

講演会 & ライブ な日々 ㊸

古川 秀明

『SC・SSW・養護教諭による新しい学校内対人援助システム物語』

第二話・実践経過

スクールカウンセリングの事例にオープンダイアログの手法を取り入れて5年になる。

5年間に実施した学校は、幼稚園1、小学校5、中学校3、高校1。

勿論すべてのケースをオープンダイアログでこなしているわけではない。

カウンセリング、家族療法、認知行動療法などの技法と共に、臨機応変に実施している。

今回は症例別に、実践経過を紹介する。

①統合失調症

この5年間で児童生徒2名、保護者1名に実施。

まず、オープンダイアログはもともと統合失調症の治療プロセスから生まれた技法なので、そこは大きなポイントとなる。

思春期くらいから、妄想や幻聴などの症状を出し、医師から診断を受ける児童生徒も、多くはないが存在する。

統合失調症に関しては、投薬と入院治療が大前提となる。

特に平成29年から導入された「公認心理師」という国家資格に、医師との連携が罰則規定付で明記されているので、医療を外して考えられない。

私の経験では、カウンセリングや心理療法に否定的な医師も多く（もちろん、そうでない方もおられる）、たいていの場合、医療にかかった段階で、心理療法の必要はないと言われ、こちらは手を出せなくなる。

それでも、法律に逆らうわけにもいかないなので、本人と保護者にはまず医療機関での受診を説明し、同意が得られれば、医療と連携し、主治医が決まる。

投薬や入院治療が開始され、症状が良くなれば何の問題もない。

しかし、ケースによっては、保護者や本人が医療を拒否するケースもある。

また、治療を開始しても、医師との相性や、薬が合わずに治療が中断し、もう医療や投薬を受けたくないと言う児童生徒や保護者もいる。

それはそれで尊重するが、カウンセリング等の従来の心理療法モデルは、確かに統合失調症の陽性症状（妄想、幻覚、思考障害）にあまり効果を感じられなかった経験がある。

家族療法はまだ効果的に働いた実感はあるが、医療対応とのコラボがほとんどだったので、相談者が医療を拒否した場合、手詰まりになる可能性も大きい。

そのような場合に、このオープンダイアログはとても役に立っている。

②アディクション（依存症）

この5年間で児童生徒1名、保護者1名に実施。

児童生徒の症状はゲーム依存。保護者はアルコール依存だった。

アルコール依存に関しては、本人の動機付け面接が大きな鍵となる。

依存症、特に薬物やアルコールに関しては、心理療法はなかなか歯が立たないのが現状。

医療機関や断酒会の協力は不可欠となる。

このケースに関しては、医師、精神保健福祉士、S C、S S Wが協働。

特に医師もオープンダイアログに関して、病院内の精神保健福祉士の推薦もあり、協力的だった。

リフレクティングチームはS CとS S Wが担当。

ゲーム依存に関しては、昨今、多くの保護者を悩ましている。

ゲーム依存と不登校、ひきこもり、発達の問題は常に紐づけられる。

このケースに関しては、担任教師、養護教諭、S Cがリフレクティングチームを組み、本人と家族を含めたオープンダイアログを実施。

③自殺予防、自傷行為

この5年間で児童生徒8名、保護者5名に実施。

年齢を問わず、自殺者が絶えない現状がある。

2020年における未成年者の自殺者は777人で、このうち児童生徒は499人。

特に夏休み明け前後に増える傾向にある。

コロナの影響も否めない。

自殺や自傷行為に関しては、さまざまな心理療法が有効であることが認められているし、認知行動療法に関してはエビデンスも確立されている。

ただ、学校内で児童生徒の自殺に関する相談に乗る場合、守秘義務は適用されないのが原則という問題がある。

守秘義務解除要項の「重大な自傷他害行為」にあたるからだ。

この事はとてもデリケートな問題となり得る。

ルールの上では守秘義務解除は問題にはならないが、カウンセラーとクライアントの信頼関係という点に関して、重大な問題を引き起こしかねない。

信頼していたカウンセラーに、自分の秘密を親や教師に知らされ、そのショックから自殺しかねない。

そうかと言って、守秘義務を頑なに守り、万が一自殺してしまったら、そんな重大なことを知らされなかった親や学校は、カウンセラーの責任を強く問うだろう。

当然、カウンセラーや援助者の、自責の念もマックスとなる。

これらの問題の全てをオープンダイアログは解決できる。

本人と家族、学校が最初から対話していくので、守秘義務の問題は発生しない。

また、カウンセラーだけではなく、学校や家族が本人の気持ちを理解し、常に注意深く本人を見ているので、本人が行動化する前に、異変に気付く可能性も高くなる。

これは今の私の考えだが、自殺予防にこそ、チーム学校がリフレクティングチームを組むことができるオープンダイアログは、本領を発揮できると思う。

学校内においては、SC、SSW、養護教諭のリフレクティングチームが大きな力を発揮する。

④強迫神経症

この5年間で児童生徒2名、保護者1名に実施。

児童生徒、保護者を問わず、強迫神経症で悩む人は多い。

強迫神経症に関しては、私の力量不足も大きいのだが、残念ながらオープンダイアログのみの対応では改善が難しい。

認知行動療法が有効であるというエビデンスがあることは承知しているが、なかなか前に進まないことも多い。

相談者もネットなどの情報で認知行動療法の知識やノウハウは知っているが、日々の辛い症状に追われ、わかっちゃいるけどなかなか実施できないということも多い。

そこでどうしてもSSRI(フルボキサミン(デプロメール、ルボックス)、パロキセチン(パキシル))、あるいはクロミプラミン(アナフラニール;適用外)など、強力なセロトニン再取り込み阻害作用を有する抗うつ薬が必要となる。

経験的に、これらの薬物は、強迫神経症に関して確かに効果的に働く。

しかし、薬を飲むことに抵抗がある人も多い。

また、家族巻き込み型の強迫神経症の場合、家族のストレスも大きい。

そんな時にこのオープンダイアログはとても効果的に働く。

認知行動療法は家族の手助けがあれば、効果は飛躍的に伸びる。

薬の効果と心理療法の効果は、多くの場合正比例する。

薬を飲むことに強い抵抗がある場合、薬に詳しい医療関係者の助言や、私の経験談は、薬の正しい知識を相談者と家族にもたらし、薬物に関する誤った過度な思い込みを軽減する。

⑤不登校、ひきこもり

この5年間で12ケース。そのうち5ケースが家庭訪問。

不登校、引きこもりに関して、オープンダイアログがいかに有効であるのかは、日本にオープンダイアログを紹介した、精神科医師の斎藤環氏の著作に詳しく書かれているので、それを参考にして頂きたい。

* 「オープンダイアログとは何か」医学書院

* 「やってみたくなるオープンダイアログ」医学書院

自室に閉じこもり、部屋から出てこない児童生徒には確かに効果的だ。

また、学校に来てくれないと、対応のしようがないと途方に暮れる担任の大きな手助けにもなっている。

地域や学校によっては、SCやSSW単独の家庭訪問が禁止されているところもあるが、担任と一緒に家庭訪問すれば、何の問題もない。

また、終わってからのコンサルテーションの手間も省ける。

①～⑤のそれぞれの具体的なケースの実践例に関しては、次回に書こうと思う。

もちろんすべてのケースで成功しているわけではない。

失敗例もあるので、それも書く予定。

続きは次号の第三話・実践例にて。

最後までお読みくださり、ありがとうございました。