

## 心理教育的接近の臨床的考察

札幌学院大学大学院臨床心理学研究科非常勤講師 安岡 譽行  
札幌学院大学大学院臨床心理学研究科（現 香川大学教育学部） 橋本 忠行

### 要 約

「うつ病」の息子にどう接したらよいか教えてほしいと相談に来られた母親との面接を経験した。事例の性質から心理教育的接近が必要と考え、28回の面接を施行した。この親面接の中で、①主訴の解決に焦点をあてること、②親を面接者の「協力者」と位置付けること、③終結のあり方をあらかじめ想定しておくこと、の留意点とその重要性が認められた。

心理教育と心理教育的接近は実践的な心理療法的接近のひとつであることを再認識し、臨床家がそれを適切におこなうには、少なくとも臨床心理学、臨床精神医学、精神保健学、心理療法学の知識を必須なものとして十分に学び、加えて、実践経験を積み重ねることの重要性を強調し、若干の考察をおこなった。

キーワード：心理教育、心理教育的接近、親・家族支援

### I. はじめに

心理教育（psycho-education）とは、疾病（疾患）、つまり病気や障害についての知識や理解を、専門家が最大限に患者（クライアント）や家族に伝える教育的行為を直接的にはさすものである。その目的は、患者（クライアント）本人がかかえる問題の本質を正しく知ることで、すなわち正しく診断、アセスメントすることで、本人や家族がそれに適切に対処できる心構えや態度を身につけ、ひいては、疾病がもたらす二次的障害をも適切に予防もしくは克服できるように援助することにある。

この教育による心理的援助を試みることを心理教育的接近（psycho-educational approach）と呼び、それはきわめて実践的な心理療法的接近のひとつなのである。

本稿では、「うつ病の息子にどう接したらよいか教えてほしい」と相談に来た母親の面接過程を通して、筆者らの心理教育的接近の一端を呈示し、若干の考察を加えたい。

### II. 事例の面接過程

事例Aさんの面接過程を要約して以下に紹介する。

1. **事例**：Aさん（50歳代、専業主婦）
2. **主訴**：「うつ病の息子（B）に対して、母親としてどのように接したらよいか教えてほしい。」
3. **原家族**：夫（50歳代、会社員。現在単身赴任中）、本人（Aさん）、長女（20歳代後半、パート勤務）、長男（20歳代、大学生、現在うつ病で某クリニックに通院中）。以上の4人家族。
4. **息子（B）の生育歴と病歴**

Aさんから聴取できた内容を要約する。

BはC市にて出生。生育史上、特に問題はない。幼稚園の時から英語に親しみ、小学校では英語塾、中学校では英会話を習った。高校1年に外国に1年間留学。帰国後、家族を訝らせたのは、外国での体験を詳しく話そうとしなかったことであった。一方で、高校では部活や行事に熱中し、楽しそうであった。高校2年時に、担任教師から「勉強の方を頑張れ」と注意されてから、「頭が痛い」「お腹が痛い」と訴え始め、顔面蒼白で「学校へ

行けない」と、秋から不登校となった。生活はしだいに昼夜逆転し、食事も不規則で、夕食だけ家族と一緒に食べた。Aさんが不登校の理由を問うが、「もう嫌だ」というのみで、この頃からAさんが何か質問するとBは緊張し、「固まる」ようになったという。翌年3月に中退。その後は、平日の学校の時間帯は家にひきこもり、やることもなくウロウロしていた。みかねたAさんのすすめで大検を受けたり、車の免許取得には外出した。19歳時に某専門学校に進学し、アパート暮らしを始め、当初は楽しく生活していたという。

ところが、翌年、父親の転勤にともないAさんもD市に転居した直後から、Bは抑うつ的になり、学校への不満をメールでAさんにもらし、元気がなく希死念慮さえもらした。その年の夏、BもD市にやって来た時、AさんはD市の大学病院精神科を受診させ、「うつ病」の診断を受け、通院治療を開始。4か月後にBはC市に戻り、地元の大学の精神科に通院。その後、不眠、パニック様発作、希死念慮などが出たため、翌年6月(22歳時)に再びD市に来てAさんと同居。父親はE市へ単身赴任中でもあり、BはD市の家にひきこもりがちでブラブラしていた。2年後から外出したり、アルバイトを探し始めるが、結局、4月からF大学に進学し、それを機に下宿生活を始め、同時に自ら某クリニックを受診し、「うつ病」と「強迫障害」(鍵をかけ忘れたのではないかという強迫観念)の診断で薬物療法を受け、現在に至っている。Bは大学には行ったり行かなかったりで、気分の変調は波状に続いているが、何とか日常生活はそれなりに維持している。しかし、社会的には回避的である。そうしたBをAさんは、性格の問題と考え、Bにカウンセリングが必要ではないかとクリニックの主治医に申し出たが、「カウンセラーは必要ない。心配のあまり本人を助けようとしないう方がよい。お母さんは寝る場所とお金だけあげればよい」と言われたという。

## 5. 初回面接からの事例のアセスメントと今後の面接方針

Aさんの主訴から明らかのように、Bにどのように適切に対処すべきかわからず戸惑い、心配で不安が続いている。それは、Bが「うつ病」に何

でなったのかわからず、Bとの対話も表面的で乏しく、夫の支援も受けられない状況で、Aさんは孤立した自分を支えてくれ、「how to」を教えてくださいの対象を求めていると考えられた。Bの主治医にそれが得られぬ不満と不安が来所の動機となったのであろう。そこで、面接方針として、Bの状態をAさんの観察と情報を基に、共同で理解を深める作業を行い、適時に教育的接近も行い、Aさんの不安を軽減させることに先ず焦点をあてた。

## 6. 面接経過の要約

Aさんの希望に応じ、約2年余の間、1ヶ月に1回、50分間の面接を合計28回行い、終結した。

1) 初回面接(〈 〉は面接者、「 」はAさんの発言である。)

〈ご相談は、息子さんのことですか?〉

「そうです。……何とか自立してもらいたいのですが……。」(Bの生育歴・病歴等の聴取。)

〈ここでは、何を希望されておられますか?〉

「自分が息子に対してやっていることが、それでいいのかどうか考えたいのです。」

2) 第2回目

「1ヶ月は、あつという間です。この間、自分もいろいろ考えて……。息子は何とか現状維持でやっています。」

〈息子さんのどのところが一番気にかかるのでしょうか?〉

「人の言うことを断れないところ。自分で自分の問題をかかえてしまうところ。」

〈それは、もともと息子さんの性質と考えてよろしいのでしょうか?〉 (Aさんはしばらく考え込んでいる。)

「……高校に入ってからだと思います。小学校の時はおおらかだった。中学までいろいろ私に話をしてくれた。……留学してから変わった。……」

〈今、ここで話題にしていることは、私たちが息子さんのことを深く理解しようということですね。それができるようになると、適切な対処法を私たちは得られるでしょうね。〉

3) 第3回目～第5回目

Bが気分障害であるとすれば、原因が現在不

明な点が多くそれはBにもご家族にも責任があるという性質のものでないこと、「うつ病」は「脳の疲労病」という理解の仕方もあり、元気すぎる（躁状態）の後に脳が疲れきって「うつ状態」になること、またBの「うつ病」の時は、必ず抑うつ気分、希死念慮、睡眠や食欲の障害や身体症状も伴うことなど説明し、Bさんの状態を正しくアセスメントしなければならないこと、そのためにAさんからの情報を得て、ここで検討し理解を深めようとしていることを説明する。Bの状態の理解と変化の予兆を把握できれば、先手をとって、対処し、悪化を予防し、改善を早めることも可能と付け加えた。そのうえで、

〈息子さんも、ご自分の状態を客観的に判断できて、ご自分で対処できるようになれば、Aさんもご安心でしょうね。〉

「そういうことは息子も学んでいくのでしょうか？」

〈幸い、クリニックに通院され、お薬もきちんと飲んでおられるとのことですから、少しずつでも学ばれていかれるでしょう。また、ここで私たちが理解できたことを、Aさんを通じて息子さんに伝えたり、アドバイスをすることで、さらに学ばれていかれるでしょう。〉

「そういうやりかたがあるんですね。……」

〈ところで、息子さんは、「強迫障害」もあるとのことですが、『～しないと気がすまない』という強迫があるのは、真面目で慎重で、しかし一方で自信がないというか、どこか「変化に弱い」という特徴が息子さんにみられますか？〉

「何でも一生懸命にやりすぎて……。それで一転して、急に死にたいと落ち込んで……。」

〈その変化に、Aさんは戸惑われ、ご心配になるのも当然でしょうね。ほどほどであれば、と願われておられるのですね。〉

「そうです。……」

#### 4) 第6回目～第7回目

Aさんが、Bの言動に多くの関心を向け、一喜一憂している話を傾聴した後に、

〈なかなか、ご本人を見守るというのではなく、放ってはおけないお気持ちについていなられる

んですね。〉

「放っておいたほうがいいんでしょうか？」

〈Aさんのそうしたご心配を、息子さんは気づいておられるのでしょうか？〉

「気づいていると思います。……私もなるべく距離をおくようにはしているんです。本人（B）のペースにまきこまれないように。……私が息子をマザコンにさせてしまったのではないかと思うからです。……」

〈マザコン？〉

「ええ、（息子は）親から離れられない。私の手を中学になっても握っていた。……不登校になってから、周囲の人から（私に）いろいろ言われて、私も息子を観察するようになったんです。……それで、息子に（私は）息子の友達に話すように話しているんです。なるべく私が出さないで立ち直ってもらいたいです。でも、そうならない息子に自分の方が先にカッターとならないように気を遣う感じになってしまうんです。前向きになって欲しいのに、死にたいというメールが以前に何回も来た。……「うつ」は小心な息子で死が怖いのに、死にたくさせる力があるのでしょうか？」

（ここで、青年期には誰でも多かれ少なかれマザコンは男子に、ファザコンは女子にあること、しかし一方で、親離れ（自立）の必要性も感じ、とくに息子さんは、留学、大検、進学、下宿生活で親と離れるかたちで努力されている面があること、を指摘し、AさんがBをマザコンや不登校や「うつ病」にさせたのではないかと考えておられるのは当たっていないことを指摘した。そのうえで次のように介入した。）

〈ひょっとすると、息子さんが本当に自殺するのではないかというご心配が強くなりませんか？〉

「……………（沈黙）」

（その可能性は少ないこと、予防も可能なこと、Aさんのその心配を率直に息子さんに話されることが一番の予防法であることを指摘した。そして、自殺の予告徴候の諸症状について説明し、医師は勿論、家族がそれを知っていれば予防することも付け加えた。）

「……そうですか。それでは私は心配しないことにします。……息子は、昔から何かあったら聖書を読んでいました。それで自分を慰めていたのでしょうか。」

〈宗教に興味を示されたのですね。息子さんは何か悩みや困ったとき自分の心の支えにしておられたかも知れませんね。自分なりの解決法をひとつ持っておられるかも知れませんね。ご自分の力だけで解決したいと考えておられる可能性はありませんか。これから、そのことをざっくりばらんに息子さんと対話できたら、息子さんの気持ちがわかり、Aさんも安心されるかも知れませんね。〉

#### 5) 第8回目～第10回目

(初めてAさんは冬に車で来所したこと、面接者に会って安心したことを語った。)

「息子は、クリスマスに教会に礼拝に行きました。叔父夫婦と温泉に行ったりしています。私にはパソコンを教えてくれるが、2回ぐらい優しいけど、そのあと厳しい。……何か調べ始めると息子はとことんやる。いいかげんにすればと思います。旅行も計画もシュミレーションに熱中する。そういう姿をみると、またやって疲れるのか、とってしまう。」

〈息子さんは、そうやって楽しめておられるところもあるんですね。〉

「ああ……、そう(息子に)言ってあげればいいんですね。……私の考えをちょっと変えなくてはいけません。……私も過去の事を思い出すので……。私が疲れているとき、息子があれこれうるさく始めると、『また始まった』と思い、そんなことしなくてもよいと言いたくなる自分がいて、その自分に自分が落ちこむことがあるんです。……『なんで、小さいこと、細かいことに神経質になるのかな』と。……私も疲れているのかな……。〉

〈非常に几帳面なところがあるんですね。〉

「なんか、窮屈なんですね。少し馬鹿じゃないかと思うんです。……息子の愚痴を言って、スッキリしました。」(明るい笑顔で退出した)。第10回目には、「ここに来るようになってから、視力が(自然に)良くなってきました。」と語っ

たのが印象的であった。

#### 6) 第11回目～第13回目

「息子は躁状態です。動きすぎます。ちょっとやめた方がよいとアドバイスするのですが、うまくいきません……。〉

〈息子さんは、自分の状態に波があることを自覚されているようですか?〉

「それはあるようです。」

〈Aさんは、客観的におわかりですけど、ご本人は意外と気づいていないことが多いものです。ですから、例えば、『今、元気なのは結構だけど、やりすぎて疲れて、また「うつ」にならないようによく考えてね。』とか、また、「うつ」のときは、『少し疲れすぎたのね、あなたは一生懸命やる方だから。少し無理をしないで疲れをとれば、少し辛い時期はあるけど、必ずまた元気になるからね。無理しないでね。』というアドバイスもありますね。〉

「ああ、そういう言い方をすればいいんですね! 私は、その前に腹立ちが先に立って、息子の立場に立って考えられないところがあったんですね。……ところで、このまあいって(息子は)「分裂病」とか「てんかん」に変わったりするのでしょうか?」

〈そのご心配は、不要と考えます。〉

(ここで、疾患の性質の相違について具体的に説明を行った。)

〈そのご心配よりも、ご本人の将来の人生目標について何を考えているのか、それがわからなくて困っているのか、お話しできるようになれるとよいでしょうね。ご本人も内心は悩んでおられるかも知れませんね。〉

「そう思います。ほとんどお互い深い話までしきりません。すぐに、悲観的な話になってしまいますから。」

〈「うつ」になる人は、皆さん悲観的な考え方をされるのが特徴と言われていますね。「うつ病」の症状のひとつでもあり、ネガティブシンキングですね。それが悪循環する。〉

「ああ、そうですね。そういう見方もあるんですね。……となると、私自身もうつ傾向があるんでしょうかね。」

「Aさんは、ご心配のあまり、疲れてしまうときもおありなのですか?」

「そういう時もあるんです。自分もネガティブシンキングになって、自分で暗くなっちゃったりして……。」

「そうなんですか。確かに、死にたいなんて言われると、どなたも不安や緊張を感ずますものね。」

「突っ込んで聞けなくなるんです。話せなくなるんです。話題を変えちゃったりして……。」

「辛いお気持ちになられるんですね。ひょっとすると、息子さんも似たようなお気持ちをもたれる時もあるのでしょうかね。」

「…… (考え込んでいる)」

「以前にもお話しましたが、死とか不吉な嫌な話は人は避けたいものです。しかし、それがかえってお互いの不安を強くして、逆効果になる時もあるのです。息子さんの場合、Aさんにメールで伝え、救いを求められるでしょう。Aさんも、ご心配されるというかたちで、きちんと応じられておられる。ですから、自殺のご心配は余り必要ないと思いますが、それでもご心配な時は、その話題を勇気をもってなさんと、良い結果が得られると思いますよ。『案ずるより産むが易し』ですかね。」

「はい。……よくわかりました。」

#### 7) 第13回目～第28回目 (最終回)

この間の面接でAさんのサポートを中心に、家族相互間の対話の促進をすすめるように働きかけた。現状の家族がバラバラな生活をやめ、故郷のC市の自宅に家族が戻るといふ家族総意の判断がなされたことを第23回目にAさんが語った。第28回目が最終回となった。

最終回にAさんは、「ここに来て、いろいろなことがわかるようになって大変良かった。息子とも話せるようになってきた。感謝しています。」と礼を述べた。そして、「先生のような、C市の先生をご紹介していただいで、そこなら息子も通院したいと希望しているんです。」と申し出たので、Aさんの紹介状を書いて、Bさんも受診する可能性を記すように配慮した。ちなみに、Bが一度だけAさんと一緒に来所した

ことがあった(第22回目)。面接者に会ってみたいとの理由であったが、廊下で面接者は挨拶をするにとどめた。Bは小柄で柔和な表情をした温順しい少年という印象であった。

### Ⅲ. 考 察

さまざまな臨床分野で家族療法を中心に、家族への関わりや支援は、長年にわたって実践されてきている。その中で、心理教育や心理教育的接近の実践は、文献を渉猟すると、我が国では2008年までに100以上あり、ここ20年、とくに2000年に入ってから多くなってきている。<sup>2)3)4)6)</sup>

心理教育や心理教育的接近の定義・概念・歴史については文献<sup>5)</sup>にゆずるとして、そうした観点は日常臨床では今や当然のこととされている。とくに、精神医療分野ではとくに慢性疾患を中心とする病気や病態水準の診断(アセスメント)は、治療や援助の方法を決めるうえで必須である。一方、心理臨床分野では「診断」より「援助」のためのアセスメント(評価)を重視する考え方もある。本来それらは統合されるべき性質のものであろう。

筆者のひとり橋本がとりくんでいる治療的アセスメント(therapeutic assessment)は、その統合の代表と考えられ、今後、臨床的に重要な役割を果たすことが期待される。<sup>1)</sup>

ところで、現実の臨床でおきていることは、精神医療領域では、病気の診断を説明することで恰も「心理教育」や「心理教育的接近」を行ったかのごとく考えている臨床家が少なくないし、一方、「援助」を中心とする治療的接近をする場合でも病気や病態の本質についての理解や説明のための知識が不十分な臨床家も少なくないのである。その点の問題意識が臨床家に共有されねばならないことをまずもって強調しておきたい。

#### 1. 事例Aについて

Aさんの事例で、親面接として留意した点は次の3点である。面接経過はそのことを検討し、アセスメントを繰り返して確認する作業でもあった。

##### 1) 主訴の解決こそ最重要である

どの事例でも本質的にそうであるが、Aさんの場合も主訴を正しく聴取し、何を希望されておら

れるのか、その解決が最重要でそこに焦点をあてることであった。Aさんの主訴は、Bがかかえる病気や性格への理解とBへの適切な対処法を考えたい(知りたい)ことにあった。親として子にどうふるまうてよいか戸惑っておられたのである。初回面接でAさん自身の事を考えたい(知りたい)という点の有無を面接者は念のため確かめたが、答は否であった。

村上<sup>7)</sup>は、親面接の重要な視点として、①治療目標は、主訴となる子どもの問題解決、②治療目標は、親が困っていることの解決、をあげているが、Aさんの場合、②に該当しよう。もちろん①も当然含まれてはいるが、面接者の焦点は②とせねばならないと考えた。

## 2) Aさんを面接者の「協力者」にすること

この「協力者」の意味は、Aさんが患者であるBを理解しBへの対処法を発見するのに、心理教育や心理教育的接近を用いてAさんの援助をする際、真理(正しい解決法)を発見しようとする面接者の共同作業(極端に言えば、BへのAさんの影響を考慮すれば「co-therapist」)としてAさんを位置づけることである。換言すれば、Aさんを「患者」扱いしないことである。

Aさんの事例では、Bの病気(気分障害)や問題(不登校、ひきこもり)の原因の一端を周囲からAさんに向けられた筋がみられた。Aさんは種々の相談機関を訪れたが、ほとんどクリニックの主治医と同じ対応を受けた。それは、Aさんの「過保護」「心配性」「過干渉」として、批判されたに等しかったのである。そのためAさんに自責感や罪悪感を内在化させることになった。一般的にも、村上のいう「子の問題解決」が親が子に悪影響を与えているという意味で「親の問題解決」にいつのまにかすり替えられているかのようなことが生じやすい危険があるということである。それを面接者は注意深く避け、親を守り、不安や自責感を軽減ないし解放させることを常に念頭におかねばならない。また、AさんはBのことについて理解が進むにつれ、夫との葛藤や家族状況のいびつさ、そしてしだいに自分自身についても内省的に目が向いていったのも事実である。これは決して面接者による「教育」や「説得」によって恰

も「強制的されたかたち」では生じたのではなく、自然な成り行きであった。したがって、それを面接者は親を「患者」とみなすきっかけとしたり、認識するという誘惑にのってはならず、「治療協力者(collaborator)」とみなすことを意識的に守るのである。そして、Aさんの苦労をいたわりつつ、家族構成員がそれぞれ「孤独な努力」をしている認識を共有できる方向で理解をすすめたのである。

## 3) 終結のあり方を予め想定しておくこと

一般に、相談(あるいは治療)の開始時から、理解をすすめて、終結のときの目標を設定しておくのが面接者の責務である。経過の流れの中で「出たとこ勝負」「成り行き任せ」であってはならない。Aさんの事例では、家族のまとまりとコミュニケーションの回復に面接者は目標を想定しておいた。家族内力動をみると、分離不安の問題が母子関係にあり、Bには去勢不安(外的圧力に脅えやすい)があり、そして対象喪失不安(「強迫症状」として表現されやすい)と対象喪失(留学、別居、転地、退学等々は、「抑うつ症状」として表現されやすい)がこの家庭でBのみならず他の家族構成員にも多かれ少なかれ生じていることが推測された。その修正が基本的に第一の目標で、とくにBには、その修正のうえに新たな人生目標を発見することが第二の目標となった。それがある程度達成された時点で終結の目安となると面接者は考えたのである。

結果的には、第一の目標の環境的基盤ができたところでやむなく終結となったが、それは外的条件でそうなったのであって、(AさんのC市は遠い道外にある)、後のことは地元の紹介医に託さざろうえなかった。私たちが援助できたことは、その点ではささやかなものに終わったといえよう。

## 2. 心理教育・心理教育的接近について

筆者らの心理教育・心理教育的接近の理解については、はじめの項で要約して述べたが、臨床家ならば誰もが実践するべきものと考えている。

そのためには、臨床家は、臨床心理学は言うまでもなく、臨床精神医学、精神保健学、心理療法学の知識は最低限必須のものとして修得しておか

ねばならないであろう。その知識のもとに実践を経験し、試行錯誤を伴いながらも、より優れた方法論や技法の確立をしたいものである。

筆者らの実践では、病気や問題の所在の説明や解説には、患者や家族にとってわかりやすく、たとえ話や適切な比喻も用いて平易に表現することを心がけている。うつ病への介入は、多く試みられているが<sup>9)11)</sup>、例えば、西園<sup>8)</sup>は、うつ病が病気であることの説明に、“あなたの症状は、脳を果物に例えると、芯のところの疲れから起きています。そこにはたくさんの神経が集まっています。そして、神経のつなぎ目にある潤滑油が過労心労のためきれた状態です。それで、休養と薬で潤滑油を補ってやる必要があります。薬を飲まれば1週間たらずで眠れるようになるでしょう。やがて食欲が回復するでしょう。眠れて、食べられるようになれば、治ってきたと自覚されるはずです。2、3週間もすると、治ってきたことを認められるはずです。”と述べている。また、うつ病患者の精神力動の特徴や治療の要点(表1)をあげていて、病気の理解の指針も、心理教育的接近の実

践に有用である。Aさんの事例でも、紙幅の関係で省略したが適時に、上記の理解をていねいに解説し、Bへの理解に役立させている。それがささやかでもAさんのお役に立てたのではないと考えられた。

#### IV. おわりに

家族から病気がないし心の問題をかかえる子どもが出ることは、親にとって心痛なことである。その責任のありかを探し、自分のせいにして、子のせいにして、周囲や社会のせいにしてしがちである。いずれも不幸な偏見の解釈を生みやすく、無用な不安や悩みをかかえることになり、家族の誰もが悲劇を背負うことになる<sup>10)</sup>。心理教育、心理教育的接近は、物事、事象、とくに疾病に対して冷静で客観的な認識、つまり正しく理解をもつことが第一義であり、そのうえでこそ、適切な対応、解決法を見出すことができるのである。Aさんの例は、臨床ではよくみられる例であるからこそ、ていねいで慎重かつ支持的な姿勢を維持して、対応しなければならないことを学んだ一例なので呈示した次第である。

表1 遷延性うつ病の精神療法的戦略

#### 1. うつ病患者の精神力動の特徴の理解

- a) 発病に対象喪失体験が関与
- b) 病前性格 (対象喪失に敏感)
- c) 内心に強い怒りの感情
- d) 孤立, 「自閉症」, 哀しみの否認  
→じっと耐えている

#### 2. 治療の要点

- 1) 初期  
不安と抑うつの軽減  
→コミュニケーションの成立を図る
- 2) 中期  
対象喪失の恐れへの洞察  
→喪の作業への援助
- 3) 後期  
本当の自負心の発見  
→比較的長期の治療関係  
自殺の予防

(西園, 1988)

#### 付 記

本事例のAさんのプライバシー保護のため、情報には本質を損なわない程度にかなり修正を加えてある。摺筆にあたり、心理臨床センターでの出会いと経過の中で私どもに多くの学びの機会を与えて下さり、かつ筆者に対するご協力に対し、Aさんに深甚なる感謝を申し上げる。

#### 文 献

1. 橋本忠行・佐々木玲仁・島田修 (2014) : 「アセスメントの心理学—こころの理解と支援をつなぐ」, 心理学の世界 (専門編13) 培風館.
2. 後藤雅博 (2002) : 心理教育的アプローチ. 現代のエスプリ (第419号), 148, 至文堂.
3. 後藤雅博 (2003) : 親・家族支援としての心理教育. 思春期青年期精神医学13(2); 13.
4. 星一郎 (2006) : 家族心理教育—個人心理学の立場から. 精神療法32(4), 453.

5. 野畑綾子・尾崎紀夫 (2005) : 乾吉佑ら(編)  
「心理療法ハンドブック」 創元社 pp.280-  
288.
6. 亀口憲治 (2005) : 亀口憲治(編) 心理教育的  
アプローチの現在「家族療法の現在」 現代  
のエスプリ (第451号), 至文堂 pp.109-156.
7. 村上雅彦 (2006) : 親面接を有効にするため  
に——システムズアプローチの視点から——,  
精神療法: 32(4), 446.
8. 西園昌久 (1988) : 治りにくいうつ病. 精神  
科治療学: 3(3), 412.
9. 下寺信次 (2006) : うつ病への心理教育的介  
入. 家族療法研究: 23(2), 94.
10. Tymchuk, A (1979) : Parent & Family  
Therapy : An Integrative Approach to Family  
Intervention. SP Medical & Scientific Books,  
New York. London.
11. 安岡譽 (1988) : 今日のうつ病の病態の理解  
と治療. <講演> 札幌市精神科医会 (北海道  
会館). [安岡譽著: 古希記念 (第2集, その1)  
「講演・雑記寄稿選集」に掲載, 2014]



**Abstract**

Psychoeducational approach for a family support : A Clinical Consideration on our some ideas for family intervention

Homare YASUOKA , Tadayuki HASHIMOTO

In this paper, firstly the authors present our definition of psychoeducation or psychoeducational approach. As far as we're concerned, the helpful psychotherapeutic family interventions are to provide correct knowledge and information about their problem or disease, to learn to cope with their difficulties and psychological, and social support by other members and professionals.

Secondly, our case presentation has revealed the facts that, we have recognized the three very important factors for successful intervention as follows ;

- 1) The focusing and solution of chief complaint is most important factor.
- 2) For the family support, we must treat them as our important "collaborator".
- 3) At early stage, we must be able to image the goal of our intervention.

Finally, we discussed about the effectiveness of our psychoeducation and psychoeducational approach from the aspect of family therapy. Additionally, all clinical professionals must learn the knowledge not only of clinical psychology, but of clinical psychiatry, mental health and psychotherapy for the sake of fruitful family support.

Key Word : Psychoeducation, Psychoeducational approach, Family support