

Title	遊戯療法の技法をめぐる一考察：治療構造論的視点に基づいて
Sub Title	A study on the technique of play therapy : from a viewpoint of a theory on the therapeutic structure
Author	森, さち子(Mori, Sachiko)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	1991
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要：社会学心理学教育学 (Studies in sociology, psychology and education). No.32 (1991.) ,p.53- 60
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000032-0053

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

遊戯療法の技法をめぐる一考察

—治療構造論的視点に基づいて—

A Study on the Technique of Play Therapy

—From a Viewpoint of a Theory on the Therapeutic Structure—

森 さ ち 子

Sachiko Mori

There are several psychotherapies which deal with children who suffer from mental problems. I am going to discuss 'play therapy' in this article. Play therapy is a kind of psychological treatment in which children are treated by means of play.

I will examine how play can be treatment by making the nature and mental function of children's play clear, and discuss how play is utilized in the process of the therapy.

The therapeutic structure which is a concept common to all schools is an important frame of reference in understanding therapeutic relation between a client and a therapist and the treatment process.

It is said that the play therapy has two structural qualities. "What kind of therapeutic structure should be added in order to make the therapy more effective?" From this standpoint, I'll examine several points concerning technique—the basic attitude of a therapist, interpretation, regression, the participation of a therapist in play, limitation, and the participation of the family in therapy.

はじめに

子どもの心理療法の一つとして知られる遊戯療法は大人の心理療法を母胎として発展した治療法であるので、基本的には大人のそれと共通の基盤をもつが、子どもの場合、成長の過程にあること、保護者が必要であること、言語表現が十分でないことから様々な工夫が必要とされる。すでに心的防衛を固持している大人に比べて、それ程病態が重くない子どもであれば、感情表現がより自然で直接的であるかもしれない。しかしそれが子どもの治療の難しさともいえるもので、一見自由に遊んでいるとみえる子どもの遊びも“本来の意味での遊び”ではないかもしれない。いかに楽しそうにみえても、その行動、表現からは想像もつかないような心の状態にあるとも考えられる。子どもの治療はとかく安易に考えられるが、治療者は子どもの内的世界をどれ程共有できるかということは非常に難しい問題である。観察しつつ共に体験し

ながら、子どもの心の動きを肌で感じ読みとっていくことが、治療者に求められるであろう。

本稿において、子どもと治療者の心的交流を深めていくための治療者側の関わりの姿勢を、治療構造論的視点に基づき、一つの技法論として、主に子ども中心療法、精神分析的療法を中心としながら考察していく。

1. 遊戯療法の原理

1. 子どもの遊び

精神的な問題を抱えている子どもを対象とする遊戯療法は“遊び”を通じて治療する心理療法である。従って遊戯療法について述べる前に“子どもの遊び”について簡単にふれておく必要がある。まず、その性質として、

- 1) 自然で自発的な表現であり、心理的に自由である。
- 2) 快い感覚をもたらす活動である。
- 3) 遊ぶことそれ自体が目的となる。

4) 非現実と現実の中間に位置し、ファンタジーのなかに容易に現実がもちこまれるし、またその逆もおこなわれやすい。
等が考えられる。

このような性質をもつ遊びのなかで、子どもは行動への責任をとることなしに、また現実の対象関係に責任なく思うままにふるまうことができる。そのことによって全能感、優越感、ナルシズムを味わい、現実生活では満たされなかった代理満足を得、葛藤の処理や欲求不満の緩和や鬱積した感情の解放がもたらされ、心理的な安定感を再び取り戻すことが可能になると考えられる。このような心的機能（カタルシス機能）に加えて、遊びは心身の発達段階によって規定されるだけでなく、遊びがまた心身の発達に重要な影響を及ぼし、心と体の、更には社会的な成長を促進する働きを合わせもつものと考えられている¹⁾。

2. 治療と遊び

対象となる子どもの中には、本来の意味で「遊ぶこと」自体できなくなっている子どもが多くいる。遊戯療法では治療者が遊びの性質を利用しながら、子どもがその心的機能を十分に発揮できるようにし、本来の遊びを再び取り戻し、体験できるようにすることによって健全な心身の成長力を身につけること、すなわち「遊戯を通じて自由に感情が表現・展開されていくうちに、自然な成長力によって再編成がなされていく²⁾」ことが治療の目標となる。

治療過程にみられる遊びは、「本来の遊び」を目指しつつも、治療という目標に沿って「利用される遊び」であり、その意味づけも治療者の「プレイセラピー感」によって異なるものである。一般には次の三つの意味づけがなされていると考えられる³⁾。

1) 治療場面・治療関係に適応もしくは順応するための遊び (adaptation, adjustment としての遊び)

治療意欲なくして治療の場に連れて来られる状況にあって、遊びは子どもがそれ程無理なく治療場面に入っていくきっかけをつくる。

2) コミュニケーションの媒体としての遊び

未だ言語表現が十分でない子どもは自然な表現である遊びを通じて様々な感情や欲求を見せてくれる、すなわち「遊びの中に自己の経験、態度などを投影する⁴⁾」と考えられるので、遊びは子どもの心の状態を知る重要な手がかりとなる。

3) “自由にして守られた空間”の中での遊び (“hold”の中での遊び)

子どもは自由に遊ぶことができれば自己治療を得、自然に沿っていくという、遊びの治療力を重視し、子どもがそれを十分発揮できるような空間を治療者が子どもとの間につくり出し、その場を支え、見守り、抱えることを心がける。

遊びの利用の仕方はその立場によって異なるが、遊びが単なる遊びとしてではなく、治療的な意味をもつものとして機能するかどうかは、そこでの治療的な人間関係に規定されているということができよう。たとえば、「子どもが怒りを表現する機会を与えられるというよりもむしろ、子どもの怒りを受けとめ、子どもの怒る理由を理解し、そのことを子どもに伝える人物が傍らにいて怒りを表現できるということ⁵⁾」が、子どもにとって重要な意味をもつものと考えられる。そして遊びが真に治療的になりうるには、治療者が共感と観察という一見矛盾した態度をいかに統合しながら子どもに関わっていくかということに大きく関与してくるであろう。従って遊戯療法とは、遊びを媒介としながらその心的機能を治療者との人間関係の中で高めていくことであるといえよう。

II. 治療構造論的視点

1. 治療構造論とは

遊戯療法においては子どもと治療者が一定の間隔で会い、決められたプレイルーム内でも一定の時間を過ごすということに意味があると考えられている。日常から切り離された治療の中で、子どもはどのような遊びをし、また治療者にどのような関わり方をしてくるのであろうか。あるいは治療者はどのような観念にたつて、どのような目的や態度をもって子どもに接することが望ましいのであろうか。また子どもと治療者の相互作用において生ずる感情や無意識の行動はどのようなものであろうか。

治療には一定の枠組みがあるという前提のもとにこれらの問いは初めて意味をもってくる。そのことを明確にし、治療者が治療全体の流れを把握するのを助け、その過程に確かな方向性を与えてくれるのが、小此木の治療構造論的視点である。心理療法の基本概念として提唱されている治療構造を以下に述べる。「どんな精神療法にも、基本的な要素として、治療目標（何のために、どんな治療的变化を意図するか）、治療機序（この治療目標に達するためにどんな心理的变化を治療者、患者関係の中で引き起こすことを期待するか）、治療過程（この治療機序は治療のどんな経過をたどって実現されていくの

か、またその過程でどんな現象が起こるのか)、治療手段(この治療機序を引き起こす手段としてどのようなものが用いられるか)、治療技法(これらの治療目標に到達するための治療機序をどんな治療手段を用い、どんな治療構造を設定して実現していくかの治療者側の手続きや方法)、これらの治療目標、治療機序、治療過程、治療手段、治療技法に適した形で設定される、治療者、患者の交流様式が治療構造である。〕⁶⁾

このように治療関係を規定する治療構造には外的な治療構造—空間的・時間的構造、治療者・患者の組合せ等—と内的な治療構造—面接のルールと場面構成、治療契約、葛藤的治療構造、治療の人間関係等—がある⁷⁾。

治療構造は子どもと治療者の関係、また経過を正しく読んでいく上での準拠枠となると同時にまた、治療構造それ自体が治療関係や経過を規定する働きをもつ。従って子どもの遊びの内容や変化、治療者への態度や反応等、治療上重要と思われる現象はすべて、その構造から生じてくるものと見なすことができる。それ故、「構造を充分つかんでおくことによって、治療関係を正しく受けとめることができるし、それを治療的に利用したり、変化を推測したりすることも可能になる。」⁸⁾

2. 遊戯療法における治療構造

遊戯療法の治療構造の特性として二つの点が挙げられている⁹⁾。一つは遊戯状況それ自体の構造の葛藤性であり、もう一つは子ども自身の治療に平行して行われる並行母親面接と子どもそのものの治療との相互関係、言いかえれば、家族をも治療環境に包含する治療構造といった二つの特殊性である。後者に関しては後に取り上げることにし、ここでは前者の、どの立場にも共通して生起すると考えられる構造の葛藤性について述べることにする。それは自由な解放性と現実的拘束の両面が治療構造に備わっているということである。つまり、子どもは一方で自由な遊びの選択を許され、何でも好きなことをする自由を与えられる。しかし一方で、母親から離れて未知の人物と二人でいることを指示され、また一定の時間、プレイルームにいることを要求される。従ってその治療状況はきわめて解放的で子ども本位のものであるが、やはり一つの拘束であり、現実的なルールを守ることが求められる状況といえよう。

基本的に以上のような治療構造の特性をすでに前提としている遊戯療法において、更にどんな治療構造を設定していくことが、子どもの治療をより効果的にするのであろうか。そうした観点から、技法に関するいくつかの点を考察していきたい。以下に述べる治療者の基本的態

度/解釈/退行/治療者の遊びへの参加/制限は、いわゆる内的治療構造の問題であり、家族の治療への参加—並行母親面接は、外的治療構造の問題である。

III. 技法に関する考察

1. 治療者の基本的態度

治療者の態度、在り方について、子ども中心療法と精神分析的療法の二つの観点から述べていくことにする。

1) 子ども中心療法

子どもの潜在的な自己治療力を尊重し、その力を発揮せしめることに主眼をおくアクスラインによる“8つの原則”¹⁰⁾は、わが国においては最もよく知られており、どの立場であれ、治療者の基本的態度として誰もが一度は体得しなければならないといっても過言ではない程、きわめて示唆的な内容を含んでいると思われる。

- ①よい治療関係(ラポート)を成立させる。
- ②あるがままの受容
- ③許容的な雰囲気
- ④適切な情緒的反射
- ⑤子どもに自信と責任を
- ⑥非指示的に子どもに従う
- ⑦ゆっくりとかまえる
- ⑧制限の導入

以上の原則は、子どもの自主的なはたらきを見守り、治療者が無用な介入をすることを避けるよう心がける態度によって貫かれており、実際の技術的側面を明確化している。この点で、より多くの人々に遊戯療法家としての可能性を与えたのであるが、一方で次のような反省がなされている。それは、これらの原則にあまり縛られると、子どもの主体性を重んじるあまり、治療者が主体性を失い、受容的というよりは単に受動的に行動することになるというのである。むしろこのようにしていれば下手に積極的に動くよりは治療的であるので、軽度のものであれば治療に成功することも多い。しかしこのため、遊戯療法における曖昧さ、安易さが生じてくるということである¹¹⁾。

深谷は基本的にはアクスラインの立場に立ちながら、治療者が受容しつつ、より積極的に子どもに関わることを強調した“4つの行動原理”¹²⁾を提示している。

- ①良き依存対象となること
- ②子どもの感情表出や欲求の行動化をはかること
- ③新しい行動パターンへの学習を援助すること
- ④治療者の感情や意志の非言語的表出(動作による表出)を心がけること

2) 精神分析的療法

精神分析における治療態度は、フロイトの治療態度とフェレンツィの治療態度にカテゴリー化される⁷⁾。前者は、いわゆる中立性、受動性、医師としての分別、禁欲規則、秘密を守ること、時間や場所のアポイントメント、治療契約等の原則をさし、後者は、前者に比べて能動的柔軟性、治療者のパーソナリティ、共感、相互の退行と情緒交流、技法的にもアクティブなテクニックを積極的に行なう治療的態度である。小此木は次のような見解をもつ⁸⁾。すなわち精神分析的な治療者は、常にこの二つの態度の狭間をいったり来たりしながら、この両者を共存させねばならない。しかしながら、全体の流れとしてみると、出発点においては、一定の条件に患者の側がどう適応するかといった、患者がこれらの治療構造（治療態度）に対して、超自我を投影する方向での父性的機能に注目したが、現代では対象恒常性を育み、治療関係の中で患者を支え、むしろ心を開き、抱える、そのような治療構造（治療態度）の母性的な機能の方に力点が移ってきているというのである。

父性的な機能は、フロイトの治療態度に依拠するものであり、母性的な機能は、フェレンツィの影響を受けながら独自に母親の子どもに対するアタッチメントの機能を治療の関わりに適用したウィニコットの治療態度に依拠すると見なすことができよう。ウィニコットの説く治療態度は、大人の場合、病態水準の低い患者に接する上で重要な手がかりとなるが、子どもを対象とする際、子どもは成長の過程にあること、また多くの場合、早期からの母親あるいは保護者との望ましくない関係により問題を呈してきていると考えられることから、その基本的態度として重要となると思われるので、詳しくみていくことにする。

ウィニコットは早期の母子関係にみられる母親の機能、すなわち子どもの発達に合せて、発達促進的環境として機能していく、ほどよい育児環境と対応した治療者の関わり的重要性を強調している。最初の段階ではすべての成長、発達を育む基本条件となる信頼がもてるように治療者は安定した治療環境を維持または保持することによって、抱える環境—holding environment—を作り出す。子どもが十分に抱えられることを体験できると、子どもが対象との関係に不安を抱かずに安心してその場にいることができ、また安心して感情、情緒を表現できるようになる。そこに遊びが生ずるのだが、その段階では、治療者は徐々に適応の程度を減少させ、子どもの欲求にほどよく応じながら、子どもが必要としている

ものや援助を適切と思われる時に差し出していく。このような関係において、子どもは遊びの中に様々な空想を表現する。治療者はそうした空想を解釈していくというものである¹³⁾。

これまで治療者の関わり方について、子ども中心療法と精神分析的な観点からみてきたわけであるが、受容の原理を強調する前者の場合、主として 3,4~11,12 歳の子どもを対象とし、転移、解釈等、積極的な治療も行なう後者の場合、より幼い子ども（乳児）も含め、より病態水準の低い子どもも対象として考えられていることを付記しておく。

治療者の態度として、最後に“開いた態度”¹⁴⁾についてふれておきたい。開いた態度とは、治療者がクライアントの心の中のどのような動きに対しても、制限を加えることなく接していこうとする態度であり、未知の可能性に対して開かれた態度をとることによってこそ、治療は進展する。すなわち、治療者の防衛の少ない開いた態度は、クライアントにその内界の可能性や新しい領域をしらしめるのである。それは治療者がクライアントの心のどれ程深い部分に対してまで開いた態度をとり得るかという問題に関わってくるというものである。

このことは治療者が自分自身をどれだけ知っているか、あるいはどれだけ自分に対するとらわれのない、開かれた見方ができているかということに通じるのであろう。

2. 解釈

解釈とは、言語的介入を通して、そこにみられている心的出来事の無意識的な意味、原因を意識化することを意味している。ウィニコットは、解釈は固定させてしまうおそれのあることから解釈を差し控えることに注意を払い、精神療法がいかに解釈作業をせざるにできるかについて、アクスラインの研究を重視しているのは興味深い。「治療上重要なのは私の才気ばした解釈という契機ではなく、子どもが自分自身を突然発見する (the child surprises himself or herself) という契機なのである。」¹⁵⁾ 解釈により子どもの自由な表現が邪魔されないよう注意せねばならないであろう。

あえてアクスラインの技法に解釈めいたものを捜すとすれば、「適切な情緒的反射」を見出すことができる。子どもの、その時の態度の葛藤等の明確化を行なうことは広い意味での解釈といえよう。

そのことに関して河合は心理療法の二律背反について言及している。「単純に考えると『受容する』ことと『解釈する』こととは相反するものと思われるが、これらは

相補的な働きをなしている。つまり受容を深めるためには解釈が必要となり、意味ある解釈をするためには受容的態度が必要であるといえるのである。要するに治療において終始不変の『受容的態度』などが実際にはありえないもので、クライアントが治療者のある程度受容性に支えられて表現を行ない、その表現によって治療者は（解釈を通じて）クライアントの内面に触れ、より受容的になってゆく。一方クライアントは自分の表現したものの意味を把握しつつ、それを土台としてそのときに感じた治療者の態度に支えられて、より深い部分へと探求の手を伸ばしていく。このような相互作用によって治療が展開されるのである。』¹⁶⁾ また精神分析家である前田は「心理療法の原理は、相手の外に立つのではなく、相手のなかに立ち、そこで自由になる空間に入ることである」¹⁷⁾ という前提のもとに「たんなる解釈の言葉そのものより、治療者の人格や受容的、共感的な態度が重視されてきており、従来フロイトが強調した治療者の中立的態度から母親的なもっと柔軟で積極的な態度へと変わらざるをえない場合がふえてきている。』¹⁸⁾ とやはり述べている。

河合、前田の考え方は現代の精神分析においてウィニコットがその臨床場面で「いつでも抱えて (holding) しながら解釈を行なうこと」¹⁹⁾ すなわち、小此木が述べるように「解釈は、作業同盟と holding の関係が保たれている治療関係においてなされてはじめて患者にとり入れられ、洞察を可能にする。』²⁰⁾ ということとつながっているように思われる。

これまで解釈の定義にそって、つまりその言語的側面に関して述べてきたが、遊戯療法では必ずしも言語的介入ばかりでなく、治療者の無意識的な行動が介入となる場合もある、すなわち非言語的な介入もあり得るということを中心に留めておく必要があると思われる。遊戯療法では、転移や逆転移が非言語的な領域で生じやすいため、子どもと治療者の関係と行動を細かく検討することが大切となる。

3. 退行

子ども中心療法では全く論議されなかった退行について、精神分析的療法ではその治療的側面を重視している。退行には次の3つの側面がある²¹⁾。

①病的退行——精神機能が病的変化によってより低次の水準に低下または解体する病的過程を意味する。

②治療的退行——病的退行と健康状態の中間にある。この治療的退行の過程で生じてくる転移性現象を解し、洞察・解釈を通して治療的变化を生じさせることが精神

分析療法の基本的な治療機序と考えられている。

③健康な退行——退行の中には再進展・再統合の方向が含まれているという観点から、自我の統制の範囲内での弾力的な随意的退行・進展という一連の力動的な過程としてとらえられている。

このような退行に対する主体性が保たれながら起こる随意的退行をクリスは「自我による自我のための退行、一時的部分的退行」²²⁾ と名づけている。なお、病的退行と治療的退行はともになんらかの形で葛藤をともなうフラストレーションが増大し、その結果、より以前の未分化な防衛や適応方法または対象関係の水準つまり固着点を退行するという葛藤の退行であるが、健康な退行は、一方で現実水準を維持しながら、それを葛藤を起さず随意的に、一時的な退行状態にはいることができ、エネルギーを蓄えながら要請があればただちに現実水準に復帰することができるという葛藤のない退行である。

精神分析療法において治療的退行がなぜ治療機序となるかについて次のような考察がなされている²³⁾。自我心理学的にみて精神的に健康な人間は以下のような心理的条件を備えていると考えられている。

①常に随意的に葛藤のない退行を起こし、現実またはより抽象的ないし空想的な対象関係の中で、退行的な欲求を満たし、エネルギーを回復する。そしてこの回復とともに自我の統合性を取り戻して再び現実水準に戻るか、あるいは退行以前よりもより高い成長水準に発展する。

②この退行・回復・再統合のライフサイクルを同時に人格全体としては年齢相応の現実水準を保ちながら、一時的部分的にしかも可逆的に営む自我の能力を自我の弾力性という。そしてこの弾力性こそ自我の強さの基本条件である。

治療的退行を治療機序とするのはこのような自我の弾力性を発達、また回復させることを目標とするからである。子どもの治療においてもこの治療機序が主役となるのは、はじめは無意識のかつ葛藤的で不随意的であった病的な退行が、治療的退行を介して、葛藤のない退行となり、退行的欲求の解釈が起こり、それらが治療者ないし家族との対象関係の中でなんらかの形で満たされたり洞察されたりし、やがては自我の統制下に入り、随意的、前意識的でしかも一時的、部分的な自由さを獲得するにいたる。そしてこの退行・回復・再統合のプロセスは、治療終了後もその子どものパーソナリティの中に働き続けるようになるというのである。また子どもはまだ成長途上にあることから、退行も起こりやすいし、その退行

をパーソナリティ発達の中に再統合しやすい。そして退行を再統合や成長に転換していく成長力が豊かであると考えている。

こうした見解は、退行は退化のみを意味せず、むしろ根源的な生命に戻り、新たな生命力を自分の精神活動の中に再統合する試みであり、再生や生まれ変わりとしての意味をもっているというユングの、「創造的な心的過程には退行が必要である」²⁴⁾ という考えにも通ずると思われる。

自我心理学的には、遊戯は創造的な退行の過程と考えられており、これはウィニコットの見解²⁵⁾にも一致するものである。すなわち、遊ぶことにおいてこそ、子どもも大人も創造的になることができ、その全人格を使うことができる。そして個人は創造的である場合に自己を発見する。従って精神療法では遊べない状態から遊べる状態へと導くように努力するのである。

このように遊びや創造と重なる退行の概念は、たいへん重要なものである。退行はある意味で守られた治療構造、つまり一定の場所と、ともに体験していく姿勢をもった決まった治療者が傍らにいてこそ促進されると考えられることから、治療の中で治療者が子どもの退行状態にどのように関わっていくかということが問題となってくる。そのことは次の、治療者の遊びへの参加についての議論につながっていくのである。

4. 治療者の遊びへの参加

東山はプレイセラピストの二つのタイプ、すなわち、一つは遊びにのるタイプで、もう一つは遊ばずに、遊ばせるタイプについて述べている²⁶⁾。前者はのりすぎて子どもの心の動きを見失う欠点があり、後者は、子どもの心の動きはわかるが、それを十分に表現させることに欠ける場合が生じる。そしてこの二つのやり方のうちどちらがいいか一概にはいえないが、いずれにしてもセラピストの性格にあったものを選ぶことが望ましいと言及する。

また治療者が子どもと一緒に遊ぶことになると、どうしても治療者が子どもに使われ、走りまわされることになりやすい、更に治療時間を子どものための時間であると考えれば、治療者は子どもの遊びに参加しないほうが望ましい、そして子どもと治療者が一緒に遊ばないという関係を維持する場合に、独自の治療的關係を設定することができるという考え方²⁷⁾があるが、こうした考え方のもとに遊戯療法を行なうと、その治療過程、子どもと治療者の関係は、精彩を欠いたものになってしまうのではないかとと思われる。なぜなら、生きた、可変性の

ある関係に一つの固定観念をもって入っていくことになるので、許容枠が狭くなり、子どもにもかえってある種の息苦しさを感じさせることになりはしないかと考えるからである。むしろ、その子どもの、その瞬間の状況に応じて、一緒に遊んだり、あるいは遊ばずに見守っていたり、必要と思われる時は治療者がいることを子どもに意識させないように子どもを独りの世界にいられるようにそっとしておいたり…というように、治療者は“ほどよくその場に居合わせる”ことを自然にできるということが重要であろう。子どもの心の世界に内的に関わっていくというのはそういうことではないかと思われる。そしてそれは治療者の抱える能力が問われるところであり、子どもはいわば、こうした環境の中で自分の遊びを始めるのだと考えられる。

前田は、直感こそ治療者にとって大切なものであると述べ、その直感が生じるためには、現実に対面している場合に働く知的、論理的な心の構えを捨てて、心を弛緩させた状態に、自由に遊ばせることが必要であるとし、心を遊ばせ、心のゆとりをつくり、そこに湧いてくる想像やイメージに任せることを強調する²⁸⁾。それは言い換えれば自我が柔軟に退行できるということである。子どもとの関係の中で治療者がそのような健康な退行、つまり退行と進展を必要に応じて自由に往き来できることは、すでに子どもの内的世界＝遊びに参加していることになる。それが可能になれば、東山のプレイセラピストの二つのタイプは統合される。

こうした局面において、フェレンツィの相互的退行という言葉が意味をもってくるのであり、ウィニコットの「精神療法は二つの遊ぶことの領域、つまり患者（大人も子どもも含めて）の領域と治療者の領域が重なり合うことで成立する。精神療法は一緒に遊んでいる二人に関係するものである。」²⁹⁾ ということの意味が理解されるのである。そして遊びに参加するということは必ずしも行動をとまらうことではないのである。

5. 制限

治療過程におこる子どもの行動に対する制限の種類として深谷は次のように挙げている³⁰⁾。

- ①治療者への身体的攻撃
- ②備品への攻撃（遊具等を壊すこと等）
- ③安全と健康に関するもの
- ④社会的に許容できない行動（盗むその他）

そして制限の与え方の原理として以下のことを述べている³⁰⁾。

- ①初期にはなるべく与えないようにし、制限が生じた

場合には言語でなく行動で与える。治療関係成立後は、言語で与えていく。

②制限は禁止・命令の形ではなく、すでにある共に守るべきルールを治療者が子どもに伝える形で与える。

③制限を与えるときは、友好的ではあるが、明確な態度で行なう。

これらのことに、アクスラインの述べる“一貫性をもつこと”¹⁰⁾をつけ加えておきたい。

また制限が与えられることの意味としては、次のようなことが考えられる。

- ①子どもにむやみに罪悪感をもたせないため
- ②治療者が子どもを受容できるようにするため
- ③子どもの身体的安全を守るため
- ④治療場面と現実場面に関係をもたせるため
- ⑤子どもが治療場面である程度責任がもてるようになるため
- ⑥現実吟味と自我の統制力を高めるため

プレイルームでの体験を建設的なものにつなげるために制限は子どものパーソナリティ、経験とを照らし合わせて有効に用いられることが望ましい。村瀬が「制限をひたすら守りさえすればよいとも言切れない。そのクライアントの治療目標、そのときの状況に合わせて、制限の持つ本質的意味を問いなおし、あえて制限をこえるということによって生じる構造規定的な緊張関係の中から、予期しない新しい治療の展開が生じる場合もある。」³¹⁾と述べていることは意味深い。またそれに関連して河合は「治療における自由と制限のパラドックスをよくふまえたうえで、技法に固執することなく、あくまで子どもの自己治療の力を中心にして、自由に用いてゆくこと」³²⁾と述べている。

6. 家族の治療参加

家族の治療参加は A. フロイトとクラインの一つの論争点であった。前者は両親の良識が、治療関係を保護、維持するのに助けとなると考え、子どもについての多くの情報を得ることができることや両親の態度の変化によって子どもの治療を促進することから、その参加を積極的に唱えた³³⁾。一方後者は、親は子どもにとって超自我の外在的要素であり、根源であるということと、子どもが治療を受けることにより、治療者に向けられる親の敵意や嫉妬の感情、親としての罪悪感が分析を妨げることもあるということから、両親から子どもについての情報を求めず、家族の治療参加を重要ではないと考えた³⁴⁾。

子どもを対象とする治療の場合、現実的には親の不安が高まり、子どもを治療に連れて来なくなってしまふこ

ともあるので、そのことに関して治療者は少なくとも配慮しておかねばならない。またどの程度両親の積極的な治療参加が必要となってくるかは様々な要因、すなわち、「治療者の経験、子どもの年齢や子どもと親の各々の病態水準や治療施設のマンパワー等を慎重に考慮しながら決めていくこと」³⁵⁾が望ましいと考えられる。たとえば子どもが3歳未満の乳児の場合は、母と子を一組として一人の治療者が担当する合同面接の方が効果的かもしれないし、他の治療者の十分な協力が得られない場合は、やむなく子どもと親に一人の治療者が別々に対応する継時面接とならざるをえないこともあるし、子どもが前思春期にある場合は、別々の治療者が対応する並行母親面接が望ましい等々である。

また親に深刻な精神的問題があれば、親面接に比重をかける必要もでてくるであろう。しかしいずれの場合にも、基本的にはあくまでも子どもが主体であり、家族を患者（クライアント）にしないということが一般的な考え方である。子どもの場合、特に母親に精神的にはもとより物理的にも生理的にも依存している度合いが強いため、子どもの治療と母親（保護者）の存在は切り離して考えることはできないと思われる。また治療者が子どもとの遊戯療法にしかと取り組み、没頭できるためには、一方で別の治療者による母親面接が平行してすすめられていることにより、母親の不安がうまく受け取められているということが大事な基盤となると思われる。そうした治療者の安心感、安定感も含めて、治療が「抱える環境」として十分に機能するためには、並行母親面接は外的な治療構造として重要な側面をもっていると考えられる。

おわりに

遊戯療法にかかわらず、人間関係をその基本とする精神療法において、治療者が自分の問題を知り、心を整理していることは大切であろう。なぜなら治療者の問題は必ずといってよいほど、治療過程に何らかの影響を及ぼすからである。一つ一つのケースが様々な問題を提示するのに相対して治療者の様々な影の部分も映し出されてくるのであるから、生きた人間関係である精神療法は、クライアントとともに治療者も成長していく営みといえよう。その影の部分に気づくために治療者は、クライアントとともに接しながら、同時に謙虚に自分を見つめる心の姿勢をもちつづけなければならないであろう。それがいわば、“開かれた態度”なるものであり、またそれは、一つの枠組（治療構造）に縛られることなくそこ

から自由になること、それを柔軟に変えていくことをも可能にするものであろう。

註

- 1) マーラー, M. 「乳幼児の心理的誕生」高橋雅士訳 黎明書房 1981.
- 2) エリクソン, E. H. 「幼児期と社会 1」仁科弥生訳 みすず書房 1985.
- 3) 水島恵一「臨床心理学」大日本図書株式会社 1986 p. 186.
- 3) 1) は A. フロイト, 2) はクライン, 3) はカルフ, アクスライン, ウィニコットの理論に依拠する.
- 4) 牧田清志「児童精神医学」岩崎学術出版社 1972 p. 112.
- 5) 高野清純「遊戯療法の理論と技術」(「講座心理療法」第5巻 日本文化科学社 1979 p. 79).
- 6) 小此木啓吾(岩崎徹也編「治療構造論」岩崎学術出版社 1990 pp. 1-44).
- 7) 小此木啓吾「精神療法の基礎概念と方法」(三浦岱栄監修「精神療法の理論と実際」医学書院 1964 pp. 73-118).
- 8) 前田重治「臨床精神分析学」誠信書房 1985 p. 88.
- 9) 小此木啓吾他「児童治療における治療的退行(その1)」(「精神分析研究」第16巻3号 1971 pp. 13-21).
- 10) アクスライン, V. M. 「遊戯療法」小林治夫訳 岩崎学術出版社 1972.
- 11) 越智浩二郎「プレイセラピストについてのひとつの問題」(「臨床心理」第2巻3号 1976 pp. 161-169).
河合隼雄他「遊戯療法」(倉石精一編「臨床心理学実習」誠信書房 1973)
- 12) 深谷和子「幼児・児童の遊戯療法」黎明書房 1974.
- 13) ウィニコット, D. W. 「子どもと家庭」牛島定信 監訳 誠信書房 1965.
- 14) 河合隼雄「心理療法論考」新曜社 1988.
- 15) ウィニコット, D. W. 「遊ぶことと現実」橋本雅雄訳 岩崎学術出版社 1979 p. 70.
- 16) 河合隼雄「箱庭療法入門」誠信書房 1969 p. 19.
- 17) 前田重治「精神分析応用論」誠信書房 1988 p. 41.
- 18) 前田重治 前掲書 17) p. 73.
- 19) ウィニコット, D. W. 「抱えることと解釈」北山修監訳 岩崎学術出版社 1989.
- 20) 小此木啓吾, 「治療構造と転移」(「精神分析研究」第25巻 1981 p. 26).
- 21) 小此木啓吾, 馬場禮子「精神力動論」金子書房 1989 pp. 37-40.
- 22) クリス, E. 「芸術の精神分析的解明」馬場禮子抄訳(「精神分析研究」第7巻 No. 1-3 1960).
- 23) 小此木啓吾他「児童治療における治療的退行(その2)」(「精神分析研究」第17巻1号 1971 pp. 10-33).
- 24) 河合隼雄「無意識の構造」中央公論社 1977 p. 51.
- 25) ウィニコット, D. W. 前掲書 15).
- 26) 東山紘久「遊戯療法の世界」創元社 1982.
- 27) 高野清純 前掲書
- 28) 前田重治 前掲書 19) pp. 4-20.
- 29) ウィニコット, D. W. 前掲書 15). p. 53.
- 30) 深谷和子 前掲書 pp. 41-44.
- 31) 村瀬嘉代子「遊戯療法」(上里一郎他編「臨床心理学体系第8巻心理療法②」金子書房 1990 p. 163).
- 32) 河合隼雄 前掲書 pp. 307-308.
- 33) フロイト, A. 「児童分析の指針(上)」牧田清志他訳 岩崎学術出版社 1984.
- 34) クライン, M. 「子どもの心的発達」西園昌久他訳 誠信書房 1983.
- 34) 濱田庸子「精神分析的遊戯療法の治療構造」(岩崎徹也編「治療構造論」岩崎学術出版社 1990 p. 92).