

相談活動に関する一考察（1）

藤 土 圭 三

1. 相談活動とは何か

相談活動とは、相談を引き受ける人（相談員）と相談を希望する人（来談者）とが相い話し合っ
て、来談者の問題（課題）の解決をはかろうとする臨床心理学的活動である。換言すれば、相談員
と来談者とが、相い話し合うことで、両者の間に「心理的相互交流関係」を形成し、交流関係を基
軸として、相談者と来談者が協力して、来談者の課題について、理解を深め合い、来談者と相談づ
くで、課題解決を図ろうとする臨床活動である。ある新入生がオリエンテーションやガイダンスで、
授業の取り方について説明を受けたが、聞いただけでは十分に内容理解が出来ず、受講届の提出期
日が近づいてきたのに届用紙がうまく記入が出来ないので困り、どうしようと思いながら、学内を
歩いていたところ、学生相談室が目にとまったので、＜ここで相談してみよう！＞と言う気になっ
て、ドアをノックし、「聴講届の書き方が解らないので、相談したい」旨を伝え、相談員と相談し、
聴講届の記入法を教えて貰って、期限内に聴講届を提出することができた。この様な相談活動は、
相談員にとっては、来談者の課題達成のための方法について、情報提供をすると言う形で、援助活
動を行ったことになる。この様な相談活動は、情報提供であり、来談者は情報提供を受けることで
安心し、不安と心配は減減する。結果として、来談者の表情は明るくなり、元気を取り戻し、楽し
い学園生活を過ごせるようになる。この様な相談活動を相談助言活動と言い、多くの相談活動では、
避けて通ることのできない相談活動である。

一般に、一方の人（指導者）が他方の人（来談者）の課題を解決するための働きかけ（指導活動
とも言う）と言う作業がある。教育、医療、福祉などはこの範疇に入る。相談活動もその一つであ
る。他方の人（来談者）の課題の解決に対する指導法の一つに、指示・命令法がある。この方法は、
学校や社会で、よく行われる指導法である。例えば、国語の先生が、ある単元の学習課題を子供達
に教えようとする時、その単元についての指導案を作成し、その指導案に添って、子供達に教えて
行く。ここでの指導者は指示命令者であり、子供は教えを受ける学習者である。子供が、指導者の
意に添わないような行動を取ったりすると、指導者は、その子供の行動を統制する。これに対して、
基本的には指示命令法であるが、指示命令法がより効果的に学習者である子供に浸透するようにす
るために、子供の興味や関心（場合によっては能力・適性）をよく理解して、子供の興味・関心に
添った指導法を工夫する方法である。この方法を探索法と言う。探索法は自然科学的接近法であり、
指導者が学習者の興味・関心を正確に、客観的に調査（探索）して、学習者が気持ちよく学習出来る
ような方策を工夫する。臨床医学の指導法（治療）はこの方法に類似していると言ってもよいだろ
う。これら二つの指導法に対して、第三の方法が相談法である。相談法は前述したように指導者

(相談員)と来談者が相い話し合うことで、来談者の課題を解決しようとする方法である。聴講届の書き方の相談などは、相談助言法で、これは、第一と第二の中間にある指導法(折衷法)と言えるかも知れない。相談員の来談者への対応の仕方によって、指示・命令法的になったり、探索法的になったりする。多くの相談機関では、経験豊かで、比較的年輩の相談員の方が勤務する場合がある。このような場合には、対応した相談員は成功体験があるので、来談者に対し、何時の間にか、自分の成功体験の中から構成された価値体系を押しつける場合がある。面接過程をよく聞いていると何時の間にか相談員の自慢話になったり、価値観の押しつけになっていたりする場合がある。これは相談活動にかこつけた相談助言(指示)活動である。相談助言活動が絶対にダメと言うのではなく、来談者が求めない助言をしている場合があることに注目したい。特に来談者の中には深い病理を内包しながら、表面的には具体的課題を話題にする者があることに気づかななくてはならない。来談者が気づいていない潜在的病理が改善されるような面接を展開しなくてはならない。来談者自身が気づかないままに、継続的面接を受けたいと言う気持ちになるような面接が構成される必要がある。このためには来談者の興味・関心が鼓舞されるような面接でなくてはならない。

ある学生は、4月から大学生になったばかりである。地方の高校を卒業し、都会での生活が始まった。入学式、聴講届の提出も終わり、教授の授業も一通り受けた。緊張して入居したマンション生活にも慣れてきた。マンション近くの街の状況もわかり、日用品は迷うことなく手にできるようになった。経済的管理もこなせるようになった。しかし、何か元気がなく、気持ちがすっきりしない。高校生時代のように張りつめた気持ちがなく、授業に対しても無感動、無関心で、学習意欲を失い、焦り・不安・無気力、怠惰な気持ちになった。このような感じや体験は多かれ少なかれ多くの新入生が感じる一般的現象でもある。要は程度の問題である。

彼は幼少期には問題なく成長し、学習成績のよい真面目な子として成長した。大学入学後、些細なつまづきをきっかけに、授業を休むようになり、勉学への意欲を喪失した。しかし、学業以外の日常生活は普通で、アルバイトなどは積極的で、家族には気づかれないまま、学習への無気力な生活が続けられ、単位不足で、留年となった時に保護者が気づくと言う状況となった。このような状況に陥りやすい学生の性格特徴は、強迫的であり、拒否されることに対して敏感で、自己愛的である。人のことは意に介さず、尊大な自己イメージをもっている。彼らの精神力動は、①強迫的性格に根ざすもので「全か無か」的な機制がある、②アイデンティティの混乱がある、③優勝劣敗に対して過敏で、あらかじめ劣敗が予想される事態(例えば試験など)への関与を避ける傾向がある、④友人関係が希薄である、⑤何もしないことで周囲の期待を裏切り、困らせるが、これは陰性の行動化による攻撃と解される、⑥耐えがたい不安、焦燥、抑鬱、葛藤は見られないが、その基礎には、軽いながらも自我の分裂があると考えられる(徳田完二 1992)。上記のような大学生によく見られる症状を退却神経症(withdrawal neurosis)と言うが、症状としては、無気力、無関心、無快楽である。特に日本の大学社会では、入学試験と言う厳しい関門があり、喘ぎ々、入試関門を乗り越

えてきた学生は退却神経症に罹患しないまでも、荷卸症候群に陥っている場合が多い。ここで言う荷卸症候群とは、W.Schluteが提唱した荷卸し抑うつ（Entlastungs depression）から類推的に名付けられたものであろう。「荷卸し抑うつ」とは、発病状況からみてうつ病の特殊型で、1951年、第二次世界大戦後捕虜収容所からの帰還兵が、何年にもわたる捕虜生活から釈放された直後に神経疾患（内科疾患を含む）や重篤な精神疾患、特にうつ病が多発している事実注目した。先行する過重な持続的負荷の後、ようやく荷卸しの成立した時期こそが種々の疾患を起こしやすい危険な時期であると指摘した。つまり、負荷による目的志向性緊張はうつ病の発病に抑制的に働くが、目的が達成され、負荷が軽減された時、うつ病が促進すると考えた（関口英雄 1993）。

新入生に見られる荷卸し症候群は、退却神経症とは精神機制を異にするものであろうが、類似の症状であり、鑑別診断の必要な症状である。大学受験と言う大きな負担を乗り越えた後に発生する抑うつ状態を示すものであろう。

さらに類似の症状に「燃え尽き症候群」がある。症状は抑うつ、無気力、心身症状（頭痛、めまい、不眠症）が示される。本症状は、受験を目前にして一生懸命に受験勉強に努力していた高校生や仕事本位・全力投球型の看護婦などが陥り易い症状である。本症状は1980年にニューヨークの精神分析医ハーバード・フロイデンバーガー博士が用いた用語である。燃え尽きとは、モーターが焼き切れた、電球が切れて真っ暗になった、それまで有効に燃焼していた燃料が燃え尽きたなどの意味である。つまり、燃え尽き症候群は、それまで働きがい、生きがいを感じて充実感に満ちて仕事や勉学に没頭していた人物が、何らかの理由でその生きがいを失い、突然に陥るスランプ状態である（小此木啓吾 1996）。退却神経症や荷卸症候群などは学生相談に、燃え尽き症候群は進学中心高校の教育相談室に多い来談者である。来談者の背景には、激しいストレスがあることに注目したい。自由に競争し、競い合うことは自由社会の中核的な原則であるが、そこには激しい緊張とストレスがあることに注目したい。

第三の事例として、逸脱行動についての相談活動がある。クライアントの逸脱行動は、指導者側とクライアント側の価値観の相克に負うところが大きい。

中年の女性が来談する。椅子に座るなり息を切って話始める。娘のA子が、高3の男子生徒と交際し始めて、夜は遅くなるし、長電話はするし、服装は派手になるし、親に対しては反抗的になるし、監視を強め部屋に閉じこめると、屋根伝いに外出してしまう。どうしたら、娘が友達との交際を辞めて、学校に行くようになるのでしょうかと言う。中年女性の顔には苦渋の表情が漲っている。「何とか助けてほしい、何か良い手はないだろうか？」と訴える。＜クライアントが、相談に来るかなと思ひながら、娘さんが相談に来てくれるのでしょうか＞と聞く。母親が必ず連れて来るからと言う。数日後の予約日に、母親とクライアントが来談する。クライアントは母親の心配と不安をよそに、明るい顔をしていて、元気がよい。相談が必要なのは、クライアントではなく、母親の方だ。相談員から＜二人で、話に来ませんか＞と提案する。母親は乗り気であるが、クライアントの方は

どうでもよいと言った感じである。クライアントは来談動機が低い。このために、母親をクライアントとして相談契約を結ぶ。

母親は定期的に来談しても、クライアントの行動の変化には直接には影響しないかも知れないが、相談活動によって、クライアントの価値観と行動に変化が起こるならば、逸脱行動中の女子高生の緊張が低減し、ゆとりのある生活が出来るようになり、それが女子高生の行動に変化を起こす。母親が相談員のカウンセリングを受けることで、母親自身の気持ちに変化が起きて、クライアントの気持ちに変化が起き、前ほどには男子生徒を思い焦がれなくなり、自然な交際に変化する。

別の女子高生の場合は家出相談で、両親が来談した。高校2年生のB子は両親との折り合いが悪く、家を出て下宿すると言って家出したとのこと。家を出てもすぐに下宿はできないので、友人の家を泊まり歩くと言う状況にあった。

家族は両親に兄とクライアントである。両親は共に社会的評価の高い専門職で、特に母親の職業の方が相対的に父親より評価が高い状況にある。兄は成績がよく両親の期待通りの学習・生活態度である。これに対して、クライアントの成績は両親の期待に沿わず、低水準にある。更に両親の価値観は強く、子供は自分の思い通りにならないと許せないと言う。高学歴水準にある両親の家庭にありがちなストレス状況にある家族である。

父親は＜我が子を親が責任をもって育てるのは常識ではないでしょうか＞と発言するし、＜兄は私達の言う通りにやっているのに、何故、妹はあんなになるのか訳がわからない＞と言う。

本事例の場合、両親が入れ替わり立ち代わり来談した。相談員は指導方針として、家族力動をクライアントに置き換えて、クライアントの訴えを傾聴し、調整することで、クライアントの課題を解決する方向で面接を継続した。父親が全面接回数70%、母親が20%、家出をしたい女子高生が5%程度となった。父親との面接過程を通して、明らかになったことは、母親の支配性が強く、父親も娘の家出動機が理解できるような気持ちがあると発言する。クライアント（娘）が父親に理解されることにより、家庭内緊張が解消し、家出動機が低減した。父親が多数回来談したのは母親からの強い要請によるものであったが、結果的に、クライアントの逸脱行動の変化に繋がった。逸脱行動を示すクライアントの場合は、神経症状や境界例症状などの場合と違い、その病理性は軽いが、対応方法には工夫が必要である。

第四の事例では、21才の女性が悩んでいる。彼女は高校卒業後、金融機関に職を得て、働いている。彼女は、サークル活動を通して、2才年下の学生と知り合い、交際を続けている。時間の経過と共にお互いに愛しあう関係になった。最近、近所の人から、金持ちの家の長男を結婚相手として、紹介した。この話に彼女の両親は、良い話として乗り気になり、彼女に結婚を前提として、交際してみないかと進める。彼女から見ても、紹介を受けた青年も良い人で、学生の恋人がいなかったら結婚してもいいかなと思えるような人である。彼女は困り果てて、年下の彼に相談した。彼は凄く怒り、自分が大学を卒業するまで待ってくれると言ったのは嘘だったのかとなじった。確かに彼女

と学生とは将来を堅く約束し、深く結ばれた関係にあった。しかし、両親は金持ち青年がとても気に入って、彼女と結婚させようと熱心で、結婚を承諾するようにと強く迫るようになった。こんな私は、どうしたらよいのでしょうかと言う相談である。皆さんでしたら、どのように対応しますか。

本事例の場合、一般には、「貴方に恋人がいるのに紹介された青年とお見合いするのはよくないことです。一日も早く見合い相手の方との交際を断るべきです」と言うように助言される場合がある。このような助言を受けたクライアントは指導者の助言を全面的に引き受けて、見合い相手との交際を断るようにする。助言を受けて、その通りに行動を変更すると言う仕方もある。多くの場合、上記のような助言指導法で十分に機能する。しかし、相談助言だけでは行動に変化が起こらない場合があるし、クライアントの中には「分かってはいるけどやめられないのだ!」と言う場合もある。一般には「分かっているのだが、やめられない」と言うことで悩む人が多い。このように分かっているけどやめられない心に迫ろうとするのが相談活動である。

第五の事例は、専門職の中年女性であるが、職場での対人関係が厳しい、他の職員がルーズな生活をするのが許せない、男子職員がいやらしい言葉をかけて来るのが許せない、上司が食事を誘ってくるのがいやでたまらないなどと訴える。彼女の日常生活や職業生活に問題があるわけではなく、むしろ他の職員よりは有能な専門家である。

相談員と研究会で知り合いとなった。後から研究会で不明だったことが質問したいと言うことで、面接の申込があり、面接が開始された。初めは研究会のテーマであった課題ある子供の指導法について、色々と質問していたが、時間の経過とともに、クライアント自身の問題に言及し、職場の人間関係の緊張について詳しく語った。更に話は進んで、自分が対人関係上に緊張があるのは生い立ちに問題があるのではないかと洞察し、生い立ち（生育史）について検討した。彼女には思い当たる生育歴がある言う。更に話が進展し、父親と自分との関係が、現在の自分の行動に影を落としていることに気づいた。話し合いが深まるにつれて、夢を記録するようになり、記録を通して語られる夢はクライアントの精神内界の整理・統合を進めるために有益な情報となった。

精神障害者（精神薬を継続的に服用中）の相談活動がある。精神障害者への相談活動には限界はあるが、大切な援助機能である。

精神障害者への対応に当たって、第一に留意しなくてはならないことは、どの程度の精神障害であり、どの程度、相談員がかかわることができるかについての鑑別診断（見立て）の必要である。相談員の精神障害者に対する対応は基本的には2次的であり、一次対応は精神科医師となる。相談員の精神障害者に対する態度は障害を背負った患者が、障害と闘いながら如何に生きて行くかに注目することである。

第六の事例は、自宅療養中の中年の患者の来談希望である。患者は22才のころに発病したらしいが、すぐには医師にかからなかった。症状が軽かったものと考えられる。彼女は大学自然科学系学部を卒業し、地方公共機関の研究員として就職した。上司との間に緊張関係を作り、上司から自宅

待機を言い渡された。自宅待機中に、両親の勤めのお見合いをした。相手も彼女と同じ大学の自然科学系学部を卒業した青年で、結婚することになり、彼女は退職した。結婚後、一子をもうけたが、産後、激しい精神症状を訴え、入院した。以後入退院を繰り返す内に、結婚は解消され、子どもは夫が引き取った。入退院の繰り返しとその後の通院で、すでに十数年が経過していた。現在も精神科医師にかかり精神薬を受けながら、アルバイトの形で、町の中小企業で働いている。町の企業では、文字の綺麗さと経理能力を買われて事務手伝いと電話対応に従事していたが、職場での対人関係の不安を訴えて相談員の元に来談した。彼女は精神科医師から精神薬の投与を受けながら、同時に相談員の元でカウンセリングを受けて、対人関係の調整に努力した。少しずつ調整能力を向上させて、対人関係上のトラブルを少なくした。しかし、症状が悪化して、再度入院となった。しばらくして、退院し再び、来談し、定期的面接が可能になった。彼女のような状況の場合、長期にわたって、丁寧な相談面接を必要とする。この場合、必要に応じて、担当の医師と連絡を取ることも大切である。来談する精神障害者としては、うつ病、精神分裂病、重度の神経症、重度の心身症、境界例などと診断されている場合が多い。

七番目の事例は、難病患者（全快の困難な疾病に悩む患者）への援助活動である。この分野でのクライアントへの相談活動は緒についたばかりである。退職後間もなく発病したクライアントの場合がある。彼はA地方の出身者であるが、仕事の関係でB地方に長く生活し、気持ちの上ではB地方人とのこと。販売関係の仕事に従事し、定年前はこの地方を統括する責任者となり、仕事一筋の企業人であった。

60才で定年を迎えたが、定年前には2泊3日の人間ドックに入り、異常はないと言われたとのこと。子供二人も立派に成長し、長男はC地区で設計技師、弟はD地区の研究機関に勤めている。クライアントは長い間、働いてきたので、しばらくは働かないで、旅行したいと希望し、自動車を新しく購入して、妻と二人で、あちこちの温泉地を訪ねていた。

その年の9月、温泉地のホテルに宿泊していたところ、気分が悪くなったので、ホテル紹介の医師に診察を受けた。「疲れが出たのでしょう、帰られたら、近くの病院で詳しく診てもらってください」と言われた。H市に帰って、早速、近くの総合病院で受診したところ、検査入院と言うことになり、精査の結果、食道部に癌が発見され、治療を受けることになった。主治医からクライアントに対して、病名告知が行われた。カウンセラーがクライアントの紹介を受けたのは死亡前7か月であった。クライアントが死亡されるまでの7か月間、20回の面接を行った。初回面接から最後の面接まで、クライアントの妻との同席面接であった。妻が同席したのは、面接室がクライアントの病室ではなく、別室であったので、クライアントの病状を考慮して、妻からの希望もあって同席面接とした。

<大変なことですね、私がお会いして、お話を伺っても、直接病巣に効果があるということにはなりませんが、大変な課題を背負われた貴方の気持ちが少しでもなごめばと思うのですが、,、>あ

りがとう、TVなどでカウンセラーが面接している病院もあると聞いていたので、医師から話があった時、私の方から希望しました。よろしくお願いします。＜そうですか、それはありがたいです、何でもよいですから、話したいことからお話しください、奥さんもおいでですから、言いたい時には自由に話しに入ってください、どんな話しても、どうぞ、＞クライアントが、発病経過について、詳しく話した。人間ドックを受けたのに、半年後に発病とは誠に残念なことだと言う。これに対して、＜難しいことですね＞と応じる。＜残念なことですね＞とも、＜希有なことですね＞と応じないで、＜難しいことですね＞と応じたのは、＜難しいことですが、乗り越えたいです＞と言う希望を込めての対応であった。発病経過の話を気持ち一杯話したクライアントは、自分が従事してきた仕事について詳細に語る。話しの内容は戦後の疲弊しきっていた日本経済の立てなをしを背負ってきたとの自負心のみなざるものであった。と同時に考えて見ると上向き経済の時代をそのまま人生としてきたことは幸せだったのかも知れないと発言され、充実した人生だったのだと言う発言があった。クライアントの闘病中にK市の地震が発生した。地震の予知できない恐ろしさと自分の発病経過の予知できない恐ろしさとが重なりあい、不思議な重さを話し合う。

クライアントが動くことが出来る間は、クライアントと妻との同席面接を続けたが、クライアント自身の体力低下が著しく、面接室に来ることができなくなってからは、クライアントの妻だけが来談するようになった。20回余の面接でクライアントは死亡したが、クライアントの妻との面接がその後も計画的に行われた。クライアントの死後約2年間（月に一回の割合）で面接を継続し、合計40回の計画的面接を実施した。

以上が、経験した事例を中心とした相談活動である。精神障害のある患者、逸脱行動を示すクライアント、対人関係に悩むクライアント、死を迎えたクライアントの場合など、その課題は多様であり、多彩である。

2. 相談活動の範囲

相談活動は多方面に渡り、多様な活用が可能である。しかし、その活用方法については、クライアントの症状やその発生機序により工夫されなくてはならない。

(1) 相談助言活動

相談活動の第一歩は、相談助言活動である。クライアントが課題解決のために相談員を訪ねる。解決法が助言されることを期待して、課題について訴える。相談員はクライアントの訴える課題の解決法について助言する。クライアントがその解決法に添って、自分の課題を即刻解決できるならば、当該クライアントは健康な人か、強靱な制御機能の発達した人ある。結果として、彼は二度と相談員を訪ねることはないであろう。このような相談活動は相談助言活動と言えるだろう。学校現場では、相談助言活動は常用される。

(2) 治療的相談活動

相談活動の第二は、クライアントが課題解決のための助言を聞いても、それが守れない場合がある。解決策は理解できるのに、それが実行できないクライアントの援助に注目するのが相談活動である。「分かっているけど、やめられない」と言って困るクライアントの行動変容を目標とするのが相談活動である。例えば退却神経症にかかって、無気力、無感動状態になっているクライアントの場合も、「こんな状態では困る」と言うことは分かっているが、自分ではどうにもならない状態が続いている。又、予期不安が強くて、身動きができなくなっているクライアントの場合も、このままでは自分にも不都合だし、困ることは分かっているのに止められない状態が続く。不安や心配、抑うつ、無気力などの症状はクライアントにとっても無益なものと分かっているが、やめることができない現象がある。このような現象に手をかすのが相談活動である。具体的相談活動については、クライアントの不安や心配がどこにあるのか、何故発生したのかを見きわめながら、クライアントの状態や発生機序と対面できるような面接を計画し、実行する。現実にはこのようなクライアントは治療動機が高く、熱心に来談するので、面接契約も結びやすく、相談活動も継続できやすく、クライアントの課題解決に成功する場合も多い。神経症状圏にあるクライアントが対象となりやすい。

これに対して、不安・心配・苦悶・抑うつ・無気力などの状態は訴えるが（認知しているが...）、その不安や心配などから開放されようとする意欲が少なく、その状況に浸っているクライアントがいる。このようなクライアントは多くの場合、自分から進んで来談することは少なく、親や教師などに付き添われて、来談する。クライアントは、6月までは熱心に登校し、学習にも意欲的で、よく頑張っていたが、不登校を示すようになる。親や担任教師も驚いて、不登校の理由を問いただしたが、本人にもはっきりした理由がなく、ただ「何となく、意欲がなくて行きたくないのだ」と答えるのみであった。困り果てた担任教師は、相談員を紹介し、保護者とクライアントとが来談した。クライアントは面接動機が低く、継続面接は無理だろうなと思いつつも、面接契約を申し出ると、意外にも来ますと言って、面接契約を結び、以来10か月間の計画的面接を実施した。途中で、高校は退学し、別方向への進路を選択し、現在は希望を持って生活をしている。

クライアントとは10か月、40回の面接で、予約時間通りに母親と共に来談したが、週一回の面接日の外出以外は、殆ど外出らしい外出もなく、自室にこもりきりであったが、10か月後にやっと動きだした。クライアントはこれと言った症状は示されず、面接中の話題にも特異性は見られなかった。意欲低下状況が相当期間継続したことだけである。面接契約は結べたものの、来談動機は低く、母親と共に来談と言う形で、面接を継続した。

本事例のように、面接動機の低いクライアントとの相談活動は継続が困難な場合が多く、工夫が必要である。

精神医学的に診て、精神障害（精神分裂病など）のあるクライアントの場合にも、面接動機が低い場合がある。面接動機の低いクライアントの場合には、補助自我が必要となる。補助自我は、

クライアントの来談を促進する働きかけ機能となる。精神障害者への相談活動では、特に補助自我が大きく機能する。精神障害のあるクライアントの場合には、その来談を促進するためにも、補助自我は大切であるが、同時に、相談員自身が、精神障害者の自我を補助するための補助自我となる場合もある。相談員は、ことあるごとに精神障害者の自我機能を援助することが必要な場合もある。

ある事例では、クライアントは高校3年生の時に発病し、幻覚があり、症状が悪化すると保護者に対して攻撃を加えたので、精神病院に入院し、治療を受け、症状が改善したので、通院治療となった。最初の相談は発病してすでに2年が経過していた。通院治療となったクライアントは主治医から、日常生活で困ることがあったら相談しなさいと言うことで、相談員が紹介された。

クライアントと相談員とが相談関係を形成し、定期的な面接が行われた。

ここでの相談は、クライアントの自己洞察や分析を促進して、課題解決に志向すると言うよりも、クライアントの日々の生活（家庭・社会での）で、遭遇するクライアントの課題を具体的な解決策を相談づくで決めて行くという相談である。クライアントは医師からの投薬を受けながら、近くの小企業にアルバイトの形で就労する。仕事は熱心で、他の社員よりは精勤であるが、職場での人間関係に苦しむと言う状況にあった。クライアントの職場での人間関係の難しさについて、相談員は丁寧に聴取して、改善策を詳細に検討し、納得ゆくまで話し合い、クライアントに合った人間関係の対処法を創造する。これは精神障害者の生活援助（補助）相談活動であり、クライアントが来談する間は限りなく相談関係が継続する。このような相談活動はクライアントの習慣形成のための相談活動といってもよい。

(3) 適応援助相談活動

逸脱行動を示すクライアントの場合、クライアントの逸脱行動を調整するための補助自我が必要となる場合が多い。この場合、クライアントの保護者が補助自我機能を担う場合が多い。補助自我の観点から今一つ大切なことは幼児・児童・中高校生のクライアントの場合には、治療動機の高いクライアントの場合でも、補助自我としての保護者同伴を必要とする場合が多い。児童・生徒のように発達途上にあるクライアントの場合は、保護者の生活態度や価値観が大きく関与する場合があるので、保護者の治療関係への参加については積極的に働きかけた方が治療効果を促進する。適応援助相談活動は、相談活動の中でも主流をなすものである。

(4) 発達援助相談活動

児童・生徒の相談活動の中で、クライアントに何等かの症状が示され、それを治療することが期待され、症状に悩むクライアントに対して、遊戯療法や箱庭療法が適応され、症状が解消するような相談活動を、一般には、治療的相談活動と言う。しかし、子供が何らかの症状を示し、それを対象とする相談活動では、大人の症状を対象とした相談活動とは違った考え方が必要となる。と言うのは、幼児期から青年期あたりまでのクライアントを対象とする場合には、彼らが常

に上向き発達期にあることを忘れてはならない。

心身症状に悩む小学5年のクライアントがいる。両親は専門職で共働きである。同胞2人とのこと。クライアントの心身症状は激しく、小児科に受診したところ、児童精神科医師に紹介された。精密な診察とカンファレンスの結果、クライアントに対しては遊戯療法を、母親には親子関係・養育関係を焦点化したカウンセリングを実施することになった。治療開始から約1年間、遊戯療法40回、母親(時に父親も含めて)との面接40回が実施された。

母親面接では、クライアントに対する養育観について詳細な話し合いをした。両親の専門分野からしても、子供の養育には相当の責任感と自信があった。話し合いの結果、両親(特に母親)はその養育観について、大きく修正した。その結果、クライアントに対して、両親からのストレスが少なくなり、抑圧がかからなくなった。同時並行的に行なってきた遊戯療法でもクライアントは伸び伸びと行動することを体得し、自由な子供らしさを体得した。クライアントの心身症状は改善した。治療が終わった時点では、症状は70%程度の改善と評価された。本事例の場合、両親の養育態度が大きく変化し、クライアント自身も子供らしさ(子供らしい行動)を取り戻すことができた。しかし、治療の結果として、クライアントの学業成績は上位から中位となり、聞き分けのよい、過剰適応な児童ではなくなり、親に対して口答えをし、反抗的となった。しかし、友人は増加し、家で遊ぶよりも外で遊ぶことが好きな児童になった。このような相談活動を発達促進相談活動と言いたい。

(5) 癒し相談活動

治療困難な患者の心や地震に罹災した児童の心に対する癒しの相談活動がある。癒し相談活動である。ここに不治の病のために死に直面したクライアントの癒しの相談活動がある。不治(治療困難な病を含む)の病を背負った患者は、医師の努力にもかかわらず、どうにもならない状況に遭遇する。16才で急性骨髄性白血病で入院した高校生がいる。入院時には医師から、後3か月でしょうとも言われたと言う。患者も家族も動転した。先生!何とかして下さいと哀願した。医師も一生懸命に努力した。結果、彼は6年間も入退院を繰り返し、23才まで延命した。3か月の命が6年間も延命したのだから、相当の延命効果であると医師は言う。しかし、彼は「6年間色々の治療を受けてきたが、結局、病は克服出来なかった。もう私はこの病院にいる意味がなくなった」と伝えて、転院を希望した。医療者も患者も不全感をのこしたまま、クライアントは他院のホスピス病棟に転院した。転院後17日目に死亡した。医療者は一生懸命に治療に尽くすのに、患者は不全感に襲われて、不信感が高まり、何のためにこの病院にいたのだらうと言う言葉を残して他界した。何か患者と医療者間のコミュニケーションの歪が伺える。少なくとも医療者はあらゆる努力をして、患者の治療に専念してきたにもかかわらず、患者さんの心に醸成されたものは不満感であった。患者のケアの1つに心理的相互交流の豊かな癒しの相談活動が必要なのではあるまいか。

(本学文学部初等教育学科教授)

引用文献

- 徳田 完二 1992 アパシー 心理臨床大事典 Pp815-816 培風館
関口 英雄 1993 精神医学事典 P599 弘文堂
小此木啓吾 1996 現代用語の基礎知識 自由国民社 Pp1000-1001

参考文献

- 千葉大学教育学部教育相談研究センター 教育相談研究センター年報 1984
東京都精神医学総合研究所 精神研ケース研究 第5号 1989
筑波大学学校教育部 教育相談研究 第28巻 1990