

技法選択をめぐる電子書簡より

野田俊作（大阪）

要旨

キーワード：

コンピュータ通信ネットワーク NIFTY-Serve の『心理学フォーラム』においておこなわれた、カウンセリングの技法選択をめぐるやりとりから抜粋します。技法選択の非常に基本的な問題を扱っていますので、ご参考になるかと思えます。

1. 技法選択の必要性

Mさん、ご意見ありがとうございます。「技法選択」というのは、どうも臨床心理の方々には馴染みのない話題のようですね。医学部出身者は、薬物選択や手術の術式選択と同じレベルで考えることができるように思うのですが、心理学出身の方にはそうはゆかないのかな？

たとえば、ロジェリアンと行動療法家を比較するとどうでしょう。行動療法家は助言し、しばしば宿題を出しますが、「共感」は重視しません。ロジェリアンは「共感」を重視しますが、助言や宿題は出しません。このどちらも「技法選択」をしているのです。ロジェリアンの「技法庫」には「助言」は入っていませんが、それは心理療法の技法庫に「助言」が入っていないということではないのです。

Mさんがおっしゃる「治療者がクライアントの前にいること」は「技法のひとつ」ではありませんが、心理療法の「技法のすべて」ではありませんし、心理療法の唯一無二の技法でもありません。

さて、特定の一人の対象者を指定したときに、どの技法も同じように有効であるかという、頭で考えても、また経験上も、そういうことはなくて、行動療法がもつともよかったり、洞察療法はさっぱり効かなかったりするわけです。ところが別の対象者に対しては、行動療法はさっぱりで、洞察療法の方がよいこともあるのです。

すなわち、各種技法の優劣を抽象的に論じることはできないので、特定の対象者に対して、どの技法が選択されるのがよいかを論じられるべきなのです。しかも、これは治療開始前に予測できるものでなければなりません。なぜなら、無効な技法を選択することは、患者さんに無駄な負担を強いることになって、きびしく言えば背信行為ですから。

実際には、一人の治療者が技法のすべてを身につけることはとても難しいので、違った技法を学んだ治療者の協力がが必要になります。洞察療法の専門家と行動療法の専門家と家族療法の専門家とが同じ施設で働いていて、そのうちの誰がどの患者さんを治療するのかを、心理療法に精通

したコンサルタント・サイキアトリストが決める、というようなシステムができてゆかなければならないと思うのです。日本ではまだまだ先のことでしょうがね。

2. 愛のある技術、技術のある愛を

Mさん、保守的な人たちが「心理療法の技法」ということばだけでアナフィラキシー・ショックに陥ることは知っています。その人たちによれば、治療とは、「耳を傾けて聴くこと」であり「深く共感すること」であり「共に生きること」であり「全人格的に触れあうこと」であって、しかもこれらは「技法ではない、技法を越えたもの」なのです。

たしかに、「耳を傾けて聴く」以下のことは、治療の前提として絶対に必要なことです。しかし、それらは「治療の前提」として必要なものであって、それ自体が「治療そのもの」ではない、すくなくとも「治療のすべて」ではない、ということをおぼえてはいけないと思うのです。いくら畑をたがやしても、種をまかなければ、雑草しかはえない。

技法の習得に関心のない心理療法家は、手術法の習得に関心のない外科医と同じだと思うのです。心は温かくなければならないし、患者にたいして人間的な関心を持たなければなりません。そんなことは議論以前のあたりまえのことです。しかも、技法を学ばなければなりません。

それに、もともと心の温かい外科医が、高度の技法を身につけた結果、心が冷たくなるということはないように思います。私の友だちの医者たちを見ていると、冷たいヤツははじめから冷たかったし、温かい人はいつまでも温かです。心理療法家だってそうなので、技法の勉強をしたからといって冷たくなんかならないのですよ。

たとえ話をしましょう。ある家庭内暴力児の母親のことを思い出します。彼女は、ある高名な治療者にカウンセリングを受けて、「子どもの気持ちをわかってあげなさい」と言われたのだそうです。彼女は誠実に努力したのですが、親子関係はよくなりません。子どもが暴れるたびに、彼女は「私があの子のことをわかってあげられないのがいけないのだ」と自分を責めて暗くなってしまいました。

その親子が私のところへきたので、次のようなゲームを教えてあげました。相手に手短かに不満を言ってもらいます。たとえば、「ハブラシが古くなっているよ」というようなことでいいのです。それを聞くと、こちらは、相手がほんとうに言いたいことを当てます。たとえば、「それは、新しいのを買っておいてほしいということでしょうか?」というように。相手は、当っておれば「そう」、はずれておれば「違う」とだけ言って、ヒントはあげません。こうして、3回当ればOKです、どうしても3回当らなければ、ヒントをもらいます。ただし、ヒントをもらったら、それからまた3回当てなければなりません。

これは、"Are you Saying?" といって、もともとはアメリカの夫婦療法家が開発したゲームですが、親子関係にも応用できます。患者さんにこういうことを教えてあげる必要があると思うのです。「子どもの気持ちをわかってあげなさい」とだけ言うのは不親切です。それが必要だとしたら、そのためのトレーニング・プランをちゃんとデザインしてあげないとね。こういうゲームを知っていることも、立派な「技法」だと思います。

こういうのを知らないで、抽象的に「子どもの気持ちをわかってあげなさい」とだけ言うのは、無芸なセラピストだと思うのです。芸のあるセラピストにならないとね。芸だけしかないセラピストはいけませんが、芸のないセラピストもいけません。愛のない技術も、技術のない愛も、ともに危険です、愛のある技術、技術のある愛を。

3. 技法選択が必要だという認識の必要性

Mさん、技法（ことばはともかくとして）修得の必要性と、多種の技法から必要に応じて選択することの必要性については、合意できたとみてよろしいですか？

ちなみに、私が前のメッセージで書いた「保守派」というのは、けっしてMさんのことではなく、ある種の大家たちのことです。その人たちの頑迷には、いつも手を焼いていますので、ついグチってしまいました。私があげた事例に「子どもの気持ちをわかってあげなさい」と言ったのは、名前を言えば、この業界の人間なら誰でも知っているほどの大家なのです。もっとも彼は、Mさんがお考えになったように「受容が足りない」とか「もっと、共感しなさい」とか言ったわけではありません。クライアントを責めたわけではなくて、やさしく、「子どもの気持ちをわかってあげなさい」と言っただけです、それでも、「気持ちをわかる方法」を具体的に教えなかった彼の罪は、同じほど重いと思うのですがね。

さて、ご質問ですが、私が問題にしているのは、いまのところ「患者に応じた技法をどのようにして選択するか」という具体的な方法ではなく、まずは「患者に応じて技法を選択する必要がある」という認識そのものです。従来「技法選択の必要性」ということ自体が論じられてこなかったもので、まずその必要性を確認したいのです。これはよろしいでしょうか？

これが必要だとわかったら、次に「現在われわれはどのような技法を持っており、それはどのような対象に対してどの程度有効か、またどの程度有害か」ということを調査しなければなりません。ここで治療効果判定が問題になるのです。私はここではこの話にはまだ入っていないつもりなのです。

そうした研究を通じて、現在アベイラブルな治療技法のリストと、その適応症と禁忌とがわかれば、次に「有効な技法を選択するための鑑別診断法を確立することは可能か」ということを研究しなければなりません。これは原理的には可能だと思いますし、私も翻訳に参加した『精神科鑑別治療学（星和書店）』の本には、実際にある程度実用的な基準が提示されています。

そうしてとうとう、お尋ねの「どのようにして技法を選択するか」の話に入れるのです。ですからそれは、うんと先のことになりそうです。けれども今でも言えることは、「どのようにしてかはともかく、技法を選択することは、適切な面接とテストとによって可能であるはずだ」ということです。これは私は信じて疑いません。

もうひとつ、ご質問の、心理療法師の機能分化ですが、これは世界の情勢を見る限りは、好むと好まざるとにかかわらず、実際にそうなっていくつつあります。私が関係している国際アドラー心理学会は、87年に、各国の資格認定機関に対して、「『カウンセラー』という資格を廃止して、『児童カウンセラー』『夫婦カウンセラー』『学校カウンセラー』などの職域・機能別免許にするように」という勧告を出しました。他の学会も似たようなことでしょう。万能のカウンセラーというのは過去の幻想になりつつあるのです。

もっとも、機能分化といっても、Mさんのイメージしておられるレベルよりはもう一段階上位のクラス分けなんですがね。Mさんが学ばれた「遊戯療法・自律訓練・夢分析・箱庭」は、敢えて分類すれば洞察療法、それも『受動的な洞察療法』とでもいうようなカテゴリーに入るものでしょう。これは『能動的な洞察療法』、すなわち認知行動療法や論理療法や、私のアドラー心理学に対立する概念です。そして、この2つの治療技法群が『洞察的療法』というカテゴリーを形成して、『非洞察的療法』というカテゴリー（行動療法や戦略派の家族療法）に対立することになると思います。

4. 治療契約と技法選択の関係

Mさん、カウンセリングにおける契約関係というのは、とてもたいせつな話題ですね。フロイトやアドラーなどのユダヤ人たちは、さすが「契約の民」で、カウンセリングを考える場合にも、まず契約というところから出発するのですが、日本人は契約の観念が薄いので、何となくなれ合いのままでカウンセリングを進めてゆく悪い癖があります。これはカウンセリングの構造をいちじるしく悪くしてしまいます。

ユダヤ式に見ると、カウンセリングというのも完全な商売で、お客さんとお店との需要供給関係の上にはか成り立たないものなんですね。お客さんのニーズがまずあるわけです。それが在庫のある商品なら、店の側としては喜んで供給します。在庫のない商品なら、そういう商品はないので他のこういう商品ではどうか、という提案をします。また、在庫のある商品であっても、そのお客さんにもっとふさわしそうな商品があれば、そちらを勧めるかもしれません。

お客さんの中には、在庫のない商品や、在庫があってもこちらが売りにたくない商品を買いたがる方がおられます。たとえば、登校拒否児のお母さんがやってきて、「子どもをなんとか学校へやりたい」というニーズを提示されたとします。私の場合は、この商品は在庫がありません。私のところにある商品は、「子どもが何をしようよと、母親として妻として女として人間として幸福に暮らす方法」だの「問題児の母親であるしあわせを噛みしめる方法」だのといったものです。さいわい、ちゃんとセールスすれば、ほとんど100%の方がこの商品を買ってくださいます。そして、この商品を買っていただくと、副作用として子どももしあわせになります。しあわせな母親と一緒に暮らして不幸でいることは難しいからです。

こういう契約構造があって、そこではじめて「愚痴を聞く」というお客さんのニーズをお断りする権利が治療者にできるわけです。ある場合には「愚痴を聞く」という技法は有効です。しかし、上記のような契約構造の中ではあきらかに反治療的です。なぜなら、愚痴を支える構えは「かわいそうな私」「わるいあの人」ということであり、これをしている限り「私にできることは？」に目がゆかないからです。

ちなみに、この3つの標語は、愚痴退治の技術として使えます。三角柱にこの3つの標語を書いたものを2つ作り、患者さんと治療者の前に1つずつ置きます。ふだんは両者とも、「私にできることは？」を相手の方に向けておきます。患者さんが愚痴りたくなったときは、三角柱を回して、「かわいそうな私」や「わるいあの人」を治療者の方に向ければ、そういう愚痴り方をしてもかまわないことにしておきます。もし「私にできることは？」を治療者に向けたままで患者さんが愚痴りはじめれば、治療者は自分の前の三角柱を回して、患者さんがいまやっていることを患者さんから見えるようにします。そして、患者さんは、愚痴った後はかならず「私にできることは？」を治療者に向けて、それについて話さなければならないことにします。「愚痴はいけません」というルールではないのです。「愚痴を言っていると意識して愚痴を言ってください」ということと「いつでも『私にできることは？』を考えてください」ということです。これは効きますよ。この技法はグループでも使えます。その場合には、全員が一つずつの三角柱を自分の前に置きます。

ともあれ、このように、ある技法が選択できるかできないかは、契約構造に関係しているのです。それは当然で、この場合の治療契約とは、治療の目標についての合意であり、戦略レベルのものだからです。戦略目標が違えば、より下位の戦術レベルや技術レベルでの技法選択はまるっきり変わってきます。ですから、今問題になっている「愚痴を聞く」という技法がいいかわるいかということ、もうすこしちゃんという、と、「愚痴を聞く」という技法の治療効果をどうやって判定するかという問題に対しては、その治療の契約構造をあらかじめ踏まえずには実験計画を立て

られないのです。

5. 技法選択：シンナー嗜癖の場合

Mさん、技術レベルでの技法選択の話が出ましたので、例をあげながら、それがいかに戦略・戦術レベルの課題と深くかかわっているかを考えましょう。

ある母親が長男のことで相談に来た場面を想定しましょう。これは実際の事例ではありませんが、私のところでは、こういうたぐいの相談はよくあるのです。長男は18歳、問題はシンナー嗜癖ということにしておきましょう。

シンナー嗜癖を例に選んだのは、Mさんが話題にされたアルコール嗜癖と関連があるからです。アルコールの場合は夫婦関係のダイナミクス、シンナーの場合は親子関係のダイナミクスという違いはありますが、ダイナミクスの構造はよく似ています。ただ、私はアルコール嗜癖は扱うことがほとんどないので、経験がたくさんあるシンナー嗜癖の例をあげました。アルコール嗜癖者の家族（ふつうは妻）への援助も、原理はまったく同じです。

このような設定では、お客である母親の課題とIP(Identified Patient - 患者とされている人)である息子の課題とははっきり分離して考えなければなりません。IPが来ていない面接では、IPの問題を直接に解決することはできません。そうではなくて、クライアントである母親がIPとよい関係を保てるようになることを目標にします。ただし、これには条件があって、「IPがどんな状態であろうとも、それとはかかわりなく」IPとよい関係を保てるというのが目標です。

つまり、IPを「立ち直らせよう」とすることを、いったん断念するようにクライアントに働きかけなければなりません。なぜなら、「立ち直らせよう」とする努力が、IPの行動を維持する強化子（これは行動主義者の用語です）になっているからです。これをMRI派の家族療法家たちは『偽解決』と言います。

I → 症 状 → 相
手
P ← 偽解決 ← 役

という悪循環のループができていて、これが症状を維持しているわけです。相手役 *Gegenspieler* だけがやってくる面接では、IPの行動である「症状」は扱えず、クライアントの行動である「偽解決」しか扱えませんが、それで一向にかまいません。悪循環ループをどこで切ろうと、とにかく「症状」は消えますから。

IPを立ち直らせるために、クライアントが「IPを立ち直らせよう」という努力をしているのを阻止しようとするわけですから、治療の構造は最初からパラドキシカルです。なんだか頭のこんがらがらがるような、だまされたような対話が續かざるをえません。心理治療とは、神経症というパラドクスへのカウンター・パラドクスの構造をとらざるをえないのです。

以下、私との対話です。Cはクライアントの略です。私のことには、後ろに（技術名：戦術名）として説明を加えておきます。このように、治療者は自分の発言のすべてについて、その技術名と戦術的位置づけを意識している必要があります。そうでないと、カウンセリングの方向性を見失ってしまいます。

私：息子さんは、入院前はどんな生活だったんですか？（開いた質問：情報収集）

C：高校を中退して、仕事もしないでブラブラしていました。

私：まったく仕事しなかったんですか？（閉じた質問：情報確認）

C：いいえ、うるさく言うと、ときどきアルバイトを見つけてくるんですが、1日か2日行ったらやめてしまいます。

私：息子さんが仕事をやめてしまったら、あなたはどのように言っていましたか？（開いた質問：情報収集）

C：働くように励まします。

私：具体的にはどう言いますか？（開いた質問：情報収集）

C：「ぶらぶらしないで、仕事に行ったら？」と言います。

私：それだけですか？（開いた質問：情報収集）

C：いいえ、もうちょっとイヤなことも（笑）。

私：そうすると、息子さんはどういう反応をなさいますか？（開いた質問：解釈投与）

C：とてもイライラします。そして、「ほっといてくれよ」と行って、部屋へ閉じこもってしまいます。

私：ひょっとしてそうしてあなたがイヤなことを言うことと息子さんがシンナーを吸うこととは、関係がありませんか？（閉じた質問：解釈投与）

C：あるかもしれません。そうしているうちにシンナーを吸いだすんです。

ここまでで、クライアントが喧嘩を売ることと、IPが症状を出すこととの因果性についての解釈投与が終わりました。

私：すると、あなたが息子さんに小言を言わないでいると、息子さんはシンナーを吸わないかもしれませんね。（仮定語法：解釈投与）

C：そうでしょうか？

私：どうでしょうか。わかりませんが。（Iメッセージ：抵抗操作）

C：言わないと、どこまでもだらしなくなるんじゃないかと心配なんです。

私：でも、言うとイヤがるわけですね？（閉じた質問：解釈投与）

C：ええ、そうなんです。

解釈投与が早すぎて、治療抵抗がおこってしまいました。こういうときの操作は、すでに確認がとれているところまで撤退するのが定石ですので、そうしています。

私：息子さんは、あなたがどういうことを言うといやがりますか？（開いた質問：情報収集）

C：「働きに行ったら」とか「いい年をして」とか「シンナー吸ってるんじゃないでしょうね」とか。

私：それを言わないと、あとどういう話題がありますか？（開いた質問：解釈投与）

C：そういえば、ないですね（笑）。

私：まあ、ないならないでいいでしょう。有害な対話があるよりは、なにも対話がない方がまだましかもしれないと思うんですよ。（Iメッセージ：説明）

C：でも、だまっけていいんでしょうか？

私：今までいろいろ言ってきて、息子さんは次第に良くなりましたか、それとも次第に悪くなりましたか？（閉じた質問：正対）

C：悪くなりました。

私：では、今後も言い続けると、いつかは良くなると思われませんか、それともますます悪くなると思われませんか？（閉じた質問：正対）

C：悪くなるんでしょうね（笑）。

先ほど治療抵抗にあった部分が、「論理的結末 logical consequences」の予測という抵抗操作法でもって突破できました。

私：そうですね。だから、息子さんがいやがることを言うのを、やめてみませんか？（閉じた質問：助言）

C：言わなくてはいじょうぶでしょうか？

私：どうでしょうか。私にもわかりません。とにかくしばらく実験してみましよう。これでうまくゆけばそれでいいし、ますます悪くなるようなら、そのときは方針を変えましよう。（Iメッセージ：抵抗操作）

C：やってみます。

私：いつも、息子さんに何か言いたくなったら、「これを言うとその子と仲良くなれるかな、喧嘩になるかな」と考えてみて、もし喧嘩になりそうなら、それがどんなにいいことでも、言わないでおくようにしていただけますか？（閉じた質問：助言）

C：わかりました。

1回目の面接はここまででしょうね。これで母親とIPとは「悪い関係がない」状態まではゆくでしょうが、まだ「よい関係がある」ところまではゆきません。でも、まずは戦術的目標として、「悪い関係がない」状態を実現しないと、それから先の作業はできません。

技術的に見ると、ここでのカウンセリング・トークは、ほとんどが疑問文で、ごくわずかにある普通文は「Iメッセージ I-message」です。情報収集には「開いた質問 open-ended question」、こちらの考えを伝えるためには「閉じた質問 close-ended question」か「Iメッセージ」と、意識的に使い分けています。これらは、ひとつにはクライアントの抵抗をおこさせにくくするため、ひとつには、こちらの誤りをクライアントが修正する機会を与えるため、そして何よりも、クライアントにたいして権威的に上から出ないで、対等の協力関係を作り出すためです。

戦術的には、情報収集→解釈投与→正対 confrontation →助言、という順で進んでいますが、これは1回のセッションについても、カウンセリング全体のプロセスについても、定石的な進み方です。

実は、最後の助言は、はじめから決まっている定型的なものです。そこへ王手をかけるために、それまでの定石を使ったのです。王手が早すぎると、治療抵抗にあって、最悪の場合は返り打ちにあいます。そうならないように、いつも丁寧に共観的妥当性確認 consensual validation という手続きを踏んでゆく必要があります。

この後の戦術の展開は、

(1) 親子コミュニケーションを言語的なものにする訓練

- 非言語的要求には反応しない。
- 言語的に要求されたことはできるだけ聞き入れる。
- 何かしてほしそうな雰囲気を示せば、「何かしてほしいことある？」と尋ねて、言語的要求があった場合のみ聞き入れる。

(2) IPがすでに達成している建設的な行動に注目する訓練

- 「してあたりまえ」と思っていた行動の中に建設的な行動があることに気づく。例えば、朝起きて来るとか、朝食を食べるとかは、建設的な行動である。
- 「えらい」「がんばれ」式の『縦関係』のことばがけをやめて、「うれしい」「ありがとう」というような『横関係』のことばがけをする。思春期の子どもの場合にはとくに、「えらい」「がんばれ」式のことばは反感を買うので、よい強化子ではない。

(3) 感情的葛藤解決をやめ、理性的葛藤解決を学ぶ

- IPに対して陰性感情を持ったときには、おだやかにコミュニケーションを打ち切って、冷静に話せるようになるまでは問題解決を棚上げにする。
- IPが、陰性感情を持つような要求をしない。そのために「この子のために」という発想をやめて、「これを言うと仲よくなるか喧嘩になるか」を判断基準にする。
- IPが要求してきて、拒絶すると陰性感情を持つことが予測できるような場合はIPが陰性感情を持つ前に、要求を受け入れる。「殴られてから聞くくらいなら、殴られる前に聞こう」。
- IPが陰性感情を持ってしまったときには負けを認めて争いから降りる。「あなたの勝ち、と言う勇気を」。

(4) IPの課題を背負わない訓練

- IPの行為の結末は誰の身にふりかかるか考え、IPだけの身にふりかかるものは、原則として介入しない。「子どもがシンナーを吸っても親の肝臓は悪くならない」。
- IPの行為の結末がクライアントにふりかかる場合には、迷惑になる部分についてだけ問題解決の協力をIPに依頼する。たとえば、IPが長電話することが迷惑だとすると、電話そのものをやめさせようとせずに、長電話の結果クライアントがこうむる被害（たとえば支払い）をどうするか相談する。
- IPの行為の結末がクライアントにはふりかからず、クライアント以外の他者にふりかかる場合には、原則として介入しない。たとえば、IPの行為が兄弟に悪影響を与えないかどうかなどということ心配しない。

というようなところでしょうか。たぶん最大 10 回程度の面接で終わるでしょう。もっとも、私は怠惰なので、1回か2回は個人面接をして、後は親のグループで集団教育しますが。だって、IPの問題が何であろうと、親の側の問題はまったく同じですから、同じカリキュラムで教育できるのです。

6. トークの種類と助言のデザイン

Mさん、もうお風邪はだいじょうぶですか。どうか無理なさらないでください。

ううん、用語がアグレッシブかなあ。おっしゃるのは「戦略」「戦術」なんていうことばなんだろうが、これらはアドラー心理学用語ではなくて、一般精神療法学の用語です。アメリカの論文読んでると、A Strategy of ~だの、Therapeutic Tactics だのがいっぱい出てきます。ここではアドラー心理学のスラングは使わないように心がけているのですよ。ですから、そういったアグレッシブな用語は、アドラー心理学の責任ではありません。私の人格の責任ではありますがね。

さて、ご質問ですが、『閉じた質問 close-ended question』は「Yes / No で答えることができる

質問」、つまり普通の疑問文、『開いた質問 open-ended question』は、いわゆる”5W1H”で問うので「Yes/Noでは答えられず、何時・どこで・だれが・なにを・なぜ・どのように、というように具体的な説明しなければならない質問」です。

閉じた質問：あなたはお父さんにわかってもらいたいのですか？

開いた質問：あなたはお父さんに何を望んでいますか？

閉じた質問：それであなたは悲しかったんですか？

開いた質問：それであなたはどう感じましたか？

というわけです。もっとも、5W1Hといっても、「なぜ」はふつう聞きません。行動の理由は無意識の中であって、患者さんは聞かれても答えられないでしょうから。ですから、「なぜ」は「どのように」に置きかえます。

「なぜ」：あなたはなぜ学校へ行けなくなったのですか？

「どのように」：あなたが学校へ行けなくなる頃に、どのようなことがありましたか？

こうすることで、患者も家族も治療者も、誤った原因論から自由になれますし（と、またアグレッシブなことを言うでしょ、私って）。

『Iメッセージ I-message』は、主観的な意見を述べるときに、「あなたは」と相手を主語にせず、「私が」と自分を主語にして言う言い方です。

Iメッセージ：私はあなたとは違う風に考えます。

Youメッセージ：あなたは間違った考え方をしていますよ。

Iメッセージ：あなたはなんだか悲しそうに見えますよ。

Youメッセージ：あなたは悲しいんですね。

Youメッセージは、主観的な意見をあたかも客観的な事実であるかのように言いくるめる話術で、こんなものを使うと、治療関係は必ず悪化します。

戦術レベルでは、閉じた質問とIメッセージとは、治療者が患者に考えを伝えるために使います。逆にいうと、治療者の考えをYouメッセージや普通文で伝えることはしない、ということです。また、開いた質問は、普通は情報収集のために使います。逆にいうと、閉じた質問を情報収集の目的で使わない、ということです。

次に、アドラー心理学が「具体的な援助」をしている点に注目していただいてありがとうございます。アドラーはウィーンの児童相談所で、貧民街に住んでいる戦災孤児たちや戦争未亡人の子どもたちの援助活動をしていましたので、開業してお金持ちの患者たちを治療していたフロイトや、大学で学生相談をしていたロジャースとは、客種がまるで違ったのです。そこでは、なにはともあれ緊急の「具体的な援助」が求められたのです。

アドラー心理学の治療のやりかたは、「治療的な状況を作り出す」という一言に集約されると思います。患者さんに具体的な助言を与えて、患者さんの周囲に、「思わずなおってしまう」ような状況を作り出すのです。ちょっとわかりにくいかな。例をあげましょう。たとえば、父親と仲の悪い娘にだったら、

毎晩お父さんが帰ってこられたら、黙ってお茶を入れて、向こうがどう出てくるかを観察して、メモしてきれくれませんか？

というような助言を与えます。ほんとうは父親と仲直りさせたいのですが、

お父さんと仲直りしませんか？

いいかげんにお父さんを許してあげませんか？

というような助言は抽象的だし、それに抵抗を受けやすいと思うのです。なぜなら、具体的にどうしていいかわからないし、内的な構えが「父親と権力闘争をして勝とう」だったり「父親に復讐しよう」だったりすると、「仲直りするのなんかいやです」と抵抗されてしまうのがオチだから。

仮に患者さんの父親に対する構えが「権力闘争」だったり「復讐」だったりすると、彼女が「仲直りする」とか「許す」ために考えついた行動も、結局は父親ともっと対立する方向に向っている可能性が大きいでしょう。そうなれば、対立はかならずもっと大きくなるでしょう。頭ではなくて身体が行動するのであり、身体は、父親との対立をもくろんでいる。無意識に従属しているから。

また、彼女が「仲直りする」つもりで、しかもそれに向って適切な行為をしても、父親がそれをどう取るかわかりません。彼女が「仲直りする」つもりであって、しかも父親がその期待にこたえてくれないと、彼女はきっとそれまで以上に父親を憎むことになるでしょう。

ですから、第一に重要なこととして、「行為」すなわち「筋肉の随意運動」を助言しないといけません。「仲直りする」とか「許す」とかは、それ自体は筋肉の運動ではありませんから駄目です。これに対して、「お茶を入れる」は筋肉の運動です。

第二に、最初に患者さんの内的な構えを変えようとしてはいけないので、内的な構えはそのまま、行為だけ実行できるような助言をデザインしなければなりません。そうしないと、実行されないか、あるいはこちらが期待するのとは違う形で実行されるか、あるいは実行されても相手の出方が思わしくないと逆効果になってしまうでしょう。心はそのまま、まず身体だけ変えるのです。

第三に、助言された行為を実行することで、周囲の環境（症状を支えていた対人的悪循環）が変わってしまうような、そういう行為を助言しなければなりません。そうすれば、患者さんの内的構えも自然に変化します。

たとえの父娘についていいますと、助言された行為は、「父親と仲直りする」ことを、表面上は目的にしています。ただ「ある行為をして、向こうの反応を観察してくる」というだけのテーマです。なんだったら「あなたがそういうことをしてあげても、態度を変えない無理解な父親であるかどうか、私は確認しておきたいから」くらいのことを言っておいてもいいかもしれません。

それでも助言を実行すると、彼女と父親との関係は変化せざるをえません。助言を実行する時点では、彼女の内的な構え（父親が嫌いであること）は変わっていないのですが、実行すると、父親の出方がそれまでとは変わるかもしれず、そうなれば彼女の内的な構えは必ず変化します。このあたりがアドラー心理学が『精神内界論 intra-psyche theory』ではなく、『対人関係論 inter-personal theory』であるといわれるゆえんです。アドラーいわく「環境が人間を作り、人間が環境を作る」。

7. 親への助言が実行されない場合

Mさん、私にはご質問の要点がちょっとよくわからないのです。まあ、なんとなくそのあたりのことを書いておきます。

(1) 治療抵抗の処理

「夜遊びして帰ってくる娘さんをガミガミ言わないで迎えよう」という助言を、母親が実行できない場合があるのではないかと、ということでしたら、それはまずないと思います。私の経験上は、助言した直後ではないにしても、遅くとも一カ月以内には、ほとんどの母親は実行してくれますので。

Mさんがおっしゃるのが、助言した直後に実行できない、ということであれば、それはありえます。それは治療抵抗です。治療抵抗があるとすれば、それは治療者側の操作の間違いである、というのがアドラー心理学の公式ですから、どこが間違っていたかを検討します。つまり、母親の責任ではないので、母親を責めてはいけませんので、責められるべきは治療者である、ということです。

アドラーの高弟ルドルフ・ドライカースは、「治療抵抗がおこるのは、治療の目標が不一致だからである」と言っています。アドレリアンは、カウンセリングのごく初期に、カウンセリングを通じてどのような目標を達成しようとしているのかを話し合っ、合意をとりつけておきます。この手続きをおろそかにしていると、治療抵抗にあいます。そういうときは、もう一度、治療目標について話しあいます。

治療目標について来談者とカウンセラーとが一致しており、しかもそれが達成可能なものであるにもかかわらず、なお治療抵抗があるというのは、ちょっと信じられません。一致していて、しかも治療抵抗があるのなら、それは達成不可能な治療目標を立てているということです。たとえば「子どもの非行をやめさせる」というような目標は、あまり感心できません。「子どもと話しあいができるようになる」とか「子どもが家に居やすいようにする」とかいう目標なら、現実的だし達成可能です。こういう目標で一致しておれば、抵抗はおこりません。

(2) クライアント以外の家族の動き

子どもの問題行動について母親の相談にあずかる場合に絶対に忘れてはならないことは、「誰が私のお客さんであり、誰の問題を解決しようとしているのか」ということです。子どもでも父親でもなくて、母親がお客さんであり、子どもの問題でも父親の問題でもなくて、母親の問題を解決しようとしているのだということを、一瞬たりとも忘れてはいけません。

父親も相談に来てくれておれば彼もお客さんですが、来てくれていなければお客さんではありません。お客さんでないというのは、床の間の置物と同じで、計算に入れないということです。父親や祖父母を計算に入れると、母親は治療抵抗の口実にその人たちのことを持ちだしてしまうでしょうし、また自分が習ってきた育児法をその人たちに押しつけようとして権力闘争をはじめましょうから、けっして計算に入れてはいけません。

母親が、「でも、主人が協力してくれませんから」と言えば、「ご主人はご主人のやり方でやっていただいて結構です。ご主人のやり方がマズければもっけのさいわい、あなたの株が上がるわけですからね」と言います、一方、「主人にも言ってその方針でやってもらいますわ」と言えば、「もうしばらくは言わないでください。あなたが完全に実行できるようになるまではね。あなたが変わって、子どもさんが変われば、ご主人はきっと自然にあなたと同じようになさいますよ」と言います。

(3) 両親の意見の不一致

両親が一緒に来談している場合に、奥さんはこちらの助言を受け入れてくれるが、ご主人は反対だという場合があります。この場合にも、夫婦の意見を一致させる必要を感じません。各々が正しいと信じる方法でやっていただくように助言します。

ついでに、「あなたがたは今まで、夫婦の意見を一致させるために、しばしば対立してきませんでしたか？」と問うと、ほとんどの夫婦が「そうです」と答えます。「では、一致させないでいいことにすると、喧嘩しなくてよくなりますね」と言います。パラドクシカルで面白いでしょ。アドラーは「よい育児をするために、夫婦の価値観が一致する必要はないが、陰性感情や暴力を手段として夫婦間の問題を解決するのはいけない」と言います。

(4) 治療者の確信の問題

アドラー心理学の家族カウンセラーは、自分の家族にアドラー心理学の方法を適用して、その方法が有効であるという確信を持っている必要があります。「親と子どもはまったく対等の人間です。暴力はもちろん、いかなる罰もいけませんよ」と患者さんに助言しながら、家へ帰ると子どもをどなりつけ、妻と喧嘩しているようではね。

アドラー心理学のカウンセラー養成は、基礎的な理論を学び、自分の家族運営のセミナーに参加してから、少なくとも半年以上、自分の家族にたいしてその方法を実行してみて、その方法を妥当だとも感じ、またスーパーヴァイザーが見てもまあだいじょうぶだろうと判断されない限り、カウンセリング技法を教えてもらえません。カウンセリング技法を学んでも、実生活のやりかたがすっかりアドラー心理学的になったと、本人も感じスーパーヴァイザーも感じるまで、資格試験を受験できません。それくらいうるさくやっているのです。

「自分の家庭はこのやり方で根本的に変わった」という確信があって、はじめてその暮らし方を人にも勧めることができると思います。これが治療者の誠実さでもあり、また迫力のみなもとでもあるわけです。こういうわけで、アドラー心理学は本では学べません。本物のアドレリアンと接触する機会なしには、ぜったいにわからないのです。

更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載