

CT3 アドラーの精神療法 2024-8

© 2024.08.29 ↻ 2025.03.22

3 アドレリアン心理療法

詳しい説明は後にするとして、まずアウトラインを示します。

理論的な特徴としては、

1. 人間を分割できない全体として把握し、理性と感情・意識と無意識などの対立を認めないこと(全体論)
2. 行動の原因でなく目的を理解しようとする事(目的論)
3. 客観事実よりも、客観事実に対する個人の主観的認知のシステムを重視すること(認知論)
4. 精神内界よりも個人とその相手役との対人関係を理解しようとする事(対人関係論)

などをあげることができます。

思想的な特徴としては、

1. 他者を支配しないで生きる決心をすること
2. 他者に関心を持って相手を援助しようとする事

などがあげられます。

治療技法としては、

1. 現実的に達成可能な治療目標の一致をとること(目標の一致)
 2. クライエントの言うことの主として目的について推量をして、それをクライエントに確認をとること(解釈と推量)
 3. クライエント自身が自分の責任で解決しなければならない課題と、クライエントには責任がなく介入する権利がない課題とを区別すること(課題の分離)
 4. 目標達成のためのさまざまなアイデアを提供すること(代替案の提示)
-

もう少し違ったまとめ方をしてみます。

アドラーの心理療法、または個人心理学は、オーストリアの精神科医アルフレッド・アドラー（1870-1937）によって創始された心理学の一派です。この療法は、人間の行動や心理を理解し、個人の成長と社会適応を促進することを目的としています。

1. アドラー心理学の基本概念

1.1 全体論的アプローチ

アドラーは、人間を分割不可能な全体として捉えます。個人の思考、感情、行動は相互に関連しており、個人の生活スタイルや目標に基づいて統合されているとしています。

1.2 目的論

アドラーは、人間の行動はすべて目的を持っているという考えを提唱しました。この目的は必ずしも意識的なものではありませんが、個人の行動を理解するためには、その行動の背後にある目的を理解することが重要だと考えました。

1.3 社会的関心

アドラーは、健康な個人の発達には社会的関心（他者への関心と協力）が不可欠だと主張しました。社会的関心が欠如すると、心理的問題や不適応が生じる可能性があるとしています。

1.4 劣等感と優越性の追求

アドラーは、すべての人間が何らかの劣等感を持っていると考えました。この劣等感は、個人が成長し、自己改善を目指す動機となります。しかし、過度の劣等感は心理的問題の原因となる可能性があります。

1.5 生活スタイル

個人の信念、目標、行動パターンの総体を「生活スタイル」と呼びます。これは幼少期の経験から形成され、個人の行動や思考に大きな影響を与えます。

2. アドラー心理療法の主要な技法

2.1 早期回想法

クライアントの最も古い記憶を分析することで、その人の生活スタイルや基本的な信念を理解しようとする技法です。

2.2 家族布置

クライアントの家族構成や家族内での位置づけを分析し、個人の行動パターンや信念の形成過程を理解しようとしています。

2.3 再教育と再方向づけ

クライアントの不適応的な信念や行動パターンを識別し、より適応的なものに置き換えることを目指します。

2.4 勇気づけ

クライアントの強みや可能性を強調し、自己効力感を高めることで、変化への動機づけを促進します。

2.5 ライフタスク

アドラーは、人生には3つの主要なタスク（仕事、愛、友情）があると考えました。これらのタスクへの取り組み方を分析し、改善を図ります。

3. アドラー心理療法の特徴

3.1 現在と未来への焦点

フロイトの精神分析とは異なり、アドラー心理療法は過去よりも現在と未来に焦点を当てます。過去の経験は重要ですが、それらが現在の行動にどのように影響しているかを理解することがより重要だと考えます。

3.2 協力的な治療関係

セラピストとクライアントは対等な立場で協力し合います。セラピストは専門家としての知識を提供しますが、クライアント自身が問題解決の主体となることを重視します。

3.3 短期的アプローチ

アドラー心理療法は比較的短期間で効果を上げることを目指します。長期的な分析よりも、具体的な問題解決と行動変容に焦点を当てます。

3.4 教育的側面

アドラー心理療法には強い教育的側面があります。クライアントに心理学的な知識や洞察を提供し、自己理解と自己改善を促進します。

3.5 社会的文脈の重視

個人の問題を個人内の要因だけでなく、社会的文脈の中で理解しようとしています。対人関係や社会的役割の改善が治療の重要な目標となります。

4. アドラー心理療法の適用範囲

4.1 個人療法

個人の心理的問題や不適応行動の改善に適用されます。不安、抑うつ、自尊心の問題などに効果があるとされています。

4.2 カップル療法

関係性の問題を抱えるカップルに対して、互いの理解を深め、協力的な関係を構築することを目指します。

4.3 家族療法

家族システムの中での個人の役割や相互作用を分析し、より健康的な家族関係の構築を支援します。

4.4 グループ療法

社会的スキルの向上や対人関係の改善を目的として、グループ設定での療法も行われます。

4.5 教育現場での応用

アドラーの理論は教育現場でも広く応用されており、子どもの自尊心や社会性の発達を促進するアプローチとして活用されています。

5. アドラー心理療法の効果と限界

5.1 効果

- 自己理解と自己受容の促進
- 対人関係スキルの向上
- 目標設定と達成能力の改善
- 社会的関心と協調性の向上
- 自尊心と自己効力感の向上

5.2 限界

- 深刻な精神病理には適さない場合がある
- 個人の責任を強調するため、環境要因を軽視する可能性がある
- 科学的な効果検証が比較的少ない

1. 現代心理学におけるアドラー理論の位置づけ

6.1 認知行動療法との共通点

アドラー心理療法は、認知行動療法と多くの共通点を持っています。両者とも、思考パターンの変容を通じて行動や感情の変化を促すアプローチを取ります。

6.2 人間性心理学への影響

アドラーの理論は、マズローやロジャーズなどの人間性心理学者に大きな影響を与えました。特に、人間の成長可能性や自己実現の概念は、アドラーの思想と共鳴するものでした。

6.3 ポジティブ心理学との関連

アドラーの社会的関心や勇気づけの概念は、現代のポジティブ心理学の先駆けとも言えるものです。個人の強みや可能性に焦点を当てるアプローチは、両者に共通しています。

6.4 システミックアプローチへの貢献

アドラーの家族システムへの着目は、後の家族療法やシステミックアプローチの発展に寄与しました。

7. アドラー心理学の現代的応用

7.1 ビジネス・組織開発

アドラーの理論は、リーダーシップ開発や組織内のコミュニケーション改善などにも応用されています。

7.2 親教育プログラム

アドラーの理論に基づく親教育プログラムが世界中で実施されており、民主的でポジティブな子育てを推進しています。

7.3 学校教育

協同学習や個人の強みを活かした教育アプローチなど、アドラーの理論は学校教育にも大きな影響を与えています。

7.4 自己啓発

アドラーの思想は、多くの自己啓発書や個人成長セミナーにも取り入れられています。特に、勇気づけや目的意識の重要性が強調されています。

結論

アドラーの心理療法は、20世紀初頭に誕生しながらも、その思想と実践は現代の心理学や社会に大きな影響を与え続けています。個人の全体性、社会的文脈の重要性、そして人間の成長可能性に対する信念は、現代の多くの心理療法アプローチにも共通する要素となっています。

一方で、アドラーの理論には科学的検証の不足や、環境要因の軽視といった批判もあります。しかし、その人間観や実践的なアプローチは、多くの人々の自己理解と成長を支援する有効なツールとなっています。

アドラー心理学は、個人の内面だけでなく、社会との関わりの中で人間を理解しようとする点で独特です。この視点は、現代社会が直面する多くの課題—孤立、競争、自己中心主義など—に対する有効なアプローチを提供する可能性を秘めています。

人間の可能性を信じ、社会的つながりの重要性を強調するアドラーの理論。

3 アドレリアン心理療法

概要

アルフレッド・アドラーによって開発されたアドラー心理学（彼はそれを個人心理学と呼んだ）は、人を、その現象的分野内で架空の目標に向かって進む、創造的で責任感のある「なりつつある」個人として総合的に見ます。劣等感のせいで、自分のライフスタイルが時に自滅的になるという考え方です。「精神病理」を患う人は病気ではなく落胆しており、治療の課題は、人間関係、分析、行動方法を通じて、社会的関心を活性化し、新しいライフスタイルを開発するよう促すことです。

基本概念

アドラー心理学は、それが出現したフロイトの「子宮」とは大きく異なる前提に基づいています。アドラーは生涯を通じて、動的な心理学の発展においてフロイトが第一位であると信じていました。彼は一貫してフロイトの功績として、症状の目的性を説明し、夢に意味があることを発見したと認めています。

人格形成における幼児期の経験の影響は、さらにもう 1 つの合意点を構成します。フロイトは性心理的発達とエディプス・コンプレックスの役割を強調し、アドラーは家族構成に対する子供たちの認識の影響と、その中で重要な場所を見つけようとする子供たちの苦闘に焦点を当てた。

アドラーの基本的な仮定は次のように表現できます。

1. すべての行動は社会的文脈の中で発生します。人間は相互関係を持たなければならない環境に生まれます。ゲシュタルト心理学者のクルト・ルーウィンがよく引用する「行動は人間と環境の関数である」という言葉は、人間を孤立して研究することはできないというアドラーの主張と驚くほど類似しています。
2. 個人心理学は対人心理学です。「この地球の地殻」を共有する他の人々と個人がどのように交流するかが最も重要です（アドラー、1931/1958、p. 6）。対人取引を超越することは、アドラー（1964b）が *Gemeinschaftsgefühl*（社会的利益）という見出しの下に組み込んだ、より大きな社会全体の一部であるという感覚の発達です。
3. アドラー心理学は要素還元主義を拒否し、全体論を支持します。アドラー主義者は、全体を研究することを支持して、部分機能を調査の中心的な焦点から降格させます。

その人、そしてその人が人生をどのように歩むのか。これにより、意識と無意識、心と身体、接近と回避、両価性と葛藤の両極性は、人間全体の主観的な経験として以外は無意味になります。つまり、人々は、意識が一方の方向に移動している間に、無意識が別の方向に移動しているかのように行動します。外部観察者の観点から見ると、すべての部分機能は、個人の目標やライフスタイルの従属的な機能です。

4. 意識と無意識は両方とも個人に奉仕し、個人の目標を達成するためにそれらを使用します。Adler（1963a）は、無意識を名詞ではなく形容詞として扱います。無意識なものは理解されないものです。オット

ー・ランクと同様に、アドラーは人間は理解している以上に多くのことを知っていると感じました。他者によって個人内と定義される葛藤は、「一步前進し、一步後退する動き」と定義され、最終的な影響は個人を「死点」に保つことである。人々は葛藤の渦中にいて動けないことを経験しますが、実際には、問題を解決する方向に進む気がないために、このような敵対的な感情、考え、価値観を生み出します (Mosak & LaFevre, 1976)。

5. 個人を理解するには、その人の認知組織とライフスタイルを理解する必要があります。後者の概念は、個人が経験を整理し、理解し、予測し、制御するために人生の早い段階で育む信念を指します。確信は個人の統覚から導き出される結論であり、偏った統覚の様式を構成します。したがって、ライフスタイルは正しいか間違っているか、正常か異常ではなく、単に人々が人生を認識する方法と関連して自分自身を見るための「眼鏡」にすぎません。いわゆる客観的な評価ではなく、主観がその人を理解するための大きなツールになります。アドラーが書いたように、「私たちは彼の目を見て、耳で聞くことができなければなりません (1931/1958, p. 72)。

6. 行動は、状況の当面の要求とライフスタイルに固有の長期的な目標の両方に従って、人の生涯を通じて変化する可能性があります。心理療法の仲介によって信念が変わらない限り、ライフスタイルは生涯を通じて比較的一定のままです。心理療法の定義は慣例的に診察室で起こることを指しますが、心理療法のより広い視野には、多くの場合、生活そのものが心理療法であるという事実が含まれます。

7. アドラーの概念によれば、人は原因によって動かされることはありません。つまり、遺伝や環境によって決定されるものではありません。「どちらも、スタイルの創造力に関して個人が答える枠組みと影響だけを与えている」(アンズバッハー&アンズバッハー、1956)。人々は、世界の中で自分に居場所を与え、安全を与え、そして、

彼らの自尊心を保ちます。人生はダイナミックな努力です。「人間の魂の生涯は『存在』ではなく、『成ること』である」(アドラー、1963a, p. ix)。

8. 人間の中心的な努力は、完成(アドラー、1931)、完璧(アドラー、1964a)、優越性(アドラー、1926)、自己実現(ホーニー、1951)、自己実現(ゴールドスタイン、1939)としてさまざまに説明されています。)、能力(ホワイト、1957)、熟達(アドラー、1926)。アドラーは、努力がとる方向の観点から、そのような努力を区別します。もし努力が単に個人のより大きな栄光のためであるならば、彼はそれを社会的に役に立たず、極端な状況では精神的な問題の特徴であると考えます。一方、人生の問題を克服する目的で努力している場合、その人は自己実現、人類への貢献、そして世界をより住みやすい場所にするために努力していることになります。

9. 人生を通じて、人は選択肢に直面します。アドラー主義者は非決定論者かソフト決定論者のどちらかであるため、人間を創造的で選択的で自己決定する意思決定者として概念化することで、追求したい目標を選択できるようにします。個人は社会的に有益な目標を選択するかもしれませんが、人生の無駄な側面に専念する

かもしれません。彼らは課題指向を選択することもあれば、神経症者と同様に自分の優位性を気にすることもあります。

10. 選択する自由 (マッカーサー、1958) は、価値と意味の概念を心理学に導入します。これらは、アドラーが『あなたにとって人生とは何を意味するのか』を書いた当時 (1931年) には不人気な概念でした。アドラー主義者にとっての最大の価値は、Gemeinschaftsgefühl、または社会的利益です (Ansbacher、1968)。アドラーは、これは人間の生得的な特徴であり、少なくとも潜在的なものであると主張していますが、この基準を受け入れることが絶対に必要なわけではありません。Mosak (1991) は、社会的関心を生得的な性質としてではなく構築物として定義しています。人は他者と共存し、相互に関係していく能力を持っています。実際、「社会生活の鉄の論理」 (アドラー、1959) は、そうすることを私たちに要求しています。重度の精神病理学であっても、社会的関心が完全に消滅することはありません。精神異常者であっても、「正常な」人々との共通点はいくつかあります。

ラビ・アキバが2000年前に述べたように、「生きることの最大の原則は、隣人を自分自身のように愛することです。」もし私たちが自分たちを同胞の感情を持つ同じ人間であると考えたら、私たちは共通の福祉に関心を持つ社会貢献的な人々であり、アドラーの実践的な正常性の定義によれば、精神的に健康です (Dreikurs, 1969; Shoben, 1957)。

もし私の感情が、人生と人々は敵対的であり、自分は劣っているという観察と確信に由来しているのであれば、私は人生の問題の直接的な解決策から離れ、過剰な補償、マスクの着用、引きこもり、安全な方法だけを試みることによって個人的な優位性を追求するかもしれません。結果が成功することが約束されている仕事や、自尊心を守るためのその他の手段。アドラーは、運動に関して神経症患者は人生に対して「ためらいがちな態度」を示していると述べた(1964a)。また、神経症者は「はい、でも」性格であると説明されています (アドラー、1934)。さらに別の場合には、神経症者は「もしものとき」の性格として説明されました (アドラー、1964a): 「もしこれらの症状がなかったら、私は…」 Question」は、アドラーが鑑別診断と個人の課題回避を理解するために使用したデバイスです。 11. アドラー主義者はプロセスに関心があるため、命名法に関してはほとんど診断が行われません。機能的障害と器質的障害の鑑別診断には問題が生じることがよくあります。すべての行動には目的があるため、心因性の症状には心理的または社会的な目的があり、器質的症状には身体的な目的があります。アドラー主義者は「質問」 (Adler、1964a; Dreikurs、1958、1962) と尋ねます。「あなたの症状を即座に取り除く魔法の杖または魔法の薬があったとしたら、あなたの人生は何が変わりますか?」患者が「もっと頻りに社会的に出かける」または「本を書く」と答えた場合、その症状は心因性である可能性が最も高くなります。患者が「私だったらこんな耐え難い痛みはないだろう」と答えた場合、その症状は器質的である可能性が高くなります。 12. 人生には、人生の課題という形で課題が存在します。アドラーはこれらのうち 3 つを明示的に挙げましたが、他の 2 つについては特に名前を付けずに言及しました (Dreikurs & Mosak、1966)。

本来の3つの課題とは、社会、仕事、セックスのことでした。1つ目についてはすでに言及されています。誰も自給自足を主張することはできないので、私たちは皆相互依存しています。私たちは社会的承認を必要とするだけでなく、私たち一人ひとりが他の人々の労働に依存しており、また他の人々も私たちの貢献に依存して

います。このように、労働は人間が生きていくために不可欠なものとなります。協力的な人はこの役割を進んで引き受けます。性の領域では、2つの異なる性別が存在するため、その事実とどのように関係するかを学ぶ必要があります。私たちは、文化的な定義や固定観念に部分的に基づいて自分の性役割を定義し、反対の性別ではなく、他の性別と関係を持つように自分自身を訓練する必要があります。男女を問わず、他の人々は敵を代表するものではありません。彼らは私たちの仲間であり、私たちは彼らと協力することを学ばなければなりません。

4 番目のタスク (Dreikurs & Mosak, 1967) と 5 番目のタスク (Mosak & Dreikurs, 1967) が説明されています。アドラーはスピリチュアルなものについてほめかしましたが、それを具体的に名付けたことはありませんでした (Jahn & Adler, 1964)。しかし、私たち一人ひとりが、宇宙の性質、神の存在と性質、そしてこれらの概念とどのように関係するかを定義するという問題に取り組まなければなりません。最後に、私たちは自分自身と向き合うという課題に取り組まなければなりません。ウィリアム・ジェームズ (1890 年) は、主体としての自己と客体としての自己を区別しました。精神的健康のためには、「私」と「私」の間に良好な関係が存在することと同じくらい、「私」と「私」の間に良好な関係が存在することが不可欠です。私」と他の人々。この課題では、人間の側で主観的かつ還元的に「良い私」と「悪い私」を扱わなければなりません。

11. 人生には常に困難が伴うため、生きるには勇気が必要です (Neuer, 1936)。勇気は、人が持っている、または持っていない能力ではありません。また、勇気は、仲間を怪我や死から救うために手榴弾に落ちるような勇気と同義ではありません。勇気とは、結果が分からない場合、または結果が不利になる可能性がある場合に、リスクを冒す行動に喜んで取り組むことです。私たちは皆、意欲さえあれば勇気ある行動ができます。私たちの意欲は、ライフスタイルの信念、社会的関心の度合い、評価するリスクの程度、任務志向か名誉志向かなど、内的小および外的の多くの変数によって決まります。人生には保証がほとんどないことを考えると、すべての人生にはリスクを取ることが必要です。もし私たちが完璧、全知、あるいは全能であれば、生きるのにほとんど勇気は必要ないでしょう。私たちがそれぞれ答えなければならない質問は、自分の不完全性を知っていても生きる勇気があるかどうかです (Lazarsfeld, 1966)。

12. 人生には本質的な意味はありません。私たちはそれぞれが独自の方法で人生に意味を与えます。私たちは、それが意味のあるものであり、無意味であり、不条理であり、懲役刑であると宣言します (参照、「私は生まれることを望んでいない」という、自分のしたいようにすることに対する思春期の正当化)、涙の谷、次への準備世界など。Dreikurs (1957, 1971) は、人生の意味は他人のために何かをすること、そして社会生活や社会変革に貢献することにあると主張しました。ヴィクトール・フランクル (1963 年) は、人生の意味は愛にあると信じていました。私たちが人生に帰する意味は、私たちの行動を「決定」します。私たちは、人生が本当に自分の認識と一致しているかのように行動するため、特定の意味が他の意味よりも実用性が高くなります。楽観主義者は、楽観的な人生を送り、チャンスをつかみ、失敗や逆境にもめげません。彼らは、失敗することと、失敗であることを区別できるようになります。悲観主義者は、人生に取り組むことを拒否し、挑戦することを拒否し、試みたととしてもその努力を妨害し、彼らの操作方法を通じて、既存の悲観的な期待を確認しようと努めます (Krausz, 1935)。

その他のシステム

学生たちはよく「あなたたちアドラー信者もセックスを信じますか？」と尋ねます。この質問は必ずしも冗談めかして行われるわけではありません。フロイトは、セックスに行動における主要な動機の地位を与えました。アドラーはセックスを、個人が解決する必要があるいくつかの課題の1つとして分類しただけです。フロイトは難解な専門用語を使用し、アドラーは常識的な言葉を好みました。ある話によれば、ある精神科医が講義の後にアドラーに課題を課し、「あなたは常識を言っているだけだ」と彼のアプローチを中傷したが、アドラーは「もっと多くの精神科医がそうすることを願っている」と答えたという。表 3.1 は、フロイトとアドラーの理論のその他の相違点を示しています。

フロイト	アドラー
1. 客観的。	1. 主観的。
2. 理論の生理学的基礎。	2. 社会心理学。
3. 因果関係を強調する。	3. 目的論を強調した。
4.還元主義的。個人は互いに拮抗する「部分」に分けられた：例えば、イド-自我-超自我、エロス対タナトス、意識対無意識。	4.ホリスティック。個人は不可分である。彼または彼女は一体であり、すべての“部分”（記憶、感情、行動）は、個人全体に奉仕している。
5.個人の研究は個人内、精神内を中心とする。	5.人は対人関係においてのみ、また環境の中を移動し、環境と相互作用する社会的存在としてのみ理解できる。
6.精神内調和の確立は、心理療法の理想的な目標である。イドがあったところに自我がある」。	6.個人の拡大、自己実現、社会的利益の向上は、個人の理想的な目標である。
7.人は基本的に“悪”である。文明は彼らを家畜化しようとするが、そのために彼らは大きな代償を払う。セラピーによって、本能的な要求は昇華されるかもしれないが、消去されることはない。	7.人は「善人」でも「悪人」でもないが、創造的で選択的な人間として、自分の生き方や目の前の状況とその見返りに対する評価によって、「善人」になるか「悪人」になるか、あるいはその両方を選ぶことができる。セラピーという媒体を通して、人は自分自身を現実化することを選択することができる。
8.人は本能的な生活と文明の両方の犠牲者である。	8.人は選択者として、内的環境と外的環境の両方を形作ることができる。自分に何が起こるかを常に選

	ぶことはできないが、人生の刺激に対してどのような姿勢をとるかは常に選ぶことができる。
9.子どもの発達に関する記述は、子どもの直接観察ではなく、大人の自由な連想に基づく、事後的なものであった。	9.子どもたちは家庭、学校、家庭教育センターで直接研究された。
10.エディプスの状況とその解決を強調	10.家族コンステレーションを強調
11.人は敵である。他人は私たちの競争相手であり、彼らから身を守るのである。セオドア・ライクはネストロイの言葉を引用している：「偶然が二匹のオオカミを引き合わせたとしても、……どちらもう一方がオオカミであることは分かっているので、少しも不安を感じない。しかし人間の場合は、あいつは強盗かもしれないと疑わざるを得ない。」	11.他人はMitmenschen、つまり同じ人間である。彼らは私たちと対等であり、協力者であり、人生における協同者である。
12.女性が劣等感を抱くのは、男性のペニスをうらやむからである。女性は劣っている。解剖学は運命である。	12.女性が劣等感を抱くのは、我々の文化的環境において、女性が過小評価されているからである。男性には特権、権利、優先的地位があるが、現在の文化的混乱の中で、その役割は再評価されつつある。
13.神経症には性的病因がある。	13.神経症は学習の失敗であり、歪んだ認識の産物である。
14.ノイローゼは文明の代償である。	14.ノイローゼは文明の欠如の代償である。

(フロイトはあまりに辛辣に言われすぎと思うが。)

フロイトとアドラーの人類概念のより詳細な比較は、Carlson、Watts、および Maniaci (2006)、H. W. von Sassen (1967)、および Otto Hinrichsen (1913) の記事で見つけることができます。

アドラーと新フロイト派

アドラーはかつて、人々が彼の理論と彼の名前を結び付けて覚えていることよりも、彼の理論が生き残ることを心配していると宣言しました。彼の願いはどうやら叶えられたようだ。現代の心理学の理論と実践に対するアドラーの影響について議論する中で、ヘンリ・エレンバーガーは、「アドラーほど、承認なしにあらゆる面からこれほど多くの著作を借用した著者を見つけるのは容易ではないでしょう」とコメントした(1970年、

p.645)。しかし、多くの新フロイト主義者は、アドラーが自分たちの研究に貢献し、影響を与えたと信じています。カレン・ホーニーは最後の著書で、「神経質な野心」、「完璧への欲求」、「権力の範疇」について書いた。「栄光を求めるすべての衝動には共通して、人間に与えられている以上の知識、知恵、美德、あるいは力を手に入れようとするものがある。それらは皆、絶対的なもの、無限なるもの、無限なものを目指している。」(1951年、34-35ページ) 神経症患者の完璧主義的で神のような努力についてのアドラーの著作に慣れている人は、すぐに視点の類似性に驚かれるでしょう。

Horney (1951) は、フロイトの悲観主義、つまり「人間の善性と人間の成長に対する彼の不信感」を否定し、人は成長することができ、「まともな人間になれる」というアドラー的な見解を支持した。

ホーニー理論とアドラー理論の類似点について言及する人もいます。あるホーニーの本の書評者は、カレン・ホーニーがアルフレッド・アドラーの新しい本を書いたばかりだと書いた(ファラウ、1953年)。

エーリッヒ・フロムもアドラーと同様の見解を表明しています。フロムによれば、人は選択をします。子育てにおいては母親の姿勢がとても大切です。人生は無力感や不安を助長します。Patrick Mullahy (1955) は次のように述べています。

フロムによれば、唯一の適切な解決策は、主に愛と生産的な仕事による人間と自然との関係であり、それは全体的な人格を強化し、その人の独自性の感覚を維持し、同時に感情を与えるものである。人類との帰属意識、一体感、運命共同体。(251-252ページ)

ハリー・スタック・サリバンはアドラーよりも児童発達心理学に重点を置っていますが、サリバンの「人間」はアドラーとほぼ同じように人生を歩みます。このように、サリバン(1954年)は、アドラーとレーネ・クレドナーの『Sicherungen』(1930年)の直訳であり、個人の「安全活動」について語っています。彼の「良い私」と「悪い私」の二分法は、発達の仕方ではないにしても、表現においては、アドラー主義者が説明したものと本質的に同じです。

アドラーと新フロイト派の間には非常に多くの類似点があることが指摘されているため、ガードナー・マーフィーは次のように結論づけている。アドラーから最も多くのことを学んだフロイト学派の支部(ホーニーとその仲間たち)」(1947年、p. 569)。このような類似点の概要は、ハインツとロウェナ・アンスバッハーの『アルフレッド・アドラーの個人心理学』(1956年)およびウォルター・ジェームスによる論文(1947年)に記載されています。フリッツ・ヴィッテルス(1939年)は、新フロイト主義者は「ネオ・アドラー主義者」と呼ぶのがより適切であると提案し、ハインツ・アンスバッハー(1952年)の研究は、多くの伝統的なフロイト主義者が同意するであろうことを示唆しています。

アドラーとロジャース

アドラーとカール・ロジャースの治療法は正反対ですが、彼らの理論には多くの共通点があります。どちらも現象学的で、目標に向けられており、全体論的です。

それぞれが、人々を自己一貫性があり、創造的で、変化する能力があると見なしています。これを説明するために、Rogers (1951) は次のことを仮定しています。

1. 生物は組織化された全体として現象領域に反応します (p. 486)。
2. 行動を理解するための最良の視点は、行動の内部フレームから見ることです。

個人の参照 (p. 494)。

3. 有機体は、経験され知覚されるフィールドに反応します (pp. 484–485)。
4. 生物には 1 つの基本的な傾向があり、それを実現し、維持し、維持しようと努めています。

経験している有機体を強化します (p. 487)。

非指示的でクライアント中心の療法に関する初期の研究の多くは、自己概念と自己理想の間の矛盾を測定していました。アドラー主義者は、不一致の程度を劣等感の尺度として説明します。

アドラーとエリス

アドラーとエリスの理論は多くの収束点を示しています。アルバート・エリス (1970、1971) は、彼の合理的・感情的心理学がアドラーの心理学と類似していることに気づきました。アドラーが基本的な間違いと呼ぶものを、アルバート・エリスは非合理的な信念や態度と呼んでいます。どちらも、感情は実際には思考の一形態であり、人は思考を制御することによって感情を生み出したり制御したりするという概念を受け入れています。彼らは、私たちは感情の被害者ではなく、感情の創造者であることに同意します。心理療法では、彼らは、(1) 無意識の動機に関して同様のスタンスをとり、(2) 非合理的な考え (基本的な間違いや内面化された文章) で患者に対峙し、(3) 患者に反対の宣伝をし、(4) 行動を主張し、(5) 患者がより前向きな方法で自分の人生の方向性について責任を負うよう常に奨励します。しかし、最後のフレーズは、何が「ポジティブ」なのかという、アドラーとエリスの大きな意見の相違を反映しています。エリスは次のように述べています。

したがって、アドラーが「私の努力のほとんどは患者の社会的利益を高めることに注がれている」と書いているのに対し、理性療法士は「私の努力のほとんどは患者の自己利益を高めることに注がれている」と言いたいでしょう。彼は、個人が合理的な自己利益を持っている場合、その人は生物学的根拠と論理的根拠の両方に基づいて、ほぼ例外なく高度な社会的利益も同様に持つ傾向があると仮定しています(1957、p. 43)。

アドラー療法と認知療法

Beck と Weishaar (2005) が認めているように、アドラー療法と認知療法には多くの共通点があります。どちらも現象学的心理学であり、個人の世界と自分自身の見方に関係しています。どちらも感情と行動における認知の役割を強調している (Beck & Weishaar, 2005; Dreikurs, 1951; Mosak, 1985)。それぞれが一連の

認知構造を仮定しています（アドラー主義者にとってはライフスタイルであり、認知療法士にとってはスキーマです）。これらの認知構造は、ある種の感情的行動に関連している可能性があります（認知療法士はそう言うでしょう）(Beck & Weishaar, 2005; Mosak, 1968)。ベックとワイシャールは認知の歪みについて、アドラーは「基本的な間違い」について語ります。Beck と Weishaar の用語の方が好ましいですが、どちらのプロセスも本質的には同じです。読者は、この巻の認知の歪みに関するベックの説明 (p. 272) と基本的な間違いに関するモーサクの説明 (p. 82) を比較したいと思うかもしれません。

それぞれのシステムにおける治療は、ベックとワイシャールが「協力的な経験主義、ソクラテス的対話、誘導された発見」と呼ぶものを採用した共同作業です (Beck & Weishaar, 2005)。

2つの治療法には大きな違いもあります。認知療法は個人の成長を目的としたものではありませんが、アドラー主義者は精神病理の患者であっても個人の成長に焦点を当てます。認知療法士は、対処する精神病理の種類を絞り込みます。アドラー人はそうではありません。たとえば、認知療法士は精神病に対処している人々に対して良い結果をもたらしません (Beck & Weishaar, 2005)、アドラー主義者はこれらの患者を定期的に治療しています。フロイトの分析と同様に、患者側のある程度の知的および/または心理的洗練が、認知療法から最良の結果をもたらします。しかし、アドラー療法家にはそのような要件はなく、患者の知能レベルと患者の慣用表現で話すことによって患者の洗練のレベルを満たします (Mosak & Shulman, 1963)。これらの違いにもかかわらず、ベックはアドラーとその同時代人の古風な言語ではなく現代心理学の言語を使用しているため、より優れた読書をしているにもかかわらず、認知療法は「アドラーによるテーマのバリエーション」であるように見えます。Watts (2003) は、現代の認知療法、特に構成主義学派に対するアドラーの影響について広範なレビューを提供しています。認知療法（認知行動主義や構成主義など）とアドラー心理学のさまざまな分野の専門家が、2つの療法学派がどのように影響し合い、相互に発展していく可能性があるかについて見解を示しています。

アドラーとその他のシステム

アドラーと実存主義思想家の何人かの間にある多くの点が一致し、相違していることは、多くの作家によって指摘されている (バーンバウム, 1961年, ファラウ, 1964年, フランクル, 1970年)。フィリス・ボトムは 1939 年に、「アドラーは存在心理学の最初の創始者である」と書いています (p. 199)。 、アンスバッハの論説 (1959年) では、アドラーの考えと実存的思考の間の連続性の境界線が述べられています。

アドラーが初期の人文主義心理学者の一人であるという認識は明らかです。エリスは「最初の人文主義心理学者の一人」としてアドラーに敬意を表している (1970年, p. 32)。アブラハム・マズロー (1962, 1970) は、35 年間にわたってアドラー誌に 5 つの論文を発表しました。すでに観察したように、アドラーの考えの多くは、アドラーの貢献をほとんど意識することなく、人文心理学者によって組み込まれてきました。James Bugental (1963) が疑問視した「部分機能の複合体としての人間のモデル」は、半世紀以上にわたってアドラー主義者によって否定されてきました。アドラー心理学は、とりわけヴィクトール・フランクルとロ・メイがアドラーへの恩義を認めているように、価値心理学です (アドラーは1931年に『人生とはあなたにとって何を意味するのか』を執筆しました)。こちらがフランクルです。

なんと彼[アドラー]。 。 。 これを超えて、アルフレッド・アドラーは実存主義の思想家、そして実存主義精神医学運動の先駆者としてみなされるかもしれません。(1970年、38ページ)

メイは次のように恩義を表明している。

アドラーにますます感謝します。 。 。 。 1932年と1933年の夏にウィーンでアドラーと一緒に勉強したときに学んだアドラーの考えは、間接的に私を心理学に導き、その後のこの国でのサリバンやウィリアム・アランソン・ホワイトらの研究に大きな影響を与えました。1970年、39ページ)

アブラハム・マズローはこう書いています。

私にとって、アルフレッド・アドラーは年々正しさを増していきます。事実が入ってくるにつれて、それらは彼の人間像をますます強く裏付けるものになります。特にある面では時代がまだ彼に追いついていないと言わなければなりません。私は彼の全体的な強調に言及します。(1970年、39ページ)

歴史

前駆体

人間は孤立して研究することはできず、その社会的文脈の中でのみ研究するというアドラーの主張は、アリストテレスによって以前に表明されており、アリストテレスは人間を動物ポリティコン、つまり政治的動物と呼んだ(Adler, 1959)。Ellenberger (1970) と H. N. Simpson (1966) の両方が指摘しているように、アドラーはストア主義の哲学との親和性を示しています。他の解説者は、アドラーの著作が、特に定言命法、私的論理、克服に関してカント哲学に似ていると指摘している。アドラーとニーチェはしばしば比較され、権力への意志の概念の共通の使用法について多くのことがなされました (Ansbacher, 1972; Crookshank, 1933)。しかし、アドラーはそれを能力を求める通常の努力の観点から語ったが、ニーチェがこの概念に言及したのは、アドラーが言うところの「人生の無駄な側面」を含んでいた。ニーチェはユーパーメンシュ（超人）を強調し、アドラーは平等について語った。アドラーはさらに、ニーチェ哲学とは全く異質な概念である社会的感情を強調した。

歴史を通じて、哲学者は心身の問題と格闘してきました。心理学者や精神科医が心身症候群の研究に取り組み始めたとき、心理学はルネッサンスを経験しました。感情が症状の生成にどのような影響を与えるのか、また身体の状態が感情や精神疾患をどのように引き起こすのかを説明するために、心身医学および身体精神学の仮説が発展しました。アドラーはそのような分割を拒否しました。Kurt Lewin (1935) と同様に、彼は分類と二分法を拒否しました。Jan Smuts (1961) と同様に、彼は全体主義者であり、個人心理学という用語は個人の心理学を説明するものではありませんでした。それはむしろアドラーの全体論的な立場、つまり人は全体として、分割不可能な統一としてのみ理解できるというものに言及していました。人間を原子論的に研究することは、人間の本質を完全に捉えることができないことになる。アドラーにとって、問題は「精神が身体にどのような影響を与えるか？」ではありませんでした。「体は心にどのような影響を与えるのか？」むしろ、

「目標を達成するために、人はどのように身体と精神を使うのか？」アドラーの臓器劣性とその精神的代償に関する研究 (1917 年) は、因果論的な観点を表現することでそのような声明に矛盾しているように見えるかもしれませんが、この非常に独創的な理論は、アドラーがフロイトサークルのメンバーであったときに定式化されました。その後、アドラーは主観的な要素を追加しました。

したがって、子供の興味がどこにあるのかを知るためには、どの臓器に欠陥があるのかを確認するだけでよい、ということが示唆されるかもしれませんが。しかし、物事はそう単純にはいきません。子どもは、器官の劣等性という事実を、外部の観察者が見るような形で経験するのではなく、彼自身の統覚のスキームによって修正された形で経験します。(1969)

おそらくアドラーに最も大きな影響を与えたのは、ハンス・ファイヒンガー (1965 年) の「あたかも『あたかも』の哲学」でした。ファイヒンガーによれば、フィクションは現実から逸脱した「単なる想像の一部」ですが、それでも個人にとっては実用的です。世界の概念と自己の概念は主観的で虚構的なものであり、したがって誤りである真実は、「最も便宜的な誤り、つまり、私たちが最も迅速に行動し、物事に対処することを可能にする考え方の体系にすぎません。」きちんと、安全に、そして不合理な要素は最小限に抑えてください。」 (p. 108)。

最後に、アドラーの心理学には宗教的な色合いがあります (Adler, 1958; Jahn & Adler, 1964; Mosak, 1987c)。彼の価値理論の頂点に社会的利益を置くことは、人々の相互に対する責任を強調する宗教の伝統に基づいています。実際、アドラーは、「不幸にして他の宗教を持たない場合には、個人心理学が良い宗教となる」と主張しました (Rasey, 1956, p. 254)。

始まり

アドラーは 1870 年 2 月 7 日にウィーン近郊で生まれ、1937 年 5 月 27 日にスコットランドのアバディーンで講演旅行中に亡くなりました。1895 年にウィーン大学を卒業した後、1898 年に眼科医として開業しました。その後、一般診療に転向し、その後神経内科に転向した。この期間中、アドラーは仕立て屋の健康に関する本を執筆することで、その後の社会的志向の予兆を与えました (1898 年)。この点で、彼は産業医学と地域社会への奉仕活動の先駆者とみなされるかもしれません。

1902年、アドラーはフロイトの招待で、フロイトの水曜夜の討論サークルに参加した。伝記作家たちは、アドラーがフロイトの理論を擁護するものを 2 つ書いており、それが彼を招待した可能性があることに同意している。教科書ではアドラーをフロイトの生徒として頻繁に言及していますが、アドラーは実際には同僚でした (アンズバッハー、1962; エレンバーガー、1970; フェダーン、1963; マズロー、1962)。次の10年間を通じて、アドラーはフロイトのサークルに片足を入れたり、片足を出したりしていました。彼の『臓器劣性の研究』はフロイトの無条件の支持を獲得しましたが、1908年にアドラーが攻撃本能を導入したことはフロイトの不承認に終わりました。アドラーが本能理論を放棄してからかなり経った 1923 年になって初めて、フロイトは攻撃的本能を精神分析に組み込みました (Sicher & Mosak, 1967)。その時、アドラーはこう宣

言いました。「私は攻撃的衝動によって精神分析を豊かにした。私は喜んで彼らにそれをプレゼントします!」(ボトム、1939、p. 63)。

アドラーがフロイトの観点からますます乖離してきたことは、ウィーン精神分析協会に不快感と幻滅をもたらした。アドラーはフロイトの性的立場を批判した。フロイトはアドラーの自我心理学を非難しました。彼らは、(1) 神経症の統一性、(2) ペニスの羨望(性的)と男性的な抗議(社会的)、(3) 神経症における自我の防衛的役割、および(4) 無意識の役割について意見が一致しなかった。フロイトは、アドラーは何も新しいことを発見したのではなく、単に精神分析がすでに述べたことを再解釈しただけだと考えました。彼は、アドラーが発見したことは「つまらない」ものであり、「方法論的に嘆かわしく、彼の研究全体が不毛であると非難される」と信じていた(Colby、1951)。1911年、フェンシング、野次、辛辣な雰囲気の中でこれらの問題が議論された一連の会議の後(ブロム、1968年)、アドラーはウィーン協会の会長を辞任した。その年の後半、フロイトはアドラーと自分のどちらかの選択を迫りました。サークルの何人かのメンバーは、辞任して自由精神分析研究協会を設立することでアドラーへの同情を表明した。自由という言葉は、ここが依然として精神分析社会ではあるが、フロイトから自由な社会であることを暗示する意図であった。

戦争期間を除く次の10年間に、アドラーと彼の同僚は神経症に対する社会的見解を発展させました。彼らの焦点は主に臨床でしたが、アドラー(1914)は1908年の時点で子供、家族、教育に関心を示していました。1922年にアドラーは、おそらく最初の地域社会奉仕プログラムである地域内児童指導センターを開始しました。これらのセンターは公立学校に設置され、無給で奉仕する心理学者が指導していた。アドラーが多くの批判を集めたこの方法は、アドラー家族教育センターで今でも使用されている公的家族教育の方法であった。ウィーンにはそのようなセンターが1934年まで28か所存在しましたが、非友好的な政府によって閉鎖されました。この形式のセンターは、ルドルフ ドライクルスとその生徒たちによって米国に持ち込まれました(ドライクルス、コルシーニ、ロウ、ソンステガード、1959年)。これらのセンターの成功を受けて、ウィーンの学校当局は数人のアドラー主義者を招き、アドラー主義の方針に沿った学校の計画を立てさせ、この招待からオスカー・シュピールの『懲罰なき規律』(1962年)に描かれた学校が誕生した。この学校は、励まし、クラスでの話し合い、民主主義の原則、そして子供たちが自分自身とお互いに対して責任を持つことを強調しており、これらは今日でも使われている教育方法です。

アドラーの個人心理学の社会的方向性は、必然的にグループ手法とアドラーによる家族療法の導入(1922年)への関心につながりました。Dreikurs(1959)は、個人診療におけるグループ心理療法の最初の使用と考えられています。

第一次世界大戦と第二次世界大戦の間、アドラー派のグループはヨーロッパ20か国と米国に存在しました。1926年、アドラーは講演のために米国に招待され、オーストリアでファシズムが定着する1934年まで、ロングアイランド医科大学の医学部に在籍していた米国と海外で時間を分けて過ごした。彼の2人の子供、アレクサンドラとカートはニューヨーク市で精神科を開業していた。ナチズムの行進により、多くのアドラー主義者はヨーロッパの故国からの逃亡を余儀なくされ、米国を活動の中心とした。現在、個人心理学会は、米国、英国、カナダ、フランス、デンマーク、スイス、ドイツ、オーストリア、オランダ、ギリシャ、イタリア、イスラエル、オーストラリアに存在しています。

現在のステータス

ヨーロッパからの離散後のアドラー学派の復活は困難な努力でした。アドラー難民難民の個人的な苦難は、この国の既存の心理的風土によってさらに悪化しました。経済不況は依然として蔓延していた。フロイト学派は、治療分野と医学部の任命の両方において、ほぼ独占的地位を保っていました。アドラー主義者の中には亡命者もいた。他の人は暗号アドラー主義者になりました。しかし、粘り強くアイデンティティと楽観主義を保った人もいます。地元の協会が設立され、1952年にはアメリカアドラー心理学協会（現在の北米アドラー心理学協会）が設立されました。いくつかの雑誌が出版されました。アメリカの主要なものは、以前は個人心理学と呼ばれていたJournal of Individual Psychologyであり、これ自体がドライカースが長年編集者を務めていた個人心理学紀要の後継でした。国際個人心理学会も個人心理学ニュースレターを発行しています。

ニューヨークには、心理療法、カウンセリング、児童指導の資格を取得できる研修機関があります。シカゴ; ミネアポリス;カリフォルニア州バークレー。サンフランシスコ;セントルイス。インディアナ州フォートウェイン。バンクーバー;そしてモントリオール。個別のコースや学習プログラムは、オレゴン州、アリゾナ州、ウェストバージニア州、バーモント州、ガバナーズ州、南イリノイ州、ジョージア州などの多くの大学で提供されています。アドラー主義のカリキュラムに基づく修士号は、ボウイ州立大学とシカゴのアドラー専門心理学校によって提供されています。後者は、臨床心理学の博士課程を提供することが認定されています。

アドラー心理学は、かつては瀕死、表面的（つまり、「自我心理学」）、主に子供に適しているとして却下されましたが、今日では実行可能な心理学であると考えられています。

今日のアドラー人は伝統的な臨床医として活動しているかもしれませんが、革新的であり続けています。たとえば、ジョシュア・ビーラーは社会精神医学の先駆者であり（ビーラーとエヴァンス、1969年）、日帰り病院運動（1951年）のリーダーでした。治療的社交クラブは、ニューヨークのアルフレッド・アドラー精神衛生クリニックとシカゴのセント・ジョセフ病院で運営されている。ドライカースは多重心理療法を考案し（1950年）、彼、ハロルド・モサック、バーナード・シュルマンはその開発に貢献しました（1952a、1952b、1982）。ルドルフ・ドライクルス、アシャ・カディス、ヘレン・パパネク、バーナード・シュルマンは、グループセラピーに多大な貢献をしてきました。アドラー派は治癒という目標よりも予防という目標を好むため、教育の分野で幅広く活動しています。マンフォード・ソンステガード、レイモンド・ロウ、ブロンニア・グルンワルド、オスカー・クリステンセン、レイモンド・コルシーニ、ローレン・グレイは、アドラー原理を学校に適用する責任を負っている人々の中にいます。全員がドライクルスの生徒であり、ドライクルスはウィーンから伝統を伝え、彼自身もこの分野で多大な貢献をしました。アドラー主義の社会的伝統では、アドラー主義者は地域社会の支援プログラムに参加したり、麻薬、老化、非行、宗教、貧困などのテーマの研究に努力を捧げたりすることがあります。

2008年、Journal of Individual Psychology (volume 64) は、全号をレズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの個人に特集しました (Mansager、2008)。Hill、Brack、Qalinge、および Dean (2008) は、南アフリカにおけるエイズ治療を詳しく説明した研究を発表しました。

アドラー的な視点。同様に最近出版されたフォーリー、マセニー、カーレット (2008) は、中国本土における性格特性のアドラー的評価を詳述した研究を発表しました。2007年、リンデンは、アドラーの観点から老化に関する最新の視点を提示しました。Sperry と Mansager (2007) はスピリチュアリティとアドラー心理学について議論しています。Journal of Individual Psychology のさらに別の特別号で、Rasmussen (2006) はうつ病に対するアドラー流の見解を更新する一連の記事を集めています。同様に、Schneider、Kern、Curlette (2007) は、アドラー流のナルシズム観を更新するジャーナルの特別号を発行しました。Rotgers and Maniaci (2006) は、アドラー的観点をカバーする 2 章から成る、反社会性パーソナリティ障害の比較治療に関する一冊を出版しました。

現代のアドラー主義者は、人格の成長モデルが病気のモデルよりもはるかに都合が良いと考えています。アドラー主義者は、病んだ個人や病んだ社会を治すことに興味があるのではなく、個人を再教育し、社会を再構築することに興味を持っています。アドラー主義者はインターネットにも進出しています。興味深い 2 つのサイトは、www.alfredadler.org と www.adleriancounselingandtherapy.com です。

サンフランシスコのアルフレッド・アドラー研究所のヘンリー・スタインと同僚は、最近アルフレッド・アドラーの翻訳プロジェクトを完了しました。この 12 巻セットは、アルフレッド・アドラーの臨床全集の新編集および再翻訳された巻で構成されています。これらの翻訳は、アドラーの原著を英語圏の聴衆に伝えるために非常に必要とされています。これらの書籍は、商業書店、オンライン書店、またはサンフランシスコのアルフレッド アドラー研究所を通じて簡単に入手できます。

人格

人格理論

アドラー心理学は所有ではなく利用の心理学です。この仮定は、「遺伝と環境が個人をどのように形成するのか?」という問いの重要性を低下させます。機能主義的で全体論的なアドラー主義者は、代わりに「個人は遺伝と環境をどのように利用するのか?」と問います。彼らの心理学は利用の心理学であるため、アドラー主義者は「彼は社会的関心を持っている」などのフレーズを使用するのは不適切であると考えています。人々は社会的関心を所有するのではなく、社会的関心を示します (Mosak, 1991)。

アドラーにとって、家族構成は主要な社会環境を構成します。すべての子供たちはこの環境での意義を模索し、家族という集団内での地位を求めて競争します。ある兄弟は「最高の」子供になり、別の兄弟は「最低の」子供になります。好意的であること、家族内で好意的な性別の一人であること、家族の価値観を採用すること、または親や兄弟と自分を同一視したり同盟を結んだりすることは、居場所があるという感覚の根拠となる可能性があります。障害、器官の劣等、または孤児であることも、一部の子供たちにとって「立場を決める要因」となります。

最も重要なのは、家族の中での子供の立場です。したがって、最初の子供は通常保守的で、二番目の子供は反逆者であることが多いようです。赤ちゃんは通常、みんなの最愛の人であるか、つま先立ちで前の兄弟たちの

上を見るかのどちらかです。これらの一般的な特性に何らかの妥当性があるとしても、それらはせいぜい統計的な確率として存在し、定義的な特性として存在するものではありません。出生順や序列の観点から家族の星座を考えると、たとえば家族の 5 番目の子供の特徴を明らかにするという問題が生じます。5 番目の子供はセラピーの場面で頻繁に遭遇しますが、文献では決して注目されません。出生順自体も、子供の性別の立場を考慮していません。考えられる構成が男の子と男の子、女の子と女の子、男の子と女の子、女の子と男の子である 2 つの兄弟家族の子供たちは、序列の位置のみに基づいて同様の特性を持っていません (Shulman & Mosak, 1977)。

アドラー星人は、心理的立場の観点から家族の星座を研究することを好みます。簡単な例でこの観点を説明します。年齢が 10 歳離れた 2 人の兄弟を例に挙げます。出生順研究では、これらは第一子と第二子として扱われます。アドラーの観点からすると、それぞれの心理的立場はおそらく一人っ子であり、年上の子はおそらく年下の子にとって追加の親の役割を果たしているでしょう。イタリック体の用語は、(1) アドラー主義者は家族の立場と兄弟の特性との間に因果関係のある 1 対 1 の関係を認めていない、(2) 存在する関係はどのようなものであれ、文脈、つまり、家族の雰囲気と、家族構成における要素の全体的な構成を知っているとき。アドラーは、予測を一般化したり、大胆に予測したりするたびに、「すべてがまったく異なる可能性もあります」と生徒たちに思い出させるのが好きでした。

意義の探求とその結果として生じる兄弟間の競争は、私たちが住んでいる競争社会の価値観を反映しています。私たちは、一番になること、優秀になること、人気者になること、運動能力が高いこと、「本物の」人間であること、「決して死ぬとは言わない」こと、「練習は完璧になる」ことを思い出すこと、そして「不可能な夢を見ること」を奨励されています。」したがって、各子供は、自分に価値を感じさせたいと願う属性や能力を含む「領域」を設定しなければなりません。自分自身の可能性（能力、勇気、自信）の評価を通じて、子供たちが有益な努力を通じてこの地位に到達できると確信した場合、子供たちは「人生の有益な側面」を追求するでしょう。このようにして「場所」を確保するという目標を達成できないと子どもが感じた場合、子どもは落胆し、場所を見つけようとする過程で、動揺したり、不穏な行動をとったりするでしょう。アドラー主義者にとって、「不適応」の子供は「病気の」子供ではありません。彼または彼女は「落胆した」子供です。Dreikurs (1948, 1949) は、落胆した子供の目標を 4 つのグループに分類しました: 注目を集める、権力を求める、復讐する、そして欠乏または敗北を宣言する。ドライクルスは長期的な目標ではなく、当面の目標について話している。これらは子どもの「不正行為」の目標であり、すべての子どもの行動の目標ではありません (Mosak & Mosak, 1975b)。

社会化された人間になる過程で、子供たちは主観的な経験に基づいて結論を導き出します。幼い子供たちは判断力や論理的プロセスが高度に発達していないため、成長する信念の多くには誤りや部分的な「真実」しか含まれていません。それにもかかわらず、彼らは自分自身や他人に関するこれらの結論をあたかも真実であるかのように受け入れます。そのような結論は、客観的な「現実」ではなく、主観的な評価であり、自分自身と世界についての偏った見方です。したがって、人は劣等感を感じることなく、本当に劣っていることができるのです。逆に、劣っていないなくても劣等感を感じることはあります。

子どもは、「小さな私」が「大きな」世界に対処するのに役立つ認知地図やライフスタイルを作成します。ライフスタイルには、願望、長期的な目標、個人の「安全」に必要な個人的または社会的な条件の「宣言」が含まれます。後者もフィクションであり、セラピーでは「もしも…だったら…」と表現されます。その後私は…。”

Mosak (1954) は、ライフスタイルの信念を 4 つのグループに分類しました。

1. 自己概念 - 自分が誰であるかについて私が持っている信念。
2. 自己理想 (アドラーは 1912 年にこの言葉を作った) - 自分はこうあるべきだという信念

場所を持つ、あるいはそうする義務がある。

3. Weltbild、または「世界の絵」 - 自己ではないもの (世界、

人、自然など)、そして世界が私に求めているもの。

4. 倫理的信念 - 個人的な「善悪」の規範。

自己と理想的な自己の信念 (「私は背が低い、背が高いはずだ」) の間に矛盾があると、劣等感が生じます。劣等感には無限の種類が存在しますが、アドラーがまだフロイト協会にいたときに議論したものについては、すべき

言及される。この考え、つまり男性的な抗議は、最終的にアドラーとフロイトの間の亀裂につながり、今日一部のサークルで記念碑的な重要性を帯びています。男らしさを重視する文化では、男性のような特権や特権が与えられていないために劣等感を抱く女性もいます (「私は女性だ。男性と平等であるべきだ」)。しかし、一部の男性にとって、男性であるだけでは「居場所」を提供するのに十分ではないため、男性も男性的な抗議に苦しんでいました (「私は男性ですが、真の男であるべきです」)。 、彼はこれらのフィクションを受け入れることができませんでした (Mosak & Schneider, 1977) 。

自己概念の信念と世界観の信念 (「私は弱くて無力だ、人生は危険だ」) が一致しないことも、劣等感の原因となります。自己概念と倫理的信念 (「人は常に真実を語るべきだ、私は嘘をつく」) との間の不一致は、道徳的領域における劣等感につながります。したがって、罪悪感は劣等感の一種にすぎません (Mosak, 1987b) 。

こうした劣等感の変化自体は「異常」ではありません。生きることは劣等感を感じることでありというアドラーの見解に反論するのは難しいでしょう。個人が自分が劣っているかのように行動したり、症状が現れたり、「病気」として行動したときにのみ、医学モデルでは病理と呼ばれるものや、アドラー主義者が落胆や劣等感と呼ぶものの証拠が見られます。過度に単純化すると、劣等感は普遍的で「正常」なものですが、たとえそれ

が私たちに不快感を与えることがあるかもしれません。劣等感は社会の限られた層の落胆を反映しており、通常は「異常」です。前者は、他の人の目からマスクまたは隠蔽される場合があります。後者は、不十分さ、つまり「病気」を公然と示すものです。

人々は「地図」を使用して、人生を通じて移動を容易にします。これにより、経験を評価、理解、経験、予測、制御することが可能になります。ローレンス・フランクはこれに関連して次のように書いています。

人格プロセスは、個人があらゆる状況に押しつける一種のゴム印と見なすことができ、それによって個人が個人として要求する構成をそれに与えます。そうすることで、彼は必然的に、自分にとって無関係で無意味な状況の多くの側面を無視または従属させ、個人的に重要な側面に選択的に反応します。(1939年、p. 392)

ライフスタイルは経験に対処するための手段ですが、そのほとんどは無意識です。ライフスタイルは、行動組織ではなく、個人の認知組織を構成します。実例として、「私には興奮が必要である」という信念は、俳優、レーシングカーのドライバー、または探検家という職業の選択、または「演じる」行動につながる可能性があります。そのような確信はさらに、渋滞や刺激的な状況に陥ったり、創造的な行為や発見に参加したりすることにつながる可能性があります。

同じライフスタイルの中でも、人は有益な行動をすることも、無益な行動をすることもできます。この区別により、アドラー主義者（例えば、Dreikurs, 1961; Nikeelly, 1971a）は、心理療法とカウンセリングを区別することができます。前者はライフスタイルの変化を目的としている、と彼らは主張する。後者は、既存のライフスタイルの中での行動を変えることを目標としています。

アドラー文学では、職業、社会、愛という人生の課題について広範に議論されているため、いくつかの簡単なコメントを除いて、これらの人生の課題についてはここでは詳しく説明しません。ルイス・ウェイは、「それらが提起する問題は決して一度に解決することはできないが、適応に向けた継続的かつ創造的な運動が個人に要求される」と指摘している(1962年、179-180頁)。

愛は他の感情と同様、認知に基づいた感情です。人は感情の「被害者」ではありません。彼らは、目標の達成を助けるために感情を生み出します。愛は、私たちが人々に近づきたいときに生み出す組み合わせの感情です。

恋愛、職業、社会といった人生の課題は解決を必要としますが、他の分野で補うことができれば、それらを回避したり延期したりすることは可能です。「成功者であっても、より成功していないために神経症に陥ることがある」(Way, 1962, p. 206)。

神経症の症状は、「病気だからできない」という表現です。その人の動きは、「自尊心が傷つくかもしれないからやめます」(Krausz, 1959, p. 112)を裏切るものです。神経症者の動きは彼らの「私的な論理」と一致しているにもかかわらず(Nikelly, 1971b)、彼らは依然として「常識」にしがみついています。彼らは何をすべきか、何を感じるべきかを知っていますが、「できない」のです。アドラーは彼らを「はい、でも」

性格と呼んでいました。Eric Berne (1964) は、「Why don't you- Yes, but」ゲームで彼らの対人行動を図的に説明しました。神経症の原因は落胆にあります。人々は「面子を保つ」ために、解決策を避けたり先延ばししたり、遠回りしたりする。たとえ失敗することを予期したり計画したりしたとしても、彼らは自尊心を取り戻そうとします。学生は試験に失敗することを恐れて勉強を控えるでしょう。万が一失敗した場合でも、怠け者や怠慢だったが愚かではなかったと主張するだけで済みます。

精神異常者の優位性の目標は、単なる人間が達成できる目標よりも高いことがよくあります。「個人心理学は、個人が他者への関心を失い、自分自身の理性や理解への関心も失った場合にのみ、優越性の目標をそのような態度に固定できることを示した…その人にとって常識は役に立たなくなっている。」(アドラー)、1964a、128-129ページ)。アドラーは、サリバンが「合意の検証」について話したのとほぼ同じ方法で「常識」を使用しました。疑似職場では、精神病患者が精神病院の院長となる。疑似社会領域では、軽躁病患者は陽気な外向的な患者に似ており、より急性の躁病患者は「名前を落とす人」となり、人々を「飲み込む」ようになる(Shulman、1962)。妄想症の患者は、人々を脅威的な存在として描き、カレン・ホーニー(1951)の言葉を借りれば、彼らが私に何かをしようと共謀しているという迫害妄想によって「栄光の探求」を表明します。精神病性うつ病患者の誇大妄想(「私は」「私は史上最悪の罪人です」と、キリストであると主張する統合失調症患者の話は、疑似精神的な課題に対する別の「解決策」です。悪魔と会話するという具体化された幻覚は、このカテゴリーに分類されます(Adler、1963a; Mosak & Fletcher、1973)。

心理的に健康な、または正常な人は、社会的関心を高めており、逃げたり、言い訳したり、「余興」をすることなく、人生や人生の課題に積極的に取り組みます(Wolfe、1932)。この人は、自信と楽観主義を持って人生の課題に立ち向かっていきます。そこには、帰属意識と貢献感、「不完全であることへの勇気」、そして自分は不完全であっても他者に受け入れられるという穏やかな知識があります。とりわけ、この人は、文化が投影し、それらを置き換えようとする誤った価値観を拒否します。彼らの価値観は、「社会生活の鉄壁の論理」とより一致しています。そのような人は存在しませんし、心理療法がそのような人を生み出すこともありません。しかし、これはアドラーの理想であり、アドラーの意図は小さな間違いを大きな間違いに置き換えることだったので、これらの目標の多くは心理療法で近似することができます。多くの幸運な人々は、治療の援助なしで自分自身でこれを行う勇気(アドラー、1928)と社会的関心を持っています。

さまざまなコンセプト

アドラーの語彙は単純であるため、一般に定義と解釈は不要です。しかし、アドラーの概念に関するいくつかの意見の違いや強調点は未解決のままです。ライフスタイルの観点から見ると、アドラー主義者は、行動や認知の組織化について説明する点で意見が異なります。社会的関心(Bickhard & Ford、1976; Crandall、1981; Edgar、1975; Kazan、1978; Mosak、1991)は明らかに単一概念ではなく、感情と行動の集合体である(Ansbacher、1968)。社会的関心はしばしば「生得的」と説明されますが、多くのアドラー主義者は、それが遺伝的でも体質的でもないように見えることを考えると、何がそうさせるのか疑問に思っています。アドラー、フロイト、ユングの理論を見ると、3人全員が自分たちの理論を「生物学化」しようと努力していることに驚かされます。おそらくそれは時代の気質だったのでしょう。おそらく、それは3人全員が医師だったからでしょう。おそらくそれは、精神分析が軽視されていた時代に、彼らの理論を立派なものにする

必要から生じたものであり、「本能」、「社会的利益」、「人種的無意識」が無視されても、大きな損害を被ることはないだろう。アドラーは、臓器劣等感とその結果として生じる代償という概念を導入し、実際に生物心理学理論を提案しましたが、これは後にフロイト時代に起こり、実際の臓器劣等感を社会的劣等感に置き換えました。そして、1つの重要な論文 (Shulman & Klapman, 1968) を除いて、アドラー主義者は器官の劣等性についてほとんど発表していないが、人は間違いなく器官の劣等性を補っているが、後者はもはやアドラー主義の体系の基礎ではない。

Gardner Murphy (1947) は、アドラーが唯一の防衛手段として補償金を使用したことに異議を唱えました。文字通り、アドラーの著作はそのように読めます。一方で、より詳しく読むと、補償はすべての対処メカニズムをカバーする傘になります。このようにアドラーは、安全策、言い訳、予測、減価償却傾向、距離を生み出すこと、そして同一化について語っています。フロイト主義者はこれらを防衛メカニズムと見なすかもしれませんが、アドラー主義者はそれらを自尊心、評判、肉体的な自己を守るために人が使用する問題解決手段とみなすことを好みます。アドラー主義者は無意識の概念を受け入れないため、抑圧や昇華などのメカニズムは無関係になります。アドラー理論には、本能、衝動、性欲、その他の原因とされるものが入り込む余地はありません。

相互に行動（動き）を重視しているため、アドラー心理学と行動修正理論は同一視されてきました。これはエラーです。アドラー主義者は行動を変えることに興味を持っていますが、主要な目標は行動の修正ではなく、動機の修正です。ドライカース博士は、「私たちは主に行動パターンを変えたり、症状を取り除いたりしようとはしません。もし患者が、基本的な前提を変えずに、その時点で利益があると感じて行動を改善した場合、私たちはそれを治療の成功とはみなしません」と書いています。私たちは目標、概念、概念を変えようとしているのです」(1963年、79頁)。

心理療法

心理療法の理論

心理療法の科学的学派にはそれぞれ成功と失敗があります。非科学的根拠に基づいたかなりの数の治療法は、おそらく同等レベルの成功をもたらします。いずれにせよ、その妥当性や耐久性に関係なく、理論は治療者と患者の関係の中で実践されなければなりません。Fred Fiedler (1950) が示したように、治療の成功はセラピストの方向性ではなく、セラピストの専門知識の関数です。

根底にある精神力動理論が治療において重要な要素ではないことを考えると、おそらく治療効果に貢献するのは特別な技術である。これは確かに、非指示的療法がクライアント中心の療法になる前のロジャーズの初期の立場だったと思われる。初期の非指示的な学校では、温かく、寛容で、批判のない雰囲気を作り出す。感情の反映。そして、治療の場面では、解釈、アドバイス、説得、提案を避けることが最も重要でした。

フロイト主義者は転移を中心的な重要性としていますが、行動修正療法士は転移を無視しています。多くの指示療法士にとって、解釈の内容と方法は非常に重要です。アドラー派は患者のライフスタイルの解釈を重視

し、

動き。

「良くなる」ための基準は、特定の治療上の重点に対応します。セラピストの中には、治療の深さが決定的な要因であると提案する人もいます。ほとんどのアドラーリアンにとって、治療の深さは大きな懸念ではありません。これに関連して、患者がそれ自体を経験する場合を除いて、治療は深いものでも表面的なものでもありません。

理論も処方された技術の使用も決定的なものではない場合、治癒を可能にするのは転移関係でしょうか？それとも平等な関係でしょうか？それとも、偏見のないセラピストが患者をありのままに受け入れる、温かく寛容な雰囲気でしょうか？これらの関係はすべて、有効な治療と無効な治療の両方のさまざまな形に関与しているため、治療の有効性は特定の治療関係を特定の患者に適合させるかどうかの問題であるか、すべての治療関係には共通の要素があるという仮説を立てる必要があります。これらの要素、つまり信仰、希望、愛というキリスト教の徳目に関する変化は、効果的な治療の必要条件ではあるが、十分条件ではないようである。

D. ローゼンタールとジェローム D. フランク (1956) は、治療過程における信仰の影響について議論しています。フランツ・アレクサンダーとトーマス・フレンチは次のように述べています。

一般に、自発的に助けを求めに来る患者は、治療に臨む前に、セラピストが自分を助けることができ、喜んで助けてくれるという自信と期待を抱いています。そうでない場合、患者が治療を強制された場合、療法士は治療上の変更を行う前にこの信頼感を構築する必要があります。(1946年、173ページ)

多くの治療メカニズムは患者の信仰を強化する可能性があります。簡単な説明で問題が明確になる患者もいますが、複雑な解釈が必要な患者もいます。セラピスト自身の自分自身に対する信頼。セラピストの知恵、強さ、自信の現れ。そして、批判せずに耳を傾けようとするセラピストの姿勢はすべて、患者の信仰を強めるために利用される可能性があります。

希望

患者はさまざまな程度の希望を持って治療を求めますが、完全な絶望から、奇跡を含むすべてを希望する（期待する）までの幅があります。予言の自己成就には効力があるため、人は期待を現実化させる方向に進みがちです。したがって、治療者は患者の希望を高め続けなければなりません。

アドラー主義者は、患者は落胆に苦しんでいると考えているため、主な治療法は励ましにあると考えています。患者に対する信仰を表明し、非難せず、過度に要求を避けることは、患者に希望を与えるかもしれません。患者は理解されていると感じることで希望を得る場合もあります。したがって、患者が孤立していると感じず、治療者の強さと能力に安心感を感じ、症状の軽減を感じる「私たち」の経験として治療を構築することが役立つ可能性があります。患者はまた、恐れていた、または利用可能であることを知らなかった何らかの行

動を試みることによって希望を得る可能性もあります。ユーモアは希望を保つのに役立ちます (Mosak、1987a)。ルイス・ウェイは、「アドラーのような豊富なユーモアは、非常に貴重な資産です。なぜなら、時折冗談を言うことができれば、物事がそれほど悪くなることはないからです。」 (1962 年、p. 267) とコメントしています。勇気を与え、希望を維持するのは、うつ病や自殺願望のある患者に対して最も厳しい試練にさらされることです。

愛

最も広い意味での愛では、患者は治療者が気にかけてくれていると感じなければなりません (アドラー、1963a、1964a)。患者を治療するという単なる行為でも、共感的に傾聴すること、一緒に「やり遂げる」こと、または 2 人のセラピストが複数の担当者を担当することによって、そのような証拠が得られる可能性があります。

患者に関心を向ける心理療法。患者を別の療法士に移したり、個人療法からグループ療法に移したりすることは、「解決」しない限り、逆効果になる可能性があります。

ただし、セラピストは、患者がセラピストの気遣いが足りないと非難したときに、幼児化したり、過剰にサポートしたり、患者の犠牲者になったりするような落とし穴を避けなければなりません。アドラーのグループ療法では、グループは「家族の星座の再体験」として概念化されています (Kadis、1956)。したがって、セラピストは、お気に入りや演技をしている、またはある患者に気を配りすぎている、または別の患者に気を配りすぎていると非難される可能性があります。

アドラー心理療法の理論は、心理療法は 1 人以上の療法士と 1 人以上の患者が関与する協力的な教育事業であるという概念に基づいています。治療の目標は、患者の社会的関心を高めることです。これを達成するために、治療には誤った社会的価値観を変えることが含まれます (Dreikurs、1957)。再教育におけるこのコースの主題は、患者のライフスタイルと人生の課題との関係です。認知マップで「基本的な間違い」を学ぶことで、患者は古いやり方を続けるか、それとも別の方向に進むかを決定する機会を得ます。「相談者は、いかなる状況においても、治療に関して、自分は完全に自由であるという確信を得なければならない。自分の望むように、しても、しなくてもよい。」 (アンズバッハー & アンズバッハー、1956年、p. 341)。患者は自己利益と社会利益のどちらかを選択できます。教育プロセスには次の目標があります。

1. 社会的関心の醸成。
2. 劣等感の減少、落胆の克服、そして回復

自分のリソースの認識と活用。

3. その人のライフスタイルの変化、つまり、その人の認識と目標の変化。すでに述べたように、治療の目標には、大きなエラーを小さなエラーに変えることが含まれます (自動車と同様、チューンナップが必要なもの

もあれば、大規模なオーバーホールが必要なものもあります)。

4. 容認できる行動の根底にある間違っただ動機を変えること、または価値観を変えること。

5. 個人間の平等を認識するよう奨励する (Dreikurs, 1971)。 6. その人が貢献できる人間になれるよう支援する。

これらの教育目標を達成した「生徒」は、帰属意識を感じ、自分自身や他者を受け入れる姿勢を示すようになります。彼らは、人生の限界内で自分の運命をアレンジできると感じるでしょう。そのような患者は最終的に、励まされ、楽観的で、自信があり、勇気があり、安心していて無症状であると感じるようになります。

心理療法のプロセス

アドラー派が実践する心理療法のプロセスには 4 つの目的があります。(1) 「良好な」関係を確立し、維持する。(2) ライフスタイルや目標を含む患者のダイナミクスを明らかにし、それらが生活動作にどのような影響を与えるかを評価する。(3) 洞察に至る解釈。(4) 方向転換。

関係

「良好な」治療関係とは、対等な者同士の友好的な関係です。アドラー療法士と患者は、椅子を同じ高さにして向かい合って座ります。多くのアドラー主義者は、距離を置いたり離れたりすると望ましくない心理的セットを引き起こす可能性があるため、机なしで仕事をするを好みます。医学モデルを放棄したアドラーは、医師を俳優 (全能、全知、神秘的) の役に、患者を演じられる役にキャストすることに嫌悪感を抱いている。治療は、創造的な人間が問題を生み出す役割を担っていること、自分の行動には (責任という意味ではなく) 自分に責任があること、そして自分の問題は誤った認識に基づいており、不適切または欠陥があることを患者に伝えるように構成されています。特に誤った価値観の学習 (Dreikurs, 1957)。そうであれば、人は変化に対する責任を負うことができます。学ばなかったものは学べます。「不十分に」学習されたものは、より良い学習によって置き換えることができます。誤った認識や価値観は変更および修正することができます。治療の開始時から、患者は受動的に留まろうとする努力をやめさせられる。患者は治療において積極的な役割を果たします。学生の役割を担っていますが、患者は依然として自らの教育に貢献する責任を負う積極的な学習者です。

治療には協力が必要であり、これは目標の調整を意味します。目標が一致しないと、たとえば患者が治療の必要性を否定した場合など、治療が軌道に乗らなくなる可能性があります。したがって、最初の面接では、最初の目標と期待を考慮することを省略してはなりません。患者はセラピストを圧倒したり、セラピストを強力な責任感のあるものにしたいと思うかもしれません。セラピストの目標は、これらの罨を避けることでなければなりません。患者は症状を手放したいと思っているかもしれませんが、根底にある信念はなく、奇跡を求めているかもしれません。いずれの場合も、治療を進める前に少なくとも一時的に目標について合意に達する必要があります。ウェイはこう警告する

このように捉えられることを拒否すること[治療者の虚栄心や同情への訴えに屈すること]は、患者に深刻な抵抗や転移を起こす機会をほとんど与えず、実際、役割の逆転や治療に対する医師の唯一の防御手段となる。彼が患者によって治療を受けていることを知ることに反対した。治療は常に協力でなければならず、決して争いではありません。これは医師自身の平衡感覚を試す難しいテストであり、医師自身が神経症に陥っていない場合にのみ成功する可能性があります。(1962年、265ページ)

Adler (1963a) は、役割の逆転に対して同様の警告を発しています。

抵抗と転移の問題は、患者とセラピストの目標の不一致という観点から定義されるため、治療全体を通じて目標は発散し、共通のタスクは、患者とセラピストが同じ方向に進むように目標を再調整することで構成されます。

患者は、治療にライフスタイルを持ち込む際に、他のすべての人に期待されるような反応を治療者に期待します。患者は誤解されている、不当に扱われている、愛されていないと感じ、セラピストがそれに応じて行動することを期待するかもしれません。多くの場合、患者は無意識のうちに、セラピストにこのような行動をとらせるような状況を作り出します。このため、セラピストは、アドラー主義者が「台本」と呼ぶものや、エリック・バーン (1964 年) が「ゲーム」と呼ぶものに注意して患者の期待を裏切らないようにしなければなりません。たとえば、患者は次のように宣言します。前の私みたいに？」独自性を確立し、セラピストの能力に異議を唱えるため、セラピストの反応は率直ではあるが、皮肉ではなく、「この 1 時間以来ではありません」とその後独自性についての議論が続く可能性があります。なぜなら、評価は最初の接触の瞬間から始まるからです。通常、最初の面接で患者は何らかの解釈を与えられますが、これは通常は推測として表現されます。これにより、セラピストは、患者が解釈や治療にどのように反応するかをすぐに評価できるようになります。そしてセラピストに、ライフスタイルの枠組みを垣間見ることができます。セラピストは患者のゲームをプレイしません。なぜなら、そのゲームでは患者がプロであり、子供の頃からそれを成功させてきたからです(ただし、しばしば自滅的な方法で)。)、一方、セラピストはゲームに勝つ必要はなく、単に綱引きで一方だけが勝ちます。勝ち負けには興味がなく、ロープの端を拾うこともありません。これにより、「相手」のゲームは無効になり、二人はより生産的で協力的なゲームを続けることができます (Mosak & Maniaci, 1998)。

人間関係のプロセス全体が患者の教育を高めます。患者によっては、協力、相互尊重、信頼を伴う良好な対人関係を初めて経験する人もいます。時折嫌な感情を抱いても、関係は持続し、存続することができます。患者は、人間関係の良し悪しは単に起こるものではなく、人々の努力の産物であり、悪い対人関係は誤解、不正確な結論、ライフスタイルに組み込まれた不当な期待の産物であることを学びます。

分析

患者の動態の調査は 2 つの部分に分かれています。治療者は、第一に患者のライフスタイルを理解したいと考えており、第二に、ライフスタイルが生活課題に関して現在の機能にどのような影響を与えるかを理解することを目指しています。すべての苦しみが患者のライフスタイルに起因するわけではありません。適切なライ

フスタイルを送っている多くの患者は、自分自身で抜け出すことができない耐えがたいまたは極端な状況に直面すると、問題や症状を発症します。

分析調査は最初の瞬間から始まります。患者が部屋に入る方法、姿勢、座席の選択（家族療法では特に重要）はすべて重要な手がかりを提供します。患者が何を言ったか、そしてそれがどのように言われたかは、特にセラピストが患者のコミュニケーションを説明的な言葉ではなく対人関係の言葉、つまり「台本」で解釈する場合に、セラピストの理解を広げます。したがって、アドラー主義者は、「私は混乱している」という説明的な言葉を、「私を縛り付けしないでください」という警告に変換します。「それは習慣だ」という言葉は、「そして、それはあなたが私に変えさせようとしていないもう一つのことです」という宣言を伝えます（Mosak & Gushurst, 1971）。セラピストは、患者を理解するために、いくつかの仮説を受け入れ、他の仮説を拒否しながら、パターンを評価し、フォローアップし、手がかりを並べていきます。治療が進むにつれて、患者は何らかの方法で情報を提供し、治療者はそれをジグソーパズルのように少しずつ組み立てていきます。

ライフスタイル調査

正式な評価手順では、患者の家族構成が調査されます。セラピストは、その子供が家族の中でどのような立場を見つけたのか、家族、学校、仲間の中でどのように居場所を見つけようとしたのかを垣間見ることができます。評価の2番目の部分は、患者の初期の記憶を解釈することで構成されます。初期の回想は、継続的な記憶が続く前の期間に発生し、不正確であるか、完全なフィクションである可能性があります。これは、一連の出来事（「私たちはかつて…」）ではなく、単一の出来事（「ある日、私は…を覚えています」）を表します。アドラー主義者は、後者を回想ではなく報告と呼びます。しかし、治療的評価プロセスは、初期の回想と同じように解釈されるわけではありません（Shulman & Mosak, 1988）。初期の回想を理解すれば、患者の「」を理解できます。なぜなら、人は自分のライフスタイルと一致する出来事を選択的に思い出すからです。次のアドラー自身の回想（1947）は、彼の初期の回想とその後の心理学的見解との一致を説明するのに役立つかもしれません。

私の最も古い記憶の一つは、くる病のために包帯を巻いてベンチに座っていて、健康な兄が向かいに座っていたことです。彼は走ったり、ジャンプしたり、動き回るのがとても楽でしたが、私にとってはどんな動きも負担であり、大変なことでした。誰もが私を助けるために多大な労力を費やし、父と母もできる限りのことをしてくれました。この回想の時、私は2歳くらいだったと思います。（p.9）

アドラーは、ある回想の中で、器官の劣等感、劣等感、「自由に動きたいという願望、つまりすべての精神的現れを動きの見点から見たい」という強調（p. 10）、そして社会的感情について言及しています（Mosak & Kopp, 1973年）。

初期の回想の要約、つまり患者の人生の物語から、患者の「基本的な間違い」を導き出すことができます（Mosak & DiPietro, 2006）。ライフスタイルは個人的な神話として考えることができます。その人は、神話が真実であるかのように行動します。なぜなら、その神話は彼または彼女にとって真実だからです。したが

って、神話には「真実」または部分的な「真実」が存在し、私たちが真実と混同する神話も存在します。後者は基本的な間違いです。

基本的な間違いは次のように分類できます。

1. 過度の一般化。「人々は敵対的だ」「命は危険だ」
2. セキュリティの誤った目標または不可能な目標。「一步間違えば死んでしまう。」“私はしなければならない

皆さんお願いします。」

3. 人生と人生の要求についての誤解。典型的な信念は次のようなものかもしれません。

休みを与えてくれます」そして「人生はとても大変です。」

4. 自分の価値を軽視したり否定したりする。「私は愚かだ」「私には価値がない」あるいは「私はただの主婦だよ。」

5. 誤った値。「たとえ他の人を乗り越えなければならないとしても、一番乗りなさい。」

最後に、セラピストは、患者が自分の資産をどのように認識しているかに興味があります。

ライフスタイルの概要サンプル

以下のライフスタイルの概要のサンプルは、性格を完全に説明することを目的としたものではありませんが、患者と治療者の初期仮説を提供します。

家族構成の概要

ジョンは2人の子供の末っ子で、唯一の男の子です。彼は9歳から父親のいない環境で育ちました。彼の妹はあまりにも早熟だったので、ジョンは落胆しました。彼は自分が有名になることは決してないと感じていたので、少なくとも悪名を上げ、否定的な行動を通じて他人の注意を引くことができるかもしれないと決心しました。彼は「聖なる恐怖者」という評判を獲得した。彼はすべてを自分のやり方でやろうとしていました、そして誰も彼を止めるつもりはありませんでした。彼は、強くて「男らしい」父親に倣って自分の行動をパターン化しました。父親からは、最もタフな男が勝つということを学びました。認められないことをすると悪名が高まるため、ジョンは早くからセックスに興味を持ち、セックスに従事するようになりました。これはまた、彼の男らしさの感情を強化しました。両親が両方とも障害を持っていましたが、それでも「やってこれた」の

で、ジョンは明らかに、身体的なハンディキャップがなければ、空は自分にとって限界であると判断したようです。

初期の回想の要約

「私は人生で怯えて走っています。人々が怖いものは何もないと言ったとしても、私はまだ怖いのです。女性は男性につらい思いをさせます。女性は女性を裏切り、罰し、男性のやりたいことを邪魔します。本物の男は、誰からもくだらないことを受け取りません。他人が私にそうしてほしいと思っていることを、私はやろうとしません。でも、私はそうは思いません。やりたいことをやるのは、男であることの一部にすぎない。」

「基本的な間違い」

1. ジョンは男らしさの重要性を誇張し、それを自分の好きなことをすることと同一視します。
2. 彼は女性と波長が合わない。彼らは彼の行動を「悪い」と見なします。彼はそれが男性にとって「自然なこと」だと考えています。
3. 彼は戦う準備ができすぎているようですが、多くの場合、ただ自分の男らしさを保つためだけにです。
4. 彼は女性に慰めを求めているにもかかわらず、女性を敵だと認識しています。
5. 勝利は最後の瞬間に彼から奪われます。

資産

1. 彼は運転手です。彼は物事に真剣に取り組むと、それをうまく機能させます。
2. 彼は創造的な問題解決に取り組んでいます。
3. 彼は欲しいものを手に入れる方法を知っています。
4. 彼は女性に「上手に」尋ねる方法を知っています。

治療の過程で、他の形式の分析が行われます。セラピストはライフスタイルを一貫しているから見なすため、患者のあらゆる行動、つまり身体的行動、言語や話し方、空想の演出、夢、そして過去と現在の対人関係にそれが表現されることとなります。この一貫性により、患者はこれらのメディアのいずれかまたはすべてで自分自身を表現することを選択できます。これらのメディアはすべてライフスタイルを表現するものだからです。セラピストは、各インタビュー中に行動、発話、言語を注意深く観察します。対話の中心は現在、時には過去、多くの場合は未来に集中します。自由な付き合いやおしゃべりは、後者が治療目的に役立つ場合を除いて、ほ

とんど推奨されません。夢の分析は心理療法に不可欠な部分であるが、夢のことだけを話す患者には穏やかな説得が与えられる(Alexandra Adler, 1943)。分析は、ライフスタイルと生活課題の間の相互作用、つまりライフスタイルが生活課題と比較して人の機能と機能不全にどのような影響を与えるかを調べることから進みます。

夢

アドラーは、夢が古い問題を解決する試みであるというフロイトの見解とは対照的に、夢を未来志向の問題解決活動であると見なしました。アドラー主義者にとって、この夢は、将来起こり得る行動方針のリハーサルであると考えられています。行動を先延ばしにしたいと思うと、夢を忘れてしまいます。何らかの行動を思いとどまらせたい場合、私たちは悪夢を見て自分自身を怖がらせます。

アドラーによれば、夢とは「感情の工場」だという。その中で、私たちは翌日の活動に向かうか、あるいはそこから遠ざかるような気分を作り出します。よく、「理由はわからないけど、今日は朝起きたときの機嫌が悪かった」と言います。アドラーが亡くなる前日、彼は友人たちにこう語った。「私は笑顔で目が覚めた…だから、夢は忘れていたけれど、良い夢だったことがわかった」(ボトム、1939、p. 240)。初期の回想が長期的な目標を反映しているのと同じように、夢は当面の問題に対する考えられる答えを実験します。アドラー主義者は、個人の独自性に関する彼らの見解に従って、固定された象徴主義の理論を拒否します。Adler (1963b) と Erwin Wexberg (1929) は、頻繁に遭遇するいくつかの夢のテーマに取り組んでいますが、夢主を知らずに夢を理解することはできません。ウェイはこう忠告する、

アドラー [1964a, p.11] の例に挙げられた 2 人の少年のことを再び思い出します。150]、彼らはそれぞれ馬になりたいと思ったが、1人は家族に対する責任を負わなければならないため、もう1人は他の馬を追い越すためであった。これは、辞書的な解釈をすることに対する有益な警告となるはずです。(1962 年、282 ~ 284 ページ)

夢の解釈は内容の分析で終わるのではなく、目的的な機能を含める必要があります。夢は治療のための風見鶏として機能し、問題を表面化させ、患者の動きを示します。ドライカースは、短くて行動のない繰り返しの夢に関連した患者について説明しており、これは「ほとんど何もせずに、問題から抜け出す最善の方法を見つけ出す」という彼のライフスタイルを反映しています。彼は活動的になり、人生においても動き始めた」(Dreikurs, 1944, p. 26)。

方向転換

すべての治療法における方向転換は、変化が患者にとって最善の利益であることを、穏やかにまたは強制的に患者に説得することから始まります。患者の現在の生活様式は「安全」をもたらしますが、幸福をもたらしません。セラピーも人生も保証を提供していないため、より大きな幸福と自己実現の可能性を得るために、人はある程度の「安全」を危険にさらさなければなりません。このジレンマは簡単には解決できません。ハムレッ

トと同じように、患者は「知らない他人のところへ飛ぶよりも、自分が抱えている病気に耐えるほうが良い」のではないかと悩む。

洞察力

分析心理療法士は、洞察力がなければ「基本的な変化」は起こり得ないと仮定して、洞察力を最も重要視することがよくあります。行動の変化に先立って洞察が必要であるという信念は、多くの場合、治療の長期化をもたらし、一部の患者が変化を避けたり延期したりするために「病気」になることを促し、患者の自己認識ではなく自己没頭が増大することになります。一方、患者は洞察を得るまで、人生を生きる責任から解放されません。

第二の仮定は、セラピストと患者の両方に大切にされており、知的洞察と感情的洞察を区別するものであり（エリス、1963; パパネク、1959）、全体論的なアドラー主義者が受け入れるのが難しい二元論です。この二元論と、意識対無意識などの他の二元論が、患者の主観的な経験の中に間違いなく存在します。しかし、これらの敵対的な力は患者が作り出したものであり、行動を遅らせます。同時に、患者は対立する力や感情のブロックの犠牲者であるため、良心を保つことができます。患者が洞察を追求する一方で、問題の解決は未来に追いやられます。アドラー学者が定義する洞察力とは、理解を建設的な行動に変換することです。それは、行動の目的性性質と誤った認識についての患者の理解を反映しており、また、両方が生命活動において果たす役割についても理解している。いわゆる知的洞察は、人生のゲームではなく治療のゲームをプレイしたいという患者の願望を反映しているだけです。

解釈

アドラー療法士は、主に通常のコミュニケーション、夢、空想、行動、症状、患者と治療者のやりとり、患者の対人関係を解釈することによって洞察を促進します。解釈においては、原因よりも目的に、説明よりも動きに、所有よりも使用に重点が置かれます。通訳を通して、セラピストは患者に鏡をかざします。

セラピストは、不適応なライフスタイルの継続性を示すためにのみ過去と現在を関連付けます。因果関係を証明するためではありません。セラピストは、ユーモア (Mosak、1987a) を使用したり、寓話 (Pancner、1978)、逸話、伝記を使って説明したりすることもあります。皮肉は効果的かもしれませんが、慎重に扱う必要があります。セラピストは「患者のスープに唾を吐き込む」こともありますが、これは患者の意図を不快にさせるような方法で暴露するための乱暴な表現です。セラピストは、直接、または「もしかしてそれは…？」という形で解釈を提供する場合があります。あるいは、患者に解釈を促すこともありますが、タイミング、誇張、控えめな表現、正確さはどの療法士にとっても技術的な関心事ですが、アドラー療法の療法士は患者を傷つきやすいとは考えていません。

その他の口頭テクニック

アドバイスはセラピストによって嫌われることがよくあります。ハンス・ストルツは、「フロイトは、自身の勧告に従い、ソファに座っている分析対象者に決してアドバイスをしなかったが、ソファから玄関までの商品には一切手を出さなかったと言われている」(1972年、p.40)と述べている。

ウェクスバーグ (1929/1970) は患者にアドバイスを与えることに眉をひそめましたが、アドラー療法士はフロイトと同様に、依存を助長しないように注意しながら、自由にアドバイスを与えます。実際には、セラピストは代替案の概要を説明するだけで、患者に決定を委ねることもあります。この誘いは、セラピストへの信仰ではなく、自分自身への信仰を育みます。一方、セラピストは、患者の自主性と自立する意欲を促すよう配慮しながら、直接アドバイスを提供することもあります。

アドラー主義者が患者を病気ではなく落胆していると考えていることを考えると、彼らが励ましを多用するのは当然のことです。患者の自己に対する信頼を高め、「ポジティブな面を強調し、ネガティブな面を排除する」こと、そして患者の希望を持ち続けることはすべて、落胆を打ち消すことに貢献します。「歩いて転ぶ」患者は、それが致命的ではないことを学び、再び立ち上がって歩くことができます。治療はまた、患者の社会的価値観を打ち消し、その結果、患者の人生観を変え、人生に意味を与えるのに役立ちます。自分たちのシステムには価値指向がないと信じ込んではいけません。この対話は、「良い」行動と「悪い」行動ではなく、「役に立つ」行動と「役に立たない」行動に関係しています。

セラピストは合理的な議論を避け、患者を「論理的に説明」しようとします。これらの戦術は、形式的な論理ではなく心理論理（私的論理）の規則に従って行動する患者によって簡単に打ち負かされます。カタルシス、発言の放棄、告白は患者を「やり残した仕事」の重荷から解放することで患者を解放するかもしれないが、すでに述べたように(Alexander & French, 1946)、これらは患者がそれができるかどうかのテストにもなり得る。セラピストに信頼を置きます。

アクションテクニク

アドラー主義者は定期的にロールプレイング、空の椅子に話しかける (Shoobs, 1964)、ミダステクニク (Shulman, 1962)、ビハインドザバックテクニク (Corsini, 1953)、およびその他のアクション手順を使用して、患者の方向転換を支援します。使用の程度は、セラピストの好み、トレーニング、小説を実験する準備の度合いによって決まります。

心理療法のメカニズム

モデルとしてのセラピスト

セラピストは、患者が模倣しようとする可能性のある価値観を代表します。アドラー療法士は、自分自身を「本物」で、間違いを犯しやすく、自分自身を笑うことができ、思いやりがあり、社会的利益のモデルであると表現します。セラピストがこれらの特性を持つことができれば、おそらく患者もそれが可能であり、多くの患者はセラピストを模倣し、セラピストを正常性の指示対象として使用します(Mosak, 1967)。

変化

心理療法では、分析を放棄し、患者が前に進むよう励まさなければならない時期が来ます。洞察力は断固とした行動に取って代わられなければなりません。

アドラー主義者が変化を引き出すために使用するテクニックのいくつかは、以下および Mosak と Maniaci (1998) によって説明されています。それらは万能薬ではありませんし、無差別に使用されるものでもありません。創造的なセラピストは、治療の瞬間のニーズを満たすために即興でテクニックを考案し、何よりも、テクニックや戦略よりも人が重要であることを忘れないでしょう。これらの注意を見失ったセラピストは、すべての「正しい」ことを行う技術者ですが、他の人間との人間的な出会いには決して関与しません。

「あたかも」のように行動する

患者が治療中に口にするのは、「もしできれば…」という言葉です。(アドラー、1963a) アドラー療法のセラピストは、患者に「あたかもそうであるかのように」振る舞うことをしばしば要求します。患者は、それは単なる行為であり、したがって、すべての行為は偽りのふりではないと抗議するかもしれません。スーツを試着するのと同じように、役を試着することはできますが、スーツを着ている人が変わるわけではありませんが、ハンサムな服を着ると、気分が変わり、行動が変わり、別人になることがあります。

タスクの設定

Adler (1964a) は、うつ病の治療における課題設定のプロトタイプを示しました。

間接的な治療法に戻りますが、私は特にメランコリーにそれをお勧めします。共感的な関係を築いた後、私は2段階に分けて行動を変えるための提案をします。最初の段階での私の提案は、「あなたにとって同意できることだけをしてください。」です。患者は通常、「同意できるものは何もありません」と答えます。「それから、少なくとも」と私は答えます、「不快なことをするために力を注ぐのはやめてください。」この症状を改善するためにさまざまな不愉快なことをするよう勧められてきた患者は、私のアドバイスにかなり嬉しい新しさを感じ、後に私は2番目の行動規則をほのめかし、「それははるかに困難で、あなたがそれに従うことができるかどうかはわかりません。」これを言った後、私は沈黙し、患者を疑いの目で見ます。このようにして、私は彼の好奇心を刺激し、彼の注意を確実にしてから、次のように言います。14日以内に治るという規則だ。どうすれば他の人に喜びを与えることができるかを時々考えると役立ちます。そうすればすぐに眠れるようになり、悲しい考えをすべて追い払ってくれるでしょう。あなたは自分が役に立ち、価値があると感じるでしょう。」

私の提案に対してさまざまな返答が来ますが、どの患者も、それは難しすぎて実行に移せないと考えています。答えが「自分には喜びがないのに、どうやって他人に喜びを与えることができるのでしょうか？」というものであれば、私は「それでは4週間かかりますよ」と言ってその見通しを安心させます。「私に喜びを与えてくれるのは誰ですか？」というより明白な答えです。私は、このゲームでおそらく最も強力な動きに、こう

言って反論します。「おそらく、このように自分を少し訓練したほうがよいでしょう。実際に誰かを喜ばせるために何かをするのではなく、どうすればそれができるかを考えてみてください！」(25-26ページ)

タスクは比較的単純で、患者がタスクを妨害できるレベルに設定されていますが、失敗してセラピストを叱ることはできません。

患者は、医師ではなく人生そのものが容赦のないものであることを理解する必要があります。彼は、理論的に認識されたものを最終的には実際の生活に移さなければならないことを理解しなければなりません。。。。しかし医師からは非難や焦りの言葉は一切聞かれず、せいぜい時折親切で無害な皮肉を言う程度だった。(p.101)

「本気で」結婚するつもりがあると公言しながら、同時に女性を避けていた50歳の男性は、毎日1回、女性との有意義な接触を求めるよう指示された(その方法は彼次第だった)。多くの反対意見を述べた後、彼は「でも、とても大変です。疲れすぎて仕事ができなくなります。」と不満を言いました。セラピストは機嫌よく寛解し、「神は7日目に休まれたので、神以上のことをあなたに求めることはできません。ですから、あなたはその仕事を週に6日だけ実行すればよいのです。」と告げました。

アドラーが導入した課題設定の1つの形式は、ウェクスバーグ(1929年)によって反暗示と呼ばれ、フランクル(1963年)によって逆説的意図と呼ばれています。Knight Dunlap(1933)によって非臨床的に使用されたこの方法は、ネガティブな実践と呼ばれていました。症状のある患者は、「なぜ私にこんなことが起こらなければならなかったのか?」と言って、症状と闘うことによって、知らず知らずのうちに症状を強化してしまいます。不眠症の人は、片方の目を開けたままにして、もう一方の目が眠りに落ちているかどうかを観察します。この戦いを止めるために、患者は自分が戦っている戦いを意図し、さらにそれを増やすように指示されます。

画像の作成

アドラーは、患者を簡単なフレーズ、たとえば「王のような乞食」で表現するのが好きでした。他のアドラー主義者は、「一枚の絵は千の言葉に匹敵する」という格言を裏付ける同様の簡潔な画像を患者に与えています。この画像を思い出すことで、患者は目標を思い出すことができ、後の段階ではその画像を使って自分自身を笑うことを学ぶことができます。「スーパーマン」とレッテルを貼られた野心家すぎる患者は、ある日シャツのボタンを外し始めた。セラピストが尋ねると、患者は笑いながらこう答えた。「つまり、私の青いシャツに大きな「S」の文字が入っているのが見えるでしょう。」性的不能を恐れていた患者は、無力な犬を見たことがなかったというセラピストの観察に同意した。「犬は、自分ができるかどうかを心配することなく、ただやるべきことをやっているだけだ。セラピストは、次に性交を試みるとき、何か言い寄る前に、微笑みながら心の中で「お辞儀をする」と言うべきだと提案した。翌週、患者はグループのメンバーにこう告げた。びっくりした。」

自分自身を捕まえる

患者が個人の目標を理解し、変わりたいと思ったとき、「クッキーの瓶に手を突っ込んで」自分自身を捉えるように指示されます。患者は、自分の昔の行動の真っ只中に気づいても、現時点ではそれについて何もできないと感じているかもしれません。さらに練習を重ねると、状況を事前に予測して回避する方法を学びます。

プッシュボタンテクニック

この方法は、自分が選言的感情の犠牲になっていると感じている人々に効果的であり、患者に目を閉じてもらい、楽しい出来事を再現してもらいます。過去の経験から、そしてこのイメージに伴う感情に注目してください。次に、傷ついたこと、屈辱、失敗、怒りなどの不快な出来事を再現し、それに伴う感情に注目するように求められます。この後、患者は最初のシーンを再度作成します。アドラー主義者がクライアントに教えようとしている教訓は、何を考えるかを決めるだけで、望むどんな感情も作り出すことができるということです。人は感情の犠牲者ではなく、創造者です。たとえば、落ち込むには、落ち込むことを選択する必要があります。私たちは患者さんの自己決定力を印象づけるよう努めています。Mosak (1985) によって臨床使用のために考案されたこの方法は、Brewer (1976) によって実験的研究の対象となり、彼はそれがうつ病の治療に効果的な技術であることを発見しました。

「ああ」体験

治療で気づきを得て、人生への参加を増やした患者は、「なるほど」または「ユリイカ」の体験を繰り返します。このより深い理解により、患者は自信と楽観主義を生み出し、その結果、献身、思いやり、共感を持って人生の問題に立ち向かう勇気と意欲が高まります。

治療後

治療終了後、患者は新たに獲得した学習を実践できるようになります。運用上、治療の目標は、治療者を不要にすることと定義できるかもしれません。セラピストと患者の両方が自分の仕事をうまく遂行できれば、目標は達成されたことになります。

アプリケーション

誰を助けることができるでしょうか？

アドラーは、同時代の他のNervenärzte（「神経医師」）と同様に、マンツーマンの心理療法を行っていましたが、彼自身の社会的志向により、診察室から地域社会に移りました。彼は臨床への関心を決して放棄しませんでした。同時に教育者であり社会改革者でもありました。フロイト主義者のヨースト・メルローは、次のように告白してアドラーを称賛している。

実際のところ、この事実を認めようとする人はほとんどいませんが、精神分析と精神医学全体にアドラーの考えが染み込んでいます。告白したくないとはいえ、私たちは皆、盗作者です。。。アドラーの先駆的熱意

がなければ、社会精神医学全体は不可能だったでしょう。(1970年、40ページ)

臨床

心理療法の初期の先駆者は皆、神経症の治療を行っていました。精神病患者は転移関係を築くことができないため、心理療法を受けられないと考えられていた。アドラー主義者は転移の概念に邪魔されず、定期的に精神病患者を治療しました。

ヘンリ・エレンバーガー (1970 年、618 ページ) は次のように示唆しています。クロード・ブラウン (1965 年) が『約束の地のマンチャイルド』で熱烈に書いたアドラー主義者、エルンスト・パパネク (1971 年) は、ウィルトウィック学校 (改革学校) の校長でした。モサクはクック郡でグループ療法プログラムを設立しました。パラプロフェッショナルをセラピストとして雇用するシカゴの刑務所 (O'Reilly、Cizon、Flanagan、Pflanczer、1965) アドラー理論に暗黙的に含まれている成長モデルにより、アドラー主義者は人間の問題を、人々が自分自身を認識し、同じ人間になるという観点から見るようになりました。その場合、「治療」は、「正常な」問題を抱えた「正常な」人々に対するものです。症状の根絶や軽減、行動の修正、洞察などの方法で達成できるものであっても、クライアントに人生哲学を提供しない治療法は、不完全な治療法。したがって、アドラー主義者はクライアントの生活と存在の問題に関心を持ちます。欠乏、苦しみ、病気はアドラー療法への入場料にはなりません。人は自分自身について学び、成長し、自分自身を実現するためにセラピーに参加するかもしれません。

社交

アドラーの興味はむしろカトリック的でした。教育の分野では、彼は治療ではなく予防を信じ、家庭教育センターを設立しました。ドライクルスとその生徒たち (ドライクルスら、1959 年) は、世界中に家族教育センターを設立しました。これらのセンターの分派には、何百もの親研究グループが含まれています (Soltz、1967)。さらに、プロのセラピストは、子育ての実践を教えるためにさまざまな方法を使用してきました (Allred、1976; Beecher & Beecher、1966; Corsini & Painter、1975; Dreikurs、1948; Dreikurs & Soltz、1964; Painter & Corsini、1989)。

アドラー自身は、犯罪、戦争、宗教、集団心理、ボルシェビズム、リーダーシップ、ナショナリズムなどの社会問題や問題について執筆しています。現代のアドラー人 (アンジェ、1960; クラーク、1965、1967a、1967b; エラム、1969a、1969b; ゴッテスフェルド、1966; ヘミング、1956; ラ・ポルト、1966; ロンバルディ、1969; ニケリー、1971c) の中で、「新しい」人は抗議活動、人種、麻薬、社会情勢などの社会問題、ならびに宗教に対する「新しい」見解 (Mosak、1987b) が、アドラー派の以前の関心に加えられました。

処理

アドラー主義者が関与していない治療法を特定することはほとんどできません。歴史的な観点から見ると、初期のアドラー療法は 1 対 1 の精神療法でした。多くのアドラー主義者は今でも個人心理療法を治療の第一選択と考えています。アドラー信者は、彼らのサービスを求める人なら誰でも喜んで治療を引き受ける姿勢を示しています (Watts & Carlson, 1999)。

Dreikurs、Mosak、および Shulman (1952a、1952b、1982) は、複数の心理療法、つまり複数の療法士が 1 人の患者を治療する形式を導入しました。それはセラピスト間で継続的な相談を提供し、患者が単一のセラピストに感情的に執着するのを防ぎ、行き詰まりを回避または解消します。逆転移反応は最小限に抑えられます。セラピストの役割とモデルの数の柔軟性が向上します。2 人のセラピストが独立して同意すると、患者はより感銘を受けたり、安心したりします。患者はまた、セラピスト間の意見の相違を観察する経験から恩恵を受ける可能性があり、人々は面子を失わずに意見の相違があり得ることを学ぶ可能性があります。

複数のセラピーを行うことで、学習を促進する雰囲気生まれます。治療上の行き詰まりや依存の問題はより簡単に解決されます。これらには、自己責任、セラピスト転移反応、および終了が含まれます。治療者と患者が意気投合しなかった場合でも、患者は治療上の犠牲者にはならず、単に 2 番目の治療者に転送されるだけです。

1920 年代半ば、Dreikurs (1959) は個人診療所でグループ療法を開始しました。この応用は、人々の問題は常に社会問題であるというアドラーの公理からの自然な進化でした。グループセラピーは、アドラー派の間でかなりの支持者がいます。アドラー療法療法家の中には、実際的な理由 (例えば、料金、治療する患者数の多さなど) から、または人間の問題は集団の社会的状況の中で最も効果的に処理されると信じているため、グループセラピーを選択の方法とみなしている人もいます。個人療法への導入として、または患者を集中的な個人精神療法から離脱させるために、グループ療法を使用する人もいます。多くの療法士は、この組み合わせが治療効果を最大化するとの信念のもと、個人とグループの精神療法を組み合わせています (Papanek, 1954、1956)。さらに別のセラピストは、グループが特定の選択された問題の解決を支援したり、特定の種類の集団を支援したりすることを視覚化します。アドラーリアンの間では、共同療法士グループが非常に一般的です。

集団治療の派生として、イギリスのアドラー主義者ジョシュア・ビアラーが始めた精神病院の治療的社交クラブがあります。これらのクラブは、すべて患者の社会復帰を促進しようとする点で、エイブラハム・ロウの回復グループ (Low, 1952年) やハーフハウスと表面的な類似点を持っていますが、セラピー・ソーシャル・クラブは、人生の「治療的」側面ではなく「社会的」側面を強調しています。、「病氣」モデルではなく「健康」モデルを採用します。

サイコドラマは、アドラー主義者によって、時には別個の治療法として、時には別の治療法と組み合わせて使用されてきました (Starr, 1977)。

結婚カウンセリングはアドラーの活動において顕著な位置を占めています。アドラー派は時代の流れに反抗し、夫婦を別々の個人としてではなく一体として扱うことを好みました。たった 1 人の仲間を「治療」する

ことは、演劇の会話を半分しか持たないことにたとえられるかもしれませんが。カップルが一緒にいるのを見ることは、彼らが個人的な問題ではなく共同の関係に問題を抱えていることを示唆しており、これらの問題の解決に向けた共同の努力を促します。カウンセラーは彼らのやりとりを観察し、説明することができます (Mozdzierz & Lottman, 1973; Pew & Pew, 1972)。夫婦グループセラピー (Deutsch, 1967) と夫婦研究グループは、結婚カウンセリングを実施するためのもう 2 つの環境です。フィリップスとコルシーニ (1982 年) およびディンクマイヤーとカールソン (1989 年) は、結婚生活で問題を抱えている既婚者が使用できるように設計された自己啓発本を執筆しました。

1920 年代初頭、アドラーはウィーンの学校管理者に児童指導センターを設立するよう説得しました。社会集団は治療の主な手段であった (アドラー、1963a; アレクサンドラ・アドラー、1951; サイドラーとジラヒ、1949)。ドライクルスは、この情報を親や教師に広めるために、数冊の人気の本と多くの記事 (ドライクルス、1948 年、ドライクルスとグレイ、1968 年、ドライクルスとソルツ、1964 年) を執筆しており、現在では何千人もの親が研究グループに登録しており、そこで補足情報を入手しています。子育て。

学校におけるアドラーの予防法は、教育者やスクールカウンセラーによって採用され、個々のクラスや学校、そしてあるケースでは学校システム全体で使用されました (Mosak, 1971)。この方法はもともとウィーンの個人心理実験学校で適用され (Birnbaum, 1935; Spiel, 1962)、この国でも詳しく説明されました (Corsini, 1977, 1979; Dinkmeyer & Dreikurs, 1963; Dreikurs, 1968, 1972; Dreikurs)、グルンワルド、ペッパー、1982年; グルンワルド、1954年)。

より広範な社会問題に関して、ドライクルスは人生の最後の部分を個人間および集団間の紛争解決の問題に捧げました。この作品の多くはイスラエルで行われたが、報道されていない。アメリカ心理学会の元会長であるケネス・クラークは、ハリー・イーラム (1969a, 1969b) やジャクリーン・ブラウン (1976) と同様に、アフリカ系アメリカ人の問題の研究と解決策の提案にキャリアの多くを捧げてきました。

設定

アドレリアンは、開業医のオフィス、病院、日帰り病院、刑務所、学校、地域プログラムなど、考えられるあらゆる環境で機能します。オフィスには特別な設備は必要ありませんが、セラピストの美的好みや施設の予算状況が反映されます。おそらく特別なプロジェクトを除いて、特別な機器は使用されません。音声録音は個人の選択の問題ですが、患者のファイルとして保存される場合もあります。

最初の面接では、セラピストは通常、(人口統計情報に加えて) 以下の種類の情報を入手します。

1. 患者は自己紹介でしたか?
2. 患者は治療に消極的ですか? 患者が消極的であり、治療を進めるには「転換」が必要である。

3. 患者は何をしに来ますか?苦しみを和らげるための治療ですか?もしそうなら、何に苦しんでいますか?新しい患者の中には、すでに自分を助けてくれたセラピストの数を公表する「スーパーマーケットの買い物客」もいます。彼らの秘密の目標は完璧になることです。そのような患者の架空の目標が明らかにされない限り、今日のセラピストは、患者が次に話すことになる多くのセラピストのうちの最新のセラピストである可能性があります。

4. 患者は治療に対して何を期待していますか?

5. 患者は結果について何を期待していますか?完璧?失敗?解決策

性格に大きな変化はなく、特定の問題に対して対処できるでしょうか?即効治療?

6. 心理療法における患者の目標は何ですか?私たちは、良くなる、自分自身について学ぶ、より良い配偶者や親になる、新しい人生哲学を獲得するという明言された目標と、病気のままでいる、他人を罰する、セラピストを打ち負かし、セラピーを妨害するという言語化されていない目標を区別しなければなりません。善意を変えずに持ち続けること。

患者は、人生の有益な面で生きる勇気が足りず、セラピストが自分をその方向に誘導するのではないかと恐れるため、セラピストを貶めたり打ち負かしたりするために抵抗することもあります。このような逃避方法の強化は、治療の終了段階で最も顕著になる可能性があります。このとき、患者は、セラピストのサポートなしでは、すぐに現実的な人生の課題に直面しなければならないと認識します。

テスト

アドラー療法の教育的方向性を考慮して、アドラー派では定期的な身体検査は必要ありません。それにもかかわらず、多くの患者は生理学的問題を抱えており、アドラーリアンはこれらの問題の存在に敏感になるように訓練されています。そのような問題を疑うセラピストは、身体検査を紹介します。

心理テストの問題については、アドラー派の意見が分かれています。ほとんどのアドラー主義者は、保険フォームへの記入などの治療以外の目的を除いて、疾患学的診断を避けます。ラベルは個人の動きを無視した静的な記述です。それらは、その人が何を持っているかを説明しますが、その人が人生をどのように歩むかについては説明しません。

レギーネ・ザイドラーは、いわゆる客観的テストよりも射影的テストを信頼しており、後者は実際には主観的テストであると主張した。なぜなら、「与えられたテストに対する各個人の主観的な態度が必然的にテストを非客観的にしてしまうからである」(1967, p) 4)。彼女にとって、客観的なテストは、テストで測定されるとされるものを測定するものとしてよりも、受験態度を測定するものとして有用でした。

初期の回想はアドラー主義者にとってテストとして機能し、ライフスタイルの評価に役立ちます。Mosak & DiPietro (2006) はそれらを解釈するためのマニュアルを出版しました。若いアドラー派は、診断目的や患者の治療のために、多くの従来型の検査といくつかの型破りな検査を採用しています。

BASIS-A インベントリ (Wheeler, Kern, & Curlette, 1993 年) は、より正式には対人成功のための基本アドラー尺度として知られており、アドラー原理に基づいた 65 項目のテストです。これは、社会的利益への所属、同調する、責任を負う、承認を求める、用心深いという 5 つの側面に沿って個人を測定します。さらに、性格像を完成させるのに役立つ 5 つのサポート尺度があります。それは、「厳しさ」、「資格」、「みんなに好かれる」、「完璧を目指す」、「柔らかさ」です。この機器は数十の研究で使用されており (Kern, Gormley, および Curlette, 2008)、伝統的な訓練を受けた臨床医が一般的に使用するライフスタイル評価手順を補足するために広く使用されるようになりました。

セラピスト

アドラー療法士は、真の意味で共有し、思いやりのある人であることが理想です。ヘレンとエルンスト・パパンックはこう書いています。

セラピストも積極的に参加しております。明確に定義された「役割」を演じることなく、彼は患者に対して温かさや真の関心を示し、特に変化と改善への欲求を奨励します。この関係自体に目的があります。それは、患者が自分自身を助けることです。(1961 年、117 ページ)

アドラー療法士は、感情や意見を自由に持ち、それを表現することができます。このような自発的な表現により、患者はセラピストを人間として見ることができます。治療者が間違いを犯した場合、彼らは間違いを犯しますが、患者はこの経験から不完全であることへの勇気を学ぶかもしれません(Lazarsfeld, 1966)。この経験は治療を促進する可能性もあります。

セラピストは、自分自身の価値の評価をセラピーに注入してはなりません。むしろ、名誉を気にせず、成功に浮かれたり、失敗に落胆したりせずに、治療の仕事をしなければなりません。そうしないと、治療時間ごとに、あるいは同じ時間内でもゴムボールのように弾む可能性があります。セラピストの価値は外的要因ではなく、自己の中にあるものによって決まります。セラピストは自己指向ではなくタスク指向です。

セラピストは自分自身を人間として明らかにします。匿名のセラピストという概念は、アドラー心理学には馴染みのないものです。このような役割は、治療者と患者の間の社会的距離を増大させ、平等な人間関係の確立を妨げることになる。「匿名のセラピスト」の役割は、転移関係の確立を促進するために作成されました。アドラー派はフロイトが定式化した転移概念を拒否するため、そのような姿勢を維持することは、有害ではないにしても、関係には無関係です。Dreikurs (1961) は、治療関係に悪影響を与える可能性があるため、患者に近づきすぎないという治療者の間で蔓延している態度を嘆いた。Shulman (Wexberg, 1929/1970, p. 88) は、セラピストの役割を「助けてくれる友人」の役割と定義しています。自己啓示は、セラピストが

安心感を持ち、他者とくつつろぎ、人間的で間違いを犯しやすいことを恐れず、したがって患者の評価、批判、敵意を恐れないときにのみ起こります（ロジャーズの「一致」と比較してください）。

アドラー療法士は判断力があるのでしょうか？ある意味、すべてのセラピストは、セラピーが何らかの価値指向に基づいているという点で判断的です。つまり、特定の行動が他の行動よりも優れている、特定の目標が他の目標よりも優れている、ある人格の組織が別の形態の組織よりも優れているという信念です。しかし、アドラー的介入の2つの基本原則が思いやりと励ましであることを考えると、批判的または批判的な態度は避けるのが最善です。

患者の問題

セラピストが患者を好まない場合、セラピストがどのような説得をしても問題が生じます (Fromm-Reichman, 1949)。セラピストの中には、そのような患者を単に受け入れない人もいます。さらに、そのような否定的な感情を抱くべきではない（または克服する必要がある）と考え、そのために患者の治療を受け入れる人もいます。これにより、参加者双方が「苦しむ」ことになることがよくあります。嫌いな患者に対して「無条件の肯定的な配慮」を持つのは難しいようです。アドラーリアンは、他のセラピストと同じようにこの状況に対処します。

誘惑の問題は、他の患者の問題と同様に扱われます。安心感のあるセラピストは、怯えたり、パニックになったり、屈服したりすることはありません。それでも患者の活動により治療を継続できない場合は、患者を別の治療家に紹介することがあります。お世辞の問題はある意味似ており、他の場所でも議論されています (Berne, 1964; Mosak & Gushurst, 1971)。

自殺の脅しは常に真剣に受け止められます (Ansbacher, 1961, 1969)。しかし、アルフレッド・アドラーは、私たちの目標は「患者の手から武器を叩き落とすこと」であり、そうすることで患者が私たちを無防備にしたり、脅迫で意のままに脅したりすることができないようにすると警告した。一例として、彼は次のように回想します。「ある患者が、笑いながら私にこう尋ねました。『あなたの治療中に命を絶った人はいますか？』私は彼にこう答えました、「まだですけど、いつでもそうなる準備はできています」 (Ansbacher & Ansbacher, 1956, pp. 338-339)。カート・アドラーは、自殺の脅迫には「人々に対する根底にある怒り」があると仮定しており、この復讐の目的は明らかにされなければならないと信じている。彼は次のように「患者の手から武器を叩き落とした」。

患者たちは、新聞で患者の自殺を読んだらどう感じるかという質問で私を試してきました。私は、ニュースに飢えている記者が警察のプロッターからそのようなものを拾う可能性はあると答えました。しかし、翌日にはその紙はすでに古くなっており、隅っこで紙の上に足を上げて自殺予告を尊重するのはおそらく犬だけでしょう。(1961年、66ページ)

Alexandra Adler (1943)、Lazarsfeld (1952)、Pelzman (1952)、Boldt (1994)、および Zborowski (1997) は、この章の範囲を超える問題について議論しています。

証拠

ごく最近まで、アドラー派のグループからはほとんど研究が行われていませんでした。ほとんどのヨーロッパの臨床医と同様に、ヨーロッパのアドラー主義者も統計的手法に基づいた研究に懐疑的でした。複雑な要因は、アドラー主義者が依存していた慣用法（ケースメソッド）のアプローチでした。現在でも、統計学者は、表意文字研究のための適切で洗練された方法を開発していません。この研究方法は因果関係の研究には適していたが、アドラー主義者は、原因は遡及的に帰属される（したがって議論できる）だけであり、人間の理解にはほとんど貢献しないと考え、因果論を拒否した。

アドラー心理学に関する最も頻りに引用される研究は、非アドラー心理学によって実施されました。Fred Fiedler (1950) は、精神分析療法、非指示療法、およびアドラー療法における治療関係を比較しました。彼は、同じ学派内の専門家セラピストとそうでないセラピストの間よりも、3つの学派の専門家によって築かれた治療関係の間に、より大きな類似性があることを発見しました。Crandall (1981) は、アドラーの構造に関する最初の大規模な調査を発表しました。クランドールは、社会的関心尺度を使用して、社会的関心と、人間性、利他主義、信頼性、好感度、適応と幸福のいくつかの尺度に関する楽観主義との間に正の相関関係があることを発見しました。社会的利益はさまざまな方法で定義されているため (Bickhard & Ford, 1976; Crandall, 1981; Edgar, 1975; Kazan, 1978; Mosak, 1991)、彼の研究はこの概念の理解に貴重な貢献を示しています。

シカゴ大学の（ロジェリアン）カウンセリングセンターとシカゴのアルフレッド・アドラー研究所が実施した共同研究では、心理療法における時間制限の影響が調査されました (Shlien, Mosak, および Dreikurs, 1962)。両グループのセラピストの患者には 20 回の面接が行われ、両グループ間および 2 つの対照グループと比較されました。研究者らは自己理想相関関係の変化を報告した。これらの相関関係は大幅に改善され、この測定によれば、時間制限付き治療は「効果的であるだけでなく、時間無制限の治療よりも 2 倍効率的であると言えるかもしれない」(p. 33)ことが示唆されています。

両方の実験グループにおけるこれらの患者の追跡調査では、1年後も利益が維持されていることが示されました。

家族星座に関する研究の多くは非アドラー星人によって行われてきました。Charles Miley (1969) と Lucille Forer (1977) はこの文献の参考文献を編纂しました。報告された結果は矛盾している。おそらく、非アドラー主義者は出生順を序列的な位置の問題として扱い、アドラー主義者は出生順を心理的位置の観点から考慮するためである (Mosak, 1972)。Walter Toman (1970) は、家族の星座に関する多くの研究でこの違いを認識しました。

Ansbacher (1946) と Mosak (1958) も、初期の回想の解釈に対するフロイト的アプローチとアドラー的アプローチを区別しました。Robin Gushurst (1971) は、あるクラスの回想を解釈して採点するためのマニュアルを提供しています。彼の信頼性研究は、裁判官が初期の回想データを裁判官間の高い信頼性で解釈できることを実証しています。彼はまた、人生の目標が初期の回想データから特定される可能性があるという仮説を

調査するために 3 つの妥当性研究を実施し、3 つの実験グループのうち 2 つでこれを実行できることを発見しました。フィードラーが異なる方向性のセラピストを比較したのに対し、ハイネ（1953）はアドラー療法、フロイト療法、ロジェリアン療法における患者の経験報告を比較しました。Taylor（1975）は、いくつかの初期回想の妥当性研究について優れたレビューを書いています。

アドラー心理学は、間違いなくさらなる研究から恩恵を受けるでしょう。ヨーロッパからアメリカへの拠点の移動、近年のアドラー学派の加速的な成長、より多くのアメリカで訓練されたアドラー派の学術現場への導入、そして表意文字に適した新しい研究戦略の開発により、データによると、研究活動へのアドラー主義者の統合が増えています。これらの活動の概要は、Watkins（1982、1983）および Watkins and Guarnaccia（1999）の記事に記載されています。

Westen、Novotny、および Thompson-Brenner（2004）は最近、多くの理由から、経験的に裏付けられた治療法を重視するのは見当違いであると主張しました。とりわけ、EST の支持者は、経験に基づいた治療法と呼ばれるものを提唱しています。この変更は単なる用語にとどまりません。彼らは、経験的に裏付けられた治療法そのものを提唱するのではなく、方向性に関係なく、臨床医がさまざまな治療法に使用できる技術を調査することを提唱しています。これが行われる場合、Mosak and Maniaci（1998）などの書籍は、さまざまな状況で調査できるさまざまなテクニック（つまり、戦術）を提供するのに役立つでしょう。Westen、Novotny、Thompson-Brenner が論じているように、もし技術が経験的に裏付けられていれば、たとえ理論そのものが裏付けられていなかったとしても、治療法は経験に基づいた情報を得ることになるでしょう。さらに、彼らは単に症状や行動ではなく、患者の性格パターンに合わせて治療をより具体的に調整することを主張しており、この点はアドラー流のライフスタイル概念によって長年強調されてきました。

Kern、Gormley、Curlett（2008）は、（2000 年から 2006 年まで）幅広い問題にわたる 40 以上の研究研究でアドラーベースの機器である BASIS-A を使用した研究結果の貴重な要約を発表しました。性格の棚卸しが広く利用され続けるにつれて、より多くの研究が期待されており、研究の重要性が見落とされていたかつては残念ではあったがアドラー心理学に共通した傾向が逆転することになる。同様に、Eckstein と Kern（2002）は、250 以上の異なる研究を引用しながら、出生順の研究に特に重点を置いて、アドラー心理学の研究を要約しました。

多文化世界における心理療法

心理療法は対人取引です。特にアドラー派にとって、それはセラピストの世界とクライアントの世界という 2 つの世界の出会いを伴います。この会議には敬意と機転の両方が必要です。

多文化の世界では、心理療法は押し付けがましいものとして認識される可能性があります。このような認識の理由の 1 つは、クライアントの世界観に対するセラピストの鈍感さです。しかし、アドラー主義者はこのジレンマに対する答えを持っています。それはライフスタイルの評価です。家族の力関係、価値観、相互作用、発達の社会的、学術的、宗教的要因など、初期の家族の状況について尋ねるプロセスを通じて、アドラー主義者は個人の発達の詳細にすぐに敏感になります。実際、ライフスタイルの評価プロセスは通常、クライアン

トがセラピストに自分の文化について教える多文化主義の簡単なコースです。多数のライフスタイル評価の過程で、著者はいくつかの国（中国、ガーナ、アイルランド、イラク、イラン、イスラエル、南アフリカ、タイ、日本、イタリア、コロンビア、イギリス、フランス、トルコ、ドイツ）、クライアントは私たちセラピストにとって、自分の成長の重要な要素についてのインストラクターとしての役割を果たしてきました。ライフスタイル評価は文化間の架け橋としての役割を果たしました。

事例

背景

患者はウィーン生まれの53歳の男性で、17歳の時からほぼ継続的に米国内および国外のフロイト派精神分析医の治療を受けていた。精神安定剤の出現により、彼は自分の精神状態を変えた。薬物と心理療法を組み合わせ、最後には薬物だけで彼を治療した精神科医への忠誠。彼がアドラー療法を受け始めたとき、彼は以前のセラピストによってアヘン誘導體とソラジンの投与を受けていました。彼は以前のセラピストに私たちを受診する決断をしたことを伝えておらず、また、以前のセラピストからまだ薬をもらっていることも私たちに伝えませんでした。

患者の「病気」が私たちの通常の手順に従うことを妨げたという意味で、治療プロセスは典型的ではありませんでした。長年にわたってセラピーの知識を身につけてきた彼は、セラピーを運営するための努力に創造力を注ぎ込みました。協力的な取り組みは事実上不可能でした。従来用語では、共同療法士、Drs. A と B は、患者の抵抗と「転移」に対処するのに手一杯でした。

問題

患者が治療に入ったとき、彼は起き上がることができないほど衰弱していたので、ベッドでほとんどの時間をそこで過ごしていました。妻が常に側にいなければ、彼はパニックになってしまうだろう。ある時、彼女は友人に勧められて一人でオペラに観に行っただけで、患者は彼女に楽しい時間を過ごしてほしいと言い、「あなたが戻ってきたら、私は死んでいるでしょう」と言いました。彼の秘書は、成功したビジネスを遂行することを強制され、誰もが「皇帝への奉仕」を強制されました。この奉仕の代償として、うつ病、強迫行為、恐怖症（特に広場恐怖症）という形での激しい苦しみが生じました。社会世界からの離婚、身体症状、身体障害者。

処理

患者は医師らによる複数回の心理療法を受けていた。A と B ですが、両方のセラピストは各面接に同席していませんでした。患者には別の当面の目標があったため、私たちはライフスタイルの評価を省略しました。患者の態度から、おそらく彼は甘やかされた子供として育てられ、世界を圧制し、人生の課題から免除されるために「病気」を利用しているように思えた。もしこれらの推測が正しければ、彼は「病気」のままでいようとし、薬物をやめるのに抵抗し、セラピストに特別な配慮を要求するだろうと我々は予想した。治療戦略の一環として、セラピストらは彼から投薬を断ち、特別な注意を払わず、彼に操られないようにすることを決定し

た。彼が 30 年以上にわたって分析を受けてきたことを考えると、セラピストたちは、彼ならおそらく彼らよりも優れた問題分析を行うことができるだろうと考えました。このため、解釈は最小限に抑えられました。治療計画は、解釈的なアプローチではなく、戦術的かつ戦略的なアプローチを想定していました。

治療の初期部分に関するセラピストのメモからの一部の抜粋が以下に続きます。

3月8日

B 医師は生活情報を収集したいと考えましたが、患者はすぐにやめたいと訴えました。彼は、以前のセラピストである C 博士が彼に対して異なる対応をしたと語った。セラピストBはあまりにも非人間的でした。「自宅の電話番号も教えてくれませんか。あなたは私の病気に感心していません。あなたの治療には意味がありますが、役に立ちません。何も役に立ちません。C 医師のところに戻って、病院に入れてもらえるように頼んでみます。彼は私にアドバイスをくれたのに、何をすべきか教えてくれないあなたはとても残酷です。」

3月19日

比較的穏やか。B と C 博士を比較します。その後、B と A を比較します。B は、前の人の強さを尊敬しているため、C 博士よりも好意を持っています。A よりも B を好むのは、後者を混乱させることはできるが、前者はできないからである。トークの中心は、他人を圧倒するために弱さを利用する彼の話です。

3月22日

電話で入院する必要があるとのこと。妻は彼のもとを去り[虚偽]、秘書も彼のもとを去った[彼女は昼食に行っていたことが判明]。B は彼に会いに彼のオフィスに来ますか? B は彼に、B のオフィスでの約束を守るように頼みます。患者たちはオフィスの混乱について争う。「水と血の汗をかいています。」B が落ち着いていると、患者はソラジンのボトルを取り出し、全部飲むと脅しました。次に彼はラジエーターに登り、窓(17階)を開けて飛び退き、「いや、高すぎます」と言った。「あなたは私を助けてくれませんか。なぜ注射ができないのですか?」それから彼は、B が心を落ち着かせる影響力があることを B に伝えます。「一日中あなたと一緒に過ごせたらいいのに。」B は患者に静かに話し、患者は静かに話します。患者は今週末何をすべきかアドバイスを求めています。B は反暗示を与え、できるだけ心配するように言いました。彼は驚き、それを「悪いアドバイス」として却下しました。

3月29日

3月26日にBが体調を崩したため、患者はAを診察した。「無駄だった」。もう国立病院の心配はありません。彼は先週酔ったので、今度はダメ男になってしまうと思っている。彼の秘書は彼に注意を与えたが、彼は「虐待を受けることによって彼女を引き留めたいと考えている。彼女が私にするように上司を扱う人は誰もいない」。先週はベッドから起きて仕事をしました。売りに出たが「みんなに断られた」。B が自分の方が良

くなったように見えると示すと、彼は悪化していると主張します。Bがその方法を尋ねると、彼は逆説的に「今週、競合他社に勝ちました」と答えました。

4月2日

喉に指を突っ込んで嘔吐を促す癖がある。今日出社したらそうするぞと脅す。Bは患者に、自分の行為の論理的な結果、つまり始末しなければならないことについて話します。患者は指を引っ込めます。「もしあなたが私を放っておいてくれたら、すぐに眠ってしまうでしょう。」Bは彼を放っておきます。患者は怒って「なぜ私を寝かせるのですか？」と言いました。

4月9日

電話セラピストにも弱すぎる。もし妻が旅行に行ったら、彼は自殺するだろう。食べなさい、寝なさい、起きなさいと誰からも指示されずに、どうやって彼は生きていけるのでしょうか？「私がしているのは嘔吐と睡眠だけです。」Bさんは、自分が母親や妹にしたのと同じように、妻にも圧政をしているのではないかと示唆しています。彼は窓を開けて「飛び降りてもいいですか？」と尋ねました。Bはこれが深刻な脅迫ではなく、脅迫の試みであることを認識し、「勝手にしろ」と答えました。患者は窓を閉め、「あなたも気にしてないよ」と責める。次回Aに会えるか尋ねると、答えを得る前に「とにかく会いたくない」と言う。これに「州立病院に行きたいのですが、個室を用意してもらえますか？」と続きます。インタビューの終わりに、彼はひざまずいてすすり泣きました。「助けてください！私が人間になれるように助けてください。」

4月12日

入ってきて膝をつき、セラピストの膝を包み込み、「助けて！」と泣き叫ぶ。とても落ち込んでいます。Bさんはアドラーに、誰かを喜ばせるようなことを毎日1つだけするようにと提案しました。止まります。

4月15日

今週末は楽しいことを何もしませんでした。しかし、彼は妻とトランプをしました。彼女をドライブに連れて行った。妻との「久しぶり」のセックス。Bは励ましを与えた後、「楽しい」暗示を繰り返します。彼にはそれができない。1時間ずっと穏やか。妻からは治療を中止するように言われたという。調べてみると、彼女は正確にはそうは言っていないが、「あなたに任せます」と言っていたという。

4月19日

Bが忘れ物をしたため、オフィスまで同行してもらいたいと考えています。今週は勤務時間を短くし、来週は勤務時間を長くしたいと考えています。「博士。Cさん、やらせてください。」Bが断ると、「先生、もうあなたをどう扱ってよいかわかりません。」と不平を言います。

4月23日

自殺は考えられないでしょう。「もしかしたら、私にはマゾヒスティックな生きたい願望があるのかもしれない」 B は、人生に対して怒っているに違いないと示唆しています。彼は、幼児になって自分の欲求をすべて満たしたいと答えました。世界は大きな胸であるべきであり、彼は吸わなくても酒を飲めるはずである[おそらく彼が精神分析で受け取った解釈]。昨日、彼は街全体を破壊するという幻想を抱いた。

今週末、彼は妻の庭仕事を手伝いました。彼は週末の提案を求めます。B と患者は「はい、でも」と遊びます。B は、患者にゲームを指摘するために意図的にそうしています (Berne の「Why don't you . . . ? Yes but」 [1964] 参照)。その後、患者は粘土モデリングの可能性を志願します。B は、患者が形作られ、操作され、「暴力的」になる可能性があるという点で、これが良い選択である可能性があることを示しています。

4月29日

先週誕生日を迎えたので、新年に向けて心機一転しようと決心しましたが、そうしませんでした。「助けて、助けて」と叫びます。B. 「夏の別荘に来るのにいくらかかりますか? とても具合が悪くて、血を吐いてしまいました。」 B が、そんなに具合が悪いなら入院したほうがいいのかもしいと彼に言うと、彼は微笑んで「お金のためなら出てくるでしょう」と言いました。B と患者は、B に対する態度と彼の父親に対する態度について話します。おそらく患者はどちらも支配することができなかつたため、両方を軽視している。

5月1日

彼は通りを歩くのが怖かったので、今日は行けるとは思わなかった。一晩中眠れませんでした。とても興奮していて、とても動揺しています[彼は落ち着いているようです]。おそらく彼は入院するべきでしょうが、その場合彼のビジネスはどうなるのでしょうか?

「私たちは永遠にここに座っていてもいいのに、あなたが私に言うのは粘土を手に入れることだけです。なぜ私に薬かアドバイスをくれませんか?」 B は、彼が打ち負かしたセラピストや治療の数が証明しているように、患者はどんな薬よりもはるかに強いと指摘しました。

彼は自分が世界と歩調を合わせていないと言います。B は、患者が世界を自分に合わせることを望んでいるという A の以前の解釈を繰り返し、続いて全能になりたいという願望、つまり、その願望が彼を弱く感じさせ、同時に自分の弱さの感情を補うものであると述べています。彼はこう断言する。「私が休暇を取れるように、シカゴ全体が静止すべきだ。警察は仕事に行きたい人に銃を突きつけて止めるべきだ。でも、したくないんです。もう何もしたくない。「給料は欲しいけど働きたくない」 Bさんは「できない」から「働きたくない」へのシフトについて発言、患者は認めてこう言う。別の約束をしたほうがいいでしょうか?」 B は決定を彼に言い返し、彼は約束を取り付けます。

5月6日

「私は最期を迎え、恐怖で死ぬことになる[症状を列挙する]。今朝の5時から、私はとても親切な人々を殺し、彼らを殺し、私は感電死する。そして私の秘書と妻はそうなるかもしれない」もう我慢して、私を州立病院に連れて行ってください。私は気が狂いました、あなたは私を助けてくれません。今日は秘書を呼びに2回行きましたが、女の子たちは私が規則に違反していないことを知っていました[彼は頻繁に「忘れる」]ので、あなたが来る前に上げました。今日において。” Bさんは、自分が「おかしくなった」場合には州立病院が適切かもしれないということに同意します。「そうになったら、妻は私と離婚するでしょう。ひどいことです。そこにはバーがあります。私は行きません。私はまだそれほど悪くありません。何というか、先週出かけて大売り出しをしました！」 Bさんは、自分の恐怖心や強迫観念を「練習する」ことを提案しています。

5月8日

彼の家族の星座をまとめた A と B が見ました。得られた情報が乏しいため、非常に暫定的に行われました。

5月13日

症状について訴えます。彼は妻を映画に連れて行ったが、「動揺しすぎて見るができなかった」。彼はかき集めを手伝いました。症状が戻り、ソラジンを懇願する。「ソラジンなしではどうやって生きていけばいいの？」 B は、生き方について話し合うべきだと提案します。彼は「あなたの静かな声で私を狂わせるでしょう」と叫びました。B は尋ねます、「あなたのお父さんがしたように、私に怒鳴りつけてはいかがですか？」「もうあなたとは話さないよ。」「リーバー・ゴット、私の中の悪から私を解放してくれた。」皆に助けを求めて祈ります。B は「自分で助けを求めたことはありますか？」と反論し、患者は「私には力がない。泣きそうになった。」と答えた。叫ぶこともできた。体力がないんです。吐かせてください。」

5月15日

ソラジンに、さもなければ心臓発作を起こすと要求する。B は将来の自伝をリクエストします。「何も予想していません」と答え、ソラジンの質問に戻ります。B は、ソラジンをやめたことが彼の本当の功績であると指摘しています。患者は苦しみの代償について語る。Bさんは、これによってさらに大きな成果が得られると指摘しています。患者はその考えをしつし受け入れます。B は、患者は苦しみ続けたいが薬は飲みたいので、彼らの目的は矛盾していると指摘しました。Bさんの目標は、苦しみを止めてもらうことです。「錠剤が欲しいです。」 Bさんは粘土を提供します。「粘土の上でクソだ。」

5月20日

ソラジンが必要です。殺人的で自己去勢的な幻想を抱いています。Aさんは医学について何も知らないと伝えます。C博士はそうしました。彼をドクターCのところに戻させてはどうでしょうか？ Aさんは患者を連れて

部屋を出ます。3～4分後、患者は戻ってきて「これを治療と呼ぶのですか？」と不満を言いました。A医師は患者の「自分の思い通りにしたい」という要求を指摘する。彼は大きくなりたいと思っているが、それができるとは思っていない小さな男の子です。彼は甘やかされた暴君だ。Aはまた、妹と一緒にベッドに横たわって「皇帝と皇后」をするという患者の子供時代のお気に入りの遊びにも言及している。

患者は自分自身の生来の悪さを指摘する。Aさんはそれを作ったのは彼だと指摘する。患者は敵意と殺人について語る。Aさんは彼の表情を自分の悪い行いを誇りに思っていると解釈した。患者はレターオープナーを手に取り、震え、もう一方の手で手を握るが、震えは続く。Aは、これは善と悪の見せかけの戦いであり、自分がどう行動するかは自分で決めることができると告げる。

彼はこの週末、少しの間粘土をこねた。

5月22日

先週末、彼は芝刈りをし、読書をしようとしたが、「緊張している。人間のように話しているが、本当は人間ではない」と語った。生の喉。咽頭がんの可能性があるのでないかと心配です。その結果、喉に指を突っ込んで吐くのをやめました。「人間らしい」という以前に表現されたアイデアについての議論。嵐の中をボートに乗るというファンタジー。Aが群衆から称賛され、ファンタジーの中で忍耐強くBに尋ねるファンタジー。「Aが注目を集めることには慣れていますか？」妻と秘書について不平を言い、どちらももはや圧制を許さない。

6月3日

マジシャンになってホワイトハウスで信じられないような偉業を達成するというファンタジーを連想させます。彼は大統領に結婚生活が幸せかどうか尋ね、大統領の指輪を製作した。素敵な週末。彼の主導で妻と愛し合った。しぶしぶ楽しんでいることを認めます。

6月10日

「今週は妻を無視しました。」それでも彼は主導権を握り、彼らは再びセックスをしました。二人とも楽しんでいましたが、彼はセックスが心臓に負担をかけると雑誌で読んだため怖がっていた。仕事中の秘書が怒っている。彼女が物事を確認した後、彼は再確認します。今日、彼はもうそんなことはしないと神に誓った。彼はあと1回だけ確認します。業務を改善するためのいくつかの計画の概要を説明します。「しかし、私にはその力がありません。」体調が悪く、お金を払う余裕がないため、面接を週に1回に減らしたいと考えています。Bは、セッションの数を減らしたければ、おそらく改善しているのではないかと提案しています。患者は週に2回のセッションを拒否し、同意します。

6月24日

恐怖について話します。Bさんは来週休暇を取るつもりだと彼に言いました。以前は耐えられないほど動揺していると主張していたが、彼はそれを冷静に受け入れている。患者はBに「あなたは私に多大な影響力を持っている」と嘔吐とマスターベーションをやめたと告げ、Bは患者が自分で決めたことだと言って励ます。

9月4日

[患者は「素晴らしい」休暇に出ていたため、8月中は受診しなかった。]かかりつけの医師が処方した穏やかな精神安定剤を時折使用する以外は、すべての薬を中止した。再び集中して読むことができます。強迫的な反芻を放棄しました。彼と彼の秘書は喧嘩もせず仲良くやっていますが、彼女は彼のことを好きではありません。彼はオフィスでは時間厳守です。彼と妻は仲が良い。彼は彼女に対してもっと思いやりを持っています。どちらも性的には満足しています。

B と患者の治療計画。患者は、できるところまで行ってしまったと感じ、抵抗を示します。結局のところ、ある精神分析医は、自分には絶望的でロボットミ手術を勧めたと述べたので、これは顕著な改善でした。Bさんもこれに同意し、もし患者が絶望的だと思っていたら治療は受けなかったし、今は治療継続を勧めることもないだろうと患者に伝えました。「どんな治療ですか？」Bは、外部の手段(例:薬、ロボットミ手術)は役に立たない、彼の救いは内側から来る、人生を破壊的に(そして自己破壊的に)生きるか建設的に生きるかを選択できる、と彼に告げます。彼は、4週間は毎週、その後は隔週で来ることを提案しています。Bさんはその申し出を受け入れません。

9月17日

昨日から彼の症状が再発しました。動悸。

9月25日

昨日の夜、妻を夕食に連れて行きました。非常に楽しいです。ビジネスは遅れており、彼の義務は重いですが、彼は働いています。彼は後退しないように努力しなければならない。Bさんは2回の面接を予定しています。患者はAに会いたくない。それは彼を動揺させるだろう。彼もBに会うことに意味はないと思いますが、Bが主張するので…最後の面接の後、動悸はなくなりました。今日は現実的な懸念を表明し、いつもの熱狂的な態度をやめた。隔週面接希望。Bさんは毎週希望です。患者は抗議することなく受け入れます。

治療が続くにつれて、患者の症状についての議論は、現実的な懸念についての議論に取って代わられました。抵抗が弱まりました。治療に入ったとき、彼は自分が「病氣」であるために行儀が悪いのに善良な人間であると認識していました。セラピー中、彼は自分の見せかけを見抜き、自分が「悪者」であることに落ち着いた。しかし、ひとたび自分の圧制を理解し、それを受け入れることができるようになると、自分の人生をどのように生きたいのか、有益か無益か、と自問する機会が得られました。セラピストたちは一枚岩のアプローチを採用したため(Alexander & French, 1946; Mosak & Shulman, 1963)、彼の圧制の問題を解決した後、

セラピーは彼の他の「基本的な間違い」を1つずつ取り上げていきました。面談の頻度は減り、終了は双方の合意によるものとなった。

フォローアップ

まとめ

患者は症状が改善し、投薬をやめた。彼が事業に専念したところ、早期退職できるほどに事業は繁栄しました。彼は大学街に移り、そこで人生で最も好きな活動である考古学を学びました。妻との関係は改善し、二人で海外旅行に出かけた。両者の間には地理的な距離があったため、セラピストと患者はそれ以上接触することはなかった。

アドラー理論は次のように説明できます。

1. そのアプローチは社会的、目的論的、現象論的、全体論的、慣用的、そして人文主義的です。
2. その根底にある仮定は、(a) 個人は唯一無二である、(b) 個人は自己一貫性がある、(c) 個人には責任がある、(d) その個人は創造的であり、行動者であり、選択者であり、(e) 人々はソフト決定論的な方法で自分自身の行動を指示し、自分の運命をコントロールすることができます。
3. そのパーソナリティ理論は、ライフスタイル、つまり個人が保持する自己観と世界観を含む主観的な信念の体系を中心的な構成要素としています。これらの信念から、他の信念、運営方法、目標が導き出されます。その人は、これらの信念が真実であるかのように行動し、自分のライフスタイルを認識地図として使用し、環境（人生の課題）を探索し、理解し、予判断し、予測し、制御します。人間は孤立した状態では理解できず、その社会的文脈の中でのみ理解されるため、その個人を完全に理解するためには、個人と個人の人生の課題との間の相互作用が不可欠である。
4. 「精神病理学」、「精神疾患」、および類似の命名法は具体化されており、「命名と説明を混同する傾向」という名目的な誤謬を永続させている(Beach、1955)。人々は、人生の課題に取り組む勇気を全く培っていないか、悲観的な期待を抱いて、自尊心を守るために「取り決め」（回避、言い訳、余興、症状）を作り出すか、あるいは「取り決め」をする可能性があります。人々の困難は、落胆をもたらす誤った認識、学習、価値観、目標から生じているため、治療は、同等の二人が協力して教育課題に取り組む教育的または再教育的な取り組みで構成されています。伝統的な分析手法の多くは、アドラー主義者はそれらを別の方法で理解し、時には使用しますが、それらは保持されており、個人が自分自身を信じ、信頼し、愛することを学ぶように励まされます。心理療法の究極的で理想的な目標は、人々の社会的関心を解放し、人々が同じ人間となり、協力者となり、より良い社会の創造に貢献できるようにすることです。そのような患者は自己実現をしていると言える。セラピーは学ぶことなので、誰もが変わることができます。ウィーンの青少年非行指導クリニックの入り口ドアには、「遅すぎることはない」（クレマー、1947年）という碑文が掲げられていた。

アドラー心理学は実行可能な、繁栄したシステムになりました。数十年間無視されてきましたが、近年では立派な存在になりました。研修機関、専門協会、家庭教育センター、研究グループは増え続けています。アドラー主義者は研究所だけでなく大学で訓練を受けているため、より多くの著作を執筆し、研究を行っています。アドラー主義者ではない人もアドラー主義者の研究に取り組んでいます。以前は珍しかったアドラーの学位論文が、より一般的になりました。現在、アドラー人は、70年前にアドラーが提起した貧困、戦争、紛争解決、侵略、宗教、薬物乱用、社会協力といった社会問題に改めて注目するために社会に進出しつつある。ウェイが言うように、「アドラーが言うように、私たちはより協力的な個人を必要とするだけでなく、人間のニーズを満たすのに適した社会も必要となるでしょう」(1962、p. 360)。

アドラー主義者の努力を補完するのは、多くの場合、承認や認識なしに、アドラーから多額の借金をした個人やグループです。キース・スワードは、アレクサンダーとフレンチの精神分析療法（1946年）をレビューして、次のように書いています。

シカゴのグループは徹底的にアドラー主義者であるように思われる。。。。ランクとアドラーのこの一見再発見に取り組んでいるのはシカゴ精神分析研究所だけではありません。精神医学と心理学は全体として同じ方向を向いているように見えます… アドラーは他の活発なサークル、特に「ホーニー」学派の出版物で生命を吹き込まれました。(1947年、601ページ)

私たちは、フロイト派の自我心理学者、新フロイト派、実存システム、人文主義心理学、認知心理学および構成主義心理学、個人中心理論、合理的感情療法、誠実性療法、取引分析、現実療法などにアドラーの片鱗を垣間見ることができます。これは、アドラー心理学が他の心理学派に吸収されて最終的に消滅するという意味ではありません。イリノイ州ロックフォード教師開発センターのモットーにあるように、「教育は炎のようなものです。。。あなたは、それをもたらした人を損なうことなく、それを手放すことができます。」ジョセフ・ワイルダーは、『個人心理学エッセイ』（アドラーとドイツ、1959年）の序文で次のように書いています。- 適切な問題は、その人がアドラー的かどうかではなく、どの程度アドラー的であるかということであるほど、高度に論理的思考を行っている。」(p. xv)。

注釈付き参考文献

Ansbacher, H.L., Ansbacher, R. (編著)。 (1964年)。アルフレッド・アドラーの個人心理学 (第2版)。ニューヨーク: ハーパー・トーチブックス。

アドラーの著作を集めたほぼ百科事典のようなこの本には、彼の注意を引いた多種多様なトピックと彼の思考の進化の両方が示されています。本書の構成の性質上、読者は必ず序文を読む必要があります。

Carlson, J., Watts, R.E., および Maniaci, M. (2006)。アドラー療法: 理論と実践。ワシントン DC: アメリカ心理学会。

本書はアドラー心理療法に関する最新の本です。治療上の関係などのトピック。個人、カップル、グループ、家族のカウンセリングとセラピー。評価と心理テスト。人格形成についても詳しく取り上げられています。利用可能なアドラー介入ビデオのリストだけでなく、多くの更新された参考文献も含まれています。

マナスター、G.J.、コルシーニ、R.J. (1982)。個人の心理学。

イリノイ州アイタスカ : F. E. ピーコック。

これは、ルドルフ ドライクルスの 2 人の生徒によって英語で書かれたアドラー心理学の最初の教科書です。コルシーニは『Journal of Individual Psychology』の元編集者でした。

そしてマナスターが彼の後継者となった。この本は、Ansbacher および Ansbacher のテキスト (1956 年) よりもはるかに単純なスタイルで書かれており、ほぼ同じ内容を扱っています。この本は 2 つの特徴によりユニークです。これには、これまでに発表された最も完全に近いアドラー心理療法の症例概要が含まれており、アドラー心理学の分野で発表されたより重要な研究研究を要約したセクションがあります。

Mosak, H.H.、Maniaci, M. (1999)。アドラーの入門書

心理学。フィラデルフィア: ブルナー/マゼル。

マナスターとコルシーニ (1982 年) よりも新しい教科書であるこの入門書では、アドラー心理学の基本的な前提、ライフ スタイル、人生の課題、さらには心理療法、児童指導、親の教育、学校、結婚相談所、そして社会的擁護。

Mosak, H.H.、Maniaci, M. (1998)。カウンセリングにおける戦術

そして心理療法。イリノイ州アイタスカ : F. E. ピーコック。

著者らは、アドラー主義者と非アドラー主義者の両方にとって介入として機能する可能性のあるさまざまな戦術を紹介しています。これらの戦術は、「患者が… になったらどうすればよいですか？」などの質問に答えることを目的としています。さまざまな鑑別診断、励まし、対立、対抗策などが説明され、図示されています。

事例の読み取り

アドラー、A. (1929)。Rさんの場合 : 人生研究の解釈。ニューヨーク : グリーンバーグ。

アドラーは、当時であれば「精神無力症」と分類されていたであろう患者の症例研究を線形的に解釈している。患者は広場恐怖症でもある。アドラーはこの患者を治療しなかったため、治療経過は不明です。しかし、

私たちはアドラーがどのようにライフスタイルを構築しているか、また人生の課題に対する患者のアプローチを理解していることを観察することができます。

アドラー、A. (1964)。Aさんの場合：ライフスタイル診断。H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (編)、
「優位性と社会的利益」(pp. 159-190)。イリノイ州エヴァンストン：ノースウェスタン大学出版局
(1969)。[シカゴ：アルフレッド アドラー研究所とも呼ばれます。](原著は 1931 年に出版されました。)
[D. Wedding & R. J. Corsini (編) (1979) に転載。心理療法における素晴らしい事例。イリノイ州アイタス
カ：F.E. ピーコック。]

この出版物は上記の出版物と似ており、子供たちを殺すのではないかと恐れている強迫性障害の女性のケース
スタディを解釈しています。

アンスバッハー、H.L. (1966)。リー・ハーヴェイ・オズワルド：アドラー流の解釈。精神分析レビュー、
53、379-390。

ジョン・F・ケネディ暗殺者の精神力学がアドラーの視点から描かれている。

ドライカース、R. (1959)。家族カウンセリングの記録です。R. Dreikurs、R. Lowe、M. Sonstegard、R.
J. Corsini (編著)、アドラー家族カウンセリング (pp. 109-152)。オレゴン州ユージーン：オレゴン大学出
版局。

ルドルフ・ドライクルスとステファニー・ネチェレスが実施した家族カウンセリングの2つのセッションを
紹介します。

確認された患者は9歳の少年で、両親によれば怒りっぽい子供だったとのこと。

フランク、I. (1981)。新しい人生への私の飛行。個人心理学ジャーナル、37(1)、15-30。

拒食症の若い女性が、摂食問題の経過と、問題が解決するまでに受けたアドラー療法と非アドラー療法のさま
ざまな治療法について説明しています。

マナスター、G.J.、コルシーニ、R.J. (1982)。個人の心理学。イリノイ州アイタスカ：F.E. ピーコック。

第 17 章では、自分自身を矛盾し、両義的で、自己矛盾していると二元論的に認識している男性に対する一連
のセラピーの抜粋を逐語的に提供しています。

モサック、H.H. (1972)。ライフスタイル評価：家族構成に基づいたデモンストレーション。個人心理学、
28、232-247。

公開デモンストレーションで行われたライフスタイル評価の逐語的な説明が示されています。対象は、「とても」家族の中で自分だけが「あまり」ではない人間であると感じている 10 代の少女です。

Mosak, H.H., Maniacci, M. (2011). ロジャーの件。D. Wedding & R. J. Corsini (編)、サイコセラピーのケーススタディ。カリフォルニア州ベルモント: ブルックス/コール。

この章を補足するために特別に書かれたこの症例履歴は、アドラー心理療法の多くの方法、技術、原則を説明しています。症例を注意深く読むことで、学生はアドラー主義者が実際にどのように治療を進めていくのかをより深く理解できるようになります。

PDF ドキュメントを印刷するには、ツールバーの [印刷] ボタンを使用してください。