View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by GLIM IR Institution Repository

心理臨床という営みの中で出会う統合

伊藤研一
小林孝雄
真澄　徹
寺脇　梓

論文要旨

本論は、近年心理臨床で話題となることが多い「統合」について、心理臨床家がその実践を営む中で必然的に出会うものという視点から、いくつかの実践上の統合ならびに理論的統合を取り上げて、その問題点を整理した。さまざまな「技法」「理論」は、本来個別性の強い「実践」の多様な体験から、抽象化し整理されることで「異なるもの」として分離併存することになったものと位置付けられた。これら「技法」「理論」を、実践にあたる中で、いかに心理臨床家個人の中で統合、併存させるかが問題であると考えられた。その際、形式や狭い視野にとらわれることなく、広い次元を視野にいれた理解、関わりを目指すことが重要であると指摘した。

キーワード【統合、心理臨床、理論、技法、実践】

Ⅰ．問題と目的

1．はじめに

心理臨床において、「統合」は、実践的にも理論的にも、近年議論される話題のひとつである。広辞苑第五版によると、統合とは、「二つ以上のものを一つに統（す）べ合せること。統一」（同書では、統べるとは「個々のものを一つにする。別々のものをまとめる」）とある。また、ロングマン現代アメリカ英語辞典によると、integrate とは、「2：to combine two or more things in order to make an effective system」とある。ここから、統合とは、「二つ以上の（異なる）ものを、一つにまとめたほうが、より良い・効果的であるので、まとめること」と言えそうである。

したがって、まず、前提として、心理臨床の実践・理論・技法など、さまざまな領域において、「異なるもの」が併存している（一つが他から優れているので、だんだんと一つだけが残っていき、他は消えていくというのではない）という事情がある。

本論では、まず心理臨床のさまざまな領域における「異なるもの」の併存の事情を整理し、心理臨床実践を行っていく過程においてはそれら「異なるもの」の統合の問題に向き合わざ

るを得なという視点から、「統合」について検討したい。

2. 心理臨床における「異なるもの」

(1)「実務・実践」と「理論・技法」

心理臨床を学ぶ大学院生は、まず実際に事例を担当する前に、多くの理論を勉強し、技法の習得のための訓練を受けることになる。田中（2002）は、理論と実務との間の断層に関連して、次のように述べている。

> 私たちが心理面接のなかで出会い、立ち会い、扱うのは人のこころの傷つきです。症状という形をとるにしろ、問題行動という形をとるにしろ、障害や不治の病という形を持つにしろ、生き方模索であるにしろ、人のこころの苦しみは、いくら専門的な勉強をしたからといって、簡単にわかるはずも、解決できるはずもありません。体系化する、そのみなもとの部分にあたる心理臨床の実務の部分を、隙間なく系統的に説明することなど、もともと不可能なことなのです。(p.2)

また、技法に関して、ジェンドリン（Gendlin,1996）は、以下のように述べている。

> どんな方法であれ、公式に扱うとされていること以上の幅広い、周辺のさまざまな要素が重要な役割をはたしているものである。しかし、その役割がどういうものかが語られることはない。技法という形になると、この幅広い周辺部分はほとんど無視されている。(邦訳、p.303)

理論や技法は、「体系化」されたものであるから、実際の心理臨床の実務、実践のすべてが盛り込まれているわけではないといえる。また、実際に行われていることそのものもすべて概念化され得るわけではない。「実務・実践」と、それを体系化した「理論・技法」は、「異なっている」と言って良い。

(2)「実務・実践」と「理論・技法」との関係

現在存在しているさまざまな理論や技法は、もともとは、具体的なある人への援助実践の体験から、帰納的に導き出され、整理・抽象化されたものであろう。もちろん、その整理・抽象化の過程で、既存の心理学の理論や知見などが参照され、織り込まれることがあったにせよ、実務・実践とは全く離れたところで、理論や技法が整理されることはなかったと考えられる。

この過程について考える上で、まず試みに、非常に大きな枠組みではあるが「実務・実

表１　心理臨床の「実務・実践」「技法」「理論」の内容

Ⅰ．実務・実践	①個々のケースへの関わり ②コミュニティへの関わり ③関わりの「地」としての、人としての人生経験
Ⅱ．技法	④対象者・組織への直接の関わり（心理検査を含む） ⑤場の設定（構造、枠）
Ⅲ．理論	⑥変化（改善・悪化）の可能性、介入とその結果について ⑦対人相互作用について（クライエント－援助者関係を含む） ⑧不適応・病気になる原因・過程について ⑨他者や環境との相互作用、その中での発達について ⑩パーソナリティ、病理のしくみについて（心理検査を含む） ⑪人の心の仕組みについて

践」「技法」「理論」の内容について表１のように整理した。

【Ⅰ．実務・実践】

心理臨床の実務・実践として行われることは、個々のケースへの関わりと、組織や場、援助を求める人の環境への関わりが含まれるであろう。また、これらの関わりにおいて、援助のための時間だけでなくその前後の時間にクライエントや関係者と接したり、実践を取り巻くこまごまとした実務を行ったりすることも必要である。このとき、いわゆる「援助実践」と銘打つことはできないさまざまな活動が、援助実践という「図」を「地」として支え、取り巻いている。この「地」がどう行われるかは、本人のこれまでの人生経験で身についているふるまいや考え方が大きく影響を与えるであろう。また、クライエント理解にしても（理論のみを参照して行われるわけではなく）、これまでの人生経験や、人の話を見聞きしたり、小説や映画、ドラマや漫画などの作品を通じた疑似体験も利用されているはずである。

【Ⅱ．技法】

実務・実践の経験から、より無駄がなく、安定した効果をもたらす援助のやり方が抽出され、それらは「技法」として整理されることになるだろう。もちろん、この時「Ⅲ．理論」と密接に関わりながら「技法」が整理されていくことになろう。技法には、実際にクライエントやコミュニティに直接どう関わるかというものもあれば（記録を取ることも含まれる）、援助実践の枠組み、構造化、場面構成にかかわることが含まれる。

【Ⅲ．理論】

実務・実践の経験から、「ある問題を抱えた人には、どのように関わると、その問題の改善・変化につながるのか」ということが理論として整理されていくであろう。

そのためには、介入と変化に関する理論、クライエントと援助者の相互作用に関する理論、それぞれの病気や不適応に関する理論、人の心理というものに関する理論などが整理されていくであろう。またこれらの理論の整理には、既存の心理学、精神医学、社会学などの理論が積極的に用いられるであろう。

以上のように試みに整理した上で、「技法」「理論」が、帰納的に整理・抽象化されていく過程を考えてみる。

本来は、「Ⅰ．実務・実践」における個々のケースへの関わりの体験が出発点であったであろう。そして、個々のケースは、それぞれが個別具体的であり、生じている問題もさまざまである。人間としての心の仕組みはある程度共通していたにせよ、その人が生きた時代、置かれていた環境、家族などの関係する人びとはさまざまで、その中でその人固有の時間の経過（歴史）を経て、現在のその人そのものが形成されている。したがって、個々のケースへの関わりの体験から抽出されていく技法や理論は、汎用性を目指したにせよ、ある程度細かく枝分かれしていくことを免れない。

「技法」や「理論」が、単一ないしごく限られた少数のアプローチに収束していかないのは、それぞれの個々のケースをうまく説明し体系化しようとするならば、当然の成り行きといえよう。

このようにして、そこから技法や理論が抽出されるみなもととしての「実務・実践」には、さまざまな「異なるもの」が含まれており、結果、整理・抽象化された技法や理論にも、さまざまな「異なるもの」が含まれていることになっていると考えられる。

そして、(1) で述べたように「実務・実践」は、体系化しつくされるものではないため、「技法」「理論」とそのみなもとである「実務・実践」も「異なるもの」となっていることになる。

3.「異なるもの」の統合と「異なっていること」の意義

実務・実践に携わらず技法の整理、理論の整理のみを行っている場合には、「統合」は喫緊の要請として直面されることがないこともあり得る。しかし、整理・抽象化しつくされていないことがらが多く含まれる日々の「実務・実践」に当たっているならば、整理された「技法」「理論」を、二つ以上組み合わせることの必要を感じることは当然のこととも考えられる。

目の前のクライエントの訴えに、何か役に立つことを行おうとするとき、クライエント理解や問題状況の理解にもとづく見立てを行い、関わっていくことになろう。この時、目指されるのは、より適切な見立てと、より適切な関わりであって、ある単一の技法や理論にそって行うこと自体が目指されているのではないだろう（結果的にそうなったにせよ）。となれ

ば、もともと実践を掬いきれていないわけであるから、異なる技法や理論を組み合わせたくなることは、無理もないことと考えられる。整理・抽象化によって枝分かれされた後からすれば、それは「統合」とことさらに言われることなのだろうが、整理・抽象化のそもそものみなもとである実務・実践に身を置くならば、「統合」は自然なことといえるのではないか。

しかしながら、さまざまに枝分かれし「異なっている」ものが存在していることの意義もある。ある関わりや、ある問題、ある介入とその結果のプロセスの、エッセンスや本質が見えやすくなり、無駄なく適切に技法を用いることができるのは、「理論」や「技法」が整理・抽象化されているからである。そのおかげで、未知のクライエントに接する際にも、仮説を組み立てることができる。また、「技法」を実務・実践を離れたところで訓練し身につけることが可能になっている。

4. 心理臨床実践で出会う「統合」

その整理・抽象化の過程においては、本来「実務・実践」の豊かな経験をみなもと・出発点としそこに根付いていた「技法」や「理論」は、十分な整理・体系化を経て、経験とは切り離されて学習・訓練されることが可能となった。もちろん、そのことによって、訓練生はそれらを学習し、身につけることが可能になっている。

しかし、多くの訓練生は、枝分かれして「異なるもの」となった、さまざまな理論、さまざまな技法を、実務・実践の体験と切り離されて学び、訓練することになっているといえよう。学習・訓練のスタートは、「Ⅲ．理論」「Ⅱ．技法」を学んでから、「Ⅰ．実務・実践」に携わるという、その形成過程とは逆向きの過程を歩む面がある（もちろん、一度「実務・実践」に携われば、「技法」「理論」との間を行き来することになるが）。したがって、「実務・実践」に携わったときに、学び身につけた「異なるもの」を「統合」する必要性に迫られることになる。また、このときどう「統合」してよいかわからずに戸惑うことにもなるのであろう。この「統合」に向き合うことは、訓練生・初心者の時期に限らず、中堅、ベテランと進む過程において折々生じるだろう。

この際、可能性としては、表１の、①から⑪のすべての組み合わせの統合に迫られることがあり得る。

たとえば、応答の技法と本人が身につけている日常の対話の仕方（③と④）、心理療法的関わりと心理検査の施行（④の中での統合、あるいは④と⑩）、面接室内での関わりと日常生活での関わり（②③と④⑤）、心理療法的関わりと日常的関わり（④⑥と①②③）などの組み合わせについて、どのように統合あるいは折り合いをつけたらよいのかに心理臨床家は直面することになろう。また、学んださまざまな理論が、それぞれ併存可能なのか、排他的関係なのか、実務・実践に当たりつつ悩むことにもなろう（「Ⅲ．理論」の中での統合）。

本論では、これらいくつかの組み合わせの統合について、筆者らの直接・間接の体験に触

れながら、報告されている文献・資料を参照しつつ、問題点と課題を整理し、どのように取り組んだらよいのかについて議論する。また、理論間の統合のあり方についての分類・整理も試みる。

II．心理臨床家が出会うさまざまな「統合」の問題

1．応答技法と日常的対話

応答や言葉かけは、日常生活の対話でも行われている。たとえば、外科医の手術は日常生活の活動と不連続であるが、カウンセリング（心理療法）の応答技法は日常生活の対話と地続きである面がある。つまり、カウンセリングでのカウンセラー（セラピスト）の応答の中には、日常生活での対話で用いられているものと、同じととらえてよいものも含まれる。

訓練生は、たとえば「反射（繰り返し）」という技法を学んだり、「質問はあまりしないこと」「事実だけでなく気持ち（感情）を取り上げること」などの方針を学ぶ。

訓練生ははじめ、そもそも自ら持っている対話の営みに、これら技法をどう乗せていくか戸惑うことが多いようである。たとえば、どう応答してよいかわからず「反射」ばかりを行ったり、「わからないことがあるが質問できない」と思って尋ねることができなかったり、事実に応答せずに気持ちばかりに応答する、ということが起き、対話そのものがぎこちなく、そのことでクライエントに「ここは自由に自分のことを考え、話すことができる場所である」と思ってもらうことを妨げてしまう。

カウンセリングの大きな目的の一つは、クライエントが、自由に、事実も気持ちも含めた自らの体験についても話しながら、カウンセラーと一緒に考える場としてカウンセリングを利用することである。そのためにまず、カウンセラーはクライエントの体験を理解しようとする。理解のためには、事実をおさえ、足りない情報は質問し、感情だけに偏ることなく、話を聴きながら想像していくことが必要である。いわゆる「応答技法」だけを用いて対話することは不可能である。対話の目的にそって、自らの対話のやり方にうまく技法を乗せていくこと、また同時に、逆に応答技法をなじませて自らの対話のやり方にしていくことが大切である。このことも、一つの統合といえるであろう。

また、たとえばクライエント中心療法では、「反射」という応答は、「反射しながらクライエントの体験をカウンセラーが追体験する」という技法でもある。その語りを生み出すところのクライエントの体験を、語りを繰り返すことでカウンセラー側にも実現しようとするのである（岡村・小林、2009）。これは「共感的理解」でもある。この意味を理解することで、単なる「型」にとらわれず、柔軟に「反射」を行うことができるようになる。技法とその背景にある理論とが用いるカウンセラーの中で十分整合性がとれていることも、統合のためには有効であると考えられる。

表２　心理テストによる他者理解と治療における人間理解

心理テストによる他者理解	治療における人間理解
1　他者の対象化、固定化、構造化。ながめ的	流動する過程の共感。直接参加的
2　他者への知的、分析的接近	有機体的、全体的
3　道具的、情報収集的	交心による理解、認識それ自体が目的
4　テスターの側でかなり一方的に相手の世界を構成する	確かめによる場の共有
5　受検査者は受け身的	クライエントは能動的
6　受検査者の覚知された世界から覚知されていない世界を構成する〈投影法の場合〉	現象学的な意味で覚知された意味の世界に焦点を合わせる
7　テスターは状況を標準化し、自己表明は最小にとどめる	状況は柔軟性に富み、治療者の自然な自己表明が重視される
8　テスターと相手との間に距離をおく	治療者とクライエント間の関わり合いの重視
9　テスティの主体性はあまり認められない	クライエントの主体性が尊重され、彼は自己の言動に責任を持つ

2. 心理検査と心理療法

心理検査と心理療法とは、通常「異なるもの」と捉えられている。これに関して、村瀬（1965）は心理検査による他者理解と治療（心理療法）における人間理解について、表２のようにまとめている。

この対照からすれば、心理療法に軸足をおく治療者（セラピスト、カウンセラー）の場合、心理検査施行に違和感を感じると考えられる。さらに表２のような違いから、心理検査を行なうときの治療者自身のクライエントへの向き合い方と心理療法を行なうときの向き合い方とは異なる。したがって、面接の中で心理検査を施行するとなると、心理検査の前後で治療者は、「異なったことをする」という「不連続感」を感じることになり、そのことも面接中に心理検査を行なうことを治療者にためらわせる要因となる。具体的には「せっかくできている良い関係をこわすのではないか」「（クライエントが）一方的に見られているという感じをもつのではないか」などという懸念を持つだろう。

一方で、心理療法を行なう際に、心理検査、あるいは心理アセスメントは不可欠である。クライエントを理解するための仮説を持たないで援助することはできないからである。そこで解決法の一つは、心理検査を治療者とは別の人が行なうという方法である。実際、知能検査や投映法検査を治療者とは別の人間がする場合は少なからずある。そうすれば表２のような対立が（少なくとも心理検査施行中に）治療者の中に生じることはなくなる。もう一つの解決策は、その治療者にとって心理療法と異質性が少なく感じるアセスメントを行なうというものである。たとえば製作された箱庭や相互スクリブルなどからアセスメントを行なう。

しかし、心理検査施行者と心理療法を行なう治療者を分けるのが最良であろうか。アセスメント性の強い知能検査やロールシャッハ法などを治療者が行なうのは本当に望ましくないのだろうか。

筆者たちはそうは考えない。心理療法関係にあるクライエントに心理検査を行なうのは、心理療法に生かすためであり、そうであれば、心理検査施行中に治療者としての「まなざし」とでもいえるものが発揮できるからである。たとえば落ち着きなくさまざまなものに注意が移ってしまい、通常の知能検査施行では行なってはならないとされている、励ましたり、褒めたりということもして、そのようなことを行なっているという「条件」は自覚した上で検査を行ない、「潜在力」をみることができる。また、投映法検査で「どうやって見たらいいんでしょうか？」〈自由に〉「自由にといわれても・・・」というやりとりから、一見突っ張っていて投げやりな様子を見せるクライエントの内心の心許なさが読みとれる場合がある。このようなことは検査だけを行なうというやり方からは行なわれなかったり、見逃されたりしやすい。さらに心理検査中の言動や結果から、心理療法面接からはうかがい知れない面やうすうす感じていたクライエントの問題を直接にはっきりと感じられ、心理療法に生かせる場合もある。これも、（おおげさかもしれないが）心理療法と心理検査施行との統合とみなせるのではないか。

治療者が心理検査も行なうことによる肯定的な効果をもたらすためには、①その心理検査を十分に使いこなせて、その結果を心理療法に生かすことができる②検査結果には直接反映しない検査態度や言動にも注意を払っている、ことが求められる。

3. 面接室での関わりと日常生活

(1) 外的構造とその意味

臨床心理学教育において、心理療法の外的構造は重要な柱の一つとして強調される。すなわち一週間に一回、時間は 50 分から 1 時間、面接室で、一定の料金を払うという条件である。特に面接室外ではクライエントと関わらないということは重要な条件とされる。

構造を守らなかったことの影響について、成田（1981）は、若い男性の治療者が対人緊張を主訴とする女性患者に面接室外で会うことを求められ、それに応じたという事例をあげている。その女性患者は面接室外で会うという要求が容れられないと自傷行為に走るため、治療者は喫茶店や患者のアパートで会うようになっていた。ところが、そのアパートの面接で「山歩き」が話題となり、治療者が「子どもが小さいので山歩きも思うにまかせない」と語ったところ、患者はひどく混乱した。患者は治療者が独身で、熱心に治療してくれるのは自分への個人的好意の故と思い込んでいたのである。その後、患者は治療者の声が幻聴として聞こえるようになり、結果的に患者はその幻聴にしたがって山歩きに出かけ、顔面に石をたたきつけて、重傷を負う羽目になった。この例では、治療者が患者の病態水準、および自分

と患者との関係で起きていることを見誤り、面接室外で会うことが強い依存的、性愛的感情を引き起こしやすいという認識がなかったことが悲惨な結果を生んだ要因と考えられる。(理論・技法と実際の関わりとの統合が不十分であった。)

外的構造の重要な役割の一つは、クライエントと治療者を守るということである。一方で心理療法の過程で「クライエントが時間中に面接室から出てしまう」「家庭訪問してほしいと依頼される」「時間が終わっても帰ろうとしない」「カウンセラーの自宅に電話がかかってくる」というようなことが生じる場合がある。このような場合、他ならぬこのクライエントが、治療者との関係におけるこのプロセスにおいて、その事態が生じることの本質的意味について考え、対応することが必要である。安易に構造をゆるめたり、逆に構造を意地になって守ろうとしたりすることは治療的ではない。

たとえば、河合（1970）は不登校の高校1年生男子のケースで、クライエントの祖父から「自宅に来てほしい」と求められた事例をあげている。初めは家庭訪問をことわったが、次に祖父から家庭の危機の訴えがあり、治療者の自宅を訪問したいという申し出がある。ここで治療者は、クライエントの母親が冷たい心の交流のない人であるが、心の底で子どもをつかんでいるという見立てから「母親が子どものためなら何でもやろうというのと同じように、私もそれをやってやろう」と決心し、自宅への訪問を受け入れると祖父に伝えた。すると初めのうち2回しか来なかった母親も祖父と一緒に自宅にあらわれ、そこで3人一緒に治療に協力していこうという明確な合意が生まれるのである。

村瀬（1995）は「個々の患者の治療目標、そのときの状況に合わせて、制限の持つ本質的意味を問い返し、制限をあえて越えることによって生じる構造規定的な緊張関係の中から、予測しない新たな治療的展開が生ずる場合がある」と述べている。理論と技法、実際の関わりがしっかりとつながっているとき、技法に対するとらえ方が「形の上では」柔軟になることがある。

(2) 個別心理療法の外的構造が成り立ちにくい臨床の場とさまざまな連係が必要な場合

いま（1）で述べたのは個別心理療法において、外的構造がいわば「揺るがされる」状況についてである。他方、スクールカウンセリングや情緒障害児短期治療施設、養護施設、などの施設心理臨床の場など、個別心理療法の外的構造が成り立ちにくい場が増えてきている。

また個別心理療法が中心となる場合でも、教育や福祉との連携や橋渡しが必要な場合に、外的構造を堅持しているわけにはいかない。たとえば不登校が続いている場合に、進級や担任教師のクライエントとの関わりについて学校側と治療者が話し合うことが望ましい場合が多々ある。またクライエントが学校で暴力をふるってしまい、その対応について学校関係者と話し合いをもつ必要が生じることもある。このような場合に、「私は面接室だけで子どもに関わりをもつのであって、日常のことには関わりはもちません」というのは無責任と言わ

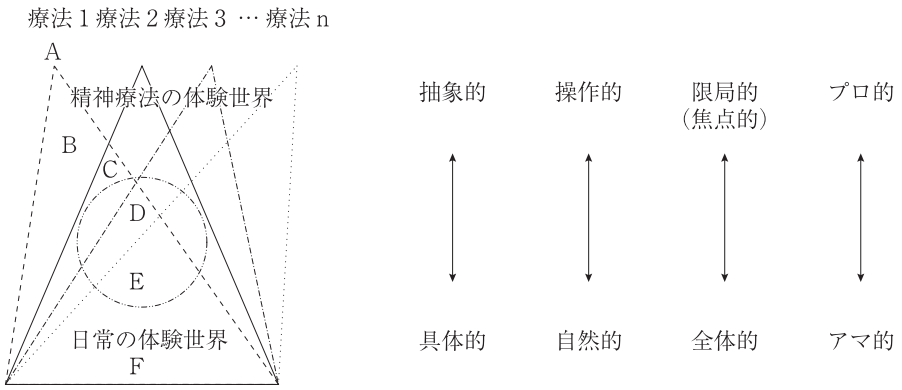

図 1

ざるを得ない。クライエントは日常生活でよりよく生きられるために心理療法に来ているのであって、心理療法を受けることが目的ではないからである。また精神障害のために何度就労しても続かず、生活が困難になっているクライエントに対して、面接で障害年金を受けることを提案して、そのプラス、マイナスを検討することもある。

滝川（1998）は、心理的問題を解決する方法は日常生活の中で思いつかれ、行われてきたもので、そのある部分を抽出して練り上げ、抽象的な関係において行うものが精神療法（注：医師は「精神療法」、臨床心理士は「心理療法」の語を使うことが多い）であると述べている（図 1）。そして図の上方に抽象されていく度合いに応じてより操作的、焦点的な精神療法的世界に分化していく。

「面接室の中だけの関わり」に関わりを限定するとは、図の三角形部分の頂点を含む部分とその下の部分をいわば「切り離す」ことである（図 2）。

このようにすることにはもちろん心理療法的な意味がある。クライエントが日常生活や現実の制約から解き放たれることによって、見えにくかった本人のありようが顕れたり、空想を活発化し、治療的な退行を促したりすることで、心理療法的な変化をもたらしやすくすることである。そこではオモチャや遊びが日常的意味を超えて豊かな意味を湛えた世界を展開することになり、「心理療法的魅力」に富んでいる。いわゆる「深い治療」に見えるかもしれない。そして、この面接室での変化が、現実の日常生活の変化につながることももちろんある。

しかしこの切り離しが徹底されてしまうことが、治療的といえない場合を招くことがある。たとえば、ある大学院の院生が遊戯療法を終えるとプレイルームでクライエントと別れ、クライエントだけが待合室に行って親が面接から戻ってくるのを待ち、その院生はプレイルーム内でクライエントが帰るのを待っているようにしたという。遊戯療法が終わったらクライエントと親と接触しないという目的である。他の大学院生も、この院生の「気持ちはわか

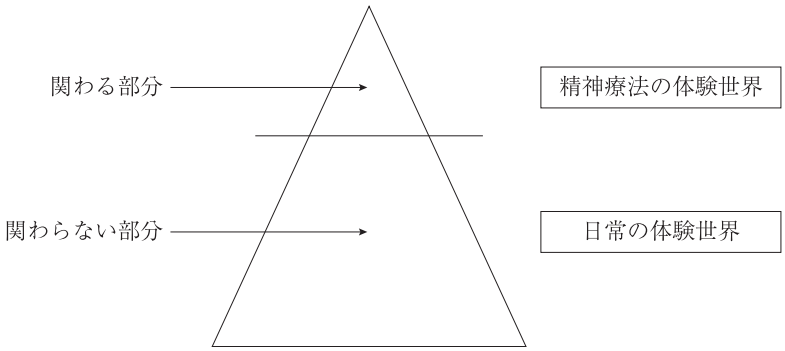

図２　面接室での関わりと日常生活の切り離し

る」という。こうした発想からすれば「学校の教師と会う」などということは「とんでもない」「信じられない」ことであろう。しかし、ある程度経験を積んだ治療者から見ればこの「別れ方」のおかしさは一目瞭然である。子どもが帰るまで、プレイルームで待っているという不自然さもさることながら、子どもを親に引き渡す責任を放棄している点が重大である。子どもが待合室に行かずに、どこかへ行ってしまってわからなくなったらどうするのだろう。

この例はいささか極端であるが、日常生活から面接を切り離すアプローチは、面接で生じた変化が日常生活に浸透し、そこで受け入れられ、支えられるということで初めて有効となる。特にクライエントの環境に何の働きかけをしなくても、環境がクライエントの変化を受け入れる状態になっていけば、それに越したことはことはない。しかし、必ずしもそうはいかない。たとえば、過剰適応して萎縮していた子どもが遊戯療法でのびのびしてきて、親に反抗的な言動をするようになり、それを受け入れられない親が「遊戯療法で子どもが悪くなった」と感じて、治療を中断することがままある。子どもとしては、やっとのことで自発性を発揮し始めたところで押さえつけられるという傷を受けることになるのである。

しかし、これはもちろん闇雲にクライエントの日常に働きかけるということではない。養護施設の子どもが遊戯療法で「同室の子が気にくわない、一緒に生活したくない」と言ったのをすぐに施設側にかけ合って部屋を換えてあげたところまた別の問題が生じたという事例がある。将棋で、貼られた駒を取れるからとただ取ることはしない。全体の盤面を見て考えてから対応するのである。

施設心理臨床のように個別心理療法の外的構造が成り立ちにくい心理臨床の場でも、個別心理療法で連係が必要となる場合でも、クライエントとクライエントの環境の全体を考え、仮説をもって日常生活にかかわる部分に働きかけることが望まれる。これはケース・マネジメントの発想であり、ケース・マネジメントが個別の関わりを支えるといえよう。

このことは、整理・抽象化され、それぞれ地続きでなくなってしまった技法・理論を実践に馴染ませていく過程で出会う「統合」の問題と言えよう。

表 3 「深い」精神療法と「浅い」精神療法

	「深い」精神療法	「浅い」精神療法
治療の目標	不明確 人格の再構成、成長 自己実現、実存的意味	明確 症状の改善 病前の状態への回復
適応	慢性、重症例で治療意欲の少ない患者も適応となる	最近の発症、軽症で治療意欲の大きい患者
面接の頻度・時間	頻度高く、1 回の面接時間長い	頻度少なく、1 回の面接時間短い
治療期間	長期	短期
扱われる材料	個々の患者の個別性・歴史性 広い領域 精神内界 無意識 発達的に早期 過去	多くの患者に共通する病態の特徴 狭い領域 外界 意識 発達的に後期 現在
治療者の態度	探索的 病的側面への注目 不安喚起的 退行促進的 侵襲的	支持的 健康な側面への注目 不安軽減的 退行回避的 非侵襲的
治療者・患者関係	役割遵守が困難 濃密で波瀾に富む 無意識的人格の露呈	役割内の関係 浅い 意識的人格の範囲内
イメージ	本格的、専門的、「大」	本格的でも専門的でもない、「小」
副作用	多い	少ない

(3) 治療の「浅い」「深い」について

先に、非日常的な心理療法の場では「深い」治療が生じるように見えると述べた。成田（2012）は深い精神療法と浅い精神療法について表 3 のようにまとめている。

精神科における治療を中心にしているので、そのまま当てはめられない部分もあるが、おおかたの心理療法は、「深い」⟷「浅い」の連続線の上で、「浅い」端寄りのどこかに位置しているのではないか。成人の場合に「カウチ」を使っての自由連想法や夢分析を主とする治療、子どもの場合にメラニー・クライン流の対象関係論的解釈を頻用する遊戯療法を行なうのでない限り基本的には「支持的心理療法」であると考えられる。

滝川（1999）が指摘するように、精神分析に代表される介入性の高い心理療法は治療者やクライエントの条件が整わないときに（極端な例では統合失調症の患者に自由連想を行なうなど）行なわれると有害無益な結果になりやすい。そのような（多くの）場合には支持的心

理療法が適切である。支持的心理療法の場合には、成人の場合には傾聴、子どもの場合にはアクスライン流の来談者中心療法的遊戯療法的関わりが中心となるが、それに助言や指示、環境調整が加わることになる。しかし、これは表3にあるように一見専門的ではないと見られがちであるが、実はそうではない。「いかなるアドヴァイスや指示を与えれば『支持的』なのか、そのタイミングや内容をその都度適切に選んでいくためには、クライアントや状況への深達した認識や判断が求められる」のである。この「深達した認識や判断」こそが専門家が専門家たるゆえんである。クライエントをめぐる環境に働きかける場合にもこのことが重要である。心理療法の「深さ」は多くの場合、介入性の深さよりも理解の深さに求めることが妥当ではないだろうか。

また、この表で言うところの「浅い」関わりを意識していたとしても、「深い」変容が実現することがありうる。「浅い」―「深い」という次元は、必ずしも実践・技法・理論それぞれにおいて同じレヴェルを目指せば実現するというものではなさそうである。非日常の深いレヴェルの体験が日常の体験に影響を与えるように、日常の現実的体験が内界の深いレヴェルの変容をもたらすこともあり得る。日常か非日常か、（一見）浅いか深いかにとらわれず、浅いところから深いところまでにひらかれて実務・実践の場に身を置くことが重要であろう。

4. まとめ

以上、ここで取り上げた「統合」の問題はいずれも、整理・抽象化され「地続き」でなくなった理論・技法を、本来地続きであった実務・実践において、心理臨床家個人がどうそれぞれを馴染ませるか、あるいは併存させるか、という問題と言えるのではないか。

Ⅲ. 心理療法の統合

心理療法の理論の統合は、訓練生・初心者のみならず、心理臨床家個々人が自らの営みを支え、意味づけるために、実務・実践上直面する問題であろう。以下、統合をめぐる議論と視点を整理する。

1. 心理療法の統合をめぐる議論

心理療法の統合とは何かという点について、ここでは「ある一つの学派の心理療法に、他の学派の心理療法を組み合わせたり、個別心理療法と集団心理療法、家族療法など形態の異なる心理療法を組み合わせたりすること」とする。

アメリカにおける調査によると、1980年代で心理療法の数は約400あるという（Karasu, 1986）。それぞれのアプローチは、得意とする援助対象、すなわち適応症を持っている。し

たがって、単純に考えれば、臨床家が、現場の要請に応えてできる限り幅広い問題に対応したいと考えれば、援助対象にふさわしいアプローチを次々に習得していけばよいということになる。

しかし、そうはならない。なぜか。

松木（2010）は「私たちが心理療法の技法を併せようとするとき、私たちはそれらの技法の背後にある理論や考え方に無頓着でいるわけにはいかないからです」「技法は単なる方法ではありません。それは背後にある理論との一貫性をもって成立しているものです」と述べている。つまり背後にある理論が異なっている技法を統合するなど不可能というわけである。

この主張に対する考え方の要点は、理論の相違、さらには理論の統合をどのように考えるかという点である。

これについては三つの立場がある（Arkowitz,1991）。技法的折衷と共通因子アプローチ、理論統合アプローチである。

（Ｉ）技法的折衷

ラザルス（Lazarus,A.,1991）に代表される立場である。ラザルスも松木と同様に異なる学派の理論を統合することに対しては批判的である。しかし彼はクライエントの問題やクライエント・治療者関係に応じて、他の学派の技法で役に立ちそうな技法は何でも使うべきだと主張する。

例としてラザルスは、自分の雇用主ともっと自己主張的になれるよう援助していたある女性の事例をあげている。ラザルスはこの面接でロールプレイを使い、ラザルスが雇用主を演じた。しかし、クライエントが雇用主に似ていないと言ったため、空の椅子（エンプティ・チェア）に雇用主が座っていると想像して話しかけ、その次はエンプティ・チェアに自分が座って、自分が雇用主になって演じることを提案したのである。このエンプティ・チェアはゲシュタルト療法においては、内的な葛藤や感情に直面することを促進する方法である。しかし、ラザルスは現実場面に応用可能な「行動リハーサル」として用いている。つまりラザルスは自分自身の拠って立つ行動療法の枠組みはまったく変えずに、すなわちゲシュタルト療法の理論を取り入れることなく、ゲシュタルト療法の技法を用いていると述べている。

(2) 共通因子アプローチ

効果的な心理療法に共通する因子を異なる心理療法間で見いだし、その因子の促進を目指す立場である。古くはローゼンツヴァイク（Rozenzweig,S., 1936）が、クライエントに希望を与えることや、自己や世界の妥当な見方ができるようにすること、を共通因子として考えた。またアレクサンダー（Alexander,F）とフレンチ（French, T.M.）は精神分析の立場から、「修正情動体験」がすべての心理療法における共通因子と考え、幼少期に重要な他者に向け

られた不適切な情動を、治療者との間の望ましい関係において修正することが必要であると主張した。

(3) 理論的統合

もっとも有名で壮大なアプローチはワクテル（Wachtel,1997）の循環的心理力動論である。ワクテルは幼少期の葛藤が、現在でもさまざまな要因によって維持されて不適応的な対人関係を作り上げていることを重視する。それを正統的な精神分析のように治療者との転移関係の中で取り扱っていくのではなく、エクスポージャーや自己主張訓練などの行動療法の技法を使って、現在の不適応行動を修正する。そのことでクライエントは自分自身の幼少期から続く葛藤についても洞察を得やすくなるのである。

またワクテルは逆に行動療法家も精神分析的理解から得るところが大きいという。すなわち表面的な不適応行動の背景にある葛藤の存在の可能性に気づくことによって、さらに一歩進めた行動変容の方法を考えることができる。精神分析と行動療法を結びつけた理論、循環的心理力動論によって、クライエントの理解が深まり、より効果的な技法を選択できるわけである。

(4) 学会としての動向

以上、三つの立場について概観した。欧米においては、1983 年に「心理療法統合検討学会 the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration（SEPI）」が設立され、1991 年より機関紙 Journal of Psychotherapy Integration が刊行されている。1960 年以降、行動療法、認知行動療法、家族療法など、精神分析に対抗し得るだけの勢力を持つアプローチが発展してきたことや、援助の効果に関するエビデンスへの要求の高まりから、各々のアプローチを外側から（メタな視点から）比較検討する視点が共有されるようになり、1980 年代には心理療法の「統合」というテーマが一般的となった。こうした背景から、「統合」に関心のある実践家、研究者が研究を発表し討論する場として SEPI が設立されたといえる。SEPI は、様々なオリエンテーションの、様々な関心を持つ実践家、研究者によって構成されている。メンバーの主な関心は、異なるアプローチの共通点を見出そうとすること、既存のアプローチを統合する形を模索すること、研究知見に基づく新しいアプローチを作り上げようとすること、臨床実践にそぐうガイドラインを作成しようとすることなどである（Norcross & Goldfried,2005）。

機関紙では、心理療法の効果、プロセスに関して、主として実証的なデータにもとづく研究の発表が求められている。事例研究ももちろんその意義を認められているが、心理療法の施行前後のデータが示されている研究が推奨されている（Shahar,et.al.,2012）。このことは、研究と実践との対話という機関紙の方針を反映しており、近年のエビデンスを求める動向に

対応したものと言えよう。

(5) 統合の困難さについて

さて、米国においては、心理療法の統合が重要なテーマになっているわけであるが、その背景には、エビデンスが明確ではない心理療法に対して保険会社が料金の支払いを拒むという社会経済的な要因が見逃せない。ノークロス（Norcross,2005）は、フロイトに始まる心理療法の発展の初期には、それぞれの心理療法学派の「冷戦」は、それぞれの和解に向けての発展にとって必要なことであったと、さらりと書いてあるが、近年にあっては経済的な事情のためには学派にこだわっているわけにはいかないという事情も大いに影響したと考えられる。

実際、心理療法を看護師にさせる場合は料金が安く済むため、医師や心理療法家が心理療法を行なうには、かなりの量の書類を保険会社に提出しなければならないということを仄聞する。

そのような切迫した事情があって、学派の統合が急がれたにしても、「統合」にはいくつかの問題があった。一つは先述の松木（2010）と類似の主張で、「複数の心理療法理論を包括する心理療法理論は不可能である」というものである。また広義の共通因子は存在するか」という疑問も呈されている。

もう一つ大きな問題は「統合」を教育する難しさにある。アンドリュー（Andrew et al.,1992）はその困難さは訓練生に自分が歩んできたのと異なる道を教えることにあるとしている。すなわち、自分たちは一つの技法をしっかりと身につけた上で他技法を統合してきたのに、「教育」としてはじめから「統合」的心理療法を教えることの難しさである。

2. 日本における統合の現状

さて、日本においては、心理療法の統合に関して先行研究は欧米に比べてはるかに少なく、重要なテーマとしてとりあげられることも少ない。このことについては学派主義（あるいはセクト主義）に原因があると考えられ（中釜、2004；下山、2007；杉原、2009)、このままではエビデンスを重視する現代において、社会に対する説明責任が果たせず、時代に取り残されてしまう（下山、2007）と指弾されている。

筆者の経験でも、ある学派の学会では、現象をその学派の理論や用語でディスカッションされたり、説明されたりすることがほとんどで、他の学派の理論や考え方、もっといえばより広い心理学的見方で捉えようとすることはきわめて少ない。

そういった中で、心理療法の統合を目指すことは、本来の心理療法のあり方を考え直すという意味があろう。

そこで日本で「統合」を明示している代表的な心理臨床家のアプローチを概観してみたい。

(1) 平木典子の統合的介入法（平木、2010）

平木の統合的介入法は個人心理療法と家族療法との統合である。心理療法において取り組む位相を①主訴にかかわる症状、問題の変化を試みる位相②関係における問題維持メカニズムの変化を試みる位相③多世代にわたる関係の問題解決を試みる位相④個人の対象関係の問題解決を試みる位相、の四つに分け、アセスメントに基づいて、どの位相に働きかけるかを決める。家族療法が基軸となっていて、個人心理療法もその枠組みの中に包摂されている。端的にいえば従来の内省心理療法の対象であった個人内の対象関係と、現実の対人関係の双方を変化の対象としたアプローチといえよう。

(2) 古宮昇の理論統合による心理療法（古宮、2001）

古宮は自分の立場は、クライエントの問題によって、異なる理論を用いる「理論折衷」でもなく、かたくなに一つの立場に固執し、他を排除する「独善主義」でもないという。心理療法の態度としては、ロジャーズの考え方を基本とし、心理療法はたんなる問題解決ではなく成長過程としている。またクライエントの問題を理解するためには精神力動概念を使う。さらに実際の臨床では家族療法からの見地をクライエントの問題理解に適用する。そしてこれら来談者中心療法、精神力動論、家族療法理論が古宮の中では整合性をもって存在していると述べている。技法としては、来談者中心療法的な傾聴技法、精神分析的な解釈や直面化、論理情動療法、解決志向短期療法などの技法を折衷的に用いている。

(3) 下山晴彦の心理療法の統合

下山（2007）は心理療法の統合を①学派間の統合と②専門領域間の統合の二つに分け、この二つの次元での統合を目指している。学派に関して、精神分析や来談者中心療法のような個人の心的内界を前提とする学派と、行動療法、家族療法、コミュニティ心理学のように対人関係的世界を前提とする学派に分けている。そして両方にまたがる立場として認知行動療法を重視している。また専門領域としては精神医学、臨床心理学、社会福祉学をあげ、生物―心理―社会的次元の統合、あるいは協働を主張する。全体を描き出せるようなパラダイムの構築に向かっていると見ることもできよう。

(4) 村瀬嘉代子の統合的心理援助（村瀬、2001、2003）

村瀬の統合的心理援助においては、統合の範囲は心理療法だけではなく、教育やケースワーク、料理や裁縫など日常生活的営為、など広い領域にわたっている。クライエントの問題やクライエントをめぐる状況を総合的にとらえて、必要とするアプローチを行なう。そもそも村瀬は学派や専門領域の統合を目指そうとしたわけではなく、「現実の要請に応えようと

その都度、模索を重ねてきた結果、いわば帰納的にたどりついた心理療法のスタンス」（村瀬、2003）である。実際村瀬は、「統合」ということばを初期には使用しておらず、「個別的にして多面的アプローチ」（村瀬、1988）、「環境療法的アプローチ」（村瀬、1989）などの用語を用いている。

そして統合的心理援助の際、村瀬は、異なった治療技法の組み合わせをどのようにするかということより、むしろ治療者自身の姿勢を重視する。「The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration の機関誌を通覧してみると、如何に異なる理論と技法を組み合わせるか、という考究が中心になっており、統合的にアプローチするセラピスト自身の資質や姿勢、訓練という論点への言及は見られない」とし、「技法を支えるセラピストの姿勢こそがバランス感覚を維持して何事にもほどよく開かれていること、かつ統合を維持していく不断の努力があってこそ、理論や技法が総和や折衷以上のものとして、意味を持ちうるのであろう。」と述べている（村瀬、2003）ここで指摘されているのは、治療者自身の中での統合である。

以上、さまざまな統合を並列的にみてきたが、これを先の図 1 から見るとどうなるだろうか。

3. 心理療法の全体像から見た心理療法の統合

図 1 からすると、上方のお互いに離れている先端領域を統合するなどというのは、その拠って立っている理論（どんな方向に抽象化するか）が違うのだから無理だと言うことになる。これは前述した松木（2010）やラザルスの見解に相当する。しかし、もう少し降りて重なり合う部分に目を向ければ、かなり共通の部分（共通因子）が見えてきて統合も可能となろう（図 3）。さらに、療法 A と療法 B の三角形の間にそれぞれのかなりの部分と重なるような別の三角形を作れば、理論的統合ができるということになる（図 4）。ワクテルの循環的心理力動論はこれにあたる。ラザルスのように自分の理論を変えないで他の学派の技法を借用するだけというのを字義通りに受け取れば、「統合」は生じていないということになる。

図から見れば、「統合」はむしろ自然なもので、前田（2007）のいうように「『統合』や『折衷』という枠組みは、現場の臨床家にとっては決して目新しいアイデアではなく、臨床的妥当性と有用性を持つ“心理臨床家のあり方”のモデルの一つとして、これまでずっと臨床家の間で潜在的に共有されていた」ということになる。

そもそも初めて心理療法を身につける際には、自分自身のそれまでの対人関係のあり方に、その心理療法を「統合」することになるのである。滝川（2006）は、心理療法家としての「初仕事」は実は初仕事ではなく、それまでのその心理療法家の対人関係の連続線上にあることを指摘している。だからこそ、どの心理療法を初めに身につけるかというときに、自分自身の人間観や経験と「そりが合う」心理療法技法を選ぶことになる。しかし、それでも心

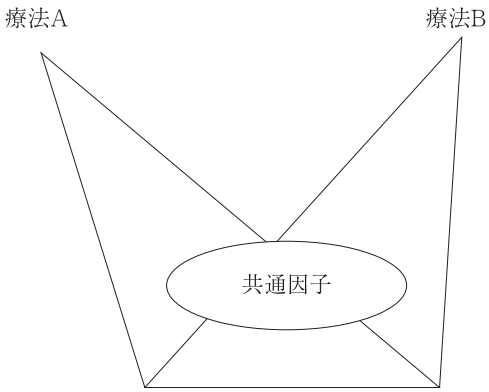

図３　共通因子による統合

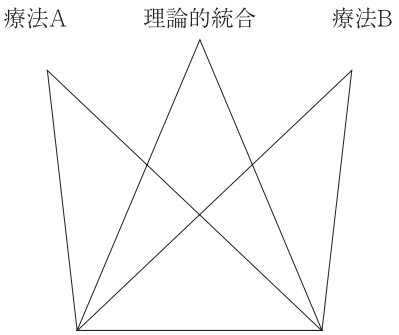

図４　理論的統合

理療法における関係はそれまでのその治療者の人間関係のあり方とずれるところが少なからずある。たとえば相手が自分のことを話すのがほとんどで、自分は自分のことを話さないという関係は日常生活ではまずありえない。

そのような通常はいわば「不自然な」関係が次第に自分の身についてきて、自然にクライエントと対せるようになってくる。そして次第に、そのような自分自身のありようと違和感が少ない他の学派の技法、理論を目の前のクライエントの必要性に応じて、少しずつ実践したり、確かめたりしていき、心理療法家としての成熟と統合がすすんでいくように考えられる。

Ⅳ．まとめにかえて――統合への道

心理臨床という営みの中で出会う統合についてさまざまな視点から検討してきた。経験を積むにしたがって必要とされたり、求められたりすることが多いと考えられるにもかかわらず、おいそれとは「統合」できないのも事実である。それは心理臨床家の援助という仕事が心理臨床家としての「アイデンティティ」と深く結びついているからである。松木（2010）が強調する「理論」は、その臨床家の生き方、人間観、人との関わり方と結びついた安易に修正できないものである。

では統合はどのようになされたらいいのだろうか。

教育の問題ともつながるが、一番は「師」に出会うことである。この「師」は神田橋（1990）がいうように「あばたも笑窪というほどに惚れ込むことができる相手」である。その「師」は当然偏りはあるものの「心理臨床」を体現している。それは一つの「統合」である。それを取り込むことによって自分の「統合」が進むのである。神田橋は「師」は心理療法家である必要はない、としているが、やはり心理療法家であったほうが、ことは円滑にす

すむだろう。

もう一つは、セラピスト・フォーカシング（吉良、2010）が役立つと考えられる。さまざまなクライエントに会い、影響を受け（時には揺さぶられ）、援助を求められながら、心理臨床家としての主体性を保持しつづけることは、たやすいことではない。①訓練生、初心者の段階で、技法を自分にしっくりなじませるために、②困難なケースで心理的余裕を失っている際に、また③クライエントからの非言語的メッセージを受け取り、心理療法に活かすために、セラピスト・フォーカシングは大いに役立つ（伊藤・山中、2005；伊藤・寺脇、2008；小林・伊藤、2010）。違和感を感じながら、それを排除せず、違和感とコミュニケートして、取り込んだり（統合したり）、共存するための工夫を集めたものがフォーカシングだからである。

文献

Andrew,J.D., Norcross,J.C., & Halgin,R.P.（1992）“Training psychotherapy Integration” In Norcross,J.C.,Goldfried,M.R.（Eds）, *Handbook of psychotherapy integration.* New York:Basic Books.

ジェンドリン（村瀬孝雄・池見陽・日笠摩子監訳）（1998）上、（1999）下『フォーカシング指向心理療法』金剛出版　Gendlin,E.T. 1996 *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method.* : NewYork Guilford.

平木典子（2010）『統合的介入法』東京大学出版会。

伊藤研一・山中扶佐子（2005）「セラピスト・フォーカシングの効果と過程」『学習院大学人文科学研究所　人文』4、165–176。

伊藤研一・寺脇梓（2008）「臨床心理士養成教育におけるフォーカシングの意味」『学習院大学人文科学研究所　人文』7、45–65。

Karasu,T.B.（1986）“The Specificity Versus Nonspecificity Dilemma: Toward Identifying Therapeutic Change Agents” , *Am J. of Psychiatry* , 687–695.

神田橋條治（1990）『精神療法面接のコツ』岩崎学術出版社。

河合隼雄（1970）『カウンセリングの実際問題』誠信書房。

吉良安之（2010）『セラピスト・フォーカシング』岩崎学術出版社。

小林孝雄（2010）「スーパービジョンにセラピスト・フォーカシングを用いることの有効性の検討」『人間性心理学研究』28（1）、91–102。

古宮昇（2001）『心理療法入門――理論統合による基礎と実践』創元社。

Lazarus,A.A. & Messer, S.B.（1991）“Does Chaos Prevail? An Exchange and Technical Ecleticism and Assimilative Integration”, *J. of psychotherapy Integration*, 143–158.

前田泰宏（2007）「心理臨床における新しい潮流――心理療法の『統合の動向』についての一考察」『奈良大学紀要』35、135–145。

松木邦裕（2010）「技法の統合、もしくは統合的アプローチについて」『精神療法』36（1）107–111。

村瀬嘉代子（1988）「不登校と家族病理――個別的にして多面的アプローチ」『児童青年精神医学とその近接領域』29（6）、374–389。

――（1989）「外来相談における環境療法的アプローチの試み」『大正大学カウンセリング研究所』

12、23–40。
――（1995）『子どもと大人の心の架け橋』金剛出版。
――（2001）『子どもと家族への統合的心理療法』金剛出版。
――（2003）『統合的心理療法の考え方』金剛出版。
村瀬孝雄（1965）「心理療法の観点より見たいわゆるテストの意義と問題点」日本心理学会第 29 回大会シンポジウム講演要旨。
中釜洋子（2004）「統合的介入」下山晴彦（編著）『臨床心理学の新しいかたち』誠信書房、84–104。
成田善弘（2007）『新訂・増補　精神療法の第一歩』金剛出版。
――（2012）『精神療法の深さ』金剛出版。
Norcross,J.C., Goldfried,M.R.,（2005）Handbook of Psychotherapy Integration. second edition. NewYork; Oxford University Press.
岡村達也・小林孝雄（2009）「パーソン中心療法における工夫　リフレクションをめぐって、ひとりからふたりへ」乾吉佑・宮田敬一（編著）『心理療法がうまくいくための工夫』金剛出版、54–68。
Rozenzweig,S.（1936）Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy , Am J. of Consulting and Clinical Psychology, 51, 557–564.
Shahar,G., Anchin,J.C., Gottidiener,W.H., Levy,K.N., Mor,N., 2012 An editorial statement. Journal of Psychotherapy Integration. 22（1）1–4.
下山晴彦（2007）「精神療法・心理療法の統合の意義」『精神療法』33（1）、3–5。
杉原保史（2009）『統合的アプローチによる心理援助』金剛出版。
滝川一廣（1998）「精神療法とはなにか」星野弘他（編著）『治療のテルモピュライ――中井久夫の仕事を考え直す』星和書店、37–79。
――（1999）「心理療法の基底をなすもの」『こころの科学』 83、22–27。
――（2006）「初心心理臨床家に伝えたいこと」学習院大学心理相談室研究、2、3–19。
田中千穂子（2002）『心理臨床への手引き　初心者の問いに答える』 東京大学出版会。
P. ワクテル（2002）『心理療法の統合を求めて』金剛出版。Wachtel,P.（1997）Psychoanalysis, Behavior Therapy , and the Relational World, American Psychological Association.

附記
本研究は、平成 24 年度学習院大学人文科学研究所共同研究プロジェクト「初心セラピストにおけるセラピスト・フォーカシングとスーパービジョンの関連性」（研究代表者　伊藤研一）研究費の補助を受けた。記して感謝の意を表したい。

ENGLISH SUMMARY

Integration, which clinical psychologists come to face in their daily practices.

ITOH Kenichi, KOBAYASHI Takao, MASUMI Toru, TERAWAKI Azusa

This article argues the issue of ‘integration’ , that has recently often been discussed, from the point of view that clinical psychologists inevitably feel the necessity of integrating in their daily practices. By overviewing some practical matters of integration, the techniques and the theories are considered to be

abstracted originally from the experiences of daily practices, in which various concrete cases get gathered, then ordered as separated things. The problem of integrating is considered to lie in how to integrate various techniques and theories into or to have spontaneously with, psychologists' practices. In integrating, we point out that psychologists ought to go about their practices by keeping broad perspectives with respect to various technical and theoretical approaches, as well as practical needs.
Key Words: integration, clinical psychology, theory, techniques, practice