



かつて心療内科は心理療法のある『内科』だった

初心にかえって心理療法のお話をします。

私の心理師としての経歴は二十数年前の心療内科から始まりました。

心療内科は、もともと内科医の先生たちが、難治性の患者さんに心理学的なアプローチを取り入れたことから生まれました。

その研究と実践の中で多職種連携をするようになりました。

一人の患者さんの治療に対して、様々な立場の人が集まって検討会をします。

意見や感想を聞くうちに、治療者は自分では気づけなかった患者さんについての全人的理解が深まります。

私が研修を受けた心療内科は、そのような医師や看護師、薬剤師、福祉士など様々な職種が学びに来られていて、先生方もそれらの職の垣根を越えた意見交換をされていました。

当時、私の師事した先生は心療内科学会を作られたほどの人でしたので、お弟子さんが沢山いました。その中のひとりが国会議員になられ、大臣まで務められたのち、公認心理師の国家資格実現にご尽力くださいました。

同じ職場にいながら、心理職だけに国家資格がないことを心療内科の先生たちは長年気にかけてくださいました。

心療内科で難しい症例を多職種で検討する会議の始まりは『バリントグループ』からといいます。これは、マイケル・バリントという精神分析家が始めたグループ検討会のことですが、精神科ではなく内科などの一般開業医の症例検討だったことが特徴です。バリントはこの検討会を通して、治療者がいかに患者を理解するかという『共感的態度』の育成を重視しました。

このバリントの師匠は、シャード・フェレンツィという精神分析家の医師です。お二人ともハンガリー人です。

フェレンツィは、精神分析創始者のフロイトの弟子ですが、だんだんフロイトと考えが合わなくなり、精神分析家としては認められなくなります。なぜなら、患者さんに寄り添い過ぎて、当時の精神分析家が重視していた中立性が保てなくなっていましたからです。

治療のためなら何でもした人がフェレンツィです。家に行きたいという患者にそれを許しますし、身体を触りたいと言われれば「どうぞ」という姿





勢です。治療にリラクゼーションを取り入れたり、今でいう認知行動療法のように宿題を出して次回までにやってきてもらったり。その患者さんにとって良いと思えることは何でもやったそうです。そして、失敗と成功を繰り返し、治療者の『共感的態度』の重要性にたどり着きます。この気づきが、現在のほとんどの心理療法の在り方につながっています。

フェレンツィのほかにも、考えの違いから、フロイトの元を追われてしまった弟子のひとりにオットー・ランクという人もいます。この人は医師ではありませんが、若くて大変優秀なのでフロイトから息子のように可愛いがられて、精神分析家になりました。ランク先生はフェレンツィ先生と仲が良くて、一緒に『共感的態度』を重要視した人でもありました。

このオットー・ランクという人は、カール・ロジャーズというアメリカの心理学者に多大なる影響を与えています。ランク先生はフェレンツィ先生の『共感的態度』をロジャーズ先生に積極的に推していましたといいます。先にも書きましたが、ランク先生は医師ではないため、相談者を患者（ペイシエント）とは呼ばず、来談者（クライアント）と呼びました。「クライアントをセンタードする」というランク先生の表現は、その後、ロジャーズ先生の『来談者中心療法』というカウンセリング技法として私たちも学ぶようになりました。

こうして、『心理療法』は、治療される人と治療する人、それぞれの個性や背景などが出合い、社会の変化、価値観の変化、問題の変化などを経て生まれてくるのですが、時代の流れと共に、その意味や過程のなかにある本質がわからなくなってゆく気がします。私も歳をとったのか、最近は若い世代に理論や技術よりも、そこに至った歴史と人間模様を伝えたくなっています。

発行 本山社会保険労務士事務所 東京都杉並区井草1-2-1 1-302

発行年月日 令和7年11月

*筆者は現在クリニックでカウンセラーをされています。

仕事の関係上氏名の公表は控えさせていただきます。

Copyright (C) 2025 本山社会保険労務士事務所 All Rights Reserved

