✻✻✻ 学術集会記録 ✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻✻

平成29年度子どもの心の診療ネットワーク事業
神奈川県立こども医療センター　児童思春期精神科セミナー

日　時　平成29年8月5日（土）　14時～17時
場　所　杉田劇場
主　題　子どもの心へのさまざまなアプローチ　－多職種で行う児童精神科治療－
司　会　児童思春期精神科　新井　卓
演　者（1）多職種で行う児童精神科診療の概要　児童思春期精神科　新井　卓
（2）生活を通した関わりが治療的になるとき　こころの診療病棟　関　佳子
（3）アクティビティ（作業活動）を通してみえること　作業療法室　鶴見　香
（4）心理検査・心理治療を介した理解と支援　臨床心理室　高橋　未央
（5）ことばで治療すること　－個別および集団精神療法の経験から－
児童思春期精神科　庄　紀子

はじめに（新井）

小児科医をはじめとした子どもに関わる専門職を対象に，この児童思春期精神科セミナーを毎年夏に開催するようになり今回は9回目を数える。このセミナーは厚生労働省が推進する子どもの心の診療ネットワーク事業（旧子どもの心の診療拠点病院機構推進事業）を神奈川県の委託で当センターが推進してきた事業の一環として行ってきた。

これまで基礎講座として，子どもの心の問題の捉え方や発達障害の考え方や子どもにみられる精神疾患の各論から始まり，その後扱ってきたテーマは児童虐待，摂食障害，身体疾患と心，児童精神科領域における薬物療法，そして医療機関連携と多岐にわたる。今回は児童精神科医療の中心的課題でもある「子どもへの治療的関わり」を取り上げた。児童精神科診療の概要に引き続いて，看護師，作業療法士，心理士，そして医師（発表順）がそれぞれの立場で子どもとどのような治療的関わりを行っているかを発表した。

当日は195名の方にお集まりいただいた。終了後のアンケートでもセミナーの内容については9割以上が「満足」または「ほぼ満足」という結果であった。「やや時間的に話題が多く内容を十分に消化しきれなかった」という感想や「シンポジウム形式の討論があってもよかった」という意見もあった。

多職種で行う児童精神科診療の概要（新井）

筆者は，子どもの心の問題の理解のために，外来診療および入院診療における受診患者の診断内訳の中で，特に成人精神科領域との大きな違いとして統合失調症やうつ病が少ない点をあげ，①生まれながらの素因として気質傾向，生まれながらの発達特性あるいはさまざまな精神疾患へのなりやすさといった子どもの個性の基盤　②愛着形成に大きな影響を与えると思われる発達早期の環境要因　③家族関係，教育環境，あるいは友人関係など幼児期以降の社会体験が複雑に関与した上で子どもの対処能力やストレス耐性が築きあげられる。その後，何らかの体験（心理的ストレス）を契機にその子ども固有の症状が出現する。そして，その子ども個人が抱える症状そのものの重症度だけでなく，出現した症状に対する保護者を始めとする周囲の大人の対応の仕方が表面に現れている症状の悪化に影響を与えることを強調して呈示した。そして，治療の考え方としては，「悪循環をとめて，子どものもつ本来の健康さを見つけて伸ばすにはどうすればいいのか」をその治療の

基本とし，疾患心理教育と言われる＜本人や家族が特性や疾患を理解すること＞，薬物療法や行動療法に代表される＜症状そのものへの対応＞，家族関係や養育体験を含めて子どもがこれまでどのような内的な体験をし，現在子どもに出現している心の問題とどのように関連するのかを時間をかけて検討し治療する＜症状の背景にあるものへのアプローチ＞，そして子どもが本来生活すべき家庭や地域を支援することを目指した＜家族支援・関係機関や地域との連携＞に分けて概説した。

今回，この児童精神科セミナーで取り上げたのは，これらの治療的関わりの中でも＜症状の背景にあるものへのアプローチ＞を中心としたものであり，子どもに関わる多職種がそれぞれどのような視点でどのような手段を用いて子どもの心に関わるのかをテーマに発表した。初めに，児童思春期精神科病棟における生活援助を中心に関わる看護師，次に作業療法を通して心の問題を抱えた子どもに関わる児童思春期精神科担当の作業療法士，さらに日頃から児童思春期精神科の患者のみならず，当センターの多くの診療科からの発達評価や知能テストさらには児童思春期精神科からの性格テストや心理治療の依頼に対応し状況に応じて心理治療を行う心理士，そして最後に当センター児童思春期精神科でも長年子どもの心の治療に携わる児童精神科医師がそれぞれの立場から子どもが抱える葛藤や課題に目を向けながら行う子どもの心へのアプローチを紹介した。

生活を通した関わりが治療的になるとき（関）

看護師の子どもとの関わり（表 1，図 1）

入院している子どもたちにとって，病棟は自宅に代わる生活の場である。入院当初は緊張し，病棟の環境に馴染めなくても，時間の経過とともに適応する子どもたちの姿を見ていると，子どもがもつ柔軟性や可能性を感じることが多々ある。子どもたちの安静度や各種治療への参加の可否や，当センターに併設されている横浜南養護学校への登校時間数などは主治医の治療方針によって個別性があるが，病棟生活で看護師が大事にしていることは人と人との心の関わりがある生活である。子どもが大人とだけでなく，子ども同士の関係性の中で学び，経験したことを自身の成長・発達に繋げられるよう支援する役割を多職種と協働する中で看護師も担う。

病棟の朝は，子どもたちへの起床時の声かけから始まる。そして，食事の配下膳，トイレ・入浴介助，登校の送迎，就寝時に子どもたちが寝つくまで寄り添う，など子どもたちの生活に密接した関わりをする。また，体を動かしてエネルギーを発散するために体育館で毎日 30 分間のスポーツを行い，病棟の中庭では野菜を育てる楽しさや喜びを仲間と分かち合い，自身の達成感にも繋がるようトマトやキュウリなどを子どもたちと一緒に作っている。はじめは土いじりや水やりの方法が分からなかったり，面倒くさがっていても，慣れてくると積極的に野菜作りに参加するようになり，大きく育っていくトマトやキュウリなどを見ながら収穫の時期を楽しみに待つようになる。また，看護師は多職種とともに川遊び，ハロウィンやクリスマス会，餅つき大会など季節に応じた年間行事を企画する。そこでも川遊びやデイキャンプでのグループ活動や，クリスマス会での子どもたちの演劇などを通して，子どもたちが役割をもって参加し，集団生活や社会経験を積めるよう

表 1　子どもの病棟での 1 日

6:30	起床
7:10	朝食　　内服
7:30	歯磨き　洗面
8:30	体温・脈拍・血圧測定
	日勤看護師の受け持ち挨拶
8:45	登校※
11:40	昼食　　内服
12:20	入浴
12:45	登校※
15:00	おやつ
16:30	スポーツ※（体育館）
17:00	スポーツ終了
	夜勤看護師の受け持ち挨拶
17:40	夕食　　内服
18:00	歯磨き
19:00	デイルームで TV 観賞・卓球など※
20:00	就寝準備　　内服
	デイルームで TV 延長※
21:00	消灯時間

※参加の可否は主治医の指示による

≪日々の子どもとの関わり≫
・体温・脈拍・血圧測定
・食事の配下膳
・内服介助
・洗面（歯磨き）介助
・トイレや入浴介助
・登校の送迎
・就寝準備、就寝までの付き添い
・散歩
・スポーツ
・中庭での野菜作り　　など

≪年間行事≫
・夏のラジオ体操，プール
・川遊び
・デイキャンプ
・花火観賞会
・ハロウィン
・クリスマス会
・餅つき大会
・春祭り
・DVD 観賞会
・クイズラリー　　など

図１　看護師が行う日常生活援助

関わる。このように看護師は，子どもたちの生活に深く関わる中で，子どもの生活能力を向上し，対人関係のもち方を改善できるよう一緒に取り組みながら，友人や家族への思いなども受け止められる身近な存在になれるように心がける。

こころの診療病棟での看護師の役割

看護師は子どもの治療に携わる医療者の１人として，日常生活の援助・指導者，母親（父親）のような存在，普通の大人としての見本，医師など多職種への代弁者，家族との懸け橋役，児童相談所・施設職員など地域との懸け橋役などさまざまな役割をもつ。その中でも「母親のように身近で温かく子どもの成長・発達を見守る存在」，「暴力を振るわない普通の大人の姿を見せる」などは，こころの診療病棟の看護師が担う特徴的な役割だと考える。

事　例

１）A さん：自閉スペクトラム症（主症状：情緒不安定）への関わり

A さんの課題として，①他患者との関わり方が分からない，②自分に自信がもてない，③ A さんと家族は物のやり取りで関係が成り立っていることが挙げられた。そこで，看護師は行動療法を通して成功体験を積み重ね，問題行動を減らせるよう関わった。家族に対しては，物のやり取りではなく互いの気持ちの交流を大事にしながら家族と A さんとの関係が深まるよう支援した。

問題行動があるとそこが注目されやすいが，治療スタッフはその問題行動の背景には，A さんの失敗体験や自信のなさが隠れていると考えた。看護師は A さんの友だちを作りたい気持ちに沿い，他患者に笑顔で挨拶をすることを行動療法の課題として支援した。褒める機会を増やし，A さんが達成感を感じられたことが自信に繋がったと考えられた。また，家族は A さんが頑張る姿を知ることで，A さんの良い変化に気づくことができただけでなく，家族が A さんを褒めることで A さんにとって家族は大きな支えとなったと考える。この事例の中で，看護師は A さんの成長を傍らで見守り支援する母親的な存在でありつつ，A さんと家族とを繋ぐ役割をもった。

２）B さん：家庭限局性素行障害（主症状：家庭内暴力）への関わり

B さんは登校時に頭痛や腹痛など体調不良を訴えやすく，看護師はその都度，B さんを心配し，ゆっくり体を休めるよう声をかけたが，B さんは看護師の助言を聞き入れようとはしなかった。そのため，日々繰り返される B さんの体調不良と看護師の助言を聞き入れず持論を主張する態度に，看護師は疲弊し，B さんと距離を置きたいという気持ちが募った。しかし，このままでは B さんとの関係に距離ができてしまうのではないか，看護師として何ができるのかなどについて多職種間で何度も話し合った。多職種間で情報を集めると，今まで見えにくかった B さんの気持ちに気づき，B さんは看護師を避けたいというよりも，看護師と関係を築くことを望んでいるのではないかと考えられた。そこで，看護師は B さんと話し合い，登校時のトラブルを避ける対策を一緒に検討し，関係を築くために１対１で関わる時間を毎日確保した。その中で，B さんは，今まで打ち明けられなかった過去の友人とのトラブル

や，家族への思いなどを話せるようになり，少しずつ自己の課題にも取り組めるようになった。

B さんに対して看護師はさまざまな葛藤を抱きやすく，看護師としてどう向き合い，理解したらよいのか，常に問われていた。しかし，多職種カンファレンスを繰り返し行い，チームとして互いに支え合ったからこそ，看護師の役割を再認識し，看護師として揺るがず諦めない気持ちをもってB さんと向き合い続けることができたと考える。

おわりに

事例を通して，こころの診療病棟における看護師の役割を話した。子どもたちは言語的・非言語的表現を使って自分の思いを私たちに伝えている。それは，面談のような特別な場面だけではない。日常生活の何気ない会話であったり，学校の登下校や散歩の時に見られる表情・態度であったり，日常生活のあらゆる場面で子どもたちは私たちにサインを出している。そのサインを身近で受け止め，多職種や家族に発信していくことは子どもたちの生活に寄り添う看護師の重要な役割だと考える。今後も多職種と連携し，子どもたちが自分らしさを失わず，社会適応力を育める生活の場を作りたい。

アクティビティ（作業活動）を通してみえること（鶴見）

作業療法 occupational therapy（OT）

作業療法（OT）はさまざまなアクティビティ（作業活動）を媒体としてリハビリテーションを行う治療，指導および援助である。各年齢で獲得されるべきさまざまな機能のなかで未熟な面へアプローチし，健康的な面の成長を促すことで日常生活機能が向上していくことを目的とする。児童精神科 OT では行動観察から評価を行い，必要に応じて標準化された発達検査を行う（表 1）。

こころの診療部門の作業療法プログラム（表 2）

OT は，言語表現が困難，多動・衝動性，知的能力などさまざまな問題を抱える子どもたちに個別的アプローチと集団のプログラムを工夫しながら集団適応の向上を目標に実施する。

表 1 児童思春期精神科 作業療法評価

行動観察）
- 作業活動遂行能力
  （A. 感覚運動能力　B. 認知適応能力　C. 社会適応能力　D. その他）
- 集団適応機能　・対人関係機能　・感情のコントロール
- コミュニケーション

発達の検査）
日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査（JMAP）簡易上肢機能検査
フロスティツク視知覚検査　IPU 巧緻動作検査　など

表 2　作業療法プログラム

入院・外来
- 個別作業療法　（作業療法士と 1 対 1 で実施）
- 集団作業療法　（3－7 名のグループで実施）

集団作業療法プログラム

	月	火	水	木	金
午前				クラフトOT	クラフトOT
午後	ストレッチOT	あんだんてグループ	ワイワイグループ		

症例紹介（個人が特定できないよう一部改変）

A さん（小学生女児，診断：身体表現性障害）は小学校低学年から関節の痛みが出現し，小児科や整形外科の診察では異常を認めず，児童思春期精神科を紹介されて受診し，評価・加療目的で入院となった。A さんは華奢なかわいい少女で，病棟生活や院内学校場面では大きな問題はみられなかった。しかし OT 場面では作業療法士の腕をかむ・窓枠によじ登るなどの問題行動や集団適応能力の問題が顕著にみられた。作業活動遂行能力の評価を表 3 に示す。これらの傾向からは発達障害の特性を持っているように思われるが，診断には至っていない。個別・集団 OT を実施し，依存欲求を受け入れながら段階を踏まえて問題行動の修正を図った。徐々に適応行動がとれるようになり退院となった。

B さん（中学生男児，診断：アスペルガー症候群）は家庭内暴力，不登校，恣意的生活，閉居，肥満などにより 2 回の入院歴がある。2 回目の退院後，中学校への登校を目標に，集団適応の改善を目的に外来通院でワイワイグループ（少人数の集団作業療法グループ）に参加した。B さんは遅刻や無断欠席は当たり前で，グループに参加すると他者に配慮の無い発言や何事も自分のペース

で進めようとする傾向がみられ，集団場面でトラブルが起きやすい傾向があった。B さんの行動観察による評価は表 4・5 のとおりである。作業療法士は B さんの持つ作業遂行能力の特性を踏まえながらグループに楽しく継続参加できるように配慮し，スタッフと個別の振り返りなどを行い問題行動の修正を行ったところ行動の改善がみられた。フリースクールへの継続登校が可能となりワイワイグループを終了した。

表３　A さんの作業活動遂行能力

A．感覚運動機能
触覚過敏性（＋）視覚刺激に弱い・椅子座位姿勢保持困難
持続力，耐久性の弱さ・多動・道具の使用の困難さ

B．認知適応機能
色，形などのこだわり・見通し，計画性の弱さ・要求水準が高い

C．心理社会的機能
攻撃的・依存・幼さ・言語表現の苦手さ
他者への配慮，ルールを守る事への意識の弱さ・協調性の弱さ

D．その他　　痛みの出現が不特定

表４　B さんの作業療法評価

【感情のコントロール】	他者とトラブルになりやすい
【コミュニケーション】	他者に配慮のない発言
【対人関係】	関係を構築する能力低い
【作業活動遂行】	協調的な活動が困難 指示が適切であれば活動遂行可能
【集団適応】	他者のルール違反を許せず指摘 集団内で自分ルールを押し通す

表５　B さんの作業活動遂行能力

A．感覚運動機能
聴覚過敏・椅子座位姿勢保持困難・多動・手の操作不器用
持続力弱い

B．認知適応機能
注意集中力弱い・急な変更の受け入れ困難
見通しを持って作業を進める事が困難

C．心理社会的機能
意欲興味の偏り・場に合わせた発言が困難
他者のペースに合わせた行動が困難・ルールを守る気持ちが弱い

D．その他　　昼夜逆転の生活習慣

作業療法実施時の留意点

作業療法の実施に際しては，安心で楽しい場となるよう以下の 3 点に配慮する。①できるだけ子どもの意向に沿う（ただし振り回されないように）②成功や失敗体験はその子が受けいれられる体験となるよう援助量の調整が必要（援助量が多いと自主性の芽を摘む）③他者を傷つける・その場の雰囲気を壊すような言動に関してはすぐに対応（ご本人も傷つかないように）

作業療法の特徴

作業療法は他の治療的アプローチと比較して以下のような特徴があると思われる。①言語表現の苦手な子または話したくない子でもアクティビティを媒体とすることで介入しやすい。②対象となる子どもの興味・能力などに応じて適切なアクティビティを選択しアプローチすることで楽しく持続できる。③アクティビティを用いるがその技術の習得を目的とはせず，その工程を楽しみさらに達成感などの体験をすることで自己肯定感へとつなげる。④アクティビティを通して子どもの持つ作業遂行能力（感覚運動機能・認知適応機能など）の発達年齢を評価することができる。それにより身体の痛みや拒食などの主症状とは別に子どもたちの抱える生活のしづらさが見えてくる。また，言葉の表出だけでなく実際に行動に移さなければならないので，より現実的な問題が表面化する。⑤安心で安全で楽しい場面を提供する中で子どもたちは自然に自分を表現しだす。それにより子どもの持つ内面を評価することができる。⑥アクテビィティを実施する中で生じるさまざまな出来事に対してその場でより具体的に指導・修正できる。

おわりに

こども医療センターにおける作業療法の特徴を症例を交えて紹介した。さまざまな職種がそれぞれの視点から評価することは，子どもをより深く理解することにつながると考える。作業療法室では，今後もさまざまなアクティビティを媒体とし安心で楽しい場面を提供しながら，1 人 1 人の子どもを大切にしたアプローチをこころがけ，多職種と共に子どもの発達を促したい。

心理検査・心理治療を介した理解と支援（高橋）

はじめに

心理士は心理検査・心理治療（カウンセリング）というものを介して子どもに関わることが多い。心理検査・心理治療がどのようなもので，何が分かり，どう用いられているか，またどのような意味があるのかなどについて述べる。

心理検査

当センターを受診した子どもたちは，まず医師の診察を受ける。そこで主治医が心理検査が必要と判断すると，心理士が心理検査を行う。その結果を元に話し合いをし，必要に応じて心理治療が医師診察と並行して行われる。そのため，当センターで心理士が子どもに初めて出会う場面は心理検査であることが多い。

心理検査は大きく分けて発達検査・知能検査，性格検査の2種類があり，種類や測れる面はさまざまである（図1）。この心理検査は子どもの状態を客観的に捉えるためのツールであり，子どもの症状や主治医の依頼内容に応じて組み合わせて用いられるが，心理検査は実施することよりも，結果から示されることをいかに子どもの理解に役立てるかが重要である。結果からは知的な問題があるか否か，実際の能力と子どもの目指すものに差があるかどうかを考えることができる。子どもの症状の背景を理解し，関わり方を改めて考え，環境調整の必要性を考える機会にもなる。結果を家族と共有し，子どもの気持ちの状態への理解を促すことも可能になる。知能検査はIQという数値でも結果が示されるが，数値だけでは子ども本来の特性の本質的な把握は難しい。そのため数値の一人歩きにならないよう，心理検査結果を取り扱うよう心がける。

心理検査を介して関わった事例を紹介した。1例目は，頭痛，腹痛，登校渋りを主症状に受診した小学生男児。幼児期の言語発達がややゆっくりであったが，幼稚園は特段問題なく過ごした。小学校普通級に入学後，小学3年生になると朝，頭痛や腹痛の訴えが聞かれ始め，身体の検査をしたが問題はみられず児童思春期精神科を受診した。主治医からの依頼で知能検査を実施したところ境界知能であること，言語表現や指示理解の力，援助希求に苦手さがあることなどがうかがえた。そのため学習環境は個別支援級を利用するなどの工夫が必要であると考えられ，家族と話し合いを行った。

2例目は対人不安，抑うつ，不登校などの主症状で児童思春期精神科を受診した中学生女児。主治医が外来で診療を継続し，診察場面ではよく話をするようになったが，マイペースさが感じられた。長らく不登校が続き知能や対人機能の評価が必要と判断され，心理検査実施に至った。心理検査を行うと知的な問題はないが状況理解の苦手さがあること，人を求める思いは強いが一方的になりやすいことなどが示された。こうした結果から，本人の持つ特性を理解し1対1の関係の中でじっくり時間をかけてやり取りする時間，例えば心理治療の導入はどうかという方針が立てられた。

	種類	分かること・着目点
発達検査 知能検査	新版K式発達検査2001 WISC-Ⅳ知能検査 田中ビネー知能検査Ⅴ …etc	〔発達の段階，知的な能力〕 ・発達/知能水準（DQ, IQ） ・個人内の能力差 ・負荷に向き合う姿勢 ・コミュニケーション様式 …etc
性格検査	P-Fスタディ 文章完成法テスト ロールシャッハ・テスト 描画テスト …etc	〔性格傾向〕 ・情緒的な成熟度 ・対人葛藤への対処 ・外界への関心，柔軟性 ・抱えている思いの表出様式 …etc

図1　心理検査の種類

心理治療

心理治療にはさまざまな形がある。当センターでは対話中心に面接を進める支持的心理療法，遊びを介して子どもの気持ちを理解し取り扱う遊戯療法が多く行われる。どのような形であれ共通して言えるのは，継続的に子どもの抱えるさまざまな事柄，例えば苦しさ，不安・葛藤などの心理的問題，友人・家族関係などを考える場であるということである。心理治療には構造や枠組みと呼ばれる“決まりごと”がある（図2）。こうした決まりごとの中で治療を行うことで子どもの自己理解を促し，生活や成長を支えていくことが可能になる。これが心理治療の意味である。

この心理治療は誰にでも即座に導入すれば良いというものではない。1対1で行われるため，心理治療が子どもの負担になるケースもある。また家族は強く希望するが，子どもの拒否が強いケースなどもある。よって心理検査の結果などから，心理治療の導入時期や導入の可否など慎重に検討，判断を行う。

続いて心理治療を導入した事例を紹介した。まず心理検査2事例目に挙げられたケースの心理治療（支持的心理療法）経過を報告した。心理治療を通して本ケースは自由に思いを表現し，それを心理士に受け止められることで，自分について考え，内省や自己理解を進めた。他者に話し支えられることが肯定的な経験ともなった。ただし子どもがただ思いを話すだけではこうした過程はたどらない。対する心理士が受容的な態度で，常に“なぜ”“どうして”という視点を持ちながら，子どもの言葉から伝わるさまざまな感情に気付く。そしてそれを伝え返すといった心理士の姿勢が合わさることで，子どもの自己理解が促される，すなわち心理治療が進む。

これに対して低年齢の子どもは言葉で自分の気持ちや考えを表現することが難しい。子どもの仕事は遊ぶことだとも言われるが，遊ぶこと自体が子どもの主体性の成長，ストレス発散や癒しに繋がると言われている。そのため低年齢の子どもの心理治療には“遊び”が用いられる。しかし日常場面の遊びと遊戯療法場面の遊びは異なる点がある。遊戯療法場面では子どもが自分だけで独占できるプレイルームが用意され，そこでは自分が主導権を持つことができる。自分とだけ向き合ってくれる心理士がおり，片付けやお行儀を強要されない時間が継続的に保障される。遊戯療法では特別なことをして，またはさせて遊ぶわけではない。しかし遊戯療法に訪れる子どもたちは日常では得られない特別な時間を得ることになる。それにより子ども自身が抱える心理的な課題に向き合うことが可能になる。同時に心理士の役割や働きかけも重要な要素である。遊戯療法の中で心理士は，子どもの遊びを見守り，援助し，時に敵役となり子どもと対峙することもある。子どものイメージする役割を演じ，そこから理解できたこと，感じたことを遊びを使い子どもに伝え返す。

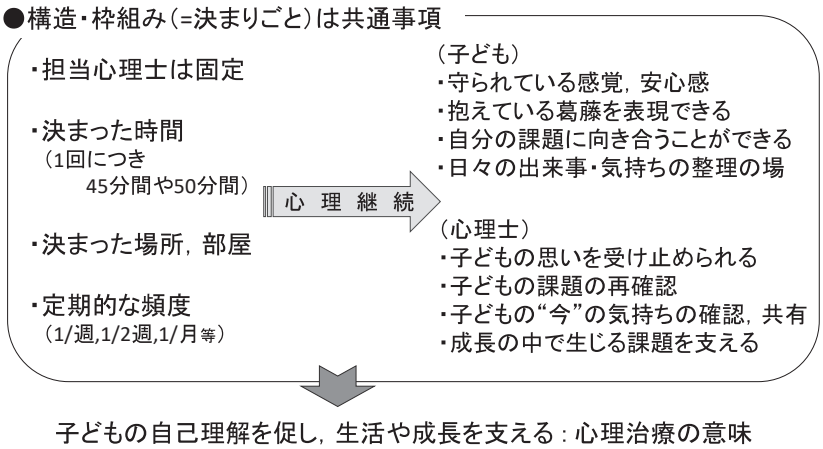

図2　心理治療の構造・枠組み

また心理士は常に“なぜこの子はこうするのか”“こうせずにはいられないのか”と考え，自分の中に起こってくる感情に気づき，そこから得られる理解を子どもに伝え返す。支持的心理療法では子どもから話される言葉を媒介とするが，遊戯療法では遊びを媒介とする。いずれも子どもの行動や気持ちを変えようと関わるのではなく，いかに理解し受け止めるかに重きをおき，その先にさまざまな変化が自然と生まれる。

遊戯療法における心理士の役割について具体的な場面を上げ，遊戯療法の事例を紹介した。遊戯療法の中では遊びを通して子どもが抱えるテーマが表現される。紹介した事例の中では，母子関係の葛藤が表現された。抱えるテーマの表現は子どもにとって意識的になされることではない。しかし遊戯療法を継続し心理士が介入を行うことで，子どもは抱えている心理的課題に向き合うことが可能になる。心理士は遊びを介すことで，子どもの抱える心理的課題や葛藤をありありと体験し，リアルな共感が可能になる。そして共感をされることで子どもは，言語化はおろか意識することすら難しい葛藤を受け止められ，ケアされることになる。遊戯療法を通し自然と症状が解消するケース，情緒的な安定に繋がるケースもあれば，日常の支えとして心理治療を長らく続けるケースも多いのが実際である。

おわりに

子どもたちの生活や人生を船の航海に例えると，心理治療や子どもに対する心理士はその船に一緒に乗り込む一員であったり，先導していく存在というよりも，寄港地のようだと考える。ある地点ごとに立ち寄ってもらい，じっくりと“今”そして“これまで”“これから”を考える場所という訳である。心理士は子どもの症状の意味を理解し，子ども自身が困難さやさまざまな葛藤を抱えながら日々をどう乗り越えるかについて，心理治療を継続し支える。子どもは継続的な受診・心理治療を通して，日常や自分について振り返り，考え，また日常を過ごすことを繰り返していく。個々のペースは異なるが，それぞれの子どもたちが大人になる過程に寄り添い，支える場であると考えられる。

ことばで治療すること
ー個別および集団精神療法の経験からー（庄）

はじめに

「精神療法」と「心理療法」・「心理治療」は同義であり，明確な定義はないが，心理・精神的問題で困っている人々に対して治療者がさまざまな関わりを通して進める治療全般を指す。筆者は15年の児童精神科診療の中で，患者の母の言葉を傾聴することにより，母が自身の育児とその背景にある自らの育ちに気が付き，その後の育児が変わり，患者である子どもの症状が改善した症例や，傾聴するのみでは何も変わらず通院が中断に至った症例を経験する中で，特に言葉による治療を意識しながら診療を行ってきた。今回は自身の臨床実践について発表した。

そもそも，児童精神科における治療目標として，特定の精神疾患を治療するという視点に加え，子どもが生来持っている性質・能力が損なわれることなく，その子どもが適切な居場所を得て，健やかに成長することを重視する視点がある。その目標に対して，どのように言葉が役立っているか，何を意識すれば言葉が治療的に働くかについてまとめた。

多職種で行う児童精神科入院治療における言葉の役割

入院治療における言葉での治療について，父から母への暴力を目撃した後から食事がとれなくなった初診時11歳男児・Aさん（診断：摂食障害）の症例[1]を通して説明をした。Aさんからは症例報告の同意を得たが，個人が特定されないよう内容を改変した。入院治療において主治医が担う主な役割は，①診断・病態の検討，治療方針の決定，②患者（子ども）との面接，③家族との面接，に大きく分けられる。①のために数多くの多職種連携会議があり，日常的にも多職種との情報共有を行う。

適切な病態評価（病態：何が影響し，何が契機になりその症状が出現したか）を行うために，以下の2点が重要であると考える。まず1点目として，人は意識的にも無意識的にも相手によって態度や発言内容が異なるものであり，自分への態度はその人のある部分であること，一方で，ある言

動の解釈や感じ方も人それぞれ多様であるという，人の多面性を認識し受け入れることである。2点目として，言葉よりも行動をみること，つまり言葉と行動の整合性から感情を推測することや，“自分がその環境で育ったら”ではなく，“その性質と特性を持つ子どもが，その家族の元で育ち，その環境で過ごしたら”と想像力を働かせて考えることである。

入院治療中にスタッフへの挑発的言動がみられたAさんについては，不安と怒りが混在した言動がなされ続ける背景には，Aさんが経験したさまざまな傷つきがあり，大人を信用できず，自信も持てず，この先どう生きていいか分からない苦しさがあり，摂食障害（食べられない＝生きられない）を発症したと病態を評価した。そして，現時点では面接により自身の問題点を検討する治療は困難で，言葉による治療よりも現実的成果や体験の共有が必要であり，人への安心を感じられることが摂食障害の改善につながる，と治療方針をたてた。つまり，この時点でAさんに対しては，言葉で治療することは難しく，挑発的言動に対して治療スタッフが感情的な言葉を返さないことの方が重要であることをスタッフ間で共有し，病棟生活や院内学校でさまざまな経験を積めるように支援を続けた。心理士はAさんと楽しく時間を過ごせることを目的とした心理治療を継続した。1-2年の経過で徐々にAさんの情緒は安定した。

入院治療において，医師は患者が問題行動を起こした際に面接をする機会が多い。その際に意識することを表1に示した。まずは患者の話をよく聞き，その内容や態度から患者の病態を理解しようとすること，抽象的な説論よりも具体的にどうすべきか伝えること，穏やかな口調で明確に話すことで，患者が感じる被害感や怒りを最小限にし，治療者の意図を理解してもらいやすくすることを意識している。

入院治療中，スタッフは患者と話をする際に本質的な課題について話題にとりあげたい気持ちになるが，患者がその課題を受け止められるまで成長を待ったり，適切なタイミングを選ぶ必要がある。むしろ一見たわいもない楽しい雑談を通して患者の性質・感じ方を捉えていくことが大切である。患者が話をして楽しいという感覚を持てれば，その後の相談希求に繋がりやすい。雑談は言葉での遊びであり，ことばでの治療の入り口である。

Aさんは入院治療で医師，看護師，臨床心理士，作業療法士，院内学校教師など多職種とのやりとりを通して，不安や猜疑心が強いものの，「僕はこの病院は信用できる」と話すまでになり，中学2年の3月に退院に至った。

児童精神科外来治療における言葉（精神療法）の役割

Aさんは退院後，外来通院治療を継続し，そこ

表1　問題行動を起こした子どもと面接する時に意識すること

①状況の確認：病態評価につなげる面接でもある
・面接する前に，できるだけ客観的情報を収集する。
・怒ってはいないこと，どうしてそういう結果になったかを知りたいこと，を穏やかな口調で伝える。
・その結果に至った状況を本人の言葉で話してもらう。
（客観的情報との一致度を確認，必要に応じて再度情報収集）
・意図的か，計画的かなど本人の意志を確認
・その時の感情を確認（苛々，不安，外傷体験のフラッシュバックなど）
・その行動をしないように努力・工夫をしたかを確認（1度は断った，部屋に戻ろうとした，など）
②今後について：穏やかな口調で明確に伝える
・理由や流れがあったことに理解を示しつつ，何故いけないことかを伝える。
（違法である，相手を傷つける，怖がらせるなど）
・次の機会には違う方法（大人に相談，布団にもぐる，深呼吸など）がとれると良いと伝える。
・同じ行動をした場合に予測されること（自室安静，特定の活動への不参加など）を伝える
③最後に
・話せたことを評価する。

では言葉による治療が主体となった。筆者はAさんの決して順調ではない日々の生活についての報告を傾聴し，現実的な助言を続けた。Aさんは18歳になった頃より，自身の生育歴や特性を洞察的に語り，日々の出来事を俯瞰して話せるようになった。生活もおおむね安定した。

言葉での治療において，患者の話しを聞くことで，①患者が自身の抱えた困難に気づく，②患者の感情の波が狭まる，③患者の内的世界が再構築され患者が多角的に考えられるようになる，という効果が主に期待されるが，不安や怒りなど自身で抱えきれない感情を抱えるAさんについては，特に②を意識して面接を行った。Aさんが話す言葉を聞き，その感情を受け止め，少しでもやわらぐような言葉を返すように心がけた。

以下，筆者が言葉での治療（精神療法）において意識することを述べる。まず，患者が話しやすいと感じる環境を提供しようとする心構えが重要である。患者の生きてきた歴史と現在への温かい好奇心を持ち，自らの態度・視線など非言語への配慮をする。例えば，じっと見つめすぎない，厳しい顔つきをしないなどである。診察室は患者が心に抱えている荷物を広げ，一緒に眺められる場になるようにと心がけている。

精神療法を行う際に筆者が使用する基本的な技術・応用的な技術を表2に示した。筆者の精神科外来診療は1-3ヶ月に1回，患者と家族合わせて平均20分の面接であり，決して十分とは言えない。その限られた診察場面でできるだけ患者の内省が深まり，洞察的な治療になるよう継続性を意識する。一方で，当センターは子ども病院であり，成人になるにともない転院になるため，終診時期を明確にし，終診までにたどった道筋を共に振り返っている。

表2　精神療法における基本的技術・応用的技術

①基本的技術

- ことばをただ繰り返す
- 相手の話を聞きながら，要旨をまとめる
- 想像される感情の選択肢を呈示する
- 賛同した時に明確に賛同を示す。賛同しない内容は傾聴
- 分からないことは分からないままにする。保留にできる力。
- ある程度の沈黙を作る
- 繋がりは大事。前回面接時のキーワードを意識し，次回も話題にあげる。
- 時間をある程度設定。大事な話題は「大事だから次に続きを話そう」
- 「○○になるといいね」と治療者の願望は未来形で話す
- 話しをした相手は評価が気になる。話が聞けて良かったと伝える。
- 終わり（終診，転勤など）を意識し，終わりの際には面接経過を振り返る

②応用的技術

- 話しの深度の調整：どこを焦点にする時期か？
  気になる話題をさらっと出して，反応をみる。
  大切な話は，あらためて，きちんと話題にとりあげる
- 両価的感情，矛盾する感情の探索
  表出された言葉・感情と逆の感情がないかの検討をする
- 人には，評価される人・良い人でありたいという思いがある
  問題行動・精神症状の背景に罪悪感・自己否定的感情があることを意識する

おわりに

事例を通して児童精神科における言葉での治療について紹介した。今後も，相手をもっと知りたいという関心，感情を理解し包もうとする意志，そこに客観性を持ち続けるバランス感覚を大切にしたい。

参考文献

庄紀子. 思春期患者の入院治療で何ができるのか. 思春期青年期精神医学 2016;26:20-29.