

治療技法理解のための自由ノート

表1 児童・思春期の集団療法の意義、そして介入のポイント

- ①停止していた、あるいは回避していた、同年代集団との再会の機会を提供する。
②かつて挫折の苦い思いを与えた仲間集団体験や学校体験のやり直しの機会を提供し、
実社会の息吹きを実感させてくれる。
③前思春期の発達課題である親、特に母親から適切な距離を置くために
必須のエネルギーと支援を与えてくれる。
④自己を他者と折り合いをつける経験を与えてくれる。

治療者の介入のポイント

- ・治療者の介入は集団療法のプレイへの参画とバウンダリーを守ること
になるが、同時に子どもが話す未熟な言葉を明確化し、言語化されない
活動性の高まりを混乱しにくい概念に言語化したりという介入も必要になる。
・「集団療法のなかの子どものプレイや活動が純粋に防衛的な活動性を
示しているのか、あるいは問題の徹底操作が行われているのか」を見守り
ながら判断する。

- ①仲間に圧倒される。
②願望を抑えて他者に譲ることを強いられる。
③自己のプライドが傷つく機会が増える。

表2 集団療法の何が治療的に働くか？

1) Foulkes

- ①他の患者にわかつてもらえた。
②自分一人が悩んでいるのではない。
③人のふりを見て自分の問題について学ぶ。
④具体的な説明や示唆を受ける。
⑤集団全体の無意識が活発になる。

2) Yalom

- ①他の患者が良くなるのをみて、自分もという希望を持つ。
②自分一人が悩んでいるのではない。
③情報の交換。
④他の患者を助けて、自分が役に立っている。
⑤自分の家族の中で体験したことの繰り返し。
⑥人付き合いが上手になる。
⑦人のまねをしながら自分の行動を考える。
⑧対人関係から学ぶ。
⑨グループがばらばらにならないこと。
⑩語ることによって重荷を下ろす。
⑪究極的には人は自分一人で現実に対決し、責任をとる。

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

所属機関で行われているさまざまな子どもへの集団療法、親へのガイダンスグループや心理教育のグループにコ・リーダー（co-leader）として参加する。参加しているグループのリーダーや治療スタッフの果たしている役割を観察する。また参加している子どもの様子や変化、そしてグループの変化していくプロセスを観察する。グループの開始時刻と終了時刻を守ること、集団療法のなかでもりあがってくる子どものプレイに加わること、そしてプレイがいきすぎた時には限界設定を行うこと、衝動的な問題行動を起こしやすい注意欠如・多動性障害（ADHD）や対人関係に過敏で被害的になりやすかったりかんしゃくを起こしやすい広汎性発達障害（PDD）に付き添ったり、近くで寄り添うように見守りながら参加するといったことを経験する。

研修中級（研修 proper）：

所属機関で行われているさまざまな子どもへの集団療法、親へのガイダンスグループや心理教育のグループにコ・リーダー（co-leader）、あるいはリーダー（leader）として参加する。そして集団療法を振り返るレビューでは、リーダーの役割をつとめて、集団療法のなかで観察したことから、何が起きたか、メンバーが何を言ったか、それはどうしてか、といった“仮説”を立て、それらをまとめて報告する。その報告を元にして参加したスタッフ全員で、グループで何が起きたのかを検討し、さらにスタッフの関わり方について吟味をする。

研修上級（研修 master）：

自分で活動集団療法（AGT）、活動・面接集団療法（AIGT）を企画して、開始してみる。子どもを対象に集団療法を始めて、①一緒にグループをする人を見つけること（ひとりでは病院の中で緊急事態が起きた時に対応ができなくなるため）、②メンバーの選択に細やかな配慮をすること（スタッフを手助けしてくれるようなメンバーを数人加えておくこと）、③柔軟でしかも毅然とした態度でバウンダリーを守ること、④グループで表出された感情に率直に応えること、⑤参加しているスタッフとともにレビューを行うこと、⑥上級医師からスーパービジョンを受けることを経験する。

参考文献

- 1) 相田信男：実践・精神分析的精神療法 個人療法そして集団療法. 金剛出版, 東京, 2006.
- 2) 相田信男：精神科リハビリテーションと集団的アプローチ. 精神療法, 34, 438-444, 2008.
- 3) 青木省三、鈴木啓嗣、塙本千秋：思春期神経症の治療における「たまり場」の意義—関係の生まれる培地としてー. 集団療法, 6, 157-160, 1990.
- 4) Lomanaco,S., Scheidlinger,S., Aronson,S. : Five decades of children's group treatment-An overview. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10, 77-96, 2000.
- 5) 森岡由起子、山本佳子：思春期の社会療法：デイケア, SST など. 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. p.282-289.
- 6) 齊藤万比古、佐藤至子、奥村直史：入院治療における登校拒否の集団療法. 齊藤万比古著：不登校の児童・思春期精神医学. 金剛出版, 東京, p.106-116, 2006.
- 7) 近藤喬一、鈴木純一編：集団精神療法ハンドブック. 金剛出版, 東京, 1999.
- 8) 河合健彦：精神療法の適用と留意点 集団精神療法. 子どもの心の診療入門. 中山書店, 東京. p.255-260, 2009.
- 9) 鈴木純一：集団精神療法の実践. 近藤喬一, 鈴木純一編：集団精神療法ハンドブック. 金剛出版, 東京, p.143-160, 1999.
- 10) 鈴木純一：集団精神療法を実施する際のちょっとしたヒント. 精神科臨床サービス 9 : 473-478, 2009.
- 11) 渡部京太：集団療法. 精神科治療学, 23 (増), 87-92, 2008.
- 12) 渡部京太：集団精神療法を通じた若手精神医への力動的精神療法の教育. 青年期精神療法, 8 (1), 36-42, 2011.

推薦図書

1. Kymmissis P, Halperin DA : Group Therapy with Children and Adolescents. American Psychiatric Press, Inc, Washington,DC, 1996.
2. Aronson S, Scheidlinger S : Group Treatment of Adolescents in Context. International Universities Press, Inc, Madison, 2002.

II-v) 治療介入技法

6) 行動療法

治療技法の要約

1. 行動療法の特徴

行動療法は、学習に関する諸原理や方法に関する研究を臨床の問題の理解と変容に応用する心理療法として出発した治療法である。その後、表1のような代表的な理論とそこから生まれた多数の技法を包含した広範な治療法として発展している。以下のような特徴がある。

- a) 問題を概念としてではなく、具体的な行動（思考、情緒、運動全てを含む精神活動）で捉え、どのような状況でどのような精神活動が生じるのかという刺激一反応の見方をする。
- b) 問題解決のための治療目標を具体的に明確にし、その変容をめざす。
- c) 学習による変化を期待し、「行動」の変容のためには、どのような体験が必要であるかという考え方をする。
- d) 観察可能あるいは定義可能なパラメータ（例えば、点数化した不安の程度、ある行動の頻度や持続時間、脈拍などの生理学的な測定）を用いて、試行する治療の効果を検証する。

2. 行動療法の治療の進めかた

行動療法は図1のように、問題の評価と治療的介入を繰り返しながら進められる。まず、患者や家族が困っている問題を具体的な行動として把握し、その行動がどのようにして起こり、どのようにして維持されているかを刺激一反応の連続として分析する。これを行動分析という。図2は、確認行為を伴う強迫性障害患者の行動分析の例であるが、このように、対象となる行動に関して刺激一反応の連鎖を明らかにするのをミクロ的な行動分析という。また、こうした一連の行動は、他の問題（例えば、家庭内不和、職場不適応、経済的な問題、抑うつななど）とも影響しあっており、それらの刺激一反応の関係も明らかにしていくが、これをマクロ的な行動分析という。これらを基に、問題のどこを治療の対象にしてそれがどのようになればよいかを検討して、それを変えるための方法についての治療仮説を立てる。その際、問題に応じて、理論や技法を選択する。そして、それを実施して効果を検証し、段階的にレベルを上げたり、方法を修正したりしながら治療は進められる。

3. 行動療法の適用領域

行動療法の技術は疾患を問わず、生活技術や社会技術の獲得や対処行動の形成など、日常臨床で随所に用いられているが、ここでは特に効果が認められている代表的な適用領域について述べる。

a) 不安障害（強迫性障害、パニック障害、PTSD、社交不安障害など）

曝露法が中心で、問題や目的に応じて反応妨害法、認知再構成法、種々の不安対処法の形成、社会技術訓練などが組み合わされて用いられる。

b) 統合失調症

興奮や攻撃行動などの不適応行動を対象とした刺激統制法や、適応的な生活技術や社会技術の学習のためのモデリング、強化法などが用いられる。集団でプログラミ化した社会技術訓練（SST）も広く行われている。

c) 精神遅滞、自閉性障害などの発達障害

生活技術やコミュニケーション技術、自傷行為や攻撃行動などが治療の対象となり、課題分析、モデリング、強化法、シェイピング、刺激統制法などが適用されている。また、障害児の親を代理治療者として訓練して機能させる親訓練プログラムも広く行われている。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 問題を具体的な行動（思考、情動、運動）として把握するという行動療法の考え方を理解できる
- ミクロ的、マクロ的な行動分析（刺激一反応分析）を理解できる
- 治療の対象と目標の明確化について理解できる
- 行動療法の代表的な理論とそこから生まれた治療技法の概略を理解できる
 - 応用行動分析理論・・・強化法、刺激統制法、プロンプティング
 - 新行動 S-R 仲介理論・・・曝露法、曝露反応妨害法
 - 社会学習理論・・・モデリング、セルフモニタリング
 - 認知行動療法理論・・・認知再構成法
- 代表的な疾患の治療プログラムの概略を理解できる
 - 強迫性障害、
 - パニック障害

治療技法理解のための自由ノート

表1：行動療法に関する中心的な理論とそこから生まれた主な治療技法

-
- 1) 応用行動分析理論：
強化法、刺激統制法、プロンプティング
 - 2) 新行動S-R中介理論：
系統的脱感作法、曝露法、曝露反応妨害法
 - 3) 社会学習理論：
モデリング、セルフモニタリング
 - 4) 認知行動療法理論：
認知再構成法
-

図1：行動療法の治療の進め方

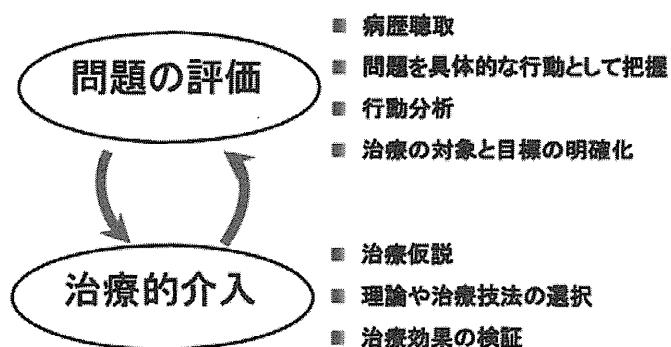
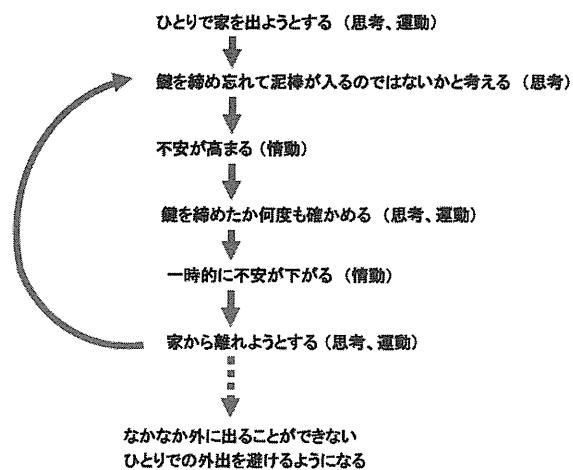


図2：確認強迫のミクロ的な行動分析の例



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

目安：入院主治医 3 例以上、外来主治医 3 例以上、外来予診 10 例以上

指導者の強いサポートのもと、具体的な病歴聴取、行動分析のしかた、治療方針の立て方、治療技法の選択と具体的な用い方について学習することが望ましい。そのためには、主治医となって時間をかけてじっくり患者と向き合うことが必要である。それによって行動療法の面白さと難しさを体験できると思われる。入院施設がある医療機関であれば入院治療から始めた方が患者と接する時間が長くとれたり、改善や悪化の過程を直に見ることができるなどのメリットがある。曝露法を用いた不安障害の治療、必要な行動を形成することや環境調整して不適応反応を減らすことによる適応障害の治療などは行動療法を深く理解するために体験すべきケースである。少なくとも 1 例著明改善したケースを担当すると自信がつき、さらに行動療法への興味が増すことが期待できる。この時期は、少なくとも 2 例ケースカンファレンスで症例報告をしてスーパービジョンを受けることが望ましい。

研修中級（研修 proper）：

目安：入院主治医 3 例以上、外来主治医 10 例以上

行動療法治療者としての自立をめざす段階である。すなわち、問題のアセスメント（病歴聴取、行動分析など）から治療方針（治療対象や目標の明確化、治療技法の選択などの治療仮説）を立てて施行し治療効果を検証するという過程を、ある程度自分ひとりで行えることをめざしたい。指導者には、常にサポートしてもらうのではなく、必要時に適宜相談してアドバイスをしてもらうくらいのスタンスが望ましいであろう。入院治療では、看護師やコメディカルスタッフと連携したチーム医療をある程度リーダーシップをとって行えることをめざしたい。行動療法の考え方を強迫性障害やパニック障害などの不安障害や適応障害の治療だけでなく、薬物療法を含めた精神科一般臨床に応用することができるようになることをめざしたい。ケースカンファレンスに 2 例以上症例報告することが望ましい。

研修上級（研修 master）：

目安：入院主治医 3 例以上、外来主治医 20 例以上

外来治療や入院治療において、行動療法のアセスメントから治療的介入までを、自分ひとりで積極的、主体的に行動療法の考え方を用いた治療ができるようになることをめざしたい。また、治療への動機づけを適切に行うことができたり、ハプニングに対して柔軟な対応ができるようになりたい。この段階では、自らの治療だけではなく、初級者への指導も行うべきである。指導することによって自らの臨床技術も向上することができる。チーム医療では、リーダーシップをとって、看護師やコメディカルスタッフと連携したり

指導したりできるようになることが望ましい。精神科臨床のさまざまなケースに対して、行動療法の技術を応用できるようになることをめざしたい。ケースカンファレンスでは、自ら症例報告するだけではなく、他の治療者のケースにも積極的に意見を述べてディスカッションを活発にしたい。

参考文献

- 1) 山上敏子. 行動療法の展開. 山上敏子(編). 行動療法. 東京: 岩崎学術出版社; 1990.
pp12-31
- 2) 飯倉康郎. 行動療法の適応拡大と技法の修正. 臨床精神医学 2003;32(10):1171-1177
- 3) Emmelkamp PMG. Anxiety Disorders: A Practitioner's Guide. New York: Wiley;1992
- 4) Bellack AS, Hersen M. Dictionary of Behavior Therapy Techniques. New York: Pergaman Press: 1985/ 山上敏子(監訳). 行動療法事典. 東京; 岩崎学術出版社: 1987
- 5) Bellack AS,Hersen M. Kazdin AE (eds) .International Handbook of Behavior Modification and Therapy.2nd edition.New York: Plenum:1990

推薦図書

1. 山上敏子. 行動療法. 東京: 岩崎学術出版社 ; 1990
2. 山上敏子. 行動療法. 東京: 岩崎学術出版社 ; 1997
3. 山上敏子. 行動療法. 東京: 岩崎学術出版社 ; 2003
4. 山上敏子. 方法としての行動療法. 東京: 金剛出版 ; 2007
5. 飯倉康郎. 精神科臨床における行動療法—強迫性障害とその関連領域. 東京: 岩崎学術出版社 ; 2010
6. 飯倉康郎. (認知) 行動療法から学ぶ精神科臨床ケースプレゼンテーションの技術. 東京: 金剛出版 ; 2010
7. 青木省三、中川彰子(編). 精神療法の実際. 専門医のための精神科臨床リュミエール
11. 東京: 中山書店 ; 2009

II-v) 治療介入技法

7) 認知行動療法

治療技法の要約

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy : CBT）は、50年代にアーロン・ベックによって考案された認知療法を基盤に、60年代後期から軽度のうつに応用されその効果が認められようになった。その後、行動療法などと融合しながら、不安障害、最近ではパーソナリティー障害や統合失調症、更には身体化の諸症状などにも応用されてようになり現在の認知行動療法が形成された。CBTの効果については数多くの実証的な効果研究がなされ、無作為割り付け試験（RCT）の結果などによって幾つかの精神疾患についてその効果が認められている。また、実施形態も個人精神療法だけでなく、集団精神療法、最近ではインターネットや携帯端末を用いた強度の低いCBTも提供されるようになっている。

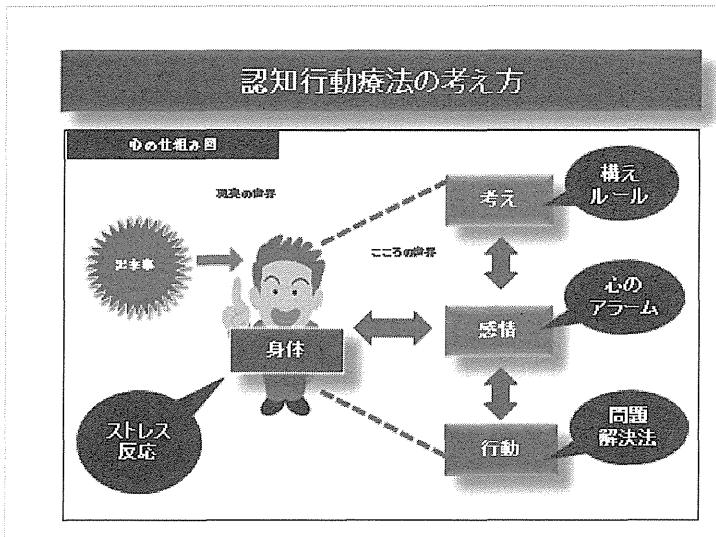
CBTでは問題は二つの原因から発生すると考える。現実に起こっていることについての解釈が不適切である場合（認知の問題）と現実にそぐわない問題解決法（行動の問題）を選択している場合にあると考え、実際に困難のある場合には行動変容を行い、実際に目前に困難が無い場合には現実を受けいれるために認知変容を実施する。具体的な目標を設定し、患者と介入者の協働によって目標設定を目指す。CBTの大まかな手順は、協働的な関係構築を行い、問題の査定、心理教育を通して、認知行動モデル、心の仕組みや問題の発生のメカニズムについて理解してもらい、認知行動モデルに自分自身を当てはめてもらうために自己モニターを宿題という形で実施してもらう。さらに、問題焦点に徹して、具体的な目標設定を行い、その目標達成のために、行動的な介入（行動活性化、曝露、アサーション訓練など）、または認知的な介入（認知再構成の諸手法、ガイデュド・ディスカバリーなど）を実施する。結果的に現実にそぐわない認知の修正や新しい問題解決法などを取得することで、感情的な安らぎを得る。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 対面型ではなく、協働的で問題焦点型の治療関係作りのためのコミュニケーション技法を学ぶ。
- こころを分割し、出来事に対して考え、感情、行動、身体がどのように反応するかを把握する。
- 心理教育で患者に公式を渡すことをマスターする。心を分け、反応をノーマライズする。
- CBTで使われる査定のツールを知り使い方をマスターする（BDI, QIDS, K6, K10, HAM-Dなど）
- セルフモニタリング、習慣活動表など、患者の問題を外側化する技法を身に付ける。

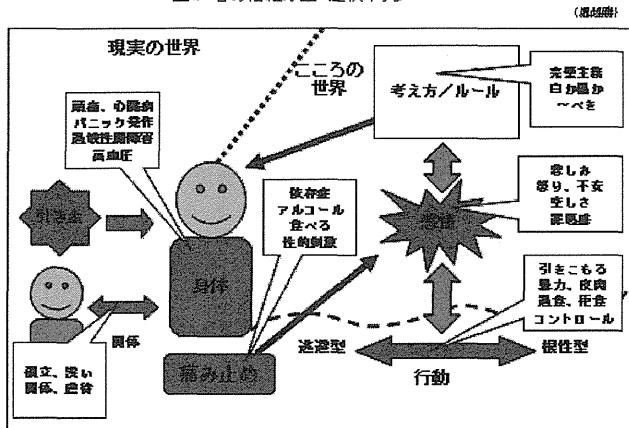
- アラームとしての負の感情の同定と、その背後にある意味を理解する。
- 目標設定の方法をマスターする。具体化、数値化するなど患者が到達できる目標設定をする。
- 事例概念化の技法を理解し、患者の問題を定式化することをマスターする。
- 非現実的な考え方の幾つかのパターンを同定できるようにする。例：完璧主義、「べき思考」など。
- 認知的な介入法についてマスターする。（カラム式認知再構成、思考記録など）、
- 行動的な介入法についてマスターする。（週刊活動表、行動活性化、曝露など）
- 問題解決技法について学習にマスターする。
- CBT の構造化について知り、各セッションの流れ、また治療全体の構造を理解する。
- ホームワークの重要性を理化し、出し方をマスターする。
- 動機付け面接についてマスターする。

治療技法のための自由ノート

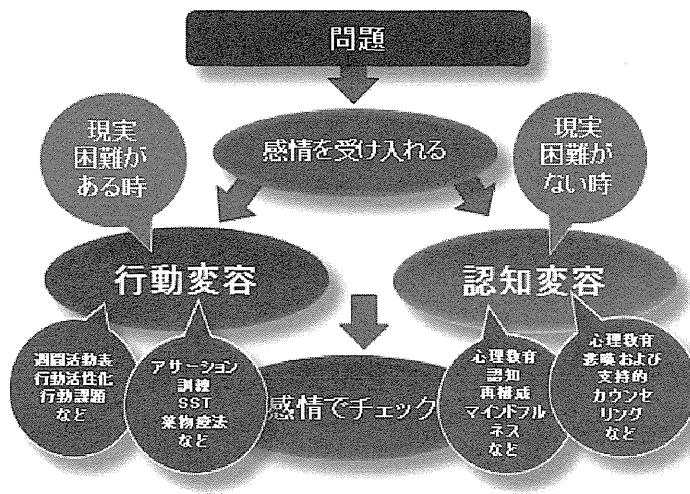


● CBT では、図のように 4 つの領域に分けて心をとらえる。それらは、身体、考え、感情、そして行動である。出来事に対して、それぞれの部分がどのように反応し、その反応がパターン化されているかによって、問題が発生し維持される。

図5 心の仕組み図 症状マップ



●心の問題は症状として、心の4つの領域に現れる。一般的に出来事が引き金になり、身体反応（緊張、パニック、不眠など）、認知（完全主義、べき思考、白黒思考など）、感情（悲しみ、不安、怒りなど）、行動（回避、逃避、ひきこもり、統制行動、暴力など）が現れる。また、関係として、孤立や喧嘩などはが結果として現ることもあるが、それが引き金となる場合もある（いじめ問題など）。また、逃避行動の一部として、痛み止めがある。簡単に不快感や不安などの負の感情を緩和するものを選ぶ（アルコール薬物など）。



●典型的な CBT の介入方法である。問題が起こり、患者が問題を持ってきた場合。まず、問題の種類はどうであれ、相手の感情を受け入れる。そして、現実困難の有る場合には、行動への介入を考え、現実困難の無い場合には、認知への介入を考える。両側への介入も有りうるが、介入は奏功したかどうかは、患者の感情変化によってチェックする。

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：CBTにおけるコミュニケーションを習得する。

CBTを効果的に実施するためには、患者との協働的な関係構築が重要である。その関係を築いた上に、実験主義、ガイデッド・ディスカバリーなどのCBTの諸手法を有効に用いることができる。したがって、初級段階でマスターする必要のある事柄として、以下の数点を挙げることが出来る。

まず、支持的・共感的な対応と関係作り、危機介入、精神科医としての基本的な薬物療法である。またCBTの基本的なコミュニケーションとして、心を分割し患者さんのケースにあてはめるというような心理教育やガイディットディスカバリーのために質問技法を身に付ける。

研修中級（研修 proper）：CBTの基本を学び、スーパービジョンを受けながら子供へのCBTのケースを1～2例経験する（入院・外来を問わない）

CBTの基本を学習。可能であれば、比較的シンプルなうつ病のケースから始めて、スーパービジョンを受けながら1～2例事例体験する。

認知的な発達を考慮し認知的ではない行動的な介入（behavior modification）についての技法を習得することが望ましい。認知行動療法は協働的実験主義なので児童を動機づけたりホームワークなどに工夫を加えたりする必要がある。児童や思春期の患者の場合、親または重要な他者と同居していることがほとんどであるため、親への働きかけや親を巻き込んでの介入が必要不可欠となる。そのため親への心理教育や親のコミュニケーションや子育て技法についても見地を広めておく必要がある。

研修上級（研修 master）：症状に特化したCBTを学習し、協働的に多職種で行う（入院と外来を含む5例）。

症状に特化されたCBT、例えば、GAD,SAD,OCDなどの不安障害やADHD,PDDなどの発達障害や統合失調症、双極性障害、摂食障害、行為障害、不眠などについての訓練を受けることが望ましい。

または後進の指導にあたりCBT初級者に対するスーパービジョンを実施し可能であればスーパービジョンのスーパービジョンを受けることが望ましい。

個人だけでなくグループCBTや入院患者のCBTでは多職種と協働してことにあたることになるので多職種とのコミュニケーションや協働的にケースをマネージすることを学ぶことが望まれる。

参考文献

●うつ病

思春期うつ病に対する治療プログラムの効果を検証した大規模臨床試験 Treatment for adolescent with depression study(TADS)は、fluoxetine と認知行動療法の併用が、いずれかの単独治療よりも優位に優れていることを示した。

March JS, Silva S, Petrycki S et al:Fluoxetine, cognitive-behavior therapy , and their combination for adolescent with depression:Treatment for adolescents with depression study(TADS) randomaized controlled trial. JAMA 292:807-820. 2004

●不安障害

児童青年の不安・恐怖に対する心理療法のうちで、コントロールスタディを行い、児童の不安や恐怖に対して有効性がしめされているのは、行動療法もしくは、認知行動療法のみである

Ollendick, T. H. , & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescent: Advances toward evidence-based practice. In P. M. Barrett&T. H. Ollendick (Eds.), Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment (pp. 3-25). New York:Wiley

●OCD

OCD のための認知行動療法、なかでも ERP(曝露反応妨害法)は第一選択である。子供に対する ERP は J. S. マーチらによって、成人の方法を子供向けに変容し、外在化や家族セッションを用いて修正された。

March JS: Cognitive-behavior psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. J Am Acad Child Adolesc psychiatry34:7_18, review , 1995

推薦図書

1. 子どものための認知療法練習帳 [単行本] Robert D. Friedberg (原著), Rebecca J. Friedberg (原著), Barbara A. Friedberg (原著), 長江 信和 (翻訳), 大野 裕 (翻訳), 元村 直靖 (翻訳)
2. 子どものための認知療法練習帳ガイドブック [単行本] Robert D. Friedberg (原著), Lori E. Crosby (原著), 長江 信和 (翻訳), 元村 直靖 (翻訳), 大野 裕 (翻訳)
3. 子どもと若者のための認知行動療法ワークブックー上手に考え、気分はスッキリ

4. 子どもと若者のための認知行動療法ガイドブック—上手に考え、気分はスッキリ
B004LV5GR6
5. 子どもと若者のための認知行動療法実践セミナー—上手に考え、気分はスッキリ 下山晴彦 (翻訳), Paul Stallard (原著)
1. 認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム—OCDをやっつけろ! J. S. マーチ (著), K. ミュール (著), 原井 宏明 (翻訳), 岡嶋 美代 (翻訳)
2. こうすればうまくいく発達障害のペアレント・トレーニング実践マニュアル 北道子 (編集), 河内 美恵 (編集)
3. 子どもの不安障害と抑うつ (子どもの心の診療シリーズ) [単行本] 松本英夫 (編集), 傳田健三 (編集), 齋藤万比古 (編集)

II-v) 治療介入技法

8) 遊戯療法

治療技法の要約

遊びが表現手段であり交流手段でもある遊戯療法は、子どもの精神療法の代表的な技法の一つであるため、児童精神科医を目指す医師は必ずその概略を理解していることが求められる。実際の臨床では、医師は親面接、心理士は遊戯療法といった形で主治医と治療者を分けた協働の形をとる治療となることがほとんどであることから、遊戯療法がどのような経験を子どもに提供し、何が期待でき、何を避けるべきかといった治療の概略を知らないまま医師が心理士に子どもの精神療法を丸投げするということでは、子どもの治療が成功するはずもなく、また心理士との信頼関係も形成されないだろう。さらに、遊戯療法に治療者として関わる経験は、子どもの心を対象とする医師として子どもとどのように交流し、どのように治療同盟を形成するか、そしてどのように本質的な問題に切り込んでいくのかという主治医として、また治療者として欠くことのできない「感覚（世に“センス”と呼ばれているものとほぼ一致する）」を磨いてくれるトレーニングの機会としても貴重であることは強調してよい遊戯療法を学ぶ意義といってよいだろう。

現在のわが国で実施されている遊戯療法は極めて折中的な技法といわざるをえない。とはいものの遊戯療法と呼ぶからには、その基盤に遊戯療法の提唱者である Axline の「非指示的遊戯療法」の 8 つの基本原則が治療姿勢として保持されていなければならない。例えば、子どもと同じ高さの目線で遊び心と中立性を持って遊びを見守ること、遊びの空間と時間という治療構造を守ることが治療を守るということ、あるいは遊びは子どもが主導し治療者は子どもに受け入れられる方法でそれに反応するといった遊戯療法の基本的枠組みは、いずれも Axline 流の遊戯療法論に基づいたものであることを承知しておきたい。

Axline の遊戯療法以前に、子どもの精神療法としては Kline や Anna Freud に始まる遊びを媒介とする精神分析技法である「児童分析」が存在していた。現在でも純粹に児童分析を実践している Kline 派や Anna Freud 派の治療者は存在するが、その一方で現在の遊戯療法家は児童分析が開発してきた技法論や発達論の重要な部分を自らの固有の技法に取り入れていることが多い。治療者の眼前で展開する遊びの象徴的な意味の展開をたどり、そのストーリーを読み取り、それに有効な反応を返すためには、治療者は今ここで (here and now) 展開する遊びが表現している内的な願望、防衛、葛藤などの心理機制を各発達段階の特性と照合し、対人的関係性の発達という文脈から再構成するという力動的心理学ならびに力動的発達論を動員することになる。遊戯療法と児童分析の決定的な相違はこうして読み取ったストーリーと症状形成との関連、あるいは不適応的人間関係との関連についての解釈を遊戯療法は遊びの行動として、あるいは遊びに登場する治療者が託されたキャラクター

の言葉や行動に託して子どもに返すのに対して、児童分析は基本的に言語的な解釈を行うという点であるだろう。このような折衷性を意識的に自らの技法体系とした児童分析家がHoworthである。Howorthは遊戯療法の中で遊びの活動を力動的に理解しながら、その理解を基盤とした「返し（reflection）」を登場するキャラクターの言動に託すと同時に、しばしばその読みを「今は返さない」で遊びを見守るという、時機を待つ、禁欲的な姿勢を推奨している。このHoworthの児童分析における姿勢は、非指示的遊戯療法の原則がきちんと守られていると同時に力動心理学的理解に支えられているという意味で文字通り折衷的である。

遊戯療法はその時間的経過に従って導入期、作業期、終結期と分類され、その各期には特有な配慮がなされねばならない。導入期は初回セッションとその後の通常10回ほどの段階で、子どもが遊戯療法という活動の枠組みを知り、場としての安定性・一貫性（部屋、時間、治療者が固定されることによって形成される）を実感でき、ここで自分の内面を表現するという腹が決まるまでの時期といってよいだろう。初回にまず行うべきことは自己紹介を行った後に、例えば「ここではあなたは○○時から△△分間、あなたの好きなように遊ぶことができます。ただ、この部屋の物を壊したり、あなたや私がけがをしたりするような遊びはそれ以上プレイを続けられなくなるのでやってはいけません。ここで遊んだものも持ち帰ることはできません。では始めましょう。」といったふうに枠組みを説明することである。衝動性の高い子どもでは、導入期のプレイは破壊的衝動性を治療の枠に収めるための教育的な関わりが優勢な段階もある。

導入期の終盤から徐々に子どもの遊びは奔放さが現れはじめ、治療者を攻撃する遊び、競い圧勝する遊び、治療者やプレイルームの玩具（アイテムを汚す、あるいは競う、）を汚すといった活動が優勢になる。その頃が次の段階である作業期の開始段階である。作業期を通じて遊びの内容は、競い合い、力を誇示し、圧倒したがるエディプス期的活動、汚したり、ため込んで与えることを拒んだり、それを一気に放出したりといった肛門期的活動、食べ物を作ったり、それを与えたり、むさぼり食ったり、かみついたり、食物を取り上げたりという口唇期的活動が重層的にあらわれては消えていく。ここでいう「重層的にあらわれる」ということは複数の幼児期発達段階の活動が同じセッションで出現することである。治療者はこの多様な遊びの活動に流れる複数のストーリーを読み解きながら遊びに加わっていくことになる。作業期の遊びは概ね治療者そのもの、あるいは治療者の託されたキャラクターに対する子どもの直接的な働きかけであることが多いが、やがて作業期の後半に入つて治療者とともに冒険の旅に出るような両者が横並びで何者かに挑むといった活動に展開していくことも多い。作業期の後半は、子どもと治療者が並び立つ遊びであろうと、横並びの遊びであろうと、子どもは同じ遊びのテーマ（ある幼児的発達段階の願望や

葛藤に関わる活動) を繰り返しが見られるようになる。これは精神分析でいう徹底操作の作業に他ならず、このような活動が優勢になった段階を作業期とは別に徹底操作期と呼ぶこともできる。

作業期には子どもは遊びに熱中し、想像的であり、万能的であり、当然ながら退行的（文字通り幼児返り）である。治療者は作業期にもあくまで子どもの遊びを尊重しつつ遊びの相手、あるいは遊びの同伴者となりながら、子どもの活動のストーリーを読み続ける。いうまでもなく、治療者は読み取ったストーリーの理解をすべて子どもに返すわけではない。今がタイミングと感じるテーマを取り上げ、自分の持つキャラクターの台詞や行動に託してそのテーマを深める遊びへの介入を行う。また治療者は子どもが展開し始めた遊びをいきなり中止して他の遊びに移ってしまうとき、それを「遊びの中止」ととらえ、そこに展開しつつあったストーリーが示唆する課題に子どもはまだ近づけないのだということ、しかしいはずれはそれが重要な課題となるだろうことを知ることができる。作業期、中でも徹底操作期は子どもが自らの解決したい課題と取り組んでいる課題であり、重要な課題であるからこそ繰り返し取り組まねばならないということを理解していかなければならない。

このような作業が続く経過で、ある時期から以前ほど熱心に遊ばない、どこか飽きた様子を示す、学校の活動や友人との付き合いのほうがよいと口にするようになるなど、それまでの遊びへの没頭ぶりとは異なる少し白けた姿勢が優勢になってきたことに治療者は気づくことになる。これこそ治療者が最初に終結期の開始を意識する瞬間といえるだろう。もちろんそこでただちに遊戲療法を終るということは勧められない。こうした姿勢が持続するようであれば親と終結の時期を話し合い決定するタイミングであるだろう。最終回の遊びはサーとこれまでの遊びの内容をなぞるような遊びとなったり、相変わらず気乗りしない様子の遊びであったりする。懐かしそうに以前に遊んだ遊具や玩具を眺めて懐かしそうにするといった行動も見られるだろう。そして時間となると子どもはいつも以上にあっさりと帰っていく。むしろ、名残惜しそうなのは親のほうである。これは理想的な終結である。子ども自身が別れを非常に惜しみ、せつながるといった反応は未解決な重要課題が残っていることの徵候であるのかもしれない。あっさりと帰っていく子どもに対して、治療者もまた静かに、淡々と、そして温かい視線で子どもを見送るべきである。

遊戲療法の適応となる精神疾患は多様であるが、不安障害、転換性障害、解離性障害、気分障害、二次障害化した排泄性障害など以前なら小児神経症や小児心身症と呼ばれた子どもたちが中心となる。発達障害は第一選択とは言い難く、二次障害的な併存疾患に展開した発達障害で初めて適応となると考えるべきだろう。精神病性障害はその急性期には適応とならない。もちろんこれらには例外も多い。さらに適応を左右する重要な要因として年齢がある。遊戲療法は幼児期、学童期（小学生年代半ばまで）、ならびに青年期開始期（小

学校高学年)ではさかんに選択されるが、中学生になると治療抵抗が高まることもある。しかし、中学生はまだ言語的交流を通じた精神療法にははじめないことが多い、「言語的交流を遊戯療法的に」といった感覚で精神療法を実施することになる。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 遊戯療法のおおまかな内容を説明できる。
- 遊戯療法の適応について説明できる。
- 遊戯療法の基本原則について説明できる。
- 治療構造を守ることができる(遅刻しないなど)。
- 力動的発達論の口唇期の心性について少しあり説明できる。
- 同じく肛門期の心性について少しあり説明できる。
- 同じくエディップス期の心性について少しあり説明できる。
- 遊戯療法の症例を経験したことがある。
- それについてスーパービジョンを受けたことがある。
- 心理士に遊戯療法を依頼したことがある。
- 心理士の行った遊戯療法経過と一緒に検討したことがある。

治療技法のための自由ノート

表1 非指示的遊戯療法の基本原理 (Axline VM)

1. 治療者は、できるだけ早くラポートの確立をめざし、子どもとの温かい親密な関係を発展させねばならない
2. 治療者は、子どもをそのまま受け入れる
3. 治療者は、気持ちを完全に表現する自由が保障されていることを子どもが感じられるようなおおらかな気持ちを治療関係に打ちたてる
4. 治療者は、子どもが表現している気持ちの認知に敏感であらねばならず、その気持ちを子どもが自分の行動への洞察を得られるような方法で返さねばならない
5. 治療者は、自分の問題を解決できる子どもの能力への深い尊敬を持ちつづけ、それが解決するための機会を提供する(ただしそれを選択し実行するか否かは子どもが決めることがある)
6. 治療者は、どのようなやり方でも子どもの行動や会話を指示してはならない、すなわち治療は子どもが先導し、治療者はそれに従うのである
7. 治療者は、治療を急がず、治療とはゆるやかに進行するものであることを心得てい

なければならない

8. 治療者は、治療を現実の世界に根づかせるのに必要な、そして治療関係における自分自身の責任を子どもに気づかせるのに必要な最小限の制限を設ける

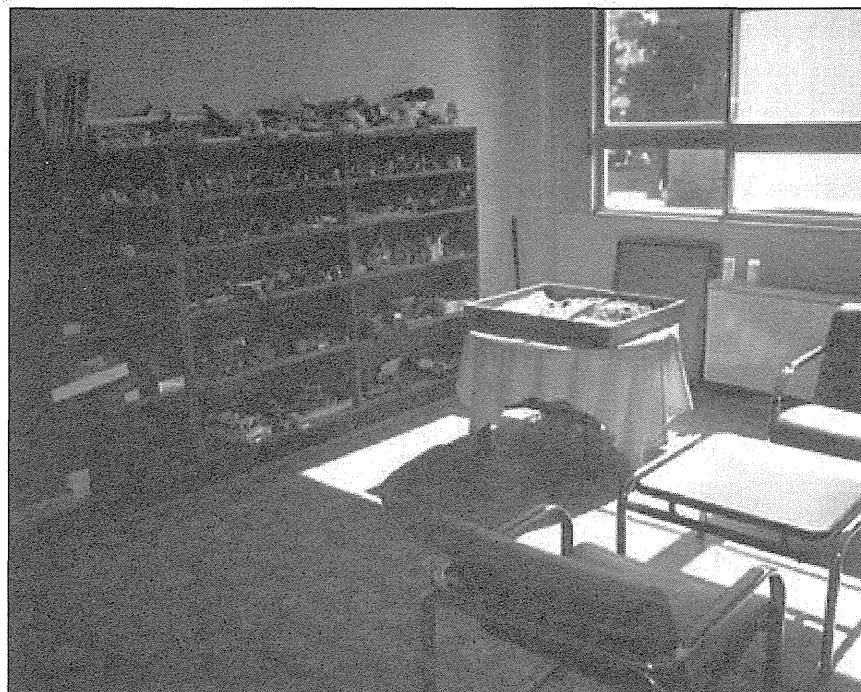


図 遊戯療法室（プレイルーム）の一例

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

他の医師や心理士が行った遊戯療法の検討会に参加し、遊戯療法について聞いたことがある。さらに、遊戯療法についての推薦図書のいくつかを読んだことがある。適応疾患は何か理解しており、遊戯療法の概要について説明できる。

研修中級（研修 proper）：

遊戯療法の治療者として少なくとも 1 症例以上の経験をし、少なくとも 1 症例以上の遊戯療法について指導医あるいは心理士のスーパービジョンを受けた。さらに推薦図書による学習を続けている。

研修上級（研修 master）：

自分一人で遊戯療法を実施でき、振り返りができる。他の治療者による遊戯療法症例について系統的にコメントできる。心理士に依頼した遊戯療法症例について、心理士と各セッションの検討を続けながら協働することができる。

参考文献

- 1) Axline VM: Play Therapy. Houghton Mifflin, 1947. (小林治夫訳: 遊戯療法. 岩崎学術出版, 東京, 1972.)
- 2) Haworth MR: A Child Therapy: Hour by Hour. International Universities Press, Madison, 1990. (齊藤万比古監訳: ある少年の心の治療 遊戯療法の経過とその理論的検討. 金剛出版, 東京, 1997.)

推薦図書

1. Axline VM: Play Therapy. Houghton Mifflin, 1947. (小林治夫訳: 遊戯療法. 岩崎学術出版, 東京, 1972.)
2. Haworth MR: A Child Therapy: Hour by Hour. International Universities Press, Madison, 1990. (齊藤万比古監訳: ある少年の心の治療 遊戯療法の経過とその理論的検討. 金剛出版, 東京, 1997.)
3. Winnicott DW: Playing and Reality. Tavistock Publications Ltd, London, 1971. (橋本雅雄訳: 遊ぶことと現実. 岩崎学術出版, 東京, 1979.)