経験的研究 (objective, empirical research) 」を否定するものではありません。

人間性心理学の研究者たちは、\*\*「セラピーの理論モデル (theoretical models of therapy) 」と「研究方法 (research methods) 」、「セラピーの実践 (practice of therapy) 」の関係は、単純ではなく多様であり、必然的なものではない」\*\*と考えています。

ここで重要になるのは、以下の2つの問いです。

1. 「科学的な研究結果と臨床実践の関係とは何か？」
2. 「その関係は、どのようにあるべきか？」

---

## 経験的研究への取り組み

カール・ロジャーズは、セラピーのプロセスを研究する熱心な研究者であり、1957年にはアメリカ心理学会 (APA) から「優れた科学的貢献賞 (Distinguished Scientific Contribution Award) 」を受賞しました。

彼自身、この賞を\*\*「最も価値のある賞だと考えていた」\*\*と語っています。

現在でも、クライアント中心の研究者たちは、このアプローチの有効性 (efficacy) と効果 (effectiveness) について研究を続けています。

しかしながら、大規模な量的研究（large-scale quantitatively focused studies）は、近年あまり行われていません。

それに対して、以下のような研究は活発に行われています。

- 理論的（theoretical）研究
- 哲学的（philosophical）研究
- 倫理的（ethical）研究
- 自然主義的な質的研究（naturalistic qualitative studies）

こうした研究は、以下の学術誌で発表されています。

- Person-Centered Review
- The Person-Centered Journal
- Person-Centered and Experiential Psychotherapy Journal
- Journal of Humanistic Psychology
- その他の非英語圏の学術誌

また、\*\*プロセス体験療法（process-experiential therapy）\*\*の研究や、\*\*ドイツにおける研究（Eckert, Hoger & Schwab, 2003）\*\*も例外的に進んでいます。

さらに、クライアント中心療法は、「**共通要因研究（common-factors research）**」からも、間接的ではあるものの強い支持を得ています。

## 共通要因（Common Factors）

サウル・ローゼンツヴァイク（Saul Rosenzweig, 1936）は、\*\*「心理療法の結果は、各セラピー特有の技法ではなく、すべてのセラピーに共通する要因によって決まるのではないか」\*\*と最初に仮説を立てました。

具体的には、以下のような要素が重要であると考えました。

- セラピストの個人的な特性（personal characteristics of the therapist）
- クライアント自身の資源（resources of the client）
- セラピストとクライアントの関係性のカ（potency of the therapeutic relationship）

この仮説は、\*\*「ドーデー鳥仮説（Dodo Bird conjecture）」\*\*と呼ばれています。

---

# 「ドーデー鳥効果」とは？（The Dodo Bird Effect）

「ドーデー鳥（Dodo Bird）」は、『不思議の国のアリス（Alice in Wonderland）』に登場するキャラクターです。

物語の中で、動物たちはアリスの涙で濡れてしまった後、乾くために競争をすることにしました。

しかし、**全員がバラバラの方向に走ったため、競争は成立しませんでした。**

そこで、動物たちはドーデー鳥に判定を求めました。

ドーデー鳥は次のように言いました。

“

**「みんなが勝者だ！だから、全員に賞をあげよう！」**

”

心理療法の研究においても、\*\*「どの主要なセラピー技法も、効果の大きさ（効果の指標）がほぼ同じである」\*\*という結論が導き出されました。

このことを\*\*「ドーデー鳥効果（Dodo Bird effect）」\*\*と呼びます。

---

## ドーデー鳥効果を支持する研究

何十年にもわたる\*\*メタ分析（複数の研究を統合した分析）\*\*によって、**ドーデー鳥効果が強く支持されてきました。**

つまり、**特定のセラピーの学派や技法が、他のセラピーよりも優れているという考えは否定されています**（Elliott, 1996, 2002; Lambert, 2004; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2006）。

さらに興味深いことに、**哲学や価値観がまったく異なるセラピー同士であっても、成功率の統計データ（効果の大きさ）はほぼ同じである**という結果が得られています。

---

## 心理療法の効果を決める要因

心理療法の効果を決める要因には、\*\*「セラピーに関する要因（therapeutic factors）」と「セラピー以外の要因（extratherapeutic factors）」\*\*の2つがあります。

## 1. セラピーに関する要因 (Therapeutic Factors)

このカテゴリーには、以下の要素が含まれます。

- セラピスト自身の影響 (therapist's influence)
- セラピストとクライアントの関係性 (therapeutic relationship)
- 各セラピーに特有の技法 (specific techniques)

クライアント中心療法では、セラピストの「態度」とその態度の伝え方が、ポジティブな結果を生み出す「必要十分条件」であると考えられています。

また、「技法」自体の影響もゼロではなく、クライアントが望み、かつセラピストがその技法に精通している場合には、使用されることもあるとされています。

## 2. セラピー以外の要因 (Extratherapeutic Factors)

このカテゴリーには、以下のような要素が含まれます。

- クライアントの生活環境 (client's environment)
- クライアントが抱える問題や困難 (various vulnerabilities and problems)
- 適切な社会的支援の有無 (presence or absence of adequate social support)
- セラピーの過程に影響を与える出来事 (losses or changes)

また、\*\*クライアント自身の持つ資質 (client factors) \*\*も重要です。

ボハート (Bohart, 2006) は、クライアントが持つ以下の能力を挙げています。

- 創造的な資源 (creative resources)
- 自己決定能力 (ability to direct decisions)
- 回復力・耐久力 (resilience or hardiness)
- 人生経験による問題解決能力 (life experience in solving problems)
- セラピーを積極的に活用する力 (active utilization of therapy experience)

ボハート (2004) によると、この「セラピー以外の要因」は、全体の効果の約40%を占めていると推定されています。

---

## クライアントの姿勢とセラピーの成功率

クライアントの態度も、セラピーの結果に大きく影響します。

- セラピーを受けることに前向きでないクライアント（例えば、無理やり受けさせられた人、セラピストに対して敵対的な態度を持つ人）は、良い結果を得る可能性が低くなります。
- 一方で、「助けを求める強いニーズがある」「セラピーに対して前向きで、試してみる意欲がある」「継続的にセッションに通う意思がある」「セラピストと関係を築くことができる」クライアントは、セラピーの恩恵を受けやすいとされています。

---

## 「共通要因研究」の意義

「共通要因研究（common-factors research）」では、\*\*「セラピストとクライアントの関係性が、セラピーの変化を生み出す主要な要因である」\*\*という一貫した結果が得られています。

これに対し、「特定の技法こそがセラピーの成果を左右する」と主張するセラピストも依然として存在します。

---

## 「技法の特別性」は神話なのか？

ボザース（Bozarth, 2002）など、多くの研究者は、「特定の技法こそが成功の鍵である」という考え方に異を唱えています。

彼らは、この考え方を\*\*「特異性の神話（specificity myth）」\*\*と呼び、以下のように主張しています。

- 「特定の障害には、特定の治療法が必要である」という考えは、単なる作り話である。

ブルース・ワンプルド（Bruce Wampold, 2001）は、著書\*\*『The Great Psychotherapy Debate（偉大なる心理療法論争）』\*\*の中で、多くのメタ分析研究を再検討し、ボザースの意見を支持しています。

ワンプルドは、2006年の研究でも、\*\*「ドードー鳥仮説は、何度も繰り返し検証され、確証されている」\*\*と述べています。

---

## なぜ「ドードー鳥判決」に抵抗があるのか？

ワンプルドは、\*\*「新しい技法が増える背景には、心理学の分野での経済的・社会的な要因がある」\*\*と指摘しています。

新しい技法が開発されることで、研究者や実践者は収入を得たり、専門家としての地位を築いたりすることができるからです。

しかし、大局的に見れば、セラピーの効果を決定するのは、技法そのものではなく、セラピーの「文脈 (context)」であると、ワンプルド (2001, p. 217) は強調しています。

## 基本的条件 (Core Conditions) の証拠

クライアント中心療法 (client-centered approach) は、基本的条件 (core conditions) が心理療法の結果に影響を与えることについて、十分な証拠を持っていると言えます。

この療法の創始者であるカール・ロジャーズ (Carl Rogers) は、「クライアントがセラピストの基本的条件を感じ取ることが、治療効果を得るために必要である」と仮説を立てました。

この仮説を検証するために、多くの研究が行われています。

---

## TruaxとMitchell (1971) の研究

TruaxとMitchell (1971) は、合計992名の参加者を対象にした14の研究を分析しました。

- 66の有意な結果 (統計的に意味のある結果) が、基本的条件と良い治療結果との間に正の相関があることを示しました。
- 1つの有意な結果は、負の相関 (逆の関係) を示しました (Kirschenbaum & Jourdan, 2005, p. 41)。

このことから、基本的条件と治療効果の間には、全体的に強い関連性があることがわかります。

---

## C.H. Patterson (1984) の批評

C.H. Pattersonは、「共感 (empathy)、温かさ (warmth)、誠実さ (genuineness)」に関する研究レビュー (1984) の中で、1970年代から1980年代にかけて行われた多くの研究を批評しました。

Pattersonは、以下のように指摘しています。

- 多くの研究では、クライアント中心療法が実験条件または対照条件 (比較対象のグループ) として設定されていたが、セラピストが十分な経験を持っていなかった。
- 研究者たちは、クライアント中心療法を「積極的な傾聴 (active listening)」や「クライアントの言葉を繰り返すこと」と誤って解釈し、正しいセラピーの条件を満たしていなかった。

つまり、本来のクライアント中心療法の理念に基づいたセラピーが行われていなかったにもかかわらず、多くの研究で肯定的な結果が得られていたのです。

Pattersonは、\*\*「もしセラピストたちがロジャーズの理論を正しく理解し、基本的条件をしっかりと実践できていたなら、治療結果はもっと大きなものになっていただろう」\*\*と推測しています（Patterson, 1984）。

また、彼のレビューでは、**クライアント中心療法に対する偏見（bias）**が多くの研究に見られる一方で、実際には**肯定的な証拠が多く存在することも指摘されています**。

---

## OrlinskyとHoward（1986）の研究

OrlinskyとHoward（1986）は、**セラピストとクライアントの関係（relationship variables）**と、**クライアント自身の関係の捉え方（clients' perception of the relationship）**に関する多数の研究をレビューしました。

- 50～80%の研究で、クライアントの治療結果とセラピストとの関係が強く関連していることが示されました。
- 特に、「クライアントがセラピストとの関係をどのように感じているか」を測定する研究では、強い相関が確認されました（Orlinsky & Howard, 1986, p. 365）。

このことから、「**セラピストとの関係**」が治療結果に大きく影響することが示唆されます。

---

## Orlinsky、Grawe、Parks（1994）の研究

Orlinsky、Grawe、Parks（1994）は、Orlinsky & Howard（1986）の研究をアップデートし、76の研究を分析しました。

この研究では、「**セラピストの肯定的な態度（positive regard）**」と「**セラピストがクライアントを認める姿勢（therapist affirmation）**」が治療結果に与える影響を調査しました。

- 154の結果のうち、56%が「予測通りの正の相関」を示しました。
- さらに、クライアント自身の評価を基準にした場合、この数値は65%に上昇しました。

この結果は、**セラピストの態度がクライアントにとって非常に重要であることを示しています**。

---

## Bohart、Elliott、Greenberg、Watson（2002）のメタ分析

Bohart、Elliott、Greenberg、Watson（2002）は、**1961年から2000年までの研究を対象に、大規模なメタ分析（統計的に多くの研究を統合する分析）**を行いました。

- 3,026人のクライアントを対象とした研究を分析。
- 共感（empathy）と治療結果の関連を示す190のデータを統合。
- 結果として、「共感と治療効果には、中程度の相関関係（効果量：0.32）」があることが確認されました。

この数値は、統計的に意味のある関連性を示しており、**共感が治療結果に大きく影響を与えることを裏付けています。**

---

## 注意点：ロジャーズの「6つの必要十分条件」について

上記の研究の多くは、**共感（empathy）**や**肯定的な態度（positive regard）**と**治療効果の関連**を調べています。

しかし、**カール・ロジャーズのクライアント中心療法**では、「**6つの必要十分条件（six necessary and sufficient conditions）**」すべてが満たされることが重要とされています（Watson, 1984）。

そのため、**1つの要素（例：共感）のみを検証する研究は、厳密にはクライアント中心療法の全体的な理論をテストしているわけではない**という点に注意が必要です。

それでも、**共感や肯定的な態度が治療結果と強く関連していることは、ロジャーズの理論を部分的に支持する証拠となります。**

## クライアント中心療法の評価に関する課題を示す最近の研究

**プロセス体験（process-experiential）**を研究する研究者たちは、**クライアント中心療法を評価する際の難しさを示す研究を行っています。**

**Greenberg & Watson（1998）の研究では、うつ病に対する体験療法（experiential therapy）を調査し、プロセス体験的な介入（process-experiential interventions）とクライアント中心的な関係条件（client-centered relationship conditions）を比較しました。**

この研究では、**クライアント中心的な関係条件とプロセス体験的な介入が、うつ病治療において同等の効果を持つことが示されました。**

- 治療終了時や6か月後のフォローアップ時点では、両者の効果に違いは見られませんでした。
- 長期的なフォローアップでは、**プロセス指向性（process-directivity）の介入がやや支持される結果が得られました。**

しかし、この研究には\*\*「クライアント中心療法の定義の仕方」に問題がある\*\*と指摘されています。

この研究では、クライアント中心療法の「実験条件」をマニュアルに基づいて設定していました。

つまり、本来のクライアント中心療法とは異なる方法で評価されていたのです。

## Bohart (2002) のコメント

Bohartは、この研究について以下のようにコメントしています。

“

確かに、ある意味では、クライアント中心療法がマニュアル化 (manualized) されています (Greenberg & Watson, 1998)。

私は実際にこれらのマニュアルを見たことがあります。それらは非常に優れたものですが、クライアント中心療法を別の知的枠組みにマッピングした「模倣」にすぎません。

私の理解するクライアント中心療法を完全に再現するものではありません。

そもそも、マニュアルに従うという考え方自体が、クライアント中心療法の本質に反しています。クライアント中心療法をマニュアル化することは、まるで『シンデレラの義理の姉が、ガラスの靴に足を合わせるために足の一部を切り落とす』ようなものです。

確かに、無理に合わせれば入るかもしれませんが。

しかし、本来のクライアント中心療法の特徴に合った「科学的なガラスの靴」を見つける方が、元の形を歪めて無理に適応させるよりも良いのではないのでしょうか？

(Bohart, 2002, p. 266)

”

## クライアント中心療法の研究方法に関する新しいモデル

クライアント中心療法を「治療パッケージ」としてではなく、「独自の関係性」として研究する際の課題を指摘することは、研究の重要性を否定するものではありません (Mearns & McLeod, 1984)。

人間性心理学 (humanistic psychology) の研究コミュニティでは、より適切な評価方法を開発するための新しいモデルが登場しています。

例えば、以下のようなモデルがあります。

- Elliottの「シングルケース解釈モデル (single-case hermeneutic design)」
- Bohartの「裁定モデル (adjudicational model)」
- Rennieの「セラピー中のクライアントの体験に関する研究」

- 過去20年間に登場した多くの質的研究（qualitative studies）

これらの方法は、クライアント中心療法の評価をより適切に行うための可能性を持っています。

---

## Elliott & Freire（2008）のメタ分析

Elliott & Freire（2008）は、Elliott（2002）の研究を拡張し、人間性心理学的な療法（humanistic therapies）に関するメタ分析を実施しました。

このメタ分析では、以下のような療法が評価されました。

- クライアント中心療法（client-centered therapy）
- プロセス体験療法（process-experiential therapy）
- フォーカシング指向療法（focusing-oriented therapy）
- 感情焦点療法（emotion-focused therapy）

この分析では、約180の治療結果に関する研究が調査されました。

- 191の研究から、203のクライアントサンプルが収集され、合計14,000人以上のデータが解析されました。

その結果、以下の4つの重要な発見が得られました（Elliott, 2002, pp. 71-72; Elliott & Freire, 2008）。

1. クライアント中心療法・体験療法は、大きな「前後変化（pre-post change）」をもたらす。
  - 平均効果量（effect size）は **1.01標準偏差**（非常に大きな効果とされる）。
2. クライアント中心療法による治療効果は安定している。
  - 治療後の改善は維持され、**早期フォローアップ（12か月未満）**と**長期フォローアップ（12か月以上）**でも変わらなかった。
3. 無治療の対照群と比較すると、クライアント中心療法・体験療法を受けたクライアントは大きな変化を示した。
  - 効果量は**0.78標準偏差**（統計的に有意）。
4. 他の治療法（CBTなど）との比較でも、クライアント中心療法・体験療法の効果は同等だった。
  - ランダム化比較試験（RCT）において、人間性心理学的な療法の効果は、認知行動療法（CBT）などの非人間性心理学的な療法と同じくらいの変化をもたらした。

---

## 結論：クライアント中心療法の科学的支持

Elliott & Freireは、このメタ分析の結果から、クライアント中心療法や体験療法が非常に強く支持されることを結論づけました。

さらに、認知行動療法（CBT）と比較した場合、一部の研究ではCBTの方が優位に見ることがありました。

しかし、研究者のバイアス（experimenter bias）を統制すると、その差は消えました。

つまり、クライアント中心療法は、CBTと同等の効果を持ち、長期的に安定した治療効果をもたらすことが証明されたのです。

## 自己決定するクライアントの証拠

Ryan と Deci およびその共同研究者たちの研究は、人間が自律性（autonomy）、有能感（competence）、および関係性（relatedness）に向かって内発的に動機づけられているという見方を支持しています。

つまり、Bohart & Tallman（1999）が述べた「能動的なクライアント（active client）」の概念を裏付けるものです。

また、主観的幸福感（SWB: subjective well-being）、ハーディネス（精神的強靱性）やレジリエンス（回復力）、自己決定（self-determination）と心理的幸福（PWB: psychological well-being）に関する研究も、Rogersが自身の療法の中で観察した「能動的で創造的に意味を作り出す人間」のイメージを支持するものとなっています。

これらの研究結果をもとに、Rogersは「人間の唯一の動機は自己実現傾向（actualizing tendency）である」と仮定しました。

---

## 実証的に支持された治療法（Empirically Supported Treatments）

1995年、アメリカ心理学会（APA）の臨床心理学部門（Division 12）に設置された「心理学的治療法の推進と普及に関するタスクフォース」（現在の「APA Division 12 Science and Practice Committee」）が、

「実証的に検証された（empirically validated）治療」と呼ぶに値する治療法を特定する任務を与えられました。

この取り組みは、医学分野で「ベストプラクティス（best practices）」を特定する動きと同様の流れを受けたものです。

特定の疾患（例：過食症、強迫性障害、うつ病、全般性不安障害など）に対して、**どの種類の心理療法が最も効果的であるかを明らかにしようとする試み**でした。

この試みの背景にある考え方は、一見すると単純明快に思えます。

“

「特定の心理療法の方が、他の心理療法よりも効果的なのか？」

”

しかし、この問いを深く掘り下げると、多くの困難が生じることがわかります。

そして、こうした困難に対処する過程で、**心理療法研究における認識論的前提（epistemological assumptions）**がより明確になってきました。

## 実証的に支持された治療法（EST）運動の課題

「実証的に支持された治療法（EST: Empirically Supported Treatments）」運動は、**新薬の有効性を試験する際に製薬会社が採用する「ゴールドスタンダード（gold standard）」の研究デザインを心理療法の研究に適用しようとする**ものです。

この研究デザインでは、以下の手順が求められます。

1. 被験者（クライアント）を無作為に抽出する（random sampling）
2. 被験者を無作為に「実験群」と「対照群」に割り当てる（random assignment）
3. 二重盲検法（double-blind procedures）を用いる
  - すなわち、「治療を提供する臨床家（therapist）」も「治療を受けるクライアント（patient）」も、どちらの群が「実際の治療（active medication）」を受けているのかわからない状態で研究を行う

しかし、心理療法の有効性を検証する場合、二重盲検法を適用することは不可能です。

- なぜなら、セラピストは「どの治療が実際の治療であるか」を知っているため、「研究者のバイアス（researcher allegiance）」という問題が生じるからです。

“

「特定の治療アプローチに対して強い信念を持つセラピストと、異なる治療アプローチに対して同じように強い信念を持つセラピストを比較する」ことが必要不可欠となります。

”

# EST研究におけるさらなる問題点

ESTの研究を行う際には、以下のような問題も発生します。

1. 「対照群 (control group)」をどのように設定し、どのように治療を行うか？
  - Wampold (2001) は、対照群として単なる「待機リスト (wait-list)」や「ケースマネジメント (group case management)」ではなく、実際の心理療法でなければならないと主張しています。
2. 無作為化臨床試験 (RCTs: Randomized Clinical Trials) では、ランダム化による脱落 (attrition from randomization) が問題となる。
3. Elliott (1998) は、研究の「検出力不足 (underpowered studies)」について指摘している。
  - 被験者の数が少なすぎると、研究者のバイアスやその他の妥当性への脅威を克服することができない。

## Wampold (2006) の警告

Wampold (2006) は、「ある治療法がESTの基準を満たしていないからといって、その治療法が効果的でないというわけではない」と警告しています。

また、Wampold (2001) は、次のように主張しています。

“

「単純に言えば、EST運動の概念的枠組みは、心理療法を医学モデル (medical model) に基づくものとみなしており、そのため、行動療法 (behavioral therapy) や認知療法 (cognitive therapy) などの医学モデルに近い治療法が有利になる」。

「この医学モデルバイアス (medical model bias) の結果として、人間性心理学的 (humanistic) な治療や力動的 (dynamic) な治療は、大きな不利を被ることになる」。

「より大きな視点で見ると… ESTに優先順位を置くことは、「すべての心理療法は、意図的に治療的である限り、ほぼ同じくらい有効である」という科学的事実を無視することになる」。

「一見すると、EST運動は無害に思えるかもしれない」。  
「しかし、実際には、心理療法の科学と実践に対して非常に大きな悪影響を及ぼしている」。

「なぜなら、この運動は、心理療法の医学モデルを正当化してしまうからである」。

「しかし実際には、すべての治療法は等しく効果的なのだ」。

(Wampold, 2001, pp. 215-216)

”

## クライアント中心療法の研究の観点からの問題点

クライアント中心療法の研究の観点から見ると、**核心的な条件 (core conditions) のうちの1つだけに焦点を当てた研究が多いことが問題となります。**

その理由は、**Rogersが提唱したクライアント中心モデルそのものがテストされていないから**です。

Rogersは、\*\*「セラピストが提供する条件（態度）は、それぞれが独立して機能するのではなく、一つの統一体（ゲシュタルト）として全体的に機能する」\*\*と考えました。

クライアントは、**セラピストの提供する条件のレベルを一連の知覚 (percepts) として捉え、それをもとにセラピストとの関係について推論を行います。**

## 「共感」の研究の問題点

特に「共感 (empathy)」を扱った研究の多くは、**実際には異なる条件を研究している可能性があります。**

たとえば、クライアント中心療法における**一貫性のある (congruent)、非指示的 (nondirective) なセラピスト**とは、以下のような存在です。

- クライアントに対して**特定の目標を持たない**
- **ある程度の肯定的配慮 (positive regard) を持っている**
- クライアントの枠組みの中で、クライアントのコミュニケーションを共感的に理解しようとする

これに対して、以下のようなセラピストは、**異なる現象を生み出します。**

“

**「治療的同盟 (therapeutic alliance)」を意図的に築こうとするセラピスト**

- クライアントとの\*\*「絆 (bonds)」「課題 (tasks)」「目標 (goals)」\*\*を確立するために動く

”

この違いは非常に重要です。

# 「非指示的療法（nondirective therapy）」が対照群として使われる問題点

「ロジャーズの療法」と「非指示的療法」の違いを理解せずに研究を行うと、誤った結論が導かれる可能性があります。

たとえば、「非指示的療法」を対照群として使用し、セラピストが単に共感的な応答をするだけの研究があります。

しかし、このような研究では、**クライアント中心療法の本質について何も検証されていません。**

- それが「有効である（pro）」という証拠にもならず、
- 「有効でない（con）」という証拠にもならない

つまり、「**本当のクライアント中心療法とは何か？**」を理解しないまま実験が行われていることが問題なのです。

---

## 心理力動的アプローチの研究結果との共通点

こうした方法論的な欠陥や定義の違いがあるにもかかわらず、心理力動的（psychodynamic）アプローチの研究でも「肯定的配慮（positive regard）」と「治療効果」の関連が支持されています（Farber & Lane, 2002, p. 191）。

- **共感的理解（empathic understanding）** と **肯定的配慮（positive regard）** には強い支持があります
- 一方で、「**一貫性（congruence）**」の研究結果はやや曖昧です

---

## 「一貫性（congruence）」研究の難しさ

「一貫性」を研究する際の問題の一つは、「**定義の混乱（confusion about definitions）**」です。

多くの研究者（クライアント中心アプローチの研究者も含む）は、\*\*「一貫性 = 自己開示（self-disclosure）」\*\*と考えがちです。

しかし、これはロジャーズの意図とは異なります。

“

「ロジャーズは、クライアント中心療法において『セラピストが自由にリアルで個人的であること』を推奨しました」

「しかし、思いついたことを何でも言うべきだとは言っていない」

”

ロジャーズによれば、

- セラピストがあるテーマについて\*\*「持続的な感情 (persistent feeling) 」\*\*を抱いている場合のみ、
- その問題をクライアントと話し合うことを考慮すべき

また、他の核心的な条件（肯定的配慮・共感）とのバランスを取りながら、セラピストの視点を持ち込むタイミングを慎重に選ぶ必要があります。

## 「一貫性」の正しい定義

「一貫性 (congruence) 」は、単なる「自己開示」ではなく、「内面的な統合 (inner state of integration) 」と定義されるべきです。

- セッションの中で自然に変動するものであり
- 「無条件の肯定的配慮」や「共感」と密接に結びついている

“

「セラピストは、クライアントの語る物語 (narrative) に注意を向けながら、これらの治療的態度を統合したゲシュタルトを形成する」

”

### 一貫性の評価方法

- 一貫性は、主にセラピスト自身が評価すべきもの
- クライアントは、セラピストを「誠実 (sincere) 」 「本物 (genuine) 」 「率直 (transparent) 」 だと感じるかどうかを評価できる
- しかし、それはセラピストの言動に基づいた「推論 (inference) 」であり、「一貫性そのもの」ではない

## Rogersの仮説は十分に検証されていない

Watson (1984) は次のように主張しました。

“

「Rogersが1957年に提唱した仮説（すべての心理療法に適用できるというもの）は、実際には十分にテストされていない」

”

そして、1984年のWatsonのデータ分析以降も、この状況はほとんど変わっていません。

## 人間を「研究対象」として扱わない研究アプローチ

- 従来の研究戦略（独立変数の影響を受ける「対象」として人間を扱う手法）に代わるものとして、
- クライエントを「セラピー過程の共同研究者（co-investigators）」とみなす、人間性心理学的（humanistic）な研究パラダイムがあります

これらのアプローチの詳細なガイドラインは、

APA人間性心理学部門（Division 32）のタスクフォースによって作成された文書に掲載されています。

(2005; [www.apa.org/divisions/div32/draft.html](http://www.apa.org/divisions/div32/draft.html))

## さらに詳しい情報を得るには

EST論争について、人間性心理学の視点から包括的に分析した研究として、以下の文献が参考になります。

- Bohart (2002)
- Elliott, Greenberg, & Lietaer (2004)
- Kirschenbaum & Jourdan (2005)
- Norcross, Beutler, & Levant (2006)
- Wampold (2001; 2006)
- Westen, Novotny, & Thompson-Brenner (2004)

また、Norcross, Beutler, & Levant (2006) が編集した\*\*「精神保健における実証的実践：基本的問題に関する討論と対話」\*\*は、

EST運動をめぐる議論やRCT研究モデルの意義を深く掘り下げた貴重な文献です。

## 多文化社会における心理療法

読者が、ロジャーズの「特異性仮説（specificity hypothesis）」に対する反論を理解していれば、**クライエント中心療法のセラピストたちが、「各人種・文化・民族グループ、ジェンダーアイデンティティ、性的指向、または社会階級ごとに特化したアプローチが必要である」という主張に懐疑的な態度を示してきたことに驚くことはないでしょう。**

学生セラピストに文化の違いについて認識させようとする試みは、多くの場合、異なるグループに関する単純なステレオタイプを助長する結果になっています。

私たちは次のように主張します。

- 同じグループ内の違い (within-group differences) は、グループ間の違い (between-group differences) よりも大きい場合がある
- グループの自己定義 (self-definition) は、常に変化し続けている
- 個々の人は複数のグループに属しており、その結果、アイデンティティの組み合わせが無限に増えていく (Patterson, 1996)

---

## クライアント中心療法における「違い」の捉え方

クライアント中心のアプローチでは、「違い」を前提としません。

「違い」とは、クライアント自身が「自分は他者と違う」と感じるときに初めて存在するものです。

同時に、クライアント中心療法を実践する私たちは、**すべての人が完全にユニークである**ことを理解しています。

- その人の**歴史・民族性・宗教（または無宗教）・人種アイデンティティ**がどのような意味を持つのかは、個人によって異なります

セラピストの役割は、常に「クライアントが伝えようとしている自己の意味や、彼／彼女が認識し構築している世界」について、**共感的に理解すること**です。

---

## クライアント中心療法は「すべての人に同じアプローチをする」のか？

この質問に対する答えは**複雑**です。

### 1. 「はい」と答える理由

- それは、「人のユニークさ（個別性）」が**普遍的な原則**であるからです。

### 2. 「いいえ」と答える理由

- それは、「私たちは皆人間だ！」という\*\*「カラーブラインド（色盲的）な考え方」\*\*を打ち消すためです。
- この**一見無害に思える考え方**の裏には、**隠れた偏見が存在する場合があります**。

- セラピストが社会の中で支配的な立場（ドミナント・グループ）にいと、その偏見に気づかずに治療を行うことがあります。

多文化心理療法（multicultural therapy）運動は、こうした\*\*「当たり前」とされてきた思考や実践に対して、疑問を投げかけ、意識を高める役割を果たしてきました\*\*。

クライアント中心療法のセラピストも、他の理論を持つセラピストと同様に、偏見を持つ可能性があります。

---

## セラピストの偏見が共感的理解に与える影響

私たちは次のように考えます。

- 自らの偏見を認識し、それを問い直した経験があるセラピストと、
- まだ偏見を認めていないセラピストでは、
- 「共感的理解の質」に違いがあるのではないか？

この仮説を検証する研究はまだ行われていません。

しかし、セラピスト自身が、社会の中でどのような立場にいるのかを理解することで、共感の質や深さに影響を与える可能性は高いと考えられます。

---

## 基本的な実践の原則

私たちの基本的な実践は、クライアントが誰であれ、常に核心的な条件（core conditions）に忠実であることです。

また、初期の治療関係（therapeutic relationship）を築くためには、私たち自身が、あらゆる「違い」に対してオープンであり、それを尊重し、価値を認めることが必要です。

---

## 事例紹介（CASE EXAMPLE）

クライアント中心療法では、セラピストとクライアントの対話を逐語的に示すことが特徴的です。

- 逐語記録を示すことで、セラピストとクライアントの相互作用を正確に描写できる
  - 読者はそのデータの解釈に同意するか、異なる見解を持つかを判断できる
-

# 1986年・ハンガリー・セゲドでのワークショップ

以下のインタビューは、1986年7月にハンガリーのセゲド（Szeged）で開催された「異文化ワークショップ（Cross-Cultural Workshop）」で行われたものです。

このワークショップでは、ロジャーズの元同僚であり弟子であるジョン・シュリーン（John Shlien）が、クライアント中心療法を学ぶためのグループを組織しました。

そして、バーバラ・テマナー・ブロードリー（Dr. Barbara Temaner Brodley）博士が、クライアント中心療法を30年以上実践してきた経験を生かし、デモンストレーション・インタビューを行うことを申し出ました。

---

## クライアントの背景

- クライアントは、アメリカの大学院で修士号を取得したばかりの若いヨーロッパ人女性
- インタビューの観察者には、英語を話す参加者数名と、8~10人のハンガリー人が含まれていました
- ハンガリー人参加者は、インタビューの妨げにならないよう部屋の隅に集まり、同時通訳を受けながら観察しました

---

## インタビューの設定

- インタビューは、約20分間を予定
- ただし、クライアントの希望に応じて、多少の時間調整を行う可能性がありました

---

## デモンストレーション・インタビュー

バーバラ（セラピスト）：

始める前に、少しリラックスしたいのですが、いいですか？（クライアントに向かって）

皆さんにお伝えしたいのは、私はクライアントを共感的に理解し、純粹に共感的に寄り添うことを試みるということです。私は、自分が必要だと感じたときに、クライアントが話すことや、自分自身について表現することについて、私の共感的理解を伝えます。（クライアントに向かって）

それから、あなたが何か質問があれば、私はそれに答えるつもりです。（クライアント：OK）もし何か質問があれば、どうぞ。

---

クライアント1：

あなたは、私にとって初めての女性のセラピストです。知っていましたか？

**セラピスト1：**

知りませんでした。

**クライアント2：**

それは私にとって重要なことなんです。なぜなら……ええと……これから話そうとしていることに関係しているからです。私はこの夏をヨーロッパで過ごそうと決めて以来、そのことをずっと考えていました。（セラピスト：うん、うん）

私は、過去2年間アメリカで勉強していました。そして（間を置く）1984年に\*\*\*\*\*を離れたとき、私は今の私とは違う人間でした。

**セラピスト2：**

何かがあなたの中で変わったんですね。

**クライアント3：**

たくさんのが起こりました！（笑う）それで、この夏ヨーロッパに戻ってきた主な理由は、両親に会うためなんです。

私が2年前に\*\*\*\*\*を出たとき、私はパニック状態でした。もう二度と戻らないと約束し、二度と彼らに会わないと誓いました。そして……

**セラピスト3：**

逃げるようにして、何か別のものへ向かったのですね。

**クライアント4：**

そう、そう、そう。そこから離れたかったんです……。私は、自分がこんなふうに戻ってくることになるとは思ってもみませんでした。両親にまた会うことができるようになるとは……。

**セラピスト4：**

うん、当時はそんなこと考えられないくらい、確信していたんですね。

**クライアント5：**

私は怒っていました。（セラピスト：うん、うん）本当に怒っていました。でも、**に戻る前に、こうして時間を取っていることが、私にとっては良いことなんです。今、このワークショップに参加していることもそうだし、それから旅行もします。そして8月のある時点で**に行く予定です。（セラピスト：うん、うん）でも時々、「ああ、私は本当に彼らに会うんだ」と思うと、衝撃を受けるんです。それが一体どういうことなのか……どうなるんだろうって。

**セラピスト5：**

あなたは段階を踏んで準備をしているけれど、最終的にはそこに行くことになりますね。（クライアント：うん）

そして、それがどういうことになるのか。（クライアント：うん）

それは……あなたの中で、何か予感や不安（クライアント：うん）や、何かそういうものがあるんですね。

#### クライアント6：

そう、それで……数日前、母のことを考えていたんです。それで、アメリカにいる間に気づいたんですが、私は母と非常に競争的な関係にあったんだなって。

それが面白いことに、3日前、ブダペストの街で母を思い出させる女性を見かけたんです。でも、その女性は今の母の年齢ではなく、20年後の母のように見えました。なぜかはわからないけれど、私はものすごく衝撃を受けました。母が年老いて、弱々しくなった姿を見たような気がして。

つまり、\*\*\*\*\*にいたころ私がとても恐れていた、あの支配的で強い母ではなくなっていたんです。

#### セラピスト6：

うん。年老いて、弱々しくなり、力を失って……。

#### クライアント7：

「力を失った」……それです。（セラピスト：うん、うん）それがぴったりの言葉です。（泣き始める）

#### セラピスト7：

そのことを考えたとき、とても胸を打たれたんですね。つまり、母が（クライアント：うん）そんなに弱々しく、力を失ってしまうことを。

#### クライアント8：

それに、その女性の目の中に、母を思い出させる何かがありました。私が\*\*\*\*\*にいた頃には気づかなかった何かが。（声を震わせながら泣く）それは……「恐れ」でした。（セラピスト：うん）その女性の目には恐れがありました。（セラピスト：「恐れ」ですね）そう、それに私は気づいていなかったんです。

#### セラピスト8：

つまり、あなたは20年後の母のような女性を見て、その目の中に、今まで気づいていなかったものを見たのですね。（クライアント：うん）

そして、それは「恐れ」という感情だった。それが、あなたに強い影響を与えたんですね。

#### クライアント9：

そう。それに、その女性は、私を必要としているように感じたんです。（泣く）（沈黙）

今、こうして泣けていることが嬉しいです。（セラピスト：うん、うん）泣いていることで、とてもいい気持ちになっています……。（セラピスト：うん、うん）

#### セラピスト9：

（沈黙）それは、あなたにとって「未来の母」の姿ですね。そして、その母があなたを必要とすることになる……。

**クライアント10 :**

その通り！未来の話なんです。今の話ではなくて。（沈黙）ここで感じるんです。（腹部に手を置く）

**セラピスト10 :**

あなたの中では、母は「恐れ」を持っていて、そして将来的にあなたをととても必要とすることになる。（クライアント：うん）

**クライアント11 :**

うん。（沈黙）

そして、\*\*\*\*\*に戻るとき、私はその準備ができていますかどうか、わかりません。母がその「助けを求める姿」を見せたときに、それを受け入れる準備ができていますのか……それがわからない。（泣き続ける）

**セラピスト11 :**

うん、うん、うん。（沈黙）あなたは、そこに行ったとき、母の中にその感情がもっと強く現れるのではないかと、あるいは今までよりもそれを強く感じるのではないかと恐れているんですね。そして、それがあなたに対する何かの要求のように感じて、それに応える準備ができていないのではないかと怖いんですね。

**クライアント12 :**

その通りです、はい、そして今のハンガリーではそれが私にとって重すぎるように感じます。（泣き続ける）

**セラピスト12 :**

うん、うん。少なくとも、今はそこに行ったときにどんな気持ちになるかわからないけれど、今感じているのは、それがもし表に出てきて、それを見たとき、あなたはそれを受け止めることができないのではないかと、ということですね。

**クライアント13 :**

はい、はい。それが面白かったんです。私はずっと彼女を見ていたんです。わかりますか、私は彼女をじっと見ていて、彼女も私をじっと見ていたんです。彼女はハンガリー人で、私が彼女を見ている理由はわかりませんでしたし、私も彼女を見ている理由がわからなかったんです。でも、私は彼女を全部受け入れたかったんです、そして彼女を自分のものにして、準備をしたかったんです。そして突然、気づいたんです。私が抱えていた怒りが全部なくなったことに。何も残っていませんでした。全部消えてしまったんです。（泣く）

**セラピスト13 :**

うん、うん。つまり、あなたとその年老いた女性が互いに見つめ合い、あなたにとって母親に関する意味を感じたとき、その瞬間、あなたは彼女を受け入れ、彼女に与えたかった。何とかして、彼女があなたが彼女を受け入れていると感じられるようにしたかったんですね。

**クライアント14 :**

はい。（少し控えめに表現）

**セラピスト14 :**

重要なのは、それによって、あなたが母に対してもう恐れを感じていないこと、母の支配や…

**クライアント15 :**

はい、はい。

**セラピスト15 :**

それは素晴らしい—（クライアント：発見）—発見であり、驚くべき現象ですね。恐れや抑圧がこんなにも突然、なくなったことが。（クライアント：はい）

**クライアント16 :**

それと、もう一つ感じたことは、母に対して哀れみを感じたことです。

**セラピスト16 :**

あなたの母親に対してですか。

**クライアント17 :**

はい。（沈黙）そして、私は母に対して哀れみを感じるのが全く好きではありません。（泣く）昔はよく感じていました。長い間、誰かを愛するとき、私はその人に哀れみを感じていたんです。その二つの感情を分けられなかったんです。（沈黙）今、何を言おうとしているのか自分でもわからないんです…。愛しているから哀れみを感じたのか、それとも両方を感じていたのか…。

**セラピスト17 :**

哀れみ…または母親に対して哀れみを感じるのが強かったけれど、それがあなたは好きではなかったんですね。そして、その哀れみの中に愛が含まれていたのかどうか、よくわからないということですか？

**クライアント18 :**

はい。

**セラピスト18 :**

ですから、愛と哀れみが混ざっていて、混乱しているんですね。（クライアント：はい）そして、同情を感じた後に、それから引いてしまうような反応があるんですね。（クライアント：うん）

**クライアント19 :**

そして、その女性が本当に母に似ていたのか、それとも私が無理に母に似せようとしたのか、それがわからないんです。もしかしたら、私は準備ができていないのかもしれませんが。（沈黙）準備ができていないのかも

れない。私は母親を、今までのように「母親」としてではなく、人間として見る準備ができているのかもしれない。でも今まで、私は母を街の中の一人の女性として見ることはなかったんです。母はただの「女性」で、ただの「通りの中の女性」でした。（声が震える）脆弱で、不安で、必要としていて、怖がっている—（小声で）

**セラピスト19：**

そして、あなたは自分が変わったことによって、その女性を変った自分の視点から見ているのか、それとも本当にその女性が母に非常に似ていたのか、そのどちらかがわからないということですね。（クライアント：その通り）あなたは、どちらが正しいのかがわからないんですね？（クライアント：はい）

**クライアント20：**

はい。

**セラピスト20：**

ですから、本当に重要なのは、あなたがその女性を通して母親を全く新しい方法で見たということですね。人間として、脆弱で、恐れていて、必要としている存在として。

**クライアント21：**

うん、うん。それが私をもっと人間らしく感じさせてくれたんです。

**セラピスト21：**

あなたをもっと人間らしく感じさせたんですね。（クライアント：うん）

母親をもっと人間として見ることで（クライアント：はい）あなた自身をもっと人間らしく感じたんですね。

**クライアント22：**

はい。

**セラピスト22：**

うん、うん、なぜなら、母親があなたにとってどれだけ支配的だったか、あの「暴君」のようだったか…

**クライアント23：**

母にはたくさんの特徴がありました。もうそのうちのいくつかは、もう覚えていません。

**セラピスト23：**

でも、あなたにとって母親は一人の完全な人間ではなかったんですね。脆弱な人間としては見えていなかった。

**クライアント24 :**

うん、うん。（沈黙）最初に言ったように、あなたは私にとって初めての女性のセラピストです。（セラピスト：うん、うん）私は女性のセラピストを避けていたんです。（セラピスト：うん、うん）今までのセラピストはすべて男性でした、そして今、私はその理由がわかります。それを言葉にできませんが、でもわかるんです。

**セラピスト24 :**

それは、あなたの母親に関する感情が、女性のセラピストを避けさせ、男性を選ばせたということですね？

**クライアント25 :**

はい。（沈黙）そして、いろいろな理由がありました。でも今、この瞬間、私は誰に対しても「ただの人間」として接するようになっていて、それが私自身も「人間らしさ」を感じさせてくれるんです。

**セラピスト25 :**

うん、うん。あなたは今、みんなを（クライアント：みんな）もっと丸い存在として見ているんですね…うん…（クライアント：はい）セラピストも含めて。

**クライアント26 :**

セラピストは、長い間私にとって大きな存在でした。すごく権威的な人物で、そういう感じだったんです。（セラピスト：うん、うん）だから、女性のセラピスト、女性のセラピストが私にとってすごく脅威に感じていたんです。（セラピスト：うん、うん）4年前、3年前のことです。でも今は、みんなが一人の人間として感じます。

**セラピスト26 :**

みんなが一人の人間として感じるんですね。それは、あなたが家を離れて（クライアント：はい）アメリカに行った後に起きた大きな変化の一つですね。人々がさまざまな種類の人物としてではなく、一人の「人間」としてあなたに見えるようになったということですね。

**クライアント27 :**

その通りです。全くその通りです。それは、\*\*\*\*\*を離れた後に起きました。

**セラピスト27 :**

うん、うん。

**クライアント28 :**

そして私は感じています…（グループを見ながら）

**セラピスト28 :**

それは、もうその時が来たということですか？

### クライアント29 :

(クライアントはうなづく。)

ありがとう。

### セラピスト29 :

どういたしまして。ありがとう。(クライアントはセラピストに向かって寄り添い、抱きしめ合い、笑顔を見せる。)

### クライアント30 :

本当にありがとう。(二人は抱きしめ合い続ける。)

---

### Brodleyがインタビューについてコメント :

クライアント中心療法のインタビューを評価する際、私は「理解の誤り」と「態度の誤り」という基本的な区別をします。態度の誤りとは、セラピストが共感的理解、無条件の肯定的関心、誠実さを保つこと以外の意図を持っている場合に起こります。たとえば、セラピストが気が散っていて、クライアントを共感的に理解しようとしていない場合や、感情的に動揺して不安定な場合、または無条件の受け入れを失い、そのことがセラピストの言葉や態度に現れる場合です。理解の誤りとは、セラピストが共感的に理解しようとしながらも、クライアントが伝えようとしていることを見逃したり、誤解したりする場合です。この短いインタビューでは、私のボランティアのクライアントは20代半ばで、インタビューの時私は50代後半でした。私の年齢がクライアントの母親の年齢に近かったことがインタビューの内容にどれだけ影響を与えたかはわかりません。ただ、私たちには良い化学反応があり、お互いに引かれ合っていたことは確かです。クライアントと私はインタビューの前日には簡単に顔を合わせており、インタビュー後に彼女は私に対してポジティブな反応を感じたと言っていました(私も彼女に対して同様に感じていました)そして、私がセラピストだからと彼女が参加を決めたことを伝えてくれました。そのセッションでは、私は感情的に彼女に心を開き、彼女が自分の物語を展開する際に強い感情を抱いていました。インタビュー後、私たちのハンガリーの観察者の一人が言ったことがあります。「今、私はクライアント中心療法を理解しました。」なぜなら、彼は私が彼女と一緒に作業している際に、私の目に涙が浮かんでいるのを見たからだと言いました。(Brodley, 1999b; Fairhurstのpp.85-92に記載)

---

## 解説

このインタビューは、クライアント中心療法のプロセスにおけるいくつかの原則を具体的に示しています。クライアントの最初の発言、「あなたは私にとって初めての女性のセラピストです」という言葉の後には、彼女の直接的な質問「それを知っていましたか？」が続きます。バーバラ(セラピスト)はすぐに「知りませんでした」と返答します。明らかに、クライアントは「女性のセラピストと接すること」が自分にとって重要であることを示唆しています。

他のセラピストであれば、すぐに「それはなぜ重要なのですか？」と質問で返すかもしれません。しかし、クライアント中心療法では、非指示的（指示を与えない）な姿勢を大切にするため、クライアントに促したり導いたりしません。ここでクライアントは、「それがなぜ重要なのか」を自由に話してもいいし、話さなくてもいいのです。彼女は「バーバラが女性であることは、これから話すことに関係しているから」とは述べていますが、それについて詳しく説明するのは後のインタビューの中です。そしてその時点でも、彼女は新しい気づきを得ているものの、それを言葉で表現するのは難しいと感じています。

C25の場面では、クライアントはこう語ります。「最初に、あなたが私の初めての女性セラピストだと言いましたよね。私は女性のセラピストを必死に避けていたんです。これまでのセラピストはすべて男性でした。でも今、なぜそうしていたのか分かりました。言葉ではうまく説明できないけれど、分かるんです。」

## 非指示的な姿勢とは

「非指示的な姿勢」というのは、セラピストがクライアントに対して何か言いたいことを意識的に抑えるような、緊張した態度を取ることはありません。むしろ、このアプローチに熟達していくと、セラピスト自身が「ほっとするような感覚」を持つことが多いと言われています。以前は「対話をリードする責任がある」と感じていたセラピストが、クライアント自身にどれだけ話しか、いつ話しかを委ねることができるようになるからです。

このインタビューでは、クライアント自身が会話を主導し、自分にとって重大な問題について話し始めています。それは「数週間後に親に会いに行く」ということです。彼女は過去2年間アメリカで修士課程の勉強をしており、その間、一度も母国に帰らず、家族にも会いませんでした。彼女は「二度と親には会わない」と自分に誓っていたのですが、今回、自らの意思で帰ることを決めました。彼女は「怒りの感情」を抱えたまま家を離れたことを説明し、今になって「久しぶりに両親に会うことがどういうことなのか」を考えているのです。この「帰省」は単なる休暇ではなく、むしろ「自ら選んだ亡命」のような意味を持っていました。

## 共感的な理解

このインタビューの中で、セラピストはクライアントの話の内容を理解し、また彼女の「今この瞬間の気持ち」を確かめるために、いくつかの「共感的な応答」をしています。セラピストがクライアントの話の「本質」をつかみかけたとき、初めて「共感的理解」が生まれるのです。

T5の場面では、セラピストはこう言います。「あなたはこの帰省をゆっくり進めているように見えますね。でも、最終的には実際に親の前に立つことになる。その時、あなたは何を感じるのでしょうか。何か不安や恐れのようなものを感じていますか？」

この発言に対し、クライアントは受け入れるような態度を示し、次の話題に移ります。彼女は3日前にブダペストの街角で出会った年配の女性について語り始めます。その女性が自分の母親を連想させたのですが、なぜそう感じたのかははっきりとは分からないと言います。ただ、彼女は「未来の母親」を突然想像し、それがとても強い感情を引き起こしたと説明します。

「彼女は、かつてのような強く支配的な母ではなかったんです。私は母が怖かった。でも、今は……。」

このとき、セラピストは「年を取って、弱くなって、小さくなったんですね」と返します。この応答は、クライアントがその瞬間に感じていることを正確に捉えた共感的な発言の例です。「過去の怒りを語ること」と「今この瞬間に湧き上がる感情を直接体験すること」は異なります。セラピストの言葉を受けて、クライアントは「小さくなった……その言葉、それだ」と繰り返し、涙を流します。

## 体験の深まり

クライアント中心療法では、このようにして、クライアントの内面的な体験が自然に展開していきます。「感じていたけれど、まだ言葉にできなかった感覚」が、セラピストの共感的な関わりを通して言葉となり、新しい「気づき」が生まれるのです。

しかし、感情を深めることがセラピストの「目的」ではありません。感情の焦点化を意図的に促す「プロセス指向の療法」や「感情焦点化療法」とは異なり、クライアント中心療法においては、こうした変化は偶然に、意図せずに起こります。セラピストの役割は、クライアントの語ることを正確に理解し、それを表現することだけです。

このインタビューでは、クライアントが「未来の母」を想像し、それが「弱くなった母」であると認識することで、涙を流します。そしてさらに「その女性の目には恐れがあった」と語ります。それは、クライアントが以前は意識していなかった「母の目の中の恐れ」でもありました。セラピストは「その恐れを見たことが、あなたにとって大きな衝撃だったのですね」と確認します。

クライアントは深い感情を伴って「そう、私はこの女性が私を必要としていると感じた」と答え、さらに涙を流します。そして、「泣けてよかった」と続けます。

このとき、彼女は自分の腹部に手を当て「ここに感じる」と言います。これは、自分の感情を身体的に体験していることを意味します。

## まとめ

このセッションを通じて、セラピストの態度がクライアントの「深い感情の表出」を促進したことが分かります。クライアントが男性のセラピストを選び続けていたことは、「女性のセラピストと向き合うこと」に対する不安や脆弱さを示している可能性があります。しかし、彼女はこの経験を通じて成長し、新たな気づきを得たのです。

―――この部分だけ重複して別訳

解説

このインタビューは、クライアント中心療法のプロセスのいくつかの原則を具体的に示しています。クライアントの最初の発言、「あなたは私の初めての女性のセラピストです」という言葉が、直接的な質問「それを知っていましたか？」に続いています。バーバラはすぐに「知りませんでした」と答えます。ここで、クライアントは初めて女性のセラピストと関わるのが彼女にとって重要であることを暗示しています。多くのセラピストは、すぐに「それはなぜ重要なのか？」といった質問を返すかもしれませんが、クライアント中心療法のセラピストは、指示的な態度を取らず、クライアントを導いたり促したりしません。ここでクライアントは、なぜそれが重要なのかを自分で掘り下げる自由があります。彼女は「バーバラが女性であることは重要です。なぜなら、それが私が話そうとしていることに関係しているからです」と言いますが、それについてはインタビューの後半まで詳しく説明しません。そしてその後、彼女はそれを言葉にできない新しい気づきを持ちます。クライアントはC25で、「最初にあなたが私の初めての女性のセラピストだと言ったでしょう。私は女性のセラピストを避けていました。今までのセラピストはすべて男性でしたが、今はその理由がわかります。理由は言葉にできませんが、わかります」と述べています。

指示的でないアプローチを取ることは、セラピストがクライアントに対して何かを言いたいという意図を意識的に抑制することではありません。セラピストがこのアプローチを成熟させると、指示的でない態度はしばしば「安心感」の経験として説明されます。以前はセラピストが会話の進行に責任を感じていたかもしれませんが、今はクライアントがどれだけ、またいつ情報を開示するかを決めることを信頼しています。このインタビューでは、クライアントは明らかに自分にとって非常に重要な問題に会話を進めていきます。つまり、数週間後に親に会いに行くということで、彼女は「二度と会わない」と自分に誓った親に再び会う予定です。彼女は、アメリカで過ごした2年間を説明し、その間家族や故郷に戻らなかったことを話しています。彼女は、親に対して強い怒りを感じた状態で家を出て、今はその後どのように感じるかを考えています。この部分のインタビューでは、セラピストはクライアントの話の内容やその時の感情を理解しているかどうかを確認するためにいくつかの共感的な反応をします。セラピストがクライアントの物語の意味を捉えるまでは、共感的な理解を体験することはありません。セラピストはT5で、「あなたはその帰国を段階的に進めていて、でもある時点でその場所に到達する。そこで何を感じるだろうか、期待や恐れ、何かそんなことがあるのかもしれませんがね」というような反応をしています。この反応はクライアントに受け入れられ、彼女は3日前にブダペストの街で出会った年配の女性との出会いについて話し始めます。この年配の女性をなぜ自分の母親と結びつけたのかははっきりしないのですが、彼女はこの未来の母親が老いて弱くなった姿を見て強く感動したことを報告しています。「だから、彼女はもう私が恐れていたような、かつてのあの力強く支配的な存在ではなかったんです。」セラピストが「老いて弱く、衰えた」と言った反応は、クライアントがその時感じていたことを正確に捉えた共感的な反応です。これは、感情を回顧すること（クライアントが家を出るときに感じた怒りを思い出すこと）と、感情を直接的に体験することとの重要な違いです。セラピストの反応を受けて、クライアントは「衰えた。それがその言葉です。それがその言葉です」と返答します。この瞬間、彼女は深く感じていたけれど言葉にはできなかった感情にアクセスできています。

クライアント中心療法は、このようにクライアントの内的な体験の展開を自然に刺激します。経験的な観点から、クライアントが感じた感覚（「感じたこと」）が象徴化され、それを引き出すことによって新しい経験の全体像（ゲシュタルト）が生まれます（Gendlin, 1961）。しかし、プロセス指向や感情焦点療法のように、セラピストが焦点を当てようとしたり、「感じたことを深めよう」と試みたりするわけではありませ

ん。セラピストの目標は、クライアントが伝えていることを理解することであり、セラピストは意図的に焦点を当てたり、深めたりすることを求めています。このように、クライアント中心療法でよく見られる強力な焦点の効果は、偶然の産物であり、意図されたものではありません。指示的でないセラピストの立場は、表現的であり、道具的ではないのです (Brodley, 2000)。バーバラが「衰えた」という言葉を使ったことは、クライアントが未来の母親に対して抱いた感覚を正確に捉えており、クライアントは泣き始めます。

クライアントは、年配の女性の体験をさらに進め、彼女がその女性の目に感じた恐れを話し始めます。この恐れは、彼女の母親の目にも存在していたことを今は理解しており、その時はそれに気づいていなかった、いわゆるロジャーズが「下意識的認知 (subception)」と呼ぶものです。バーバラは、この出来事が数日前に起きたこと、そして現在の他人であるその女性がクライアントにとっては未来の母親を代表していることを理解しているかどうかを確認します。クライアントは深い感情を持って即座に反応し、「そう、私はこの女性が私を必要としていると感じました」と言い、その後泣き続けます。クライアントは、自分の感情に正直になり、泣いていることが心地良いと感じていることを伝えます。「泣いていることが良いと感じます。泣いている自分がとても良い感じですよ」と言い、その後、腹部に手を当てて「ここに感じる」と言います。これは、彼女が自分の体験を身体的に感じ、泣くことが良いことであると感じていることをセラピストに伝える瞬間です。

私たちは、セラピストが療法的条件を体現することが、この深く感じた体験の表現を促進したと推測できます。また、クライアントがこれまで男性のセラピストを何人が経験していることから、ロジャーズの第二条件 (人が脆弱で不安を抱えていること) が適用される可能性があると考えられることもできます。クライアントはこの女性セラピストと初めて仕事をすることにリスクを感じつつ、成長の機会を求めているのかもしれない。

この体験を別の視点で見ると、その複雑さが見えてきます。クライアントは、未来の母親に対して悲しみと哀れみを感じ、同時にその痛みを表現することで心地よさや充実感を感じています。クライアントは、自分にとって意味があることを伝えようとし、意味を込めた内容を表現しながら、同時にその表現が自己反省的であることにも気づいています。この場合、クライアントは自己の体験とその表現との関係を明示的に伝えていきます。共感的理解の目的は、隠れた感情を捉えることよりも、物語とクライアントがその表現とどのように向き合っているのかを完全に理解することにあります。人の意図や行動は、表現されている内容とともに理解されるべきなのです (Brodley, 2000; Zimring, 2000)。

-----

インタビューの次の部分で、クライアントは、ハンガリーの女性を見つめているとき、女性を受け入れ、準備をしているような気分になり、その瞬間に自分の両親に対する怒りが完全に消えていたことに気づいたと語ります。彼女は「突然、私が持っていた怒りがすっかりなくなっていることに気づいたんです。何も残っていません。なくなった」と言います。この瞬間、彼女はインタビューの数日前に体験した強烈な出来事を回想しています。そして、すぐにその後、自分の母親に対して哀れみの気持ちが湧いたことを話し始めま

す。これは彼女が歓迎しない感情であり、以前の彼女の人生では愛情と区別することができなかった感情でした。C20では、ロジャーズが「動きの瞬間」と呼ぶものがあり、クライアントは「その女性が本当に私の母親に似ていたのか、それとも私が母親に似てほしいと思ったからなのかはわからない。もしかしたら私は準備ができていないのかもしれない…（間）…そこに行く準備ができています。母親をただの女性として、人間として見られる準備ができています。私は母親を通りすがりのただの女性として、他の通りの女性として、弱くて不安で、必要としていて怖がっている一人の人間として見たことがなかった」と言います。

ハンガリーの女性との偶然の出会いが、クライアントに母親に対する認識が変わったことを気づかせました。彼女は母親を恐れ、権威のある人物として見ていましたが、今では母親を「ただの女性、ただの通りの女性」として、人間として向き合う準備ができていないと感じるようになったのです。この変化の結果として、彼女の自分自身に対する感覚が高まります。C26で彼女は「でも今、私はみんなを他の人間として見ている。それが私をもっと人間らしく感じさせる」と言います。このインタビューを一つの視点で見ると、彼女は母親の必要性を見られるかどうかを確信していなかったところから「もしかしたら準備ができていない…（間）…そこに行く準備ができています」と動いています。おそらく、彼女はセラピストとのこの受容と共感的な理解の環境の中で、自分の強さや対処能力をより強く感じ始めているのでしょう。

この状況のもう一つの側面は、クライアントが女性セラピストに対して抱いていた恐れであり、これは明らかに彼女の母親に対する恐れや怒りと関係があります。再び、過去に女性セラピストに対して抱いていた否定的な感情を投影していたクライアントが、女性セラピストとの直接的な対話の中で、まったく異なる感情や反応を体験した可能性があります。それは、実際の女性セラピストによる温かい受け入れと存在感です。これにより、彼女は自分自身の誠実な感覚を回復し、インタビューで不安や恐れで反応していないことがわかります。この統合的な体験が、過去に恐れていた母親の再編成に直接影響を与え、未来の母親を、彼女を必要としている弱い人間として認識できるようになったのかもしれないかもしれません。彼女はより大きな自律感を体験しているかもしれません。もはや怒りに支配されておらず、今や母親を弱さを持つ人間として向き合う準備ができた、またはほぼできていると感じているのです。ライアンとデシが指摘するように、自律性は独立性だけでなく意志の力の観点からも考えることができます（Ryan & Deci, 2000, p. 74）。クライアントは自分の自由をより強く感じ、戻る準備が整いつつあることから、個人的な権威や力が増し、また、他の人々を「権威的な存在」としてではなく、単なる個々の人間として認識できるようになった自分自身の人間性の感覚が高まります。クライアントは、自分の内的な主観的な文脈によりアクセスしやすくなり、クライアント中心療法の中心的な条件によって心理的に促進される環境の中で、より本物の人間として自分を感じているようです。

クライアント中心療法のプロセスが時間をかけて続くと、クライアントは自己権限と個人的な力を深めていくことが予想されます。彼らは不正な外部の権威に対して抵抗する能力が高まり、他者との深い関係を築く能力が高まります。これらの自己概念の変化は、学習や問題解決の効果を高め、生活に対する開かれた態度を促進します。

## 要約

パーソン・センタード・アプローチの中心的な仮説は、個人には自己理解や自己概念、行動、他者への態度を変えるための広大なリソースが内在しているとしています。これらのリソースは、定義可能な支援的な心理的環境によって動員され、解放されます。このような環境は、共感的で、思いやりがあり、誠実な心理療法士によって創られます。

パーソン・センタード・アプローチにおける共感とは、クライアントの経験に対する一貫した、絶え間ない理解を表現することです。これは、クライアントと確認しながら、理解が完全かつ正確であることを確かめる継続的なプロセスです。共感とは、機械的な反射や鏡のようなものではなく、個人的で自然、そして流れるような方法で行われます。思いやりは、クライアントの個性に対する深い尊敬と、所有しない温かく受け入れる思いやり、すなわち無条件の積極的な関心によって特徴付けられます。誠実さは、セラピストが感じていることと話していることに一貫性があり、プロフェッショナルな距離を置いた役割を通すのではなく、対人関係において関係を築く意欲によって示されます。

パーソン・センタード・アプローチによって心理療法研究に与えられた推進力は、治療的な環境が提供され、積極的で生成的なクライアントによって活用されると、人格や行動の変化が起こることを示す実質的な証拠を生み出しました。成功したクライアント・センタード・セラピーの二つの結果として、自己評価の向上と経験へのより大きな開かれた態度がよく見られます。クライアントの知覚や自己指導能力への信頼は、パーソン・センタード・アプローチを教育、グループプロセス、組織開発、紛争解決へのアプローチにまで拡大しました。

カール・ロジャーズが1940年に旅を始めたとき、心理療法は自己を専門家として見なすような方法で行われていた人々によって支配されていました。ロジャーズは、セラピストがクライアントによって導かれるプロセスのファシリテーターである方法を創り出しました。半世紀以上後、パーソン・センタード・アプローチは、クライアントに対する信頼の大きさと、人間の尊厳への揺るぎないコミットメントにおいて、今もユニークな存在であり続けています。

## 注釈付き参考文献とウェブリソース

Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers's helping system: Journey and substance*. ロンドン: Sage Publications.

クライアント・センタード・アプローチに関する包括的で学術的な紹介です。本書は、クライアント・センタード・セラピーの始まり、1920年代と1930年代の社会的・政治的・経済的背景から始まり、初期の実践と理論の説明、助け合いの面談とセラピーの進行に関する詳細な検討、子どもや家族との仕事、グループや教育、紛争解決、コミュニティ作り、研究とトレーニングへの応用について述べています。そして、この支援システムの回顧的および未来的な視点で結びつけています。

Bozarth, J. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. ロス・オン・ワイ、イギリス: PCCS Books.

この本は、運動の優れた教師であり理論家である著者による20篇の改訂と新たな論文を集めたものです。本

書は、理論と哲学、実践の基本、実践の応用、研究、そしてその影響に分かれています。カール・ロジャーズの理論的基盤について考察し、その革命的な性質を強調し、この根本的な治療アプローチを理解するための広範な枠組みを提供しています。

Raskin, N. J. (2004). *Contributions to client-centered therapy and the person-centered approach*. ロス・オン・ワイ、イギリス: PCCS Books.

このRaskinの論文集は、実証的な研究、パーソン・センタード・アプローチにおける理論的発展の歴史的な説明、そしてRaskin自身の成長過程を描いた個人的な記述が含まれています。これは、アプローチの創設者の一人による広範で鋭い論文集です。

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. ボストン: Houghton Mifflin.

この本では、セラピストの姿勢、クライアントが体験する治療関係、および治療のプロセスについて説明しています。1942年の本『Counseling and psychotherapy』で表現されたアイデアをさらに展開し、発展させたものです。

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. ボストン: Houghton Mifflin.

おそらくロジャーズの最もよく知られた作品で、この本は彼の個人的なスタイルと前向きな哲学を世界中に広める助けとなりました。本書には自伝的な章があり、助け合いの関係、セラピーにおける成長の方法、完全に機能する人間、研究の位置づけ、クライアント・センタードの原則が教育、家族生活、コミュニケーション、創造性に与える影響、そして行動科学の力が個人に与える影響についてのセクションがあります。

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. ボストン: Houghton Mifflin.

本書の帯に記載されているように、この本は「ロジャーズ博士の人生と考え方が1970年代に起きた変化をカバーしている」という内容で、彼の人生の早い時期を扱った『On becoming a person』と同様の形で書かれています。理論に関する重要な章に加えて、彼がどのように聞き、聞かれることを意味するのか、そして彼が年を重ねる中でどのように成長したかについての大きな個人的なセクションも含まれています。本書の付録には、ロジャーズの1930年から1980年までの出版物の年表も含まれています。

## ウェブサイト

- Association for the Person-Centered Approach (ADPCA) [www.adpca.org](http://www.adpca.org)
- British Association for the Person-Centered Approach [www.bapca.co.uk](http://www.bapca.co.uk)
- Center for the Studies of the Person [www.centerfortheperson.org](http://www.centerfortheperson.org)
- World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counseling (WAPCEPC) [www.pce-world.org](http://www.pce-world.org)

## ケースリーディング

Ellis, J., & Zimring, F. (1994). *Two therapists and a client*. *Person-Centered Journal*, 1(2), 77-92.  
この記事には、同じクライアントに対して2人のセラピストが行った短いインタビューのトランスクリプトが含まれています。インタビューの間に8年が経過しているため、これらのタイプスクリプトはクライアントの変化を垣間見ることができ、また、2人のクライアント・センタード・セラピストのスタイルと効果を比較することができます。

Knight, T. A. (2007). *Showing clients the doors: Active problem-solving in person-centered psychotherapy*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 111-124. [D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.) (2011). *Case studies in psychotherapy* (6th ed.). Belmont, CA: Cengage. 再掲]  
このケースは、セラピストがクライアントの表現されたニーズに応じて、問題解決が期待される限られた問題を抱えるクライアントに対して、どのように非指示的でクライアント・センタード・アプローチを維持しながら対応できるかを示しています。

Raskin, N. J. (1996). *The case of Loretta: A psychiatric inpatient*. In B. A. Farber, D. C. Brink, & P. M. Raskin, *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary* (pp. 33-56). New York: Guilford.

これは、精神病患者とのセラピー面接の中でほぼ完全な形で記録された数少ない例の一つで、クライアント・センタード・セラピーが、妄想型統合失調症と診断された精神科入院患者にどのように適用されるかの具体的な例を示しています。この面接では、クライアントがセラピストが提供する共感、一貫性、無条件の積極的関心にポジティブに反応している様子が描かれています。特に、面接が行われている間に、別の患者が背景で叫んでいる音が聞こえるという点が劇的です。

Rogers, C. R. (1942). *The case of Herbert Bryan*. In C. R. Rogers, *Counseling and psychotherapy* (pp. 261-437). Boston: Houghton Mifflin.

これは、個別の心理療法の完全な録音と転写が初めて公開されたケースで、非指示的なアプローチがどのように機能するかを示しています。各面接の後、ロジャーズはクライアントの感情の要約と追加の解説を提供しています。

Rogers, C. R. (1961). *The case of Mrs. Oak*. In C. Rogers, *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

このクラシックなケーススタディは、カール・ロジャーズとの一連のセラピーセッションを通じて、クライアントの個人的成長を記録しています。

Rogers, C. R. (1967). *A silent young man*. In C. Rogers, G. T. Gendlin, D. V. Kicsler, & C. Truax (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 401-406). Madison: University of Wisconsin Press.

このケーススタディは、ロジャーズが非常に引きこもった入院中の統合失調症患者の1年間の治療の一環として行った2回のインタビューのトランスクリプトから成り立っています。この患者は、統合失調症患者に対するクライアント・センタード・セラピーに関する研究プロジェクトの一環として行われたものです。

