

平成29年度 全国児童心理治療施設職員研修会 基調講演

「総合環境療法について」

この講演録は、平成29年8月2日(水)～4日(金)に大阪府で開催された全国児童心理治療施設職員研修会(ひびきが開催当番施設)の基調講演を記録したものです。

京都文教大学 川畑 直人

1. はじめに

ご紹介にあずかりました川畑です。ありがとうございます。今日は基調講演という貴重な機会をいただきまして、私なりに、「総合環境療法について」考えていることをお話ししたいと思います。この3日間の研修には、全国の児童心理治療施設(旧情緒障害児短期治療施設)でお仕事をされている方々が集まっていて、私などが総合環境療法について云々しているのか、多少、引け目もあります。私自身の専門は精神分析であり、臨床現場の中心は個人心理療法です。ただ、関西の児童心理治療施設である「ひびき」に、立ち上げの時から関わってきました。その中で施設全体を治療的環境にするためのお手伝いをしています。

今回、ひびきが本研修会のホスト施設として皆さまを迎えるにあたって、せっくなので、その取り組みについてご紹介したいと思います。今日は、私の方から、その根底にある基本的な考え方をお話ししたいと思います。そして、明日は、ひびきでの、実際の事例を提示してもらう予定です。特に、心理支援の取り組みのなかで生じたジレンマに焦点を当てて、それに対する対応とその結果を提示してもらい、みなさまにディスカッションしていただく予定です。最終日は、ひびき以外の先生方に壇上に上がっていただき、全体を総括する議論をするという流れになっています。

2. 総合環境療法とは

それではまず、総合環境療法とはどのようなものを指すのでしょうか。全国児童心理治療施設協議会(以下、全児心)のホームページでは、児童

心理治療施設(以下、施設)における治療について、次のような紹介がなされています。

施設全体が治療の場であり、施設内で行っている全ての活動が治療であるという「総合環境療法」の立場をとっています。具体的には ①医学・心理治療 ②生活指導 ③学校教育 ④家族との治療協力 ⑤地域の関係機関との連携を治療の柱とし、医師、セラピスト(心理療法士)、児童指導員や保育士、教員など子どもに関わる職員全員が協力して一人ひとりの子どもの治療目標を達成できるよう、本人と家族を援助していきます。

ここにある①から⑥の取り組みが、協力し合っで子どもの治療を進めていくという点は、全く異存がありません。ただ、私の考える総合環境療法は、この定義とは少しずれる面もあります。そのことをご説明する前に、発想の源泉になっている先達の取り組みについて紹介したいと思います。

対象者を施設に預かり、生活の場全体を治療の場とするという発想はかなり古くに遡ることができます。1930年代、サリヴァン、フロム-ライヒマン、リオークなどにより、精神科病棟における治療が試みられ、それは環境療法 milieu therapy と呼ばれていました。主導していた人たちは、精神分析の中でも社会文化的な観点を重視する立場で、現在では対人関係学派として知られています。なかでも理論の中核を作ったサリヴァンは、独自の治療環境に関する考え方を、社会・精神医学プログラムとしてまとめています(Sullivan, 1962)。そこでは、生きる困難が始まった場から患者を引き離し、他者と共に生きる勇気が持てるような場

のなかで、他者にとって魅力のある個人であるという自己価値観の再発達を援助することを目標として掲げています。そうした治療を試みる中で、サリヴァンは医師による診察よりも、訓練された看護チームによる病棟内での関わりを重視しました。サリヴァンの臨床実践は、統合失調症患者を対象としたものですが、情緒障害を抱える児童の心理治療にとっても十分に意味を持つように思います。

もう一つの流れは、アイヒホルン、レドルといった、主に、非行少年たちの施設収容治療教育を行ってきた人々の貢献です。アイヒホルンについては、日本語にも訳された「手に負えない子どもたち」という著作があります(Aichhorn, 1935)。その中で、第一次世界大戦で親を失い、非行化した子どもたちを集めた施設のことが書かれています。ナイフを握って、施設の指導員に立ち向かってくる少年たちに、指導員は決してそれを止めない。「やるならやりなさい!」と向かって、対峙して、やがて緊張状態を経ると、子どもはへたり込んで泣き始める。このプロセスを経ると、子どもは施設の職員への愛着、同一化を経て成長するというプロセスに入るとしています。なかなか感動的で、そんなうまくいくのか、というところもあるのですが、懲罰ではなく、愛着と同一化を軸に治療教育を行うという発想の原点がここにあると言ってよいでしょう。

アイヒホルンの考えを引き継いだ精神分析家のレドルは、米国において非行化した児童をあずかるパイオニアハウスという施設で、精神分析的な治療教育を試みています(Redl & Wineman, 1952)。中でも印象的なのは、罪悪感を引き出す面接技法です。罪悪感を感じないように防衛している子どもたちに対しては、罪悪感を感じてよいはずの局面を捉え、その場で罪悪感を「絞り出す」ような面接が必要であるとレドルは考えます。こうした面接は、時間をおいて相談室で行うのではなく、その瞬間に、その生活場面で行うことをレドルは推奨しています。

こうした一連の先駆者達の取り組みには、確固とした治療に関する考え方があるように、私は感

じています。すなわち、心理治療は、心理士や医師が面接する時間や場所だけで行われるのではなく、生活の場全体が治療の場であるということ。そして、治療の担い手は心理士や医師に限られるのではなく、むしろその主役は生活に関わる職員であるという考え方です。

それでは、先ほどの全児心のホームページをみてみるとどうでしょう。先の説明には、次のような文章が続いています。

心理治療は、児童精神科医やセラピストが週1回程度行っています。絵を描くことやゲームなど、いろいろなものを使って心の中の不安や葛藤を表現させ、それを乗り越えていけるよう手助けします。中学生ぐらいになると、カウンセリングもよく用いられます。

この説明では、児童精神科医やセラピストが週1回程度行うのが、心理治療であると考えられています。そして、その心理治療と並行して、生活指導、学校教育、家族への支援、地域の関係機関との連携などが、行われるということになります。たしかに、これも総合環境療法の一つの考え方だと思います。こうした考えに基づく総合環境療法を、仮にここでは「並行型総合環境療法」と呼んでおきましょう。実際には、そんなにきれいに分かれていなくて、ところどころで融合は起こっていると思います。また、それぞれのスタッフ間の連携がうまくいってれば、並行的に行われる関わりが、有機的に絡み合っで、大きな効果をもたらすということもあるでしょう。しかし、心理治療が週1回程度のプレイセラピーやカウンセリングのことを指すということであれば、心理治療と他の指導とは区別されており、その意味で並行型と呼んでいいと思います。

本日お話ししたいのは、これとは異なる総合環境療法の考え方です。つまり、プレイセラピーやカウンセリングに限定されるのではなく、生活の場そのものが心理治療の場であるという考え方は、仮にこれを「融合型総合環境療法」と呼びます。私自身、総合環境療法が融合型であるべきと

考えるようになった、いくつかの経験がありますが、それらをお話ししつつ、児童心理治療施設におけるセラピーとは何なのかについて、考えていきたいと思います。また、この融合型の考えに沿って行った、ひびきの組織改革についてご紹介したいと思っています。

3. 通所型セラピー再考

私は臨床心理士を養成する大学院に勤めており、長年、その養成に携わってきました。そこでなされている心理療法の訓練は、基本的に個人心理療法のスタイルが中心です。つまり、通所による定期的な来談、決められた時間枠、その中で傾聴する、そして、料金の支払いが求められる、そういう形のスタイルの心理療法です。子どもの場合には、大人のように話を聞くという形で心理療法を継続するのは難しいので、遊び、絵画や箱庭、ゲームなどを媒体としたプレイセラピーが行われますが、上記のような枠組みで行われている点は同じです。

さて私は2001年までの4年間、ニューヨークにある精神分析の研究所で訓練を受けていました。その4年間に、日本では虐待件数が大幅に上昇し、帰国した時には、児童養護施設に被虐待児があふれているという状態でした。そうした子どもたちが施設内でもさまざまな問題を起こし、施設内で心理治療の導入が始まったと記憶しています。

そこで導入されたセラピーのセッティングは、臨床心理士養成で教えられる通所型のセラピーでした。施設の中にプレイルームという部屋を作り、定期的に子どもを連れてきて、一定の時間子どもと一緒に遊ぶ、そういう形態です。この形態がセラピーであると理解されるようになりました。

私は、児童養護施設でセラピーをする仕事はしていませんが、セラピーをスーパービジョンしてほしいという依頼をたくさん受けました。そこでよく聞かされたのは、次のようなケースです。セラピー場面では楽しそうに遊んでいる。しかし生活場面では問題が多発している。子どもの問題性はいっこうに改善されないというケースです。心

理治療と生活が分割されていて、心理治療場面ではいい子だが、生活場面に戻ったら大変だという状態ですね。名付けるなら、スプリットティング・セラピーということになるでしょうか。

もう一つよく聞くタイプのケースは、セラピーに行きたがらないという子の場合です。セラピストはプレイルームで待っているが、子どもが来ない。次回も待っていると職員に伝えてもらうが、いっこうに来ない。そのような回を何ヶ月も、何年も続けるというものです。キャンセル・セラピーとでも名付けましょうか。毎回、今日、来ませんでしたという記録だけが積み上がっていく。

こういう形で、実際セラピーは機能しているのかと考えると、してないといわざるを得ません。子どもたちがよくなっていると思えない。あるいはセラピーそのものが成立していない。なぜなのかと考えると、セラピーの構造そのものが適切かという問題に突き当たります。つまり通所型プレイセラピーの形態を施設の中に持ち込むのが、適切なのかどうかということです。

施設に入ってくる子どもたちの特性を考えると、生得的あるいは環境的要因により重篤な発達的負因を抱えています。そして、多くの場合、虐待という深刻な対人関係の外傷を負っている。さらに現在も、親の養育機能が期待できない。そういった子どもたちが施設に多くいる。こういった子どもたちに対して、通所型の時間限定的なセラピーで効果が期待できるのでしょうか。そもそも通所型のセラピーでは対応できないから施設に入っているわけです。そうした子どもたちの問題は、セラピールームの外、生活の場全体において顕在化してきます。子どもが抱えるやっかいな性質が、すべての場面に持ち込まれるということなのです。

4. そもそも心理治療とは何か

それでは、そもそも心理治療とは何でしょう。このこと自体、考え始めると、相当の時間を費やします。臨床心理学の分野では、心理治療という言葉は現在使われておらず、心理療法というのが一般的です。ごくおおざっぱに定義するならば、

手術や投薬のような物理的・化学的手段によらず、コミュニケーションを媒体として、認知、情緒、行動などに変化をもたらす方法ということになります。その方法を裏付ける理論としては、心理力動論、行動論、認知行動論、ヒューマニスティック・アプローチ、システム論など、さまざまなものがあり、具体的な方法となると数え切れないほどの種類があるとされています。

私自身は心理力動論に基づく精神分析的な心理療法を専門にしていますので、心理療法はその理論を軸に考えています。心理力動論では、まず無意識という考え方を大事にしています。人間の心の動きには、自分では認識していない欲求、感情、思考があり、対話を通して少しずつそれらを自覚できるようにすることが目標になります。また、心理力動論では、セラピストとクライアント、つまり心理療法をする側と受ける側の間に展開する関係を重視します。転移と逆転移と呼ばれる心の動きです。

例えば、ある人が職場不適應ということで、カウンセリングを受け始めたとき、この人は、親との関係を背景にして、自分はダメな人間だとすぐに思いこむ傾向があります。職場でうまくいかなかったのも、上司との関係で、そうした思いにとらわれたことがきっかけでした。そのことについて話し合う中で、少しずつ自分の傾向に気づいていきました。しかし、そのことを話し合う中で、やはり自分はダメな人間だと思うようになってしまいました。セラピストは決して否定的な目線で見てはいないのに、ちょっとした言い回しや表情から「ダメなやつだと思われた」と思い込んでしまうのです。問題がセラピストとの関係の中で現れてくる。そして、関係そのものを吟味しつつ、そうした関係からの脱却を試行錯誤するというのが、心理力動論に基づく心理療法の肝ということになります。

大事なのは、クライアントが取り込んだやっかいな性質が、セラピストとの関係の中で表現されてくるということです。これを転移と呼びます。それに対して、セラピストの側にもさまざまな反応が生じます。それを逆転移と呼びます。この転

移と逆転移が混じり合って、2人の関係がややこしい状態になっていく。そこを克服していくというのが、治療の本質ということになります。

時間枠や場所とか、料金などの形式は治療の本質ではありません。しかし訓練の段階で、時間を決めて、一定の場所で行って、料金をもらうのがセラピーですよ、と勉強すると、その形がセラピーだと思いついてしまふ。それをそのまま児童養護施設に持ち込んで、それをやればセラピーになるという錯覚を起こしてしまう。けれど、それをいくらやっても、本質の部分が扱われなければ、それはセラピーにならないのです。

5. 転移・逆転移再考

この悪性の関係が演じ出される状況を理解するために、転移と逆転移ということについて考えてみたいと思います。昔の考え方では、転移は、過去に、別の人に抱いたものが、現在、セラピストに映し出されている、という説明がされていました。その場合、セラピストは匿名、中立、禁欲といった原則を守ること、無色のスクリーンとなって、クライアントの投げかけるイメージを映し出すという説明がなされています。現代では、セラピストは決してそのような無色な存在ではなく、転移はそのセラピストの現実の要素と、クライアントが持ち込んでくるものが絡み合っ起こって来ると考えられています。

少し戯画化した形で説明したいと思います。皆さんは、アミューズメントパークによく行かれるでしょうか。そこでアニメキャラクターの着ぐるみを着た人が歩いています。その着ぐるみに出会うと、熱狂しますよね。キャラクターの名前を連呼して「わー、握手して〜」みたいに。

でも、中に入っているのは、ただの汗だくのおじさんかもしれないですよ。その人に対して、「わー、握手して」、と言っているわけです。ここでセラピストの現実の要素に当たるのが、着ぐるみを着ているという事実です。その要因が、着ぐるみに対する熱い視線、興奮、熱狂を引き出しているといえます。しかし、その反応の仕方には個人差があります。中には、冷やかに、ただの着

ぐるみを着た人じゃないかと、その様子を見ている人もいるでしょう。ということは、熱狂している人たちは、自分たちが持っているキャラクターのイメージを、その着ぐるみを着た人にかぶせているということになります。この部分が転移らしい部分です。

それでは、次に、子育ての中で起こる一場面について考えてみましょう。子どもは何かうまくいかない時、親のせいにすることがあります。「お母さんが悪いから」と親のせいにする。これはなぜでしょう。別にお母さんが悪いわけではなく、母さんは一生懸命世話をしてくれています。しかし、子どもの心の中には、うまくいかない自分を許さない、厳しく批判的な何者かが住み着いていて、それがうまくいかない自分を責めてくる。しかしその責めを一身に引き受けるのは辛いので、ちょっとでも楽にするために責めを親に向ける。

この時に子どもが親に映し出しているイメージは何でしょう。自分を助けてくれない、むしろ自分の足を引っ張る、意地悪な悪者のイメージかもしれません。もしかすると、子どもの心の中には、鬼か魔女の着ぐるみを着た親が見えているのかもしれない。ここには子どもの転移的な要素があります。

一方、親が感じるのは、「何で私が責められないといけないの？」という不快な感覚です。子どものことが、飼い主を噛む、恩知らずの犬のように見えるかもしれません。ここには親の逆転移的要素があります。そして子どもに言い放ちます。「あなたがちゃんとしないからでしょ。」この瞬間、意地悪な魔女のイメージは、イメージではなく現実のものとなります。うまくいかずにめげている子どもに対し、悪いのはあなただと責め返すわけです。子どもは泣き出し、親子の言い合いは収拾がつかなくなります。

この例が示すように、転移と逆転移は複雑に絡み合います。そして、それぞれが相手にいろいろなイメージを投げかけ、さらにそのイメージは一部現実のものとなり、相手のさらなる反応を誘うという循環運動が起こります。児童養護施設や児童心理治療施設の生活場面で、子どもの担当をし

ている先生方は、こうしたやりとりを、いやという程味わっていないでしょうか。

6. 被虐待児が施設で示す転移

子育ての中で生じる親子の難しいやりとりを、転移、逆転移という文脈で考えてみました。これを施設における、生活担当者との関係に引き写して考えてみるとどうでしょう。施設にいる子どもたちは、先にも触れたとおり、生得的あるいは環境的要因により重篤な発達の負因を抱えています。そして、多くの場合、虐待という深刻な対人関係の外傷を負っています。虐待された子どもにとって、他者と親密な関係を形成することは簡単なことではありません。依存対象との関係は、愛憎入り混じる複雑なものとなります。根底には深刻な対人不信感があるでしょう。多くの場合、攻撃者への同一化によって、他者に対するサディスティックな態度が取り入れられています。親のよいイメージを保持するために、現実から遊離した理想化が生じ、一方で虐待された原因を自分に置いて、邪悪な自己イメージが作られるなど、自己表象と他者表象は不安定です。さらに、分離個体化の課題が克服されていないため、過度な後追いや、強制的に要求を通そうとする傾向があり、拒否されると、深刻な見捨てられ不安によって、過剰な反応をする子もいます。

こういった心性を持った子どもが、世話をしてくれる担当者との間で繰り広げる関係はどのようなものになるでしょう。先ほどの親子のやりとりのように、何かうまくいかないことがあったとき、担当者に対して不機嫌な態度を取り、それに対して注意をされると、どんどんと態度が悪化し、暴言や暴力にまで発展していきます。

問題は反発、拒否、要求過多といった態度面の悪化だけでなく、頭痛、吐き気、目まい、不眠などの身体化症状、不安や抑うつ、いらいらなどの精神症状、そして逃走、無断外泊、暴力・暴言、盗みなど行動化型の問題が出てくる場合もあるでしょう。他の職員や、施設内の子どもたちを巻き込んで問題を起こすということも出てきます。そのたびに、担当職員として、事情を聞き取ったり、

指導したりといった場面が増えていきます。子どもはそれを世話と受け取らず、自分に対する嫌がらせとして受け取ります。そして問題が繰り返されるわけです。

担当する職員には、様々な逆転移が起こってきます。子どもに対するいらだちや腹立ち、何をやってもうまくいかないという無力感、うまく指導できない自分に対する責めや罪悪感など、そして非現実的な救済願望など、反応のあり方はさまざまです。しかも、全てが意識されるわけではなく、多くは無自覚な状態で経過し、一定の限度を超えると、職員の側にもメンタル面の不調や不適切な行動化が生じる危険が高まります。

こうした状況が生活場面で起こってくるのは、担当者との関係が疎遠だからでしょうか。セラピーの中で、そうした問題が顕在化しないとしたら、それはセラピストと子どもの関係が信頼関係によって密接に結びついているからでしょうか。私はそうは思いません。週に1回、1時間相手をしてくれるセラピストと、日常生活の中で毎日のように世話をしてくれる担当者とを比べれば、明らかに担当者との関係の方が濃密です。担当者に対する依存欲求は、現実の生活で生じるさまざまな必要物を満たすために、切迫したものになります。担当者はどう思われるかは、そこで生活する子どもにとって重要な関心事です。しかも、施設には、同じ生活空間にたくさんのお子さんがおり、一人の職員が複数の担当児をみるといった条件があり、それが欲求不満を引き起こしやすい状況要因となります。子どもたちが、その指導員に愛着すればするほど、その指導員が手をかけてくれない時に感じる欲求不満は強くなるでしょう。そして、その子どもが取り込んだ悪性の体験は、この密接な関係をもつ担当者との間で強力に再現されることとなります。そして心理力動論の観点からすると、このような関係性の問題を、その関係の中で扱うことこそ心理治療の本質だということになります。

最近、精神分析家の間では、セラピスト・クライアントの間には、気持ちや態度だけでなく、さまざまな出来事が起こってくる、演じ出されてく

るということが注目されています。それにはエナクトメントという名前がついているのですが、そうしたエナクトメントは非常に重要な治療のチャンスだと考えられています。この観点から見ると、施設の生活空間で子どもが引き起こす問題行動は、職員と子どもの関係の中で起こっているエナクトメントであり、そこに子どもの心理治療をおこなう重要な契機があると見なすことができないでしょうか。

7. 転移状況に臨むプロの姿勢

精神分析では、転移状況やエナクトメント状況こそが、治療的な展開を生み出す最大の契機であるという認識があります。そして施設の生活場面では、子どもと担当職員との間で転移・逆転移が絡み合った難しい関係が展開し、さまざまなエナクトメントが起こってきます。この問題行動が頻発する生活の場こそが、心理治療の最前線ということができるはずでは

それでは、その最前線で、私たちはどうすればいいのでしょうか。精神分析や精神分析的な心理療法では、基本的にはクライアントの話を傾聴し、背後にあるさまざまな心の動きを理解し、その理解をクライアントと共有しようとしています。そこで目指しているのは、自己洞察、自己理解、気づきといった言葉で呼ばれますが、要するに自分の心の動きをより広く、より深く知り、それを受容していくという作業です。このようにいうと、精神分析は知的な作業で、認知的精神活動が主になる治療法であると感じられるかもしれません。しかし、先ほど触れたように、実際はさまざまな転移、逆転移の要素が入り込み、関係そのものに難しさが生じ、そこからいかに脱却するかが治療の肝になります。そして、それらを乗り越えられる愛着を含んだ信頼関係を築けるかが、治療の成否を決める大きな鍵となるのです。

子どもの場合、成長過程にあり、言語を使った認識能力は十分に開花していません。そのために成長を促進する愛着を含んだ信頼関係をいかに提供できるかが、重要な要素となります。特に、虐待をされてきた子どもたちの場合、養育者との間

で取り入れられた悪性の要素が、施設職員との関係の中で反復され、関係が破断されそうになります。そこで、そうした激しい転移状況において、関係を破断させず、愛着を含んだ信頼関係を維持すること自体が、最大の治療作用を持つと考えられるのです。

それでは、そのためにどういうことを心がければいいのでしょうか。ここではまず、その基本を学ぶために、いろいろなプロの仕事を参考にしてみたいと思います。

まず始めに、海外旅行の添乗員さんです。ご経験がおりかと思いますが、海外旅行に行くと、言葉の通じない国で、添乗員さんがいてくれるとほんとに心強いですね。ツアー客が見る目にもだんだん敬意が満ちてきて、若い女性は特に、異性に対する関心を含んだ情愛がふくらんでくることさえありますね。これはやはり、状況が引き起こす転移といってもおかしくないと思います。さて、こうした状況で、添乗員さんはどのように振る舞うのでしょうか。私はあるツアーで、似たような状況に遭遇したので、頃合いを見て添乗員さんに聞いてみたことがあります。すると彼は予想以上に、そうした状態になることをよく意識していて、明瞭に答えてくれました。彼によると、彼なりに一つのセオリーがあって、どういうことかという、まずこの旅行の目標は、皆さんに楽しんでもらうこと、そのために、そういった感情を向けられた時に、頭ごなしに拒否すると、楽しくなくなってしまいます。例えば、「自由行動なので食事と一緒に行ってくれないか？」と誘われたとき、「それは許されていません」とそっけなく断ったら、面白くなってしまいます。しかし、「じゃ、行きましょう」とそれに乗っかって行くと、他の人から「何だ、あいつら」と思われてしまう。だからそこで、適切な距離を取りながら、不快を与えず、最大限楽しめるような雰囲気を持続しつつ、距離を保ち、そして最終日、帰る間際になって、もし誘ってくれる人が一人だけでなく何人かのグループくらいになっていたら、行ってもいいかな、という感じで終わるというわけです。とても自覚的に目的意識を持っていて、そのために相

手の肯定的な感情に水を差さず、しかし一定の距離を維持しつづけるということに配慮しているわけです。

もう一つの経験談は、少年鑑別所のベテラン教官のお話です。私が30年ほど前、少年鑑別所に勤めていたとき、腕っぶしの強い、定年間近の教官がいて、ときどき夜勤で一緒になるとお話をしていました。その教官がある日、「おれはもうそろそろ終わりだ。身を引くころだ」と言うわけです。どういうことか尋ねると、数日前に暴れた少年を制圧した話をしてくれました。暴れる少年を制圧して、落ち着かせる仕事に、その教官は誇りを持っていました。しかし、その日制圧しているとき、その少年がふと力を抜いたというのです。教官は、しばらくして少年の居室に行き、『お前、あの時、手加減しただろ』と話しかけたといいます。それに対する少年の答えは、『おっさんを怪我させるわけにいかないじゃないですか。』だったそうです。この答えを聞いて、このベテランの教官は、自分の力量に陰りを感じて、先のような発言になったようです。

私はこの話には、二つの重要なポイントがあると理解しています。まず一つは、暴れる子どもを制圧するという仕事は、とてもプロフェッショナルな仕事だと言うことです。一見すると荒っぽい仕事のように見えますが、子どもを怪我させないように、職員自身も怪我をしないように、微妙な力加減が必要です。カットしたり、ムキになることは禁物なのです。そのためには、子どもの力を十分に上回る力と技を持っている必要があるということです。もう一つのポイントは、一見すると荒っぽい仕事の背後に、とてもきめ細かい情感のやりとりが生じているということです。しかも、事後の会話によって、二人の関係性はより親密なものになっています。暴れる少年が制圧されるという一連のエナクトメントを通して、少年は力の加減を学び、教官は自分の老いを認め、子どもが一本取ったことを確認することで、子どもの自尊心を高めています。力では負けても、処遇としては成功するというパラドックスがそこにはあります。

二つの話を重ね合わせると、ポジティブな転移状況、ネガティブな転移状況における、取るべき基本姿勢がよく分かります。ポジティブな場合には、相手の好意的な感情に水を差さず、しかし、一定の距離を保ちながら目的の達成を目指す。ネガティブな場合は、逆転移感情に飲まれて行動化することなく、決して報復をしない。そして、この例では必ずしも自覚的に目指されてはいませんが、できれば、そのやりとりを通して、新たな関係性への脱却を目指すということになるでしょう。上記のどちらの例も、心理治療を目的とはしていません。しかし、仕事の目的を自覚し、その達成に向けて自己を律し、献身するという基本姿勢を学ぶ上で、大変参考になります。

8. セラピーの目的と方法再考

これまでの例は、心理治療を目的とするものではありませんでした。もし、その目的が心理治療であるとすれば、何が変わってくるのでしょうか。大人の力動的な心理療法であれば、傷ついた自尊感情を修復し、不安に対する歪んだ対処方法に頼ることなく、建設的で親密な対人関係を持てるようになることが、目的となるでしょう。そのために、クライアントのさまざまな体験とともに吟味しながら、無自覚な心の動きについて探索し、その理解を共有していくことを目指します。

子どもの場合は、すでに述べたとおり、成長過程にあって、言語を使った認識能力は十分に開花していません。そこで、上記のような目的で行われるのがプレイセラピーです。ごっこあそび、創作的遊び、ルールのある競争的な遊びなど、遊びという媒体を介してともに時間を過ごし、関係を構築しながら、子どもが躓いている心理的テーマを理解し、子どもに役立つ範囲で理解を共有し、躓きを乗り越えていこうとする取り組みです。

ここで重要なことは、あそびは子どもの気を引くための道具ではなく、心理的テーマが表現される媒介だということです。気をつけていただきたいのですが、時間と場所を決めて、定期的に子どもと遊ばば心理療法になるというものではありません。遊びを介して結ばれるセラピストと子ども

の関係の中に、さまざまな子どもの問題が顕在化してきて、それを理解し、子どもと共有し、乗り越えていくという作業をすることが心理療法なのです。

もちろん、普段1対1で遊んでもらえる機会の少ない子が、そういう機会をもらって元気になるということはありません。さらにその子を担当する人が継続的に子どもに関わるならば、その人への愛着や同一化が生じ、それが子どもの自尊感情の修復や、成長欲求を高める働きをすることもあります。こうした要素を心理療法の本質ではないと排除する必要はないでしょう。それだけでよくなる子どもたくさんいると思います。しかし複雑な心理的な葛藤、歪み、発達不全を抱えている子どもの心理治療は、その部分に手当を加えなければ、目的を達成することができません。はじめの方で、スプリッティング・セラピーと呼んだ現象、つまり、セラピーでは楽しく過ごし、生活場面に帰って問題を頻発しているという場合、セラピーで子どもが抱えているテーマを十分扱えていないということが問題なのです。

それでは、セラピストが力量を上げて、子どもの問題をセラピーの中で取り扱うことができるようになれば、問題は解決するのでしょうか。私は、その点に疑問を持っています。子どもの象徴能力、関係形成能力に問題がある場合、どれだけセラピストに力量があっても、それを限られた時間枠の中で扱うのは相当の困難を伴います。そもそも象徴能力、関係形成能力に問題がある子は、セラピーに関心を持ってくれません。そしてまた、そういう問題を抱えた子が、施設には多いのです。最初の方で述べた、キャンセル・セラピーはそうした状況で起こってきます。

一方、そうした子どもたちも、施設の中で暮らす以上、職員との人間関係、子ども同士の人間関係でさまざまな葛藤を経験し、そこに自分自身が抱える問題を表現してきます。つまりセラピーで出してくれない、本質的な問題を取り扱うチャンスがでてくるのです。児童心理治療施設では、生活場面全てを心理治療の場とすべきであると私が考えるのはそのためです。

9. あるグループセラピーでのやりとり

それでは、生活場面で、子どもがさまざまな問題を起こしてきた場合、それをどのように扱えば、心理治療の目的が達せられるのでしょうか。生活現場の職員の方は、心理の勉強をされていないので、そのように言われると戸惑う方がいらっしゃるかもしれません。しかし、そんなに恐れる必要はないと思います。先の添乗員さんや鑑別所の教官の話の思い出してください。プロとして、目的意識を持って仕事をされている方であれば、すでに子どもたちへの関わりの中で、すべき事柄は体感的に学ばれていると想像します。

ここでは私なりに、そうした場面で、問題をどのように扱えばよいのか、整理してみたいと思います。そのために、まず、私自身が経験した一つのエピソードを紹介します。

ご紹介する例は、大学院生と一緒にいる発達障害の子どもに対するグループセラピーの場面です。このグループセラピーでは、6人の子どもが参加し、一人一人の子どもに院生スタッフがサポーターとして付き添います。そして、ファシリテーターという全体の進行役を中心に、さまざまなアクティビティをします。例としてあげる場面は、普段の大学ではなく、児童福祉の機関で行った際に経験したことです。ある回の始めに、保護者が見守る中、バランスボールを使った遊びをしていました。子どももサポーターも一斉にバランスボールに座って、誰が一番長く足を上げて乗っていかれるか競争していました。するとある女性サポーターが、バランスを崩してポンと落ちて、子どもが乗っていたバランスボールにおつかり、その拍子でその子が落ちてしまったのです。

その子は、非常に自己愛的な傷つきに弱く、自分が落ちた瞬間に癇癪を起して、暴言を吐きながら、部屋を飛び出してしまいました。発達障害だけでなく、素行障害や反抗挑戦性の問題、そしてヒステリー性の性格の問題を抱えているタイプの子でした。部屋を飛び出すなり、壁をドンドン蹴とばしながら、大声でわめきはじめました。私は親グループのファシリテーターとして、同席して

いましたが、母親や担当サポーターと一緒に、廊下に出てその子を取り囲みました。サポーターが、「ぶつかっちゃってごめんね」と謝るのですが、その子は全然おさまりません。そして、「そんなんではあやまったことにならん。ただのゴメンじゃないやろ、もうしませんが言うんじゃ〜！」と言うんですね。

サポーターは子どもに従ってそう言うべきか迷っていましたが、そして、意を決して言葉をかけようとしたとき、私が介入しました。「ちょっと待って。わざとやったことでないことに、もうしませんが謝るのはおかしいよ。」「わざとやったのなら、もうしませんが言えるけど、バランス崩して落ちるときは落ちてしまうし、もうしません、はおかしいんじゃないの？」と。

すると彼は次のように叫びました。「おれはいつも学校でそう言われてるんや!」。彼はADHD傾向があって、ついつい衝動的に行動してしまうタイプの子です。そのたびにトラブルを起こして怒られる。その時にもうしませんが、と言う。これは学校で言われるのか、親から言われるのか、あるいは自分が自分に言うようにしむけているのか分かりません。しかし、少なくとも、彼の心の中ではそのように言われる屈辱感が蓄積していたようです。ADHDという障害を考えると、わざとではないのにそう言われるのは、たしかに理不尽なことです。いずれにしても、ここで少し共感的な理解ができた気がします。そこで彼には次のように伝えました。「そうだったんか。わざとやったわけでないのに、そう言われるのは辛いよね。でも、ここではそんな風には謝らないんだよ。君もだし、先生たちも、他のみんなも。」と。その子は落ち着きを取り戻し、遊びの部屋に戻っていきました。

10. 生活場面で転移状況を扱う基本ステップ

ほんの短いやりとりではありますが、子どもが問題行動を示したとき、言い換えると転移的状况において、具体的にすべきことを考える上で参考になると思い紹介しました。関係を構築しながら、子どもが躓いている心理的テーマを理解し、

子どもに役立つ範囲で理解を共有し、躓きを乗り越えていくために、私たちは1回1回の子どもの関わりの中で、何をすべきなのでしょう。

私の考えでは、心理治療に関わる一番重要なポイントは、探索の過程だと思います。なぜこの子は今このような行動を取っているのか。この子を突き動かしている感情はどのようなものか。この子がこれまでに経験してきた事柄とどのような関係があるのか。こうした問いを持って、子どもとの関わりに臨むということです。

これは簡単なことのように、実際にはかなり難しいことだと思います。私たちは子どもが問題行動を起こすと、反射的に、関心はどうやって解決するかに向きます。先ほどの例で言えば、部屋から飛び出した子どもを、どうやって部屋に戻すかが早急の課題として意識されるはずですが、しかし、問題を理解せずに、方法に執着すると、思考様式は、黒か白か、全てか無かといった、二極化したものになります。そして対処方法はその場しのぎのものとなり、根本的な解決が得られないまま、事態は遷延化していきます。

解決を急がせる要素として、担当者の逆転移感情も大きく作用します。自分の担当児が部屋から飛び出したとき、担当者の胸中には、周りに迷惑をかけてしまったという負い目、自分の力量に対する疑念、周囲から責められるのではないかと不安、理不尽に飛び出す子どもに対する腹立ちなど、さまざまな思いが押し寄せてきます。先ほどの問いを冷静に考えるよりも、早く事態を収拾しなければと焦るでしょう。

アメリカの組織コンサルタントが教えてくれた比喻で、マジックテープとテフロンというのがあります。マジックテープは、ぺたぺたいろいろなものをくっつけてしまう、テフロンというのは、こびりつかせず、はじき返す素材です。逆転移感情に流されないために、私たちは自分の心にテフロン加工を施さなくてはなりません。子どもの発言、子どもの行動、そして引き起こされた事態を、全て自分に責任があるというふうに、パーソナルに受け取らない。状況によって起こってきたことと認識し、軽く受け流す余裕を持つ必要が

あります。自己分析が推奨されるのは、子どものどういう言動が、自分の感情に影響を与えやすいのか、あらかじめ知っていることが、テフロンとして機能するからです。

さて、探索のために必要なのは、話を聞くことです。その瞬間相手が訴えることに、真剣に耳を傾け、その意味を理解しようと努力することです。ここで間違えてはいけないのが、話を聞くこと、そして受容的に共感することは、相手の言いなりになることを意味しないということです。要求に従うかどうかは、あくまでも是々非々です。理不尽な要求は、受け入れる必要はありません。しかし、その理不尽な要求が何を意味するのか、理解しようとして、話を聞く姿勢は貫きます。

先ほどの例を見ていただくと、「もうしませんが」という要求に屈しないことによって、かえって子どもの真の気持ちが引き出されました。同時に、その子どもの発言に、ちょっとした引っかけりを持つことが重要です。何か変だなという、ひっかけりです。その感覚が探索への手がかりとなります。

この例が示す重要な点は、子どもが本音を話す瞬間は、いつ来るか分からないということです。子どもの気持ちを聞き出すために、質問を投げかけることも大切です。しかし、質問をしても、答えてくれるとは限りません。対話の中で、押しやり、引いたり、かわしたり、ぶつかったりする中で、うまくいくとその瞬間が訪れるということです。大切なのは、その瞬間を逃さないことです。

子どもが大切なことを話してくれたと感じたら、その意味をよく吟味し、理解した内容を子どもに伝え返すように努めなければなりません。その際、その理解は、双方の自己満足に終わるのではなく、未来に向けての希望が含まれる必要がある気がしています。つまり、抽象的に子どもの気持ちをなぞり返すだけでなく、その子どもにこちらから伝えたいメッセージを含ませる必要があると思うのです。先の例では、ここではそのような謝り方は誰もが強制されないと宣言しています。私としては、そのような謝らせ方は理不尽であり、その子を含む誰もが強制されるべきではない

という信念を伝えたいと思っていました。

最後に、こうした場面での心理治療は、チームで行うという感覚も重要です。施設では、子どもの問題を担当者一人が抱えるのではなく、他のスタッフと一緒に考える、他のスタッフと一緒に関わるといったことが可能です。その強みは最大限に生かすべきでしょう。

先の例では、サポーターのスタッフと私が、共同で子どもと関わっています。ある意味で私は、サポーターと子どもとの間に割って入っています。それによって、子どもの要求に応えるべきか迷っているサポーターとは、少し違った角度から子どもに切り込んでいます。結果としてこの介入はうまくいきました。しかし、それは、保護者グループのファシリテーターで、スタッフチームのリーダー役であり、一番年長であるという立場があったからかもしれません。また、もしこの介入がうまくいかず、子どもとの関係が悪化したとしても、子どものサポーターより、私との間の方がダメージは小さいでしょう。そういう意味では、私がする方が無難だったとも言えます。

転移・逆転移状況が複雑に絡み合った状況では、担当職員がそれを抱え込み、精神的に追い詰められるという事態を避けなければなりません。担当者との関係を、二人きりの世界として放置するのではなく、スタッフ全体が状況を理解し、情報共有、業務分担、カンファランス、スーパーヴィジョンなどを通して、支え合う必要があります。そうした支え合いが可能な施設であることが、総合環境療法的前提になると考えています。最後にお話しするひびきの組織改革は、このことを念頭に置いて行ったものです。

11. ひびき組織再編成

私は2004年にひびきの設立準備委員となってから、ひびきに関わってきました。最初私が担っていたのは、外部スーパーヴァイザーの役割でした。その頃のやり方は、私が訪れる2時間の間に、子どものケースが報告され、それにコメントをするというものでした。結構沢山の職員が集まってきて、中身の濃い時間だったと私自身は思っ

ていたんですが、実はそこで話し合われたことがほとんどの職員が覚えていないことに少しずつ気がつきました。だから、スーパーヴィジョンをいくら重ねても、その時だけの話で終わってしまい、実際の処遇にはね返っていかない。そのあたりに少しずつ問題意識を感じるようになりました。

そうする中で当時の施設長や主任から、今後ひびきの体制をどうしていくべきか相談を受けました。私は施設全体を治療的にする必要があると述べ、それについて理解を示していただき、その方向で研修のあり方を再考することにしました。取り組みを開始した2011年度には、職員全体が集まって行うスーパーヴィジョンよりも、ケースについて考えるカンファランスを、普段からなるべく頻繁に自分たちで行う習慣をつけてもらうという方針を出しました。当時一人一人の子どもに、子担当、副担当、親担当という3人の担当者(3担当)が割り当てられていました。その中にリーダーを置いて、そのリーダーが声をかけて、3人でカンファランスを開くことを提案しました。1ケースにつき、年に2回はカンファランスを開くという目標を設定しましたが、はじめから自分たちで行うのは難しいので、私が来訪する日に3担当が集まり、ケースについて話し合ってもらいパイロットカンファランスを行うことにしました。職員の中から、試験的に10人のリーダーを選び、1人のリーダーと二人の担当者、つまり3担当が、私が陪席する中でカンファランスを行うのです。私は必要に応じてケースについてコメントしますが、できるだけリーダーが話し合いを主導するように促しました。その時間、手の空いている職員は自由に参加してもらい、カンファランスの様子を観察できるようにしました。特に残りの9人のリーダーには、なるべく参加するように促しました。こうしたパイロットカンファランスを月に3回行い、残りの1回は、10人のリーダーを集めてグループスーパーヴィジョンを行うことにしました。そこでは、ケースの内容よりも、カンファランスの進め方に焦点を当て、リーダーのファシリテーション力を向上させることを狙いました。

2012年度は、パイロットカンファランスとグ

ループスーパーヴィジョンは継続しつつ、それに加えて、年間10回ほど管理職を対象にリーダーシップ研修を行うことにしました。また、職員全体にはシリーズとしてプログラムされた継続的な研修会を開くことにしました。職員トピックス研修と名付けたこの研修会は、ケースカンファランスの中で、職員が子どもの問題性を理解し、治療的な関わりを考えられるように、子どもの見立てについての基本概念を習得させることを目的としています。ひびきでの勤務経験がある臨床心理士が、交代で1コマ1時間の研修セッションを月に12コマ開催し、職員各自が参加できるコマに出席するという形を考えました。研修内容はイントロから第7トピックまでの8種類があり、全員が8回すべてに出席することを義務化しました。

トピックスの中身ですが、グリーンスパーンの「子どもの臨床アセスメント」から内容をコンパクトにまとめ、子どもの身体的神経学的発達、気分・感情・不安のあり方、思考過程の特徴、関心を占めているテーマ、環境の使い方、人間関係の取り方、処遇者が感じる主観的反応という内容を用意しました(Greenspan, 2003)。

振り返ってみると、この企画は結構重要だったと感じています。ひびきの生活処遇をよく知っている講師が担当してくれ、職員も空いている時間に気軽に参加できるので、親しみを持たれていました。そして、概念を学習する以上に、子どもの日常の様子を気軽に語り合える場として研修の時間が活用されたという点があります。施設を心理治療的にするために、一番必要なことは、職員が子どもの様子について、とにかく話し合う、リフレクションすることです。そういう風土の下地が作れたということで、この研修はとても有効だったと思います。

さて続く2013年度ですが、組織構造上もとても大きな改革の年となりました。お話ししたような研修を重ねるだけでは、どうしても生活指導とセラピーの二分法を解消することができないのです。治療はセラピストがするもので、生活職員は規則を守らせるのが仕事というスプリットが、セラピストの頭からも、生活職員の頭からも抜けな

いのです。そこで私が提案したのは、心理士はいったんすべてのセラピーを中止する、そして生活職員の一人として生活場面で子どもを担当するということでした。これについては、施設長を含め内外からかなり強い抵抗がありました。私も腹をくくり、もしこの方針を飲んでもらえないのであれば、スーパーヴァイザーを辞する覚悟もしました。

組織改革のもう一つの柱は、治療支援計画担当者(計担)の任命です。心理士と生活職員を問わず、中堅職員から計担を選任し、治療支援計画作成とケース担当者のスーパーヴィジョンをしてもらうことにしたのです。同時に、治療支援計画の書式を一新し、実用的なひびきバージョンのものを作りました。それまでの治療支援計画は沢山書き込まれていても、書いたら殆ど見ずに、1年後の監査のときだけ引っ張り出すという感じでした。それをもう少し実用的なものに作り替えて、自分のやっている子どもへのかかわりが治療方針に合っているか常に意識できるようにすることを目指しました。

こうした作業は、心理士は比較的慣れているのですが、生活職員の人はなじみがないのでかなり苦労しました。特に、心理的なアセスメントや心理治療の目標を言語化しなくてはなりません。心理学的な概念を少しずつ学習してもらうことも必要でした。ですので、この年から2年間は、私のスーパーヴィジョンは、治療支援計画の作文指導にあてられました。

2014年度、引き続き治療支援計画のアシストをしつつ、生活職員の個別スーパーヴィジョンを開始しました。これは、中堅の生活職員で希望する人に月1回程度のペースで行うもので、子どもとの関わり方について話し合うことを想定していましたが、話題としてあがるのは生活職員間の力動の方が多かったように思います。生活職員の人は、個別に話し合うということになれていないので、最初は怖がられていましたが、徐々に慣れると、自分のニーズに合った時間の使い方をしてくれていたように思います。受けてくれた人たちが、今は生活場面の中心人物となっています。

2015年度から、一度停止した心理士による個別セラピーを再開することにしました。ただし、かつてのように入所した子ども全員にするのではなく、個別セラピーが有効かつ必要性が高いと考えられる子を選別して行うというものです。生活場面で、どうも理解がしにくい、ややこしい問題を出しているという声が上がったり、児童相談所からの要請があるケースについて、心理士も日々の様子を観察しながら対象児童を選別するわけです。

また、セラピーの開始をする前に、必ず5回のアセスメント面接をするようにしています。その間に、生活職員の意見も聴取し、心理士の集まる会議でセラピーを実行するか検討することにしました。そして、セラピーは原則30回を一区切りとし、30回が終わった後に、継続するかどうかを、再度心理士会で検討するという流れです。一度始めたら、担当セラピストに任せきりとせず、常に全体で進捗を管理しながら取り組むようにしています。必要に応じて生活場面で起こった出来事を積極的に取り上げ、また生活職員も子どもがセラピーを受けることを応援するという体制を作ることで、生活・心理のスプリットをなるべく避けるように心がけています。

そして、2016年度には、計画担当者会議を始めました。計担が、月1回集まって、2時間ほど話し合うことで、心理士、生活職員の垣根を超えて、フロアリーダーを支えて若手を引っ張っていくサブリーダーとしての自覚が育ち始めています。すでにその時点で、男子のフロアのリーダーに心理士が就いていて、心理的な観点を生活場面に広げることによって一役買ってくれていました。心理士会は月1回開催して、より意識的な見立てをしながら、計画に基づいてセラピーを実施するという取り組みを行っています。

結局、施設全体を治療的にするというのは、職員の人材育成をどうするかということに重なってきます。生活の中に心理士が入ることの意味ですが、私は2つあると思っています。一つは、心理士自身が子どものことを知り、子どもの生活を知り、子どもから学んで、よりよい心理治療ができ

るように鍛えられる。心理士自身の研修、育ちがあるということです。もう一つは、生活場面で、心理的観点で子どもを見るということを、他の職員にモデルとして示してもらう。それが施設全体を心理治療的な方向に引っ張っていく、牽引してくれると思うのです。

どういう段階を経て、人材を育てていくかというグランドデザインも大切です。入職してすぐは、生活職員、心理士ともに、子ども担当として、生活場面における子どものかかわりを軸に仕事をします。3年目くらいから、心理士はセラピー担当日を持つようにして、徐々にセラピー担当ケースを増やしていく。そして、心理士、生活職員を問わず、5年目以降の職員から、計担を選任して、治療支援計画立案の視点と、中堅リーダーとしての役割を担ってもらう。そこで生活担当職員だった人は、心理的なものの見方、そして後輩の指導の仕方を学んでもらう。それによって、新人は計担の導きの下、子どもとの関係に集中できるようになる。こうしたサイクルを作ることで、施設全体を治療の場とするという目標が実現できるのだと思います。

生活場面で展開する子どもの問題性を治療的に扱うためには、職員全体が治療的視点を共有することが必要です。また、子どもの攻撃から生き延びるために、強力なチームワークが必要です。子どもが持ち込む問題を抱えながら、職員集団がチームとして生き残ることによって、児童心理治療施設全体が心理治療の場として力を発揮できるのだと考えています。

文献

- Aichhorn, A. (1935) *Wayward youth*. New York: The Viking Press. (アイヒホルン, A. 三澤泰太郎訳 (1981) 手に負えない子 誠心書房)
- Greenspan, S. I. & Greenspan, N. T. (2003) *The clinical interview of the child*. (3rd. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Pub. (グリーンズパン, S. I. & グリーンズパン, N. T. 濱田庸子訳 (2008) 子どもの臨床アセスメント: 1回の面接からわかること 岩崎学術出版社)

Redl, F. & Wineman, D. (1952) *Controls from within: techniques for the treatment of the aggressive child*. Glencoe: Free Press

Sullivan, H. S. (1962) *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton. (サリヴァン, H. S. 中井久夫他訳 (1995) 分裂病は人間的過程である みすず書房)