

子どもの理解と心理臨床

神谷 かつ江 (教育心理学)

はじめに

不登校、いじめ、暴力行為、摂食障害など子どもが示す問題行動は増加の方向にある。文部科学省の問題行動に関する調査によれば、公立の小中高校生が2000年度に学校の内外で起こした暴力行為は約4万4千件と前年度より10.4%増え、物を壊したり、他の生徒に暴行したりするケースに比べ、教員への暴力行為が際立って増えているのがわかった。学校内での教員への暴力の増加率は小学校で最も大きく(26.7%)と、小学校で多発する学級崩壊が、教員への暴力に進展したケースがあるとみられている。

不登校においても、年々増加の傾向をたどり、中学校では38人に一人が不登校であった。

子どもが示すさまざまな不適応症状や問題行動は心の健康を損なった状態といえる。そうした不適応状態をより健康な適応状態に導くためには、その背後にある問題点を明確にしなければならない。

本稿はそのような必要性のもとに、フロイトの精神分析を基礎としながら、カウンセリングにおける子ども理解を心理臨床の立場から論じる。その構成は次の通りである。

- ・ 科学的観点での理解
- ・ 実存的観点での理解
- ・ 精神現象
- ・ 精神分析的観点での理解
- ・ 障害児の理解
- ・ 身体の心と体
- ・ 臨床家の資質
- ・ 受容と共感的理解
- ・ 転移現象
- ・ 面接の在り方

- ・ カウンセリングにおける子ども理解
- ・ 所見の記載

科学的観点での理解

子どもを理解するには、児童精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどの専門家が、それぞれの分野で彼ら自身の技術に基づいて、検診、面接し、それらの結果をもちよって統合性のある結論を出すチームワークによる理解ができれば一番望ましいと思われる。しかし実際の臨床ではそれは理想であって、一人でみることが多い。

どのような観点で子どもをみるのか。みるとは観察である。何をみるかは、それは対象者の行動であり、その行動をかりたてる欲求や動因、さらには心理機制である。観察の「観」という字は詳しく観る。「察」とは明らかにするという語彙である。つまり真の姿を明らかにするということである。それにしても「みる」という字は多い。参考までに代表的なみるをあげてみることにしよう。

見る…目で物の存在や様子を知る、目で物を確かめる、

見物 見学 見識 見解

看る…付き添う、守る、世話をする、

看護、看守、看取、看病

診る…医者が病人の病状をみる、目をとおす、

診察、診断、診療

覧る…ひととおりみる

展覧会、回覧

鑑みる…見分ける、例に照らしてみる、

鑑別所、鑑識、鑑査、鑑賞

視る…目的をもってみる

視力、視察、視線、視覚
 観る…注意してみる、念を入れてみる、
 観察、観念、観衆、観賞

みるには上記のようにたくさんあるが、いずれも自分の目で確かめること、転じて自分の判断で処理することと記してある。

児童精神科医が子どもを検診し、診断するには医学的立場に基づく精神医学的診方を基礎においている。この場合の診るとは診断のことである。正しく子どもを診るといった場合、基本的には科学的医学を基礎としている現代医学の価値判断で、子どもに起こってくる病的事象の本質を見抜く目が必要となる。そして更にそのうえでそれらに詳しく記述することが必要となる。「正しく」とはフロイトがいうように、科学的観点に立つということである。科学的観点とは以下の3つのことである。

- ① その現象を普遍的客観的にみること。個性は抹殺してしまう。誰にでも共通にふりかえられ、観察者による影響がないこと。
- ② 因子に分析すること。その現象を分析し、そこに各種の因子(要因)を見いだすこと。
- ③ 因果関係を知ること。その要因の間にある因果関係を知ることであり、だれが実験しても再現できることである。つまり科学的観点とはその現象を普遍的に記述し、その現象を分析し、そこに各種の因子(要因)を見い出し、その要因の間にある因果関係を知ることである。

科学的観点に立った才たるものが数学である。数学は科学的発想の典型である。例えばりんごという属性は、富士という品種も王林という品種も同じとするから勘定ができるのである。個性をとりあげたら数えられない。このような発想法が科学である。科学には私とあなたという個性的な出会いは取り扱わない。観察者はだれがみても同じであり、客観的普遍性をとても重要視している。

同様に私たちの医学は科学的医学に頼っている。例えば胃ガンのクライアントについていえば、なにがしのたれがしの胃ガンとは言

わない。タイプ・類型化してしまう。わけても個性は問題にしない。現代医学は必要にして十分な身体的検診が現代医学的診断検診の一部をなすというのではなくて、科学的考察を基礎にもった検診がおこなわれなければならないということである。科学的考察とはすでに述べたように、ある事柄に関する各種のデータを組織だった方法により、ある理論による規則に従って集合し、分類し、それを基礎に、因果関係のある結論に導きだそうとする立場である。

実存的観点での理解

科学的観点にたってみることは心理臨床の基本である。だがそれだけでいいのであろうか。中井は面接場面でおこる事象の実存的観点での理解の必要性をあげている。

臨床の場面で専門医の場合、病んでいる臓器は見えても、病んでいる人間は見えていないことが多い。そのためについ非人間的扱いが行われ易い。一時期多発した医療ミスはそのことをものがたっている。実はそこに来院したクライアントは単なる病者の一人ではなく、正に今を生きている何の某という個人が来ている。私は私という一人の人間であり、誰でも実存的に存在している個人なのである。

臨床家とクライアントは互いに個性ある人間としての出会いの中で、カウンセリングが成立する。これは科学的観点では取り扱えないものである。それは偶然であり、実存的な一回限りの歴史的・個性的な出会いと言わざるを得ないものである。

生きているもの全て今の一瞬に生きていてこの一瞬は二度と繰り返せないのである。誰にとってもこの貴重な歴史的現在が経過しつつあるのである。面接場面でのこの運命的な出会いということを決して忘れてはならないのである。

つまり、実存的に存在している私たちは、科学的観点でのアプローチを基礎におきながら、人間一人一人の個性、特徴をみきわける実存的観点での理解も当然必要とされてくる

るといえる。

精神現象

私たちは子どもの心を扱うのであるから、心について明らかにしなければならない。宮城音弥「心とは何か」で、心を靈魂、意識、行動、要素の集合、脳の働き、エネルギー、目的、測定、了解、自由、自我に細分し、総合的に述べているが、心とは人間の精神作用のもととなるものであり、またその作用ということが集約できる。

心がなくなるとは何か。心がなくなるとは気を失っているということであり、気を失うとは動かないことであり、動かないとは死んでいるということである。精神現象は動くか動かないかということであり、行動である。生きているとは心があるということであり反応することである。つまり精神現象は機能と同じであり、動いていること機能していることをいう。

精神分析的観点での理解

科学的観点での理解と実存的観点での必要性を述べてきたが、それは精神分析的観点での理解ということである。精神分析的観点での理解とはどういうみかたなのか考えてみたい。

断層写真やレントゲンが一般医学の検診に用いられるのに対して、臨床家は自分自身を検診の道具として用いれる。私たちは断層写真が示してくれるような誰にでも明確な知見や結果をその検診から期待できない代わりに、機械が探しだせないようなもっと繊細で微妙な知見を得ることが可能となる。

個々の臨床家が面接の場に自分自身を提供し役立てる程度には差がある。ある場合には臨床家自身が臨床家とクライアントという関係に余りにも巻き込まれ過ぎているために、獲得できる知見を見過ごしてしまうこともある。従ってその面接から得られる結果が科学的により差がある以上、この面接の結果を科

学的に評価することは普遍性が得られにくく個性的、歴史的な事実であり、正に実存的時間を共有したことなのである。そこでこの面接の間に起こった臨床家とクライアントのやりとりを相互的な関係のもとに考察することが必要になる。この点が一般医学の検診と大きく異なることであり、臨床家が忘れてはならない大切な点である。

障害児の理解

障害児とは、身体の諸器官や精神の諸機能の一部がなんらかの原因で損傷を受け、そのため年齢相応の諸能力の発揮が部分的に困難な状態であり、社会生活を営むうえで制約を受け不利な状況におかれている子どもをいう。

わが国の学校教育の制度では、視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱・虚弱、言語障害、情緒障害に分類され、このうち盲、聾、知的障害、肢体不自由、病弱の二つ以上の障害をあわせもつ場合、重複障害という。

国際的には、世界保健機構（WHO）が、1980年に国際障害者分類の試案を発表し、検討が進められている。機能障害・能力障害・社会的不利の「障害の三つのレベル」はリハビリテーションや福祉サービスについて考える時に、非常に有意義な概念である。

知的障害とは、これまで主に精神薄弱という用語は使われてきたが、不適切で差別的な表現であることから、近年「知的障害」に替わりつつある。1995年7月より厚生省の「精神薄弱に替わる用語の研究班」において「知的発達障害（略称：知的障害）」という言葉が提案し、関係法律、法令の改正について協議されてきた。1998年9月に「精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律」が成立し、1999年4月より施行され、制度的にも用語が変更された。

知的発達の程度という状態像からは、知能が正規分布するという仮定の下、平均から2標準偏差以上低い方にかたよった遅れを示すものという診断基準がある。このかたよりは

統計的には全体の約2%である。わが国の義務教育段階で特別な教育を受けている児童生徒は約1%である。この中には知的障害だけでなく、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、言語障害、情緒障害、病虚弱などすべてを含んでの数であるから、実際には軽度の知的障害などの大部分は、その遅れに対するケアのないまま通常学級に在籍している可能性が高い。

知的な遅れに対応した受け皿が少ないのが実情である。通常学級内での個別的配慮指導か、養護学校か、特殊学級かといった選択肢では、本人も保護者も納得できる適切な教育の場を選んでいくことは難しく、就学や進路に関する教育相談の大きな問題となっている。

身体的心と体

子どもを理解しようとする専門家は、その基礎となる精神と身体の生理と病理をしっかり習得しておく必要がある。本人自身が持つ要因を遺伝や胎生期や周産期の影響によって生じる先天的要因と、主に社会的、心理的影響によって生じる後天的要因と分けて考える。そしてその症状の発症は、素質や遺伝的要因と環境の絡み合いから起こるものと理解する。そしてまた子ども自身に起こってくる病理現象は、子どもが生活している環境の中で疾病要因が働きかけることによって、いよいよ子どもは正常状態を維持できないで、ついに病的現象として発症すると理解する。しかし時には同じ要因で働きかけても、子どもの抵抗が強く疾病とはならずそのまま健康状態を維持してしまうこともある。具体的にはB型肝炎におけるキャリアであり感染することと発病することは異なることをみても理解しやすい。つまり、精神の生理と病理を理解することにより、子どもの器質的疾患や情緒的、精神的問題などの有無や性質、程度などを見だし、その統合性を理解しようとするのである。どんな立場にあってこの症状が発現してきたのか、子ども自身の立場から眺めていこうとすることが大切である。

さて医師が子どもの現在の病気を診断し医学的治療を行う専門家であるとするれば、臨床家は子どもが現した過去・現在・未来の環境要因の専門家でなければならない。もちろん臨床家にとっても医学的知識は必要なことであるが、医学的知識を利用して、治療的かわり方をどのように工夫したらよいかと考えることが求められる。また臨床家は面接によってクライアントが持っているであろう感情や意欲、情動を得ようとする。すでに述べたように感情、意欲は臨床家とクライアントとの出会いの中でしか見つけることができないともいえる。つまり面接過程は臨床家とクライアントの人間関係に支えられているのである。カウンセリングが人間性の回復と成長を目指した治療的関わりを基本としている関係であるならば、臨床家の資質もまた当然問われるべきであろう。

臨床家の資質

臨床家には常に冷静で詳細な行動観察と自分をも含めた客観的なものの見方や判断が要求される。クライアントの理解にはサリヴァンのいう「関与しながらの観察者」的立場や臨床家の冷静な判断や知識や洞察力、人生観、人間愛など臨床家の全人格が大きく影響する。そのためには当然自分の能力の限界を見極めることも大切である。

同じものを見て人によってはその内容が異なって理解されるし、臨床家が男性か女性か、年配者か若配者かによってもクライアントの反応は違ってくるであろう。

つまり臨床家の態度や価値判断が、大きくクライアントに関与することにもなるのである。

現代は個性の時代といわれる。生き方も価値観も人はさまざまである。クライアントを理解するにも、柔軟な姿勢でこうした価値観や生き方を判断しなければならない。それには既製の価値観や偏見を捨てることも要求されるであろう。またあふれる情報の中で、自分の判断で正確な情報のみを選択しなければ

ならない。これもまた自分の考え方についてしっかりした判断基準を有していないと情報にいたずらに振りまわされてしまい、一人取り残されてしまうということもありえる。

受容と共感的理解

カール・ロージャズは面接過程が治療的効果を高めるための条件として、臨床家の受容的態度をあげている。受容とはクライアントを一人の人間として無条件に尊重し、全てを肯定的に受け入れる態度をいう。しかしそれだけでは足りない。むしろ言葉としての肯定的受け入れよりは、同じ立場にたって情動的体験や感情移入することが大切である。受容に対して共感的理解という言葉で一般的に理解されている態度である。この両者が相互に依存しながら、臨床家のありのままの姿とつながりをもって治療的变化が可能となるのである。

臨床家とクライアントは人として対等でなければカウンセリング過程は成立しない。同情やあわれみは上から下への感情であり、弱者に対する優者の態度である。そこには主観的見方と情動的理解のみが存在し、その結果面接は目標を失ってしまう。共感的理解とはちょうど反射望遠鏡のように、クライアントの感情を臨床家の感情の鏡に写して理性で洞察することである。それには自分の感情の動きを常に内省し、自覚していく能力が要求される。そうでなければ自分の感情を洞察することが困難となり、後に所見を書くにも客観的判断と主観的判断がごちゃごちゃになり、経過を自覚しそれを描記することができなくなるのである。相手の言葉や感情の中に込められている気持ちと同じ気持ちでいながら、客観的にそれを観察するもう一人の自分が存在するのである。洞察とは事の成行きを見抜く物語りのようなものである。理性をなくして主観的、感情的になってしまうと物語りが書けなくなってしまう。だから相手を写す鏡は理性で常に磨いていなければならない。

転移現象

臨床家とクライアントが面接を続けるうちに、クライアントはそれまで無意識だったさまざまな幼児的な感情や興奮が意識にのぼってくる。そうすると実際には臨床家とは何も関係がないのにその時の感情や態度をどうしても臨床家に転移しやすい。転移はフロイトによってはじめて記述された精神分析の重要な概念である。普通年齢の幼い子どもには生じない。学校カウンセリングにおいても転移現象に入り込む事例は少ない。このレベルまで面接が深まると、その処理が難しくなり、ラポールや面接さえも拒否するようになるので、ラポールのレベルでとどまっているべきであろう。

転移には愛情や親愛や尊敬、信頼などの陽性感情転移と憎悪や敵意、反抗などでむけられる陰性感情転移とがある。なお臨床家とクライアントのコンプレックスが重なって逆転移がおこることを避けるには、臨床家は教育分析を受け自分のコンプレックスを周知しておく必要があると言われてきた。近年、この点に関しては、新しい問題提起がなされている。

面接の在り方

心理的な治療法には、精神分析療法、行動療法、森田療法、遊戯療法、交流分析など、いくつも並べられている。だが実際の面接場面では単純に名前がつけられないものが大半である。全てのクライアントは、それぞれ独自の問題をもっている個性をもった人間であり、また面接者もそれぞれ独自の個性をもった人間である。科学的な観察とは、観察者自身が観察している現象に影響を与えてはならないことであって、誰が観察しても何度でも同じことが起こる現象のみを扱う。だが実際の面接場面ではこのような純粹観察法はありえず、実存的に存在している私たちにとってはあくまでも理想にすぎない。

実際の面接場面では普遍的な技法をもって

働きかけているつもりでも、実は個性的な独自の働きかけを同時に働かせているのである。それには外科的な手術を考えればわかりやすい。その手術はマニュアルにそった技法であっても執刀者の個性的な技によってその成果は左右される。面接技法もそう考えればより理解できるのである。

カウンセリングにおける子どもの理解

子どもを理解するにはまず子どもの特徴を知らなければならない。子どもは大人とどう違うのであろうか。

- ① 子どもは今を成長する過程であるということ。子どもは学習する存在であり、すべての体験を学習することによって獲得していく。
- ② 両親の影響を無視できない。子どもは時々刻々と親から影響を受け、親を手本に育っていく。
- ③ 困っているのは周囲の大人であって子ども自身にとっては症状の認識が少ない。
- ④ 臨床家は子どもだけをみるのではない。その子を育てた親も面接する。
- ⑤ 子どもの面接では最初の出会いが大切である。
- ⑥ 子どもと親、臨床家との3者での出会いは面接とともに展開していく。

このことについてもう少し詳しくみてみよう。

・初めての出会い

クライアントが子どもの場合、保護者は親であることが多い。そこには臨床家と親と子どもの三者が出会うことになる。この場合、子どもはおもちゃを手にしたまま黙っているかもしれない。あるいは早速おもちゃに手をだすかもしれない。臨床家は決して臨床家自身の考え方や在り方を子どもに示唆してはいけないことと同時に、子どもを安心させるためにどうやって何を示唆するかという用意がなくてはならない。例えば子どもが黙って何

もしないでいる場合、臨床家も同様に黙りこくっているのでは子どもの不安を高めることになってしまう。黙っているという事実によい言葉をかけて緊張をといてあげたり、遊びの糸口を見つめだす配慮が必要である。どうしても伝えたいが口でいってはまずい場合は心の中でそのことを願うこと。(ただし自閉症のようにパラコミュニケーションが通じない子どもは、そのことが診断になっていく。) そのためには臨床家は自分の心を読む、相手の心を読むことを訓練しなければならない。自分の感情を上手にコントロールし、ある意味で自然な役割演技をしなければならないときもある。

・聞く姿勢

精神障害は原因のはっきりしないものが多い。因果関係を探そうと努力してもみつからないこともある。それではどうしたらよいか。それにはまず苦しみに耳を傾けることから始まる。そこで子どもに何が苦しいのか聞くことになる。しかしそれに対するストレートな答えは大半は返ってこないことが多い。それでは親に対してあらためて質問すると、この子のことで困ったとか、学校や幼稚園でおかしいと指摘を受けたとかの答えが返ってくる。だが親の話の内容が全てではない。あくまでも親の目からみた子どもの状態でしか過ぎない。このことは面接場面でおこる臨床家と子どもと親との三者とで起こることにおいても当てはまる。子ども臨床では子どもだけでなく、つきそった親も同時にみることが多い。

しかし子どもがクライアントであるならばその場での主役は子どもである。決して子どもを無視して親のみに面接を終始してはならない。子どもは初めて顔を合わせたその一瞬に、面接者の自分に対する感情や態度を読み取ろうとする。その時の第一印象は、本能的なものであって言葉での誤魔化しは通用しない。どんな表情をもって自分に挨拶したか、親にばかり気を使って自分には挨拶しなかったか、大人がうっかり見過ごしてしまいうような態度や表情に敏感に反応する。

親から事情を聞く場合においても、子どもの了解を得るか、あるいは子どもに断ってから親の話を書くようにするくらいの気の使い方をしたいものである。こうした配慮をしていると思いがけず、子ども自身がいろいろと話をしてくれるときもある。子どもだからあまり話せないだろうと頭から決めてかからないことである。とはいえ子どもの話ばかりでは要領の得ないことが多い。

そこでやはり親から話を聞くことになる。親の話の内容が子どもと違っていれば、それが親の目からみた見方であると了解できるはずである。そしてこのずれ自体を面接へと導入することも可能である。

・子どもの表情や行動を観察する。

子どもの面接の場合は、言葉による表現よりも質問の話の内容と、同時にその場で示す子どもの表情や態度や行動によって、その心情を察知することが最も大切である。なぜなら子どもは、言葉にはあらわせない感情で、本能的に親の感情や情緒の在り方に反応するものである。例えば子どもに不治の病が診断されたとする。子どもははっきりとその死を意識化できないが何か重大なことが自分に起こっているのだと察知する。それは死の予感といってよい。親はまだ幼いと思って油断して、子どもの前で親としての不安な感情を表現する。それは反面親の油断であることが多い。そのことを子どもがどう受けとめられるか、親は子どもは言葉で表現しないのでわからないつもりでいる。しかし内容がたとえわからなくても、子どもは親の自分に対する不安や恐れを取り入れて洞察することは可能であり、それが乳児においても可能であることを臨床家は銘記しなければならない。こうした状態の子どもに口先だけの誤魔化しや同情は不要であるばかりでなく、害でさえあるだろう。死という、当事者しかわからない領域を、口先だけの言葉で慰めようとすれば、たちまち信頼は失い、子どもの心は離れてしまう。むしろ面接者もやがて自分たちにも訪れる死を予感することが大切である。そこには

絶えがたい孤独と拒絶があり、そのことで自らも沈黙せざるをえないものである。こうして共感的理解と感情移入することがカウンセリングなのである。

所見の記載

本論をまとめる意味もあり、所見の記載を述べてみたい。

どんなに立派に行われた面接でもそれに対応する所見が記載されていなくては、科学的な面接とはいわれない。科学的に記述するのは、因果の関係で述べていくことである。その因果による関係には、過去から現在までの歴史的因果関係をもって記述することが臨床場面では行われやすい。人間は歴史的存在であって過去の環境から働きかけられた結果が現在の姿だと考える。そこにはクライアント自身の反応が存在している。観察している事柄を、順序よく、もれなくしかも面接者の一応まとまった考えを伝えるように記述することは、容易なことではない。それには専門的、技術的な言語、テクニカルタームを用いて記述することである。そうすることによって始めて起こってくる現象を第三者に伝えることが可能となる。つまり一定の価値尺度でその現象をはかるということをしない限り、記述することは難しいのである。客観的事実と主観的解釈を分けて記載し、それが誰にも理解されるものでなくてはならない。“このような事実はかくの如くに解釈される”と分けることが大切である。どんな観点でその事象を記述していくかは、面接者の個性的な記述の範囲内によるであろう。

引用文献

- ①「治療教育における面接の手引き」岐阜大学治療教育研究紀要 中井幹
- ②「生徒を理解するために」岐阜大学治療教育研究紀要 中井幹
- ③「児童の精神医学的診断検診の理論と実際」児童精神医学とその近接領域 1966年 第7巻 第2号 小倉清

- ④「子どもの精神医学の治療原則」牧真吉「こころの科学」NO2 1985年 日本評論社 特別企画 子どもの精神衛生
- ⑤「子ども臨床を考える」清水将之 「こころの科学」NO94 2001年 日本評論社 特別企画 子ども臨床の明日
- ⑥「カウンセリングのすすめ方」有斐閣新書 中西信夫ら
- ⑦「フロイト」講談社 小此木啓吾
- ⑧「児童の臨床心理」放送大学教育振興会 1999年 上野一彦
- ⑨「発達心理学」放送大学教育振興会 2001年 小嶋秀夫 三宅和夫
- ⑩「児童心理学」放送大学教育振興会 1999年 無藤隆
- ⑪「知恵遅れの子どもたち」福村書店 上出弘之、伊藤隆二
- ⑫「広辞苑」岩波書店
- ⑬ 文部科学省 学校基本調査2000年度
- ⑭ 中日新聞朝刊 2001年8月11日
- ⑮ 文部科学省 問題行動に関する調査2000年度
- ⑯ 岐阜新聞朝刊 2001年8月25日
- ⑰「福祉社会事典」弘文堂 1999年

—児童教育学科 初等教育—