

マイクロカウンセリング研究

The Japanese Journal of Microcounseling

第7巻 第1号

2012年3月 Vol.7, No.1

巻頭言 福原真知子 1

特別寄稿論文

Developmental Therapy and Systemic Cognitive-Development Therapy:
Postmodern Implications and Beyond
..... Sandra A. Rigazio-DiGilio 2

資料論文

ADR手続実施者のトレーニングにおけるマイクロ技法の活用
—札幌司法書士会の取り組みについて—（第一報）
..... 影山セツ子 26

日本マイクロカウンセリング学会第3回学術研究集会概要報告

テーマ：心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割
—ウェルネスの視点で—
基調講演「ウェルネスの実現を求めて—認知心理学の視点から—」
..... 滝澤武久 33
シンポジウム「心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割
—ウェルネスアプローチの展開—」概要 玉瀬耕治 42

会務報告 52

 日本マイクロカウンセリング学会

The Japanese Association of Microcounseling (JAMC)

編集規定

1. 本誌は日本マイクロカウンセリング学会の機関誌であって、原則として1年1巻とし1号と2号にわけて発行される。
2. 本誌は、原則として本学会員のマイクロカウンセリングに関する論文を掲載する。
3. 本誌には、原則として原著論文、資料論文、事例・実践研究、展望、特別論文、及び学会ニュース、会報などの欄を設ける。
 - (1) 原著論文は、オリジナルな内容の研究論文とする。
 - (2) 資料論文は、追試の内容あるいは試験的内容の研究論文とする。
 - (3) 事例・実践研究は、リサーチベースドの姿勢を保った事例及び実践研究の論文とする。
 - (4) 展望は、内外の研究を広く収集整理し、総合的に概観した論文とする。
 - (5) 特別論文は編集委員会で、主としてマイクロカウンセリングまたはその関連領域の専門家に依頼する特別寄稿論文とする。
 - (6) 学会ニュースは、マイクロカウンセリング学に関する内外の情報及び、内外の関連学会の情報を掲載する。
 - (7) 会報は、本学会の会務報告に関するものである。
4. 3の(1), (2), (3)および(4)の論文は原則として投稿による。投稿された論文は査読を経て、編集委員会で掲載の可否が決定される。なお査読は編集委員以外の会員に依頼することがある。
5. 採択論文の掲載に要する費用は、原則として本学会で負担するが、図表等に関してはその費用の一部を執筆者に請求することがある。
6. 本誌に掲載した論文の執筆者に対して抜刷10部を贈呈する。これを超える部数については執筆者の負担とする。
7. 本誌に掲載した論文の原稿は、原則として返却しない。
8. 本誌に掲載された論文を無断で複製及び転載することを禁ずる。
9. 本誌に掲載された論文の著作権は本学会に帰属する。

※編集規定は平成23年11月30日改正

執筆規定

1. 論文の内容は、未刊行のものに限る。
2. 論文の採否は、査読を経て編集委員会により決定される。
3. 論文の長さは、原著論文については原則として8000~12000字相当（図表を含む）、資料論文については6000~8000字相当、事例・実践研究は8000~12000字相当とする。展望は20000字相当とする。特別論文は状況に応じて決定する。
4. 原著論文及び資料論文は原則として、問題（目的）、方法、結果、考察、（結論）、文献からなることが望ましい。
5. 原著論文、資料論文および事例・実践研究には要約、キーワード（3語程度）および英文アブストラクトをつける。内容の長さは100~150語とし、英文については専門家の校閲を受けること。
6. 本文の記述は簡潔で明解にし、現代仮名遣い、常用漢字を使い、表、図は必要最小限にする。
7. 本文中の外国語（原文）の使用はできるだけ避け、外国語は外国人名、適切な訳語のない述語、書名やテスト名などに限る。
8. 数字は原則として算用数字を用いる。計量単位は国際単位を用いる。
9. 略語は一般的に用いられるものに限る。ただし、必要な場合は、初出の時にその旨を明記する。
10. 表と図は別紙に書き、通し番号を付し、表の題はその上部に、図と写真の題は下部に書く。これらは執筆者の責任で作成し、本文に挿入する場所を明記する。
11. 引用文献は、著者名のアルファベット順に一括して掲げる。その記述方法は日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」（2005年版）を参照すること。
12. 脚注は通し番号をつけ、本文と同ページの下段に記し、本文中には、それに付する番号を付ける。
13. 論文は原則としてワープロ原稿で4部提出する。原稿の体裁はA4用紙に横書きで11ポイント文字、字数は1枚1000文字（40×25）、余白上下左右とも30mmとする。なお著者名・機関名・謝辞は別紙に記入すること。
14. 引用文献以外の詳細も原則として、日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」を参照の上、執筆すること。
15. 投稿論文にはフロッピイを添えることがのぞましい。

※本執筆規定は平成21年12月25日改正

卷頭言

福原真知子

先日ここ東京郊外の空き地で厳寒にも耐え頭をもたげている水仙を発見しときめきました。東北の雪まつり、奈良のお水取りなど、日本の古来伝統行事が報じられるにつけ、変わらぬ時間の経過に一時安堵いたします。

けれど我にかえると、厳しい現実にさらされている昨今であるのも事実です。あの悲しい東日本大震災から、一年が経過しましたが、その対処は思うほどにははかどっていないようです。この間、「私たちでできることを」が合言葉になり、外国人を含む、多種多様のひとつが支援行動に思いをはせておられるようです。わたしもいわゆる援助関係を標榜する学会としても、個人的にあるいは会として、背中をおされる思いです。またこのようす中、多方面で多くを学ばせていただいております。

日本マイクロカウンセリング学会はおかげさまで、学会となり4年が経過しました。学会誌も順調に出版され、本号は第7巻になります。ここでは今回特別寄稿論文を掲載しております。著者のRigazio-DiGilio,S.氏は米国において、アイビイ博士の指導を受けられつつ、長年マイクロカウンセリングと発達カウンセリング・心理療法（DCT）の研究を続けられておられる気鋭の心理学者です。以前からアイビイ博士を通して、本学会に多大の関心を寄せられております。マルティカルチャー的存在である個人の適応的発達とそれを取り巻く要因を意識し、それぞれの発達機軸に応じた諸種のカウンセリングアプローチの適用を考えておられます。マイクロカウンセリング技法の適用はその基礎となるものです。論文では発展的に開発されたSCDTとともに、ポストモダンサイコセラピイ

への思いが紹介されております。大変綿密に論じられ、画期的かつ刺激的とのアイビイ先生の高い評価も得ておられます。大変豊富な内容なので充分に味わい、受け止め、各自の状況に応じて学ぶことが出来ると考えます。その他資料論文では、気鋭の、影山セツ子氏のものを掲載しています。これは司法現場におけるマイクロカウンセリングの適用を検討した最初の発表論文かと存じます。この分野にもマイクロカウンセリングの適用がのぞまれているものかと、あらためてマイクロカウンセリングの心理教育的利用への実践・研究に関心をそそられます。

平成22年度の学術研究集会報告では、滝澤武久先生のご講演を掲載しました。これはカウンセリングや心理療法でいまやキーワードの一つとなっている「認知」について、基礎から応用までのつながりを学ぶ貴重なものかとおもいます。さらに当該研究集会の趣旨「心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割—ウェルネスの視点で—」を受けて設けられたシンポジウムセッションのまとめも掲載いたしました。ここでは医療や教育でのマイクロカウンセリングの心理教育的利用が示唆される内容が豊富で、それぞれ論者の先生がたの豊富なご経験と実践のご報告から、ウエルビーイングに貢献する可能性を秘めたマイクロカウンセリングを再認識することができます。

本号は多くのご貢献をいただき、大変リッチなものになりましたかと自負しております。

執筆のかたがた、査読の先生がた、編集委員の先生がた、事務局スタッフに感謝申し上げます。

Developmental Therapy and Systemic Cognitive-Development Therapy: Postmodern Implications and Beyond

Sandra A. Rigazio-DiGilio, Ph.D.

University of Connecticut

Storrs, Connecticut, U.S.A.

Abstract

Postmodern counseling models have helped mental health professionals see the need to broaden treatment plans to include more attention to wider sociocultural and sociopolitical issues but often do not provide specific guidance on how to do so. The critical components of Developmental Therapy (DT) and Systemic Cognitive Developmental Therapy (SCDT) are presented in this article. Specific strategies to go beyond direct treatment of individuals and families are explicated. DT and SCDT provide conceptual and therapeutic tools that can be directly applied in treatment and also can be used as metaframeworks to integrate techniques from other models of individual and systemic psychotherapy.

Introduction

Postmodern theorists have rightly criticized traditional counseling methods due to their lack of sufficient attention to matters of social context. Placing primary emphasis on the individual and the intra-psychic worldview of the client¹ obscures the role that culture and social relationships play on the manifestation and sustainability of psychological disorders. External dynamics deeply rooted within the culture such as gender bias, racism, homophobia, child maltreatment, relational violence, classism, and other oppressive forces are not included in the conceptualization and treatment of the maladies facing individuals and families in any society. These external factors influence not only cognitive functioning, but also invade systemic meaning-making processes, interpersonal interactions, individual physiology, and our neural structures (Ivey, Ivey, and Rigazio-DiGilio, 2011).

The articulation of postmodern counseling models have helped mental health professionals see the need to broaden treatment plans to include more attention to wider sociocultural and sociopolitical issues. Such models offer guidelines for weighing the importance of individual, family, and wider contextual variables when assessing and treating each client or client system who seeks our services. Theorists and concepts put forth by Berger and Luckmann (1967), Gergen (1985), Ivey (1986), Martin (1994), Parry (1991), Rigazio-DiGilio, Gonçalves, and Ivey (1996), and von Glaserfeld (1987) energized the field by offering new opportunities for reconstruing counseling and generating more inclusive, perhaps more powerful helping metaphors. One central idea that spawned a cascade of new insights about the subjective nature of our work was that within the postmodern framework the search for truths center on the multiplicity of many voices which we hear and with

¹ The term client used throughout this article will be used to denote individuals, families, and/or wider networks.

which we speak (Polkinghorne, 1991) at the individual level (Gergen, 2009) and the family level (Rigazio-DiGilio, 1997, 2000). Developmental Counseling Theory (Ivey, 2000), and its extension to work with families and wider groups, Systemic Counseling and Development Theory (Rigazio-DiGilio, 2001) focus on the multiplicity of layers of human and systemic existence and see a need to balance internalized cognition and emotion with equal concern for the wider sociocultural/sociopolitical reality. The ultimate outcome of each model is to promote cognitive/emotional change and individual and collective action.

While it is generally accepted that a comprehensive postmodern theory of counseling needs to attend to the multiple realities clients experience (cf., Anderson & Goolishian, 1988; de Shazer & Dolan, 2007; Epstein & Loos, 1989; Guterman, 2006; Mahoney, 2005; Nardone & Watzlawick, 2005; Neimeyer, 2009; Payne, 2006), it has been difficult to reach a consensus regarding just what levels of reality warrant our primary focus. Specifically, how will we determine the type and scope of our interventions as we work with each client or client system seeking our services?

Currently, many theories of counseling that primarily address the thought and action processes of individuals (e.g., Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT); Psychoanalysis; Cognitive Behavioral Therapy (CBT); Gestalt Therapy; Reality Therapy) and families (e.g., Bowenian; Structural; Strategic; Experiential) offer unique perspectives on mental health and how to achieve it, but omit action with and reflection on the wider social systems which may have contributed to or labeled the distress. Similarly, social constructivist models (Gergen, 2009) and narrative models (White, 2007) primarily listen to the client's individual or family narrative, often times detached from the wider

societal context. Therefore, traditional and postmodern theories of practice that primarily focus on the client or client system are limited because these models: (1) predetermine where counselors look for the source and context of disease, and (2) predetermine the avenues of intervention. If, on the other hand, counselors also examined wider personal and sociocultural issues, the filters for assessment and the options for intervention would become broader and more inclusive.

Developmental Therapy and Systemic Cognitive-Developmental Therapy

The foundational elements of Developmental Therapy (DT) (Ivey, 1986, 2000) and Systemic Cognitive-Developmental Therapy (SCDT) (Rigazio-DiGilio, 1994, 2000, 2007; Rigazio-DiGilio, Gonçalves, & Ivey, 1994) are presented as alternative postmodern theories of counseling. Developmental Counseling theory incorporates a multi-level interpretation of the client's experience, ranging from encapsulated sensorimotor phenomena (within body) to individual and collective interactions within the wider social reality of the client. The developmental framework undergirding both DT and SCDT provides a base for integrative metamodels that can incorporate traditional individualistically-oriented theory (e.g., CBT; existential; psychodynamic), systemic theory (e.g., structural; systems; intergenerational), and Multicultural Counseling and Therapy (e.g., MCT) (Sue, Ivey, & Pedersen, 2009). Additionally, the framework offers the basis for an alternative theory in its own right that is directly linked to practice in the form of the DT and SCDT models. Implicit in the development of DT and SCDT, is an emphasis on action as well as treatment within multiple layers of reality. As Freire (1996) states:

Thought without action [is] simply reflection.

Action without reflection is simply activism.

Reflective action promotes a process that fosters the common good. (p.35)

Thus, while attending to individual and intra-familial issues, DT and SCDT also emphasize action in the wider community, and seek to develop awareness in all clients about how they are affected by the multiplicity of reality forces beyond themselves.

Dr. Ivey and I have used current thinking on post traumatic stress disorder (PTSD) to illustrate our thesis. Individuals, families, or communities can be traumatized by a single situation (e.g., the death of a child; a natural or human-made disaster), a prolonged encounter (e.g., war; reactions toward physical disabilities; racism), or an insidious and omnipresent attack on their individual or collective well-being (e.g., sexism; prejudice; discrimination). When such trauma leads to treatment, clients may be assisted to change their inner-thoughts and feelings and to assume new behaviors which have an ameliorating effect within their own personal sphere and also develop new ways of being with the external world so as to interrupt the constraining interactions that may exist in their wider sociocultural /sociopolitical context (Ivey, D'Andrea, & Ivey, 2011; Rigazio-DiGilio, 2007).

DT and SCDT as an Illustration of Post-Modern Perspective

Reactions to stress can take many forms and mental health counselors need multi-dimensional tools to assess and treat clients and client systems in a comprehensive, ethical, and contextual manner. The developmental counseling theory that undergirds DT and SCDT provides one such framework. In this theory, four orientations or cognitive schemas through which individuals, families, and wider

social systems process information, including stress-inducing stimuli, are described: sensorimotor / elemental, concrete / situational, formal / reflective, and dialectic / systemic.

Drawing from a metaphorical reinterpretation of neo-Piagetian terminology, DCT and SCDT posit that individuals, human systems, and collective groups, such as extended families, clans, communities, corporations, and societies experience and operate within the world using these four **information-processing styles**. The four styles are considered a part of a whole -- that is, we tend to experience, understand, and operate in the world using elements of all four modes of processing information. No information processing style is considered superior to any other, and more access to various styles provides a greater range of options for interacting in the world. In this sense, developmental counseling theory supplants linear, hierarchical models of cognition such as those of Kegan (1982) and Kohlberg (1981) while simultaneously recognizing the heuristic value of these models in understanding the evolution of client thought processes within each information processing style. It also challenges traditional theories such as, person-centered and REBT as these tend to give attention to only parts of the more inclusive developmental counseling paradigm.

Clinical and Empirical Foundations of DT and SCDT

The developmental counseling theory research base is constantly expanding. To begin with, Rigazio-DiGilio and Ivey (1990) examined in-patient depressed clients and found solid reliabilities (.98; kappa = .87) for the four information-processing constructs. Further, predictive validity was significantly high (99%) when considering how questions focused within each style facilitated

clients to talk about their issues using resources available within the targeted style. In addition, an incidental clinical finding became especially important and eventually led to other research as well as some of the treatment recommendations stated in this article. Specifically, it was noted that in-patient depressed clients who worked through the four developmental information processing styles started to develop a balance of external and internal causation in regard to their illness and moved to useful, broader understandings of themselves, their histories, and their intra-familial and extra-familial environments.

Subsequent research has confirmed the value of using all four styles to explore issues that clients bring to treatment. For example, Boyer's (1996) work with adolescent drug abusers, Gonçalves's (1989) examination of agoraphobic treatment, Rigazio-DiGilio, Lanza, and Kunkler's (1994) treatment of perpetrators of domestic violence, Mailler's (1991) work with student's vocational identity, Weinstein's (1996) work with individuals experiencing eating disorders, and Tamase and Rigazio-DiGilio's (1997) investigation of Japanese student's information processing styles within a counseling interview have all confirmed the utility of the developmental framework. Ivey, Ivey, Myers, and Sweeney's (2004) work demonstrates the utility of using the developmental methodology at all stages of the life span to promote health and well-being. Currently, Ivey and others have begun to anchor the DT impact on clients with changes in brain functioning (Ivey, et al, 2011).

Empirically, a factor analytic study of over 1700 college students corroborated the reliability of the DT constructs and found that, individuals who approached the world from multiple perspectives tended to have fewer physiological and psychological symptoms (Heesacker, Rigazio-

DiGilio, Prichard, & Ivey, 1995). Finally, clinical (Ivey, et al, 2004; Rigazio-DiGilio, 2000; 2007; Rigazio-DiGilio & Ivey, 2007) and empirical (Myers & Rigazio-DiGilio, 2005; Speirs, 2006) investigations with families suggests that: 1) SCDT constructs exist and can be measured in the counseling interview; 2) SCDT questioning strategies can facilitate couples and families to approach their presenting issues from all four SCDT information processing styles; and 3) the inclusive use of all four styles assists couples and families to obtain a more comprehensive view of their treatment issues and options for change.

DT and SCDT Information Processing Styles

DT and SCDT distinguish the unique ways individuals, families, and wider systems can experience, interpret, and act in the world. Further, clinical, and empirical evidence suggests that those who have access to a variety of orientations have more options for growth, adaptation, and change. In this regard, DT and SCDT offer mental health counselors a classification system that can be used to inform their decisions as to the foci and types of interventions that would be most beneficial to the client seeking services. The four DT/SCDT information processing styles and associated treatment strategies are briefly articulated as follows:

Information Processing Style One -- Sensorimotor/Elemental. Individuals and systems with access to the sensorimotor/elemental orientation use their sensory experiences -- what they see, hear, and feel -- to construct meaning by focusing on the elements of immediate experience. Competencies include the ability to engage in direct emotional experiences, to monitor emotional transactions without becoming bewildered, and to identify personal feelings. However, when constrained within this style (for

example, by serious trauma), individuals and systems can be easily overwhelmed by affective situations, and tend to restrict effective use of the resources inherent in their emotional, cognitive, and behavioral repertoires. Sensorimotor treatments strategies such as imagery, body/family sculpting, exercise regimes, affective confrontation, unbalancing, heightening intensity and meditation can be useful here as well as medication.

Information Processing Style Two -- Concrete/Situational. Individuals and systems operating within the concrete/situational information processing style can describe actions and events, and can think and act in highly predictable ways. Competencies include the ability to accurately apply if/then reasoning and to anticipate consequences. When constrained within this style, individuals and systems rigidly rely on a narrow range of behaviors and experience difficulty with abstract and affective perspectives. Sample treatments include the storytelling aspects of narrative therapy, a behavioral A-B-C analysis, and assertive training, as well as role modeling, enactments, boundary making, rituals, homework assignments, and conflict-management strategies.

Information Processing Style Three -- Formal/Reflective. Individuals and systems operating within the formal/reflective style can articulate recurring patterns manifest in person-environment transactions. Competencies such as taking multiple perspectives, synthesizing ideas and concepts, and reflecting on one's own functioning are evident. Those who over-intellectualize, minimize, or neglect affective and behavioral data, and who have difficulty transferring their abstractions into effective actions are considered to be constrained within this style. The more cognitive-oriented strategies developed by Beck and Alford (2009), Ellis (2007), and Meichenbaum (2003) are useful

here, as well as, reflective narrative and person-centered counseling. Systemic strategies include pattern analysis, reframing, circular questioning, and cognitive restructuring are useful when working with families and larger systems within this style.

Information Processing Style Four -- Dialectic/Systemic. Individuals and systems who recognize the influences of the social context on their development and functioning operate within the dialectic/systemic style. Competencies include the ability to remain aware of contextual influences, to examine, deconstruct, and reconstruct rules and assumptions, and to seek solutions that incorporate resources from the self, the other, and the wider environment. Constraining factors include a proclivity to become overwhelmed by the multiplicity of perspectives and perhaps even assuming a cynical disposition detached from effective action. Feminist theory (e.g., Ballou, Hill & West, 2007), liberation therapy (e.g., Ivey, 1995), and culturally-oriented systemic therapies (e.g., McGoldrick, Giordano & Garcia, 2005) are examples of counseling models that promote client awareness of how external systems affect individual, family, and group development. Treatment strategies include cultural genograms, transgenerational detriangulation, challenging individual and collective worldviews, and reflexive questioning.

Table One presents the four information processing styles and identifies the strengths that each style affords individuals and families. It also identifies the constraints that individuals and families may experience at each style.

Table One: The SCDT Classification System: Sample Criterion**SENSORIMOTOR/ELEMENTAL: Focusing on the Elements of Immediate Experience**

- Focuses on sensory stimuli and dominated by affect over reasoning
- Has difficulty organizing / making sense of experience
- Uses faulty reasoning and illogical formulations
- **Competencies:** Here and now oriented
Direct emotional access / Ability to be expressive
- **Constraints:** Lack of organization / Incomplete interpretations
Inability to act predictably
Unrealistic thought
Emotional reactivity

CONCRETE/SITUATIONAL: Searching for Situational Descriptions

- Acts on the world with predictability and intention
- Emphasizes facts and details of events
- Has difficulty reflecting on self, or analyzing emotions or situations
- Rigidly relies on a narrow frame of reference
- Has difficulty retaining or generalizing new information or experience
- **Competencies:** Ability to describe
Ability to act predictably
Ability to take a position
- **Constraints:** Believes their position is the truth
Cannot reflect or generalize
Uses incomplete if/then perspectives
Unaware of mixed or ambivalent thoughts or feelings

FORMAL/REFLECTIVE: Discerning Patterns of Thought, Emotion, and Behavior

- Reflects on self and analyzes emotions and situations
- Identifies repeating patterns of behavior, thought, and affect
- Becomes detached from sensory experience and concrete action
- Develops rigid representations of situations that are out of touch with direct experience
- **Competencies:** Ability to interpret and reflect from position of self and others
- **Constraints:** Becomes too cognitive / Fails to move to action

DIALECTIC/SYSTEMIC: Integrating Patterns of Thoughts and Emotions in Context

- Cognizant of contextual influences (family, culture, gender, community, etc.)
- Maintains several integrated and interdependent frames of reference
- Challenges and analyzes personal assumptions
- Easily confused by this degree of complex thought

- Detaches from affect, experience, and thought
- Has difficulty translating thought to action

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Competencies: 	<ul style="list-style-type: none"> Ability to reflect on systems of interaction Ability to examine assumptions Ability to see complexities and alternatives Can hold multiple emotions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constraints: 	<ul style="list-style-type: none"> May lose self, action, or sensory experience May become overwhelmed by alternatives

Preferred Versus Inclusive Information Processing Styles.

Developmental counseling theory holds that individuals, families, and larger systems often are oriented to or constrained within preferred information processing styles. For example, a severely traumatized client and her or his partner, and extended family experiencing the early discovery stages of severe illness (e.g., gastric cancer, stroke, AIDS) may be totally enmeshed in sensorimotor experience. Individuals and families who experience severe accidents, such as the Fukushima Daiichi nuclear disaster, or who have suffered racial or sexual harassment may be inclined to tell their concrete narrative stories again and again. The formal/reflective consciousness shows in clients or client systems that primarily step back and talk about thoughts and feelings associated with repeated patterns of behavior or experience. Individuals and families who predominantly talk about cultural forces impacting their current situation, such as the legacies of racism or poverty would be operating within the dialectic-systemic informational processing style. Each of these informational processing styles represents different but related voices which our more seriously traumatized clients need to explore, reclaim, and often discover.

It is here that DT and SCDT become postmodern.

Rather than merely matching treatment to client needs, DT and SCDT are concerned with helping clients and client systems discover themselves within a postmodern perspective -- as living multiplicity. We need to tell our stories in multiple ways and may require multiple treatment modalities to cope with our complexity. This point is elaborated in more detail after considering the issue of trauma as one illustrative example. When working with traumatized individuals or families, the ethical imperative for the counselor is to expand our professional vision to not only examine the many levels of stress that affect the client, but also to recognize and address the wider community forces that perpetuate oppression, violence, and trauma. Theories of counseling and practice that perpetuate notions of individual and family dysfunction without giving equal attention to societal dysfunction and to the dysfunctional interactions that can occur between individuals, families, and societies may unwittingly reinforce the oppressive paradigm.

While DT and SCDT clinical evidence and empirical studies indicate that individuals, families, and larger social systems have preferred informational processing styles (cf., Gonçalves, 1988; Ivey, 2000; Rigazio-DiGilio & Ivey, 1993; Tamase & Rigazio-DiGilio, 1997; Speirs, 2006), we still process information in a holistic fashion across all the styles simultaneously. DT and SCDT

recognize the centrality of circular reaction. That is, our bodies affect our mind and our mind affects our body. For example, in treating disorders we can affect physiological and psychological functioning by medication or effective cognitive-behavioral therapy. The stress management literature is becoming full of evidence that effective counseling changes physiology (e.g., Meier, 2008; Romas & Sharma, 2003). We are also learning that external stressors change physical functioning rather quickly. For example, McNeilly (1996) found that racist comments brought about change in blood pressure and heart rate among African-Americans.

DT and SCDT build on this literature and suggest that an important part of any story brought to us in counseling contains a sensorimotor or physical dimension. Counselors are encouraged to increase their use of readily available sensorimotor strategies and to use DT and SCDT sensorimotor questioning strategies to assist clients and client systems to elaborate and ground their stories (Ivey, et al, 2011). Empirical research confirms that while clients may use one preferred information processing style most of the time to process and make sense of phenomena, they also are capable of tapping all other styles with the appropriate focus of questioning (Rigazio-DiGilio & Ivey, 1990; Speirs, 2006; Tamase & Rigazio-DiGilio, 1997). This finding corroborates the notion of the pervasive/ holistic manner in which information can be processed using multiple orientations given appropriate environments. Counselors are therefore encouraged also to increase their use of readily available strategies targeting the variety of informational processing styles, as well as the DT and SCDT questioning strategies that do the same in order to assist clients and client systems to enhance, expand, deconstruct, or reconstruct their stories, thus providing further opportunities for comprehensive understanding and change.

Appendix A provides an illustration of the SCDT assessment protocol which demonstrates the type of questions that are useful to determine the extent to which individuals and families can examine their situations within each of the information processing style.

Moving Past Post-Modern Conceptualizations

Three major issues associated with contemporary counseling practice have thus far been illustrated. First, our traditional counseling theories, such as CBT and client-centered social constructivism, and the charter documents they employ, such as the International Classification of Diseases – 10 (ICD – 10) (1992) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV (DSM-IV) (2000), continue to primarily communicate that while stress is particularly harmful to the human psyche -- the identified stressors need not be a central focus of clinical intervention. Instead, we predominantly concentrate on the victims and their emotional, cognitive, and behavioral reactions to these stressors. Second, comprehensive theories of counseling are needed to assist practitioners to enter all orientations through which information is processed by their clients as well as by the contexts within which their clients live. Finally, counseling practice must move beyond the limited scope of the client's view of self and associated contextual influences (e.g., significant others, family, friends, colleagues), and begin also to address the aspects of our society that are pathogenic. Using the three dimensions of ethical practice we have presented -- contextualization of the problem, viewing the client in a holistic fashion, and advocacy in the wider *sociocultural/sociopolitical arena* -- a comprehensive theory of mental health counseling can be defined.

In the hegemonic rhetoric of the ICD – 10 and the

DSM-IV, symptom relief at the physical, affective, and interpersonal levels takes precedent in most counseling work. Issues relating to spirituality, ethnicity, gender, and language are referred to specialists and are not viewed as important by insurance companies and national health plans. Consequently these issues receive little attention in general models of helping. The narrow band of intervention offered by traditional and contemporary theories of counseling reduces the moral and ethical ground upon which mental health counselors can stand. DT and SCDT provide a specific counseling theory to approach clients in ways that are beyond a postmodern perspective and also present a metaframework which mental health professionals can use to integrate counseling strategies and techniques from a wide array of traditional and post-modern theories of counseling.

Integrating Traditional Theory in an Emerging Practice

DT and SCDT emphasize a holistic perspective that views the **individual-in-relationship** with others. One of the most important life relationships is between the individual and family. For DT and SCDT the family is conceived as mediators between the wider socio-cultural environment and each individual member of the family. Traditional individual and family counseling models often artificially divide these spheres of interaction and concentrate on bounded and narrow views of the client, e.g., the individual, the couple, the family. DT and SCDT as postmodern models seek to balance the objective and subjective nature of reality and personal and interpersonal worlds of the client. To do this, the DT and SCDT metaframework is designed to help practitioners integrate multiple strategies from traditional and other post-modern models to best activate and enhance this multiplicity of perceptions operating at all times in the

therapeutic encounter. Specifically, DT and SCDT provide:

1. A linguistic system for assessing individual and family cognitive, behavioral, and emotional style
2. A framework for action in the here and now of the counseling session that is oriented toward the client's preferred style of processing information, and
3. A theoretical integration of the diverse therapeutic alternatives available in the mental health field

Individuals and families always experience pressure to change. These forces may be supportive, disconfirming, or oppressive. Individuals and families utilize resources and challenge constraints to maintain a balance of continuity and change. Doing so requires viable worldviews, effective use of their information-processing styles and the sense of power and influence to do what is necessary. By selecting therapeutic resources from a wide array of models, practitioners have a greater possibility of reaching their client in a fashion that promotes real learning and growth.

Central Theoretical Constructs

Researchers and practitioners require specific constructs in order to identify independent and dependent variables that comprise the therapeutic encounter. In addition to the theory about information processing styles described above, the following descriptions are an articulation of the other major constructs associated with DT and SCDT.

Treatment Goals

DT and SCDT label distress as a nonpathological response to developmental and contextual stressors that result when discrepancies or oppressive forces

emerge between clients and wider contexts. It is suggested that the factors influencing how individuals, relationships, and wider collectives relate to the distress should be examined as well as the factors that affect which domains have power and influence in relation to the distress. The idea is to use such information to coconstruct therapeutic and consultative environments that can generate interaction among individuals, systems, and institutions; advance multiple perspectives regarding treatment issues; and open up alternative ways for participants to understand one another and work together toward the management or dissolution of these issues. The intent is to involve all relevant participants in coconstructing a broader perspective of the possible solutions. To accomplish this, clinicians form partnerships with clients designed to promote change in inner thoughts and feelings and in how clients participate in their wider contexts.

Person-Environment Exchange

DT and SCDT posits that worldviews evolve in a constant exchange between persons and environments. We construct individual worldviews by participating in various contexts over time (Ivey, 2000; Ivey, et al, 2005) and collective worldviews by participating in resonating experiences with enduring relationships within these contexts (Rigazio-DiGilio, 2007). This exchange occurs within parameters inherent in an individual's genetic endowment and worldview, a system's organization and worldview, and a community's range of social reality. The degree to which individuals and families respond to, influence, or challenge other members of their interactive system depends on these parameters, current life tasks, and positions of embeddedness and power held in the organizational structure of the extended system.

DT and SCDT differentiate enabled from constrained individuals and families by examining their capacity to access varying emotional, cognitive, and behavioral options in response to demands for change. Effective individuals and systems optimize a broad range of resources in ways that are in synchrony with the needs of themselves, those in their immediate and extended family and the wider sociopolitical/sociocultural context. In this fashion those who access such competencies can act as influential partners in the wider system. Some less effective individuals and families may rely on a limited set of resources that are insufficient to effectively understand, adapt to, influence, or challenge demands for change. Others may randomly access less developed resources that prove ineffective.

The application of DT and SCDT constructs to treatment results in a counseling model that permits the therapist to identify at any point in the interview the predominant style being used by the family through the natural language of the interview. The SCDT assessment protocol (Appendix A) provides specific questions to elicit client responses at the four information processing styles that can be used to help clarify a client's style at any time in the treatment process.

Individuals and families repeatedly progress through these styles over the life span and in various contexts and at times may become stuck and immobilized in one style. At such times, the meanings, emotions, and actions a client and client system shares about specific issues tend to be framed by one style. For example, a family faced with a child leaving home may become very concrete and controlling, creating a consequent rebellion from the child. The task is to help the family "move on" by exploring their feelings (sensorimotor) and generating new meanings

(formal and dialectic) associated with separation. By using listening skills as well as a sequential set of questioning strategies, a therapist can identify which style the individual and/or family is operating primarily from as well as its ability to use the other styles. In other words, the therapist can identify whether the family can experience (sensorimotor/elemental), act on (concrete/situational), and understand the patterns (formal/reflective) and origins (dialectic/systemic) of the issues promoting treatment.

Cognitive-Developmental Structures

The degree of organization within a particular style and the range of movement among other styles are labeled as the individual or family's cognitive-developmental structure. For some clients, they may hold **rigidly** to a narrow range of styles and rely on this way of viewing and interpreting their experience in all aspects of their lives. Some clients have the ability to fluidly move from one style to another as the context and situation changes. These individuals and families are said to have **flexible** cognitive developmental structures. Finally, some clients may present in a more **diffuse** fashion whereby they do alter the use of information processing styles but, but in ways that are haphazard and do not align with the needs of the context. This cognitive developmental structure is labeled as **diffuse** or **underdeveloped**. Similarly, clients manifest different abilities to access resources at the different styles. Some may only be comfortable with one or two styles while others will be able to access a **range** of resources from three or four styles. The SCDT assessment protocol (Appendix A) provides counselors with the specific diagnostic tools to adequately define the range and flexibility of the client's cognitive developmental structure.

For example, when a healthy, concrete/operational

family is faced with the death of a grandparent, the family can feel the sorrow of that loss (sensorimotor) and assist each member to make sense of this experience (formal) while taking care of the necessary legal arrangements (concrete). Less effective families use unproductive methods of integrating data. On the one hand, families with rigid cognitive-developmental structures hold strongly to one style even in the face of contradictory experience. They do not alter worldviews or consider alternatives for making sense of their experiences. Using the same scenario, the rigid concrete family would attend to funeral and legal details but not to emotions. Some members might repress feelings, which later become resentments that can compromise a feeling of connectedness within the family. On the other hand, families with diffuse or underdeveloped structures are highly reactive to changes in their environment and haphazardly move within and between styles, compromising family stability and continuity. They often lack a foundation within any style and so are not able to effectively utilize perspectives or resources within the styles they access. Faced with this same scenario, these families might experience severe mood swings about the death. Tasks would be haphazardly attended to, and members would not be able to assist one another to integrate this experience.

Equilibration

One of the most helpful constructs borrowed from developmental theory is the concept of equilibration, or the ways in which individuals and families maintain a balance between their worldview and the changing environment. When faced with new situations or emotions, the individual or family must work either to integrate these new data into existing worldviews or to modify its own perspectives, thereby altering worldviews. Effective individuals

and families have demonstrated the capacity to maintain this balance. According to Piaget (1995) the construct of equilibration encompasses two opposing forces. **Accommodation** refers to when individuals or families integrate new information to refine or modify existing worldviews. **Assimilation** refers to when individuals or families modify or deny incoming information to fit with their existing worldviews. Both processes are necessary for adaptive change, one promoting necessary change, and one promoting necessary continuity. Individuals and families should have a cognitive balance of the two to both adapt to and cope with demands for change while still providing a sense of continuity. The various ways individuals and families attempt to balance accommodative and assimilative processes as they encounter new or incongruent information within their wider environment result in six resolutions called individual or collective cognitive balancing styles.

There are two cognitive balancing styles contained within the **negative alpha solution**. An over-assimilative style is used by individuals or families governed by past assimilations who find it difficult to incorporate unfamiliar information. These individuals or families tend toward reified worldviews that may not be in sync with their wider context, significant others, or life tasks. These persons shape new information to fit with their own ideas and engage in activities that invalidate or deny perturbing data. An over-accommodative style is used when individuals or families completely incorporate new or incongruent information without questioning the validity or utility of these data. They easily lose their self-identify or collective sense of family when minor variations occur in the environments. Individuals and families who access the **more mature alpha solutions** recognize that some of their ideas distort or over-generalize situations within which they participate. However,

they cannot see that a large part of their worldview is discrepant with individual or contextual perceptions or situations.

Families and individuals relying on the **beta solution** are able to accurately describe their context and other contexts within which they live and work. However, they are not yet able to determine ways to influence or alter their sociopolitical/sociocultural environment. Individuals and families who access the **early gamma solution** can construct a partial synthesis, accommodating to new or incongruent information. These individuals and families can appraise different situations and make decisions to use an assimilative or accommodative response. This style is more adaptive to change or challenge, as they do not react with intensity or insecurity.

Integrating new information using the **transcendent gamma solution** represents a complete synthesis of incoming information from multiple domains of the wider environment. A transforming solution provides individuals or families with new ways of looking at their situation and opens up alternative possibilities for change. This style balances the assimilative and accommodative processes to create workable solutions. By assuming an assimilative, accommodative, or a combinatory stance, individuals and families are more able to generate multiple perspectives and to question the validity and utility of both incoming and pre-existent information. The goal of DT and SCDT is to have counselors assist their clients to achieve this type of balance.

Power

DT and SCDT extend the assessment process beyond the specific client or client system. The worldviews and styles used by participants of the wider system are also identified. How individuals

and family members are related to by the extrafamilial system is classified in terms of power and embeddedness. Power differentials change the nature of any interaction. Social and economic oppression can compromise the development of individual and family resources. So can the dissonance created when the environment demands interactions outside of an individual's or family's physical, psychological, cultural, moral, or spiritual identity. Particularly insidious is oppression created when an individual or family's familiar ways of perceiving and acting are labeled as substandard or deviant.

Knowing who has real or imagined means to exert power and influence, in terms of the definition and management of a presenting issue, is critical if the counselor is to determine if and how clients can balance their needs. Social realities that emerge in these systems determine if multiple options for understanding, adapting to, or challenging reified definitions of self, family, network, and culture may be possible or not. Through the development of coconstructed therapeutic environments the counselor assists the family to find aspects of their lives where they can exercise personal and family power and then to develop multiple perspectives about where and how they can extend that sense of power to other contexts and issues.

Embeddedness

The concept of embeddedness is used to represent the degree of influence and sense of connectedness exerted by individuals, families, or larger groups. Influence is generated by the extent to which unanimity and conformity operate across the entire system when defining themes and establishing identities. Individuals whose self-identity and worth are based within their family's worldview are strongly influenced by how their family defines and

relates to them. This is often the case for younger children, who depend on family validation to construct a sense of self and self-in-context. Concomitantly, individuals whose sense of self and others is based in a multitude of environments (e.g., school, community, and peers) will be less connected and therefore less influenced by their family's worldview. Similarly, families and wider groups experience embeddedness to the degree their sense of identity is reinforced and validated by the wider socioeconomic/sociopolitical environment.

The positions of power and embeddedness that individuals and families have in interaction with their environments help to determine how they will understand and operate as members of wider systems. In turn, these same two factors help to determine how wider environments will impact and interact with individuals and families. To illustrate, consider two different parent systems attending parent-teacher conferences to discuss indicators being used to determine whether or not their sons require evaluative testing for depression. The parents embedded within the social, political, and economic realities dominating the local educational community and carrying their own sense of real or perceived power might define themselves as a family that will stand up for the rights of their child. They may bring up the deficiencies of an overpopulated, understaffed and highly stressed school system, note the increased use of medication in the schools, and mention the lack of training for teachers who deal with children requiring more personalized learning environments. However, the second set of parents who are more peripheral to social, political, and economic trends, or carrying less of a sense of real or perceived power, might define themselves and their child as somehow dysfunctional or inadequate. These parents may listen to the steps that school personnel deem necessary to ensure that their child accommodates

to the classroom environment. They may not recognize the deficiencies noted by the other parents. In this case, the wider systems of influence could, intentionally or not, neglect the interactional forces at work between the child and his environment, and move toward the depression diagnosis. However, in the first case, the school personnel may in fact be required to reflect upon how social, political, and economic trends have affected the classroom environment, and how these changes are now affecting the child's perception of himself and his educational and behavioral competence. In the second case, the school officials will not necessarily reflect on their actions and continue to see quick diagnoses and medication as the answer to this problem.

The factors of embeddedness and power contribute in significant ways to the decisions individuals and families consider at options. Many times, larger sociopolitical/sociocultural forces preclude options for some families and expand options for others. The role of the DT/SCDT counselor is to help individual and families expand their understanding of the limits and potentialities inherent in their current life space. By considering the wider sociopolitical and sociocultural forces clients can begin to see options that were heretofore considered closed to them. Enhancing their actual sense of embeddedness and power calls for interventions that go beyond the client's intra-psychic domain and requires action in the wider environment.

The Change Process

DT and SCDT assessment is linguistically based and uncovers identifiable language patterns in clients and significant others that reflect how they understand and influence presenting issues. This information is used to determine where counselors can most flexibly intervene to relieve unproductive

stress.

DT and SCDT begins with a structured interview process (see Appendix A for an example of the SCDT protocol) that identifies the individual's and/or family's and predominant cognitive developmental structures in general and also specifically in relation to the presenting issue. Based on the results, the counselor co-creates an environment which helps the client and relevant participants use multiple styles to explore different perspectives of the presenting and subsequent themes that emerge in the therapeutic conversation. In this regard, DT and SCDT do not offer new techniques beyond specific questioning strategies but rather integrate methods from other therapeutic approaches within a cognitive-developmental framework.

DT and SCDT believe that change is brought about in one of two directions. The first is helping members of the client system to elaborate and explore their preferred and natural styles. This type of movement is labeled **horizontal development**. The second type of development happens when clients engage in **vertical development** and move to other information processing styles to explore their issues. Using another family example to illustrate these two concepts, consider a family that shows its predominant style is concrete and has been asked to complete a genogram. At first, as the family is directed to gather more and more specific information about the intergenerational family network, in this way the counselor utilizes the family's well developed descriptive and methodical skills. By doing so the counselor promotes horizontal development by using an intervention aimed at helping the family use and extend its natural abilities. Details, stories, pictures, relationships all become important as this family works to fill in its family tree, all the while the

counseling is monitoring the way the family processes information collectively. Is the predominant style rigid, diffuse, or flexible? What is the range of styles they can access and use in meaningful ways? Who in the family is most embedded in the sense of family? What level of equilibration do family members rely upon to process new information generated in the construction of the genogram? The counselor uses this time to reinforce positive uses of concrete informational processing to help the family develop a strong foundation from which to begin exploration of their issues from different styles. At the completion of the genogram the focus of treatment may shift to one of the adjacent styles, either sensorimotor or formal. Within the sensorimotor style the family is supported to examine the emotional and physical aspects of their issues raised through the construction of the family genogram. Alternatively, the counselor could promote a more formal therapeutic environment and engage the family in a deep search for patterns of interactions contained within the completed genogram. This move to either a sensorimotor or a formal therapeutic environment is an example of vertical movement.

It is important to note that many strategies lend themselves to development within and across the four information processing styles. The intentionality of their use will determine the impact on the client. For example, sculpting activities can be used to help a client identify interpersonal closeness (sensorimotor), describe a typical family scene (concrete/operational), analyze a recurrent pattern (formal/operational), or consider the impact of contextual forces (dialectic/systemic). By using this DT and SCDT conceptualization system, a counselor is empowered to use a variety of therapeutic interventions in a horizontal or vertical direction, depending on the specific developmental

needs of the client.

DT and SCDT are robust theories of individual and family therapy that present practical methods to unite concepts of human and systemic development with the strategies of clinical practice. Additionally, DT and SCDT provide a framework for counselors to integrate the paradigm for the assessment, treatment, and conceptualization of clients that extend the boundaries of postmodern applications.

Matching Therapeutic Environments

The purpose of accurate, on-going assessment is to tailor interventions which are consistent with a client's predominant information processing styles (**style-matching**) or which encourage the client to explore ancillary styles during the course of treatment (**style-shifting**). When used effectively, style-matching and style-shifting strategies impact cognitive and affective reasoning as well as ultimate behaviors of clients. These strategies are used to coconstruct therapeutic environments that elicit exploration and mastery within each of the four styles.

DT and SCDT each have defined the "four therapeutic environments" that correspond with each of the styles. Each environment reflects a particular style, a set of questioning strategies, and a set of intervention strategies conducive to work within an associated style.

The first therapeutic environment, "**environmental structuring**", offers a context for clients to be in direct contact with the immediacy and depth of their affective sensations and other sensory-based experiences. Interventions assist clients to experience their most basic feelings. These are used to either amplify emotional expressions or restrain chaotic affective experiences. The therapeutic

intention is to coconstruct a safe environment that facilitates effective expression of suppressed or chaotic emotions and assists clients to gain mastery of this articulation process. Naming, knowing, and intentionally acting on affective impulses is an important skill for the emotionally intelligent individual and family (Goleman, 2006).

The coconstruction of this environment to encourage sensorimotor exploration would be indicated when clients need to get in touch with and express certain affective experiences. If this information processing style was unfamiliar or under-utilized by a client, the clinician would need to provide a bridge between the client's current predominant style and the sensorimotor style by style-shifting to a structured environment. For clients already functioning primarily within the sensorimotor style, the counselor would continue to style-match and facilitate horizontal development through environmental structuring. This type of environment is co-constructed when the counselor uses a very directive approach and communicates a willingness to assist the client or client system to process the unabridged expression of emotion.

The concrete "**coaching environment**" facilitates clients to explore their issues within a cause and effect perspective. This environment encourages the sharing of client stories and the extended analyses of the antecedents and consequences of specific events. To coconstruct this type of therapeutic environment, the counseling uses a coaching style. This style integrates direct modeling and teaching so that clients learn how to understand and gain control over their feelings, thoughts, and behaviors.

In style-matched environments, clients already operating within the concrete style may need assistance moving beyond surface level descriptions of their problems to more extended versions of the

situational events affected by and influencing these problems. When style-shifting toward a concrete style, the intent of coaching interventions is to assist clients to construct a view of the world that allows them to act on and operate in the environment more predictably and adaptively -- and then to facilitate such activity in self and others.

The formal "**consulting environment**" is coconstructed to facilitate a reflective process that promotes clients to identify patterns within their thoughts, feelings, and interactions. This is accomplished when the counselor assumes the role of consultant. The therapeutic emphasis is placed on the mutual relationship between clinician and client as opposed to the more directive styles associated with the environmental structuring and coaching environments. The intent of interventions associated with this environment is to validate the accuracy of client perceptions and to enhance the use of formal reasoning skills.

Horizontal development within the consulting environment is facilitated by interventions that tap the abstract reasoning of clients. Figurative and metaphorical language and the use of interpretations and reframes are typical of consultative interventions. Vertical development may require a more specific focus on simple patterns and ways of thinking which arise through the analysis of particular situations and events. Clients are encouraged to move beyond situation-specific interpretations and to generalize about self and others across events. They are assisted in identifying the patterns and themes that maintain certain non-adaptive functioning as well as the under-utilized patterns and themes that should be further emphasized.

The dialectic/systemic, "**collaborating environment**" facilitates the exploration of ideas and concepts that

penetrate the ontological nature of client's worldviews. This environment supports the coconstruction of multiple understandings about actors, actions, and historical and wider contexts. Clients and clinicians work as colleagues to examine contextual forces (e.g., gender, culture, socio-historical patterns, economics, politics, intergenerational themes) that might be operating within the socio-cultural environment and the therapeutic process.

Horizontal development encourages analyses of the underlying assumptions and beliefs that structure the client's worldview. The dialogic nature of the therapeutic relationship helps clients to consider alternative perspectives about their situations and their presenting issues. Vertical development focuses attention on the internal and external relationships that govern client functioning. Within this environment, modifications to key relationships and key contextual influences can be discussed and evaluated.

Designing Treatment Plans

By using the DT and SCDT questioning strategies and metaframework clinicians can design developmentally-tailored and culturally sensitive-treatment plans. Three important considerations must be acknowledged in this treatment design process:

1. During the "initial style-matching phase", it is the client's predominant information processing style that establishes the selection criteria for interventions.
2. During therapy, the style clients are drawn to establish the parameters for style-shifting and style-matching intervention strategies.
3. Questioning strategies and other interventions are selected within specific styles by the intention and focus of subsequent conversations

and analyses.

DT and SCDT Questioning Strategies and Treatment Planning. During the treatment phase, counselors design therapeutic plans that first match (horizontal development) and later extend (vertical development) the primary orientation used by clients to address their presenting issues. DT and SCDT treatment planning is premised on the assumption that counselors can stimulate client explorations within their predominant style and, later, within other styles more congruent with demands for adaptation, change, and growth. One way to accomplish these explorations is to use **DT and SCDT questioning strategies** designed to promote long-standing discussion within targeted styles. Appendix A demonstrates questions designed to promote therapeutic discourse within each of the information processing styles. Variations on these questions can be constructed about any presenting or emerging issue a client needs to address. Questioning strategies such as these can be used to develop and deliver interventions geared toward horizontal and vertical development.

When using DT and SCDT questioning strategies to match or shift a client's style, counselors must be able to analyze the client's response in order to determine the effectiveness of the intervention. When individuals and families respond in a comfortable fashion within the targeted style, the counselor can trust that the intervention was adequately delivered. On the other hand, a client's inability to respond within a targeted style may be a function of the client's difficulty accessing an unfamiliar information processing style at a particular point in time. It may also be the failure of the intervention to actually access the targeted style. In the former case, the counselor is given a signal that movement to this style is not appropriate at this time. In the latter case, the counselor needs to

reconsider the focus or intention of the questioning sequence.

Metaframework and Treatment Planning. As stated, the DT and SCDT metaframework offers an organizing matrix that counselors can use to integrate familiar therapy models and approaches within each of the four environments. By understanding the objectives of each environment, clinicians can classify their pre-existing repertoire of conceptual, perceptual, and intervention skills into corresponding therapeutic environments. Several illustrative DT and SCDT matrixes are currently available in the literature (c.f., Ivey, 2000; Ivey, D'Andrea, & Ivey, 2011; Rigazio-DiGilio, 2007).

Using the metaframework counselors can select strategies and techniques from any counseling model they are familiar with and target the use of these techniques to the specific information processing styles being used by clients at any moment in the therapeutic encounter. It is important to note that the same intervention might be used within multiple styles depending on "the developmental needs" of the client and the "therapeutic intent" of the counselor. For example, when working with a concrete-oriented client, "behavioral tracking" might be used to widen client perspectives regarding the antecedents and consequences of a presenting issue. However, this same strategy could be equally effective with a sensorimotor-oriented client. The intervention could assist this client to restrain chaotic emotional and cognitive expression and to coconstruct simple cause and effect explanations that would assist the client to interpret, experience, and act more predictably. The intent of the intervention will be determined by the targeted information processing style which is being coconstructed in the therapy session.

Monitoring Client Progress

Consistent with the goals of constructivism, client progress is measured in terms of the stability of new, more viable constructions. "The goal of counseling is not the enforcement of a particular meaning, grand narrative, or way of viewing the world, but rather the continuation of the therapeutic conversation until the coconstructed narrative that emerges no longer contains that which was experienced as a problem" (Lyddon, 1993, p. 221). The movement of client narratives from problem-saturated and deficit-based themes to empowered, contextually-situated, and viable ones can be tracked over the course of treatment. In the beginning of treatment, the quality of the joining process will determine the level and depth of client sharing. Both counselor and client have responsibility for monitoring the complexity and rigidity of the predominant narrative. During the middle part of the treatment, the quality of the alternative perspectives the client and counselor have coconstructed can be monitored in terms of both quantity and viability. It is also at this time that the client's sense of empowerment should also be monitored at the personal, family, peer, and community level. The ability of the client to maintain and hold two or more conflicting narratives is another indicator of progress. Termination is indicated not just when one narrative has replaced another, but when the client is able to participate in a continuous process of creating and transforming meaning (Gergen, 2009).

Using Natural Language

Being a language based approach, DT and SCDT affords clinicians and researchers specific language cues to monitor how clients are making meaning of the changes they are experiencing. These cues can

be used to quickly assess the client's ability to access and sustain information processing at any style. Based on the assessment of these cues practitioners can ascertain the current style the client is using and modify the intent of interventions to most mirror these styles. The following linguistic cues are examples of client processing that can be used to monitor client movement through the four styles:

1. "*Sensorimotor cues*" include random, disorganized thoughts and emotions; random, chaotic, impulsive behaviors; and affect that tends to be inappropriate for the actual situation.
2. "*Concrete cues*" include specific, linear descriptions of situations, events, and interactions; descriptions of feelings; and if/then causal thinking.
3. "*Formal cues*" include analysis of self and situation; seeing relationships among specific experiences and situations; intellectual observations and insights; and reflecting on personal assumptions.
4. "*Dialectic/systemic cues*" include reflections related to the wider context of influence; complex and multi-level thinking patterns, usually devoid of emotions; and examinations, deconstructions, and reconstructions of rules, policies, and operations that are guiding or dominating the self or situation.

Monitoring Systemic Progress

To assist practitioners in monitoring changes at the family and wider system levels, SCDT offers a model of systemic development. It goes beyond chronological or event-anchored perspectives of

system evolution and focuses on meaning-making processes. This coconstructive-developmental framework examines how families and wider systems cognitively, affectively, and behaviorally integrate major normative and non-normative events. SCDT posits that families and larger groups recycle through four phases of systemic development that center on internal individual and collective meaning making processes. In the **system exploration phase**, beginning or established families and wider groups start to explore a shared identity. During the **system consolidation phase** families and wider groups establish strong boundaries around certain images and reject other potential images of themselves and others. At the **system enhancement phase**, families and wider groups begin expanding the potentialities of their guiding images and find new ways to grow and adapt within the parameters of existing images. The **system transformation phase** represents families and wider groups who are going through significant changes regarding their values and are questioning the very foundations of existing images. This phase leads back to system exploration where new images can be examined and worked through the cycle. From this perspective, the phases of systemic development are used as a basis for tailoring treatment to identified family and wider system's patterns evident during different periods of growth and change.

These phases are not linked to the timing of life events, but rather are used to help identify the meaning making processes a system demonstrates at a particular time in reference to a particular issue within a particular context. This model is assistive to the developmental counselor whether working with individuals, family, and wider groups to monitor the meaning-making process inherent in client-wider community environment. This helps clinicians think beyond the counseling office and to

monitor the effects of their interventions within the wider sociocultural environment.

Conclusion

DT and SCDT present strategies for practitioners to deliver a coconstructive, nonpathological, and integrative approach to counseling and therapy with individuals and families that expand the current postmodern view of treatment. By using DT and SCDT assessment strategies, it is possible to access and assess the predominant information processing style in order to determine the client's capacity to access other styles. By using the questioning strategies and metaframeworks, counselors can then use systemic intervention strategies to orchestrate a therapeutic process that is tailored to the developmental and cultural needs of each unique client they serve.

Moving beyond postmodern boundaries of treatment, DT and SCDT hold the dual perspective about the specific life space of each client and the wider sociopolitical and sociocultural environment in which the client is living. By acknowledging the wider influences beyond the client that infuse and shape their personal and family narrative, DT and SCDT extend the boundaries of traditional postmodern therapy by supporting action in the wider environment. Only when we make real changes in the culture within which our clients exist will we as a profession demonstrate our worth to the larger public. DT and SCDT provide the researcher and practitioner with a cognitive-developmental framework that can be used to develop and measure the impact of highly specific treatment plans aimed at promoting individual, family, and community growth.

REFERENCES

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th – R, ed.)*. Washington, DC: Author.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). A view of human systems as linguistic systems: Some preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 317-393.

Beck, A. T., & Alford, B. A., (2009). *Depression: causes and treatment, 2nd Edition*. Philadelphia, PA.: University of Pennsylvania Press.

Berger, P., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality*. Garden City, NY: Doubleday.

Boyer, D. (1996). *DCT and adolescent drug abuse*. Unpublished doctoral dissertation. University of Massachusetts, Amherst.

Ballou, M., Hill, M., & West, C. (2007). *Feminist therapy theory and practice: A contemporary perspective*. New York: Springer Publications.

Gergen, K. J. (1985). *The social constructivist movement in modern psychology*. American Psychologist, 40, 266-275.

Gergen, K. J. (2009). *An Invitation to Social Construction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Goleman, D. (2006). *Emotional Intelligence: 10th anniversary edition; Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.

Gonçalves, O. (1989). *A cognitive-developmental approach to the conceptualization and treatment of agoraphobia*. Paper presented at the Counseling Psychology Regional Conference, Los Angeles, CA.

Guterman, J. T. (2006). *Mastering the art of solution-focused counseling*. Alexandria, VA.: American Counseling Association.

Heesacker, M., Prichard, S., Rigazio-DiGilio, S., & Ivey, A. (1995). *Development of a paper and*

pencil measure on cognitive-developmental orientations. Unpublished paper. Gainesville, FL; University of Florida.

International Classification of Diseases. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* New York: World Health Organization

Ivey, A. E. (1993). *Developmental strategies for helpers: Individual, family & network interventions.* Amherst, MA.: Microtraining Associates.

Ivey, A. E. (1995). Psychotherapy as liberation: Toward specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. Ponterotto, J. Casas, L. Suzuki, & C. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 53-72). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ivey, A. E. (1986/2000). *Developmental Therapy: Theory into practice.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Ivey, A. E., D'Andrea, M. J., & Ivey, M. B. (2011). *Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspectives.* Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.

Ivey, A. E., Ivey, M. B., Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). *Developmental counseling and therapy: Promoting wellness over the lifespan.* Boston, MA.: Houghton Mifflin.

Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Rigazio-DiGilio, S. A. (2011). Developmental Counselling and Therapy: A brain-based approach to counselling and therapy. *Counselling Australia, II.*

Kegan, R. (1982). *The evolving self.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development.* New York: Harper & Row.

Lyddon, W. (1993). Developmental constructivism: An integrative framework for psychotherapy practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 7*, 217-224.

Mailler, W. (1991). *Preparing students for the workplace: Personal growth and organizational change.* Presentation at the North Atlantic Regional Association for Counselor Education and Supervision, Albany, NY.

Martin, J. (1994). The construction and understanding of psychotherapeutic change: Conversations, memories, and theories. In A. Ivey (Vol. Ed.), *Counseling and Development Series.* New York: Teachers College Press.

McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy, Third Edition.* New York: Guilford Press.

McNeilly, M. (1996). Stress of racism may kill, study finds. *Honolulu Advertiser, 7*, p. A7.

Meichenbaum, D. (2003). *A clinical handbook/ Practical therapist manual for assessing and treating adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).* A New York: Institute Press.

Meier, S. T. (2008). *Measuring change in counseling and psychotherapy.* New York: The Guilford Press.

Myers, J., & Rigazio-DiGilio, S. (2005). Using Developmental Counseling and Therapy with Families. Chapter in A. Ivey, M. Bradford Ivey, J. Myers, & T. Sweeney. *Developmental counseling and therapy: Promoting wellness over the lifespan* (pp. 162-185). Lahaska Press/Houghton Mifflin.

Nardone, G., & Watzlawick, P. (2005). *Brief strategic therapy: Philosophy, techniques, and research.* New York: Jason Aronson, Inc.

Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy: Distinctive features.* New York: Routledge.

Parry, A. (1991). *A universe of stories.* Family Process, 30, 37-54.

Payne, M. (2006). *Narrative therapy.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Piaget, J. (1955 [1923]). *The language and thought of the child.* New York: New American.

Polkinghorne, D. E. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvalve (ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146-155). London: Sage.

Rigazio-DiGilio, S. A. (2007). Family counseling and therapy: Multicultural and theoretical foundations and issues of practice (pp. 429-468). Chapter in A. Ivey, M. D'Andrea, M. Ivey, & L. Simek-Morgan, *Theories of Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective*, Sixth edition. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Rigazio-DiGilio, S. A. (2000). Relational Diagnosis: A constructive-developmental perspective for assessment and treatment [Special Edition: New Developments in Relational Therapy. M. Goldfried (Ed.) and J. Magnavita (Guest Ed.)]. *Journal of Clinical Psychology/ In Session: Psychotherapy in Practice*, 56, 1017-1036.

Rigazio-DiGilio, S.A., & Ivey, A. E. (2007). The helping interview: A cognitive-developmental approach. In D. Hargie (Ed.). *The handbook of communication skills*, 2nd Edition. NY: Routledge.

Rigazio-DiGilio, S. A., & Ivey, A. E. (1990). Developmental therapy and depressive disorders: Measuring cognitive levels through patient natural language. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 470-475.

Rigazio-DiGilio, S. A., & Ivey, A. E. (1993). Systemic cognitive-developmental therapy: An integrative framework. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 208-219.

Rigazio-DiGilio, S. A., Gonçalves, O., & Ivey, A. E. (1994). Developmental counseling and therapy: A model for individual and family treatment. Chapter in D. Capuzzi and D. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions*. Columbus, OH: Macmillan/Merill.

Rigazio-DiGilio, S. A., Lanza, S. A., & Kunkler, K. P. (1994). A co-constructive-developmental approach for the assessment and treatment of relationship violence. *Family Counseling and Therapy*.

Romas, J. A., & Sharma, M. (2003). *Practical stress management*. San Francisco, CA.: Benjamin Cummings.

Speirs, K. B. (2006). *Systemic Cognitive Developmental Theory: Investigating reliability and predictive validity using an outpatient couple and family client population sample*. An unpublished Master's Thesis, University of Connecticut.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Perderson, P. B. (2009). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Boston, MA.: Cenpage Learning.

Tamase, K., & Rigazio-DiGilio, S. A. (1997). Expanding client worldviews: Investigating Developmental Counselling and Therapy Assumptions. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 19, 229-247.

Weinstein, M. (1996). *DCT and eating disorders*. Unpublished doctoral manuscript, University of Massachusetts, Amherst.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton.

Appendix A: Sample SCDT Assessment Interview

SAMPLE SYSTEMIC COGNITIVE-DEVELOPMENTAL ASSESSMENT INTERVIEW

PHASE I: OPEN-ENDED QUESTIONS FOR PRELIMINARY ASSESSMENT

(Assessing the Preferred Collective Information Processing Style)

1. Please talk together and come to consensus regarding the issues that prompted treatment.
2. Please talk together and reach consensus about what you envision will happen here.

PHASE II: COGNITIVE-DEVELOPMENTAL QUESTIONING SEQUENCE

(Assessing the Family's Collective Ability to Access Resources Related to each Style)

Sensorimotor / Elemental Processing Style

1. When members of the family collectively focus on the issues that prompted treatment, what image is generated?
 - a. Once the image is generated, ask a variety of questions about the image, the feelings associated with the image, and the process of generating the image.
 - i. Please describe and elaborate on the image generated? Are any sounds connected with the image? What feelings are you aware of as you generate this image?

Summation question: What does this image and the feelings it generates say about your family?

Concrete / Situational Processing Style

1. Based on the issues that brought you here, select an example that highlights what occurs in the family in relation to these issues.
 - a. Use the example to pose a variety of behavioral tracking questions such as:
 - i. Who is involved? What happened first, second, next, etc? Who steps in at that point? What happens afterward? Who else is watching the process? What do they do?

Summation question: As you describe this example, what are you learning about how you influence one another?

Formal / Reflective Processing Style

1. Please identify other episodes that have members taking on similar roles?
2. Are there other situations that trigger similar reactions?

Summation question: As you describe these similar ways of acting across many different situations, what are you learning about the patterns operating in your family?

Dialectic / Systemic Processing Style

Integration

1. Is there a central theme(s) that emerges as you examine the examples you have presented thus far?

Co-construction

1. What are some of the rules that seem to influence how each of you thinks, feels, and acts in relation to these themes?
2. What are the origins of these rules? Where did you learn these rules? Who taught you these rules?
3. What role did/does the wider context play in the development and maintenance of these rules?

Multiple Perspectives

1. Are there other ways to look at these rules?
2. How might another family see things differently?

Deconstruction

1. How are these rules at the present time not working for you and your family?
2. Are you aware of any flaws or constraints in these rules – ways that these rules interfere with the family attempts to get what it needs at this time?
3. How are these rules helping or hindering your current way of understanding and acting?

Reconstruction and Action

1. How might you change or modify these rules, how might you do that?
2. Given the possibilities of change, is there anything you could change immediately to view the issues that brought you here from a different perspective?
3. Using these possibilities of change, is there anything you could do right now to work on the issues that brought you to treatment?

Summation question: Based on all this, what could your family do differently – right now, in this room – to address the issues that have prompted treatment?

資料論文

ADR手続実施者のトレーニングにおけるマイクロ技法の活用 —札幌司法書士会の取り組みについて—(第一報)

影山セツ子 (天使大学)

札幌司法書士会では、平成19年よりADR手続実施者の養成を開始し、アレン・E・アイビィのマイクロ技法をトレーニングに導入している。司法書士がリーガル・カウンセリングやメディエーションを行うに当たっては、単なる法的な知識や推論を元にした関わり以前に、当事者のニーズに応える関わりが求められ、札幌司法書士会では、マイクロ技法の習得は、リーガル・カウンセラーやメディエーターのコミュニケーション能力を向上させることに繋がると考えている。筆者は、札幌司法書士会における養成プログラムのマイクロ技法に関する部分をADRセンター運営委員会メンバーとともに担当し、今年で5年目になる。

本稿では、この5年間の経験を踏まえて、札幌司法書士会のADR手続実施者養成講座におけるマイクロ技法活用の取り組みについて紹介し、今後の研究展望について述べる。

キーワード：ADR（裁判外紛争解決）、マイクロ技法、司法書士

I. はじめに

平成19年に裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（通称ADR基本法）が施行され、全国各地にその担い手が立ち上がっている。裁判外紛争解決（Alternative Dispute Resolution ADR）とは、裁判外の紛争解決手続すべてを指す広い概念で、強制力のある裁判によらない、当事者の合意に基づく紛争解決方法（落、2005）のことである。

平成23年に裁判外紛争解決手続を行う民間の専門機関として、法務大臣による認証を受けた札幌司法書士会では、平成19年よりADR手続実施者の養成を開始し、そのプログラムの中にアレン・E・アイビィのマイクロ技法を導入してきた。筆者は、日本マイクロカウンセリング学

会の福原真知子会長の紹介を受けて、札幌司法書士会の養成プログラムのマイクロ技法に関する部分をADRセンター運営委員会メンバーとともに担当し、今年で5年目になる。

司法書士と当事者の信頼関係の構築や問題解決に至るまでの面談過程をマイクロ技法に焦点を当てて検討することは、リーガル・カウンセラーやメディエーターのトレーニングのための基礎資料として意味があると考える。しかしながら、筆者が調べた限りでは、司法領域におけるマイクロ技法の貢献に関する論文を見出すことはできなかった。

そこで本稿では、この5年間の筆者の経験を元に、札幌司法書士会のADR手続実施者養成講座におけるマイクロ技法活用の取り組みについて紹介し、今後の研究展望について述べる。

Ⅱ. 札幌司法書士会におけるADR手続実施者養成講座のプログラム

札幌司法書士会のADR手続実施者養成講座は、認証後の活動に向けて平成19年から開始され、この5年間に合計70名の司法書士が参加しており、平成23年5月段階でADRセンター手続実施者名簿に登録されている司法書士は48名である。表1は養成講座の年間計画の概要を記したものである。講座は毎年7月に始まり翌年5月の考查までに10回行われる。内容は、ADRの基本的な考え方、ADRに必要とされる分析モデル、リーガル・カウンセリングの技法、メディエーターの役割と倫理などで構成される。第4回目以外の講座は各々4時間で、毎回事例を元にしたロールプレイが組み込まれる。第4回は一泊二日の集中講座である。

マイクロ技法は、リーガル・カウンセラー及びメディエーターが面談を行う際に必要となる技法で、第2回に導入の講義が組まれ、その後、各回のロールプレイとそのフィードバックの中で技法の活用が確認される。

Ⅲ. トレーニングにおけるマイクロ技法の活用

ADR手続実施者には、当事者のニーズを踏まえて共に考えて結論を出していく姿勢が強く求められ、アクティブ・リスニングを中心とする「聴く」という基本的スキルが重要となる（中村、2004）。このスキルのトレーニングについて和田（2006）は、どのようなカウンセリング理論に基づくにしても、共通に有効と思われる「スキルの束」を提供してくれるのが、アレン・E・アイビィのマイクロカウンセリング（福原ら、2004, 2007）という立場であって、そのスキルを習得することで、面談過程はより厚みのあるものとなり、法的解析次元も含め、クライエントにとってより良い解決の構築に貢献することになろうとマイクロ技法習得の意義について説明している。

札幌司法書士会ではこれらの見解を重視し、養成講座開始に当たってマイクロ技法の導入について検討し、エンパワメントスキルとして「かかわり行動」と「基本的傾聴の連鎖」を、

表1 札幌司法書士会のADR手続実施者養成講座

テーマ		内 容
第1回	基本的視座	・社会構成主義について
	コンフリクトとは	・認知とフレーム ・コンフリクト・マネジメントのモデル
第2回	自己への気づき	・防衛機制について ・交流分析について
	専門家の姿勢	・パーソンセナード・アプローチ ・ナラティヴ・アプローチ
第3回	エンパワメントスキル	・マイクロカウンセリング かかわり行動 ・マイクロカウンセリング 基本的傾聴の連鎖
	再構築のためのスキル	・マイクロカウンセリング 積極技法
第4回	集中講座	・診断的模擬交渉 ・交渉分析 ・二重関心モデル ・コーチング 他
第5回	交渉とメディエーション	・ADRとは ・メディエーションとそのモデル
第6回	羅針盤スタイル	・紛争スタイルの分析 ・IPI分析 ・紛争マッピング
	紛争のIPI構造	・IPIの構造と分析 ・IPI分析の効用
第7回 ～9回	メディエーションの流れを 管理するスキル	・メディエーションの流れとその管理 ・ファシリテーターの基本姿勢 ・合意書の作成
第10回	ADRと倫理	・リーガル・カウンセリングの臨床倫理 ・メディエーターの倫理

再構築のためのスキルとして「積極技法」を位置づけた。そして毎回のロールプレイ後のフィードバックでマイクロ技法の活用についてコメントすることで、技法習得の意味を明確にした。ロールプレイでは、観察者を置くことで、フィードバックを通して日頃の面接スタイルを振り返ることができ、そのことは参加者の自己への気づきを深めることに繋がっている。

講座での筆者の立場は、第2回及び第3回の講師を担当し、他の回では基本的にはアドバイザーとして参加しているが、毎回のロールプレイではグループの中に入り当事者役や観察者役も担当した。さらに考査にあたっては評価者の役割を担った。第2回、第3回の講義では、臨床心理学的知識として精神分析理論、パーソン

センタード・アプローチ、ナラティヴ・アプローチなどの考え方を説明し、マイクロカウンセリングの基礎知識とマイクロ技法について具体例を用いて展開した。平成23年度は、第1回のロールプレイの再構成を活用することで具体的な技法の使用について説明を加えた（表2）。

10回の講座終了後に行われる「考査」は、10分間の相談面接を行い、4段階評価でマイクロ技法の「基本的傾聴の連鎖」の活用について評価する。評価項目は①話しを聞く姿勢、②傾聴、③適切な質問法、④いいかえ・要約の活用、⑤感情の反映の5項目である。考査では、評価用紙のコメント欄に、効果的な技法の活用や不足な点を具体的に記載することで、継続学習への動機付けとなるよう配慮した。

表2 ロールプレイの再構成（表3の事例を用いた面談の一部を抜粋）

当事者：原さん（42歳 会社員）

<相談内容：購入した不動産物件について>		原さん役：Aさん、 司法書士役：Bさん
当事者（Aさん）の言動	司法書士（Bさん）の言動	使われた技法
②一戸建ての家を購入しまして、その不動産のことでの相談に来ました	①今日はどのようなご相談ですか	①開かれた質問
④購入した家が子どもの学区外の物件で…、買ってからそれがわかつて、不動産屋に話したら「それは買う人が調べて当たり前だ」と聞く耳を持たなくて、対応が悪くて腹が立って……。何とかならないかと思って相談にきました。	③もう少し詳しく話してくれますか？ (相槌を打ちながらきく)	③開かれた質問 (はげまし)
⑥はい	⑤今は、そちらにお住みなんですか	⑤閉ざされた質問
⑧いや…、まだ前の学校で…	⑦では、お子さんも転校されて…	⑦閉ざされた質問 (不完全な)
⑩はい、そうです。	⑨それはお困りですよね。不動産はもう契約が済んでいるんですね。	⑨感情の反映 (前半)
⑫私としては学校が変わるのは避けたくて、それは大事にしたいと思っています。相手方の対応が悪くて、誠意を持って対応して欲しいし、それに建て付けも悪くて、建物自体も良くないです。	⑪原さんとしては学区内のものを探すとか、どうあつたら良いと思いますか？ (相槌を打ちながらきく)	⑪開かれた質問 (はげまし)
⑭わからなかったです。	⑬それはわからなかったんですか。	⑬閉ざされた質問
⑯態度が変わったんですよ。誠意がないんです。	⑮不動産の対応とはどのような…。	⑮開かれた質問
⑱はい	⑰誠意がない…。購入した物件はお子さんの学区外で、建て付けも悪くて、それに不動産屋の誠意がないので、何とかならないかと相談にみえたんですね。	⑰要約
<その後、略>		

N. ロールプレイの実際

ロールプレイは、具体的な事例を用いて毎回実施され、前半5回はリーガル・カウンセリング・ロールプレイの形を取り、後半はメディエーション・ロールプレイを行う。

リーガル・カウンセリング・ロールプレイは、1グループ3名編成で、各々司法書士役、当事者役、観察者を分担する。一回のロールプレイは30分とし、直後にグループでのフィードバック（20～30分）を行い、その後全体の振り返りを行う。ロールプレイの実施に当たっては、第1回目にロールプレイ及びフィードバックの目

的と方法について説明する。特に当事者役については、配布されたロールカード（一例：表3）を良く読み、自分なりのイメージを作つてからプレイに入ることを勧める。また、ロールプレイ開始時はロールカードに書かれた心情（怒っているとか悔しいとか）や自分の思いどおりに始めて、面談が進むうちに役になりきった自分の感情や考えが出てくるため、当事者の心情としてそのことを受け止めることなどの説明を加える。

終了後のフィードバックでは、当事者役は、司法書士役のどの言葉や態度がどのように感じられたかを具体的に振り返り、司法書士役はど

表3 ロールカード※の例（表2の再構成の事例）

当事者：原さん	42歳・会社員	・思ったことをすぐに相手に伝えられないタイプ
<原さんの言い分>		
私は、妻と小学3年生の子供（男の子）と3人で暮らしています。		
このたび、一戸建てのマイホームを購入することを決意し、不動産仲介業者であるサムライジャパン住宅販売株式会社に中古物件の紹介を受け（サムライジャパン住宅販売株式会社の関連会社所有）、売買契約を締結し、売買代金を全額支払いました。		
住宅を購入するに当たり、私は、子供の通う学校が変わることは避けたいと思い、当該物件が、現在子供が通う小学校の学区内であることが間違いなければ購入するとの条件を仲介業者の担当者である星野さんに伝えていました。しかし、売買代金支払後になって、実は現在子供が通っている小学校の学区外であることが判明しました。そこで数日後、私は、今回の売買契約を白紙に戻すよう星野さんに伝えましたが、「学区のことは購入するに当たって購入者が事前に調べておくのはあたりまえでしょう。」と冷たくあしらわれ、全く聞く耳も持つてもらえませんでした。購入するかしないかで迷っていたときはとても親身になってくれていたのに、いざ購入したらあとはどうでもいいような態度に憤りを感じています。		
そもそも今回私は学区のことが大切だと事前に伝えていたので、重要事項説明書で説明すべき義務が業者にはあったのではないかと思います。それに、購入してみたはいいが、リフォーム後の物件であるはずなのに建付けが悪く、戸が外れてしまったり、戸の開閉の際にこする嫌な音が鳴ったりします。正直満足のいく買い物ではありませんでしたので、この点についてもまた改めて星野さんに伝えましたが、彼はなんと「何度も見にきて、入念にチェックしていましたよね～。建付けにも満足していると言ってたじゃないですか。今更苦情を言われても困りますよ。そんなに気になるならご自分で対応すればいいじゃないですか」なんてこと言うのです。そのときは怒りを通り越して呆れてしまいました。彼らは不動産仲介のプロですよ。とてもではないけれどもプロの仕事とは言い難いです。はっきりいって納得できません！		
業者の負担でなにかしらの解決方法を示して欲しいと考えていますがどうすればいいのでしょうか？		
<面談開始時の原さんの心情>		
・子供が転校でつらい思いをしないかが非常に心配である。実は、どうしても転校しなければならないか、学校まで出向いてお願いしたところ、家からは遠くなってしまうが、例外的に今の学校に通ってもいいとの話はでているので、売買契約を絶対に白紙に戻そうとは心底思ってはいない。		
・建付けに関し、購入前に何度も足を運び確認しているのは事実である。しかし、気にならなかった点が、星野さんの対応のせいで悪く思えてきてしまっている。		
・せっかく購入したマイホームだが、裁判沙汰にまでして争おうとは考えていない。		
・とにかくサムライジャパン住宅販売株式会社に誠意の感じられる対応がしてほしい。		

※「司法書士ADR実践の手引き（2007）」の事例を元に札幌司法書士会ADRセンターが作成して使用

のようなことを心がけて発言し、発言に対する当事者の反応をどう捉えたか、その捉え方は当事者の感覚と一致していたかなどを具体的に振り返るよう説明する。また、観察者は、ロールプレイでの具体的な「言葉（声の調子や沈黙などを含む）・身体言語・場の雰囲気」を指摘しながら、司法書士役の「聴く」姿勢について気づいたことを話すよう指示する。

全体の振り返りでは、メンバーの1人がファシリテーターの役割を担い、各グループのロールプレイの振り返りを行う。ファシリテーターは参加者に対して各グループのフィードバックで可視化されたものを論点ごとに発表するよう指示する。ファシリテーターの役割は、「いいかえ」や「反映技法」などを活用することで、グループの体験を全体で共有できるよう方向づけることであり、マイクロ技法の習得が試されることになる。

後半の講座に計画されているメディエーション・ロールプレイは、1グループ4名編成で、相手方が加わる。ロールカードは申立人役用と相手方役用の2種類が準備され、司法書士役はメディエーターの役割を行う。メディエーションとは、紛争に直面している当事者（申立人及び相手方）が第三者（メディエーター）の手助けを受けながら、話し合いで問題解決をしようとする方法（鈴木、2004, p156）で、ADRはその場を提供するものである。

V. 問題と今後の研究展望

司法書士がリーガル・カウンセリングやメディエーションを行うに当たっては、単なる法的な知識や推論を元にした関わり以前に、当事者のニーズに応える関わりが求められる。そのためには当事者との間に信頼関係を創り、必要な情報の聴取、適切な助言や情報提供などが重要となる。マイクロ技法の習得は、これらのコミュニケーション能力を向上させることに繋がり、和田（2006）の言うとおり、面談過程をより厚みのあるものとし、法的解析次元も含め、当事者にとってより良い解決の構築に貢献すると考

える。そのため、ADR手続実施者のトレーニングを終了した司法書士の面談過程はどのように変化したか、また、その変化は当事者の問題解決にどのような影響を及ぼしたかについてマイクロ技法に焦点を当てて検討することは、リーガル・カウンセラーやメディエーターのトレーニングのための基礎資料として意味があると考える。しかしながら、筆者が調べた限りでは、司法領域においてマイクロ技法に注目した研究を見出すことはできなかった。

そこで、第二報では、ADR手続実施者トレーニング修了者に対する調査を元に、司法書士と当事者の信頼関係の構築や問題解決に至るまでの面談過程におけるマイクロ技法の貢献について検討し、発表する予定である。

謝辞：情報及び資料提供にご協力下さった札幌司法書士会ADRセンター運営委員会の皆様に深謝致します。

文献

福原真知子・アイビイ, A.E.・アイビイ, M.B. (2004). マイクロカウンセリングの理論と実践 風間書房

福原真知子・山本孝子・寺川亜矢子・大西靖子 (2007). マイクロカウンセリング技法一事例 場面から学ぶ—福原真知子（監修）風間書房

中村芳彦 (2004). 人材育成論 早川吉尚・山田文・濱野亮（編集）ADRの基本的視座 不磨書房, pp. 269-280

日本司法書士会連合会ADR対策部 (2007). 司法書士ADR実践の手引き 新日本法規出版, p. 198

落美都里 (2005). 裁判外紛争解決手続(ADR)制度 国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 493, p. 1.

鈴木有香 (2004). 交渉とミディエーション 八代京子（監修）三修社

和田仁孝・中村芳彦 (2006). リーガルカウンセリングの技法 法律文化社, pp. 26-27.

ABSTRACT

An Educational Program Using Microskills for a ADR Mediator :
A training for the Shiho-Shoshi Lawyers, Sapporo (1)

Setsuko KAGEYAMA (Tenshi College)

The Shiho-Shoshi Lawyers, Sapporo, introduced the training program for a ADR Mediator from 2007. This program uses Microskills training which was developed by Ivey in part of this training. When a Shiho-Shoshi Lawyer does legal counseling or mediation, it is important to respond to the needs of the confider before using legal knowledge to solve an issue. The Shiho-Shoshi Lawyers, Sapporo, believe that the communication abilities of a legal counselor and mediator improve with the acquisition of microskills. The Author have taken charge of the microskills part of this training program for 5 years with the ADR center Committee members.

This report introduces the utilization of the microskills in the ADR mediator training course of the Shiho-Shoshi Lawyers, Sapporo, and then a view of research in the future is described.

Key words : Alternative Dispute Resolution, microskills, Shiho-Shoshi Lawyer

日本マイクロカウンセリング学会第3回学術研究集会概要報告

平成23年3月20日に開催された第3回（平成22年度）学術研究集会の内容は次のとおりです。プログラムの中から、基調講演の詳細とシンポジウムの概要を次ページ以降にご報告いたします。

テーマ：心身の健康とマイクロカウンセリング
の果たす役割—ウェルネスの視点で—

日時：平成23年3月20日（日）

場所：アルカディア市ヶ谷私学会館

目的・趣旨：‘心の時代’といわれて突入したミレニアム（21C）も、急速な社会的、経済的変動にともない、良くも悪くも世界中の人のびとを予期せぬ方向に巻き込むという事が多発している現状です。ここでは人びとは先ず自らをまもりながら他者とかかわることの重要性・必然性を実感しているのではないでしょうか。

このような事態において、その初頭から“giving psychology away”（心理学的知見を分かち合う）をモットーとしてきた心理学やカウンセリングワールドで、何が出来るかをあらためて考えてみなければならないときに直面しているのではないかと思われます。

日本マイクロカウンセリング学会では基礎的研究と実践の統合の成果（果実）の一般化に向けて、あらためて‘実際に役立てること’にますます関心を強くしています。そこで、このたびの学術研究集会では人びとのウェルネス（心身の健康）に視点をあて、マイクロカウンセリングで何が出来るかを考えることにいたしました。

全体テーマは「心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割—ウェルネスの視点で—」、これを読み解くキーワードを「認知」、「発達」、「ウェルネス」としました。

プログラム

午前 10:00 ~ 12:00

研究発表 司会 玉瀬耕治（帝塚山大学）
「自己肯定感と自己受容が達成動機に与える影響について—マイクロカウンセリングの肯定的資質を考える—」

田中道弘（埼玉学園大学）

午後 13:20 ~ 15:00

基調講演

司会 福原眞知子（日本マイクロカウンセリング学会会長）

挨拶 肥田野直（東京大学名誉教授）

講演 滝澤武久（電気通信大学名誉教授）
「ウェルネスの実現を求めて—認知心理学の視点から—」

午後 15:10 ~ 17:40

シンポジウム

「心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割

—ウェルネスアプローチの展開—」

司会 玉瀬耕治（帝塚山大学）

シンポジスト

福原眞知子（常磐大学大学院）

中沢順（千葉大学）

池尾隆（大阪歯科大学）

指定討論者

いとうたけひこ（和光大学）

日本マイクロカウンセリング学会第3回学術研究集会基調講演

ウェルネスの実現を求めて —認知心理学の視点から—

滝澤武久

(電気通信大学名誉教授)

1. 健康の最高目標としてのウェルネス

ウェルネスという概念は現在マイクロカウンセリングの世界だけでなく、健康心理学その他、臨床にかかわる多くの分野でも重視されています。そこではウェルネスに反する状況に対して、対処すること以上にウェルネスを実現することに人々の関心が向けられております。

ウェルネスとは、心身ともに絶好な健康状態といわれております。心も体も最も優れた状態が、ウェルネスです。嬉しい、喜ばしい、幸福である、そういったような感情が漲った状態です。健康心理学でもそういう状態を最良の健康として位置づけています。

実は健康という概念は現在と過去で非常に違っています。今まで健康は病気でない状態ということで考えておりました。病気でなければ健康だというわけです。病気をイルネスというのに対して、ウェルネスという言葉はその反対語です。病気と健康、それと対照させて考えていたようです。

しかしWHOの健康の定義によると、病気でない状態が健康だというだけではなくて、身体的、心理的、社会的に良好な状態（ウェルビーイング）というプラスの方向で健康を考える必要がある、つまり、健康にはプラスの方向に進む努力を含めていくようになって参りました。

つまり、健康には病気や障害を予防したり、

或いは病気に対する不安や恐れを回避したりする対処行動だけではなくて、さらにプラスの方向に向かって努力する活動も必要です。つまりどんな状態であっても（体に多少障害があるとか、病気を持っているとかそういうことがあっても）、人間の可能性を個性的な仕方で実現するのを目指すのが、健康なのだということです。

健康心理学では、健康にとって一番重要な課題は、クオリティオブライフ、「生活の質」を向上するということにあります。この「生活の質」というのは、ただ生きているということだけではなくて、質的に高い生活をすることです。例えば、食事、運動、休息など、質をより良いものにしていくということです。要するに「生活の質」を高めて行くことが、健康にとって重要なのだと、考えられるようになって参りました。

逆に多少病気や障害があってもこれはやむを得ないとみなします。むしろ大事なのは、そういう病気や障害に負けないで、もっと望ましいライフスタイルをつくっていくのが重要です。つまり質の良い生活が営まれるような努力が本当の意味での健康だとみなすように変わってきました。しかもそういう健康も、一度で入手できるものではなくて、自分の可能性を全力を尽くして実現しようとするとき、獲得することができます。

そういうような健康を普通の意味での健康と

区別するために、ウェルネスとしての健康と呼んでいます。つまり心身ともに絶好な健康状態をつくりだすことが、本当の意味での健康なのです。

確かに病気と健康の間にはいろいろな段階があります。ただ一時的に病気になって、医療を受けているような段階もあれば、死に直面しているような病気を患っている、一歩先は死ぬだけだという非常に深刻な段階もあるし、或いはその途中に症状はあるけれども、医療を受けることはないとか、或いは病気であることは知っていても病気を何とかして避けようという段階もございます。

もちろん病気でない段階、或いは健康を自覚している段階、というのがありますが、普通そこまで終わりと考えています。ところが健康心理学では更にもっと望ましい段階というのがあると想定しています。それは生活の一部として健康を維持している段階です。つまり健康とは、病気をしないというだけではなくて、絶好な健康状態でいるということです。それは理想的な健康状態を目指して自分自身の可能性を実現していくことを努力する中で出現します。これがウェルネスとしての健康行動です。ただ健康であるということとどこが違うかというと、現在病気や障害があっても、このウェルネスとしての健康を持ち続け得るという点です。つまり病気や障害がない段階で実行される健康行動だけではなくて、どの段階でも健康になるために必要な行動があります。

望ましいライフスタイルを形成すること、例えば食事、運動、睡眠、休息、そういうようなライフスタイルを、望ましい仕方で実行すること、さらにもっと進んで自分自身が成長するという目標をたてて、その自分の目標のために遂行する努力をする、これも質の高い生活です。言いかえれば、自分の可能性を実現しながら目指す行動を続けることが人間にとって最も健康なのです。

人間の可能性を実現する、これは易しいようにみえますが、大変なことです。人間の可能性

は一人一人違います。体が弱い人、強い人、或いは外交的な人、内向的な人、いろいろな可能性があるわけです。それを個別的な仕方で実現しながら実行する行動が本当の意味での健康行動です。

しかし、いずれにせよ、その行動を支えているのは、人間が生きる上で価値ある目標に向かって生きることの喜びです。この生きることの喜びこそ健康であるということの証拠です。体が弱くても、障害があっても、病気でも、生きるという喜びを持っているということが、最高の健康状態です。これをウェルネスと申します。

生活の中で満足を感じたり、或いは幸福を感じたりしながら、そういう感情を維持し、自分の行動を向上させていく。このことが、健康であるということです。これは病気には限りません。高齢者の場合もそうです。高齢者の場合、どうしても体力が衰えますし、抵抗力も衰えます。いろいろな障害が出て参ります。高齢期になると医者に行かなければならぬ。或いは、能力の限界にぶつかる。徹夜は出来ないとか、或いは一日中仕事をすることは出来ないとか、いろいろな障害に出会います。若いつもりでいろいろ仕事をしようと思ってもどうしても出来ない。それでも尚且つ生きる事に意欲をもって、残された人生を社会のために活動できるのは自分の中にウェルネスを感じているからです。自分自身のウェルネスの可能性を信じること、これが本当の意味での健康です。言いかえれば、健康とは自分なりに自分のウェルネスを実現しようとする努力だといえるでしょう。

ウェルネスという概念を最初に提唱したのがトラビスです。トラビスの定義によると、先ず声や体の気づきが始まる。自分はどういう状態であるか、どれくらい耐えることができるか、といったことを気づくことができる。無理をしない。しかし嘆きもしない。そういうためには現在の自分についての気づきが必要です。それを気づいたらば、それをもとにして自信をもつて自分の人生をつくりだす。これがウェルネスの一つの条件となります。

自分の人生をつくりだすのは、自分自身だということに気づく。自分がたとえ体が弱くても、個性というものがあるのです。その個性を信じて生活する。病気があるかもしれない、障害があるかもしれない、苦難があるかもしれないけれども、そういう体験をただ仕方がないというのではなくて、建設的に捉えるということです。建設的に捉えて、自分を愛し、他人を愛する必要性をもつこと、これがウェルネスです。つまり人間が健康であるためには、病気や障害があるあっても、自分自身のウェルネスの可能性を信じることです。そして、自分なりにそのウェルネスを実現しようと努めること。これをウェルネス行動と申します。

ウェルネス行動の特徴というのは、どんな健康段階の人間でも自分自身のプラスの面での健康を自覚する、そして生活と成長に意欲をもつ。健康への自覚と責任、生活と成長への意欲。それを持っている限り、人間はウェルネスの可能性を自分なりに最大限に發揮できます。

ウェルネスという概念にぶつかった時、すぐ思い浮かべるのはマスロウの人間性の心理学における「自己実現」という概念です。或いは、自己実現で味わうことが出来る「至高経験」の概念です。その概念に相当するのがウェルネスではないかと思います。

「自己実現」とは、マスロウによると、自分の本性を完全に受け入れて、その可能性を絶えず実現しようとする傾向です。そういう行動の中で、人間は深い悟りに達する、或いは自然と出会う、ということによって、最高の幸福と達成感を感じことがあります。つまりは時間を超え、空間を超え、更には自分自身からも超越した感じを持ちます。恍惚感といいましょうか。葛藤も解決した、或いは宗教的な啓示を受けた、そういう時に、幸福と達成を感じます。それが「至高経験」です。だから、「至高経験」というのは「自己実現」の一つの特徴です。人格の成熟と人格の発達の究極に達した状態と言ってもいいかもしれません。

マスロウによれば、人間の欲求には階層があ

ります。下層には生理的欲求とか、安全の欲求とか、愛情の欲求とかがありますが、これらは全て欠乏動機（欠如充足動機と言いましょうか、欠乏した状態を満たそうとする欲求）です。それに対して最上層の欲求として、自己実現の欲求をあげています。これは成長動機による欲求（成長したいという動機によって生まれる欲求）です。この自己実現の欲求は、ウェルネスの概念と一致しております。

成長に強い意欲をもってこれを実現していくのがウェルネスですから、この概念でウェルネスをとらえるとわかりやすいかと思います。

2. 認知心理学の視点

ウェルネスは健やかで幸福な状態です。例えば生活の中で満足感を感じる、充足感を感じる、幸福感を感じる。そういう状態がウェルネスですから、多分に主観的な概念です。

行動でそれを客観的に観察することは出来ません。寧ろ思考とか信念とか期待などの認知的な側面が重視されます。ところが今までの心理学では、そういう内面的な側面は殆ど手つかずでした。客観性が重視されていたからです。客観的に観察することができないウェルネスという概念は、伝統的な意味での実証的な心理学の対象には成りえないとされておりました。

ところが、認知心理学の登場によって、その困難が克服されつつあります。認知心理学は、認知という見る事が出来ない働き（思考とか信念とかイメージとか期待など）を研究対象にします。

ですから方法も伝統的な実証心理学とは違った方法を取らざるを得ないわけです。実証的心理学では、先ず仮説を立てて、それを検証する手続きをとります。ところが認知心理学では、仮説そのものを構築し、精緻化することをねらっています。つまり認知過程のモデルをつくることが認知心理学の特徴です。

この点でピアジェの思考の発達の研究は、その理論模型を典型的に示していると思います。彼の論理的思考の発達段階説は有名です。しか

し、それは子どもの思考の発達過程を追って、それらの発達段階の特徴を引き出しただけではないからです。今までそういうやり方をとった発達心理学の研究はいくらでもありました。ピアジェの発達心理学では、先ず論理的思考の発達の頂点となる形式的操作の段階の思考構造を、モデルとして理論的に形式化することから出発しました。

この思考構造の模型を作成するにあたって拠り所となつたのが、現代数学における諸理論です。そしてこの思考構造のモデルにもとづいて、子どもの論理的思考の発達を説明したのです。

子どもの思考は誕生以来、群の構造、束の構造、それから位相幾何学の構造で説明されます。子どもは、生まれた時から感覚運動的な知能の中にそれらの構造をそなえています。ただし、構造としてはまだまとまりが悪いし、弾力性も欠いています。間違えがあれば自分で訂正するという自己制御の機能もうまく出来ません。

構造の特徴として、まとまりのいいこと（全体性）を持つこと、柔軟性（弾力性）を持つこと、そして、自己制御性（間違いを自分で気づいて自分で修正できること）を持つことであって、この3つの性質が発達している状態が構造化された状態です。

発達と共に子どもは活動を通して、そういう構造を能動的につくりていくという立場に立つののがピアジェ理論の特徴です。

認知心理学が最近普及して参りましたが、その認知心理学の基本となっているのがピアジェ理論です。

認知心理学の特徴は認知の枠組み（スキーマ）のはたらきを重視致します。それは知識のかたまりです。しかし単なるかたまりではなくて、構造をなしているため、見たり、聞いたり、考えたりする枠となるし知識の構造化を進めたり、或いは知識を利用することを促進したりします。

年齢とともにそのスキーマは段々増えていくし、またうまく使えるようになっていきます。このスキーマの考え方の基本になったのは、ピ

アジェのシェマという概念です。

ピアジェによればシェマが増えたり、精密になつたりしていくだけでなく、発達とともに構造化されていくこととなります。

たとえば、生まれた時の赤ちゃんがもつ行動様式が、原始的なシェマのはたらきをよく表しています。それがお乳を吸う、哺乳のシェマのはたらきについてみると、お乳の吸い方には一定の様式がある。それは生得的なシェマといえます。これらの生得的なシェマを思考構造の原型とみなしました。ピアジェは認知発達の過程を、構造の概念に基づく理論モデルで説明しております。それは不均衡な構造から均衡な構造へと進んでいく過程が発達だというわけです。この理論モデルから出発して、独自の研究方法を使って、確かめたのがピアジェ理論の特徴です。

ピアジェ理論に対しては、いくつかの批判があります。「現実の子どもの思考の発達に合致しない」、「相当強引なところがある」、「現実の子どもの発達はもっと個別的なものだ」という批判です。しかしピアジェの研究意図は発達を記述したところにあったのではなくて、発達を説明したところにあったことに注目して頂きたいわけです。

今までの発達理論は子どもの行動の発達を記述するだけでした。一方、それを一つの理論で説明していくとするのがピアジェ理論です。つまり整合的な説明のために使う理論モデルをつくったところに、ピアジェ理論の特徴があるわけです。

最近の認知心理学は、思考とかイメージとか信念とか期待のような、目に見えない認知過程を研究しようとしています。

感情を研究する時にも、今までの心理学では感情がどういう時に引き起こされるかとか、どんな体験が感情には必要かということを研究してきましたが、最近は人間がある感情を引き起こした時、その人がその体験をどう捉えたか、どのように認知したかということを研究するようになってきたのが、感情の研究の関心事です。

つまり感情 자체を研究するよりも、感情認知の仕方を研究する。その拠り所となるのが、ピアジェの立場から出てきた認知心理学です。

心理臨床のほうでもここから影響されて、いろいろな認知行動療法が開発されています。中でも注目されるのはR E B Tです。理性・情動・行動療法と訳しております。もうこれは私よりも皆様のほうが、専門の方が多いと思いますので解説は致しませんが、ただウェルネスの重要性を理解していくうえで、非常に重要な考え方です。

R E B Tの場合は、認知と感情と行動とは重なり合って体験されるという立場から出発します。それで論理的でない思考や不適切な感情や独断的な行動などを排除して、自己実現を促進させることを目的としております。

重要なのは、間違った認知（非理性的なビリーフ）に気づかせるということです。人はしばしば一方的な思いこみをします。自分は落第するかもしれないとか、自分は首を切られるかもしれないなどの「かもしれない」という思い込み。更に進んで、「ねばならない」、「違いない」、「必ずなるだろう」、「落第しなければならない」、「するに違いない」、「必ず落第するだろう」といったような思いこみです。これらは絶対的な考え方、しかも非現実的な考え方です。しかしそういう思いこみのために、悩んだり、或いは恐怖を引き起こしたり、或いは不安になったりします。

R E B Tの創始者であるエリスはこれは「認知的誤り」と言っております。自分に対して否定的にみる、体験を否定的に解釈する、或いは将来を否定的に判断する、などの否定的な見方を「認知的誤り」と言っています。こういう非理性的なビリーフが独断であるということに気付かせることが必要なのです。「認知的誤り」（つまり誤った認識）は、有害な思考、有害な感情、有害な行動を引き起こします。それらを打ち碎いて適切な方向に導くのが、R E B Tです。つまり理性的なビリーフに導くのが、この療法の主たる狙いです。それによって問題を

解決するだけではなくて更に進んで、もっと純粹に人生を楽しむことを考えるようにします。そのためにまず自分が、生活を活性化する力を持つということに気づくことから出発します。生活を活性化する力が自分にあるんだということを気づかせることから始めるのが、理性感情行動療法の特徴です。それはクライアントの自己実現を促してウェルネスへの道を積極的に求めて、最後には幸福感、快適さ、自己充実感といったものを増大させるわけです。そういう意味でウェルネスは重要な概念だと言えると思います。

3. ウェルネス意識を培う

それではウェルネス意識をどうやって培うか。結論からいえば、自分の可能性を信じることです。自信を持って自分の人生を創り出そうとするポジティブな態度です。積極的な態度こそウェルネス意識の前提です。自分には楽しくなる可能性が充分にあるのだと、或いは楽しい人生を創り出そうとができるのだという前提が、ウェルネス意識の前提です。

これを「健康生成的」態度（サルートジェネティックス）と言っています。それを養うために必要なのは自分がやろう正在していることの実現可能性についての知識や信念をもつということです。つまり自分が取り組んでいることが、実現可能だという意識をもつこと、そして、それについて多く知識を自分は持っているという意識です。そういう意識をもって取り組むと、自信があるわけですから、成功する。そしてその成功を体験することによって、「自己効力感」が得られます。やった、出来たというあの感情です。自己効力感ということを重視したのは、バンデュラです。バンデュラによれば、全ての行動の原因は期待と価値からなりますが、期待には、結果期待と効力期待がある。

勉強時間をふやすことによって成績がよくなるのは、結果期待です。一方、努力したことによって、成績がよくなつたと感じるのは、効力期待です。いずれも成績がよくなつたかという

ことでは違いありませんが、効力感が違います。後者の子どもは成績をよくするためがむしゃらに勉強したのではなくて、勉強によって能力がつくという期待があります。これが自己効力感です。それは効力期待から生まれる確信の感情です。

その要因として4つあります。1つは成功体験です。うまくいった、努力して障害に打ち勝ったという体験です。第2に代理体験です。自分と同じように取り組んで成功した人を見る。自分が実際に成功したのではなくて、他人が成功したのだけれども、それを見ることによって、自分も成功したような気分になる。或いはこうすれば成功するのだと知る体験です。第3は周りの人から肯定的な評価を受ける体験です。よく出来たとか、うまいとか、褒められることも自己効力感を高めます。第4は、生理的感情的状態が改善される体験です。成功すると身体状態が高揚する。うきうきする、とにかく嬉しくなる、気持ちよくなる、すーっとする。ところが失敗するとげんなりとする、力が抜ける。こういったような生理的感情的状態が必ず成功や失敗の場合には伴います。だから自己効力感もこの生理的感情的な状態を改善することで、いっそう高めることができるわけです。

ウェルネスという意識をもつためには、この自己効力感を大事にするということが極めて重要だと思います。言葉だけで、よく出来た、よく出来たと言って褒めるだけでは済まないわけです。

子どもは実体験を伴わない限り、言葉だけで教えられても真意が伝わりません。

しかし、成功経験の喜びは、これは子どもでも味わえます。自分に力があった、自分は能力があるという有能感は子どもが発達初期から芽生えています。従って、子どものころから、そういった有能感をもとにして、健康行動を積み重ねると、ウェルネス意識の素地が培われていくでしょう。

これはカウンセリング分野でもあてはまります。今までは、カウンセリングというと、心身

の病理的な側面を治療したり改善したりする、臨床心理学的方法が採用されておりました。つまりネガティブな症状を治療していくことが、臨床心理学の主要な在り方でした。これも勿論大事なしごとです。だけど、それと並んで大事なのが、喜びとか幸福感とかをもたらすポジティブな考え方です。ポジティブな心理学的接近は、これからカウンセリングにはいっそう必要だと思います。それだけにウェルネスの実現を求めて人生を豊かにしていくための技法が、さらに開発されていくことに期待をしている次第です。

4. 健康の新しい概念

一般に健康の概念については、誤解が多いようです。一番単純なとらえ方は、病気でない状態を健康と言うという定義です。だけど人は一生涯病気にならないで過ごすことは出来ません。病気に罹っている間は体は不健康ですから、苦痛な状態が続きます。この場合は充実した生活をしろと言われても出来ないのが普通です。そのため生活の中から、満足感とか充実感とか幸福感は遠のいてしまいます。

だけど、それでも生きがいをもって生活を過ごすことはできます。病気であっても障害があっても自己実現をしたという喜びや充実感を持ち続けられます。そういう生活が出来れば、その人は病気でも健康だと言えるわけです。

健康が正常で、病気が異常だということが一般に言われております。確かに健康な人たちのおかげで私たちの生活は成り立っているわけです。この意味で健康は生活の資源です。

人は健康という資源を使って、生活を開拓しています。だから健康は手段です。一方、健康は生活の目的だとみなす人がいます。健康になるためにこれをやるんだという人の中には、肝心の生活の目的を見失っている人もいます。しかし健康はあくまでも何かをするための手段です。実のあることをするとか、或いは人に喜ばれるようなことをするとかの目的には、どうしても健康という資源が必要なのです。

だから、長生きするだけでは健康ではありません。また病気が治るだけでも健康ではありません。健康であるということは、充実した生活を過ごすことです。だから、健康とは自然に与えられるものではなくて、積極的につくりだすものであると言わなければいけないでしょう。

この点、実は20世紀初頭のフランスの健康についての論文を読んだことがあります、伝統的には、器官が騒がないことが健康だと言う説明がありました。「器官の沈黙」が健康である証拠です。胃がムカムカするとか、頭が痛いとかいうのは、器官が動き出しているから不健康、器官が黙っていれば健康だというわけです。つまり症状が現れないことが健康だという説明がありました。

だから健康とは、治った状態になることです。本来の状態は、実は病気の状態なのです。だけど、病気の状態を医学で越えることが出来るという考えが、20世紀初頭では非常に強くなつて参りました。この考えは、科学技術に基づく医学の優勢期と無関係ではありません。医学が発達すれば完全に治療が出来るのだということに期待が寄せられていました。医学により健全な状態に復帰できるという信念があつたわけです。20世紀初頭には慢性病という概念はなかったようです。病気は必ず治るのだ、医者と薬で治すことが出来るのだという信念がありました。

とにかくこの時代には健康は、普通の人ではなかなか辿りつくことが出来ない特別な状態であるという考え方が強かったようです。通常の状態が健康なんだという考え方は非常にわずかでした。大部分の人は病気していましたから。

また病気を正常な機能の条件から、隔たった状態とは見ていませんでした。正常なのは健康であり、病気は健康から隔たっている状態なのだという考え方をする人は少なかったのです。病気になるのが普通だと考えていました。健康は病気のための埋め合わせのようなものだと考えていました。だから、我々は潜在的な病人であるという考え方です。そして健康とは

病気でないことであるという考え方がごく最近まで支配的でした。病気でないだけでなく、もっとより良いもの（ウェルネス）を追求することだという考え方方が出現したのはごく最近です。

健康とは搅乱の症状等のないことである。要するに病気ではないことであるとか、健康とは医者にかられないことであるという考え方です。このような考え方の結果、医学が個人の健康を独占することを容易にしました。人の健康は医者が握っているのだという考え方です。医学以外の科学で健康を捉えるようなことは、寧ろ非科学的考え方とされて遠ざけられていました。その結果、今まで健康を取り上げる場合、環境に関わらせないで、個人の次元からのみ取り上げてきたわけです。社会や環境との関わりで健康を取り上げるべきであるという考えに至ったのはごく最近です。

5. 健康と病気

ウェルネスの概念は、イルネスの反対の概念です。そしてその中間にフィットネスという概念があります。たとえば健康な生活を営む為の能力を養うための運動を総称して、フィットネスとよんでいます。例えば、エアロビクス、或いはジョギングなど、これらはフィットネスの活動です。ところがこれらの健康行動は生活の一部で行うべきものでなく、生活全体に関わらせて取り上げられなければならないという考え方に向かいつつあります。体を鍛えるだけではなく、生活全体の中で積極的な健康行動として捉えることが必要だということから、ウェルネスという概念へと発展してきたわけです。

ところがウェルネスという概念は、内的で主観的な概念です。気持ちがいいよ、具合がいいよと言っても、それは本人にしかわかりません。相手にはわからない。それどころか、健康な時でも殆ど言うことがないのです。気持ちがいいよとか、快適だよとか、言うことは殆どありません。病気の時に、少し良くなると快適だということを言うかもしれません、健康な時に意

識するようなことは殆どない。不快感を伴う時だけ、不快感とは逆の「気持ちがいい」、「感じがいい」という言葉が出てくる。つまりウェルネスにあこがれるわけです。では、人は病気をどうとらえているのでしょうか。

病気には二つの原因があります。一つは外的な因子です。例えば病原菌が働くとか、怪我をするという外部的な作用因子と、もう一つは内部の受け入れ因子。体が弱っていると怪我が大きくなるとか、或いは、抵抗力があると怪我は殆ど問題にならないとかいう、促進因子とか抵抗因子といった受け入れ因子があります。

その作用因子と受け入れ因子と相互作用で、病気は、強く意識されたり、されなかつたりします。ところで、作用因子のほうは、外的な兆候が目立ちやすいですから、これはすぐ注目できます。転んで怪我をした場合は外的な作用によって怪我をするわけですから、その作用因子に注目することが出来る。ところが受け入れ因子のほうは、内的な過程なので目に見えてこないですから、病気に対処するときも、つい見逃されてしまいます。

特に、子どもの場合、健康と病気の概念が大人とは著しく違います。小さい子どもは病気の場合は全てバイ菌によるのだと考えます。風邪もバイ菌による、歯が痛いのもバイ菌による、怪我もバイ菌による、感染もバイ菌による。全てバイ菌から病気は来るんだと言います。しかも、バイ菌は、子どもにとっては目に見えるものです。だから、病気になるのはバイ菌が食べ物にくつづいているからだというのです。だから虫の入っているジュースは飲みませんが、虫を取り除くと平気で飲むわけです。

それから、病気がうつることに関して、この増殖による視点が殆どありません。バイ菌によって病気になると言っても、バイ菌が体の中に入って、生殖していくという考えは全然ないのです。例えば「冷たい風に当たると病気になるよ」と言わされた場合、子どもにとっては、冷たい風がバイ菌なのです。伝染は生物現象とはみなされないわけですから、繁殖することはあり

ません。

つまり無限に伝染するなどということは、子どもには考えられないのです。バイ菌は目に見えません。だから感染過程もよく理解出来ないわけです。風邪、腹痛、腫れ、歯痛、これを子どもはどう説明するか聞いてみます。そうするとバイ菌がくつづいていると病気が移ると言います。人に、バイ菌を持っている人がそばにくつづいていると移るというのです。だから、遠くに離れていると移らないし、病気にならない。ただ、病気を感染で説明出来ないような場合には、どう子どもは説明するかと言うと、大部分の幼児は、ピアジェが言う「内在的正義」によって説明します。つまり、病気の菌の中には正義の力が働いていて、悪い事をするとその力によって罰を当てるんだと考えます。規則違反したり命令に服従しないと、その罰として、病気になるんだと考えます。つまり道徳的なものとして病気をとらえるわけです。

とにかく子どもは、直接目に見える外的な現象にだけ注目します。体の中で生じているような内的過程には、目を向けません。また、説明されてもよくわからないのです。だから病気になるのはどうしてかとたずねると、自分の行った行動のせいだと推測します。自分が悪い事したから病気になった。或いは自分がお手伝いしなかったから病気になったなどと、病気は悪い事をしたせいだというわけです。それでも怪我のほうは、外から見ればすぐその原因がわかります。躊躇原因はその石があってもその石に気付かなかったからですが、気付かなかったのは悪いことをしたからだと言います。

その上、病気の場合は内的な兆候ですから、原因がわからないだけでなく、病気さえ意識しないこともあります。気分が悪いということになかなか気づかない。大人が、病気だと知らせてやると、やっと病気だと分かることがよくあります。「ゆっくり寝ていなさい」と大人から指摘された時、初めて病気だということが分かるという程度です。せいぜい、気持ちが悪いと体で感じる時だけ病気だという意識があ

る程度です。内的な兆候をもとにして、あれを食べたから腹痛になったんだという原因まで考えられないのです。

それに病気と道徳とを区別できず、従って病気という罰は避ける事が出来ない力だと考えます。だから病気には受け身的な態度しかとれないようです。そのため、病気の治し方等も自分で考えることは出来ないです。予防の方法も分かりません。しかし、健康教育の推進にあたっては、病気予防の手順を教え込むだけではなくて、子どもの理解のレベルや相応しい概念で、病気に対する体や心の働きについて、目を向ける必要があると思います。

それはただ言葉で言って聞かせるだけでなく、生活習慣をきちんと守らせるとか、或いは病気のような状態であった場合、内部の状態を表現

できるように導くことが大切なのです。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

参考文献

A.エリス・W.ドライデン著 稲松信雄・重久剛・滝沢武久・野口京子・橋口英俊・本明寛訳 REBT入門－理性感情行動療法への招待 1996 実務教育出版
島井哲志編 健康心理学 1997 培風館
日本健康心理学会編 健康心理学入門 2002 実務教育出版
井上毅・佐藤浩一編著 日常認知の心理学 2002 北大路書房
G.カンギレム著 滝沢武久訳 正常と病理 1987 法政大学出版局

日本マイクロカウンセリング学会第3回学術研究集会シンポジウム概要報告

心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割 —ウェルネスアプローチの展開—

玉瀬耕治
(帝塚山大学)

日本マイクロカウンセリング学会平成22年度学術研究集会は、平成23年3月11日(金)に東日本で発生した大地震と津波、それに伴う原発事故から10日も経たない同年3月20日(日)にあらかじめ設定されていた。震災の後、この日に学術研究集会を行うべきかどうかについては、学会内部でもさまざまな意見が交わされたが、結論としては予定通りに開催されることとなった。その経緯については、平成23年3月31日付の当学会ニュースレターNo.24で会長より詳細に報告されている。さて、第3回目を迎えた今回の学術研究集会シンポジウムは、3月20日15時10分より17時40分まで、「心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割—ウェルネスアプローチの展開—」をテーマとして開催された。ここではその概要を報告する。

＜シンポジウムの趣旨＞

このシンポジウムは、初回より学術的研究と実践を重視する本学会の基本姿勢に即して、マイクロカウンセリング研究の発展を願って企画されているものである。A.E.アイビイ博士はマイクロカウンセリングおよび発達カウンセリング・心理療法を理論的基盤とし、心身の健康に関するウェルネスの概念を導入して、新たな理論的発展をもたらしている。その考え方方はマイクロカウンセリングと認知発達理論との関連づけ、ポジティブネスへの焦点化、多重文化的視点への拡張、心理教育的実践、脳科学に関する実証的研究の重視によって特徴づけられている。今回のシンポジウムでは、「認知」、「発達」、「ウェルネス」をキーワードとし、このテーマに関わるさまざまな角度から異なる分野の研究者に話題提供していただき、心身の健康にマイクロカウンセリングがどのような役割を果たしうるのかについて討論を深めることとした。

＜発表概要＞

まず、司会者(筆者)から上記の趣旨を説明し、アイビイ理論と最近の動向について簡単に紹介した後、3人の話題提供者および1人の指定討論者を紹介した。その後、話題提供者から順次発表が行われ、休憩をはさんで指定討論者による討論が行われ、その後参加者との間でも活発な質疑応答が行われた。

企画者が紹介したアイビイ理論の概要については、以下のとおりである。アイビイ博士は、まず1960年代後半に行われた彼とその共同研究者による実験的研究に基づいて、カウンセラー訓練の方法としてのマイクロカウンセリングを提唱した。このマイクロカウンセリングの多様な技法(マイクロ技法)の教え方を洗練させる一方で、1980年代にはクライエントをとらえる視点として認知発達論的な人間観に基づく発達カウンセリング・心理療法(DCT)を提唱した。そしてさらに、その発達論的な考え方

の延長線上に多重文化カウンセリング・心理療法（MCT）を位置づけた。このようなアイビイ理論の背景を特徴づけるものとして、ウェルネスへの指向、ポジティブネスの強調、脳科学的根拠の探究をあげることができる。

福原眞知子氏（常盤大学大学院客員教授）

ウェルネス概観

アイビイは2004年に5度目の来日をし、ウェルネスについて紹介しており、その内容は「マイクロカウンセリング研究」1巻1号、および1巻2号に掲載されている。今回、滝澤武久先生の講演でも述べられているが、ここでウェルネスについて概観する。これは心身の健康を意識したものであり、ギリシャ神話にも病気にならないように人々に生活の仕方を教えることであると記されている。世界保健機構（WHO）でも健康とは、身体的、精神的、ならびに社会的に完全に良好な状態であって、単に疾病や虚弱でないことだけではないと定義づけている。1964年にも、健康とは最初から健康であるということではなく、健康を求めるプロセスがあることを示唆している。

今世紀に入り心のケアの問題に挑戦しているが、その初頭から天災に直面することとなった。ここで人々は改めて自らが存在する環境、関係性の中での存在を認識せざるを得なくなった。これをマイクロカウンセリングとの関連で考えてみたい。アリストテレスも人が極端な過剰と欠乏を避けることが健康につながると言っているようだ。WHOはプロセスを重視して、ウェルビーイングは選択的、動的なプロセスだと言っている。20世紀後半にはカウンセリングや心理療法において心身の健康の開発と予防に目標が向けてきた。カウンセリング、心理療法の3大源流である精神分析、ロジャーズ（来談者中心）、行動療法に加えて、マルティカルチャー、多重文化的視点での対応が迫られている。

この視点を支えるものとして、コミュニケ

心理学、健康心理学、家族心理学が台頭してきている。アイビイ博士もこのような歴史的背景をふまえて、ウェルネスについて独自のマルティカルチャー論を展開している。これに加えてポジティブ心理学が台頭してきている。これはアドラーの個人心理学やマズローに端を発するものである。ポジティブ心理学では、個人の強み、長所、アイビイのいう肯定的資質の探求を重視している。これらは個人の行動の原動力となるものである。これを妨げるものは、人間の希望、達成、知性、勇気、未来志向、責任感、さらに広く精神性にマイナスに作用することになるだろう。

アイビイによれば、ポジティブネス、ウェルネスはネガティブなものを否定するものではない。ネガティブを含むものから物語を語り、その中からポジティブなものを見つけ出す、これが肯定的資質の探求である。滝澤先生のお話は、このことと有効に絡んでくると思われる。アイビイはピアジェの概念を用い、同化と調節の概念を変えて、シェマが変化していくプロセスを成長過程の1つとみているようである。

家族の中の個人、社会の中の個人、文化の中の個人というように、関係性の中で個人は存在する。このような考え方は、必然的に脈絡的でホリスティックなものとなる。ここで思いつくのがカウンセリングの傾聴である。これは聴いてもらっているということを本人が納得できなければならぬので、難しい。傾聴し、ストーリーを聞くことは基本的なことだが、そこにクライエントの納得を生み出さねばならないところが難しい。これに関しては、ウェルネスモデルで科学的、検証可能なアプローチを模索している。

次に、アイビイのマルティカルチャーな人間の捉え方を紹介する。アイビイの有名な三角形（マイクロスキルの階層表）は3回の変遷を経て、基本的には変わっていないが、最終的にはウェルネスを基礎（最下段）に置いている。これは多重文化を意識したものであり、多重文化的コミュニケーションが非常に重要であると考

えるものである。カウンセリングやサイコセラピーでも、このような人間観を基本に踏まえることが重要である。このような考え方から生まれたものがリスペクトフル（RESPECTFUL）キューブである。Rは宗教性／精神性、Eは経済的背景、Sは性的アイデンティティ、Pは個人的スタイル、Eは人種的／民族的アイデンティティ、Cは年齢的／発達的要因、Tはトラウマ、Fは家族の歴史、Uはユニークな身体的特徴、Lは住環境とその言語である。個人を考えるときに、このキューブのさまざまな側面を考えて、個人を尊重することが必要である。

このモデルは非常にデータベーストなものである。マイヤーズらは、1万5千人の健康な人々の特徴に基づいてリサーチし、17の因子を抽出し、それらをさらにまとめて5つのセルフを同定している。これらは互いに関連するインディビジュアルなものである。それらのセルフは、エッセンシャルセルフ、社会的セルフ、コーピングセルフ、創造的セルフ、身体的セルフである。これらは分離できないものであり、相互に関わり合いながら調和的に存在していくものである。その関わりはウェルネスという目的に対して、すなわち健康でありたいという方向に対して、いい状態になっていくことが大事である。

ここで、マイクロカウンセリングとウェルネスの関係について述べる。たとえば、エッセンシャルセルフには4つの側面がある。すなわち、精神性、ジェンダー・アイデンティティ、文化的アイデンティティ、セルフケアである。精神性は宗教イコールではない。これらをオープンクエスチョンで聴いていくことになる。コーピングは自尊心の問題である。成功体験を通して自己効力感が構築される。これらの要素について、10段階で評価し、さらにその満足度を査定する。セルフを構成する17の側面のすべてを見ていくこともあるが、特にその人にとって大事なところを取り上げてその人のストーリーを展開させる。このように客観的評価を行いながら話を聴いていくのである。

このようなデータベーストな客観的尺度を用いるやり方は、サイコエデュケーションにつながっていく。病気であれ、不健康であれ、健康であれ、ストーリーを語ることで自分のポジティブな面を見出すことができる。セルフというものは非常にハーモニアスにつながっているので、ポジティブな見方が欠けているとネガティブな方向に向かってしまう。

これに刺激されて私どもも2年前にささやかな研究をしている。マイヤーズらの幸福度を測る研究には91項目あった。バックトランスレーションを重ねながら翻訳した。年齢別、職業別などで調べたが、若干の違いはあったが、日米で基本的にはあまり異ならなかった。創始者のマイヤーズさんのものと比べて、40代、50代のフィジカルな面では異なるということだった。健康は単なる主観的なものだけでなく、客観的なものに基づいて健康感を感じることで、生活の原動力になるのではないかと考えている。

中澤潤氏（千葉大学教授）

認知発達と心身の健康

今日は、キーワードが認知と発達とウェルネスということなので、私がこれらのキーワードを含めてお話しできそうな「発達と心身の健康」について話すこととした。対象は心疾患、すなわち生まれつき心臓に障害のあるお子さんたちの話である。1951年までは、子どもの心臓手術はできなかった。それが今では生後1年以内に心臓を顕微鏡で見ながらドクターたちが修復手術をするのが一般的になっている。そのお子さんたちが、健常な人たちと同じように、進学とか就職、結婚などの心理的移行を迎えることになる。彼らは新しい環境に入る時に、非常に適応の問題を感じることが多い。ところが、そういう人たちに対する心理的サポートが十分ではない。

先天性の心疾患には、心房中核欠損とか心室中核欠損、あるいは血管の動脈と静脈が逆につくなど、いろいろな疾患があるが、このような

お子さんを育てる上でどういう心理的問題が出てくるのかということである。周産期には先天性の心疾患がある。そのために体重が低い。脳が未発達である。遺伝子的な欠損等で知的障害がおこる場合もある。皆さんご存知のダウントン症のお子さんには心臓に疾患のあることが多い。それから超早期の母子分離の問題がある。生まれた時からお母さんから離して手術をしたり、ケアをしたりしなければいけない。

乳児期には、患者さんが不安定な状況になる。環境が安定しないものもあれば、気質的に不安定になることもある。発達的に遅れることも多い。低酸素によって脳の発達に影響がある。例えば、心臓手術の時に血液を一時的に止めて、人工血液を流したりする。手術中は心臓を止めるので、脳に血が行かなくなる可能性もある。保護者の側は非常に不安だし、大きくなるだろうかと心配になる。また、そういうお子さんを産んでしまったという罪悪感、罪障感をもつこともある。入院が長くなるので愛着形成に障害があるかもしれない。そういうお子さんの育児が難しいこともある。お母さんがお子さんにずっと付き添っていなければいけないので、そのお子さんのきょうだいに対するお世話が難しくなることもある。

幼児期になると、友達経験がないので友達がなかなかできない。引っ込み思案になる。友達と一緒に走ったりできないので、自己効力感が低下していく。保護者はそういう子だからということで過保護になる。幼稚園や保育所での社会的な体験が大事だとは分かっているが、そういうところに出すことに不安を感じている。

児童期になると、身長が低いとか術痕が気になることもある。運動が制限されるので、体育に参加できないこともある。手術を何度も繰り返さなければならない。いじめの対象になることもある。社会的スキルを身につける機会も失われる。認知的に未発達なため、なぜ自分がこういう状況なのか分からぬ。親子の認識のずれも出てくる。子どもの方はそれが普通だと思っているのに、親は憤だと思う。

今までだと、大体その辺でなくなるお子さんが多かったが、青年期や成人期を迎える人が出てきている。そうなると今までとは違って、病気の管理は自分でしなければいけない。親の側には自己管理をさせることに不安がある。生命的の不安、就職の不安、家計の不安、結婚や出産の不安、親が亡くなった後の不安などが出てくる。日本で一番問題なのは、こういうお子さんはずっと小児科に通っており、成人の先天性心疾患を診る病院が僅かしかないことである。

我々の調査では、1歳の子どもに発達検査をしている。先天性心疾患の子どもたちと健常児の間には知的発達に差はなかった。身体運動発達では健常児の方がちょっといい傾向にあった。特に全身運動では差があった。研究グループのお医者さんたちが脳の発達をMRIで調べたところ、先天性心疾患の子どもさんたちは前頭葉の灰白質の発達が十分ではなかった。運動領野の発達は十分ではなかった。行動や情動の問題も調べている。引っ込み思案、抑うつ、引きこもり、自傷、自殺など、ストレスを自分に向ける問題行動、攻撃、非行、犯罪など、ストレスを外に向ける問題行動についても調べている。このような研究はオランダのウーテンズさん、カナダのコバックさんと我々のグループぐらいしか行っていない。

68年から80年に15歳以下で開心手術をした人について調べると、特に女性に逸脱反応の割合が多かった。本人は自分が普通だと思っているが、横にいる人からみるとちょっとずれているところがある。リスクファクターとかバルネラビリティファクターがあるが、リスクとしてはまず病気、運動制限、傷があることなどが心理的問題を引き起こす。不親切な親の養育、教師の教育、不安定な経済・家庭状況はさらにそれを悪化させる。保護因子としては安定した形質があるとか、レジリエンスが高いとか、病気の知識がきちんと伝わっている、周りのサポート体制が整っているなどである。

ここで、我々の研究を紹介したい。成人になった患者さんたちが、どのような心理状況にあ

るかを調べた。患者さんは48名、コントロールグループ、普通の人たちが87名であった。心理的特徴として調べたのは、独立意識尺度である。依存から独立へという青年期の独立意識を測った。一つは自分の将来や出会う困難に対して自己決定できるかということ。もう一つは親への依存性。それからローゼンバーグの自尊心尺度。問題解決尺度。これは日常生活で遭遇する問題を効果的に解決する社会的スキルを調べるものである。それから接近回避スタイル。自己統制。精神的な健康に関してはSF36という精神健康尺度を使った。これは看護婦さんが一人ひとり面接して査定するものである。

結果は、独立性に関しては、患者群が低かった。親への依存性は高かった。親への依存性には性差もあり、男性よりも女性の方が高かった。自尊心は低かった。問題解決への自信はあまりなく、自己統制もあまりなかった。これらの結果は、疾患をもった子どもには、発達段階に沿って自立へと導くための方法を考える必要があることを示唆している。社会的な問題解決能力が低いことは、日常生活の課題を処理するのに必要な認知的スキルや社会的スキルを育てる機会が与えられてこなかったことを示している。精神的健康は、SF36ではあまり差はなかったが、細かくみれば身体機能と全体的健康感で基準値よりも低かった。しかし、全体として患者さんの精神的健康の度合いはそんなに悪くはない。

こういう健康感に何が影響しているのかをプラス解析で調べた。その結果、独立心と自尊心が社会的問題解決能力に影響している。社会的問題解決能力が高い人は精神的健康が高いということが示された。コントロール群では、独立心と自尊心、プラス親からの独立が社会的問題解決能力を高めている。患者さんの精神的健康にもっとも影響をおよぼす心理的特徴は、社会的問題解決能力ということである。このスキルが直接的に精神的健康を左右している。問題解決力におよぼす心理的特徴は独立心と自尊心ということだ。

自己をしっかりと、自分に自信をもつということが積極的に困難に立ちむか力の元になっている。発達過程の中で、自立的な社会生活ができるなどを意識しながら、小さい時からいろいろなプログラムを組んでいくことが必要である。そこではカウンセリングも役に立つ。社会的認知スキル、問題を読み取る、解釈する、あるいは対処するスキル、実行スキルの学習の援助が重要になってくるだろう。親が先回りして、いろんなことをしてあげることが多いが、少しでも自己決定できる機会を増やすことが大事である。それから、できるかぎり同年代の友達と触れ合う機会を増やすこと、カウンセリングや心理教育で認知スキルや行動スキルの学習機会を提供することが大事である。こういうお子さんに対するカウンセリングを行うところはまだほとんどない。千葉県循環器病センターでは我々のグループがカウンセリングを行っている。例えば、ずっと引きこもっていた人が運転免許をとって仕事をしようかと、少しずつ出てくるということが見られている。こういうシステムが整っていくことが必要である。

池尾 隆氏（大阪歯科大学教授）

歯学教育現場におけるマイクロ技法の活用

歯学教育では、どこの大学でもそうだと思うが「教育」と「研究」と「臨床」の3つが求められている。しかし、大部分の大学では現状は研究が中心である。その次が医療・臨床で、教育は後回しになっている。我々は研究をしないと教員ではないという鍛え方をされてきた。ところが、社会的な背景はどんどん変わっており、国民が求める歯科医師指導というものが変化してきている。同時に、中教審からは質的保証が求められ、しっかりと教育をしてしっかりと歯科医師を出しなさいと言われる。そうなると教育部門も臨床部門も同じようにしないといけないことになる。そこで直面する課題として、コミュニケーション能力の必要性が上がってきた。その解決法として、臨床における患者さんとの

接し方、すなわち医療面接の問題が出てきた。それは学生に対する接し方と関連しており、教員にとってはコミュニケーションというものが非常に重要になってきたといえる。

一方、求められる歯科医師指導に関しては、腕のよい、技能をもった、心すなわちハートをもった歯科医師が求められている。我々はこれを知識教育、技能教育、態度教育と言っており、教育の3本柱と考えている。これをしっかりとやらねばならない。アメリカの教育学会では、歯科医師に必要なものとして、①クリスタルシンキング、②プロフェッショナリズム、③コミュニケーションアンドインザパーソナルスキルという項目が挙がっている。こういうものがグローバルな、世界的兆候だとみなされており、それに準じて日本でもモデルコアカリキュラムが作られている。これは学生が医療面接にあたって、こういう能力をしっかりともちなさいということである。

一方、歯科大学のカリキュラムはどこでもほぼ同じで、1年生では基礎科学教育、その後、生命科学、健康科学をやり、教養試験がある。これは全国試験になっている。その後、臨床の実習を行い、歯科医師国家試験を受験する。これは厚労省の管轄である。したがって、文科省の管轄試験で4年生の終わりにガツンと言わされ、その後、病院実習が終わったら6年生終了で卒業試験がある。その後、卒後1年の研修があるということで、国管轄の試験は2回になっているという状況である。

文科省と厚労省の方針はかなり厳しいものであり、社会のニーズを背景にして厳しい視線で迫られる。厚労省の国家試験は最近3年間では、現役生では1900人ぐらいしか通っていない。卒業生は1年間で大体2300人ぐらいだが、毎年400人ぐらいが落ちていくことになる。従って、全国レベルで競争しなければならない。6年生になってからもう一度入試の競争をやっているようなものである。これは学生にとってはかなりのプレッシャーであり、試練である。

我々はこのような学生をサポートしなければ

ならない状況にある。そういうことで10年ぐらい前から少しづつ教員研修を行っており、ここ3年ぐらいはかなり頻繁に行っている。大まかに3つのものがある。1泊2日コースは年2回、1日コースは1回ないし2回、それからセミナーは年5回程度、2か月に1回のペースでやっている。これは教育部門をかなり強化しようという意思の表れである。1泊2日コースは、従来カリキュラムプランニングや学習評価のための試験問題の作り方などに使われてきたが、一昨年、昨年はマイクロカウンセリング学会のサポートにより、多様化する学生への対応としてカウンセリングの基本に関する研修会を開催した。

ここでは、このカウンセリングの講習会の様子を報告する。その一般目標は、「日常の学生との相談がより充実した豊かなものとして活かされるために、カウンセリング法の基本を習得し、参加者間で情報交換や意見交換を行うことで、互いに研鑽する」というものであった。

研修対象は、教務部員、教務部委員（教員）、学生部委員（教員）、助言教員（担任に近い）などである。マイクロカウンセリング学会からは鈴木祐弘氏と大西靖子氏を講師として派遣していただいた。1泊2日の研修の初日は9時に開始され、まず総合プレアンケートが実施された。その後、両講師の講演があり、昼からは傾聴技法のワークを行った。学会の研修会で言えば、基礎1の最初の部分を90分2回、3時間で研修した。夕食後は実際に身近に起きている事例についてディスカッションを行った。2日目は朝から積極技法を行った。これは学会の研修では基礎2に相当するものである。すなわちかかわり技法から積極技法へというところである。11時からは総合ポストアンケートなどを行った（昨年の研修の様子を写真で紹介）。研修中にアンケートは何回か行っている。「研修の流れにスムーズに入れたか」を5段階評定で尋ねたところ、1日目、2日目とも4程度であった（かなり肯定的）。「カウンセリングトレーニングにどの程度参加したか」を尋ねたところ、

1日目が3.8、2日目が4.15であった。この結果は、2日目になると参加者もなれてきて、かなり積極的に参加したと思えるようになっていることを示している。「あなたのニーズにマッチしたか」では4点ぐらい、「タスクをする仕事はよかったです、もうちょっと上でもよかったです」は4.1ぐらいであった。

総合プレテスト、総合ポストテストは同じ項目で、2年前に私が作った10項目である。「賛成」、「反対」、「どちらともいえない」、「わからない」の4択で答えている。①「カウンセラーが両手の手の肘から前を机上に乗せ、前傾姿勢をとることは、クライエントに対して攻撃的な印象を与える」ではプレテストではどちらともいえないと賛成を足したものが90%だったが、ポストテストでは反対が圧倒的に多くなった。②「クライエントのコメントは否定的なことが多いので、カウンセラーは繰り返して言うことは避けるべきである」ではプレでは賛成と反対が分かれていたが、ポストでは反対が70%近くなった。③「しぐさや態度に表現されるクライアントの感情になるべく意識しないようにすることが肝要である」では、プレでも反対が多くなったが、ポストではさらに反対が多くなった。④「無口なクライアントには抽象的な概念の話を多くするとラポールを得やすい」では、プレではわからないと反対が同じぐらいだったが、ポストでは約9割が反対と答えている。⑤「混乱しているクライアントには、順序、ストーリーを整えてから話をするよう指導することが大切である」では、ポストで反対がやや増えたが、賛成はまあまあの数だった。

⑥「クライアントの言ったことの本質を要約することはクライアントが感情的に反応するのでよくない」では、ポストで反対が圧倒的に多くなった。⑦「カウンセラーが様々な質問をすることはクライアントを混乱させるので控えるべきである」では、反対が増えている。実は、後でこの質問はよくなかったと思っている。⑧「カウンセラーは相談に対する結論をまず提示して、それについて説明することが大切であ

る」では、反対が圧倒的に多くなった。⑨「ほとんどのよいカウンセラーというものは生まれながらのものである」では、反対が多くなった。やはり訓練が必要だということを感じたものと思われる。⑩「カウンセリング技法の訓練のためにビデオを観ることは訓練者に無用な固定観念を植え付けてしまう」では、プレでは反対はそう多くなかったが、ポストでは反対が7割ぐらいになっている。

また、総合評価のアンケートでは、「価値のある研修会であった」という項目に賛成とやや賛成を含めて97%程度あった。また、多くの参加者が「興味のもてる研修会であった」に賛成と答えている。内容については「時間量が少ない」と思った人がかなりいた。「難易度が高い」と思った人はあまり多くはなかった。「今後ともワークショップをもつ」ことについては是非もってほしい(40%)とかなりそう思う(30%)と答えた人を合わせると7割以上になる。「今後このカウンセリング技法を取り入れようと思う」では90%以上の人気がかなり、あるいは是非取り入れたいと答えている。

今後1年間に実施したいことを箇条書で書いてもらったが、「今回学んだ技法を感覚的ではなく実践していきたい」、「話すスピードや声の大きさを工夫する」、「この技法を取り入れて学生と接したい」、「学生の個別面談の時に応用したい」、「学生を名前で呼べるように努力する」、「父兄会の時にかかわり行動、感情の反映を実施したい」「教職員にも使っていきたい」、「患者さんに」、「妻とのコミュニケーションに」などがあった。1年後に実際どれくらい実行したかを調査する予定である。それによって研修会の効果を提示できればと思っている。

＜指定討論＞

いとうたけひこ氏 (和光大学教授)

話題提供をふまえて、「認知」、「発達」、「ウェルネス」の問題を、北海道の浦河べてるの家の活動と、そこから発祥した当事者研究の視点

からコメントしてみたい。浦河べてるの家は、精神障害者の共同体である。当事者研究は苦労を抱えた人の自分の苦労についての研究活動である。その理念は、(1)自分自身で、ともに、(2)「自己病名」を決めよう、(3)「弱さ」は力、(4)経験は「宝」、(5)「苦労の棚上げ」をする、(6)「見つめる」から「眺める」へ、(7)「考える」ことの回復、(8)「人」と「問題」を分けて考える、(9)主観・反転・“非”常識、(10)生活の場は大切な「実験室」、(11)いつでも、どこでも、いつまでも、(12)にもかかわらず笑うこと、(13)「言葉」を変える、「行い」を変える、(14)病気も回復を求めている、(15)当事者研究は頭でしない、足でする、等である。マイクロカウンセリングと多くの接点を持つと考える。

＜福原氏への質問＞ 質問①：ウェルネスと倫理と多文化的プラクティスの統合が必要であるとのことだが、その点についてのコメントがほしい。

質問②：ウェルネスにおける、個人のレベルと社会的文脈（環境）レベルとの関係をどう考えるか？

＜福原氏の応答＞ 質問①について：3つは互いにくついていると考えられる。アイビイのいう倫理はリスクトフルネスに関わる倫理だと思う。そこに多文化というのもくついてくる。例えば、社会的正義が損なわれている場合はウェルネスを欠くことになる。

質問②について：個人レベルと社会レベルについても、やはり切り離せないものだと思う。

＜中澤氏への質問＞ 質問①：成人先天性心疾患の患者さんたちの中に、自らの病いについて肯定的な言説・態度はあったのか。

質問②：浦河べてるの考え方の中に、(3)弱さは力、(12)にもかかわらず笑うこと、とあるがこれらをどう考えるか。

＜中澤氏の応答＞ 質問①について：先天性心疾患の患者さんは、生まれてすぐの手術なので、小さい頃は我々まわりの人間が思うほど病気の

ことを感じてはいないようにみえる。しかし、発達の中で、危機に出会ったり、移行に出会ったりして、改めて自分を理解することがある。結婚や出産などの際にもそうである。その中で新しい自分を感じたり、サポートしてくれる人の力を感じたり、自分自身の力を感じたりすることがある。我々のチームでも、ご自身が病気をもっておられて心臓内科や精神科の医師になっておられる方もある。一つひとつ危機を乗り越えるなかで、肯定的な感情をもたれている方もいらっしゃると思う。

質問②について：「弱さの力」とか「ユーモア」については、ある程度そういう方々がグループやお互いに場を共有しあうことによって出てきやすくなると思う。

＜池尾氏への質問＞ 学生へのコンピテンス形成のための教育はどのように計画されているか？

＜池尾氏の応答＞ コンピテンス形成の教育は計画するのがなかなか難しい。1年生のうちから早期臨床体験学習で病院に行かせ、もどってきたらグループでいろいろディスカッションさせ、発表させるようなことは繰り返し行っている。また、学外の施設にも行かせ、もどってくればディスカッションや発表をさせている。5年生の最初には実技の試験もある。そこで模擬面接をやっているが、これは試験対策的な意味もある。教える側の教員の方も、いろいろな技法を勉強しているというのが現状である。

＜フロアを含む全体討論＞

＜女性A氏＞ べてるの「弱さは力」に関して、パウロの「私たちは弱いから強いのです」という言葉がある。私が習った小林純一先生も司祭だったので、面接の中でも強調されていた。クライエントの弱みにふれる時の姿勢として、クライエントがその失敗や弱みに気づき、それを受容した時に、それは力となって新しい何かに結びつくと言われていたのを思い出した。

＜いとう氏＞ べてるには「弱さを絆に」という言葉があって、カウンセリングの過程では、

二人の間に絆があって、弱さという話題を媒介にして新しいものが出てくるのかなと思う。

＜男性B氏＞ 池尾氏に、私が会った歯医者さんは、「痛くて苦しいから何とかしてください」と言ったら、「打たれ強くなってください」と言われた。かなりコミュニケーション能力に問題があると思う。マイクロカウンセリングでは、いい対応の仕方、悪い対応の仕方などを取り上げる。荒っぽい先生の例とか、ユーモアとも関係があると思うが、いろいろな例を考えてみるのもいいのではないか。

＜池尾氏＞ 謝辞

＜司会＞ 今の意見は非常に示唆的である。私は常に極端にまずい例をやってみることにしている。それと比べて少しうまい例を練習する。福原先生の作られたDVDでもよい例と悪い例が対比されており、学習するのには非常に効果的である。

＜男性C氏＞ 私は歯医者さんをかわって、食事が夢のように楽しくなった。新しい歯医者さんには非常に納得がいく説明をしてもらい、歯科衛生士さんに歯の磨き方も指導してもらって、痛みがピタッと止まった。もう一人の歯医者さんは、治療しながら返事をさせたりするのますます悪くなり全然治らなかつた。

＜池尾氏＞ 健康の柱は、栄養、運動、休養だと言われるが、歯科は栄養と深くかかわっている。いろんな歯医者さんがいるのも事実なので、我々もこういう研鑽をつみ、学生にも伝えて、皆様が納得されるような学生を育てたいと思う。

＜男性D氏＞ 中澤氏に、研究の中でローゼンバーグの尺度を使われているが、第8項目について、因子分析の結果はどうなっているか。

＜中澤氏＞ 因子分析は今回はしていない。

＜男性E氏＞ いとう氏のユーモアの問題は、病気や問題を抱えている人にとっては大切だと思う。例えば、「自殺したいんです。何とか沼で自殺したいんです」と言ったら、あるお医者さんが「何とか沼ですか。あそこはすごい汚いですよ」と言った。そしたらその人が笑いだして「死ぬのに、何とか沼が汚いも綺麗もないじ

ゃないですか」と言ったとか。こういうのは理論化できないのかもしれないが、枠をはずしてユーモアを大切にしてほしい。

＜いとう氏＞ 浦河べてでは、毎年6月にべてる祭りがあって、そのイベントとして幻覚妄想大会というのがある。そこでのグランプリはその年に一番素晴らしい幻覚とか幻聴を話した人に与えられることになっている。べてるの新聞では、鈴木裕子氏の漫画でそういうおもしろいことやおかしいことを定期的にコミュニティに発信している。そういう制度化されたユーモアもある。

シンポジウム全体を通しての所感

カウンセリングで扱うべき問題は健康であつて、その健康に関する認識がいかに深いものであるかが問われることになる。にもかかわらず、われわれカウンセリングに取り組む研究者や実践家の健康に関する認識は、いまだ十分なものであるとは言えないかもしれない。ウェルネスという言葉は、健康について考える際の中核的な概念である。シンポジウムに先立つ講演において、滝澤武久先生よりご専門の認知心理学の立場からウェルネスについて非常に示唆的な、わかりやすいお話を伺えたことは幸いであった。

福原氏は、「ウェルネス概観」と題して、次の5つの問題を取り上げられた。すなわち、①心身の健康、②ウェルネスの定義、③ポジティブネスとウェルネス、④マイクロカウンセリングとウェルネス、⑤ウェルネスとサイコエデュケーションとマイクロカウンセリング、である。これらの概念がアイビイ理論の中でどのように位置づけられているのかがよく整理されていた。ウェルネスについてはマイヤーズ氏らが質問紙法を用いて実証的研究を進めており、福原氏らがそれに呼応する日本での研究に着手されており、その成果の発表が待たれるところである。

中澤氏は、「認知発達と心身の健康」と題して、先天性心疾患で生後間もなく手術を受け、その後もさまざまな困難を克服しつつ、児童期、青年期、成人期へと発達してきた患者さんたち

が、どのような心理的成長を遂げてこられたかを、実証的研究に基づいて発表された。これらの方々にとって、社会的問題解決能力がいかに育っているかが重要な鍵となる。身体的な障害をもちつつも、自立心を高め、自尊心を高め、困難に立ち向かう積極性を身につけていくことが重要であり、その意味でカウンセリングによる支援はきわめて重要な役割を果たすことになることを示していただいた。

池尾氏は、「歯学教育現場におけるマイクロ技法の活用」と題して歯科大学における研修の成果について発表された。歯科大学教員のために「多様化する学生への対応」と題する研修会を開催し、その成果を試された。研修内容としてはマイクロカウンセリングのかかわり技法が取り上げられ、研修前後に行われたアンケート

調査によって、きわめて有意義な研修会となつたことが実証されている。医療分野における医師によるマイクロカウンセリング研修としては今まで例のない試みであるといえよう。

三人のご発表に対するいとう氏の指定討論は、精神障害者の集まる北海道浦河べての家の当事者研究を引き合いにしたユニークなものであった。討論は大いに盛り上がり、健康を高めるさまざまな発想が披露され、議論はつきなかつた。

終りにあたり、東日本大震災直後の混乱のさなかであったにもかかわらず、今回も参加者の積極的な発言を得て、このシンポジウムが実りあるものになったことを確信し、話題提供者、指定討論者、参加者の皆様に深くの感謝の意を表します。

会務報告

理事会

●平成22年度 第4回理事会（拡大）

日 時：平成23年3月19日（土）17:00～18:00
 場 所：アルカディア市ヶ谷私学会館
 出席者：福原（会長），玉瀬，仁科（以上理事），
 山口，松阪（以上相談役），稻垣（広報委員長），田中（事務局）

議事

I 報告事項

- 1 平成22年度第3回拡大理事会の報告 福原
- 2 委員会報告
 - 1) 機関誌編集委員会 福原（富安代）
 「マイクロカウンセリング研究第6巻第1号」が発行された。
 - 2) 研修委員会 福原（鈴木代）
 3月19日に研修会を開催。
 参加者約20名。
 - 3) 広報委員会 稲垣
 「ニュースレター no.24」にむけて執筆者依頼中。
 - 4) 財務委員会 仁科
 東日本大震災の被災者に対し当学会として募金を行うことを検討。

II 審議事項

- 1 役員人事の件 福原
 藤田主一氏を理事に推举する件を承認。
 平成23年3月の臨時総会で承認を得る。任期は平成23年4月より平成24年3月まで。
- 2 平成22年度学術研究集会について 福原・玉瀬
 後援、協賛を依頼した学会から承諾の回答。
- 3 研修会について 福原（鈴木代）
 基礎②の講師を稻垣研修委員に交代した。
- 4 各種委員会
 - 1) 機関誌編集委員会 福原（富安代）
 研究論文はマイクロカウンセリングを基本に据えたものでなければならないこ

とを確認。編集業務の役割分担、拡大査読者の依頼、査読者への謝礼の有無について審議。編集委員として荻野七重会員の推举が承認された。

2) 研修委員会 福原（鈴木代）

今後とも基礎的トレーニングは体系的に続行する。研修会の趣旨の周知徹底、講師の選択、連携、広報の仕方、会場の選定、NPO心理教育実践センターとの関連などについては継続審議。

3) 広報委員会 福原（稻垣代）

NPO心理教育実践センター主催の研修会を行う件について広報と研修の委員長が協議することを了承。

5 その他 福原

- 1) 心理学諸学会連合からのアンケートについて
 「基本的に同意するが、カリキュラムなど詳細についてはより検討することを期待したい」と回答をすることを承認。
- 2) 学会奨励賞をもうける提案（山口）について
 継続審議となる。

6 会員移動（事務局）

2名の入会、2名の退会を承認。

●平成23年度 第1回理事会（拡大）

日 時：平成23年5月14日（土）15:00～17:30
 場 所：ビュレックス麹町
 出席者：肥田野（顧問）、福原（会長）、岡村、
 玉瀬、富安、仁科、山本（以上理事）、山口、
 松阪（以上相談役）、羽瀬（監事）、稻垣（広報委員長）、大西（オブザーバー）、深田（事務局）

議 事

I 報告事項

- 1 平成22年度第4回拡大理事会の報告 福原
- 2 平成22年度第3回学術研究集会及び第2回研修会について 福原
- 3 委員会報告

1) 研修委員会 福原(鈴木代)
3月19日の研修会は参加者が少なかつたが内容的には好評であった。

2) 広報委員会 稲垣
「ニュースレター no.24」を24日に発送の予定。

3) 財務委員会 仁科
(1) 先の研修会受付に、東日本大震災の被災者に対する義援金募金箱を設置。118,000円の募金があり、日本赤十字社を通じて義援金を届けた。
(2) 拡大理事会出席に伴う交通費は、遠距離は実費額、都内は一律1,000円、近郊は2,000円を基準とする。

4 日本心理諸学会連合について 福原

II 審議事項

1 委員会報告

1) 機関誌編集委員会 富安
編集業務の役割分担、拡大査読者の依頼、査読者への謝礼等について検討していく。

2) 研修委員会 福原(鈴木代)
基礎研修のあり方、研修講師の選定、研修会広報の仕方、NPOと研修会との関係について意見交換。

2 心理学諸学会連合への対応について 福原
関連資料「心理学（仮称）国家資格制度創設要望書（案）」に基づき、概要説明及び心理学諸学会連合への対応について報告がなされた。

3 日本学術振興会賞、候補者の推薦について 福原

「第8回（平成23年度）日本学術振興会賞受賞候補者の推薦について」の概要説明と審議。今年度の推薦は見送ることを決議。

4 会員移動 福原
入会1名、退会1名を承認。

5 NPO心理教育実践センター事業推進試案について 稲垣
「NPO心理教育実践センター事業推進試案」について審議。継続審議となる。

6 その他

1) 学会賞（案）について
「マイクロカウンセリング学会賞及び福原真知子賞設立（案）」について審議。「学会賞検討委員会」を設置することになり、肥田野、岡村、山口氏を委員として選任。
2) 委員会組織・運営の強化について
・研修委員会
　鈴木委員長、玉瀬、稻垣、影山
・機関誌編集委員会
　肥田野（顧問）、富安委員長、玉瀬、荻野
・広報委員会
　稻垣委員長、藤田、大西、森山
・財務委員会
　仁科委員長
3) 「資格認定委員会」の新設について
本学会が認定する資格の創設について検討するため、「資格認定委員会」の設立を承認。委員として藤田、山本、影山、大西の4名を選任。

●平成23年度 第2回理事会（拡大）

日 時：平成23年8月27日（土）15:00～17:30

場 所：ビュレックス麹町

出席者：肥田野（顧問）、福原（会長）、玉瀬、富安、仁科、藤田（以上理事）、山口、松阪（以上相談役）、羽瀬（監事）、稻垣（広報委員長）、影山、大西（以上オブザーバー）、田中、深田、関口（事務局）

議 事

I 報告事項

1 平成23年度第1回理事会報告 福原
2 事務局近況報告（藤田新理事の紹介他） 福原
3 委員会報告
1) 研修委員会 福原(鈴木代)
平成23年度第1回研修会について。
2) 機関誌編集委員会 富安
『マイクロカウンセリング研究』第7巻について。

3) 広報委員会 稲垣
学会「ニュースレター no.25」発行について。

4) 財務委員会 仁科
平成22年度会計報告。

5) 監査報告 羽瀬

6) 資格認定委員会 福原(山本代)
臨床心理士継続研修ポイント取得研修への参加・申請について。

7) 奨励賞委員会 山口
具体化について確認。

8) 会則検討委員会 山口(岡村代)

4 心理学諸学会連合 平成23年度第1回理事会報告 福原(岡村代)
新年度新役員の選出、心理学関係者の国家資格一法案一資格について。

5 心理学諸学会連合心理学検定試験 藤田
検定試験が8月21日に実施された。

6 その他
派遣研修（大阪歯科大学）に関する報告 福原(鈴木代)

II 審議事項

1 平成23年度学術研究集会について 福原
理事会が学術研究集会準備委員会を兼ねること、研究集会は研修会とは関連はするが別個の行事であることを確認。

2 役員改選（平成24年3月）にともなう会則改定について 山口(岡村代)
次年度はこれを見送ることに決定。

3 学会事務局住所変更にともなう会則表記上の変更 山口
関係行政機関などへの変更届けを提出する。

4 奨励賞具体化にともなう細則の作成 山口
マイクロカウンセリングおよび心理教育に関する研究と、実践活動を奨励するという二種類の賞が提案されたが、奨励賞検討委員会での審議をふまえ一つとすることに決定。運用に関して、別途選考委員会を設けることとする。対象は『マイクロカウン

セリング研究』投稿論文。

5 各種委員会

1) 研修委員会 福原(鈴木代)
基礎研修のありかたについて討議。

2) 機関誌編集委員会 富安
査読者への謝礼について再考を提案。

3) 広報委員会 稲垣
広報活動の活発化について討議。

4) 資格認定委員会 藤田
臨床心理士継続研修ポイント参加への問題、とくにマイクロカウンセリング学会研修会を指定研修に認定してもらうことについて情報、意見交換。

5) 財務委員会 仁科
平成23年度予算が了承された。

6) 奨励賞検討委員会 山口
平成24年度より開始される。委員会は該当者があるときに召集され、審議する。

6 会員移動 事務局・福原
2名の入会を承認。1名保留。

●平成23年度 第3回理事会（拡大）

日 時：平成23年11月30日（日）14:00-17:00
場 所 ビュレックス麹町 5階会議室
出席者 肥田野（顧問）、福原真知子（会長）、
玉瀬、富安、仁科、藤田（以上理事）、山口、
松阪（以上相談役）、羽瀬（監事）、稻垣（広
報委員長）、影山、大西、荻野（以上オブザ
ーバー）、深田（事務局）

I 報告事項

1 平成23年度第3回理事会報告 福原

2 委員会報告

1) 研修委員会 福原(鈴木代)
平成23年8月28日の「第1回基礎トレ
ーニング」は概ね好評。大阪歯科医大の
FD研修への講師派遣には鈴木、大西が
当たる。

2) 機関誌編集委員会 富安
編集委員に荻野七重氏が加わることに
なった。

3) 広報委員会 稲垣

藤田主一氏を委員に加えた。「ニュースレター no. 25」には、研修会参加者の声と大阪歯科大学F D研修会参加の報告を掲載する。

4) 資格認定委員会(仮) 藤田(岡村代)
この委員会名は仮称。委員長、構成員も流動的状態。課題は、マイクロカウンセリングの専門家を認定すること、他学会の資格を得るのに役立つようなポイント制度の検討である。

6) 奨励賞委員会 山口
現時点では委員会は解散し、賞に相応しい業績があった時に委員会を立ち上げる。

7) 会則改定の件
(1) 役員体制について
「各種委員会の委員長は理事とする」ことを継続的に検討していく。

(2) 事務局の住所変更に伴う表記上の改定の手続きを完了した。

3 日本心理学諸学会連合「心理学検定」について 藤田

II 審議事項

1 平成23年度学術研究集会について 福原・玉瀬
学術研究集会の準備委員会は理事会であり委員長は会長であることを確認。
開催は平成23年3月25日。研修会は24日。
場所は都市センターホテル。

2 各種委員会
1) 研修委員会 福原(鈴木代)
基礎コースは従来と同じ基礎コース①、②、③とし、アドバンストコースはトレーナーのための研修とする。

2) 機関誌編集委員会 富安
(1) 「マイクロカウンセリング研究第7巻第1号」に論文1篇、第3回学術研究集会の概要を掲載する。
(2) 編集規定3条の見出し部分と3項を以下のように改定することを承認。
3. 本誌には、原則として原著論文、

資料論文、事例・実践研究、展望、特別論文、及び学会ニュース、会報などの欄を設ける。

(3) 事例・実践研究は、リサーチベースの姿勢を保った事例及び実践研究の論文とする。

注) 新編集規定は「マイクロカウンセリング研究第7巻第1号」表紙(裏)に掲載

3) 広報委員会 稲垣
藤田主一氏を次年度から委員長とすることを承認。

4) 倫理委員会の設定について
倫理委員会を設置し、岡村一成氏を委員長とすることを承認。

3 日本心理学会の大会に当学会のワークショップを行う件について
テーマ(案)を「心理教育とマイクロカウンセリング」とする。

4 会員移動 福原・事務局
退会1名を承認。

●平成23年度 第4回理事会(拡大)

日 時: 平成24年1月9(月・祝日)14:00-17:00
場 所: ビュレックス麹町 5階会議室
出席者: 福原(会長)、玉瀬、富安、仁科、藤田(以上理事)、山口、松阪(以上相談役)、羽瀬(監事)、鈴木(研修委員長)、影山(オブザーバー)、荻野(事務局長)、深田(事務局)

I 報告事項

1 平成23年度第3回理事会報告 福原
2 委員会報告
1) 研修委員会 鈴木
次回研修会について審議事項で検討する。
2) 機関誌編集委員会 富安
次号は投稿論文2篇(内1篇は海外の論文)を掲載の見通し。各委員長は次号に掲載する会務報告原稿を1月末までに事務局に送る。

3) 広報委員会 福原(稻垣代)

「ニュースレター no.25」を12月に会員に送付。

4) 財務委員会 仁科
特になし

5) 資格認定委員会(仮) 藤田(岡村代)
資格認定委員会の課題を確認。

6) 倫理委員会 藤田(岡村代)
倫理委員会規程、倫理綱領の素案を次の理事会に提案する。

3 日本心理学諸学会連合理事会報告 福原
12月23日の理事会の報告。

4 日心連「心理学検定」常任運営委員会報告 藤田
心理学検定第4回が行われた。来年度の日程が決められた。

II 審議事項

1 平成23年度学術研究集会について 福原・玉瀬
講演：野田文隆（大正大学教授）「災害・心・文化・心理教育に問われること」
シンポジウム：心理教育の展開—コミュニケーションと絆
研究発表：現在2件の発表申し込みがあるが、ホームページを通じてさらに募集を行う。

2 各種委員会

1) 研修委員会 鈴木
平成23年10月の研修委員会において時間、構成、研修費等について委員会提案を検討し了承。

2) 機関誌編集委員会 富安
特になし

3) 広報委員会 稲垣
特になし

4) 財務委員会 仁科
委員長より財務の改善について協力の要請。

5) その他
特になし

3 次期役員体制について 福原
1) 理事の増員

荻野七重事務局長を理事にすることが提案され了承される。3月に臨時総会を開催し承認を得る。

2) 各委員会の委員長について 福原
今期役員の任期が4月で終わる。各委員会の次期委員長について意見交換。

4 会員移動 福原・荻野
入会1名。退会1名を承認。

総会

●平成22年度 臨時総会

日 時：平成23年3月20日(日)17:40～17:50
場 所：アルカディア市ヶ谷私学会館
出席者：定足数(委任状を含む)を満たして成立。
司 会 山口相談役

1 開会のことば
2 学会長挨拶
3 議長選任
4 総会成立宣言
5 議事録署名人選任
6 報告事項（平成22年7月以降）
1) 平成22年度活動報告
2) 委員会報告
(1) 研修委員会 平成22年7月20日第1回研修会を開催
(2) 機関誌編集委員会
(3) 広報委員会
(4) 財務委員会

7 審議事項

1) 役員人事
新たに理事として藤田主一氏が推挙され、承認された。

2) その他

8 議長退任

9 閉会のことば

●平成23年度 通常総会

日 時：平成23年8月28日(日)12:50～13:20
場 所：都市センターホテル608
1 司会 開会のことば 山口
2 学会長挨拶 福原

3 総会成立宣言	山口	6 審議事項	
4 議事録署名人選任		1) 平成23年度学術研究集会	福原
5 報告事項		例年通り理事会が準備委員会を務める。	
1) 平成22年度活動広告	福原	2) 学会事務局住所移転に伴う会則表記変更	松阪
2) 委員会報告		3) 奨励賞具体化に伴う細則	
(1) 研修委員会	福原(鈴木代)	「日本マイクロカウンセリング学会福原 奨励賞規程」(別掲)の通り承認。	
(2) 機関誌編集委員会	福原(富安代)		
(3) 広報委員会	稻垣	4) 各種委員会	
(4) 財務委員会	仁科	(1) 研修委員会	福原(鈴木代)
平成22年度会計報告		(2) 機関誌編集委員会	福原(富安代)
(5) 監査報告	羽瀧	(3) 広報委員会	稻垣
(6) 資格認定委員会	山本	(4) 財務委員会	仁科
臨床心理士認定のためのポイントにつ いて		平成23年度予算	
(7) 奨励賞委員会	山口	(5) 資格認定委員会	藤田
3) 心理学諸学会連合理事会 福原(岡村代)		(6) 奨励賞委員会	山口
平成23年度第1回理事会の報告		5) 会員移動	福原・事務局
4) 心理学諸学会連合心理学検定	藤田	7 閉会のことば	

日本マイクロカウンセリング学会福原奨励賞規程

第1条 日本マイクロカウンセリング学会は、会員の優れた研究業績を顕彰するため、福原奨励賞（以下、奨励賞という）を設ける。

第2条 奨励賞は、本会の機関誌「マイクロカウンセリング研究」に掲載された論文の中から、授賞に値するものを選考する。

第3条 奨励賞の受賞者は、本会の正会員とし、年齢制限を設けない。

第4条 奨励賞の論文の選考は隔年とする。

第5条 奨励賞の選考のために福原奨励賞選考委員会（以下、委員会という）を選考年度に設置する。

- 2) 委員会の構成は次の通りとする。
会長・編集委員長・理事3名
- 3) 委員は、理事会が推薦し、会長が委嘱する。

4) 委員長は委員の中から会長が指名する。

5) 委員長は、委員会を統括し、選考経過について説明を行う。

第6条 理事会は、委員会から推薦された受賞候補者について審議し、受賞者を決定する。

第7条 受賞がないと決定した場合は、その年度の授賞は行わない。

第8条 奨励賞の受賞者に対しては、本会の通常総会において、賞状および記念品を授与する。

第9条 奨励賞の選考細則は別に定める。

附 則 1 本規程の改正は、理事会の議決によって行う。

2 本規程は、平成24年4月1日より施行する。

委員会報告

●研修委員会 鈴木祐弘

2回の会合を開き、下記の事項について検討した。

第1回

日 時：平成23年9月28日(水)14:00～16:00

場 所：学会事務局

出席者：福原 稲垣 鈴木

第2回

日 時：平成23年10月30日(日)

場 所：都市センターホテル ロビー

出席者：福原 稲垣 影山 大西

検討事項

1 日本マイクロカウンセリング学会研修会について

1) 研修会の目的について

2) 内容について

3) 研修会の構成

4) アドバンストコースについて

5) 次回日程等について

2 NPO心理教育実践センター研修会について

1) 目的について

2) 対象について

3) 内容について

3 その他

●広報委員会 稲垣貢

1 6月に「ニュースレター no.24」を発行。

2 10月に「ニュースレター no.25」を発行。

3 広報委員として藤田理事が加わった。

●機関誌編集委員会 富安玲子

日 時：平成23年10月30日(日)

場 所：都市センターホテル

出席者：肥田野 玉瀬 萩野 富安

議題

1 第7卷第1号の掲載内容について

第3回学術研究集会報告（基調報告とシンポジウム概要報告）の掲載を了承。投稿論文

1篇の掲載が予定されていることの報告がなされ、投稿論文の査読手続き、結果及び新た

な投稿論文などについては、隨時メールによる持ち回り会議の形で報告・了承を得ることとした。

2 編集規定改定について

執筆規定の改正（平成21年12月25日）で「事例報告を」を「事例・実践研究」としたことにより、その整合性を保つために編集規定の一部改正が検討され、理事会に提出することが了承された。

●財務委員会 仁科玲子

- 1 平成22年度会計収支計算書の作成。（「ニュースレター no.25」p15に掲載）
- 2 理事／委員会の交通・宿泊費の見直し。
- 3 平成23年度予算案の検討と作成。

●倫理委員会 藤田主一

- 1 本学会における倫理委員会の役割などを規定する「倫理委員会規程」の作成。
- 2 本学会会員が行う諸活動の倫理的配慮をまとめた「倫理綱領」の作成。

●資格認定委員会

現状では、委員会名は仮のものであり、委員長、構成員も流動的状態にある。

マイクロカウンセリングの専門家（マイクロカウンセラー）を認定するという内向きの資格問題と、他学会の認定制度のことなども視野にいれた、例えば臨床心理士継続研修ポイント制への参加の問題、他学会の資格取得に役立つようなポイント制度の検討という外向きの資格問題を進めることを課題として検討する。

学術研究集会・研修会

●第3回学術研究集会

日 時：平成23年3月20日(日)

場 所：アルカディア市ヶ谷私学会館

テーマ：心身の健康とマイクロカウンセリングの果たす役割—ウェルネスの視点で—

（詳細は「マイクロカウンセリング研究第7巻（第1号）」に掲載）

●平成22年度第2回研修会

日 時：平成23年3月19(土)

場 所：アルカディア市ヶ谷私学会館

内 容：基礎コース①「基本的かかわり技法を中心として」

基礎コース②「基本的かかわり技法から積極技法へ」

基礎コース③「積極技法を中心として」

アドバンス①

●平成23年度第1回研修会

日 時：平成23年8月28日(日)

場 所：都市センターホテル

内 容：基礎コース①「基本的かかわり技法を中心として」

基礎コース②「基本的かかわり技法から積極技法へ」

基礎コース③「積極技法を中心として」

アドバンストコース

マイクロカウンセリングの展開

福原眞知子 監修・編集
日本マイクロカウンセリング学会 編

B5 判美装・464 頁／定価 3,990 円（本体 3,800 円）／新刊

マイクロカウンセリングが、カウンセリング心理学の提唱者・福原眞知子博士によってわが国に導入されて30年近くになりました。その研究・実践の成果は、発達心理カウンセリング・心療法、多重文化カウンセリング、ウェルネスカウンセリング、心理教育といった関係領域に多くの示唆を教えてくれます。本書は、マイクロカウンセリング研究会（現学会）が行ってきた公開研究会／研修会での成果を編集し刊行した7冊子を一書にまとめた記録集です。マイクロカウンセリング学習のプリンシブルである“学ぶー使うー教える”というスタイルを紹介するとともに、マイクロカウンセリングの基礎と実践の展開を提供します。カウンセラーはもとより、人間援助にかかわる方への貴重な資料です。前書『マイクロカウンセリングの歩みと展望』との統合編です。

マイクロカウンセリングの歩みと展望

福原眞知子 監修・編集
日本マイクロカウンセリング学会 編

B5 判美装・370 頁／定価 2,940 円（本体 2,800 円）／好評発売中

マイクロカウンセリングの創始者アイビイ博士と共同研究者である福原眞知子博士が設立した研究会（現学会）が行ってきた研究会／研修会での成果を編集した記録集。全巻を通してマイクロカウンセリング学習のプリンシブルである“学ぶー使うー教える”を紹介。

学術図書出版 **川島書店**

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-15-17
Tel (03) 3365-0141（代表）／Fax (03) 3365-1101
URL <http://kawashima-pb.kazekusa.co.jp>

マイクロカウンセリングの理論と実際

現場に役立つカウンセリングを学ぶ

福原眞知子 アレン・E・アイビイ メアリ・B・アイビイ 著

マイクロカウンセリングが日本に導入されて20年が経過した。その歴史的・哲学的背景から技法の展開まで、事例と共に解説。日本のカウンセリング心理学のパイオニアである福原博士とアイビイ博士夫妻の総力を結集した決定版。研究者・実践家の必携書。

(定価 4,600円+税)

カウンセリングへの道

高等教育教育における日米二国間のプロジェクトの報告

ウェズリー・P・ロイド 著 福原眞知子 訳

1951年に教育使節団として派遣されたアメリカ講師団はSPSを日本の教育に導入し、これは現在の学生相談の原点となった。本書はその折の報告書の訳本である。学生相談の黎明期の貴重な資料。

(定価 3,800円+税)

来談行動の規定因

カウンセリング心理学的研究

福原眞知子 著

戦後の教育改革を契機に大学の教育理念は全人的発達に向けられ学生相談が導入されたが、学生の来談行動を規定する要因についてカウンセリング心理学の立場から取組んだ本邦初の研究書。日本において「カウンセリング心理学」という新しい学問領域を公にした。

(定価 12,000円+税)

株式会社 風間書房

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-34
電話 03(3291)5729 FAX 03(3291)5757

マイクロカウンセリングビデオシリーズ

日本語版監修：福原 真知子 日本マイクロカウンセリング学会 会長

新版 マイクロカウンセリング バイリンガル版

アレン・E・アイビイ博士が開発したマイクロカウンセリングは、カウンセリングの基本的技法が体系的に習得できるトレーニングプログラムです。ロールプレイにより技法の活用を実践的に提示するとともに、悪い例と良い例を対比させることにより技法の重要なポイントを詳解します。また、国や民族による多重文化問題も充分考慮されており、様々なクライエントの状況に対応可能なカウンセリング技法がどなたにも確実に習得できます。

基本的かかわり技法編 DVD全3巻 セット価格110,250円 各巻36,750円

積極技法編 DVD全3巻 セット価格110,250円 各巻36,750円

マイクロカウンセリング技法の展開シリーズ バイリンガル版

このシリーズはジェフ・ブロックス=ハリス博士とジル・オリヴァイラ=ベリー博士が提示するマイクロカウンセリング技法の認知療法および行動療法への適用です。対象としては、大学院生およびすでに現場で活躍するカウンセラーが考えられており、新しい技法の習得と共に、現行の技量向上にも役立つものです。

認知療法への適用 DVD全2巻 セット価格52,500円 各巻26,250円

行動療法への適用 DVD全2巻 セット価格52,500円 各巻26,250円

子どものためのカウンセリング マイクロ技法によるアプローチ バイリンガル版

アレン・E・アイビイ博士の夫人でありよき研究パートナーのメアリー・B・アイビイ博士が、ご自身のスクール・カウンセラーの経験に基づいてマイクロカウンセリングの子どもへの適用を長年研究してこられました。これはその成果をロールプレイ形式で実践的にまとめたものです。

DVD全2巻 セット価格63,000円 各巻31,500円

発達心理療法による面接技法 バイリンガル版

アレン・E・アイビイ博士は発達理論をカウンセリングと結びつけた発達心理療法を開発しました。混乱状態にあるクライエントは感覚運動レベルの思考形態にあり、問題解決のためには具体的な思考レベルへ、形式的な思考レベルへ、さらに弁証法的/体系的な思考レベルへと進み、その過程で目標を明確にし、問題解決の方向性を援助します。

VHSビデオ全4巻 セット価格126,000円 各巻31,500円

FACE TO FACE バイリンガル版

マイクロカウンセリング技法の基本から応用までを短期間に無理なく体得できるすぐれたプログラム。組織における対人関係のトラブル解消に、メンタルヘルスピデオとしても最適。

VHSビデオ全2巻 セット価格189,000円 (分売不可)

*価格はすべて消費税込です。

制作・発行

丸善出版株式会社 映像メディア部

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-17 神田神保町ビル6階

電話 (03)3512-3252 FAX:(03)3512-3271 <http://pub.maruzen.co.jp>

編集委員

編集顧問 肥田野 直
委員長 富安 玲子
委 員 玉瀬 耕治 萩野 七重

マイクロカウンセリング研究 第7巻 第1号

The Japanese Journal of Microcounseling Vol.7, No.1

©2012年3月31日発行

編集責任 日本マイクロカウンセリング学会
会長 福原真知子
発 行 日本マイクロカウンセリング学会
会長 福原真知子
本 部 〒167-0034 東京都杉並区桃井1-18-7
事 務 局 〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-2
ビュレックス麹町302号
TEL 03-5215-7950
FAX 03-5215-7953

印刷・製本 株式会社厚徳社

無断複製・転載を禁じます。

ISSN1881-6029

Printed in Japan

The Japanese Journal of Microcounseling

Vol.7, No. 1 March 2012
 edited and published by
The Japanese Association of Microcounseling
 302 Burex Kojimachi
 102-0083 3-5-2 Kojimachi, Chiyoda-Ku, Tokyo

President: Machiko Fukuhara

Editorial Committee: Tadashi Hidano

Reiko Tomiyasu

Koji Tamase

Nanae Ogino

Contents

Forward

Machiko Fukuhara

Special Contribution:

Developmental Therapy and Systemic Cognitive-Development Therapy: Postmodern Implications and Beyond
 Sandra A. Rigazio-DiGilio..... 2

Article:

An Educational Program Using Microskills for a ADR Mediator :
 A training for the Shihō-Shoshi Lawyers, Sapporo (1)
 Setsuko Kageyama..... 26

A Report of the 3rd Annual Convention of the JAMC

Theme: Towards Wellbeing-Adaptation of Microcounseling Approach

Keynote Speech: Wellness, Theory into Practice – Cognitive Psychology View –
 Takehisa Takizawa..... 33

Symposium: Towards Wellbeing-Generalization of Wellness Approach
 Koji Tamase..... 42

Reports from the Secretariat..... 52

The Japanese Association of Microcounseling

日本マイクロカウンセリング学会