

遊戯療法の経験とその問題

一 遊戯療法の研究（第2報）一

梶 瀬 稔

I 問 題

従来わが国における不適応児童の治療法は、親や教師への助言によつて家庭或は学校での人間関係の改善を試みようとするのが一般であり、施設に移しての治療を試みることも一部に行われてきた。前者は、両親や教師が助言を如何に活用するかに関心の中心が残され、後者も、幾多の制約を伴う上に、治療後の環境再適応という困難な問題をはらんでいる。これらに対立して、直接子供に働きかける方法が、1930年前後の児童の精神分析的研究を源に、ヨーロッパやアメリカに発展して行つた。環境の変容に依存せず、意図的に心理療法の場を設定して不適応児を直接に治療しようとの試みである。勿論、従来もこのような治療状況に類似したものが、家庭・学校・近隣の特異的な人間関係の中に見出され得たであろう。しかし、遊戯療法（play therapy）や集団療法（group therapy）の名で呼ばれるものは、この方法を体系的に発展・改善させて行く可能性をもたらした点で意義をもっている。最近、わが国でもこのような方法を試みた結果の経験が若干報告され始めた。（1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12,）いずれも有効であることの報告が多いが、端緒にいたばかりなので問題は今後に残されている。しかも、児童の心理療法はあまりにも複雑な現象を有するので、経験の累積と分析、状況に応じた研究方法の確立から出発しなければならぬ。

この課題意識の下に、我々は1954年来 child-centered play therapy 或は nondirective play therapy と云われる方法で治療を継続して

きた。既に初年度の未熟な経験を報告したので（13）、それに引き続いたこの2年間の経験をここに報告する。ここでの考察の中心は、1）現段階における経験の反省、2）今後の見通しをうるための幾つかの問題の提出、3）この目的のためには如何なる研究方法の確立が妥当であるか、などの諸点である。

II この研究の方法的問題

この報告の研究法は、治療経験という action research において、経験を記述し問題として浮び上つた点を分析するところから始まる。ここに多くの方法論的問題をはらむことになる。この主要点を列挙しておこう。

1）この研究の現段階における approach の中心は、治療経験と治療効果についての一般の見通しと顕著な問題点を考察することである。

2）治療の方法は、子供の治療も親のカウンセリングも、Rogers, C. R. (29), Axline, V. M. (15), Dorfman, E. (17), Moustakas, C. E. (26) などの唱える client-centered 及び child-centered の基本的態度を維持することに努めた。しかし、問題状況と治療者の個性によつて若干の変容を免れなかつた。*

3）基本となつた data の蒐集は、次の各段階を経ている。

治療経験→観察者による記録・討議・直後に簡単なメモ→直後乃至2, 3日以内に簡略に経過を記述・要点の考察・反省→全経過をまとめる際に通読・状況記録を手掛りに類似性・対照性

* 方法の変容の1つは、臨床施設としての立場から初診を必要としたことである。他の変容点については後述する。それ故、厳密な意味では child-centered play therapy とは云いがたい。

・有意味的関連などの考察→解釈と吟味→要約
(主要現象のみとりあげる)*

4) この報告は第1報(1954年度—11例)にひき続いた、1955年度及び1956年度に治療を行ったもの計18例である。(但し57年3月開始の6例を治療期間の短いため省いた。)

5)この方法は次のような欠点をもつであろう。

1. 治療関係における治療者と子供・親との関係は、影響し同時に影響される存在的关系をもつこと。(22)云はば、個々の case を中心とした方法である。ここに、治療法及び記述方法の一貫性に欠ける可能性をもつ。
2. 1と連関して治療者としての条件が常に異つていることからくる相互影響性が働いている。治療者のパーソナリティ、技術の熟達度、その時の気分と健康などに常に支配され勝ちである点など。
3. 児童を対象とすることからくる了解の困難性により、解釈の相違が生じ易い。
4. 児童は、家庭・学校・社会生活という背景をもち、それによつて大きく影響されている。この状況全体を考慮することの困難。
5. 記述的方法に免れることのできない現象把握の一面性をもつこと。(記述者自身の熟達度と認識態度の問題が関係する)ここに認識方法の限界が反省される。

Ⅲ 対象と結果、及びその考察

全対象18例の大体の概観をうるために表を作成した。Table 1 が 1955 年度開始のもの、Table 2 が1956年度開始のものである。この表をもとに考察を加えよう

1 対象

- 1) 人数。♂11人, ♀7人, 計18人。
- 2) 年令。治療開始時を基準にした。最底5才

5ヶ月, 最高9才5ヶ月。

3) I.Q. 最低72, 最高128。しかし知能テスト不能のものが4例ある。これはテストを拒否したもの2例。治療の妨害になると考えてしなかつたものが2例である。

4) 主要徴候は記載のごとく18例全部、神経症である。徴候・家庭環境・両親の態度などから推量しうるように、すべて乳幼時から形成されたものとして character neurosis の傾向を帯びている。更に1例(case 18)は、その上担任教師との葛藤による一時的行動問題を伴っていたものである。

2 治療の効果

1) 評価の方法

治療効果の測定は複雑な問題を提起するが、ここでは次の観点により評価を行った。即ち(1)単に主要徴候の変化のみでなくパーソナリティの変化を問題にしようとする。こと。(2)その子供自身に即して、障害の程度と成長可能性を考慮に入れて評価しようとする。こと。このような基本的観点に立つて次の4段階に評定した。

「著しくよい」 主要徴候の消失のみならず、行動像が著しく変化したもの。この段階は徴候に対する危惧からも明らかに遠ざかり、現在に不安を残さぬものである。

「可成りよい」 前者ほどではないが、行動像が変化し、明らかに良経過をたどつていると見なせるもの。この段階は将来への明るい見通しがある程度できたものである。

「少しよい」 主要徴候の消失・改善などが見られ、好転への傾向を徐々に示しているもの。但し、この段階は基本的にはなお行動像全体が変化したとは云えないものである。

「変化せず」 主要徴候及びパーソナリティ(全体的行動の印象像)の両者とも余り変化が見られない場合。

※ 現段階では記録方法及び量から考えて主要現象のみでも洩らさずとりあげることは不可能である。簡単に経過の概要を記述するにとどまる。ここでは治療の記録を省略するが、すでに2, 3報告したことがある。(9.13)

尚、ここでは「悪化する」は項目に加えなかつた。まだそのような経験をもたないからである。しかし、「逆もどり」が1例ある(case 7)。これは、治療開始時の状況に逆もどりしたものである。

これを次のような手続きで評定した。

(1) 治療者・観察者・親のカウンセラーの討議による評定 治療及びカウンセリングの経過において得られる具体的行動像と印象像の変化、担任教師から治療前後及び経過中に得る所見などを参考資料に、厳密に評定するよう努めた。この際、評定者間の信頼度の検討は行わなかつた。何故なら、1.成人の場合とちがって、テープレコーダーなど適当な客観的記録に依存できなかつたこと。2.熟練者が多くいないこと。3.これに加えて、平素の連絡が緊密であるので当然一致する傾向になるなどの理由からである。

(2) ロールシヤツハ・テストによる評価 前者と独立にロールシヤツハ・テストによる治療前後の評価を7例について試みた。これは別に発表される予定であるのでここでは報告しない。この結果と前者の方法による評定は一例を除いて一致した。なお問題は残されているが、(1)の評定法は大体的見通しをうる方法として信頼できよう。

(3) Follow-up による評価 治療終結及び中断のものについては、半年及び1年後に往復ハガキにより親・担任教師などの日常所見の記述を求め、これを資料に(1)と同じ手続きで評価した。これは大体的様子を知りうる程度で粗雑を免れないが、本研究の現状の目的には合致するであろう。又、2例のみロールシヤツハ・テストによる同期の評価を行った。

2) 治療成績の概観

以上の方法に基づいて、治療終結時及び中断時の状況、継続中の7例については57年3月末日の現状について評価した。Table 1, 2, に個々のcase について記載したが、Table 3 はこれを集計したものである。「変化せず」が55年度開始のものに多く、この中に中断例を多く含むのは我々の技術未熟も表現されている。「著しくよい」がいつでも吃音児であることは、徴候の消失と評価の関係についての問題を提出するが、他のcase よりも長期にわたって治癒するまで来室していることにもよる。

Table 3 治療成績の概観

	終結又は 中断のもの の	継続中 のもの	計
著しくよい	2	0	2
可成りよい	0	3	3
少しよい	4	4	8
変化せず	5	0	5
計	11	7	18

3) 予後における変化

6ヶ月以前に終結したものと及び中断したものについて、follow-up 時の状況を Table 4 (次頁)に概観しよう。一般に予後が親の態度により大きく影響されることは否定できない。殊に、不成功例においてこの感じをもつ。成功例においては、終結時よりも follow-up 時に更に一層の変化が認められる。これは子供自身が順調な成長過程にあることを物語っている。

* 河合隼雄, Rorschach Test による児童の心理療法の評価 (準備中)

Table 4 終結時及び中断時の状況と予後の状況との比較

終結時又は中断時	follow-up 時
1. 変化せず 5例 (いづれも中断例)	2例 依然変化せず学校で困惑している (case 4, 6,) (いづれも重症例, 家庭・親の問題がある) 2例 少しよい (case 7, 10)(吃音矯正所・担任教師の努力によると思われる) 1例 可成りよい (case 3) (来室を契機に母親が変化し始めたことによると思われる)
2. 少しよい 3例	1例 同じ状態のまま (case 8) 2例 可成りよい (case 1, 5) (親が洞察を得ているもの。治療とカウンセリングの関係を示唆する)
3. 著しくよい 1例	同前 (case 2) (行動もかつての趣きをなくした位に変化する)

4) 徴候別の成績

治療開始以来29例を扱つたにすぎないので、徴候別の問題を論ずるには尚早い。吃音・幼児語・チック・夜尿・緘黙など明瞭な徴候を伴うものを経験しているが、経過中のものが多いしまだ十分な資料はない。ここでは比較的多く扱う機会を得た吃音児とひつ込み勝ちで消極的な子供について簡単に触れるにとどめる。

(1) 吃音児 我々の扱つた吃音児は次の5例である。

第1報告 (13) に2例	<table> <tr><td>治癒</td><td>1例 (case 1)</td></tr> <tr><td>未治</td><td>1例 (case 3)</td></tr> </table>	治癒	1例 (case 1)	未治	1例 (case 3)
治癒	1例 (case 1)				
未治	1例 (case 3)				
この報告 に3例	<table> <tr><td>治癒</td><td>2例 (case 2, 9)</td></tr> <tr><td>未治</td><td>1例 (case 7)</td></tr> </table>	治癒	2例 (case 2, 9)	未治	1例 (case 7)
治癒	2例 (case 2, 9)				
未治	1例 (case 7)				
計 5例	<table> <tr><td>治癒</td><td>3例</td></tr> <tr><td>未治</td><td>2例</td></tr> </table>	治癒	3例	未治	2例
治癒	3例				
未治	2例				

これらは再三の follow-up によりその後の経過が確認された。その結果、治癒のものは現在も良好であり、未治の2例は多少の変化を伴いながらもなお未治のままであることが確認されている。ただ注意しなければならぬのは吃音のように機能的自律 (functional autonomy) 化をしたものは、殆んど消失して親子とも吃音に対する自信を得てから全く完全に消失するまでの期間が非常に長いことである。(第1報の case 1 は1年半後に完全に消失、

この報告の case 2 は現在1年後を経ているが、なお、稀に微かな徴候の見られることがある)

未治例はいづれも中断されたものであるが、当時まだ吃音児の心理療法に自信をもっていなかつたことが、一番大きな中断要因であると考えられる。これらは吃音矯正所へ行つたが、一時的軽快にとどまり再発が見られている。

以上の詳細は別の機会に報告する予定であるが、我々の経験を要約すると、1. 吃音消失は遊戯療法の経過に表れるパーソナリティの変化に密接に関連していること、2. 殆ど消失してから完全消失に至る期間が長いこと (ここに矯正の併用が考えられる) 3. 親のカウンセリングにより母親の洞察が進展し、態度の好転が見られている。これが従来の吃音矯正に見られぬ要因を形成するであろうことなどである。治療はいづれも長期にわたっているが、年少者の吃音を遊戯療法によつて治療することの可能性に希望をもつに至っている。

(2) ひつこみ勝ちで消極的な子供 このタイプは、それぞれ孤立・友人がない・団体行動不能・小声・依存的……などの特徴をもっている子供である (case 2, 4, 5, 6, 8, 12, 13, 16. の8例)。この中、重症例 (case 4, 6) の2例を除けば、比較的早期から変化が見え始めている。治療が彼等に自由な雰囲気の中で思うままに振る舞える経験を与えるので、対人関係への自信を急速に得て行くためと思われる。

遊戯療法の経験とその問題：畠頼

攻撃的な子供についても現在数例を経験中である。他の徴候群についてはまだ見通しをつけるほどの多数を経験していない。

5). I. Q. と治療成績

I. Q. と治療成績の関連をみるために Table 5 を表示してみる。この関係はいろいろのfactorを含むので一元的には論じられないが、この表から境界線児童でも治療対象として不適當ではないと云えるであろう。

Table 5 I. Q. と治療成績

	著しく よ	可なり い	少し いい	変化せ ず	計
70 — 79		1			1
80 — 89			2		2
90 — 109	1	2	1	2	6
110 — 119			1	1	2
120 — 129	1		2		3
不 能			2	2	4
計	2	3	8	5	18

例 case 13 I.Q. 72. 一寸したことに異常なまでの恐怖を示し、虫・風船・鉄砲の音などに対しては身を屈して震えるほどであった。クラスの団体遊戯も傍見する許りで入れなかつた。この状態が、治療6ヶ月を経た現在、団体遊戯に参加するようになり、先生にも話しかけることのできるまでに変化している。体操の時には先頭になつて騒ぐほどである。彼の学業成績や知的能力は以前と同じ状態にあるが。

第1報でも I.Q. 59 の子供の好転例を報告した。学業成績の変化は望めぬにしても、行動の変化は彼らなりに期待できるようである。魯鈍級以下の子供は精薄学級に入る方が適していることは勿論であるが、境界線児童の適応問題に関してはある程度の助力が可能であろうと思われる。

3 治療期間と面接回数

治療は原則として1週1回45分とした。個人療

法と集団療法の両者を行つたので、各々の回数とその総計を記入してある。集団療法に数えたのは3名以上のグループの場合である。但し、兄弟を

Table 6 面接回数

回 数	終 結 及 び 中 断 の も の	継 続 中 の も の	計
1 ~ 5	3	1	4
6 ~ 10	3	2	5
11 ~ 15	1	1	2
16 ~ 20		1	1
21 ~ 25	1	2	3
26 ~ 30	2		2
31 ~ 35	1		1
計	11	7	18

Table 7 治療期間

期 間	終 結 ・ 中 断 の も の	継 続 中 の も の	計
1ヶ月	3		3
2 "		1	1
3 "	1		1
4 "		1	1
5 "	1	1	2
6 "	1	4	5
7 "	1		1
8 "			
9 "	2		2
10 "	1		1
11 "			
12 "			
1年1 "			
1年2 "	1		1
計	11	7	18

伴つたものは3人以上でも「グループ」には入れていない(case 5)。屢々一人で治療者に相対する自信のなさから、或は一人で通う自信のなさから、不安を避ける手段として兄弟を伴うのを見るからである。面接回数と治療期間は Table 6 及び Table 7 に表にした。治療期間は、欠席や休日をはさむので長びき勝ちであり、回数と期間は必ずしも平行していない。これらを概観して次の諸点を指適できよう。

1). 26回以上の3名はいつでも吃音児である。期間も9ヶ月～1年2ヶ月の長期にわたっている。このように明瞭な徴候を伴っているものは、長期にわたって motivation が失われぬ。

2). 継続中のものを除外して、面接回数15回以下のものは1例(case 1)を除いて皆何らかの理由で中断されたものである。この中には、6～7ヶ月にわたるも7～10回の面接しか行っていない2例(case 4, 8)を含んでいる。中断例は概して最初から motivation に欠け、欠席数も多く、長続きしていない。

3). 終結を如何にして行ふかは非常にむづかしい問題であるが、現在のところ完全な child-centered の方法に則して、本人が自信を得て自分から終結を行つたものは1例(case 9)のみである。他の3例は、将来への見通しを得た際に、治療者が親の側の理由により、本人に終結を承諾して貰うというプロセスを経ている。終結例は1例(case 1)を除いて、面接回数20回以上、治療期間9ヶ月を経ている。このことは child-centered の原則に立つ時は、治療期間が非常に長くかかることを示している。我々はこの問題に対処するために、好転したものへの予後的治療法としては、専ら集団療法に偏入することによつて治療者側の労力を軽減しようと試みている。

4). 治療終結時の適切さの問題についてはなお検討の余地がある。Allen, F. H. のごとく、終結を治療の integral part として、この新しい経験に分離(differentiation)という重要な役割を意味づけるものと、child-centered の立場のごとく子供の自発性と責任に任せて行くことを

理想とするものと、何れがよいかの問題である。これは「転移」に関する解釈の相違が根底にあると考えられる。終結は治療者側、家庭側などの状況によつて多く左右される性質のものであるが、最も適切な終結方法の考察は今後の課題である。

現段階では、治療回数・治療期間と治療効果の関係を云々することはできない。技術の未熟、障害の程度、親のカウンセリングの進展度、その他の環境的要因など多くの factor の関連が考えられるからであり、現在はこの問題を考察する段階には達していない。

4 治療中断の問題

治療が終結に至らずに何らかの理由で中断する例について分析しておこう。これは、(1) 治療が所期の目的を果さなかつた意味で治療法の体系化における反省の手掛りの一つとなる。又、(2) motivation を喪失させる factor の何ものかを明瞭にできる、という2つの理由からである。

過去3年間の経験において、「中断例」は後年ほど減少していった。Table 8 に治療を始めた初年度からの中断数と終結数の比較を示すと、現在では中断例が余りないことが見られる。これは前にも述べたように(10)我々の遊戯療法が創始期にあつたので、子供の不安・親の治療への懷疑・治療への意欲のないことなどに対処する技術が欠けていたことをよく表現しているものである。

Table 8. 過去3年間の中断数の比較

開始年度	対象数	終結数	中断数	継続中のもの
1954年度	11	3	8	0
1955 "	10	4	6	0
1956 "	8	0	1	7

これらの技術の反省により、現在では中断する case は少くなつた。しかしなお「中断」はこの種治療には免れないものである。それ故この中断状況の分析を通していくつかの問題点を提出しておこう。これはさまざまな factor が関連し合つ

遊戯療法の経験とその問題：畠瀬

Table 9 指定される中断の要因

ケース番号	治療期間	治療回数	本人(子供)の状況	親の状況	治療者側の反省	中断時の状況
3	1ヶ月	3	○遊戯室へ入ることを拒否し、立ち続けたまま (来室を喜ぶ、家で大学の絵を描く、しかし大学が近づくにつれ足がしびり室へ入ると全くnegativeな態度※)	○子供を無理に遊戯室へ入れようとする (親子関係の問題をそのまま現出する)	○親子を同室させ両者を受容する技術に欠く ○親へのインフォメーションの適切さを欠く	話し合いにより以後の経過を見ることにする 数回連絡あり
4	7ヶ月	7	○遊戯室で立ち廻けたまま無言 ○消極的な抵抗を示すがpassive(学校でも同じ態度)	○治療が長期にわたることを聞きmotivationを失う ○学校からやかましく云われて来室(教師への反感)	○親へのインフォメーションの適切さを欠く ○母親の学校への不満の理解を欠く ○子供を受容する技術に欠く	欠席多く1ヶ月1回の割合で来室、その後連絡なきまま中断(最近、学校から要求され、再治療の予定)
6	1ヶ月	5	○遊戯室へ入ることを拒否 ○弟と一緒に遊ぼうとして伴うが、理解してもらえず余計negative(治療者に1人で対す)自信がないと思える)	○遊戯室へ入らぬのを見て治療の長期にわたるのをおそれる ○家庭の理由から、本人を祖母の家へ預ける。迎えに行き来室しなければならぬ困難	○子供を受容する技術に問題点 ○親へのインフォメーションの適切さを欠く	"1月休む"と云つて、そのまま中断 連絡なし
7	10ヶ月	28	○来室を嫌がる(近所の遊び仲間に関心をもち) ○編入されたグループを嫌う(最年少、常にリーダーになることを欲する)	○吃音悪化により現在の方法に不安をもつ(1月休む中に悪化)	○吃音児の遊戯療法に対する自信欠から、矯正所遊戯療法を自由に撰択さす ○子供を受容する技術に欠く	その後連絡なきまま中断、以後連絡なし
8	6ヶ月	10	○来室までの途中に恐怖をもつ(1人で来室すること不能)	○家業多忙で一緒に来室すること不能 ○任された訪問教師が多忙で、不来が多い	○訪問教師と治療者の間の連絡不十分により、来室を助けることをしなかつた	欠席多く、訪問教師、親の都合により欠席が左右される。その後連絡なし。
10	1ヶ月	5	○治療者に対すると消極的になり表現が抑えられる (姉と同室の時はよい、治療者に1人で対す自信がない)	○遠隔地を理由に早く終結したが ○幼稚園から要求されて来室したため見かけの洞察を示して止めたがる	○親へのインフォメーションの適切さを欠く ○子供を受容する技術を欠く	話し合いでやめる 数回連絡あり
11	5ヶ月	14	来室を喜び、充分モチベーションあり	○母親はモチベーションをもつが、祖母の反対に会い、来室を躊躇 ○祖母が、家庭内の問題を外で相談したり、解決することに不満		話し合いにより一時的中止

※ follow-up 時 "今なら1人で遊べる、一度遊びたいなあ"と云つたという報告があつた。これと同じようにnegativeになり中断されたcaseで、同様の報せをうけとつたものが他にもある。(第1報告のcase 10)これは明らかに治療状況にたいする自信の問題であることを示している。

たり共在した結果起ると考えられるので、その要因を推定するにとどまる。これを表にしたのが Table 9 (前頁) である。

これらをまとめてみると次のようになる。

1. 本人(子供)の状況に含まれる要因
 1. 来室に対して negative になる 5例
 2. 来室までの途中に恐怖をもつ 1例
2. 親の状況に含まれる要因
 1. 治療が長期にわたることから motivation を喪失 ("将来どうにかなるであろう" という態度) 2例
 2. 担任教師への反感をもつもの(治療者側は教師と同視される) 1例
 3. 心理的治療法への懐疑と不安 1例
 4. 遠隔地 1例
 5. 多忙 1例
 6. 家庭内の無理解による反対 1例
3. 治療者側に含まれる要因
 1. 子供乃至親を受容し、理解する技術に欠ける 5例
 2. 親に対して、治療についてのインフォメーションを適切に与えることを欠く 4例
 3. 訪問教師・家庭との連絡不十分 1例
 4. 治療者の自信喪失が親に反映したと見られる 1例

以上は我々の技術の未熟を反省させると同時に遊戯療法の技術そのものを体系化するに必要な資料となりうるであろう。その主な点を考察しておこう。

1) 「多忙」「遠隔地」などの外的理由に対しては、(1)子供が1人で来れるように助力する。(2) social worker による指導、これらの不可能な場合は、(3)担任教師その他と連絡を密にする、などのいずれかの方法が必要となる。

2) 子供が来室に対して negative になることは、治療者側が子供を受容し理解することを欠いている反面の現象と考えられる。この点について前述の 5例を更に分類すると次の 2つが見られる。

- (1) 治療者に1人で対す自信がないと考えられるもの (case 3, 4, 6, 10). 4例
- (2) 遊戯室より他の遊び仲間に関心を有するもの (case 7). 1例

子供の治療への態度はそれぞれ異なっている。彼らの motivation が見られない時は治療は一般に進行しないのである。これは治療者のパーソナリティに影響されることも多いが、子供の internal frame of reference に応じて対処して行く技術を dynamic に変更して行くことも必要である。従つて、(1)兄弟と共に来室することを認める、(2)集団療法に編入する、(3)子供の関心に応じた遊び或はグループを構成する、ことなどが対策として考えられよう。

3) 中断時の状況を分類すると次の 2つが注目できる。

- (1) 治療者側と話し合いにより中止したもの 3例 (case 3, 10, 11)
- (2) 連絡のないまま中断したもの 4例 (case 4, 6, 7, 8)

(1)は follow-up 時可成り好転している例が多く、(2)はこれに反して返信もなかつた。これは何らかの抵抗もあると考えられよう。担任教師などを通じた follow-up の成績を見ると(2)は(1)に比して予後が悪い。これは親の治療への参加の motivation と責任が子供の問題を改善することに関連があることを示唆する。この問題について現在までの経験を反省する時、親の態度や感情の受容と理解にも問題が残っていることを認めるが、それ以上に子供の不適応状態の意味・遊戯療法の意義と経過などを適切な information として提出する必要を感ずるのである。

5 遊戯療法の経過からみた問題

治療の過程に見られる現象は複雑でしかもそれぞれの子供に unique なものであるから、充分な approach の方法をもたない現段階ではこれを追求することは非常に困難な課題である。それ故ここでは顕著な問題のみとりあげる。

- 1) 治療に negative な態度を示すものについ

ては「受容」と「internal frame of reference を理解すること」に問題があると考えていることを既に述べた。

2) これ以外の case は多かれ少かれ変化を示している。しかしこれを motivation という観点からみるとそれぞれ異つていことが見られる。即ち次の 3 type に分ける。

1. motivation を示して来室を楽しみにするもの 9 例 (case 1, 2, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18) 半数の子供である。

これらの子供の生活にとっては遊戯療法の経験が重要な位置をもつことの一つの指標と考えるであろう。彼らは皆来室を好み外的理由による他は欠席が殆ど見られない。これらの治療成績をみると。

- (1) case 1, 2, 9, 13, 14, 15 の 6 例は成功例と考える。
- (2) case 11 は母親に問題があるもので後述する。
- (3) case 16, 18 は病気、その他の理由で欠席勝ちであるのでその帰趨は今のところ見通しがたい。

2. motivation の低い 2 例は治療過程の顕著な進展は見られていない。「少しよい」という行動変化も遊戯治療そのものによるよりむしろカウンセリングによる母親の態度の変化によると考えた方が妥当であろう。これは基本条件としての治療関係を阻害するものがあるので進展をみないと云える。各 case 別に考えると、

- (1) case 5 は母親との連絡に問題があつたことを気づいた例である。兄弟と一緒に来室する時は積極的であるが、1 人だけの時は全く態度が違って消極的になる。本人自身がうちとけない性質である故もあるが、親が「兄弟順番に行く」とか、「他の兄弟は別の日に行った」と云つてだまして本人を連れてきていたことが後でわかつた。7 回目には来室が好きであることを表現し、やや motivation が見られ始めていたが、最初母親が無理に来室させようと小細工を試みたことが悪影響して、結局来室への motivation を失うこと

になつた。それ故この case は母親のある程度の洞察を機会に終結することになつた。

(2) case 12 は、最初「面白い」と云い、母の来れない時「友達を連れて一緒に行く」とまで云つていたが、治療者側が治療効果測定の目的からロールシャッハ・テストを施そうとしたことが threat となり、治療者側への信頼を多に減退させることになつた。そのまま病気がちで進展をみていない。

母親との連絡、テストの時機などについては充分考慮を払わねばならないことを反省させられる。

3. 容易にうちとけない子供は個人療法では治療者との関係がなかなか進展しない。このような子供が集団療法に編入されて急速に motivation の高まつた例がある。

case 17 は最初来室を喜んでしたが、後には来室を一種の義務感のように感じているらしく定つた日に来るだけで自由な表現が殆ど見られない。家では「玩具が変わらないから面白くない」と云つていたという。この case はグループに入れられて急速に積極性を増し、以前に比べると遙かに自己の感情を表現するようになった。これは未熟な治療者の「受容」にも問題があるが、このようなうちとけない子供に対しては、狭い空間と遊び材料の変化の見られぬところより、グループの方が「受容」と「関心」が増す例である。

3) 成功例と考えられるものについては、play attitude, play activity, 治療者との関係などが徐々に変化して行くことが見られている。これは Landisberg と Snyder が身体的活動の増加・感情表現の増加を指摘したり (23), Moustakas が情緒を、漠然としたままとまりのない感情及び態度の段階から、明瞭で現実に即した感情及び態度の優位する段階に達するまでに 5 段階の変化過程を見た (27) と同じことが観察されるのである。又、一般的傾向として dependent → independent, destructive → constructive, unstable → stable, withdrawal → aggressive, isolate → cooperative, fixed, rigid → dynamic の過程が見られることである。これらはそれぞれの

case に unique な意味をもつと推定され、その個人の系列内で比較、対象させて解釈して行くことが必要と思われる。

4) 上の変化は、家庭・学校よりも遊戯室の中で先づ表れることを直接に経験することがある。この例を挙げておこう。

例1 case 16 は、治療者への依存的要求が「制限」に出会ったため、攻撃的感情を治療者へ、更に玩具へ、そして自分自身へと発展させて行った。そして19回には全く一変したかの如く治療者への攻撃感もなく、始めて constructive な遊びを始めた。その時の親のカウンセリングによつて依然として手を焼いていることが知られたが、遊戯室では、その後も幾分の消長過程が見られるとは云え、治療者との関係がこの時を転機として、だんだん constructive play の増加に向かっている。

例2 case 2 は吃音の消失が先づ遊戯室内で見られてその後暫らくの経過後外部でも消失したことが報じられている。吃音のこのような例については既に2度報告した(9, 13)。

以上のように遊戯室での変化が外部へ transfer して行くことが比較的明瞭に見うることもあるが、そうでないことが多い。複雑な条件を伴うので見通しがたいことによるのである。しかし成功例はいづれも治療関係による好転が大きな要因であると考えられる。これを追求するに際して、観察の熟達がどの程度の解決をもたらすか、又他の妥当な接近法がありうるかどうかが課題となる。

6 親のカウンセリングの問題

幼少の子供は親・家庭の影響する比重が大きい。又年令或は社会的未成熟のため、距離の関係などで子供と親は一緒に来室しなければならぬ場合が多い。それ故親の motivation により遊戯療法の進展が阻まれることを屢々経験したので、遊戯療法の過程で親のカウンセリングを特に重視する必要にせまられてきた。幾つかの問題点を概括しよう。

1) 親の来室状況

次の3つに分けることができる。

1. 親子がいつも一緒に来室するもの 13例
2. 時々連絡に来室するもの

1例 (case 13)

3. 殆ど来室しないもの

4例 (case 8, 11, 14, 17)

殆ど来室しないものの理由をみると、すべて "多忙" であり、母親が職業をもつか家業に追われる位置にある。この中2例は訪問教師に任し2例は1人だけでやつてきた。

色々の事情から親の来室を求めることが困難な場合があり、又子供1人で来室さす方が本人の独立心・治療への意欲・責任などを養う点でよいことも多い。治療が長びく場合は親の負担になり勝ちなので、親との連絡を時々行う程度で子供に直接働きかける方法をもつと改善して行くことが要請されよう。

2). カウンセリングの経過に示される親の状態像

「問題の子供」の親が「問題の親」であることは一般であろうが、しかし親の状況もさまざまである。これらを類型化することはなお問題を残すがカウンセリングの過程から見て初期の像を大体次の3つに分けることができよう。

1. 明らかに神経症的問題を有すると考えられるもの 8例
(case 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 16)
2. 既に自己及び子供の情緒的問題に、ある程度の洞察をもっているもの (case 1, 3, 12, 13, 17, 18) 6例
3. 情緒的問題は少く、information の欠如の方が大きな問題と考えられるもの (case 2, 8, 14, 15) 4例

神経症的傾向を示すものが多いことは親のカウンセリングを重視する必要性を物語るであろう。この3つの類型は、カウンセリングの進展で移行して行く3つの段階とも考えられる。

3). 親のカウンセリングの方法の問題点

一般にいつれの親も最初は problem-stating になり情緒的色彩が全体をおおう。しかし、次の段階では、上述した親の状態像に従つてカウンセ

リングの方法も異つて行かなければならぬであろう。ここに従来の固定化された Rogerian の方法の変容の必要が問題となる。

1. information の必要の問題 既に中断例や母親との連絡不十分な例について述べた時ふれたが、子供の問題の意味・治療の方法などについて適確に説明することがなかつたならば、中断や治療過程の阻害の原因を作ることにもなる。一般には親は被治療者自身ではなく、子供の問題を悩んでいるのである。親自身の神経症の問題が全過程をおおつてしまうことが見られた例でも (case 9), 子供の吃音の問題に関しては neutral information を必要としている。ここに厳密な client-centered の方法に対立した information technique の問題が提出される。

2. information technique の問題 この考えは既に Barahal, G. D. et al. (16), Moustakas, C. E. et al. (25) などの提起した問題であり, Rogerian の従来の方法を発展させる立場から行われたものである。Perry, W.G. と Estes, S.G. も同様の立場から次のように云う (28)。

第一段階では厳密な client-centered の方法を使用し, client が治療場面を自己の発見的傾向を助力するものとしてみる段階に達した後は, 第二の問題解決への共同者としての information を提出する立場に変化して行くのがよい。この関係にあつては, 治療者は問題に対する expert in general であり, client はその問題の解決の当事者としての expert in particular である。そして両者は同等の地平に立つての共同が可能である。

これは親のカウンセリングの方法として妥当なものと思える。しかし, information の提出の仕方と時機, 如何なる経過が見られるかなどの問題は今後の分析にまたねばならない。

4). 親のカウンセリングの一方法としての
グループ・カウンセリングの試み

このような試みは既にアメリカで行われている

ようであるが (19, P.13) 我々も1956年来, 子供の集団療法と平行させつつある。2, 3人~5, 6人の母親が会合をもっている。現在までの経験を要約しておこう。

1). 利点と考えられること

1. 各人が自分の子供にそれぞれ悩みをもっていることを知り, お互いに同情する。
2. 自分の子供の悪い面ばかり見ていたのが同時によい面のあることを見なおす機会をもつ。(例 case 11 の母親が他の子供の母親に羨れて始めて自分の子供の長所に気づいた。そして子供の問題が自分の問題であることを意識する契機となつた。)
3. 自分の経験を話合う伝達の機関になる -information の交換。
4. 診断的に考える時, 母親のパーソナリティの個人面接で得られぬ面が浮び上る。(例 case 11, 13, 15 の母親がグループ内で不安定になるなど。神経症的傾向の母親は自己防禦的になり勝ちの結果, 他人への干渉・高声で話す aggressive な傾向を示すものと withdrawal になるものがあるなど)

2). 不利又は困難と考えられること

現在3つのグループを経験しているが, いづれの場合も出席率の悪いことが主要な問題点となつている。この理由について次のようなことが考えられる。

1. 個人面接を平行する場合グループへは欠席勝ちになる。これは(1)現在対象としている子供の母親が30才~45才の婦人であり, このような話合いの経験に不慣れであること, (2)自分の "問題の子供" について皆と語り合うことに defensiveness を感じていること, (3) 個人的面接とちがつて, 出席への責任感が稀薄になることなどのためと思われる。
2. social class が開きすぎると, 日常生活の経験が話題となり勝ちなので, higher class, lower class など両極

がひつ込み勝ちになるか、欠席しやすくなる。

3. 高 I. Q. 者の発言が多くなり勝ちであり、他の母親は黙ってしまう。
4. 攻撃的、積極的傾向の人が話題を占め勝ちで、グループ全体が気まづい雰囲気を作る。
5. 各子供の問題が皆異り、それぞれ関心が異なるわけである。それ故に、皆の問題が関聯し合つたものであることを認識するようになる以前に *motivation* を喪失してしまい勝ちである。

3). 上のような失敗を繰り返した経験から次のような点を反省している。

1. グループの構成について、*social class* 知的水準をできる限り平均化の方が望ましいようである。現在、選択規準としてのパーソナリティの問題については、まだ充分の *data* はない。
2. 個人面接を必要に応じて併用し、グループで得られぬもの、グループ内で要求不満の状態に陥つたものなどに直後に補つて行く必要がある。
3. さまざまな子供が加わるので、自分の子供に害がありわしないかということ *withdrawal* な子供の親は特に不安がる。グループの構成・目的・方法などについて、充分諒解をえておく必要がある。
4. 1つの試みとして、1グループに子供の躰、不良少年などに関する映画を見せたが、非常に効果的であつた。グループが始めて同じ課題のもとに意見を交換する機会となり、非常になごやかな雰囲気におおわれた。カウンセラーも何ら *active role* を演ずることなく、映画という *neutral information* によつて、グループ・メンバーの1人として発言することができた。この経験の後カウンセラーもグループの1員として受け入れられた。この経験は、現在の母親グループには各個人に密接な共通のテーマが与えら

れることがグループ・プロセスを進展させるに役立つことを示している。ここに純粹の *group-centered* の方法 (18, 20) では困難な点を乗り越える一つの方法を示唆される。

7 遊戯療法と親のカウンセリングの関係

既に述べたように一部の *case* を除いては治療は親のカウンセリングと平行させた。この両者の関係がどのように治療効果に影響し、又相互交渉をもつたかを見ることは、現段階では難しい問題である。しかし、経験された問題点を述べておこう。

1) 葛藤や不安の原因が学校乃至家庭に存在する場合、遊戯療法における進展が余り見られない。

例1 *case 11* は母親の神経症的問題と家庭内の葛藤が常に見られる例である。母親の職業の関係で、母親との面接の機会が殆どなく、母親は以前の状態にとどまっている。「少しよい」の段階で、ロールシャッハ・テストでも不安の軽減が見られ、行動の変化が幾分認められてはいるが、本質的な変化はない。これは、家庭生活でいつも大きな影響を与えている母親の問題を治療することが中心的であると考えられる例である。

例2 *case 14* は遊戯室では何ら問題の表現がないが、学校では問題が頻々と起り、学校側から再三の連絡が続いた例である。授業場面を観察して、教師-生徒の関係に問題があることが考えられた。結果は職員会議でクラスを変えることになり、その問題は消失した。これは教師の神経症的態度に反応した生徒の一時的行動問題であることが明瞭である。

しかし、この2例とも来室を非常に好み、殊に後者は学校の用事で遅れても息せき切つてやつてきた。欠席は1度も見られていない。学校で拒否されていた彼が、遊戯療法に求めていたものを知ることができよう。これらから考えて、以上のように

な場合でも何らかの或は大きな意味をもちうることは否定できない。ただ明瞭な行動の変化を期待するためには、問題の根源を除くことが必要で、遊戯療法だけに頼ることはできないと思われる。

2). 成功例と考えられる6例 (case 1, 2, 9, 13, 14, 15) は皆親子夫々に著しい進歩が見られているのである。このことも両者が相互的であることの指標となる。治療が子供を中心に展開すべきことは勿論であるが、Allen, F. H. も指摘するように「治療状況が子供の日常の連続的経験から孤立してしまうことを防止する」(14, P.244) 意味で、日常生活の中に彼らの変化を意味づけて行く場面の用意を必要とするであろう。この点で治療と親のカウンセリングは密接な連携が必要である。

3). 「予後における変化」のところ、治療が思わしい進展を見なかつた例でも、親が洞察を得てきたものは、その後好転していることを述べた。この点からも親の継続的カウンセリングの重要性を感じるのである。

4). 以上の他に次のようなカウンセリング平行の利点が経験されている。

1. 子供の家庭・近隣での変化を時に応じて知ることができる。それによつて治療状況が如何に transfer され、又は如何なる障碍・遅滞に会つて出合つているかを認識できる。
2. 親が責任をもつて参加しない時、以上の諸理由から治療がともしれば長びき、進行状況が把握しにくい。
3. 自分の態度に子供の問題行動の原因があることを意識的又は無意識的に否定している親に、子供を手段として親の神経症を治療して行くことができる。

親の参加は以上の諸点からもできるだけ望ましいことである。不能の時は連絡だけでも必要である。

IV 要約と結語

以上第1報告にひき続いて、1955、56両年度の child-centered play therapy の経験を概

括した。これは今後の技術の熟達・研究方法の改善により訂正され附加されるべきものを含んでいる。この点でなお中間報告の段階を出ないが、以上を要約すると次のようである。

1). 治療成績・予後の調査などからみて、遊戯療法が不適応児童の治療法として可能性に富んだ方法であると考えうる。殊に多く扱う機会をもつた吃音児とひつ込みがちで消極的な子供には有効であることが見られた。このような経験をを通じて、従来の親・教師などに対する advice に終るだけの1回乃至数回の児童相談の無力さから解放されうるといふ希望を感じる。これは、単に子供自身に直接働きかけるといふだけからでなく、子供の治療を中心として、(1)親の態度も徐々に変化してくる、(2)最初困難視されていた家庭内人間関係の変化も徐々に進行される、(3)教師-生徒の悪循環も変化して行く、などを常に経験できるからである。

2). このような治療法は臨床心理学の方法論的考察からも誤つていないであろう。それは、(1)子供と親の夫々の立場に立つて了解し共同することを可能にする。この心の内面からの了解的関連が臨床心理学的方法的基盤であると考えられるからである。(3, P.239)そして又、(2)詳細な変化過程を長期間追跡しようという利点をもつことは、「説明」への基盤をも提供するからである。

3). 治療期間、面接回数、最も適切な終結時期などの問題についてはまだ充分な data を得ていない。しかし、現在までの経験では一般的に云つて、6カ月、20回以上を必要とするようである。

4). 治療中断例について推定された中断の要因は、(1)治療者側の子供及び親の受容の仕方、(2) internal frame of reference に応じた対処の仕方、(3)徴候の意味と治療法についての information の提出の仕方などの問題が大きいことが見られる。

5). 遊戯療法の経過の進展は、子供の motivation により大きく左右される。又若干例において遊戯室内での治療者と子供の人間関係の変化が他の場面よりも優先することが見られている。ここに直接子供を治療する可能性と transfer の

問題が提出される。

6). 親のカウンセリングの方法は親の状態像に応じて行われるのが妥当であろう。それ故厳密な client-centered 乃至 group-centered の方法よりも, information technique の発展が必要と思われる。

7). 遊戯療法も親或は他の環境的要因の比重が大なる時は根本的治療法にはならない。子供への直接的方法を改善・発展さす可能性が見出されたが, 親の直接の参加がえられぬ時は何らかの方法で連絡し合うことが常に要請されよう。

V 反省と今後の問題

以上, 概括的な方法で見通しと問題を提示することがこの報告の主要目的であった。この見通しの上に立つて今後の新しい展開を試みるためには研究方法の反省が要請される。成人の心理療法の場合と異り, 現段階ではテープ・レコーダーの使用も困難である。* ここに現状に応じて方法を精密化する必要にせまられる。

1 治療過程の問題

1). 治療過程の記述を治療者, 観察者のいづれか一方だけで行うことは充分ではない。観察者の記述は行動の external frame of reference からの理解に限られ易い。治療後に行う治療者の記述は, 直接的な internal frame of reference からの理解を可能とするが, 他方外面からの理解, 行動の継起を見落とし勝ちになる。ここに両者の共同記録の方法を作成することが提起される。

2). 行動の外面からの観察による遊戯中の行動, 遊び材料, 言語, 態度, 感情表現などの量的把握が, 了解的関連からの認識に平行して必要となる。この際, 如何にして治療者との相互影響性において把えるかが問題として提起される。

3). 症例研究を推進し, 詳細な記述を通して治療過程に生起する多くの要因, 機序, 問題点を認識して行く方法が心理療法に即した妥当な方法で

あろう。この際, 成功例だけでなく失敗例の追求を行うことが, 治療法に関する反省を促す点でより多く有意義な認識を提供すると思われる。

2. 治療効果の問題

成人の心理療法の効果の測定に関しては最近多くの研究がなされるようになった。しかし, 既発表の方法には尚多くの問題が残されている(24)。殊に子供に関してはまだ妥当な方法は確立していない。この報告の評価は前述の目的に応じて極く大雑把な方法をとつたが, 変化の段階の曖昧さなど多くの問題を含んでいる。ここで次のような問題点が注意されるのである。

1). 治療効果を測る規準は何であるか 治療によつて著しく変化しても, 所謂“normal”の状態と云い難いものを屢々経験する。各 case は夫々の人格的特徴をもち, 過去に規定されていると同時に未来に開かれている存在であり, その後の変化可能性は不明なのである。それ故, (1)治療乃至“normal”の一般的定義, (2)どの程度障害されているか, (3)どの程度の改善で治癒したと云いするか, (4)治療の目的がどこで終結し, どの点から教育的段階と呼ばれうるか, などの諸点を個々の case に応じて明確にする必要を生ずる。

2). 妥当な評価の方法は何か 従来のパーソナリティ・テストは, ロールシャツハ・テストなど一部を除いては治療という特殊な変化を測定するには適していない。それ故, 子供に即した方法を考察することが必要になる。この際, 治療の原理に基づいて internal frame of reference の変化を絵画・作文などの作品に求めること, 又“受容”の変化を日常の対人関係に求めることなどが考えられる。

3). 治療効果には色々の factor が関与しているが, これの分析が可能であろうか。治療は当該児童をとり巻く人間関係により常に影響されているであろう。治療関係以外に, 子供と関係の深いと考えられる親・教師などの問題への洞察の

* 録音設備をもつていても, 子供の言語の特殊性, 反響, 雑音などにより完全な録音はなかなか困難な問題である。

水準、当児童との関係、治療への態度、家庭・学校の状況などを考慮に入れて分析する必要がある。この方法としては評定尺度法と同時に control group, own-control group, 親のカウンセリングを省いたグループなど色々のグループの分析を試みて行く必要がある。

遊戯療法は今後の問題追求を怠る時、他の臨床心理学の一部の方法がそうであつたように一時の流行に墮してしまふ危険を感じる。

後記 この報告は筆者がまとめたものですが、実際の治療活動や評価は、教育心理学研究室の河台隼雄、安原宏、三谷英雄、小野栄、井上公大、齊藤久美子、村上明子、小野修、村山正治、吉田道生の諸兄姉と協力して行われたものです。この人々の協力なしには、このような臨床経験に関する報告は不可能であつたでしょう。心から感謝する次第です。

文 献

- 池田由子, 幼児の事例研究—遊戯療法を中心として—霜田静志編, 問題児の事例研究, 黎明書房, 1956, P. 157—187.
- 大賀一夫, 活動集団療法の効果について, 日本心理学会第20回発表論文抄録, 1956.
- 黒丸正四郎, 臨床心理学の方法論的考察, 教育心理学研究, 1956, 3, 236—241.
- 後藤毅, 緘黙児の心理療法, 大阪市立大学家政学部紀要, 児童学, 1955, 3, (5), 249—253.
- 佐藤棟男, child-centered play therapy の初期に於ける児童の人格的側面の変容に関する研究, 日本心理学会第20回大会発表論文抄録, 1956.
- 辰見敏夫, 菅野重道, 池田由子, 教育のための精神分析, 新光閣, 1955.
- 東京都江戸川区教育研究所, 教育相談—来談者中心法による—1956.
- 長尾憲彰, 吃音児の心理療法の経験, 大阪市立大学家政学部紀要, 児童学, 1955, 3, (5), 239—247.
- 畠瀬稔・小野栄, 2つのケースの遊戯治療の実際, 正木正・倉石精一・黒丸正四郎編, 教育心理学実習, 臨床・診断, 同学社, 1956, p. 127—133.
- 畠瀬稔・小野栄, 遊戯療法について, 正木正・倉石精一・黒丸正四郎編, 教育心理学実習, 臨床・診断, 同学社, 1956, p. 141—155.
- 平井信義, 遊戯療法の限界に関する研究, 日本心理学会第19回大会発表論文抄録, 1955.
- 森脇要・権平俊子, 幼児における Group therapy, 第1報及び第2報, 日本心理学会第19回・第20回大会発表論文抄録, 1955, 1956.
- 安原宏・畠瀬稔, 遊戯療法の研究(第1報) —非指示的遊戯療法の試み, 児童心理と精神衛生, 1955, 5, (3), 202—210.
- Allen, F. H. Psychotherapy with Children, London: Kegan Paul, 1947.
- Axline, V. M. Play Therapy. New York: Houghton Mifflin, 1947.
- Barahal, G. D., Brammer, L. M., and Shostrom, E. L. A client-centered approach to vocational counseling. J. Consult. Psychol., 1950, 14, 256—260.
- Dorfman, E. Play Therapy, in Rogers, C.R. ed. Client-Centered Therapy, Boston: Houghton Mifflin, 1951, Chapt. 6.
- Gordon, T. Group-centered leadership and administration, in Rogers, C.R. ed., Client-Centered Therapy, Boston: Houghton Mifflin, 1951, Chapt. 8.
- Gorlow, L., Hoch, E. L., & Telshow, E.F. The Nature of Nondirective Group Psychotherapy, New York: Columbia Univ. 1952.
- Hobbs, N. Group-centered psychotherapy, in Rogers, C.R. ed. Client-Centered Therapy, Boston: Houghton, 1951, Chapt 7.
- Jackson, L. and Todd, K.M. Child Treatment and the Therapy of Play. London: Methuen, 1946.
- Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie, Berlin: Springer, 1948.
- Landisberg, S. and Snyder, W. U. Nondirective play therapy, J. Clin. Psy-

京都大学教育学部紀要 Ⅲ

- chol., 1946, 2, 203-214.
24. Mosak, H.H. Problems in the definition and measurement of success in psychotherapy, in Wolff, W, and Precker, J. A. ed. Success in Psychotherapy. New York : Grune and Stratton, 1952.
25. Moustakas, C. E. and Makowsky, G. Client-centered therapy with parents. J. Consult. Psychol., 1952, 16, 338-342.
26. Moustakas, C. E. Children in Play Therapy. New York : McGraw-Hill, 1953.
27. Moustakas, C.E. Emotional adjustment and the play therapy process. J. Gent Psychol., 1955, 86, 79-99.
28. Perry, W.G., and Estes, S.G. The collaboration of client and counselor, in Mowrer, O.H. ed. Psychotherapy, New York : Ronald Press, 1953, Chapt. 4, p. 95-119.
29. Rogers, C.R. Client-Centered Therapy, Boston : Houghton Mifflin, 1951.
30. Slavson, S. R. Introduction to Group Therapy. New York : Commonwealth Fund, 1943.