

武庫川女子大学  
発達臨床心理学研究所紀要

第 25 号

THE BULLETIN

of

The Institute of Developmental and Clinical Psychology

MUKOGAWA WOMEN'S UNIVERSITY

VoL.25

2024

令和 6 年 3 月

武庫川女子大学発達臨床心理学研究所

武庫川女子大学  
発達臨床心理学研究所

第 25 号

THE BULLETIN

of

The Institute of Developmental and Clinical Psychology

MUKOGAWA WOMEN'S UNIVERSITY

---

VOL.25

2024

---

目 次

原著

バウムテスト 2 枚法における内的体験に関する質的研究

——インタビュー調査を通して——

..... 藤浪 桃子・佐藤 淳一 ..... 1

展望

発達性 Gerstmann 症候群における左右弁別検査の意義と課題

..... 萱村 俊哉 ..... 13

日本における親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の

効果に関する文献展望

..... 細川 亜希・新澤 伸子 ..... 23

エッセイ

フランスにおける文化的体験と刑務所の音楽ナラティブ調査

——トゥール大学在外研修報告——

..... 松本 佳久子 ..... 32

2023 年度発達臨床心理学研究所公開講座

これからの心理療法 総合的アプローチとソーシャル・ジャスティスの視点 ..... 36

報 告

2023 年研究所活動報告 ..... 60

投稿規程 ..... 64

【原著論文】

バウムテスト 2 枚法における描画者の内的体験過程  
—インタビュー調査を通して—

藤浪桃子・佐藤淳一

(武庫川女子大学大学院文学研究科臨床心理学専攻修了・  
武庫川女子大学心理・社会福祉学部心理学科)

Examination on the Inner Experiences in Baum test at two time points  
through semi-structured interviews

FUJINAMI Momoko ・ SATO Junichi

*Department of Psychology, School of Psychology and Social Welfare  
Mukogawa Women's University*

**Abstract**

This study examines the inner experience of the drawing process in Baum test at two time points. Participants were undergraduate and graduate students (n=14). They completed the Baum test at two time points, after which they were interviewed about their inner experience. The protocol data obtained were analyzed using the modified grounded theory approach. At the first time point, 5 categories and 17 subcategories were extracted from the data, and at the second, 6 categories and 21 subcategories were extracted. The process model suggested the following important characteristics of inner experience: 1) various activities and accompanying feelings occur and influence each other at different levels in the subjective world of a drawer; 2) the drawer experiences a conflict between the first and second time points, causing a sense of “waving” through various selections and decisions, and producing an original inner experience.

**Key Words:** inner experiences; Baum test; M-GTA

**問題と目的**

1. はじめに

バウムテスト (Baum test) とは、カール・コッホ (Koch, K.) によって体系化された「実のなる木」を課題とする投影描画法である (Koch, 1957/2010)。描かれた木から対象者の無意識の自己像や、心のあり方、パーソナリティ傾向を把握することが可能であり、心理アセスメントに用いる心理検査として普及している。バウムテストは 1961 年にわが国に導入され、現在も心理臨床現場で最も頻度の高い人格検査の 1 つとして実施されている (小川, 2011)。

バウムテストの教示は、Koch (1957/2010) によると「実のなる木を 1 本描いてください」とされている。それゆえ、Koch による 1 枚法がバウム・テスト元来の実施法である。ただし、ステレオタイプであったり得るところのないバウムが描かれた場合、別の側面を調べるため、2 枚目

を描くように求めている。一方、国内のバウムテストの施行法を検討した一谷ら（1985）によると、臨床場面における1枚法の実施は、アセスメントに必要な情報量を考えると限界があり、また3枚以上は描画者に負担が大きいため、2枚法の実施が妥当だとした。もっとも、2枚目を描くように求めるのは、変法の一つとされている。

では、1枚目と2枚目ではどのような違いがあるだろうか。国外では、Stora（1975/2020）によると1枚目は「新規場面や慣れない環境、自己制御を要する場面での反応」、2枚目は「慣れ親しんだ状況での反応」だとした。また、Castilla（1994/2003）によると、1枚目は「社会的、職業的態度」、2枚目は「内的自己像」を表すとした。国内では、三船・倉戸（1992）は「1回目は外向きに見せている自分の顔で、2回目は内的な自分の姿を現している」。これらをまとめると、1枚目は社会の中での自己像がより表現されやすく、2枚目では防衛的な構えが減少した内的自己像がより表現しやすいとされる（佐藤・鈴木、2009）。実際、1枚目と2枚目のバウム作品を印象評定によって比較したところ、2枚目の作品は「エネルギー」や「陰影」の印象得点が高いことが示されている（大矢ら、2017）。

一方、描画法の解釈をより描き手に沿ったものにするためには、描き手の描画体験への接近が必要である（岸本、2015）。それゆえ、描画特徴とともに、描き手が描画の際に何を体験し感じたのかという体験過程<sup>1</sup>にも着目することも重要である。近年、描画法によって描き手がどのような体験をしているのか調査研究が行われている。例えば、近藤（2011）は描画法全体の体験を検討したところ、描画中に描き手は、描線を素早く引けた感覚、違和感が何度も修正を繰り返す感覚、実施者にみられている感覚を体験していた。大石・成瀬（2012）は、描画の描き手が心理的な体験を得て、身体的な感覚の解放がもたらされるとした。もっとも、これまでバウムテストに関する研究は量的研究が多く、描き手の内的体験を扱った研究は少なかった（佐渡ら、2010）。近藤（2016）はバウム法、S-HTPP法、風景構成法の描画過程における主観的体験を検討したところ、描画プロセスは様々な性質をもったプロセスが循環的に繰り返されることを明らかにした。しかし、バウムテスト2枚法の描画者の内的体験過程に関する実証的な研究はされていない。2枚法によって描き手の深い層が表れるのであれば、1枚目と2枚目で描き手の内的体験も異なるだろう。とりわけ、1枚目を描き終え、2枚目の教示を受けて描き始めるとき、描き手の中で何が体験されているだろうか。描画のプロセスの中で、描画者がどのように感じ体験しているか着目することは、描画プロセスを通じて何がどのように治癒的に働いているか迫ることにもなる（平田、2016）。

そこで本稿では、バウムテスト2枚法における描画者の内的体験過程について明らかにすることを目的とする。具体的には樹木を描画する際に「どのようなことを感じ、体験しているのか」尋ね、1枚目2枚目での体験過程を比較する事で、描き手の内面にどのような変化が起きているのかに着目する。また、臨床心理学において一般性を有する知見を導くための研究デザインとして、非臨床群を対象とした質的研究が有効である（佐々木、2005）。非臨床群のバウム作品は臨床群のそれと表現内容や描画過程の内的体験も異なると考えられるが、本研究は臨床場面に活かすための基礎研究という位置づけから非臨床群を対象とする。

<sup>1</sup> ここで言う体験過程とは、Gendlin（1961/1981）の言う体験過程において明確に言語化できないような前概念的な体験のことを指している。弘中（1995）は、箱庭療法や遊戯療法などにおいて前意識・前概念的水準において洞察体験が生じることで、制作者の内的変化が生じうると考えた。そこで箱庭作品や描画作品といったイメージ表現における前概念体験を「どのように言葉にして表現すればよいか分からず、無理に言語化するとかえって本質的なものが壊れてしまいそうであるが、確かに感じている何か」であり、「その確かな体験は暗々裏の意味や方向付けを含んでいて、問題状況や葛藤から抜け出すための出口が直感的に把握されるような性質のもの」と定義した。

## 方法

### 2-1. 調査対象者

本研究の調査対象者は、調査内容への同意を得られた大学生 4 名（学部 3 回生）、大学院生 10 名（修士課程 1 年 5 名、修士課程 2 年 5 名）、平均年齢は 22.8 歳 ( $SD=1.21$ ) を対象とした。調査協力者は、バウムテストの内容や実施をすでに授業等で学んでいた。

### 2-2. データ収集期間

2022 年 11 月-12 月

### 2-3. 手続き

調査募集の段階では、「面接調査ご協力をお願い」という研究の目的、概要等を明記した協力者募集の用紙を作成した。授業の空き時間等で配布し、協力者を募り、協力に応じる人には別途日程調整を行った。

調査当日は、同意が得られた調査対象者に個別法によってバウムテスト 2 枚法を実施し、その直後に半構造化面接を行った。バウムテストでは、1 人の調査対象者につき A4 サイズの用紙 2 枚と 4B の鉛筆 2,3 本、消しゴムを用意した。教示は「今から木を描いてもらいます。これは絵の上手下手を調べるものではありませんので、気楽な気持ちで描いてください。しかし、いい加減に描かないでできるだけ丁寧に、自分の思ったように描いて下さい」と説明した上で、「それでは、実のなる木を 1 本、描いて下さい」と教示した。1 枚目のバウムテストを描画終了後、2 枚目も同じ教示を行った<sup>2</sup>。描画後の質問については、高橋・高橋 (2010) の項目を参考にしながら、バウムテスト 2 枚法における内的体験過程に即した内容を作成した。質問項目は、1. バウムテスト描画後の質問(この木はどのような状態の木ですか？木を思うように描けましたか？描き足りないところや描きにくかったところはありますか？)、2. バウムテスト 1 枚目の体験過程についての質問 (描いている時に感じたことや考えていたことはありますか？どのようなことを表現しようと描いていましたか？)、3. バウムテスト 2 枚目の体験過程についての質問 (描いている時に感じたことや考えていたことはありますか？・どのようなことを表現しようと描いていましたか？)、4. 全体についての質問 (実のなる木を描き終わってみて感じることはありますか？木を 2 枚描いてみて気持ちや意識に変化はありましたか？もしあればそれはどのような変化ですか？その他自由に話してみてください) であった。

調査対象は、大学生および大学院生 11 名（すべて女性、平均年齢 22.8 歳 ( $SD=1.3$ )。バウムの平均描画時間 1 枚目は 2 分 31 秒、2 枚目は 3 分 28 秒であった。本研究の実施は、武庫川女子大学文学部心理・社会福祉学科研究倫理審査委員会の承認を得た(承認番号：2022062)。

### 2-4. 分析方法

分析には木下 (2003) の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified-Grounded Theory Approach, M-GTA と略) を用いた。M-GTA とはデータに基づいて分析を進め、データから概念を抽出し、概念同士の関連づけによって研究領域に密着した理論を生成しようとする研究方法である。M-GTA を用いた理由は、バウムテストを 2 枚描くときに何をどのように体験しているのか、一連の内的なプロセスを分析するのに適しているためである。今回は半構造化

<sup>2</sup> Kochによるバウム2枚目の教示内容は、1枚目とは異なる表現を求めため、描画者が1枚目を描いた後に「果物の木をもう一度描いてもらえますか。ただしすでに描いたのとは全く違う木を描いてください」(Koch,1957/2010, 邦訳, p.147), あるいは最初に枝のない球形樹冠を描いた人には、「枝のある樹冠を描いてください」(Koch,1957/2010, 邦訳, p.72) である。本邦のバウム研究をみると、2枚目の教示について、2枚目の際に1枚目とは別の木を描くよう促すものもあれば(一谷ら, 1985)「同じ木でもいいですし、別の木でもいいです」と描画者に形態を変えるよう必ずしも求めないもの(佐藤・鈴木, 2009), 1枚目と同様の教示を繰り返すもの(三船・倉戸, 1992)など様々である。本稿では、1枚目と違った木を描くように求めると、作品表現の制約を設け自由度を下げることになると考えたこと、また、1枚目から2枚目への内的体験をできるだけ自由度を保証した教示で明らかにしたいねらいから、1枚目と同様の教示を繰り返すこととした。

面接の中で得られた内容を逐語録にして分析した。

## 2-5. 分析手順と分析の流れ

分析の手続きは M-GTA に準じて以下の通りに行った。分析テーマを「バウムテスト 1,2 枚目を描画しているとき、描き手はどのようなことを感じ、何を体験しているのか」というテーマを設定した上で、①逐語録の作成：面接調査の逐語録を作成し読み込む、②概念生成：逐語を意味や文脈のまとまりで区切り概念生成を行い、分析ワークシートに概念名、定義、具体例、理論的メモを記入する。分析ワークシートは個々の概念ごとに作成し、同時並行的に他の具体例をデータから探し追記していく、③カテゴリーの生成：概念生成を繰り返しながら複数の概念間の関係について比較検討しカテゴリーに統合する、④カテゴリーの修正、統合：カテゴリーグループの分類や概念の検討を繰り返す、⑤結果図の作成：これ以上新しい知見が得られない状態に達した時、分析結果の概要を結果図としてまとめ作成した。

分析の流れは次の通りである。内容が豊富な一事例から分析を始め、逐語録を意味のまとまりで区切り、自分の考えなどを理論的メモとして追記しつつ、分析ワークシートに概念名を記入した。複数の具体例が収集でき次第、複数の具体例をまとめて表現出来る言葉を検討し、定義と概念名を生成した。そして、概念生成を繰り返しつつ、概念間の関連を示すカテゴリーを命名した。1 枚目、2 枚目それぞれでカテゴリー生成を行った後、全体で検討した。例えば、全体で概念生成を行う中で、2 枚目の独自のカテゴリーを新たに設けた。なお、カテゴリーや定義の修正を行った後は再度データに立ち戻り、概念やカテゴリーの確認を行った。

## 結果

### 3-1. 結果の整理

調査対象者から得られた全ての逐語記録について分析を行った結果、1 枚目は 5 つのカテゴリーと 17 の概念が抽出され (表 1)、2 枚目は 6 つのカテゴリーと 21 の概念が抽出された (表 2)。具体例の末尾には調査の対象者をアルファベットの A から N で示した。それぞれの内的体験のプロセスを図 1 と図 2 に表した。なお、バウムテスト 1 枚目の描画平均時間は約 2 分 51 秒 (最短 1 分 15 秒, 最長 5 分 30 秒)、2 枚目の描画平均時間は約 3 分 25 秒 (最短 1 分 38 秒, 最長 8 分 9 秒)であった。以下、本文中において 〈〉 はカテゴリー、【】 は概念名、概念の定義を [ ], 具体例を “ ” で示す。

### 3-2. ストーリーライン (1 枚目)

バウムテスト 1 枚目の描画者の内的体験過程は、以下のようなプロセスを辿っていた。まず、描き始めの内的体験過程として、描画者は教示を受けて〈描画を行う事への戸惑い〉を体験し、【迷い】【不安】を感じる。この【迷い】【不安】は描きはじめだけでなく後述の描画途中でも生じている。次に〈樹木イメージの想起〉をし、具体的にどのような樹木を描こうか記憶を想起する。想起は 3 種類あり、幼少期など自身の過去の経験から樹木イメージを連想する【過去の経験を想起】、自身の現状等から照らし合わせて樹木イメージを連想する【現状の想起】、自身の頭の中の心象風景等から連想する【イメージから連想】があり、さらに【無心】という具体的な樹木イメージを想起せず描きながら考えることもみられた。

描画途中の内的体験過程としては、〈描画作業の推移〉、〈描画中の感情の揺れ動き〉があり、〈描画作業の推移〉では [描いている最中に、樹木の状態と照らし合わせ形状を考える]【レイアウトの構築】と、[全体を見て樹木の描き足しや修正を行うこと]である【樹木の修正作業】、〈描画中の感情の揺れ動き〉では【もどかしさ】【描く難しさ】【樹木に対する寂しさ】【楽しさ】があり、描き手は木を描いている間、様々な感情を体験する。【もどかしさ】【描く難しさ】【樹木に対する寂しさ】などの負の感情を体験した場合、加筆や消去をする【樹木の修正作業】を行うなど、感情の体験に応じて描画作業も一進一退を繰り返す。この描画途中のプロセスは【迷



(バウムテスト 2 枚法における描画者の内的体験過程)

い】に戻ることもあり、揺れ動きながら進んでいく。

終盤では〈描画終盤の感情体験〉として、【後悔】【不全感】【納得】【達成感】【安堵感】を描き手は体験する。描画が進み終盤になるにつれ、樹木の全体像が見て取れるようになると、描き手は自分が描いた樹木に対して何らかの感情を抱く。樹木を思い通りに描けたという【達成感】【安堵感】といった感情や、思い通り描けなかったという【不全感】【後悔】という感情、“これで終わりにしよう”“これでいいか”というような【納得】という感情である。時に終盤で【不全感】【後悔】を体験した人は、途中の【修正作業】に戻ることもある。

表 1 1 枚目の内的体験過程のカテゴリー、概念、具体例の表

カテゴリーグループ	カテゴリー	概念	具体例
描き始めの 内的体験過程	描画を行う事への戸惑い	迷い	絵がそんなに上手じゃないので、どう描けばいいかって思って迷いました。(K)
		不安	描く前は上手くかけるかなぁ、上手く描かなくていいとは分かってるけど人に見られるからそれなりのものを描けるかなという不安と緊張は薄くあった(D)
	樹木イメージの想起	過去の記憶を想起	想像する時に自分のちっちゃい時の頃、母親から絵本読んでもらってたんですけどその木ってどういうのやっただろうと思い出しました。(H)
		現状の記憶の想起	私が普段見てる木ってなんだったっけ…で描きながら思い出して、それにこう似せようとした感じですかね。(B)
		イメージから連想	風が通ってるような場所を思い浮かべながら描いたので、涼しさとかのどかな所行きたいなあみたいに思い浮かべてました。(E)
無心	どんな木描こうかなと、あんまりこういう木描こうとかそういうことは考えずになんとなく思うがまま描いた(N)		
描画途中の 内的体験過程	描画作業の推移	レイアウトの構築	奥行きを持たせたら(実を)もっと描こうかと思ったんですけど、実は(葉が)めちゃめちゃ生い茂っているから、隠れて見えないかなと思ってちょっとだけになりました。(F)
		樹木の修正作業	実を最初、葉っぱの上に描いてしまっていて、違う違う枝のところに付けないと、と思って枝のところに書き直しました。(E)
	描画中の感情の揺れ動き	もどかしさ	木の葉っぱが納得いなくて。バランス悪いなあと思って。(M)
		難しさ	実のなる木というのがパツと浮かばなくて、1本だけ自立しているような実のなる木というのをなかなか普段見かけないので想像しながら描くのが難しかったですね。(I)
		寂しさ	最初からまあこういうのは描くつもりでしたけど、いざ描いてみるとなるとなんか寂しいなあと思いました。(L)
楽しさ	どちらかというと1枚目は楽しい気持ちだった。(K)		
描画終盤の 内的体験過程	描画終盤の感情体験	後悔	めっちゃ細かく描きたかった。なんなら今思えば桜の花を散らせばよかったと思います。(M)
		不全感	もう少し細かく枝分かれさせたかったけど上手く描けなかったです。(I)
		納得	最後はもうこれで完成かなと納得して終わりました。(H)
		達成感	いい感じに木を描けたんじゃないかなと思います(N)
		安堵感	とりあえず、描けたという安心感ですね。(J)

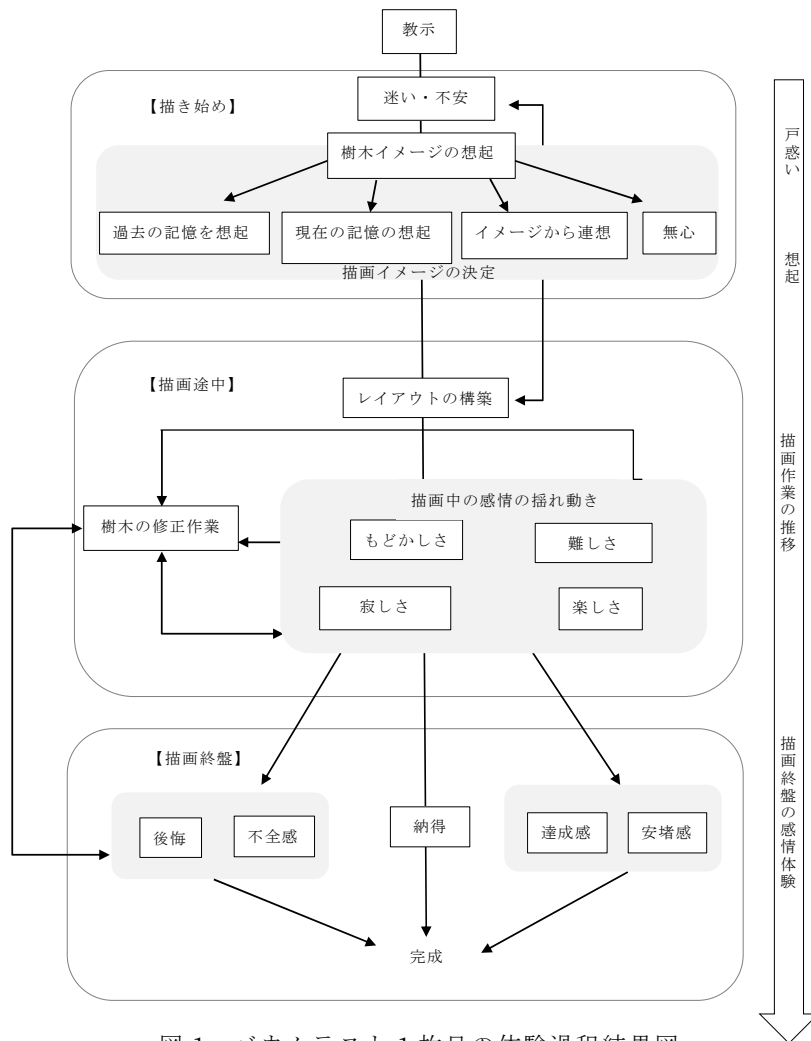


図1 バウムテスト1枚目の体験過程結果図

### 3-3. ストーリーライン(2枚目)

バウムテスト2枚目の描画者の内的体験過程は、以下のようなプロセスを辿っていた。まず、描き始めの体験過程として、1枚目と同様〈描画を行う事への戸惑い〉を体験する。多くの描き手はバウムテストを2枚連続して描く経験が少ないため、【2枚目への戸惑い】を体験する。〈樹木イメージの想起〉も1枚目と同様【過去の経験を想起】【現状の想起】【イメージから連想】【無心】をそれぞれ体験する。次に、2枚目の描画途中の内的体験過程では〈描画作業の推移〉として【レイアウトの構築】【樹木の修正作業】がみられた。そして、〈2枚目で生じた内的変容〉として、【描画への慣れ】【新たな挑戦】【樹木を変化させる】【2枚目の描きにくさ】【2枚目に対する驚き】が抽出された。1枚目と内的体験過程が異なるのは【描画への慣れ】から[1枚目で描いた樹木の反省や経験を活かし2枚目を描くこと]という【新たな挑戦】が生じ[1枚目とは違う木にしようと思うこと]という【樹木を変化させる】パターンがみられたことであった。【新たな挑戦】【樹木を変化させる】ことは、描画中だけでなく、1枚目が終了し2枚目の教示を終えた時点でもみられた。〈描画中の感情の揺れ動き〉では1枚目同様、【もどかしさ】【描く難しさ】【木に対する寂しさ】【楽しさ】を体験し、感情の揺れ動きに応じて【迷い】を抱えながらも【レイアウトの構築】と【樹木の修正作業】を繰り返しながら描画を進めていく。2枚目の〈描画終盤の感情体験〉としても、1枚目同様に【後悔】【不全感】【納得】【達成感】【安堵感】



(バウムテスト 2 枚法における描画者の内的体験過程)

が生じ、様々な感情を抱きながら樹木を完成へと導いていた。

表 2 2 枚目の内的体験過程のカテゴリー、概念、具体例の表

カテゴリーグループ	カテゴリー	概念	具体例
描き始めの内的体験過程	描画を行う事への戸惑い	2 枚目への戸惑い	2 枚連続で描いてって言われる経験がなかったんで、何を描けばいいのかって 2 枚目が本当どうしようと思ひながら描きました。(K)
		過去の記憶を想起	昔「どうぶつの森」をやっていたのでどうぶつの森の木こんな感じかなと思ひ出しながら描きました。(K)
	樹木イメージの想起	現在の記憶の想起	地元のでっかい神社にあるような木。あとはおばあちゃんの家近くにあるめっちゃでかい木を思い浮かべて描きました。(A)
		イメージから連想	風景を思い出しながら…ですかね。完全なイメージ。(E)
描画途中の内的体験過程	2 枚目で生じた内的変容	無心	これ(木)は特にイメージはしてない。浮かんできたまま。(J)
		慣れ	線をこう重ねたりして割と木の全体の形を 1 枚目で習得したって言ったらなんかあれですけど、描くの慣れた感じで、2 枚目は割とスッとかけた感じがします。(I)
		挑戦	2 枚目は 1 枚目の失敗とか 1 枚目こう描いたから、みたいなんがあつてちょっと描きやすくなりました。初めは想像が出来なかったけど 1 回目描いたことで 2 回目が想像しやすくなりました。(H)
		変化させる	(2 枚目) ちょっと今までこういう木を描いたことが無かったので、大体 1 枚目みたいな木を描いて終わりにしちゃうので、でもちょっと違う木を描いてみようかなと思つて、さっき描かなかった枝とかを…こんな感じ? と思ひながら描きました。(G)
		描きにくさ	1 枚目よりは描きにくくなって感じましたね。全然イメージがまとまらないし、鉛筆も進まないなあと思つて(N)
		驚き	私の木はこれしかない! と思つてたんですけど描いてみたらあつ意外とこういう表現も出来るのかなと今思つていて、なんかもっと色んな描き方が出来そうかなあと。(G)(略)
描画途中の内的体験過程	描画作業の推移	レイアウトの構築	葉を落としてもいいかなって思つたんですけど想像してるのは秋じゃなくて春だったのでそんなに葉が落ちてるわけじゃないので沢山ついててもいいかなと描きました。(C)
		樹木の修正作業	最初、ここ(幹)描いて、その後に草描いたんですけど、草描いた後になんかバランスが悪いな思つてここ(幹)を長くしました。(B)
	描画途中の感情の揺れ動き	もどかしさ	2 枚目を描いているときに感じたのは、何を描こうっていう迷いとかうーん思ひ浮かばないな思つていうもどかしさを感じました(N)
		描く難しさ	幹と樹冠とかのバランスが難しかったですね。(C)
		寂しさ	2 枚目は寂しい気持ちがありますね。(K)
		楽しさ	描いているときは絵を描くことがあんまりなかったの楽しいな思つて (N)
描画終盤の内的体験過程	描画終盤の感情体験	後悔	本当はもう少し下に下げて、三角を大きくしたかったです。(K)
		不全感	なんか、へんでこ、上手く描けんかったな思つて感じます。(A)
		納得	最後の方はどこまで描こうかなあ、もうちょっと描きたい気もするけどあんまり浮かばないしこれで終わりにしようみたいな感じですか。(N)
		達成感	(2 枚目が) 1 枚目よりかは上手く描けたな思ひます。(A)
		安堵感	(2 枚目)描きながら考へてたんですけど。ちょっとは違う絵になった安心感がありました。(J)

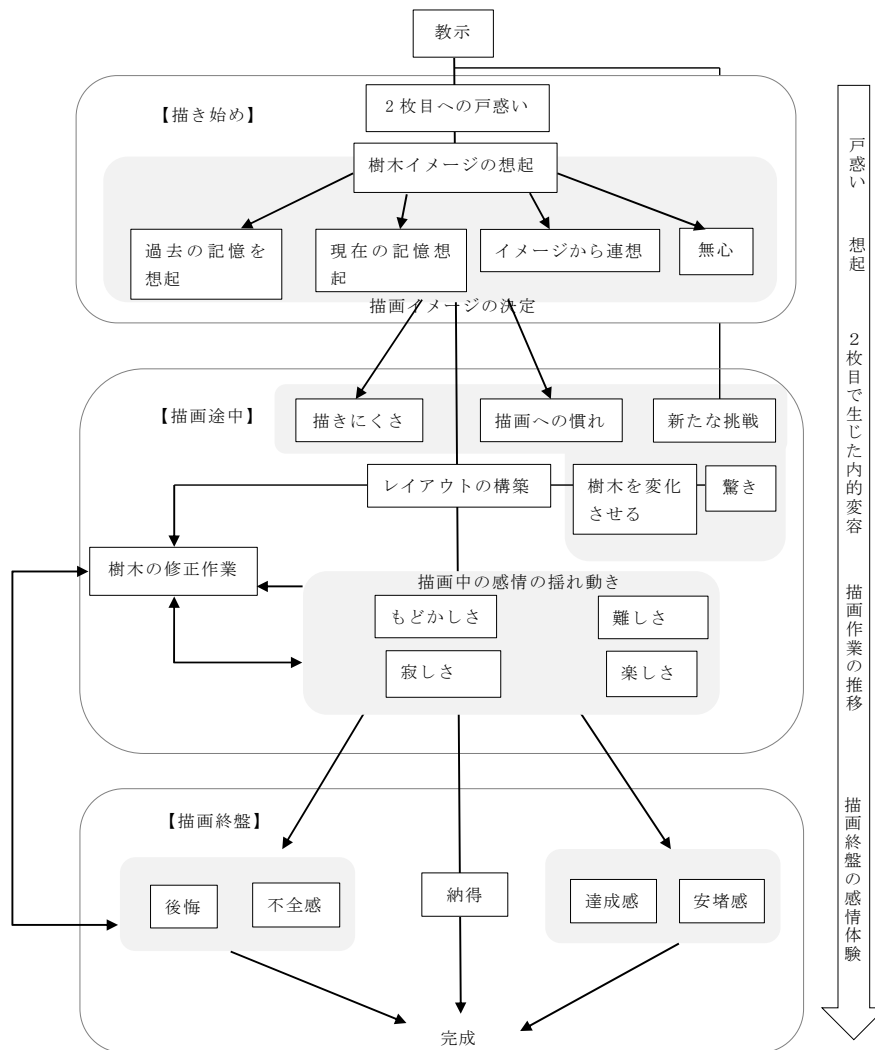


図2 バウムテスト2枚目の体験過程結果図

## 考察

### 1. 1枚目と2枚目に共通する描画の内的体験過程

バウムテスト1,2枚目を描画している際、描き手はどのようなことを感じ、何を体験しているのかを明らかにしたところ、1枚目と2枚目は共通してカテゴリーグループとして「描き始めの内的体験過程」、「描画途中の内的体験過程」、「描画終盤のII滴体験過程」の3段階がみられた。

まず、「描き始めの内的体験過程」の段階では、白紙を渡され教示を与えられた描き手は〈描画を行うことへの戸惑い〉を体験する。自分の描いた樹木を人にみられるという不安、緊張、迷いが生じる。これは、箱庭作品の制作者が戸惑いを覚えるという箱庭制作の内的プロセスとも一致する(花形, 2012)。こうした戸惑いを経て、描き手は〈樹木イメージの想起〉を行う。これは、樹木イメージを構築するプロセスで、このイメージによって描き手はそれぞれの樹木を描くことになる。この段階で多くは、【過去の経験を想起】【現状の想起】【イメージから連想】から樹木イメージを形づくる。教示を受けて連想した過去の記憶が描画表現に表れることは、こ

れまでの描画プロセスの知見とも一致する (近藤, 2016)。また, 風景構成法の描画プロセスでは過去の記憶と心的イメージの織り混ざった表象がみられることから (竹村, 2019), 過去や現在の記憶, イメージの連想によって樹木が表象されるため, 「想起」することは描画過程の前半で中心的な役割を果たすと考えられる。

次に, 「描画途中の内的体験過程」の段階に移る。描画作業が始まると【レイアウトの構築】【樹木の修正作業】が同時並行的に生じる。【レイアウトの構築】は描き手が多くの時間を割き, ときには描き始めの【迷い】に戻るなど, 描画作業は一進一退を繰り返す。その際描き手は, 【もどかしさ】や【描く難しさ】など (描画中の感情の揺れ動き) を体験する。例えば, 頭の中に樹木イメージの「理想」がある場合はそのイメージ通りに描くことができない現実とのギャップに直面し, 「描きたいのに描けない」「納得できない」という葛藤状態に陥る。その一方, 描画の最中に【楽しさ】を味わうこともあり, 描き手は様々な感情の揺れ動きを体験している。

また【樹木の修正作業】は, 樹木に加筆や修正を繰り返し行うことで, 描画者が自らイメージした理想の樹木に近づけていく過程である。【もどかしさ】や【描く難しさ】, 【寂しさ】を体験した場合は【樹木の修正作業】に移り, 自分の思い描くイメージに近づけようとする。これは, 「描画のさびしい印象の改善」や「描画のバランスの補正」といった「調整プロセス」(近藤, 2016) に該当する。この「調整プロセス」をいかにもてるかによって, その後の達成感や満足感が決まってくる。

そして最後に, 樹木の形状を決定づけ, 描画を完成させていく, 「描画終盤の内的体験過程」に至る。ここで描き手は自らが描いたバウム作品について, 【後悔】や【不全感】といった否定的感情, あるいは【達成感】や【安堵感】, 【納得】といった肯定的感情を体験する。この感情体験は, 前段階の (描画中の感情の揺れ動き) とも連動している。例えば, 描画の中盤で【もどかしさ】や【描く難しさ】が解消できないと, 終盤で【後悔】【不全感】に繋がることもあれば, 対照的に描画の中盤で【楽しさ】を体験すると, 描画終盤では【達成感】を体験することもある。これは, イメージ通りに描けた場合には「しっくり感」を感じ, 描けなかった場合には不全感や困り感を体験するという風景構成法の内的体験とも一致する (竹村, 2019)。なお, 自分の描いた樹木を「これで良い」と思って描画の完成へと向かう【納得】は, 受容と諦めに近いこともある。これは, 不十分な描画作品を受け入れざるを得ない, 妥協と不満足を体験させるという「受容プロセス」(近藤, 2016) とも一致する。

このように描き手は, 樹木イメージを想起したり様々な感情を体験しながら内的活動一進一退を繰り返し, 自分が描いた樹木に対して肯定的あるいは否定的感情を抱きながら描画を完成させる。このように描き手は, バウムテストの描画段階によって, 内界にはイメージや記憶の想起という前意識水準を含んだ内的活動, そしてレイアウトの構築や修正作業といった意識水準中心の内的活動が生じ, またそれに伴って様々な感情体験が喚起され, 最終的には納得感という感情を手がかりに完成させるプロセスを辿っていた。このことから, 描画者の内的活動と感情体験は様々な水準で相互に影響を与え, 描画プロセスが進むことが示唆された。

## 2. バウムテスト 2 枚目における独自の内的体験について

バウムテスト 2 枚目では, 1 枚目では生じていなかった描画者の内的体験過程がみられた。2 枚目で明らかになった概念は, 【新たな挑戦】【描画への慣れ】【描きにくさ】【樹木を変化させる】【驚き】である。1 枚目のバウムテストで描画終盤に描き手は, 【後悔】【不全感】【達成感】【安堵感】【納得】のような様々な感情体験し, 1 枚目の描画を終えた描き手は即座に次の 2 枚目を描くよう教示される。今回, 描き手の描画への自由度を高めるために, 1 枚目と同様の教示を 2 枚目の描画前にも繰り返したが, 描き手はどのような木を描くか, その自由度の高さゆえに描き手は困惑することもあった。例えば, 「2 枚連続で描いてって言われる経験がなかったんで, 何を描けばいいのかって 2 枚目が本当どうしようと思いながら描きました (K)」や, 「2 枚描くから違う木にした方がいいかなと思ったんですけど, 思いつかなくて何書いたらいいんだ

ろうって思って絵本みたいな絵を思い出したのでそんな感じにしてみました (B)」である。この「選択」は、1枚目を経たからこそ2枚目で「次はどのような木を描こうか」という戸惑いを覚える。中には、「1枚目よりは描きにくいなって感じましたね。描き始めの時点でどんな木を描こうって描きにくさがありました (N)」と、【2枚目の描きにくさ】を感じたと考えられる。一方、「線をこう重ねたりして割と木の全体の形を、1枚目で習得したって言ったらなんかあれですけど、描くのに慣れた感じで、2枚目は割とスッとかけた感じがします (I)」と【描画への慣れ】もあり、2枚目を描く際の、「描きやすさ」「描きにくさ」は描画者によって異なると考えられる。

そして、[1枚目で描いた樹木の反省や経験を活かし2枚目を描くこと]である【新たな挑戦】では、描き手の内面に変化が表れていた。例えば、「描いていく中で、もうちょいこれこうしてみようとか。(中略)1枚目に足りなかったものを補おうみたいな感覚もあったなって感じですよ (D)」と、1枚目で表現しきれなかった部分に関して2枚目で補完しようとするものや、「1枚目と違うのは、枝を描いてみようと思ったところです。(中略)でまあ、私の中で木ってどっしりしてる感じがあるので、そのどーんっていうのを表現してみたかったなあというのがありません (G)」と語られるように、2枚目で描画者の描く意欲が喚起され、新たな表現に挑戦するものもみられた。また、[樹木の形状を1枚目とは違う木にしようと思うこと]である【樹木を変化させる】では、「2枚目なんで、同じものを描いたら全く同じものできちゃうなと思って。それなら別のタイプの思い浮かぶイラストを描こうと思いました (K)」という語りや、「大体1枚目みたいな木を描いて終わりにしちゃうので、でもちょっと違う木を描いてみようかなと思って、さっき描かなかった枝とかをこんな感じ?と思いながら描きました (G)」との語りから、教示されているわけではないが、1枚目とは別の木を描こうと絵を変化させる語りが見られた。さらに、描き手にとって研究実施者の存在も関わっていたと考えられる。例えば、「なんか特に言われてないんですけど、1枚目と違うのにしようと思ったって感じですよ (N)」、「2枚とも全然違う絵を描かないといけないという決まりはないと思うんですけど、でもなんか違う絵を描いた方が良いのかなって最初に思い込んでいた (J)」といった語りから、描き手が他者(研究実施者)の存在を意識している可能性が考えられた。

このような【新たな挑戦】、【樹木を変化させる】という体験を経た描き手は、【2枚目に対する驚き】を体験した。例えば「絵に苦手意識がすごいあるので、2枚目って言われても...みたいなところがあって、私の木はこれしかないと思ってたんですけど描いてみたら、あっ意外とこういう表現も出来るのかなと今思っていて、なんかもっと色々な描き方が出来そうかなあと (G)」という語りや、「こんな短時間で木を描いたのにこんな違う木描けたんだって驚きです。(N)」などと、2枚目を描いてみて今までに無い自分の可能性に気づき、驚きを体験している。この驚きは、1枚目では表現できなくても2枚目では表現することができるという達成感や満足感に繋がるとも考えられる。

まとめると、2枚目の教示によって描き手は葛藤を味わい、選択と決定を繰り返す中で、描き手の中では様々な「揺れ動き」が喚起され、独自の内的体験が生じることが示唆された。

### 3. 本研究の限界と今後の課題について

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。本知見の適用範囲は、心理学を学ぶ大学生ならびに大学院生女子である。それゆえ今後、幅広い年代、性別、属性の調査協力者数を増やし、検討することが課題である。また、本稿は2枚目のバウムテストも1枚目と同じ教示を行ったが、2枚目の教示を変えることで同じ体験プロセスがみられるのか、あるいは異なるプロセスがみられるのか明らかではない。2枚目の教示を変えた場合の体験プロセスを比較検討することで、本知見の独自性が明確になると考えられる。さらに、描き手の語り等の質的データと実際の描画作品を照らし合わせて、個別事例の考察を行うことも重要である。

今後は、本知見を臨床実践におけるバウム・テストを用いたアセスメントにどのように活かすことができるのか、事例を通して臨床実践の工夫を検討することも意義がある。

## 引用文献

- Castilla, D. (1994). *Le test de l'arbre. Relation humaines et problèmes actuels*. Paris: Masson, 阿部 恵一郎 (訳) (2003). バウムテスト活用マニュアル——精神症状と問題行動の評価 金剛出版
- Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: a variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, **15**, 233-245. 村瀬 考雄 (監訳) (1981). 体験過程と心理療法 ナツメ社
- 花形 武 (2012). 初回箱庭制作における内的プロセスについて—箱庭制作経験のない大学生・大学院生を対象に修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて— 箱庭療法学研究, **25**, 91-100.
- 平田 平 (2016). 箱庭制作者の内的体験に関する一考察—主観的体験と治療的機序の研究の動向を通じて— 明治大学心理社会学研究, **12**, 135-152.
- 弘中 正美 (1995). 表現することと心理的治癒 千葉大学教育学部紀要, **43** (1), 55-65.
- 一谷 彊・津田 浩一・山下 真理子・村澤 孝子 (1985). バウムテストの基礎的研究 [I]—いわゆる「2 枚実施法」の検討— 京都教育大学紀要, **67**, 17-30.
- 木下 康二 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 弘文社
- 岸本 寛史 (2015). バウムテスト入門: 臨床に活かす「木の絵」の読み方 誠信書房
- Koch, K. (1957). *Der Baumtest. 3. Auflage: Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel*. Bern: Verlag Hnas Huber. 岸本寛史・中島ナオミ・宮崎忠男 (2010) (訳). バウムテスト [第3版] ——心理的見立ての補助手段としてのバウム画研究 誠信書房
- 近藤 孝司 (2011). 描画法の描画過程と描画体験に関する一考察, 中京大学心理学研究科・心理学部紀要, **11**, 29-42.
- 近藤 孝司 (2016). 描画法の描画過程における主観的体験の検討—バウム法, S-HTPP 法, 風景構成法の描画過程の比較— 上越教育大学研究紀要, **35**, 135-146.
- 三船 直子・倉戸 ヨシヤ (1992). バウムテスト 2 回施行法討論 I—基礎的調査資料— 大阪市立大学生生活科学部紀要, **40**, 313-327.
- 小川 俊樹 (2011). 心理臨床に必要な心理査定教育に関する調査研究 第 1 回臨床心理師養成大学院協議会研究助成 (B 研究助成) 研究成果報告書
- 大石 幸二・成瀬 雄一 (2012). 描画における臨床心理学的効果に関する展望—描画行為に内在する身体的自己拡張感の検討— 人間関係学研究, **18**, 51-59.
- 大矢 真里・大矢 薫・岩田 嘉光・星野 光紀・佐藤 淳一 (2017). バウム・テスト 2 枚法による自己像の変動性—印象評価の観点から— 日本心理臨床学会第 36 回秋季大会発表論文集, 281.
- 佐々木 玲仁 (2005). 風景構成法の方法論について. 心理臨床学研究, **23**, 33-43.
- 佐藤 秀之・鈴木 真吾 (2009). 樹木画 2 枚施行法における樹木の大きさと友人関係との関連. 心理臨床学研究, **27**, 581-590.
- 佐渡 忠洋・坂本 佳織・伊藤 宗親 (2010). 日本におけるバウムテスト研究の変遷: バウムテスト文献レビュー, 岐阜大学カリキュラム研究, **26**, 12-20.
- Stora, R. (1975). *Le test du dessin d'arbre*. Paris: Jean-Pierre Delarge, Delarge. 阿部 恵一郎 (訳) (2020). バウムテスト研究: いかにして統計的解釈にいたるか みすず書房



(藤浪桃子・佐藤淳一)

高橋 雅春・高橋 依子 (2010). 樹木画テスト 北大路書房

竹村 郁乃 (2019). 風景構成法における描き手の主観的体験の探索的研究, 臨床心理学研究, 17, 75-101.



## 【展望】

# 発達性 Gerstmann 症候群における左右弁別検査の意義と課題

萱村俊哉

(武庫川女子大学心理・社会福祉学部心理学科)

## Significance and issues of right-left discrimination tests in Developmental Gerstmann's Syndrome

KAYAMURA Toshiya

*Department of Psychology, School of Psychology and Social Welfare  
Mukogawa Women's University*

### 要約

発達性 Gerstmann 症候群(DGS)に関する文献 22 編で使用された左右弁別検査法が調べられた。左右弁別検査は手指失認検査とともに限局性学習障害(SLD)と DGS の鑑別に有意義であること、DGS では向き合う他者身体の左右弁別が有意義であること等の意義が示された。一方、検査法の統一と判定上の客観性の向上が求められること、検査時の「躊躇」のような行動を判定結果に如何に加味するかということ、さらに検査結果は多様な影響因を考慮して解釈されるべきこと等の課題が指摘された。

### 序論

Gerstmann(ゲルストマン)症候群(Gerstmann's syndrome;GS)は左半球角回を中心に頭頂後頭領域の出血等により発生する疾患である<sup>1)</sup>。GS の症状は、手指の認知障害(手指失認)、自己や他者身体の左右弁別障害、数概念理解障害による失算、漢字想起困難に由来する失書の四徴により特徴付けられる。一方、こうした後天的な GS とは別に、発達性 Gerstmann 症候群 (developmental Gerstmann's syndrome ; DGS) と呼ばれる発達障害がある<sup>2)</sup>。DGS には、四徴が種々の組み合わせで現れる不全型が多く、構成失行を合併する<sup>2)</sup>。

GS や DGS の四徴の中の手指失認と左右弁別障害は神経学的微細徴候(soft neurological signs: SNS)として知られてきた。SNS とは運動や認知に関する神経学的検査における正常からの逸脱所見を意味し、かつその脳局在性がはっきりしない徴候である<sup>3)</sup>。SNS の検査には手指失認、左右弁別検査のほか、協調運動、連合運動、利き手、書画感覚、二点同時刺激等の検査がある<sup>4)</sup>。このような SNS 検査は発達性協調運動障害(DCD)の診断<sup>5)</sup>のみならず、ADHD<sup>6)</sup>や ASD<sup>7)</sup>の診断にも用いられている。また、SNS は統合失調症等、種々精神疾患の器質起源の根拠<sup>8)</sup>ともされている。

Grigsby et al.(1990)<sup>9)</sup>は"Gerstmann sign"という概念を提唱した。これは「DGS を示唆する sign(徴候)」という意味であり、DGS の四徴(ないし構成失行を合わせて五徴)の中で、検出される徴候が多いほど DGS の可能性が高くなるという考え方である。Gerstmann sign の中の手指失認と左右弁別障害は、上述のように SNS のカテゴリに含まれるものである。つまりこれらの障害は SNS であり、同時に Gerstmann sign でもある。このことは、手指失認や左右弁別障害は、計算障害や書字障害と関連した徴候である可能性を示唆している。実際、SNS がアカデミックスキル(計算、読字、書字等)、認知機

能、問題行動等と関係があることが指摘されている<sup>10,11)</sup>。したがって、SNS は単に発達障害の診断だけでなく、発達障害児一人一人の認知機能やアカデミックスキルの障害の基礎にある問題を推測する手がかりになる。

ただし、SNS のこうした有意義性の確保と向上のためには、SNS の検査法の妥当性の検討が必要である。何故なら、SNS というのは症状が先にあるのではなく、検査に従属するものであり、SNS やその障害の程度の判定は、用いられた検査法(さらに判定法)に依存するからである。

DGS の報告は、1963 年の Kinsbourne & Warrington による 7 症例の報告<sup>2)</sup>を嚆矢とする。それ以来、現在までにいくつかの DGS の報告がみられる。筆者は、これらの研究において使用された手指失認と左右弁別検査を調査し、そこに潜在する課題を顕在化させることを企図した。手指失認の調査<sup>12)</sup>に続き本稿では左右弁別検査法の調査を行い、その臨床的意義と今後の課題を明らかにする。

## 文献検索の方法

Google scholar、PubMed、Web of Science、CiNii、および医中誌 Web の各データベースを用いて文献検索を実施した。欧文論文検索では”developmental Gerstmann’s syndrome”あるいは”developmental Gerstmann syndrome”をキーワードにした。一方、邦文論文は「発達性 Gerstmann 症候群」あるいは「発達性ゲルストマン症候群」をキーワードに検索した。ヒットした文献(学会抄録は除く)の中から、左右弁別障害を判定している文献を選択し、さらにこれらの論文末尾の引用文献の中から編研究の主旨に合致した文献を収集した。その結果、欧文 13 編、邦文 9 編の計 22 編の文献が抽出された(Table 1)。

## 結果と考察

### DGS における左右弁別検査と判定の実態

Table 1 の文献は発行順に番号を付与して並べられている。以下、本文中、番号は、たとえば 1 番なら [1] と、[ ] に該当番号を入れて表記する。Table 1 からわかるように、研究スタイルは殆ど (20/22 編)が症例報告であり、実証研究は 2 編([7]<sup>13)</sup> [12]<sup>9)</sup>)のみであった。対象年齢をみると、7~13 歳の年齢、すなわち学童期を対象にした文献が多かった。これは計算や書字というアカデミックスキルの問題は学童期に顕在化するためと考えられる。

Table 1 各研究で採用された左右弁別の検査法と判定法

典拠・年	対象児属性	対象児年齢	人数	対象児性別	研究スタイル	検査法	判定法
1 Kinsbourne & Warrington, 1963 <sup>(3)</sup>	DCS	8歳5ヶ月~14歳6ヶ月	7名	男2名,女5名	症例	・患者の自己身体の左右の手を示すように指示 ・(向き合った検査者の右,左を指さす)	4名は自己身体,他者身体ともに通過,3名は他者身体のみ不通過,7名全員を左右失認と判定。
2 Benson & Geschwind, 1970 <sup>(4)</sup>	DCS	12歳,13歳	2名	男女	症例	・患児自身の身体 ・90°の位置の人物の身体(片腕拳上) ・向き合った人物の片腕(拳上)の呼称や指さし	・自己身体:正答するが,反応時間が長く,迷い(躊躇)があり,右手の動きを手がかりにする ・90°の人物:でたらめな呼称 ・対者:須臾なエラーと長い反応時間,あるはでたらめな指さし
3 Werneck, 1975 <sup>(7)</sup>	DCS	7歳	1名	男	症例		自己及び他者身体左右弁別が困難と記述
4 加我他, 1978 <sup>(5)</sup>	後天性小児失語症	11歳	1名	男	症例	・自己身体の左右 ・対者身体の左右 ・自己身体の複雑指示	
5 大石他, 1978 <sup>(6)</sup>	DCS	8歳6ヶ月	1名	男	症例	・自己身体の左右の命名,指さしの繰り返し ・対者身体の左右の命名,指さしの繰り返し	・自己身体の命名,指さしが混乱 ・対者身体はできなかった
6 Pitzolo & Rayner, 1978 <sup>(8)</sup>	DCS	22歳	1名	女	症例		方向性や空間配置の理解が困難
7 Spellacy & Peter, 1978 <sup>(13)</sup>	計算障害のある児	8~12歳	14名	男12名,女2名	実証研究	Benton法	Spreeen & Caddes(1969)の基準
8 Saxe & Shaheen, 1981 <sup>(24)</sup>	DCS	8歳11ヶ月,9歳6ヶ月	2名	男女	症例	・自己身体の右手あるいは左手を指示するように教示 ・交叉性の課題「右手で左目を触る」や非交叉性課題「右手で右目を触る」	両失認,不通過と記載
9 PeBenito, 1987 <sup>(7)</sup>	DCS	12歳	1名	男	症例	・自己身体の左右の同定 ・向かい合った他者身体の左右の同定	・自己身体の左右の同定は,ジェスチャーをしたり,空書をして りして判断 ・向かい合った他者身体の左右の同定は失敗
10 PeBenito et al., 1988 <sup>(8)</sup>	DCS	9歳,15歳,16歳, 8歳6ヶ月,12歳6ヶ月	5名	男4名,女1名	症例	Benton法	6歳で自己身体の左右がわかる,9歳で自己身体のダブル クロス命令を遂行できる,12歳以後に成人の水準

Table 1 (続き) 各研究で採用された左右判別の検査法と判定法

典拠・年	対象児属性	対象児年齢	人数	対象児性別	検査法	検査法の詳細	判定法(基準)
11 八島他,1989 <sup>19)</sup>	DGS	8~15歳の経過観察	1名	女	研究スタイル 症例	・口頭による左右の識別(おそろく左右空間の左右識別) ・対面テスト	8歳:不能 10歳:対面0/7、口頭3/7 11歳:対面0/7、口頭6/7 15歳:対面4/7、口頭6/7
12 Grigsby et al.,1990 <sup>9)</sup>	FragileXではケルストマンサインが多く見られる。	8~42歳のFragileXの患者	20名	男	実証研究	・自己身体 ・向き合う他者の身体	何れの検査でもエラーは多いが、対者になる とエラー数が増加する。
13 高山他,1991 <sup>20)</sup>	多発性硬化症	12歳	1名	男	症例	不明	
14 飯田他,1995 <sup>20)</sup>	DGS	9歳3ヶ月	2名	男	症例	患児の自己身体の左右 対者の身体の左右	症例1:自己身体、他者身体ともに混乱 全く混乱 症例2:自己身体はときどき誤り、他者身体は全く混乱
15 沖他,1995 <sup>21)</sup>	部分でんかん、頭頂葉症状を合併した左頭頂葉を主とする局在性のニューロン遊走障害	9歳7ヶ月	1名	女	症例	左右を間違える	不明
16 太田垣他,1998 <sup>25)</sup>	DGS類似の症状を呈する学習障害	7歳10ヶ月	1名	男	症例	自己身体の左右相対するものの左右	不正確
17 Castillo et al.,2000 <sup>26)</sup>	DGS	9歳	1名	男	症例	患者の自己身体と向き合った他者身体の左右	
18 Suresh & Sebastian,2000 <sup>32)</sup>	DGS	症例1:11歳、症例2:6歳、 症例3:7歳、症例4:7歳、 症例5:7歳、症例6:8歳、症例 7:13歳、症例8:12歳、症例 9:16歳、症例10:15歳	7名	男7名、女3名	症例	左右障害が認められた事実のみ記載	
19 森田他,2007 <sup>21)</sup>	Asperger症候群	8歳1ヶ月	1名	男	症例	Ayresの左右弁別テスト(Siev,1980)	20点中の1点。 左右の弁別ができなかった
20 Niam-Sheng Tzeng et al,2009 <sup>33)</sup>		20歳		男	症例	左右の弁別	
21 Chang et al.,2014 <sup>34)</sup>	DGS	23歳	1名	男	症例	左右弁別ができないと記述	
22 益田他,2014 <sup>27)</sup>	DGS	4歳8ヶ月	1名	男	症例	手指検査時に、触られている手が右手か左手かを 言わせる	

22 編中 11 編の文献([1]<sup>2)</sup> [2]<sup>14)</sup> [4]<sup>15)</sup> [5]<sup>16)</sup> [7]<sup>13)</sup> [9]<sup>17)</sup> [10]<sup>18)</sup> [11]<sup>19)</sup> [12]<sup>9)</sup> [14]<sup>20)</sup> [19]<sup>21)</sup>)において、子ども自身の身体および向き合う他者の身体を使って言語指示による左右弁別検査が実施されていた。例を挙げると、自己身体の左右弁別は「あなた(被検者)の右手を出しなさい」のような課題であり、向き合う他者身体の左右弁別は、「私(検査者)の左手はどれですか」のような課題である。このように、DGS の左右弁別障害は、半数の文献において、子どもの自己身体の左右だけでなく、子どもと向き合う他者身体の左右弁別において検討されていた。通常、自己身体の左右弁別ができるようになって他者身体の左右弁別が可能になる<sup>22)</sup>。このような順序性は、子どもが自己中心性から脱却して他者中心性に移行し他者視点を獲得することにより、自己中心座標と他者中心座標を使い分けようになる認知発達を反映したものと考えられる。向き合う他者身体の左右は主観的身体方向を基準に判定される<sup>23)</sup>。したがって、向き合う他者身体の左右がわかるためには、向き合う他者を中心とした他者中心座標系と本人中心の座標系の相互関係が理解できている必要があるのである。

具体的な検査名が明記された研究は 22 編中、僅か 3 編([7]<sup>13)</sup> [10]<sup>18)</sup> [19]<sup>21)</sup>)であり、これらは何れも、上述の、自己身体だけでなく向き合う他者身体の左右弁別も検討された 11 編の中に含まれていた。このうち 2 編([7]<sup>13)</sup> [10]<sup>18)</sup>)の文献では Benton の左右のオリエンテーション検査(以下、Benton 法)、もう 1 編 [19]<sup>21)</sup>の文献では Ayres の左右弁別テスト(南カリフォルニア感覚統合テストの下位テスト)が使用されていた。これら以外の 19 編の文献には具体的な検査名の記載はみられなかった。それらの中、11 編([1]<sup>2)</sup> [2]<sup>14)</sup> [4]<sup>15)</sup> [5]<sup>16)</sup> [8]<sup>24)</sup> [9]<sup>17)</sup> [11]<sup>19)</sup> [12]<sup>9)</sup> [14]<sup>20)</sup> [16]<sup>25)</sup> [22]<sup>26)</sup>)は、それぞれ独自に開発された検査法(多くは Benton 法の下位検査とほぼ同様の課題)が用いられていた。さらに残り 8 編([3]<sup>27)</sup> [6]<sup>28)</sup> [13]<sup>29)</sup> [15]<sup>30)</sup> [17]<sup>31)</sup> [18]<sup>32)</sup> [20]<sup>33)</sup> [21]<sup>34)</sup>)では、検査内容に関する詳細な説明はなく、左右弁別が困難であった事実のみが記載されていた。

検査名が明記された 3 編([7]<sup>13)</sup> [10]<sup>18)</sup> [19]<sup>21)</sup>)の文献では何れも判定基準に関する出典が記載され、それらの基準に従って判定された結果が示されていた(Table 1)。例えば、[7]<sup>13)</sup>では、検査法として Benton(1959)<sup>35)</sup>の原法が使用され、Spreeen & Gaddes(1969)<sup>36)</sup> が作成した、Benton 法の 6~15 歳の標準値を用いて判定されていた。これらのほかにもう一つ、判定結果が記載された文献([11]<sup>19)</sup>)がみられた。この文献では、1 名の児を対象とした 8~15 歳の経過観察の報告であり、8 歳、10 歳、11 歳、15 歳時点での左右弁別検査の正答率が記されていた(ただし、この研究では独自の検査法が用いられていた)。

判定基準の出典が提示され判定結果についてある程度客観的な記述がみられた文献は、以上 4 編のみであった。その他 18 編の文献では判定基準等、判定に関する客観的な記載はみられず、多くの文献では「できない」「でたらめ」「間違い」「混乱」「不正確」等の印象評定的な記述に留まっていた。また、たとえ正答の場合でも、躊躇しながらの返答 [2]<sup>14)</sup>、空書(書字する手は右(左))して左右を確認する [9]<sup>17)</sup>、返答までの時間の長さ(緩慢さ) [12]<sup>9)</sup>等、左右判断に「躊躇」がみられたり、左右判断のための所謂「手がかり確認行動」が生起したり、反応時間が長かったりすると、左右弁別障害があると判定された文献もみられた。

### Benton 法と左右弁別の要因

今回の調査では 2 編の文献において Benton 法が用いられ、その他多くの文献においても Benton 法に含まれる項目の一部が用いられていた。そこで、次に代表的な左右弁別検査としてこの Benton 法を取り上げ(ここに紹介するのは 1983 年出版のマニュアル<sup>37)</sup>に掲載された検査法である)、この検査法の基礎にあると考えられる左右弁別の要因について考察する。

Benton 法では、左右弁別は、A「被検者本人のある身体部位の左右を指示する」(例：左手を出してください)、B「被検者本人の左右どちらか一方での身体部位 2 つに関する課題を遂行する」(例：あなたの右手であなたの右耳を触ってください)、C「被検者本人の左右にまたがる 2 つの身体部位に関する課題を遂行する」(例：あなたの左手であなたの右耳を触ってください)、D「向かい合う他者(検査者)の右(左)はどちらかをあてる」(例：私(検査者)の右手を指してください)、E「自分の左手か右手を



向き合う他者(検査者)のある場所にもっていく」(例：あなたの左手を私(検査者)の右肩にもってきてください)のA～Eの5種類の構成要素に分類される。各要素につき4項目、計20項目の課題が含まれている。

A～Eは階層構造を成している。すなわち、A課題を通過してB課題が達成可能になる。B課題とC課題の関係も、B課題ができてC課題ができるようになるが、中にはC課題が遂行できてもB課題に失敗するケースもある<sup>37)</sup>。D課題では、自己身体からの180°の心的回転操作が求められる。このため、自己身体の左右がわからないと、向き合った他者身体の左右弁別はできないが、D課題に成功してもC課題に失敗するケースもある<sup>37)</sup>。E課題は、自分と他者の身体部位のオリエンテーションを結合させる操作が求められる<sup>37)</sup>ため、D課題に比べより高次であり、D課題ができないとE課題には成功しない<sup>37)</sup>。

ところで、こうした左右弁別ができるようになるために、どのような条件が必要なのだろうか。ここでは、この点に関するBenton(1959<sup>35)</sup>、1968<sup>38)</sup>の考え方を紹介したい。彼は左右弁別の成立の基礎に4つの要因があると考えている。第一の要因は体性感覚と視覚など感覚の統合である。身体の両側それぞれの筋肉や関節から発生する体性感覚の興奮性には左右差がある。このような左右差が身体の片側と一方の側を弁別する能力のもっとも基底にある。この体性感覚と視覚情報等の感覚の統合は、とくに自己の他者の身体部位の関係づけにおいて重要な役割を担っていると考えられる。

第二の要因は受容および表出言語機能である。右や左という言語表象を自己身体の一側のそれぞれにラベリングするためには、子どもはまず左右の概念の意味を理解しなくてはならない。また、検査場面では記憶(ワーキングメモリ)も重要になる。上述のE課題、例えば「あなたの左手を私の右肩にもってきてください」のような複雑な指示では右や左というラベルや指示内容をしっかりと覚えておかななくてはならないからである。このように象徴機能や記憶の問題や弱さは左右弁別検査での躓きに繋がる。多くの失語症患者で自己身体や向き合う他者身体の左右混乱がみられること<sup>39)</sup>からもこのことは裏付けられる。言語と左右弁別との関係を考えるための最適な題材として、指示に対する反応が規則的に左右で逆転する現象が挙げられる。左手を示すように指示されているのに常に右手を示したり、左目に右手を置くように指示されたのに、右目に左手を置くような人がみられることがある。彼らは身体の左右弁別自体は可能だが、右、左が反対にラベリングされているために、一貫して誤答するのである。Bentonはこの現象を規則的左右逆転(systematic reversal)と命名<sup>40)</sup>している。

第三、第四の要因として、それぞれ左右の相対的特性の理解と視空間認知能力が挙げられる<sup>35,38)</sup>。向き合う他者身体の左右弁別課題達成のためには、自己身体からの180°の心的回転が求められる。こうした心的回転操作を実行するためには、自己身体座標が唯一の空間座標ではなく、向き合う他者には自己身体座標とは異なる別の座標が存在する事実、および座標が異なると左右の方向も異なることもあるという左右概念の相対性を認識しておく必要がある。向き合う他者身体の左右弁別課題では、こうした認識やそれらに基づく心的回転の迅速さが試されているのである。左右弁別検査を通過するためには以上の4要因が達成できている必要がある。これらの要因の何れかが未達成であると、左右弁別検査の全体あるいは部分が通過できないのである。

### 左右弁別検査の臨床的意義

DGSでは計算や書字の重度の困難さがみられ限局性学習障害(SLD)の様相を呈するため、SLDの診断を受けていることが多い。つまり、重度のSLD症例の中にDGS児が混入している可能性がある<sup>12)</sup>。現在、医療、教育、福祉など何れの臨床の場においても左右弁別検査が施行されることはほとんどないと思われるが、学習面での躓きを示す子どもたちのアセスメントにおいて、SLDとDGSの鑑別のために、これらの検査を実施することは有意義と考えられる<sup>12)</sup>。

GSの基礎障害として従来、身体図式障害説<sup>1)</sup>、空間失見当識説<sup>41)</sup>、順序性の障害説<sup>2)</sup>等が提唱されたが、近年では、心的回転など心的イメージの操作障害説<sup>42)</sup>が唱えられ、有力視されている。心的イメージの想起や操作がうまく行かないことにより四徴が生じると考えられているのである。GSと同様、DGSにも心的イメージの操作障害があるとすれば、DGSの左右弁別検査でとくに重視されるべき



は、心的回転が求められる、向き合う他者身体の左右弁別であろう。Benton 法では D と E に該当する課題である。事実、DGS 児では向き合う他者身体の左右判断を求める課題で左右弁別の困難さが顕著になるとの指摘<sup>18)</sup>がある。DGS 児にとって心的回転はとくに不得意な操作かもしれない。心的回転の困難さが DGS の基礎にあるとすれば、左右弁別検査では、自己身体と向き合う他者身体の左右判断における成績の解離(自己身体に比べて向き合う他者身体の左右弁別が極端にできない)に臨床的意義があると考えられることでもできるだろう。

今回、分析した文献の中では Benton のいう規則的左右逆転が指摘された症例は認められなかった。また、規則的左右逆転の意義を検討した実証研究<sup>43)</sup>においても、規則的左右逆転は認知発達の遅れを予測しなかったと報告されている。したがって、発達期の一時的な規則的左右逆転は、それ自体、臨床的意義のある所見とはいえない。失語症患者等では病理的な左右逆転がみられることがあるが、こうした病理的な左右逆転と、発達期に一時的にみられる(生理的な)左右逆転を明確に区別する必要があるだろう。

左右弁別検査では、DGS 診断における意義だけではなく、アカデミックスキルの問題との関係についても何らかの示唆が得られるか否かが問われなくてはならない。これに関する研究の一例として Cermak(1984)の研究<sup>44)</sup>を紹介する。彼は、同年齢の健常児に比べ読字障害児の左右弁別検査は低得点であり、とりわけ自己身体ダブルコマンド課題(Benton 法の B、C に該当)の得点が読字障害を予測することを明らかにした。この結果は、左右弁別検査の何れの課題が不得意かによって予測される能力障害の種類が異なる可能性とともに、アカデミックスキルの予測変数としての左右弁別検査の有効性を示唆している。

#### 今後の課題

今回、独自に開発された左右弁別検査が用いられ、判定基準も曖昧で客観性に乏しい文献が多いことが判明した。中には左右弁別が困難であった事実の記載のみで、左右弁別困難との判断に至った過程が判然としない文献もみられた。このことから、今後の課題として、まず、検査法の統一と判定上の客観性の向上が挙げられるだろう。左右弁別検査の中では Benton 法がもっとも操作的で臨床的に優れていると思われる。しかしながら、Benton 法における日本人小児や成人での標準値のデータは欠落しており、今後、健常者を対象とした標準データの蓄積が期待される。

また、今回の調査では、いくつかの研究において検査中にみられた「躊躇」や「手がかり確認行動」等の特徴的な行動を根拠に左右弁別の障害があると判定されていた。正解か誤りかという二項対立的な判定のみに終始するのではなく、左右弁別の困難さを示唆するような行動を左右弁別障害の判定に加味することは有意義と思われるが、このような行動をどの程度、どのように判定に反映させるのかも今後の検討課題である。

一般的には、子どもが自己身体の左右弁別ができるようになるのは概ね6歳、向き合う他者身体の左右弁別の完成時期は9歳頃とされている<sup>45)</sup>。したがって、飽くまで一つの目安だが、DGS の判断を目的とした左右弁別検査では、向き合う他者身体の左右判断が9歳でもなお不通過であることに着目することは有意義と思われる。ただ、向き合う他者身体の左右弁別検査において少し複雑な指示を与える(すなわち難易度を上げる)と10~11歳でも当該の課題に失敗することは珍しくないことも指摘されている<sup>45)</sup>。このことは、向き合う他者身体の左右弁別は、定型発達児でも学童期を通して必ずしも安定しているとはいえないことを意味している<sup>45)</sup>。とくに向き合う他者身体の左右弁別は定型発達の小学生でも存外、エラーを起こしやすい課題と認識しておく必要があるだろう。

左右の混乱は Benton に指摘された4要因の個別の問題だけでなく、各要因間の相互関係のトラブルによって発生する可能性もある。例えば、視知覚認知自体に問題はなくても、それを右や左の言語表象に変換できないことにより左右弁別検査では失敗する<sup>46)</sup>。さらに、注意機能や聴覚認知機能に弱さがあり口頭での指示を聞き取ることが困難な場合、あるいは口答指示を聞き取れたとしても、腕の挙手など動作の実行が困難な場合等でも左右弁別課題を適切に遂行できなくなる。左右弁別検査における失敗(誤り)生起のメカニズムは単純ではなく、そこにはこのように種々の障害が影響する。左右弁別

検査では、検査結果に影響する可能性のある障害の存否は事前に十分に把握されなければならない。また、検査結果についても、こうした多様な影響因を考慮した慎重な解釈が求められるだろう。

## 引用文献

- 1) Gerstmann, J., Zur Symptomatologie der Hirnläsionen im Übergangsbereich der unteren Parietal- und mittleren Occipitalwindung. *Der Nervenarzt*, 3, 691- 695 (1930)
- 2) Kinsbourne, M., & Warrington, E.K., The developmental Gerstmann syndrome. *Archives of Neurology*, 8, 490-501 (1963) doi:10.1001/archneur.1963.00460050040004
- 3) Shafer, S., Shaffer, D., Oconnor, P., et al., Hard thoughts on neurological soft signs. In Rutter, M. (Ed.). *Developmental Neuropsychiatry*, New York, Guilford Press, (1983)
- 4) 萱村俊哉, 発達の神経心理学的評価, 東京, 多賀出版(1997)
- 5) 柏木充・鈴木周平, 問診と微細神経学的徴候による不器用さの簡易判定法について(9歳以上13歳未満での検討) —発達性協調運動障害診断の指標として—. *脳と発達*, 41, 343-348 (2009) <https://doi.org/10.11251/ojjsen.41.343>
- 6) Kaneko, M., Yamashita, Y., & Iramina, K., Quantitative Evaluation System of Soft Neurological Signs for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Sensors*, 16, 116-125 (2016) <https://doi.org/10.3390/s16010116>
- 7) Jong, M.D., Punt, M., Groot, E.D., Minderaa, R.B., & Hadders-Algra, M., Minor neurological dysfunction in children with autism spectrum disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 641-646 (2011)
- 8) Chen, E.Y.H., Shapleske, J., Luque, R., McKenna, P.J., The Cambridge Neurological Inventory: A clinical instrument for assessment of soft neurological signs in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 56, 183-204 (1995) [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02535-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02535-2)
- 9) Grigsby, J.P., Kemper, M.B., Hagerman, R.J., & Myers, C.S., Neuropsychological dysfunction among affected heterozygous fragile X females. *American Journal of Medical Genetics*, 35, 28-35 (1990) <https://doi.org/10.1002/ajmg.1320350107>
- 10) Schonfeld, I.S., Shaffer, D., Barmack, J.E., Neurological soft signs and school achievement: The mediating effects of sustained attention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 575-596 (1984)
- 11) Szatmari, P., Taylor, D.C., Overflow movements and behaviour problems: scoring and using a modification of Fogs' test. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 26, 297-310. (1984) <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1984.tb04446.x>
- 12) 萱村俊哉, 発達性 Gerstmann 症候群の手指失認検査に関する文献的検討. 武庫川女子大学紀要, 67, 31-41 (2019) [http://purl.org/coar/resource\\_type/c\\_6501](http://purl.org/coar/resource_type/c_6501)
- 13) Spellacy, F., & Peter, B., Dyscalculia and Elements of the Developmental Gerstmann Syndrome in School Children. *Cortex*, 14, 197-206 (1978) [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(78\)80045-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(78)80045-8)
- 14) Benson, D.F., & Geschwind, N., Developmental Gerstmann syndrome. *Neurology*, 20, 293-298 (1970) <https://doi.org/10.1212/WNL.20.3.293>
- 15) 加我牧子・水野美彦・鈴木昌樹, 癲癇発作後に見られ、頭頂後頭葉症状を合併した後天性小児失語症の一例. *脳と発達*, 10, 389-396 (1978) <https://doi.org/10.11251/ojjsen1969.10.389>
- 16) 大石敬子・加藤醇子・岸勝利・長畑正道, 発達性失行症と発達性 Gerstmann 症候群 —2 症例

- についての検討一. 小児の精神と神経, 2, 49-61 (1978)
- 17) PeBenito,R., Developmental Gerstmann Syndrome Case Report and Review of the Literature. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 8, 229-232 (1987)
  - 18) PeBenito,R., & Fisch,C.B., & Fisch,M.L., Developmental Gerstmann's Syndrome. *Archives of Neurology*, 45, 977-982 (1988) doi:10.1001/archneur.1988.00520330063011
  - 19) 八島祐子・園部夏実・渡辺 実・伊藤光宏・遠藤正俊・星野仁彦・高橋志雄・熊代 永, 学習障害児の発達の・神経心理学的検討－発達性 Gerstmann 症候群例の長期経過－. 小児の精神と神経, 29, 65-73 (1989)
  - 20) 飯田順三・橋野健一・川端洋子・田原宏一・崎山 忍・井川玄朗, 全く異なった二次的情緒障害を呈した発達性ゲルストマン症候群の 2 症例. 臨床精神医学, 24, 173-181(1995)
  - 21) 森田 愛・関あゆみ・内山仁志・小枝達也, 読字障害を合併した Asperger 症候群における認知障害の病態に関する検討；発達性 Gerstmann 症候群としての位置づけについて. 小児の精神と神経, 47, 155-160 (2007)
  - 22) 加藤孝義, 心理学的空間のモデル－発達のアプローチ. *Artes liberales*, 46, 115-131(1990)  
[http://purl.org/coar/resource\\_type/c\\_6501](http://purl.org/coar/resource_type/c_6501)
  - 23) 石倉忠夫, 左右弁別課題において観察者は自己中心的にモデル像を捉えているのか? 同志社スポーツ健康科学, 9, 1-8(2017) [http://purl.org/coar/resource\\_type/c\\_6501](http://purl.org/coar/resource_type/c_6501)
  - 24) Saxe,G.B., & Shaheen,S., Piagetian theory and the atypical case: An analysis of the developmental Gerstmann syndrome. *Journal of Learning Disabilities*, 14, 131-135 (1981)
  - 25) 太田垣綾美・前岡幸憲・汐田まどか・小枝達也, 左頭頂葉白質に病巣を認めた学習障害の 1 例 発達性 Gerstmann 症候群との関連について. 脳と発達, 30, 69-74(1998)  
<https://doi.org/10.11251/ojjsen1969.30.69>
  - 26) 益田 慎・長嶺尚代・福島典之, 発達性ゲルストマン症候群の一例. 小児耳鼻咽喉科, 35, 40-45 (2014) <https://doi.org/10.11374/shonijibi.35.40>
  - 27) Werneck,L.C., Síndrome de Gerstmann de Desenvolvimento associada a neoplasia cerebellar. *Arq Neuropsiquiatr*, 33, 64-74 (1975)
  - 28) Pirozzolo,F.J., Rayner,K., Disorders of oculomotor scanning and graphic orientation in developmental Gerstmann syndrome. *Brain and Language*, 5, 119-126 (1978)  
[https://doi.org/10.1016/0093-934X\(78\)90011-1](https://doi.org/10.1016/0093-934X(78)90011-1)
  - 29) 畠山和男・相原正男・清水 晃・内田則彦・犬飼岳史, 高次脳機能障害を呈した多発性硬化症の 1 例. 脳と発達, 23, 76-80 (1991) <https://doi.org/10.11251/ojjsen1969.23.76>
  - 30) 沖 潤一・今西亜矢・高橋 悟・宮本晶恵・千葉 茂・井出正吾・竹井秀敏, 部分てんかんを合併した局在性のニューロン遊走障害を有する 9 歳女兒例の高次脳機能検査および画像診断について. 脳と発達, 27, 297-301 (1995) <https://doi.org/10.11251/ojjsen1969.27.297>
  - 31) Castillo, C , García-Peñas, J.J. , Gutiérrez-Solana, L.G. ,& Ruiz-Falcó Rojas, M.L., Gerstmann's syndrome in a 9 year old boy. *Revista de Neurologia*, 30, 731-736 (2000)
  - 32) Suresh,P.A., & Sebastian,S., Developmental Gerstmann's syndrome: a distinct clinical entity of learning disabilities . *Pediatric Neurology*, 22, 267-278 (2000) [https://doi.org/10.1016/S0887-8994\(99\)00157-5](https://doi.org/10.1016/S0887-8994(99)00157-5)
  - 33) Tzeng, N.S., Hu,M.C., Cheng, W.Y., & Yeh, C. B., Developmental Gerstmann syndrome in a young Taiwanese male: A case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 1275-1276 (2009) <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.06.011>
  - 34) Chang,C., Hsu,Y.C., Hsiao,C.P., Chang, H.A., & Tzeng, N.S., Mirror Visual Feedback for Right-Left Discrimination in a Patient With Developmental Gerstmann Syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 26, 1176 (2014).

- <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.13030054>
- 35) Benton,A., Development and Pathology. New York: Hoeber-Harper, (1959)
- 36) Spreen, O., & Gaddes, W. H., Development norms for 15 neuropsychological tests age 6 to 15. *Cortex*, 5, 170–191 (1969) [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(69\)80028-6](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(69)80028-6)
- 37) Benton,A.L.,Hamsher,K.,Varney,N.R.,& Spreen,O. Contributions to neuropsychological assessment A clinical manual, London, Oxford Univ.Press. (1983) (田川皓一 監訳,神経心理評価マニュアル,新潟,西村書店(1990))
- 38) Benton,A.L., Right-left discrimination. *Pediatric Clinics of North America*, 15, 747-758 (1968) [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)32174-5](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)32174-5)
- 39) Head,H., Studies in Neurology, London, Oxford Univ. Press,(1926)
- 40) Benton,A.L., Significance of systematic reversal in right - left discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 33, 129-137 (1958) <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1958.tb03507.x>
- 41) Stengel, E., Loss of spatial orientation, constructional apraxia and Gerstmann's syndrome. *Journal of Mental Science*, 90, 753-760 (1944) <https://doi.org/10.1192/bjp.90.380.753>
- 42) Mayer,E., Martory,M.D., Pegna,A.J., Landis,T., Delavelle,J.,& Annoni,J.M., A pure case of Gerstmann syndrome with a subangular lesion. *Brain*, 122, 1107–1120 (1999) <https://doi.org/10.1093/brain/122.6.1107>
- 43) Dellatolas,G., Viguier,D., Deloche,G.,& Agostini,M.D., Right-left orientation and significance of systematic reversal in children. *Cortex*, 34, 659-676 (1998) [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70771-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70771-8)
- 44) Cermak,S., Right-Left discrimination in learning disabled and normal control boys. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 4, 63-77 (1984) [https://doi.org/10.1080/J006v04n02\\_08](https://doi.org/10.1080/J006v04n02_08)
- 45) 萱村俊哉・埜 朋子・豊川悦子・小野浩子・坂本吉正, 小児における神経学的マイナーサインの発達過程と診断的意義について. 大阪市立大学生活科学部紀要,37,233-243 (1989) [https://dlistv03.media.osaka-cu.ac.jp/il/meta\\_pub/G0000438repository\\_KJ00000267497](https://dlistv03.media.osaka-cu.ac.jp/il/meta_pub/G0000438repository_KJ00000267497)
- 46) Tagami,U., Imaizumi,S., Visual and verbal processes in right-left confusion: Psychometric and experimental approaches. *Frontiers in Psychology*, 12,1-7 (2021) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753532>



【展望論文】

## 日本における親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy : PCIT）の効果に関する文献展望

細川 亜希\*・新澤 伸子\*\*

\*武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室 \*\*武庫川女子大学発達臨床心理学研究所

### The literature-based perspective on the effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy in Japan

HOSOKAWA Aki・NIIZAWA Nobuko

*Department of Psychology, School of Psychology and Social Welfare  
Mukogawa Women's University*

#### 要旨

日本における親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy : PCIT）の効果研究をレビューした結果、①日本においても子どもの問題行動の改善と養育者の育児困難感の改善に対する効果が認められること、②PCIT の養育スキルのうち前半の介入段階で獲得する親子の関係を深める上で行うべきスキルに比べて、後半で獲得するしつけのスキルについての考察が少ないこと、③子どもの行動の変化は質問紙によって測定されており、子どもの行動変化や親子の関係性の変化は質的な報告にとどまっていること等が明らかになった。今後は介入段階別の効果や直接観察に基づく親子の相互作用の変化についての研究が必要であると考えられる。

キーワード：親子相互交流療法，養育スキル

#### 問題と目的

2020 年「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」が施行され、親権者等は児童のしつけに際して体罰を加えてはならないことが法律で明記された。体罰に頼らない子育てが大切であるという認識が広まる一方、「体罰等によらない子育ての推進に向けた実態把握に関する調査事業報告書」によると、過去 6 か月の間に子どもに 1 回でも体罰を与えたことが「あった」と回答した養育者は 33.5%にのぼる（厚生労働省, 2020）。そのうち体罰を与えた後に「しなければよかった」と後悔した経験があると回答した養育者は 88.7%おり、体罰によらない子育てをしたいと思いつつも、有効なしつけの方法がわからず悩む保護者の姿が浮かび上がってくる。子どもの行動上の問題に養育者が適切に対応できるよう支援することは、一部の厳しい状況にある親子だけでなく、多くの親子に必要とされているといえる。

こうした子どもの行動上の問題と養育者の育児困難感に対して高い有効性が確認されているのが親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy:以下 PCIT）である。1970 年代に Eyberg によって開発され、開発当初は 2 歳から 7 歳の破壊的行動障害を持つ子どもとその家族を対象としていたが、その後様々な集団を対象に国際的に普及している（Funderburk & Eyberg, 2012）。海外ではすでに多くのランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial: 以下 RCT）が行われており、それらのメタ分析からは、子どもの問題行動および養育者のストレスの低減に対する高い有効性が確認されている（Thomas et al., 2017; Zisser-Nathenson et al., 2017）。日本においては 2008 年加茂ら東京女子医科大

学附属女性生涯健康センターのメンバーによって導入されて以降、児童相談所や医療機関など様々な場所で実践と研究が行われている(加茂,2010)。本学でも、2016年からPCIT International 認定セラピストの資格を持つ教職員が実践を重ねている。

PCITは養育スキルをライブコーチングするという他の心理療法にはない特徴を持っている。セラピストは、実際の親子交流場面を別室から観察し、インカムを通して親に直接養育スキルのコーチングを行う。コーチングは2つの段階に分かれており、前半の子ども指向相互交流(Child-Directed Interaction:以下CDI)の段階では、親子の良い関係を強化するために、行うべき5つのスキル(具体的賞賛、繰り返し、模倣、行動の説明、楽しい交流)と避けるべき3つのスキル(命令、質問、否定的会話)を親子遊びのコーチングを通して学び、後半の親指向相互交流(Parent-Directed Interaction:以下PDI)の段階では、行動療法理論に基づく効果的なしつけの方法として、効果的な指示の出し方やタイムアウトについて実践しコーチングを受ける(Eyberg,&Funderburk, 2011)。スキル獲得基準を達成してはじめて終結となるため、終結までに養育者は確実に養育スキルを身につけることができる。一方、基準達成までに回数がかかり中絶率が課題となること(DeRosa et al., 2006)、またタイムアウトや「具体的賞賛」「行動の説明」など日本の子育てのなかで比較的なじみのないスキルについて戸惑う親子も少なくないこと(加茂ほか, 2016; 神田, 2021; 宮川ほか, 2011)が指摘されている。

これまでの研究において、PCITが世界中でどのような対象に、どのような手続きで効果検証されたかについては展望されている(門田ほか, 2020)。しかし日本においてどのように実施され、どのような効果を示しているのかについての検討は十分とは言えない。そこで本研究では、日本におけるPCITの実践研究について、実施概要、効果検証の方法、養育者と子どもそれぞれに対する効果について整理し、今後の日本におけるPCIT研究の課題を考察することを目的とする。

## 方法

論文選定の流れを図1に示した。日本国内におけるPCIT研究を展望するために、まず国立情報学研究所学術情報ナビゲータCiNii Researchにおいて、“Parent-Child Interaction Therapy” OR “親子相互交流療法”をキーワードに検索を行った。期間は日本でPCITが導入された2008年以降とした。その結果、65件の論文が検索された。また国外で発表された日本で実施されたPCITに関する研究も網羅するため、American Psychological Associationが提供するPsycINFOを用いて、“Parent-Child Interaction Therapy” and “Japan”をキーワードに検索を行った。その結果9件の論文が検索された。さらに、PCIT-Japan公式ホームページ「日本のPCIT研究」リストに掲載されている論文28件も対象として含めた(いずれも2022年9月現在)。次に、上記で抽出された延べ102件の研究について、PCITをテーマにした研究でないもの、重複したもの、国外の研究等を取り除いた。その結果、64件の論文が抽出された。そこでさらに、タイトル、要約に基づいて、日本国内でPCITを実施しその結果を検証した事例(症例)報告、調査研究を絞り込んだ。学会誌または大学や研究所紀要であるもの(大会発表抄録、講演録は除外した)、また効果の測定としてPCITに必須の評価指標である日本語版アイバーク子どもの行動評価尺度(Eyberg Child Behavior Inventory; ECBI)を用い、その具体的データを記述した研究であることを基準として整理したところ、最終的に14件の論文が抽出され、これらを日本におけるPCIT介入の効果を検討した論文として、展望することとした。

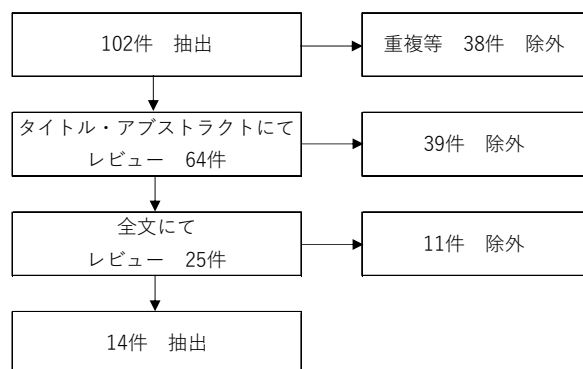


図1 論文選定までの流れ

選定された論文の分析にあたっては、まず対象事例の概要を整理し、次に効果検証の方法としてどのような研究デザインと指標が用いられたかを整理し



## (日本における親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の効果に関する文献展望)

た。最後に、効果について養育者の行動変化・子どもの行動変化・養育者の心理的变化の観点から分析した。

### 結果

#### 展望文献の概要

選定された 14 本の論文について、実施対象、手法等概要を整理した(表 1)。対象児の年齢は、14 件中 12 件で 2 歳～7 歳の範囲にあり PCIT 最適年齢とされる 2.5～7 歳とほぼ一致していた。

研究対象についてみると、ASD, ADHD といった発達障がいの診断をもつ子どもを対象としたもの(7 件)、DV 被害親子を対象とした研究(3 件)、被虐待児を対象とした研究(2 件)、低出生体重児のフォローアップ(1 件)、診断はないものの子どもの行動上の問題(かんしゃく、指示に従えない、同胞への暴力など)が見られる事例(2 件)など多岐にわたっていた。実施機関は、医療関係機関のほか、児童相談所、大学附属の相談施設など教育研究機関でも実施されており、多様な臨床現場に PCIT が広がっていることが示唆された。

また、PCIT の手法としては、2020 年のコロナ禍以降、ビデオ会議システムを利用し自宅にいる親子に対して遠隔でコーチングを行う Internet-delivered PCIT (以下 I-PCIT) の事例を報告する論文が 3 件確認された。そのうち 2 件は両親で I-PCIT に参加していた。

実施セッション回数は、CDI のみ行った研究を除くと、合計で 11 回～31 回実施されており、一般的に 12 回～20 回程度とされるのに対して、やや長いセッションが必要だった事例が見られた。また事例数が複数あり中断率が報告された研究は 2 件あり、介入群における中断率はそれぞれ 20% (Furukawa et al., 2018)、25% (加茂ほか, 2016) であった。Thomas らのメタ分析(Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007)で報告された中断率 18～35% と比べて遜色なく、治療完遂率は比較的高いと思われる。

#### 効果検証の方法

次にそれぞれの研究において、効果検証の方法としてどのような研究デザインが用いられたか(表 1)、またどのような指標が用いられその結果はどうであったか(表 2)を整理した。研究デザインに関しては、RCT を行った研究として、PCIT の前半の段階である CDI のみの介入を行った CDIT (child-directed interaction training) について RCT を行った研究が 1 件 (Furukawa et al., 2018)、対照群を設けず複数事例について介入前後の指標の差を統計的に検討した研究が 2 件 (加茂ほか, 2016; Matano et al., 2022) 確認され、残り 11 件は個々の事例の経過をたどりながら、養育スキルの獲得状況や子どもの問題行動の減少を折れ線グラフなどで視覚的に示すなどして検討を行った事例報告であった。

表1 日本におけるPCIT研究の概要

文献	対象児		PCIT手法	実施場所	回数 <sup>*1</sup>	研究デザインと概要
	事例数	年齢 診断名等				
古川 (2021)	1	4	I-PCIT	Zoom	14	子どもの問題行動(わがままを言う、かんしゃくを起こす、保育園の行きしぶり)の改善を目的に、父母で参加した事例の報告。
Furukawa & Eyberg (2019)	1	4	CDIT	教育機関	9	子の問題行動への対処に困る、BAP (broadly autism phenotype) の特徴をもつ母に対し、視覚的補助としてハンドアウトを使用した事例の報告。
Furukawa et al. (2018)	12	5.49	CDIT	教育機関	8	21組の親子を即時治療 (IT) 群12組と待機者リスト (WL) 対照群9組に割り付け、IT群にCDITを実施した効果を検討したRCT。
Furuzawa et al. (2020)	1	5	ADHDの傾向	教育機関	31	子どもの問題行動の改善を目的に実施した事例の報告。
Hosogane et al. (2018)	2	2 4	ADHD	医療機関	30 <sup>*2</sup> 23 <sup>*2</sup>	子どもの問題行動 (興奮しやすく落ち着いたり指示に従うのが難しい、両親や他児への乱暴など) の改善を目的に実施した事例の報告。
加茂ほか (2016)	8	5.63	DV被害	医療機関	17.8	母にDV被害によるPTSD症状等があり、子に問題行動がみられる8組に対して実施した事例の効果を紹介前後で統計的に比較。2組中断、6組が終了。
Kawasaki & Kamo (2020)	1	4	ADHDの疑い、 ASDの疑い	Zoom	14 <sup>*2</sup>	子どもの問題行動 (癡癪、大人の言うことを聞かない、集中力がない等) の改善と両親の適切な関わりを目的に、父母で参加した事例。母に複雑性PTSDの診断。
Matano et al. (2022)	4	3~5	ASD	医療機関 Zoom	記載なし	従来の来談型PCIT 3事例と、I-PCIT 1事例を統計的に比較。
小平 (2013)	6	3~11	被害待児	児相	15~20	子どもの問題行動 (多動、集中困難、暴言、暴力) の減少と養育者の養育スキル向上を目的に実施。6事例中2例について症例報告。
國吉&須藤 (2016)	1	5		教育機関	13	過剰適応の傾向があり、保護者不在場面で同胞への暴力など攻撃的な行動が見られた子どもに対して実施した事例報告。最終回にきょうだい合同セッションを実施。
宮川 (2012)	1	6	DV被害	教育機関	11 <sup>*2</sup>	夫からのDV被害により母子関係も悪化してるとの見立てから、母子関係の改善を目的に実施した事例報告。
宮川ほか (2011)	4	3~8	広汎性発達障害 DV被害	教育機関	5~23 <sup>*2</sup>	発達障害児 (1) DV被害母子 (1) 他児への暴力など問題行動 (1) 母子分離の課題 (1) など多様な4事例の報告。
上原ほか (2016)	5	2~7	被害待児	児相	14~21	再統合事例3例 (実母2、継母1) と里親委託事例2例の報告。子どもの問題行動の減少と養育者の養育スキル向上を目的に実施。
吉川ほか (2013)	1	3	低出生体重児	医療機関	12	低体重出生の双子。3歳児検診時には正常発達に追いついていたが、母親の育児不安が高いことから実施した事例の報告。

\*1 回数には、Pre/Post-assessment, ティーチングセッションを含み、フォローアップを含まない (注釈のあるものを除く)

\*2 Pre/Post-assessmentを除いた回数(CDI+PDI)

(日本における親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の効果に関する文献展望)

表2 日本におけるPCIT研究で用いられた指標と結果

文献	効果検証に用いた指標 <sup>*1</sup>		ECBI強度		ECBI問題数		スキル図表		結果
	DIPICSECBCL	PSI BDI-II	Pre	Post	Pre	Post	CDI	PDI	
古川 (2021)	○	○	母99	75	16	4	○		I-PCITは家庭での般化が容易であり、父母とも適切な関わりが増え、子どもの問題行動と親の育児ストレスが減少した。
Furukawa & Eyberg (2019)	○	○	160	79	19	0	○		BAPの特徴を持ち当初CDITのスキルを実践することが困難であった親に対して、ハンドアウトを用い、スキルの理解と実践を促した。
Furukawa et al. (2018)	○	○	120	78	8.58	2.5	○		対照群と比べ問題行動が有意に減少。PSI：子どもの過敏性、夫との関係性も有意に改善。SRS：子どもの対人応答性が改善傾向。
Furuzawa et al. (2020)	○	○	167	120	22	18	○		小学校入学を控え多忙を極めた母の状況により、一部で終了基準を満たしていなかったが、スキル獲得基準は満たしており、終了した。
Hosogane et al. (2018)	○	○	178	68	28	11	○		親の肯定的な関わり、効果的な指示が増加し、子どもの乱暴な行動が減少。数か月後のフォローアップでも効果維持を確認。
加茂ほか (2016)	○	○	153	104.2	20.7	7.6	○		終了した6事例について治療前後の各数値の差を比較。CBCL：外在化症状スコアが有意に減少。ADHD RS-IV-J：軽減傾向。PSI：非機能的相互交流が有意に改善。
Kawasaki & Kamo (2020)	○	○	母154	107	25	15	○		両親とも順調にスキルを習得し。PSI, BDI-II：母のみ軽減。I-PCITは家庭で実施されるため、日常生活への般化も順調。
Matano et al. (2022)	○	○	130.5	66	16	1.75			従来の来談型PCIT3事例と、I-PCIT1事例を比較し、実施形態にかかわらず子どもの問題行動の減少に効果を上げたことを示唆。
小平 (2013)	○	○	>114	<114			○		ECBIの強度スコアの推移を図示。CDI中にすべてのケースで114以下に低下。子どもは「特別な遊びの時間」を喜び早期に行動面情緒面で改善。
國吉&須藤 (2016)	○	○	79	79	7	0	○		親がスキルを身につけて母子とも情緒が安定。母を遊びをに誘う、遊びの中で母への身体接触が増える等母子関係が改善。
宮川 (2012)	○	○	139	133	16	13	○		ECBI強度スコアはCDI終了時に102まで低下。母が養育スキルを身に着けると、子の問題行動が改善し、母の自尊感情も回復した。
宮川ほか (2011)	○	○	101	90			○		ECBIの変化とスキルの獲得状況を図示。問題行動が減少に加え、母子関係が改善、親の子どもへの見方が変化するなど効果が見られた。
上原ほか (2016)	○	○	99.5	104	6	7.25	○		ECBIスコアは一時的上昇のち減少。1事例のみ直前のトラブルにより最終回のスコアが上昇。PAAI-R：自信欠如、完璧志向性で大きな改善。
吉川ほか (2013)	○	○	145	96			○		CBCL:改善。両児の問題行動が減少。指示理解良好、やり取りが円滑になった。PSI, BDI-II：母のストレス、うつ症状の改善。

\*1 本文に記載のあったもの

### 養育者の養育スキル獲得についての効果

介入効果として養育者の行動変化、つまり養育者がどの程度養育スキルを獲得したかについては、研究によって効果の提示方法が異なった。毎回のセッションで観察された獲得スキルの推移を折れ線グラフで図示したもの、DPICS-IV (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System Fourth Edition: 親子対の相互交流評価システム; Eyberg et al., 2014)に基づき介入前と介入後の結果を比較したものなどがみられた。養育スキルについては、CDIで学ぶ、行うべき5つのスキル(具体的賞賛、繰り返し、模倣、行動の説明、楽しい交流)が向上したことを図示したものが14件中12件の研究で見られた。一方、PDIで獲得する効果的な指示の出し方のスキルや子どもの応答結果の改善の推移を示した研究は3件のみであった。

また、結果や考察において、どの養育スキルに注目し個別の記述や考察を行ったかについても、偏りが見られた。CDIで学ぶスキルについては、具体的賞賛について考察した研究が最も多く9件あったが、非言語的なスキルである模倣・楽しい交流について述べた研究は1件(Furukawa et al., 2018)のみであった。またPDIで学ぶスキルについては、効果的な指示について考察した研究が7件あったが、タイムアウトについて考察した研究は2件(Kawasaki & Kamo, 2020; 國吉 & 須藤, 2016)のみであった。

### 子どもの問題行動についての効果

子どもの問題行動の変化はすべての研究において、ECBI強度スコアで測定されていた。効果の提示方法としては、全セッションの推移を図示し視覚化したもの、介入前後の数値の差を比較したものなどがあり、ほぼすべての研究(14件中13件)で数値の軽減傾向が確認できた。具体的には、ECBIの強度スコアが14件中介入前2件から介入後11件で終了基準である114を下回っており、問題スコアも、問題スコアの記述のあった11件中介入前3件から介入後8件で13を下回っていた。また、CDITでの変化ではあるがFurukawaらのRCT(2018)では、即時治療群のECBI強度スコアは対照群と比べて有意に減少しており、また加茂らの研究(2016)でも、介入後のECBI強度スコアは介入前と比較して有意に低下していた。これらの結果からPCITという介入によって子どもの問題行動が軽減していることが示唆された。

上述以外の評価指標としては、3件の研究において、子どもの問題行動の変化を測定するために子どもの行動チェックリスト(Child Behavior Checklist: CBCL)が使用され、そのうち2件の研究では数値の改善が示された(加茂ほか, 2016; 吉川ほか, 2013)。そのほか発達特性を捉えるために、日本語版注意欠陥/多動性障害評価尺度(ADHD-Rating Scale IV: ADHD-RS-IV-J)など、また子どもの対人応答性を測定する目的でSRS(Social Responsiveness Scale)が用いられていた。

また養育者の効果的な指示に対しての子どもの応答率の推移を図示した研究が2件(Hosogane et al., 2018; 加茂ほか, 2016)みられたほか、効果を示す質的なデータとして養育者の語りなどを確認すると、子どもの問題行動の減少だけでなく、「集中力が増した」「自分が思っていることを言えるようになった」(上原ほか, 2016)「挨拶するようになった」(小平, 2013)「担任の先生ととても良い関係が築けている」(古川, 2021)など、子どもの肯定的な行動の変化が多くの研究で報告されていた。

### 養育者の育児困難感などについての効果

介入効果として養育者の心理的变化を測定する指標については、様々なものが用いられていた。ECBI問題スコア以外の評価指標としては、精神的健康の程度を把握する目的でベック抑うつ質問票第2版(Beck Depression Inventory II:BDI II)が4件、育児ストレスを把握する目的で、育児ストレスインデックス(Parenting stress index:PSI)またはその短縮版(Parenting stress index short form:PSI-SF)が6件と多く使用されていた。なかでもPSIは6件中5件で改善(下位尺度含む)が確認されている(Furukawa et al., 2018; Hosogane et al., 2018; 加茂ほか, 2016; Kawasaki & Kamo, 2020; 吉川ほか, 2013)。そのほか、養育者の状況に応じてGHQ精神健康調査30項目版(General Health Questionnaire 30 items:GHQ-30)など精神的健康を測定するもの、虐待心性尺度(Parent Abusive Attribute Inventory PAAI-R)など養育態度を測定する尺度が使用されていた。

## (日本における親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の効果に関する文献展望)

養育者の語りなど質的な記述を見ると、質問紙の結果に表れたような養育者の精神的な健康度の改善以外にも、「子どもとの距離が近くなった」(古川, 2021)「私に褒められて喜ぶ姿を見て、私も必要なのかなとかわいく思えた」(上原ほか, 2016)「スキンシップが増えた」(國吉&須藤, 2016)など親子関係、愛着関係の改善を示唆する研究、「小さいバトルはあるけれど、やっていけそう」(宮川, 2012)「子育てに関する自信が持てた」(古川, 2021)など育児に対する自己効力感が改善していることを指摘する研究が数多く見られた。

### 考察

結果が示す通り、日本における PCIT の効果研究は、RCT による群間比較研究が 1 件とまだ蓄積が少なく、事例報告が中心であった。しかし RCT を行った研究 (Furukawa et al., 2018) からは、CDIT について即時治療群では対照群と比べて ECBI スコアの有意な改善が示されており、また対照群を設けず複数事例について介入前後の指標の差を統計的に検討した研究 (加茂ほか, 2016; Matano et al., 2022) や個々の事例の経過を質的に記述し養育スキルの獲得の推移を視覚的に示すなどして検討を行った事例研究からも介入前と比べて子どもの問題行動の低減や養育者の対処困難感の軽減に効果があることが示唆された。これらの結果から、日本においても PCIT 介入の有効性が一定程度示されたといえる。今後、さらに実践を積み重ね多くの事例から有効性を検討するとともに、少数の事例研究においても研究デザインを工夫して質の高い効果検証を行うことが期待される。近年、少数事例を用いて介入の有効性を検証するために使用できる研究デザインとして単一事例実験デザイン (single-case experimental design: SCED) が、評価ツールやガイドライン、分析手法の発展を背景に再び注目されている。海外の PCIT 研究においては、SCED に基づく事例研究も多くみられることから (例えば Scherpbier et al., 2022; Choate et al., 2005) , 日本においてもこうしたエビデンス基準を満たす効果検証が求められるだろう。

また、養育スキル獲得の効果について、今回展望した論文では CDI, とくに具体的賞賛の効果に注目した研究が多くみられた。従来、日本人は英語話者と比較してほめ言葉の使用が少ない傾向にあることが指摘されており (Barnlund & Araki, 1985), 英語話者に比べ、日本人はほめることを「難しいもの」と考える傾向がある (Matsuura, 2004)。子育てにおいて、ほめて育てることが望ましいという考えは広く普及している一方、具体的にどうしたらよいのかわからない、ほめることが苦手と感じる養育者は多い。こうした日本の子育て環境において、コーチングを受けながら実践的に褒め方を学ぶことの意義が示唆されたと考えられる。一方で PDI の段階で学ぶ効果的な指示の出し方やタイムアウトを行うスキルについて詳述した研究は少なかった。今後は、CDI, PDI それぞれの効果を比較するなど、PCIT の介入の中でもどの養育スキルがどのような効果をもたらしているのか明らかにする必要がある。また CDI で獲得するスキルの中でも、非言語で明確な目標が設定されていない模倣、楽しい交流については、共同注意に注目した Furukawa らの研究 (2018) でのみ述べられていた。こうした非言語面での変化をどう測定し研究に反映してゆくかも今後の課題である。

さらに子どもの問題行動の改善については、ECBI 強度スコアなど質問紙による効果検証がほとんどであった。本来 PCIT は、ライブコーチングによって養育者と子ども双方の行動変化が可能になる、親子関係に直接介入する数少ない治療方法のひとつ (小平, 2019) であり、質的な記述からは親子双方の関係の様々な肯定的な変化が報告されている。今後の研究では、子どもの行動変化や親子双方の相互作用の変化についても直接観察に基づいて測定し、効果を確認することが有益と思われる。

今回の結果を踏まえさらに PCIT の研究と実践を重ねていきたい。

### 引用文献

Barnlund, D.C., & Araki, S. (1985). Intercultural Encounters: The Management of Compliments by Japanese and Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 16(1), 9–26.



- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 126–135.
- DeRosa, B., Eyberg, S., Boggs, S., & Algina, J. (2006). Predicting Outcome in Parent-Child Interaction Therapy Success and Attrition. *Behavior modification*, 30, 618–646.
- Eyberg S.M, Chase RM, et al (2014) : Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS) Clinical Manual 4th edition. Gainesville, FL: PCIT International: 加茂登志子 (訳) 親子対の相互交流評価システム臨床マニュアル第4版日本語版 ver.1.01
- Eyberg, S.M.& Funderburk, B. (2011) Parent-Child Interaction Therapy Protocol 2011. PCIT International,Inc.:加茂登志子 (訳) (2011) 親子相互交流療法プロトコル
- Funderburk, Beverly W., Eyberg,S.M., (2012) Parent-Child Interaction Therapy. *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.). Norcross, John C. (Ed.); Freedheim, Donald K. (Ed.); Washington, DC, US: American Psychological Association, 2011. 415-420.
- 古川心. (2021). コロナ禍における子育て支援: Internet Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT: インターネット親子相互交流療法)導入の試み. *神戸親和女子大学研究論叢*, 54, 41–49.
- Furukawa, K., & Eyberg, S. M. (2019). Child-directed interaction training for mothers of children with autism spectrum disorder: Use of a visual handout. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3(3), 287–296.
- Furukawa, K., Okuno, H., Mohri, I., Nakanishi, M., Eyberg, S. M., & Sakai, S. (2018). Effectiveness of child-directed interaction training for young Japanese children with autism spectrum disorders. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(2), 166–186.
- Furuzawa, A., Yoshinaga, N., & Hattori, K. (2020). Parent–Child Interaction Therapy for Japanese Working Mother and Child With Behavioral Problems: A Single Case Study. *Clinical Case Studies*, 19 (4),270–281.
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K., & Kamo, T. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyper-activity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 17(1).9
- 門田昌子, 寺崎正治, 武井祐子, 岡野維新, 池内由子, 竹内いつ子, & 山口正寛. (2020). 親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の研究動向と展望. *川崎医療福祉学会誌*, 29(2), 251-265.
- 加茂登志子, 氏家由里, 伊東史エ, 中山未知, 伊藤まどか, 金吉春.(2016). ドメスティック・バイオレンス被害母子に対する親子相互交流療法の効果に関する研究. *東京女子医科大学雑誌*, 86(E1), E48-E58.
- 加茂登志子. (2010). ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法(Parent-Child Interaction Therapy: PCIT). *精神神経学雑誌* 112(9), 885-889.
- 神田有里子. (2021). PCIT(親子相互交流療法)CDIスキル「行動の説明」の一考察: 親の利便性と子どもの違和感. *ヒューマンサイエンス / 神戸女学院大学大学院人間科学研究科* [編], 24, 69-72.
- Kawasaki, M., & Kamo, T. (2020). Internet-delivered Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT) in Japan: Case Report of Application to a Maltreating Parent Child Dyad. *Archives of Clinical and Medical Case Reports* 4 (2020): 1218-1233
- 小平かやの. (2013). 虐待事例における親子相互交流療法の有効性の検討. *東京女子医科大学雑誌*, 83(Extra), E219-E227.
- 厚生労働省令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 (2020) 「体罰等によらない子育ての推進に向けた実態把握に関する調査事業報告書」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000204863.html>
- 國吉知子, 須藤春佳. (2016). 過剰適応の日本人母子を対象とした「親子相互交流療法」(PCIT)の事例.

(日本における親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) の  
効果に関する文献展望)

遊戯療法学研究, 15(1), 5-24.

Matano, M., Monden, Y., Kurane, K., Kawasaki, M., & Kamo, T. (2022). Potential of internet-delivered PCIT for ASD in the COVID-19 era: A pilot study. *Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society*, 64(1), e14699.

Matsuura, H. (2004). Compliment-giving behavior in American English and Japanese. *Jalt Journal*, 2004 jalt-publications.org, 147-170.

宮川千春. (2012). PCIT を用いた母親の自尊感情回復のプロセス. 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 12, 41-48.

宮川千春, 古市志麻, 春原由紀. (2011). 親子相互交流療法(PCIT)の実践(その 2). 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 11, 13-31.

Scherpbier, I. C. A., Abrahamse, M. E., Belleman, R. G., Popma, A., & Lindauer, R. J. L. (2022). Implementation of Virtual Reality to Parent-Child Interaction Therapy for Enhancement of Positive Parenting Skills: Study Protocol for Single-Case Experimental Design With Multiple Baselines. *JMIR Research Protocols*, 11 (5), e34120.

Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), e2017 0352.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 475–495.

上原由紀, 小西聖子, 春原由紀. (2016). 児童相談所で親子相互交流療法(PCIT)を用いた事例について: 再統合・里親のケースに対する有効性の予備的検討. *子どもの虐待とネグレクト: 日本子ども虐待防止学会学術雑誌*, 18(2), 255–264.

吉川陽子, 平澤恭子, 竹下暁子, 高澤みゆき, 寺沢由布, 伊東史エ, 加茂登志子, 大澤眞木子 (2013). ハイリスク新生児フォローアップ外来における育児困難を呈した母子への支援. *東京女子医科大学雑誌*, 83(Extra), E408-E414.

Zisser-Nathenson, A.R., Herschell, A.D., & Eyberg, S.M. (2017). Parent-Child Interaction Therapy and The Treatment of Disruptive Behavior Disorders. Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. Eds. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, Third Edition*. pp.103-121. Guilford Publications.

## 【エッセイ】

# フランスにおける文化的体験と刑務所の音楽ナラティブ調査 —トゥール大学在外研修報告—

松本 佳久子

(武庫川女子大学 音楽学部応用音楽学科)

## Cultural experiences and Research of Music Narrative in French Prisons -Report of my Research Period at the University of Tours in France-

MATSUMOTO Kakuko

*Department of Applied Music, School of Music  
Mukogawa Women's University*

筆者は、これまで受刑者や非行少年の社会的認知障害に焦点を当て、コミュニケーションを促進し再犯防止を目指す音楽療法として「音楽ナラティブ・アプローチ」を試みてきた。そして臨床現場において、受刑者が個々に「大切な音楽」について語ることを通じて人生のさまざまな出来事を振り返り、再犯防止につながる社会的絆に気づいたり、自己の課題への洞察を深めるプロセスを観察してきた。これらの研究の一環として、このたび在外研修の機会を得て、フランス トゥール大学の研究員として1年間在籍した。フランスには成人の生涯教育におけるライフストーリーの先進的な実践研究機関があり、トゥール大学はその拠点のひとつである。そもそも海外に長期滞在すること自体初めてであった筆者が、フランスの文化の一端に触れて感じたことや、調査研究を通じて得た様々な出会いについて報告する。

### 1. ところ変われば…

筆者が渡仏した2022年9月は、日本は新型コロナウイルス感染拡大第7波のまっただ中にあり、マスクは公共の場で手放せなかった。そして空港でも入国・帰国者双方に厳重な水際対策が講じられていた。しかし、パリのシャルル・ド・ゴール空港に到着した途端、その状況は一変した。出迎えてくれた友人から、スリに狙われないよう直ちにマスクを外すことを勧められた。数年ぶりに人混みの中をマスク無しで歩くという違和感の中で、フランスでの第1日目が始まった。メトロやTGVなど公共交通機関内では流石にマスク着用が推奨されていたが、それに従う乗客はほんのわずかだった。かつてロックダウンを経験したフランスだが、今や飲食店では検査証明も不要となり、レストランやカフェは多くの人がマスクなしで会話しており、まるでコロナが終焉したかのような世界に見えた。

もう一つ、筆者が衝撃を受けたのは、定年年齢引き上げの施策に反対するデモの凄さだった。フランス全土で頻発し、大規模なストライキにより交通網が乱れた。パリの街角では店舗のガラスが破れ、モンパルナス駅の周辺ではゴミが収集されずに小山のように堆く積もっていた。トゥールでも大学の一部のキャンパスが学生によって封鎖され、教職員も学生も、誰もが大学内に立ち入れない状況が2ヶ月ほど続いた。そしてそのまま学期が終わった。その間、研究調査のためにトゥールとパリを何度か

往復したが、その度に TGV の運賃は高騰し、座席を取ることもすらも困難だった。しかし、このような不便さを物ともせず、周りのフランス人たちは当然の権利だと胸をはっていたのが印象的だった。立てこもる大学生たちの前を通る車が何台もクラクションを鳴らしてエールを送っていた。

次に驚いたのは、フランスにおける日本文化への関心の高さだった。毎年大規模なジャパンエキスポがパリで開催され、特に日本のアニメは人気を博していた。ヴェルサイユの地域の公民館祭り日本語教室からの演目として、筆者は知人から日本文化を紹介するよう依頼され、日本から持ち込んだ津軽三味線を演奏したところ、物珍しさもあってか、地域の子どもたちがステージの近くに集まり、演奏前からすでにノリノリの手拍子で迎えてくれた。

## 2. フランス中世の文化を支えるトゥールの街

トゥールはフランス中部に位置し、首都パリから電車 TGV で1時間のところにある人口約 36 万人の都市である。王侯貴族の古城が並び「王の庭園」とも呼ばれるロワール川渓谷にあったトゥレーヌ州のかつての州都として栄えていた。今ではこれら世界遺産の観光拠点ともなっている。そして、職人徒弟制度の発祥の地であり、その国内唯一の博物館がある。中世フランスの文化を支えてきた城の建築、鍛冶屋などの職人がここから生まれた。また古き良きフランス語が守られており、トゥールには世界中から語学や歴史を学びに留学生が集まってくる。日々の暮らしは、大都市ほどの便利さはないが、アパートの近くのサンマルタン教会では毎時に鐘が鳴り、近所の広場では水曜と土曜の朝には市がたち、地元の果物や季節の野菜、チーズやパン、肉製品・花などが色とりどりに並んだ。そして、穏やかに流れるロワール川では人々が憩い、日没が夜 8 時頃になる 5 月に入ると、ガングットと呼ばれる店が開かれ、夜遅くまで賑わうようになる。また、冬はクリスマスマーケットやイルミネーションが街を彩った。1100 年から 300 年ほどかけて建てられたサンガシアン大聖堂が高く聳え、中心街のプリュムロー広場は、周りをとり囲むように中世の木組みの古民家のカフェやレストランが並び、テラス席は多くの客で埋まっていた。大学のキャンパスからも近く、ランチタイムや研究会の後などは、筆者もよくこの広場に繰り出した。

## 3. 調査研究への架け橋となった恩師との出会い

トゥール大学は 1969 年に設立された公立大学で、現在は医学を含め 11 学部を備える総合大学になっている。ガストン・ピノー名誉教授が、ケベック大学でカナダ・北アメリカでの成人教育研究に携わった後トゥール大学に移って以来、研究と社会的活動の範囲を拡大し、今ではフランスのライフストーリー研究の拠点の一つとなっている。そのピノー氏からの薫陶を受けトゥール大学で後任を務めるブルトン教授に筆者は導かれてこのたびの調査実現までの道が拓かれた。ブルトン教授は、フランス大学研究所上級研究員であり、成人教育、人間科学、公衆衛生におけるナラティブ・プラクティス（自己物語、ナラティブ・インタビュー、集合的ナラティブ、微視現象学記述）を中心に研究している。国際ライフストーリー教育研究会(ASHIVIF: l'Association internationale des histoires de vie en formation)の中心メンバーであり、第一人者である。筆者は、2017 年に立命館大学の森岡教授のナラティブ研究会でブルトン教授の講演会を初めて受講し、2018 年に「研究会現場で実証される人文・社会科学—シカゴ学派以降の調査の論理、ナラティブ・アプローチ、協調的ダイナミクス」というテーマのコロクがトゥール大学タヌールキャンパスで開催された際には、筆者は受刑者の音楽ナラティブの実践研究について報告する機会を得た。新型コロナウイルスのパンデミックの間もブルトン教授がロックダウン下の自らの体験を分析し綴った論文をメールで送ってくださり、世界各国のライフストーリー研究者をオンラインで結び、24 時間かけて順番に報告する国際的な研究会にも、日本からの報告として筆者を加えてくださった。いかなる時も精力的に活動を展開されるブルトン教授の姿に、筆者は勇気づけられた。



#### 4. 調査研究

##### 1) 刑務所における文化活動

フランス政府は、文化は自己形成と再構築の要であり、また帰属意識を育む重要な要素であるとし、1986年に文化省と法務省とが初の省庁間協定を結び、刑務所にあらゆる分野の文化活動を導入することを推奨した。そこから芸術家によるダンスや音楽などの取り組みがさかんに行われるようになった。

筆者は、フランスのパリ郊外にあるフルーリー＝メロジス刑務所内で行われた受刑者とプロの若手オーケストラとの共演によるコンサートを訪ねた。5年前の2018年に同女子刑務所から始まり、翌年から男子刑務所にも発展した。その理念は受刑者とクラシック音楽の世界を結びつけることで、刑務所の内と外を調和させることである(“En Chœur”コンサートチラシ2022)。このコンサートでは、受刑者の合唱団とともに、若手音楽家によるオーケストラが演奏し、施設内の職員と受刑者、そして関係者らが観客となる。一回限りのコンサートではなく、毎週1回、約3ヶ月間のワークショップを経て本番に臨む。彼らの中には、これまでにオペラに親しんだ経験のある者はいない。本番に至るまでのワークショップを通じて、オーケストラの団員一人ひとりが受刑者らと関わり、音楽家と受刑者らとの間に音楽を通じた深い信頼関係が築かれていた。コーラスは、「さらば恋人よ(Bella ciao)」を幕開けに、オペラのアリア等の名曲を一人ひとりが音楽に乗せて体を揺らしながら歌い、オーケストラはオブリガートなどの伴奏パートを渾身に演奏することでそれに応答した。これら力強い相互作用のうねりが聴く側にも直に伝わり、感動を呼び起こした。演奏者たちは、最終的に盛大な拍手と歓声に包まれていた。彼らの間には、もはや、受刑者か受刑者でないかの区別はなく、まさに自律した各パートが互いに影響を与え合うポリフォニックな相互関係にあると筆者は実感した。

##### 2) 少年受刑者へのインタビュー調査

フランスにおける音楽療法は、1990年代後半からモンペリエ刑務所、ナント刑務所、ボルドー刑務所その他いくつかの刑務所で行われ始めた。とは言え、来仏当初はライフストーリーのインタビューをするには、何を糸口にして刑務所とコンタクトできるか全く手がかりもなく、暗中模索の状態だった。しかしブルトン教授のライフストーリーの講習の受講者の中に少年保護施設の職員がいたため、彼のおかげで少年院や少年受刑者の施設を管轄する地域間部局とコンタクトを取ることができ、そこを通じて研究への許可を得て協力施設を募集することができた。

フランスの刑務所等に収監されている受刑者数は、近年減少傾向にある日本とは異なり、1980年代からパンデミックの2021の例外を除き、毎年増加してきた。2022年1月現在では、フランス全土で収容率100%を超える刑務所が6%に達し、犯罪の抑制と拘留環境が喫緊の課題となっている。フランスの少年施設は、司法少年保護局が運営する54の閉鎖教育センター(CEF)と6つの未成年犯罪者施設(EPM)がある。EPMは、13歳から18歳までの持続的な教育が必要な者に対する施設であり、社会への統合のための教育、職業訓練、心理的かつ精神的ケアを行うために2002年に創設された施設である。

筆者はパリ管区の2つの刑務所少年課とEPMにおける受刑者10名に「大切な音楽」に関するインタビュー調査を行い、人生におけるライフイベントと音楽との関連について検討した。矯正プログラムには音楽療法はないが、彼らは、好きなアーティストのCDアルバムを家族から差し入れてもらい、余暇時間にラジカセで聴くなど音楽に親しんでいた。初対面である私に、音楽に関する調査と知って、協力したいと自ら手を挙げたと言い、強い意気込みを示してくれた。

インタビューの前には、通訳の方とともにVerlanという逆さ言葉のような若者独特の言い回しや、ギャング系ラップなど、若者文化について予習していたのだが、実際には、「ご機嫌いかがですか“Comment allez-vous?”」など、どの少年も丁寧に挨拶してくれたのが印象的だった。結果的に彼ら10名全員が「大切な音楽」としてHipHopを選曲した。これは、HipHopがフランス独自の発展を遂げ、現在の若者一般に支持されているという文化的背景を反映するものであると筆者は考える。さらに少年受刑者にとって、それぞれの地区(quartier)に深く関連したラップが自らのルーツや日



(松本佳久子)

常生活をリアルに表すものであり、家族や友だちの大切さを示していることが、彼らの語りから伝わった。彼らの中には、学校に通わず路上で薬物を売買して小遣い程度のお金を稼ぐ現在の生活から抜け出すことを望みながらも実際にはなかなかできないというジレンマに陥っていた。そして、施設内では家族と離れて日々孤独を感じながら過ごしているが、夜に居室の窓の外に向けてラジカセから音楽を流し、別室の仲間と一緒に歌を歌う時が心が安らぐと言い、音楽は生活に不可欠なものだと強調した少年の言葉が心に沁みた。

フランスの文化に根差した生涯教育におけるライフストーリーの先駆的かつ豊富な知見をはじめ、筆者が刑務所で触れた文化活動やインタビュー調査、そしてツールで過ごした日常の暮らしの中から得たこれらの経験を活かしながら、今後は、ナラティブ・アプローチを基盤とした音楽療法や、生涯教育につながる音楽療法のプログラム構築と開発に還元していきたいと考える。

2023 年度発達臨床心理学研究所公開講座

## これからの心理療法 総合的アプローチとソーシャル・ジャスティスの視点

---

### 【挨拶】

{所長：新澤伸子 氏}

本日は武庫川女子大学の 2023 年度、発達臨床心理学研究所公開講座にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。私は当研究所の所長を務めております、新澤と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

最初に少しこの研究所のことについて少しだけお話をさせていただきます。

この発達臨床心理学研究所は昭和 54 年に、今から 44 年前ですけれども、幼児教育研究所としてスタートしました。その後、平成 11 年に本学の大学院に、臨床心理学専攻が開設されたことに伴いまして、発達臨床心理学研究所として活動を始めております。現在、44 年経っております。昭和・平成・令和と、つないできたわけですけれども、その時代は変わりましたがその時代のニーズに合わせた、心と発達に関する研究、臨床実践、そしてこのような研修事業のような人材育成、それを 3 つの柱として活動を続けてまいりました。

本日は、コロナで去年から対面を開始できたんですけれども、去年はまだ 50 名定員ということで、限定をして開催しておりました。去年お申込みいただきましたけれども、御参加されなかった方もいらっしゃるのではないかと思います。今年は京都大学の学生総合支援機構、学生相談部門長の杉原保史先生をお迎えして、このように多くの方々にお集まりいただいて、講演をお聞きできることをとてもうれしく思っております。本日は 2 時から 4 時までの 2 時間、ご講演を伺うことになっておりますが、また最後に少し質疑応答の時間も設けておりますので、またとない機会ですので、先生もフロアからの質問の交流もとても期待されておりますので、ぜひ、お話の後には我こそはと思う方は、また感想なりご質問なりしていただければと思っております。

あと、少し事務的なことをお伝えしますが、本学は女子大ということでですね、男性の方に大変申しわけないのですが、お手洗いがこの 3 階のフロアにはございません。1 階下の 2 階か、4 階の方にはございますのでお伝えいたします。女子トイレは各階にございます。ただ、廊下を出てドアのあるところを開けて入ってしまいますと、戻れなくなるドアがありますので、このフロア以外のところには入らないようご注意くださいと思います。

それでは、本日司会を担当しております、本学の佐藤淳一先生にバトンを渡したいと思います。本日もどうぞよろしくお願い申し上げます。

---

### 【講師紹介】

{司会：佐藤淳一 氏}

皆様、今日はどうもありがとうございます。

本日は京都大学学生総合支援機構、学生相談部門長教授の杉原保史先生に、これからの心理療法、総合的アプローチと、ソーシャル・ジャスティスの視点というテーマで公開講座のご講演をいただきます。もう皆さんもよくご存じかと思うんですけども、最初に先生のご略歴を私、佐藤より僭越ながら紹介させていただきます。

まずご学歴ですが、京都大学教育学部、京都大学大学院、教育学研究科にて、臨床心理学を学ばれました。1989 年に博士課程を満期退学された後、大谷大学文学部専任講師、京都大学カウンセリングセンター教授などを経て、現在は京都大学の学生総合支援機構の学生相談部門の教授を務めておられます。教育学博士、公認心理師、臨床心理士でいらっしゃいます。

ご著書も沢山ございます少し紹介させていただくと、「統合的アプローチによる心理援助」2009 年金

剛出版、「芸芸（アート）としてのカウンセリング入門」2010年創元社、「プロカウンセラーの共感の技術」2015年創元社、「心理カウンセラーと考えるハラスメントの予防と相談」2017年北大路書房などがあり、今月は、しかも新著として「プロカウンセラーの面接の技術」というのを創元社から上梓されております。また、訳書としまして、循環的心理力動論による統合的アプローチのポール・ワクテルの著書を数多く訳されて、日本に統合的なアプローチを、本格的に初めて紹介されたんじゃないかなと思っております。

また、学会活動でも、日本心理療法統合学会副理事長を務めておられます。心理療法の統合をリードされておられます。

さらに、学生相談にとどまらず、自治体と組んで SNS カウンセリングや、遠隔カウンセリングの普及、さまざまな行政の委員や役職等、多方面で御活躍されているのは、皆様もよく御存じのことと思います。

今回ご講演に当たりまして、本学の臨床心理教育に携わる我々教員や院生等は、コロナ禍で遠隔カウンセリングをかなり勉強、また、実践しました。その中で杉原先生の文献や資料というのは、大変勉強になって参照してきたところです。

その延長で、若年者に関わる方々はよく痛感されておられると思うんですけど、やはり SNS などのカウンセリングというのが、ますます必要になると感じておりますが、実践はこれからという段階かと思えます。

他方でですね、私自身は対人関係精神分析、あるいは関係論を学び、訓練しましたので、そこから発展する関係論的な心理療法の統合的展開というのにも、強く関心を持っております。

そして、今日お集まりいただいた、臨床現場の第一線で活躍されている先生方におかれましては、最も必要とされている統合的アプローチというのを、恐らくさまざまな現場で試行錯誤しながらも、オリエンテーションや技法をどのように学んで実践していけばいいか迷われている先生方も多いのではないかと思います。

こうしたいわば、これまでの心理療法を学ぶのではなくて、これからの心理療法をですね、実践されておられる稀有な先生と私は思っております。

杉原先生を今回呼び出すことができ大変嬉しく思っております。本日は杉原先生の貴重で興味深いお話をお聞きできる機会となり、私も非常に楽しみにしております。

先生どうぞよろしく願いいたします。

---

## 【本編】

### 《はじめに》

#### 【講師：杉原保史 氏】

皆さん改めましてこんにちは。お休みのお天気のいい午後にもかかわらず、お集まりいただきましてありがとうございます。

ただいま過分なご紹介いただきました、京都大学の杉原保史と申します、よろしく申し上げます。

質疑も含めて 4 時までの予定でお話しさせていただきます。「これからの心理療法、統合的アプローチとソーシャル・ジャスティスの視点」ということで、今日はどういってお話させていただこうかなと考えました。事前に佐藤先生とご相談した訳ですけれども、「統合的アプローチの話か、ソーシャル・ジャスティスの話かのどちらがいいでしょうね？」とお尋ねしたところ、「ぜひ両方お願いします」というふうに言われました。この 2 つのテーマをカップリングするような形でお話しさせていただきます。時間がいっぱいいっぱいになるかもしれませんが、調整しながら、もしかするとお配りしている資料を途中少し飛ばしたりしながら、2 つのお話をしたいと思います。

ただ、2 つのお話といっても、私の中ではシームレスに繋がっているところがありまして、決してバラバラの話ではないのです。ただこの領域における議論としては一応別のテーマみたいに扱われること

が多いです。その意味では2つのテーマがあります。

統合的アプローチですが、統合ってというのは異なるものを合わせて、結び付けてオーガナイズして使うということですよ。異なるものって何かというと、この場合、基本的には学派になるんです。心理療法学習上の難しさの一つは、さまざまな学派があって、それぞれに違ったやり方を主張することにあります。このことが学びづらさをもたらしたり、初期学習の混乱をもたらすことが多いのです。先ほど、新澤先生と佐藤先生に「武庫川女子大の臨床心理は、どんな感じですか？」といったことをお伺いしたんですが、こちらでは教員間での学派を背景にした対立はなくて、むしろ非常に友和的に、あるいは統合的に教育が行われているというご様子でした。

そうは言っても、やっぱり異なる学派というのは考え方が違うところがあって、学び手にとっては、学んでいくにつれ、混乱するのは事実だと思うのです。例えば行動療法では毎回宿題を出します。セラピーのセッションの中で人格変容が起きることよりは、セラピーの中でアセスメントを十分にして取り組むべき課題の説明をして、生活場面の中で、課題に取り組んでもらって、変化が起きる、ということが主に考えられていると思います。

それに対して力動的アプローチや、体験的アプローチでは、セッションの中でのセラピストとクライアントの関わりあい自体から、何か生まれるということが主に想定されていて、あんまり宿題とかは出さないことが多いですね。

面接のセッションの中で何か起きることを想定する力動的アプローチと、体験的アプローチの間でも、解釈をするかしないかとか、転移・逆転移という概念を認めるか認めないか、みたいなことで、色んな対立とか議論がある訳ですね。

やっぱり学派間にはそのように意見の違いがあるのですよ。そうするといろんなセラピーを学んでいくと、一体どうしていいのかよく分からなくなりがちです。そういう状況の中で、統合的アプローチという考え方が、20世紀の後半ぐらいから段々と育ってきたのです。統合的アプローチとは、異なる主張をしている学派をどういうふうに活用しながら、より効果的なセラピーをクライアントに対して提供していくか、そこに知恵を絞るアプローチですね。

もう一つ、今日はソーシャル・ジャスティスをテーマとして取り上げるのですが、このソーシャル・ジャスティスというのは、社会的な視点を持つということですね。多くの心理療法は心を扱う。そして心というのは個人の中にあるものだ、という見方が土台に先入観として据えられている。そうするとクライアントの生活場面、生活環境、あるいはクライアントとセラピストを取り巻く社会や文化のあり方というような、大きな問題というのをあまり扱わないようになってしまう。うつであれば、そのうつの中の心の中で起きていることを見て働きかける。それでその人が変容する、うつが良くなる。そういうモデルで考える。でも、うつが生じる際に、環境側に主な問題があることは非常に多いですね。差別もあるし、犯罪被害もあるし、ハラスメントや、いじめ。そういうように環境側に問題があると、うつになるのは当たり前ですよ。その時に、変わるべきは、面接室に来ている個人なのか、環境の側なのか、ということをやまずアセスメントするところからスタートしなければいけない訳です。けれども、伝統的な心理療法は、どちらかというと最初の段階で、環境の問題をアセスメントするよりは、心の問題にアセスメントをしていって、最初から心の問題にフォーカスすることが多いのです。そのことが問題を見る視野全体に歪みをもたらしてはいないかということを考えていこうというのが、ソーシャル・ジャスティスのアプローチなんです。

この2つのテーマは、違った2つのテーマといえ、そうなんけれども、結局「クライアントにとって本当に効果的なセラピーとはどういうものか？」というのを追求していくと、この2つは共通して考えられるものがあるな、というふうに私は思っています。

前置きはこんな感じです。ではスライドに沿ってお話していきますね。

## 《自己紹介》

まず自己紹介です。京都大学で私は、先ほどご紹介いただいたように学びました。京都大学は、私が

学生として在籍している当時は、対話的で洞察志向的な心理療法をすごく重視する教育をしていました。今はどうでしょうね。今でもそういう傾向は非常に強い大学だとは思いますが。体験的心理療法とか力動的な心理療法、特にユング派の心理療法が強い風土で、そこで 1980 年代から 90 年代に心理療法の勉強をしました。

そういうわけで、スタート地点としてはやはり内面重視で、対話をして、クライアントを理解して、セッションの中でいかにクライアントの変化を引き起こすか、というようなことを中心に学びました。

ただ、やっぱりその考え方ではうまくいかないケースもあるんですね。そこに、私が統合的心理療法に足を一歩踏み出した大きな理由があるんです。

強迫的な症状の強い、若いクライアントさんに、力動的な立場で、ずっと話を聞いていって、時折、解釈を行うというような、そういうセラピーをやっていたんです。けれども何年面接しても、全然良くならない。そこで行動療法に興味を持ったのです。その当時、強迫症には行動療法の反応妨害エクスポージャー法というのが効果があるっていう知見が出ていたので、そういうのをやった方がいいんじゃないかなと思って、行動療法に興味を持ったんですね。ただ、それですんなり行動療法をやったかというのと、そうではなくて、なかなか実際にはできなかつたです。興味は持ったものの、なかなか実践はできない。というのも、それまで受けてきた教育訓練と全然違う考え方なので、容易に手を出せない感じがするんですね。ですから「こういうのをやった方がいいんじゃないかな」と思いながら、なかなかできないまま、心理力動的なセラピーをずっとやっていて、何年やってもクライアントの症状は変わらないという経験をしました。

もちろん、今、僕が言っているのは僕の体験であって「精神分析では強迫症の人は絶対に治りませんよ」というような意味ではありません。ただ僕がやっていて、そのクライアントにはうまく効果を発揮できなかったな、という思いが強くあったということです。

そういうふうに、クライアントによって違うセラピーに効果があるのではないかという考え方がある訳です。統合的心理療法というのは、基本的にはそういうことを考えますね。

「全てのクライアントに、同じ一つの学派の考え方で対応できるのか？」ということです。これは実践の現場に出ていると、皆さん体験されることだと思うんですよ。自分が好きなセラピーだったり、訓練を受けたセラピーだったり、まずはクライアントさんに対応するわけですが、良くならない人がいる。もしかすると、他のセラピーの方がうまく行くかもしれないですね。

クライアントさんから不満が出る場合もあります。ずっとクライアントさんの話を聞いていると、「先生、何かアドバイスしてくれませんか?」とか、「先生、話聞いているだけではなくて、次に来る時までには何をしたらいいのか教えてくださいませんか?」っていうふうに、はっきり言われることがありますね。そういう場面で「いや、私の習ったやり方では、アドバイスはしないんですよ、申し訳ございません」などと率直に説明する人はまだましです。人によっては、「あー、あなたはアドバイスがないことを不安に思っておられるんですね、なるほど」などと言って終わらせることもないわけではないです。こういう場合、クライアントにあんまりフィットしないまま面接が続いていくので、クライアントに不満がどんどん高まっていって、中断に至るということになりがちです。

逆に、クライアントが面接に来た時から「じゃ、このシートに記入してください」と指示して、「あなたはこのシート上でこういう点がこうだから、こういうやり方をやります。じゃあ、次はこのシートを記入してください」みたいな感じでやっていたら、「先生そんなのどうでもいいから、私の話を聞いてくださいよ」というクライアントもいる訳です。

傾聴するにせよ、アドバイスや指示をするにせよ、クライアントには色んな不満があって、クライアントによってどんなセラピーを提供するのが本当に効果的なのかということになる。この問題は、1つの学派の中で考えていたら答えが出ない問題であり、「学派を超えた視点を持つということが、どうしても必要なんじゃないか」という考えに至るのです。そういうふうに私は考えるようになったのですが、広く世界を見渡してみると既にそういうことを考えている人たちがたくさんいたのです。それが統合的なアプローチなんですね。



統合的心理療法とか心理療法統合運動と呼ばれるものですが、それが日本にはあまり入ってきていない。前よりはましになってきていますけれども。本当になかなか入ってこないなと思います。それを皆さんにも広く知っていただきたいなど、ずっと思っていて、そういう活動に携わってきました。

そこでポール・ワクテルの考えに出会った。ポール・ワクテルは、心理療法統合の世界を初期の頃からリードしてきた一人です。私はポール・ワクテルの考え方を、すごく面白いと思ったんですね。本当に面白いと思った。ポール・ワクテルの考え方、循環的心理力動アプローチという、あんまり知られていない名前のアプローチ、よく分かんない名前のアプローチですけども、これは今でも非常に大きなポテンシャルを持った考え方だと思っています。僕は、今日、社会正義アプローチについてもお話ししますし、ご紹介いただいたように、僕は SNS や遠隔のカウンセリングについても興味をもって実践していますし、ハラスメントの問題の相談活動にも関わっています。そういうふうに、色んな領域に興味を持ったり関わったりしているわけですが、それはポール・ワクテルの循環的心理力動アプローチの理論的射程が非常に広いからなんです。一つの学派の考え方だけを学んでいたら、そんなに幅広いことはやらなかったらろうなと、振り返って思います。ポール・ワクテルの理論は、個人の内面と、対人関係と、社会や文化と、これら全体を見通す幅広い視点をもっている理論なんですね。そういうわけで、色んな幅広いことに関わるようになったのです。

これから本題に入りますが、私は色んなセラピーを広く浅く学ぶ、だからどのセラピーの専門家にもならない、統合的な心理療法の実践を志しています。

## 《2つのテーマ：統合的アプローチとソーシャル・ジャスティス》

統合的心理療法の考え方を導く一つのテーマは、単一学派だけでは無理ですね、ということなんです。単一学派に忠誠を誓って心理療法を実践するというのは、心理療法家としてのアイデンティティを形成する上では非常に手っ取り早いやり方です。私は「〇〇療法家です」と言うと、アイデンティティの基盤が凄く堅固になります。僕は、その点、非常に悩ましいんですよね。どの療法の専門家でもないのです。どの療法についても、それ一筋でやっている訳じゃないので、それ一筋でやっている人には勝ってこないんです。そこは非常に自信が持ちづらくなるっていうのはあるんです。

ただ、実際の現場では一つのアプローチだけではやっぱり無理なんです。最初の方でもお話ししたように、一つの学派に忠誠を尽くすと、結局、幅広いクライアントに対応できなくなってしまう。「単一学派への忠誠は、しばしば臨床の現実の複雑性に対する防衛として機能する」。少し挑発的な言葉ではありますが、実際、臨床現場というのは非常に複雑なので、色んな考え方を導入しないと対処できないでしょう。

今日はまず、心理療法の統合についての基本的な考え方や、その考え方を支持する色んな視点についてお話しします。

後半につなぐ上で、ここで生物・心理・社会モデルという概念を取り上げてみましょう。多分、今、心理臨床を学んでいる皆さんの世代だったら、生物・心理・社会モデルというのは、みんなが知っている言葉ですね。生物学的で身体的なことと、心のことと、そして社会的なことが、全部、心の問題には関わってますよ、ということです。このことはみんな知っているんですけども、実際の臨床では生物・心理モデルで終わっている場合が多い。「社会が全然入ってきていないやん」って思うことが僕はすごく多いですね。生物・心理・社会モデルっていうのを心理支援の基本に据えるんだったら、もっと社会も考えないといけない。社会の視点が一番弱いと思っています。この視点を統合するということを考えると、社会や経済、政治、文化的なものに注目して心理支援を行なうことが必要なんです。その時にソーシャル・ジャスティスという観点、社会公正とか社会正義と言われるものですね。つまり、差別だったり、暴力だったり、特権だったり。そういうことを考える。そもそも「心理支援は社会に公平に届けられているだろうか？」ということを考える必要さえある。

SNS とか遠隔のカウンセリングを下に見る心理職は多いです。対面の面接より劣るものだという考え方をする人が多いと思うんです。あんまり遠隔の心理支援に興味を示さない臨床家が多いですね。でも

「それじゃあ、来る人だけを相手にしていいのかわ？」という話なんです。対面の面接だけをする支援者は、結局、面接室に来れる人だけにセラピーを提供することになります。実際には来れない人がいっぱいいるわけですよ。なかなか来れないですよ。予約して、予約した時間に交通機関を使って来て。相談室に来るのは心理的にも非常にハードル高いです。ZOOM の面接は自宅からできますけれども、対面の面接というのは、自分の知らない土地に行き、自分の知らない建物のドアを叩き、そして自分の知らない人たちがいっぱいいるところで、初対面の人と顔を突き合わせて自分の最も話づらい話をしなくてはならない。非常に敷居が高いです。

もちろん ZOOM の面接でも知らない人に、自分のしにくい話をしなくてはならないことには変わりがないですけども、少なくともそんなにアウェー感なくやれますし、嫌だったら退室ボタンを押せばすぐ退室できます。対面の面接で退室するのは非常に困難です。対面の面接ではどれだけ傷つくことを言われたとしても、なかなかその場を去ることはできません。ZOOM の面接は、そういう点でクライアント側にとって、より対等感が上がる。アクセシビリティも高くなる。ですから、より社会的公平度が上がる支援の提供方法なんです。

そういうこと一つとっても、「心理支援者は、自分たちの支援したい対象にばかり偏って支援を提供していないか?」「社会に対して公平公正に支援リソースを分配しているのか?」ということが問われるわけです。今の心理支援の世界には、そういう視点が弱くないかなと思います。自分たちが支援したい人たちだけに支援を提供して、その他の人たちのことはあんまり考えてないんじゃないか。そういうことを後半にお話しします。

### 《統合的アプローチ》

ここからは統合的アプローチのテーマについてお話しします。先ほどからお話ししているように、単一の学派にもっぱら依拠せず、いろんな学派の理論や技法を学んでいくこと、オープンにいろいろな学派の理論や技法に接して、学んで、目の前のクライアントに対してより効果的な治療を模索する、オープンエンドな試みです。オープンエンドというところが一つ大事なところで、「これこそが統合的心理療法だ」というセラピーを一つ作って完結してしまうと、それ自体が一つの学派になっちゃうんですね。そういう学派的な思考をしないで、常に自分のやっているセラピーは仮の姿で、もっと他のやり方がありうるし、色んな要素が取り入れられると考える。何か定まった一つのものになるんじゃない。クライアントによって違ってきますからね。このクライアントにはこういう統合の仕方がいいということになっても、別のクライアントにはまた新たに考えないといけない。常にオープンエンドであるということが、統合的アプローチの特徴かなと思います。

統合的アプローチのスピリットについてです。これも定まったものではなく、今、お示ししているのは 2022 年に作ったものです。こまめにバージョンアップしています。

まずクライアントは多様であるということですね。セラピストも多様ですけども、クライアントも多様です。多様なクライアントにフィットするには、多様なセラピーが必要だというふうに考えます。それから、セラピストというのは、多様なクライアントの背景をあらかじめ分からない。どこまでアセスメントしても分かり尽くすことはできないんですね。

分からないです、最後まで。そうすると面接の初期に、「このクライアントはこういう人だからこれでやればいい」みたいな判断はできない。一旦これでいいかなと思って始めても、だんだん違うというのが分かることもあるし、局面によって違うセラピーの要素を取り入れなくてはならないことも出てくる。最初の段階でアセスメントをして、この人にはこのセラピーっていうふうにフィットさせて〇〇療法でやればいいや、といった感じにはならない。

個々のクライアントの個性、ニード、価値観を尊重する。そこに関わりを適合させていく。セラピストの都合とかセラピー学派団体への忠誠よりも、クライアント側へのニードや適合を考える。こんなの当たり前やん、って思われるかもしれないですけども、実際のセラピーを見ていると、「クライアントよりスーパーバイザーの方を向いてセラピーをやっていますか?」というセラピーはいっぱいあると

思います。クライアントが「先生、もうちょっとこういうふうにしてほしい」と言ったとしても、真剣にその要望を考慮しない。クライアントの要望に応じたら、スーパーバイザーから怒られると思っている。そういうケースレポートに接すると、「それはクライアントじゃなくて、スーパーバイザーのためのセラピーなんじゃないの？ スーパーバイザーにウケるためのセラピーなんじゃないの？」とってしまいます。

そのスーパーバイザーはどこを見ているかという、学生とかクライアントではなくて、自分の学派の団体の偉い先生の方を見ていたり、海外のそのセラピーの創始者の人の方を見ていたりすることが多い。さまざまな現場の話聞いていて「本当にクライアントの方を向いてやっているのか？」という疑問が出てくることは、実は、結構あるんですね。

「〇〇療法」と呼ばれるさまざまなセラピーは、そもそも海外から持ち込まれたものが多い。中には日本で生まれたセラピーもあるんですけども、そんなに盛んじゃないですよ。どっちかというとならば欧米文化圏から持ち込まれたものを一生懸命学んで、欧米文化圏に追いつけ、みたいな。明治時代から、もうちょっと前からですかね、開国以来の日本のあり方というのはそういうふうで、心理支援・心理療法の世界は今でもそうだと思います。欧米に本物の価値ある心理療法があり、日本人はそれを学んでそれに追いつかなければいけない、という姿勢があるように思います。そういう姿勢でやっている、クライアントの方を向くよりは、スーパーバイザーの方を向いていたり、欧米の心理療法の創設者の方を向いていたりするセラピーになってしまう。それは非常によろしくないと思います。

だから、クライアントを中心に考える。クライアント中心療法というのはあるんですけども、クライアント中心療法が本当にクライアントを中心に考えているか？ というのが疑問になることはあるんですよ。クライアント中心療法という療法をやるために、クライアントをその対象にする、というふうだったら、「クライアント中心療法」中心の療法ですよ。そういうことをいろいろ考えないといけない。だから学派の考え方に埋没しない考え方が必要なんです。

実は統合的アプローチの中にも色んな考え方があるんですよ。統合的アプローチという統合された一つのアプローチがあるんじゃないかと、統合的アプローチの中にも色んな統合的アプローチがあって、その間に議論があります。統合的アプローチは一つのものではなく、一枚岩ではないです。

統合的アプローチの中で、私はどんな立ち位置か、ということになると、私は技法モデルよりも関係モデルに立った統合を考えています。関係モデルというのは、セラピスト-クライアント関係を非常に重視する考え方です。セラピーの治療要因はどこに宿っているのかという議論があります。この後、詳しくお話ししますが、セラピーの治療要因は主に技法に宿っているんだと考えるのが技法モデルですね。主に関係に宿っているんだと考えるのが関係モデルです。私は関係モデルの方を重視しています。この後もう少し詳しくお話しできたらと思います。

それから統合というのを普遍的に考えるかどうかです。万人に当てはまるような統合の普遍的な法則を見出そうということよりは、僕の場合は、個々のクライアントごとにフィットした統合、あるいはそのクライアントのその局面にフィットした統合ということを考えます。

それから、セラピスト目線の統合よりも、クライアント目線の統合。これらは全部同じようなことを、別の表現しているんですけども、個々のクライアントにセラピーをフィットさせるということをしごく大事にしたいというふうに僕は考えています。

ちょっと分かりづらい話を先にしちゃったかもしれないので、もう少し心理療法統合のさまざまな立場の中身について話していこうと思います。

### 《統合的アプローチの5つの分類》

統合的アプローチの中にも色んな考え方があります。欧米のこの領域の有名なテキストでは4つに分類されています。技法折衷、理論統合、共通要因、同化的統合の4つです。それに加えて、最近出てきた新しい考え方に、多元論があって、僕はこれも含めて5つに分類するのがいいと思っています。

1つずつ簡単に紹介していきます。技法折衷というのは、技法モデルと言っていると思うんですけど

も、技法に治療力が宿るという考え方が強いですね。どういうクライアントに、どういう技法が合っているかを調べて、それに従っていこうとする考え方です。「私はゲシュタルト療法家だから最初から最後までゲシュタルト療法でやります」という考え方ではなくて、クライアントの課題によって技法を選択します。クライアントの課題によってゲシュタルト療法の「二つの椅子の対話」という技法がいい場合であれば、「二つの椅子の対話」をします。「二つの椅子の対話」とは、二つの椅子を使って、椅子を行ったり来たりしながら対話をしてもらう技法です。その技法が役に立つんじゃないかというクライアントの課題に対しては、その技法をやる。ゲシュタルト療法家だから、最初から最後までゲシュタルト療法をやっている、その中に「二つの椅子の対話」の技法も入っているというわけじゃなくて、クライアントの課題によってそれにフィットした技法というのを見つけて、そういうふうにクライアントの課題ごとに技法を選択していく訳ですね。

だから、技法折衷アプローチのセラピストであれば、学派を超えて色んな技法を使います。こういうクライアントだったら催眠をやったらいという根拠が見つければ、そういう特徴をもったクライアントには催眠をやる。こういうクライアントの問題に関しては、系統的脱感作法がフィットしているという根拠が見つければ、系統的脱感作法をやる。こういうクライアントであれば、受容的・共感的に話を聞いていくことに専念するのがいいという根拠が見つければ、受容的・共感的に話を聞く。そういうふうにクライアントの課題に合わせて治療技法を選択する。技法選択をシステムティックにエビデンスに基づいて行なう。これが技法折衷アプローチですね。あんまり理論に依拠しないんです。そもそも理論へのこだわりからセラピー間の争い事が起きることが多いので、理論はあんまり考えずに、実際にどういうクライアントにどういう技法が合っているかということを追求していこうというのが技法折衷ですね。

それとは対照的に、「いやいや理論は大事でしょう、理論を考えずに、技法とクライアントの課題のフィットだけなんて、ちょっと無理がありますよね。セラピーというのはやっぱり理論があるからこそ、未知のクライアントにも対応できるんだ」という考え方もあります。「まず理論的な思考があって、クライアント理解がある訳だから、理論こそが大事ですよ」と考えるのが理論統合です。さまざまなセラピーの理論を比較検討して、精査して行って、従来のセラピーにはないような、色んなセラピーをミックスした新しい理論的視点を切り拓こうというのが、理論統合です。僕がさっき、凄いい好きで、何冊も翻訳したとお話したポール・ワクテルは、理論統合の代表選手です。行動療法と精神分析とシステムズアプローチの理論を統合した、新しい理論を構築し、それを循環的心理力動アプローチと名付けて、推進した人です。それが理論統合ですね。

次に、共通要因アプローチ。それぞれの学派は、違いばかりを強調します。みんな「〇〇療法は、他の療法とこういうところが違う」というように、それぞれ違いばかりを強調します。しかし、実際の熟練した名セラピストと呼ばれるような人たちは、学派が違っていても結構似たことをしているといったことが、昔から言われているんですね。初心者とはやっぱり療法ごとにすごく違うけど、ベテランで、しかも有能な人は、割とやることに似てるんですね。「こういうクライアントが来てこういうふうなことをやった」「そうだよ」みたいに、学派が違っていても話が合うんですね。学派が違っていても似たような考え方をシェアできる場所があって、実は似ているところがとても大事なんじゃないかという考えには頷ける場所があります。そこを調べようというのが共通要因アプローチです。どんな療法をやるにしても、共通している部分の中にこそ重要な治療要素が宿っているんじゃないか、というのが共通要因の考え方です。

以上3つは、結構、普遍的な統合を目指しています。いずれも大風呂敷を広げていて、心理療法の複数の学派をどう活用してより効果的なセラピーを構築するかを、普遍的な視点から探求しているのがこの3つなんです。

4つ目の同化的統合というのは、もっと個別的な話になってきます。これは個別的なセラピスト側の話です。統合的アプローチは色んな学派を使うといっても、色んな学派を学ぶのは大変ですよ。統合的アプローチの話をしたら、フロアから「そんなにいっぱいいろんな学派を学ばせん」「どうやって統



合的アプローチを学んだらいいんですか?」「何から学べばいいですか?」といった質問が出ることが多いですね。つまり、実用的に考えた時に、やっぱり初学者は、一つのことをやった方が学習効率がいいということがあります。色んなことを同時並行で学ぶと、結局何も身につかないので、最初の2~3年は一つのアプローチを集中して学んだ方がいいんじゃないか、という考え方があります。こういうことは、教育訓練を実際的に考えると、よく言われていることなんです。そういうふうに、自分に合っているセラピーや、自分が学びたいと思うセラピーを最初に2~3年、一つの学派のセラピーを学んで、その上でだんだんと他のセラピーを取り入れていくのが、いいんじゃないかと考える。これが同化的統合です。これはセラピストの成長についての考え方です。最初に一つの学派のセラピーを学ぶ。だけど〇〇療法家になろうと閉じてしまうのではなくて、色んなセラピーを取り入れた実践がいいということを理解した上で、その前提でまずは1つのセラピーを学ぶ。最初の何年間か1つのセラピーを学んで、その上で他のセラピーをそこに同化して取り入れていく。同化的統合は、セラピストの個人的な成長の物語なんです。「色んなセラピーの共通点に治療の最も重要なエッセンスがありますよね」とか、「どういうクライアントにどういう技法がマッチしてるか調べたらいいですよ」とか、「色んな理論を調べて新しい統合的な理論を作るのがいいよね」とか、それらはみんな普遍的な話ですね。でも同化的統合はセラピスト個人の話なんです。パーソナルな成長の小さなストーリーですね。

最後に多元論です。これは、多様な学派をリソースとして活用するけれども、それぞれのセラピーを統合しないでいいっていう新しい考え方なんです。これはもう統合的アプローチじゃないという意見もあります。確かにそうなんですけど、それでも多様な学派の考え方をしっかりとした理論的基盤の上で用いるという点において、多元論も統合的なアプローチに含めていいんじゃないかな、と僕は考えています。でも多元論では、学派を統合しないでいいですよ、バラバラでいいと考える。

そもそも、統合なんてやめよう、統合という考え方自体が、もうなんか古い。バラバラなセラピーがバラバラにあって、みんなバラバラでみんないいじゃん、っていう世界ですね。多様性を尊重する価値観なんです。バラバラなものにまとまりを付ける努力自体がもう古い考え方じゃないですか、バラバラなままでいいじゃないですか、という考え方です。クライアントとセラピストが話し合って、「今の私はこういうセラピーをやりたいです」とクライアントが希望するなら、そしてセラピストがそれを提供できるのであれば、共同で意思決定してやっていこうという考え方です。

常にクライアントと対等な話し合いをしながら、さまざまなセラピーのリソースを、その時その時の状況に応じての共同意思決定して提供していこうというのが多元的アプローチです。多元なので、何らかのセンターを目指す、統合するという形で、何らかの軸を持つんじゃないかと、もうバラバラなままで受け入れるというのが多元論です。

こっちのセラピーではこうしろって言うし、こっちのセラピーではああしろって言うし、「バラバラなままだったら矛盾するじゃないか」「対立的、葛藤的じゃないか」という疑問が出るかもしれないですが、「いや、それは統合という観点から考えてるから対立的、葛藤的になるのであって、最初から多元主義の観点から考えれば、みんなバラバラで、それでいいんだ」というのが多元論ですね。矛盾したものが矛盾したままで、それぞれが正しい。ちょっと禅のような、矛盾を全部まるごと受け入れる、そういう発想なんです。

一口に統合と言っても、このように色んなアプローチがあります。それらが切磋琢磨しながら統合ということを考えているのが統合的アプローチです。

### 《学派中心の実践や訓練への疑問：5つの思い込み》

こういうことを考えながら心理療法の世界を見ていると、心理療法を学んでいくに際して色んな間違いがあるというか、間違った先入観があるように思えるんですね。それを5つ挙げてみました。

まず1番目は「自分に向いている心理療法を学べば、効果を上げられる」。「私はこういう性格だから、こういうセラピーが向いていると思うんだよね」などと言って、向いていると思うセラピーを選ぶ人は実際多いと思うんですけども、これでいいのかわ。



2 番は「最も効果がある心理療法を学べば効果があげられる」。「色々セラピーがありますが、最強のやつはどれですか？ 最強のやつを学びます」っていうやつが 2 番ですね。

3 番は「最新の心理療法を学べば効果を上げられる」。学会のプログラムの後の方のページには、色々なセミナーの案内や書籍の情報が載っていますね。新しい〇〇療法、画期的な〇〇療法、これまでになかった〇〇療法というのがあります。ああいうのを見たら、「これを受けないと」って思わされます。実際、次々に最新の心理療法を学びたがる人がいますね。それは本当にいいのかということですね。

4 番目はエビデンスです。「特定の診断に対してエビデンスが示されている心理療法の技法コンピテン（その技法をうまく使える能力）を高めれば高めるほど効果が得られる」。こういうエビデンス重視の、特にランダム化比較試験のエビデンスを重視する立場の考え方です。

5 つ目は、これはちょっと統合とは必ずしも関係しないんですけど、「臨床経験を積めばより効果が上げられる」という考え方。

これらの 5 つの信念は、信じている人が多いですが、実際のところ裏付けがまったくありません。まず「自分に向いている心理療法を学べば効果が上げられる」というのは、むしろ間違った考え方です。例えば僕はロールプレイはあんまり好きじゃないんですよ、向いてないと思うんですね。ゲシュタルト療法のエンプティージャーもあんまり向いてない。あんまり上手じゃないですね。ロールプレイは、わざとらしく感じられて、演技するのは恥ずかしくて嫌だなという抵抗感があります。あんまり好きじゃないし向いてないと思うんです。でも、クライアントにはロールプレイが向いている場合はあるんですよ。僕は向いてなくても、クライアントがそれに向いている場合っていうのはあるんですね。こういうことを踏まえると、自分は向いているけど、クライアントが向いていないセラピーをやるより、自分は向いてないけど、クライアントが向いているセラピーをやった方が、よっぽど効果が上がるのです。

僕はやはり対話的で洞察的なセラピーが好きなので、そのやり方でスタートすることが多いんですが、それでは全然うまくいかない時がある訳です。あるクライアントは、毎回同じような感じで何も展開しない。そんな中、ある面接で、ちょうどロールプレイにもってこいな素材が出てきたのです。「自分の指導の先生からこんなこと言われて傷ついた」と。すごく不満な感じでした。そこで「じゃあ僕が先生の役をやるから、あなたは僕を先生だと思って言いたいことを言ってみる、というロールプレイをやってみませんか？」と尋ねました。すると、最初は向こうも乗り気じゃなかったんですけどね。「えー、ロールプレイですか？」という反応でした。「試しにやってみようよ」というふうにだいぶん促して、なんとかクライアントも「じゃあやります」と言ってくれたんです。それで僕は「じゃあスタートと言ったら始めるね」と言って、「スタート！」と言いました。その途端、その人が完全に役に入って、もうものすごい女優なんですね。僕を先生と見なしてロールプレイに入り込んだんですよ。「あなたのせいで、どれだけ私が傷ついたか！」といったことを、すごい迫力で言ってきたんですね。本当にこっちが怖くなるぐらいの迫力で、もう涙ながらに訴えたんですよ。ひと段落ついたところで、「はいカット！」と終わりました。「どうでした？」と感想を尋ねたら、「なんかあの一、これをやったからって何も現実には変わらないけど、何か気持ちがスッキリしましたね」と言うんです。それまでのカウンセリングのやり方だったら毎回グルグル同じような話で終わっていたんですが、このロールプレイをきっかけにして、何か一つ前に進んだ感じが出てきました。

だから、技法選択においては、「自分が得意か得意でないか」とか「自分が好きか好きではないか」ということよりも、「このクライアントに必要なかどうか？」ということの方がずっと大事だということです。

それから、次の思い込みは「最も効果がある心理療法を学べばいい」なんですけど、「そんな心理療法がありますか？」という話なんですね。実際には最も効果があると証明されたセラピーは 1 つもないのです。もし効果に違いがあったとしても、その違いはそんなに大きくないです。「このセラピーの方が、あのセラピーよりも若干効果が高い」というようなことは、研究によっては出てくるんですけども、だからと言って「このセラピーが最強だから、これだけ学べば全ての幅広いクライアントにとって効果が出る」という話ではないんです。やっぱりそのセラピーでは変化しにくいクライアントがいるんですよ、どうしても。そうすると、「多様なセラピーを使った方が効果的だよね」ということになります。

「最新の心理療法を学べば効果が上げられる」という思い込み。これはもうマーケティング戦略に乗せられているとしか言えません。最新を学んだから効果が上がるわけじゃないんですよ。それよりも多様なセラピーを広く浅く学んで、幅広いクライアントに適用できる方がずっといいと思います。やっぱり、最新のセラピーは魅力はあるんですよね。僕も学会のプログラムなどを見たら「ああ、こんな新しいセラピーが出てきたのか、これは学んでおいた方がいいんじゃないかな」ってソワソワします。でもセラピーの効果研究を幅広く見ていけば、そういう最新のセラピーを一つ学んだからといって、必ずしも治療効果が上がるわけじゃない、というエビデンスが色々見つかります。

最後の、「臨床経験を積めばより効果が得られる」という思い込み。これも嘘です。実際には、これまでの多くの研究によると、経験が長い人の方がセラピーの効果が高いというようなことはないんです。むしろ差はないんです。なんなら、経験の長い方が効果が低いっていう結果が示された研究もあります。何でそんなことになるのかというと、心理療法って密室でやって外から分からないじゃないですか。この先生がどれぐらい効果を上げているのかなんて見えないじゃないですか。普通の臨床現場ではいちいち症状尺度を取って効果を見たりとかしないので、分かんないんですよ。誰がどれぐらい効果を上げてくるかっていうのが見えないんですね。見えないから多くのセラピストは自信過剰になるんです。長いことやってると慣れてくるからね、自信だけがつくんですよ。そうすると効果が下がる。分かりますよね。特に腕は変わってないのに、“自信がないセラピスト”と、“自信があるセラピスト”だったら、どちらの方がクライアントにとって優しいかと言うと、“自信がない方”ですよ。自信がなければ、「私はいくらやっても大丈夫ですけど、これで大丈夫ですか？ これであなたに合ってますか？ 今、あなたはこのセラピーをどんなふうに感じていますか？」って、注意深く聞いてセラピーをやっていく。ところが自信がある人は「これでいいや」みたいな感じでやるから、セラピーの中身が同じだとすると、自信がない人の方が効果が上がって当然なんです。そういうわけで、経験年数が長い方が効果が下がるという現象が起きているんじゃないか、と推測されています。

この5つのよくある思い込みは、すべて間違いであると考えられます。

### 《技法モデルと関係モデル》

技法モデルと関係モデルについて見ていこうと思います。

セラピーの治療要因をここに挙げています。セラピー技法、それからセラピストの個性や個人差、クライアントの個性や個人差、治療関係、期待・希望・プラシーボ。プラシーボというのは、実際の薬理成分が入ってない薬を飲んで、それで効果がある時、プラシーボ効果といいますよね。それと同じで、心理療法でも特に何もしない、それらしいけど特に中身はない、そういうことをやっても効果が出れば、それは心理療法のプラシーボ効果っていうことになります。あとは治療外要因ですね。治療外要因も結構大きい。セラピーを受けなくても多くの人が改善します。一定期間、ウェイトリグリストで待機していた人も、セラピーを申し込んで待っている間に、大体は改善するんですよ。これが治療外要因ですね。

「心理療法の治療効果を測定した時に、その効果は一体何がもたらしたものだだろう」という問いに対して考えられる治療要因というのは、それも色んな分類がありますけど、ざっくり言うところこういうふうに分類されます。この中で、特に技法に治療効果が宿っていると一番考えるのが技法モデルですね。これの代表は CBT になると思います、認知行動療法ですね。認知行動療法イコール技法モデルではなくて、僕は関係モデルの中で認知行動療法を使うということがあり得るし、それがいいと思っているんです。しかし、CBT の推進者の中には CBT と技法モデルは一体だと考える人たちも結構いて、関係モデルの中で CBT の技法を使うというのは、もはや CBT じゃないとまで言う人もいます。その辺りですごくややこしい議論になります。CBT のまさに中核にいる人たちの中に、CBT と技法モデルは一体だと考えている人たちがいる。技法モデルでは、技法に治療効果が宿っていると考えるので、セラピストが交代して同じ技法を使っていたら効果は同じというふうに考えるんですよ。実際には効果は変わりますよ。実際には測定値は変わるけれど、それはノイズであって、測定するたびに若干測定誤差が出るのは当たり前という話で、セラピストの違いによる測定値の違いはノイズみたいなものとする。人

が変わっても変わらない要素が技法の要素で、それこそが重要だと考えるのが、技法モデルの考え方です。

これは身体医療の考え方をそのまま心の問題に適用するような考え方なんです。でも身体医療でも本当は技法だけじゃないですよ。手術でも同じ術式でやったら効果は同じって話になるけど、実際には上手い先生と下手な先生がいるわけじゃないですか。でも、そこは考えない。この病気に対してこの術式で手術すれば、こういう効果があります、で終わりです。じゃあその時に A 先生がやるか B 先生がやるか、それはもちろん違いはあるけど、それはノイズのようなもので、誤差のようなもので、重要な要素である治療要素を左右するものとしては、あまり考慮しないでいいもの、と見なすのが技法モデルですね。これは医療現場では非常に説得力のある考え方です。だって「A 先生がやるか B 先生がやるかによって全然違うよね」というような話をしたら、保険点数とか決められないですよ。だから、現実の世界で、特に公的な資金を投入しながら心理療法を広めていこうとすると、この技法モデルは、政治的、行政的には非常に意味があるモデルなんです。

ただ、心理療法を本質的に考えたら、やっぱりセラピストの違い、クライアントの違い、それから関係の違い、そういうものが心理療法の中で効果を左右する。それはノイズではなくて、そこにやはりすごく重要な治療要素があると考えた方が、本当なんじゃないかなと僕は思うんですね。そういうふうに、セラピーを誰がやるかの違いも大事ですし、同様にセラピーを受けるクライアントの違いも大事です。でクライアントはただ単に症状を持っている人ではなくて、症状以外にいろんな個性もあり、背景の文化があり、いろんな要因を抱えているわけです。だから、症状が同じなら全部同じセラピーでいい、みたいな考え方には無理があると僕は思います。

症状以外のクライアントの個性、それから技法以外の、技法を使いこなす能力以外のセラピストの個性、それからその組み合わせで生じる関係性、こういうものはセラピーを考える上で非常に重要な本質的要因だというふうに考える。それが関係モデルです。関係モデルに依拠すると、セラピー的にはその通りだとしても、医療の分野に進出するには弱いんですよ。そういうふうに、「セラピーはそれを担当する先生によって効果が違う」とか「症状が同じでも同じセラピーでいいというのは違います」といった話をすると、「じゃあ医療じゃないよね」ってことになっちゃいますよね。そこに悩ましい問題があります。

ただ、今は話を分かりやすくするために極端な話をしてるんで、実際には技法モデルといっても関係は大事だということは当然考えられていますし、関係モデルだからといって技法を無視する訳では全然ありません。どっちにしろ技法も関係も大事なことは間違いないんですけども、その上でどういうふうにどっちをより重視するかみたいな違いですね。

### 《セラピーではなくセラピストに注目しよう》

心理療法全体の歴史を見ると、技法モデルが強くなってきているんです。僕が心理を学び始めた 1980 年代とかと比べて、現在は技法モデルの考え方は強くなりました。ただでも、技法モデルが強くなってセラピーの効果が上がったかという、そうではない、ということなんです。

心理療法の効果を調べる研究っていうのは、1960 年代ぐらいに出てきました。60 年、70 年代ぐらいに出てきて、現在まで 50 年ぐらいの歴史があるんです。メタアナリシスという手法で、心理療法の効果量を測定する研究です。

そういう研究が登場して 50 年ぐらい経っているんですけども、その間で心理療法全体の効果量は全く上がっていません。全く上がっていません。1970 年代になされていたセラピー学派的なシェアの比率と、現在のセラピー学派的なシェアの比率はすごく違っていると思います。1970 年代は行動療法とか認知行動療法とかは非常にマイナーでした。それが今はかなりメジャーになりましたよね。家族療法、ブリーフセラピーなど、いろんなセラピーがこの間に登場してきて、力を拡張してきたと思うんですけども、でもその間にセラピー全体の効果量は、全然変わっていません。

そもそも心理療法って進歩するののかという議論もあるんですよ。僕の大好きな学者にスコット・ミラーという人がいるんですけど、スコット・ミラーはこうした研究を引用しながら、心理療法は進歩しな



いって言い切ってますね。進歩するのはセラピストであるっていうんです。セラピストは成長することができる、だけど心理療法は進歩しないって言うんですよ。

つまり、たとえばシャーマンがやっている治療、あれは全く非科学的で馬鹿みたいなもので、葬り去った方がいいものなんでしょうか？ シャーマンがやっている治療の治療効果と、我々がやっている科学的とされている心理療法の治療効果は、どれくらい違うのでしょうか？ 今、お話ししているこの50年にわたる効果研究というのは、心理療法の中だけの話なんですけれども、シャーマンの治療までも含めて考えた時に、「より科学的でエビデンスベースドになって、心理療法は進化したのか？」ということを考えてみる必要がありますね。効果は変わらないやんってことになるのかもしれませんが。

身体医学では確実に効果が上がっています。シャーマンの時代の身体医学と、現在の身体医学の違いは歴然としていて、もう誰が見ても、紛れもなく効果が上がっています。シャーマンの時代には死んでしまった病気や怪我が、今だったら生きられます。この何百年の間に身体医学の治療効果はどんどん上がってきているわけなんですけれども、心理療法にも同じことが言えますかっていうことです。少なくとも50年前の心理療法と現在の心理療法で、トータルな効果量は変わっていないというのが、現在、わかっていることなんです。そういうことを踏まえて心理療法を理解しないといけないうことです。

### 《共通要因》

色んなセラピーは「私のセラピーは他のセラピーとは全然違う」という具合に違いばかり強調するんです。けれども「私は心理力動的な心理療法をやっています」と自認しているセラピストと、「私はCBTをやっています」と自認しているセラピストとの、心理療法の逐語記録を評定していくと、実際にはそんなに違わない。どっちのセラピーでも効果をもたらしているセッションの特徴はあまり違わない。どのセラピーをやっても、熟練したセラピストは、ヒューマニスティックなセラピーのセラピストの関わり方として分類されるような項目のポイントが高かったという研究があるんです。どのセラピーをやっても、作業同盟の得点が高かったりとか、体験過程尺度の評定が高い人が、治療効果が高かったという研究もあります。

こういうふうに、「自分がどのセラピーをやっていると自認しているかということと、やっていることの実際の中身とは必ずしも一致するわけじゃなくて、どっちにしる同じようなところで効果を発揮しているんじゃないか」ということを示す研究がいろいろあります。

ちょっと先に話を進めたいので、飛ばしながら行きますね。

セラピストの個人差ってすごいあるんですね。セラピー間の差より、セラピスト間の差の方がずっと大きいんです。それは皆さん体験的に大体分かると思います。「〇〇療法をやっているセラピストはみんな軒並みすごいよね、それに比べて、××療法をやっている人は軒並みだめだよ」みたいな話はないですよ。だけど「あのセラピストはすごい」というセラピストはどの療法にもいます。「あのセラピストのところは行かん方がいいんちゃう」というセラピストも残念ながらどの療法にもいるのですよ。セラピスト間のセラピー能力の差っていうのはかなり大きい。セラピー間の差よりも大きい。それを示すいろいろな研究があるということです。

「じゃあセラピスト間の効果の違いの方がより大きくて重要であるならば、それは何によるんだろう？」ということが疑問になってきます。ここで共通要因の研究が非常に役に立つんです。これはクワイパー (Cuijpers,P) という人が出しているメタアナリシスのデータで、セラピーの効果は何によって生じているかを調べたものです。一番大きいのは非特異的要因。非特異的要因というのは、療法間の違いではなくて、セラピーに共通する要因です。とにかくセラピーを受けることの効果です。セラピーを受けて温かい治療関係を経験するということです。特定のセラピー技法が入っていない傾聴です。これが、最も大きく治療効果を左右する。この非特異的要因が治療効果の50%で最大のものだということを彼はメタアナリシスで示しました。

この共通要因っていうのはどういうものなのかについて。ノークロスとランバートが、共通要因とされるセラピーの特徴について研究しています。今までの研究の結果から、エビデンスがあると言えるも

のは何かというと、作業同盟とか、協働的な関係とか、目標の合意とか、グループ療法における凝集性とか、共感、肯定的関心と承認、そしてクライアントからのフィードバックの活用です。こういうものは何療法をやるにしても、共通して効果がある。これはすでに有効性がエビデンスによって証明されているレベルだというのが、彼らの研究のまとめです。

### 《クライアントからのフィードバックの活用》

このエビデンスによって効果が示されている共通要因のリストに、「クライアントからのフィードバックの活用」があるので、それをちょっと見ていきますね。どんな療法をやるにしても、クライアントからのフィードバックを活用することがとても大事なんです。おそらくセラピストの人たちに、「皆さんはクライアントの言うことを一生懸命真摯に聞いてセラピー進めていますか？」って聞いたら、多分全員が、「私はクライアントの言うことを大事にしています」と言うと思います。「私はクライアントの言うことをあまり聞かないです」と答えるセラピストはいないですよ。みんなクライアントの言うことをとても大事にしてセラピーの方針を立てていると言うに違いありません。

でも実際にはどうでしょうか？ 幾つか書籍に載っているエピソードを挙げておきます。

ある病院のグループカウンセリングプログラムに通っていたクライアントで、セラピー開始時、それから途中の時点、それからワーク終了時に、症状の評価尺度を受けました。いずれの時点でも症状は悪く変化がなかったんです。つまり、このグループカウンセリングは、この男性にとって1クールやってみたけど、全然効果がなかったということが分かった訳です。でも、この男性に対して同じセラピーが更に続けられました。彼は2クール目の途中で脱落しました。

こういうことって割とあると思うんですよ。何でこの効果がないセラピーを続けるのかということなんです。この時にセラピーを続けるセラピストはクライアントに対してどういう説明をするのか？ 「残念ながらあなたに効果があるセラピーは提供できないので、申し訳ないけれど、同じことだったらできるけど続けますか？」と聞くのか。このエピソードのセラピストは、聞かないんですよ。そのままやっちゃうんですよ。これはクライアントからのフィードバックですよ、症状尺度に答えるというのはクライアントからのフィードバックです。フィードバックの結果、変化していないということが分かっている。そういう情報を受け取っているのに、説明もしないで同じことを続ける。こういうことをしているわけですよ。フィードバックを軽視した実践ですね。

あるセラピストがパニック障害のクライアントを担当して、行動療法を行いました。パニック障害には行動療法が有効だというエビデンスがあるから、行動療法を行った。クライアントは改善しなかった。クライアントはどうして自分がこういう症状で苦しめられるようになったのかが知りたいと繰り返し訴えました。セラピストは過去を振り返って理由を探索するような作業は、セラピーの課題からの逃避であるというふうに考えていて、これに応じなかった。そうするとクライアントは来なくなりました。

クライアントは「何で私はこういうパニック症状を持つようになったのかを考えてみたいです」と言っているのに、「いや、それは治療作業として不適切だからやりません」ということで却下したという話ですね。これもクライアントからのフィードバックを軽視したセラピーになっていると思います。こういうことが実際にたくさんあるわけなんです。ここには権力勾配の問題が関わってきます。

### 《権力勾配》

ようやくソーシャル・ジャスティスの話に入ってきました。権力勾配という言葉、つまりセラピストとクライアントでは、セラピストの側に専門家という権力性がある、そしてクライアントは素人なんですね。そうすると、その場ではセラピストの方が力を持っている、パワーを持っています。クライアントの言い分は軽視されやすい、無視されちゃう、スルーされる。セラピスト側は、「私は専門家なんだから、素人は引っ込んでおいて」というふうにクライアントの言い分をスルーしやすくなるんですね。この権力性ということをもっと考える必要があるんじゃないか。クライアントからのフィードバックを、どれぐらいまともに考慮するかということは、こうしたセラピストの権力性に対する自覚があるかとい



うところとも関わってくるんです。もちろん、セラピストが専門家であって、セラピーの責任を担っているのはセラピストであることは紛れもない事実です。だから、より対等なセラピストとクライアント関係といっても、全く対等という意味ではないんですけども、それでもクライアントとのこの2者の関係の中で、弱者であるクライアントの言い分を十分に真剣に考慮するという点で、公平性を目指す。そのことが、社会正義的アプローチでは重視されている。

こういうふうに、クライアントの言い分をしっかり聞くというスタンスを持つと、必然的にいろんなセラピーを活用してやるしかないということになります。結果的に統合的な心理療法の実践が導かれるというふうに僕は思っています。そういうわけで、ソーシャル・ジャスティスという観点を持つことと、統合的な実践をするということは、僕の中では全然別のことがたまたま同時にあるということではなくて、一致したことなんです。2つのテーマが1つの実践を導くということになります。

権力勾配のある関係の中で、権力性にあぐらをかいたらと、幾らでもクライアントの言い分を消せるじゃないですか。「自分は正しいセラピーをやっている」「私は専門家で、エビデンスの裏付けのあるセラピーをやっている、正しいことをやっているんだ」というふうに言えます。クライアントが傷ついて辞めたとしても、「クライアントはモチベーションが少なかったんだ」とか、「私がやっている専門的なセラピーに適合しないクライアントだったから、別にやめてもらって構わない」と言えてしまいます。セラピーがうまくいかない時に、クライアント側のせいだけにされてしまうことがあまりにも多くないかなと思うんです。もちろん、クライアント側にセラピーが失敗する責任がある場合ってあるとは思いますが、でもそういう場合でも、セラピスト側には、そこで自分をもっとクライアントの役に立つことが何かできなかったかなと考えてみる責任がなおあると思います。

### 《クライアント主導のアプローチ》

こういう考え方として、クライアント主導のアプローチがあります。クライアント・センタードではなくて、クライアント・ディレクティッドという言葉を使います。クライアント・ディレクティッドアプローチというものが、統合的心理療法の中の一つにあります。このアプローチはクライアントのフィードバックを最大限活用するものです。変化の主体はクライアントであって、セラピストはそれを手伝う役割である。セラピストが専門家としてセラピーをリードするよりは、本来クライアントが、クライアントの自分の力を発揮してセラピーを導く。そこでクライアントがセラピーを切り開いていけるように助けるのが、セラピストの専門性という考え方ですね。

私の心理療法統合は、関係モデルにおける統合で、多元論的な視点を取りており、クライアント主導のものだと考えています。統合的アプローチについての私の立場をまとめると次のようになります。

現在、効果的な心理療法には多くの多様な方法があることが、豊富なエビデンスによって示されている。最終形として完成された単一のアプローチというのは存在していない。多様なアプローチにそれぞれに効果があることが示されている。最終形の単一アプローチは、今も存在していないし、今後も存在しないだろう。個々のセラピーにおいて心理療法のどの学派の技法や見方を採用すべきかという問いにも、あらかじめの回答はない。どれだけエビデンスが蓄積されて、どれだけ研究が積み重ねられても、せいぜい大まかな指針が得られるだけである。

大まかな指針はあります。やっぱり話を聞いて欲しい人には、話を聞くセラピーをやった方がいい。じっくり内省したい人には、そういう話を聞くセラピーがいいですね。その一方で、実際に行動して問題解決を図りたいクライアントには、やはり具体的な課題を出していくようなセラピーの方がいいということも分かっている。問題意識の程度（変化のステージ）に合わせることも大事です。自分の問題をあんまり認識してなくて「周りが行け行けと言うから来ました」と言う人に、明確な問題意識を持って自発来談したクライアントと同じセラピーをやってもうまくいくはずがありません。

そういうふうに、大体こういうふうな人には、こういうふうなのをやった方がいいんじゃないですかという、大まかな方向性は、これまでの統合的アプローチの研究者たちが示してきているので、ある程度はあるんです。だからといってこのクライアントにこれが一番フィットするということが、セラピー

開始の時点で容易に決められるかという、そういう訳じゃないです。プロセスの中で様子を見て、話を聞いていきながら、探りながら技法を選択していくしかないというのが私の考え方です。それについては、個々のクライアントから独立した回答はないし、個々のセラピストからの独立した回答もない。

技法選択の問題は、それぞれに固有のセラピー状況の文脈の中で、常にオープンに問われる必要がある問題である。セラピーは技法と同一視されるべきではない。セラピーには技法と共にセラピストの生身の自己の自発的な表現が含まれるべきである。またそうであることを避けることはできない。それは単に標準的な技法からの逸脱と見なされるべきではない。

技法をすごく重視する立場からすると、セラピストの個性がすごく出てしまうと、それは治療技法からの逸脱だという話になる。そういうふうにはセラピストの個性が出ることを標準的な技法からの逸脱と見なす見方は、僕はちょっと違うんじゃないかなと思います。セラピストの生身の個性が出て、そのセラピーでは本来はこういうふうには言てはいけないということになっているけれども、言っちゃいましたみたいなのところも、なぜそうなったのかを注意深く検討して行ったら、何かいいことが起きる芽であることは、すごくあるんです。だから「本来このセラピーではこうやるというところから逸脱したところもとても大事ですよ」「それは単なる逸脱ではなく、それ自体がセラピーの本質的なプロセスですよ」というのが、僕の考えです。

### 《社会正義の視点》

セラピーにおける権力性といった言葉を使ったりして、非常に社会的な考え方なんですけど、そういうものを取り入れて考えないと、心理療法には結構危険な面があると思います。最初の方でも言いましたが、「うつの診断がつくからうつを心理療法をやる」みたいな考え方でいくと、本来環境に働きかけて環境側の問題を問わなくてはならない状況を、個人の問題として捉えて、個人がその問題ある環境に適応するのを助けるような装置になっちゃいますよね。それが非常に危険なんです。心理支援は、社会における本来変革が必要な部分を、保守してしまうために利用される危険性が非常に高い仕事です。心理支援者はそういう自覚を持っておかないと、社会体制側が不都合なところを見ないで済むように、苦しんでいる人を丸め込むために活用されてしまう。そういう危険性がある。生物・心理・社会モデルの社会の部分では、社会が個人の苦しみをもたらしている面を、しっかり見ていく必要がある。社会を見ていく視点は非常に重要なのに軽視されているなと思います。

次に示すのは非常に古い研究ですが、紹介しておきたいです。1947年にアメリカでなされた研究です。僕は若い頃、この研究をテレビで見たんですよ。まだ心理学を学ばない時にテレビでこれを見て、「ああ心理学ってすごいな」って思ったんですね。

黒人の子供たちに赤ちゃんの人形を見せて、「どっちが好き？」と聞くんです。その赤ちゃん人形には、白人の赤ちゃんと黒人の赤ちゃんがあるんです。その2つの人形があって、「どっちが好きか？」と聞いているんです。この写真の黒人の子供は、白い人形を指さしています。「遊びたい人形はどっち」「すてきな人形はどっち」「悪い人形はどっち」「すてきな色の人形はどっち」「あなたに似ている人形はどっち」って聞いていくんです。そうすると、黒人の子供たちのうち、67%が白い人形を遊びたい人形として選び、59%が素敵な人形として白い人形を選び、悪い人形はって聞かれた時には59%が黒い人形を選びました。素敵な色はというと60%が白い人形を選び、最後に「あなたに似ている人形はどっち？」と聞かれると、たくさんの子供が泣き出したり逃げ出したりした。現在であれば、倫理審査でこういう研究は承認されないかもしれません。ただでも、この研究の倫理性というのは、深く問う必要があると思うんですね。最後の質問で、子供たちは泣き出したり逃げ出したりしましたが、この子供たちにこんなストレスを与えているのは研究者なんですか？ 研究者がストレスを与えた訳ではなくて、社会がストレスを与えていますよね。現在の水準で考えると、だからといってこの実験をしてもいいということにはならないと思いますけど、そこは考えないといけない。いずれにせよ、この実験は、自分のアイデンティティの一部である属性を社会から否定されてながら、その社会の中で育つ子供の自己イメージやアイデンティティがどういうものになり得るかを、如実に示唆していると思います。ちなみに2005

年に、心理学者ではなくて一般の人がこの実験の再現実験をしています。サンプル数もそんなに多くないんですけども、2005年ですが、あんまり比率は変わってないんです。21人の子供のうち15人が白い人形をより好ましいとしたんです。

こうしたことを、認知の歪みのような、個人の心の中の問題として捉えていいのか？ 違うと思うんですよ。会社がすごいブラックで、社員がうつになった時に、「あなたがうつになるのは、こういう認知の歪みがあるからじゃないですか？ それを直していきましょう」というのがおかしいのと同じです。黒人の子供が、白い肌の方が素敵だとか、好ましいというふうに感じて、自分は恥ずかしいとかダメだとか感じるようになったとして、それを個人的な認知の歪みとして片付けられていいものではないですよ。この子たちは、社会のありようを正常に学習した結果、こうなったというところがある。この学習のプロセスは別に病的なものではなく、健全な学習プロセスがこういう発達をもたらしているということになります。こういうふうにして育て、この環境の中で正しい認知を身につけて、非常に複雑なネガティブな自己イメージを持ってしまった人たちが、将来カウンセリングに来なければならないような心理的な問題を抱えた時に、単に個人の問題として捉えるのはおかしいですよ。

### 《現代日本の経済階級と心の問題》

現在の心理職は、個人が症状を呈している時に、それを個人の問題としてみるのではなく、家族の問題のレベルまで上げてみることはあると思います。これを家族のレベルで止めていいのかを考える必要があります。多くの心理支援の現場において、自分が恥ずかしい存在だとか、愛されない存在だとかいうふうな中核的な自己イメージを持ったクライアントが来た時に、多くの支援者は、この子はきっとそういうふうに見られるような家庭で育ったんだろう、というふうに家族まで広げて考える。それはよくあると思うんですね。でも、それを超えて、もっと広い社会にまで広げてみるということをしていないのか？

たとえば、こんな例について考えてみましょう。「不安でネガティブなことばかり考えてしまって苦しい」と言う16歳の高校生が来ました。この子は中高一貫校に入学したけど、学校になじめずに退学して、現在は通信制の高校に在籍しています。彼は「退学しなければよかった。あの時もっと我慢していたら」というようなことを、ぐるぐる考えてしまう。「退学しなければ、エスカレーター式に大学に行けたのに。今のままではより低いランクの大学にしか行けない。それだと周りから馬鹿にされるだろう」といったことばかりを考えてしまい、カウンセリングでも、毎回そのような話をする。そういうクライアントを前にした時に、実際にはしませんが、架空実験として、A大生とB大生の人形を見せて、「かっこいい人形はどっち？ みじめな人形はどっち？」って聞いてみたとしましょう。この人は、このままだったら自分が行くことになる大学は、みんなから馬鹿にされる大学だと思っていて、その大学の方の人形はみじめな人形ということになるわけですよ。

こういうことをこの人はどこで学んだのか？ もちろん、おそらくは家庭が重要な影響を及ぼしているのでしょう。けれども、それを超えた広い社会や学校で、学校歴に対する見方を学習し、内面化してきたのかもしれませんが。こういうことをカウンセラーが視野に入れて考えるかどうかでセラピーの組み立て方が変わってくると思うんですね。単純に「あなたの歪んだ学校歴を重視する考え方を直していきましょう」というような持っていき方をするか、「あなたは今の社会の中に、現に存在している偏見とか、先入観というのを受け入れて吸収して育ったんですね」といった前置きをした上で進めるか。これは、微妙な違いですけども、クライアント側にとっては自分の中の社会に対する微かな違和感が承認された体験になるか、非承認になるか、という違いをもたらします。

心理職にとって、こういう社会の問題や、特に経済の問題は、あんまり考えられていないことが多いんですよ。だからインターク面接の時に何を聞くかという項目の中に、この手の情報が、全然入っていないかもしれない。クライアントの属している社会経済的階層がどうであるかということは、色んなことに影響を及ぼします。

心理学の本じゃないのですが、講談社現代新書の『新・日本の社会階層』という本があります。橋本

健二先生という方が出されている本です。その中に掲載されている表を示します。ここでは、現在の日本の社会階層が5つに分けられています。資本家階級、新中間階級、正規労働者、アンダークラス、旧中間層。アンダークラスというのは、非正規労働者のことです。この5つに分けた時に、学校でいじめに遭った経験のある人の比率は、アンダークラスの家庭に明らかに突出して高いのです。うつ病やその他の心の病気の診断や治療を受けたことのある人の比率も、アンダークラス、つまり非正規労働者の家庭出身の人たちのところで明らかに突出して高いです。他の階層の人の倍以上の比率で、うつ病、その他の心の病気の診断や治療を受けたことがある。こういうことを踏まえると、僕らは面接室に来る人がうつであるときに、それを個人だけの問題、あるいは家庭だけの問題として見ていていいのか？という問題が出てくるわけです。社会経済的要因を視野に入れて、クライアント理解に組み込む必要があるということです。

今の社会全体の抱えている問題というものがあります。格差の拡大、雇用の流動化、新自由主義、自己責任論、グローバル資本主義、環境破壊、地球温暖化、経済効率優先。しばしばメディアで論じられている現代社会の問題をあんまり見ないで、面接室の中のクライアントの心の中だけを見るのでいいのかなということです。そこに目を向けないセラピストがクライアントの問題を見ていくと、ちょっとした言葉の端々にそれが出るんですよ。

たとえば、カウンセラーがすごく裕福な家庭で育った場合、ギリギリの経済水準で育ってきたクライアントの悩みというのには、やっぱりわかりづらいところがあるんですね。経済水準が同じでないとカウンセリングできないという意味ではないですよ。それを自覚しているかどうかということなんです。全く自覚していないとクライアントが「私の家ではこういうものがないんです」といった時に、全く悪気なく「そんなの買えばいいじゃないの」というような言葉が出てしまうんです。ちょっとした言葉の端々にそういうのが出ると、クライアントは「ああ、この先生は私の悩みがわかるような人じゃない」という思いになっちゃいますよね。すごく裕福で、おじいちゃん、おばあちゃんの介護もお金で解決できるような家庭で育ってきて、そこに自覚がなくて、それが普通で当たり前という感覚でいるカウンセラーにとって、ヤングケアラーのクライアントの悩みを理解できるだろうか。あるいはクライアント本人がヤングケアラーでなくても、クライアントの親が介護で大変で仕事を辞めざるを得ない状況になって、その中で家庭がいろいろと落ち着かない状況になり、その中でクライアントがメンタルに病んでいるときに、そのメンタルな問題を適切に理解できるだろうか。恵まれた自分の立場に自覚がないと、「何でこんなふうになってるんだろう？」と、わからない感覚のまま話が進んでいく。クライアントからすると、やっぱり共感の深さが違うんです。これも、「お金のない生活をしてみないと共感できません」と言っているわけではないんですよ。だけど、自分はそういう特権的なポジションにいたから、こういう苦労を全然知らないでここまで生きてきたんだという自覚があれば、そのクライアントの体験を聞いて理解しようという姿勢が違ってくるんです。聞き方のクオリティーがクライアントにとっては全然違ってくるんです。そういうことです。そういう意味で、大きな社会、文化、経済といった問題に対する視点を持つことが大事なんです。クライアントをアセスメントする時も、「評価尺度をやって、うつ症状が何点だから、こういうセラピーをやればいい」といった発想だけではなくて、「この人はうつだけでも、どんな生活しているんだろう。お家はどんな経済水準で来たんだろう」「お仕事はどんなふうだったんだろう」「どういう地域に住んでいて、そこの地域の暮らし向きはどうなんだろう」といったことに、関心を持ってクライアントの話聞いていく。個人心理療法という枠組みでセラピーをする時にも、こうした社会的な視点がとても大事でだと言えます。

### 《アドボカシー》

こういうことは決して最近言われ出したことではなくて、昔から言われていることなんです。ただ、1930年代ぐらいによく言われていたことが、20世紀を通してあまり言われなくなっていく。そういう視点が薄くなってきた。そして最近また強くなってきている。U字型のカーブを描いているのです。1930年代ぐらいの心理臨床家には、社会主義のセラピストとか、共産主義のセラピストとか、社会変革



と個人の内面とを関連づけ、悩んでいる人の話を聞きながらそれを社会問題として捉える視点を持ったセラピストが結構いたんです。それがだんだん減っていったんです。社会に対する発言が、専門家の間からどんどん減っていった、心理専門職は心の中のことをやるという見方が強くなってきた。ところが、最近になって「セラピーにおいて、セラピストは助けているつもりでも、クライアント側は傷ついていることがあるよね」という発言がいっぱい出てくるようになった。それはマイノリティーの人たちから出てきました。心理療法はマジョリティの文化を担ってきた面がすごく大きいので、マイノリティーの人たちから「マジョリティのセラピストに受けたセラピーで傷ついた体験」が、どんどん報告されるようになってきた。それで、セラピーはこれでいいのか、色んな文化の人たちに、色んな社会階層の人たちに、もっと寄り添ったセラピーのあり方を、セラピスト側も反省して作り上げていく必要があるんじゃないかということが、言われるようになってきた。ここ何十年かですね。それがソーシャル・ジャスティス・アプローチやアドボカシー・カウンセリングと呼ばれているカウンセリングの流れです。

エーリッヒ・フロムなどは、1930年代にそういうことを言っていた人ですよ。今の精神分析で抑圧というと、個人の心の中だけで起こる防衛機制と見なされていますけども、エーリッヒ・フロムは、「社会の中でつまはじきにされる不安が抑圧をもたらす」ということを言ってるんです。人間にとって最も大きな不安は、社会の中でつまはじきにされること、孤立することであって、それを避けるために、つまはじきになりそうな考えは抑圧される、意識に上らなくなる、というのがフロムの考え方です。個人の心理力動と社会とはすごく結びついているというのが、フロムの考え方なんです。そういう考え方が、最近になって新しい形が出てきているんですね。規範的無意識過程という概念がそうです。レイトンという人が21世紀に入ってから、フロムの考え方に新たな息吹を与えて、こういう概念を出してきています。

カウンセラーが面接室の中でクライアントの話を聞いていて、面接室の外のクライアントの環境に問題があると感じた時に、面接の外の環境に働きかけていこうと考えるのがアドボカシー・カウンセリングです。アドボカシーは権利擁護という意味です。クライアントの人権が侵害されているときに、人権侵害的な環境の問題を改善していくように、カウンセラーもなんらかの動きをするべきだ、という考え方ですね。クライアントに対する共感、クライアントがこんな辛い目に遭っている、こんな不遇な目に遭っている、こんな不当な目に遭っている、そういうことへの共感を面接室の中だけで終わらせるじゃなくて、外に広げていってアクションをする必要があるというのが、アドボカシーの考え方です。こういう考え方がどんどん強くなっているんですよ。

アドボカシーとカウンセリングをキーワードにして文献検索すると、21世紀に入ったぐらいから文献数がグーッと伸びてきていますね。ソーシャル・ジャスティスとカウンセリングをキーワードにして検索しても、やっぱり同じ時期、21世紀に入ったぐらいから、格段に文献数が伸びてきてます。カウンセラーや心理支援者はアドボカシーやソーシャル・ジャスティスを大事に考えるべきだ、という考え方が強くなってきているのです。

こういう考え方では、クライアントとセラピストの権力勾配をできるだけ引き下げることが大事だと考えます。クライアントの色んなニーズを、真剣に聞いていこうとする。そうするとカウンセラーがいくら専門家だからといっても、カウンセリングのやり方は「私が専門家として責任は持って決めます」というふうに一方的に決めるのではなく、「クライアントの要望をより真剣に考慮する」ということになります。結果的に多様なアプローチを使うことになる。単一アプローチではそのような実践はできません。それで、統合的アプローチと、アドボカシー・カウンセリングやソーシャル・ジャスティスアプローチは、僕の中では相互に促進し合うような考え方として存在しています。

そろそろ質問の時間を取らないといけない時間になりましたので、この辺で終わります。お配りした資料を端折りながらお話ししたので、分かりにくい面もあったかもしれませんが、ご感想や質問があれば、是非お寄せいただければと思います。



【質疑応答】

【司会：佐藤淳一 氏】

はい、最後にちょっと駆け足気味で、「もっともっと 一番面白いところに来たなあ～」というところですが、どうでしょうかフロアの皆様、質問や、せっかくのこの貴重な機会に、聞いてみたいということがございましたら、遠慮なく挙手して頂ければマイクをお持ちいたしますが、どうでしょうか？

— {質問者①}

本日は貴重なお話を聞かせていただき、ありがとうございます。自分は、将来、スクールカウンセラーを目指しているということでお尋ねしたいんですけども、いま学校で問題になっているヤングケアラーだったりとか、ご家庭が貧困状態にあるという子たちに対して、スクールソーシャルワーカーさんの導入も進んでるんですけど、やっぱりそういう子たちに対して、経済面っていう問題を抱えている子たちに対して、カウンセリング……スクールカウンセラーは、どういう支援をしていったらいいのかというのを、教えていただければ幸いです。

【講師：杉原保史 氏】

ありがとうございます。

非常に大きな問題なので、単純な一つの答えにはならないと思います。もちろん貧困だったり、ケアのリソースがなかったりという状況を根本的に改善する政策とか、行政的な手だてがなされるのが一番大事ですね。それ自体は、心理カウンセリングとか、心理支援そのものではないのですけれども。少なくとも面接に来た児童生徒の問題の背景に、そういうものがあるのではないかと想像力がないと、そもそもインテーク面接の情報収集が、内面のことだけか、せいぜい家庭環境、親子関係くらいまでで止まっちゃうんですね。それを超えてアセスメントの視野を広げることが、まず大事だと思います。その上で、そういう状況があるということであれば、「それはあなたの家族の問題だとか、あなた個人の問題ではなくて、社会に大きな責任がある問題だよ」と、そういう理解を共通認識として作っていくことがとても重要な支援ですね。それはまさに心理支援です。例えば、ちょっと話は変わりますが、僕は大学生のカウンセリングをしているのですが、クライアントが、ハラスメントの被害、セクハラ、DV、デート DV などの被害と思われる状況について話しながらも、「私が悪いんです」って言う人がいるんです。「そんなのいじめだね」って僕が怒ると、「まあまあ、先生」みたいな感じで、僕をなだめにかかる。本人は怒ってないということがあるんです。そういうクライアントたちは、泣いたりするけど、怒らないんですよ。人によっては、環境に問題があるんだ、自分は不当な目に遭っているんだ、という認識を持つのは、結構、難しいことでもあるんですね。

いじめられることが当たり前みたいになっていて、自分はそういうふうに使われて当然の人間なのだというアイデンティティが形成されていたりする場合があります。そういう人たちには、「それはあなたの性格の問題とか、あなたがいじめられやすい性質を持っているとか、そういう話ではなくて、あなたの生きてきた環境側にいろんな歪みがあって、あなたはそういう体験を余儀なくされてきた。それは非常に不当なことで、僕は聞いていたらとても腹が立ちます」と伝える。そして「僕がそう言うのを聞いて、あなたはどう思いますか？」と尋ねます。そうやって、面接室内の両者の共通認識として、全部じゃないにしても、少なくとも社会の側にも問題があるところがあるという理解をもたらし、「一緒にこの社会を少しでもいい社会にするために頑張っていこうね」という姿勢を持てるようにする。それは、心理支援としてすごく大事なことだと思います。

— {質問者①}

ありがとうございます。勉強になりました、ありがとうございます。

{司会：佐藤淳一 氏}

良い質問をありがとうございます。他はいかがでしょうか？

— {質問者②}

私はまだ大学2回生で勉強中の身なんですけれども、一つこの講座を聞いて思っていたのが、先生がいろいろお話ししてくださった話を、私にとって「すごく当たり前のことやな」という感想を率直には思ったんです。でも、それをわざわざご丁寧に説明してくださったのは、それだけ広まってない現実じゃないけれど、カウンセラー内での認識っていうのが、まだまだ広がってないっていうのがあるのかなと、お見受けさせていただいた上でお聞きしたいんですけど。理論的に理解するっていうのは多分一番やりやすい方法だと思うんですけど、でもそれだけだと何か私は足りない気がしてて、やっぱり経験から私は凄いらしいことを学んだ部分が大きくて。でもそれって人によって全然経験も違えば人生も違うから、それは共有することって絶対難しい、今の現状。その上でどうやってそのフラットに見えるというか、広く社会問題であったり、個人の問題であったりっていうのを見る視点を、どう教育していったらいいのかな、っていうのが、私は疑問に持ちました。

{講師：杉原保史 氏}

大変深い良い質問をいただきました。今日、始まる前に、控え室でも話してたんですよ。今日の僕の話聞いて、「そんなの当たり前じゃないですか」って思う人が多いかもしれないという話をしてたんですよ。ただ、この領域で今後学んでいって、だんだんと専門家と言われる集団に入っていくと、こういう現実が実はあるっていうことに、恐らくどこかでそう認識せざるを得ない状況が、日本の心理臨床の現状として、あるんじゃないかなと僕は思っているんです。だから「こんなの当たり前じゃん」って思う感覚を、とても大事にしてほしいと思うんですよ。専門家になっていく過程っていうのは、専門家として社会化されていく過程なので、専門家になる前は瑞々しい普通の感覚で、常識的によって「そんなのおかしいよ」って思っていたはずのことが、専門家になると「それはそうだよな」というふうになっていき、以前はおかしいと感じていたはずのことを臆面もなく言えるようになることが多い。専門家になるとはそういうことだというような、変な専門家像もないことはなくて。専門バカと言われたり、「専門家の常識は世間の非常識」と言われたりするようなことがある。専門的な学習を深めることで、逆に常識的な見方ができなくなるということはあるんです。専門家になっていく上で、いろんな利害関係のしがらみに捉えられていくということもあります。

つまり、ある種の考え方に染まった方が、専門家として、より生きやすくなるということはあるんですよ。そうすると、世間の常識的なフレッシュな感覚からはずれていく。今日の僕の話聞いて、「いろんなアプローチをクライアントに合わせて柔軟に使うのは当たり前やん」って思われたり、「社会の問題を視野に入れて心の問題を考えるのは当たり前やん」って思われたりするとしたら、その感覚を是非維持していただきたいと思うんですね。そのような視点を持ち続ける、初心に帰るとか、初心忘るべからずとかいうのは、そういうことだと思うんです。どれだけ専門家として学んでも、一市民として、一ユーザーの立場としての視点を忘れない。自分がセラピーを受ける側だったら絶対そんなことを思わないはずのことを、セラピーを提供する専門家の側に立っちゃうと、そういう眼鏡でしか見えなくなっちゃうっていうのがあるんですよ。

これは、LINEの相談についても言えます。「LINEとかZOOMとかを使うことで、面接を受けやすくなる人がいっぱいいるよ」ということは、世間の人みんな思っているんだけど、専門家は「LINEやZOOMでカウンセリングをやっている先生がいるけど、あんなのはダメだよな」というように思う人が多い。なぜなのでしょう？ それはユーザー視点に立つことができないからです。セラピーを提供する側の論点を深く身につけているのが専門家なので、ユーザー側の視点に立ちにくいのです。サービス提供者側の論理に立っちゃうっていうことですね。そういうふうになりやすいので、今日の話聞いて

「何で当たり前のことをこんなに必死で言ってるの、この先生」みたいに感じたとしたら、その感覚は、とてもフレッシュで大事なものです。

専門職倫理の問題もそうなんです。初学者に専門職倫理を教えると、「そんなの当たり前でしょ」という感じの反応なんですけど、専門家になって長い人の方が、「専門職倫理と言われていることを、すべて満たして実践していくのは難しいよね」ってだんだん思うようになるんです。専門家としての訓練を進んでいっても、「素人の目線を忘れない」っていうことは、すごく大事なことだと思います。僕は、「専門家になるって怖いことだな」と思う体験を何度かしてきたので、非専門家目線がすごく大事だと思っています。

お答えになったかな？ いかがですか？

— {質問者②}

ありがとうございます。なんか言葉がちょっと所々途切れたりしたんですが、ありがとうございます。

{司会：佐藤淳一 氏}

一人。少しお時間が迫っております。

— {質問者③}

すみません、じゃあ簡潔に。本日はありがとうございました。

いくつかの印象に残った言葉を先に述べさせていただいた上で、2点、ご質問させていただきます。

途中で、「生物・心理・社会モデルの意識を持たないと、心理療法ってとても危険だよ」というお話をいただいて、問題のある環境に適応等させてしまいかねない、心理療法はそういう道具になってしまうかもしれない、という意識はとても印象的で確かにそうだなと思うのと同時に、社会の視点が抜けてしまうと、どうしてもそういう方向に行ってしまうのかなと。特に日本自体が、いろいろ療法から、認知行動療法だったりとか、本当に学派によって喧々諤々ワーワーワーという状況なので、そう思った時に更に「そこに社会の視点が抜けていってしまうと、そういうふうになりかねない」ということをとても痛感するようなご講義でした。

2点質問です。1点目の質問が、スコット・ミラーの言葉を引用して「セラピーは進歩しない。進歩するのはセラピストである」ということだったんですけども、先生自体はどういうふうに思われているのかな、ということをお聞きしたいというのが一つ。あともう一つが、FROMを引用されて社会階級に対する認識だったり、意識っていうものを1930年代はとっても言われてたんだけど、だんだん言われなくなって、またU字で上がってきた。マイノリティーの方が声を上げやすくなったっていうのが、大きいとは思いますが、その間にどうして言われなかったのかっていう部分。たとえば、その間にもサリバンとか対人関係論とかで環境の問題についてはずっと言われてきていた中で、中井先生とかもその辺を言っていたとは思いますが、どうしてそれが抑圧されてしまったのかという部分。

この2点をお伺いできればというふうに思います。

{講師：杉原保史 氏}

ありがとうございます。大変いろんな知識や問題意識に基づいたご質問をいただきました。

1点目ですが、僕はスコット・ミラーの考えに近いですね。セラピーそのものは一応進歩しているように見えるし、進歩していないというのはちょっと言い過ぎな気がします。スコット・ミラーは物議を醸すのが好きなんですよ。やや誇張して、挑発的な言葉を使って、自分の立場を引き立たせようとしている感じはします。レトリック的なところはあると思います。それでもなお、通常、思われているほど、セラピーモデルの進歩は、セラピーとの効果の向上とはあんまり関係がない。もちろん、時代

や文化に適合したセラピーの用語や理論が変わっていくことで、よりセラピーとして洗練されるということはあるんですけど、本当に効果を高めるとい意味での進歩は、案外、そんなに大きくないんじゃないかなと思っています。カール・ロジャースの理論より、今のロジャース派の人たちの理論は、だいぶ新しくなって、大いに発展していますけれども、じゃあ効果が上がるのかというと、どうかな…みたいなところはあるのですよね。セラピーモデルの進歩を否定はしないけれども、少なくともそれは治療効果を高めるような意味での進歩というほど強いものではないというふうに考えています。

もう 1 個の質問は、心理療法において、社会的な視点がどうして U 字型のカーブを描いたのかですね。一番大きいのは、やはり医療モデルに乗ろうと頑張ったことですね。心理療法を推進していく上で、医療の枠組みの中で心理療法を考えると、身体の病気を治す治療と同じ枠組みで考えないと、なかなか発展していけないところがあります。薬の効果を調べるのと同じやり方で心理療法の効果を調べようということになる。それで効果が証明されたら、科学的で医学的な治療の一つになる。そういうところに入り込もうとすごく頑張ったんですね。

体の病気は個人に閉じたものだから、医療モデルで全然 OK なんですけど、心というのは、環境との間でオープンなものなんです。個人に閉じてないのです。そうすると対人関係とか社会との交流っていうことを考えないといけなくなるんだけど、心の問題を身体の問題と同じ枠組みで考えると、社会のモデルは弱くなるのですよね。社会を直さないといけなのに、保険点数を使って個人が診療費を払うってのは変な話になるので、医療の枠組みで考えると、やっぱり社会モデルが弱くならざるを得ないところがあるんですね。

そういうふうに医療モデルを重視するようになったから、というのが一つです。それに加えて新自由主義の影響もあります。資本主義がずっと進化してくる中で、新自由主義的な考え方が強くなって、自己責任論の強まりです。そこでは「メンタルを病むのは、自己責任でしょ」という考え方が強くなった。競争して社会に格差が発生したとしても、自由に競争ができることを重視する。そこに国が介入しない。政府とか国とか行政が介入しないで自由に競争させる。そこで色んなしんどさが起きてきても、「それは自己責任だよ」という考え方が、社会全体に広がっていった。それにつれて、関係性の中で悩みがあって、そこで悩んでメンタルの調子を崩すことの責任の一端が、関係とか環境にもあるという考え方よりも、自己責任という考え方に閉じていく動きがあったと思います。

医療モデル化したことと、資本主義の発展形態として新自由主義が強まったこと。この 2 つが大きな要因だと僕は思っていますね。

それに加えてさらに言うと、エーリッヒ・フロムをはじめとする社会派の精神分析家には、ユダヤ人が多くて、アメリカに移住した人が多いですね。アメリカに行くと、社会主義や共産主義の発想で発言をすると、当時、共産主義者は迫害されるということがあった。それで社会変革を志向するような発言を控えるようになったんです。そういうことの影響も、歴史的なものとしては大きかったと思いますね。

こうした要因が複雑に絡まって、20 世紀にはだんだんと社会モデルの勢いは低下していった、21 世紀に近づくにつれて、多様性を尊重する価値観が強まった。多文化間カウンセリングやフェミニズムの影響によって、マイノリティにとって心理支援がどういう影響を与えてきたかが検証されるようになってきて、心理支援は変わっていく必要があるんじゃないかと言われるようになり、最近、社会モデルの勢いがまた上がってきているという感じです。

{質問者③}

ありがとうございました、大変勉強になりました。

---

{司会挨拶}

{司会：佐藤淳一 氏}

まだまだですね、いや、もっと聞きたいなあと思うと思いますが、お時間の方がもう過ぎておりますので、この辺りでご講義の方を終わりたいと思います。

いつもですね、杉原先生のご講義を聞くと、一言で言うと、相対化されていくと、だんだん自分が治療を受けてるような感覚になっていくというか、なんかそんなことをちょっと感じておりましたが。是非ですね、また杉原先生のお話をお聞きできることを楽しみにしております。今日は貴重なご講義、どうもありがとうございました。

皆さん、拍手で。

**{講師：杉原保史 氏}**

ありがとうございました。

**{司会：佐藤淳一 氏}**

ありがとうございます。本日はお忙しい中、研究所主催公開講座にご参加いただきありがとうございました。今後の講座の運営のために、反映するために、下記のアンケートを皆様にお配りしているこちらの方にお答えいただければと思います。

お帰りいただいてからでも結構ですので、また時間がある時に、是非お答えいただければと思います。

今日はどうも休日の中で来ていただきまして、どうもありがとうございます。

では、これにて公開講座の方を終えたいと思います。

どうもありがとうございました。

**=終了=**



## 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所 2023 年度活動報告

発達臨床心理学研究所は、武庫川女子大学最初の附設研究所として、昭和 54 年に幼児教育研究所として創設された。平成 11 年 4 月に、発達臨床心理学研究所に改称し、2023 年で設立から 44 年となる。当研究所は、研究部門、心理相談部門、啓発活動部門の 3 部門で活動している。2023 年度の当研究所の活動報告については下記の通りである。

### 研究部門

#### 【共同研究プロジェクト】

2023 年度は以下の 3 つのテーマについて、共同研究プロジェクトとして実施した。

1. テーマ：「PCIT（親子相互交流療法）の効果検証—Pre-Post での親子の相互作用の量的・質的変容について—」

PCIT の効果に関する文献研究を行い論文としてまとめた。

PCIT の介入前後の親子相互作用の変化のプロセスを、親子の発話と行動をコード化して行動分析を行った。結果は、発達心理学会にてポスター発表を行った。

### 研究成果

新澤伸子・竹島克典・茂本由紀・細川亜紀 親子相互交流療法（PCIT）介入前後の親子相互作用の変化①

日本発達心理学会第 35 回大会 於：大阪国際交流センター 2024.3.8

竹島克典・新澤伸子・茂本由紀・細川亜紀 親子相互交流療法(PCIT)介入前後の親子相互作用の変化② 日

本発達心理学会第 35 回大会 於：大阪国際交流センター 2024.3.8

細川亜希・新澤伸子 日本における親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy：PCIT）の効果に

関する文献展望 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 25, 23-31.

2. テーマ：「女子大学大学院臨床心理学専攻修士の就労状況とリカレント教育へのニーズに関する実態調査」

この調査は教育総合研究所の提案型プロジェクトに採択された研究課題の予備調査として実施する。3 年先を見据えた調査となるため、根拠ある質問項目の選定と研究チームの役割分担を明確にするために、慎重に準備を進めた。現在、心理・社会福祉学部学科心理学科の倫理審査申請中である。

3. テーマ：「心理相談に関する実践的、理論的研究」

研究成果については、各研究員の業績をご参照いただきたい。

#### 【研究員業績】（アルファベット順）

#### 萱村 俊哉

#### 学術論文

（単）[特集]コロナ禍における学内実習をふり返る 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室紀要, 1, 11-14.

（単）書評 第三の精神医学 人間学が癒やす身体・魂・霊 濱田秀伯 著 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 24, 33-34.

（単）自閉症スペクトラム障害の神経ネットワーク特性とファンタジー 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 24, 22-26.

(単) 人物画の大きさの臨床的意義に関する文献的検討 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 24, 1-12.

#### 口頭発表

(単) 発達性 Gerstmann 症候群の計算障害に関する文献的検討 日本発達心理学会第 35 回大会 於：大阪国際交流センター 2024.3.7

(単) 発達性 Gerstmann 症候群における構成失行 日本心理学会第 87 回大会 於：神戸国際会議場 2023.9.17

#### 松本 佳久子

##### 著書

(共) HISTOIRES DE VIE EN FORMATION ET CLINIQUE NARRATIVE AU JAPON Émergence, déploiement, mutation L'Harmattan Chapter 10 p179-196 2024.1.15

#### 口頭発表

(単) フランスの少年・若年受刑者の「大切な音楽」についての語りの分析 日本犯罪心理学会第 61 回大会 於：お茶の水女子大学(オンライン開催) 2023.9.23~2023.9.24

(共) 松本佳久子・宮本悠起子・鍋島宏之・谷本拓郎 企画シンポジウム 歌、コラージュ、ジャーナリングを媒介とした主体回復へのナラティブ・アプローチの検討 日本質的心理学会第 20 回大会 於：立命館大学いばらきキャンパス 2024.11.5

#### 新澤 伸子

##### 学術論文

(単) [特集] コロナ禍における大学附属心理相談室の運営—2020 年度を振り返って— 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室紀要, 1, 23-29.

##### 著書

(共) これだけは知っておきたい！発達障害のある子とのかかわり方：専門家から学ぶ保育の困りごとと解決 BOOK Gakken 第 2 章 p30-33 第 3 章 p76-83 2023.4.24

#### 口頭発表

(共) 岡あゆみ・佐藤沙織・柳屋美香・新澤伸子 人口規模による地域事情の整理と地域特性に応じた効果的なコンサルテーションの検討—大阪府発達障がい者地域支援マネージャー事業の取り組みを通して— 日本発達障害学会第 58 回大会 於：京都教育大学 2023.11.4

#### 佐藤 淳一

##### 著書

(単) 箱庭療法学モノグラフ第 21 巻『ユングのタイプ論に関する研究—「こころの羅針盤」としての現代的意義』 創元社

#### 学術論文

(単) 心理学的タイプと感覚処理感受性 パーソナリティ研究, 32,12-14.

(単) 対極しあうものを共存させる両義性概念の検討—Jung のタイプ論の観点から 人間学研究(武庫川女子大学文学部心理・社会福祉学科春秋会), 35, 18-26.

(単) 大学生のアイデンティティ形成に関する臨床的考察—コロナ禍を経て 武庫川女子大学学生相談センター紀要, 33, 印刷中

(共) バウムテスト 2 枚法における描画者の内的体験過程—インタビュー調査を通して 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 25, 1-12.

- (単) [特集] コロナ禍における大学院学内実習—2020 年度のケース検討会・スーパーヴィジョン— 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室紀要, 1, 15-22.

#### 口頭発表

- (単) 箱庭制作者における心理学的タイプの両義性と作品表現との関連—JPTS-C を用いて— 日本心理臨床学会第 42 回大会 2023.9.1-3. パシフィコ横浜

#### 佐藤 安子

##### 学術論文

- (単) 福祉専門職の感情労働に関する一考察 コミュニティ・プラクティス研究, 2, 2-10.  
(単) [事例] 自律訓練中の身体反応を契機に心身相関の認知が構造化した慢性蕁麻疹の一事例 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室紀要, 1, 1-10.  
(単) [特集] 遠隔による自律訓練法の継続講座の実際 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所心理相談室紀要, 1, 31-39.

#### 茂本 由紀

##### 口頭発表

- (共) 井上和哉・茂本由紀・中村敏・紺田真穂・大河内浩人・谷晋二 ルール支配行動の基礎と応用を發展させるためにできることとは? 日本行動分析学会第 41 回大会 於: 立命館大学 2023.9.3  
(共) 茂本由紀・浦野由平・鈴木孝 専攻分野でのアクティブ・ラーニングと社会人基礎力の関連—臨床心理学専攻の大学を対象とした検討— 日本心理学会第 87 回大会 於: 神戸国際会議場 2023.9.17  
(単) 認知行動療法の HEART は何か? 2023 年度京都文教大学心理臨床センター公開研修会 於: キャンパスプラザ京都 2023.10.22  
(共) 茂本由紀・津田菜摘・北村琴美・井上和哉・谷晋二 日本語版児童・青年期の愛着スタイル分類尺度の開発 発達心理学会第 35 回大会 於: 大阪国際交流センター 2024.3.8  
(共) 茂本由紀・津田菜摘 ACT の HEAD、HAND、HEART を学ぶ ACT JAPAN 年次ミーティング 2023 於: 追手門学院大学 2024.3.9

#### 竹島 克典

##### 学術論文

- (共) 竹島克典・田中善大 放課後等デイサービススタッフの SST 支援技術に対する実践に基づくコーチング法の効果 自閉症スペクトラム研究 21(1), 15-24.  
(単) 福祉分野における発達支援の質の向上と連携 (日本 LD 学会 第 31 回 大会企画シンポジウム: well-being の視点から見た教育・医療・福祉のこれから) LD 研究 32(2), 73-74.  
(共) 竹島克典・難波久美子・河合優年 児童思春期における QOL の発達軌跡の検討 武庫川女子大学教育研究所 研究レポート, 53, 68-80.

#### 吉岡 由美

##### 学術論文

- (単) 猫と心理臨床に関する一考察 学生相談センター紀要 第 33 号 2024 年 2 月発行 (予定)

#### 細川 亜希

##### 学術論文

- (共) 鶴田英也・実光由里子・森本美奈子・細川亜希・石田唯 バウム変化をよみとる視点の生成—認知行動療法事例を対象として— 箱庭療法学研究, 35(3), 65-76.

## 口頭発表

検査所見を支援にどう活かすかー緘黙と不登校傾向のある小学生男児の事例 一般社団法人京都府臨床心理士会学校臨床部局 10月研修会事例発表 於：ウイングス京都 2023.10.15

## 心理相談部門

附設の心理相談室で、心理相談活動を行っている。詳しい活動報告は、2024年発行の「発達・臨床心理センター紀要」をご参照いただきたい。

## 啓発活動部門

2023年10月23日

所長の新澤伸子先生を講師として、地域の方々を対象に子育て講座を開催した。

2023年10月29日

講師に杉原保史先生（京都大学学生総合支援機構 学生相談部門長 教授）をお招きし、「これからの心理療法ー統合的アプローチとソーシャル・ジャスティスの視点ー」と題して、2023年度の公開講座を対面で開催した。約70名の受講者が来場された。

なお、講演録を掲載したのでご参照いただきたい。

2023年11月11日

研究員の佐藤安子先生を講師として、本学大学院文学研究科臨床心理学専攻修了生を対象とした、自律訓練法のベーシックセミナーを開催した。

2023年11月18日、12月9日、16日

11月11日に開催した自律訓練法のベーシックセミナーの受講者を対象に、研究員の佐藤安子先生を講師として自律訓練法の継続セミナーを開催した。

2024年3月10日

CARE-Japan ファシリテーター2名（所長、教務助手）により、子どもと関わる専門家を対象とした、CAREプログラムの専門家向けワークショップを対面で開催した。

## 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要 投稿規程

- 1) 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要（以下、本誌という）は、武庫川女子大学発達臨床心理学研究所（以下、本研究所という）の機関誌として、臨床心理学、発達心理学、ならびにその関連領域における論文、エッセイ、書評および報告等を掲載する。
- 2) 投稿者は、単著の場合、本研究所の研究員、嘱託研究員、職員、武庫川女子大学・武庫川女子大学短期大学の教職員、ならびに武庫川女子大学文学研究科臨床心理学専攻の学生または、その修了生に限る。共著の場合、単著を投稿できる者が筆頭執筆者でなければならない。また、共著者全員の投稿に関する同意を得るものとする。
- 3) 本誌には、原著、資料、展望、評論などの未発表論文、エッセイ、書評および報告等を掲載する。
- 4) 投稿者は、「日本心理臨床学会倫理規程」、「日本心理学会倫理規程」あるいは関連学会の倫理規程や倫理綱領を遵守しなければならない。実験研究・調査研究等は、事前に所定の倫理審査を経ることを原則とする。
- 5) 原稿は、以下の要領で作成しなければならない。
  - ① 「武庫川女子大学紀要投稿細則」に則り、その投稿規程の書式に準じてワードプロセッサを用いて作成することを原則とする。
  - ② 原稿の枚数は1編につき、原則15枚以内とする。この中には、図表、写真、引用文献等をすべて含むこととする。
  - ③ 各種論文については、1ページ目の先頭に題名・著者名、要約および5個以内のキーワードを和文および英文で掲載する。要約は和文600字以内、英文200ワード以内とし、原著以外は英文の要約を省略してもかまわない。
- 6) 研究所長が任命する研究員で編集委員会を構成する。
- 7) 編集委員会は、投稿の締め切り、投稿論文の採否、誌面の構成などを各号ごとに決定する。編集委員会は、投稿論文の内容に詳しい査読委員を1編につき1名以上選定し、査読委員の意見を参考に論文の採否を決定する。
- 8) 本誌に掲載された論文原稿は返却しない。
- 9) 本誌に掲載された論文の著作権は、著者に帰属する。
- 10) 掲載論文は電子媒体（武庫川女子大学リポジトリ）での掲載とする。
- 11) 原稿の送付先および問合せ先は下記とする。

〒663-8184 西宮市鳴尾町1-3-29

武庫川女子大学総合心理科学館内

武庫川女子大学 発達臨床心理学研究所 紀要編集委員会

Tel: 0798-56-8092

メール: rinshin@mukogawa-u.ac.jp

制定 平成11年4月1日  
改正 平成29年1月19日  
改正 平成29年5月31日  
改正 平成30年10月1日  
改正 令和3年12月23日  
改正 令和4年5月26日  
改正 令和5年4月28日



## 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要編集委員会

編集委員長 新澤 伸子（武庫川女子大学）

編集委員 萱村 俊哉（武庫川女子大学）

佐藤 淳一（武庫川女子大学）

佐藤 安子（武庫川女子大学）

竹島 克典（武庫川女子大学）

## 編集後記

発達臨床心理学研究所は、昭和 54 年 4 月に本学附属幼稚園の附置研究施設「幼児教育研究所」として開設され、平成 11 年に大学院心理臨床学専攻の開設にともない、その実習相談機関とするために「発達臨床心理学研究所」に改称されました。そして、この度、学院の組織改編により、当研究所の研究部門は「教育総合研究所」として統合されることになり、令和 6 年 3 月末をもって廃止されることとなりました。当研究所の心理相談部門、啓発活動部門は、令和 6 年 4 月に本学心理・社会福祉学部心理学科の附置施設として開設される「発達・臨床心理センター」に引き継がれることとなりました。

「発達臨床心理学研究所紀要」はこの第 25 号をもって最終号となりますが、昭和・平成・令和の時代を経て、45 年間にわたり積み重ねてまいりました研究・臨床実践・人材育成の活動は、新しい研究所とセンターにそれぞれ継承し、さらなる発展をめざす所存です。

今後とも皆様方のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

武庫川女子大学発達臨床心理学研究所 所長  
心理・社会福祉学部心理学科 教授  
新澤 伸子

武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要

第 25 号

編集者 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要編集委員会

〒663-8558 西宮市池開町 6-46

TEL 0798 (47) 1212

令和 6 年 3 月 31 日 発行 発行者 大河原 量

THE BULLETIN  
OF  
THE INSTITUTE OF DEVELOPMENTAL  
and CLINICAL PSYCHOLOGY  
MUKOGAWA WOMEN'S UNIVERSITY

Volume 25 2024 March

Edited and Published by  
THE INSTITUTE OF DEVELOPMENTAL and CLINICAL PSYCHOLOGY  
MUKOGAWA WOMEN'S UNIVERSITY  
6-46 Ikebirakicho NishinomiyaCity Hyogo 663-8558 JAPAN