|  |
| --- |
| 個別相談・支援の手引き |
| （令和２年版） |
| 福島県精神保健福祉センター　　畑　哲信 |

目次

[はじめに 4](#_Toc41385548)

[１．相談の概要 4](#_Toc41385549)

[(1) 相談の役割 4](#_Toc41385550)

[(2) 相談の体制・準備 4](#_Toc41385551)

[(3) 相談の要素 5](#_Toc41385552)

[(4) 電話相談について 5](#_Toc41385553)

[1) 電話相談の限界を踏まえた注意点 5](#_Toc41385554)

[2) 危機介入 6](#_Toc41385555)

[【スキルアップのポイント：電話相談についてのエビデンス】 7](#_Toc41385556)

[２．相談の実際 8](#_Toc41385557)

[(1) 受け止める 8](#_Toc41385558)

[【スキルアップのポイント：チャンネル合わせ】 9](#_Toc41385559)

[【スキルアップのポイント：沈黙を上手に使う】 9](#_Toc41385560)

[【スキルアップのポイント：言葉のニュアンスに注意する】 10](#_Toc41385561)

[(2) 相談者と相談員の関係 11](#_Toc41385562)

[1) 相談者と相談員（支援者）の関係の評価 11](#_Toc41385563)

[【スキルアップのポイント：相手との関係に気づく】 12](#_Toc41385564)

[2) 関係を調節する 12](#_Toc41385565)

[3) 自分をコントロールする 13](#_Toc41385566)

[4) 関係を調節することの治療的な意味 13](#_Toc41385567)

[【スキルアップのポイント：相談者についての印象／相談員の感情】 13](#_Toc41385568)

[(3) 情報収集、評価 14](#_Toc41385569)

[1) 情報の信頼性 14](#_Toc41385570)

[【スキルアップのポイント：誘導尋問にならないために】 15](#_Toc41385571)

[【スキルアップのポイント：信頼性～研究の場合】 16](#_Toc41385572)

[2) 相談場面での情報　～相談を行動としてとらえる 16](#_Toc41385573)

[3) 情報収集と評価の対象 17](#_Toc41385574)

[(4) 見立て 21](#_Toc41385575)

[1) 見立てということ 21](#_Toc41385576)

[2) 相談時間のすべてが相談者についての見立ての材料 21](#_Toc41385577)

[3) 見立ての例 22](#_Toc41385578)

[4) 見立ての進め方～現状の見立て 23](#_Toc41385579)

[【スキルアップのポイント：キーワードだけで判断しない】 24](#_Toc41385580)

[5) 支援の可能性を見立てる 26](#_Toc41385581)

[【スキルアップのポイント：精神疾患の影響は普通に考えられているよりも大きい】 27](#_Toc41385582)

[6) 見立ての検証 27](#_Toc41385583)

[7) 精神科医療の必要性 27](#_Toc41385584)

[8) 自殺の危険性 28](#_Toc41385585)

[9) 見立ての実際～支援可能性・支援ポイントの見立て 29](#_Toc41385586)

[(5) 気持ちと行動の支援 31](#_Toc41385587)

[1) 気持ちを支える・受容する 31](#_Toc41385588)

[【スキルアップのポイント：受け入れること・良い点を見つけること（是認）】 32](#_Toc41385589)

[【スキルアップのポイント：物事には両面がある～好ましくないと感じられることも受け止める】 33](#_Toc41385590)

[【スキルアップのポイント：症状や障害の「受容」を支援する】 33](#_Toc41385591)

[2) 心理教育 34](#_Toc41385592)

[【スキルアップのポイント：「病識」を理解する】 35](#_Toc41385593)

[3) 両価的な相談者への対応～動機づけ面接 35](#_Toc41385594)

[4) 問題解決に向けた支援 36](#_Toc41385595)

[【スキルアップのポイント：気の持ちようや心がけだけでは治らない？～認知行動療法の理解】 37](#_Toc41385596)

[5) 集団支援と個別支援 37](#_Toc41385597)

[6) 訪問支援 38](#_Toc41385598)

[３．連携 40](#_Toc41385599)

[(1) 連携のあり方 40](#_Toc41385600)

[(2) 精神科医療との連携 40](#_Toc41385601)

[(3) 医療機関だけでは対応が不十分な精神疾患 41](#_Toc41385602)

[【スキルアップのポイント：自助グループへの参加は治療か？～リカバリについて】 42](#_Toc41385603)

[(4) ケア会議 42](#_Toc41385604)

[４．家族相談 43](#_Toc41385605)

[(1) 家族相談の特徴 43](#_Toc41385606)

[(2) 相談の進め方 43](#_Toc41385607)

[1) 家族自身の相談と相談対象者についての相談を整理する 43](#_Toc41385608)

[2) 見立て 44](#_Toc41385609)

[3) 気持ちの支援と行動の支援 44](#_Toc41385610)

[4) 相談対象者への介入 45](#_Toc41385611)

[【スキルアップのポイント：家族から本人へ・・相談構造の変化】 46](#_Toc41385612)

[5) 危機介入 46](#_Toc41385613)

[５．評価尺度 47](#_Toc41385614)

[(1) 評価尺度の種類 47](#_Toc41385615)

[(2) 信頼性 47](#_Toc41385616)

[(3) 評価尺度の例 47](#_Toc41385617)

[K6/K10日本語版 48](#_Toc41385618)

[CES-D 49](#_Toc41385619)

[精神病スクリーニング質問紙（PSQ, Bebbington,1995） 50](#_Toc41385620)

[アルコール症スクリーニングテスト（AUDIT） 51](#_Toc41385621)

[６．各精神疾患の特徴と対応のポイント 52](#_Toc41385622)

[(1) 統合失調症 52](#_Toc41385623)

[1) 病気の特徴 52](#_Toc41385624)

[2) 対応のポイント 52](#_Toc41385625)

[(2) うつ病 55](#_Toc41385626)

[1) 病気の特徴 55](#_Toc41385627)

[2) 対応のポイント 55](#_Toc41385628)

[3) 年齢による治療効果の違い 56](#_Toc41385629)

[(3) 境界型パーソナリティ障害 57](#_Toc41385630)

[1) 病気の特徴 57](#_Toc41385631)

[2) 対応のポイント 57](#_Toc41385632)

[(4) アルコール依存症（物質使用障害）、その他の依存症 59](#_Toc41385633)

[1) 病気の特徴 59](#_Toc41385634)

[2) 対応のポイント 59](#_Toc41385635)

[**＜治療・支援の導入＞** 59](#_Toc41385636)

[3) その他の依存症 60](#_Toc41385637)

[4) 自助グループについて 62](#_Toc41385638)

[(5) 発達障害（広汎性発達障害、ADHD（注意欠陥多動性障害）など） 63](#_Toc41385639)

[1) 発達障害とは 63](#_Toc41385640)

[2) 広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー障害） 63](#_Toc41385641)

[3) ADHD（注意欠陥多動性障害） 63](#_Toc41385642)

[4) 二次障害 63](#_Toc41385643)

[７．相談員として心がけること　～基本を守ること～ 65](#_Toc41385644)

# はじめに

　精神保健福祉業務において、個別の相談・支援は基本的な業務です。相談の際に「傾聴」が重要であるということは学んだことがあるかもしれませんが、専門家としてはそこから一歩進んだ技術が必要です。それは「見立て」（「４．相談をすすめる」）、「受容」と「問題解決支援」（「５．気持ちと行動の支援」）です。こうした技術は、実際の相談業務を重ねる中で培われるものですが、どのような点に注意しながら相談をすすめたよいか、ポイントを理解しながら行うことで、より効果的に身に付けることができるでしょう。それとともに、症例検討や研修の場を利用する、相談・支援ケースの事後フォローをするなどして、自分の行った相談を客観的に評価し、相談の質を高める努力が必要です。

# １．相談の概要

## (1) 相談の役割

　心の相談の役割として挙げられるものとしては次のような場合があります。

① 精神疾患が疑われる、もしくは治療中の方への支援

・受診の必要性を検討する、受診を勧める

・受診（治療）を支援する

・精神障害者の社会適応支援や生活支援

② 精神疾患に罹患している（疑われる）方の家族への支援

・受診の必要性を検討する、受診の勧め方

・対応方法等の心理教育

・医療機関との協力関係を支援する

③ メンタルヘルスの普及、ストレスへの対処

・健康指導、ストレスへのセルフケア

・問題解決に向けた検討の場

・ストレスと関連する問題の解決に向けた他機関との連携

④ 危機介入：自殺予防やDV（家庭内暴力／被害または加害）への介入

## (2) 相談の体制・準備

① 場所

　できるだけプライバシーが保たれることが望ましいですが、一方で、不測の事態に備えた準備も必要です。他の職員が様子をうかがうことができる部屋にするか、もしくは密室の場合は非常時の通報ベルの設置などがあるとよいでしょう。

② 時間

　1回の相談は30分から1時間程度を目安にします。それを超えるような場合はだんだんと集中力が切れてしまいますので、長すぎるのも問題です。継続して相談する場合は、一度持ち帰って、考えを整理してきてもらう方法もあります。

③ 相談員

　相談は一人で対応することが一般的ですが、問診票の記載内容や待合室の様子を見て、一人ではなく複数で対応したほうがよい場合もあります。自殺に関係するなどの重い相談内容である場合や、精神状態が不安定、不穏であることがうかがわれる場合などです

④ 問診票

　あらかじめ問診票を記入してもらうことで相談を進めやすくなります。①氏名・生年月日・性別・住所・電話番号、②困っていること（主訴）、③家族状況、④精神科受診歴、⑤睡眠や食欲の状態、⑥職歴・学歴、などの項目があるとよいでしょう。医療機関などでは、気分や集中力など、精神症状に関連する内容をチェックしてもらうような問診票を作っている場合もあります。相談機関の場合は、相談内容に応じてK6などの自記式の尺度をつけてもらってもよいでしょう。

　自分自身についてではなく家族についての相談の場合は、相談対象の方についての情報を書いてもらうことになるので、自身の相談の場合と家族の相談の場合とで、書式を別にしたほうがわかりやすいでしょう。

## (3) 相談の要素

　相談には次のような要素が含まれます。

①　受け止める：相談者の話を聞き、気持ちを受け止める。

②　評価する：相談者が置かれている状況、心理状態、サポートなどについて評価する。

　　・情報収集：情報の信頼性に注意しながら情報を集める。

　　・人物の見立て：相談者の人物像、価値観などを見立てる。

　　・問題の見立て：なぜ問題が生じているか見立て、介入のポイントを探る。

③　情報提供：必要な社会資源等の情報を提供する。

④　気持ちと行動の支援：問題に向き合う気持ちを支え、問題解決に向けた行動を支える。

⑤　支援サービスの導入：訪問等の具体的な支援を導入する。

## (4) 電話相談について

　相談の基本は面接によるものです。電話相談ではコミュニケーションが音声によるものに限られるため、きわめて限定的なコミュニケーションしかできません。そのため、対象者に関する情報のかなりの部分を把握することができず、評価については、不十分になることをわきまえておくべきです。また、話す内容についても、意図が誤って伝えられるリスクもあります。つまり、電話相談は、面接相談と比べて、よりリスクが高いのです。

　相談員は電話相談に適したコミュニケーションの技術を身に付ける必要があることはもちろんですが、たとえ技術を身に付けたとしても、電話相談で可能な対応は限られます。電話相談でできることは、一般的な情報の伝達をしたり、相談窓口を紹介したりといった、普及啓発的な役割が主になります。一方、個別的な、つまり対象者の状況や特徴に合わせた助言や支援、心理的な介入などは、すでに面接などで対象者についてよくわかっている場合を除いて、難しいと考えるべきです。さらに、匿名の電話相談ということになれば、その限界はさらに大きくなります。

### 1) 電話相談の限界を踏まえた注意点

① 電話での相談は、誤解の生じないようになるべくシンプルで明快な応答を心掛ける。

② 内容が複雑になる相談は、電話では控え、面接相談を促す。したがって、電話の役割は、支援よりも支援への導入が中心となる。

　「電話だけであなたの状況をきちんと把握することは難しいので、面接で相談されたほうがよいです。」

③ 電話での評価は不十分であることをわきまえ、評価しすぎないように気を付ける。つまり、本当はきちんと評価できていないのに、評価できているように考えてしまわないように気を付ける。たとえば、助言するとしても、「～の場合は～といった対処法があります」など、一般的な事項として伝えるとよい。

### 2) 危機介入

　自殺の恐れや暴力等に対する危機介入については、特に切迫している場合は、その場で警察や救急の支援につながるように計らいます。支援については可能ならば本人が要請することが望ましいでしょう。自殺をしようとしている人が自分で支援を要請するものか？と疑問に思うかもしれませんが、電話をかけてきた時点で、すでに自殺に対する迷いや支援を求める気持ちを併せ持っていることが考えられますから、支援を要請するように説得することは無意味ではないのです。

　やむを得ず相談員が警察や救急の支援を要請する場合は、個人を特定し、所在地やその目印となる建造物などを聞きだし、駆けつけるにあたっての情報を出動機関に提供します。こうした情報が得られないときは、なにもできないということもあります。



電話

面接

受け止める

受け止める

評価

情報提供

情報提供

（考える）

考える

心理介入

（危機介入）

危機介入

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：電話相談についてのエビデンス】 　電話相談の効果が示されている数少ない研究の一つとして、イタリアのTele-Help / Tele-Checkサービスという方法があります。リスクのある高齢者を登録し、24時間対応可能な電話を設けるとともに、定期的にこちらから電話で様子を伺うという事業です。この介入を行ったところ、対象者の自殺率が一般の方の自殺率よりも低くなったというものです。ここで注意しておきたいのは、登録に際してきちんと対象者の状況を評価しているという点、そして電話を受けるだけでなくこちらから電話をしているという点です。このように電話相談の効果は、ごく限定的な条件のもとでしか確かめられておらず、そうした条件から外れた場合の効果は保証されていません。一般の電話相談では、むしろ、電話相談をきっかけにして他の支援につながるといった点に意義があります。話を聞くだけではなく、適切な判断、適切な介入があって初めて効果が得られます。 |

# ２．相談の実際

## (1) 受け止める

　相談でまず目指すことは、支持的・協力的な関係を結ぶということです。そのためには、話を受け止めるということが大事です。なるべく話しやすいような雰囲気を作り、最初、5分くらいは、あまり口を挟まず、困っている内容を話してもらう方がよいでしょう。こうした作業を傾聴と言います。相談員がしゃべりすぎると相談者が話したいことがあっても十分に話せなくなってしまいがちです。特に、相談員自身が「うまく相談を受けることができるか？」などと不安を持っているとしゃべりすぎてしまいますので、注意が必要です。

　相手の気持ちを推測しながら、その気持ちに合った相槌を打ち、相手が話を聞いてもらっているという感じを持てるように配慮します。ですので、傾聴の段階でから、相手がどういう人物かを見立てていくことが必要です。会話の様子や問診票、あるいは待ち時間の様子など、さまざまな情報をもとに、気持ちの特徴や人物の特徴をおおざっぱに把握するとよいでしょう。それによって、より上手く受け止めることができます。

　相槌についても、適度となるように気を付けます。相槌によって、話の流れをスムーズにする効果がありますが、話の流れを作りすぎると、相手も話に合わせようとしてしまうからです。たとえば「いいえ」と言うべきところを、話の流れに任せて、つい「はい」と言ってしまった、ということがある人は少なくないでしょう。話の流れを作りすぎると、相手を誤った方向に誘導してしまいかねないのです。

＜受け止める言葉＞

　傾聴で受け答えするときの言葉は、相手の言葉を繰り返す、ことが基本です。そこに、相槌をうったり、より的確な表現に修正して返したり、さらには相手の気持ちを推し量って言い足りなかったであろうことを付け加えたり（「～ということでつらく感じているのですね」）、といったことも可能です。

　　１．相手が話した内容を単純に繰り返す。

　　２．相手の言葉をわずかに修正して繰り返す

　　３．相手の言いたいであろうことを推測し、それを補った形で返す。

＜傾聴の妨げになること＞

　一方、次のようなことが傾聴の妨げになる、とされています。（**傾聴の１２の障壁**）

　　１．注文する、指示する、命令する

　　２．警告する、脅す

　　３．アドバイスする、助言する、解決を与える

　　４．論理的に説得する、議論する、教える

　　５．説教する、クライアントになにかを「すべき」と話す

　　６．不同意、評定する、批判する、責める

　　７．同意する、賛成する、誉める

　　８．恥をかかせる、あざ笑う、レッテルを貼る

　　９．解釈する、分析する

　　10．安心させる、共感する、なぐさめる

　　11．質問する、探る

　　12．ひっこめる、話を逸らす、機嫌を取る、話題を変える

　１，２，５，６，８あたりはすぐに納得できる内容でしょうが、３，７、10などは意外に感じるかもしれません。しかし、ネガティブなものであれポジティブなものであれ、支援者側の発言は何らかの価値観を相手に与えてしまうものなのです。たとえば「それはすばらしいですね」と言うと、「相手はこういう言動を望んでいる」と受け止められてしまい、暗黙のプレッシャーになってしまいます。こうした発言を全くしてはいけないというわけではありせんが、そのような点も念頭におきながら、慎重に受け答えする必要があります。

＜質問＞

　上記のように、質問することも傾聴の妨げになりえることです。ですので、質問は、相談員の発言の３分の１以内にとどめるくらいがよいでしょう。また、質問をするときには、「はい」「いいえ」で答えることができるような閉じた質問ではなく、自由に答えることができる「開かれた質問」を主にします。「～はどんなようすでしたか？」などです。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：チャンネル合わせ】 　親しい人同士で会話がはずんでいるときというのは、お互いの声の調子や表情、仕草などが協調しあうものです。逆に、初対面などの場合はそうした協調が少なく、話がぎくしゃくしがちです。お互いのことを良く知らないわけなので当然ですね。相手のことを知っていくにつれて、そのぎくしゃくは減っていきます。相談場面では、相談者（相談に来た人）よりも相談員（相談を受ける人）のほうが相手についての情報を把握する立場にありますので、相談員が相談者の話の調子に合わせる（チャンネル合わせ）ことが必要です。  　チャンネル合わせをうまくできるためには、気持ちの動きを感じ取る力が必要です。ほんの一瞬、間があくとか、表情が少し変わるとか、声のトーンが少し変わるとか、そうした小さな変化に気づき、それを通して心の動きを感じとります。また、逆に、自分がどういう表情をしているか、どういう声の調子で話しているかといったこともよく把握し、的確に表現する力（つまり表現力）も必要です。 |

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：沈黙を上手に使う】 　コミュニケーションでは、沈黙も有効に利用できるようになりましょう。沈黙にもさまざまな種類があります。緊張感を伴った沈黙もあれば、しんみりとその場を味わう沈黙もあります。沈黙に少し不安を感じて、つい、話してしまう、といった効果を相手に生み出すこともできます。沈黙の時の表情や仕草や沈黙に入る直前の言葉の調子などが沈黙の性格を決めますので、沈黙を上手に使うためには、非言語的コミュニケーションの技術をより多く要するでしょう。 |

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：言葉のニュアンスに注意する】 　相槌は短い言葉ですが、その短い言葉も、ちょっとした違いによって含まれるメッセージが変化します。たとえば、「そうなんですね？」と「そうなんですよね！」とを比べてみましょう。前者は「それは知らなかったです」と、初めて聞いたような場合を含みますが、後者は「私も経験があります」など、既知のことを改めて確認した場合の相槌です。こうしたちょっとした違いでも、相手にメッセージが伝わってしまいますから、後者の相槌を打ったときは、相手は「私も知っていましたよ」（共通の体験）と返事されたつもりで聞くことでしょう。ですので、うっかり間違ったメッセージが伝わらないように細心の注意が必要です。また、逆に、相手の言葉の細かいニュアンスに注意することは、相手側の言外のメッセージや相手側の人柄などの特徴を読み取る手段にもなります。  　ただし、ニュアンスに頼りすぎてもいけません。ニュアンスを付す、あるいはニュアンスを感じ取る力は人それぞれ異なっており、したがって、ニュアンスで伝わる内容は精度が低いからです。つまり、どんなに注意しても、ニュアンスだけではうまく意図が伝わらないものです。ですから、ニュアンスがうまく伝わったかどうか不審に思ったときはきちんと確認する必要があります。 |

|  |
| --- |
| ＜『本当にわかっているの？？？』＞  「夫が自殺したのは自分のせいだと  　自分を責めてしまってつらいんです」  C:\Users\199219\Pictures\イラスト\カウンセラー_down.png  「そうですよね！わかります！」  **（つらそうだから、**  **しっかりと共感の**  **相槌を打っておこう！）**  　　　　　　・・・・・・・・・  **（自分で経験したわけもないのに**  **なんで私の気持ちがわかるって**  **いうの！）** |

|  |
| --- |
| C:\Users\199219\Pictures\イラスト\カウンセラー_down.png＜『相槌は相手を誤って誘導してしまうこともある』＞  「そうそう、  　そうですよね！」  「あ・・はい・・・」  **（本当はちょっと**  **違うんだけど**  **まあいいか・・）** |

## (2) 相談者と相談員の関係

　相談や支援にあたっては、相談者と相談員（支援者）との間に、なんらかの対人関係を結ぶことになります。この対人関係のあり方が、相談者の人柄や対人関係の特徴を理解する上で役立つとともに、支援にも影響します。

　精神疾患の多くは対人関係に影響を与え、生活のしづらさの大きな要因となっています。対人関係の特徴は、対人関係についての相談者の話から、あるいは相談者が他人のことをどのように話すかといったことからも推測できます。たとえば、どんな人の話をするときも相手に対して否定的なイメージを持って話すといったような特徴です。対人関係の特徴は、診察室での相談員との対人関係にも現れるもので、むしろ、こちらのほうが直接体験・観察できるという点で、情報の質は高いといえます。

　相談員は、こうした情報から、相談者がどのような対人関係上の問題を抱えやすいかということを察知し、そうした問題を乗り越えるにはどのような支援や助言が必要かということを考えるとともに、相談員自身との関係を良好に保つためにも役立てる必要があります。

### 1) 相談者と相談員（支援者）の関係の評価

　対人関係は両者の相互作用によって決まっていきます。たとえば、依存的な関係、駆け引きやライバル意識など、甘えてくる人には子供に対する親のような接し方をする、相手が押すとこちらも押し返したり、逆にこちらは引いたり、といったように、相手によってこちらの関係の持ち方が左右されるものです。対人関係の持ち方に特徴がある人の場合、その人の特徴が、その人に対する周りの人の接し方を決めている、ということがあるのです。「Aさんと話すと、いつもこういう話し方になってしまう」といった場合は、実はAさんの特徴に、そういう言い方をさせてしまう面があるのかもしれません。

　どのような対人関係になるかを決めるのは、まさにコミュニケーションです。ですので、コミュニケーションについて注意深く観察することが必要です。この際、コミュニケーションと言っても、会話の内容だけでなく、会話を含む行動全体が意味を持ちます。たとえば、「頼みごとをする」のと「命令する」のを比べてみましょう。頼みごとであれば、「あそこの荷物を持ってきてほしいんだけど」といった具合、命令であれば「あそこの荷物を持ってきなさい」といった具合になります。頼みごとと命令とで、「荷物を持ってくる」という内容は同じであっても、もたらされる関係は全く異なります。そして、この両者を実際に自分で言ってみるとわかりますが、語調や表情、身振り、姿勢、二人の位置関係なども違ってくることが分かるでしょう。こうしたこと全てが関係性を判断し、また調節する手掛かりとなります。「この人は荷物を持ってきてもらいたいと思っている」という会話内容だけでなく、「この人は自分に頼みごとをしている」あるいは「この人は自分に命令している」という行動面（の意図）を見ることで、どのような対人関係に陥っているか、もしくは陥ろうとしているかが見えてきます。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：相手との関係に気づく】 　相談場面は、相談員と相談者との対人関係の場でもあります。たとえば、相談員としては助言や指導をしようと思っていても、相談者のほうは、まずは気持ちを受け入れてもらいたい、のかもしれません。そうした食い違いがあると、しっくりしない相談が続くことになります。このように、お互いがお互いにどういう関係を求めて接しているかを理解できるかどうかが、相談の良し悪しを左右します。そのためには、相談員が、自分自身と相談者を並べて見るような、客観的な目を持つことが求められます。  相談者との関係を  第三者の目で見る |

### 2) 関係を調節する

　対人関係は一方的に決まるものではありません。たとえば、甘えるような口調で「ねえ、お願い！」と言われたときは、優しく答えたり、逆に「甘えてもだめ」ときつく言ったりしますが、どちらの答え方をしようと、知らず知らずのうちに親が子供に接するときのような役割を担っているものです。そして、いつの間にか、保護者のように手をかけ続ける依存的な関係に陥っていくかもしれません。問題は、相手が頼みごとをする役割を担い、こちらがそれに応じる、または応じないという役割を担ってしまったことにあります。上記の「甘えるような口調」はこうした関係のきっかけになっていたわけですが、対人関係の困難をかかえる人には、こうした、特定の関係に陥りやすい特徴を持つ場合があり、支援者側もそれに巻きこまれてしまうことがしばしばあるのです。

　こうした難しい対人関係に陥らないためには、対人関係を調節することが必要です。たとえば、上記の例では、「私はお願いされる立場ではない」と返すこともできます。あるいは、相談者の甘えた口調に対して、あえて丁寧な話し方をするというように、会話の調子を変える、という方法もあります。

　このように、巻き込まれが起きやすい対人関係としては、依存的な関係のほか、敵対的な関係、ライバル的な関係なども挙げられます。

＜関係を左右するコミュニケーション＞

|  |  |
| --- | --- |
| くだけた口調 | 堅い丁寧な口調 |
| リラックスした姿勢 | 居住まいを正した姿勢 |
| 笑顔 | 抑制された表情 |
| 感情表出が豊か | 抑制された感情表出 |
| 同調的な相槌 | 疑問をはさむ相槌・長めの間 |
| 相手が言い終わるまで待つ | すぐに相手の言葉を遮る |
| 率直な応答 | 的を外した応答 |
| ほっとできる間（ま） | 緊張感のある間（ま） |
| 物理的な距離の近さ | やや距離を離す |
| 甘える口調、頼みごと・おねだり | 指示的・命令的な口調 |

### 3) 自分をコントロールする

　対人関係を評価し調節するにあたっては、自分の行動をコントロールすることが必要です。そのためには、

① すぐに行動（言葉や身振り・表情も含めて）してしまわない。

② 自分の行動がどのような意味（特に対人関係上の意味）を持つか考える。

③ その行動をしようと思ったきっかけを見極める。

といった作業が必要です。

　行動のきっかけというのは、先ほどの「ねえ、お願い！」と言われた場合で言うと、相手のおねだりする言葉であるとともに、それによって自分にもたらされたなんらかの感情でもあります。これらを注意深く観察し、うっかり行動してしまわないように気を付けます。感情そのものをコントロールするのは容易ではないのですが、その後の行動（会話など）についてはコントロールすることができるように取り組んでいかなければなりません。

### 4) 関係を調節することの治療的な意味

　関係を調節することには、単に相談や支援において対人関係の問題が生じるのを避けるだけではなく、もう少し治療的な意味もあります。精神疾患では、しばしば対人関係に問題が生じ、そのことが社会適応の妨げとなってしまいます。支援者がそれに気づき、対人関係を修正することによって、本人の方も、適切な対人関係のあり方を経験することができ、自らの行動を修正する機会が得られるのです。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：相談者についての印象／相談員の感情】 　相談を受けていると様々な感情を体験します。その感情が生じるのはなにか原因があるからで、逆に、引き起こされた感情を手掛かりに、その原因となったことを見つけることができます。たとえば、「この人は苦手なタイプだな」と感じたとします。そのときに、「なぜ苦手だと感じるか」をよく吟味すると、相手の対人関係の特徴が見えてくるかもしれません。さらには、そうした対人関係を苦手だと感じてしまう自分自身の特徴にも気づくきかっけとなります。  　このように、感情を通して相手や自分の特徴に気づくということは、そのまま感情のコントロールにつながります。感情のコントロールというと、しばしば、無理して感情を我慢するといったふうに考えられてしまいます。もちろん、ある程度、我慢するという努力も必要ですが、我慢をしつつ、自分の気持ちに客観的に向き合うこと、すなわち「知」を働かせることには「情」を静める力があるのです。 |

## (3) 情報収集、評価

　適切な支援を行うためには、しっかりした「評価」「見立て」が不可欠です。というのも、相談者への対応がうまくいかないという場合、ほとんどが「評価」「見立て」の不足によるものだからです。それは、単に診断や症状の把握ということだけではありません。相談者の心情や行動の特徴、家族などサポートの状況など、幅広い評価が必要です。

### 1) 情報の信頼性

　情報を集めるときには、情報の信頼性を常に考慮しなければなりません。信頼性の不十分な情報については、信頼性を高める工夫が必要であるとともに、それができないときは信頼性の不十分な情報として誤った情報である可能性を考えながら扱う必要があります。

#### ①　相談員が観察した事実

　相談者の言葉、語調、表情、服装、行動などは直接観察できます。こうした情報を客観的情報と言います。ただし、客観的情報と言っても、たとえば「笑っている」「悲しい顔」など、相談員の判断必要なものは、その分、バイアスが生じる可能性があります。気を付けるべきは、相談者の言葉です。すなわち、「相談者は○○と言っている」ということは客観的事実ですが、「○○」は、相談者の主観に基づくもので、それが事実であることを意味しません。私たちも、話の流れで、多少、事実と異なることを答えてしまうということはありがちなことであり、そうしたことは珍しいことではないのです。

話された事実

話された気持ち

相談者が○○と言った

相談者の主観

相談者を通した間接的情報

表情など

相談時の行動

相談者の気持ちを

裏付ける客観的情報

相談員が観察した

客観的情報

事実確認

相談員が確認した

客観的情報

相談者についての印象



相談員による主観的情報

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：誘導尋問にならないために】 　私たちは普段の会話の中で、必ずしも自分の思った通りにしゃべっているわけではありません。会話の流れからなんとなく「はい」と返事してしまったり、思ったこととちょっと違うけれどもこう答えるのが自然かなと感じるふうに答えてしまったりすることがしばしばあるものです。また、あまり恥ずかしいことや言ったら相手が困るようなことは言わないということもあります。こうしたことは、相談の場面も例外ではありません。ですので、なるべく誘導尋問にならないような質問の仕方を工夫する必要があります。「～ですよね」といった肯定の返事を期待するような話し方をすると、相手がついそれに合わせてしまいますので、あえて、否定しなければならないような聞き方をすることもあります。たとえば、「それは痛かったでしょう？」と質問するところを、あえて「そのくらいだったらあまり痛くなかったんじゃないですか？」と質問してみたりします。否定の答えというのは肯定の答えよりも、より真実を語っていることが多いものなのです。そのほか、「え、そうなんですか？」と少し驚いたふうに答えて、あえて会話の流れを止めるというのも一つのテクニックです。  　チャンネル合わせが上手にできるようになると、よけいに誘導尋問が起きやすくなります。会話をスムーズに進めることにばかり気を取られてしまうと、大事な情報を見落としてしまうリスクが高くなりますから、余計に慎重に応対する必要があるのです。 |

#### ②　情報源の評価

　何か情報を把握した時は、情報源の信頼性についての評価が必要です。当然ながら、相談者は重要な情報源ですので、相談者の発言内容がどのくらい正確であるかを評価する必要があります。会話を通して、どのくらい正確・厳密な発言をしているかをおおよそうかがうことができるほか、別なルートで相談員が得た情報について、相談者がどのような発言をするかということで確かめることができる場合もあります。たとえば、ニュースについての話題が出た時に、相談員がそのニュースについてすでに知っていれば、相談員が見聞きしたニュースと、それについての相談者の発言とを比較すると、相談者の話の正確さがどの程度かが分かるでしょう。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：信頼性～研究の場合】 　たとえば、「○○が病気の予防に役立つ」「△△で病気が改善した」といったニュースなどを見聞きしたことはありませんか？　どこか偉い人の名前が出てきたりすると、それだけで真実であるように思ってしまいがちですが、こうした情報は、信頼性が不十分であったり、特定の場合にしか当てはまらない、といったことが少なくありません。  　さて、学術的には、たとえば新しい治療法が本当に効果があるのかどうかは、どうやって確かめるのでしょうか。ある患者さんに治療を試したら病気が治ったということがあったとしても、それがその治療法の効果かどうかは不明です。たまたまということもあるでしょうし、プラセボ効果と言って、「いい治療を受けた」という思い込みだけで症状がよくなることもあるからです。そのため、治療法の効果を確かめるためには、厳密な手続きに則った調査や研究を行い、それを学術論文として公に認められる形で公表する必要があるのです。また、論文として公表されたことは信頼性があるかというと、実はそうではなく、信頼性が不十分なままに公表されるものも少なくありません。  　なにか新しい事実を知ったときには、決して鵜呑みにせず、どういう根拠や研究に基いてそのように主張されているかということまでさかのぼって確かめた上で、信頼性について評価する必要があります。学問的な手順に則った研究でさえこのような具合ですから、日常的に接する情報については、なおさら注意が必要です。 |

### 2) 相談場面での情報　～相談を行動としてとらえる

　相談場面で得られる情報について整理しておきましょう。

① 発言内容

② 相談者の様子（表出）

③ 相談員の発言などに対する反応

　相談場面で得られる情報というと、① 相談内容（つまり発言内容）に目が行ってしまいがちですが、専門家としては、② 相談者の様子や、③ 相談員の発言などに対する反応、のほうを重視しなければなりません。これらを一言でいうと、「相談者の行動」ということです。

　たとえば、相談者が「つらいんです」と言った場合を考えてみましょう。「つらいんです」は発言内容です。発言内容に目が行っていると、相談員は「なぜつらいんだろう？」と疑問を持って相談を進めることになります。

　一方、これを相談者の行動という視点でいうと、「『つらいんです』と発言した」ということになります。行動という視点で見る際には、「つらいんです」と発言する際の表情や口調、あるいはタイミング,

さらにはどうやって相談に来たか、どういう時間に来たか、なども評価します。なお、これらは非言語的コミュニケーションと呼ばれることもありますが、非言語的コミュニケーションという言い方では相談の前後の行動までは含まれませんので、行動という言い方の方が適切です。

　そして、行動という視点で見る場合、質問も変わってきます。相談員は「なぜ『つらいんです』と発言したのだろう？」と疑問を持って相談を進めることになります。もちろん、つらいからでしょうし、そのことについて相談するために来たから、と考えるのが普通のように思われますが、現実には必ずしもそうとは限りません。つらく感じている人がみんな相談に来るわけではなく、なんらかの事情があって相談に来るわけですので、その事情が知りたくなります。これをさらに突き詰めていくと、相談に至るまでにどういうことが起こっていたのか、相談に来るに至ったきっかけはなんだったのか、そのことが相談者にとってどれほど大きな意味を持っているのか、そうした意味を持って受け止められたのはなぜか、といったところまで確かめていくことになります。このように、相談者の行動は、相談者の人柄や価値観なども影響しますから、そうしたことを見極める必要がありますし、逆にそうしたことを見極める手掛かりにもなります。

　相談にあたって、相談内容に目を向けるだけで終わってしまうか、それとも相談行動に目を向けることができるかということは、相談員としての資質を分ける分かれ目となるものです。

### 3) 情報収集と評価の対象

　相談では、最終的に相談者を適切に見立て、適切な助言や支援を提供することが目的です。そのために次のようなことをについて情報収集し評価することが必要です。

#### ①　主訴

　「どのようなことで相談に来られたのですか？」という質問で出てくる内容が主訴です。ただし、そこで的確に主訴を話すことができる人は、むしろ少ないかもしれません。いろいろなことが心配で整理がついていない、自分の本当の気持ちがわからないといったこともしばしばあり、「主訴はなにか？」あるいは「本当の主訴はなにか？」といったことを確かめていく作業も相談の重要な要素です。

　たとえば、「仕事がつらい」という相談を例に考えてみましょう。今の仕事がつらいという場合もあれば、いろいろな仕事を経験してきたがどれもうまくいかなくてつらいという場合もあります。仕事がつらいのに働かないとやっていけない、という経済的な問題がメインであるかもしれません。あるいは、実は、仕事自体はそれほどつらくはないけれども、自分が働いても家族が自分のことを認めてくれないといった、家族関係の問題が本当の主訴であるといった場合もあります。

　なお、「本当の主訴」について、必ずしも本人がはっきりとは自覚していないこともしばしばあります。そうした場合、たとえば、「仕事がつらいんですね？」と聞いた時と、「こんなに仕事がつらいのに家族はちっとも理解してくれないんですね？」と聞いた時とを比べてみると、その違いを通して本当の主訴が見えてくることがあります。家族の理解が本当の主訴であったなら、後者の方でより大きくうなずくことでしょう。

#### ② 生活歴・生活状況

　生活歴というのは単なる学歴や職歴だけを言うのではありません。どのような人生を歩んできたかということは、その人が今、どのような考え方をし、どのような行動をとるかといった、その人物についての重要な情報となります。学校や仕事など、人生の節目でどのように考えてどのように行動したかといったことを聞きます。趣味やストレス解消法なども参考になるでしょう。また、過去にできていたことというのは、そう簡単には失われないもので、病気からの回復を目指すときに、どのような回復を目指すかという目安となります。

　また、現在どのような生活をしているかについてもよく把握します。睡眠リズムなどのほか、日中、どのように過ごしているか、どのような趣味や楽しみを持っているか、どのような対人交流があるかなどです。こうしたことが現在の症状を把握するうえでも重要になるのです。心の健康と言っても、睡眠、食事、運動や対人交流など、かなりの割合で身体的な健康や生活習慣が影響します。日常生活をよく知っておくことは、評価のためだけでなく、生活指導にも生かすことができます。

#### ③ 症状・心理状態

　心理面の評価については、自分の気持ちについて本人が話す内容のほかに、そういった気持ちが日常生活にどのように影響しているかということで評価します。また、面接での表出（表情や応答のしかたなど）は、症状や心理状態をうかがう上でとても大事です。話す内容と表出とがしっくりこないこともありますから、そうしたときは注意して見極めることが必要です。

　心の状態というのは、気持ち（感情）、考え、意欲、身体のそれぞれの側面に現れてくるので、それぞれの側面について症状の有無を確かめます。たとえば、つらい、落ち込む、というのは感情の症状です。仕事のことで頭がいっぱいで、上の空、というのは考えの症状です。職場に行く元気もない、というと意欲の症状です。食欲がないとか頭が痛いといったのは身体の症状です。

　次に、症状の程度はどうでしょうか？　Aさんが言う「とてもつらい」とBさんが言う「とてもつらい」が同じ程度とは限りません。ですので、本人の言葉（これを主観的症状と言います）だけでなく、第三者から見た様子・生活の様子など（これを客観的症状と言います）によって症状の程度を評価します。すなわち、症状がどのくらい日常生活に影響しているか（あまり支障がないのか、いろんなことができなくなっているのか）、影響が日常生活のどのくらいを占めているか（ずっとなのか、ときどきなのか）、といったことです。また、ストレス解消法など、症状を和らげる手段を持っているか、それによってどの程度、ストレスが解消されるかについても確認します。

（精神症状の例）

|  |  |
| --- | --- |
| 気分・感情 | 気持ちが沈む、悲しくなる、自信がない、気持ちの浮き沈みが激しい  気持ちが高ぶる、自信過剰、  怒りっぽい、やけになる、気持ちが落ち着かない  感情が麻痺したように感じる |
| 思考 | 過度に悲観的な考え／誇大的な考え  現実離れした考え（妄想）  集中できない、心配ごとが次々と浮かぶ  考えることができない／次々と考えが浮かぶ |
| 意欲 | 何もする気が起きない／行動が止められない |
| 身体 | 疲れやすい、眠れない／眠りすぎる／眠らなくても疲れない  食欲がない／食欲が過剰 |

#### ④ 経過

　生活の状況と症状や心理面の状況がどのように変化してきたかを調べます。評価や見立てのためにはそれらの時間的な関連が重要な情報になります。しかし、いつどのようなことがあったかという時間的な記憶はしばしばあいまいになりますし、前後関係も不確かなことが多いものです。また、相談者は必ずしも時間経過に沿って話を進めるわけではなく、最近のことを話していたと思ったら、いつの間にか3年前のことに話が移っていた、といったこともありますので、いつごろの話か、ということを時々確認しながら話を聞く必要があります。

　たとえば上司から叱られることがあってから気持ちが落ち込むようになった、と話した場合、単純に考えると叱られたことがきっかけで気持ちが落ち込んだ、というふうに見えます。しかし、うつの症状がすでに始まっていたために、しかられるようなミスをおかしてしまった、というパターンもあるかもしれません。ですので、本人の言葉にとらわれすぎず、様々な視点から時間経過の関連性を確かめていく作業が必要です。つまり、本人は「叱られることがあってから気持ちが落ち込むようになった」と話していても、それ以外に考えられるストーリーをなるべくもれなく頭に思い浮かべ、それらの一つ一つを検証するように話を聞くことが求められます。初心者は、聞いたとおりに年表を埋めていく、というような作業で終わってしまいがちなのですが、検証する技術こそが専門家として求められる技術です。

#### ⑤ 診断と病歴

　診断名を付けることは医師が行うものです。相談機関としては、診断名を聞いた時に、それが何を意味するのかを知っておく必要があります。つまり、症状の特徴、経過の特徴、治療法や対応法についての情報です。ただし、診断はあくまでも評価の一つです。同じ診断名でも個人差が大きく、診断名だけでこれらのことが分かるわけではありません。診断がわかったからといって、それで終わりではなく、その他の評価と合わせて総合的に評価しなければなりません。

　その際にも生活状況について知っておくことが不可欠です。単なる症状や治療の移り変わりだけではなく、それらによって生活がどのように影響されてきたかという点が重要だからです。また、医療面だけでなく、回復のためのどのような努力をしてきたかということも、今後、本人を支えていく上で重要な情報になります。

#### ⑥ 人物（価値観、性格、行動パターンなど）

　相談者の人物像について、価値観、性格、行動パターン、対人関係の持ち方などを評価します。

　ストレスは、本人を取り巻く状況と、それに対する本人の受け止めなど本人側の要因とによって決まります。同じような状況でも人によってつらさが異なるものです。たとえば、仕事がつらいという場合、仕事との相性、つまり適性や能力にもよりますし、また仕事に対する本人の受け止め方、価値観などにもよります。ですので、本人の能力（日常生活、仕事、コミュニケーションなど）や、本人の価値感、感じ方、性格なども知る必要があります。

　人物を知るということは、本人に助言や支援をする上でも必要です。たとえば、助言するにしても、理解力に合わせた助言の仕方をする必要がありますし、心に響く助言は、相手の考え方の特徴を良く知ってこそできるものだからです。

　人物の評価は、本人に「自分の性格はどんな性格ですか？」と聞いてみることもできますが、それはあくまでも自己判断、つまり主観的な評価ですので、なるべく客観的に評価する必要があります。本人のこれまでの生い立ちや生活の変遷、つまり生活歴を知ること、そして面接での受け答え、そしてそこで相談員との間で結ばれる対人関係によって伺い知ることができるでしょう。それらから、一貫して同じような特徴がうかがわれるようであれば、評価の信頼性は高まるでしょう。これを、「情報の整合性が取れている」と言います。逆に、いくつかの情報の間で食い違いが見られる場合、つまり、整合性がない場合は、なにか別の重要なことが隠れている兆候かもしれません。たとえば、本当は慎重に行動する人のはずなのに、軽率な行動が見られたといった場合、その軽率な行動の背景に病的な状態やなにか重大な出来事が隠されていることがあります。情報の整合性に注意し、「整合性がとれていない」箇所に、鋭敏に気づくように感覚を磨いていくことが大切なのです。

#### ⑦ 家族歴・家族からのサポート

　精神疾患については、疾患によって異なるものの、若干の遺伝要因が関連することがあります3002また、どのような環境で育ったかということは、その人の価値観や行動パターンに影響を与えます。中でも、家族、特に親の影響は大きいものです。自殺歴など、影響が大きい出来事については、注意が必要です。家族と本人の関わりの実情やこれまでの経過について確認します。できれば家族に直接会って、その人物を評価し、また本人についての考え方や気持ちを聞くとよいでしょう。家族の学歴、職歴や病歴（もしあれば）は、家族の特徴についての理解を深める役に立ちます。もちろん、家族に対する本人の考え方や気持ちも聞きます。

　家族は、本人の回復をサポートする担い手としての意義も大きいです。どのくらい役立つことができそうか判断し、家族教育の必要性や可能性について検討します。ときには、家族自身が支援が必要な状態であることもあります。

#### ⑧ ソーシャルサポート

　家族以外の人も含めて、支えてくれる人がどのくらいいるかを把握します。悩みについて、身近に助けてくれる人がいるかどうかということは、解決策を考える上でとても重要です。特に、精神疾患の状態に陥って問題解決の力が低下してしまっているような場合には、手伝ってくれる人が必要になるからです。こうしたサポートを「実質的（または道具的）サポート」と言います。また、自分のことを大切に思ってくれる人が身近にいれば、心の支えになります。こうしたサポートは「心理的（または情緒的）サポート」と言います。職場内や日常生活の場面のそれぞれで、どのような人が助けてくれそうか、確認します。



話の内容

（主訴・生活歴・家族歴）

表出（表情・語調）

心理・症状

サポート

人物

評価するもの

観察できるもの

## (4) 見立て

### 1) 見立てということ

　見立てとは、相談者の現在の状態について、それがどのような背景によって生じているか、そして治療や支援によってどのように修正できる可能性があるか、を見極める作業です。相談者が抱える問題は、相談者の側の要因と環境の要因とによってもたらされます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **「現在の状態＝環境×相談者の特性」** | | |
| **［現在の状態］**  □　相談者の心理・悩み・症状  □　相談者の行動  □　相談行動 | **［相談者の特性］**  □　相談者の能力、性格  □　相談者の価値観、意向  □　精神疾患・障害 | **［環境］**  □　負担・ストレス要因  □　対人関係・家族関係 |

　見立てというのは、これらが整合性を持つように情報を集め、評価する作業なのです。つまり、相談者が、今、悩んだり症状を呈したりしていること、そして相談に来たという行動について、相談者の特性や環境によって十分説明できるかどうかが、適切に見立てができているかどうかを判断する基準となります。もし、整合性に疑問が残るような場合は、さらに情報を集めて、見立てを修正します。その際、相談の場面で最も直接的に得られるのは相談者についての情報ですから、相談者の現在の状態と相談者の特性を主に見立てていくことになります。

### 2) 相談時間のすべてが相談者についての見立ての材料

　相談者の特性についての情報は、相談のすべての時間にわたって得られます。たとえば、生活歴、家族歴、あるいは生活状況など、周辺の情報を集めている時でも、相談者と相談員との間に会話がかわされ、また相談者と相談員との間に対人関係が結ばれています。これらの行動や対人関係もまた、相談者の気持ちや特性を理解する手掛かりとなります。ですので、相談においては、事実の確認（会話内容）と相談者の評価（行動・対人関係）とを並行して行うことになります。つまり、会話内容の把握と相談者の相談場面での行動の評価、相談者と相談員との対人関係の評価の３つを同時に行います。



相談者が話した内容

行動・会話行動の観察

相談者と相談員の  
対人関係の観察

**３つの評価を同時に行う**

### 3) 見立ての例

　たとえば、『仕事がつらい』ということが主訴の場合を考えてみましょう。まずは、「つらい」というのがどのような「心理や症状」として現れているかを確認します。うつや不安、その他の身体症状などで、それらがどのくらい生活に影響しているかということで、その程度も評価します。

　次に、なぜつらくなっているのか、その背景を考えます。「仕事自体の問題」、たとえば誰がやってもつらいと感じるような仕事である、「職場の問題」、たとえば、手伝ってくれたり教えてくれたりする人がいない、などです。仕事の内容を具体的に確認するほか、本人が経験したほかの仕事と比べてどうかを尋ねたり、もし可能なら、同じ職場の人の意見を聞けるといいでしょう。もし、客観的にはそれほど大変な仕事ではなさそうという場合は、本人側の要因が大きい可能性があります。

　本人側の要因については、たとえば、仕事の「遂行能力」、あるいは、「コミュニケーション能力」に問題があって他人と協力することが苦手である、ストレス解消のやり方など、「生活習慣」に問題がある、などが考えられます。また、そこには、完璧主義といった「価値観や物事の受け止め方」、あるいは「性格」が関係していることもあります。

　本人側の要因として、「精神疾患」が疑われる場合もあります。その場合、精神疾患とストレスとの関連を慎重に検討します。ストレスの結果として精神疾患を発症することがありますし、精神疾患を発症したことで、さらにストレスを生み出すということもあります。たとえば、精神疾患に罹患したために仕事の効率が落ちてしまう、コミュニケーションがうまく取れなくなるなどです。このように、ストレスと精神疾患とはお互いに影響し合って悪循環になるということを念頭に置いておきます。

　正しい見立てができているかどうかは、その後の対応に影響するものです。たとえば、うつ病が疑われ、受診を勧めたのだが、本人は医療機関への受診をためらうという場合を考えてみましょう。その場合、一生懸命に受診を説得し続けるやり方もありますし、家族に協力を頼んで家族からも説得してもらうといったやり方もあります。たしかにそれで受診する踏ん切りがつくという場合もあるでしょうが、「家族から病気扱いされた」などと、かえって家族関係を悪化させて、逆効果になってしまうかもしれません。この場合、うつ病で受診が必要な状態という点での見立ては正しかったかもしれません。しかし、なぜ本人が医療機関への受診をためらっているか、家族関係についてどうとらえているかなど、本人の受け止め方や思いなど、本人の気持ちについての見立ては不十分だったと考えられます。



仕事

過重労働

ミスマッチ

サポート

心の健康・症状

能力・資質

コミュニケーション

職場外の問題

（経済的問題

　家族関係

　　　など）

責任の重さ

価値観・性格

受け止め方

各要因どうしのつながりを読み解く

### 4) 見立ての進め方～現状の見立て

　実際の例を見ながら説明していきましょう。Aさん、４２歳女性。「私はいつも仕事で失敗ばかりしてしまうんです。迷惑をかけてばかりで辞めた方がいいかと考えてしまいます。」と話しています。Aさんへの相談の進め方を見ていきましょう。



「私はいつも仕事で失敗ばかりしてしまうんです。迷惑をかけてばかりで辞めた方がいいかと考えてしまいます。」

#### ① Aさんの言葉を正しく位置づける

　まず、Aさんの話を正しく把握します。Aさんの言葉を鵜呑みにして、「Aさんは仕事で失敗ばかりしている」「Aさんは迷惑をかけてばかり」と判断してはいけません。これらはあくまでもAさんの目を通してみた事実で、実際のところ、たとえば職場の人から見てどうかについてはわからないからです。ですから、正しい表現は、「Aさんは『仕事で失敗ばかりしている』『迷惑をかけてばかり』と話している」ということになります。「辞めた方がいいかと考えてしまう」というのは本人の気持ちそのものですが、それも、どのくらい本心で言っているのかはわかりませんので、これについても、「Aさんはでは『やめた方がいいかと考えてしまう』と言っている」というのが正しい表現です。



　×　「Aさんは仕事で失敗ばかりしている」

　○　「Aさんは『仕事で失敗ばかりしている』と言っている」

#### ② Aさんの行動

　次に得られる情報は、相談場面などでのAさんの行動です。表情、身なり、話し方、仕草、さらには、予約の時間に対してどのくらいで到着して、どのような行動をとったか、といったことに至るまで、すべての行動が評価の対象となります。Aさんの言葉からは、どうもAさんが悲観的な気持ちに陥っているように伺われ、うつ状態が疑われますが、そうした兆候が行動でも裏付けられるかどうか確認します。また、こうした行動の情報は、Aさんの人物像を描く上でも重要な情報です。ほかにも、几帳面な人なのか、周りに気を遣うタイプなのかなど、さまざまな情報が得られます。



すべての行動は人物像を知る手掛かり

・・表情、身なり、話し方、仕草

#### ③ 事実を見極める

　では、Aさんが言う「仕事で失敗ばかりしている」というのはどのくらい事実なのでしょうか？　これを確かめるのには、実際に職場に行ってAさんの様子を観察するのが一番です。しかし、通常の相談ではそこまでできません。次善の方法として、一緒に職場で働いている人の話を聞くという方法があります。その人の話しも事実かどうか確証は持てませんが、少なくともAさんと同じ見方なのか、それともAさんとは違った見方をしているかということはわかります。Aさんとの会話だけから事実を見極める方法もあります。それはなるべく話を具体的に聞くということです。失敗というのはどういう失敗なのか、また、どのくらいの頻度なのか、といったことを、具体的に聞きます。



《具体的に確認する》

いつも失敗

⇒どのような失敗？

　どのくらいの頻度？

#### ④ 照合する

　ここまでで、事実、事実についての本人の言葉、本人の行動、という複数の情報が得られました。こうした複数の情報を照合することで、より正確に相手のことを理解することができるようになります。たとえば、失敗について具体的に聞くと、簡単な字の間違いくらいで、あまり影響がなさそうな失敗であることがわかったとします。それなのに、本人はそのことをとても重大に考えてしまっているのです。とすると、それはまさにAさんのものの見方の特徴を表していることになります。



簡単な字の間違いなのに

こんなに深刻に考えて

しまうんだ・・・

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：キーワードだけで判断しない】 　相談者が「仕事で失敗ばかりしている」と話しているときに、「失敗ばかりしている」というキーワードから「注意の問題」「ADHD？」というふうに連想するかもしれません。試験勉強ならばそれで間に合うかもしれませんが、実地臨床ではそれだけでは通用しません。連想すること自体はよいことですし、いろいろな可能性を連想できればそれにこしたことはありません。大事なのは、それを検証するということです。「失敗ばかりしている」と本人は言っていても、事実はそれほど失敗しておらず、むしろ本人がそういうふうに物事を見てしまっていることが問題ということもあるからです。正しい見立てをするためには、丁寧に検証していくことが唯一の方法なのです。 |

#### ⑤ 問題の強さを確かめる

　さて、どうも、Aさんは小さなことのはずなのに、過大に考えすぎているように思われます。この「考えすぎ」はどの程度のものでしょうか。少し話し合えば修正できる程度なのか、実際に話し合ってみて確かめます。簡単には修正できないようであれば、より専門的な働きかけや薬物治療の助けが必要な状態と判断されます。精神疾患では気持ちにゆとりがなくなり、柔軟な考えができなくなるからです。

面接者：「失敗といっても、誰にでもよくある類のものだから気にしなくていいんじゃないですか？」

Aさん：「そうなんでしょうか・・・迷惑ばっかりかけていて・・」

面接者：「周りの方もそんなに気にしてないと思いますよ」

Aさん：「周りはみんないい方ばかりなんです。私ばっかり仕事ができなくて、みんなに迷惑をかけて・・・」



#### ⑥ 問題の広がりを確認する

　Aさんが抱えている問題がおおよそ明らかになってきたら、その問題がどのくらいの広がりを持ったものであるか確認していきます。広がりというのは、TPO、つまり時間、場所、状況です。これまでその問題がどのように経過してきたか、異なった場所や場面ではどうか、といったことです。たとえば、失敗を深刻に考えるというときに、過去はどうだったか、仕事以外ではどうかといったことを確認します。問題の広がりが大きければ病的な程度も大きいと考えられます。

　逆に、広がりが限定的である場合は、問題が生じる状況に合わせた介入をすることで症状が改善する可能性が高くなります。たとえば、Aさんがもともと完璧主義で、その性質自体はずっと過去から認められていたれども、問題が生じたのは最近のことだけで、過去には問題はなかったとします。つまり、以前は、今と同じく完璧主義の傾向を持ちながらも問題なく生活できていたわけで、それがなぜかがわかれば、なんらかの工夫によってAさんの困難を解消できる可能性があると考えられます。

家庭

職場

人付き合い

過去から現在まで

平日

休日

もともとの性格



訴えの内容

目の前の様子

#### ⑦ 価値観

　さて、Aさんの状況を確認すると、1) もともと完璧主義なところがあった、2) これまでは指示通りに仕事をこなすだけでよかったが、この春から新人の指導を任されることになった、3) 相手の間違いを指摘したりして教えるのが苦手で、つい、自分が代わりにやってあげてしまい、仕事が増えていた、といったことが明らかとなってきました。つまり、責任感が強い性格のところに、責任のある仕事を任せられ、それが裏目に出てしまったようです。ここで、「部下に任せることを覚えましょう」と言ってしまうことはできますが、それがAさんに簡単にできることかどうか、考えておく必要があります。

　たとえば、Aさんがこれまでの人生で、強い責任感を持ち、それを守るための苦労や努力を重ねてきたということがあるかもしれません。そうした苦労や努力を、生活歴を聞く中で確認できれば、さらに理解が深まります。それを大事にしていればいるほど、「部下に任せましょう」と働きかることで、かえって、「自分は責任を果たせない」と、自信を失わせてしまうかもしれません。むしろ、まずは、「責任感を大切にしておられるのですね」と、その価値観を受け止めることが大事です。

相手の価値観を肯定する⇒「受容」



「先輩としてしっかりしなければと考えてしまうのですね。」

　　　　↓　↓　↓

「責任感を大切にしてこられたのですね」  
　　（より肯定的な表現）

### 5) 支援の可能性を見立てる

　どこをどう支援すれば改善するかを検討します。支援によって改善する要因と、なかなか改善しがたい要因とがあるので、それを見分けることが必要です。たとえば、上記のAさんの場合、うつ気分や自責的な面は、病気の症状として、薬などでに治療が必要に見えます。

　「部下に仕事を任せる」といったことも、「なるべく部下に仕事を任せましょう」といった働きかけではなく、具体的に仕事の状況を聞いて、具体的にどの仕事を部下に任せるか相談することができれば、可能かもしれません。一旦、責任のある立場から役割を外してもらうように職場と相談するという方法もあるでしょうが、その場合、本人にその交渉を任せるという方法にするか、あるいは第三者に関わってもらうことができるかなど、検討の余地があります。

　いずれの場合も、本人がどう考えるかということは、まず確認すべきことです。仕事の配慮をしたことで「自分はダメな人間」と自責を強めてしまうこともありますが、それよりも治療や休養を優先することが必要な状態ということもあります。

　このように、支援の可能性は個々のケースでそれぞれ異なるものであり、それまでの経過など、十分に情報を集るとともに、疾患の特徴を踏まえたうえで判断することになります。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：精神疾患の影響は普通に考えられているよりも大きい】 　精神疾患の影響は、考え方や行動の様々な面にまで及びます。そして、それらは病気がよくなって初めて改善するものであり、意志の力や心構えだけでは変わらないものなのです。精神疾患の影響は狭くとらえられてしまって、余計な葛藤がもたらされることがしばしばあります。  ＜意志や心構えと誤解されやすい病気の影響の例＞  □　うつ病で物事を悲観的に見てしまう  □　アルコール依存症で飲酒しすぎてしまう  □　統合失調症で被害的に受け止めてしまう  □　統合失調症で朝、起きれない  □　パーソナリティ障害で自傷してしまう |

### 6) 見立ての検証

　見立ては、あくまでも仮説であり、それが誤りである可能性を念頭に置いておく必要があります。医療では、たとえばうつ病と見立てて治療を始めたが、もしかすると統合失調症かもしれない、そうすると、なにか統合失調症らしい様子が見えた時は治療をどのように変更すればいいか、などと考えながら治療する、といった具合です。相談の場合では、「仕事がつらい」と言っているのに対し、家族が十分にねぎらってくれていないことが大きく影響しているのではないか、と見立てて、家族に会ってみた。すると、実は、非常に協力的な家族だったといった場合もあります。その場合、家族の問題と見立てたのは誤りで、本人の問題、たとえば精神疾患の評価が不十分だったかもしれないと、検討しなおします。

### 7) 精神科医療の必要性

　見立ての中でも、精神科医療の必要性を見極めることは、精神保健相談では最も多く必要となるものです。多くの場合、本人が受診したいかどうかという意志に委ねて構いませんが、強く受診を勧めた方がよい場合もあります。それは、a) 精神症状があって、b) ① 苦痛が大きい、② 社会生活・職業生活や身体面への支障が大きい、③ 症状が長く続いている、のいずれかに当てはまる場合です。嫌なことがあって落ち込むということは誰にでもあることですが、それだけで治療が必要というわけではありません。しかし、そのために仕事が手につかない、食欲がなく痩せてくるといったふうに支障が大きい場合や、そうした症状が1か月以上続くなど長引く場合は、より病気の要素が疑われますので、受診を勧めます。

医療の必要性

a) 精神症状があって、

b) ① 苦痛が大きい

　 ② 社会生活・職業生活や身体面への支障が大きい

　 ③ 症状が長く続き、よくなっていかない



### 8) 自殺の危険性

　精神科医療を強く勧める場合の一つとして、自殺の危険性が高い場合が挙げられます。「死にたい」といった自殺に関する言葉は、ときには冗談として話されることもありますが、ある程度の真剣さをもって話される場合は、自殺の危険性が高いと考えるべきです。「死にたい」という訴えがあるときは、必ず、『具体的な手段を考えたり準備をしたりしているか』について確認します。具体的である場合は、たとえ冗談っぽく話したとしても意志がはっきりしている可能性が高いですので、その場で受診先に予約を取ってしまうなど、できるだけ確実に受診できるようにするとともに、家族に付き添いを頼むなど、安全の確保を講じなければなりません。また、「死にたい」という気持ちの背景としてなんらかのつらさを抱えているので、そのつらいことについて受け止めることは大切です。それは、自殺の危険性が低いと思われる場合でも同様です。

（自殺のリスク）

|  |
| --- |
| 生活面の状況 |
| □　喪失体験：身近な人を亡くす、近親者の自殺歴や自殺未遂歴  □　生活の問題：失業、多額の借金、生活苦、訴訟、過重労働、介護負担  □　被害体験：いじめ、暴力等  □　サポートの不足：離別、孤立  □　重大な病気：心身の重大な病気 |
| 心理行動面の状況 |
| ◎　心理：絶望感、希死念慮、衝動的な気持ち  □　健康：2週間以上続く不眠、心理的な症状に伴う食欲低下・体重減少  □　行動：自殺未遂、事故を顧みない行動、健康を損ねる行動（多量の飲酒など）  ◎　自殺の準備状況：自殺の計画、生命保険、遺書、手段の準備（購入・下見など） |

・この表に挙げたような兆候が見られた時は、自殺のリスクが高まっている状態（黄信号）として注意し、「死にたい気持ち」についても確認する。

・◎は自殺の切迫度を評価する上で特に重要（赤信号）



苦痛が大きい

仕事に支障

身体状態の悪化

自殺の危険性



確実に受診！

安全の確保！

### 9) 見立ての実際～支援可能性・支援ポイントの見立て

（5歳の男の子を持つ母親の相談）

　5歳の男の子を持つ母親（Aさん）の相談。「子どもにうまく接することができない。何か言うと子どもがすぐに反発する。それを聞くと自分の気持ちが抑えられなくなり、怒鳴ったり、ときには手を挙げてしまうこともある。今では、子どもが触ってくるだけで嫌になる。子どもの反発の仕方を聞いていると、自分の悪いところが移ったのではないかと思い、自分を責めてしまう。夫にはあまり反発することがなく、夫に相談すると、私の接し方について「叱っているのではなく怒りをぶつけているだけだ」と言われる。確かにそうだと思うが、自分ではどうにもできない。」

（どのように見立てていくか？）

　可能性がある問題を考え、その一つ一つについて検証します。

a) 「行動上の問題が軽微である場合」

　Aさんの場合、夫からの指摘もあるので、子育て行動に何か問題があると考えられますが、実際には、必ずしも問題がない、もしくはあったとしても軽微であるという場合があります。具体的なAさんの行動について本人や、できれば夫からも情報を得るとよいでしょう。そうやって確かめると、実際の行動上の問題は軽微で、ほとんど問題とならない程度ということもあります。その場合は、Aさんが自分の子育てに不安を抱いている、ということが問題の本質、ということになります。

b) 「Aさんの精神状態の問題」

（生活全般に影響する精神疾患）

　Aさんの話からは、気持ちが抑えられない、および自分を責めてしまうという症状がうかがわれます。これらが出てくるのがどういう場合なのか確認します。この子どもに対するときだけなのか、あるいはその他の社会生活の様々な場面でもそうなのか、またそれがいつごろからどのように生じてきたかなどです。また、相談場面での様子から気持ちが不安定になりやすい、あるいは自分を責めたり、気持ちが落ち込んだりするような特徴が見られたか、見られたとしたら、それは子どもの話をするときに限られていたか、といったことで評価します。もし、気持ちの不安定さが子どもに対する場合意外の生活の場面でもしばしば出てくるようであれば、うつ病など、より治療の優先度の高い状態が考えられます。

（影響の範囲が限定した精神的な問題）

　一方、影響が養育場面におおよそ限定されていると思われる場合も、精神的な問題に基づく婆があります。たとえば自身が幼少時に虐待を受けた経験を持つような場合です。そうした場合、親モデルの習得ができていない、過去の心的外傷体験から対人関係に不安が強く子どもと適切な距離が持てない、などから、養育が不適切になることがあります。本人が必ずしも過去の出来事と今の自分の状態とを結び付けて認識しているとは限りませんので、こちら側がそういうことを念頭に本人の幼少時の話などを聞く必要があります。

　なお、虐待経験などは、Aさんの子育て行動の問題として影響する場合もありますし、a)のように子育てに対する不安として現れることもあります。

c) 子どもの側の問題

　子どもの方に問題があることもあります。たとえば、発達障害などの場合です。父親は上手に対応できているということではありますが、父親が格別に障害を持つ子供に対しても上手に対応できるのかもしれませんし、ADHD（注意欠陥多動性障害）などでは、力がある父親の前ではおとなしいが、力の弱い母親の前では余計に衝動性が顕著になる、といったこともあります。そのため幼稚園や保育園ではどうかといった情報も必要です。できれば、子どもを直接観察し、また母子が一緒にいる場面を観察すれば、問題の所在がより明確になるでしょう。

d) 「夫との関係の問題」

　夫との関係が影響していることもあります。たとえば、共働きであるが、夫は仕事に専念していて母親に負担が過重となっているといった場合、あるいは「子どもの養育は母親の責任」と責任が加重となっている場合などです。あるいは、本当の主訴が「子どもへの接し方」ではなく、「夫の無理解」であるという場合もあります。実際、上記の話は本人からのものですが、少なくとも本人としてはあまり夫がサポートにまわっていないと感じているようです。その場合は、子どもへの接し方を相談するだけでは問題は解決しません。

e) 方針を考える

　このように見ていくと、本人と子どもの関係について、客観的に評価する場が必要なように思われます。また、本人の精神症状について、どの程度であるか確かめることが必要で、その中には投薬等の治療を試みながら確かめるという方法もあります。さらに、夫から話を聞くことができれば、夫の目から見た本人や子供についての情報とともに、夫がどういう人物かという点も評価できるでしょう。

　これらはどれか一つというわけでなく、複数の要因があり、しかもお互いに関連し合っていることも少なくありません。どの要因がどのくらい影響していて、どのようにそれぞれが相互に関連し合っているかといったことまで見極めることができればよいのですが、そうしたことは、支援を進めながら明らかになってくるものかもしれません。もしかすると、本人への治療で多くの部分が解決するかもしれないし、それだけでは解決せず、養育のサポート、夫への助言なども必要になるかもしれません。また、それだけでは足りず、そのほか、本人や夫の両親などがサポートを提供できそうかといった点も検討します。もちろん、虐待が明らかな場合には、子どもの保護を念頭においた対応を検討しておく必要もあります。

　もしも、こうした見立てを怠って、通り一遍の養育指導をしただけであれば、まったく無効であるばかりか、母親の自責感をさらに強めてしまいかねません。

## (5) 気持ちと行動の支援

　相談者が抱える問題と支援の可能性についての見立てをもとに、相談者に対する働きかけを行います。相談でできる支援としては、① 問題解決に向けた気持ちを支援する、② 医療機関への受診や福祉サービスなどの支援に結び付ける、③ 問題解決に向けた検討や行動を支援する、という３つが挙げられます。

### 1) 気持ちを支える・受容する

　気持ちを受け止めるということは、最初の方でも述べたとおり、どのような相談の場合でも、まず基本となることです。あまりコメントせずに、相手の気持ちに添って、適宜、相槌を打ちながら話を聞くということで、これによって相談者が話しやすくなります。しかし、働きかけを行う場合には、もう少し積極的に相手の気持ちを肯定し受容することが必要です。問題に前向きに取り組む気持ちを持つためには、まずは、相談者が、一旦、自分が置かれた状況をありのままに受容する必要があります。そのためには、自分の気持ちをしっかり理解して受け止めてもらう、つまり受容してもらうことが必要なのです。

　たとえば、「自分が大変な仕事をしているのに周りが認めてくれない」と訴える場合を考えてみましょう。「周りが認めてくれない」というのは事実かもしれないし、事実ではなく、実際には「大変だなあ」と思ってくれているかもしれません。実際のところはどうであれ、「周りが認めてくれない」と相談者が感じ、つらく思っていることは事実です。一方で、そうした不満がかえって周囲との対人関係にマイナスの影響を与えているということもしばしばあることです。

　このような場合、相談員としては、「相談者がもう少し前向きに物事を捉えてくれればいいのに」と感じることでしょう。しかし、「もっと前向きに考えたら？」などと助言することは、相談者にとっては「自分のことをわかってもらえなかった」と、自分の気持ちを否定されたように受け止められ、逆効果です。相談員が心掛けなければいけないのは、こうした否定的な気持ちも含めて、相談者の気持ちを受容するということです。相談者が「周りから認めてもらえない」と感じているのには、なにか理由があるものです。たとえば、人目につかないところで遅くまで残業して仕事を間に合わせていたとか、他人のミスをそっと気づかれないようにカバーしてあげたとか、いろんな苦労や思いがあるのかもしれません。そうした理由がわかれば、そうした苦労や努力を受け止め、「周りが認めてくれないと感じるのももっともだ」と言ってあげることができるかもしれませんし、今の時点ではわからなくとも、いずれは明らかになると考えて、今の気持ちを肯定してあげることもできるでしょう。そのように気持ちを受容されて初めて、相談者は「自分のことを理解してもらえた」と感じ、前向きに取り組む気持ち持つことができるようになるのです。



不満に支配されていると前向きになれない

気持ちを受け止めることが前向きな気持ちを引き出す

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：受け入れること・良い点を見つけること（是認）】 　皆さんが同僚から「自分は大変な仕事をしているのに周りは誰もわかってくれない」と言われたらどう感じるでしょうか？　同情する場合もあるでしょうが、「私だって大変なのに、『自分だけ大変』というのは違うんじゃないの？」と思う場合もあるかもしれません。相談の場面でも、いろいろな気持ちが出てくるものです。そんなときでも、ちょっと我慢して、相手の気持ちをわかろうと努力するように心がけましょう。一見、『違うんじゃないの？』と見えてしまうようなことでも、なぜそういう気持ちに至ったか、背景をたどっていくと、必ずそれなりの事情があるものですし、また、本人なりに努力している様子もわかってくるものです（ストレングス／下記）。もちろん、なかなか理解できない、という場合も多々あるでしょうが、少なくとも、理解するように努力するということは必要ですし、理解できなかったとしても『何か事情があるものだ』と心に留めながら見る習慣をつけるようにしましょう。  　相手を受け入れ、理解しようとするということは、実は、相談員自身にとってもメリットのあることなのです。相談員も人間であり、できれば話していて気持ちのいい相手と話したいものです。相談者に対して否定的な見方をしている限り、居心地の悪い相手と話しを続けることになってしまいますが、相談者に対して肯定的な見方ができれば、相談員も前向きに相談に臨みやすくなるからです。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【スキルアップのポイント：物事には両面がある～好ましくないと感じられることも受け止める】 　相談者の話を聞いていると、考え方で損をしているなと感じることがしばしばあるでしょう。必要以上に自分を責めたり、逆に他人を責めすぎたり、完璧主義になりすぎていたり、投げやりになりすぎていたり、他人に気を遣いすぎていたり、逆に他人を受け入れなさすぎていたりといったことです。「もう少し鷹揚に考えれば・・」「全部できなくてもできることからやればいいのに・・」「みんなはそんなに悪く思っていないと思うな・・」などと言いたくなるかもしれません。そういうときも、少し我慢をして、「そういうふうに考えてしまうんですね」と受け止めることを忘れてはいけません。なぜならば、もしそこで、「そういう考えは間違っている」と言ってしまうと、相談者は自信を失ってしまいます。  　「そういうふうに考えてしまうんですね」と受け止めることには、そうやって気持ちや考えを言葉にすることによって、相談者自身が自分の気持ちや考えを客観的に見つめなおす助けになります。「ほかの考え方もあるよ」ということは、その後、伝えればよいのです。  　完璧主義も、投げやりさも、その程度や状況によってはプラスの結果を生むこともあります。多くの物事にはこうしたプラスとマイナスの両面があるもので、プラスの面を見つけることは、すなわち、その人の強み（ストレングス）を引き出すことにつながります。  （プラスの面とマイナスの面の例）   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | プラス | マイナス | | 責任感が強い | 周りが助けられる  自信を持てる | 周りが窮屈に感じる  自分を追い詰めやすい | | おおざっぱ | 細かいことにとらわれない | 仕事が雑でフォローが必要 | | 気を遣う | 周りが安心できる | 傷つけられやすいので気を遣ってしまっている | |

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：症状や障害の「受容」を支援する】 　医療にも限界があります。疾患によっては、心身の慢性的な疾患や障害を抱えつつ、生きていかなければならないことも少なくありません。そのとき、疾患や症状や障害の「受容」を促し、その上で、その人自身の人生の意義を見つけていくことを支援する必要があります。たとえば、自らの腕に誇りを持って生きてきた職人が、脳梗塞で手が不自由になってしまったとき、「職人は腕が命」という、これまで培ってきた信念は通用しなくなります。そうした信念を見つめ直し、障害を受容し、より前向きに人生に取り組むこと～たとえば後進の教育に力を注ぐ～ができるように支援します。このような支援においても、支援者は「病気を受け入れなさい」と指示するわけではありません。一緒に病気に向き合い、その向き合う姿勢を支えることで、本人が自ら「受容」を学び取っていきます。支援者は柔軟な価値観を身に付け、もしくは多様な価値観を受容する力量を持つことで、こうした作業を支えることができます。 |

#### ☆　受け入れてはいけないこと

　相手の気持ちを理解するということは大切なことですが、受け入れてはいけないこともあります。周りに迷惑をかける行為、悪意のある嘘、ごまかし、無礼、あざけり、意図的な無視、など、世の中の常識に従って、受け入れることができないこと、受け入れてはいけないことです。気持ちを理解するにしても、「気持ちを知る」にとどめ、「承認」してはいけません。「相手が嫌がらせをしてくるから自分も仕返しをする」といったような場合、「嫌がらせをされてつらい」とか「だから仕返しをしてやりたい気持ちだ」といったところまでは理解しても構わないかもしれませんが、「仕返しをしてよい」というサインを与えてはいけませんし、むしろ「ダメ」と伝えるべきです。

　なにを受け入れ、なにを受け入れないかについて、境目の意識をはっきり持ち、メリハリをつけた対応をする必要があります。境目といっても、目に見えるものではありませんので、得てして曖昧になってしまいがちです。たとえば、「私はこんなにつらい目に合っているのだから、このくらい許されていいのではないか？」といった気持ちを持ってしまうのは自然なことです。しかし、こちらとしてはそういう融通をしないほうが、「境目」が明確になって、相手側もすっきりとします。たとえば、身近なところでは、相談の予約時間に遅刻してきたというようなときは、「○時からの約束だったので、△時□分までしか時間が取れません」といったことを伝えてもよいのです。



世の中で受け入れ

られる行動か？

### 2) 心理教育

　相談者へ専門的な立場から情報を提供します。精神保健医療の場合、病気についての理解や病気との付き合い方、病気をかかえながら社会生活を営む方法などについて教えることで、これを心理教育と言います。

　心理教育では、正しい情報を伝えること、および相談者が理解する、納得するということが重要です。ときには「わかっていないこと」「不確かであること」も伝える必要がありますが、そうした場合は、「この点はわからない」などと伝えればよいでしょう。

　相談者が理解する、納得する、ということはさらに大切です。「正しい情報を伝えれば十分」「事実は事実なのだから素直に受け入れるべきだ」といった考えではいけません。情報を伝える→どのように理解したかや疑問を聞く→（共感する→）情報を伝える→さらに疑問を聞く、というように、コミュニケーションを繰り返しながら理解を深めていくようにします。

#### ☆受診を進める

　相談場面での心理教育としては、精神科等への受診の必要性を伝えるということがあげられます。相談場面で受診を勧めるにあたっては、診断がつく前ですので、「あなたはうつ病だから受診が必要」といった言い方をしてはいけません。観察された気持ちの変化や行動について、病気の症状である可能性を指摘します。「気持ちの落ち込みが続いて食欲もなくて痩せてきているようですね。うつ病などの精神疾患でもしばしばそうしたことがありますから、専門家に見てもらうのがよいでしょう。」などです。

　病気かもしれないと指摘することは、単なるレッテル張りではありません。「自分には仕事の能力がない」と悲観している人に、「それはもしかすると病気の症状でそうなっているのかもしれません。その場合、多くは治療によって回復します。」と伝えることが本人の救いになることもあるでしょう。ですので、どのような治療があるか、治療することによってどのように変わる可能性があるかといったことも伝えるとよいでしょう。治療についての疑問や不安に答えながら、できるだけこれらを解消するよう心がけて対応します。

　受診に消極的な場合、客観的に治療の必要性がそれほど高くない場合は、あえて強くは受診を勧めないでとどめることもよいでしょう。しかし、症状が悪化したとき、あるいは長引くときに早めに受診できるような準備をしておくことは必要です。「『ときどき仕事を休むようになった』『死にたい気持ちが出てきた』『気晴らしをする元気もなくなってきた』といったときには受診する」、というように、相談者の実情に合わせて、何を目安にするか相談します。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：「病識」を理解する】 　精神疾患では「病識欠如」が問題となることがあります。医学的には病気の状態であるのに、本人は「自分は病気ではない」というような場合です。一部の精神疾患では病識欠如が問題になりやすいのですが、病識欠如には、３つの背景があり、それらに配慮することで、適切に対応することができます。  　第１は、そもそも病気というものを知らない、あるいは病気について教えてもらっていない、ということがあります。この場合は、治療教育と言って、病気についての説明、つまりどういう病気で、それによってどういう症状が出てくるか、どのように治療して良くなるかといったことを、なるべくご本人の症状に即して説明することが有用です。第２は、病気の特徴に由来するもので、物事を把握する力が損なわれている、つまり認知障害という側面です。これは病気が脳に作用してもたらすものであり、薬物療法などの治療によって改善します。病識欠如の第３の背景は、否認という側面です。自分が精神疾患であると認識することは、自尊感を損ねるもので、実際、病識の改善に伴ってしばしば抑うつ的になることが知られています。この場合、「あなたは病気だ」と決めつけ、説得しようとすることはかえって逆効果です。病識の獲得のためには、それと並行して、自信を回復するという働きかけが大切です。  　病識を持つということは治療の前提である、つまり「自分が病気ということがわかって初めて治療が始められる」といったふうに考えられがちです。しかし、現実的には、病気ということがわからなくとも、何か困ったことがあってそれを解決したいという気持ちは持っているもので、そうした理由で治療に取り組み、症状の改善や自信の回復に伴って病識も徐々に回復してくるということが多いものです。 |

### 3) 両価的な相談者への対応～動機づけ面接

　両価的、というのは、相反する２つの気持ちを併せ持つことを言います。「受診は必要だと思うけれども、面倒に感じる」などです。私たちは誰しも多かれ少なかれこうした両価的な気持ちを持っています。こうした場合、気持ちが一方に傾いているときには、背中を押してあげる、つまり、その傾いた気持ちを促してあげることが有効でしょう。一方、「宿題をやらなければいけないのはわかっているが、気が乗らない」といったふうに、回避的な気持ちが強い場合、「勉強しなさい！」「いつまでゲームやっているの！」といった叱責、説得や強制はかえって逆効果となります。行動を強制されるということは束縛感を感じ不快なものですが、ためらいを多く感じる行動については、強制される不快感をより感じやすくなるからです。ときには、支援者が全く強制の意図を持たないで話す言葉、たとえば、「治療を受けてみてはという気持ちもあるのですね、よいことですね。」といった言葉であっても、「治療を受けてもらいたい」という支援者の意図を受け取り、それをプレッシャーと、あるいは強制と、感じてしまうこともあるのです。このように、批判、説得、押し付け、警告、といったことは禁物で、ときには、助言や誉めることも逆効果となることがあります（「２(1) 受け止める」参照）。

　特に、依存症では、こうした両価性がしばしば見られ、それに対応するために「動機づけ面接」の手法が用いられます。その基本に用いられるのが「聞き返し」という応答の仕方です。これは、相談員の価値判断や是非の判断をまじえることなく、相手の言葉をそのまま繰り返すものです。こうすることで、動機の芽を摘み取らないように最大限の配慮ができます。ただし、まったく相手の言葉をそっくりそのまま返すだけではありません。「受診が必要だと思っているけれども、なんだか面倒に感じるのですね」など、両価的な気持ちを浮かび上がらせるような返し方（双方向の聞き返し）もまじえます。そうやって、相談者が自分自身の気持ちを、より公平に見つめることを助けます。

　このように、配慮した応答によって、動機づけの言葉が相談者本人の口から出やすくなります。動機づけ面接は、まさに、この、「動機づけの言葉を本人の口から出す」ことが狙いで、そのことが、本人の動機づけを高める作用を持つのです。動機づけ面接は、いわば、「本人が自分を動機づけするのを助ける」面接といえます。そして、支援者は、本人の動機づけの高まりを見極め、本人の気持ちを整理して伝え返した後、「今、悩みを解決するのにどんなことができるでしょう？」と、行動への一歩へと誘います。



宿題やらなきゃなあ・・

面倒だなあ・・

さっさと宿題やりなさい！！



宿題やらなきゃなあ、と思うけど、

面倒だなあ、とも思うのね・・

### 4) 問題解決に向けた支援

　心の問題は生活の問題と密接に関わっています。生活の様々なストレスが心の健康に影響するということと同時に、心の不調のために適切な行動がとれなくなり、社会生活に影響するということがあります。すなわち、心の不調と、社会生活への影響が、お互いに悪循環を繰り返すのです。病気をよくしていくためには、医療（薬物療法）による改善と合わせて、より適切な行動をとれるように支援することも必要です。こうした働きかけを心理社会的治療と呼ぶこともあります。

　本人への支援の方法の一つとして、認知行動療法が挙げられます。うつ病などに対する治療として医療機関で実施されていますが、健康教育など、保健の領域で認知行動療法を応用することもできるでしょう。たとえばアルコール依存症予防のための節酒指導などのほか、その他の相談の場面でも、認知行動療法の手法を応用することはできます。

　認知行動療法というのは、なにかの行動を起こす時に、その行動のきっかけとなるものの感じ方や気持ちに気づき、そこを少し修正することで、より社会に適応するような行動がとれるようにする、というものです。たとえば、「自分が大変な仕事をしているのに周りが認めてくれない」という場合に、周りに不満をぶつけてばかりいると、周りの人も敬遠してしまいます。逆に、周りの人たちとの関係をよくすることができれば、自分の大変さを理解してもらえるかもしれません。

　あるいは、「周りから認められていない」と感じた経験を振り返り、客観的に見つめなおすということもします。そうすると、たとえば、同僚同士が笑いながら会話しているといった、本当はあまり深い意味がないような状況について、「自分をのけ者にしている」といったふうに深刻に受け止めてしまっていた、といったことが見えてきます。そうしたもののとらえ方（認知）を修正するとともに、より周りの人に受け入れられやすい行動、たとえば、簡単なあいさつをするとか、「なんの話？」と穏やかに聞いてみるとかいった行動をとれるように変えていきます。

社会生活



精神疾患

（脳の病気）

心

行動



医療

相談・支援

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：気の持ちようや心がけだけでは治らない？～認知行動療法の理解】 　「精神疾患は病気だから、気の持ちようや心がけだけで治るものではありません。治療が必要です。」といったことが言われます。では、認知行動療法は「気の持ちようや心がけ」とは違うのでしょうか？  　一般的には「気の持ちようや心がけ」と言われるのは、「我慢強くなる」「精神力を高める」といった、いわば自分の力で自分の心を根本から変えてしまうというイメージです。こうした意味では、「気の持ちようや心がけだけで治す」ことは極めて困難です。  　認知行動療法では、より具体的な日常の経験について、その時の気持ちを客観的に見つめ、余裕を持って考えることができることを目指します。また、それを具体的な行動に結びつけることによって、考え方の違いによる効果を実感しやすいという点も特徴です。 |

### 5) 集団支援と個別支援

　支援の方法として、集団で支援する方法があります。疾病教室、家族教室などです。内容は、病気についての理解や病気との付き合い方、病気をかかえながら社会生活を営む方法、病気を持つ家族の支え方（家族教室）など、いわゆる心理教育です。① 個別に実施するよりも省力化できる、② 最初からある程度、動機づけの出来た人が参加するので実施しやすいなどの実施側の利点のほかに、③ 参加者同士の体験交流によって、より内容に実感を持つことができる、といった参加者側の利点もあります。

　①、②については、参加者にとっては欠点となることもあります。① 集団で同一の内容に取り組むため、すべての参加者に適した内容にはならないことがあります。そのため「自分の場合は違う」ということで、参加の意欲が低くなるかもしれません。② 病気としての理解が乏しかったり、自分を変えようとする意欲が乏しかったりする場合には、参加に消極的であったり、そもそも参加しないかもしれません。なお、①については、個別の課題を設定する、個別支援と併用する、などでカバーすることはできます。

### 6) 訪問支援

#### 訪問支援の適応と効果

　訪問支援を行うのは、何らかの理由によって来所が難しい場合、および、訪問支援による効果を期待する場合です。来所が難しい場合としては、対人不安などで外出が難しい場合、ひきこもっていて家族が相談に来ていた場合などが挙げられるでしょう。また、訪問支援による効果としては、生活の場に即した支援ということが挙げられます。家庭内での具体的な生活状況を知り、それに基づいた支援を行うことができます。食事や日中の活動、買い物、近所づきあい、病気の症状への対応など、普段、どのようなことで困っているかを具体的に知ることができるからです。

#### 注意すべき点

① プライベートな空間に立ち入るということ

　自宅というのはプライベートな空間であり、訪問するということはプライバシーに立ち入るということを意味します。そこで大きく影響を受けるのが、支援者と対象者の対人関係です。空間というのは、心理的な距離に影響するものだからです。プライベートな空間は、その人にとってのいわば安全地帯ですから、プライバシーを侵されたくないという人にとっては訪問は脅威となるでしょう。逆に、プライベートな空間に入ることで、心理的な距離が近くなり、親密さが得られるという面もあります。もちろん親密になればよいというものではなく、親密になりすぎるのもリスクになります。こうした、空間の特徴に応じて、言葉遣いや振る舞い方など、距離の取り方をアレンジする必要があります。

② 主客

　相談室と違って、訪問では主客の立場も部分的に変化します。来所ではその場を仕切るのは相談員になりますが、訪問ではそこの居住者である相談者がその場を仕切る、というのが当然の感覚です。少なくとも、当面は、「家に上げてもらう」という意識で、相手を主役とし、「相手のペース」で訪問を行う必要があるでしょう。

③ 訪問が対象者からの要請によるものでない場合

　訪問が、訪問の対象者からの要請に基づくものではない場合があります。たとえば、ひきこもっている方の親からの要請で訪問する場合などです。もちろん、本人の同意なしに訪問するわけではなく、事前に親から訪問について話してもらい、本人の同意を取ったうえでの訪問となりますが、積極的に同意していることもあれば、消極的にしぶしぶ同意しているということもあります。

　このような場合、訪問の目的、つまり「何のために訪問するか？」「訪問して何をするか？」といったことも明確ではないでしょう。ですので、最初は、支援者との友好的な対人関係を構築し、訪問についての本人の積極的な気持ちを引き出すとともに、訪問の目的について合意していく作業が必要で、それが何か月も続くということもあり得ます。

　支援者との対人関係については、たとえば、対象者と家族とが不仲であった場合、家族に向けられた敵意が、そのまま支援者に向けられてしまう、つまり、家族の共謀者とされてしまう、ということもあります。支援者はそうした対人関係を鋭敏に読み取り、自分の立ち位置を調節しなければなりません。

# ３．連携

## (1) 連携のあり方

　相談機関の役割として、連携するということは非常に大きな位置を占めます。相談者が抱えている問題が一つだけで、一つの支援機関による支援で済む場合は、連携が問題になることはないでしょう。しかし、複数の支援機関が関わる場合は、支援機関の間での連携が必要になります。たとえば、相談者がうつ状態を呈していたために、精神科の受診を勧めたとします。ところが、実は、介護の負担が大きい、あるいは多額の借金がある、といった問題を抱えていて、それがうつ状態を悪化させていたということがあるかもしれません。そうした問題に手を付けずに、ただ受診を勧めてしまうと、むしろ、負担が大きくて必要性が高い場合の方が受診に結び付きにくかったりします。したがって、各相談機関が次のような対応ができるようになる必要があります。

① どの相談機関でも問題の全体像を把握することができる

② 適切な支援機関を紹介する

③ 支援機関の間で適切な情報交換を行い、支援のあり方を調節することができる

　これらの反対を考えるとその意義が分かります。

× ① 自分が担当する領域の問題しか把握しない

× ② 「うちでは扱っていない」とだけ言って終わりにする

× ③ ほかに問題があっても、その問題の担当機関に任せきりにし、関わらない

　適切に連携を行うためには、機関間ないし部署間の意思疎通を図るための会議や、個人情報保護に配慮した情報交換のしくみなど、連携を支えるシステムも必要になります。



金銭

介護

仕事

家庭

支援機関と

連携する

抱える問題の全体像を把握する

## (2) 精神科医療との連携

　精神科医療との連携としては、精神疾患が疑われる人に受診を勧める場合のほか、精神科に受診している人への社会適応支援や、生活相談、療養相談などがあります。受診している方の場合は、医療機関が支援の中心になり、相談機関の役割は限定的になります。精神疾患の治療は、病名で一義的に決まるものではなく、それぞれの方の特徴や病状に応じて、対応や指導の方針が異なります。たとえば、病気や薬の説明を行うにしても、それぞれに配慮すべき点があり、同じ疾患、同じ薬であっても、それぞれ説明が異なるものです。医療機関と相談機関とで言っていることが食い違ったりすると、そのことが病気の悪化のきっかけになったり、受療意欲を損ねてしまったりすることがあるので、十分に注意し、医療機関と連携するようにします。

　通っている医療機関から転院したいというような場合も注意が必要です。特に、「受療中の医療機関と合わないから」といった場合です。精神疾患は回復に時間がかかる上、副作用の出現も予測が難しい場合が少なくありません。相談機関の役割としては医療機関と本人との信頼関係を支援するという点に重きを置きますので、治療への不安や現在の生活で心配に思っている点などを聞き、転院したいと思うに至った背景も探りながら対応します。その中で、場合によっては、他の医療機関については紹介せず、現在の主治医との相談を促すといった指導もあり得るのです。



信頼・協力関係

を援助する

## (3) 医療機関だけでは対応が不十分な精神疾患

　精神疾患の中には、医療機関における対応だけでは不十分な場合があります。これらは、医療機関にかかっている場合であっても、相談機関や自助グループなどが関わることが多くなります。

　精神疾患は、「脳の病気」－「心と行動の症状」－「社会生活の問題」が悪循環を繰り返す、という特徴があります。医療機関では薬物療法による脳の病気への治療が中心になりますが、病気の種類によっては薬物療法の効果が小さい、または適切な薬物がないという場合があります。たとえば、アルコール依存症は、依存症そのものへの薬物の効果は極めて限られており、一方、飲酒という行動は脳にダメージを与えて病気を悪化させますので、断酒することによって進行を予防することができます。また、パーソナリティ障害も薬物治療の効果は限定的で、社会に受け入れられない行動を繰り返すことで、社会から受け入れられなくなり、そのことが病気を悪化させます。ですので、社会生活や行動を修正することが治療に少なからず寄与します。いずれの場合も、医療の体制がさらに整えられれば医療機関で対応できる範囲が広がると思われますが、現在のところは、医療的な部分も自助グループなどによって支えられている状況です。

社会生活



精神疾患

（脳の病気）

心

行動



医療

（薬物療法）

相談・支援

自助グループ

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：自助グループへの参加は治療か？～リカバリについて】 　アルコール依存症からの回復では自助グループの役割が大きいのが現状です。では、自助グループに参加するというのは「治療」なのでしょうか？　この点を理解するためには『実証性』と『治療と回復（リカバリ）』というキーワードを理解する必要があります。  **＜実証性＞**  　まず、医療として行われる治療については、必ず「どのくらい効果があるか」ということが実証された方法が用いられます。二重盲検法という手法を使って、治療した群と、治療しなかった、またはほかの治療法を使った群とを厳密な条件のもとで比較してその効果を確かめます。薬物療法にせよ認知行動療法にせよ、こうした実証作業が行われて、初めて治療として用いられるのです。一方、自助グループについては、一部ではこうした実証作業が行われ始めているものの、ほとんどは不十分な状態です。  **＜治療と回復（リカバリ）＞**  　そもそも、本質的な意味において、自助グループは治療とは異なります。それは目指すものが違うという点です。治療は主に症状の改善を目指すものですが、自助グループが目指すのは、「自らの人生の目標に向かって取り組む」という『リカバリ』と呼ばれるものです。治療が症状という、いわばマイナス面に焦点を当てるのに対し、リカバリはよりプラスの面に焦点を当てていると言ってもよいでしょう。リカバリの実現においても症状とどう付き合うかということは含まれますが、それは目標実現のための一要素なのです。  　たとえば、統合失調症では、幻聴や妄想といった症状と向き合いつつ、よりよい生活を目指します。医療は、薬物療法によって幻聴や妄想を和らげることが主ですが、慢性的な症状に対してはリハビリテーションとして、症状と付き合いながら生活を送る支援をしますので、自助グループと目的が重なります。これをアルコール依存症にあてはめると、飲酒欲求、あるいはお酒の失敗と向き合いつつ、自分の生活を取り戻すということで、その手段として断酒があります。今のところ、飲酒欲求をきちんと治療できる薬物療法はないため、医療の目的はほぼ自助グループと共通することになります。  　ただ、これを医療の側から、「自助グループへの参加が依存症の治療」と言ってしまうと、「強制的にでも自助グループに参加させれば？」という話が出てきてしまうかもしれません。しかし、自助グループの本質を考えると、これはそこからはずれた議論であることがわかります。 |

## (4) ケア会議

　複数の機関が関わるような場合は、関係機関が集まって支援の方針を検討し合うための、ケア会議を開きます。たとえば母子家庭で、子どもに発達障害が疑われるが、母親が情緒不安定となって精神科に通院中であり、子どもに十分に関わることができないといった場合です。子どもの支援、母親の支援、生活の支援など複数の機関と、できれば母親本人も参加して、一緒に話し合います。

　ケア会議を開くことによって、協力して支援する体制を整えることができ、母親本人に安心感を与えることができるとともに、関係機関どうしが連絡しやすくなり、よりスムーズで効果的な支援ができるようになります。また、話し合いによって新たな打開策が見つかるかもしれません。

# ４．家族相談

## (1) 家族相談の特徴

　通常の相談では、来所した相談者、相談員の２者の関係の下で相談を進めますが、家族相談では、来所した家族、想定される相談対象者、相談員の３者がメンバーとなるので、それぞれの関係を検討しながら相談を進める必要があります。基本的には来所している家族が支援対象であり、相談対象者への介入・支援は、本人と会ってから考えることになります。

#### ① 来所した家族自身への支援

　まずは、来所した家族との２者の関係となるので、通常の相談と同じく、家族自身が抱える問題についての相談として扱います。「家族に精神的な問題を持つと思われる対象者がいる」という悩みと言ってもいいでしょう。そして、「（来所している）家族に対する支援」が相談の目的になります。「子供（相談対象者）がひきこもっていて、ちょっとしたことで怒り出すので、腫物のように扱っている」といった場合です。もちろん、子供の様子が変わってくれれば解決するのかもしれませんが、まずは、そういう状況でどのようにストレスを少なく過ごせるか、というところが焦点になります。これは、たとえば、「職場の上司が怒りっぽくてびくびくしながら仕事をしている」という相談と同じで、そうした上司の下でストレスを少なくするにはどうしたらいいか、ということを相談するわけです。

　家族への支援としては、対象者にどのように接すればよいかということの助言が挙げられます。ただし、それはあくまでも家族との関係をよくすることが目的であり、本人を変えること、たとえば「ひきこもっている対象者が働きに行くようにする」ことが目的ではありません。そのほかの支援としては、家族自身が精神的な不調をきたしている場合もありますし、対象者を巡る夫婦間の意見の対立、経済的な問題などを抱えていることもあるので、そうした面も支援の対象です。いくつかの研究で、ひきこもりや精神疾患の方の家族はストレスが多く、家族自身が精神的な不調をきたしていることがしばしばあることがわかっていますので、家族自身への支援ニーズは高いのです。

#### ② 相談対象者への支援のための相談

　支援は原則的に来所した家族への支援ですが、家族としては「子供が精神疾患らしいから受診させたい」といったことで相談に来ることが多いでしょう。職場でも、「同僚がうつ病っぽいから受診させたい」といった状況があるかもしれません。この場合、対象者への介入の多くは、対象者と直接会って、本人と相談しながら決めていくことが原則です。ですので、あくまでも相談や受診といったところまでの介入となります。家族としては「子供を入院させたい」「働きに行くようにしたい」「子供が親の言うことを聞かないから言うことを聞くようにさせたい」という考えを持っていたとしても、その是非の判断も含めて、どのようにするかは実際に会ってみてからのことになります。会ってみると、まったく入院の必要がない、あるいは入院させないほうがいい、という場合もあります。

　対象者に対する受診や来所の働きかけを家族が行うことになります。その方法は、実は特別な方法ではなく、上記と同じく、対象者との関係をよくするような接し方を心掛けてもらう、ということが基本です。

## (2) 相談の進め方

### 1) 家族自身の相談と相談対象者についての相談を整理する

　相談の基本は家族自身に対する相談ですが、家族は自分自身についての相談ではなく相談対象者についての相談だと考えていることがほとんどです。そのため、最初の時点から相談に対する認識にずれがあることになります。ずれがあるままでは話がかみ合わないので、どこかで修正が必要になります。

　一つの対応としては、一応、家族の認識に従って、相談対象者のことを中心に相談しつつ、家族自身の気持ちなどを織り交ぜて聞いていくというやり方があります。たとえば、「息子が仕事をしないで家でぶらぶらしている」という場合、『そのことで家族としてはどんなふうに困っていますか？』などと聞きます。そうすると、「息子との会話がなく家族としても休まらない」「息子の将来のことを考えると不安」といった、家族自身のストレス状況を聞き出すことができるでしょう。

　それと併せて、「息子さんをどのように支援するかについては、これは息子さん自身への支援になるので、息子さんと話し合って決めていくことです。」と釘を刺しておき、「必ずしも家族の望みを優先するものではない」ことを明確に示しておくことも大事です。この点は、家族にとって大きな認識の転換を迫られることになるので、しばしば、元に戻ってしまって「息子をなんとかしたい」という家族の気持ちが前面に出てしまうものですが、その都度、丁寧に説明しなおす必要があるでしょう。

### 2) 見立て

　家族相談においては、① 家族自身についての見立てのほか、② 相談対象者についての間接的な見立て、③ 家族と相談対象者との関係についての見立ても必要です。

① 家族自身についての見立ては、通常の見立てと同様、家族の悩み、対象者を抱えている（同居している）ことに伴う負担感、家族自身の人物評価などです。また、家族の力量・・対人関係の技術や情緒コントロールの能力などについてもきちんと評価しておく必要があります。なかなか支援者の助言通りに家族が行動できない、といったときには、実は、支援者の助言が家族の実情や力量に見合っていなかった可能性があり、家族の負担感、力量等を踏まえて戦略を立て直す必要があるかもしれないからです。

② 相談対象者についての見立ては、この時点では、あくまでも家族の話を通じた間接的なものです。そのかぎられた見立ての中で、どのくらい緊急性があるか、本人へのアプローチとしてどのようなやり方がよさそうかといったことを判断します。

③ 家族と相談対象者との関係は、多くの場合、家族の悩みの主要な部分を占めていることでしょう。しかし、ここでは、さらに、支援者が両者との関係でどのような立場に立っているか、ということも考えなければなりません。両者の仲が悪い時に第三者が関わろうとすると、双方から「自分の味方に引き入れたい」という気持ちが働きますが、そこは上手に扱わないと、関係をさらに悪化させることになりかねません。支援者は「どちらかの味方ということではなく両者の関係をよくすることが目的」という意識を明確にしておく必要があります。

### 3) 気持ちの支援と行動の支援

　まずは家族自身の気持ちの支援が必要です。「息子のことが心配だ」「なんとかしなければと焦る」「見ているとイライラする」など家族自身の悩みを受け止めることです。家族自身も自分の気持ちを受け入れられて初めて自分をよくしようとする気持ちになれるものであり、自分の行動を変えていくことに目がいきます。

　相談員自身が「家族相談は家族自身についての相談」ということを忘れていると、『そういうふうにイライラしていることが息子さんにも悪い影響を与えている』などと言ってしまうかもしれません。そのことは事実かもしれませんし、そのことに気づいてもらうことは必要でしょうが、家族の気持ちを受け止めることをしないままにそのように指摘してしまってはいけません。

　そのように気持ちを受け止めたうえで、どのような行動を支援するかということになりますが、多くの場合、『対象者との関係を改善する行動』です。具体的には、支援者が家族に対して気持ちを受け止めてきたのと同じように、家族が相談対象者の気持ちを受け止めるということです。

　実際、家族が相談に来る場合、対象者と家族の関係が悪化していることが多く、そのことが対象者の引きこもりを強めるなど、事態悪化の一つの要因となっていることがあります。家族が適切に対応することで両者の関係が修復されていけば、少なくとも悪化要因の一つは取り除かれることになります。そうして、対象者が、もう少し前向きになり、対象者自身が相談や受診することを受け入れる素地ができてきます。ここで、一挙に「仕事を始めてくれたら・・」と願う気持ちも家族にはあるかもしれませんが、それが難しかったからこそ現在に至っているのであり、まずは専門家の関わりにつなぐことが大事です。



気持ちを受け止める

～行動の支援

気持ちを受け止める

～行動の支援



### 4) 相談対象者への介入

　以上のように、家族自身への相談を進めながら、相談対象者についての評価も行っていきます。しかし、それはあくまでも家族の目を通した間接的な評価なので、適切な評価は難しい、と考えるべきです。ですから、相談対象者自身が相談または受診する、ということが当面の一番の目標になります。相談対象者が家族に気持ちを受け止めてもらって、少し前向きな気持ちになり、自分の悩みを相談しようという気持ちになってきときに、受診や相談を勧めるということになります。

　介入の一つとして家庭訪問があります。家族を介して相談対象者に了解を得た上で訪問することが原則です。訪問して相談対象者に会うことができれば、より正しく評価でき、より適切な対応の手掛かりが得られるでしょう。訪問についての了解が不十分な場合、つまり反対はしていないものの消極的であるような場合には、相談対象者に会うことができないこともあります。その場合は、得られる情報は、家の中の様子などから本人の特徴をうかがい知るといった程度になります。ただし、逆に、訪問によって相談員がどんな人物かという情報を対象者にうかがい知ってもらう機会にはなります。つまり、決して対象者にプレッシャーや脅威を与える存在ではないということを知ってもらうのです。そのことを目的に訪問を続ける意義はあります。だからこそ、適度な礼儀を持って訪問に臨む必要があるのです。

|  |
| --- |
| 【スキルアップのポイント：家族から本人へ・・相談構造の変化】 　家族支援をしていて、本人と直接会うことができた段階から、相談構造が変化します。それまでは家族に対する支援で、本人へのかかわりは間接的なものでした。しかし本人への支援では、支援の中心はあくまでも本人になります。ですので、その時点で家族は脇役に回り、まず本人の気持ちを聞き、本人と関係づくりをし、本人の気持ちに添った支援を心掛けなければなりません。「お母さんはあなたに働いてほしいと思っているようだけれども、私はあなたの気持ちを聞いて、できるだけあなたが望む方向に支援するのが役目です」などと話してもよいでしょう。そのときに、お母さん側が、なんだか裏切られた気持ちになってしまわないように、お母さんへの相談の最初から、「本人にどう働きかけるかは、本人に会ってから決めることです」と伝えておくといいでしょう。  家族への支援  本人への支援  C:\Users\199219\Pictures\イラスト\ストレス2.pngC:\Users\199219\Pictures\イラスト\ひきこもり３.gifC:\Users\199219\Pictures\イラスト\ひきこもり３.gif  C:\Users\199219\Pictures\イラスト\ストレス2.png  C:\Documents and Settings\F-Admin\My Documents\My Pictures\man.gifC:\Documents and Settings\F-Admin\My Documents\My Pictures\man.gif |

### 5) 危機介入

　家族相談の場合の危機介入としては、自殺の危険性、DV、治療の必要性が高い、といった場合が挙げられます。この場合も、やはり家族の目を通した間接的な評価に基づくことになります。相談員が行う評価と同じように、自殺の危険性については、相談対象者の言動、特に自殺の準備について確認します。また治療の必要性については、社会生活への支障や身体的健康への影響などで判断します。ただし、家族から見ると仕事をしないで家でぶらぶらしているのは社会生活に大きな支障をきたしている、と見えるかもしれませんが、本人は全く支障と感じていない、という場合もあります。あまり切迫していない場合は、当面は家族の接し方を変えることに専念し、本人が自発的に相談する気持ちになるのを待つという方法を優先すべきでしょう。

　危機介入が必要な場合としては、統合失調症の被害妄想で異常な行動が目立つような場合や、うつ病で食事も十分にとれなくなってきている場合などが挙げられます。こうした場合は、第三者による専門的な関わりが必要になります。保健師や医師が訪問してなんとか対象者に会い、評価、対応し、その程度や治療の意志の有無によっては精神科病院への入院が必要となることもあります。

　DVで相談対象者が加害者と思われる場合は、家族自身など被害者の安全確保と、相談対象者が精神疾患などの場合の介入と、２つの側面で評価が必要です。それに基づいて、家族が逃げる、あるいは、警察に介入してもらうなどの対応をとります。警察に介入してもらった場合には、被害者の安全が確保されるとともに、加害者への介入のチャンスが生まれます。事前に警察や保健所に相談して対応を検討しておくと、そのチャンスを生かせる可能性が高まるでしょう。

# ５．評価尺度

## (1) 評価尺度の種類

　精神症状を評価するための評価尺度がいくつかあります。評価尺度には大きく分けて、「自記式尺度」と「客観尺度」とがあります。自記式尺度というのは、自分で答えて点数をつけるものです。客観尺度は、本人ではなく評価者が外から見て判断して点数をつけるものです。自記式尺度の方が簡便ではありますが、信頼性は低くなります。また、質問文に対する答えを選ぶ形のものが普通ですが、質問文を正しく理解していなかったりということもあるので、相談員が補助したりすることもあります。一般に、医療では客観尺度を用いますが、ここでは相談機関で使うことを想定して、自記式尺度を挙げておきます。自記式尺度は信頼性が低いので、おおざっぱな把握にしか役立たないと考えてください。ただし、評価尺度に含まれている項目は、面接で相談者を評価する際に症状を見つける手掛かりになりますので、そうした意味では参考になるでしょう。

## (2) 信頼性

　信頼性というのは、「感度」と「特異度」という２つの指標で示されます。感度というのは、病気の人がこの尺度を実施した時に、何％が陽性（つまり病気）と判定されるかという指標です。特異度というのは、病気でない人がこの尺度を実施した時に、何％が陰性（つまり病気でない）と判定されるかという指標です。多くの尺度は感度、特異度が70-80％程度になります。70-80％というと高いように感じるかもしれませんが、頻度が少ない病気の場合には注意が必要です。たとえば、人口の5％がかかっている病気というのは、100人のうち95人が病気でないことになりますが、この尺度ではそのうちの20-30％、つまり19-29人くらいが陽性になります。一方、実際に病気であるのは5人でそのうち陽性になるのは4人です。そうすると、この尺度で陽性になる人は、合計23-33人が陽性になるのですが、そのうち、本当に病気であるのは4人だけです。つまり、陽性になったからと言っても、本当に病気なのは（これを陽性的中率と言います）、そのうち12-18%にすぎないのです。

　ですので、住民全員に評価尺度を実施するというのはあまり意味のないことで、ある程度、病気の方が多い集団に絞って実施すべきです。

## (3) 評価尺度の例

（次ページ）

### K6/K10日本語版

K6 およびK10 と呼ばれる尺度は、米国のKessler らが開発した自記式スクリーニング尺度です。日本語版は古川らが作成しています。

K6/K10 がスクリーニング出来るのは、抑うつ性障害（大うつ病、気分変調症）および不安障害（パニック障害、広場恐怖、社会恐怖、全般性不安障害、PTSD）です。

　カットオフポイント（精神疾患である確率が50%以上である）は

　　　　K6 15 点以上

　　　　K10 25 点以上

過去30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。

各問に、①全くない、②少しだけ、③時々、④たいてい、⑤いつも、で答えてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 得点 |
| 1 | （K10) | 理由もなく疲れ切ったように感じましたか。 |  |
| 2 | （K6/K10) | 神経過敏に感じましたか。 |  |
| 3 | （K10） | どうしても落ち着けないくらいに、神経過敏に感じましたか。 |  |
| 4 | （K6/K10) | 絶望的だと感じましたか。 |  |
| 5 | （K6/K10) | そわそわ、落ち着かなく感じましたか。 |  |
| 6 | （K10） | じっと座っていられないほど、落ち着かなく感じましたか。 |  |
| 7 | （K10) | 憂うつに感じましたか。 |  |
| 8 | （K6/K10) | 気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか |  |
| 9 | （K6/K10) | 何をするのも骨折りだと感じましたか。 |  |
| 10 | （K6/K10) | 自分は価値のない人間だと感じましたか。 |  |
|  |  | 合計 |  |

### CES-D

うつ病のスクリーニングのための自記式尺度です。

この1週間のことで各問についてA～Dのいずれか当てはまるものを答えてください。

　A　ないかあってもほんの少し　この1週間でまったくないか、あっても１日足らず

　B　少し　この1週間で１〜2日

　C　かなり　この1週間で3〜4日

　D　ほとんど　この1週間で5日以上

（A～Dの横に書いてある数値を「得点」欄に書きます／順番が逆になっている項目を間違えないように）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 得点 |
| 1 | 普段は何でもないことで困る。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 2 | 食べたくない。食欲が落ちた。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 3 | 家族や友人に助けてもらってもゆううつな気分を払いのけることができない | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 4 | 私は他の人と同じくらいよい人間だ。 | A 3 | B 2 | C 1 | D 0 |  |
| 5 | 物事に集中することができない。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 6 | 落ち込んでいる。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 7 | 何をするのもめんどうだ。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 8 | 将来に希望がある。 | A 3 | B 2 | C 1 | D 0 |  |
| 9 | 自分の人生は失敗だったと思う。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 10 | 何か恐ろしく感じる。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 11 | 熟眠できない。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 12 | 幸せだ。 | A 3 | B 2 | C 1 | D 0 |  |
| 13 | いつもより口数が少ない。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 14 | さびしいと感じる。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 15 | 他の人は私にやさしくない。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 16 | 楽しい生活だ。 | A 3 | B 2 | C 1 | D 0 |  |
| 17 | 泣き続けることがある。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 18 | 悲しい。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 19 | 人は私を嫌っていると思う。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
| 20 | 何かを始めることができない。 | A 0 | B 1 | C 2 | D 3 |  |
|  |  |  |  | 合 | 計 |  |

判定：合計得点が16点以上の場合にうつ病の可能性が高くなります。

### 精神病スクリーニング質問紙（PSQ, Bebbington,1995）

この健康調査で、あなたの様々な体験について聞きます。なかには希にしかないような体験についても聞きますが、その点はご容赦ください。順に質問に答えてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 問1 | 過去１年、何日も続いてとても幸福な気持ちになったことがありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(a)  →問2  →問2 |
| (a) | そのような気持ちになったのには理由がありましたか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →問2  →問2  →(b) |
| (b) | あなたの家族や友達はそのことを変だと考えたり、困ると言ったりしましたか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →陽性終了  →問2  →問2 |
| 問2 | 過去１年、自分の考えが、外からの力や人によって直接邪魔されたり、コントロールされるように感じたことはありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(a)  →問3  →問3 |
| (a) | そのことは、普通には信じられないような方法で起こったのですか、たとえば、テレパシーとか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →陽性終了  →問3  →問3 |
| 問3 | 過去１年、周りの人たちがあなたの敵であるように感じたことがありましたか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(a)  →問4  →問4 |
| (a) | 周りの人達が、あなたに深刻な被害を与えたり傷つけたりするように故意にふるまっているように感じたことはありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(b)  →問4  →問4 |
| (b) | 人々が集団であなたに深刻な被害を与えたり傷つけたりするように計画していると感じたことがありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →陽性終了  →問5  →問5 |
| 問4 | 過去１年、自分の周りで不思議なことが起こっているように感じたことはありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(a)  →問5  →問5 |
| (a) | あなたは、そのことについて、他の人はとても信じることができないほど、不思議なことだと感じましたか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →陽性終了  →問5  →問5 |
| 問5 | 過去１年、他の人が見聞きできないことを見聞きしたことがありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →(a)  →終了  →終了 |
| (a) | あなたは、周りに誰もそれらしい人がいないのに、少し言葉を話したり文章を話すのを聞いたことがありますか？ | 1 はい  2 はっきりしない  3 いいえ | →陽性終了  →終了  →終了 |

### アルコール症スクリーニングテスト（AUDIT）

|  |
| --- |
|  |
| 1 ．あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？ |
| 0 ．飲まない  1 ． 1 カ月に 1 度以下  2 ． 1 カ月に 2 ～ 4 度  3 ． 1 週に 2 ～ 3 度  4 ． 1 週に 4 度以上 |
| 2 ．飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ |
| 0 ． 1 ～ 2 ドリンク  1 ． 3 ～ 4 ドリンク  2 ． 5 ～ 6 ドリンク位  3 ． 7 ～ 9 ドリンク  4 ． 10 ドリンク以上 |
| 3 ． 1 度に 6 ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
| 4 ．過去 1 年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
| 5 ．過去 1 年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
|  |
|  |
| 6 ．過去 1 年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
| 7 ．過去 1 年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
| 8 ．過去 1 年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ |
| 0 ．ない  1 ． 1 カ月に 1 度未満  2 ． 1 カ月に 1 度  3 ． 1 週に 1 度  4 ．毎日あるいはほとんど毎日 |
| 9 ．あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？ |
| 0 ．ない  2 ．あるが、過去 1 年にはなし  4 ．過去 1 年間にあり |
| 10 ．肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？ |
| 0 ．ない  2 ．あるが、過去 1 年にはなし  4 ．過去 1 年間にあり |

ただし、

日本酒 1 合＝2 ドリンク、ビール大瓶 1 本＝2.5 ドリンク、ウイスキー水割りダブル 1 杯＝ 2 ドリンク、

焼酎お湯割り 1 杯＝ 1 ドリンク、ワイングラス 1 杯＝ 1.5 ドリンク位、梅酒小コップ 1 杯＝ 1 ドリンク

（ 1 ドリンク＝純アルコール 9 ～ 12 g ）

アルコール依存症判定：０－７　　低レベル（アルコール教育）

　　　　　　　　　　　８－１５　中レベル（簡単なアドバイス）

　　　　　　　　　　　１６－　　高レベル（簡単なアドバイスと簡易カウンセリング、継続的観察）

　　　　　　　　　　　２０－　　　　　　　（診断的評価と治療／医療機関へ紹介）

# ６．各精神疾患の特徴と対応のポイント

　診断はあくまでも評価の一つです。診断名によって、ある程度の、症状の特徴、経過の特徴、治療法や対応法についての情報は得られますが、同じ診断名でも個人差が大きく、実際に個々のケースに対応するにあたっては不十分です。診断を踏まえたうえで、人物の特徴や生活の様子など、さまざまな側面を見立てることで、初めて適切な対応が可能となります。

　ですので、疾患についてのおおよその知識は持っておくべきではありますが、個々のケースにそのままあてはまるものではありません。個々のケースへの対応にあたっては、まず、先入観を持たずに、個々のケースから得た情報を第一に考えるべきです。

## (1) 統合失調症

### 1) 病気の特徴

　思春期前後、おおよそ10代から30代にかけて発症。「監視されている」「テレビで自分のことを言っている」といった妄想や、「自分の悪口を言っている」といった幻聴が出てきます。もっとも、幻聴があるからといって、必ずしも病気の診断になるわけではありません。病気でなくても幻聴に似た症状が出ることはあって、その場合は「空耳」として、「気のせいかな？」と処理され、忘れ去られていくものです。統合失調症でも当初は半信半疑のことがありますが、次第にそれが現実のこととして感じられるようになり、日常の行動も左右されてしまうことが特徴です。また、物事に集中できない、疲れやすい、周りに無頓着になりだらしなくなる、などの症状が出て、仕事がうまくできなくなることもあります。これらのどの症状が出てくるかは人によって異なります。薬物治療を中心とした治療によってある程度は改善しますが、一部の症状、物事に集中できないなどの症状は長く残り、仕事に就けないなど社会生活に支障をきたしやすい病気です。

### 2) 対応のポイント

#### ＜病気に気づく＞

　統合失調症に気づくポイントとしては、幻聴や妄想などの異常な体験があるということが挙げられます。本人が異常な体験を訴える場合もありますし、本人が訴えなくても、誰かと話しているような独り言を言っていることに周りが気づき、異常に気づくということもあります。しかし、そうした幻聴や妄想がはっきりしないタイプの統合失調症では、家にひきこもる、身だしなみに構わなくなる、といったくらいしか兆候がなく、気づきにくい場合もあります。

#### ＜社会適応の支援＞

　もし「悪口を言われ続ける」「監視され続ける」といった体験があった場合はどう感じるでしょうか？多くの人は、人付き合いが怖くなったり自信を失ったりするものです。また、研究によると、統合失調症では、他人の表情や言葉の意味を読み取ることが苦手で、特にあいまいな表情や言葉の時には誤って理解してしまう傾向があります。その結果、本当は悪意がないのに悪意を感じてしまったりするのです。したがって、対応のポイントとしては、①気持ちや言葉の理解を助け、②適切な気持ちや意志の表明を助け、③対人関係の改善を図り、④社会参加を助けつつ、⑤自信の回復を図る、ことにあります。

　治療方法の一つである認知行動療法は①～③を目的とするものであり、様々な活動の場を提供する福祉サービスは③、④を目的とするものと位置づけられます。⑤自信の回復は、こうしたことを達成していく中で、他人に役立つことができるという体験を通して培われていくものですが、支援者が気持ちの支援（気持ちを受け入れ良いところを見つける）によって、さらに強化されます。

#### ＜幻覚や妄想への対応＞

　「テレビで自分のことを言っている」「食事に毒を入れられている」など、普通に考えるとありそうもないことを真剣に訴えられるととまどってしまうものです。しかし、本人にとっては切迫した事態ですので、対応の基本どおり、気持ちを受け止めるように話を聞きます。その上で、相談員自身の意見として「そういうことはないと思う」ということを伝えることもよいでしょう。ただし、それで少し安心することも時にはありますが、多くの場合、あまり効果はありません。少なくとも、そのように思い込んでいるときには説得して変わるものではありません。気持ちを受け止めつつ、医療的な対応に委ねるようにします。なお、慢性的に続く症状については、薬物療法に合わせて、認知行動療法として、病気の症状としてある程度理解したうえで、それらと上手に付き合う方法を身に付ける治療法があります。

　また、幻聴や妄想などは、特定のストレスで悪化することがあります。親から小言や叱責を受けた後に幻聴が出てきたり妄想が出てきたりということはしばしば見られます。そうしたことを考慮して家族指導に生かすことも有効です。

#### ＜治療を拒む、または治療に消極的な場合への対応＞

　治療を勧めるにあたっては、その人が病気のことをどのくらい理解できるかという点が重要です。すなわち、病識です。病識については「５．気持ちと行動の支援　(3)受診を勧める心理教育」に記載しましたが、病気であることが自分では理化できない、つまり病識が乏しいということがしばしばあるのですが、そこには統合失調症の疾患の特徴としての面と、「病気扱いされたくない」という心理的な面との両面に配慮する必要があります。

　たとえば、「自分が監視されている」と恐怖を感じているときに、『それは病気だ』と言われても納得しにくいでしょうし、逆に、「自分のことを信じてもらえない」と感じてしまうものです。このように、幻聴や妄想などの異常な体験があっても、事実として受け止めてしまい、自分が病気ということを気づきにくいことがこの病気の特徴で、治療にすぐに結びつかないことがあります。対応としては、まずは基本通り、気持ちを受け止め、協力する姿勢を示すことが大切です。「協力する姿勢を示す」ことのなかには、単に治療を勧めるだけでなく、そのほか、生活面での困りごとなどの相談に応じるといったことも含まれます。そうした作業を通じて信頼関係を築いていきます。その上で、① 病気の症状としてそのような体験が出てくることがあることを伝える、あるいは、② 体験に伴うストレスや恐怖感などへの対応は可能であることを伝え、治療を勧めます。

#### ＜活動性が乏しい場合の対応＞

　統合失調症では意欲が低下し、昼夜逆転になったりして家にこもりがちになることがしばしばあります。こうしたことの背景には、① 障害の特徴（統合失調症では前頭葉障害が認められ、その症状として意欲が低下する、行動の計画が立てられなくなるなどがあります）、② 症状に伴って長期に人付き合いから遠ざかったことの影響、③ 刺激を避けて病気の悪化を防いでいる、などがあります。

　このように、脳の障害ないし後遺症としてある程度残存することはありますが、その場合でも、活動して楽しいとか誉められるといった体験は活動を促す効果があります。また、外の世界と交わることへの不安を段階的に解消していく、といったことも役立つでしょう。逆に、叱られる、高すぎる目標を持ってしまう、あるいは高い目標を与えられる、といったことは、活動を抑制してしまいます。こうした点に配慮することは、支援者や家族などが心掛けるべきことです。

## (2) うつ病

### 1) 病気の特徴

　10代から高齢者まで、幅広い年代で発病します。「気持ちが落ち込む」といった抑うつ気分のほか、「物事に集中できない」、「考えが進まない」といった思考面の症状、食欲低下や睡眠障害など、幅広い症状が出てきます。十分な休養を取ることができれば自然治癒することもありますが、失職などの生活上の問題や自殺といった二次的な悪影響を減らすためにも、治療が必要です。ただし、治療によってもなかなか改善しない難治性うつ病も2割くらいあります。

　うつ病と類似した病気で躁うつ病があります。こちらでもうつ病と同じような症状が出てきますが、そのほかに、気持ちが高ぶって行動が活発になりすぎる「そう状態」の期間が出てくることがあるのが特徴です。統合失調症と並んで、うつ病は自殺のリスクが高いのですが、躁うつ病はうつ病よりもさらにリスクが高いので注意が必要です。

　なお、躁うつ病でも躁状態が目立たないタイプがあります。うつ病として治療していてなかなか改善しない場合、実はこうしたタイプの躁うつ病のことがあり、躁うつ病の薬を使ってよくなるということもあります。

### 2) 対応のポイント

#### ＜病気に気づく＞

　気持ちが落ち込むことは誰にでもありますが、それがたとえば２週間を超えて長く続きよくならない、本人の苦痛が大きい、上記のように食欲や睡眠の障害を含めて様々な症状が出てきて社会生活にもえいきょうがある、といった場合は、強く治療を勧めます。高齢者などでは、気持ちの落ち込みがはっきりせず、落ち着かなさ（焦燥感）や、体の不調（だるい、痛い、など）が目立つ場合もあり、そうした場合でもうつ病を疑って医療機関の受診を勧めるようにします。

#### ＜療養指導＞

　うつ病はストレスと関係が深いため、休養が基本です。ストレスを和らげるとともに回復を助けるために服薬も大切です。回復を焦って休養できないこともあるので、そうした焦りに気持ちに上手に対処することが必要です。また本人だけでなく家族の焦りも本人に伝染してしまいますので、家族指導も必要です。「働き手」から「患者」へと社会的な立場が一時的に変わった、として理解と協力を促す方法もあります。また、仕事を休むことに伴う経済的な負担などについて支援が必要になることもあります。

#### ＜うつ病思考＞

　うつ病になると、気分の落ち込みに伴って、悲観的になる、自信を失う、自責的になるといった、うつ病思考が優勢になりがちです。私たちは自分の考えについて、自分の意志で考えていると思っていますが、病的な状態では考え方も束縛されてしまいます。ですので「そんなふうに考えるからうつ病が治らない」という見方は誤りで、「うつ病のためにそんなふうに考えてしまう」ととらえなければなりません。そうした理解のもとで本人の気持ちを受け止めます。一方、まったく考え方を変えることができないかというとそうではありません。そうした考え方が病気の影響を受けた考えであることを認識し、すなわち「一つの症状」として対象化することで、それを修正することも可能です。うつ病に対する認知行動療法では、そうした考え方の修正も試みられ、治療的な効果が得られることが示されています。

#### ＜休養と活動＞

　うつ病の治療は「薬」と「休養」が肝心と言われます。特に、症状が重い時はしっかり休むことが大事です。しかし、「なにもしないで寝てばかりいてはかえってよくないのではないか」といったふうに考えたくなるのもうなずけます。実際、うつ病が長期化した場合の治療として運動療法が取り入れられることもありますので、ある程度の段階で、何らかの活動に取り組むことはあり得ます。また、たとえば、うつ病で仕事を休んだ後、仕事に復帰する際には、体力面も回復していることが望ましいものです。病状を踏まえて医師と相談しながら、どの程度、活動を取り入れるか決めていくとよいでしょう。

#### ＜難治性うつ病への対応＞

　病気の性質として難治になるケースもありますが、それ以外の原因があって難治になる場合もあります。ストレスを招きやすい、またはストレスを抱え込みやすい行動や思考のパターンがある場合です。たとえば、発達障害やパーソナリティ障害を併せ持っているなどで対人関係がうまくいかない場合に、うつ病になって、長引いてしまうことがあります。そうした場合、対人関係を改善するような本人や周囲への支援が必要になります。

### 3) 年齢による治療効果の違い

　うつ病の背景や治療のあり方は、年齢によって若干異なる面があります。一般に、高齢者のほうが抗うつ薬による治療効果は高いです。また、高齢者で増えてくる脳梗塞や認知症にもうつ病を伴うことが多いです。脳梗塞の後、麻痺がのこって、それとともに元気もなくなり落ち込みがちになったといった場合、単に脳梗塞で麻痺が残ったことを悲観して落ち込んでいるのではなく、うつ病を発症して落ち込んでいるということも少なからずあります。その場合も、抗うつ薬などの治療で改善が見込まれますから、うつ病を見落とさないことが大切です。

　一方、若年者では、特に18歳未満では抗うつ薬の使用は慎重にすることが求められています。抗うつ薬の効果が不十分な上、衝動的になって自殺のリスクが高まることがあるからです。若年者では高齢者とはやや異なった形でうつ病を発症していると考えられます。そこには、社会的な不安定さや、社会に出てからの対人関係の不慣れなど、環境面の影響が少なくなく、そうした面を支援することがうつ病の治療効果を発揮します。つまり、若年者では薬の治療だけに頼りすぎず、より社会的・心理的な支援に重きを置く必要があるのです。

## (3) 境界型パーソナリティ障害

### 1) 病気の特徴

　パーソナリティ障害というのは、物事の感じ方や行動様式に特徴があり、そのことで社会生活、特に対人関係に支障をきたす病気です。特徴があるだけで社会生活に支障を来さないようにコントロールできていれば問題ないのですが、問題が生じてくるようであれば病気と判断されます。おおよそ、思春期ごろに問題が生じてくることが多いようです。パーソナリティ障害にもいくつかの種類がありますが、その中で境界型パーソナリティ障害は、女性に多く、気持ちが不安定になりやすく、他人や自分自身に対して攻撃的になりやすかったりして、自殺未遂などの衝動的な行動が出てくることも多い病気です。

### 2) 対応のポイント

#### ＜病気に気づく＞

　問題が生じることで病気と判断されるわけですが、問題が生じても「わがまま」とか「しつけの失敗」などと誤解されてしまうこともしばしばあります。まずは、「病気」であることに気づかなければなりません。というのも、「わがまま」とか「しつけの失敗」というとらえ方は、「本人のせい」「親のせい」としてしまうことを意味し、親子の関係を壊してしまうからです。実際、そうした誤った理解によって、かなり親子関係が悪化した状態で受診となることが少なくありません。もっとも、実際に幼少期から虐待などがあってこの病気に陥るケースもありますので、その点は見逃さないようにする必要があります。

#### ＜対応の原則＞

　「周りに受け入れられない」という体験が気持ちの不安定さを増し、問題行動をもたらしてしまい、結果としてさらに周りから受け入れられなくなってしまう、という悪循環を持っていることが特徴です。周りに受け入れられなくなる背景の一つとして、コミュニケーションの特徴が挙げられます。パーソナリティ障害では気持ちのコントロールが不安定なために、コミュニケーションも感情的な要素が多く含まれることになります。こうしたコミュニケーションは、相手にもさまざまな感情を呼び起こし、その結果、依存や敵対といった安定性の悪い関係に引きずり込まれてしまいがちになるのです。

　パーソナリティ障害では、このような対人関係の特徴から、支援者との関係も損なわれてしまうことがしばしばあります。しかし、特徴を理解して、安定性の悪い関係に引きずり込まれないように注意し、上手に安定した支援者であり続けることができると、本人の安定にもつながっていきます。こうした対応ができるためには、支援者が、本人との対人関係のあり方に十分に注意を払いコントロールできる資質を持つことが不可欠です。

　支援者は、このように対人関係を適切な状態にコントロールすることで、本人の「気持ち」を受け入れつつも、社会的に受け入れがたい「問題行動」についてはきちんと対応するというように使い分けることができるようになります。というのも、問題行動は病気に基づくもので、なかなか抑えることができないのですが、せっぱつまるとなんとか抑えることができるという場合もあるからです。支援者がその境目を見極めながら、本人が自分の気持ちをコントロールする力を高めていけるように援助していきます。本人のコントロール力を高めるにあたっては、背景にある「不安定な気持ち」や「考え方の融通の利かなさ」、「完璧主義」などに気づき、上手に対応できるようになっていく、といった、認知行動療法的な働きかけが役立ちます。

#### ＜支援者との関係＞

　本人が自分の味方として支援者を利用しようとすることがしばしばあります。操作と呼ばれる行動です。たとえば、「死にたくなる」という相談をしつつ、「家族が一人暮らしさせないのが原因だから家族を説得して！」と要求するような場合です。前者は相談者と支援者の関係ですが、後者は支援者を自分の道具とする対人関係に変化していることがわかります。この場合、「死にたくなる」との相談には、通常の援助希求行動として気持ちを受け止める対応をしますが、「家族を説得して！」には、「私の役割はあなたがこうした問題を自分の力で乗り越えるのを助けることにある。」などと伝え、本来あるべき支援者との関係に戻すとよいでしょう。

「死にたくなる」

C:\Program Files\IBM Homepage Builder V7\sample\image\illust\b003cut.gif

「家族が一人暮らしさせないのが原因。家族を説得して！」

#### ＜家族支援と支援者の立場＞

　家族にも、本人の行動を病気の症状としてとらえ、適切な距離を持った対人関係に修正し、付かず離れず、支援者としての立場を維持できるようになることが望まれます。しかし、対人関係の問題は身近であればあるほど強いものであり、本人の攻撃的な感情はしばしば家族に対して最も強く向けられます。そのため、家族支援にあたっては、いかに本人と距離を置くか、いかに本人に関わりすぎないでいるか、といったことが大きな課題となります。「子どもの問題は親の責任」といった考え方がある中で、「あえて手を出さない」というのはとても勇気のいることです。そうした親の心情をよく理解して支えることが必要です。

　また、家族と関わることは、本人と家族との関係にも関わることを意味します。この場合、どちらかの側に傾きすぎてしまうと、両者の争いに巻き込まれてしまいますので、一歩離れた立場を守る必要があります。実際、本人が「家族を説得して！」と要求するのと同じように、家族が「本人を諭して！」と要求することがしばしばあり、それを受けてしまわないための言葉を用意しておかなければなりません。

## (4) アルコール依存症（物質使用障害）、その他の依存症

### 1) 病気の特徴

　アルコール依存症は、飲酒（アルコール摂取、以下同様）をコントロールできなくなる病気です。飲むことによって健康を害したり、仕事など社会生活に支障をきたしたりしながら、なお、飲酒をやめられません。飲まないでいると離脱症状が出てきたりしてつらくなり、それでまた飲んでしまう、打たれ弱くなってしまい、周りから非難されるなど、つらいことがあるとまた飲むというように、ちっとも楽しくない飲み方になってしまいます。また、幻覚や妄想といった精神病の症状が出てくることもあります。

　原因はもちろんアルコールそのもので、一定量以上の飲酒を続けていると依存症のリスクが高まりますが、依存症になりやすい体質もあるとされています。治療については、飲酒欲求を抑える薬も開発されつつありますが、治療薬を用いる場合も、適切な心理治療が必須です。また、崩れた社会生活をいかに立て直していくかというリハビリテーション的な支援も重要なポイントになります。

### 2) 対応のポイント

#### ＜病気に気づく＞

　たとえば、飲酒運転など、飲酒にまつわる問題があった場合、一般に予想されているよりも依存症であることが多いと思われます。こうした問題を含め、他人から飲酒を咎められるようなことがあったり、本人自身も飲酒について言い訳をしていたり、といったことが依存症の兆候です。

### **＜治療・支援の導入＞**

　依存症では、本人の治療・支援の導入が容易でない場合があります。これには、「家族などがなんとか辞めさせようとする」←→「本人がなんとか飲み続けよう（薬を使い続けよう）とする」という構図ができあがってしまっていることが、しばしば関連します。ですので、治療・支援の導入にあたっては、まず、こうした対立の構図を解消し、本人が自分の率直な気持ちを表現できるようになることが望ましいのです。そのために、動機づけ面接のように、不用意な叱責、批判などを排した面接法が有用です。また、家族についても同様に、不用意な叱責、批判、そして「止めさせようとする様々な行動」を控え、まずは、本人との関係を修復できるような対応を学ぶことが有用です。そうしたよい関係ができたうえで、初めて治療や支援の導入を提案することができます。

#### ＜対応の原則＞

　もし、まだそれほど問題が深刻でない場合は節酒を試みる方法もあります。飲酒日誌をつけるなどして飲酒状況を確認し、飲みたくなった時の対処方法などを検討します。それで失敗してしまうときや、問題が深刻なときは、目標を断酒に切り替える必要があります。医療機関での認知行動療法などによる治療や、自助グループへの参加などによって、断酒と生活の再建に取り組みます。治療を始めても、しばしば再飲酒を繰り返しますが、「自分の意志だけでは止められないのが依存症の特徴」です。本人も支援者も病気の力の大きさを再認識し、本人の回復に向けた努力を支えることが大切です。

　飲酒をしてしまうのは、アルコールが脳に影響を与えるからと考えられ、当然、飲酒を続けることで悪化すると考えられるので、最終的には断酒が望ましいということになります。治療の上では、それに加えて、ストレスを感じたときに飲んでしまう、といった側面も重要です。特に、アルコール依存症では、「辞めようと思っても止められない」「周りに迷惑をかけてしまったり社会的な信用を失ってしまったりする」といったことで、自信を失っていることが多いものです。そのために、余計にアルコールに走ってしまうという側面があります。こうした毀損感情を助長せず、自信回復を支援するような対応の仕方が支援者には求められます。

#### ＜連携＞

　多量の飲酒を続けていても、なにか問題が起きないと、依存症に気づきにくいですし、また気づいたとしても断酒に踏み切るのは容易ではありません。泥酔して警察に保護されたり、身体合併症によって内科などに受診したり、借金の返済で相談したりといった場面は、まさに依存症による種々の障害が表面化した事態ですので、依存症についての相談や受診を勧める絶好の機会になります。警察や内科医、弁護士や司法書士などとの連携が重要です。

#### ＜家族教育・家族支援＞

　家族は身近な存在であるがゆえに、金銭搾取の対象となって、結果的に本人の依存行為を助けてしまっていることが少なくありません。家族教室や家族相談によって、家族が適切に対応し、治療に取り組む本人の気持ちを促し支えることができるよう支援します。本人から離れた家族自身の生活を取り戻し、そこから客観的に家族のあり方を見直すことも大切で、家族の自助グループへの参加も役立つでしょう。

### 3) その他の依存症

　そのほか、薬物やギャンブル等の依存症がありますが、基本的な対応はアルコールと同様です。ただし、依存の対象によって、それぞれ注意すべき点もあります。医療の整備状況、法的規制と依存対象へのアクセス・入手しやすさ、社会生活への影響、合併する精神疾患などです。

　たとえば、ニコチン（タバコ）依存については、精神科ではなく禁煙外来（主に内科）でも扱われ、広く治療が行われるようになっています。これは、治療法や治療薬の開発が進んだという面もありますし、タバコ以外の問題、すなわち社会生活などへの影響が少ないというのも理由の一つです。

**① 違法薬物**

　覚せい剤や麻薬など。物質が脳に影響して依存症を発症するという点ではアルコールと似ていますが、当然ながら、違法という点が他の依存症と異なる点です。

**（事例化）**違法であるがゆえに、「見つかって捕まる」ことを避けようとするので、周りも気づきにくいでしょう。最終的には、警察に捕まる、お金の問題が大きくなる、覚せい剤精神病と呼ばれるような妄想などの精神症状が出てくる、といったことで発覚することも少なくありません。

**（家族）**家族が異変に気づくこともありますが、身内が犯罪者になるということへのおそれから、なかったことにしようと隠してしまうなどして、問題をさらに悪化させてしまうかもしれません。こうした不安やおそれは少し指導しただけで乗り越えられるものではなく、家族にとって支援者が味方であると実感できて徐々に修正されていくものです。

**（回復支援）**アルコールと比べると依存対象（つまり薬物）の入手を制限することは可能で、その点では警察への協力や、薬物仲間からの離脱について支援することは有効です。一方、依存症という面では、認知行動療法による心理治療や、対人関係、社会的役割の回復という点が重要です。

　対人関係の問題は薬物乱用の背景としてもしばしば認められるものです。つまり、薬物乱用によって社会適応が損なわれるだけでなく、社会適応上の問題があって薬物に手を出してしまうという双方向の関係があります。最近の研究では、違法薬物の一つであるMDMAがPTSD（外傷後ストレス障害、いわゆるトラウマ）の治療に有効とする報告もあり、心の痛みを抱える人が違法薬物に手を出して、その効果から継続的な使用に至ってしまったということもあると考えられます。

**② 処方薬**

　処方薬の依存は、医療機関がその提供源となってしまっていると考えられますが、複数の医療機関を渡り歩いたり、ネットで入手したりする場合もあります。アルコールや違法薬物と比べると心身への悪影響が小さいという点もあって、依存症治療への動機づけがかかりにくいという点はあります。

**（事例化）**入手費用の問題や、最近は医療機関での睡眠薬等の処方が制限されるようになったこともあって、入手が困難になって事例化するということもあります。

**（回復支援）**薬を提供してしまっている医療機関の責任もあるので、関係する医療機関どうし、連携することが必要です。ネットで入手していて経済的にも困っていないという場合は、より離脱が難しくなるでしょう。

**③ ギャンブル**

　ギャンブルについては、パチンコ店が町に多く設置されている状況から、他者がアクセスを制限することが難しいという特徴があります。また、医療が未整備である点も問題です。脳の働きに変化があるとされていますが、アルコールや薬物のような脳への物質的な影響はないため、その変化がどの程度病的なものであるかについては確認されていません。

**（事例化）**多くは借金が発覚して気づかれます。アルコールや薬物と違って酒乱のような問題行動は無いので、初期には家族関係はそれほど悪化していないこともありますが、家族やその他の交流をないがしろにしてしまって孤立していくこともあります。借金～家族が肩代わり～また借金といったことを繰り返すと家族関係がさらに破綻していきますから、そうならないように早めの介入が必要です。

**（回復支援）**物質依存ではなく行為依存であることから、脳への直接的な影響は少なく、そのため、薬物療法の効果が低いと考えられます。一方、心理学的には「リスクを過小評価し、利益を過大評価する」という認知の歪みが指摘されており、そうした認知を是正する認知行動療法が有効と考えられています。

　また、クレジットカードを含む金銭の管理や、物理的にパチンコ屋に近寄らないなどのアクセスの制限なども助けになるでしょう。時間が空くことがストレスになってしまうというような強迫的な性格や物事へのこだわり傾向が背景になっている場合もあり、ギャンブルの代替となる行為を見つけるといったことも試みられます。「ギャンブルをしないことでお金が節約できた」など、意識的にポジティブフィードバックを高めることも有用でしょう。日本ではそもそも認知行動療法に取り組む医療機関が少なく、ギャンブル依存症の治療についても取り組んでいる医療機関は少ないのが現状です

　なお、他の依存症でもそうですが、ギャンブル依存でもうつや自殺のリスクは高いとされています。アルコールや薬物の場合は脳への影響による面がありますが、ギャンブルの場合は経済的な問題を介した面が大きいでしょう。

**（家族）**家族にはしばしば金銭的な問題が降りかかります。借金を肩代わりすることはせず、本人に責任を持って対処させるということは対応の原則ですが、借金にどのように向き合うか、自分の生活設計をどうするかといったことについては、協力して考え、その気持ちを支えていくことが必要です。

### 4) 自助グループについて

　依存症からの回復には自助グループが有効と言われています。なぜ自助グループが有効とされているのか、その理由について理解しておくと、それを参考にしてよりよい支援を提供することができ、「依存症の人には自助グループを紹介する」、というだけに終わらない支援が可能です。

**① 行動変容**

　依存症の場合、薬物やアルコールといった物質が病気を悪化させますので、それを絶つ行動が治療になります。薬物療法では、薬を飲んだら行動が変わるというような直接的な効果はありません。依存物質を絶つ行動を促し支えることが必要で、認知行動療法、支援者や家族による支え、そして自助グループの仲間による支えがそれを担います。

**② 病気の理解**

　「依存症は自分の意志だけではなかなか回復できない」といったことは、なかなか実感として理解しにくい点かもしれません。他の経験者の体験を聞き、どのようにその壁を経験し、どのように回復に向かって進んでいったかを知ることは、依存症を病気として受け止め（疾病受容）、回復に向けて歩むうえでとても役立つことです。この点は、依存症の本人とともに家族にもあてはまることです。

**③ 対人関係**

　依存症の結果として、あるいは依存症の原因の一つとして、対人関係の問題を抱え、孤立し、そのことがまた依存症を悪化させている、ということが少なくありません。つまり孤立感への対処として依存行動が続いてしまっているということがありますが、依存行動ではなく自助グループに参加することによって孤立感が解消されれば、依存行動を断ち切る力となります。

## (5) 発達障害（広汎性発達障害、ADHD（注意欠陥多動性障害）など）

### 1) 発達障害とは

　発達障害は生来性のものであり、発病して回復するという「病気」の側面を持たない、または少ないという点で、他の精神障害とは異なります。ADHDにはある程度効果がある薬も使われますが、基本的な障害は不変と考えられます。一方、置かれた環境によって表に現れる症状や行動の程度が異なるので、適切な対応をすることが本人にとっても周囲にとっても好ましいことです。また、社会への不適応によって二次的に抑うつ、不安、心的外傷などの精神症状が出てくることがあり、それに対する治療が必要となることもあります。発達障害には、広汎性発達障害、ADHD、学習障害などが含まれ、複数の特徴を併せ持つ場合もあります。対象者それぞれによって個性が大きく異なりますので、それぞれの生活の現場において、適切な環境（周囲の接し方を含む）を整えることが必要です。

### 2) 広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー障害）

　知能にばらつきが大きいことが特徴で、特に人の心を感じ取ったり、ものごとをおおざっぱに把握したりといったことが苦手です。そのため、会話が不自然になったり、物事の表面的な側面、たとえばものの並び方などにこだわったりします。また、特定の感覚が過敏であったり、写真のように記憶したりといった特徴が見られることもあります。

　こうした不自由さから、本人なりのこだわりや法則にしたがって行動しないと強い不安が出てきてしまいます。ですから、一見、奇妙な言動が見られることがありますが、ある程度、周りが妥協する必要があります。また、言葉による説明を理解するのが苦手なところがあるのでイラストを使って説明する、あいまいな表現を避けてできるだけ具体的に明確に話す、変化に弱いのでできるだけ同じパターンを維持する、たとえば作業ごとに異なった机や場所を決めておく、など、本人の思考に合わせた環境を工夫します。

### 3) ADHD（注意欠陥多動性障害）

　通常、注意集中力が低く、すぐに注意がそれて、平凡なミスを繰り返したり、「まだ間に合う」と思うと余所に注意がそれてしまい時間や期日を守れなかったりします。試験直前の頑張りのように、たまに頭が回り始めるようなこともあります。学校では一番前に座らせるなど、なるべく余計な刺激が入らないように環境を工夫したりしますが、少なくとも「常に集中力が高い状態を維持するのは無理なこと」と考えた方がよいでしょう。

　一般の人でも心配ごとがあると注意力が落ちてしまうように、ADHDの場合でも、心配ごとがあると症状が悪化するものです。たとえば、夫婦間など、家庭内の葛藤が大きいと、子どものADHDが悪化するといったこともありますので、そうした意味での環境にも留意しなければなりません。

### 4) 二次障害

　発達障害ではしばしば二次障害が問題となります。発達障害と理解されないで育つ中で、周囲に溶け込むことができず、逆に周囲からいじめや虐待の対象になってしまうことがあるのです。PTSD（心的外傷後ストレス障害）として解離や再体験などの症状が出てきたり、パーソナリティ障害、うつ病、ときには統合失調症様の症状が出てくることもあります。また、必ずしも二次障害というわけではありませんが、双極性障害を伴うこともあります。

　これらは、障害を持った中で、不適応の状態ですごしてきた結果であるという側面があります。ですので、周囲から障害を受け入れてもらいつつ、自分に合った生活のあり方を探っていくという作業が必要になります。単なるパーソナリティ障害、うつ病、あるいは統合失調症というつもりで治療してもなかなか改善しない一方、障害が受け入れられる環境ができると、今までなかなか改善しなかったものが改善していくということもあり、診断が重要なのです。

# ７．相談員として心がけること　～基本を守ること～

　すべての事柄に当てはまることですが、基本を守ることが大切です。相談の場合、特に大切なのは「きちんとした見立てを行い、それに基づいて対応する」ということです。基本を守るということには二つの意味があります。一つは適切な相談・対応をすること。もう一つは自分を守ることです。

《適切な相談・対応のために》

　いろいろな相談を受けていて、なぜかうまくいかないということをしばしば経験するでしょう。なにかうまく対応できるコツがあるのではないかといったふうに考え、「こんな相談者にはどう対応したらいいですか？」と対応技法だけを求めがちです。もちろん、受け答えの仕方など、対応の技法を身に付けておくことは大事です。しかし、適切な対応をするということは、そうした技法をどのような場合にどんなふうに使っていくかという判断が必要で、それは適切な見立てがあって初めてできることです。すなわち、基本をしっかり守ることこそがコツです。自分の対応を振り返ってみましょう。見立てが不十分だったのではないか、見立てに基いた気持ちの受け止めができていなかったのではないか、連携が不十分だったのではないか、といった点です。

　たとえば、相談者が怒りをぶちまけるというときには、つい、どうやって怒りを鎮めようかと焦ってしまうものです。しかし、相談の基本は、まず気持ちを受け止めることです。相談者にとっては、なにか訴えたいことがあるから怒りをぶちまけているので、それを受け止める作業が不十分だったのかもしれません。さらに、評価を十分に行うためには、「何に困っているのか？」をしっかり確認しなければなりません。「そこのところをもう少し聞かせて？」と相談者の怒りの背後にある事実に関心を向けることは、相談者に対して、「自分のことを理解しようとしてくれている」という印象を与えるという面もあります。もしいろいろ訴えることがあれば、「なにに一番困っているのか？」と、一番言いたいことを教えてもらいます。そうした作業があって、はじめて「じゃあ、これからどうしたらいいか一緒に考えましょう」と次のステップに進むことができます。

　あるいは、ほかの例では、「何度説明しても同じことをまた聞いてくる」という場合もあるでしょう。そうした場合は、相談者に対する評価が不十分だったのかもしれません。相談者の理解力の問題の場合もありますし、相談者が本当に聞きたいこととあなたが把握した質問の内容とが少しずれているという場合もあります。評価が不十分であれば、気持ちの受け止めも的外れになってしまいます。つまり、相談者が何かに対して不安を感じているからこそ、繰り返し聞いてくるのであり、その不安の正体をきちんと突き止めることができず、したがって、適切に気持ちを受け止めることができていないのです。

《自分を守るために》

　適切な相談・対応をすることは、即、相談員自身を守ることにもつながります。まず第一に、適切な対応によって相談者の困難が解消・軽減されれば、それは相談員にとっても好ましいことです。第二に、もし困難がすぐに解消されない場合も、きちんと見立てて、状況を理解し見通しを持って臨むことで、相談員の心理的負担の度合いは軽減されます。第三に、万が一、対応がうまくいかなかった場合も、「『うまくいかなかった』という情報をもとに、正しい見立てに近づくことができる」、と前向きにとらえることができます。

　なかでも、相談者についての見立ては大切です。相談者がどのような気持ちでいるか、そうした気持ちに至るには、相談者がどのような人柄で、どのような価値観を持って生活してきたのか、そして、どのような状況におかれているか、といったことを理解することで、相談者を受容しやすくなります。相談員と相談者の関係も一つの対人関係であり、相談員が感じるストレスのかなりの部分は、この対人関係に由来します。相手を受容できないまま対人関係を続けることは非常にストレスとなりますが、相手を受容し、リスペクトの気持ちを持って向き合うことは、相談員にとってもプラスの体験となります。

