# システムズアプローチのトレーニングに関する研究

赤津　玲子

目次

序章・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
第１節　問題と目的
１．目的
２．問題
第２節　本論文の用語の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
第３節　本論文の構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

第一部　先行研究の概観
第１章　psychotherapy から家族療法へ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
第１節　psychotherapy の萌芽と社会背景・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
１．精神医学の成立
２．民間社会における治療法
３．フロイトの精神分析と教育分析
４．小考察
第２節　アメリカにおける psychotherapy の歴史・・・・・・・・・・・・・１６
１．精神医学及び精神分析の発展
２．精神分析の衰退
３．心理学者による psychotherapy とトレーニング
４．小考察
第３節　家族療法の発展・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２５
１．精神分析学派
２．サイバネティックスとコミュニケーション学派
３．社会構成主義の影響
４．小考察

第２章　日本における psychotherapy の展開・・・・・・・・・・・・・・・ ３５
第１節　psychotherapy の始まり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３５
１．精神医学以前
２．精神医学領域における psychotherapy と教育分析
３．臨床心理学領域におけるカウンセリングとトレーニング
４．1960 年代以降の psychotherapy とトレーニング
５．小考察
第２節　家族療法からブリーフセラピーへ・・・・・・・・・・・・・・・・・４７

第３章　システムズアプローチ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５１
第１節　システムズアプローチの始まり・・・・・・・・・・・・・・・・・５１
第２節　システムズアプローチ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５３
１．定義
２．プロセス
３．ジョイニング
４．オーダーメイドな psychotherapy
５．小考察
第３節　システムズアプローチの視点の習得・・・・・・・・・・・・・・６１
１．海外の家族療法のトレーニング
２．家族療法及びシステムズアプローチのトレーニング
３．小考察

第二部　システムズアプローチの実態調査
第４章　クライエントへのインタビュー調査　・・・・・・・・・・・・・・６９
第１節　問題と目的
第２節　方法
第３節　結果
第４節　考察

第５章　トレーナーへのインタビュー調査・・・・・・・・・・・・・・・・８７
第１節　問題と目的
第２節　方法
第３節　結果
第４節　考察

第三部　システムズアプローチのトレーニング
第６章　ロールプレイによるシステムズアプローチの視点の獲得・・・・１１１
第１節　問題と目的
第２節　方法
第３節　結果
第４節　考察

第７章　トレーニングとしての会話分析の形式の試案・・・・・・・・・１２７
第１節　問題と目的
第２節　方法

第３節　結果
第４節　考察

第８章　非言語コミュニケーションの「技法」としての視線の使い方・・・１４１
第１節　問題
第２節　目的
第３節　方法
第４節　結果
第５節　考察

第９章　システムズアプローチによる集団スーパービジョンシステム・・１５５
第１節　問題と目的
第２節　方法
第３節　結果
第４節　考察

第四部　総合考察と今後の課題
第１０章　本論文の総合考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６９
第１節　総合考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６９
１．psychotherapy の概観とシステムズアプローチ
２．psychotherapy のトレーニングとシステムズアプローチのトレーニング
３．インタビュー調査によるトレーニング要因の検討
４．トレーニングの形式の提案
第２節　今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８１

引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８３

資料目次

資料

研究論文および研究発表の概要

謝辞

# 序章

## 第１節　問題と目的

### １．目的

システムズアプローチとは、人間関係間に生じている現象を「原因―結果」という直線的因果律ではなく、「現象間の連鎖」という円環的思考でとらえる認識論に基づいた対人援助の技術である。クライエントや家族の人間関係におけるコミュニケーションを重視し、その変化を目的とすることで問題を解決する。本論では、システムズアプローチを psychotherapy として位置づけた。そして、クライエントとトレーナーらを対象とした現状についての調査を行い、面接場面を俯瞰する視点を獲得すること、コミュニケーションを、言語コミュニケーションだけではなく非言語コミュニケーションも含めたコミュニケーションシステムとして理解する必要があることを見出した。さらに、それらを身につけるためのトレーニング方法を提示する。

従来の psychotherapy では、個人の精神内界に問題があるとみなされてきた。このように、「問題は何か」という考え方にもとづく「原因－結果」という「直線的因果律」の考え方は、近代の科学という物差し（本論では、認識の仕方を指す）によって真実であるかのようにみなされてきた。

しかし、人間は社会的な存在であり関係の中で他者の影響を受けたり、他者に影響を与えたりしながら生活している。そのため、個人の精神内界だけを対象として問題を解決しようとする試みは、psychotherapy の長期化や、問題解決の責任を個人の力量にゆだねることとなる。

本論では、現在までの psychotherapy とそのトレーニングを概観する中で、psychotherapy が西欧において確立され、個人の精神内界を問題の対象として発展した社会的背景を述べる。そして、日本における psychotherapy から家族療法、ブリーフセラピーへの展開とそのトレーニングを示し、システムズアプローチが生み出された経緯を概説する。さらに、システムズアプローチの現状について調査を行い、システムズアプローチのトレーニングに必要な要因として、面接場面を俯瞰する視点を獲得すること、コミュニケーションを語用論的に理解するための非言語コミュニケーションの記述法を提案する。

### ２．問題

システムズアプローチとは、システム論に基づいた対人援助法の総称であり、日本における家族療法の発展の過程で生まれた「ものの見方」である（東、1993；吉川、1993）。何らかの「問題」を前提とする科学の「原因―結果」という「直線的因果律」で捉えるのではなく、問題を円環的に理解する見方である。例えば、症状や疾患、不適応を起こした子どもなどの前提として、家族や学校、職場など社会が「何らかの問題がある」と

みなしても、人の心が「問題である」ということを問わない考え方である。

システム論が臨床心理学領域で発展したのは、家族療法との関連が大きい。家族療法は現在、psychotherapy の中の 1 つとして理解されているが、一般的に psychotherapy は、個人の精神内界を対象としたフロイトの精神分析 psychoanalysis から始まったと言われている。

19 世紀末、精神医学という学問領域が成立しておらず、抗精神病薬などの科学的な薬物療法がなかったために、ヨーロッパの上流階級では催眠療法などが行われていた。オーストリアで医師として開業していたフロイト Freud,S.は、当時「ヒステリー hysterie」と呼ばれていた器質的に異常のない身体麻痺などを訴える患者を対象として、会話による治療を行い、「精神分析 psychoanalysis」と名づけた。患者の症状が、医師との会話によって消失するということは、当時は画期的なことであった。しかし精神分析の理論では、患者の症状の原因が幼少期の外傷体験にあるとされていたことから、フロイトは患者の家族との接触を極端に避け、医師と患者との 1 対 1 という治療関係を重視していた。さらに、フロイトは精神分析を行う医師には、自分自身を客観的に分析する教育分析が必要であると主張した。

フロイトの精神分析は、第二次世界大戦を機にアメリカで発展した。1900 年代初めのアメリカでは、psychotherapy は精神分析のことを指す用語であり、医師だけが特権的に行えるものであった。しかし、次第に非医師による psychotherapy 同様の会話による援助方法として、「カウンセリング counseling」が行われるようになった。例えば、不登校などのような学校や職場など、環境への不適応問題である。精神医学の対象となる障害 disorder と診断されずに、社会的不適応を起こしている人が多くなったためである。

そのため、医師と非医師との間で専門性をめぐる学問的な領域争いが生じた。しかし、科学を前提とした医学領域を専門とする精神科の医師は、科学的な薬物療法をきっかけに「症状」を問題としてとらえ、それを解消する役割を担うことになった。そして、精神科医によって行われていた精神分析は、psychotherapy の 1 つとして位置づけられるようになった。さらに、他の様々な psychotherapy が非医師である心理学者によって生み出され、実践されるようになった経緯から「臨床心理学 clinical psychology」という領域が発展した。臨床心理学領域では、症状を問題とはみなさずに、本人の「心の問題」としてとらえる。医師の役割が症状に対する薬物療法となるに従い、非医師の行うカウンセリングとの協働場面における、「問題は何か」という前提に関する意見の違いが明確にならざるを得なかった。

家族療法は、そのような複雑な社会情勢の中で、精神分析を実践していた精神科医らによる統合失調症の家族研究から始まった。当時の psychotherapy は、医師でも心理学者のような非医師でも、いずれの立場においても個人を対象とするという点で同じであった。同様に家族療法は「家族に問題がある」という家族研究から始まり、精神分析

的な見方を家族に応用したり、家族内のコミュニケーションに関する理論が提唱されたり、さらに多様なシステム論を援用した治療方法が示された。しかし、その有効性が示されると同時に、「家族に問題がある」という 1960 年代当初の考え方が払拭されないまま、様々な誤解が生じた。

第二次世界大戦前の日本でもアメリカ同様に、精神医学領域における精神分析の影響は大きかった。しかし第二次世界大戦後には、臨床心理学領域におけるロジャーズ Rogers,C.の「来談者中心療法 Client-Centered Therapy」が紹介され、カウンセリングが非医師によって実践されるようになった。そのため、戦前から精神医学領域で精神分析に取り組んできた医師と、非医師の行うカウンセリングの間で、アメリカで生じたような専門領域をめぐる争いが生じた。

日本の家族療法も、精神科医らによる統合失調症の家族研究から始まった。その中で、アメリカの家族療法理論が書籍として紹介されたものに、『家族救助信号―家族システム論と家族療法（鈴木、1983）』や『家族療法入門―システムズ・アプローチの理論と実際（遊佐、1984）』がある。そして、『Foundations of Family Therapy（Hoffman、1981）』の翻訳である『システムと進化（亀口、1986）』が出版された。

しかし、当時紹介された家族療法は、アメリカにおいて 1950 年代から 1970 年代まで、約 20 年間かけて培われた家族療法であり、初期の精神分析の流れを汲んだものからシステム理論を強調したものまで多彩であった。そのため、家族療法初期の考え方であった「家族に問題がある」という前提が払拭されないまま現在に至っており、日本でも多くの誤解と混乱を生じさせている。

そのような状況で、日本独自の家族療法として、「システムズアプローチ」という考え方が生み出された（東、1993；吉川、1993）。システムズアプローチは、基本的にシステム論にもとづく「ものの見方」をするもので、家族だけではなく、学校現場や多職種の働く様々な現場に応用できる方法として利用されるようになっている（吉川、2006a）。システムズアプローチは、円環的思考にもとづく考え方を基本としており、単なる psychotherapy の 1 つとして位置づけられるものではない。しかし、家族療法の発展に寄与したシステム論にもとづく「ものの見方」であるため、psychotherapy の 1 つとして考えられている家族療法との区別が明確にされていない（楢林、2003）。

日本に紹介された psychotherapy は、フロイトの精神分析、ロジャーズの来談者中心療法、河合によって紹介されたユング派の分析心理学など、個人の精神内界を対象とした心理療法 psychotherapy が主流である（大塚、2004b）。しかし、近年の大学における臨床心理士養成のカリキュラムでは、「家族心理学」、「コミュニティ心理学」という名称で、個人だけではなく家族や組織へのアプローチの必要性が認められている。そのため、システムズアプローチは単に psychotherapy としてだけではなく、今後の臨床心理学領域において、さらに重要な視点を提供できると考えられる。

## 第２節　本論文の用語の定義

### （１）psychotherapy

第二次世界大戦の終戦以前には、多くの医師によって「精神療法」と翻訳されていたが、1952 年には「心理療法」とも翻訳されるようになった（井村、1952）。西園（1993）は、精神科医は「精神療法」と呼び、サイコロジストは「心理療法」というと述べている。「精神療法」と「心理療法」という訳語は、精神医学と臨床心理学という専門領域の違いを明らかにするものであると同時に、専門家自らが psychotherapy をどのような意味合いで使っているのかということを示すものでもあった。現代でも、学術論文等で精神療法と心理療法という用語がどちらも使われていることから、本論では psychotherapy を英語のままで表記する。

### （２）neurotic と psychotic

精神疾患であるとみなされた患者の疾患名を特定するのは、医療の中でも精神医学 psychiatry を専門とする医師である。精神医学という学問領域は 19 世紀になってから徐々に確立されてきた領域で、その歴史は非常に浅い。ショーターShorter,E.（1997）は、18 世紀が終わる以前には精神医学のようなものはなかったと述べている。

精神科医が診断のために用いている基準は、主として ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Clinical Description and Diagnostic guidelines（日本版：ICD-10 精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン）と、DSM-Ⅳ-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder（精神障害の診断と統計の手引き）である。精神医学の歴史は、このような一定の基準ができるまでの歴史でもあるため、psychotherapy の対象となる患者の疾患名も、時代によって異なっている。例えば、現代において精神医学の対象となる疾患名である統合失調症 schizophrenia、双極性感情障害 bipolar affective disorder（躁うつ病）、広汎性発達障害 pervasive developmental disorders、精神遅滞 mental retardation（知的障害）など、疾患名や障害名として知られているものは、精神医学の歴史の中でさまざまな名称で呼ばれていた。フロイトの個人を対象とした精神分析は、当時ドイツ語でヒステリーhisterie と呼ばれていた患者を対象としたものであった。

本論では、誤解を生み出しやすい疾患名を区別するために、ICD-10 の用語から、neurotic を神経症性（神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害など）、psychotic を精神病性（幻覚や妄想、極端な興奮や過活動、顕著な精神運動制止、緊張病性行動など）と表記する。

### （３）hysteria

ドイツ語のヒステリーhisterie は、英語では hysteria と表記する。ICD-10 では、現在は神経症性の疾患とみなされ、身体表現性障害 somatoformdisorder と分類されてい

るが、本論ではヒステリーとする。

（4）patient と client

patient は医学領域で医師に対応する「患者」を指す用語であり、client は psychotherapy を受けに来た「来談者」を指す用語である。psychotherapy と同様、どちらの用語を使用するかは、専門家自身の立場を示すことになる。そのため、本論では patient を「患者」とし、client は「クライエント」という表記で用いる。

第３節　本論文の構成

本論は、４部構成である。

第一部が psychotherapy と家族療法に関する先行研究の概観である。第二部はシステムズアプローチの現状を把握するための実態調査、第三部は、システムズアプローチのトレーニングである。そして、第四部は総合考察とする。

第一部「先行研究の概観」は、以下の通りである。

第 1 章 : psychotherapy の起源から精神医学の成立、フロイトによって創始された精神分析と教育分析について概説する。そして、アメリカにおける psychotherapy の発展、心理学者による psychotherapy とトレーング、家族療法が生まれた歴史的経緯を述べる。

第 2 章 : 日本における psychotherapy の起源から精神医学の成立、精神医学領域における psychotherapy と教育分析、臨床心理学領域におけるカウンセリングとトレーニング、その後の psychotherapy とトレーニング、家族療法が始まった経緯について概説する。

第 3 章 : システムズアプローチを定義し、これまでの発展の経緯、システムズアプローチのトレーニングについて概説する。

第二部は、「システムズアプローチの実態調査」である。

第 4 章 : クライエントへのインタビュー調査を行い、システムズアプローチの観点から効果要因を模索し、トレーニングに必要な点を検討する。

第 5 章 : 家族療法及びシステムズアプローチのトレーナーへのインタビュー調査を行い、トレーニングのポイントについて考察する。

第三部は、「システムズアプローチのトレーニング」である。

第 6 章 : 大学院におけるロールプレイから、システムズアプローチの面接を俯瞰する視点を獲得できる可能性を検討する。

第 7 章 : システムズアプローチの面接記録を「会話分析」の形式にすることで、面接場面で起こっている言語コミュニケーションだけではなく、非言語コミュニケーションも合わせて理解できる可能性を示す。

第 8 章 : トレーニングにおいて会話分析の形式を活用することで、「技法」としての

視線の使い方が見出されることを考察する。

第 9 章 : 初学者のためのシステムズアプローチによる集団スーパービジョンシステムの試み（SGSS：Systems approach Group Supervision System）を紹介し、面接場面を俯瞰する視点を獲得できるトレーニングとしての効果を示す。

第四部では、上記について全体考察を行う。

# 第一部　先行研究の概観

# 第１章　psychotherapy から家族療法へ

psychotherapy は、中世ヨーロッパにおいて精神医学という学問領域が成立する以前から存在していた。しかし、psychotherapy として認められるようになったのは、フロイトの精神分析が最初である。精神分析 psychoanalysis は、第二次世界大戦後にアメリカで発展した。そして、アメリカの社会的な状況の中で変化していった。その後、アメリカで精神分析を行っていた精神科医による統合失調症の家族研究から、家族療法が始まった。

本章では、それらの流れについて概観し、psychotherapy と家族療法の違い、そのトレーニングについて概説する。

## 第１節　psychotherapy の萌芽と社会背景

精神障害の症状である妄想や錯乱などの逸脱行動は、19 世紀以前から「狂気」として存在したとされており、悪魔のしわざなど宗教的原因に起因する憑依現象だと考えられていた。中世における魔女狩りの犠牲者の中に精神障害者が含まれていた可能性は、多くの研究者によって指摘されている（Shorter、1997；大熊、2008）。

本節では、「狂気」が社会の中でどのように扱われてきたかという経緯について、「民間社会における治療法」と「精神医学の成立」という 2 つの観点から整理することで、psychotherapy の生まれた社会背景を把握する。そして、フロイトが創始した「精神分析」について説明し、psychotherapy の始まりとして位置づけられた意味について考察する。

### １．精神医学の成立

古代ギリシア時代、ヒポクラテス Hyppocrates とその学派は、精神障害者もある程度身体疾患患者と同様の自然現象であるとみなしており、精神疾患の原因として、黒色胆汁が過剰になるとメランコリーが生じるというような体液説が唱えられていた（大熊、2008）。ギリシア本土にはアスクレピオス Asklepios という医神を祭る神殿があり、そこへ巡礼することが当時のほとんど唯一の病気の治療法であった（大熊、2008；中井、1999）。その後、キリスト教がローマ帝国によって公認され、キリスト教の影響力が強くなった。精神疾患についてキリスト教では、人間の罪を罰するために悪魔が憑く、悪魔が人間に乗り移るために起こると考えられていたことから、精神障害者に対する偏った考え方が広くいきわたっていた（大熊、2008）。

中世社会では、教会を中心とした階層社会が明確で知識が特権的なものであったため、牧師が現代の医師のような役割を果たしていた（今野、1971）。「狂気」とみなされた人々は、自宅で監禁され家畜同様の生活を強いられたり、犯罪者や放浪者と一緒に修道院の施設に監禁されたりしていた（Shorter、1997）。福島（1990）は、キリスト教制

度の中で洗練された心理療法的な活動として、「悪魔払いexorcism」と「告解confession」の２つをあげた。中井（1999）は、悪魔に憑かれたことを告解したのちに修道院に送り込まれた者は、比較的上流階級に属する少数の者であったと述べ、祓魔術にはpsychotherapyに近い要素が含まれていたと指摘した。当時の修道院の僧たちは、人間の内部に起こる事象に対して、現代の精神科医にまさるとも劣らぬ鋭敏な感覚を磨いており、極度の精神集中と一種の共感力を備え、それを活用しうる者が少なくなかった（中井、1999）。

中世末期になると、独自の精神医学的な著作が現れた。パラケスス Paracelsus は、てんかんの症状・原因・治療に関する著書を残し、プラーターPlater,F.は、精神病を精神薄弱、せん妄および混迷、メランコリー、悪魔憑きの 4 種に分類した（小俣、2005）。

18 世紀、ルイ 14 世 Louis XIV 統治下の絶対王政期のパリでは、サルペトリエール病院 Hôpital de la Salpêtriére、ビセートル病院 L'hôpital de Bcêtre の 2 か所の「一般施療院」と呼ばれる施設ができ、精神障害者だけではなく、浮浪者・犯罪者・売春婦・孤児などが区別なく収容・監禁されていた（小俣、2005）。18 世紀の終わりから 19 世紀にかけて、中世社会において絶対的な権力を持っていた教会の権威が、大航海時代や宗教改革を経て人間である国王や将軍などに移行し、その後フランス革命に代表されるように一般市民へと移った（小俣、2005）。中井（1999）は、市民社会の成立と近代精神医学の成立の間には密接な関係があり、産業革命やフランス革命の前後では、精神病患者の扱いが大きく変わったと述べた。

フランス革命以前の精神障害者は、犯罪者や放浪者、精神遅滞者などと同じ施設に収容されていたが、以後は、犯罪者は刑務所に収容されたりするなど、集団を区分する形式ができたために、精神障害者のための大きな収容施設が出現するようになった（中井、1999）。ショーターShorter,E.（1997）は、精神医学の誕生をみちびいたのは、これらの施設が治療的機能を持ちうるという発見だったと言及した。精神障害者だけを集める施設が各地にできることで、その特異な症状に注目が集まり、特定の症状を示す者が「患者」と呼ばれるようになったのである。諸説あるが一般的に、精神医学 psychiatrie という言葉は、1808 年にライル Reil,J.C.が最初に用いられたと言われている。

精神医学の歴史において、施設における精神病者の拘束のための鎖を解いたのは、ピネル Philippe,P.であると言われており、ピネルは近代精神医学の始祖とみなされている（大熊、2008；小俣、2005；中井 1999）。18 世紀の終わり、大型の収容施設が建築されるようになっていたが、その内情は劣悪な環境と鎖による拘束であった。

ピネルは、「間歇性の狂気」と「持続性の狂気」を区別した（小俣、2005）。そして、治療的な意味で、収容されている人々に対して毎日作業することを強く勧めたが、治療的に役立つ概念自体をフランスで発展させたのはエスキロール Esquirol,J.E.D.であった（Shorter、1997）。ピネルの後継者であるエスキロールは、「情動」を精神疾患の重要な病因の１つだと考え、心理学的な苦痛はいずれも精神疾患の心理的原因になりうる

と考えていた（小俣、2005）。ショーター（1997）は、エスキロールの試みについて、医師たちが投薬や身体的処置と無関係な「医師―患者関係」を正式に利用し始めたことを重視し、これを psychotherapy の出現であると注目した。小俣（2002）は、エスキロールが精神疾患の心因論を唱えたことを取り上げ、治療者―患者関係にもとづく「話すことによる治療」、「物語ることによる治療」という psychotherapy の成立に大きく貢献したと指摘した。

18 世紀末の精神医学の著者たちは、長い間なじみであった技法を体系化し、本質的に正式の psychotherapy にしようと努めていた（Shorter、1997）。イギリスではテューク Tuke,W.が、自身と同じクエーカー教徒がヨークの精神病院で家族の面会許可が得られないまま亡くなったことを機に、リトリート retreat（隠退所）を建設した（Pichot、1996）。クエーカーの教義には、自らの行動は自ら律すべしとの宗教的規範があり、強制的な処遇を嫌って道徳・規律などモラルによる自己管理を求めていた。この処遇は道徳療法 moral treatment と呼ばれた（小俣、2005）。1791 年、イタリアではキアルージ Vincenzo,C.がフィレンツエの古い癲狂院[1]で一部の患者を鎖から解放していた（小俣、2002）。

エスキロールは、サルペトリエール時代の 1817 年に、病院で精神医学の臨床講義を開始した。それらを学ぶためにドイツから若手の医師たちが来て、自国に持ち帰って紹介したことがドイツ精神医学の源となった（小俣、2002）。さらに、フランスではモレル Morel,B.A.が、「変質 degenerescence」[2]の概念を提唱した（竹中、2008）。この「変質理論」は欧州に普及し、ドイツでも遺伝や体質、素質と関係した基本学説となった（影山、2001）。

19 世紀前半のドイツでは、ハインロート Heinroth,J.C.A.やイデラーIdeler,K.W.などによる「ロマン派精神医学」が、精神疾患の本質を「宗教・道徳的欠落による霊魂の不自由にある」とみていた（濱田ら、1999）。ピショー（1996）は、ハインロートらを心理主義者とし、それに対してグリージンガーGriesinger,G.を身体主義の流れを汲む者と位置づけた。グリージンガーは、ロマン派の思弁的な精神医学を排して、科学的な精神医学を確立しようとした（竹中、2008）。大学内に精神神経科が誕生したのは、グリージンガーがベルリン大学に赴任したからであり、大学付属病院での精神医学研究が始まった。しかし、病棟には精神病者だけではなく他の患者が入院しており、威嚇や拘束着が日常的であった。

現代精神医学の基盤を形成したのは、精神障害の性質と分類を行ったクレペリン Kraepelin,E であると言われている。クレペリンは「早発痴呆 Dementia praecox」と「躁うつ病 das manisch-depressive irresein」を二大精神病として疾病学に組みこみ、

---

[1] 「てんきょういん」とは、日本語で明治維新まで使われていた精神病院を指す用語である。
[2]変質徴候の大半は、身体的な奇形や知能の遅れ、道徳的な逸脱行為などであるとされていた（竹中、2008）。

臨床的に独立した疾患単位であることを主張した（小俣、2002）。その後、スイスではブロイラーBleuler,E.が、「早発痴呆」は１つの独立した疾患ではなく、あくまで「症候群 symptomenkomplex」にすぎないという学説を述べ、それに変わる名称として「精神分裂病群 Groupe de Schizophrenie」を提唱した。ドイツでは、ヤスパースJaspers,K.T.によって、「精神病理学 psychopathology」が提唱されていた（小俣、2002）。ヤスパースは現象学的方法に基づき、精神医学特有の認識方法として「了解」と「説明」という概念を導入することで、「記述的現象学」を提唱した（大熊、2008）。

キリスト教を中心とした社会では、精神障害者の逸脱行動は神に起因する何かであるとみなされていた。キリスト教が、人間の行動を統制するための社会のしくみとしての役割を担っていたと考えられる。しかし、科学を中心とする現代社会になると、逸脱行動に対する「科学的な説明」が求められるようになった。「精神医学」という学問領域は、治療よりも、多様な収容施設における疾患の分類や経過の予測を目的とする過程で成立し、大学における医学の専門領域として発展した。それは、キリスト教に代わって「科学」に寄って立つ社会を成立させる、一般市民による政治的な営みの側面もあったと考える。

ヨーロッパにおける精神医学の基盤は、ドイツにおいて発展したが、精神医学が精神疾患の分類を目標とするようになる一方で、一般社会における原始的な治療法は変わらなかった。以下は、このような一般社会で行われていた治療法について述べる。

２．民間社会における治療法

精神医学成立の流れとは別に、中流階級に属さない一般民衆の間では「狂気」に対する異なる扱いがなされていた。治療者という肩書を持つ者には、大学で理論だけを習得した医師（メディクス）もいたが、実際の治療の担い手は、主に経験医と呼ばれる徒弟修業からたたきあげられた経験医（フィジクス）であった（小俣、2002）。また、床屋外科といわれた身分の低い創傷手当て屋、瀉血屋、薬草を営む者、占星術師、蛇使い、祈祷家など、治療を要請する患者の身分や状況によって使い分けられていた（小俣、2002）。

大熊（2008）は、中世から近世にかけてヨーロッパ各地に自然発生的に精神病者のコロニーができ、精神病が奇跡的に治癒するという言い伝えを聞いた精神障害者やその家族がある土地に集まり、その中で生活していたことを指摘した。中井（1999）は、精神障害者と呼ばれる人たちが、今日よりも閉鎖的な社会において、ある一定の役割をしていたことに注目した。例えば、聖杯伝説の登場人物などに示されるように、「阿呆」や「気狂い」は、真理を告知する役割を果たす者として、一種の畏怖の念さえもたれていたという（中井、1999）。エレンベルガー（1970）は、現代の psychotherapy が用いる技法や形式に、未開人や古代人がすでに使っていたものが含まれていたことを指摘

した。そして、シャーマンや呪術者などの特徴として、まず自分自身が重症の感情疾患を体験したこと、疾患を克服して初めて自分以外の人間を治せることに着目した（Ellenberger、1970）。そして、文化人類学からの知見である儀式や催眠、呪術などの原始治療が、現代医学のように身体だけを治療の対象とするのではなく心身の区別なく治療を試みていたことを示し、psychotherapy との類似性を見出した。psychotherapy の歴史を語る者がその原点として引用するのは、いわゆる原始社会におけるシャーマン、呪術者らによる治療であった（福島、1990）。これは、「霊魂」の状態が病気を作るという一種の心因論が前提となっており、多くの原始社会において、家族や地域住民など多数の人々の観察・参与・影響力のもとで行われるのが普通であった（福島、1990）。

また、中井（1999）は、中世では「正常―異常」の対概念がなかったと指摘した。一般に、正常とは規準に合致するもの、異常とは規準から逸脱するものをいい、その規準には平均規準と価値規準がある（大熊、2008）。平均規準は多くのものにみられるものであり、価値規準においては、ある個人や社会において認められている特定の価値を備えるものが正常とされる。このような視点からみると、民間療法では「正常―異常」の概念が重視されていなかった可能性が考えられる。

ショーター（1997）は、18 世紀になり「狂気」が大衆の心の中で、次第に「神経の病気」と翻訳されるようになってきたと述べ、開業医が病気の原因を説明するために「神経」という用語を用いていたことに注目した。「神経の病気」の治療法は、「温泉療法」や「休息療法」などであった。「神経の病」と診断され、施設ではなく湯治や休養に行くよう指示された患者が受けた治療は、「医者と患者の関係」という文脈において、心を治療するという psychotherapy への道につながった（Shorter、1997）。

一方、施設への収容は、貧困階級あるいは支配的階層から脱落、または疎外されることが、その階層にとって望ましいと思われる重症の患者に限られていた。治療法においても、施設では拘束などの治療法が主流を占めるのに対して、診療所ではメスメル Mesmer,F.A.の磁気術を含む温和な治療法が行われた。中井（1999）は、神経症群と精神病群の 2 つの系譜が、いくぶんかはこの治療の場の二元性にも関わっていた可能性があると指摘した。

治療法の中でもメスメルによって始められた磁気術は、動物磁気という生気的・物質的因子によって治療を説明しようと試みていた（福島、1990）。磁気術を受ける者は、多数が輪をなして集まり、そのつながれた手を通じて動物磁気というエネルギーが流入すると考えられていた。エレンベルガー（1970）は、治療者と患者の間の交流（ラポール）を重視していたことから、力動精神医学の成立に貢献したことを指摘している。

磁気術は、フランスの生理学者リシュ Richet,C.のような大学の医師によって、催眠術研究として行われた。19 世紀末から 20 世紀初頭にかけて、ヨーロッパでは、無意識のうちにさまざまな身体の症状を作りだすことや、もうろう状態、夢遊状態、思考催眠状態など、意識そのものが幻想的な状態に陥ってしまうヒステリーが、多くの医師の注

目の的になっていた（小此木、2005）。シャルコーCharcot,J.M.は、サルペトリエール病院において、科学的な方法を用いて催眠術研究に着手し、催眠によってヒステリー性の麻痺と同じ症状を再現してみせた。

中世における大学成立以来、近世に至るまで、大学における診断に関する医学理論と民間における治療法の間には大きな溝が存在していた（小俣、2002）。大学では、精神障害者の収容を目的として始まった営みが、疾患名をつけることによる分類を重視していた。19 世紀において始まった精神医学という領域は、脳に起因する器質的な疾患であるという診断を重視した流れが中心であったと考えられる。

一方で、民間療法では、狂気を「神経の病」とする様々な治療法があった。その中でも、催眠における「医師―患者関係」による治療は、催眠療法として注目された。それは、心因を前提として「治療者―患者関係」における「会話」を重視した psychotherapy の流れにつながった。トレーニングという視点から見ると、大学で理論だけを学んだ医師（メディクス）と、実際の患者を目の前にしながら徒弟制度で学んだ経験医（フィジクス）に分かれていたようであった。

次に、この「催眠療法」を基礎として成立した psychotherapy の創始者として位置づけられているフロイトの精神分析について述べる。

３．フロイトの精神分析と教育分析

フロイトは、1856 年にユダヤ人として生まれ、大学の医学部に進学、神経学者として仕事を始めたが、大学内の反ユダヤ主義や父親の経済的困窮によって、臨床医として開業した（牛島、2007）。1885 年にフランスのシャルコーのもとに留学し、人間の心には、まだ未知のある種の強力な無意識の幻想的な作用が働いているに違いないという確信を抱くようになった（小此木、2005）。その後、フロイトは南仏のナンシー学派の催眠暗示を学び、そこで後催眠暗示を学んだことから、無意識的な力で動く心の部分があるという考えを強くした。小此木（2005）は、フロイトは様々な治療経験を学び、それらを追試する過程で精神分析を創始したと述べている。フロイトが精神分析 psychoanalysis と称して実施していた psychotherapy の方法は、ブロイアーBreuer,J. との共著『Studien über Hysterie ヒステリー研究（Breuer,J.ら、1895）』で報告した、浄化法 Kathartisches Verfahren から発展した。浄化法とは、催眠によって患者が意識の範囲外にあった記憶を思い浮かべ、医師にそれを話すと症状が克服されるというものであった。

その後、患者が話す内容の中に、記憶を想起させる内容が含まれていることに気がつき、自由連想法を用いるようになった。フロイトが精神分析の技法である「自由連想法」について具体的に示したのは、1900 年の『夢判断』においてである（以下、引用）。

*注意力を集中して自己観察を行うという目的のためには、患者が静かな場所にいて目を閉じるということが有利であり、また、自分が知覚した想念形成に対する批判をはめてしまうということは医師の側から患者に手厳しくする必要がある。例えばこんな風にいってやるのである、精神分析が成功するかしないかは、あなたが頭の中に浮かんだこと一切を観察してこれを包みかくさず言ってくれるかどうかにかかっている。どうもこれはあまり重要でなさそうだからとか、今の問題とは無関係だからとかいうように考えて、ある想念を押さえつけて報告しなかったり、あんまり馬鹿げているからといってあることを報告しなかったりするというようなことがあってはならない（Freud,S.,1900、高橋訳、pp.87-88）。*

自由連想法の目的は、分析家が被分析者の無意識を理解するために、抵抗となる抑圧を減らすことにあった。この抑圧を引き起こした心理的な力は、不快感の再体験を防ごうとしている抵抗の中に働きつづけていると考えられた（Freud、1900）。さらにフロイトは、自由連想法を行う際の患者に対する自らの態度として、以下のように述べた。

*分析医は患者を寝椅子の上に仰臥させ、自らはその背後の、患者から見えない位置に座を占めることをあくまで私は強く勧めたいと思う。私は患者の話を聴取しているあいだ、自分自身の無意識の考えの流れに身をゆだねているので、この私の様子が、こちらを解釈する材料を患者に提供したり、患者の報告に影響を与えることにならないようにしたいと思っている（Freud,S.,1913、小此木訳、p.97）。*

*話される全てのことに対して差別なく注意を向けよという分析医に対する要請は、頭に思い浮かべたことは一切、どんな批判・選択を行うこともなしに話さなければならないという被分析者に対する要求と、必然的に対応するわけである（Freud,S.,1912、小此木訳、p.79）。*

フロイトは、精神分析を行う分析医は、あらかじめ他の専門家に自分自身が分析を受けるという教育分析の必要性を主張していた（Freud、1912）。それによって、講義を受けたり本を読むことだけでは得られないような確信を体験すると述べている。さらに、メモなどのノートをとることさえも勧めておらず、筆記することで入手した情報を取捨選択してしまうことになると指摘していた（Freud、1912）。

フロイトは、症状の原因は幼少期の外傷体験としており、精神分析は患者の内部に抑圧されている精神的なものを意識化することが目的であった。そのため、分析医と分析を受ける患者、あるいはその家族とのあいだに、友人関係ないしは何らかの社会的な関係がある場合には、それらの関係が犠牲になるかもしれないという覚悟が必要であると述べた（Freud、1913）。さらに、分析医との間で経験されることを、どのような関係の人であっても、決してその内容を共にすべきではないと考えた。また、フロイトは、精神分析の適応と限界についても言及し、ヒステリーあるいは強迫神経症を病んでいる

のではなく、「パラフレイニー[1]に罹っている場合」には、治療すると約束できないと述べた（Freud、1913）。

フロイトがヒステリーの原因として掲げた理論は、幼児期に芽生えた異性親への性欲が無意識に抑圧され、それが成人後に症状となって現れるという幼児性欲を前提としたものだった。そのため、精神分析の背景となる精神分析理論は、母国オーストリアだけではなく近隣国の大学からも批判を受け続け、一時期は興味を持ってフロイトに師事した数少ない医師たちも、結果としてフロイトに決別することとなった。

### ４．小考察

精神医学の成立には、キリスト教を中心とした社会から、科学を中心とした社会への転換という、より大きな社会的変化の影響があった。科学は、それまで宗教を中心に考えられていたあらゆるものを分類し、名前をつけようと試みた。大学における精神医学という領域の成立は、科学に準じて疾患分類を目的として発展した。精神障害者の施設への収容と解放という課題が、疾患名を診断するという必要性を生み出したと考えられる。

一方で、psychotherapy は、精神医学の成立過程においてもその兆しは見られたが、主に民間療法の影響を強く受けているように見える。民間において行われていた催眠療法が、フランスにおいて大学の中に位置づけられることが治療としての psychotherapy の出発点となった。精神分析については現在も多くの議論が重ねられているが、精神医学の中でも「治療者―患者関係」に注目し、それを治療のための psychotherapy と位置づけたことに大きな意味があった。psychotherapy は精神分析のみにとどまらず、「治療者―患者関係」を何よりも重視し、その関係に基づいたさまざまな方法を展開することとなった。そのトレーニングにおいては、治療者自身が精神分析を受けるという教育分析の必要性が提唱されていた。フロイトが重視していたのは、精神分析を治療者自身が体験することで自分自身の抑圧などに気づくこと、さらに精神分析を受けることで自己分析への試みが意義深いものであると体験し、理解できるようになることであった。

次節では、アメリカにおける精神分析の発展から衰退、さらに新しい psychotherapy の展開について概説する。

## 第２節　アメリカにおける psychotherapy の歴史

第二次世界大戦の終戦によって、それまでヨーロッパが中心だった政治・経済・科学の主導権をアメリカが担うことになるという国際情勢の大きな変化が起こった。ピショー（1996）は、この時期の目立った現象として、英語が国際的に特権を得た伝達言語として認定されたことを指摘している。

本節では、アメリカにおける psychotherapy の展開を 3 つの観点から概説する。ア

[1] 精神病性の疾患を指す

メリカ精神医学と精神分析の発展、薬物療法が始まったことなどの影響による精神分析の衰退、心理学者による心理テスト開発や非医師による新しい psychotherapy など「心理学者による psychotherapy」である。

１．精神医学及び精神分析の発展

1812 年、ピネルの影響を受けたラッシュ Rush,B.が『精神の疾患に関する医学的研究と観察 Medical Inquiries and Observations Upon The Diseases Of The Mind（Rush, B.、1812)』を出版し、その後 70 年にわたってアメリカ合衆国の精神医学教科書として唯一のものとなった（Pichot、1996)。ラッシュはアメリカ精神医学の祖とみなされており、彼の試みによって精神科病院が急速に増えた。

アメリカでは、精神医学だけではなく医学全般が遅れており、環境も劣悪であったが、精神医学の基礎を築いたのは、「精神医学の父」と呼ばれているマイヤーMeyer,A.である。マイヤーはヨーロッパからアメリカに移住し、大学で精神医学の専門家養育をする傍らで、地域の精神科診療所が精神科病院と連携しながら、予防・治療・予後の責任を引き受けるような組織作りを行った（Shorter、1997)。

マイヤーは、統合失調症を「心因性」として、psychotherapy が選択可能な治療法であると論じていた（Shorter、1997)。そして、精神障害を、個体の環境に対する反応としてとらえる「反応型」の概念を発展させ、精神障害は心理的・社会的・生物学的要因に対する全人格的反応であるという精神生物学を提唱した（小此木、2005)。

1906 年、ハーバード大学のパトナム Putnam,J.J.やブリル Brill,A.A.らが、フロイトの精神分析を紹介した。1909 年、クラーク大学にてフロイトを招いた講演会が行われ、1911 年に精神分析のアメリカ学会とニューヨーク学会が設立された。その後、地方の精神分析協会を統合する形で「アメリカ精神分析学会」が設立され、組織や訓練に関する国家的な基準が適用されるようになった。

アメリカで精神分析が発展した 1900 年代初頭は、ヨーロッパにおいて様々な治療法が開発され、精神医学の理解と治療に大きな影響を与えた時期でもある。1929 年、ベルガーBerger,H.によって脳の動態を探る脳波の検査技術が開発され、てんかんや脳病巣の探知ができるようになった。1927 年、ヤウレッグ Jauregg,W.が精神疾患患者の進行性麻痺に対する治療法として発熱療法を見出し、精神科医で初めてのノーベル賞を受賞した。1936 年にはモニス Moniz,A.E.が外科手術による脳の部分切除手術であるロボトミーを発表した。

アメリカでもこのような治療法が行われていたが、一方でヨーロッパから移住した精神分析医たちが、フロイトの精神分析を実践する中で、独自な解釈を加え発展させていた。小此木は、アメリカ精神医学が、クレペリンの記述的精神医学ではなくアンナ・フロイト Freud,A.、エリクソン Erikson,E.H.らの自我心理学を主流として、サリバン Sullivan,H.S.を中心としたネオ・フロイト学派を吸収した力動精神医学を確立したと

述べている（小此木、2002）。

精神分析がアメリカ精神医学に浸透した要因について、ショーター（1997）は、精神科医が開業する傾向があったと指摘しており、それは必然的に精神分析を盛んにすることを意味していたと述べている。病院や施設に勤務していた医師は、中産階級の人々の間で開業して精神分析を行うことによって、独立した地位を獲得することができた。アメリカの精神科医は増加し、その多くは開業医として活動を始め、中流階級を対象に精神分析を行った（Shorter、1997）。小此木（2005）は、アメリカで精神分析が発展した背景に、個人の精神内界を尊重して治療の対象とする精神分析が、個人主義的なアメリカ社会に合致していたことを指摘した。そして、従来の伝統的なキリスト教が担っていたある種の精神文化の代理役割を、アメリカ合理主義と調和する形で担っていた可能性を示唆した。

アメリカ精神医学の指導層は、力動精神医学を公式な精神医学として採用するとともに、治療者に医師資格を前提とすることなど、一連の標準化を行った（中井、1999）。アメリカ精神分析学会のメンバーのほとんどがアメリカ精神医学会のメンバーであり、精神分析家になるためには、精神分析の教育を受ける前に少なくとも 3 年間の精神科でのレジデンスを履修しておく必要があると規定されていた（Shorter、1997）。精神分析を学ぶために、医師の資格が必要とされていたのである。

1950 年、第 1 回精神医学世界大会がパリで開かれ、妄想を主題とした一般的精神病理学、臨床精神医学（心理検査）、脳生理学と生物学（ロボトミー）、生物学的治療学（ショック療法）、精神療法（精神分析）、社会精神学（遺伝学、優生学）、児童精神医学の７つの分野が含まれていた（Shorter、1997）。この大会では、psychotherapy は精神分析を指す用語であった。また、人間の行動を数量化する方法として心理検査を開発していた臨床精神医学も広がりつつあった。

２．精神分析の衰退

アメリカの力動精神医学は、精神分析療法の理論を中心的思想として発展したが、その変化のきっかけとなったのは、1952 年のクロルプロマジン chlorpromazine の発売による薬物療法の開始である。それまで、精神疾患の症状である妄想や興奮状態を抑制するための薬物は阿片であったが、阿片には中毒症状を生み出したりや酩酊状態を惹き起すなどの副作用が大きかった。クロルプロマジンは脳内の神経伝達物質であるドーパミン dopamine を遮断することにより、阿片よりも適切に鎮静効果を生み出すことができた。薬物療法がアメリカ精神医学に与えた影響から、精神分析の衰退にかかわる 2 つの背景を見ることができる。

１つは、大学における治療から診断への流れである。精神分析を行っている多くの精神科医は診断に無関心で、症状を分類するよりも、想定される精神力動的原因を確定することだけが重要であると考えていた（Shorter、1997）。そのため、アメリカと他国

間による診断の相違が著しかった。また、第一次世界大戦の終戦時から注目されていた負傷や戦闘疲労による外傷性神経症患者が第二次世界大戦において増加し、精神分析での治療が困難であった。このようなストレスに対する心理学的反応を分類するための、新しい精神医学の体系が要求されていた（Shorter、1997）。その結果、American Psychiatric Association（アメリカ精神医学会）の委員会が、疾患分類のための国家的体系を作ろうと試み、1952 年に『DSM-Ⅰ（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）精神障害の診断と統計のためのマニュアル』が作成され、現代の診断基準につながった。しかし、作成したメンバーが精神分析家であったために、「心理学的防衛機制」などフロイト的分析の用語を受け入れたものとなった（Shorter、1997）。DSM-Ⅰには「精神障害は心理的・社会的・生物学的要因に対する全人的反応である」というマイヤーの思想が含まれていた。さらに、1968 年に刊行された DSM-Ⅱにも、診断の基準として精神分析の用語が使用されており、心理的反応に対して精神分析的な解釈がなされていた。

薬物療法の開始によって、その効果的な処方のために疾患分類を厳密にする必要が生じた（Shorter,1997）。そのため、1978 年に刊行されたで DSM-Ⅲでは、精神力動的な理論や概念を排除して、記述的に行動特性を重んじる方向に変革が始まった（小此木、2005）。精神分析的な用語が排除され、評価尺度を用いた厳密で一部量的な診断基準が用いられているために、診断を下す評価者の評定を一致させるように方向づけられていた。

２つ目は、脱施設化・地域精神医学の流れである。1946 年、精神保健法 National Mental Health Act が成立し、1955 年には精神保健研究法 Mental Health Study Act の立法でさらに精神保健対策が進展した。薬物療法の開始により、精神病患者が短期入院で退院できるようになり、精神病院の患者数が歴史的に最高を記録した 1955 年から 1970 年にかけて減少し、以後も減り続けた（Shorter、1997）。これに伴って、精神保健組織における支援が拡大し、各地に広がった。

1954 年、カプラン Kaplan,H.I.が予防精神医学を提唱し、環境の改善や相談・危機介入により精神障害の予防を目指す概念を示して、精神科医が他の専門家と協力しつつ地域全体の精神保健の向上を目指すべきだと提唱した（昼田、1999）。その後、1963 年のケネディ教書の発表後、「地域総合精神保健センター法」が制定され、全国各地に地域総合精神衛生センターが設置された。そこでは、精神科医だけではなく、看護師やソーシャルワーカー、臨床心理士を含めた「チーム医療」が強調され、「多職種チームによる治療」が宣言された（Pichot、1996）。精神科医療を実践する精神科サービス体制が整備され、入院は短期となり、デイケア活動が活発化して、脱施設化の方向への活動が盛んになった（大熊、2008）。

脱施設化の流れを後押しした思想背景に、反精神医学運動がある。社会学者ゴフマン Goffman,E.の『アサイラム Asylums （Goffman、1961）』、フーコーFoucault,M.の『狂

気の歴史（Foucault、1961）』、精神科医レイン Laing,R.D.の『引き裂かれた自己 Self and Others （Laing、1960）』など、同時期に発売された一連の著書が知的階層に大きな影響を与えた（Shorter、1997）。

このような反精神医学の思想がアメリカ精神医学における脱施設化・地域精神医学への流れにどのような影響を与えたのかについては計り知れないが、理論的な影響以上に、一般大衆に与えた影響が大きかった。地域精神医学において必要だったのは、psychotherapy ではなく、対人コミュニケーションのための SST（Social Skill Training）やソーシャルワーカーなど、多職種の専門家による支援であった。ショーター（1997）は、各地に設置されたコミュニティ精神保健センターCommunity Mental Health Center（CMHC）が、地域で問題なく暮らしている人々のために psychotherapy を行う場になってしまい、症状のある患者を受け入れるための管理的な準備がなされていなかったことを指摘した。

３．心理学者による psychotherapy とトレーニング

フロイトは、精神分析を行う者が必ずしも医師資格を必要としないことを前提として考えていた。フロイトにとって重要だったのは、むしろ分析家になるための教育分析であったが、アメリカ精神医学では、精神分析を行うために医師資格の取得を必須としていた。しかし、アメリカ精神医学の方向が個人の心を治療対象とした精神分析から、薬物療法を目的とする診断へと変わったことによって、以下のような新たな流れが生み出された。

人間の能力の個人差に注目したゴルトン Galton,F.ら心理学者による心理テストの開発、ゲシュタルト心理学者であるウェルトハイマーWelthimer,M.らによる実験心理学や学習理論にもとづくワトソン Watson, J.B.が提唱した行動主義、のちに人間性心理学と呼ばれるようになったロジャーズ Rogers,C.ら臨床心理学者によるカウンセリングの流れである。

（１）心理テストの開発

心理テストの基本的な考え方となる個人差に注目したゴルトンは生物測定学を樹立し、身体的かつ心理的でもある諸現象の数量化と確率論から生じた統計的手法による処理を行った（Pichot、1996）。

フランスでは 1881 年に、義務教育法が制定され、精神遅滞児[1]の処遇が大きな問題となっていた。そのような問題を背景に、ビネーBinet,A.が知能検査を開発した（Binet、1911）。ビネー知能検査は、検査質問による正解率で子どもの精神年齢 mental age を知ることができ、それまで測定できなかった知能を操作的に定義した。このテストによると、精神年齢が生活年齢 chronological age より高ければ優秀な子どもであるし、逆

[1] 現在では本用語は使用されておらず、知的障害に分類される。

であれば不振児ということになる。ビネーの精神年齢に注目したシュテルン Stern,W.は、精神年齢と歴年齢の差による比較から、知能指数 IQ（intelligence quotient）を換算することを提唱した（藤崎、1991）。

知能指数は、アメリカのターマン Tarman,L.M.によって IQ 概念を操作的に定義する知能検査に発展した（Tarman、1916）。ビネーの知能検査が同年齢内における精神年齢を測定できるものであったのに対して、ターマンの開発した知能検査は、異なる年齢においても知能指数という統一された概念で相対的に子どもの知能を比較できるものであった。ターマン（1916）は、知能の恒常性を主張し、知能指数は子どもの将来を予見する重要な指標になると提示した。知能検査は、その後アメリカにおける第一次世界大戦の兵士の配置や選抜を行うための集団用として開発されるようになった（藤崎、1991）。

このような心理テストの開発は、アメリカの心理学者であるウィットマーWitmer,L.らも、教育領域において独自に行っていた（Reisman、1976）。その後、さまざまな心理テストが科学的な立場に立つ心理学者によって開発されたが、心理学者の中からテストを施行する職業として臨床心理家が現れ、アメリカ心理学会 America Psychological Association（APA）が、その資格を保証せざるを得ない状況になった。1936 年、コロンビア大学心理学部に臨床心理学者養成のための試験的カリキュラムが設けられた（Reisman、1976）。

心理学が対象としている「心」は、目に見えないものである。そのため、知能のように心理テストによって測定される結果は、「構成概念」と呼ばれ、仮説演繹法によって定義されている。仮説演繹法とは、科学的理論を構成するための方法の１つで、いくつかの経験的事実から少数の基本的仮説を帰納的に導き出し、その基本的仮説から演繹的に具体的な命題を導き出した上で検証するものである。構成概念を操作的に定義するという科学的な手法は、コンピューターの開発と、統計的分析手法の発展に大きく影響を受けている。特に、ウェクスラーWechsler,D.による知能検査など子どもの発達を測定する心理テストの影響は、障害のある子どもを援助するという領域においては多大な功績であった。しかし一方で、測定されたものが現実に存在するかのような誤解を生みだした側面もあった。心理テストによって測定された構成概念が、個人の「心の問題」であるかのように解釈されたり、人を理解するための「ラベル」のように使われたりすることで、本来は有益な使い方ができるはずの心理テストへの誤解や不信感を生み出す結果ともなった。心理学者から出現した臨床家の仕事は、このような診断や知能測定であると考えられていた。

（２）行動主義の台頭

20 世紀始めまでのヨーロッパの心理学は意識を対象とし、自分自身の観察をデータとして研究する意識重視の心理学であった。それに対して、ドイツからアメリカに移住

したゲシュタルト心理学者のウェルトハイマーらが、人間の行動は学習されたものであるという前提でさまざまな実験研究を行った。1950 年代後半になると、認知理論が発展した。人の行動を理解するための学習の問題は、認知理論の立場から、行動の変容というよりも情報がどのように獲得されるのかという問題として関心を引いた（篠原、1998）。ダラーDollard,J.らは、精神分析で扱われている抑圧などの構成概念を、学習心理学の立場から理論化するために、実験によって検証しようと試みた（Dollard ら、1950）。このような実験心理学における学習理論の発展の 1 つに、ロシアのパヴロフPavlov,I.P.による条件反射の実験がある。パヴロフは、実験中の犬が飼育係の足音で唾液を分泌することから、足音という条件刺激によって唾液の分泌という反射が成立したと考え、条件反射という概念を提唱した（Pavlov、1927）。

ワトソンは、心理学は意識を研究するのではなく、行動それ自体を研究する心理学であると行動主義を提唱した（Watson、1912）。ワトソンは、客観的に観察できる行動のみを心理学の資料とするべきであると主張し、心の中で何が起こっているかということに言及せずに心理学の理論を作ろうとした（篠原、1998）。行動主義の中心課題は学習であり、学習の過程を明らかにすることにより人間や動物の行動を理解できると考えたのである。

ワトソンは、1915 年に APA の会長として、アメリカの実験心理学において主導的な地位にいた。自身の子どもを対象として、恐怖体験を学習させる実験を行い、情動反応も条件づけの結果であることを示した（Watson、1930）。ワトソンの行動主義を発展させたのはスキナーSkinner,B.F.である。スキナー（1938）は、生体が外部の環境（刺激）に対して働きかけた（反応）時に生じる環境変化からのフィードバックが生体の行動に変化をもたらすことを重視した。ワトソンの実験はのちに「古典的条件づけ」と呼ばれ、スキナーの実験は「オペラント条件づけ」として、行動療法の流れを作った。

1952 年には、アイゼンク Eysenck,H.J.が精神分析の治療結果が神経症において治療をした場合としなかった場合の経過に有意差がなかった提示した（Eysenck、1952）。ウォルピ Wolpe,J は、psychotherapy の新たな理論として行動療法を位置づけた。精神科医のウォルピは、学習過程に神経生理学的過程が存在すると主張し、刺激と反応の間の仲介概念に生理学的状態を用い、それに動因 drive と名づけた（Wolpe、1958）。そして、クライエントがある刺激場面で不安・恐怖反応を示す時に、筋弛緩法を生起させるとその反応が抑止され、刺激と反応の結びつきが消失するという系統的脱感作法を提示した。さらに、バンデューラ Bandura,A.(1976)が社会的学習理論を提唱し、人の認知を重視した行動変容が可能であることを示した。

学習理論から始まった行動療法の流れに認知理論が加わり、「認知行動療法」と名づけられた。実験心理学にもとづく認知行動療法は、数量化しにくいと言われている psychotherapy の効果を数値化することによって実証できる。そのため、その適用範囲も恐怖症や神経症だけにとどまらず、個人の不適応行動に対する有効なアプローチとし

て認められるようになった。

（3）臨床心理学者によるカウンセリング

アメリカでは、もともと「臨床心理学 clinical psychology」という学問領域は存在していなかった。1896 年に心理学者であるウィットマーがペンシルヴァニア大学でクリニックを開設し、同年の APA の年次総会において初めて「臨床心理学 clinical psychology」という用語を用いて講演を行った（Reisman、1976）。しかし、アメリカ心理学会 American Psychology Association（APA）で心理学者の位置づけは、テスト開発と実施にとどまっていた。しかし、第一次世界大戦での神経症患者に加え、第二次世界大戦の終戦で退役軍人病院の患者が増加し、それに対応できる心理学者が求められていた（Reisman、1976）。

一方で、ショーター（1997）は、アメリカで心理学的サービスを要請する傾向が増加した要因として、人々が疾患と規定するものの閾値が低下したことと、ストレスや生活問題の相談のように「病気ではないもの」に対する治療を求めたことをあげた。また、1949 年に民間医療保険が急速に普及し、精神分析に対してより短期的かつ有効的な psychotherapy が求められていた。

医師資格を持たない専門家として最初に psychotherapy の市場に参入したのは、ソーシャルワーカーであった（Shorter、1997）。ソーシャルワーカーらがさまざまな領域で活躍し始めた時期に、非医師でありながらロジャーズは、1928 年からニューヨーク州ロチェスターの児童相談所 Child Guidance Clinic において臨床活動に携わり、医師やソーシャルワーカーなど他領域の臨床家たちと共に活動していた（末武、2005）。

ロジャーズは、従来の psychotherapy にある基本的仮定に対する、批判的意見を提示した（Rogers、1942）。1 つ目の批判は、カウンセラーこそが個人の目標がいかなるものであるべきかを決定し、またその状況を判断する価値観がいかなるものであるかを決定する最も有能な人間であると仮定していることである。2 つ目は、カウンセラーだけが、選択された目標に対して、最も効果的な方法でクライエントを到達させる技術を見出すことができるとしている点である（Rogers、1942）。そして、従来の心理療法を指示的アプローチ、新しいアプローチを非指示的アプローチと位置づけた。さらに、少数であるが両方のアプローチにおける面接場面の発言を比較したデータから、指示的アプローチが、面接を支配してクライエントを治療者の選んだ目標に向かわせるような技術が強調されていると提示した。それに対して、非指示的アプローチでは、クライエントが自分自身の態度や感情を自覚し、自己洞察や自己理解が増大するように働きかける方法が強調されていると考察した（Rogers、1942）。そして、「カウンセリング counseling」と「psychotherapy」という用語を使い分けることついて、この分野で活躍している人々がカウンセリングと psychotherapy といういずれの用語も普通に使用していることから、どちらの用語も用いることを提言した。

非指示的アプローチは、ある特定の問題を解決することを目的とするのではなく、個人が現在の問題に対してもより統合された仕方で対処できるように、その個人が成長することを援助する（Rogers、1942）。ロジャーズのアプローチは、知的な面よりも情緒的な要素や状況に対する感情的な側面に強調点を置いた（Rogers、1942）。その後、非指示的 non-directive という用語は、クライアント中心療法 Client-centered Counseling と名づけられた（Rogers、1957,1961）。

地域精神医学が推進されていたアメリカでは、精神科医や心理士、ソーシャルワーカーなど医療関係者の他に、大学など教育現場の相談者や裁判所の調停員など司法領域の専門家、企業の人事担当者、産業領域における相談者など、さまざまな専門家が存在していた。精神分析は動機づけの高い中流階級の成人クライエントを対象として行われていたが、ロジャーズが対象としたのは面接に対する動機づけが低かったり、子どもの問題で来談する母親であったり、勉学が思うようにできない大学生だった。

ロジャーズは、建設的なパーソナリティ変化が起こるための 6 つの条件をあげた（Rogers、1961）。①2 人の人が心理的な接触をもっていること、②第 1 の人（クライエントと呼ぶ）は、不一致（incongruence）の状態にあり、傷つきやすく、不安な状態にある、③第 2 の人（セラピストと呼ぶ）は、その関係の中で一致しており（congruent）統合して(integrated)いること、④セラピストはクライエントに対して無条件の肯定的配慮(unconditional positive regard)を経験していること、⑤セラピストはクライエントの内定照合枠（internal frame of reference）を共感的に理解（empathic understanding）しており、この経験をクライエントに伝えようと努めていること、⑥セラピストの共感的理解と無条件の肯定的配慮が、最低限クライエントに伝わっていることである（Rogers、1961）。

ロジャーズのカウンセリング理論は、面接過程を録音し、その逐語記録を詳細に分析した結果に基づいている（Rogers、1942）。逐語記録の公開と分析は、カウンセリングで行われていることを提示するという新しい研究方法を示すことで、カウンセラーとしての条件を満たせるようになるトレーニングが可能であることを明示した。

## ４．小考察

アメリカ精神医学の主流は精神力動学であり、psychotherapy は精神分析を意味していた。そのため、薬物療法が効果を示し、アメリカ精神医学の中心が精神力動学から疾患分類の方向へ転換するということは、psychotherapy も何らかの形で方向転換を余儀なくされたと考えられる。1974 年のアメリカ精神分析学会の調査によると、メンバーの多くが薬物療法を始めており、さらに多くが夫婦療法 marital therapy や集団療法 group therapy を始めていることが明らかになった（Shorter、1997）。

精神医学領域における精神分析では、教育分析が必須とされていたが、実際の分析場面でどのようなことが行われているのかについて、明確ではなかった。それ故にフロイ

トも、分析家の影響力を懸念し、教育分析の必要性を訴えたと考えられる。それに対して、記録機器の開発もあり、ロジャーズは逐語記録を公開するという画期的な研究方法を提案した。それは同時に、カウンセリングのトレーニングにも活用できることが明らかであった。

精神分析は、さまざまな要因で社会的要請に応じきれなくなっていた。精神分析は個人を対象とした厳格な治療構造があり、治療者が患者本人以外と接触することができないという前提で行われていた。家族療法は、このような社会情勢を背景に精神分析を行っていた精神科医が患者の家族に注目し、家族研究を試みたことから始まったのである。

## 第３節　家族療法の発展

フロイトが精神分析の治療対象としたのが当時ヒステリーと名づけられた神経症の患者群であったのに対し、アメリカの精神科医は、統合失調症などの患者群に対応する必要に迫られていた。1952 年に抗精神病薬が発見され、統合失調症患者の急性期状態に対する薬物療法の効果が明らかになり、DSM という診断基準ができたことで、疾患分類を目的とする精神医学に区切がついた。そのため、統合失調症の家族研究が治療法を見出す方向に変わったと考えられる。

薬物療法の導入、地域精神医学の促進によって、統合失調症の患者の早期退院が可能になった。しかし統合失調症患者が入退院を繰り返し、医療現場では患者ばかりではなく、その家族への対応が必要であると考えられるようになっていた。

統合失調症の家族研究は 1940 年代から始まっていた。Levy（1943）は、母親の病的傾向と子どもの病気との関係を明らかにし、母親の過保護傾向と母親自身の子ども時代の愛の欠乏との間に相関関係があると述べた。フロムーライヒマン Fromm-Reichmann,F.（1948）は「精神分裂病を作る母親 schizophrenogenic mother」という概念を提唱し、統合失調症の母親像として、攻撃的で不安かつ拒絶的傾向を指摘した。

本節では、家族療法の概説をするために、家族療法の流れを２つに分けて提示する。アッカーマン Ackerman,N.W.を中心に展開した精神分析学派と、ベイトソン Beteson,G.の影響を受けたサイバネティクスとコミュニケーション学派である。これらの流れから家族療法に対する様々な偏見や誤解が生まれ、社会的背景も影響して、ナラティヴセラピー narrative therapy が展開することとなった経緯を概観する。

### １．精神分析学派

家族療法にはさまざまな学派があると言われており、その独自性が初期の創始者のカリスマ性に依存している部分が少なくなかった。それは、当時の家族療法家たちが、精神分析を学んだ精神科医であったからである。精神分析では、症状の原因は幼児期の外

傷体験にあるとされていたため、家族は阻害要因として考えられていた。そのため医師は、個人ではなく家族をどのようにとらえるかという問題を、キャノン Cannon,W.B.の「ホメオスタシス homeostasis 概念」[1]、パーソンズ Persons,T.の「社会システム論」[2]、ベルタランフィ Bertalanffy,L.V.の「一般システム理論 General Systems Theory」[3]から発展した、ミラーMiller,J.G.の「一般生物体システム理論 General Living System Theory」[4]を用いることで解決しようと試みた。

精神科医のジャクソン Jackson,D.D.は、「家族ホメオスタシス family homeostasis」という概念を提唱し、家族の相互作用がシステムの反応を修正するためにフィードバックされる閉じたシステムであると説明した（Jackson、1959)。初期の家族療法家たちは、精神分析に依拠する個人療法の経験から、それを活かして家族を理解しようと試みた。そのため、ジャクソンの提唱した家族ホメオスタシス概念を利用して、家族を「家族システム」として捉えようとしたが、個人に対する精神分析的な見方を家族に応用するに留まった。

アッカーマンは、家族を対象とした psychotherapy に関する先駆的な著書である『家族の精神力動 The psychodynamics of Family Life(Ackerman、1958)』を出版した。精神分析医であったアッカーマンは、個人の障害を「家族集団への情緒的統合過程の経験」という、それまでよりもはるかに広い枠組から見直す試みを行うようになったと述べた。そして、家族療法というよりも、家族という集団に目を向けざるを得ないこと、そのために個人を対象とする精神分析との矛盾が生じることについて言及した。バーカーBerker,P.は、精神分析医たちが、個人ではなく「家族そのものが病んでいる」と考えるための概念的飛躍が困難だったことを指摘し、アッカーマンも同様であったと述べた（Barker、1981)。しかし、その後アッカーマンは、『問題家族を治療する Treating The Troubled Family(Ackerman、1961)』で「全体としての家族 family as a whole」という概念を提唱し、精神分析家が家族療法家に転向するための視点を提供した。

リッツ Lidz,R.W.らは、1941 年に統合失調症の家族研究を始め、幼児期における母親との人間関係というよりも、統合失調症患者の幼児期における環境の異常さの程度と、両親の情緒的障害の重さとの間に関係があることを示唆した（Lidz ら、1949）[5]。

---

[1] ホメオスタシス概念は 1930 年代において提唱され、当時の社会システム理論に大きな影響を与えた。Cannon,W.B.（1932）The Wisdom of the Body,New York,W.W.Norton Co.,栖原六郎、大沢三千三訳（1959）人体の叡智、創元社

[2] Persons,T.(1951)The social system.Routdge & Kegen Paul Ltd.

[3] ベルタランフィは、キャノンのホメオスタシス原理が精神病理学領域で適用可能であると示す一方で、時として過剰に押し広げて解釈されることについて懸念を示した。
Bertalanffy,L.V.(1968) General Systems Theory-Foundations,Development,Applications.George Braziller、長野敬ほか訳（1973）一般システム理論―その基礎、発展、応用、みすず書房

[4] Miller,J.G.(1965)Living System-Basic Concepts,Bhavior.Science,10,pp.193-236

[5]Lidz 自身が、本研究における家族がエール大学精神医学研究所を訪れた家族であり、その中で 14 症例が上層階層の家族のものであることを問題点として挙げている（Lidz and Lidz, 1949）。

ウィン Winn,L.は、1952 年から統合失調症とその家族に関する研究を行った。そして、統合失調症患者のコミュニケーションに注目し、偽相互性 pseudo-mutuality という概念を提唱した。そして、家族内で偽相互的な関係になると、自分のアイデンティティを犠牲にして、何をおいても互いがうまくやっていくことに気を配るため、真の相互性は生まれず、相互が満たされているという感覚を得ることに専心すると説明した（Wynne、1963）。

1964 年にサティア Satir,V.によって出版された『合同家族療法 Conjoint Family Therapy（Satir、1964）』は、家族療法の教科書であった。サティアは、常に個人の成熟を重視し、個人が機能的に欠陥があると呼ばれるのは、その人が正しくコミュニケートすることを学んでいない時であると説明した（Satir、1964）。そして、個人の低い自負心 self-esteem が、機能的に欠陥のあるコミュニケーションを生み出すと述べた。ホフマン Hoffman,L.は、サティアを家族療法家として有名にしたのは、否定的な問題や状況を何かしら肯定的なものへと変換する能力であったと表現した（Hoffman、1981）。

ボーエン Bowen,M は、1957 年から家族療法に取り組んでいた。独自の理論を展開する過程で家族システム family system という概念を提唱したが、それは一般システム理論に基づいているものではなかった。そのため、他の家族療法理論と区別して、自らボーエン理論と名称を変更した（Bowen、1978）。ボーエンの分化の尺度 Scale of Differentiation の概念は、個人の感情的成熟度を測定するためのもので、家族評価の規準となっていた。

ナジ Nagy,I.B.は、症状発症の要因として、多世代にわたる債務や負債の因果関係に基づいた理論を構築し、「家族出納帳 the burden of keeping the accounts」と名づけた（Nagy ら、1973)。ナジは個人が家族のために払った犠牲を「見えざる忠誠心 invisible loyalties」と呼び、家族出納帳を肯定的に見直すことに重点を置いた。

２．サイバネティックスとコミュニケーション学派

文化人類学者であったベイトソンは、ニューギニアのイアトムル族の研究から、「分裂発生 schismogenesis」という用語を作りだした。例として、パラノイア[1]の患者が自分の恐怖感を正当化することで、さらに疑い深くさせる結果となるような反応を他人に引き起こすことをあげている。ベイトソンは、この自己強化過程の 2 つの側面として、「自己安定的エスカレーション」と、「制御不能の恐れがある原理」について指摘した（Bateson、1936）[2]。ベイトソンは、イアトムル族の研究から民族間や人間関係のコミュニケーションに注目していたが、その相互作用の視点を明確にする契機は、サイバネティックス理論を生み出した学際的な「メイシー会議」[3]（生物学と社会科学におけ

[1] 妄想が顕著な精神病性の疾患のこと

[2] Bateson,G.（1958）Naven.Stanford,Calif.,Stanford University Press で再版された。

[3] 第 1 回メイシー会議以前の 1942 年に、「脳抑制会議」と称した学際的な会議を主催したメイ

るフィードバックシステム機構と循環因果律システムに関する会議 The Feedback Mechanisms and Circular Causal System in Biology and the Social Sciences Meeting）への参加であった。

メイシー会議の主催者の１人であるウィーナーは、第二次世界大戦下で行われた射撃制御装置の実験において、装置の感度を上げすぎると装置が激しい震動に陥ることを発見し、機械と動物の双方に、このような負のフィードバック negative feedback 現象が起こるのではないかと考えた（Wiener、1948）。ウィーナーのこの視点から、多様な領域における専門家によるメイシー会議が開催された。この会議では、ウィーナーによって動物と機械における「通信 communication」と「制御 control」の問題が検討され、サイバネティックスは通信工学、制御工学、神経生理学、心理学、社会学といった多様な領域を包含する学際的な学問領域を示す用語としてとらえられるようになった。そして、この会議に参加した様々な領域の専門家たちが、サイバネティックス理論を自分の領域の用語に置き換えて用いるようになった。

後に「メイシー会議」に参加したイギリスの精神科医であるアシュビーAshby,W.R.は、サイバネティックス理論の影響を受け、変化の可能性として、生命システムが、場の小変化に反応して行動を変えうるだけでなく、場が極度に困難な状況を呈する時には一連の行動の「背景 setting」を変えることができると提唱した（Ashby、1952）。そして、小変化に対する修正反応を「第一次変化 first order change」、環境の急激な変化への反応を「第二次変化 second order change」と名づけた。ベイトソンは、アシュビーが提唱した変化の可能性に言及し、「分裂発生」過程が不健康な安定性を壊すために有効であると考えた（Bateson、1958）。

この間ベイトソンは、1951 年にスタンフォード大学の客員講師となり、1954 年にはメイシー財団助成研究プロジェクト「分裂症的コミュニケーション」を開始した。このプロジェクトのメンバーは、ジャクソン、ヘイリーHaley,J.、ウィークランドWeakland,J.の 4 人であった。この研究過程で、ウィークランドとヘイリーは、催眠療法家として著名なエリクソン Erickson,M.H.の元を訪れ、それが後に二人の臨床に大きな影響を及ぼすことになった。

ベイトソンは統合失調症の研究で、家族内のコミュニケーションの分析を行い、ラッセル Russell,B.の論理階型理論[1]にもとづき、コミュニケーションが様々な論理階型にわたっている可能性に注目した。そして、統合失調症の家族に生じるコミュニケーション特性として「二重拘束理論 Double Bind Theory」を提唱した（Bateson ら、1956）。この理論は翌年、ジャクソンによってアメリカ精神医学会で報告され、当時の精神医学界にも大きな影響を与えた。それは、統合失調症患者の家族内コミュニケーションの特

---

シー二世財団の名前をつけたもので、ベイトソンはその時点から参加していた。

[1] Whitehead,A.N.＆Russell,B.(1910-13)Principia Mathematica,3,2nd ed.,Cambridge University Press.

徴を見出したからである。その後、アメリカ東海岸[1]を中心に展開していた精神分析学派のアッカーマンらとの交流が始まった。

ベイトソンのコミュニケーション研究を契機に、その研究メンバーが中心となって当時家族療法のカリスマ的存在であったサティアを呼び、家族療法を行う研究所としてカリフォルニアのパロ・アルトに MRI（Mental Research Institute）が設立された。この後、1961 年、ニューヨークのアッカーマン研究所と MRI が共同して、現在も家族療法の専門誌として位置づけられている『Family Process』が発刊された。その後、ベイトソングループの研究は 1962 年に終了し、サティアとベイトソンが離れ、MRI にはジャクソンを中心としたメンバーが残った。二重拘束理論は統合失調症患者の病因に対する画期的な理論であったが、当時の MRI はそれを利用した独自の家族療法を強調したわけではなかった。小森は、MRI の中心的存在であったジャクソンのエピソード[2]を挙げ、家族の言語的コミュニケーションと家族メンバーの医学的診断をダイレクトに結びつけられる人間がごく身近にいたために、MRI の家族研究が熱気を帯びたと述べている（小森、1999）。

1963 年、ウィーナーの提唱したサイバネティックスに対して、マルヤマ Maruyama,M.が問題を提起した。それまで制御の科学としてのサイバネティックスが正のフィードバック（逸脱解消）を中心に考えていたことを問題として指摘したのである（Maruyama、1963）。そして、従来のサイバネティックスで重視されていた正のフィードバックを中心においた逸脱解消に向かう過程を「形態維持 morphostasis」とし、それとは逆に、逸脱増幅に向かう負のフィードバックを「形態生成 morphogenesis」と唱えた。この新しいシステム理論は、マルヤマによって、「セカンド・サイバネティックス second cybernetics」と名づけられた。

ホフマン(1981)は、このセカンド・サイバネティックスのフィードバックの例えとして、家族成員の死や自殺というシステムの不均衡状態は、家族の変化の可能性を閉ざすかもしれないが、一方で予期せぬ成長をもたらすこともあることを指摘した。さらに、重要なのはフィードバックの強さや組み合わせではなく、タイミングであることに言及した。その例として、幾人もの家族療法家が、危機状態にない家族に変化を起こさせようとして失敗したことをあげた（Hoffman、1981）。

（1）ブリーフセラピー brief therapy

1965 年、MRI にブリーフセラピーとその研究プロジェクトが設立された。「ブリー

---

[1] ベイトソンが講師を務めていたスタンフォード大学はアメリカ西海岸のカリフォルニアにあったため、東海岸で精神分析の視点で家族療法を行っていた医師たちとの交流がなかった。

[2] ジャクソンは、家族の食卓の録音テープを聞いただけで、その家族の誰にどのような症状、あるいは行動特性があるかという診断をすることができる特技の持ち主だった。詳しくは、Weakland,J.H.(1977) Watzlawick,P. and Weakland,J.H.(eds.): The Interactional View: Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74, W.W.Norton, New York

フセラピー・センターBrief Therapy Center（略称、BTC）」では、フィッシュ Fischi,R.、ウィークランド、ワツラウィック Watzlawick,P.らが中心となり、セラピーをより有効で効率のよいものにすることに焦点を当てた（Weakland ら、1974）。MRI は、治療システムにおける治療者と患者・家族とのコミュニケーションを一層重視するようになり、ブリーフセラピーという新しい領域を発展させた。MRI のメンバーらは、古典的な催眠と異なり、日常場面の言語的・非言語的なコミュニケーションを使って催眠を用いていたエリクソンの臨床の影響を受けていた。ブリーフセラピーは、当時の psychotherapy において広まっていた個人の精神病理を重視する考え方からの脱却を目指し、psychotherapy におけるコミュニケーションの変化を目標とした。

ブリーフセラピーは、クライエントの訴えや症状行動が、どのような状況で何が起こっているのかに注目した。状況を把握するための情報は、訴えている人及びその人が相互作用している人々の実際の行動である。問題行動を、どのように問題とされているのか、それは誰にとって問題なのかなど、より広い文脈において理解しようと試みた。BTC は、ビデオ録画やワンウェイミラーを利用し、さまざまな実践と研究を重ねた。

（２）構造派家族療法 structual family therapy

ミニューチン Minuchin,S.は、構造派家族療法の創始者であると位置づけられている。アルゼンチン生まれで精神科医のミニューチンは、精神分析の教育分析を受けていたが、ニューヨーク市で非行少年の治療に関わったことから家族に対する治療法を発展させ、構造派家族療法 structural family therapy を創始した（Minuchin ら、1967）。ミニューチンを有名にしたのは、非行へのアプローチと心身症児の家族研究、そして神経性無食欲症の家族療法であった（Minuchinm、1974、1978）。

構造派家族療法は、家族構造を理解するための概念として、境界 boundary、提携 alignment、権力 power という概念を提示した。境界とは、家族の相互作用におけるサブシステム間の境界を示すもので、必要以上に関与し合っている家族を「網状家族 enmeshed family」、逆に境界線が固い家族を「遊離家族 disengaged family」と名づけた。提携には、二者が第三者と対抗して提携する「連合 coalition」と、第三者との敵対関係を含まない「同盟 alliance」をあげた。そして、家族成員が相互作用を通して他者に与える影響力のことを「権力 power」と呼んだ。構造派家族療法では評価のための独立した面接を設けずに、家族構造の仮説を立て、それに従って治療的介入を行い、その結果を再評価するという過程を繰り返すものであった。治療者は、機能していない家族の相互作用に影響を与えるために、ジョイニング joining という方法で家族の一員として治療に参加し、自らと家族の相互作用の過程において家族の再構造化を目指した（Minuchin、1974）。ミニューチンが勤務していた『フィラデルフィア・チャイルド・ガイダンス・クリニック Philadelphia Child Guidance Clinic』は、指導的な家族療法センターとなった。ミニューチンはワンウェイミラーを用いた観察を奨励し、治療場面

をビデオテープに録画して、繰り返し見られるように治療過程を開かれたものにした（Baker、1981）。

（３）ヘイリーの戦略的家族療法 strategic family therapy

ヘイリーは精神科領域でもなく、臨床心理学領域でもない、コミュニケーション学者であった。MRI でベイトソンらのコミュニケーション研究に携わり、その後ミニューチンと協力して臨床活動を展開した。その間、精神科医師のエリクソンの催眠セミナーに参加したことをきっかけに、エリクソンから古典的催眠とは全く異なる催眠を重視した psychotherapy を学び、『戦略的家族療法 Strategies of Psychotherapy(Haley、1963)』としてまとめた。さらに、エリクソンの心理療法を強調した『アンコモンセラピーUncommon Therapy:The Psychiatric Techniques of Milton H.Erickson(Haley、1973)』を刊行した。ヘイリーは、後に『ワシントン DC 家族療法研究所 Family Therapy Institute of　Washington DC』を設立した。

（４）ミラノ派の家族療法　Milan systemic therapy

より一層システム論を強調した治療方法として注目されたのは、イタリアのミラノ派 Milan Associates による『逆説と対抗逆説 Paradox and Counterparadox（Palazzoli ら、1978）』であった。ミラノ派を構成していたのは、精神科医であるパラッゾーリ Palazzoli,M.S.、プラータ Prata,G.の女性２名、ボスコロ Boscolo,L.、チキン Cecchin,G.、男性２名の４人であり、男女１組の治療者が家族と面接し、残りの男女１組は、マジックミラーの背後にいて観察し、面接の最中に電話で治療者を呼び出して示唆を与えたり、情報を求めたりした。ホフマンは、ミラノ派のスタイルを「システミックモデル the systemic model」と紹介し、他のいかなる臨床研究者よりも、認識論的変化を重視した接近法であると指摘した（Hoffman、1981）。肯定的意味づけ変え positive-connotation は、ミラノ派の治療の手段であり、状況の枠組みを変えることの必要性を強調した。IP（identified patient[1]の略称）の症状と他の家族成員の問題行動のすべてを肯定的に意味づけることによって、結果として逆説的な処方となる。また、ベイトソンの「情報は差異である」という理論に基づいて、円環的質問法 circular questioning を提唱した（Palazzoli ら、1980）。直接的に夫婦の関係を聞くのではなく、他の家族成員に感想を求めたり、家族の誰かが失敗した時の両親それぞれの怒りを評価させたりした。さらに電話による申し込み段階での情報収集、面接回数や時期の設定、セラピストの中立性の重視など、ミラノ派は psychotherapy における多様で斬新な方法を提示した。

３．社会構成主義の影響

[1] 家族療法では、一般的に家族の中で症状を示している人を、患者とみなされた人 indentified patiaent と記す。

1979 年、フェルスターFoerster,H.V.が「サイバネティックスのサイバネティックス」を提唱した。フェルスターは、「観察されたシステムのサイバネティックス anything said is said *by* an observer」を「ファースト・オーダー・サイバネティックス first-order cybernetics」と呼び、「観察しているシステムのサイバネティックス anything said is said *to* an observer」を「セカンド・オーダー・サイバネティックス second-order cybernetics」と呼んだ(Foerster、1979)。そして、観察者自身の self-reference 自己言及性（Varela、1975）に注目し、観察が観察され、コミュニケーションがコミュニケートされることを強調した。

精神分析学派と、その他の家族療法家における認識論と方法論の矛盾は、デルら（Dell、1982；Keeney、1982）によって指摘された。ホフマン（1985）は、精神分析学派を第一世代家族療法と位置づけ、それらに対して疑問を呈した。そして、権威的であるよりもコラヴォレイティヴであるべきだということ、変化を強調しすぎること、クライエントを尊重すべきであることなどを主張した。

1980 年代のアメリカでは、フェミニスト運動が始まっており、ジェンダーの問題も取りあげられ、女性の権利を主張する思想が活発であった。家族療法もその影響を受け、男性を規準とした認識や価値規準などに対する批判を受けた。そのような中で、ガーゲン Gergen,K.J.（1985）によって提示された社会構成主義 social constructionism の概念が徐々に浸透した。そして、ホワイト White,M.とエプストン Epston,D.（1990）によって、その後のナラティヴセラピーの流れが作られた。アンダーソン AndersonmH.とグーリシャン Goolishian,H.A.（1990）らは、ポストモダニズムの潮流を方向づけた。

## ５．小考察

アメリカにおける家族療法のあまりにも早い発展は、その社会的背景の影響が大きい。ベトナム戦争やフェミニズム運動、そして精神医学の方向が精神分析から診断にもとづく薬物療法に変わったことなどから、激動の時代であったといえる。家族療法は、精神分析学派の硬い治療理論に始まり、そのジレンマを抱えたままであった。

精神分析学派以外の家族療法家たちは、そのジレンマを解消するような技法を強調せざるを得なかったと考える。それは、ブリーフセラピーにおける「変化 change」の強調、構造派家族療法における「権力 power」、ヘイリーの使った「戦略 strategic」という用語、ミラノ派を指す用語として用いられた「システミック systemic」など、セラピストの「操作 control」に関する用語を用いていることに表れている。これらは、サイバネティックスの展開を柔軟に取り入れ、人と人の相互作用を重視したものであった。

社会構成主義の影響は、様々な psychotherapy に表れた。精神分析学派と、コミュニケーション学派のいずれに対しても、アンチテーゼとして提唱されたものであった。それは、専門家とクライエントとの階層性を問題として、psychotherapy の専門性を問うものであった。

ベーカー（1981）は、家族療法が現れるまでは、治療者はお互いの治療をみることがほとんどなかったと述べている。精神分析学派は、事例を積極的に著書に提示していたが、コミュニケーション学派はさらにビデオテープを用いてそれを公開していた。また、創始者である家族療法家たちは、各自が研究所やクリニックを立ち上げ、臨床現場で臨床実践と教育の両方を行っていたようであった。

# 第２章　日本における psychotherapy の展開

本章では、日本に古来から存在していたと考えられる psychotherapy とそのトレーニングの歴史を振り返り、精神医学領域で展開した psychotherapy、臨床心理学領域で導入されたカウンセリングの成立過程を示す。そして、それらのトレーニングについて概説し、家族療法が導入された経緯を述べる。

## 第１節　psychotherapy の始まり

ヨーロッパで精神障害の扱われ方が様々で、収容施設の変遷があったように、日本でもその独自な社会的背景に基づいて、精神疾患の患者をどのように理解するか、どのように対処するかなど、時代や地域によってさまざまであった。

本節では、以下の 4 つの観点から psychotherapy の経緯を概観する。精神医学が成立するまでの psychotherapy の存在、精神医学の成立と psychotherapy、臨床心理学の成立とカウンセリング、1960 年代以降の psychotherapy である。

### １．精神医学以前

外来医学が伝来する以前には、てんかんや精神病についての記載が見られ、久留比也民（くるひみや＝狂病）には、様々な薬方が書かれていた（昼田、2001）。

古代においては、悪意をもった神・鬼・物の怪・狐などが人に憑依し狂気させたが、とりわけ「怨霊」や「物の怪」が猛威をふるい、加持祈祷をする僧侶や陰陽師たちが活躍していた。最古の収容施設は、11 世紀に京都の岩倉寺にできた（大熊、2008）。京都の岩倉寺では、冷泉天皇が物の怪に憑かれた際、その祈祷が行われ、さらに後三条天皇の皇女の狂気が治癒したとの記録がある（加藤、1996）。その後、多くの精神障害者や家族が集まるようになり、江戸末期からは、村全体の家庭が患者や家族を宿泊させて生活するようになったという（大熊、2008）。

psychotherapy のようなものは、神官僧侶によってなされた宗教的儀式またはそれに類する方法である祭祀、祈祷、巫祝などであり、中世以前の精神障害の治療は灸法、薬物療法（漢方）、按摩、水治療法などがあった。精神障害者の治療所は全て寺院に属しており、psychotherapy と言えるような「内観の法」、「輭酥の法」は、仰臥や腹式呼吸を用いた方法で、僧侶の白隠によって行われていた（小林、1963）。

江戸時代前期から中期にかけては、『医書大全』に、「健忘」、「癲癇」、「癲狂」などの病名がみられ、癲狂のための薬方の適応症、構成薬味、服薬法などが記されていた（昼田、2001）。小俣（2000）は、境界性を有する寺院が、社会的機能としても地理的位置からしても、市街地という現実生活からの隠遁の場として機能していたと述べた。

幕末になると、精神医療が興隆した。昼田（2001）は、城下町を中心とする都市化と商業経済の発展が、人の移動や職業身分の流動化を引き起こしたことから、人々が伝

統的な鬼神論的宇宙観から脱却し、現実的、合理的な思考と行動原理を共有するようになったことを指摘した。

1774 年には、杉田玄白らが『解体新書』を訳出し、西欧の精神医学が輸入された。『解体新書』には「脳髄」や「脳神経」の記載があり、脳が意識の中枢であると記されていた。さらに、日本初の西洋医学書『和蘭翻訳内科撰要』が訳出され、精神が脳にあると示した（小林、1963、昼田、2001）。psychotherapy に類似のものとしては、1863 年に不破の宮代の里（現在の岐阜県）にある鉄塔山天井寺において、僧である山本秀詮が、道理を説得する説得療法を行っていた（小林、1963）。

日本における psychotherapy の歴史も、西欧における psychotherapy と同様に、自然に対する信仰心や宗教と深く結びついていた。人々は、心のよりどころとして神や宗教を位置づけていたのである。それが変化するきっかけは、西欧においてはフランス革命であり、それに続く産業革命であった。日本でも、他国との交流が徐々に浸透した結果、明治維新が大きな転換点だったと考えられる。次に、その転換点である明治時代から精神医学領域で psychotherapy が始まった経緯を概説する。

２．精神医学領域における psychotherapy と教育分析

明治時代には、西欧医学が輸入された。1870 年、政府は医学教師をドイツより招聘することに決定し、医師を医学研究のためにドイツに留学させ、外科医、内科医が来日して学制を整えた（小林、1963）。岡田（1999）は、明治維新後に日本人による精神医学教科書が出版されるようになったが、書籍よりも影響が大きいのは、医学教育の中で精神医学が取り上げられたことであったと指摘した。

最初の精神医学の講義は、1879 年に東京大学の内科教師バールズ Baelz,E.によって行われた。愛知医学校ではローツ Rorets、A.が講義を開始し、翌年、医学校初の精神病舎が設置された。日本人の専門家による精神医学の講義は、ドイツに留学していた榊俶が、1886 年に東京帝国大学（現在の東京大学）で精神病学教室を設置して開かれた。しかし、学内に精神科の病室がないため、臨床講義は東京府癲狂院（後の都立松沢病院）で行われていた（昼田、2001）。1902 年（明治 35 年）には、呉秀三がクレペリンの診断体系を紹介し、翌年、日本神経学会[1]を創設した。

最初の精神科病院は、1875 年に京都府の南禅寺内に京都府癲狂院として設立された（浅井、2001）。精神科病院が、その前身たる「癲狂院」の形で各地に設置される中、1891 年、相馬事件[2]が起こった。これによって、精神障害者に関する法的不備が明らかになり、1900 年に「精神病者監護法」が発布された。この法律では、精神障害者を私

[1]後に、日本精神神経学会に改称

[2]相馬事件とは、旧欧州藩主相馬誠胤が、精神病者として巣鴨癲狂院に入院させられたのを、下級藩士であった錦織等が癲狂院に侵入して背負い逃亡したことにより投獄され、出獄後に相馬家の後見等を不法監禁、財産横領と誠胤を毒殺したとして訴えたものである（小林、1963）。

宅や病院などに監置する場合には、監護義務者は医師の診断書を添え、警察署を経て地方長官に許可をうけるべきことなどが定められていた。浅井（2001）は、精神障害者の看護義務を親族に課し、精神障害者に対する治安対策に家族制度を利用していることを指摘した。「精神病者監護法」は以後 50 年にわたって精神障害者に適用され、精神病院への入院と共に私宅監禁を公認する形となり、精神障害者に対する対処や治療法に大きな影響を与えた。

呉ら（1918）は 1910 年より 8 年の年月を費やし、教室員を 1 府 14 県に派遣して私宅監置の実態調査を行った。その結果、1919 年に「精神病院法」が制定された。精神病院法では、内務大臣が道府県に精神病院の設置を命じることができること、設置する精神病院の経費に対し国家補助をすることなどが定められた。そして、精神障害者は精神病院に収容し、「保護医療」を施すべきであるとの趣旨が明示されたが、現実的には公立精神病院の建設は遅々として進まなかった（小林、1963）。

精神疾患の治療には灸法が用いられたり、持続浴、作業療法、鎮静剤（阿片）の投与が主であった（小林、1963）。1924 年より、次第に海外の身体療法が数年遅れで導入され、1936 年には持続睡眠療法、1937 年以降はインスリン療法、電撃によるショック療法、ロボトミーの追試研究は 1942 年まで続いた（昼田、1999）。

ドイツ精神医学が日本に導入され、精神障害者に対する法律が制定される中、『性欲研究と精神分析学（榊、1919）』が出版され、フロイト Freud,G.の理論を紹介して子どもの発達における性欲の発達を示した。さらに、『ひすてりーノ療法（三宅、1918）』、下田ら（1932）の『最新精神病学第 5 版』でも紹介された。小此木（1964）は、このように一般大衆に紹介された「フロイト性欲論」による精神分析への理解が、性欲論あるいは性学とみなされ、精神分析を毛嫌いしてしまう社会的傾向が社会通念になっていたことを指摘した。

精神分析が精神医学の中の一理論として評価されるようになったのは、東北大学精神科の丸山清泰の留学によるものであった（小此木、1964、西園、2004）。丸山は、マイヤーのもとに留学し、東北大学で組織的な精神分析の講座と教育を始めたが、その特徴は主として症状の意味の理解、精神分析の理論の理解にとどまっていた（西園、2004）。小此木（1964）は、丸山の精神分析への取り組みを東北学派と位置づけ、精神病理学の 1 つの基礎をなす深層心理学としての精神分析の研究を目標としていたと指摘した。

1933 年、古沢平作がウィーン精神分析研究所に留学し、フロイトの指導下でフェダーン Federn,P.らから教育分析 supervision を受け、欧米の精神分析と同じ方法で、日本人の精神分析家として開業した（小此木、1964；西園、2004）。個人を対象として、寝椅子に患者を仰臥させ、自由連想法を用いるという治療構造であった。小此木（1964）は、古沢の精神分析の実践の中で、フロイトだけではなくアメリカで展開した精神分析のさまざまな流派が統合されていったことに言及した。そして、影響を与えた理論として、ライヒ Reichi,H.の性格分析 character-analysis、フェレンツィ Ferenczi,S の積極

療法 active technique、アンナ・フロイト Freud,A.の児童分析 child analysis などを挙げた。

古沢の実践は、欧米の精神分析が週 4～5 回の頻度で行われるのに対して、週 1～2 回に修正され、日本の経済的・文化的な現実に適応されるようになった（岩崎、2001）。また、小此木（1964）は、治療の継続への患者側の動機づけに対して、患者に治療への理解を期待することが難しく、古沢個人の人格への信頼や尊敬が大きな役割を果たしたと指摘した。また、面接におけるテープレコーダーの録音について、学問上、検討しやすいデータを提供するという点から意味があること、psychotherapy の教育上も無視することのできない価値があることを指摘した。しかし一方で、真の意味での一回的、唯一的な関係が消失するという意味で治療者が影響を受けることや、守秘義務に関する倫理的な問題が生じることに注意を促した。

1921 年に精神科医である森田による日本独自の psychotherapy として森田療法の論文が発表された（森田、1921）。現在の呼び方である「森田療法」と呼ばれるようになったのは戦後であり、当時は「自覚療法」、「体験療法」、「特殊療法」、「説得療法」などと呼ばれていた（心福、1968）。

第二次世界大戦の終戦は、日本の精神医学に大きな影響を与えた。アメリカの占領下で学制や医療制度が変わり、それ以前のドイツ精神医学の考え方から英米の精神医学の影響を受けるようになった。森山（1970）らは、戦後精神医学の展開について、第 1 期（昭和 20 年代）、第 2 期（昭和 30 年代）、第 3 期（昭和 40 年代）に分けており、psychotherapy は、向精神病薬の発展がみられ、治療方法に画期的な変化がみられた第 2 期において展開したと指摘した。1955 年以降、数多くの抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬、睡眠薬などが次々と開発され、精神医学は本格的な薬物療法の時代に入った（昼田、2001）。

精神医学領域に psychotherapy が学問的に認識されるようになったのは、精神科医の井村恒郎による『心理療法（井村、1952）』の刊行であった。井村（1952）は、臨床心理学者の行う psychotherapy が精神医学領域で「精神療法」と訳されることに言及し、「精神療法」には多くの誤解と偏見がつきまとっていると指摘した。そして、“心理療法と言う耳新しい訳語を書名に選んだのは、別に奇をてらったわけではなく、わが国の臨床心理学によせたささやかな希望である”と説明した（井村、1952、p.2）。また、治療者の技能については、自分自身に対しても誠実でなければならないとした上で、誠実さを持つ治療者だけが合理的な心理療法の適用と限界を心得ていると述べた（井村、1952）。

psychotherapy に共通して重視されていたのは、治療者と患者の関係であり、その目標は「自己洞察」であった。慶応大学の三浦は、小此木らと共に『精神療法の理論と実際（三浦監修、1964）』を編集し、精神医学領域における様々な psychotherapy を紹介し、精神分析を「精神分析的精神療法」と位置づけた。小此木は、psychotherapy の目

標は“精神療法は治療者の常態心理によって、患者の病態心理を常態化する方向に改善すると同時に、再び病態化しやすい傾向を極力軽減することである”（1964、p.45）と述べた。また、精神療法に必須の構造構成因子[3]が治療者と患者そのものであり、精神分析的な精神療法を基礎として、外的構造と内的構造を提唱した（小此木、1964）。外的構造は治療場面（環境）、治療者・患者の空間的配置、面接回数及び時間、治療料金、通院か入院か、などを指す。内的構造は、治療契約、面接のルール、秘密厳守、約束制度、治療的な人間関係を指している。

1964 年、ライシャワー事件[4]が起こった。同年、すでにアメリカではケネディ大統領が「精神病および精神遅滞[5]に関する教書」を提唱し、病院精神医療から地域精神医療への移行がなされていたが、この事件をきっかけに、日本ではそれに逆行する形で精神病床の増加が続いた（昼間、2001）。このような状況を背景に、九州大学の西園（1965）は、精神病院における様々な種類の精神療法を紹介し、従来の精神療法は洞察、すなわち自分の病気に対してどのような態度をとっていくかということを身につけさせる治療法であり、精神療法を自分の問題として考えていくだけの力のある人たち、外来患者らが対象であった述べた。一方で、精神分裂病（現在の統合失調症）の患者を対象として精神病院でも精神療法を効果的に行えることを述べた。そのためには、精神病院全体が開放的で人間的な病院であるように集団の中の雰囲気づくりや、医師や看護師も含めた治療者のチームワークが精神療法の効果を高めると述べた（西園、1965）。さらに、薬物と psychotherapy に関するいくつかの研究を紹介し、向精神薬を使用することによって精神療法の対象にしにくかった患者たちに精神療法が行えることを示し、精神障害を単純に身体因とか心因とか、一側面からのみ理解することは不十分であり、本質は心身相関の障害であるということを主張した（西園、1966）。

1957 年、厚生科学費による集団療法の研究が行われ、集団療法は児童相談所、矯正施設、精神病院などで行われていた（池田、1966）。

一方、山上（1973）は、psychotherapy における行動療法の位置づけについて言及した。そして、精神分析が思弁的な思索から演繹された仮説をもとにした人間理解、治療の理論であることと対比して位置づけ、行動療法が他の科学的な技法と似ている点、治療経過を量的に知ることができる点、学習理論に応じて多数の治療方法の中から選択できる点などを指摘した。また、他の治療法と比較して、価値や善悪の体形に重きをおいていないことを主張した。

土居（1967）は、psychotherapy における専門性として素人的助力が必要であると

---

[3] 小此木（1964）は Menninger,L.K の“the two party transaction”（party とは法律用語で契約当事者の意）と Sullivan,H.S.の“the two-group process”を引用し、psychotherapy をその成立、展開、解消の過程として説明している。

[4] 米国のライシャワー大使が、統合失調症の少年に刺された事件が社会問題となり、統合失調症患者の保護という名のもとに、緊急措置入院の規定など、治安面の強化がなされた（昼間、2001）。

[5] 現在では、知的障害に含まれる。

述べ、主体と理論との関係を自己点検する必要があると述べた。そして、同じトレーニングを受けてもトレーナーの体験が異なることを指摘した。さらに、『異常心理学講座Ⅳ治療学』おいて、井村が用いた「心理療法」という訳語が、年月を経ることで一部の専門家だけが行うものであるという、何かトリックめいた治療法という印象を与えかねないことになったと言及した（土居、1989）。そして、本著の編集にあたり、精神療法の学派[6]に共通する何かがあるのではないかという認識を打ち出すために、患者の症状別に治療学を提示した（土居、1989）。さらに、精神療法はまずは患者がそこで息をつけるような場を提供できること、事態が改善する可能性があるという希望を患者にもたせることが主たる仕事であると提言した。

精神医学領域における psychotherapy は精神分析から始まり、その実践の中で根づいてきた。1900 年にアメリカでフロイトが初めて講演をしてから、他の psychotherapy が積極的に取り入れられるようになるまで 70 年かかったとすると、日本が戦後にアメリカ精神医学を取り入れ、精神分析療法と他の psychotherapy を合わせて理解するには 30 年しかなかった。そのため、精神分析に続いて紹介されたさまざまな psychotherapy の理論や方法の違いが明らかにされ、精神科医の中に相容れない理論的枠組みに関する葛藤が生じたと考えられる。それは、医学が「自然科学」という客観性が求められる領域で発展したことに対して、精神医学は人間の心という目に見えないものを対象としなければならないというジレンマであったと考える。

さらに、薬物療法との併用において、症状の軽減に対して薬物の効果が認められても、人格の変容への影響は認められなかった（西園、1966）。その結果、psychotherapy の目標として、「治療者－患者関係」を重視した患者個人の洞察と人格の変容が強調されるに至ったと考えられる。

## ３．臨床心理学領域におけるカウンセリングとトレーニング

1900 年、日本では「心理学」が大学の講座で取り上げられていた。特に第二次世界大戦前の日本は、ドイツの影響が大きかったことから、実験心理学や心理テストが紹介され始めていた。これらの心理学が日本に紹介され、大学における一領域としての地位を得ることが、日本における臨床心理学という学問領域の成立に大きく影響した。

「心理学」という用語は、西周による『心理学』という題の訳書に始った（太田、1997；下山、2001）。しかし、その原著は Mental Philosophy Including Intellect, Sensibilities and Will であり、「psychology」に対応した訳語ではなかった。「psychology」の訳語が「心理学」とされたのは、1881 年の井上哲次郎[7]によるものが最初であった（太田、

[6] 土居（1989）は、本著における「行動療法」と「リハビリテーション」の 2 編が、特殊な世界の記述であるかのような印象を与えることに言及し、精神療法を行っている治療者間の交流がないことを専門家側の問題であると指摘している。

[7] 太田（1997）は、井上哲次郎が編集した『哲学字彙』という辞書においてであると述べている。

1997)。1873 年、東京大学の前身である開成学校で、「心理学」という科目名が設置された。

日本最初の本格的な心理学者ともいわれるのは、東京帝国大学教授であった元良勇次郎であった（大塚、2004b)。元良はアメリカ留学中にヴントの心理学実験室を訪問し、アメリカで最初の実験室を創設したホール Hall,G.S.と共同研究[8]を行い、日本で最初の心理学実験室を創設した（大塚、2004b)。さらに、1888 年には、「精神物理学」の名称で心理学の最初の講義を行った。

1890 年、元良が帝国大学教授に就任した時に担当した心理学は「心理学」として独立した講座ではなかったが、1906 年に発足した京都帝国大学（現在の京都大学）では発足当初から「心理学講座」が設置され、実験研究が展開され、特に精神的動作の研究が行われた（太田、1997)。鈴木（1997）は、客観性を確保でき、かつ自然科学的方法で説明可能であるテーマだけが、心理学の対象として生き残るようなベクトルが形成されたと述べた。そのため、大学における学問としての心理学が客観性を重んじるようになり、それが臨床心理学の発展の妨げになったと指摘された（鈴木、1997;大塚、2004a)。

1916 年には、精神医学領域における精神病理現象（憑き物体験、異常思考、超常現象など）に関わる精神医学者たちと、千里眼、念写など超常現象に関心を持つ心理学者や文学者など医領域学以外の教養人を含めて、「変態心理学研究会」が成立し、翌年その機関誌である『変態心理学』が創刊された（大塚、2004b)。佐藤（1997）は、変態とは「abnormal」の意で常態に対する概念であるが、必ずしも異常であることを意味しないこと、普通の状態から逸脱している場合に対して広く適用する語であり、天才や偉人の心理なども含まれ、ストライキや公園に出没する売春婦の動態なども常態とは異なるものとされていたことに言及した。

心理検査の領域では、ビネー式知能検査の我が国への紹介がなされた。その後、田中（1947）が『田中・ビネー式知能検査』を発表し、東京文理科大学教育相談室を創設し、教育診断と援助にあたった。

性格検査が注目されるようになったのは、1889 年に当時の文部省によって、学力以外にも人物の査定を行うとされたからであった（佐藤、1997)。早稲田大学の心理学担当教授であった内田（1930）は、「内田・クレペリン精神作業検査」を草案した。大伴（1929）は、知能検査や学務態度検査の他、情緒不安定検査、興味検査、気質検査、性格検査などの解説と、学校現場の教員の協力で実施した結果を提示した。第二次世界大戦以前にも、精神遅滞[9]その他ハンディキャップをもった子どもの研究、診断用具としてのテスト研究、心理療法の研究なども行われ、数は少なかったが臨床心理学的な研究や活動が存在していた（鈴木、1962)。

---

[8] Hall,G,S.&元良勇次郎（1887）Dermal Sensitiveness Gradual Pressure, Change American Journal of Psychology,1,pp.72-98

[9] 現在では、知的障害に含まれる。

このように、心理学という学問の成立過程において『心理研究』、『日本心理学雑誌』といった心理学関係の学術雑誌が発行され、1926 年には様々な研究会における研究誌を統合する形で『心理学研究』が発行された。翌 1927 年には、東京帝国大学医学部講堂において、日本心理学大会が開催され、1931 年には国内で２番目の全国的な心理学会として「日本応用心理学会」が設立された。

第二次世界大戦後のアメリカにおける心理テストの開発と発展は、日本の精神医学領域だけではなく、大学の心理学者や教育領域に影響を与え、日本における「臨床心理学」という学問領域を成立させることとなった。その影響については、現在使われている「臨床心理学 clinical psychology」、「カウンセリング counseling」、「心理療法 psychotherapy」という 3 つの用語が日本においてどのように定義されていったかという過程を示すことで概観する。

（１）臨床心理学 clinical psychology

「臨床心理学」という呼称と学会が生まれたのは、GHQ と大阪少年審判所の指導関係を通じて、児童問題研究会がもたれていたところに契機があった（大塚、2004b）。このグループがアメリカの雑誌 clinical psychology に「臨床心理」という訳語をあて、「臨床心理研究会」を発足した。1950 年 12 月、東京で「臨床心理研究会」が発足され、雑誌『臨床心理と教育相談』（翌年『臨床心理』に改題）を刊行した（鈴木、1962、下山、2001）。1951 年 11 月には関西に、「臨床心理学会」が結成された（鈴木、1962）。同年、国立精神衛生研究所（現在の国立精神・神経センター精神保健研究所）に、日本で初めての臨床心理学の専門的研究部門といえる心理学部が設けられた（下山、2001）。

1953 年には日本応用心理学会に「臨床心理学部会」が設置された（鈴木、1962；下山、2001）。日本最初の『心理学講座』全 12 巻の第 7 巻『臨床心理』では、心理学専攻から医師となった宮城（1954）が、アメリカ心理学会の定義にもとづき、臨床心理学を次のように定義している。“臨床心理学は、精神的障害と精神的健康を対象とし、人間の行動を診断し、人間を環境によりよく適応せしめようとする目的をもつ心理学の一部門で、診断・治療のほか、理論的研究をも、その任務とする”（宮城、1954、p.4）。臨床心理学の領域については、“主に、心因反応（身体症状を引き起こすばあいをふくめて）精神病質、身体の病気による人格の変化（進行麻痺、脳炎などのほか、バセドウなど）などであるが、精神分裂病や躁鬱病の研究と精神療法（これは、とくに、医学的療法をおこなった後の、後療法としてなされることが多い）も、その仕事から除外されない”（宮城、1954、p.5）。さらに、臨床心理学者は、テスト技術者を精神測定者（psychometrician）と称して精神測定者と臨床心理学者を区別しようとしているが、臨床心理学は精神医学領域における仕事との関連で、テスト専門家となる傾向のあることは否定できないと述べている（宮城、1954）。

（2）カウンセリング counseling

個人的な活動という視点から見ると、1951 年に友田不二男がロジャーズの『Counseling and Psychotherapy（ Rogers,C.、1942)』(1941）を翻訳し、『臨床心理学』[10]の書名で出版した。友田（1951）は、counseling という用語を「相談助言」と翻訳した。その後、自らのカウンセリング面接の経験を公表する『ガイダンスのための面接法の技術（友田、1952)』を出版し、精神病と神経症とを対象とする精神医学的方法が、心理学の不適応者に対する方法と密接な関連があること、精神療法に関する限り、臨床心理学者と精神医学者との間には何らの区別も差異もないことを説いた（友田、1952)。そして、臨床心理学が心理測定学的方法の分野にのみとどまるのではなく、今後両者がさらに接近していかざるをえないと述べた。

1955 年、茨城キリスト教大学で、非指示的観点に立つ「第 1 回カウンセリング研究検討会」が開催された。この参加者らが中心に「東京カウンセリング・センター」を発足させ、後に法務省所管の財団法人「日本カウンセリング・センター」に発展した。

友田は、その後『カウンセリングの技術 (友田、1956)』の中で、自身が「counseling」に対して「相談助言」という訳語を使用した時期があったが、今はその訳語を避けていると述べ、「counseling」がさまざまな用語に訳されていることを指摘した。カウンセリングの定義については、“一般的にいうならば、カウンセリングとは、カウンセラーとクライエントとが一対一の関係において膝を交えて話し合うことにより、クライエントがクライエント自身によっても肯定されると同時に、周囲の人々によっても許容されるような行動を展開するようになることを、根本的に期待しているカウンセラーの活動である”（友田、1956、pp.4-5）としている。さらに、治療家（therapist）もしくは精神療法家（psychotherapist）という用語が、カウンセラーという用語と同義で使用されていることを問題とし、実際の臨床場面を見ると、これらの呼称の間に実質的な差を判別、区別することができないと述べた。その一方で、カウンセラーと治療家もしくは精神療法家の役割を区別し、それぞれの専門的な仕事を異にしている立場もあると説明した（友田、1956)。

社会的な活動という視点から見ると、第二次世界大戦後、GHQ 内の教育情報局（CIE : Civil Information & Education）が設けられ、日本の民主化のための徹底的な教育改革が行われていた。1945 年から 1955 年にかけて「少年法」、「少年院法」の施行により、全国に新設された少年鑑別所や家庭裁判所の鑑別技官や調査官の任用、「児童福祉法」、「身体障害者福祉法」の施行により児童相談所、身体障害者更生相談所の心理判定員の任用にみる人的要員の要請が社会的に発生した。そのため、実践家の社会的要請は需要が先にあって学問体系が後を追う状況をもたらした（大塚、2004a、下山、2001)。

---

[10] 友田（1951）の出版した『臨床心理学』は、原著の全訳ではなく、ハーバート・ブライアンの事例が割愛されていた。

臨床心理学を学んだ人材の確保が必要となったことから、ミネソタ大学のウィリアムソン Williamson が委員長となって組織された米国の教育使節団が来日し、東京大学の教育学部などでカウンセリングの講義を行ったことが、カウンセリングが広く導入される契機となった（下山、2001）。さらに、米国の教育理念の導入の一環として、大学における大学生の助育活動（SPS :Student Personnel Service）が導入され、その機関として 1953 年東京大学に学生相談所が設置され、その後京都大学、東北大学などにも設置された（下山、2001）。1955 年には、日米合同の厚生補導特別研究集会が 3 カ月にわたって東京大学で開かれた。伊東（1995）らは、アメリカ教育使節団の勧告に基づいた新教育が展開したことについて、これらの改革が日本の教育にとってはよい刺激を与えることが多かったと述べた。

1957 年、沢田らは『相談心理学（沢田ら、1957）』を刊行し、counseling psychology を相談心理学とし、カウンセリングとは“カウンセリングを受けにくる人、すなわち自分の直面している問題を解決することが困難な人（クライエント client とよぶ）と、その人の問題解決に助力を与え、あるいはその人のパーソナリティの発達を助成しようとする専門家（カウンセラーcounselor と呼ぶ）との間に成立する、一種の人間関係である”（伊東ら、1957、p.2）としている。

その後、神奈川県のカウンセラーたちを中心として「神奈川カウンセリング研究会」が組織され、「カウンセリング・ワークショップ」が開催されるようになり、1966 年には「日本カウンセリング協会」が組織された。伊東（1995）は、教育関係者が、民主主義教育に向けての具体策とその哲学をカウンセリングに求めていたと表現した。全国で行われた研究会の成果として、1960 年には日本応用心理学会の一部会として「相談部会」が発足された。その後、相談部会は日本応用心理学会よりも大きくなったために、1967 年に日本相談学会として独立した。

（３）心理療法

1951 年、文学博士の南博、医学博士の井村恒郎らが、専門領域が異なるにもかかわらず、編著として『異常心理學』を刊行した。南（1951）は、フロイトのおかした大きな過りとして、下意識の働きを生物学的に固定したリビドーあるいは破壊本能の発現としてみる機械的な方法であると指摘し、生得的な衝動が何らかの形で処理されていく過程を個人心理の枠内で説明しようとしたと論じた。さらに、パーソナリティの中核は、フロイトの考えるように固定したものではなく、一生の間に生活の条件がかわるのにつれて変容しうるとした（南、1951）。井村（1951）は、無意識について、古典的精神分析学が想定しているような、ある能力、ある器官、といった実体的なものを指しているのではなく、行動の力動的な過程をさす言葉に過ぎないと主張した。フロイトの創始した精神分析を古典精神分析学と位置づけ、あらゆる精神療法において大切なことは、患者自らその葛藤に対決して、病的状態発生の機制について自ら自覚し明らかにするよう

に、支えとなり相手になることであるとした（加藤、1951）。

井村は、心理療法の定義について、“相手の欲求や感情や思考など、つまり相手の心に、何らかの変化を与える療法である”（井村、1951、p.15）とした。心理療法の目的は、“適応異常 mal-adjustment に悩む者を再びよく適応できるようにすることを目的としている。適応異常とは、生活上のさまざまな欲求を、たがいに調整しながら、個人の生活条件に応じて実現していくことが困難なために、ややもすれば破たんした状態におちいることをいう”と述べた（井村、1951、p.17）

ロジャーズの来談者中心療法を紹介した佐治は、psychotherapy ついて“訓練を受けた専門家が、患者との間に一定の特殊な関係を慎重に確立しようとする過程を通じて、現存する症状や行動的な障碍を除去し、変容し、あるいはその発展を阻止するのみならず、さらに積極的には、人格の発展や成長を促進し、同時にその個人としての生き方の再発見を目的とする”とした（佐治、1952、p.26）。

４．1960 年代以降の psychotherapy とトレーニング

「臨床心理学」、「カウンセリング」、「心理療法」という用語は、日本において独自に発展してきた。それは、心理学領域、教育・産業領域、医療領域において近接領域にありながらも、その差異を明確にすべきという独自の立場の主張であったと考える。

「臨床心理学」は、個人差を研究していた心理学の流れをくみ、知的能力やパーソナリティの数量化による測定を基本として、標準的な数値からの逸脱を問題と捉えるところから出発していた。その背景には、自然科学という学問として成立するための客観性の重視という大きな前提があった。

「カウンセリング」は、非医師による対人援助の流れから成立した。そのため、問題は独自の存在である個々人の成長過程であると考えられていた。言いかえれば、症状などのように客観的な問題が顕在化していなくても、個人がそれを問題と考えた時に援助が求められるのである。したがって、それは医療領域だけにとどまらず、教育や産業、福祉領域など多様な対人援助場面までも含むことになる。

「心理療法」は、psychotherapy の訳語であるが、「精神療法」という訳語で医療領域において発展していた。しかし、精神科医の中でも、「精神療法」とするか「心理療法」とするかで分かれていた。

1960 年代には、関東地区で組織化が試みられていた全国児童相談所判定員協議会、東京を中心とした病院臨床心理協会が、1964 年に全国規模の学会として「日本臨床心理学会」が設立された。翌年第 1 回大会が京都女子大学で開催され、978 名が参加した。当初より実践活動を行う専門職の地位の確立を目指していたため、1964 年には心理学関連 3 学会に日本精神医学会が協力して「心理技術者資格認定機関設立準備会」を発足させ、1966 年にはその最終報告を日本臨床心理学会が承認した（下山、2001、大塚、2004b）。

その後、1972 年にスイスでユング派の教育分析を受けた河合隼雄が京都大学教育心理学科の臨床講座に着任し、1979 年に名古屋で第 1 回心理臨床家の集いが開催され、それが東京、大津大会へと続いた。1980 年に文部省より、大学の臨床心理学科に併設された相談室でのクライエントの有料制度を認可されたことは、心理臨床家の高等教育機関での臨床教育を保証する画期的意味をもたらすものであった（大塚、2004b）。この制度は、その後、九州大学、東京大学、広島大学、名古屋大学にも同様の、文部省に認可された有料の心理教育相談室の開設をみることとなった（大塚、2004b）。1982 年、「日本心理臨床学会」が設立された。さらに 1988 年、日本臨床心理士資格認定協会が作られ、1990 年、文部省（現在の文部科学省）の認定する財団法人として公的に位置づけられ、現在の臨床心理学及び臨床心理士の資格制度の制定に向け大きな影響を与えた。臨床心理士が、専門的な職業として社会的に認められたきっかけとなったのは、1995 年の文部省（現在の文部科学省）による『スクールカウンセラー活用調査研究委託事業』であった。下山（2001）は、1949 年に東京大学に教育学部が創設され、教育心理学科が設立されたことで、心理学と教育学の関連が深まったと述べた。「臨床心理学」という新しい学問領域が、文学部における一分野を形成していたことが、教育領域における展開を容易にしたと考えられる。

このように、psychotherapy を行う臨床心理士の専門性が確立されるようになると、そのトレーニングの必要性が提唱されるようになった。精神医学領域では、小此木（1996）が、psychotherapy をより客観性のあるものにして、相互で検討できるようにするためには、セラピストの主観的なリアリティが持っている意味の研究と、実際に起こっているものを客観的に把握したものを照合し解析している研究、主観的なものと客観的なものとの相互の関係性をどのように評価していくかという方法論の必要性を論じた。しかし一方で、psychotherapy がクライエントとセラピストの間主観的なリアリティの中にのみ真実があるような側面を持っていると指摘し、その統合が課題であると述べた小此木（1996）。そして、逐語記録を用いたスーパービジョンにおいても、その影響が大きいと危惧を示した。土居（1967）は著書において、精神科で行われているゼミへの参加者が症例を述べ、自身が指導的役割でかかわり集団討議を行うというトレーニングを示した。下坂（2002）は、臨床心理士の訓練に、精神科医の診察や psychotherapy への陪席をとりいれることの有効性を主張した。

また、臨床心理士養成のためのシステムが整ってくる中で、スーパービジョンを含めて、実践に必要な知識やスキルなど実際の訓練が乏しいとの指摘がなされた（乾、1987）。臨床心理学が専門職として確立するためにも、教育を吟味する必要があると言われていた（金沢、1998）。金沢（2002）は、それぞれの学派の psychotherapy を「正しく」行うことが「よい」専門家であるとはいえないと指摘し、心理療法の効果研究をもとに専門家を養成することが中心目標であると述べた。そして、大学院の段階では、対人関係能力に焦点をあてることが必要であると強調した。山上（2002）は、大学院におけ

る専門家教育において、援助をすすめる時の態度として、身体の動かし方や表情、言葉の発し方の練習が必要であると主張した上で、被援助者が援助を受けなければならないという悔しさや不条理さに対して十分な配慮が必要であると論じた。ロジャーズの来談者中心療法を実践する東山（1992）は、スーパービジョンについて、自分自身がスーパーバイジーだった時に、ロジャーズのいうカウンセラーの条件が守られているか、クライエントの気持ちに沿った応答ができているかなど細かく修正したと述べた。面接場面を逐語記録に起こしたり、先輩の面接の録音を聴いたりした体験が有意義であったと述べた。

５．小考察

日本における psychotherapy は、西欧諸国のように神や宗教など信仰にもとづくものからはじまり、近代化によってアメリカのように精神分析を主として発展した。そして、精神医学領域ではなく、臨床心理学という新しい領域で展開した。その影響は、臨床心理学が文学部の教育心理学の近接領域として扱われたことから、教育領域で活動する専門職種としてスクールカウンセラー制度が社会的に大きく取り上げられたことである。それまで精神医学領域においては心理テストを行うテスターとしての役割にとどまっていた心理職が、臨床心理士という新しい職種として期待されたと考えられる。しかし一方で、臨床心理士養成の大学院が文学部におかれたことで、精神医学領域との接点を作ることが困難になった。そのため、精神医学領域での psychotherapy は、現在でも医師のみに認められている行為とされている。

医学領域と教育領域において展開された psychotherapy に関する論議は、「何を問題とするか、治療の目標は何か」であったと考えられる。医学領域と教育領域という異なる 2 つの領域は、その後表面的には統合されたかのように見える形で、大学の文学部や心理学科における「臨床心理学」という一つの学問領域として確立された。

psychotherapy のトレーニングは、臨床心理学における専門性の確立と共に、その必要性が提唱されていた。まず、内容の点からみると、学派ごとの違いがスーパービジョンに影響していたようであった。精神分析は面接場面を記録し、振り返ることに対して、主観性と客観性の違いか生じることを懸念していた。しかし、ロジャーズが面接場面を逐語記録に起こしていたように、来談者中心療法では録音することで、面接の応答性が改善されると述べられていた。トレーニングの形式については、基礎的なトレーニングとスーパービジョンについてあげられた。大学院の段階から psychotherapy よりも、ごく一般的な対人関係能力に焦点を当てるなどの基礎的なトレーニングが必要であると指摘されていた。さらに、トレーナー面接への陪席の提案がなされた。スーパービジョンについても、個別や集団など形式がさまざまであった。

## 第２節　家族療法からブリーフセラピーへ

1960 年代、アメリカにおける精神分析医による統合失調症の患者の様々な治療の取り組みや、家族研究が日本に紹介され始めた（阪本ら、1962；阪本、1969）。1964 年のライシャワー事件により、精神医学領域では、精神障害者の社会復帰も含めた精神科医療体系の充実が求められていた。また、児童精神医学および小児科臨床領域でも、児童への対応に加えた家族面接の必要性が検討されていた（小此木ら、1965；奥村、1968）。

このような背景から、日本でも統合失調症の家族研究が始まっていた（三浦ら、1965、牧原、1970a、1970b；鈴木、1971；高臣、1971）。1965 年に行われた日本精神病理・精神療法学会では、精神分裂病[11]の家族研究と題したシンポジウムが行われた（高臣ら、1966）。フロイトの精神分析を psychotherapy として日本に紹介してきた三浦らは、個人を対象とした治療構造から並行面接や同席面接になることによる治療構造の変化が、治療関係に影響を及ぼすことを重要視していた。それに対して、牧原らは、家族内のコミュニケーションに注目しており、面接場面をビデオテープに記録し、その資料をもとに両親間の関係と親子関係の言語的、動作的コミュニケーションの分析を積極的に試みていた（1970a）。

統合失調症の家族研究以外の領域でも、家族研究や家族療法の試みが始まった。1960 年代には、精神医学領域で学校恐怖症[12]の家族研究が始まっていた（山崎、1966,1973）。岡堂（1987）は、1965 年に東京家庭裁判所で施設収容歴のある重度の非行少年と家族のために、家族集団療法を行った。児童精神医学領域でも、小児神経症への家族療法の効果が検討された（奥村、1968）。

1970 年代になると、児童精神医学や小児科臨床だけではなく、教育領域や児童心理学領域でも登校拒否[13]が問題となっていた。1972 年には、雑誌『教育と医学』で『家族療法をめぐって』という特集が組まれ、家族精神療法が紹介された（白石、1972）。登校拒否児童と家族関係に言及した知見はいくつかあったが、家族療法による有効性が指摘され始めたのは 1980 年代である（村山、1982；福田ら、1983b）である。

1981 年 9 月に開催された日本心理学会第 45 回大会のシンポジウムでは「家族臨床心理の現状と展望」が、1982 年の応用心理学会第 49 回大会のシンポジウムでは「家族臨床心理の諸問題～心理学は家族を援助できるか」が企画され、多くの参加者があった（岡堂、1987）。佐藤（1981）は、家族療法を用いて治療した夫婦関係の治療事例を提示した。心身医学領域では、福田らが、神経性無食欲症や登校拒否の治療における有効性を示した（福田ら、1983a、1983b、；福田、1984）。児島ら（1984）も、Anorexia nervosa の家族関係の病理について検討した。

1984 年、日本家族研究・家族療法学会と日本家族心理学会という 2 つの学会が設立

---

[11] 現在では、統合失調症と呼ばれている。

[12] 1960 年代には母子分離不安説にもとづいて「学校恐怖症」と表現されていたが、その後の神経症的中核説により「登校拒否」とも呼ばれるようにもなり、1992 年の文科省による会議で「不登校」と名づけられた。佐藤ら（2011）不登校研究の展望、上智教育大学紀要、30、pp.123-132

[13] 同上

された。日本家族研究・家族療法学会は、治療を前提とした医師を含む多領域にわたる専門職が集まり、その中には医師が 60%、臨床心理・ソーシャルワーカーが 30%、その他 10%には、教員・家裁調査官・保護観察官などが含まれていた（鈴木、1985）。日本家族心理学会は、家族療法に加えて心理学者を中心とした家族研究を展開した。それぞれの学会で、幾人もの海外のマスターセラピストが招聘され、ワークショップを行うようになり、家族療法は急速に広まっていった。

一方で高臣ら（1984）は、家族療法と切り離せない「システム理論」に基づく家族への接近法に言及し、システム理論が「包括的な理論」であり、今後発展する可能性があることを主張した。しかし同時に、家族療法における海外の新しい理論や技法がそのままの形で取り入れられること、統合失調症患者の家族に対するシステム論の適用に関する危惧も表明した。その１つは、合同面接という治療構造ができるのかという問題であり、もう１つは、日本が欧米のような契約社会ではなく、メタコミュニケーションレベルでの了解が行われることへの懸念であった。前者に対しては、合同面接が前提とされていたアメリカの統合失調症患者家族の研究があった影響であると考える。後者に関しては、日本の家族関係では明確な言語表現が行われていなくても理解しあうような相互関係がみられることである。

第 1 回家族研究・家族療法学会ではミニューチンが講演を行い、家族療法は治療の技術ではなく、今までの個人療法と違う「新しい見方である」ということを繰り返し強調した（Minuchin、1984）。鈴木（1985）は、家族療法の課題として教育・訓練の必要性、日本独自の家族療法の開発の必要性、家族療法を「家族的アプローチ」と考えて、広く応用することの重要性について指摘した。

日本人による家族療法の著書も出版された（鈴木、1983、遊佐、1984；石川、1983）。遊佐安一郎（1984）は、『家族療法入門―システムズ・アプローチの理論と実際』で、『システムズ・アプローチ』と訳したシステム理論に基づく視点を説明し、その見方にもとづく家族療法の理論として、ボーエン、ミニューチン、MRI の家族療法を紹介した。個人内の精神に焦点を当てていた精神分析などの理論の見方と、家族療法の見方が全く異なることを明示したものである。

家族療法に関する学会が設立されることで、家族療法として対応したさまざまな事例を専門家同士で検討する前提ができた。1985 年の『家族療法研究』では、精神科医、心理臨床家、家庭裁判所調査官、ソーシャルワーカーなど、さまざまな領域の専門家が、家族へのアプローチについて提案した（藤縄、1985；亀口、1985；江藤ら、1985；深沢、1985）。

心身医学領域では、登校拒否や神経性食思不振症への家族療法の有効性が示された（福田、1985、；福田ら、1985、1986；東ら、1985、1986）。

児島ら（1985）は、思春期事例における家族療法の導入において、家族療法がもつ理論的背景および治療技法の独自性が心療内科においてなじめないという前提を問題

として提示した。そして、家族療法の専門機関でない限り、治療機関がまずは患者と呼ばれる人との関わりから始まるという治療的原則があり、個人志向による治療との整合性の問題が生じることを指摘した（児島、1986a、1987a）。児島らはその後、家族療法を用いたコミュニケーションパターンへの介入やその分析事例を提示した（1986c、1987b）。

このような現状を踏まえて、医師ではないコ・メディカルスタッフが家族療法を行えるような医療制度の改革、教育・訓練の必要性、日本独自の家族療法の開発の必要性、家族療法的アプローチとして幅広く利用可能であることなど、家族療法の課題が提唱された（鈴木、1985）。児島（1986b）は、家族療法の適用においては、治療スタッフ間のチームワークが重要であることを主張した。

非行臨床の領域では、生島（1985、1987）が家族療法の学派の 1 つとしてシステム論的アプローチを取り上げ、基本的技法の 1 つとしてミニューチンの構造派家族療法を紹介した。後藤（1991）は、入院患者の家族への心理教育的なアプローチを提案した。その後、伊藤（1996）が、統合失調症における心理教育という家族支援を提唱した。近藤（2000）は、福祉領域におけるひきこもりケースへの治療的アプローチについて提案した。

1987 年、家族療法学会でワツラウィック Watzlawick,P.が講演し、ブリーフセラピーBrief Therapy[14]を紹介した。ワツラウィックは、伝統的な自然科学が直線的因果律で出来事を理解しようと試みてきたことに対して、円環的思考で考えることの利点を提唱した。それは、クライエントや家族の問題解決に対する努力への注目である。そして、患者と対決するような「処方」は出さないとコメントし、日本人のようなやり方、お互いに柔道のように一緒に動いていくような形でそれを行うようにしていると述べた（Watzlawick,P.、1987）。ブリーフセラピーはその後、家族療法とは別に日本ブリーフサイコセラピー学会として発展した。

アメリカで起こった社会構成主義への傾倒は、日本の家族療法にも大きな影響を与えた。それは、ナラティヴセラピーやリフレクティングプロセス（Andersen,T.、1991）、無知の知 not-knowing（Anderson,H.,1997）という用語が、家族療法で大きく取り上げられるようになったことから明らかである。家族療法の理論は、専門家の権威的なスタンスを問題とし、より家族とのコラボレーションを強調するものへと変化した（楢林、2003）。

[14] 家族療法研究（1987）では、MRI 短期集中療法と訳されている。

# 第３章　システムズアプローチ

本章では、「システムズアプローチ」が提唱された経緯を概観し、本論で用いるシステムズアプローチを定義する。そして、システムズアプローチについて詳述し、その「ものの見方」を獲得するためのトレーニングについて概説する。

## 第１節　システムズアプローチの始まり

1993 年、東豊と吉川悟が「システムズアプローチ」を提唱した（東、1993；吉川、1993）。東は、システムズアプローチを「システムを念頭に置いた心理・社会的援助の総称であり、狭義の心理療法にとどまらず、ケースワーク、教育や産業の現場に広く応用できるもの」（東、1993、p.5）とした。何かの拍子に一部分が変化してしまうと、他の部分も連鎖的に変化していき、結果的にシステムが変わることを目指す。円環的に観察し、円環的に思考するような視点を持つことを強調した。

吉川（1993）は、治療者（セラピストやカウンセラーなど）が「治療をすべき肩書」を持たされているだけでも「自発的になれる」ことが少ない上に、「～であるべきという治療理論」を持つことによって行動を規制され、「自由な発想を持つ」ことが少なくなることを指摘した。そして、システムズアプローチを「ものの見方」であると述べ、従来の個人を前提とした psychotherapy の考え方とは異なるいくつかの点を提示した。

①家族が提示する問題は「問題を解決しようとする努力が問題となっている」のであって、治療が始まると「治療者を含むシステムにおいて問題があっても、家族がそれを問題としなくなる」ことが解決である。

②コミュニケーションの語用論的側面を重視する。コミュニケーションを、表面的な言語的意味だけではなく、その状況に合った形で理解するように試みることである。

③システム内の関係や状況に規定されて述べられている意味、会話のメッセージ同士の関係の中で規定された意味をコンテクストとして考える。例えば、母親と父親が口喧嘩をしている状態について、夫婦間の不仲とみることもできるし、喧嘩をするほど仲が良いととらえることもできるのである。

④原因と結果という直線的因果律としてとらえるのではなく、円環的思考で考える。父親の帰宅が毎日遅いから母親がイライラすると考える一方で、母親が毎日イライラするから父親の帰宅が遅くなると考えることもできるというように、現象を円環的にみることである（吉川、1993）。

東（1997）はその後、「枠組み」を治療対象とすることを主張した。家族の行動の連鎖に名づけられた母親の父親に対する「怒りっぽい」、父親の母親に対する「心配性」

などの意味づけや規定の仕方のことを指す。枠組みには、来談者自身の「個人の枠組み」と「関係の枠組み」セラピストの「個人の枠組み」、面接の「関係の枠組み」がある。そして、「セラピスト個人の枠組み」も変化することを指摘した。

その後、吉川ら（2001）は『システムズアプローチによる家族療法のすすめ方（吉川ら、2001）』を刊行し、事例を逐語で提示し解説を加えて、システムズアプローチという「ものの見方」が、静的なシステムとしてミラーの「一般生物体システム理論」を取り入れ、動的なシステムとして、セカンド・オーダー・サイバネティックスによる見方を取り入れていることを強調した。それは、観察対象であるシステムの中に、セラピストである観察者自身を含んでいる。フェルスター―が述べているように、「観察が観察され、コミュニケーションがコミュニケートする」というコミュニケーションの自己言及性を強調する考え方である。そして、システムズアプローチを臨床行為という社会活動にするという前提を置いた上で、あえてその方法論を明示した。以下の通りである。

①問題として語られている状況に変化を起こすこと。問題について語る相互作用そのものがシステムの相互作用のあり方を示しており、相互作用のあり方に変化をもたらすことができれば、問題として語られていたコミュニケーションが変化する。

②定式化された治療構造ではなく、治療者の認識において定式化された治療構造を形成する。どの要素間の相互作用を扱うかを決定するということは、治療者の意識的な選択に依拠している。

③固定的な治療過程は存在しないが、あえていうなら「情報収集―仮説設定―治療的働きかけ―再び情報収集」という治療システムにおける相互作用の循環のようなものがある。この部分では精神分析的な解釈によって仮説化することも、学習理論に基づいた仮説設定も可能である。

④「変化は瞬間であり、その変化の観察には時間経過が必要」であるため、起こっている変化を見逃さないことが重要である。治療システムにおいてあまり語られることのなかった治療者自身の変化が含まれており、その変化を提示することによって、クライエントや家族が新たな変化を増幅していくと表現した。そのため、システムズアプローチでは治療的働きかけをそれほど特別なこととして位置づけているのではなく、むしろ何気ない治療システムでの相互作用こそが治療的働きかけとなりうるのだと提唱した（吉川ら、2001）。

臨床心理士の社会的役割が認知され、活動の現場が拡大するに伴い、従来の個人療法のような治療理論に拘束された方法論だけでは、対応できなくなっていた。その典型は、学校現場におけるスクールカウンセラー導入であった。吉川ら（1999）は、現場の要請に応じるかのように、学校現場におけるシステムズアプローチの視点の有効性を示し

た。学校現場において、面接室以外の場を活用することが、学校及び来談者である保護者や子ども本人へのさまざまな働きかけとして有効であることが示された（田中、2008；赤津、2009）。

その後システムズアプローチは、臨床心理士が行う面接だけではなく、様々な領域で活用されるようになった。医療現場では、総合病院の中の病棟運営における活用例や、医療モデルという枠組みの中で利用可能であることについて論じられた（川嶋ら、1994；加来ら、2000、2001、2003；池村ら、2005）。吉川ら（2011）は、医療現場におけるチーム医療にシステムズアプローチの視点が利用可能であることを提示した。

また、治療システムにおける問題をどのように扱うかという、問題の意味づけの仕方がクライエントや家族の主訴に対する解決に重要であることが指摘された（吉田、2004、2005；赤津、2008a；米田、2010）。

さらに、システムズアプローチでは、個人ではなく関係を重視したシステムをアセスメントの対象とすることによって、治療構造を柔軟に変更することが可能である。金子ら（1996）は、個人面接と家族面接を併用することで、不登校が早期に改善する可能性を示した。長瀬（2005）は、家族の面接過程において治療構造を変更することによる改善に言及した。親子面接では、2 人のセラピストが保護者と子どもを個別に担当することが一般的であるが、システムズアプローチでは保護者と子どもの両方を一人のセラピストが担当することによる効用も指摘された（安江、2006；赤津ら、2008a；赤津、2009）。

このようにシステムズアプローチは、多領域にわたって流用され、クライエントと呼ばれる本人が不在の面接が可能であること、治療構造に対する柔軟な対応、問題の意味づけの仕方などが面接における問題解決の可能性を広げていることが明らかになった。2011 年、吉川らは『システム論からみた援助組織の協働（吉川編、2009）』を出版し、さまざまな援助組織においてシステムズアプローチが有効に活用できることを主張した。

## 第２節　システムズアプローチ

本節では、本論におけるシステムズアプローチを定義し、システムズアプローチのプロセス、システムズアプローチに必須の専門性とされるジョイニング、従来の psychotherapy とは異なるオーダーメイドであることの利点、を示す。

### １．システムズアプローチの定義

本論においては、システムズアプローチを以下のように定義する。

システムズアプローチとは、人間関係間に生じている現象を「原因―結果」という直線的因果律ではなく、「現象間の連鎖」という円環的思考でとらえる認識論に基づいた対人援助の技術である。psychotherapy として捉えれば、クライエントや家族の人間関係におけるコミュニケーションを重視し、問題と定義されている現象の変化を目的とする。広義では、組織や地域を対象とした援助として考えれば、関係改善のために関係者間に生じた現象の変化を目的とする。

システムズアプローチでは、セラピストを含んだコミュニケーションシステムの中で問題が構成され、問題が解消すると考える。ウィーナーのサイバネティックス理論では、機械間の情報のやりとりとみなされていたが、それを人間関係に置き換えると、コミュニケーションの相互作用となる。セラピストは、問題を訴えているのが個人でも、学校でも、組織でも、その対象におけるコミュニケーションシステムの中で相互作用を繰り返し、改善に向けての小さな変化を繰り返す。フェルスター（1979）は、人間の自己言及性を指摘し、唯一の客観的事実など存在しないと述べた。観察者であるセラピストが、自分自身とクライエントとの相互作用について述べる時、セラピスト自身を観察されたものから切り離すことは不可能である。セラピストは観察されたコミュニケーションシステムを観察する。

２．プロセス

システムズアプローチは対人援助を目的とした会話の実践であると述べた。吉川（1993）は、システムズアプローチのプロセスを「情報収集―仮説設定―治療的介入」の繰り返しであると説明した。本節では、システムズアプローチの会話のプロセスを提示する。観察、仮説設定、意図を持った関わり、継続される観察の 4 つである。その上で、システムズアプローチに必須と言われる専門性「ジョイニング」（東、1993；吉川、1993）について説明する。システムズアプローチの実践者を「セラピスト」とし、会話の場にいる対象は「クライエントら」とする。「クライエントら」は、個人、家族、組織など、様々な対人援助の場における会話への参加者である。

（１）観察

吉川ら（2001）は、問題が改善しないという状態を「コミュニケーションを決まった形でしか処理できなくなっている」と考えると述べた。来談するクライエントや家族は、まさにそのような状態に陥っているのであって、問題を解決しようと試みる努力が問題をより大きく、より深刻に感じさせる（長谷、1991）。そのため、セラピストがそのコミュニケーションシステムに参加するだけで、コミュニケーションの形が変わり、変化の可能性は広がると考える。システムズアプローチでは、セラピストに求められる

専門性として、まず自分自身も含めた相互作用を俯瞰する視点が必要である。

そのためには、セラピストが、解決しようと試みている関係者間の行動の連鎖と、それに付随している枠組みを把握する必要がある。従来の psychotherapy では、その枠組みだけを聞くことに終始する。例えば、東（1997）が述べていたような、母親の父親に対する「怒りっぽい」、父親の母親に対する「心配性」などのように、本人の性格のように捉えられる枠組みである。それは、何らかの問題の原因のように語られることが多く、そのように語ることが「原因―結果」という直線的思考から生み出されている。例えば、子どもの不登校は、父親が怒ってばかりで話を聞かないからであったり、母親が心配性で甘やかしているからだという訴えになる。または、子どもが学校に「行けない」のは、父親が怒ってばかりで話を聞かないからであったり、子どもが学校に「行かない」のは、母親が心配性で甘やかしているからだという話になる。そのため、父親が話す「母親が問題である」とされたり、母親が話す「父親が問題である」となる。

また、それは従来の psychotherapy では、「母親が子どもを甘やかすことが問題である」と話す父親の心の中に「幼児期の外傷体験がある」と解釈されたり、「父親が怒りっぽいということが問題である」と話す母親の心の中に「母親自身の親子関係の問題を抱えている」と解釈されたりする。それは、セラピストの寄って立つ治療理論に基づいて現在のかかわり方を解釈するためである。

システムズアプローチが、従来の psychotherapy と違い、クライエントや家族の気持ちを考えないということではない。むしろ、その気持ちを積極的に聞くことで、それらを「枠組み」としてとらえようと試みる。問題を解決しようとする行動の連鎖が起こっている状況を具体的に聞くことで、何が起こっているのかという行動の連鎖を把握し、それらに付随している「枠組み」をアセスメントするのである。そのためには、吉川（1993）が提示していた、コミュニケーションの語用論的側面を重視することが必要である。コミュニケーションを、表面的な言語的意味だけではなく、その状況に合った形で理解するように試みることである。

コミュニケーションにおける語用論的側面の重視は、日本文化の中に根づいている考え方である。日本では、言外の意味を察知する、言わずもがなの訴えを理解するということが重視されている。非言語コミュニケーションは、しぐさや態度などだけではなく、どのように語られたのかという口調も含まれる。これについては、川久保ら（1984）が、家族研究における家族のメッセージを「音調」という非言語的な側面から検討しようと試みていたことからも明らかである。東（1997）は、個人が自分自身や現象、関係などに付記している「意味づけ」をする際に用いる「言葉」を重視するために、「言葉」に伴う感情の質や表情や態度から読み取ることの重要性を指摘した。このように、システムズアプローチでは言語コミュニケーションだけではなく、クライエントや家族の非言語コミュニケーションも含めて、何が起こっているのかということを観察する視

点が必要である。

そこに、相互作用を観察する「セラピスト自身の枠組み」が含まれていると意識することの重要性が指摘されている。吉川ら（2001）は、クライエントや家族とのコミュニケーションの中で、それら「セラピスト自身の枠組み」が変化することを指摘した。相互作用は、観察者であるセラピストを含むコミュニケーションシステムの中で起こっているのである。セラピストが自らの枠組みに自覚的であることが、変化の可能性を広げる。問題とみなされている行動の連鎖が変化しないということは、セラピスト自身も含めたコミュニケーションシステムにおいて、「コミュニケーションを決まった形でしか処理できなくなっている」のである。吉川ら（2001）は、セラピストが陥りがちな「困難事例を作りだすセラピストの視点」について指摘した。

（2）仮説設定

このようなセラピスト自身の枠組みは、「仮説を設定する」と言いかえることができる。吉川ら（2001）は、システムズアプローチでは、セラピスト自身の枠組みが精神分析であっても学習理論であっても構わないと述べ、どのような理解の仕方であれ、従来の psychotherapy のように、それが真実であるかのように考える必要はないとした。さらに、その仮説の中に、コミュニケーションシステムの「関係のアセスメント」が入っていると、非常に使い勝手が良くなる（吉川ら、2001）。家族など複数のメンバーをアセスメントする視点を持っていると、セラピストの変化の可能性も広がるのである。関係を持つためには、家族療法のような複数関係をアセスメントする理論は使いやすいと言える。

（3）意図を持った関わり

システムズアプローチでは、セラピストが何らかの援助の意図を持って会話を構成することが重要である。吉川（1993）が指摘したように、従来の psychotherapy はある特定の治療理論を持つことで、人の認知や行動、外傷体験のような情緒的側面の処理など、「理想的モデルによって規定されている人」をモデルとして逸脱に名前をつけ、その改善をめざしていた。第 1 章、第 2 章で述べたように、精神医学が疾患に名称をつけるという治療的コンセンサスを構成する一方で、疾患名という構成概念が真実であるかのように独り歩きを始めることで、精神科医の役割を拘束することにもなった。

それは臨床心理学領域においても同様で、「～であるべき」という治療理論に基づいた枠組みがセラピスト自身の志向性を規制していた。志向性とは、直線的因果律にもとづく原因―結果であると科学における真実追求型の見方である。システムズアプローチは、セラピストの可能性に限りなくチャレンジさせる。円環的思考によってどのような枠組みを持っても、どのような仮説を持つことも、それが唯一の真実であるとは考えな

い。それが、従来の psychotherapy との大きな違いであり、システムズアプローチを実践するセラピストの持つ専門性ともいえる。

このようなセラピストの枠組みがあって、その上で意図を持って関わることが、吉川（1993）が述べていた「戦略性」であると言える。「戦略性」というと過激な印象を与えるため適切であるとは言い難いが、変化のためのセラピストの専門性の１つである。あくまでも、援助的な意図を持って関わることが前提であって、セラピストの言語的コミュニケーションだけではなく、非言語的なコミュニケーションの仕方も含まれる。

観察で述べたように、日本的なコミュニケーションの特徴として、石川（1984）は、家族療法と精神分析の非言語の扱い方の違いとして指摘した。フロイトが精神分析で患者を寝椅子に寝かせ、治療者は患者から見えない位置に座り自由連想法を行っていたという治療構造については、第 1 章において述べた通りである。石川（1984）は、それについて、フロイト自身の非言語的反応を隠すことが必要だったのではないかと指摘した。精神分析が強固に堅持していた治療構造は、表面的に語られた言語的コミュニケーションのみを徹底して扱おうとする頑なさであったと考える。その前提であれば、psychotherapy の概観におけるブリーフセラピーまでの展開は、それらの表面的な言語コミュニケーションだけを扱うのではなく、非言語コミュニケーションを扱うようになった経緯として理解することができる。石川（1984）は、ミラノ派が行っていた家族療法がワンウェイミラーや電話などを使っていることに言及し、ワンウェイミラーの裏側から見ていた治療者たちが、治療システムにおける「治療者と家族の非言語コミュニケーションも含めた相互作用を観察していた」と指摘した。さらに、それらが家族に対して与えた「治療者以外の第三者を意識させる」という意味合いにも言及した。

システムズアプローチでは、コミュニケーションシステムの相互作用における非言語コミュニケーションの重要性が指摘されている。セラピストがどのような意図を持って関わるのかという以上に、そのコミュニケーションがクライエントや家族にどのように受け取られるのかというさらなる観察の視点が必要である。同じ意図であっても、クライエントや家族、組織に合わせた形の提示の仕方であること、その修正の繰り返しがシステムズアプローチにおけるセラピストの可能性、自由度の高さを決めていると言っても過言ではない。

（４）継続される観察

このような意図をもって行われているコミュニケーションシステムにおける変化を見出すのがセラピストの仕事である。そのためには、セラピスト自身が何をどのように伝えたのか、それをクライエントらがどのように受け取っているのかについて、継続されるコミュニケーションシステムの中で再度観察し、その情報を修正し続ける必要がある。吉川ら（2001）は、情報の差異を探し続けることが変化には不可欠であると述べ

た。差異を見出すとは、クライエントらの「枠組みの変化」を言語的にも非言語的にも探し続けることでる。しかし、従来の psychotherapy では、「怒りっぽい」、「甘やかしている」などの「枠組み」だけがやりとりされていた。「枠組み」を行動の連鎖における「意味づけ」としてとらえるのであれば、観察において差異を見出すためには、枠組みが意味づけられている行動の連鎖の変化を把握する必要がある。「怒りっぽい」と意味づけされている父親の行動は、「母親が居間にいる時に、父親と子どもとの間で起こった出来事」と、「子ども部屋で父親と子どもとの間で起こった出来事を、子どもが母親に報告した出来事」とは異なっている可能性が高い。そのため、セラピストは常に、行動の連鎖における状況を把握しようと試みることが重要であると考える。吉川ら（2001）は、クライエントらだけではなく、セラピスト自身の枠組みに対して敏感になる必要性を指摘した。人と人という生き物間のコミュニケーションである以上、変化は常に起こっている。

３．ジョイニング

ここでシステムズアプローチにおける重要な概念に、ジョイニングという考え方がある。ジョイニングというと、構造派家族療法を創始したミニューチンが用いた用語としてイメージされるが、「家族に入れてもらう」、「家族の仲間入りをさせてもらう」というイメージでは同様のものである。

東（1993）は「ラポール（信頼関係）と混同されることがあるが、仲間に入れてもらうこと」と表現し、吉川（1993）は「治療過程の 1 つ」として説明した。家族を対象とするコミュニケーションであれば、その家族のルールや役割、言葉づかいなどに合わせることである。これは同様に、学校や組織などにも応用できる。集団ではなく個人が対象であったとしても、システムズアプローチではジョイニングと考える。そのため、システムズアプローチで用いるジョイニングという言葉は、ミニューチンの構造派家族療法の技法の 1 つという位置づけではなく、個人に対しても、様々な組織に対しても応用していると理解する方が適切である。

従来の psychotherapy では、信頼関係の形成が個人との関係作りに欠かせないものとみなされていた。信頼関係を形成する上で重視されていたのは、個人との情緒的な関係作りであり、それがセラピストの心からの共感によって成立すると考えられていた。しかし東（1993）は、そのような関係作りに「セラピストの巻き込まれ」という非援助的なリスクが発生することを指摘した。例えば、従来の psychotherapy という考え方でいうと、クライエントを自分の子どものように感じてしまったり、親のように感じてしまうことであるが、システムズアプローチでは客観的な視点を見失うことを指す。ジョイニングという考え方をすること自体が、システムズアプローチの専門性である客観的な視点の志向を意味している。

ジョイニングでは、クライエントや家族、組織の雰囲気に合わせること、ルールに合わせること、コミュニケーションの仕方に合わせることなどが指摘されている（東、1993；吉川、1993）。家族で例えると、良し悪しではなく下町のにぎやかな場所に住む家族と、閑静な高級住宅地に住む家族では、言葉づかいや話し方のクセ、話題などが異なっている。同じ区域にある中学校であっても、なごやかな雰囲気のところもあれば、上下関係がはっきりした権威的な雰囲気の中学校もある。あいまいなままで非言語的なメッセージを送り続ける家族もいるし、明確に言語化されたコミュニケーションばかりしたがる家族もいる。システムズアプローチでは、それらにセラピストが明確な意図を持って合わせることを、ジョイニングという。日常生活においては、初対面の人と出会う時に違和感を感じた時に、それを自然に修正するような相互の働きかけが起こり、結果的に良好な関係がいつの間にかできたりするが、ジョイニングではそれを明確に意図して行う。

東（1993）は、個人ではなく複数を対象としたジョイニングにおいて、共通に持っているようにみえる意見に対して合わせたり、うなずいたりするが、対立しているかのように見える点に関しては専門家としての信頼を失わないような中立的立場を維持することも必要であると述べた。もっと明確に言うならば、セラピストが中立的であるとクライエントや家族が受け取れるような関係形成をすることが不可欠である。例えば、喧嘩ばかりしている家族が自分の意見をセラピストに訴える場面で、セラピストが「困った」という姿勢を示すことが援助的になる場合もある。そのような意味においては、前述した何らかの仮説を立て、援助的な意図的を持って関わることに関して、ジョイニングは面接全体にわたって常に同時並行で行われていると言える。

吉川（1993）はさらに、セラピスト自身のコミュニケーションの特徴を少しずつ示すことも指摘している。セラピストが自身の特徴を示すことによって、セラピストの話し方や言い回しにクライエントや家族の方が慣れることで、コミュニケーションによる誤解のリスクを回避することができる。例えば、優しそうな人、面白い人、頼りがいのありそうな人など、わかりやすく提示することが、対人関係上の緊張感を下げ、安心して話してもらえるような雰囲気を作る。吉川ら（2001）は、その関係があることによって、セラピストが話す内容の受け取り方が異なってくることを指摘した。何らかの意図を持ってコミュニケーションを継続する中で、その意図するところをクライエントや家族が探すからである。吉川ら（2001）は、その基本となるのが、クライエントや家族など援助対象となる人々が持つ「自分自身の枠組みへの疑惑」となることを指摘した。枠組みが変わる可能性が広がるのである。

従来の psychotherapy においては、「セラピストのあるべき態度」というようなものが、その治療理論によって規制されていた。システムズアプローチにおけるジョイニングは、クライエントらの特徴に合わせて「仲間に入れてもらう」。そこで必要なこと

は、セラピストの観察能力であり、クライエントらに合わせて少しずつセラピストの特徴を示すことで安心して話ができる場の雰囲気を作り出し、対立したクライエントらの間においてセラピストの中立性を示す行為にもなる。

４．オーダーメイドな psychotherapy

従来の psychotherapy が特定の治療理論に拘束されていたことに対して、システムズアプローチでは、セラピストの自由度が非常に高いと考える。それは、「何を問題とするか、治療の目標は何か」という従来の psychotherapy の理論を大きく覆しているからである。それらを決めるのは、セラピスト自身とクライエントらのコミュニケーションシステムである。セラピストの自由度の高さは、人間関係に関するアセスメントの視点を不可欠としている。それは、面接場面においてセラピスト自身を含めて起こっていることを俯瞰する視点である。

この自由度の高さは、もろ刃の剣であるともいえる。セラピスト自身の俯瞰する能力は、すべて観察に基づくものである。従来の科学にあった「原因―結果」という「直線的因果律」にもとづく理解は、個人の精神内界を特定の治療理論によって理解しやすくするため、セラピストの見立てを拘束すると同時に保護するものともなっていた。しかし、システムズアプローチでは円環的思考に基づき、コミュニケーションシステムにおける「枠組み」を扱う。クライエントらが話す枠組みについて、どのシステムまで扱ったらよいのかということについては、セラピストに責任が一任されている。

これらについて、東（1993）は、「相談に持ち込まれた問題に明らかに巻き込まれているとおぼしき人々が繰り広げているシステム」と、「すでに問題に巻き込まれている人々と、それに合流したセラピストとが繰り広げるシステム」の２つを提示した。これは、「クライエントらのシステム」と「それにセラピストを含むコミュニケーションシステム」を表現したものでとも言える。「クライエントらのシステム」とは、吉川（2011）が指摘しているように、臨床現場のアセスメントを必然的に含むものとなる。病院や児童相談所、学校など、援助組織の専門性は多様である。そのため、「クライエントら」の中には様々な専門性を持って組織で活動する援助者が含まれる。従来の psychotherapy の理論にあるように、個人の心だけを対象として扱うことはできない上に、クライエントらの状況における、限りない人間関係のアセスメントの視点を必要とする。児島（2011）は、このような援助職のおかれた状況について、「現代社会における＜制度＞の外に出ることはできない、アセスメントもまたこの＜制度＞による専門性ゆえにその存在が保証されている」と指摘した（児島、2009、p.249）。

困っているように見えるクライエントの周りには、そのクライエントらを囲む様々な援助組織における社会的規制がある。児島（2009）はそれを「制度」と表現し、あえていえば個人と組織の双方に「肩入れ」する方法が重要であると指摘した。どのシステ

ムまでをアセスメントする必要があるのか、それがシステムズアプローチの自由度の高さである。関係者のアセスメントの視点を、限界としてではなく、変化の可能性を広げるものであると理解することが重要であると考える。

５．小考察

システムズアプローチの発展においては、その実践の結果としての事例研究が先行していた。それは、システムズアプローチが psychotherapy にとどまらない「ものの見方」を提供したからである。従来の psychotherapy のような考え方とは全く異なる視点は、「言語的に説明をする」以上に、実践で示すことが重要であった。

社会的変化に伴い、従来の個人を対象とした臨床実践では多様な現場に応じられなくなっている。そのため、システムズアプローチによる「ものの見方」を身につけるための方法を模索することが重要であると考える。それは、現在の日本の状況を踏まえると、さまざまな対人援助の専門家を養成するために有益であると考える。

第３節　システムズアプローチの視点の習得

システムズアプローチは、多様な人間関係に関する観察やアセスメント能力、細かいコミュニケーションスキルが必要であると言える。このようなスキルを獲得するためには、家族療法における複数メンバーを対象とした、いくつかのトレーニングの形式を応用することが可能であると考える。

本節では、海外の家族療法のトレーニング、日本における独自の家族療法及びシステムズアプローチを実践するための試行錯誤、システムズアプローチのトレーニングについて述べる。

１．海外の家族療法のトレーニング

クレグホン Cleghorn,J.M.ら（1973）は、概念的、認知的、管理的技能という３つのタイプの家族療法の技能が学習されるべきだと述べた。概念的技能は知識の理解、認知的技能はロールプレイなどの演習を通して家族集団に生じている過程を認知する技能を身につけることと、シナリオを利用することで、さまざまなプロセスを理解することである。そして、管理的技能にスーパービジョンを位置づけ、実際の家族療法を行っている時に、ワンウェイミラーを通したライブや録画によるフィードバックを行うことをあげた。ウェンドルフ Wendorf（1984）は、スーパービジョンやトレーニングが、治療やコンサルテーションと混同されていることを指摘し、トレーニングを「知識や技法の伝達を意味する一般的な用語」とし、スーパービジョンを「上級者が研修生を監督し、評価し、示唆やフィードバックを与え、後押しし、助言を与える階層的に構成されたトレーニング」であると述べた。バーカー（1981）は、講義、スーパービジョンによる

臨床実践、ロールプレイ、ライブやビデオで治療者の面接を観察することなどが、有効なトレーニングプログラムであると提唱した。サバ Saba,G.W.ら（1986）は、トレーニングとは家族療法の理論と技法を広範囲にわたって総合的に教えることであり、スーパービジョンは家族を扱うという場における学生の治療能力を具体的に高めていくことに焦点が置かれると述べている。

現在、アメリカでは多くの州が家族療法のライセンス License Marriage and Family Therapy（LMFT）を認定しているが、家族療法家の育成と教育を担ってきた American Association for Marriage and Family Therapy（AAMFT、アメリカ夫婦家族療法学会）は、1942 年に設立され、1978 年に現在の United States Department Education（USDE アメリカ教育省）によって夫婦家族療法家育成機関として認定された。AAMFT には 3 つのコースが設定されている。Master's degree、Doctoral's degree、Post-Graduate Degree である。それぞれ、修士課程、博士課程、博士課程取得後に対応したプログラムである。また、スーパービジョンについての認定資格は 5 つある。準会員 associate member（大学院修士課程での 500 時間の臨床経験と 100 時間のスーパービジョンを受けること）、正会員 clinical member（1000 時間の臨床経験と 200 時間のスーパービジョン経験） スーパーバイザーの候補 supervisor candidate（修士課程修了後 2 年以上経過、2000 時間以上の臨床経験があり、メンターの元で 180 時間のスーパービジョンを行い、36 時間のメンターによる指導を受ける）スーパーバイザーsupervisor（メンターからスーパービジョンを数年間受け、AAMFT から認定を受けた臨床家）、メンターmentor（スーパーバイザーとして 300 時間以上の経験）である。

金沢（1987）は、AAMFT の認定を受けているプログラムのほとんどが、心理学以外の領域にあると指摘し、大学院プログラムの中では家族研究に関する学科が圧倒的に多いと指摘した。そして、心理学科の中に Marital Family Therapy(MFT)夫婦家族療法の専門プログラムを作ることに対して、柔軟な見方・理論と、広範なトレーニングの必要性から疑問を提示した。

AAMFT の規準が大きくなるに伴い、近年の家族療法のトレーニングに関する論文は、心理学あるいは臨床心理学の中にどのように位置づけられるのか、心理学の大学院における家族療法のトレーニングに関するものが多くみられる（Alan,C.、2007；Paul,R.、2011）。

ホフマン（2002）は、様々な治療者との出会いやその実践を紹介し、彼女自身の家族療法の学び方を紹介した。それは、経験のある治療者の面接に陪席したり、一緒に面接を行ったり、ワンウェイミラーの後ろで治療者がチームを組んだりなど多様である。家族療法が個人療法と異なっている前提として、システム理論に基づく視点がある。そのため、治療者自身を含む家族をどのようにみるかという視点を獲得し、それをどのように治療に用いるかについて検討するためのトレーニングが必要であると述べた。

ロバート Robert,E.L.ら（2004）は、家族療法のスーパービジョンについて、スーパービジョンのトレーニングが必要であることにも言及しており、スーパービジョン育成のトレーニングも今後の研究が必要であると考える。

２．家族療法及びシステムズアプローチのトレーニング

独自の家族療法を実践するための試行錯誤として、学術大会におけるワークショップ、専門臨床機関におけるトレーニング、個人の psychotherapy を前提としないトレーニングについて述べる。

（１）学術大会におけるワークショップ

日本家族研究・家族療法学会第１回大会では、入門講座として、鈴木（1984）が、薬物療法と家族療法の併用について述べた。さらに牧原ら（1984）は、ミラノ派の家族療法を紹介した。その後も学術大会において、継続的に入門講座を行っていた。1987 年、1989 年のワークショップでは、MRI 短期集中療法（Brief Therapy）[1]を紹介した。

システムズアプローチという用語が使われたワークショップが開催されたのは、1994 年である。精神科医の渡辺（1994）は、システムズアプローチによるリエゾン・コンサルテーションのワークショップを行った。同年のワークショップは非常に多彩で、コミュニケーション流派から派生したブリーフセラピー、ミルトン・エリクソンについて、社会構成主義の影響を受けた物語モデル、リフレクティングチーム、心理教育など、その後の家族療法が多職種・多領域に拡大される流れが示された。

家族療法のワークショップはその後も毎年行われていたが、システムズアプローチという名称のワークショップは、東（1995）が「システムズアプローチの実際」という名称で、基本的な「考え方」を分かりやすく講義し、ロールプレイ演習を行った。その教科書として『家族療法―システムズアプローチの＜ものの見方＞（吉川、1993)』を提示した。村上ら（1998）は、システムズアプローチの立場から、文脈構成の仕方についてのワークショップを行った。

2002 年には、自主シンポジウムで「家族療法の教育プログラム」が行われた。シンポジウムには、特に開業医として多領域の専門家にトレーニングを行っていた中村と、臨床心理士としてシステム論的家族療法のトレーニングを行ってきた吉川らが参加した。その後、坂本ら（2003）が、自主シンポジウムにおいて、ロールプレイによって

---

[1] 1986 年 11 月に行われた学会主催のワークショップで MRI のワツラウィックが来日、講演を行った。

家族療法が習得できる可能性を指摘した。研究企画プログラムとして、日本家族研究・家族療法学会におけるトレーニング・システムについて検討された（吉川ら、2005）。また、日本ブリーフサイコセラピー学会においても、システムズアプローチの研修がわれた。吉川（2009）によるシステムズアプローチによるエンパワーメント、唐津（2012）によるシステムズアプローチ入門などである。

（２）専門施設におけるトレーニング

平木（1989）は、家族ロールプレイ効果として、教育分析の一環に組み入れることができること、他のメンバーの家族役割をとることで役割体験や自分の問題に触れるチャンスがあることを指摘した。

吉川らは、1989 年よりシステムズアプローチ研究所を設立し、さまざまな研修を行ってきた。ワークショップは、初級・中級に加え、現在では集団スーパービジョン（SGSS）も行っている。高橋ら（2010）は、家族療法の訓練は、家族メンバー一人ひとりときちんと「おつきあい」でき、なおかつ治療システム全体をまとめて方向づけていけるように練習を重ねることであると述べた。さらに、それは、家族システムに限らず、学校システムで活躍するスクールカウンセラーや職場システムで働く産業カウンセラーにも役に立つと論じた。

個人開業医である中村（2000）は、1989 年より家族療法の連続講座を開講している。10 名程度のスモールグループスーパービジョン（SGS）は、他職種で構成される点と、「どのようなやりとりがなされたか」という具体的なコミュニケーション情報を求められる点が重視されている。さらに、ワンウェイミラー越しにケースを観察させたり、陪席させたりなどさまざまな形態のトレーニングを行っている。

（３）個人の psychotherapy を前提としないトレーニング

個人を前提としないトレーニングは、様々な専門職の間で行われていた。福祉領域では、山本ら（1989）が保健婦養成のために家族の健康状態と感情の“浮沈図”を用いることの教育効果を示した。年代に沿って家族成員がどの程度の健康状態であったかが一目でわかるようになっており興味深い。梶谷（1996）は、看護領域における家族研究の概観から、家族に関するアセスメントが必要であることを概説した。精神科医である狩野ら（1986）は、家族療法を精神科の卒後研修教育に取り入れることの困難さとそれに勝る利点があることを指摘した。さらに、卒後研修に家族療法プログラムとして、基礎的講義、面接の記録者や観察者となること、入院時のインテーク、家族診断、治療方針や経過の説明など、家族との合同面接を行うこと、3 年目以上から家族療法の治療者となり集団スーパービジョンを受けることを構造化した（2009）。

金沢（1987）は、日本の大学院プログラムにおいて家族療法のトレーニングが受け

られないことについて、狭い見方ではなく柔軟にしてレパートリーを広げることによって、可能性が生じることから、特定のアプローチに支配された環境が必ずしも有益ではないと述べた。家族療法としてではなく、臨床家養成を目的として家族に対する理解を深めるということが、どのような立場であれ援助職を専門とするためには必要であると考える。

一方、システムズアプローチの提唱者である東（2005）は、大学院生への指導に家族療法を取り入れる際の留意点を示した。大学院生に行っている耳タコ攻撃と称して、次の 4 つを挙げている。きちんと社交的な挨拶をすること、「問題」や「原因」を探さないこと、面接がうまく進んでいない時に相手の（人格、行動、病理など）責任にしないこと、面接に参加しているみんながよい気分になること、である。さらに、面接開始時の5分間に起こることをクリアーするだけでも4週分以上の講義と実習が必要だと述べた。吉川（2006b）は、臨床心理士を目指す大学院生へのインテーク面接の指導において、常識的な配慮と自分のスタイルへの気づきが重要であると論じた。

## ３．小考察

本章においては、システムズアプローチの始まりからその発展、システムズアプローチの定義とその概要、システムズアプローチに特徴的な見方を獲得するための様々な試行錯誤の経緯を示した。アメリカにおいては、AAMFT の規定の影響が大きく、それが多領域にわたる対人援助職の養育プログラムとして展開しているようであった。そして、臨床心理学領域における大学院のトレーニングプログラムとして位置づけすることの困難さが指摘されていた。

第 2 章で述べたように、家族療法とシステムズアプローチの明確な区別がなされていないことから、家族療法のトレーニングに関しても、システムズアプローチのトレーニングに関しても、個々の取り組みとしてのワークショップが行われていたり、その実践報告が非常に少ない。トレーナーごとの取り組みが、実際にどのような内容であるのかについての提示が少ないのが現状である。

しかしその中でも、個人を対象とした psychotherapy との違いとして、ロールプレイや全体を観察する視点、ワンウェイミラーの活用、集団スーパービジョン、などが見られる。システムズアプローチでは、全体を俯瞰する視点が必要である。その視点を獲得するために、ロールプレイが有効なようであった。

# 第二部　システムズアプローチの実態調査

# 第４章　クライエントへのインタビュー調査

第１部では、psychotherapy とシステムズアプローチを概説する中で、その違いを明らかにした。しかし、システムズアプローチの実際の効果は事例研究によって報告されているにとどまっており、その効果が実際にトレーニングにどのように反映されているのかに関して明らかにされていない。

本章では、システムズアプローチを志向するセラピストから面接を受けたクライエントや家族に対して直接インタビュー調査を行い、システムズアプローチの観点からその効果要因について検討した。そして、トレーニングに必要な点について考察する。

## 第１節　問題と目的

psychotherapy の効果研究の多くは、終結したクライエントへの質問紙による追跡調査であり、質問紙自体が研究者側の効果に関する問いにもとづいて作成されていることがほとんどである。すでに問題が改善しているクライエントに直接的に働きかけることが、クライエントへの負荷になる可能性が高いためである。

ミラー Miller, S.D.ら（1997）は、psychotherapy の効果として、特定モデルに基づく介入や技法のことを挙げるクライエントはほとんどいないと述べた。さらに、psychotherapy 全般の統一用語を用いた治療効果として、治療外要因、治療関係要因、モデルや技法要因、期待・希望・プラシーボ要因の 4 つを挙げた。

鈴木ら（2010）は、心理療法の効果研究を概観し、効果の操作的な定義が明示されていないために、研究者が考えている効果測定の方法論とその研究が採用した治療法から類推することしかできないと指摘した。そして、心理療法における変化は誰が評価すべきものなのかと問題を提示した。

「効果」という用語は専門用語であり、自らの psychotherapy の効果検討を目的としたり、独自の psychotherapy のアプローチの有効性を明確にするための研究をすることにほとんど意味がないように考える。

システムズアプローチでは、症状や問題とみなされていることは会話の中で構成されると考えるため、セラピストとクライエントや家族の相互作用の中で、問題とみなされていた現象が変化していくという前提で関わる。そのため、クライエントや家族が、来談時に訴えていた何らかの問題や困難が、改善、解消あるいは日常生活に支障がなくなったように思えるようになることが解決であると考える。

システムズアプローチは、改善した事例によって、セラピストがその効果とみなした点を強調する形で報告されている。問題や症状が改善したということは、セラピストとクライエントとの関係において想定されているにとどまっている。ミラーら（1997）が指摘しているように、来談を前提とした治療外要因だけが、問題の解決に効果的であった可能性も高い。

本研究では、前述のような前提での効果研究には意味がないと考えるが、システムズアプローチのトレーニングに必要な視点を模索するために、あえてその効果検討の調査を行う。そのため、システムズアプローチを実践するセラピストに面接を受け、セラピストが「すでに来談の必要がなくなった」と考えているクライエントや家族に直接インタビューを行った。その効果とみられる要因を検討し、システムズアプローチのトレーニングとして重視すべき点について検討する。

## 第２節　方法

方法では、調査協力者への対応と、結果の分析の仕方の２つの段階を示す。

### １．調査協力者について

（１）調査協力者の選択

家族療法及びシステムズアプローチを行っているセラピストから、明らかに改善だと思われるように面接が終了していて、研究に関して興味をもってもらえる可能性のあるクライエントを紹介してもらった。

（２）研究内容に関心を持ってもらえるかどうかの打診

紹介されたクライエントに対して、書面にて「研究内容について、興味をもってもらえるかどうか」の打診の書類を送付した。留意点は、以下のとおりである。

① 研究者自身の立場の説明をすること
② 研究計画書をみる前に、調査への協力を断ってもらっても構わないこと
③ 断ることによって、今後のセラピストとの関係が変わらないこと

（３）研究計画についての説明と、協力可能かどうかの打診

研究計画書について興味をもっていると返信してくれたクライエントに対して、研究内容と研究の流れを説明した書面を送付し、協力が得られるかどうかとその場合の連絡方法を確認した。留意点は、以下のとおりである。

① 研究計画書を見た段階で断ってもらっても構わないこと
② 断ることによって、今後のセラピストとの関係が変わらないこと
③ e メールを利用する場合は、本研究用のアドレスを使うので、守秘義務は遵守されること
④ 電話の場合は、本研究の責任者の研究室の電話を利用すること

（４）インタビュー日時に関する打ち合わせ

クライエントの希望する方法で、連絡をとった。

（５）インタビュー調査の当日の留意点

① 研究計画への同意書の説明をして、了解してもらった上で署名をもらうこと
② インタビューの途中も含めて、インタビュー後のどの段階においても、研究への協力を断る権利があることの説明
③ 断ることによって、今後のセラピストとクライエントの関係に影響がないこと

の説明

（6）その後のフォローアップ

① 逐語記録について、研究に使う部分には目を通してもらうこと

② 研究過程において、どの段階でも研究への協力を断る権利があり、それは今後のセラピストとの関係に影響がないこと

③ 何かあった場合の連絡先（指導教官の電話番号）を再度伝えること

（2）の段階で5名に協力の依頼をした結果、（3）の段階で3名のクライエントから調査への協力申し出を受けることができた（表1）。

表1．調査協力者の概要

| 調査協力者 | 性別 | 年代 | 問題との関係 | 来談の経緯 | 面接機関 | 来談時の主訴 | 面接形態 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 男性 | 30代 | 本人 | 相談機関の紹介 | 大学の相談機関 | 大学をやめるかどうかの決断ができない | 本人の個人面接と並行で、両親面接を実施 |
| Bさん | 女性 | 40代 | 母親 | 知人の紹介 | 医療機関 | 子ども（高校生）の摂食障害について | 初回は母親のみ来談、次回は母親と本人、3回目以降は父親も含めて家族で継続的に来談（家族で来談時に、本人のみの一部個人面接を含む） |
| Cさん | 女性 | 50代 | 母親 | 知人の紹介 | 医療機関 | 子ども（中学生）の不登校について | 初回と2回目は両親と本人で来談、3回目から母子で継続的に来談 |

2．結果の分析方法

（1）ICレコーダーで録音したインタビューデータを逐語記録にまとめる。

（2）佐藤（2008）の質的分析の方法[1]で行った

① 定性的コーディング：逐語記録の文字テキストデータに対して、逐語録の余白に小見出しをつけた（小見出しがつけられている逐語記録はセグメントと呼ぶ）。これらの小見出しをつる作業を繰り返し、それらがテキストデータより抽象度の高い概念的カテゴリーとした。

② データベース化：小見出しごとのセグメントを一旦文脈から切り離し（実際に切り取って）、それらを意味のあるまとまりとして並べ替え分類した。

③ 再文脈化（ストーリー化）：分類したものを、システムズアプローチの観点から、その効果のように見える部分を抽出し、抽出した情報を一種の部品として扱いながらストーリーを組み立てた。結果は表2～表9にまとめた。

第3節　結果

インタビュー前に再度、守秘義務やクライエントの権利に関する説明を行い、承諾を得た。インタビューは面接全体の経過を振り返るような形で行い、来談のきっかけ、セ

[1] 佐藤（2008）は、質的コーディング、内容分析、テキストマイニング、KJ方など4種類の分析技法を対して、このような定性的コーディングが、多様な文脈に埋め込まれた意味の解釈と分析を主たる目的とする。佐藤郁哉（2008）質的データ分析法、新曜社

ラピストの印象、経過の中で印象に残っていること、変化のきっかけなどについて質問した。調査協力者から「何が効果的であったか」ということに関する答えのような言葉は一切なく、変化のきっかけに関するコメントも得られなかった。さらに、面接終了時に、３名から「このような話でいいのですか」という内容のコメントがあった。

インタビュー内容は全て IC レコーダーで記録し、逐語記録に起こした。3 ケースに共通した内容は、来談時の気持ち（表 2)、来談時のセラピストの印象（表 3)、クライエントや家族に対する言葉かけ (表 4)、クライエントの家族や第三者への言及 (表 5)、来談過程に面接室外で起こっていたこと（表 6)、他の相談者（治療機関）との比較（表 7)、治療構造（表 8)、連携（表 9）に分けた。連携は医療機関で、セラピストの紹介によるものである。

補足であるが、調査協力者から得られた面接終了後について説明する。A さんは大学を卒業し、専門職として働いており、ごくたまに何があった時に来談する程度で、インタビュー当時は、ほとんど来談がなくなっていた。B さんは、娘が無事に卒業し、就職が決まりそうだとのことだった。C さんは、娘が不登校状態のままであったが無事に高校に進学し、元気に登校しているとのことであった。

表 2. 来談時の気持ち

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A1 | （大学を）辞めようかどうしようか、ほんとに辞めたらじゃあどうやって生きていったらいいんだろうかみたいなところが一番悩みました |
| | A2 | 藁をもすがるじゃないですけど、感じやったかなと思うんです |
| Bさん | B1 | やっぱり最初は、ああいうなとこ行くの初めてですしね、初めてのとこ一人で行くわけですし、いやだなって思いましたけどね(笑)雰囲気として |
| | B2 | 期待も不安も半々、まああんまり期待はしないようにっていう感じでいまして |
| | B3 | とにかくもう深く考える余裕はなく、何か手はないのか、とにかく娘を助けたい一心で、やってみないとわからないという気持ちもありましたしね |
| Cさん | C1 | 受け止めなあかんって思ってたから。今までにも学校から、そういう受け止め方（について言われてきた）、先生方いろんな方がおられますし、やっぱり3番目の子やし一、あの甘やかしてきた、そのせいかなあみたいな |
| | C2 | 緊張しましたね。本人もしてましたけど、わたしらも、もうどんなこと言われるのかなあと思って |
| | C3 | 抵抗とかそんなんなかったですね、（どうしてこのような状態になったのか）はっきりしたことを知りたいという思いで行きましたから |

表 2. 来談時の気持ちでは、以下の点が述べられた。「どうやって生きていったらいいんだろう」(A1)、「藁をもすがる思い」(A2)、「(相談機関に行くのは初めてで一人だったために）いやだなって思いました」(B1)、「期待も不安も半々、あんまり期待しないようにっていう感じ」(B2 )、「娘を助けたい一心で、やってみなければわからないという気持ちもありました」(B3)、「(母親である C さん自身が）甘やかしてきたせいかな」(C1)、「緊張しました（中略）どんなこと言われるのかなあと思って」(C2)、「(娘

の現状について）はっきりしたことを知りたいという思い」（C3）などを、＜クライエントや家族の来談時の気持ち＞とした。

表 3. 来談時のセラピストの印象

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A3 | 話してみて、Z先生が楽、天、的(笑)な印象があって、そういうのでこう救われたかなというのがありました |
| Bさん | B4 | 今の自分の状況、短時間にわかってもらおうと思いまして、これこれこういうわけでとお話をまあかいつまんでして、初めてカウンセリングを受けたわけなんですけど、あまりにも短時間できちっと話の順番とか理解してくださる先生の頭の回転の良さっていうか、それにはちょっとびっくりしたんですよ |
| | B5 | だいたい話した中で、あたしが望んでいることをわかってくださったというか、入院をしないで通院でした方が、学校も（登校させていいと）、その辺の気持ちを汲んで下さった |
| Cさん | C4 | 気さくな感じ、気取りがないっていうか、ああそうなんや一って聞いて下さったから、本人はけっこうしゃべってましたね |
| | C5 | Z先生の印象は（家族）3人とも良かったんですよ。で、あの先生にかかってもいいわって感覚で |

表 3. 来談時のセラピストの印象では、以下の点が述べられた。「楽天的な印象」（A3）、「短時間できちっと話の順番とか理解してくださる」（B4）、「あたしが望んでいることをわかってくださった」（B5）、「気さくな感じ」（C4）、「（家族 3 人とも）あの先生にかかってもいいわって感覚」（C5）などを、＜セラピストの印象＞とした。

表 4. クライエントや家族に対する言葉かけ

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A4 | 具体的な案みたいの出してもらって（中略）このまま（大学を）続けていっても、他の道に行ける可能性もあるんだなっていうことで、ちょっとどうにかなるんじゃないかなと思ったと思います |
| | A5 | ちょっとこう、押してもらえるようなところがあったのが僕には良かったのかなと思う |
| | A6 | とりあえず大学は出ようかみたいなんとか、(笑)僕はまあ続けようか続けまいか(笑)どうしようか思ってる時にまあ、続けようか続けまいかどうしようかねって言われるよりはまあ、続けようかと言ってもらったり |
| | A7 | わからないんですけど、たぶんぼくの、活動の評価みたいなのがあるんかなと思って。つまりこの人やからこう言った方がいいとかってあるのかなとあると思ってるんですけど、プロですし、臨床心理士の人ですし。友だちとか やったらたぶんこう、まあ誰であってもこう同じことを言うんじゃないかなって（笑）。僕には 指示した方がいいから指示したんかなって思ってみた。つまり全員に君はこうしたらいいよって言うんじゃなくって、僕はちょっとこう（笑）かなり悩んでどっちにもいかない、いけないような状態やったんで、ああいう風にしたんかなとか（笑）勝手な想像ですけど、それでちょっと動けましたね（笑） |
| Bさん | B6 | Z先生が、娘が正直に私と向き合って話しをする必要があるから、連れて来て下さいって第1回目におっしゃいまして、娘はたぶん来るだろうと思ったんです |
| | B7 | （体重に関して）いつまでにこうっていうのは、娘さんが決めると思うから、それはもうちゃんと見守ってあげてくださいって |
| | B8 | （父親から伝言されたコメント）高いところからね、見おろしたような会話ではなく、同じ視線から見てくださってたような、何か普通の、何か対等な人と人の会話のような感じがとっても安心させられたというか、やっぱり言葉って一言一言みんな感性が強いところがあるんで、必要以上にきつい言葉だと脅威に感じたり、そうかといって、いい言葉だと魔法みたいにね、すごく元気にしてくれる、まあ誰しもあると思うんですけど、まあ本当に言葉ってすごいなあみたいな(笑)ことまで考えました |
| Cさん | C6 | Z先生に本人が話をすることによって、話をした日とかその次の日とかは、けっこうこうやっぱり気分がいい感じなのね |
| | C7 | ああそうなんか一、それやったら次はこういう感じいっぺんしてみたらとか、こう、助言を与えられると、それに向かっては頑張れるんですね |
| | C8 | 確かZ先生はこうしなさいっていうことは一切おっしゃってませんでしたけど、また来月なって、その1ヶ月間の間に本人が考えて、またガ一っと先生に言うもんだから(笑)、先生ああそうやったんか一って（笑）、毎回びっくりされてたと思うんですね(笑)。でもそれは決して肯定的な感じじゃなくて、前向きというか前進してた |

表 4. クライエントへの言葉かけでは、以下の点が述べられた。「（大学を続けても）他の道に行ける可能性もあるんだな」（A4）、「どうにかなるんじゃないかなと思った」（A4）、「押してもらえるようなところがあったのが僕には良かった」（A5）、「僕には指示した方がいいから指示したのかなって思ってみた」（A7）、「（娘が）私と向き合って話をする必要があるから連れてきてくださいって（中略）娘はたぶん来るだろうと思った」（B6）、「いつまでにこうっていうのは、娘さんが決めると思うから、それはもうちゃんと見守ってあげてください」（B7）、「（セラピストが）見下ろしたような会話ではなく、同じ視線から見てくださってた」（B8）、「（セラピストが）対等な人と人との会話のような感じがとっても安心させられた」（B8）、「（娘がセラピストから）助言を与

えられるとそれに向かっては頑張れる」（C7）、「（セラピストは娘に対して）こうしなさいってことは一切おっしゃってませんでした」（C8）、「（娘が）ガーっと先生に言うもんだから（笑）、（中略）（セラピストは）毎回びっくりされてたと思うんですね（笑）でもそれは決して肯定的な感じじゃなくて、前向きというか前進してた」（C8）などは＜クライエントや家族への言葉かけ＞とした。

表 5.　クライエントの家族や第三者への言及

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A8 | （実習現場の先生が自分に対してきついことしか言わない、もう駄目かもしれないと思った時に焦って面接をしてもらった時）Z先生が（中略）「全部10でだったら10をばっと受けんな」みたいなことを言われて、まあそういうのを教えてもらってまた、何とかこう、その後もキツイこと言われててもまあ(笑)Z先生もそう言ってたしなみたいな(笑) |
| | A9 | （実習現場の先生は）君が何をやってたとこで必ずけなすから、例えばおまえはもう向いてないみたいなこと言われたとしても、向いてないって真に受けなくてもまあ、そん時はまあ、いたらないところがあってもまた頑張りたいと思いますって言って、話半分で聞いといて、やってみればいいんじゃないかみたいな |
| Bさん | B9 | 子どもがああいう悪い時の話しですけど、とかく両親の仲はね、まあケンカ状態？（中略）、ある日その辺をZ先生が言って下さったことがありまして、効果的な言葉なんですけど、（母親が娘の）心配をしないでできるような魔法を、お父さんの方からお母さんに魔法をかけてあげてくださいみたいな、言葉の魔法みたいなことを言われたことがあって、それはすごく印象的でした。心配りをちゃんとして下さってて、全体をちゃんと見てくださってるんだなあって。娘だけじゃなくて、父母の間のこととか |
| Cさん | C9 | お父さんもショックでしたねー、こんなん初めてだったから、本人（父親自身）もそれを理解（しないといけないと考えていたという内容）。だから（笑）お父さんの気持ちもどうのこうのってZ先生に言っていただいて(笑) |

表 5. クライエントの家族や第三者への言及では、以下の点が述べられた。「（キツイことを言われても）Z 先生もそう言ってたしなみたいな」（A8）、「（現場の先生の話を）話半分で聞いといてやればいいんじゃないかなみたいな」（A9）、「（父親に対してセラピストが）お父さんの方からお母さんに魔法をかけてあげてくださいみたいな、言葉の魔法みたいなことを言われたことがあって、すごく印象的でした」（B9）、「（セラピストが）心配りをちゃんとしてくださってて、（中略）（家族）全体をちゃんと見てくださってるんだなあって」（B9）、「（セラピストから）お父さんの気持ちもどうのこうのって言っていただいた」（C9）など、＜クライエントの家族や第三者への言及＞とした。

表 6. 面接室外で起こっていたこと

| | | |
|---|---|---|
| Bさん | B10 | 主人とも、そこに行く帰り道、道中で食べることを楽しむようにして。なんかここに行くのが楽しいことみたいにね、まあ治療でありながら、そういう風にまた行きたいなって言えるように、まあ2人では話してたんですけどね。楽しい方向にって思ってたんです |
| | B11 | 娘が初めてZ先生とお会いして1か月後のある日ね、娘がね、あたしに言ってくれたすごく嬉しい言葉があって、今でも覚えてるんだけど、「お母さんが作ったものを食べられるだけ食べてみるわ」って言ってくれた時があって、「私Z先生のとこに行くようになってから変わったもん」って自分で言ったことがあったんです |
| Cさん | C10 | （次回の面接予定日を娘が）自分のスケジュールに入れてたから、楽しかったんじゃないかな、私と一緒に出れてね。ドライブがてらカメラ持って行って、よく写真撮ったりしてましたよ。買いもんして、帰ったりとかしてました、すごいいい時間やと私は思ってました。滅多にねそういうことできないし |

表 6. 面接室外で起こっていたことでは、以下の点が述べられた。「主人とも（中略、来談することが）楽しい方向にって思ってたんです」（B10）、「（娘が）お母さんが作ったものを食べられるだけ食べてみるわって言ってくれた」（B11）、「（本人が）、Z 先生のとこに行くようになってから変わったもんって自分で言ったことがあった」（B11）、「（娘は）楽しかったんじゃないかな、私と一緒に出れて」（C10）を、＜面接室外で起こっていたこと＞とした。

表 7. 他の相談者（相談機関）との比較

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A10 | （前に相談した人みたいに）相談してもおんなじみたいなオウム返しになるとかでなくて、相談させてもらうことでこう、僕っていう人間を見て、こういうのが合うんじゃないかっていう感じで、じゃあこうしたらみたいなことを言われたのが役に立ったかなって思うんですけど |
| | A11 | 友だちとかでも相談できてた思うんですけど、何となく僕やったらたぶんこうじゃないかなみたいな感じで、具体的にこうしたらって言ってもらったのが役にたったかなって思うんです |
| Bさん | B12 | （医療機関での入院措置という対応との違い） |
| Cさん | C11 | その先生（スクールカウンセラー）は、他に何人かいるでしょう、そんな子たちの相談役みたいなので。そうなんかそうなんかって言うだけで、本人が自分で訴えても、それを解決することが1つもなかったのね |

表７．他の相談者（相談機関）との比較では、以下の点が述べられた。「相談してもおんなじみたいなオウム返しになる」（A10）、「具体的にこうしたらって言ってもらったのが役に立った」（A11）、「そうなんかって言うだけで、本人が自分で訴えてもそれを解決することが 1 つもなかった」（C11）を、＜他の相談者（相談機関）との比較＞とした。

表 8. 治療構造

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A12 | 家族とはどうしても感情論的にこうちょっと熱くなるというか、とにかくうちのお父さんとかは（笑）根性とか、とにかくもうここまできたんだから頑張れみたいな、母さんもそうなんですけど、言われたりしてた |
| Bさん | B13 | 娘がZ先生と2人で話した内容って、何も聞かないようにしてました、もちろん聞こえないし、主人も未だにそれはわからないけど。たぶん学校のこととか何か聞いてくださって、それが何か普通のことを何気なく聞いて下さることで、娘には安心感を与えてもらったと思うんですけど、普通にしてもらったみたいなところが |
| | B14 | あんまりね、（家族で）話さなかったこようなことでも、Z先生がわりと淡々と質問されて、娘も淡々と答えたっていう印象。「あ、なーんだ」みたいな、あたしたちがちょっと深刻に考えすぎてたんじゃないかと思うぐらい明るく娘がね、（体調について）いつ頃からとか質問された時にも、自分でもこう思ってたみたいな、例えば自分でもちょっと何か不安に思ってた、ちょっとやばいと思ってたみたいな、現代っ子らしい言葉が出て、淡々と話して、（母親自身が）あれっとかって(笑) |
| Cさん | C12 | 他の方みんな大勢出たり入ったりされてるから(笑)、娘だけ行かせた方が本音もしゃべれるしいいかなって思ったりしたんですけど、（Z先生が）とりあえず最初は、お父さんもお母さんも入るし、いいかって言ってね、本人も来てもらった方がいいって言うから。で、あたしらも一緒に入ったんですねとりあえず最初は。（中略）でも、本人はバーっとしゃべってました |
| | C13 | 私もなんか娘と一緒で楽になる。先生んとこいくとちょっと楽になるなって感じで（笑）娘と二人で(笑) |

表 8. 治療構造では、以下の点が述べられた。「家族とはどうしても感情論的にちょっと熱くなる」（A12）、「たぶん（中略）（セラピストが）何か普通のことを何気なく聞いて下さることで娘には安心感を与えてもらったと思う」（B13）、「（同席していた面接で娘がセラピストに対して）現代っ子らしい言葉が出て、淡々と話して、（母親自身が）あれってとかって（笑）」（B14）、「娘だけ行かせた方が本音もしゃべれるしいいかなって思ったりしたんですけど（セラピストが）とりあえず最初はお父さんもお母さんもいるし、（同席でも）いいかって言ってね、本人も来てもらった方がいいって言うから。あたしらも一緒に入ったんですけどね」（C12）、「私もなんか娘と一緒で楽になる」（C13）を、＜治療構造＞とした。

表 9. 連携

| | | |
|---|---|---|
| Bさん | B15 | 秋に修学旅行があったんです。でも、体の状況見たらとても行けないだろうなってあたしは思ってたんですよ。でも（紹介された医療機関の）X先生がオッケーを出して下さいまして、行きたいんだろうって、はいって。で、その前もね、文化祭でダンスがあったんです。その相談もしたんですけど、やりたいんだろって、はいって、じゃあやりなさいみたいな。気持ちをね、大事にして下さった会話があって |
| | B16 | X先生にもかかってて、ちょっと（体重が）増えただけでも、お母さんこれは普通の人と違って、こういう人がこれだけ増えるってすごいことなんですよって。で、そのへんで、「絶対言ってはいけません」、食べろってついつい言ってしまってて、もうぴちっと（X先生から言われた）。「ああそうなんやー」って、もう全然角度がねえ違うわけですから、最初に受けてたやり方（治療）と |
| Cさん | C14 | （紹介してもらった）Y先生、やさしい感じで、またおいでよって。でもその先生は全然普通って。そんな薬飲んだりとか、それは大丈夫っておっしゃったんですね。でも本人はほら、人の目が気になるって言ってたんで、で、ゆっくり寝られるかって言われて、やっぱり寝られなかったりしてたんかなあ、その薬だけをお守りみたいな感じで持ってました |

表 9. 連携では、以下の点が述べられた。「X 先生が（修学旅行に行くことに対して）オッケーだしてくださいまして（中略）行きたいんだろって」（B15）、「（文化祭でダンスを）やりたいんだろって」（B15）、「Y 先生は、やさしい感じで、（娘に）またおいでよって」（C14）、「（Y 先生は）薬飲んだりとか、それは大丈夫っておっしゃったんですけど、でも本人は人の目が気になるって言ってたんで、ゆっくり寝られるかって言われて（中略）（娘は）その薬だけをお守りみたいな感じで持ってました」（C14）を、＜連携＞とした。

## 第４節　考察

本調査から、クライエントや家族がそれぞれの主訴を解決したいという気持ちと共に、さまざまな思いを持って面接に臨んでいたことが明らかになった。考察ではまず、3 名の調査協力者のインタビュー内容についてそれぞれ考察し、システムズアプローチが有効であったと考えられる要因を明確にする。

### １．調査協力者ごとの内容について

＜A さん＞

A さんは、他機関の紹介によって、A さん自身が一人で来談した。主訴は「大学をやめるかどうかの決断がつかない」であった。治療構造は、本人面接と両親面接であった（表 1）。

来談時の気持ちにとして、「どうやって生きていったらいいんだろう」（A1）、「藁をもすがる思い」（A2）と表現している。そのように、自分自身の深刻な問題で来談した A さん（A1）は、その深刻さよりも、セラピストの「楽天的」（A3）という印象に救われたと述べている。そして、「押してもらえるようなところがあったのが僕には良かっ

た」（A5）ことに関しては、「僕には指示した方がいいから指示したのかなって思ってみた」（A7）と振り返って解釈している。psychotherapy というと非常に深刻なイメージがあり、それは来談時の A さんのコメントにあるように、「どうやって生きていったらいいんだろう」（A1）というものであった。しかし、面接においてはその「深刻さ」が強調されたよりも、「（大学を続けても）他の道に行ける可能性もあるんだな」（A4）、「どうにかなるんじゃないかなと思った」（A4）と理解されているようである。そのように感じたことで、来談への動機づけが継続されたと考えられる。それは、「相談してもおんなじみたいなオウム返しになる」（A10）というコメントとの比較で考えられる。クライエントや家族に共感を示すことは基本的であると考えるが、一方で、それ以上にクライエントが望むものを提供できることが重要であると考えた。

それは、その後 A さんが現場で危機的状況に陥った際の、第三者への言及（表 5）にも表れている。「（キツイことを言われても）Z 先生もそう言ってたしなみたいな」（A8）、「（現場の先生の話を）話半分で聞いといてやればいいんじゃないかなみたいな」（A9）などである。さらに、このようなセラピストに対して A さん自身が、「僕には指示した方がいいから指示したのかなって思ってみた」（A7）と語っている。セラピストの言葉かけは、非常に指示的であると考えることもできるが、A さん自身が「僕には」という独自性が重視されたのではないかと解釈している。ここから、「指示」いう言葉が、受け手によってその解釈が異なってくる可能性が考えられる。また、両親面接を並行して行っていたようだが、同席面接は行っていない。A さんの「家族とはどうしても感情論的にちょっと熱くなる」（A12）というコメントから、同席にしない利点があったのではないかと推測される。

＜B さん＞

B さんは、本人を伴わないで一人で来談し、その後本人と 2 人で来談、3 回目以降は父親と来談した。主訴は、娘の摂食障害であった（表 1）。

B さんは、「（相談機関に行くのは初めてで一人だったために）いやだなって思いました」（B1）、「期待も不安も半々、あんまり期待しないようにっていう感じ」（B2 ）、「娘を助けたい一心で、（中略）やってみなければわからないという気持ちもありました」（B3）と述べているように、非常に切迫した思いを抱えて来談したようである。本人を伴わないで来談したにも関わらず、初回面接で「（娘が）私と向き合って話をする必要があるから連れてきてくださいって（中略）娘はたぶん来るだろうと思った」（B6）と述べている。そして、「短時間できちっと話の順番とか理解してくださる」（B4）、「あたしが望んでいることをわかってくださった」（B5）と話した。このことから、初回面接で B さん自身が望んでいたことに対する、セラピストの何らかの理解の仕方の提示というような会話があったのだと考えられる。通常なら、「（娘が）私と向き合って話をする必要があるから連れてきてください」（B6）というような言葉かけは、大きな介入と解釈することもできるが、母親はそれに対して拒否的でないばかりか、「娘はたぶん

来るだろうと思った」（B6）と安心したかのようにみえる。母親が「娘を助けたい一心」（B3）で来談したということは、相当の不安があったと考えられるが、会話の中では母親の要望に沿った言葉かけがあったことが明らかである。

父親からのコメントとして伝えられた「（セラピストが）見下ろしたような会話ではなく、同じ視線から見てくださってた」（B8）、「（セラピストが）対等な人と人との会話のような感じがとっても安心させられた」（B8）などから、セラピストがクライエントや家族との関係において、権威的な態度や話し方ではなく、日常的な会話のように対等なスタンスで話していたようである。それは、部分的にクライエント本人と個人面接を行ったことに関して、B さん自身が、「たぶん（中略）（セラピストが）何か普通のことを何気なく聞いて下さることで娘には安心感を与えてもらったと思う」（B13）という安心感を持ったようである。「（同席していた面接で娘がセラピストに対して）現代っ子らしい言葉が出て、淡々と話して、（母親自身が）あれってとかって（笑）」（B14）と、母親の娘に対して持っていた印象が修正されたようなコメントがあった。このような関係の上で、「いつまでにこうっていうのは、娘さんが決めると思うから、それはもうちゃんと見守ってあげてください」（B7）というアドバイスや指示のように見える言葉かけが、腑に落ちたのかもしれない。また、このようなコメントは、表 7 にあるように、以前に受けた医療機関での対応と比較した内容であるとも考えられる。

また、B さんは、「（父親に対してセラピストが）お父さんからお母さんに魔法をかけてあげてくださいみたいな、言葉の魔法みたいなことを言われたことがあって、すごく印象的でした」（B9）、「（セラピストが）心配りをちゃんとしてくださってて、（中略）（家族）全体をちゃんと見てくださってるんだなあって」（B9）というセラピストの言葉かけが非常に印象に残っていると述べ、「魔法の言葉」と表現している。そして、両親の仲が悪化しがちだったことに関して、「（セラピストが）心配りをちゃんとしてくださってて、（中略）（家族）全体をちゃんと見てくださってるんだなあって」（B9）と受け取っている。これらは、夫婦関係に関する間接的な言い回しが、暗に両親に通じたものであると考えた。

＜C さん＞

C さんは、知人の紹介で、娘の不登校を主訴として家族 3 人で来談し、初回と 2 回目は家族 3 人の同席面接であった。その後、母子同席面接が継続された。

来談時の気持ちとして、「（母親である C さん自身が）甘やかしてきたせいかな」（C1）、「緊張しました（中略）どんなこと言われるのかなあと思って」（C2）、「（娘の現状について）はっきりしたことを知りたいという思い」（C3）と話している。ここから、不登校の子どもを持つ両親が自責的な気持ちを持つ一方で、たとえそれを指摘されたとしても、現状を何とかしたいという思いで来談したことが推測される。それに対して、セラピストの印象が、「気さくな感じ」（C4）、「（家族 3 人とも）あの先生にかかってもいいわって感覚」（C5）と話している。初回面接においては様々な対応がありうるが、ま

ず何よりも、この人にだったら話しても大丈夫だというような安心感があったようである。C さんの場合は、おそらく C さんだけではなく、家族 3 人で来談したことから、各自がさまざまな思いを持って来談しているはずである。その様々な思いに対して 3 人ともが、一息つけたような感覚を持ったように見えるし、話しやすい人だという印象があったようである。

その話しやすさの印象を持っているということは、「(娘が) ガーっと先生に言うもんだから（笑)、(中略)（セラピストは）毎回びっくりされてたと思うんですね（笑）でもそれは決して肯定的な感じじゃなくて、前向きというか前進してた」(C8) ということから、セラピストが肯定的というよりも、「驚いて聞いていた」という印象を持っているようである。B さんは、それを、「前向き、前進」と表現している。この部分だけみると、「なるほど」と話を聞くというよりも、どちらかというと「娘の話に積極的に興味を持って驚きながら聞いていた」という姿勢の方が、C さんにとって印象的だったのではないかと考えた。そのようなセラピストの姿勢が、本人の話しやすさや、一生懸命話すことにつながったのかもしれない。「(娘がセラピストから) 助言を与えられるとそれに向かっては頑張れる」(C7) という C さんのコメントから、セラピストが助言を与えていたように見えるが、これは同時に C さんが、「(セラピストは娘に対して) こうしなさいってことは一切おっしゃってませんでした」(C8) と述べていることと矛盾している。これは、本人の意に沿わない指示のような言葉かけではなく、本人の要望に沿った言葉かけのようなものであった可能性が高い。

２．システムズアプローチの観点から効果のようにみえる点

以上のことから、システムズアプローチの観点から有効であったと考えられる 3 つの点について検討する。

（１）初回来談時の気持ちとセラピストの印象

クライエントや家族が、来談することに関して不安や緊張、切羽詰まった気持ちを持っていることが明らかであった（表 2)。それは、クライエントだけの来談でも、クライエントが不在でも、家族での来談でも同じである。個人や家族メンバーそれぞれが様々な気持ちを抱えて来談に至っている。「どうやって生きていったらいいんだろうか」(A1) とまで思いつめていた A さんの場合は、セラピストの「楽天的な印象」(A3) で「救われた」(A3) 気持ちになった。B さんの「期待も不安も半々、あんまり期待しないようにっていう感じ」(B2 ) や、C さんの「(娘の現状について) はっきりしたことを知りたいという思い」(C3) からは、クライエントらにとって、面接の場がある種の診断をされる場であるかのように感じられ、何らかの「覚悟」のようなものをもって来談しているような状況が想定される。しかしこれらに対して B さんの場合は、「あたしが望んでいたことをわかってくださった」(A3) と話した。C さんの場合は、家族 3

人共に「あの先生にかかってもいいわっていう感覚」（C5）があった。

これらから、セラピストが「わたし（クライエント自身）が望んでいること」を「理解する」という姿勢が示されたことが重要だったのだと考える。このようなクライエントらの「要望」がどのように満たされたのか、応対されたのかという具体的なコメントは見られなかった。しかし、A さんは、セラピストが「楽天的な印象」（A3）で「救われた」（A3）と述べ、「大学を辞めるかどうか決断がつかない」（表 1）や、「どうやって生きていったらいいんだろう」（A1）という深刻さに明確に答えているわけではない。単に、セラピストの印象で救われたような気持ちになったというだけである。B さんの「（娘が）私と向き合って話をする必要があるから連れてきてくださいって（中略）娘はたぶん来るだろうと思った」（B6）というコメントと、「あたしが望んでいたことをわかってくださった」（A3）というコメントは関連していると考えられる。主訴は娘の摂食障害について（表 1）であったが、それに関する具体的な対応を示したというよりも、「（娘が）私と向き合って話をする必要があるから」（B6）というセラピストの説明の中に、B さんの要望へ応答が含まれていたのかもしれない。C さんは、「（娘の現状について）はっきりしたことを知りたいという思い」（C3）を持って来談したが、それに対する説明がなされたというコメントはなかった。それ以上に、「気さくな感じ」（C4）、「（家族 3 人とも）あの先生にかかってもいいわって感覚」（C5）を持つことが、継続的な来談につながったと考えられる。

（2）話しやすさと日常的な会話

A さんは「（大学を続けても）他の道に行ける可能性もあるんだな」（A4）、「どうにかなるんじゃないかなと思った」（A4）と、継続面接の中で可能性が広がったという風にとらえていたようである。「（もう駄目かもしれないと思っていた時に面接をしてもらい）Z 先生もそう言ってたしなみたいな」（A8）、「話半分で聞いといてやればいいんじゃないかなみたいな」（A9）など、非常に具体的な助言をしていたようにみえる。またその後も、「（キツイことを言われても）Z 先生もそう言ってたしなみたいな」（A8）、「（現場の先生の話を）話半分で聞いといてやればいいんじゃないかなみたいな」（A9）、というように、その時々のクライエントおかれていた様々な状況に対する要望が、セラピストによって、クライエントが望むように受け取られていたようである。

B さんは、父親のコメントとして「見下ろしたような会話ではなく、同じ視点から見てくださっていた」（B8）、「何か対等な人と人の会話のような感じがしてとっても安心させられた」（B8）と話している。B さんの父親にとって、psychotherapy は「何らかの特殊な会話」という前提があったのかもしれない。C さんは、「本人がガーっと先生に言うもんだから、先生ああそうやったんかーって、毎回びっくりされていたと思うんですね（中略）でもそれは決して肯定的な感じじゃなくて、前向きというか前進してた」（C8）、と話している。C さんのコメントからは、黙ってただ聞き続けること印象は受

けない。日常的な会話のような雰囲気で相手の話に興味を持ち、驚いて聞き入るというスタンスが示されたことが、本人が一生懸命に話すことにつながったと考えられる。B さんは、「(娘がセラピストから) 助言を与えられるとそれに向かっては頑張れる」(C7)、「(セラピストは娘に対して) こうしなさいってことは一切おっしゃってませんでした」(C8) と述べている。一見すると「指示」や「アドバイス」のように見えることが、セラピストの話し方やその話された状況、会話の流れなどによって、単なる言葉かけのように解釈されていた可能性がある。

（3）他の相談者（相談機関）との比較

A さんは「相談してもおんなじみたいなオウム返しになる」(A10)、C さんは「そうなんかって言うだけで、本人が自分で訴えてもそれを解決することが 1 つもなかった」(C11) と述べている。これらのコメントからは、他機関からひどい仕打ちを受けたという印象は持てない。むしろ、「聞いてはくれたけど、自分の思いに応えてもらえなかった」という印象を受ける。これらのことから、クライエントらは単に聞いてもらうだけではなく、彼らの要望に合わせた、何らかの対応が求めているように考えた。

（4）治療構造と連携

A さんの「家族とはどうしても感情論的にちょっと熱くなる」(A12) というコメントから、個人面接と両親面接に分けた治療構造に、A さんの要望も含まれ、A さんにとって何らかの利点があったのではないかと推測される。B さんは、「(父親に対してセラピストが) お父さんからお母さんに魔法をかけてあげてくださいみたいな、言葉の魔法みたいなことを言われたことがあって、すごく印象的でした」(B9) というセラピストの言葉かけが非常に印象に残っていると述べ、「魔法の言葉」と表現している。そして、両親の仲が悪化しがちだったことに関して、「(セラピストが) 心配りをちゃんとしてくださってて、(中略) (家族) 全体をちゃんと見てくださってるんだなあって」(B9) と受け取っている。C さんは「娘だけ行かせた方が本音もしゃべれるしいいかなって思ったりしたんですけど (セラピストが) とりあえず最初はお父さんもお母さんもいるし、(同席でも) いいかって言ってね (中略) 本人も来てもらった方がいいって言うから、あたしらも一緒に入ったんですけどね」(C12) と述べている。初回面接で、本人の要望が反映された同席面接となり、それが継続される過程で、「私 (C さん) も一緒で楽になる」(C13) ということにつながったのではないかと考えた。セラピストと本人の話を聞いていた C さん自身が、間接的に楽になったようである。また、C さんは、父親に対するコメントの内容について具体的に言及していないが、「(セラピストから) お父さんの気持ちもどうのこうのって言っていただいた」(C9) から、家族 3 人の同席面接で、父親の心情に対するセラピストの何らかの配慮があった可能性が示されている。

連携 (表 9) で B さんは、「X 先生が (修学旅行に行くことに対して) オッケーだしてくださいまして (中略) 行きたいんだろって」(B15)、「(文化祭でダンスを) やりた

いんだろって」（B15）と話した。C さんは、「（Y 先生は）薬飲んだりそか、それは大丈夫っておっしゃったんですけど、でも本人は人の目が気になるって言ってたんで、ゆっくり寝られるかって言われて（中略）（娘は）その薬だけをお守りみたいな感じで持ってました」（C14）と述べている。これらから、紹介した機関においてクライエントらの要望に合わせた対応があったことようである。セラピストに、紹介先の医療機関においてどのような対応をしてくれるのか、というアセスメントが前提として合った可能性が考えられる。

３．トレーニングにおいて重視されるべき点について

以上から、システムズアプローチのトレーニングにおける重視点について検討する。

「初回来談時の気持ちとセラピストの印象」では、A さんは大学を辞めようかどうしようかという来談時の主訴が改善されたというよりも、「（大学を続けても）他の道に行ける可能性もあるんだな」（A4）、「どうにかなるんじゃないかなと思った」（A4）と可能性が広がったと理解されていることから理解できる。B さんは、娘の摂食障害について相談したいと来談したが、そのことそのものよりも、「あたしが望んでいることをわかってくださった」（B5）というセラピストの対応を強調している。そして、C さんは、娘の不登校を主訴として来談したが、「（家族 3 人とも）あの先生にかかってもいいわって感覚」（C5）という印象を持ち、面接が継続されたと考える。初回来談時に面接に参加したそれぞれのクライエントらの気持ちに対して、「セラピストの印象が合っていた」と考えることが適切であるのかもしれない。初回来談時におけるクライエントらの気持ちは様々であり、それに対してセラピストの対応が多様であったこと、クライエントらの主訴というよりも、何らかの要望に応じることの必要性が明らかである。あくまでクライエントの気持ちや要望を前提とした対応や能力が求められる。これらは、セラピストの初回面接時におけるジョイニングと相互作用によるアセスメントに関連する要因であると考える。他機関と比較（表 7）にあるように、単に聞くという態度ではなく、クライエントらに合わせた「ジョイニング」が必要であることを示唆していると考える。そして、その相互作用の中でクライエントらの要望をどれだけ把握できるかということが必要であると考えられる。

「話しやすさと日常的な会話」では、A さんは「（キツイことを言われても）Z 先生もそう言ってたしなみたいな」（A8）、「（現場の先生の話を）話半分で聞いといてやればいいんじゃないかなみたいな」（A9）など、その時々のクライエントが困ったことについて、セラピストが具体的に対応してくれたことがクライエントの要望に合っていたと解釈できる。B さんは、父親のコメントとして「見下ろしたような会話ではなく、同じ視点から見てくださっていた」（B8）、「何か対等な人と人の会話のような感じがしてとっても安心させられた」（B8）と話している。特殊な会話の場であると想定していたが、実際に来談してみたら、ごく日常的な会話の中で人として対等に話ができたという

ことではないかと考えた。C さんは、「本人がガーっと先生に言うもんだから、先生ああそうやったんかーって、毎回びっくりされていたと思うんですね（中略）でもそれは決して肯定的な感じじゃなくて、前向きというか前進してた」（C8）、と話している。日常的な会話のような雰囲気で相手の話に興味を持ち、驚いて聞き入るというスタンスが示されたことが、本人が一生懸命に話すことにつながったと考えられる。B さんは、「（娘がセラピストから）助言を与えられるとそれに向かっては頑張れる」（C7）、「（セラピストは娘に対して）こうしなさいってことは一切おっしゃってませんでした」（C8）と述べている。一見すると「指示」や「アドバイス」のように見えることが、セラピストの話し方やその話された状況、会話の流れなどによって、単なる言葉かけのように解釈されていた可能性がある。

これらから、システムズアプローチのプロセスにおいては、一般的に強調されているような介入や技法ではなく、その時々のクライエントや家族の状況に合った要望を把握し、その要望に沿った対応をすることが必要であると考える。面接プロセスの中で、主訴だけを念頭においた会話をするのではなく、その状況に合わせたクライエントらの要望の変化に対応することが必要であると考えた。そのためには、変化に対するアセスメントと、クライエントら及びセラピストの「枠組み」の変化に対するアセスメントが不可欠であり、それが会話の中で自然にできる能力が求められていると考える。

「治療構造」では、A さんは「家族とはどうしても感情論的にちょっと熱くなる」（A12）と話していることから、個人面接と両親面接を分けることについて、A さんとセラピストのアセスメントが一致した構造であったと考える。B さんは、「たぶん（中略）（セラピストが）何か普通のことを何気なく聞いて下さることで娘には安心感を与えてもらったと思う」（B13）と述べ、自分が話した経験から、娘だけの個人面接に対しても、セラピスの対応を想定して安心している様子が感じられる。C さんは、「娘だけ行かせた方が本音もしゃべれるしいいかなって思ったりしたんですけど（セラピストが）とりあえず最初はお父さんもお母さんもいるし、（同席でも）いいかって言ってね（中略）本人も来てもらった方がいいって言うから、あたしらも一緒に入ったんですけどね」（C12）と述べている。これらのコメントから、個人面接であること、同席であることなどの治療構造が、クライエントらにとって違和感がなかったことが示されたと考える。システムズアプローチでは治療構造の設定自体が意図を持った働きかけとなるが、クライエントらにとっては面接の流れの中で、ごく自然であったと受け取られていると考えた。

さらに B さんは、「（同席していた面接で娘がセラピストに対して）現代っ子らしい言葉が出て、淡々と話して、（母親自身が）あれってとかって（笑）」（B14）と、母親が考えていた娘の状態とは異なる印象を受けたと述べている。C さんは、娘との同席面接において「私もなんか娘と一緒で楽になる」と話している。システムズアプローチにおけるこのような同席面接の利点は、面接への参加者に対して間接的に働きかけられる点である。それが、クライエントらの枠組み変化の可能性を広げるし、面接継続への動

機づけを高めると考える。

連携（表 9）では、B さんが「X 先生が（修学旅行に行くことに対して）オッケーだしてくださいまして（中略）行きたいんだろって」（B15）、「（文化祭でダンスを）やりたいんだろって」（B15）と話した。医師が娘の気持ちを汲んでくれたことを肯定的に受け止めている。C さんは、「Y 先生は、やさしい感じで、（娘に）またおいでよって」（C14）、「（娘は）その薬だけをお守りみたいな感じで持ってました」（C14）と述べている。これらから、面接の要望の延長のように、紹介した機関においてもクライエントや家族の要望に沿った対応があったことが明らかである。

## ４．おわりに

今回のインタビュー調査は、3 名を対象として行われた。インタビューは面接全体の経過を振り返るような形で行い、来談のきっかけ、セラピストの印象、経過の中で印象に残っていること、変化のきっかけなどについて質問した。しかし、結果の冒頭で述べたように、トレーニングを前提とした効果に関する研究という説明がなされていても、それに対する直接的な答えは得られなかった。それは、変化のきっかけについても同様であった。これらからは、クライエントらが、主訴そのものの解消以上に、面接のプロセスを重視している可能性があると考えた。

そして、初回面接におけるジョイニングと主訴以上に、クライエントらの状況に合わせて臨機応変に対応し、働きかけることが重要であると考えられる。さらに、それらを積極的に行動で示す必要があると考えた。

さらに、連携機関の紹介に関するアセスメントが不可欠であること、が強調された。

なお、本研究のようなクライエントに対する直接的なインタビュー調査は、これまでのような質問紙による調査の倫理基準とは大きく異なっており、クライエントらにとっての日常生活を大きく阻害する可能性が高い。問題が解決されたように考えられるクライエントや家族であっても、その後どのように日常生活が営まれているのかは把握できないため、効果研究は倫理的な問題への配慮も含め、セラピスト側の専門家としての必要性に応じて行っているという自覚が必要である。それらを十分に理解した上で、このようなフィードバックを得られるような調査を重ねることが、後進のトレーニングのために必要であると考えた。

（注）本章は、日本家族研究・家族療法学会第 29 回大会で一般演題として発表した「家族療法及びシステムズアプローチの効果に関する研究―クライエントらへのインタビュー調査から、家族療法研究、家族療法研究、29-1、p.37」の原稿を元に大幅な加筆・修正を加え、「赤津玲子（2013）クライエントらへの予後インタビュー調査、龍谷大学大学院臨床心理相談室紀要、9（2013 年 3 月発刊）」に掲載予定である。

# 第５章トレーナーへのインタビュー調査

本章では、日本における家族療法及びシステムズアプローチのトレーニングの実態を把握するために、トレーナーへのインタビュー調査を通して、その現状を明らかにし、トレーニングで重視する点について検討する。

## 第１節　問題と目的

現在の日本における臨床心理士養成大学院のカリキュラムは、個人心理学が中心となっており、家族や組織などのアセスメントや援助方法は、「コミュニティ心理学」や「家族心理学」という科目で補われている。しかし、臨床心理士が活動する現場は拡大しており、個人療法や心理テストによるアセスメントという面接室での対応だけではなく、家族や組織という状況や現場の要請に応じた対応、アセスメントが不可欠となっている。

また、すでに実践の場に出ている臨床心理士にとって、システムズアプローチや家族療法に興味関心があっても、何らかの形で長期にわたり継続的に学びの機会を作ることは難しい。

本研究では、日本における家族療法及びシステムズアプローチのトレーニングの実態を把握する。そのため、トレーナー個々の取り組みについて、直接インタビューを行い、受けてきたトレーニング、現在の立場、どのようなトレーニングを行っているのかなどを調査した。そこから、トレーニングにおいて重視している点について検討する。

## 第２節　方法

１．調査協力者について

① 大学や専門機関で家族療法及びシステムズアプローチの教育に携わったり、学術会議のワークショップで講師などを務めた経験の豊富なトレーナーを対象とした。

② 事前に研究計画について依頼し、研究計画書と郵送して、5 名のトレーナーからの同意を得た。

③ インタビューは IC レコーダーで録音した。

５名のトレーナーの概要は、以下のとおりである。

表 1．トレーナーの概要

| 調査協力者 | 年代 | 職種 | これまでの職場 | 現在の職場 | 補足コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Aさん | 50代 | 医師 | 医療機関、大学 | 私設相談機関、外来診療 | 20代からミラノ派の家族療法の試行的な実践に携わっていたが、家族療法のトレーニングは特定のアメリカのマスターセラピストから受けた。その時に受けたトレーニングを現在も随所で使っている |
| Bさん | 50代 | 臨床心理士、医学博士 | 医療機関 | 臨床心理士養成の大学院 | 学部時代に実験心理学を学び、その後社会人経験を経てから医学領域で臨床領域の仕事に携わった。長期的なSVも指導も受けたことがなく、「無手勝流」であることが結果的には良かった。あえて師匠というと実験心理学を学んだ時の指導教官。システムズアプローチを提唱。 |
| Cさん | 50代 | 米国で心理士の資格を取得 | 医療機関、大学 | 私設相談機関、様々な対人援助職を対象とした大学院の講師 | 家族療法が日本に導入された時に、アメリカと日本を往復しており、1980年代に日本にアメリカの家族療法を紹介した。著書から、家族療法における「共感」に関する誤解が生じたことを懸念した時期がある。トレーニングに関しては、ヘルピングスキルを自分なりに応用して使っている。家族療法については言語化できないが、個人面接と家族の同席面接も行っており、たぶんシステムというものを見ているのだと思う |
| Dさん | 40代後半 | 臨床心理士 | 医療機関 | 臨床心理士養成の大学院 | 家族療法は医療機関で始めた。大学に来てから本格的に指導を始め、対象は大学院生が中心、個人的なSVも若干行っている。 |
| Eさん | 50代 | 臨床心理士 | 私設相談機関 | 臨床心理士養成の大学院、私設相談機関 | 臨床実践は、自分で海外の文献を読む中でその基本を作ってきたので、特定の指導者に長く指導を受けた経験はない。システムズアプローチを提唱。初級、中級、上級と構造化されたトレーニング方法を随時実施している。現在ではそれらと並行して、大学院生を対象とした指導が中心 |

２．結果の分析方法

（１）IC レコーダーで録音したインタビューデータを逐語記録にまとめる。

（２）佐藤（2008）の質的分析の方法[1]で行った

① 定性的コーディング：逐語記録の文字テキストデータに対して、逐語録の余白に小見出しをつけた（小見出しがつけられている逐語記録はセグメントと呼ぶ）。これらの小見出しをつる作業を繰り返し、それらがテキストデータより抽象度の高い概念的カテゴリーとした。

② データベース化：小見出しごとのセグメントを一旦文脈から切り離し（実際に切り取って）、それらを意味のあるまとまりとして並べ替え分類した。

③ 再文脈化（ストーリー化）：分類したものを、トレーナーがトレーニングに関して重視している点を抽出し、抽出した情報を一種の部品として扱いながらストーリーを組み立てた。結果は表 2～表 9 にまとめた。

[1] 佐藤（2008）は、質的コーディング、内容分析、テキストマイニング、KJ 方など４種類の分析技法を対して、このような定性的コーディングが、多様な文脈に埋め込まれた意味の解釈と分析を主たる目的であると述べた。佐藤郁哉（2008）質的データ分析法、新曜社

第３節　結果

インタビュー内容の逐語記録から、「トレーニーの自己理解」、「クライエントの気持ち」、「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」、「面接全体の組み立て」、「その他」の 7 つに分類された。結果は以下の通りである。以下、スーパービジョンは SV、セラピストは Th、クライエントは Cl、ロールプレイは RP とする。

表 2. トレーニーの自己理解

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A1 | その人それぞれ違うからこれ（指導の仕方）がベストとはいえない。その人に合って一番自然なアドバイスをしようと思ってる。それぞれの個性は生かしてあげて、それぞれの強みを自分なりに見つけてもらってって感じが多いです |
| | A2 | （何度言っても無理だなと思うと）ロールシャッハやらせるんです。そうすると(笑)とんでもない結果が出たりするから、それフィードバックして、何でそれそういうことになるかって、ロールシャッハデータから教えるっていうことをする、やっかいな人はね |
| | A3 | もう無理だな、やめた方がいいなっていうのはあります。でも面白いもんで、この人は絶対使いもんになんないなって思っても、半年とか1年で急に伸びたりするのがある。その逆に、何でも受容して感受性がよくて、でも全然伸びない人もいるし、面白いですよね人って |
| Bさん | B1 | 緊張して、自分がどう見られるかとか、このClや家族からどう評価されるかとか、先生からどう評価されるかとかに夢中になってる子がいるわけ。そこからどう脱出させて自分から離れて、相手を見て、相手が何とかなること、そこにどれだけ集中できるか（中略）だからそこにいくまでに自分がどう思われるかいうところから出てこられん人がけっこういる |
| | B2 | 1対1でもみんな（集団）の場合でも指導はきつい。まずあなたが何とかしなさいという話だから、あなたが治療受けて自分を治すという話。あなたがしっかりそこそこCl任せても安心できるぐらいのメンタリティになったら次いこう。RP見てると、自分のことでアップアップになってる。そういう人はRPやってもわかる |
| | B3 | トレーングという意味では、Th側のメンタリティ、状況、状態、こっちを今ぼくは一番重視してる、昔は全くなかった。それを意識してトレーニングすると成長が早いし安心、そこを通過すれば、あとは上手下手はあるよ、不器用さがあったりとか（中略）でも、これは伸びるプロセスに違いない |
| Cさん | C1 | ヘルピングスキルという個人のモデルを使うと、4日間の院生の集中講義で、何か自分の変化とか気づきっていうのはけっこう得られる |
| Dさん | D1 | 人格は問わないからね（中略）強く人格の内面に原因帰属するということは、こちらもしないので。学生もそのあたりは、どちらかというと気楽な領域と認識してるんじゃないかなと思いますけどね |
| | D2 | 初心者は誰でもそうなんだけど、相手よりも自分に注意が向いてしまうんだよね、緊張するから。自分がどんな風にClにみられるのかとか、自分の言動ってどうなんだろうとかって、だからClのことを配慮しないといけないよと強調することによって、相対的に緊張も減って、出来るだけスムーズに面接ができるようになると思います |
| | D3 | その人の2年間の中で出来ることをまずはやってもらって、その後はその人の臨床経験、人生経験の中で伸びて言ってくれたらいいなって期待してるんですけど（笑） |
| Eさん | E1 | 本人のパーソナリティやらを問うつもりは全くなくて、面接に影響するような個人の特徴のようなものを、RPで指摘したり、日常会話の中で、最初は間接的に言ってみたり、直接言うようにしたり（笑）色々です。飲みに行って冗談みたいに言ったりする時もあるし、けっこうしつこく言ってるつもりでも通じなかったりするから困る（笑） |

「トレーニーの自己理解について」は、以下のようになった。A さんは、「トレーニーによって違うから、これ（指導の仕方）がベストとはいえない（中略）それぞれの強みを自分なりに見つけてもらってって感じが多いです」（A1）、「（何度言ってもこのトレーニーは無理だと思うと、トレーニーに対して）ロールシャッハテストを使う（中略）それをフィードバックして、何でそういうことになるのかって教えたりする」（A2）、

「(トレーニーが専門職としてやっていくことについて）やめた方がいいなっていうのはあります。（中略）でも、面白いもんで、絶対使いもんにならないなと思っててても、半年とか 1 年で急に伸びたり、（中略）全然伸びない人もいる」（A3）と述べている。B さんは、「(トレーニーが）緊張して、自分がどう見られるのか、クライエント（以下、Cl とする）や家族からどう評価されるかとか、（中略）自分がどう思われるのかというところから出てこられない人がいる」（B1)、「まずあなた（トレーニー）が何とかしなさいという話、あなたが治療受けて自分を治すという話」（B2)、「トレーニー側のメンタリティ、状況、状態（中略）を意識してトレーニングすると成長が早いし安心」（B3）と述べている。C さんは「ヘルピングスキル[2]という個人のモデルを使うと、4 日間の院生の集中講義で（トレーニーの）何か自分の変化とか気づきが得られる」（C1）と述べた。D さんは、「(トレーニーの）人格は問わない」（D1)、「初心者の人は誰でもそうなんだけど、相手（Cl）よりも自分（トレーニー）に注意が向いてしまう」（D2)、「(トレーニーが）2 年間の中で出来ることをまずはやってもらって、その後はその後の臨床経験、人生経験の中で伸びていってくれたらいいと期待している」(D3) と述べている。E さんは、「(トレーニーの）パーソナリティを問うつもりはなく、個人の特徴みたいなものを指摘したり、RP で指摘したり（中略）しつこく言ってるつもりでも通じなかったりするから困る」（E1）と述べている。

---

[2] Hill,C.E.（2009）Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action, Third Edition. American Psychological Association 基礎的な対人援助のトレーニングプログラムで、自己探索段階、洞察段階、アクション段階に分かれている。

表 3. Cl の気持ちの理解

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A4 | （集団SVで）逐語記録がとれたら、シナリオRPをする。参加者の中でこのClのお父さんに近い人、お母さんに近い人を選んでもらって、他の人も見てるから模擬ライブだよね。途中で止めて、ここまででどうかとか、ここでこういう風に介入して母親がや父親がどう思ったとか、そういう風なフィードバックをする場合もある |
| | A5 | （RPを途中で止めて）そこまでのCl役のフィードバック（例は中略）、Cl役にもTh役にも、ああそうかとかという気づきが出てきて |
| Bさん | B4 | Clや家族の役に立ちますようにと、自分をどう役に立てるかという意識ね。自分をどう役に立てるか、この時間で自分を使ってこの人たちにどういう風に役に立てるかという意識を持たせる |
| Cさん | C2 | （RPのビデオをぶりかえる中で）ぼくは答えがわかんないから、Th役が自分でふんずまったっていう体験だけじゃなくて、どうしてそれを修正したいと思うようになるかって、（録画を）止めて、そこまで振り返ってもらう、そこでCl役がどういう経験したのか教えてもらう |
| | C3 | （RPのビデオの振り返りで止めたところで）両方ともその時のinterpersonal processを想い出してもらって、Cl役の人がこの時にこういう経験をした、それとギャップがあったり、Th役がこうなってほしいっていうことに関する反応には、僕がどれが正しいって言うことは意味があると思わない。なぜなら、Cl役の人が変わるためのものだから。 |
| | C4 | あえて言ったら（RPによる）Clロールセンタードの研修、答えはClの反応からヒントにする、参考にする。色々工夫しないとと思ってるんだけど、1時間の面接だと、振り返り3時間かかるんだよね。 |
| | C5 | IPRで自分のCLのロールをイメージしてやると、どんなことが起きるかって本人の視点が変わるからとってもおいしい、一石二鳥。しかも、けっこう現実味のあるバリエーションのあるClの勉強や経験ができる |
| Dさん | D4 | 自分のケースで、例えばちょっと困ってるなあとか、行き詰ってるなあというのがあれば、そのシチュエーションを（RPで）再現してもらう。例えば、担当者がCl役になって、それに対してどんな介入ができるかというのを、入れ替わり立ち替わりやったりするね。担当者が自分がClの立場になるといろいろ思うところがあるみたい |
| | D5 | RPの時は、Clさんの意見を聞けるからね。何でここで答えられなくなっちゃったんやろとかとかね、そういうことでCl役の学生からフィードバックしてもらう |
| Eさん | E2 | 初学者には、基本的にものの見方を講義する中で、シナリオRPを通じて教えます。大学院生には、面接のRPで初歩の初歩を授業の中で教えます、面接室への入り方とか、座り方とか挨拶とか、いろいろ（笑）その中で、Cl役からフィードバックをもらえるようにする |

「Cl の気持ちの理解」は、以下のようになった。A さんは、「集団 SV でケースの逐語記録を用いてシナリオ RP をする（中略）模擬ライブだよね、ここまででどうかとか、ここでこういう風に介入して母親や父親がどう思ったとか」（A4）、「そこまでの Cl 役のフィードバック（中略）Cl 役にもセラピスト（以下、Th とする）役にも、ああそうかという気づきが出てきて」（A5）と述べている。B さんは「Cl や家族の役に立ちますように、自分をどう役に立てるかという意識」（B4）を重視していると述べている。C さんは、「（RP ビデオの振り返りで）Th 役がふんずまった体験だけじゃなくて（中略）そこで Cl 役がどういう体験をしたのか教えてもらう」「（RP ビデオを振り返って、中略）Cl 役の人がこの時にどういう体験をしたのか（中略）ぼくが正しいっていうことは意味がないと思う（中略）Cl 役の人が変わるためのものだから」（C3）、「あえて言っ

たら、Cl センタードの研修、答えは Cl の反応からヒントにする」（C4）、「IPR[3]で自分の Cl のロールをイメージしてもらうと、どんなことが起きるかって本人の視点が変わるからとってもおいしい」（C5）と述べている。D さんは、「ちょっと困ってるなあとか、行き詰ってるなあという状況があれば（RP で）を再現してもらう。（中略）担当者（トレーニー）が（RP で）自分の Cl の立場になるといろいろ思うところがあるみたい」（D4）、「RP の時は Cl の意見を聞けるからね。（中略）Cl 役の学生からフィードバックしてもらう」（D4）と述べている。E さんは「シナリオ RP を使う（中略）Cl 役からフィードバックをもらえるようにする」（E2）と述べている。

表 4．仮説

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A6 | 仮説の数が1つじゃ困るわけです、3つ4つは最低持ってなきゃいけない。（例として、症状を持つ子どもが親に何を言いたいのかという質問して）それを一人づつ参加者に言わせる。お母さんにもっと甘えたいとかね、色んなメタファーが出てきて、そこに参加者なりの仮説がたくさん出てくる。（中略）聞こえない声を声にするっていうことをよくやります |
| | A7 | （SVでは）基本は録音してきて一緒に止める。初めはすごいつらいんですよね。自分の声を聞くとかすごくやなもんなんです。それを自分でわかってるから、初めはまあ冗談交じりにサポーティブにやったりしてるけど、（笑）だんだんこう細かくなってきて、止めて「ここまでで何が言いたい」って細かくやる |
| Bさん | B5 | （ソリューションとか家族構造とかいろいろやりたい子がいる、中略）それなりに考えがあるわけで、それをやっぱり重視してあげる。（中略）出てきたものが何であるかは、そこそこ整合性あれば許してる。（中略）その段階で違うとか思っても、あんまり言わない。よっぽどそんなこと言ったらClさん傷つけるんちゃうかみたいなことは別にして、院生が自分で考えたことを実行して、それを修正することができるように見守っている |
| | B6 | （無理かなと思う子には）まずとことん考えさす。で、答えが出てきたら、じゃあそれでやってみってっちゅう感じになる。出てこんかったら、ちょっとヒントを与える、その路線にそったヒントを与える、下手すると僕がちょっと言い過ぎると僕の考え方にちょっとひっぱるわけ。そこはかなり神経質になる、言いすぎないように |
| | B7 | どういう仮説を持つかとか、最近は仮説についてはあんまり言わない |
| Cさん | C6 | 自己探索段階の2つ目で、援助者が利用者にどのように注目してどのように傾聴していくかっていうことがとても大事で、どのような見立てを立てるかっていう内的なプロセス |
| | C7 | 自分で自分の枠組みというか、「宣言的知識」を持ってく練習してもらうっていうのをする。自分なりに言葉にする。で、見立てるっていうことも考えてもらって。そういうことを考えてもらうために、けっこうIPRを使う |
| Dさん | D6 | （RPでは）Th役がその時に何をしたいと思ってるか、どういう介入をしたいと思ってるのか、何をどう広げたいと思ってるのかとか。そのためには、どう見立ててるのかということと、何をしたいと思ってるのかだね。れがきっちりと明確になるようにするし、明確になったらちゃんとできるように、繰り返しです |
| | D7 | 仮説は良し悪しを問わなければ、そういうのはそれなりにみんな持っているものはあるんだろうなっていうはある。でも、それが家族療法的かどうかというと、なかなか難しかったりする。じゃあ何を見てるのかというと、すごい個人の思い入れとか、あまり適切な表現ではないかもしれないけど、お茶の間心理学的な（笑）、親はこうあるべきとかね（中略）、もうちょっと使える仮説を理解するまでってすごく難しいかなっていう気がします |
| | D8 | （システムズアプローチを目指す人には）何をしたいと思っているのか、目的意識を持って会話をしているということを理解してもらいたいなって言う気持ちで見てもらってます |
| Eさん | E3 | 大学院生には、どういう仮説を持っているのかということを聞きます。それが精神分析であっても何でも、仮説がなければ面接はできない。何がしたいのかと聞くし、何を考えているのかをしつこく聞きます。臨床経験のある人で、ものの見方を教える講義の中では事例を使って教えます、どういう仮説の立て方があるのかとか |

[33] IPR（対人関係想起法）のプログラムでは、ロールプレイ面接をビデオ録画してそれを見ることによって、トレーニー自身が実際に面接をしていた時の感情や考えていたことを思い出し、自分自身に対する観察力や思考力、統制力などの気づきを得ることが可能になると考えている（Kagan et,al、1990）

「仮説」については、以下のようになった。A さんは、「(集団 SV で）聞こえない声を声にするってことをよくやる（中略）お母さんにもっと甘えたいのかなあとか色んなメタファーが出てきて、参加者なりの仮説がたくさん出てくる」(A6)、「(SV は）基本は面接を録音してきて一緒に止める。(中略）止めて、ここまでで（トレーナーが）何が言いたいって細かくやる」(A7）と述べている。B さんは「(トレーニーの）やりたいことを重視してあげる。(仮説として）出てきたものが何であれ、そこそこ整合性があれば許してる」(B5)、「(無理かなと思う子には）まずとことん考えさす、(中略）ちょっとヒントを与える。かなり神経質になる、(自分の意見を）言いすぎないように」(B6)、「どういう仮説を持つかとか、最近は仮説についてはあんまり言わない」(B7）と述べている。C さんは、「(Cl に）どのように注目してどのように傾聴していくかっていうことが大事で、(中略）(Th 自身の）内的なプロセス」(C6)、「自分なりに言葉にする、(中略）そういうことを考えてもらうためにけっこう IPR を使う」(C7）と述べている。D さんは、「何をしたいかっていうのが明確かどうか（中略）明確になったらちゃんとできるように、繰り返しです」(D6)、「仮説は良し悪しを問わなければ、それなりにみんな持っているものはある（中略）もうちょっと使える仮説を理解するまでっていうのがすごく難しいかなっていう気がします」(D7)、「(システムズアプローチを目指す人には）目的意識を持って会話をしているということを理解してもらいたい」(D8）と述べている。E さんは、「大学院生には、どういう仮説をもっているのかということを聞きます、それが精神分析であっても何でも、仮説がなければ面接ができない」(E3)、「ものの見方を教える講義の中では、事例を使って教える、どういう仮説の立て方があるのか」(E3）と述べている。

表 5. 初歩的な技術に関すること

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A8 | （RPを）途中で止めて、今トレーニーは何を考えてたかとか、これからどうしようと思ってるのかとか、Cl役の話をどういう風に聞いてたのかとかこうしようと思ってる、ああしようと思ってるって、じゃあそれまあまあ、やってみなさいと言って続けさせたり |
| | A9 | （RPは）こっちが止めることもできるし、Thが止めることもできる。ちょっと困ってますとか、こっからどうしたらいいでしょうかとか |
| | A10 | （RPで）Th役をしているトレーニーの顔にカメラが向いてて、その40分を見直して、それでここはどう思うとか止めながら、なんでここでこういう風にうなずいたのかとか、なんでここでこういう風に反応したのかとか、そういう風にしてトレーニングをしてます |
| Bさん | B8 | （トレーニーの）技術的なことがちょっと入ってくる。気持ちがいくら相手のこと考えてても、相手がしゃべってくれた時にこう反応できる、当り前のってことがある、そういうことは教えるし、応答の仕方とか、そんなことはまあ普通にやる |
| | B9 | RPか、もしくは実際（のトレーニーのケースの）テープ起こしさせるか、どういう風に会話を進めようとしてるのか、そこで何が起きてるかっていうことをあえて気がつかせる、あるいはディスカッションする。そういうことによって、会話っていうのはどういう風に進むかっていう意識を持たせる。この会話がどんなふうに進んでいるかということを注目する、そこに意識が向くようになったらいいんですけどね。話が聞けるっていうのは、コミュニケーションの相互作用をキャッチできる人 |
| | B10 | （トレーニーの面接の）テープを起こさせたり、目の前でやってみてもらったり、こんなことがありましたって30分もあったことを5行でしゃべるなと言う。30分は30分のままでそのまま見せろと、最初のうちはそういうことしつこくやります。適当にごまかした報告は許さない、たいがい自分の都合のいいように報告してる、それはもうテンション高い（中略）細かなコミュニケーション指導できる。だからの逐語録なり目の前でのRPっていうのはすごく大事、初期のうちは特に大事 |
| Cさん | C8 | 自己探索段階では、相手が自分を振り返って言葉にしてくれる、支援者がファシリテイトするためのスキル。それと、僕がやってた注目と傾聴だけじゃなくて、注目と傾聴してるって相手に見えるような行動をする |
| | C11 | 基礎の場合には、感情の反映ってあんまり出てこない。それから、質問は慣れてないと、大学院生で初めての場合には、開かれた質問を使えない。そういう質問の連続で、Clもそのパターンにはまっていって、次どうしたらいいかわからなくてRPを続けられなくなることがある |
| | C10 | （RPのビデオを止めて）そこに自分を持っていって振り返る。（中略）言葉にしてないだけの意識かもしれないけども意図はある。ないっていう人がいて、「これ悪くなるためにやってる人って」言うと誰も手をあげないよね。で、「あげなかった理由は？」と聞くと何か答える。それが意図だよって言うと、OKっていうことになることが多い。でも、その意図も意識化する練習をする。そうすると、意図とスキルがつながる。 |
| Dさん | D9 | RPでどのぐらい出来てるのかっていうのはもちろん見ていきます。それと、日頃のコミュニケーションと切り離してっていうわけにはいかないと思います。日常的なコミュニケーションが？なのに、臨床技法だけめちゃめちゃ上手いとかっていう人はあんまりいない。だから、作業能力とかも含めてだとは思います |
| Eさん | E4 | 大学院生には、面接のRPで初歩の初歩を授業の中で教えます、面接室への入り方とか、座り方とか挨拶とか、いろいろ（笑）その中で、Cl役からフィードバックをもらえるようにする |

「初歩的な技術に関すること」については、以下のようになった。A さんは「（RP を）途中で止めて、今トレーニーは何を考えてたかとか、これからどうしようと思ってるのかとか、Cl 役の話をどういう風に聞いてたのかとか、こうしようと思ってるとか（聞く）」（A8）、「（RP は）こっちが止めることもできるし、Th が止めることもできる」（A9）、「（カメラをトレーナーの顔に向けていたビデオを見直しながら）ここはどう思うかとか、なんでこういう風にうなずいたのかとか、何でこう反応したのか（聞く）」（A10）と述べている。B さんは、「気持ちがいくら相手のことを考えていても、相手（Cl）がしゃべってくれた時にこう反応できる、当たり前のってのことがある」（B8）、「（トレーニーの実際の面接の逐語記録を使って、トレーニーが）どういう風に会話を進めよう

としているのかとか、そこで何が起きてるかっていうことをあえて気づかせる（中略）この会話がどんなふうに進んでいるのかということを注目する」（B9）、「テープ（逐語記録）起こさせたり、目の前でやってもらったり（面接で）30 分であったことを 5 行でしゃべるなと言う（中略）RP はすごく大事」（B10）と述べている。C さんは、「（自己探索段階では）僕がやっていた注目と傾聴だけじゃなくて、注目と傾聴してるって相手に見えるような行動をする」（C8）、「基礎の場合は感情の反映ってあんまり出てこない（中略）開かれた質問を使えない」（C9）、「（RP のビデオを止めて）『これ悪くなるためにやってる人』っていうと誰も手を挙げないよね。で、あげなかった理由を聞くと何か答える。それが意図だよって言うと OK ってなることが多い」（C10）と述べている。D さんは、「RP でどのぐらい出来てるのかっていうのはもちろん見ていく（中略）それと、日頃のコミュニケーションと切り離してっていうわけにはいかない」（D9）と述べている。E さんは、「大学院生には（RP で）面接室への入り方とか、座り方とか挨拶とかいろいろ（指導する）」（E4）と述べている。

表 6. 技法

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A11 | そのトレーニーに似合った指導っていうのが一番大事なんだよ(笑)、そいつにできないことを言っても仕方ないし、やらせてもずっこけちゃう、かなり順当な介入っていったら変だけど、例えばストラテジックな介入とかって一般のセラピストってそうそうできない |
| | A12 | 構造派の考え方は教えやすい。マッピングさせて、どこをどう変えたらいいかっていう話をして、それには具体的にどうするかっていうことを、実際の面接の場面で介入指導していくとか、そういうことが多い。あとはジェノグラムインタビューの仕方とか教えます |
| Bさん | B11 | ソリューションやりたい子もいるし、家族構造とかっていう子もいるし、ポジティブリフレーミングだけで、そういう肯定療法というか、どう言っていいかわからないけど、いろいろいる（中略）それなりに考えがあるわけで、それをやっぱり重視してあげる |
| | B12 | （SVで）イライラしてくるのは僕の問題、自分が正しいって思ってるから。だからその度に反省する（笑）。うまいこといったケースがあったからなあ、自分のやり方が正しいと思い込んでたんだと、その経験があるたびにおとなしくなる(笑)。それはダメだからこっちやれとか言わなくなった |
| Cさん | C11 | （自己探索段階の）3つ目はそれをしていくことっていうコンビネーションで、どのような質問をしていくか。質問するだけじゃなくて、もちろん応答するから、応答に関しては言い換え、それから感情の反映 |
| | C12 | 初期にやってるのは見立てと意図の関係、Dさんが言ってる「できる」というスキル、これが意図があってもつながんない。見立てがよくわからないからできない、これってシステムなのね。見立てと意図とスキルを使うっていうのはやっぱ練習、この連動を練習するっていうイメージもあるかもしれないね |
| | C13 | （面接のアクション段階で）Th（トレーニー）が何か行動を起こすことで変化を起こす。（トレーニー）それぞれが面接で使っているスキルが違う。それから、面接のプロセスの中で、ClとThが一緒に動いていって段階が変わる、または引っ張って行ったらついてこれるっていう変化。それが起きなくてズレてると、Clが次の段階に進みたいのにみたいに、Clの反応がとまどったり、嫌になったりっていうのがある |
| Dさん | D10 | （トレーニーの）スキルの「できる」が難しいね（笑）、技法。（中略）次はそれに基づいて何をしたいと思うかとか、何をしなければならないかとか、これもまあある程度できるんだけど、そこから先は実際に自分が介入ができるかどうか、そこがちょっと時間かかるなあという気はします。（中略）頭ではわかってるんだろうと（笑）思いたいんだけど（笑）、思ってたとしてもそっから先が難しい |
| Eさん | E5 | ものの見方ができるようになった人には、ジョイニングとか、仮説設定とか、下地作りとか、かなりいろいろあるけど、治療のプロセスを分割した形式のRPを使って徹底的に教えます |

「技法」については、以下のようになった。A さんは、「そのトレーニーに似合った

指導というのが一番大事、できないことを言っても仕方ないし、やらせてもずっこけちゃう」（A11）、「構造派の考え方は教えやすい（中略）ジェノグラムインタビューの仕方とか教えます」（A12）と述べている。B さんは、「（トレーニーによって何をやりたいのか）いろいろいる（中略）それなりに考え方があるわけで、それを重視している」（B11）、「（B さん自身が）自分（の考え方）が正しいと思い込んでたんだと、その経験があるたびにおとなしくなる（中略）それはダメだからこっちやれとか言わなくなった」（B12）と述べている。C さんは「（面接プロセスの中での）コンビネーションで、どのような質問をしていくか（中略）応答に関しては言い換え、それから感情の反映」（C11）、「見立てと意図とスキルを使うっていうのはやっぱ練習、この連動を練習するっていうイメージもあるかもしれないね」（C12）、「Th（トレーニー）が何か行動を起こすことで変化を起こす。それぞれ面接で使っているスキルが違う」（C13）と述べている。D さんは、「スキルの『できる』が難しいね、技法（笑）、（中略）それに基づいて何をしたいと思うかとか、何をしなければならないかとか（中略）そこから先は実際に自分が介入できるかどうか、そこがちょっと時間がかかるなあという気はします」（D10）と述べている。E さんは「ものの見方ができるようになった人には（中略）治療のプロセスを分解した形式の RP を使って徹底的に教えます」（E5）と述べている。

表 7. 面接全体の組み立て

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A13 | そのケースとその人のやり方に似合った本を読ませる。だいたい英文なんでみんな嫌われるけど(笑)、でもまあけっこう読んでくる子もいる |
| | A14 | ケースのレジュメ読んでも本当に何が起きているのかわからないから、全逐語ですね。CIの了解を得て、それでとらせてもらってもいいですかって言って、治療のために指導を受けてるっていうことを。できれば音声テープと |
| Bさん | B13 | 自分の反応を武器にして、道具にしてきちっとある流れが作れる、自分の思うような流れを作っていける、そのためには仮説がへっぽこな仮説だったら流れが作れないから、やっぱりその仮説の妥当性とか、そういうことが関与、関連してくるわけだけど、まずやっぱり運営能力というか、そこをけっこう言ってるような気がします |
| Cさん | C14 | （アクション段階で）面接のプロセスの中で、CIとThが一緒に動いていって段階が変わる、または引っ張って行ったらついてこれるっていう変化。それが起きなくてズレてると、CIが次の段階進みたいみたいな、CIの反応がとまどったり、いやになったりっていうのがある。 |
| | C15 | 見立てっていうのは大枠で、治療のゴール設定みたいなものと関係がある。ゴール設定とアセスメントを一緒にしたようなものが「見立て」。「セッションマネージメント」って、こっからどのぐらいの期間でどういう風にもっていくかっていうプランニングっていうかアイディア、このセッションをどうやって終わったらいいかって言うのも含めてセッションマネージメントも関係してるよね。初期の段階では時間がないからほとんど扱わないけど |
| Dさん | D11 | 事例論文を書かせます、書かせる中で勝手に勉強させる |
| Eさん | E6 | 学会発表や事例論文を書かかせます |

「面接全体の組み立て」については、以下のようになった。A さんは、「ケースとその人のやり方に似合った本を読ませる」（A13）、「本当に何が起きてるのかわからないから全逐語（を見せてもらう）ですね（中略）できれば音声テープと（一緒に出しても

らう)」(A14) と述べている。B さんは「仮説の妥当性というか、そういうことが関与、関連してくるわけだけど、まず（面越の）運営能力というか、そこをけっこう言ってるような気がします」(B13) と述べている。C さんは、「面接のプロセスの中で、Cl と Th（トレーニー）が一緒に動いていって段階が変わる、または引っ張って行ったらついてこれるっていう変化」(C14)、「見立てっていうのは、治療のゴール設定みたいなものと関係がある（中略）ここからどのぐらいの期間でどういう風に持っていいくかっていうプランニング（中略）このセッションをどうやって終わったらいいかっていうのも含めてセッションマネージメントも関係している」(C15) と述べている。D さんは「事例論文を書かせる中で勝手に勉強させる」(D11) と述べている。E さんは、「学会発表や事例論文を書かせます」(E5) と述べている。

表 8. その他

| | | |
|---|---|---|
| Aさん | A15 | グループSVは、職種が全部違うんです、色んな職種が入ってきてて、そうすると、エコシステミックな関与の仕方っていうのを教えられる。こういうケースはソーシャルワーカーの人だとどう見るかとかね、こういうケースだと精神科医はどう見るかとか、そういうの意見をこう聞いてみると、視野が広がる。それから、治療的なリソースをどういう風に得たらいいかっていうことも学習できる |
| | A16 | ワンウェイミラーの裏側だと自由にふらふらしていられるじゃない（笑）中に入っちゃったら治療者然としてなきゃいけないから緊張するし巻き込まれるからね、そういうのじかに触れられる |
| Bさん | B14 | 要するに相手のためになるように、Clや家族の役に立ちますようにと、自分をどう役に立てるか、この時間で自分を使ってこの人たちにどういう風に役に立てるかという意識 |
| | B15 | （Th自身の問題解決を）通過した後、次の段階で僕のやり方を見せる、意識高めて良く見ろというのは、その後のトレーニングの段階 |
| Cさん | C16 | （家族療法のモデル）基本的にはビデオを使って、Eさんのが一番使いやすい。あの人は、共感的に関わっているというのでもわかるんだけど、でも何でここうなるのっていうのも出来るじゃない？学生にあれを見せてクレームつけさせて、じゃあ自分でやってみようっていう。で、やってみると、個人のレベルと家族のレベルで違いが一目瞭然。自分が言ったことをやってみると、仲間同士でロールプレイやるから、家族が怒ったりすぐにしゃべんなくなったりするからね、それで自分で納得する。 |
| | C17 | M1の場合に家族療法の基礎理論一応カバーして、「わかる」の方をやって、それで「できる」の方は難しいぐらいで終わっちゃう。自分は出来ないんだって、違うものが必要だっていうのを認識してもらって、家族療法は僕はアドバンスだと思う。情報量も多いし関係性も多いから、そういう認識をもったら、必要だという状況になったら、やっぱりそれはそれなりの研修受けてと |
| | C18 | 日本の弁証法的行動療法って総合的なんだけど、個人療法のレベルではできない。（中略）要するに随伴性をどうやって変化させるかって考えると、（中略）家族療法なんだよね。でも、随伴性っていう発想でやってる。（中略）この頃、認知行動療法的な言語を使うようになった。そっちの方が便利 |
| Dさん | D12 | システムズアプローチの研究会を月に1回やってます。院生も参加するし、修了生や、外部の専門職の方も参加して、みんなで勉強するという感じ |
| Eさん | E7 | 初学者からある程度のレベルまで、どのレベルであれ、希望するトレーニーにはシステムズアプローチのものの見方を徹底的に指導します、それがないと無理です。ただし、大学院生にだけは、教えません、資格試験に合格できなかったら困るから。ただし、SGSS(グループSV)は大学で行っており、興味のある学生が随時参加するし、外部の専門職の方も参加する |

「その他」では、以下のようなコメントが見られた。「グループ SV は、職種が全部違うんです、（中略）エコシステミックな関与の仕方っていうのを教えられる。こういうケースはソーシャルワーカーの人だとどう見るかとかね、こういうケースだと精神科

医はどう見るかとか（中略）そこから、治療的なリソースをどういう風に得たらいいかっていうことも学習できる」（A15）、「ワンウェイミラーの裏側だと自由にふらふらしていられるじゃない（笑）（陪席で面接室の中にトレーニーが）入っちゃったら治療者然としてなきゃいけないから緊張するし巻き込まれるからね、そういうのじかに触れられる」（A16）と述べている。B さんは、「この時間で自分を使ってこの人たちにどういう風に役に立てるかという意識」（B14）、「（Th 自身の問題解決を）通過した後、次の段階で僕のやり方を見せる、意識高めて良く見ろという」（B15）と述べている。C さんは、「（家族療法の模擬面接ビデオを見せて）学生にクレームつけさせて、じゃあ自分でやってみようっていう。やってみると、個人のレベルと家族のレベルで違いが一目瞭然」（C16）、「家族療法は僕はアドバンスだと思う。情報量も多いし関係性も多いから、そういう認識をもったら、必要だという状況になったら、やっぱりそれはそれなりの研修受けてという」（C17）、「（弁証法的行動療法について）随伴性をどうやって変化させるかって考えると（中略）家族療法なんだよね。でも、随伴性っていう発想でやってる（中略）この頃、認知行動療法的な言語を使うようになった。そっちの方が便利」（C18）と述べている。D さんは、「システムズアプローチの研究会を月に 1 回やってます。院生も参加するし、修了生や、外部の専門職の方も参加して、みんなで勉強するという感じ」（D12）と述べている。E さんは、「SGSS(グループ SV)脚注で補足は大学でも行っており、興味のある学生が随時参加するし、外部の専門職の方も参加する」（E7）と述べている。

## 第４節　考察

それぞれのトレーナーのトレーニングに関するインタビュー結果を、「トレーニーの自己理解」、「クライエントの気持ち」、「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」、「面接全体の組み立て」、「その他」の 7 つに分類した。

これらの分類で挙げられた項目を元に、個々のトレーナーのトレーニング内容を整理し、トレーニングの違いと共通点に関する影響要因、トレーニングにおいて重視点している点について考察する。

### １．トレーナーごとのトレーニングの特徴

＜A トレーナー＞

A さんは、専門施設でトレーニングを行っている精神科医である。特定のトレーニングを、アメリカのマスターセラピストから受けており、その方法を現在も使っていると述べた（表 1）。

A さんは、「トレーニーによって違うから、これ（指導の仕方）がベストとはいえない（中略）それぞれの強みを自分なりに見つけてもらってって感じが多いです」（A1）、「そのトレーニーに似合った指導というのが一番大事、できないことを言っても仕方な

いし、やらせてもずっこけちゃう」（A11）、「ケースとその人のやり方に似合った本を読ませる」（A13）、など、トレーニーの独自性を重視しているようである。そして、「（何度言ってもこのトレーニーは無理だと思うと、トレーニーに対して）ロールシャッハテストを使う（中略）それをフィードバックして、何でそういうことになるのかって教えたりする」（A2）というコメントから、トレーニーの特徴を理解してもらうために、心理テストを使っているようであった。しかし一方で、「（トレーニーが専門職としてやっていくことについて）やめた方がいいなっていうのはあります。（中略）でも、面白いもんで、絶対使いもんにならないなと思ってても、半年とか 1 年で急に伸びたり、（中略）全然伸びない人もいる」（A3）ことから、トレーニング段階だけでは、トレーニーの可能性を限定することはできないことを指摘した。

また、「（カメラをトレーナーの顔に向けていたビデオを見直しながら）ここはどう思うかとか、なんでこういう風にうなずいたのかとか、何でこう反応したのか（聞く）」（A10）など、それがクライエントから見たらどう受け取られるのかという客観的な視点を取り入れている。

このようなトレーニーの独自性と可能性、客観性を重視する細かい視点は、個人 SV における「本当に何が起きてるのかわからないから全逐語（を見せてもらう）ですね（中略）できれば音声テープと（一緒に出してもらう）」（A14）「（SV は）基本は面接を録音してきて一緒に止める。（中略）止めて、ここまでで（トレーナーが）何が言いたいって細かくやる」（A7）というコメントにも表れている。

さらに、トレーニーを陪席させることについて、「ワンウェイミラーの裏側だと自由にふらふらしていられるじゃない（笑）（陪席で面接室の中にトレーニーが）入っちゃったら治療者然としてなきゃいけないから緊張するし巻き込まれるからね、そういうのじかに触れられる」（A16）と述べている。この 2 つの視点の違いは、クライエントらのシステムを直接見ることによる情緒的な巻き込まれの可能性と、セラピストを含めたシステムを客観的にみることの違いを、トレーニーに体験させるように思う。

次に、集団 SV において、「（集団 SV で）ケースの逐語記録を用いてシナリオ RP をする（中略）模擬ライブだよね、ここまででどうかとか、ここでこういう風に介入して母親や父親がどう思ったとか」（A4）、「そこまでの Cl 役のフィードバック（中略）Cl 役にも Th 役にも、ああそうかという気づきが出てきて」（A5）と、ケースの逐語記録を用いたシナリオロールプレイを活用している。また、初歩的なロールプレイでは、「（RP を）途中で止めて、今トレーニーは何を考えてたかとか、これからどうしようと思ってるのかとか、Cl 役の話をどういう風に聞いてたのかとか、こうしようと思ってるとか（聞く）」（A8）、「（RP は）こっちが止めることもできるし、Th が止めることもできる」（A9）と、ロールプレイにおいてさまざまな視点を活用している。それは、セラピスト役のトレーナーが Cl の話をどういう風に聞いていたのかという客観性の指摘、トレーナーの意図の確認、どのようにしようと思っているのかという働きかけ方への質

問などである。A さんは、クライエント役にもセラピスト役にも、どちらのトレーニーにも何らかの気づきが出てくることに触れた。ロールプレイであっても、セラピスト役やクライエント役を演じることによって、その立場に自分をおくことで体験できるということだと考える。

また、「(集団 SV で) 聞こえない声を声にするってことをよくやる (中略) お母さんにもっと甘えたいのかなあとか色んなメタファーが出てきて、参加者なりの仮説がたくさん出てくる」(A6) と、仮説の立て方についてグループで検討することで、たくさんの仮説が出ることを述べた。

また、他職種が集まる集団 SV において、「グループ SV は、職種が全部違うんです、(中略) エコシステミックな関与の仕方っていうのを教えられる。こういうケースはソーシャルワーカーの人だとどう見るかとかね、こういうケースだと精神科医はどう見るかとか (中略) そこから、治療的なリソースをどういう風に得たらいいかっていうことも学習できる」(A15) と、他職種の専門性の違いを明確にできることを述べた。多職種の中で働かなければならない、連携の必要性などを、参加者が間接的に修得できるものとなっていると考える。

技法についは、「構造派の考え方は教えやすい (中略) ジェノグラムインタビューの仕方とか教えます」(A12) と、A さん自身が使っている方法を教えているようであった。

このような A さん自身のトレーナーとしての試みは、A さん自身の経験による (表 1)。このトレーニーとしての経験が、家族を見るという視点と家族を含めたセラピストを見るという視点を獲得させるというトレーニング方法につながっているようであった。

また、A さんは、ロールプレイ 1 つであっても、実際のケースのシナリオロールプレイを集団の中で行うという形態や、初歩的な技術を教えるためのロールプレイで、途中で止めてトレーナーの仮説や意図、どのように働きかけようとしているのかに焦点を当てたり、クライエントの気持ちを考えさせたりと、様々なことを行っていると考えた。集団 SV では、それに加えて、他職種の専門性を理解させたり、それらをリソースとしてどのように使えるかという視点を重視している。個人 SV でも、全逐語を持参させたり、録画や音声も含めたりなど、細かいトレーニングを行っているようである。

これらは、個人開業の精神科医という立場であることや、医師も含めて多職種が集まっているという A さんの置かれている立場に基づいているようであった。

＜B トレーナー＞

B さんは、医療領域で仕事を始め、その後臨床心理士養成の大学院で指導する立場となった。システムズアプローチの提唱者である (表 1)。

B さんは、トレーニー自身のメンタリティを何よりも重視していると述べた。それは、「(トレーニーが) 緊張して、自分がどう見られるのか、Cl や家族からどう評価される

かとか、（中略）自分がどう思われるのかというところから出てこられない人がいる」（B1）、「まずあなた（トレーニー）が何とかしなさいという話、あなたが治療受けて自分を治すという話」（B2）、「Th（トレーニー）側のメンタリティ、状況、状態（中略）を意識してトレーニングすると成長が早いし安心」（B3）というコメントに表れている。

その上で、「気持ちがいくら相手のことを考えていても、相手（Cl）がしゃべってくれた時にこう反応できる、当たり前のってのことがある」（B8）、「（トレーニーの実際の面接の逐語記録を使って、トレーニーが）どういう風に会話を進めようとしているのかとか、そこで何が起きてるかっていうことをあえて気づかせる（中略）この会話がどんなふうに進んでいるのかということを注目する」（B9）だと述べ、トレーニーに対して、面接の場を客観的に俯瞰する能力を求めている。

それらに対して、「（トレーニーのやりたいことを重視してあげる。（仮説として）出てきたものが何であれ、そこそこ整合性があれば許してる」（B5）、「（無理かなと思う子には）まずとことん考えさす、（中略）ちょっとヒントを与える。かなり神経質になる、（自分の意見を）言いすぎないように」（B6）、「どういう仮説を持つかとか、最近は仮説についてはあんまり言わない」（B7）など、仮説の立て方については、トレーニーに対して柔軟であろうと努めているようであった。

それは、「（トレーニーによって何をやりたいのか）いろいろいる（中略）それなりに考え方があるわけで、それを重視している」（B11）、「（B さん自身が）自分（の考え方）が正しいと思い込んでたんだと、その経験があるたびにおとなしくなる（中略）それはダメだからこっちやれとか言わなくなった」（B12）というコメントにも表れている。

しかし一方で、「仮説の妥当性というか、そういうことが関与、関連してくるわけだけど、まず（面越の）運営能力というか、そこをけっこう言ってるような気がします」（B13）と述べ、「仮説とトレーニーのやりたいこと」と、それに対する「ケース全体の組み立て方」については「運営能力」と表現し、関連していることを指摘している。

トレーナーがそのように自分自身を何とかできるようになり、意識をクライエントに向けることができるようになることで、「Cl や家族の役に立ちますように、自分をどう役に立てるかという意識」（B4）が持てるようになると考えている。「この時間で自分を使ってこの人たちにどういう風に役に立てるかという意識」（B14）は、システムズアプローチの基本である。面接全体の中で自分がどのようなふるまいをすることが相手のためになるのかという視点には、家族に合わせるということだけではなく、細かいアセスメントや慎重なコミュニケーションが必要である。それは、「テープ（逐語記録）起こさせたり、目の前でやってもらったり（面接で）30 分であったことを 5 行でしゃべるなと言う（中略）RP はすごく大事」（B10）というコメントに表れている。

B さんが強調しているのは、セラピストのメンタリティがしっかりすること、その土台作りができていることである。その次の段階として、「（Th 自身の問題解決を）通過した後、次の段階で僕のやり方を見せる、意識高めて良く見ろという」（B15）と述べ

ている。

B さんは、トレーナーなりに Cl や家族を意識しながら、意味のある会話をすることが重要であると考えているようである。これは、B さんのトレーナーとしての経験が、大学院での初学者の指導であったという背景と関連していると考えた。2 年間という期間限定の指導の中で、今後のトレーニーの可能性も含めて、その専門性のようなものの土台作りを重視しているのかもしれない。

＜C トレーナー＞

C さんは、アメリカでの個人療法の経験を積み、そこから家族療法を視野にいれた視点を持つようになった。専門機関で実践と専門家の育成に携わる傍ら、さまざまな対人援助の専門職の大学院で講師を務めている（表 1）。

C さんは、「ヘルピングスキルという個人のモデルを使うと、4 日間の院生の集中講義で（Th の）何か自分の変化とか気づきが得られる」（C1）と述べ、個人を対象とした psychotherapy の学習モデルを応用して使っていると述べた（表 1）。

C さんが重視しているのは、「(RP ビデオの振り返りで) Th 役がふんずまった体験だけじゃなくて（中略）そこで Cl 役がどういう体験をしたのか教えてもらう」「(RP ビデオを振り返って、中略）Cl 役の人がこの時にどういう体験をしたのか（中略）ぼくが正しいっていうことは意味がないと思う（中略）Cl 役の人が変わるためのものだから」(C3)、「あえて言ったら、Cl センタードの研修、答えは Cl の反応からヒントにする」(C4)、「IPR で自分の Cl のロールをイメージしてもらうと、どんなことが起きるかって本人の視点が変わるからとってもおいしい」(C5) のコメントから分かるように、クライエントの気持ちをトレーニーに体験的に教えたいという点である。そのために、ロールプレイと、IPR を使っていると述べている。クライエントの気持ちを C さんが教えるのではなく、ロールプレイでクライエント役を演じたトレーニーからのフィードバックを重視している。それは、仮説に関して、「(Cl に）どのように注目してどのように傾聴していくかっていうことが大事で、(中略) (Th 自身の) 内的なプロセス」(C6) と説明し、それがトレーニー自身の内的なプロセスであり、実際の面接場面における相互作用とは別であると説明している。さらに、トレーニー自身が「自分なりに言葉にする、(中略）そういうことを考えてもらうためにけっこう IPR を使う」（C7）と述べ、トレーニーの意図に注目することを促している。さらに、「僕がやってた注目と傾聴だけじゃなくて、注目と傾聴してるって相手に見えるような行動をする」（C8）と話し、面接の場を俯瞰して自らを振り返るような視点を重視している。

それは、相互作用における技術的なことへのコメントにもみられる。「(自己探索段階では) 僕がやっていた注目と傾聴だけじゃなくて、注目と傾聴してるって相手に見えるような行動をする」(C8)、「(RP のビデオを止めて)『これ悪くなるためにやってる人』っていうと誰も手を挙げないよね。で、あげなかった理由を聞くと何か答える。それが

意図だよって言うと OK ってなることが多い」（C10）など、トレーニーの援助の意図を言語化することを重視している。

初歩的な技術に関しては、「基礎の場合は感情の反映ってあんまり出てこない（中略）開かれた質問を使えない」（C9）など、C さんが初学者のトレーニングを重ねてきた経験に基づくようなコメントがみられた。

さらに、実際の面接プロセスについて、「見立てと意図とスキルを使うっていうのはやっぱ練習、この連動を練習するっていうイメージもあるかもしれないね」（C12）、「Th（トレーニー）が何か行動を起こすことで変化を起こす。それぞれ面接で使っているスキルが違う」（C13）とトレーナーの独自性に関するコメントも見られた。「（面接プロセスの中での）コンビネーションで、どのような質問をしていくか（中略）応答に関しては言い換え、それから感情の反映」（C11）は、家族療法の用語ではないが、C さん自身が変化を起こすために使っているスキルを言語化したコメントであると考えた。

面接のプロセスについては、「面接のプロセスの中で、Cl と Th（トレーニー）が一緒に動いていって段階が変わる、または引っ張って行ったらついてこれるっていう変化」（C14）、「見立てっていうのは、治療のゴール設定みたいなものと関係がある（中略）ここからどのぐらいの期間でどういう風に持っていいくかっていうプランニング（中略）このセッションをどうやって終わったらいいかっていうのも含めてセッションマネージメントも関係している」（C15）と述べている。表 1 で C さんは、システムみたいなものを見ているのだと思うけど言語化できないと述べているが、かなり重層的なアセスメントを行っていると考えられる。そのことについて C さんは、「（家族療法の模擬面接ビデオを見せて）学生にクレームつけさせて、じゃあ自分でやってみようっていう。やってみると、個人のレベルと家族のレベルで違いが一目瞭然」（C16）、「家族療法は僕はアドバンスだと思う。情報量も多いし関係性も多いから、そういう認識をもったら、必要だという状況になったら、やっぱりそれはそれなりの研修受けてという」（C17）と述べている。しかし一方で、「（弁証法的行動療法について）随伴性をどうやって変化させるかって考えると（中略）家族療法なんだよね。でも、随伴性っていう発想でやってる（中略）この頃、認知行動療法的な言語を使うようになった。そっちの方が便利」（C18）と述べていることから、家族療法の理論や考え方が、C さんにとってあまり使い勝手が良くないのではないかと考えた。

C さんは、ヘルピングスキルや IPR など、個人療法のツールを使いながら家族を視野に入れてトレーニングの仕方を工夫してきたと考えている。それは結果的に、個人の治療理論を前提としているトレーニー、あるいは実践している援助職の人にとっては、家族を視野に入れるというごく普通の考え方の提示になると考えられる。対人援助職を志すトレーニーにとっては、家族療法のシステム論という一見すると難しい理論よりも、垣根の低いところから家族療法に入ることが可能になるのではないかと考えた。

＜D トレーナー＞

D さんは、医療機関での実践経験から、臨床心理士養成の大学院でトレーニングをする立場となった。

C さんは、臨床経験のない大学院生に指導する中で、「（トレーニーの）人格は問わない」（D1）、「初心者の人は誰でもそうなんだけど、相手（Cl）よりも自分（トレーニー）に注意が向いてしまう」（D2）、「（トレーニーが）2 年間の中で出来ることをまずはやってもらって、その後はその後の臨床経験、人生経験の中で伸びていってくれたらいいと期待している」（D3）と、2 年間という限定された期間でできることを目指してもらうこと、その後のトレーニー自身の可能性に期待している。

そのできることの 1 つとして、ロールプレイをあげている。「ちょっと困ってるなあとか、行き詰ってるなあという状況があれば（RP で）を再現してもらう。（中略）担当者（トレーニー）が（RP で）自分の Cl の立場になるといろいろ思うところがあるみたい」（D4）、「RP の時は Cl の意見を聞けるからね。（中略）Cl 役の学生からフィードバックしてもらう」（D4）と、ロールプレイを通して、クライエントの気持ちを理解できるようにすることを重視している。そして、「RP でどのぐらい出来てるのかっていうのはもちろん見ていく（中略）それと、日頃のコミュニケーションと切り離してっていうわけにはいかない」（D9）と述べ、大学院という組織の中で、トレーニングだけではなく、さまざまなコミュニケーションを通してトレーニーを見ていることに言及した。

仮説に関しては、「何をしたいかっていうのが明確かどうか（中略）明確になったらちゃんとできるように、繰り返しです」（D6）、「仮説は良し悪しを問わなければ、それなりにみんな持っているものはある（中略）もうちょっと使える仮説を理解するまでっていうのがすごく難しいかなっていう気がします」（D7）と述べている。D さんは、ここでもトレーニーの可能性として、仮説に関してはそれなりにみんな持っているものはあると言及した。

その一方で、「スキルの『できる』が難しいね、技法（笑）、（中略）それに基づいて何をしたいと思うかとか、何をしなければならないかとか（中略）そこから先は実際に自分が介入できるかどうか、そこがちょっと時間がかかるなあという気はします」（D10）と期間限定でのトレーニングの難しさを話した。その上で、「事例論文を書かせる中で勝手に勉強させる」（D11）と述べ、ケース全体を振り返ることの重要性を指摘した。

D さんは、「システムズアプローチの研究会を月に 1 回やってます。院生も参加するし、修了生や、外部の専門職の方も参加して、みんなで勉強するという感じ」（D12）と述べ、外部の専門職も参加した研究会を主催している。「（システムズアプローチを目指す人には）目的意識を持って会話をしているということを理解してもらいたい」（D8）と述べているように、大学院という初学者のトレーナーとして、特にシステムズアプローチを教える場合には、という内容のコメントが見られた。

＜E トレーナー＞

E さんは、もともと専門機関で実践を積み、特定のトレーナーに長期間指導を受けた経験がなく、初級・中級・上級とかなり構造化されたトレーニングを行ってきた。現在は、大学院での指導が中心となっている（表 1）。

E さんは、構造化されたトレーニング方法と、大学院におけるトレーニング方法の違いを明確に分けて考えている。それは、「大学院生には（RP で）面接室への入り方とか、座り方とか挨拶とか、いろいろ（教える）」（E4）、「シナリオ RP を使う（中略）Cl 役からフィードバックをもらう」（E2）など、ロールプレイを使って、Th 自身への理解と Cl の気持ちの理解を、初歩的な技術のトレーニングの中で実践しているようである。

また、「大学院生には、どういう仮説をもっているのかということを聞きます、それが精神分析であっても何でも、仮説がなければ面接ができない」（E3）と述べていることから、初学者である大学院生の志向を尊重していると考えた。しかし一方で、「パーソナリティを問うつもりはなく、個人の特徴みたいなものを指摘したり、RP で指摘したり（中略）しつこく言ってるつもりでも通じなかったりするから困る」（E1）と述べていることから、その難しさを感じているようである。

構造化されたトレーニングでは、「ものの見方を教える講義の中では、事例を使って教える、どういう仮説の立て方があるのか」（E3）「ものの見方ができるようになった人には（中略）治療のプロセスを分解した形式の RP を使って徹底的に教えます」（E5）など、システムズアプローチを実践できるようになるためという目的を明確に持って、トレーニングを行っていると考える。

E さんは、「SGSS(グループ SV)には、興味のある学生が随時参加している」（E7）と述べ、大学院生と外部の経験のある専門職との接点を作り、システムズアプローチの視点を提供している。

E さんは、システムズアプローチを学びたいという志向のあるトレーニーを対象としたトレーニングに携わってきた。しかし、大学院は初学者の集団である。それに対して、「希望するトレーニーにはシステムズアプローチのものの見方を徹底的に指導する。（中略）ただし大学院生には教えない、資格試験に合格できないから」（E7）というコメントがあった。E さんは、自らのトレーニングに関する試行錯誤の経験が、現在の大学における指導との大きなギャップになっていると考えた。システムズアプローチを学びたいと希望した援助者へのトレーニングが、そのまま大学院で使えるとは限らない。しかしそれは、SGSS を大学内で実施したり、ロールプレイを用いたトレーニングを行う中で、方向性が明確になったものであると考える。

２．トレーニングの違いと共通点に関する影響要因

これらから、個々のトレーナーのトレーニングから、各自が重視しているポイントが、トレーナー自身のトレーニングの経験や、各トレーナーの立場や置かれている環境によ

って異なっていると考えた。その点について、A さんと E さんの違い、B さんと E さんの違い、C さんの独自性から検討する。

精神科医である A さんと、臨床心理士である E さんは、専門性が異なっているが、専門機関において構造化されたトレーニングを実践してきたという点で共通している部分が多い。違いは、A さんが自らの家族療法のトレーニーとしての経験から、その方法を多用していることに対して、E さんは自らの試行錯誤において学び、システムズアプローチを提唱し、認識論を前提としたシステムズアプローチのトレーニングを構造化している点である。しかしどちらも、セラピストを含むケース全体を俯瞰する視点を強調しており、使っている用語が異なっているだけではないかと考えた。さらに、集団 SV において、多職種の専門性を学ぶ機会を提供している。それは、専門性だけではなく、多様な経験年数を経た援助職者が集まることで、SV の視点も提供している。

B さんもシステムズアプローチの提唱者であるが、E さんとの違いは、トレーニングの場である。専門機関でトレーニングを行ってきた E さんと違い、B さんは大学院生の指導からトレーニングを始めた。両者ともシステムズアプローチを教えているが、E さんが認識論から入っているのに対して、B さんは初学者のメンタリティを重視している。その基礎ができてから、システムズアプローチのトレーニングを行っているようである。共通点は、どちらも定式的なトレーニングを受けたことがなく、システムズアプローチは、日本独自のさまざまな実践から生み出されたことが明らかである。

C さんの独自性は、多様な専門職を対象としたトレーニングにおける用語の使い方である。それは、個人療法を志向するセラピストや専門職のトレーニーが、家族を視野に入れた志向をすることに関して、ある種の入りやすさとなるのではないかと考えた。

このように、トレーナー自身のトレーニングの経験の有無や、トレーナーがトレーニングを始めた環境、対象とするトレーニーによって、その重視点が異なっていると考えた。

しかし、トレーニーを含む面接を俯瞰する視点を獲得させるようなさまざまな方法においては、システムズアプローチの考え方との共通項がほとんどである。各トレーニーが使っている用語やその使い方が、トレーニングの違いやトレーナーの志向性の違いとして際立っているだけにすぎないのではないかと考えた。

３．トレーニングにおいて重視している点について

個々が重視しているポイントの共通項として、「トレーニーの自己理解」、「クライエントの気持ち」、「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」、「面接全体の組み立て」、「その他」の 7 つに分類した。

まず、「トレーニーの自己理解」と「クライエントの理解」については、どちらも表裏一体であると考えた。それは、5 人全てのトレーナーがロールプレイを用いてトレーニングを行う中で、トレーナーにセラピスト役とクライエント役を体験させ、それらを

言語化させているからである。これらは、システムズアプローチにおけるジョイニングにおける重視点であると考える。特に、観察の視点はその対象として、クライエントらのシステムと、セラピスト自身を含むコミュニケーションシステムを俯瞰する視点が不可欠である。ロールプレイはその視点の獲得のために有用であると考えられる。

「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」は、「仮設設定―意図を持った関わり―関わった結果としての観察」のプロセスと同様のものであると考えた。

「仮説」は、トレーナー全員が必要なものであると述べているが、それが 1 つだけであると困るし（A6）、言葉にする（C7）ことが必要だと述べられている。また、使える仮説である方がといい（D7）とも述べられた。

「初歩的な技術に関すること」は、うなずき方（A10）、「応答の仕方」（B8）、「開かれた質問」（C11）、「面接室への入り方」（E4）など、人としての基本的なコミュニケーションスキルが含まれているようである。

システムズアプローチの仮説は、クライエントらのシステムに対する仮説と、セラピスト自身を含むコミュニケーションシステムを俯瞰するという観察に基づいて立てられる仮説がある。しかし、観察の視点としてそれら 2 つのシステムの違いが明確にされているが、「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」に分類したトレーニングにおいては、その 2 つが明確な違いとして挙げられていない。それは、おそらく「技法」において、多くのトレーナーが、「トレーニー自身の志向性」を前提としていることによるのではないかと考えた。例えば、「そのトレーニーに似合った」（A11）、「それなりにやりたいことを尊重する」（B11）、「トレーニーそれぞれが使っているスキルが違う」（C13）と指摘されている。

具体的な「技法」としては、「構造派の考え方」（A12）、「応答に関しては言い換え、感情の反映」（C11）が挙げられている。認識論を前提としている E さんは、「ジョイニングとか、仮説設定とか、下地作りとか、治療のプロセスを分割した形式の RP」（E5）と述べている。これらの具体的な「技法」を、ある種の型のようなものと考えるならば、型よりも「トレーニーの独自性」を重視しているようである。それは、言いかえればトレーナー自身の、セラピストとしての独自性があるのではないかという可能性を示唆するものである。

それらが「面接全体の組み立て」に影響を与えていると考えた。「仮説」、「初歩的な技術に関すること」、「技法」がシステムズアプローチにおける「仮設設定―意図を持った関わり―関わった結果としての観察」のプロセスと同様であれば、その積み重ねが「面接全体の組み立て」につながるからである。

「面接全体の組み立て」については、「運営能力」（B13）、「セッションマネージメント」（C15）と表現されている。あるいは、「そのトレーナーに似合った本を読ませる」（A13）、「事例論文を書く、学会発表をする」（D11、E6）などである。システムズアプローチは、枠組みを対象として、その変化を目的とする。「面接のプロセスの中で、

Cl と Th が一緒に動いていって段階が変わる」（C14）と表現されるような形がある。しかし、その前提に含まれる技法が、ほとんど挙げられなかった。

システムズアプローチでは、枠組みを対象として、その変化を目的としている。そのため、クライエントらが来談するという行為だけで変化が起こっている可能性もある。それを前提として考えたとしても、「技法」はセラピスト個々の独自のものがあるのではないかと考えられる。それは、「構造派の考え方」（A12）、「応答に関しては言い換え、感情の反映」（C11）などの言語化されるものだけではなく、言語化できないものであるのかもしれない。

## ４．おわりに

本章では、トレーナーへのインタビュー調査から、ロールプレイを用いて、「トレーニーの自己理解」と「クライエントの理解」、さらに「初歩的な技術」を身につけられることが指摘された。また、「技法」には、構造派の考え方や言いかえ、感情の反映など名前のついているものではなく、セラピスト独自のものがある可能性を見出した。そして、システムズアプローチを広く組織のアセスメントとして用いる場合のトレーニングとして、集団 SV が活用できることば明らかとなった。

# 第三部　システムズアプローチのトレーニング

# 第６章　ロールプレイによるシステムズアプローチの視点の獲得

本章では、大学におけるロールプレイの効果を検討するために、トレーニーにインタビュー調査を行った。その結果から、システムズアプローチの視点が獲得できる可能性ついて検討する。

## 第１節　問題と目的

ロールプレイとは、対人援助職など人を相手とする職業において、専門家の研修のために使われる役割演技である（針塚、2010）。サービスを提供する側とそれを受け取る側の両方の役割を演じることによって、より一層専門家としての資質や対応の技術を向上することが期待されている。

大学院生は、ロールプレイでセラピスト（以下、Th とする）役とクライエント（以下、Cl とする）役を演じることによって様々な体験をすることができる。古田（2003）は、大学院生が事例を理解するために、ロールプレイ体験が重要な学習方法であることを述べ、それによって自己理解や他者理解が促進することを指摘した。大学院を修了し、現場で働く臨床心理士の追跡調査からは、修士時代にやっておいた方がよいこととして「社会経験」があげられており、人とのコミュニケーションが取れることが心理の仕事につながるという理由が述べられた（田島、2009）。また、見立て形成について十分に学習できること、体験できる機会があること（田島、2009）や、知識など頭ではわかっているが実際の行動に活かされる域までには至っていない点（青木、2009）が指摘された。

本研究では、臨床心理士を目指す大学院生をトレーニーとして、１年間のロールプレイにおいてどのような体験をして、何を学んだと感じているのかについてインタビュー調査を実施した。その内容に関するデータを提示し、ロールプレイの効果を明らかにすることを目的とする。

## 第２節　方法

１年間のロールプレイを行ったトレーニー８名を対象として、３月末の１週間でインタビューを行った。データは、ロールプレイの内容に関するものと、トレーニーへのインタビューである。トレーニング内容については、その詳細を検討するために、トレーニング場面の一部を提示する。また、トレーニーが自分のロールプレイの逐語記録を振り返った感想について、トレーナーに述べた時のやり取りの一部を提示する。

### １．トレーニング内容データ

①　１年間のトレーニング内容についてまとめた（表 1）。

②　第 2~3 回でのトレーナーのコメントの一部をまとめた（表 2）。

③　インテーク面接のトレーニング場面の一部をまとめた（表 3)。
④　トレーニーが逐語記録を振り返った感想を述べた場面のトレーナーとのやりとりの一部をまとめた（表 4)。

２．インタビューまでの手続き

インタビューの調査協力依頼は、事前に少し考えてもらうために、インタビューの 1 週間から 10 日前に行った。その際に、「今後のトレーニングの参考にするために、ロールプレイの感想を聞きたい」という目的の説明と、そのインタビュー内容に関して匿名扱いとし、個人情報を提示しないという説明を行った。その結果、8 名から許可を得た。面接は非構造化面接法を用いて各 10 分程度で行い、すべて IC レコーダで記録した。

３．分析方法

①　録音されたデータをすべて逐語記録に起こした。
②　事前にインタビューで知りたいことを伝えていたため、インタビュアーが「ロールプレイの感想を教えてください」と質問したことに関して、最初に話された内容を重視した。非構造化面接のため、調査協力者が表面的に行われたロールプレイ以上に、個人的に何らかの主体的な取り組みをしたかどうかについては、あえてインタビュアーの方から質問しなかった。あくまで、どのような感想を持ったのかという質問に対する答えを広げるような聞き方をした。そのため、最初に話された発話内容について、インタビュアーが明らかに話題を変えたり、インフォーマントの主たる強調点を変えた質問やコメントをしたかどうかについて、インタビュアーのコメントの妥当性の評定を、臨床心理士の資格をもつ博士後期課程の学生１名と研究生１名に依頼した。
③　評定された発話部分までの中から、比較的その内容がわかりやすいコメントを表にまとめた（表５)。なお、2 名の評定が異なった場合は、始めに出てきた発話内容の方を採用した。
④　インフォーマントがトレーニング中あるいはトレーニング後に、主体的に取り組んだり、自分なりに検討した点が話された発話内容を表にした（表６)。

第３節　結果

まず、１年間のトレーニング内容（表１)、第 2～3 回におけるトレーナーのコメントの一部（表２)、３名のトレーナーの「インテーク面接」のトレーニング場面（表３)、トレーニングの際の逐語記録を起してみた感想の一部（表４)、最初に話されたトレーニングの感想（表５)、主体的に取り組んで検討した点について（表６）について、まとめた。

以下の表、および「表の説明」について、Cl はクライエント、Th はセラピスト、trainer

はトレーナー、trainee はトレーニー、SV はスーパービジョンを表す。また、インタビュー内の＜＞は、インタビュアーの言葉、(笑) は笑い、(　　) 内は補足説明を表す。

表 1．1 年間のトレーニング内容

| | 演習構造 | 補足内容 |
|---|---|---|
| 第1回 | 授業のガイダンスと、トレーニーの個別関心事の聞き取り | トレーナーが、心理療法の指向と演習への要望について確認した。 |
| 第2回 | 3人1組でグループを作り、アシスタントがCl役、トレーニーがTh役と記録役で10分間話を聞く。 | 演習の目的は、Clが自分の言いたいことをThに言えるような関係を作り、主訴を話せるようにすること |
| 第3回 | 3人1組でグループを作り、アシスタントがCl役、トレーニーがTh役と記録役、10分間話を聞く。主訴は「不眠」 | Th役には内緒で、「自分から来談したCl役」と、「周りに言われて仕方なく来談したCl役」が設定された。きちんと対応してくれないThに話はしなくてもいい。 |
| 第4回 | 3人1組でグループを作り、アシスタントがTh役、トレーニーがCl役と記録役。主訴は各自で設定。 | 自分たちがThをした時と、どう違うか考えるよう指示された。 |
| 第5～6回 | 3人1組でグループを作り、Th役、Cl役、記録係を決めて面接を行う。主訴は各自で決定。 | 対人関係形成時の自分の癖や特徴に気づいて、クライエントに合わせて修正するよう指摘された。 |
| 第7～14回 | Th役とCl役が真ん中で1組だけロールプレイを行い、トレーナーがコメントをする。 | Th役ではなくCl役に注目して、何の影響でそのような反応になったのか考えること |
| 第15回 | アシスタントがCl役、トレーニーがTh役、真ん中1組で行う。トレーナーが途中でコメントをする。 | インテークを想定した面接の演習。Clはしんどいことを話すのだから、共感することが必要。その中で日常生活の中で変わったことが起こってないか、その要因はなかったかの経緯を押さえること。 |
| 第16回 | アシスタントがCl役、3グループに分かれ、トレーナーが回りながらコメントをする。 | 同上 |
| 第17回 | 同上 | 何名かのトレーニーが、ICレコーダーで録音をし始めた |
| 第18～19回 | 3グループに分かれ、Th役とCl役で15分間行う、トレーナーが回りながらコメントをする。 | トレーナーが、Th役のトレーニーの個々の要望に合わせて、ロールプレイ演習の途中でコメントをしたり、終わってからしたりした。 |
| 第20～21回 | 前回同様3グループで行い、トレーナーがTh役にコメントを書いたメモを渡す。 | 同上 |
| 第22～23回 | 真ん中1組だけで、希望者がTh役、Cl役をする。 | トレーニーがビデオカメラで自分たちの演習の撮影を始めた。 |
| 第24回 | 真ん中1組だけで、Th役、Cl役をする。 | アセスメントのための質問が全くできないことから、トレーナーが、疾患別にアセスメントのポイントをまとめてくるという症状学の課題が出された。そこでトレーニーが疾患ごとにまとめてくることに決まった。 |
| 第25～27回 | 真ん中1組だけで、希望者がTh役、Cl役をする。 | トレーニーごとに、面接における特徴的な癖が指摘された。 |
| 第28回 | 症状別ポイントについて、各自まとめてきたものを発表 | |

（表 1 補足）

アシスタントは、大学院博士後期課程の学生であり、臨床心理士の資格を持っている。第 2 回から第 14 回までの課題は、第 2 回の補足内容にあるように「Cl が自分の言いたいことをトレーニーに言えるような関係作り」であり、基礎的な対人関係スキルのトレーニングである。実際のクライエントを想定した応用的なトレーニングが繰り返され、

第 5〜6 回でトレーナーから「対人関係形成時の自分のクセや特徴に気づいてクライエントに合わせて修正すること」が指摘された。第 15 回からは、インテーク面接を想定して行われた。第 25 回では、トレーニーごとの面接における特徴的な癖が指摘されている。第 18 回からトレーニーが自らのトレーニングを IC レコーダで記録し始め、第 22 回からはビデオカメラで記録をし始めた。

表 2. 第 2〜3 回におけるトレーナーのコメントの一部

| | |
|---|---|
| ① | 挨拶の時に Cl が立ちあがったから Th があせってバタバタした。Th の話すスピードが速いし、うなずきも早すぎるから、Cl がついてこれていない |
| ② | Th が立ったままの挨拶がぎくしゃくしている、マニュアル通りにやろうとしすぎ |
| ③ | Cl に合わせて立ったまま挨拶をしたのはいいけど、座ったとたんに緊張しすぎ |
| ④ | 挨拶は、相手の頭がもとに戻るまでが挨拶、そこまでちゃんと確認すること |
| ⑤ | Th の挨拶から着席までがあまりにもぎこちない、それに Cl が反応して戸惑っている |
| ⑥ | Th に表情がない |
| ⑦ | Th が下を向きながら Cl に「話して下さい」と頼んでいるから、Th が頭をあげるまで Cl が待っている |
| ⑧ | Th 自身が完全に座りきる前に話し出すのはアウト。最初に共感コメントをまとめてしまうから Cl の話が止まってしまう |

①〜④は挨拶に関する指摘である。また、①〜③、⑤はトレーニー自身の緊張感の高さに関するコメントである。⑦⑧は「下を向きながら Cl に依頼」したり、「座りきる前に話し出す」など、対人関係におけるごくごく基礎的なマナーに関する指摘である。

表 3．3 名のインテーク面接のトレーニング場面

[trainee1、trainee2 が、それぞれ、しどろもどろになった時]
trainer：自分でまずいなと思ってるでしょう、なんでまずいかわかる？しんどくなるっていうのは、具体的にどんな風になったのか、いつの場面か、その場面と時期を共有して話さないとだめ。
trainee1 ：最初にトレーナーに言われたことをちゃんとしようとしてわからなくなってしまったんです。
trainer：「職場でですね」という聞き方よりも、「他の場所では全然起こらないんですね」と聞くと除外診断になる。全部を特定しなくてもいいけど、除外しておいた方がいい。

trainer：ストップ、頭ついてってる？大丈夫？
trainee2 ：時間の経過が整理できないです。
trainer：Cl は普通、自分なりに説明している。自分の日常に基づいて話している、だけど Th はその日常を全くわからない。バラバラに出たものを、まとめてこんな理解でいいですか？というのが予診。

[trainee3 が話せなくなり止まってしまった時]
trainer：ストップ、あたま大パニックになってる？
trainee3 ：はい
trainer：Cl が 3 時間寝てるって言ったのは、いつもとは言ってない。いつの間にかいつも 3 時間ということになっている。Cl の話していることを誤解したままで質問を続けると、Cl は否定できない。思い切り否定しなければならないから Cl は逆らえない。だめかな、うまく伝わらないなという感じになる。誤解に基づく前提は絶対にだめ、1 番よくやるパターン。はっきりしたことがわからないから、Th が不安になる。
[再度開始して]
trainer：止めようか？戻そうと思ったんだけど、頭ン中で戻らないのかな。
trainee3 ：はい
trainer：仕事や勤務時間を聞いたら安心した？
trainee3：あんまり…
trainer：自分でそんな意識してないと思うけど、事情聴取になっているのわかった？質問して答えてという構造になっている。予診の場合は、話したことを受け取ってくれているということを返すことが必要、しんどさを理解してもらっているという安心。治療関係できあがっちゃうことは、普通はまずい。だけど、今のは荒っぽすぎる。

トレーニングでは、表 3 の trainee1～3 のように、トレーニングの途中でトレーニーが何を言っていいのかわからなくなる場面が多かった。一方で、trainee3 はトレーナーのコメント以降に、逆に極端に「事情聴取になっている」ことを指摘された。

表 4. トレーニー5 名が、トレーニングの際の逐語記録を起してみた感想を述べた場面

trainee 1：違和感があった。思ったより表面的なことだけ話していた、早口だったし、こんな言い方したらイヤやろうなあとか単純に思った。
trainer：いいところに気づいたね。イメージの中にある自分の面接はすごくきれいだけど、もっと細かく書いたら恥ずかしくて仕方ないと思う。頭の中で思ってるイメージをもとに SV 受けるのと、すべて起こして SV するのは違う。この言い回しだったらどんな風になったのかと言った時に、Th は覚えてない。普通の人間関係だと、すごい小さいことが気になる、積み重なるといやな感じになる。初回は、違和感があるやりとりがどれだけ少ないかが大事

trainee 2：言い回しから混乱が相手に伝わるなと思って、なんていうか、雰囲気が日本語じゃない
trainer：外から見てると、Th が困ってるというのがよくわかる

trainee 3：Cl の話し流れに乗ってない、メモ取りすぎ
trainer：結構ショックだった？イメージ
trainee 3：ボロボロだった…
trainer：もっと聞き直してみて、アラが見えてくるから

trainee 4：言い淀んでる感じが、自分で思ってるのとテープで聞くのは違う
trainer：そう違ってた？
trainee 4：聞いてみると頭ばっかりで聞いてるみたいで、やな感じです
trainer：逐語を起してると、自分がその時何を考えていたか思い出す。どうしたらよかったか、次の質問を考える、そのこと自体がずれてるところで、何でこの時にこう言ったのか自分でないとわからない。

trainee 5：質問して答えてって、自分が聞いてるんだけど、（Cl に対して）考えてから聞くからぎくしゃくするのがわかった
trainer：どうやって聞いてる？何考えてるの？
trainee 5：え一？最初は聞かなきゃっていう思いで、
trainer ：それどういうこと？聞いてるという結果を作ること、それを実現するには何をすればいいの？何を話してるのかはみんな聞いてると思うけど、何について話してるのかと聞いてるか、何を伝えたいのかは、ほとんどの人が聞いてない。

表 4 では、「こんな言い方したら（Cl が）イヤやろうなあ」（trainee1）、「言い回しから混乱が相手に伝わるな」（trainee2）、「メモ取りすぎ」（trainee3）、「自分で思っているのとテープで聞くのは違う」（trainee4）などの感想が述べられている。このように、Cl の視点に立って自分自身を振り返っているコメントがほとんどだった。それに対するトレーナーのコメントも、「イメージにある自分の面接はすごくきれい」、「外から見ているとトレーニーが困っているというのがよくわかる」など、Cl の視点を提示している。また、「もっと聞きなおすこと」も勧めている。「考えてから聞くからぎくしゃくする」（trainee5）などから、トレーナーが、「自分がその時に何を考えていたのか思いだす」ことを指摘している。

表 5. 最初に話されたトレーニングの感想

<A さん>
前期のうちはすごい戸惑いがあったんですよね、戸惑いっていうのは何だろ、心理って技術的なところをやるっていうのが何となく、まあ重要だっていうのはわかってたけど、ここまで細かいとこをしなきゃいけないのかっていう（笑）[中略]自分の中で面接っていうのはすごい意識してやんなきゃいけない、すごい影響を与えるんだっていうことを教えてもらった、何だかすごい自分で自覚できるようになったのが大きいです

<B さん>
自分以外の時はやっぱ冷静に（笑）見れるっていうか[中略]すごく参考になって、だけど自分がロールプレイで（笑）2 人で、みんなが見てるっていう状況ですか、とってもじゃないけど、何を言われても、何にもわからないし（笑）[中略]まずそれがプレッシャー

<D さん>
すごい今でも印象に残ってて、最初のロールプレイっていうのが[中略]人と話すってみんなやってるし、僕も生きてきた中でずっとやってきたんですけど、人の話も聞いてきたし、なんていうんですかね、自信っていうか、話すことはできるやろみたいに思ってた。やってみると、極度の緊張と、その、人の話を、悩みをまあ聞くっていうだけで、なんでこんなぎこちないっていうか

<E さん>
みんなの前でやることになってー、それはそれで何か緊張感も高かったし[中略]みんなの前っていうのでちゃんとしなきゃしなきゃっていう意識が高くなって

<F さん>
全体的には勉強になったというか、何か場馴れするチャンスにはなったんかなーって思いました<ああ、慣れた>えーとー、いやでも、完璧に慣れたかと言われるとー、まだまだなんですけど、んー、でも何か、あのトレーニングが一番自分のこのスタートラインと、最終的なトレーニングの終わりとの差、が、あの、けっこう変わったなっていうのが一番実感でした

<G さん>
普通に話せるやろって、自分の中では思ってたんですね、こうもっと、でも何かすごいかっちんこっちんになって（笑）、もう、何も言葉がでてこなくて、何にもできねっていう、でなんか、普通に話すっていうことの難しさを感じたことと[中略]一言で言ったらすごい、人と接するのがこんなに難しいのかって（笑）思い知りました

<H さん>
インテークの情報、その辺のテクニックみたいな部分を学んできてたかなっていう印象、自分中では。[中略]その辺のことを意識したつもりになってたら、なんか後期になって逆にその辺のことばっかり意識しすぎ、意識しすぎて自分の中でまあちょっと固く、固くというか、逆にそれこそ、共感性みたいなのはないんかって言われて（笑）、なんやろ、もうー（笑）、もう受容と共感ってなんだろーみたいな（笑）

<I さん>
もう全然違うから、アプローチーというか、んー、し、なんか自分—、思ってるのと違うっていうか、そんでいろんな立場があるし、広くやらなくちゃいけないし、まだ自分がどのね、アプローチでやってくかって決めてないし、違和感はあるけどもやらなくちゃいけない、課題みたいな感じで受け止めてて、ん、でー、やってたから、ちょっとなんかしんどいなって感じがあった

表 5 から、A さんは「(トレーニーが Cl に) すごい影響を与えるんだっていうことを教えてもらった、何だかすごい自分で自覚できるようになった」と述べ、自分自身の与える影響について自覚的になったことを述べている。「(面接で) 話すことはできるやろみたいに思ってた」(D さん)、「普通に話すっていうことの難しさを感じた」、「何も言

葉が出てこなくて何もできない」（G さん）などは、基礎的な関係作りの難しさを話していた。また、「みんな（他のトレーニー）が見てるっていう状況」（B さん）や「みんなの前でっていうのでちゃんとしなきゃしなきゃっていう意識が高くなって」（E さん）などは、トレーニング中に自分が見られているという緊張感を示している。H さんは「インテーク面接のテクニックみたいな部分を学んできてたかなっていう印象」と述べ、I さんは「まだ自分がどのアプローチでやっていくか決めていない」と心理療法のスタンスの違いについて話している。

表 6. 主体的に取り組んで検討した点について

**<A さん>**
何が成長してるのかって全然わかんないんですよ、この授業で。そういうのがわかったらいいっていうわけじゃないんですけど、全然わかんないんで、まあ最初のうちに先生言ってたけど、DVD だかビデオで撮影してそれを振り返れば自分でもわかるようになるとかいう話は聞いてたけど、それしなかったんで、そういうことしとけばよかったかなって

**<B さん>**
ビデオ見るとなんか死にそうになったし（笑）<そうなんだ（笑）見たの？ビデオ>自分のビデオを 1 回だけ[中略]ちょっと手とか足とかは想像してる範囲だったかなと思うんですけど、そのあとで先生とのやりとりとかビデオに写ってるその時の自分の焦り方、わーとかやってる時の、もう恐ろしく不自然で（笑）

**<D さん>**
振り返りの大事さを学んだ気がする。振り返りって、IC レコーダにとって<ああ>今までその、学部が臨床じゃなかったので、心理じゃなかったんで、面接ってすごい初めてだったんです。振り返りすることもなかったし、だから、やっぱ聞いたりしたら、ひどいじゃないですか、あ、先生が言ったこと外から聞いて俺もわかるみたいな。先生が（言ってることは)、特別な違いじゃなくて会話としておかしい（笑）

**<E さん>**
なんかちょっとあたしには足らないかも（笑）って感じなので、やっぱり何か授業以外で一人―でするとか何か当たり前だけど、機会がないので、そういう風にやってもらえるロールプレイとか<んっとあれかな、相手が欲しいってことかな、それとも>そうですね、相手が欲しいですね<練習の？>はい、で、友だちとかに頼むと、けっこう本当に悩みとかになっちゃうじゃないですかー

**<F さん>**
自分の感想というか、あれを書いてて、ある時、なんか同じことばっかり書いてないかと思って、前のとか全部読みなおしてみた時に、同じことばっかり書いてて、あ、これじゃだめだなって思って、ので、ちょっと変えてみたりとか<ん？ん？な、何を？>ん、やっぱ毎回上がってる自分の反省点、同じようなことばっかりあって、これは共通してるなっていうのがあったら次じゃあここを気をつけてみようみたいなんとか、反省が共通してるところは、あの、やっぱり共通してるので、毎回ダメだったので、それを次回ちょっと気にしてみようかなっていう[中略]ちっちゃいことしかできないので、まあ、細かいことを気にしていってって感じですかね

**<G さん>**
始めビデオに撮ってなかったので、それ（表情が硬いと何度も指摘されたこと）もわからなかったんですよ[中略]その、客観的に見るっていうのがなかった時には、やっぱりほんとにどうしたらいいんやろっていうのに常に悩まされていました、[中略]初めて自分の面接を見た時はショックでした。こう見るじゃないですか、もうほんとに 3 秒ぐらいしか見れなくてもう（笑）初めてすぐ消してしまって（笑)、衝撃的すぎて[中略]見ないと勉強にならんと思って見だして始めて、見るようになってからやっぱり、何やろ、ホントに緊張してるのがわかったりとか、声が震えたりとか[中略]鏡をみて、まずこんにちわから始めたんですよ、で、まず（笑）鏡に自分の顔映るじゃないですか、それがもう、どんだけ顔引きつってんねんって顔ですよ

**<H さん>**
（授業の中で気持ちが）揺れ動いて、ずっとなんか揺れてましたね、たぶんこれ、トレーニングだけじゃない気もするので、自分の性格のところもあるんかなって思って。なんか、このやり方（自分のやり方）合ってるか合ってないかっていう見方でやってしまうんで

**<I さん>**
表情とかそういうのをビデオに撮ってみて、そういうのはすごい大事やと思った。そういう観点で考えたことはなかったから、そういう点はやっぱり現実的に必要なことだと思ったから[中略]始めは見たくないって思ってたけれども、でも見たら、やっぱりああこういう顔してるんやってるんだって思うから、それから見慣れてチェックするのが、まあ（笑）楽しみとまではいかないけど、ああ、なんかチェックチェックという感じで（笑）積極的に自分の中で顔見ながら、今のはもうちょっとこうとか

表 6 から、「(自分の声の録音したものを聞いたら) やっぱり聞いたらひどいじゃないですか」(D さん)、「(ビデオで) 初めて自分の面接を見た時にはショックでした」、「客

観的に見るっていうのがなかった時には、やっぱり本当にどうしたらいいんやろっていうのに常に悩まされていました」（G さん）、「（自分の）表情とかそういうのをビデオに撮ってみて、そういうのはすごい大事やと思った」、「（自分の姿を）始めは見たくないって思ってたけれども、でも見たらああやっぱり～」（I さん）など、自分自身の面接をビデオカメラや IP レコーダで記録し、それらを客観的に振り返った経験を話している。D さんはさらに「（トレーニングの」振り返りの大事さを学んだ」と述べ、その経験自体が有益であったことを述べている。B さんは「（自分の）ビデオなんか見ると死にそうになった」と話し、G さんらと同じように客観的に見た時のショックを述べているが、そこから振り返った点には触れていない。ビデオや録音には言及していないが、F さんは自分自身の書いた感想文を読み直して「これは共通しているなと思ったら次はここを気をつけてみよう」と、細かいところを気をつけて直していったという独自の振り返りの仕方を話した。一方で、「（自分の態度が）何か恐ろしく不自然で」（B さん）、「なんかちょっとあたしには足りないかもと感じて」（E さん）など、自分への気づきが抽象的なコメントも見られた。H さんのように、「自分の性格のところもあるんかなと思って」と、自分自身の性格に言及するコメントも見られた。

## 第４節　考察

まず、ロールプレイの効果について 3 つの視点から検討し、それがシステムズアプローチにおける「セラピストの理解」と「クライエントの気持ち」、「初歩的な技術」に関して、ロールプレイによって習得できる可能性を検討する。

### １．ロールプレイの効果

#### （１）面接における初歩的な振る舞いについて

表 1 のトレーニング内容にあるように、トレーニーが最初に取り組んだ課題は、面接における初歩的な関係作りである。それに対して、トレーナーから表に 2 にあるようなコメントがなされており、そのほとんどは面接でのクライエントとのやりとりの仕方というよりも、挨拶など初歩的な行動に関するものである。これらの振る舞いの難しさは、表 5 における感想にも表れている。A さんは「（トレーニーがクライエントに対して）すごい影響を与えるんだっていうのを教えてもらった」、G さんは「普通に話せるやろって自分の中では思ってた（中略）人と接するのがこんなに難しいと思い知った」と述べている。また、D さんは最初のロールプレイの印象が強かったと述べた後、「自信っていうか話すことはできるやろと思ってた」と話している。

ほとんどのトレーニーが、psychotherapy というものにある種のイメージを持っていると考えるが、それらは吉川（2006）が指摘しているように「初期の治療関係の構成にとって不可欠な配慮・気づかい」があった上に成り立つものである。例えば、初対面の相手との日常的な関係形成においては、相手の行動に対する新奇な感じや違和感、ズ

レなどは、適切な関係を作りたいという意図のもとに、やり取りの中でお互い徐々に修正されている。本人たちにとって、言語的にも非言語的にも修正している自覚は、「気を使う」という表現のもとで抽象化され、何をどう修正したのかという自らの行動レベルでは気づかれにくいものである。D さんが述べているように、誰もが「生きてくる中でやってきたこと」である。

日常的に「気を使う」場面では、相手の言語的・非言語的な振る舞いに対して何らかの解釈をして、それに合わせて自らの対応を修正する。しかし、相手も同様に、自分の一挙一動に合わせて行動を修正していることには容易に気づくことはできない。そのため、言語的にも非言語的にも、自分のどのような振る舞いが相手に影響を与えているのかについて考えることはほとんどないと考える。面接おける関係形成においては、トレーニー自身がそれらに自覚的になり、相手の反応を細かく観察して配慮することが必要であり、それが求められる専門性の 1 つだと考えられる。

また、野村（2002）が指摘しているように、基本的な態度と技法は、どのような学派の心理療法を学ぶにせよ最低限必要な事柄であり、患者との関係をつくる能力である。しかしトレーニングにおいては、表 2 のトレーナーのコメントにあるように、クライエントに対して下を向きながら「話してください」と依頼したり、トレーニー自身が座りきる前に話しだしたりなど、ごく当たり前のことが指摘されている。トレーニーのほとんどが、対人関係形成時における自らの振る舞いに気づいたり、クライエントへの常識的な対応の難しさを感想として挙げている。そして、それらを修正することの難しさを感じることがロールプレイにおける 1 つの効果であると考える。

（2）クライエントとのやりとりについて

表 5 では、G さんが「何も言葉がでてこなくて、なにもできない」、D さんが「悩みを聞くっていうだけで、なんでこんなにぎこちないのか」と話している。また、表 3 にあるように、トレーニーが話せなくなった場面でのトレーナーのアドバイスは、「いつの場面か、その場面と場所を共有して話さないとだめ」、「クライエントは普通、自分なりに説明している、自分の日常に基づいて話している」、「事情聴取になっている」などである。これらから、トレーニーが、クライエントの話しに言語的に応答できなかったり、情報収集のための適切な質問ができなかったり、あるいはその結果として質問攻めにしている様子が考えられる。

初回面接やインテーク面接、予診などではクライエントの情報収集やそれに基づくアセスメントが求められている。名島（2000）は、インテーク面接と心理検査からなるクライエントの心理アセスメントについて、より重要なのはインテーク面接の方であると述べている。

実際の臨床場面におけるクライアント像は多様である。その心理状態はもちろん、身体の状態や何らかの症状、生活環境や成育歴などさまざまな領域でのアセスメントがな

くては、心理療法を開始することはできない。そのため、大学院の講義においては様々な心理療法の理論やアセスメントの視点など、臨床心理士に必須とされている知識を学んでいる。しかし、表 5 の一部のコメントや表 3 の場面は、そこで得られた知識を実際の面接場面で使うことが非常に難しいことを示している。その難しさを実感できることがロールプレイにおける効果であると考える。

（3）トレーニー自身が客観的な視点を得ることについて

インタビューの中で、多くのトレーニーが自分なりに何とかしなければならないと感じたことに関して、自らのロールプレイを振り返る行為をしていたようである。それは表 6 にあるように、「始めビデオに撮ってなかったので、それもわからなかったんですよ[中略]その、客観的に見るっていうのがなかった時には、やっぱり、ほんとにどうしたらいいんやろっていうのに常に悩まされていました」（G さん）、「表情とかそういうのをビデオに撮ってみて、そういうのはすごい大事やと思った」（I さん）などである。また、IC レコーダで録音したやりとりを聞いた D さんは、「振り返りの大事さを学んだ気がする」と述べた理由として、「やっぱ聞いたりしたらひどい」と話している（表 6）。F さんは、自分の書いた毎回の感想文を見直して「なんか同じことばっかり書いてないかと思って、前のとか全部読みなおしてみた時に、（やっぱり）同じことばっかり書いてて」と気づいて、「反省が共通してるところは毎回ダメだったので、それを次回ちょっと気にしてみようかなっていう[中略]ちっちゃいことしかできないので、細かいことを気にしていってって感じ」と話している（表 6）。

このような客観的な視点で自分自身を振り返ることについては、逐語記録を起した感想を述べた時のトレーナーとのやりとりにも表れている。それは、「自分の思ったよりも早口だった」、「メモとりすぎ」、「言い淀んでいる感じが自分の思っているのと違う」、「（クライエントに対して）考えてから聞くからぎくしゃくする」などである（表 4）。

金沢（1998）は、スーパービジョンにおける材料として訓練生からの筆記あるいは口頭による報告がスーパービジョンの材料としては不正確であることを指摘し、ロールプレイ面接をビデオ録画してそれについて学生と話しあうという授業において一人ひとりが自己を知り、お互いを知ることができると述べている。そのような体験を通して、カウンセラーに対する非現実的な理想像（こうあるべき）の修正をし、どのようにすれば自分を活かすことができるのかという、地に足のついた考えができるようになると論じている（金沢、1998）。

これらのことから、本論でもロールプレイ面接をビデオ録画したり、IC レコーダで録音したものを振り返ることによって、トレーニーが自分自身について客観的な視点を得ることが可能になることが示されていると考えられる。トレーニーが述べているのは、ロールプレイの中で自分がクライエント役に対して主観的に意図しているつもりになっていたことが、意図通りに伝わっていないことに気づいたり、クライエント役から見

た自分が、自分の思い描いていた自己像とは異なっていたことに気づいたという点である。ロールプレイは、トレーニングをすることそのものよりも、トレーニー同士でお互いのロールプレイを見たり、それを振り返るという作業をすることによって、自分自身についての理解を深めることができる。それはセラピストが情緒的に巻き込まれやすい面接においても必要な視点であると考える。

一方、表 5 にあるように、面接における初歩的な振る舞いについて、多くの学生が困難を感じているが、それをどう乗り越えるのか、そこから自分なりにどう修正するかは、各自の自主的な振り返りやそれに関する指導によると考えられる。例えば表 6 では、A さんのように「何が成長したのかわからない」など、自主的にビデオなどでの振り返りをしなかったことへの言及が見られた。E さんのように「なんかちょっとあたしには足りないかも」など、自分自身への気づきが抽象的で明確にならなかったコメントもみられた。H さんのコメントは「自分の性格のところもあるんかな」という自分自身への問題意識に焦点づけられていた。

このような個人差は、臨床心理士養成のためのプログラムが 2 年間だけという限界がある以上、修了後のサポートも含めて検討する必要があると考える。ロールプレイにおいては、例えば表 5 で F さんが述べているように「あのトレーニングが一番、自分のこのスタートラインと、最終的なトレーニングの終わりとの差が、けっこう変わったなっていうのが一番実感でした」というコメントにあるように、客観的に細かい振り返りをすることによって自らの対応を修正できたという体験ができることが重要だと考える。それは今後トレーニーが自分の臨床スタイルを確立する上で、その可能性を示唆できるものになるためである。

２．システムズアプローチの視点を獲得できる可能性について

大学院生の面接のトレーニングにおけるロールプレイ効果として、「面接における初歩的な振る舞い」、「クライエントとのやりとり」、「トレーニー自身が客観的な視点を得ること」の 3 点から考察した。

「面接における初歩的な振る舞い」は、トレーニー自身の特徴への気づきになっていることが明らかである。それは、会話をするということの日常と面接場面における気遣いが異なっているということへの気づきである。多くのトレーニーが、自分がどのように相手に影響を与えているのか、会話において相手が自分に合わせて対応を修正しているということに気づいていなかった。それは、表 2 でトレーナーが指摘することからも理解はできていたが、実際にロールプレイでの会話を録音したものを聞いたり、録画したものを見ることによって、強く意識せざるを得ないものとなっていた。頭で理解して修正しようとするよりも、音声記録や録画を聞いたり見たりすることによって、客観的な視点を体験として理解できるようであった。そして、それらの振り返りについてトレーナーと話すことによって、客観的な視点を意識するようになっていたようだった。こ

れらは、システムズアプローチにおけるトレーニングであげられた「セラピストの理解」につながるものであると考える。

また、それによってどのように修正したらいいのかという「初歩的な技術に関すること」も修得できると考える。そのためには、トレーニー自身の気づきに対して、トレーナーも一緒に振り返るという形式が有効であると考えた。表 4 でのトレーニーのコメントに、「逐語を起してると、自分がその時何を考えていたか思い出す。どうしたらよかったか、次の質問を考える」、「聞いてるという結果を作ること、それを実現するには何をすればいいのか、何を話してるのかはみんな聞いてると思うけど、何について話してるのか、何を伝えたいのかは、ほとんどの人が聞いてない」とある。それは、システムズアプローチにおける初歩的な技術に関するコメントである。何を話しているのかということは「話の内容」になるが、「何について話しているのか」というコメントはクライエントの枠組みに言及したものである。そのように聞くことによって、クライエントが「何を伝えたいのか」を考えることを求めている（吉川、2001、2002）。

「クライエントの気持ち」については、あまり語られなかった。それは、おそらく自分自身への客観的な視点と表裏になっていると考えられるが、それ以上にトレーニーにとって、自分自身を客観的にみるということが、トレーニング全体を通して、強く印象に残っているようであった。

本研究では、大学でロールプレイを行うことで、システムズアプローチの視点が獲得できる可能性について指摘した。その結果、トレーニー自身への気づきが大きく、初歩的な技術が身につく可能性が明らかになった。しかし一方で、クライエントの気持ちに対する理解はほとんど見られなかったが、セラピストの気づきと表裏の関係にあるもので、インタビューで出てこなかったのかもしれない。本研究は、非構造化面接によって行われたものであり、感想を聞くものであった。あえて質問したら出てきたのかもしれないが、大学院生の初めてのロールプレイにおいては、セラピスト自身の気づきが大きく印象づけられるという限界があるのかもしれない。

## ３．おわりに

今後の大学におけるロールプレイでは、第５章でトレーナーらによって提示されていた様々な形態を応用することができるかもしれない。システムズアプローチの視点を修得することが、その後の大学院生の志向性に影響するものではないからである。システムズアプローチでは、仮設設定の段階でどのような理論を用いても構わないと述べた。そのため、トレーニーが精神分析を志向したいと考えていても、システムズアプローチの視点を獲得することは有益であると考える。システムズアプローチの円環的な思考を強調すると、他の psychotherapy との理論的差異が明確なり、特に初学者である大学院生の独自な志向性に影響が大きいかもしれない。一方で、現在のさまざまな対人援助職の実践現場を想定すると、俯瞰する視点の獲得という点から有益性の方が大きいと考

えた。今後は、実践の中でさまざまなロールプレイの形態を施行し、その結果を明確にする。

（注）本章は、「赤津玲子（2011）臨床心理士養成のためのロールプレイ演習の効果について、龍谷大学教育学会紀要、10、pp.19-35」に掲載された原稿に、加筆・修正を加えた。

# 第 7 章　トレーニングとしての会話分析の形式の試案

本章では、非言語コミュニケーションを会話分析の形式に含めることで、従来の逐語記録では表記できなかった、面接の詳細を記述できることを提案した。システムズアプローチのトレーニングでは、面接における言語コミュニケーションだけではなく、非言語コミュニケーションを理解することが必要である。この形式を提案することで、面接の場で起こっていることをより理解しやすくなると考える。

## 第 1 節　問題と目的

通常の事例研究では、面接場面の解釈を行うために言語データを主としており、場合によっては詳細な逐語形式で提示されてきた。しかし、家族療法のような複数を対象とした面接では、「クライエントらの相互作用」と、「セラピスト－家族間の相互作用」のそれぞれを検討することが必要である。

そのため、これまで学術的な形式における発表では、面接場面のローデータをそのまま提示せずに、逐語以外の記述として一定の場面を画像や図として変換し、複数面接の解釈を促進できるようにすることが提案されてきた。これはセラピストが、自分の行った面接場面を説明・表現し理解するために、通常の逐語記録で表記される以上の非言語コミュニケーションなどの情報が必要だったためと考えられる。

しかし、その多くは面接プロセスの一部を切り取って補足的に説明したものであり、その全体を情報として扱うことができるものではなかった。そのため、非言語コミュニケーションのデータを表記し、それらの情報を扱い、説明できるような分析方法が必要であると考えられる。

筆者らは、これまでに事例検討を促進するための必要な情報を記述するという研究として、言語データを会話分析の形式(本章末脚注を参照)に変換するという提案をしてきた（赤津ら 2007)。また、その形式に、視線を記号化して付記することによって、セラピストが言語だけではなく、視線という間接的な非言語コミュニケーションによって、クライエントらの相互作用が促進するように働きかけていることを示し、新たな記述形式の可能性を示した(赤津ら、2008c, 2008d)。

本論では、ある家族面接について、会話分析の形式に記号化された視線と非言語コミュニケーションの一部を付記して説明・解釈することによって、事例を理解するための新たな記述形式を提案する。分析対象とした面接は、家族がセラピストに対して攻撃的な態度を示す場面から始まっている。しかしセラピストは、面接開始後 8 分程度で、面接システムにおけるコンセンサスを構成

した。その転換点と考えられる３つの場面について分析し、面接場面で起こっていたセラピストと家族の相互作用を、より明確に解釈できる可能性があることを報告する。

また本論は、トレーナー（本論のデータにおけるセラピスト）の面接を理解するための多くの試みの１つである。そのすべてを本論だけで述べることが困難であるため、今回は視線に絞り、それに付随する特徴的な非言語コミュニケーションを取り上げることによって、面接場面をよりわかりやすく説明できるような記述形式の提案を優先させた。面接場面における非言語コミュニケーションは、視線だけでなくジェスチャーや動作など、言語的コミュニケーションを補填するコミュニケーションとして絶え間なく起こっているが、これらの中から複数面接における「家族間の相互作用」と、「セラピスト－家族間の相互作用」のみを取り上げ、かつ視線のみを強調した論旨であることを留意いただきたい。

## 第２節　方法

### １．データ

来談者は、抑うつ気分を主訴に来談したクライエント（女性）、父親、母親の３名であり、その面接の一部である。本面接前に母親から、「前回の面接でのセラピストの対応に対するクレーム」の電話が入っていた。そのため本面接は、母親が「前回面接でクライエントがセラピストに傷つけられたと感じ、せっかく安定していた症状が不安定になってしまった」と申し立てるところから始まっている。面接過程においてセラピストは、その対応があくまで「クライエントを保護するための配慮である」ということを伝え続け、面接システムにおけるコンセンサスを構成した。

本論では、転換点となった３つの場面について、通常の逐語記録形式と、会話分析に記号化した視線と非言語コミュニケーションを付記した形式を、対比的なデータとして提示する。場面１の入室場面に関しては、本事例のこれまでの面接構造と、今回の面接構造の違いについて補足説明となる着座位置を図として提示した。

なお、データについては、事例を特定できないようにするための配慮として、面接の解釈に最低限必要な情報のみを提示し、影響を与えない程度に、加筆・修正を加えた。

### ２．分析方法

① 面接場面を、セラピストと家族がすべて映る角度で映像として記録した。

② その言語データを逐語形式に起こしたものをローデータとし、それをもとに会話分析の形式にデータを変換した。
③ セラピスト、クライエント、父親、母親の非言語コミュニケーションの一部と、視線を記号化したものを付記して分析した。

第３節　結果

面接室内の着座位置を示す（図 1）

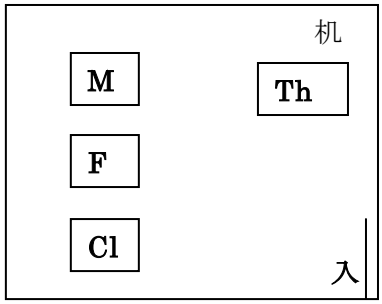



図 1．着座位置

（補足説明）通常はクライエントと母親で来談していた。セラピストは面接開始前から面接室内にいる。通常の入室順はクライエント、母親の順で、着座位置はクライエントが奥、母親が手前である。父親は時折来談したことがある。

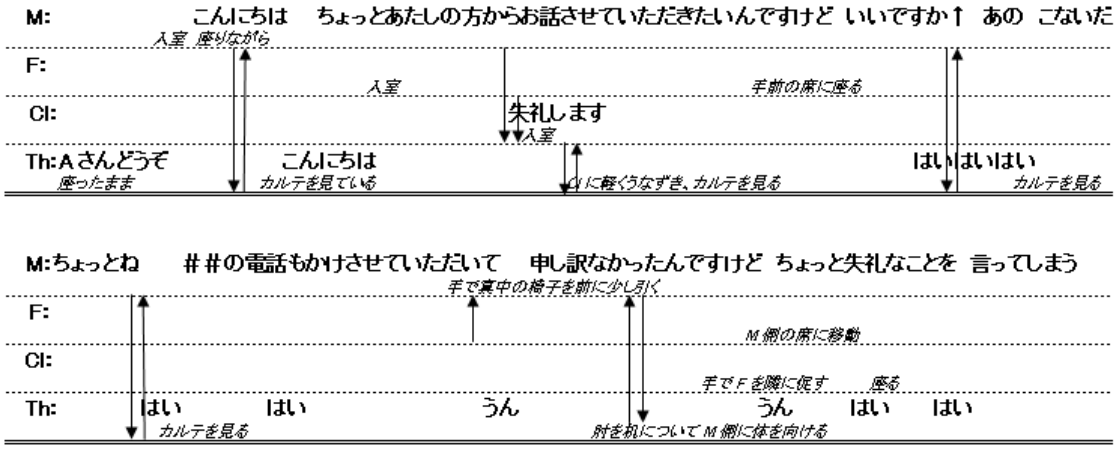
１．入室場面

以下、Th：セラピスト、F：父親、M：母親、Cl：クライエントとする。

[通常の逐語記録]

Th：A さんどうぞ
M：こんにちは
Th：こんにちは
M:ちょっとあたしの方からお話させていただきたいんですけど､いいですか？
Cl：失礼します
Th：はいはいはい
M：こないだちょっとね、＃＃の電話もかけさせていただいて、申し訳なかったんですけど、ちょっと失礼なことを言ってしまうということになるかもしれないですけど、正直ちょっと言わしてもらえると、事実をね、カウンセラーこないだ行って帰ってからものすごく具合悪くなって、ここにいるときからあたしもね、最後の方ね、混乱するんじゃないか、このまま帰ったらって思って…

図２．変換後のデータ（入室場面）




＜会話分析形式のデータの見方＞

M：母親、F：父親、Cl：クライエント、Th：セラピスト。この 4 人のセットで時間の経過が左から右に進む。各自の 1 行目が言語によるコミュニケーションで、この行の↑は語尾が上がっていることを示している。各自の 2 行目に非言語コミュニケーションを表記した。縦矢印については、起点が視線の本人、終点が視線の先を示す。図 5 で表記されている横向き矢印 A と B は、セラピストが家族システムを見ているものである。

[場面の解釈]

母親が最初に入室し、セラピストに話しかけながら、Cl が通常座っていた席（セラピストに一番近い席）に座る。セラピストはその母親と 1 度目を合わせただけで、カルテを見たまま、父親に次いで入室した Cl と一瞬視線を合わせ、軽くうなずく。ここでセラピストは、母親のクレームの申し立てという言語的なメッセージに対して、カルテを見るという動作のみによって応じている。次に Cl と視線をかわして軽くうなずくという非言語的なやりとりによって、Cl が Th を直接的に攻撃するつもりのないことを確認したと考えられる。

その後も Th は、Th に向かって話し続ける母親をほとんど見ずにカルテを見ているが、母親が椅子を手で引き寄せる動作をした瞬間、母親と視線を合わせて、机に肘をついて母親側に体を向ける。この一連の動作を立ったまま見ていた Cl は、すでに着座していた父親に対して、手で真ん中に座るよう促し、自分は一番端（Th から一番遠い席）に座った。

ここで母親が行った椅子を引き寄せるという行為は、入室後まだ着座していない Cl への、ここに座るようにというメッセージであると考えられる。しかし直後に Th は、母親と話すという姿勢を取ることによって、クレームの代弁

者である母親と話すつもりだということを Cl に伝えたと思われる。

２．母子の枠組みのズレが生じた場面（面接開始時から 3 分 55 秒後）

[通常の逐語記録]

M：そういう風にしなさいって言われても、じゃあ具体的にどうしてっていうことがわらかない（中略）言われることが意味がわからないっていうことで、何とか連れてきたんですけども、だからこないだ言われたことが、ほんとはどういう意味だったのか、わざと、B 子にしたら、わざと、あのこう 1 回自分を壊すために言われたのかなとか

Th：壊すってどういうこと？

M：あのー、よくはなってないから、まあ

F：ため、試す

Th：試す？んん

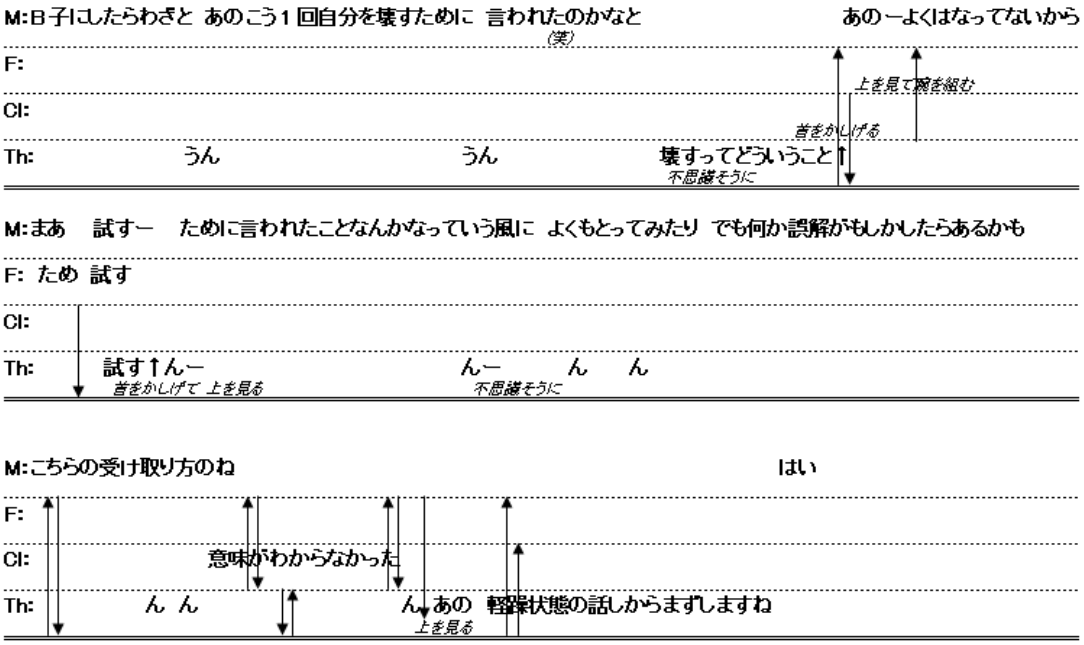
M：ために言われたことなんだなっていう風によくもとってみたり、でも何か誤解がもしかしたらあるかもしれない、こちらの受け取り方もね

Cl：意味がわからなかった

Th：ん、あの、軽躁状態の話から、まずしますね

M：はい

図３．母子間の枠組みにズレが生じた場面の変換後のデータ




[場面の解釈]

Cl の代弁者としての母親は、娘の Th へのメッセージを「自分を 1 回壊す

ために言われたのかな」と、＜Th が Cl を壊すために故意に言った＞と枠組みづけていた。母親が代弁者として示す＜Cl の Th への枠組み＞に対して、Th は＜不思議そうな態度＞で、「壊すってどういうこと？」と、話し始めに Cl を見て働きかけ、直後に母親に視線を戻して Cl にも働きかけたと考えられる。この Th の Cl への働きかけに対して、Cl が＜首をかしげる＞という動作で応じている。このことから、母親が提示する＜Cl の Th への枠組み＞と＜Cl の枠組み＞の間に、ズレが生じていることが明らかである。

Th の一貫した＜不思議そうな態度＞に対して、母親が「あのー」と語尾を伸ばして言いよどむと、父親が腕を組み「ため、試す」と、母親と同様 Cl の第２の代弁者としての立場で、Th を見て言う。しかし Th はそれに対して、変わらずに＜不思議そう＞な態度で応じている。その後、父親の言葉を継いだ母親が、「でもなにか誤解があるかもしれない、こちらの受け取り方のね」と＜困惑＞を Th に示す。その直後に Cl は、「意味がわからなかった」と、言い始めに母親に視線を送り、直後に Th を見て、再び母親に視線を戻している。これは代弁者としての母親の示す＜Cl の Th への枠組み＞の中から、＜受け取り方の誤解があるかもしれない＞という枠組みの部分に関してのみを母親に＜同意＞として示し、Th にそれを直接示したと考えられる。一方で、視線を母親に戻すことによって、母親の代弁者としての立場の継続を促していると考えられる。

直後に Th は「うん、あの」とちょっと上を見てから、「軽躁状態の～」と母親に向かって話し始めている。これは Th が一瞬、中立的な間合いをとることで Cl がそれ以上何も直接的に訴えてこないことを確認し、Cl の要求に準じた形で、代弁者としての母親と再び話し始めたと考えられる。

[中間のやりとりの逐語記録]

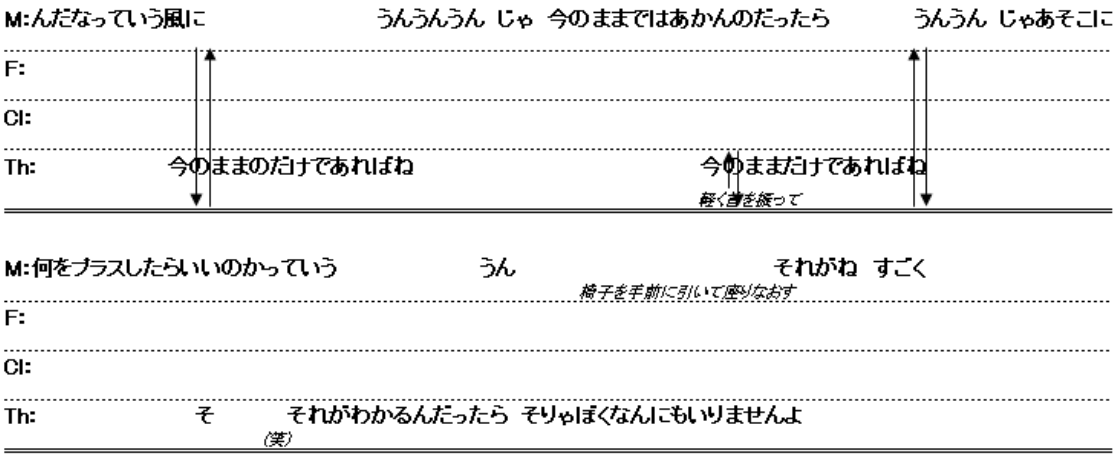
M：あの良くなってきたから、テンションが高い風に見えたと思うんですけど、
Th：あの、あのごめんなさい、いい？あの、お母さんの方でどう考えてらっしゃるのかよくわからないんだけども、僕が心配してるのは、そのー、彼女にとってみてそれこそ、何でも良いから元気だったらいいっていう話ではないと思うんだわ
M：それはよくわかってます
Th：（沈黙）
M：それはよくわかってます
Th：ほ、ほんとにそう思ってる？
M：はい、思います
Th：んー
M：だから、そこを言ってくださったと思うんですけど、本人もそこをわかってるんだけど、それは今の自分ではあかんの？
Th：な、なんでそこにいくのかわからない

M：今の、んー、だから、なんでも元気だったらいいっていう裏返し？
Th：（沈黙）
M：だから、こないだの元気さはあかんの？っていう風に受け取ったんですよ
Th：だ、だからね、A がだめだから、A 以外ではいいっていう話になってるんでしょ？それは

３．面接的コンセンサスが構成された場面（面接開始時から 7 分 10 秒後）

[通常の逐語記録]
M：だからなんでもいい、元気ではあかんっていうメッセージを受けとったと思うんです。じゃあ今の自分はあかんって言われたんだなっていう風に
Th：今のままのだけであればね
M：ん、ん、じゃあ、今のままであかんのだったら
Th：今のままだけであればね
M：うんうん、じゃあそこに何をプラスしたらいいのか、っていうのか
Th：それがわかるんだったら、そりゃあぼく何もいりませんよ
M：それがね、すごく混乱してしまって
（中略）
M：それは、それはもうずっと受け取ってるそのままでいるんだけど、そういう仮想的なことじゃなくって、今の自分のパーソナリティ？
Th：パーソナリティどうこうっていう話をしたつもりは全然ないんだけども、こないだの段階で
M：だからそこをそういう風に受け取ったんだね
F：受けとってしまうね、性格
Cl：その混ぜるっていうの意味がわからない
Th：んーだから、あの時に話した話、いいかい？話しかけて
Cl：はい
Th：お母さんの方いいの？
M：んー、だいたいそういうことなんで
Th：いいですか？
F：で、ずっと落ち込んで、今日まで落ち込んでいたわけですよ
Th：あの、基本線を考えてみてな
Cl：え？
Th：基本的なとこをまず考えてみて
Cl：はい

図４.「面接的コンセンサスが構成された場面」変換後のデータ（1）

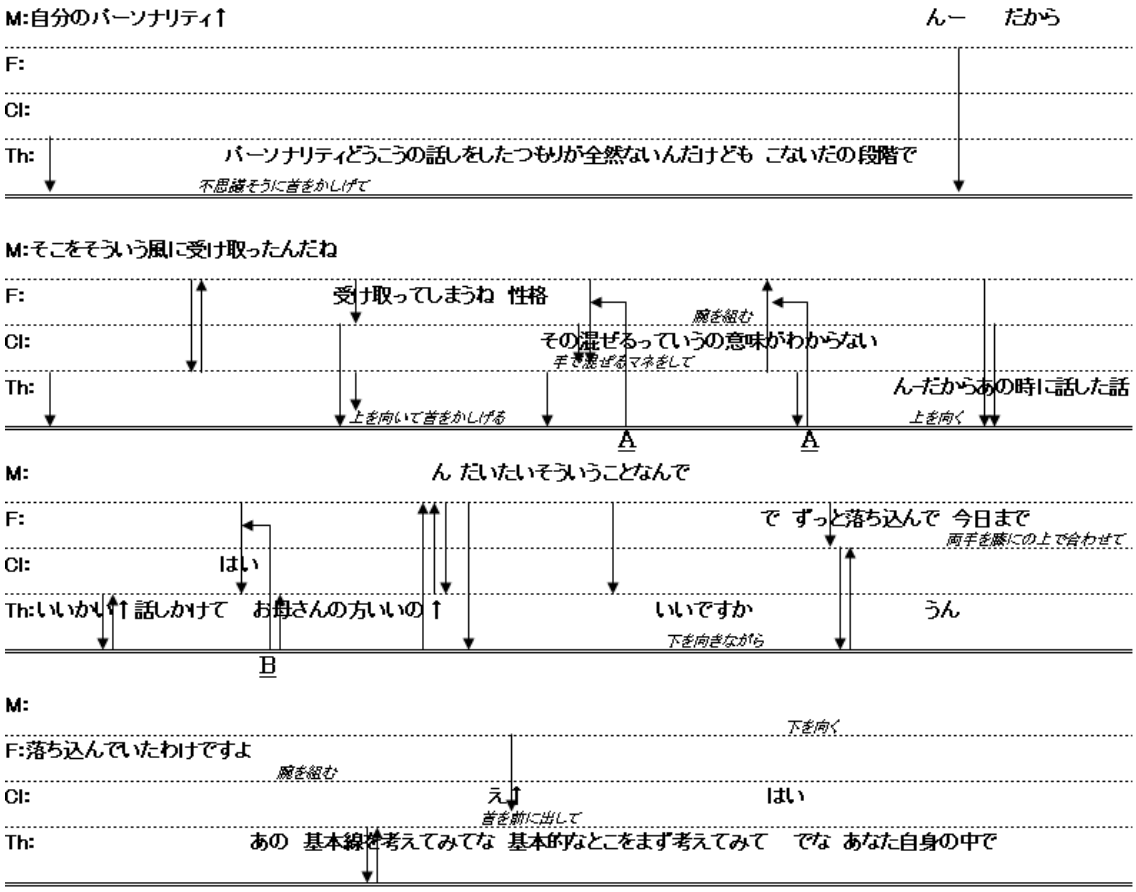



[場面の解釈]

その後 Th は、Cl に直接ではなく、両親に聞かせるという間接的な形で、Cl への必要な対応であったことを Cl に伝え続ける。両親は、Th の対応への不安を訴えるであろう Cl への Th の謝罪を求め続けた(中間のやりとり参照)。

両親は、＜娘が Th に否定されたと感じている＞という枠組みを示すが、Th はそれに対して、母親に視線を向けて「今のままのだけであればね」と働きかけ、＜一面的な変化では意味がない＞という枠組みを提示した。しかし、母親がそれを受け取れないために、Cl に視線を向けて直接「今のままだけであればね」と話し始め、語尾で母親に視線を戻すことで、再度母親に介入したものと考えられる。

図５.「面接的コンセンサスが構成された場面」変換後のデータ（2）




[場面の解釈]

Th の示す枠組みに対して、母親が「んー」の後に間合いをあけて、「そこをそういう風に受け取ったんだね」と Cl に視線を送る。直後に父親が「受け取ってしまうね」と Th を見て言う。母親の間合いは＜困惑＞を示しており、それは Cl へ直接視線を送ることによって＜母親の提示する、Cl の Th に対する枠組み＞に対する同意を求める行為となっている。ここでの父親の発言は、母親の＜困惑＞を、あくまで Cl の代弁者として援護する形となっている。

両親が困惑を示しはじめた段階で、Cl が Th に直接「その混ぜるっていうの意味がわからない」と話し始め、途中で母親に視線を送り、視線を Th に戻すことで発言を終えている。これは母親の代弁を必要とせずに、Th に直接的な説明を求める行為であると考えられる。

Cl が発言の途中で母親に視線を送るのを見ていた Th は（横向きの矢印 A）、上を向いて「んーだからあの時話した」と一旦中立的な姿勢で話し始めるが、途中で「いいかい話しかけて」と Cl に直接質問する。そのやり取りの最中に

母親が Cl に視線を送るのを Th が見ている(横向きの矢印 B)。次に Th は、「お母さんの方、いいの？」と話し始めに Cl を見て、直後に母親に視線を向けている。

Th は、母子間が視線によってお互いの意思の交換をしていることを確認し（横向き矢印 A)、Th が直接 Cl の要求に応対するという意思表示を、母親にした。しかし、その間母親が再度 Cl を見ていることを Th は見ている（横向き矢印 B)。そのため、「お母さんの方いいの」と話始めに Cl を見て、その視線を母親に向ける（語尾で母親を見る）ことによって、母子で決めるよう促したと考えられる。その Th の働きかけに対して、Cl と母親は視線を合わせることで同意を達成し、母親が Th に「だいたいそういうことなんで」と直接伝え、下を向き、代弁者としての役割を終えることを示したと考えられる。

## 第４節　考察

### １．会話分析の形式に、視線を含む非言語コミュニケーションを記述することの有効性について

本事例の結果で示したそれぞれの場面での家族の視線と動作は、明らかに家族間の非言語コミュニケーションが、面接の場面でも日常と同様に機能していることを示している。図 2 では、家族の動作に関わる特徴が、入室順序と母親の動作に現れている。通常の入室順と異なる形で始まったこの面接では、母親がクライエントのクレームの申し立てをする第一の代弁者として振る舞うことを示しており、母親がこの家族の主導権を持っていることが明らかである。入室場面では、その母親が、通常の家族の振る舞いに準じて、クライエントを自分の隣に来るように促したと解釈できる。母親が椅子を引き寄せる動作は、母親とクライエントの枠組みが一致しているということをセラピストに示したものと考えられる。図 3 では、母親がクライエントに視線を送るという行為を示すことで、母親の＜困惑＞を他の家族に示すコミュニケーション的機能を有しており、それに従って父親が母親の援助役（クライエントの第二の代弁者）として振る舞っている。図 5 では、母親がクライエントの代弁者としての役割を終えることについて、母親とクライエントが視線でお互いの意図の確認を行い、クライエントからの許可によって母親が代弁者としての役割を終えたと解釈できる。

言語的なやりとりを強調する形になっている逐語形式では、非言語コミュニケーションなどが相互作用に含まれているという前提であるため、相互作用の細かい部分を検討することができない。そのために、逐語記録の読み手が面接での相互作用を理解しきれず、セラピストの意図が伝わりきらないという弊害が生じていた可能性がある。しかし、このように記述形式を変えることによっ

て、面接過程における家族の視線や動作などの非言語コミュニケーションが、日常と同様に多様に機能していることが明らかになる。

複数面接においては、セラピストが家族成員を前にした場合に起こる、家族独特の非言語コミュニケーションによる相互作用を適切に観察することが必要である（吉川、2001）。特に、家族間で交わされているアイコンタクトや特徴的な身体の一部を用いた動作など、いくつかの類似する非言語コミュニケーション的機能を持つ動作パターンを把握できれば、その場面ごとに家族だけで共有できるような意味を見出すことが可能である（吉川、2002）。本論の記述形式を用いて事例を説明することによって、言語コミュニケーション以外の相互作用が明確になり、セラピストがアセスメントしていた相互作用と働きかけの意図が伝わりやすくなると考える。

また、セラピストが視線を使って意図的な働きかけを行っている可能性が示唆されている（赤津ら、2008c、2008d）。本事例の図 2 では、「セラピストがクライエントと視線を合わせる」という行為の前後におけるセラピストの一連の動作が、クライエントの着座位置に影響しているのが明らかである。図 3、4 では、セラピストは表面的には代弁者としての母親と話し続けているが、視線によって間接的に「そのメッセージがクライエントに対するものである」との働きかけをしている。図 5 では、セラピストが視線によって働きかけることで、母子間での非言語的コミュニケーション機能を促進させ、母親の「クライエントの代弁者」としての役割をどうするのかを決めるよう促している。このように、セラピストが自らの視線を含む非言語コミュニケーションを働きかけの手段として使うことによって、家族の相互作用を促進していることが明らかである。

これまでの研究では、ジョイニングでの視線を用いた働きかけや、セラピストが発するメッセージの対象者を明確にするために意図的に対象者に視線を向けることなど、様々な指摘がされてきた（吉川 1993、東 1997）。しかしそれらは、補足説明的なものに留まり、セラピストが非言語的コミュニケーション機能を積極的に利用すること、そしてそれを活用することの影響について検討されることがなかったと考えられる。本論における記述形式を用いることによって、それらが可能になると考える。

セラピストが、自らの非言語コミュニケーションを、言語コミュニケーション機能と同様に面接場面で活用できるようになるためには、自らの非言語コミュニケーションが「相手にとってどのように受け取られているのか」を観察することが重要である。しかしそこには、言語によるコミュニケーションのように、ある程度一定の意味が構成されるという形が存在していないため、個々の対象・場面・前後関係で使い分ける必要が生じる。吉川（2007a）は、セラピ

ストが自ら行っている非言語コミュニケーションを観察することの必要性とともに、それを積極的に活用することが容易ではないことを述べている。それは、ある非言語コミュニケーションが常に一つの定まった意味を持つものではなく、セラピストが示した行為が相手に「どのように受け取られたか」によって、即座に言語的・非言語的な修正や補足が行われる必要があるからだと考えられる。

セラピストが、面接場面に存在しているだけで、家族に何らかの働きかけをしていることは自明のことである。また、そこで行われる言語的なやりとりは、アセスメント的行為であっても、問題を作り出す可能性が高く、非常に介入的であると考える（Anderson,H.ら、1986）。本論における記述形式を用いることによって、セラピストが、自らの非言語コミュニケーションの機能の影響を検討することができれば、より迅速で効果的な、家族にとって痛みの少ないアセスメントや援助的働きかけの可能性が広がると考える。

２．トレーニングへの貢献

本研究は、トレーニーの立場での筆者が、トレーナーであるセラピストの面接過程を理解することを目的として始めたものである。そのために必要な分析方法として、会話分析の形式から始め、視線を記号化して記入する形式に発展させた。そのため、トレーニングへの貢献という視点で考察したい。

家族療法に限らず、ロールプレイによる臨床家のトレーニング効果が明らかにされている。しかし吉川（2007a）は、トレーニングにおけるいくつかの問題点を示唆した上で、トレーナーが自らの非言語的コミュニケーションについて意図がないままで臨床場面のロールプレイを行うことが、トレーナーの成長を停滞させる危険性が高いことを指摘している。本論では、言語的な相互作用による情報だけではなく、同時進行で起こっている視覚的な情報をそれに加味して理解するという視点を提示した。本論における記述形式を用いて、トレーナーの面接を分析することによって、セラピストとしてアセスメントすべきことや、自らの与えている影響に気づくことができるかもしれない。

視覚的な情報をどのようにアセスメントするかは、家族療法のような複数面接に習熟した臨床家にとっては自明のことである。しかし、従来の逐語録による記述形式では、それを単なる熟練された勘のようなものとして留まり、言語的な「介入のようにみえる形」だけが際立つものとなる。そのためトレーニーにとっては、重要な意図的な働きかけの場面の相互作用を適切に把握できないままになってしまう。特に、システムズアプローチでは、セラピストによる「情報収集—仮説設定—介入」が面接過程の中で絶え間なく行われているとするならば、面接過程におけるどのような側面に着目して理解することが必要かを理

解することで、やっと面接経過全体の展開を把握できるようになると考える。

3. おわりに

非言語コミュニケーションは、本論で着目した視線や象徴的な動作だけでなく、様々に見られるものであり、面接場面ごとに多様に機能している。セラピストが無意識に使用している非言語コミュニケーションのデータを含め、分析の対象とできるような記述形式を提案することは、意図的な働きかけの場面の記述を明確にし、解釈がより伝わりやすくなり、面接でセラピストに必要な行為の確認にも繋がると考えられる。

吉川（2007b）は、セラピストの「戦略」という武器によって「変化」が生じたのではなく、「変化」はセラピストと患者・家族との偶発的な相互作用によって生じたものであること、この視点が前提となる人間科学に基づく研究報告が不可欠であると述べている。臨床場面の記述形式というこれまで意識されることのなかった前提が変化することによって、多くの事例研究において交わされる、アセスメントや介入という言葉の意味さえも変わる可能性があると考える。

本論で用いた記述形式は、一般的な会話分析の形式を、面接場面をより理解しやすい形に発展させたものである。ただし、本研究で示した非言語コミュニケーションは、面接場面で起こっている一部であり、今後も新たな記述形式の展開を検討したい。

注：会話分析は、1950 年代後期から、社会学、言語学、人類学などの領域で、人の相互作用行為を分析する方法として発展したものであり、研究者の視点によって分析の切り口は様々である。本論では、面接場面において、複数の参加者のコミュニケーションが、同じ１つの時系列で同時に生起し、進行するものであるということを明確に示す方法として、会話分析の形式を引用した。そのため、一般的な会話分析の表記記号を踏襲するよりも、会話分析の形式を初めて見る人にもわかりやすい形式にすることを優先した。また、本論で用いた視線の記入の仕方については、本来の会話分析では使われているものではない。面接場面をより理解しやすくするという目的のために記号化した、独自のものである。なお、会話分析という方法論の変遷については、Psathas,G.(1995) の Conversation Analysis The Study of Talk-in-Interaction[北澤裕、小松栄一訳(1998)「会話分析の手法」マルジュ社]を参照していただきたい。

（注）本章は、「赤津玲子、吉川悟（2009）面接での視線を含む非言語コミュニケーションを会話分析に付記するという記述形式の試案、家族療法研究、26-3、pp.256-265」に掲載された原稿に、加筆・修正を加えた。

# 第８章　非言語コミュニケーションの「技法」としての視線の使い方

本章では、言語化されていないトレーナーの何らかの働きかけについて検討するために、会話分析の形式を利用してトレーナー面接を分析することを試みた。その詳細な分析の対象として、赤津ら（2009a、2009b）の研究を参照し、セラピストの視線の使い方について検討する。そして、システムズアプローチのトレーニングにおいて会話分析の使い方を用いることによって、様々な「技法」が面接の中で見出される可能性について考察する。

なお、本研究では、セラピストが複数のクライエントを対象とする「周辺視」に注目した。そのため、第１節において、様々な視線研究からセラピストの使う周辺視に関する仮説を前提として述べ、その前提にもとづいて研究を行った。

## 第１節　問題

システムズアプローチでは、セラピストがクライエントや家族に積極的にジョイニングをすることが不可欠である（東、1993；吉川、1993)。それはセラピスト自身が、家族の使っている言葉や表現形式、非言語コミュニケーションに積極的に合わせることによってなされる。そして、セラピストと家族の関係形成のためのコミュニケーションは、その後の意図的働きかけに大きく影響する。

そのため、家族などのように、複数メンバーを対象とした面接を行うセラピストは、家族の１人と話しているときに、他の家族の非言語コミュニケーションを観察する必要がある。そして、セラピスト自身の非言語コミュニケーションが家族にどのような影響を与えるかについて自覚的に考慮することが求められる（吉川、2001)。

非言語コミュニケーションには様々なものがあるが、その１つに視線行動がある。システムズアプローチのように個人だけではなく、複数メンバーを対象とした面接の場合、セラピストはクライエントらの視線に注目し、誰が誰に対してどのようなメッセージを発しているのか考える必要がある。そのためには同時に、セラピスト自身の視線行動が、クライエントや家族にどのような影響を与えているかという視点も重要である。いくつかの実験的な研究から、視線行動が言語的なコミュニケーションに与える影響が指摘されているが、実際の面接場面をもとに分析した研究は倫理的な問題もあり行われていない。

そのため、本研究ではまず、「視線行動が会話に与える影響」と「視覚による情報処理」に関する研究の概観から「視線行動の前提」を提示し、実際の面接場面におけるセラピストの視線行動とその機能について検討する。

＜視線行動の前提＞

１．視線行動が会話に与える影響について

面接場面における非言語コミュニケーションについては、多くの実験的な研究がなされている（若島、1996、1997、2000；生田、1999；佐藤、2001）。長谷川ら（1998）は、コミュニケーションのパターンやルールに影響を与える非言語コミュニケーションについて検討した。高橋ら（2005）は、学校臨床におけるコンサルテーション場面での視線の影響について実験を行っている。その結果、視線の使い方によって相互作用が促進される可能性を示した。

視線行動がコミュニケーションに影響を与えるという研究は、発達心理学や認知心理学などの心理学領域だけではなく、コミュニケーション研究、人工知能研究など近接領域において数多くなされている。それらの多くは複数人間による会話の中で、相互の視線行動が会話に与える影響や機能を検討しており、会話の進行に視線行動が大きく影響していることが示唆されている。赤津ら（2007、2008c、2008d）は、実際の面接場面における視線行動を含む非言語コミュニケーションを記述するために、会話分析の形式を応用的に用いることを提案した。そして非言語コミュニケーションの中から特に視線に注目し、セラピストが家族への働きかけに視線を積極的に使うことによって、家族間の相互作用を促すことができる可能性を示唆している。それらを概観し、面接場面で起こっている視線行動を、1）意図や感情の伝達機能、2）対応を求めるサイン機能、3）意図を読ませる機能、として提案した（赤津ら、2009a）。

このように、会話に影響を与える視線行動の重要性が指摘されていることから、視線の向きの評定方法においては、各領域ごとにさまざまな試行錯誤がなされている。例えば、2 者以上の人間のコミュニケーションの実験場面で、視線が合ったと感じた場面で被験者にボタンを押してもらったり、実験場面を録画したビデオ映像を第 3 者が評定したり、アイカメラなど特殊な機材を用いたりなどである。これらの研究は、視線の送り手が「明らかに誰かに視線を向けるという行為」が、「視線の先にいる人物を見ている、その人物に注目していること」と『同じである』ということが前提となっている。

２．視覚による情報処理について

視覚における選択的注意研究の領域では、眼球を動かさずに、視線とは独立して視野内の特定の位置に注意を移動できることが前提となっており、人が関心のある情報がありそうなところに注意を集中することによって、能動的に自分の必要な情報だけを選んで処理する能力があることが指摘されている（熊田ら、1988；福島、1999）。佐藤（2002）は、他者の視線知覚における「目が合う」という感覚の重要性について実験研究を行い、「目が合う」という視線知覚が黒目と白目のエッジなど高解像度情報の詳細な情報、絶対的な情報に依存するのではなく、顔幅に対して相対的な情報に依存していることを示している。これは言い換えれば、2 者間で目が合うという「アイコンタクト」行為は、双方が相手の目を見なくても成立するということである。周辺視機能の研究領域では、視野中心部での注視によって得られる中心視に注意が向けられている場合でも、周辺視

から高次の情報を得ることが可能であることが示唆されている（山本ら、2008）。これらは、視線の受け手にとって「他者が自分を見ている、注目している」という知覚は、視線の送り手が「受け手の目に限らず顔のあたりを見るという行為」によって成立している可能性を示唆するものである。そして、視線の送り手は、視線を誰かに固定したままでも周辺視によって周りの情報に注意を向けることが可能である。

３．システムズアプローチによるセラピストの視線行動について

これらの視線行動に関する研究を複数の家族メンバーを対象とした面接場面に置き換えてみると、セラピストの視線行動が家族の１人に向いていても、同時に、周辺視によって他の家族メンバーの発する非言語的な情報を得ていることが考えられる。また、視線の受け手であるクライエントが「セラピストが自分を見ている」と感じるためには、必ずしもセラピストが相手の目を見る必要がなく、むしろ顔のあたりを見るだけで十分だと考えられる。そのため、セラピストの視線行動や機能を検討するために必要なことは、セラピストが周辺視を用いて多くの情報を収集しているという前提に基づき、「クライエントから見て、セラピストが明らかにどこを見ているのか判断できるような視線」を見出し、記述することである。それによって、セラピストの視線行動の機能について検討できると考えられる。

## 第２節　目的

赤津ら（2008c）は、会話分析の形式に視線を記号化して付記する方法を用いて、システムズアプローチにおいて、セラピストの視線がコミュニケーションのために意図的に使える可能性を指摘した。そして、トレーナーの面接の分析をすることによって、トレーナーが用いているクライエントらへの働きかけが明確になることを示した。

本章では、実際の面接場面のビデオ映像からセラピストの視線行動の使い方の特徴を見出し、セラピストの視線行動の機能について検討することを目的とする。面接場面で起こったことの詳細を記述するために、通常の逐語記録と合わせて提示する。

## 第３節　方法

①実際の面接場面について、セラピストと家族の同意を得た上で、面接室内につりさげ式で設置してある１台のビデオカメラで記録した。面接室とカメラの位置は、図１の通りである。

②記録を全て逐語形式のデータにした。その後、会話分析の形式に非言語コミュニケーションと視線行動を記号化したものを表記した（表 2、4、5）。視線の方向については、明らかにどこを見ているのか判断できるような視線のみを、目や顔の向きから判断した。

③面接場面の分析の中から、特徴的な視線行動が起こった場面を、表 2、4、5 の場面 A

～G としてまとめた。また、面接場面の文脈を明確にするために、表 2 の前に起こっていた場面の逐語記録（表 1）と、表 2 と表 4 の間に起こっていた場面の逐語記録（表 3）を結果に提示した。

④取り上げた面接場面をわかりやすくするためのデータとして、カルテとビデオ映像から事例の背景をまとめ、その一部を[事例の背景]として提示した。[事例の背景]には、倫理的な配慮として、セラピストと家族の関係、及びデータの文脈を理解するために最低限必要な主訴のみを加筆・修正して記載した。

## 第 4 節　結果

以下の結果に記載したデータは、面接全体（43 分 30 秒）のうち、面接開始の 4 分 40 秒後から 8 分 50 秒後までの間のものである。

[事例の背景]

本事例のセラピストと家族の関係は、数年前から間欠的に継続していた。本面接は、以前に不登校となった経緯のあるクライエントとその母親の面接である。面接は天候などの日常的な話題から始まり、1 分 55 秒後に母親の訴えが始まった。その内容は「クライエントが、以前の不登校時のような状態になっている」というものである。結果に提示したデータは、母親の訴えが続いた後、セラピストがほとんど話をしていなかったクライエントに話しかける場面（表 1）から始まっている。

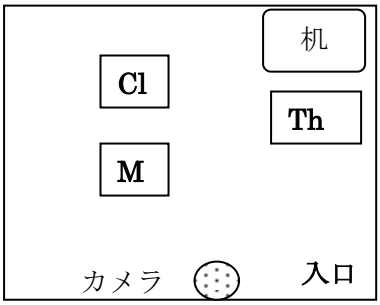



図 1．面接室内の位置

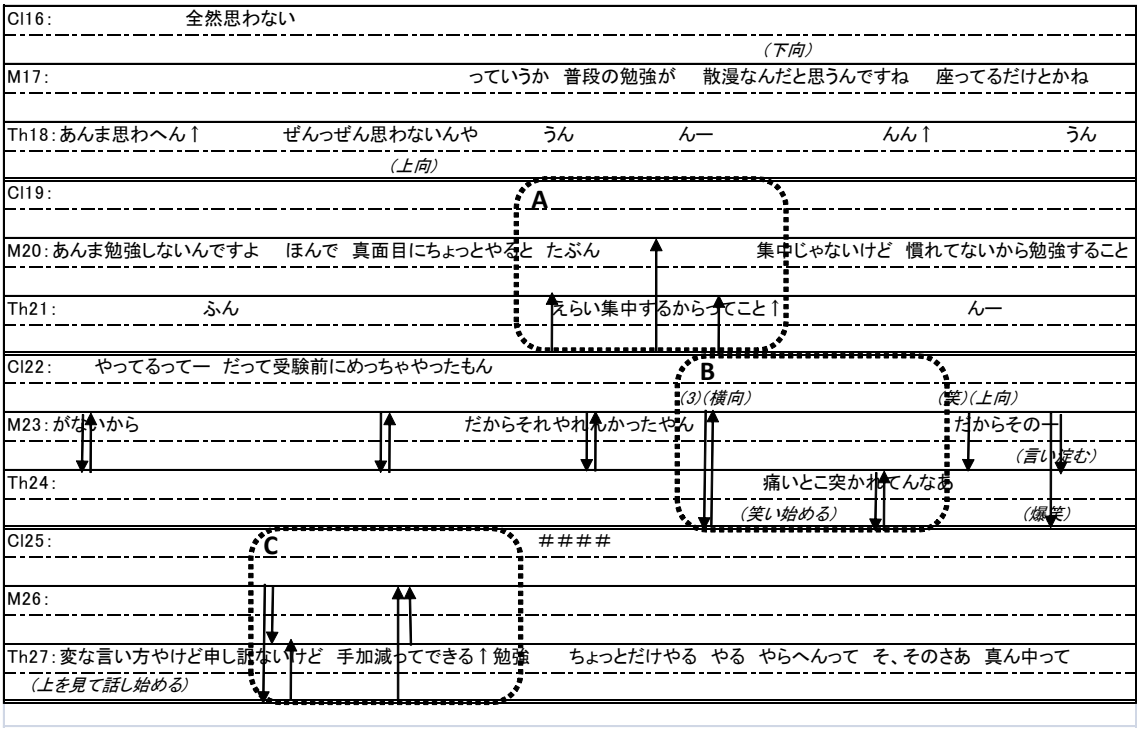
Cl はクライエント、M は母親、Th はセラピストを指す。

表１．面接場面の逐語記録

Th1：大変だなあ、なんで塾行ったらそんなに疲れんのかな、勉強したり
M2： 勉強？けっこうね一本気で勉強したら危ないんちゃうかなあってあたしは思ってたんですよ
Th3: どういう意味だろ、危ないっていうのは
M4： 次の日起きれないんちゃうかなって
Th5：な、なんで？
M6： やー、この人が真面目にやると体力ないのかなあ、なんか疲れ果て、頭の芯が疲れ果てるのかなんか、朝起きるモードに入れないんですよ
Th7： 聞いていい？そんなに集中するの？勉強すると
Cl8：（首をかしげる）
Th9：自分ではわかんない
Cl10：（笑う）
Th11：んー
Cl12：時間みたらーちょっとしかやってないけど、まあいいや、ちょっとジュース飲みに行こうってな感じ、でまあ何時やから寝ようと寝て、起きるとだーるーみたいな
Th13：何なんだろうなあ、えらい集中力高いのかなあほんじゃあ、自分ではあんま思わない？
Cl14：全然思わない
Th15：全然思わないんだ

Cl はクライエント、M は母親、Th はセラピストを指す。

表２．場面Ａ～Ｃの分析結果




＜会話分析の見方について＞

①Cl：子ども、M：母親、Th：セラピストである

②3 人を 1 セットとして、左から右に時間が経過する。各自の 1 行目に発話言語、2 行目に特徴的な非言語を記す。

③1 行目(言語)の矢印の上下(↑↓)＝語尾の上がり下がり、＃＝聞き取れなかった発話、を示す。

④2 行目(非言語)は、(笑)＝笑い、(横向)＝顔の向き、(2)＝カッコ内の数字は間合いの秒数、を示す。

⑤視線行動の記号は、矢印の起点＝視線の送り手、矢印の終点＝視線の先にある人物、である。

表３．面接場面の逐語記録

Th28：そのさあ真ん中ってないの？

Cl29：やろうって思ってエンジンかかる時に、何時までにしようとか思ってそれを越えてるけど、まだできるっていう状態で、それを打ち切る状態で、でもうその 1 日っていうか、後の 1 日っていうか、遊びたいなあってなるからその時しかできん

Th30：ん、ん、それをさ、例えばえーとーここまでやろうと言って、そこまで止めといて、翌日に余力を残すってできへんの？

Cl31：まあいいやみたいな気持ちんなる

M32：それとね、この人の心の中にね[中略] 薄暗かったらもう休むとかという普通の反応をしたので、私が気にすることないよって、しんどいから寝てるんで、ずるして寝てる、遅れるわけじゃないから

表４．場面Ｄ，Ｅの分析結果

| | |
|---|---|
| Cl33: | |
| | (下向く)(顔笑) |
| M34: | ないから　遅くからでも行った方がいいよって　言って　　そしたらこの人　なんやそうなんやって言ってー　それから全然悪びれることもなく |
| Th35: | はい　　んー　　ん |
| Cl36: | 悪びれてたよ　D |
| | (笑)(上向く) |
| M37: | 遅く行ってたんですよ　　そしたら今でも　　待ってん　　ほんでね　で今なったら　起きよって言っても起きないじゃないですか |
| | (笑) |
| Th38: | ん　ん　　ん　　うん　　うん |
| | (顔笑) |
| Cl39: | E　　違うー |
| | (笑)(上向く)　　(上向く)(笑) |
| M40: | で　何で起きんのよーって　やっと起きてきた時に言ったら　だって眠たかったもんって言うんですよ　　だから　ちっちゃいときに　あたしが |
| Th41: | うん　　うんうん |
| | (顔笑) |

表５．場面Ｆ，Ｇの分析結果

| | |
|---|---|
| Cl42: | F　　違う |
| | (体をねじる)　　(首を振る) |
| M43: | 気にしない　しんどいって　ちゃんと原因があるから　眠たいんだからいいよって言うたのを　あ　眠たいこと |
| | (笑) |
| Th44: | ん　　ふうーん |
| | (笑) |
| Cl45: | ＃＃ |
| | (体をねじる) |
| M46: | 優先してもいいんやってことをって　あれがあって　起きないといけないってわかってても　眠たかったら寝てもいいんだっていう変な |
| Th:47 | |
| Cl48: | G　　もう思ってないよ　思ってないよ |
| | (笑) |
| M49: | だから　作用があってしまって　　いやだから　深層心理って |
| Th50: | んーーでもでも　首ぶんぶん振ってるよ　違うーって |
| | (手を横に振って)(笑) |
| Cl51: | なんやそれー |
| | (下向く) |
| M52: | 言ってるやん　　ですかねえ↑　なんか　だってもう　すごい起こてすぐ |
| Th53: | じゃ　じゃ　それはあんまりお母さん考えすぎじゃない↑　　うん |
| | (少し上を見ながら) |

第５節　考察

まず、セラピストが使う視線行動の機能、セラピストが意図的な働きかけとして視線行動を使うことについて考察する。その上で、このような会話分析の形式を用いてトレーナーの面接を分析することにが、システムズアプローチのトレーニングにおける１つの「技法」のようなものを見出すことができる可能性について考察する。

１．セラピストが使う視線行動の機能について

結果に提示した場面 A～G から、セラピストの視線行動を以下の 3 つに分類した。

（1）母親を見ながら質問を始め、途中でクライエントを見てから再度母親に視線を戻す行動

場面 A（表 2）は、セラピストが「えらい集中するからってこと」と語尾上がりで言っていることから、質問のようである。母親を見て話し始め、途中でクライエントに視線を向け、その後母親に視線を戻している。これは、表面的には母親に対する質問であるが、クライエントに対しても間接的に働きかけていると考えられる。その後、クライエントが「やってるってー、だって受験前にめっちゃやったもん」（Cl22）と話し、それに対して母親が「だからそれやれんかったやん」（M20）と応じている。ここから、セラピストがクライエントに間接的に働きかけることによってクライエントの発言を促し、母子間の相称的なコミュニケーションが起こったと考えられる。

少し前の会話に戻ってみる。表 1 にあるように、セラピストがクライエントに「聞いていい？そんなに集中するの？勉強すると」（Th7）と直接的に働きかけると、その後にあるようなセラピストとクライエントの直接的な会話は成立するが、母親がそれを聞くという形になる。すると、セラピストとクライエントの会話に母親が「っていうか、普段の勉強が散漫なんだと思うんですね」（M17）と入ってくる形になる（表 2）。しかし、場面 A では、セラピストが視線行動によって間接的にクライエントに働きかけることによって、母親とクライエントの直接的な相互作用が促進された可能性がある。

（2）話し始めに母親に向けていた視線を、最後の方でクライエントに向ける行動

Cl22 と M23（表 2）で母子間の相称的なコミュニケーションが起こり、場面 B（表 2）でクライエントがセラピストと視線を交わしセラピストが徐々に笑い始め、爆笑した後に場面 C（表 2）が起こった。ここでセラピストが「変な言い方やけど申し訳ないけど」（Th27）と母上を見ながら話し始め、「けど」で母親の方を見て、最後の「手加減って、できる？」という発話で視線を母親からクライエントに向けている。セラピストがクライエントに視線を向けると同時に、母親もクライエントに視線を向けている。場面 G（表 4）では、セラピストが母親を見ながら「でもでも、首ぶんぶん振ってるよ、違うって」（Th50）と話しているが、「振ってるよ」の最後でクライエントに視線を向けている。その直後に、母親もクライエントを見ている。直後にクライエントが「もう思ってないよ、思ってないよ」（Cl48）と話すと、母親が「いやだから、深層心理って言ってるやん」（M49）と応じ、クライエントが「なんやそれー」（Cl51）と答え、母子間の相称的なコミュニケーションが起こっている。

これら 2 つの場面から、話し始めに一方に向けていた視線を、最後の方で他方に向けるという視線行動は、母親の注意をクライエントに向ける機能や、母子間の直接的な相互作用を促進させる機能があると考えられる。

（3）セラピストが一方との言語的な応答と並行して、他方と視線を交わす行動

Cl22 と M23 で母子間の相称的な相互作用があり、母親の「だから、それやれんかったやん」という発話の後に場面 B（表 2）が起こった。クライエント（Cl22）は 3 秒間の間合いの後、セラピストと視線を交わし、横を向いた。母子間の緊張状態が上がった場面であると考えられるが、セラピストは「痛いとこ突かれてんなあ」（Th24）とクライエントに共感的な発話をしながら、視線は母親に向けたままである。セラピストの発話はクライエントに対するものであるが、母親の方を見ているため、母親が話し始めたと考えられる。セラピストとクライエントの間では笑いが共有され、セラピストと母親の間では言語的なやりとりが共有されている。

表 4 では、母親が「～それから全然悪びれることなく遅く行ってたんですよ」（M34）と、クライエントの過去の行為に批判的なコメントをしている。場面 D（表 4）は、それに対してクライエントが「悪びれてたよ」（Cl36）とクレームのような発話をしているが、母親は「待ってよ」（M37）とセラピストを見ながら言語でそれを制止した場面である。母子間の相称的なコミュニケーションによる緊張状態が上がった場面と考えられる。母親と共にクライエントもセラピストに視線を送るが、セラピストは一瞬クライエントと視線を交わしてから、母親に視線を戻し、笑いながら話を聞き続けている。クライエントが笑っていることから、セラピストとの間で何かが共有されていることが明らかである。場面 E（表 4）、場面 F（表 4）も同様である。ただし、場面 E でセラピストと視線を交わして笑っているクライエントが、次の場面 F ではセラピストが笑っているにも関わらず笑っていない。そのため、クライエントの緊張感が高まってきた可能性が考えられる。一方で、場面 E（表 4）では笑っていなかった母親が、場面 F（表 5）で笑っていることから、セラピストがクライエントの発話に対して視線を向けることによって、母親がクライエントの反応に気づいていることが考えられる。

これらから、一方との言語的な応答と並行して他方と視線を交わす行動は、ある出来事に対する前提が異なっている 2 者の申し立てを聞く時に、セラピストが片方にだけ加担しないという「中立性を強調する機能」があると考えられる（Palazzoli ら、1980）。同時に、セラピストがクライエントに一瞬視線を向けることは、話し続ける母親に対して「クライエントへの注意を促す機能」があると考えられる。

以上のような 3 つのセラピストの視線行動に共通の特徴から、視線が非言語コミュニケーションによる間接的な働きかけとして機能していると考えられる。それによって、家族相互の注意を促したり、家族の相互作用を促進したり、セラピストの中立性を維持することが可能であるように考えられる。3 者間の会話における視線について検討した高橋ら（2005）の実験では、会話に積極的に関わっていない人がマネージャーに視線を向けられることによって発話量が増えたり、会話パターンが変わることを実証している。本論の結果は、実際の面接場面で、セラピストが意図的な働きかけとして効果的に

視線を用いることができる可能性について示唆するものである。

このような間接的に家族の相互作用を促すような働きかけは、エリクソン Erickson,M.がナチュラリスティックとして示したものであり、それは家族が本来持っている能力を最大限に生かすセラピストの意図が気づかれない働きかけであり、自然で非儀式的なものである（O’Hanlon、1987）。吉川（1993）は、意図的な働きかけの方向性について「セラピストが変化を決定してはならない」と述べており、「セラピストが家族に変化を起こす」、「家族の変化を増幅させる」という視点への転換を提唱している。セラピストの言語による直接的な働きかけよりも、視線などの間接的な働きかけによって家族の相互作用が促進される方が、より自然で家族の特徴を生かした意図的働きかけになると考えられる。それによって、家族の日常にはない新しい相互作用が生まれる可能性があり、セラピストにできることは、その変化のチャンスを作り出すことだと考える。

遠藤（2005）は視線の機能について、日常生活において視線を交差させるということは、他者への近接に関わる情動を示すものであり、怒りや喜びといった強い感情を促進するものであると述べている。そのため、セラピストが自らの中立性を積極的に示すために視線行動を用いることは有効であると考える。一般的に、セラピストの中立的な立場を示すことは、面接システム形成のためのジョイニング段階で積極的に行われているものである（吉川、1993）。しかし、セラピストがそれを面接過程全般にわたり常に意識的に行うことによって、面接システムの中立性が維持されたり、家族の変化へのモチベーションを維持できると考えられる。

２．セラピストが意図的な働きかけとして視線行動を使うことについて

セラピストが使う視線行動が、面接の場において多様に機能していることを仮説として提示した。視線とは、一般的には何かを見たり、「観察する」ためのツールとして理解されている。しかし、コミュニケーションは双方向に行われるものであり、「送り手」は同時に「受け手」でもある。

遠藤（2005）は、視線はただ一方的に「読まれる」ものではなく、他者に対して能動的に情報を送り、相手に「読ませる」ものであり、双方向に情報を伝え合うためのコミュニケーションツールであると述べている。また、Kobayashi ら（1997）は、ヒトの視線がかなり明確な意味を担うノンバーバル言語として機能しており、「読まれるための目」が特異的な進化を遂げていることを示唆している。しかし、一部の熟練したセラピストを除いては、自らの視線行動が「読まれている」ことを意識しているセラピストは少ないと考えられる。その上、「視線行動が読まれていること」を前提として、自らの視線行動を利用して働きかけているセラピストもごく少ないのではないかと考えられる。

日常生活においても、人は他者の視線の先にある対象に興味・関心を示し、他者(視

線の主)がその対象に対して、どのような認知・感情を抱いているのかを知るために、そのしぐさや表情などから何らかのサインを読もうと試みている。それが面接のような、特に家族がセラピストの自分への評価を気にするような場面では、セラピストの発する言語以上にセラピストが何を見ているのかなどの視線行動を含む非言語行動からメッセージを探す可能性が高い。吉川は、セラピストが自分自身の「しぐさ」という非言語コミュニケーションについて、家族から「見られていること」を意識することは、面接システムにおいて不可欠であると述べている（吉川、2001、2002)。セラピストがその視線行動を積極的に使うことによって、面接の場における言語だけではない多重なコミュニケーションが可能になると考える。そのためには、複雑なコミュニケーションのあり方を観察し、相手に影響を与える自らの言葉の抑揚や身体の動きを使う能力を高めることが必要である(Zeig,J.K、1980)。

例えば構造派家族療法では、その場で起こる相互作用にセラピスト自らが加わり対応することで、意図的変化を引き起こすことが可能になる（Minuchin、1974）。そのためには、「観察する」という視線行動によって、どのような文脈で誰がどのように反応したかということに関する膨大な情報を収集する必要である。さらに、セラピストが自らの視線行動を意識し、自覚的に使いこなすという発想が必要だと考える。それは、視線を意図的に動かさずに周辺視を用いて情報を収集したり、視線をあえて動かす、あるいはあえて動かさないことによって「視線を読ませること」によって、間接的に働きかけたりすることである。

３．システムズアプローチのトレーニングへの応用について

心理臨床領域における研究手法には、様々なものがある。その中でも、自らの事例を振り返る事例研究は、臨床の個別性を重視した基本的なものであり。他者の事例について理解し、自らの臨床に役立てるために、多くの臨床家によって求められている研究手法である。しかし金沢（2008）は、日本の臨床心理学領域において事例研究が多用されることについて、独自の傾向であると主張した上で、セラピスト自らが自らの行った実践に関して主観的な記述を続けることによって、心理療法に有効か、その技法が効果的なのかという社会的な問いかけに答えることができないと述べている。

本論で示したような複数メンバーを対象とする家族療法及びシステムズアプローチでは、スプリンクル Sprenkle,D.H.（2005）が、これまでの家族療法における研究の流れを４つに分けて概観している。そこでは、コンテクストへの配慮を求めて面接の詳細を記述した質的な研究と、尺度や因子を開発したり、プロセスや効果を検討する量的な研究を包括的に捉える視点の必要性が述べられている。このように、臨床実践のための研究方法は主観的と指摘されがちな質的研究、そして現実的な実践場面からかけ離れていると指摘されている量的研究との両極端に解離している現実がある。そして、家族療法のように複数メンバーを対象とし、個人臨床とは異なる認識論にもとづく臨床実践に

おいては、独自の研究方法が求められている。

本研究は、筆者が複数メンバーを対象としたシステムズアプローチによる面接を学ぶために、トレーナーの面接場面を分析したことをきっかけとして始まったものであり、実際の面接場面の映像をデータとして記述し、可能な限り客観的に分析したものである。しかし、データがいわゆる数字ではなく映像であるため、誰が見ても同じ記述にはならないという曖昧さをなくすことは不可能である。佐藤（2006）が述べているように、ビデオ映像の分析では、映像を見た回数分だけ異なる現実が記述される可能性が生じる。さらに、臨床上の守秘義務に関する倫理的な問題を含むため、複数メンバーによる評定や面接全体を記述することには限界がある。

本論は視線に関するさまざまな領域における研究の概観を基礎として、それらの知見を積極的に活用したものであり、仮説生成型の探索的な研究にすぎない。独自な研究法という側面について、その信頼性、妥当性の観点から論議されるべき点が多いであろう。

第 4 章のクライエントへのインタビュー調査によって、その効果として、初回来談時の気持ちとセラピストの印象、話しやすさと日常的な会話、などがあげられた。第 5 章では、トレーナーへのインタビュー調査において、クライエントの気持ちをどのように考えているのか、それに対する応答の仕方や話し方、表情など非言語コミュニケーションも含めて、会話の意図を問うような初歩的な技術を教えるためのトレーニングが行われていることが明らかであった。

本論で述べたようなセラピストの視線行動による働きかけは、第 5 章でインタビューをしたトレーナーなら誰もが無意識的に使っている可能性が否めない。視線行動のような非言語的かつ間接的な働きかけはあいまいで明確化されにくく、どのような文脈で使うことができるのかなど明らかにされていない点が多い。しかし、かつてトム Tomm,K.（1987a、1987b、1988)が他者の面接場面からさまざまな質問の形を集め、Interventive Interviewing として４つの質問形態を見出したように、実践的な場面からもっとさまざまな知見が得られるはずである。

## ４．おわりに

システムズアプローチのトレーニングに必須ではないが、トレーナーからの学ぶことの１つとして、トレーナー面接への陪席や録画を見るという機会がある。それらを、トレーナーから言語的に学ぶ以上に、トレーニー自らがその面接の詳細を分析することによって得られる知見がもっとあるのではないかと考えた。それらを提示することによって、システムズアプローチの面接で行われている詳細を明示することができ、トレーニングにおける「技法」という小さな指標となるのではないかと考える。

（注）本章は、「赤津玲子・吉川悟（2011）複数メンバーを対象とした面接場面におけるセラピストの視線行動について―セラピストの視線機能に関する仮説生成的研究

から、家族心理学研究、25-2、pp.101-112（原著論文）」に掲載された原稿に、加筆・修正を加えた。

# 第９章　システムズアプローチによる集団スーパービジョン・システム

第４章において、クライエントへのインタビュー調査から、他機関との連携が重要であると指摘した。第５章では、トレーナー３名から、集団スーパービジョンや研究会などで事例を検討することによって、多職種の専門性を理解したり、それによって援助のためのリソースを得る方法が獲得されることが述べられた。

そのため、本章ではシステムズアプローチにおける集団スーパービジョン・システムの試みを報告する。そして、このような集団スーパービジョンを行うことが、トレーニングの１つとして提案できることについて考察する。

## 第１節　問題と目的

臨床心理士及び対人援助に携わる専門職が働く実践の場は多様化しており、個人を援助の対象とするだけではなく、現場における多様な要請に応える必要性が指摘されている。臨床心理士や、他の対人援助に関わる専門職として働く初学者にとって、自らの実践の中で学ぶという姿勢は不可欠である。

中村（2000）は、集団でケースコンサルテーションを行う中で、大学院では学習し損ねた多領域の専門性について学ぶ機会が提供できると述べた。野村（2002）は、臨床心理士のほとんどが、心理療法を常にチームの中で行っていることが、事実として認識されていないと指摘した。吉川（2011）は、システムズアプローチが多様化した臨床現場において、現場の人間関係や組織のあり方を査定するための理論として有効であると述べた。そのためには、システムズアプローチの理論を学ぶ機会と共に、その実践にもとづくスーパービジョン（以下、SV とする）を受ける場を広げることが必要であると考える。

このような現状に対応するため、筆者らは 2007 年よりシステムズアプローチにもとづく集団スーパービジョン・システム（以下、SGSS とする）を行ってきた（赤津ら、2008a）。SGSS とは、Systems approach Group Supervision System の略語であり、通常の集団 SV とは異なり、システムズアプローチの実践を意識できるようにするための集団 SV である。本論では SGSS の試行的な試みについて報告し、システムズアプローチのトレーニングとして位置づけられる点について検討する。

## 第２節　方法

実践記録から SGSS の概要をまとめ、SV 事例を提示する。なお、SV で提出された事例については、倫理的配慮としてスーパーバイジー（以下、バイジーとする）の了解を得た上で加筆・修正を行った。

## 第３節　結果

### １．SGSS の概要について

2007 年 4 月、SGSS が試行的に開始され、第 4 回が終わった時点でスーパーバイザー（以下、バイザーとする）の提案により「SGSS 資料作成の手引」が作成された。書式は、「初めて提出するケース」（1600 字）と、「以前に提出したケース」（800 字）

の 2 種類であり、文字数制限を厳守するよう指示があった。理由は、事例提出者のレジュメが膨大で個人差が大きく、報告に時間がかかったためである（吉川ら、2009）。

2010 年には大学外へのインフォメーションにより、医師や実践経験のある臨床心理士が随時参加するようになった。また、月に一度の定期的な実施となり、参加者数は平均 13 名、提出された事例数は 27 ケース（継続事例は 9 ケース）であった。

２．SGSS 資料作成の手引き（吉川ら、2009；吉川、2011）

事例を提出する場合には、事例を以下の形式でまとめて、概要は 10 分程度の報告とする。以下は、【初めて提出するケースの場合】と【以前に提出したケース】に分かれている。

**【初めて提出するケースの場合】**約 1600 字程度でまとめること。

① セラピスト（以下、Th とする）の置かれている立場について

Th あるいは担当者が、どのような場(病院、施設、学校など)で、どのような立場でケースに関わっているのか。その場の中で何を求められていて、そのためにどのような権限が与えられているのか。

*例：スクールカウンセラー。本中学へは隔週勤務で、学校側の窓口は養護教諭。養護教諭は前年度まで小学校に勤務、今年度より本中学に転任。*

② 依頼、もしくは来談経緯について

どのような立場にある人の依頼によって関わったのか。依頼者と Th はどのような関係にあるのか。依頼者以外に、どのような立場の人たちが、どう関わって来談に至ったのか。

*例：養護教諭によると、小学校 5 年時から不登校であったため注意はしていたが、夏休み明けより全く登校しなくなった。母親から養護教諭に直接依頼があり、担任にも報告してある。*

③ 来談者について

年齢や性別、家族構成などのほかに、その場における属性など。

*例：来談者は不登校生徒(中Ⅰ)の母親。IP が小 4 の冬に離婚が成立、その後、親子 3 人のアパート生活を始めている。父親は同じ町内（別居に至るまで家族で住んでいた父親の実家）に住んでいる。小 5 の弟が小学校を卒業する頃には、母方祖父母宅に同居する予定。*

④ 主訴について

誰の主訴かということを明確にすること。来談に至るまでの関係者の主訴、依頼者の主訴、本人の主訴が異なる場合もある。

*例：養護教諭：学校行事への参加を促し、登校に結びつけたい。*
*母親：スクールカウンセラーに相談したい*

⑤　クライエントの特筆事項について

身体あるいは機能的特性（例えば、ぜんそくなどの身体医学的特性など）

*例：春先だけアレルギー性鼻炎がひどい*

⑥　心理・社会的特性について

そのケースに特徴的な状況（父親が単身赴任中、やんちゃな地域、荒れた学校など）

*例：1 年生以外は、1 学年 1 クラスの学級編成。バスなどの移動手段が少なく、兼業農家が多い。幼稚園から中学校までほとんど同じメンバーである。*

⑦　検討事項について

Th の要望（カンファで検討したいこと）

*例：どうしてこのような結果になったのかわからないため、今後の見立てが立てられない*

⑧　面接経過について

**＜面接の概要＞**　経過概要について説明する。

*例：相談室入室後、母親が子どもに「どうする？一緒に話聞く？」と聞くと、子どもがうなずき、母子同席の面接となる。母親からは、現在の家庭状況について話があり、登校を促したいことが延々と述べられる。*

*SC が、中学入学当初に登校した話から、お母さんみたいにやろうと頑張ったんだね、と返すと「でもだめだった。＃＃やったり、＃＃やったりしたけど、やっぱり無理でだめだった」と話す。(部活の先輩と仲良くしようとしたが、小学校からすでに先輩後輩の仲である友人と、新顔の自分に対する先輩の態度の差が明らかな気がしたという話)。母親からは、その時に子どもが叔母（母親の妹）に泣いて話をしていたのに、自分には全然してくれなかったという話があった。*

*（SC はスクールカウンセラーであるバイジー自身、＃は聞き取れない部分）*

**＜相互作用＞**　家族内の相互作用、またはセラピストとの相互作用について、検討事項に関わる相互作用の逐語の一部を含むこと。

*例：Th が失敗したと感じている面接最後の逐語記録。*

Th：朝の電話は、あなたは嫌なの？
A：(首を横に振る)
Th：ああ、じゃあ、お母さんから電話が来るのはいいのね。それで、電話がこないとあなたから電話するのね
A：うん
Th：でも、学校の話をされるのは嫌
A：うん
Th：じゃあお母さんこう言ってるし、お母さんから学校の話をしないでもらおうか。
A：(無言)
M：はい、そうします。
A：だってお母さんできないもん
M：やるよ。先生に今、約束したでしょ
A：絶対無理
M：点数つけてもいいよ
A：(無言)
M：じゃあ、お母さんどうすればいいの？朝じゃなくて夜にする？
A：朝がいい

（Th：SC、A：子ども、M：母親を指す）

**＜面接で行ったこと＞**

*例：登校を促し続けている母親と子どもの関係を扱おうとしたがうまくいかず、子どもがフリーズして面接終了。*

**【以前に提出したケース】**約 800 字程度にまとめること

**＜1 セッションの場合＞**

① 前回以降の特筆事項について（変化の有無について）
*例：子供が来談しなくなった*

② SGSS 以降にセラピストが考えたこと（働きかけのポイント）
*例：母親面接だけは継続できるよう努力した*

③ 面接経過について（面接のまとめ）
*例：前回の面接後に子どもは落ち込んだが、母親は子どもとの考え方の違いがよくわかり、登校を促すことを止めた結果、子どもとの関係がよくなったと感じていた。*

**＜2 セッション以上ある場合＞**

1 セッション目は前述の通り。2 セッション目以降は、行った面接以降の変化、前回の働きかけに対してどのような反応があったかに基づくアセスメント修正の有無、働きかけのポイント、結果的にセラピストの行ったことなどのまとめ。

３．SV 事例について

SV 事例は２ケースである。データとして、（１）それぞれの立場、（２）報告された

事例の概要、（３）提出されたレジュメの一部、（４）逐語記録に関するバイザーとの相互作用、（５）スーパーバイジー（以下、バイジーとする）へのインタビューを示す。

また、インタビューは、今回の SV 事例に関すること、SGSS に参加した感想、個人 SV との違いについて質問をした。（　　）は、筆者の補足。

【SV 事例 A さん】

（１）A さんの立場

A さんは、非常勤としていくつかの現場をかけもちしている。本ケースは、スクールカウンセラーとして勤務している中学校のケースである。

（２）事例の概要

両親と中 1 の長男（Cl）の 3 人家族。小 2 に同級生からの嫌がらせで不登校となり、小 4 で再度不登校。小 6 時、担任が毎朝叩き起こすことによって登校開始。中学入学後から欠席が多く、2 学期には全く登校しなくなった。

（３）提出されたレジュメの一部

＜検討事項＞

見立てと、父母に気合を入れるにはどうしたらいいか。

＜面接場面の相互作用＞　F：父親、M：母親、Cl：子ども、Th：A さん

M1：あのねえーもう全然言うこと聞かないんですよ。学校は行くって言うんですけど起きないしねえ

Th2：もしも、お母さんやお父さんが、(小 6 時の)小学校の担任の先生みたいに、かついでいったら無理やりにでも行けそうだと思われますか？

F3　：そんなんもう絶対無理やね。

M4　：もうこんな太ってるから力も強いし、私らでは全然言うことききませんねえ。

Cl5：[輪ゴムをモノに当てて遊び始める]

F6　：（Cl に）おい、おまえ何してんねん、あほか、そんなことして。

Cl7：なんもしてへんわ。うるさい

F8　：何がなんもしてへんやねん、してるやろ、あほ

Th9：いつもこんな感じですかね

M10：そうですねえ

F11：もうこんなんやからどうしようもないし、病院行ってもよくなるんやったら行くけど、前も全然やったしねえ

（４）逐語記録に関するバイザーと A さんの相互作用（V：バイザー、A：A さん）

V1　：（例えば）夫婦喧嘩の目の前で、『腹減った』って子どもが言うのって、腹へってるのかな？あなたの言ってるのはそういうこと。（子どもは本当に）腹減ってるの？輪ゴムをものに当てて遊び始める、ダメだったら DS で遊び始めるでもいいよ、テレビを見るのでもいいし、それこそ地団太踏んでもいいよ

A2 ：それです、ほんとに全部やってます

V3 ：そんなの当たり前だよ、（子どもは）何やってるの？それって。誰でもいいよ（V が他の参加者に質問を振り、様々な答えが出る）

V4 ：（Th2 で、バイジーが『両親は子どもをコントロールできないのか』と突っ込んで）場の緊張が上がるから、（クライエントがその緊張を）下げにかかってるだけでしょう。もしくはそれこそ、（クライエントが）自分の行動に注目されること（F6、輪ゴムで遊び始めたことに父親が反応）で（Th2 の）話題が変わる。で、それに対して父親がどう応えてるの？お父さん乗るんでしょう、内容に（父親が子どもの行動を叱る）。地団太踏んだら「やめろー」って。元の話し（Th2 の突っ込み）はどうなるのかな。

A5 ：はい

V6 ：で、父親の内容に対応して、「何もしてへん」って言えばクライエントは絶好調（Cl7）、IP の思い通り（Th2 で場の緊張を上げた話題が変わる）、違う？そういう見方ができるための前提で話をしてるんだけど、内容に入ってどうするのよ（Th9 のコメント）。システミックにもの見るっていうのは簡単に言えば金太郎飴みたいなもんで、ここで起こってることって、他でも起こってることと同じなんだよ。そうやって見る、そうやって考えるんでしょ。違うところがあるんだったら、その違うところを探していくことがミソであって、主たるものがこれだってわかれば、後はいらないでしょう。

A7 ：（自分は）内容で聞いてました

V8 ：お父さんのこのセリフって、お母さんもやってんでしょ。本人が「やばいよー」って言ったら、「はーい」って乗るんでしょう、それだけの話。あなたがその場で、Hear&Now で。（面接で）テンション上げたいんでしょ、両親に気合い入れたいって。気合い入れるって、早い話が（両親に子どもを）コントロールさせたいんでしょ？

A9 ：そうです

V10：やったらいいじゃない、子どもがバタバタって遊び始めて、お父さんが「おまえ何してんやそんなことして」って言った瞬間に、お父さんに『注意したくなったの？』って先に言ってみたら。『止めたくなるでしょ、やめた方がいいですよ、もっとやらせましょう、もっとやるように言って下さい』

A11：『止めたらもっとやりますよ』って言ったらいいんですか？

V12：（バイジーが）そういう長い説明をすると、（F が）内容に入るんだよ。次に起こる行動を先に指摘したらできるか？

A13：できないです

V14：それだけのことです

（5）A さんへのインタビュー

[今回の事例について]

A1：今回は、相互作用のどの部分を出すかというのが、けっこう悩んで、結果として出した場面が合ってたかなと思う。

[SGSS について]

A2：（様々な現場に行く）前は、記録の書き方とか指摘されてることホントにわけがわかってなかった。でも、訳わからないけどあの項目（定式化された書式の項目）だけは頭の中にあるわけで、（それまでは）私の中で先生（バイザー）の臨床と発達相談って全然違うもんだったけど、その後のフィードバックをどうするかって考えた時に、自然にあの項目を出して来てる自分にびっくりして、それから書式に沿って書けるようになった。

A3：あの項目に沿って現場を見てなかった、そうやって考えて臨床やってなかったから。でも、現場であの項目が自然に頭に出てきた時に、この施設ではこう言おうとかって、書式が生きてきた。

A4：去年までは書き方しか言ってもらえなかったのに、ケースの内容で言ってもらって、それを現場に持って帰って考えてって、循環ができるようになった。継続ケースを出す意味が私の中で生じた、見立てだけじゃなくて。

A5：C さん（児童養護施設に勤務している SGSS の参加者）の出す SGSS（の事例）がわかりにくいなって考えて。たぶん C さんの中では当然の前提（職場の特徴）を言ってないんだと思う、自分が施設の中にいるから。それがわかったのも SGSS ならではかなと思う。自分が経験してないっていうのもある、まだまだ C さんのケースはもっと聞きたいなって思う。

A6：レジュメを書く時にすっと書けない事例がある。書くときに、こここうすればよかったって思う時もあるし、書けないってことは私何もやってないだなって思う。

[個人 SV との違いについて]

A7：個人 SV よりは SGSS の方がいい。他の人のコメントと自分のコメントを比べられるから。みんなから出る質問とか、先生が他の人にはこう言うけど私にはこうだから、私のこの部分の書き方がまずかったかなとか、私のこの項目には質問多かったなあとか。先生との一対一の SV だと、言われたらああそうかって丸飲みして、先生のコメントに沿って質問するだけ。他の人のケースを聞いて頭が柔らかくなってるからかもしれない。他の人のケースを聞きながら考えていたことが、自分の SV にも関連してくる。自分の客観性が違う、自分が言われてる（SV の）コメントを客観的に考えられる。自分の経験してない職場がわかるとか、別のケースのバイズをもらった気になれる。

（6）SV 事例 A さんの小考察

バイザーは、検討点にあった「父母に気合を入れたい」というコメントについて、記述された相互作用から具体的に、Hear＆Now でどうすればいいのかという構造的家族療法のやり方（Minuchin、1974）を指摘している。

バイジーは、インタビューA1 で「相互作用のどの部分を出したらいいか悩んだ」と述べている。相互作用のどの部分を提示するかという点は、バイジーがどこに注目しているのかを示している。バイジーは恐らくこの場面で何か働きかけをしたかったのであり、実際にはできなかったが、その着目点は適切だったと理解することができた。システムズアプローチでは、情報収集と仮説設定、それにもとづく働きかけの形が基

本である（吉川ら、2001）。一部分であっても相互作用を提示することによって、バイジーは自分がどこまで考えられているのかを具体的に理解することが可能になる。本人が述べているように、「継続ケースを出す意味が生じた」というのは、このような小さな理解の積み重ねが、実際の臨床現場に生かされているためだろう。

インタビューA2、A3 から、書式の項目に合わせた情報収集を意識することが、結果として面接場面でのアセスメントにつながる可能性が示唆されている。

そして、個人 SV との違い A7 として、他の参加者の SV を客観的に見ることによって、自分に対する SV も客観的に考えられると述べている。システムズアプローチでは、自分も含めたシステムを俯瞰することが必須であるが、SGSS の場でそのような視点を獲得することができることを示唆している。

【SV 事例 B さん】

（1）B さんの立場

B さんは、D 県教育機関で働いている。本ケースは以前に提出したケースで、前回は学校側への働きかけ方について検討した。

（2）事例の概要

Cl は小 4 女児、両親は 1 年前に離婚、現在は父親と 2 人暮らしで、離婚後学校を休みがちであった。集団行動ができないことに関して、学校側から相談依頼があった。

（3）提出されたレジュメの一部

＜働きかけのポイント＞

クライエントの学校での行動をコントロールしてもらうため、父親のおかげでクライエントが 1 日頑張れたことを伝えてもらえるよう担任に提案し、担任が了解した。

＜相互作用＞

担任 1 ：今日はおかげ様でずっと教室にいることができました

Th2 ：いえいえ。きっとお父さんが家でかなり頑張って約束してきてくれたんじゃないでしょうか

担任 3：きっとそうですね。今日は早速家庭訪問してお父さんにも報告してこようと思います

Th4：そうですね。いつもはできてないことを聞くばかりでしんどいと思うので、お父さんのおかげで今日は頑張ってくれたことを伝えて頂けたら

（4）逐語記録に関するバイザーとバイジーの相互作用

V1 ：D 県機関に言ったらあなたが来るってわかってたの？

B 2 ：いや、そうじゃないです

V3 ：あなた以外の人が来るって思ってたの？

B 4 ：そうですね

V5 ：つまり、そこが微妙なんだよ(笑)

[中略]

V6 ：何でもいいんだけど、その辺の事実は。私が知りたいことだけ教えてよ(笑)、つまり校長はあなたが来ると思ってたのか？それともあなたが来るっていう前提で投げたのか？

[中略]

V7：（相互作用場面）これはだめ、方向はこれでいいんだけど（笑）、せっかく担任がよいしょしてくれて(担 1「おかげさまで」と Th を立てていること)、ってことは自分もよいしょして欲しいわけでしょ(笑)、してないでしょうこれは(Th2 でお父さんのおかげと枠づけた)

B 8：ああ(笑)

V9：ちゃんとフォローして、あなた（担任）のおかげって返して担任が喜んだ時に、『この父親をコントロールしましょう』って。目の前の人間に「きっとそうですねって」(担 3)これ、ホントにマジになってるよ（担任に、父親のおかげだと枠が入ったこと）。これマジになったらダメだよ、一緒にお父さんをのせましょうっていう形で、その文脈の中で＜おやじを褒める＞っていう形をやらないと。たぶん担任は、家に行った時にまあ褒めるのは褒めるよ、『おやじさんが頑張ってくれたから』って言うだろうと思うけど、同時に『お父さん、もうちょっと頑張ってもらわないとね』って言っちゃうでしょ。それやるとアウトなんだよもう。褒めにいったけど、非難してるってなっちゃうから。だから、担任をちゃんとのっけた上で、あくまでもおやじを動かすための文脈としてこの文脈を使うんだという風に持っていかないと。やるのは OK だけど、１つクッションが抜けてる。

[中略]

B10 ：（F 主任がクライエントに対して過剰に保護的になっていることについて）これたぶんもう、F 主任とこの子がべったりなんで

V11 ：(笑)他の場所を作っちゃうっていうのはダメ。F 主任の方はかわいいかわいい状態になってるだろうと思うから、そこの部分はもういっぺん。X-3 ヶ月で入らなくてごちゃごちゃして（初回事例として SGSS に提出した時に、バイザーから F 主任に入れるよう言われた枠組みのこと）、やっと X 月までかかったっていうデータをだして、ちゃっちゃとやりましょう（笑）

B12 ：おどすんですね(笑)

V13：今回はおどしてよ（笑）あなたうまいことやったじゃない、早くやりましょうよ

B 14：はい(笑)

（５）B さんのインタビュー

[今回の SV について]

B1：前の SGSS で振り返ったことを生かそうと思って、意図をもって明確にと思ってやったんですけど、けっきょくグダグダになってしまった。それを今回出してみてもらった時に、意図は良かったけど、自分の乗せ方が悪かったのに気づいた。前回

狙いどころを教えてもらったんだけど、具体的にやっていく方法が甘かった、っていうのがわかって１回目よりも具体的になった。

B2：簡単に（変化の）可能性を切り捨てるのはよくない、方法が色々ある。行き止まりだなって思っても、もうひと押しがあるんだなってわかった。私はもうそこでストップだと思ってたけど、行き止まりだと思ってたところに道が開けたのが衝撃でした。

B3：なんかごちゃごちゃしてるものを先生にハイって出して、何とか修復してもらって、持ち帰ってまたごちゃごちゃじゃにするんじゃなくて、SGSS の場での見立て方とか方向っていうのを、ちゃんと現実に持ってかえってやりたいと思う

[SGSS について]

B4：緊張しますね、周りの目があるっていうのがけっこう大きい。資料とかも下手に作れない、時間ある時は考えて書く。先生だけじゃなくて、周りにもわかるように伝えないとっていうのがある。

B5：けっこう聞くのにいっぱいいっぱいで、あまりからめない。SGSS の展開が早いので、疑問点とか突っ込みたいところとか考えてるうちに流れていってしまう、初めてのケースとの状況を理解するのにいっぱいいっぱいで、自分が見立てて、その人のやり方に対して自分なりに意見を持てるまでにいけない、事実関係の疑問ぐらいは出てくるんだけど、その人のやり方に対しての、自分なりの意見とか見立てっていうのはなかなか持つまでにいけないまま流れていってしまう、後であれはどうだったんだろうかって。

B6：資料まとめる過程で得るものがある。自分がその時にどう見立てて何をしたのかって曖昧だったっていうのを思い知らされることがあって。臨床してる時にもすごく意識しなくちゃいけないなって思います、SGSS を受けた後に。臨床に影響させたいんです、四苦八苦なんですけど、SGSS 受けるたびにああ、ここも曖昧だったなってわかって、ちょっと次はもう少しって思う。

B7：人がやってるのを聞くのもかなり勉強になる。自分が持ってるのと近いようなケースとか発表されると参考になるし、まだないけど、これからあるかもしれないなっていうのが参考にもなるし、そこでヒントを得られることがある

[個人 SV との違いについて]

B8：個人で行った時は、先生なのでわかってくれるだろうって行ってしまう時がある。でも自分のためにはあんまりよくない。切羽詰まってごちゃごちゃで、それを先生との対話の中でほぐしてもらうっていうのがある。もっと自分でまとめてからの方が、個人でやるにしてもいいなと思うし、（SGSS は）集団の中ではまとめてから行かないといけないので、自分のためにはなってるかな。検討点とか自分の意図をまとめて振り返られる。

６）SV 事例 B さんの小考察

バイザーは V6 までの間で、バイジーの今回の働きかけの前提を確認することで、バイジーの立場のアセスメントが必要であることを示唆している。

そして、相互作用に関するバイザーのコメントは、「１つクッションが抜けている」（V9）である。バイジーの働きかけのポイントだけ読むと、適切な働きかけであるかのように見える。しかしバイザーが指摘しているのは、この場面において必要なのはクライアントへの直接的な働きかけではなく、担任へのコンサルテーションだということ、つまり状況のメタアセスメントにもとづく働きかけである（吉川、2009）。具体的な相互作用を記述することで、このような場面について、バイザーもバイジーも曖昧にすることなく検討することができると考えられる。

バイジーの感想 B2、B2 にあるように、SV を受けることによって、どこまで出来ていて何ができなかったのかが明確になる。B3 のコメントは、SV の内容ではなく、何を指摘されているのかを理解することで、それを臨床に活かしたいということだと考えられる。そして B6、B8 にあるように、書式の項目に沿って記述することによって、自分のケースを客観的に振り返ることが可能になるようである。

## 第 4 節　考察

本章では、SGSS の実践について報告した。この実践について考察し、今後のシステムズアプローチのトレーニングとしての位置づけとして検討する。

### １．実践報告について

これらの結果から、バイジーや参加者に大きな影響を与えているのは、SGSS 独自の書式（吉川、2011）であることが明らかである。SV 事例からもわかるように、バイジーが書式に沿ってまとめる行為自体が、ケースの情報整理や理解に役に立つようである。さらにそれは、実際の臨床場面において事例を理解するために必要な情報収集の指標となる可能性がある。バイザーから見ると、書式に沿った統一された形式であっても、そのまとめられ方自体にバイジーの現状理解の仕方や特徴が表れているのだと考えられる。

また、SGSS の場で他の参加者の SV を聞くことで、臨床的な知識を得られる一方、自らの SV で何を指摘されているのかということについて、客観的に理解できるようになるようである。SGSS の場において、自分と他の参加者やバイザーとのやりとりを客観的に捉えられるということは、自分を含むシステムを俯瞰することである。このような視点は、現場における様々なコミュニケーションシステムの理解にもつながると考えられる。そして、このような理解の仕方は、短時間で参加者の事例を理解しようと試みること、SGSS のディスカッションに参加する体験によって可能になるようである。

### ２．システムズアプローチのトレーニングとしての SGSS について

第 3 章では、クライエントらがセラピストから紹介された医療機関において、その要望に合った対応がなされたことが報告された。第 4 章では、システムズアプローチのトレーニングとして、トレーナーが研究会や集団 SV を行い、そこで多職種の専門性を理解したり、それによって援助のためのリソースを得る方法が獲得されることが述べられた。

このような多職種の専門性は、知識として理解することだけでは不十分である。それは、対人援助の専門職が置かれている立場が多様であること、それが現在も変化しつつあることを考えると、現場の実践から学ぶことが何よりも重要であると考える。その機会は、これまでは学会などでの事例報告にとどまっており、各自の担うべき専門性については、個々の専門家の試行錯誤にとどまっていた。

SGSS のような形式でのトレーニングは、上記で述べたシステムズアプローチの専門性の獲得になる以上に、様々な対人援助職の専門性の違いや、様々な組織のアセスメントの視点を提供できる。個々の SV だけでは、そのような多様な視点を学ぶ機会とならない可能性が高い。さらに、多職種だけではなく、経験年数の異なる参加者が集まることで、このような集団 SV におけるトレーニーのコメントの意図を理解しようと試みたり、自らが SV を行ったり、コンサルテーションを行う場で活用できると考える。

システムズアプローチを学んでも、その実践におけるサポート体制が必ずしも明確に示されているわけではない。SGSS はそのような現状を補うための一端を担える可能性があると考えられ、今後の実践を通してさらに検討を重ねたい。

（注）本章は、「赤津玲子・吉川悟（2012）初学者のためのシステムズアプローチによる集団スーパーヴィジョン・システム（SGSS）の実践報告、家族療法研究、29-1、pp.67-72」に掲載された原稿に、加筆・修正を加えた。

# 第四部　総合考察と今後の課題

# 第１０章　総合考察と今後の課題

第一部の第 1 章から第 3 章では、psychotherapy の歴史とトレーニング、さらに家族療法からシステムズアプローチへの流れの概説を行った。そこで、個人を対象とした psychotherapy とシステムズアプローチの違い、そのトレーニング方法の違いを提示した。

第二部の第 4 章と第 5 章では、システムズアプローチの歴史が非常に浅いという前提で、クライエントを対象とした効果研究から、システムズアプローチの効果のように見える点を模索し、トレーニングに必要な要因を検討した。また、トレーナーを対象としたトレーニングに関するインタビュー調査から、トレーニングの要因を見出した。

第三部第 6 章から第 9 章では、第二部における調査をもとに、システムズアプローチのトレーニング形式を提案した。

本章では、これらを踏まえて総合的な考察を行い、今後の課題を提示する。

## 第１節　総合考察

本節では、psychotherapy の概観とシステムズアプローチ、psychotherapy のトレーニングとシステムズアプローチのトレーニング、インタビュー調査によるトレーニング要因の検討、トレーニング形式の提案から、本論文について総合考察を行う。

### １．psychotherapy の概観とシステムズアプローチ

本節では、欧米の psychotherapy の概観とシステムズアプローチ、日本の psychotherapy の概観とシステムズアプローチについて考察する。

#### （１）欧米の psychotherapy の概観とシステムズアプローチ

psychotherapy とシステムズアプローチの違いを、２つの視点から考察する。

＜直線的因果律と円環的思考＞

科学という物差しができる以前には、個人の精神内界について、正常と逸脱を規定しないような何らかの社会的な仕組み、風土のようなものがあったと考えられる。システムズアプローチでは、症状や不適応など逸脱とみなされている個人に対して、他者との関係に働きかけることで問題を解決しようとするため、解決へのプロセスの中で、逸脱をどのように扱うのかが重要である。そのように考えると、システムズアプローチのようなものが、古代の psychotherapy というよりも、人々の間にごく普通に存在していた可能性が考えられる。

中井ら（1999）は、中世以前は「正常―異常」の対概念がなかったと指摘した。聖杯伝説の登場人物を引用し、精神障害者のように見える「阿呆」や「気狂い」が、真理を告知するなど、ある特殊な役割を担ったり、畏怖の念を持たれていたと指摘した。大

熊（2008）は、ヨーロッパ各地に自然発生的に精神障害者のコロニーができ、精神病が奇跡的に治癒するという言い伝えを聞いた精神障害者やその家族がある特定の土地に集まり、その中で生活していたことに触れた。

正常と逸脱を規定するものとして、大熊（2008）は、平均基準と価値規準をあげている。平均基準を「多くのものにみられるもの」とし、価値規準を「ある特定の個人や社会において認められている特定の価値を備える者が正常とされる」とした。このように考えると、平均規準である「多くのもの」という定義は、人が科学によってもたらされた恩恵であると感じている様々な「移動手段」によって生じたと考えられる。産業革命以前にはそのような手段がなく、中世における「ギルド」のように、人間関係が小さな地域に限られていた。その変化が生じたのは、ヨーロッパにおける産業革命であり、フランス革命であり、日本では明治維新であったと位置づけることができるであろう。さらに、第二次世界大戦は、「英語」を世界の共通言語として位置づけることで、共通言語という「多くのもの」を生み出した。このような過程で、ローカルな「価値規準」が、インターローカルな「価値規準」として共有されるようになったと考えられる。

システムズアプローチは、特定の治療理論を持たないことから、問題は会話の中で構成され解消されると考える。そのため、「平均基準」も「価値規準」も、どちらの規準も扱うことができる。治療理論を持たないということは、面接の目標、変化の方向性、倫理的な基準など、セラピスト本人の判断に委ねられる部分が多くなると考える。「多くのもの」にみられる平均基準も、「ある特定の個人や社会において認められている特定の価値を備える者が正常とされる」という価値規準も、会話がどのように展開するのかというプロセスが生み出すものであると考える。しかし、一方でそれは、中世において触れた「魔女狩り」という偏見との「もろ刃の剣」である。ローカルであることは、ある一定の平均基準と価値規準に拘束され、何らかの偏った考えを生み出し、ローカルであるが故の偏見を維持する風土のようなものを作ることもできる。システムズアプローチが生み出す会話にも、その閉鎖性によって生み出されるようなリスクが常に存在すると考えた。

psychotherapy を概説する中で、中世における「狂気」が社会の中で扱われてきた視点を、「精神医学の成立」と「民間社会における治療法」という 2 つに整理した。精神医学という学問領域の成立が、疾患分類を目的としていたのに対して、psychotherapy は「民間社会における治療法」にその始まりが見出されることを述べた。催眠は、そのような民間療法の 1 つであり、「怪しげである」など学術的ではないと長く排除されてきた歴史があった。しかしフロイトは、その催眠を学び、精神医学という領域で psychotherapy を始めた。

フロイトが用いた方法は、可能な限り科学的であることを志向しようとした。分析 analysis という用語からもわかるように、心を科学的に分析しようとしたのである。それは、家族や関係者など第三者を排除して、頑なに二者関係という治療構造を維持する

ことや、患者を寝椅子に寝かせて自らの姿を見えないようにする設定などから、まるで「実験」のようにも見える。また、患者には「頭に浮かんだことを全て観察して、それを報告するように」指示した。そして精神分析を行う治療者には、「話される全てのことに対して差別なく注意を向けよ」と要請し、それを「無意識に身をゆだねる」と表現していた。このように、治療という場を一定の条件にすることで、患者だけではなく自らの意識も限りなく客観的にとらえようと試みた。その結果、患者の症状を、幼児期の外傷体験に見出した。それは、科学という物差しを自ら作り出し、直線的因果律で物事を理解しようという、限りない客観性を求めた実験的試みであったと言えるかもしれない。精神分析が psychotherapy の始まりであると位置づけられるのは、民間療法で長く疑いの目を向けられていた催眠を、このような科学という物差しに可能な限り合致した形で提示し、「原因―結果」という直線的因果律で説明できるようにしたことによると考えられる。

＜個人の心と人間関係＞

フロイトの精神分析は第二次世界大戦を機にアメリカで発展したが、その「実験」のような固い治療構造を維持する困難さと、終わりがないかのような長期間にわたる治療が、社会の要請に応じきれなくなった。背景に、科学における疾患分類の歴史に一区切りがついたことと、それによって精神科医の専門性が薬物療法に変化したという経緯があった。また、第一次世界大戦の終戦時から注目されていた負傷や戦闘疲労による外傷性神経症患者が第二次世界大戦において増加したこと、一般社会の中で疾患と名づけられない問題に対する psychotherapy の要望が高まっていたことを述べた。多くの psychotherapy やカウンセリングは、問題を個人の精神内界としてとらえていた。

また、ロジャーズの来談者中心療法では、人の心が不一致の状態にあることを問題として捉えていた。そのため、カウンセリングにおいてカウンセラーが条件を満たした状態で関わることによって、クライエント自らが問題に気づきパーソナリティが変化すると考えていた。

科学的であろうとする人の心の理解の仕方は、心理学者による心理テストの開発で加速した。心理テストは、コンピューターや統計理論の著しい発展により、人のこころを数値化することによって理解できるようにするための手段である。その理解の方法は、心理テストの作成段階で価値規準が暗黙に定められ、平均基準を数値化することによって成り立っていると考えられる。心理テストの開発のきっかけとなったのは、IQ の測定であったが、ビネーが最初にその概念を使ったのは、平均よりも学力が低い子どもへの支援を目的としていた。IQ という構成概念は社会への適応の度合いを測定したり、性格を測定することで、そのような構成概念が「問題とされている本人の中に存在する」かのような錯覚を生みだした。心理テストは、精神医学領域においても、臨床心理学領域においても、心の問題を理解するために活用されるようになった。

このように、問題を個人の心の中にあるものとして捉えるためには、さまざまな工夫

が必要であった。それは、学派に共通した治療理論、それに伴う治療目標、どのように対応すべきかという面接場面の条件統制である。

psychotherapy は、問題は「人の心の中にある」という前提で考えられている。そのため、psychotherapy は「問題が何か、何を目的とするか」という学派間の争いに発展した。それは、精神医学領域と臨床心理学領域という対人援助の領域の違いにおいても存在し、臨床心理学における多くの学派による治療理論の違いとしても明らかになった。このような状況の中で、家族が問題であるという家族研究から始まった家族療法が生み出された。家族療法には大きく 2 つの流れがあると述べた。

1 つは精神分析に基づく精神分析学派は、個人ではなく家族をどのようにとらえるかという問題を解決しなければならなかった。そのために援用されたのが、キャノンのホメオスタシス概念、パーソンズの社会システム論、ベルタランフィの一般システム理論から発展した、ミラーの「一般生物体システム理論」などであった。しかしそれらは、精神分析の治療理論の延長として家族をとらえ、治療の対象を個人ではなく家族としたことに留まっていた。

もう 1 つは、ベイトソンらのサイバネティックスとコミュニケーション学派である。この学派は、マルヤマの「セカンド・サイバネティックス」と、古典的な催眠と異なるエリクソンのコミュニケーションを強調した催眠の影響を強く受けている。その展開は、MRI のブリーフセラピー、ミニューチンの構造派家族療法、ヘイリーの戦略的家族療法、ミラノ派のシステミックな家族療法に表れている。この学派は、精神分析学派に対するアンチテーゼとして創始されたと考えられる。それは、ブリーフセラピーにおける「変化 change」、構造派家族療法における「権力 power」、ヘイリーの使った「戦略 strategic」、ミラノ派を指す用語として用いられた「システミック systemic」など、セラピストの「操作 control」に関する用語の多用に現れている。これらは、システム理論の中でも、動的なシステムとしての相互作用を重視したものであった。その後、サイバネティックスが発展し、フェルスター―が、バレラの自己言及性に注目し「観察しているシステムの観察」という視点を提唱した。これらのシステム論の展開を背景に、家族療法に対するアンチテーゼとして、社会構成主義にもとづくナラティヴ・セラピーが提唱された。

アメリカにおける家族療法の発展の中には、システムズアプローチの多くの視点が示されていた。ミラーの「一般生物体システム理論」は、個人や家族、組織、社会など静的なシステムを理解するための視点を提供した。フェルスター―の「観察しているシステムの観察」という視点は、面接の場で常に変化し続けているセラピストを含むコミュニケーションシステムを客観的に俯瞰する視点の獲得が重要であることを示していた。

システムズアプローチは、「問題が何か」ということは、セラピスト自身も含んだコミュニケーションの中で構成されるのであって、人の精神内界にあるとは考えない。そのため、人間関係のコミュニケーションに働きかけるということについて、自分自身を

も含んだ相互作用を検討する。精神分析の治療理論では、幼少期の外傷体験が問題とされていたため、家族はその要因としてみなされていた。そして、患者が医師から見えない位置に座って自由連想法を行い、医師自身が教育分析を受けることで、より客観的であろうと試みた。ロジャーズの来談者中心療法は、クライエントの訴えを積極的に傾聴することによって、クライエント自身が自己実現に向かうと考えられていた。そのため、クライエント自身が、問題を自分自身の「心の問題」としてとらえることが必要であった。これら従来の psychotherapy とシステムズアプローチの違いは、問題の捉え方として明確であると考えられる。

（2）日本の psychotherapy の概観とシステムズアプローチ

日本における psychotherapy も、西欧諸国のように神や宗教など信仰にもとづくものから始まったと述べた。しかし、京都の岩倉寺などのように、多くの精神障害者や家族が集まり、村全体の家庭が患者や家族を宿泊させて生活するような場もあった（大熊、2008）。そのため、日本にもシステムズアプローチのようなものが、人々の間に存在していた可能性がある。その閉鎖性のリスクから、第 1 章で提示したような、ヨーロッパにおける「魔女狩り」のようなものがあってもおかしくないと考えられるが、日本では「魔女狩り」のようなものはなかった。

科学という物差しがなかった時代に、日本では「魔女狩り」のようなものはなかったが、その代わりに、精神障害者の私宅監禁があったと考える。日本には、「家族の問題は外では話さない」という伝統とも言えるような特徴がある。精神障害者を社会的な場に出すぐらいなら、自宅で監禁しておく方が良かったのではないかと考えた。それは、閉鎖的な社会において、暗黙の了解として扱われ、むしろ話題として扱わないようなルールが存在していた可能性がある。そのため、精神障害者を自宅で「保護する」という目的で制定された「精神病者監護法」は、1900 年から 50 年間にわたって精神障害者を精神病院への入院と共に私宅監禁を公認する形となっていた。この日本独自の家族観は、その後の日本における psychotherapy の展開や家族療法に大きく影響を与えていると考える。それは、ライシャワー事件を機に精神科病院が急増し、脱施設化の方向に進んだ世界の流れと大きくかけ離れていた日本の現状からも明らかである。

1920 年代から、フロイトの精神分析が精神医学領域で導入された。その経緯の中で、小此木（1964）は、フロイトの実践そのままの構造では、日本社会で理解されにくかったことを指摘した。そのため、アメリカで発展した精神分析の理論が応用されたと述べた。この背景に、日本独自の伝統的な家族観があると考えられる。小此木は主に治療構造について論じていたが、他人に家族の話をするということは、あり得ないことだったのではないかと考えた。

アメリカでは精神分析が開業した精神科医によって行われ、中流階級において大いに受け入れられていたのにも関わらず、日本では全く受け入れられず、治療構造にこだわ

らざるを得なかった。もちろん、第二次世界大戦後、日本が自国の復興のために必死であったという社会状況はある。しかし、日本で治療構造にこだわらざるを得ないのは、アメリカと違った親密な地域交流と、それに伴う言語化されない暗黙のコミュニケーション、付き合い方のローカルなルールが存在していた可能性を考えた。日本の精神医学は精神分析にこだわり続け、そのこだわりが治療構造論として展開したと考えられる。

さらに、日本では臨床心理学領域が目覚ましい発展をとげた。それは、個人面接を前提としたカウンセリングの浸透の早さから明らかである。魔女狩りの代わりとしての私宅監禁を述べたが、ここで注目したいのは、家族にも話せないようなことを話せる場としての、個人を対象としたカウンセリングの発展である。精神分析と違い、そこには自分の問題は自分自身が引き受けなければならないという、日本独自の考え方があった可能性を考えたい。一般的に日本の家族は親密性が高く、個よりも家族のような集団を重視すると言われている。そのため、逸脱を隠すという団結の仕方は、逆に自分自身が逸脱しているかもしれないという不安を、もっとも身近な家族には話せないという状態を作ると考える。

日本の臨床心理学の発展には、ロジャーズの来談者中心療法が大きく影響を与えており、教育領域が貢献していることを指摘した。ロジャーズの来談者中心療法は、個人の成長モデルを前提としている。それは、個よりも家族や集団を重んじる社会においては、憧れと表現してもいいような個人のあるべきモデルである。幼少期の外傷体験を原因とする精神分析ではなく、問題は自分自身の心にあるというカウンセリングの治療理論が広く受け入れられたのは、そのような日本独自の社会背景に起因すると考える。

日本に家族療法が導入されたのは、精神分析の限界が明確になり、個人を対象としたカウンセリングが展開してきた時期であった。アメリカと同様に、日本でも精神科医の専門性が薬物療法に移行し、精神科医は家族への対応をせざるを得ない状態にあった。そして、臨床心理学領域でも、個人を対象とするカウンセリングが中心とされていた状態に、問題が起こりつつあった。例えば、不登校問題のように、問題の中心とみなされた子どもを伴わない母親の来談である。個人を対象としたカウンセリングでは、問題は個人の心にある前提であることから、子どもの相談で来談した母親自身の問題を扱うこととなり、結果として子どもの問題が解決されないという事態が起こっていた。

家族療法は、精神科医を中心に始まり、臨床心理学領域では家族心理を理解するという段階に留まっていた。日本家族研究・家族療法学会創設時に、高臣ら（1984）は、日本が欧米のような契約社会ではなく、メタコミュニケーションレベルでの了解が行われることへの懸念を示した。日本の家族関係では、明確な言語表現が行われていなくても理解しあうような相互関係がみられるためである。

システムズアプローチは、円環的思考にもとづくため、従来の科学による「原因―結果」という直線的因果律にもとづかない。そのため、セラピスト自身を含めた面接のコミュニケーションシステム全体を俯瞰する視点が不可欠である。そのため、従来の

psychotherapy と違って、クライエントや家族の気持ちを「枠組み」としてとらえようと試みる。問題を解決しようとする行動の連鎖が起こっている状況を具体的に聞くことで、何が起こっているのかという行動の連鎖を把握し、それらに付随している「枠組み」をアセスメントする。そのためには、コミュニケーションを、表面的な言語的意味だけではなく、その状況に合った形で語用論的に理解するように試みることである（吉川、1993）。東（1997）は、個人が自分自身や現象、関係などに付記している「意味づけ」をする際に、「言葉」に伴う感情の質を、表情や態度から読み取ることの重要性を指摘した。非言語コミュニケーションには、しぐさや態度などだけではなく、どのように語られたのかという口調も含まれる。石川（1984）は、日本的なコミュニケーションの特徴を、家族療法と精神分析の「非言語の扱い方の違い」として指摘した。そして、精神分析が強固に堅持していた治療構造は、表面的に語られた言語的コミュニケーションのみを扱おうとする頑なさであり、治療者であるフロイト自身の非言語的反応を隠すことが必要だったのではないかと指摘した。その前提であれば、psychotherapy の概観におけるサイバネティックスとコミュニケーション学派までの展開は、表面的な言語コミュニケーションだけを扱うのではなく、非言語コミュニケーションを扱うようになった経緯として理解することができる。フロイトの精神分析の治療構造が実験室のようであったと述べたが、1940 年代に臨床家としてカウンセリングを始めたロジャーズ Rogers,C.は、カウンセラーが同じセリフを言うにしても、どのような態度と語調で表わされればいいのかについて具体的に指摘している（Rogers、1951）。

加藤（2004）は、言語が時間軸上の要素の配列という宿命を負っていることを指摘している。日本語は主語が明確でなくても話が始められるし、結局どうしたのかという述語が最後に位置するため、本人が意図しなくても話しながら組み立て、聞き手も予測に関する修正をしながら聞くということが日常的である。コミュニケーションにおいては、この予測と修正のために、非言語コミュニケーションが使われていると考える。そのため、日本では特に、言わずもがなのメタメッセージが言語コミュニケーションと同時にやりとりされているのが普通である。

しかし、このような特徴は、日本語だけに限定して考えられるものではない。ベイトソン Bateson,G（1956）は、人と人との相互作用を言語と非言語に分けるのではなく、コミュニケーションシステムとしてとらえる視点が必要だと述べ、言葉だけというコミュニケーションはあり得ないと主張している。実際にベイトソンらは、統合失調症の家族研究において、クライエントと家族とのコミュニケーションに独自の特徴があることを言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの両方を記述することで見出した（Bateson、1956）。人と人との相互作用をコミュニケーションシステムとしてとらえる考え方は、システムズアプローチにおけるジョイニングに不可欠とされている。セラピストの観察能力を駆使し、クライエントらに自らのコミュニケーションを合わせることで、面接の早い段階で家族間のコミュニケーション形式を把握したり、関係のア

セスメントを行ったり、言語と同時に非言語コミュニケーションを理解することによって多くの情報を得ることができる。

これらから、システムズアプローチの実践には、コミュニケーションを言語だけではなく、非言語コミュニケーションも含めたコミュニケーションシステムとして観察し、セラピストが自らのコミュニケーションシステムを積極的に使うことが重要であると言える。それは、コミュニケーションを語用論的に理解する習慣として、日常生活の中でも普通に使われている。

エンカウンターグループや集団療法、サイコドラマなど、集団を対象とした psychotherapy もある一方で、日本に導入された psychotherapy は、主として個人を対象とした psychotherapy を中心として展開したと述べた。従来の psychotherapy が特定の治療理論に拘束されていたことに対して、システムズアプローチでは、セラピストの自由度が非常に高く、この自由度の高さはもろ刃の剣であると指摘した。従来の科学にあった「原因―結果」という直線的因果律にもとづく理解は、個人の精神内界を特定の治療理論に基づいて理解しやすくするため、セラピストのアセスメントを拘束すると同時に、保護するものともなっていた。しかし、システムズアプローチでは円環的思考に基づき、クライエントらが話す枠組みや自分自身の枠組みについて、どのシステムまで扱ったらよいのかということについて、セラピストに一任されている。そのため、個人を対象とした psychotherapy 以上に、組織などの人間関係で生じている問題に対してその関係改善を目的として働きかけることが可能である。そのためには、クライエントらの置かれた状況の限りない人間関係のアセスメントの視点が必要とされる。困っているように見えるクライエントの周りには、そのクライエントらを囲む様々な援助組織における社会的規制がある。児島（2009）はそれを「制度」と表現し、あえていえば個人と組織の双方に「肩入れ」する方法が重要であると指摘した。どのシステムまでをアセスメントする必要があるのか、それがシステムズアプローチの自由度の高さの１つである。関係者のアセスメントの視点を、限界としてではなく、変化の可能性を広げるものであると理解することが重要であると考える。

２．psychotherapy のトレーニングとシステムズアプローチのトレーニング

精神医学成立の流れとは別に、民間療法では、治療者という肩書を持つ者として大学で理論だけを習得した医師（メディクス）もいたが、実際の治療の担い手は、主に経験医と呼ばれる徒弟修業からたたきあげられた経験医（フィジクス）であった（小俣、2002）。精神医学と民間療法は、医師と経験医、理論を学ぶスタイルと、実践から学ぶスタイルに分かれていた。このような状況には、教義を知識として特権的に持っていた教会を中心として社会が成り立っていた背景があると述べた。産業革命やフランス革命などによって、知識は教会から大学へと移行し、精神医学領域では医師が診断のための理論を学び、民間療法では治療者と患者の関係を重視するような治療が行われていた。

民間療法の 1 つであった催眠を用いて、医師であるフロイトが精神分析を創始した。フロイトは医師でありながら、問題を個人の精神内界にあるとみなした。そのため、科学という前提に沿って、治療者自身が教育分析を受け、自分自身を客観的に分析することを提唱した。分析家は自分自身の無意識に身をゆだねることから、無意識にある自身の家族について理解し、積極的に分析しようと試みることが必要であった。それが、精神分析のトレーニングであり、スーパービジョンとして位置づけられた。そして、治療構造を厳格に規定することによって、自由連想法によって患者の話しの内容を分析した。

心理学者であるロジャーズの来談者中心療法では、セラピストに必要な条件が提示された（Rogers、1961）。それは、カウンセラー自身が自分の心を理解し、面接においては自己一致していることを基本としていた。アメリカにおける社会背景の変化でも指摘した通り、ロジャーズが活動していた臨床場面では、治療構造を厳格に規定することは困難であった。ロジャーズは、面接を録音し、逐語記録を提示することで面接を客観的に研究し、それをトレーニングに活用できることを提案した。それは、ロジャーズの提唱したカウンセリング理論が、実際にどのように実践されているのかを示すものであった。このように、カウンセリング場面を録音できるようになったことは、録音機器の開発という大きな要因がある一方で、面接場面を分析して学ぶという新しい方法を提示したものであった。

日本の psychotherapy のトレーニングは、臨床心理学における専門性の確立と共に、その必要性が提唱されていた。内容の点からみると、学派ごとの違いがスーパービジョンに影響していたようであった。精神分析は面接場面を記録して振り返ることに対して、主観性と客観性の違いが生じることを懸念していた。しかし、ロジャーズが面接場面を逐語記録に起こしていたように、来談者中心療法では録音した面接を逐語記録に起こすことで、面接の応答性が改善されると述べられていた。さらに、大学院におけるトレーニングが始まると、psychotherapy よりも、ごく一般的な対人関係能力に焦点を当てるなどの基礎的なトレーニングが必要であると指摘されていた。実践面では、トレーナー面接への陪席の提案がなされた。スーパービジョンについては、個別スーパービジョンや同じ学派内の集団スーパービジョンなど様々であった。

家族療法の精神分析学派でも、面接場面を録画したり、逐語記録の一部を著書などで公開したりすることが行われていたが、その理解の仕方は、問題を個人の精神内界から家族関係に移行し、家族を精神分析的に理解することに留まっていた。セラピストとの相互作用という視点を生かしつつも明確に提示できなかった。しかし、コミュニケーション学派は、psychotherapy を音声や映像などの記録することを積極的に行うことによって、セラピストと家族のコミュニケーションシステムを分析しようと試みた。それによって、面接場面においてセラピストのコミュニケーションが影響を与えるという視点を明確に示すことが可能になった。セラピストによるデモンストレーションのビデオが公開されたり、セラピストらが個々に研究所を立ち上げ、臨床実践

と研究、さらにトレーニングを行うようになっていた。

システムズアプローチはコミュニケーション学派の影響を受けており、その歴史は非常に浅く、実践報告によってその成果が示されてきたと述べた。特に、家族療法との区別がなされていないことから、システムズアプローチという用語が実践報告や学会などのワークショップで使われ始めたのも近年である。トレーニングに関しても、個々のセラピストの試行錯誤や独自の取り組みによってなされてきた。その成果を示す研究は、非常に少ない。第 3 章では、システムズアプローチのトレーニングと個人を対象とした psychotherapy との違いとして、ワンウェイミラーの活用、トレーナー面接への陪席、多職種による集団スーパービジョン、などを指摘した。システムズアプローチでは、全体を俯瞰する視点が必要である。その視点を獲得するために、ロールプレイが有効なようであった。

３．インタビュー調査によるトレーニング要因の検討

第二部では、第 4 章でシステムズアプローチの面接を受けたクライエントに対して直接インタビュー調査を行った。そして、システムズアプローチの観点からその効果要因を検討し、トレーニングに必要な指標を模索した。その結果、システムズアプローチの効果のように見える点は、「ジョイニングと相互作用」、「対等な関係と日常的な会話」、「アセスメント」の 3 つの観点が見出され、これらがシステムズアプローチの効果要因であるとみなした。第 5 章では、トレーナーへのインタビュー調査から、トレーニングの現状を明確にしようと試みた。その結果、トレーニングの要素を、「トレーニーの自己理解」、「クライエントの気持ちの理解」、「仮説」、「初歩的な技術」、「技法」、「全体の組み立て」、「その他」の 7 つの項目に分類した。そして、これらの分類で挙げられた項目を元に、個々のトレーナーのトレーニング内容を整理し、トレーニングの違いと共通点に関する影響要因、トレーニングにおいて重視点している点について考察した。

クライエントらのインタビューで要因としてあげた「ジョイニングと相互作用」、「対等な関係と日常的な会話」は、トレーナーインタビューにおける重視すべき点としてあげられた「トレーニーの自己理解」、「クライエントの気持ちの理解」、「初歩的な技術」に対応していると考えた。これらのセラピストとの関わりにおいてクライエントらが強調していることは、面接の場に対する違和感のなさである。それは、システムズアプローチのジョイニングにもとづいていると考えられる。さらに、「対等な関係と日常的な会話」も同様に、ジョイニングが関係している。

これらは、多くのトレーナーがロールプレイを用いて習得することを試みていた。トレーナー自身がロールプレイでセラピストを演じることで、クライエントから見られることを意識し、自分自身の反応の仕方への気づきを得ることができるようであった。さらに、クライエントを演じることで、クライエントの気持ちの一部を感じることができるようであった。そのために、実際の面接の録画や逐語記録を用いるトレーニングも行

い、トレーニーの反応を細かく指摘し、クライエントからどのように見えるかということが重視されていた。また、「その他」として、トレーナー面接への陪席やワンウェイミラーによる実際の面接の観察が行われていた。それらは、面接場面で起こっていることを可能な限り俯瞰できるような視点を獲得するためのトレーニングとして位置づけることができると考える。

クライエントらからは、「何が効果的であったか」ということに関する答えのような言葉は一切なく、変化のきっかけに関するコメントも得られなかったという結果がある。さらに、面接終了時に、全員から「このような話でいいのですか」という内容のコメントがあった。この違和感のなさからは、いわゆる「介入」と呼ばれるようなコミュニケーションがあったとは考えにくく、むしろ、面接におけるクライエントらの状況に合わせた要望に対して、セラピストが応じてくれていたことが効果として考えられる。そのようなクライエントらの状況に合った要望を、セラピストがどのように把握していたのかは不明である。しかし、システムズアプローチでは、言語コミュニケーションと合わせた非言語コミュニケーションを重視している。それは、クライエントらの話しを内容で聞くのではなく、語用論的に聞くという理解の仕方の必要性につながっている。

第 3 章で、システムズアプローチの面接過程は、観察―仮説設定―意図をもった関わり―継続される観察の繰り返しであると述べた。そのため、意図をもった関わりが何らかの変化を起こす前提で行われると考えられる。本調査からは、クライエントらに違和感が生じない程度の働きかけがなされたと仮定することができる。そのため、このようなプロセスをトレーニングにおいて習得するためには、言語コミュニケーションだけの逐語記録ではなく、非言語コミュニケーションも併記された記述が必要であると考えた。意図をもった関わりに対応するトレーナーインタビューの要因は、おそらく「技法」であると考えられる。しかし、「技法」においては、多くのトレーナーが「トレーニー自身の志向性」を前提としているようであった。それは同時に、トレーナー独自の試みが言語化されないだけであるとも考えられる。トレーナー自身が面接において用いている何らかのコミュニケーションが明らかにされていない可能性を考えた。

さらに、治療構造が可変的であったこと、紹介された専門機関で、クライエントらの要望に合った対応がなされたことが指摘されことも、クライエントらにとっては面接と同様に、何らの違和感も示されていない。システムズアプローチにおいて、治療構造が可変的であるのはセラピストのアセスメントとクライエントの要望を考慮する必要がある。そして、専門機関を紹介するためには、専門機関をアセスメントする視点が必要である。個人を対象とした psychotherapy とは異なるトレーニングとして、多職種による集団スーパービジョンがあげられていた。そのため、集団スーパービジョンのトレーニングの効果を検討することで、トレーニングの形式として提案できることを考えた。

以上のことから、面接場面を俯瞰する視点を獲得すること、言語コミュニケーションと同時に非言語コミュニケーションを理解することによって、クライエントの話を語用

論的に聞くことができる可能性、集団スーパービジョンの効果の検討が必要であると考えた。

４．トレーニングの形式の提案

第三部では、いくつかのトレーニング形式を提案した。

第 6 章では、大学院の授業におけるロールプレイの内容とトレーニーへのインタビュー調査結果を提示し、システムズアプローチの面接全体を俯瞰する視点を獲得できる可能性を指摘した。第 7 章では、言語コミュニケーションに加えて、非言語コミュニケーションに注目した。非言語コミュニケーションの記述となると膨大で無限な記述の連鎖という事態に陥ってしまうが、それを会話分析の形式で提示することが可能であるという新しい知見を提供した。非言語コミュニケーションの全てを扱うのではなく、いくつかの特徴を扱っただけでも、面接の場で起こっていることが、格段に理解しやすくなる。このような形式でトレーナーの面接を記述することによって、通常の逐語記録よりも多くの情報を提示することができ、面接場面を理解するトレーニングとなることを論じた。第 8 章では、非言語コミュニケーションの中でも面接場面の視線行動に注目した。システムズアプローチのように個人だけではなく、複数のクライエントを対象とした面接の場合、セラピストはクライアントらの視線に注目し、誰が誰に対してどのようなメッセージを発しているのか考える必要がある。同時に、セラピスト自身の視線行動が、クライアントや家族にどのような影響を与えているかという視点も重要である。いくつかの実験的な研究から、視線行動が言語的なコミュニケーションに与える影響が指摘されているが、実際の面接場面をもとに分析した研究は倫理的な問題もあり行われていなかった。それによって、セラピストの使う視線がクライエントらのコミュニケーションに対して、より自然な働きかけとして機能する「技法」として使えることを提示した。会話分析の形式を用いることによって、トレーナーの独自性と指摘した「技法」を学ぶというトレーニングに使えることを主張した。

システムズアプローチによる集団スーパービジョンシステム（SGSS）の実践においては、その独自の書式にアセスメントの形式項目があげられていることから、書式に合わせてケースをまとめる行為自体が、トレーニングとして自らのケースを振り返るという客観的な視点を提供できることを指摘した。そして、他の専門職の SV を聞くことで臨床的な知識を得られること、SGSS の中で自分がスーパーバイザーとのやりとりをすることについて、自分自身も含めて客観的に俯瞰する視点が獲得されることを述べた。

新しいシステムズアプローチのトレーニング方法として、ロールプレイにおける面接場面を俯瞰する視点の獲得、会話分析の形式を用いることによって面接場面における多様なコミュニケーションを習得できる可能性、集団スーパービジョンにおける多職種の視点が獲得できることを提案した。これらのトレーニング形式は、トレーナーらの取り組みによってすでに行われていたことを明らかにすると同時に、会話分析の形式という

新たなトレーニングの形式を提示することとなった。

臨床心理学は対人援助の学問である。psychotherapy の歴史において、治療者という肩書を持つ者が、理論を学ぶスタイルと、実践から学ぶスタイルに分かれていたと指摘した。psychotherapy のトレーニングにも、理論と実践の両方が必要とされている。理論的なことを学ぶことは大学において可能であるが、実践から学ぶという方法は、まだまだ試行錯誤状態にある。システムズアプローチが従来の psychotherapy とは異なった前提を持っていることから、独自のトレーニング形式を提案し、今後に役立てることが必要であると考える。

第 2 節　今後の課題

本研究では、従来の psychotherapy とシステムズアプローチの違い、そしてトレーニングの違いを述べ、トレーニング形式の提案を行った。

日本の臨床心理学では、個人を対象とした psychotherapy を中心としてトレーニングがなされており、それらを従来の psychotherapy として扱った。しかし、psychotherapy には、集団療法やエンカウンターグループ、サイコドラマなど集団で行われるものもある。さらに、認知行動療法など、人のこころではなく症状に焦点を合わせた psychotherapy や、ソーシャルスキルトレーニングなども含まれる。そのため、今後はそれらとの違いや類似点を見出すことから、システムズアプローチの新しいトレーニング方法を見出すことができると考えられる。

また、システムズアプローチと家族療法との違いが明確でないこと、用語の乱用による誤解があることを指摘した。そのため、システムズアプローチの観点で関わった事例発表や研究などにおいて、その立場を明確に示すことが重要であると考える。さらに、そこで使われる用語に関しては、より慎重さが必要である。システムズアプローチが、何らかの特殊な臨床心理学の理論を指すものではなく、psychotherapy として考えることもできるし、一見複雑な組織やその人間関係をアセスメントできる「ものの見方」であることを強調するためには、その慎重さをある種のこだわりとして提示せざるを得ないかもしれない。

精神医学領域や臨床心理学領域など、システムズアプローチが他の対人援助職のために有益な視点を提供できるという前提であれば、その受け入れやすさを作りだすことも今後の課題であると考えられる。それは、トレーナーらの個々の取り組みの違いに現れていた。家族療法との違いを明確にした上で、独自のトレーニングの形式を提案し、研究を重ねることが重要だと考える。

## 引用文献


Ackerman,N.W.（1958）The psychodynamics of family life.New York,Norton、小此木啓吾、石原潔訳（1967）家族関係の理論と診断―家族生活の精神力学（上)、岩崎学術出版、小此木啓吾、石原潔訳（1970）家族関係の病理と治療―家族生活の精神力学（下)、岩崎学術出版

Ackerman,N.W.（1961）Treating The Troubled Family、New York、Basic Books.

赤津玲子（2009）思春期青年期ケースの治療構造に関する一考察―強迫観念によって不登校となった高校生の母子面接から―、龍谷大学臨床心理相談室紀要、5、pp.1-18

赤津玲子（2009）学校臨床で治療的な流れを作るためには―システムズアプローチによる介入の背景、龍谷大学文学研究科紀要、31、pp.63-80

赤津玲子、吉川悟（2007）初回面接の分かれ道―家族が扱って欲しいことを問題とすることー、日本ブリーフサイコセラピー学会、第 17 回長野大会.大会プログラム抄録集．p.17

赤津玲子、吉川悟（2008a）未来は誰が作るの？－問題意識に温度差のある親子面接で必要なこと、家族療法研究、25-1、p.29

赤津玲子、吉川悟ら（2008b）初心者のためのシステムズアプローチ的 SV システムの試みー吉川研究室における、通称「内カン」の実践について、家族療法研究、25-1、p.61

赤津玲子、吉川悟（2008c）複数面接で視線を使うーセラピストの可能性を広げるポイントー、日本ブリーフサイコセラピー学会プログラム抄録集、p.64

赤津玲子、吉川悟（2008d）IP を保護する行為を活用したコンセンサスの構成 その 2 面接での視線による働きかけを会話分析に付記するという試案、日本家族心理学会第 25 回大会プログラム抄録集、pp.92-93

赤津玲子、吉川悟（2009a）家族臨床における非言語コミュニケーションー複数面接のこれまでの解釈と新たな臨床の分析記録についての一考察―、日本家族心理学会第 26 回大会プログラム抄録集、pp.37-38

赤津玲子・吉川悟（2009b）面接での視線を含む非言語コミュニケーションを会話分析に付記するという記述形式の試案、家族療法研究、26-3、pp.256-264

Anderson,H.,Goolishian,H.（1986）Problem determined system-Towards transformation in family therapy. Journal of Strategic & Systemic Therapy、5-4、pp.1-13

Anderson,H., Goolishian,H.A.（1990）Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory.、Family process、27-3、pp.371-393

Anderson,H.（1997）Conversation,Language,and Possibilities A postmodern

approach therapy、The United States、Basic Books.、野村直樹、青木義子、吉川悟（訳）会話・言語・そして可能性―コラボレイティヴとは？セラピーとは？、金剛出版

Andersen,T.（1991）the refrecting team, dialogues and dialogues about the dialogues, W. W. Norton & Co Inc.、鈴木浩二訳（2001）リフレクティング・プロセス―会話における会話と会話、金剛出版

青木佐奈枝（2009）大学院における臨床心理士育成に関する一考察―大学院生、修了生のアンケート調査をもとに―、東京成徳大学臨床心理学研究、9、pp.12-20

Alan,C.（2007）Family therapy training on a clinical psychology program、Journal of Family Therapy、29-4、pp.326-329

浅井邦彦（2001）病因精神医療の歩み、昼田源四郎編、日本の近代精神医療史、pp.46-54

Ashby,W.R.（1952）Design for a Brain、New York、Wiley.、山田坂仁訳（1967）頭脳への設計、宇野書店

Bandura,A.（1976） Social Learning Theory.Englewood Cliffs,NJ、Prentice Hall、原野広太郎監訳（1979）社会的学習理論：人間理解と教育の基礎、金子書房

Bateson,G.,Jackson,D.D.,Haley,J.and Weakland,J.（1956）“Toward a Theory of Schizoprenia”、Behavioral Science、1、pp.251-264、佐伯泰樹・佐藤良明・高橋和久訳（2000）：分裂病の理論化に向けて―ダブルバインド仮説の試み―、精神の生態学、pp.295-329、新思索社

Bateson,G.（1958）Naven.、Stanford,Calif.、Stanford University Press

Berker,P.（1981）Basic Family Therapy, Blackwell Scientific Publications、中村伸一、信国恵子監訳（1993）家族療法の基礎理論、金剛出版

Bertalanffy L.V.（1968）General System Theory Foundation, development, applications. George Braziller,New York、長野敬、太田邦昌訳（1973）一般システム理論、みすず書房

Binet,A. （1911）Nouvelles recherché sur la mesure du niveau intellectual chez les enfants d’ecode,L’Année psycholigique、17、pp.145-201、中野善達、大沢正子訳（1982）知能の発達と評価：知能検査の誕生、福村出版

Boszormenyi-Nagy,I.、Spark,G.M.（1973）Invisible Loyalities、Brunner、Mazel Publishers

Breuler,J.、Freud,G.（1895）Studien über Hysteie、G.W.Ⅱ、pp.1-17、金関猛訳（2004）ヒステリー研究上下、筑摩書房

Bowen, M. （1978）Family Therapy in Clinical Practice、New York、Jason Aronson

Clefhorn,J.M.,Levin,S.（1973）‘Training Family Therapists by setting objectives’. American Journal of Orthopsychiatry、43、pp.439-446

Dell,P.（1982）Beyond Homeostasis-Toward a Concept of Coherence.、Family Process、

21、pp.21-41
土居健郎（1967）精神療法の臨床と指導、医学書院
土居健郎（1989）治療学序論、土井健郎、笠原嘉、宮本忠雄、木村敏編、異常心理学講座 9、pp.3-14、みすず書房
Dollard,J. and Miller,N.E.（1950）Personalityu and Clinical Psychotherapy : An amalysis in terms of learning,thinking and cultures,McGraw-Hill,New York.、河合伊六、稲田準子訳（1972）、人格と心理療法、誠信書房
Ellenberger,H.F.（1970）THE DISCOVERY OF THE UNCONSCIOUS The History and Evolution of Dynamic Psychiatry、木村敏、中井久夫監訳（1980）、無意識の発見―力動精神医学発達史（上下）、弘文堂
遠藤利彦（2005）総説：視線理解を通してみる心の源流、遠藤利彦編、読む目・読まれる目、pp.11-49、東京大学出版会
江藤浩子、岩瀬純、比嘉恒夫（1985）家庭裁判所調査官の立場から、家族療法研究、2-1、pp.17-21
Eysenck,H.J.（1952）The effects of psychotherapy：An Evaluation, J.Consult.Psychol.、16、 pp.319-324
Foerster,V.H.（1979）Cybernetics of cybernetics、University of Illinois、Urbana、pp.1-3
Foucault,M.（1961） L'Histoire de la folie à l'âge classique、田村俶訳（1975）狂気の歴史、新潮社
Freud,S.（1900）Die Traumdeutung、G.W.2&3,Pp.xv＆1-642、高橋義孝訳（1969）夢判断上下、新潮社
Freud,S.（1912） Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung、小此木啓吾訳（1983）、分析医に対する分析治療上の注意、フロイト著作集 9、pp.78-86、人文書院
Freud,S.（1913）Zur Einleitung der Behandlung、小此木啓吾訳（1983）、分析治療の開始について、フロイト著作集 9、pp.87-107、人文書院
藤縄昭（1985）精神科医の立場から、家族療法研究、2-1、pp.2-6
藤崎春代（1991）ビネーの知能検査―個人差測定の展開―、心理測定法への招待、pp.32-38、サイエンス社
深沢道子（1985）医科大学総合病院ソーシャルワーカーの立場から、家族療法研究、2-1、pp.22-25
福田俊一、平野美紀、大溝春雄、武貞昌志（1983a）Anorexia Norvoza のシステム型家族療法、心身医学、23-1、p.102
福田俊一、高石昇（1983b）登校拒否に対するシステム型家族療法の著効例について、心身医学、23-1、pp.108-109

福田俊一（1984）登校拒否のシステム型家族療法（第 2 報）、心身医学、25-1、p.68
福田俊一（1985）神経性食思不振症の家族療法、心身医学、24-1、p.1
福田俊一、東豊、頼藤和寛、西村健（1985）Anorexia Nervosa のシステム型家族療法 心身医学 、24-1、p.118
福田俊一、東豊、横田恵子、下村陽一、倉石哲也、岩本伸子（1986）登校拒否のシステム家族療法、心身医学、26-1、p.68
福島章（1990）心理療法の歴史と比較研究、小此木啓吾、成瀬悟策、福島章編、臨床心理学体系第 7 巻、pp.2-35、金子書房
福島邦彦（1999）神経回路モデルによる視覚の研究、電子情報通信学会技術研究報告、98-527、pp.59-66
Fromm-Reichmann,F.（1948）Notes on the development of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy、Psychiatry、11、pp.267-277
古田雅明（2003）さまざまな視座からのコメントⅡ、倉光修、宮本友弘編著、マルチメディアで学ぶ臨床心理面接、誠心書房
Gergen,K.J.（1985）The social constructionism in modern psychology.American Psycholigist、40、pp.266-275
Goffman,E.（1961）Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates、New York、Doubleday、石黒毅（1984）アサイラムー施設収容者の日常世界、誠信書房
後藤雅博（1991）長期入院患者を持つ家族への心理教育的複合家族療法、家族療法研究、8-1、pp.11-19
Haley,J.（1963）Strategies of Psychotherapy,Grune & Stratton Inc.、高石昇（2001）戦略的家族療法、黎明書房
Haley,J.（1973）Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H.Erickson,M.D.、New York、W.W.Norton、高石昇、宮田敬一（翻訳）アンコモンセラピーミルトン・エリクソンのひらいた世界、二瓶社
濱田秀伯、神山園子（1999）精神医学の歩み①クレペリン以前、こころの科学、pp.26-31、日本評論社
針塚進（2010）心理臨床におけるロール・プレイング、臨床心理学、10-3、pp.335-340、金剛出版
長谷川啓三（1998）コミュニケーションのマネジメント側面について、家族療法研究、15-3、pp.175-179
長谷正人（1991）悪循環の現象学ー「行為の意図せざる結果」をめぐって、ハーベスト社
東豊（1993）セラピスト入門、日本評論社
東豊（1995）システムズアプローチの実際、家族療法研究、12-1、pp.21-22

東豊（1997）セラピストの技法、日本評論社
東豊（2005）「大学院生への指導」を通しての親面接再考、家族療法研究、22-2、pp.104-106
東豊（2010）セラピスト誕生―面接上手になる方法、日本評論社
東豊、福田俊一、頼藤和寛、西村健（1985）登校拒否のシステム家族療法、心身医学、25、p.77
東豊、福田俊一、横田恵子、岩本伸子、倉石哲也、下村陽一（1986）AN のシステム家族療法、心身医学、26、p.151
平木典子（1989）家族ロールプレイ 1－家族療法家のための教育分析の試み－、家族心理学研究、pp.33-43
昼田源四郎（1999）病院精神医療から地域精神医療へ、こころの科学、86、pp.81-86
昼田源四郎（2001）日本の精神医療史―古代から現代まで、昼田源四郎編、日本の近代精神医療史、pp.5-14、ライフサイエンス
Hoffman,L.（1981） Foundations of Family Therapy、Basic Books、亀口憲治訳（1986）システムと進化、朝日出版社
Hoffman,L.（1985）Beyond Power and Control.、Family Therapy Medicine、3、pp.383-396
池田由子（1966）集団精神療法の発展と現況、精神医学、8-2、pp.91-104
池村直美、岡本龍也（2005）システムズアプローチを用いた入院家族療法の 3 例、家族療法研究、22-1、p.40
生田倫子、若島孔文、長谷川敬三（1999）笑顔の自己制御的機能について―表情と葛藤方略との関連性―、家族心理学研究、13-2、pp.115-122
井村恒郎（1951）防衛機制、pp.71-141、著者代表南博、異常心理學、世界社
井村恒郎（1952）心理療法、世界社
乾吉佑（1987）スーパーヴィジョンの現況と問題点：現任者のアンケート再分析から、心理臨床学研究、pp.79－86
石川元（1983）家族絵画療法、海鳴社
石川元、大原健士郎（1984）家族療法と非言語、家族療法研究、1-1、pp.28-37
伊藤博是、杉渓一言（1957）相談心理学とは何か、沢田慶輔編、相談心理学、pp.2-42、朝倉書店
伊東博（1995）カウンセリング[第四版]、誠信書房
伊藤順一郎（1996）心理教育という家族支援、家族療法研究、13、pp.27-33
岩崎徹也（2001）精神療法のわが国における展開、昼田源四郎編、日本の近代精神医療史、pp.80-84、ライフサイエンス
Jackson,D.D.（1959）Family Interaction, Family Homeostasis and some implications for Conjoint Family therapy. 、NY.、Grune & Stratton

影山任佐（2001）E.Kraepelin と 20 世紀の精神医学（その 1）、精神医学史研究、5-1、pp.51-71
加来洋一、和田憲明、今井佳子（2000）病棟運営におけるシステムズアプローチの応用―第 2 報、家族療法研究、17-1、p.65
加来洋一、今井佳子、和田憲明（2001）総合病院の児童思春期外来での不登校事例の検討―身体疾患モデルによる枠組みをめぐって、家族療法研究、18-1、p.68
加来洋一、和田憲明、今井佳子（2003）医療モデルにおけるシステムズアプローチの援用―児童思春期の事例、家族療法研究、20-1、p.16
梶谷みゆき（1996）看護における家族研究の動向―看護系雑誌 10 年間のテーマ分析より、鳥取県立短期大学紀要、1、pp.35-39
亀口憲治（1985）心理臨床家の立場から、家族療法研究、2-1、pp.7-11
金沢吉展（1987）米国におけるカウンセリング心理学のトレーニングと夫婦・家族療法、日本家族心理学会編（1987）親教育と家族心理学、pp.249-258、金子書房
金沢吉展（1998）カウンセラー専門家としての条件、誠信書房
金沢吉展（2002）臨床心理学における心理療法教育の目標、方法、および今後の課題、精神療法、28-4、pp.14-22
金沢吉展（2008）どのように研究すべきか―研究の倫理、下山晴彦、能智正博編、心理学の実践的研究法を学ぶ、pp.31-45、新曜社
金子基典、橋田富美江、福田武雄、岸本朗（1996）システムズアプローチによる学校と家族の連携へのマネージメント―場面緘黙と不登校が併合した姉妹へのアプローチ、家族療法研究、13-1、p.78
狩野力八郎（2009）方法としての治療構造論、金剛出版
狩野力八郎、服部陽児、河野正明ほか（1986）家族療法研修と精神科卒後研修教育、家族療法研究、3-1、pp.28-34
加藤正明（1951）異常行動の諸形態、著者代表南博、異常心理學、pp.146-224、世界社
加藤伸勝（1996）地域精神医療の曙、金芳堂
加藤重広（2004）日本語語用論のしくみ、研究社
唐津尚子（2012）システムズアプローチ入門、第 22 回日本ブリーフサイコセラピー学会プログラム抄録集、p.25
川久保芳彦、牧原浩（1984）精神分裂病の家族研究―日大・井村グループの研究、家族療法研究、1-1、pp.12-19
川嶋義章、後藤雅博（1994）他科コンサルテーションにおけるシステムズアプローチの実践―摂食障害の症例を通して、家族療法研究、11-1、p.71
Keeny,B,Sprenkle,D.（1982）Ecosystemic　Epistemology-Critical Implications For the Aesthetics and Pragmatics of Family Therapy.Family　Process、1、pp.153-168

Kobayashi,H.&Kohshima,S（1997）Unique morphology of the human eye、*Nature*、387、pp.767-768
小林靖彦（1963）日本精神医学小史、中外医学社
児玉善仁（1993）西洋中世の医術と算術（2）、保険診療、48-2、pp.61-67
児島達美、河野友信、手塚満男、森永優子、布田佳子（1984）Anorexia nervosa の家族病理（第Ⅰ報）-家族関係の病理から、心身医学、24、p.107
児島達美、山本晴美、太田扶美代、中川浩、青沼忠子（1985）一心療内科におけるシステム論的家族療法の意義と問題点：思春期例を中心に、心身医学、25、p.131
児島達美、山本晴美、中川浩、青沼忠子（1986a）心療内科におけるシステム論的家族療法の意義と問題点（第 2 報）―個人から家族への治療的関連性について、心身医学、26、p.151
児島達美、山本晴義、太田扶美代、中川浩、青沼忠子（1986b）システム論的家族療法の意義と問題点―思春期事例の治療経験から（第 1 報）、心身医学、26-1、p.367
児島達美、山本晴義、太田扶美代、中川浩、青沼忠子（1986c）家族療法の意義と問題点（第 2 報）：神経性無食欲症の一家族例、心身医学、26-5、pp.441-442
児島達美、山本晴美、中川浩、青沼忠子（1987a）システム論的家族療法の意義と問題点（第 3 報）―“システム論的個人療法”の可能性、心身医学、27、1、p.98
児島達美、山本晴義、中川浩、青沼忠子（1987b）一家族内コミュニケーションの分析、心身医学 27、3、p.273
児島達美（2009）心理＜相談＞に固有のアセスメントは存在するか？ 吉川悟編：システム論からみた援助組織の協働、金剛出版、pp.243-250
小森康永（1999）ナラティヴ・セラピーを読む、IFF 出版部ヘルスワーク協会
近藤直司（2000）ひきこもりケースの理解と治療的アプローチ、家族療法研究、17-2 pp.87-91
今野国雄（1971）修道院、近藤出版社
熊田孝恒、菊地正（1988）視知覚における注意研究の動向、ースポットライト・アナロジーを中心としてー、筑波大学心理学研究、10、pp.17-25
呉秀三、樫田五郎（1918）精神病者私宅監置の実及び其統計的観察、内務省衛生局、復刻版（1973）、創造出版
Laing,R.D.（1962） The Self and Others、New York、Routledge、坂本健三、志貴春彦、笠原嘉訳（1971）引き裂かれた自己、みすず書房
Levy,D.（1943）Maternal Overprotection.、Colimbia Univer.Press、New York
Lidz,R.W.& Lidz,T.（1949）The Family Environment of Schizophrenis Patients.American Journal of Psychiatry、106、pp.332-345
牧原浩（1970a）分裂病家族の父―母―患者の相互作用、精神医学、12-8、pp.27-33
牧原浩（1970b）一分裂病家族の生態（事例 A）、精神医学、12-8、pp.8-16

牧原浩、中村伸一、野村直樹（1984）家族療法への招待、家族療法研究、pp.71-80
槇佐知子（1985）大同類聚方上下、平凡社
Maruyama,M.（1963）The Second Cybernetics-deviation-Amplifying Mutual Causal Process.、American Scierntist、51、佐藤敬三訳（1984）セカンド・サイバネティックス一逸脱増幅相互因果過程―、現代思想、12-12、pp.198-214
Miller,S.D.,Duncan,B.L.,Hubble,M.A.（1997）Escape from Babel Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice、曽我昌祺監訳（2000）心理療法・その基礎なるもの一混迷から抜け出すための効果要因、金剛出版
南博（1951）第 1 部第 1 章異常行動の誘因、著者代表南博、異常心理學、pp.13-46、世界社
Minuchin,S.,Montalvo,B.G.,Rosman,B.L.,Schumer,F.（1967）Families of the slums.、NW、Basic Books
Minuchin,S.（1974）Families and Family Therapy.Harvard University Press, Cambridge,MA、山根常男監訳（1984）家族と家族療法、誠信書房
Minuchinm,S.（1978）Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context.Harverd University Press,Cambridge,MA、福田俊一監訳（1987）思春期やせ症の家族、星和書店
Minuchin,S.(1984)今日の家族療法（設立記念発表会特別講演より）、日本家族研究、1、pp.39-49
三浦岱栄、小此木啓吾、河合洋ほか（1965）分裂病家族への接近―並行面接から同席面接へ（その 2）、精神医学、7-11、pp.33-38
宮城音弥（1954）臨床心理学の領域と方法、pp.1-11、日本応用心理学会編、心理学講座、中山書店
三宅鉱一（1918）ひすてりーノ療法、東京刀圭書院
森田正馬（1921）神経症の本態と療法、森田療法全集第 2 編、pp.281-442、白陽社
森山公夫、石川義博（1970）精神科医にとって精神病理学および精神療法とは何か、精神医学、12-2、pp.95-102
村上英治（1994）臨床心理学の歴史、pp.27-31、こころの科学増刊臨床心理学入門、日本評論社
村上雅彦、金丸慣美（1998）変化を生むための文脈構成、家族療法研究、15-1、pp.29-30
村山正治（1982）：登校拒否児への家族療法的接近、教育と医学、 30-5、pp.478-484
長瀬信子（2005）ひきこもりの家族療法―息子が親にしてほしいことは、夫が妻にしてよしいこと、家族療法研究、22-1、p.45
名島潤慈（2000）心理アセスメント、鑪幹八郎、名島潤慈編著、新版心理臨床家の手引、誠心書房
中井久夫（1999）西欧精神医学背景史、みすず書房

中村伸一（2000）各学派における若手訓練の実情と問題点―家族療法、精神療法、26-2、pp.40-43
楢林理一郎（2003）日本の家族研究・家族療法の 20 年―新しい臨床の可能性に向けて、家族療法研究、20-3、pp.12-20
西園昌久（1965）精神病院における精神療法、九州神経精神医学、11-2、pp.110-119
西園昌久（1966）薬物と精神療法―統合的接近、精神医学、8-6、pp.448-453
西園昌久（2004）わが国の精神医学・医療の歴史と今後の展望　力動精神医学の立場から、精神神経学雑誌、pp.1117-1185
野村俊明（2002）精神医学と臨床心理学に共通する基礎―医療における協働を中心としてー、精神療法、28-4、pp.419-424、金剛出版
O'Hanlon,W（1987）TAPROOTS : Underlying Principle of Milton Erickson's Therapy and Hyposos. W.W.Norton&Company,Inc.、森俊夫、菊池安希子訳（1995）ミルトン・エリクソン入門、金剛出版
岡田靖雄（1999）日本における精神医学の 100 年、こころの科学、86、pp.87-91、日本評論社
岡堂哲雄（1987）家族療法の動向と現状、現代のエスプリ、242、pp.52-62
岡堂哲雄（1994）臨床心理学と家族臨床、pp.113-117、こころの科学増刊臨床心理学入門、日本評論社
小此木啓吾（1964）精神分析的な精神療法とは、三浦岱栄監修、小此木啓吾編、精神療法の理論と実際、pp.2-34、医学書院
小此木啓吾（1965）小児精神医学における家庭への接近、小児科臨床、18-10、pp.1214-1220
小此木啓吾（1996）サイコセラピーの課題、imago、3、pp.24-33、青土社
小此木啓吾（2002）現代の精神分析、講談社
小此木啓吾（2005）精神医学の歴史と現況、小此木啓吾、深津千賀子、大野裕編、精神医学ハンドブック、pp.5-27、創元社
大熊輝雄（2008）現代精神医学、金原出版
奥村晶子（1968）小児神経症の家族療法（症例についての検討）―日本的家族力動についてー、児童精神医学とその近接領域、9-3、pp.25-40
小俣和一郎（2000）精神病院の期限－近代篇、太田出版
小俣和一郎（2002）近代精神医学の成立―「鎖解放」からナチズムへ、人文書院
小俣和一郎（2005）精神医学の歴史、第三文明社
太田恵子（1997）「心理学」と'psychology'、佐藤達哉、溝口元編、通史日本の心理学、pp.17-40、北大路書房
大伴茂（1929）教育診断学、培風館
大塚義孝（2004a）臨床心理学の成立と展開 1－臨床心理学の定義、大塚義孝、岡堂哲

雄、東山紘久、下山晴彦監修、大塚義孝編、臨床心理学原論、pp.1-106、誠信書房
大塚義孝（2004b）臨床心理学の成立と展開 2－臨床心理学の歴史、大塚義孝、岡堂哲雄、東山紘久、下山晴彦監修、大塚義孝編、臨床心理学原論、pp.107-147、誠信書房
Palazzoli,M.S.,Boscolo,L.,Cecchin,G.,Prata,G.（1978）Paradox And Counterparadox. Jason Aronson. 鈴木浩二監訳（1989）逆説と対抗逆説、星和書店
Palazzoli,M.S.,Boscolo,L.,Cecchin,G.,Prata,G.（1980）Hypothesizing-Circularity-Neutorality. Three Guidelines for The Conduct of The Session.Family Process,19, pp.73-85
Paul,R.（2011）FIRST COMMENTARY ON：Integrating Family Therapy Training in s Clinical Psychology Course,Australian & New Zealand of Family Therapy、32-2、pp.124-125
Pavlov, I. P.（1927）. Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. Translated and Edited by G. V. Anrep. London、川村浩訳（1975）大脳半球の働きについて：条件反射学、岩波書店
Pichot,P.（1996）UN SIECLE DE PSYCHIATRIE,Institute d'edition Sanofi, Synthelabo、帚木蓬生、大西守（1999）精神医学の二十世紀、新潮社
Reisman,J.M.（1976）A History of Clinical Psychokogy.、茨木俊夫訳（1982）臨床心理学の歴史、誠信書房
Robert,E.L.,Everett,C.A.（2004）The Integrative Family Therapy Supervisor: A Primer,Brunner-Routledge、福山和女、石井千賀子監訳（2011）家族療法のスーパーヴィジョン一統合的モデル、金剛出版
Rogers,C.（1942）Counseling and Psychotherapy,Houghton Mifflin Company、友田不二男訳（1951）臨床心理学、創元社
Rogers,C.（1942）Counseling and Psychotherapy: Newr Concepts in Practice、Houghton Mifflin Company、末武康弘、保坂亨、諸富祥彦共訳（2005）カウンセリングと心理療法―実践のための新しい概念、岩崎学術出版
Rogers,C.（1951）Client-Centered Therapy: Its Current Practice,Implications, and Theory、保坂亨、諸富祥彦、末武康弘共訳（2005）クライアント中心療法、岩崎学術出版
Rogers,C.（1957）The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change,Journal of Counsuling Psychology,Vol.21-2,pp.95-103
Rogers,C.（1961）On Becoming a Person:A Therapist's View of Psychotherapy, Houghton Mifflin Company、諸富祥彦、末武康弘保坂亨訳（2005）、ロジャーズが語る自己実現の道、岩崎学術出版
Rush, B.（1812） Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind、Kimber&Richardson

Saba,G.W.& Liddle,H.A.（1986）Perceptions of Professional Needs,Practice Patterns and Critical Issues Facing Family Therapy Trainers and Supervisors. The American Journal of Family Therapy、14、2、pp.109-122
佐治守夫（1952）心理療法（一）、井村恒郎編、心理療法、pp.91-128、みすず書房
榊保三郎（1919）性欲研究と精神分析学、実業之日本社
阪本健二、笠原嘉（1962）精神分裂病の心理療法の近況について、精神医学、4-6、pp.3-16
坂本真佐哉、高橋規子、阪幸江、岡裕子ほか（2003）学習者にとって役に立つロール・プレイとは何か？―家族面接におけるロール・プレイ実習の道しるべを模索する、家族療法研究、20-1、p.37
阪本良男（1969）精神分裂病の家族研究と家族精神療法の歴史、精神医学、11-12、pp.4-16
Satir,V.（1964）Conjoint Family Therapy.Science and Behavior Books,California、鈴木浩二訳（1970）合同家族療法、岩崎学術出版
佐藤明子、生田倫子、長谷川啓三（2001）会話システムにおける回避行動に関する研究．家族心理学研究、15-1、pp.35-43
佐藤悦子（1981）家族関係の回復と確立―複合家族療法による夫婦関係治療の試み、年報社会心理学、22、pp.67-93
佐藤郁哉（2006）フィールドワーク―書を持って街へ出よう、新曜社.
佐藤隆夫（2002）「目が合う」ことの謎―アイコンタクトの実験心理学的検討―、電子情報通信学会技術研究報告、pp.102-472
佐藤達也（1997）実際的研究の機運：現場と心理学、佐藤達哉、溝口元編、通史日本の心理学、pp.173-203、北大路書房
Shorter,E.（1997）A History of Psychiatry From the Era Of the Asylum to the Age of Prozac、John Wiley & Sons,Inc.、木村定訳（1999）、精神医学の歴史―隔離の時代から薬物治療の時代まで、青土社
下田光造、杉田直樹（1932）最新精神病学 5 版、克誠堂
下坂幸三（2002）対人援助の基礎になるもの、精神療法、28-4、pp.449-452
下山晴彦（2001）1 部臨床心理学の専門性 3 章日本の臨床心理学の歴史を展開、下山晴彦、丹野義彦編、講座臨床心理学 1、pp.51-72、東京大学出版会
心福尚武（1968）森田療法、井村恒郎、懸田克躬、島崎敏樹、村上仁責任編集、異常心理学講座（第 3 巻）心理療法、pp.197-244、みすず書房篠原彰一（2008）学習心理学への招待、サイエンス社
篠原彰一（1998）学習心理学への招待、サイエンス社
生島浩（1985）非行臨床における“家族療法”の試み、更生保護と犯罪予防、76、pp.41-58
生島浩（1987）非行臨床における家族療法の導入・展開について、家族療法研究、4-2、pp.155-161

白石英雄（1972）家族精神療法、教育と医学、pp.52-59、慶応大学出版会
Skinner,B.F.（1938）The Behavior of Organisms : An Experimental Analysis、Cambridge, Massachusetts
Sprenkle,D,H.,Piercy,F,P.（2005）Pluralism Diversity ,and Sophistication in Family Therapy Research In Sprenkle,D,H.、Piercy,F,P、Research Methods in Family Therapy(pp.3-18)、The Guilford Press
末武康弘（2005）訳者あとがき、カウンセリングと心理療法―実践のための新しい概念―、岩崎学術出版
鈴木清（1962）臨床心理学の動向、応用心理学研究、pp.113-119
鈴木浩二（1971）: 精神分裂病患者の家族研究―家族ロールシャッハ・テストによる研究、精神衛生研究、20、pp.1-40
鈴木浩二（1983）家族救助信号―家族システム論と家族療法、朝日出版社
鈴木浩二（1984）精神医療における家族療法の意義について―特に薬物療法と家族療法の併用を中心に―、家族療法研究、1-1、pp.61-69
鈴木浩二（1985）日本における家族研究と家族療法、臨床精神医学、14-1、pp.65-70
鈴木菜実子、藤山直紀（2010）心理療法の「効果」に関する考察―実証的心理療法効果研究の観点から、上智大学心理学年報、34、pp.89-98
鈴木祐子（1997）心理学規範の明確化、佐藤達哉、溝口元編、通史日本の心理学、pp.137-155、北大路書房
田島佐登史（2009）修了後の心理臨床活動に役立つ学部・大学院教育の検討―臨床心理士養成指定大学院修了生への面接調査―、目白大学心理学研究、l-5、pp.35-42
高橋恵里香、花田里欧子（2005）学校臨床におけるコンサルテーション場面のコミュニケーションに関する研究―会話パターンの変化を促す非言語的な介入の検討―、学校カウンセリング研究、7、pp.1-8
高橋規子、遊佐安一郎（2010）家族療法の訓練、精神療法、36-3、pp.32-38
高臣武史、藤縄昭、黒丸正四郎（1966）精神分裂病の家族研究、精神医学、8-4、pp.5-16
高臣武史（1971）精神分裂病の家族研究-2-男子分裂病患者家族と女子分裂病患者家族についての考察実族ロールシャッハテストによる研究、精神衛生研究、20、pp.41-76
高臣武史、鈴木浩二：（1984）わが国における家族研究と家族療法の歩み、家族療法研究、1-1、pp.4-11
竹中星郎（2008）19 世紀の精神医学（2）: 進化論と変質論、ドイツ精神医学（1）、精神科看護、35-1、pp.77-81
田中究（2008）学校臨床における仮説設定の仕方についての一考察、家族療法研究、25-1、p.27
田中寛一（1947）田中ビネー式智能検査、世界社
Tarman,L.M.（1916）The Measurement of Intelligence,Houghton-Mifflin

Tomm,K（1987a）Interventive Interviewing. -Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. Family Process、26、pp.3-13
Tomm,K（1987b)Interventive Interviewing. -Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. Family Process、26、pp.167-183
Tomm,K（1988）Interventive Interviewing. -Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions? 、Family Process、27、pp.1-15
友田不二男（1952）ガイダンスのための面接法の技術、金子書房
友田不二男（1956）カウンセリングの技術、来談者中心法による、誠信書房
牛島定信（2007）精神分析入門、放送大学教育振興会
内田勇三郎（1930）素質型と其の心理学的診断、三省堂
Varela,E.（1975）“A Calculus for self-reference”、International Journal of General Systems、2-1、pp.1-25
若島孔文（1996）相互作用的ジェスチャーの確証―相互作用的ジェスチャーと家族療法の関係性について、家族心理学研究、10-2、pp.91-103
若島孔文（1997）非言語マネージメントコミュニケーションと対話間の関係性の認識の影響―家族システムにおける第 2 次変化を求めて―、カウンセリング研究、30、pp.227-233
若島孔文（2000）葛藤場面に埋め込まれた矛盾するメッセージの伝達とディスクオリフィケーション―二重拘束理論の臨床心理学的研究―、カウンセリング研究、33-2、pp.148-155
渡辺俊之（1994）システムズアプローチによるリエゾン・コンサルテーション、家族療法研究、11-1、p.11
Watson,J.B.(1912) Psychology as the Behaviorist Views it.、Psychological Review、20、 pp.158-177
Watson,J.B.（1930）Behaviorism 、Norton,New York.、安田一郎訳（1980）行動主義の心理学、河出書房新社
Watzlawick,P.（1987）MRI 短期集中療法（Brief Therapy）の理論と実際（1)、家族療法研究、4-1、pp.42-64
Weakland,J.H.,Fish,R.,Watzlawick,P.（1974）Brief Therapy: Focused Problem Resolution,Family Process、13、pp.141-168、井上恭子訳（2011）ブリーフセラピー問題焦 点解決、pp.63-102、小森康永監訳、解決が問題である、金剛出版
Wendolf,D.J.(1984) ‘A model for training practising professionals in family therapy’. Journal of Marital and Family Therapy、10、pp.31-41.
White,M.,Epston,D.（1990）Narrative means to therapeutic ends. 、New York、W.W.Norton& Company,、小森康永訳（1992）物語としての家族、金剛出版
Wiener,N.（1948）Cybarnetics,2nd edithion.M.I.T.Press、池原止弋夫他訳（1962）サ

イバネティックスー動物と機械における制御と通信、岩波書店
Wolpe,J（1958） Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. California, Stanford University Press
Wynne,L.C.（1963） Pseudo- Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics、Archive of General Psychiatry、9、pp.205-220
山上敏子（1973）心理療法における行動療法の位置、九州神経精神医学、19-1、pp.8-11
山上敏子（2002）対人援助の基礎になる者―心理学院生の教育をしながら考えていること、精神療法、28-4、pp.65-66
山本春江、島内憲夫（1989）保健婦学生の家族単位の理解のための教育方法―健康状態と感情の「浮沈図」導入の教育効果、家族心理学研究、pp.970-103
山本直樹、八木昭宏（2008）周辺視野における高次視覚、人文論究、58-2、pp.21-33
山崎道子（1966）学校恐怖症の家族研究、精神衛生研究、14、pp.59-84
山崎道子（1973）学校恐怖症の研究-2-慢性重症例の社会化の発達を阻害する家族力動に関する研究 父親像を軸として、精神衛生研究、21、pp.29-48
安江高子、高橋規子（2006）両親の主体性の変化を契機に IP－治療者間の相互作用を変化させたことが治療的に有効であった親子並行面接の１事例、家族療法研究、23-1、p.43
米田一実（2010）あえて積極的に職場復帰に取り組むことを支援した事例、家族療法研究、27-1、p.42
吉田晴美（2004）治療的コミュニケーションにおける「問題」の位置づけー不登校 3 人きょうだいを持つ家族との面接、家族療法研究、21-1、p.21
吉田晴美（2005）「問題」がもたらした変化と「問題解決」の治療上の連続性、家族療法研究、22-1、p.44
吉川悟（1993）家族療法―システムズアプローチの＜ものの見方＞、ミネルヴァ書房
吉川悟（1998）家族療法における「ことば」日常的な「ことば」を用いて対話すること、家族療法研究 15-3、pp.185-191
吉川悟（2001）ことばになりきらない相互作用を見立てるために、家族療法研究 18-2 pp.162-167　金剛出版
吉川悟（2002）言葉・体・文脈・ストーリーが一致するアセスメント―システムズアプローチを用いる場合の勘所―思春期青年期精神医学 13-2 , pp.130-139
吉川悟（2006a）古典的家族療法と現代の家族療法、東豊（編）、牧原浩（監修）：家族療法のヒント、金剛出版、pp.21-37
吉川悟（2006b）大学院生の臨床トレーニングとしてのロールプレイの効果ーいわゆる「予診」場面でのトレーニングを通じて、龍谷大学大学院臨床心理相談室紀要、2、pp.1-10
吉川悟（2007）臨床がうまくなるための研究法とは？家族療法研究、24-3、pp.208-214

吉川悟（2009）システムズアプローチによるエンパワーメントー効果的にするためのデータ集めと対応、第 19 回日本ブリーフサイコセラピー学会大会プログラム抄録集、p.21
吉川悟（2011）システムズアプローチによる集団スーパーヴィジョン・システムの試み、初学者のための集団スーパーヴィジョン、家族療法研究、28-3、pp.64-72
吉川悟編（1999）システム論からみた学校臨床、金剛出版
吉川悟編（2009）システム論からみた援助組織の協働、組織のメタ・アセスメント、金剛出版
吉川悟、東豊（2001）システムズアプローチによる家族療法のすすめ方、金剛出版
吉川悟、楢林理一郎、坂本真佐哉、中村伸一、McGill,D.（2002）家族療法の教育プログラムー専門家教育のプログラムの実情と海外の研修プログラム、家族療法研究、22-1、p.73
吉川悟、渡辺俊之（2005）日本家族研究・家族療法学会におけるトレーニング・システムについて、家族療法研究、22-1、p.24
吉川悟、赤津玲子（2009）初学者のためのスーパーヴィジョン・システムの試みーシステムズアプローチによる集団スーパーヴィジョンの実践について、龍谷大学臨床心理相談室紀要、5、pp.19-30
吉川悟、児島達美、本田徹（2011）システミックなチーム治療者の新たな可能性、家族療法研究、28-1、p.58
吉川悟・村上雅彦編（2001）システム論から見た思春期・青年期の困難事例、金剛出版
遊佐安一郎（1984）家族療法入門―システムズ・アプローチの理論と実際―、星和書店
Zeig,J.K（1980）Teaching seminar with Milton、H.E.Milton H.RricksonFoundation、成瀬悟策監訳（1984）、ミルトン・エリクソンの心理療法セミナー、星和書店.

資料目次

クライエントへの研究に関する打診書・・・・・・・・・・1
打診書に関する返書・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
返書に対するお礼と協力依頼書・・・・・・・・・・・・・4
研究計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
研究の進め方についての説明書・・・・・・・・・・・・・7
同意書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
協力が得られるかどうかに関する返書・・・・・・・・・・9
トレーナーへの研究計画書・・・・・・・・・・・・・・１０
トレーナーへの調査に関する返書・　　・・・・・・・・１２

＊＊＊＊さま

拝啓

＊＊の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、突然のお手紙で驚かれていらっしゃるかと思います。失礼を承知の上で、お便りさせていただきました。私は、現在、＊＊＊＊に籍を置いております。博士後期課程を修了して現在研究生をしております、＊＊＊＊と申します。貴殿がご相談をされました、＊＊＊＊の研究室に所属しております。＊＊＊＊として仕事をする一方、臨床心理士として教育・医療機関などで仕事をしながら、心理療法に関する研究に携わっております。

今回ぶしつけながらこのようなお手紙を書かせていただきましたのは、私の研究テーマである「心理療法の効果」に関しまして、ご協力いただける方を探していることを＊＊に相談したためです。その際に、インタビュー調査へのご協力に関して、まずはじめに「調査研究の協力が得られそうかどうかの問い合わせをすること」の許可を得て、ご連絡させていただいております。私自身、臨床心理士という職業に携わっておりますことからも、このお手紙を出させていただくために知り得たご住所とお名前に関するプライバシーの守秘義務は、責任を持って遵守する所存でおります。この点に関しましては、調査協力の有無にかかわらず、ご懸念あれば何なりと＊＊にご連絡いただけましたら幸いに存じます。

インタビューによる調査研究とは、「心理療法の効果」に関するもので、心理療法を受けて何らかの改善があったと感じらっしゃる方に、直接お話しを伺いたいと考えております。そのため、本状を書かせていただくこと自体がご迷惑である場合に関しまして、大変申し訳ございません。

もしご協力いただけるのであれば、面接の経過についてお話をうかがうこととなりますので、それが＊＊さまにとりまして少しでも苦痛なこと、あるいは難しいとのことであればお断り下さって構いません。その場合でも、＊＊さまに不利益が生じるようなこと（今後の＊＊との面接の可能性も含めて）がないことをお約束致します。また、本状の情報に関しましても破棄させていただきます所存でおります。また、本状はあくまでも、インタビューによる調査研究にご興味をもっていただけるかどうかを問い合わせさせていただくものです。

インタビューの方法につきましては、IC レコーダーでその内容を記録させていただくこととなりますが、個人が特定できるような情報に関することはすべて削除し、それ以外の内容の一部を研究のためのデータとして使用させていただきます。そのため、たとえ現段階でご協力いただけるとのお返事をいただけましたとしても、その後の正式な調査依頼や実際のインタビュー、及びその後のお気持ちの変化などにより「協力をやめたい」とのことであれば、そこまでの段階でいただいた情報はすべて即時、破棄させていただきますことをお約束いたします。

突然このようなお願いの手紙で大変驚かれたかと思いますこと、重ねてお詫び申し上げます。本状をお読みいただいた上で、現段階でインタビュー調査へのご協力がいただけるかどうかにつきまして、同封の封書にてご返信いただけましたら幸いに存じます。もし、ご協力いただけます場合には、調査研究の手続きや流れに関する説明と合わせて、正式な研究の計画書と調査依頼書を郵送させていただくか、あるいは＊＊さまのご希望に合わせて直接ご説明させていただく所存であります。

ご返信いただく前にご懸念等ございましたら、下記＊＊の連絡先にお手数でもご連絡いただけますようお願い申し上げます。

敬具

＊＊＊＊＊＊＊
＊＊＊＊

＜連絡先＞
＊＊＊＊
＊＊＊＊
留守番電話の場合は、お手数ですがご連絡いただいた旨残していただけましたら、後日＊＊よりご連絡させていただきます。

お手数おかけ致しますが、下記についてご記入の上、ご返信いただけましたらと存じます。なお、本状につきましては、ご協力の有無にかかわらず、ご返信いただいた後に、封筒も含めてプライバシーに関する守秘義務を遵守の上、破棄させていただきます。ご返信いただきました内容に関しまして、＊＊さまに不利益が生じるようなこと、個人情報を侵害するようなことは決してございません。

また、本状ご記入後のいかなる時点におきましても、「やはり辞めたい」というご要望を最優先させていただきます。その場合は、それまでの時点で得た情報に関しまして、責任を持って破棄させていただきます。

下記のいずれかをお選びいただけたらと存じます。

１．心理療法の効果研究について
　１）協力可能である。
　２）もう少し詳しい話を聞きたい。
　３）協力しかねる。
　４）その他：

２．研究計画書などの必要書類について
　１）郵送を希望する。
　２）直接話を聞きたい。
　３）その他：

３．直接説明をご希望される場合
　１）自宅への訪問を希望する。
　２）＊＊大学の「＊＊相談室」での説明を希望する。
　３）その他：

４．その他、ご質問やご要望等ございましたら、お手数ですが何なりとご記入いただけましたら幸いに存じます。

＊＊＊＊様

前略

この度は、心理療法の効果に関する「インタビュー調査」への協力が可能かどうかの打診書にご返信いただき、ありがとうございました。

今回は、下記の書面を同封させていただきました。

１）研究計画

２）研究の進め方について

３）同意書（見本）

４）返信用の書面と封筒

上記１）～３）の書面についてお読みいただき、４）をご返信くださいますよう、お願いいたします。

お手数をおかけ致しますが、よろしくお願い申し上げます。

＊＊大学大学院文学研究科

＊＊＊＊

# 研究計画

**テーマ： 心理療法の効果に関する「インタビュー調査」**

1．目的

心理療法には様々なものがありますが、その多くは「事例研究」という形で、個々の事例の個別性を重視するものとなっております。それは、臨床心理学領域におきましては人の多様性を前提としているため、当然でありますが、一方でその効果が明確に提示されるものではありません。

しかし、臨床心理士という職業が広く社会に認められるようになり、その養成においては、心理療法のどのような点に効果があるのかについても検討し、それらを養成のための指標とすることが必要だと言われています。

心理療法の効果研究では、ある特定の心理療法によるというよりも、他の影響要因の方が多いと指摘されています。効果研究の多くは、終結したクライアントさまを対象とした質問紙調査によるものであり、そのため、「どのような質問項目を作成するか」という段階から、研究者側の一方的な問いに基づいて作成されていることがほとんどです。それは、心理療法が終結したクライアントさまに直接的に働きかけるという研究方法が、クライアントさまへの負荷になるという前提のためです。心理療法は、クライアントさまのプライバシーに関する守秘義務を遵守することが必須であり、それに関する充分な倫理的配慮のためのガイドラインが見出せておりません。

そのため本研究では、これまでの効果研究ではほとんど行われていない方法として、クライアントさまから直接話を聞く、直接教えていただくという「インタビュー」によって、その効果要因について検討することを目的とします。この方法を用いることで、研究者側が質問することに対してクライアントさまが単に答えるという一方通行の方法で得られるものよりも、よりクライアンさまの視点にもとづいたお考えをいただくことで、今後の臨床心理士養成に関して、何らかの形で提案できたらと思います。

2．調査協力者

心理療法を受けた結果改善し、承諾を得られたクライアントさまです。ただし、研究協力に関する同意書に署名後、研究過程において、協力の意思を撤回する旨の申し出がなく、最終段階まで協力を得られたクライアントさまです。

3．方法

1） 心理療法を受けて改善した可能性のあるクライアントさまの中から、責任者の許可を得たクライアントさまに対して、研究計画の協力への打診に関する書面を郵送する。

2） クライアントさまからの返信を受け、その要望に沿った形で研究計画について直接説明か、あ

るいは研究計画書を郵送し、ご協力を依頼する。

3） 協力可能なクライアントさまと、個々のご要望に沿った形でインタビューに関する日時と場所を決める。

4） インタビューを行い、IC レコーダで記録する。

5） インタビュー内容を分析し、学会での発表あるいは論文作成に関して用いる部分のデータについて、クライアントさまに提示し、その許可を得る。

6） 最終的な研究結果について、その概要をクライアントさまに報告する。

4. プライバシーの保護

提供いただきましたデータは研究以外には使用せず、最終的に研究として発表する際にも、協力者が特定できないようプライバシーを保護することを優先します。また、本研究の過程すべての場面において、守秘義務を遵守します。なお、インタビューの最中に質問の意図に対する疑問や不都合が生じた場合、あるいは研究としてまとめる過程において不本意な事態が生じた場合には、途中で調査への協力をやめることができます。同意の署名後におきましても、本研究への参加を拒否することができ、それによって何らかの不利益が生じることは一切ありません。

以上

平成　　年　　月　　日

申請者名（研究責任者）

＊＊大学　＊＊

申請者名（研究者）

＊＊大学文学研究科研究生

＊＊

＜連絡先＞

＊＊＊＊

＊留守番電話の場合は、お手数ですが、ご連絡いただいた旨残していただけましたら、後日吉川よりご連絡させていただきます。

## 「インタビュー調査」に関する研究の進め方について

本書面では、同封させていただいた「研究計画書」だけではわかりにくい、「研究のすすめ方」について説明させていただきます。

調査協力に関しては、同封の「同意書」（見本）にご署名をいただくことになりますが、同意書にご署名いただいた後、どのような理由によっても、下記のどの段階においても、調査への協力をやめる旨を申し出ることが可能です。その場合、そこまで得られた情報に関しては、守秘義務を遵守の上、すべて破棄させていただきます。それによって、研究協力者（＊＊）と研究者（＊＊）、研究協力者（＊＊）と責任者（＊＊）の関係にその後不都合が生じることは一切ございません。

１．研究への協力打診

これはすでに文書で郵送させていただき、ご返信いただきました。

２．研究計画書の確認

本状と一緒に同封させていただきました。この書面について、わかりにくい、あるいはもっと説明を聞きたいという部分に関しては、お問い合わせいただくか、直接ご説明させていただきます。

３．調査協力の可否について

同封の用紙でご返信くださいますようお願い申し上げます。

４．インタビュー日時の決定

可能な限り、ご要望やご都合に合わせる形で決めさせていただきます。

５．インタビュー当日

インタビューに関わる手続きを含めて、1 時間半程度を考えていただけましたら幸いに存じます。ただし、ご要望があればお申し出ください。インタビューにあたって、同意書へのご署名をいただきます。同意書は 2 枚作成致しますので、1 枚はお持ちください。インタビュー内容は IC レコーダーで録音させていただきます。また、ご指定のインタビュー場所までかかった交通費の実費等は当方で負担させていただきます。

６．最終的にどのような形で発表するのかご報告させていただいた上で、インタビュー内容から結果としてまとめる際に必要な部分について、その使用の許可をいただきます。

７．研究結果の概要をご報告させていただきます。

# 調査研究の同意書

見　本

私は、「研究計画書」、「研究プロセスの概要」を読み、研究の目的、対象、方法、プライバシーの保護について充分に理解できました。加えて、調査研究への協力について、いかなる段階においても途中でやめることができる旨と、それによって治療者との関係に不利益が生じないことも理解しました。よって、調査研究への協力を承諾・同意します。

平成　　年　　月　　日

- 研究協力者ご署名　:
- 研究責任者署名:
- 研究者署名:

＜連絡先＞
＊＊＊

＊留守番電話の場合は、お手数ですが、ご連絡いただいた旨残していただけましたら、後日吉川よりご連絡させていただきます。

## 「インタビュー調査」へのご協力について

お手数ですが、下記にご記入いただき、ご返信くださいますようお願いいたします。

**＜調査協力について＞　①～③、いずれかに〇をおつけ下さい。**

① 可能である
② もう少し説明を聞きたい
③ その他

**<u>①の場合</u>**

インタビュー日時と場所に関する連絡をさせていただきます。

電話の場合は、＊＊大学文学部＊＊研究室の電話から連絡させていただきです。また、メールの場合は、守秘義務遵守のため、研究室の研究用パソコンのアドレスから連絡させていただきます。

- 電話を希望する
  - ご連絡先の電話番号：
  - ご都合のいい曜日や時間帯（いくつか書いていただけましたら助かります）：

- メールを希望する　　メールアドレス：
  - （パソコンでも携帯電話でも構いません）

**<u>②の場合</u>**

ご指定の場所か、＊＊大学の「＊＊＊＊相談室」、あるいはご自宅が可能です。お手数ですが、ご希望の旨をお書きいただけましたら幸いに存じます。電話やメールによる連絡を希望される場合は、①の連絡方法が利用可能です。

**<u>③の場合</u>**

ご自由にご記入ください。

研究計画書

家族療法及びシステムズアプローチのトレーナーからみたトレーニングの現状について

研究者：＊＊大学大学院文学研究科＊＊
研究責任者：＊＊大学文学部＊＊

はじめに

本研究は、博士論文である「家族療法のトレーニング」の中でも、現状を把握するための「トレーナーに対する実態調査」として位置づけられている。家族療法の学び方は様々であるが、本論で扱うトレーニングとは、初学者に対する理論的な知識の教授も含め、スーパービジョンやコンサルテーションなど、その後の実践に即したトレーニングも含めるものである。

本研究と同時に、現状を把握するための「トレーニーに対する調査」と、「家族療法を受けたクライエントに対する調査」を進めている。博士論文は、トレーナー、トレーニー、クライエントらからの調査を踏まえ、よりクライエントのニーズに合った家族療法の実践が可能となる、様々な形のトレーニングを提案することを目的としている。

１．本研究のテーマ

家族療法及びシステムズアプローチのトレーナーの取り組みについて

２．問題の背景

臨床心理士が社会的に認知されるに伴い、様々な場での活躍が期待されている。そのため、従来の個人を対象とした心理療法だけでは対処できない場合も多く、家族療法に対する興味関心や期待も高い。

しかし、家族療法に興味を持つようになったとしても、現在の日本における臨床心理士養成大学院のプログラムの中では、認識論の違いも含めて個人療法との違いが明確にされない場合が多い。また、すでに実践の場に出ている臨床心理士にとって、興味関心があっても、何らかの形で長期にわたり継続的に学びの機会を作ることは難しい。

家族療法のトレーニングについては、アメリカにおける AAMFT のトレーニングが基準となって示されている。しかし、日本においては、トレーナーによる様々に工夫された実践の現状や成果があるにも関わらず、明確にされていないのが実状であると考える。

３．目的

本研究では日本における家族療法のトレーニングの実態を把握するために、家族療法及びシステムズアプローチのトレーニングに携わっている教育者へのインタビュー調査を通して、その現状を把握する。

４．方法

トレーナーを対象として、各トレーナーが学んできた方法、現在行っている個々の取り組みや創意工夫、それらの知見から生み出されたトレーニング方法などをインタビューによって調査する。本研究においては、家族療法及びシステムズアプローチを志向する臨床家の独自の取り組みを把握する必要があるため、インタビューによる調査が適切であると考える。

５．本研究の意義

本研究によって、各トレーナーの家族療法及びシステムズアプローチのトレーニングについてのさまざまな取り組みの現状を明確にすることができる。一方で、博士論文の調査の１つとしてクライアントへのインタビュー調査を行っており、その結果から得られた「クライアントのニーズ」に、本研究のトレーニング内容がどのように反映できるのかについて検討し、今後のトレーニングに関する指針を示すことができると考えられる。

本研究は、日本の現状に即した家族療法及びシステムズアプローチのトレーニングの指標を明らかにし、今後の家族療法の発展に寄与できるものであると考える。

## 家族療法及びシステムズアプローチのトレーナーからみた
## トレーニングの現状に関する調査協力について

お忙しいところ大変恐縮に存じますが、下記にご記入いただき、同封の封書にてご返信くださいますようお願いいたします。

**調査にご協力いただくことが可能かどうかにつきまして、いずれかに〇をおつけ下さいますようお願い致します。**

① 可能である
② もう少し説明を聞きたい
③ 協力できかねる
④ その他

**→①②の場合、研究者よりご連絡をさせていただく所存でおります。**

- 電話を希望する　　ご連絡先の電話番号ご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- メールを希望する　メールアドレスをご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**→④の場合、お手数ですが、以下にご記入くださいますようお願いいたします。**

何かございましたら、以下にご記入いただけましたら幸いに存じます。

ご多忙のところ、ご記入ありがとうございます。

＊＊大学大学院文学研究科研究生

＊＊＊＊

# 研究論文および研究発表の概要

【著書】

赤津玲子（2009）初学者の分かれ道―現場が１つの常勤職・かけもち現場の非常勤職の違い―、吉川悟編、システム論から見た援助組織の協働、組織のメタ・アセスメント、pp.192-211、金剛出版

【学術論文】

１．赤津玲子、吉川悟（2008）子どもの治療拒否感を変えるためのアプローチ―未来を全く想定できない 16 歳との面接からの一考察、日本サイコセラピー学会雑誌、9-1、pp.84-93

２．赤津玲子（2009）思春期青年期ケースの治療構造に関する一考察、龍谷大学大学院臨床心理室紀要、5、pp.1-18

３．赤津玲子、吉川悟（2009）焦燥感の制御、洞察、身体化の経過をみた事例―洞察の時期を治療的に操作すること、心療内科、13-4、pp.343-348

４．赤津玲子（2009）学校臨床で治療的な流れを作ること―システムズアプローチによる介入の考慮点、龍谷大学大学院文学研究科紀要、31、pp.63-80

５．赤津玲子、吉川悟（2009）面接での視線を含む非言語コミュニケーションを会話分析に付記するという記述形式の試案、家族療法研究、26-3、pp.256-265

６．赤津玲子（2011）臨床心理士養成のためのロールプレイ演習の効果について、龍谷大学教育学紀要、10、pp.19-35

７．赤津玲子、吉川悟（2011）複数メンバーを対象とした面接場面におけるセラピストの視線行動について―セラピストの視線機能に関する研究、家族心理学研究、25-2、pp.101-112

８．赤津玲子、吉川悟（2012）初学者のためのシステムズアプローチによる集団スーパーヴィジョン・システム（SGSS）の実践報告、家族療法研究、27-2、pp.67-72

９．吉川悟、赤津玲子（2009）初学者のためのスーパーヴィジョン・システムの試み―システムズアプローチによる集団スーパーヴィジョンの実践について、龍谷大学大学院臨床心理室紀要、5、pp.19-30

10．吉川悟、赤津玲子（2010）家族療法の実践に関する調査研究の潮流、家族療法研究、27-2、pp.183-191

11．赤津玲子（2013）クライエントらへの予後インタビュー調査、龍谷大学大学院臨床心理相談室紀要、9（2013 年 3 月掲載予定）

【研究抄録（一般口演）】

１．赤津玲子、吉川悟（2008）未来は誰が作るの？－問題意識に温度差のある親子面

接で必要なこと、家族療法研究、25-1、p.25
2．赤津玲子、米田一実、丸屋かおり、伊東秀章、児島達美、東豊、吉川悟（2008）初学者のためのシステムズアプローチ的 SV システムの試み一吉川研究室における、通称「内カン」の実践について、家族療法研究、25-1、p.61
3．赤津玲子、吉川悟（2008）精神疾患の父のガン罹患に伴って発症した広場恐怖の事例、思春期青年期精神医学、18-2、p.27
4．赤津玲子、吉川悟（2009）転居を機に妻がうつ病となって来談した夫婦面接の事例―複数面接での非言語を効果的に扱うためには、家族療法研究、26-1
5．赤津玲子、吉川悟（2009）学校現場における統合失調症事例のアセスメントと対応に関する一考察、思春期青年期精神医学、19-2、p.172
6．赤津玲子、吉川悟（2010）クライエントの話を語用論的に解釈するための指標についての一考察―ある面接場面における発話意図の解釈を通して、家族療法研究、27-1、p.49
7．赤津玲子、吉川悟（2010）強迫観念によって不登校となった高校生の母子面接から一背景にある夫婦関係を扱うことによって改善がみられた事例、思春期青年期精神医学、20-2、p.202
8．赤津玲子、吉川悟（2011）強迫性障害の子どもの家族面接からの一考察―治療構造の変更を治療的介入として活用すること、家族療法研究、28-1、p.28
9．赤津玲子、吉川悟（2011）家族のライフステージに応じた治療構造の変更、思春期青年期精神医学、21-2、p.170
10. 赤津玲子、吉川悟（2012）医学教育にはない認識論を用いることの功罪―システムズアプローチを活用している医師へのリサーチから、心身医学、52-4、p.341
11. 赤津玲子、吉川悟（2012）家族療法およびシステムズアプローチの効果に関する研究―クライエントへのインタビュー調査から、家族療法研究、29-1、p.37
12. 赤津玲子、吉川悟（2013）夫婦関係を扱うことで改善した摂食障害の事例、心身医学、53－1、pp.73-74
13. 赤津玲子、吉川悟（2013 掲載予定）復職のための夫婦面接の事例―夫婦間の相互作用に焦点を当てて、心身医学
14. 赤津玲子、吉川悟（2013 掲載予定）クライエントへの不適応行為へのリフレイミング、心身医学
15. 吉川悟、赤津玲子、楢林理一郎、児島達美、高橋規子（2009）認識論の違いが、事例の記述の仕方に与える影響―臨床記述の違い、そしてオートポイーシスの可能性、家族療法研究、26-1、p.46

【学会発表（一般口演）】

1．赤津玲子、吉川悟（2007）初回面接の分かれ道―家族が扱って欲しいことを問題とすること、第 17 回日本ブリーフサイコセラピー学会

2．赤津玲子、吉川悟（2007）論理療法とシステムズアプローチ―くに起こっていることは同じ？、第 11 回日本論理療法学会

3．赤津玲子、吉川悟（2008）問題意識をもてない子どもの前提を変えるためのアプローチ、第 9 回日本サイコセラピー学会

4．赤津玲子、吉川悟（2008）複数面接で視線を使う―セラピストの可能性を広げるポイント、第 18 回日本ブリーフサイコセラピー学会

5．吉川悟、赤津玲子（2008）IP を保護する行為を活用したコンセンサスの構成その 1―治療場面の展開に応対するための情報収集とリフレイミング、第 25 回日本家族心理学会

6．赤津玲子、吉川悟（2008）IP を保護する行為を活用したコンセンサスの構成その 2－面接での視線による働きかけを会話分析に付記するという試案、第 25 回日本家族心理学会

7．赤津玲子、吉川悟（2009）学校臨床において変化をどのタイミングで導入するか―関係者が Cl の心情に寄り添うことで改善した不適応事例、第 10 回日本サイコセラピー学会

8．赤津玲子、吉川悟（2009）システムズアプローチによる SC 活動　教師の特徴を生かしたコンサルテーション、第 19 回日本ブリーフサイコセラピー学会

9．赤津玲子、吉川悟（2009）家族臨床における視線という非言語コミュニケーション―複数面接のこれまでの解釈と新たな臨床の分析記録についての一考察、第 26 回日本家族心理学会

10．赤津玲子、吉川悟（2009）子どもが「親を何とかしてほしい」と訴えたケースからの一考察―システムズアプローチにもとづく家族療法の視点から、第 28 回日本心理臨床学会

11．赤津玲子、吉川悟（2009）「母子分離不安」という視点を変えることで改善した不登校ケース、第 50 回日本児童青年期精神医学会

12．赤津玲子、吉川悟（2010）自立のために他者評価を内在化する過程をサポートした事例、第 11 回日本サイコセラピー学会

13．赤津玲子、吉川悟（2010）酒乱から「やればできる」の健康お宅に変身した事例―変化のタイミングと治療関係を利用して、第 20 回日本ブリーフサイコセラピー学会

14．赤津玲子、吉川悟（2011）家族療法における臨床トレーニングとしての並行面接―思春期 Anorexia の事例から、第 28 回日本家族心理学会

15．赤津玲子、吉川悟（2011）不登校生徒の母親をエンパワーメントすることの効用

―象徴的な 2 つの事例から、第 52 回日本児童青年精神期医学会

16. 赤津玲子、吉川悟（2011）うつ状態を主訴として来談した妻の夫婦面接―システムズアプローチによる夫婦面接の視点から、第 30 回日本心理臨床学会
17. 赤津玲子、吉川悟（2012）学級崩壊からの立ち直り事例―何も起こらずに 1 日が終わるようになるまで、第 21 回日本ブリーフサイコセラピー学会
18. 赤津玲子、吉川悟（2012）セラピストの対応が面接の展開に与える影響―あるインテーク面接の音声行動の会話分析から、第 29 回日本家族心理学会
19. 赤津玲子、吉川悟（2012）1 人のセラピストが母子の個別面接を実施することの利点について―精神疾患を持つ母親と不登校生徒の事例の経過から、第 53 回日本児童青年期精神医学会

# 謝辞

本研究をまとめるにあたって、まず何よりも、インタビューにご協力いただいたクライエントの皆さまに深く感謝申し上げたいと存じます。無理なお願いに快く応じていただき、私のつたないインタビューでご迷惑をおかけいたしました。本当にありがとうございました。

いわき明星大学の大原貴弘先生には、行き詰っていた時に、人の視線や注意に関する基礎研究のさまざまな視点を教えていただき、大変お世話になりました。トレーナーの先生方には、ご多忙中にも関わらず、私の知識不足を補うほどのお話を伺えましたこと、感謝の気持ちで一杯です。また、トレーニーの皆さんにも快くご協力いただきましたことありがとうございました。

それから、インタビューの評定を手伝っていただいた研究生の方々、面接の場をご提供いただいた機関の方々にも、改めてお礼を申し上げたいと存じます。

本研究は、インタビューを用いた研究が多く、クライエントの皆さまにはもちろんのこと、多くのトレーナーの方々やトレーニーの方々とお話させていただく中で、学ばせていただいたことがたくさんありました。私の力不足で、それらを本論文に十分に表現できませんでしたが、今後研究を続けることで、今回ご協力いただいた多くの方々にお応えできたらと思っております。

ありがとうございました。

# システムズアプローチのトレーニングに関する研究

龍谷大学文学研究科教育学専攻教育心理学領域
赤津　玲子