

Journal of Health Counseling

ヘルスカウンセリング学会年報

2008 Vol. 14



特集 SATで築く多様性尊重社会

巻 頭 言

ヘルスカウンセリング学会編集委員会
編集委員長 樋口 倫子

今年の夏は、北京オリンピックが開催され、TVでは連日連夜、アスリート達の真剣勝負の勇ましい表情が映し出された。メダルを賭けた戦いではあるのだが、自らが鍛えた技や能力、パフォーマンスを出し切るように全身全霊で挑み、メダルの色がどうであれ、結果がどうあれ、自分の力を出し切った時、アスリート達のすがすがしい表情に心を打たれた。一方、その裏では、環境問題や民族問題の理由から、各国で聖火リレーへの妨害があったり、各国首脳のセレモニー出席も難航したりもした。また、時を同じくして、ロシアとグルジアが戦争状態に陥った。こうした状況にあっても、両国の選手は、正々堂々と試合に挑み、互いが「アスリートとして尊敬する」と、健闘をたたえ合った。そこには、国家や政治に影響されることなく、敵国の相手とみなさないスポーツマン魂が存在していた。アスリート達の正々堂々と競い合う姿は、本号のメインテーマでもある「多様性尊重」を、まさに実現していると思った。「多様性尊重社会」の実現のためには、私たち個々人のレベルでの意識の変容が求められ、すなわち、多様な個々、民族、人種、文化などの違いを互いが理解し、尊重し合える新しい考え方へのパラダイムと、個々人の自己成長が必要である。

昨今、本邦では、自殺、生活習慣病、凶悪犯罪の増加、景気の低迷に基づく雇用の悪化や格差の増大など、混沌とした社会の中で、多くの問題を抱える。こうした社会問題の背後にも、自覚可能であれ、無自覚であれ、意味があり、過去から繰り返し、繰り返し発生している未解決なままの課題が存在しているものと捉えることができる。ヘルスカウンセリング学会は、自己実現と多様性を尊重し合える社会に向け、私たちの個々人や社会のレベルでの課題を解決し、人々が他と共に自分の生き方に満足し、自分を愉しむ生き方を支援していく使命がある。

本来の自分への気づきを促す、宗像先生の特集論文にある素粒子自己イメージ法を体験してみた。私たちの身体は、 10^{29} 個の元素、60兆個の細胞からなるが、人間になるための情報や知性の全てがDNAに書き込まれていて、何の努力もないままに、人間の姿にしてもらったことを思い描くと、正直驚いてしまう。こうした宇宙の粒子のイメージ、地球が誕生し、生命体が育まれて、生物としての進化の過程を母の胎内で実現するイメージ、そして、理想の人に無条件の愛で育まれた自己像を想起する自己イメージ法である。素粒子の自分が温かな光に包まれて、銀河を駆け巡るイメージをすると、とても心地よさを感じる。そして、胎内イメージから人の愛情を受けられ、心から安心で温かな気持ちになる。過去を参照しない仮定法を用いた自分のイメージは、明るく、しなやかで、あたたかく、穏やかである。それは万人に共通したイメージでもある。通常、自らが抱えている自己イメージというのは、いかに社会的なもので教え込まれたものかがわかる。こうした方法を用いながら、個々人に本来備わっている大きな力（遺伝的気質）と、それを活かした本来の自分の生き方に気づき、過去の失敗に囚われない新たな脚本に基づいた生き方を支援することで、混沌とした中にある人々の元気を取り戻せるのではないかと思う。学会員が力を合わせて行動することで、人と共に愉しく生きる多様性を尊重し、自己報酬追求型の社会の実現を目指したいと思う。

3年間編集委員長として至らない所が多かったが、皆様のご支援をいただきながら、今年も素晴らしい年報が完成したことに、心から感謝申し上げます。次号以降も新しい編集委員長のもとで本学会年報が発展していくことを願って、役目を終えたいと思う。

平成20年9月

目次

巻頭言

樋口 倫子

I. 特集 ヒューマン・コラボレーションとSATカウンセリング

1. 生き方革命をサポートするSATの健康心理療法

宗像 恒次……………1

2. 死別体験にみる悲嘆の多様性

－交通事故遺族のメンタルヘルス支援を考える－

塩澤 百合子……………11

3. 患者心理の多様性を学ぶために、イメージワークプログラムの開発

後藤 恵子……………21

4. メンタルヘルス不調による長期休業者の職場復帰支援の試み

－SAT法を取り入れたプログラムの効果－

奥野 久美子……………29

5. 管理栄養士養成課程におけるSAT法を活用した

カウンセリング授業の教育効果

植松 節子……………37

II. 原著論文

1. 中学生の抑うつと身体症状・心理特性との関連

時吉佐和子、田崎 考……………47

2. 遺伝的気質理解に基づく人間関係スキルのストレスマネジメント効果

－3ヵ月後追跡調査

田中 京子、宗像 恒次……………57

III. 調査研究委員会報告

1. ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価（第14報）

橋本 佐由理、奥富 庸一、宗像 恒次……………65

Preface

Noriko Higuchi

I. Special Issue

SAT Health Psychotherapy Supports our Revolutionary of Way of Life

Munakata Tsunetsugu..... 1

Diverse Sorrow in Separation-by-Death Experience:

Mental Health Support for Traffic Accident Bereaved Family

Yuriko Shiozawa.....11

The Development of Image Work Program to Learn the Diversity of Patient Mentality

Keiko Goto.....21

A Study of Return to Work Support after Long Term Absence due to Mental Illness:

the Effect of the Structurd Asociacion Technique Program

Kumiko Okuno.....29

An Educational Effect of the Structured Association Technique Counseling Method in

a Dietitian Management Training Course

Setsuko Uematsu.....37

II. Original Papers

Relationship Between Depression, Physical Symptoms and Psychological Characteristics of

Junior High School Students

Sawako Tokiyoshi and Hakaru Tasaki.....47

Examining Effects of Human Relation Skill Using Genetic Temperament Concept on Stress

Management: 3-Month-Followup Intervention

Kyoko Tanaka and Tsunetsugu Munakata.....57

III. Research Committee Report

Educational Effectiveness of Structured Association Technique Health Counseling Seminar:

The 14th Report

Sayuri Hashimoto, Yoichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata.....65

IV. 研究ノート

1. 禅的教育の場におけるストレスマネジメントプログラムの試み

－グループカウンセリングと交流会の効果について－

松竹 寛幸……………87

2. 自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスに関する研究

石田あけみ、神保詩織、中山智美、石建佳子、岡本まり、

植松節子、野間基子、樋口倫子、小森まり子……………93

3. アルコール依存症者に対するSAT療法による介入効果

塩谷育子、宗像恒次……………101

V. 定款及び規約等

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会設立趣意書	……………111
主な役員の紹介	……………111
定款	……………112
学会公認資格；研修と資格審査	……………118
学会公認ソーシャルスキルトレーナー資格取得へのお誘い	……………121
学会員のライフロング教育	……………121
公認資格審査における学科試験及び認定審査までの手続き	……………122
学会公認健康心理療法士資格則	……………123
指定インターン研修機関	……………123
学会公認健康心理療法士申請について	……………124
ヘルスカウンセリング学会公認資格者によるセラピーの 種類、効果、標準所要時間	……………124
学会公認カウンセラー資格支援事業	……………125
内規等	
・リスナー（傾聴技能士）技能検定研修に関する内規	……………126
・リスナー（傾聴技能士）技能検定研修（通信教育講座）に関する内規	……………126
・公認資格者倫理規定	……………127
・支部活動内規	……………127
・専門部会活動内規	……………128
・支部及び専門部会の継続のためのガイドライン	……………128

IV. Research Notes

Stress Management by SAT method for Zen Monastery:

Stress Reduction Effects of SAT Group Counseling and Exchange Meeting

Hiroyuki Matsutake·····87

Scale Development for Life Attitude in Pursuit of Self-Reward for Mental Health

Akemi Ishida, Shiori Jinbo, Tomomi Nakayama, Yoshiko Ishitate, Mari Okamoto,

Setsuko Uematsu, Motoko Noma, Noriko Higuchi and Mariko Komori·····93

The Efficacy of the Structured Association Technique Imagery Therapy Intervention for Alcoholics

Ikuko Shiotani and Tsunetsugu Munakata·····101

V. Announcements

·····111 – 147

・ 学会公認講師基準について	129
・ 公認講師研修申請のガイドライン	129
・ スーパーバイザー基準について	130
・ 指定研修機関ガイドライン	130
・ 指定研修機関及び学会支部の公認資格指定研修事業に関するガイドライン	131
・ 公認資格指定研修事業としてのセミナー開催に関するガイドライン	131
・ ヘルスカウンセリング学会賞内規	132

VIII. 投稿規定等

・ 投稿規程	133
・ 執筆要項	137
・ 査読規定	138
・ 投稿用紙	139
・ 著作権譲渡同意書	141
・ 英文誌投稿規定	143
編集後記	147

I

特 集

SAT で築く多様性尊重社会

特 集

生き方革命をサポートするSATの健康心理療法

SAT Health Psychotherapy Supports our Revolutionary Way of Life

宗像 恒次
Munakata Tsunetsugu

要 旨

自己報酬を目標とする行動で、自分を愉しく生きられる限りは、快感物質が常時分泌するので幸せだろう。このような自己報酬型行動は、ストレス病や生活習慣病に関するユニバーサル(普遍的)予防法となりうる。生活習慣病を予防する禁煙や食事制限や運動処方などという個別的な予防法だけでなく、いま、世界の予防医学は、ストレス病や生活習慣病をつくる悪性ストレスが生み出す生き方自体を変えて、普遍的に予防するユニバーサル予防法の時代に向かっているといてもよい。悪性ストレスは、不安物質を常時分泌する他者評価を目標とする他者報酬型行動による社会的自己から生まれる。本来の自己に気づくことで、自分を愉しむ自己報酬型行動を目標にできるようになるが、私たちにはその行動実現を妨げる感情反応や身体反応を起こす世代間伝達された過去のストレス情報がある。SATは、通常意識や変性意識のレベルのイメージ連想を通じて、過去のストレス情報を自覚し、本来の自己の大目標を実現するための行動変容を持続的なものにする方法である。成功には一つに、現在の問題を解決できる、過去の再解決した映像イメージや物語を持つことである。もうひとつは、小目標化によって問題解決できる未来映像イメージを持つことである。さらにもうひとつ大切なことは、過去から世代間伝達してきた問題行動を解決しおえた脚本をもった養育者の笑顔などの表情イメージが、嫌悪系の感情反応、身体反応から解放してくれるということである。

キーワード：自己報酬型行動 (self-reward oriented behavior)
他者報酬型行動 (other-reward oriented behavior)
ユニバーサル予防 (universal prevention) SAT (Structured Association Technique)
健康心理療法3つのプロセス (the three processes of health psychotherapy)

1 生き方革命の背景と課題

1) 生活習慣病のユニバーサル予防へ

これまで、私たちは「正しく行動できるかどうか」にもとづく時代に生きてきたといえる。その場合、正しく生きているかどうかを決めるのは、自分ではなく、一般化された他者である。一般化された他者の評価を気にして、他者から報酬(収入、評判、名

誉など)が得られるように生きる。すなわち、他者報酬を目標として生きる行動である他者報酬型行動をとってきた。他者報酬型行動は、運動会の徒競争のスタート前の心臓のドキドキのように、不快物質ノルアドレナリンが分泌しやすい行動である。ノルアドレナリンは、心悸亢進のみならず肩こり、頭痛、不眠、胃痛、腰痛などを作り出す原因となる化学物質である。アドレナリンがメチル化するとその毒性は強い。それが分泌し続けるように生きているのは、痛みが増すばかりであり、その不快さにはとても耐えられない。

そこで、不快さを代償させようとして、過食、喫煙、セックスなど、気ばらし行為によって快感物質ドーパミンやエンドルフィンの分泌を促進させる行動をとる。あるいはアルコール、抗不安剤、睡眠剤に頼り、不快物質ノルアドレナリンの分泌を抑制する行動を余儀なくされる。つまり、不快物質の分泌持続

筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻長
Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
ヘルスカウンセリング学会長

連絡先：宗像 恒次
〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 D511
D511 1-1-1 Tennoudai, Tsukuba, JAPAN 305-8577
E-mail: munakata@hcs.tsukuba.ac.jp

が余儀なくされる日常に対して、快感への嗜癖行動で、絶えず「生きる痛み」を緩和する行動をとらざるを得ないのである。今日、嗜癖行動病である生活習慣病の増加が止まらないのも不思議ではない。

「正しく行動できるかどうか」で生きるのではなく、「愉しく行動できるかどうか」で生きるとどうだろうか。愉しく行動できているかどうかは、自分しかわからないものである。もちろん愉しく行動しようとしても、うまくいかず、ノルアドレナリンが出ることにもなるだろう。しかしその行動が成功するか否かは、自分で評価できるので、失敗を糧にして自ら学習、成長できる。他方、他者が評価者である限りは、常に他者への追従が生まれるので、楽しい創造的な学習が生まれがたい。自分を愉しく生きられる限り、快感物質ドーパミン、エンドルフィンが常時分泌するので幸せである。このような自己報酬を目標とする生き方にもとづく行動を自己報酬型行動と呼んでいる^{1) 2) 3)}。

自己報酬型行動は、ストレス病や生活習慣病に関するユニバーサル(普遍的)予防法となるだろう。今、世界の予防医学は、生活習慣病を予防する禁煙や食事制限や運動処方などという個別的な予防法だけでなく、ストレス病や生活習慣病をつくる悪性ストレスが生み出す生き方自体を変えて、普遍的に予防するユニバーサル予防法の時代に向かっている。

2) 生き方変容を妨げる情報の混同

ところで、ひとは愉しく、自由に行動したいと思っても、いざ行動しようとするとき周りにどう思われるだろうか、変に思われると困るという恐れとか、また失敗して自分が傷つくのは「いやだ」という恐れとか、自分はどうせだめだという無力感が生じて、頓挫することがある。たとえば、病気治療のためにある健康行動を守らなければいけないと頭ではわかっているが、どうしてもその行動を守れないという方は大勢いる。実際はきちんと守れる人のほうが、むしろ少数派かもしれない。こういう人たちの中には、病状が悪化すると、家族あるいは友人が「やさしくしてくれる」という無自覚な「愛情期待」がみられたりすることがある。子どもが親の気を引くために熱を出したり、腹痛を起こしたりということはよくあるが、大人になっても、周りの優しさや愛を得るために、ときには命をかけて、子ども時代と同じことをしている人たちもいる。もちろん本人は無自覚である。

糖尿病患者のある65歳の女性の場合、過去の記憶が、効果的な自己治療行為の足を引っ張ってい

た。彼女は幼くして両親が離婚し、母方の祖母に育てられた。おばあちゃんは、男の子にはやさしいのに、女の子には厳しかった。ただ、頭が痛いときや、風邪を引いたときだけは、やさしくしてくれたという。今は、病状や検査データが悪化すると、夫がやさしくしてくれる。病気になれば、やさしくしてもらえる、愛してもらえる。過去には祖母からの愛情を得るために、現在は夫からの愛情を得るために、病状を無自覚に悪化させていた。そのことを、SATを通じ初めて気づいたという⁴⁾。

SATは、無自覚な闇に本人の「気づき」という光をあてる。ここには、幼い「過去」の出来事の記憶と、「現在」の60歳代の出来事の認知との「情報混同」がある。これを「時間性の混同」という。また、祖母と夫との混同は、「社会性の混同」である。頭で理解していても、行動が変わらないのは、これらの「情報混同」があるためである。ひとが前向きに生きることを妨げる感情として、恐れや無力感があると述べたが、これらの過去の感情記憶がフラッシュバックし、現在の感情の恐れや無力感をつくりだしているとすれば、それに気づけない限り、現在の本人には越えがたい問題となるだろう。なぜ理屈どおりに行動変容できないかは、この辺に理由がある⁵⁾。

だが、情報混同は、精神分析や従来のカウンセリング心理学が考えるように、「幼き体験情報」と「現在の体験情報」との混同だけではない。情報には、顕在情報と潜在情報がある。3歳以降からのエピソード記憶や陳述記憶や意味記憶である情報は、顕在意識として自覚できることが多い。精神分析やカウンセリングを通じて、幼き時代の情報は、顕在化した情報になりうる。だが、胎生期などの感覚記憶や「体で覚える」手続き記憶などは、通常の心理療法では自覚化できないので、たとえ心理療法を受けても問題解決されない潜在情報として私たちに影響することが多い。強迫性障害、パーソナリティ障害、摂食障害など、現代の異常心理に心理療法が効果を奏さないのは、時代の問題に合わない方法だからといえる⁵⁾。胎生期などの感覚記憶や身体記憶など、身体情報にアプローチすることで、治療効果を発揮することができる。SATは、ヘルスカウンセリング(健康心理療法)ともいわれ、伝統的な心理療法と大きく異なる点の一つは、この身体情報レベルの治療をすることである。

また潜在情報には、遺伝子情報が含まれる。私たちの身体の60兆個からなるひとつひとつの細胞の中の核DNAや、またその細胞の中にあるミトコン

ドリア群の mtDNA の中には、先祖からの遺伝子情報がある。さらには人類以前の類人猿や哺乳類、さらには両生類や魚類や脊索動物や細菌だったところの、過去 38 億年にもわたって進化してきた過去の遺伝子情報が書き込まれている。

さらに、私たちは原子からなる物質である。10²⁹ 個の原子数から身体がつくられ、複雑系原子配列調和物質として存在している。DNA は原子からなる高分子で出来ている。DNA の塩基と塩基をつなげている水素は、元来 137 億年前に起こったビッグバンによって、素粒子から原子核が作られ、そこに電子が入って生まれたものである。現代の科学的な考え方では、宇宙はクォーク、レプトン、ゲージボソン、未発見の多くの粒子のプラズマからなる混沌から出現した⁶⁾。最初に出来た水素は、ヘリウムとともにつくられた軽元素である。塩基本体をつくっている酸素や炭素などの重元素は、巨大な恒星が爆発することによってつくられたものである。水素の 4 つの原子核が融合して、ヘリウム、その 2 つの原子核が融合して、ベリリウム、その原子核とヘリウムの原子核が加われば、炭素の原子核、それとヘリウムの原子核が加われば酸素の原子核となる、このような過程が続いて鉄のようなより重い原子核が生まれる。私たちの身体も、こうした素粒子や軽元素や重元素からなり、元をたどれば星の進化の過程で生じた周波数情報をもっており、ビッグバン期からの 137 億年間の情報を内包しているといえる。ひとつひとつの素粒子、原子、分子には個性がある。それらの振動が作り出す周波数情報はひとつひとつ異なる。それらは、ビッグバン期から星や生物の進化の過程を経て情報伝達されたもので、普段自覚できない潜在情報になっているが、これらの個性的情報は私たちに影響しているはずである。

以上のように、私たちをつくる素粒子、原子核、原子、分子、遺伝子という身体に内在する物理的情報や身体的情報には、宇宙期や進化生物期からの周波数情報が含まれていると考える。SAT はイメージを介して、私たちが持つ身体情報や遺伝子情報や周波数情報のもつ潜在情報にアクセスしようとするアプローチである。

2 SAT の健康心理療法の 3 つのプロセス

1) 「動機づけのための話し合い」プロセス

SAT とは、構造化された (Structured) 方法で、自分で自分に気づきを促すセラピーである。その構造化された方法は、訓練すれば誰でも身につけられ

るものである。またその構造化された方法は、必要に応じて左脳活動を抑制し、右脳を活性化させ、ひらめき、直感、イメージ連想 (Association) を効果的に促す技法 (Technique) が主である。その技法を介して、「情報混同」を生み出す過去の情報を本人が自覚できるように促す。

SAT を進める一番大事なスタートは、クライアントの SAT を受けたいと思う動機づけプロセスである。まずクライアントが何を本当に望んでいるかを知る必要がある。できれば、SAT に関する書物^{7)~10)} を予め読んできていただき、本セラピーを受けることを望んできていただくとよい。SAT を求めてくるクライアントの困っている内容を聴き、それに対し SAT を用いて何が出来るかを説明し、SAT に何を期待しているかクライアントと話し合うプロセスを「動機づけのための話し合い」プロセスと呼ぶ。

クライアントの身体的なサインや悩みであれ、精神的なサインや悩みであれ、行動的なサインや悩みであれ、すべては悪性ストレスから生じる。その悪性ストレスは、簡単にいえば本人が無自覚であろうと、「本当の自分」を生きておらず、親が求める、あるいは社会的に求められることを実現するための「偽りの自分」で、他者報酬を求める行動から生まれてくる。本当の自分を生きていないので、あるがままに生きることで充実した快感が生まれず、ドーパミンやエンドルフィンという快感物質の分泌が得られない。むしろ周りにどう受け取られるかという不安から絶えずノルアドレナリンが分泌する。前向きな意欲が生まれず、従って失敗してもそれから学習が起こらず、無力感だけが募ることで、自己否定感が生まれる。そのことで自信物質セロトニンの分泌低下をもたらす。だからこそ、その恐れ、怒り、悲しみ、無力感をもたらす不快さは、食、タバコ、セックス、アルコール、(非処方・処方)薬物などで代償する行動を生み出しやすい。

SAT への動機づけには、本人の生き方が図 1 のようなメカニズムから身体的な悩み、精神的な悩み、行動的な悩みがサインとして生じていることを説明することから始まる。

SAT では、さまざまなチェックリスト⁵⁾ をしていただき、回答を得られた情報は、図 1 のチャートにまとめられる。

図 1 の左端が示すように、身体・行動・精神的なサインや悩みの理解には、まずストレス気質遺伝子の自覚からはじめる^{11)~12)}。中でもストレス気質のひとつである不安気質遺伝子となる「損害回避の遺伝子」は、ノルアドレナリンが分泌しやすく、セロ

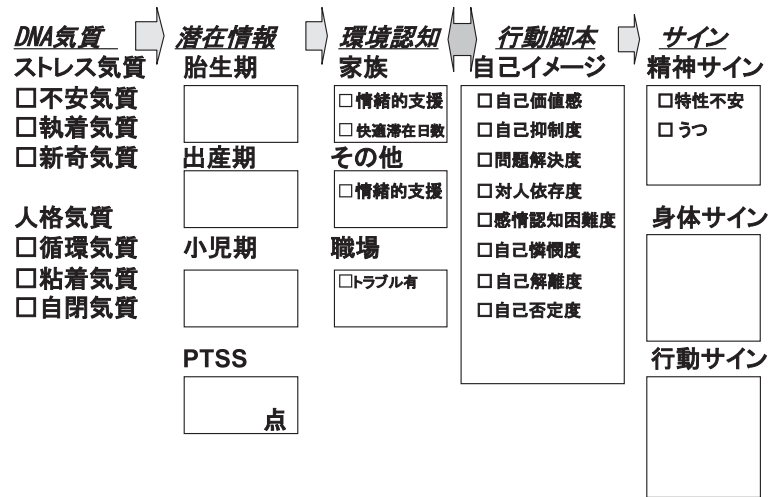


図1 SATコーチングのチャート

トニン分泌の不足と関連があるので、無自覚な胎生期から始まり自覚できる小児期から成人期までストレスを感受しやすい。どれだけストレスをうけやすいかは、図1が示す胎生期、出産期、小児期のストレス源の数や、PTSS（心的外傷後症候群）の数、これまで体験したストレス疾患の数でわかる。それらの情報は、過去に生命危機に遭遇したことを示す情報をもっている^{5) 9)}。

また生命危機に遭遇した情報の内容は、不思議であるが必ずしもクライアント本人だけの情報とは限らない。知りうる家系の中に不条理な死（流産、早死、戦死、自殺など）を体験した方がいるかどうか予め調べていると、退行催眠を通じてその情報を自覚化するとき役に立つ。

また胎生期からノルアドレナリンやストレスホルモンをどれだけ浴びていたかの情報は、恐怖の条件づけがされているのでわかる。たとえば、クライアントに「実家に滞在し、快適にいられる日数がどれくらいか」を質問すると、「数日たりともいられない」などと回答する方は、胎生期からかなりノルアドレナリンを高分泌に浴び、恐怖が条件づけられているものと推定できる。

またストレス気質として執着気質遺伝子があると、D2R2というドーパミン受容体の感受性が悪く、より多くのドーパミンを求めて欲求全体の水準が高いのでがんばりやすいため、ストレスが蓄積しやすい。うつ病でも、がんや糖尿病など生活習慣病でも執着気質と関連する遺伝子とかかわることが多い⁹⁾。

ストレス気質を持つ人は、胎生期以降からの無自覚の、あるいは自覚したストレス出来事が多いので、他者評価や他者報酬をもとめて生きやすくなり、周りに察しを求める対人依存度の高さや、自分の感情

を抑えやすい自己抑制度の強さや、まわりに助けを求めず我慢しやすい感情認知困難度が高いなどという自己イメージからなる行動脚本をもっている。そのため、本当の自分の気持ちを犠牲にしやすい、ストレスが蓄積しやすい。また家庭や職場などの環境のストレスを感じやすいので、家族や職場から情緒的支援を認知しづらい。あるいは人間関係のトラブルを抱えていることが多くなる。

こうして現在の身体・行動・精神上のサインや悩みが生まれることになるので、クライアントのもつ遺伝情報、胎生期情報、自己イメージ情報などが、精神的、行動的、身体的サインや悩みを作り出す要因として理解すること、またそのサインや悩みを解消するために、偽りの自己を捨て、自分の持つ遺伝子のままの自己、すなわちあるがままの自分を生かす生き方が必要なことを、クライアントがまずは理屈で理解することが必要になる。

2) 「本来の自分の自覚化を支える」プロセス

本来の自分とは、周りの無条件の守護を得て育った情報をもつときに脳の中で生じる自己イメージ像である。その自己イメージ像ではさまざまな本人のもつ遺伝子がうまく統合されて発現し、すべて遺伝子が生かされる自己イメージ映像を持っていると定義できる。本来の自分通りに生きられると、自分に満足し、自己報酬が得られ、快感物質が分泌され、幸せに過ごすことが出来るだろう。

しかし、大半の方は周りの無条件の守護を得て育った情報をもっているわけはでないので、本来の自己とは何かを知らないのである。多くは、幼いときから親が求める、あるいは社会的に求められた期待を実現するために他者報酬を求める行動をとりや

すい社会的な自己像を本来の自己と思っている。社会的な自己で行動する記憶情報しかない人は、他者評価を気にして、ストレスを蓄積しやすい偽りの自己イメージで生きている。

人間の知覚は、大脳の知覚構造から自分が持つ過去の情報によって認知する「解釈的な」知覚しか出来ないことが知られている。たとえば、外に出て地球を知覚しようとしても、実際は平たい地球しか見えない。情報不足の知覚は自分の持つ情報に補完されて遂行されるため、地球が丸いことを教えられているので、地球の知覚は必ず球体イメージを浮かべる。

また記憶についても、自分が持つ過去の情報にもとづいている。大脳にとっては、嫌悪系感情であれ、報酬系感情であれ、自分の身体や心の欲求充足に大事だと評価される感情をもつエピソードのみが選択されて記憶される「選択的な」記憶することしかできない。たとえば、過去に社会的評価に一喜一憂する他者報酬型行動の記憶しかない方は、他者に認められる欲求にとって大事だと評価された感情をもつエピソードのみが選択されて記憶されていることが多いだろう。自分を愛する欲求や他者を愛する欲求の充足にとって大事だと評価された感情をもつ自己報酬型のエピソードの記憶は少ない。そのため自己報酬型の行動脚本がもてないで、「本来の自己」に気づけないことになる。

SATでは、クライアントに「本来の自己」に気づいてもらうために、本人のもつ過去の記憶情報に頼らない方法をとる。過去の情報といっても、本人が自覚できる顕在情報ばかりではない。本人が「身体でおぼえている」潜在情報もある。

身体で覚えている情報であれ、視覚情報であれ、聴覚情報であれ、味覚情報であれ、すべては脳の中では電気の周波数信号になる。本人を構成する 10^{29} 個の原子と分子の振動が作り出す周波数情報は、その原子や分子が属していた過去の宇宙のなかのビッグバン期から星の進化のなかで伝達された情報をもつといわれる。だから、同じ人間でも、個体間で体内の水素と酸素からなる水分子の振動がつくる電気信号が異なるだろう。同じ環境の知覚であっても、作りだされた電気信号に個体差が生じ、知覚像が微妙に異なることが出てくるはずである。

人間の身体は60兆個の細胞からなるが、その細胞には生物進化の遺伝子情報や、また顔・動作・声の表情など非言語的に世代間伝達される身体情報がある。それらは無自覚なもので、自覚できないものでありながら、すべて電気信号や化学信号となり、潜在情報として、本人の知覚に大きく作用している

と思われる。

SAT法では本人の体験記憶にない方法を用い、無条件の守護で存在が許され、守られている誕生・養育プロセスの映像で、脳の中で生じる「本来の自己」の映像イメージに気づく方法をとる。たとえば、宇宙素粒子自己イメージ法は、図2に示すように、私たちは200年先にはすでに分子や原子、さらには素粒子の自己となっているはずである。が、素粒子自己となって愉しむ体験は過去の記憶にないからこそそれをもちいて、本来の自己に気づく方法をとれる。

無条件に守護されて誕生・成育されたときの「本来の自己」が映像イメージで見え、それを「現実の自己」の映像イメージと比較すると、図2のQ4の事例が示すように、その違いが理解できる。その比較検討によって、図2のQ5の回答のように、これからの大目標としたい自己イメージを持つことができる。

3) 「再脚本化を促す」プロセス

本来の自己を実現する大目標を達成する実際の自信度についてクライアントに聞き、また目標とする自信度を80%以上にしてもらおう。その80%に満たない実際の自信度との差に、目標達成を妨げる感情が存在していることがわかる。その目標達成を妨げる感情は何かと図3の感情表を用いて聞くと、その背後には恐れ、怖さ、無力感、孤独感、諦めなどの感情があることがわかる。その感情は大脳辺縁系の扁桃体に記憶保存された情報であるはずである。心傷風景連想法、胎内心傷連想法、前世代心傷連想法、進化心傷連想法など、本来の自己実現を阻む未解決な感情を連想させ、自覚化する技法を用いると、それらの感情は、視覚、聴覚などの感覚器による映像イメージとして見え、幼児期、胎内期、前世代期、進化期の心傷映像風景であることが、科学的には真偽の程は不明だが、本人に具体的に自覚できる。それら感覚器情報と大脳辺縁系の扁桃体の感情情報が脳神経上のネットワーク回路を形成しているだろう。その扁桃体情報と感覚器情報は、サバイバルのための情報として世代間伝達されてきたものであろう。

そこで、事例を紹介し、それが具体的にわかるようにその手順を説明しよう。図2の宇宙素粒子自己イメージ法で、自覚できた本来の自己の実現を阻む未解決な感情を図3の感情表を用いて感情の明確化[たとえば恐れ、怖さなど]をしてから、心の声[たとえばドキドキ、助けてなど]を聞き、その心の声を閉眼で何度か繰り返してもらい、身体スクリーニング法をとると身体症状[たとえば肩が張る、心臓

ドキドキなど]で表現してもらえる(図4)。この他、右脳活動を利用して、本来の自己実現を阻む未解決な感情を「色や形」で表してもらってから、身体感覚に持っていく方法もある。

ところで、扁桃体を含む大脳辺縁系がおこす感情反応や身体反応は、大脳の構造によって最終的には前頭連合野を含め大脳皮質をも支配する力を持つことが知られている。図2の宇宙素粒子自己イメージ法で、自覚できた本来の自己イメージに従い、クライアントが大目標として図4の事例のように、たとえ明るい自己イメージを形成しようと行動しようとしても、その感情反応や身体反応を抑えられないと、結局はそれらの反応によって必要とする行動の実行が妨げられるため、問題解決されないことになる。図6の事例に示すように、前向きなイメージ映像と感情からなる本来の自己イメージを構築するには、

カウントダウンして、変性意識に誘導し、胎生期退行催眠下で、SSQ1 ~ SSQ6の質問によって、過去に学習した「サバイバル情報」がもつ行動の再検討と再学習が必要になる。すなわち、確かに過去に学習した「サバイバル情報」が当時の過去の生存にとって不可欠な行動脚本ではあったとしても、その後の世代では犠牲を強いられてきた「ストレス情報」であったことに気づかなくてはならない。またSSQ7の質問によって、その行動脚本が現在の自分の否定的な自己イメージをつくっていることや、また現在の問題をつくっている行動脚本であることに気づくことである。他にもっと犠牲の少ない賢明な行動の仕方があることを学ぶことである。

すなわち、SAT 退行催眠法を用いて、胎内期に退行することから始まり (Q1,Q2)、自分の子ども期 (SQ1)、親期から祖父母期、曾祖父母期 (SQ2)

Q 1. あなたは今たんぱく質の形状をして、ヒトという動物でいますが、10の29乗個の原子数からなっています。ここでさらに光子や電子などの素粒子からなる暖色系の光(黄金色、オレンジ、銀色、黄色、クリーム色、ピンク色など)を放つ自己だとイメージしてください。今あなたは何色ですか?そして素粒子になって今何をしたいですか? そのしたいことをすべてしているイメージをつくり、下の欄にそのイメージをお書きください。すべてしたいことをし終わると、どのような気持ちですか?

素粒子は黄金色です。 いろいろな銀河をまわります。 気持ちいいです。

Q 2. 次にその素粒子の自己が、完全に安心と安全な魔法の子宮に入ると、子宮の中はどのような感じですか?胎内は、必ず適度な温度、適度に明るく、自由に動けるぐらい広いか、あるいはゆったり横になっていられる、子宮の中はいい色で、子宮壁がやわらかいことが大切です。いかがですか?理想の胎内イメージになっていますか?もし理想のイメージにならないときは、あなたの「ひらめき」で、素粒子自己のイメージを自由に変えて、理想の胎内イメージにしてください。

子宮の中がピンク色で、フアツとして、気持ちいいです。

Q 3. この子宮から育つと、大きくなってどのような自分になっていますか?フツと浮かぶ自己像をいってください。笑顔がありますか、穏やかですか、自信がありますか、凛としていますか?

笑っていて、穏やかで、凛としています。

Q 4. それが本当の自分であるとすると、これまでの自分とどこがちがいますか?

今は、焦っていて、精神的に不安定ですね。

Q 5. では、これからどのような自分になっていけばいいですか? 考えないで、下記の大目標リストの中からひらめきで選び、左端の欄の丸印をつけてください。複数丸印をつけてもいいです。

<input type="radio"/>	前向きに積極的に生きる
<input type="radio"/>	自分の思いや気持ちを素直に伝える
<input type="radio"/>	穏やかな気持ちで生きる
<input type="radio"/>	自分に自信をもって生きる
<input type="radio"/>	冷静な自分になる
<input type="radio"/>	その他()

Q 6. そのような自分になるには、今後どのような中目標の行動(複数可)が必要になりますか?考えないで、下記の中目標リストの中から、ひらめきで選び、左端の欄に○印をつけてください。その中で、出来そうもない項目は●印をつけてください。●印の項目の行動が出来るようになるには、具体的に何をすればいいかひらめきで答えてください。あなたが無理なくできる具体的で80%以上の実行自信度をもつ小目標にしてください。

図2-1 宇宙素粒子自己イメージ法の事例(35歳 女性)

中目標リスト	(中目標の実行のために、何をすればいいか?) 小目標リスト	自信度
● マイナスの感情を顔に書き、しばらく状況を観察し、様子を見て、思い込みを取る	まずは深呼吸、思い込みもっているかもしれないと思い、すぐ行動しないでしばらく様子を見る練習をする。()	80%
● マイナスの感情を第三者に吐露する	「アドバイスは求めてない、話だけ聞いてくれる」という人を探す。()	80%
● 穏やかにしたり、仲たたりするよう、意識的に工夫する	自然に触れる、嬉しい事ごとをする時間をこれまでより増やす。()	80%
○ 極端なストレス環境から離れる	そこを離れるとどういう気持ちになるか想像してみる、ストレス環境から離れる計画を立てる。()	9%
○ 信頼を深め合えるひととつきあう	信頼の出来そうな人を選び出し、その人とのつながりの仕方を見つける。()	9%
○ 自分の感じる状況を相手に伝え、自分の考え方を「わたし表現」で伝える	自分の言えそうな相手から、「わたしはこう思う」と言う練習をする。()	9%
● 周りの強い反応にすぐ反響しないで冷静に対処する	状況判断にワンテンポおき、深呼吸をしてみる、穏やかに対処する。()	90%
「すべきこと」にこだわらない、生真面目さは、好きなことで発揮する。	まず深呼吸、「よくやったよ」と自分を許す心の声を作る、自分の好きなことみつける。()	9%
考えすぎないで、ひらめきを大切にしたり、とりあえず行動してみる	考えずひらめきを大事する、ひらめいた行動でとりあえず進めてみて、自分のしたいことを確かめる。()	9%
○ 自分と同じものを相手に求めない	ひとは千差万別と思う。「まあいいか」という心の声を口に出す。()	9%
○ 場合によっては、人の発言をそのまま受けとらず、割り引いて聞くことができる	まず深呼吸をする。あまり生真面目に聞かない。()	9%
○ 周りに感謝し、感謝を伝える	感謝をメモや手紙に書いてみる。相手の人のよいところを探す。()	9%
○ 気質の異なる相手を自分と同じ気質と考えず、相手の気質に応じ、発言の仕方を身につける	DNA気質コーチング法を学ぶ、相手の弱さに共感する、気の合う人を探す。()	9%
○ 気の合う人と、毎日話す機会をつくる	意見を言わず、その事情から、あるいはその場から気持ちを「スーツ」とはなす。()	9%
○ 嫉妬をおらないところや和の保てないところには、こだわらずにかかわらない	嫉妬を求めない、自分の思いを伝えることが必要と思う、意識して相手にメールやメモで言いたいことを伝える。()	9%
○ 相手に、腹に置く、メールをするなどで、自分の思いを伝える	「まあいいか」と心の中で言う。また相手を許す心を持つ、相手の悲しみに共感する。()	9%
○ 自分で定めたルールを守ろうとして、視野狭窄を起こすので、こだわらない。	外の世界も自分の世界の一部と思うようにする、賢しを求めず、伝えなければいけないという意識を持つ。()	9%
○ 自分の思いを意識的に伝えるようにする	賢しを求めず、伝えなければいけないという意識を持つ。()	9%
○ 意識的に対人距離を保つ	賢して勝手に行動しないで、自分が察したことがしてほしくないことがどう相手に確認する。()	9%
● いやなことはとやまず断る	まずは「すみません」という、またはその練習をする、わたし表現で都合の悪いことを伝える練習をする	80%
○ 一人で何でも対処しないで、周りの協力してもらってすすめる	自分の許容範囲を現実的に検討する、無理なら手伝ってもらえるか頼む練習をする。()	9%
○ 思いついたことをすぐ実行せず、ひとと話しながら、現実点検しながらする	決意した時と、行動する時を意圖して時間的にズラす、冷却期間を設ける、異なる意見を持つ人の意見を聞く。()	9%
○ 認められるために頑張るのはなく、人生が楽しいと思えるように生きる	何をしても自分は本当に楽しいか気づき、それを生活の中心にする目標を立てる。()	9%
○ 色々な人と交流する	閉じこもらないで、気の合う人からつき合う、趣味を共有出来る人から付き合う、上手にわたし表現できることを練習する。	9%

■このような目標行動を実施していけば、5年後にどのような自分になっていますか？

穏やかで自信のある ような自分になっている

(Q3. でみた自己イメージと同じになっていますか？ そうでないとき、Q6で実行自信度が80%にならない目標はありませんか？ あるならそれを80%になるよう小目標化してください。)

■では、5年後、あなたの自分自信度は、何%になりますか？ 80 % (80%以上にする)

図2-2 宇宙素粒子自己イメージ法の事例 (35歳 女性)

基本感情	(表A) 派生感情	(表B) 心の声の凡例
喜び系 期待が叶えられたり、叶えられそうなの時の感情	喜び、うれしい、楽しい、快感、共感 興味、幸せ、安心、自信、好意、感謝 感動、意欲、成長、期待、勇気、充実感 決意、愛しい、満足、使命感、解放感 希望、やすらぎ、願望、畏敬、あこがれ	ほっとする・ウキウキ・良かった・嬉しくなる・うれしい・すっきり・楽しい・大満足 ワー・しびれる・幸せだー・やるぞ できる・そうしたい・そうなって欲しい・いと おしい・かわいい・そうあればいいな・嬉 おもしろい・心がゾーンとする・ありがたい 感謝します・あこがれです
不安系 期待通りにいく見通しのつかない時の感情	心配、気がかり、ちょっとした焦り 混乱を伴う焦り、パニック、恐れ、怖さ 生命危機、見捨てられる怖さ、自己否定の怖さ	どうなっちゃうんだろう・やっぱりできない 何が言われるかな・どうしよう・困ったな びくびく・はらはら・許して・聞いていかないと 怖いよ・一人にしないで・嫌われるかな 生きている意味が無い・どうしようもない バカだな・自分なんて・頭の中が真っ白 頭の中が真っ黒・やめて・だまて
怒り系 当然得られるべき自分や他人への期待が得られなかったり得られそうにない時の感情	怒り、悔しい、不満、敵意、嫌悪感 不信、攻撃心、拒否感、憤り、憎しみ 軽蔑、うらみ、むかつく、理不尽 恥ずかしい、自己嫌悪、同情心、後悔 自責、罪意識、罪悪感、(強い) 情けなさ	(相手に対して) ぶざけるな・ばかにするな ちゃんとしてよ・バカやろう・しぶんぼっかり いいかげんにして・何であの人が・わかってよ (自分に対して) 情けない・なにやってるんだ 怠けるな・ごめんね
悲しさ系 期待したものを失ったり失いそうなの時の感情	悲しい、悲哀、寂しい、孤独感、無力感、 喪失感、虚しい、切ない、不条理、失望 絶望、(弱い) 情けなさ、みじめ、 あきらめ	助けて・一人ぼっちだ・誰か隣にいて・わたし え犠牲になれば・私はどうせダメ・あーあ そんなもんか・意味無いな・自信がない・しょ がない・がっかり・どうせ私なんか

図3 感情表

やその前世代期 (SQ3) にまで時間、時代を遡及し、過去の映像や感情の情報を呼び出し、SSQ1 の守護回避イメージ(嫌悪系体験回避のために時間遡及し、他者の守護で無条件に恐怖が回避される映像イメージ) → SSQ2 の予防回避イメージ (嫌悪系体験回避のために時間遡及し、自分の力で恐怖を予防する映

像イメージ) → SSQ3 の癒しイメージ (嫌悪系体験記憶の現実を踏まえ、他の力で無条件な癒しがある映像イメージ) → SSQ4 ~ SSQ6 の再学習イメージ (嫌悪系体験記憶の現実を踏まえ、自分の力で克服する方法に気づく映像イメージ)のプロセスを経て、再解決できる行動様式を学ぶことである。

Q1. あなたはどのような自分になりたいですか?今そうなれる自信度はどのくらいですか? 0~100%でお答えください。また目標としたい自信度はどのくらいですか?

[凡例] 明るい自分 今そうなれる自信度 20 % → 目標自信度 80 %

Q2. 目標とする自己イメージになることを妨げている感情は、図3 (表A) の感情表のいずれに該当しますか?またそれを図3(表B)の心の声で言うと、どれに相当しますか?次に、目を閉じてください。その心の声を心の中でつぶやくと、あなたのからだ (頭が締め付けられる、心臓どきどき、呼吸苦しいなど) はどのように感じるようになりますか?

感情 怖さ → 心の声 どうしよう → 身体感覚 息が苦しい

図4 本来の自己実現を阻む未解決な感情の明確化と身体感覚の明確化の事例

Q1. 眼を閉じたままで、幼いときの写真を思い出してください。その子の顔を見てください。その子を小さく、小さくしてください。そしてその子が子宮に入り、周りが子宮の壁で取り囲まれる胎内のイメージを作ってください。(10から0へカウントダウンを2度する) そこに胎児としての自分があると、[図5のQ2で気づいた] OOと、OOと、OOのような心の声と身体感覚を感じると、胎内は温度(暑い、冷たい)、色(暗い、明るい)、子宮壁(硬い、柔らかい、壁紙の音)、身体感覚(呼吸苦しい、からだ硬い)など、どのように変化してきますか? 決して考えないでください。

胎内イメージ

温度(暑い、冷たい)、色(暗い)、子宮壁(硬い、柔らかい、壁紙の音)、身体感覚(呼吸苦しい、からだ硬い)など、どのように変化してきますか?

Q2. (あらかじめ、本人、きょうだい世代、子供の世代、父母の世代、祖父母の世代、曾祖父母の世代など、[図7に示す] 世代線を構成する方を本人からの続柄名と、女〇、男△で、また死産、流産、病死、戦死、自死など、不条理に死んだ方に関しては、口をつけて、知っている限り明示してもらう) 先ほどの悪い胎内の感覚は、それぞれ不安、怒り、悲しさのどれですか?

感情 (恐怖)

またその感情は誰の感情ですか? 次に、胎児自身、流産したきょうだいや自分の子供、母、父、母方、父方の祖父母など、不条理死をした方に留意をしつつ、具体的に示し、それぞれがその該当感情を感じているかを、それぞれに「イエスか、ノー」で聞き、反応してもらう。

また、各世代線でそのほかにあらかじめ聞いた家系構成員以外の「わからない」人がいるか否かを「イエスか、ノー」で反応してもらい、すべて尽くすまで行う。いないときは、いないとはっきり言う。「わからない」と答えたときは、わからない人がいると考え、「そのわからない人は男か女か」を聞くと、わからない人がいる場合、すぐ答えるだろう。また年齢が誰の上か下かなど出生順位を聞いて亡くなった人を探していく。

自分の姉が突然ブツ消える [後で人工流産した第1子であることを母から聞く]

SQ1 (早死、流産など、亡き子の場合、亡き子誕生・成長イメージ法をもちいる) 不条理な死に方をした亡き子の場合、どのような胎内感覚を望んでいるのか、またその胎内感覚をそのようなものに改善するには、誰にどうしてほしいですかと聞く。

1. つぎに母がその子の存在に気がつき、胎内で成長するために望んでいる行動をとる
2. その子について、フツとひらめいた方の性別は何か、おとなし子か、元気な子かを感じる
3. お腹に入れ、さすって大きくさせ、出産させる
4. 抱いてあげる (お乳を飲む様子?)、ハイハイ、タッタするイメージをつくらせる
5. 幼稚園時代を見る (どんな子? 様子?)
6. 小学校の入学式 (母は服は和服、洋服? 手はついてる? 様子はどう?)
7. 授業参観日 (どんな様子?)
8. 運動会の日 (様子? お昼・お弁当は何食べてる? お友達はある?)
9. ~ちゃんは高校では文科系、理科系、体育系、芸術系?
10. 高校卒業後や、大学卒業後の進路は (どうしてる?)
11. 結婚する運命ですか、配偶者はどんな方? 子どもはいるか、何人?

SQ2 不条理な死に方をした亡き人がある場合は、次の亡き人再生イメージ法を用いる。各世代の該当感情を持つ不条理な死を迎えた方が、それぞれの方は、どのような胎内感覚を望んでいますか?では、それぞれの方が胎内感覚をそのようなものに改善するには、まわりの誰にどうしてほしいのですかと聞き、すべて死なないイメージにする。そして各世代の不条理な死を迎えた方が、一人一人それぞれ不条理死はなかったことを仮定すると、他の家系構成員はより古い過去から始めて、それぞれ玉突き的にどのような人柄イメージを持つようになり、あなたの父、母や、あなた自身や、きょうだいや、子孫はどのような運命になっていく映像イメージをおおまかにもてるか、その主な映像イメージの物語の変化を聞く。(その不条理死をした方が生きていたら、他の人が生存していないなど論理的なつじつまは合わせなくてよい)

その子が生きていたら、母は笑顔である

SQ3 その該当感情が世代間伝達していることが考えられる場合、次の前世代イメージ法を用いる。

悪い胎内イメージをいだと、勝手に映像が見えますからそれをおっしゃってください。決して考えないでくださいといひ。そして悪い胎内イメージをくりかえし、その該当感情を持つ人はおよそ何世代までさかのぼりますか? 頭の中では、何世代前という数字が出てきませんかと聞く。その世代の人は男ですか? 女ですか? その人は9歳以下、10歳代、20歳代、30歳代、40歳代、50歳代以上ですか? あなたの直感を使うと、その人は自分の死の危機? それとも他の人の死の危機に接していますか? その方は、結局亡くなりました? また亡くなっていた場合、どなたが心から悼んでいますかと聞く。

13代前、20歳代の男性、妻が病死した家の中で悲しんでいる夫の映像

図5-1 再物語自己イメージ法の30歳台自殺願望女性事例

SSQ1 では、先に行った素粒子自己イメージ、あるいは宇宙自己イメージを浮かべると、その風景はどのような映像に変わりますか？

夫婦で幸せに暮らしている

SSQ2 この変化した映像を参考に、その死の危機を避けるために、悼んでいる方や周囲が無条件に配慮して回避するにはどうすればよかったですか？死に接している時点から、どのくらい時間の単位を戻すと、その死を避けられますか？ではその助けられる場面の映像を作ってください。今どのような気持ちになりましたか？

7年前に産し、夫が容の悪い性格の真面目な職種の関係を使て、寂は生きている、生きているとうれしい

SSQ3 本人は、あるいは本人が亡くなった場合、その死を悼んでいる方(悼む方がいないときは、クライアント本人が悼んでいる人である)は、周囲に無条件にどうされれば心や魂がいやされますか？考えないでひらめいたことをお答え下さい。それでは、その場面の映像を作ってください。すると、本人らはどのような気持ちになりますか？(本人死亡の場合は、亡き人光一体化イメージ法と供養法を用いるとよい)

光一体化するとうれしい、幸せ。家から見える小高い丘に墓をつくり、いつもお参りすると、心が落ち着く。

●亡き人光一体化イメージ法一亡くなった方の亡骸が床から光に変わり始め、亡骸を抱えた人も光に変わり始め、それらの光が一体になる映像をつくり、その後その人をどのように供養する映像をつくるかを問う。●供養法一悼んでいる方が亡くなった方の執願のための供養する映像(お墓をつくり、お参りする、死を無駄にしない行為を何かする)をつくる。

SSQ4 先に行った素粒子自己イメージ、あるいは宇宙自己イメージを浮かべれば、本人あるいはその死を悼む方は、その事件後はどのように生きていく映像が見られますか？

前向きに明るく生きていく。

SSQ5 本人あるいはその死を悼む方は、実際はその事件後本当はどのように生きていった映像が見えますか？先の悪い胎内感覚を想起して、感じてください。すると、その後の家族や子孫は代々どのように生きるようになったでしょうか？するとあなたはどのようなあなたになりますか？

明るい子孫になる。

SSQ6 では、その危機の後の人生において、本人が(あるいは本人が亡くなった場合、その死を悼んでいる方が)後世に問題を残さないように、生きるためには本当はどうすれば良かったですか？SSQ5 の答えを参考に、その危機後本当はどうすればいいかについて、ひらめいた場面の映像を作ってください。そしてその子孫やあなたはどのようなあなたになりますか？

妻の実家に反対されても、関係を絶ち妻の病死を避けられると、明るい自分になれる

SSQ7 次に、過去の前世代の時代の状況と、あなたが現在もつ状況と共通することは何でしょうか？また過去の出来事は、今のあなたのどのような考え方や行動につながっていますか？ ひらめきで答えてください。

周りに反対されると、見捨てられる怖さから、断固たる態度がとれない

Q3. 仮定法で、それぞれの方々が望みのイメージで理想の人になれば、あなた自身の人生はどのように変わりますか？また自分の問題に対して、どのような考え方や行動をとるようになりますか？すべて理想の人にしてから、変化した自分の考え方や行動の仕方をひらめきでお答えください。変化したそれぞれの方の中でも、自分の変化に重大にかかわる人をスピリチュアル・キーパーソン(複数可)といいます。

変わった人生イメージのそれぞれ 先祖が前向き変わり、元気でやさしい姉が生き、母が笑顔の映像
変化する自分の考え方や行動 自分が明るく前向きになる

Q4. では、大目標として、これからどのような自分になればいいですか？考えないで、ひらめいたことをいってください。その後、小目標化を進めてください。

大目標 明るい自分

中小目標①	姉が笑顔で、母が笑顔の絵を書く	実行自信度	90%	(80%以上の目標化)
中小目標②	自分に意見を聞いてくれる人に、意見を言う練習をする	実行自信度	80%	(80%以上の目標化)
中小目標③	好きな趣味を続ける	実行自信度	90%	(80%以上の目標化)
中小目標④	母が父と話し合えるようになってくれるよう言う	実行自信度	90%	(80%以上の目標化)

*目標化は、恋愛願望欲求、自己価値欲求、基盤欲求をすべて満たすものにする。
※スピリチュアル・キーパーソンは、映像化(動画化)させることを小目標化とよりいさせると、親イメージが無条件に改善され、基盤願望欲求が充足させられる。

【問題を現在抱えている場合、次の問題解決コーチングをする】

今回問題解決したいことは、(なし)
問題解決の中小目標①	実行自信度	94%(80%以上の目標化)
問題解決の中小目標②	実行自信度	94%(80%以上の目標化)
問題解決の中小目標③	実行自信度	94%(80%以上の目標化)
問題解決の中小目標④	実行自信度	94%(80%以上の目標化)
問題解決の中小目標⑤	実行自信度	94%(80%以上の目標化)

今のストレス度は、20% (30%を未満でない場合、目標設定をやり直してください)
■中・小目標化が終わると、(心理・血液)検査をして、必要な基準値になるかどうかを確認して、行動目標を決定する。

図5-2 再物語自己イメージ法の30歳台自殺願望女性事例

表1 表情脚本

	報酬系	嫌悪系
顔表情	笑顔	緊張顔
声表情	穏やか	ピリピリ
動作表情	■ 助け合う	孤立
	■ 前向き	後向き
	■ 頼りになる	弱い

次に、カウントアップして覚醒させ、通常意識下でQ3～Q4の質問をすることによって、その再解決した行動様式を用いて現在の自分が抱える問題を解決できるかどうか、また現在の自己イメージを肯定的なものに変容できる見通しがつくか、行動目標を80%以上の実行自信度を保てるよう小目標化することで検討することである。

図6のQ4の回答が示すように、本来の自己の大

目標を実現するための行動変容を持続的なものにするものは、一つには、過去の解決した映像イメージや物語が、現在の問題を解決できうる行動目標になることである。もうひとつは、小目標化によって問題解決しうる未来映像イメージを描けることである。さらにもうひとつは、過去から情報伝達してきた問題行動を解決し終えた養育者などの表情脚本(表1)が、脳の中で映像イメージとして持てることである。それは行動変容を妨げる嫌悪系の感情反応・身体反応(扁桃体反応)から解放してくれるものである。私たちは、これらの学びを表す多くの臨床研究結果^{13)～20)}を得ている。

以上のSATの3つのプロセスを活用した健康心理療法で、多くの方の追試を期待したい。

引用・参考文献

- 1) 宗像恒次：未来自己イメージ法による大学生のキャリア支援－他者報酬型キャリアの時代へ－, 日本精神保健学会年報, 12, 13-20 (2006)
- 2) 宗像恒次・小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理・鈴木克則：SAT法を学ぶ, 金子書房, 1-317 (2007)
- 3) 宗像恒次：総うつ時代の社会的克服策－他者報酬型労働から自己報酬型労働へ, ストレス科学, 22 (1), 24-30 (2007)
- 4) 宗像恒次：感情と行動の大法則, 日総研, 1-215 (2008)
- 5) 宗像恒次：SAT療法. 金子書房, 1-247 (2006)
- 6) L. M. Lederman and T. H. Christopher：Symmetry and the beautiful universe, Prometheus Books, Inc. (小林茂一訳, 対称性, 白揚社, 2008)
- 7) 宗像恒次：SAT療法－免疫力を上げ, がん抑制遺伝子をオンにする新タイプの心理療法. 帯津良一 (監修), お医者さんがすすめる代替療法, 学研, 76-77, 2006.
- 8) 宗像恒次：うつ病は単なるトラブルではなく, 問題解決の手段, しずおか精神保健, 静岡県精神保健協会, 51, 1-7 (2007)
- 9) 宗像恒次・小林啓一郎：健康遺伝子が目覚めるがんのSAT療法, 春秋社, 1-226 (2007)
- 10) 宗像恒次：がんから家族を救う愛の療法SAT. サトルエネルギー学会誌, 12, 30-47 (2007)
- 11) 宗像恒次・田中京子・小林由実：SAT気質コーチングによる人間関係のコラボレーション. ヘルスカウンセリング学会年報, 13, 1-11 (2007)
- 12) 宗像恒次：自分のDNA気質を知れば人生が科学的に変わる, 講談社+α新書, 1-205, (2007)
- 13) 宗像恒次：ヘルスカウンセリング実践法のエビデンス. 深井喜代子 (監修), ケア技術のエビデンス, へるす出版, 75-390 (2006)
- 14) T. Maeda, F. N. Onuoha, T. Munakata: The Effect of Postoperative Symptom Experience, and Personality and Psychosocial Factors on Depression Among Postgastrectomy Patients in Japan. Gastroenterology Nursing, 29 (6), 437-444 (2006)
- 15) 小林啓一郎・橋本佐由理・林隆志・坂本成子・堀美代・帯津良一・村上和雄・宗像恒次：免疫データの季節変動を手掛かりとしたがん患者の世代間伝達感情への対応－夏期を鍵状況として血液データに身体症状化したストレスイメージ－. ヘルスカウンセリング学会年報, 12, 37-45 (2006)
- 16) N. Higuchi, S. Hashimoto, T. Munakata：SAT Self-image Script Changing Therapy for Psychogenic Visual Disturbance. International Journal of Structured Association Technique -An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy, 1, 59-78 (2007)
- 17) K. Kobayashi, S. Hashimoto, R. Obitsu, K. Murakami, T. Munakata：Treatment of Patients With Cancer for Stressful Emotion Transmitted from Ancestry by Using Genetic and Immunologic Data as Barometers. International Journal of Structured Association Technique -An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy, 1, 36-58 (2007)
- 18) T. Munakata：Building SAT Therapy to Activate Anti-Cancer Genes and Immunologic Function for Cancer Treatment. International Journal of Structured Association Technique-An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy, 1, 3-35 (2007)
- 19) T. Munakata：Toward a Theory of Integrative Imagery Health. Proceedings of the 5th International Conference of Health Behavioral Science, The Executive Committee of the 5th International Conference of Health Behavioral Science 2006, 34-54 (2008)
- 20) T. Maeda, H. Kurihaara, I. Morishima, T. Munakata：The Effect of Psychological Intervention on Personality Change, Coping, and Psychological Distress of Japanese Primary Breast Cancer Patients, CANCER NURSING 31 (4), E27-E35 (2008)

死別体験にみる悲嘆の多様性

—交通事故遺族のメンタルヘルス支援を考える—

Diverse Sorrow in Separation-by-Death Experience:
Mental Health Support for Traffic Accident Bereaved Family

塩澤 百合子
Yuriko Shiozawa

要 旨

ある日突然、大切な人を失う。悲しみと共に、今まで当たり前と思っていた大切な人との暮らしが、何の前触れもなく終わり、遺された人に大きな影響を及ぼす。交通事故の精神的影響は他の死とは異なる特徴を持ち、突然予期せずやってくるため死を受容することは困難であり、病的疾患となりやすく罹患率が高い傾向があると報告されている。このようなことから、交通事故遺族のメンタルヘルス支援は、健康づくりの視点からも重要であるが、数が多いゆえに身近なこととして見過ごされがちである。個人差が大きく多様に変化する悲嘆の国内外の研究を概観したのち、日本の交通事故の現状や遺族の現状と筆者のカウンセリング経験から、SAT法による交通事故のメンタルヘルス支援についての考察を試みた。遺族の悲嘆の回復を促すには、気持ちを聴く姿勢を保ち、信頼関係を築きながら感情表現を助けることが必要である。また、自責や罪悪感や遣り残し感などの強いストレスとなる気持ちを一生背負い、大切な人を失う辛い体験を語るだけに終わるのではなく、心の不充足な体験を満足した平安な体験イメージに作り変えることで、死という悲しい出来事からあらたな生き方を見いだせる関わりも重要と考えられた。

キーワード：交通事故遺族 (survivor of traffic road accident) 悲嘆 (grief)
メンタルヘルス (mental health) 支援 (support) 回復 (recovery)

1 はじめに

「わたしたちがひとりの人間として生を受けこの世に生まれたことは奇跡である」と村上¹⁾は述べている。私たちは、その生を十分に活かすために心理社会的欲求と身体的欲求を充足させる行動²⁾をとりながら日常生活を営むが、その生が終わるときが誰にも必ず来る。それが、死である。言い方を変えれば、我々は死に向かって生きていると言っても言い過ぎではない。

この死を統計的³⁾にみると、人口千対の死亡率は8.7(出生率は8.6)であり年々増加している。死因は、三大成人病が約6割を占めるが、人口10万対死亡率は事故死が30、自殺が24であり年々増加している。このような状況の中で、死別体験は誰の人生にも起きる出来事である。「近親者の死別体験は社会的ストレスの中でもっとも大きな生活上の変化(ライフ・イベント)である」⁴⁾と言うように、そこから受ける心理的・社会的影響も人さまざまである。

そこで、筆者は特集のテーマである「SATで変える多様性尊重社会」について、交通事故遺族へのメンタルヘルス支援の立場から論じる。

2 これまでの悲嘆研究

1) 悲嘆とは

死別という喪失体験により、人の心理的なストレスとなって急性の情緒の危機が生じ、悲哀

筑波大学大学院修士課程体育研究科 スポーツ健康システムマネジメント専攻
University of Tsukuba Master Program in Graduate School
of Health and Physical Education, Sports and Health Sciences
連絡先:

〒321-0954 栃木県宇都宮市元今泉4-16-12 公英ビル301
301 Kouei buil 4-16-12 Motoimaizumi Utunomiya-shi Tochigi, 321-0954, Japan
TEL/FAX: 028-634-8324
E-mail: nezirenbo@hotmail.com

(mourning) が持続する。様々な症状や反応が生じるのは自然なことであり、対象喪失によって起こる一連の心理過程で経験させる落胆や絶望の情緒的体験をボルビー (1962)⁵⁾ は悲嘆 (Grief) と定義した。悲嘆は、愛する人を失った場合に使われる用語である⁶⁾ とも言われている。

宮林は、悲嘆を「愛着の対象である親、子、配偶者、血縁に関わらず愛する人との死別体験者に生じる急激な身体反応、または慢性的な情緒不安定な状態と二次的に誘発される心身と行動の非日常的反応をさす。」⁷⁾ と定義している。

そして、人は、悲嘆に対して様々な対処をしながら、新しい環境に適応していく。この営みを、フロイトは、「喪の仕事・悲哀作業 (mourning work)」⁸⁾ と呼んだ。

遺族は、悲嘆の中で喪の作業をしながら、大切な人がなくなった新しい環境に適応していかなければならない。死別後の期間が長くなるほど死別による遺族の不安や痛みは緩和していき、故人なしの生活に順応できるようになっていく。一方、死別から数年経過しても、明らかな精神症状を呈し続ける遺族も少なくない。

地域における精神保健相談の中で、眠れない、気持ち沈んでいると訴える人の中には、大切な方を亡くした後の死別体験による悲嘆と思われる人が少なくない。また、うつ病で療養している人の中も、過去に大切な人を亡くしたことに対する悲しみや罪悪感、その人がいなくなってもなお、その大切な人との特別な分離不安が残っている場合など死別体験の未解決な課題が潜在しており、支援や介入の必要性を感じることもある。

米国では、1944年、米国精神医学協会の精神疾患診断統計マニュアル第四版 (DSM - IV)⁹⁾ に「死別体験」を「臨床的関与の対象となることのある状態、追加」のグループの中に入れた⁶⁾。あえて診断を下さなくとも、死別体験を臨床的関与の対象にしているのである。このように米国では、医療報酬制度に組み込まれたメディケア (Medicare) で、死別後1年を援助期間として、死後の家族に一定の医療サービスが提供されているのである。

しかし、日本は死別体験の悲嘆を臨床的関与の対象としてみなしておらず、疾患症状が具体化して、うつなどの疾患として診断が下され、初めて医療保険の給付対象となるのである。

「悲嘆介入ケアがない現在の日本では、悲嘆の回復は時間の影響 “日薬 time alleviation” にまかされているといえる」¹⁰⁻¹⁾ と宮林は述べている。

2) 悲嘆反応期間と回復期間

悲嘆反応期間と回復期間については、国内外ともに多くの報告がなされ^{11) 12) 13) 14)}、大幅な個人差があると言われている。

日本において、宮林は、「悲嘆反応は4年ほど継続する。先行研究と比べて遷延する傾向があり、欧米の1年という通念には捉われず、グリーンケアの介入時期は直後からおよそ4年目位までが適切」と報告¹⁰⁾ している。

3) 悲嘆の経過と決定因子

悲嘆は、短いこともあれば長いこともあり、死後直ちに起きることもあれば遅れて出現する場合もあり、現れ方は強いものや弱いものもある。悲嘆に特有の症状が歪んで出現し、通常は問題にならない症状が、遺された人の苦悩の重要な原因となる場合もある⁶⁻³⁾。

また、日常生活の中での出来事への反応はその人によって違いがあり、特有の多くの要因を考慮する必要があり、多くの研究者が死別体験の経過の決定因子を報告している。パークス⁶⁾ とワードン (Worden)¹⁵⁾ の決定因子を表1に示した。これらの因子は、回復経過に影響を及ぼすものが多く、環境因子が重なる場合と一つの要因だけが主要な決定因子である場合があり、実に多様性があることを述べている。

しかし、日系人 Yamamoto ら^{16) 17)} は日本の喪に

表1 死別体験の経過の決定因子

パークス (1993)	ワードン (1993)
1. 先行的要因 ・故人との関係 (肉親、愛着の強さ、愛着の確信、依存する程度、関わり、愛と憎しみの激しさ) ・幼児期の体験・その後の大切な人の喪失・精神疾患の既往歴・死別体験以外の人生の危機・死の様式 (適時性、複数死、以前に警告のあること、死別体験への心構え、暴力的または恐怖な死、権力を奪われた死、非難されるべき死) 2. 併発状況 ・性別・年齢・パーソナリティ (悲嘆性向、感情抑制) ・社会階層・国籍・宗教と儀式・悲嘆表現に影響する文化的家族的要因 3. 死別体験に続く状況 ・社会的支援か孤立か・二次的ストレス・新しく現れた人生の機会	1. 故人は誰であったか 2. 愛着の特徴 (強さ、どれだけ必要であったか、親密さの両価性) 3. 死の形態 (死に方) 4. 前歴 (以前の喪失の有無、うつ病の既往、人生の危機が自分に与えた影響の認知) 5. 人格の変数 (年齢、性別、感情抑制制度、感情処理、ストレス対処能力、依存性他者との関係づくり) 6. 社会的変数 (民族、宗教、儀式的慣習、情緒的・社会的支援の程度) 7. 併発的ストレス (死後に起こる出来事の変化と危機)

関して記し、文化宗教的な背景差により悲嘆が異なることを示唆している。パークス⁶⁾、松井¹⁸⁾らは外国と日本では文化や価値観、親子の関係には違いがあり、海外の研究が日本にあてはまるかは、独自の検討が必要であると警告している。

ここで、それぞれの因子をさらに詳しく見てみよう。

①亡き人との関係における影響

子どもの死は、家族の均衡を破りきょうだいに与える影響が大きく非常に解決の難しい喪失である¹⁵⁾と述べられ、また、親のうつ病発症率の高さ¹⁹⁾や母親の8%に自殺や自殺未遂を認める²⁰⁾報告もある。Kundinは、配偶者を亡くした男やもめや未亡人と子どもを亡くした親を比べ、前者は涙や死者を悼む喪の期間が長く続き、後者は罪悪感を語ることが長く続くと報告²¹⁾している。

②性別による影響

パークスによると、男性は感情を隠す傾向や援助を求めることへのためらいが強く、配偶者の死後に心臓発作で死亡するのが多い。女性は男性よりも死別体験による心理的困難に陥りやすく、悲しみのために鎮静剤と向精神薬を必要とする割合が優位に多いと述べている。⁶⁾

また、日本において宮林¹⁰⁾は、死別の悲嘆反応は、宥和期(4.5年)前は女性の方が男性より精神健康度の高得点と気分障害が見られたが、宥和期後は性差がなかったと報告している。

③死因による影響

突然の死別は強い死別反応を導き⁶⁾、立ち直りに至るまでに通常よりも多くの時間を必要とする。宮林は、死因が、自殺、事故死、急性死、病死(闘病期間1年未満)の順に死別反応(健康・抑うつ・悲嘆反応)に影響し、影響力は健康面より悲嘆の情緒反応において著明となると報告²²⁾している。

4) 死別後の病気と抑うつ・孤独

死別体験が心身の健康を損なわせる現象は知られており^{19) 20) 6)}、疾患や事故などで愛する人と死別した者は、喪失の悲しみから、抑うつ²³⁾や不安障害²⁴⁾に陥りやすく、遺族の死亡率が特に高いことも報告されている^{6) 25)}。

河合²⁶⁾が行った配偶者と死別した中高年の追跡調査の結果、死別25ヶ月後には対象者の約1割が、死別16年後には対象者の約3分の1が重い病気になったり、死亡しており、抑うつと孤独が関与していると報告している。

また、宮林が、死別後平均22.7ヶ月におこなった悲嘆反応の結果を見ると、心的反応(74%)、行

動反応(15%)、身体反応(11%)がみられた。心因反応は多岐にわたり、①気分不調：気分の低下と変調(39%)②思慕：日常生活に生きる故人(33%)③奮励：現実と向き合う(17%)に分かれ、対処行動として過行動や習慣的な行動を保持する努力の様子、逆に依存的な様子や閉じこもりなどが見られたとの報告⁷⁾をしている。

5) 悲嘆のプロセスをめぐるさまざまな考え方

悲嘆のプロセスをめくりさまざまな報告がされている。各プロセスが段階的に起るとした「段階 Stases 説」はデーケン²⁷⁾らが唱えた。それに対し、一連の位相を通過するという「位相 Phases 説」は、さまざまな様相が重なり合い境界がなく流動的で後戻りすることもある²⁸⁾とサンダースは述べ、パークスは症状が変遷推移するプロセスであり、疾患の記述体系に悲嘆を位置づけるのは難しいと論じている。もう一つは、「嘆き悲しむ人は何かできる可能性を秘め、行動を起こす可能性を内在する」¹⁵⁻⁴⁾という意味合いを持つ考え方であり、悲嘆介入の必要性とあり方の論拠となっている「課題 Tasks 説」である。

プロセスは、10人いれば、10人のかたちがあり、実にさまざまである。

6) 悲嘆の回復とは

悲哀反応の終わりについては、完了する、完了しないと意見が別れている。これは、悲嘆の捉え方が研究者それぞれで異なることや悲嘆の深さとも関係している。

ウーデン¹⁵⁾は悲哀を喪失の後に生じるプロセスと定義し、「各人が再び生活に情緒を再投入できるようになったとき終了する」また、悲嘆を故人の喪失体験に関するものと定義したうえで、「悲嘆反応の完了を示す一つの目安は、死者を苦痛なく思い出せるようになったとき」と述べている。

サンダースは、「悲嘆のプロセスの終了は、大切な人がいない世界に、何とか適応して生きていくことができるようになることである」そして、自らの体験も含め「亡くなった人の人生について新しい見方ができるようになり、それと同時に自分自身の人生に新たな意味を見出すことができるようになる」²⁸⁾とも述べている。

ニーマイヤーは構成主義からみた新たな悲嘆理論²⁹⁾を唱え、その中で、悲嘆反応においては「世界の学びなおし」と呼ばれるプロセスで人生を振り返ると示している。それは、他者と自分を愛し故人に対する愛情

を新しいものに変化させ、自分の人生に意味を与え、心の痛みや苦痛に意味を発見することにより対処ができる」と伝えている。

宗像は、悲嘆の感情は過去の未解決な感情のフラッシュバックだけでなく、将来にも同じことが繰り返され未解決になりうると予測しているために生まれる。そして、過去の未解決な自己の課題の原因に気づき、自分の未来や子孫やまわりのために、前向きに生きる意味ある存在になるため悲嘆に陥る。それに気づくまで悲嘆は続くことになるかも知れない³⁰⁾と論じている。

意味を見出す関わりが今後、さらに必要であろう。

7) 悲嘆回復のための要素

グリーフカウンセリング(悲嘆の援助)の目指すところとして、ウーデンは、「残された人が故人とのあいだでやり残したことを完了し、最後の別れのあいさつができるようにすることである」¹⁵⁾とし、カウンセリングの原則と手順¹⁵⁾についても詳細に述べている。そこでは、カウンセリングを受ける人が、①喪失についての現実感を強め、②感情を処理できるようにし、③再び生活に適切できるように援助し、④サヨナラを適切に言えて、生活にエネルギーを投資する心地よさを感じられるように力づけることである¹⁵⁾と述べている。

また、遺族が喪失のことを話したり、感情の表出ができることは、悲嘆プロセスを促進するもの(バーネル)³¹⁾であり、悲嘆反応の長さはその人がうまくグリーフワークを行うか否かにかかっている(リンデマン)³²⁾。悲しみから立ち直った人々は実は心が癒えるまでに様々な取り組みを試みていた(河合)³³⁾ことや、死別の苦悩を乗り越えることができるかは、支えになる援助者の継続する存在にかかっている(パークス)⁶⁻¹¹⁾とも伝えている。

3 交通事故遺族の悲嘆

悲嘆の研究については、ターミナルケアや高齢者介護、障害者や大規模災害において多くみられるが、交通事故における遺族を対象とした支援の研究は少ない。

藤田³⁴⁾は、「交通災害の被害者の多くは必要な援助を受けていないと考えられるため、積極的に計画的な働きかけを実施しないと、被害者は社会や地域の中に埋もれがちである」と伝えている。

ここで、交通事故の遺族に焦点をあて、その支援について考えてみたい。

1) 交通事故遺族を取りまく社会

警察庁の平成19年交通事故統計⁴⁵⁾によると、交通事故発生件数、負傷者数は増え続け⁴⁰⁾、24時間以内の死亡事故者は5,744人で、一日あたり15.7人の尊い生命が失われている。

交通事故は、業務上過失致死などの罪として法的には認定されるものの、自動車損害賠償保険制度などの経済的補償が行われるために、経済的補償をもって落着く問題として社会に認識されている。そのため、交通事故の被害は強盗や殺人などの場合とは違い犯罪の被害者という意味合いが薄まって印象づけられていた^{36) 37)}。

しかし、スピード違反や飲酒運転、信号無視といった意図的な加害者の行為に対し遺族は、「事故ではない。殺人である。」との思いを抱いていた。

1991年に開催された「犯罪被害者給付制度10周年記念シンポジウム」で、交通事故被害者問題の重要性について遺族自身が声を上げ、その後、遺族は、様々な運転危険行為や違反に対しての罰則強化や法・制度改正について国や各機関に働きかけるようになり、法制度の改正へ繋がった。

2004年には犯罪被害者等基本法が成立し、交通事故遺族を含めた被害者への支援が全体で見直される時期を迎えた。しかし、交通事故遺族は必ずしも社会から暖かく見守られているとは限らず、故人に対しても「死人に口なし」の例えどおり、人権がないがしろにされているケースが少なくない。

2) 交通事故遺族の精神的問題

交通事故発生に伴い、遺族は、さまざまな困難な問題に直面し、身体的、精神的、社会的に大きな打撃を受けている。それらの問題の解決は容易ではなく、困難であることが多い。身体的問題やそれに伴う経済的問題については、救済制度、支援制度が次第に充実してきているが、精神的問題について支援する制度は未だ整備されていない³⁸⁾。

交通事故死の精神的な被害について、辰野(1995)³⁹⁾は「交通事故そのものにより受ける直接的被害を『一次被害』と呼ぶのに対し、事故処理の過程で社会から受ける苦痛を『二次被害』、一次被害や二次被害のショックと悲しみから立ち直れず精神的に追い詰められ、通常の世界生活が送れない段階まで苦痛が高まることを『三次被害』と呼んで区別する」と述べている。

筆者が、交通事故遺族のメンタルヘルス支援の予備的研究としておこなった面接や自助グループの参加においても、その被害の状況はみられた。以下、

その状況を表2に記載する。

遺族は、この様な状況の中で、いくつものこころの傷を受けており、他者への不信感を次第に募らせる。明らかに心ない周囲の言葉もあるが、中には遺族の心情が理解されず、気持ちのズレから発せられる言葉や態度を遺族は「被害」ととらえていることもある。その時の本人の要求や気持ちにぴったり合っていない周囲の人たちの言動は、遺族に気持ちをわかってもらえないと感じさせ不信感を抱かせる。そして、「同じ体験をした人でないと、この気持ちは理解できない。」としばしば耳にする言葉に代表されるように、交通事故の死別体験のない他者に対して、心を閉ざしていくのであろう。

交通事故遺族の現状や精神的問題については、平

成10年に交通事故被害実態調査研究委員会が行なった「交通事故被害実態調査研究報告」⁴⁰⁾や佐藤(1998)⁴¹⁾、引沼ら(2005)⁴²⁾、藤崎ら⁴³⁾の研究がある。佐藤は、悲嘆感情に焦点を当てた遺族ケアの必要性が示唆される反面、交通遺児の場合は「経済的問題」「家族役割の増加」「家族凝集性の低下」など、二次的ストレスに焦点を当てた長期にわたる継続的な遺族支援の必要性を示した。

3) 交通事故遺族の支援の現状

このような状況の中で遺族に対する精神的な支援については、積極的な介入は少なく、遺族や民間・ボランティアが組織する自助グループや最近では、全国に39団体(平成16年9月現在)ある犯罪被害

表2 交通事故遺族の二次的被害(遺族が社会から受けたと感じる苦痛例)

警察署	・事情聴取で何時間も待たされた。・事故についての詳しい説明はなく、裁判で事故の全容をはじめて知らされたのは悔しい。・一方的に被害者が悪いような言い方をされた上に、親の育て方が悪いからだと言われた。・事務的で、誠意がない対応。・事故の事実確認と裏づけ捜査をしてもらえなかった。
救急隊員	・損傷のひどい亡骸を事故現場に長時間、放置された。すぐに搬送してその場もきれいにしてくれなかった。
検察官	・加害者の肩をもって、被害者の言っていることを信じない。・悪質な違反にも関わらず加害者の肩をもつことに対する憤り。・言うことを否定された。こちらに責任があるという言い方をされた。(嬉しかったこと/自分の言うことを全く、否定しないで聴いてくれた。いい検察官だった。)
裁判官	・法廷で加害者関係者が席を陣取り、遺族は後ろの席で耳を澄まさないといけない。加害者が保護されているように感じた。・加害者が平静な気持ちで裁判を受けられるように、故人の写真は、「加害者が席についてから出してください」と言われ、遺族の気持ちは大事にもらえなかった。・記者や弁護士など関係者がいたが、疑問を持って発言する人はいなかった。
弁護士	・毎回違う人が同じ質問をして、私たちの話は全く聴いてくれない。・信じて任せていたら、結局十分説明されないまま、いつの間にか示談が終了していて、納得できずに終わった。
新聞記者	・生々しい事故の写真を新聞に載せて欲しくなかった。見世物になってしまう。・大きい事故なのに、ベタ記事で終わった(不満)。・取材で言ったことが記事に書かれていない。事実と異なることが書かれていた。・遺族は亡くなった被害者の代弁者であるから、取材に自宅に来たら、仏壇で手を合わせて欲しい。・取材中、話をしているのに、他の用件でかかってきた携帯電話に出て、話を中断させた。(嬉しかったこと/記者の少しの気遣いで心が和らいた。・被害者の身になって話を聴いてくれた。自分の気持ちに共感して親身に聞いてくれた。亡き子の誕生日におめでとうと手紙をくれた。・遺族の率直な気持ちを掲載してくれて嬉しかった。・悪質事故の新聞掲載ができなかった事で、謝罪に来た。誠意のある態度。)
加害者	・加害者から謝罪の言葉がまったくない。・真実を言わず嘘の証言をしている。加害者の親から(被害者が)悪いと言われ悔しい。
家族・親族	・まだ、「示談しないのか」と嫁ぎ先の親から言われ、辛い気持ちを全然わかってもらえない。・親と一緒に悲しんでくれなかった。・家族や親族が、加害者に対して、「加害者も被害者なんだよ」「そちらも被害者なのに大変ね」と声をかけた。・親族が、葬式の時、遺族の気持ちもわからないのに、余計なことをいろいろ言って、何も手伝ってくれない。・親族が、事故の保険金が入ると、いくら入ったのかと自宅に押し付けてくる。・葬式の場で親族が喧嘩をして協力すらしないことに嫌悪感。
友人・知人・その他	・子どもを亡くした私の前で友人が、自分の子どもの話を楽しそうにする。・事故の同じ事を何度も話すのは、やめように牧師に言われた。・遺された家族や生活で疲れていることを話したら「頑張ってるね」と言われた。・親を亡くし「ねたきりで介護することを考えたら、いいでしょう」と言われた。・他の遺族から喪失対象を較べられて、「親で、いいわね」などと言われた。・「(故人に)金を貸していた」と嫌がらせの電話。・法の仕組みへの疑問・不満。

者支援センターが交通事故の遺族などに対して相談や自助グループを通して精神面の支援をしているがその活動内容は様々である。遺族は、会の発行する会報を読み、苦しんでいるのは自分ひとりではないことを知り、生きていこうとする力が湧いてくるという。

また、故人の生きた証を遺族がメッセージとして綴った書籍や『生命のメッセージ展』⁴⁴⁾の全国での開催により、遺族が「故人の死を無駄にしたくない」「失った大切な生命をどのように活かすことができるか」と考え社会に向けて活動している。このような活動は、人権回復や交通事故撲滅を働きかける社会への積極的な主張表明である。

各自助グループがおこなうセルフヘルプ・グループ(以下、SHGと称す)^{45) 46)}は、遺族の心の回復を担う一つのあり方として、位置づけられている。団体の多様な活動内容は表3に示す。SHGは同じような辛さを抱えた者同士が、お互いに支えあい、励ましあう中から問題解決や克服を図ることを目的に集う集団のことである。

同じ体験を持つ仲間は、遺族にとっては心強い味方である。同じ体験をした人なら気持ちをわかってくれ、一緒に行動してくれるという期待をもって、遺族は同じ体験を持つ人を求める。自分を傷つけたり、遺族の回復に無関心な社会に対して不信感を抱く遺族からすると、また傷つけられるのではないか、話しても分かってもらえないのではないかという気持ちは薄れ、安心して近づけるし、助けも求めやすいという特徴もある。

藤崎は、交通事故遺族のセルフヘルプ・グループに関する研究⁴⁴⁾の中で、「他のSHGと異なる機能上の特徴を持つ交通事故遺族のSHGは、交通事故で家族が亡くなった悲しみやショックにある人やう

つ状態が長期化している人や引きこもりなど自らの心の回復を求める遺族の要求とは異なる趣旨と活動であることが多い。会への参加はときに侵襲的な結果やグループにとって否定的な影響を及ぼすこともあり、紹介や促しをするときには遺族の状況がグループの状況に適應するか見極めが重要である」と提言している。

4 交通事故遺族の精神的支援における SAT 法

悲しみが癒される標準的な時間はなく、人により長短がある。悲しみはさまざまな過程を経ていくもので、その過程も人さまざまである。大切な人を失って悲しみにくれている人の役に立つものは、人それぞれ異なるということである。

筆者は、交通事故遺族の一人として、セルフヘルプ・グループに参加し、また、さまざまな遺族の気持ちや思いを語り聴く中で、メンタルヘルスの状況について理解を深めてきた。その結果、明らかとなった下記のことを参考に、今後の悲嘆の支援について、SAT法の立場から考えたい。

《交通事故遺族の面接結果からの学び》

- ① 交通事故遺族は、事故後の処理に関わる警察などの関係者や、親類・友人など周囲からの何気ない言葉で二次的な被害を受けていると感じ、他者への不信感が強く、「同じ事故の体験をした人でないと気持ちをわかってもらえない」と心を閉ざし、他者および自己に対する否定的なイメージを持ちながら、生活している傾向がある。
- ② 家族内で充分話し合いがなされない家族が多く、話し合える家族に比べメンタルが悪化しやすい傾向がある。

表3 各団体のおこなう交通事故遺族への支援

	A 団体	B 団体
設立	10年以上前に交通事故遺族が設立	数年前に社団法人が設立
主な活動内容	①ミーティング ②懇親会などのグループ活動 ③法律相談・傍聴支援 ④分科会(メンタルケア) ⑤会誌の発行、ホームページ ⑥街頭活動、講演会など ⑦諸官庁、立法府への宣伝と陳情活動 ⑧相談(法律相談、メンタル相談)	①広報・啓発(会報の発行、講演会など) ②グループへの援助(交流の場提供・活動支援) ③相談員・ボランティアなど支援者の育成 ④付き添いなどの直接支援 ⑤他機関・関係機関との連絡支援 ⑥相談(法律相談、メンタル相談)
運営主体	民間ボランティア自助団体	社団法人
入会資格	交通事故遺族、 重度被害者及び家族	B 県在住の犯罪被害者本人、家族(交通事故遺族、 重度被害者及び家族を含む)
専門家の関与	弁護士 5 名、カウンセラー 1 名	弁護士 1 名、カウンセラー 1 名
会員数	約 1000 名	賛助会員、年間相談は約 90 件、うち 6 割は交通事故に関する相談

- ③ 遺族の多くは、感情表現を抑えやすく、交通事故で大切な人を失った同じ体験をもつ人や同じ体験の仲間が集まる場は「自分の感情を出してもいい安心な場」と思っており、日常では表現できない感情を表現している。
- ④ 事故の体験を思い出すのは辛いため、日々の生活の中で、できれば語りたくないと思っているが、日常の様々な刺激に対して反応し、事故の辛い思いやしんどい気持ちを繰り返し感じており、事故後何年経っても続くことがある。
- ⑤ 心の回復に関するものとして、生活の中で故人との会話を想像で行い、故人を偲んで育てた植物の成長から故人との暮らしをイメージし、また、夢や生活の中で見る故人の映像などにスピリチュアルなイメージを持つことが、心のサポートになっている。
- ⑥ 遺族は、「なぜ、私の大切な人が」との疑問や暴力的な事故の状況に対する不条理さ、大切な人を守れなかったことへの罪悪感や自責、「同じ体験を繰り返すのではないか」という未来への不安や「同じ辛い体験を二度と繰り返したくない」「死を無駄にしたくない」といった生き方への問いに答えを求めている。

1) 気持ちを聴く基本姿勢

面接結果から、交通事故遺族のメンタルヘルス支援の第一歩は、遺族が安全で安心な雰囲気の中で、自分の気持ちや感情から本当の思いや要求が十分表現できるように支援することである。そうすることは、悲嘆の作業を助けることに繋がる。

遺族の心理状態は、死別後のどのような時期にいるかにより様々である。何を感じ、何を求めているのかを理解した上で関わっていく必要があり、その基本となるのが“聴く”である。ある人にとっては言うて欲しい言葉も、別の人にとっては傷ついたり怒りを招く結果となる。何か気のきいた言葉や励ましよりも、まずは聴くことが基本となる。

特に、事故後すぐに遺族に関わる機関の関係者や周囲の人たちは、遺族の気持ちや思いを理解しようとする気持ちを持つことが重要であろう。信頼関係を築き、話し手の気持ちや要求をクイックに聴く技術として、SAT法に基づく4つの基本姿勢がある。

SAT法²⁾は、ひらめきや連想により気づきを促す構造化(Structured)された技法である。また、誰もが段階的に技術を習得でき再現できる技術であり、全国でセミナーが開催され、傾聴技能士養成など多数おこなわれている。一億総カウンセラーを目

指したヘルスカウンセリング学会の取り組みは、大きな期待を担うと考えられる。

4つの基本姿勢(観察・傾聴・確認・共感)の詳細は誌面上割愛させていただくが、筆者が大切だと考えるのは、非言語の表情・視線・うなずき・姿勢など相手が話しやすい雰囲気と態度である。また、話を聴いているときに聴き手の心の中にわき起こる意見や決めつけ、価値観などを脇に置き相手が言ったように聴き、相手の言ったように繰り返して確認していくことが重要であるが、なかなかできずに、遺族の気持ちとのズレを生むことが多い。気持ちをみて聴くコツをぜひとも身につけたいものである。

SAT法の基本姿勢を多くの人が学び身につけることにより、死別体験者同士の活動の場以外にも、遺族が感情を表現しやすい社会環境が、広がる可能性があると考えられる。

2) 感情を感じることを助ける

遺族が感情を表現しようという気持ちになり、話すという行動をとれることも重要であろう。河合³³⁾らは感情表現を妨げるものとして、①それまでの人生の中でつくられてきた信念、パーソナリティ、自分の弱さを認めるのが嫌いな人、依存することに抵抗を感じる人、自分は自立独立の人間であると思っている人、②男性であること、③周囲の感情表現を妨げるアドバイス、④しなければならないことのあること、⑤支援者がおらず孤立していることなどと示している。

話すという行動がとれるためには、自分の本当の感情や要求がわかり、本音を抑えずに表現することが必要である。言い換えれば、自己抑制型行動特性(イイコ)や感情認知困難⁴⁷⁾などの克服が必要である。また、物事をどう捉えるかという認知によって話すという行動は異なる考える。

私たちは、自分の置かれた現実の状況を認知し判断・行動するとき、不足している情報を補うために、脳(辺縁脳や脳幹部)に記憶されている前世代を含む過去の自分の体験イメージをもとにしながら解釈をしているという⁴⁷⁾。だから、ネガティブな人は、いつもネガティブな状況の捉え方やネガティブな自己イメージを持ってしまうのである。

悲嘆の回復が、大切な人がいなくなった新しい環境に適応し、生き方や行動を変えていくことが求められているのなら、過去のネガティブな体験イメージに影響されることなく、自己イメージをポジティブなものにし、生き方に見通しをつけていくストレスマネジメントも必要と予想される。

SAT イメージ法は、ネガティブなイメージを一定の仮定法の中で、想像でいいから心の本質的欲求²⁾を充たす理想の自分を映像化して、自分のイメージを肯定的なものにしていく。SAT法の癒し技法や再養育イメージ法などを活用することで、両親から無条件に愛されたイメージの中で生まれ変わった自分のイメージを持つことができ、今の自分のイメージとの比較により満足した生き方に気づき、自己決定ができるのである。新しくつくられた良いイメージを繰り返し思い出すことで、脳神経回路へのイメージの定着が図られネガティブなイメージに対する過剰反応も弱まり、考え方や行動が前向きに変化すると論じられている⁴⁷⁾。

このような、SAT理論とイメージ法を用いた支援は、積極的支援のない交通事故遺族の心の回復に好ましい影響をもたらすものと推測する。

3) スピリチュアルな SAT イメージ法の活用から意味を見いだす

遺族の精神的な支援は、遺族が大切な人を事故で失う辛い体験を語るだけで終わるのではなく、心の不充足な辛い体験を満足した平安な体験イメージに作り変える語りをおこなうことにより、肯定的な自己イメージや生き方に繋がるものと考えられる。

宗像らは、がん患者に対して SAT イメージ法を行い、自己イメージを改善させ本当の自分をみつけ、生きる意味を見いだすことでがん患者のクオリティ・オブ・ライフや自然治癒力を向上させた⁴⁸⁾。

交通事故遺族支援においても、SAT イメージ法を活用し、時間や空間を超えた目に見えないもののエネルギーから物事を捉えていこうとするスピリチュアルな語りを通して、心の平安が得られると考える。新たな語りを通じた学びから、自分の生き方や大切な人の存在の意味の確認ができ、これから生きるための新たなメッセージを受け取ることで、事故の捉え方が変わり、メンタルヘルスも改善するものと考えられる。

今後、交通事故遺族へ SAT イメージ法を活用した関わりを通して、支援について検討を深めていきたい。

引用・参考文献

- 1) 村上和雄：生命の暗号 あなたの遺伝子が目覚める時、サンマーク出版、163 (1997)
- 2) 宗像恒次・小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理・鈴木克則：SAT法を学ぶ、金子書房、5-6, 1-4, 21-55, 6-8 (2007)
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：「人口動態統計」平成18年度人口動態統計の年間推移 (2008)
- 4) Holmes, T. H. and Rahe, R. H. : The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11, 213-218 (1967)
- 5) Bowery, J. : Pathological Mourning and Childhood Mourning, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 11, 500-541 (1963)
- 6) C. M. Parkes : Bereavement - Studies of Grief in Adult Life Third edition (1996) (桑原治雄・三野善央訳、死別 残された人々を支えるために、メディカル出版、14, 10-11, 212, 212-285, iii, 224-226, 234-242, 25-47, 373-374, 11-13, 353-354, 76 (2002))
- 7) 宮林幸江：日本人の死別悲嘆反応 グループ療法の場を活用した記述の分析、*日本看護学会誌*, *J. Jap. Acad. Nurs.*, Vol.25, No.3, 83-91 (2005)
- 8) S. フロイト・井村恒朗訳：フロイト著作集6、悲嘆とメラニコリー、人文書院所収、1927・1958
- 9) McCrae, R. R. and Costa, P. T. : Psychological Resilience among Widowed Men and Women, A 10 - Year Follow up of a National Sample. Ed. Strobe M, Strobe W, Hansson RO, eds., *Handbook of Bereavement*, Cambridge University Press, N.Y., 175-207 (1977)
- 10) 宮林幸江・山川百合子：日本人の死別悲嘆 - 性差について -, *茨城県立医療大学紀要*, 10, 55-63 (2005)
- 11) Zinsook S Shuchter SR : Time course of spousal bereavement, *General Hospital Psychiatry*, 7, 95-100 (1986)
- 12) Osterweis, M., Solomon, F. and Green, M. : Bereavement Reactions, Consequences and care. Ed., Strobe M, Strobe W, Hansson RO, eds., *Handbook of Bereavement*, Cambridge Universities Press, N.Y., 23-43 (1997)
- 13) Parkes, C. M. : Bereavement, *Studies of Grief in Adult Life*, N. Y., International Universities Press (1972)
- 14) Burnell, M. G. and Burnell, L. A. : Clinical Management of Bereavement, A handbook for Healthcare Professionals, Human Science Press, New York, (1989) (長谷川浩・川野雅資監訳、死別の悲しみの臨床、医学書院 (1994))
- 15) Worden, J. w. : Grief Counseling and Grief Therapy. Second Edition New York, Springer Publishing Company, Inc., (1991), (鳴澤寛監訳、グリーフカウンセリング、川島出版、40-47, 160, 38-40, 45-46, 23-24, 50, 55-84 (1993))
- 16) 小此木啓吾：対象喪失 悲しむということ、中央公論新社、

- 55-56, 160 (1979)
- 17) Yamamoto, J., Okonogi, K. and Iwasaki, T. : Mourning in Japan, *American Journal of Psychiatry*, Vol.125, No.12 (1969)
- 18) 松井豊：悲嘆研究の現状と今後，サイエンス社，243-255 (1997)
- 19) Clayton, P. J. : Bereavement and Its Management, In E. S. Paykel et al., *Handbook of Affective Disorders*. Edinburgh : Churchill (1980)
- 20) Mann, J. R. : Psychosocial Aspects of Leukaemia and other Cancers during Childhood, In N. K. Aaronson and J. Beckmann (eds) , *The Quality of Life of cancer Patients*, 135-9, New York : Ravens Press (1987)
- 21) Lnuidin, T. : Long-term Outcome of Bereavement, *British Journal of Psychiatry* 145, 424-8 (1984)
- 22) 宮林幸江・安田 仁：死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響，*日本公衛誌*，55 (3)，139-119 (2008)
- 23) Jacobs, S., Hansen, F. and Berkman, L. et al : Depression of Bereavement, *Comprehensive Psychiatry* 30, 218-224 (1989)
- 24) Jacobs, S., Hansen, F. and Kasl, S. et al : Anxiety Disorders in Acute Bereavement, Risk and Risk Factors, *Journal of Clinical psychiatry* 51, 269-274 (1990)
- 25) Young, M., Benjamin, B. and Wallis, C. : The mortality of widowers, *Lancet* (2), 454-456 (1963)
- 26) 河合千恵子・佐々木正宏：悲しみを支える本，*Gakken*, 202-204 (2007)
- 27) Deeken, A. : 悲嘆教育 - 悲嘆プロセスとその処方 - , *ターミナルケア*, 1 (6), 371-374 (1991)
- 28) Catherine, M. S. : *Surviving Grief and Learning to live again*, John Wiley & Sons, Inc., New York., 1992, (キャサリン・M・サンダース，白根美保子訳：死別の悲しみを癒すハンドブック，筑摩書房，62-164，55，(2000))
- 29) ロバート・A・ニーマアー編，富田卓郎／菊池安希子監：喪失と悲嘆の心理療法，*金剛出版* (2007)
- 30) 宗像恒次：悲嘆のセルフケアとしての自己カウンセリング，*日本保健医療行動科学会年報 Vol.15*，*日本保健医療行動科学会* (2000)
- 31) ジョージM.バーネル・エンドリエンL.バーネル：死別の悲しみの臨床，(1989) (長谷川浩・河野雅資訳：医学書院，180 (1994))
- 32) Lindemann, E. : Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148 (1944)
- 33) 河合千恵子・佐々木正宏：悲しみを支える本，*Gakken*, 109-110, 75-86 (2007)
- 34) 藤田悟郎：第6回大会シンポジウム 事故・事件後の長期的な支援，*Japanese Society for Traumatic Stress Studies*, <http://www.jstss.org/topic/accident/accident.html> (2002)
- 35) 警視庁交通局：平成19年中の交通事故の発生状況，2008.2.7. 発行
- 36) 大谷實：犯罪被害者支援と交通事故被害者支援，*被害者学研究*，7，1-3，(1997)
- 37) 今井好子：犯罪被害者の心の傷－交通事故で子どもを亡くした経験をとおしての－考察－，*こころの看護学*，1 (4)，365-370 (1997)
- 38) 内閣府政策統括官：交通事故被害者の支援－担当者マニュアル－，2 (2004)
- 39) 辰野文理：被害者の受ける二次被害と三次被害，*現代のエスプリ*，336，57-65 (1995)
- 40) 交通事故被害実態調査研究委員会：交通事故被害実態調査研究報告書，平成11年6月発行
- 41) 佐藤志穂子：死別者におけるPTSD－交通事故遺族34人の追跡調査－，*臨床精神医学*，27(12)，1575-1586 (1998)
- 42) 引沼有香子・矢嶋裕樹・坂野順子：交通遺児学生における死別後の二次的ストレスが精神的健康に与える影響，*The Journal of Japan Academy of Health Sciences*，8 (2)，73-79 (2005)
- 43) 藤崎郁・西山佳奈：交通事故遺族の受ける二次被害の現状とセルフヘルプ・グループの果たす役割，*日本看護研究学会雑誌*，Vol.29，No.1，89-96 (2006)
- 44) 「生命のメッセージ展」実行委員会編：いのち・未来へ，*日本エディターズ* (2005)
- 45) 久保紘章：自立のための援助論4，*川島書房* (1998)
- 46) 久保紘章：セルフヘルプ・グループとは何か，セルフヘルプグループの理論と展開－わが国の実践を踏まえて－，*中央法規*，2-20 (1998)
- 47) 宗像恒次：SAT療法，*金子書房*，154-179，24-71，44-48 (2006)
- 48) 宗像恒次・小林啓一郎：がんのSAT療法，*春秋社* (2007)

患者心理の多様性を学ぶために、 イメージワークプログラムの開発

The Development of Image Work Program to Learn the Diversity of the Patient Mentality

後藤 恵子
Keiko Goto

要 旨

人はそれぞれ、病いに対するイメージも異なれば、健康行動への動機づけも異なる。しかしながら、医療者の多くは、「患者は治療に前向きであるべきだ」という固定観念にしばられており、薬剤師においてもこの傾向は顕著である。患者のセルフケア行動を支援するためには、患者心理の多様性を知り、個々人に即した関わりが求められる。薬学教育においても、患者心理の多様性をいかにリアリティーをもって学ばせるかは課題となっている。そこで、患者心理が多様であることに自らの感覚を通して気づいてもらうために、糖尿病罹患のイメージワークとモデルグループディスカッション (SGD) を導入したプログラムを開発し、その教育的効果を検討した。SGDの結果、学生は自分と同じ健康行動を取る人がいる一方で、まったく異なった感じ方をし、異なった健康行動を取る人がいることを体感した。講義を学生の発表の後にを行うために、SGDでは、患者の健康行動が、チェックリストの結果として表現される自己イメージスクリプトや家族の病歴などからも影響を受けていることにまでは考察がいたらないグループもあった。多様性への理解はおおむね得られたものの、その背景となる要因への理解をどう促すかには、さらに工夫を重ねる必要があることがわかった。

キーワード：糖尿病イメージ (one's image of diabetes) イメージワーク (image work)
イメージスクリプト (image-script) 健康行動 (health behavior)
教育効果 (educational effectiveness)

1 はじめに

近年では、患者向けガイドラインづくりに患者自身や患者家族が関わったり、診療ガイドラインづくり自体に患者の声を反映するような試みが始まっている¹⁾。また、英国のオックスフォード大学で作

られている「健康と病いの語り」のデータベース DIPEX では、がん、心疾患、うつ、糖尿病などの罹患者やがん検診、出生前診断などのスクリーニング検査を受けた人々が自分自身の体験について語っているビデオ映像（音声のみ、テキストのみの場合もある）に、だれでも自由にインターネットでアクセス出来るサービスを提供している。(www.dipex.org)。がんや難病と診断された患者は、「自分と同じ病気を持った人が、実際どのような体験をしたのか」「自分と同じ病気になった人はどのような治療を選択しているのか」と、様々な思いを抱いてこのサイトを訪れる。DIPEX はこのように患者にとって貴重な情報源であるばかりでなく、医療者にとっても患者理解を深めるためのツールとなっており、サイトで紹介されなかった膨大なインタビューデータは研究や教育を目的とした二次利用に供されている²⁾。

東京理科大学薬学部 薬学科 健康心理学
Tokyo University of Science, Faculty of Pharmacy, Division of Health Psychology
株式会社ウェル・ケア研究所
Well-Care Institute Co.,Ltd
連絡先：
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-28-10-205 (株式会社ウェル・ケア研究所)
205, 5-28-10 Sendagaya Shibuya-ku, Tokyo 151-0051 Japan
Tel : 03-5269-7171
Fax : 03-5269-7181
E-mail : keko-wel@ff.ij4u.or.jp

このように患者主体の医療の実現に向けて新たな試みが行われてはいるものの、ともすれば客観的データや器質的な変化に基づき特定された疾病が医療の対象となり、個別の人格と背景を持つそれぞれの患者の病いは軽視される傾向にあった³⁾。

薬学部では、6年制の導入とともに、ヒューマニズムやコミュニケーション教育の重要性が問われ、患者さんの手記を読んだり、患者さんを招いて体験談や医療への要望を語っていただくような講義が行われるようになってきた。筆者が担当する授業においても、患者さんをゲスト講師として迎え、ご自身の貴重な病いの体験を語っていただく講義は学生の動機付けの上からも重要な位置づけにある。こうした授業の必要性を強く感じると共に、一方で、病いを何か特殊なものとして扱っていないだろうかと自問することがある。私たちは、いつ何どき病気にかかったり事故にあったりするかもしれない。また、病気に優劣はなく、多様性というひとことで片づけられない、さまざまな背景が一人ひとりにある。こうしたことを言葉で説明するだけではなく、体感を通して学ぶことができないかと考え、イメージワークの手法を用いることにした。想起するのはあくまで未来のことであり、実際に起こるかどうかはわからないことである。しかし、自己イメージスクリプトに基づいてイメージワークが行われれば、ある程度リアリティーをもった体験として学習可能ではないかと考えられた。

2 研究方法

1) 実施対象

薬科大学薬学科1年生 195名

2) 実施方法

イメージワークとSGDを組み合わせた授業を実施し、各自のイメージワークシートとSGDの発表内容等からその教育効果を検証した。

< 授業内容 > (75分)

(1) 自己行動特性の把握 (5分) …以下3尺度を使用

①自己価値感尺度 (ローゼンバーグによる開発、日本語版宗像による開発)^{4) 5)}

②自己抑制型行動特性尺度 (宗像)⁶⁾

③問題解決型行動特性尺度 (宗像)⁷⁾

(2) イメージワークの実施 (20分)

イメージワークシート (図1, 2) を用い、以下シートの番号に沿って、イメージワーク誘導を行う。

1. イメージワークへの導入: 軽く目を閉じ、呼

吸を整える。レモンをイメージし、色、香り、口に入れたときの感覚を確認する。

2. 「10年後、思い通りの道歩んでいる自分のイメージは?」その時の自分の姿(白衣姿か、スーツ姿か)は? 周りにだれがいるか? どこにいるのか? 自分の表情は? と、できるだけ具体的にイメージできるように誘導する。「その10年後のイメージを持つと今の気分はどうか?」

3. 順風満帆な生活を送る中、健康診断を受け、境界型糖尿病だと診断された。確かに最近よく食べる割には、運動不足だなあと思っはいた。しかし、ほんの少し疲れやすいと感じる程度で、まったく自覚症状はない。健診後、3大合併症の説明とともに、食事療法や運動療法にしっかり取り組むことで、薬に頼らず日常生活を営むことが可能という生活指導を受ける。「健診結果を聞いて、あなたはどんな心境か?」「あなたの糖尿病に対するイメージは?」「身近に糖尿病の人がいるか、いないか」「自分の予後(これからの病気の進展)にどんなイメージを持つか?」

4. さらに1年が経った。相変わらず自覚症状はない。健診結果は、境界型ではなく糖尿病であった。あなたは一生懸命食事を制限したり、運動をしたかもしれないし、日々の忙しさに負けて、これまで通りの生活を続けてきたかもしれない。「糖尿病という健診の結果を聞いて、いまだどんな気持ちか?」

5. さらに、食後の血糖が上がるのを押さえるために、毎食食直前、はしをもったらというタイミングで飲まなくてはいけない薬が処方された。あなたは家族や仕事仲間、あるいは取引先の人がいる前でこの薬を飲むことになるかもしれない。「この薬、きちんと飲み続けられるだろうか?」相変わらず自覚症状はない。

(3) 尺度の点数化とイメージワークシートへの転記、各尺度の解説 (10分)

①自己価値感尺度: 自分に対してどのくらい良いイメージをもっているかを測定している。【10項目、10点満点】評価基準: 6点以下は自己イメージが低く、自分に対して自信がない。7~8点は中程度、9点以上は自己イメージが良く、自分に満足している。自己イメージが低いと、なにを行うにも不安を伴うようになり、ストレス状態に陥りやすい。不眠や食欲不振、風邪などにもかかりやすくなる。

②自己抑制型行動特性尺度: 他者から嫌われることを恐れて自分の気持ちや考えを抑える行動特

患者さんの気持ちになってみよう！

イメージワーク

1. レモン（色、におい、唾液）←イメージできたものに丸印をつけてください。
2. 10年後に思い通りの道を歩んでいる自分がイメージできた（はい、いいえ）それは、どんな姿でしたか？ 何をしていましたか？

その10年後のイメージを持つと、今気分はどうでしょう？

●自己抑制型行動特性尺度の点数は？ _____ 点

●自己価値感尺度の点数は？ _____ 点

●問題解決型行動特性尺度の点数は？ _____ 点

図1 ワークシート表

3. 健診の結果を聞いて、今あなたはどんな心境でしょう。

あなたの糖尿病に対するイメージは？

身近な人に糖尿病の方はいますか？（はい、いいえ）
自分の予後にどんなイメージを持ちますか？

4.1年後、あなたは今どんな気持ちですか？

5.

図2 ワークシート裏

性を測定する。【10項目、20点満点】評価基準：6点以下は自己抑制が“弱い”タイプであり、自分の本音を表現できるタイプである。7～10点は“中”タイプで、時には自分の本音を表現できるが、重要な場では意見を抑えてしまう傾向がある。11～14点は“やや強い”タイプで、どちらかという自分の意見や本音は人に言わないほうが安心で、言うことに不安やさびしさ、怖さを持っている。15点以上は“かなり強い”タイプで、自分の意見や考えを言わないほうが安心で、言うことに不安や怖さがある。また頼まれるとイヤと言えないところがあり、ストレスを抱え込んでしまう。さらにそうした自分に対しても自分らしさが無いと思ひ、憂うつになりやすく、二重の意味でストレス状態におかれやすい。そのストレスへの対処行動として、タバコや飲酒、気晴らし食いなど不健康な手段を慢性的に取りやすく、高血圧や糖尿病、高脂血症などの生活習慣病にかかりやすくなる⁷⁾。

- ③問題解決型行動特性尺度：目の前にある課題や問題に対して、積極的、効果的に、そしてきわめて現実的に対処する能力がどのくらいあるかを測定する。【10項目、20点満点】評価基準：15点以上は現実的な気持ちが強く、自分の課題や課題に対して、見通しや計画を立てたり、事実確認をしながら進めていくことができる。問題回避度はきわめて弱い。11～14点は、比較的見通しや計画を立てた上でものごとをすすめていくことができる。問題回避度は弱い。7～10点は問題回避度強。失敗したりうまくいかない課題も時にはある。6点以下は現実的な気持ちが弱く、何度同じ失敗を繰り返しても、失敗から学ぶことなくマイペースで対処していく。問題回避度がきわめて強い。糖尿病においては、血糖コントロールの不良群は良好群に比べて問題解決型行動特性が有意に低く、現状を振り返る能力が低下しているとの報告がされている⁸⁾。

(4) SGDの実施と発表：SGD30分、発表10分

以下の<課題1><課題2>に関して6～7人のグループで話し合う。

<課題1>

- ・「糖尿病になった」と言われたときに、どんな気持ちになったか?
- ・薬は飲み続けられそうか?

この2点について、「自分とグループの他の人の考えが、同じか、違うか」を確認。その差はどこから生まれてくるかについて話し合う。

(イメージワークの体験をもとに、これまでの特別講義や患者手記を読んだ体験、行動特性などを参考に考える)

<課題2>

1年前に受けた保健指導の段階、糖尿病の診断結果の説明段階、服薬開始段階、それぞれにおいて医療者の望ましい関わり方を話し合う。

(「それぞれ、自分だったらこんな風に説明して欲しい」を話し、考えをまとめる)

※翌週、本プログラムを踏まえた振り返りと、患者心理、変化ステージ、保健行動の信念モデル、自己効力感理論などの講義を行う。

3) 教育効果の分析

(1) 各自のイメージワークシートとグループディスカッション報告用シートを提出してもらい、分析を行った。統計分析にはSPSS for windows 13.0Jを用いた。連続量に対しては、Pearsonの相関係数を、それ以外にはSpearmanの順位相関係数をみた。

①問2～5の記入欄の分析

- ・問2～4に関して、自由記述を内容に応じて「ポジティブ」「普通」「ネガティブ」の3段階にアフターコード化し、集計した。
- ・問5の食直前に飲む薬を飲み続けられるかに関する自由記述を「飲み続ける」「飲む」「時々飲み忘れる」「飲めない気がする」「絶対飲めない」の5段階にアフターコード化し、集計した。

②①の分析結果と各グループの報告用シートから本プログラムの教育的効果を検討した。

3 結果

1) 各行動特性尺度の平均点数(薬科大学一年生195名)

- (1) 自己価値感尺度：5.1 ± 2.3点
平均的にみて自己価値感は低い傾向にある。
- (2) 自己抑制型行動特性尺度：10.3 ± 3.2点
やや自己抑制型行動特性が高く、周りの期待に応えやすい傾向にある。
- (3) 問題解決型行動特性尺度：9.5 ± 3.4点
やや問題を回避する傾向にある。

2) イメージワークシート問2～4の分析結果(図3)

- (1) 問2-1：10年後に思い通りの道を歩んでいる自分がイメージできたと答えた学生は75.9%で、「国連に勤めている」「白衣を着て新薬を開発している」「薬局を開いて家族円満」など、ポジティブなイメージを描いた学生が54.9%に

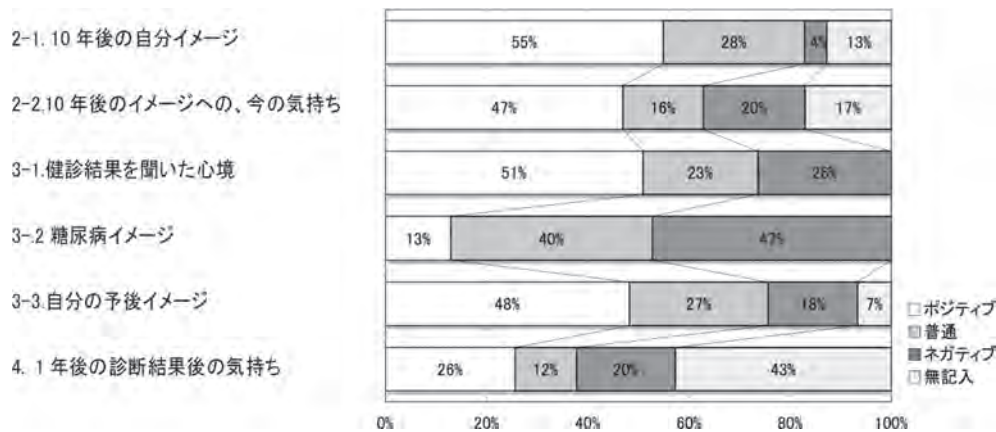


図3 イメージワークで描いたイメージ

及んだ。

- (2) 問2-2：その10年後のイメージを持つと、どんな気持ちになるかという問いには、「晴れ晴れしい」「ワクワクする」「落ち着いた感じ」などポジティブな気持ちを持つ学生が47%と若干減少し、「そうなるか不安」「心配」といったネガティブな気持ちを持つ学生が増加する。
- (3) 問3-1：検診結果を聞いた心境については、半数が「治らないわけではないのでがんばろう!」「自己管理に励む」などポジティブな心境を記述していた一方、「やっぱり」と思ったり「これからの治療はどうなるのだろう、子供も欲しいし...」という不安、「なにかの間違いだろう」と、さまざまな受けとめられ方が記述されていた。
- (4) 問3-2：糖尿病イメージについては、「生活習慣の改善で治る」などプラスイメージは13%と少なく、「生活習慣病」というような客観的な表記のほか、「味の無い食事」「二度と治らない」「失明、足の切断」など、ネガティブなイメージが半数近く挙げられた。
- (5) 問3-3：自分の予後イメージについては「きちんと自己管理をして治している」「回復する」「心持ちは大切だから日々を大切に生きている」といった前向きなイメージが半数近いが、「忙しい部署からはずされへこむ」「甘いものも濃い味付けも好きだから、より糖尿病が悪化している」「将来的にインスリンを打つのはめんどくさそう」と、悪化を予期する記述も18%あった。
- (6) 問4：1年後の診断結果後の気持ちに関しては、無記入者が43%と一気に増える。検診結果を聞いて、半数が前向きな気持ちになっていたのに、信じられない、考えられないという気持ち

の表れともとれる。「より厳しく生活習慣を見直す」といポジティブな考えが26%ある一方、「一年間が悔やまれる」「本当に自分にとって重要なものはなにかを考える」といった記述や「何も手につかない」「もう、いいか」といったネガティブな気持ちも20%みられた。

- (7) 問5：「薬を飲み続けられる」と答えた学生は43%、「飲む」と答えた学生は32%と、3/4の学生が前向きな回答であった。これは対象者がこれから薬剤師を目指す薬学生としての特徴が出た可能性もある。

3) 各行動特性間の相関関係

- (1) 自己価値感と自己抑制型行動特性尺度の得点間に負の相関がみられた ($r = -.237, p = .002$)。
- (2) 自己価値感と問題解決型行動特性尺度の得点間には正の相関がみられた ($r = .209, p = .007$)。

4) 各行動特性点数、各イメージワークの回答傾向間の相関関係

- (1) 自己価値感の高さと「10年後のポジティブイメージ想起」には正の相関がみられた ($r = .208, p = .009$)。
- (2) 自己抑制型行動特性と「服薬に対する自信度合」には正の相関がみられた ($r = .237, p = .003$)。
- (3) 問題解決型行動特性と「服薬に対する自信度合」には正の相関がみられた ($r = .164, p = .040$)。
- (4) 「糖尿病イメージ (ポジティブ)」と「健診後の気持ち (ポジティブ)」には正の相関がみられた ($r = .276, p = .000$)。
- (5) 「糖尿病イメージ (ポジティブ)」と「予後イメージ (ポジティブ)」には正の相関がみられた ($r = .226, p = .005$)。
- (6) 「健診後の気持ち (ポジティブ)」と「予後イ

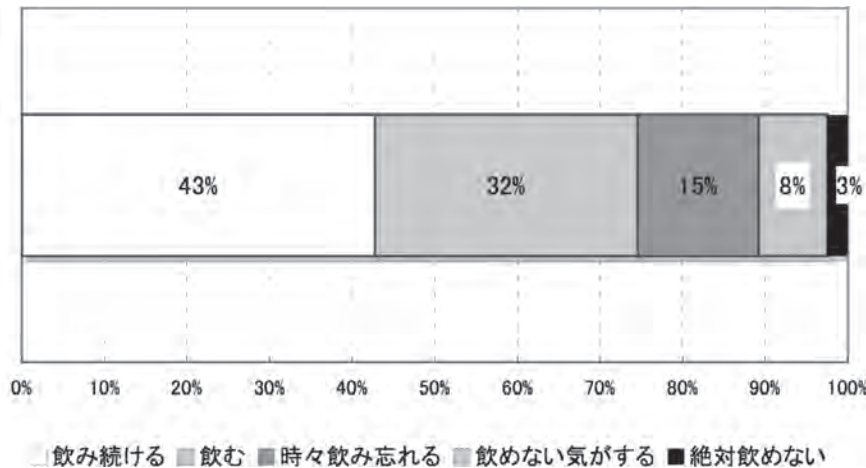


図4 薬を飲み続けられるか？

メージ (ポジティブ)」には正の相関がみられた ($r=.274, p=.008$)。

- (7) 「1年後の気持ち (ポジティブ)」と「服薬に対する自信度合」には正の相関がみられた ($r=.320, p=.002$)。

5) SGD の結果

- (1) 課題1: 「糖尿病になった」と言われたときの気持ちに関して

・グループ内のメンバーの意見はほぼ同じであるとしたグループ数: 13/28

その理由として、ほとんどのグループが、病気に対する知識レベルが一致していることを挙げていた。

・グループ内のメンバーの意見は分かれたとしたグループ数: 15/28

その理由として

- ・糖尿病罹病者が身近にいるかないか
- ・考え方がネガティブか、ポジティブかといった、性格の違い
- ・糖尿病に対するイメージの違い

などが挙げられた。

- (2) 課題2: 「病気告知の段階」、「服薬開始段階」それぞれにおいて、医療者の望ましい関わり方を考える。(自分だったらこんな風に説明して欲しいなど)

告知段階:

- ・はっきり厳しく伝えて欲しい
- ・軽く伝えて欲しい
- ・同じ目線で、生活に即して

服薬段階:

- ・「飲まないとダメ」より「飲むと良い」という伝え方

・薬の効く仕組みも伝えて欲しい

4 考察

- 1) 糖尿病罹患イメージワークは患者心理を学生自身が体感するのに妥当であったか。

本取り組みはイメージワークであり、実際糖尿病と告げられた場合には、イメージとは異なる行動をとる人もいであろう。そのことを前提に、イメージワークシートの記述内容の分析や変数間の統計分析などを読み解く必要がある。しかしながら、各行動特性尺度の得点は回答者の自己イメージスクリプトを反映していると考えられるが、尺度の得点と解答傾向には納得のいく相関がみられ、学生は自己イメージスクリプトに基づいたイメージワークを行っていたことがわかった。わずか20分程度のイメージワークにおいて、自分の生き方についてまで考えを巡らす学生が数名いたことも特記しておきたい。

自己抑制型行動特性と「服薬に対する自信度合」には正の相関がみられた ($r=.237, p=.003$) が、これは周りの期待に合わせて行動を取ろうとするイイコ心からか、あるいは薬学生として「薬は飲むべき」という意識の反映であろうか。実社会に出た場合、食直前に飲む薬が周りの目を意識するあまりに飲めないことある。社会人では、こうした相関関係がみられるだろうか。社会人に対してもこのイメージワークを行い、比較検討してみたい。

今後、服薬を戸惑うような状況についてももう少し詳しくイメージ誘導で触れ、さらに検討を加えることで、このイメージワークの目的到達度は増すと考えられる。

2) SGD で十分な議論が行われたか。

学生は自分と同じ健康行動を取る人がいる一方で、まったく異なった感じ方をし、医療者に対しても多様な要望のあることを理解した。課題 1,2 に関して、グループ構成員が同一意見のグループであっても、他グループの発表を通してさまざまな意見に触れることができた。

また、ディスカッションの中で、治療意欲に支援者の存在をあげるグループも多く、次回から血糖コントロールに影響をもたらすことが報告されている⁸⁾ 支援ネットワーク認知尺度⁶⁾ も加えることを検討したい。

多様性への理解はおおむね得られたものの、低学年ではその背景となる要因への理解をどう促すかが課題として残った。どのグループにおいてもイメージワークで抱いた気持ちや感情からも考察が深められるように質問をいくつか準備したり、今回の分析結果を授業で紹介するなど、さらに工夫を重ねていきたい。

5 最後に

糖尿病患者のイメージワークを通して、さまざまな思いやそれぞれの生活を抱えながら人が病いとつきあっていくとはどういうことかを感じ取ってもらうことができ、それを学生同士でシェアすることで、自分と他の人では病いの捉え方も健康行動への意欲も異なることを理解する機会を得たものと考えられる。短いイメージワークの中で、「自分にとって大

切なものはなにか」、「どう生きていくべきか」までを考察した学生もおり、予期せぬ成果と言えよう。こうした講義を実施する機会がある方は、ぜひ、このプログラムを活用し、その成果と改善方法についても意見をいただけたら幸いである。

引用・参考文献

- 1) 大熊由紀子・開原成充・服部洋一：患者の声を医療に生かす，医学書院（2006）
- 2) 公開フォーラム記録集「患者の語り」が医療を変える デイバックス・ジャパン：健康と病いの語りデータベース刊（2007）
- 3) 日野原重明：人間医療学（岩崎榮・高柳和江編）252，南山堂（1997）
- 4) Rosenberg, M. : Society and adolescent self-image. Princeton New jersey, Princeton University press（1965）
- 5) 宗像恒次・高臣武史・河野洋二郎・デビッド ベル・リンダベル：日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究，昭和 62 年度厚生省科学研究報告書（1987）
- 6) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，25-29, 128-129（1996）
- 7) 宗像恒次：心の想起・伝達・変換の科学（6）潜在化した未解決な感情を測定する，ヘルスカウンセリング，3（6），94-102（2001）
- 8) 山内恵子：糖尿病のヘルスカウンセリングカウンセリング医療と健康，金子書房，46-49（2004）

メンタルヘルス不調による長期休業者の 職場復帰支援の試み —SAT法を取り入れたプログラムの効果—

A Study of Return to Work Support after
Long Term Absence due to Mental Illness
the Effect of the Structurd Asociacion Technique Program

奥野 久美子
Kumiko Okuno

要 旨

今日の職場でのメンタルヘルス不調者、特にうつ病の増加は、産業主義社会の下で、企業のグローバル化とIT化の進行などの中で起こっていると思われる。2006年度の脳、心臓疾患の労災認定件数は過去最多の355件にのぼった。また、うつ病など精神障害による労災認定件数も前年度に比べ、1.6倍に急増し、過去最高となった。技術革新、リストラ以降の人事施策の劇的変化、成果主義、情報化が進む中、職場を長期に休業せざる得なくなる労働者は急増している。今回、半導体関連A事業所で、半年間～2年間、メンタルヘルス不調で長期に休業していた労働者4名が職場復帰するにあたり、SAT気質コーチングを取り入れたストレスマネジメント、SATイメージ法を用いた職場復帰プログラムを実施した。それぞれの個人に対して、3～4回の面接を行い、SAT法の介入面接を実施した結果、4人中3人は抑うつ度の低下、自己価値感の上昇が見られたので報告する。

キーワード：自己イメージスクリプト変更法 (therapy to change self-image script)
環境調整 (environment adjustment) うつ病 (depression)
職場復帰支援 (back-to-work support)

1 はじめに

平成14年度の「労働者健康状況調査」(厚生労働省)では、「仕事や職業生活で強い悩み、ストレスを感じている」と回答した労働者の割合は61.5%にのぼる。うつ病の増加を示す患者調査の結果(1999年～2002年)では、気分障害の患者数は44万人から71万人へと大幅に増加している。うつ病の年

代別増加率を見てみると、30歳代の増加が著しく、男性が1999年には25人/人口千対が2002年には68人/千対に、女性でも31人/千対が94人/千対になっている。若い働き盛りの世代にうつ病が増えている。長期休業に繋がるケースも多く、企業の現場はその対応に追われている。かつての日本の経営下で見られた協調性が低下し企業競争力のための人員削減を伴うフラット化の中で、管理マネジメント力の低下などがうつ病の増大の背景にあると思われる。工業化社会でのピラミッド社会では、トップの意向、命令に基づく個人の労働という「他者報酬型労働」が求められたが、情報化社会では、情報化社会の担い手には個人が独自で判断し、自分自身が満足し、他者とアサーションに共存する「自己報酬型労働」が求められるのである。職場のうつ病の増大の背景には、この適応がうまくいかないことがあると思われる。

産業看護職

Industrial Nurse

ヘルスカウンセリング学会公認ヘルスカウンセラー

Registered Health Counselor, Academy for Health Counseling

連絡先

〒537-0023 大阪市東成区玉津2-10-22 ロイヤルハイツ宏和C-3

C-3 RoyalHitsu Kowa 2-10-22 Tamatsu Higashinari-ku Osaka-shi Osaka, 537-0023 Japan

E-mail : kumikuno@m3.gyao.ne.jp

2 メンタルヘルス不調による長期休業者への職場復帰支援の現状

(財)社会経済生産性本部メンタルヘルス研究所の調査(全国の上場企業対象)では、メンタルヘルス不調が原因で1ヶ月以上休業している従業員がいるのは、2002年は58.5%、2004年は66.8%、2006年は74.8%と急速に増加している。

では、休業している労働者への支援はどのようにおこなわれているのだろうか。

厚生労働省は2004年12月に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」¹⁾を発表した。これでは、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまでを5つのステップに分けて説明している。

しかし、「手引き」では、手続き上の確認事項は記載されているものの復帰支援の中味(プログラム)には触れられていない。

うつ病の社会復帰支援としては、うつ・気分障害協会(MDA-Japan)の「職場復帰プログラム」²⁾がある。MDA-Japanの就労プログラムには、うつ病の学習、セルフケアとしての認知行動療法プログラム、家族の教育、などが網羅されている。このプログラムは比較的高学歴で公務員やホワイトカラーの労働者に限定されている。

3 SAT法を取り入れた職場復帰支援プログラムの試みの目的

職場のメンタルヘルス向上、メンタルヘルス不調者の再発予防の観点から、メンタルヘルス不調で長期休業した労働者が職場復帰する場合、受け入れ可能な職場環境を調整する。職場復帰後、労働者自身がセルフケア能力を発揮し、ストレスマネジメントができるように支援する心理的サポートとして、従来の心理療法は再発予防の効果が証明されていない³⁾。予後は必ずしもいいものではない。メンタルヘルス不調で休業中の労働者の中には、うつ病を発症した自分自身の個人要因として、持って生まれたDNA気質が関与することを知らずに苦しんでいる人も多いと考える。生真面目、完全主義などの「気質」

を理解してストレスに対処することが職場復帰をスムーズにし、復帰後の自身のストレスマネジメントに生かすことが必要になっている。また、職場での人間関係を円滑にするために私表現で自分の思いを伝えることのできる「アサーティブスキル」などの学習は不可欠である。さらに、これまでの周囲の目を気にして自分を出さず我慢するという心理特性に影響されている「自分イメージ」をポジティブな自分イメージに変化することが職場復帰プログラムに必要であろう。そこで、本職場復帰プログラムの試みには、自己イメージの変容に効果のあるSAT療法を取り入れた。

4 うつ病の心理療法

うつ病の治療は、薬物療法が主流となっているが、抗うつ剤の中にはパキシルなど自殺行為誘発の危険性を指摘されているなど強い副作用のあるものもある。再発予防には環境調整と心理療法のプログラムを用いる。心理療法では、認知行動療法が多く用いられているが、効果は心理療法家の習熟度により大きく異なる⁴⁾。認知行動療法では、不安は学習された習慣によるとし、症状の消失が治療目標であり、時間的アプローチは客観的な現在に限定しているので根本的問題は残るので必ずしも予後はいいとは限らない。SAT療法では、うつ病の再発予防の心理療法を受けた10名はSAT療法終了後3年間再休業者なしという報告がある(田中、2007)。

5 認知行動療法とSAT療法

本報告では、心理的サポートは技法として、SAT法のうち、SAT気質コーチング法、SAT未来自己イメージ法、SAT宇宙自己イメージ法、SATソーシャルスキルの中のアサーション法を取り入れたが、従来のうつ病の職場復帰支援プログラムに使用されている認知行動療法との違いについて述べる。認知行動療法は思考パターンを変えることを目的とし⁵⁾、SAT法は自己イメージの変容を目的とする特徴とする。

表1 SAT法と認知行動療法の比較

SAT法とは	認知行動療法とは
<ul style="list-style-type: none"> ・ 構造化された質問による右脳のひらめきを用いる。 ・ 仮定法を用いて、自己イメージを変容させる。 ・ 時間性の移動が過去・現在・未来と自由に行き来できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思考のあり方に注目する。 ・ 自動思考、思い込みを認知し、思考パターンを変容する。 ・ 現在進行形の出来事に焦点を当てる。

6 なぜ、カウンセリングの中で時間性の移動が自由にできるとよいのか

時間性の移動という観点から両技法を比較してみる。認知行動療法では、現在の行動は過去や未来との関係で言うと、クライアントが抱く未来への期待が現在の行動を決定していると考えられる。また認知モデルは、“発達初期の経験が自己の将来に対する否定的な概念形成する、そして、それは環境によって活性化される”という考え方に基づいたものである⁶⁾。過去-現在、現在-未来は切断された一方向のモデルであると言える。

SAT法ではどうだろうか。例えば、SAT未来自己イメージ法では3つの心の本質的欲求が段階的に充足される過程を過去-現在-未来へと自由に移動できる仮定法を使っている。

まず1に100代前から子が親に愛されている(3世代前まで遡り、現在まで連続している時間)イメージで、あなたがやってみたい「楽しい事、リラックスできること、幸せなこと、元気が出ること」を非現実主義で、脳内体験で詳細な映像を作って、第2に自分を信じ、自分に自信がつくこと、チャレンジできることを映像化する、それを終わるとどんな自分になっていますかという問いかけで本来の自己のイメージを引き出す。カウンセリングの中で、時間移動を臨機応変に行う。チャレンジするイメージが出にくい際はもう一度前世代に遡り、祖父母から父や母が十分愛されたイメージを詳細に映像化することで、もう一度未来に向けてイメージするというように、自由に過去と現在と未来を行き来することが

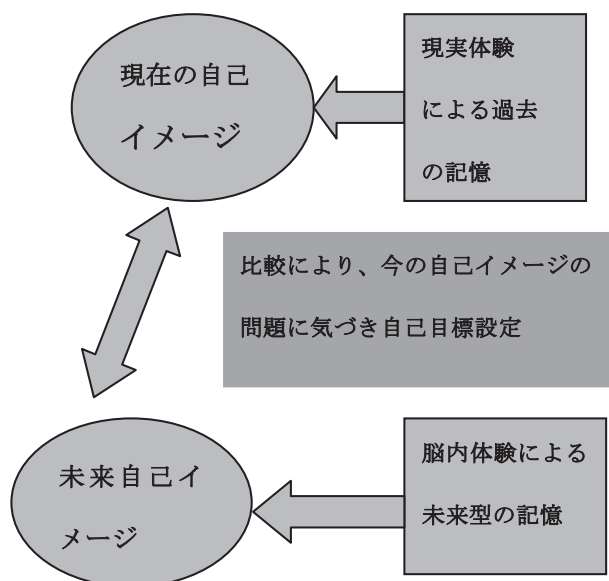


図1 未来自己イメージ法の効果の原理 (宗像恒次, 2006)

できる。人は未来を見ていると思っているが、未来は過去の記憶イメージに基づく予期である。(宗像2006)⁶⁾

7 プログラムの対象

今回プログラム実施の対象となったのは、半導体関連の製造業A事業所で、メンタルヘルス不調で長期休業し、職場復帰した労働者の4事例で、いずれも男性で、20代2名、30代1名、50代1名で、職場復帰にあたり、産業医の承認を得てA事業所の総務部環境グループと受け入れ職場の環境調整がなされた者を対象とした。

研究に協力いただくA事業所および4名の労働者の方には、研究の主旨、方法などを説明した。また、公表のデータは個人の属性などを加工して発表することを説明し、同意を得た。

8 研究デザイン

A事業所で2005年、2006年にメンタルヘルス不調で長期休業(6ヶ月~2年間)し、主治医と産業医の承認があり、会社の同意を得て職場復帰した労働者4名に対して、今回の職場復帰プログラムを提供した。

全体を2期に分け前半(プロジェクトI)を2007年2月~5月に3回の面談、後半(プロジェクトII)を2007年6月~9月に4回の面談を行い、環境調整およびSAT法(SAT気質コーチング、SAT未来自己イメージ法、SAT宇宙自己イメージ法、SATソーシャルスキルのアサーション法)のプログラムを実施した。実施はヘルスカウンセリング学会によるSAT法の公認資格者である筆者がおこなった。プログラム前後で測定した心理行動特性は以下のとおりである。

- ①自己価値感尺度(Self-Esteem)：M. ローゼンバーグ(日本語版：宗像)
自分に対してどのくらい価値を持っているか。
0~6点：低い 自分殺しの自己イメージ
- ②自己抑制型行動特性(宗像)
0~6点：自己表出度が高い
- ③情緒支援ネットワーク認知(宗像)
8~10点：自分を愛し認めてくれる人が居ることを感じている。
家族内と家族外で測定
- ④問題解決型行動特性(宗像)
7~10点：問題回避症状が出てきている。

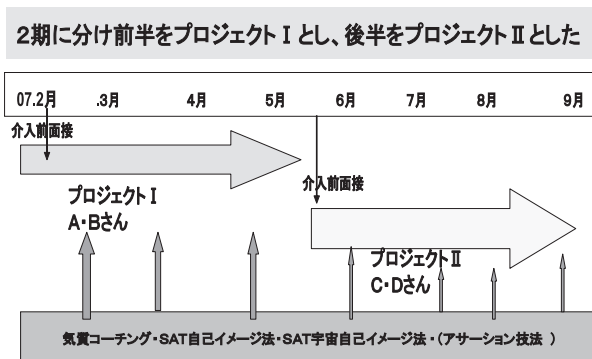


図2 研究方法

表2 Aさんの氣質・心理特性

Aさんの介入前の 遺伝的氣質チェック	循環4点、粘着3点 自閉5点 不安4点、新奇追求5点 執着3点 (4~5点が該当氣質)
Aさんの介入前の 心理特性	自己価値感:6点 自己抑制型行動特性:10点 情緒的支援認知家庭内:10点 情緒的支援認知家庭外:6点 問題解決型行動特性:9点 対人依存型行動特性:6点 特性不安:38点 抑うつ度:36点

- ⑤対人依存型行動特性尺度 (宗像恒次)
6~10点: やや対人依存的 11以上: かなり対人依存的
 - ⑥不安傾向 (吉羽一弘・宗像恒次)
35~41点: やや強い 42以上: かなり強い
 - ⑦抑うつ度 (吉羽一弘・宗像恒次)
49~68点: うつ気分が強い 69以上: 強い
- プログラムの効果は、復帰後の定着期間、心理行動特性の変化、自己イメージの変化を評価することとした。

9 プロジェクトIの経過と結果

プロジェクトIは若い層で予後がよいと予想される2事例

①人から認められる仕事よりも自分の工夫や創造力を活かせる仕事に喜びを見出したAさん
Aさんは大学で学んだ事をそのまま活かせる仕事をイメージしていたが、現実には、専門外の装置機械の設計が担当となった。疑問があっても上司や同僚に聞けなかったという。

Aさん: 24歳・男性・技術職
発症までの経過: 新卒でA社に入社(2005年4月)。
2005年10月: 睡眠障害、食欲不振、思考停止などの症状が出る。

2006年1月: 帰省し、自宅療養となった。(抗うつ剤)

診断名は「適応障害」

2007年1月 職場復帰

家族・生育歴: 独身、寮で一人暮らし。郷里には祖母、両親、妹。父は技術職。まじめで実直、規律にうるさい。祖父より厳しく育てられた。母は非常に積極的な人で、PTAの役員もしていた。高校時、一時的にAが不登校になったというが、母親は「私が治した」という。職場復帰にあたり、

「ものづくり」をやりたいというAさんの希望を取り入れ製造職に配置転換してもらった。

Aさんは、該当氣質が循環氣質、自閉氣質、不安氣質、準該当氣質は執着氣質、粘着氣質で、どの氣質も持ち合わせており、重複氣質である。初めて仕事に就いて「誰にも聞かずにできるはず」という自己イメージにこだわるところがあったようだ。養育過程では父が厳格、母は明るくムードメーカーという家族役割が見られた。Aは「おにいちゃんだから」甘えたいのに我慢したり言えなかった自己抑制的な行動があった。

Aさんの未来自己イメージ法

Q1: F1レーサーになり、自分のマシンに乗り、世界中のレース場に行く。

レースの合間には、そこの土地を旅して歩き回ったりする。

Q2: 4~5年 いろんな土地に行き、土地に触れ合う

Q3: 潜水艦に乗って海底探検をする。5年くらい。

Q4: はじめは注目を浴びたい自分だったのが地球の謎にせまるようになり豪快な自分のイメージ。服装はセーラー服で表情は明るい。

Q5: もう少し大雑把に生きてもいいと思う。

100%でなくてもいい。

Aさんの宇宙自己イメージ法

Q1: (どのような自分になりたいですか)

もう少し人前ではじけるような自分

現在の自信度 50% 目標自信度 80%

Q2: (目を閉じたままで、幼い頃の写真を思い出してください。……その自分がどのような宇宙環境の中で存在すれば、気持ちよく理想のイメージになりますか)

あたたかい色をしている。真ん中にボールのようなものがあり光があたっている。自分もそこにいる。

Q11: (では、これからどのような自分になっていけばいいですか。) 素直でお互いを助ける。自

表3 Aさんの心理特性の変化

測定項目	介入前	1回目	2回目	3回目
自己価値感	6	8	10	10
自己抑制度	10	6	6	6
情緒的支援認知家族内	10	9	9	9
情緒的支援認知家族外	6	6	5	5
対人依存度	6	3	5	3
問題解決度	9	13	12	12
特性不安	38	37	38	36
抑うつ度	36	32	37	35

分も人からいろいろしてもらえると自分になっていた。

自己イメージがポジティブな自己イメージに変化していることがわかる。

表3：Aさんの心理特性の変化

1年間の休業期間を経て、職場復帰したAさんは、徐々に自分への自信を取り戻し、持って生まれた遺伝的気質(循環気質の気さくさや粘着気質の集中力、新奇追及の探究心、自閉気質の自分を磨く喜び)を活かすことを意識しながら、本来の自分を大事にしていく生き方をしたいと考えている。

②メンタルヘルス不調による休業をきっかけに、自分を見つめる中で自分を信じ歩むことができ、人生のパートナーと出会えたBさん(28歳、男性、技術職)

Bさんは、大学を卒業しA社に入社し、半導体の装置の技術開発に携わってきた。

2005年2月～4月、韓国に出張中の現場で仕事のストレスが負荷になった。スケジュール的に無理な納期、外注の労働者を連れているので、現場の指揮や責任感が強いのしかかってきたのだという。自責感がある一方で、「オレは知らないよ」と逃げ出したかった。帰国後うつ状態に陥った。

Bさんの家族・生育歴

父は高校教師、厳格、母も給食の仕事で共働き。Bさんが幼稚園の年長～小学5年の間父は単身赴任で不在。母は働きながら2人の子を育てなければならなかった。「お母さんに心配かけないように」言いたいことを我慢していた。

Bさんは1年間の休業の後、職場に復帰することになったが、復帰する受け入れ職場の環境調整をしなければならなかった。元の職場では、海外出張があり心理的負荷が大きいので社内での企画スタッフへ配属転換をしてもらった。

ここでは、Bさんの面談とともに職場監督者への教育も同時におこなった。

Bさんのこれまでの自己イメージ(自己脚本)で

表4 Bさんの気質・心理特性

Bさんの介入前の 遺伝的気質チェック	循環4点、粘着4点 自閉3点、不安4点 執着4点、新奇4点
Bさんの介入前の 心理特性	自己価値感3点 自己抑制型行動特性10点 情緒的支援認知家族内：3点 情緒的支援認知家族外：10点 問題解決型行動特性4点 対人依存型行動特性4点 特性不安59点 抑うつ度44点

は執着気質があり、満足を知らない。仕事上では、常に完全に出来ることを目指し、できなかったことで自責を感じていた。幼い頃より、父の顔色を見て、社会的に「笑われないように」生きることが習慣化していた。気分が移りやすいところがあり、人と交わることは好きだが筋の通らないことにはこだわるところもある。両親の共働き、父の単身赴任で、母に負担を掛けないように無理やり自立するようになった。几帳面でいい加減なことは嫌い。というものであった。

Bさんの父も循環、粘着、執着、新奇追及と重複気質があり、父子とも生真面目さや責任感強く、完全主義なところがありそれがBさんの父へのこだわりとなっていた。

SAT 未来自己イメージ法 (Bさん)

未来の自己イメージ

Q4：飾らない(自然な)自分・ラフな服装

Q5：(その自信を持った元気な自分から、今の自分を見るとどのように見えますか)

まだまだだなあ。そこで終わりじゃないよ。

もっと感動できる場所があるよ。もっといい自分になれるよ。

Q6：(では、これからどのような自分になっていけばいいですか)

○自分の思いや気持ちを素直に伝える。

○穏やかな気持ちで生きる。

○感謝して生きる。

Bさんの心理特性の変化(図3)

自己価値感上昇し、抑うつ度は低下した。

プロジェクトIの考察

プロジェクトIでは、青年期のキャリア形成期における不適応で、自己イメージは「完全にやれる自分」から「本来の自分-ゆったりとした穏やかな自分」への転換で、自分が楽しめるキャリア形成になった。

両者のケースとも1年間の長期休業を経て職場復帰をして、環境調整、生活リズムを付け、本プロゲ

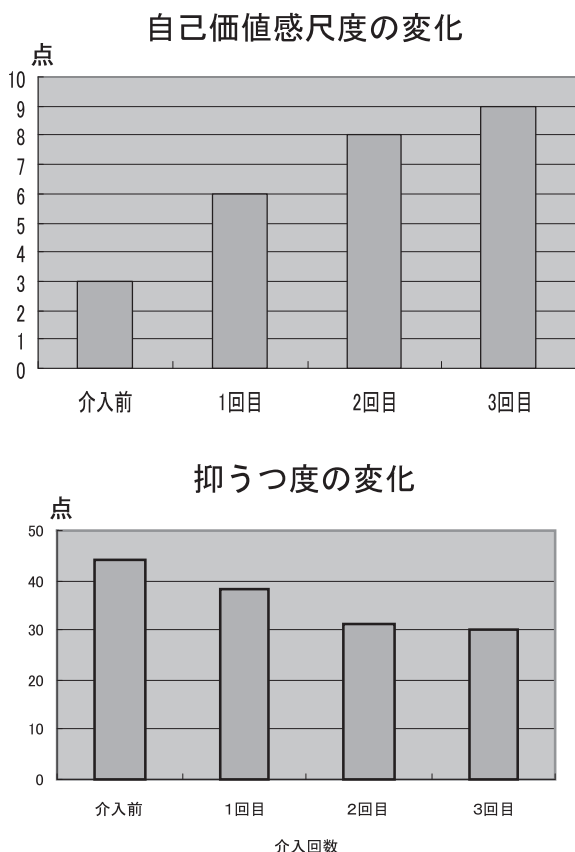


図3 Bさんの心理特性の変化

ラムを行った結果、心理特性の変化は自己価値感の上昇、自己抑制型行動特性の低下、抑うつ度の低下が得られ、復帰後の定着は1年間を超した。青年期のアイデンティティの危機を乗り越え人格の成長の一段階を上ったとしたら、本人自身の人生にとって有意義な期間であったと考える。

10 プロジェクトIIの経過と結果

プロジェクトIIでは、反復性うつ病の50代男性の事例、そして30代男性で、いったん復職したが、うつ病の再発で2回目の休業に入っていた事例の2例であるが、予後が難しいと予想していた。

③几帳面なCさんは、マイペースでできる仕事と家族からの愛に見守られ、気持ちを伝えられるようになった。

Cさんは、反復性のうつ病で、約10年前にも同じようなエピソードがあり、これというきっかけははっきりせず、うつ病が再発した。

事例：Cさん (55歳、男性、技術職)

家族構成：妻と子2人

発症までの経過、休業期間：2006年1月頃から身体がだるく抑うつ感あり。心療内科で抗うつ剤を

もらい服用。4～5月にさらに不調になり、薬を増量した。6月になり、会社に行こうとするが、体調不良で月に半分以上欠勤。「仕事のことを考えると眠れない」。睡眠障害が続く。2006年12月～2007年5月まで再度休業した。既往歴として10年前に憂うつ、落ち込みあり神経科で抗うつ剤をもらったことがあった。

生育歴：小学5年のとき、父が交通事故で亡くなった。母は3人の子を育てCさんも大学まで卒業させた。(その母も2006年3月に亡くなった) 31歳で設計会社からA事業所に転職。30代では大きな装置の設計を手がけ、忙しい日々であったという。

宇宙自己イメージ法 (Cさん・2007.8月)

Q1：(宇宙のイメージから理想の胎内イメージに切り替え……どのように変化していきますか?)

Cさん：ピンクでやわらかい。子宮の壁はやわらかい。身体は楽だ。

Q2：(理想の胎内イメージで生まれてくるとご両親はどんな表情で迎えてくれますか?)

Cさん：ニコニコしている。「おめでとう」と言ってくれる。

Q3：(あなたはどのような人になれそうですか。決して考えないで……ひらめいた自己イメージ、それが本来のあなたです。)

Cさん：やさしい人、おだやかでニコニコしている。自信がある。どっしりしていて品がある。

Cさんの自己イメージの変化はどのように起こったか。

Cさんは、幼い頃、交通事故で父を亡くした。お父さんに会えない淋しさがあつたが、お母さんに心配をかけちゃいけない。自己抑制が強い。理想の宇宙のイメージから理想の胎内のイメージに切り替え、安心して両親から誕生を喜ばれるイメージへ変化し、自己イメージの変化をもたらしたと考えられた。橋本らの研究によると、両親イメージは自己イ

表5 Cさんの気質・介入前の心理特性

気質	循環2点、粘着3点 自閉5点、執着4点 不安2点、新奇0点
心理行動特性	自己価値感：5点 自己抑制型行動特性：10点 情緒的支援認知家族内：8点 情緒的支援認知家族外：3点 問題解決型行動特性尺度：8点 対人依存型行動特性尺度：6点 特性不安尺度：47点 抑うつ度：46点
環境調整	職場復帰に際して部署の配置転換。昔いっしょに仕事をした上司がサポートすることになった。

メージに有意な影響力を持ち、自己価値感の高さや自己否定感の低さと両親イメージの良さは有意に関連したと述べている⁷⁾。

心理特性の変化では、自己価値感が介入前の5点から9点に上昇し、抑うつ度は46点から40点に低下した。Cさんは、「休業中、家族が黙って温かく見守ってくれたことを感謝します」と言い、家族に率直に自分の気持ちを伝えたいと語ってくれた。

④面談の中断にいたったDさん

Dさんは今回のプログラムを試行していただいた1事例であるが、途中で本人からの申し出により中断した事例である。

事例：Dさん（33歳、男性、製造職）

家族構成：妻と3人の義理の子

発症経過：2003年頃より偏頭痛に悩まされる。2005年5月、心療内科を受診し「うつ病」と診断される。2005年6月～9月休業。

2005年10月に入社するも「リストラ面接」をきっかけにうつ病が再発した。2005年10月～2007年5月休業。2007年6月より職場復帰。

生育歴：東京近郊で生まれた。両親はDさんが幼い頃より不仲であった。中学生の時、イジメに会い、「人間不信」になった。工業高校卒業後、A社に就職。気質と心理特性：該当気質は、執着、自閉、不安、準該当気質は新奇追及気質。

心理行動特性は、自己価値感2点、自己抑制型行動特性12点、対人依存度9点、問題解決度5点、不安傾向50点、抑うつ度49点、情緒的支援認知（家族内5、家族外1）

Dさんの結果と考察

Dさんの事例では、家庭環境が悪化していた。妻がうつ病で刺激にたいして過敏に反応するなど家族の緊張（高いEE状態⁸⁾が存在した。復帰が決まったら、できるだけ家庭を訪問して家族にもカウンセリングをする必要があったと思われる。また、自分は胃がんだと思い込むなど、身体症状が強く表面に出ていることが不安定の要因になっていたが、うつ病の身体症状は持続していた。プログラム中断後も日常の身体症状を相談する状況は変わらなかった。自分の問題には直面したくないが、誰かに頼りたい、自分を出すことには強い恐怖があることが見受けられた。また、プログラムの提供には、動機付けがきわめて重要で、不安気質の被害妄想や対人恐怖

の強い人でも最低、自分のことを見てみたいという動機がプログラム開始には必要であることが示唆された。

11 結果のまとめ

1. 休業者の職場復帰には、事前の環境調整が重要である。
2. SAT 気質コーチングは職場復帰後のうつ病再発予防の執着気質のメンタルセルフケアに有効である。
3. SAT 法を取り入れたプログラムの試みでは、4例中3例は自己価値感が増し、抑うつ度は低下した。
4. SAT イメージ法の施行は肯定的な自己イメージに気づくことに効果があると思われる。
産業の現場では今後10年間でさらにメンタルヘルス不調者は増大すると予想されている。本研究プログラムを職場復帰支援のシステムとしてさらに研究していきたい。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：心の健康問題により長期休業した労働者の復帰支援の手引, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1a.html> (2004.10.16 公開)
- 2) うつ・気分障害協会編：「うつ」からの社会復帰ガイド, 岩波アクティブ新書, 115. 98-123, 岩波書店, 東京 (2006)
- 3) 高梨葉子：認知行動療法を用いたうつ病の再発予防に関する研究. 慈恵医大誌, 117 (6), 405-417 (2002)
- 4) Bermi Curwen/Stephen Palmer/Peter Ruddell 下山晴彦監訳：認知行動療法入門 短期療法の観点から. 金剛出版, 東京. 75 (2006)
- 5) Bermi Curwen/Stephen Palmer/Peter Ruddell 下山晴彦監訳：認知行動療法入門 短期療法の観点から. 金剛出版, 東京. 104-105 (2006)
- 6) 宗像恒次：SAT 療法. 金子書房, 東京, 151 (2006)
- 7) 橋本佐由理・樋口倫子・中野智美：両親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影響に関する調査研究. 日本保健行動科学学会年報, 19, 31-40 (2004)
- 8) 西尾雅明：統合失調症に対する偏見除去の方法に関する研究. 厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉統合研究事業分担研究報告書）東京, 17 (2004)

管理栄養士養成課程におけるSAT法を活用した カウンセリング授業の教育効果

An Educational Effect of the Structured Association Technique Counseling Method in a Dietitian Management Training Course

植松 節子
Setsuko Uematsu

要 旨

はじめに：管理栄養士養成系の学生が、授業の他に臨地実習の現地体験や管理栄養士国家資格の勉強など、ストレスフルな環境の中で、いかにセルフケアし課題達成するかが重要である。

本研究は、栄養ケア概論の授業にSAT法を活用したストレスマネジメントプログラムを実施し、授業開始前・プログラム中間時点・授業終了後の心理データから、プログラムの介入効果について検討することを目的とした。

方 法：プログラムの実施期間は、平成19年9月から平成20年2月の間で、各回90分を15回実施した。有効回答数64（男性8名、女性56名）であった。調査方法は授業開始前、授業開始から7回目、終了後の3時点で行った。

結果および考察：1) 授業開始前に比べ特性不安尺度は開始から7回目と終了後に、自己価値感・自己抑制度・問題解決度・家族外情緒的認知度・対人依存度は終了後に有意な変化がみられた。家族内情緒的認知度・ラブパワーにおいては有意な得点の差はみられなかった。2) その得点の変化は、ストレスに強い心理特性の得点への変化と精神健康が向上する方向への変化であった。3) また未来自己イメージ法、宇宙未来自己イメージ法、気質コーチングを施行しての自由記述の感想を、自己成長や自己変容の効果の要因をカテゴリー化した結果、「リラックス」や「目標」ができたという前向きな感想があげられた。

これらの結果から、SAT法を活用したカウンセリングプログラムは、カウンセリングスキルを習得しながら、ストレス耐性を養い精神健康が向上し、自己成長や自己変容を支援できるという教育効果があることが示唆された。

キーワード：SAT療法（structured association technique）教育効果（educational effectiveness）
心理特性（psychological characteristics）精神健康（mental health）
栄養士（dietitian）

1 はじめに

管理栄養士が円滑に栄養指導を行うには、高度なコミュニケーション力が必須である。なぜならば、栄養指導に際し行動変容を支援するための他者受容力など

の高いカウンセリング力が必要となるためである。

厚生省は平成20年度から、医療制度改革大綱を踏まえ「生活習慣病予防の徹底」を図るために、医療保険者に対して、糖尿病等の生活習慣病に関する健康健診（特定健診）及び健診結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（特定保健指導）の実施を義務付けた。

保健指導者の一人者として携わる管理栄養士が健診データを読み解き、検査結果と生活習慣や食生活状況等のアセスメント結果から対象者の状況に応じた代謝の説明および生活習慣改善の支援と行動変容に至るまでの保健指導の各ステージで必要な支援ができる、専門性の高い管理栄養士が求められている。一方管理栄養士の教育養成においても、先駆けて平

東京聖栄大学健康学部 管理栄養学科

Tokyo Seiei University

連絡先：

〒124-0025 東京都葛飾区西新小岩1-4-6

1-4-6 Nishishinkoiwa Katsushika-ku Tokyo Japan

TEL：03-3692-0211

FAX：03-3692-0213

E-mail：uematsu@tsc-05.ac.jp

成14年から管理栄養士の新カリキュラムは、行動科学やカウンセリングなどの理論と技術の習得する内容に変わっている。

管理栄養士として地域や医療・福祉施設などにおいて対人援助職を目指すためには、まず学生が自分自身をモデルにパーソナリティチェックし、自己理解をしながらストレスマネジメントを養い人間性を深めることが重要である。それは、栄養カウンセラーとなる管理栄養士の自己成長なくしてクライアントの支援はできないからである。対人を援助する場合、ケアを受ける人の心を意識してケアを行い、ケアに携わる人はケアする時に生じるさまざまな心理的葛藤を乗り越えることが大切である。ケアする際の内面に生じる感情を十分に理解していないと、思いやる心は出ない⁴⁾。

ヘルスカウンセリングでは、本質的欲求感情をコントロールし、思いやる心を持つには、自己効力感が高く、人生に肯定感を持つ精神健康度の高い自己成長が土台として必要である⁵⁾。

管理栄養士養成課程の学生が、このような人格形成が求められている背景の中、さらに臨地実習や管理栄養士国家資格などの対策もこなし、自らの課題達成ができる管理栄養士になるためには、カウンセリング技術を身につけるカウンセリング授業が必要である。

先行研究では、心理学系の学生を対象にストレスマネジメントの効果が検証されているが、管理栄養士養成系を対象とした研究はなされていない。そこでパーソナリティチェックリストによる自己理解、ストレスマネジメント後に、気質コーチング法や未来自己イメージ法、宇宙イメージ法のイメージ療法を実施し、技能面と情意面からの学習方略を生かしたコミュニケーション力を高める指導法を明らかにし、カウンセリングの学習指導の改善に役立てようとするものである。

今回の研究では、カウンセリングの授業前、授業7回後、最終授業終了後（以下授業前・中・後）の心理尺度測定結果について、測定値の変化を検定及び解釈し、教育効果について検討することを目的とした。

2 研究方法

1) 研究対象

対象は、S大学の80名（男性8名、女性72名）を調査対象である。倫理的配慮として、学生に対してプログラムの効果について検討する旨と、パーソナリティ特性やストレス行動特性に関する心理尺度を用いた自記式質問紙の得点の変化と授業成績とは、一切関係がないことを説明し、同意を得た上で実施した。

2) 研究期間

平成19年9月から平成20年2月であった。

3) 介入方法

管理栄養士養成系大学の栄養ケア概論の授業にSAT法のプログラムを実施し、授業前・中・後に質問紙票への回答を求めた。SAT法とは、宗像（1995、1997）^{1)～3)}が開発したSAT療法（SATイメージ療法とSATカウンセリング法を合わせたもの）である。

4) 調査項目

心理尺度に関する調査票は、信頼性、妥当性の検討されている心理尺度7項目である。

心理尺度等についての尺度名、得点範囲、測定内容等については表1に示す。

- ①基本属性（年齢、性別）
- ②心理尺度の構成

表1 心理尺度の構成

尺度名	作者・作成年	項目数	得点範囲	測定内容
自己価値感尺度	Rosenberg 宗像訳1987	10	0～10	自分に対してどれくらい良いイメージを持っているかを測定
自己抑制型行動特性尺度	宗像1990	10	0～20	他者から嫌われることを恐れて自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定
情緒的支援認知尺度 ①家族②家族外	宗像1996	10	0～10	情緒的支援をどれくらい感じているかを測定
問題解決型行動特性尺度	宗像1990	10	0～20	問題解決に対して具体的に立ち向かっているかを測定
対人依存型行動特性尺度	宗像1997	15	0～15	他者に対して過剰に期待しやすい、心の依存度を測定
特性不安尺度（STAI）	Spielberger 水口他訳1970	20	20～80	不安に陥りやすい傾向を測定
ラブパワー尺度	宗像1996	10	0～10	対人援助職に対するラブパワーを測定

5) 分析方法

得られたデータは、統計解析ソフト SPSS11.0j for windows を用い、統計学的に分析をおこなった。3 時点での差について、Friedman 検定を行い、その後多重比較を行った。

6) 授業プログラム内容

授業プログラムは、表 1 に示すようなパーソナリティチェックリストの尺度に加えて、表 2 には、「行動科学に基づく理論と技法 入門健康カウンセリング」のテキスト⁶⁾を活用してストレスにかかわる周辺についてのガイダンスを行った。カウンセリングスキルではペアやグループでゲーム的演習を行い、気質コーチング法では人間関係改善ワークを行った。パーソナリティ変容のために SAT 自己イメージ法として、未来自己イメージ法と宇宙イメージ法を施行した。未来自己イメージ法では、親など

が求める期待に応じ、自分を満足させる生き方ができなかった体験記憶イメージをもつ人たちは、そのために自己否定感が強い。したがって、自らを満足させるライフスタイルと自己肯定感を持てると、自分らしい目標達成の要因となる。そのためには過去における自己抑制的な体験イメージを変えることが必要である。

宇宙イメージ法までは、過去に戻り、自己を十分満足させられ、自己肯定感がもてる誕生から死へのポジティブイメージをつくれるように施行した。プログラムの概念的枠組みを図 1 に、授業プログラム内容を表 2-1・2-2 に示す。

介入者は、ヘルスカウンセリング学会認定の心理カウンセラーが行った。

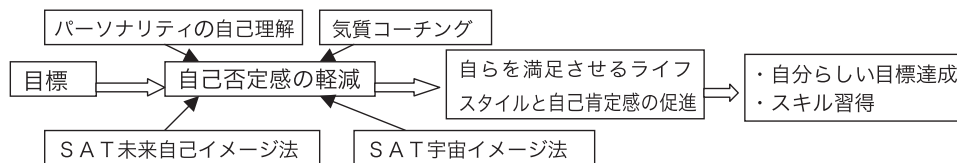


図 1 プログラムの概念的枠組み

表 2-1 授業プログラム内容

回数	介入の内容	使用した教材	介入の目的
1	①カウンセラーは他者理解の前に自己理解が必要であることをガイダンス。パーソナリティチェックリストによる自己理解をする。 ②健康・栄養指導に必要な3つのコミュニケーション ③指導とカウンセリングの違い	①心理尺度(授業前) ②テキスト ③テキスト	①自分のパーソナリティーやストレス感受性を知ることによって自己理解できる。 ②クライアントの問題状況に合わせてガイダンス・コンサルテーション。カウンセリングを使い分ける。 ③ガイダンスと気持ちや感情に視点を置く違いを理解する。
2	①病気と疾患の違いを知る。	テキスト	病気と疾患の知識を習得する。
3	①良性ストレスと悪性ストレス ②イイ心と依存心が高いこととストレスの関わり	①テキスト ②オリジナルシート作成・演習	①自分のストレスマネジメント実習(一次的、二次的、0次的ストレス対策法) ②学生が今抱えている問題に対するストレスマネジメントをすることで、ストレス緩和を促す。
4	①ヘルスカウンセリング理論とヘルスカウンセリングの基本姿勢	①テキスト	①観察・傾聴・確認・共感を習得し、コミュニケーションの基本を身につける。
5	①ストレス関連疾患 ②沈黙と促し ③事柄の明確化と繰り返し	①テキスト ②沈黙のゲーム ③テキスト	①ストレスが影響する疾患を学ぶ。 ②沈黙のゲームを行い、好ましい聴き方と好ましくない聴き方を体験することにより聴く姿勢の意識化を促す。 ③ヘルスカウンセリング基本技法実習をする。
6	①気持ちの明確化法 ②行動目標化支援自己カウンセリングで不安の軽減	①感情のガイドライン ②SAT行動目標化支援カウンセリングシート演習	①気持ちや感情の成り立ちが構造化されている。気持ちを明確化することで目標が見えてくることを促す。 ②SAT行動目標化支援カウンセリング演習をすることで、心の整理がされ目標の軌道修正を促す。
7	①目標化自己カウンセリング ②パーソナリティチェックリスト	①目標化自己カウンセリングシート演習 ②心理尺度(授業7回目)	①目標化自己カウンセリングをすることで自分の目標を再認識する。 ②自分のパーソナリティーやストレス感受性を知ることによって自己理解を深める。

表2-2 授業プログラムの内容

8	①行動が変えられない心の仕組み ②糖尿病のストレスカウンセリング	①テキスト ②オリジナルシート演習	①ヘルスコンサルティング法 ②ロールプレイングし実際の栄養カウンセリングをイメージする。
9	①グループカウンセリング	①シナリオを演習	①集団指導に参加し、エンカウンターのを習得する。
10	①健康問題を生み出す未成熟な心 ②自己イメージカウンセリング	①テキスト ②カウンセリングシート演習	①心の本質的欲求と重要他者のかかわりを知る。 (慈愛願望心・自己信頼心・慈愛心) ②自分を内省化することで本来どうあるべきか気づく。
11	①遺伝的気質に関する自己理解と人間改善関係。	①気質コーチング法資料	①生まれながら遺伝子に想定されている気質を理解することで、自己・他者理解を促す。個人内ストレスマネジメントと対人関係ストレスマネジメントを行う。ストレス環境の環境調整ができることにより、他者と協働的な関係ができる。
12	①行動変容カウンセリング ②自己報酬型の「本来の自分」への気づきと、具体的な小目標の設定による自己自信化。	①テキスト ②未来自己イメージ法	①これから求められる保健医療サービスとアウトカム ②未来の本来自分での報酬系の自己イメージ脚本を創造し、創造の自己イメージと現実の自己イメージのギャップから学習し、どうするべきかの自己報酬型の未来型の記憶をつくり、目標設定を促す。
13	①クライアントの状況別支援法 ②自己イメージの脚本を再構築するために、ポジティブな自己イメージの形成。	①テキスト ②宇宙イメージ法	①検査データに基づいた行動変容支援法を学習する。 ②宇宙イメージ法では、人は亡くなれば分子、原子、素粒子となり、空に昇り宇宙に戻るイメージを用いる。粒子としての自分の存在を、良好な視覚イメージを通して映像化し、自己イメージを再構築するというイメージワークにより、周波長のゆったりとした振動イメージに切り替えるものである。
14	①行動変容カウンセリング法 ②まとめ	①カウンセリングシート演習	①行動変容を妨げているフラッシュバック感情が癒されることで、今後どうしたら良いか気づきが得られる。
15	①期末テスト ②パーソナリティチェックリスト	②心理尺度 (授業最終)	①気質コーチング法、未来自己イメージ法、宇宙イメージ法の感想を自由記述。 ②パーソナリティチェックリストによる自己理解を促す。

3 結果

- 1) 80名にパーソナリティチェックリストを配布、63名より回答を得た(20歳~23歳で平均20.5歳、男性8名、女性58名、有効回答率79%)。
- 2) 心理特性について、授業前、中、後で比較を行ったところ、授業の中と後に有意な特性不安度、自己

抑制度、対人依存度の有意な低下を、自己価値感得点、家族外情緒的支援認知度、問題解決度の有意な上昇を認めた。ラブパワー尺度得点、家族情緒的支援認知度には、有意な差は認められなかった。3時点での差について、Friedman検定を行い、その後多重比較を行った。その結果を図2~9に示す。

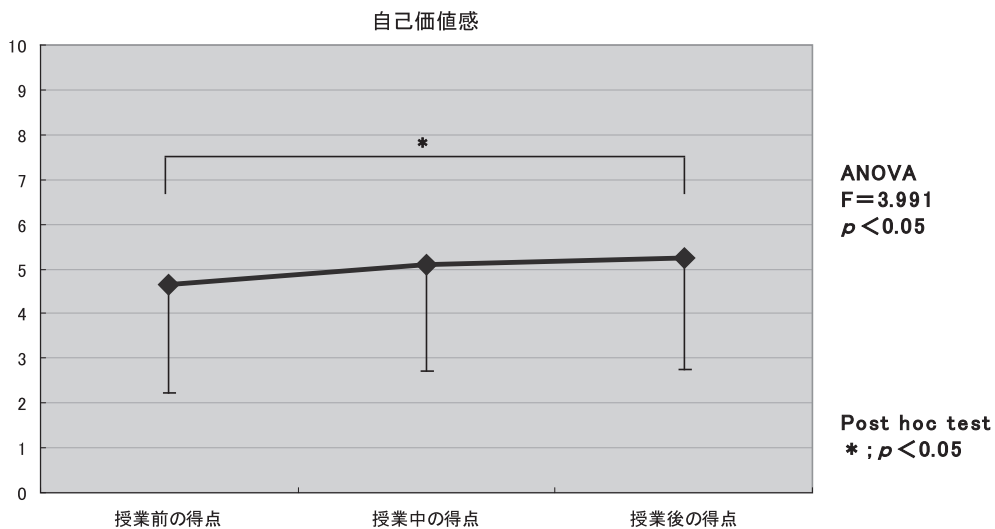


図2 授業期間における自己価値感の変化

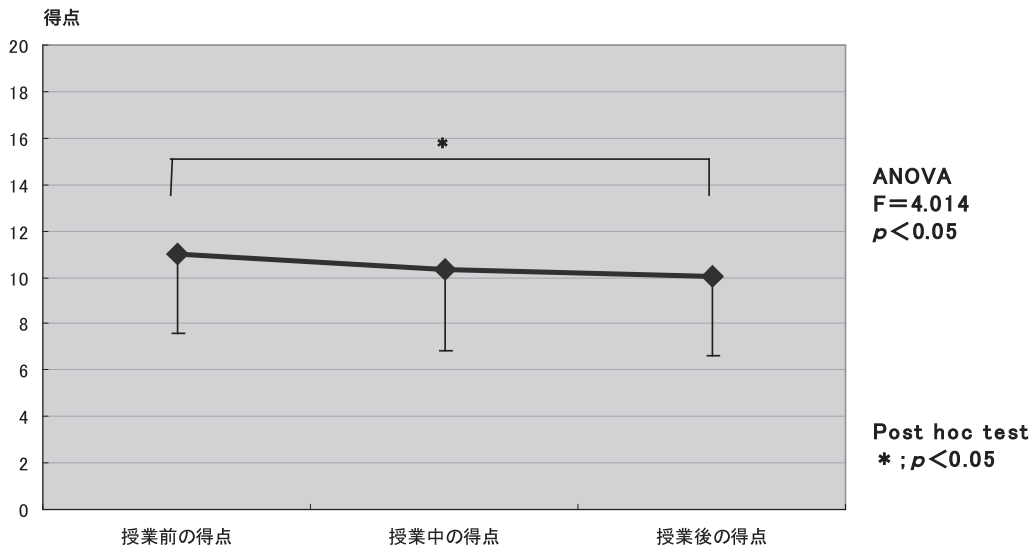


図3 授業期間における自己抑制型行動特性の変化

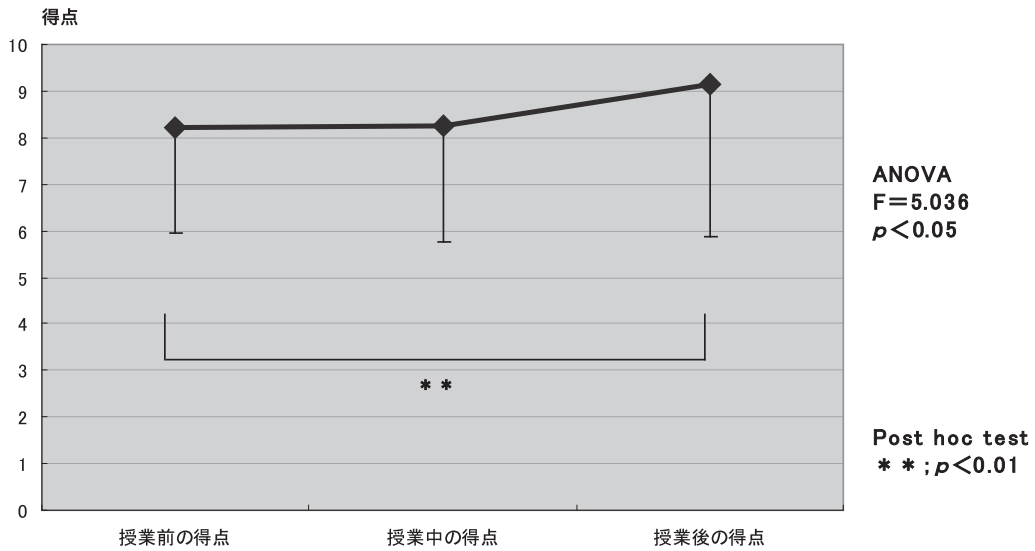


図4 授業期間における家族外情緒的支援認知の変化

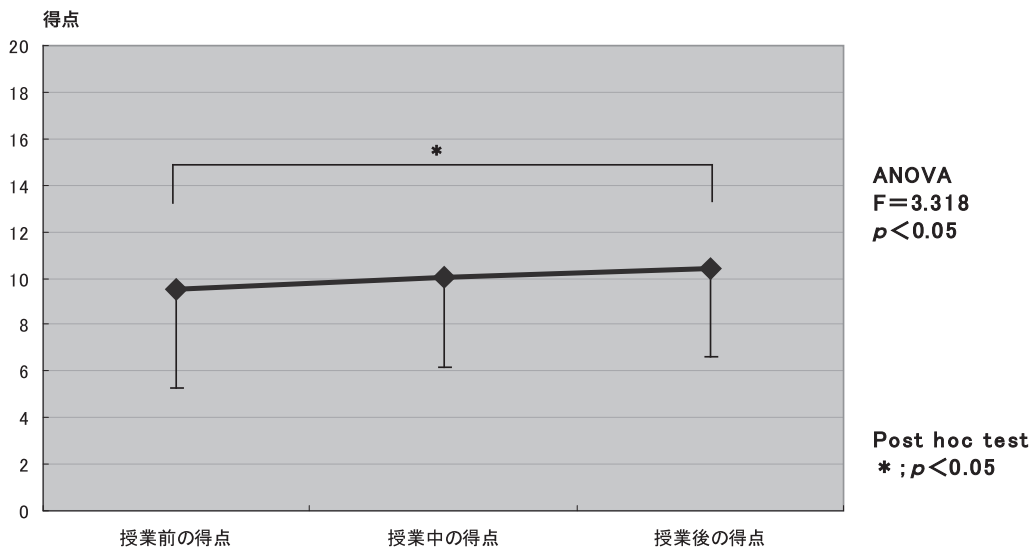


図5 授業期間における問題解決型行動特性の変化

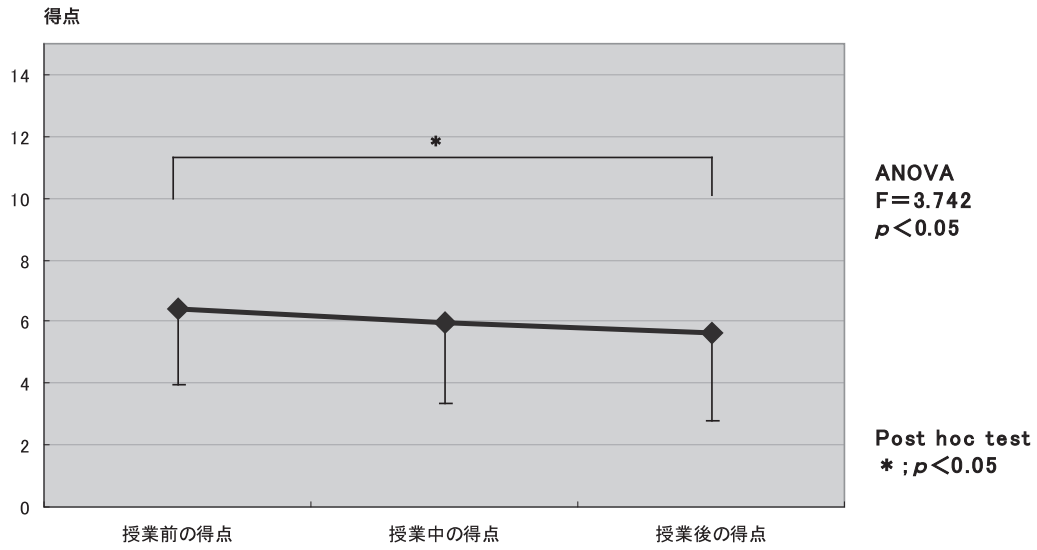


図6 授業期間における対人依存型行動特性の変化

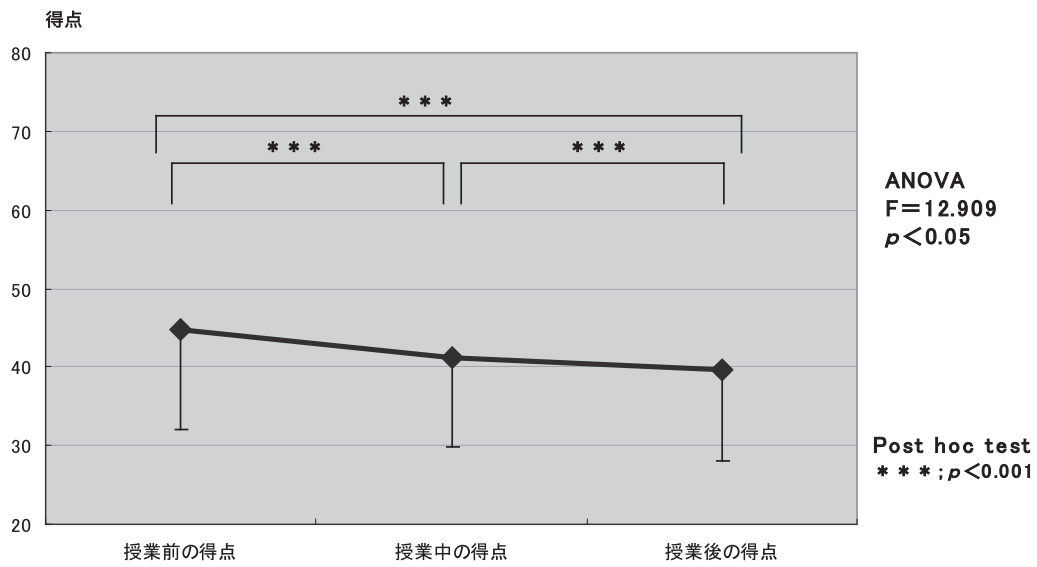


図7 授業期間における特性不安の変化

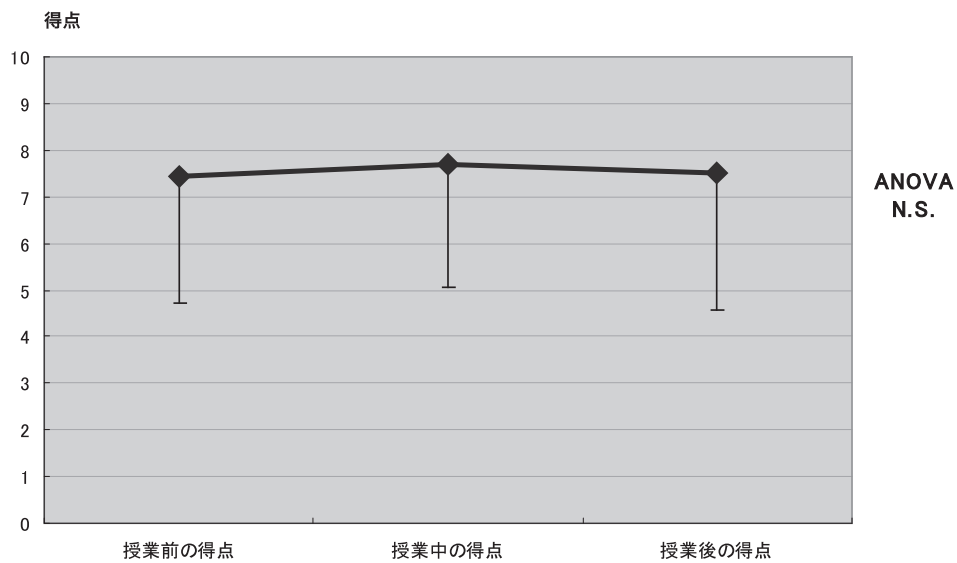


図8 授業期間における家族情緒的支援認知の変化

3) 気質コーチング法、未来自己イメージ法、宇宙イメージ法施行した感想を各自が自由記述した。

その内容からストレス軽減し自己成長の効果がみられたかをカテゴリー化した、表3に示した。

4 考察

ストレスチェックリストの3時点から見るとプログラムの概念的枠組みの仮説通りに、ストレスは軽減し、自らを満足させるライフスタイルと自己肯定感が高まっていた。また自己成長の効果の要因カテゴリーからも、「リラックス」や「目標」ができたという前向きな感想があげられた。

1) 栄養士養成課程の学生心理特性の特徴

橋本ら⁷⁾によると、SAT カウンセリングセミナーベーシック受講前の自己価値感の平均値は6.20点、自己抑制度は9.41点であった。学生の授業前の自己価値感4.64点、自己抑制度は11.01点であり、学生は自己価値感が低く、自己抑制度はやや高い。比較するとストレス度が強いことがわかる。しかし、エリクソンによると、発達段階の成人初期(20歳代～)を心理社会的危機からみると「親密対孤立」葛藤の時期の提言どおり⁸⁾、年齢的要因であると考えられる。ストレスについてセリエは、動物にさまざまな刺激を与えると、生体に変化が現れることを観察し、この刺激をストレッサー、これによって引

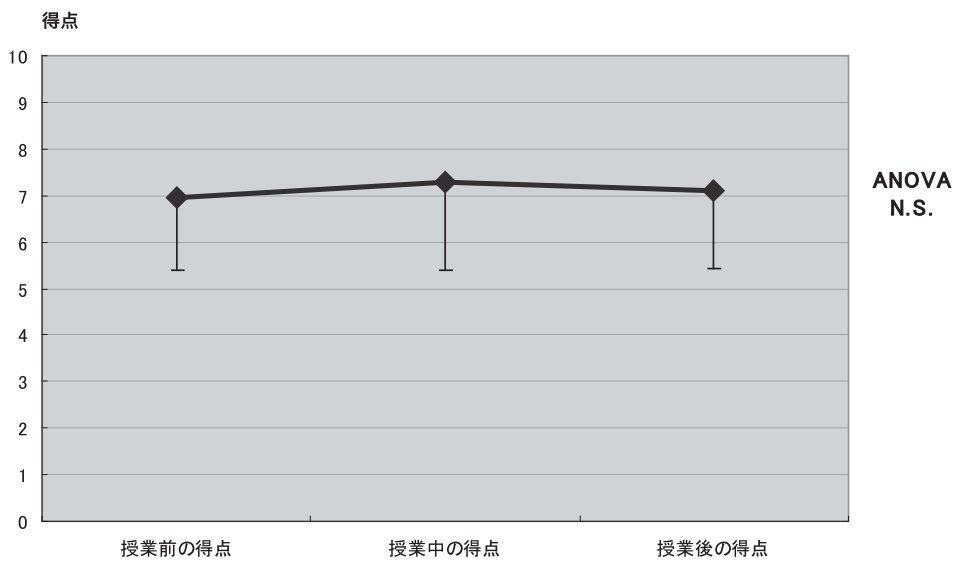


図9 授業期間におけるラブパワーの変化

表3 ストレス軽減し自己成長の効果の要因カテゴリー化

カテゴリー	リラックス () は人数	目標化 () は人数
気質コーチング法	すっきりした (4)。ストレスが軽減した (3)。母親に感謝する (2)。前向きな気持ちになれた。気持ちが楽になった。自分が好きになった。人はそれぞれだと楽しく感じた。	自己理解した (41)。自分にあった生き方が解った。悩みを考えていける。自分の気質を知ることによって問題を解決できる。改善しようと思った。
未来自己イメージ法	不安やイライラが軽減した (3)。楽になった (2)。気分が明るくなった (2)。安心感 (2) 考え方を換えられる。	やる気がでてきた (14)。目標が持てた (10)。将来の自分がイメージできた (7)。前向きな自分になれた (4)。今やることに気合が入った (2)。希望が持てた (2)。自己実現できる (2)。決意が固まった。新たな自分を発見した。自己発見・自己変容に繋がる。意欲がわいた。整理ができた。悩むより行動をすべき。目標を続けられる。自信をもって歩める。行動変容ができる。
宇宙イメージ法	リラックスできた (7) 悩んでいることがちっぽけに思えた (6)。落ち着く感じがした (5)。すっきりした (5) 心が休まり温かい気持ちになった (4)。心地の良い気分になった (3)。自分が小さい (2)。ストレスが和らげた (2)。祝福されているようだ。優しい気持ちになった。本当の自分に気づいた。自信が持てる。癒された。心が穏やかに優しくなる。気持ちが落ち着く。余裕がもてた。	やりたいことがイメージできた (2)。自信度が上がった。行動変容ができる。前向きに考えられた。考え方を換えられる。

き起こされる生物学的反応をストレスと定義しているが、ここでは、宗像の、要求の高さ×見通しの立たなさ×支援のなさがストレスであるという定義³⁾を用いている。

2) プログラムによる心理特性の変化

授業前・中・後の3時点での測定値の変化を検討した結果、授業中と後に有意に特性不安度は低下し、自己抑制度、対人依存度は後に有意に低下していた。自己価値感、家族外情緒的支援認知、問題解決度は有意に良好な方向へ変化していた。これはストレスマネジメントされ精神健康の改善を示すものである。まず、自己抑制心の強さは、他者から嫌われることを恐れて自分の気持ちや考えを抑え、人の顔色を気にしたりする。対人依存心の強さは一人で物事を決めることが苦手而他者に対して過剰に期待しやすいという項目に示されるように、他者に合わせて自分を押しさえ、物事の自己決定を避けるためストレスを抱えやすくなる。これが特性不安を上昇させ、精神健康を悪化させていると考えられる。したがって、これらの心理尺度の低下は、周りを気にし過ぎずに自己表現ができる様になっていることを意味している。自己価値感、家族外情緒的支援認知が有意に上昇していることは、自分を認める力が強まり、また周りの人や友人から認められていることを認知する力が強まったということが言える。問題解決力が低いと同じ問題を繰り返しやすく、ストレスを蓄積することになる。問題解決力の得点の上昇は、問題を抱えた時に、現実にもとづいて具体的に立ち向かっていくという方向への変化である。人間性が豊かになり、幅広く性質の異なるものが存在する中で、各々がそれぞれに必要とされる社会では、個人は個人として尊重され、同時に他を尊重できる多様性尊重社会が創造できていくものと考えられる。

3) 気質コーチングによる人間関係改善

お互いの遺伝的気質の差異を踏まえた、気質に応じた合理的な期待リストを学びSAT気質コーチング法にもとづいて、人間関係尺度上の改善の見通しがつけられたと考える。

4) SAT 未来自己イメージ法による目標決定

自分自身が楽しく生き生きでき、自信があり幸せな自分の未来を一定の方法で作ってイメージすることで、慈愛願望心・自己信頼心・慈愛心の3つの心の本質的欲求を充足し、本来の自分らしい行動を自覚したと考える。

5) SAT 宇宙イメージ法によるポジティブな自己イメージの形成

誕生から死へのポジティブイメージをつくれることにより、ありのままの自分に満足し、自己肯定感がもてたと考える。

5 本研究の限界

今後の課題としては、ラブパワー尺度得点、家族情緒的支援認知度には、有意な差は認められなかった。限られた時間の中で学生の精神健康の教育的効果を見るためには、更に授業内容を十分に検討する必要があると考える。

6 まとめ

S大学の管理栄養士養成系の学生を対象に、栄養ケアの授業において精神健康の教育的効果を見るため、SATカウンセリング技法を基本とした「行動科学に基づく理論と技法 入門健康カウンセリング」のテキストを活用しながらパーソナリティチェックリストによる自己理解を3時点で行った。さらにストレスマネジメント後に、気質コーチング法や未来自己イメージ法、宇宙イメージ法のイメージ療法を実施した。カウンセリングの授業前・中・後の心理尺度測定結果について、測定値の変化を検定及び解釈し、教育効果について検討した。技能面と情意面からの学習方略を生かしたコミュニケーション力を高める指導法を明らかにし、カウンセリングの学習指導の改善に役立てようとした。

その結果1) 特性不安尺度、対人依存型行動特性尺度、自己抑制型行動特性尺度の得点は有意に低下し、自己価値感尺度、家族外情緒的支援認知尺度、問題解決型行動特性尺度の得点は有意に上昇した。ラブパワー尺度、家族情緒的支援認知尺度の得点には、有意差は見られなかった。2) その得点の変化は、ストレスに強い心理特性の得点への変化と精神健康が向上する方向への変化であった。3) また未来自己イメージ法、宇宙未来自己イメージ法、気質コーチングを施行しての自由記述の感想を、自己成長や自己変容の効果の要因をカテゴリー化した結果「リラックス」や「目標」ができたという前向きな感想があげられた。これらの結果はSATを活用したカウンセリング授業により、学生が管理栄養士養成課程における臨地実習や管理栄養士国家資格などの対策をこなしながらセルフケアし自己成長を高められたと示唆された。また、対人援助職として栄養ケ

アのできる管理栄養士を目指す学生のストレス耐性の強化や精神健康の改善への寄与が期待できると考えられた。

謝 辞

今回の研究に協力いただいた学生の皆様に心から感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 宗像恒次：行動変容のヘルスカウンセリング，医療タイムス，東京（1995）
- 2) 宗像恒次：SAT カウンセリング技法，広英社，東京（1997）
- 3) 宗像恒次：SAT 療法，金子書房，東京（2006）
- 4) 渡辺俊之：ケアの心理学，ベスト新書（2001）
- 5) カウンセリング事典：ヘルスカウンセリング学会編：日綜研，名古屋（1999）
- 6) 小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理：入門健康カウンセリング：ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，東京（2007）
- 7) 橋本佐由理・奥富庸一・宗像恒次：SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第12報，ヘルスカウンセリング学会（2006）
- 8) エリクソン：エリクソンの発達理論（Erikson.E.H1963）

II

原 著 論 文

中学生の抑うつと身体症状・心理特性との関連

Relationship Between Depression, Physical Symptoms and Psychological Characteristics of Junior High School Students

時吉佐和子* 田崎 考**
Sawako Tokiyoshi and Hakaru Tasaki

Abstract

This study is an inventory survey for the purpose of analyzing the relationship between depression in junior high school students and their physical symptoms and psychological characteristics.

This analysis was conducted on 815 subjects. The demographics of the sample population were as follows: junior high school students; gender: 429 boys, 386 girls; grade: first n=277, second n=307, third n=231. The survey investigated basic attributes, trait anxiety standards, depression standards, interpersonal dependency standards, self-esteem standards, self-repressive behavior standards, perceived emotional support network standards, and physical symptom standards. We conducted factor analysis concerning physical symptom recognition and made a symptom standard consisting of the three factors of cervicobrachial, headaches and gastrointestinal symptoms.

As a result of analysis, (1) scores were higher in girls than in boys for depression, trait anxiety, interpersonal dependency, self-repressive behavior, perceived emotional support network, and physical symptoms. Girls also had lower self-esteem than boys. (2) In the multiple regression analysis which assumed the depression score as the dependent variable, and attributes & psychological characteristics as the independent variables, factors affecting depression were trait anxiety, self-esteem, sleep patterns, and self-repressive behavior for boys, and trait anxiety, self-esteem, and sleep patterns for girls. (3) In the multiple regression analysis which assumed the physical symptoms score as the dependent variable, and psychological characteristics as the independent variables, depression, trait anxiety, and interpersonal dependency were factors for the boys, and trait anxiety and depression were factors for the girls.

These results show that to prevent depression and mental health issues related to physical symptoms in junior high school students, we should carry out actions of stress management for the reduction of trait anxiety and promote self-esteem.

キーワード：心理特性 (psychological characteristics) 精神健康 (mental health)
身体症状 (physical symptom) 抑うつ (depression) 中学生 (junior high student)

2008年2月3日受稿、2008年7月4日採択

*西南女学院大学 保健福祉学部

Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University

**佐賀整肢学園こども発達医療センター

Saga Handicapped Children's Hospital

連絡先：時吉 佐和子

〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀1-3-5

1-3-5 Ibori, Kokurakita-ku, Kitakyushu-shi, Fukuoka, 803-0835 Japan

Tel : 093-583-5127

E-mail : tokiyoshi@seinan-jo.ac.jp

1 緒言

近年、抑うつ性障害の低年齢の有病率上昇¹⁾が指摘されており、日本においても若者の抑うつやそれに伴う心理社会行動が問題²⁾と指摘されている。傳田ら³⁾の調査では対象者小・中学生 3,331 人のうち抑うつ状態にあった児童生徒は小学生で 7.8%、中学生で 22.8% であり諸外国の報告と比べ高い値であった。村田ら⁴⁾の一般の中学生 543 名を対象に CDI を用いた調査では、欧米諸国の子どもと比べ CDI 平均得点がかかなり高く、また臨床例から割

り出された cut-off score 22 点を越えるものが 21.9% に及んだと報告されている。また、大学病院の精神神経科で初診を受けた 17 歳以下の児童・青年期の症例 410 例のうち、DSM-IV によって気分障害に該当した症例は 111 例であり全体の 27.1% を⁵⁾。抑うつが増加する年齢や性差については、男子は中学 1 年生から女子は小学 6 年生から増加しはじめ、女子が男子よりも著しく増加傾向を示している^{4) 6)}。また身体的発達が進むほど抑うつ傾向が高い⁷⁾ことや、子どもの抑うつは、回復した場合でもその後成人期のうつ病に結びつく割合が高い⁸⁾ことが指摘されており、早期対応や予防的支援は重要な課題である。

子どもの精神的健康に関連した問題には、児童生徒を取り巻く社会環境の変化や日常生活での様々な刺激などが影響を及ぼしていると考えられており、子どもの精神的健康状態に影響する要因についての研究調査も多く見られる。影響要因に関する高倉ら⁹⁾の調査では中学生の抑うつ症状の要因に関して生活ストレスが抑うつ増強要因となり、生活ストレスの中でも友人関係、家族、学業のストレスが関連を示していた。また田中⁷⁾も抑うつに友人関係や学業問題で起こったネガティブ・ライフイベントの嫌悪感と関連が深いことを指摘している。思春期は、心身が極めて急速に発達し、心身ともに不安定であることが推察され、これらのストレスは大きな負担となると考えられる。しかし同様な刺激を受けてもその適応状態は子どもによって異なるといわれている。ストレス源と本人の対処能力や利用資源との関係については、それが自分の対処能力を超えるものと認知すると不安や抑うつなどの情動が生じ、他の要因とも相まって神経症や抑うつ症につながることもある¹⁰⁾。また田中⁷⁾は心配性ですぐに不安になり、神経質で落ち着かないという気質をパーソナリティにもつ中学生ほど、ネガティブ・ライフイベントの嫌悪感が高くなると抑うつ傾向も高くなると報告している。その他、抑うつ状態に陥った子ども達の自己価値は低くなっており、これは子ども達の自己価値がまわりからの評価への敏感さ、強すぎる規範意識、集団に適応することへの気配りなどに関連している¹¹⁾ことも報告されている。これらのことから個人のパーソナリティや心理特性が抑うつに深く関連していると考えられるが、中学生の抑うつに特に関与するパーソナリティや心理特性等の要因については特定されていない。中学生の抑うつの発症に関与する要因の特定は、早期発見および抑うつ予防に重要であると考えられ

る。

また、最近の中学生は疲労感、不定愁訴、心身の不調など種々の自覚症状を訴えるものが増加している^{12) 13)}。これらの中にはその発症や経過に心理的社会的因子が密接に関与しているケースがあると考えられる。子どもは大人以上に心理的葛藤や情緒的混乱が身体症状となって現れやすい¹⁴⁾。また年齢が低いほど子どもが抑うつ気分を言葉で訴えることは少なく、むしろ行動の抑制が症状の前景となる³⁾と指摘されている。これらのことから、子どもの身体症状に関連する心理特性の特徴および精神健康度について明らかにすることは意義があると考えられる。

そこで、本報告では、①中学生の抑うつと心理特性との関連、および②身体症状と心理特性や精神健康度との関連について検討し、これを基に中学生が健全な精神健康状態を保持・増進できるような具体的な支援策を考案することを目的とした。

2 方法

1) 調査対象

福岡県内 N 中学校に在籍する全校生徒 920 名を対象に調査を実施した。N 中学校は中心部に近く、交通の便もよい場所にある。回収した調査票のうち、欠席および欠損値が多かった者を除いた 815 名を分析対象とした(有効回収率 88.8%)。内訳は、1 年生 277 名(男子 141 名 女子 136 名)、2 年生 307 名(男子 171 名 女子 136 名)、3 年生 231 名(男子 117 名 女子 114 名)であった。

2) 調査方法

(1) 調査実施時期と方法

2002 年 5 月から 6 月に、調査について理解協力の得られた中学校において、自記式質問紙調査を実施した。調査に際しては、学級担任が質問紙を配布し、プライバシーの保護には十分に配慮し、個人情報に他に漏れることがないこと、本調査結果は評価とは一切関係のないこと、今回の目的以外に使用されることがないことについて十分に説明し同意を得た上で実施した。集団一斉方式で実施し、調査票はその場で回収した。

(2) 調査内容

1. 基本属性: 学年 (1～3 年)、性別、睡眠時間 (6 項目: ① 4 時間以下～⑥ 8 時間以上とし、その間は一時間刻みで設定)
2. 不安傾向尺度 (15 項目): 不安を感じやすい傾

向の強さを測定するために宗像ら¹⁵⁾が中学生用に改変した中学生用特性不安尺度を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = .88$))。回答方法については一部修正し、「よくある」「ときどきある」「ない」の3件法で回答求め、「よくある」を3点、「ときどきある」を2点、「ない」を1点と得点化した。本研究の α 係数は、 $\alpha = .85$ である。

(3) 対人依存型行動特性尺度 (10 項目)：人に対するの期待し易さ・情緒的な依存心の強さを測定するために、Hirschfield によって開発された IDI を McDonald が翻訳したものを宗像が修正し、さらに中学生用に改変した¹⁵⁾中学生用対人依存型行動特性尺度を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = .77$))。回答肢は「非常にそうである」「まあそうである」「そうではない」の3件法とし、各々10項目を点数化し点数が高いほど対人依存心が強いことを示している。本研究の α 係数は、 $\alpha = .71$ である。

(4) 自己価値感尺度 (10 項目)：自分に対する価値を自らがどれだけ認めているか、自分に対する満足度を測定するために、Rosenberg により開発された Self-esteem 尺度を宗像が翻訳、標準化し、さらに中学生用に改変した¹⁵⁾中学生用自己価値感尺度を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = 0.78$))。10項目から構成され、回答方法は、「非常にそう思う」「まあそう思う」「そうは思わない」の3件法となっている。尺度の得点が高いほど自分に対して満足肯定的にとらえていると解釈する。本研究の α 係数は、 $\alpha = .77$ である。

(5) 抑うつ尺度 (15 項目)：抑うつ傾向を測定するために、宗像ら¹⁵⁾が中学生用に改変した抑うつ尺度を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = .86$))。15項目から構成され、回答方法は、「ぜんぜんなかった」「すこしあった」「よくあった」の3件法となっており、「ぜんぜんなかった」1点、「すこしあった」2点、「よくあった」3点を得点化した。この合計得点が高いほど抑うつ傾向が強いことを示す。本研究の α 係数は、 $\alpha = .86$ である。

(6) 自己抑制型行動特性尺度 (10 項目)：他者に嫌われないように自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定するために、宗像によって開発された尺度を中学生用に改変した中学生用自己抑制型行動特性尺度¹⁵⁾を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = .86$))。回答

方法は、「いつもそうである」「まあそうである」「そうではない」の3件法となっており、「いつもそうである」2点、「まあそうである」1点、「そうではない」0点と得点化される。この合計が高いほど、自己抑制型行動特性が強いことを示す。本研究の α 係数は、 $\alpha = .82$ である。

(7) 情緒的支援尺度 (10 項目)：情緒的支援を評価するために、宗像ら¹⁵⁾が作成した中学生用情緒的支援尺度を使用した。信頼性、妥当性は作成者らにより既に確認されている (Cronbach's α 係数 ($\alpha = .89$))。10項目から構成されている。回答方法は該当するカテゴリーの人にマルをつける方法となっているが、今回はカテゴリーの一部を改変して使用し、該当する人にマルをつけてもらった。カテゴリーのうち一人でも該当者がいる場合を「あり」(1点)いない場合を「なし」(0点)と得点化した。合計点を高いほど情緒的支援を感じていることを示す。本研究の α 係数は、 $\alpha = .83$ である。

(8) 身体症状認知尺度 (12 項目)：身体症状については、山崎¹⁶⁾の調査をもとに、研究者間で検討をおこない、16の質問項目を選び、それぞれ「よくある」「ときどきある」「たまにある」「まったくない」の4件法で回答を求め、よくある4点、ときどきある3点、たまにある2点、まったくない1点として得点化した。調査票の尺度については、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行い、各々の因子の共通性や因子パターンを確認した。項目分析により極端に尖度、歪度が大きい項目を除いた後、探索的因子分析を行い、共通性が0.16以下であった項目を削除した。また、因子負荷量0.3を基準として因子の解釈を行った。最終的に得られた因子パターンは表1の通りである(12項目、3因子構造)。第1因子は、肩がこるやこしや背中が痛いなどの4項目からなり「頸腕系症状」と命名、第2因子は、頭が痛いや頭がぼーとしたり、重たかったりするなどの4項目からなり「頭痛系症状」と命名、第3因子は、下痢をする、胃が痛いなどの4項目からなり「胃腸系症状」と命名した。次にそれぞれの得られた因子の信頼性係数 Cronbach's α 係数を求め、信頼性を確認した(第1因子 $\alpha = 0.77$ 、第2因子 $\alpha = 0.81$ 、第3因子 $\alpha = 0.65$)。

(3) 分析方法

得られたデータは SPSS11.5J for Windows により統計的に処理した。分析方法として、まず、抑うつ症状、心理特性、身体症状について平均値を求め、それぞれの尺度値に性差があるか明らかにするために t 検定を行った。次に抑うつと属性、心理特性、

表1 身体症状の因子分析および信頼性分析

	第1因子	第2因子	第3因子
1. 肩がこる	0.832	-0.140	
2. こしや背中が痛い	0.713		
3. 目が疲れる	0.523	0.108	
4. 足がだるかったり、重たかったりする	0.499	0.146	
5. 頭が痛い	-0.101	0.922	-0.112
6. 頭がぼーとしたり、重たかったりする	0.206	0.677	-0.160
7. 気分が悪い		0.634	0.217
8. むかむかする		0.375	0.354
9. 下痢をする	-0.133	-0.122	0.634
10. おなかが痛い			0.608
11. 胃が痛い			0.588
12. 食事をあまりとらない	0.140		0.389
因子間相関			
I	0.668	0.612	
II			0.699
Cronbach's α 係数	0.77	0.81	0.65

因子分析:最尤法 回転法 :Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第一因子「頸肩腕系症状」、第二因子「頭痛系症状」

第三因子「胃腸系症状」と命名

各心理特性間の相関、抑うつと身体症状の相関を明らかにするためにピアソンの相関係数を求めた。さらに抑うつおよび身体症状に関連する要因を明らかにするために、抑うつ得点、身体症状得点をそれぞれ従属変数、相関の見られた各心理特性や属性を独立変数とした重回帰分析を行った。

3 結果

1) 対象者の抑うつ及び心理特性、身体症状の特徴

各尺度の平均値と標準偏差は、抑うつ度 28.6 ± 6.4 点、特性不安度 27.7 ± 6.0 点、対人依存度 6.7 ± 2.4 点、自己価値感得点 3.8 ± 2.6 点、自己抑制度 7.4 ± 4.4 点、情緒的支援度 8.8 ± 2.0 点であった。身体症状の得点は 23.7 ± 7.7 点(頸腕系症状得点 9.2 ± 3.5 点、頭痛系症状得点 7.8 ± 3.2 点、胃腸系症状得点 6.7 ± 2.5 点)であった。

また、性差については、表2に示すとおり、すべての心理特性で差が見られ、男子より女子の方が、特性不安度、対人依存度、自己抑制度、抑うつ度、情緒的支援度が有意に高く、自己価値感得点が有意に低かった。身体症状の性差については各下位尺度得点とも女子の方が高かった(表3)。

2) 抑うつ度と属性、心理特性の関係

属性と心理特性、各心理特性間の関係について表4に示した。その結果、抑うつ度は性別 ($r = .259$, $p < .001$)、特性不安度 ($r = .586$, $p < .001$)、対人依存度 ($r = .347$, $p < .001$)、自己抑制度 ($r = .442$, $p < .001$) と有意な正の相関が、また睡眠時間 ($r = -.143$, $p < .001$)、自己価値感得点 ($r = -.428$, $p < .001$) と有意な負の相関が見られた。学年、情緒的支援度においては相関が見られなかった。

表2 心理特性の性差

	男子	女子	統計量	有意確率
特性不安	26.3 ± 5.7 (n=419)	29.3 ± 5.9 (n=384)	t=-7.448	$p = .000$
対人依存型行動特性	6.2 ± 2.4 (n=422)	7.3 ± 2.3 (n=388)	t=-7.032	$p = .000$
自己価値感	4.2 ± 2.6 (n=421)	3.3 ± 2.6 (n=387)	t=4.493	$p = .000$
抑うつ	27.1 ± 6.0 (n=422)	30.4 ± 6.3 (n=386)	t=-7.626	$p = .000$
自己抑制型行動特性	6.7 ± 4.0 (n=419)	8.3 ± 4.6 (n=385)	t=-4.996	$p = .000$
情緒的支援	8.26 ± 2.3 (n=416)	9.5 ± 1.3 (n=381)	t=-9.294	$p = .000$

表3 身体症状の各下位尺度×性別ごとの記述統計

	男子		女子	
頸腕系症状	8.8 ± 3.5	(n=420)	9.6 ± 3.5	(n=387)
頭痛系症状	7.4 ± 3.1	(n=424)	8.2 ± 3.2	(n=388)
胃腸系症状	6.5 ± 2.5	(n=422)	6.9 ± 2.5	(n=385)

表4 属性 各心理特性と抑うつ度の相関マトリックス

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. 学年 (n=815)								
2. 性別 (n=815)	0.008							
3. 睡眠時間 (n=810)	-0.126***	-0.027						
4. 特性不安 (n=803)	0.022	0.254***	-0.060					
5. 対人依存型行動特性 (n=810)	-0.038	0.239***	0.032	0.534***				
6. 自己価値感 (n=808)	-0.130***	-0.156***	0.105**	-0.360***	-0.377***			
7. 自己抑制型行動特性 (n=804)	0.004	0.175***	0.022	0.593***	0.565***	-0.363***		
8. 情緒的支援 (n=797)	-0.061	0.307***	0.020	0.076*	0.136***	0.162***	0.021	
9. 抑うつ (n=808)	0.040	0.259***	-0.143***	0.586***	0.347***	-0.428***	0.442***	-0.18

ピアソンの相関係数

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3) 抑うつ度の背景要因に関する重回帰分析

抑うつ度に影響を与える因子を抽出することを目的に、抑うつ度を従属変数、抑うつ度と単相関において関係性が認められた特性不安度、対人依存度、自己抑制度、睡眠時間、自己価値感得点を独立変数とする強制投入法を用いた重回帰分析を全体・男女別に行った。また独立変数においては、多重共線性の検討をまずおこなった。VIF・許容度および相関係数からは、対人依存度と特性不安度の間に、多重共線性があるといきれるほどの値ではなかったが、ステップワイズ法を用いた場合「対人依存度」が除外されていること、強制投入法を用いた場合、相関係数と β の符号が逆転することなどから、多重共線性が生じている可能性が高いと思われたので、今回は、「対人依存度」を除外して分析をおこなった。その結果、抑うつ度に影響を及ぼす因子として、男子では、特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間、自己抑制度が抽出された(重相関係数 $R = .593$ 、重決定係数 $R^2 = .351$ 、調整済み決定係数 $R^2 = .345$ 、標準化係数のF検定 = 54.584, $p = .000$)、女子では、特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間(重相関係数

$R = .629$ 、重決定係数 $R^2 = .396$ 、調整済み決定係数 $R^2 = .390$ 、標準化係数のF検定 = 60.027, $p = .000$) 抽出された。抽出された因子より抑うつ度に対して、男子では特性不安度、自己抑制度は有意な正の偏相関を、自己価値感得点、睡眠時間は有意な負の偏相関を、女子では特性不安度は有意な正の偏相関を、自己価値感得点、睡眠時間は有意な負の偏相関を認めた(表5)。

4) 身体症状の背景要因に関する重回帰分析

身体症状に影響を与える因子を抽出することを目的に、身体症状得点を従属変数、身体症状得点と単相関において関係性が認められた抑うつ度、特性不安度、対人依存度、自己抑制度、自己価値感得点を独立変数とする強制投入法を用いた重回帰分析を全体・男女別に行った。また独立変数においては、多重共線性の検討をまずおこない、VIF・許容度から多重共線性があるといきれるほどの値ではなかったことからすべて投入した。

その結果、身体症状得点に影響を及ぼす因子として、男子では抑うつ度、特性不安度、対人依存度が抽出され、自己抑制度、自己価値感得点は有意な差

表5 抑うつ度を従属変数とした重回帰分析結果

	男子		女子		全体	
	β	t	β	t	β	t
特性不安度	.414	8.449	.417	8.022	.437	12.399
	***		***		***	
自己価値感得点	-.202	-4.603	-.236	-5.324	-.219	-7.188
	***		***		***	
自己抑制度	.102	2.025	.100	1.953	.102	2.894
	*				**	
睡眠時間	-0.93	-2.282	-0.97	-2.371	-.089	-3.164
	*		*		**	
F 値	54.584		60.027		131.467	
	***		***		***	
R^2	.345		.390		.401	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

表6 身体症状得点を従属変数とした重回帰分析結果

	男子		女子		全体	
	β	t	β	t	β	t
特性不安度	.351 ***	6.449	.117 *	2.087	.238 ***	5.889
抑うつ度	.351 ***	7.249	.640 ***	12.560	.489 ***	13.492
対人依存度	.144 *	2.884	0.21 *	.418	0.89 *	2.483
F 値	51.303 ***		55.985 ***		101.957 ***	
R ²	.387		.428		.397	

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

は見られなかった(重相関係数 $R = .628$ 、重決定係数 $R^2 = .395$ 、調整済み決定係数 $R^2 = .387$ 、標準化係数の F 検定 = 51.303, $p = .000$)、女子では、抑うつ度、特性不安度が抽出され、自己抑制度、自己価値感得点、対人依存度は有意な差が見られなかった(重相関係数 $R = .660$ 、重決定係数 $R^2 = .436$ 、調整済み決定係数 $R^2 = .428$ 、標準化係数の F 検定 = 55.985, $p = .000$)。抽出された因子より身体症状得点には、男子では抑うつ度、特性不安度が有意な正の偏相関、対人依存度が有意な負の偏相関を、女子では抑うつ度、特性不安度が有意な正の偏相関を認めた(表6)。

4 考察

1) 対象者の抑うつ及び心理特性、身体症状の性差について

本研究において、抑うつ度および特性不安度、対人依存度、自己抑制度、身体症状の得点が、男子より女子で有意に高かった。また自己価値感得点は、男子より女子が有意に低い結果であった。先行研究においても中学生の抑うつ・不安反応と身体反応で男子より女子の方が有意に高いことが示されている^{17) 18)}。その理由として、中学生の女子は生活出来事をストレスフルなものとして体験する危険性が最も高く¹⁹⁾、特に学業、教師との関係、家族、友人関係における領域において生活ストレスが高い⁹⁾と報告されており、女子は環境や対人関係からの影響を受けやすいと考えられる。村田⁴⁾も中学生における男子と女子の心理状態のちがいが、ことに対他的配慮のつよさ、傷つきやすさ、自己同一性のあり方をめぐっての不安にかなり性差があると報告している。この時期の中学生の女子の特徴として、他者からの影響を受けやすく、ネガティブな自己イメージを抱き、自己価値が低下しやすいと考えられ、その結果、抑うつに陥りやすいのではないかと考えられる。

2) 基本属性と心理特性、各心理特性間の関係

基本属性と心理特性、各心理特性間の関係において、抑うつ度と自己価値感得点に負の相関を、抑うつ度と自己抑制度や対人依存度、特性不安度の高さに正の相関が見られた。中学生の自己価値感に関しては、先行研究において²⁰⁾、中学生は自分に対してプラスの評価が少なく、自信がなく、自己の存在価値を見出せずにおり、「自分がてんでだめ」、「役立たずだ」、「自慢するところがあまりない」と否定的な評価をしている中学生が多くいることを指摘している。本研究の対象者においても自己価値感の平均値は 3.8 ± 2.6 点であり、「私には自慢できるところがあまりないと思う」や「今の自分は好きでない」などの質問項目に否定的な評価をしている中学生が多いことが示唆され、先行研究を支持する結果であった。自己価値の形成には集団にそった行動がとれるか、強制的であるかなどの行動基準および対人関係が関連している²¹⁾。中学生という時期は、親からの自立を目指し自立性を獲得し、友人関係を形成していくと同時に自己を強く意識し、他者との比較によって自己を評価したりする。そのため、自分自身で問題を解決しようと悩み、多くの葛藤を抱き、イライラ感、もやもや感等の多感な不安定な心性をもつと考えられる。このような時期に友人関係のつまづきや成績に関する問題、家庭関係の問題などのライフイベントが生じると、大きなストレスになる生徒もいると考えられる。これが自己イメージの低下につながっているのではないかと考えられる。また、調査票の「私は友だちやクラスメイトの表情や言葉が気になる方である」などの項目に示される自己抑制度や「自分で決めたことが、正しいかどうか不安になる」などの項目に示される対人依存度が高い人は、物事の判断基準が外的基準になるために自己コントロール力を失い、ストレスを抱えやすくなり²²⁾、そのような自分に自己嫌悪を持ちや

すく、自己価値感を低下させ、自分自身への自信の低下から不安や抑うつになりやすくなる²³⁾と指摘されている。本調査の結果においても先行研究を指示する結果が得られ、中学生の時期においても抑うつにこれらの心理特性が密接に結びついていることが示唆された。

次に重回帰分析を用いて、中学生の抑うつに関連する心理特性および睡眠時間について男女別に検討した結果、男子では抑うつ度に特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間、自己抑制度が、女子では特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間が予測要因となることが明らかになった。殿山ら²⁴⁾は視覚障害を有するマッサージ師の研究結果から、自己価値感の低さが特性不安の高さの背景にあることを指摘している。中学生の時期においても、自己価値感の低さが特性不安の高さへ影響し、さらに抑うつ度に影響を及ぼしていることが示唆された。このことから自己価値感を高める支援が重要で、それが不安傾向の低下へ結びつき、抑うつ予防につながることを示唆された。また自己抑制度は、男子の予測要因となっていたことから、自己抑制が強い男子は、抑うつになりやすいたことが示唆された。このことから、自己抑制度を低下させる支援も重要であると考えられる。睡眠時間に関しては、思春期の睡眠時間は短縮されており²⁵⁾、睡眠不足や睡眠障害は作業や感情コントロールに関わる高次脳機能を顕著に障害すること²⁶⁾が指摘されている。また不眠を主とする睡眠健康の悪化が、健康感を損ない生活ストレスを高める²⁷⁾ことが指摘されている。これらのことから、睡眠健康は中学生の抑うつを予防する上でも重要であることが明らかになった。

3) 身体症状と抑うつ・各心理特性の関係

身体症状と抑うつ・各心理特性の関係を明らかにするために、重回帰分析を用いて検討を行った結果、身体症状には抑うつ及び特性不安の強さが男女ともに予測変数であることが明らかとなった。男子では依存心が低く自立心の強い生徒は、身体症状が出やすいたことが示唆された。身体症状について宗像²⁸⁾は、自己表現を抑える行動特性により、ストレス症状は身体化しやすいことを指摘している。また堀²⁹⁾は、意欲低下と抑うつとの関連性を示唆した上で、多彩な心身不調の訴えは明らかに意欲低下が疑われる生徒に多いことを報告している。さらに、樋口³⁰⁾は心因性視覚障害児の行動特性の特徴として自己抑制度と特性不安度が有意に高く、自己価値感や情緒的支援認知度、ソーシャルスキル得点が有意に低いた

め、精神健康度が低下している状態にあることを明らかにしている。これらのことから、身体症状の出現の背景に、精神健康度の低さが影響している可能性が高い。また堀²⁹⁾は、頭痛は1年男子、2年男女、3年女子の意欲低下群において、便秘や下痢は1年女子の意欲低下群において有意に多く、肩こりは2年女子の意欲低下群に有意に多く見られたと報告している。その他、胃腸に関する愁訴については、心因的な要因で症状が現れやすい³¹⁾と考えられている。これらの症状は本調査の身体症状に関する質問においても含まれており、これらの身体症状は背景に精神健康状態の悪さが存在していることが示唆された。

4) 今後の支援の方向性

子どもの抑うつは、子どもが不安、悲哀、苦痛を受け続け、ぎりぎりのところまで追い込まれた末の絶望的あがきの姿である⁴⁾と指摘されるように、中学生は持続的なストレス状態にあると予想される。ストレスは思い通りにならないという一次的ストレスに対し効果的で対処できず慢性化することで、今度は身体や精神、行動症状となって表れる³²⁾。中学生の時期は様々な葛藤を抱える時期であることから、自己抑制度や対人依存度を低下させることでストレス耐性および自己価値感を高め、その結果、特性不安や抑うつを軽減につながると考えられる。このことから他者を尊重しながら、自分の思いを伝えることができる、ソーシャルスキルを習得することは重要であると考えられる。ソーシャルスキルとは、心理社会的欲求を効果的に充足しあうための対処技能で、心の本質的欲求を効果的に満たす方向に働くためのスキルのことである²³⁾。そのソーシャルスキルの一つにストレスマネジメント、アサーショントレーニングがある。学校においてアサーショントレーニング、ストレスマネジメントスキルの習得を支援していくことで、対人依存度や自己抑制度を低下させ、自己価値感を高めていくことではないかと考えられる。また同時に親や教師が子どもたちの良いところを見つけ、容認・支持し、自己価値感が回復するようサポートしていくことも大切と考えられる。

また樋口³³⁾は心因性視覚障害児に対してSATイメージ療法を用い、自己抑制型行動特性、対人依存型行動特性、特性不安を低下させ、自己価値感や情緒的支援認知度を高める効果を持つことを明らかにしている。SATイメージ療法とは、宗像によって開発された構造化連想法(Structured Association Technique)を活用したヘルスカウンセリング(以

下SATヘルスカウンセリングと省略する)、その一部である³⁴⁾。構造化された問いかけによって、右脳を活性化し、ひらめきを用いて問題解決や新しい生き方への気づきを支援する技法である。これにより、隠れていた自分自身の問題や気持ち、感情に気づき、心の本質的欲求がわかることで、自己決定をできるようになる³²⁾。さらに、イメージ体験を通じポジティブな自己イメージスクリプトを再構築する方法である。このSATイメージ療法等を中学生に対し集団において用いること、また身体症状の強い生徒に対しては、個別に用いることは有効であると考えられる。

5 研究の限界

情緒的支援認知と抑うつとの関係については多くの研究で関連が報告されている。ソーシャルサポートの提供は不安や抑うつを低減する効果も持つ³⁵⁾と指摘されていることや、困難・不安・焦りなどのストレス状態にあっても人に相談しながら積極的に問題を解決していく行動をとっていくことで、神経症状や抑うつ症状を軽減することができる³⁶⁾ことが述べられている。本研究においては情緒的支援認知と抑うつとの関係については、関連が見られなかった。これは今回の調査分析において、家族内外の区別等のサポート源を明らかにせずに支援者の有無を問うたため、情緒支援認知の得点が全体的に高く出たためではないかと考えられる。中学生という思春期の時期は同世代の友人との関係を図ることも重要であるが、同時に両親や大人からの対人サポートも同様に得られることが必要である³⁷⁾。これらのことから、今後はどのようなサポート源が中学生の情緒的支援認知に影響をするかについても検討していく必要があると考えられる。

6 まとめ

本研究は、中学生の抑うつと身体症状・心理特性にとの関連について検討することを目的として、中学生に質問紙調査をおこなった。その結果、(1)抑うつ度、特性不安度、対人依存度、自己抑制度、情緒的支援認知得点、身体症状得点において男子より女子の得点が高く、自己価値感得点については女子の方が男子より低かった。(2)抑うつ度を従属変数、各心理特性、睡眠時間を独立変数とした重回帰分析を行った結果、対象者の抑うつ度には、男子では特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間、自己抑制度

が、女子では特性不安度、自己価値感得点、睡眠時間が予測変数となっていた。(3)身体症状得点を従属変数、各心理特性を独立変数とした重回帰分析を行った結果、男子では抑うつ度、特性不安度、対人依存度が、女子では抑うつ度、特性不安度が予測変数となっていた。

以上のことから中学生の抑うつおよび精神健康状態が背景にある身体症状を軽減するためには、ストレスマネジメントスキルやアサーションスキルを高めていくためのトレーニングを行い、特性不安を低下させ、自己価値感を高めていくことが重要である。

謝 辞

調査にご協力いただきました中学校の先生方、生徒の皆様、服部洋子先生に心からお礼申し上げます。

引用文献

- 1) Lewinsohn, P. M.・Rohde, P.・Seeley, J. R. and Fischer, S. A. : Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other menal disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 110-120 (1993)
- 2) 生野照子 : 思春期のうつ, *医学のあゆみ*, 219 (13), 1129-1132 (2006)
- 3) 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山 司 : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査 - Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて -, *児童青年精神医学とその近接領域*, 45 (5), 424-436 (2004)
- 4) 村田豊久・皿田洋子・堤龍喜他 : 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究Ⅲ. 中学生における抑うつ傾向, 厚生省「精神・神経研究委託費」62 公-3 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究平成元年度報告書, 57-66 (1990)
- 5) 傳田健三・佐々木幸哉・朝倉 聡他 : 児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究, *児童青年精神医学とその近接領域*, 42, 277-302 (2001)
- 6) Hankin, B. L. and Abramson, L. Y. : Development of gender differences in depression : an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory, *Psychological Bulletin*, 127 (6), 773-796 (2001)
- 7) 田中麻美 : パーソナリティ特性およびネガティブ・ライフイベントが思春期の抑うつに及ぼす影響, *パーソナリティ研究*, 14 (2), 149-160 (2006)
- 8) Harrington, R.・Fudge, H.・Rutter, M.・Pickles, A. and Hill, J. : Adult outcomes of childhood and adolescent

- depression, Archives of general psychiatry 47 (5), 1112-1117 (1990)
- 9) 高倉 実・崎原盛造・興古田孝夫・新屋信雄：中学生における抑うつ症状と心理社会的要因との関連, 学校保健研究, 42, 49-58 (2000)
 - 10) 劉 沈穎・宗像恒次・橋本佐由理・樋口倫子：中国における一人っ子の精神健康度に及ぼす心理社会的要因の影響 都市部と農村部の高校生を対象として, ヘルスカウンセリング学会年報, 9, 35-44 (2003)
 - 11) 村田豊久・堤 龍喜・皿田洋子他：児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床研究 III. 児童思春期における自己認識の発達と抑うつ傾向との関連について, 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2 指 - 15 児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態, 7-13 (1992)
 - 12) 門田新一郎：中学生の生活管理に関する研究, 疲労自覚症状に及ぼす生活行動の影響について, 日本公衆衛生雑誌, 32, 25-35 (1985)
 - 13) 小牧 元・前田基成・久保千春：中学校・高等学校における生徒の心身の健康状況 - 養護教諭に対する調査から -, 思春期学, 13, 297-303 (1995)
 - 14) 若林慎一郎・大高一則・阿部徳一郎・金子寿子：神経症と児童青年精神科医療, 児童青年精神医学とその近接領域, 24 (3), 186-195 (1983)
 - 15) 吉羽一弘・宗像恒次：子どものための精神健康関連尺度の開発, 日本精神保健社会学会年報, 1 (4), 29-36 (1998)
 - 16) 山崎 透：不登校に伴う身体化症状の遷延要因について, 児童青年精神医学とその近接領域, 39 (5), 420-432 (1998)
 - 17) 今村幸恵・服部恒明・中村明子：中学生のストレス, 自己効力感, ソーシャルサポートとストレス反応の因果構造モデル, 学校保健研究, 45, 89-101 (2003)
 - 18) 玉木健弘・山崎勝之：中学生の攻撃性, 社会的情報処理過程ならびにストレス反応の関連性, 学校保健研究, 46, 242-253 (2004)
 - 19) Wagner, B. M. and Compas, B. E. : Gender, instrumentality and expressivity : Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence, American Journal of Community Psychology, 18, 383-406 (1990)
 - 20) 橋本佐由理・井坂美香・樋口倫子：中学生における両親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影響に関する研究, ヘルスカウンセリング学会年報, 11, 31-40 (2005)
 - 21) 村田豊久：下田の性格状況論にもとづいての思春期の抑うつ状態の考察, 思春期青年期精神医学, 4 (2), 142-151 (1994)
 - 22) 橋本佐由理・奥富庸一・宗像恒次：SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第 13 報, ヘルスカウンセリング学会年報, 13, 59-78 (2007)
 - 23) 宗像恒次：SAT アサーショントレーニング法, 日本保健医療行動科学年報, 10, 3-9 (2004)
 - 24) 殿山 希・橋本佐由理・宗像恒次：視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に関する心理社会的要因とその対策, ヘルスカウンセリング学会年報, 12, 65-72 (2006)
 - 25) 石原金由・江口由佳子・三宅 進：小・中学生における睡眠・覚醒習慣の変化, 睡眠と環境, 3, 90-97 (1995)
 - 26) Dinges, D. F. : An overview of sleepiness and accidents, J Sleep Res 4, 4-14 (1995)
 - 27) 堀忠雄編：不眠, 同朋舎出版, 163-193 (1988)
 - 28) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京 (1996)
 - 29) 堀 篤実：中学生の意欲低下と CDI スコア, 心身症状および家族関係との関連, 学校保健研究, 43, 285-298 (2001)
 - 30) 樋口倫子・宗像恒次・橋本佐由理・樋口裕彦：心因性視覚障害の行動特性, あたらしい眼科, 21, 999-1004 (2004)
 - 31) 堀田法子・古田真司・村松常司・松井利幸：中学生・高校生の自律神経性愁訴と生活習慣との関連について, 学校保健研究, 43 (1), 73-82 (2001)
 - 32) ヘルスカウンセリング学会編：ヘルスカウンセリング辞典, 日総研 (2000)
 - 33) 樋口倫子・宗像恒次：心因性視覚障害の SAT イメージ療法, 日本保健医療行動科学年報, 17, 16-30 (2002)
 - 34) 宗像恒次他：ヘルスカウンセリングテキスト一巻・初版, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル, 東京 (2000)
 - 35) 今井保次・内山喜久雄・田上不二夫：某事業所における, 悩み, ソーシャルサポートと抑うつ・不安の関係に関する調査研究 産業カウンセリング研究, 1, 60-68 (1997)
 - 36) 宗像恒次：ストレスと健康管理, 病態生理, 13 (3), 211-220 (1994)
 - 37) 加藤星花・栗田 広：中学生におけるストレス反応としての抑うつ状態と対人サポートとの関連, こころの健康, 14 (2), 68-75 (1999)

遺伝的気質理解に基づく人間関係スキルの ストレスマネジメント効果—3ヵ月後追跡調査

Examining Effects of Human Relation Skill Using Genetic Temperament Concept on Stress Management : 3-Month-Followup Intervention

田中 京子* 宗像 恒次**

Kyoko Tanaka and Tsunetsugu Munakata

Abstract

The purpose of this study was to conduct an intervention of human relation skill training using genetic temperament concept and to examine its effectiveness as a method for managing stress caused by human relations. The subjects were divided into two groups. One was the intervened group comprising 20 subjects selected by snowball sampling, who agreed to participate in the study. The other was the non-intervened group comprising 19 subjects matched respectively with those in the intervened group.

To the intervened group we conducted the one-off individual intervention centered on human relation skill using genetic temperament concept for about two hours. Then, one month and three months after the intervention the self-administered questionnaire surveys were carried out by mail on the matters including changes in human relations and stress caused by such human relations. Also to the non-intervened group the surveys were carried out in the same manner by mail one month and three months after the first survey. When analyzing the collected data, subjects were restricted to only female members (intervened group: n=13, non-intervened group: n=15).

The result of the analysis revealed significant changes toward the decline in subjective stress, and improvement in the score of human relation among those in the intervened group. It suggested, therefore, that the intervention using genetic temperament concept was effective as a technique for human stress management.

キーワード：遺伝的気質概念 (genetic temperament concept)

人間関係調整スキル (human relation skill) 気質コーチング (temperament coaching)

ストレスマネジメント (stress management)

1 はじめに

近年、国民の約半数が日常的に悩みやストレスを

抱えていると報告されている^{1) 2)}。平成16年国民生活基礎調査³⁾で、悩みやストレスの原因(複数回答)別割合をみると、男女ともに「自分の健康・病気」32.1%が最も多く、次いで「将来・老後の収入」28.1%となっている。その中で、「家族との人間関係」は13.2%、「家族以外との人間関係」は17.7%であり、これを家族および家族以外の「人間関係」によるストレスとして合わせると30.9%と高い割合となり、他の原因とともに、人間関係のストレスは、主要なストレスの原因である。これまでの研究でも、身近な他者との人間関係が個人のストレスや健康に大きく影響していることは数多く報告されており^{4) 5) 6)}、人間関係調整のサポートはストレス対処のための有効な手段といえる。

2008年2月3日受稿、2008年7月8日採択

*ヘルスカウンセリング学会公認健康心理療法士

Registered Health Psychotherapist, Academy for Health Counseling

**筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学

Department of Human Care Science, Graduate School of

Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

連絡先：田中 京子

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 D511

D511 1-1-1 Tennoudai, Tsukuba, JAPAN 305-8577

TEL : 029-853-3971 (宗像研究室)

E-mail : k-piyoi11@rio.odn.ne.jp

人間関係は、お互いの期待の充足システムとみることができ、相手の異質性をどのようにとらえるかによって、その関係性に影響が及ぶ。Kelley H. & John W. は、「相互依存関係にある人々は、互いの行動を説明することに強い関心をもっている。各人は、これから先に相手に何を期待できるのか、どうすれば相手の行動が変わるのかを知りたいから、相手が本当に好んでいることを知りたがるのである。もっとも重要な社会的相互作用は未来に広がる関係性のなかで生起するのであるから、相手の人物についての予測可能性が問題になるのである⁷⁾。」と述べている。つまり、相手の好みや行動を予測するための情報を得ることは、その人間関係を調整するために有効な手段となるだろう。

人は、他者に関する自分なりの認知に基づいて、相手を理解し、将来の行動を予測し、その人物に対する接し方を決定していくといわれているので⁸⁾、対人認知に影響を与える対人感情のコントロールや予測可能性を高める支援は、人の社会的環境への適応にとってきわめて重要な位置づけになると考えられる。また、現代のストレス社会では、専門家の支援に専ら依存するだけでなく、いかに各人が自ら主体的にストレスマネジメント能力を高められるかというセルフケア支援が重要な課題であると考え⁹⁾。

ところで、日常的に人間関係を見ると、自分の期待するように相手に行動してもらいたいが、概してこちらの期待通りに行動してくれないので、不満や不安や悲しさを味わっていることが多い。だが、最近の行動遺伝学の知識を借りると、Cloninger¹⁰⁾やGray¹¹⁾が示すように、人の行動特性は遺伝的に規定される面が多く、期待してもそれが生物学的に合理的でない面がある。木島は、Cloninger理論の応用として、精神疾患に関わる対応や治療など以外にも、「人と人の相性を考える Person - Person fit においても(行動特性の生物的要因は)応用可能であろう」と述べている¹²⁾。

宗像は、これまでに臨床研究を重ね、その知見から、独自の気質コーチング法を提唱している¹³⁾。すなわち、「相手の遺伝的要因から期待できないものを期待しないで、期待できるものを合理的に期待することで人間関係は改善する」という理論をたて、人間関係ストレスの解消に成果を挙げている。しかし、その気質コーチング法で、安定した人間関係が長期に持続するかはまだ立証されていない。また、それに類した人間関係ストレスの改善法は、世界でまだ研究報告されていない。2008年7月現在、Pub Medによる interpersonal stress management

をキーワードとするコンピューター検索で海外における先行文献は過去5年間で259件あり、また human relation skill をキーワードとする研究は過去5年間で142件報告されていた。さらにキーワードを human relation skill と stress management とすると4件、human relation skill と intervention では12件検索できたが、研究対象はDV被害者や精神疾患患者等であり、一般市民のための人間関係のストレスマネジメントに関する具体的な方法、実践や介入研究について述べられているものはなかった。

本研究は、人間関係のストレスマネジメントとして、気質コーチング法の理論に基づいて介入し、1ヵ月後、3ヶ月後に追跡調査を実行し、本法のストレスマネジメントの効果を検討することを目的とするものである。

2 研究方法

1) 調査方法

本研究は、前向き研究を採用した。研究協力者には、介入を受ける群(介入群)と、介入を受けない群(非介入群)を設定した。介入群は、スノーボーリング法により研究協力に同意を得られた20名(男性n=2, 女性n=18, 平均年齢37.8±10.6歳)である。非介入群は、介入群を決定した後に、年齢と性別をマッチングした対象者に個別に依頼し同意を得られた19名(男性n=3, 女性n=16, 平均年齢37.7±12.1歳)である。介入群、非介入群ともに、研究開始時に身近な人間関係の対象者1名を特定した。その特定に必要な条件は、①自分にとって身近な他者であること、②週1回以上の接触があり、今後とも関係を継続する予定であること、③対象者との関係を現在よりも改善したい、または修復したいという動機を持っていること、とした。その特定した対象者との人間関係の変化や人間関係における主観的ストレス度等に関する記名自記式質問紙調査を、初回調査(介入群における介入前時点)、初回調査から1ヵ月後、及び3ヶ月後の時点で郵送法を用いて実施した。また初回調査時点と介入直後において、調査票記入に加えて人間関係に関する半構造化インタビュー¹⁴⁾を行った。非介入群は、初回調査票記入日を起点として、1ヵ月後、3ヵ月後調査を行い比較した。介入群および非介入群の調査手続きの概略を、図1に示す。

最終的に初回調査、介入直後、1ヵ月後、3ヵ月後時点を含む4回の調査票の全てのデータの回収を

行うことができたのは介入群 15 名（男性 n = 2, 女性 n = 13）であった。非介入群は、18 名（男性 n = 3, 女性 n = 15）の協力者の調査票が全て回収された。質問紙調査の回収率および有効回答率はともに、介入群 75%、非介入群 95% であった。

2) 介入方法

介入は、気質コーチングの訓練を受けた筆者が全て担当し、2006 年 3 月〜2006 年 6 月の間に宗像の遺伝的気質概念の理解を支援する気質コーチング法¹⁵⁾を中心に介入群に 1 回ずつ（1 回約 2 時間、個別面談方式）実施した。宗像が独自に構築した遺伝的気質概念¹⁶⁾とは、さまざまな行動遺伝学研究による気質の新たな研究の成果に注目し、外的刺激に対する「感受性や反応の特徴」として人格気質をとらえているものである。人格気質は大きく 3 つに分かれ、「循環気質」「粘着気質」「自閉気質」という Kretschmer が報告した気質を採用している。さらに人格気質の感受性や反応の「強さ」を決める気質として、下田光造の「執着気質」や Cloninger の「新奇性追求気質」「損害回避気質」の概念を加えている。宗像は、気質コーチング法として、これら遺伝的気質の特徴および気質のニードに効果的に応えられる気質別の自己対処法や他者対処法のポイントについて述べている。気質コーチング法では、各気質の特徴を態度や行動特性としてとらえるだけでなく、生物学的要因も含めた理解を促すものとなっている。お互いの期待の充足システムである身近な人間関係

を効果的に機能させるために、気質コーチング法によって得られた情報で自己や対象者の遺伝的気質を見極め、遺伝的な情動反応の差異を理解することで、相手への期待を合理的に修正する、すなわち、人間関係の対象者の気質によって期待できることと期待できないことがあることを自覚し、自らの要求充足の見通しを高められるように対象者との人間関係における行動目標の設定を促した。気質別の期待リストの詳細については、他の文献を参照されたい¹⁷⁾。

3) 介入内容

本研究の気質コーチング法による介入では、まず、「身近な人間関係はお互いの期待の充足システムとみることができ、相手の異質性をどのようにとらえるかによってその関係にも影響が及ぶと考えられる」ことを説明した。その後、研究協力者本人と人間関係の対象者に該当する気質を推定するために、遺伝的気質の自己チェックリストを実施した。当時、本尺度は標準化されていなかったため¹⁸⁾、研究協力者自身や特定した対象者に該当する気質を判断する手がかりとして位置づけ、必要時に気質に関する説明を補足した上で、該当気質の最終判断は研究協力者自身に委ねた。ヒトの情動反応の特徴は、遺伝的気質により大きく異なる。その差異を理解しないまま、相手の行為のあり方を直すべきものと判断し一方的に自分の期待をし続けることは、人間関係の悪化や対人ストレスを強めることとなる。この点に留意し、特定した対象者への期待できることと期待できないことの区別も含めて、関係改善またはストレス軽減のために必要な行動をお互いの気質を踏まえて目標化するように促し、自己決定リスト作成までを実施した。

4) 倫理面への配慮

介入群および非介入群に対して、研究に関する主旨を書面及び口頭で説明し、全ての研究協力者の同意書提出を受けて実施した。非介入群に対する配慮として、初回調査時に記入した遺伝的気質の自己チェックリスト等の調査結果の開示を求める研究協力者には、気質コーチングに使用した遺伝的気質概念に関する資料とともに各気質に応じた自己対処法や人間関係におけるアドバイス等を個別に文書作成し郵送した。

5) 質問紙調査票の構成

調査票の主な構成内容は、以下の通りである。

①研究協力者の属性：氏名、年齢、性別、職業、郵

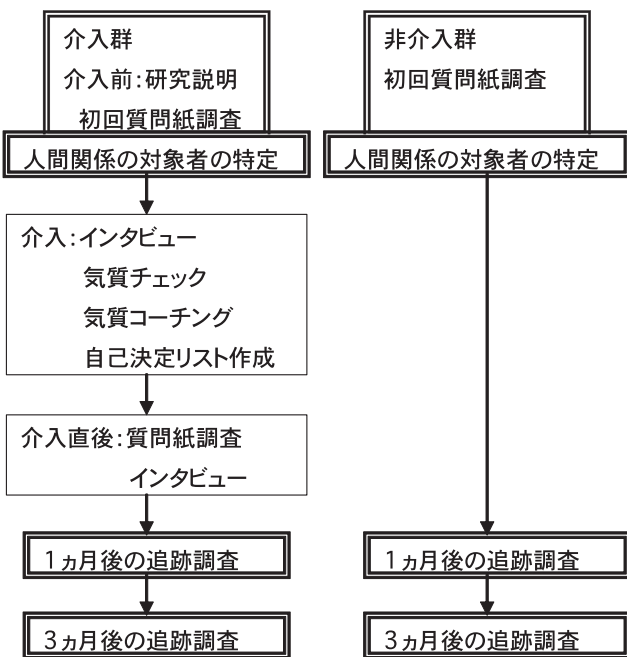


図1 調査手続きの概略

送先住所

②人間関係の対象者の属性:年齢、性別、職業、間柄

③人間関係尺度:宗像の人間関係に関する尺度¹⁹⁾をもとに本研究用に一部改補して作成した。本人が特定した対象者との現在の関係性を、線上の位置に○印をつけて表すように求めた。「ずっと一緒にいたい」「話すとき楽しい」「顔を見るとうれしい」「どちらでもない」「会うと顔をそむけなくなる」「話すとき不快になる」「いなくなって欲しい」の7件法とした。各々の得点を6~0点に置換しスコア化した。得点が高いほど対象者との人間関係が主観的に良好であることを意味する。

また、この特定した他者とは、自分によって、身近な他者であり(家族、家族以外を含める)、1回/週以上の接触があり、今後も関係を継続する予定であること、対象者との関係を、現在よりも改善したい、または修復したいという動機がある人と教示し、協力を得て測定した。

④主観的ストレス度:特定した対象者との人間関係に関する主観的なストレス度について、全くストレスのない状態を0%とし、0%~100%の間で線上に表すように求めた。

⑤自己価値感尺度:M. Rosenberg 1965(宗像恒次訳 1987)^{20) 21)}

自己に対する肯定的な評価を、三件法による回答で10項目で測定している。0点から10点を得点範囲とし、得点が高いほど良い自己イメージを持っていることを意味する。

⑥遺伝的気質の自己チェックリスト(オリジナル尺度):宗像の遺伝的気質概念に基づいて臨床的に開発された、6種類の各遺伝的気質(循環気質、粘着気質、自閉気質、執着気質、不安気質、新奇気質)の気質傾向の強さを測定する尺度である^{22) 23)}。

各気質5項目で合計30項目から構成されている。

⑦人間関係や気質概念に関する自由記述式設問項目:特定した対象者との関係の変化を把握するために、「現在の対象者との関係」や「相手に対する自分の気持ち」、「自分自身の行動の変化」等の項目を設け自由記述で回答を得た。介入群に対しては、気質概念の理解や活用に関する項目も加えて、自由記述で回答を得た。

6) 分析方法

得られたデータは、各群の男女比が偏っていた(介入群:男性n=2女性n=13, 非介入群:男性n=3女性n=15)。ストレス反応や対処法に関する先行研究^{24) 25)}によれば、性差による交互作用効果を

考慮する必要があるが分析が困難であるため、今回は女性のみを分析対象〔介入群(n=13, 平均年齢36.2±12.02歳), 非介入群(n=15, 平均年齢39.1±11.47歳)〕とした。

分析には、統計処理ソフトSPSS vers.11.0 for Windowsを使用した。介入群の初回調査と介入直後時点の2時点比較には、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。また、持続効果の評価のための、初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の3時点比較には、各群でFriedman検定を行った。さらに、多重比較には対照値比較型を用い、初回調査と1ヵ月後、3ヵ月後の各時点の尺度値を、p値を補正したWilcoxonの符号付き順位検定を用い検討した。また、初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の各時点における介入群と非介入群の比較には、Mann-Whitney検定を用いた。

3 結果

1) 各群における尺度値の変化

気質コーチング法による介入を行った結果、介入群の初回調査と介入直後時点における尺度値を比較すると、主観的ストレス度が有意に低下し(p=.004)、人間関係尺度値は有意に上昇した(p=.011)(表1)。介入群の主観的ストレス度は、介入前と介入1ヵ月後、介入前と介入3ヵ月後時点の両者に有意な差が見られた(前-1ヵ月後:p=.036, 前-3ヵ月後:p=.036)(図2)。介入群の人間関係尺度値は、介入前よりも介入1ヵ月後の方が高いという傾向が見られるにとどまったが(p=.052)、介入前と介入3ヵ月後時点を比較すると、有意に3ヵ月後時点の方が高かった(p=.0014)(図3)。介入群の自己価値感尺度値は、Friedman検定の結果は有意であったが、介入前から介入1ヵ月後、介入前から3ヵ月後時点において有意な差は認められなかった(図4)。

非介入群の主観的ストレス度は、初回調査と1ヵ月後時点の比較において有意な差は認められず、初回調査時点よりも3ヵ月後時点の方が低いという傾向が見られるにとどまった(p=.060)。人間関係尺度値、自己価値感尺度値は、初回調査と1ヵ月後及び3ヵ月後時点の比較において有意な差は認められ

表1 介入群の介入前時点と直後時点の尺度値の比較

	介入前時点 Me (Q)	介入直後 Me (Q)	p 値
主観的ストレス度	70 (22.5)	50 (13.8)	.004
人間関係尺度値	3.0 (0.9)	4.0 (1.0)	.011

Wilcoxonの符号付き順位検定(n=13)

なかった (図2, 3, 4)。

2) 介入群と非介入群の各時点での尺度値の比較

初回調査時点における介入群と非介入群の尺度値間を比較した結果、主観的ストレス度に有意な差は認められなかった (図2)。人間関係尺度値は、初回調査時点で群間に有意差があり、介入群と比較すると非介入群の方が高かったが ($p=.041$)、1ヵ月後および3ヵ月後時点では有意差は認められなかった

スコア

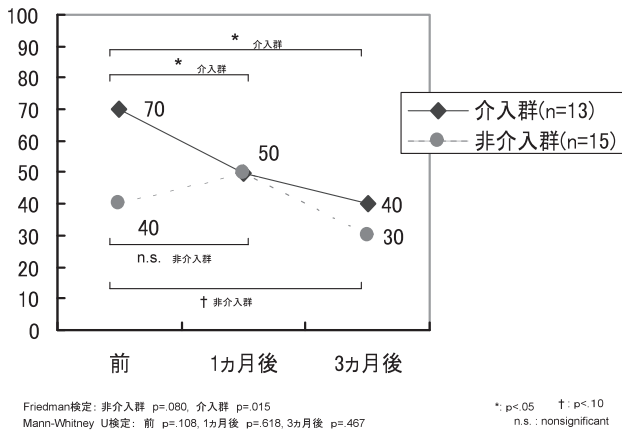


図2 主観的ストレス度の変化

スコア

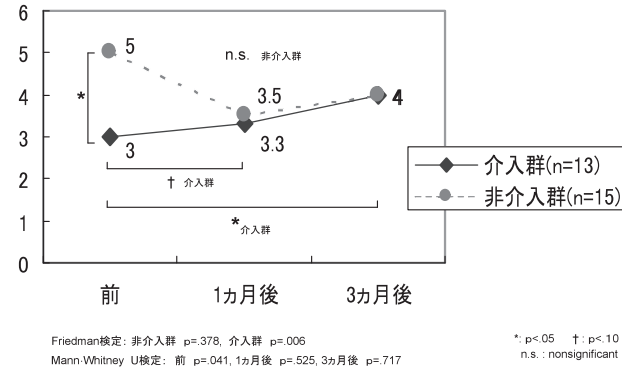


図3 人間関係尺度値の変化

スコア

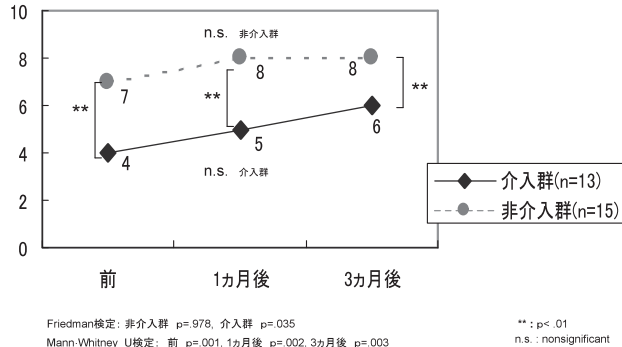


図4 自己価値感尺度値の変化

(図3)。自己価値感尺度値は、初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の全ての時点で群間に有意差があり (前: $p=.001$, 1ヵ月後: $p=.002$, 3ヵ月後: $p=.003$)、非介入群と比較すると介入群の方が低かった (図4)。

3) 介入群協力者と人間関係の対象者の主な気質

介入群に対する気質コーチング法による介入の中で研究協力者が判断した本人自身と特定した対象者に該当すると思われる主な気質を表2に示した。協力者は「人間関係改善や修復への動機のある他者」として特定した対象者を自己とは異なる気質であると認知していることが明らかとなった。

4 考察

宗像のストレス関数モデル²⁶⁾によると、認知的ストレスマネジメントとは、思い通りにならない状況の中で、自らの要求 (Demand) を明らかにし、その充足のための見通し (Predictability) をつけて自信を高め、支援 (Support) を得ることとなる。本研究では、対人ストレスマネジメントの技術としての介入の有効性の評価の視点を、操作的に「ストレス認知」「対人関係認知」「自己認知」の3点とした。介入による各尺度値の変化から、ストレス関数モデルにおける3つの変数 (要求、見通し、支援) にどのような制御がなされたのか検討する。

1) ストレス認知に与える影響

介入前時点と介入直後時点では、介入群の主観的ストレス度は有意に低下した。また、介入前時点と1ヵ月後時点、介入前時点と3ヵ月後時点との比較

表2 介入群協力者と人間関係対象者の主な気質

事例番号	協力者本人の主な気質	対象者の性別 対象者の主な気質
1	執着、不安	男性 循環
2	循環、新奇	女性 自閉
3	循環、不安	女性 執着
4	執着、不安	女性 自閉
5	自閉	女性 循環、執着
6	自閉、不安	女性 不安
7	不安、執着、自閉、循環	女性 粘着、執着、不安
8	執着、自閉	男性 循環、不安
9	循環、執着、不安	女性 執着
10	自閉、不安、執着	男性 新奇、循環
11	自閉	女性 循環
12	循環、新奇	男性 粘着、新奇
13	自閉、不安	女性 循環、新奇

循環: 循環気質、自閉: 自閉気質、粘着: 粘着気質
執着: 執着気質、不安: 不安気質、新奇: 新奇気質

において両時点とも有意に低下していた。非介入群は、初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の3時点における尺度値に有意な変化はなく、介入群には主観的ストレスの軽減効果が認められた。

介入前と比較して主観的ストレス度が低下し、その効果は3ヵ月後まで持続していたことから、気質コーチング法による一回の介入によって、まず関係対象者の気質理解が促され、人間関係を調整する上で必要な他者の態度や行動に関する予測可能性を高めることができたのではないかと考えられる。加えて、介入後の行動目標として自己決定リストを作成することで、自己や対象者の気質を踏まえて必要な対処行動や接し方について改めて考える機会を得られ、他者に対する期待や要求を現実的に充足可能なものに切り替えることで要求の充足度を高めることができたと推測された。さらに、介入群協力者からは「対象者以外の人間関係にも活かせる」との発言が多く聞かれ、支援認知を高める効果を有するケースも確認された。

表2に示されるように、介入群によって特定された人間関係の対象者は本人自身とは異なる気質であると認知されていたことが明らかとなったが、実際の対象者の気質が研究協力者本人の判断と一致していたかどうかの検証は困難である。しかし、人は、他者に関する自分なりの認知に基づいて、相手を理解したり将来の行動を予測し、その人物に対する接し方を決定していく側面があるので²⁷⁾、現実の人物像よりも観察者自身の主観が人間関係に影響する可能性が高いと考えられる。従って、異質性を持つ相手をどのように認知するかによって人間関係における主観的ストレス度にも影響が及ぶと予想され、介入によって遺伝的気質概念の視点から自己や他者を客観視することで、他者の異質性を受容するための基盤をつくることに役立つ効果があったのではないかと考えられる。

2) 対人関係認知に与える影響

調整の結果、人間関係尺度値は、介入前時点と介入直後時点では、有意に改善した。また、介入前時点と1ヵ月後時点と比較すると改善する傾向がみられ、介入前時点と3ヵ月後時点における比較では、3ヵ月後時点の方が有意に改善していた。非介入群は、初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の3時点における尺度値に有意な変化はなく、介入群には明らかな介入効果が認められた。

対人認知は人に対する知覚であるが、事物に対する知覚とは異なった特徴を持っていると言われている²⁸⁾。対人認知においては、現前の刺激対象から直接与えられる感覚的情報のみでなく、他者が過去にとった行動や第三者から聞いた風評など、時間的・空間的に広がりを持った多種多様な情報が知覚の手がかりとなることや、刺激との対応が必ずしも明確でない人の内面的特徴や心理過程にまで判断が及ぶ。このような過程においては、認知者の主体的要因が認知内容を大きく規定する。対象者の態度や行動が変わらなくても、気質概念の理解によってこれまでとは異なる対人認知が可能になることによって、その「行動の意味」の捉え方が変わり得る。

人間関係尺度値は客観的な関係性を表すものではなく、対象者への主観的な対人感情を表しているものである。態度の一要素である感情を変容させることで、別の要素である認知が変容するという古くからの指摘もあるように²⁹⁾、感情は態度の中でも基礎となる要素である。また、感情とは、宗像によると「ある期待(自分の要求)があって、その期待が満たされるか否かの見通しや結果をどう評価しているかを示すものである」と定義されている³⁰⁾。これらのことから、人間関係尺度値は、対象者への期待や要求の強さとそれに伴う充足度を表しているとみることができる。相手への期待が強くそれが充足されると満足し関係良好という認知となり、相手への期待が強いにもかかわらず充足されないと不満や嫌悪を感じて関係悪化という認知となる。介入群の人間関係尺度値は、介入前時点と比較して3ヵ月後時点には有意に改善していることから、要求充足度の変化によって対人感情のコントロールが図れたことが対人関係認知改善の要因の一つととらえた。また、介入から3ヵ月後時点における質問紙調査項目の「自分自身にとって気質概念を知る意味」について、介入群の主な記述回答として「もう一度自分を見つめ直すことができると思う。そうすることで、自分にかかわっている人たちとのコミュニケーションを図ることが出来ると思う。」「相手の気持ち、人柄の本質を知ることにつながる。」「相手や自分のことを知るために必要だったと思う。気質概念を知ることがなければ、分かり合えない人と接することを最初からしなかったと思う。」等があり、介入によって自己や他者の理解を深め、関係改善の動機を強めたことも、対人関係認知が改善した要因であると推察された。

自己認知に与える影響

3) 自己認知に与える影響

自己価値感尺度値は、Friedman 検定の結果は有意であったが、介入前と1ヵ月後時点、介入前と3ヵ

月後時点のどちらも有意な差は認められなかった。介入群の人数の少なさの影響もあると考えられ、今後データ数を増やして再検討する必要がある。

自己認知に影響を与える要因は数多く存在しており、とくに過去の記憶イメージは現在の自己イメージや出力としての行動を左右する³¹⁾。従って、現在の認知に働きかける気質コーチング法による一回の介入効果としては、人間関係を中心とした環境調整には貢献するものの、自己イメージを著しく改善することは困難であった可能性がある。しかし、本法によって、他者に期待するだけでなく、相手がどうであれ、自分の期待を相手の気質に合わせて修正することによって自ら要求充足できる見通しを持つことは、ポジティブな自己認知にとって意味があると考えられる。

初回調査、1ヵ月後、3ヵ月後の全ての時点において非介入群と比較して介入群の自己価値感が低かったという結果は、各群の集団特性の違いから生じたとも考えられるが、この点については現時点での検証は困難である。橋本らは、「両親をはじめとする重要他者に対するネガティブイメージをポジティブイメージへと変換することが、現在の問題に関わる恐れや恐さの根源感情を軽減し、自己イメージのポジティブ変換につながる」と述べている³²⁾。非介入群と比較して、元々身近な他者への否定的対人感情の強さを感じていた介入群の方が、自己イメージをポジティブ変換する機会が少なかったとも推察され、介入群の自己価値感を低下させていた要因の一つではないかと考えられる。

4) 本研究の限界

本研究協力者の群分けは、介入群決定後に、年齢と性別をマッチングさせた対象者に個別に依頼し非介入群を設定する方法であった。そのため、介入群と非介入群との間に、研究への関心の程度や対象者との関係改善に対する動機の強さにバイアスが存在していた可能性が高い。介入群と非介入群の設定の方法について、集団の等質性を考慮した適切な無作為抽出を工夫することが今後の課題として挙げられる。

5 結論

本研究では、対人ストレスマネジメントとして気質コーチング法による1回の介入を実践し、その1ヵ月後、3ヵ月後の効果を検討した。その結果、人間関係における主観的ストレス度が低下し、人間関係尺度値が改善し、持続していた。すなわち、本介入

によって本人の中での対人関係認知がポジティブなものとなり、対人ストレスマネジメント効果が認められたといえる。したがって、気質コーチング法による介入は、対人ストレスマネジメントのための持続的技術として一定の有効性が示唆された。

認知に働きかける1回の介入方法で効果が得られたということは、個人のセルフケアによるストレス対処のための支援システム構築にとって大きな意味があると考えられる。人間関係に関連するストレスの軽減と、多くのストレスに対処するための資源としての人間関係の活用を同時にかなえる現実的で具体的な対人ストレスマネジメントの技術として、さらに効果を高めるための今後の研究が必要である。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成12年保健福祉動向調査の概況，1-4（2001）
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成16年国民生活基礎調査の概況，Ⅲ-6（2005）
- 3) 再掲2)Ⅲ-6
- 4) 森 啓輔：ソーシャルサポートの効果についての探索的研究－公立小・中学校教員の自由記述の分析をもとに－，昭和女子大学大学院生活機構研究科紀要，14，77-89（2005）
- 5) 宗像恒次：セルフケアとソーシャルサポートネットワーク，日本保健医療行動科学会年報，4，1-20（1989）
- 6) Cohen S. and Mckay G.: Social support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review and theoretical analysis. In A. Baum, J. Singer & S. Taylor (Eds.), Hand-book of psychology and health. 4 Erlbaum, 253-267（1984）
- 7) Kelley H. and John W., 黒川正流（監訳）：対人関係論，誠信書房，東京，228（1995）
- 8) 林 文俊：心理学辞典（中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁榊算男・立花政夫・箱田裕司編集），有斐閣，東京，549（1999）
- 9) 山中 寛：ストレスマネジメント学の理念と役割，現代のエスプリ 469，志文堂，25-33（2006）
- 10) Cloninger, C.R. 中嶋 照夫・中村道彦（訳）：A Psychobio-logical Model of Personality and Psychopathology, 心身医学, 37 (2), 91-102 (1997)
- 11) Gray, J.A.: The psychophysiological basis of introversion-extraversion. Behavioral Research and Therapy, 8, 249-266 (1970)
- 12) 木島伸彦：Cloningerのパーソナリティ理論の基礎，精神科診断学, 11 (4), 393 (2000)

- 13) 宗像恒次・小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理・鈴木克則: SAT 法を学ぶ (宗像恒次監修), 金子書房, 東京, 107-129 (2007)
- 14) Uwe Flick・小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子 (訳): 質的研究入門 - 〈人間の科学〉のための方法論, 春秋社, 東京, 72, 94-121 (2002)
- 15) 再掲 13) 107-129
- 16) 再掲 13) 107-129
- 17) 再掲 13) 128
- 18) 宗像恒次・田中京子・小林由美: SAT 気質コーチングによる人間関係のコラボレーション, ヘルスカウンセリング学会年報 13, 1-11 (2007)
- 19) 宗像恒次: 最新 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 212-215
- 20) Rosenberg M.: Society and the adolescent self-image, Princeton New Jersey, Princeton University Press, (1965)
- 21) 宗像恒次・高臣武史・河野洋二郎・デビッド ベル・リンド ベル: 日米青少年期の家庭環境と精神健康に関する比較研究, 昭和 62 年度厚生省科学研究報告書 (1987)
- 22) 田中京子: 気質理解にもとづく対人関係調整マネジメント・システムの開発, 筑波大学大学院体育研究科修士論文集, 29, 575-578 (2007)
- 23) 再掲 18) 1-11
- 24) 平岡 厚・小林治夫・荒戸照世・大須賀美恵子: 精神的ストレスに対する生化学的応答に変動を及ぼす因子の検討(1)男女差について, バイオフィードバック研究, 22, 31 (1995)
- 25) 合田加代子・野口純子・高嶋伸子・植村裕子・竹内美由紀・中添和代・榮 玲子・宮本政子・松村恵子: 中高年期世代の健康支援に関する研究 - ストレスとその対処方法の男女差について -, 地球環境保健福祉研究, 7 (1), 21 (2004)
- 26) 宗像恒次: ストレス解消学, 小学館, 東京, 244-282 (1991)
- 27) 再掲 8) 549
- 28) 再掲 8) 549
- 29) Rosenberg M.: Cognitive reorganization in response to the hypnotic attributional affect, Journal of Personality, 28, 39-63 (1960)
- 30) 宗像恒次: SAT カウンセリング技法, 広英社, 東京, 45 (1997)
- 31) 宗像恒次: SAT 療法, 金子書房, 東京 (2006)
- 32) 橋本佐由理・井坂美香・樋口倫子: 中学生における両親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影響に関する研究, ヘルスカウンセリング学会年報, 11, 31-40 (2005)

Ⅲ

調査研究委員会報告

SATカウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第14報

Educational Effectiveness of "Structured Association Technique" Counseling Seminar: The 14th Report

橋本 佐由理* 奥富 庸一** 宗像 恒次*

Sayuri Hashimoto, Yoichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata

要 旨

本研究は、SAT法を活用したカウンセリングプログラムによるカウンセラー養成セミナー実施前後の心理尺度測定結果から、プログラムの教育効果について検討することが目的である。SAT法とは、宗像（1995、1997）1-4）が開発したSAT療法（SATイメージ療法とSATカウンセリング法を合わせたもの）とSATソーシャルスキル法の総称である。SAT法の技法習得プログラムは7コース（個別技能:B, A, SOM, POMグループおよびソーシャルスキル技能:SB, SA, SM）あり、各々2日間13時間である。今回分析に用いたデータは、プログラムの開催及び調査票の回収が、1995年10月から2007年12月、個別技能コースは、有効回収数 $n=10394$ （男性 $n=1055$ 、女性 $n=9339$ 、平均年齢 38.2 ± 10.2 歳）、グループおよびソーシャルスキル技能コースは、有効回収数 $n=1036$ （男性 $n=114$ 、女性 $n=922$ 、平均年齢 41.6 ± 9.8 歳）であった。

分析の結果、以下の点が明らかになった。1) 各プログラム前後において、心理特性の尺度得点が有意に変化していた。2) その得点の変化は、ストレスに強くストレスをためにくい行動特性の得点への変化と精神的健康が向上する方向への変化であり、それは自己報酬追求型の自己イメージスクリプトへの変化と解釈される。3) 各プログラムの問題解決レベルの違いにより、尺度の得点変化の大きさには差が見られた。それは、解決レベルが高い方がより得点の変化が大きく、良好な方向へ変化をしていた。

これらの結果から、SAT法によるプログラムは、より上級レベルの技能習得プログラムほどストレスに弱くストレスをためやすい心理特性を変容させる効果があることが示された。したがって、このプログラムには、個人差はあるが、ストレス耐性の強化とストレス蓄積度の軽減ができ、自己成長や自己変容、生き方変容を支援できるという教育効果があることが示唆された。

キーワード：SAT法（Structured Association Technique）教育効果（educational effectiveness）

心理特性（psychological characteristics）カウンセリングセミナー（counseling seminar）

精神健康（mental health）

*筑波大学大学院 ヒューマン・ケア科学 ヘルスカウンセリング学分野
Graduate School of Human Comprehensive Sciences,
Department of Human Care Science, University of Tsukuba

**早稲田大学人間科学学術院 健康福祉科学科

Faculty of Human Science, Waseda University

連絡先：橋本 佐由理

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学大学院 総合研究棟D510

1-1-1 Tennoudai Tsukuba-shi Ibaraki, 305-8577 Japan

TEL&FAX：029-853-3964

e-mail：hasimoto@taiiku.tsukuba.ac.jp

1 はじめに

SATカウンセリングセミナーは、身体・精神・行動に表れる症状のサインを活用して健康問題を解決し、愉しむ生き方を支援できるスキルをもった人材を育成することを目指している。

健康問題といえば、2007年9月世界保健機関（WHO）の声明では、日本のみならず韓国、中国を含む西太平洋地区の国々で、生活習慣病の有病者数が増加しており、死亡者数は2015年までに現在の倍

以上の3,600万人に増加すると警告されている。特に対策が必要なのは、心筋梗塞などの心疾患(CVD)、糖尿病、高血圧、癌、呼吸器疾患などである。これらの疾患は、肥満や運動不足、喫煙などの生活習慣が、病気発症の要因となるというのが定説であり、生活習慣をいかに健康的にするかということに、治療や予防の主眼がおかれている。確かに、世界の生活習慣病をめぐる先行研究によれば、健康的な生活習慣が生活習慣病の発症を抑え、生活習慣への強力介入による予防や改善の成果は数多い^{5)~9)}。しかしながら、その増加は止まるどころか、さらに増加の傾向がある。わが国が取り組んだ「健康日本21」でも、その中間実績値でも約30項目で策定時より悪化し、男性の3割が肥満、糖尿病も増加したことは記憶に新しい。今年度から、高リスクの人を発症前に発見し、病気発症を予防するため、医師、保健師、栄養士、看護師などの専門家が主な担い手となり「特定健康診査・特定保健指導」が始まったが、数値の改善だけを達成しようとするとも再び同じことが繰り返される危険をもつ。では、効果的な治療と予防のためには、どうすればいいのであろうか？

我々のこれまでのSAT法の理論に基づいた臨床経験から言えば、生活習慣病患者の多くは、実生活も健康管理も、それが望ましいか望ましくないか、あるいは、正しいか誤りはないかを基準とする他者報酬追求型行動である。周りから評価され認められるか否かという恐怖を根底に抱えた他者報酬追求型の生き方となっているのである。我々は、生活習慣病は、ストレス性格病と捉えている。他者報酬追求型の生き方は、周りに認められるために、つらいことがあっても感情を殺し、我慢し続けるために身体症状を抱えやすい。そして、そんな自分の境遇に同情しながら頑張るためストレスをため辛くなり家族に当たったり、不健康行動を自分に許してしまう傾向を持つ。このような特性をもつ者に対して、医療者主導の生活習慣への強力介入は、コンプライアンスを求めやすいので、成功しても医療者からの他者報酬が得られるものでしかないであろう。強力介入により一時的に検査結果が良好になっても、再び仕事も生活も頑張ろうとすると、かえってストレスを強める結果を招くことにもなりかねない。したがって、生活習慣病の克服は、このようなストレス性格の変容なしにはあり得ないと考えるのである。また、近年、生活習慣病のみならず、たばこやアルコール、薬物への依存行動、メンタルヘルス問題であるうつや自殺者の増加、家族関係や職場や地域などの人間関係の希薄さを物語るような事件の多さが目立つ。

これらの社会問題の解決にも、ソーシャルスキルトレーニングや生き方変容が必要であろう。他者報酬追求型の生き方は、ストレスをためる。‘自分の人生を愉しみ、人とも愉しむ人生’である自己報酬追求型の生き方をすることそのものが、健康問題解決であり、他者報酬追求型から自己報酬追求型への生き方変容を支援できる人材の育成が急務と考えているのである。

NPO法人ヘルスカウンセリング学会では、15年前より学会の一事業として、学会公認カウンセラー資格支援事業を行っている。本事業では、SAT法の理論と技法に基づいた独自のプログラムによりカウンセラー養成セミナーを行い、先に述べたような健康問題解決や生き方変容支援のできる人材の育成を行っている。この間に延べ2万人以上に及ぶ多数の受講者の参加を得、さらに学力審査と技能審査の下で公認資格者を認定してきた。

本稿では、SAT法活用による独自のカウンセリングプログラムの教育効果を検討する。本プログラムによるセミナーは、カウンセリング技術や理論の習得と参加者自身の問題解決や自己成長、自己変容、生き方変容の達成を重視している。そのために、自己の課題と立ち向かい、解決しつつ、カウンセリングを学ぶという体験学習型プログラムを提供している。それは健康行動科学の理論と手法に基づいたものである。SAT法は、宗像(1995, 1997)^{1)~3)}により開発された。それは、「構造化された(Structured)」問いかけによって、問題解決脳である右脳を活性化し、意識下あるいは変性意識(瞑想状態)での「ひらめき、イメージ連想(Association)」を用いて、問題解決法や新しい生き方への気づきを支援し、安心して安全な愉しむ生き方に必要な生き方変容を促す「技法(Technique)」のことである。SATイメージ療法とSATカウンセリング法を合わせて、SAT療法と呼び、また、SATソーシャルスキル法を含めてSAT法と呼んでいる。プログラムは7コースあり、各々2日間13時間~15時間で開催される。それらのプログラムは、個別カウンセリング技能に関しては、カウンセリング技法レベルにより4段階(個別技能:B, A, SOM, POM)に分けて設定しており、グループカウンセリング・ソーシャルスキル技能に関しては、同様に3段階(グループ技能:SB, SA, SM:2007年まではGB, GA, GMと呼んでいた。)に分けて設定している⁴⁾。

そこで本稿では、SAT法、すなわちSATカウンセリング法およびSATイメージ療法、SATソーシャルスキルトレーニング法のそれぞれのプログラ

ムの教育効果について述べる。本プログラムによる学会公認カウンセラー養成セミナー受講前後の心理尺度測定結果について、測定値の変化を検定及び解釈し、教育効果について検討することが目的である。

2 研究対象と研究方法

1) 研究対象と調査方法

7コースのセミナーは、日本全国各地にて年間に述べ100回を越えて開催されている。各セミナーは2日間13時間～15時間で行われ、全コースにおいて、開始前と終了後に心理尺度を用いた自記式質問紙調査を行っている。今回分析に用いるデータは、プログラムの開催及び調査票の回収が、1995年10月から2007年12月までのものである。

教育効果の検討のための調査対象は、セミナー受講者のうち受講前後の調査票の回収に協力を得られた者である。セミナーの受講者人数は、開催地や開催時期により異なるが、基本的には8名以上での開催となっており、最大40名程度である。倫理面への配慮として、受講者に対しては担当のセミナー講師より、教育効果の検討のための研究調査について口頭で説明し協力を依頼する。受講者は記名自記式の調査票をセミナー開始前および終了後に記入し、本人の自由意志で提出する。記名は、前後のデータのマッチングのために必要なものであり、個人を特定するためのものではないこと、協力を得たデータに関してはプライバシーの保護に厳重に注意することを伝えている。得られたデータは全て記号番号化して入力され個人が特定できないデータファイルにし、研究調査委員会がネットワークに接続をしないデータ管理専用パソコンで管理し分析を行っている。

プログラムは積み上げ方式の学習法であるため、得られたデータは延べ人数であり、同じ受講者が複数回データに協力している場合がある。

個別技能の4コースのセミナーにおいて、最終的に期間中に受講前後の調査票の回収に協力の得られたのは、 $n = 12092$ であった。得られたデータのうち、性別あるいは年齢、職業が未記入であったものは無効とした。最終的な有効回収数は、 $n = 10394$ (有効回答率 86.0%) であった。その属性の内訳は、性別は、男性 10.2% ($n = 1055$)、女性 89.8% ($n = 9339$)、年齢は、15歳から80歳、平均年齢 38.2歳 (S.D. = 10.2) であった。20歳から50歳までの対象者が全体の約 87% を占め、中央値は 38歳、最頻値は 36歳である。また、職業は、保健師 11.1% ($n =$

1155)、看護師 33.0% ($n = 3427$)、管理栄養士または栄養士 6.7% ($n = 701$)、薬剤師 7.1% ($n = 743$)、歯科医師 1.5% ($n = 151$)、医師 0.7% ($n = 72$)、その他 39.9% ($n = 4145$) であった。職業のその他とは、教員や学生、会社員などが含まれている。各コースの年代構成と性別について表1に示した。

グループ技能及びソーシャルスキルトレーニングの3コースのセミナーにおいて、最終的に期間中に受講前後の調査票の回収に協力の得られたのは、 $n = 1268$ であった。先述したように、性別あるいは年齢、職業が未記入であったものは無効とした。最終的な有効回収数は、 $n = 1036$ (有効回答率 81.7%) であった。その属性の内訳は、性別は、男性 11.0% ($n = 114$)、女性 89.0% ($n = 922$)、年齢は、18歳から79歳、平均年齢 41.6歳 (S.D. = 9.8) であった。20歳から50歳までの対象者が全体の約 80% を占め、中央値は 42歳、最頻値は 42歳である。また、職業は、保健師 9.8% ($n = 102$)、看護師 34.1% ($n = 353$)、管理栄養士または栄養士 6.3% ($n = 65$)、薬剤師 6.1% ($n = 63$)、歯科医師 0.4% ($n = 4$)、医師 0.3% ($n = 3$)、教員、社員などその他 43.1% ($n = 446$) である。各コースの年代構成と性別について表1に示した。

2) 分析方法

得られたデータは、SPSS15.0により統計的に処理をした。分析方法は、まず、測定尺度の内の一貫性及び因子の妥当性分析、基準関連妥当性分析を行った。そして、得られたデータから心理特性間の関連や教育効果を検討するために、相関分析、 t -検定、分散分析を行った。また、精神健康に関する仮説モデルを構築した。そして、Amos7.0を用いて作成したモデルに関して、個別技能ベーシックコース受講者のデータを適用して、共分散構造分析を行い、そのモデルの適合度を検討し解釈を加え、セミナーの教育効果について考察した。

3) 調査票の尺度の構成

調査票の尺度は、以下の13尺度である。調査票の尺度の構成は、自己イメージスケジューラを測定する尺度 (1, 2, 3, 7, 9, 10, 11, 12) と環境認知を測定する尺度 (4)、精神健康度やストレスを測定する尺度 (5, 6, 8, 13) からなっている。これらの尺度の選定は、図1に示した否定的な心理特性要因による精神・身体・行動症状のモデルの考え方に基づいている。それぞれの尺度について解説をする。

(1) 対人依存型行動特性尺度 (ハッシュフェルドに

表1 各セミナー受講者の年代構成と性別

Basic	女	男	SB	女	男
20歳代以下	1302 (23.2%)	153 (2.7%)	20歳代以下	60 (11.2%)	13 (2.4%)
30歳代	1654 (29.4%)	190 (3.4%)	30歳代	141 (26.3%)	16 (3.0%)
40歳代	1428 (25.4%)	154 (2.7%)	40歳代	168 (31.3%)	24 (4.5%)
50歳代	581 (10.3%)	77 (1.4%)	50歳代	94 (17.5%)	9 (1.7%)
60歳代以上	60 (1.1%)	20 (0.4%)	60歳代以上	10 (1.9%)	2 (0.4%)

Advance	女	男	SA	女	男
20歳代以下	536 (20.8%)	53 (2.1%)	20歳代以下	38 (10.4%)	9 (2.5%)
30歳代	806 (31.3%)	79 (3.1%)	30歳代	96 (26.2%)	5 (1.4%)
40歳代	685 (26.6%)	64 (2.5%)	40歳代	116 (31.6%)	18 (4.9%)
50歳代	277 (10.8%)	33 (1.3%)	50歳代	72 (19.6%)	5 (1.4%)
60歳代以上	33 (1.3%)	10 (0.4%)	60歳代以上	7 (1.9%)	1 (0.3%)

POM	女	男	SM	女	男
20歳代以下	203 (17.1%)	26 (2.2%)	20歳代以下	8 (6.1%)	4 (3.0%)
30歳代	323 (27.3%)	46 (3.9%)	30歳代	30 (22.7%)	0 (0.0%)
40歳代	312 (26.3%)	35 (3.0%)	40歳代	49 (37.1%)	6 (4.5%)
50歳代	198 (16.7%)	14 (1.2%)	50歳代	33 (25.0%)	2 (1.5%)
60歳代以上	23 (1.9%)	5 (0.4%)	60歳代以上	0 (0.0%)	0 (0.0%)

SOM	女	男
20歳代以下	127 (12.5%)	22 (2.2%)
30歳代	300 (29.6%)	16 (1.6%)
40歳代	280 (27.6%)	36 (3.6%)
50歳代	186 (18.3%)	20 (2.0%)
60歳代以上	25 (2.5%)	2 (0.2%)

よる開発、P. マクドナルド・スコット編訳、日本人における得点評価基準は宗像)^{10) 11)}・・・他者に対して過剰に期待をしやすい心の依存度の強さを測定している。得点が高いほど依存度が高いと解釈する。評価基準は、0～4点は対人依存心が弱く、相手に過度に期待せず、自己決定心が強い。また、マイペースで開き直りが早く、諦めが早い傾向を持つ。5点は中、6～10点はやや対人依存的、11点以上はかなり対人依存的と評価でき、かなり依存的な場合には愛情飢餓感が強く、抑うつ症になりやすい。対人依存の自己イメージスクリプトは、愛着障害の世代間伝達から愛情飢餓感があり、愛されるに値しない自分とも思っている。幼いころ、自分を信じて

自分の満足することをできなかったという危機的な心傷風景の記憶を抱えているため、修正感情体験として他者に自分の要求充足を期待し続ける。対人依存度の強さがあると、他者報酬追求行動となる。そのため自己コントロール力を失いやすく、他者報酬追求型の生き方になり、ストレスをためやすいと言える。[18項目18点満点]

(2) 自己価値感尺度 (ローゼンバーグによる開発、日本語版宗像による開発)^{12) 13)}・・・自分に対してどのくらい良いイメージをもっているかを測定している。得点が高いほど、自分に対して満足し、肯定的に捉えていると解釈し、その自己イメージスクリプトは、自分に満足し自信を持っているといえる。

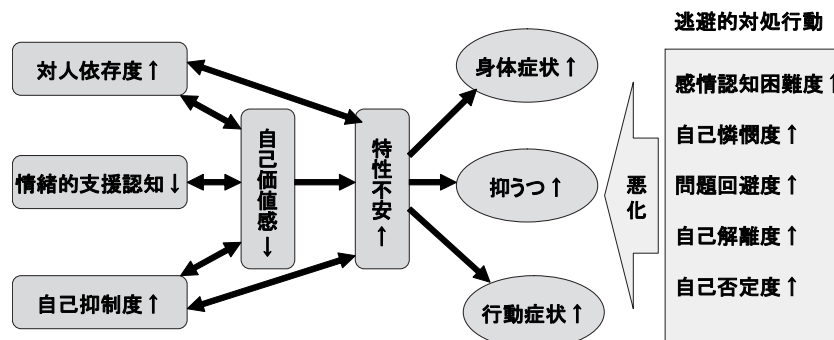


図1 否定的な心理特性要因による精神・身体・行動症状 (宗像2006)

評価基準は、0～6点は低い、7～8点は中くらい、9～10点は高いと評価する。[10項目10点満点]

(3) 自己抑制型行動特性尺度(宗像)¹⁴⁾・・・他者から嫌われないように自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定している。このようなイイコは、人に嫌われないよう、仲間はずれにならないよう、周りに合わせ本音を抑え、いつも怖さや不安を抱え、自分らしさが無いと感じている。得点が高いほど、自己抑制する傾向が強いと解釈する。評価基準は、0～6点は低い(率直かあるいはわがまま)、7～10点は普通(日本人社会に平均的に適応しても自分らしさが無い)、11～14点はややイイコが強い、15点以上はとてもイイコが強く、ほとんど自分の本当の気持ちは出さないと見える。自己抑制の自己イメージスクリプトは、自分殺しの自己イメージスクリプトとも言える。幼いころ、親や周りの言うことを聞き、親や周りに自分のことを聞いてもらえなかった記憶があり、幼少の頃から親などの顔色を見て育ち、自分を出すと見捨てられる恐れのある心傷風景がある。周りの顔色を伺い、周りに合わせる傾向は、社会的自己の追求と言え、他者評価依存である。それは、他者報酬追求型の行動につながるためにストレスを累積しやすい。[10項目20点満点]

(4) 情緒的支援認知尺度(宗像)¹⁴⁾・・・周りからの情緒的支援をどのくらい認知しているかを家族と家族以外とを分けてそれぞれ測定している。得点が高いほど、周りからの支援を認知できていると解釈する。このような支援認知は、自分の周りの環境をどのように認知しているかを示しており、他者イメージスクリプトを測定したものとも言える。環境認知の良さは、心身の葛藤を軽減する力をもつ。評価基準は、0～5点は低く、周りの心の支援をあきらめているといえ、6～8点は中、9～10点は高く、自分を認め、愛してくれている人がいると感じていると言える。この尺度の得点は、周りの愛があっても認知できない時、周りに期待できないために期待をしていない時、あるいは、本当に愛してくれる人がいない時に低下する。また、対人依存心があるために他者への過剰な期待があると期待の未充足体験をしやすく、支援認知が低下する。[10項目10点満点]

(5) 抑うつ尺度(Zung SDS 福田ら訳日本語版 SDS)¹⁵⁾・・・抑うつ傾向を測定している。評価基準は、40点以上は軽いうつ、45点以上は危険域、50点以上は抑鬱が強い、60点以上はとても苦痛で疲労していると評価する。50点以上はすみやかにカウンセリングの必要があり、それは成長できる可

能性を示している。[20項目80点満点]

(6) 特性不安尺度(Spielberger STAI 水口ら訳日本語版 STAI)¹⁶⁾・・・不安を感じやすい傾向の強さを測定している。評価基準は、男性は、53点以上は大変高い、52～44点高い、43～33点普通、32～24点低い、23点以下はかなり低いと言える。また、女性では、55点以上は大変高い、54～45点は高い、44～34点は普通、33～24点は低い、23点以下はかなり低いと言える。[20項目80点満点]

(7) 問題解決型行動特性尺度(宗像)¹⁷⁾・・・問題に対して効果的積極的に対処する傾向を測定している。評価基準は、0～6点は問題解決力が低く、同じ問題を繰り返しやすい。問題を直視することに不安がある。7～10点は、問題解決力がやや低いといえ、問題回避症状が出てきており、問題を直視する力が落ちてきている。11～14点は問題解決力がやや強い、15点以上はとても強いといえ、問題に対して具体的に立ち向かう能力がある。この得点の低さは、自己イメージスクリプトとして、過去に尋常でないストレス体験の記憶を持っており、そのスクリプトによる再体験があることで、現在の問題を見ても解決できるとはとても思えず、問題を回避しやすい。その問題回避は、否認、逃避、解離などの悪循環的な対処となって表出されており、プラス思考主義になっている人も多い。解離性症状を伴っている場合には、自分のことを正確に把握したり、語ったりすることが困難である。[10項目20点満点]

(8) ヘルスカウンセリングの必要度尺度(宗像)¹⁸⁾・・・現在、表出されている悪性ストレスの症状を測定している。評価基準は、0～6点は弱い、7～10点は中、11～20点は強いと評価する。具体的には、Q1, Q4, Q7, Q9は行動症状を測定しており、Q6は身体症状を測定している。[10項目20点満点]

(9) 感情認知困難度尺度(宗像)^{17) 19)}・・・自分の気持ちや感情を感じることを自覚的あるいは無自覚に避ける傾向を測定している。評価基準は、0～6点は弱い、7～9点は中、10点以上は強いと評価する。感情認知困難度の強さを持つ人の自己イメージスクリプトは、つらいことがあっても感情的にならず、自分で我慢してしまいやすく、ストレスを身体化させやすいスクリプトを持つ。たとえ本人に自覚がなくともストレスがたまり、身体症状を慢性化させやすくなる。そのストレスの蓄積によって自律神経系のバランス失調を起こしたり、副腎皮質ホルモンの放出が続き、内分泌異常や免疫異常などが起こるため、頭痛、肩凝り、胃痛、下痢、便秘、生理困難にはじまり、アトピー性皮膚炎、喘息、甲状腺機

能亢進症あるいは低下症、関節リュウマチ、摂食障害、慢性すい炎、がん細胞の増殖などを含むあらゆる心身疾患と結びつきやすい。要するに、自分の手を火の中につっこんで燃えていても我慢するとか、感じないタイプといえる。[10項目 20点満点]

(10) 自己憐憫度尺度 (宗像)^{17) 19)} . . . 自分で自分を憐れむ傾向を測定している。評価基準は、0～5点は弱い、6～8点は中、9～20点は強いと評価する。自己憐憫度の強い人の自己イメージスク립トは、自分の境遇への同情があり、どんなことがあっても自分だけは自分を見捨てないと決意しているのである。そのため、ストレスがたまり、つらくてどうしようもない自分に、そのつらさをまぎらわせるために、家族に当たったり、不健康だと思ってもきばらし食い、タバコ喫煙くらいいいだろうとか、賭け事や趣味で散財をしたり、またアルコール依存に陥ったり、人をいじめたり、不倫行為をするなど社会的に逸脱した行為に走りやすい。しかも、そんな行為をする自分に「こんなにつらいんだから、これくらいのことをしても仕方ないよ」などと自己憐憫をして許してしまう。理屈でよくないとわかっていても、その行為を止められない行動症状であるのが特徴である。[10項目 20点満点]

(11) 自己解離度尺度 (宗像)^{17) 19)} . . . 自己を解離させる傾向を測定している。評価基準は、0～3点は弱い、4～7点は中、8～20点は強いと評価する。自己解離度の強さを持つ人の自己イメージスク립トは、重大な問題を抱えて困っているとしても、その困っている自分と、それを冷静に観察している自分にわけてしまうことが多く、自己が二つに解離してしまい、自分のことをまるで他人事のように感じることがある。本人は冷静ではあるが、他人事のように傍観しているので問題解決されず、長期化しやすい。[10項目 20点満点]

(12) 自己否定感尺度 (宗像)^{17) 19)} . . . 自分に対しての否定的なイメージの強さを測定している。評価基準は、0～2点は弱い、3～4点は中、5～20点は強いと評価する。自己否定の自己イメージスク립トを持っていると、自分が解放されるとか、幸せになるなど、自分を改善するということが自体に興味や意欲がなく、むしろあきらめや罪意識が支配するので、結果としては自分でコントロールしがたい症状が慢性化する。[10項目 20点満点]

(13) PTSS (心的外傷症候群) 尺度 (宗像)^{17) 19)} . . . 心傷体験にかかわるイメージの認知の強さを測定している。評価基準は、0～1点は弱い、2～3点は中、4～10点は強いと評価する。心的外

傷ストレス症状をチェックしているものであり、自分自身や人の死に重大にかかわる接死体験がある。[10項目 10点満点]

これらの13尺度は、(1) から (7) は、全てのコースにおいて測定しているが、(8) から (13) については、SOM コース、POM コース (2008年より) ならびに SM コース (プログラムの概要を参照) においてのみの測定である。したがって、(8) から (13) の尺度については、SOM コースと SM コースのデータのみの分析である。尺度の信頼性、妥当性の検討結果は示した (表2)。

4) 各プログラムの概要

個別技能のプログラムは、ベーシック (B と略す)、アドバンス (A と略す)、自己変容型マスター (the self-growth-oriented master : 本コースは2001年1月より開始、SOM と略す)、自己成長のための手順重視型マスター (the procedure-oriented master、POM と略す。本コースは2006年12月で終了。2007年1月より New POM となり、資格取得支援のためのコースとなっている) の4コースである。2007年よりプログラムは、全コースにおいてその教授内容の見直しが行われた。本報告は、2007年末までのデータであるのため、2006年以前のシステム (B コースから A コース、POM コース、SOM コースへと順に積み上げて学んでいく) と2007年以降のシステム (B コースから A コース、SOM コース、POM コースへと順に積み上げて学んでいく) を合わせてプログラム効果を検討した。B コースや A コースを複数回受講後にマスターコースを受講する者や SOM コースや POM コースを複数回受講している者もいる。本報告では、2006年までのデータが多数であるため、B コース、A コース、POM コース、SOM コースのプログラムレベルの順で分析を行っている。

グループおよびソーシャルスキル技能のプログラムは、ソーシャルスキル・ベーシック (SB と略す)、ソーシャルスキル・アドバンス (SA と略す)、ソーシャルスキル・マスター (SM と略す) の3コースである。同様に、順に積み上げ方式で学ぶシステムである。

すべてのプログラムで構造化連想法がもちいられていることが特徴である。それは、進め方 (手順) や言い方 (発問法) が構造化されているので、一定の訓練を受ければ誰にでもできる方法である。また、構造化されていることにより、短時間あるいは短期間で行動変容が支援でき、パーソナリティー特

性や行動特性の変容が促されるという特徴をもっている。本セミナーは技法レベルの異なるプログラムによって提供されている。それぞれのプログラム概要は以下の通りである。

(1) Bプログラム（行動目標化カウンセリング）^{4) 20)}
 ・ ・ ・ SAT カウンセリング法の基礎となる理論や技法を学ぶ。遺伝的気質概念を理解しつつ、あらゆる援助者に必要とされる基本的態度（基本姿勢）や基本技法について、体験を通して学ぶ。それらの技法により、安心して安全な信頼関係の形成と効果的な繰り返しによるミラーリング効果により、本人が自己の本当の要求を自覚化し、行動目標化できる。この技法の習得は、リスニングスキルの習得や向上につながり、効果的な人間関係を築き、相手の要求に合わせた対人援助が可能になる。

(2) Aプログラム（行動変容型カウンセリング）^{4) 20)}
 ・ ・ ・ 遺伝的気質概念を理解し、人間関係調整スキルを身につけ、心身の健康への理解を深めながら、行動変容の理論と技法を学ぶ。癒しのイメージ変換と再学習という再解決法により、行動変容を支援する。行動を変えることを妨げている気持ちや感情から、嫌悪系記憶イメージを明らかにし、そのイメージを報酬系記憶イメージにイメージ変容し再学習を促す。このような再解決法により、行動変容支援や行動実行支援ができる。嫌悪系記憶イメージの意味変容や報酬系記憶イメージの形成、本来必要な行動目標の明確化と小目標化による自己決定や自己効力感の向上などに貢献できる。

(3) SOMプログラム（自己変容型カウンセリング）^{3) 21) 22)}
 ・ ・ ・ 本法はSATイメージ療法と呼ばれており、胎生期や周産期、最近では前世代期や生物進化期のイメージ変換、宇宙期の素粒子レベルのイメージ変換を用いる。生物間や世代間を越えて伝達されているような潜在意識の問題を解決するような生き方変容が可能である。人から愛され、人を愛し、自分を信じることができる生き方への変容が促され、本人あるいは周りの人、本人の子孫に起こりうる問題の予防になることである。

(4) POMプログラム（手順重視型の自己成長のカウンセリング）^{3) 21) 22)} ・ ・ ・ このコースは、2007年1月より、教授内容が資格取得支援のプログラムに変更され、SOMプログラムの受講の後に受講するコースになった。その内容は、これまでのコースのすべての教授内容の理論的理解と体験学習を重視するものである。

(5) SBプログラム⁴⁾ ・ ・ ・ 本法では、集団力動を理解し、職場や学校、地域のメンタルヘルスリーダー

として活動に必要な技能を学ぶ。良好な集団雰囲気形成やグループメンバーの心理的安全性の形成ができ、メンバー間の率直なコミュニケーションを促し、気づきの支援とグループへの信頼感の向上を支援できる。遺伝的気質概念を理解することでの人間関係調整スキルを学ぶ。そして、転移や置き換えによる集団力動を活用した課題解決の体験をする。さらに、3つの心の本質的欲求を効果的に充足するための技能である各種ソーシャルスキルの体験学習をする。

(6) SAプログラム⁴⁾ ・ ・ ・ メンバー同士の心の共鳴反応による癒しを支援するグループカウンセリング技法を学ぶ。各メンバー自身の持つ力を活用した問題解決や自己成長を支援する。初級のソーシャルスキル教育法の理解を深める。

(7) SMプログラム⁴⁾ ・ ・ ・ グループメンバーの問題解決や自己成長を支援する技法と、お互いの心の本質的欲求を上手に充足し合える社会技能、すなわち、ソーシャルスキルを教育指導できるための中級の教育法を学ぶ。

3 結果

1) 尺度の信頼性及び妥当性分析の結果

尺度の信頼性及び妥当性分析の結果を表2に示した。信頼性分析の結果、クロンバックの標準化 α 係数は、おおむね0.70以上であった。因子分析の結果、それぞれ1から4個の因子が抽出された。基準関連妥当性は、特性不安および抑うつを基準変数としたピアソンの相関係数を基準関連妥当性係数として検討した。その結果、全ての尺度において有意な妥当性係数が得られた。

2) プログラム別に示した各尺度のプログラム前後の平均得点の変化および各プログラム開始前および終了後の各尺度の平均点の差

表3-1~3には、各プログラムの開始前および終了後時点での各尺度の平均得点と標準偏差、平均得点の変化の検定結果（t検定）を示した。

その結果、Bプログラム、Aプログラム、POMプログラム、SOMプログラムの個別技能の全てのプログラム、全ての尺度について、前後の平均点は有意に低下あるいは上昇する変化がみられた。また、SBプログラム、SAプログラム、SMプログラムのグループ技能及びソーシャルスキルトレーニング技能の全てのプログラム、全ての尺度について、前後の平均点は有意に低下あるいは上昇する変化がみら

表2 各尺度の信頼性および妥当性分析の結果

尺度名	第一因子 寄与率		第一因子累積 寄与率 (因子数)		信頼性係数 α 係数*		基準関連妥当性係数**							
	前	後	前	後	前	後	特性不安		抑うつ					
(1)自己価値感	2.277	2.335	26.3(2)	25.8(2)	.765	.750	-.680	***	-.664	***	-.610	***	-.594	***
(2)自己抑制型行動特性	2.403	2.841	27.1(2)	32.4(2)	.772	.815	.542	***	.587	***	.420	***	.454	***
(3)情緒的支援認知 (家族)	4.326	4.505	43.3(1)	45.1(1)	.879	.885	-.319	***	-.322	***	-.323	***	-.317	***
" (家族外)	3.237	3.349	36.1(2)	37.3(2)	.839	.844	-.278	***	-.276	***	-.254	***	-.245	***
(4)問題解決型行動特性	2.807	3.421	31.6(3)	35.4(2)	.786	.822	-.385	***	-.435	***	-.339	***	-.373	***
(5)対人依存型行動特性	2.523	2.631	17.2(4)	17.7(4)	.719	.718	.567	***	.527	***	.434	***	.405	***
(6)特性不安	6.843	7.368	38.5(3)	41.0(3)	.922	.930	—	—	—	—	.822	***	.821	***
(7)抑うつ	4.735	5.075	26.7(4)	28.3(4)	.857	.867	.822	***	.821	***	—	—	—	—
(8)ヘルスカウンセリング必要度	3.035	3.515	33.6(2)	35.2(1)	.818	.825	.681	***	.687	***	.619	***	.638	***
(9)感情認知困難度	2.456	2.927	28.0(2)	30.1(2)	.754	.770	.342	***	.461	***	.283	***	.414	***
(10)自己憐憫度	2.715	3.533	33.0(3)	37.5(2)	.816	.849	.265	***	.409	***	.184	***	.333	***
(11)自己解離度	2.509	2.693	30.8(3)	31.4(2)	.790	.779	.263	***	.410	***	.255	***	.370	***
(12)自己否定感	3.246	2.803	33.7(2)	29.8(2)	.794	.655	.604	***	.512	***	.599	***	.519	***
(13)PTSS (心的外傷症候群)	2.221	3.045	26.1(2)	32.8(2)	.760	.820	.502	***	.544	***	.504	***	.530	***

*クロンバックの α 係数

**基準関連妥当性係数は、基準変数を特性不安(STAI)および抑うつ(SDS)とし、それぞれの尺度と基準変数との相関分析によって求めた。

*** : p < .001

表3-1 各尺度のプログラム (Basic・Advance・POM・SOM) 前後および各プログラム間の平均得点の比較 (paired-t検定および一元配置分散分析：多重比較LSD法)

尺度	Basic		Advance		POM		SOM		F 値	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
自己価値感	6.05±2.37 t=-36.90 p<0.001	6.95±2.18 t=-36.90 p<0.001	6.81±2.32 t=-21.09 p<0.001	7.50±2.06 t=-13.53 p<0.001	7.37±2.17 t=-13.53 p<0.001	8.01±1.92 t=-13.53 p<0.001	7.63±2.01 t=-21.21 p<0.001	8.94±1.32 t=-21.21 p<0.001	218.51 p<0.001*1	299.65 p<0.001*1
自己抑制型行動特性	9.42±3.21 t=12.97 p<0.001	9.00±3.23 t=12.97 p<0.001	8.82±3.24 t=4.44 p<0.001	8.59±3.35 t=4.44 p<0.001	7.92±3.28 t=10.20 p<0.001	7.07±3.38 t=10.20 p<0.001	7.74±3.33 t=-33.36 p<0.001	4.15±2.94 t=-33.36 p<0.001	125.93 p<0.001*2	648.68 p<0.001*1
家族からの情緒的支援認知	8.36±2.53 t=-14.02 p<0.001	8.57±2.42 t=-14.02 p<0.001	8.56±2.40 t=-8.93 p<0.001	8.76±2.30 t=-8.93 p<0.001	8.46±2.51 t=-7.23 p<0.001	8.73±2.35 t=-7.23 p<0.001	8.60±2.23 t=-13.06 p<0.001	9.20±1.71 t=-13.06 p<0.001	5.31 p<0.01*3	19.98 p<0.001*4
家族以外からの情緒的支援認知	8.37±2.33 t=-16.89 p<0.001	8.66±2.17 t=-16.89 p<0.001	8.75±2.06 t=-8.63 p<0.001	8.95±1.99 t=-8.63 p<0.001	8.76±2.08 t=-5.10 p<0.001	8.94±1.97 t=-5.10 p<0.001	8.95±1.82 t=-11.56 p<0.001	9.38±1.35 t=-11.56 p<0.001	31.63 p<0.001*2*4	39.51 p<0.001*4
問題解決型行動特性	10.07±3.34 t=-23.70 p<0.001	10.93±3.43 t=-23.70 p<0.001	10.55±3.52 t=-12.07 p<0.001	11.18±3.54 t=-12.07 p<0.001	11.64±3.61 t=-13.88 p<0.001	12.67±3.72 t=-13.88 p<0.001	11.75±3.55 t=-25.63 p<0.001	14.69±3.55 t=-25.63 p<0.001	109.06 p<0.001*2	349.92 p<0.001*1
対人依存型行動特性	6.25±3.26 t=25.91 p<0.001	5.28±3.24 t=25.91 p<0.001	5.33±3.16 t=11.46 p<0.001	4.74±3.10 t=11.46 p<0.001	4.58±3.15 t=8.44 p<0.001	3.92±2.90 t=8.44 p<0.001	4.48±2.99 t=14.49 p<0.001	3.18±2.11 t=14.49 p<0.001	151.46 p<0.001*2	153.98 p<0.001*1
特性不安	45.47±10.06 t=31.50 p<0.001	42.75±10.15 t=31.50 p<0.001	42.98±10.49 t=17.01 p<0.001	40.94±10.15 t=17.01 p<0.001	40.75±10.37 t=15.51 p<0.001	37.82±9.77 t=15.51 p<0.001	40.22±10.02 t=28.77 p<0.001	31.60±8.04 t=28.77 p<0.001	126.10 p<0.001*2	360.49 p<0.001*1
抑うつ	38.13±8.35 t=24.63 p<0.001	36.24±8.33 t=24.63 p<0.001	36.67±8.45 t=13.00 p<0.001	35.21±8.35 t=13.00 p<0.001	34.93±8.17 t=8.96 p<0.001	33.01±7.60 t=8.96 p<0.001	35.15±8.00 t=21.33 p<0.001	29.90±6.74 t=21.33 p<0.001	46.75 p<0.001*2	124.40 p<0.001*1

表3-2 各尺度のプログラム (SB・SA・SM) 前後および各プログラム間の平均得点の比較 (paired-t検定および一元配置分散分析：多重比較LSD法)

尺度	S B		S A		S M		F 値	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
自己価値感	7.41±2.22 t=-11.97 p<0.001	8.23±1.82 t=-11.97 p<0.001	7.35±2.28 t=-9.39 p<0.001	8.20±1.82 t=-9.39 p<0.001	7.73±1.98 t=-7.12 p<0.001	8.86±1.52 t=-7.12 p<0.001	1.23 n.s.	7.75 p<0.001*5
自己抑制型行動特性	8.14±3.56 t=10.20 p<0.001	6.94±3.54 t=10.20 p<0.001	7.66±3.35 t=7.80 p<0.001	6.58±3.48 t=7.80 p<0.001	7.09±3.36 t=10.13 p<0.001	4.39±3.02 t=10.13 p<0.001	5.31 p<0.01*5	28.03 p<0.001*6
家族からの情緒的支援認知	8.51±2.42 t=7.32 p<0.001	8.86±2.17 t=7.32 p<0.001	8.54±2.43 t=5.52 p<0.001	8.90±2.16 t=5.52 p<0.001	8.31±2.68 t=4.21 p<0.001	8.81±2.38 t=4.21 p<0.001	0.49 n.s.	0.23 n.s.
家族以外からの情緒的支援認知	8.71±2.16 t=7.18 p<0.001	9.07±1.88 t=7.18 p<0.001	8.87±1.98 t=5.01 p<0.001	9.16±1.68 t=5.01 p<0.001	8.54±2.56 t=2.94 p<0.001	9.00±2.10 t=2.94 p<0.001	1.20 n.s.	0.43 n.s.
問題解決型行動特性	10.92±3.74 t=10.88 p<0.001	12.14±3.76 t=10.88 p<0.001	11.10±3.68 t=8.88 p<0.001	12.22±3.66 t=8.88 p<0.001	12.08±3.59 t=7.88 p<0.001	14.61±3.67 t=7.88 p<0.001	5.89 p<0.01*6	23.90 p<0.001*6
対人依存型行動特性	4.94±3.16 t=6.75 p<0.001	4.25±2.87 t=6.75 p<0.001	5.03±3.14 t=5.76 p<0.001	4.31±2.88 t=5.76 p<0.001	4.67±2.69 t=5.53 p<0.001	3.46±2.00 t=5.53 p<0.001	0.90 n.s.	5.21 p<0.01*6
特性不安	41.10±10.33 t=12.02 p<0.001	37.86±9.75 t=12.02 p<0.001	40.64±10.58 t=10.15 p<0.001	37.48±10.07 t=10.15 p<0.001	40.10±10.50 t=10.58 p<0.001	32.86±8.42 t=10.58 p<0.001	0.60 n.s.	13.46 p<0.001*6
抑うつ	36.10±8.50 t=9.01 p<0.001	33.97±8.01 t=9.01 p<0.001	36.00±8.77 t=7.80 p<0.001	33.73±8.46 t=7.80 p<0.001	36.33±8.96 t=8.63 p<0.001	31.33±7.90 t=8.63 p<0.001	0.06 n.s.	5.86 p<0.01*6

*1 すべての組み合わせで有意
*2 POM-SOM を除く、すべての組み合わせで有意
*3 B-A, B-SOM の組み合わせで有意
*4 A-POM を除く、すべての組み合わせで有意
*5 SB-SA, SB-SM の組み合わせで有意
*6 SB-SM, SA-SM の組み合わせで有意

表3-3 各尺度のプログラム (SOM・SM) 前後の平均得点の比較 (pared-t検定)

尺度	SOM		S M	
	pre	post	pre	post
ヘルスカウンセリング必要度	6.08±3.99 t=29.62	2.30±2.82 p<0.001	5.58±3.79 t=8.98	3.00±3.16 p<0.001
感情認知困難度	7.72±3.75 t=24.74	4.32±3.05 p<0.001	7.36±4.03 t=7.02	5.09±3.51 p<0.001
自己憐憫度	6.13±3.50 t=20.80	3.37±3.36 p<0.001	5.98±4.06 t=6.90	4.06±3.79 p<0.001
自己解離度	4.50±3.27 t=20.94	2.23±2.52 p<0.001	3.98±3.32 t=6.38	2.43±2.61 p<0.001
自己否定感	2.40±2.67 t=18.19	0.90±1.42 p<0.001	1.94±2.74 t=4.44	1.15±1.97 p<0.01
PTSS	3.80±2.61 t=28.36	1.31±2.02 p<0.001	3.42±2.70 t=8.29	1.96±2.47 p<0.001

れた。

各プログラム開始前時点および終了後時点における各尺度の得点について、それぞれの時点毎に一元配置分散分析により比較検討した (F 検定)。その結果、個別技能プログラム開始前時点も終了後時点も、7つの全ての尺度において、プログラムレベルの違いにより平均点に有意差があることが明らかになった。同様に、グループ技能及びソーシャルスキルトレーニング技能の開始前および終了後時点における各尺度の得点について比較検討したところ、開始前時点では、自己抑制型行動特性と問題解決型行動特性にプログラムレベルの違いにより平均点に有意差があることが明らかになったものの、その他の尺度については有意な平均点の差はみられなかった。集団技能プログラム終了後時点では、家族からおよび家族以外からの情緒的支援認知の尺度値については、プログラムレベルの違いによる平均点に有意差は見られなかった。

3) プログラムレベルの違いによる前後の得点変化の差

プログラムレベルの違いにより前後の得点変化の傾向に差があるか否かについて2元配置の分散分析により検討した。その結果を図2-1と図2-2に示した。

プログラムレベルの違いにより平均得点の変化の傾向にも有意差がみられた。特に、個別技能プログラムの場合にはSOMプログラムにおいて、また、グループ技能及びソーシャルスキルトレーニング技能のプログラムの場合には、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、特性不安の平均点に有意差がみられ、ソーシャルスキル・マスタープログラムによる前後の変化が、他のプログラムと比べて顕著であった。

4) 職業別に見た各尺度の平均得点の変化

ベーシックセミナーにおける受講前後の各尺度の平均得点の変化を職業別に比較した (図3)。

その結果、職種により平均点の変化の傾向に差がみられた。その傾向とは、自己価値感尺度値は全ての職種において平均点は受講後に上昇していた。家族からの情緒的支援ネットワーク尺度値は、プログラムの前後共に医師の平均得点が高かった。その他の情緒的支援ネットワーク尺度値は、プログラムの前後共に、保健師、看護師、栄養士や管理栄養士において平均得点が高かった。医師や歯科医師においては、対人依存型行動特性や特性不安、抑うつ等の尺度値がプログラムの前後共に他の職種よりも平均得点が低かった。また、歯科医師においては問題解決型行動特性の尺度値が他の職種よりも前後で顕著に変化していた。

5) Basic プログラム前後における年代別にみた各尺度の平均得点の比較および各年代間の平均得点の比較

ベーシックセミナーにおける受講前後の各尺度の平均得点の変化を年代別に比較した (表4)。その結果、60歳代以上を除く、どの年代においても各尺度の平均得点が有意に変化をしていた。また、各プログラム開始前時点および終了後時点における各尺度の得点について、それぞれの時点毎に年代間の平均得点を一元配置分散分析により比較検討した (F 検定) と、年代間にも有意な差が見られた。

6) 精神健康度に影響を与える要因に関するモデル

SAT法の介入事例報告によれば、両親イメージの変容が自己イメージの変容を促すという質的研究成果の報告がある^{23)~25)}。また、大学生や中学生における両親イメージが自己イメージや精神健康に与

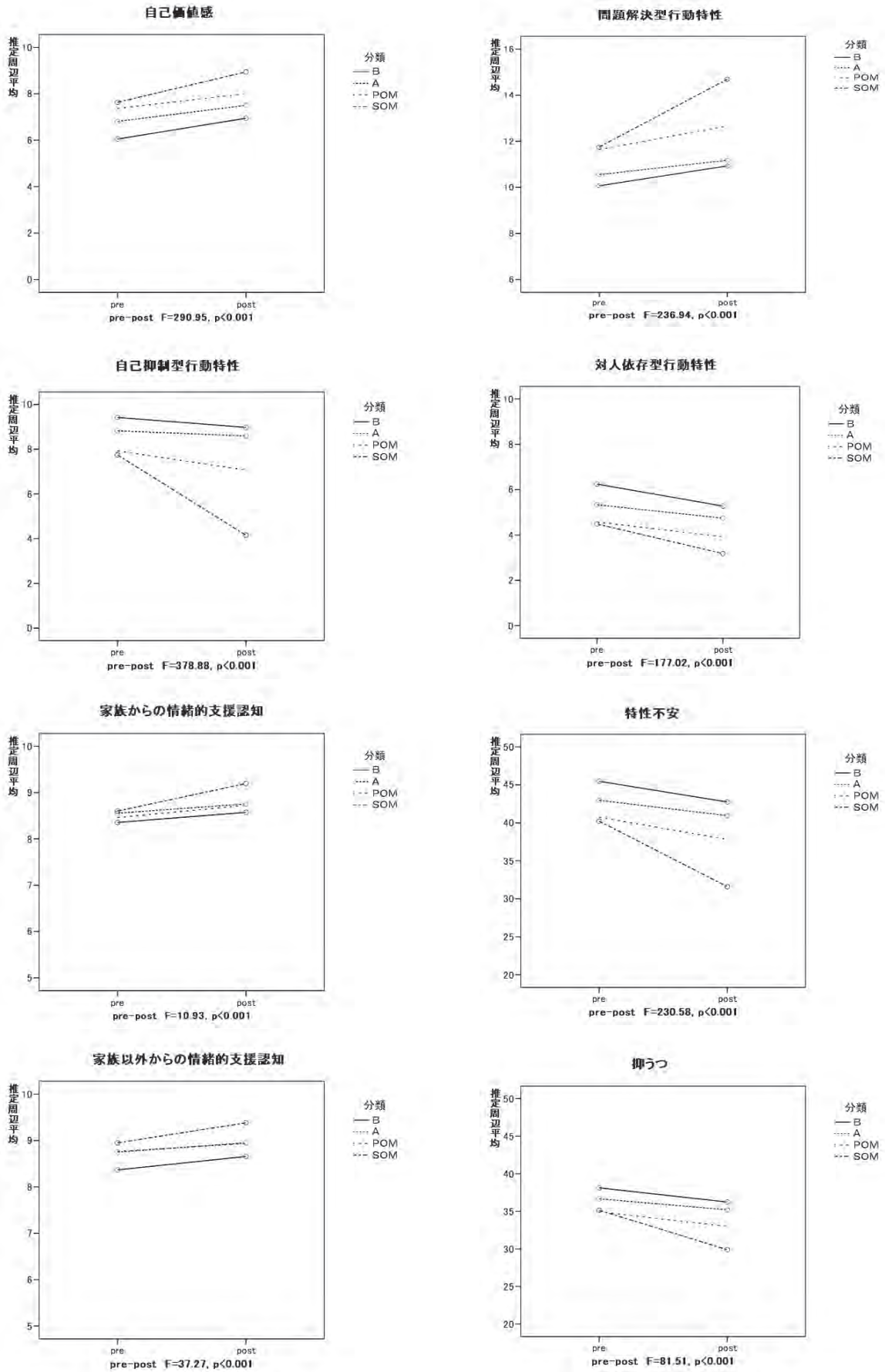


図 2 - 1 個別プログラム (Basic Advance POM SOM) レベルの違いによる前後の得点変化

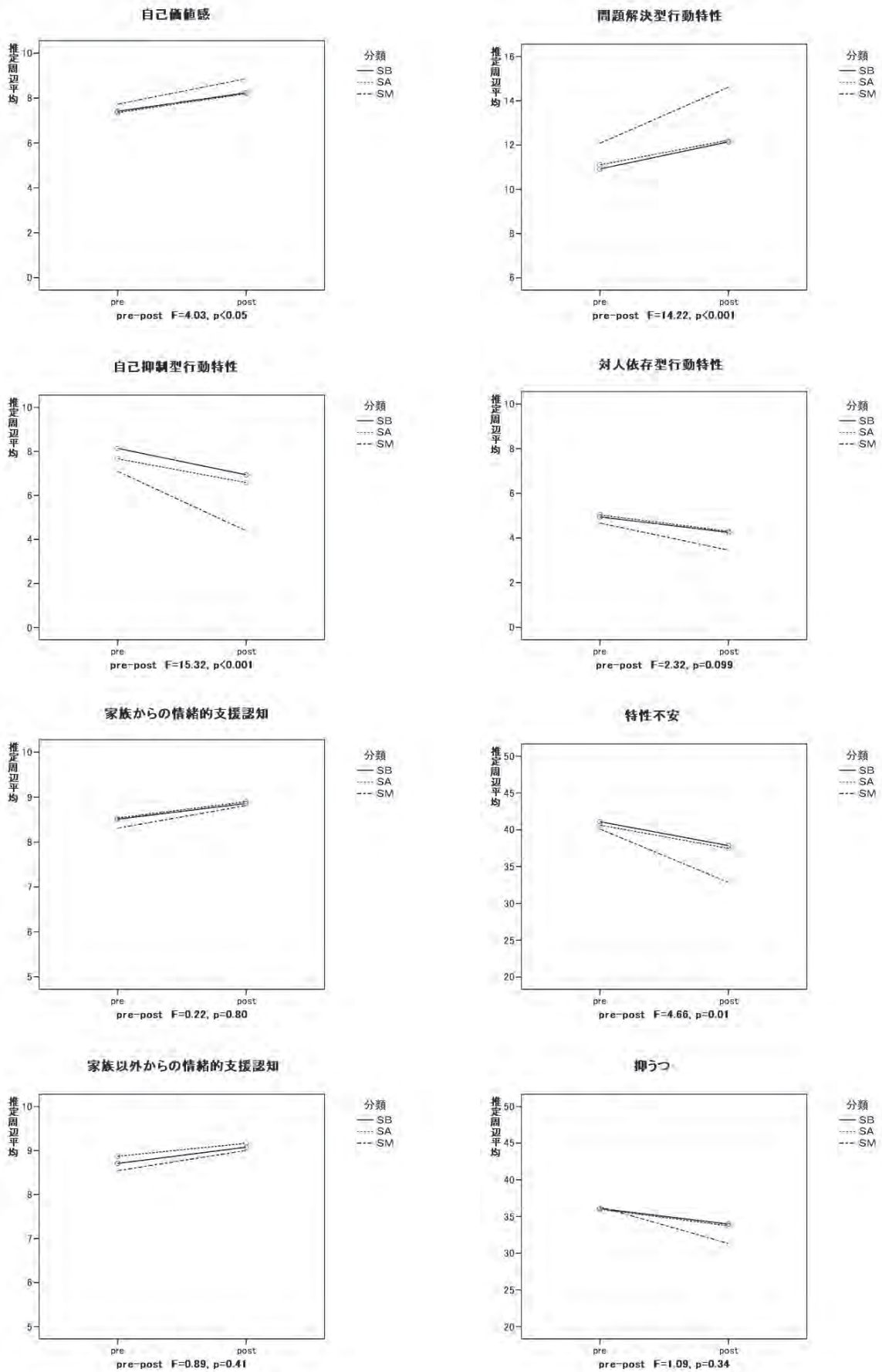


図2-2 集団プログラム (SB SA SM) レベルの違いによる前後の得点変化

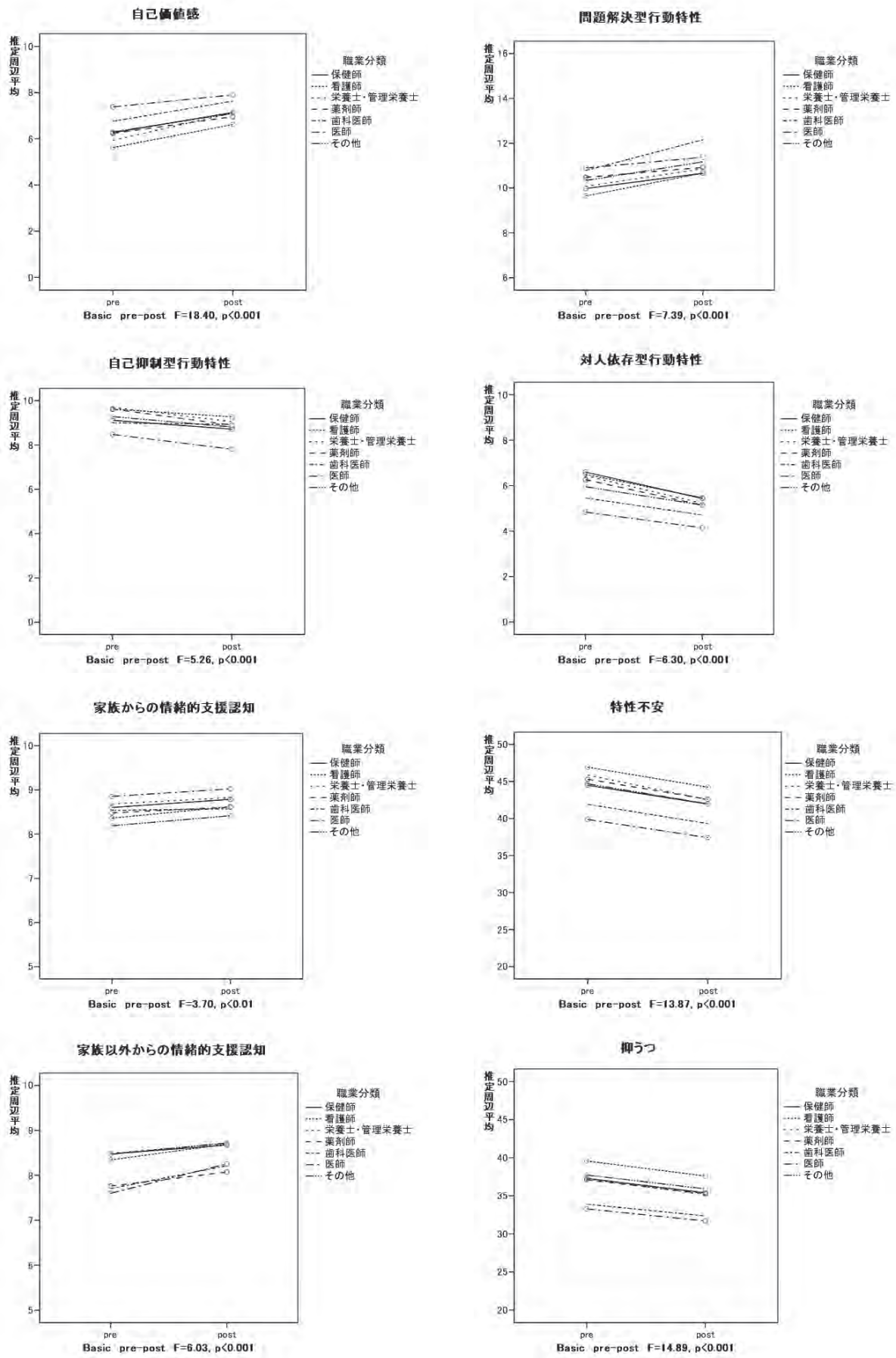


図3 ベーシックセミナーにおける受講前後の職業別各尺度の平均得点の差

表4 年代別にみた各尺度のBasicプログラム前後および各年代間の平均得点の比較 (paired-t検定および一元配置分散分析: 多重比較LSD法)

尺度	20歳代以下		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代以上		F値	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
自己価値感	5.37±2.34 t=-22.09 p<0.001	6.41±2.27	5.94±2.39 t=-22.45 p<0.001	6.89±2.20	6.37±2.28 t=-17.45 p<0.001	7.18±2.08	7.66±1.88	6.98±2.16 t=-9.85 p<0.001	7.65±1.91	7.83±1.71	71.89 p<0.001 *1	46.63 p<0.001 *2
自己抑制型 行動特性	10.29±3.18 t=9.69 p<0.001	9.64±3.28	9.53±3.17 t=8.04 p<0.001	9.04±3.23	8.95±3.19 t=4.97 p<0.001	8.63±3.20	8.15±2.95	8.38±2.95 t=2.43 p<0.05	8.08±3.05	8.42±2.59	56.37 p<0.001 *2	30.92 p<0.001 *6
家族からの情緒 的支援認知	8.09±2.57 t=6.55 p<0.001	8.28±2.56	8.27±2.62 t=7.04 p<0.001	8.48±2.52	8.54±2.49 t=9.05 p<0.001	8.79±2.29	8.97±2.01	8.70±2.24 t=-5.17 p<0.001	8.97±1.95	9.14±1.72	9.47 p<0.01 *3	14.20 p<0.001 *3
家族以外からの 情緒的支援認知	8.62±2.09 t=8.70 p<0.001	8.87±1.94	8.33±2.38 t=8.34 p<0.001	8.59±2.25	8.20±2.43 t=-10.40 p<0.001	8.56±2.22	8.59±2.26	8.32±2.41 t=-5.68 p<0.001	8.23±2.50	8.55±2.10	6.03 p<0.001 *4	4.75 p<0.01 *4
問題解決型 行動特性	9.80±3.32 t=-10.15 p<0.001	10.47±3.44	10.14±3.35 t=-14.34 p<0.001	11.03±3.36	9.95±3.27 t=-12.99 p<0.001	10.88±3.39	11.74±3.53	10.62±3.49 t=-9.37 p<0.001	10.99±3.12	11.42±3.07	7.95 p<0.001 *5	14.69 p<0.001 *7
対人依存型 行動特性	7.35±3.21 t=15.59 p<0.001	6.21±3.38	6.53±3.21 t=-15.74 p<0.001	5.47±3.25	5.57±3.08 t=12.38 p<0.001	4.69±2.95	4.18±2.90	4.83±2.97 t=-6.52 p<0.001	3.74±2.66	3.65±3.13	104.36 p<0.001 *1	66.59 p<0.001 *2
特性不安	48.43±9.97 t=17.75 p<0.001	45.47±10.30	45.65±9.97 t=17.94 p<0.001	42.90±10.26	44.16±9.68 t=16.52 p<0.001	41.47±9.53	39.18±9.25	41.50±9.43 t=9.21 p<0.001	39.52±7.85	38.48±8.59	66.15 p<0.001 *2	52.26 p<0.001 *2
抑うつ	40.24±8.14 t=14.79 p<0.001	38.18±8.22	38.21±8.20 t=15.28 p<0.001	36.23±8.27	37.36±8.26 t=12.72 p<0.001	35.43±8.17	33.65±8.15	35.02±8.16 t=5.35 p<0.001	33.08±7.77	33.40±7.71	43.63 p<0.001 *2	31.72 p<0.001 *8

*1 すべての組み合わせで有意

*2 50歳代と60歳代以上の組み合わせを除く、すべての組み合わせで有意

*3 20歳代以下と30歳代は、それぞれの年代を含む、他のすべての年代との組み合わせで有意

*4 20歳代以下と30歳代、40歳代、50歳代の組み合わせで有意

*5 50歳代と60歳代以上は、それぞれの年代を含まない、他のすべての年代との組み合わせで有意

*6 60歳代以上と30歳代、40歳代、50歳代の組み合わせを除く、すべての組み合わせで有意

*7 30歳代と40歳代、60歳代以上、そして60歳代以上と40歳代、50歳代の組み合わせを除く、すべての組み合わせで有意

*8 60歳代以上と40歳代、50歳代の組み合わせを除く、すべての組み合わせで有意

える影響に関する研究では、両親イメージの良し悪しが自己イメージの良し悪しに強い影響を持っていることがわかっている。さらに、その自己イメージの良し悪しが精神健康に強い影響力を持っていることが示されており、両親イメージの良し悪しは精神健康には直接的な影響力をほとんど持たないという量的な調査の成果の報告がある²⁶⁾²⁷⁾。これらの質的、数量的成果から共通して言えることは、支援環境認知は自己イメージ認知に影響を持っているということである。これらを基に、情緒支援認知と自己認知と精神健康の関連についてのモデルを構築した。家族からの情緒的支援認知と家族以外からの情緒的支援認知の2つの観測変数からなる潜在変数を「良好な情緒支援認知」とした。そして、自己価値感と自己抑制度、問題解決度、対人依存度の観測変数からなる潜在変数を「良好な自己認知」とした。特性不安と抑うつという観測変数からなる潜在変数を「精神健康」とした。良好な情緒支援認知と良好な自己イメージ認知は相互に影響力があると考えられることから、共分散を仮定した。そして、良好な情緒支援認知から精神健康へのパスと良好な自己認知から精神健康へのパスを引いた仮説モデルを立て、精神健康の改善のための影響要因を検討するために、共分散構造分析によりその適合度と変数間の推定値を算出した。母数の制約は、誤差変数から観測変数へのパスの全てを1に、潜在変数を構成する観測変数

のうち基準となる観測変数を1に、攪乱変数から潜在変数へのパスの全てを1に固定している。

構築したモデルに関する分析の結果を図4-1に示した。また、性別による差を検討するために多母集団分析を行った(図4-2、図4-3)。

本プログラムをはじめて受講するBプログラム受講者のセミナー開始前データを全標本(n=6325)とし、構築した仮説モデルの適合度を検討した。その結果、潜在変数「良好な情緒支援認知」と潜在変数「良好な自己認知」は0.506(推定値1.238, $p<.001$)という強い影響を相互に与え合っていた。潜在変数「良好な情緒支援認知」は、潜在変数「精神健康」への影響は弱かった(標準化係数 $\gamma = -.164$, $p<0.001$)。「良好な自己認知」は「精神健康」に強いマイナスの影響を与えていた(標準化係数 $\gamma = -.804$, $p<0.001$)。モデルの適合度はGFI=.989, AGFI=.973, RMSEA=.030とおおむね良好で、あてはまりの良いモデルであった。内生変数を説明する割合を示す決定係数は、潜在変数「精神健康」において $R^2 = .81$ であった。性別の違いによる2集団(男性n=628、女性n=5503)において、多母集団同時分析を行った結果、潜在変数「良好な情緒支援認知」の潜在変数「精神健康」への影響は、男性では、標準化係数 $\gamma = -.013$, $p = .841$ 、女性では、標準化係数 $\gamma = -.180$, $p<0.001$ であり、男性においては「良好な情緒支援認知」は精神健康への直

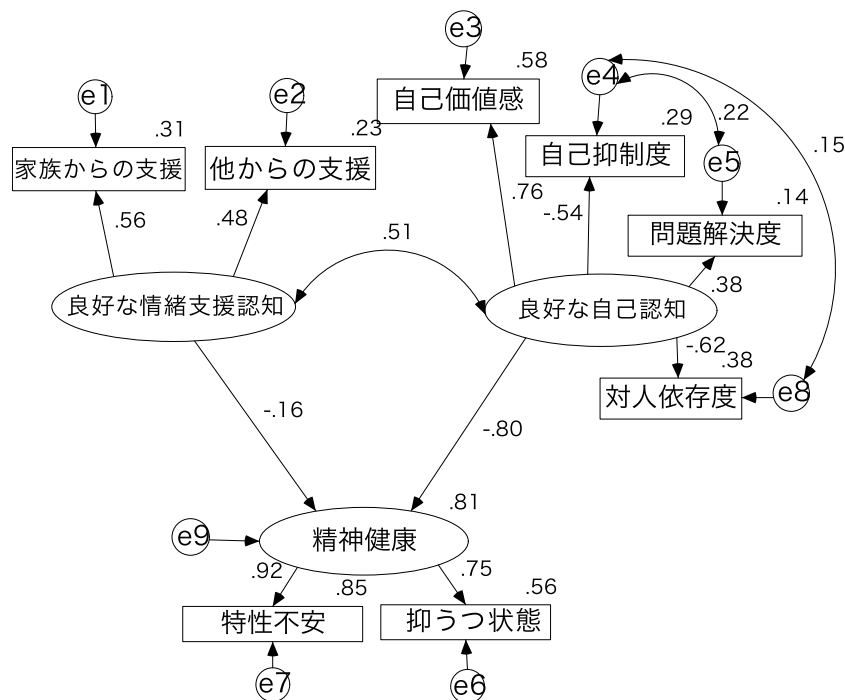


図4-1 自己認知と情緒的支援認知が精神健康に及ぼす影響に関する共分散構造モデル(全データ)
 χ^2 乗値=554.757 p 値=.000 GFI=.989 AGFI=.973 RMSEA=.030

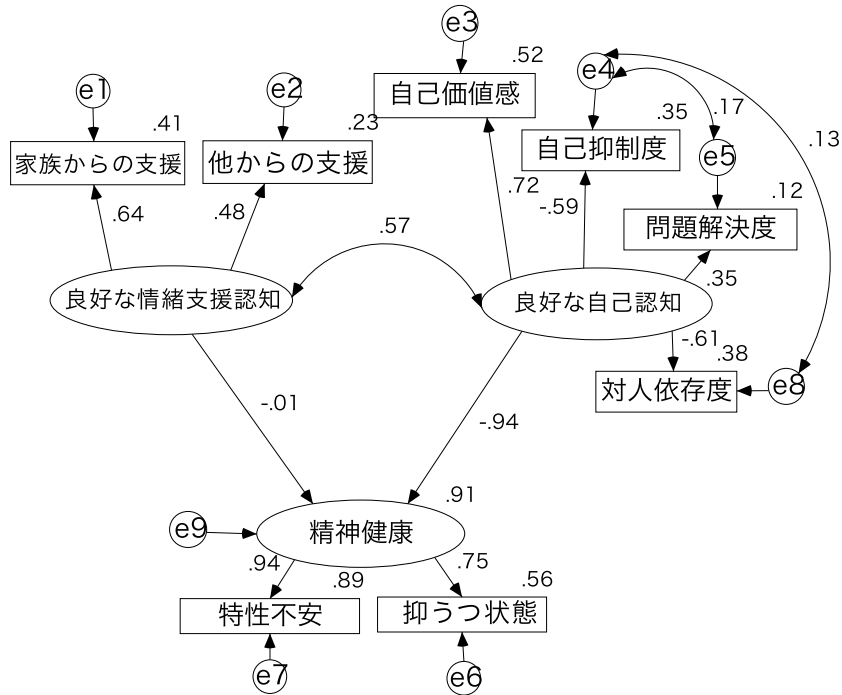


図4-2 自己認知と情緒的支援認知が精神健康に及ぼす影響に関する共分散構造モデル (男性)
 χ^2 乗値=554.757 p 値=.000 GFI=.989 AGFI=.973 RMSEA=.030

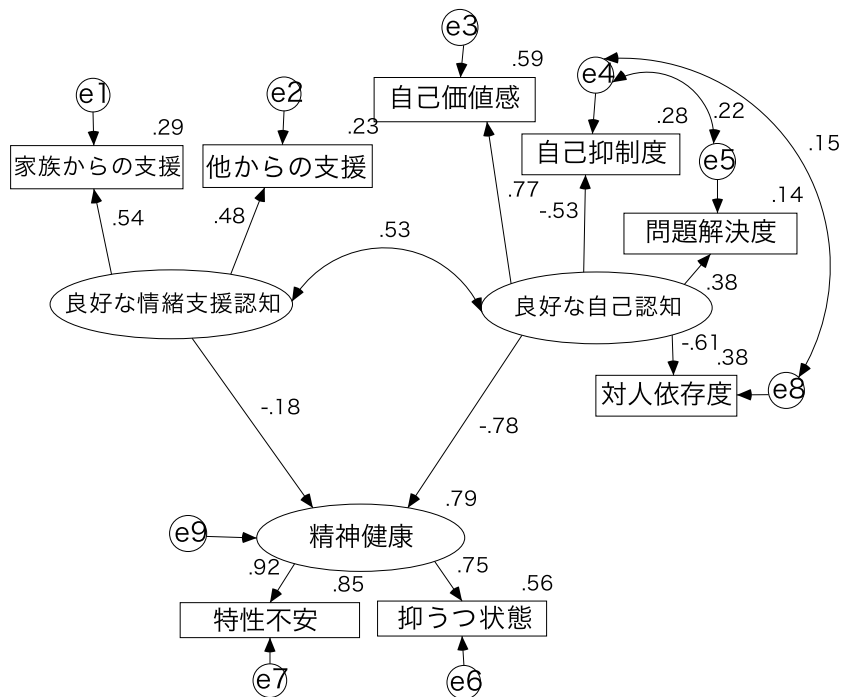


図4-3 自己認知と情緒的支援認知が精神健康に及ぼす影響に関する共分散構造モデル (女性)
 χ^2 乗値=554.757 p 値=.000 GFI=.989 AGFI=.973 RMSEA=.030

接の影響はなかった。また、性別にかかわらず「良好な自己認知」は「精神健康」に強いマイナスの影響を与えていた (男性: 標準化係数 $\gamma = -.945$, $p < 0.001$ 、女性: 標準化係数 $\gamma = -.783$, $p < 0.001$)。

4 考察

1) 調査票の尺度について

本研究では、カウンセリングプログラムの教育効果の評価として、自己イメージスケールや他者イ

メーascript、精神健康に関連する心理尺度の得点変化を検討し、その結果を解釈しようというものである。そこで、本研究で用いた各尺度について信頼性や妥当性について検討する必要がある。信頼性分析ならびに妥当性分析を行ったところ、各尺度には内的一貫性があり、因子的妥当性も確認された。また、抑うつや特性不安を基準変数として基準関連妥当性確認したところ、基準関連妥当性係数もおおむね高いことから本プログラムの評価に利用しうる尺度であると判断した。

2) プログラム毎の教育効果について

プログラム別に各尺度得点の変化を検討した結果は、全てのプログラムにおいて、それぞれの尺度得点が有意に良好な方向へ変化していた。その変化は、対人依存度、自己抑制度、特性不安、抑うつ度は得点が有意に低下し、肯定的な自己イメージスクリプトへの変容と精神健康の改善を示すものである。全てのプログラムにおいて同様の変化が見られたので、プログラム毎に解釈せずに、全てに共通に示された点に関しての考察を行う。

測定尺度中の対人依存心や自己抑制心の強さは、人の顔色を気にしたり、一人で物事を決めるのは苦手だというような項目に示されるように、他者報酬追求型の物事の判断基準で行動をしていることを示しているであろう。そのため、他者に合わせて、自分を抑え、物事の自己決定を避けるため、結局は自己コントロール力を失う。自己コントロール力を失うと、より他者報酬追求行動をせざるを得なくなる。そのためストレスを抱え、蓄積しやすくなるのである。それが、特性不安や抑うつを上昇させ、精神健康を悪化させていると考えられる。

したがって、プログラム終了後のこれらの心理尺度得点の低下は、過去のトラウマにもとづく愛情飢餓感からまわりにわかってもらいたい、察してほしいというこだわりをもち、まわりの人に過度な期待をしてしまう対人依存心の低下、また、認めてもらうためには自分の本音を犠牲にしてしまう自己抑制心の低下、また、自分らしさを表出することに対する恐れがなくなっていることを意味している。プログラム開始前の結果が示しているような他者報酬追求型行動ではなく、本プログラムによる介入によって、自分がどうしたいかという自己報酬追求型の判断基準を持つことができるようになる。そのような自己報酬追求型の行動選択や生き方ができることで、自己コントロールが可能になる。そして、周りを気にすることなく自己決定できることにより、不

安の感じやすさが弱まり、積極的に行動でき、抑うつ気分も有意に低下することを示していると言える。すなわち、自己イメージスクリプトは、周りの評価を気にせず、自分が嬉しいと感じ、他者を敬愛する生き方を目指し、問題に立ち向かうことのできるスクリプトに変化したと言えよう。本教育法は、自己報酬追求型の自己イメージスクリプトへの変容法であることが示唆された。

自己報酬追求型の自己イメージスクリプトへの変化は、自己価値感や情緒的支援の認知力、問題解決力が、各プログラムの実施により有意に得点が上昇していることから伺える。自分に肯定的な良いイメージや自信がもて、自分を認める力が強まり、また、家族や友人など周りの人から認められ、愛され、さらに周りから愛されていることを認知する力が強まったということを意味している。自己イメージの良さは、自分を信じて自己報酬追求型での判断をすることを促す。また、前述した対人依存心や自己抑制心の低下や自己の自信心の向上から、周りの重要他者に過剰な期待をしなくなり、自分をとりまく他者への要求水準が低下する。他者への過度な要求水準の低下は、他者への期待がはずれることによる嫌悪系体験を減らす。他者に過剰な期待をせず、期待が外れることによる嫌悪系体験をすることを避けられれば、対人関係ストレスを抱えることは減少する。要求水準のコントロールがなされた結果、情緒的支援の認知力が高まったものと考えられる。情緒的支援の認知力の向上は、さらに自己イメージを良好にし、不安を軽減する。このような良循環がストレスを軽減していると言える。これまでにも情緒的な支援が十分に認知できるとストレスは軽減されるという報告なされており、これまでの先行研究を支持する結果であると言え²⁸⁾、情緒的支援の認知力を向上するにはどうすべきかの方法を本教育法が示していると言える。

問題解決力の得点の上昇は、問題を抱えた時に現実にもとづいて点検・確認することに対する恐れが少なくなり、常に見通しをたて、点検して進んでいくという方向への変化である。問題解決力が低いと同じ問題を繰り返しやすい、ストレスを蓄積することになる¹⁵⁾。そのため問題解決力の低さは、身体・精神・行動のサインを長引かせたり、悪化させる要因となってしまう。問題解決型行動特性の得点の上昇は、問題は見なかったことやなかったこと、あるいは、周りのせいにして自己の問題としては捉えないという逃避的悪循環的対処行動のスクリプトから、困難な課題や立ち向かうべき課題に対して、積

極的効果的に対処するというスクリプトへの変化である。

これらの得点の変化はどのレベルのプログラムにおいても見られた。したがって、カウンセリングレベルがどのレベルであったとしても、ストレス耐性の強化や精神健康の改善に貢献することが示唆され、本教育法は、自己報酬に基づいた判断や自己コントロール可能な自分への自己変容や自己成長、生き方変容を促す教育効果があることが示されたと考えられる。

職業別に検討したBプログラムの前後における尺度値の変化を見ると、職種により多少の特徴が見られた。この特徴は、あくまでもセミナー受講者におけるものであり、その職種を代表するとは言えないものであると考えるが、その点を差し引いて考えても、多くの報告で見られる看護師の不安や抑うつの高さは、セミナー参加者においてもみられていた。医師や歯科医師において、対人依存型行動特性や特性不安、抑うつの特徴がプログラムの前後共に他の職種よりも平均得点が低かった点は興味深い。その理由の一因として、いい患者、いい医師といったこれまでのコンプライアンス行動を重視するような他者報酬追求型の医療を患者の自己決定を支援し、セルフケア行動を支える医療に変えようという考えをもった医師や歯科医師がこのようなセミナーに興味をもち、参加しているというバイアスも考えられる。

3) プログラムの違いによる教育効果の差について

本研究において、特に我々が注目したのは、カウンセリングレベルの高いプログラムにおいて、先に述べた教育効果がより強くみられたことである。このことから自己成長や自己変容、生き方変容を重視したプログラムが最も教育効果があると考えられた。この傾向は、個別カウンセリング技能のプログラムでもグループカウンセリング技能のプログラムにおいても同様であった。一番カウンセリングの技法レベルの高いプログラムで最も効果があるという結果が得られたことは、次のような理由ではないかと考えている。

それは、本カウンセラー養成セミナーの方式がカウンセリング技法レベルの低いプログラムから高いものへと積み上げていく形で学習を進めていくシステムになっていることとの関連である。各尺度の平均点をみる限りにおいては、技法レベルの低いプログラムへの参加者が、より高いプログラムへの参加者よりも平均点が良好になるということはなかつ

た。したがって、上級レベルに参加するにしたがって、自由に自分らしく生き、自分らしさを表現し、問題解決力が向上し、まわりから愛され、自分を信じ、まわりを愛する、自己報酬追求型の人格へと成長している姿を読みとることができる。

これまでの我々のカウンセリング事例研究^{29) 30)}に基づくと、対人依存度の強さは愛情飢餓感の強さの表れであり、自分が無力で本当に助けが欲しかった時に無条件に愛されたり守ってもらえなかったという過去のトラウマの嫌悪系イメージが関係している。また、自己抑制度の強さは、親や周りに認められるような行為をとる限りにおいては愛され守られたという条件付きの愛され方をしてきた生育イメージと関連しており、幼少の頃に自分の話や思いを聞いてもらうよりも、親の話や思いを聞かされながら育ったという生育記憶があることが多い。そして、問題解決度の低さは、過去の尋常でないストレス体験の嫌悪系イメージ記憶により問題をきちんと点検したり、問題へ立ち向かうことに怖さや無力感が生じることや幼少の頃の生育環境の悪さや両親の不仲、望まれない出産などに依っている。このような過去のトラウマの嫌悪系イメージは、自分が自分らしいままで愛されるという体験イメージや危機の時に必ず守護があるという体験のイメージがないことから、どうしてもあるがままの自己では周りから認められないというように自己イメージの低下につながり、不安感や抑うつを強める。そして、自分へのネガティブな評価は、他者に対する期待感を強めるため、他者への期待が外れやすくなるために、周りからの情緒的な支援の認知が低下してしまうという関連をもっている。カウンセリング技法レベルの高いプログラムでは、これらの生育イメージや世代や時代、進化の過程をも越えて宇宙期の粒子のレベルまで還元されて、我々に伝達されてきている嫌悪系イメージの変換と再学習が促されるのである。

4) なぜ教育効果が得られるのか

本プログラムが、このような得点変化をもたらした心理特性の変容と精神健康の改善を可能にしているのは、以下の点にあると考えている。それは、次の4点である。(1) ミラーリング効果や共感効果による気づきの支援と行動目標の小目標化効果^{3) 31)}、(2) 仮定法と現実法、外在化法と内在化法の組み合わせによる自己・他者イメージ変換効果と再学習効果の支援^{3) 32)}、(3) 特性因子理論に基づいた無自覚な悪循環的ストレス対処行動への気づきの支援^{3) 17)}、(4) ヒト自己から動物自己、さらには原子自己、素粒子

自己という各自己イメージの変換効果による本来の自己イメージへの気づきの支援³⁾³²⁾、が可能なことである。構造化連想法や構造化された手順によりこれらの気づきの支援が可能となり、本人の問題解決力や自己決断力が引き出され、自己成長や自己変容、さらには生き方変容が促されている。

自己成長や自己変容、生き方変容が促される背景をもう少し詳しく述べよう。

我々は、嫌悪系記憶イメージがあると、そのイメージに関連するようなある一定の鍵となるストレス環境やある鍵となる信号が発信される状況に出会うと、その嫌悪系記憶イメージの感情情報と感覚情報の再体験が生じる。それは、現在の我々に自己コントロールが不能な感情反応と身体反応を生起させるのである。その嫌悪系記憶イメージの根源を明確にするために、自己の生育記憶、胎内やそれ以前の世代間伝達記憶、さらに遡って人類の歴史すなわちヒトの時代、さらには進化の過程における哺乳類や爬虫類の時代、原子の時代、宇宙期の素粒子レベルへと本人が望む必要十分な時間遡及を行う。それは当然のことながら現実体験をすることは不可能なため、仮定法による想像のもとに行われる。実は、人の記憶は現実体験であれ、想像体験であれ、脳内では同部位が反応を示すことがわかっている。そのため、仮定法により時間遡及をして想像したイメージは、現実体験はなくとも脳に記憶イメージとして残るのである。したがって、我々の嫌悪系情動反応や身体反応を作り出している嫌悪系記憶イメージを、想像イメージの中で報酬系記憶イメージを作ることが必要である。この想像した報酬系記憶イメージによる再体験は、現在と未来を生きる我々のポジティブイメージスクリプトとなり、現実の認知や行動を変容し、自己成長や自己変容、生き方変容を支えるのである。

さて、この想像の報酬系記憶イメージであるが、効果的にそのイメージを作るには、我々の心の本質的欲求の階層的充足の原則や外在化法と内在化法の組み合わせによるイメージ変換の原則に則ることが必要である。この心の本質的欲求の階層的充足とイメージ変換や再学習により作られた脳内想像記憶イメージの自己イメージスクリプトの活用により、何が変わるのであろうか。それは、その自己イメージスクリプトを活用することにより、本人の生き方が他者報酬追求型から自己報酬追求型へと変化するのである。その活用は、周りからの十分な愛が感じられ、周りへのわかってほしい思いや認められたい思いが軽減し、人に認められるかどうか、周りにわかっ

てらえるかどうかを基準とした物事の選択をしなくなる。そして、自分は何が好きなのか、自分は何をしたいのか、本来の自分らしい自分はどのような自分かを基準とする、自己報酬追求型の行動を選択するようになり、その積み重ねが自己報酬追求型の生き方へと変容するのである。それは、言い換えると人に愛され、自分を信じ、人を愛することのできる人格へと自己変容がなされ、生き方変容が起こるということである。

我々のプログラムでは、必ず自己の課題解決とカウンセリング技能習得とを同時にすすめるので、SAT法により、これまで述べてきた原理に則った自己の課題解決やスーパーバイズを受けながらの参加者メンバー同士の支援結果が、教育効果として測定している心理尺度の得点に表れたものとする。このような心理尺度の得点変化として表れたものを、共分散構造分析により検証した仮説モデルにより解釈すれば、情緒支援認知や自己認知が変容しており、それが精神健康に影響を及ぼすことを意味する。モデルの結果から、精神健康の向上のためには自己認知が重要である。自己認知とは、言い換えると自己イメージスクリプトである。自己イメージスクリプトは、行動の基準となるものである。さまざまな外的刺激に対して、その知覚や認知のされ方は、本人の自己記憶イメージに因っている。さまざまな体験の自己記憶イメージや世代や生物を越えて伝達された自己記憶イメージが関係して、自己イメージスクリプトが形成されている。自己イメージスクリプトは、遺伝的気質とも関連する。我々の課題解決のための行動としての出力は、環境からの刺激に対しての知覚の仕方、すなわち、心の持ちかたが関与している。心の持ち方は、イメージの持ち方とも言え、どのような自己イメージスクリプトをもっているかに因っている。したがって、課題解決のための行動が変わるためには、自己イメージスクリプトの変容が不可欠である。本プログラムは、その変容を可能としているものなのである。自己イメージスクリプトが変容することは、モデルによれば、情緒的支援認知へも影響を与えるので、他者イメージスクリプトを良好にする。他者イメージスクリプトが良好になると愛され認められているという認知が高まり、それが自己イメージスクリプトを良好にするという双方向の影響力を持っている。自己イメージスクリプトが良好になると、環境からの刺激に対する嫌悪系情動反応が抑えられるので、精神健康が改善されるのである。本プログラムでは、より技法レベルの高いプログラムほど、進化の時代を遡る。

AプログラムやPOMプログラムでは幼少児期を、SOMプログラムでは幼少児期から胎内期へ、さらに生物期へとヒトの世代を離れた進化の過程での根源問題まで扱い、さらには宇宙期の素粒子レベルの自己イメージを扱うため、その効果に差が見られるのであろうと推察する。

先行研究を概観すると、カウンセリング事例研究でもカウンセリング前後で心理尺度測定を行うと、必ず前述のような変化がおこなっていることを確認できている。このことから、心理尺度得点の変化という本研究の量的調査の結果は、これまでに述べてきたような自己イメージスクリプトの変容と情緒支援認知の変容、そして、精神健康の向上を示していると言えよう。

本研究によりSAT法のプログラムは、ストレスに弱くストレスをためやすい行動特性、言い換えれば、自己イメージスクリプトを変容し、精神健康を改善し、自己報酬追求型の生き方への変容を促す教育効果があることが確認できた。

5 まとめ(要約)

NPO法人ヘルスカウンセリング学会の一事業として行われている学会公認カウンセラー資格支援事業の受講者へのプログラムの教育効果を検討しようというものである。本プログラムによる学会公認カウンセラー養成セミナー受講前後の心理尺度測定結果から、測定値の変化を検定及び解釈し、プログラムの教育効果について検討した。プログラムは7コース(個別技能:B, A, SOM, POM、グループおよびソーシャルスキル技能:SB, SA, SM)あり、各々2日間13時間～15時間である。今回分析に用いたデータは、プログラムの開催及び調査票の回収が、1995年10月から2007年12月のものである。

分析の結果、以下の点が明らかになった。1)各プログラム前後において、心理特性の尺度得点が有意に変化していた。2)その得点の変化は、ストレスに強くストレスをためにくい行動特性の得点への変化と精神的健康が向上する方向への変化であり、それは、自己報酬追求型の自己イメージスクリプトへの変化であったと解釈される。3)各プログラムの技法レベルの違いにより、尺度の得点変化の大きさには差が見られた。それは、技法レベルが高い方がより得点の変化が大きく、良好な方向へ変化をしていた。

これらの結果から、SAT法によるプログラムは、より上級レベルの技能習得プログラムほどストレス

に弱くストレスをためやすい心理特性を変容させる効果があることが示された。したがって、このプログラムには、個人差はあるが、ストレス耐性の強化とストレス蓄積度の軽減ができ、自己成長や自己変容を支援できるという教育効果があることが示唆された。本プログラムによる介入は、自己決定や行動変容、自己成長、自己変容の支援につながり、愉しむ人生への生き方変容を支えるといえよう。

引用・参考文献

- 1) 宗像恒次:行動変容のカウンセリング技法, 医療タイムス社, 東京(1995)
- 2) 宗像恒次:SATカウンセリング技法, 広英社, 東京(1997)
- 3) 宗像恒次:SAT療法, 金子書房, 東京(2006)
- 4) 宗像恒次, 小森まり子, 鈴木浄美, 橋本佐由理, 鈴木克則著:「SAT法を学ぶ」(宗像恒次監修), 金子書房, (2007)
- 5) Eriksson, K.-F. et al.: No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmo Preventive Trail with diet and exercise. *Diabetologia*, 41: 1010-1016 (1998)
- 6) Helmrich, S.P. et al.: Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 325 (3): 147-152 (1991)
- 7) Hu, F. B. et al: Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA*, 289 (14): 1785-1791 (2003)
- 8) Hu, G. et al.: Occupational commuting, and leisure-time physical activity in relation to total and cardiovascular mortality among Finnish subjects with type 2 diabetes. *Circulation*, 110: 666-673 (2004)
- 9) Lindstrom, J. et al.: Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the Finnish Diabetes Prevention Study: Results from a randomized clinical trial. *J Am Soc Nephrol*, 14: S108-S113 (2003)
- 10) R.M.A.Hirschfeld: A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41, (1977)
- 11) McDonald-Scott.P: Interpersonal Dependency Inventory Japanese Short Form (JIDI):その作成と検定について, 看護研究, 21, 451-460 (1988)
- 12) Rosenberg M.: Society and the adolescent self-image, Princeton New Jersey, Princeton University Press, (1965)

- 13) 宗像恒次・高臣武史・河野洋二郎・デビッド ベル・リ
ンダ ベル：日米青少年の家庭環境と精神健康に関する
比較研究，昭和 62 年度厚生省科学研究報告書，(1987)
- 14) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メヂカルフ
レンド社，東京，25-29 128-129 (1996)
- 15) Zung W.W.K.: A self-rating depression scale, Arch.
Gen. Psychiat., 12, 63, (1960) (福田一彦ら訳，日本
語版 SDS 使用手引き，三京房)
- 16) Spielberger C.D. et al.: STAI manual, Palo Alto, Calif,
Consulting Psychologist Press, (1970) (水口公信ら訳，
日本語版 STAI 使用手引き，三京房)
- 17) 宗像恒次：心の想起・伝達・変換の科学 (6) 潜在化し
た未解決な感情を測定する，ヘルスカウンセリング，3
(6)，94-102 (2001)
- 18) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセ
リングテキスト Vol.II, ヘルスカウンセリングセンター
インターナショナル，東京，74 (2000)
- 19) 宗像恒次：男をやめる，株式会社ワニブックス，東京，
10-69 (2001)
- 20) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセ
リングテキスト Vol.I, ヘルスカウンセリングセンター
インターナショナル，東京，21-89 95-181 (2000)
- 21) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセ
リングテキスト Vol.II, ヘルスカウンセリングセンター
インターナショナル，東京 (2000)
- 22) 宗像恒次：心身が変わるイメージ変換 (3) SAT イメー
ジ療法のイメージ変換技法，ヘルスカウンセリング，4
(5)，81-91 (2001)
- 23) 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢
知美・角井園子・大久保由佳・持田麻里・林 隆志・帯
津僚一・庄司進一・村上和男：SAT イメージ療法の適
用によりがん抑制遺伝子の活性度および免疫力が向上
した乳がん患者の一症例，ヘルスカウンセリング学会
年報，10,61-67 (2004)
- 24) 樋口倫子・宗像恒次・橋本佐由理：親への SAT 療法を
併用した心因性視覚障害の治療過程～自己イメージス
クリプトの変化の視点より～，ヘルスカウンセリング
学会年報，11, 51-62 (2005)
- 25) 横田智美：うつ病患者の家族が SAT 法から得た支援と
学び，ヘルスカウンセリング学会年報，10, 55-60 (2004)
- 26) 橋本佐由理・樋口倫子・中野智美：両親イメージが自
己イメージに与える影響に関する調査研究，日本保健
医療行動科学学会年報，19, 121-138 (2004)
- 27) 橋本佐由理・井坂美香・樋口倫子：中学生における両
親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影
響に関する研究，ヘルスカウンセリング学会年報，11,
31-40 (2005)
- 28) Schaefer C.・Coyne J.・Lazarus R.S.: The health-
related function of social support, Journal of
Behavioral Medicine, 4, 381-406 (1981)
- 29) 橋本佐由理：再誕生カウンセリングを活用した 1 事例，
ヘルスカウンセリング学会年報，6, 105-108 (2000)
- 30) 樋口倫子・宗像恒次：心因性視覚障害の SAT イメージ
療法，日本保健医療行動科学学会年報，17, 16-30 (2002)
- 31) 橋本佐由理：自己決定支援のカウンセリング，日本保
健医療行動科学学会年報，17, 62-74 (2002)
- 32) 宗像恒次：心の想起・伝達・変換の科学 (1)，ヘルス
カウンセリング，3 (1)，65-70 (2000)

IV

研究ノ一ト

禅的教育の場における ストレスマネジメントプログラムの試み —グループカウンセリングと交流会の効果について—

Stress Management by SAT method for Zen Monastery:
Stress Reduction Effects of SAT Group Counseling and Exchange Meeting

松竹 寛幸
Hiroyuki Matsutake

要 旨

本研究は、臨済宗の専門道場において修行中の雲水（修行僧）に対するストレスマネジメントプログラムが、ストレスや不安を軽減するか否かについて検討することにした。対象は、入門1～2年目の雲水19名であった。プログラムの内容は、各セッション4～6名によるグループカウンセリングを実施した後に、共感的態度を用いた交流会を実施した。グループカウンセリング前後、および交流会後に質問紙調査を行ない心理特性、気分状態を測定し、その変化を統計学的に検討した。

その結果、グループカウンセリング前から、交流会後にかけて、自己価値感、自己抑制度、カウンセリング必要度、現在の主観的ストレス度、および気分状態に関して有意に良方向の変化が認められた。修行生活の主観的ストレス度に有意な変化は認められなかった。グループカウンセリングによって各人の本当の要求や行動目標を明確化した上で、交流会に参加し住職や先輩の話を聞くという、本ストレスマネジメントプログラムは、雲水のストレスや不安を低減する効果のあることが明らかになった。

キーワード：禅の専門道場 (zen monastery) 雲水 (zen monk)
ストレスマネジメント (stress management)
グループカウンセリング (group counseling) 交流会 (exchange meeting)

1 はじめに

臨済宗における専門道場での修行を志す雲水は、本来、一定の修行のカリキュラムを終えなければ下山出来ないことになっている^{1) 2)}。一人の雲水を育てるためには、15年から20年程の修行期間を経なければならず、多くの時間と手間隙をかける必要が

ある。しかしながら、現在はほとんどの雲水の修行年数は2～3年であり、修行半ばで下山している。さらに、戦前、戦後しばらくは、雛僧教育（小僧教育）がしっかりと機能しており、専門道場に入門する新参の雲水は、読経や礼儀作法など修行生活の基礎は既に身につけていた。それが、社会情勢の急激な変化や少子化などによって、雛僧教育はほとんど無くなり、近年では何も知らずに入門する雲水が多くなっている。そこで、本来は禅修行に専念しなければならない専門道場が雛僧教育を担い、基礎的な事柄から丁寧に教えなければならなくなっている現状がある。

「修行期間の短縮化」や「基礎教育の不足」は、修行を志す雲水の質の低下に影響を及ぼしている。2～3年の修行期間では、定められた修行生活をなぞり、教育的・訓練的な基礎教育に終始することに

2008年2月3日受稿, 2008年6月15日採択
花園大学文学部国際禅学科
Hanazono University Faculty of Letters Department of International Zen Studies
連絡先:
〒352-0011 埼玉県新座市野火止3-1-1 平林寺
3-1-1 Nobidome Niiza-shi Saitama, 352-0011 Japan
TEL: 048-477-1542
E-mail: matsutaka@yahoo.co.jp

なる。その結果、師弟関係や道場の先輩・後輩といった中での、心のふれあいや人間関係が希薄になっている。また、一般社会自体のあり方を反映してか、うつや引きこもりをはじめ、様々な心の葛藤やストレスによって、修行を中断せざるを得ない例が後を絶たない。筆者は一般男性と比較して雲水のQOLや精神衛生の状態が低いことを報告してきた^{3) 4)}。

さて、それでは臨済宗の修行とはどのようなものであるのか。修行生活^{5) 6)}には、第一に坐禅を基本として、礼儀作法、読経、食事作り、作務(労働)など、日常生活の中で教育的・訓練的に鍛えていくもの、第二に公案^{7) 8)}といて、『無門関』、『臨済録』など禅の書籍中にある禅の問題に対して、イメージ法やロールプレイング法などの手段を使い、具体的には「対象になってみることで自己理解、他者理解を深めていくもの、の二つに分類される。基本である坐禅は、身心を落ち着け右脳と左脳の働きを活性化して、直感的な思考と論理的な思考を連結させ、これらの修行をより円滑に進めるための環境を調えるものである。すなわち、臨済宗の修行を簡単にいうならば、「坐禅によって身心を調べ、日常の生活や労働に取り組み、公案によって自他理解を深めていく修行である」ということになる。このような方法による修行生活が、現在まで脈々と続けられてきている。

しかしながら、15～20年の年月をかけて雲水を育てることが出来ない現状の中で、現代的な心の問題に対処する一つの方法として、近年、発展してきた行動科学的な研究成果を踏まえて対処する試みが考えられる。SAT法(Structured Association Technique:構造化連想法)は連想、ひらめき、直感、右脳活動を意識的かつ積極的に活用して、本人の希望する生活習慣の変容や自己成長を効果的に促す方法である。また、技法が構造化されているカウンセリング法である⁹⁾。

筆者はSAT法の最も基本的な技法である共感技法を適用した、専門道場で修行する雲水全員参加による交流会の効果として、心理的安全感や信頼感の形成が行なわれ、グループダイナミックスの効果である自己開示や置き換えが生じ、癒しの効果や修行に対する意欲が高まること¹⁰⁾を報告してきた。また、交流会はメンタリングという視点からみれば、住職や古参の雲水が経験の少ない入門1～2年目の雲水に自分の経験を話し、手本を示す役割モデル機能や個人々の悩みを聞くというようなカウンセリング機能を有するメンターとしての役割を果たす場であることが示唆された。メンタリングの心理的

機能として、①メンティにとってのお手本となる役割モデルの機能や、②メンティを一個人として尊重し、良いところを認める容認と確認機能、③メンティがオープンに心配や悩みについて語ることが出来るカウンセリング機能、④インフォーマルな相互関係を築く友好機能などがある¹¹⁾とされている。

「気持ちの明確化によるSATカウンセリング」は、話の背後にある本当の気持ちや要求を明確化し、共感的に寄り添うことで行動の目標化を支援するカウンセリング手順である¹²⁾。これは、メンタリングで言うところのカウンセリング機能や容認と確認機能を有している。また、交流会は共感的な態度に加えて自分の経験や手本を積極的に示すことで役割モデル機能や友好機能を示すことができる。これらのことから、カウンセリングと交流会とを併せて実施することがメンタリングとしての機能を果たし、さらに心理特性や気分状態に良方向への効果を及ぼすストレスマネジメントプログラムになると考えられる。

本研究では、禅の専門道場で修行する雲水を対象としたストレスマネジメントの試みとして、「気持ちの明確化によるSATカウンセリング」シートを用いたグループカウンセリングを実施し、その後、共感的態度を用いた交流会を実施することで、対象者の心理特性と気分状態を明らかにし、このプログラムがストレスや不安を低減する効果があるか否かについて検討することを目的とした。

2 研究方法

1) 調査対象および調査期間

臨済宗H専門道場で修行する雲水33名のうち、グループカウンセリングと交流会の両方に参加した入門1年目～2年目の雲水19名(平均年齢25.26±2.73歳)を対象とした。調査期間は、平成18年10月であった。

2) 研究方法

グループカウンセリング(以下GCと略す):平成18年10月7日～8日

GCは、参加者4～6名によって「気持ちの明確化によるSATカウンセリング」シートを用いて実施した。ファシリテーターは、個別カウンセリングのように訴えから解決までを聴く。最後に支援の言葉を参加者全員がかけ、クライアントの感想を聴いて終了、という方法でセッションが進められた。

交流会:平成18年10月17日

交流会は、GC から 9 ～ 10 日後に、雲水 33 名と住職 1 名によって実施した。ファシリテーターが基本姿勢を保ち、共感的な雰囲気の中で、「将来どうしたいか」、または「修行生活について普段感じていること」について、一人ずつ自由に発言する方法でセッションが進められた。住職、および参加者は、各人の発言に対して自分の修行経験や共感したこと、感じたことなどを発言する機会が与えられた。セッションの時間は、休憩をはさんで約 3 時間であった。

尚、ファシリテーターはヘルスカウンセリング学会認定心理カウンセラー、グループカウンセラーの有資格者で雲水修行を終えている筆者が行った。

調査は、記名による自記式質問紙調査法にて行なわれ、GC 前後、および交流会後に同じ調査票を用いて測定し、配布回収は全員一斉に行なった。また、倫理的配慮として、調査結果は研究のデータとして使用する旨を口頭で伝え、承諾を得た上で実施した。

3) 調査票の構成

調査票は、以下の 4 つの尺度と主観的ストレス度で構成された。

①自己価値感尺度 (Rosenberg、宗像訳)^{12) 13)}

「自分にはよいところがたくさんあると思う」「もう少し自分を尊敬できたらよいと思う (逆転項目)」など、自己に対してどのくらい良いイメージを持っているかを測定する。点数が高くなるほど自己価値感が高いと評価する。〔10 項目 20 点満点〕

②自己抑制型行動特性尺度 (宗像)^{12) 13) 14)}

「思っていることを安易に口にさせない」「人の期待に沿うよう努力するほうである」、他者から嫌われないように自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定する。点数が高くなるほど自己抑制度が高いと評価する。〔10 項目 20 点満点〕

③ヘルスカウンセリング必要度尺度 (宗像)^{12) 13) 14)}

「自分の中に自分でコントロールできないものがあるようだと思う」「理由がわからないが、下痢、便秘、頭痛、腰痛、肩こりなど慢性的な症状がある」など、カウンセリングが必要かどうかの目安を知ることができ、同時に心の葛藤症状、身体症状、行動症状の有無を測定することができる。点数が高くなるほどカウンセリングが必要であると解釈する。〔10 項目 20 点満点〕

④ POMS 短縮版 (McNair ら、横山訳)¹⁵⁾

POMS (Profile of Mood States) は状態的な感情を測定するための尺度で、30 項目からなっており、「緊張 - 不安」「抑うつ - 落込み」「怒り - 敵意」「活

気」「疲労」「混乱」の 6 つの気分状態を評価することができる。〔下位尺度は 5 項目 20 点満点〕

また、「活気」以外の 5 尺度の得点の合計から「活気」得点を引いたものを、TMD (Total Mood Disturbance) 得点として気分状態全体を表す指標とした。

⑤修行生活全体の主観的ストレス度

「あなたの修行生活全体に対するストレス度は何 % ですか」と質問して 0 ～ 100 の数値で測定した。

⑥現在の主観的ストレス度

「あなたの現在のストレス度は何 % ですか」と質問して 0 ～ 100 の数値で測定した。

4) 分析方法

SPSS ver.12.0 によって交流会、および GC 前後の各測定尺度の平均値を求め、その変化を検討するために Friedman 検定をおこない、多重比較には Wilcoxon の符号付き順位検定後、Bonferroni の不等式による補正を行った。

3 結果

GC 前後、および交流会後における各尺度の平均値と変化を表 1 に示す。

1) 心理特性および主観的ストレス度の変化

自己価値感は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 14.625, p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が上昇した。

自己抑制度は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 13.420, p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、交流会後で有意に得点が低下した。

カウンセリング必要度は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 13.938, p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

2) 気分状態の変化

POMS の各尺度をみると、すべての尺度において年齢階級別得点 (20 ～ 29 歳) の精神健康度は、健常内の範囲にあった¹⁵⁾。

「緊張 - 不安」は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 16.083, p < .05$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

「抑うつ - 落込み」は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 17.942, p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、交流会後で有意に得点が低下した。

表1 グループカウンセリング、および交流会前後における各尺度の平均値

					(n=19)		
		GC 前	GC 後	交流会後	Friedman 検定	GC 前 - GC 後	GC 前 - 交流会後
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	χ^2 値	P 値	P 値
	自己価値感	4.68 (2.43)	6.42 (1.71)	5.95 (2.01)	14.625	**	$p < .01$
	自己抑制型行動特性	11.26 (3.07)	10.37 (3.20)	9.21 (2.74)	13.420	**	$p < .01$
	カウンセリング必要度	8.95 (3.19)	7.68 (3.33)	6.05 (3.01)	13.938	**	$p < .01$
P O M S	「緊張 - 不安」	10.58 (3.93)	8.89 (3.11)	7.00 (4.63)	16.083	**	$p < .05$
	「抑うつ - 落込み」	7.37 (3.52)	6.16 (3.18)	3.74 (3.14)	17.942	**	$p < .01$
	「怒り - 敵意」	7.79 (4.43)	5.26 (3.31)	4.53 (3.84)	20.028	**	$p < .01$
	「活気」	7.42 (3.01)	7.32 (2.85)	8.42 (3.78)	2.310	n.s.	
	「疲労」	11.42 (4.39)	9.11 (4.76)	7.00 (4.03)	20.086	**	$p < .01$
	「混乱」	9.00 (3.37)	8.68 (2.65)	6.89 (2.98)	8.812	*	$p < .05$
	「TMD」	38.74 (15.02)	30.79 (12.82)	20.74 (13.99)	24.987	**	$p < .01$
		修行の主観的ストレス度	67.37 (16.70)	64.21 (14.65)	62.16 (16.15)	2.130	n.s.
	現在の主観的ストレス度	61.84 (21.55)	47.63 (20.44)	47.32 (22.38)	12.032	**	$p < .01$

* $p < .05$, ** $p < .01$, n.s. 有意差なし

「怒り - 敵意」は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 20.028$, $p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

「活気」は、3 時点で有意な差は認められなかった ($\chi^2 = 2.310$, n.s.)。

「疲労」は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 20.086$, $p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

「混乱」は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 8.812$, $p < .05$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、交流会後で有意に得点が低下した。

POMS の全体的な気分状態を示す TMD は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 24.987$, $p < .01$)。多重比較の結果、GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

3) 主観的ストレス度の変化

修行生活の主観的ストレス度は、3 時点で有意な差は認められなかった ($\chi^2 = 2.130$, n.s.)。

現在の主観的ストレス度は、3 時点で有意な差が認められた ($\chi^2 = 12.032$, $p < .01$)。多重比較の結果 GC 前に比べ、GC 後、交流会後で有意に得点が低下した。

4 考察

筆者の報告した、雲水による共感的態度を用いた交流会¹⁰⁾は、本調査と同じ尺度を用いており、被験者もほぼ同様の参加者であったので比較検討を試みることにする。前回の交流会前後における各尺度の平均値の結果¹⁰⁾を表2に転載する。

表2 交流会前後における各尺度の平均値

		(n=22)				
		交流会前	交流会後			
尺度		平均値 (SD)	平均値 (SD)	Z 値		
	自己価値感	4.18 (3.14)	4.32 (3.11)	- 0.749	n.s.	
	自己抑制型行動特性	11.64 (3.39)	11.27 (3.38)	- 0.554	n.s.	
	カウンセリング必要度	10.05 (3.36)	9.36 (2.99)	- 1.787	†	
P O M S	「緊張 - 不安」	12.45 (4.81)	11.18 (4.81)	- 2.135	*	
	「抑うつ - 落込み」	9.55 (5.63)	8.18 (4.73)	- 1.712	†	
	「怒り - 敵意」	8.45 (5.40)	6.91 (4.23)	- 2.313	*	
	「活気」	8.05 (5.38)	6.77 (3.72)	- 1.524	n.s.	
	「疲労」	13.05 (5.27)	11.82 (5.30)	- 2.558	*	
	「混乱」	10.50 (4.52)	11.23 (4.24)	- 0.695	n.s.	
		修行生活の主観的ストレス度	74.55 (14.87)	70.18 (17.08)	- 2.585	*
		現在の主観的ストレス度	58.82 (26.78)	53.86 (25.07)	- 1.886	†

* $p < .05$, ** $p < .01$, † $p < .10$, n.s. 有意差なし, Wilcoxon の符号付き順位検定 文献 10) 松竹 (2007) より転載

1) 雲水の心理特性と気分状態、および主観的ストレス度

本調査では、GC前の調査では、自己価値感が低く、自己抑制度が高く、現在の主観的ストレス度が比較的高かった。これは、筆者の前回の調査¹⁰⁾とほぼ同様の結果であった。また、カウンセリング必要度は中程度で、修行生活の主観的ストレス度、およびPOMSの各尺度は、GC前の調査で、前回の調査¹⁰⁾よりも低い値を示しており、ストレスや不安は低い傾向を示すことが推察された。実施の時期をみると、前回の調査¹⁰⁾の交流会は同年の6月に実施され、4月からの新年度に入って間もない頃で各自の役割や仕事を覚えるため、ストレスフルな時期であった。それに対して、本研究の実施された10月は各自の役割や仕事の遂行を深めていく時期であり、実施時期の違いによる仕事や生活に対する慣れや心の余裕が影響しているのではないかと考えられる。しかしながら、自己価値感が低く、自己抑制度が高く、良好な自己認知が低下すると精神健康に影響を与え特性不安や抑うつ状態が高くなる¹⁴⁾ことが報告されており、修行の主観的ストレス度および現在の主観的ストレス度が60%以上であり、比較的高い値を示していることから、潜在的なストレスがあり身体化や行動化している可能性がある。すなわち、常に何らかのストレス源によって再び悪方向へ変化しやすい状態であることが示唆された。

2) ストレスマネジメントプログラム (GC と交流会) の効果

本研究では、GCと交流会を併せて実施することで、プログラム前後の各尺度のスコアに大きな変化がみられた。本研究のカウンセリング必要度は、GC前は中程度であったものが、交流会後にカウンセリングの必要度が低い範囲に低下し、前回の調査¹⁰⁾では有意な変化が見られなかった点と比較すると、改善効果が高まったと考えられた。

POMSの各尺度の「活気」を除く他の5尺度およびTMDに関しても、カウンセリング必要度とほぼ同様の傾向がみられた。交流会後の得点が、前回の調査¹⁰⁾の値と比べて本研究ではすべての尺度で低くなっており、気分状態はグループカウンセリング、交流会とセッションを重ねるごとに良方向へ変化する傾向が示された。

自己価値感は、本研究ではプログラム実施後に有意に上昇し、自己抑制度、現在の主観的ストレス度は有意に低下した。前回の調査¹⁰⁾では、有意な変化は認められず、同様にプログラムの改善効果が高

まったと考えられた。

一方、修行生活の主観的ストレス度については、前回の調査¹⁰⁾では、有意に低下していたが、本研究では、有意な変化は認められなかった。前回は、交流会前後とも70%台であり非常にストレス度が高かった。今回は、交流会前後のストレス度は60%台であることから、修行生活におけるストレス度には、常にある一定以上の負荷がかかっていることが推測された。

今回のストレスマネジメントプログラムの効果について、若干の考察を加えてみたい。

橋本らは、SATカウンセリングセミナーの教育効果の一つとして、「ミラーリング効果や共感効果による気づきの支援と行動目標の小目標化効果」を指摘している¹⁴⁾。本研究で実施した、「気持ちの明確化によるSATカウンセリング」シートによるグループカウンセリング¹²⁾は、まず自分の持つ気持ちや感情を意識化し、その意味を明確化させる。そして、自分にとっての具体的な行動目標を、実行できる見通しが持てるまで、ひらめきを使って設定していく。グループカウンセリングによって自分の問題を自覚した上で、さらに交流会に参加し、住職や先輩の発言を聞いたりアドバイスを受けることで、修行に対する意欲を促進したり、癒しの効果があると考えられる。これらのことから、今回実施したグループカウンセリングと共感的態度による交流会を組み合わせたプログラムは、ストレスマネジメントプログラムとして有効であることが示唆された。また、このプログラムは、「修行期間の短縮化」や「基礎教育の不足」による教育的・訓練的な教育に加え、より良い人間関係や、個々の価値観を認め、自分を成長させることに喜びを感じられるような充実した禪的教育の場を提供することにつながり、現在、禪的教育の場が抱える問題を解決する一つの糸口になると考えられる。

しかしながら、今回の調査には、いくつかの課題が残された。修行生活に関する主観的ストレス度については変化が認められず、プログラムの改良が必要と考えられた。

雲水の心理特性は介入後の調査においても自己価値感が低く、自己抑制度が少し自分らしさがない範囲にあることから、普段から自己価値感を高め、自己抑制度を低くする良好な自己認知へと高める工夫が求められる。また、修行生活に関する主観的ストレス度は介入前後とも60%台と普段から高いことが示された。これらのことを改善するために、今後このプログラムを定期的実施するとともに、内容

の検討が必要である。

SAT グループカウンセリングには3種類の構造化された手順があり¹²⁾、その内容は以下のとおりである。①自己決定支援(自分がどうすべきかの行動目標の自己決定を目標とするもの)、②行動変容支援(理屈ではわかっているけれども行動が伴わないようなことに関して、本人の希望する行動変容を目標とするもの)、③自己成長や自己変容、生き方変容支援(気がかりや悩みを解決したり、似たような問題を繰り返すことがないような自分に成長や自己変容、生き方変容を意図したもの)、である。これらの手順に基づくグループカウンセリングを導入することで、交流会におけるセッションの内容も深まり心理特性の良方向への変化をさらに促進することが出来ると考えられる。

5 まとめ

本研究では、臨済宗の専門道場で修行中の入門1～2年目の雲水に対して、ストレスマネジメントプログラムの試みとして、グループカウンセリングを実施し、その後、共感的態度を用いた交流会を行った。その結果、以下の点が明らかになった。

- (1) 雲水の心理特性は自己価値感が低く、自己抑制度が高く、修行生活の主観的ストレス度と現在の主観的ストレス度が高かった。これは、筆者の先行研究の結果と一致するものであった。グループカウンセリング前から、交流会後にかけて自己価値感、カウンセリング必要度、現在の主観的ストレス度、および気分状態に関して有意な良方向への変化が認められた。筆者の報告した先行研究との比較から、グループカウンセリングの効果が交流会に大きく影響を及ぼしたものと推察された。
- (2) グループカウンセリングによって、各人の本当の要求や行動目標を明確化した上で交流会に参加し住職や先輩の話聞くことで、教育的・訓練的な禅的教育に加え、メンタリングが持つカウンセリング機能や容認と確認機能、および役割モデル機能や友好機能が発揮されると考えられた。このことから、本ストレスマネジメントプログラムを実施することで、より良い人間関係や、個々の価値観を認め、自分を成長さ

せることに喜びを感じられるような充実した禅的教育の場が提供できるようになることが示唆された。

引用文献

- 1) 加藤隆芳:臨済宗における禅堂の生活, 講座禅 禅の実践, 筑摩書房, 東京, 79-100 (1967)
- 2) 鈴木大拙:禅堂の修行と生活・禅の世界, 春秋社, 東京, 11-104 (1975)
- 3) 松竹寛幸:臘八大撰心前・中・後における修行僧の感情変化について, 日本人間性心理学会第25回大会発表論文集, 81-82 (2006)
- 4) 松竹寛幸:僧堂生活に関する心理学的考察-雲水生活のQOLと気分・感情状態について-, 教化研修 第五十一号, 曹洞宗総合研修センター, 東京, 111-116 (2007)
- 5) 佐藤義英:雲水日記, 禅文化研究所, 京都, (1984)
- 6) 松竹寛山:禅僧の一日・坐禅の姿, 禅入門, 淡交社, 京都, 24-48 (2003)
- 7) 秋月龍民:禅入門 秋月龍民著作集10, 三一書房, 東京, 20-125 (1979)
- 8) 平田精耕:公案と参禅 坐禅のすすめ, 禅文化研究所, 京都, 85-97 (1982)
- 9) 宗像恒次: SAT カウンセリング技法, 広英社, 東京, 12-39 (1997)
- 10) 松竹寛幸:禅の専門道場における共感技法を用いた交流会の試み, ヘルスカウンセリング学会年報, 13, 79-85 (2007)
- 11) 久村恵子:経営組織におけるキャリア及び心理・社会的支援行動に関する研究-メンタリング行動の影響要因に関する研究を通じて-, 経営行動科学, 13 (1), 43-52 (1999)
- 12) 宗像恒次監修: SAT 法を学ぶ, 金子書房, 東京, 40-56, 182-203, 293-304 (2007)
- 13) 宗像恒次監修, ヘルスカウンセリング学会編:ヘルスカウンセリング事典, 日総研出版, 名古屋, 30-31, 112-119, 358-385 (1999)
- 14) 橋本佐由理・奥富庸一・宗像恒次: SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第13報, ヘルスカウンセリング学会年報, 13, 59-78 (2007)
- 15) 浦川加代子・横山和仁: POMS 短縮版を活用するために, POMS 短縮版手引きと事例解説, 金子書房, 東京, 1-9 (2005)

自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスに関する研究

Scale development for Life Attitude in Pursuit of Self-Reward for Mental Health

石田あけみ* 神保詩織** 中山智美*** 石建佳子**** 岡本まり

植松節子***** 野間基子***** 樋口倫子* 小森まり子*****

Akemi Ishida, Shiori Jinbo, Tomomi Nakayama, Yoshiko Ishitate, Mari Okamoto, Setsuko Uematsu, Motoko Noma, Noriko Higuchi and Mariko Komori

要 旨

これまでの他者報酬追求型の生き方は、ストレスの累積と不健康をつくりだしているといわれ、自己報酬追求型の生き方への変容が迫られている。本研究では、「本当の自分に気づき、自分を愉しみ、他者と愉しむ満足感という自己報酬を追求する生き方」という定義に基づき、全国の488名の男女を対象に、自己報酬追求型生き方尺度を作成し、信頼性、妥当性を検討することを目的とした。また、自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスとの関連について検討を行った。

自己報酬追求型生き方尺度の、探索的および確認的因子分析を行った結果、「積極的自己報酬因子」と「多様性受容因子」の2因子10項目が抽出された。内的整合性を示す α 係数は基準値より高く、さらに、開発した尺度と関連する心理特性尺度との関連から、基準関連妥当性が確認された。

自己報酬追求型生き方尺度の得点が高いほど、自己価値感が有意に高く、自己抑制度や依存度、特性不安の得点が有意に低い結果が示された。

キーワード：自己報酬 (self-reward) 多様性受容 (diversity) 精神健康 (mental health)
尺度開発 (scale development)

1 はじめに

本邦における自殺者は、平成10年から年間3万人を越えている。自殺の直接の原因は、失業や倒産、いじめ、過労などであるが、自殺者の70%はうつ病¹⁾と考えられている。自殺の背景となっているうつ病の本邦における生涯有病率は、最近の疫学調査から

6.5 ~ 14.0%²⁾ であると報告され、抑うつ蔓延が社会問題化してきている。特に20 ~ 30歳代のメンタルヘルスの悪化³⁾が指摘され、企業従業員3000人を対象としたメンタルヘルスの調査から、20 ~ 30歳代の抑うつ度が、40 ~ 50歳代よりも有意に高く、さらに、抑うつがかなり強い人々は15%、ややうつ傾向の人を含めると全体の50%にも上ることがわかった⁴⁾。本邦の抑うつ者の増加に関して、筆者らは、次のように考えている。抑うつは、理想とする自分と現実の自分とのズレを直感し、理想の自己を目指す生真面目さや几帳面さを有するが故に、自らの向上への欲求の執着性が潜在している状態と考えられる。その向上欲求は、評価の高い企業に就職し、出世することなどを目指す他者報酬追求型のエネルギーとして用いられることになる。従来の職場社会では、ピラミッド社会の中で、トップの命令に従うことを期待され、うつになりやすい人は、自分の感情を抑圧し、弱音を吐かず高い目標設定をして、仕事に没頭してきたことが、自験例からも確認できている。しかし、このように、常に人の評価を気にし

2008年2月3日受稿, 2008年6月11日採択

*筑波大学大学院/University of Tsukuba

**浜松北病院/Hamamatsu Kita Hospital

***新潟労災病院/Niigata Rosai Hospital

****牧田総合病院/Makita General Hospital

*****東京聖栄大学/Tokyo Seiei University

*****神奈川県立体育センター/Kanagawa Physical Education Center

*****ヘルスカウンセリングセンター/Health Counseling Center

連絡先: 石田 あけみ

東京都江東区東陽1-32-15 ミキマンション302号室

Komori Ba ヘルスカウンセリングシステム研究会

E-MAIL: moke_moke_gomashio@yahoo.co.jp

て、自己抑制し、我慢する生き方には、潜在的な恐怖心が存在し、心身の問題の発生を余儀なくさせると考えられる。

メンタルヘルスの改善のためには、人の目を気にする恐怖感を抱いた生き方から、本当の自分に気づき、人と愉しく、自分を満足させる自己報酬追求型人生へと、人生の愉しみに基づいた生き方の変容が提唱されている⁵⁾。現在の情報化時代は、一人ひとりが、自分を愉しみながら自己決定し、その自己決定したことを相手に上手に自己主張し、相手の気持ちや立場を尊重しながら相手と愉しみながらコミュニケーションをする自己報酬追求型キャリア（自分を愉しみ、他者と愉しむ満足感という自己報酬を追求する経歴や進路）の行動にもとづく時代である⁵⁾。

宗像らの「他者報酬追求型生き方の否定的な自己イメージスクリプトによる精神・身体・行動症状」モデル⁵⁾は、自己抑制度が高く、対人依存度が高いことで、自己価値感を低下させ、特性不安が強まり、その結果、抑うつを高め、身体や行動に様々な症状を持つことを示している。さらに、従来の他者報酬追求型生き方が、ストレスの累積と不健康をつくりだしているのとらえ、自分のあるがままを愉しく生きる自己報酬追求型生き方が健康と成功をつくるとして、生き方変容を提唱している^{5) 6)}。宗像によれば、自己報酬追求型の生き方とは、具体的には①本当の自分に気づき、自分の楽しいことをすること、②人生の個々の出来事の意味に気づき、受容し、学ぶ、③人や自然と愉しんで生きる、④感情表現（書く、喋る、踊る、笑う、歌う、描く、動くなど）をする、⑤人生に学習と創造性を見出すことである⁵⁾。

一方、生き方やライフ・スタイルは、米国の社会学者らによって明確な定義づけがなされないままに、使用されている概念である⁷⁾。現在のライフ・スタイル研究は、概念的に大きくは3つに分かれ、①睡眠や運動習慣を問題とする生活習慣と捉えたもの、②経済学的に「生活設計」と捉えたもの、③心理学領域では、生活目標や人生目標という概念で、生き方や人生に対する価値観・態度の研究が進められている⁸⁾。心理的な概念を含むライフ・スタイルを測定する尺度として、板津⁹⁾による「生き方尺度」がある。この「生き方尺度」は、能動的実践的態度、自己の創造・開発、自他共存、こだわりのなさ・執着心のなさ、他者尊重といった因子から成っている。因子の内容を概観すると、自分が愉しむ生き方を測定する項目が含まれるが、尺度の中には、「義務」や「責任」といった他者報酬追求型の生き方を反映する項目も存在する。そのため、筆者らの「自己報

酬追求型生き方」を測定する尺度として採用することは難しい。

よって、本研究では、宗像の「本当の自分に気づき、自分を愉しみ、他者と愉しむ満足感という自己報酬を追求する生き方」という定義に基づき、自己報酬追求型生き方尺度を作成し、信頼性、妥当性を検討することを目的とした。さらに、自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスとの関連についても、検討を行った。

2 方法

1) 対象および調査方法

機縁法により調査の同意を得られた全国の社会人488名（男性213名、女性271名、不明4名；平均年齢42.7 ± 12.5歳）を対象とし、質問紙を配布した。そのうち187名は、基準関連妥当性を検討するための他の尺度を加え実施した。

調査は、2007年9月～11月、無記名自記式質問紙調査法により、郵送法による配布と回収、および直接法による配布と回収によって実施された。

倫理的配慮として、協力者には、研究目的、プライバシーの保護、結果は統計的に処理すること等を明記した書面にて、調査協力依頼をおこなった。

2) 調査票の内容

- (1) 基本属性：性別、年齢、職業
- (2) 自己報酬追求型生き方尺度

8名の教員、管理栄養士、研究者など健康行動支援実務者が、自己報酬追求型生き方を問う質問項目について検討し、自己報酬追求型生き方尺度の質問項目を14問作成した。

本尺度は、自己報酬追求型の生き方をしているかどうかを測定する。得点が高いほど自己報酬追求型の生き方をしていると仮定する（調査後、信頼性・妥当性を検討した）。

- (3) 心理特性

①自己価値感尺度（ローゼンバーグ開発、宗像訳）^{10) 11)}

自分に対してどれくらい高い価値感を持っているかを測定する。得点が高いほど自分に満足し、自分に自信を持っているといえる。10項目、10点満点である。

②自己抑制型行動特性尺度（宗像）¹²⁾

他者から嫌われないよう、周りに合わせ自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定する。得点が高いほど、自分を抑える傾向が高いといえる。10項目20点満点である。

③対人依存型行動特性尺度（ハッシュフェルドによる開発、マクドナルド・スコット訳）^{13) 14)}

他者に対して過度に期待をしやすい心の依存度を測定する。得点が高いほど、他者に対して過度に期待をしやすい傾向が高いといえる。18項目18点満点である。

④特性不安（STAI）尺度（スピルバーガー開発、水口ら訳）¹⁵⁾

不安を感じやすい傾向の強さを測定している。得点が高いほど不安を感じやすい傾向が高いといえる。20項目80点満点である。

3) 分析方法

最初に、自己報酬追求型生き方尺度の測定項目に共分散構造分析を用いることが可能であるかを判定するために、測定項目の平均値、標準偏差、歪度、尖度等の記述統計量を算出した。次に、探索的因子分析（EFA）により項目の共通性や因子構造を確認した。これを受け、作成した仮説モデルを一部修正し、確認的因子分析（CFA）によりモデルフィットを確認した。モデルの評価には、Goodness-of-fit (GFI) ≤ 0.95 , Adjusted GFI (AGFI) ≤ 0.90 , RMSEA ≤ 0.08 を判定の基準¹⁶⁾とし、AICを相対比較に用いた。最終的に絞り込まれた項目は、基準関連妥当性の検討のため、心理特性や抑うつ度との相関を検討した。分析には、統計処理ソフト SPSS (version 11.0) および Amos (version 4.0) を使用した。

また、自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスとの関連について検討するために、各々の心理特性を独立変数、最終的に絞り込まれた項目による自己報酬追求型尺度を従属変数とする分散分析を行った。

3 結果

1) 対象者の基本属性

分析対象者 479 名の平均年齢は 42.7 ± 12.5 歳（18歳～39歳）であった。性別の内訳は男性 210 名、女性 269 名であった。

2) 自己報酬追求型生き方尺度の項目分析と因子分析（表 1）

まず、自己報酬追求型生き方尺度（14項目）の項目分析を行った。項目毎の平均値と標準偏差の値から、天井効果やフロア効果が見られた2項目を削除した。次に、尖度、歪度が極端な値を示す項目がないかを確認したが、該当する項目は存在しなかった。次に残った12項目に対して、主因子法プロマッ

クス回転による因子分析をおこなった。スクリープロットにより固有値の減衰状況を確認すると、3因子構造が確認された。その後、因子負荷量が第1因子と第2因子にまたがる1項目を除去し、因子数を3に固定し再度因子分析を行ったが、第3因子は、1項目のみであったためこれを除外し、3回目の因子分析をおこない、最終的に2因子10項目となった。

項目分析、因子分析の結果から、本尺度は2因子からなる尺度とし、第1因子は、「積極的に自分の時間をつくり楽しんでいる」「自分の目標に向けて、楽しみながらチャレンジしている」など、積極的に自分の楽しみや満足に基づく行動を表す項目が高く負荷しているため、「積極的自己報酬因子」と命名した。第2因子は、「相手のよさに目を向けている」「人それぞれの思いを尊重している」など、自分または相手のさまざまな価値観を受容する項目への因子負荷が高かったため、「多様性受容因子」と命名した。尺度の平均値は10.82点、信頼性係数 α は0.83であった。

3) 確認的因子分析（EFA）の結果（図 1）

EFAにより仮説モデルに修正を加えた。EFAで因子間に高い相関が確認されたので、2つの因子間に相関を仮定した1次モデルを構築し、CFAによってモデルフィットを確認した。その結果、GFI=0.955, AGFI=0.927, RMSEA=0.071, AIC=160.4と受容の基準を充たしていた。想定したモデルは受容し得るものと考えられたが、モデルに含まれる全てのパス係数の検定統計量 C.R. は、すべて1.96以上で有意であった。

4) 下位尺度間の関連

自己報酬追求型生き方尺度の2つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出した。「積極的自己報酬因子」下位尺度の平均得点 7.2 ± 3.0 点、「多様性受容因子」下位尺度の平均得点 3.6 ± 1.3 点であった。内的整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出したところ、「積極的自己報酬因子」は0.81で、十分な内的整合性が確認され、「多様性受容因子」は0.67で、ほぼ満足な内的整合性が確認された。

自己報酬追求型生き方の下位尺度間相関を表2に示す。2つの下位尺度は有意な正の相関を示した。

5) 基準関連妥当性の検討

自己報酬追求型生き方尺度の基準関連妥当性を測定するため、各々の心理特性との相関係数（pearsonの相関係数）を求めた。自己報酬追求型生き方尺

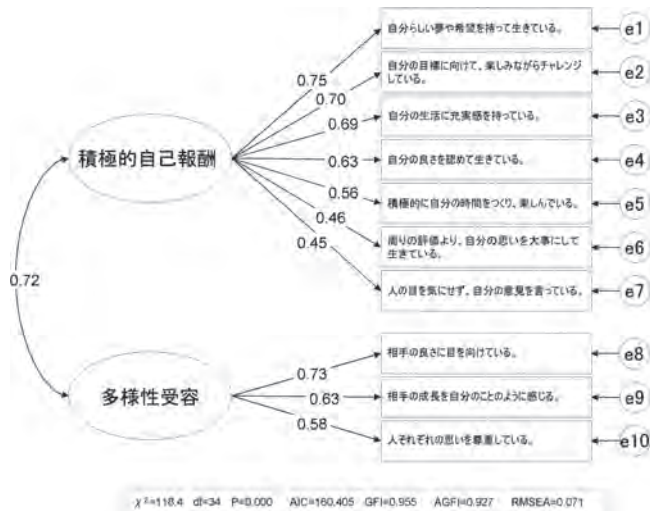


図1 「自己報酬追求型生き方」の2因子モデル

度の得点と自己価値感の得点に有意な正の相関 ($r = .543, p < .001$) が、自己報酬追求型生き方尺度の得点と自己抑制度 ($r = -.392, p < .001$)、対人依存度 ($r = -.265, p < .01$)、特性不安の得点 ($r = -.645, p < .001$) との間に、有意な負の相関が見られた。

完成した「自己報酬型生き方尺度」を表3に示した。

6) 自己報酬追求型生き方とメンタルヘルスとの関連について

(1) 対象者の基本属性別の心理特性

① 男女の心理特性の平均得点

自己報酬追求型尺度の質問に加え、心理特性に関する質問を追加し調査を行った全国の社会人187名(男性53名、女性131名、不明3名)のうち、基

表1 自己報酬追求型生き方尺度 因子分析結果

項目	第1因子	第2因子
積極的に自分の時間をつくり、楽しんでいる。	0.71	- 0.15
自分の目標に向けて、楽しみながらチャレンジしている。	0.67	0.04
人の目を気にせず、自分の意見を言っている。	0.58	- 0.11
自分の生活に充実感を持っている。	0.58	0.13
自分らしい夢や希望を持って生きている。	0.51	0.27
周りの評価より、自分の思いを大事にして生きている。	0.51	- 0.02
自分の良さを認めて生きている。	0.41	0.27
相手の良さに目を向けている。	- 0.08	0.79
人それぞれの思いを尊重している。	- 0.13	0.70
相手の成長を自分のことのように感じる。	0.12	0.52
因子間相関	I	II
	I	-
		0.69

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表2 自己報酬追求型生き方尺度の下位尺度間相関と平均、SD、 α 係数

	積極的自己報酬	多様性受容	平均	SD	α 係数
積極的自己報酬	-	0.53 ***	7.20	3.00	0.81
多様性受容	0.53 ***	-	3.60	1.30	0.67

*** : $p < .001$

表3 自己報酬追求型生き方尺度

項目	いつも そうである	まあ そうである	そうでない
1 周りの評価より、自分の思いを大事にして生きている。	1	2	3
2 自分の目標に向けて、楽しみながらチャレンジしている。	1	2	3
3 人の目を気にせず、自分の意見を言っている。	1	2	3
4 積極的に自分の時間をつくり、楽しんでいる。	1	2	3
5 自分の良さを認めて生きている。	1	2	3
6 人それぞれの思いを尊重している。	1	2	3
7 自分らしい夢や希望を持って生きている。	1	2	3
8 自分の生活に充実感を持っている。	1	2	3
9 相手の良さに目を向けている。	1	2	3
10 相手の成長を自分のことのように感じる。	1	2	3

得点計算方法：いつもそうである→2点、まあそうである→1点、そうでない→0点とし、点数を合計する。

本属性が明らかな 184 名（平均年齢 38.2 ± 11.6 歳）を対象に分析をおこなった。なお、年齢は、男性 36.7 ± 11.2 歳、女性 38.8 ± 11.8 歳で、平均値の差は認められなかった。

男女の各心理特性の平均得点、標準偏差、男女差の結果について、表 4 に示した。t 検定の結果、すべての心理特性について、男女に有意な差は見られなかった。

②年代別の心理特性の平均得点について

前述のように 20～30 歳代は他の年代に比べ、メンタルヘルスが悪化していると報告されていることから、本研究では、少数の 60 歳以上を除き、20～30 歳代と 40～50 歳代の 2 群に分け、自己報酬追求型生き方の得点および心理特性の平均得点の差を検討した（表 5）。20～30 歳代は 109 名、40～50 歳代は 64 名の調査対象が含まれた。

t 検定の結果、すべての心理特性について、群間に有意な差が認められた。

(2) 自己報酬追求型生き方尺度の得点と心理特性との関連

自己報酬追求型生き方尺度の得点別に、低群（57 名）、中群（64 名）、高群（61 名）の 3 群に分けた。この 3 群を独立変数として、自己価値感、自己抑制型行動特性、対人依存型行動特性、特性不安を従属変数とした分散分析をおこなった。その結果、自己価値感、自己抑制型行動特性、対人依存型行動特性、特性不安のすべてに有意な群間差がみられた（自己価値感：F (2,174) = 23.02, $p < .001$ / 自己抑制型行動特性：F (2,175) = 13.58, $p < .001$ / 対人依存型行動特性：F (2,157) = 7.68, $p < .01$ / 特性不安：F (2,168) = 38.72, $p < .001$)。

Tukey の HSD 法（5% 水準）による多重比較をおこなったところ、「自己価値感」については高群が最も高く、次いで中群、低群となっており、すべての群間で有意差がみられた。自己抑制型行動特性については低群が最も高く、他の群との間に有意差が見られた。中群と高群の差は有意ではなかった。対人依存型行動特性については低群が最も高く、高群との間で有意差がみられた。低群と中群、中群と高群の間の差は、有意ではなかった。特性不安については低群が最も高く、次いで中群、高群となっており、すべての群間で有意差がみられた。

4 考察

1) 自己報酬追求型生き方尺度の開発について

探索的因子分析の結果を基に、独自の本尺度の仮説モデルに修正を施し、「積極的自己報酬」と「多様性受容」の 2 因子からなる確認的因子分析を行った。その結果、いずれの項目へのパス係数も高く、概ね適合度の高いモデルが完成した。

信頼性については、内的整合性の指標となる信頼性係数が 0.83 であり、比較的高い信頼性を有する尺度と考えられた。

また、基準関連が想定される既存の心理特性の尺度、すなわち自己抑制型行動特性や対人依存度などの他者報酬型の生き方になりやすいとされる特性や不安度と比較的強い負の相関を有し、自己価値感とは比較的高い正の相関を示したことから、基準関連妥当性が得られていた。よって、開発した本尺度は、信頼性、妥当性のある尺度であることが考察された。

しかしながら、本尺度の開発には課題が残された。

表 4 男女別の心理特性の得点

	男性		女性		t 値	
	平均	SD	平均	SD		
自己価値感 (点)	5.70	2.82	6.52	2.55	1.86	n.s.
自己報酬追求型生き方 (点)	10.21	3.81	10.57	3.83	0.58	n.s.
自己抑制型行動特性 (点)	9.45	3.34	8.40	3.63	1.78	n.s.
対人依存型行動特性 (点)	7.53	2.35	8.08	2.62	1.22	n.s.
特性不安 (点)	44.36	10.27	43.58	10.70	0.44	n.s.

表 5 年代別の心理特性の得点

	20～30 歳代		40～50 歳代		t 値	
	平均	SD	平均	SD		
自己価値感 (点)	5.65	2.64	7.19	2.29	3.84	***
自己報酬追求型生き方 (点)	9.83	3.82	11.46	3.66	2.72	**
自己抑制型行動特性 (点)	9.57	3.25	7.58	3.72	3.66	***
対人依存型行動特性 (点)	8.80	2.53	6.59	1.98	6.01	***
特性不安 (点)	45.83	10.03	40.35	10.29	3.30	**

* : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

尺度の質問項目内容を見ると、「人と共に」「愉しく生きる」ことが満たされている因子構造であり、内容的妥当性がほぼ確認された。「多様性受容」因子は、最初の仮説モデルの段階では自分の生き方を肯定する「自己肯定や受容」の因子と、他者の生き方を肯定する「他者肯定と受容」の要因を想定していたが、最終的には1つの因子としてまとまった。さらには、自己成長や学習、創造性の発揮といった項目が不足しており、尺度項目の最終的な決定時には残存しなかった。今後、再度項目を検討し、尺度の改良を加える必要がある。

また、本尺度は3件法が採用されており、より信頼性、妥当性のある尺度とするために、今後、5件法以上の尺度改良が必要である。

2) 自己報酬追求型生き方がメンタルヘルスに与える影響

自己報酬追求型生き方尺度の低得点群に比べ高得点群ほど、自己価値感が高く、自己抑制度や依存度、特性不安の得点が有意に低いという結果が認められた。自己抑制度や対人依存度の低さは、これまで自己報酬型の生き方を反映すると考えられている⁵⁾。また、これまで、自己抑制度や対人依存度が強いほど、不安が強く、また自己価値が低いことが報告されており¹⁷⁾、先行研究と一致した結果が得られた。

自己報酬追求型生き方尺度の得点で、男女差が見られなかったが、各心理特性まで184名の内訳が女性が極端に多かったため、今回の調査からは、正確な男女差は検討しがたく、結論を保留したい。

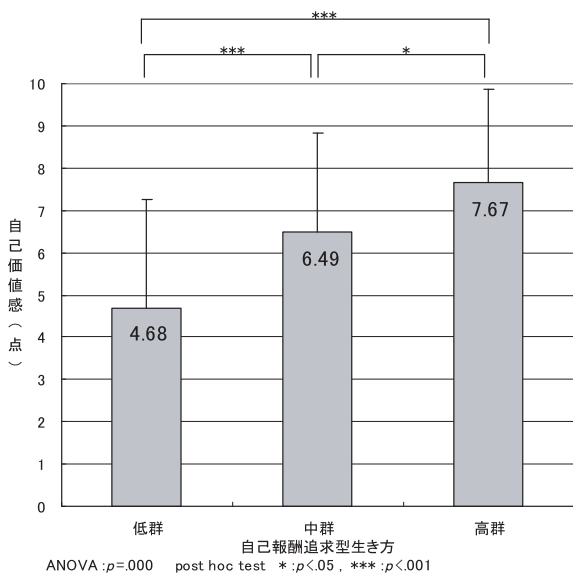


図2 自己報酬追求型生き方尺度値による3群間の自己価値感

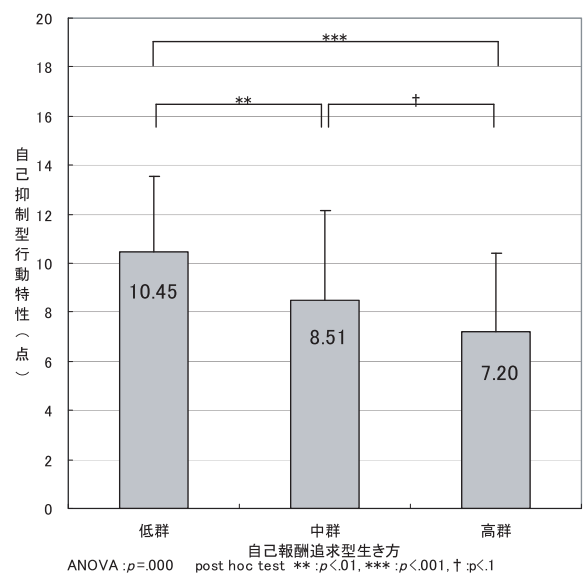


図3 自己報酬追求型生き方尺度値による3群間の自己抑制度

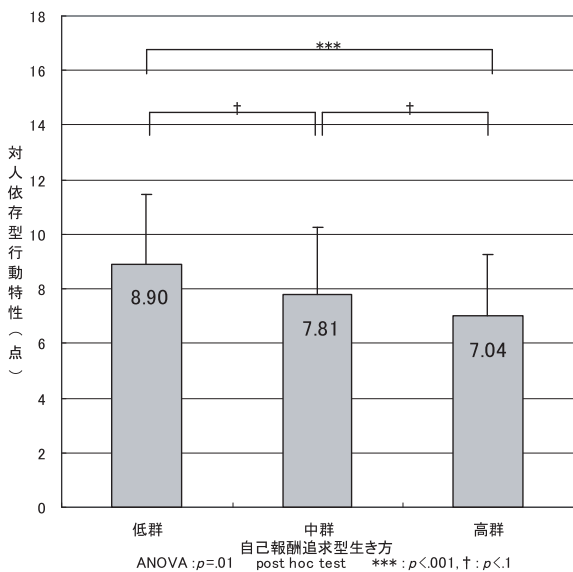


図4 自己報酬追求型生き方尺度値による3群間の対人依存度の比較

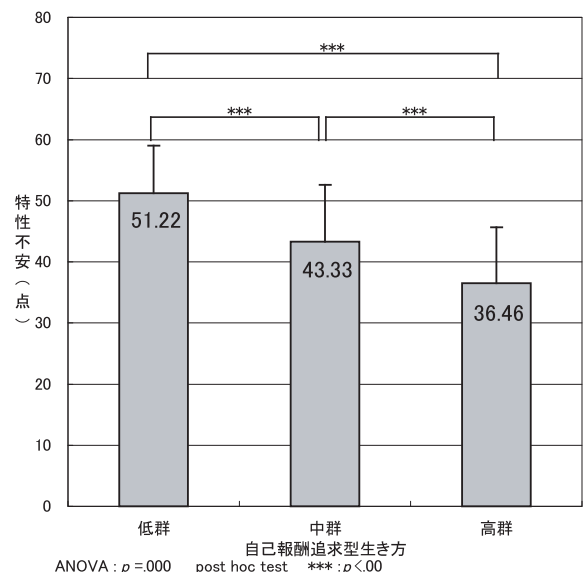


図5 自己報酬追求型生き方尺度値による3群間の特性不安

一方、年代別では、20～30歳代の群よりも、40～50歳代の群において、自己報酬追求型生き方尺度の得点が有意に高いことについては、非常に興味深い。これまでの、20～30歳代のメンタルヘルスの悪化³⁾の指摘や、20～30歳代の抑うつ度が40～50歳代よりも有意に高い⁴⁾という報告と一致した結果が得られた。20～30歳代の群の方が、40～50歳代の群に比べ、他者報酬追求型の生き方となっていると推察される。このことから、一見、自己表現し、自己報酬追求型の生き方が可能と考えられる新しい世代において、実際には、感情を抑圧し、周りからの評価を気にしていることが推察された。幼少期から「評価の高い学校への入学、評価の高い企業への就職、誰よりも早い出世」といった、親の他者報酬追求型の期待を充たし、偽りの自分を生きる若い世代の苦悩が浮き彫りにされた。

一方、自己報酬に類似した概念として、ポジティブ幻想やポジティブイリュージョン¹⁸⁾がある。これらは、情報や出来事を自分に都合よく捉えるもので、①自分自身を実際以上にポジティブに捉えること、②自分の将来を非現実なまでに楽観視すること、③外界に対する自分の統制力を非現実的に大きいと知覚する3領域からなるとされている。Taylor¹⁸⁾は、ポジティブ幻想が精神的健康や適応と結びついていることを主張している。それに対し安田、佐藤¹⁹⁾は、Taylorの研究データには「抑圧型」(特性不安尺度²⁰⁾の低得点者かつ社会的望ましさ尺度²¹⁾の高得点者)のような過度に肯定的なバイアスを示す群が混入するため、結果が大きく歪む傾向があると指摘している。「抑圧型」は身体疾患の罹患率が高く、必ずしも健康であるとは言えず、負の結果のフィードバックが適切に評価されないために楽観傾向が維持されており、それゆえ状況に応じた対処方略の選択と修正が妨げられている¹⁹⁾と報告している。これらの報告からは、幻想的な自己認知は、表面的にはメンタルヘルスが良好となっても、自分を直視せずに、問題回避度や感情認知困難度を強めている状態であり、本質的には逆にメンタルヘルスは悪化させていると考えられよう。

こうした、ポジティブ幻想とは異なり、自己報酬追求型の生き方は、本当の自分に気づき、自分を愉しみ、他者と愉しむことで、ストレスが累積することなく、本当の健康に繋がる生き方となることが、今回の結果から示された。

自己報酬追求型の生き方への変容支援として、これまでに様々な臨床的な試みがなされている。橋本、樋口²²⁾²³⁾²⁴⁾は、糖尿病患者への自己報酬追求型の

生き方への変容支援の介入研究によるHbA1cの改善効果を報告し、吉田²⁵⁾は在宅介護者の自己報酬追求型介護を支援するストレスマネジメントプログラムによる、介護負担感の軽減と精神健康度の改善効果を報告している。これらのことから、自己報酬追求型の生き方変容やストレスマネジメントを効果的に実施することにより、抑うつ予防やメンタルヘルスの向上が期待されるものと考えられた。

5 まとめ

本研究では自己報酬追求型生き方尺度の開発を試み、さらに、メンタルヘルスとの関連を検討した。

488名の社会人を対象に、質問紙票による調査を実施した。探索的および確認的因子分析を行った結果、最終的に「積極的自己報酬因子」と「多様性受容因子」の2因子10項目の「自己報酬追求型生き方尺度」(表3)が完成した。内的整合性 α 係数は、基準値より高く、さらに、開発した尺度と関連する心理特性尺度との関連から、基準関連妥当性が確認された。

自己報酬追求型生き方尺度の得点には、男女差が認められなかった。しかし、代別では、20～30歳代の群よりも、40～50歳代の群において、得点が有意に高かった。また、自己報酬追求型生き方尺度の低得点群に比べ高得点群ほど、自己価値感が高く、自己抑制度や依存度、特性不安の得点が有意に低い結果が示された。若者のメンタルヘルス支援の方向として、自己報酬型の生き方を促すアプローチの必要性が示唆された。

付 記

本研究尺度開発に協力いただいた三輪靖子氏、渡部洋子氏、白神妙子氏に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 高橋祥友:自殺の危険 臨床的評価と危機介入, 金原出版, (1992)
- 2) 角田智哉・野村総一郎:うつ病の診断 軽症を見逃さないためのコツ, 医薬ジャーナル, 42 (4), 1205-1208 (2006)
- 3) 松田茂樹:就労者のメンタルヘルス悪化の背景, LIFE DESIGN REPORT (3-4), 24-26 (2006)
- 4) Noriko Higuchi, Sayuri Hashimoto, Hirohiko Higuchi, Tsunetsugu Munakata: The relationships between Japanese worker's social skills, social support, self-image

- and mental health, Proceedings of the 5th International conference of Health Behavioral Science, (2008)
- 5) 宗像恒次・小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理・鈴木克則：SAT 法を学ぶ，金子書房，東京，4-5，209 (2007)
 - 6) 宗像恒次：パートナーシップの時代を生きる，日本精神保健社会学学会年報「メンタルヘルスの社会学」，11，3-8 (2006)
 - 7) 小林利宣 編：心理学中辞典，北大路書房，425 (2000)
 - 8) 泊真児：ライフ・スタイル，心理測定尺度集，サイエンス社，402-405 (2001)
 - 9) 板津裕己：生き方の研究－尺度構成と自己態度との関わりについて－，カウンセリング研究，25 (2)，85-93 (1992)
 - 10) Rosenberg M.: Society and the adolescent self-image. Princeton New Jersey , Princeton University Press (1965)
 - 11) 宗像恒次・高臣武史・河野洋次郎・デビッド ベル・リンド ベル：日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究，昭和 62 年度厚生省科学研究報告書 (1987)
 - 12) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，25-29，128-129 (1996)
 - 13) Hirschfeld R. MA: A measure of interpersonal dependency. Journal of Personality Assessment, 41 (1977)
 - 14) McDonald-Scott P.: Interpersonal Dependency Inventory Japanese Short Form (JIDI)：その作成と検定について，看護研究，21，451-460 (1988)
 - 15) Spielberger C.D. et al: STAI manual, Palo Alto, Calif, Consulting Psychologist Press (1970) (水口公信ら訳，日本語版 STAI 使用手引き，三京房)
 - 16) 山本嘉一郎・小野寺孝義編著：Amos による共分散構造分析と解析事例 第 2 版，ナカニシヤ出版，16-17 (2002)
 - 17) 橋本佐由理・奥富庸一・宗像恒次：SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第 13 報，ヘルスカウンセリング学会年報，13，59-78 (2007)
 - 18) Taylor,S.E., and Brown,J.D.: Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health, Psychological Bulletin, 103, 193-210 (1988)
 - 19) 安田朝子・佐藤徳：非現実的な楽観傾向は本当に適応的といえるか－「抑圧型」における楽観傾向の問題点について－，教育心理学研究，48 (2)，203-214 (2000)
 - 20) Taylor, J. A.: A personality scale of manifest anxiety, Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 285-290 (1953)
 - 21) Crowne, D. P. & Marlowe, D. A.: The approval motive, Studies in evaluative dependence, John Wiley & Sons, New York (1964)
 - 22) 橋本佐由理：未病システムにおける行動科学的アプローチ，日本未病システム学会雑誌 13 (1)，27-20 (2007)
 - 23) 橋本佐由理・樋口倫子：高齢の生活習慣病者への生き方変容支援 その 1，日本未病システム学会雑誌，14 (1)，311-314 (2008)
 - 24) 樋口倫子・橋本佐由理：高齢の生活習慣病者への生き方変容支援 その 2，糖尿病患者への介入事例を中心として，日本未病システム学会雑誌，14 (1)，315-318 (2008)
 - 25) 吉田由加里：在宅介護者に対するストレスマネジメントプログラム，ヘルスカウンセリング学会年報，13，39-45 (2007)

アルコール依存症者に対するSAT療法による 介入効果

The Efficacy of the Structured Association Technique Imagery Therapy Intervention for Alcoholics

塩谷 育子^{*,**} 宗像 恒次^{*}

Ikuko Shiotani and Tsunetsugu Munakata

要 旨

本研究は、アルコール依存症者に対して、SAT療法による介入を実施し、心理特性の変化や本人の気づきから、自分らしい生き方の自己イメージスクリプトを見出したか否か検討することを目的とした。4事例に対し、胎内期や周産期、さらに前世代から伝達された過去の未解決な嫌悪系を心の本質的欲求が満たされる報酬系の自己イメージに変更する方法を行った。対象は、関西圏のアルコール治療専門病院を受診し、アルコール依存症と診断された患者4事例とした。事例1及び2は、前世代イメージ法を実施し、事例3及び4は、進化適及イメージ法を実施した。分析は、トライアングレーションを行い、分析の妥当性の追及を行った。また、評価の指標にはいくつかの心理尺度を用い、介入前後比較を行った。

その結果、入院時には、様々な問題を抱えており、メンタルヘルスが悪かったが、主観的ストレス源である日常苛立ち事、特性不安が改善した。情緒的支援認知の他者イメージスクリプトが改善し、自己価値感、自己抑制度、対人依存度の自己イメージスクリプトに関する尺度の改善がみられた。しかし、事例1及び2は、自己憐憫度、感情認知困難度など嫌悪系自己イメージに関する項目の改善が見られなかった。事例3及び4は、面接回数が少ないにも関わらず、潜在記憶に関する項目は改善した。

以上のことから、自分らしい生き方の自己イメージスクリプトを見出したことが示唆される。しかし、家族機能不全という環境で、何度も心の本質的欲求が充足されなかったり、また、本人の無自覚な記憶の「潜在スクリプト」によって形成された否定的な自己イメージスクリプトを有する場合、人間に対する不信感があると考えられ、ヒトを前提としたイメージ変換より、ヒト以前の哺乳類～単細胞までの発生学的に遡った時点の生命危機トラウマのイメージ変換がより有効であると考えられる。

キーワード：自己イメージスクリプト (self image-scripts) 心の本質的欲求 (essential needs of soul)
SAT療法 (SAT therapy) アルコール依存症 (alcoholic)
メンタルヘルス (mental health)

2008年2月3日受稿, 2008年7月6日採択

*筑波大学大学院人間総合科学研究科

Graduate School of Comprehensive Human Sciences University of Tsukuba

**県立塚口病院 栄養指導課

Tsukaguchi Hospital

連絡先：塩谷 育子

〒661-0012 尼崎市南塚口町6丁目8-17 県立塚口病院 栄養指導科

6-8-17 Minamitukaguchicho, Amagasaki-shi, Hyogo, 661-0012, Japan

TEL : 06-6429-5321 (代表)

FAX : 06-6422-7405

1 はじめに

先進国では、アルコール総消費量の減少が見られるにもかかわらず、わが国ではいまだ増加傾向を示しており、230～250万人の大量飲酒者が見られる¹⁾。1987年の調査では、治療費として直接支払われた額は約1兆1,700億円にのぼると見られる²⁾。「健康日本21」³⁾では、アルコールに関する3つの主要な努力目標が設定されたが、いまだ確実に有効な治療方法が確立できていないのが現状である。

アルコール依存症の治療としては、精神療法、薬

物療法、個人精神療法、集団精神療法、家族療法などのいくつかの治療を組み合わせた多次元的アプローチが必要とされている⁴⁾。治療目標は身体的治療や断酒だけでなく、それらは、通過点であり、最終的な目標は、QOLの改善や人格の成長をめざすことにある⁴⁾。

近年では、安田ら⁵⁾は、回復者からの面接調査より、断酒のみならず、自尊感情や自己肯定感を取り戻すことが重要であることと再認している。しかし、現状の医療では完全断酒を目指す認知行動療法や飲みたくなる葛藤を受容する森田療法など、飲酒欲求や飲酒行動に対するアプローチが主流である。ライフスタイルの変容を目標とすると、周り（医療従事者や家族）に従って、周りに認められることで、満足感を得るという他者報酬追求型行動変容となる。そして、断酒するという期待に応え「ねばならない」という意識のもとに行動する。それが、かえってストレスを高め、喫煙や間食の増加、家族への暴言・暴力など、他の不健康行動を生み出し、悪循環していることが多い。

期待に応え「ねばならない」という他者報酬追求型行動変容ではなく、自分を愉しみ、他者と愉しみながらコミュニケーションする自己報酬追求型欲求に基づく行動変容を支援することが重要である。つまり、一人ひとりが自己決定し、その自己決定したことを相手に上手に自己主張し、相手の気持ちや立場を尊重しながらコミュニケーションする行動である。この自己報酬追求型欲求に基づく行動変容を支援することを目的とし、自己イメージスクリプト変容を目的としたSAT療法を介入方法とした。

シャンクとエイベルソン⁶⁾は、スクリプトを知識と経験に基づいて、「因果的、時間的に順序づけている一連の目標指向行為についての一般的な知識構造」と定義している。スクリプトが主に言語的な「視聴覚物語」である。これに対し、宗像⁷⁾は、①視聴覚だけでなく、嗅覚や味覚、体性感覚、バランス感覚などまで含む、すべての感覚野から入力された「感覚情報」、及び、②悲しい、楽しい、怖いなどの扁桃体で記憶され、価値評価を生み出す「感情情報」、③その二つから出力される「行動情報」の3つの情報からの物語からなるイメージスクリプト概念を提唱している。

イメージスクリプトは、感覚情報や感情情報を含めた自己や他者の過去のエピソード記憶の集積によって構成されている。特定の環境情報入力に対して、特定の感情や心の声や感覚からなる一般化された行動出力や身体出力をつくりだす⁷⁾。自己を捉

えるときも、過去の経験からの期待値に合致するように自己を再構成するパターンを有する。一度否定的な自己イメージスクリプトが出来上がると、行動症状や身体症状をつくる悪性ストレスを絶えず生み出し、それがまた否定的な自己イメージスクリプトを作りだし、悪循環を作り出す。良性ストレスを生み出す良循環へとシフトしていくためには、自己イメージスクリプトを肯定的なものに変えいく必要がある。

SAT療法は、胎内期や周産期、さらに前世代から伝達された心の本質的欲求が充足できなかった過去の未解決な嫌悪系記憶を心の本質的欲求が満たされる報酬系自己イメージへの変更を行い、過去からの再学習によって肯定的な自己イメージスクリプトを作り出す方法である⁷⁾。また、自己イメージスクリプトには、海馬に基づく3歳以降のエピソード記憶を顕在スクリプトと本人には自覚できない大脳扁桃体に基づく0歳～3歳、出産期・胎生期の感覚イメージや前世代の伝達イメージ記憶を潜在スクリプトとがある。SAT療法は、顕在スクリプトにアプローチする前世代イメージ法と潜在スクリプトにアプローチする進化遡及イメージ法がある。

本研究では、アルコール依存症の4事例のうち、事例1及び2は前世代イメージ法を、事例3及び4は進化遡及イメージ法を使用し、心理特性の変化や本人の気づきから、自分らしい生き方の自己イメージスクリプトを見出したか否か検討することを目的とした。

2 研究方法

1) 分析対象及び面接方法

分析対象は、関西圏のアルコール治療専門病院を受診し、アルコール依存症と診断され、治療のために入院した患者4事例とした。

カウンセリングによる個別介入は、面接の趣旨を説明し、同意を得られた者に対して行い、ヘルスカウンセリング学会公認心理カウンセラーの資格を有しアルコール依存症治療の臨床経験7年を有する筆者が面接した。

2) 介入方法

①心理特性の評価と入院に至る背景を聞き取り、SAT療法のガイダンスを行う。②方法は、ヒトの時代を何十世代遡って、世代間伝達してきたトラウマ情動を取り上げ、前世代の見えない存在を仮定し、過去における問題の再学習を促す前世代イメージ法

の実施及び、ヒト類以前まで退行催眠させる進化遡及イメージ法を実施した。

3) 分析方法

分析方法は、事例研究法を用いた。得られた結果がその事例内で一貫していることの検討をし、既存の知識との適合性に照らし、現実的な問題解決への寄与などを事例分析の妥当性を確かめた。さらに、これら事例データと量的データを重ね合わせて検討を行うトライアングレーションを行い、分析の妥当性の検討を行った。

以下の指標を評価に用い、SAT療法介入前後で比較した。

- ①自己イメージスクリプトの尺度
 - a) 自己価値感尺度⁸⁾ (Rosenberg、宗像 1987:10 項目) b) 対人依存型行動特性尺度⁸⁾ (Hirschfeld、1977、マクドナルド・スコット訳 1987:18 項目) c) 自己抑制型行動特性尺度⁸⁾ (宗像、1990:10 項目) d) 問題解決型行動特性尺度⁸⁾ (宗像、1990:10 項目)
- ②他者イメージスクリプトの尺度
 - a) 情緒的支援ネットワーク尺度⁹⁾ (宗像、1986:10 項目)
- ③ストレスとメンタルヘルスの尺度
 - a) 日常苛立ち事尺度⁹⁾ (宗像、1986:20 項目) b) 特性不安尺度¹⁰⁾ (Spielberger、水口ら訳 1970:20 項目) c) カウンセリング必要度テスト⁸⁾ (宗像、2000:10 項目) d) PTSS 尺度¹¹⁾ (宗像、2001:10 項目)
- ④潜在自己イメージスクリプト*の尺度

※既存知識や過去の記憶から作られた自己イメージスクリプトに対し、潜在自己イメージスクリプトは、本人が自覚できない胎児期の記憶や世代間伝達及び生物間伝達された記憶に基づいた潜在スクリプトに基づくものである。

- a) 感情認知困難度尺度¹¹⁾ (宗像、2001:10 項目) b) 自己憐憫度尺度¹¹⁾ (宗像、2001:10 項目) c) 自己解離度尺度¹¹⁾ (宗像、2001:10 項目) d) 自己否定感尺度¹¹⁾ (宗像、2001:10 項目) を用いた。

4) 倫理面への配慮

本研究は、筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を得て、対象者へ研究趣旨の説明を行い、文書で同意を得て実施した。

3 結果

1) 事例1：A氏 30代女性

入院背景：18歳で機会飲酒。20歳で習慣飲酒。200X年3月、夫子どもと別居。実家に戻り、その後精神科を受診。抑うつ状態と診断され、抗うつ剤を処方される。抗酒剤投与にて断酒を試みるができず、断酒目的のため入院する。

服薬：抗酒剤及び抗不安薬服用（入院5ヶ月前より服用）

介入内容：200X年8月～11月の入院期間中に4回面接する。詳細は（図1事例1）を参照。心理調査は、1入院後23回目面接後34回目面接後に実施した。心理特性の変化は（図2～図4）に示した。

介入時の訴えは、「離婚したい。母親と一緒にいると威圧感を感じる。精神的に自立したい。」であった。幼少期からなにかと妹と比較され、母親から無条件で愛された実感がなかった。家族に相談せず、なんでも自分で決めてきたという成育背景があった。介入方法は、前世代イメージ法^{*1}、胎内イメージ法^{*2}、親の再養育イメージ法^{*3}を実施した。無自覚な自己否定や罪意識があることに気づき、前世代からの未解決な課題は、自信が持てず自己否定していたことであった。Aは、これから人に対して

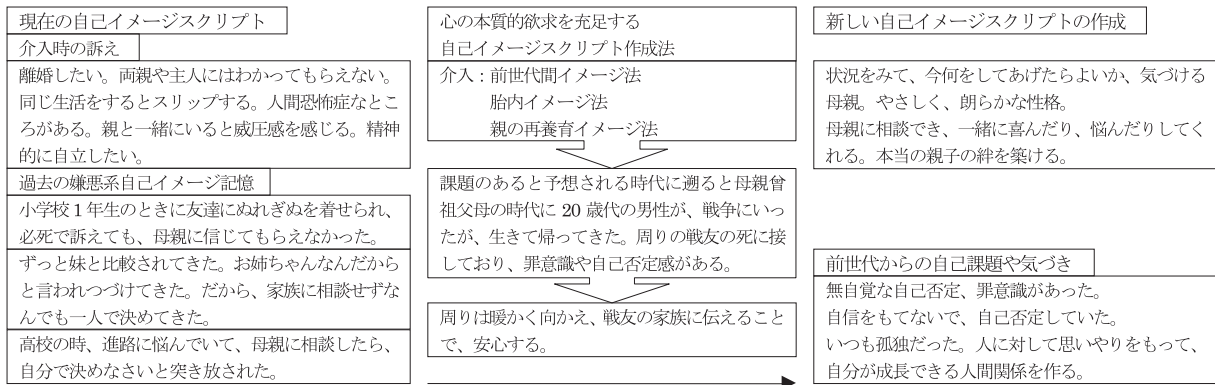


図1 事例1 (30代女性)

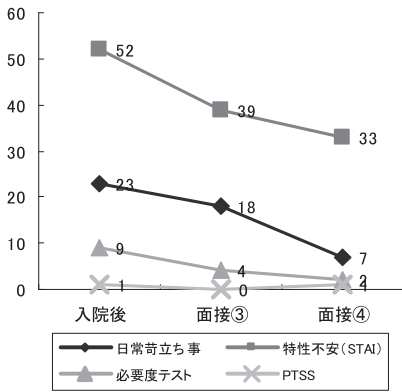


図2 事例1のストレスとメンタルヘルスの変化

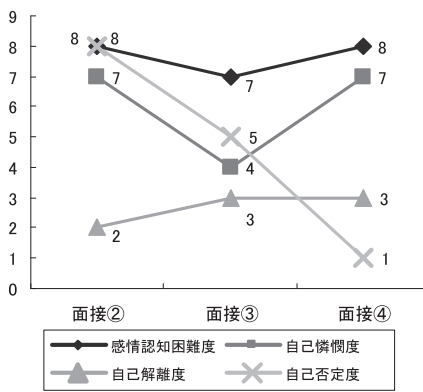


図3 事例1の潜在的自己イメージスクリプトの変化

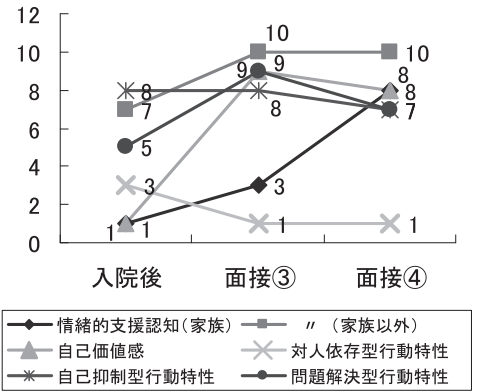


図4 事例1の潜在的自己イメージスクリプトの変化

思いやりを持って、自分が成長できる人間関係を作ると自己決定した。

2) 事例2：B氏 40代男性

入院背景：3年前から母親との同居をきっかけに飲酒量が増え、生活に支障をきたすようになり、仕事も解雇される。肝臓障害（肝硬変、食道静脈瘤）治療のため内科入院となる。アルコール問題の解決を希望し、専門病院入院となる。

服薬：抗酒剤及び抗不安薬服用（入院期間中）

介入内容：書籍「がん、うつ病から救う愛の療法」（宗像恒次著）を紹介し、200X年11月から200X+1

年2月の入院中に4回面接する。詳細は（図5事例2）を参照。心理調査は、1入院後23回目面接後44回目面接後に実施した。心理特性の変化は（図6～図8）に示した。

介入時の訴えは、「母や兄に対して過去のことに對するこだわりがある。口論になる。」であった。実家は婦人服店を経営しており、父親は3人の子供のために3件の店を持つことを目標にしていた。Bにとって唯一の理解者である父親が19歳の時に亡くなる。親の決めた結婚をするが離婚し、現在20歳になる娘が一人いる。母親はいまだに兄が一番という考え方である。母親からの条件付きの愛情、父

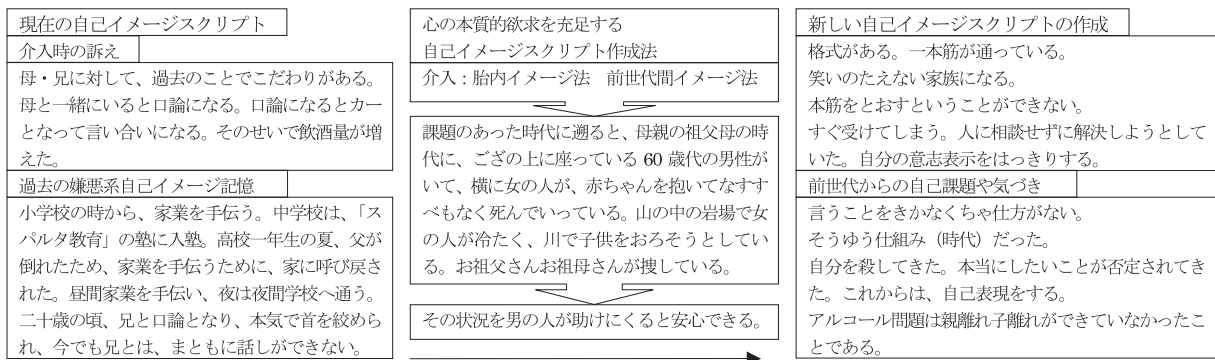


図5 事例2（50代男性）

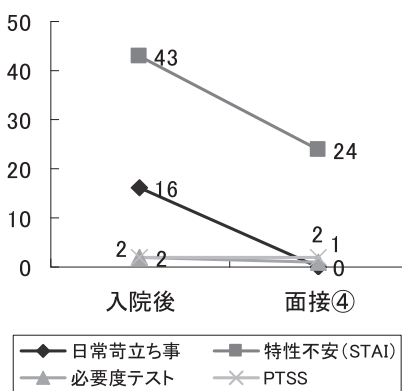


図6 事例2のストレスとメンタルヘルスの変化

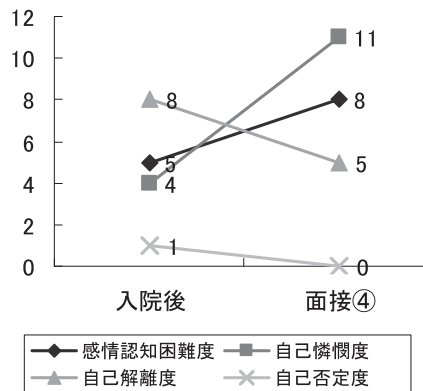


図7 事例2の潜在的自己イメージスクリプトの変化

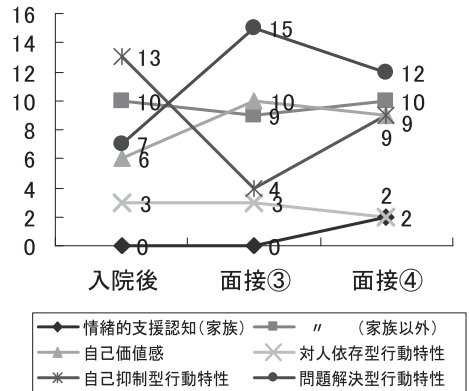


図8 事例2の自己及び他者イメージスクリプトの変化

との早い別れによる見捨てられの恐怖感をもっている。介入方法は、胎内イメージ法^{*2}、前世代イメージ法^{*1}を実施した。前世代からの未解決な課題は、一本筋を通すことのできない自分であった。人に相談せず、一人で解決しようとしていた。親の時代は世の中の仕組みが自分を殺さなければ生きていけない時代で、自分のしたいことが否定されていたことに気づく。今後は、本当に自分のしたいことをやって、楽しい人生を送ること、一人暮らしをするために母と兄を説得すると自己決定した。

3) 事例3：C氏 40代男性

入院背景：幼少期に虐待を受け養護施設で育った。36歳で結婚。仕事が少ない事や妻の借金などでストレスが多く不眠となる。37歳で離婚後、派遣や土建などの仕事に就くが、給料の不払いが続き金銭的な苦勞が絶えなかった。それに伴い酒量も増えた。40歳頃にはお金、仕事、友人がいないため、さらにお酒に浸るようになる。テレビ、電話、暖のない部屋で夜が怖く、不眠不良で精神科を受診。その際アルコール問題での指摘を受け、紹介にてアルコール専門病院入院となる。

服薬：抗酒剤、抗不安薬服薬（入院期間中）

介入内容：退院後に面接1回実施する。詳細は(図

9 事例3)を参照。心理調査は①入院後②2回目面接前③2回目面接後に実施した。心理特性の変化は(図10～図12)に示した。

退院後は、部屋を片付け自助グループへ通っている。今は仲間がいると思うと支えられていることを感じている。入院前まではプライドがあって、人に相談ができず、殻に閉じこもっていた。今後の行動目標は、今の生活や状態を維持し、3食きちんと食べて普通の生活を送りたいということであった。仕事は、もとの「運送の配送事務の」仕事をしたいということであった。介入方法は、進化遡及イメージ法^{*4}を実施した。飲酒問題は、仕事や離婚が原因だったと気づき、「原点に戻りたい。喜べる自分になりたい。人生を楽しむように生活すれば、笑いもでてくる。これからは、自助グループに通い続け、メッセージを伝える。」と語った。

4) 事例4：D氏 30代男性

入院背景：200X-1年7月～10月入院。一時期断酒もできていたが再飲酒する。連続飲酒となり、アルコール問題に取り組むことを目的に200X年4月再入院。父親はアルコール問題のある人で高校生の時に亡くなる。2歳上の兄は引きこもり、家庭内暴力があった。Dとは性格的に合わず、そのことが

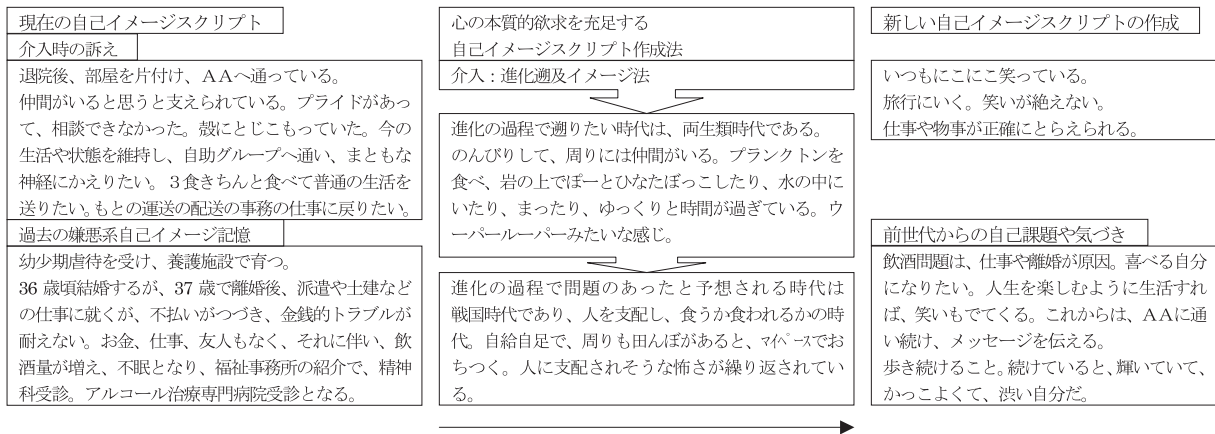


図9 事例3 (30代男性)

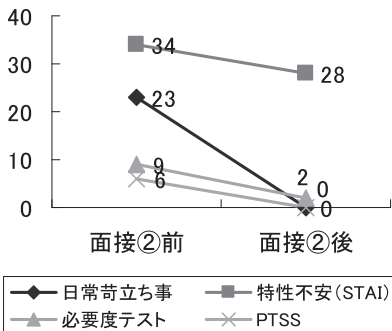


図10 事例3のストレスとメンタルヘルスの変化

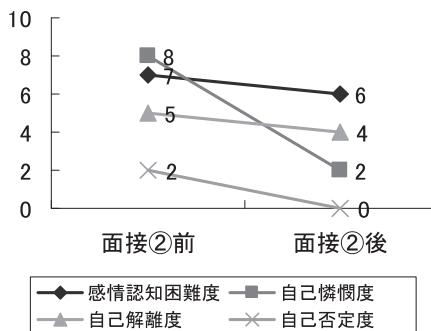


図11 事例3の潜在的自己イメージスクリプトの変化

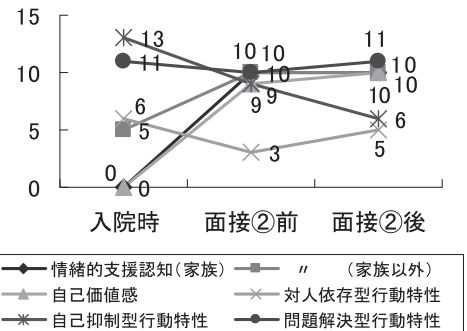


図12 事例3の自己及他者イメージスクリプトの変化

原因で家を出し、家族とは連絡も取らなかった。国内外の各地を転々とし、単身生活をしてきた。2年ぐらい前から飲酒量が増え、家に引きこもり飲み続ける。

服薬：抗酒剤、抗不安薬服薬（入院期間中）

介入内容：退院前に1回面接した。詳細は（図13 事例4）を参照。心理調査は①入院後②面接後に実施した。心理特性の変化を（図14～図16）に示した。

今回の入院中、20年近く会っていなかった家族に再会した。家族と出会ったことで感情が揺れたと語った。母親に会いたいという本音を封印していたが、そんな風に思っている自分のことを弱く感じている。これまでユング派やアドラー派の心理学を勉強し、その理論で自分を固めていた。本当は弱く情けない自分であり、弱い自分に拒否感があった。受け入れてしまったら、やすらぎがもてると語った。行動変容動機は、「他人に影響されないで、強さをもった自分になりたい。人は人、自分は自分と思えるようになりたい。今の自信度50%で、目標は100%にしたい。」ということであった。進化適及イメージ法^{*4}を実施し、前世代からの未解決な課題は、「むずかしく考えすぎる。」ということであっ

た。今後は、人を先入観でみないで、もっと謙虚に心を開くことを自己決定した。日常生活では、瞑想やウォーキングなどを実行すると語った。これを一年間つづけると、気楽に生きていけると話した。退院後、SAT療法セミナーに参加したが、自分の意思でSAT法から離れることを自己決定した。主治医との信頼関係はあり、治療の継続と、自助グループへの参加を続けている。

4 考察

本研究は、アルコール依存症者4事例に対してSAT療法による介入を実施した。心理特性の変化や本人の気づきから、自分らしい生き方の自己イメージスクリプトを見出したか否か検討してきた。

1) 各事例の心理特性の変化について

症例1は、結婚生活におけるストレスが、抑うつ状態となり、飲酒量の増加につながった。学生時代に知り合い、恋愛し結婚した。夫は結婚後、「俺のかせぎで食わせてやってるんだ」とばかりに家庭内において傍若無人な振る舞いをしてきた。Aは夫婦間の問題を誰にも相談せずに、自分で解決しよう

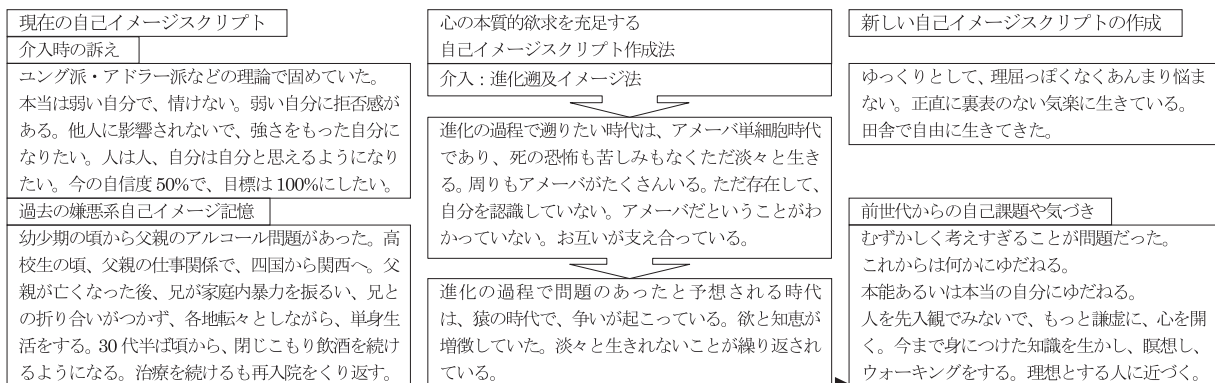


図13 事例4 (30代男性)

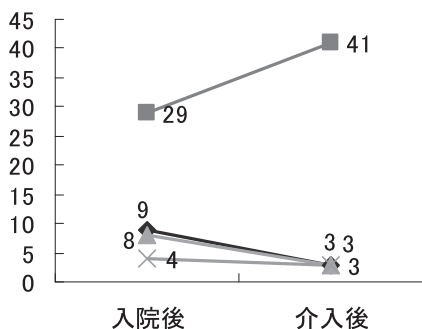


図14 事例4のストレスとメンタルヘルスの変化

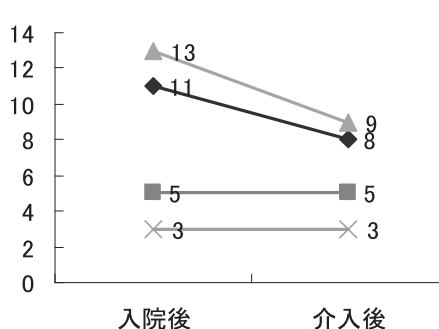


図15 事例4の潜在的自己イメージスクリプトの変化

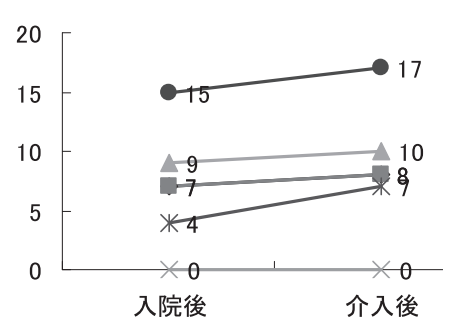


図16 事例4の自己及び他者イメージスクリプトの変化

としていた。入院後、自助グループに参加するようになって「仲間がいる」と実感できた。さらに離婚について両親が理解してくれたことで、情緒的支援認知が改善している。幼少期から妹と比較され、A自身を受け入れてもらえなかったため自己否定感を持っていた。なんでも自分一人で解決しようとしてきた。夫の傍若無人な振る舞いにも自分が悪いと思いきみ理不尽な要求にもすべて応えようとし、アルコール量が増加していったと考えられる。世代間イメージ法により、無意識の罪意識と自己否定感に気づき、自分が成長できる人間関係を作ると自己決定した。心理尺度では、自己否定感及び自己価値感が改善した。よって、自己イメージスクリプトと他者イメージスクリプトがポジティブなイメージへ変換したと考えられる。しかし、自己抑制度、感情認知困難度、自己憐憫度などが改善されていない。無条件で愛されたという実感を持っていないため、本音を抑え、自分らしさが発揮できていないと思われ、問題が身体化する恐れがあると考えられる。

症例2は、高齢の母親との同居を機に、飲酒量が増加していき、仕事も解雇された。アルコール問題を解決するための入院となった。入院期間中に様々な図書を読破し、前向きに取り組んでいったことにより、日常苛立ち事や特性不安は改善していった。外泊のたびに、母親と口論となり、再飲酒の危機がたびたびあった。世代間イメージ法により、アルコール問題は、親離れ子離れできていないことが問題であったと気づき、退院後の生活は別居することを決めている。自己解離度や自己否定度は改善傾向にあるが、母親からの無条件に愛されているという実感は持っていないため、情緒的支援認知、自己抑制度、感情認知困難度、自己憐憫度の改善がみられず、自分らしさが取り戻せておらず、素直に助けてといえないと思われる。そのため、行動症状や身体化させる恐れがあると考えられる。

症例3は、退院後面接を1回実施した。入院生活と自助グループへの参加が日常苛立ち事、特性不安が改善し、主観的ストレスを軽減し、情緒的支援認知、自己価値感の改善につながっている。進化遡及イメージ法により、人生を楽しむように生活すれば、笑いも出て、喜べる自分になりたいと語った。潜在的自己イメージスクリプト記憶に関する尺度が改善され、自分らしさを取り戻している。面接回数が1回のため、問題解決型行動特性の変化がみられず、課題を残した。

症例4は、2度目の入院中に長年出会ってなかった家族と再会したことがSAT療法介入後の特性不

安が悪化している原因であると考えられる。頑なに家族と交流を拒んでいたが、新たな行動を起こしたことによって、情緒的支援認知や自己価値感が改善傾向にある。進化遡及イメージ法により、感情認知困難度、必要度テスト、自己解離度などの潜在的自己イメージスクリプトに関する尺度値が改善され、自分らしさをとりもどしつつあると考えられる。

2) 肯定的な自己イメージスクリプトの変更について

本人の意思により面接の継続ができない場合など、面接回数のはらつきはあったが、症例1及び2の前世代イメージ法と症例3及び4の進化遡及イメージ法では、潜在的自己イメージスクリプト記憶に関する尺度値の改善に差があった。

感情認知困難度、自己憐憫度、問題回避度、自己解離度、自己抑制度などの否定的な自己イメージスクリプトや心的外傷後ストレス症候群の背景には、本人の胎内期・出産期・乳幼児期トラウマ、親の仲が悪い、スキンシップ不足、望まれない誕生、兄弟や子供の不条理な死（流産・病死・事故死）、先祖や関係者の不条理死（戦死・飢餓・事故死・災害死・虐待死）、親族・先祖の殺人などの本人自身や前世代から伝達されてきた、守護されなかった過去の恐怖の情報があると言われている¹²⁾。

アルコール依存症者は、飲酒に関わる職場内のトラブルや暴力・障害・殺人などの各種犯罪や交通事故などを起こしており、就職や家庭など様々な日常の問題を抱えている人が多い。また、幼少期から、成育背景において愛情のない家庭環境^{13) 14)}にあり、心的外傷を多く受けている。先行研究¹⁵⁾においても、小児期に心傷体験を多く体験しているほど心的外傷反応を起こしやすくなり、心的外傷反応を起こしやすさとストレス性の高い行動特性の相関があると述べている。つまり、感情認知困難度、自己憐憫度、問題回避度、自己解離度、自己抑制度などの否定的な自己イメージスクリプト記憶に関する尺度が4事例ともに高い得点であり、それまでの成育背景と関連があると考えられる。

また、スクリプトには本人が意識的に自覚できる3歳以降の記憶に基づいた「顕在スクリプト」と本人が自覚できない胎児期の記憶や世代間伝達、生物間伝達された記憶に基づいた「潜在スクリプト」があり¹⁶⁾、アルコール依存の場合、特にこの潜在スクリプトが関連していると考えられる。アルコール依存症者は、胎児期の記憶や世代間伝達された記憶の心的外傷が多いため、人間自身に対する潜在的不信感が強く、あらゆる人間関係を持つ場面でストレ

スを感じている。

構造化された胎児期退行睡眠法を用いて3世代を再養育するイメージ法やヒトの時代を何十世代遡って、世代間伝達してきたトラウマ情動を取り上げ、前世代の見えない存在を仮定し、そのトラウマイメージを癒し、そのトラウマを克服するイメージにつくりかえる。その結果、肯定的自己イメージに変更し、環境適応力を高め、問題に立ち向かうことができる。これは、ヒトを対象にイメージを変更するため、アルコール依存症者の場合、限界があると考えられる。

そこで、宗像が新たに開発した生物間伝達された記憶イメージに働きかける進化遡及イメージ法は、ヒトを前提としたイメージ変換ではない¹⁷⁾。哺乳類脳としての辺縁系に遺伝的に記憶されると考えられる哺乳類の生命危機トラウマや、魚類・両生類・爬虫類脳としての脳幹に記憶されると思われる爬虫類、両生類、魚類時代の生命危機トラウマ、細胞に記憶されると思われる単細胞（真核細胞・原核細胞）の生命危機トラウマなどを扱うものである¹⁷⁾。

人間自身に対する不信感が強い場合、進化遡及イメージ法を実施したことで、潜在的自己イメージ記憶に関する尺度の改善がみられ、肯定的な自己イメージスクリプトに変更することができたと考えられる。

3) 今後のアルコール医療への活用

アルコール依存症者は、人を信じることができず、本音で周りに相談できず、いつも恐怖感の中にいる。多量飲酒することで恐怖感を軽減し、アルコールだけが自分の気持ちをわかってくれるという自己イメージスクリプトを持っていると考えられる。4事例に共通しているのは、人間不信感が強いこと、周りに協力を得ることができず、自分ひとりでなんとかしようとしていた。結局、課題を乗り越えられず、問題をくり返すために自己否定感を強めていったと考えられる。今回の4事例は、断酒することのみに意識を向けるのではなく、SAT療法を施行することによって、恐怖感に立ち向かい、自分の気持ちを素直に表現していくこと、毎日を平穩に過ごすことが大切であることに気づき、周りへ相談していこうという肯定的な自己イメージスクリプトを作ったと考えられる。

現状の医療では、飲酒欲求や飲酒行動に対するアプローチが主である。飲酒行動に対する対処方法だけでなく、人間不信感を軽減し、自己肯定感を取り戻すことができるアプローチが重要であると考えられる。

5 今後の課題

アルコール依存症者への世代間イメージ法は、成育背景に両親の離婚や暴力などがあると、胎内イメージ法や親及び3世代前の再養育イメージ法により、両親が甘えられたイメージや本人が両親に甘えられたイメージを持つことが困難であった。自分らしさを取り戻しきれず、行動化・身体化する恐れのある課題を残した。

宗像¹⁸⁾は、これまで両親イメージ改善に焦点をあててきたが、この世に出会う愛を感じられる人、例えば、子供や仲間、師などによる肯定的な自己イメージスクリプトの変容が可能であると述べている。自己イメージスクリプトの背後には地球イメージスクリプトや宇宙イメージスクリプトが存在しており、人間は、地球環境にも宇宙の存在にも無自覚に影響を受けている^{18) 19)}。今後は、進化遡及イメージ法や最新の宇宙自己イメージ法¹⁸⁾による介入と共に、呼吸法や音楽療法や園芸療法、運動療法などを介して直接、脳幹に働きかける身体法を併用しながらイメージスクリプトの形成を図る必要がある。

6 まとめ

本研究は、アルコール依存症者4事例に対して、SAT療法による介入を実施し、心理特性の変化や本人の気づきから、自分らしい生き方の自己イメージスクリプトを見出したか否か検討してきた。

今回の4事例は、本人が、自分の気持ちを素直に表現していくこと、毎日を平穩に過ごすことが大切であることに気づき、周りへ相談していこうと自己決定した。そして、自己成長できる人間関係を築くことや周りの人と素直に関わりあっていこうとこれからの生き方を前向きに捉えることができた。このことが、アルコール依存からの回復の一步になると考えられる。

以上のことから、肯定的な自己イメージスクリプトを形成することにより、嫌悪系体験記憶を報酬系体験記憶に変え、ストレスを軽減し、自らの人生をポジティブに再構築していくことが示唆された。

注

* 1 前世代イメージ法とは、ヒトの時代を何十世代遡って、世代間伝達してきたトラウマ情動を取り上げ、前世代の見えない存在を仮定し、そのトラウマイメージを癒し、そして、克服するイメージにつくりかえ、その結果、

現在の問題を克服できる仕方を、過去の時代で再学習して、イメージスクリプトを変える方法。

- * 2 胎内イメージ法とは、退行催眠法によって、胎内記憶の再生を行い、胎内記憶の気づきとイメージスクリプトを変える方法。
- * 3 親の再養育イメージ法とは、世代間伝達されてきたトラウマイメージを取り上げ、その後、再び世代を下りながら、親から無条件に愛され育てられた曾祖父母及び祖父母及び両親とイメージを変更していき、そして、理想的な両親に育てられた自分のイメージをつくる方法。
- * 4 進化適及法とは、ヒトを前提としたイメージ変換ではなく、ヒト以前の辺縁系や脳幹や細胞に記憶される生命危機トラウマイメージを癒し、イメージスクリプトを変える方法。

引用・参考文献

- 1) 齊藤慈子：アルコールに関する疫学的・社会学的事項；概説的事項，日本臨床，55，503-510（1997）
- 2) 高野健人・中村桂子：アルコール関連問題の社会学的費用，アルコール関連問題の現状-アルコール白書-(河野裕明 & 大谷藤郎編)，厚健出版，東京，179-191（1993）
- 3) 健康日本21企画検討委員会および計画策定検討会：21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について報告書，厚生省，5，1-10（2000）
- 4) 大原健士郎・宮里勝政：アルコール・薬物の依存症，医学書院，東京，77（1990）
- 5) 安田美弥子・松下年子：依存症の回復におけるセルフヘルプグループの機能の研究（4）-アルコール依存症からの回復の諸相およびセルフヘルプグループの意義-，The Journal of Tokyo Academy of Health Sciences，5（2），61-74（2002）
- 6) 森岡清美・塩原 勉・本間康平（編）：新社会学辞典，有斐閣，812（1993）
- 7) 宗像恒次：EBMとNBMを統合するイメージスクリプト概念，ヘルスカウンセリング学会年報，12，9-18（2006）
- 8) 宗像恒次監修：ヘルスカウンセリング事典，日総研，368-383（1999）
- 9) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，4-9（1994）
- 10) Spielberger, C. D：STAI 状態不安・特殊不安検査使用手引き，三京房，1991
- 11) 宗像恒次監修：SAT法を学ぶ，金子書房，東京，208-212（2007）
- 12) 宗像恒次：SAT療法，金子書房，東京，55（2006）
- 13) 秋山弘之：アルコール依存症の成因論 発生要因-性格因子、環境因子-，日本臨床，55（特別号）357-365（1997）
- 14) 松下年子・田口真喜子・山崎茂樹：アルコール依存症者における心理特性と親の養育態度，精神医学，44（6），659-666（2002）
- 15) 奥富庸一・宗像恒次：胎児期・周産期・乳幼児期の心的外傷イメージと心身健康の共分散構造分析，ヘルスカウンセリング学会年報，7，130-135（2001）
- 16) 宗像恒次：SAT療法，金子書房，東京，70（2006）
- 17) 宗像恒次：SAT療法，金子書房，東京，208（2006）
- 18) 宗像恒次：ヘルスカウンセリング学会 SOM セミナー資料（2007）
- 19) 宗像恒次：SAT療法，金子書房，東京，96-97（2006）

V

定款及び内規等

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会設立趣意書

行動の変容や継続を図るには「自分にとって今何が問題なのか」「自分が何をすればよいのか」ということに気づくことが必要である。そのためには、自分の気持ちがわかってもらえ、安心して自己吟味、自己主張、自己決定ができる関係や場を持てるかどうかにかかわってきている。こうした関係や場をつくるには、個人や集団に対するカウンセリング技法を身につけることが不可欠となる。相手の感情を正しくつかみ、個々人のニーズを的確にとらえた適切なヘルスコミュニケーションを取るためである。

本学会ではこうした健康行動科学に基づくヘルスカウンセリング技法の発展と普及を目指している。科学技術としてのヘルスカウンセリングとはどういうものであり、どのような訓練をしていけば習得できるかについての研究や教育の場づくりを目的とした学術団体とする。また、資格審査機構における資格認定制度を設ける。

一 役員 の 紹 介

学 会 長

宗像 恒次 (筑波大学大学院人間総合科学研究科教授、ヒューマン・ケア科学専攻長)

理 事 長

保坂 誠 (千葉県立衛生短期大学 准教授)

副 理 事 長

小森まり子 (ヘルスカウンセリングセンター所長)

橋本佐由理 (筑波大学大学院人間総合科学研究科准教授)

顧 問

山崎久美子 (早稲田大学教授)

石隈 利紀 (筑波大学教授)

久村 正也 (北海道医療大学客員教授)

中井 吉英 (関西医科大学教授)

國分 康孝 (東京成徳大学教授)

帯津 良一 (帯津三敬病院理事長)

理 事

奥村 秀則、小沢かほる、岸本 恵子、後藤 恵子、鈴木 浄美

鈴木 克則、竹馬 庸裕、水上 玲子、山田 英俊、吉田由加里

監 事

石割 郁子、多田 芳江

定 款

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会

第1章 総 則

(名 称)

第1条 この法人は、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会と称する。

2 この法人の英文名はAcademy for Health Counselingとし、略称をAHCとする。

(事務所)

第2条 この法人は、主たる事務所を千葉県市川市八幡2丁目6番18-501号に置く。

第2章 目的及び事業

(目 的)

第3条 この法人は、構造化連想法にもとづくヘルスカウンセリングの発展を図り、保健・医療・福祉・教育従事者をはじめ一般市民への普及を図り、健やかな家庭、学校、地域、職場づくりを実現し、いきいきとした市民の育成に貢献することを目的とする。

(特定非営利活動の種類)

第4条 この法人は第3条の目的を達成するために、次に掲げる種類の特定非営利活動を行う。

- (1) 保健、医療又は福祉の増進を図る活動
- (2) 社会教育の推進を図る活動
- (3) 災害救援活動
- (4) 子どもの健全育成を図る活動

(事 業)

第5条 この法人は、第3条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- (1) 特定非営利活動に係る事業
 - ① 認定資格研修セミナー事業
 - ② 資格認定審査事業
 - ③ 講演会開催
 - ④ 学習会(勉強会)支援
 - ⑤ ヘルスカウンセリング学会年次大会
 - ⑥ ニュースレター発行
 - ⑦ 学会年報の発刊
 - ⑧ 講師・カウンセラーの出張

- ⑨ 心とからだの相談事業
- ⑩ ストレスマネジメントの個人及び集団相談事業
- ⑪ 心身の健康調査、研究及び開発等に関する事業
- ⑫ 地域の医療・保健・福祉・教育諸団体との交流、連携、協力

第3章 会 員

(会員の種別)

第6条 この法人の会員は、次の4種とし、運営会員をもって特定非営利活動促進法(以下「法」という。)上の社員とする。

- (1) 運営会員 この法人の目的に賛同し、活動を推進するために入会する法人及び個人並びにこれらの者を構成員とする団体とする。
- (2) 通常会員 この法人の目的に賛同して入会する法人及び個人並びにこれらの者を構成員とする団体とする。
- (3) 賛助会員 前2項に該当しないもので、この法人の事業に協力しようとするものとする。
- (4) 名誉会員 本学会に功労のあった者又は学識経験者で総会において推薦され、承認をうけた者とする。

(入 会)

第7条 会員は、次に掲げる条件を備えなければならない。

- (1) この法人の会員になろうとするものは、別に定める入会申込書を学会長に提出し、理事会の承認を得なければならない。
- (2) 法人又は団体たる会員にあっては、法人又は団体の代表者としてこの法人に対してその権利を行使する1人の者(以下「会員代表者」という。)を定め、学会長に届け出なければならない。
- (3) 会員代表者を変更した場合は、速やかに別に定める変更届を理事長に提出しなければならない。

(会 費)

第8条 会員は、総会において定める会費を納入しなければならない。

(会員資格の喪失)

第9条 会員が次の各号の一に該当するに至ったときは、その資格を喪失する。

- (1) 死亡し又は失踪宣言を受けたとき。
- (2) 法人又は団体が解散し又は破産したとき。
- (3) 会費を納入せず、催促後なお会費を一年以上納入しないとき。
- (4) 除名されたとき。

(退 会)

第10条 会員が退会しようとするときは、別に定める退会届を学会長に提出しなければならない。

(除 名)

第11条 会員が次の各号の一に該当するとき、総会において運営会員総数3分の2以上の議決を得て、これを除名することができる。

- (1) この法人の定款又は規則に違反したとき。
 - (2) この法人の名誉を損し、又はこの法人の目的に反する行為をしたとき。
- 2 前項の規定により会員を除名する場合は、当該会員にあらかじめ通知するとともに、除名の議決を行う総会において、当該会員に弁明の機会を与えなければならない。

(提出金品の不返還)

第12条 既納の会費及びその他の拠出金品は、その理由の如何を問わず返還しない。

第4章 役員等

(種別及び定数)

第13条 この法人に、次の役員を置く。

- (1) 理事 10人以上20人以内
- (2) 監事 1人以上3人以内

- 2 理事のうち、1人を学会長、1人を理事長、2人を副理事長、10人以内を常任理事とする。

(選任等)

第14条 役員は、別に定める規約により、推薦委員会によって、会員（法人又は団体の場合にあつては、会員代表者とする。以下同じ。）のうちから候補者を推薦する。次にその候補者から会員全員の投票によって選任する。

- 2 総会が招集されるまでの間において、補欠又は増員のため理事又は監事を緊急に選任する必要があるときは、前項の規定にかかわらず、理事会の議決を得て、これを行うことができる。この場合においては、当該理事会開催後最初に開催する総会において承認を受けなければならない。
- 3 学会長、理事長、副理事長、常任理事は、理事会において理事の互選により定める。
- 4 理事及び監事は、相互に兼ねることができない。

(職 務)

第15条 理事は、理事会を構成し、業務の執行を決定する。また学会長及び理事長及び副理事長を補佐して業務を分担処理する。

- 2 学会長は、この法人を代表し、会務全体を統括する。
- 3 理事長は、学会長を補佐して理事会を統括し、本会の運営にあたる。
- 4 副理事長は、理事長を補佐して業務を掌理し、理事長に事故があるとき又は理事長が欠けたときは、その職務を代行する。
- 5 監事は、次に掲げる職務を行う。
 - (1) 理事の業務執行の状況を監査すること
 - (2) この法人の財産の状況を監査すること
 - (3) 前2号の規定による監査の結果、この法人の業務又は財産に関して不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実があることを発見した場合には、これを総会又は所轄庁に報告すること
 - (4) 前号の報告をするため必要がある場合には、総会を招集すること
 - (5) 理事の業務執行状況又はこの法人の財産の状況について、理事に意見を述べ、若しくは理事会の招集を請求すること

(任 期)

第16条 役員任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

- 2 補欠又は増員により選任された役員任期は、前項の規定にかかわらず、前任者又は他の現任者の残任期間とする。
- 3 役員は、辞任又は任期満了の後においても、後任が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

(欠員補充)

第17条 理事又は監事のうち、その定数の3分の1を超える者がかけたときは、遅滞なくこれを補充しなければならない。

(解任)

第18条 役員が次の各号の一に該当するときには、運営会員の3分の2以上の議決を得て、当該役員を解任することができる。

- (1) 心身の故障のため職務の執行に堪えないと認められるとき。
- (2) 職務上の義務違反、その他役員たるにふさわしくない行為があると認められるとき。

2 前項第2号の規定により解任する場合は、当該役員にあらかじめ通知するとともに、解任の議決を行う総会において、当該役員に弁明の機会を与えなければならない。

(報酬)

第19条 役員は、その総数の3分の1以下の範囲内で報酬を受けることができる。

- 2 役員にはその職務を執行するために要した費用を弁償することができる。
- 3 前2項に関し必要な事項は、総会の議決を経て、理事長が別に定める。

(代議員)

第20条 この法人に代議員10名以上20名以内を置く。

- 2 代議員は都道府県支部、専門部会の各総会において、会員のうちから候補者を推薦し、会員全員の投票により選任する。
- 3 代議員は都道府県支部会員、専門部会員を代表し、会員の意思を理事会及び総会に反映させる。

(顧問)

第21条 この法人に顧問10人以内を置くことができる。

- 2 顧問は学識経験又はこの法人に功労のあった者のうちから、理事会の推薦により、学会長が委嘱する。
- 3 顧問は、この法人の運営に関して学会長の諮問に答え、又は学会長に対して意見を述べる。
- 4 第16条第1項の規定は、顧問について準用する。

(事務局の設置等)

第22条 この法人に、この法人の事務を処理するため、事務局を置く。

- 2 事務局には、事務局長その他の職員を置く。
- 3 事務局長及びその他の職員は、学会長が任免する。
- 4 事務局の組織及び運営に関し必要な事項は、総会の議決を経て、学会長が別に定める。

第5章 総会

(職別)

第23条 この法人の総会は、通常総会及び臨時総会とする。

(構成)

第24条 総会は、運営会員をもって構成する。

(権能)

第25条 総会はこの定款に定めるもののほか、以下の本会の運営に関する重要事項を決議する。

- (1) 定款の変更
- (2) 解散
- (3) 合併
- (4) 事業計画及び収支予算並びにその変更
- (5) 事業報告及び収支決算
- (6) 役員を選任又は解任、職務及び報酬
- (7) 会費の額
- (8) 借入金（その事業年度内の収入をもって弁償する短期借入金を除く。第50条において同じ。）その他新たな義務の負担及び権利の放棄
- (9) 事務局の組織および運営
- (10) その他運営に関する重要事項

(開催)

第26条 通常総会は、毎年1回、事業年度終了後30日以内に開催する。

- 2 臨時総会は、次の各号のいずれかに該当する場合に開催する。
 - (1) 理事会が必要と認めたとき。
 - (2) 運営会員の5分の1以上から会議の目的たる事項を示して請求があったとき。
 - (3) 第15条第5項第4号の規定により監事から招集があった時。

(招 集)

第27条 総会は、学会長が招集する。

- 2 総会を招集する場合は、日時及び場所並びに会議の目的たる事項及びその内容を示した書面をもって、開会の7日前までに通知しなければならない。
- 3 前条第2項第1号もしくは第2号の請求があったときは、学会長は、速やかに会議を招集しなければならない。

(議 長)

第28条 総会を開催したときは、運営会員のうちから議長を選出する。

(定足数)

第29条 総会は、運営会員の2分の1以上の出席をもって成立する。

(議 決)

第30条 総会における議決事項は、第27条第2項の規定によってあらかじめ通知した事項とする。

- 2 総会の議事は、この定款に規定するもののほか、出席した運営会員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(表決権等)

第31条 各運営会員の表決権は、平等なものとする。

- 2 やむを得ない理由のため、総会に出席できない運営会員は、あらかじめ通知された事項について、書面又は代理人をもって表決権を行使することができる。
- 3 前項の規定により表決した運営会員は、前2条、次条第1項及び第51条の適用については、総会に出席したものとみなす。
- 4 総会の決議について特別の利害関係を有する運営会員は、その決議に加わることはできない。

(議事録)

第32条 総会の議決については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

- (1) 開催の日時及び場所
- (2) 運営会員の総数
- (3) 出席した運営会員（書面表決者及び表決委任者を含む）
- (4) 議決事項

(5) 議事の経過の概要

(6) 議事録署名人の選任に関する事項

- 2 議事録には、議長及び出席した運営会員のうちからその会議において選任された議事録署名人2人以上が署名、押印しなければならない。

第6章 理 事 会

(構 成)

第33条 理事会は、理事をもって構成する。

(権 能)

第34条 理事会は、この定款で定めるもののほか、次の事項を議決する。

- (1) 総会に付議すべき事項
- (2) 総会の議決した事項の執行に関する事項
- (3) その他総会議決を要しない会務の執行に関する事項

(開 催)

第35条 理事会は、次の各号の一に該当する場合に開催する。

- (1) 学会長あるいは理事長が必要と認めたとき
- (2) 理事総数の5分の1から会議の目的である事項を記載した書面をもって招集の請求があったとき
- (3) 第15条第5項第5号の規定により、監事からの招集の請求があったとき

(招 集)

第36条 理事会は、理事長が招集する。

- 2 理事長は、前条第2号及び第3号の規定による請求があったときは、その日から30日以内に理事会を招集しなければならない
- 3 理事会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面をもって開催の日の少なくとも7日前までに通知しなければならない。

(議 長)

第37条 理事会の議長は、理事長あるいは理事長が指名した理事がこれにあたる。

(議 決)

第38条 理事会の議決事項は、第36条第3項の規定

によってあらかじめ通知した事項とする。

- 2 理事会の議事は、理事総数の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

(表決権等)

- 第39条 各理事の表決権は、平等なるものとする。
- 2 やむを得ない理由のため理事会に出席できない理事は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決する事ができる。
 - 3 前項の規定により表決した理事は、前条及び次条第1項の適用については、理事会に出席したものとみなす。
 - 4 理事会の議決について、特別の利害関係を有する理事は、その議事の議決に加わることができない。

(議事録)

- 第40条 理事会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。
- ① 開催の日時及び場所
 - ② 理事総数、出席者数及び出席者氏名(書面表決にあたっては、その旨を付記すること)
 - ③ 審議事項
 - ④ 議事の経過の概要及び議決の結果
 - ⑤ 議事録署名人の選任に関する事項
- 2 議事録には、議長及びその会議において選任された議事録署名人2名以上が署名、押印しなければならない。

第7章 資産及び会計

(資産の構成)

- 第41条 この法人の資産は、次の各号をもって構成する。
- (1) 設立当初の財産目録に記載された資産
 - (2) 会費
 - (3) 寄付金品
 - (4) 事業に伴う収入
 - (5) 資産から生じる収入
 - (6) その他の収入

(資産の管理)

- 第42条 この法人の資産は学会長が管理し、その方法は総会の決議を経て、学会長が別に定める。

(会計の原則)

- 第43条 この法人の会計は、法第27条各号に掲げる原則に従って行うものとする。

(事業計画及び予算)

- 第44条 この法人の事業計画及びこれに伴う収支予算は、毎事業年度ごとに学会長が作成し、総会の議決を経なければならない。

(暫定予算)

- 第45条 前条の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、学会長は、理事会の議決を経て、予算成立の日まで前事業年度の予算に準じ収入支出することができる。
- 2 前項の収入支出は、新たに成立した予算の収入支出とみなす。

(予備費の設定及び使用)

- 第46条 予算超過又は予算外の支出に充てるため、予算中に予備費を設けることができる。
- 2 予備費を使用するときは、理事会の議決を経なければならない。

(予算の追加及び更正)

- 第47条 予算議決後にやむを得ない事由が生じたときは、総会の議決を経て、既定予算の追加又は更正をすることができる。

(事業報告及び決算)

- 第48条 この法人の事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支決算書等の決算に関する書類は、毎事業年度終了後、速やかに学会長が作成し、監事の監査を受け、総会の議決を経なければならない。
- 2 決算上、剰余金が生じたときは、次事業年度に繰り越すものとする。

(事業年度)

- 第49条 この法人の事業年度は、毎年9月1日に始まり、翌年8月31日に終わる。

(臨機の措置)

- 第50条 予算をもって定めるもののほか、借入金の借入れその他新たな義務の負担をし、又は権利の放棄をしようとするときは、総会の議決を経なければならない。

第8章 定款の変更、解散及び合併

(定款の変更)

第51条 この法人が定款を変更しようとするときは、総会に出席した運営会員の4分の3以上の多数による議決を経、かつ、法第25条第3項に規定する軽微な事項を除いて所轄庁の認証を得なければならない。

(解 散)

第52条 この法人は、次に掲げる事由によって解散する。

- (1) 総会の決議
 - (2) 目的とする特定非営利活動に係わる事業の成功の不能
 - (3) 運営会員の欠亡
 - (4) 合併
 - (5) 破産
 - (6) 所轄庁による認証の取消
- 2 前項1号の規定に基づいて解散するときは、運営会員総数の4分の3以上の議決による。
- 3 第1項第2号の規定に基づいて解散するときは、所轄庁の認定を受けなければならない。

(清算人の選任)

第53条 この法人が解散したときは、理事が清算人になる。

(残余財産の帰属先)

第54条 この法人が解散（合併又は破産による解散を除く）したときに残存する財産は、法11条第3項に掲げるもののうち、総会で決定したものに譲渡するものとする。

(合 併)

第55条 この法人が合併しようとするときは、総会において運営会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、所轄庁の認証を得なければならない。

第9章 公告の方法

第56条 この法人の公告は、この法人の掲示板に掲示するとともに、官報に掲載して行う。

第10章 雑 則

(細 則)

第57条 この定款の施行について必要な細則は、理事会の議決を経て、学会長がこれを定める。

付 則

- 1 この定款は、この法人の成立の日から施行する。
- 2 この法人の設立当初の役員は下記の通りである

学 会 長	宗 像 恒次
理 事 長	保 坂 誠
副理事長	小 森 まり子
副理事長	橋 本 佐由理
理 事	池 田 佳子
理 事	奥 村 秀則
理 事	小 沢 かほる
理 事	岸 本 恵子
理 事	後 藤 恵子
理 事	鈴 木 浄美
理 事	鈴 木 克則
理 事	竹 馬 庸裕
理 事	水 上 玲子
理 事	山 田 英俊
理 事	吉 田 由加里
監 事	石 割 郁子
監 事	多 田 芳江

- 3 この法人の設立当初の役員の任期は、第16条第1項の規定に関わらず、成立の日から平成16年9月30日までとする
- 4 この法人の設立当初の事業計画及び収支予算は第44条の規定にかかわらず、設立総会の定めるところによるものとする。
- 5 この法人の設立当初の事業年度は、第49条の規定にかかわらず、成立の日から15年8月31日までとする。
- 6 この法人の設立当初の会費は、次に掲げる額とする。

(1) 運営会員

- ・個人 年会費 5000円
- ・団体 年会費 50000円

(2) 通常会員

- ・個人 年会費 5000円
- ・団体 年会費 50000円

(3) 賛助会員

- ・個人 年会費 5000円（一口）
- ・団体 年会費 50000円（一口）

(学会公認資格) 研修と資格審査

ヘルスカウンセリング学会公認資格制度について

国家免許だけでなく、専門資格が必要な時代を迎えています。

ヘルスカウンセリング学会公認の専門資格を取得するためには、学会の定めるセミナーまたは通信講座を受講し、なおかつ学力検査及び資格審査機構でのテープ審査を受ける必要があります。

資格には、定期的に資格更新が必要な専門資格として次の9種類があります。それぞれマスターした技法の程度によって与えられます。

- 学会公認傾聴技能士
- 学会公認グループカウンセラー
- 学会公認ソーシャルスキルトレーナー
- 学会公認心理カウンセラー
- 学会公認健康行動変容支援士
- 学会公認ヘルスカウンセラー
- 学会公認グループヘルスカウンセラー
- 学会公認イメージ療法士
- 学会公認健康心理療法士

また、資格ではありませんが、傾聴技能士（リスナー）技能検定（Step1までの技能習得）があります。職場、家庭、学校などさまざまな場で、気持ちをよく聴ける傾聴スキルをもつ者としてご活躍していただいています。

学会公認資格を独自に生かしたこれまでのお仕事	
1	傾聴技能士技能検定テープ審査員（日本医療事務センター、日総研、リスナー研修提携）
2	学会公認資格テープ審査員
3	学会公認ソーシャルスキルトレーナー講師（株式会社P&Sコミュニケーションズ提携）
4	学会公認マリッジカウンセラー講師（オーネット提携）
5	学会公認セミナー講師（ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル提携）
6	カウンセリングルーム開業
7	内科・心療内科・精神神経科クリニックの心理療法士、健康心理療法士
8	専修学校・短大・大学・大学院のカウンセリング関連の教員

免許だけではなく、専門資格が必要な時代
就活に有利なヘルスカウンセリング学会公認資格

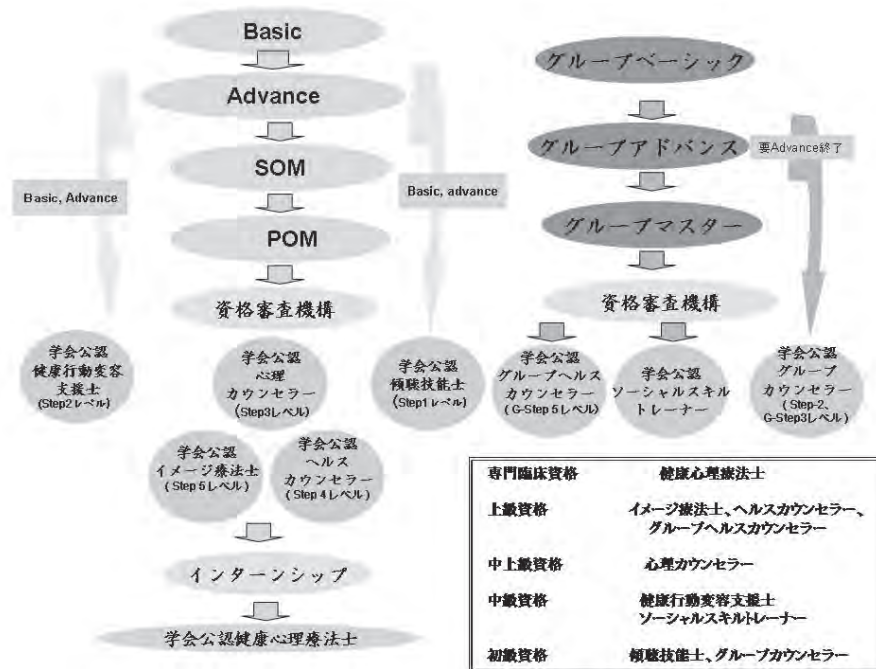
学会公認資格	資格能力
公認傾聴技能士	問題解決支援のための目標支援をする傾聴技能を持つものとして、学会で認定される資格です。[初級SAT資格者]
公認グループカウンセラー	集団力動を理解し、職場、学校、地域のメンタルヘルス・リーダーとして能力があります。[初級SAT資格者]
公認健康行動変容支援士	理屈通り健康行動を変えられない背後にある、隠れた未解決な感情の気づき、癒し、再学習を促し、問題解決の行動変容を支援します。[中級SAT資格者]
公認ソーシャルスキルトレーナー	心の欲求を上手に充足しあえる技能技能（アサーション、リスニング、ストレスマネジメント、デイバート、コーチング、リラクゼーションなど）を教育指導できます。 [中級SAT資格者]
公認心理カウンセラー	隠れた未解決な感情の気づき、癒し、再学習を促し、問題解決の行動変容を支援します。[中上級SAT資格者]
公認ヘルスカウンセラー 公認グループヘルスカウンセラー	身体化、精神化、行動化している悪性ストレスの気づきを促し、それを解消する本来の自分の生き方を個別、あるいは集団で支援します。[上級SAT資格者]
公認イメージ療法士	悪性ストレスを作り出す潜在イメージや無自覚な脚本を見出し、本当の自分で生きられるよう再脚本化し、行動目標化を支援します。[上級SAT資格]
公認健康心理療法士	メンタルヘルス、心身症、がんや糖尿病を含む生活習慣病に関する専門分野のストレスマネジメント支援やイメージ療法を行う、臨床研究能力を持つ専門家。 [最上級SAT資格者]

問い合わせ：学会事務局（047-332-0726）、<http://www.asahi-net.or.jp/~yt5t-mnkt/>

SATカウンセラーとしてのキャリアパス

1	公認傾聴技能士、公認グループカウンセラー (問題解決支援の個別、集団対応のピアカウンセラー)
2	公認健康行動変容支援士 (生活習慣病の予防・治療にかかわる健康行動変容支援カウンセラー)
3	公認心理カウンセラー (メンタルヘルスのための行動変容支援カウンセラー)
4	公認ヘルスカウンセラー 公認グループヘルスカウンセラー (健康な生き方変容支援への個別、集団対応の専門カウンセラー)
5	公認イメージ療法士 (悪性ストレスをつくり出す潜在イメージや無自覚な行動脚本を見出し、本当の自分で生きられるよう再脚本化し、行動目標化を支援します)
6	公認健康心理療法士 (がん、糖尿病を含む生活習慣病、心身症、メンタルヘルス専門分野別インターンを終え博士号、あるいはそれに準じた臨床研究能力を持つセラピスト)

ヘルスカウンセリング学会公認資格取得までのプロセス



【 SATカウンセリング技法の習得ステップ 】 1995年10月制定、2008年8月改訂

- Step 1** 相手の話をフォローしつづけられ、ブロックを自覚的にさげることができ、話の内容の繰り返しや要約ができる。
- Step 2** 話の背後にある気持ちや感情を意識的に明確化でき、その気持ちのポイントを相手の気持ちに沿って共感的に要約が出来る。
- Step 3** 話の背後にある隠れた気持ちや感情を、本人自身に対する気持ちや感情につなげられ、その隠れた心傷感情の癒しや再脚本化や行動変容の小目標化を支援できる。
- Step 4** 自己成長感情と自己防衛感情への気づきを通して、今後どうすればよいかに気づき、行動変容の小目標化を支援できる。
- Step 5** 本来の自分に気づき、その実現を妨げる潜在感情の自覚化、癒し、再脚本化を促し、自己報酬型生き方への行動変容の小目標化を支援できる

【 SATグループカウンセリング技法の習得ステップ 】

- Step 1** グループの雰囲気をやわらげ、参加者の自由な発言を促し、グループの心理的安全性の形成ができる。
- Step 2** メンバー間における率直なコミュニケーションを促し、「今ここで」転移する感情のプロセスの気づきを支援し、グループへの信頼感の向上を支援することができる。
- Step 3** 各メンバー同士の心の共鳴反応による癒しを支援することができる。
- Step 4** 共感的な関係を深め、「我々」意識をもったグループをつくり、グループイメージ連想法によって各メンバー自身による問題解決行動を支援することができる。
- Step 5** 各メンバーの隠れた感情の気づきを促し、グループダイナミクスを用いて矛盾する感情をより少なくする自己成長の行動変容を支援することができる。

学会公認 ソーシャルスキルトレーナー 資格取得へのお誘い

「愛する人との自らを愛する暮らし」を市民に実現するために、SATソーシャルスキルの普及をめざし、本学会は指導者養成として学会公認ソーシャルスキルトレーナー教育を開始しています。

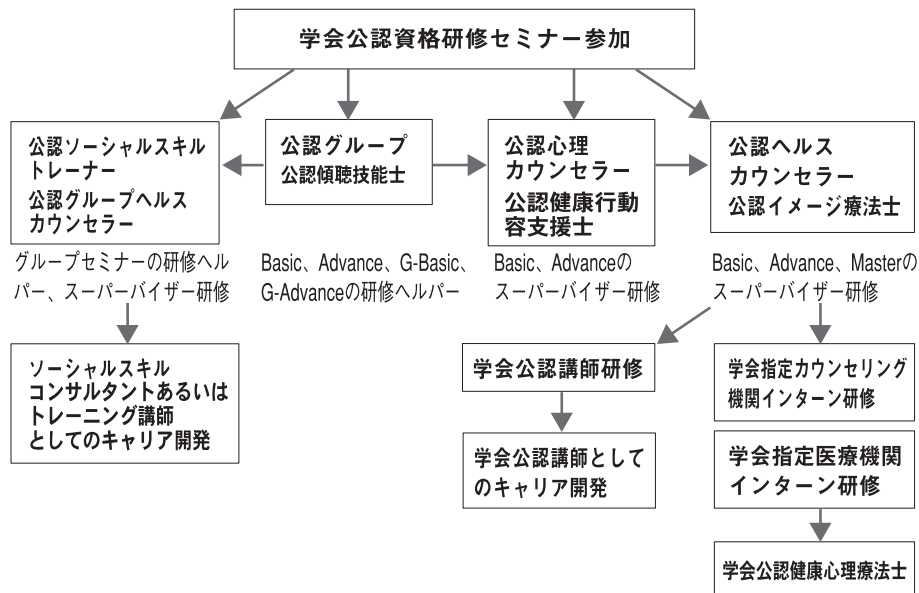
ソーシャルスキルとは、人として誰もがもつ、慈愛願望欲求、自己信頼欲求、慈愛欲求を人々がお互い効果的に充足しあう技法のことを意味します。グループカウンセリングの基本学習をはじめ、さまざまなソーシャルスキルトレーニングを楽しんで学習していただきます。

- ・ リスニングスキル(積極的傾聴法) ・ アサーションスキル(上手な主張法)
- ・ 問題解決スキル ・ プレゼンテーションスキル ・ セルフケアスキル
- ・ ディベートスキル(上手な議論法) ・ ネゴシエーションスキル(上手な交渉法)
- ・ リーダーシップスキル ・ コーチング ・ ストレスマネジメント
- ・ コラボレーションスキル ・ タイムマネジメントスキル ・ 自己カウンセリングスキル
- ・ グループカウンセリングスキル ・ リラクゼーションスキル

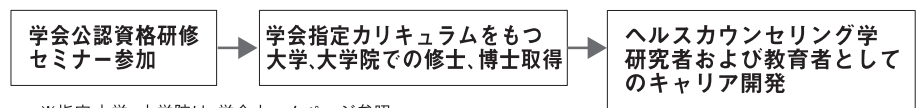
などのソーシャルスキル・トレーニング教育法を左記のフローチャートの段階をへて習得していきます。今日学校でのライフスキル教育や、職場の人間力パワーアップ教育やストレスマネジメント教育や、市民教育としてのソーシャルスキルトレーニングが現在要望されています。しかし、質の高いプログラムや教育指導者が不足しています。本学会のプログラムは行動科学にもとづいて構造化されており、一定のプロセスを順をへておればソーシャルスキルを習得できるようになっております。皆様が関心を持ち、チャレンジされることを願っています。

学会員のライフロング教育

I 臨床者・教育者キャリア開発



II 研究教育者キャリア開発



※指定大学、大学院は、学会ホームページ参照

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会 公認資格審査における学科試験 及び認定審査までの手続き

◆試験される資格別学力

- 公認ヘルスカウンセラー
・SATカウンセリング共通学力
・(健康行動科学を含む)ヘルスカウンセリングに関する学力
- 公認心理カウンセラー
・SATカウンセリング共通学力
- 公認健康行動変容支援士
・SATカウンセリング共通学力 ・健康行動科学に関する学力
- 公認グループヘルスカウンセラー
・SATカウンセリング共通学力 ・ヘルスカウンセリングに関する学力
・グループカウンセリングに関する学力
- 公認グループカウンセラー、公認ソーシャルスキルトレーナー
・SATカウンセリング共通学力 ・グループカウンセリングに関する学力
・ソーシャルスキルトレーニングに関する学力(公認グループカウンセラーは除く)
- 公認イメージ療法士
・SATカウンセリング共通学力 ・ヘルスカウンセリングに関する学力
・SATイメージ療法に関する学力

◆試験方式 ○×式、選択式、記入式

◆学力試験場所

- 公認ヘルスカウンセラー資格及び公認心理カウンセラー資格、公認健康行動変容支援士各ヘルスカウンセリングマスター(SOM、POM)、アドバンス会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力」参照。
- 公認グループヘルスカウンセラー
各グループカウンセリングマスター会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力」参照。
- 公認グループカウンセラー
各グループカウンセリングアドバンス、マスター会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力の程度」参照。
- 公認ソーシャルスキルトレーナー
グループカウンセリングマスター会場にて原則実施されます。
- 公認イメージ療法士
SOM、POMマスター会場にてセミナー1日目終了後に原則実施されます。

◆出題のためのテキスト

宗像恒次「SAT療法」金子書房
宗像恒次監修「SAT法を学ぶ」金子書房
SAT公認資格研修会での配付資料

◆受験費用 それぞれの学科試験毎に2,000円

◆結果の通知 試験終了日より、約1週間後に学会より通知します。

◆合格基準と有効期間

1. 80%以上の正答率をもって合格とします。
2. テープ技能検査(あるいは実地技能検査)を合格するまで2年間のみの有効とします。

◆認定審査のための予備審査に必要な手続き(希望者のみ)

予備審査制度とは、資格認定審査機構で審査されるために、予備的審査を受け必要なコメントや評価を得て本審査会の手続きを効率かつ効果的に促そうとするものです。

予備審査に必要なカセットテープや書類を整え、学会事務局へ送付ください。

1. 審査のための記録したカセットテープ
※カセットテープは最初に巻き戻しておいてください。また、ダビングをして提出用とは別に自分用を必ず保管してください。
2. カウンセリングプロセスを記入した記録紙
3. 公認健康行動変容支援士、心理カウンセラー、ヘルスカウンセラー、グループヘルスカウンセラー、イメージ療法士資格認定審査機構評価リストに自己評価点をつけたもの
4. 予備審査料金3,000円(1回につき)

◆資格認定審査までの手続き

1. ヘルスカウンセリング・ベーシック、アドバンス、マスターを少なくとも各1回修了のこと。
修了証のコピーを提出します。
2. 学科試験合格証のコピーを提出します。
3. 予備審査によって各資格の適格の評価をあらかじめ得ているか、あるいは次のものを提出します。(予備審査ですでに適格の評価を得ているものは提出する必要はありません)
 - ・審査のための記録したカセットテープ
 - ・カウンセリングプロセスを記入した記録紙
 - ・資格認定審査評価リストに自己評価で○印をつけたもの
4. 各資格審査申請書に記入して提出します。ただし、公認グループカウンセラー及び公認ソーシャルスキルトレーナーは実地審査された評価チェックリストにもとづき、合格者には資格審査申請書が学会事務局から送付されてからの提出となります。
5. 料金
 - 公認グループカウンセラー
資格審査料金2,000円/登録料金3,000円
 - 公認心理カウンセラー、公認ソーシャルスキルトレーナー、公認健康行動変容支援士
資格審査料金5,000円/登録料金3,000円
 - 公認ヘルスカウンセラー、公認グループヘルスカウンセラー
公認イメージ療法士
資格審査料金5,000円/登録料金5,000円

以上の手続きを行い、該当する資格に認定を受けてください。ただし、各資格有効期間は3年間です。資格則にのっとり3年ごとに資格更新する必要があります。(資格更新手数料は2,000円)

学会公認健康心理療法士資格則 2008年8月1日現在

1	<p>学会公認健康心理療法士とは</p> <p>メンタルヘルス、心身症、がん、糖尿病を含む生活習慣病に関する専門分野のストレスマネジメント支援や心理療法を実施でき、博士号をもつ、あるいはそれに準じる臨床研究能力をもつもの。</p>
2	<p>資格取得条件</p> <p>(1) 本学会公認イメージ療法士をもつもの</p> <p>(2) 専門の臨床経験が5年以上、あるいはインターンとしての実習を計120時間経て、審査に合格したもの</p> <p>(3) 博士号をもつ、あるいはそれに準じる臨床研究能力（論文業績）がある</p> <p>(4) 恒常的な臨床の場があり、臨床研究が続けられているもの</p>
3	<p>申請方法</p> <p>(1)～(4)を証明するものを学会事務局に提出する</p>
4	<p>インターン研修費用</p> <p>2006年現在、計120時間10万円。</p>
5	<p>資格更新条件〔3年毎〕</p> <p>① 対象のクライアントに使用目的を説明し、承諾書をもらったうえ、1事例の臨床記録報告、あるいはそれに該当するものを提出のこと</p> <p>② リフレッシュセミナーとして最新のSAT技法を紹介するセミナーを受け、その受講修了書を添付のこと</p> <p>③ 資格更新申請書の提出と資格更新料の支払い</p> <p>備考 健康心理療法士は、最上級SAT資格なので、本資格の更新により、学会公認講師以外のすべての資格は自動的に更新します。</p>

指定インターン研修機関

メンタルヘルス専門	<p>①NPO法人ヘルスカウンセリング学会市川カウンセリングルーム (総武線本八幡駅下車数 徒歩数分)</p> <p>②ヘルスカウンセリングセンター</p> <p>③群馬カウンセリングルーム (前橋駅)</p> <p>④ビビッド・ライフ (府中駅前)</p> <p>⑤筑波大学D棟心理相談室</p>
心身症専門	帯津三敬塾クリニック (池袋駅前)
がん専門	
糖尿病専門	中島内科クリニック (横須賀中央駅)

学会公認健康心理療法士申請について

本資格に申請できる方〔資格審査機構認定委の特別認定を除く〕は

1. 本学会公認イメージ療法士資格をもつもの
2. 専門の臨床経験が5年以上あるもの、あるいは本学会公認健康心理療法士のもとで、指定インターン機関にて実習を計120時間経て、資格審査機構認定委員会の書類審査に合格したもの
3. 関連分野の博士号をもつ、あるいはそれに準じる筆頭原著論文、筆頭著書論文があることで、臨床研究能力があるとみとめられたもの
4. 恒常的な臨床の場があり、臨床研究が続けられているもの

1～4を証明するものを、学会公認健康心理療法士申請書（学会から入手してください）とともに、学会資格審査機構事務局に提出のこと。

本資格が認定されますと、事務局から連絡がいきますので、資格発行に伴う事務手続きや3年間の登録料金として学会の銀行口座に3000円お支払いください。

ヘルスカウンセリング学会公認資格者による セラピーの種類、効果、標準所要時間

☆病気は、単なるトラブルではなく、
本来の自分の生き方へ向かう本当の問題解決の手段です。

——クライアントとカウンセラーの交流化——

健康問題の本当の解決のために、どのようなセラピーが必要か話し合う
心理検査や血液検査〔病院、診療所〕の実施、SATイメージ療法の説明と健康コーチング
〔60分〕

——本当の自分に気づき、これからの大目標をもつ——

あなたが問題解決への自信が戻るセラピーです。
それには、「本来のあなた」に自ら気づく必要があります。各種の自己イメージ法の実施
〔10分〕

——小目標再設定のための再脚本化——

自己報酬型の生き方の実現し、健康回復増進するために、SATイメージ療法実施し、
再脚本化を促し、実行するための小目標化コーチングをする
〔30～60分〕

臨床評価のために血液検査〔病院、診療所〕や心理検査を行う

初回標準セラピー所要時間 2時間30分
再来標準セラピー所要時間 1時間30分～2時間

1回セラピー料金 標準15,000円～20,000円（血液検査料金別）

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会 学会公認カウンセラー資格支援事業

学会公認心理カウンセラー資格取得支援事業

セミナー回数10回以上研修者への無料化特典について

セミナー研修回数10回を越えると、次の必要条件を充たせば2000年7月1日より公認心理カウンセラー取得までベーシック、アドバンス、マスターの受講料が無料（但しヘルスカウンセリングセンター主催のセミナーのみ）になります。

《必要条件》

1.	学会員であること
2.	ベーシック1回以上、アドバンス1回以上、旧来のマスターあるいはマスターPOM2回以上、マスターSOM3回以上の条件で計10回以上になっていること（修了証コピー提示）
3.	テープ審査3回受けていること（資格審査機構評価チェックリストなどのコピー提示）
4.	学科試験に合格していること（合格証のコピー提示）
5.	2、3、4を証明する書類のコピーを学会事務局に郵送しセミナー無料化パスを取得していること

学会公認ヘルスカウンセラー資格取得支援事業

公認心理カウンセラー取得後、次の必要条件が充たせられれば、公認ヘルスカウンセラー取得までマスターの受講料が無料になります。

《必要条件》

1.	公認心理カウンセラー取得後、2000年1月以降からマスターSOM3回以上、マスターPOM3回以上をこれまでに受けていること（修了証のコピー提示）
2.	公認心理カウンセラー取得後、公認ヘルスカウンセラー取得のためのテープ審査を3回以上受けていること（資料審査機構評価チェックリストなどのコピー提示）
3.	公認ヘルスカウンセラーの学科試験に有効期限内で合格していること（合格証のコピー提示）
4.	学科試験に合格していること（合格証のコピー提示）
5.	1、2、3を証明するコピーを学会事務局に郵送し、セミナー無料化パスを取得していること

但し、この事業は2003年9月1日より施行される

ヘルスカウンセリング学会公認資格則

第1条	公認資格者はヘルスカウンセリング学会員であること。会員としての資格はヘルスカウンセリング学会会則による。
第2条	公認資格は資格取得日以降3年間有効である。
第3条	資格更新にはその3年間に3単位以上の研修、資格能力相当の実践事例の発表が必要である。また、有資格者として常にレベルアップを考え、リフレッシュ研修としてのマスターコース（SOM、あるいはPOM）の研修参加を要する。講師は講師会研修参加を要する。）
第4条	ヘルスカウンセリング学会大会参加、学会認定ベーシックコース、アドバンスコース、マスターコース、スーパーバイザー研修会等の講師（ベーシックを除く）、スーパーバイザーあるいは受講者としての参加などはそれぞれ1単位とする。
第5条	資格更新日の3ヵ月前に、前項を満たす各研修参加の証明書となるもの（修了証、参加証等）のコピーを資格更新申請書とともに、学会事務局に送付し、資格更新すること。
第6条	資格更新期日までに単位が取得されなかった場合、資格再発行には学会公認資格指定研修事業のマスターコースを受講し、再認定を受ける必要がある。

本会則は、1995年10月1日より施行、1996年4月1日改正、1998年9月1日改正、2008年8月1日改正

内規等

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 リスナー（傾聴技能士）技能検定研修に 関する内規

【目的】

家庭、職場、地域、学校、医療福祉等の対人場面において、傾聴や共感を上手に出来るソーシャルスキルを広く市民に普及させるため。

【リスナー技能研修カリキュラム 4時間～5時間】

- ①リスナーの技能検定基準にかかわるSAT カウンセリング法の基本姿勢と基本技法に関する講義（1時間）。
- ②リスナーとしてのモデリング学習（30分）。
- ③講師あるいはスーパーバイザー一人当たり10名メンバーでの体験学習（1時間）
- ④ペアあるいは3人（フィッシュボール）による体験学習（1時間30分以上）。

【リスナー技能検定のための審査基準】

- ①SAT法によるリスナー研修修了者（修了証のコピーの提示）。
- ②15分程度のテープ内容でリスナーの技能検定基準1～5（初級リスナー）や検定基準1～12（中級リスナー）までが「自動的に出来る、集中したら出来る」と評価されていること。
- ③審査料を支払うこと。

【リスナー技能研修の講師基準】

- ①学会公認ヘルスカウンセラー資格をもっていること。
- ②ヘルスカウンセリング資格認定研修アドバンスコースのレベル以上のスーパーバイザー資格者は、10人以内規模のリスナー技能検定セミナーの講師が出来る。
- ③ヘルスカウンセリング学会公認講師は、11人以上規模のリスナー技能検定研修セミナーの講師が出来る。但し、10人に1人の割合で学会公認スーパーバイザーを配置のこと。
- ④講師は研修計画等を学会事務局に所定の申請書（学会より入手）に記入して

申請し学会長の許可をえていること。

- ⑤修了証は学会標準の形式で講師自らの費用で印刷していること。
- ⑥研修終了後、修了証を授与した受講生の名簿（住所を含む）を学会事務局に提出のこと。

【リスナー技能検定書の交付】

リスナー技能検定のための審査基準に合格したものは、検定手数料を支払うことで、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会リスナー技能検定書が交付される。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 リスナー（傾聴技能士）技能検定研修 （通信教育講座）に関する内規

【目的】

家庭、職場、地域、学校、医療福祉等の対人場面において、傾聴や共感を上手にできるソーシャルスキルを広く市民に普及させるため。

【リスナー技能研修通信教育カリキュラム】

- ①テキストの中で、リスナー技能基準にかかわるSAT カウンセリング法の基本姿勢と基本技法を解説する。テキストはヘルスカウンセリング学会によって監修されたものを用いる。
- ②リスナーとしてのモデリング学習を視聴覚教材で行う。教材の中に組み込まない場合は、研修の中でモデリング学習が体験できる（30分）。
- ③基本姿勢と基本技法に関する知的な理解を定着させるための添削課題（ペーパーテスト）をつける。
- ④15分以内の録音テープを提出し、学会公認心理カウンセラー以上の資格者による講評指導が受けられること。

【リスナー技能検定のための審査基準】

- ①SAT法によるリスナー研修（通信講座）修了者（修了証のコピーの提示）
- ②15分以内のテープ内容でリスナーの技能検定基準1～5（初級リスナー）や

認定基準1～12（中級リスナー）までが「自動的にできる、集中したら出来る（滑らかにできる、要習熟）」と評価されていること。

③審査料3000円を支払うこと。

【リスナー検定テキスト執筆者基準】

- ①学会公認ヘルスカウンセラー資格をもっていること。視聴覚教材または研修でモデリングを行う者は、学会公認心理カウンセラー以上の資格をもっていること。
- ②通信教育教材企画者は、教材作成プランを所定の申請書に記入し学会長の許可を得ること。
- ③修了証は学会標準の形式で、その講座主催団体の費用で印刷すること。
- ④講座修了後、修了証を授与した受講生の名簿（住所を含む）を学会事務局に提出のこと。

【リスナー技能検定書の交付】

- ①リスナー技能検定のための審査基準に合格した者は、検定手数料を支払うことで、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会リスナー技能検定書が交付される。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 公認資格者倫理規定

本倫理規定はヘルスカウンセリング学会会則第3条の目的に基づき公認資格カウンセラー倫理規定別項として定める。

- 第1条 《責任》 資格者は自らの関わりが及ぼす結果に責任を持つ。その関わりは、クライアントの利益以外の目的で行ってはならない。
- 第2条 《自己研修》 資格者は常に知識を深め、自らの技術向上及び自己成長に努める。
- 第3条 《プライバシーの保持》 業務上知り得た事柄に関しては、専門

家としての判断のもとに必要と認められた以外の内容を他にもらしてはならない。また研究の発表に際して特定個人の情報を用いる場合は、クライアント関係者の秘密を保護する責任をもたなくてはならない。

第4条 《研究》 ヘルスカウンセリングに関する研究に際しては、クライアントや関係者の心身に不必要な負担をかけたり、苦痛や不利益をもたらすことを行ってはならない。研究はクライアントや関係者に可能な限りその目的を告げて、同意を得た上で行う。

第5条 《公的発言》 一般社会に対して専門知識や意見を提示するときには、その内容について誇張がないようにし、公正を期する。とりわけ商業的な宣伝に際しては、その社会的影響について責任が持てるものである必要がある。

第6条 《倫理の遵守》 資格者は本倫理規定を十分に理解し、これを遵守するよう一人一人が、またお互いが努力しなければならない。

付) 本倫理規定は平成8年6月1日より施行する。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 支部活動内規

- 1 支部設置の目的は、本学会員の自主性に基づく地域に密着したより活発な活動を奨励することである。
- 2 支部は都道府県単位で設置する。
- 3 支部には責任者を1名おく。責任者は本学会会員であり、学会公認ヘルスカウンセラーまたは学会公認心理カウンセラー以上の資格を有する。当分の間は他の資格に代えることが出来る。
- 4 支部発足にあたっては、5名以上の

学会員からなる支部設置準備委員会を設け、所定の支部設置申請書を会長に提出するものとする。設置認可は理事会によってなされる。

- 5 支部は、地域内の学会員および学習会グループの活動の把握を行う。また、支部内の学習グループに対して、助成金を受けるための推薦をすることができる。
- 6 支部は、講演会や研究会などの開催、クライアントへのカウンセラーの斡旋、その他の活動につとめる。
- 7 支部は、地元でのセミナー（ベーシック、アドバンス、マスター）の開催を要望することができる。その場合、学会長から協力の要請があった場合は、それに応える責務がある。
- 8 原則として、支部は独立採算制をとるものとする。
- 9 支部は、支部運営のため本部会計から補助金を受けることができる。補助金の決定は理事会でなされる。補助金を受けた場合は本部への会計報告が義務づけられる。
- 10 支部で事業計画を実施するにあたり、必要諸経費を必要期間借用することができる。支部責任者は、事業計画および借用額を会長あてに提出するものとする。借用の決定は理事会でなされる。但し限度額は30万円とする。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
専門部会活動内規**

平成14年8月30日制定

- 1 専門部会の目的は、本学会員の自主性に基づく専門分野の独自性を活かしたより活発な活動を奨励することである。
- 2 専門部会は各専門分野単位で設立する。
- 3 専門部会には責任者・専門部会会長を1名おく。責任者・専門部会会長は本学会会員であり、公認ヘルスカ

ウンセラーまたは公認心理カウンセラー以上の資格を有する。

- 4 専門部会発足にあたっては、5名以上の学会員からなる専門部会設立準備委員会を設け、所定の専門部会設立申請書を会長に提出するものとする。設立認可は理事会によってなされる。
- 5 専門部会は、専門分野で活動する学会員およびその活動内容の把握を行う。
- 6 専門部会は、専門分野における講演会や研究会などの開催、その他の活動につとめる。
- 7 専門部会は、専門分野でのセミナー（ベーシック、アドバンス、マスター）の開催を要望することができる。その場合、学会長から協力の要請があった場合は、それに応える責務がある。
- 8 原則として、専門部会は独立採算制をとるものとする。
- 9 専門部会は、専門部会運営のために本部会計から補助金を受けることができる。補助金の決定は理事会でなされる。補助金を受けた場合は本部への会計報告が義務づけられる。
- 10 専門部会で事業計画を実施するにあたり、必要諸経費を必要期間借用することができる。専門部会責任者は、事業計画および借用額を会長あてに提出するものとする。借用の決定は理事会でなされる。但し限度額は30万円とする。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
支部及び専門部会の
継続のためのガイドライン**

- 組織の継続が認められるミニマム基準
- 1) 年間の事業計画、活動報告、予算、決算を理事会に報告する。
 - 2) 年度内に少なくとも1回は全都道府県レベル及び専門部会レベルで地域あるいは専門性に根ざした活動を高めるための集会をもつ。

望ましい基準

- 3) 支部、専門部会の年間 10 名以上の会員拡大をはかる。
- 4) 学会の機関誌や学会大会で研究活動の発表を行う。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリングセミナー 学会公認講師基準について

1996年10月1日制定
1997年4月21日追補
1999年10月1日改訂
2008年9月1日一部改訂

目的

人々の効果的な自己カウンセリング能力の向上に寄与するために、ヘルスカウンセリングセミナーを通じてSAT法のカウンセリング法の普及に貢献する指導者となる。

資格要件

1. ヘルスカウンセリング学会員である。
2. 学会公認イメージ療法士あるいはヘルスカウンセラーの資格を有している。
3. 学会公認講師のインターン
 - ・マスターの学会公認スーパーバイザー資格をもつこと。
 - ・ベーシック、アドバンスの講義及び実習のチェックを受ける。
 - ・講師候補の実習における審査に合格する。
 - ・マスターでのモデリングの中でスーパービジョンを受ける。
4. SATヘルスカウンセリングに関連した論文を書いている。
5. 行動変容支援の事例報告を定期的に行っている。
6. グループヘルスカウンセリングの全コースを受ける。
7. 学会公認講師研修カリキュラムの全単位を取得のこと。
8. カウンセリングの実践の持続した場をもつこと。
9. 学会公認講師は5年毎に資格更新がお

こなわれる。

10. 学会公認講師は、定期的開催される講師会の研修を最低年1回参加する義務がある。

講師権限

学会公認資格ヘルスカウンセリングセミナーのベーシック及びアドバンスの講師をすることができ、講師に応じた報酬を受ける。ヘルスカウンセリング学会公認講師という名称を使用して、学会の設立目的に寄与した活動ができる。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 公認講師研修申請のガイドライン

1997年9月11日制定
1999年10月1日改正

1. 公認講師資格研修のための申請を学会に行う。
2. 申請者は学会公認イメージ療法あるいはヘルスカウンセラーでヘルスカウンセリングの啓蒙のため、セミナーや講演活動に情熱を持つものであること。
3. 公認講師研修は、指導教員制をとり、指定研修機関の監督のもと指導教員がその指導にあたる。
4. 申請が認められた者は、セミナーに講師候補研修生として参加し、少なくとも年7回スーパーバイザーとして指導教員の指示に従い研修を受けること。
5. 委託された指定研修機関は研修を2年を越えない範囲で研修を終了し、研修結果を学会事務局に報告する。
6. 公認認定は、指導教員による評価及び所定の書類に関してヘルスカウンセリング学会公認講師審査委員会において公認講師基準に則って審査され、結果を申請者に通知する。講師研修カリキュラムは別に定める。
7. 学会公認講師の研修費用は、指定研修機関に所定の費用（15万円、現在）

を支払うか、あるいはベーシック、アドバンスの7回のスーパーバイザーとしての報酬をもって充当することができる。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
指定研修機関ガイドライン**

1997年9月11日制定

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会公認セミナー
スーパーバイザー基準について**

1999年2月22日制定
2008年9月1日一部改訂

目的

ヘルスカウンセリングセミナーにおける参加者に対するスーパービジョンをおこない学習を効果的に支援する。

資格要件

1. ヘルスカウンセリング学会員である。
2. 学会公認心理カウンセラー、ヘルスカウンセラー、イメージ療法の資格を有している。
3. スーパーバイザーのインターン
・ベーシック、アドバンス、マスターの各スーパーバイザーはそれぞれのコースでのスーパーバイザーインターンを受けていること。
・ベーシック、アドバンスはヘルスカウンセラーあるいはカウンセラー有資格者で両コースでのインターンを3回以上受けていること。
・マスターはヘルスカウンセラー有資格者で、マスターでのインターンを5回以上受けていること。
4. 講師によってスーパーバイザーの修了の認知を受けること。

スーパーバイザー権限

ヘルスカウンセリングセミナーのスーパービジョンをおこなうことが出来る、それに応じた報酬を受けることが出来る。

1. ヘルスカウンセリング学会指定研修機関（以下指定研修機関と呼ぶ）はヘルスカウンセリング学会の趣旨に基づきその実施機関としてヘルスカウンセリングの啓蒙等、関連事業を行うことを目的として設立する。
2. 指定研修機関の設置は、ヘルスカウンセリング学会に申請し、必要な手続きを経て許可されなければならない。
3. 指定研修機関の専任メンバーはヘルスカウンセリング学会員であること。
4. 指定研修機関の責任者は、ヘルスカウンセリング学会の会員であり、ヘルスカウンセラーおよび講師以上の資格を有していること。
5. 指定研修機関は法人（NPO、会社、社団、財団）であること。
6. 指定研修機関は、学会公認セミナーの開催、講師等の派遣、啓蒙活動、研究活動、カウンセリング（個別、グループ）等の事業を行うことができる。
7. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリングセミナー開催団体にたいして、講師を派遣する権利を有する。学会認定セミナーは、派遣された講師によってその修了の認定書を受けることができる。
8. 指定研修機関は、スーパーバイザー及び講師研修を行うことが出来る。
9. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリング学会の指導及び協力を受けることが出来る。
10. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリング学会及びヘルスカウンセリング関連の情報提供を受けることが出来る。
11. 指定研修機関は、その活動に当たり学会の後援を求めることが出来る。
12. 指定研修機関は、定期的に事業活動等

をヘルスカウンセリング学会によって監査され、その趣旨に反した事業を行ったり、ヘルスカウンセリング学会の名誉を著しく毀損した場合、その許可が取り消される。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
指定研修機関及び学会支部の
公認資格指定研修事業に関する
ガイドライン**

1997年7月24日制定

1. ヘルスカウンセリング学会指定研修機関（以下指定研修機関と呼ぶ）及び、ヘルスカウンセリング学会支部（以下支部と呼ぶ）は、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業を行なうことができる。
2. 指定研修機関及び支部はセミナー開催について、その事業及び会計報告を各年度ごとに学会に行う義務を有する。
3. セミナー開催においては、ヘルスカウンセリング学会から修了証用紙を購入し、修了認定者の報告をする義務がある。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
公認資格指定研修事業としての
セミナー開催に関するガイドライン**

1997年9月11日制定

1999年2月22日改正

2008年9月1日一部改正

1. ヘルスカウンセリング学会公認資格セミナー（以下セミナーと呼ぶ）は、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業に基づき開催する。
2. セミナー開催にあたっては、学会の諸規定および趣旨を理解し、信頼を損なうことのないよう努める。
3. セミナーを主催し開催しようとする

ものは、学会に申請し、会長の許可を受け、理事会に報告される。

4. セミナー開催にあたっては、開催の日程、場所、受講人員等について、学会と調整する。
5. 講師およびスーパーバイザーは、学会あるいは指定研修機関より派遣を受ける。
6. 学会公認セミナー修了証は、学会公認講師が学会公認スーパーバイザーに能力審査状況を報告させ審査し能力修得を認めたものに渡される。セミナー開催団体は修了認定者（修了証番号、氏名、職種、職業、連絡先住所、電話番号）を学会に報告する義務がある。本セミナーによって知りえた情報は本セミナーに関連しない業務に使用してはならない。
7. 講師・スーパーバイザー派遣料は、セミナー開催団体に請求することが出来るが、それは学会の共通規定による。
8. セミナー受講料は、主催者によって決定されるが、学会基準に準ずることが望ましい。
9. セミナー案内には、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業と明記すること。
10. セミナー開催にあたっては、主催者が事務の一切に責任をもって行うこと。セミナー内容については講師の指示に従うこと。
11. 派遣された講師及スーパーバイザーは、セミナー内容に関する以外の役割や責任を持たない。セミナー時間外の活動は行わない。
12. 指定研修機関は、各年度において受講人数に応じて学会への寄付を求められる。学会はその寄付をもって、各地の勉強会グループ活動や支部活動の助成金に充てる。

特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会会長賞内規

平成9年6月1日施行

平成12年10月1日改訂

1. (名称) 本賞は、ヘルスカウンセリング学会会長賞(略称:学会長賞)と称する。
2. (目的) 本賞は、ヘルスカウンセリングの発展と普及を奨励するために、優れた貢献をした者を表彰することを目的とする。
3. (受賞資格) 本賞の受賞者は、次の2条件を満たさなければならない。
 - 1) ヘルスカウンセリング学会の会員であること。
 - 2) ヘルスカウンセリングの理論的、実践的開発、あるいは教育普及を含む諸活動において、その業績が顕著であること。
4. (本賞の選考) 本賞の選考は、ヘルスカウンセリング学会会長賞選考委員会が行う。
5. (選考委員会の構成) ヘルスカウンセリング学会会長賞選考委員会を次のとおり定める。
 - 1) ヘルスカウンセリング学会会長賞選考委員会はヘルスカウンセリング学会会長によって任命された若干名の委員によって構成される。
 - 2) 委員の任期は2年とする。
 - 3) 学会会長賞選考委員長は委員の互選によって決められる。
6. (受賞者の選考) 選考にあたっては、学会理事、支部長、専門部会長ならびに学会員の推薦を得て、それを参考にするものとする。
7. (受賞者の授与) 学会会長は学会会長賞選考委員会から推薦された受賞候補者をもって学会会長賞受賞者を決定する。
8. (奨励賞の授与) ヘルスカウンセリング学会会長は、学会の年次大会の総会において7. によって決定された学会会長賞受賞者に対して賞状及び

賞金を授与し、公示する。

9. (奨励賞基金) 学会奨励賞基金を次のとおり定める。ヘルスカウンセリング学会が主催する事業に伴う収入、ならびに、2. の目的で贈与される寄付金等の積立金をもって学会会長賞基金とする。
10. (改廃) 本内規の改廃は、理事会によって決議される。

VI

投稿規定等

投稿規定

投稿規定

2003年3月4日制定

2003年7月22日改定

2004年6月7日改定

1. はじめに

本年報は、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会（以下、本学会と呼ぶ）の年報として、学会員の研究の進展や情報の伝達を促すものです。そして、その成果を公刊することにより研究水準の向上をはかり、合わせて学会員がSAT法の理論や技法を現場で応用して活用し、活動することを支援することを目指しています。

学会内には編集委員会が設けられており、編集委員会を中心として年報の刊行が行われています。

2. 執筆者の資格

①本学会の学会員であること。また、原則として共著者も全員学会員であることが必要です。

②その他、編集委員会が特に執筆を認めた者に限ります。

3. 投稿内容

①原稿は未公開のものに限ります。

②構造化連想法に基づくヘルスカウンセリングの実践および学術の進歩に寄与するものとします。

③原稿の種類と内容は表1の通りとします。

④本年報には上記原稿の他会報として支部活動報告、規約等を報告・掲載します。

⑤論文の投稿にあたっては、倫理面への配慮をし、どのような配慮をしたかについての記述を本文中にも明記してください。特に、事例や症例報告の場合には、クライアント本人の了解を得たり、本人が特定できないようにケースの記述の本質を変えない限りにおいて修正をしたり、クライアントを傷つけるような記述をしないようにしてください。

⑥投稿原稿は、日本語あるいは英文による投稿が可能です。なお、英文での投稿を希望する場合は、投稿規定および執筆要綱について事務局にお問い合わせください。

表1 原稿の種類と内容

種類	内容
原著論文	独創的な研究論文および科学的な観察調査研究、事例研究や症例研究、介入研究、質的研究の類いの研究論文
短報	最新の研究による発見や発明などに関する独創的かつ科学的な研究報告
研究ノート	独創的な研究に発展するような予備的研究や興味深い調査や事例などについての研究報告
実践報告および資料	カウンセリングに関する実践事例報告や症例報告、実践活動報告、支部や勉強会活動により得られた教訓や学びの報告、カウンセリングの上で有用な資料など
会員の声	本学会大会やセミナー参加の感想など、他学会への参加印象記やさまざまなインフォメーション、オピニオンなど

4. 原稿の提出期限

刊行は年1回8月の予定です。投稿原稿は随時受け付けます。

その年に発行される年報への掲載を希望する場合には、1月20日迄に投稿してください。ただし、1月20日迄に投稿された原稿であっても、査読を経て原稿の採否が決定されるまでに時間を要する原稿は次号の年報に掲載が回される事があります。

5. 論文の返却

本年報に掲載した論文の原稿は、原則として返却

しません。

6. 論文の複製と転載の禁止

本年報に掲載された論文を無断で複製あるいは転載することを禁じます。

7. 論文の構成

1) 論文の構成は原則として表2-1および表2-2、表2-3の通りとします。

①原著論文および研究ノートの構成(表2-1)
原著論文および研究ノートの構成は、表2-1を参照してください。ただし、量的研究か質

的研究か、ミクロ研究かマクロ研究か、探索型研究か明確化研究かなどによって論文を作成する際の報告事項は異なるので、その研究にふさわしい構成にしてください。

なお、量的研究については、具体的な書き方を示した論文作成ガイドを用意しているので、学会事務局から取り寄せて参照してください。

②実践報告の構成（表2-2、表2-3）

実践報告の構成は、表2-2（活動報告等）、表2-3（事例や症例報告等）を参照してください。ただし、論文のジャンルによってその報告形式は異なるので、その論文にふさわしい構成にしてください。

なお、具体的な書き方の一例を示した実践報告作成ガイド（活動報告用）を用意しているの

で、学会事務局から取り寄せて参照してください。

2) 謝辞を記載する場合には、まとめの後、引用参考文献の前に入れて下さい。

3) 要旨

すべての投稿論文には、その論文の全体を理解できる要旨を作成してください。

原著論文は必ず英文要旨（英文による投稿の場合には日本語要旨）、研究ノートは英文あるいは日本語要旨を作成して下さい。実践報告は日本語要旨を作成して下さい。

英文要旨は、必ず専門家による校閲を受け、400語以内の正確なものを提出して下さい。

日本語要旨は、600字以内で内容を要約して述べて下さい。

表2-1 論文の構成例（原著論文および研究ノート）

項目	内容
タイトル	タイトルは、論文の主要な事柄を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先およびe-mailアドレスを記載すること。
要旨	研究仮説や研究デザイン、方法、結果、結論を要約して述べる。 原著の場合は英語（400語以内）、研究ノートは英語（400語以内）あるいは日本語（600字以内）
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本文	<ol style="list-style-type: none"> 1. はじめに 論文の目的および研究の必然性について述べる。 (緒言、序章) 2. 方法 研究、調査、実験、解析などに関する手法についての記述をする。 資料や材料、被験者、対象者の集め方について述べる。 3. 結果 結果は、表や図などにしたがって論理的に示す。 4. 考察 研究結果の新しい面や重要な面を強調する。研究の問題点や限界、今後の課題について論じる。 5. まとめ 研究の目的、方法および主な結論をまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

表2-2 論文の構成例（実践報告の活動報告など）

項目	内 容
タイトル	タイトルは、論文の主要な事柄を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先および e-mail アドレスを記載すること。
要 旨	実践に対する問題意識や課題、プロジェクト概要、教訓や学びを要約して述べる。日本語で記載する（600字以内）。
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本 文	<ol style="list-style-type: none"> 1. はじめに (問題意識) 実践の動機となった問題意識や課題について述べる。本論文の目的を明確にしておく。 2. プロジェクト概要 実践方法、期間、対象などに関する手法についての記述をする。教材や資料、対象者の集め方について述べ、プロジェクト全体の概略を記述する。 3. 結果 実践における事例紹介を含め、結果はデータに基づき表や図などにしたがって論理的に示す。 4. 学び 実践を通して得られた学びや教訓、気づきについてまとめる。そして、今後の方向性や提言などを述べる。 5. まとめ 実践に対する問題意識や概略、主な学びなどをまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

表2-3 論文の構成例（実践報告の事例報告・症例報告など）

項目	内 容
タイトル	タイトルは、事例の主要な内容を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先および e-mail アドレスを記載すること。
要 旨	目的や研究で取り上げる事例の特徴、著者の立場、支援期間、支援回数などを述べ、実践症例に対する問題解決や治療技法上の新たな取り組み、症例への工夫や対応などの結果や考察、結論を要約して述べる。日本語で記載する（600字以内）。
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本 文	<ol style="list-style-type: none"> 1. はじめに (あるいは緒言、序章) 事例や症例報告の目的および報告の必然性についてこれまでの事例や症例報告の先行研究と比較検討しながら述べる。 2. 事例・症例の概要 問題や家族と生育歴、問題の経過について述べる。 3. 支援の経過 期間毎や問題の解決レベル毎に分けて記述すると良い。 4. 考察 研究の目的に関してわかったことを事例や症例に基づいて論じる。また、新しい面や重要な面を強調する。研究の問題点や限界、今後の課題について論じる。 5. まとめ 研究の目的、事例や症例の概要および主な結論をまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

8. 投稿手続きと原稿採択時の手続き

＜投稿時の手続き＞

- 1) 投稿する際には、別紙の投稿用紙および著作権譲渡同意書を添えて投稿して下さい。
- 2) 要旨、本文、図・表、写真、調査票など、すべて正1部、副2部(コピー可)を送付して下さい。
- 3) 査読修正後の再投稿の際にも、上記の2)のように投稿用紙および著作権譲渡同意書以外は再度全てを揃えて提出して下さい。また、それぞれの査読者の修正依頼に対する回答も必ず添えて下さい。

＜採択時の手続き＞

- 4) 原稿の採択決定後、最終原稿の提出時には、タイトル、著者名、要旨、キーワード、本文については、フロッピーディスクでの提出もお願いします。フロッピーディスクには、論文応答責任者氏名、タイトル、使用機種(ウィンドウズ、マックなど)、使用ソフト(Word, EWordなど)を明記した上で保存は、使用ソフト形式とテキスト形式の両方で保存して提出して下さい。

9. 投稿原稿の採否および著者校正について

投稿原稿の採否は査読を経て、編集委員会により決定されます。なお、編集委員会の判定により、掲載論文の種類の変更を勧める場合があります。最終的には、本学会理事会において承認を得て掲載の決定がなされます。

原稿が採択され所定の手続きがなされた場合には、刊行前に著者校正を1回させていただきます。この際に加筆は認めません。2校以後は著者校正に基づいて編集委員会で行います。また、著者校正の際に、編集委員会より別刷り注文書を同封しますので、別刷りの注文は注文書によりお願いいたします。

なお、学会年報に掲載することが決定された論文等の著作権は、本学会に帰属するものとします。

10. 投稿料および掲載料

- 1) 投稿料は1件につき、2,000円とします。ただし、会員の声には必要ありません。

投稿料は、査読者や印刷会社との連絡通信費の一部を投稿者に負担していただくものです。原稿の採否にかかわらず、投稿をする場合には投稿料を納めて下さい。

なお、査読修正後の再投稿の際には、投稿料は必要ありません。

- 2) 掲載料(印刷代など)は、制限枚数内は学会で負担しますが、超過した場合には実費を請求させていただきます。

また、図・表、写真などで特別に版下を要するもの(例えばカラー写真などアート紙印刷を必要とするもの)も同様に実費を請求させていただきます。

- 3) 投稿料は、投稿時に振り込みをして下さい。

振込先：みずほ銀行 本八幡支店

店番号284 口座番号 8056649

口座名義 ヘルスカウンセリング学会投稿料
代表 宗像 恒次

11. 別刷りについて

別刷りは、別途費用がかかります。料金は、ページ数にかかわらず、1部150円です。50部以上10部単位で注文が可能です。著者校正時に別刷り注文書により希望部数を募ります。

12. 原稿送付先

ヘルスカウンセリング学会編集委員長宛に送って下さい。

〒272-0021

千葉県市川市八幡2-6-18-501

第3本八幡ダイヤモンドマンション

電話 (047) 332-0726

FAX (047) 332-5631

ヘルスカウンセリング学会年報編集委員長

執筆要項

1. 投稿原稿について

投稿原稿は、パソコンのワープロソフトを使用して作成して下さい。A4サイズの用紙に横書きで、40文字×30行（1200字：原稿用紙400字詰め3枚分）の書式設定を使用して下さい。左右30mm、上下30mmをあけて印字して下さい。

2. 原稿枚数について

- ①原稿枚数には、タイトル、著者名、要旨、キーワードおよび図・表、文献、調査票などの全てを含みます。
- ②調査票は必要であれば投稿論文に関連する箇所、または、その一部を添付して下さい。
- ③文献は、引用・参考文献として本文中に上付きで番号を示し、論末に番号順で示して下さい。
- ④図・表は、大きさにもよりますが、1点を原稿用紙1枚分（400字）と数えます。

3. 原稿量の制限について

本年報の1ページは、原稿用紙400字詰め換算で、約4枚です。以下の制限に注意して下さい。

- ①原著論文の原稿量は、原稿用紙400字詰め、40枚以内（刷り上がり10ページ以内）。
- ②短報の原稿量は、原稿用紙400字詰め、16枚以内（刷り上がり4ページ以内）。
- ③研究ノートの原稿量は、原稿用紙400字詰め、32枚以内（刷り上がり8ページ以内）。
- ④実践報告および資料の原稿量は、原稿用紙400字詰め、24枚以内（刷り上がり6ページ以内）。
- ⑤会員の声の原稿量は、原稿用紙400字詰め、4枚以内（刷り上がり1ページ以内）。

4. 表記について

- ①数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを用いて下さい。
- ②図・表および写真には、図1、表1および写真1などの番号をつけ、本文原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定して下さい。
- ③図・表および写真は、そのまま印刷ができるように明瞭なものを用い、写真はモノクロを使用して下さい。
- ④図表および写真の刷り上がりの大きさは、横8cmまたは16cmの2種類とします。図表などの原稿は、刷り上がりの大きさの1.5倍以下のものを用意して下さい。本文とは別にそれぞれを1枚ごとに別紙に印刷して下さい。
- ⑤引用・転載した図表は、図表の下段に必ず出典を

明示して下さい。著作権の許諾を得た上で使用して下さい。

- ⑥図・表や写真、調査票などは、合わせて原稿用紙10枚分以内とします。
- ⑦文献は、本文の引用箇所の肩に「1）、1-3）」などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に掲載して下さい。同じ論文を複数回引用する場合には、同じ番号を用いて下さい。
- ⑧文献の記載方法は、以下のようにして下さい。

<雑誌の場合>

著者名：タイトル，雑誌名，巻数（号数），頁（西暦年号）とします。著者名は共著者を含め全員記載してください。

例1) Randell B. P., Eggert L. L., Pike K. C. : Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(1), 45-61 (2001)

例2) 橋本佐由理・岩崎義正・宗像恒次・江澤郁子：女性中高年者の健康体操教室への継続的参加に関する研究，*日本健康教育学会誌*，6（1），15-24（1998）

<単庫本の場合>

著者名：論文名，書籍名（編者名），発行所，発行所所在地，頁（西暦年号）とします。

例1) Charles L. Sheridan・Sally A. Radmacher : *Health Psychology*, John Wiley & Sons, New York, 147-169 (1992)

例2) 平野鉄雄・新島 旭：脳とストレスーストレスにたちむかう脳，共立出版，東京，117-258（1995）

<ウェブページの場合>

制作者名：ページタイトル，アドレス（URL），公開日（もしくは検索日）

査読規定

査読規定

1. 本規定の目的

本学会は、学会年報の学術誌として適正な高度の学術的水準を維持するために査読制度をおき、編集委員会がその運用を行う。

2. 対象

査読制度の対象となるのは、学会年報に投稿、または依頼により寄稿された原稿のうち、原著論文・短報・研究ノート・実践報告・資料への掲載を目的とするものである。

3. 査読方法

①査読者

編集委員会は、対象となる原稿1編につき2名以上の査読者（レフェリー）を選定し、査読を依頼する。投稿者に対し査読者の氏名は公開されない。

②査読の過程

査読者は下記査読項目に挙げられた項目について評価、判定、採択の判断を行う。査読者は、原稿に修正を求める場合には、修正すべき点について具体的なコメントを付けなければならない。これらの結果を査読者は定められた期日以内に編集委員会に報告しなければならない。

4. 原稿の採択

編集委員会は査読結果を十分に検討した上で、原稿の採択を決定し、その結果をすみやかに投稿者に通知しなければならない。

5. 原稿の修正

査読者によって原稿の修正が求められた場合には、投稿者は定められた期日までに修正した原稿を編集委員会に送付しなければならない。編集委員会は、判定が「修正条件付きで掲載可」の場合には、判定に応じて原稿の修正が適切になされたことを確認した上で原稿の採択を決定し、判定が「修正後再査読」の場合には、改めて査読者に査読を依頼する。

6. 査読の項目

査読者は以下の項目を念頭において評価、判定、掲載区分の判断を行う。

A. 内容の評価

- 1) ヘルスカウンセリングに関わる学術的研究に貢献しているか。

- 2) 要旨は、研究仮説や研究デザイン・方法・結果・結論が、制限文字数以内で述べられているか。
- 3) 序論部分に、研究背景や目的、問題意識、研究仮説等が述べられているか。
- 4) 研究方法は、適切かつ明確に記載されているか。
- 5) 対象者に対する当該研究のインフォームド・コンセントや倫理的配慮の実施がなされ、さらにその記載があるか。
- 6) 結果は、適切かつ明確に記載されているか。
- 7) 考察は、議論の展開は適切で、吟味されたものになっているか。
- 8) 要旨・キーワードは内容に即して適切か。

B. 表現・形式の評価

- 1) 論文のタイトルは論文の内容に即して適切か。
- 2) 文章の表現は明瞭で読みやすいか。
- 3) 全体の構成や見出しの立て方は適切か。
- 4) 図・表は適切かつ明確に扱われているか。
- 5) 引用文献の記載方法は適切か。
- 6) 執筆要項に沿って、記載がなされているか。
- 7) 本学会員以外にも、内容や用語が理解できる記述となっているか。

C. 採択判定

- 1) このままの原稿の種類で掲載可能。
- 2) 修正条件付きで掲載可。
- 3) 修正後要再査読。
- 4) 原稿の種類を変更すれば、このまま掲載可能。
- 5) 原稿の種類を変更し、修正条件付きで掲載可能。
- 6) 原稿の種類を変更し、修正後要再査読。
- 7) 掲載不適

7. 付則

この規定は2006年2月1日から施行する。

投 稿 用 紙

原稿を投稿するにあたりまして、論文応答責任者が、以下の欄に必要事項を御記入下さい。

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏 名		印
原 稿 タイトル		
原稿の掲載 希望 (○で囲む) 原稿量	原著論文 ・ 短 報 ・ 研究ノート ・ 実践報告 ・ 資 料 ・ 会員の声 原稿全体の原稿用紙換算枚数：400字詰計算で 枚 (本文 枚/図 枚/表 枚/写真 枚/調査票 枚)	
連絡先住所	〒	自 宅 ・ 職 場
電 話	自 宅 ・ 職 場	
F A X	自 宅 ・ 職 場	
E-mail		
職 業		

* 投稿原稿は、要旨、本文、図・表、写真、調査票など、すべて正1部、副2部（コピー可）を用意して、投稿料を振り込んだ上で本学会事務局へ送って下さい。

* なお、投稿される方は、本紙をコピーしてお使い下さい。

* 投稿前に、もう一度投稿規程と執筆要綱をお確かめください。

著作権譲渡同意書

NPO法人 ヘルスカウンセリング学会年報編集委員会 殿

論文タイトル

表記論文は、下記に署名した全執筆者が共同で書いた物であり、今までに他誌に発表されたことがなく、またほかの雑誌に投稿中でないことを認めます。また、表記論文がヘルスカウンセリング学会年報に掲載された場合は、その著作権をヘルスカウンセリング学会年報編集委員会に譲渡することに同意致します。

筆頭執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

共同執筆者署名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*全筆者の自筆署名を筆頭著者、共著者の順にご記入下さい。捺印は不要です。

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (No. _____)

*上記受付日は、編集委員会が記入します

INTERNATIONAL JOURNAL OF STRUCTURED ASSOCIATION TECHNIQUE

An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy

Aim and Scope

The International Journal of Structured Association Technique (IJSAT) is an interdisciplinary journal of sociology, psychology, anthropology, biology, physiology, management and health sciences. The mission is to take advantage of the right hemisphere activities of the human brain to explore the mind, body, and society through the structured association technique. Social skill developers, promoters, managers, consultants, counselors, educators, and health practitioners are invited to make contributions on any problem-solving research that promptly and effectively promotes human wellness .

Editors-in-Chief

Tsunetsugu Munakata, PhD, University of Tsukuba,
Japan
Sayuri Hashimoto, PhD, University of Tsukuba, Japan

Associate Editors

Francis N Onuoha, PhD, JSPS Fellow, Nigeria
Noriko Higuchi, PhD, University of Tsukuba, Japan

Editorial Board

Jessica P Campano, PhD, Capital University, Philippines
Chenyang Lui, PhD, Harbin Normal University, China
Keiichirou Kobayasi, PhD, Japan
J Gary Linn, PhD, Tennessee State University, USA
Reinhold Kilian, PhD, University of Ulm, Germany
Linda Bell, PhD, University of Indianapolis, USA
Mariko Komori, MS, Health Counseling Center Japan
Makoto Hosaka, DDS, Chiba Health College, Japan
Mary-Jo DelVecchio Good, PhD, Harvard Medical
School, USA
Thabo T Fako, PhD, University of Botswana, Botswana
Kumiko Yamazaki, PhD, University of Waseda, Japan
Mitsuki Nireni, PhD, Rissho University, Japan
Pornasuk Hunnirun, HSD, Srinakharinwirot University,
Thailand

Contact us:

Tsunetsugu Munakata
Editorial Office, IJSAT
Graduate School of Human Comprehensive Sciences
University of Tsukuba, 1-1-1 Tennoudai, D-512
Tsukuba 305-8577, Japan
Tel/fax 81-29-853-3971
Email munakata@ncs.tsukuba.ac.jp

Submission of Manuscripts

Published by the Academy for Health Counseling, Japan, the journal welcomes unsolicited manuscripts related to social skill issues, counseling and imagery therapy, mental health, and social well-being.

Manuscripts are submitted online by accessing the website <http://www.asahi-net.or.jp/~yt5t-mnkt/>. Authors can use the site to upload/submit new and revised manuscripts to the journal. Reviewers can use the site to download manuscripts for review and to submit their reviews. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic PDF proof, which is then used for reviewing.

Authors may send queries concerning the submission process, manuscript status, or journal procedure to the Editorial Office.

The Manuscript

Original articles, reviews, narratives, and commentaries are considered.

Original articles. Preference is given to empirical research relating to social skill, imagery counseling, narratives, health education and promotion, psychosomatic illness, mental health, patient participation in health care and health provider-client communication. Descriptive and intervention studies are solicited.

Reviews. In-depth reviews of empirical research, including the analytical discussion of contemporary social skill promotion, health counseling, mental health education and promotion and related issues are invited.

Narratives. Case studies and narratives about personal experiences that provide windows for health education and promotion, including social skill issues, mental health and counseling will be considered.

Commentaries. Short articles and commentaries on topical issues of social skill promotion, imagery therapy or public health would be considered.

Manuscripts should be ordered as follows: Title page, Abstract, 1. Introduction, 2. Methods, 3. Results, 4. Discussion and Conclusion, 4.1 Discussion, 4.2 Conclusion, 4.3 Practice Implications, References.

Abstract:

- Abstracts may be 200 words or less
 - Include about five keywords that describe the article
- Manuscripts without abstracts may be returned. Abstract should adhere to the following format: **objective, methods, results, conclusion, practice implications.**

The **title page** should include name(s) of the author(s), the address of institution of affiliation, telephone and fax (if available). Please provide **e-mail address of the corresponding author.**

Authors may be sure that practice implications are derived closely for the study data rather than from other literature. In the event that the study is a preliminary research, **practice implication** paragraph may be omitted. Abstract and manuscript are to be double-spaced.

The Text

- Submit one Word document per manuscript
- The Word document may contain the manuscript in the following order: abstract, text, references, table and figures
- Please remove all author(s) and institution identifiers from your electronic copy for blind review purposes.
- Keep manuscripts within 18 pages (including references).

Referencing

APA (American Psychological Association) 5th edition, formatting and referencing style are generally accepted.

Tables and figures

Tables and figures should be numbered in sequence throughout the article. Each should be on a separate

sheet at the end of the manuscript. Use asterisks (*) to indicate levels of significance. Figures submitted with final manuscript should be "camera ready," in black and white print.

REVIEW PROCESS

The following procedures are followed upon receipt of a manuscript:

- The editor determines if the manuscript is appropriate for the journal.
- The editor removes any identification of the author(s).
- The editor distributes the manuscript to reviewers for peer review
- The reviewers return the manuscript within 8 weeks to the editor with the recommendations thus: *accept*; *accept with minor revisions*; *accept with major revisions*; *reject*.
- When there is a lack of consensus among reviewers, the editor casts a decision.

An accepted manuscript is published on-line within weeks.

Copyright

Submission of the manuscript to IJSAT by the author (s) implies that the work has not been considered for publication elsewhere. Also the acceptance of the manuscript by IJSAT for publishing, implies that the author(s) has explicitly conferred on IJSAT the exclusive rights to reproduce and distribute the article.

ヘルスカウンセリング学会英文誌

INTERNATIONAL JOURNAL OF STRUCTURED ASSOCIATION TECHNIQUE An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy の発刊のお知らせと投稿のお誘い

NPO法人ヘルスカウンセリング学会の英文誌として電子ジャーナルINTERNATIONAL JOURNAL OF STRUCTURED ASSOCIATION TECHNIQUE An Electronic Journal of Social Skill, Issues Counseling and Imagery Therapyが、2007年に創刊され、今年で2年目を迎えます。SATカウンセリング学の発展のために、和文誌「ヘルスカウンセリング学会年報」と同様、多数の投稿をお願いいたします。なお、編集投稿委員会 (Editorial Board) の審議により、本学会の学術的な発展に寄与する論文として受理されたものは、和文であっても本学会で翻訳し掲載いたしますので、奮ってご応募ください。

面接(行動カウンセリング)技術を
Q&A形式でやさしく解説した入門書!

最新刊

行動変容のための

面接レッスン

行動カウンセリングの実践



実例DVD付

—習慣変容の
ための
初回面接—



足達 淑子 (あだち健康行動学研究所所長) / 著

■B5判 128頁 ■定価3,570円 (本体3,400円 税5%)

ISBN978-4-263-70556-8

- 読者自身の面接方法や習慣をチェックする「セルフチェック」、スキルアップに役立つ「今日からできる実践課題」を収録。日常生活の中で、無理なく面接技術がレベルアップできる!
- DVDでは、実際の面接例(面接の良い例、悪い例、クライアントの準備性のみきわめと対応)を紹介。
- 「特定保健指導」で面接を行うことになった、医療従事者の疑問に答える好適書。面接方法に悩む保健師、管理栄養士の方々に、まず読んで欲しい1冊。

<おもな目次>

プロローグ：指導者から生活支援のカウンセラーに
基礎編：行動カウンセリングを始める前に

実践編：Part-1 初回面接

実践編：Part-2 次回以降の面接



医歯薬出版株式会社 / 〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

TEL.03-5395-7610
FAX.03-5395-7611

<http://www.ishiyaku.co.jp/>

学会代行業務の主な内容



CTP・DTPシステムでの納期の短縮に…。
予算のご相談に…。
いつでもお気軽に相談させていただきます。

- 各論文の入力前の原稿整理・編集・校正
 - 学会員の名簿等の管理業務 ○各学会員の学会誌・案内等の梱包・発送業務
 - イベント会場の垂れ幕・看板・ポスター等の作成設営
 - ほのぼのキャラ作成：各ノベルティグッズ
- その他、一般的な印刷は全て対応可能。報告書から名刺まで。
ロゴマーク作成（案よりデザインまで）。
ホームページの立ち上げ。立案・作成・更新までの管理業務。



企画・デザイン・イベント

広報誌・パンフレット・カタログ・
ポスター・パネル・チラシ・はがき・
名刺・封筒・看板・シール・
ロゴマーク等

出版

研究紀要・記念誌・自費出版等

学会業務関連

定期刊行物発行・事務代行・
梱包発送等

冊子物

各種報告書（研究・科研）・定期
刊行物・名簿作成および管理等

各種簡易製本

上製本・修士・博士論文等

写真撮影

屋外・屋内

各種カード

ポストカード・図書・特殊印刷等

筆耕

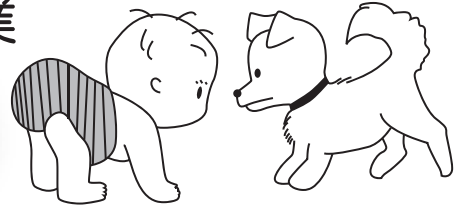
賞状・挨拶状・宛名等

デジタルコンテンツ

ホームページ・PDF・CD-ROM・
CD-R 作成

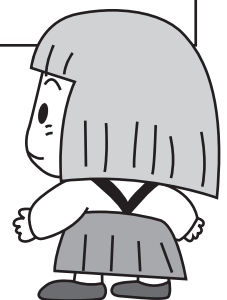
茨城県経営革新承認企業

ほのぼのキャラ



- ・ほのぼのキャラカード(診察券)
- ・オリジナルユニフォーム(プリント)
<Tシャツ・ポロシャツ・ジャンパー等>
- ・立体人形・お薬袋等

つくばより発信 GO!



総合印刷
alles druck 有限会社 アレス

〒300-3257 茨城県つくば市筑穂1-14-2

TEL 029-877-4888 (代) FAX 029-877-0503

E-mail mac@allesdrk.com ・ oseki@allesdrk.com

URL: <http://www.allesdrk.com> — (P) (プライバシーマーク) 取得中—

< 編集後記 >

最近、糖尿病の患者さんにカウンセリングを行っているが、糖尿病の患者さんのほとんどが幼いながら両親の離婚や病死、戦死などのトラウマ体験を持ち、潜在化した恐怖を抱きつつ、自立志向を強めて弱音を吐かないという共通性、自分のことばかり考えず、何よりも人を思いやることが大事だという共通した価値観を有する。こうした、疾病特有のスク립トなるものが存在しているということに、臨床体験を通じて理解することができる。身体や精神や行動に現れた症状は、偽りの自分から本来の自分で生きる生き方変容を促すメッセージであるということも。こうした視点が、様々な対人支援の場で必要であることを痛感する。

本号の特集は、「SATで築く多様性尊重社会」をメインテーマとして、臨床の場でのSAT法の活用例について、5人の先生から論文を寄稿いただいた。宗像先生からは「生き方革命をサポートするSATの健康心理療法」というタイトルで、ストレス病や生活習慣病をつくる悪性ストレスが生み出す生き方自体を変えて、普遍的に疾病を予防するユニバーサル予防法についてご執筆いただいた。クライアントのもつ遺伝情報、胎生期情報、自己イメージ情報などが、現在の精神的、行動的、身体的サインや悩みを作り出す要因になっていることや、そのサインや悩みを解消するために、偽りの自己を捨て、あるがままの自分を生かす生き方が必要であることを、医療や心理、教育に携わる対人援助職が理解しておく必要がある。奥野先生からは、SAT法を用いた休職者の職場復帰プログラムの効果について、植松先生からは、栄養士養成系の学生に対するカウンセリング授業による学生の自己報酬追求型への自己成長効果について、後藤先生からは、同じく薬学部の学生に対する患者のイメージワークによる、患者理解を促す効果について、ご執筆いただいた。塩澤先生からは、交通事故遺族への悲嘆ケアの際の多様性尊重と、SATを活用した悲嘆ケアについてご執筆いただいた。SAT法を用いた効果についての、エビデンスが満載である。橋本・奥富・宗像先生には、調査研究委員会報告論文として、セミナーの教育効果を分析いただいた。学会員の皆さんの自己成長の証でもある。

一般投稿論文は、5本掲載されている。時吉論文は、中学生の抑うつに関連する心理特性や身体症状について報告いただいた。精神症状よりも身体症状に出しやすい中学生のメンタルヘルス支援を考える上で、貴重な論文である。田中論文は、気質理論を活用した対人関係のストレスマネジメントの介入研究である。1回の介入によって、相手のへの認知を変えるだけで効果が得られる大変実践的なストレスマネジメント法である。松竹論文では、雲水のストレス軽減を目的とした交流会とグループカウンセリングによるストレスマネジメント効果を報告いただいた。石田論文では、独自に自己報酬追求型の生き方を測定し得る尺度を開発いただき、自己報酬追求型の生き方と依存度や自己抑制度は、逆相関するというエビデンスをご提示いただいた。塩谷論文では、アルコール依存症へのSAT法を用いた効果的な支援事例について報告いただいた。どの論文にも、人々の心身の自己報酬追求型の生き方への変容に寄与しうる実践的な知恵が満載である。

一人一人の学会員が持ちうる叡智やエネルギーを社会に還元する、今後の本学会年報への多くの投稿をお待ち申し上げる。

ヘルスカウンセリング学会年報編集委員長 樋口倫子

編集委員会

委員長	樋口 倫子			
委員	宗像 恒次			
編集事務	河内 奈美 (編集事務長)	高崎恵理子	岩永 由香	
	ひぐち眼科スタッフ一同			
本号の査読委員	奥村 秀則	奥富 庸一	小林啓一郎	小森まり子
	鈴木 浄美	橋本佐由理	樋口 倫子	宗像 恒次
	村上多恵子	山内 恵子		
英文校閲	Frances Ohnoha			(五十音順)

ヘルスカウンセリング学会年報 2008 Vol. 14

特集 SAT で築く多様性尊重社会

発行日 平成20年9月1日

発行人 特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会
学会長 宗像 恒次

〒272-0021

千葉県市川市八幡2-6-18-501

第3本八幡ダイヤモンドマンション

TEL 047-332-0726

FAX 047-332-5631

定価 2,000円(税込)

Journal of Health Counseling

Volume 14, September 2008

Contents

Preface

Noriko Higuchi

I. Special Issues

- SAT Health Psychotherapy Supports our Revolutionary of Way of Life
Munakata Tsunetsugu..... 1
- Diverse Sorrow in Separation-by-Death Experience:
Mental Health Support for Traffic Accident Bereaved Family
Yuriko Shiozawa.....11
- The Development of Image Work Program to Learn the Diversity of Patient Mentality
Keiko Goto.....21
- A Study of Return to Work Support after Long Term Absence due to Mental Illness:
the Effect of the Structurd Asociacion Technique Program
Kumiko Okuno.....29
- An Educational Effect of the Structured Association Technique Counseling Method in
a Dietitian Management Training Course
Setsuko Uematsu.....37

II. Original Paper

- Relationship Between Depression, Physical Symptoms and Psychological Characteristics of
Junior High School Students
Sawako Tokiyoshi and Hakaru Tasaki.....47
- Examining Effects of Human Relation Skill Using Genetic Temperament Concept on Stress
Management: 3-Month-Followup Intervention
Kyoko Tanaka and Tsunetsugu Munakata.....57

III. Research Committee Report

- Educational Effectiveness of Structured Association Technique Health Counseling Seminar:
The 14th Report
Sayuri Hashimoto, Yoichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata.....65

IV. Research Notes

- Stress Management by SAT method for Zen Monastery:
Stress Reduction Effects of SAT Group Counseling and Exchange Meeting
Hiroyuki Matsutake.....87
- Scale Development for Life Attitude in Pursuit of Self-Reward for Mental Health
Akemi Ishida, Shiori Jinbo, Tomomi Nakayama, Yoshiko Ishitate, Mari Okamoto,
Setsuko Uematsu, Motoko Noma, Noriko Higuchi and Mariko Komori.....93
- The Efficacy of the Structured Association Technique Imagery Therapy
Intervention for Alcoholics
Ikuko Shiotani and Tsunetsugu Munakata.....101