

第2章 課題への対処と障害への配慮

一般の基本的カウンセリング技法を、障害や疾病への配慮を要する障害者就業支援の実践へそのまま適用することも可能だが、そこには自ずと限界もある。障害者就業支援におけるカウンセリングの意義や限界、さらに前章で説明したカウンセリングの一般原則にどのような配慮を加えれば良いかを、先行文献を用いて検討するのがこの章の役割である。

各節のタイトルでは、障害特性の名称に身体障害、知的障害、精神障害、あるいは高次脳機能障害、統合失調症、自閉症といった障害名や診断名よりも、クライアントを支援する上で特にカウンセリングと関わって課題になると思われるいくつかの側面からまとめた。なぜなら、旧来の障害分類に基づいてカウンセリングの留意点を挙げてみると、それらの間にいくつかの共通する側面がみられたからであり、ひとつの障害への対処方法が他の障害にも応用できる可能性があると考えたからである。

第1節 意思決定

障害者就業支援の実践では、「障害」と「意思決定の障害」とが同一視される場合は多い。専門家の存在意義は意思決定への介入にあるとさえ考えられている場合がある。だがそのような中でも、「クライアントの主体性を尊重したい」と言われる。これは一種のジレンマである。

このとき「主体性」には3つの意味があることに気付く。第一は、支援者の提案、指示に「自分から従う」という意味の「主体性」である。ここでは、支援者の提案を受け入れるかどうかを決めるのは、あくまでもクライアント自身である点が強調される。第二は、支援者が用意した選択肢の中から「自由に選ぶ」という意味の主体性である。第三は、いかなる障害があろうともクライアント自身の創造性に依拠した決定にしたがうという意味の「主体性」である。

時実(1970)は、「人間の生きる姿」を中枢神経系の機能分担の視点から、①脳幹・脊髄によって実現する生命現象である「生きている」と、②それより高次の「生きてゆく」とに分けた。このうち②はさらに、大脳辺縁系によって実現する本能である「たくましく生きてゆく」と、新皮質によって実現する2つ（「うまく生きてゆく」及び「よく生きていく」）に分けることができるが、ここでは最後の2つが重要である。まず「うまく生きてゆく」とは、学習によって経験を積み、変化する環境に適応する人間の姿である。他方、「よく生きていく」とは、目標の設定や価値の追求といった創造的な人間の姿なのである。クライアントにどのような障害があつたとしても、その人を一人の人間と認め、その人格を尊重したいと望む支援者であれば、どうしてもクライアントを、目的の設定や価値を追求する創造的な人間として見る必要がある。これまで多くの支援者は、知的障害者や精神障害者を意思決定の障害者とみなしてきたのではないか。まさにこの点に、本人の意思の尊重を目指す専門家倫理と実践との間に決定的な矛盾があつたと言わなければならない。

では、具体的にどのようなすれば良いのかを、前述の二者関係の形成による意思疎通のあり方を踏まえ、以下でみていくことにする。

1. 意思決定の本質

社会福祉分野では、日常の過ごし方、生き方について自分自身の意思で決定できるようにすることの意義が改めて言われている。児島(2002)によれば、「自己決定」という概念が社会福祉分野で重視されるに至った経緯として、以下のような4つの異なる文脈があるが、自己決定の原則が自明視されてくるに連れてこの4つの相違が見過ごされ、したがって議論が曖昧になる可能性があるという。

- ① I L 運動（自立生活運動。アメリカの脊椎損傷者などの身体障害者が始めた運動）。青い芝の会の活動（日本において、施設で暮らす脳性マヒ者などが脱施設や障害者差別を問い直すために起こしたさまざまな運動）。この場合の自己決定は、「当事者」から提起された。
- ② 脱施設化（ノーマライゼーション）。この場合、眼目は脱施設化にある。北欧において「当事者の親」の訴えに対して行政側が応えたものであるが、それを具現する過程で必然的に「自己決定を支援する」という考え方が生まれたと思われる。
- ③ ソーシャルワークにおける自己決定原則。これはバイステック¹によるケースワークの原則の一つとして掲げられているものであり、「援助者」側から提起された。
- ④ インフォームド・コンセント／チョイス。これは、医療関係者の中で議論の口火が切られた。現在では、社会福祉サービスの情報開示や利用者のサービス選択にも影響を与える考え方となっている。これも広くは「援助者」側の提起に由来する自己決定といってよい。

(児島, 2002)

児島によれば、4つの文脈のそれぞれで自己決定に伴うとされるクライアントの自己責任の通念の意味内容は、社会福祉分野で未だ不明確である。自己決定が実現した場合もそうでない場合も、当人はその結果を引き受けざるを得ない。既にこれだけで責任を引き受けているとみなすのであれば、たとえば意思表示能力などを前提としなくても、自己責任を担うことは可能である。それを超えて積極的にクライアントの責任を論じるのであれば、誰に対する責任なのかがより鮮明に説明されなければならない。

そもそも私たちがどのような生き方をするにせよ、果たしてそのうち本当に自分自身の意思で生き方を決めたことがどれくらいあるのかと考えてみると、すべて自分で選ぶことができたとは必ずしも言えないことがわかる。たとえば性別、出身地、養育者の態度などは、自分自身が選んだのでは決していないが、その生き方に何らかの制約を与える。自分では選ぼうと思っても選べない条件、つまり個人にあらかじめ課せられた制約条件は、誰もが持っている。障害もまた、こうした制約条件のひとつになり得る。

¹ Biestek, F. P. (1957)

このような制約条件は、支援者が関わることでさらに広がる可能性があると言及したのはAptekar, H.H. (1955)である。Aptekar, H.H.は1955年の著作の中で、アメリカのソーシャルワークの状況について述べる中で当事者の自己決定について次のように述べている。

自己決定の原理に同意するだけでは不十分であるという理由のひとつは、われわれはたれひとりとして、ことに当たって“完全に”自己決定的でありえないということである。われわれは他人とともに生活しており、なにが他人の意志であるかは、ときとして区別しがたい。／ワーカーが、自由な自己決定による決意だと考えていることが、クライアントの側にはまったくの妥協であるということもありうる。すなわち、クライアント自身の純粋な要求や意志の自由な表現であるというよりもむしろ必要性への屈服だということがありうる。自己決定はケースワークの目標とみなすべきものであって、成就された事実であるとすることはできない。(Aptekar, H.H., 1955)

一方、佐藤(2001)は、日本社会に個人が存在しない¹ということは、欧米から輸入した自己決定や意思決定の概念が成立しないことだと指摘しつつ、次のように述べた。

私たちはまず隣をみてから自分がどうすべきかを決める。／私たちがいる困難な課題をかかえて意思決定しなければならないときに、もっとも自然な方法は「なるべくしてなった」というやり方である。(佐藤, 2001)

佐藤は、法学的な観点からみて、西欧から輸入した日本の刑法における「意思」の概念と、日常生活で日本人が用いている「意思」の概念とが同じものだとは到底、思えないという。そして、日本の法律や判例における「自己決定」の考え方が、必ずしも本人が決定するものになっていないと指摘し、例として刑事事件における共謀共同正犯²の判例、安楽死に対する考え方³等を挙げている。

したがって尾崎(2002)は、「あなたが自分で決めてよいのです」「あなたが自分で決めるしかありません」という支援者の言葉は、支援者が援助から撤退したりするときにも使い得る言葉であって、

¹ ただし、アメリカ人でも集団の中で自分だけが違う意見を持っている場合、周囲の意見が明らかに間違いだと考えていても、ついそれに同調した行動をとってしまうという実験結果がある (Asch, S.E. (1955))。内藤(2001)は実験的な社会心理学の立場から、人が無意図的に周囲の人の行動に似た行動をとる傾向を「同化」と呼び、「同化」が生起する条件として①不安や恐怖による混乱、②何らかの課題に注意が向けられているときの他の課題への安易な追従、③ひとつの課題への過度な集中、の3つを挙げた。山田(2002)は情報学の立場から、「わたしたちは独創的であることを絶対善のように考えているが、その背景には近代のオリジナリティ神話がみえ隠れする。」とし、「再創」(すでにあるものを寄せ集めて、コピーし、あらたに何かを付け加えて創造すること)という造語を提唱した。

² 犯罪の責任を、共同の意思を担いつつも実際に犯罪に加わらなかった人間にまで負わせること。

³ 日本の判例では、本人が安楽死を望んでも、それに反対する家族の意思の方を尊重する傾向がある。

「あなたが決めることだ」と伝えることは、同時に「私には関係ない」という伝達にもなり得ると指摘する。

援助者はこれらのことばを自己決定を操作したり、強要したりする際に使うこともある。援助者は、「あなたが決めること」と伝えながら、同時に期待をほのめかすことによって、相手の決定を操作することもできるからである。(尾崎, 2002)

知的障害者の犬塚(2002)は、中学校卒業後46歳になるまでの入所施設での生活を振り返り、次のように語っている。

僕は今、グループホームに住んでいます。／五十過ぎてやっと幸せになりました。／今は、おやつも一人で買います。お風呂も一人で入れる。いやなことはいやだ！って言えます。／世話人さんはびっくりするかもしれないけど、僕は今、意見を言う練習をしてるもんで、手伝ってほしいです。いつか、結婚もしたい。夢がある。／なんでかな、施設では、ここ（胸を指す）の中のことを言うと怒られた。なのに、同窓会に行くと、みんな僕の話聞いてくれた。(犬塚, 2002)

犬塚のこのコメントに対し、愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所の三田優子は、「能力がなくて意見が言えないのではなく、言うことに慣れていない」と補足している。三田は、犬塚が知的障害者の本人活動に参加する状況を見守った経験から、「多数決をしたとき、犬塚さんは周りの動向に神経を集中させ、ボランティアの顔をうかがっていました」「大勢のゆくえを見定め、目立たないように、流れに逆らわないようにふるまう能力は見事でした」「集団で生きるための、しかし悲しい習性が見えるようでした」と述べている。

犬塚と同じように施設入所の経験を持つ知的障害者の大滝(2002)は、「私は今グループホームにいて、自由に行きたいところに行けます。本人の会に入って友達が増え、自分のことをどんだん言えるようになりました」「施設にいると甘えた人間になってしまうと思います」「自分から何かやろうとしなくなる」と述べている。犬塚の場合、その意思決定や意思表示の技術は、知的障害そのものが原因となって弱くなったと言うよりも、入所施設での制約の多い集団生活に適應するために、自らの意思を自ら打ち消すことが習慣となっているためであったのかも知れない。

このように、理念としては自己決定の重視が言われながらも、実践の次元ではクライアントの自己決定重視のあり方と、指示・指導を重視するあり方が共存しているのが実際のところである。

2. 意思決定の課題

(1) 他者依存型への対応

宮内(1996)は、回復期の統合失調症のクライアントの病態を、①他者依存型と、②自己啓発型との2つのタイプに分けることができるとし、片方のタイプのクライアントに適切な対処方法は、もう片方に対しては逆効果である場合があると述べている。

①他者依存型 (dependent type)

治療者との間で、最終的には具体的、断定的で要点に絞り込んだ結論を出しておくことが望ましいタイプである。このタイプのクライアントが「明日、仕事に行くか行かないか」と援助者に問うとき、援助者は「行きなさい」「休みなさい」をはっきり指示する機会を多くした方がうまくいく。こうして社会生活上の判断基準を周囲から徐々に学んでいき、適応能力を高めていくことができる。

②自己啓発型 (independent type)

治療者との間では、最終的な結論の直前で面接を終了させ、最終的にはクライアント自身が意思決定した方がうまくいくタイプである。先の例でこのタイプのクライアントが「明日、仕事に行くか行かないか」と援助者に問うとき、援助者が「行きなさい」と指示するとかえって行けなくなってしまうことがある。このタイプでは、どちらかという自ら下した判断で行動する機会を多くした方が成長できる道が開け、そのような試行錯誤を積み重ねて適応能力を高めていくことができる。進路を検討するときも、判断、決定は本人にゆだね、援助者はそのための情報提供を行うと良い。

これら2つのタイプのうち①他者依存型のクライアントに対応する場合の原則は、次の5つである。

①具体的に

「朝早く起きること」より「朝6時に目覚まし時計をセットして起きること」、あるいは、「適当に休憩をとって」より「50分たったら10分休憩」のように、生活に密着した指示がうまくいく。

②断定的に

「朝6時に起きた方が良いと思いますよ」より「朝6時に起きてください」のように、自信ある態度で断定的に指示した方がうまくいく。選択理由は説明しても良いが、選択肢は与えない。

③タイムリーに

指示が与えられず本人が考えなければならない時間が長引くと、症状が再燃する場合もある。

④繰り返し

このタイプのクライアントは、固着した行動パターンを崩すことができないで同じ失敗を繰り返

す場合がある。容易ではないが、根気よく同じ指示を繰り返しているうちに、徐々に効果が現れる。

⑤余分なことを言わない

就労先が決まり、出勤する前日に起床、身支度、通勤等の段取りを指示した後に、「でも雨がふると大変だね。バイクだとぬれるね」などと親切心から余計なことを言うと、クライアントは翌日「雨が降ったから」休むというのがこの例。多岐にわたる指示ではなく、指示は、分岐しない一筋の流れにまとめ、焦点をぼやかさないようにした方がうまくいく。会話中にクライアントが黙ってしまうと、沈黙を埋めようとして援助者がしゃべってしまうのが落とし穴である。

ただし宮内によれば、これらのうち個々のクライアントがどちらのタイプに当てはまるかは、実践的な試行錯誤の中で見出すしかないのだという。

(2) 希望の具体化や現実化

現実にはあり得ないような精神世界を思い描いたり、人生について理想や夢を抱くことで、現実世界の悲壮さやみじめさから解放されるという体験は誰にでもあり、また人間にとって必要なことである。クライアントが支援者について打ち明けた夢は、もしかしたら突飛で、人によっては不真面目と受け取られかねない内容であるかも知れない。どのような職業生活を送りたいかという問いへの答えは、誰にとってもしばしばこのように夢物語と不可分であるからこそ、現実の世界に生きる支援者の前で、クライアントは自分の本当の気持ちを話せないでいるのである。

ある就労施設では、決まった段階をステップアップさせる方式をやめてメンバーの自由を認めると、資格を取りたい、もう一度学校へ行きたい、小説家になりたい、塾の講師になりたい等々、専門家から見ればとても無理と思えるような希望内容が出てきた。ところが、実際にやってみると、その中に、結果的に見事にその職場に馴染んでいってしまう人も確かに存在する。

例えば、働く場の選択に際しては、仕事の内容で選んでいるのではなく、そこにいる友達で選んでいることがわかるのである。仕事は大変だけれども、友達がいるから安心だ、と彼は言うのである。さらには、喫茶店のようなものをやりたいという人がいて、さっそく会員制の喫茶店の真似事をやってみたところ、生き生きした立ち居振る舞いで、マスターになりきっている人がいる。後で聞いてみたところ、昔やりたいと思っていた仕事の1つだったということがわかったのである。／この選択（チョイス）するに際しては、それぞれに自分なりに考えて判断しているのだから、それに委ねたほうがよいという結果になってこざるを得ない。たとえそれでまもなくとも、その時にはまた選択し直せばよいと考えて、本人の選択に任せることになっていったのは当然のなりゆきであった。（谷中，1996）

谷中(1996)は、「高望みして転げ落ちて来る時には、素早く受けとめる態勢を整えておけばそれでよい」(谷中, 1996)と述べ、ピンチを迎えたときはいつでも呼び出してくれ、と伝えておくのだという。就職に失敗し、何度も試みることになったとしても、それを自分なりの生き方のスタイル、自分にあった職場や仕事を見つける過程にすればよい。

ピンチを迎えて私の所に出向いて来る時は、まさに本当に困った時であった。このことは、かえって、お互いにピンチをどう乗り越えるかという共同作戦を協議するチャンスとなった。そして何度も何度もこんなことがあって、危ない橋を渡ってきたというのが正直な実感である。(谷中, 1996)

「共同作戦」の協議は、何回でも開催する。本人の目標があまりにも壮大で、すぐに達成できそうにないときには、それを延長線上に持つような具体的な目標、すなわちすぐにでも着手可能で、しかも達成可能な計画を話し合っ決めてたり、修正したりする。そうした中で、描いた夢は、それに近づくことができるという体験を味わってもらおう。その際、そこでの共同体験と話し合いは、それらを何度も繰り返して形成される支援者と当事者との関係性や、計画が頓挫しても何度でもやり直せるという当事者の安心感と共に、内容が変化していく。このような体験は、メンバーにとっての「安心の根幹」となっており、成長の契機となっているからである。そして何より、支援者が本人の気持ちや思いをわかっていく、つまり支援者が当事者に応じて変化していくという点が重要である。

だが谷中は、ここまでしなければ当事者の気持ちがわからないという事態を「情けないと言わざるを得ない」と嘆くのである。

今振り返ってみると、「やどかりの里」の活動の初期には、よく聞いていたように思える。それは自分が動けなかつたからでもあり、一方的に相手方の苦しみや辛さを聞いて、どうにもできない自分があったからでもあった。／すごいことに、何人もの人たちが「こんなことをしてくれ」とか「病気の時に主治医を頼るけど、私にはこんなことを実現化させてほしい」などと次々に要望が出てきたのであった。／経験を重ねるに従って先が見えてきて、知らず知らずのうちに私は先回りをしがちになっていた。また、少し偉く思われるようになり、権威的にもなっていって、彼らは実に素直に私の提案を受け入れてくれるようになっていった。私は、自分が偉くなったとか、権威的に振る舞おうなどとは思ったこともなかつた。むしろ周りでそう思っているであろう分だけ、自分を押さえようとしていたように思う。しかし、最早どうにもならない事態に立ち至っており、私はどうしようもない存在になっ^マ^マていった。(谷中, 1996)

支援者がこのような熱意ある姿勢を示せば、ただちに自由に意見が出て来るかと言えば、必ずしもそのようにならない。谷中は、自分が関わった当事者たちから、「積極的で、何とかチャンスを与え

てやりたいという熱意を前にして、とても自分の本音を言えなかった」「見放されてしまうのではないかと心配して表面上従ったままで」「悪くて言えなかった」と言われたエピソードを紹介している。

当事者の考えや思いは、壮大なものだけではない。支援者が聞きたいのは職業の希望であるのに、電車に乗って通いたい、晩ご飯には何を食いたい等のように、支援者からみれば末節と思えるような希望内容が出てくる場合もある。では、仕事が終わった後に何を食いたいかと聞いたとき、「毎日即席めんが食いたい」と答える人がいたとしよう。障害があるからこのような応答をするのだろうか。否、そうではないだろう。障害をもつということは、社会の中で孤立し、コミュニケーションの機会が少ないということである。谷中の言う共同体験と話し合いの繰り返しは、本来コミュニケーションを繰り返す中で得られるような安心感を基礎に、自分の人生や仕事に対する考えや思いを広げ、深め、変化させていく場を意図的に作り出す努力に他ならないのではないかと。

(3) クライアントと周囲の人々との意識の乖離

現在、ホスピスのスタッフの必読テキストのひとつとされる精神科医Kübler-Ross,E.の著書に、次のようなことばがある。

人を救うことはできません。救われた人は、救ってもらったおかげで学ばずにすんだことを、結局は学びなおさなくてはならないのです。誰かの代わりに高校に行って試験を受け卒業免状を受け取ってやるわけにはいかないのと同じことです。自分でやらなくてははいけません。

(Kübler-Ross,E.,1999)

羅(1991, 1993, 1995)は、脊髄損傷やポリオ等の身体障害のある人たちと、障害がない人たちとを対象に、それぞれ「一人暮らしをし充実した毎日を送っていた身体障害者が、関節を痛める等により一人暮らしが困難になった場合、それがもし自分だったらどのように対処するか」等を問うた調査で、身体障害者では「介助者を探す」「家を改造し福祉器具を購入」等の環境への働きかけへ向かうのに対し、障害がない人では「やむを得ず施設を利用」等のように自己を情緒的に抑制する方法へ向かう傾向があることを示した。この結果について羅は、重度の身体障害者である自己の体験をもとに、「やりたいことがやれない、就職が難しい、社会参加ができない等の制約にぶつかり、日常的に『思うようにならない事態』を経験することが多い。」と述べている。さらに、しかしそれでも身体障害者が環境への働きかけの方向へ向かうのは、「失敗を多く経験しながらも、環境への働きかけを続け、生活していかなければならない日常での経験」をもち、「普通の社会の中で生活するために、種々の手段的対処をとらざるをえない状況におかれている」ためであると解釈している。

なお、同じ調査で、50才以上の身体障害者では問題解決も情緒的抑制も行わない「対処なし」を選択する傾向があった。これについて羅は、「体力が衰え、将来への見通しが立たず、対処の仕方がわからなくなることがうかがえる」としている。さらに、別に実施した実験的な調査結果で、羅(1991)

は「連続的失敗経験に入る前の経験として重要なのは、単に成功経験の量ではなく、成功経験と失敗経験を交互に繰り返すパターンである」とも述べている。

これらは、進路の意思決定に際して、クライアントと、その周囲の人たち（家族、事業主、支援者）との間に、意識の重要な乖離が起こる可能性を示唆している。クライアントの進路について、クライアント本人と比べて周囲の人たちは、困難を回避するような進路の方をより強く志向しているかも知れない。

(4) 見通しの確かさとリスク

牧(1994)は、子どもが知的障害児養護学校高等部に通う親の、子どもの進路を検討するときの考え方には、「子どもに無理をさせない」と「楽をさせてはいけない」との両方向があると指摘している。「楽をさせてはいけない」という考え方には、人生の隘路や失敗のリスクを伴う進路が、子どもの成長につながるのと思いが込められていると考えられる。しかしそのような成長促進の意味合いの他に、牧が強調しているのは次のような点である。

就労生活を阻むような不測の事態は、常に起こり得る。したがってそれらをあらかじめその全てを完全に予防・回避する事は不可能である。むしろ物事の好機はリスクを負ってこそ得られるものであり、リスクを避けること自体、すでに状況の好転から遠ざかっていると言えるのかも知れない。進路の選択に際し、その良い面と悪い面との両方を知り、選択に生かすのでなければ、真の自己選択にはならない。

リスクを受け入れる勇気と、それを超えていける力は、リスクを超えていく経験を通してクライアント自身の中に培われていけよう。リスクを回避することにより多くの時間を費やすより、どのような進路においても何らかのリスクは常にあることを承知の上で、万一不測の事態に直面したときにも何とかやっていけるような体制を整え、覚悟を決めることが重要なのである。

クライアントが就労に向けて行動を起こすのは、クライアントが本人自身に就労に足る客観的な職業適性があるからと考えるより、就労に係る各場面におけるリスクを乗り越える意思決定をしたからと考える。(牧, 1994)

そもそも自己決定という行動は、不可知な部分があるから生じるものである（先の見通しがつけば自己決定する必要がないだろう）。(牧, 2000)

こうして牧は、職業リハビリテーションの専門家には「リアルタイムでの対応」を求められることを強調する。

3. カウンセリングでの留意点

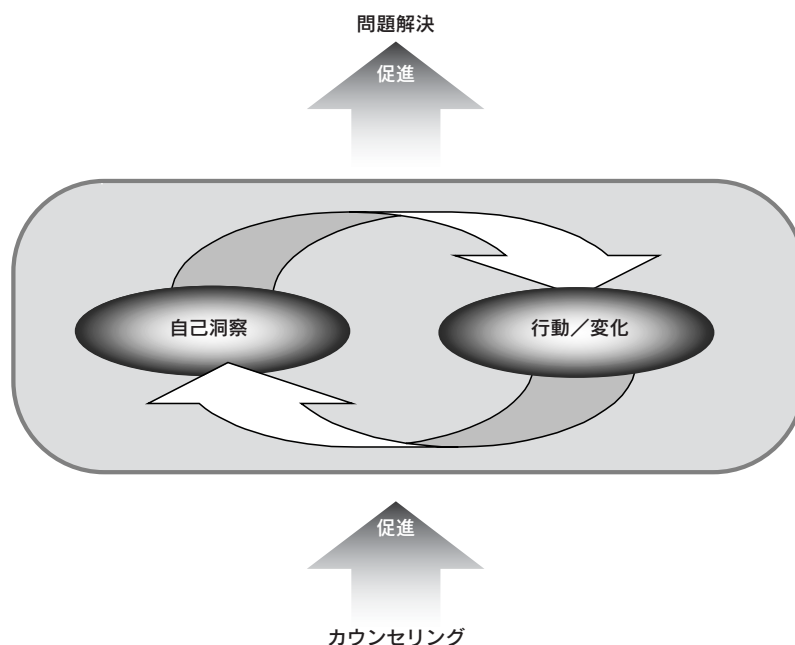
(1) 自己洞察と行動を好循環させる

小林(1979)によれば、「人間関係は自分を他人に伝えることから出発する」が、そうするためにはどうしても自己を洞察し、さらにそれを受容しなければならない。そして「この自己認識の深化とともに自己選択・自己決定・自己責任・自由な自己・積極的他人への関心・勇気・歓喜・希望、および創造性の可能性が実現される」。独自性を持った自己の姿を自信を持って相手に示す段階から、主体性や創造性の発揮が始まる。

これらの過程はカウンセリングそのものである。なぜならカウンセリングは、個人を生かし、発達させる営みであるからである。平木(1997)は、次のように述べる(図は依田による)。

自己洞察と行動の変化という二つの課題は、相互に関連し合っている。したがって、どちらを先に達成すべきとか、必ずしも両方を達成しなければならないということではない。通常、洞察と変化には、相互影響の循環過程があり、洞察が深まれば行動が変わったり、問題解決が起こったりし、また行動の変化によって洞察が深まることもある。／カウンセリングの際、クライアントの誰もが自らの内面を探り、洞察を得ることに関心があるとは限らず、また、洞察を得ても変化が起こらない人もいる。子どもや知的障害のある人、あれこれ考えるよりも行動する方が好きな人などには、洞察があまり意味を持たないこともある。そんなときは、目標を決めて動いてみて、その後で具体的に考える方が本人にとって適している。／逆に、考えることが好きな人は、物事の意味や人の言動の深層心理や理由をあれこれ考えたいし、考えないと気がすまない。「なるほど」と納得がいくと変わるとか、考えて深い発見をすれば、それで満足する人もいる。

(平木, 1997)



同様に、Carkhuff,R.R. (1987a) も以下のような指摘をしている。

精神分析家、クライアント中心主義者、実存主義者など、さまざまな学派が生まれたが、彼らの間では、洞察をととても重要視している。精神的に病んでいる人たちは、洞察の仕方次第でもっと効果的に機能できると彼らは信じたのである。／この後に続いた行動主義者、新行動主義者、特性因子論者その他の人びとは、行動を重要視している。彼らは、クライアントがより効果的な対応ができるよう条件づけることによって、あるいは、過去からの遺産である非効果的な対応法を除去することによって、クライアントたちの機能をより効果的なものにすることができると信じていたのである。洞察派と行動派は、どちらも排他的で、互いに交流しようとしなかった。／社会的な学習理論や能力開発理論が進展するに伴って、実践家たちは、洞察派も行動派もそれほど違うものではないと考え始めた。／体系的に展開されたクライアントの洞察に行動計画を補うと、クライアントは最も効果的に活動できるようになるのである。同じように、うまく組み立てられた行動計画に、深められた洞察が結びつけられ、両者が統合されると、最大の効果を収めることができるのである。(Carkhuff,R.R., 1987a)

平木やCarkhuffが言う「自己洞察」は第1章の「クライアントの自己理解の促進」に、また「行動」や「変化」(具体的な問題解決)は「問題解決の支援」に、それぞれ対応している。図のように、クライアントによる具体的な問題解決に向けての行動・変化と自己洞察との好循環を支援するのが、現代のカウンセリングであるというわけである。自己洞察と行動・変化の循環は、「卵が先か、ニワトリが先か」の議論と同じで、どちらから入るのが常に正しいと言うわけではない。ただ、伝統的な職業カウンセリングでは行動・変化から入る場合が多いであろう。また、現代のキャリアカウンセリングや、その他の一般のカウンセリングでは自己洞察から入ることが多いかも知れない。実際の行動によって身に付けた言動を手がかりにすれば、具体的なイメージで自己洞察を行うことができるだろう。平木が指摘するように、何らかの障害によって意思決定が困難な場合は、自己洞察から入るよりも行動から入って、徐々に自己洞察との好循環を実現するのが良いだろう。

(2) クライアントと支援者のコミュニケーションの質を高める

平木の指摘(前掲)にもあるように、支援者とクライアントとの二者関係には、様々な障害をもつ人たちの意思決定力を高める機能がある。

精神科医の吉松(2001)は統合失調症のコミュニケーション障害の回復について述べる中で、「原則として二者関係では相互に以心伝心という形で気持ちが通じ合えるが、三者関係になるとその関係を維持し、発展させるためには言葉の存在が不可欠になる」とし、「二者関係では本質的に言葉は不要である」と書いている。

一方、肢体不自由児養護学校を中心に重度障害児のコミュニケーション指導に携わってきた林(2003)によれば、コミュニケーションの障害は二者の関係の障害である。

コミュニケーションでは、二者（情報の送り手と受け手、例・援助者と子ども）のうち一方が進歩すると、コミュニケーションの障害は軽減されます。／「イエス」「ノー」の合図の仕方が向上したり、発音が改善されたり、文字板の平仮名を正しく指さす割合が増えたと、援助者は子どもからの情報を理解しやすくなり、コミュニケーションが成立しやすくなります。／援助者が、子どものちょっとした動作や表情の違いで「イエス」「ノー」の区別が付けられるようになるなど、子どもからの情報を受け取る感度が高まると、子どもの状態が同じでも、コミュニケーションが成立しやすくなります。／二者のうちどちらが進歩しても、二者間のコミュニケーションは改善されることとなります。／コミュニケーションが成立しないことを、子どもの障害に原因を求めてはいけません。子どもの進歩を求める前に、援助者自身の進歩を考えることが大切です。

（林，2003）

大学在学時の交通事故による頭部外傷で失語症になった後、言語訓練を積み重ね、ついに自ら言語聴覚士として在宅失語症者の訪問訓練を実施するまでに回復した平澤(2003)は、自身が病院で訓練を受けていた当時、病室へ面会に訪れてくれた友人たちが「私は誰？」「これは何？」と言語訓練の真似をして聞いてくるのがとても嫌で、屈辱的に感じていたという。ところが、言語聴覚士として勤務し始めたある日、ある失語症のクライアントとの何回目かの面接の冒頭で、そのクライアントに対し訓練の一環として「お名前は何かとおっしゃるのですか」と問うたところ、突然、そのクライアントが怒り始めたのだ。

「何だおまえは。俺の名前を知っているだろうに！」／ハッとしました。／こういう質問は、S Tの先輩たちが患者さんに対して普通に行っていたので、私もつい機械的に何の配慮もなく出してしまったのです。／次から、そして今もなお、患者さんとはいくら信頼関係がとれた仲となっても、大先輩という意識を持って関わるようにしています。また、氏名や住所などを、練習としてあえて質問をする場合にも、「では、いつものように質問させていただきますがよろしいですか」「お名前を言ってもらってもよろしいでしょうか」と相手の気持ちを優先してから行うようにしています。（平澤，2003）

平澤(2003)によれば、失語症のようなコミュニケーション障害の最大の課題は、ことばよりも、クライアントを取り巻く人間関係の修復である。

重度失語症の方は、確かに以前のようにお喋りを楽しむまで回復することはないかも知れません。でも、話しことばだけがコミュニケーション方法ではありません。ことば以前の、もつともつと大切なものを忘れてはいけません。相手を思いやる心、相手と楽しもうとする心、相手のためになろうとする心が、失ったことばを補完すると言えるのです。(平澤, 2003)

そもそも日常のコミュニケーション能力を高めるには「話したい」と思えることが重要だが、それには信頼しコミュニケーションしたいと思えるような相手が当事者の周囲に存在する必要がある。このように考えた平澤は、病院の訓練室の中で絵カードを使いながら「これは何ですか」と問うのではなく、その人の家庭へ出かけていき、部屋の中にある物を話題にして言語訓練を行うという独自の実践方法を展開する。そこには家族も合流し、失語症者とのコミュニケーション方法を学んでいくことで、失語症者と家族とのコミュニケーションを円滑にし、障害によって失われた「生活」を取り戻すのだという。

尾崎(2002)は、ソーシャルワーカーとして統合失調症のクライアントとの関わりをとおして、クライアントの自己決定を尊重するためには、次の4つの力が支援者に求められると述べている。

①葛藤し、試行錯誤する力

いかに優秀で経験豊富な援助者でも、援助の仕方で迷うことがある。このような援助の迷いを早く解消しようとする、クライアントの自己決定を待たずに援助者の側から一方的に決め付けてしまうことになりかねない。援助者の決定が適切である場合でも、クライアントの自己決定ではないことには変わりはない。

②歴史という文脈で捉える力

目の前のクライアントに真摯に向き合おうとするとき、かえってそのクライアントの歴史に向き合うことを忘れ、その結果、クライアントの自己決定を尊重できなくなることがある。自己決定に臨むとき、同じ一人の人でも、その人生の時期によって自己決定の意味が変化する。クライアントの生活史を理解し、一連のストーリーの過程にあるひとつの自己決定であることを理解できないと、せっかくクライアント本人が出した決定を軽視してしまう可能性がある。

③重要な他者である力

どのクライアントも自己決定の最後の段階では、援助者から離れて一人で自分自身と向き合わなければならない。つまり援助者に必要なのは、援助者とクライアントとが自他の区別や互いの距離を失うほど一心同体になることでも、寄り添って支え続けることでもなくて、信頼感を育てつつもそのクライアントにとって「重要な他者」となって接し、同時に一人立ちを勇気付けることである。

④援助者が自分の人生と向き合う力

クライアントの問題が、そのまま援助者の個人的問題と共通する面を持つ場合がある。クライエ

ントの老いや人間関係等の問題は、援助者の個人的問題でもある。このとき援助者が自分の葛藤から逃げようとしていると、クライアントの相談に応じる余裕が持たなくなる。援助者自身の問題に向き合うとともに、自分の問題としてクライアントと一緒に取り組むとき、共感の質が高まる。

小出(2002)は、知的障害児の自己決定の困難性と進路指導のあり方について、養護学校での実践に基づいて次のように述べる。ここで小出は、支援者が考えた特定の進路の意義を教え込む指導や訓練よりも、本人自身による判断が可能となるような状況をつくるべきであるとし、「進路支援」という語を用いている。

どこで、どのような条件で働くかは、当事者本人が判断し、決めることですが、本人の思いよりは、周りの人の思惑によって決められることが少なくありません。／知的発達等により障害のある人たちの自己決定力を侮り、信頼しないからでしょう。専門家であるから本人以上に的確な判断ができる、という過剰な自信があるからでしょう。／「思いにそった支援」を問題にする前に、思いを確かにしたり、強めたり、修正したりすることへの支援について考える必要がありそうです。その支援は、教育として、あるいは進路支援として進められます。「就労したい」「就職しよう」という思い、つまり就労・就職指向意識は、教育や進路支援の進め方いかんによっても強くもなり、弱くもなります。教師の就労・就職指向意識が強ければ、生徒のその意識は、おのずから強くなります。／思いにそった支援を心がけると、この人たちの意思表示が控え目なことに気づきます。給料の額を「少ない」と思う人、給料を「自分で管理したい」と思う人が、もっと多くてよいと感じます。職場で、「いやなことがある」と訴えたい人が、もっといるのではと感じます。／意志表示が控え目なのは、思いを表示したり、訴えたりしにくい生活が日常化され、習慣化されているからだと思います。思いにそった支援の前に、思いを容易に表示できる状況づくりとしての支援を、大切にしたいものです。(小出, 2002)

このような支援のあり方は、自己決定の困難性を十分認識した上で、進路決定やその進路へ向かうことを容易にすることに支援の重点を置くのではなく、就労・就職とはどのようなものかについて自ら学び、選び、考えて、その考えや気持ちを他者へ伝えることができるような力を育てることにその重点を置いている。このような支援のあり方はカウンセリングそのものであると言える。

(3) ニーズを探求する

支援者の価値観からクライアントの生活や職業の興味・関心をみると、場合によっては無価値に思ってしまう場合もあるかも知れない。だがどのような関心であれ、最初はそれを軸にしながら、本人のペースで関心の幅が広がっていくような援助を心掛ければ、生活や活動の幅も広がっていく。

ただし回復期の統合失調症のクライアントの中には、何をするにも意欲が湧かない人が多い。体調

の浮き沈みもあり、なかなか右肩上がりには進歩しにくい。やどかりの里の谷中(1996)はこれを、「彼らには意欲がないのであって、何かをやろうという意志がないのではない」「何をしてよいかわからないという判断力の欠乏というべき場合もある」と解釈し、支援者の行うべきことについて次のように述べている。

その時は待つてあげるのが最も適切な処置であろう。そして何々したいという意志がわかった場合には、体調や諸々の条件とも相談しつつ、ゆっくりと動き出せばよいのである。ただ、その時を待つ忍耐力と、相手方が何をしたいと考えているかがわかれば、向こうは動き出すのである。／スタッフはその人なりのスケジュールにつき合うのである。時間帯にしても彼の希望に近い形で寄り添って、実現化への道を共に行動するパートナーなのである。(谷中, 1996)

これは、それまで当事者に強いてきた負担を、支援者側が担うということに他ならない。支援者にとっては一定のプログラムにクライアントをあてはめるステップアップ方式の方が楽であり、効率的である。効率を重視するサービスの提供でステップアップ方式が好まれるのはこのためである。支援者が「待つ」力量を備えたり、当事者が主体性を発揮するチャンスを支援者が用意したりすることは、谷中(1996)によれば「身を縮める」「命を削り取られる」ほど厳しいものである。

職業に関して言えば、次のようになるだろう。

職業や人生について考えるという行為は、生得的な能力としてあるものではなくて、例えば就業という具体的な目標を目の前にして初めて考える立場に置かれ、考え方の様々な方法を他者から学び身に付ける中で育つものである。知的障害者は、本人活動での仲間との対話や、支援者との対話を通して考え、その考えを表現し始める。(依田・谷, 2003a)

すなわち、当事者ニーズの支援者による把握を行う前に、当事者によるニーズの探求過程がどこかに用意されなければならない。これは当事者自身が行うのが本来であるが、当事者自身にとって困難を伴うのであれば、当事者との信頼関係が構築できる支援者が協力するというやり方があっても良いのではないだろうか。

伝統的な職業リハビリテーションのプロセスは、①アセスメントによるニーズの把握、②職業レディネスの向上、③就職のための支援…に続いて職場適応指導といった流れになっている。／しかし、特に知的障害者の場合、ニーズはアセスメントの段階で既にあるのではなく、本人が語るができないと考えられる。したがって、アセスメントによるニーズの把握の前段階に「ニーズの探求」の段階が必要である。／クライアントのニーズ探求を支援する場合、支援者はクライアントに一人で考えることを強要したり、効率を上げようとして早く結論をだすよう急かしたり

してはならない。限られた期間内で厳しい成果を問われる現代の専門機関にとって難しい課題であるが、知的障害者の意思を生かした就業支援には時間、根気、謙虚さが必要となっている。

(依田・谷, 2003a)



自立生活運動の視点から知的障害者の生活支援に関わる齋藤(2003)は、「知的障害者には先生や管理者や保護者はいるが友達とか介助者（ヘルパーさん）はあまり居ない」とし、多くの知的障害者は子どもの頃から潜在能力を引き出されてこなかったため、実際より障害程度が重く見えている人が多いと指摘する。

日本で知的障害者が実際より重く見えてしまうのは、圧倒的に社会の中で暮らす経験が少ないからです。／知的に障害があると、「成長しないし、学習しない」だから、せいぜい社会に迷惑をかけないように管理する、という考えは大きな誤りです。／話をしない人は何も考えていない、何も感じていない、人の話を理解できない、自分の意見を持っていない、自分の意見を伝えたいと思っていない、という思い込みがあります。／社会生活において人は専門家が知的能力と規定するような能力ばかりを使っているわけではなく、生活体験や観察を活用すること、性格のよさ、勤勉さ、運動神経や音楽や美術のセンスなど持てる力を総合的に活かして暮らしているのです。／支援とは、支えて助けることです。支援する側が勝手に「こうあるべき」というイメージを作ってしまうと、それに本人を当てはめようとするのは、支援ではありません。また本人に聞かずに家族の意向で動いてしまうのは、家族支援にはなっても知的障害者の支援にはなりません。(齋藤, 2003)

ある知的障害者は日常会話は支障なくできるのに、道や切符の買い方、買い物の仕方がわからないが、これはなぜか？ またある知的障害者は、新聞やテレビ等から国内外の様々な出来事について知っているのに、周りの人たちから対人マナーや整容に違和感を抱かれるのはなぜなのか？

私たちの誰にとっても、このようなことは特殊な訓練室ではなく会社、学校、買物、レジャーといった現実社会の場面に何度も参加する中で身に付けていくものではなかったか。今からでも遅くはない、どんどん本物の社会参加をしよう、知的障害者がそう思えるようになると良い。恥ずかしい失敗もあるかも知れないが、仲間や支援者が一緒にいてくれて、わからないことをその場で聞き、それに応えて必要最小限のことを教えてくれたり、モデルを示してくれれば十分である。そのためには少なくとも、知的障害者が自分の考えをうまく言えないこと、物事をスムーズにできないことで笑ったり蔑んだりして、自尊心を傷つけるような支援者であってはならない。

第2節 感情のコントロールと怒り

クライアントが支援者に対して苛立ち、敵意、怒り等の感情をぶつけることがあり、支援の阻害因子となる場合がある。クライアントの感情を適切に受けとめて対応する技術は重要であるにもかかわらず軽視されている。怒りの原因は様々であり、支援者との人間関係を怒りによってしか形成できないクライアントも存在する。このようなクライアントへの適切な対処を欠いた場合、支援者自身の精神状態はかき乱され、その後も自責感や無力感をいだきながら繰り返し想起して悩む等、支援者のメンタルヘルスとも関わる重大な問題となる。

1. 怒りの特性

(1) 感情の自己管理と問題解決

Ciarrochi, J.V. & Deane, F.P. (2001) が大学生300人に対して実施した調査では、「心底困ったこと (emotional problems) が起きたときに誰かに相談しますか?」「それは誰ですか?」という質問をしたところ、感情の自己管理や、他者の感情への配慮といった感情を扱う能力 (emotional competence) が高い人ほど「誰かに相談する」と答え、相談する相手として選ぶのは、家族、友人、精神保健専門家、医師、電話相談のうち、友人と家族を選んだ人が有意に多かった。逆に、悩みにとらわれる等、感情を扱う能力が低く、したがって問題を自分ひとりで解決できない人ほど、他者へ相談しようとするという傾向がみられた。身の回りの状況に対して「心底困っている」という評価を下すとき、そこには「困った」という気持ちが込められている。他者に相談するときは、自分のそのような気持ちをうまく説明できなければならない。ところが気持ちを表現する時には、漠然としていた気分の流れや自分の中に感じられた感覚を、うまく表せるような言葉を探さなければならない。ところが言葉の意味の範疇は、そのような感情が起きる以前に、あらかじめ用意されたものであるのだから、既存の言葉の中には、今の気持ちに合う言葉が存在しない場合もあるだろう。否、今の気持ちを表している既存の言葉は、見つからないことの方が、実は多いのではないか。私たちは決して、あらかじめ用意された言葉の選択肢に合わせて気持ちが生起するのではない。まず気持ちが湧いてきて、その後言葉を探るのである。つまり、私たちの中にいかに多くの言葉の選択肢があろうとも、また最大語彙数を誇る電子辞書が手元にあろうとも、どの言葉も本来は「当たらずといえども遠からず」、「帯に短し、たすきに長し」の意味範疇であると言わねばならない。このようなとき、生の感情を生そのままではなく、既存の選択肢に適合し易いように統制し整えることは、その後、他者へ相談する上で大変有効である。感情の統制を要領よくこなすことができれば、他者への相談もはかどるであろう。

問題の合理的解決を図ろうとするカウンセリングの過程では、感情に支配されない理性的な判断や行動を目指し、感情が統制されることが前提となっている。だが人は誰でも感情を原動力とし、感情に突き動かされて活動し、その活動の結果に対しても何らかの感情を伴った評価を下すものである。

就業支援の過程で合理的に検討された行動計画や、その遵守に関する契約をクライアントとの間に

結ぶことができ、さらに就職を果たすことができたとしても、そこにクライアントの信頼、自信、意欲、納得、安心、価値観といった人間らしい感情が伴っていなければ、クライアントは一人の人間としてサービスを受けたという満足感を持ってないであろう。そもそも、就職活動という大変なエネルギーを要する大仕事に際しては、合理性にかなうか否かも重要である反面、納得の気持ちや気分がのるということが伴わなければ乗り越えられないであろう。

ところが、一般に感情は排除されるべきものとして扱われ、あからさまに感情を表す者はたしなめられもする。社会人は、自らの感情を統制し表出しないようにすべきというある種のマナーを共有している。

支援者の中には、クライアントの感情はクライアントの責任において密かに処理すべき個人的問題で、支援者は関わるべきではないという意見を持つ人もいるかも知れない。しかしそれでは問題の解決にならないケースもある。そもそも、支援者がクライアントと関わると、意図的であるか無意図的であるかに関わらず、支援者の中にもクライアントの中にも様々な感情が起き、援助過程に様々な影響を与えていることに気付かなければならない。

以上のように、支援の過程ではクライアントと支援者との双方の感情の問題に取り組まざるを得ないのである。感情を確実に扱うべきことは、社会福祉、看護、ビジネス分野等、人的サービスや対人関係に関わる分野では既に常識かつ切実となっており、障害者就業支援の分野だけが特例と考えることは難しいだろう。

以下に挙げる看護学の川野(2004)の見解は、障害者の就業支援を行うすべての専門家にも同様に当てはまる。

カウンセリングを学ぶことは、多くの場合、感情を学ぶことである。／カウンセリングで感情に焦点を当てるときには、看護師が自分自身の感情に耳を傾け、本気でそれをとりあげることが必要になる。そうしてはじめて、患者の感情がどんなものかを聴けるようになる。

(川野, 2004)

感情のメカニズムに関する理論で、カウンセリングのみならず社会福祉、看護、ビジネス分野へも大きな影響を与えてきたのは、Freud,S.の無意識、防衛機制、転移などの理論である。カウンセリング心理学では、Freud,S.の精神分析の知見を用いたカウンセリングを精神分析的カウンセリング (psychoanalytic counseling) と呼び、心理療法である精神分析 (psychoanalytic psychotherapy) と区別している。また、感情については特に、1990年代以降は神経心理学や大脳生理学が次々と新たな知見を提供している。これらは支援者がクライアントと関わる中で不可避に起こる感情を解釈し、適切な対処を行う上で有用である。

(2) 怒りのカテゴリー

「涙を流す」等の身体の生理的变化と、「悲しい」等の感情とがどのような関係にあるのかについては、まだ諸説がある。佐々木(1987)は、「心地よさ」「おびえ」「恐れ」といった感情が起こると、それに続いて身体の弛緩、緩み、身構え、震えなどとして現れるとし、「感情→身体の生理的变化」の順に起こると主張する。だが竹内(1990)は、これらは逆に「身体の生理的变化→感情」の順で起こり、「自分のからだの中を満たしているもの」、すなわち身体の生理的变化をしっかりと感じられるまで待ち、静まった時になって初めてそれに感情の名前を付けた方が、本当の感情に近いのではないかと言う。生理的变化を待たないで辞書的な感情用語が先行すると、本当の気持ちをどこかに忘れて、言い尽くせない気分がどこかに残ると言うのである。

だが、身体の生理的变化を待たずに、急いで感情の概念枠に当てはめようとするのは、現代社会では衝動を爆発させないための知恵なのではないだろうか。たとえば「怒り」を例にとると、怒りの感情として枠組みにはめられる以前の「イライラ」とか「ムカムカ」するような生理的变化を、「怒り」という言葉の枠にはめないでそのまま行動化すると、相手を突き飛ばしたり罵倒したりするような行動になってしまうかも知れない。それを、「私は怒っている」と言ってみたり、「あの人は怒っている」と表現してみたりすることで、自分自身や他者の気持ちを効率的に「怒り」というカテゴリーへと整理し、理解できるのである。

「キレる」「ムカツク」も、そのような言葉のカテゴリーのひとつである。斎藤(1999)は、現代の若者は、本来は個人によって多様であるはずの怒りのカテゴリーを「キレる」「ムカツク」という語で素早くくくってしまい、自分や他者の中にある怒りの質の違いを実感として区別できなくなっている、したがって自分は元々何に対して怒っていたのかがわからなくなっているのではないかと指摘している。

ムカツクと表現される感情は、状況に応じて、ほかの言葉でおきかえてみることができる。たとえば、納得がいかない、腸が煮えくりかえる、なさけない、やりきれない、むなしい、いらいらする、いきどおりを感じる、不愉快、がっかりする、などというようにだ。これらの感情は、快くないという点では共通しているが、こまかく見れば、それぞれ違った感情だ。およそ性質の異なる事態に対して、便利に使われるのが、ムカツクの一つの特徴と言える。(斎藤, 1999)

この調査に回答したある大学生によれば、「自分の感覚がもやもやとしていて複雑なものを含んでいても、とりあえず『ムカツク』とっておくことで心の中の気にいらなさや怒りを吐き出していた」。「ムカツクは自分の知りたくない心に蓋をできる便利な言葉」である。だが、このように「ムカツク」と表現することでストレス発散になる反面、「自分なりの考えをまとめ、結論を出すという作業を完全に放棄している」。言葉をさがすことをあまりせず、本来は性格が異なる様々な嫌な事態に対して同じ「ムカツク」を使って済ませることで、感情の質自体を狭くしている可能性を、斎藤は指摘して

いる。斎藤はこのことを「言葉がニュアンスを失うことで、感情自体がやすりをかけられたように微妙な陰影をなくしていく」と表現している。

このように感情を大きくくりにとらえることは、二重の意味で感情の機能を後退させている。第一に自分の感情を相手に理解させる手段を劣化させているということ、第二に自分自身が自己の本当の気持ちをしっかり感じ取らないままにいるため気分がいつも曖昧またはステレオタイプなパターンでいなければならないということである。斎藤も指摘しているように、このような若者の傾向の基底に、「人と人が完全に理解し合えるなんてできっこない（斎藤,1999）」という独我論的な発想があったり、あるいは人として共通に持っている何かへの信頼の薄さがあるのかも知れない。

怒りの表出形態のひとつに「攻撃」がある。Freud,Sは「攻撃」を欲求不満状態（frustration）から発動すると規定したため、精神分析学の影響を受けた多くの研究者もこれにならい、フラストレーションと攻撃行動とは1対1の対応関係にあり、目標行動の達成が妨害されたときに人は攻撃すると考えた（Buck,R.,1988）。Rosenzweig が1945年に開発したP-Fスタディ（絵画欲求不満テスト（Picture Frustration Study））もこの系譜に位置する。だがその後、攻撃が生じる先行条件はさまざまあつてフラストレーションはそのひとつに過ぎないと考えられるようになってきた。

苛立ち、怒り、攻撃性などは、ストレスとなる生活上の状況に対するごく一般的な反応である。恐怖は刺激から遠ざかろうとする反応であるのに対し、怒りは反対に接近しようとする反応である。それは、目標へ向かう行動を阻害されたり、不公平に扱われたり、自我を脅かされたりしたと認知することで生じる（内藤, 1986）。そして怒りは、「他者からの非難・侮蔑」、「被害・強要」、「自分の意見・欲求が通らない、通じない」といった具合に、主として人に対して体験される（鈴木, 2002）。政治経済や戦争といった不条理な出来事に対する怒りもあるが、鈴木の見地に立てば、それは誰に対して怒りをぶつけて良いかわからないという「やり場の無い怒り」となるかも知れない。

怒りとの関連で論じられる行動特性にタイプA行動パターン（TABP：Type-A Behavior Pattern）がある。タイプA行動パターンとは、過剰な競争心、野心的で攻撃的な態度、時間的な切迫感、短気な様子で絶えずあくせくし、一度に多くの仕事をつい引き受けてしまうといった行動パターンであり、狭心症や心筋梗塞（虚血性心疾患）を促進する要因のひとつと考えられている。タイプA行動パターンの人は、いつも時間に追われてせかせかと行動し、会話、歩行、食事がはやいという特徴がある。Nakano,K.&Kitamura,T.(2001)は、日本人大学生429人と中国・韓国・台湾等からの在日留学生307人とを対象に、タイプA行動パターンと、拍動・吐き気・息切れ等の身体知覚、強迫観念、対人的な過敏さ、不安感、憂鬱感といった諸疾患の心理学的兆候（psychological symptoms）との関連性について調査した。日本人、留学生ともに、いらいらや怒りを感じ易い人ほど諸疾患の心理学的兆候が出易かったという。

支援者に対しクライアントが怒りをあらわにすることは、特に専門家のような権威のある人に対しては失礼と思われていることから、しばしば表面に出ないで抑えられる場合がある。ただしこのとき、クライアントは声を荒げたり、あごが緊張していたり、手を握り締めていたりしているかも知れない。

しかし忘れてはならないことは、たとえ支援者に直接の責任がない怒りでも、クライアントの怒りを発散させるターゲットとしてたまたま相談中の支援者が犠牲として選ばれる場合があるということである。例えば、あらかじめ別の何かに腹を立てていたクライアントが、支援者との面接の時間を迎え、そこで少し待たされたと感じたとき、そのような支援者の落ち度を突き、すべての怒りがその支援者へ一度に向けられることがあるかも知れない。

たとえあなたが不当な怒りの対象になった時でさえ、個人的に侮辱されたという思いで反応するのではなく、患者の立場を聞こうと努めなさい。患者とともに考えることで、ただ単に攻撃の対象になっているのではなく、不当な思いを患者と分かちあえる人となるよう努めなさい。反論してはならない。患者の感情の妥当性を正しく認識しながら、患者の過ちには中立を保つべきである。(Billings, J.A. & Stoeckle, J.D., 1999)

戸田(1992)によれば、感情は哺乳類が生き延びるため遺伝的にプログラムされたソフトウェア(アージ・システム(urge system))である。中でも怒りの感情の原型は、動物が縄張りを防衛する行動にある。

ここで、「縄張り」というのは要するに種が遺伝的に共有する行動の「ルール」だという点に注意しよう。そのようなルールに意味があるためには、自分の縄張りを守ろうとするだけでなく、他個体の縄張りを尊重するという行動傾向も種の全員が持っていないとてはならない。／人間も家とか国とかといった形で集団的に空間的縄張りを作るけれども、人間が作る実質的な縄張りの大部分はむしろ自分の「権限の範囲」といった目に見えない縄張りであることが多い。／自分の権限的縄張りを誰かが侵害すると、権限占有者は侵害者に対して“怒り”の感情を起動する。／現代社会の一つの特徴は、それが単に非常に多くの社会ルールを作り出したばかりでなく、その構造の不安定性ゆえにそうした社会ルールの解釈がしばしばきわめて曖昧になってきている点にある。／現代のように膨大な社会ルール群が存在してその中での整合性が欠けてくると、各人が当然のこととして自分に都合のいいようにルールの解釈をし、各人が認知する自己権限の範囲もお互いに重複してくることになる。／権限侵害と認知した方は当然前者の行動に対して“怒り”を催すであろうが、後者にとってこの前者の“怒り”それ自身が「不当な」“怒り”だから、それに対して“罪悪感”を感じるどころか、逆に自分も“怒り”を催すことになるだろう。

(戸田, 1992)

廣中(2003)によれば、人間以外の動物の攻撃行動には、縄張り防衛以外にも、母親が子どもを守る時、獲物をとるとき、オスどうしが闘うとき、追い詰められたとき、いらいらしたとき、手段として使えるとき(報酬に結びつくことを学習したとき)等があり、いくつかの動物で脳内物質のテスト

ステロンやセロトニンの代謝と攻撃行動との関係を示す研究結果がある。ただ、人間以外の生物と人間との見かけ上の類似が、そのまま生物学的な類似になるかどうかは、まだはっきりとはわかっていないという。

2. カウンセリングでの留意点

面接場面で、クライアントが感情をぶつけることを支援者が許すことは、その感情がおさまった後において面接者への信頼が深まることに貢献するかも知れない。もちろん、クライアントの怒りの原因が支援者の失敗にあることが明らかである場合には、はっきりと謝罪しなければならない。このとき、クライアントが怒っていることの正当性を否定したり、反論したりしてはならない。

怒りの感情は誰にでも起こるが、その次にどのような表出行動をとるかによって様々なタイプに分けることができる。Spielberger,C.D.はこのような考え方にに基づき、怒りを測定するチェックリスト“STAXI : State-Trait Anger Expression Inventory”を開発した。最新版の“STAXI-2”では、(1)ある場面で発動する怒りの強さを測定する尺度 (State Anger scale)、(2)常日頃の怒り表出の頻度を測定する尺度 (Trait Anger scale)、(3)怒りの表出や統制のタイプを測定する尺度 (Anger Expression and Anger Control scales) の3尺度によって構成される。

このうち(3)は、以下の①~④の4つの傾向を測定する。すなわち、①周りの人や物に怒りをぶつける傾向 (Anger Expression-Out)、②腹に納めたり心の中に押しえ込んだりする傾向 (Anger Expression-In)、③周りの人や物に怒りをぶつけるのをやめる傾向 (Anger Control-Out)、④心を静かにしたり冷ましたりして押しえ込んだ怒りを制御する傾向 (Anger Control-In) の4つである。

田中(2003)によれば、“Anger Expression-In”タイプの人、非難等の否定的感情を表出しないのみならず、周囲の人の意見に安易に同調せず意見を言ったり、知らない人に話しかけたり、依頼したり、感謝等の肯定的感情を伝えたりするといった、良好な人間関係作りに貢献し得るような行動の頻度が低い。田中はこのことから、怒りを表さない人がいつも友好的な人物として周囲に受けとめられているかどうかは疑問で、不満をため込んだ人、不機嫌な人、あまり好意的に関わってこない人として見られるかもしれないとしている。

このように怒りを表出行動として捉える場合、その対処として認知行動療法を用いることができる。Deffenbacher,J.L.ら(1994)は、180人の大学生を4グループに分け、うち統制群を除く3グループに対しそれぞれ異なるやり方で怒りの表出を低減する訓練を実施し、いずれも不適切な怒りの表出を低減させることに成功した。3つの方法とは、①誘導的なやり方による生活技能訓練 (SST : Social Skills Training)、②技能を小刻みに積み上げていくやり方による生活技能訓練、③リラクゼーション法による認知行動療法の3つであった。

Carkhuff,R.R.(1987a)は、クライアントの怒りについてカウンセリング心理学の立場から次のように述べている。なお、以下で「ヘルピー (helpee)」はクライアントを、「ヘルパー (helper)」は支援者をそれぞれ指している。

ある人たちは、世の中に横行する不正に腹を立て、怒りが心頭に達して、復しゅうを誓うことがある。彼らのからだはこわばり、目はつりあがり、言葉もつまりがちになる。そのようなとき、私たちはヘルピーの激しい感情に対応することが恐ろしくなる。そうした激情をヘルピーがどこまで押し流すか分からないからである。ヘルピーは言った通りのことをしてかすだろうか？ 本当にやるだろうか？ 私たちが心配するからこそ、こうした疑問にとりつかれるのである。／このような不安に陥るときでも、私たちは応答しなければならない。というのは、どのような感情に対しても応答できなければ、人への援助はできなくなるからである。また、ヘルピーも、自分の感情に正しく対処したいと思うのであれば、ヘルパーに自分の感情をつつみ隠さず打ち明けなければならない。実際問題として、怒りという激情も、それを探索し、吟味することができれば、そのまま行動に移す可能性はぐんと小さくなるのである。つまり、激情は、それを探索をすればするほど、それに押し流されて破壊的な行動に出る可能性が小さくなるのである。別の言葉で言えば、感情の探索をすればするほど、感情の持つエネルギーを建設的な方向に向けることが可能になるのである。／ときには、ヘルピーは、「こん畜生！ 俺は必ず奴のところに行って、仕返しをする。」と宣言することがある。そのようなときには、次のように簡潔に応答することができよう。

「あなたは、怒り狂っているんですね」

(Carkhuff,R.R.,1987a)

精神科医の成田(1993)は、医師と患者との間に適度な距離を保つため次の7つの方法を勧めている。この中で「治療」をサービスと置き換えれば、障害者就業支援の分野にも通じる内容になると思われる。

- ①治療という仕事の配分を考え、治療の責任を患者と分担する
- ②治療者にできることとできないことをはっきりさせる。できないことは初めから「できない」と言う
- ③治療者が一人で抱え込まない。複数のスタッフで抱える。
- ④患者が治療者から離れようとする試みを肯定的に評価する。患者が離れていく行為をみて、治療者が見捨てられるという文脈で捉えるのではなく、患者が自立していくと捉える。
- ⑤治療者の中に第三者の目を育てる。スーパーバイザーや同僚の意見を求め、第三者の目を自分の中に内在化していく。
- ⑥困ったときは正直に言う。
- ⑦患者の責任分担を少し増やし、患者が自ら潜在能力を引き出す機会を作るため、「それで、あなたはどうするつもりですか」と尋ねる。治療者は患者の運命を代わって引き受けることはできない。治療を活用するのは患者である。治療者は必要に応じてこのような他者性を明確にしながら患者と接していく。

精神科医の西村(2001)によれば、医療機関の中で起こるクライアントの怒りの中には、「変装した、もしくは隠された怒り」があるという。これには3つのタイプがある。

第一は、支援者以外のスタッフのあらさがしをしたり不満を言ったりするタイプである。支援者の前で怒りをあらわにすると、その支援者の怒りを買ひ、結果的に十分なサービスを受けられなくなるかも知れない。そこでクライアントは支援者の前で他のスタッフの批判を試みたり、怒りの表現を遠まわしに表現したりして、支援者の態度をうかがっている。このような場合、まず前述したうちのどのタイプの怒りなのかを見極め、それぞれと同様の対処を行う。

第二は、専門サービスを自分の方針に沿って進めるため、専門知識についても自分なりに研究し、スタッフをコントロールしたがるタイプである。このようなクライアントのあり方は、セルフ・ケアマネジメント(中西・中原・鄭, 2000)の視点からみれば当然と考えられるかも知れないが、必ずしもそうではない。ここで取り上げるのは、支援者との建設的な議論を抜きにして喧嘩をしかけたり威圧的な言葉遣いで圧力をかけたりするなど、支援者への敵対心が大前提にあり、明らかに度を越しているタイプである。これに対し支援者が競争心を抱き、お互いに合理的な判断力を失ってしまう場合があるため注意が必要である。クライアントのこのタイプの言動は、専門家一般への不信感を背景に、目の前の支援者から耳慣れない検査、わかりにくいプログラム、難解な用語などが提示されたときに、自分が弱者の立場に置かれ、何とかそれを巻き返したいと感じることで惹き起こされ易い。すなわち、怒りの原因は、元を正せば支援者の側にあり、そのままでは元に戻れないくらいこじれた結果の怒りなのである。このタイプでは直接の衝突は避けるようにし、検査で何がわかり、プログラムでどのような成果が見込まれるのか、限界は何か、他の選択肢は無いかについて、クライアントが理解できるまで誠意をもって説明し、クライアントに選択の自由を意識的に与えることである。

第三は、支援者のサービスを全部活用しようとし、サービス利用者の権利を徹底的に主張したり、スタッフの気を引こうとしたり、次々にプログラムを変えたいと言い出すタイプである。支援者がこれに辟易して取り合わなくなっても、たくさんの小さな訴えを繰り返し、尽きることがない。このタイプのクライアントにとって支援者は、こちらからアクションを起こし一生懸命に気を引かなければ仕事をしない、怠け者で自分勝手な存在なのであり、そのことに対する怒りを感じているのである。支援者はこれに対し、あからさまに避けようとしたり、スタッフルームであだ名をつけて誹謗したり、逆にそのことに罪悪感を抱いてしまったりする場合がある。適切な対処法としては、面接時間や面接内容等において限界設定をし、設定した時間中は全力で関わる姿勢を心がけ、所定の時間が来たり内容をすべて終えた段階で断固として面接を終わるようにする。加えて、次回の約束の日時を明確に決めるのである。

この最後の怒りのタイプへの対処法は、支援者としての機能に枠をはめ、それをクライアントへ明確に提示するという方法である。なおこの方法は、クライアントが支援者に対し恋愛感情を持ち、非現実的にそれに憧れてしまう場合にも用いることができる。職業的な使命のため献身的に尽くす支援者の姿に、クライアントは感動し、支援者との出会いを大切にしたいと考え、ごく自然に愛情を抱く

ことがある。このようにクライアントにとって好感の持てるような資質を備えることは支援者にとって当然であるが、中には社会的な現実性の枠を超えた好意をあらわにするクライアントも存在し、支援者へのへつらい、無条件の追従、子どものような態度として表現される。支援者は、自身の言動のあり方がクライアントの非現実的な愛情行動を惹起していないかを冷静に見定め、場合によっては担当を変更することも考慮すべきである。

怒りは、クライアントと支援者との相互作用の過程で不可避に発現する。怒りには何らかの理由があり、これに適切に対処すること抜きにしては、良い支援ができない。だが、実際にクライアントの怒りに接すると、支援者は冷静でいられなくなる場合も多い。依田・谷(2003b)は、クライアントの怒りを冷静に受けとめるためには、クライアントの怒りの理由を柔軟に解釈できるようにすることが重要であるとし、以下のような7タイプの怒りとそれぞれへの対処法を提案した。クライアントの怒りが7タイプのどれに該当するかがわからない場合は、第1番目から順に探索していけば良い。

(1) 合理的な批判の怒りを受けとめる

支援者の配慮に欠けた態度や、要領の悪さ、援助の失敗等に対し、クライアントが怒る場合がある。このとき、専門家としての権威を守ろうとするあまり、クライアントに反論したり批判したりするのは控えるべきである。明らかに支援者の失敗に原因があるので、クライアントに心から謝罪しなければならない。このように怒りの感情をあらわにするクライアントというのは、もともと怒りっぽい性格であったのかも知れない。怒りを述べる機会が与えられ、その怒りが建設的に取り上げられるならば、その怒りは一時的なもので済むであろう。

(2) 専門家一般への過度の信望または不信の怒りを受けとめる

「この先生にかかっているのだから安心だ」「1ヶ月以内に就職させてくれる」等と信じ、専門家にかかっていること自体で安心感を得て、支援計画にあまり協力的でないクライアントの場合、期待した結果が得られないと、期待が裏切られたという不信感を抱き、怒りを表し始める。これまでに他の関係機関で受けた処遇への不満をぶつける相手を探すために、相談機関に訪れたりもする。

このような場合、クライアントを責めないよう注意すべきである。場合によっては以下のことが必要である。すなわち、複数回の面接を行ってでも、信頼関係の構築に努める。クライアントの訴えを全て聴き、次にその中に専門的な見地からみて誤りがあれば率直に説明し、誠実な態度で接する。次に、奇跡のように改善する制度やプログラムは存在しないこと、支援の計画や、クライアントとして守ってほしい事項、期待される結果等について丁寧に説明する。

(3) 情報の混乱からくる怒りを受けとめる

現代は、専門家のところへ行かなくても、専門的な情報が得られる。むしろ情報過多によって知識が整理されていないことに不安、苛立ち、怒りをもって支援者を訪れるクライアントがいる。怒りは

都合のいいターゲットになる人なら誰にでも向けられ、たとえ支援者に直接の責任がない怒りでも、怒りの対象として支援者が選ばれる場合がある点に注意が必要である。

このような場合は、専門家として質問にキチンと答え、紙に書いて情報を整理する等、根気よく対応することが必要である。

(4) 障害を引き受けなければならない不安からくる怒りを受けとめる

a 特徴

これには3つのサブカテゴリーがある。

第一のサブカテゴリーは、身体・精神機能の喪失である。中途受障や老化によって体の機能や社会的能力を急激に失いつつある過程で、人は苛立ちや怒りを感じ、それを誰かにぶつけるものである (Glaser, B.G. & Strauss, A.L., 1988、南雲, 1998)。クライアントは支援者を前にしてそのような自分を語らなければならない。これはある意味で、自分をさらけ出すことが強要される場面でもある。

第二のサブカテゴリーは、自尊心の防衛である。Billings, J.A. & Stoeckle, J.D. (1999) によれば、怒りは、生活のストレスに対する普通の反応であり、しばしば健康的で適応的な反応である。それはクライアントが、何らかのストレスからイライラが募ったり、自分の健康と幸福感に対する脅威から自分を守ろうとしたり、他人の注意を引きつけようとしたり、あるいは他人に屈辱を与えることで自身の自尊心を回復しようとしたりするときに起こる。社会生活や家族との関係で、障害があることで自尊心を傷付けられたクライアントが、話を聴いてくれる相手（支援者）の前でたまった怒りを発散させるのである。

第三のサブカテゴリーは、フラストレーション（欲求不満）である。つまり、怒りは目標へ向かう行動を阻害されたり、不公平に扱われたり、自我を脅かされたりしたことを認知することで生じる (内藤, 1986)。さらに、「他者からの非難・侮蔑」、「被害・強要」、「自分の意見・欲求が通らない、通じない」といった場合に、主として人に対して表出される (鈴木, 2002)。

b 対処

以上のようなタイプの怒りに対処する適切な方法は、「感情の反映 (Ivey, A.E., 1985)」、「感情への応答 (Carkhuff, R.R., 1987a)」といった一般のカウンセリング技法である。怒りを述べる機会が与えられ、建設的に取り上げられることは、怒りがおさまった後において支援者への信頼が深まることに貢献し、その怒りは一時的なもので済むであろう。

Carkhuff, R.R. (1987a) は「どのような感情に対しても応答できなければ、人への援助はできなくなる」と断言する。激しい怒りに対しては、「感情への応答」を用い、「ずいぶん怒っていますね」「あなたは何かに対して怒っているのですね」とその怒りの感情を言語化し、肯定し、受けとめる姿勢を示した上で、建設的な感情の表現の仕方や場にふさわしい意見表明の仕方を段階的に教えることである。クライアントが自分の気持ちを確かめるようにすることで、感情の持つエネルギーを建設的

な方向に向けることが可能になる。

Billings, J.A. & Stoecle, J.D. (1999) は、こうした怒りをぶつけられた支援者は、個人的に侮辱されたという思いで反応するのではなく、怒りの対象となった自分個人の立場を離れ、中立的な第三者となってクライアントの思いを分かちあえる人となるよう努力するべきだと主張している。中立的な第三者とは、怒りをそのまま受けとめず、クライアントでもなく支援者でもない第三者であり、クライアントの視点から自分（支援者）自身を批判できるほどの余裕を持つことが求められる。

(5) 脳損傷による易怒性を受けとめる

a 特徴

脳に損傷を受けると、外界からの情報を円滑に知覚できず、物音や人の声に邪魔されて肝心な作業に選択的に集中できないため、疲れ易かったりイライラし易かったりする場合がある。これを脳外傷者の「易怒性（いどせい）」という（神奈川リハビリテーション病院，2001）。交通事故等による慢性の損傷にせよ局所的な損傷にせよ、外界からの情報を選択的に知覚できなくなったり、肝心な作業に継続的に集中することが難しくなったりして、疲れ易かったりイライラし、時に爆発的な怒りを表す人がいる。また、前頭前野や扁桃体等に損傷を受けると、刹那的、短絡的な行動を繰り返す場合がある。また、感情表出が状況に適合しないことがある（Damasio, A.R., 1995、加藤・秋山，2003、Davidson, R.J., 2003）。

b 対処

入院中の脳血管障害のクライアントの心のストレスについて小山(2001)は、運動・感覚の障害による不自由さ、高次脳機能障害による認知機能やコミュニケーション機能の喪失等のストレスが、リハビリテーションに向けての意欲や活動性の低下をもたらしたり、周囲の人間関係や自己実現の妨げになったりしていると述べている。そこで、支援者が関与してのストレス対処が必要になるが、このうち障害者就業支援への示唆を含んでいると思われるものを以下に挙げる。

① 自尊感情を理解し、努力を認める

左右大脳半球全域の損傷による重度障害者でも、人間としての尊厳を保ち、その人なりに努力しながら療養生活を継続させている。できないからといって叱らずに褒め、努力を認めるようにする。危険動作やコンプライアンス（服薬等の遵守性）が低い状況があったとしても、まずはそのような行為をしてしまった理由を傾聴し、理解的態度を示した上で指導に入る。

② 経時的変化を伝える

回復した点、訓練の成果、よい方向への身体変化は、障害者本人に気付かないことも多い。「～の時には～でしたが、今は～もできるようになりましたね」と、時点と観点に具体的に焦点を当て、変化を明確に伝えることは、意欲の向上や信頼関係の維持・向上に貢献する。ただし リハ

ビリテーションプロセスは、今日できたからといって明日もできるとは限らない。もうできるようになったからと無理に本人自身で行うことを強要せず、手伝う。一進一退の変化の中で意欲を維持するには、些細なことでも成功体験に関心が向けられるような働きかけが有効である。

③援助者が自分のストレスや感情を意識化する

中西・前島(2001)は、び慢性軸策損傷のクライアントと関わる中で、易怒性をリハビリテーションの重要な阻害因子と位置付け、対応のポイントとして次の3点を挙げている。

- ①易怒性を誘発する原因を排除する。病院内での処置や訓練で不快な刺激を与えず、要求には速やかに応じ、愛護的に接する。勝手に非常識な要求にも十分に耳を傾ける。
- ②機能回復が思うように進まないことからの苛立ちを理解していることを伝え、現在の病態、治療方針、社会・経済面を包括した社会生活復帰の「希望ある目標」を示す
- ③病態の推移に応じながら向精神薬、抗不安薬、抗うつ薬を用いる

脳損傷によって引き起こされる衝動的な怒り、衝動的な言動、変わりやすい気分、不安、欲求不満、イライラ等に対しては、支援者が受けとめて肯定したり、また逆に権威で安定を図ろうとするといった方法が、必ずしも適切な対処にはならない場合がある。

脳損傷者が怒り出すきっかけは、些細なことである場合、ストレスとなる事柄を取り除いたり、本人をそこから離したりすることで気分がすぐに平静に戻る場合もある。また、そのようなことが繰り返し起きるのであれば、「いつ、どこで、誰と、何をしているとき、どんな風に」怒りはじめるかを記録し、共通する要素があれば避けるようにするとよい。この対処法は、認知行動療法の機能分析と同じ方法論によっている。

一般に脳外傷者は、自発的に行動することや、状況に合った柔軟な対応をすることができない。例えば、訓練場面で比較的落ち着いて行動できるのは、セラピストが行動の手順をしっかりと提示しているためと考えられる。行動の流れがわかれば、案外と精神的にも安定する。脳外傷者に判断を求めたり、曖昧な表現をして混乱させるようなことは極力避けたい。

(神奈川リハビリテーション病院, 2001)

感情を爆発させている最中は、なだめようとしても冷静に聞くことができない。もし怒り出したり落ち着きが無くなったりしても、周囲の人は制止や議論をしないようにする。周囲の人たちは制止や議論をしないようにし、話題を変えたり、席を外したりすると良い。また、混乱を避け、気持ちにゆとりが生まれるまで照明を落とした静かな部屋で一旦一人にする等により、おさまるのを待つべきである。

最もよい方法は、繰り返し起きる以上のような事態を本人が自覚し、イライラしてきたら落ち着くまで自分から席を外す等、本人による対処が実現することが望ましい。このため、怒りを爆発させた後、落ち着いたら、反省会を行い、再び同じようなことが起きたときにどうすればよいかを話し合っておく。

さらに、このような方法によってもうまくいかず、日常生活に支障を来すほど怒りを繰り返す場合は、向精神薬、抗不安薬、抗うつ薬によるコントロールも重要な選択肢となる¹。

(6) 転移と抵抗による怒りを受けとめる

a 特徴

支援者以外に、クライアントと関わる誰かに対して向けられた怒りを、クライアント自身も気付かずに支援者に向かってぶつけてしまう場合がある（転移）。また、そのようなクライアントに接した支援者も怒りを感じ始める可能性がある（逆転移）。クライアントに転移が起こっている間は、怒りを静めるため支援者が怒って頭から批判したり、逆にやさしくなだめたりしても効果は期待できない。というのも、静めようとするときにさらに怒りが大きくなる場合があるからである。あるいは、面接者に対して怒りをぶちまけることは理不尽であるとクライアント自身も考えていることも多いため、罪悪感や気まずさから以後の対話がうまくいかなくなる場合もあるからである（Strean, H.S., 1993）。他方、支援者に対し自分のプライバシーを話さなければならないことや、生活が変化することへの不安から逃れようとして攻撃的になるかも知れない（抵抗）。同様に、このことは、支援者側の日常生活で起きた事件、病気、加齢による衰えの自覚等といったライフイベントによって、支援者側にも起こり得る（逆抵抗）²。

b 対処

このようなタイプでは、怒りが支援者個人へ向けられていると思ってしまうと、冷静に対処できなくなる。怒りの対象は支援者個人ではなく、支援者という肩書きや、専門機関の「〇〇センター」のような看板に対して向けられたと考えることである。つまり今回の援助業務の担当者はたまたま自分であったけれども、仮にこれが自分以外の他のスタッフが担当であったとしても、同じように怒りをぶつけられたはずだからである。このタイプでは、クライアントと接する支援者が自分自身の心の特性や今の心の動きを冷静にとらえていないと、クライアントの感情の発露に巻き込まれたり、その場その場の状況に右往左往することになる。このため支援者が自分の行動を客観視することが必要である。

ソーシャルワーク分野では早くからFreud, S.理論を応用し、どのクライアントも大なり小なりこの転移感情を支援者に対して持ち、これを表面化させるか否かがクライアントによって異なると考えら

¹ 高次脳機能障害研究会(1999)、中西・前島(2001)、神奈川リハビリテーション病院(2001)等。

² 転移、逆転移、抵抗、逆抵抗の感情は、怒りのような嫌悪的なものに限らず恋愛感情のような好意的なものもあるり得る。いずれも精神分析学の用語であるが、社会福祉援助技術論でも広く用いられる。

れてきた。Biestek, F.P. (1957)によれば、クライアントによる転移の感情表出が、支援の進行を阻害することがある。このためケースワーカーは精神科医でも臨床心理学者でもないけれども、クライアントの転移に気付き、自分の個人的感情や欲求、あるいは逆転移の傾向を正直にそして率直に自覚して、冷静にその意味を理解して、自己の態度を適切に整えるべきである。

(7) 投影及び同一視による怒りを受けとめる

a 特徴

投影や同一視はFreud, S.らによる精神分析学の概念で防衛機制 (defense mechanism) の一種である。

まず投影は、抑圧された自分の不安を、自分ではなく周囲の特定の人の中に映し出し、あたかも元々その人がそのように不安であったかのように思い込んで、自分の方は不安を解消するという無意識の心の働きで、就業支援サービスの支援者にも、クライアントにも起こる。

次に同一視というのは、尊敬したりあこがれたりする人物や、自分もその一員になりたいとあこがれる集団を見て、自分がその人に似ているとか、同じであるとか、その集団の一員である等と無意識に思い込んで、本当の自分を棚に上げることで自分の現実を忘れることである¹。つまり、まるで自分がその人になったかのように感じたり考えたりすることで、現実には自らの力で満たすことのできない欲求を満足させようとする防衛機制である。

投影が自分の不安な気持ちの相手への委託であるのに対し、同一視は逆に相手の属性の借用である。そして投影及び同一視による怒りは、支援者との間で自他の区別がつかなくなったクライアントに起こる怒りである。

例えば、クライアントが「自分にできる仕事など無い」と思いながら支援者との面接に臨んでいるとしよう。このときクライアントは、同じことを支援者も思っていると感じたり、いや支援者こそ、そのように思っていると感じたりしながら、「そんなことを思うなんて失礼な人だ」と怒る。また、「自分にできる仕事など無い」という不安を抑圧して、支援者の立場を自分の所有物のように扱って口出しをしたり、業務の批判をしたりする。このタイプの怒りは、本当は怒りではなく、不安や恐怖の現れである。このタイプのクライアントは、他人への猜疑心が強く、いつも警戒心を持っている。また、他人のやさしい気持ちにどぎまぎしてしまう反面、軽蔑している。クライアントにとって支援者は本当は懲罰者であり、危険な存在である。また、そのような自分ばかりか他者の弱さを軽蔑している。このタイプの怒りは、支援者の技術の曖昧さ、人間としての弱さ、穏やかさ、やさしさ等に直面して表出される。

¹ 一般に、専門家との相談ではクライアントの側にこのような同一視が発動しやすいとされる。同じ原理で、意図的に相手の不安を引き起こしておいてからカリスマ性を発揮するのは、カルト宗教などにみられる洗脳の基本的なメカニズムである。

b 対処

支援者には直接の責任が無く、クライアントの怒りが不条理に思えるのがこのタイプの怒りの特徴である。そこで、支援者のメンタルヘルスの観点から、個人的に受けとめないこと、対話の中で支援者とクライアントとの領分に明確な境界を設けながら話すこと等の対処が重要となる(Mason,P.T.&Kreger,R.,1998)。望ましい対処としては、①秘密や曖昧さのある話し方をせず明快かつ率直に話すこと、②支援者が冷静かつ一貫した明確な姿勢や権威を示すことにより、不安定なクライアントの感情を安定させることである。

また、このタイプの怒りに巻き込まれた支援者が、他のスタッフに対して同様の感情を転移させてしまう場合がある。吉松(2001)は、スタッフ同士の連絡がよく信頼関係があれば、このような攪乱の危機は乗り切っていけると主張する。

(8) 境界性人格障害による怒り

a 特徴

境界性人格障害 (BPD : Borderline Personality Disorder) は、初期のころは神経症と精神病との境界領域の疾病を指し「境界例」と呼ばれていた。だが現在では、疾病というより人格の歪みが障害となって現れるものと考えられている。

境界性人格障害に有効な治療法は、他の精神障害と同様、服薬、精神療法、そしてリハビリテーションの併用である。この他、家庭生活や社会生活で病的な感情を爆発させる場合があり、周囲の人たちが身につけるべき対処法が考えられている。ここでは境界性人格障害の怒りについて、治療者以外の専門家、家族、職場の同僚等が身につけるべきとされる対処法についてまとめる。この対処法は、他の人格障害や人格障害を帯びた他の精神疾患においても有効な場合がある。

b 対処

支援者がクライアントから怒りを向けられた場合、支援者としてはつい反論したり同じように怒りで返したりしたくなるが、このような対処にはほとんど効果が無い。この怒りは直接相手に向けられるだけではなく、そこにいない第三者の悪口を言うという形でも現われ、憎しみを理解してもらいたくて事実関係を歪めたり、あるいは誇張したりして訴えかけ、共感してくれるようにと迫ってくる。このように境界性人格障害のクライアントから様々な感情に向けられた支援者は巻き込まれ易く、他のスタッフとの間で板ばさみになって孤立し易い。

境界性人格障害の怒りへの対処法の基本は、障害による感情の爆発のメカニズムを知り、怒りによって支援者側に引き起こされると予測される言動を客観視して、巻き込まれないようにすることである。その上で、以下に挙げる3つの方法で対処する。

(a) 支援者が定点になる

対処法の第一は、支援者が定点になって「ぶれない」ようにすることである。この態度は、境界性人格障害のクライアントの病状を安定させると共に、支援者自身を健全に守り援助の質を維持・向上させる働きがある。

成田(1999)は、ある境界性人格障害のクライアントが面接の終わり頃になるといつも自分の苦しい状況について話すのをやめようとしないうえ、面接時間を延長したところ、クライアントは一層自分をコントロールできなくなり、かえって不安が増し、面接の時間や頻度の要求がエスカレートしたという。この場合の適切な対処法は、時間のルールを守らせ、次回の面接の約束をして、話したいことはそれまで心の中にしまっておくよう指示することにある。すなわち、時間という社会のルールの管理者となることで支援者がクライアントにとっての定点になり、クライアントの心の安定を図るのである。さらに成田は、入院中の境界性人格障害のクライアントが外泊のため自宅に戻ったところ、家族が不在であったことに腹を立て、下駄箱を蹴りつけて壊した後に病院へ戻ったことについて触れ、このクライアントがもし腹を立てたまま家族の帰宅を待っていたとしたら、大喧嘩になりけが人が出てしまったかも知れないと述べ、「早めに病院に戻ったのは賢明な判断」とクライアントに告げたとする。物を壊したのは悪いことだが、感情の爆発は障害特性であり、それによる影響を最小限に抑えるために最も良い対処法を評価し、それをクライアントに告げるのも、定点としての支援者の大きな役割となる。

(b) 個人的に受けとめない

対処法の第二は、クライアントから発せられた怒りの多くが、支援者に直接向けられたものではないことに気付くことである。

Mason,P.T.&Kreger,R.(1998)は、境界性人格障害のクライアントの周囲にいる家族等、巻き込まれている人へ向けたアドバイスとして、障害からの影響を個人的に受け取らないようにし、自分自身を取り戻すべきだと述べ、クライアントから「離れる (get off)」とか、クライアントのやり方から「抜け出る (get out of)」といった表現を用いている。クライアントから離れるというのは、関係を断つという意味ではない。「私とあなたは別であり違う」ということを具体的な話題の中で明らかにし、必要以上に関係を密着させないという意味なのである。

個人的に受け取らないことの趣旨を、Mason,P.T.&Kreger,R.は落雷に例えて説明している。つまり仮に家族が落雷の被害にあったとしても、その家族だから雷が落ちたわけではなく、たまたまそこにいたから遭遇したに過ぎない。境界性人格障害に起因する感情の爆発も、クライアント本人にすらなぜその人に向かって爆発したのかは本当のところはわからない。これを受け取る側も、自分個人の他にも標的は存在すると捉えれば、負担感を個人的に受けとめないで済む。

さらに、クライアントの言動について感情的に反応しないようにするために、毎日の家族の様子とクライアントの様子とを記録に取ることは有効である。記録に取ると、クライアントの激しい言動と

家族の言動との間に必ずしも関連がないことに気付き、個人的に受け取らないで済むようになるのだという。専門機関の支援者であれば、このような認識を複数のスタッフで共有すると良いだろう。

(c) 支援者とクライアントとの間に境界を設ける

対処法の第三は、責任、気持ち、考えなどについて、それが支援者のものなのか、クライアントのものなのかを区別するようなコメントを、対話の中に織り込むことである。

境界性人格障害のクライアントは、その感情、社会的立場や責任、物事の考え方や価値観などの面で自他の境界が曖昧である。このためクライアント自身も気付かぬうちに自分の責任を目の前の支援者のせいにするすることで、一体感や安心感を得ようとする。容赦ない怒りの表現も、こうしたことから起こるのだが、巻き込まれた支援者はこれに翻弄され、心身を衰弱させ続ける。

このような事態に支援者が陥ってしまうのは、日常生活では自他の境界があまりに明確であると、冷たく距離のある人と感じられるからである。また、多くの支援者が持つクライアントへのやさしさ、寛容さは、このような境界性人格障害の対応に使命感を抱かせ、巻き込まれを許し、クライアントと接していない時間においてすらもクライアントのことを考えさせられる事態に陥って、さらに心身を衰弱させる。

境界性人格障害のクライアントにおいては、自他の境界があまりに曖昧にしておく、いつのまにかそのクライアントの感情や責任を引き受けるようになり、自分を見失ってしまう危険性がある(Mason, P.T. & Kreger, R., 1998)。このような事態は、専門家はもちろんだが、まず家族が陥り易い。会社の同僚の関係や、第三者である支援者が親子や兄弟姉妹のような感覚で境界性人格障害のクライアントと接しているとき、既に巻き込まれが始まっているかも知れないと考えて良い。

対処のヒントとして、お互いの立場、役割、仕事の範囲がはっきりしているような打算的な関係のもとでは、このような巻き込まれは起きにくい。中井・山口(2001)は「一般に看護者はふしぎに相手にされないとし、医師の巻き込まれ易さについて述べている。多忙な業務の中では、際限なく仕事を引き受けるのではなく、所掌範囲を明確にし、仕事の優先順位を決め、医師から指示された必要最小限の処置から確実に着手し、処理していかなければならない。このような状況にある看護師は、医師と比較して境界性人格障害のクライアントに巻き込まれにくいのだという。國分(1991)は、人間関係には、感情交流が主であるいわば「酒を飲みかわす人間関係」と、感情抜きでの役割と役割のつきあいの2種類があるとしているが、この視点から本論のクライアントとの間に境界を設ける方略について見ると、クライアントと自分との間に感情の境界、役割の境界をはっきりと設け、そのことをクライアントへ明言することである。もちろん、普通の人間関係では、このような境界ははっきりとことばで言ったりはしない。節度として暗黙のうちに守られ、しかしときに渾然一体となってお互いに気持ちを共有したり仕事を融通しあったりして支え合うのが通常の人間関係であろう。カウンセリング心理学ではこのように感情体験を共有することを「シェアリング (sharing)」と言う。境界性人格障害ではこの頃合いがうまくいかないため、相手に密着し過ぎてトラブルになるのであるから、周囲

で関わらなければならない人が配慮して意図的に境界線をひくわけである。たとえば、自分が求める支援サービスをしてくれないと言って責め立てるクライアントに対し、「私どもの責任の範囲を超えています。残念ながらご希望には添えません」と明言するのはこの例である。

このとき、必ず主語を支援者側にし、クライアント側の逸脱性を責めないようにすることが肝心である。つまり、そのときの話題に直結する支援者とクライアントとの役割・感情の区分や、特に支援者に固有の役割・感情の範囲に焦点を当てるのであって、クライアントと他者との一般的な人間関係を問題にするのではない。後者では問題が曖昧になり、クライアントを孤立させ不安にさせてイライラの感情を増長させるだけだからである。

また、公的な役割の境界にだけ焦点を当て、「個人的には何とか助けてあげたいのですが…」などと感情面の境界を曖昧にしないことも重要である。有能な支援者ほどクライアントのために何かできないかと考えて、クライアントとの一体的な関わりを目指すものだが、逆効果である。この場合はクライアントと自分との境界を、社会的立場のみならず個人的内面においても明確にし、そのことをはっきりと表明する必要がある。

このように支援者が意図的に境界を設けると、クライアントにとっては支援者と自分との個別性を認めなければならないことになるため、分離不安や見捨てられ不安と向き合うことになり、一時的に益々感情的になって怒り出したり、「あなたより〇〇さんの方が優れている」、「それはあなただけが考えていることに過ぎないから、実に無意味だ」¹、「あなたがしっかりしていれば私はこんな目に会わずに済んだ」などと言って、話題をそらそうとするかも知れない。境界性人格障害ではこのような反発は当然の反応なのである。

これに対するHeldmann,M.L.(1990)による対処は、支援者が自己弁護しないこと、クライアントの言っていることを否定しないこと、反撃しないこと、だんまりを決め込まないこと、である。あくまでも対話を続け、軽薄な感じになったり、相手をやりこめたりしないように注意しながら、誠実な態度で、自然に、中立的な立場で話し、感情がおさまるのを待つ。その間、決して言い争うのではなく、話の一部に同調し、クライアントの批判にもそれなりの意見が含まれていることを認め、批判が正しいかもしれないという応答を返す。さらに、適切な時に軽いユーモアを使う。このように一貫した態度を保ちながら、長期のスパンでクライアントの変化を根気強く待つのである。

クライアントの情緒的な反応の長期的改善は、精神科医や臨床心理士による治療を待つ他はない。だが、クライアント側に自他の区別を要求するのではなく支援者が自他の区別をはっきりさせることで、少なくともその支援者との関係性においては、健全性が徐々に向上していこう。

支援者は、自分を守ってばかりいたのでは仕事にならない。クライアントの意思の尊重も実現しな

¹ 「それはあなただけが考えていることに過ぎない」というクライアントの反応は、一見、見捨てられ不安と矛盾する言動と思われるかも知れない。しかしこれは支援者の個別性の指摘ではなく、支援者独自の考えを否定することで、支援者が再びクライアントのもとへ戻ってくることを求めたものであると考えられる。

い。このため境界性人格障害と接する支援者には、自分がどの程度までなら巻き込まれないでいられるのかという厳しい自己認識が問われるだろう。

第3節 疾病管理－精神障害者の場合－

精神障害のクライアントの就業支援で、支援者や事業主が頭を痛める課題のひとつに、クライアントの疾病管理の問題がある。元来、どのような仕事であっても、働いて稼ぐということは、心身に何らかの負荷を課すことに他ならない。ところが、精神疾患を抱えながら働くクライアントの場合、心身にあまり負荷を与えてはいけないのではないか、と考えるのが自然である。主治医の意見によって「就労可能」とされた上でも、どのような仕事をどれくらいの時間に任せても良いのか等々、細かい判断は就業の現場で判断せざるを得ないのである。これに関与する支援者や事業主にとって、疾病の再燃をいかに把握するかは重大な課題である。

1. 統合失調症の再燃

山口(2002)は、統合失調症のクライアントに対人関係のストレスがあると容易に再発する可能性があることについて触れ¹⁾、クライアントに対し家族が自分の気持ちを上手に伝えるには、対人的なストレスに配慮したコミュニケーションが大切だと説いている。

たとえば、患者さんは、批判的な調子を込めた言い方や敵意が込められた言い方、拒絶的な言い方をされる状態が続くと、再発しやすいといわれています。注意をする場合は、「だらしない」「すべてだめ」など、その人全体をけなすような言い方をせず、そのことだけを注意するようにすることが大切です。／また、患者さんを子ども扱いして、話を最後までよく聞かず、一方的に話をする、患者さんの自立心の向上をさまたげることになり、結果的に再発を招くこととなります。(山口, 2002)

塩田(2003)によれば、回復期にあった統合失調症のクライアントの場合、再燃が近づいても調子が悪いときでも、「私は調子が悪い」と言いにくいのだという。

ところが統合失調症のクライアントが「調子が悪い」という場合の気分は、なんとなくだるい、昨日教わった簡単な作業の仕方をもう覚えていない、周囲の雰囲気がザワザワして落ち着かない、悲しい映画を見てもどこが悲しいかわからない、周囲の人たちが自分の悪口を言っているように思う…等々である。これらは他の人からは「なまけ」、「能力の低さ」、「余計なことに気を取られている」な

¹⁾ この背景には、統合失調症の患者は、発病前に良い人間関係に恵まれてこなかった、あるいは発病後に人に対して安心した関係を持っていないようになっていくことが挙げられる(吉松, 2001)。

どのようにマイナスの評価を受け易いものばかりである。

中井・山口(2001)によれば、精神科病棟のクライアントは互いに「幻聴を医者に話すと退院できない」と話し合う場合があるという。話したとたんに処方される薬の量や強度が増したり、退院が長引いたりするようなことがあれば、話さなくなるだろう。このことはクライアントが実際に体験している症状と、医療従事者の認識との間には、違いが生じ易いことを示唆している。

中沢(1993)は、クライアントを取り巻く生活環境の変化が病状を再燃させる場合もあるが、逆に軽快させる要因となる場合があることを指摘している。再燃させる原因が、周囲からみると取るに足らないような出来事である場合もある。そうかと思うと、失恋や親との死別等、一般に「大ショック」と思われていることで、かえって軽快するケースがある。いずれにしても、このようにクライアントに影響を与える生活環境を中沢は「アキレス腱」と呼び、個々のクライアントによって以下のように大きく3つのパターンがあると指摘する。

- ①異性とのかかわり（縁談、恋愛、性生活等）
- ②生活の経済的側面（財産、損得、借金等）
- ③社会的地位（学歴、資格、男らしさ、出世等）

これらがクライアントの再燃とどのように関わるのかをクライアントごとに調べていくと、再燃のおおよその発生のパターンをつかむことができる。3タイプの「アキレス腱」を探すには、次のようにする。まず、クライアントの社会生活を継続的にみていく。すると、あるときから生活の乱れや病状の変化が起きるときがある。その直前の3～7日間程度の間起きた、それまでと違う（しかし取るに足りない）ような変化を、①異性とのかかわり、②生活の経済的側面、③社会的地位の3つの視点から、本人や周りの人たちから聴取する。このような生活や病状の変化は繰り返し起きている場合がよくあり、しかも大抵はいつも決まって①～③のうち同じカテゴリーが原因となっている。これが中沢の「生活特徴」仮説である。

支援者がクライアントとの約束を確実に守る等、一人の人間としてクライアントを尊重する当然の対応をしているうちに、クライアントが支援者に対して恋愛感情を持つ場合がある。これは、それまで慢性疾患のクライアントとして差別的な処遇を受けてきたことが背景としてあるのかも知れない。中沢(1993)によれば、このような場合に支援者の側が慌ててサービスの内容を変更したり、態度を変えたりしてはいけない。つまり、支援者として一貫し毅然とした態度で接し続ければよく、本人の症状が安定し生活が整ってくれば恋愛感情が失せて、別の方向へ興味が移っていくものであるからである。

統合失調症、アルコール中毒症等の精神障害者のためのグループホーム「浦河べてるの家」を支援してきた浦河赤十字病院精神科の川村医師は、「被害妄想を経験した人たちは、人間の関係を遮断されるような生活をしている。少なくとも、自分の思いを伝える相手やそういう場をもてなくて、自分の思いを閉じ込めてしまって言葉に出せないような生活をしている」のだと述べ、クライアントが自

らの被害妄想について語ることの意義について、次のように指摘する。

被害妄想かどうかというのは、ある意味では、交流して、表現して、多くの似たような体験者と出会って、はじめて客観視される。だから一人ひとりが別個の世界にいたときは、被害妄想というのはただ医者に言われるだけのもの、あるいは家族とか狭い範囲の人たちのなかで「変なことを言っているわ!」というレベルでしかとらえられなかった。(浦河べてるの家, 2002)

同じく浦河赤十字病院の向谷地ソーシャルワーカーは、「精神科病棟における一般的なケアには、依存を助長し、無気力・無関心を促す指導的かつ管理的要素がまだまだ強い」と指摘し、支援者による過剰な関与がクライアントの人間らしさを失わせている可能性を常に振り返る姿勢が、支援者に問われると強調する。たとえば精神障害者の生活の問題のうち、金銭トラブルについて次のように説明する。

スタッフに問われるのは、平穩無事であった患者の人間関係のなかに、お金の貸し借りによるトラブルが生じたことを「やはり心配していたことが起きた」と深刻になるのではなく、「お金を貸してと頼まれたら断れない」という、いままでの顕在化することのなかった当事者の個性がそこにあらわれたとしてそのことを評価し、「順調だよ」と患者に伝えるセンスである。

(浦河べてるの家, 2002)

向谷地は、クライアントが他者との間で深い対話を行えるような場をつくることが重要であるとし、そのことは、医学的、職業的、社会的リハビリテーションの統合という従来のあり方を越えたコミュニケーションのあり方であるとも述べている。

このような支援者の態度は、クライアントが社会における普通のコミュニケーションのあり方を回復し、生きる勇気を取り戻すことに貢献するだろう。

2. 自殺念慮の把握と対処

中井・山口(2001)によれば、「行きづまり感」「自殺念慮」はうつ病では必発であるが、そのことは周囲の人にとって察知しにくい。しかしPeacock,J.(2000)は、「どのような自殺願望の人も、本当に死にたいと思っているわけではない。今の苦しみからのがれたいと思っているだけなのだ」と断言し、アメリカの10代の自殺者の10人中8人は自殺する前に周囲の人に対し以下のような警告を発していると説明している。

- ①いつもと違った様子になり、性格が変わる。
- ②自分が大切にしていたものを誰かにあげてしまう。

- ③他人を避ける。
- ④危険なことに挑戦する。
- ⑤「ぼくなんかいないほうが、きみにとっていいよ」「生きていくことに意味なんかない」「わたしはいなくなるかもしれないわ」といった発言をする。
- ⑥「自殺したい」と、直接的なことばで周囲をおど脅かす。
- ⑦身辺を整理する。たとえば人に借りていたものを整理して返したり、部屋をそうじしたり、やたらに人を手伝ったり、助けたりする。
- ⑧死について興味を示す。たとえば死についての本を読んだり、質問したりする。
- ⑨うつ病の症状、とくに絶望感や無気力感をみせる。

(Peacock,J.,2000)

家族、専門家を含めこのような警告を受け取った人は、いわば本人によって選ばれた人である。この警告を受け取った人の適切な対応が、自殺を完遂してしまうか否かを分ける場合がある。その際、警告を受け取った人の望ましい態度は次のとおりである。

①すべてまじめに受け取る

「自殺する」というメッセージは脅しかも知れない。だが、はぐらかさず、いかなる話もまじめに聞く。これは話を真剣に聞かなかつたことで本当に自殺してしまうケースがあるためである。

②挑発してはいけない

「本当に自殺できるなら、やってみたらいい」などと挑発しないこと。

③ずばり聞く

「自殺を考えているの？ どんな計画なの？」と聞き、今すぐに自殺しようとしているのかを確かめる。

④助けを求める

すぐにでも自殺する危険を感じたら、急いで警察や救急へ通報すること。場合によっては直接病院へ付き添って連れて行く必要もある。その際、その人を決して一人にしてはいけない。

⑤冷静でいる

「自殺したい」という答えが返ってきても、あわててはいけない。これは、あわてることが本人の信頼を失うことになるからである。

(Peacock,J.,2000)

Peacock,J.によれば、うつ病による自殺企図は一種の衝動であり、完遂しないまま時間がたてば消えるものである。ただしその間の「孤独な時間」が最も危険である。このため、衝動的になっている間は信頼できる誰かと一緒にいるか、または衝動が過ぎるまで誰かと電話で会話を続けることを勧め

ている。さらに自殺の衝動は、それが過ぎ去った後も繰り返し襲ってくるため、医師等の専門家による積極的な介入を受ける必要がある。

うつ病のクライアントの自殺企図のプロセスでは、本人は衝動的に行動している可能性がある。激しくつらい病状の間は、早くこの状態から逃れたいと必死になるため、高度に知的な業務をこなす人物でも、普段ならできる理性的な判断を行うことが難しくなる。さらにうつ病のクライアントの場合、それまでは危険に対処できていた人でも対処できなくなり、したがって繰り返し事故に遭遇する頻度が高くなって、本人に死ぬ気がないのにも関わらず大事故によって死に至ってしまうケースがある¹。

急性期の重症うつ病のクライアントに対しては、専門家を含む周囲の人たちが取るべき対処として、話をじっくり聴き、深い感情を味わわせるのは危険な場合がある。菅野(2004c)は、治療的なカウンセリングの限界について引き続き次のように述べる。

とくにうつの場合、ひじょうに状態が悪いときにはカウンセリングはほぼ無意味といってもいい。そういうときには、医師の指示どおり薬を飲み、ひたすら休むことがいちばんである。／本人にある程度の精神的な余裕というものが生まれ、何か人に話してみたい、聴いてもらいたいという気持ちがわいてこない段階では、むしろカウンセリングにはかからないほうがいいかもしれない。
(菅野, 2004c)

菅野の指摘とも関わるが、急性期の重症うつ病のクライアントに対して対話を求め、感情を味わうことを求めるのはむしろ危険だという医師側からの指摘がある。これは、病態が重いときは、誰かと関わるよりも、場合によっては入院により適切な医療管理のもとに服薬遵守と睡眠を確保すべきことを意味している。

精神科医の熊倉(2003)は、重症うつ病の病態について、「内に蓄積したエネルギーは強力、かつ未分化である」「それが内に暴発すれば自殺となり、外に暴発すれば事件化する。そのような不気味な破壊エネルギーを患者自身が感じ、ジッと耐えている」と述べ、クライアントの自己表現を安易に働き掛けるのは危険だと指摘する。そしてこのときのクライアントとの接し方について次のように述べる。

絶望が苦痛なのは、そこに一抹の希望が含まれている時である。「希望を持つこと」、「何かを信じること」が痛い。「また、将来に期待してしまった。私は愚かだった。私は希望を持つてはいけない人間なのだ」と自分に言い聞かせる。「未来に開かれた自分」を失うことは、自己を安全地帯に置くことである。自己防衛でもある。不用意に、希望を持つように励ますことが危険なのは、このためである。(熊倉, 2003)

¹ 精神科臨床の自殺研究では、このように自分の安全を適切に確保できなくなっている状態のことを事故傾注 (accident proneness) と呼ぶ。この用語は、第1次大戦中にイギリスの軍需工場で事故を起こし易い工具の行動傾向を調べる中で生まれたとされる (Institute of Transportation Studies, 2001)。

熊倉は、重症うつ病のクライアントの復職においては「死を掛けた労働への闘いであり、休息不能である」と述べ、一般によく言われる、「無理をさせてはならない」とか「休ませれば治る」といった考え方は、重症うつ病における病的な性格変化である予想以上の「こだわり」「頑なさ」を、十分に理解していないと主張する。このような危険な時期を乗り越え、熊倉の言うように「あの体験は私には必要な体験であった」としみじみと語るができるまで、適切な医療管理のもとに置かれなければならない。

いずれにしても、こうした危険の回避や専門家との連携は、クライアントの感情を軽視したり単純化して捉えることから達成できないことは明らかであろう。

第4節 クライアントの家族との連携

1. 障害者の家族の心理

浜田(1999)は、家族の接し方がクライアントの自己理解のあり方をいかに決定付けるかについて、5歳の時の大やけどで右手の指を失いケロイドを負った女子大生のエピソードを紹介している。彼女を不憫に思った母親は、ミトンの手袋を編み彼女に付けさせて小・中・高校に通わせた。家族は、ただ一途に彼女を守ろうとしてきただけなのである。しかし浜田は、一方でそのことが「世間の目」が彼女たち自身の中に敷き写され、「内なる他者」を形成することにもなっていたと説く。

傷が癒えてのち、母親は彼女の短くなった手をなでながら、よく「もみじのようにかわいい手だったのにね」と言ったという。そのことばを、Mさんは忘れられない。しかし彼女の手を慈しむこのことばが、また皮膚にも彼女のいまの手を否定することばになる。／残酷な言い方になるが、手袋で彼女の手を守ってきた母親は、いわばそのことによって「世間の目」を代表してきた。

(浜田, 1999)

中学校や高校へ進むと、彼女の目の前で手のことを話題にされることはなくなっていくが、出会う人の数が増えてくると、特に親しくはないが顔を見れば挨拶くらいは交わす「中途半端な知人」が増えてくる。そうなることあらためて説明することもできず、彼女の「見られている」という不安はかえって強くなり、本人も「私は他人の目に押し潰されそうになっていました」と語る状態になっていた(浜田, 1997)。

ミトンの手袋をはめることは、「他者との差異を隠すべき手袋が、逆に他者との差異を際立たせることになる」「手袋をはめてもはずしても、自分の右手がこだわりの種になる」。彼女は大学生になり、ついにある時、手袋をはずして講義に出席する。その時、彼女の気持ちは次のようであった。

誰もいちいち見ているはずがないとわかっているのに、人前にさらした右手のことが気になって、先生の話がまったく耳に入ってきませんでした。(浜田, 1999)

もう一人、生まれつき右手がなく、装飾義手を用いていたという別の学生のエピソードを、浜田は紹介している。

ある時、弟と私は、些細なことから口げんかをした。その気持ちが、おたがいいまださめやらぬ間に、写真を撮ることになった。弟は、けんかの腹いせに、わざと私の横から一步ほど離れ、ざまあみろ、という顔をしている(引用者注：写真を撮るときは誰かがかならず彼女の右腕が隠れるように立たなければならないのだ)。母親は急に怒りだし、「ちゃんとしなさい」と言う。

(浜田, 1999)

※文中の「引用者注」は原著者の浜田によるもの

彼女もまた大学生になり、「障害をどうしてこんなふうにして隠さねばならないのか」と思うようになり、親しい友人の間では義手はずせらなくなった。しかし、友人とプールに行くことになり、初めて義手はずしてプールサイドに出てみると、「全身がこむらがえりをおこしそうな気持ちにおそわれた」。これについては、彼女自身が「自分がそこまで周囲の目に囚われているとは思っていなかった」とショックを感じたというのである。

浜田によれば、人をこのような羞恥の感情に追い込む他者からのまなざしは、周囲の誰かが自分のことを本当はどう思っているのかが分からなくても、相手がそこにいるだけで、そこから何かを読み込んでしまうことによって起こっているという。そして、「私たちが日常的に感じる〈見られている〉感覚こそは、じつは「自分を〈見る〉自分」を自分のうちにかかえている証左なのである」と結論する。

障害者の方の悩みでこういった話をよく耳にします。／それは家族が障害者の介護に追われるあまり、つい口に出してしまう言葉が障害者にとって一番大きな痛みとなるということです。／「うちの生活サイクルは、子供(障害者)を中心にまわっており、子供と接する時間を多くとっている。親の自由な時間はほとんどない」と言う方がおられるかと思います。子供と一緒にいて、子供のことはすべて理解しているつもりだということだと思いますが、障害者にとってこの言葉は、親や家族が障害者のためにこれだけやっているんだという押しつけるような言い方にもとれてしまうというのです。(全国肢体不自由児・者父母の会連合会, 2001)

「全家連相談室」の良田(2002)によれば、「精神障害者の家族の相談は、癒されたい、聞いてほしいという気持ちの問題と、正確な情報がほしい、情報を必要としている現実の両面をあわせ持っている相談が大半」であり、「事柄も気持ちも混乱したなかでの相談」も少なくないのだという。たとえ

ば、障害基礎年金の申請の相談については次のように述べている。

障害年金の申請という課題の背後には、病気、障害の認識の問題と、受け入れることへの葛藤の問題があります。また将来への不安と、回復し働くことへの期待などがあるわけです。家庭の経済的な問題が大きいこともあります。また誤った情報が伝えられて、さらに不安を強めていることもあります。相談を受ける方としては、こうした家族の心のプロセス、今の心境を受けとめ、混乱した情報や認識を整理します。そして相談者とともにこれからの取り組みを考えながら、正しい情報も伝えていかなければなりません。それはまず、相談者の話をじっくり聞くこと「傾聴」から始まります。(良田, 2002)

慢性疾患の治療が長期間に及ぶことや、社会的に理解の得られにくい疾患であるということによって感じる不安や苛立ちを家族が相互にぶつけ合うことがある。回復期にある統合失調症のクライアントの場合も、家族との間で様々な葛藤を起し、そのことが再発の因子になる場合がある。家族の側がクライアントに対して示す「批判的コメント」、「敵意」といったマイナスの感情表出や、過度の心配や干渉を表しながらクライアントと関わる「情緒的巻き込まれ過ぎ」が、特にクライアントの服薬遵守が不良であることと重なる場合、統合失調症の再燃を高率で促進することが、欧米の研究成果を日本で追試した結果によって確かめられている(伊藤・大島・岡田・永井・榎本・小石川・柳橋・岡上, 1994)。

精神科医の吉松(2001)は、「患者は原則として、家族の非難をしない。あるいは家庭の内情を報告したくない」と述べている。

家庭の内情を洩らすことは家庭の恥をさらすことを意味し、そのことを患者はそれこそ恥と思っているようにみえる。故にある場面で患者がついその時の雰囲気の影響されて家庭の内情を話しても、あとで後悔し、いつまでもそれにこだわるということがおこってくる。医者は患者の理解のために、患者の生活歴、家族関係を尋ねる必要が多いが、どこまでその話をきくか、またその内容にどのように受け応えをするかはあとあとまで大きな影響を与え続ける大事なのである。これは必ずしも個人が家族から独立していないということの意味するものではなからう。むしろ日本古来の伝統として、家の誇りを大切にする気風がこのような場面にも出てくるというべきではなからうか。(吉松, 2001)

以上のような家族のあり方は、クライアントの親に対して積極的な指導を行えば解決する問題ではない。親がそのようにふるまうには、そのようにして来ざるを得なかった背景があるのではないか。

酒木(2001)は、自閉症を子どもに持つ母親の苦悩について述べる中で、「もっとも外からの助けを必要としている家族が、孤立に追い込まれ、また自らも手をさしのべてもらうのを拒んでいるという

のが、日本社会の姿」であると述べている。地域社会の様々な軋轢や理解不足に傷つきながら懸命に生きる母親の姿を描いた漫画『光とともに…―自閉症児を抱えて―』の作者である戸部(2001)は、NHKテレビでのインタビューに答えて、「私が描きたかったのは、特別な子育てではなくて、ある一つの子育てということだったので、それは普遍的なものだから、母親であつたらきっと届くだろうと、そういう気持ちで描きました」と述べている(NHK教育『福祉ネットワーク』2003年5月28日放送)。障害児を育てる母親の孤立感は、そもそもその深いところにおいて、現代を生きるどの母親にも共通する孤立感が潜んでいるという示唆である。

南雲(1998)は、死別した父親との間で生前に「20歳までに歩いてみせる」と約束し訓練を受ける脳性まひの娘が、いよいよ20歳の誕生日を迎え、母親から足をたたかれたり蹴られたりしながら必死に立とうとするというNHK番組『約束―倫子二十歳の証し』を紹介しながら、次のように述べる。

私たちは、母親のそうした人間観を支えているのが、ほかでもない社会であることを知らなければならぬ。価値は社会にある。社会化とは個人がその価値を身につけることである。

(南雲, 1998)

土屋(2002)は、社会学の家族ストレス論の功罪として、家族への支援の視点をもたらした一方で、①「たいへん」「かわいそう」等のような障害者家族への否定的価値づけを生んでしまったこと、②障害者家族に対する愛情規範を過度に強調してしまったことを挙げている。そして、当事者のインタビュー等、独自の取材を含む周到な資料収集に基づいて、家族(とりわけ母親)が「熱心に」介護や訓練を施すべきとされる考え方が、家族に対する医療従事者の発言や、身体障害者福祉制度の成立過程などに現出していることや、そうして形成され家族を取り巻いていく規範やイメージが、家族の行動や考え方を規制していることなどを指摘する。土屋によれば、このような規範には「訓練を施す母親」と「介助する母親」との2つの側面があるという。親の役割意識は、親自身の心の中だけの問題として片付けられない広がりを持っている。そのような意識を親に持たせている主体を、「世間」と呼ぶことができるかも知れない。母親たちは、障害児(者)の親として常に「がんばる」ことを「世間」から要請され続けてきたのである。また、多くの人たちは、障害者の家族に対して、「不幸な家族」、介護について「限界まで努力する家族」、成人になっても「共に過ごす家族」等のイメージを持っており、そのことが身体障害者の社会参加を阻んでいる側面もあるという指摘も重要である。

2. カウンセリングでの留意点

中沢(2000)は精神科医療では、「どんな家族でも、手を組まないと、治療は成功しない。治療が成功しても、社会へ帰せない」と指摘し、「家族との治療同盟」の重要性を強調している。クライエントの症状の再燃の原因が家族にあると感じる場合、治療者が反感を持ってしまう場合があるが、これ

はクライアントから移入された感情で家族をみているためで、この場合家族の問題をいくら追求しても実りは少ない。つまり支援者は、クライアントのために「家族をどう動かすか」と、「家族の言い分を、どこまで受け入れるか」との両方のバランスをみながらクライアントや家族と関わるが、そのどこかに冷静で客観的な視点を持ち続けることが求められるのである。

たしかに家族は、こちらの方針にしたがわず、入院さえすればいいと考えている家族もいましょう…無理解で冷たい印象を受けます。しかし、そのときこそなぜ家族がこういう扱いをするようになったか…その病人をかかえてきた年輪の重みを知ることです。いくら病だからとて我が子を、好きで入院させたい親がいるんでしょうか…さんざん考えぬいたうえ、あるいは治療につかれはてた末、そんな冷たい処遇をとるようになったのです。場合によれば、あなたが生まれたころから患者をかかえており、今日まで重荷に耐えている家族もいるのです。この歴史と苦悩をうけとめてやる必要があります。そのときはじめて、家族はあなたのに本心を語りはじめ、あなたの説得も受け入れ、もう一度患者のためにがんばってみようという気になるのです。

(中沢, 1993)

前述のようなクライアントの秘密を家族に対して話さないというやり方にしても、そのことが治療上必要なことであることを家族が納得のいくように説明することが、支援者にとって重要である。

統合失調症のクライアントとその家族との葛藤や意見の食い違い等について、多くの支援者が対処が難しい課題ととらえる一方で、土居 (1992) は治療の好機であると主張する。

両者が食いちがった時の方が実りは却って大きい。というのはこの場合一方が正しく他方が間違っているというのではなく、両者が食いちがっているという事実から、もっと立体的にそこで起きている事態の全貌が明らかになることが多いからである。(土居, 1992)

これには、家族とクライアント本人との間で支援者が立つべき位置に関する以下のような土居の考え方が背景としてある。

家族から得た情報は原則として患者にフィードバックしなければならない。これに反し患者から得た情報は原則として家族に返してはならない。なぜなら、患者の秘密は守ってやらねばならぬから。あるいは一歩進めて次のようにいってもよからう。患者は自分の秘密を守れなくなったからこそ患者になっている。(土居, 1992)

ここにおいては家族よりもクライアント本人と支援者との関係に焦点が当てられている。つまりクライアントとの関係を軸にして治療を進めていくという方法で、これは障害者就業支援におけるカウ

ンセリングと同じ方法である。すなわち、クライアントに対する支援における家族との連携は、クライアントと支援者との信頼関係、家族と支援者との信頼関係を両立させて初めて円滑に進めることができる。カウンセリングの視点から見た信頼関係の意義については、本書に述べてきた通りである。

文 献

(注)前半に国内文献をアイウエオ順に、後半に海外文献をABC順に列挙した。本文中で海外文献を引用する際、邦訳が存在しない場合の引用文は本書執筆者である依田による訳文とした。邦訳が存在する場合はその訳文に従うと共に、以下のリストの各原著の後に邦訳の書誌情報を併記した。また、本文中では原著者の後に原著発行年を記した(例: Rogers, C.R., 1942)。

- e-AT利用促進協会 (2003) 詳解 福祉情報技術 I・II 障害とテクノロジー編 - 角川書店
- 泉 基樹 (2002) 精神科医がうつ病になった - ある精神科医のうつ病体験記 - 廣済堂
- 伊藤順一郎・大島 巖・岡田純一・永井将道・榎本哲郎・小石川比良来・柳橋雅彦・岡上和雄 (1994) 家族の感情表出(EE)と分裂病患者の再発との関連 (精神医学 Vol.36 pp.1023-1031)
- 伊藤美奈子 (2000a) 教師のバーンアウト傾向を規定する諸要因に関する探索的研究 - 経験年数・教育観タイプに注目して - (教育心理学研究 Vol.48 pp.12-30)
- 伊藤友宣 (2000b) 話しあえない親子たち - 対立から対位へ - PHP新書
- 伊東 明 (2001) コーチングで「個」を活かす (DIAMOND/ハーバード・ビジネス・レビュー2001年3月号ダイヤモンド社 pp.66-79)
- 犬塚孝行 (2002) 夢なんか見たらいけないところだった (「10万人のためのグループホームを!」実行委員会(編) もう施設には帰らない - 知的障害のある21人の声 - 中央法規出版 pp74-79)
- 植田正治・鷲田清一 (2000) まなざしの記憶 - だれかの傍らで - TBSブリタニカ
- 浦河べてるの家 (2002) べてるの家の「非」援助論 - そのままでいいと思えるための25章 - 医学書院
- 榎本英剛 (1999) 部下を伸ばすコーチング PHPビジネス選書
- 大川弥生 (2004) 新しいリハビリテーション - 人間「復権」への朝鮮 - 講談社現代新書
- 大木 健 (1987) シモース・ヴェイユの不幸論 勁草書房
- 大滝紀久子 (2002) 施設は臆病な人間をつくるところです (「10万人のためのグループホームを!」実行委員会(編) もう施設には帰らない - 知的障害のある21人の声 - 中央法規出版 pp28-35)
- 大谷 彰 (2004) カウンセリングテクニック入門 二瓶社
- 岡田佳詠・石隈利紀 (1999) 看護者の自動的思考とバーンアウトとの関係 (カウンセリング研究 Vol.32 No.2 pp.115-123)
- 岡堂哲雄(編著) (1993) 心理面接学 - 心理療法技法の基本 - 垣内出版
- 岡本民夫(監)・小山隆・倉石哲也・植田寿之・村山和女・対馬節子(編) (2003) 『実践! スーパービジョン』第1巻~第3巻, 中央法規出版
- 尾崎 新 (1992) 社会福祉専門職ライブラリー〈社会福祉士編〉社会福祉援助技術演習 誠信書房
- 尾崎 新 (1944) ケースワークの臨床技法 - 「援助関係」と「逆転移」の活用 - 誠信書房
- 尾崎 新 (1997) 対人援助の技法 - 「曖昧さ」から「柔軟さ・自在さ」へ - 誠信書房

- 尾崎 新(編著)(1999)「ゆらぐ」ことのできるカーゆらぎと社会福祉実践－ 誠信書房
- 尾崎 新(編著)(2002)「現場」のちから－社会福祉実践における現場とは何か－ 誠信書房
- 落合美貴子 (2003) 教師バーンアウト研究の展望 (教育心理学研究 Vol.51 pp.351-364)
- 加藤元一郎・秋山知子 (2003) 社会的行動障害と神経心理学的介入法 (臨床精神医学 第32巻第10号 pp.1227-1234)
- 神奈川リハビリテーション病院 (2001) 脳外傷リハビリテーションマニュアル 医学書院
- 金谷武洋 (2002) 日本語に主語はいらない 講談社新書メチエ
- 金谷武洋 (2003) 日本語文法の謎を解く－「ある」日本語と「する」英語－ ちくま新書
- 金谷武洋 (2003) 英語にも主語はなかった－日本語文法から言語千年史へ－ 講談社新書メチエ
- 河合隼雄・鷺田清一 (2003) 臨床とことば TBSブリタニカ
- 川野雅資 (2004) 傾聴とカウンセリング 関西看護出版
- 神田橋條治 (1995) 追補 精神科診断面接のコツ 共伸舎
- 菊池 尊 (2004) ハローワークにおける臨床心理士の役割と課題 (臨床心理学 4巻1号 pp.24-29)
- 木下康仁 (1997) ケアと老いの祝福 勁草書房
- 熊倉伸宏 (2002) 面接法 新興医学出版社
- 倉光 修 (2003) マルチメディアで学ぶ臨床心理面接 誠信書房
- 小出 進 (2002) 本人の思いにそった就労支援 (教育と医学の会(編)現代人の心の支援シリーズ第5巻 障害児－障害のある人を支える－ 慶應義塾大学出版会 pp.203-214)
- 高次脳機能障害研究会 (1999) やってみよう！こんな工夫－高次脳機能障害への対応事例集－ エンパワメント研究所
- 國分康孝 (1991) 〈自己発見〉の心理学 講談社現代新書
- 國分康孝(監) (2001) 現代カウンセリング事典 金子書房
- 児島亜紀子 (2002) 誰が「自己決定」するのか－援助者の責任と迷い－ (古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島亜紀子 援助するということ 有斐閣 pp.209-256)
- 小林純一 (1979) カウンセリング序説 金子書房
- 小宮恭子 (1990) 高校の相談室－思春期の心の成長に－ (杉溪一言(編著)カウンセラーの悩みと生きがい 川島書店 pp.22-26)
- 小山珠美 (2001) ストレスを高めない看護・援助 (小山珠美・所和彦(監)脳血管障害による高次脳機能障害ナーシングガイド 日総研出版 pp.178-183)
- 小山充道 (2003) 現場における心理アセスメント (臨床心理学 第3巻第4号 pp.477-485)
- 斎藤 学 (1998) 家族の闇をさぐる－現代の親子関係－ NHK人間大学テキスト
- 斎藤 孝 (1999) 子どもたちはなぜキレるのか ちくま新書
- 斎藤 環 (2000) 社会的ひきこもり PHP新書
- 斎藤道雄 (2002) 悩むカーベてるの家の人びと－ みすず書房

- 齋藤明子 (2003) 知的障害について－支援者の立場から－ (精神障害者ピア・サポートセンターこらーるたいとう(編) こらーるブックレット4〈精神障害者自立生活ハンドブック〉ピアヘルパー体験を抱いて、仲間を支援する－pp.94-97)
- 齋藤 孝 (2004) コミュニケーション力 岩波新書
- 酒木 保 (2001) 自閉症の子どもたち－心は本当に閉ざされているのか－ PHP新書
- 坂本良子 (1990) こだわりを超えて (杉溪一言(編著) カウンセラーの悩みと生きがい、川島書店pp.180-184)
- 坂本真佐哉・和田憲明・東豊 (2001) 心理療法のテクニック 金子書房
- 佐々木正人 (1987) からだ：認識の原点 認知科学選書・第15巻 東京大学出版
- 佐藤綾子 (1995) 自分をどう表現するか－パフォーマンス学入門－ 講談社現代新書
- 佐藤俊一 (2001) 対人援助グループからの発見－「与える」から「受けとめる」力の援助へ－ 中央法規出版
- 塩田宗光 (2003) まわりの人は何ができるだろうか (月刊ぜんかれん』437 pp.16-19)
- 清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾(編著) (2002) ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト－その実態と対応策－ 中央法規出版
- 霜山徳爾 (1989) 素足の心理療法 みすず書房
- 菅野泰蔵 (2003) カウンセリングはサービス業である－カウンセリング原論②－ (こころの科学』108, pp.92-96)
- 菅野泰蔵 (2004a) ケースの見方、仮説の立て方－カウンセリング原論⑩－ (こころの科学』116, pp.102-107)
- 菅野泰蔵 (2004b) 臨床的リアリティについて－カウンセリング原論⑪－ (こころの科学』117, pp.102-107)
- 菅野泰蔵 (2004c) 月曜日、駅のホームで会社に行きたくなくなったとき読む本 講談社
- 杉溪一言 (編著) (1990) カウンセラーの悩みと生きがい、川島書店
- 鈴木常元 (2002) 大学生にける抑うつと怒りを喚起する対人的状況 (カウンセリング研究 Vol.35 pp.1-9)
- 全国肢体不自由児・者父母の会連合会 (2001) ペア・カウンセラー育成マニュアル－ペア・カウンセラーの研究 育成 第2次(平成12年度)報告書－
- 田尾雅夫・久保真人 (1996) バーンアウトの理論と実際－心理学的アプローチ－ 誠信書房
- 高林雅子 (2003) ボランティア活動と地域支援 (河野友信・若倉雅登(編) 中途視覚障害者のストレスと心理臨床 銀海舎 PP.167-172) ※引用に際してはこの著書の高林による他の章節(PP.59-70, PP.75-86)も参考にした。
- 武井麻子 (2001) 感情と看護－人とのかかわりを職業とすることの意味－ 医学書院
- 竹内敏晴 (1975) ことばが劈かれるとき 思想の科学社
- 竹内敏晴 (1990) 断想－からだ・こころ・ことば－ (人間性心理学研究 第8号 竹内敏晴 (1999) 癒える力 晶文社pp27-33)
- 田中輝美 (2003) 高怒り内向者と高怒り外向者の主張性評価における特徴 (カウンセリング研究 Vol.36(No.2) pp.149-155)
- 田畑 治 (1992) 日本におけるカウンセリングの展開 (氏原寛・東山紘久(編) カウンセリング入門 別冊『発達』13 ミネルヴァ書房 pp.39-47)

- 玉瀬耕治 (1998) カウンセリング技法入門 教育出版
- 田村修一・石隈利紀 (2001) 指導・援助サービスの悩みにおける中学校教師の被援助志向性に関する研究－バー
ンアウトとの関連に焦点をあてて－ (教育心理学研究 Vol.49 pp.438-448)
- 辻村英夫 (2002) カウンセリングとコンサルテーション 学文社
- 土屋 葉 (2002) 障害者家族を生きる 勁草書房
- 土居健郎 (1992) 新訂 方法としての面接 医学書院
- 戸田正直 (1992) 感情－人を動かしている適応プログラム－ 認知科学選書 第24巻 東京大学出版会
- 戸部けいこ (2001) 光とともに…－自閉症児を抱えて－① 秋田書店
- 内藤哲雄 (1986) 怒りと攻撃の実験的研究 (齊藤勇(編著) 感情と人間関係の心理－その25のアプローチ－ 川島
書店 pp.258-267)
- 内藤哲雄 (2001) 無意図的模倣の発達社会心理学－同化行動の理論と実証研究－ ナカニシヤ出版
- 中井久夫・山口直彦 (2001) 看護のための精神医学 医学書院
- 中釜洋子 (2001) リフレーミング (平木典子・巖岩秀章(編著) (2001) カウンセリングの技法－臨床の知を身
につける－ 北樹出版 pp.133-138)
- 中沢正夫 (1993) 精神保健と看護のための100か条 萌文社
- 中沢正夫 (2000) 精神科研修のための覚え書き 萌文社
- 中西正司・中原えみ子・鄭鍾和 (2000) セルフマネジドケア・ハンドブック ヒューマンケア協会
- 中西一郎・前島伸一郎 (2001) 易怒性を伴う脳外傷患者のリハビリテーション (Journal of Clinical
Rehabilitation Vol.10 (No.10) pp.904-906)
- 仲正昌樹 (2003) 「不自由」論－「何でも自己決定」の限界－ ちくま新書
- 南雲直二 (1998) 障害受容－意味論からの問い－ 荘道社
- 南雲直二 (2003) 障害受容の相互作用論－自己受容を促進する方法としての社会受容－ (総合リハビリテーショ
ンVol.31 No.9 医学書院 pp.811-814)
- 成田善弘 (1993) 精神療法の経験 金剛出版
- 成田善弘 (1999) 精神分析における支持 (こころの科学Vol.83 pp.71-75)
- 西村良二 (2001) よくわかる医療系の心理学 I ナカニシヤ出版
- 楡木満生 (1995) 産業カウンセリングの過程と技法 (杉溪一言・中澤次郎・松原達哉・楡木満生(編著) 産業カ
ウンセリング入門 日本文化科学社 pp.61-72)
- 野口裕二 (2002) 物語としてのケア－ナラティブ・アプローチの世界へ－ 医学書院
- 長谷川啓三 (2004) ソリューション・フォーカスト・アプローチ (大塚義孝・岡堂哲雄・東山紘久・下山晴彦
(監) 伊藤良子(編著) 臨床心理学全書第8巻 臨床心理面接技法1 誠信書房 pp.201-250)
- 浜田寿美男 (1997) シリーズ／今ここに生きる子ども ありのままを生きる 岩波書店
- 浜田寿美男 (1999) 「私」とは何か 講談社選書メチエ
- 林 友三 (2003) 指導援助の入門 障害のある子どものコミュニケーション ジアース教育新社

- 東 豊 (1997) セラピストの技法 日本評論社
- 東山紘久 (1984) 母親と教師がなおす登校拒否ー母親ノート法のすすめー 創元社
- 東山紘久 (2000) プロカウンセラーの聞く技術 創元社
- 平木典子 (1997) カウンセリングとは何か 朝日選書
- 平木典子 (1990) カウンセラーとクライアントの間隙 (杉溪一言(編著) カウンセラーの悩みと生きがい 川島書店 pp.204-213)
- 平澤哲哉 (2003) 失語症者、言語聴覚士になるーことばを失った人は何を求めているのかー 雲母書房
- 廣中直行 (2003) 快樂の脳科学ー「いい気持ち」はどこから生まれるかー NHKブックス
- 福原真知子, アレン・E・アイビー, メアリ・B・アイビー (2004) マイクロカウンセリングの理論と実践 風間書房 ※この文献は3名の共著により日本語で執筆された。
- 星野富弘 (1982) 風の旅 立風書房
- 堀 香代子 (1994) 注意を与える時のコツ (産業カウンセリング研究会(編) 見えないところを見る・4 成熟した自立 財形福祉協会 pp.35-41)
- 巖岩奈々 (2001) 感じない子ども ころを扱えない大人 集英社新書
- 牧 裕夫 (1994) 「リスク」といった視点から考察される職業相談について (障害者職業総合センター研究紀要No.3 p.27-37)
- 牧 裕夫 (2000) 就業・生活の一体的支援からの取り組み(その2)ーリスクマネジメントとしての職業リハビリテーションカウンセリングー (第8回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集 障害者職業総合センター)
- 宮内 勝 (1996) 分裂病と個人面接 金剛出版
- 八重田淳 (2001) リハビリテーションの哲学 法律文化社
- 八並光俊・新井 肇 (2001) 教師バーンアウトの規定要因と軽減方法に関する研究 (カウンセリング研究 Vol.34 No.3 pp.249-260)
- 谷中輝雄 (1996) 生活支援ー精神障害者生活支援の理念と方法ー やどかり出版
- 山田奨治 (2002) 日本文化の模倣と創造ーオリジナリティとは何かー 角川選書
- 山口 一 (2002) 家族の気持ちを上手に伝えることの大切さ (ぜんかれん家族講座・7 聞き上手になろう 全国精神障害者家族会連合会 pp.8-13)
- 良田かおり (2002) 相手の話をじっくり聞くー傾聴のルールとはー (ぜんかれん編集委員会(編) ぜんかれん家族講座・7 聞き上手になろう 全国精神障害者家族会連合会 pp.54-58)
- 吉松和哉 (2001) 医者と患者 岩波現代文庫
- 依田隆男・谷 素子 (2003a) 知的障害者の意思を生かした就業支援のあり方 (第11回職業リハビリテーション研究発表会プログラム・発表論文集 障害者職業総合センター pp.123-124)
- 依田隆男 (2005) 職業リハビリテーションにおけるカウンセリングの特徴と課題 (障害者職業総合センター調査研究報告書No.68)

- 山本雅男 (1992) ヨーロッパ「近代」の終焉 講談社現代新書
- 羅 世玲 (1991) 成功・失敗経験が課題解決事態に及ぼす影響—肢体不自由者と健常者を対象に— (教育心理学研究 第39巻4号 pp.392-399)
- 羅 世玲 (1993) 「思うようにならない事態」への対処が生き方に及ぼす影響—肢体不自由者と健常者を対象に— (教育心理学研究 第41巻3号 pp.284-292)
- 羅 世玲 (1995) 「思うようにならない事態」への対処における類似状況の経験の効果 (教育心理学研究 第43巻3号 pp.326-334)
- 鷺田清一 (1999) 「聴く」ことのコ—臨床哲学試論— TBSブリタニカ
- 鷺田清一 (2003) 臨床と言葉 (一) —「語り」について— (河合隼雄・鷺田清一 臨床とことば TBSブリタニカ pp.193-221)
- 渡辺三枝子 (1996) カウンセリング心理学 ナカニシヤ出版
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The Client is the Expert: A Not-Knowing Approach to Therapy. In McNamee, S., & Gergen, K. J. (ed.) *Therapy as Social Construction*. Sage. ヘレン・アンダーソン, ハロルド・グーリシャン「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ—」, シェイラ・マクナミー, ケネス・ガーゲン(編) 『ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践—』野口裕二・野村直樹(訳), 1997, 金剛出版, pp.59-88
- Aptekar, H. H. (1955). *The Dynamics of Casework and Counseling*. Houghton Mifflin Company. ハーバート・H・アプテカー『ケースワークとカウンセリング』坪上宏(訳), 1964, 誠信書房
- Argyle, M. & Dean, J. (1965). Eye contact, distance and affiliation. *Sociometry*, Vol.28, pp.289-304
- Asch, S. E. (1955). Opinions and Social Psychology. *Scientific American*, vol.193, pp.31-35
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Reframing: Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning*. Real People Press. リチャード・バンドラー, ジョン・グリンダー『リフレーミング—心理的枠組の変換をもたらすもの—』吉本武史・越川弘吉(訳), 1988, 星和書店
- Benjamin, A. (1987). *Helping Interview (3rd ed. with Cases)*. Houghton Mifflin Company. アルフレッド・ベンジャミン『援助する面接』林義子・上杉明(訳), 1990, 春秋社
- Berg, I. K. (1994). *Family Based Services: A Solution-Focused Approach*. W. W. Norton & Company. インスー・K・バーグ『家族支援ハンドブック—ソリューション・フォーカスト・アプローチ』磯貝希久子(監訳), 1997, 金剛出版
- Biestek, F. P. (1957). *The Casework Relationship*. Loyola University Press. フェリックス・バイステック『ケースワークの原則(新訳版)—援助関係を形成する技法—』尾崎新・福田俊子・原田和幸(訳), 1996, 誠信書房

- Billings, J. A., & Stoecle, J. D. (1999). *The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Cse Presentation (2nd ed.)*. Mosby. J・アンドリュー・ピリングス, ジョン・D・ストックル『臨床面接技法－患者との出会いの技－』日野原重明・福井次矢 (監訳), 2001, 医学書院
- Buck, R. (1988). *Human motivation and Emotion (2nd ed.)*. John Wiley & Sons. ロス・バック『感情の社会生理心理学』畑山俊輝 (監訳), 2002, 金子書房
- Burns, D. D. (1999). *Feeling Good : The New Mood Therapy (Revised & Updated edition)*. Avon. デイビッド・D・バーンズ『いやな気分よ、さようなら－自分で学ぶ「抑うつ」克服法－〈増補改訂 第2版〉』野村総一郎・夏苺郁子・山岡功一・小池梨花・佐藤美奈子・林建郎(訳), 2004, 星和書店
- Carkhuff, R. R. (1987a). *The Art of Helping VI*. Human Resorurce Development Press. ロバート・R・カーカフ『ヘルピングの心理学』國分康孝(監)・日本産業カウンセラー協会(訳), 1992, 講談社現代新書
- Carkhuff, R. R. (1987b). *The Student Workbook for the Art of Helping VI*. Human Resource Development Press. ロバート・R・カーカフ『ヘルピング・ワークブック』國分康孝(監)・日本産業カウンセラー協会(訳), 1993, 日本産業カウンセラー協会
- Cepeda, C. (2000). *Concise Guide to the Psychiatric Interview of Children and Adolescents*. American Psychiatric Press. クラウディオ・セペダ『小児・思春期の「心の問題」面接ガイド』松浦雅人(監訳), 2001, メディカル・サイエンス・インターナショナル
- Ciarrochi, J. V., Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance & Counselling, vol.29*, pp.233-246
- Condon, W.S. (1976). An analysis of behavioral organization. *Sign Language Studies, vol.13*, pp.285-318
- Cormier, S., Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and change strategies for helpers, 5th ed.* Brooks/Cole
- Damasio, A. R. (1995). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Quill. アントニオ・R・ダマシオ『生存する脳－心と脳と身体の神秘－』田中三彦(訳), 2000, 講談社
- Davidson, R.J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology : Toward a synthesis. *Psychophysiology, vol.40*, pp.655-665
- Deffenbacher, J. L., Thwaites, G. A. Wallace, T. L., & Oetting, E.R. (1994). Social Skills and Cognitive-Relaxation Approaches to General Anger Reduction. *Journal of Counseling Psychology, vol.41 (3)*, pp.386-396
- DeJong, P., & Berg, I. K. (1988). *Interviewing for Solutions*. Brooks/Cole. ピーター・ディヤング, インスー・K・バーグ『解決のための面接技法－ソリューション・フォーカスト・アプローチの手引き－』玉真慎子・住谷祐子(監訳), 1998, 金剛出版
- Egan, G. (1986). *The Skilled Helper: A Systematic Approach to Effective Helping (3rd ed.)*. Brooks/Cole. ジェラード・イーガン『熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・テキスト』(鳴澤實・飯田栄(訳)), 1998, 創元社

- Enelow, A. J. & Swisher, S. N. (1986). *Interviewing and Patient Care* (3rd ed.). Oxford University Press. アレン・エネロー, スコット・スウィッシャー 『新しい問診・面接法—よきPatient Careのために—』 津田司(監訳), 1989, 医学書院
- Faust, J. (1998). General Issues. In Hersen, M. & Van Hasselt, V. B. (ed.) *Basic Interviewing: A Practical Guide for Counselors and Clinicians*. Lawrence Erlbaum Associates. ジャン・ファウスト 「臨床面接全体に関する問題点」, マイケル・ハーセン, ヴィンセント・B・ヴァン=ハッセル(編著) 『臨床面接のすすめ方—初心者のための13章—』 深澤道子(監訳), 2001, 日本評論社, pp.1-31
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (2nd ed.). Bantam Books. ユージン・T・ジェンドリン 『フォーカシング』 村山正治・都留春夫・村瀬孝雄(訳), 1982, 福村出版
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: a manual of the experimental method*. Guilford Press. ユージン・T・ジェンドリン 『フォーカシング指向心理療法—体験過程を促す聴き方—(上・下)』 村瀬孝雄・池見陽・日笠摩子(監訳), 1998, 金剛出版
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of Dying*. Aldine Publishing. バーニー・グレーザー, アンセルム・ストラウス 『死の Awareness 理論と看護—死の認識と終末期ケア—』 木下康仁(訳), 1988, 医学書院
- Goodman, J. (2001). Basic Counseling Skills. In Locke, D.C., Myers, J.E., & Herr, E.L. (ed.). *The Handbook of Counseling*. Sage Publications.
- Havens, L. (1986). *Making Contact. Users of Language in Psychotherapy*. レストン・ヘイヴンズ 『心理療法におけることばの使い方—つながりをつくるために—』 下山晴彦(訳), 2001, 誠信書房
- Heldmann, M. L. (1990). *When Words Hurt: How to Keep Criticism from Undermining Your Self-Esteem*. Ballentine.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press. アーサー・R・ホックシールド 『管理される心—感情が商品になるとき—』 石川准・室伏亜希(訳), 2000, 世界思想社
- Institute of Transportation Studies. (2001). *Accident Proneness: the History of an Idea*. University of California.
- Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2003). *Intentional Interviewing and Counseling : Facilitating Client Development in a Multicultural Society* (5th ed.). Brooks/Cole.
- Kadushin, A. (1992). *Supervision in social work* (3rd ed.). Columbia University Press.
- Keith, L. (2001). *Take Up Thy Bed and Walk: Death, Disability and Cure in Classic Fiction for Girls*. Women's Press. ロイス・キース 『クララは歩かなくてはいけないの?—少女小説にみる死と障害と治癒—』 藤田真利子(訳), 2003, 明石書店
- Küler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Touchstone. エリザベス・キューブラー・ロス 『死ぬ瞬間—死とその過程について—』 鈴木晶(訳), 2001, 中公文庫

- Küler-Ross, E. (1997). *The Wheel of Life*. Scribner. エリザベス・キューブラー・ロス『人生は廻る輪のように』上野圭一(訳), 2003, 角川書店
- Küler-Ross, E. (1999). *Death is of Vital Importance*. Midpoint Trade Books Inc. エリザベス・キューブラー・ロス『「死ぬ瞬間」と死後の生』鈴木晶(訳), 2001, 中公文庫
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. Macmillan company. ウォルター・リップマン『世論』(上・下)掛川トミ子(訳), 1987, 岩波文庫
- Mason, P. T., & Kreger, R. (1998). *Stop Walking on Eggshells: Coping Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder*. New Harbinger Publications. ポール・メイソン, ランディ・クリーガー『境界性人格障害=BPD-はれものにさわるような毎日をすごしている方々へ』荒井秀樹・野村祐子・東原美和子(訳), 2003, 星和書店
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press. サルヴァドール・ミニューチン『家族と家族療法』山根常男(訳), 1984, 誠信書房
- Murphy, R. (1987). *The Body Silent*. W.W. Norton & Company. ロバート・F・マーフィー『ボディ・サイレント-病いと障害の人類学-』辻信一(訳), 1997, 新宿書房
- Nakano, K., & Kitamura, T. (2001). The relation of the anger subcomponent of Type A behavior to psychological symptoms in Japanese and foreign students. *Japanese Psychological Research, vol. 43*, pp.50-54
- Paul, R. W., & Elder, L. (2001). *Critical Thinking: Tools for Taking Charge of Your Learning and Your Life (1st ed.)*. Prentice Hall. リチャード・ポール, リンダ・エルダー『クリティカル・シンキング-「思考」と「行動」を高める基礎講座-』村田美子・巽由佳子(訳), 2003, 東洋経済新報社
- Peacock, J. (2000). *Teen Suicide*. Capstone Press. ジュディス・ピーコック『10代のメンタルヘルス⑥自殺』上田勢子(訳), 2004, 大月書店
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy—Newer Concepts in Practice—*. Houghton Mifflin.
- ※この文献は、和訳に際し次の2冊に分冊された。
- ①『ロージャズ全集 第2巻 カウンセリング』友田不二男(訳)・佐治守夫(編), 1969, 岩崎学術出版社
- ②『ロージャズ全集 第9巻 カウンセリングの技術』児玉享子(訳)・友田不二男(編), 1967, 岩崎学術出版社
- Seden, J. (1999). *Counselling Skills in Social Work Practice*. Open University Press. ジャネット・セダン『福祉カウンセリング入門』杉本敏夫(訳), 2000, 久美
- Strean, H. S. (1993). *Resolving Counterresistance in Psychotherapy*. Brunner Mazel. ハーバート・S・ストリーン『逆抵抗-心理療法家のつまずきとその解決-』遠藤裕乃・高沢昇(訳), 2000, 金剛出版

- Stuart, M. R. & Lieberman, J. A. (1993). *The Fifteen Minute Hour: Applied Psychotherapy for the Primary Care Physician (2nd ed.)*. Praeger Publishers. マリアン・スチュアート, ジョセフ・リバーマン三世『15分間の問診技法－日常診療に活かすサイコセラピー－』玉田太朗(監訳), 2001, 医学書院
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. W. W. Norton & Company. ハリー・S・サリヴァン『精神医学は対人関係論である』中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鐘幹八郎(訳), 1990, みすず書房
- Townsend, J. (1987). *The Interviewers Pocket Book*. Management Pocket Books.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W.W.Norton. ミヒャエル・ホワイト, M, デイヴィッド・エプストン『物語としての家族』小森康永(訳), 1992, 金剛出版

索引

BATHE法	96	解釈	42
Benjamin,A.	25,44	カウンセリング・モデル	93
Berg, I. K.	75	隠れた応答時間	39
Burns,D.D.	74	過去質問	99
Carkhuff,R.R.	63,117,128,132	過去の例外や成功体験を思い出す質問	75
complainant type	76	感情の反映	63
Egan,G.	37,48,51	逆抵抗	135
empowerment	69	逆転移	135
Freud,S.	124,136	キャリアカウンセリング	100,117
Gendlin,E.T.	73,82	共感	12,21,35,48
Goodman,J.	8,71	禁忌	48,67
Havens,L.	58,73	クライアントの自己開示	61
Ivey,A.E.	17,23,35,38,42,54,68,70,86	傾聴	6,35,60
Narrative Approach	80	言語的追跡	54
P-Fスタディ	126	肯定的資質の探求	68
Rogers,C.R.	3,63,88	コーチング	10,99
Seden,J.	12	コーピング・クエスチョン	78
Solution Focused Approach	74	「ことばに頼り過ぎている」コミュニケーション	31
STAXI	128	最小限のはげまし	38
Systematic Approach	94	シェアリング	21,139
visitor type	79	自己開示	87
“want” と “must”	56	自己受容	19
アージ・システム	127	自己責任	108
アイ・コンタクト	35	自己洞察	116
アクティブ・リスニング	8	自己理解（支援者の）	21
言いかえ	41	指示	4,39,59,70,89
怒り	19,123	自然体	23
依存	23,100,111	叱責	24,47,92
依存型コミュニケーション	100	質問にすりかえられた意見	47
うつ病	29,67,74,143	社会受容	19
易怒性	133	主体性	48,50,107,121
オウム返し	12,54,64	受容	13,18

ジョイニング	36	ニーズ	7,30,120
障害受容	18	バーンアウト	27
情緒的巻き込まれ過ぎ	148	はげまし技法	38
焦点化	46	ピア・グループ	20
焦点のあてかた	46,70	否定	19
助言	87	否定質問	99
処置質問	45	批判的コメント	148
スケーリング・クエスチョン	77	開かれた質問	43
スティグマ	18	フィードバック	90
折衷主義	2	不一致	17,91
想起質問	45	フォーカシング	73,82
多重質問	46	プローブ	37
直接的質問	46	プロンプト	38
直面化	46,90	ペーシング	36
沈黙	14,38	未来質問	99
抵抗	135	ミラクル・クエスチョン	79
定点	138	要約	41
転移	88,135	抑うつ	19
同一視機制	103,105	ラポール	3
閉ざされた質問	43	リスク	115
ドミナント・ストーリー	80	リフレイミング	67
取引	19	両面感情	16,44
「なぜ」を用いる質問	47	論理的帰結	86

視覚障害その他の理由で活字のままでの報告書を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。

その際は、下記までご連絡下さい。

障害者職業総合センター 企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

なお、視覚障害者の方等でこの報告書（文書のみ）のテキストファイルをご希望されるときも、ご連絡下さい。

資料シリーズNo.32

障害者就業支援におけるカウンセリングの技法と障害への配慮

編集・発行 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター
〒261-0014 千葉県美浜区若葉3-1-3
TEL.043-297-9067 FAX.043-297-9057

発行日 2005年3月
印刷・製本 株式会社弘報社印刷 幕張営業所

©2005 障害者職業総合センター



NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION