

心理臨床における連携と守秘義務の意義についての一考察

A study of the meaning between the cooperation and the confidentiality in clinical psychotherapy scene

山下 八郎（セラピールーム アトリエ西風舎）
中島 暢美（神戸山手大学）

キーワード：連携、守秘義務、個人開業カウンセラー、スクール・カウンセラー、広汎性発達障害

Key Words: cooperation, confidentiality, counselor in private practice, school counselor, pervasive developmental disorder

要 約

心理臨床において、他領域や同業他者との連携は、クライアントの利益として非常に重要である。しかし、連携のために行われる情報共有とセラピストの守秘義務との矛盾のため円滑かつ機能的に行われてはいないのが現状である。本稿では、個人開業カウンセラーとスクール・カウンセラーが連携して心理援助を行った広汎性発達障害の事例を提示し、連携と守秘義務を両立することの意味について考察する。

ABSTRACT

In the clinical psychotherapy scene, it's very important for clients to cooperate with specialists of other fields and fellow practitioners. However, with regard to the contradiction between confidentiality and common information, it's rare that the actual condition of cooperative care develops functionally. In this paper, authors present one case of pervasive developmental disorder where a school counselor cooperates with a counselor in private practice, and considers the meaning of the cooperation and the confidentiality.

1. はじめに

一般に、職業上知り得た内容を口外しないという義務を守秘義務と呼ぶ。法律によって守秘義務を定められている職業も多いが、人間関係の基本として暗黙のうちに了解されている常識的行為と思われる。

心理臨床の専門家にも守秘義務は課せられている（金沢、1998、松木、2005、渡辺、1991）。仮に、自分の話したことを治療者は口外するのではないかとクライアントが疑うならば、クラ

イェントと治療者の間に「信頼」（成田，2003）という関係は生まれないのは当然であろう。故に、守秘義務とは、クライアントと治療者との関係性成立の前提条件となる。

一方、守秘義務の意味を問い直さねばならない現状がある。年々、心理療法を行う場が拡大したことにより（岩倉，2003、仲，2004、蒲生，2003、宮川，2005、松田，2001、矢永，2004）、心理臨床家はこれまでとは異なる臨床場面に遭遇することになった。医療、福祉、学校等における多くの専門家、およびクライアントの家族、それらと心理療法家が複雑に絡み合っ、治療構造が形成されることも稀ではない。その場合、それぞれの分野の専門家と心理療法家が連携せねばならないのは必定である。そして、クライアントの情報はある程度共有化される。この共有化は「連携」の必須条件である（村瀬，1985）。しかしながら、「共有」と「守秘義務」という矛盾は、心理援助の前提条件を覆す可能性を含むものである。筆者らは、このパラドックスは、現代の心理臨床における「連携」に関する大きな課題ではないかと考えている。また、この矛盾は「連携」している各人にも影響を与えざるを得ない。なぜならば、「連携」している各人は、それぞれの立場よりクライアントに接し、同時に、「連携」と「守秘義務」を守るというパラドックスの渦中にいるからである。では、このパラドックスにはどのような対応が有効なのであろうか。

本稿では、筆者らが連携した一事例を提示する。本事例のクライアントは、広汎性発達障害と診断された中学1年生女子である。現在、広汎性発達障害は先天性のものであり、コミュニケーションに問題のある障害と考えられている（Davison G C, & Neal J M, 1994）。本事例を提示する理由は次の二つである。第一に、クライアント、母親、教師、医師、スクール・カウンセラー、個人開業カウンセラー、が連携した事例であること。第二に、コミュニケーションの問題という点において、「連携」のもつ課題と共通しているということである。よって以下では、事例初期に焦点化し、筆者らを含めたクライアントに関わった者の関係性の構築に重点を置いて記述し、考察した。

2. 事例の概要

（以下より、クライアントをCI、母親をMo、開業カウンセラーをTh、スクール・カウンセラーをSCと表記する。また、Thの発言は〈〉、CI、Mo、SCの発言は「」で表記する。）

クライアント：A、中学1年生（13歳）女子

主訴：「教室に入れない」

面接方法：毎週60分（曜日および時間は固定）

家族構成：父親（継父、会社員53歳）、母親（看護師40歳）と姉（同中学3年生15歳）の4人家族。CI以外の3人は非常に仲が良い。実父は、CIが8歳の時に母親と離婚し、遠方に在住。CIと実父は2ヶ月に1回程度会っている。

来談までの経緯：小学校までは問題なかったが、中学入学後、学内での問題行動（多動、奇声、授業不参加等）が多発。X年4月より配置されたSCは、同年9月に、担任と学年主任のD教師から依頼を受け、CIと初めて対面した。CIとは、その後も面接等の学内支援を継続していたが、問題行動は顕著になり、教員からは問題のある生徒として扱われるようになっていった。SCは、同年10月の面接において外部委託の必要性を強く感じた。同年11月の面接において、Moに対してCIが外部機関で心理療法を受けることを勧める内容の手紙を用意し、CIからMoに手渡してもらうことにした。CIには口頭で説得した。同年12月にCIのMoと面接し、外部機関に連絡すること、面接への付き添いをお願いした。SCが連携した外部機関は、SCの別の職場でのスーパーバイザーであったG医師（精神科）から、以前紹介されていた個人開業のカウンセラー（Th）であった。その後、CIとMoはThを訪れ、Thが心理療法を開始し、SCは中学校のなかでの支援を継続した。

ThとSCの関係性において、前提となるのは以下の3点である。①ThとSCには、共通の知人としてG医師が存在していた。②ThとSCは直接の面識はなかったが、電話による会話は数回あった。③Thはスクール・カウンセリングに対して、実質的な知識が殆ど無かった。

3. 面接課程

第一期：それぞれの関係性の模索と構築（X年12月－X＋1年1月）

導入面接（X年12月14日）

面接室の入口で、大声かつ早口で挨拶するMoの後ろに、実年齢よりは幼く見えるCIが隠れるようにしながら、緊張した面持ちで立っていた。アトピー性皮膚炎と思われる赤みが四肢に目立っていた。Thが挨拶して入室を促すとCIはおずおずと入室したが、座る椅子に迷っていた。Thの面接室では一人用椅子4脚が円卓を囲むように配置してある。2脚は比較的大きな椅子であり、主として来談者とThが使用している。残り2脚はそれらに比べて小さく、随時補助的に使用している。ThはCIに大きな椅子を勧め、Moには補助椅子を勧めた。CIは素直に、Moは不満げな表情で着席した。

間もなくMoが一方向的に話し始めようとするのをThが制止し、CIに事情を訊いた。CIによると、授業に参加できなくなったのは2学期からであった。リストカットを校内でしたため学校では「大事に扱われている」、「リスカ（リストカットをこう呼ぶ）よりタトゥーという呼び方がいい（実際に「ともだち」の名前を彫り込んだ傷もあった）」と言う。自傷行為は他にも数多くあり、そのほとんどが「ぼんやり」としていて記憶がないこと、針金を何日も突き刺していたこと、日内変動や早朝覚醒のあること、嫌いな教師が3人いること、等をThの質問に応じながら無表情に話した。ThはCIのムードに、重症例特有の不気味さを感じた。

来談までの経緯をThはMoに尋ねた。Moは俯きながら「自分の激動の人生に娘を巻き込んでしまった」と言う一方、険しい表情で「娘の事は学校が騒いでいるだけ」とし、Mo自身

の半生を早口で話し始めた。Th はしばらく傾聴した後、Mo には改めて時間を設定して詳しく聞きたい旨を伝えた。CI に〈教室に入るのはしんどいだろうけれど、入れないってのもしんどくないのかい?〉と問うと、CI は「それはそうだ」と答える。〈入れるものなら、入ってみたいかい?〉と Th が尋ねると、CI は黙って頷いた。ここで Mo に意見を求めると「この子の治療が第一ですから!」と叫ぶように言った。Th は、面接を毎週 1 回 60 分、Mo の送迎を条件として提示し、CI と Mo の同意を得た。

Th は、軽度の知的障害もしくは児童精神病の可能性を考え、心理検査の施行を提案した。年末であったため年明け早々の施行を提案したが、CI の強い希望で年内に行う事になった。これは導入面接で CI が唯一関心を示した場面であった。同時に、Th が紹介者である SC と連絡を取ることにの了解を、CI と Mo 双方から得た。この時点での Th のアセスメントは、重度の精神疾患もしくは先天性障害、のいずれかであった。

導入面接後、Th は SC に連絡をとる必要性を感じた。理由は CI 親子の話しのみでは、事実確認が難しいと思われたからであった。しかし、Th はスクールカウンセリングにおける SC の立場への知識がなく、どのレベルまで情報提供が可能なかは分からなかった。同時に、Th の中で奇妙な不安が発生した。

Th より SC に架電 (X 年 12 月 21 日)

Th は SC の勤務する中学に架電した。SC は、Th からの電話に驚いた。SC は、Mo は Th を訪れない可能性が高いと思っていたからである。SC は、拒食傾向にある CI の姉も学内で問題のある生徒として扱われていること、CI が過食傾向であること等、SC の業務範疇では CI に十分な対応ができない旨を Th に伝えた。

Th に SC から紹介状が届く (X 年 12 月 21 日送付、23 日受理)

紹介状には、CI の生育歴やこれまでの経緯が詳細に記されていた。Th は CI には小学生時に夜驚症があったことを知った。また、SC の意見は Th のアセスメントと異なり、CI が知的には問題がないと思われること、家族関係を起因とした思春期的葛藤状況による問題ではないか、であった。

治療契約のための母親面接 (X 年 12 月 24 日)

Th は、料金および面接時間設定のため母親面接を施行した。前回の面接後、Mo と CI は食事をして帰っており、楽しかったことを饒舌に話した。Mo は、自身がリストカットを 10 代に繰り返していた。「あれは必要な体験でした。今の自分のためになっています」と何度も言った。Mo は正式に洗礼を受けてはいないが、カトリックが好きで、時々教会に行くと言った。Th が〈時々あなたもお話に来られてはどうですか?〉と提案すると、Mo は「お願いします」と、あっさり了承した。CI には幼少期から奇行があったが、Mo も含めた周囲からは、「変わった子」「変な子」で済まされていた。Mo は CI 養育に関して、具体的な記憶があまりなかった。家族との関係を問うと「家族 3 人はとても仲がよくスムーズなんですがねえ」と言う。〈ご家

族は4人ですよ？」と尋ねると、「彼女（CI）をいれば、そうなりますね」と、気まずそうに答えた。Thは、CIの状態は、現段階では断定できないとした上で、重度の精神疾患もしくは先天性障害の可能性があることを伝えた。Thは、CIのリストカット防止のためにも、親子の共同体験のためにも、来談時はMoがCIの送迎をするよう勧めた。Moは、勤務シフトを工夫すれば可能だと了承した。

CIへの心理検査（X年12月29日）

契約通りMoがCIを送ってくるようになった。前回とは異なり、CIに緊張感は見受けられなかった。心理検査前の雑談中、CIは「ウチ、めっちゃ、N先生（SC）のこと好きやでえ。信用してるもん」、「ここに来たら、学校のいやな先生とあわんでいいから楽」と、ボソボソ話す。

ロールシャッハ・テストとバウム・テストを施行した。心理検査結果からは、知的障害を示す指標は見当たらず、強い抑うつ傾向と精神病水準の空間認知の歪みが確認される。しかし、それが精神病的疾患によるものか先天性の障害によるものかの、明確な特徴や差異は見いだせなかった。著しい特徴としては、性的な刺激に対して防衛が極度に崩れ、CIの年齢を考慮したとしても、精神病的と認めざるを得ない反応をすることが上げられる。Thは医療的介入の必要性も考えたが、SCから得たCIの言動に関する情報より、CIには薬物の過剰摂取を行う危険性が高いことを予想した。そのためThは医療機関への紹介は一旦保留とした。心理検査の結果、面接の方向性が逆に見失われることとなり、Thの中の奇妙な不安は増した。そこで、Thは、最も中立的な情報を持つであろうSCに面会したいと連絡した。

ThとSCとの面会（X+1年1月5日）

Thは、CIの心理検査結果と今回の面会に至った経緯を説明した。情報交換の最中に、ふいにThは〈N先生（SC）はAさん（CI）のことが好きなのですか？〉と尋ねた。これにはTh自身も驚いた。SCも驚いた後、「そうですね、そうかもしれません。好きだと思います。Aも姉のほうも」と語った。「私もですよ」と、Thは答えた。この会話の後、相互にあった初対面ゆえの緊張感は消失し、スムーズな情報交換が行われた。SCはThに、学校側のCIの最近の評価として「風通しがよくなった、と複数人から言われましたよ」と伝えた。SCは、「（SCの時間外勤務の為）一銭にもならないのに、大の大人二人をこうやって動かすなんて、大した子供ですよ」と笑いながら言った。Thも、つい笑って〈本当ですね〉と言った。Thもまた“一銭にもならないことをしている”ことに気づくと同時に、それまで存在していたThの奇妙な不安は何故か解消した。

面接開始#1（X+1年1月6日）

ThはCIとの関係性の基礎を構築しようと考え〈僕は君を何と呼べばいいんだい？〉と呼称を尋ねた。CIは当初理解できないようであったが、しばらくして「ああ！」と叫び、「A（姓）

さんがいい！」と明確に答え、初めて笑顔をみせた。Thは当面の間、受容共感的態度でCIに対応し、様子を見ることにした。

2～# 4

CIの嫌いな教師や、友人、様々な人々の名前や話題が、関連性や説明も無いままに、次々と語られてゆく。CIの話しの内容は一貫性に欠けるものの、登場人物への好き嫌いは固定している。Thはそれらの名前を全て書き出し、人間関係図を作ることにした。

母親面接 # 5 (X+1年1月29日)

主としてMoの生育歴を聴いた。経済的には裕福であったが、かなり複雑な家族構成であった。各人がその無機質な義務のみに終止していた。Moの母(CIの祖母)は「男子を出産するマシン」であり、男児誕生まで出産を続けることが義務であった。Moの出生は、男子出産の課程における「失敗例」としての副産物的なものであったらしい。Moの後で男子が生まれたため出産は中止になっている。その一方で、「一族の情緒的絆は強いです」と言う。面接終盤に、「実はこの前驚きまして。あの子が生まれて初めて私に『さびしい』と言ったんです。もう、驚いて、どうしていいやら」と告げた。Moとは、一ヶ月に一回程度の面接を契約した。

第二期：CIの行動化多発と「連携」(X+1年2月－8月)

CIは、数人の教師を激しく非難した。D教師の名前が何度も出た。CIによると、D教師はCIや友人に接近を計ったらしい。「Dはエロイ、キモイ」(#6～#10)。「私神様になって、皆を救いたい。友達も、お母さんも、N先生(SC)も、あっ、Y先生(Th)も。ついでにいやなDも。」〈嫌いなんじゃなかったの?〉「『変な子』って言われるうちに、嫌われるやつは、ウチより不幸やろ?」(#9)。「ここ終わったら、いつも同じ店に Pasta 食べにいくねん。お母さんといっしょやけどな、なんでか美味しいねん」(#10)。

面接の雰囲気が安定し始めた頃、SCよりThに電話連絡が入った。CIと友人が、学内でD教師への抗議活動を起こして騒然となっていた。CIの発言に、他生徒の家族も動揺しているらしい。SCの印象では、「D教師は常識的な人物」とのことだった。ThはSCに〈現時点でD教師がCIに関わることは、学校とCI双方の不利益にしかないのでは、意図的に接点を控えるように頼めないでしょうか?〉と相談した。SCは「出来るだけ伝えてみます」と返答した。その後、「Dがなんでか来んようになって、最近ウチ平和」(#11)と、状況は安定した。

姉が卒業し、“Aのために不幸になったお母さんの幸せを望む”といった内容の卒業文集がSCからThに郵送され、ThはSCが次年度も同中学での勤務が確定したことを知った。「一日中豆腐と野菜食ってた。惨めやった」〈何が惨めなの?〉「なんか面倒くさいから」(#12)。CIは2年生になり、万引きで補導された。その後の来談時では、CIの身体の動きが不自然で機械仕掛けのようになっていた。万引きが善か悪かとCIがThに尋ねるので〈そんなん知らんけど、Aさんには不向きやなあ〉と答えると、CIは「そうかあ」と笑う(#15)。この間、

Thは面接場面におけるCIの変化をSCに伝え、SCは学校でのCIの行動をThに伝えた。情報交換は第二期を通じて随時行われ、メールを主たる手段とした。

母親面接#16

万引きに対するThの対応によって、MoとCIの間では笑い合っていたという報告を受ける。Moは、CIとCIを溺愛する実父との面会をどうしたら良いかとThに相談した。実父はCIに高額の現金を渡すらしい。Thは、Moから聴取した実父の行動様式から、実父のアスペルガー症候群の可能性を推測した。Moの希望により、Thの緊急連絡先として、携帯電話の番号とメールアドレスを教えた。この時期から、MoのCIへの呼称は「彼女」から、「娘」、「あの子」と変化した。

この面接と前後して、CIの喫煙と飲酒が常習化する。面接室でも煙草を吸いたいとCIは数回言ったが、Thは喫煙自体には否定も肯定もせずに〈ここでは吸うな。ここは僕の部屋である。僕は君のお母さんからお金をもらっている。ゆえにメンツもあるわけだ。これは常識ではなく、道理である。分かりなさい〉と言うと、CIは出しかけた煙草を鞆に戻した。

CIが校内で「私を愛しているなら、私を殺せ!」「ハサミもってこい!」と足を開いて、股間を教師に見せつけたり、暴れたりしている、とMoよりThに緊急の電話連絡が入った。Thは〈アピール性の高い時期ですから、そんなに危険性はないと思いますよ〉と返答した(5月20日)。

その後、Moよりから、姉が家出し、姉を探しに行くためCIを送れないと、Thにメール連絡があった。数分後再度Moよりメールがあった。CIが太腿をカッターで切ったため、「看護婦として処置した」との内容(6月9日#26直前)であった。直後の面接で、CIは「普通の退屈な1週間」とニコニコしながら話す(#26)。その後、再度Moよりメールがあった。姉の家出は、CIが姉に向かって包丁を振り回したため、身の危険を感じてのことらしい(6月9日)。姉には情緒的に問題があり、虚言の可能性も考えられた。しかし安全策と、家庭でのCIの物理的な居場所を確保する意味もあり、同室であったCIと姉の部屋を分けるようThはMoに指示した。そして、使われていなかった部屋がCIに与えられた。(母親面接#27)。

以後、CIの自傷行為は沈静化したのが、校則違反などの問題行動が頻発した。CIの問題行動をめぐって、Moと継父の関係が悪化した。継父が、CIは将来人を殺す気がすると言ったことで、Moと殴り合いになった。MoのThへの依存傾向が強くなり、電話やメールが頻回になった。同時期より、Moは健康状態を理由に、CIの送迎をしなくなり、極端に姉を可愛がり始めた。その頃よりCIの抑うつ状態が始まった。「ウチ、ずっと気を使ってる。おかあさんしんどそうや。ウチ、神様になられへんのかなあ」〈神様にはなれないだろうけど、ほんのちょっと近づけるかもね〉(#30)。

その後、CIの状態は一旦沈静化したものの、その雰囲気は異様になり、容姿や表情も奇異にうつった。Thは治療方向性に行き詰まっていた。その頃より、CIの記憶欠損が目立つよう

になる（#30～#32）。Th は SC に対して情報要求度が高まった。SC は、これに対して極めて常識的に対応した。

SC は CI から、Th に病院で脳検査をするよう勧められていると聞いており（7月5日）、後日、Th から電話がありその旨が伝えられた。SC は、G 医師による診察を提案した。G 医師は児童対象の精神科診療を行っているが、物理的諸条件のため継続的治療は期待できなかった。しかし、SC はこれまでの経験より、G 医師の診断能力に、非常に信頼を寄せていた。故に、CI にとって G 医師の診察が適任である、と SC は強く思った。実際、SC は個人的に G 医師に打診していた。Th は、今後の連携も考え、CI の居住地近辺の病院による検査を考えていたが、SC の話を聞いて再度検討することにした。

夏休みに入り、Th は G 医師に診察を依頼することに決め、SC にも連絡した。Th は、CI の症状から器質的問題を疑っていた。実父の行動特性から推測される遺伝性器質疾患の可能性の高さと、Th の周囲で発生していることと類似した展開を、別の小児癲癇のクライアントにおいて経験していたことを思い出したということもあった。G 医師の診察は予約制で患者が非常に多い為、予約は9月となった。Th は、CI の夏休み中に診察をと考えていたが、最終的に Mo が G 医師を選択した。偶然にも同僚看護師から G 医師の噂を聞いたので、是非に、ということであった（8月4日母親面接#35）。夏休み中、CI の深夜徘徊、飲酒、喫煙が続くが、大きな問題は発生しなかった。Mo は、仕事が比較的時間に余裕のある病棟に移動となり、母子の共有時間が増えていった。

第三期：関係性の再構築と安定（X + 1 年 9 月～）

この時期、CI の Th への具体的要求が高まった。MD プレイヤーや携帯電話を欲しい、と CI は Th に、しきりに訴えたりした。「Th の言うことであれば、Mo は多分いいって言うと思うねん」（#40）。Th は、〈欲しいものがあるなら、A さんは代償を払いなさい〉と CI に取引をもちかけた。具体的には、G 医師の受診、掃除や手伝い等である。SC から得た情報によって、Th は CI への接し方を多少変更した。CI に現実的利益を与えることで約束を守らせるという操作的姿勢を受容的態度に加えた。

第一次診察受診（9月5日）。G 医師が約1時間診察し、後に B 心理士が知能検査（WISC-III）、風景構成法、P-F スタディ、YG 性格検査を施行した。G 医師の診断名は“精神遅滞および広汎性発達障害”であったが、B 心理士は高次機能障害の可能性を示唆した。これを受けて G 医師は第二次診察を行い、同時に脳波測定及び大脳部 CT 検査を施行することになった（10月28日）。結果、知的障害はみられず、知能は中の下レベル。脳波、CT ともに異常がなかった。最終所見は、“愛着形成不全および広汎性発達障害”であった。「現時点では投薬の必要性はないが、予後は楽観視できず。必要があれば医療的に対処する」との所見が G 医師より Th に届いた（10月29日）。SC も G 医師から概略説明を受けていた。その後、Th の SC への情

報要求度が下がった。

Th は、診察結果を受け、CI へのアプローチの手段を変更した。受容支持的に接しながら関係性を洞察してゆく分析的姿勢から、穏やかに教育指示してゆく行動療法的姿勢へと、明確で緩やかに移行した。手段として、先述様の“取引”を繰り返した。その過程で、CI の問題行動が徐々に収まっていった。Mo は、Th と協力しながら CI が進学できる高校を探し始めた。Mo と継父との関係は修復され、Mo の Th への過剰な依存傾向は消失した。Th と SC の連絡事項も必要最小限になった。CI は“取引”せずとも、日常生活をある程度円滑に行えるようになった（＃80～＃100）。

SC はその後、CI の卒業時（X + 2 年 3 月）まで同中学校に勤務した。CI は高校に進学し、学力は向上した。現在、CI は多少の不適應はあるものの、基本的には問題なく生活している。単独で来談し、社会適応訓練的な内容での面接を継続している。継父とは、時には料理を作る等、関係は良好である。姉は社会人となり自活した。母親面接は数ヶ月に一度に減少し、その殆どが日常生活の平凡な話である。Mo は、CI を「A 子」と名前で呼ぶようになった。「最近をよく A 子に笑わせてもらってます」と語り、穏やかな表情になっている。

4. 考察

(1) 「役割」について

広汎性発達障害は他者とのコミュニケーション能力について問題があり、周囲と適切な関係を作るのが困難な障害である。つまり、人の社会的な「役割」を理解しづらい障害と言えよう。本事例では、周囲の人々の「役割」を明確化してゆくことにより、それぞれの関係が改善された。その結果として CI への負担が減り、最終的に適應能力が向上したと思われる。

そもそも「役割」とは何であろうか。Engel, GL (1962) は「一定の社会集団や状況の中で、ある人物が遂行する交互作用にかなうように、文化的な課程によってつくられ、一定の目標に向かって方向づけられた行動のパターンないしは継起 (sequence) である (p.312)」と定義している。つまり「役割」とは、各自の所属社会が常識的に機能するための、個人が受け持つ義務と権利の総合体を、社会側から名付けた、連続性をもつ「立場」である。これは明らかに父性原理を基にした概念であり、超自我的概念と言い換えることもできる。ここでは、その「役割」の関係性を臨床心理学的視点から考察する。

まず、事例開始時、明確な「役割」を担っていたのは SC のみである。心理検査時の CI の発言から推測されるように、SC のみが、その職業的立場による明確な「役割」で CI に接していた。Mo は「母親」という「役割」を果たすような関係を、CI と結ぶことはなかったと思われる。CI を「彼女」と呼ぶこと、CI の幼少期への記憶のあいまいさ、CI に観られたであろう障害による行動を「変な子」ですましていたことから、「適切な母親 Good-enough mother (Winicott, DW; 1965)」のレベルの「役割」を殆ど満たしていないことが推測される（＃5）。

次に、事例を通じて登場する実父・継父ともに、「父親」としての存在感は薄い。姉はCIへの攻撃性を、“文集”という、不特定多数の人に読まれる媒体で表現している。つまり、この家族は、社会性としてのそれぞれの「役割」を放棄した「個人」の集合体であり、「家族」という力動的集団（Engel, GL; 1962）としては成立していないと言える。CIにとって現実の家族は、父性、母性、同胞性の全てが欠落している世界であった。つまり、CIからすれば、社会性獲得の礎となる社会の最小単位集団である「家族」は成立せず、その個人的集合体の一員としても認められていなかったのである（治療契約のための母親面接）。故に、広汎性発達障害をもつCIにとって、複雑な人間関係で構成される中学校と言う場所は、非常に混乱する空間であったであろうことが推察される。それまでのCIは「忘れる」という心理的防衛によってのみ外界から自己を守ってきたが、中学校という空間では、その防衛機制のみでは対応できなかった。その結果が、CIの過度の問題行動であった、と考えるのが妥当であろう。

CIが心理的防衛に破綻し始めたときに、明確な社会的「役割」をもったSCが現れた。しかし一方で、SCは、その社会的役割からCI一人のみの治療者足りえない。SCの「役割」は、学校（全体）への心理的援助者であり、CIを治療対象とすることは困難だからである。そこで、SCはThへCIを委託することにしたのである。SCは、その社会的「役割」のために行えない部分を、個人開業カウンセラーという「役割」のThに依託したのである。つまり、父性的立場の部分委託である。ここで「連携」が発生するのであるが、そのためにはThとSCの相互信頼という安心感が必要となる。ゆえに「一銭にもならない」ThとSCの面会が成立したのである。つまり、面会は、ThとSCが安心感を得るために実現し得たのである。SCが、個人的感情である「（Aさんを）好きだと思います」、を自己開示したことにより、Thは個人的不安から解放された。そしてThも「私もですよ」と返答した。これは、言うなれば両者の「告解」である。告解には罪性が必要である（Delumeau, J; 1990）。この場合の罪性は、両者は社会的に動いたものの、その動機は個人的感情に基づいているという、矛盾に対する罪悪感であろう。しかし、個人的な動機なき社会的行動はありえないのも周知の事実である。この面会の結果、両者の間に芽生えたものは安心感である。これも両者の非常に個人的な感覚である。つまり、ThとSCは、社会的「役割」とは関係なく形勢された「安心感」を共有する、という個人的体験をもって、相互の「役割」への信頼を増加させたのである。この「告解」はカソリックの場合のそれと同じく、それ以後、両者の間のみでも、再度話題にされることは無かった。

(2) 関係性の基軸としての父性について

第一期において、MoのCIへの感情が乱れる場面が多い。これは、乳児に対して母親が本来もつはずの同一化（Winnicott, DW; 1965）体験を、Moは初めてCIと体験していると考えられる。様々な事情により、CIの養育においてMoが放棄した母子感覚の体験である。母親

がこの同一化状態にあることは、その後の子供の成育には必要なことある。しかし、子供の状態が不安定であれば、母親の状態も不安定に揺れることになる。このような場合、家族の中での超自我的存在の基軸としての父性があるこそ、母親は安心して揺られるのであるが、CIの家族には、それがなかったのである。

では、何故、Moは面接開始後から揺れ始めたのであろうか。Moにとって父性に相当したのはThであり、治療契約そのものだったのであろう。治療構造を明確にした結果、束縛と保証を与えた治療の全体構造が、Moに安心感を与え、CIに同一化した「揺れ」を可能ならしめたのである。これは、Moが「母親」という「役割」を成立させていることであり、CIにとってはMoとの関係性を理解しやすくなったということである。それ故に、面接場面や学校生活において多少の安定をCIは示したのである。

第二期に入って、CIの行動化が増え始めたのは、Moへの安心感の増大と相関していたのではないだろうか。人間は安心感がないと、十分な両化的体験を持ちえない(Engel, GL, 1962)。この時期、CIは初めてその世界を体験し、内面的体験が激しい行動化に結びついたのではないと思われる。行動化とは、それ自体が破壊的側面と創造的側面をあわせもつ両価的なものである(中本 1995)。それゆえ、単なる問題行動と行動化は異なる意味を持ち、心理的次元の異なる行動である。しかし、それは同時に、Thの中で迷いや揺らぎが生じさせる結果となった。その視点より考えれば、Thの父性は減少し、CIとMoへの同一化が加速したとも言えるだろう。当然、Moの安心感も崩れ、CIは「安心した揺れ」から「不安からの揺れ」に変化し、破壊的に激しさを増していったのである。そこでThは、超自我的な基軸を求めてSCに接近を図った。すると、SCは「役割」として必要なことだけを遂行した。この場合、SCが治療構造全体の中で超自我として機能していたのである。ThもMoと同じようにCIに同一化し、治療空間が共生的な母性関係になっていたと考えれば、CIの行動化の激化は単なる症状の悪化ではなく、言語表現できない内的変化を表現した母性へのメッセージであり、根源的なコミュニケーション能力の発生とも言えるのである。CIとThは同一化し、ともに揺らぎ、ともにSCに安定への父性を求めたのである。もし、SCがそれを完璧に満たしたとすれば、逆説的に個人的行動となってしまう社会的行動ではなくなる。これは「役割」という視点から考えるならば、反社会的な行動化となってしまう、超自我的存在足りえないことになる。ゆえに、このときSCの「極めて常識的に対応した」行為は、治療構造全体に安定をもたらす、父性的行為だったのである。これが第三期へ繋がる礎だったと言えるだろう。

揺らいだThは、医学的判断を求めた。そして、面接経過とは直接的関係のないG医師とB心理士は、職務として客観的事実をThに提示した。つまり“人間”以外の社会的な超自我的基軸の成立である。“CIは広範性発達障害である”という事実が、関係した全ての人間関係の基軸となったのである。そして、当然これらは当事者間での守べき「秘密」として共有された。その共有故に相互の関係性は緊密になりながらも、一定の距離を置き、社会的関係とし

て成熟し、治療構造は劇的に変化した。その影響下で、CIは安心してコミュニケーションの試行錯誤をし、安定に向かったのである。高校の選択も、「障害をもつCIを受け入れることが可能かどうか」に重点をおき、Moも明確な意思をもって行動した。その相互の明確な目的意識が、コミュニケーションをさらに深めさせるという流れに繋がったのである。MoのCIへの呼称が、「彼女」、「娘」、「あの子」から「A子」へと展開したことも、母子関係の構築の変化である。故に、本事例は、CIへの治療的介入と言うよりも、CIを中心とした人間たちの関係性への介入だったと言えるだろう。

(3) 守秘義務と「連携」を、治療的に繋ぐものについて

「連携」とは、関係者が社会的集団として機能することである。そのためには、相互信頼が必須であることは先述した。そして、そのためには、連携を構成する人々の「役割」以前の、「個人」としての自己開示が必須となる。そもそも「役割」は「個人」への信頼の上に成立するものである。

筆者らは、治療的な「連携」が円滑に行われない場合を数多く経験してきている。その主な形は「守秘義務」という名の下に行われる「個人」の防衛、もしくは「役割」の放棄による「連携」からの離脱である。

「連携」とはそれ自体が躍動性をもつ一つの集団形成であり、「個人」の集合体である。ゆえに「連携」集団は、連動する生命体のような形態である。集団は、各「個人」の相互関係を礎とし、客観的な事実、もしくは概念を共有し、それを外部に洩らさないことで結束と効力を発揮し、それを必要とする（山本；1977）。

それが治療場面であるならば、連携者と部外者を明確に区別する社会的能力が、治療者の「守秘義務」である。誰に、どのレベルまで、という線引きは、各治療者の臨床的判断（村瀬，1985）となるが、基本的には「連携」内のルールに従うことが重要である。その「ルール」とは「CIに不利益を生じさせない」という「常識的」なことである。守秘義務を原理原則として過剰な厳格さで守ることが「CIの不利益」になる場合は、守秘義務本来の意味に反している。それは治療者の心理的防衛であり、個人的な感情に過ぎないのであり、治療者の利益にしかないのではないのである。このことは、Hillman（1976）が「間違った秘密、誤って守られた秘密は、内部から毒の様に作用する（中略）この種の偏執的な孤独に至る孤独である（中略）誰も信じないという孤独である（pp.199-200）」と警鐘をならした、それそのものではないだろうか。

冒頭に述べたように、守秘義務は心理臨床の前提条件である。そのこと自体に治療的な意味もある（渡辺 1991, Hillman 1976）。しかし、守秘義務への原理主義的頑なさは、治療者の社会的「役割」ではなく、個人的な「安心感」のために使われていることを意味する。「連携」とは、それに関わる人々が、自己の社会的役割における責任を果たすこと、なのである。それ

は、個人が「役割」の中で、出来ることは確実に遂行し、出来ないことは拒否することであり、その事実を相手に伝えることである。つまり、職務として行動する際、個人的感情や欲求や不安が、非「連携」時以上に制限されることを容認することである。

「連携」は、それに関わる人々に様々な内的変化を発生させる。その点においては、非常に困難に満ちている。しかし、結局「連携」とは、単純に、社会的な「常識的」行動に帰結するのではないだろうか。

5. おわりに

本稿では、個人開業カウンセラーとスクール・カウンセラーとして、筆者らが連携して心理援助を行った、広汎性発達障害の事例を報告した。本事例を通じて筆者らが体験したことは、相互尊重と相互信頼の重要性である。そのためには、それぞれの取る行動が、共通の目標をもつ必要がある。それ故に、多少の自己開示や、情報共有が必然となる。今後、様々な分野が複雑に絡み合い、更なる連携が必要となる場面が増加してゆくことに、疑いの余地はない。その時、各専門家が、自身の不安から連携者に対して口を閉ざすのではなく、その専門性に矜持をもち、クライアントの利益のためになる守秘性をいかに構築するか、それを改めて問われることになるであろう。

付記

本事例について、提供を快諾して下さった A さんと、支援を賜りました西神戸医療センターの高宮静男先生に感謝致します。

引用文献

- 金沢吉展（1998） カウンセラー専門家としての条件／誠信書房 p.125
松木邦裕（2005） 私説 対象関係論的心理療法入門／金剛出版 p.57
渡辺雄三（1991） 病院における心理療法／金剛出版 p.153、p.30
成田善弘（2003） 精神療法家の仕事－面接と面接者／金剛出版
岩倉 拓（2003） スクールカウンセラーの訪問相談／心理臨床学研究 Vol.20 No.6 Feb pp.568-579
仲 淳（2004） 先天的に重度の心臓障害のあった女兒とのプレイセラピー／心理臨床学研究 Vol.21 No.4 Feb pp.598-610
蒲生紀子（2003） 特別擁護老人ホームでの心理的援助の役割／心理臨床学研究 Vol.20 No.6 Oct pp.341-352
宮川喜美子（2005） 高齢者による箱庭制作の試み／箱庭療法学研究 Vol.17 Mar pp.33-50
松田芳恵（2001） 脳損傷者に対する心理面接の試み／心理臨床学研究 Vol.19 No.3 Aug pp.243-253
矢永由里子（2004） HIV 感染告知後の患者の心理課程と危機介入／心理臨床学研究 Vol.22 No.1 Feb pp.71-82
村瀬嘉代子（1985） 子どもの心理療法における治療的連携について／大正大学カウンセリング研究所 紀要 vol.8 pp.22-28

- Gerald C. Davison and John M. Neal (1994) / ABNORMAL PSYCHOLOGY, 6th Edition / John Wiley & Sons, Inc. 異常心理学 村瀬孝雄(監訳) 1998 pp.487-499
- George L. Engel (1962) / Psychological Development in Health and Disease Part I "Psychological development" / W. B. Saunders Company, Philadelphia and London
- 心身の力動的発達 (1976) 編 / 小此木啓吾・北田稷之介・馬場謙一 訳 / 慶応大学医学部精神分析研究グループ 岩崎学術出版社 pp.113-126
- Jean Delumeau (1990) / L'aveu et le pardon / Librairie Artheme Fayard
- 告白と許し (2000) 訳 / 福田素子 言叢社
- D. W. Winnicott (1965) / The Maturational Processes and the Facilitating Environment / The Hogarth Press Ltd., London
- 情緒発達の精神分析理論 (1977) 訳 / 牛島定信 岩崎学術出版社
- 中本制利 (1995) 精神分析技法論 ミネルヴァ書房
- James Hillman (1976) / SUICIDE AND THE SOUL / Hodder and Stoughton
- 自殺と魂 (1982) 訳 / 樋口和彦・武田憲道 創元社
- 山本七平 (1977) 「空気」の研究 文芸春秋