

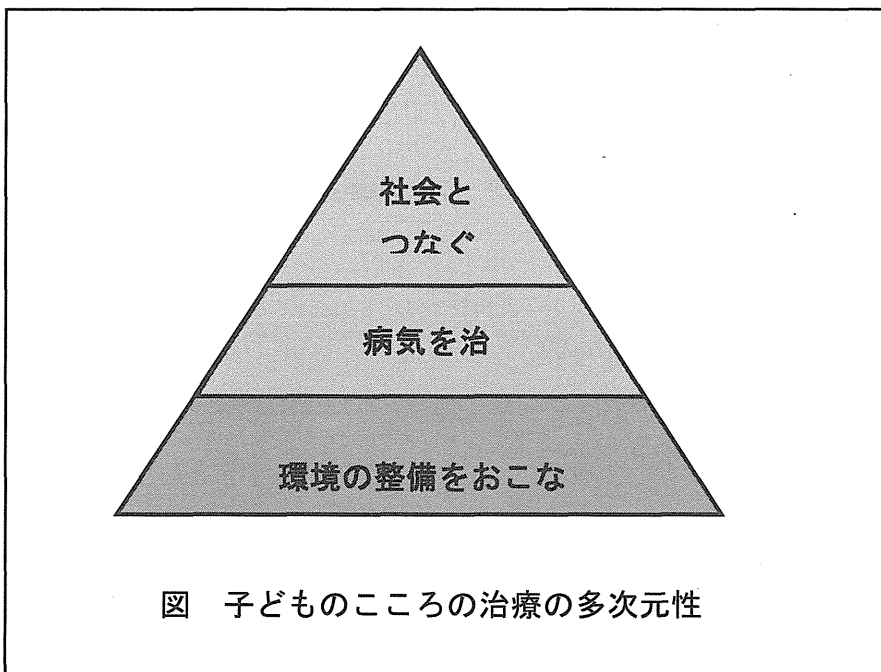
療・支援のことで、心理社会的治療や薬物療法、あるいはその他の生物学的治療法などを用いて「病気を治す」ことである。大うつ病、パニック障害、双極性障害、統合失調症、あるいは注意欠如・多動性障害などの薬物療法の確立した障害では、重症度を考慮して実施することを前提に薬物療法が治療の中心となり、これに心理社会的治療・支援を加える形で治療体系が組み立てられる。また、分離不安障害、社会不安障害、全般性不安障害、解離性障害や転換性障害、あるいは適応障害や気分変調性障害などの障害では、各種の精神療法をはじめとする心理社会的治療・支援が優先し、薬物療法はあくまで補完的に行われるという治療体系が適切であるだろう。また、広汎性発達障害では心理社会的治療・支援の中でも療育的な関与や教育的支援が中心になり、精神療法は補完的な位置に置かれており、適応外使用ながら抗精神病薬を中心とする薬物療法も行われている。第二の次元は環境への介入であり、精神障害を持つ子どもを支えるべき「環境の整備を行う」ことに取り組むことである。個々の精神障害が発症してくる背景要因としての環境に注目し、その発症の推進力となった環境要因を見出し、その改善に取り組むとともに、治療・支援に活用できる資源は何か注目し、早い段階からその資源の開発と環境づくりに取り組まねばならない。第三の次元は、精神障害それ自体が子どもにとって（そしてその親にとっても）大きな挫折体験となっていることから、挫折感にとらわれた現状と通常の世界生活を「つなぐ」ための辛抱強い支援である。子ども、とりわけ思春期の子どもは、こころの病気を基盤にした社会的挫折（不登校がその典型である）を、絶望感、孤立感、怒りなどの混合した感情とともに取り返しのつかない挫折（失敗）として受け取る傾向がある。その結果、病気は治り、環境の整備は済んだのに学校を休み続ける、自信を取り戻せずに自己を傷つけ続ける、あるいは親を責め続けるといった膠着状態が生じてくるのが珍しくない。この状態から立ち直り、本来の自己の在り様を取り戻すまでの時間と状況を「つなぐ」ことが必要なのである。子どものこころの医療とはこの次元までも含んだ包括的・総合的な営みであることを忘れてはならない。

子どものこころの治療を理解するためのチェックリスト

(以下について説明可能か?)

- 主な障害における治療に至る診断・評価法を説明できる。
 - 広汎性発達障害
 - 注意欠如・多動性障害
 - 不安障害 (分離不安障害を含む)
 - 強迫性障害
 - 摂食障害 (主に神経性無食欲症)
 - 解離性障害
 - うつ病性障害
 - 統合失調症
- 診断名が確定した後、治療に向けて他に必要な情報について、その理由を含め説明できる。
- 児童思春期の以下のような心理社会的な諸問題について、その現象の発生要因、およびその相互作用、精神障害との関連について説明できる。
 - 不登校・ひきこもり
 - 家庭内暴力(子どもの親への暴力)
 - 虐待(親などの養育に関わる大人の子どもの攻撃)
 - 非行・犯罪
- 子どものこころの治療の組み立てに必要な構成要素を挙げて、その具体的な方法と注意事項について説明できる。
- 子どものこころの諸障害に特有な薬物療法についてその到達目標、禁忌の有無、重要な副作用、その薬剤が適応薬剤か適応外使用かについて明確にできる。
- 適応外使用の薬剤による薬物療法にあたり心掛けねばならないことは何かを簡潔に説明できる。
- 子どものこころの治療に利用できる以下に挙げるような精神療法について解説ができ、ある程度実施できる。
 - 支持的精神療法
 - 遊戯療法(プレイセラピー)
 - 行動療法
 - SST(グループによるものでも個人的なものでも)
 - 認知行動療法

- 力動的精神療法
- ペアレント・トレーニング
- 集団療法
- 家族療法
- 以下のような関連機関あるいはそのスタッフとの連携の経験がある。
 - 担任教師
 - 養護教諭
 - 学校管理者(校長, 教頭など)
 - スクール・カウンセラー
 - スクール・ソーシャルワーカー
 - 児童相談所職員
 - 児童養護施設, 児童自立支援施設の職員
 - 地域の発達障害支援スタッフ
 - 警察関係者
 - 家庭裁判所調査官, 少年鑑別所スタッフ, あるいは矯正教育関係者
- 以下の諸障害や現象の治療を経験しており, その治療の経過およびその意義について解説できる。
 - 広汎性発達障害
 - 注意欠如・多動性障害
 - 不安障害(分離不安障害を含む)
 - 強迫性障害
 - 摂食障害(主に神経性無食欲症)
 - 解離性障害
 - うつ病性障害
 - 統合失調症
 - 不登校を伴う症例
 - 被虐待体験を持つ症例
- 子どものこころの診療と大人のそれとの違いと共通点について説明できる。



児童思春期精神科医を目指す若い人への一言

- 子どもの治療はしばしば総力戦となる。持てる治療手技、持てる治療機能、そして持てる人材はことごとく投入する必要がある。あれかこれかではない、しばしばあれもこれも必要になるのである。
- 子どもの治療は治療者の思春期葛藤を刺激する。とりわけ自立の危機や、自己愛的傷つきへの過敏性をめぐる辛さを刺激され苦しくなることがある。
- それへの防衛は治療者を万能的救済者の心性に走らせたり、抑うつ的にさせる傾向がある。その克服が治療者を鍛え、大人にする。
- 子どもも大人になる。大人の病理とのつながりについて意識的でなければならぬ。長期の経過を追うことの意義は限りなく大きい。

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

指導医および上級研修医師の指導のもとに主な障害（広汎性発達障害，注意欠如・多動性障害，不安障害，強迫性障害，神経性無食欲症，解離性障害，うつ病性障害，統合失調症，不登校症例，被虐待症例）のうちの大半の治療を経験している。認知行動療法，遊戯療法，力動的療法，ペアレント・トレーニング，集団療法，家族療法のうち少なくとも一つ以上の心理社会的治療の理論について系統的に学んでいる。適応薬のある障害における薬物療法は指針に従って処方できる。

研修中級（研修 proper）：

主な障害は原則としてすべて経験している。指導医からある程度独立して診療にあたることができる。少なくとも一つ以上の心理社会的治療については実際にセラピストあるいはコセラピストとして治療を行うことができる。適応外薬剤を用いた薬物療法を患児あるいは保護者にその旨をきちんと説明しながら適切に行うことができる。少なくとも一例以上の受け持ち患者の診療内容について系統的・継続的なスーパービジョンを受けている。

研修上級（研修 master）：

独立して診療にあたれるとともに，チームの一員としての役割を過不足なく果たすことができる。初級者の指導を適切に行うことができる。初級，中級の時期に学びかつ経験した心理社会的治療技法のトレーニングを続けており，それによる複数の症例での治療経験を有する。薬物療法をそのリスクとベネフィットを判断しながらある程度自在に展開することができる。チームで行う集団症例検討の場で積極的に見解を述べることができ，初級者，中級者にアドバイスすることができる。

参考文献

- 1) 齊藤万比古：子どもの心の診療とは何か。齊藤万比古（編）：子どもの心の診療シリーズ 1 子どもの心の診療入門。中山書店，東京，2009。

推薦図書

1. 齊藤万比古（編）：子どもの心の診療シリーズ 1 子どもの心の診療入門。中山書店，東京，2009。
2. 中根 晃，牛島定信，村瀬嘉代子（編）：詳解子どもと思春期の精神医学。金剛出版，東京，2008。
3. 齊藤万比古，生地 新（総監訳）：児童青年精神医学大事典。西村書店，東京，2012。

II-v) 治療介入技法

2) 薬物療法

治療技法の要約

精神科薬物療法は、脳内の神経伝達物質の産生、放出、受容、再取り込みのいずれかの段階に働きかけ、臨床症状の改善を図る生物学的治療である。そのために使用される薬剤を向精神薬（psychotropic drug）と呼ぶ。薬物療法には、その病態を神経伝達物質の過剰あるいは欠乏を補正し、病状の改善を図ったり、脳内病態の進行を予防する原因治療と、臨床症状に対して補助的に使用し、適応の改善を図ったり、その他の治療的取り組みを促進する目的で使用される対症療法がある。

薬物療法が精神科治療の重要なアプローチのひとつであることには変わりはない。しかし、行動上の問題に対して、その背景を十分に検討し、心理的ないしは行動的/療育的アプローチを十分に行わないままに鎮静を目的とした薬物療法が行われがちであることが批判されてきたこと、発達段階にある児童・青年に薬物療法を行うことへの懸念があること、児童・青年に関するエビデンスは成人に比べて数少なく、それらのエビデンスからは、成人とは必ずしも同一ではない薬剤への反応が見られることが示唆されることなどから、慎重な薬剤使用を求める向きがあること、また、社会的通念として子どもに薬物療法を行うことを忌避されがちであることなども踏まえなければならない。

重要なことは、標的となる病態を十分に見極め、標的となる病態あるいは症状をターゲットに、根拠に基づく必要十分な薬物療法を実施すること、薬剤投与のリスク・ベネフィットのバランスを十分に考慮すること、治療効果を適切に評価すること、薬剤投与に先立ち、あるいは、治療の過程で適切なインフォームドコンセントを得ることが重要である。日本では児童・青年を対象にした臨床試験が乏しく、ADHD に対するメチルフェニデート徐放錠とアトモキセチン、自閉症に対するピモジドの使用を除いて適応外処方となる。それ以外は、海外での知見や承認状況、成人でのエビデンスを参照しつつ治療が行われている。このような状況ゆえ、成人患者に対する以上の十分な説明が求められる。

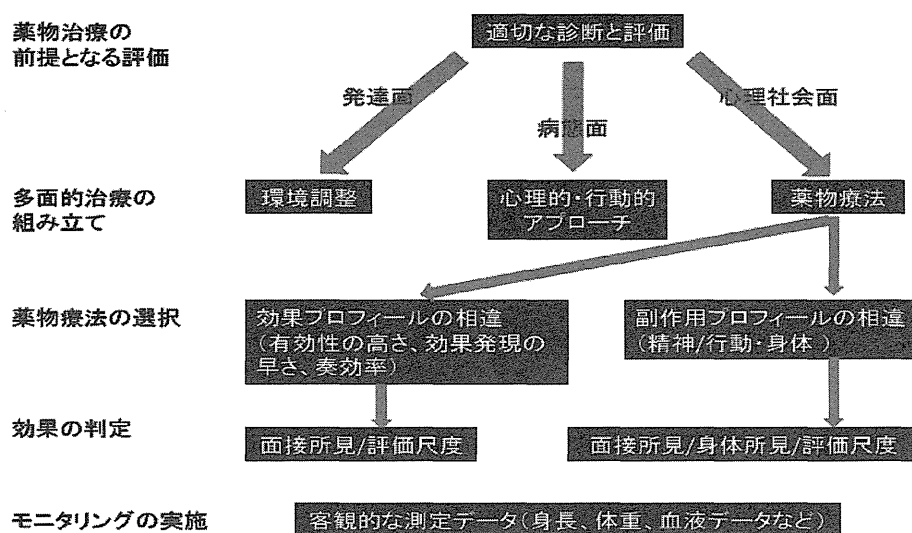
子どもにどのようなインフォームドコンセントを行うかも、重要な課題である。いかに忍容性の高い薬剤であっても、子ども自身が納得しないかぎり、服薬は継続しない。しかし、成人に対するのと同じように薬理作用、臨床効果、副作用を話しても、真の同意には至らない。まずは、子どもが今の状況をどのように捉え、今後どうなりたいかを聞き、そのことに薬剤がどのように助けになる可能性があるかを伝えるなかで同意を得ること、つまり、子どもと医師が共通の目標を設定し、その目標達成のために薬剤を使用するかについて共に考え、合意する姿勢が必要である。予想される副作用については、投与初期に見られる症状を中心に説明し、それらを乗り越えて中長期的に得られるメリットについて話

し合う必要がある。また、錠剤の大きさ、色、口に入れたときの感触、味などについても伝え、本人が受け入れがたいのであれば他の選択肢を提案して相談し、投与する薬剤、剤型を決定する。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 基本的な向精神薬の種類と薬理作用について説明できる
- 基本的な向精神薬の臨床効果と副作用について説明できる
- 代表的な薬剤について、日本における用法、用量を説明できる
- 代表的な薬剤について、児童・青年期の海外エビデンスを検索できる
- 治療ガイドラインやエビデンスについて治療の組み立てを説明できる
- 小児と成人の薬物代謝の違いについて説明できる
- 薬物相互作用のメカニズムについて理解し、適切な薬剤選択ができる
- 身体治療薬の副作用としての精神症状について説明できる
- 薬剤投与に先立ち、本人、家族に適切なインフォームドコンセントを得ることができる
- 評価尺度や面接を通して薬剤の有効性を評価できる
- 面接時の観察や身体診察、評価尺度を用いて、薬剤の副作用を評価する
- 服薬アドヒアランスに影響する因子について理解できる
- 服薬することのもつ心理的意味についても配慮できる
- 薬物療法をめぐる適切な家族教育ができる

治療技法理解のための自由ノート



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

基本的な向精神薬の分類とその作用機序はわかるが、同じ分類に属する薬剤の効果や副作用の相違は、まだ十分な知識が得られていない。教科書の知識に基づき、その診断薬剤選択はできても、その薬剤特性に基づいて、患者の個別的な状況に応じて処方するためには、上級医師の指導が必要である。また、上級医師の指導のもと、診察や評価尺度を用いて、臨床症状や副作用を評価することができる。投薬に当たっては、家族や患者に適切なインフォームドコンセントを行うことができる。

研修中級（研修 proper）：

基本的な向精神薬について、同効薬との有効性や副作用プロファイルの相違を説明することができ、患者の症状にあわせた薬剤選択ができる。また、有効性や副作用を、診察や評価尺度を用いて一人で行うことができる。治療ガイドラインや海外エビデンスにアクセスし、それらの知見に照らして、臨床上の判断を下すことができる。家族への心理教育や支持的なサポートも行える。

研修上級（研修 master）：

患者を発達、病態、心理社会的側面から多面的に理解し、それらの状況を複合的に勘案して治療選択を行うことができる。治療目標についても、単なる症状改善ではなく、そのことがもたらす心理的、機能的な意義についても説明し、治療への動機付けを行うことができる。服薬をめぐり、意見の異なる家族同士を調整したり、学校教諭と連携を築き、適切なサポート体制を整えるなど、複合的な支援をマネジメントできる。

推薦図書

1. ウィレンズ〔著〕岡田俊〔監訳〕（2006）わかりやすい子どもの精神科薬物療法ガイドブック，星和書店（子どもの精神科薬物療法に特化した解説書）
2. 山口登、酒井隆、宮本聖也ほか〔編〕（2011）こころの治療薬ハンドブック 第7版，星和書店（ベッドサイドで参照できる実践本）
3. 日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会〔編〕（2008）臨床精神神経薬理学テキスト改訂第2版（薬理学の理論的背景も含めて、精神薬理学について知っておくべき事が網羅されている。しかし、初学者が通読することは難しく、机の上に置きつつ参照する本）
4. シヤッツバーグ、ネメロフ〔編著〕兼子直、尾崎紀夫〔総監訳〕（2009）精神神経薬理学大事典，西村書店（医局に一冊あれば、さらに詳しい基礎的な内容についても詳述されている。医局に一冊あってよい本）

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

3) 個人力動的的精神療法

治療技法の要約

力動的的精神療法では、現在の精神症状や行動上の問題の背景に情緒発達上の問題があると想定する。情緒発達上の問題は、対人関係の領域の葛藤として捉えられることが多い。例えば、中学校に入って、親しい仲間を作ることができず、変化する自分の身体にも不安を感じて、自信を持とうとして「ダイエット」を始めて、行き過ぎてひどく痩せた状態になってしまうかもしれない。このような場合、思春期の発達課題の挫折やそれまでの情緒発達上の問題の存在が明らかになるかもしれない。同じ症状を示していても、背景にある問題は個々のケースで異なっている。力動的的精神療法は、症状そのものではなく、その背景にある情緒発達上の問題やパーソナリティの問題を治療のターゲットにする。情緒発達やパーソナリティについては、精神分析の発達理論やパーソナリティ理論に基づいて理解する。精神分析的発達理論の原型は、口唇期からエディプス期などを経て性器期に至るというフロイト¹⁾の精神的発達理論である。しかし、その後、マラーラ²⁾の分離個体化理論やエリクソン³⁾のライフサイクル論、スターン⁴⁾の自己感の発達理論など、多様な理論が積み上げられている。パーソナリティに関する理論は、フロイト^{5) 6)}による超自我・自我・エスなどの心の構造についての理論や抑圧や投影、同一化、分裂などの防衛機制の理論、病的なパーソナリティ領域に関するクライン派の理論⁷⁾などがある。

力動的的精神療法では、幼児期～学童期は遊戯療法が、青年期には対話を用いた面接が用いられることが多い。通常は週1回以上の頻度で行う。児童青年期の力動的的精神療法において重要なことは、以下の5点である。1. 保護者と子どもの診断面接、心理検査結果などを総合して、力動的な理解に基づいたフォーミュレーション（見立て）^{8) 9)}を提示する。2. 面接を行う場所や曜日、時間を一定にした治療の設定を維持する。3. 面接の場で生じる「今ここで」のセラピストに向けた感情や態度（転移）に焦点をあてて、それについて理解したことを言葉で患者に伝える。4. 患者が現時点での発達課題に関連した不安や葛藤を持っていることを理解し、必要なら支持的介入として助言や保証を与える。5. 保護者を支え、患者の心理や情緒発達に関する理解を伝える保護者面接を行う。児童青年期の力動的的精神療法では、患者の自己理解を促進するだけでなく、発達促進的な働きかけも重要になる。初期に患者は、自分を受け止めてくれるのか、内面を表現しても嫌われないのかという不安から、言葉数が少なくなったり、いい子を装ったりする。やがて、「いないいないばあ」「宝探し」「隠れん坊」¹⁰⁾のような遊びや患者の不安についてのセラピストの解釈を通じて、徐々に自分の内面を開示すると同時に、セラピストがどんな人物なのかに関心を向けて来る。さらに、セラピストに対する陰性感情を表現するか、それに関連した

行動化（キャンセル、家庭での攻撃的言動など）を示すようになる。その都度、患者にセラピスト側の理解を伝え、治療の枠を維持することが大切である。終結期には、分離や対象喪失をめぐる不安に耳を傾けるとともに、治療の中で患者が達成したことを確認する。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 個人力動的精神療法の治療のターゲットについて説明できる
- 精神分析的発達理論の概要を知っている。
- 防衛機制の種類と意味を説明できる。
- 児童青年期の年代ごとの治療技法の違いを知っている。
- 力動的精神療法の治療構造についての考え方を理解している。
- 転移について、簡単に説明できる。
- 力動的精神療法における支持的要素の意義を理解している。
- 保護者面接（親ガイダンス）について説明できる。
- 力動的精神療法の初期における患者の不安について理解している。
- 力動的精神療法の終結に焦点をあてるべきことを理科している。

力動的精神療法の治療ステップ

1. 診断面接
2. 力動的フォーミュレーションの伝達
3. 治療設定の確認と契約
4. 序盤
 - ・ 定期的な面接の開始
 - ・ 自分の内面を開示することをめぐる不安
 - 治療の枠組みを崩そうとする動き
 - ・ 基本的な葛藤のテーマが明らかになる
5. 中盤
 - ・ 転移の進展
 - セラピストへの関心の増大 依存と陰性感情
 - ・ 行動化の一時的増加
 - ・ 今ここでの患者の心の動きを理解し伝達する（転移解釈） → 患者自身の自己理解や情緒発達の進展
 - ・ 治療関係の安定化
6. 終盤・終結期
 - ・ 適応的な行動の増加
 - ・ 治療の外での新しいチャレンジ
 - ・ セラピストによる現実的な助言
 - ・ 治療で患者が達成したことの確認
 - ・ セラピストとの分離や対象喪失をめぐる不安の傾聴

個人力動的精神療法の研修過程

1. 精神分析や力動的精神療法について系統講義を受ける
2. 担当ケースについての個人スーパービジョンを受ける
3. 児童の遊戯療法と青年の精神療法の両方を経験する
4. 力動的精神療法の症例検討会に定期的に参加する
 - オプション1 自分自身が力動的精神療法を受ける
 - オプション2 力動的集団精神療法を体験する

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

転移、無意識、防衛などの言葉やフロイトの名前は知っている。日常臨床においても、患者が主治医や医療スタッフに対して、様々な感情を向けてくることがあり、それを転移と呼ぶことは知っている。しかし、転移をどのように治療で扱うのか、防衛にはどのような種類があるのかを説明できない。しばしば、力動的な精神療法において、過去の外傷体験や幼児期体験を思い出させることが重要であると誤解している。個人力動的な精神療法は、臨床心理士が担当するもので、医師が関与するものではないと考えていることも多い。そして、個人力動的な精神療法をどの患者に施行するとよいのかについてまったく見当がつかない。力動的な精神療法（遊戯療法を含む）の面接を、どの程度の頻度で行うべきかについて判断もできない。力動的な立場で行う保護者面接で何をするのかについての知識はない。

研修中級（研修 proper）：

主治医として担当した症例や他の医師の症例について、転移という現象が存在し、治療の進展とともに転移状況が変化することを、実際の臨床場面で観察する経験をしている。転換性障害や摂食障害、被虐待児など、力動的視点をを用いると理解が深まる疾患や病態について、実際の症例を観察した経験がある。児童青年期の情緒発達を考える際に、力動的な考え方も有用であると感じている。多くの患者が思春期における親との分離の問題や同性の仲間関係を作れないという問題を抱えていることは理解できる。年代ごとの発達課題についても簡単に説明できる。学会での力動的な精神療法に関する教育講演や地域の研究会などに出席して、力動的な精神療法について興味を持つ人と、取りつきにくさを感じて距離を取る人がいる。興味を持つ人も、実際に自分が個人力動的な精神療法を施行すると考えると、面接の時間と場所の確保が難しいと感じている。個人力動的な精神療法や遊戯療法は、臨床心理士の仕事だと思ふことも多い。力動的な立場からの保護者面接については、指導者の面接に同席しているが、まだ自分で行う自信はない。

研修上級（研修 master）：

精神性の発達論や分離個体化理論、ライフサイクル論などの精神分析的な発達論や防衛機制について、おおまかに説明できる。どのような症例に個人力動的な精神療法を施行するとよいかについて、一定の意見を言える。一人以上の患者について、定期的に30分以上の時間、診察をして、その患者の発達上の躓きについて力動的な視点から理解しながら、助言を与えるような支持的な精神療法の経験を持っている。しかし、面接室内での「今ここ」に焦点をあてて、転移解釈を行うということがどういうことか良くわからない。臨床心理

士の報告などを通じて、転移についてセラピストが理解を伝えることが必要であることは知っている。力動的立場からの保護者面接で、どんな話をするのかについての理解は持っている。一人で保護者面接を行った経験を持っている人もいる。個人力動的精神療法や遊戯療法について興味を持っている人は、力動精神療法に関する系統的なセミナーを受講するかもしれない。認知行動療法に惹かれる人は、それに関するセミナーを受ける人もいる。しかし、いずれにしても、どちらの方法が正しいのかということではなく、それぞれの精神療法のやり方の良さや限界があることを知っている。そして、精神療法を本格的に行うには、個人スーパービジョンあるいはコンサルテーションが必須であるという認識は持っている。

参考文献

- 1) Freud S (1917): Vorlesungen zur Einführung in Die Psychoanalyse. Heller, Leipzig and Vienna (懸田克つ躬、高橋義孝他訳：精神分析入門。フロイト著者集第1巻。人文書院、京都、1971)。
- 2) Mahler S, Pine MM, Pine F and Bergman A (1973): The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York (高橋雅士、浜畑紀、織田正美訳：乳幼児の心理的誕生—母子共生と個体化。黎明書房、名古屋、2001)。
- 3) Erik Erikson (1950): Childhood and Society. Norton, New York (仁科弥生訳：幼年期と社会1。みすず書房、東京、1977。及び仁科弥生訳：幼年期と社会2。みすず書房、東京、1980)。
- 4) Stern D (1985): The Interpersonal World of the Infant. Basic Books, New York (神庭靖子、神庭重信訳；乳児の対人世界 理論編。岩崎学術出版、東京、1989)。
- 5) Freud S (1923): Das Ich und das Es. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig (井村恒郎、小此木敬吾他訳：自我とエス。フロイト著作集第6巻。人文書院、京都、1970)。
- 6) Freud S (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien (懸田克躬、高橋義孝他訳：続精神分析入門。フロイト著者集第1巻。人文書院、京都、1971)。
- 7) Steiner J(1993): Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients (The New Library of Psychoanalysis). Routledge, London (衣笠隆幸訳：こころの退避—精神病・神経症・境界例患者の病理的組織化。岩崎学術出版、東京、1997)
- 8) Chethik M(1989): Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies. The

Guilford Press, New York (齊藤久美子、吉岡恒生、名取琢自訳：子どもの心理療法—サイコダイナミクスを学ぶ。創元社，東京，1999)。

- 9) 生地新 (2008)：児童青年期臨床における力動精神医学的な診断と治療計画の立て方。児童青年精神医学とその近接領域，49(4)：pp394-400.
- 10) Doi T(1973)：Psychotherapy as "hide-and-seeK". Bull Menninger Clin., 37(2)：pp174-177 (土居健郎：隠れん坊としての精神分析. in「甘え」理論と精神分析療法，金剛出版，東京，1997)。

推薦図書

1. Chethik M(1989)：Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies. The Guilford Press, New York (齊藤久美子、吉岡恒生、名取琢自訳：子どもの心理療法—サイコダイナミクスを学ぶ。創元社，東京，1999)
2. 土居健郎 (1993)：方法としての面接—臨床家のために 新訂版。医学書院，東京。
3. 成田善弘 (2003)：精神療法家の仕事—面接と面接者。金剛出版，東京。
4. 小倉清 (2006)：子どもの臨床 小倉清著作集 (1)，岩崎学術出版，東京。
5. 平井正三 (2009)：子どもの精神分析的な心理療法の経験—タビストック・クリニックの訓練。金剛出版，東京。

Ⅱ-v) 治療介入技法

4) 家族療法

治療技法の要約

家族療法とは患者をふくむ家族を「ひとつの単位」とみなし、その中での関係性に注目し、これらの家族内関係を変化させることで患者の症状や問題行動を解決しようとする心理療法である。家族面接は、まずは家族内の力関係、対人的距離感（親密さや疎遠さ）をアセスメントすることを目標に始められる。

一般に子どもが児童である場合は両親が子も以上に力を持ち、両親の協力のもとに児童の世話や教育をおこなう。子どもが青年期の場合でも両親が青年よりも力を持つべきであるが、青年たちの親からの自立的行動（親への反抗や同世代での秘密を共有することなど）を許容しつつ、両親（とりわけ青年と同性の）とのせめぎあいを経ながら青年を社会に送り出す。

さらに「ひとつの単位」としての家族がどのようにその周りの社会（コミュニティー）と関わっているかも重要なアセスメントのポイントである。家族があまりにまわりの社会から孤立しているようだと、治療的な援助を求めることが遅れ、硬直停滞した家族関係はより病原的になり、治療的介入による変化は困難なものとなりやすい。

家族療法をおこなおうとする治療者が家族と接する場合には、個人療法とは違った工夫が必要になってくる。家族療法ではこれを「ジョイニング技法」と呼ぶ。これは簡単に言うと、家族それぞれが話すことに耳を傾け、多種多様な意見を聞き入れ、全体の話の流れをつかみ、それにのりることである。対立的な意見でもそれらに対して「〇〇といったご意見の違いがあることが良くわかりました」とおだやかに中立を保てる姿勢が重要である。治療者が家族員のそれぞれの意見や感情に理解や共鳴を示してくれていると家族員が感じてくれることが重要である。別の言い方をすると、「ジョイニング技法」の目的は、その家族特有な雰囲気（文化といってもよい）にもできるだけ早くなじみ、あたかも家族にとって初対面の治療者とは思えないような存在になることと言えよう。

こうした技法を駆使しながら、治療者は前述の家族関係をアセスメントしていく。そうしたプロセスの中で、子どもと両親の力の逆転や両親間の不和、家族以外の重要な人物の存在にも注意を向けてゆく。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 家族内の「関係」を直接・間接に扱う点で個人療法とは異なることを知っている
- 家族内関係を変化させることで症状を消去・軽減できるものである知っている
- 「ジョイニング技法」を重要視していることを理解している

- 家族の力関係と心理的距離をアセスメントすることを理解している
- 児童青年期の諸症状に対して有効であることを理解している
- 個人面接をおこなっていても家族関係を扱っていると考える
- 時に他の治療と協働してなされることがあることを知っている
- 家族の誰かが原因で患者をつくったという理解はしない
- 家族のコミュニケーションに焦点を当てることが多い
- 家族の歴史に焦点を当てることもある
- 患者が思春期青年期の場合、世代間境界のあり方に注目する
- 治療者を中立的に面接の場にいることを求める
- ときに患者の緊急事態に家族を積極的に動員する
- ときに患者の緊急性を軽視したり、理解しない家族を積極的に治療に動員する
- 「全体としての家族」の持っている治癒能力に期待する

治療技法理解のための自由ノート



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

家族のだれかに会った時に、家族の話を十分に聞き、その苦勞、苦痛、迷い、自責感、そして怒りなどに、理解と共感を示す。よしんばそれらが片寄っていたり、常識を欠いていたり、担当患者の考えと相反するものであってもである。これらの家族からの言説は、もともと患者を何とかしようとして発せられているとまずは理解することが肝要である。家族のだれかのせいで担当患者が「病氣」（症状や問題行動を示す）になったという仮説を持たないようにできる。

研修中級（研修 proper）：

初級での関わりができた判断できたなら、次には家族から患者が出生して以来の、患者を取り巻いてきた家族の歴史を聴く。ジェノグラム（主に血縁家族を最低三世代まで記述する表記法）を家族（患者を含み場合もある）と共に描き、さらにはそこでの関係性まで記入できる。こうした歴史的理解を通じて、そこに記載された誰もが患者を「患者」にすべく共に生活してきたのではないことを理解し、家族と共有する。そこには家族の歴史の中の大きな喪失、避けられなかった経済的・人為的・自然発生的災難などがあり、これらに焦点付けし面接を進める。

研修上級（研修 master）：

現在の家族関係に戻り、今までの理解を踏まえて、家族の一人を問題視することなく、家族関係をアセスメントし、介入計画を立て介入する。アセスメントでは家族の力関係、物理的・情緒的距離、個々の資質、家族外からの治療的援助資質などが勘案される。この作業は家族図（Family Map）を描くことでなされる。

介入にあたっては、家族関係のどの部分に働きかけることが有効かをみきわめ、「ジョイニング技法」を維持しつつ介入する。力関係の逆転、家族間の距離の変化、外的資質の導入などをもくろむ。これらのスキルについては家族療法家からのアドバイスが必要となることも理解している。

参考文献（詳細は校正時に）

家族療法（精神医学講座5巻）

家族療法（児童思春期向けをいくつか）

推薦図書

家族療法の視点

家族療法の基礎

家族療法リソースブック

家族・夫婦臨床の実践

家族・療法のための4つのステップ

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

5) 集団療法

治療技法の要約

児童・思春期の集団療法は活動を媒介としたグループと言葉を媒介としたグループに大きく分けることができる。活動を媒介にしたグループには、主に学齢以前の子どもを対象としたプレイ中心の集団療法、小学生から中学生を対象としたゲームやスポーツ、創作活動、“たまり場”などを中心とした活動集団療法 (activity group therapy : AGT) がある。また、言葉を媒介にしたグループには主に中学後半から高校以降の子どもを対象にした集団療法があり、両グループの移行段階にある子どもを対象とした活動・面接集団療法 (activity-interview group therapy : AIGT) がある。

① 集団療法を行う際に必要な設定

集団療法は、クローズド・グループとオープン・グループに分けられる。クローズド・グループはメンバー、期間、期限をあらかじめ定めて行うグループで、オープン・グループはメンバーの人数や期間を厳格に限定せず、終結やドロップアウトがあると次の患者を加えるグループである。

メンバーの選択については、絶対的禁忌はないが、素行障害、薬物乱用の子どもは、非行のない子どもと一緒にすることは避けたほうがよいといわれている。その他には、急性精神病状態、極端な退行状態にいる子ども、「自己愛的」と分類される子ども、他者の言動を被害的に関係づける傾向の目立つ子どもは参加を当初は見合わせ、その後の状態像の変化により参加の意義を検討することになる。

② 集団療法を行う際の治療者の役割や基本原則

スタッフは、医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士など、多職種の年齢の幅のある大人が参加することが望ましい。治療者の性別は、未就学児のプレイ中心の集団療法では、メンバーは男女混合で、治療者の性別はどちらでも有効といわれている。小学生から中学生年代では仲間集団の重要性が高まる時期であり、自我同一性形成において共同でものを作ることが重要となるため、同一視やモデリングのプロセスを促進するためにメンバーとリーダーは同性であることが望ましい。また病棟でのコミュニティ・ミーティングでは、両性の複数の治療スタッフが参加することによって、疑似家族的集団が形成されやすく、家族関係の再学習を助けることになる。

集団療法を行う実際に行う時の治療スタッフの基本原則として、①バウンダリー (boundary) を守ること、②集団療法では何を言ってもよいという保証が必要であること、③集団の圧力を強くしないこと、言い換えるとメンバーの多様な価値を取り入れ、吟味しながら、個人的な行動、発言を重視し育てるような柔軟性が必要であることをあげている。

集団療法はグループを操る方法ではなく、グループを盛りあげ活発なグループを作る方法でも決してない。表1に児童・思春期の集団療法の意義、介入のポイント、表2に集団療法の何が治療的に働くかについてまとめた。言葉を媒介にしたグループだけではなく、活動を媒介にしたグループにおいても、治療者はメンバー個々の感情の動きやグループ全体に生まれてくる感情の動きや雰囲気を目配りし、グループの中で起こった出来事を個人のメンバーという観点とグループ全体という観点からみられることが必要になる。

集団療法が終了したら、治療スタッフはレビューを行う。レビューでは、集団療法の中で何が起こったかなど、集団療法の体験をスタッフが分かち合い、その意味を考え、さらにスタッフの関わり方について吟味をする。

児童・思春期の治療では、親を支えることも極めて重要である。子どもの治療における親の協力という問題に関して、親へのグループ・アプローチがある。親グループの意義として、①子どものグループワークをサポートする動機の強化、②日々の子どもの動きに関する情報の共有、③親が子どもの問題に関与する意味の理解、④親としての新しい技術の学習、⑤情緒的なサポート、があげられる。

治療介入技法理解へのチェックリスト(以下説明可能か?)

- 年齢や発達段階に応じた集団療法の活用
 - 小学生から中学生を対象とした活動集団療法 (activity group therapy : AGT)
 - 活動-面接集団療法 (activity-interview group therapy : AIGT)
 - 中学後半から高校以降の子どもを対象にした言葉を媒介にした集団療法
- 集団療法の始め方：メンバーの選択
- バウンダリーとは?
- バウンダリーを守ることの意義
- 集団療法に参加するスタッフの役割
- 治療スタッフのリーダーシップ
- レビューでは何を振り返るのか?
- 親へのグループ・アプローチ