

## アドラー心理学にもとづく親教育技法の効用と限界

鎌田 穰（大阪）

### 要旨

キーワード：

### 【はじめに】

各学派の治療技法はそれぞれの特徴を有しており、その治療技法特有の長所と短所が認められる。治療者がこの効用と限界を知らない場合、治療上、有害な影響を患者におよぼすことになる。特に限界についての留意を怠る場合、その技法では不可能な治療目標を治療者自身が設定し、その結果、治療を暗礁に乗り上げさせることにもなる。それは、患者側に時間的・金銭的・精神的な浪費を強いることになり、治療者自身も同様に時間的・身体的負担を負うことにつながる。

このような治療上の失敗は、治療者がその技法および自分自身の限界を知ることによって未然に防ぐことができる。むしろ、それなしでは、治療者はヘルピング・プロフェッショナルとしての責任を果たしていることにならない、といえるだろう。

アドラー心理学にもとづく親教育技法を臨床現場で適用していく場合にも例外なく、適用範囲がある。その技法には、症状を出す患者（Identified Patient、以下 IP）の親に対する家族カウンセリング family counseling、親自身が IP で子どもとの問題を抱えているときにおこなう個人カウンセリング、そして、複数の親の集団でおこなうグループ学習会がある。しかしながら、これら各種技法の適用範囲について、理論的にしろ実証的にしろ、明確に記述している文献は、浅学の著者には見つけることができない。

これまでに、親教育技法の効用と限界が言及されたのは、野田（1991a）が大阪市立大学大学院においておこなった、家族教育 family Education に関する集中講義（1991年2月13・14日実施）ぐらいではなかろうか。

以上より、本稿では、これまでほとんど触れられてこなかった親教育技法（対象となっている技法は、家族カウンセリング、個人カウンセリング、およびグループ学習会である）の効用と限界に焦点を当て、理論的考察を加えたい。特に今回は、適用の可能性にのみ焦点をあてて論じることとする。なお、効果の質的な検討は、論を改め考察する。

なお、著者の臨床実践の場は、主に心療内科のクリニックである。医療現場における経験から考察を加えているため、本稿では、「治療者」と「患者」という用語をもちいる。

### I：心理療法一般にみられる効用と限界

## 1) 言語能力との関連から

### 〈言語能力とのつながりについて〉

アドラー派の治療技法以外にも多くの心理療法モデルは、言語を媒介としている。そこで、言語を媒介とした心理療法技法に共通する効用と限界について、考察したい。この効用と限界は、同じく言語を媒介とするアドラー派治療技法の効用と限界に等しいと考えている。

そこで、まず、様々な治療モデルについて概観し、整理しておきたい。

### (心理療法のモデル)

一般的に、心理療法のモデルは、大別すると、言語を媒介とするものと、非言語的コミュニケーション手段（例えば、遊び・箱庭・音楽・絵画・ダンス・作業など）を媒介とするものの二種類ある。

親教育技法を含むアドレリアン・カウンセリングおよびサイコセラピーは、このうちの、言語を媒介としておこなうモデルである。同じく、家族療法、グループ療法、系統的脱感作法なども言語を媒介とするモデルに含めることができる。また、フォーカシングやイメージを用いる各種技法も、その体験過程での洞察には言語能力が必要とされ、同モデルのうちに含めることができる。非言語的コミュニケーション手段を媒介とするものには、広義のプレイセラピー（箱庭療法、音楽療法、絵画療法などを含む）や行動療法のオペラント条件づけ法などがある。

言語を媒介としたモデルを利用する学派は、アドラー派以外に、フロイト派、ユング派、ロジャース派、認知行動主義（Ellis, A. の論理療法や、Beck, A. T. の認知療法などを含めることができよう）、ゲシュタルト療法などの幅広い学派があげられよう。

それ故、これら言語を媒介とする心理療法モデルの効用と限界は、言語能力の程度に影響される。よって、ここで扱う効用と限界は、アドラー派の心理療法モデルのみならず、言語を媒介とする心理療法モデル全てに共通しているものである。

### (言語を媒介とする心理療法モデルのターゲット)

これら諸学派の治療が目指す目標は、各学派によってことなっている。

そのような中で、Corsini, R. J. (1984, pp4) は、各学派の治療技法の目標を、認知・思考、感情、行動の3領域における変化としてまとめている。このことから、治療上のターゲットとしての領域にウェイトをおいているか、ということが各種の心理療法モデルに差を生じさせている。ただし、異なる学派が同じ領域にウェイトを置いていたとしても、学派間で、治療により変化させていく先、すなわち治療目標がことなっている場合が多い。

さて、治療技法を区別する条件に、洞察の要・不要があげられる。認知・思考の変化を重視するモデルでは、洞察を必要とする。行動の変化のみにウェイトを置くものは、洞察を必ずしも必要としない。感情は認知・思考体系とのつながりの中で考えられるので、そこにウェイトを置くモデルは、洞察を必要とする側に含む。

### (洞察と助言)

野田俊作 (1991b) はこれらモデルを、助言的技法と非助言的技法との関連で、以下のように

まとめている。なお、ここでは、「技法」は「モデル」の同義語として使用する。

	助言的技法	非助言的技法
洞察的技法	洞察的助言療法	洞察的非助言療法
非洞察的技法	非洞察的助言療法	非洞察的非助言療法

なお、『助言』は、「これは助言である」という、治療者側の主観的な態度から規定されるもの、とされている。『洞察』は、『解釈投与』のいかんに関わらず、患者側がある種のことごらを洞察することが理論上不可欠であると考えられるもの、とされている。

以上より、「洞察的助言療法」は、Ellis, A. の論理療法、Beck, A.T. の認知療法、その他の認知行動療法、そしてアドラー派の各種技法を含み、「洞察的非助言療法」は、古典的精神分析を含み、「非洞察的助言療法」は、行動療法、ある種の催眠療法（エリクソン催眠）、ある種の家族療法（システム型）を含み、「非洞察的非助言療法」は、クライエント中心療法を含んでいる、と野田は述べている（かっこ内は筆者）。

ここでも、以上のまとめに従い、それぞれのモデルの効用と限界を考えたい。それは、アドラー心理学にもとづく親教育技法の効用と限界に直結すると考えられるからである。

#### 〈言語的疎通性から引き起こされる問題〉

言語を媒介とする治療技法において、言語的疎通性がない場合、その治療技法を適用することができない。

#### i) 言語能力の発達との関連から

治療を可能とするだけの言語能力を身につけていないこどもの場合には、言語を媒介とするモデルの適用は不可能である。また、おとなであったとしても、言語の操作能力が、治療技法の適用に影響を与える。

先に、心理療法がめざすのは、認知・思考、感情、行動の変容であることを述べた。その中で、認知・思考の変化にとって必要な洞察は、患者の精神発達の程度によって大きく左右される。殊に、認知発達の程度によって、洞察した内容を一般法則化して日常の出来事に当てはめていく、つまり般化していく範囲がことになってくるからである、また、行動変容のための助言も、言語能力の程度によって、その理解に差が生じてくる。

そこで、Piaget, J. の発達位相に従ってその効用と限界について考えてみる。主に、言語発達との関連についてであるが、正確には認知発達との関連とみていいだろう。また、この発達位相はこどもに関するものだが、後の章で述べる、知的障害をもつ大人の認知レベルにも関連するため、敢えて本稿で扱うこととする。

Piaget, J. & Inhelder, B. (1958) は、発達の区分を、およそ0～2才の感覚運動位相、2～11・2才の概念的思考の準備期、および、11・2才以降の認知思考の位相にわけ、それらをさらに細分化している。D'ecarie, T. (1965, pp15) の図式によると、合計13段階にわけている。その図式の中では、感覚運動位相を6段階に、また、準備期を前概念位相、直感的思考位相、具体的操作位相の3位相にわけ、直感的位相と具体的操作位相をそれぞれさらに2段階にわけている。そして、認知思考の位相を形式的操作位相とよび、それをさらに2段階にわけている。

なお、各位相のまとめは、Maier, H. W. (1965, 日本版 pp101 - 172) による。

#### (感覚運動位相)

感覚運動位相では、言葉の獲得ができていないために、当然ながら言葉によるアプローチは不可能である。生まれてすぐの時点では、こどもは反射による活動が中心であり、月齢が進み循環反応が生じるにつれ、内的な図式つまり「スキーマ Scheme」を作り上げていく。そのスキーマに取り入れることが可能な経験を取り入れる、という「同化 assimilation」と、その逆の、スキーマを外界に合わせていく、という「調整 accomodation」をおこない、個人は自分と外界との間に均衡をみつけて「適応 adaptation」していくのである。

これらを繰り返しつつ、推理が確立され、記憶と把持が形成されはじめ、自分の側にある因果関係と他者の側にある因果関係を区別するようになる。さらには、模倣の能力も芽生えてくる。このようにして、幼児は事物の永続性を意識するようになり、感覚運動的な経験から、しだいにその経験を思考する方向に移っていく。

しかしながら、未だ言語を獲得していないため、言語を媒介とした治療は不可能である。

#### (前概念位相)

この時期は、ほぼ2～4才に相当するとされている。この時期になると象徴機能が現れ、言語を獲得するようになる。しかし、この時期のこどもは、大人の世界におけるようなより一般的な意味のシステムを理解することはできない。つまり、この時期の思考と推理は、自己中心的なもので、般化能力はきわめてとぼしい。そのため、「～をとって」等の具体的な指示は理解できても、良い悪いなどの一般的な価値概念は、まだ形成されていないのである。

例えば、「～しなさい」という親のいいつけ通りのことをすると、親をよるこぼせることができることを理解する。そこで、いいつけ通りに振舞う子が「よい子」と考えるようになる。しかし、「よい子にしなさい」といわれると、どのような具体的な行動をしたらいいかを理解できず、こどもは困惑することとなる。

以上より、2～4才ぐらいの前概念位相においても、現在の行動と結末の予測は不可能であり、未だ言語的心理療法の適用は無理である。

#### (直観的思考位相)

この時期は、ほぼ4～7才に相当するとされている。こどもは自分の思考を表現するために、かつては運動器官を用いていた。この位相になると、思考表現のために言葉を用いるようになる。しかしながら、未だ自己中心的な名残りとどめ、同時に二種の考え方をもち続けることも不可能である。また、全体から部分を理解することも不可能である。

この時期には、道徳的価値や社会的価値を学習していくが、それらは、具体的な事物の不可分な一部分となっている。そのため、価値自体の概念操作は不可能である。また、社会的習慣を身につけたかのように振舞うが、それらはこどもの思考様式のなかにはまだ定着していない。

以上より、価値操作を必要とする言語的心理療法は、4～7才ぐらいの直観的思考位相においても未だ不可能だといえよう。しかし、具体的な行動の変化を言葉によってこどもに要請することは可能であり、非洞察的助言的なカウンセリングは可能かもしれない。だが、こどもは行動変容とその意味を関連づけることは不可能であるため、その意味を般化して応用することを彼らに

望むのは無理である。

つまり、「～をしてごらん」「～をやめてごらん」という助言によって、こどもの行動が変化し、その結果事態が好転することはありえよう。その場合、こどもにとって、行動の変化の意味や、行動と結果の因果関係が理解できなくとも、状況が好転しさえすれば問題はなくなるのである。そうなれば、その時点で治療は必要でなくなることが多い。

アドレリアン・カウンセリングの視点からいえば、その意味を学ばなくとも、共同体への適切な行動が形成できれば、他者との共存が可能となり、十分カウンセリング目標を達成したことになる、実際には、この年齢のこどもにたいして、要求の出し方などのコミュニケーション技術の訓練をおこなうことができるであろう。

#### (具体的操作位相)

この時期は7～11才ぐらいに相当する。この時期、こどもは個々の経験を体制化された全体に関連づけることが可能となり、操作的思考 *operational thought* の水準にいたる。また、論理的な関連性から、知識の間の関連を求め、自ら分類し、体系づけるようになる。そうすると、一つの事物にたいしても、種々の接近の仕方があることを知るようになる。

経験を秩序づけたり、現実のなかでの相互関係を理解するようになると、「確実さの概念」が生まれはじめ、恒常性の概念が形成されてくる。この時期に入ると、こどもの思考法は、帰納的思考法から演繹的思考法に移行する。また、過去・現在・未来の概念も、時間の連続体の一部であるとみなされるようになる。

言葉は、思考過程に使用される手段のみならず、意志疎通のための手段としても利用されるようになる。しかし、その場合でも意識的に利用されるまでにはいたっていない。

以前は、外界の事象および価値を単に模倣するだけであった。この時期になると、こどもは両親の権威から自由になり、社会的世界、すなわち共同体に対等に参加するようになる。そうすると、模倣する場合に、自己矛盾を避け、社会的行動の種々の様式を理解しようと試みるようになる。そして、社会的な場の中で他人を理解することが可能となり、社会的行動の新しい水準が確立される。こうなると初めて、相互尊敬の概念が形成されるようになる。

感情についても、こどもは多種多様な価値体系の中で知ることができるようになる。そうすると、行動のバランスをとり、行動の恒常性を保つことが可能となる。また、この時期、道徳的価値を内面化するようになる。その価値は過去・現在・未来という連続的な時間の概念と結びつき、価値観を持続させることとなる。

そのような中で、9～12才ぐらいになると、互いの活動を規制するルールに関心を示し、自分たちの基準を重視するようになる。このような社会的な相互作用から、平等の概念が生まれ、公正さを意識するに至る。

この位相になると、今この行動をすると、次にどのような結末がくるかを予測する、という論理的結末 *logical consequences* の技法が使用可能となる。つまり、具体的な日常の問題に則したカウンセリングが可能となるのである。また、価値の内面化が可能となってくるので、具象とのつながりの中で洞察もおこなうことができるようになる。しかしながら、その具象から離れ、より広い現象を説明するための抽象的概念にまで般化させることは不可能である。

これは、より指示的で具体的な問題解決を目的とする治療技法の適用は可能であるが、内面にもっている価値や信念という抽象概念の操作を目指す治療技法の適用は不可能であることを意味している。つまり、助言モデルの技法は、その助言が具体的なものである限り、適用可能であるが、非助言モデルの技法は未だ適用困難である。

(形式的操作位相)

11 - 15 才ぐらいの間に、知的発達最後の位相が生じ、児童期から青年期に移行していく。この時期になると、Piaget, J. がいうように (Maier, H.W., 1965, pp162)、こどもは現在を超えて思考し、すべてを理論的に考え、とくに存在しないものに考えをめぐらすことに喜びを見いだす段階に至る。また、問題を筋道だてて解決しようとする態度が身についてくる。

この位相に入ると、仮説を立て、そこから推理し、検証しようとする。また、象徴よりも命題をもちいた思考や推理をおこなおうとする。また、含意によって演繹する方法を身につけていく。こうして、仮説演繹の推理が可能となり、相対性の概念が形成される。

こうなるとはじめて抽象概念の操作が可能となる。本格的なサイコセラピーとは、自らの体験についてのある洞察から得た結論を、有意義な体系に統合し、それを人生全体の法則にまで般化させ、それによって行動全体に影響を与えていくことを目的としている。このようなプロセスを可能とするのが、抽象言語操作なのである。

つまり、信念や価値感に影響をあたえる本格的な心理療法の適用は、この形式的操作位相に入ってから初めて可能となる。言い替えれば、この段階になると、すべての治療技法が理論的には適用可能となる。

ii) 精神薄弱や自閉症、あるいは脳器質損傷などにみられる知的障害がある場合

なんらかの原因で知的問題があり、他者とのコミュニケーション手段としての言語を獲得していない場合、あるいは、失った場合は、言語を媒介とする心理療法モデルの適用は困難である。これは、i) で述べたように、助言を理解するための、あるいは、洞察をおこなうための言語能力が不足しているからである。

ただし、障害の程度により、それらの心理療法モデルを適用できることもある。その適用については、認知発達程度と関連している。落合と岡本 (1982, pp156) は、認知発達は言語発達にとって十分条件ではないが、必要条件であることを示している。つまり、これらの知的障害をもつこどもあるいはおとなにたいする言語を媒介とした心理療法の適用は、i) に示す認知発達に段階に準ずる、と考えていいのではないだろうか。

iii) そううつ病の極期や、精神分裂病の急性期および沈旧状態の場合

患者は、本来、言語を操作することが可能である。しかし、このような状態では、論理性が崩れて、自己中心的論理に陥っている可能性が高い。つまり、認知・思考機能が不調となり、他者とのコミュニケーションがとれない状態とみなしうる。このような場合には、言語を媒介とする心理療法モデルは適用できない。

iv) 治療者が使用する言語を患者が使用できない場合

患者が外国人の場合である。このような場合には、お互いが意志疎通をおこなう意志があっても、言語的コミュニケーションは成立しない。洞察を必要とする治療技法では、治療者が、相手の言葉のもつ細かいニュアンスを読み取れるだけの外国語能力をもつ必要があるだろう。非洞察的助言療法では、治療者側にそこまでの外国語能力がなくとも、相手が伝えていることをイメージできる程度のヒアリング能力と、治療者からの具体的な助言を表現する能力があれば、十分可

能であろう。

以上、言語能力の程度から、効用と限界について考察をおこなってきた。しかしながら、先にも述べたように、クライアント中心療法や行動療法などにみられる、言語理解を必要としなくてもアプローチ可能な技法（広義のプレイセラピーやオペラント条件づけ法など）については、本論で扱わなかった。

## 2) 言語能力以外から引き起こされる諸問題

### i) 患者側が治療にともなうコストを負担する覚悟の程度から生じる問題

治療を始めるにあたり、患者はそれに伴う金銭的負担を覚悟しなければならない。そのみならず、治療に通ってくる時間的、空間的負担も覚悟する必要がある。しかしながら、実際には、これらのことを患者も治療者もふだんあまり意識することが少ない。

心理療法を初めて受ける時、患者は、心理療法を魔術的なものと考えがちで、大きな期待を抱いていることがおおいにしている。すなわち、一度訪れれば、すぐに今抱えている問題を治療者がたちまち解決してくれる、という期待である。このような場合、患者は自分が支払うべきコストと責任をとろうとしない。ここでいうコストとは、金銭的、時間的、空間的なものを意味する。また、責任とは、心理療法を成立させるために必要な患者側の責任を意味する。つまり、治療者には、必要な情報収集、分析、解釈などをおこなう責任がある。と同様に、患者には、治療者と協力し、自らがなすべき事をおこなうという責任がある。実際には、治療者から出された助言を実行するというようことである。

もし、患者が、必要な治療費を払わなかったり、時間の短縮を求めたり、あるいは、自分は何もしたくないから、治療者がそれを代りにやってほしい、という態度であるとき、治療は暗礁にのりあがる。これは、ある意味では、患者が治療者に依存した状態といえよう。

### ii) 患者が無気力の状態に入っている場合

生まれながらにして無気力な状態にいる者はいない。人は、多くの人生から与えられる課題に直面し、それらを種々の方法で解決しようと試みる。しかし、試みてきた方法が全て失敗におわると、直面する問題に立ち向かう勇気を失い、無気力の状態に陥ってしまう。このような状態にある患者は、心理療法における責任をとる勇気を失っており、心理療法への参加を望むこと自体困難である。

### iii) 患者が所属する集団がもつ価値、倫理観から引き起こされる問題

#### (1) 治療者が患者のもつ宗教的倫理観を共有していない場合

患者がある宗派における熱心な信仰心をもっていると、そこでの教義、倫理観に対立するようなアドバイスをすると、抵抗に出会う。

例えば、性を強烈に抑制した宗派に属している熱心な患者が、性的問題を抱えて来院したときなどである。その場合に、性に関するその宗派の倫理観にふれるようなアドバイスは、かえって、患者の混乱を増す結果となる。

ひと度、このような抵抗をまねいてしまうと、治療は進展せず、失敗に至る場合が多い。しかしながら、この問題は治療技法の限界というよりも、治療者のキャパシティーの限界といえよう。

## (2) 患者が所属する集団が共有する倫理観、階級意識や生活様式などを治療者が知らない場合

表面的には言語的コミュニケーションが可能であるが、その裏に潜む価値体系を理解しないことには、アドバイスが無効になり、抵抗を生み出す結果となる。

例えば、イタリアなどでみられるジプシーの集団では、スリや窃盗ができるこどもの方が集団内で存在価値を認められる。そのような価値づけを知らずに、窃盗をやめる方向へ向けたアドバイスをだすと、そのこどもを混乱に陥れる可能性がある。また、上流階級には上流階級の生活様式と価値づけがあり、そこでの金銭感覚や美德といったものは中産階級とはことなっている。これらを理解しない限り、有効なアドバイスをだすことができず、治療は暗礁のりあげてしまう。

以上のように、患者が所属する集団がもつ価値や倫理観にたいする理解は、助言的療法の効果を大きく左右する。しかしながら、たとえ同じ集団の倫理観や価値を共有している場合でも、個人の価値体系はそれぞれちがう。それ故、集団の価値体系を理解する必要性は、個人個人のライフスタイルを理解する必要性と同様に重要である。

ここでいえることは、患者を理解しようとする治療者の態度が最も重要であるということだ。このような態度こそ、Adler, A. が述べた共同体感覚の態度的側面につながるものである (Adler, A., 1956, pp135)。以上より、治療者の態度の改善によって、この点での限界はかなり改善されるであろう。

## iv) 目標の一致がとれない場合

患者からの要求と心理療法で提供できるものが折り合わないとき、心理療法は停滞する。

例えば、人格の成長を目指す治療技法を適用しようとする場合に、患者が症状除去に固執すると、治療は停滞する。

この点についても、治療者側の配慮でかなり改善できる。なお、詳しくは、拙著「アドレリアン・カウンセリングの実際 (2) —治療目標の一致について—、アドレリアン、1989,3(1),38 — 47, 日本アドラー心理学会」を参照していただきたい。

## v) 治療者のライフスタイルによって引き起こされる問題

### (1) 支配的なライフスタイルの場合

治療者自身もっている患者の治癒像を、患者に押しつけようとする場合、そこに抵抗がうまれる。これは、治療者の支配的なライフスタイルに起因するものである。例えば、本来おとなしく目立たない所属様式を好んで用いている患者に、積極的にリーダーシップをとるような行動様式を身につけさせようとするような場合である。

これは、治療者が好む人生観や価値観、あるいは様式を患者に押しつけようとすることから生じる。もし、この場合、患者からの抵抗を受けると、支配的な治療者はさらに患者にたいして圧力をかけようとするであろう、そのような場合には、治療はドロップ・アウトに至ってしまう。



## (2) 患者をライフスタイル上苦手と感じる場合

治療者の側が苦手と感じる患者との間では、治療がうまく進まなくなることが多い。それらの患者の大半は、治療者のライフスタイルが苦手としているタイプである。

例えば、威圧的な態度をとる人にたいして敏感な治療者は、強圧的で一方的な態度を取りがちな患者を苦手とするライフスタイルをもっている。そのような患者が来談すると、最初に治療者の方が身構えてしまい、負けまいとする態度や、怒られたくないという態度を治療者自身が形成することが多い。こうなると、患者側も相互作用で同じ様な態度を形成することとなり、結局、治療は停滞して、ドロップ・アウトにつながってしまう。

## (3) 患者自身の治療意欲はないが、周囲の状況から来院せざるを得ない場合

このような場合、患者の側に責任を果たしていく用意ができておらず、自分の力で改善に向かおうとしない。この場合には、心理療法の適用が困難となる。

もし、そのような場合に、治療者が無理に患者を動かそうとすると、ドロップ・アウトにつながる。このような無理に動かそうとする治療者の態度は、治療者側の支配性を反映している。つまり、「患者はかくあるべきだ」という、治療者が抱く一種の患者像をおしつけていることを意味している。

このように患者側に治療意欲がない場合でも、支配性も少なく、治療技術も十分備わった治療者ならば、このような患者を、いつのまにか自分から変わっていくように方向づけることも不可能ではなくなる。つまり、ここにおいても治療者側のライフスタイルによっては、心理療法の適用範囲を拡大することが可能となる。

## (4) 患者から気に入られたい、あるいは、嫌われたくないというライフスタイルを治療者がもっている場合

このようなライフスタイルをもっている治療者は、患者にとってハードな助言を出すことをためらってしまいがちとなる。また、気に入られようとするあまり、反治療的なサービスを患者におこなうことがある。このような治療者は、治療上重要なポイントを逃してしまいがちとなり、結果的に、治療を失敗に導いてしまう。

非助言的技法においても、患者に嫌われることを恐れて、不必要な反応を治療者がだすこともある。例えば、沈黙の場面で黙っていることができずに、ついあいづちを打ってしまい、その沈黙を中断するような場合である。

以上、i)-v) まで、言語能力以外の要因にもとづく心理療法の適用に関する諸問題をみてきた。i) ii) は患者側に属する問題で、iii) 以降は、基本的に治療者の側に属する問題である。また、iii) 以降の問題の大半は、治療者個人のライフスタイルからひきおこされるものといえよう。それ故、治療者が自らのライフスタイル上の問題を克服していくことにより、治療技法適用の限界もひきあげられるのではないだろうか。

## II：アドラー心理学からみた効用と限界

アドラー心理学は、各疾患別の記述精神病理学的立場ではなく、単一精神病理学的立場に立つ

ている。患者が多種多様な症状を呈したとしても、それらは、以下に述べる行動の目的から理解される。

ここでは、5段階にわけられた不適切な行動の目的から、効用と限界について考察を加える。

#### (不適切な行動の5段階)

Dreikurs, R. (1950) はこどもの不適切な行動の目的を、注目・関心、getting attention、権力闘争 power struggle、復讐 revenge、無気力 display of inadequacy の四段階とした。野田と萩 (1989) は、注目・関心の段階の前に「賞賛」の段階を加え、5段階とした。以下、この5段階で考えていく。

これらは、こどもが集団へ適切な方法で所属することができなかつたときにもちいる、不適切な行動の目的をあらわしたものである。Manaster, G. J. & Corsini, R. J. (1982, pp47) は、人間の根本的な欲求は所属欲求であり、全ての人間は社会の中に自分の居場所を見つけようとする、と述べている。すなわち、上記の不適切な行動もまた、社会への所属様式なのである。

#### (病理の進行)

前述の Dreikurs, R. は、こどもの病理は上記の段階を追うに従い深まっていく、と述べている。野田と萩は、それらの病理の根底には、集団内の競争原理があるとしている。そして、Adler, A. は、このような競争原理の原型をきょうだい間の競合関係の中に認めており、多くの著作の中で繰り返し述べている。ここで、上記5段階について、順を追って簡単に説明しておこう。

こどもが所属しようとする最初の集団は、家庭である。こどもが、家庭への所属感を得るのは、親の注目・関心を引けたときである。そこで、当初、こどもはほかのきょうだいたちよりも親の注目を集めるために、親の気に入る行動をおこなおうとし、「良い子」になろうとする。これが、賞賛を得ようとする段階である。交流分析の用語でいえば、プラスのストロークを得ようすることに相当する。この場合、親の側には、ほめてやりたい気持ちが生じる。このように、一見適切と思われる行動も、競争原理の上に成り立っている場合には、共同体感覚の発達上、不適切な行動と考えられている。

しかし、そこで親からの注目を、こどもが自分の望む程度に引けないことを知ると、次の注目・関心の段階に入る。すなわち、無視されるぐらいなら、わるいことをしてでも親の注目を引こうとする段階である。交流分析的には、マイナスのストロークを求めることに相当する。このときの親は、わずらわしく、イライラした感情を抱くようになる。しかし、腹立たしく感じることはなく、こどもにたいしてどこか憎めない印象をもつ。こどもの状態像は、大阪弁でいう「ごんた」とよばれるものであろう。

このようなわるさをしても親の注目を引くことができなくなると、次には、その場におけるボスは自分であることを示そうとする。これが権力闘争の段階である。第2段階までは、親の方が上で、こどもは上から注目を与えてもらおうとする関係にあった。しかし、この段階になると、自分の方が親よりも上であることを示そうとする、消極的な形としては、親の命令に従わない、という不服従的態度を、積極的な形としては、親を打ち負かそうとする挑戦的態度を示すこととなる、この段階になると、親は腹立たしさを感じるようになる。

第3段階で、親が権力闘争に打ち勝つと、こどもは復讐の段階に入る。権力闘争に負けたこどもは、せめて親にダメージを与えて傷つけてやろうとする。この時期になると、親のいやがることを選んでおこなうようになり、その手段もありとあらゆる「きたない dirty」ものを選ぼうと

する。この段階になると、親の側は深く傷ついた気持ちを経験することになる。

復讐の段階でも親が完全に支配してしまうと、最終段階の無気力を誇示するようになる。この段階まで進むと、こどもは人生にたいする希望を失い、すべての建設的な手段を放棄する。そして、可能な限り消極的に所属することを選び、他者から期待をかけられないような態度に終始する。この段階の親は絶望感を抱き、ときには、こどもを見捨てたくなる。

なお、親の側から、こどもがどの段階にいるかを知ることが、親が自分自身に生じている感情を探ることによって可能である。各感情については、各段階毎に示してある通りである。

#### (親の対応策)

以上、こどもの病理は、段階を追って深まっていく。これらの段階で、親自身がなんらかの対応策をとって、こどもの行動に影響を与えられるのは、第3段階の権力闘争までとされている（野田・萩、1989）。

第1段階：賞賛の行動は、親がこどもの行動の中に共同体への貢献を認めていくことによって、貢献的なものに変化していく可能性が高い。

第2段階：注目・関心の段階では、親がこどもの適切な行動をできる限り見つけて注目すれば、こどもは不適切な行動を使用する必要がなくなる。

第3段階：権力闘争の段階では、親が自分の負けを認めて、権力闘争から降りれば、こどもは権力闘争を仕掛ける必要がなくなる。しかし、

第4段階：復讐になると、親が手を引いて静観したとしても、こどもの方からなんらかの形でいやがらせを仕掛けてくる。たとえ、親が逃げようとしても、こどもは追いかけてでも仕掛けてくるだろう。

第5段階：無気力の誇示に至るとこどもは親からかけられる期待を裏切るべく親からの働きかけをすべて無効にする。

#### (親教育の限界)

以上より、理論上は、親教育によって親子関係の改善を望めるのは、第3段階までであろう。第4・5段階になると、親が何をおこなっても、親子関係を改善することは極めて困難である。

こどもが第4・5段階にある場合の、親にたいするカウンセリング戦略は、一旦、親子関係の改善をあきらめて、親自身がまず楽になることを最優先目標にすることである。しかしながら、このような段階にあるとき、親のダメージは大きく、親自身が深くディスカレッジされている。そのため、親だけが楽になることを提案したところで、なかなか同意するものではない。

#### (こどもにたいする治療的関わりの限界)

親教育とは別に、こどもにたいする直接的治療の効用と限界には、どのような目安が考えられるだろうか。一般に、こどもが治療的関わりに参加していくのは、こどもにまだ積極性が残っ

ているときである。つまり、こどもの側に治療意欲が残っている段階までである。そのような段階であるならば、治療者がこどもにたいして無害な存在として関わられたとき、こどもの側から治療に参加してくる可能性は残されている。

前述の5段階でいえば、第4段階：復讐までは、可能であろう。しかし、第5段階：無気力の誇示になると、治療に必要な能動性が失われており、治療への参加は極めて困難となる。

#### (治療デザインの変更)

こどもが第4・5段階にいる場合には、治療モデル自体を変更する必要がある。つまり、親教育モデルからより治療的なモデルへ、すなわち、全家族を対象とする家族療法か、あるいは、親自身のサイコセラピーへの変更を考慮しなければならないだろう。

こどもが第4段階にあるときには、こどもが家族療法へ参加することもまだ可能である。しかし、第5段階にいるこどもは、一切治療へは参加しない。それ故、家族療法は不可能となる。逆に、こどもを静観する以外にないことを親が認識すれば、親のカウンセリングが可能となる。

しかしながら、いずれのモデルをもちいたとしても、親の側からのアプローチだけでは、第4・5段階にいたっているこどもの行動を変えることは極度に困難である。その場合、全体的な治療期間は、長期を要するであろう。ただし、各モデルの治療セッションをその期間中継続しておこなうか、というと、必ずしもそうとは限らない。ある程度の問題解決がおこなわれ、当面、不自由なく暮らしていくことができるようになれば、その時点で、一旦、治療を終結する。そして、次の局面を迎えたときに、治療契約を結び直して再開するという形となろう。

例えば、こどもが無気力の段階にいるとき、家族カウンセリングによって、親がしばらくこどものことを静観することに同意したとする。その時点で、しばらく、親は親自身の生活を送ることを課題として、家族カウンセリングは終結する。その後、こどもが積極性を取り戻し、家族内に変化が生じてくると、再び家庭内のダイナミクスが変化する。そうすると、新たな問題が再び持ち上がる。その時点で、次の治療契約を結ぶのである

#### 【まとめ】

以上、アドラー心理学にもとづく親教育技法の効用と限界について、心理療法一般からみた場合と、アドラー心理学からみた場合において考察してきた。ここで、親教育技法の点から、それらをまとめておく。なお、Iでは、心理療法一般からみているため、対象を患者とした。そこで、まとめの中では、「患者」＝「親」と置き換える。

前にも述べたが、本稿であつまっている効用と限界は、技法の適用可能性についてである。それ故、各学派の治療技法間の質的な効用と限界には、触れていない。

#### I：心理療法一般にみられる効用と限界

##### 1) 言語能力との関連から

##### i) 言語能力の発達との関連から

(感覚運動位相)：言語を媒介とする心理療法技法の適用は不可能

(前概念位相)：言語を媒介とする心理療法技法の適用は不可能

(直観的思考位相)：具体的な指示的助言のみ可能

(具体的操作位相)：具体的助言を中心とする家族および個人カウンセリングの適用は可能、抽象言語による洞察は不可

(形式的操作位相)：すべての技法が可能

ii) 精神薄弱や自閉症、あるいは脳器質損傷などにみられる知的障害との関連から：

↓

i) で述べられている発達段階に相当する知的能力に対応する技法の適用は可能

iii) そううつ病の極期や精神分裂病の急性期および沈旧状態の場合：

↓

コミュニケーションがとれず、心理療法の直接的適用は不適切

iv) 治療者が使用する言語を親が使用できない場合：

↓

親が使用する言語で、治療者が相手の述べる内容を理解し、治療者からの助言を表現する程度によって、適用は左右される。

2) 言語能力以外から引き起こされる諸問題

i) 親側が治療にともなうコストを負担する覚悟の程度から生じる問題

↓

親教育の効果は、親の覚悟の程度に依存する。

ii) 親が無気力の状態に入っている場合：

↓

心理療法の直接的適用は不可

iii) - v) については、治療者側のライフスタイルによって、技法適用の限界はかわる。

II：アドラー心理学からみた効用と限界

第3段階：権力闘争までは、親教育技法の適用が可能。

第4段階：復讐と第5段階：無気力の誇示になると、親教育技法のみでの親子関係改善は望めない。ただし、第5段階において、親がこどもを静観することを認識するためには、家族カウンセリングが有効となる。

## 〈文献〉

- 1) Adler, A.(1956): THE INDIVIDUAL PSYCHOLOGY OF ALFRED ADLER,(H. L. & R. R. Ansbacher Ed.), Harper Torchbooks, New York
- 2) Corsini, R. J.(1984) : CURRENT PSYCHOTHERAPIES (Third Ed.), F. E. Peacock Pubrsheers, Inc., Illinois
- 3) D'ecarie, T. G.(1965): INTELLIGENCE AND AFFECTIVITY IN EARLY CHILDHOOD : AN EXPERIMENTAL STUDY OF JEAN PIAGET'S OBJECT CONCEPT AND OBJECT RELATIONS.International University Press, New York
- 4) Dreikurs, R.(1950) : THE IMMEDIATE PURPOSE OF CHILDREN'S MIS - BEHAVIOR - Its Recognition and Correction,International Zeitschrift fur Individidualpsychologie, Vol.19(4), pp70 - 87 (in Child Guidance and Education, Alfred Adler Institute of Chicago, 1974.pp5 - 25)
- 5) 鎌田穰 (1989) : アドレリアン・カウンセリングの実際 (2) - 治療目標の一致について -、アドレリアン、3(1), 38 - 47、日本アドラー心理学会
- 6) Maier, H. W. (1965) : THREE THEORIES OF CHILD DEVELOPMENT: THE CONTRIBUTIONS OF ERIK H. ERIKSON, JEAN PIAGET, AND ROBERT R. SEARS AND THEIR APPLICATIONS,Revised Ed.(日本語版、大西監訳、児童心理学三つの理論-エリクソン、ピアジェ、シアーズ- 7) Manaster, G. J. & Corsini, R. J.(1982): INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, F. E. Peacock Publishers. Inc. Illinois
- 8) 野田俊作 (1991a) : 大阪市立大学大学院生活科学研究科集中講義録
- 9) 野田俊作 (1991b) : カウンセリングとサイコセラピー、パソコン通信ネットワーク「NIFTY-Serve (エヌ・アイ・エフ株式会社)」内心理学フォーラム、臨床会議室、3月25日付けアップロード文書
- 10) 野田俊作、萩昌子 (1989) : クラスはよみがえる、創元社、大阪
- 11) 落合正行、岡本夏木 (1982) : ピアジェ理論と障害児教育 (波多野完治監修、ピアジェ理論と教育、pp149-172)、国土社
- 12) Piaget, J. & Inhelder, B. (1958) : THE GROWTH OF LOGICAL THINKING FROM CHILDHOOD TO ADOLESCENCE, BasicBooks, New York

## 更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載