

精神衛生研究

第 3 号

1955年8月

内 容

原 著

- | | | |
|----------------------|------------|----|
| 双生児法による性格の発達史的研究 | 岡 田 敬 蔵 | 1 |
| 外傷性神経症者のパーソナリティーについて | 片口安史, 田頭寿子 | 30 |
| 乳児院収容児の精神医学的研究 | 池 田 由 子 | 42 |

報 告

- | | | |
|-----------------|---------|----|
| アメリカ児童精神医学と精神衛生 | 高 木 四 郎 | 97 |
|-----------------|---------|----|

紹 介

- | | | |
|----------------------------|-------------|-----|
| 日本の精神衛生問題に関するWHO精神衛生顧問の報告書 | ポール・ヴィ・レムカウ | 127 |
|----------------------------|-------------|-----|

英 文 抄 録 157

所 報 163

国立精神衛生研究所



原 著

双生児法による性格の発達史的研究

KEIZO OKADA:

A Study on the Development of Character
by Twin-method.

優生学部長 岡 田 敬 蔵

ま え が き

性格の形成、発達に及ぼす各種要因の意義の解明は性格遺伝心理学の最終目標であり、又双生児法による遺伝心理研究の主要課題であることは改めて申すまでもないことである。そのためには同一双生児についての長年月に亘る縦断面的連続研究が極めて有力な武器であることは誰もが容易に考えつくことである。しかしかかる長期継続研究を行うためには、実施上に種々なる制約があるため、従来も長期にわたる生活史的分析は、犯罪双生児、分離して育てられた双生児例等についての数多くの研究があり、中でもHARTMANN⁽¹⁾の研究は社会的態度、職業選択、性的態度等について、われわれの研究と著しい関連のある諸問題を論じている、しかしながら、これらの研究はいずれも主として過去に遡及しての研究である。事後追求的な発達研究としてはGOTTSCHALDTがその双生児集団参加例について、それを実施しているとのことであるが、まだその結果は発表されていない。D. BURLINGHAM⁽²⁾は3組の乳幼児1卵性双生児例について極めて詳細な記録を発表しており、殊に精神分析的立場よりの双生児研究として興味があるが、その期間は乳幼児期に止つている。注目すべきはGESELLおよびTHOMPSON⁽³⁾⁽⁴⁾のCo-twin-methodによる、1組の1卵性双生児(♀)についての、生後4週間目により14才までの発達の模様についての膨大な資料の報告であり、特にこの報告はかかる発達史的研究方法の考察に寄与するところが多い(なお、最近VERSCHUER⁽⁵⁾は100組の1卵性、50組の2卵性についての25年間の追及の結果を報告しているが、筆者はまず閲読の機会を得ていない)。

幸いにも、東京大学医学部脳研究所では、既に昭和17年⁽⁶⁾⁽⁸⁾、18年⁽⁷⁾⁽⁸⁾、および23年⁽⁹⁾。

の3回にわたって大規模な双生児集団法による性格研究を行い、参加双生児の全性格像については、各般の面より詳細な観察、分析がなされており、これら双生児がその後如何なる精神発達を示すか、各要因がそこに如何に作用しているかの分析は、性格形成に及ぼす諸要因の意義の検討に資するところ大であろうと期待された。筆者は特にその第1回(昭和17年)、第2回(昭和18年)集団参加双生児とその後も連絡をとって、その発達を追及しているので、ここに、この2回の双生児集団参加1卵性双生児について、今日(昭和29年末現在)までの発達状況の概要を報告し、性格形成過程の二、三の問題について若干の考察を行いたい。

研 究 方 法

第1回集団参加双生児は1卵性6組、2卵性5組(当時10~11才、小学4~5年生)、第2回集団参加双生児は1卵性5組、2卵性5組(当時13~15才、中学2~3年生)であつた。発達史的の継続研究にも対照として2卵性群についての観察が必要なのであるが、2卵性では発達的变化に関する諸因子の分析が困難であるため、本研究は1卵性群について行つた。なお、第1回集団参加1卵性双生児の第Ⅲ組高〇兄弟は昭和22年にBが結核で死亡しているので除外し、計10組について報告する(以下の記述においては、兄とされているものをAとし、弟とされているものをBとする)。

研究方法については、まずわれわれは人間の精神事象、殊に性格の如く、複雑微妙なる対象を如何にして実証的に測定し得るかという極めて困難なる問題に直面する。すなわち、双生児同胞相互間の類似、差異を如何にして実証的に評価することができるか、又縦断面的研究において、同一人間の発達的に変動する模様を如何にして比較できるかという根本的な問題がある。しかし本稿においてこの問題を論ずる余裕はないので、本研究において行なわれた方法を説明しておくにとどめる。

双生児集団終了後も参加双生児とは常に連絡を保ち、定期的ではなかつたが、書面の交換の外、少くとも年に1回位づつ、家庭を訪問し、或いは双生児を東京大学医学部脳研究所又は国立精神衛生研究所に招致して面接していた。その際、本人より、その時までの生活歴、各種事件に遭遇した際の心的体験の模様などを尋ね、その主観的陳述の内容、面接時の態度等を通じて、彼等の性格的特徴の把握につとめ、一方家人のみならず、その親戚、交友、教師、職場の同僚、上役等とも能うかぎり面接の機会を求めて、本人の行動の特徴についての陳述、批判を求め、又、学籍簿、犯罪非行に関する警察、裁判所の記録等を収集した。これらの結果を総合して記述的方法によつて、その性格像を構成して行つた。ただしこの間において昭和23年より26年までの4年間は筆者の都合により連絡は中断され、又戦後の混乱のため数年間も全くその消息が不明で連絡をとり得なかつた場合も少なくなく、このような事情のため、定期的、組織的に心身両面に亘る調査を充分に実施することはできなかつた。しかし、その後東京大学医学部脳

研究所の協力を得て昭和 28 年 4 月（神奈川県片瀬，1泊2日）および昭和 29 年 2 月（静岡県熱海，2泊3日）の 2 回に，小規模の合宿生活を催し，学業又は職業の都合で参加し得なかつた組（河○兄弟，○城兄弟，滝○兄弟，久○田兄弟）もあつたけれども，各種場面における行動を，多数の観察者によつて，直接観察することができた。以下の報告はこれらの方法によつて得られた資料の概要であり，更に個々の問題についての詳細は改めて報告したい。

なお，以下の記述は特に双生児同胞間の差異について特に詳細に記載した。それは，各種要因の意義の分析には特に 1 卵性双生児同胞間の差異点の問題となるからであり，かかる方法によつて，あたかも顕微鏡による微視的観察の方法の如くに，各種要因の影響を微細に亘つて分析し得られるからである。従つて例えば「Aはより神経質」というのは，あくまでも A B の相互を比較して，その差異をかく記述したものである。なお，かかる差異点は常に類似点と共に全体を構成しており，各差異点は常に，その全体の一分節として把えることによつてのみ，その正しい評価ができることをここに強調しておく。

事 例

第 1 回集団（昭和 17 年）参加双生児

第 1 組 河 ○ 兄 弟

（昭和 6 年 11 月 29 日生）

幼少時発達歴

父は米国にも留学した社会学者で，某省に真面目に永年勤務し，双生児が 9 歳の時脳動脈血栓にて死亡。母も女子大卒の，感情的にも調和のとれた聡明，理智的な婦人で，山の手住宅地に堅実な家庭をもつている。A B は長男，次男で，弟妹各 1 名あり。

出産時に B は仮死状態で生れ（出産時体重：A 2250g，B 1950g），育たないだらうといはれた。乳幼児期発育も B は遅れ，満 1 年 6 ヶ月に共に消化不良のため入院したが，B は重症で，発育の差はますます大となつた（起立：A 1 年 1 ヶ月，B 1 年 9 ヶ月）。

生後 2 年間母は教職にあり（父の死後再び教職につく），昼間は父方祖母が女中と共に養育にあたり，又栄養学専攻の叔母（母の妹）が B の養育に特に注意し，B もこの叔母によくついていた。父母は意識的には A B を区別しなかつたが，祖母は長幼の序を立てており，父母も時には「兄さんだから」と A をたしなめることもあり，兄と

しての優位が認められた反面，多少 B に比してその行動は多少制約されていた。乳幼児期において Aの方が身心の発育がすぐれていたため，Bはそれと競走する気持が強く，例えば Aは炬燵から自由に飛び降りることができるのを得意がり，Bはそれに負けまいとするが降りられず，ズルズルとすべり落ちるようなことがあつた。幼少のころより Aの方が几帳面で，よく物を整理した。

しかし小学 1～2 年ごろより，Aはアデノイドがあるといはれ，風邪をひきやすくなり，次第に Bの方が体力的に勝るようになった。小学 3 年生（父死亡）の頃から Aに吃音障害が現れ，強く引け目を感じずようになり，吃音矯正指導を受けさせ，一時は軽快したが，全治せず，吃音は今日まで続いている。その当時の母の思い出について，Aは「本当の母はどこかへ行つてしまつて，家にいる母は狐が化けているのだと本当に思つた」といい，当時愛情欲求の不満があつたことを示している。Bにも同様の印象はあるが，「時々そう思つただけだ」と，より程度が軽い。小学校の学業成績は Bの方が少し優れている。

双生児集団における観察結果

当時 10 才，小学 5 年生。参加双生児中最も知能

が優れ (IQ: A105, B110), 細長型。共にややせつ
かちで, 短気, 多少神経質であるが, 基本的な気分
は明るく, きわめて積極的・活動的で, 相手の非を
口やかましく理屈つぽく攻撃するが, 自らに対し
てもきびしく, 耐久力あり, 理論的, 伶俐な少年
としてよく似ており, その適切な判断, すぐれた
知的能力と相俟つて, 一同から「頭がいい」と尊
敬されていた。

全体として, 心身共に一致度の高い1卵性例で
あるが, 僅少の差異が認められ, AはBに対し指
導的に振舞い, より責任感強く, 自制的, 控え目
で, BはAに対し服従的であるが, より我まま自
由に振舞い, この差は明らかに長男としての束縛
と, 弟としての自由さによるものであつた。

その後の発達状況

昭和19年に共に高師附属中学に入学したが, 級
友の多くは附属小学校より進級して来たものであ
るため, 圧迫感を意識し, 学業も進まず, 中の下
程度であつたが, 2年に入つて共に驚くほどの知
的発達を示し, 又共に, 中学入学後子供の自主性
を認めて放任的態度をとるようになった母の態度
を理解して, 自己の独立性をはつきりと認識する
ようになった。

特に2年生になつてからA・B間の差異は複雑と
なり, Aはより真面目で, ノートを几帳面に整理
し, 物事を理論的に執拗に追及し, 例えば, 宿題
の理科の問題を完全に解決しようとして, 泣きな
がらも机にしがみついているが, Bはノートも粗
雑で, 宿題もできなければあつさり片づけてしま
つて, 母にかくれて文学書を読みふける。又共に,
入学後体操部に入つたが, Aは対人関係から
体操部—蹴球部—水泳部と動揺したが, Bは終始
体操部において, 能動的に部の組織化を企圖して部
をリードし, 交友関係も多い。又Bは中学2~3年
頃に母, 教師への反抗的傾向を露骨に現はし, 例
えば, 授業中さわがしいので, 教師が「いやな奴
は出て行け」とどなると, 一同はしづかになる
が, Bのみさつさと教室を出てしまう。喫煙等,
大人の世界への関心もBの方が早く現わしてい
る。中学2年頃より共に漠然とした性への関心を
示し始めたが, 友人より産科の医書を借り受けて
来てAに見せる, 動物の交尾を観察する等, Bの
方が積極的である。

中学の学力はAの方が優れているにも拘らず,

昭和23年3月(中学4年)旧制高校受験に際し,
Aは志願者の少い地方の高校を受験し, 共に失敗
し, 昭和25年3月新制高校卒, 共にT大教養学部
を受験したが, Aはこの際も試験場で「あがつて
しまつて」失敗し, Bより1年おくれて同学部
に入学している。

身体発育は中学入学後, 差異が僅少となつたが,
一般に骨格の発育はBがやや勝つている。しかし
二次性徴(鬚, 陰毛, 声変わり)の出現はAの方が
早い。

大学に入り, Bは父と同一の社会学を専攻すべ
く, 直ちに決意し得たが, Aは一年浪人後自信を失
い, 学業にも集中し得ず, 不全感が強まり, 教養
課程終了後の専攻学科の決定に際しても, 建築,
船舶, 独逸文学と迷い, 時には教養学部留年を考
えたりし, 結局教育学部に進んだが, 学科に興味
をもてず, 1年後に工学部に転科している。なおA
・B共に始めは医者になることを考えたが, その理
由をBは「綺麗な女も小便をたれれると思うと, そ
ういう肉体に興味をもつ」と女性の肉体を端的に表
現するが, Aは「人間を神秘的に考えずに, どの人
間も心臓があると, 単純に考えてすむのでいいな
と思う」と, より複雑な内的加工が行われている。

昭和27年2月(20才)面接時所見

共にしつかりした真摯な印象を人に与える, 活
気のある理智的な, 典型的には分裂気質の青年で,
気分は稍明るく, 活動的でテンポは早く, 感受性は
過敏で, やや神経質であるが, 理性的によく統整
され, 理想主義的で, 周囲に対し自主的な批判を
もっているが, 自制的によく周囲と協調している。
かかる全体的特徴はよく一致しているが, A・B間
にはかなりの差異があり, Bは自信ある明快な態
度であるが, Aは下うつむき口数はより少く, し
ばしばBに注目し, 緊張時にはかなりの吃音障害
が現れる, より不全感強く, 専門学科決定につ
いても失敗を予想して決心し得ず, 逃避的に教養学
部に残留しようと考えたりしている。共に性の処
理に悩み, 自慰行為についての自己嫌悪感を抱い
ているが, Aはその葛藤がより強く, Bのように
各種のクラブ活動による自由な女性との交際をも
ち得ず, 或は反動的に「素人の女をひっかけよう」
と, 思つたり, 又或る時はひそかに賣春婦を求め
ようとしたりするが, 性病への恐怖も強い。

考 察

この組はすぐれた精神素質に恵まれ、小年期以後の精神発達はめざましいものがあり、感情生活は豊かになり、外界を妥当且つ豊富に把握し、知的世界も拡大、深化されて、理性的抑制も強り、やや神経質で、過敏な感受性をもちながら、対人関係は共によく保たれている。そして、双生児集団当時に見られた性格差異は、本質的には変りはないが、その発現の形態は精神構造の発達分化、生活環境の推移と共により複雑なものとなつて来ている。すなわち、当時の「責任感、自制的、控え目」な抑圧的傾向のAは、より固執的 (rigid) となり、知的発達と共に、徹底的な解決を求めて執拗に理論的思考を追及し、心的柔軟性を欠くため、すぐれた学力があるにも拘らず上級学校入学試験に失敗し、ために不全感は一そう強まり、決断が困難になるという風に、神経症的傾向が形成されて来ている。又Aは生物学的には二次性徴も早く出現してきているにも拘らず、性的欲求は抑圧されて、煩悶も多く、動揺がはげしい。これに反して、小学生当時「やや飽き易く、わがまま」なBはその後、活動と関心の範囲は広まり、自信は強くなつて、能動的に働きかけ、各種の出来事も自我周辺領域において処理できて、性的葛藤も少く、女性との交友関係も自由にもつことができる。従つてその知的能力も支障なく自由に展開することができている。

この双生児に見られた差異は主に自己に対する自信、反省、対人関係における自己欲求の抑制等であるが、これらの性格差異は幼少時のころより既に認められていた。幼少時の生活条件の差異は、Bが生後の発育の不良のために特別に保護されたこと、Aには「兄」としての優位と共に束縛があつたこと等であるが、このような家庭内対人関係の相違によつて上記のような性格差異が生れたことは明らかである。Bの出生時および幼少時における不利な身体発育条件は、この組では、病弱なるための特別の保護という心理的関連において、その性格構成に作用している。Aは小学3年ごろより小児神経症としての吃音障害が始つていゝが、それはその頃からA B間の体力的関係が逆転し、Aが体力的に劣つて行つたこととAの兄としての優位の意識との葛藤、或は父の死亡等が関連していると推測されるが、かかる吃音障害を惹起するようなA B間の性格構造上の差異が、その後の精神発達の進展、それに応ずる社会的環境の変動と関連して、上述のような、複雑な性格差異の推移をもたらしたものといふことができる。

このような性格差異は遺伝心理学的層構造論からみれば、表在的、且つ僅少ではあるが、しかしそのために兩人に異つた対人関係をもたせ、或は吃音障害を起させ、大学入試にも失敗させるという風に、具体的社会生活遂行上には重要な意義をもつていゝものである。

もちろん、兩名には感受性のするどい分裂気質者として高考の一致があり、かかる全体的基本構造の故に、幼少時の対人関係の相違に由来する性格差異がその後の性格発展に大きく影響してゐるということも、重要視されねばならない。

第Ⅱ組 吉○兄弟

(昭和7年2月16日生)

幼少時発達歴

父は下町工業地帯に齒科機械製造の町工場を営む、職人肌の、町内の顔役、人気者であり、典型的の肥満型、昂揚性循環気質である。母は温和、夫にただ従い、両親は子女の養育などには全く無頓着で、よくどなつていたが、A Bに対し兄弟の区別を少しもつけなかつたという。姉(昭和5年生)、弟(昭和13年生)、妹(昭和14年生)あり。

出産は順調(出産時体重: A 620 匁, B 530 匁)。Bの乳幼児期発育は一般にAより半年ほど遅れ、Aの方がル気が良かったが、Aは6才の時腎臓炎で高度の全身浮腫あり、その後(昭和22年ごろまで続く)も時々浮腫が現れ、身体発育はむしろBの方が良好となり、元氣もよくなつた。しかし、小学1, 2年ごろよりAは兄貴ぶるようになって、しばしばBをそそのかして学校でカツパライをやり、平氣でうそをついていた。

双生児集団における観察結果

当時10才、小学5年生で、身体的にも著しく酷似し、知能はほとんど優劣の差なく(IQ: A 95, B 98)、性格的にも著明な昂揚性性格者として高度の一致が認められ、集団生活を通じて常に爽快、陽氣で、一同から「エノケン、サル」と呼ばれた人気者であり、人におだてられると好機嫌、剽悍に振舞つて、一同を笑わせ、調子にのれば相手に乱暴な口をきくが、多少氣は弱く、大人の前では時にはにかむ。転導されやすく、移り氣で、不満は直ちに単純に解消され、少しも痕跡をのこさない。

兩名間の差異は僅少ではあるが、昂揚性の爽快さの度がAにおいてやや弱い点で注目され、Aはやや氣重で、人前を氣にしてはにかみ、遠慮し、控え目のところがある。AはBに対して指導的に振舞い、時にはBをそそのかしてずるいことをやる。A B間は多少競走的であるが、対立的な反撥は少しもない。

その後の発達状況

その後、父の病死(昭和19年、12才)、住居工場の戦災(昭和20年、13才)と家庭的不幸がつづき、昭和20年5月には高小を中退してA Bは旋盤工として本所区の叔父の工場の許に引取られ、両人カーシーにいるとふざけてばかりいるという理

由で、Aは工具宿舎に入れられ、Bは叔父の家に同年輩の甥たちと起居を共にしていたが、更に工場も別にした方が仕事に突が入るからとて、叔父は本人の承諾なしにAを埼玉県下の別の工場にうつしてしまつた。

昭和21年4月(14才)面接時所見

A B共に身体的には小兒様であるが、Bは血色も良く、身長体重等の身体発育は勝つており、Aにはなお時に下肢、顔面に軽い浮腫が現れ、倦怠感があるという。精神的にもA B共に全体的に小兒の域を脱していないが、Bは依然としてより陽氣で、小供つぼい茶目な行動も多く、Aはより自制的で、はにかみ、剽悍な行動も少くなつた。

昭和22年12月(15才)面接時所見

身体発育は依然としてBが勝り、声変り、喉頭の凸出等の2次性徴もBには現れている(その後、陰毛、鬚もBの方が約半年早く現れた)。Aは父なき後の長男として責任をより強く感じ、仕事を覚えようとより努力しているが、長上への批判、反撥を現わし、精神的にはより成熟している。Bの方が口数も多く、「もう茶目はしなくなつた」とはいうが、氣分はより爽快である。

その後、Aは次第に工場長(叔父の次男)との折合が悪くなり、しばしば反撥を感じつつも、一家の生計が叔父に依存しているために、憤懣を抱きつつ働いていたが、昭和24年4月(17才)には腹痛を理由に千葉県船橋の近くに住む母の許に戻つてしまつた。当時腹痛はげしく、蛔虫を吐出したりにして、医師より嚴重な駆虫法を指示され、一週間絶食し、精神的にはげしい不安-昂奮状態となり、「あつ虫が出そうだ、又ひつ込んだ」、「虫が肝臓や胃に喰い込んでくる」、「腸にきずがつきそうだ」と連日昂奮し、約3ヶ月で平静にもどつたが、叔父の工場にもどるのをいやがり、近くの工場に勤務し、相当の収入を得るようになった。このころより非行が始り、家庭では母、姉に反撥して衝突し、家庭外では友人におだてられて、毎夜ダンスホール、酒場に入りびたり、昭和25年4月(18才)には、煙草のやりとりから、知合の職工を殴り倒し、石で前頭部裂傷を負はせて、警察より検察庁に送られた。起訴猶予とはなつたが、この事件以来、不良仲間の兄貴分としてたてまつられ、非行は一そうはげしくなり、ヒロポン(1日に数10本)使用、入墨もあり、この間二、三の工場に勤めたが、いずれも永続しなかつた。

Aのかかる放蕩の生活は約2ケ年つづいたが、昭和27年(20才)ごろより漸次反省的となり、友人に誘められて新興宗教(立正公正会)に入つたりして、同年8月よりは同一工場に落着いて勤務し、母、姉への感情的反撥も漸次緩和されて来ている。

この間、Bは昭和20年(13才)以来、旋盤工として、叔父の工場の工員宿舎に起居し、時には工場の資材を無断で持出し、赤線地帯に出入りしたりしていたが、とにかく同じ工場に勤務し、「一人前になるまで辛抱するのだよ」という母の言葉に素直に応じ、家計収支を心配して金品を運んだりすることもあつた。又Aの非行を心配し、Aのその後就職はいずれもBの奔走によるものである。

このような生活態度であるため、昭和27年(20才)ごろの周囲の批評は「Bの方がしつかりしていて、兄貴のようだ」といわれていた。しかし、Bにも漸次脱線的行動が多くなり、赤線街に泊りつづけて工場に戻つて来たところを叔父に注意されて飛び出したり、街の女の用心棒となり、ヒロポン(1日10本)を使用したり、不良グループに入つて、行きずりの喧嘩で相手に失明に近い傷害を与えたりして、叔父との関係も悪化して来た。ために作業能力が年少の工員にも劣るようになった折に、女性関係のだらしないことを叔父にとがめられて、ガス自殺を図り、工場にいたたまれなくて、叔父の言葉にそむいて、昭和29年12月(22才)に工場を飛び出してしまった。その後パチンコ

考 察

この組は典型的な昂揚性性格者として極めて酷似しており、昂揚性遺伝素因の Penetrans の極めて強力であることを示している。その後の社会的行動も、その程度の強弱、発現の時期に多少のズレはあるが、本質的には全く共通であることには大いに注目せねばならない。しかしここで問題となるのは、この程度の強弱、発現時期のズレである。又今日までの全過程を通じてAに多少とも抑圧的傾向のあることである。

双生児集団当時、僅少ではあるが、その爽快性の度に差があり、Aは陽気さの度が弱く、やや気重であつた。乳幼児期はAの方が発育が良くより元気であつたが、6才の腎臓疾患以来、Bの方が身体発育がまさり、元気になつてきたことを考え合せると、かかる身体的発育条件が何らかの関連において、兄弟という立場の相違と共に、Aの昂揚性特長の発現に対して抑制的に作用したといふことができる。その後共に叔父の許に働くようになったが、Bはなおしばらく叔父の庇護の下にあり、依然としてより陽気で、小兒的未成熟に止り、早く他人の社会に入つたA

屋に住込んでいるが、叔父の許にもどりたく、最近は真面目に働いている。

性交は共に昭和24年(17才)に、友人に誘われて赤線地帯に登楼したのが最初で、A B共にその後もしばしば賣春婦、女給等との性交関係があるが、Bの方が最初の経験も約半年早く、衝動のおもむくままに、時には月に数回も賣春婦と遊んでいる。戀愛関係もBはより放縱で、一回の交際で女性に夢中になるが、直ちに別の女性に関心が移り、転々としている。Aも多数の女性との交際はあるが、その中の一女性とは特に永い親密関係を続けている。

昭和29年2月(22才)熱海合宿生活における観察結果

性格の特長は極めて酷似し、その著しい昂揚性の程度には殆ど差異が認められない。共に極めて陽気、調子にのつて好機嫌に喋りつづける。積極的、主導的に振舞うことはないが、与えられた事態に直ちに融け込み、充分な満足を見出している。対人的に自信は強くないが、卑下的なところは少しもない。人格全体の構造の分化、複雑化に乏しく、昂揚性気分が全体を強く支配し、単純で、関心は極めて現実的、本能的で、将来の希望はA B共同で工場を経営することである。A Bを比較すれば極めて僅少であるが、Aは時のためらい、退避し、時には反撥し、感情の抑圧がある。Aはダンスが得意で、Bは体力において勝り、空手、レスリングを自慢している。

が、兄としての意識もあり、精神的にも多少とも抑制的傾向が強まつて行つた。とにかくこの頃（14～5才）までの発達状況を一括すれば、兄弟の区別とAの身体疾患が、Aの昂揚性性格に対し多少とも抑圧的傾向を附加し、社会的条件の差がAを早く大人らしくしたといふことができる。その後のBの女性関係、性生活がより自由放縦であることも、二次性徴の出現がBの方がより早いことと共に、Bの抑圧のなさが関係していると思われる。

その後Aには17～20才の間に、不安亢奮の異常な精神状態と、それに引づく非行とがある。この原因としては、一方ではAには不本意ながら叔父の次男の工場にうつされたという不満があり、しかも一家の生計を叔父に依存せねばならないことから、蛔虫症を契機に反応性に精神障害を引きおこし、母への反撥から非行に走つたという心理的関連からの考察も可能である。しかしその後、多少おくれてBにも同様の非行が始つており、昂揚性気分が、小学校当時から14～15才ごろまでは、明らかにBの方がより爽快であつたが、最近はその差がなく、非行当時Aに直接面接し得なかつたため、断定的な判断は下せないけれども、当時のAの行動についての周囲の陳述によれば、当時Aはかなり発揚的であつたことが推察され、かかる昂揚性気分の内因性変動、或は精神発達の位相のズレがあつたとも考えられる。これらについての解明は今後の課題としたい。

しかしとにかく、共に性格構造の分化、上部構造の複雑化はなく、A B間の性格差異は少く、性格構造の変異域は小であるが、A B共通の発揚性の基本感情、動揺しやすい気分のために、周囲の条件如何によつては、非常に大きな行動のズレ、逸脱を起しやすいと称することができる。なお、兄弟の立場による性格差異が微弱で、かかる幼少時対人関係の相違がその後の発達過程において、河○兄弟におけるように、複雑な性格構造的差異を惹起していないことも注目される。

第Ⅲ組 高 ○ 兄 弟……省略

第Ⅲ組 新 ○ 兄 弟

(昭和6年9月15日生)

幼少時発達歴

一家は東京山の手で染物業を営む堅実、地味な家庭で、3姉(内1名死亡)、2兄(内1名死亡)あり。両親はA Bの幼少時、生活の余裕もなく、又立派に躰ける自信もなかつたし、意識的にA Bを区別しなかつたという。

出産は順調(出産時体重は共に約500匁)、Aは生後20日間は元氣なく、泣く声も弱く、幼少時よりAは稍囁れ声で、音声の上で、容易に区別できた。幼少期発育もAの方が少しおくれた外に、A

にははげしく泣いたり(4才)、麻疹(7才)の際に数回のひきつけあり。

幼少のころよりBには着物が読れると着ない、汚れると洗濯を要求する、怪我をすると、それをいつまでも気にし、食物のすききらいもはげしいなどの傾向があつたが、Aにはそのような点は見られず、人前でもよくしゃべり、Bが着換えるので自分も着換える、食物はなんでもたべるといふ風であつた。学業成績は共に中位、Bの方が良好である。

双生児集団における観察結果

当時10才、小学5年生。気分は爽快であるが、感情安定的で、はげしい興奮、衝動性はなく、積極性はないが、勤勉、忠実で、他人に対しては親

切、寛大で思いやりがあり、これらの点では両者共に一致しており、共に一同のよい友人であつた。A B間の差異は、その程度は僅少であるが、性格のかなり広汎な領域にわたつて認められ、A B共に集団の中であまり目立つ存在ではないが、Aにおいては、注意やや臥漫で落着きなく、臆卒、移り気、無頓着に動き廻るところがあり、Bは知能もやや優れ、より綿密、幾分神経質で、やや負けず嫌い、多少甘つたれのところもあるが、行動は全休としてよくまとまつていて、Aのように落着きなく動き廻ることはなく、一そう目立たなかつた。

その後の発達状況

家は昭和19年(13才)強制疎開、昭和20年(14才)東京空襲による戦災と、家計は一そう苦しくなる。Aは以前から大工になるといい、Bは書くのが好きだといつていたが、昭和21年(14才)高小卒後、Aは土建会社につとめて現場の労働に従い、Bは製薬会社事務員となり、また直ちにAは工業学校、Bは商業学校の、それぞれ夜間部に入つた。共に至つて勤勉で、学校、職場においてしばしば精勤賞をもらい、夜間学校も病気以外は少しも欠席せず、全学年を終了して卒業するものは極めて僅少であるにも拘らず、共に昭和27年(20才)にそれぞれ新制高校の課程を卒業した。この間Aは土建会社の破産のため失職、懸命に就職を求めて昭和25年(19才)に金物問屋に移つたが、事業不振のため昭和26年(20才)に上野の食品店に住込み、現在に至つている。Bは一時大学夜間部への入学を強く希望していたが、学資の余裕がないのであきらめ、現在まで引つづき製薬会社に勤務している。この間Bは昭和25年(19才)左肺

結核と診断され、1ヶ月休養、数回の気胸療法実施、心配して、肝油を欠かさずに飲みつづけていた。

昭和22年9月(19才)面接時所見

身体的にはAの方が健康で、Bは血色悪く、体重も劣る。二次性徴(髭)の出現の模様には殆ど差はない。精神的にはBがより発達し、勤務先の女性の話をして顔を赤らめ、おしやれで、談話の内容も広く、英語を勉強したいという。Aはより口数少く、内容も乏しく、映画などの娯楽の話題が多い。

昭和28年4月(21才)片瀬合宿生活における観察結果

気分はやや気重で、平静、感情安定的で、周囲との接触は柔らかで、対人的には気をくばり、内気、控え目であるが、強い障壁はなく、順応的である。かかる共通性の外にかなり著しい差異が認められた。すなわち、Aはより感情抑鬱的で、一そう内気で、発言も少く、周囲に対するきかねが多い、思考、感情内容はより貧弱で、より受動的、服従的である。Bはより気分は明るく、対人的にはより積極的で、周囲に能動的に参加し、宴会の席上、飲酒後(Aは勤め先を気にして帰るといふ)抑鬱傾向がとれ、自ら司会者となつて、何の障壁も感ぜず、指導的に振舞う。感受性はより強く、やや神経質でもあるが、周囲への順応はより容易で、より豊かな内容的変化に富んでいる。Bは江ノ島の海女の実演を見に行こうと張り切り、途上の女性について仲間と批判し合つたりしていたが、Aはだまつている。AはBに対して「会社勤務は自由でうらやましい」といつている。

考 察

この組はその後の生活を通じて感情安定、意思強固、努力的、寛大な人格像が最も特徴的で、極めて勤勉、忠実な社会人である。しかしその性格は双生児集団当時と現在とでは、広汎な領域に亘つて極めて注目すべき差異の変動があり、特にわれわれの関心を惹いた例である。

双生児集団(10才)当時も程度は僅少であつたが、単に家庭環境の相違による差異とはいえない広汎な領域に亘る差異が認められていた。すなわち、Aはやや移り気、軽卒で落着きなくより無頓着に動きまわつており、Bはより綿密で、多少甘つたれ負けずぎらいのところはあつても、行動は慎重であつた。しかし昭和28年(21才)の合宿生活においては、その差異は10才当時に比してより顕著、広汎で、共に堅実な共調的ともいふべき特徴を有しつつ、気分はA

においてはより気重で、性格の基本層においても差異があり、対人的には卑下感を有し、内気、消極的であり、外面的にはA B間の差異は10才当時とはいはば逆転しているといえる。

かかる変動の原因としては、双生児集団当時、Aは出産後の発育が極めて悪く、小児痙攣があり、知的にも多少劣っていたことから、Aは出産時に何等かの障害を蒙り、その結果として爾後の発育が阻害されたのではないかと、推定されたことが想起される。たしかにその後の精神発達においても、A B間の知的発展の程度には差異があり、Bは知的関心はより深く且つ強く、感情、思考内容もより豊富となつている、感受性もすぐれて、注意も細密である。すなわち、精神発達の素因的条件に恵まれたBは、思春期に入つて精神活動全般のより豊かな展開があり、自我への確信も高まり、周囲との適応能力も増大し、今日のような生氣のある人格像を構成して来たのに反して、かかる素因的条件に阻害を蒙つたAは社会環境の単純な幼少期には素朴に行動し得たが、思春期に入つての精神的展開が貧弱で、従つて周囲、およびBに対しての卑下感が生れ、より消極的な態度になつたといえよう。もちろん、例えば双生児集団当時のBの多少とも負けずぎらい、甘つたれの点など、家庭内対人関係の如何という点から考察せねばならないところもあるけれども、上述の如き精神発達の生物学的条件の差がA Bの性格発展の相違の根柢であり、かかる生物学的条件に恵まれたBの方がより可塑的な豊かな展開を遂げているといえよう。

第Ⅴ組 平○兄弟

(昭和6年2月26日生)

幼少時発達歴

妊娠7箇月で人工早産、出産時体重はA 500匁(正常位)、B 430匁(倒位)。

出生時の家族は父、母、姉(昭和2年生)の3名で、父は当時東京下町に化粧品卸小賣業を、使用人3人をおいて、手広く営み、経済的にも豊かであつたが、神経質小心な人で、家業に没頭し、時にはA Bにきびしい叱責を加えた。母は元來勝氣、強情な人であるが、A B妊娠中の身体異和がはげしく、母は医師に頼んで人工早産を行つたのであるが、産後も体力衰え、疲労感を訴え、A医師に心臓弁膜症といわれて、約半年は寝返りもできなかつたが、B医師より20日間で治るといはれると、その通り治つたという。このような事情のため、Bは生後2箇月より5箇月、昼間の保育を隣家に頼んだりして、母は自己の病弱のために養育は放任勝ちであつたという。その後、弟(昭和9年)、妹(昭和20年)出生。

共に幼時より病弱、特にBはより虚弱で、小学校でも要養護児童であつた。共に数回の小児ひきつけあり、Aは右利き、Bは左利き。

Aは長男としてより大事にされ、Bは幼時よりそれをねたま、小学3年の頃にAの貯金通帳の額の多いことからひどくすね、それに対し父は「Aは兄さんだから」と言いきかせたり、又父はしばしば用事があるからとBをだましてAのみを連れて劇場へ行き、Bはそれを察して、外へ遊びに行つてしまうという状況であつた。Aは父になつき、学校の成績もより良く、通信簿、図画の作品等を父母によく見せるが、Bは左利きで、図画はきらいで、学校で書いたものも破いて棄てて父母に見せず、父母にいはれても宿題もしない。父に叱られると、Aは平氣でいるが、Bは恐れてすぐあやまつてしまう。

双生児集団における觀察結果

当時10才、小学5年生。共に多弁、多動、過敏で感情が変り易く、意志薄弱で耐久力なく、しかも自己主張欲の強い顕揚欲的性格という点で高度の一致を示していた。すなわち、A B共に、集団

生活の初期においては、自己を誇示し、仲間のリーダーたらんとし、しきりに出しゃばり、他に容喩して知つたかぶりをし、或は他を笑わせて得意になる、という態度であつたが、その実力のないこと (IQ: A 94, B 97), 首尾一貫せざる行動、利己的傾向等を曝露し、周囲から相手にされなくなると、嘲笑的、反動的となり、その作業は一そうなげやりとなつて来た。

以上の傾向はBにおいてより著しく、一般により我まま、無遠慮で、一そう無気力で自己顯揚欲は強く、一同から無視されるようになると、暗闇に乗じて昼間の出来事の陰險な復讐を執拗に図るとか、家庭に帰りたくもなつて来た一同を陰から煽動して、観察者の意図を妨害せしめるとかの行動に出たりして、不平不満の多い、意地悪、ひねくれた生活態度が特に目立っていた。これに反してAはやや自制的で、多少とも他と協調して行動することができた。

A B間の関係は疎遠で、別々に行動することが多いが、特に対立的ではなく、BはAの家庭内地位、能力の優位に対して反撥し得ず、服従していた。なお、形態的にBの頭形は横経、縦経がAより短く、水平頭囲は小で (A 52.1cm, B 50.6cm) 兩名の頭形にかなり著しい差異のあることが注された。

その後の発達状況

昭和19年 (12才) 小学校卒、当時企業整備により家業は漸次苦しくなり、A Bの中学入学についての経済的支障があつたが、親類よりAは長男だから中学に入れるようにとの意見もあり、AはK商業に入学。しかしBは「僕は学校できないし、嫌いだから」といい、高小入学。昭和20年 (13才) 父を残して家族は千葉県I町の郷里に疎開し、AはT商業に、Bは土地の高小に転校。3月の東京空襲により父は戦災死。

爾来家計の困窮は深刻になると共に、Aの行動は漸次脱線して来た。すなわち不良交友、金品持出が始り、学校欠席も多くなり、経済的事情もあつて、3年にて中途退学。都内の叔父 (メリヤス工場経営) の許に手伝いに入り、表面は小まめに働いていたが、しばしば多量の原料、製品をごまかし、発覚しても平然として虚言を吐き、或は女中を誘惑して性関係を結ぶ等のことあり、昭和26年 (19才) には約4万円の物品をごまかし、親戚

中の問題となり、疎開先の母の許に引取られた。家計の苦しさの中にあつて、母がひたすらAをかばうのにもさからつて、Aは遊ぶくらし、一時近くの町工場につとめたが、工員の待遇問題について主人に高飛車な議論をふきかけて解雇され、不良青年の中心となつているマダムの許に入りびたり、料理屋にての遊蕩、高価なカメラ、派手な洋服の購入などの濫費、次ぎ次ぎの女性関係、ヒロポン使用等あり。この間、昭和27年 (20才) には母の懸命な弁解、奔走により農業会につとめたが、約数ヶ月後には伝票偽造による公金50万円の横領が発覚して馘首された。このために親戚より義絶同様に扱はれて郷里を追はれ、同年暮より都内の蕎麥屋に住込んだ。

そこでもしばしば大風呂敷をひろげ、又近くの特許街にもよく通つていたが、一応仕事には興味を持ちよく働き、仲間とも調子よく交際していた。しかしその中に得意先より本人が金銭をごまかすとの苦情がたびたび舞ひ込むようになったので、昭和29年夏 (22才) 再び解雇され、その後板前となつて料理屋を転々としているらしいが、殆どその消息も不明である。

これに反してBのその後の社会生活には、Aに見られるような反社会的傾向は極めて少い。Bは昭和21年 (14才) 高小卒後、郷里の叔父経営の澱粉工場につとめ、一時は賣上げをごまかし、餡の闇賣りによる収入を遊興に費し、Aと同じく上記の不良グループのマダムに熱中し、又ヒロポンの使用もあつたが、いずれも限度で、叔父の許でよく働いており、時には収入の一部を母に渡したり、弟妹の面倒を見たりして、親戚からも可愛がられていた。その後食糧事情の好転により澱粉工場が不況になつたので、昭和27年 (19才) 都内に水産業を営む叔父の世話で、渋谷区の魚屋に住込み、現在まで真面目に働いている。多数の使用人のいるなかで、毎朝魚河岸に仕入のために主人に連れられて行き、時には自分で冷凍品、乾物類を安く仕入れて値上をまつて利益を得ようとして、主人にたしなめられるようなことはあつても、特に女性との浮いた噂もなく、主人や同僚にも可愛がられている。月に1、2回の休暇には必ず水産業を営む叔父の許に行つて子供たちと遊んでいるという有様である。

昭和27年9月 (20才) 面接時所見

旧居住地の戦災による壊滅のため、この時まで A B の消息は全く不明であつたが、A の突然の来訪あり。当時は前記農業会解雇の直後で、公金横領事件の結末もつかず、途方にくれたおどおどした様子で、不安、沈鬱状。事件については農業会幹部が会の信用を失うまいと、自分たちだけに責任をおしつけたと、その行動にはげしい非難をあげせ、発覚した夜は口惜しくて死のうと思つたといひ、又同僚が気の毒だから、自分が身を引いたのだと、自分の行動を正当づけようとしている。また「それ以来、夜も眠れず、道を歩いていても周囲の景色が、なにかよそごとのようで、スクリーンを通して見ているように、少しもピンと来ない」、**「大きなビルディングをみても、自分がそれをひよいと飛び越せるような、変な気がする」と**、外界疎隔感、微視症等の異常体験を示していた。

B は現在の職業（魚商）にすつかり満足して、如何に面白い仕事をしているかを得意そうに話している。A の非行については、親戚が冷いからだとし、特に咎めもしない。「親戚に叱られるから、兄貴はしつかりしていないから」と母からの A の就職斡旋には応じないが、しきりに親戚中を飛び廻つて A の横領金の始末を奔走している。B にはそれが自己の利害に直接関係しない時は、知人の不幸に同情し、しきりにその世話をするという傾向がある。

昭和28年4月(21才)片瀬合宿生活における観察結果

共に落着かず、多弁、多動、気分は一般に陽気で基本的には発揚性感情であり、被影響性強く、おだてられれば、雑沓する橋の欄干に飛び上つて得意になる。不全感を抱きつつ、その劣等感を過代償して、ことさらに無遠慮に虚勢をはり、見せかけの行動が多く、自己顕揚欲が強いという点では A B 共に全く共通であり、又昭和17年(10才)

考 察

この組は第一回双生児集団において、共に顕著な性格特徴を有し、且つ A B 間の差異がかなり著明で、殊に B はより自己顕揚的、ひねくれた問題児で、我々の注意を特に惹き、しかも中学2年ごろよりは逆に A の方が反社会的となり、B は反つてより良く周囲に適應するようになって、A B 間の性格的差異に著しい変動があり、注目に価する。今日までの全発達歴を展望して、その人格的差異の由来としては、第一に A B のかなり著しい頭形の差異をもたらしした生物学的条件がある。既述の如く、B の頭部の横径、縦径は短く、水平頭頂も小で、顔はよ

当時と変りない。当時にくらべると気分はより陽気で、テンポは早く、また当時は時に小心無気力な態度をとることがしばしばあつたのにくらべると、過代償傾向をも含めて、周囲に対して積極的に振舞うことが非常に多くなつている。その欲求は直接の感性的、娯乐的満足にのみ向けられ、知的関心は極めて乏しく、理論的思考は不得手である。

A B を比較すると、B はより未発達で小供っぽく、目につく娯楽用品、土産物には直ちに飛びついて、買い集めて見せびらかし、通りがかりの女性に奇声を発する等、その行動はより素朴、単純で、強い不満を感じることも少い。これに反して、A は周囲との対立を意識して、丁寧な態度で表面を装い、口数はより少く、合宿生活の不満を婉曲にもらし、時にはひそかに一同から脱け出して単独行動をとる。異性への関心を B のように露はに示すことは少いが、有名女優とならんで撮した写真を得意になつて示しながら、その肉体、容貌の悪口をいう。知的関心の幅も自己主張的により強く、将来について A は「外国と取引するような大規模な事業をしたい」と大きなことをいうが、B は「魚屋の店を出したい」とより現実的である。

父の爆死について、A は当時の状況を細々と述べ、その死を強くいたむが、B は「おやじよりお袋が死ねばよかつた、ただ経済的理由ですよ」と言い放つ。母について、A は「お袋には心配かけてすまない」としきりに弁解するが、B は「お袋は甘いからな」と母の A に対する態度を批難する。

身体的には B は昭和27年6月(20才)以来慢性の胆嚢炎があり(A も19才ごろに黄疸あり)、身体発育はやや劣り、血色もすぐれない。

り面長であり、これはBの頭部発育がAに比して障碍されていることを示すものである。このBの頭部発育障碍が胎生期、出産時（人工早産で、Bは出産時胎位は倒位）のいずれの条件によるかは今日判定し得ないが、かかる頭部発育障碍がその後の心身発育に影響を及ぼすことは当然考えられる。今日までの精神的展開において、Aがより分化した発達を示し、知的関心も広く、性的関心も早く現れ、その処理の仕方も複雑であり、Bはより単純、未分化の発達段階を経過し、その欲求、感情の発達も遅れていることの根本的由来としては、先づかかる生物学的条件の差をあげねばならない。

次に問題となるのは、家庭環境の相違である。幼少時、家庭をとりまく封建的家庭制度の雰囲気の下に、長男として優遇されていたAにくらべて、絶えず欲求不満にさらされていたBが体力的にも著しくAより劣っていたこととも関連して、小学校当時、より抵抗力弱く、無気力で、またそのために自己顕揚慾は逆に強められ反動的となつたことは容易に理解できる。そして父生存中は家庭内においてよりよく欲求の充足を経験し得たAが思春期に移行する不安定な時期に、父の戦災死、一家の困窮に遇い、今まで家庭内において絶えず不満を抱かねばならなかつたBに比して、相対的により適応困難な事態に陥り、戦後の社会的混乱に容易にまきこまれて行つたということができよう。

A Bの両親に対する感情は異なり、Aは両親殊に父に対し深い親近感があり、母に対しては罪責感を抱きつつ、そむかざるを得ないという風に、Aのそれはより複雑であり、かかるA Bと両親との間の対人関係が両名の今日までの性格形成、具体的行動と深い関係があることは明らかであり、思春期以後のAの非行もかかる対人関係との関係からも考察せねばならない。もちろん、そのためには幼少時にまで遡つて家族全体の相互関係、A Bに対する家族の態度等について更に深い分析が必要であるが、とにかく本例においては、かかる要因をも重視せねばならない。

なお、精神発達の生物学的条件の差異によつて、思春期以後の精神的展開がおくれ、より単純、小児様であるBが、父の死、一家の困窮という社会的環境の変動に際しても、より容易にその欲求の充足、解消が可能であるが、より分化し、欲求およびその処理の仕方も複雑であるAの方が社会生活の適応をより困難ならしめていることも明白であり、ここに生物学的条件と社会的条件との力動的相互関係がある。なお、又Aの人格構造がより複雑に分化したことに生物学条件のみならず家庭内対人関係の如何が密接に関連し合つていることも明らかである。

このように本例においては、根底においては頭部形態差異を惹起した生物学的条件の相違があり、それに由来して生物学的に規定された精神発達の差異と、A Bをとりまく幼少時の対人関係の如何、その後の社会的条件の変動等の諸要因が相互力動的に関係し合つて、この例に見られるような複雑な人格的差異、具体的行動の著しい変動をもたらしたものとすることができる。

なお、Aは非行発覚の直後において、微視症等の異常な主観的体験を経験しているが、今後

Bにもかかる異常体験が出現するかどうかは興味あるものといえよう。

第VI組 宮 ○ 兄弟

(昭和6年5月19日生)

幼少時発達歴

父は商業を営み、闘士型、活潑な活動家、手腕家で、頑固、気むずかしい人で、母は温和、控え目で愛想が良い。Aは長男、次男で、他に2弟(昭和10年生、昭和15年生)2妹(昭和8年生、昭和13年生)あり。双生児出産当時、一家は台湾に居住、Aは安産(約500匁)、Bは仮死状態(約400匁)で生れ、起立、歩行、言語等もBの方がやや遅れ、生後1年の時、共にアメーバー赤痢およびマラリアに罹患、共にBは重症で、その後の栄養状態も不良であつた。

台湾では共に両親の手許で育てられていたが、生後1年半で一家は東京(日本橋)に移住し、その時以来、父方祖父母(淀橋居住)が淋しいからとて、Aのみその許に引き取られた。祖父母の許でAは相続人として非常に大事にされ、又祖父母は富裕であり、物質的にも恵まれていた。又祖父母の許には叔母(父の妹、カソリツタの熱烈な信者で、当時30才なるも結婚せず)がおり、「この叔母からも可愛がられていた。Bは両親の手許にあつたが、当時両親は家計の逼迫と相ついで生れる弟妹の養育に追われ、Bは両親の愛撫を受ける機会も少く、時々Aは一しよになることはあつても、Aはきれいな服装で、幼稚園の話しをし、「坊や」とよばれるが、幼稚園にも行けないBは呼びすてにされるという状況で、両名は仲が合はず、Bは怒りやすく、ひがみ、偏食も特にはげしかつた。5才の時Aも両親の許にもどつた。その後もAは祖父母の家(既に祖父母はAが5~6才の間に相ついで死亡し、叔母のみがいた)に行きたくても両親はそれを喜ばず、叔母の許え行くと「父のようになるな、祖父のようになれ」といわれていて、叔母の許に遊びに行くと帰宅後Aも親に反抗していたという。父はAをあつぎとして扱つており、Bはますますひねくれて、父に叱られ、特に小学校1~2年のころはその傾向は極めてはげしく、教師からも問題視されていた。母はBを可哀そうに思い、Bも母にはなついていたが、母は父には一言もいえなかつた。両親と祖父母の間も互

に反撥しあつていた。

なお、この両名は生れたときから、顔貌、頭形がやや異なり、Aの顔の正面像は短卵形であるが、Bのそれは長卵形で、かつ後頭部がやや凸出しており、他の1卵性双生児組に比して最も著しい形態的差異がある。

双生児集団における観察所見

当時11才、小学5年生。共に強壯な体力を有し、極めて精力的、粗暴、過敏、常に不機嫌で、突然に或ははげしい腕力を振い、或は激烈な口調で相手を攻撃し、集団生活を通じて終始他となじまず、支配欲強く、利己的で、周囲を冷笑し、時には強引に出しやばつて、ののしり、一同から暴君として恐れられていた。かかる傾向はBにおいて一層はげしく、Bは傲慢不遜、高圧的、ひねくれて、嫉妬競争心強く、狡猾で、しばしば暴力を振い、常に不平満々であつた、これに反してAはやや自制するところがあり、他と多少とも協調することができる。

A B間の関係は対立的、反撥的で、共同に行動することは殆どない。

その後の発達状況

昭和19年2月(12才、小学6年生)に父を除く家族は群馬県K市(母の郷里)に疎開し、同年4月共に同地中学に入学、ついで東京の店舗も戦災により焼失し、父も疎開して来たが、夫婦間の不和あり(母は最後まで夫の気持ちがわからず、信頼し得なかつたという)、既に病弱となつていたにも拘らず父のみ別居していたが、昭和21年5月(14才)に父は死亡し、家計は漸次苦しくなつて来た。父の死後、一家に対する親類の発言力は一そう強くなつたが、その雰囲気は父の告別式における着席、焼香の順位が、相続人たるA、ついで主な親族、ついでBの順位であつたということにも示されるような、強い家長主義的なものであつた。

Bは中学入学後、田舎の学校は程度が低いと馬鹿にして、教師への反抗、友人(特に下級生)への乱暴がつり、父の死亡前から悪友の首領株となり、喫煙、無断欠席が始り、家財道具を賣りとばしたりしていた。Aは中学において勉強もよくやつて、特に問題も起さず、Bの非行のはげしい当時、「ふたごで遺伝も同じだから自分もそうなり

はしないか」,「父が病気で、自分はどうなるかわからない」と、不安の感情を教師に手紙で訴えたり、父の死後、かつて祖父母の許にいたころ、キリスト教教会に通つたことをなつかしみ、近くの教会に出入りしたりしていた。

昭和21年5月(15才)面接時所見

体格はBの方がより強壯、共に声変わりせず、頭形、顔形の相違はより明瞭となる。この時は父死亡の数日後で、両名共に打ちひしがれていたが、Aは特に沈鬱、悲哀感高く、筆者の顔を見て、涙ぐみつつ、父の死の模様を物語るが、Bは面接をさげようとし、学校の話になると不快な表情を示して家を抜け出る。

父の死後もなおしばらく、Bの非行はつづき、警察沙汰にもなり、時には無断で家を飛び出して上京したり、女学生をつれて旅館に出入する等のこともあつた。かくて、経済的理由もあつたが、親戚は「Bは見込めないから」と主張し、又自分でも「学校はいやだ」というので、Bのみ中学4年の時(昭和22年9月)で退学させられ、叔父(母の弟、雑貨商)の手許で働くようになった。叔父はBの行動を受容するような態度をとり、又母が内職をしているのをみて、Bは弟妹の面倒をみるようになって、以来Bの不良交友は止み、叔父の許に2年間働き、営業不振のため上京、パン屋に奉公し、自動車運転の免許を得たりしていた。昭和26年(20才)結核と診断され、帰郷し約半年静養。ついで駐留軍相手の食料、自動車修理業を営みたいから語学や自動車に関する技術を習得したいという理由で、昭和27年12月(21才)に保安隊に一般隊員として入隊、泥酔してジープを乗り廻し、上官暴行で減俸されたことなどがあるが、現在も入隊中である。親戚のものは「Bはなるほど一時くれたが、それだけ苦労しており、考えるようになった」という。

Aは、父の死による家計の困窮の中でも、長男だからとて、そのままを学し、昭和24年(17才)に中学を卒業。その後、自転車部分製造工場、織物問屋、小学校恩師経営の学校用具店等につとめたが、次第に「生意気になつて」、どこでも折合が悪く、やめさせられたり、自分でやめたりしてしまう。当時、母は農業を営み、弟妹は生活保護法教育扶助により辛うじて就学している状態であるにも拘らず、Aは派手な服装をして、何もせず

にぶらぶらして、母の手伝いもしない。親戚が職業を斡旋しようとしても、あれこれと条件をもち出して断つてしまう。弟妹をどなりちらし、「兄さんはいない方がいい」と弟妹からいはれる有様である。現在栃木県A市のゴム工場に工員として通勤中。

昭和28年3月(21才)面接時所見

現在および将来の生活について、Aは「あまり考えても仕方がない、その日のことをすましていけばいい、今の仕事は腰かけた」と消極的、退嬰的であり、最近までの行動についても、環境条件の不良なることのみを挙げる。当時、小学校の恩師の好意でその店に働いていたのであるが、しきりにその待遇の不満のみ述べる。Bは保安隊入隊についての卑下感と、隊内生活の不満はあるが、「先日検閲があつたが、負けては續なので、1週間徹夜で勉強した」、「いやなこともあるが、とにかく独立できるようになるまでやる」と不満に対して積極的な態度を表明する。母に対してはBの方がより親近的で、弟妹の将来についても充分心配して、いろいろと具体的な意見を述べるが、Aは「みな、自分自分でなんとかやつて行くでしょう」と無関心的である。

昭和29年2月(22才)熱海合宿生活における観察結果

A B共に常に不機嫌、気重な気分支配されており、衝動の力は非常に大であるが、その方向は環境と調和せず、常に軋轢があり、一般に自閉的、孤独で、他を冷眼視する傍観者の態度をとる。絶えず不充足感を残しており、不自然に昂揚した自我感情と卑下感が奇妙に共存している。対人接触は非常に悪く、精神内界を窮い知るのは困難である。共に女性に強い関心をもちつつ、一同の前では或は不関心的態度をとり、時には辛辣な批判をもらしたりするが、周囲に誰もいない時には女性をつかまえて話しかけている。なお、観察者が何気ない様に置いておいた性的倒錯の好色本を、A B共に、互に無関係に、ひそかに読みふけていた。

A Bを比較すれば、Aは衝動、欲求の力がやや弱く、対人的にも多少ともより人づきのよいところもあり、周囲から全く遊離せずに、合宿生活の場の中で一応不満を補償することができている。自尊心は強く、戀愛論、農村人に対する輕蔑視的

な批判をしきりに述べたりする。これに反してBの欲求の程度ははるかに大であり、内的葛藤、不満の感情ははげしく、それを強く制止しているが、時にははげしい不機嫌の感情をもつて舌打ちをしたりする。より自閉的で、他から遊離し、一同の宴会中にひとりで外出し酒場で飲んで来たり、宿舎に滞在中の一女性をひそかにさそつて夜

中脱け出したりする。反面、外出の際一同が揃うまで、不機嫌の感情を押えつつ、永い間黙つて待っているとか、他のものが日課に従はないのを批判する等、社会的規範に従つて自己の立場を守ろうとしたり、自己の直面する不快な事態を周囲にも強制して、自らを補償しようという傾向も認められた。

考 察

この組は形態的にも異なり、かつ幼時異なる境遇に養育せられ、双生児集団の1卵性双生児中最も顕著かつ複雑な差異を示していた。当時その差異の原因としては、その頭形、顔形の相違をもたらした胎生期、もしくは出産時の生物学的発育条件の差、ならびに幼少時家庭環境条件の差があげられ、これらの諸諸件が重り合つて、複雑な性格差異を惹起したものと結論されていた。

双生時集団当時の所見とその後の観察結果とを総括すると、不快、不機嫌な根本気分は変りなく、衝動的な力はより強くなつたが、抑制的傾向は強まり、内的葛藤は一そうはげしく、非常に複雑な分裂気質構造が顕著となつた。かかる全体的発達傾向はA Bに全く共通している。

A B間の差異の変動を考察すると、11才当時と現在とでは、基本的には、差異点の構造は同様であるが、小学校当時に比して、Bはより不機嫌な気分とより強い衝動を有し、不満又それを制止する力も強く、より自閉的非了解的となつて来ている。かかる差異の複雑化に関与する重大な因子としては、もちろん根底的には頭形の差異をもたらした生物学的条件を考えねばならないのであつて、本例でもBのより不機嫌、刺戟的、過敏なることは、かかる観点からも考察せねばならないが、特に本例では、社会環境の差異に注目せねばならない。

A Bは幼少時別々に養育されていたというだけでなく、この家の家長主義的傾向は極めて強く、又家族（両親、祖父母）の間は互に分離して複雑な相互関係があつた。幼少時の父の養育態度はA Bに対して異なり、Bは絶えず不満にさらされ、本来強い衝動をもつBがより反動的、攻撃的となつたのは当然であり、又父の死後も、封建的家長主義的の親戚の強い支配があり、ためにBにおいて13~14才ごろの権威への反抗をはげしく現はさせ、又非行に走らせたといふことができる。かかる社会的制約、又更に自己の非行による深刻な体験がBをしてその性格構造を複雑にし、社会的慣習に従ふという面も現はさせ、又社会においての自己の進路をより具体的に捉えさせている。

Aは父の死後もよく庇護されていて、周囲に対する憎悪も少く、合宿生活の場において周囲とよく歩調を合せることができた。しかし最近の生活態度をみると、合宿生活においても不満に対してより消極的であつたが、困難に直面すると、或はキリスト教教会に出入した動機にも見られる如く、過去の楽しかつた追憶に逃げ、或は弟妹、親戚に対する態度に見られる如

く、自己の優位な立場のみを固執して他を徒らに非難し、積極的に事態を改善しようという傾向が少い。現在周囲の人が「Aは家庭のことを考えない、世なれしていない、尊大だ」と評するのはこのことをいうのであろう。

このようにA Bの対人感情には複雑な差異があり、最近の臨床心理学的観点よりすれば、その構造、その形成の過程について更に深い分析がなされなければならない。しかし、とにかく、本例では幼少時対人関係の相違がその後の性格構成に大なる影響を与えていることは特に注目せねばならない。

なお、本例の如く、基本的には不快、過敏な感情特徴と、強い衝動とをもち、葛藤に陥りやすいものでは、その具体的行動の構造は複雑で、1卵性双生児間でも環境条件如何によつては行動差異を起しやすく、性格構造の複雑な変異域があるといえることができる。

第Ⅱ回集団（昭和18年）参加双生児

第Ⅰ組 寺 ○ 兄弟

（昭和4年11月13日生）

幼少時発達歴

父は肥満型の典型的昂揚性性格者で、浅草仲見世通に天鉄羅屋を開業していた。母ものんき、無頓着な人であり、両親共に気前の良い江戸ツ子肌である。他に祖母、2姉（大正10年生、大正11年生）1兄（昭和2年生）、2弟（昭和6年生、昭和10年生）あり。

出産は順調（出産時体重は不明であるが、Aの方が大であった）、共に生後1ヶ月に急性肺炎（Bは重症）、1才に急性大腸カタルに罹患。Bは8才ごろまで時に寝ぼけて裸で外へ飛び出すようなことがあつたが、Aにも幼少時に稀に同様のことがあつた。Bは13~14才のころまで時に夜尿あり。Aは左利き、Bは右利き。

幼少のころからA Bは身心共に親も間違えるほど酷似しているのみならず、「A Bのどちらかに用があるときは、『ブンタケ(文二、武三)』と呼べば、どちらかが飛び出して来るので間に合う」と述べるように、A Bを区別するなどは面倒なことだと考えるような雰囲気の下に、浅草の繁華街で成長した。上記のような家庭であるため、A Bの幼少歴についての詳しい陳述は得られず、「どちらかといえばAの方に少し横着なところがあつた」という

外は、精神的にも周囲から殆んど差異を気づかれていなかった。

なお父は昭和18年5月（13才）に妻に死別し、商賣も次第に思はずしくなく、抑鬱的となり、罪業、被害念慮（召集の前ぶれが来た、憲兵が見張っている。不忠な俺は銃殺される）等を抱いて、同年8月に軍刀で割腹自殺を遂げた。又長兄も23才躁伏態で東大神経科に入院しており、躁鬱病負因が濃厚である。

双生児集団における観察結果

当時13才、共に府立実科工業2年生。Aの鼻根部の母斑で辛うじて見分けることができるほど、高度の形態酷似を示し、性格的にも双生児集団において、殆ど何等の差異をも認めることができなかった。高度の陽気さ、敏捷、活潑な、強い活動性をもつ定型的昂揚性性格者で、終始一同の大將、人気者で、常に先頭に立つて頑張り、気分は転換し易く、時にははげしく怒つて柱手にくつつかかつても、後に何のしこりも残さず、誰とでも開放的に接触していた。A B間には緊密な親和的な共同休が構成されている。

その後の発達状況

上述のように双生児集団当時は殆ど何等の差異をも認められなかったが、その後の生活史には著しい差異が現れて、特にAは動揺と混乱の行路を歩んでいる。昭和18年双生児集団開催に先立つ5

月に母は病死していたが、双生児集団直後(8月)に父の自殺、翌19年(14才)には祖母の病死があり、家業も企業整備で経営し得なくなり、同胞は散り散りに親戚に預けられるという悲運に陥り、A Bはしばらく叔父(父の弟)の許より通学していた。

父の死後、Aは目立って放縦、脱線的となり、巧みな虚言を弄して学業を怠り、Bはむしろ口数少くなり、Aに引きずられて行動を共にしていた。経済的理由により、昭和19年秋に退学、ついで共に長姉の嫁ぎ先に預けられ、知人の工場の職工となつたが、Aは義兄との折合悪く、しばしばはげしい喧嘩をして姉を困らせるようになった。

昭和19年11月(15才) 観察所見

陸軍軍医学学校軍陣衛生学教室(五十嵐衛軍医少佐)および東大医学部脳研究所の共同による、航空耐性の生理学的、心理学的要因に関する研究の被験者として、11月9日より12月27日までの49日間、東大精神科に宿泊せしめ、低圧負荷(最高7000m)時およびその前後の状態を詳細に観察した。この時A B間にかかなり著しい性格差異の現れていることが特に注目された。すなわち、Aの昂揚性性格は抑制なしに一そう顕著となり、感情はより発揚し、気質、気まぐれの行動性はより著しくなり、作業は粗漏で、看護婦をからかう等の行動が非常に多くなり、これに反してBは爽快、陽気な昂揚性気分の度は双生児集団当時より減少し、表情も時に沈み勝ちで、うつむいて話をする。作業は確実で、低圧負荷時、その前後の長時間連続加算の反覆実施においても終始より強い意志的緊張を保っていた。

航空耐性研究に参加していた間、Aは窮屈な義兄からの開放感を味ついていたのであるが、研究終了後、Aの行動はますます脱線して行き、翌20年3月(15才)までに3回も家出し、闇ブローカーとなつて金をもうけて温泉で遊蕩し、或は九州地方を放浪して、あげくの果は無一物となり、無賃乗車で帰つて来る等の始末であつた。その後終戦まで共に陸軍技術研究所の工員をしていたが、まことしやかな虚言で家人を偽いて金品をかすめたりしていた。

昭和20年6月(15才) 面接時所見

Aは4月より預金通帳を持出して第3回目の家出をし、筆者はしばしばBと共に都内の知人を訪

ねて、Aを探し求めていたが、当時Bは沈鬱で、Aのいないことを非常に淋しがり、訪ね先でAが見当たらないと涙を浮かべていた。6月に突然にAが九州の放浪より帰京、闇ブローカーでもうけた話、車内で一しよになつた工場慰問団に加り、興行して廻つた話などを調子づいて話しつつ、やや軽躁的ともいえる程であつた。BはAの帰京で多少気持を取りもどしたが、爽快な気分の程度はAよりはるかに少く、又双生児集団当時よりも弱く、だまつてAの話の聞いていた。

終戦後、石炭増産のため炭鉱労働者を優遇することを聞いて、長兄とAが相談し、Bもそれに引きずられて、昭和20年12月(16才)3名で九州の炭鉱に出稼ぎに行つた。昭和21年1月(16才)にAは仲間と共に給料受取のため博多に出張中検査され(理由は不明)、Aのみ留置されたが、同じく留置されていた数名と共に留置場を脱走し、以後昭和23年4月(18才)ごろまで、時に住所を偽つての匿名の手紙があつた他は、その消息は全く不明であつた。その後昭和24年5月(19才)にAは九州で病死したが、その際判明したところによると、Aは留置場脱走後、姓名を偽つて坑内夫として、九州の某炭山にもぐり込んでいたが、次第に真面目になり、主任に信頼され、その妹と結婚、義母、義弟妹と共に宅に生活、女兒1名(間もなく死亡)をもうけ、このごろよりBに書面を送るようになり、一生懸命働いて東京へ帰るのだと口癖のように言つていて、死亡の際もはげしい腹痛をおさえて坑内に入り、医師にかつぎ込まれたが間もなく死亡(敗血症による急性腹膜炎)したという。

BはAと共に九州に渡り、Aの行方不明後も長兄と共に坑夫、進駐軍人夫等をしてしたが、昭和22年4月(17才)に義兄に連れ戻され、神奈川県O市の次姉の嫁ぎ先(製氷所)の許で、義兄、その一族に対する憤懣を抱きつつ、次姉の言葉に従つて、働いていた。しかしその後、特にA死亡後、義兄への不満を露骨に現はし(Bによれば「兄貴がいなくなつてすつかり気を落としてしまい、何もかもしやくにさわつて」という)、時にははげしく争うようになり、昭和25年3月(20才)女中と親しくなつたことを義兄より咎められ、女中が解雇されたことを憤慨して、その夜、近くの赤線地帯の店に登楼、相手の女性の不幸な境遇に

同情して通いつめ、同年9月義兄がそれを注意したことから家出して、女の許に走り、飲食店につとめていた。しかし義兄の母のとりなしもあり、昭和27年6月(22才)両名で義兄の許にもどり、工場の一隅に家庭をもつて現在生活している。

昭和28年4月片瀬合宿生活における観察結果

既にAは死亡しているのでBのみ参加した。23才。昭和20年当時にくらべれば元気を回復し、活

動性は高く、機敏に反応するが、表面的にはやや控え目で、特に積極的にグループに参加して行かない、しかし働きかければ卒直、素直に応じ、時には人と変わったことをしようという単純な自己主張的な行動が見られる。しかしそのために周囲と軋轢を起すことはなく、不満をよく処理し、順応して行くことができる。

考 察

この組は典型的な昂揚性性格者として、双生児集団当時(13才)も高度の一致を示していたが、その後の発達歴においては、特にAにはげしい脱線行為があり、性格的にも15才ごろより昂揚性の程度がかなり相違してきて、Aは軽躁状といえるほどであり、Aのその後の無軌道な行動は、明かに内因性の昂揚性感情昂揚の現れということができる。もちろん家庭の不幸が相継いで起り、以前から多少とも「横着」で、又兄としてABの代表的意識のあつたAが、かかる不幸に際して、対人関係の調整がより困難となつて反社会的行動に走つたということもあるであろうが、その対人関係の悪化の主要原因が生物学的の昂揚性気分の亢揚にあることは疑のないところである。この家系には濃厚な躁鬱病負因があり、軽躁の位相の発現のズレが上述の如き生活史上の差異を惹起したものと見えよう。

当時Bは昂揚性気分の程度が減じ、時には抑鬱的感情をも現はしている。それには、極めて親密であつたAの行方不明という心因もあり、Aの死後のBの周囲への反動的行為にも、Aの死亡によるショックからの反動、現実の社会環境の悪条件(義兄の態度)等を考慮せねばならないけれども、その後、多少の抑制を示してはいるが昂揚性気分は再び明瞭となつてきており、Bのかかる変動に生物学的ならびに環境的条件がどの程度関与し合っているかは、双生児の一方が死亡した今日、その分析は困難となつている。

なお、本例において昂揚性性格特徴はAB間において極めて高度の一致を示し、その遺伝的規定性の強力であることを示しており、又同時に、かかる性格者ではその性格上の差細な変動、環境条件の如何によつては著しい行動上の動揺の起ることを示している。

第Ⅱ組 ○ 城 兄 弟

(昭和5年3月2日生)

幼少時発達歴

父は20年来自彊術治療に従い、AB出生当時、神田に療術院を開業していた、内気、無口であるが、気分は明るく、子煩悩である。母も人づきの良い、温和で、かつ注意深く、子供達の特徴を良く観察し、適切に表現する。ABは長男、次男

で、1姉(昭和2年生)1妹(昭和17年生、外に幼死せる妹あり)あり、笑いの多い、朗らか、健康な中産階級の家である。

出産順調(出産時体重:A610匁、B600匁)、麻疹、百日咳の外著患なし。Aは出生以来身長、体重等は常に僅かながら優位で、ABの発育の様子は今日に至るまで常に平行線的で、身体疾患による差異の一時的変動は、病気の回復と共に直ちに回復している。容貌、体格は酷似し、幼少時は母も

誤る程であつた。

A Bは両親により養育され、両親は兄弟の区別をつけないように常に留意していたという。しかし幼少のころから、母は性格差異を認めていた。幼稚園当時共に暴れ坊で、仲間からはギャング、ゴリラといはれていたが、Bは特に負けず嫌い、強情で、小学校当時、めつたに叱らぬ父がひどくBを叱つても、強情をはつてあやまらず、反つてAがおろおろしてあやまるといふ風であつた。小学校低学年のころBはしばしば親や教師に「バカヤロウ」と反抗したりする。しかし小学校高学年に進むにつれて、次第におとなしく、多少人に憶するようになって来て、2人共たびたび級長になつたが、他に命令することは絶対にない。学業成績はBが多少良く、共に算数がすぐれている。手工はうまくないが、Aは大雑把なものを、Bは細かいものをつくる。

中学(共に府立中学)入学後、ますますおとなしくなつて来た。試験勉強の際、Aは呑気で「何でもいいや」と投げ出すが、Bは夜おそくまで、泣きながら勉強している。

双生児集団における観察結果

当時13才、中学2年生、共に穏かな調和のとれた共調性性格で、極めて一致度の高い1卵性双生児である。常に平静な温か味のある感情を醸し、自分の置かれた場面において勤勉、忠実であるが、自ら新しく局面を打開しようという積極性はなく、受動的で、不満はなく、善良、寛容、謙遜で、一同から好かれていた。同時に多少の差異が認められ、Aは特に控え目で、ややはにかむ傾向があり、Bは、極めて軽微ではあるが、やや我ままな強情の点が認められた。A B間の関係は極めて緊密親和的である。

その後の発達状況

昭和19年3月(14才)に父を除き家族一同宮城県の郷里に疎開し、共にI中学3年に編入、同年12月に共に海軍兵学校を受験し、筆記試験に合格したが、Bは痔瘻のため不合格となり、昭和20年4月(15才)にAは海軍兵学校に入校。Bは引つづき学徒勤労動員に参加。終戦後、しばらく共にI中学におり、昭和21年3月(16才)に上京して母校都立中学に転入。

Bは勤労動員中健康を損じ、昭和20年10月に肺結核と診断され、一箇月静養したが、その後も風

邪をひきやすく、微熱、倦怠感を訴えていた。

昭和22年11月(17才)面接時所見

Aは身長、体重においてやや勝り、強壯で、血色も良く、既に海兵復員当時すつかり声変わりしており、Bより二次性徴の出現は顕著である。同年3月上級学校入学に失敗し、都立中学補習科に在学中。将来の計画はまだ漠然としているが、旧制高校入学を強く希望し、共に浪人中の心の落着きなさを、試験以外のことを考える余裕のないことを一応は物語るが、態度は極めて平静で不安の様子はない。通学途上の女学生の噂をしきりにするが、Aの方がその関心が強い。最近共に頭髪をのばしたが、Aの方が整髪を気にしているという。

(しかし翌23年、薬専入学後はBがしきりに鏡をながめておしやれをしている)。Aは多少Bより無口。Bは多少心気的になつて来た(しかし、東大内科にて受診の結果、問題なしといわれてからは全く自信をとりもどしている)。

昭和23年3月(18才)、共に旧制高校および高等商船学校を受験し、いずれも失敗した。Aは東大教養学部に入りたいとて新制高校三年に編入し、翌24年(19才)にT工大応用化学科を受験したが、自信なく、第2日以降を放棄し、同7月に商船大学機関科に入学、昭和28年3月(23才)に卒業し、目下外国航路の二等機関士として勤務中である。

Bは父が有機化学関係の会社に勤務しているからとて、昭和23年にT医大附属薬専に入学、昭和26年3月(21才)に卒業後、希望する会社に入社することができず、やむなく貿易会社の薬品関係の業務に従い、ついで、父の関係で仙台の農業会社研究室に入り、昭和27年10月(22才)、神奈川県薬局に入籍し、現在薬局の若主人として、既に一女を儲け、養父母、その家族と共に暮している。

この間の生活態度として特に目立つことは、兩名共に社会情勢の変化、試験の失敗、周囲よりの勧誘等により、しばしばその計画を変更しているが、その際常に何の葛藤もなく、安定的であり、新しい事態に堅実かつ容易に順応していることである。女性関係においても、Aは船員仲間と行くダンスホールの女性と、Bは会社の女事務員と極めて自由、親密、しかし平静につき合っており、衝動のままに逸脱することは少しもない。

昭和27年12月(22才)面接時所見

Aは筋骨発達よく、壮健、Bはより色白く、身体軟弱。共に談話中口唇が右方にひきつけらるチック様運動があるが、Bの方がより著しい。Aは多少口数も少く、粗野な印象を与え、Bの方がより愛想よく丁寧に話をにつける。温和、楽天的な共調性性格者として、極めて高度の一致が認められる。自主的な積極性は双生児集団当時より強くなり、感情的によく統整された中庸、適切な意見を、活潑明朗に表明する。対人態度は情味あり、「機務士ではなかなか船長になれない」(A)、「薬専出では薬局の主人になる外はない」(B)と、

考 察

本例は双生児集団当時、穏かな調和のとれた共調性性格者として高度の一致度を示していた。その後の発達状況を通じて共通的に特に目立つのは常に周囲との自然な接触があり、特に積極的ではないが、各種の葛藤、不満の事態においても、極めて流動的且つ適切に適応し行き、しかも外界の事態に押し流されることなく、常に安定的な中庸を得た自我を堅持していることである。従つて、船員(A)、薬局主(B)という社会環境の相違によつて、その言葉づかい、応待の様子には、それぞれの職域の特色が現れていても、それは極めて表在的、外面的のものであつて、性格的特色は高度に一致し、幼少以来の全発達歴を概観すると、年齢と共に、ますます一致度が高くなつていのではないかとさえ推測される位である。幼少時には家庭内対人関係の相違による若干の差異が認められ、その後もその影響が認められはするけれども、それはその後の性格差異の発展に対して極めて微弱な影響しか与えていないということができよう。

なお双生児集団当時、A B間に認められた身長、体重等の身体計測値の差異が注目され、かかる身体的差異の原因が同時に性格的にも差異をもたらしているという可能性が論議されたが、かかる身体発育の差異は出生以来常に平行線的であり、上述の如き性格特徴、その差異の推移の様相と共に考え合はせると、この例では、A B間の身体発育の差異は、なるほど幼少時においてBの身体発達が多少ともおくれたことが、家庭内対人関係の相違をもたらし、Bをして多少とも負けずげらい、強情にしたということはあるが、その後の性格発達の上には更に特別の影響を及ぼしていないと考えられる。

第Ⅲ組 滝 ○ 兄弟

(昭和4年12月9日生)

幼少時発達歴

父は鉄道病院事務員(私大卒)、神経質、几帳面

共に多少の劣等感を抱きつつ、現在の生活環境の中に充分な満足を得ている。共に「自分たちはあまり物にこだわらず、どんな環境にでも適応できる」といつているが、Bは病気の時、試験におちた時、就職がきまらなかつた時は「あせつて苦しいだ」という。配偶者の選定について、Aは「長男だし、又船乗りで不在が多いから、両親の氣にいる人でなければ」といい、長男としての立場への配慮があるが、Bは「次男だし、見合して氣にいつたので、すぐ決めた」という。

A B間の関係は極めて親密で、互に対等であり、絶えず文通し合つている。

な人で、母は敏感、気難かしく、指が強い。A Bは長男、次男で、1妹(昭和8年生)あり。東京で生れ、出産は安産(出産時体重:A 618匁、B 780匁)。Aは育つまいといわれて、母が特に養育し、Bは祖父母がそで、祖父母はBを溺愛し、

3才の時、千葉県に隠居所ができて、祖父母がそちらにうつる際も、両親の考えにさからつて、Bをつれて移住した。約半年後、Bがジフテリアに罹患した機会に、それを口実に両親はBを手許に引きとつたが、その後も祖父母は絶えず両親の許に来て、Bを可愛がつていた。

Bも虚弱であつたが、祖父母の許へ預けられる前から、泣き出すと泣きやまず、両親の手許にもどつてからは、それがますますはげしく、母になつかず、両親は常にA・Bに同一のものを与えるので、なにかほしいものがあつても、AをそそのかしてAから母にいわせて獲得するとか、祖父母にねだるという風であつた。このため母もAの方が可愛く、又、Bがひねくれて、Aと争い、Aをいじめ泣かせても、祖父母への気がねからBを叱ることができず、Aや妹に「我まんしなさい」といいきかせていた。Aは母との愛情関係をもち得て、母の要求を受け入れ、学業にも熱心で「いい子」であつた。共に父は恐れている。

双児集団における観察結果

当時中学2年生、13才。刺戟的過敏で、不機嫌なことが多く、劣等感強く、周囲との間に絶えず軋轢があり、或は嫉妬し、或は憎悪し、或は追従する。不平不満が多く、集団生活の後半において、生活にやや飽きて来た一同をひそかに扇動して、ハンガー・ストライキを決行させたりする。

A・Bを比較すると、Aはやや感傷的で、思ひやりがあり、多少自制的であるが、Bは冷酷な過敏さで、特に我まま、邪推深く、不平扇動家であつた。

A・Bの間は反愛的で、中学の異なる(Aは府立中学、Bは市立中学)のも、互に同一学校入学をきらつたためであつた。

その後の発達状況

昭和19年3月(15才)強制疎開により家族一同は祖父母の隠居所に移住。このころより、共に大

人びたことを云うようになり、親えの反抗がつつて来たが、特に祖父(祖母は疎開直前に死亡)の許に移つてから、Bのわがまま、反抗的傾向はますますはげしくなり、中学3、4年ごろは氣にくはないと返事もせず、祖父にも反抗し、「生意氣だ」とて妹をなぐりつける。Aは祖父の許に移つてから、一時見られた親えの反抗はなくなり、より自制的となり、祖父に遠慮して、その面倒を見る。

昭和22年3月(17才)に中学卒業。Aは母が病弱だから医者になりたいと最初は考えたが、むづかしいからとて、父の出身校である私立C大学予科に入学。Bは化学がすきだからとて薬専を志願し、一年浪人後、翌23年にM薬専に入学。

昭和23年1月(18才)面接時所見

身長はBが4.9cmまさり、体重もすぐれ、喉頭の凸出、声変りも著しく、にきびも多い、

共に過敏、不全感強く、特にBは浪人中の不安を感じており、より口数少く、志望校についても拒否して、明らかにせず、より孤立的、反動的で、交友関係も少い、Aとも深い接触は困難であるが、表面的には一応の返事が得られる。Aは大学予科入学後交友も多くなつたという。

その後、BはM薬専に在学、昭和26年(21才)に同校卒業、国家試験にも合格したが、希望する製薬会社に入社できず、近くの中学校の教員をしている。Aは昭和28年にC大学を卒業し、T映画会社に勤務している。

Bの反抗的傾向は表面的には漸次なくなつたが、他方自分の金は自分でどう使おうと勝手だという態度をとり、家族に冷い態度をとつている。Aは一応長男としての地位に満足し、家族制度の義理などを主張し、嫁についてもAは「父母のやかましいことを承知の女でなければだめだ」と称しているが、Bは「そんなことはどうでもいい」といつている。

考 察

本例ではその後本研究に対しての十分な協力が得られず、接触が不十分であつたので、立入つた考察はさけておきたい。しかし今日まで得られた資料を総括してみると、両名の刺戟的過敏、非社交的傾向は依然として変らず、より内攻的となつており、特に我まま、冷酷過敏で、邪推深かつたBはより孤立的、反動的となつてい

なお、幼少時の生活歴を一読すれば、直ちに気づくように、当時祖父母を含めて家族相互の間には複雑な対人関係が構成されており、ためにA B間に多彩な性格差異が構成されていた。すなわち、祖父母に溺愛されたが、両親に対しては常に間接的にしか自らの欲求を要求し得なかつたBが、よりわがまま、不平不満の煽動家となり、母との愛情的結合を持ち得たAが、母の要求を受け入れて、「よい子」となり、自制し、他の面倒をも見るようになったということができる。その後の精神発達においても、このような基本的差異は一貫している。本例はかかる意味で幼少時対人関係の性格形成への関与の仕方を考察するに良い資料であると考えるので、今後双生児との連絡をとりもどして分析を進めたい。

第Ⅲ組 坂 ○ 兄弟

(昭和4年12月2日生)

幼少時発達歴

父は小僧からまじめに働いて織物会社の取締役になつた人で、受動的、神経質、しかし理性的によく統整されている。子煩悩で、甘やかして子供を育てた。母も神経質、子供のことに細心に気をくばっている。A B出生当時、父は東京支店の総支配人として日本橋の商店街に住んでいた。A Bは長男、次男で、2妹(昭和8年生、昭和11年生)あり。

出産は難産で、鉗子分娩(出産時体重:A 540匁、B 440匁)。Bは仮死状態で、生後20日間は哺乳力もなかつた。Bは虚弱で、母は余計に手をかけ、生後1年半の時、母は病氣(虫垂炎)のため、両名を養育し得ず、丈夫なAは母方祖母(愛知県)の許に約1年間預けられた。1年後にAを両親の手許に引き取つた時、祖母をしたつて泣きやまず困つたという。常にA Bは非常に大事に育てられ、多数の店員(60名)からもちやほやされ、近所の子とも遊ばず、自宅で威張つて育てられていた。

6才ごろまでのBの身体発育はかなり劣つており、小学校入学後身体差異は漸次減少して行つたが、Aは知的的にもすくれ、Bに対し優位にふるまっていた。しかしAは幼稚園では皆と遊ばず、小学校ではその傾向が一そう強くなつた。なお、Bは小学3年生になつて、吃音障害が現れ、一時は学校で本も読めない位にはげしかつたが、吃音矯正指導を1箇月受けて、間もなく全く治癒した。

中学進学に際し、Aの方が学業成績が良いので、教師は高校一帝大のコースをすすめて、Aは府立中学に入り、BはK商工に入学。中学1年のころAは肺門淋巴腺炎といわれた。

双生児集団における観察結果

当時13才、中学2年生。身長はBの方が3cm高く、又Bは既に声変りの時期に入つていた。

共に無力性性格で感情は共に不安定で、内的に絶えず複雑な葛藤を生じ、不全感強く、状況によつて或は自閉的となり、或は放縱となり、時には反撥して非協動的となる。A Bを比較すると、かなり多彩の差異点があつて、Aは特に意志薄弱で、逃避的傾向強く、時に反抗的、拒絶的で、落着きがない。Bは多少より生的(vital)な積極性があつたが、一面依存적でもあつた。

周囲のグループに参加し得ないA Bは、両名で互に依存し合つて、2人だけで周囲から孤立する傾向があり、Bに対しAは多少とも優位であつた。

その後の発達状況

Bは昭和19年(14才)ごろより病弱(微熱、倦怠感)となり、学校は欠席勝ちとなり、昭和20年3月(15才)戦災により郷里愛知県に疎開した後、休養し、昭和21年(16才)に単独で上京、知人の許より通学、K商工よりK大予科(経済)に入学。Aは疎開後、近くのI中学に転入、昭和22年(17才)にN工業専門学校紡織科に入学した。

昭和23年1月(18才)面接時所見。

共に声変りしてしたが、Bの方が鬚の発毛部位が広く、喉頭の凸出も著しかつた。Bは結核を心配してやや心氣的。しかし交友関係はBの方が広く、文学、美術と趣味もより豊かである。母の言

によると、共に昭和22年ごろより、自分の意見をはつきりと表明するようになったというが、まだ共に両親に対して極めて依存的である。

その後もBの微熱、疲労感はずつき、昭和24年9月(19才)より左気胸を開始(28年まで実施)、昭和27年3月(22才)にK大卒業、父の勤務する会社(名古屋)につとめている。Aは昭和28年3月(23才)にN工業大学を卒業し、紡績会社(岐阜市)に勤務している。

昭和27年9月(22才)面談時所見

共に著しく自立的、積極的となつて来ており、共に「別々に生活しても淋しく思わなくなつた」という。Aは自己の対人態度について「自分はいやなら、つき合はない、自分とちがつた意見の人がいると、反対したりはするけれど、結局、いやならいやでいい自分は別だ、という主義だ」と逃避的、拒否的態度を表明し、又「能力的には感じないが、休力的に劣等感を感じる、だめだと思つたらやめてしまう。しかし時には負けると思つてもやることがある」と劣等感と、それに対する複雑な

考 察

本例は双生児集団当時、共に感情不安定的で、不全感の強い、意志薄弱、無力性特徴が著しく、自閉的、非協調的態度が目立っていたが、その後、かかる特長は著しく改善され、特に積極性があるわけではないが、周囲との接触が円滑、容易で、感情も平静、流動的となり、不自然に昂揚又は卑下した自我感情はなくなつて、安定した性格となつており、かかる点が特に注目された。今日までの生活史より考察すれば、かつての「意志薄弱的」傾向は、平穩かつ富裕な家庭で充分よく保護されて来たためにもよる社会的未成熟さであり、その後の精神発達につれて活動性も充り、恵まれた境遇の許に社会的に多くの経験を積み、かつての不全感は消失し、感情処理の能力も増大し、よく他と協調し得るようになってきている。このような精神的成熟の全般の程度についてはA B共によく一致している。精神的発達の素因が少年期までは覆はれていたものといえよう。

双生児集団当時は一見かなり多彩の性格差異が認められ、当時、それは無力性、意志薄弱性性格が周囲と接触する場合に二次的に加工される補修とされていた。その後の発達においても、双生児集団当時に認められた差異点は本質的には依然として変りはないが、全般的の精神的成熟、適応能力の増大につれて、かつてのAの特に意志薄弱、逃避的、拒絶的行動は少くなり、Bの屈從的傾向もなくなり、一時は結核罹患によるBの心氣的傾向はあつても、健康回復と共にそれも消失し、全般的に性格差異の多彩さはうすらいできている。いはゆる「意志薄弱」者も、精神発達条件に恵まれた場合は安定的であることの一例といえよう。

防衛機制がある。Bは「人に対してそんなにいやだとか、引け目だとかは感じない、わからない時はあつさりわからないといつてしまい、特別に引け目を感じたりしない」、「体が弱いので、皆と一しよにやらなければならぬ時は苦しむが、体の悪いのは仕方ないと思う」と、対人的に困難があつても、強い葛藤に陥らず、要求水準を下げ、割り切つて順応して行くことができる。

昭和29年2月(24才)熱海合宿生活における観察結果

共に消極的な、神経質性性格であるが、双生児集団当時に比すれば感情はより平静、温和となり、周囲との接触もより容易、かつ広くなり、当時の著しい無気力、自閉的、非協調的態度は改善され、積極性、社会的自信も現れて来ている。対人接触はBの方がより円滑、開放的で、積極的、自由な柔軟性がある。Bに比すればAはややとりつきにくく、不全感を抱きつつ、時には誇示的に振舞うことがある。Bに対してはAが多少指導的である。

A B間の上述の如き性格差異は既に幼稚園時代より周囲に認められていたが、その原因としては、幼児期において虚弱なるためにBの方に余計母の手がかけられていたこと、生後1年半より約1年間Aが祖母に預けられたこと、等の事情がAをしてより欲求不満にさらさせたと推測できよう。なお、本例でも双生児集団当時論議されたように、精神身体发育の位相のズレがあつたということも考えられる。すなわち乳児期にはBの方が身体发育は遅れていたが、その後はBの方が发育がすぐれ、二次性徴も早く出現したということとも関連して、Bの方が精神発達の見込みが早いということもできよう。

第V組 久○田兄弟

(昭和3年6月4日生)

幼少時発達歴

父(容貌はBに似ている)は気が小さく、几帳面であるが、愛想の良い会社員で、母(Aに似た印象の容貌である)は物静か、明るく、社交的である。A Bは長男、次男で、2妹(昭和6年生、昭和15年生)、1弟(昭和10年生、3才死亡)あり。

出産時、Aは鉗子分娩、Bは15分後に自然分娩。医師よりBは3日位しか生存しないだろうといわれ、母、祖母(母方)はBの方に余計手をかけて育て、Bも祖母になつて行つた。幼時发育はBの方がおくれ、元気がなく、風邪をひきやすかつた。

幼少のころから性格的差異が認められ、独り歩きのころからAは元氣よく遊び、人なつこく、誰にでもあいさつするが、Bはむつつきとしている。小学校でも、Aは問題がわかつてもわからなくても「ハイハイ」と手をあげるが、Bはわかつてもだまつていて、教師が理由をたずねると「まぢがえると困るので答えない」という。Aはふだん勉強せず、試験の前夜にあわてているが、Bはふだんからコツコツと勉強している。

双生児集団における観察結果

当時中学3年生(同一の市立中学)、15才。特記すべきこととしては、顔形はBの方がAよりやや角張つていて、眼裂もBの方が大きく、両人の識別は初対面のものでもそれほど困難でない。共に平静、温和な、中庸を得た循環気質の持主で、すぐれた能力、強靱な意欲を常に自然、調和的に実現しており、一同から人格的、能力的に尊敬されていた。かかる点では根本的には一致している

が、同時にAは発揚の傾向によつて潤色され、Bはやや抑鬱の色調を帯びていて、外見上かなり著しい差異が目された。

その後の発達状況

Aは昭和19年夏(16才)以来、海兵、陸士、旧制高校と諸学校を受験失敗、昭和20年(16才)にT工業大学専門部に入學。Bは昭和20年4月(17才)に海軍兵学校に入校、復員後しばらく農業に従い、昭和21年(18才)にW大予科(工業経営科)に入學。

Bは中学2、3年以降の心境について、次のように物語つている(昭和28年2月面接時東述)。

「中学二年ごろから自分の能力を疑い、級長の仕事为重荷になつた。4年になつて、ますますニヒルになつて、死にたくなり、それで海兵に入つた。予科に入つてもそうで、自己嫌悪が強く、注意もまともらずぼんやりしていた」

昭和21年5月(17才)面接時所見

Aは目を大きく見開き、表情活潑、ほがらかに笑い、明快に話をつづけ、社会、政治について積極的に意見を述べる。クラブ活動に参加し、哲学書を読むという風に、関心は著しく拡大している。Bは重苦しい表情で、顔を伏せ、言葉少く、社会の突然の激変で、学校の他は関心を向けるゆとりはないという。双生児集団当時はBの方が身長が勝つていたが、昭和20年(16才)ごろより、Aが急速に伸び出し、昭和21年当時は身長、体重共にAがすぐれている。

Aは昭和23年(19才)T工大専門部卒業後、N大学工学部から、昭和26年(22才)にW大工学部にうつつた。Bは昭和26年3月(22才)にW大理工科を卒業し、K製鉄(兵庫県西宮市)の溶鉱炉の技師として勤務中。

昭和27年9月(24才)Aと面接時所見

最近はA Bの身長、体重は同じだという。依然として陽気、爽快な気分であるが、表面的にはかなり落着いて来て、談話も流暢であるが平静。Bより社会に出るのがおくれ、Bより学資を援助してもらっており、「意見されるようなものだ」といしながら、特にそれを気にしている様子もない。

考 察

本例は幼少時より顔貌に著しい形態的差異があり、性格的にも、共に循環気質圏に属しつつも、Aは多少発揚的傾向を帯び、Bはやや抑鬱的色調を帯びていて、初対面のものでも識別は左程困難でなく、しかも生活史上にかかる差異の起因を求めることができず、双生児集団当時においても問題となつた例である。その後の発達状況を見ると、共にすぐれた精神発達を示し、豊かな精神内容の所有者となつているが、上述の性格差異は終始一貫して認められている。

本例は、GEYER、吉益の主張する如き、循環気質の発揚—抑鬱の両極の対極性(Polarität)発現の一例ともいえるが、形態的にも著しい差異があり、双生児集団当時に論議したように、その起源として双生児形成過程にまで遡つて考慮せねばならず、又最近、松永⁽¹⁰⁾によつて第Ⅲ型双生児存在の可能性が主張されてきた現在、卵性診断の問題も起つて来るので、本稿においては両名のその後の発達状況を報告するに止めておきたい。

総 括

各双生児(双生児形成過程、もしくは卵性の問題がある久○田兄弟、資料の不十分な滝○兄弟を除く)の今日までの全発達歴、特に双生児集団においてみられた性格特徴のその後の発達の推移の様相を、双生児同胞間で比較し、若干の考察を試み、従来の双生児研究に二、三の補足を試みたい。

一般的には、発達の過程において性格が素因の展開、環境影響によつて複雑化し、分節化されて行くにつれて、双生児同胞間の性格差異も明瞭となり、構造的にも複雑になつて行く。しかし各双生児組によつて、性格差異の変動の程度は異なり、年令と共に同胞間の差異の著しく拡大されて行く組としからざる組とがある。すなわち、精神発達の生物学的条件に差があり、一方は豊かな展開をとげたが、他方はより貧弱である新○兄弟、亢奮しやすい過激な刺戟性と強い衝動をもち、絶えず軋轢をおこしている宮○兄弟には著しい性格差異の拡大複雑化があり、精神発達の身体的器質的条件の相違がある外、基本的には発揚性感情をもち、自己顕揚欲、劣等感の過代償傾向の強い平○兄弟も、いわゆる気質的特長においては全く一致して変動はないけ

女性の友人も数多くもつている。

昭和28年2月(24才)Bと面接時所見

依然としてやや抑鬱的色調を帯びつつ、平穩で、大学予科当時の沈鬱、懐疑的な気持はないが、溶鍼炉の技師は責任が重いのでつかれ、遊ぶ気持も起らない、仕事だけで精一ぱいだという。内省的、慎重、控え目の態度である。

れども、より広い社会的の場における行動の様式の特徴は複雑に推移している。又すぐれた精神素質をもち、精神構造の分化の程度が高度かつ複雑で、しかも過敏な感受性をもつ河○兄弟も構造的には差異は顕著となつている。これに反して環境の変動に対して流動的に適応し、内部調和が常に保たれている共調性の○城兄弟では差異の拡大はなく、極めて性格構造は安定的であり、むしろ発達と共に高度の一致を示しているといえるのではないかとさえ思われた。又著しい昂揚性性格の寺○兄弟は、なるほど発達の過程において、後に論ずるようなその発揚性感情の亢揚の位相的のズレが認められ、又環境如何によつては外面的の行動には大きなズレがあつても、それは性格それ自体の中に、そのような行動動揺の原因が内包されているのであつて、性格構造全体としては変動しにくいといふことができる。同じく昂揚性性格の吉○兄弟についても同様のことがいえよう。

岡田⁽⁸⁾、諏訪⁽⁹⁾、井上⁽⁹⁾の従来の研究の結果から昂揚性性格、共調性性格は甚だ構造安定的で変異域は小で、刺激性過敏を基調としたものは比較的構造不安定的で、複雑な変異域をもつとされていたが、このことは本研究の結果からも認められた。しかしここで問題となるのは坂○兄弟である。坂○兄弟は双生児集団当時多彩な性格差異を示し、自己不全感の強い意志薄弱者として、比較的不安定な、複雑な変異域をもつものとされていたが、その後全般的の精神的成熟、適応能力の増大につれて、かつての性格差異の多彩さはうすらいできている。もちろんこの例においても環境条件の如何によつては生存様式の著しい変化を惹起する可能性を内包しているのだともいえよう。

このように双生児同胞間の性格差異の変動の可能性は、根本気分、感受性等、層次構造論上の深部の性格属性の特長如何、および性格全体構造自体の中に包蔵されていると称することができる。もちろん、かかる性格変動の可能性、すなわち変異域を規定する因子としては先づ遺伝素因的条件をあげねばならない。ここで注目されるのは比較的変異域が大であると認められた新○兄弟、宮○兄弟、平○兄弟等はいずれも身体発育上の差異の著しかった例であり、又宮○兄弟、平○兄弟は幼少時の家庭環境に複雑な相違のあつた例である。かかる身体的差異を由来する生物学的条件が深刻な性格差異を惹き起すことは既に認められていたことであるが、それは単に層次構造的の個々の層に、深部にまでわたつて、影響を及ぼすということだけでなく、性格全体の構造的にも作用し、かかる意味で、全体構造としての性格の変異域にも関係するといふことができる。又家庭内対人関係の相違も、それが幼少期のものであればあるほど、性格構造全体に影響を与え、幼時に形成された萌芽が、その後の環境条件如何によつて複雑な変動を示すといえる。

次に性格差異の変動と関連して注目されるのは精神発達の位相のズレである。寺○兄弟においては明らかに昂揚性気分の内因的変動のズレが認められ、A B間の性格差異に著しい変動推移がもたらされた。同じく昂揚性性格の吉○兄弟にも同様の可能性が推測された。又坂○兄弟

においても精神的発達進展の様様に位相的のズレが認められ、又平〇兄弟ではAの性的関心の発達により早く出現しており、Aの心的機制がより複雑なものとなつてゐることは、かかる観点からも考察できよう。

次に各双生児の性格発展の様相、特に同胞間の性格差異の変動の様様に基いて、各種環境要因の性格形成の意義について二三述べておきたい。

胎生期発育条件、出産時状況等、個体発生初期の身体的条件は層次構造論的の深層にまでその作用をなし、家庭環境の相違も幼少期のものであればあるほど、深くその影響を及ぼし、これらの幼少期までの身体的、心理的環境条件の差異が双生児同胞間の主要な差異を形づくることは既に認められていたことであるが、本研究において双生児同胞間の性格差異のその後の変動を見ていても、幼少時に形成された差異は、その後の環境条件如何によつて種々に変容しつつ、一貫して認められた。

そして又このような同胞間性格差異の発達の推移の様相は、各種環境影響は決して単独、固定的に作用するものでなく、河〇兄弟、新〇兄弟、宮〇兄弟に認められたように、各種性格形成要因が精神発達の進展と共に、相互に密接に関連し合つてゐることを示している。すなわち新〇兄弟では精神発達の進行と共に社会環境の複雑となるにつれて、その形態的差異をもたらした生物学的条件に基づく性格差異が具体的には異つた現れ方を示し、平〇兄弟でも同様の生物学的条件、幼少時家庭環境条件、その後の社会環境が相互に関連し合い、年令の進むにつれて、性格差異の構造は力動的に変化して行つてゐる。

このことは家庭内対人関係にしる、脳害質に対する器質的影響にしる、又その後の社会環境条件にしる、いずれの環境要因も固定的、機械的のものではなく、根本的には先づ遺伝素因的条件の如何、その他の性格要因如何との関連において顕現化されることをわれわれの資料は具体的に示しているといふことができる。

なお、筆者はここに幼少時対人関係の意義について一言しておきたい。われわれの資料は幼少時対人関係の如何が個体の性格構造に固着し、年令と共にさまざまにその形態を変容しつつ、具体的行為に大なる影響を与えていることを示し、なるほど、層次構造的にはその影響は主に表層に止るものであるが、現実の具体的行動の発現の形態には大なる意義をもつものとして重要視されねばならない。従来の双生児研究はかかる家庭内環境条件についての分析は不充分で、多くは別々の家庭において生育されたかどうか、兄(姉)、弟(妹)として區別して扱われたかどうかというような極めて皮相的な分析に止つてゐる。しかしながら幼少時家庭環境条件の分析には、家庭全体の雰囲気、家族相互の対人関係の構造、児童が周囲から如何に受容、承認、禁止されていたか等についての立入つた分析が、特に家長主義的、権威的傾向の強い我が国では一そう重要である。今後これらの点について、本研究の対象双生児について研究を深めると共に、乳幼児双生児について双生児のそれぞれをとりまく対人関係の如何、ならびに性

格差異の発現の具体的様相を追及して行きたい。

なお、ここに論じた諸点、あるいは本研究の結果から取り上げらるべき他の多くの問題点については更に改めて詳述したい。

本研究の要旨は昭和 21 年 6 月の日本精神神経学会関東地方会、および昭和 28 年 5 月の同学会総会において発表した。

なお、本研究にあつては東京大学医学部内村祐之教授より終始かわらぬ御指導と御鞭撻をいただき、また昭和 17 年、18 年の双生児集団に参加された北海道大学諏訪望教授はじめ各位の多大の御努力の結果が本研究の基礎であり、更に昭和 28 年、29 年の合宿生活に直接参加された、神戸大学高木正孝教授、順天堂医大井上英二講師、東京大学医学部脳研究所上出弘之氏はじめ多数の各位の御協力を辱うし、又国立精神衛生研究所の同僚各位より多くの御援助を賜り、ここにこれらの諸氏に深甚な謝意を表したい。

なお、本研究は文部省双生児共同研究班および人類形質研究班の援助による。

文 献

- (1) HARTMANN, H. : Zur charakterologie erbgleicher Zwillinge. Jb. Psychiatr. 52 (1935)
- (2) BURLINGHAM, D. : Twins. A Study of three pairs of Identical Twins. Imago Publishing Co. Ltd. London. (1952)
- (3) GESELL, H., and THOMPSON, H. : Learning and Maturation in Identical Infant Twins : An Experimental Analysis by the Method of Co-Twin Control. (In) Barker, R. G., et al. Child Behavior and Development. Mc Graw Hill Publication in Psychology (1943)
- (4) GESELL, H., and THOMPSON, H. : Twin T and C from Infancy to Adolescence. A Biogenetic Study of Individual Differences by the Method of Co-Twin Control. Genetic. Psychol. Monograph., 24, p. 3-120 (1941)
- (5) VERSCHUER, O. F. von.; Wirksame Faktoren im Leben des Menschen. Beobachtungen an ein- und Zweieiigen Zwillingen durch 25 Jahre. Wiesbaden: Franz Steiner (1954.)
- (6) 岡田敬蔵： 双生児法に依る性格研究，精神神経誌，49巻1号，2号（1946～7）
- (7) 諏訪望： 双生児法に依る性格研究，精神神経誌，49巻4号（1946～7）
- (8) 諏訪望，岡田敬蔵： 性格学と性格研究，医学の進歩，第6輯（1949）
- (9) 井上英二： 双生児法に依る性格研究，精神神経誌，55巻5号（1953）
- (10) 松永英： 第三型双生児の存否に関する問題。双生児の研究 日本学術振興会刊（1954）

外傷性神経症者のパーソナリティーについて

— ロールシャツハによる研究 —

YASUFUMI KATAGUCHI and HISAKO DENDO:
A Study on the Personality of the Traumatic
Neurosis by Rorschach Test.

心理学部 片 口 安 史
" 田 頭 寿 子

I 問 題

戦傷者や鉄道従業員の災害患者のうちに、外傷性神経症と診断されるものがすくなくない。云うまでもなく、この「外傷性神経症」は、なんらかの外傷を機縁として発病する神経症であり、同じ外傷性神経症でもその臨床像はさまざまである。今日では、その臨床像を神経衰弱症状、ヒステリー症状、反応性抑うつ症状などの病型に分けて考えるのが正しいと云われている。

さて、戦後、労働災害補償制度の制定と共に、その認定の機関である労災病院において、外傷性神経症と診断される災害患者が多くみられるようになって来ている。この問題を取上げた高臣の研究⁽¹⁾によれば、労災病院に認定のために来院し、外傷性神経症と診断された災害患者の多くは、いわゆる「外傷性ヒステリー」であり、この傾向は患者の職業——これは社会経済的・文化的水準ということに関連してくる——と相関がみられ、ことに日傭労務者にヒステリー傾向を示すものが多いことが見出された。この事実は、ヒステリーが減少し、神経衰弱や強迫神経症が増加するのが、近代社会の文化史的傾向である⁽²⁾という見方からすれば、極めて興味深いものがある。ここで井村⁽²⁾の提案になる、神経質・神経衰弱をNとし、ヒステリー・心因反応をHとした H/N 比 ($H/N \times 100$) についてみると、労災病院での外傷性神経症者のうち、沖仲仕、土工、薦職などの日傭グループでは 325、工員、事務員などの常勤グループでは 80 となる⁽¹⁾。前者は一般病院の精神科に来院する神経症者の H/N 比に対していちじるしく大であり、最も H/N 比の高いといわれている戦争神経症者の場合を更に上まわるものである⁽¹⁾⁽²⁾。

この日傭労働者の患者の H/N 比が異常に高いという事実が、決して偶然的な現象でないことは高臣の研究で明らかである。高臣はこの現象について、1) 社会的経済的不安、2) 対人関係におけるかれら特有の欲求不満、3) 未成熟な原始的な パースナリティーの 3つの原因に関する可能性を指摘している⁽¹⁾。筆者はこの研究で、この第3の点を心理学的に検討しようと思う。

Ⅱ 被 験 者

被験者は、東京労災病院整形外科外来に、労災補償の認定のために来院し、「外傷性神経症」と診断されたものである。かれらは先づ、外科医の診察を受け、「神経症的である」と判断され、さらに精神科医にまわされて、「外傷性神経症」と診断されたものである。筆者は、これらの患者に、昭和 28 年 12 月以来ロールシャツハ・テストを施行して来た。この中から、次の条件に従つて被験者を 2 群に分けてみた。被験者はすべて男性である。

HH 群 (25 名) ——このグループの被験者は、高等小学校卒或はそれ以下の学歴をもつものであり、職業は非常勤労働(日傭)に属するものである。診断名は、すべて外傷性ヒステリーであり、診断のあいまいなものを含まない。

NH 群 (25 名) ——このグループの被験者は、高等小学校卒或はそれ以上の学歴をもつもので、職業は常勤労働に属するものである。診断名は、神経衰弱症状或はヒステリー症状を呈する外傷性神経症である。

この 2 群のほかに、比較群として NN 群、すなわち当研究所に來所した一般の精神神経症者のプロトコルを用いた。このグループは、神経衰弱、強迫神経症、不安神経症などを含み、職業は工具、事務員、学生などである。学歴は、高等小学校卒業或はそれ以上のものであり、若干の大学在学中のものをも含んでいる。

表 1 は、これらの被験者に関する諸条件を示している。

表 1 各 グ ル ー プ の 諸 条 件

	年 令	教 育 年 限	日 傭	ヒステリー
HH 群	34.4	7.2	100%	100%
NH 群	29.9	10.4	36	35
NN 群	27.9	11.3	0	0

Ⅲ 研究法 (テストの手続)

ここで用いたパースナリティー・テストは、ロールシャツハ・テストである。このほか他のテストを併用したかつたが、諸事情のためにできなかつた。以下ロールシャツハ施行に関し

て、特記すべき点のみを述べておく。

1. 使用したテストは、10枚のカードからなるオリジナルの RORSCHACH inkblot ある。
2. テストの施行法並びに分類法は、主として KLOPPER の体系⁽³⁾に従っているが、次の諸点で若干の相違がある。
 - i) Testing-the-Limit は、時間の都合で必ずしも行っていない。
 - ii) 形態水準の評価は、KLOPPER の方法に従っていない。BECK⁽⁴⁾、HERTZ⁽⁵⁾、児玉⁽⁶⁾などを参考にしたが、未だ問題がのこっているので、このデータにおける形態水準の評価は暫定的なものと考えていただきたい。グループの比較に際して、相対的な意味をもつにすぎない。
 - iii) 附加分類法は、整理の仕方にあいまいな点が多いので、ALLEN⁽⁷⁾の折衷法を用いることにした。従つて、時には附加決定因に相当するものが、主要決定因と同じウエイトを与えられることもある。
3. テストの施行は、午前10時から、午後4時の間に、病院の医局で行われた。
4. テスターは、終始1人である。

被験者は、外科医→精神科医→心理学者の順で検査を受けた。被験者は、必要に応じて眼科などにまわされることもあり、心理テストを行うに当つてその目的を特に説明する必要がなかつた。また彼等は、何のためにテストをするのかという問を發することをしなかつた。われわれの被験者の殆んどが、やれと云われれば何のためか分らなくても、黙つてやつてくれるような人達であつた。従つてテストの目的の説明を求めた少数の被験者を除いて、目的の説明を行わなかつた。これに対して、教示の与え方は、一般の場合よりも多くの言葉を費す必要があつた。これは、被験者の理解力が低かつたためである。

Ⅲ 結 果

われわれの被験者のうち、もつとも特徴的である HH 群 (25 名) の個々のデータを次に示しておこう。ここで取上げた RORSCHACH signs は、繁雑になることをさけるため、主なものに限定してある。これらの signs の選択は任意的なものではなく、一定の根拠に基づいているのであるが、これらについては後述する。

表2は、HH 群の各被験者の主な RORSCHACH sign を示しているが、次にこのグループの最も代表的であると思われるプロトコルを紹介しておこう。

武 ○ 佐 ○ (8) 45 才 高小卒 沖仲仕

受傷部位： 頸部、腰部、頭部打撲

主 訴： 打撲部位における疼痛並びに左脚の運動障碍

診 断 名： 外傷性神経症 (外傷性ヒステリー)

表2 HH 群のロールシャツハ記号

Case No	年令	職業	受傷部位	R	Rej	T/R ₁	W	D	Dd	W%	D%	Dm%	M	ΣC	c+k	F%	F+%	A%	P%	CR
1	31	沖中仕	左 脚	16	0	12''	9	7	0	56	43	0	2	3	0	50	56	25	50	5
2	不明	作業員	頭 部	19	0	44''	6	11	2	31	58	10	0	1	1	35	70	63	27	5
3	35	土 工	背 髓	12	1	25''	9	2	0	75	16	8	0	1	1	58	50	33	8	6
4	26	土 工	腰 部	9	3	27''	8	1	0	88	11	0	1	2	0	22	100	78	77	3
5	34	沖仲仕	頭 部	11	1	53''	6	5	0	55	45	0	0	1	0	72	56	55	45	4
6	26	沖仲仕	腕 部	15	2	9''	3	12	0	20	80	0	1	1	0	86	88	66	33	4
7	32	沖仲仕	脚, 腰 部	13	2	39''	2	8	3	15	61	23	0	0	2	69	77	76	15	3
8	31	鳶 職	不 明	9	3	19''	4	4	1	44	44	12	2	0.5	0	66	91	60	66	4
9	25	土 工	頭 部	12	3	25''	5	7	0	33	67	0	1	0	0	83	54	90	50	2
10	51	沖仲仕	頭 部	9	2	24''	6	3	0	66	33	0	0	0.5	0	93	20	100	44	1
11	33	沖仲仕	頸 部	6	4	11''	2	4	0	33	66	0	0	0	0	83	89	83	66	2
12	26	人 夫	腰 部	11	0	30''	4	7	0	36	64	0	3	0	1	63	42	8	18	4
13	40	作業員	頭 部	9	2	69''	5	4	0	55	45	0	1	0	0	77	64	44	33	5
14	41	木 工	背 部	17	1	19''	3	14	0	18	82	0	3	0.5	1	64	50	41	17	3
15	61	作業員	足 指	23	0	33''	7	13	3	30	56	14	4	0	1	52	62	69	27	4
16	45	沖仲仕	頸, 腰 部	14	2	24''	5	8	1	35	57	8	1	1	1	71	65	64	35	5
17	21	雑 役	頸, 脚 部	14	0	52''	7	6	1	50	42	8	1	0	0	64	44	92	28	2
18	30	土 工	下 肢, 胸部	13	2	25''	6	5	2	46	38	16	2	1	1	46	83	46	38	6
19	30	運転助 手	全身打撲	17	0	29''	5	9	3	29	52	19	0	0	0	76	42	35	24	3
20	21	船内荷 役	下 腿	14	2	18''	3	10	1	21	71	8	2	0	3	31	70	46	30	6
21	55	土 工	頸 部	12	1	47''	7	4	1	58	33	9	0	0	1	91	50	33	41	4
22	28	運搬夫	右足指	10	2	39''	3	5	1	30	50	20	0	1	0	85	81	80	40	3
23	29	土 工	右腕部	10	2	28''	5	4	1	50	40	10	0	0	3	30	66	60	40	5
24	20	人 夫	左中指	14	0	28''	4	7	2	28	50	22	1	0.5	3	50	78	57	35	7
25	54	陸仲仕	頭 部	10	2	36''	4	4	2	40	40	20	1	0	0	80	43	90	30	2

検査日： 1954年8月4日

R=12+(3) Rej=3 (Ⅱ, Ⅵ, Ⅸ)

F%=83.3 F+% =83

T/R₁=31.9'' (平均)

A%=83.3 P=3+(2)

W=4 (33.3%) D=7 (58.3%)

Dd=1 (8.3%) S=0

M=0 ΣC=1 (CF 1)

EB=0:1 (共貧型)

カード番号/反応順	時間/位置	自由連想段階	質問	
I	1 5''	△	こうもりじゃないですか。	dr F A
	2 1'10''	△	ちょうにしては変だけど……まあ、ちょう	D F A
II	0 10''		上に赤いのがついているだけで……	さつき赤いのが邪魔になつてみえなかつたけど、いまみるとクマ (D F A P)
	40''		分らないですね	
	1'30''		分らない	
III	1 25''	△	かにじゃない………、エビにしては平つたいし、	D F A 人が向いあつているようにもみえる (D F H P)
	1'30''		あとない……	
III	1 30''	△	同じものでもいいですか	W F A
	55''		こうもりみたいです ほかにはないです	
V	1 10''	△	ちょうじゃないですか	W F A P
	2 30''	△	こうもりにもみえる	W F A P
VI	0 25''		分らないですこれは……	いしいていえばヒヨウの皮です (W Fc—Aobi)
	1'30''		やつぱり分らない	
VII	1 1'30''		見当つかないです、先生	W F— Map
	2 2'10''	△	地図にしては少し変だし……	
VIII	1 25''	△	両わきにヒヨウかトラ	D FM A P
	2 55''	△	あと……花	D CF PL
IX	0 1'00		見当つかない	
X	1 10''	△	両はじのはクモか	D F A
	2	△	虫の頭かな……見当がつかない	D F A
	3 1'30''	△	ノミみたいです	D F A

V 結果の検討

1. 外傷ヒステリーと診断されたHH群の被験者におけるパーソナリティーの一般的特徴を取上げる以前に、従来 RORSCHACH test の上で、ヒステリー患者の特徴として考えられていたものが、どのようなものであつたかを知つておく必要があるだろう。そして更に、HH群の

RORSCHACH 反応は、従来言われて来たようなヒステリーの反応特徴をもっているかどうかということである。

RORSCHACH は、彼の主著⁽⁹⁾において、「私の経験では、神経症に関する一般的所見として、より外拡的 (extratensive) な体験型の中にヒステリー症状が多くみられ、内向的 (introvert) な型には神経衰弱及び精神衰弱症状が優っている」と云っている。このヒステリーと extratensive type の関係については、BECK⁽⁹⁾、BOHM⁽¹⁰⁾、SCHAFER⁽¹¹⁾、RAPAPORT⁽¹²⁾、BOCHNER⁽¹³⁾ など多くの学者の一致して認めているところである。また、CF+C が FC に優っているという点については、KLOPPER⁽⁸⁾、BOHM⁽¹⁰⁾、SCHAFER⁽¹¹⁾、BOCHNER⁽¹³⁾ の一致して主張するところである。このほか、色彩シヨックのみられること、F% が低いこと、などもヒステリーの特徴の一つとしてあげられている。

かつて「転換ヒステリー」は、JANET, CHARCOT, FREUD などによつて取上げられ、これはある期間精神医学の興味の中心であつたようである。しかし一般に、体系的な客観的基礎に立つての研究はなかつたようで、個人的な事例の論議に限られていた観がある。同様に RORSCHACH test による研究も乏しく、体系的な研究は皆無であり、以上に記述した如く、各研究者が彼等の経験から 2, 3 のヒステリーの特徴を指摘しているにすぎない。ヒステリーに際しての、Rorschach test の診断的意義は、分裂病の場合より弱いようであり、あるプロトコルをみて、それがヒステリーのものか否かを診断することは、いかなる場合でも確定的なものではない。ただ、ヒステリー患者のプロトコルには、上述のような諸特徴がみられると云いうるにすぎない。

しかし従来の研究から、少くとも次の 2 点がヒステリーのプロトコルの特徴として取上げられるであろう。

- i) 体験型は、外拡型である。
- ii) $FC < CF + C$ である。

この 2 点について、HH 群のプロトコルをみると、先づ体験型では、

OM : OC	0~1M : 0~1C	OM : xC	xM : 0~1C	その他
5	12	0	6	2

となり、共貧型 (coartated type) 即ち OM : OC, 1M : 0.5~1C, 1M : 1C を示したものは、25 例の中 17 名で (68%) あり、外拡型 (extratensive type) 即ち、 $M < C$ の関係を示したものは、1M : 2C を示した 1 名だけであつた。しかしこれも、いわゆる外拡型に入れるには C の値が少なすぎる。これに反し、内向型 (introvert type) を示したものは 6 例あり、24% を占めている。

また、 $FC < CF + C$ の関係については、色彩反応の皆無である 13 例を除いてみるならば、

各記号のウェイトを1として、

$$\begin{array}{ccc} FC < CF + C & FC = CF + C & FC > CF + C \\ 7 & 0 & 5 \end{array}$$

となり、必ずしも $FC < CF + C$ のものが多いとはいえない。

以上の2点から、われわれの HH 群が、今迄とり上げられて来たヒステリーのサンプルとは可成かけはなれた特性をもつたものであることが分る。しかし、この事実は注意深い研究者は既に気づいていることであつて、たとえば SCHAFFER⁽¹¹⁾ は次のように云つている。「CF と C の特徴的な優位は、ヒステリーの情緒的不安定に関係している。——しかし抑制と抑圧とが特に強いときには、色彩反応すら消えてしまう傾向があり、0:1 或は 0:0 の体験型が生ずるかも知れない」。このことは、外拗型の体験型と $FC < CF + C$ で特徴づけられるヒステリーは、所謂「ヒステリー性格」との相関が高く、共貧型の体験型によつて特徴づけられるヒステリーは本来「ヒステリー性格」とは縁のうすいものではないかと思われる。この推論が正しいければ、HH 群の被験者は「ヒステリー性格」をもたないものであるということになり、これはわれわれの臨床的所見とも一致する。

2. このように、体験型乃至は色彩反応のあり方の点で、一般に認められているヒステリー特徴を示さなかつた HH 群は、それならば積極的にどのような特性をもっているであろうか。少い反応数、共貧型の体験型、反応内容の単調さなど、RORSCHACH の上で所謂 “personality rigidity” を示すと考えられている特徴が目立つているので、RORSCHACH rigidity indicator を用いて HH 群の特性を把握してみよう。

RORSCHACH test による personality rigidity の測定は、まづ S. FISCHER によつて試みられた⁽¹⁴⁾。その後、この研究が刺戟になつて、rigidity の程度の測定にこのテストが有効であることが何人かの学者によつて証明された⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾。今迄のところ、この面に対する RORSCHACH test の有効性について、否定的な報告をみていないので、これを用いることにした。

COWEN & THOMPSON⁽¹⁷⁾ は、17 項目の RORSCHACH rigidity indicator をあげているが、この中から9項目をえらんで用いることにした。この選択に當つては、1) KLOPPER 法によつて得られる記号であること、2) 分類に際して検者の主観に影響されることの少いもの、3) rigidity の測定に有効であることが証明されていると考えられるもの、4) 経験的に rigidity の測定に有効であると思われるもの、という4つの条件を考慮した。この9項目の中、1) 反応総数 (R)、2) 人間運動反応 (M)、3) 色彩反応 (C)、4) 内容範囲 (CR)、以上4項目はその値が少い程 “より rigid” であると考えられるものであり、5) 形態反応% (F%)、6) 動物反応% (A%)、7) 平凡反応% (P%)、8) 反応拒否 (Rej)、9) 第1反応時間 (T/R₁)、の以上5項目は、その値が大であるほど、“より rigid” であると考えられるものである。第2表は、これらの記号をすべて含んでおり、この表からも HH 群が一般のプロトコルに比して、極めて

“rigid”な傾向を示していることが直観的に受けとられると思うが、さらに9項目について、他のNH並びにNN群と平均値の上で差の検定⁽¹⁶⁾ をしてみたのが表3である。

表3 ロールシャツハ・リジデイトイ記号による。HH群とNN群との比較

記号	群	HHGr.	NHGr.	NNGr.
	人数	25	25	20
Age		34.4	29.9	27.6
R		12.76**	18.9	24.6
M		1.04**	1.4**	3.6
C		0.64**	2.1	3.1
CR÷		4.0	6.3	7.7
F%		63.68**	56.4*	47.1
A%		59.8**	49.0*	43.1
P%		35.68**	28.7*	23.2
Rej		1.48**	0.6	0.2
T/Ri		30.6*	36.0**	23.9

**危険率1%, *危険率5%, ÷content range (内容範囲)の略称

においては、HH群とNH群が、NN群に比して rigid であり、HH群はNH群よりさらに rigid である。CRのみは、統計的に有意ではなかつたが、やはりHH群は他の群より rigid な傾向を示している。又、T/Riは、NH群がもつとも rigid であるという結果を示し、HH群がこれに次いでいる。しかし、全体的にみてHH群の rigid である傾向は顕著であつて、NH群がこれに次ぎ、NNはもつとも rigid ではないということになる。

それでは、HH群がもつとも rigid なパーソナリティーを有するという事は、一体どういふことなのであろうか。反応数が少く、反応拒否が多いのは、彼らがロールシャツハ・カードをもてあまして、1つのカードに漸く1つ或は2つの反応を与えるのが精一ぱいであることを反映している。彼らは、テストに対して消極的ではあつたが、非協力的なわけではなかつた。M反応が少いのは、内的な生活の貧困を意味しているのかも知れない。C反応の極度に僅少であることは、彼らが抑制的であり、情緒的な表現が乏しいことを反映しているものと思われる。

3. 上の項で、HH群の特徴を大ざつぱにとらえてみたが、以下個々の特徴をやや詳しくとり出してみよう。

c) 反 応 拒 否 (Rej)

普通一般の被験者のプロトコルでは、Rejが起つてくることは稀である。表3にみられるよ

この表をみるに先立つて、もう一度表1を参照していただきたい。表1に示されているように、日備%はNNでは0、NHでは36、HHでは100になつており、ヒステリー%もNNでは0、NHでは35、HHでは100となつている。即ち、NH群は、社会経済的、或は文化的(学歴なども含む)水準において、3群の中間に位置し、ヒステリーを含む率においても中間的存在であるわけである。

さて、表3をみると、HH群が他の2群に比して、ことにNN群に比していちじるしく“rigid”であることが分る。ことに、R、C(これはウエイトをつけないで計算した)、Rejについては、他の2群に比してHH群がとびぬけて rigid な傾向がつよく、M、F%、

うに、NN群ですら Rej の平均は 0.2 となつている。しかるに、HH 群では 1.48 である。その内分けは、Rej=0 のものが 7 例 (28%)、Rej=1 が 4 例 (16%)、Rej=2 が 14 例 (56%) であり、半数以上が反応拒否を示し、しかも 2 つ或はそれ以上のカードに失敗していることになる。

それではどのカードに対して、反応拒否が多く現れてくるのであろうか。

表4 HH群によつて拒否されたカード

カード番号	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
被検者数	0	3	0	3	2	8	6	0	11	4

この表に現われているように、一般にもつとも反応拒否の生じ易いカード VI 及び IX が、HH 群においても同様に最高の数を示している。しかし、注目すべきことはカード VII に拒

否が多くみられることである。このカードは、普通反応の失敗が起らないカードであり、一応何故に HH 群の被験者がこのカードを拒否するのかということが問題になる。この疑問に確答を与えることは困難だが、2 つの予想を立ててみた。第 1 は、カード VII には 2 つの P 反応 (W に対して「人間」、D に対して「動物」) があるのだが、HH 群及び HH 群以外の日傭労働者のグループからサンプルをとる限り、W に対する「人間」という反応は稀で、到底 P 反応とならないということ。第 2 には、このカードに屢々“性的ショック”がみられ、そのために反応の失敗が起る可能性があるということである。

b) 平凡反応 (P)

カード VII に「人間」という P 反応が欠けているのは、HH 群に限らず、教育程度の低い日傭

表5 外傷性神経症者の平凡反応

カード番号	反応領域	反応内容	頻度 (%)
I	W	こうもり	49
	W	ちょう	32
II	D	動物	29
	W	人間	20
III	D	人間	30
	—	—	—
V	W	ちょう	46
	W	こうもり	35
VI	W	毛皮	21
VII	—	—	—
VIII	D	動物	84
IX	—	—	—
X	—	—	—

労働者のグループでは一般的なことである。

次表は、外傷性神経症と診断されたもので、高小卒或はそれ以下の学歴をもつもの 100 名から得た P 反応のリストである。なお 1/6 の出現率以上の反応を P とした。

このほか、出現率 10% 以上の反応を加えると、カード II の「人間」(W) が 12%、カード III の「毛皮」(W) が 14%、カード III の「動物」(D) が 12%、カード IX の「花」(D) が 15%、カード X の「くも」(D) が 14% となつている。ところが、カード VII の「人間」(W) はわずかに 4% であつた。

カード II の「人間」(W) と、カード VII の「人間」(W) が P 反応にならないことは注目すべきことで、同じ「外傷性神経症」の患者でも

高小率以上の学歴をもつたグループでは、この2つの反応はPとするに足る出現率を示した。

一般のP反応のリストと、表5に示したP反応のリストとが、2, 3の点を除いてほとんど一致していることは、P反応が非常に安定したものであり様々のグループに共通のものであることが分る。これと同時に、生活水準の低いグループにおいて、カードⅢを除いては、人間のP反応が脱落しているのは興味深い。HH群において、P%が高いということは、A%が高いということと関係づけて考えるならば、彼らの反応内容が紋切型で、変化に乏しいということが分る。このことは、彼らの観念内容が単調で貧しいことを意味しているものととれる。むしろ原始的であるとすら云つてもいいかも知れない。

c) 人間運動反応 (M)

HH群の中、3M或はそれ以上を示したものは3例にすぎず、0Mのものが10例(40%)、1Mのものが8例(32%)、2Mのものが4例(16%)であり、結局Mを1つも示さないか、示したとしてもカードⅢに1つ与えることが精一ぱいであると云つてもよからう。

d) 形態反応% (F%)

HH群におけるF%の高さは明らかに異常である。一般にF%は35前後であるが、このグループにおいては、 $F\% > 50$ のものが80%となつている。このことは、決定因が単純であることを意味しており、運動、色彩、陰影反応に乏しいことを示している。ことに、陰影反応がほとんどみられないのは、デリケートな感受性に欠けていることを思わせるに充分である。

e) 性反応 (sex)

HH群にsex反応を示したものが1例もなかつたことは、却つて奇異な感じを受けた。同じような職業グループのものに対して、例えば飯場のようなところでテストを施行するならば、必ず可成多数のsex反応をみることができであろう。HH群にそれをみなかつたのは、テスト事態の特殊な条件のためか、外傷性神経症のためかはつきり分らない。しかし、外傷性神経症者が、一般に性的欲求の低下を来す傾向があることも事実である。この点はもう少し検討を要する。

f) 受傷部位関連反応

この反応は、筆者の名づけたもので、次のように定義される。「受傷部位関連反応とは、患者の自ら訴えている傷害身体部位そのもの、或は明らかにそれに関連があると思われる、独特な(つまりO反応の条件をみたすという意味)Hd 或は At 反応である」。この反応は、外傷性神経症患者の一部に現はれるものであり、ヒステリーの心的機制の解明に1つの手掛りを与えらると思はれる。未だ統計的処理にかけていないが、所謂“Renten”の意識が表面にでている患者に、この反応を示すものが多いことが予想される。この予想は、理論的な推理ではなく、経験的事実にもとづいたものである。

IV ま と め

労災病院へ、労災補償保険の認定のために来院する患者のうち、「外傷性神経症」と診断されるものが可成多数にのぼるという事実と、これらの神経症者のうちヒステリー症状を呈するものが多くみられるということ、さらにこれらの広義における「外傷性ヒステリー」の患者は、学歴の低い非常勤労務者のグループに極めて多いという事実——われわれの研究はこれらの事実を前提として出発した。そしてまづ、ヒステリーと診断された患者のうちから、高小卒或はそれ以下の学歴をもつ非常勤（日傭）労務者のグループをとり出し、これを HH 群と名づけて、そのパーソナリティー特徴を RORSCHACH test によつて把握しようと試みた。HH 群は、このテストの上に「ヒステリーの」或はヒステリー性格的な特徴を示さず、むしろ RORSCHACH rigidity indicator の上に顕著な特徴を示したのであつた。このことは、HH 群が一般の診療所を訪れるヒステリー患者と可成異質的なパーソナリティーをもつものであることを意味していると同時に、ヒステリーという診断名と、ヒステリー性格との関係を、RORSCHACH 研究者があまりに不注意に取扱いすぎていたのではないかという疑問をもつた。社会経済的な、文化的な水準ということを考慮しないで、一般的にヒステリーの特徴を論ずることは大きな誤りであり、しかもその特徴が色彩反応の上にとり上げられる限り尙更のことである。何故ならば、色彩反応は社会経済的水準乃至は文化的水準の影響を受け易いからである。DAVIDSON, SCHACHTEL & LEVI, AULD⁽¹⁹⁾ らの研究もこのことを証明している。また、ヒステリーに関する、RAPAPORT⁽¹²⁾ のプロトコルと、FISCHER⁽²⁰⁾ のプロトコルの大きな相違も、こうした点を考慮しなければ理解できないであろう。

さて、HH 群のパーソナリティーが、テストの上から、制限された、内容の乏しい、構造の単純なものであると結論できると思うが、そのテストプロトコルの一般的水準からの偏りの大きさは、それが神経症の結果であると考えより、彼らのパーソナリティーが本来そうした傾向をもつものであろうと推論することが許されると思う。一般の神経症のプロトコルとの比較は、この推理が妥当であることを証明している。現在、この推論は充分な資料の上に立つていないが、この推論が正しいとすれば、HH 群のようなパーソナリティーをもつ人達が、外傷を受けた際に、ヒステリー症状を示し易いと云うことができかも知れない。また、日本の農村のプロトコルが HH 群のプロトコルと酷似しているということも、この場合考慮することが必要であろう。しかし、以上の推論は実証の段階にないから、一つの見方として提案する以上のものではない。

この研究は、東京労災病院の職員の方々の理解ある御援助がなかつたら不可能であつた。同病院の高橋院長、並びに整形外科部長松林博士にはことに感謝の意を表したい。本論文に

於いて、精神医学的な問題は、医科歯科大学神経科の高臣助教授の御指導を得た。

文 献

- (1) 高臣武史・氏家和国家：外傷性神経症について(その1)災害医学研究誌, 1954. No. 1.
- (2) 井村恒郎：軍隊における異常心理「異常心理学講座」第3部(1)みすず書房, 昭和30年。
- (3) KLOPPER, B. & KELLEY, D. M. : The Rorschach technique. 1942.
- (4) BECK, S. J.: Rorschach's test. I. Basic processes. 1950.
- (5) HERTZ, M. R : Frequency tables for scoring responses to the Rorschach Inkblot test. 1951.
- (6) 児玉省：性格診断法 —2— 心理学講座, 第7巻II, 中山書店, 昭和28年。
- (7) ALLEN, R. M. : Introduction to the Rorschach technique. 1953.
- (8) RORSCHACH, H. : Psychodiagnostik. 1921.
- (9) BECK, S. J. : Rorschach's test. III. Advances in interpretation. 1952.
- (10) BOHM, E. : Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. 1951.
- (11) SCHAFER, R : The clinical application of psychological tests. 1948.
- (12) RAPAPORT, D. : Diagnostic Psychological testig. Vol. II 1946.
- (13) BOCHNER, R. & HALPERN, F. : The clinical application of the Rorschach test. 1945.
- (14) FISCHER, S. : Patterns of personality rigidity and some of their determinants. Psychol. Monogr. 1950 (64) No. 1.
- (15) ERIKSEN, C. W. & EISENSTEIN, D. : Personality rigidity and the Rorschach. J. Personal. 1953 (21) No. 3.
- (16) BECKER, W. C. : Perceptual rigidity as measured by aniseikonic lenses. J. abno. & soc. Psychol. 1954, No. 3.
- (17) COWEN, E. L. & THOMPSON, G. G. : Problem solving rigidity and personality structure J. abno. & soc. Psychol. 1951. No. 2.
- (18) 増山元三郎：少数例のまとめ方と実験計画の立て方, 河出書房, 昭和25年
- (19) AULD, F. Influence of social class on personality test response. Psychol. Bull. 1952 (49)
- (20) FISCHER, S. : Rorschach patterns in conversion hysteria. J. project. Technique. 1951 (15) No. 1.

原 著

乳児院収容児の精神医学的研究

YOSHIKO IKEDA :

A Psychiatric Study of Institutionalized Infants.

児童精神衛生部 池 田 由 子

目 次

第一部 精神発達及び身体発達について	5. 考按並びに総括
1. 緒 言	6. 結 語
2. 研究資料	第三部 初期反応及び慢性反応について
3. 精神発達について	1. 緒 言
4. 身体発達について	2. 研究資料
5. 考按並びに総括	3. 環境としての乳児院
6. 結 語	(1) 物理的環境 (2) 心理的環境
第二部 社会的成熟及び言語発達について	4. 初期反応
1. 緒 言	5. 慢性反応
2. 研究資料	6. 欲求不満に対する実験心理学的研究
3. 社会的成熟について	7. 考按並びに総括
4. 言語発達について	8. 結 語

第一部 精神発達及び身体発達について

1. 緒 言

母親と絶え間なく接触し、愛撫され、養われ、それらの刺激を通じて生長し発達してゆく乳児が、生後直ちにあるいは間もなく自然の保護者である母親から離れて乳児院に収容され、集団保育される場合、その乳児はどのような反応を呈しどのような発達をなすか、またかかる乳児期の体験がその後の人格の発展にいかなる意義を有するかということは、われわれの興味を惹く問題である。

かかる問題に関する研究の歴史的展望に関しては、すでに別誌（臨床内科小児科第9巻9号）に於て述べたが、それらの研究は主として小児科学者を中心とする身体的方面の研究と、精神医学者、心理学者を中心とする精神的方面の研究に大別される。すでに八世紀頃に孤児のための収容施設が開設されたが、前世紀の終頃までは収容児の罹病率、死亡率はきわめて高率で

あつた。それが前世紀末より今世紀初めにかけて、ようやく HEUBNER, PFANDER, SCHLOSSMAN 等が小児看護の科学的研究の基礎を築き、高死亡率及び高罹病率を低下させて看護の三原則を確立した。爾来、産院、乳児院、病院、養護施設等の收容児の種々の心理的特徴も注目され、ことに近年における精神分析学説の滲透により小児期体験の重要性が強調されるに至り、この方面の研究が盛んになりつつある。

この問題に対する研究としては、(1) 收容児の現症について、臨床的観察やテストを行い、その特徴を明らかにする方法 (Direct Study)、(2) 收容児の予後を追求して施設收容の効果を判定する方法 (Follow-up Study)、(3) 現在非行・精神障害を有する青少年、成人等の発育歴を調べる遡及的な方法 (Retrospective Study) に大別されるが、精神的方面の研究の方法上の困難は、1932年 H. HERTZER がすでに指摘するごとくである。

わが国においては一般に児童福祉事業の発達が遅く且つ不十分であるが、ことに施設その他の收容児の精神衛生的考慮について関心が薄く、従つてこの方面に関する研究も精神医学に立脚したものは、殆どなかつたように思われる。

私は幸いにも昭和25年4月より現在に至るまで、東京都某総合病院附設乳児院收容児について、テスト、観察、実験を行い、かつ予後を追求し、また乳児院という環境を分析する機会を得たのでその結果をまとめて報告するが、本篇では先づ精神的及び身体的発達について述べたい。私の研究の目的は乳児院收容児の心理的特徴を精神医学的立場から把握し、そこに働く要因を分析し、更に乳児期体験の意義を考察しようとするものである。

2. 研究資料

研究資料として選んだのは、昭和25年4月以降現在に至るまで、前記乳児院に收容された64名の乳児で、年齢は昭和26年4月現在2カ月より3才7カ月に亙り年齢分布は第1表の如くである。また64名の入院時月令は第2表の如くで、月令3カ月以下が過半数を占めている。

第1表 年 令 分 布

月令	1~3月	4~6月	7月~1才	1才1月~2才	2才以上	計
男	10	6	9	6	5	36
女	6	4	4	7	7	28
計	16	10	13	13	12	64

入院理由は第3表の示す通りで家庭よりの委託児40名、棄児24名(混血児2名を含む)となつている。

経済的条件は一般に不良なもの、あるいは余裕の乏しいものが多い。なおこの中父母の精神医学的障害により遺伝負因を推定すると、第4表の如くなる。嗜癖、街娼、性格異常等を素質的に病的負因のあるものとするか否かの判定は困難であるが、一応これらすべてを負因(+)群とすれば9名、(-)群は31

第2表 入 院 時 月 令

月令	1月以内	2~3月	4~6月	7月~1才	1才以上
人数	15	23	15	10	1

名となる。

第3表 入院理由

棄児(内混血児2)						24
委託児	父	死亡	1	母	死亡	7
		病氣	5 (3)		病氣	9
		受刑	(2) 3		精神病核他 { 精 神 病 核 他 結 核 他 そ の 他	(2)
		家出	2			(4)
		未帰還				(3)
両親健在なるも経済的理由			3	家庭的理由(離婚, 内縁)		8

第4表 親の精神医学的負因

父	性格異常	2	母	精神病	2
	(大酒)	(1)		分裂病?	(1)
	嗜癖(覚醒剤その他)	1			鬱病
	精神薄弱	1		梅毒	1
			街娼	1	
			若年分娩(15才)	1	

これらの数は負因不明の棄児群を含まないので、街娼等の実数はより多いと考えられる。

大体においてこれらの収容児は、一般に経済的、社会的条件に恵まれず、またその成立も健全でない家庭より来た、いわゆる望まれざる子供が多いのではないかと考えられる。

3. 精神発達について

前記64名を対象として昭和25年4月より退院まで、毎月精神発達検査を行い、また退院後もひきつづき検査を行った。

方法は愛育会精神発達検査(原法)を用い、その一部に田中ビネー式知能検査を施行した。その結果によると昭和25~27年における2年間の全乳児発達指数(以下D・Qと略す)標本平均63.7、標準偏差値23.1、母平均は信頼度95%の信頼限界 $64.3 > m > 63.1$ となり、一般乳児の平均発達(D・Q85~114)に比し著しい遅滞を示している。

全乳児の発達指数分布は、第5表の如くで最劣あるいは不良発達が大部分を占める。

第5表 発達指数分布

D・Q	25以下	最劣発達 26~54	不良発達 55~84	平均発達 85~114	佳良発達 115~144	最良発達 145以上
人数	2	24	19	9	1	0

また昭和26年4月現在の月令による発達指数の分布は第6表、また入院時の月令による分布は第7表の示す通りである。

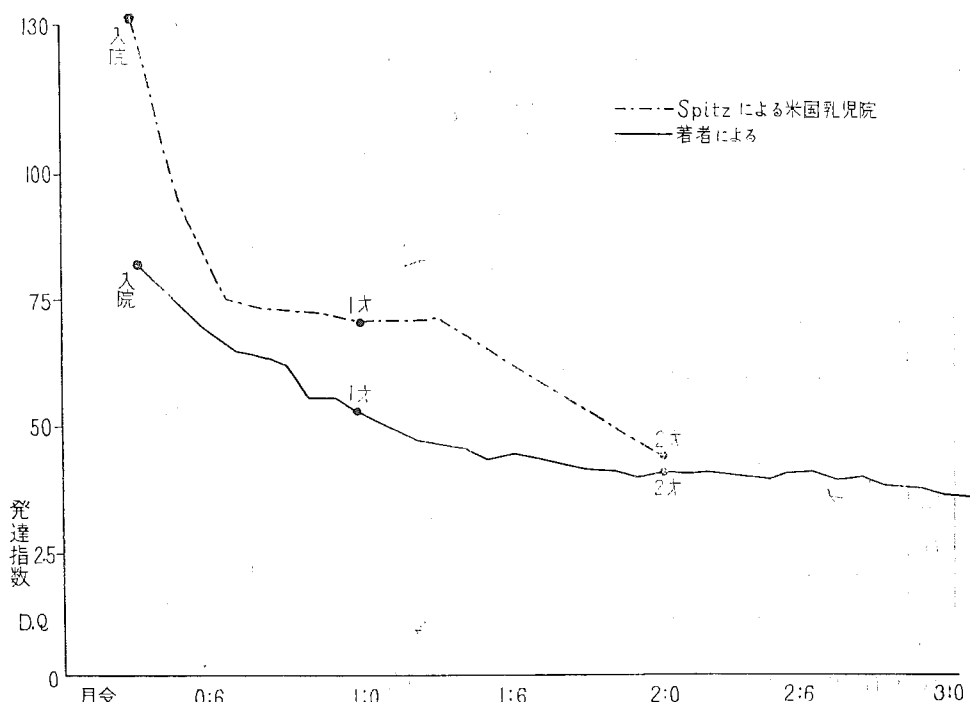
第6表 現在の月令と発達指数

現在の月令	1～3月	4～6月	7月～1才	1才1月～2才	2才以上
D.Q	79.9	68.1	63.3	61.0	40.7**

第7表 入院時月令と発達指数

入院時月令	1月以内	2～3月	4～6月	7月～1才	1才以上
D.Q	58.4	66.6	61.3	65.3	65.0

第8表 発達経過



次に入院したときの月令と在院期間の長さという二要因により、精神発達を考慮してみよう。このため現在の年令を1才まで、1才1月より2才まで、2才1月より3才までの3群に分ち、さらに入院時の月令は1～3月、4～6月、7～12月、1才以上の4群に分ちこれらの要因について要因分析法を行くと、両者とも精神発達との間に1%以下の危険率で有意の関係が認められる。すなわち入院時の月令が少い程、また長期間在院する程、D.Qは不良となる。またどの箇所が有意であるかをみると、在院期間は2才以上群と2才以下群の間に1%以下の危険率で有意の差が認められる。2才以上群のD.Qは40.7で2才以下群との間に著しい差異が認められ、乳児のための設備に收容されている幼児がより著しい障害を有することを

示している。

全乳児の精神発達の経過をみると、すべての乳児の D. Q は入院後 2~6 月以内に低下しはじめ、最初平均発達乃至それ以上の乳児が 6 カ月前後までに平均発達以下となり、月令 12 カ月までには 75 以下となり、言語開始或は歩行開始の時期にやや上昇するものもあるが、大部分は大なる動揺なくあるいは漸次低下する。

6 カ月以下で収容され年令が 3 才以上まで乳児院に収容された 16 名の乳児の平均曲線を見ると第 8 表の如くで、月令 3 カ月 D. Q 83, 6 カ月 69, 1 才 53, 1 才 6 カ月 44, 2 才 42, 3 才 40 という特徴ある経過を示している。

入院時には各乳児の個人差が著しいが、月令の進むにつれ良好なものと不良なものとの差が僅少になり、D. Q 50 及び 30 をそれぞれ中心とする 2 群に分れる。

次に D. Q に影響を及ぼす要因として遺伝要因について考察し、負因不明の棄児群、負因 (+) の委託児群、(-) の委託児群の 3 者を比較すると第 9 表の如くなる。すなわちこの 3 群の間には入院時においてもその後の経過も明らかな差異はなく、乳児院という同環境にあれば不良であり、家庭、他施設などの異環境に移れば良好となる。

第 9 表 負 因 と 発 達 指 数

D . Q		入 院 時	1 才	2 才	3 才	人 数
棄 児 群		76	58	51	65	24
委 托 児 群	負 因 (+) 群	85	70	55	63	9
	{ 乳 児 院 の み 異 環 境			50	33	
				75	71	
	負 因 (-) 群	79	62	55	73	31
{ 乳 児 院 の み 異 環 境			52	49		
			82	83		

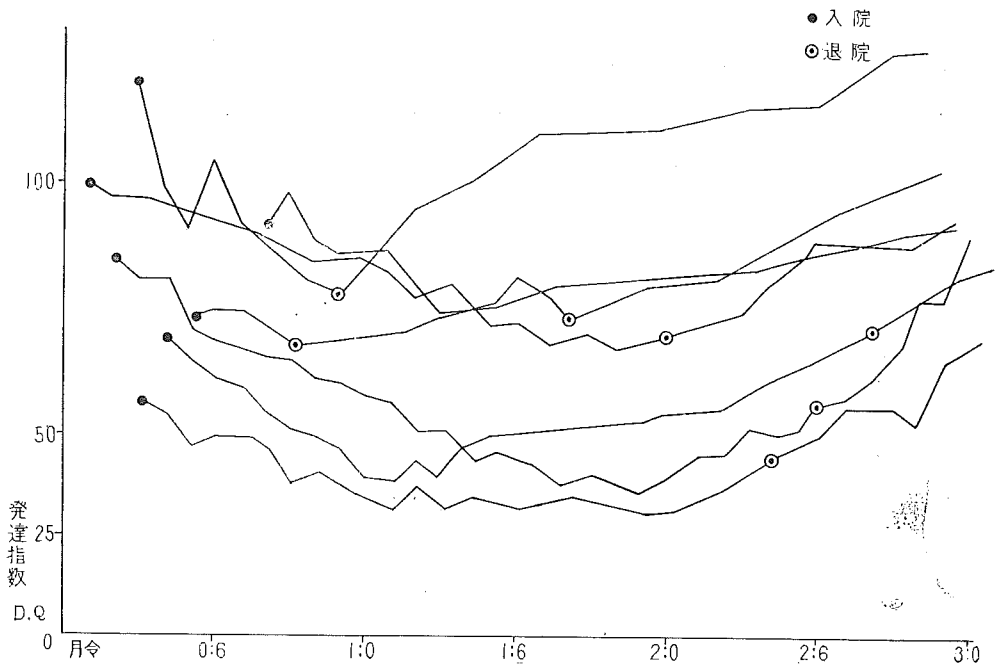
次に身体的要因として出産時に障害のあつたもの（早産 3, 難産 1）をみると、早産児 1 名は入院時も以後も D. Q 30 以下で精神発達制止が明らかであつたが、他の 3 名は出産時障害のなかつたものとの間に差異は認めない。生後一年間の重症疾患或いは頻回患罹児は D. Q はとくに低い。

環境的影響についてみると、D. Q は保育者との個人的接触の如何によつて変動しやすい。たとえば同程度の発達遅滞を示すほぼ同年令の 12 名の乳児を約 6 月間、(1) 個人的接触を増しグルタミン酸を与えたもの(2 名)、(2) 個人的接触のみを増したもの(3 名)、(3) グルタミン酸のみを与えたもの(3 名)、(4) 対照群(4 名)とに分つと、D. Q の上昇は(1) 15~23 (2) 13~17, (3) 2~7, (4) 0~4 という順序となつた。

またこの事実は退院後の環境の種類により著しい差異を示すことでも明らかで、里親または実父母家庭に入ったものはそのほとんどが回復を示し、ことに早期である程短期間にかつ著明に正常範囲に復するのは、第10表の里子群の発達経過が示す如くである。

次に精神発達のどの側面が障害をうけているかについて検討してみよう。発達テストの結果からみると最も障害をうけている面は、BÜHLER のいう社会性、学習、精神的生産の面であり運動、感覚の障害は、比較的軽度といえよう。

第10表 里子群の発達



また長期在院児16名(2才~5才)に田中ビネー式知能テストを行うと、I. Q 32~50, 6名, 50~60, 5名, 60以上1名, 平均49となり, しかも年齢に拘わらず, 同一傾向を示している。すなわち記憶による反応(第1問), 身体の指示(第3問)型はめこみ(第4問), 命令の実行(第5問), 玉通し(第9および第25問)などは合格率ほとんど100%であるが, 絵の単語, 物の名称, 用途による事物の指示, 数詞復称, 了解, 動物の見分け, 数の概念などの問題は, ほとんどが不合格である。つまり言語を用いず具体的実用的問題は比較的良好であるが, 言語を使用し了解, 認識, 記憶などの一般に抽象的思考を要するものは, きわめて不良な成績でその障害が明らかにされた。

4. 身体発達について

身体的方面の研究はすでに小児科学方面の報告も数多いので, ここでは精神発達と関係した点についてのみを述べる。

これらの児童は入院時には身長、体重、栄養状態とも不良のものが多く、体重をわが国乳児標準と比較した結果は第11表の如くで、栄養失調程度 (dystrophie) と判定されたもの24名を含み、斉藤氏による発育段階との比較においても下級、不良のものが半数を占めている。

第11表 入院時体重

体 重	人数	体 重	人数	体 重	人数
標準体重 20% 増	1	標準体重 20% 減	14	標準体重 50% 減	5
" 10% "	6	" 30% "	11	" 60% "	1
" 10% 減	19	" 40% "	7		

しかし入院後体重は次第に正常範囲に近づく傾向が認められる。D・Q と体重との相関は、月令6カ月以下ではD・Q と体重の間には5%以下の危険率で有意の関係があるが、其以後は関係なく、体重は増加してもD・Q は良好とならない。

また体重増加と入院時月令、在院期間との間に有意の関係はみられない。

身長については入院時より一般に不良で、漸次好転するものの標準以下にとどまるものも多く、一方体重が増加するので KAUP DAVENPORT 指数 (体重/(身長)²×10) は上昇し、次第にずんぐり型に近づく。すなわち KAUP 指数で入院時、正常32%、痩せ~痩せすぎ59%、肥満~肥りすぎ8%、1才時正常66%、痩せ19%、肥満15%、2才時正常42%、痩せ11%、肥満47%と正常、肥満の傾向が多くなっている。

身長とD・Qとの関係は、身長の高いものにD・Qが高い傾向はあるが推計学的に有意の関係はなく、また身長と在院期間や入院時月令とも関係はない。

第12表 体重・身長・Kaup 指数・精神発達の経過

年令	体重 標準体重 100%以上	標準身長			
		99—90%	89—80%	79—70%	69%以下
入院時	33%	33%	20%	10%	4%
1才	40%	34%	22%	4%	0%
2才	77%	13%	10%	0%	0%

年令	身長 100%以上	標準身長		
		99—95%	94—90%	89%以下
入院時	17%	30%	20%	33%
1才	23%	33%	27%	17%
2才	33%	27%	23%	17%

年令	D・Q	精神発達			
		佳良発達	平均発達	不良発達	最劣発達
入院時	3%	47%	47%	3%	0%
1才	0%	10%	50%	40%	0%
2才	0%	0%	47%	50%	3%

年令	KAUP 指数	精神発達		
		正 常	痩せ→ 痩せすぎ	肥満→ 肥りすぎ
入院時	38%	59%	3%	
1才	66%	19%	15%	
2才	42%	11%	47%	

2才すぎまで乳児院に過した30名の入院時、1才、2才におけるの身長、体重、D・Q の変遷は第12表の如くで、入院時は体重、身長は不良だが精神発達は比較的よく、在院年数と共に身

体条件はよくなるが、かえつて精神発達は低下してゆくことがわかる。

一方身体機能の面からみると第13表の如くなり、これをわれわれが調査した各地の児童中最も発育の遅滞していた東北中小炭鉱地区の乳児55名と比較すると、生齒、おすわりを除く他の機能は乳児院児の方が推計学的に有意の差が認められ、はるかに遅滞している。

入院時及び在院中の疾病その他の詳細は略すが、昭和 25~27 年の罹病頻度はほぼ東京都全乳児院平均と一致し、また疾患別の比率をみると、中耳炎及び外聴道炎18%、結膜炎16%、栄養障害15%、感冒及び気管支炎14%、消化不良及び腸炎9%、化膿性皮膚疾患7.8%、湿疹7.7%、結核性疾患5% その他となり、眼、耳、皮膚などの小感染が多いことが認められる。

第13表 身 体 機 能

	正常児平均	6月以下	6月~9月	10月~12月	1才1月~1才3月	1才4月~1才6月	1才7月~1才9月	1才10月~2才	2才1月~3才	3才以上	不明
生 齒	7月~8月	9 14.1%	36 56.3%	12 18.8%	4 6.3%	1 1.6%	1 1.6%	0	1 1.6%	0	0
ね が え り	4 月	9 14.1%	12 18.8%	14 21.6%	8 12.5%	3 4.7%	2 3.1%	1 1.6%	1 1.6%	0	14 21.6%
お す わ り	7 月	4 6.3%	14 21.6%	21 32.4%	10 15.6%	8 12.8%	3 4.7%	2 3.1%	2 3.1%	0	0
つかまり立ち	8 月	2 3.1%	9 14.1%	9 14.1%	15 23.4%	14 21.6%	8 12.5%	5 7.8%	1 1.6%	1 1.6%	0
一 人 立 ち	1才2月	0	0	8 12.5%	17 26.5%	16 25.0%	9 14.1%	2 3.1%	11 17.2%	1 1.6%	0
一 人 歩 き	1才3月	0	0	1 1.6%	7 10.8%	7 10.8%	19 29.8%	13 20.4%	12 18.8%	5 7.8%	0

これらの身体的状況の改善については、すでに小児科学的な諸研究により改善が測られ年と共に好転しつつあるが、これらの身体的な障害ことに小感染の反復が乳幼児期の精神発達に悪循環をなすことは否定しえず、しかもこれらの疾病については第3部で述べる如く環境的要因、就中養護の方法が関係をもつものと考えられる。

5. 考按並びに総括

施設収容児の知能或いは精神発達に関する研究は、20年以上前より米英独奥等の発達心理学者、精神医学者、その他により行われている。すなわち GINDL, DURFEE, SPITZ, WOLF などの多くの報告があり、彼等は HETZER-BÜHLER, GESELL などの発達テストや, BINET あるいは MERRIEL-PALMER test などの知能テストを用い各年令の児童を対象として調査した。わが国においても愛育会簡易テストによる二、三の報告がある。

これらの結果として一致して述べられているのは、施設収容児の精神発達あるいは知能の遅滞である。たとえば SIMPSON は BÜHLER test により、誕生以来収容された 1~4 才児 113 人の児童を調べ D. Q 93 を得、対照の貧困家庭児 D. Q 102 と比較した。GINDL は月令 6 カ月から収容された 15~23 月児 20 人を調べ、対照家庭児と D. Q 10 程度の差があることを述べ、ROUDIENGE, APPEL は、在院 2 月以上の乳幼児 40 人と貧困家庭児を比較し、D. Q の比が 59:95 であることを述べ、RHEINGOLD は 15~19 月児を、LEVY は 6 カ月児に GESELL test を用い著明な差異を認めている。

GOLDFARB は現在 34~35 月で月令 4 カ月より収容された 30 人を、同年令で遺伝的素因及び社会的条件もほぼ等しく同時期から里親に委託された幼児を対照として BINET test を行い、I. Q の比は 68:96 で推計学的に有意の差のあることを認めた。経過を追って系統的な研究を行った SPITZ らは、HETZER-BÜHLER test を用い 61 人の乳児を継続的に調査し、入院時 D. Q 124 が 1 才 72, 2 才 45 と低下し、低下の多くは月令 4~12 月、収容後 6 月以内に起ると述べている。

ROUDIENGE, DANIELS は施設児を保育法により分類し経過を観察し、同様の結果を得た。

以上の発達遅滞の程度は各報告により軽重の差異があり、それは施設側の諸条件によるものと思われるが、一方設備良好な施設でも遅滞を免れ得ないという結果が出ているのは、注目すべきことであろう。

収容されてから発達の低下する時期は、大体月令 3 カ月以後あるいは収容後 6 月前後とされている。

また発達遅滞は、運動機能において最も軽く、言語あるいは表現能力において最も重く、GESELL はその中間に adaptivity なる能力をおき、他の研究者は社会的反応をおいた。

施設児の conceptualize する能力については、前述の GOLDFARB が同資料について、WEIGL, VIGOTSKY の test を用い、対照児との間に平均 2.4:6.8, 0.5:4.7 という値を見出し、乳幼児期の施設収容の影響が後年に及んでいると考えた。

以上の結果を私の得た結果と比較考察すると、先づ 2 年間の経過を SPITZ と比較すると、第 8 表の如くなり、私の場合は入院当初より発達が不良で、低下の加速度はより緩やかであるが 2 才時の D. Q はほぼ一致している。入院時に D. Q が SPITZ より低いことは、調査の時期が敗戦後数年であり、わが国乳幼児の体位が一般に低下しており、入院後の施設の条件の差異もあるのかもしれない。しかしそのような差異にも拘わらず 2 才時の D. Q が同程度に低下していることは、保育者との接触という条件がほぼ一致していることを考え注意を惹かれる。

また GOLDFARB の BINET test の結果と比較すると、I. Q はより低くなっている。

発達遅滞の側面は、ほぼ同様の結果を示しとくに田中ビネー式テストの結果にみる如く言語の障害は著明である。また conceptualize する能力については、第 2 部でも触れたがとく

にテストを行わなかつたが、前述のように障害は明らかである。

しかし GOLDFARB のようにこの障害が永続するか否かは今後の研究にまわたい。

これらの収容児が発達遅滞を示す原因を、施設と家庭の諸条件の差異に帰すことについては反対者もある。すなわち収容児の多数が素質的に不良な両親から生れているからであり、その遺伝的要因により決定されるという考え方である。これに対しては、BOWLBY らが施設児と同様の社会的条件にある家庭の乳児、犯罪婦人の生んだ乳児を対照として比較した場合にも、施設児がなお不良な結果を示すことにより反駁している。このような研究を理想的に行うためには、一卵性双生児を用いることが望ましいのであるが、現実には困難であり、また LIDDELL の如き双胎の幼弱動物実験より得た結果も人間と比較することが出来ない。

この意味において従来の研究の多くが、ある一時期に一回だけの、あるいは短期間の調査であることは、方法上の難点である。この欠陥は、ここで行われたように同一資料に継続的にテストを行うこと、異環境に移つたものも更に追求すること、同じ収容児内でも負因の異なるものを比較すること、実験的に接触の条件を異にして経過を比較することなどにより補われねばならない。

私の得た結果によれば、(1) 乳児院児の D. Q に負因は関係していない。(2) 在院期間が長く、入院時の月令が小さい程、すなわち施設保育の影響を強く受ける程、D. Q は不良である。(3) 計画的な個人的接触の増加により D. Q は影響される。(4) 退院後家庭に入つたものは D. Q の上昇をみるなどと結論されたが、これにより発達遅滞を素質のみに帰することの誤りが明らかにされよう。勿論乳幼児期におけるテストの結果は成人や年長児の結果と異なり、現在の発達の状況を示すのみであり、将来の知能を予測することは出来ないこと、またテスト自体もほぼ正常な環境にある児童を対象として標準化されたもので、かならずしも特殊な環境にあるものの判定に適しているとは言い難いこと、とくに知能テストは言語が主要な役割をなすこと、また負因についても負因あるものが一定の時期に至つて障害を示し得る可能性もあること、負因あるものの特殊性が全般的な発達遅滞に被われて明らかに認められないという虞れもあることなどの諸点も考慮を要することであつて、素質的知能を果して完全に把えているかどうかということについてはなお論議の余地があるであろう。

しかし現在の時期において D. Q 63.7 という如き発達障害が、主として社会的及び心理的環境的要因に基くものであると結論することには、大きな誤りはないであろう。そして乳幼児の早期における環境的要因の重大性を、従来より一層強調すべきものと思われる。

身体発達については、すでに多くの論述があるので詳細な点は省略するが、(1) 入院時には体重や身長が発達が不良であるのが入院後身長は大なる変化を見せず、体重、胸囲は好転して、いわゆる肥満したずんぐり型の体重となること、(2) しかし同様の体重を示す地方の児童よりも身体機能としては、生歯などの成熟現象を除いて劣つていること、(3) また身長や体重と D. Q

の間に初期を除いては有意の関係は認められないこと、(4)小感染の頻度の高いことなどは注目されるべきであり、施設児の身体的障害は単に表面的な数量的指標においてのみならず、より機能的、精神身体的な側面で把えるべきことを暗示している。また上述の結果から身体的発達遅滞のみが精神発達遅滞の原因と考えることは出来ないから、施設の身体衛生的な管理のみならず精神衛生的な管理も必要であることを明示している。この点については後述するが乳幼児期においては、身体的条件とともに心理的環境的条件も、個体の深い層に影響を及ぼし得るのであり、身心相関の状況は成人に比してより密接であることが考えられよう。

6. 結 語

以上私は東京都一乳児院収容児64名につき精神発達及び身体発達を調査したが、主たる結果は次の通りである。

- (1) 精神発達の遅滞は著明で、学習、社会性、精神的生産、とくに言語において発達遅滞が著明である。
- (2) 精神発達は在院期間、入院時月令と推計学的に有意の関係があり、環境的要因ことに個人的接触が及ぼす影響が大きい。
- (3) 身体発達は身長は入院後上昇するが軽度であり、体重は好転し肥満型となるが、身体機能は遅れ、疾病ことに小感染の頻度が高い。
- (4) これらの発達遅滞に対し、環境的要因の意義は大である。

第2部 社会的成熟及び言語発達について

1. 緒 言

乳児院収容児の精神的及び身体的発達についてはすでに第1報に述べたが、次に社会的成熟及び言語の発達につき述べる。

社会的成熟 (Social maturity) とは社会的な生活能力の成熟であり、知的発達により制限をうけるが必ずしも之と一致せず、寧ろ方向を異にする社会生活の基本能力であると考えられる。一方言語機能は知的発達の重要な部分であると共にまた伝達コミュニケーションの手段として社会化の過程に於ける基本能力であり、両者の発達はともに学習すなわち環境的要因の影響を強く受けていると考えられる。

そこで特殊な条件にある乳児院収容児のかかる能力の特徴を明らかにしようと試みた。

2. 研究 方 法

資料として用いたのは、第1部の資料と同じく乳児院収容児64名で、同一期間の観察を行った。

3. 社会的成熟について

昭和 26~27 年に乳児院収容児について行った社会的成熟度尺度 (牛島式) の結果は第1表の如くで、著明な遅滞を示している。

この尺度には、基本的な生活習慣の自立、道具の使用、行動範囲の拡大などの諸方向が含まれ

第1表 社会的成熟

問 題		年 令		1 才 以 下		1才1月~2才		2才1月~3才		3 才 以 上	
一 才 級	「さじ」の使用ができる	0		0		9	53%	5	83%		
	自分で茶碗から飲める	0		0		10	58%	5	83%		
	排尿の予告をする	0		0		3	18%	5	83%		
	キャラメルの包紙をむく	0		0		8	46%	4	66%		
	庭を歩く	6	33%	3	14%	5	29%	5	83%		
二 才 級	「さじ」と茶碗を両手に使う	0		0		1	5.8%	1	17%		
	おむつ不要となる	0		0		1	5.8%	4	66%		
	上衣がぬげる	0		0		8	46%	4	66%		
	箸の使用	0		0		1	5.8%	1	17%		
	食事の自立	0		0		0		6	66%		
三 才 級	手を洗う	0		0		0		0			
	上衣のボタンカケ	0		0		0		1	17%		
	靴下や下駄をはける	0		0		0		0			
	排尿自立	0		0		1	5.8%	3	50%		
	洗 顔	0		0		0		0			
	新聞などを取つてくる	0		0		3	18%	3	50%		
	鼻をかむ	0		0		0		0			
	小さな怪我では泣かない	0		2	9.5%	2	13%	3	50%		
人 数 合 計	20		21		17		6				

ているが、収容児はどの方向においても、またどの年齢段階においても、1才乃至それ以上の遅滞を呈している。ことに基本的な生活習慣のうちでも排泄の習慣は、調査の時期には訓練の設備を全く欠いていたため、とりわけ自立の遅滞をみたのである。

4. 言語発達について

乳児院収容児の言語については、すでに第一部においても触れたが、ここでは言語開始及び発達の経過について述べる。

先づ言語発達の各時期についてみると、第1期すなわち月令4カ月までは家庭児と大差なく、第2期4カ月以後、第3期9カ月以後になるにつれて、一般家庭児との差異が著しくなる。

言語が少く「静粛」且つ「緘黙的」な印象は収容児の特徴の一つである。

昭和25年以後1乳児院で言語が開始した41名についてその時期を調べると、第2表のように平均して遅滞し、1才6カ月以後のものが23名もあつた。言語の発達は親の社会的、経済的階級による影響があるといわれるので、私は第一報に用いた炭鉱地区の乳児31名と比較してみたが、この31名中1才6カ月以上で発語しているものは僅かに5名に過ぎず、両者の関係は推計学的に有意の差を示している。

第2表 言語開始期

年令 人数	年令					合計
	6月以下	7月～1才	1才1月～ 1才6月	1才7月～ 2才	2才1 月以上	
乳児院	0	5	13	13	10	41
炭鉱地区	0	18	8	2	3	31

また現在の年令と語彙の関係は、第3表の如くなる。

第3表 年令と語彙

年令	語彙数										合計
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10以上	
1才2月～1才6月	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	8
1才7月～2才	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
2才1月～2才6月	10	2	0	2	0	0	0	2	0	0	16
2才7月～3才	2	2	0	2	4	2	0	0	1	0	13

上記の表で明らかな如く、乳児院児の語彙はどの年令段階においてもきわめて乏しく、また年令の上昇によつても語彙数の変化は著明ではない。久保氏の研究によれば2才児の語彙数は295、3才児886の多数であるが、それと比較してみれば語彙の貧困さは驚くべき程度に達している。

我国児童について愛育会の調査では2語を語るのが1才児の82%、1才3カ月児の88%であるが、乳児院では1才3カ月で2語を語るものなく、語彙を言語発達年令にすると3月から2年程度の遅滞を示している。発語期の遅いものは一般に精神発達の遅滞の著しいものに多い傾向

あるが、推計学的に有意の関係はない。

またこの21名については入院期間及び入院時月令と開始期との間には関係なく、入院以前の家庭的ならびに社会的環境も家庭にいた期間が短いので特定の関係は認められない。

語彙のうち最も多いのはマンマ（食物）17、チャーチャン15、アチュイ（熱い）、ハイチャイ、フィナイ、オンリ（降りる）各6、タータ、アンヨ（足）5、ダッコ3、イヤイヤ2などである。

昭和26年以降2才以上のものに行つた牛島式による語彙検査の成績は第4表の如くで、語の理解及び駆使能力ともに劣つている。この検査は個人別に時計、帽子等の絵をしるしたカードや動作をみせて、問題の語を自分で発語するか否か、また問題の語を理解するか否かをみるもので、すなわちA式（表現する能力）、B式（理解する能力）の検査から成つている。

乳児院収容児 2~4 才児24名についての結果は、第4表の如くできわめて不良であり、その中4名は身体疾患及び発達遅滞のため検査不能であつた。

第4表 語 彙 検 査 (1) (2)

A式	偏差値	最劣	低劣	不良	平均	優秀	計		A式	B式	人数
		19以下	20~29	30~39	40~59	60~79			偏差値	偏差値	
人	数	3 (15%)	2 (10%)	15 (75%)	0	0	20	乳児院収容児	35*	29*	20
B式	偏差値	19以下	20~29	30~39	40~59	60~79	計		A式	B式	人数
		19以下	20~29	30~39	40~59	60~79			偏差値	偏差値	
人	数	4 (20%)	7 (35%)	9 (45%)	0	0	20	家庭児	51*	52*	30

** 1%以下の危険率で有意の差のあるもの

すなわち表現 (recall) 及び理解 (recognition) の両テストにわたつて、著しい発達の遅滞があり、平均発達は皆無である。また第4表 (2) に示すように、養護施設児でも2才乃至3才まで家庭にいてその後施設に収容されたものは、乳児院児より優つている。

一般家庭児と比較すれば、著しい差異があるのは勿論である。そして、この関係をみるため平均値の検定を行うと、乳児院児と他の2群との間には1%以下の危険率で有意の差が認められる。

次に各問題をみると、対照家庭児では「巡査」「耳」「帽子」「時計」「鉛筆」「此処」などでは、2才以上では100%合格であるが、乳児院児では、「耳」のみ100%で他はきわめて低く、日常の狭い範囲の事物の名に限定され、「走る」「動く」「書く」等の問題では年長児が足や手を挙げて、図の児童と同じ恰好の身振りをして表現した。

次に比較的言語発達の良好な3才児3名、4才児1名にそれぞれ30分宛3回にわたり、自由な遊び場面における会話を記録したが、30分間の文の数はそれぞれ38, 162, 85, 50で語の平均は1.5, 1.3, 1.8, 1.8となり (3才児平均, 文96.4, 語4.4), 不完全文が多く, 従属文は3

才正常児では46%前後あるが、この4名には全く認められず、一方感嘆詞が比較的多く（最高15%）認められ、感情的言語の性格を示した。

次に環境的要因を考慮すると、乳児院内でも個人的接触が何かの機会に増加した場合、もしその乳児が発達的に準備状態が備わつておれば言語は急速に進歩する。

例えば2才10カ月の女児は生後6カ月に委託され、「マンマ」を1才8カ月に発語し言語発達は良好とはいえなかつたが、2才8カ月より母が退院準備のため1週2～3回外出や外泊をさせると、一般行動の変化と共に語彙は急速に増加した。また3才の男児は病気のため入院し附添の看護を1月以上うけると、1語文は多語文となり概念的な語も現われ、偏差値A5、B3の上昇をみた。

また乳児院内に他施設からもどされた5才の年長児がいた際にも、乳児の言語発達は影響をうけた。以上の事実は家庭に復帰した場合には、なお急速な進歩を示し最も著明であるが、乳児院に生活する限り、あるいは他の施設に移つた場合でも言語の遅滞は回復せず、1才後半より2才にかけての所謂指名機能の発達による語彙の急劇な増加もみられず、語彙増加はなだらかな曲線をえがき、その効果は学令期まで及んでいる。

5. 考按並びに総括

施設収容児の社会的成熟及び言語能力については、外国ではいくつかの調査がなされているが、我国では稀である。

先づ社会的成熟についてみると、Goldearb は3才まで施設にいた児童15人を Doll の Vineland Scale で調査し平均79.0という結果を得（対照家庭児98.8）、また Spitz 及び Wolf は1才児の基本的生活習慣を調べ、21人の乳児中匙で食事出来ぬもの12人、全く着衣出来ぬもの20人、排泄のしつけの完成せぬもの6人というきわめて不良な結果を見出している。

我国においては昭和27年国立精神衛生研究所が、施設幼児を、幼稚園、保育所、炭鉱、農漁村児を対照として行つた調査の結果でも、施設幼児は最も不良な結果を示した。かかる結果を惹起する条件としては、道具の少なさ、行動範囲の制限、乳児院外の社会との遮断など種々の物理的条件が挙げられるが、最も重要なものはむしろ心理的条件であると思われる。

つまり乳児の社会化の前提としては、乳児にとつて重要な意味ある人間との接触により、その要求をとり入れるという情緒的な人間関係の存在が必要なのであつて、家庭復帰後極めて短期間に排泄、食事等の習慣を獲得するのは、家庭にあつては乳児がその一員として、積極的能動的にその集団に参加しているためであろうと思われる。乳児期の社会生活能力はまだ萌芽の状態で年長になるにつれその後の条件で改善され得るが、社会生活の自立の遅滞は、社会生活の参加をおくらすものとして大きな意味をもつと考えられる。

言語の問題は多くの学者が触れており、言語遅滞の現象の存在については全研究者の意見の一致を見ている。それを述べる前に先づ正常児の言語発達の過程を観察しよう。言語発達は言

語活動の最初の表れである泣声に始まり、1音の繰返しから喃語を話すようになる月令4ヵ月頃までの第1期、次に発声器官を遊戯の中に加え、喃語により遊んでいる中に耳から伝統的な音声をきき、成人の言語や身振りによつて、ある状況に対する関係や意味を理解する月令4ヵ月から9ヵ月頃までの第2期、成人の伝統的な言語の形を模倣し表現的な音声が言語化される第3期に分けられる。

BÜHLER は乳児が喃語的独白より種々の段階を経て、1才頃には喃語まじりか、あるいは2重の音の繰返しにより最初の意味を表わす語、すなわち感情的表現或いは願望の合図をするという機能を解発及び表示の機能とし、この段階までは人間、動物を問わず共通だが、やがて人間は独得の表現機能を得ることが特徴的であるという。

言語の開始が遅く、乏しい語彙で長く経過し、言語理解及び表現の障害を示すという私の結果から見ると、乳児院収容児は第2期以後、ことに第3期以後の障害を有することは明らかであり、換言すれば表示、解発の機能の開始がおくれ、且つその時期が比較的長く続き、表現的音声から表象機能に達する時期（発達的にいうチンパンジー時代）が長期間つづいていると考えられる。

外国の研究を見ると HETZER, BOWLBY を初めとする多くの学者が施設収容児の特徴として、言語障害、概念把握及び表出の障害を挙げており、GOLDFARB は乳児院児15人中3人のみが平均発達であつたといひ、A. FREUD らの疎開乳児の観察では、1才以下の言語発達にはほぼ家庭内と同様で1才児は2語を語るが、次第に発達のテンポがおそくなり2才児では、6ヵ月の言語遅滞を示している。しかし休暇等で家に帰ると施設で3月間で習得した語彙を1～2週で習得すると述べ、言語機能には口を開いて音を出すこと自身の快感と、外界の愛する対象とのコミュニケーションをもつための手段という2機能が考えられ、1才以下の年少児では前者のみが働いているが、年長児では後者が含まれるので両者の言語発達に差異があるといつている。

この遅滞の原因としては、乳児院という環境が家庭と異なり、言語を語らぬ同年令の乳児の集団で模倣する機会が乏しいことと、家庭児の如き保育者との緊密な関係の乏しいことなどが挙げられよう。すなわち乳児院では聴覚的刺戟も乏しく、言語の意味が成人の身振り等により補足されず、したがつて言語理解も言語表現もともに遅滞しているのである。

次に言語遅滞の及ぼす影響については THORNDIKE が「言語発達の遅滞は、知能発達を障害するばかりでなく社会的接触をも障害する」と述べているが、動物と人間との限界を劃する言語機能の障害は大きな意味を有するものと考えられる。

乳児は言語を習得するにつれ、観念は豊富となり、他人とのコミュニケーションは可能となり、その世界は万人に共通な広く複雑なものとなる。この意味において言語発達の最初の時期における環境的要因の役割の重大性が了解出来る。

たとえば知能テストの問題は元来素質的知能をみる如く作られているが、低年令では環境的

要因による言語の習得の欠如あるいはその遅滞は、抽象的思考の程度を低くし、言語を使用せぬ問題の成績をも不良にすること、また最初の言語開始以前に家庭に入った乳児は知能の回復が速かであり、一方言語開始がおくれ年月を経たものでは家庭に帰つても、言語と共に知能の回復もゆるやかであること、また情緒の問題として家庭環境では言語遅滞は屢々同胞その他に対する劣等感の一因となつてゐることが挙げられる。

即ち乳児院収容児の言語発達の障害は、知的には知能の性質をより実用的な、より試行錯誤的なものとし、抽象的思考を遅滞させ、これは早期に他の環境に移さぬ限り、素質的な知能発達障害と同様な状態に陥らしめるものである。社会的にはコミュニケーションの手段を拙劣にしこのハンディキャップを周囲が理解せぬ限り情緒的にも問題の原因となることが考えられる。

6. 結 語

以上私は乳児院収容児64名について、社会的成熟及び言語発達を考察し以下の如き結論を得た。

- (1) 乳児院収容児は社会的成熟において、各方向に1才乃至それ以上の遅滞を示す。
- (2) 言語は言語発達の第3期以後の障害が著しく、言語開始が遅延し語彙は低劣乃至不良発達を示し、文の構造も低い段階にある。
- (3) 言語の障害は知的、社会的、情緒的に影響を及ぼし、この障害の原因としては環境的要因、ことに乳児院における保育者と乳児の量的及び質的關係が挙げられる。

第3部 初期反応及び慢性反応について

1. 緒 言

乳児が母の養護をうけていた家庭という環境から、乳児院という環境に移るとき、乳児は環境の変化に対する反応として特徴的な症状を呈する。また乳児院という特殊な環境で集団保育をされるとき、乳児としての欲求が満たされぬことの多い生活体験によりかれらは種々の特徴的な症状を示すようになる。

私は第3部においてこれらの症状群を取りあげて考察したい。

2. 研究資料

第3部に用いた資料も、第1、2部と同じく乳児院収容児64名である。しかし集団保育という生活体験により惹起された症状、換言すれば施設化(hospitalize)されることにより生じた症状は、その中の55名を被検者として観察した。またその対照群としては月令3カ月より2才6カ月にわたる家庭児41名を用いた。

3. 環境としての乳児院

乳児院という環境は家庭と比較して種々の特徴を有するが、私が調査を行つた乳児院につい

て述べると以下の如くである。

(1) 物理的環境；この乳児院は都心の鉄筋3階建の総合病院の2, 3階を占めている。

2階は面積27坪、最年少児及び病児用1.5坪の4室と、最年長児用12坪の大部屋1室、附属室などから成り合計35名が収容され、3階は約7坪宛の大部屋3室と調理、処置、面会室などから成り約40名収容されている。年長児用の2室には昭和26年から、それぞれ2坪及び2.5坪の遊び場（金網に囲まれ木枠がついている板敷で、滑り台が中にあり一見檻のように見える）（写真1図）が一隅に設けられ、この中で10～15人の年長児は歩いたり、這つたり、よじのぼつたり出来る。

乳児室の外部は二重扉になつており、勤務者以外は入室できず、乳児も外部に出ることはない。年少児は終日木或いは金属製のベツト内で過し、ここがかげらの全生活空間である。

玩具類は非常に少く、年長児の室にはポータブル蓄音器のほか数個の布製或いは合成樹脂製の玩具があるのみで、年少児のための玩具は殆どない。したがつて紐の切端やおむつ等も玩具の代用となる。衣服は各児2揃有し、おむつ10組、布団は敷、掛布団、毛布1枚を所有している。

以上物理的環境を要約すると、生活空間の狭さ、変化の乏しさ、玩具その他乳児の手に触れる事物の少さ（家庭児の1/5以下）などが特徴として挙げることが出来よう。

(2) 心理的環境；A) 保育者との関係。乳児の心理的環境の主なもの、母代理者である看護婦との関係である。調査期間における勤務者は、看護婦有資格者18、無資格者5、栄養士1計24名で他に雑役婦がいる。勤務は最初は24時間勤務であつたが、その後2交代制となり昼8時間、夜16時間勤務するようになった。昼間は3階40名に対し3名、2階35名に対し3名（特別の場合は1～2名増す）勤務し、受持は決めずに全員が交替で全乳児を取扱う。夜間は全乳児に対し4名勤務する。

仕事の内容を各季節毎に時間測定してみると、授乳、食事介助、入浴などの他に掃除、裏漉し作り、体温表日誌記入、繕い物など各種の仕事に追われ、時間的余裕が相当に乏しい。看護婦の年齢は20才乃至45才で、他科より比較的高年者が多く、結婚の経験あるものは3名のほかは何れも独身で寄宿舎に生活している。面接調査によると勤務の動機は児童の保育に興味をもっているためという2名のほかは、勤務交替による強制的理由乃至偶然的理由であつて現在の仕事を一時的と考えているものが大部分である。したがつて仕事に対する意見も活潑とはいえず相互に話し合う機会も少い。以上の点は養護施設保母と対照的であるが、その原因として経営、待遇、現在まで受けた教育の関係から児童精神衛生に対する興味が少く看護婦としてつまらぬ仕事と思ひ易いこと、また施設保母と同様に看護婦自身のホスピタリズムなどが原因として考えられる。児童のしつけに対する考え方の調査やパーソナリティテスト（THURSTON）も行ったが、一般看護婦との間に明らかな差異は認められなかつた。

看護婦対乳児の量的接触をみるため、乳児院児と対照児との生活時間分布の概略を調べたが、その結果は第1表の如くである。

第1表 生活時間分布の比較

年 令	6カ月以下		7月～1児		1才1月～2才		2才1月～3才	
	乳児院	家庭	乳児院	家庭	乳児院	家庭	乳児院	家庭
身体の世話 （食事、間食、着衣、おむつ替、入浴排泄）	* 1:20	2:05	* 0:48	3:25	* 1:03	3:26	1:44	2:59
睡眠	13:36	16:00	12:30	13:00	*11:00	13:06	*10:00	11:30
遊戯・外出	0:70	2:00	*0:70	4:55	*0:45	4:30	*0:20	4:59
放置	7:00	6:00	*7:00	2:27	*7:00	1:55	*6:00	2:00

* 5%以下の危険率で有意の差のあるもの

これに平均値の検定を行うと睡眠時間は1才以下は有意の差はないが、1才～2才、2才以上群では有意の差があり乳児院児が少い。

身体養護（食事、衣服、おむつ交換、入浴、排泄、日光浴など）は、6カ月以下、7カ月～1才、1才～2才群で有意の差があり、乳児院児が少い。

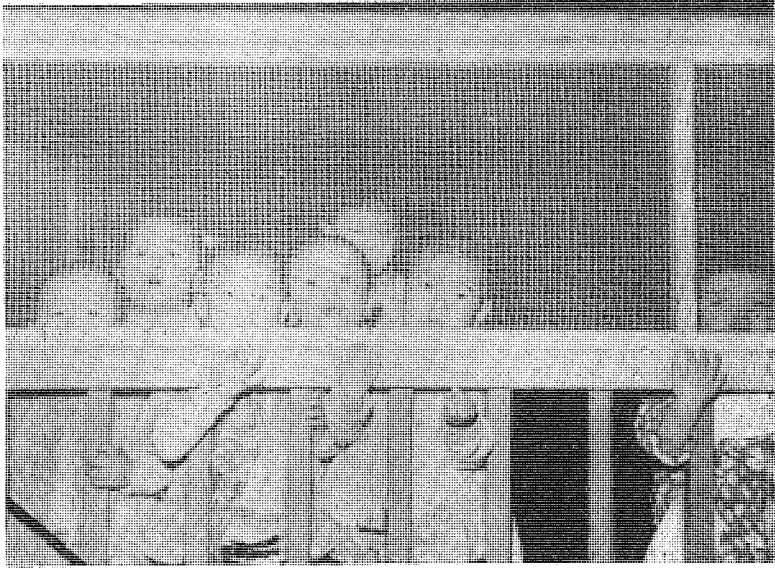
遊戯は全体として差異がないが、成人が接触したり一緒に遊んだりする時間は、各年令群に有意の差があり、ことに乳児院児は散歩、外出の時間は零となつている。

STURMによれば、施設児は家庭児に比して2才までは身体養護の時間が家庭児より少く、3才以後は身体養護の時間が多く遊戯の時間が少くなり、不利益を生ずると述べている。年令の少い間、身体の手話により精神発達に必要な無数の刺激をうけることを考慮すれば、私の結果において身体養護の時間が少いことや遊戯の時間のあり方は当然問題にならう。

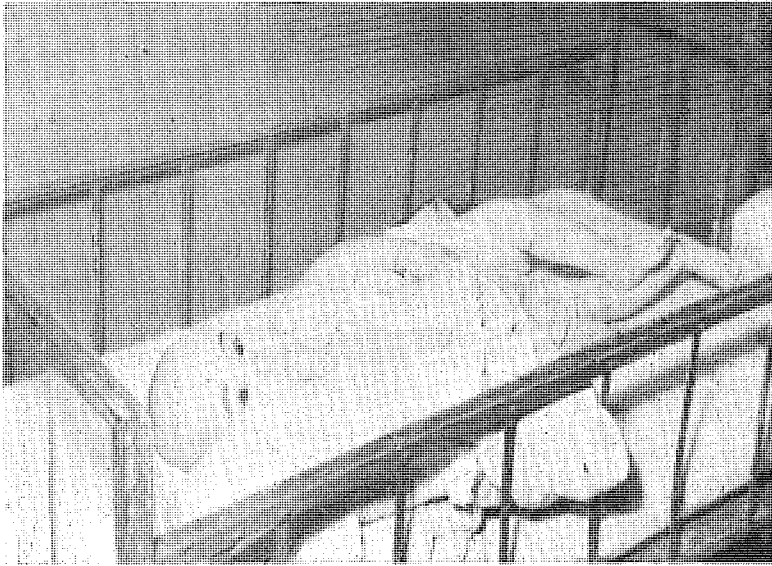
B) 授乳、離乳、しつけの問題。次に乳児院児の養護の性質の特徴を考えてみよう。先づ乳児期に最も重要な体験である授乳体験についてみると、全乳児は厳格な時間制の下に哺乳瓶による人工栄養である。小数の例外を除いては、母親が訪れて母乳を与えるということはない。

そして家庭における人工栄養児の授乳と異なるのは、家庭における如く母親に抱かれて個人的に授乳されることなく、ベツト内に横臥し、枕や当布を瓶の下に入れ瓶を口のところにあてがわれて飲むことであつて、この際吸口が外れたり乳が耳の方に流れたり、うまく吸えぬようなことがあつても保育者の援助の手はなかなか届かず、1回1人当り授乳時間も5～10分で家庭児より短くなつている。

授乳体験は、乳児が生命の保持という物質的利益のほか、吸うという快感を得、また母親との情緒的結合を得るなどの重要な意味をもつと考えられるが、この点で乳児院児は欲求不満が多いのではないかと推測される。（写真2図）



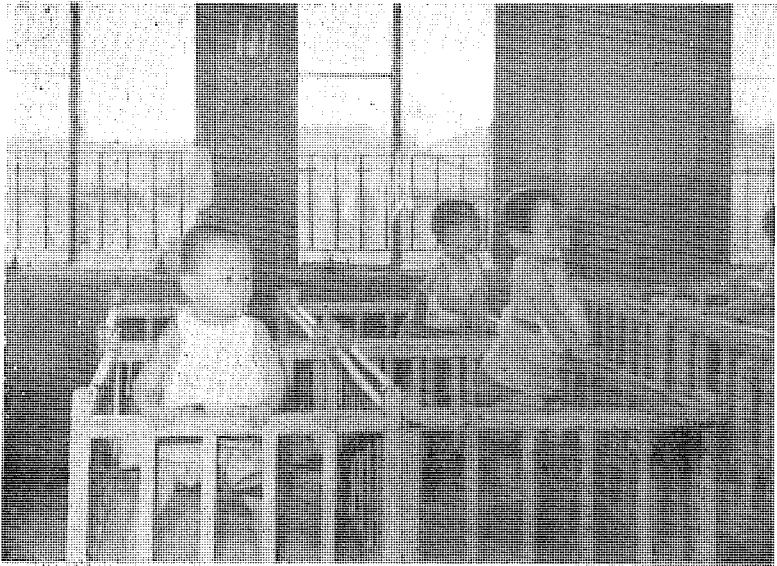
第一図 遊び場



第二図 授乳



第三図 指しやぶり



第四図 Rocking

離乳に関する問題も困難が多い。離乳の開始や準備は、家庭児よりむしろ早期かつ正確であるが、離乳完成は遅延し同時に離乳による障害を生じ易い。これは離乳食を与える方法と離乳による乳児の欲求不満の補償が充分に行われないためと思われる。

すなわち多数の乳児をベットの並べたまま保育者が次々と食物を匙で与え歩き（1回約20分）、食べなれぬものを吐き出したり拒否したりすることもあるが、これに対しても強制的、副一的な方法がとられ易い。家庭児においては離乳が済んだ後にも、母親との接触が多いが、ここでは離乳後は個人的接触はきわめて乏しくなり遊戯などによる補償も行われ離い。

排尿便のしつけについては、その開始は家庭児に比して早期に過ぎることはなく、むしろおむつが汚れても時間決めて取替えるのでしつけの準備が完成しにくく、このしつけが完成せぬ中他の環境に移り急速に完成させられる場合には、行動の問題を生ずることもあつた。

遊戯の問題もさきに述べた如く、極度の物質的ならびに空間的な制限をうけているので、乳児はベットで座るか歩きまわるか、あるいは周囲と無関係な習癖をくりかえしやすく、年長児の集団も成人の媒介や玩具もないので、構成度の高い遊戯をすることはできない。

保育者その他の成人との関係は、はなはだ impersonal なものと考えられる。保育者から乳児への呼かけは殆ど集団に向けられ、しかも命令や禁止の短い言葉が多い。また保育者は交代するので、乳児に特定の意味ある個人としての印象を与えないし、乳児の過敏性や恐れを克服するような愛撫や「よしよし」運動は与えられない。

家庭よりの面会は1月1回以上3名、3月に1回以上6名、6月に1回6名で入院後全く面会のないものも多数にある。

以上乳児院の環境的要因を総括すると次の如くなる。

(1) 母代理者の個人的接触はきわめて乏しい。これは乳児にとって心理学的にいう欠損(Defect)、あるいは喪失(Deprivation)の状態を意味し、「母子関係の量的不足」(Spritz)とも考えられ、その程度は生後直ちに収容されたものにとつては、全体的喪失(Total Deprivation)とも言えよう。

(2) 刺激や学習の機会が乏しい。

(3) 食事、排泄、愛護などについて、乳児の基本的欲求に対する欲求不満が大きく、しかも長期間持続していること。

(4) あらゆる日課が固定的で固い枠の中にはめられ、変化が少いこと。

(5) 乳児の発達段階に適した緊張の開放や表現の機会と時間に乏しく、同時に消失せねばならぬ本能的欲求の満足の機会が多いこと。

などの諸点に要約されよう。

4. 初期反応

乳児が家庭から離れて前述したごとき環境条件を有する乳児院に収容されると、先づ乳児は

母親と別れて異なる環境に移されたための反応を惹起する。

私はこの乳児院収容による反応を初期反応と呼ぶ。私の資料となつた乳児では収容時の月令が一般に低く、6月以前のものが殆どであつたため、その人格構造の未分化さから、純粹に心理的側面から観察することが困難であり、この問題を研究した外国の研究者のように心理機制により反応型を分つことは難しかつた。

そこで私は単にその反応の強弱によつて分類した。初期反応の症状は、(1)身体症状、(2)発達における退行、(3)対人関係の変化の3者に大別され、主として(1)が観察された。

これらの症状の程度がとりわけ強いもの及び長期間つづいたものを(+)とし、そうでないものを(-)として、いくつかの条件によつて比較観察してみた。

すなわち収容時の乳児の条件として当時の月令との関係、また収容前の栄養法の如何との関係、棄児、委託児の別との関係から考察すると、第2表の如き結果となつた。

第2表 初 期 反 応

入院 時月令	(+)	(-)	計	入院 形式	(+)	(-)	計	栄養 法	(+)	(-)	計
月令 6月 以 下	12	35	47	委 托 児	13	21	34	母乳栄養児	10*	5	15
月令 6月 以 上	6	5	11	棄 児	*6	18	24	混合栄養児	2	7	9
								人工栄養児	1*	9	10

*5%以下の危険率で有意の差あるもの

先づ入院時月令を6カ月以下とそれ以上に分けて比較すると、後者の方が初期反応の強いものの比率が大になる。この関係は推計学的に有意の差はないけれども(X^2 検定、危険率5%以下)、一般的傾向として月令の大なるもの程反応が強いといえよう。また収容前の親子関係としては、出産が望まれず親に拒否され、注意深い取扱いをうけることが少かつたと思われる棄児群では委託児群よりやや程度が軽く、とくに委託児中の母乳栄養児との間では、5%以下の危険率で有意の差が認められた。

また委託児間では母乳栄養児と人工栄養児との間に、1%以下の危険率で有意の差を認めた。収容前の親子関係を調査する目的で、面会の母親と面接し、あるいは家庭訪問の際にもとくに注意を払つたが、一般に年少のためはつきりした結果は得られなかつた。

しかし特殊な例として、月令6カ月で殆ど同時に収容された女児2名があつたが、その1名は大学病院で出産後学用患者として収容されていたもので、母親との接触が少かつたが、初期反応は殆ど観察されない程であつた。

他の1名は母親が急病になつて収容されたもので、収容前祖母などに過度に手をかけられていたので乳児院の日課になじまず、とくに夜間にはベット上で眠らず、床に布団を降し保育者が附添つていないと泣きわめき、初期反応が重症であつた。

また第1部に述べた両親の負因の有無と初期反応の間には、有意の関係は認められなかった。

次に収容時の諸条件との関聯についてみると、収容時のD・Qとの間には関係なく、また出産その他の条件が不良で栄養障害のあるものほど、一般に初期反応が強く長期間続く傾向が認められた。

大多数の例においては母親との分離は準備なく行われ、入院後は面会も稀で親子間の接触は断たれてしまうことが多い。ただある1例(月令5カ月半)では、母親が勤務の余暇に朝夕訪れ授乳を行い、夜間は一時間位世話し、休日にも訪れ、数カ月にわたって親子間の接触が持続した場合があつたが、この乳児の初期反応は軽度であつた。ただし慢性反応は他の乳児と同様に出現した。

初期反応の症状についてみると、身体症状としては種々の消化器症状(食欲不振、吸啜拒否、吐乳、下痢)、睡眠障害、不機嫌、体重減少、発熱などが認められる。また発達に対する影響としては、退行的症状が一般に目立つ。すなわち歩行、起立、言語開始、種々の習慣や芸当が不可能になり、あるいは退歩する。

対人関係の障害としては、これを強いて大別すれば、攻撃、逃避、補償の3型になるが、大体時期的に関係付けられる。攻撃的な反応は大体入院直後に認められ、泣きわめき、不穏、執着、睡眠や食事の拒否、玩具の無視などが認められる。

逃避的な反応としては、前者にひきつづき、あるいは最初から、活動性が低下し、断続的に泣き、受動的、無関心になる。気分もぼんやりとして静かになる。このような状態のまま、身体症状として食欲は良好となつても消化不良便がひきつづき、体重が入院時に復するのは2~4週を要することが多い。そして慢性反応に徐々に移行するものもあるが、時には泣くことも少く静かになり、機嫌もよく、あやされると笑うようになり、周囲にも興味を示し、あるいは保育者に無差別に接触を求め、食欲も回復し一見新しい環境に全く適応しているように思われる例もある。しかし退行した機能、ことに言語などはなかなか回復せず、D・Qも入院当時の水準にもどることは、きわめて稀であつた。

一般的にいつて、1~3カ月児は、新しい養護に適応しやすく、5~6カ月児では反応があきらかになり、月令が大となりすでに離乳が開始されている場合には、心理的な症候をより把握やすく、またそれが長期間続くことが多かつた。

5. 慢性反応

入院以来乳児院という環境で生活する時間が経過するにつれ、乳児は一定の精神的及び身体的症状を呈してくる。これらの症状はきわめて特徴的なもので、乳児個々の個人的差異を超えて全乳児に共通する「類型」をもっている。

私はこれを慢性反応と呼ぶ。

第3表 慢性反応

		症 状	乳児院児	家庭児
身 体 症 状	睡眠	1) 睡眠時間が短い	26	7
		2) 夜泣きをする	9	2
	発育 習癖	3) 体重増加が不良である	11	3
		4) 顔色が蒼く貧血性である	15	3
		5) 吐乳・嘔吐しやすい	7	1
		6) 下痢しやすい	15	6
		7) 點頭痙攣あるいはそれに類似した習癖がある	12	0
		8) ゆすり運動 Rocking がある	18	1
		9) 自傷行為がある	8	2
		10) 指しやぶりがあ	23	9
			11) カタレプシー様現象がある	1
精 神 症 状	表情 反応	1) 表情が乏しく、不活発である	23	1
		2) 事物に対する反応が遅く乏しい	9	2
		3) 動きが少く一般に静かである	17	8
		4) 見なれぬものをこわがり易い	29	8
		5) 大きな音、突然の音、聞きなれぬ音、動物の啼声に過敏である	19	9
		6) 保育室以外の環境に出ると、すぐに泣いたり、恐れたり、不安になる	14	0
	対人 態度	7) 保育者がいる時といない時で態度行動が異なる	14	3
		8) 保育者に抱かれたがたり、跡を追いはげしく執着する	17	9
		9) 保育者や他の成人に無関心である	16	3
		10) 親がきても何の反応も示さない	18	0
		11) 他の児童に対しとくに嫉妬が強い	10	2
		12) あやしたり笑いかけても反応しない	15	1
		総 計	55	41

これらの症状を調べるため、先づ私が日常観察し、あるいは文献から引用した50項目の症状より成る質問紙を用いて、乳児院児55名（観察期間の短いものを除く）について全看護婦及び医師がその有無を判定し、対照児41名（同期間外来通院児）については母親に判定を求め、 X^2 検定により両者を比較した。

慢性反応の症状のうち、身体症状28の中10が、精神症状22の中12に5%以下の危険率で有意

の差が認められた。これらの有意の差のある症状を表示すれば、第3表のごとくである。

身体症状の各項目についてみると、睡眠に関するものは記入者の主観的判断に影響されやすいが、睡眠時間の短いことは、すでに環境としての分析において述べたごとく数量的にあきらかに示される。ただしその代償として睡眠の深さが大であるか否かの検討は行うことが出来なかつた。

広い保育室に年齢段階の異なる多数の乳児がおり、夜間早朝の哺乳や瓶洗いなどの音響が睡眠を妨げることもその原因の一つであろうと思われる。

また身体症状のなかで、消化器に関するものとして、異食、偏食、食欲不振、便秘などの症状は家庭児にも多く認められ、両群の間には有意の差はなかつた。しかし食欲不振という症状が非常に強度な摂食の拒絶——拒食という程度に達したものが乳児院児に数名に認められ、このような拒食は対照児には稀であつた。

有意の差のある症状のうち、顔色が蒼白で貧血性であることは、血液検査で食餌性貧血の像が約10%に認められることにも示され、軽度のもも含めると数字はこれよりやや上まわると思われる。その原因としては、小児科学的にいうならば、蛋白質、無機質、ビタミンなどの不足、さらに日光に当る機会の乏しさなどが考えられる。体重増加が不良なものうち、四肢の発育の不良なものが年少児に多いことは、栄養障害の存在や運動制限が関係すると思われる。

習癖のなかで指しやぶりは後述するが、その頻度、1日中の持続期間、固執の程度、他の運動との関係、終結の時期などについて比較すると、いづれにおいても程度がひどく、また寝巻、寝具、エプロンなどを昼間あるいは夜間に吸う習癖が数例に数年間観察された。(写真3図)

家庭児に殆ど認められず、これに反し乳児院児にしばしば存在したものは、ゆすり運動 Rocking および點頭痙攣様運動としてあらわれる異常運動である。(写真4図参照、左男児は左右への、右女児は前後へ Rocking をしている。) ゆすり運動は、身体の種々の部位にあらわれ時に全身運動となる。月令の小さい時には仰臥位のまま手指を動かすような場合もあるが、もつとも多いのは1才前後から開始するもので、とりわけ座位でベットの縁を掴み、体を前後左右に動かしたりベットを揺つたりする。更に年長児になると立位で片脚づつ交互に上げたり、体を左右に回転したりする運動として示される。

また12名には頭部を前後、左右、上下に持続的、あるいは間歇的に律動的に振り動かす運動が認められた。この點頭痙攣様運動の詳細については、第4表に示すとおりである。

すなわち性別として男児に多く、開始年齢は6カ月より2才位まで、とくに1才前後に多く、持続期間は5カ月より3年以上にわたり相当長期間持続する。開始季節は秋、冬に多い。

運動をする際の位置は、座位、腹臥位など種々の位置において示され、時刻も種々である。

既往歴として消化不良など種々のものがあるが、いづれも脳、脳膜疾患などの既往歴や過去あるいは観察期間中の「ひきつけ」発作は認められなかつた。発作時の合併症としては眼球震

第4表 點頭痙攣様習癖

性別	姓名	開始年令	治癒年令	持続期間	開始季節	方向	位置	時刻 (D・Q (治癒時D・Q))	既往疾患	合併症	生活環境	負因
♂	加藤	1:9	5:0	3年3月	冬	前後	{座位立位 腹臥位 仰臥位}	昼夜 23 (70)	消化不良 栄養失調	なし	施設のみ	?
♂	酒口	1:5	5:0	3年7月	秋	左右廻転性	仰臥位	就眠時 35 (75)	消化不良	眼球震盪?	全上	母精神病
♂	伊沢	1:10	4:0	2年以上 2回再発	冬	前後	{座位 仰臥位 腹臥位}	昼夜 50 (72)	全上	なし	全上	混血児
♂	宮内	1:0	4:0	3年	秋	前後	全上	全上 35 (76)	湿疹 痲傷	なし	全上	?
♂	庵原	0:7	3:3	2年8月	冬	前後	全上	全上 58 (88)	なし	なし	施設→家庭	なし
♂	南	1:11	3:0	1年1月	冬	前後左右	全上	全上 38 (70)	消化不良	なし	施設のみ	混血児
♂	吉越	1:3	2:8	1年5月	冬	前後	{座位立位 腹臥位}	全上 38 (85)	離乳困難	カタレプシー	施設→家庭	なし
♂	大竹	0:6	2:6	2年 1回再発	夏	前後	全上	全上 48 (60)	なし	なし	施設のみ	なし
♂	港	0:9	2:1	1年3月	冬	前後	{座位立位 立位}	全上 43 (55)	なし	なし	全上	なし
♀	山口	1:6	1:11	5月	冬	前後左右	{座位立位 腹臥位}	全上 53 (80)	急性肺炎	眼球震盪	施設→家庭	?
♀	山崎	1:8	4:0	2年4月	秋	前後	{座位 腹臥位}	就眠時 53 (70)	肺門淋巴腺炎	なし	施設のみ	なし
♀	森	2:0	4:2	2年2月	秋	前後左右	全上	昼夜 不能	先天梅毒	なし	全上	?

滯が2名に認められ、負因として母親が精神病のものが1名あつた。これらの児童のD・Q(()内は治癒時のD・Q)は表示する如くであるが、乳児院内では平均発育のものが多く著明な遅滞はなく、これらの例では精神発達障害とは関係がなかつた。

予後を追求めると乳児院から他施設へ移つたものは依然継続するが、家庭に復帰したものは、何れも短期間で治癒している。また一度治癒して再発したものについてみると、何れも生活環境、対人関係の変化が先行し、情緒的問題と関係している。

これらの點頭痙攣様運動を有するものに共通するのは、入院後6月以上経過し、比較的他の慢性反応の程度が高く、また容貌その他の条件で保育者にとくに接触が多い児童の中に含まれないということである。

ゆすり運動 Rocking は、一過性に経過するものを含めば実数はより多くなり、音を出したり、ベツトを揺つたりして楽しんでいる遊戯と考えられる場合もあり、すべてを直ちに病的なものとする事は出来ない。

しかしこれらの神経質性習癖を一括してみると、たしかに乳児の発達段階と関連し、乳児院

の物理的環境、運動制限という条件、更に保育者との impersonal な対人関係がかかる習癖をひきおこし、固定したものと考えられる。とりわけ點頭痙攣様運動は、結果として自傷行為をひきおこし、頭部の皮膚を傷つけて出血、硬結、痂皮を生ずるにも拘わらずきわめて強く固定し乳児は外界と接触を欠くようになり、昼夜を問わずかかる運動を行うようになるのでとくに慢性反応の重要な徴として留意されねばならない。

ここに再発を示した一例を示そう。

症例 1) 3才4カ月の混血男児、この男児は9カ月の時收容され、1才10カ月より點頭痙攣様習癖が始まった。その後約1年間続き主として昼間及び夜間就眠時にはげしかつたが、運動機能が活発になるにつれ次第に軽快し、2才8カ月頃にはほとんど消失した。この児童は知能も不良ではなく体格も大きく、幼児室ではリーダー格であった。3才8カ月の時ヘルニア手術を受け、また麻疹に罹つたので、個室に移されて看護された。此の附添婦は非常に甘やかし個人的な接触が増し、彼の方でもなついて甘えるようになった。1カ月後退院して附添婦の手を離れもとの部屋に帰つたとき、そのような世話をうけることは当然不可能であり、また彼の代りにリーダー格の年長児が他の施設から戻つて来ていた。

その結果彼は不満を体験することが多く、「赤ん坊のようなわからぬこと」をしては叱責された。

この例でみられるすべての症候をこの外傷的体験と結び付けることは出来ないかもしれないが、欲求不満反応としての退行機制によりこの神経質性習癖が再発したものと考えることが出来る。

精神症状は主として表情、反応に関するもの、及び対人態度の二つに分けられる。一般に、乳児院児の表情の乏しさ、硬さは、外来者には、一見「痴愚」的な「うつろさ」な印象を与える程である。新しい玩具を見せても、無言で見つめるのみで、反応はなかなか認められず、玩具を取り上げられてもすぐに泣かない児童もあり、あやされても表情はなかなか動かない。

同一乳児について入院以後の経過を追つてゆくと、最初表情が豊富で動きの多かつた乳児が、やがて笑いや表情の動きが少くなり、次いでその表情の乏しさが恒常的となつてゆくというような段階が見られる。第一段階と次の限界は大体入院6カ月位の時期である。

そして言語活動が始まり、運動機能も発達するにつれて、表情や反応も幾分活潑となつてくる。

第3表に挙げた症状(4)見なれぬものをこわがり易いこと、(5)音に対する過敏さ、(6)保育室外の環境への抵抗も、彼等の生活室間の狭さ、学習の機会の乏しさなどから由来すると思

われる。きわめて幼い年齢以外の児童は、たとえば保育室から室外あるいは戸外に出ると、はげしく泣き叫び、四肢をちぢめ、成人の首に手をまきつけ、恐怖の状態を示し不穏となる。

したがって保育室外で、テストなどをおこなうのは、しばしば困難である。ある3才女児は、保育室外に連れ出されたところ、蒼白になりはげしくふるえ出し、椅子に固くしがみつ き、ついに全身のふるえとなり失禁した。しかし帰りたいという意志表示はしなかつた。また聞きなれぬ高音、動物の啼声にもしばしば過敏である。たとえば欲求不満の実験をおこなつた際にも、ある男児は作業中犬の啼声をきき、左半身のふるえを生じた。

たまたま迷い込んだ大きな犬が、遊び場の枠外で吠えたことがあつたが、その時児童十数名は遊び場の金網で遮断されているにもかかわらず泣き叫び、一箇所の窓縁の台に上り、行き場のないものは窓の金枠に目白押しに上り出し、台上のものは足ぶみをしてわめき、一団となつて無目的な運動暴発をくりかえした。そして犬が去つた後も全員に興奮状態が続きその夜睡眠が妨げられたものも認められた。

対人態度における特徴は、差別なく成人に執着し接触を求め、愛情や関心を強く要求する態度と、その反対に内向的で接触を求めず無関心な、あるいは接触をむ拒むような態度が、明らかに認められることである。

この両者はある場合には同一児童に同時に認められる。後者は年少児においては、あやされたり笑いかけられたりしても反応を示さないという形をとる。

また成人や保育者の有無によつて行動に差異があるということは、彼等の存在が児童に対し、制止 (Inhibition) として働くことが多い。

参観者が玩具を示しても、ベットの隅に立ちすくんで了うような児童もある。

以上慢性反応としての精神身体症状を一括して、われわれはここに乳児院収容児の特徴的な臨床像を描き出すことが出来ると思う。すなわち、身体的には睡眠の障害があり、十分なカロリーを有する食事を摂取しているが体重増加が一般に良好でなく、顔色が蒼白で消化器症状をおこしやすく、指しやぶり、Rocking, 點頭痙攣様運動などの神経質性習癖があり、一方精神的には受動性で動きに乏しく、表情や反応が貧困で、高音や見なれぬものへの恐れを示しやすく、過度の執着、無関心というような対人関係の不安定性を示す型であり、乳児神経症ともいふべき状態であると思われる。

かかる乳児の人格構造の特徴は、臨床的観察のみならず、後述する実験的研究によつても明らかに確めることが可能であつた。

なおカタレプシー様現象を呈する一例があることはすでに述べたが、この例は乳児院収容による精神的障害の性格を明らかに示し、またその対策についてもわれわれに示唆するところが多いので詳しく述べたい。

症例 2) 当時 1 才 11 カ月の男児。(現在 5 才 8 カ月。) 家系には精神医学的負因は認められないが、父はやや意志が薄弱な性格であるために勝気な母と折合ず、離婚した。本人は母親が自活するため足手まといになるので、月令 2 カ月の時に乳児院に委託された。同胞には 4 才年長の兄があり健康である。母親が妊娠中には心労が多かつたというが出産時には異常なく、入院まで母乳栄養で育つた。入院時、筋肉や皮下脂肪の発達はあまり良好ではないが、発達指数で 85 程度であつた。收容後、初期反応は中等度で、月令 4 カ月頃はよく笑い、7 カ月でねがえりが可能となり、8 カ月(D. Q80) 頃にはベッド内を動きまわり、保育者に抱かれることも比較的多かつた。

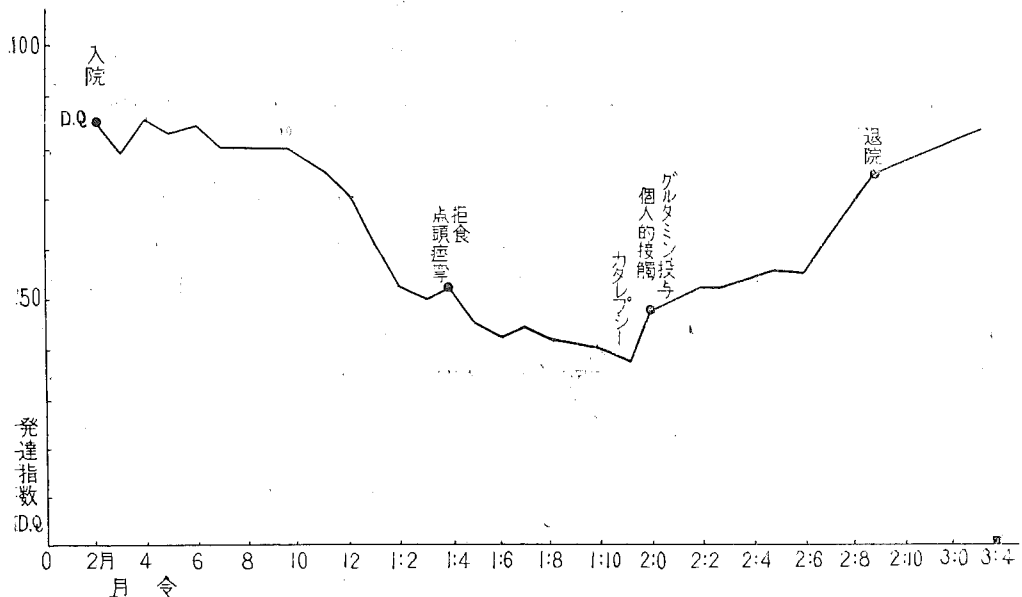
離乳準備の始まる頃、階下の人数の多い大部屋に移つたが、乳以外の食事を嫌つて食事毎に保育者と騒ぎを繰返し、グリース、粥などを食べるようになるまで長い期間を要した。

最初の 1 年間、母親は月に 1~4 回程度面会に来て、半日位相手になつていたが、1 才 1 カ月頃から家庭の事情で来所ができなくなつた。

上記の事情で大部屋で個人的接触の時間が少く

なつた頃から、乳児院でいう「保育ぼけ」の状態が著明になり月令の進行に伴い、D. Q は下り、80(8 カ月)~60(11 カ月)~50(1 才 3 月)となり、以前可能であつた問題も不可能となり、1 才 3 カ月頃には點頭痙攣に似た習癖も始まりそれが次第に高度となつた。最初は保育者や成人がいると玩具などを手にとらなかつたが、その中には誰もいなくても玩具に関心を示さなくなつた。そして遂には表情も乏しく笑わなくなり、動きは不活発となり、以前可能であつた片言もいわず、習癖のため頭部をベッドに打ちつけるため毛髪は脱げ、4cm²の硬結と出血痂皮を生じ、食事なども受動的となり、1 才 11 カ月には D. Q38 となり、痛み、恐れ喜びなどにも反応を殆んど示さず、極度に内閉的となり被動的に上肢をある位置におくと、その姿勢を疲労するまで保つカタレプソノ様現象を呈し昏迷状態を思わせる程度にまでなつた。この時までツ反応、ワ氏反応ともに陰性、発熱や消化器、呼吸器などの症状もなく、脳脊髄液、血液、尿などの異常所見もなく、筋緊張異常や錐体外路症候群も認められず、ただ体重増加がやや不良である程度であつた。

第 5 表 「症例 2」の経過



この内閉的な、反応に乏しい状態はアミタール内服によりやや軽快し、抱かれて胸にもたれたりするようであったが、成人の如く明らかな影響は認められなかつた。

1才11カ月よりグルタミン酸1日5gの内服を始め、医師及び看護婦の世話を出来るだけ個人的にして、接触を増すことにつとめた。

使用後10日前後から腱反射は一般に充進し、1カ月前後より點頭痙攣は少くなり睡眠も佳良となり、D. Qは47に上昇、わずかながら他児との接触も始り、2カ月後には機嫌やや良好、D. Q50、カタレブシー様現象もなくなり點頭痙攣も回数が減じた。3カ月後には大声を出したりして情緒表現が多くなり、食欲もややまし、6カ月後には著しい行動異常は殆ど認められなくなり、言語も以前可能であった語のほか「チェンチエイ(先生)」が云えるようになった。

2才6カ月の時、母親が突然来院して、引取つた

この症例においてはげしい點頭痙攣様運動や内閉的態度、極度の被影響性をもつて彩られた状態は、個人的養護や家庭復帰後の母親の世話により一応消失したが、かかる早期の体験が何らかの痕跡を残さず経過するのか、あるいは人格の統合に何らかの影響を与え、後年の精神障害の一因となり得るかどうかは、今後の予後調査的研究によらねばならないので、現在更に観察を続けている。

なお慢性反応の出現をいくつかの要因との関係において考察すると、以下のようになる。

先づ乳児院児を収容期間により1年以下、1年1月～6月、1年7月～2年の3群に分つて各平均値の検定を行つたが、1年以下群と他の2群との間に5%以下の危険率で有意の差が認められた。また乳児の現在の年齢別についてみると、第6表の如くなり現在の月令が大になるほど、異常症状の頻度が漸進的に増大する。そしてこれらの関係を推計学的に検定してみると、1才以下群と1才1月～6月群の間には5%以下の危険率で、また1才以下群と1才7月～2才、2才1月～2才6月、2才7月以上群のおのおのの間には1%以下の危険率で有意の差が認められた。

第6表 年齢による慢性反応の頻度

年 令	6月～1才	1才1月～6月	1才7月～2才	2才1月～6月	2才7月以上
人 数	13	10	11	11	9
平均値	4.57	6.45*	7.39**	8.22**	12.2**

* 5%以下の危険率で有意の差のあるもの。

** 1%以下の危険率で有意の差のあるもの。

が、当時 D. Q 57, 社会的成熟は相当遅滞していた。退院直後は家で泣いていることが多く、家族から離れて一人で寝、最初の一日は食事也十分とらなかつたが、母がなるべく多くの時間相手になるようつとめたので、間もなく馴れた。次第に運動も巧みになり、長距離を歩いたり駆けたりするようになったが、約1カ月間は暴食で食べても食べてもなお欲しがり、下痢をおこしやすく、また最初は母の後ろを泣いて追ひ、絶えず離れまいとしていたが、次第に母がいなくとも一人で遊んだり兄と遊んだりするようになった。

排泄のしつけについては、帰宅後3週間で完成した。昭和27年現在では人みしりは多少あるが、表情は活潑となり、単語も2カ月で30以上にふえ、社会的成熟も年齢相応になり、D. Qは73～75になり次第に上昇し、安定した態度が目立つた。

2才以上の年齢群では第1部の結果の如く、精神発達の障害がもつとも著しかつたが、他の慢性反応の頻度ももつとも顕著であつた。

なお第1部において乳児をその負因の有無により分類したが、負因と慢性反応の頻度との間には有意の関係は認められなかつた。

また入院当時の初期反応の程度とも有意の関係はなかつた。

すなわち以上を総括すると、慢性反応としての精神的及び身体的症状があらわれるには、入院期間が1年以上にわたること、また年齢が1才1月乃至1才6月以上になることが意義があり、精神医学的負因や初期反応との間には、有意の関係は認められなかつたのである。

6. 欲求不満に対する実験心理学的研究

乳児院収容児の人格構造については、前述の臨床的観察その他によりほぼ明らかであるが、これを実験的に確かめるために興味ある玩具の有無、豆拾いという欲求不満をひきおこす二つの場面をつくり、この場面における収容児の態度を、対照として選んだ家庭児の態度と比較した。

(1) 実験方法及び結果

実験 I i) 対象 乳児院に長期在院した3才児4、4才児4計8名(男5、女3)を対象としその2名宛を1グループとした。対照群としては、同年令の家庭児8名を用いた。

ii) 実験方法 実験室は二方に窓のある12畳の部屋で、その中央にはとり外し可能な幕及び台より成る障壁(巾50cm、高さ30cm)があり、部屋をA、Bの2部に分つ。B部にある扉は鍵により閉鎖される。B部には床に白木の積木1組、金属製罐1個、厚紙色カード、色紙、面1個より成る道具1組がおかれ、A部には大きな汽車、ゼンマイ仕掛の自動車、豆自動車、ママー人形、ままごと道具、ゴム毬、動くあひると兵隊、笛、太鼓、彩色積木1組など児童の興味を惹くような玩具が多数に置かれている。障壁の一端とA部の隅に2名の実験者がいて、観察、測定、記述をした。

児童は2名宛「いい処で面白い玩具で遊びましょう」と云つて実験室に連れ出される。部屋に入ると実験者が汽車を動かしたり、玩具の音を出してみせ、その1名を障壁を越してAの部に連れてゆく。他の1名も続いて行こうとするが、それを妨げ障壁を閉ぢて了う。

中央にいる実験者はBの部の児童に、そこにある玩具を指しそれで遊ぶように告げ、同時に障壁を越してはいけないということを告げる。両方の幼児に遊ぶように告げてから10分間、種々の観点から観察、記録を行い、10分後には障壁をはづして双方の児童を自由に遊ばせた。

iii) 実験結果 上記の条件でBの部におかれた児童は、当然欲求不満を起すと考えられる。すなわち最初示されたAの部の興味ある玩具で遊ぶようとする要求がひき起されるが、それはA、B両部を区切る物理的障壁により妨害され、その障壁をたとえ乗り越え、破壊しようとしても、実験者の注視制止という社会的障壁により妨害される。

しかもこの場面から逃れようとしても扉は開かず、実験者は児童の要求に積極的に応じない。そこで、このような場面におかれた児童は緊張の変化を生じて、退行的あるいは攻撃的な

傾向を生ずることが予想される。

私はこの場面における児童の行動を、社会的傾向、攻撃的行動、接近的行動、遊戯の構成度に分ち、またその間示される情緒的表現をも記述した。

社会的傾向としては、児童が実験者すなわち社会的障壁と、興味ある玩具で遊ぶA部児童に示す反応を把え、これを要求及び命令、嘆願（直接的つまり嘆願の内容を言語的にはつきり表明するものと、間接的つまりAの玩具を黙つて指し、次に実験者の顔を注視、次いで自分の玩具を眺めるというように言語的に表現せず間接的に訴えるものに分つ）、関心の喚起（自己あるいは自己の玩具について実験者やAの児童の関心を喚起しようとするもの）、その他（独語や上記以外の言語的表現）に分つた。

先づ社会的傾向について乳児院児、対照児における頻度及び10分間の平均頻度を示すと、第7表の如くなる。

第7表 社会的傾向

社会的傾向	乳 児 院 児								平均 頻度	対 照 児								平均 頻度		
	1♂	2♂	3♂	4♂	5♂	6♀	7♀	8♀		1♂	2♂	3♂	4♂	5♂	6♀	7♀	8♀			
実験者への 要求・命令	0	0	0	0	2	0	0	0	0.25	7	1	8	0	4	2	4	0	3.25		
嘆 願	直接		0	0	0	0	0	1	1	0	0.25	2	0	1	1	2	2	2	1	1.38
	間接		3	1	2	0	2	3	4	1	2.0	1	0	1	0	0	3	0	1	0.75
関心の 喚 起	自 己		2	1	0	0	3	1	0	2	1.1	1	3	0	1	0	1	5	0	1.37
	玩 具		4	1	0	4	1	1	0	5	2.0	1	3	4	3	0	2	1	1	1.88
そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	1	0.12	1	1	2	1	2	1	1	0	1.1		
Aの部の児童への 要求・命令	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	2	2	5	0	0	2.0		
嘆 願	直 接		0	0	0	0	1	0	0	0.13	0	0	1	0	0	3	0	0	0.5	
	間 接		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
関心の 喚 起	自 己		0	0	0	0	1	1	0	0.25	0	4	2	3	0	2	0	1	1.5	
	玩 具		2	0	1	0	0	0	0	0.38	1	5	1	2	0	1	0	2	1.5	
そ の 他	0	0	0	0	0	1	1	0	0.25	3	5	1	4	1	5	0	0	2.38		

社会的傾向を最初に示すまでの時間は、乳児院児平均3分42秒、対照児2分30秒であつて対照児の方が早い。

次に攻撃的行動についてみると、第8表の如くなる。

また彼等がAの部に対してとつた接近的行動を敘述すると第9表の如くなる。

また遊戯の内容をよく統合 integrate されたまとまりのある遊び、すなわち構成度の高いものと低いものに分けると第10表の如くなる。

第8表 攻撃的行動

攻撃的行動	1♂	2♂	3♂	4♂	5♂	6♀	7♀	8♀	平均頻度	1♂	2♂	3♂	4♂	5♂	6♀	7♀	8♀	平均頻度
	社会的障壁に対する攻撃	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	0	0
物理的障壁に対する攻撃	0	0	1	1	0	1	0	0	0.33	2	5	5	1	3	3	7	0	3.25
Aの児童に対する攻撃	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0.25
玩具に対する攻撃	0	2	0	0	2	0	0	0	0.5	1	4	4	0	2	2	0	3	2.0
その他のものに対する攻撃	0	1	0	0	1	0	0	0	0.25	0	0	0	0	3	2	0	1	0.75

(その他のものに対する攻撃とは、窓、扉、床その他に対するものをいう)

第9表 接近的行動

接近的行動	1	2	3	4	5	6	7	8	平均頻度	1	2	3	4	5	6	7	8	平均頻度
	Aの部の注視	5	3	7	3	4	5	2	3	4.0	5	6	5	5	1	5	7	7
障壁への接近	2	2	6	2	1	0	5	1	2.38	4	4	5	5	2	4	3	3	3.75
障壁の上で遊ぶ	2	0	1	0	3	1	1	0	1.0	0	0	0	0	0	0	1	-1	0.25
障壁を越えようとする	0	0	1	0	0	0	1	0	0.25	2	2	2	3	1	2	0	0	1.5

第10表 遊びの構成度

構成度	1	2	3	4	5	6	7	8	平均頻度	1	2	3	4	5	6	7	8	平均頻度
	まとまりのある遊び	3	2	5	4	4	4	3	7	4.0	2	3	0	5	0	3	4	7
まとまりのない遊び	5	5	8	4	3	11	3	6	5.5	3	8	4	3	3	4	7	8	5.0

更に実験中、はつきりした情緒的表現を認めたものは第11表の如くである。

第11表 情緒的表現

情緒的表現	乳児院児		対照児		情緒的表現	乳児院児		対照児	
	人数	百分率	人数	百分率		人数	百分率	人数	百分率
怒り、かんしやく	0	0%	3	37.5%	不機嫌、ふくれる、変化が観察されない	1	12.5%	3	37.5%
泣き叫び	0	0	1	12.5		4	51.0	0	0
不安定、落着かなくなる	4	50.0	6	75.0					

上記の実験結果をまとめると次の如くなる。

すなわち社会的傾向としては、乳児院児では実験者に対し命令や要求が全くなく、嘆願も間接的なものが多く、対照児と反対の傾向を示している。またかれらは対照児に対しても、社会的傾向が少い。更に対照児ではその他の言語表現、たとえば補償的に過去の快体験を述べたり

家にある自己の玩具について語ることが多いが、乳児院児ではこのような言語表現ははるかに少かった。

また対照児ではあらゆる対象に向う攻撃的行動が多く認められたが、これに反し乳児院児でははるかに少く、とくに社会的障壁に対する攻撃を欠いている。

接近的行動としては、乳児院児の方が障壁の傍で遊ぶような subgoal で満足する行動がより多く、禁止にも拘わらず障壁を越えようとする行動は対照児に多く認められる。

構成度については両者の間に大なる差異は認められず、一般に乳児院児の方がやや高い。

情緒的表現としては、乳児院児に怒りは皆無であり、対照児には否定的な表現が多く実験後の効果も長くつづいた。対照児中の1名は、実験中明らかな敵意と攻撃を示し、扉を打ち興奮し、ついに中止のやむなきに至った。

実験 II

i) 対象 同様に同年令の乳児院児8名(男女各4),対照児6名(男女各3)を選んだ。

ii) 実験方法 乳児院内の一室に机と椅子を置き、机上には大小2個の箱を約15cmの間隔で並べ小箱には小豆約5合を満たし、大箱は空にし小形の匙を添えておく。室内に被検児を1名宛入れ、机の前に腰かけさせ、匙を用いて小豆全部を小箱より大箱にこぼさぬよう移すことを命ずる。

その際箱の位置を動かしたり豆を手で掴んだりせぬこと、落した豆は拾つて小箱に入れることを告げ、作業を開始させる。

作業開始後、時間を測定しながら、児童の行動、言語的表現を観察、記録する。

最初熱心に始めた児童はやがて単調な作業に倦き、次第に規則を無視はじめる。その時は注意を与え訂正させるが、豆をこぼす以外の規則無視は5回まで注意を与え以後は放置する。

また強い情緒的反応を伴うために作業継続困難の際は、中止を許す。観察の規準としては、(1) 一般的態度、(2) 規則を無視したか否か。無視した際にはその回数、(3) 作業をやり終えたか否か。(4) 所要時間、(5) 最初の情緒的反応の種類と発現時間、(6) 気晴らし行動の回数と発現時間、(7) 言語的表現、その他を選んだ。

iii) 実験結果 一般的傾向として乳児院児は、規則無視が少く、長時間を要しても指示通り作業を完遂し、気晴らし行動が遅く現われ、その回数も少く、情緒的反応の発現も遅く、言語的表現はより間接的で、気分の変化が観察されにくく、常同的な作業傾向が認められた。

その結果を表示すると第12表の如くなる。

乳児院児中、No. 1, 6, 7 は完了の際「やった!」と叫び実験者を注視して賞讃を求め、No. 1, 3, 5, 7, は落ちた豆を徹底的に探しまわり、とくに 1, 3, 7 は規則を守ることに強迫的ともいえる程であった。No. 3 は、途中で犬の啼声が聞えると顔色を変え全者を震わせたが、作業は続行した。泣き出した No. 2 の幼児は当時間もなく家庭へ引取られることになつ

第12表 実験 II の 結果

	No.	年 令	作 業 完 遂	全 作 業 時 間 (分)	規 則 無 視 数	情 緒 反 応 発 現 (分)	そ の 種 類	気 ば ら し 発 現 (分)	そ の 回 数	態 度	種 類 と 回 数 の 言 語 的 表 現 の
乳	1 ♂	4	完	32	0	26	不 穩	8	6	従順で几帳面に行う。気分の変化は少い。	実験者への呼かけ(2)独語(2)よろこび(1)嘆願(1)その他(3)
	2 ♂	3	否	29	4	7	不 穩	4	6	7分で落着かなくなり、13分泣き顔、26分泣く、嘆願、中止	実験者への呼かけ(1)嘆願(2)拒否(1)その他(3)
児	3 ♂	4	完	27	0	17	不 穩	13	2	気分の変化少く同じテンポでつづける。途中でふるえる。	なし
	4 ♂	3	否	35	1	15	溜 息 不 穩	9	6	たえず実験者に話しかける。15分周囲に気をとられ、35分中止。	呼かけ(2)独語(3)感嘆(2)拒否(1)
院	5 ♂	4	完	41	3	1	不 穩	10	7	実験者の様子に注意を払いつつ几帳面に行う。気分の変化少し。	なし
	6 ♀	3	完	40	1	4	溜 息	6	4	従順、几帳面にやる。終り頃独語多くなる。	呼かけ(2) よろこび(1)独語(5) その他(1)
児	7 ♀	4	完	38	0	22	不 穩	10	5	気分の変化少く同じテンポでつづける。終り頃話しかけ多くなる。	呼かけ(1)よろこび(1)拒否(5) その他(4)
	8 ♀	3	完	42	2	10	溜 息	10	7	几帳面につづけ気分の変化少い。ときどき扉の方をみる。	なし
対	1 ♂	4	完	14	17	4	不 怒 穩 り	3	2	落着かず、実験者を見ては規則を破ろうとする。後半攻撃的。	怒り(2) 拒否(2) 独語(2)
	2 ♂	4	完	21	8	6	不 穩	5	10	落着かなくなり、目をしきりにこする。後半いそぎ、豆を口にいれる。	母への呼かけ(2) その他(1)
照	3 ♂	3	完	14	16	3	不 訴 穩 え	2	11	落着かず、注意されても規則を無視する。体をゆする。	なし
	4 ♀	4	否	17	11	2	不 怒 穩 り	3	8	注意を無視して規則を破ろうとする。7分で怒り17分中止。	要求・命令(3) 怒り(2) 独語(2) その他(1)
児	5 ♀	4	完	18	4	4	溜 息 不 機 嫌	4	8	扉の方や窓の外に気をとられる。不機嫌になる。	友人の話(3)怒り(3) 拒否(1)呼かけ(1)拒否(3)嘆願(3)
	6 ♀	3	完	18	19	1	溜 息 不 穩	2	6	同上。溜息をつき落着かなくなる。	拒否(3) 嘆願(3)

ており面会、外泊も多く対人的接触の多い児童であった。

対照児のなかには規則無視が多く、2名はとくに攻撃的であり、1名は友人の話や過去の快体験を語り、拒否(Denial)の機制を明らかにした。

7. 考按並びに総括

(1) 初期反応について

私がここに初期反応と名付けたもの、すなわち乳児が母親の養護の手から離れた場合の精神的並びに身体的反応については、最近のいくつかの研究において注意が払われている。ことに第2二次大戦において疎開児などの研究により、若干の新知見が加えられた。しかしこれらの

研究の多くは年長児を対象としているものが多く、乳児を対象としているものは比較的少ない。

このような母親との別離に対する反応に、児童の年齢が影響することを認めているのは ANNA FREUD であるが、彼女の観察によれば月令6カ月を境として反応の性質や強さが異なり、その原因としては発達の各時期において母親のもつ意義が異なることを挙げている。すなわち月令6カ月以前では栄養、保温などの身体的養護の条件が満たされれば十分であるが、それ以上になると母親の意義が大きくなり、とくに1才前後からは強い情緒的結合が起るため、別離による反応も著しいという。しかし同じ児童精神分析の立場をとるものの間にも、出生の最初の時期よりすでに複雑な心理機制が行われ、個体が幼弱な程かかる不満は遠く影響を及ぼすと考える M. RIBBLE, M. KLEIN らの説もあり一致していない。

比較的年少児については BOWLBY らは18~24月の乳児、DAVID, NIGOLAS は12~17月の乳児が母と別れたときの反応を観察しているが、それによると BOWLBY は不機嫌(Distress), 絶望(Despair), 拒否(Denial)の型を観察し、DAVID は一部は早期に adjustment の型を示すように見えてもやがては partial adjustment あるいは maladjustment としての症状を呈することを認めている。また RIBBLE もかかる反応を観察し、(1)拒絶的興奮状態(Negativistic excitement.) (2)退行的静止状態(Regressive quiescence)の2型を認め、SPITZ は乳児が母と別れた際に成人の抑鬱症状を思わせるような情緒的反応を呈するとし、これを Analytic depression と名付けた。

月令に関する問題は私の場合においても、6カ月以上の乳児に程度が強い傾向が認められたから、A. FREUD の結果と一応一致している。

しかし年少児では、その人格構造上、かかる反応を把握しがたいという事実をも考慮に入れねばならず、明らかな結論を見出すことは困難である。

次に収容前の親子関係と初期反応の間には、一定の関係は見出され難かつた。これは収容前に家庭にいた期間の短いことなどによると思われるが、棄児群に程度がやや軽く、また母乳児において著明であることが注目された。これは恐らく棄児群の親子関係が委託児に比して緊密でないこと、またわが国の一般の母乳児保育法から乳児院の栄養法への切りかえがより困難であるためと思われる。しかし何れにせよ、すでにこの時期に乳児の環境的条件の影響が働いていることが推察できる。

収容前後の条件としては、前述の如く準備なく行われ、入院後親との接触が全く断たれて了う場合が多かつた。入院後も接触が続いた例は稀であるので、親との接触の有無により比較することは出来なかつた。しかし少数例の観察によると、後者では初期反応が概して軽度であつた。

次に初期反応の症状について考察してみよう。乳児期において母親の手による養護が急激に断たれて了うことは、未分化な個体にとり Initial Shock ともいべき一つの危機状況であ

る。

この状況に乳児がその人格構造により規定された型で反応する場合、その反応は原始的ないくつかの反応型に過ぎないことが予想される。

すなわちその機制をもし *mechanic* に表現するならば、外界に関する直接的な攻撃、外界からの逃避、より低い発達段階への退行などの単純な型に過ぎないと思われる。そこで年少乳児の示す症状が前述の如きものに過ぎないことが了解できる。つまり外界への攻撃乃至外界よりの逃避として不穏、拒食、玩具の無視、あるいは受動的、無関心な態度としてあらわれ、不安、不機嫌、興奮状態を示す。また種々の機能の喪失や退行もおこり、ことに言語面の退行は殆どすべての例におこりその回復は困難であつた。

対人態度の変化としても攻撃、逃避、補償に大別され、劃然とはしないが時期的な関係が認められるようである。初期反応のうち、乳児期において最も重要な刺戟となる口唇—肛門体系の症状が多くを占めているが、その中で食事に関する症状はとくに重要である。不利な外界の *Stress* に対し部分的反応を呈することができず、全身的な防衛反応を示しやすい乳児は、前述の機制から自己の身体感覚を無視して吸啜拒否、拒食、食欲不振などの症状を示す。しかしこの症状は保育者にとつてもつとも無視しえぬものであるから、不安と義務感から必要量を摂取させようとして多少強制的な手段も行われ、その結果両者の相互関係に問題が生ずる場合もあり得る。

乳児を観察すると彼等は生来それぞれの個性 (*Individuality*) を有している。しかしこの個々の特徴はきわめて漠然としたものに過ぎず、強いてこれを分ければ運動面で活動性の高いものとそうでないもの、知覚面で刺激に敏感で強く反応し、汎化しやすいものとそうでないもの、また根本気分としては明るいものと暗いものという程度の区別に過ぎない。これらの特徴は精神的発達の程度と関係があるが必ずしも一致しない。

私の観察では一般に活動性が高く刺激に敏感なものほど、初期反応のあらわれ方が早くその程度が強いという印象をうけた。

なお中山の東京都乳児院の全般的観察では、施設の医学的管理の程度が高くなれば入院当初の体重減少、下痢は殆ど認められないという。この点に関しては症状のどの程度から問題にすべきかで異なるが、私も年を逐うて更に調査をつづけているので、医学的管理の進歩しつつある今後の結果を比較してゆきたいと思う。

(2) 慢性反応について

慢性反応として述べた精神的並びに身体的症状は、すでに別誌及び第一部に述べたようにホスピタリズムあるいは *Massenpflegeschaftschaden* (*Pfandler*) といわれ論ぜられてきた。

しかしホスピタリズムと一括されるものの中には、初期反応と思われるものも含み、必ずしも内容が一定しておらず対照を欠き客観性に乏しいような難点があるので、ここでは初期の環境

変化による症状を除き長期間収容によるものに限定し、また対照群と推計学的方法により比較した。

現在までの諸外国の研究者、HETZER, BENDER, SPITZ, GOLDFASB, BAKWIN, BOWLBY, LOWREY, LOOSLI-USTERI, BRODBECK らの直推観察による結果を整理すると、ホスピタリズムの症状は身体症状と精神症状に分けられる。身体症状は主に年少児に観察され、また精神症状は大別すると知的な面の障害と、情意的な面の障害に分けられるが、ここではとくに後者について述べる。

i) 身体症状

身体的な症状は主として乳幼児など年齢の低いものについて観察されており、「睡眠が少く顔色が蒼く、体重増加不良、食欲不振、消化器や呼吸器の障害をおこしやすく、いわゆる Marasmus の像を呈する」(BAKWIN)、「体重減少、発達の低下、運動過多及び過少、不眠、高い罹病率」(SPITZ)、「吸啜が少くなり眠りがちで筋緊張が低下し、蒼白、胃腸障害、しやつくり、あくびをして昏迷様」(RIBBLE)などと記述されている。わが国では中山が終戦後都内の乳児院の衛生統計的な観察を行つているが、昭和23、4年当時の死亡率は55%にも達しており、敗戦後の悪条件による施設の不備、乳児の体位低下の状況は、今世紀初めの外国における状況に比較される程であつたともいえよう。しかし関係者の努力によりこの研究を開始した昭和25年頃は都内乳児院の死亡率は20%に低下し、現在は更に健康的な衛生管理へ進んでいるという。乳児院の管理を医学的水準よりみて、(1)肺炎、重症下痢による死亡率の低下、(2)伝染性疾患(麻疹、百日咳)の侵入防止、(3)小感染(下痢、化膿性疾患、結膜炎)の防止、(4)感冒、おむつ疹の防止の4段階を目標としているが、昭和25年度は(2)、(3)の段階が目標とされていた。

私の調査した乳児院においては調査当時、設備、健康管理、医療などの内容は優秀な方に属し、ほぼ(3)の段階に達していたと思われ、したがつて外国の報告にみる高死亡率、罹病率、Marasmusなどは認められなかつたが、なお前述のような症状が認められた。むしろ一般罹病率等も低下していたので精神的なものを中心とする諸症状が観察されやすかつたのでないかと思われる。

身体症状として睡眠、発育、習癖に分け、習癖は別に一括した。個々の症状は前述したが、いづれも精神症状と密接な関聯があり、また精神身体的(Psychosomatic)な発生が考えられる点は注目に価すると思う。

たとえば吐乳、下痢、体重増加不良などの症状についても、食事の内容などと同時に食事の与え方、養護の方法とこれに対する乳児の情緒的な反応が関係しており、栄養学的にカロリーの充分な食物が与えられていても、消化管の機能的な統合(functional Integration)が充分行われなければ症状を生じやすく、しかもその機能の成立を細かい心づかいをもつた保育者の養護

が助けていることは、機能的に最も不安定な乳児期にあつてはよく理解できよう。

近来、小児科学的にいう乳児院下痢症(Anstalt diarrhoe)なるものについても、細菌学的その他の見地のみでなくこの観点からも更に考える必要がある。心理的因子すなわち情緒が直接作用して、あるいは慢性に作用して自律神経障害をひきおこし、発達の消化系統の統制が不安定であるため消化機能障害をひきおこし、吐乳、下痢などの症状をおこすと考えることができる。

この場合勿論遺伝的素質としての器官の弱点ということも考えられるが、それよりも発達のこの器官系統一口腔肛門体系がもつとも症状をあらわしやすい条件にあることを考慮すべきである。

また環境的因子が作用してこの反応型を繰返し、一度この反応が成立すると、更に心理的因子がその上に作用して悪化乃至慢性化し、この症状を選択しやすくなるということ、とくに消化器症状のうち下痢がおきると、第一表に示したように身体養護の時間が少く、おむつ替えも回数が少く時間ぎめになつているのでおむつ疹が悪化し、この苦痛のために乳児が不機嫌になり、そのために更に消化器症状が悪化するという悪循環がおきるということも考えられる。

このような精神身体医学的領域に関するわれわれの体験は未だ少いが、更に調査をすすめたいと思う。

ii) 精神症状について

精神症状のうち、主として情意的な面、あるいは人格面については、幼児学童、年長児に関する多くの報告がある。HETZER (1932) は「受動性、はにかみ、内向性」などを施設収容児の特徴として挙げ、これらの症状は家庭復帰後回復したと述べている。LOWREY, BOWLBY らの研究は幼児以上学童を対象としており、種々のパーソナリティテストも用いているが、これらの研究によれば、一般に反社会的あるいは非社会的な精神病質的傾向が挙げられている。すなわち「攻撃的で愛情関係の障害があり周囲への適応が不安定な型」であり、その他運動過多、かんしゃく、夜尿などの症状や意志、想像力などの発達が劣り人格が未成熟であることが挙げられている。

対人関係においては「イージーゴーイングで浅薄な傾向、外部世界への無関心、愛情飢餓(Affecthunger)」などが挙げられており、他人と適当な対人関係を形成することの障害があるといわれている。

しかしながら、年少児や乳児においてはわづかに感受性、活動性などの気質的特徴が把握できるのみで種々のテストも言語的媒介を欠くために使用できず、生活場面も狭いので、彼等の乳児院内の一般的行動、表情や反応、対人態度、実験場面の反応などの観察にもとづく判断に頼る以外に方法がない。実験場面と精神運動的な領域に属する習癖は別に考察したので、ここではその他について考察する。現象的に把えたこれらの症状が将来いかなる経過を辿るかは、

慎重な予後調査によらねばならないが、現在のかかる症状の意義をわれわれは充分認識する必要がある。

34人の乳児を入院以後の経過を観察した Spitz は、3カ月頃より接触を拒み、運動が少なくなり、それ以後には顔面表情の硬さやレタルギーの状態が認められたと述べている。私の観察した55人の乳児は入院以来観察期間の短いものは除き、また観察による判定は客観性に乏しい恐れがあるので保育者の他にさらに参考として第三者により種々の刺激物も用いて表情や反応を対照児と比較した。その結果 Spitz のいう如く表情が乏しく不活潑であり、その他にも刺激に対する反応が遅く乏しいこと、対人態度と関係することであるが、あやされたり笑いかけられても反応しないこと、自発的な活動性が少いことなどの対照児と異なる傾向が認められた。

これらの症状はいずれも乳児院の物理的並びに心理的な環境の影響によるものと考えられ、とくに保育者との対人関係の影響が大であると考えられる。

また大きな音や見なれぬものに対する強い恐怖は、一般に年少児にしばしば認められる現象で、それ自体病的なものとはいえないが、乳児院児の場合に問題になるのは、年令のすすむにつれ減少、あるいは消失すべき恐れが長く持続することである。わが国の児童について適当な資料はもたないが、たとえば JERSILD の研究では「見なれぬものに対する恐れ」は実験場面では月令24~35月で31%、36~47月で22%となり、両親の報告によると0~23月52%、24~47月40%、48~71月15%となつている。ここでは乳児院児は53%、対照児は19%となつており、乳児院児は対照児よりはるかに高率で、また JERSILD の資料と比較してもどの年令群よりも高く、乳児院児では早期段階の恐れが何時までも持続していることがわかる。

同様に大きな音に対しては JERSILD のものでは実験場面で24~47月22~20%、両親の報告では0~23月65%、24~47月45%、48~71月22%、突然の音響は26%から7%となつている。私の場合乳児院児では、大きな音及び突然の音に対して35%、対照児では22%という結果を示し、対照児より高率であり、突然の音に対しては JERSILD の資料より高くなつていて、視覚的、聴覚的ともに、恐れ¹の未分化を示している。

RIBBLE は新生児は突然のあるいは高い音響に対し、活潑な驚きの反応を示すが、次第に一定の人間、すなわち母の声²が乳児を特別に慰撫する効果をもつようになり、このやさしく語つたり歌つたりする母の声³が乳児の生来の過敏性を克服してゆくと言つており、母から隔離した産院におかれている児童より、適当な間隔で母親に歌をうたわれたり、世話をうける家庭児の方がより早く過敏性を克服する傾向があるという。RIBBLE の観点については種々論議もあるが、乳児の感覚の発達について母子関係の意義を見出しているのは興味あることと思われる。

JERSILD の研究によれば2才位までは突然の音、見なれぬものへの恐れが著明であるが、それ以上になると次第に想像的なもの、期待される危険、恐怖をおこした現実の出来事と直接あ

るいは間接に関係あるものに恐れを示すようになり、前者に対する恐れが減少すると同時に後者に対する恐れが増加するという。

この点からみると乳児院児の恐怖の性質は、未分化で、年齢より低い段階にあるといえる。

前述の如く乳児院以外の場所——たとえば病院の他の室、戸外、街路に出たとき、あるいは見なれぬものに接したとき乳児の恐怖が著しい事実、たとえば乳児院外に出たとき約26%が手のつけられぬ興奮状態を示したが、これに対しては種々の原因が考えられる。

同年令の集団であるための模倣、情緒の感染がおこること、知的、概念的、社会的な成熟のレベルが劣るために正しい場面の認識が不能であること、一定の対象以外のものに接触する機会がないこと、更に乳児に固有な恐れを次第に中和し安定感を与える母代理者を欠くことなどが考慮される。

最後に彼等の対人態度について述べよう。

従来の研究においては収容児の直接観察によつて、人間の顔を見ても笑わぬ、見知らぬ人に夢中になる、新しい社会的場面への抵抗 (GSELL)、あるいは親の拒否、内向性 (A. FREUD ほか) などが挙げられ、また予後調査的研究において前述の如く対人関係が表面的で、深い情緒的關係をつくる能力が限定されていることなどが挙げられており、攻撃的—反社会的、孤獨的—非社会的な傾向が挙げられている。予後調査的研究に用いられた資料は区々であり、得られた結果にも相反するものもあり、また対照がなく研究者の主観的な判断が大きいものもある。BOWLBY によれば早期に施設収容の経験のあるもの程、内向的な傾向がより強いといっている。私の直接観察においては、保育者に対する過度の執着、他の児童に対する強い嫉妬、誰にでも同じように接触を求めるといふ愛情飢餓 (Affecthunger) というような態度と、反対に親も含めて周囲の人間に対して無関心、内向的で、接触を求めずあるいは接触を拒むというような態度が認められた。

年少児の場合、かかる傾向は一般的反応における自発性や興味の欠乏、あやしったり笑いかけられたりしても笑わぬこと、また数量的に示すことが不能であつたが泣くことが少いような傾向などにもあらわれている。

勿論これらの対人関係のもち方は、更に分化し、また後の環境により変化してゆくものであろうが、現在彼等がこのような一般乳児から偏つた対人態度を示すことは注意されねばならない。愛情飢餓 (Affecthunger) というような態度は、乳児院児に限らず家庭児においても、愛情關係に欠ける児童にしばしば認められるが、乳児院児では、とくに初期反応の場合と年長児群に認められた。

そして乳児院児の場合、成人に執着や関心を求める態度が示されたとしても、つねにその背後には自らの世界に閉ぢこもる内向的な傾向を同時にもつてることが特徴的であり、このことは彼等の愛情に対する要求が退けられた際には、攻撃や固執という反応を示すことは少く、再

び無関心な態度にもどるといふ逃避的な防衛機制が強力に働いているためと考えられる。

とくにあらゆる接触を拒む児童についてみると、彼等は入院直後にはむしろ積極的に愛情と関心を求め、愛情飢餓 (Affecthunger) と呼ぶべき態度をより強く示していた。したがって要求の挫折も大きく強固な防衛手段として現在の態度を発達させてゆき、このような態度により安定しているものと考えられる。

このような児童を家庭に復帰させると、たとえば症例(2)に認められたごとくその直後には不安定感が強く、母親の跡を追って片時も離れず、姿が見えなくなると強い不安を示したりする。執着や独占欲は最も強く示されるが、母親がつねに身近に存在して世話してくれるということをも認め安定感を得ると、もはや拒否的な態度も過度の執着も少なくなつて来る。したがって、現在このような周囲との接触を求めぬ傾向が著明に認められたとしても、彼等が素質的に非社会的であると考えたり、分裂性性格などと関係付けることはできない。しかし、このような対人態度をとる状態が持続すれば、現在の反応傾向が固定して、素質的なものと区別できないようになるのかもしれない。この意味で今後の経過をも追求してゆきたい。

iii) 神経質性習癖について

慢性反応としての神経質性習癖は、とくに私の関心を惹いたのでここに一括して述べる。そのうち先づ點頭痙攣様運動について述べよう。

そもそも施設収容児の異常運動については、RIBBLE は Head-body rolling その他の運動過多を、GOLDFARB, LOWREY らはゆすり運動 Rocking を、A. FREUD, BÄHRLINGHAM は Head knockingをあげている。

SPITZ は多くの乳児の観察の結果、最も多いのがゆすり運動であるが、収容が長期にわたり個人的でない impersonal な接触が持続すれば、受動的な運動寡少の状態、あるいは bizarre な手指の運動が認められ、少数例には點頭痙攣 Spasmus nutans を認めたという。私の調査では同様にゆすり運動も多く認められたが、一方在来の報告よりも多くの乳児に點頭痙攣様運動を認められた。

點頭痙攣なる運動は一般に頭部を痙攣様に前後あるいは左右に動かす運動を総称している。その型は頭部を持続的あるいは間歇的に、律動的にうなづきあるいはゆする運動とされる。

しかし、この運動は現象的にみても必ずしも類縁の疾患、たとえばいわゆる Headknocking, Headbanging の発作、夜間にあらわれる夜間頭部震顫 Jactatio capitis nocturna, あるいはいわゆる Infantile spasm などと明らかな差異を認め難い場合も多いようである。

OPPENHEIM, PERITZ, ZAPPERT, KANNER その他の記載によつても開始年齢、持続期間なども区々であり、開始年齢は1才前後 (OPPENHEIM, PERITZ, GIBBS), 6~8カ月 (HOLT), 4~20カ月 (KANNER), 6カ月~1才半 (久保) などで主として乳児期後半より幼児期にかけて始まるといわれている。A. FREUD らは Headknocking を12~16カ月に、LUTZ, PERITZ らは點頭痙

・癲癇及び夜間頭部震顫を乳児期より8, 9才に認められると述べている。開始時期を視覚運動の協調が始まる時期と関係付けるものもあるが、その当否はともかく、何れにせよかかる症状は児童の発達のある時期にとくにあらわれ易いということが出来よう。

この運動の持続期間は2~3週,あるいは一過性(HOLT)というものから,数カ月(OPPENHEIM),2年以上(PERITZ)ともいい,あるいはまた稀なものとして10年以上持続するという。しかしその予後は一般に良好とされている。癲癇性発作が最初点頭痙攣という型であられることがあるが,この場合予後が異なるのは勿論で,自然に治癒する方が稀である。

これらの報告のうちには,一回あるいは短時間の発作から,2~3時間にわたり回数の数え切れぬ程の固定した習癖としてあらわれるものまでが含まれている。

私の観察によれば乳児期後半にあらわれ,大体幼児期前期乃至後期まで継続し,最初は発作的に短時間おこることもあるが,次第に自動的に固定して長時間持続するようになる。予後は第4表記載の如くで,放置すれば持続しまた再発もあり,心理的な意義は重大である。

時刻は昼間にも夜間にもおこるとされている。夜間頭部震顫は勿論夜間の発作であるが,昼間でもおこることがあり,Headknockingも昼間のみならず夜間の半醒時にもしばしば認められるという。一般に神経質性習癖は夜間入眠時,乳児の意識と自律神経緊張の状態が変動する際に認められることが多いが,私の場合においては,昼間のあらゆる時刻においても,また入眠時,夜間の覚醒時においても同程度に認められた。

点頭痙攣の頻度における性による相違については,女兒に多い(KANNER),性に無関係(HOLTら)などともいわれる。また黒人移民の集団に多いという説もある。私の場合圧倒的に男児に多く,2名の混血児のすべてに認められたが,収容児中男児数が女兒より多いという理由以外に,明らかな意味を見出すことは出来ない。合併症としては,眼球震盪が最も多いといわれるが,2例に認められただけであつた。また誘因として頭部の皮膚疾患が挙げられるが,少数にかかる例を認めた。

この運動が點頭のみならず,ベットの縁や附近の物体に頭部を打ちつけるという型を含むときには,結果として皮膚肥厚,出血,毛髪脱落などの皮膚傷害を来しうる。このような例では,自己の身体に自ら傷害を加えているのであり,とくに問題にされる必要がある。

その他の合併症としては,斜視,眼瞼痙攣を伴う場合もあるといわれるが,私の場合には認められなかつた。

点頭痙攣及びそれに類似した現象の本態,機制は必ずしも明らかでない。Lutzらは,点頭痙攣,夜間頭部震顫らの本態を「機能的な原因によりおこつた痙攣状態」とし,児童の防禦反応の一型として,逃避反応の中に入れてゐる。そして会積痙攣のような型をとるのは原因不明であるが,器質的なものに近付くとしている。ZAPPERTらも,点頭痙攣を常同症(Stereotypie)の中に入れてゐる。一方Headknocking,Headbangingは,A.FREUDらの観察では,欲求

不満、怒りのしるしであり、かんしやく発作の一型としている。これらの行動は精神分析的な見解からは、自己愛的、且自体愛的な行動として重要視している。SPITZ も A. FREUD と同様の見解をとっているが、自己傷害を楽しむという傾向に至ることを重視している。

MAURER の報告している施設収容児の例では、最初成人に対し攻撃的行動を示し、それが禁止されると仲間の児童に向い、更に禁止されると自己傷害に向つたという。

私の観察例でも症例(1)のように欲求不満をひきおこす事件のあとに再発を認めた場合もある。

しかし欲求不満のために Headknocking がおこつたとしても、家庭児では習癖化しないことが多いのに乳児院児では固定してしまうのは、その生活環境の差異によるのであろう。

これらの現象の発生と関係づけられるものとしては、乳幼児期の種々の条件が挙げられている。歯牙発生 (PRUG, PERIZ), 佝僂病 (BING HOLT, KANNER), 視力不全 (THOMPSON), 日光不足 (HEUBNER), 神経系の良性感染 (久保), その他皮膚疾患, ダイテルス氏核の障害, 栄養障害などである。また遺伝的要因としては家族的出現を認めるものもある。(OPPENHEIM, KANNER)

精神的側面における要因としては、各種の精神欠陥が挙げられている。軽い精神薄弱, 精神遅滞の児童に認められる。(PERITZ その他), また神経質 (PERITZ), ヒステリー児童 (OPPENHEIM) など情緒的障害のあるものに認めたことも報告されているが、知的情緒的に正常な児童に認められる場合もある。しかしこれらの報告は何れもきわめて少数例の観察であり、確定的なことは言い難い。

私の観察においても施設収容がある程度長期間にわたり、慢性反応が一般に著明なものに多かつたが、PERITZ のいう如き精神発達との関係は明らかに認められなかつた。また予後調査においてもかかる習癖を有した児童に特徴的な性格があるということは、現在までの観察では決定し難い。

初期反応との間にも特別な関係は見出されなかつたが、これは彼等が比較的早期に入院しているので、初期反応が把え難いことに由来するのかもしれない。

なおここに注意しなくてはならないのは、いわゆる白痴児にあらわれる常同運動や、脳の器質的障害あるいは癲癇性痙攣発作との鑑別である。

前者については発達検査の成績から否定でき、また脳の器質的障害についても一応種々の神経学的諸検査、既往歴などから否定できると思われる。

今回の調査の対象以外の児童であるが、器質的疾患後胎症を示す児童でも、前述の症例(1)と類似した Headbanging を一過性に示していたが、このことは乳幼児の人格構造を考える上に興味があると思われる。

癲癇性発作については、BRIDGE によれば、akinetik seizures の一型としていわゆる会釈、點頭などの型をとる場合が全癲癇児の約6%、小発作の約10%前後に認められるという。また

前者について LENNOX は脳波所見として Slow wave が Spike を伴つたりあるいは伴わず出現し、時に focus が認められたり、Petit mal variant type が認められたりするという。

一方 GIBBS によれば、いわゆる Infantile Spasm においては、頭部の突然の痙攣と眼球廻転の発作を来し、上肢や全身の運動を伴うが、脳損傷、脳炎の既往歴があり精神遅滞が存在することが多く、脳波的に不規則な discharge が認められるという。

すなわち GIBBS の分類による High voltage, slow wave で、Spike の持続と局在が不定であるいわゆる Hypsarythmia の像を呈している。

このような癲癇性の発作も、年令的には1才が最高で3才以下には激減するといわれる。

私の13例中3例(伊沢、吉越、山崎)については、脳波撮影を行つたが幼児で判定は困難であるが、少くとも一般に discharge と考えられるような異常波は認められなかつた。これらの点で癲癇性のものと鑑別できると思う。

負因との関係は第4表に示したが、判明した範囲ではとくに痙攣性疾患を有するものは認められなかつた。

この現象を精神力動的に防衛機制(Defense mechanism)という観点から考えてみよう。

乳児院収容による母親との別離、乳児院の保育方法などが乳児の基本的欲求にいろいろの意味で不満をおこしており、そこに原始的な攻撃、逃避、退行などの諸機制がおきたとする。

もし児童が何等かの原因により欲求不満をおこし、その不満の根源に直接攻撃を向けた場合、そこに阻止が行われれば、退行、置き換え(Displacement)の一つとして自己攻撃(Self-aggression)という機制が行われ攻撃は自己に向けられることになる。

年長児になつてから、欲求不満を事件の後に再発する場合のあるのは、欲求不満→退行→攻撃→置き換えという一連の機制を考えることができる。

この習癖が長時間持続する場合、児童の注意、関心は専らこの運動に集中し、外界との接触を欠く限定された世界に安定してしまうので、その固定化を防ぐことが必要である。

皮膚障害をひきおこしても、彼等がなおこの運動を持続しているような場合、とくに倒錯(perverts)された現象として重視されよう。

神経質性習癖の一つとして、ゆすり運動 Rocking も認められた。この運動は乳児期に正常児においてもきわめて一過性にあらわれ、また類人猿のような動物にも観察されるといわれる。現在までの見解では、この現象は杵つき寝台、乳母車、囲いのある遊び場などによつて乳児の行動が制限されていたり、疾患などのため隔離されている際にしばしば認められるという。

RIBBLE の考え方については批判もあるが、彼女によれば乳児は運動、身体位置感覚の統合のために、揺りかごや揺り椅子あるいは母親により揺られるという mothering を必要とするといひ、このような条件を欠く乳児では頭部や軀幹の Rocking, Rolling などの運動過多を緊張したときにあらわすという。

その他 A. FREUD は施設児の観察で、最初母親と別れて Rocking が始まり、一時治癒したが疾患に罹患した際に再発した例を述べており、Rocking が存在する間は一般に全身の運動が少いといっている。また Spritz は乳幼児の心因性疾患について述べているが、その中で質的に母親の態度が不適当な場合、すなわち過度の甘やかしと敵意の間の動揺 (Oscillating between pampering and hostility) が存在すると、乳幼児に Hypermotility と Hypomotility の症状があらわれやすく、また乳児と母親との接触が量的に乏しい場合にも Hypermotility が起こりそれは Rocking として最も多く観察されるという。

そして臨床的にゆすり運動を示す児童は社会性と手でのものを操る機能に遅滞を示し、精神的にあらゆる種類の対象関係を損うであろうと結論している。

私の資料においてゆすり運動は18名に観察されたが、これらの事例は程度のひどいものゆすり運動が他の正常な運動の大部分に代って基本的な行動となつているような事例を主としてしているので、一過性にあらわれたものを含めば実数は一層多くなると思われる。

これに反して対照児ではわづかに1名に一過性に認めたのみであつた。この点が外国で家庭児に比較的しばしば報告されることと異つており、この原因として彼我の育児法の相違が考えられる。

対照児に見出されたものは外国式に粹つき寝台に生活させるという例であるから、むしろ例外的な事例かもしれない。また研究資料以外の観察例で家庭児にゆすり運動を認めたのは、高度の精神発達遅滞、脳炎後胎症、脳外傷の如き器質的損傷のある場合、また幼児分裂病と思われる例など特殊な事例に過ぎず、外国の例のように多数に認められることはなかつた。

つまりわが国においては、Spritz のいう如く親子関係が安定したものでなくとも、乳児の生活のさせ方、親子の接触のあり方から、このような習癖によらなくとも他に乳児の心理的緊張を開放する手段があるので、このような習癖が生じないのであらうと思われる。

ゆすり運動が固定したものと、そうでないものと比較すると、前者では周囲との接触をもちにくいような傾向がやや強く認められたが、點頭痙攣様運動をもつものに比較すれば、精神的障害の程度ははるかに軽度であつた。また予後を追求した際にも、指しやぶりや點頭痙攣より軽快しやすいことが認められた。このことは吸うという行動ほど乳児にとって原始的な快楽追求の手段でなく、また點頭痙攣様運動ほど人格の障害が重症でなく、他の行動に転導しやすいためと思われる。

なお心理的な機制からこの習癖を考慮するなら、やはり前者と同様に逃避、退行機制による緊張開放と考えられる。

なお同様の習癖として指しやぶり (Thumbsucking) がある。指しやぶりは一般の家庭児にも広く存在することが知られているが、この習癖が果して家庭より施設に多いものであるかどうかについて、断定を下すことは困難である。

確かに乳児が一過性に指を吸うという事実は、病的なものとはいえない。しかし乳児院においては、その頻度からいつでも約半数の児童に認められ、そのみならず固定の強さ、終結の時期、皮膚の障害などを考慮すると、やはり家庭児との間に明らかな差異が存在する。

家庭児の場合大多数は2才前後に終り、学齢に近くなつて存在するのは、特殊な問題例であつた。しかし乳児院児の場合、退院後うけ入れられた環境の如何を問わず、しばしば長期間持続し他の活動に置き換えることが困難であつた。多くの場合、示指、拇指を吸うことが多いが、他の指、手掌、また寝具、衣服その他を吸うこともあつた。昼間の指しやぶりを家庭復帰後、厳しく母親が禁止しても、なかなか消失しにくかつたり、またその代りに前かけ、手拭等を就眠の際に吸わねば眠れない児童もあつた。

昭和27年に発表された都内乳児院の報告において、加藤らは収容児44名中2名に指しやぶりの習癖を認め、鮎子田の報告では26名の5日間の観察では個人差が著しく収容児に必ずしも多くないと報告しているが、私の持続的な観察ではそれらの報告よりはるかに高率に出現しており、また予後調査においても強い固定が認められた。

指しやぶりは一般に人工栄養児、早期離乳児に多いといわれているが、乳児院児に多いことは、このような条件と関係すると思われる。しかし同じような授乳法がとられているにも抱わらず乳児院児の中でもこの習癖の固定に差違があるので、この点について更に実験的な調査をつづけている。

前の二つの習癖と同様に指しやぶりも、逃避、退行などの機制によるものであり、自己愛的自体愛的な満足をもたらすことは、第1節に述べたように消失せねばならぬ本能的な満足の機会が多いことに基因すると思われる。

iv) 事例研究—症例(2)についての考察

カタレプシー現象を呈した症例については、種々の疾患を考慮せねばならない。すなわち、これらを大別すれば、脳及び脳膜の炎症性疾患その他の器質性障害、症候性精神障害、精神薄弱児の反応状態、心因反応、及び小児分裂病を中心とする一群の疾患——幼児分裂病、早期幼年性自閉症 Early infantile autism (KANNER)、幼年痴呆 Dementia infantilis, KRAMMER-POLNOW 氏病などである。

かかる領域についてのわれわれの経験は乏しいが、近來幼児分裂病についての関心がたかまるにつれ、知見も増加しつつある。

私も児童の脳膜の器質性障害、症候性精神病、精神薄弱児の反応状態、心因反応のいづれにおいても、いわゆる分裂病的症状を発呈する例をすでに観察した。

しかしこの症例においては、臨床的に身体症状、神経学的所見を欠き、血液、脳脊髄液その他の異常所見も認められなかつたので、器質性、症候性のものは一応否定しようと思われる。

小児分裂病については、すでにZAPPERT, WEYGANDTを初め諸家により論議されている。小児

分裂病の可能性については、KRAEPELIN, BLEULER も10才以下の児童においてそれぞれ3.5%、5%の頻度の存在を否定せず、TRAMMER は5才の幼児例を挙げ、JOSÉ SOLE も3才児の定型の緊張病像を記載している。近來米国において BENDER, MAHLER, DESPERT その他の小児分裂病及びその辺縁群についての多くの報告がある。

病像については小児の心性の特徴から成人の病像と多少の相異はあるが、VOGT, ZIEHENらは緊張病型が最も多いと述べ、核心となる症状は自閉症 (Autism) 感情及び意志の障害として感情鈍麻、緊張症状、思考の障害として言語障害がもつとも多く認められると述べている。

経過を長期間追求めた報告は殆どないが、一般に年少に発病するものほど予後が不良であると言われている。

また幼年痴呆は、正常に發育し来つた2~4才児に突然に始まり、はげしい精神崩壊を来し、周囲との接触を失い、とくに特徴的な言語崩壊が認められ、神経学的所見を欠き経過は不良といわれている。

症例(2)を観察すると、体重増加などはやや不良であるが、精神的には著明な遲滞なく發育した幼児が、離乳期前後より神経質性習癖を生じ、内向的になり、カタレプシー様現象を呈し、(この現象は他の神経学的症候とくに錐体外路性症候を欠くので、蠟屈症というよりも意志の障害によるものと考えられた)、昏迷を思わせるような状態を呈したもので、やはりその中心になつているのは、周囲との接触を欠いた自閉症、緊張病的症状であると思われる。当初の精神發達、及び退院後の状況から、精神薄弱児の一過性反応は除外され、また心理的な治療を開始してから比較的短期間で治療者との rapport を生じ後胎症をのこさず治療し、その後ほぼ正常の状態をつづけていることから、現在の段階では分裂病及び幼年痴呆なども否定できると思う。

この児童が何故に全収容児の中でこのようにとりわけ著しい症状を呈したか、また何故にかかる型式の反応を選んだかについては、本児の素質的要因を考慮せねばならないが、本児の家系には精神病その他の負因は認められず、父親に意志の弱い性格傾向を認めたのみである。

また初期反応に関して述べた乳児の個性という点からみると、運動面では活動性が高く知覚面で刺激に強く反応し汎化しやすい傾向を有していた。乳幼児期のこれらの病的状態が将来どのような経過をとるかについては、今後の経過を観察しなければならない。

現在までの観察から、私はこの例を心理的要因による反応状態—すなわち慢性反応の強度のもの—と解釈し、その成立には多くの環境的要因の働いていることを認めた。

かかる年少児においては、素質的要因の考慮とともに、環境的要因の意義というものを再び強調する必要がある。適応という点から心理的に考慮するならば、長期間の欲求不満→攻撃、逃避、拒否→自閉という形をとつた一種の退行と解釈しうるのではなからうか。

なお、私は本研究資料以外の乳児院収容児で發達の途中から同様の分裂病的症状を呈し、のち死亡した幼児例を観察したので、この例について病理組織学的検査を行つていろいろ考察

したいと考えている。

(3) 実験心理学的研究についての考察

前述の二実験は、児童に対し物理的妨害により要求を阻止し、また単調にして困難な作業を完遂することを要求して児童に欲求不満(Frustration)をひきおこすものと考えられる。

私はここで Frustration なる語を、MASLOW や MITTELMAN の述べる如く「環境又は精神内界の障害物による、要求または欲求の重大な、あるいは危険な不満足」として狭義に考えた。

かかる状況においては、障害を示す刺激状況、すなわち Stress に対する個体の反応状態として心理学的に Tension の増加が観察される。LEWIN の幼児実験においては、Tension state は Primitivization, Dedifferentiation にもとづく多くの行動の変化を生じた。

私の場合、かかる Tension state を生ずるような同一条件下において、乳児院児と対照児とを比較すると、両群の間にはつきりした差異が認められた。先づ全般的にいうと、乳児院児は対照児に比して frustrate しくいということが言える。

それは実験(I)において、不快な場面から逃避するための要求や命令が認められないこと、攻撃を示すことが少いことなどから明らかであり、また実験(II)において困難な作業を行うに際して規則を無視することが少く、長時間を要しても完遂することなどにおいても認められる。

これらの特徴を臨牀的観察あるいは第2部の結果などと比較すると、乳児院児の表現能力、あるいはコミュニケーションの遅滞乃至ゆがみが先づ考えられ、それは社会的成熟、言語発達の遅滞や症候表に挙げた「表情や反応の不活潑さ、乏しさ」などと関係をもっている。

またそれのみならず、乳児院児の対人態度や場の影響に対する特殊な在り方、すなわち症候表に認められる保育者への一般的態度、保育者の有無による行動の差異などの症状との関係を見出すことが出来よう。

ROSENZWEIG は、欲求不満に対する反応の様式を、(1) 障害優位、(2) 自己防禦、(3) 要求固執の3型に分けているが、乳児院児の反応は一般に障害優位に近く対照児のものは要求固執がより多いといえよう。

そしてこの結果を生ずる原因として、次のようなことが考えられた。すなわち、

(1) 乳児院児は家庭児と比較して、現在に至るまでの体験(前節に述べたごとく、基本的欲求に対する長期間の不満がある)から、その要求水準が対照児より低いあるいは欲求体系のあり方が異なるのではなからうか。

つまり要求水準が低く体系のあり方が異なることにより、ひきおこされる Frustration の量が少いということが考えられる。

(2) 更に乳児院児は、社会的障壁すなわち成人という権威の圧力を対照児より、より強く感じているのではなからうか。

欲求不満に対する行動を規定するものに禁止すなわち罰の効果がある。罰の予想がある際は

表面にあらわれる攻撃的行動は減少する。この点において家庭児が親や成人にもつ態度と、乳児院児が保育者に対してもつ態度に差異があり、それが実験場面における実験者への異つた反応としてあらわれると考えられる。

(3) パーソナリティ全体の構造からみると、乳児院児は狭い内的世界に閉じこもる受動的な硬い (rigid) 傾向をもつのではなからうか。

そしてこの構造のために、反応の対象や形式が規定されている。実験場面においてかれらが前述の結果を示すことは、かれらが欲求不満に対する抵抗性が高いことやあるいは主動的に状況を把握し、これを支配する能力が優れていることを示すのか否かははなはだ疑問である。

つまり彼等は消極的に実現を認め、そこに生ずる葛藤を解決することなしに、従前の行動習慣により直ちに新しい環境に適応しているのかもしれない。ここでは問題の解決に対する自我というものの関与が、より少いのかもしれない。

したがって一応実験場面においては適応行動のように認められても、他の社会的場面においては不適応行動を示すことになるのかもしれない。

施設年長児は概して「ききわけのよさ、素直さ」などの長所と考えられるような特徴を示すにも拘わらず現実の社会場面においてはしばしば受動的消極的な解決法をとりやすく、必ずしもよき適応を示さないという事実との関係も暗示される。GOLDFARB の10~14才児童の予後調査的研究では、施設収容の経験ある群の方が、欲求不満の実験で規則を守る能力、規則を破つたときの罪悪感をはるかに劣つていたという結果が示されており、表面的には私の結果と相反しているが、私の対象とした児童が今後予後調査によつて、いかなる結果を示すか、将来の研究に俟ちたい。

(4) 今後の問題

以上の結果を総括すると、乳児院収容児では、知的、言語的、社会的発達の各側面が障害されていると同様に、情緒的な障害、人格構造上の偏りを示していることが明らかにされた。それは種々の研究方法において一致した結果が得られ、わが国においても諸外国の研究とほぼ相似た結果を示していることがわかつた。その原因として精神医学的負因という点をとくに考慮に入れたが、これらの障害を素質的遺伝的要因にのみ帰することはできず、むしろ後天的な物理的、心理的環境、とくに保育者との対人関係の影響によるものであることが明らかにされた。

しかしこの問題を論議する際に、われわれは、乳幼児期における人格構造の特殊性と、環境条件の意義およびその規定の困難さを再び考慮する必要がある。

乳児は新生児期には全く無力、未成熟な存在であり、環境一すなわち母あるいはその代理者との相互作用は生理的なものであり、対人関係は身体的過程と直結している。

しかし乳児期後半から次第に知覚、その他の機能が発達し、母親を乳房としての部分的対象と

してでなく自分と深い関係のある特殊な個人—全体的対象として認めるようになる。そしてこの母親との関係—乳児の基本的欲求を充足する—から、母をとり入れ、母と同一視し、この対象関係により種々の反社会的本能欲求を変容し社会の行動規範に従うようになる。換言すれば、この時期には母親は乳児にある種の衝動を満足させ、他の衝動を制限し、彼の自我及び超自我となつていているといえる。

人格構造からいうと、乳児は個性 (Individuality) をもつが人格の統合、分化はまだ十分でなく、成人のように環境に対し自発性にもとづく独自の態度で反応することはない。自我が発達するにつれ、この個人の主導性、独自性が加わつてゆく。自我の発達は、児童の観察によるおそらく乳児期後半より開始すると思われるが、この不完全な原始的な自我の活動を補充するのは、正しく母親あるいはその代理者であつて、この外界にある自我 (External Ego) としての母親が、人格形成に根源的な役割を果すのである。

したがつて乳児期の対人関係—実際には彼等が母親からいかなる満足、安定感を得たか、いかに承認され、いかに禁止をうけたかということになるが—というものは、人格発達を考慮する上に無視することは出来ない。

乳幼児期における具体的な行動の差異は、成人よりはるかにこの対人関係のあり方にかかつているのである。この意味で乳幼児期における母あるいはその代理者との関係の量的ならびに質的な偏りは重視されねばならない。

勿論この場合、心理的環境条件の価値をきめる上に多くの困難がある。つまり環境的刺戟は分離した一つの条件として働くのではなく、全体的なものとして、また行動環境として把えねばならず、栄養法、哺乳時間などのように客観的な個々の条件は把え得ても、実際に乳児がいかなる体験をなし、いかなる対人関係をもつたかということは、乳児の表面にあらわれた観察可能な行動以外は、研究者の判断によらねばならないからである。しかし、このような方法上の困難を念頭におき、個体の対人関係の最初から個体と環境との相互作用という点において追求し、観察、記録を精密詳細に行い、臨床的観察の他に種々の実験や Projective test その他も用いて人格を総合的に把えようとするならば、この難点はある程度補うことが出来よう。

現在までの研究の多くは、環境の条件規定に多くの問題があつたり、あるいは理論的な仮設に固定し、対照をもたず客観性に欠けるという欠点が多かつた。とくに乳幼児期における研究においてその問題があつた。

私の研究結果によつて乳児期の対人関係の如何により人格発展のあらゆる方向に障害をあたえるということ、また問題になる年齢は自我の発達の最初である乳児期後半から幼児期にかけてであること、また障害を生ずる施設収容の期間は1年以上が問題になることなどは明らかになつたが、この効果がどの位永続性をもつか、将来の人格発展にも有害な効果があるか、この後のわが国の家庭生活の体験により補償されるものであるか否かの諸点は、未だ十分な結論は

得られていない。

乳児院収容児のホスピタリズムの問題は個体の素質と環境の問題、心理学的立場と生物学的立場との相関、乳幼児期における適応機制などいくつかの重要な問題を含んでいる。この意味において更に系統的な予後調査的研究を、各領域の人々の協力を得て続けたいと考えている。

8. 結 語

私は昭和25年以来観察した乳児院収容児の初期反応及び慢性反応を調査し、以下の如き結果を得た。

(1) 乳児院なる環境を、物理的及び心理的環境として分析すると、家庭とは異なるいくつかの特徴をもっている。物理的環境としては生活空間の狭さ、変化の乏しさ、乳児の手に触れる事物の少さ、心理的環境としては、保育者との接触時間の少さ、その impersonal なこと、生活時間分布の特殊性、授乳、離乳、排泄その他について基本的欲求に対する不満が多いことなどである。

(2) 初期反応としては、一般に身体症状、精神発達における退行、対人関係の障害の三者に大別される。反応の著しいものとそうでないものに分つと、月令6カ月以上のもの、委託児、母乳児に多い。

(3) 慢性反応としては、同年令の対照児との間に有意の差を認めた身体症状10項目、精神症状11項が、その主なるものである。すなわち睡眠、発育の障害、神経質性習癖(指しやぶり、ゆすり運動、點頭痙攣様運動など)及び表情や反応の乏しいこと、恐怖の性質が未分化なこと、新しい場面への適応が困難なこと、対人関係の障害などである。

これらの慢性反応の成立には、1年以上の在院が意義が大きく、また年令としては1才乃至1才6月がその成立に意義があり、両親の精神医学的負因とは有意の関係は認められない。

(4) 慢性反応の1例に、カタレプシー様現象を示し精神病的状態を呈したものがあつたが心理的環境の調整により回復した。

(5) 欲求不満をひきおこす二つの実験場面(興味ある玩具の有無、豆拾い)を設け対照児と比較したが、乳児院児は frustrate しにくく、その原因として乳児院児は要求水準が低く、社会的障壁の圧力を強く感じていること、人格構造が受動的で硬いことなどが考えられた。

(6) 以上の結果を総括して現在までの諸研究の結果と比較考察し、乳児期体験の意義、乳幼児期の人格構造ならびに適応機制などにつき考察した。

稿を終るに臨み、慶大神経科三浦教授ならびに高木児童精神衛生部長の御指導御校閲と、済生会中央病院小山院長ならびに豊田小児科医長の御後援に心からの感謝を捧げます。なお本論文の要旨は昭和29年2月及び11月の関東精神神経学会、昭和30年第19回心理学会大会で発表した。

参 考 文 献

- 1) HETZER, H. ; Handbuch d. Pädagogischen Mileukunde, 1932
- 2) KLEIN, M. ; Child Analysis. 1932
- 3) BÜHLER, C. ; From Birth to Maturity, 1935
- 4) HOLT, E. ; Disease of Infancy and Childhood, 1939
- 5) PERITZ, G. ; Die Nerven Krankheiten d. Kindesalters, 1932
- 6) FREUD, A. ; Ego and Defense Mechanism, 1938
- 7) HAMBURGER, F. ; Die Neurosen d. Kindesalters, 1938
- 8) STROHMAYER, W. ; Die Psychopathologie d. Kindesalters, 1923
- 9) LANGE, J. ; Katatorische Erscheinungen, 1922
- 10) IRWIN, C. ; The Activities of New Born Infants.—Child Behavior and Development, ed. by BARKER, KOUNIN & WRIGHT, 1943
- 11) ESCALONA, S. ; Play and Substitute Satisfaction, Child Behavior and Development, ed. by BARKER, KOUNIN & WRIGHT, 1943
- 12) STOCKERT, F. G. ; Einführung in d. Psychopathologie d. Kinderalters, 1947
- 13) WEYGANDT, W. ; Der Jugendliche Schwachsinn, 1936
- 14) GEANNE LAMPÉL-DE GROOT ; On the Development of the Ego and Superego—The Yearbook of Psychoanalysis, Vol 4, 1948
- 15) PEASON, G. ; Emotional Disorders of Children, 1949
- 16) BRIOGE, E. ; Epilepsy and Convulsive Disorders in Childhood, 1949
- 17) FREUD, A. & BURLINGHAM, D. ; Children in Wartime, 1942
- 18) FREUD, A. & BURLINGHAM, D. ; Infants without Families, 1943
- 19) TRAMER, M. ; Lehrbuchd. Allg. Kinderpsychiatrie, 1949
- 20) RIBBLE, M. ; Infantile Experience in Relation to Personality Development,—Personality and Behavior Disorders, ed. by HUNT, Vol. I, 1944
- 21) MURPHY, L. B. ; Childhood Experience in Relation to Personality Development—Personality and Behavior Disorders, ed. by HUNT Vol. I, 1944.
- 22) GESELL, A. & Amatruda, C. ; Developmental Diagnosis, 1947
- 23) FEER, E. ; Diagnostic d. Kleinkind, 1947
- 24) KANNER, L. ; Child Psychiatry, 1949
- 25) BENJAMIN, E, LUTZ, J. & ISSERLINN, M. ; Lehrbuch d. Psychopathologie d. Kindesalters, 1933
- 26) GESELL, A. & Thompson, H. ; Learning and Maturation in Identical Infant Twins,—Child Behavior and Personality, ed. by BARKAR, KOUNIN & WRIGHT 1943
- 27) JERSILD, A. ; Studies of Children's Fears—Child Behavior and Development, ed. by BARKAR, KDUNIN & WRIGHT 1943
- 28) SPITZ, RENE. ; Hospitalism—Psychoanalytic Study of the Child Vol. I, 1950
- 29) SPITZ, RENE. ; Hospitalism—Psychoanalytic Study of the Child Vol. II, 1950
- 30) SPITZ, RENE ; The Psychogenic Disease in Infancy—Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VI, 1950
- 31) BOWLBY, J. & Robertson, J. ; A Two Year-old goes to Hospital—Psychoanalytic Study of the Child, Vol. V, 1950
- 32) PAPPENHEIM, E. & Sweeney, M. ; Separation Anxiety in Mother and Child,—Psychoanalytic Study of the Child, Vol. I, 1950
- 33) SPITZ, R. & Wolf, K. ; Autoerotism ; —Psychoanalytic Study of the Child, Vol. III, 1953
- 34) LEITSCH, M. & ESCALONA, K. S. ; The Relation of Infants to Stress,—Psychoanalytic

- Study of the Child. Vol. III, 1953
- 36) CARMICHAEL, L.; Child Psychology, 1954
- 37) LYDIA, J.; Modern Trends in Child Psychiatry, 1950
- 38) JAKOB, I.; Hellersches Demenzsyndrom mit Gehirnatrophie—Zeitschrift f. Kinderpsychiatrie, 21. Nr 2, 1954
- 39) MOWRER, O. H.; Learning Theory and Personality Diagnosis, 1950
- 40) KLEIN, M.; Contribution to Psychoanalysis, 1950
- 41) GIBBS, F. & GIBBS, E.; Atlas of Electroencephalography, Vol. II, 1952
- 42) MASLOW, A. & MITTELMANN, B.; Principles of Abnormal Psychology, 1951
- 43) BOWLBY, J.; Maternal Care and Mental Health; 1950
- 44) PRUGH, G., STAUB, M. & SAND, A.; Study of the Emotional Relation of Children and Families of Hospitalization and Illness, A. J. of Orthopsychiatry, Vol. XXIII, 1953
- 45) ROSENBLUTH, D., BOWLBY, J. & RUDINESCO, J.; Separation from the Mother as A Traumatic Experience for the Child, Courier, Vol. II, 1951
- 46) DAVID, M., NICOLAS, J. & RUDINESCO, J.; Responses of Young Children to Separation from Their Mother, Courier, Vol. II, 1951
- 47) ROBERTSON, A. & BOWLBY, J.; Observation of the Sequences of Responses of Children, Courier, Vol. 10, 1951
- 48) BREMER, E., KESSLER, F. & BARNES, M.; The Hospitalized Child, A. J. of Orthopsychiatry, Vol. XXV, 1955
- 49) RITVO, S. & PROVENCE, S.; Form Perception and Imitation in Some Autistic Children, —Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VIII, 1953
- 50) HARMS, E.; The Nervous Child, Our Recent Knowledge of Schizophrenia in Childhood, Vol. X, 1932
- 51) 鮎子田; 乳児保育に関する予備的調査, 小児科臨床 5巻, 7号, 1952
- 52) 加藤; 乳児院における乳幼児の個体差についての観察, 小児科臨床, 5巻, 7号, 1952
- 53) 中山; 東京都内乳児院の医学的観察, 小児科臨床, 5巻, 7号, 1952
- 54) 中山; 東京都内乳児哺育施設の現況, 児科雑誌, 54巻, 5号, 1950
- 55) エデイス・スターン, 田代訳; 児童養護の理論と実際, 1953
- 56) 池田; ホスピタリズムについて, 臨床内科小児科, 9巻, 9号, 1954

報 告

アメリカの児童精神医学と精神衛生

児童精神衛生部長 高 木 四 郎

ま え が き

私は世界保健機構 (World Health Organization, W. H. O.) のフェローとして、昭和28年11月から1カ年間、アメリカ合衆国において児童精神医学および精神衛生を研究する機会を与えられた。わが国の精神衛生および児童精神医学は、その研究においても、また実践においても、遺憾ながら著しく遅れているといわなければならない。これが私のフェローシップを与えられてアメリカに派遣された理由であり、私が学んで来たことをできるだけ正しくわが国に伝えることは私の義務である。以下に、私は自分の経験と見聞を経とし、また集めた資料を緯としつつ、アメリカの児童精神医学と精神衛生について紹介したいと思う、

滞米中のプログラム

私が W. H. O. 当局から研究の場所として指定されたのは San Francisco の Langley Porter Clinic である。Langley Porter Clinic というのは、カリフォルニア州精神衛生部 (Department of Mental Hygiene) が精神医学の研究ならびに養成訓練の機関として設けた施設であつて、その運営はカリフォルニア大学 (州立) に委ねられている。すなわち、州の施設ではあるが、事実上はカリフォルニア大学医学部の精神科教室でもある。

私はフェローシップの期間の大部分、すなわち約10カ月間は、この Langley Porter Clinic (LPC) の児童部 (Children's Division) に籍をおき、カリフォルニア大学の客員 (Clinical Affiliate) として、もっぱら児童精神医学の研究に当つた。

さらに、この期間には研究の余暇を利用し、カリフォルニア州の精神衛生事業をできるだけ全面的に理解する目的で、San Francisco 市内外の、精神衛生に関連のある各種施設を視察し

た。私はこの期間、クリニックにおける研究生活によつて児童精神医学に関する知識と経験を深めるとともに、広範囲にわたる精神衛生事業を、カリフォルニア州におけるそれを標本として理解しようと努めた。

1年間のフェローシップの最後の2カ月間、私は東部各市への見学旅行の途に上り、その間主として、アメリカの代表的な児童ガイダンス・クリニック (Child guidance clinic, 以下 C. G. C. と略記する) を見学した。私はこれによつて、アメリカの代表的 C. G. C. の運営方式の差異を知り、児童精神医学の全体の傾向を実際に知り得たと思う。

前篇 児童精神医学

I アメリカにおける児童精神医学の沿革と現在の傾向

児童精神医学の沿革

アメリカの児童精神医学は、ドイツ、フランス等のそれにくらべて特異な、そしてめざましい発達を遂げてきたが、その最大の理由はいうまでもなく、その基盤をなしている力動的精神医学 (Dynamic psychiatry) にある。事実、今日のアメリカにおける指導的な児童精神医学者は精神分析学派に属するのでなければ、ADOLF MEYER の流れを汲む人々である。ドイツの児童精神医学が、その内容や対象において成人の精神医学とさほど異らず、真に独立した分科とは認め難い感じを与えるのに対し、アメリカの児童精神医学が、小児科学が内科学から独立した専門分科となつたごとく、児童特有の性格行動の異常、ことに軽度の問題を取扱つて専門領域となりつつあるのは、その基盤をなすものが力動的精神医学であることと精神衛生の発達によるものであろう。

アメリカの児童精神医学のいま一つの特色は C. G. C. の発達および、そこでの診療が精神科医・心理学者およびソーシャル・ワーカーから成るいわゆる臨床チーム (clinical team) のチームワークによつて行われる点であらう。

このようなアメリカ児童精神医学のさきがけをなしたのは、いうまでもなく WILLIAM HEALY の事業である。かれが Illinois 州 Cook 郡の少年審判所の委嘱により、不良少年の精神医学的研究のために Juvenile Psychopathic Institute (現在の Illinois Institute for Juvenile Research) を Chicago に設立したのは 1909 年であつた¹⁾²⁾。かれははじめて心理学者およびソーシャル・ワーカーの協力を求め、今日の臨床チームのさきがけを作つた。

HEALY は後に Boston に招かれ、同じく少年審判所を助けるために、1917 年 Judge Baker Guidance Center が設立された。さらに Boston における D. A. THOM の Habit Clinic の

設立(1921年)その他を経て、1922年には数カ所の都市に、National Committee for Mental Hygiene が Commonwealth Fund の援助の下に、いわゆる「模範 C. G. C.」(demonstration child guidance clinic) を設立したが、それらのクリニックにおいては HEALY の創始した臨床チームの形式が採用されて、今日の C. G. C. の定型となつたのである。

以上から明かであるように、今日の C. G. C. の事業の原型はもつぱら少年審判所との連絡の下に、主として不良少年の研究に始まつたといつてよいであらう。しかし、Institute for Juvenile Research にしても、Judge Baker Guidance Center にしても、すでに犯罪をなした児童を処置するよりも、まだ犯罪に至らずその傾向を示す児童を処置することの方が重要でもあり、効果も挙げ得ることを認めて、さまざまな性格上、行動上の問題を示す児童を多く扱うようになった。一方、1909年 CLIFFORD BEERS が始めた精神衛生運動の進展に伴つて、一般の C. G. C. も広範囲の性格行動上の問題を扱うようになった。これが、精神障害の発展あるいは人格形成の基盤として児童期の体験を重視する MEYER, FREUD の思想、すなわち力動的精神医学の考えにもとづくことはいうまでもない。

これらのクリニックにおいて、はじめに処置として行われたことは、児童を委託してきた少年審判所、あるいは親に対して助言(recommendation)を与えることであつた。しかし、このような助言を与えても、少年審判所は実行不可能の場合が多く、親も理性的には助言を理解し、受け入れても、感情的にこれを受け入れて、それを実行し、効果を挙げるといふ場合は少いことが明かになつて来た。

そこで、この時期に相次いで、児童自身の処置、すなわち児童の心理療法に努力が注がれるようになった。そして MELANIE KLEIN や ANNA FREUD によつて始められた児童の心理療法はアメリカで著しい発達を遂げた。

LEO KANNER³⁾ は児童精神医学の歴史を次のごとき4期に分けている。

第1期(1901—1910)——知能検査法の創始、少年審判所の創設、力動的精神医学の勃興、精神衛生運動の展開によつて特徴づけられる時期。KANNER によれば「児童へ関心が払われるようになった時期」である。

第2期(1911—1920)——少年保護制度(juvenile court probation)、里親制度、特殊教育の普及等、「児童に制度を与えた時期」である。

第3期(1921—1930)——C. G. C. が各地に設立され、学校に訪問教師(visiting teacher)あるいはカウンセラー(counselor)がおかれて、「児童のための処置がなされた時期」。すなわち、勧告助言その他によつて児童のために環境の調整が試みられた時期であり、上に述べた第1の時期に相当する。

第4期(1931—)——心理療法によつて「児童を直接扱うようになった時期」。上に述べた第2の時期に相当する。

現在の傾向

KANNER は児童精神医学の沿革についての記述を以上の点でとどめているが、その後の発達にはさらにめざましいものがある。KANNER のいう第3期、第4期を通じて、親子間の人間関係の研究が進められ、児童の性格行動異常の原因として、親子関係の異常についての理解が深められて行つた。そして最初は環境調整の一手段として勧告助言が試みられたが、それに大きな効果を期待できないことも明かになった。^(註1) 親の子供に対する態度を変化させようとして、たとえば「口やかましく小言をいうのを控えるように」「甘やかさないように」などいう助言を与えることは、神経症患者に対して「気にするな」「元気を出せ」などと忠告するのと異ならない。児童にとつて最も重要な環境は親の態度であり、親子関係である。そして、これを調整し改善するために、単なる助言に代つて、しだいに心理療法の原理と技法が取り入れられるようになった。これはソーシャル・ケースワークが精神医学の強い影響を受けたためであり⁴⁾、1930年から1936年にかけて発達した、いわゆる「態度療法」(attitude therapy)、「関係療法」(relationship therapy) などというのがそれである。

一方、Institute for Juvenile Research (Chicago) において STANISLAUS SZUREK 等は、1940年前後から親に対しても子供の治療と並行して心理療法を行うという方法を発展させ、これを「協同療法」(collaborative therapy) と名づけた⁵⁾。これによつて、児童の問題の原因をなす親子関係の機微は一層詳しく研究され、問題の改善も促進かつ確実化されるのである。

このようにして、児童と並行して親の心理療法をも行うという方法ができ上り、一般化されるようになった。協同療法を行つている所では、子供は精神科医が受持ち、親はソーシャル・ワーカーが受持つという伝統的な形はかならずしも守られず、ある時は精神科医が親を、ソーシャル・ワーカーが子供を受持ち、ある時には2人あるいは3人の精神科医が子供と親を扱い、又ある時はソーシャル・ワーカーのみのチームが親子双方を扱い、心理学者もこのチームに加わるというふうである。すなわち、治療の段階においては、精神科医・ソーシャルワーカー・心理学者の各々の仕事の境界はなくなつていと云つてよい。このような協同療法が行われている代表的なクリニックは Langley Porter Clinic および Institute for Juvenile Research である。

これに反して、子供は精神科医が受持ち、親はソーシャル・ワーカーが受持つという伝統的な形を固く守り、かつ親との面接をソーシャル・ケースワークという立て前で行つているのは、FREDERICK ALLEN の Philadelphia Child Guidance Clinic である。しかし、この場合にもソーシャル・ワーカーによる親との面接の内容は心理療法となんら異なる点はないのである。私はこ

註1 われわれ自身の経験によつても、単なる勧告助言によつて親の子供に対する態度を変えさせようという試みは多くの場合、効果があげられない。

の点に関して、同クリニックの主席ソーシャル・ワーカーである Miss ALMENA DAWLEY (註 2) に質問してみたが、「いわゆる協同療法において精神科医が親に対して行う心理療法と、ソーシャル・ワーカーがケースワークという立て前で行う面接との間に一体どんな差異があるのか」という問に対して、「少しもちがう点はない。唯一の相異はだれがそれを行うかということである」というのが彼女の答であつた。この質問は他の二三のクリニックでも試みたが、答はどこでも同様であつた。

上に述べた二つの形は相反する代表的傾向であるが、多くのクリニックはこれら二つの傾向の中間に立っているように思われる。すなわち、子供は精神科医が、親はソーシャル・ワーカーが受持つという伝統的な形を一応は守りつつ、時に変則的な組合せを混用するといった行き方である。その場合、クリニック側の人員の都合や事例の性質が考慮される。例えば親に神経症的傾向が強いような場合には、精神科医が親を受持つのが普通である。心理学者が時に治療に参加するのはもちろんである。

治療の対象として扱われる親は、通常母親であるが、両親共に扱われることも少くない。又思春期を過ぎた青年では本人だけが治療の対象とされ、2~3才以下の乳幼児の場合には母親だけの治療が試みられることもある。

いま一つ注意に値するのは、ソーシャル・ワーカーによる家庭訪問がほとんど全く行われないうことである。どこの C. G. C. においても、きわめて特殊な場合、例えば祖母の協力を求める必要があるというような場合以外には家庭訪問は行わない。家庭訪問はソーシャル・ケースワークの伝統でもあり、今日でも家庭訪問に一種の郷愁を感じているケースワーカーは少くないようであるが、理論的にも経験的にも家庭訪問は無益有害と考えられている。これは、精神医学的ソーシャル・ワーク (psychiatric social work) だけでなく、ソーシャル・ワークの他の分野においてもそうである。唯一の例外は保護監察 (probation) の仕事であるが、これは扱う対象の性質上やむを得ないことであろう。

前記の Miss DAWLEY の語つたところによれば、Philadelphia Child Guidance Clinic においても以前は家庭訪問を行つていたが、それが無益有害であることが経験されたため、久しい以前から廃してしまつたということである。同女史はさらに語を継いで、「最も好ましい状況はクリニックの面接室で、約束の時間になされる面接である。屋内が乱雑になつており、主婦がふだん着のままであるような所に家庭訪問するということは、ワーカー対被援助者の治療的関係を害するものだ」と語つた。

ここで、C. G. C. において家庭訪問がほとんど行われないう事実に対する私の解釈を、挟むことを許していただきたい。

註 2 Miss ALMENA DAWLEY は C. G. C. 発達の初めから 30 年間、同クリニックにおいて所長 ALLEN 博士とともに C. G. C. の発展に貢献してきた人であり、Pennsylvania School of Social Work の Associate Professor でもある。

この事実の意味は、親子関係を重視する児童精神医学の理論および親子関係の調整を目ざす心理療法に重きをおく処置法の進歩ということを念頭におかなければ理解が困難だろうと思われる。

家庭訪問の目的ないし意義として、しばしば強調されることは家庭状況の調査ということであり、家庭訪問をして住居の状況や家庭での親の態度、子供の様子を実見することが、その事例の理解を非常に助けるということである。たしかに、そういう面での収穫はある。しかし、家庭訪問によって家庭の一断面を見て得られた資料が、熟練者によって行われる面接で得られる資料に比して、果してどれだけの価値を持っているかということをまず考えてみなければならない。それはかならずしも面接に際して語られたことが、常に信頼し得る正確なものだという意味ではない。面接に際して語られることは、防衛機制によって、しばしば意識的、無意識的にゆがめられている。しかし、その相手の心理を理解すれば、親子関係というものは元来が主観的なものだから、治療的対人関係の上に立つて語られた内容というものは十分な価値を持つものである。そして、それはそのまま治療の目的に役立つべくものでもある。家庭を訪問して外面的な状況を見ても、それは治療の目的には、ほとんど価値がないのである。

いま一つ考えなければならないのは、Miss DAWLEY の語ったごとく、家庭訪問が職員対被援助者の治療的対人関係に影響を及ぼして、治療過程の円滑な進行を妨げるというマイナスの面である。心理療法として親との面接が続けられる以上、このような影響を避けるよう注意を払うのは当然のことであろう。これ以上、論ずることは本報告の趣旨ではないから、詳細は他の機会に譲る。

次に特記しなければならない新傾向は収容治療 (residential treatment) である。これは外来患者として心理療法によって効果を挙げるのが困難なような、感情的障害の重い児童、例えば小児分裂病あるいは不良児を収容し、治療的環境を与えて治療効果を挙げようとする方法である。これを行つているのは Langley Porter Clinic (San Francisco), Institute for Juvenile Research (Chicago), National Institute of Mental Health (Bethesda, Md.), Sonia Shankman Orthogenic School (Chicago) 等である。その詳しい方法については、Langley Porter Clinic の項で述べよう。

もう一つの最新の傾向は、性格行動上の問題を持つ幼児のための保育所 (nursery) の試みである。これは全米でまだ6カ所で試みられているに過ぎない由であるが、私は Jewish Board of Guardians (New York) の Child Development Center でそれを見た。

Ⅱ 専門家の養成

C. G. C. は児童精神科医、精神医学的ソーシャル・ワーカーおよび臨床心理学者から成る、い

いわゆる臨床チームによつて運営されており、いずれに対しても相当高度の専門的技術が要求されるが、それらの専門家がいかにして養成されているかについて、以下に述べよう。

精神科医および児童精神科医の養成

まず、順序として一般精神科医の養成から述べる。医科大学卒業後、1年間の修練期間(internship)を必要とすることは、わが国と同様であるが、さらにその後に Residency および専門医(Specialist)の制度を有することは、わが国とまったく異つている。

Residency の期間は専門科目によつて異なるが、精神医学のそれは3年間である。3年間のプログラムの内容は、これを実施している大学、病院によつて異なるが、residents にあまりかたよらない、できるだけ広い経験を与えることを主眼としている点は学ぶべきであろう。カリフォルニア大学は完備した Langley Porter Clinic (L. P. C.) を持ち、また近傍に各種の病院、施設があるので、この点レジデントはめぐまれている。同大学のプログラムは次のとおりであるが、これは個人の希望で多少修正されることがある。⁶⁾

第1年度——L. P. C. において、入院患者を受け持ち、先輩の指導の下にその診療に従事し、また各種の会合、セミナーに出席する。

第2年度——San Francisco Hospital 精神科(市立総合病院)、Napa State Hospital(州立精神病院)、Sonoma State Home(州立精神薄弱者施設)、San Quentin 刑務所にそれぞれ3カ月づつ。レジデントはこれによつて、急性および慢性状態の精神病および精神薄弱について経験を、大規模の精神病院の経営に触れ、司法精神医学についても経験するわけである。

第3年度——再び L. P. C. に戻り、外来診療所に勤務し、神経症等の軽症患者の診療について経験を積み、心理療法の訓練を受ける。また半年間は児童部に兼勤し、児童精神医学の訓練を受ける。

3年間の residency 修了後、さらに認可された大学、病院において2年間経験を積むと、いわゆる“Board examination”の受験資格ができる。この試験に合格したものは、それぞれの診療科目の専門医と称し得るわけである。

L. P. C. においては通常の3年間の residency 以外に、精神衛生法(National Mental Health Act)による奨学金を支給されて、児童精神医学、神経病理学、脳波学等を専攻するものもある。residency を終了し、引続き勤務するものを一般に fellow と呼び、わが国の助手に相当するものである。児童部には4名のフェローがいるが、筆者の受けた訓練は、このフェローのそれと大体等しく、その他にレジデントが出席を要求されるセミナーに出席した。

児童精神医学の独立した専門医制度というものはないが、児童精神科医の養成については別

に「アメリカ児童精神科クリニック協会」(American Association of Psychiatric Clinics for Children, 略称 A. A. P. C. C.) の定めた基準がある。⁷⁾

この協会は児童精神科クリニック(すなわち, C. G. C.) の充実向上を目的として, 1948年結成された団体で, 個人ではなくクリニックを会員としている。A. A. P. C. C. に加入するクリニックは, その機構, 運営, 職員等の諸点で, 一定の基準に達していることを条件として要求される。その中, 精神科医に要求される資格は次のごとくである。

「2年間, 精神医学の基礎的訓練を受けた後, さらに引続き(1) 2年間児童精神医学の訓練を受け, 1年間実地の経験を積むか, あるいは(2) 1年間児童精神医学の訓練を受け, 2年間実地の経験を積む。これらの経験のうち, 少なくとも1年間は臨床チームによる統合的サービスを提供するクリニックにおいて積むことを要する。」

すなわち, 一般の精神科専門医となるために Board examination の受験資格として要求される年限と同じ5年間の訓練および経験を要求され, そのうち3年間は児童精神医学の専門的訓練および経験に当てることを要求されているわけである。

A. A. P. C. C. に正会員(active member)として加入しているクリニックは62あり, さらにそのうち養成センター(training center)として認可されているクリニックは20カ所であり, 筆者が訓練を受けた Langley Porter Clinic もその一つである。A. A. P. C. C. が児童精神医学の養成センターの最低基準として掲げている主要な条件は以下のごときものである。⁸⁾

(1) 少くも各1名の専任, 有資格の児童精神科医, 精神医学的ソーシャルワーカー(psychiatric social worker) および臨床心理学者を有すること。

(2) そのクリニックの取扱う事例は, その種類においても, 年齢や性においても, 処置の方法においてもかたよつていないこと。また, 訓練中若干の親をも扱うことが望ましい。

(3) そのクリニックは, その地域社会の社会, 医療, 教育, 保護施設と有機的な協力関係を持つていること。

(4) 訓練の細目に関しては次のものが要求される。

(a) 訓練の中核をなすものは個人指導(supervision)^(註3)の下における心理療法であり, 毎週少くも2時間の個人指導を必要とする。個人指導はこれに代る方法はないというくらい重視される。

(b) 第2の種類は各種の会議を通じての訓練である。すなわち(イ)受理会議(Intake conference)^(註4), (ロ)診断および(ハ)処置会議(Diagnostic and Treatment conference)に出席することによつて訓練を受ける。

(c) 第3の種類は各種のセミナーで, 少くも以下のごときセミナーが要求され

註3 後に説明する。

註4 後に説明する。

る。(イ) 心理療法の理論と実際に関するセミナー、(ロ) 児童精神医学の管理面 (administrative child psychiatry) に関するセミナー、(ハ) ソーシャル・ワーカーおよび臨床心理学者のチームワークへの寄与の詳細に関するセミナー、(ニ) 文献に関するセミナー (抄読会で、基本的、古典的な文献から最新のものまで含むことを必要とする)。

(5) 図書室、適切な設備を有する身体検査室を備えていること。

精神医学的ソーシャル・ワーカー (Psychiatric social worker) の養成

ソーシャル・ワーカーの養成は一般に2年間の大学院課程で行われ、修了後マスターの称号が与えられる。精神医学的ソーシャル・ワークをはじめ、その他の専門的教育は第2学年に行われる。2年間を通じ、授業時間のなかばは実習に当てられるが、精神医学的ソーシャル・ワークを専攻するものは、第2学年において精神医学的クリニック、あるいは精神病院で実習する。さらに近年は、ソーシャル・ワークの分野における研究、あるいは指導、管理の任に当る者を養成するために、数カ所の大学に4年間の博士課程および3年間の課程が置かれている。^{8), 9)}

アメリカ・サイキアトリック・ソーシャル・ワーカー協会 (American Association of Psychiatric Social Workers, 略称 A. A. P. S. W) が規定している会員資格は

(1) (a) 協会が認可した、精神医学的ソーシャル・ワークの課程を有する学校を卒業し、
(b) 卒業後1年以上継続して精神医学的ソーシャル・ワークに従事したものが、

(2) (a) アメリカ社会事業学校協会 (American Association of Schools of Social Work, 略称 A. A. S. S. W) の会員である学校を卒業し、(b) 卒業後2年以上、精神医学的ソーシャル・ワーカーによる個人指導 (supervision) の下に精神医学的ソーシャル・ワークに従事したものととなっている。^{10), 11)} これが今日一人前の精神医学的ソーシャル・ワーカーとして要求されている資格とみてよいだろう。

さらに、前記のアメリカ児童精神科クリニック協会が入会の条件の一つとしている、主席ソーシャル・ワーカーの資格は、「A. A. P. S. W に入会する資格を有し、訓練課程修了後、3年間個人指導下における経験を積み、さらに1年間個人的指導を与えた経験を有すること。これらのうち、少くも1年間は児童精神科クリニックにおける経験であること」というのである。

臨床心理学者の養成

臨床心理学者の養成については他にも紹介されているから、ここに詳しくは述べない。一般に大学院課程で臨床心理学を専攻し、マスターあるいはドクターの学位を得たものでないと一人前とは認められないようである。4年間の大学院課程を終え、さらに5年間の経験を積むとアメリカ専門心理学考試局 (the American Board of Examiners in Professional Psychology) の試験に対する受験資格が生じ、この試験に合格すれば、臨床心理学専門家の免状が与えられ

る。^{8), 9)}

さらに A. A. P. C. C. がその正会員たるクリニックの主席心理学者に要求している資格は次の通りである。⁷⁾

「心理学におけるマスターの学位に加えて、さらに4年間の臨床経験を有すること。4年間中、2年間は個人指導 (supervision) を受け、1年間は臨床チームを有する児童精神科クリニックで経験を積むこと。マスター課程以上の大学院課程および臨床心理学の修練期間 (internships 又は externships) を以て、上の条件を2年間までは代用できる。

1952年以後は、長年の経験を有する者を除いてはドクターの学位あるいは臨床心理学専門家の資格が要求される。」

臨床心理学者に対しても、相当の臨床経験が要求されていることが明らかである。

Ⅲ Langley Porter Clinic

以上、筆者はアメリカ児童精神医学の新しい傾向ならびに各種専門家養成の概要について述べて来たが、Langley Porter Clinic における自身の経験にもついで、さらに詳しく養成、研究および診療の状況、クリニックの運営等について述べてみたい。

Langley Porter Clinic の概要

Langley Porter Clinic (L. P. C.) 児童部の状況を述べるに先立つて、まず同クリニック全体の概要について紹介する。

L. P. C. はすでに「まえがき」にも述べたように、カリフォルニア州精神衛生部が精神医学の研究と養成訓練の機関として、1941年設立した施設であつて、San Francisco におけるカリフォルニア大学病院 (University of California Medical Center) に隣接している。そしてその運営は同大学医学部に委託されているので、事実上同大学の精神科教室であり、所長KARL M. BOWMAN 博士をはじめ、教授陣、主要職員は大学の職員を兼ねている。

建物は地階とも5階 (一部6階) の鉄筋コンクリート建築で、定員約100床の病室、外来診療所、研究検査室、図書室、講堂等を完備し、2カ所の患者運動場をも持っている。内部機構は病室 (Inpatient Service)、外来診療所 (Outpatient Service)、児童部 (Children's Division) 社会事業部 (Social Service Department)、心理学部 (Psychology Department)、看護部 (Nursing Department)、作業療法部 (Occupational Therapy Department)、物理療法部 (Physical Therapy Department)、検査室 (Laboratories) 等に分かれ、この中検査室はさらに臨床、脳波、病理の各検査室に分かれている。

ここで行われている教育訓練は、医学部学生、看護学院生徒、心理学科学生、社会福祉学科学生等、カリフォルニア大学学生の講義実習 (いわゆる undergraduate training) をはじめと

して、psychiatric residents の教育、心理学およびソーシャル・ワークのいわゆる postgraduate training, さらに州立精神病院医師、看護婦および補助看護員（いわゆる attendants）、作業療法士（occupational therapists）の現任訓練等にわたっている。

L. P. C. が有する教授陣は以下のごとくで、L. P. C. がアメリカでも有数の精神科教室であるにしても、教授、助教授各1名、講師1~2名という、わが国大学の現状を考え合せる時その豊富な教授陣はうらやましい限りである。

教授 (Professor)	2
準教授 (Associate professor)	2
兼任準教授 (Associate clinical professor)	1
助教授 (Assistant professor)	1
兼任助教授 (Assistant clinical professor)	18
講師 (Instructor)	6
兼任講師 (Clinical instructor)	47

以上に加え、さらに医学的心理学 (Medical Psychology) の兼任助教授および講師、精神医学的ソーシャルワークの講師各1を有している。

後に述べるような各種のセミナール、心理療法の個人指導などは、このように豊富な教授陣があつて、はじめて可能なことであろう。

L. P. C. における筆者のプログラム

筆者が割当てられた1週間のプログラムは、大体において児童部所属のフェロー（日本の助手級に相当し、residency の第3年以後において児童精神医学を専攻している者）と一般レジデントのプログラムを混ぜ合わせたようなものであつた。これは筆者の専攻が児童精神医学であるけれども、一般精神医学および関係領域の研究にも便宜を与えようとの趣旨から出たものである（数字は1週間における時間数を示す）。

I. 児童部関係のプログラム

1. 廻診 (rounds)	3
2. 受理会議 (Intake conference)	1.5
3. 治療査閲 (Treatment review)	3—5
4. 診察時間 (Study time)	2
5. 児童精神医学セミナール (Dr. SZUREK)	1
6. 文献セミナール	1

II. 児童部以外のプログラム

7. 精神医学セミナー	
(Dr. RUESCH)	1
8. 精神分析セミナー	
(Dr. WINDHOLZ)	1
9. 心理学セミナー	
(Dr. CROOK)	1
10. 社会事業セミナー	
(Mrs. BYRON)	1
11. 集談会 (Staff conference)	1.5
12. 神経病理学セミナー	
(Dr. MALAMUD)	1
13. 医学部学生への講義	
(Dr. BOWMAN)	1

これに、後になつて2時間の連続症例セミナー (Continuous case seminar) が加えられた。

これらのセミナーや会議に出席する外に、レジデントはそれぞれ数例の患者を受持つて、その心理療法を行い、それについて個人指導 (supervision) を受ける。筆者は5名の児童患者 (内入院患者2名、外来患者3名) および親2名の割当てを受け、週2時間の個人指導を受けた。治療はすべてチームワークで行うので、以上の外に非公式の打合せ (informal conference) も適時行う必要があり、クリニックの生活は中々多忙である。

児童部の状況

児童部は部長 Dr. S. A. SZUREK の下に I. P. C. の一部をなしている。病室と外来に分かれるが、病室は4階にあり、定員16名で、12才以下の児童に限り、部長 SZUREK 博士の研究的興味からもつばら小児分裂病の患者が収容され、いわゆる収容治療 (residential treatment) で行われている。外来は18才未満の児童を扱い、これをそのまま一個の C. G. C. と見ることが出来る。地階に2室の遊戯療法室があるが、これは入院児のためにも用いられている。

児童部に勤務する専任職員は以下のとおりである。

部長 (準教授)	1
講師 (内1名副部長)	4
フェロー	4
ソーシャル・ワーカー (内1名は成人部と兼任)	3
心理学者	1

教師	1
看護婦（内主任，副主任各1名）	5
補助看護員	4
秘書	2

以上の他に精神科医たる兼任職員としては助教授 1，講師 5 がある。

その他訓練中のものとしては精神科レジデント 5~6 名（第 3 年度のレジデントで，成人部と兼務し，半年毎に交代），心理学フェロー 3 名（成人部と兼務し，4 カ月毎に交代）があり，社会福祉学科学学生数名もチームに加わる。なお 2~3 名の看護婦生徒も 1 カ月交代で病室に勤務する。なお医学部学生に対する児童精神医学の訓練が 4 週間行われる。

協同療法 (Collaborative therapy) について⁵⁾

協同療法という方法は部長 SZUREK 博士が Institute for Juvenile Research (Chicago) の所長であつた当時創始した方法であり，今日多くの C. G. C. で試みられている。

その本来の趣旨は，児童の性格行動上の問題は要するに親子関係の障害であつて，これを治療するためにも，また研究を掘り下げてゆくためにも，親子共に心理療法を施してゆくことである。そしてこの方法がはじめて試みられた当時は，親子共に心理療法に経験の深い精神科医が担当するという形が採られ，また親としては多くの場合，子供と重要なつながりを持つ母親が選ばれた。現在 L. P. C. で行われている方式では，第 1 章でも述べたごとく，治療の段階では精神科医，心理学者およびソーシャル・ワーカーの間のけじめは全くつかなくなっている。ただ，注目すべきことは，心理学者あるいはソーシャル・ワーカーが子供の治療を担当するばあいには，かならず先任精神科医の個人指導 (supervision) の下に行つていくことである。これによつて，医師以外の者が精神医学的症例を扱つた場合に生ずる恐れのある過失を防止し，法律上の責任問題を解決しようとしているのである。すなわち，クリニックは医学的施設であり，そこで扱われる児童は患者であるので，事故があつたばあいの最終責任は医師にあるからである。

精神科クリニックで取扱われる患者の中には，医学的あるいは狭義の精神医学的問題を含まない，純粹に心理的情緒的な障害を持つ者も少なくない。ことに児童のばあいにはそうである。しかし，一見純粹に心理的な問題のように見えても，医学的あるいは精神医学的な問題が蔭にひそんでいるばあいも少なくないのであつて，そこにチームワークの必要があるわけである。医師以外の者が心理療法を担当したばあい，精神科医の個人指導の下にそれが行われる理由も全くそこにあり，他の多くのクリニックでも同様の方針がとられている。

L. P. C. においては，ほとんどすべての事例において，父母共に治療を受けており，ことに入院患者については，かならず父母双方が治療を受けることを条件としており，父母の申し

ずれか一方が治療を拒むばあいには子供の入院も断っている。これは研究を主眼としているからであり、同クリニックの流れを汲んでいても San Francisco 市内外にあるクリニックでは大抵母のみを扱っている。

協同療法においては、子と親の治療には、それぞれ別の治療者が当るのが原則である。それは同一人が子と親、あるいは父と母を受持つと、時には1人の治療者を中心にして親と子がたがいに嫉妬し、あるいは父と母が治療者を味方につけようとして反目するというような不都合な事態が生ずるからである。

收容治療 (residential treatment) について

「收容治療」とは簡単にいえば、外来治療で扱うのが困難なような、程度の重い感情障害に悩む児童、換言すれば家庭において親との間に重い葛藤を経験しつつある児童を一定の場所に集団的に收容し、好ましい環境を与え、個別的な心理療法と相まって治療効果を挙げようとする方法である。ここで「好ましい環境」と述べたのは、主として心理的環境を意味する。換言すれば児童の精神発達にとつて好ましい、健全な人間関係ということである。そのためには職員側の健全な態度と職員間の協調が必要とされる。

L. P. C. 児童部の病室には、前に述べたごとく 16 名の小児分裂病あるいはその疑いのある児童が收容されていて、全面的にこの「收容治療」が行われているが、以下その概況について述べる。^{12), 13)}

児童部の病室は4階の一翼にあり、1本の廊下を挟み、三方ガラス張りの看護婦室を中心として四つの居室がある。居室は独立した室というよりは、むしろ廊下の凹みともいふべきで、廊下との間には扉も隔壁もなく、中央の看護婦室から各室共見通せるようになっていゝる。その他、2カ所の隔離用小室、遊戯室大小各1カ所、教室兼食堂1カ所等を有している。

一人々々の患者はそれぞれ協同治療の方法で個別的な心理療法を受けている。児童は1週3時間又父母は1時間づつ来所して治療を受けている。親との接触は奨励されており、入院児童の誕生日のパーティ、その他各種の催しには親も招待され、又大部分の児童は週末に帰宅を許される。

個別的な心理療法と並行して、児童にできるだけ治療的な環境を与えるために、いろいろな工夫がなされている。その中核をなすものが廻診 (rounds) である。廻診といつても、病室を巡回するのではなく、毎週3回1時間づつ開かれる会議である。これに出席するのは、收容児童に接触する病室関係の全職員である。会議は副部長が主宰するが、これは職員に対する一種の集団療法である。児童に接触する職員、ことに看護婦と児童との対人関係にはいろいろな問題が起る。職員をてこずらせる児童、反抗する児童等、いろいろな児童がおり、したがつて職員側にも児童の取扱いに関する不安、特定児童に対する敵意等、種々の感情的問題が起る。又児童に対する職員の態度にもくいちがいが起りがちである。廻診の目的は職員のそれらの感情

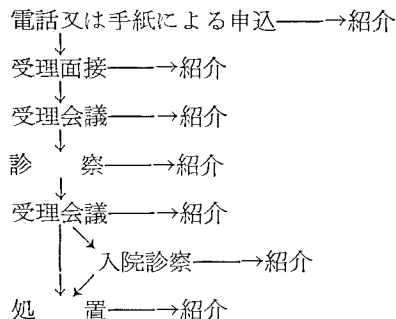
的問題を解決し、職員対児童、職員間相互の対人関係を調整するにある。廻診に際しては、まず主任あるいは先任看護婦から個々の児童の行動あるいは問題について報告があり、それに次いで他の職員が同じ問題について発言する。

病室には一定の日課があり、毎週1回は作業治療部において工作等の時間があり、又同じく毎週1回午後にはピクニックに出かける。又教育可能な児童には毎日、教室における授業があり、全員屋外運動の時間もある。

クリニックの運営について

アメリカの精神科クリニックでは、異なる職種より成る臨床チームのチームワークによつて仕事が行なわれている。(わが国の児童相談所、精神衛生相談所等もこの点形の上では同様である。)したがつて、そのチームを動かして、いかにクリニックを運営してゆくかということは非常に重要な問題であり、クリニックの運営は A. A. P. C. C の規定にもあるように、児童精神医学の訓練の重要な一科目とされている。クリニックの運営については数日にわたるオリエンテーション・コース (orientation course) で教示され、又受理会議 (intake conference) に出席し、臨床チームの一員として仕事をするることによつて実地の訓練が与えられるのである、

まず、LPC 児童部において、患者が診療を申込んでから、治療を受けるまでの過程について述べよう。(図参照)



まず、電話あるいは手紙で診療を申込んでくるばあいはかなりあるが、その応接に当るのはソーシャル・ワーカーであつてこれに対しては適当日時を指定して (appointment), 受理面接 (intake interview, application interview) を行う。電話や手紙によらず、直接クリニックに来所して申込まれるばあいには、ソーシャル・ワーカーの都合によりただちに受理面接を行うこともあり、またあらためてアポイントメントを与えて面接することもある。

受理面接は患者 (児童のばあいには親) とクリニック側がはじめて接触する重要な機会であり、わが国の病院で行われている予診などとは、やや趣を異にする。その目的の第一は問題の概要を明かにすることであり、第二はその事例がそのクリニックで行つてゐる治療に適したも

のであるかどうかを判定することであり、第三はそのクリニックで行っている診療の方法（チームワーク、協同療法）等について説明し、その心構えを持たせることである。受理面接はこのように重要な意義を持つており、治療の成否に大きな影響を及ぼすので、どのクリニックにおいても、受付ワーカー（intake worker）には豊富な経験を有する古参ソーシャル・ワーカーが当るのが普通である。

受理面接を終った事例は、受理会議に提出される。受理会議（intake conference）は運営会議とも呼べるべき性格を有し、クリニック運営に関する万般の事項がこの会議で処理されるのであつて、クリニック運営の中心をなすものである。L. P. C. においては、児童部、成人部各別に受理会議が行われるが、児童部の受理会議は副部長が主宰し、受理面接を終った事例並びに診察を終った事例が提出されて、その後の取扱方針が決定され、担当者が指名される。

次の段階は診察（study）である。毎週1回午午前中が診察時間に当てられ、3～6回、通常4回がこのために費される。すなわち、相当多くの時間が診察に費されるわけであるが、それはこの中に児童および親との面接、各種の心理テスト、身体的検査、脳波その他の臨床検査等が含まれるからである。又ダイナミックな親子関係を探索しようとするために、このように多くの時間を要するわけである。（註5）

診察を終った事例は、さらに受理会議に提出され、そこで治療を行うことに決定すると、子供および両親の治療担当者がそれぞれ指名され、治療に移るわけである。又一層詳細な観察と検査が必要と認められるばあいには、入院診察（in-patient study）が行われる。その期間は2日間乃至1カ月位である。

図に示したように、最初の診療申込みから最後の処置（心理療法）に至る各段階において、他の社会資源（病院、クリニック、各種の社会福祉施設その他）への紹介（委託 referral）がなされることがある。これは問題の種類性質その他の理由によつて、その事例が他の社会資源で扱われることが適当と考えられるばあいであつて、クリニック側の方針にも左右されるが、社会資源の活用という趣旨から出ている。治療がある程度進んだ後でも紹介がなされることもあるが、これは治療の進行とともに診断が更新されたようなばあいである。紹介は受理会議で決定されることもあり、又受理、診療に当つたソーシャルワーカー、医師の判断によるばあいもある。後のばあいには当事者の独断によるのではなく、副部長その他の先任精神科医と打合せた上で決定される。

他資源への紹介の際、必要な文書は部長名で送られても、電話連絡、文書の調製発送等、直接その衝に当るのはもつぱらソーシャル・ワーカーである。このようなばあい、わが国ではとかく先方の意向を無視して無責任なたらいまわしの結果になりがちであるが、この点電話等

註5 L. P. C. では殊に研究の目的を重視するので、多くの時間を当てるので、他の多くの C. G. C. ではこの時間はもつと少い。

で十分な連絡がとられ、又必要な記録が送付されるので、その弊はないようである。それは一つには各種施設のソーシャル・ワーカーが相互に密接な連絡を持つているからである。事例の受理、他資源への紹介等、外部との連絡はソーシャル・ワーカーの仕事の重要な本質的部分をなしている。

治療に当るチームは、相互の連絡を密にするために、時折打合せ (informal conference) を行うことはもちろんである。

このようにして取扱われる事例数は 1952 年度統計によれば、

受理事例数 219 (入院 22, 外来 197)

治療を受けた人数 246 (児童 96, 親 150)

診 察 53

である。クリニックの処理能力を超える事例は他に紹介されるもの以外は予約簿 (waiting list) に登録される。

なお職員全体の統合的協調を図るために、部長対副部長、主席心理学者、主席ソーシャル・ワーカー、副部長対主任看護婦等、幹部間の多角的な個人的話し合いが定期的に行われていることは特筆に値する。職種専門を異にする多数の職員の協調が満足に行われている裏面では、このような意識的努力が絶えず行われているのである。ある講師が筆者に述懐したところによると、彼と某幹部との間が感情的にピッタリ行くようになるまでには 3 年かかったそうである。

個人指導 (supervision)

心理療法の教育は個人指導の下に行われる。その内容は supervision という語から受ける感じとは全く異つているので、少しく説明を要する。

個人指導は要するに、指導を受ける者、すなわち訓練中の治療者の心理療法である。これは精神分析における教育分析にその源を發し、その意義も目的も同じように考えられる。この方式はまずケースワークの教育に取入れられ、次いで心理療法の教育にも取入れられ一般化されたものである。

個人指導の目的は三つあると考えられる。未経験な治療者は心理療法を行つている間に種々な不安、あせり、自信のなさ等の感情的経験をする。そして、それらの経験は心理療法の進行を妨げるものである。指導者 (supervisor) はまずそれらの感情的問題を解決してくれる。このように、被指導者の感情的問題を解決して、被指導者の行つている心理療法を円滑に進行させることが、個人指導の目的の第一である。未経験な治療者は同じく、当然注意を払うべき点を見逃し、自ら知らずして誤りを冒すことも多い。第二の目的は、そのような点に被指導者の注意を向けさせ、自覚を促すことである。ただし、指導者は被指導者に自信を失わせるようなことはしない。第三の目的は、個人指導の過程を通じて、被指導者対指導者あるいは被指導者対患

者の人間関係の推移，その際における被指導者自身の心理を自覚せしめ，指導者の言動を通じて心理療法の技法をおのずから会得させることである。

個人指導は心理療法を修得するための不可欠の条件ではないかもしれない。しかし独学では，さまざまな失敗を重ねつつ非常な遠まわりをしなければならないであろう。したがって，今日では個人指導は心理療法の訓練のための最良の方法とされているのである。

その他のプログラムについて，

重要なプログラムの一つとして，治療査閲 (treatment review) というのがある。これは A. A. P. C. C の基準に挙げられた診断処置会議に相当するもので，クリニックによつては事例会議 (case conference) と呼んでいる所もある。治療がある程度進行した事例について，その治療の経過を提出し，出席者が討論し，座長の講評を受ける。部長による治療査閲は毎週1時間半づつ2回 (入院，外来の症例各1回) で，これは全員出席を要求され，他に講師による査閲が1時間づつ2回あり，これは症例担当者以外は出席随意である。

いま一つ，訓練の重要なプログラムとして連続症例セミナール (continuous case seminar) がある。これは特定の症例を選び，毎週1時間，関係者 (子供，父母の担当者) が集まり，それぞれ治療の経過を報告し，講師の指導を受けるのである。家族相互の影響，家族関係の推移がこれによつて修得される。

IV 各地の児童クリニック

筆者は San Francisco 市内外の C. G. C. および東部諸都市並びに Chicago の代表的 C. G. C. を歴訪したが，それらのクリニックはそれぞれ特徴を有しているので，その概要を述べて全般の傾向をうかがうことにしよう。各地の精神衛生クリニック (mental hygiene clinic) も児童を数多く取扱っているが，それについては後篇に譲る。

San Francisco 市内外

(1) Child Guidance Clinic of the Children's Hospital, S. F. (所長 Dr. MAURICE KAPLAN)

このクリニックは Children's Hospital の附属施設として，1943 年頃共同募金によつて設立され，引続き共同募金によつて維持されている。A. A. P. C. C により公認された養成センターの一つであり，所長 KAPLAN 博士は LPC の兼任助教授，副所長は同じく兼任講師であり，したがって運営方式は LPC と大体同様である。職員数は精神科医 2 (兼任)，心理学者 1，ソーシャル・ワーカー 3 で，他にレジデント数名がいる。取扱う事例は月平均約 50 例。病院に勤務する小児科医は，一定期間このクリニックにおいて児童の精神衛生的問題について訓練を受

け、又病院の廻診には所長あるいは副所長が出席する。

(2) Stanford Child Guidance Clinic, S. F. (所長 Dr. HALE SHIRLEY)

1939年、Commonwealth Fund によつて設立された。スタンフォード大学附属のクリニックで、同大学病院に近接している。

所長 SHIRLEY 博士は小児科医であると同時に精神科医でもあり、「小児科医のための精神医学」(Psychiatry for Pediatricians.) の著書で知られている。職員としてはその他に小児科医 1, 心理学者 1, ソーシャル・ワーカー 2 があり、兼任職員、レジデント若干がいる。レジデントには精神医学専門、小児科学専門の双方がいる。取扱われる事例は年間約 300 で、その種類は他の C. G. C. と特に異らないというが、4~5 才前後の幼児が比較的多く、小児科的色彩が濃いことは職員の構成からも知られよう。クリニック運営の方式は LPC と大体同様である。

ここでは SHIRLEY 博士と医学生との会食に列席した。他に心理学者も出席し、一つの事例が呈示され、昼食を共にしながら討議が行われた。8名の学生が出席したが、他の部門でも教授法の一つの試みとして、これに倣うようになって来たとのことである。

(3) Child Guidance and Consultation Services of San Mateo County, San Mateo (所長 Dr. OLINGER)

1945年、San Mateo 郡によつて設立されたクリニックで、2階建の郡立診療所の2階の一翼を占めているが、機構上は独立している。名称の一部をなしている“consultation”とは、社会事業施設等に対する専門的助言の意味である。A. A. P. C. C 正会員クリニックの一つ。職員の構成は所長(精神科医、兼任)1, 精神科医 1, 心理学者 1, ソーシャル・ワーカー 3 (専任 2, 兼任 1) である。同じ建物の内に、診療所の一部である精神科クリニック(成人のための)があり、これと連絡会議を持つている。

(4) Child Guidance Service, San Francisco Board of Education (主任 Mrs. ALICE HENRY)

これは他のクリニックとは性質を異にし、サンフランシスコ教育庁が学校のために設けた相談所で、教育庁の建物の中にある。主任の Mrs. HENRY は相談心理学(Counseling psychology)の教育を受けた心理学者で、他にソーシャル・ワーカー 9, 心理学者 3 の専任職員を有し、さらに兼任職員として精神科医 2 (共に LPC の幹部), 心理学者 1 を有している。兼任の精神科医は直接児童を扱わず、会議(治療査閲)に出席して職員を指導するのである。

Baltimore

(5) Children's Psychiatric Service, Johns Hopkins Hospital (主任 Dr. LEO KANNER)
「児童精神医学」(Child Psychiatry)の著者として知名な KANNER 博士のクリニックで、1930年、ジョンズ・ホプキンス病院小児科の一部として開設された。したがって、症例の大部分は小児科から委託される。その数は年間3~400。職員は精神科医2, ソーシャルワーカー1, 心理学者2, 他にレジデント若干。診察の時間は普通2時間で、精神医学的診察と心理テストのみ、身体的検査は小児科に委託される。心理療法はもちろん行われているが、むしろ診断に重点がおかれているようである。ソーシャル・ワーカーは1人しかいないので、治療には「ピンチヒッター」として参加するのみであると。このクリニックで特に興味向けられているのは、KANNER 博士が記述した「早期幼若自閉症」(early infantile autism)である。

Philadelphia

(6) Philadelphia Child Guidance Clinic (所長 Dr. FREDERICK H. ALLEN)

所長 ALLEN 博士はアメリカにおける指導的児童精神医学者、かつ反分析学派の1人で、「児童の心理療法」(Psychotherapy with Children)の名著で、わが国にもその名を知られている。このクリニックは30年の歴史を有し、アメリカでも代表的な C. G. C. の一つだが、建物は1948年に新築された5階建である。もちろん、A. A. P. C. C 公認の養成センターの一つである。

このクリニックのやり方は、いろいろな点で LPC 等の進歩的クリニックとは対照的であるので、少し詳しく述べよう。

まず職員の構成は、精神科医5, ソーシャルワーカー14, 心理学者2, 他に訓練中のもの(すなわちレジデント)精神科医4, 心理学者2である。他のクリニックに比してソーシャルワーカーの多いのが目につく点である。^(註6)そして職務による仕事の分担が厳守されていることもこのクリニックの特色である。すなわち、子供は精神科医(時として心理学者)、親はソーシャルワーカーが受持つという原則を固く守っている。そして、ソーシャル・ワーカーは親を、心理療法ではなく、あくまでもケースワークという立て前で扱う。親は自分の子供の問題を心配して、クリニックに子供を委託したのであつて、決して心理療法の対象となる「患者」ではない。これが、このクリニックの方針の理論的根拠である。しかし、そうは云つてもその原理、技法、内容において、ケースワークと心理療法とが全く異ならず、その差異はだれがそれをやるかという点に過ぎないということは、第I章の「現在の傾向」の項に述べた通りである。

5階建の建物の1階は受付、待合室、幹部の事務室に当てられ、2階は精神科医および心理学者の個室、3階はソーシャル・ワーカーの個室、4階は会議室および記録室に当てられている。すなわち、LPCのように共同の遊戯療法室というものはなく、精神科医の個室にそれぞれ遊

註6 14名の中、監督(supervisor)1, 受理ワーカー(intake worker)2.

戯療法に必要な遊具が備えられている。このような行き方をしているクリニックは他にも多い。

親はかならず父母共に扱われるが、その過程は次のごとくである。受理面接に引続いて2回の診断面接が行われる。その際、子供は2階の精神科医の室へ、母親は3階のソーシャル・ワーカーの室へ導かれ、別々に面接を受ける。この段階で必要に応じて心理学的検査がなされる。各2回の面接を終えると、精神科医とソーシャル・ワーカーは診断について討議するが、さらに“joint conference”という会合を持つ。この会合には精神科医、ソーシャル・ワーカー、そして両親が参加する。以下、子供と母親の治療的面接が2回済む毎に、この“joint conference”が挟まれてゆく。

このクリニックに隣接して Children's Hospital という小児科病院がある。ペンシルヴェニア大学と関係のある病院だが、この病院では小児科レジデントの訓練のために事例会議を開いて、精神医学的問題を含む症例を提出し、C. G. C. の精神科医が出席している。

(7) Child Study Center, Pennsylvania Hospital (所長 Dr. NORMAN NIXON)

Pennsylvania Hospital というのは私立の総合病院であるが、ペンシルヴェニア大学と特別な関係を持つている。この Child Study Center は精神科外来と開放病棟の敷地の一割にあり、独立の建物を持つている。A. A. P. C. C. の正会員であるが、相談・養成・研究の3目的を有する立派な施設である。所長の NIXON 博士は児童精神医学者、分析学者であり、小児科医でもある。

センターは(1)青少年部(Children's and Adolescents' Unit)、(2)幼児部(Pre-School Unit)、(3)保育部(Nursery School)に分れている。前二者は外来クリニックで、幼児部は6才以下、青少年部は18~9才までを扱っている。保育部は2才半乃至5才の正常児30名を寄宿させている。国際連合の精神を体した人物を育成するのが目的だとあつて、あらゆる人種に属する幼児が一所に保育されている。また児童精神科医は正常児についても理解と経験を持つべきであるという理由から、訓練中の精神科医は一定期間保育部に勤務することを要求される。

職員は所長の他、副所長(精神科医)、ソーシャルワーカー6、研究主任(心理学者でありソーシャル・ワーカーでもある)1、心理学者2、教師4、兼任心理学者2を有し、なおフェローたる精神科医6並びに外国交換学生たる心理学者2、教師3がいる。

New York

(8) Child Psychiatric Department, Bellvue Medical Center (主任 Dr. LAURETTA BENDER)

ニューヨーク大学附属病院である Bellvue Medical Center の一部である。主任 BENDER 博士は女流児童精神医学者として特異な存在であり、ALLEN, KANNER と共に反分析学派の有力者

である。外来の他に、定員 50 の小児病室を有し、2~12 才の児童を収容しているが、同女史は小児分裂病に特に興味を持っており、多数の分裂病児童を収容している。そして LPC とは反対にもつばら電気ショック療法による治療を試みている。

(9) Jewish Board of Guardians (所長 Dr. MAURICE FRIEND)

児童精神衛生あるいは少年補導の施設は New York においては宗派別、すなわちカソリック、プロテスタントおよびユダヤの系統に分れて発達して来た。これはユダヤ系の施設で、最も大きな、最も充実したものである。元来ユダヤ人子弟のために設けられた施設で、職員にもユダヤ系が多いが、一般にも開放されている。

この機関はいろいろな施設を有しているが、筆者はその中 Child Guidance Institutes at Manhattan and Brooklyn, Child Depevelopment Center の 3 カ所を見学した。Board はこの他になお数カ所の収容施設(residential treatment center)を有している。この中、Manhattan の Child Guidance Institute は A. A. P. C. C 公認の養成センターである。Child Guidance Institute の職員はソーシャル・ワーカー 45、心理学者 4、精神科医 8、集団治療者(group therapist) 7 で、この中には有名な S. R. SLAVSON がいて、集団療法に力を入れている。

Child Development Center は 1946 年に設立された問題児のための保育所であつて、最も新しい種類の施設である。外来診療も行つているが、ソーシャル・ワーカー 5、保母 7、精神科医 3、心理学者 1、小児科医 1 その他の職員を有している。

Boston

(10) Judge Baker Guidance Center (所長 Dr. GEORGE GARDNER)

1917 年設立され、児童精神医学の開拓者たる WILLIAL HEALY がかつて所長だつたこのクリニックは、最も古く、かつ有名な C. G. C. の一つである。もちろん、A. A. P. C. C 公認の養成センターの一つである。職員数は精神科医 9、心理学者 7、ソーシャル・ワーカー 9 その他である。会議に出席しての印象では精神分析的傾向が強いように思われる。

(11) Psychiatric Clinic, Child Medical Center (主任 Dr. GEORGE GARDNER)

ハーヴァード大学病院の一部をなす小児科病院内のクリニックである。ここで訓練を受ける精神科医は先輩精神科医の個人指導の他に、ソーシャル・ワーカーの個人指導も受け、社会資源の活用等の訓練を受けることになつているという。

Boston にはなお幼児のためのクリニックとして有名な James Jackson Putnam Children's Center (所長 Mrs. BEATA RANK) があるが割愛した。

Chicago

(12) Institute for Juvenile Research (所長代理 Dr. RAYMOND E. ROBERTSON)

1909年 WILLIAM HEALY によつて設立された最古の C. G. C. としてあまりにも有名である。現在は Illinois 州立であり、またアメリカ最大の C. G. C. でもある。もちろん、A.A.P.C.C により養成センターとして公認されている。

LPC の Dr. SZUREK はかつてこの所長として在任当時、協同療法、収容治療等の業績を残したので、その影響は依然強く残つており、クリニックの方針は LPC と大体同様である。Dr. SZUREK はイリノイ大学の病室の一部において、収容治療を始めたのであるが、筆者が訪れた当時 “William Healy School” と呼ぶ収容治療のための施設が近傍に建築中であつた。

職員は精神科医 22、心理学者 14、ソーシャルワーカー 26 を含み、また社会学部には約 40 名の社会学者がいて少年不良化の社会学的研究に従事している。運営において LPC と異なる点は委員会制をとつていることである。これは職員数が多く、世帯が大きいためであろう。委員会には受理委員会 (Intake Committee)、措置委員会 (Placement Committee)、治療委員会 (Treatment Intake Committee) 等があり、各委員会はそれぞれ精神医学、ソーシャル・ワーク、心理学の代表者から構成されている。職員の会議への出席は自由であるが、たいていは自分の事例の報告を終えると退席してゆく。

この研究所の附属施設としては、なお州内に 8 カ所の出張所があり、1 名ずつのソーシャルワーカーが常駐している。そして、これらが定期的に行われる巡回クリニック (traveling clinic) の根拠となる。

(13) Sonia Shankman Orthogenic School (校長 Dr. BRUNO BETTELHEIM)

これは C. G. C. ではなく、シカゴ大学に所属する収容治療施設 (residential treatment center) である。校長 BETTELHEIM 博士は ANNA FREUD 一派に属する教育学者である。ここにも多くの分裂病児童が収容されている。その方法は LPC と大体同様であるが、ここでは「環境療法」(Milieu therapy) と呼ばれている。

以上は筆者が視察した各地の C. G. C. の概観であつて、個々の代表的クリニックについて、なお述べなければならないことも多いが、それは別の機会に譲る。また児童に関する精神医学的事業については、National Institute of Mental Health を始め、精神病院児童部、少年院その他が残されているが、それらについては後篇で述べる。

V そ の 他

小児分裂病について

今まで断片的に触れて来たが、小児分裂病 (childhood schizophrenia) はアメリカの児童精神医学界で興味の焦点となつている問題の一つである。そしてこの問題に関し一方の傾向を代表しているのは SZUREK であり、反対の立場に立つのが BENDER である。SZUREK は環境的・心理的要因を重視し、もつぱら強力な心理療法によつて、その治療を試みている。16名の定員を有する LPC の児童部病室の収容児童はほとんど小児分裂病患者で、これを協同療法および収容治療の併用によつて治療を試みていることは、第Ⅲ章で述べた通りである。そして、それらはみな 4~5 才乃至 12 才の児童ばかりである。筆者は最初このように多数の分裂病児童が収容されていることに驚きの眼を見張り、次いで分裂病の概念に相違があるのではないかと疑問を抱き、SZUREK 博士その他の幹部と何回か話し合つてみた。筆者が最初抱いたと同じ疑問を持つ人も多いであろう。SZUREK 博士の談によれば、ヨーロッパから来た精神科医もみな同様の驚嘆と疑問を洩らすそうである。しかし筆者みずから 2 名の患児を受持つて、10ヵ月間その心理療法を行つた経験、また他の患児の記録を読み観察した結果では、分裂病の概念に相違があるとはいえない。われわれが同様の児童を見れば、やはり同じ診断を下すであろうし、現に帰国後も数例の症例を経験しつつあるので、この問題については又別に論ずる機会がある。「なぜアメリカにおいて、このように小児分裂病が多いのであろうか？」という筆者の質問に対して、SZUREK 博士の意見は「文明が高度になると小児分裂病が増加するという説があるが、自分は信じない。やはり、小児科医などの関心が高まるにつれて、従来見逃されていたものが発見され、われわれの所に送られてくるのだらう」とのことであつた。同博士は小児分裂病の心理療法は、一生を賭けた実験であると豪語している。

一方、これと反対の立場に立つのは New York の BENDER であり、器質的要因を重視して、もつぱら電気ショックによる治療を試みている。

さらに「早期幼若自閉症」(early infantile autism) を記述した KANNER も、それが小児分裂病と同じものであると考え始めているという。いずれにしても、小児分裂病は今後も児童精神医学の大きな問題であらう。

学 会

筆者は数回の各種地方的会合以外に、San Francisco で 1954 年 6 月 21~25 日に開かれたアメリカ医学会総会に出席する機会を得た。同総会は 21 の分科会に分れて行われたが、25 日に精神神経学会および小児科学会の連合会として少年犯罪に関するシンポジウムが開かれた。

その題目は「少年非行の原因としての児童の感情的問題」(Emotional Problems of Children as They Contribute to Juvenile Delinquency) というのであるが、精神科医のみならず小児科医もこの種の問題に強い関心を持つものとして印象が深かった。個々の演題は次の如きものである。

「少年非行：問題の現状」(Juvenile Delinquency: The Status of the Problem.), 「少年非行の原因」(The Causes of Juvenile Delinquency), 「精神薄弱と非行」(Mental Retardation and Delinquency), 「非行および異常行動の病因論」(Etiology of Delinquency and Psychopathic Behavior), 「少年非行における依存と攻撃の役割」(The Role of Dependancy and Aggression in Juvenile Delinquency), 「少年非行の治療の特殊技法」(Specialized Techniques in the Treatment of Juvenile Delinquency)。

1954年5月、St. Louis で開かれた「アメリカ精神医学会児童精神医学部会」では、「地域社会における感情障害を有する児童の取扱い」(The Care of the Emotionally Disturbed Child in the Community) の題目について円卓討議が行われ、又「地域社会における児童の精神衛生施設の発達」(The Development of the Mental Health Services for the Child in the Community) について三つの演説があり、自由討議が行われた。

この会合の題目として、同部会が会員の希望を募った結果はアメリカ児童精神医学界の興味を示すものとして興味が深いので、煩をいとわず次に転載する。

最も票数の多かつたのは次の4である。すなわち、(1) 各段階における児童精神医学の教育 (The Teaching of Child Psychiatry at Various Levels to Medical Students, Other Graduates, etc.), (2) 地域社会における感情障害を有する児童の包括的取扱い、(Comprehensive Community Care for Emotionally Disturbed Children), (3) 予防的精神衛生施設の適切なプログラムの展開 (Developing an Adequate Program of Preventive Mental Health Services), (4) 児童期の精神身体疾患 (Psychosomatic Illnesses of Childhood)。

その他の希望題目は次のごとくである。

児童の精神病 (Psychoses in Children), 収容治療 (Residential Treatment), 学校心理学者と学校チャイルド・ガイダンス・クリニック (School Psychologist and School Child Guidance Clinic), 児童期分裂病 (Childhood Schizophrenia), 児童精神医学における診断 (Diagnosis in Child Psychiatry), 精神薄弱 (Mental Deficiency), 感情障害児の収容施設 (Provision of Inpatient Care for Disturbed Children), 共通の問題に関する小児科医との会合 (Meeting with Pediatricians in Regard to Common Problems), 親および子供の治療の相互関係 (Correlation of Treatment for Parents and Children), 児童精神医学における治療の個人指導 (Supervision of Therapy in Child Psychiatry), 少年非行の精神医学的側面

(Psychiatric Aspects of Delinquency), C. G. C. において劣等児および境界線児に一層注意を払う必要 (More Consideration of the Dull and Borderline Child in the Child Guidance Clinic), 重篤な感情障害を有する幼児 (The Seriously Disturbed Pre-school Child), 仮性精神遅滞と器質的原因にもとづく遅滞 (Pseudo-retardation vs. Retardation of Organic Basis), 胎生期, 新生児期, 幼児期および学童期に関するパネル (Panel Covering Prenatal, Neonatal, Pre-school, and School Areas), 児童を扱う社会施設に対する精神医学顧問の寄与 (Contribution of Psychiatric Consultant to Community Agencies Dealing with Children), 里親委託と養子縁組における精神医学的因子 (Psychiatric Factors in Foster Home Placement and Adoption), C. G. C. チームの各員の役割 (Role of Members of Child Guidance Clinic Team), 精神衛生映画の批判 (A Review of Moving Picture Films), 青年の心理療法 (Psychotherapy of Adolescents), 専門分科としての児童精神医学 (Child Psychiatry as a Specialty), 巡回精神衛生クリニック (Traveling Mental Health Clinics), 器質障害児と感情障害児の鑑別診断上の諸問題 (Differential Diagnostic Problems Associated with Organic and Emotionally Disturbed Children), 児童の発達に関するパネル (Panel on Child Development), 高校生の精神衛生 (Mental Hygiene of High School Students), C. G. C. における治療者間の協同 (Collaboration between Therapists in a Child Guidance Clinic), 心因性下痢 (Psychogenic Diarrhea), 児童の頭痛 (Headaches in Children), 大腸炎 (Colitis), 学校組織における精神医学的サービス (Psychiatric Services in School Systems), 一般病院における児童精神医学 (Child Psychiatry in the General Hospital), 「感情障害」なる語に包含されるもの (What is Included in Term "Emotionally Disturbed"), 予防精神医学 (Preventive Psychiatry), 精神医学の領域における児童精神医学の役割 (Delineation of Child Psychiatry's Role in the Psychiatric Field), 学校における精神衛生計画 (Mental Health Programs in Schools), 教員の訓練計画 (Teacher Training Program), 少年非行の諸問題 (Problems of Delinquency)

児童精神医学の学術団体には上記のアメリカ精神医学会児童精神医学部会 (The Section on Child Psychiatry, the American Psychiatric Association), 第Ⅱ章に述べたアメリカ児童精神科クリニック協会 (American Association of Psychiatric Clinics for Children) の他に
なお「アメリカ児童精神医学アカデミー」(American Academy of Child Psychiatry) がある。

その他, 精神衛生関係団体が児童の問題に深い関心を持つているのはもちろんである。

臨床チームの協調について

臨床チームの協調がいかになされているか, 専門を異にするメンバーの間に意見の対立や反

目がありはしないか、チームワークが実際にはいかに行われているか、ということは筆者の最大関心事の一つであつた。それは一つには、臨床心理学者たちと精神医学者たちとの間に長年にわたり闘争が繰返されて来たことなどを聞及んでいたからである。このような対立は局部的にはまだ続いているのかもしれない。しかし、実際に臨床チームの一員として生活して来た経験や各地のクリニック、病院で得た印象によれば、外部ではともかく、クリニックや病院の内部での臨床チームのメンバー間の相互理解と協調は申分ないように思われる。わが国などで間々見受けられるような、専門分野の相異による嫉視反目などは全くないようである。

臨床チームのメンバーは相互にその専門を尊重し、対等の立場で協力するけれども、他面精神科医の指導的位置が率直に認められていることも印象深い点である。

これは以下のようないろいろ理由によるものと思われる。

(1) 臨床心理学にしても、精神医学的ソーシャル・ワークにしても、わが国ではまだ専門分野として充分確立していないのに反し、長い発達史を持つている。したがつて、各分野とも高度の発達を遂げ、又長年にわたり深い経験を積んだ権威者が少くない。

(2) 第Ⅱ章にも述べたごとく、各分野とも高い程度の教育訓練を要求される。

豊富な学識経験を有する者が尊重されることは当然であろう。

(3) 臨床心理学もソーシャル・ワークも精神医学と密接な関係の下に、相互に影響を与えながら発達して来た。ちなみに、筆者が出席していた社会事業セミナーの席上、講師 Mrs. BYRON が「ソーシャル・ケースワークは、その理論においても技法においても精神医学の強い影響を受けて発達して来た」と卒直に語つたことは強く印象に残つた。

(4) 各分野とも、その教育訓練において他分野への理解を深めることを重視し、他分野に関する講義、セミナーを課している。又臨床心理学、精神医学的ソーシャル・ワークの教育訓練では臨床経験に重きを置き、クリニック、病院等における実習が課せられる。

わが国の現状とはちがひ、社会事業の教育課程において精神医学は重要科目の一つである。又臨床心理学では修練期間 (internship) の制度もある。

これらの事情が相互の理解を深めていることは、チームの協調に大きな力となつていと思われる。

(5) 心理学者にしても、ソーシャル・ワーカーにしても、各自の専門的能力に正当な誇りと自信を持つと同時に、クリニックや病院で扱われる精神医学的症例に対しても正しい理解を持つているので、精神科医の指導的立場を卒直に認めるのであろう。

最後に「対等」という語の意味合について考えざるを得ない。かれらが相互に示す態度は決して肩肘をいからしたり、背のびをししたりする虚勢でもなければ、自己を主張し繩ばり争いをするという態度でもない。相互の学識経験を尊重するところから生まれた、ごく自然な態度のように思われる。

臨床心理学者の開業についても、深刻な問題はないようである。LPC の心理学講師 Dr. CROOK が筆者の質問に応じて語ったところによれば、San Francisco 周辺には開業している心理学者は数名いるが、かれらはみな、いずれかのクリニックの職員であり、精神科医の関与が必要と認めればただちに協力を求めるので弊害はないとのことであつた。精神科医の側でも同様の意見であつた。心理学者の開業免許の制度は、二三の州を除いてはまだない。

しかし、クリニックや病院の外部では、まだ問題が全くないではないようである。1954年5月にアメリカ精神医学会は声明を發して医療行為に関する法律の改訂を各州に要望した。この声明書は興味が深いので次に抄訳を掲げる。

「アメリカ精神医学会は、各州の医療法規が精神神経疾患並びに障害の診療が医業の範囲に属することを明確に規定すべきだと信ずる。本学会はかかる規定が精神病患者を、訓練を経ない無資格の非医師の診療行為から守るであろうことを主張する。

本学会の主張は各種のカウンセリングに従事している他分野の一部の人たちの反対を受けている。しかし、これはかれらの正当な業務を奪うものではない。爪をかむ生徒にカウンセリングを与える教師、夫婦間の適応の問題に関して助言を与える牧師等はかかる規定を冒すことにはならない。

精神医学は他の多くの専門分野が精神疾患の領域において寄与する範囲を發展させあげようとする努力を歓迎し助力を惜しまないものである。精神衛生施設においては、心理学者、ソーシャル・ワーカー、看護婦その他の協力なくして、活潑な治療計画を發展させ維持することはできない。

しかしながら、精神医学並びに一般に医業は精神疾患の診療が、他の疾患のばあいと等しく、医学の責任であるという根本原則を維持すべき本務を有する。

これは以下の4点にもとづく。

(1) 病人の診断治療は法律上の責任を伴うものである。すなわち医師たるには免許を要し、それ故にかれらは病人を診断し、治療方針を立てる法律上の資格を与えられている。

(2) 医師のみがこの責任を果すに適切な訓練を受けている。

(3) 精神疾患は明かに疾病である。

(4) 疾病の心理的並びに身体的症状は診断治療に際して切離すことができないというのが近代医学の信条である。ある疾患過程のいかなる時期にも心理的症状が身体的症状をひき起し、これに代替し、これと併存することがあり、又その逆のばあいもある。それ故に精神医学は非医師が独立して心理的症状だけを切離し治療することに反対するものである。非医師の中には、ことに臨床心理学者のように心理療法の訓練を受け、これに堪能なものもある。しかし、適当な精神医学の保障が存し、医師の診療に関する医学的責任が確立している病院、クリニックその他の施設においてのみ、かれらは心理療法を行うべきだというのがわれわれの主張

である。」

Ⅵ 要 約

以上、筆者は不完全ながらアメリカの児童精神医学の推移ならびに現況について概観を試みて来たが、最後にいま一度振り返つて、わが国の現況を考慮しながら、筆者の得た印象と感想をまとめてみたい。

(1) 各種専門家の教育水準および養成訓練

C. G. C. の臨床チームを構成する児童精神科医、臨床心理学者および精神医学的ソーシャル・ワーカーの教育水準は一般に極めて高く、又益々高い水準が要求されつつある。この点、わが国の現況とは格段の相違がある。又各分野共 post-graduate training が重視され、個人指導 (supervision) の下における臨床的訓練がその中核となつている。

わが国でも現任訓練および学校卒業後の補習教育の計画を立て、精神衛生事業のための人員を養成することは極めて重要であろう。そして、個人指導を与え得る指導者を養成することは最も有力な方法と思われる。

(2) 各種専門家の協調とクリニックの運営

臨床チームを構成する各職種間の相互理解と協調は満足すべき状態にあると思われる。これには長い発達の歴史その他いろいろの理由を考えなければならない。

クリニックの運営にもさまざまな工夫がなされており、職員間の協調に関しても意識的努力が払われている。

(3) 小児科教育における児童精神医学の滲透

San Francisco および Philadelphia の Children's Hospital, Stanford 大学病院等では隣接の C. G. C. の協力を得て、その廻診に児童精神科医の出席を求め、あるいは小児科レジデントを一定期間 C. G. C. で訓練を受けしめ、小児科医に児童精神医学の知識を得させるよう努めている。これも学ぶべきことのひとつであろう。

(4) アメリカの児童精神医学の新しい諸傾向

協同療法、収容治療、問題児のための保育所等が新しい傾向として挙げられる。又小児分裂病が強い関心の的となつていて、これに対する心理療法の試みも各所でなされている。

処置の方法としては心理療法が高度に発達しており、又一般に子供と同時に親の治療も行われる。ケースワークと精神医学乃至心理療法とは極めて接近しており、ソーシャル・ワーカーが行う親の面接はその原理、技法において心理療法と全く異なる所がない。その結果として、ソーシャル・ワーカーによる家庭訪問はほとんど行われなくなつている。(以下次号)

引 用 文 献

- (1) WITMER, H. L. : Psychiatric Interviews with Children. Harvard Univ. Press, 1946
- (2) WITMER, H. L. : Psychiatric Clinics for Children. Harvard Univ Press, 1940
- (3) KANNER, LEO : Child Psychiatry. 2nd ed. Charles C. Thomas Publisher, 1950
- (4) FRENCH, L. M. : Psychiatric Social Work. Commonwealth Fund, 1948
- (5) SZUREK, S., JOHNSON, A., and FALSTEIN, E. : Collaborative Psychiatric Therapy of Parent-Child Problems. Amer. J. Orthopsychiat. XII, 1942.
- (6) University of California Bulletin : Announcement of the School of Medicine, 1953-1954.
- (7) History, Purposes and Organization of the American Association of Psychiatric Clinics for Children. Compiled by AAPCC, 1951.
- (8) "Workers in the Field of Mental Health" by JULES V. COLEMAN, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, March 1953, "Mental Health in the United States"
- (9) 国立精神衛生研究所編「精神衛生資料」2号, 昭 29
- (10) "Psychiatric Social Work" by RUTH IRELAN KNEE, Social Work Year Book, Amer. Assn. of Social Workers, 1954.
- (11) 名取登美「米国に於けるサイキアトリックソーシャル・ワーカーの養成と訓練」児童, 13号, 昭30年4月
- (12) REID, J. H. and HAGAN, H. R. : Residential Treatment of Emotionally Disturbed Children. A Descriptive Study of the Program of the Langley Porter Clinic, Children's In-patient Service.) The Child Welfare League of America, 1951
- (13) SZUREK, S. A. : Dynamics of Staff Interaction in Hospital Psychiatric Treatment of Children. Amer. J. Orthopsychiat, XVII, 1947.
- 多数のパンフレット類を参照しれが、それらは一々ここに挙げない。

紹介

日本の精神衛生問題に関する WHO 精神衛生顧問の報告書

ポール・ヴィ・レムカウ

目次

- 解 説 厚生省公衆衛生局
- 報告書本文
- 序 言
- 旅程、訪問した施設機関並びに行つた討議
報告書の様式
- I 統計的要約と比較
- 精神病院職員に関する統計
- 精神病院病床数の都道府県分布
- 日本における精神病院及び諸施設の建築
- 日本の病院における定員過剰状況
- 診療方法
- II 討議のための質疑事項
- I. 行政上の諸問題
- A. 現在の行政形式は日本の精神衛生の要求に
応ずるための凡ゆる企画に対して適当であるか
- i. 異なる省、又各省の異なる部局に業務が分散
されている事によつて困難がひきおこされているか
- ii. 精神衛生審議会は精神衛生関係の諸業務に責任
をもつ種々の政府機関の統合的企画を可能ならしめるよう組織
されているか
- iii. 業務の分散、従つてそれによる費用の分割は日本に
おける精神衛生の諸問題の把握を妨げるか
- B. 精神衛生業務の部門は保健所と児童相談所
で異なるか、或は避け得るような重複が存在しているか、又業務
の重複の可能性はあるか
- C. 保健所における精神衛生相談所は保健所長の管理の下にお
かすべきか
- D. 厚生省には精神衛生事業を監督するに充分な人数が
いるか
- E. 精神衛生にたずさわる職員の行政上の地位はかれらの職務
の重要さと計画の必要性に適わしいものであるか
2. 日本における精神科医の任務
- A. 日本における精神科医とは何か
- B. 精神科医の訓練
- i. 精神医学における大学普通課程の教育の問題は何であ
るか
- ii. 精神医学における卒業後の訓練に問題があるか
- iii. 精神医学の分野における専門化は発達すべきか
- C. 精神医学的相談事業において診療と診断的機能の間に妥
当な均衡が存在しているか
3. 補助的専門領域、心理学及びソーシャル・ワーク
- A. 心理学及び心理学者の状態は如何
- B. 精神医学的ソーシャル・ワーク及びソーシャル・ワーカー
の状態は如何

- C. 精神医学の心理学及びソーシャル・ワークに対する関係は如何
4. 特殊な重要問題
- A. 医療関係者は最大限に活用されているか
- B. 非行少年の診断、審判及び処置の方法は望ましい程度に簡素化されているか
- C. 日本において精神療法の発達がおくれて

- いるのは独自の文化的因子に関係があるか
- D. 日本において必要な研究は何か
- E. 日本人専門家の海外留学の必要

附録 厚生大臣宛の書簡
あとがき

解

説

厚生省公衆衛生局

ポール・ヴィ・レムカウ (Paul V. Lemkau) 博士は、日本政府と WHO (世界保健機構) との間に組織された協定にもとづいて、日本の精神衛生行政ならびに国立精神衛生研究所事業の指導を使命とする WHO 派遣の短期顧問として昭和 28 年 6 月 2 日来朝された。それから 7 月 14 日離日されるまでの 6 週間にわたる視察の結論として提出されたのが、この報告書である。

レムカウ博士は北米ジョンス・ホプキンス大学公衆衛生学部教授(精神衛生科主任)として令名があり、メリーランド州衛生部精神衛生課長をも兼ね、その他衛生関係諸団体の顧問として、精神衛生の研究ならびに実践面の双方において活躍している有為の学者である。「公衆衛生における精神衛生」(Mental Hygiene in Public Health, 1949.) の名著があり、この方面における第一人者として知られている。1950 年には、やはり WHO の顧問としてユーゴスラヴィア国に派遣され、その業績は極めて好評を博した。今回同博士が W・H・O からわが国に対する顧問として選ばれたのも、その実力のみならず、ユーゴスラヴィアにおいて挙げた業績が高く評価されたためと思われる。

レムカウ博士は精神衛生行政ならびに事業全般に関する顧問として来朝されたのであるから、その視察の日程も、法務・文部両省とも協議の上、本文第一表に見られるように、精神衛生に関連のあるあらゆる施設を網羅して作製した。地域は東京およびその近傍を主としその他名古屋、京阪、岡山にわたった。実際に視察された施設名を挙げれば、次のごとくである。

1 精神病院

国立武蔵療養所・国立国府台病院・東京都立松沢病院・同梅ヶ丘病院・愛知県立城山病院
私立井之頭病院

2 精神薄弱のための施設及び学校

(a) 精神薄弱児施設

八幡学園・滋賀県立近江学園

(b) 養護学校および特殊学級

東京都立青島中学校(養護学校)・東京都杉並区立済美教育研究所・千代田区立神龍小学校特殊学級

3 精神衛生関係相談施設

(a) 保健所

東京都中央保健所(精神科医を嘱託としているが、精神衛生相談所は併設されていない)

(b) 独立精神衛生相談所

大阪府精神衛生相談所

(c) 児童相談所

東京都中央児童相談所・愛知県中央児童相談所・大阪府中央児童相談所

4 矯正保護施設

(a) 少年関係

(1) 東京家庭裁判所少年審判部および同医務室

(2) 東京少年鑑別所・名古屋少年鑑別所

(3) 愛光女子学園(女子少年院)・関東医療少年院・京都医療少年院

(4) 東京警視庁防犯部少年課

(b) 成人関係

(1) 府中刑務所

(2) 八王寺医療刑務所

5 児童福祉施設（精薄施設保育所をのぞく）

(1) 乳児院

神奈川県立川崎乳児院・財団法人象善会
乳児院（名古屋市）

(2) 教養院

国立武蔵野学院

6 その他の施設

(a) 肢体不自由児養護学校

東京都立光明小中学校

(b) 国立精神衛生研究所

(c) 社会事業学校

東京社会事業短期大学・中部社会事業短期
大学

(d) 横浜保育専門学校

(e) 大学精神医学教室

東京大学・名古屋大学・京都大学・岡山大
学

(f) 保育所

愛育研究所附属保育室（精神薄弱児）・横
浜・川崎各1カ所

(g) 児童厚生施設（川崎児童館）

(h) ミシガン大学日本研究所（岡山市）

7 関係官公庁

(a) 中央官庁

厚生省（公衆衛生局・児童局）・文部省（初
等中等教育局）・法務省（矯正局）・最高裁
判所（家庭局）

(b) 地方行政機関

東京都庁（衛生局）・川崎市役所・愛知県庁
（衛生部）・京都府庁（衛生部）・奈良県庁
（衛生部）・大阪府庁（衛生部）・岡山県庁
（衛生部）

こゝに挙げた施設数と第1表に挙げられた施設
数との間には、多少の相違が見られるが、これは
顧問の思いがちによるものであらう。実際、日
本の行政組織、ことに少年関係の制度の複雑さ
は、顧問も最初のうち理解に骨が折れたようであ
つた。）

短期間にこのような広範囲にわたる多数の施設
を視察し、その結果全般にわたつて真相を把握す
るといことが困難なことは当然であつて、観察
もいきおい皮相に洗れるということも免れ難い
ところであらう。いわんや、すべての話し合いが通
訳を通じて行われたというハンディキャップにつ

いてはいうまでもない。

以上のようなハンディキャップを少しでも克服
して、顧問として、来朝の効果を挙げんがために、
わが方としても事前に、また顧問の要求に応じて、
統計類・関係法律の英訳・行政組織の解説・わが
国精神衛生の改革等、できるだけ各種の資料を用
意し、提供したのであつた。また訪問視察された
各官公庁はもちろん、大部分の施設においても顧
問の理解を十分ならしめんがために英文資料が用
意されてあつた。

しかし、このようなわが方の努力以上に視察を
効果あらしめ、この報告書を価値あらしめたのは、
顧問の滞在期間を通じて終始変らぬ熱心で徹底的
な研究態度であつた。いずれの機関施設におい
ても、質問はなつとくのゆくまで徹に入り細をうが
つて、しばしば通訳に当るものをして嘆息を発せ
しめたのであつた。その結果、前にも述べた複雑
極まる少年関係の制度のごときも程なく頭に入
れ、かえつて日本側係官の全般的な見通しの欠如
による説明の不備を衝いて狼狽せしめるというよ
うな場面も起つたのであつた。

精神病院視察の際には、特に女子の保護室病棟
を注意して視察されたが、「女子の保護室を見れ
ば、その精神病院の管理がよく行われているかど
うかわかる」というのが顧問の意見であつた。
また、ある少年院では、そこで扱われた一事例の
数年にわたる詳細な報告を求め、後で「単に外面
だけ見るよりも、そこで扱つたケースの説明を聞
く方がそのやり方がよくわかる」と洩らしてい
た。

顧問の熱心な態度の他に、さらに尊重すべき
は、顧問の公平で、良心的な態度であらう。個人
的接触、あるいは質問や討論、著作等を通じてうか
ゞわれるレムカウ博士の学問的立場は、アメリカ
の精神学医者に往々見られるような精神分析的
傾向の強いものでもなく、ざりとて保守的なもの
でもなく、極めて中庸穩健なもののごとく思われ
る。そして歴史的社会的背景の日米両国間の差異
を考慮に入れつつ決しておしつけがましい意見は
のべておられない。また視察の対象は広範囲にわ
たつたが、自身の専門外にわたる問題、たとえ
ば、教育の問題などについては、たとえ質問を受け
た場合にも控え目な態度で意見を述べることをさ
け、この報告書の中にもその問題にはふれてない。

この報告書が勧告という形式によらずに、われわれの間で討議すべき問題を提起するという形式をとつているのは、本文にみられる通りである。わが国の精神衛生対策は、われわれ自身が真剣に考え、討議し、計画すべきものである。さらに顧問が序文にものべておられる通り、この報告書は1953年7月5日日本側の精神衛生関係者出席の討論会に討議されたものであつて、この報告書の中

に、もしも著しい誤解や見当ちがひがあるとすれば、その責は顧問にはなく、われわれにあるといふべきだろう。

われわれはこの報告書に提起された諸問題およびそれらに関する顧問の意見が、各方面で真剣に考慮討議され、それによつてわが国精神衛生の進運に寄与し得ることを衷心より祈るものである。

報 告 書 本 文

序 言

先ず最初に私が顧問として滞在中に私に寄せられた多くの親切と力強い援助に対して深甚の感謝を表したい。日本に来る前に、かつて日本に滞在したことのあるすべての知人から、私は仕事を効果的にのみならず非常に愉快に遂行し得るようできる限りのことを日本人はしてくれるであろうと保証されてきた。実際の経験はこの予言から期待していた以上に満足すべきものであつた。訪問したすべての事務所は、有要な資料を用意するために大きな配慮を明らかに払つたし、又提起されたどの問題についても卒直に討議して頂くことができた。多くの施設では事前に統計資料の要約が英文で準備してあり、その英訳や編集には随分大きな努力を要したものがあろうと思われた。

此等の職員の方々には訪問の際に謝意を表明して来たが、この機会に重ねて皆様方に深い感謝の意を表したい。斎藤鎌一博士は、この仕事を能率的に運ぶについて最大の責任をとつた。私の訪問は生憎、日本政府の各省の予算編成の時期になされた。従つて特別忙しい時に斎藤博士やその他の皆様の重要にして緊急な仕事のお邪魔をしたことは明らかなのである。このことは注意深く私に知らされない様にかくされていたが私はそのことに気づいて居り、このことが私の感謝の念を益々大きくして居る。他に色々な仕事を持つにも拘らず、斎藤博士は絶えず私を手伝つて事がもつとも面倒になつたときにも非常に愉快な友情あつき友人であり主人役であつた。斎藤博士夫人は顧問の秘書として働き、顧問の仕事の楽しみと能率とを増す為に多くの個人的犠牲を払つて下さつた。斎藤博士夫人と、国立精神衛生研究所の高木博士と名古屋大学の村松博士とには、面倒な通訳の仕事の大部分をやつて頂きその助力に深く感謝している。又各都府県庁は仕事のための便宜を提供されただけでなく、日本の正しく誇りである美しい風光を私に見せることにも特別に親切であつた。又、この報告書の最終的準備のために、事務室と設備とを快く貸して下さつたことに対し、公衆衛生院の斎藤潔博士、その他の方々にも厚くお礼を申述べたい。報告書の翻訳並びにその謄写印刷は極めて短時日に完了しなければならない困

難な仕事であつた。

国立精神衛生研究所の職員の方々が、この骨の折れる仕事をして下さつたことは全く感謝に堪えない。

旅程、訪問した施設、機関、並びに行つた討議

先づ東京において、厚生省・文部省・法務省・最高裁判所の多くの係官と夫々会議を開いた。それに引続き、東京及びその近辺における精神衛生に重要な各種の施設を視察した。その際現業場面の視察の場合ですら、関係省の代表者が同行の勞をとり、行政的関係の説明を引続き受けることができた。東京での期間について愛知・京都・奈良・大阪・岡山の各県で同様の視察を行つた。府県の標本としては、それらは少数にすぎ、又それらの府県で調査した機関、施設も代表的標本としてより、寧ろ好みに応じて選択されたものであつたが、時間の許す範囲で出来るだけのことはしたと言ふことが出来る。

第一表は訪問した各種の施設及び機関の一覧表である。この表では一つの施設が二つ以上の機能を持つ場合でも一ヶ所として算えられている。この表には会見或は行われた討議は記録されていない。それらの或るものは公式に行われたものであつたが、多くはランチ、或はダイナーの折に、或は、自動車や汽車の中で行われたものであつた。

かくも少数の施設機関を標本として何等かの結論を出すことが正当であるかと疑ふことは極めて当然のことである。確かに 752 ヶ所の保健所の中 2 ヶ所、120 ヶ所の児童相談所の中、3 乃至 4 ヶ所を見て如何なる結論をも出すべきではない。数の問題だけが評価を妨げる唯一の問題ではない。私が異なる文化圏からやつて来たこと、殆どすべての場合通訳を通じて聞き、且つ語したことも障害であつた。これらの困難は絶えず留意されねばならない。これの困難が大きかつたので、この報告書は、やや特殊な構成をとらざるを得なかつた。

これらの困難は大きなものに違いないけれどももすべての人々の問題を極めて卒直に語り合はうとする意欲によつて、いくらか緩和されている。

報告書の様式

本報告書は日本の精神病院収容に関する統計的数字を、利用し得る或る他の諸国のそれと比較する短い統計に関する節で始まつている。この部分だけは論文調になつているが、それに続く部分は討議のための質疑事項をかかげ、それに私の簡単な論評を加えるという形をとつている。そして今日行われる討論の結果を参加者が記入し、そして恐らくは将来十分に時間をかけて考究された上で、追加する十分な余地が残されている。この提示の形式は、すでに述べた評価の困難さの故に選ばれたものである。質疑を提起するに際して、特に明瞭を欠くと感じられた点、或はここでの討議の結果、そして他の責任者によつて様式の変更を勧告されるかもしれないと思われる点を私は明らかにした。

質疑はイエスかノーで答えられる種類のものではないし、又一見してどちらかの結論を下し

第 一 表
視 察 し た 施 設 の 種 類 と 数

施設並びに機関の種類	管 理	数
1. 精神病院	厚生省	7
国立	"	(2)
都府郡立	"	(4)
私立	私 立	(1)
2. 精神薄弱児学校		5
(a) 施設	厚生省	2
精神薄弱児のみ		(1)
精神薄弱児及びその他		(1)
(b) 特殊学級及び特殊学校	文 部 省	3
特殊学校		(1)
特殊学級		(2)
3. 精神衛生クリニック	厚生省	8
(a) 保健所併設の精神衛生相談所	"	(1)
(b) 独立の精神衛生相談所	"	(1)
(c) 児童相談所	児 童 局	(3)
(d) その他	厚 生 省 私 立	(3)
3. 非行者のための施設		10
(a) 少年非行者		6
(1) 家庭裁判所少年審判部	最 高 裁 判 所	(1)
全 クリニック	"	(1)
(2) 少年鑑別所	法 務 省	(2)
(3) 少年院	"	(1)
(4) 警察	東 京 都	(1)
(b) 成年非行者		4
(1) 刑務所	法 務 省	(1)
(2) 医療刑務所及び医療少年院	"	(3)
5. 児童福祉施設		4
(a) 乳児院	児 童 局	(2)
(b) 虞犯少年のための施設	"	
(1) 国立教護院	"	(2)
(2) 県立教護院	"	(0)
6. その他の施設		13

(1) 肢体不自由児のための養護学校	文	部	省	(1)
(2) 国立精神衛生研究所	厚	生	省	(1)
(3) 社会事業大学	文	部	省	(2)
(4) 教護職員養成所	児	童	局	(1)
(5) 医学部精神科	文	部	省	(3)
(6) 保育園	児	童	局	(3)
(7) リクレーションセンター		"		(1)
(8) ミシガン大学日本研究センター	私		立	(1)
計				99

第 二 表

精神病院入院患者数の人口、および入院者の人口 100,000 人に対する比率
(日本およびその他の国における)

国 名 と 年	人 口	入 院 者	比 率
日 本 1952	83,107,000	23,407**	28
イ タ リ ー 1946	48,778,000	61,128	133
フ ラ ン ス 1942	38,000,000	94,787	247
ア メ リ カ 1950	141,300,000	577,000	380
ユ ー ゴ ス ラ ビ ア 1950	17,000,000	—	42*

* この数字は記憶による

** 法務省の少年院、医療刑務所における犯罪者を含まず

得るものでもない。それらは私にとって問題であると思われた事についてあなた方及び政府の注意を喚起することを目的としている。それらの質疑が興味と議論をひきおこし、それらの問題が考慮に値する限り、私が立ち去つた後にも大いに考慮が払われることが望ましい。質疑は病院における精神療法に関する理論的問題から作業療法、如何なる種類の統計があつめられるべきであるかということからソーシャルワークの監督の問題、医学生の問題から研究室で働く職員の問題にまでわたつている。私はこれらの質問に答えようとしているのではなく、ただ論評を試みようとしているので、あえて問題が多岐に亙ることについて申し訳をしようとは思わない。私は今日までこういった問題提起の方法を試みたことはなく、それは不適當であるかも知れない。提起された質疑が興味をひかず、不承認の火花をこうむるならば、それは確かに不適當であつたことになる。

I 統計的要約と比較

精神疾患の分野において利用しうる統計は、実際に入院している患者の記録である範囲にお

いては、信用することが出来る。かかる数字は疑いもなくその地域の精神疾患の総数とある関連をもつものであるが、それが如何なる指数をなしているかは、現在は未解決の問題である。一般に西欧諸国は東洋諸国に比較して、より多く精神病患者を入院させる傾向があるといえるであろう。例えば、中国や印度では今手許にあるような不適当な数字を根拠にすれば、非常に低い入院率を示す。第二表に示すとおり日本の入院率も表示された諸国のそれに比較して非常に低い。(諸国の率自体の間にも大きな差がある)。ユーゴスラビアの低い数字は、日本と同じようにある程度戦時中における病院の破壊にもとづいている。このことはイタリー・フランスの場合も同様である。しかしそこには戦争によりもたらされた短期の変化以上に大きな差が根底に存在しており、その根本的な説明は多分文化の相異に求め得るであろう。多分その国がどの程度工業化されているかということにも関係があるであろう。

日本においては、イタリー・ユーゴスラビアと同様に、又多分インドや中国におけると同様にもつとも著しい相異は、老人の入院という点にあるように見える。これらの国の文化においては、表示されている他の諸国に比して、家族をしっかりと一緒に結びつけているより強い家族的結合が存在する。恐らくこのことが、家族中の老人のみならず、若い人たちのためにも精神病院の病床数を余り多く必要としない事情を助長しているのであろう。

日本は大いに都会化されているにも拘らず、多くの生活様式に大家族主義をとる田舎の生活様式を残している。一方西欧の諸国においては家族単位を小さくすることが、より普通になっている。こういつた小家族においては、異常行動を受け入れて我慢しているということは一層困難であり、或はそのように想像される。そしてこのことが日本で入院率が低い一つの原因であろう。しかし現在の低い入院率が何に原因し、何に関連しているにしろ、現在の日本には精神病院病床に対する非常な潜在的な要求が存するものようである。また日本の今後の発展に伴い生ずると思われる社会的、文化的変化は、必然的に病床の増設を要請するであろうし、結局は現在に比して入院率の増大ということになるであろう。

このことはすでに社会計画の一部となつている。むしろ異常行動を示す者に対して、その家族が示す我慢のしかたについて考慮してみるのが賢明なことと思われる。現在の日本では、精神病患者を、吸収し保護する能力を地域社会が獲得することこそ、多くの国々と同様に必要なことであろう。

人口の一部を抽出して研究したところによると、日本には約 60 万の精神病患者がいると算定され、僅かに 4% だけが病院に収容されている。この数字によつて示される精神病の数は私の推定によれば世界の他の国々の経験にてらして、少し高すぎるようである。しかしそれはともかく、これらすべての精神病患者が病院に収容さるべきものであるとは考えられない。多くの国では病院で、例えば精神分裂病に対し積極的な治療が可能になるまでは、病気の初期における比較的短期の入院及び治療は別として、これらの症例は病院よりも社会において保護する方

がよいと信ぜられている。このことは日本においては、既に相当程度まで行われているように思われる。というのは、平均入院期間は一般に短く、病院における患者の廻転速度は適当に早いからである。云うまでもなくこの事は、地域社会で精神病者を看護する手配をするかわりに、個人が長期に亙り入院し慢性患者を病院にいつまでも入れておく場合に較べれば、実際に利用し得るベットを多くの人々に役に立たせることになる。

第二表の数字には、法務省によつて管理されている医療少年院の精神病患者は含まれていない。私にはそこにどれだけの患者があるのか分らない。同様の理由で日本において精神薄弱者がどの程度入院しているかと云うことについて、総合的な資料を得ることは全く不可能である。精神薄弱者は、文部省・法務省（精神薄弱の非行少年の場合）及び厚生省（公衆衛生局又は児童局）の管轄下にある各種の施設に保護せられている。すべて同種の事業は関連する行政機関の重複ということに当面して私の感じた当惑に關係のある質疑は以下に提示されている。それはある程度まで、診断と治療のための職員を無駄に重複している結果になつているように思われる。

精神病院職員に関する統計

厚生省公衆衛生局庶務課、精神衛生係監督下の精神病院に収容されている 23,407 名の患者を世話するために 458 名の医師、いろいろの程度の訓練を経た 2,260 名の看護婦、看護人を含めて 5,680 名の職員がいる。1,453 名の看護婦の大部分は一般看護については、十分な教育を受けている。日本では精神科看護の専門化は経験によるものであつて、補修教育の問題とはなつていない。看護人は一般にその勤務する施設以外では教育を受けていない。

第三表は昭和 26 年 12 月現在の精神病院における職員数及び、職員対患者の比率を示している。現在では、その時よりも職員の数に若干の増加はある。

不幸にして精神病院職員に関する他の国の資料については、イタリーのそれを除いていま此所に示すことはできない。イタリーにおける全職員と患者の比は日本とほぼ同様であり、日本の 1:41 に対し、イタリーは 1 対 42 である。此の比率は米国のそれよりはるかに大きいが、正確な数字はわからない。アメリカにおける職員の欠乏は、一部分洗濯、掃除、農耕等に機械を使用することに依つて補われるが、その著るしい差異がこれによつて相殺されるものとは信ぜられない。日本の精神病院における、医師対患者の比率は 1:51 であつて非常に良好であり、私の知つているどの国における比率よりもはるかにまさつている。米国においては観察治療病棟^(註)においては、50 名の患者につき医師 1 名、継続治療のための病棟においては 150 名に対して 1 名というのが理想であるとされている。しかもこれらの理想は実現からはるかに遠い。イタリーにおける比率は 1:146 である。日本における比率とこれら各国の比率との間における差異は著しいものであり、又日本にとつて非常に有利なものである。しかしながら、

註 観察治療病院 新入院患者をまず観察の目的で収容し積漸的治療を行う病棟

第三表 精神病院職員数（昭和 26 年 12 月現在）

その種別及び患者数に対する比率

（昭和 26 年 12 月現在の患者数は 23,401 人）

職 員 別 の 数	数	患者数に対する比率
医 師	458 (137)*	1 : 51
看 護 婦	1453	1 : 16
看 護 人	807	1 : 29
計	2260	1 : 10
看 護 助 手	918	1 : 26
栄 養 士	71	
ソ ー シ ャ ル ・ ワ ー カ ー	7	
事 務 職 員	598	
そ の 他	1368	
計	5680	1 : 41

* 非常勤務医師（458 に含まれず）

日本の病院においては米国におけるよりもずっと早く患者の入かえが行われており、そしてすべての病室は主に積極的治療のために当てられているということに注目しなければならぬ。視察によつて知つたところでは、日本の病院はインシュリンショック並びにその他の理学的療法を受けている患者の比率は米国の病院におけるより著しく高かつた。

看護婦対入院患者の比率は、十分な訓練を受けた看護婦については、1:16、看護婦のカテゴリーに入れられる者すべてについては 1:10 である。患者に対する直接の個人的看護に責任を持つている使用人（看護婦・男子看護人及び補助看護婦）は 1:74 である。（最近大部分の病院では看護婦は三交替制でやっている）。これまた非常に有利な比率である。このような高い比率の効果は、患者の状態の中に容易に認めることが出来る。興奮患者は日本においては稀である。多くの病院、殊に一般病院の小規模の精神科は保護室を用いている。そしてすべての病院が保護室の設備を有している。多くの大病院において、これらの保護室はからであつた。拘束されているのが目撃された患者達は強迫的に皮膚にしやぶりつく精神薄弱者及び不随意なアテトーゼ運動を有する頻死の患者ばかりであつた。自分の経験によれば患者数に対する医師数及び看護婦数の比率の低い国々においては、より多数の興奮患者が見られる。興奮患者の発生率の差異は患者の看護よりむしろ文化的要因に関連があるということが時として主張される。しかし人員の豊富なイタリーにおいても、やはり興奮患者が稀であることは注意すべきことである。そしてイタリー人が感情的に高度に訓練された教養を有していると思う人は少

い。日本は精神病患者が、病院でよき世話を受けているという点で祝辞を受けるべきである。私は職員に対する投資を、堅固な拘束の設備を備えた建物への投資よりもはるかに重要なものとする。もし可能ならば、格子と堅固な壁を以て患者を拘束しようという誘惑が常に存在するものである。

充分な訓練を受けた同情的な職員の説得及び精神療法的方法でのやり方が精神疾患の感情的緊張による興奮的行動を取扱うにはるかにすぐれたやりかたであることは疑いがない。

精神病院病床数の都道府県分布

国立精神療養所が存在するために、精神病院病床数の都道府県別分布を算出することは困難である。理論上はこれらの精神病院及び療養所は日本全国から患者を吸収することになっているが、しかし得られる統計では、(又与えられた時間内においては)これらの病院療養所を、その所属都道府県から切り離すことは不可能であつた。

この様な事情にも拘らず、国立病院の入院患者の大部分は、現実にその所在する地方の出身者であると仮定して、精神病院病床の分布に関して計算を行つた。これによつて数字にある誤差が生じたことは疑いがない。かくして得られた病床数の人口に対する比は、大阪 1:1,500 から山口 1:8,000 までの開きを示した。これらの比を、都道府県別の個人所得と比較すると普通に見られるような相関が認められる。即ち地域社会の所得が多い程病床数も多い。一般に見られる如く、人口密度と患者数の人口に対する比率との間にはある程度の相関が在する。精神薄弱者及び救護院少年院の児童についても、これと類似の計算を試みた。しかし国立の施設が収容力分布に及ぼす影響は非常に大であるために、日本に於る収容力の分布指数として、その結果は無意味であつた。施設に収容されている非行少年に関する予備的計算も同様の制約をうけた。

日本における精神病院及び諸施設の建築

概して日本の精神病院において患者の収容に使用されている建物は木造で、古く、必ずしも十分な修繕が施されていない。勿論例外はある。そして多大の増改築の努力が行われつつあり、訪問した施設の殆んどすべてにおいては少くとも、ある程度それが認められた。新しい建物においては、一層西洋風の建築に変わり、伝統的な畳やふとんの代りにベツトを使用する傾向が存するようと思われる。ふとんは日中しまわれて、夜間に取り出して使用されるものである。現に積極的な医学的療法の患者にとつては、ベツトの方が畳よりも便利のように私には思われるが、一方最初の治療が日常生活の指導或は精神療法であるような患者の取扱には病室の親しみやすい家庭的雰囲気の方が寧ろ明らかな利点をもつているように思われる。なお片付けることの出来る寝床を使用する場合、その空き場所を色々の目的に利用しようと云う利点もある。これは建築費の低減に反映してくる。というのはレクリエーションのための部屋、作業療法のための部屋を特別に必要としないことになるからである。これは又、患者を大きな病室でなく小さなグループに分けて収容することになり、従つて患者の分布は、一層適当に行われ看

護も徹底するという利点をもっている。火災の危険が大きいということは少からぬ経験が示している。とくに非行少年を取り扱う施設においてそうである。この点は勿論新しい建物を計画する場合考慮されなくてはならぬ要素である。

私は精神病院その他の諸施設の問題についての専門家であるとは、私自身思っていない。御存知のように元来二人の顧問が決められていて、もう一人の顧問、ダニエル・ブレイン博士はこの分野における高度の専門家である。ブレイン博士もやがて日本に来られることと思われるので建築計画といったことについてのこれ以上の討議は博士がこられるまで残しておいた方がよいであろう。

日本の病院における定員過剰状況

1952年度の公式数字によれば日本の精神病院は僅かに1.4%の定員過剰である。この定員過剰は殆んど全く、ある権威者によつて任意に作られた標準にもとづくものであり、その標準というのは、患者は一人当たり何平方メートルの床面積と何立方メートルの空間を持たねばならぬと云うのである。日本の病院は米国の標準からみれば定員過剰であると云うことはありうることである。しかし米国の標準は先に述べた空間を色々に使用し得るという要素の故に実際には適用すべきではない。

私の観察からは、病院管理者は入院希望者が多数待機登録されているに拘らず、定員過剰になろうとする勢に抵抗していると云う印象が得られた。このことは、入院出来た者には可能な最善の治療を保証することになるが入院出来なかつた者にとつては、治療を遅らせるか不可能ならしめることになる。こういうことにおける決定はどの文化圏でも極めて困難であるが、日本に於ては次のような事情から幾分容易であろう。それは、現在利用しうる病床数が需要を充し得ないことが明らかであることと又家族による患者の看護が出来る様な文化的な忍容さがあるということである。

一般的に云つて日本の病院は西歐諸国の病院に比較して小規模である。このことは、部分的には明らかに木造一階建であると云うことによるのであるが、また一方ではよく考えられた計画のためでもある。小病院には管理上の非能率と云うことがあり、また或る病院がまわりに増築を許す土地を持つている場合絶えずより多くの患者を收容し得るよう拡張して行こうという誘惑が存する。このことは米国においては有害であつたと云うのが私の印象であつて、一病院あたり500乃至750を越えない患者数を收容最高限とするよう注意深い考慮が払われるよう勸奨がなされている。このような政策は職員に一体であると云う感情をより多く保証し又個々の患者が患者の大群の中に消え去つてしまうということが起りにくくすることになるであろう。これは容易に守り得る理想ではない。「アメリカ精神医学雑誌」の古い号に小病院の利点について多くの報告がある。しかしアメリカにおいては数千の患者を入院させている病院と云うものは例外と云うより普通のことである。

治療方法

一般に日本の精神科医は精神医学におけるすべての新しい治療方法について、よく知っていると云えるであろうが、それらの方法の使用に当つてバランスがとれているか、どうかについては以下二、三の疑問があろう。私は脳手術の適用に示された慎重さ、並びに数ヶ所の病院において種々異なる手技の結果を検討するために注意深い研究がなされていることに深い感銘を受けたがある場合には外科手術を行つている医師の精神外科的訓練について若干の問題があつた。この国のやり方は卒直に云つて理解できないが、多分それは私がそこからやつてきた文化圏における専門家制の考え方と日本のそれとが一致しないためであろう。

進行麻痺の治療は私に対していくつかの問題を提起した。これは梅毒専門医と精神科医の有能なるグループにより、最近の文献に照して再検討することが望ましい。ペニシリンの使用に一層完全に移行すればもつとよい結果が得られ、また現に使用されている熱療法を含む諸方法による場合よりも看護時間の節約が出来るであろうと思われる。

作業療法は施設及び病院がことになるにしたがい、この発達段階も大きく異つている。多くの施設では活発な生産計画が進められており、又創作的な或は民芸的な技芸の発達の機会も存していた。

少年のための施設のあるものにおいては、職業教育が実に立派に行われていた。同じ種類の施設がすべて一様のやり方をすると云うことは、必ずしも望ましい到着目標ではないが、作業療法に関しては一定の目標に到達し得るようある程度の注意が払われてもよいのではないかと思う。

すべての種類の外来診療所^(註1)における治療方法は高度に進歩しているとは云えない。てんかんは殆んどすべてのクリニックでかなり適切に治療されているように見うけられる。アンタビユウスの使用にいくらか興味を持ち、アルコール中毒患者の外来治療に興味を持ちはじめている。しかし外来治療は薬物や医学的療法よりも大部分は精神療法によるものである。非常に多くのケースが社会的、精神医学的診断を要するために、ほとんどすべての場所でチーム^(註2)のメンバーの一人或は、何人かが比較的短時間の面接のあとで助言を与えると云つた、やや不満足な水準で精神療法を行わざるを得ぬ状態である。精神療法において良結果を得るためには、一般に長期の精神療法が必要であると考えられているが、このことが一般には知られていないか、或は正当に評価されていないで、わずかに二、三のセンターで試験的に行われているだけである。これについては、多分多くの理由があるであろうが有力な理由として、長い戦争期間、日本が孤立していたこと、戦争以来図書室整備の費用が不足していることがあげられる。児童相談所・保健所の設置を規定している法律が比較的新らしいものであると云うこと、

註 1 児童相談所・精神衛生研究所を含む。

2 精神科医・心理学者・ケースワーカーよりなるチームを指す。

そしてそれらのクリニックは多くの場合やつと活動を開始したばかりであると云うことも考慮されねばならぬ点である。チームの未経験に加えてこのことは現在最も重大な障害や欠陥を有する者のみを取り扱われているということの意味している。これらの多くのものは、精神療法には不適当なものであり、施設収容、その他の社会的手段によつて処理さるべき問題をもつていだけである。クリニックが設立以来日を重ねるに従い、サービスを要求するケースの種類も明瞭な心因性の問題を持つたものに変つてくるであろう。こうなれば精神療法に対する要求も増大し、それについての興味も一層大きくなることであろうと思われる。このことはある程度予見されており、訓練的機能を持つクリニック^(註)が設置されており、近い将来大いに緊急となるであろう精神療法家の需要に応えようとしている。このことは医学部の精神科によつてとくに、大学卒業後の課程として、また一つのあたらしい専門的職業として考慮さるべきである。と云うのは精神医学の分科の中に新しい専門分科ができつつあるのであるからである。多くの国々においては、この専門家に対する緊急な要求の充足を助けるために教育助成金制度が設けられている。

II 討議のための質問事項

1 行政上の諸問題

A 現在の行政形式は、日本の精神衛生の要求に応ずるためのあらゆる計画に対して適當であるか、

i 異なる省又各省の異なる部局に業務が分散されていることによつて困難がひきおこされているか。

(意見) 現在精神病患者は厚生省及び法務省によつて扱われている。前者は患者の大部分をとり扱い、後者は法律を犯した精神疾患患者をとり扱っている。後者は医療少年院、医療刑務所における比較的少数のグループである。必要に応じ彼等は、特殊治療のために精神病院に移される。医療矯正施設に精神病者がいることのために、その様な施設は、職員に精神科医をもつことが必要となつている。これらの精神科医は通常精神薄弱の非行者についても、又結核その他これらの施設内で治療されている患者の適切な治療に必要な精神医学的相談にも責任を持つている。これらの職務を併せて遂行するために一人の精神医学者を専属でおく事が必要かどうか、又精神病患者が精神病院において取り扱われるとしたら、それは相談に基いてなし得ないことかどうかという当然の疑問が存するだろう。今日の制度が行政組織の中に精神病床を作らせるに至つた精神病院における病床の不足からおこつて来たものであるように思われるので、上記のことは早急には行われぬかも知れない。それにもかかわらず、この問題は日本にとつて計画の際、長期にわたつて考慮さるべきものである。勿論、精神病患者の犯罪責任についての法律的問題はこのような討議において考慮されねばならない。

註 国立精神衛生研究所を指す。

精神薄弱の非行少年の場合には問題は一そう複雑である。これらのケースは大部分青年のための医療少年院において扱われている。これらの児童の多くは、知能水準が低いので、たとえ非行を犯さなくても、施設に收容さるべきであろう。実際ある場合にはそれらの非行は施設收容もしくは外来的処置が不幸にしてのびのびになつた為の結果である。法律的には彼等は罪を犯す能力がないのであるから、これらの少年を非行者と見なすことが正当であるかどうかの問題がある。これらの児童が少年院、教護院、医療刑務所に存在する以上、かれらが適切な養護を与えられるべきであるならば、かれらのための特別の教育計画を發達させることが必要である。

彼らが非行少年であろうとなかろうと、精神薄弱児の保護に対しては法務省が責を負うことが適当かどうかということは問題にする価値があるように思われる。こゝにおいてもまた現在の組織は、それ以外の施設において病床が得られないという事実にもとづく、間に合せの対策として出来上つて来たように思われる。又たとえそれが賢明でないということが決定されたとしても、このような児童が相当多数あるように思われる以上、幾年かに亘つて慎重に計画を立て、漸次に変革するのでなければ、この組織を改めることは不可能であろう。

精神薄弱児は、厚生省児童局所管の施設^(註)において養護され、ある程度は同省の精神衛生担当の部局の監督下の精神病院及び上述の如く法務省によつて扱われている。文部省は施設收容を必要としない精科薄弱児の教育に責任を持つている。精神薄弱児のための收容力があまりにも僅少であること、又学校における特殊学級の大拡張が急務であるということについては誰もが一致しているところである。

ii 精神衛生審議会は精神衛生関係の諸業務に責任をもつ種々の政府機関の統合的計画を可能ならしめるよう組織されているか。

(意見) 精神衛生審議会は厚生省より委嘱された人々に依つて構成されている。同審議会は現在では精神衛生問題に関係をもつすべての省からの代表者が委員として含まれている。同審議会在厚生大臣によつて委託された何らかの困難な問題を従来取扱い、委員たちがそれ等の問題の解決及び将来の計画の樹立を助けることに多大の関心を示して来たことはいふまでもない。然し乍ら根本的に同審議会は一つの省に対する諮問機関である。同審議会は、その委員を通ずることによつて、又厚生大臣の意向によつては同審議会の助言が内閣へ通されるという事実によつて、他の省に対し助言し得る。

各大臣が各々の代表者を委員に任命し得るというような、より広範囲の任命制度により、或は関係省の責任ある行政官をもつて審議会を援護することにより、同審議会が異なる各省の精神衛生に対する関心を統合する上に、一層効果的な機能を發揮し得るかどうかということは政府の比較的上層部で考慮を払う価値があるように思われる。

註 精神薄弱児施設

相談所の精神衛生事業計画を統合するために、ニューヨーク州が利用している様式は可能性のある行政様式として調査してもよいであろう。この例において審議会は、州政府の関係ある部の部長を会員として構成される常設的組織であつて、その執行機関として活動すべき事務局を有している。この組織体は、施設の運営に関しては全然責任外にある。しかしながら、日本においてはかかる様式を採用するならば行政的困難を著しく増大せしめるであろう点に相違がある。

iii 業務の分散従つてそれによる費用の分割は日本における精神衛生の諸問題の把握を妨げるか。

(意見) 既に統計の項において注意した如く、施設に関する精神衛生問題の範囲を完全に記述することは甚だ困難であり、現在国家が必要とする費用を算定することは全く不可能である。これは唯、単に数字が得られないとか、或はある省の数字を他省職員が手に入れられないという理由によるものではない。明らかに政府のどの省においても完全な統計を作成するに充分な訓練を有する職員を充分有していないという事実もこれに与つている。調査官の手許には夥しい数字があるし、或る場合個々の施設はその集計が重荷であると訴えている。実に中央においては、それらの数字を適当に集め、それ等の統計が本来の目的に役立ち得るように施設や公衆に対して、それを解説するには人員があまりに不足しているように思われる。この仕事は単なる書記的な助力では不充分であつていかなる種類の数字が実際に価値があるか、又いかにしてその数字を信頼出来るような完全な形で得べきかということを計画し得る統計専門家を必要とする。後になつて知つたところによれば、厚生省はすぐれた統計調査部を有しており、それはもつと精神衛生の領域の仕事のため力を割き得るとのことである。日本においては医療の費用が多様の保険の制度によつてまかなわれていることがこの問題の理解を異常に困難ならしめている。この問題については、後に中央部の職員に関連して述べる。

B 精神衛生業務の部門は保健所と児童相談所ではつきり異なるか、或は避け得るような重複が存在しているか、又業務の重複の可能性はあるか。

(意見) 理論上保健所は健康の維持を目的として住民の健康な部分に奉仕するよう計画されたものである。そして性病、結核、歯牙疾患及び精神疾患(法律は精神疾患には触れていない。しかし保健所には精神衛生相談所が併設されている。)の領域においてのみ治療を許されている。又それはすべての年齢の住民に奉仕するように計画され、その本来取扱う単位は家族である。児童局は保健所においては母子衛生の事業を促進する責任を持つている。児童相談所は全住民でなく、問題を呈する児童及びその家族を取扱うように計画されたものである。これらの児童の大部分は或る種の性格の偏りを示すと思われるので、これらの相談には児童の精神医学的問題の診断、措置及び治療を助けるために児童指導クリニックを置く政策がとられている。そこで、精神医学的業務の領域において重複の可能性がある。ところが実際には、解決すべき外来

患者の問題の量は、保健所の提供し得る力に比して遙かに大であり、業務の重複の危険は極めて少い。理想を云えば、恐らく保健所は児童の問題を含めてすべての家庭的問題を取扱うように、その責任と職員を増大するように勧告されてよいかもしれない。そうなれば児童相談所は不足となり、児童局は保健所に対して、現に母子衛生の領域においてなしている如く、事業に刺戟を与えるという役割を持つことになる。ここに理想を述べたからとて現在の組織を問題にしようとするものではない。現在の組織はまだ極めて新らしいけれども、かなりよくいつているように見える。この理想はむしろ長期に亙る想像的考慮への刺激として提示されたものである。しかしながら、児童相談所は保健業務以外の業務を有するものであり、保健業務と福祉業務をすべて一個所の施設に集中するという事は、行政的には少からざる問題となるものである。それにも拘らずこの問題は論議する価値があるように思われる。

C 保健所における精神衛生相談所は保健所長の管理の下におかるべきか。

(意見) 現在精神衛生相談所は、大部分保健所の建物の中に設置されているけれども、保健所長からは独立しており、直接都道府県庁の管理下ある。相談所は終局においては、独立した施設となるべきであると云う政策が存するようであり、保健所に対して有機的な又地理的な関係は考えられていない様である。このことは或る財政的な利点を持つと考えられている。これは精神衛生問題を他の衛生問題とは違つたものとする傾向（公衆衛生領域の事情に明るい人たちの意見からみれば、一般に遺憾と思われる様な態度）が存することを示すものであろう。精神衛生相談所と保健所とを分離することは、極く早期の処置及び特に精神的健康の増進と云う点において精神科医と小児科医並びに保健婦との協力を困難ならしめるであろう。この政策の理解が正しいならばそれが、この本質的に新しい業務に関して確立される以前に更に引続き論議しそして恐らくは、再組織する必要があると信ぜられる。従来、公衆衛生院は専任職員をおくことが不可能であつたが、数年来精神衛生の教育が行われて来た。これによつて公衆衛生領域で精神衛生の教育と研究が発達するようになるであろうと期待されている。この点で同院と国立精神衛生研究所との間には健全な協力が行われている。公衆衛生院における精神衛生の教育を考慮に入れれば、将来保健所長は適切な協議の下に、精神衛生相談所の管理を満足に行い得るであろうと信ぜられる。

D 厚生省には精神衛生事業を監督するに十分な人員がいるか。

(意見) 厚生省には精神医学的行政及び、相談に責任を持つ9人の職員がいるようであるが、その多くは他の責任をも持つている。そのうち精神医学者は唯一人であつて(註) その他の専門教育を受けた人も少ない。法律によれば、これらの人達は何らかの程度において日本におけるすべての入院中の精神病者の保護に責任をもつており、保健所に併設された精神衛生相談所の運営に責任をもつている。明らかにかれらの職務は遂行が不可能である。今度の旅行中でさえ、

註 公衆衛生庶務課を指す。

時間もなく、目的も異つていた。厚生省より精神医学者と訪問した施設の長との間に行われた協議の量に私は深い印象をうけた。もし中央に十分な人員があれば、諸種の病院の規律を維持し、計画を改善する上に著しい効果があることは、極めて明らかであると思う。例えば標準的診断表を作る上になさねばならないことが多く、又各種の施設における作業方法の実施には非常な差があるということについては既にのべた。統計の適切な集計のためのみにも、専門的並びに書記的助力を要するだろう。大体の推計では、精神衛生部は、一年に直接費として、50億円程度の金額を要する医学保護の責任をもっている。かくも膨大なる計画は、それを中央で推進し、協議し、又ある程度までそれを統制するために、たつた一人の精神医学者を含む9人の人員以上のものを要求するよう見える。同様に児童相談所の業務の標準化を助成するために中心となる職員が児童局にいなくてもよいのかという質問を提示することも正当であるように思われる。私が見た少数の相談所においても、その機能と職員の組織とにかなりの差違がある。徹底的に標準化してしまうことは、たしかに賢明でないことであろうが、これらのクリニックを見渡し又そのために計画をたてる人が中央にあることは有用であろう。

E 精神衛生にたずさわる職員の行政上の地位は、かれらの職務の重要さと計画の必要性に適わしいものであるか。

(意見) 府県においても、中央官庁においても精神衛生問題は、むしろ下級者に委ねられる傾向があるようである。合衆国においては、精神病院の管理者に閣僚なみの位置を——技術的エキスパートとしてであつて、行政的にその位置を与えられるのではないが——与えている州政府が多いことを知っている私には、このことは著しい対象として目に映るのである。このようなやりかたが生じたのは、かれが取扱う問題に要する金額が大きいからである。精神的不健康の問題は一般保健の一環として見らるべきであり、このような特別の地位を与えらるべきでないというのが私の信念である。

それにもかかわらず、中央官庁において公衆衛生局庶務課中の一係以上の位置が与えらるべきではないか、又少くともある府県においては、精神衛生本来の名称の下に活動することが認められず、優生保護法を取り扱う課の中に埋れていることが妥当であるかということは考慮を払う価値があろう。

現在並びに将来なさるべき仕事の大きさに相応する行政上の重要さが、精神衛生業務に与えられているかどうかを討議することが適當である。精神医学行政の分野の専門家の養成がなされるべきであり、又公衆衛生の技術的教育がこのためにすぐれた準備となるということは、指摘に値いすることである。

2 日本における精神科医の任務

A 日本における精神科医とは何か

(意見) 私は日本における専門的訓練の制度を真に理解するまでにはいたらなかつたと思う

し、また過去2,30年間、とくに専門家認定の条件の標準化に多大の関心がそそがれて来た国から来朝しているの、本問題をあつかうのには報告書中の多くの他の問題についてよりも躊躇する。それにもかかわらず、児童関係の仕事の指導訓練をうけたことのない精神科医が、あかたも病院における成人患者相手の仕事のための予備修練が、一般的分野の中の更に専門的な分野の仕事をするために適切な準備になるかのように、突然、児童のみと接触する位置に任命されることがあるようである。非行少年に関する業務に従事する精神科医は、病院施設から直接にこの種の業務に明らかに移つた人たちがいるが、この新しい仕事をするために、この種の仕事に対しなら特殊な修練も特殊な関心さえも要らないかのごとくであつた。討論の結果判明したところでは、このような動きは通常精神科医たちの特殊な興味の結果である。或る場合には、成人に対する方法が直接、成人に対する仕事から児童に転用されて来て、二つの年齢集団における心理の差異、ことにコミュニケーションの型の差異について顧慮されていないと思われた。

又精神科医が、精神薄弱児施設の顧問として勤務している場合、全く非専門家として働いているという印象をうけた場合もあつた。彼は身体的検査を行い、「てんかん」の治療をするのが常であつて、行動異常の取扱いについては、一度診断がつけられたのちは、明らかに何らの援助も彼から期待されていなかつた。精神科医は、行動の科学の同僚たちからは診断家と目されていて、行動の管理や異常行動の矯正におけるエキスパートとは見られてはいないし、異常行動の発生の原因と、その発生に関連のある心的機制を解明してくれることのできるエキスパートさえも見られていない。討論参加者はこの記述は誇大であると感じた。もちろん何処でもこのとおりではないが、私の経験では例外は比較的稀である。

しばしば要求したにもかかわらず、精神医学的職務の資格の明細が示されたことはなく、私の印象によれば、共同業務にさいして何故に精神科医に価値があるかについて「あまりに考慮が払われなさすぎるようであつた。精神科医と精神医学は結構なものとしてされているようであるが、単なる診断の任務のほかは何のために有益なのかを専門家仲間でも、外部でも考慮されることがあまりに少ないようである。

もし、これが従来考慮されてをり、何らかの結論に達していたらば、ある新しい職務に関する細目も作ることができ、その要求に応じ得る精神科医を養成する訓練の機会を考察することもできるということが明らかになろう。上記のことは主として、最近二三年間に設立され、児童ならびに成人の外来相談として始められた、新しい専門分野に当てはまるのであるが、問題の多くは病院の伝統的施設で働く精神科医にもあてはまると思う。

精神医学の専門家たるべき医師の基準を設定することが必要であるとするなら、誰がその基準を作るべきかが問題となる。これは国によつてそれぞれ異なる。欧州では、これは一般に大学の任務であるが、英国は例外であつて、その形式はむしろアメリカと似ている。

アメリカでは医療専門家は、外部からの支配に反撥する傾向があり、大部分専門協議会を通じて、自身の基準を設定している。協議会は、当該分野の専門家たる証書を受ける資格認定の受験に必要な訓練と経験の量と様式を指定する。資格を認定することは、決して容易な仕事ではない。最初の試験で志願者の半数が落第することもある。一般について、精神科医を雇っている私立並びに国立の機関は、協議会の設定した訓練や経験の基準を利用し、志願者の訓練と資格の水準に応じて俸給を定める。

欧洲・英国・アメリカの制度は、何れも日本に適應できぬかもしれぬ。現在の資格認定の制度は、私には漠然としているが、現実には日本の精神医学の発展の現段階に適切なのかもしれぬ。それにもかかわらずこの問題はこの討論において注意を払う必要がある、日本精神医学会が^(註) 日本医学会並びに、政府機関その他とこの点を検討する委員会を設定するのが望ましい、

B 精神科医の訓練

i 精神医学における大学普通科教育の問題は何であるか。

(意見) 日本の医科大学における精神医学の普通科教育は、一般的な印象からいうと、そのためにあてられている時間は、学生が利用し得る時間からいつて妥当なものであると思われた。もつとも、どの国においても同じ事であるが、学生の授業時間を多くとろうとして、各分科が争っている状態にある。医学的心理学や精神生物学は、まだ臨床にたずさわらない学年の時に解剖学・生理学・化学・細菌学とならんで基礎科学として教えられるに至っていない。それは恐らく、力動心理学的な考え方そのものが、多くの大学で急速には発達していないことによるのであろう。これは思らく、精神療法の未発達と云うこと、及び屢々云われていることだが、日本の精神医学が多分にドイツ流の考え方の影響を受けていることにも関係があるのであろう。そのため、フロイド・マイヤー・サリバン等の、人間の行動を説明するため、心理的な力やメカニズムを強調する立場の人達を無視しているからである。言語上の障壁及び戦争中の孤立が、この事情に拍車をかけている事は疑いない。しかし、この国の図書館を再び豊富にすることが出来るようになれば速かに事情は変るであろう。これは又、日本の医科大学での授業の中に、健全な中庸主義を発達させることを促進するであろう。日本では、専門家中の指導的な人は、何らかの学派を代表しなければならぬと感じる傾向があるらしい。それは通常は彼の先生のそれである。一般に、これは避けなければならない傾向であろう。というのは、それはとにかく、人間行動の諸問題についての様々な考え方の価値を、自ら決定するのに必要な知識を学生に与えないことになり、且つ学生及び職員にとつて、研究のために適切な話題の範囲を制限することになりがちであるからである。

日本の医学生が、その経歴の何らかの時間に、患者と診断的面接以上の面接をすることは稀なようである。治療的努力へと導き、患者の心理を一層充分に理解させるような患者との継続

註 日本精神神経学会

的接触が許される場合は稀である。これは他の分科における実験室での実習に比較すべき、精神医学の教育の一面と思われるので、一層考慮を払う価値があることであろう。身体的な訴えを持つている患者の精神医学的問題にも、同様な注意が払われるべきである。このことから、精神身体医学の問題に対する興味が増加するであろう。

私はすでに、これらの観察の基礎となつた調査の範囲について述べたが、ここで述べたことは更に研究さるべき示唆であつて、完全な、且、適切な研究に基いた勧告ではないということを中心に繰り返したい。

ii 精神医学における卒業後の訓練に問題があるか

(意見) この問題に関連のある幾つかの資料はすでに「精神科医とは何か」と云う問題と関連して述べてある。或る国の養成の方法に全くおなじみになつていない人にとっては、自分の考えを急に變えて他の国の制度を理解することは、極めて困難なことである。しかし私の印象によれば、若い医師が専門家となる過程について、十分な考慮が払われていないようである。現在並びに将来において、精神科医に対する多くの要求が存在するということから考えて、この問題に対し、大学や現在実務についている専門家及び文部省が、より多くの考慮を払うべきではないかという疑問を提出するのは、適當であると思われる。診療に対する要求と一般に必要なと考えられる長い訓練期間に鑑みて、多くの国では精神医学における訓練に対して助成金をみとめるのが普通と考えられている。精神科医を訓練するための方法を研究し、現在行われている訓練のための機会が国民の現在ならびに将来の要求を満たすのに、充分かどうかを見きわめることは、真に必要なと思われる。

iii 精神医学の分野における専門化は推進されるべきか

(意見) 精神医学において専門分科が細分されすぎているとの批判もあるが、なおこの分野においては、いくつかの専門化の必要があるように思われる。世界で現在最も緊急とされているのは、児童精神医学の専門化に関してであり、そしてそれは、通常の成人精神医学とは非常に異つていたので、その仕事を普通の訓練しか受けていない精神科医に期待することは出来ないと主張されている。

私の意見によれば、子供の治療の発達が少なからず期待されているのであるから、児童精神医学の特別な専門的訓練のセンターを發達せしめることは考慮する価値があると思われる。

精神医学的行政は、やはり世界の幾つかの地域、特に大部分の精神科医が治療と研究に彼等の努力を集中している地域では、一つの専門領域と考えられている。一般的にいうと司法精神医学の如き専門分科は、専門家をあまり多数に必要としないので、その訓練はその分野に特別な興味を有する人による、徒弟教育的なより非公式的なものでよい。

C 精神医学的相談事業^(註)において治療と診断的機能の間に妥当な均衡が存在しているか

註 Out-patient psychiatry.

(意見) すでに指摘した如く、日本では大学以外の場所における精神医学的相談事業は新しいものである。このような状況において、クリニックの直面する主要な諸問題は、重篤な行動上の問題並びに精神薄弱の診断と処置である。しかしながら、既に公衆は、これらのクリニックに、さほど重篤でない障害で単なる施設への収容以上のことが必要であり、且つ単なる助言では充分でないような障害を持つて来るきざしが見える。これらの症例のためには、行動を規制する態度に影響を与えることのできる治療、時に洞察療法と呼ばれる治療が必要となる。そのためには、ただ一回面接し、その後でソーシャル・ワーカー、又は誰か他の処置をしてくれる人に引渡してしまうということでは不十分で、それ以上の仕事が必要だということが認められている。

私の意見によれば、日本の精神科医の大多数は、まだこの問題に直面していない。若しこの分析が正しいならば、クリニックの運営においてもまた精神科医の訓練においても、精神療法に将来より多くの関心が向けられねばならないであろう。

3 補助的専門領域・心理学及びソーシャル・ワーク

A 心理学及び心理学者の状態は如何?

(意見) 心理学は、日本においては精神医学における全ての相談事業において、大きな領域を与えられて来た様に見える。そしてある場合には、所長としての指導的位置を獲得したように見える。概して心理学者たちは、非常に多数のテストを使用している様である。

そしてこれらのテストが数字的な決定を与えるが故に、彼等は診断において少からざる重要性を認められている。プロジェクト・テストも、ある程度用いられているが、それらは、知能検査法ほどには発達していないようである。使用されている知能検査は、英語又はフランス語から翻訳された後、適切に標準化され、確立されたように思われる。日本における、より近代的なプロジェクト・テストを標準化すると云う研究も若干なされつつあるようである。これに伴う問題は、日本に特有な困難でなく、これらのテストの多くは本国に於ても標準化が不十分である。

クレペリン検査法^(註)は非常に多く使用されており、それは知能検査としてのみならず、同時に一定の性格特徴の検査としても利用され、解釈されているようである。自分はこの検査法は十分に標準化されていると聞いたが、その標準化のデータを知らせてくれる人には遭遇しなかつた。

又問答式で被検者の性格のプロフィールを示す様に記録されるテストも、少からず信用している。自分のために翻訳されたところによれば、その間は非常に複雑で誰にでも誤解され易いものの様に思われ、又故意に、或は、病理的な精神現象による自覚されない正確に応答する能力の欠如によつて、殊に応答が歪み易い様に思われる。諸検査は通常研究の手段として使用されて

註 内田クレペリン精神作業検査。

いと述べられたが、使用に際して、評価の手順 (evaluative procedures) が検討されているという証拠は余りなかつたし、依頼したにもかかわらず、それらに関する研究報告は自分に示されなかつた。

ケースの評価に有用なものと、研究の目的に行われるものとの間には、明らかな区別があるべきであり、第二の種類テストは、有能な研究の訓練を経た心理学者又は精神医学者であつて、実際に研究上の分析を行い、又検査に関する仮説を有する者が存在する場合にのみ使用されるべきである。この様な仕事は通常、大学と連絡があり、それによつて研究上の問題について協議し、助言を受けることができるような者によつて、最もよく行うことができる。他の諸国の経験によれば、解釈が行われないような検査のデータを集めることは、余り価値がない。しかし、このことはそれによつて学ぶ所が少なかつたことを意味しない。合衆国も他の諸国と同じく目的のないテストをしていると云う責任を免れないものと私は想像する。ここに述べた批判は単に心理学者だけでなく、精神医学者にも同様に向けられるものである。

臨床心理学者の養成については視察しなかつたが、報告を受けたところによれば、各大学に於ては、臨床領域よりもむしろ生理学的、実験室的な心理領域において教育する傾向があるという。もしもこれが事実ならば、他の国々でのように、臨床心理学の教育については、訓練の一部として監督下の臨床的実習配属 (supervised clinical placement) を行うことに考慮を払つて研究がなされることが賢明であらう。

或る国々において心理学者は、単なるテストの技術者ではなくなつて、同時に治療的責任を一部として監督も許容されるようになってきている。このことは、従来特に読み方や言語の遅滞並びに障害及びその他のある種の学習上の問題に於ける場合にはそうであつた。

B 精神学的ソーシャル・ワーク及びソーシャル・ワーカーの状態は如何？

(意見) 日本における、ソーシャル・ワークはそれが専門としての位置を獲得したといえるとしても報告によるとそれに対する俸給は極めて低いようである。恐らくは俸給が低いためと又その他の理由によつて、要求される教育課程も低く、高等学校卒業後二年の後にソーシャル・ワーカーとしての資格が与えられている。このような訓練を経ただけではワーカーたちはその業務で当面するような、家族間の複雑な相互人間関係の問題を適切に処理するには、あまりに未熟であるという点を多くの人が懸念しているようであつた。

明白に精神病理学的問題を持つケースを取扱つて行くための専門分野である、精神医学的ソーシャル・ワークは、日本には存在しないし、又それらの専門家を養成している場所も少ない。彼等が養成されている所では、彼等はケースに対する継続的な治療の責任の多くを与えられており、臨床的チームの他の人たちは新しい診断的問題え関心を示しはじめています。

社会事業学校は、ソーシャル・ワークの理論及び教授に於て積極的なようである。そこでは精神科医を教授陣に加え、又カリキュラムの立案に関係させている。討論の結果判明したとこ

ろによれば、一校はその計画に精神医学的な考えを取り入れていない。更に実習機関に配属された学生の指導に関し、前述した未熟さによる困難を最低限度に止められるよう、若いワーカーたちの指導法を発達させることに強い関心を示している。指導方法の発達については更に討議し、考慮する価値があろう。社会事業学校の図書室の特色については、私は強い印象を受けた。他の施設のそれと比較してそこを訪問することは私の特権であつた。

(各種の相談所において、ソーシャルワーカーは、実際まず機関を見つけ、そしてケースの始末をつけるに使われている。彼等は例外もあるかも知れないが、屢々決定を行う臨床的グループの一員ではない。討論が示したところでは、ここに示したよりも一層完全な、ケースワークの原理への、より多くのチームワークへの強い傾向がある。心理学者の場合と同様に、日本の新しい各種の相談所に於けるソーシャル・ワーカーの役割と任務を定めるために多くの努力を払う必要があろう。又何処で、如何にどの位の人員をそれ等の専門家として養成するかと云うことも議論されなければならないであろう。)

施設における寮父母や保育所の保母のための特別な学校は、ユーゴスラヴィアにおけることや似た教育計画を採用していたが、私にとっては新しい経験であつた。仕事をしているところを観察したところでは、これ等の学校を卒業したものが立派によく彼等の仕事をしているようであつた。しかし、かかる短期間の訓練では、未熟から生ずる問題が残されており、このことがやはり、この事業の指導者の関心をひいていた。

C 精神医学の心理学及びソーシャル・ワークに対する関係は如何

(意見) 精神医学における臨床的チームに通常含まれる三つの専門分野の理想的関係とは、各々が独自の専門分野を有しながら、しかもなお夫々が研究されているケースのよりよき理解に寄与するような関係である。これは、各専門に属する人が、他の専門分野が何をなし得るかを知り、又他の専門分野の各々に至当な仕事の分野と位置とを認めるということを意味する。このことは各々の専門家が少くともある程度、他の専門分野と協同する訓練を受けた場合にのみ可能である。というのは、それでなければ、互に何を期待すべきかを知ることができないからである。この目的に副う訓練計画の問題は複雑であつて、日本においては研究の価値がある。精神科医は通常臨床チームの指導者と考えられている。というのは、精神医学、医学及び或程度社会諸科学をも含む比較的広汎な知識を有しているからである。実際に今日の日本の精神医学においては、このような訓練は普通には見られない。そしてそれが必要かどうか、どの程度必要かを討議する必要があるように思われる。

このような訓練については、恐らくある警告を表明しておくのが良いであろう。それは、世界を通じての実験問題である。アメリカ、イギリス或はその他の国の現在の制度が日本の要求をみたし、又同じ専門分野が日本で用いられるべきだということも保障の限りではない。

新しい制度を始めるには、そのための雛形が必要であろう。しかし、これらの雛形はそれ

が必要性に応ずるかどうか絶えず吟味すること、又それが一旦うまく行われ始めたからといって、単に与えられた利害関係だけから持続されることのないように努められることをおすすめする。

4 特殊な重要問題

A 医療関係者は最大限に活用されているか

(意見) 多くの人が思い出されるように、私は訪問期間中常に医療関係者の職務について質問をつづけて来た。これは一つには、日本においてはアメリカにおけるよりも、はるかに多く医師が施設の仕方のために利用されているという事実によるのであるが、一部の施設においていかにしてそのような多くの医師を使用できるのか理解し難いように思われる。

58名の乳児を収容している一乳児院で、なんらかの急性疾患を有するものは一名もなく、わずか数名が軽度の結核感染を有しているといわれているのに、一名の小児科医がその全時間を宛てて何をしているのかということも理解しがたいと考えられる。150名の身体的には健康な精神薄弱児を収容している一施設に一名の小児科医が専属して何故忙しがっているのか、5名の分裂症患者と50名の精神薄弱者を収容している一医療少年院において、一名の精神科医がどうして忙しがっているのか了解し難い。この問題は、短期の視察後に取りあげるには、特に困難な話題であるが、貴方がたの顧問である私を悩ませたので考慮して頂くためにとりあげる。これには疑もなくはつきりした適切な説明があろう。

医学が非常に専門化している国から来たので週に僅か一・二回しか手術のない施設に一人或いはそれ以上の専門胸部外科医がおかれている医療のやりかたを理解することも困難であった。繰り返して強調したいが、これは批判の意味で言っているのではなく、唯私はこの事に首をかきげているだけで、とにかく医師の使用法という全般的領域に一層論議に価する問題が存在しているであろう。

B 非行少年の診断、審判及び処置の方法は望ましいように簡素化されているか

(意見) 少年犯罪及びその取扱いは、日本においては充分慎重に考究され、計画されているので、私はこれに関し質疑を出すことを躊躇するものである。他方現在の制度は外見ほど円滑に運営されて居らず或る段階に於いては機能の重複があると思われ、又他の段階においては所見に関する連絡が不適當の様である。或る場合には、犯罪は何ら裁判所の決定なくして明らかに警察の手によつて取り扱われているように思われ、又或る警察の部門は此の仕事に当り不良化防止の計画を実施するために精神医学的部門を有している。14才以下の不良児は通常審判に付されることなしに児童局の機関^(註)によつて、本質的には非行児ではないかの如くに取扱われているようである。14才以上の場合は通常家庭裁判所の少年審判部に送られ、法務省に属する少年鑑別所によつて検査される。

註 児童相談所および教護院を指す。

少年鑑別所は、児童が裁判の判定を待つ間拘留される施設の一部である。少年鑑別所と裁判所との連絡は一般に文書のみによつて行われているが、少年鑑別所の報告がせいぜい事例の20%においてしか裁判所によつて実施に移されていないのはおそらくこのためであろう。ある場合には裁判所では少年鑑別所の仕事に不満で一部の事例を再検査するために独自の診断計画を実施に移している。上述の手續にはあまりに例外が多いので少年犯罪を取り扱う現状は、大巾に簡素化され得ると思われ、何れにしても関係機関の間の連絡がよくなれば困難な事情が著しく減ぜられるものと信ぜられる。そのような連絡をよくすることが今後の研究*対象であると思われる。

C 日本において精神療法の発達が遅れているのは、独自の文化的因子に関係があるか

(意見) 精神療法は治療者と患者との間の通常ラポール時には転移とよばれている特殊な関係の上に立脚していると一般に信ぜられている。日本人は感情的に緊密な関係をもたない傾向にあり、夫婦は熱烈なロマンチックなタイプの関係を持続せず、子供に対する肉体的・言語的な愛情の表現も頻繁には示さないといわれてきた。このような関係は文化によつて規定された抑圧によるもので、成人においては開放され得ないものであるとある人たちは主張している。通常持ち出される例は悲しみの表現をしないという事であつて、日本人は欧米人なら泣く場合に微笑をうかべるのである。同様のことは従来英国人についても云われている。即ち彼らは感じたことを常に控え目にのべるので遂には感情を人に伝える能力を失うといわれている。此の英国には従来から多数の精神分析医がおり、彼等によつて患者と医師との強い感情的結びつきを利用する治療方法が、用いられているという一事を以てしても、日本の文化にあらわれている感情の抑圧を以て、日本における精神療法遅滞の原因とみなす考え方を疑わせるに充分であろう。しかしながら戦争中における欧米の精神医学との隔絶及びさらに在学中および卒業後の医学教育の方針を決定する歴史的な原因の中に解答が求められるかも知れない。

(この記述はしばしば引用されるものであるが日本人はこれに同意しなかつた。)

D 日本に於いて必要な研究は何か

(意見) 多くの研究上の間については既に述べた。行動の異常に関連のある神経学的及び生理学的研究は両分野とも大いに発達せしめる余地はあるが既に健全な発達を遂げたようである。

双生児における遺伝学的研究は充分に行われており、今後の発達のためのすぐれた機会を提供している。私は最初に生れた一卵性双生児を研究するという好機会に特に興味を覚えた。すなわち、これらの双生児は同じ環境の中で生育するが異つた身分を持つわけである。^(註) この様な研究も今後発展させる価値がある。遺伝関係の研究の中には最近のこの分野における諸文献に恵まれていないように思われるものもある。

* 本節にのべた資料は十分に討議された。ここにのべた困難性は誇大であると感じた人もある。

註 日本の社会では、最初に生れた双生児の中の一人は長子としての身分を持つわけである。

理学的治療法の研究は場所によつてはよく計画され、実施されているようである。この研究も拡張し精細ならしめてゆく必要がある。

パースナリティの発達という分野に、真の関心が動きはじめて居り、また研究が開始されている。この分野における方法論は新しく且つ困難なものであり、多くの場合治療的なラポールを包含している。

此の種の研究においては、結果を解釈するために患者と同時に「正常者」をも研究する事が必要である。

此の種の研究を開始しているのはわずかに 2, 3 箇所であり、私は此の問題を重要と考えそれを更に発展させる事をお奨めする。此の種の研究が正しく進歩を遂げるならば精神衛生のための日本の基礎的資料が得られ活用されはじめるであろう。

疾患の疫学的研究は私の注意を引いた範囲では新しい国立精神衛生研究所だけでとりあげられている*。日本政府がこの研究所を設立したことは祝賀さるべき事である。のぞむらくは、その研究計画が発展することが許され、また出来るだけ広範囲な規模において、相談事業に当る臨床チーム(註)の積極的な訓練をはじめてほしいものである。

多くの国において精神療法の発展強化は研究問題としては考えられないであろうが、日本においては、余りにも発展がおくれているので、それもここに含むべきであると感じられる。

更に症候学や診断学の古典的教育を超えて精神力学 (Psycho-dynamics) や精神療法の広範な分野にまで立入るところの医学教育の方法に関する研究の必要がある。

E 日本人専門家の海外留学の必要

戦争中は、世界のすべての国が或程度互に隔絶していたので、すべての国が他との接触を新たにする必要に迫られている。この事は経済的な事情から雑誌や書籍を得がたいため、今なお、引き続いて隔絶している日本のような国にとつては特にいえることである。

日本の指導者たちが、日本に存在し、又潜在する精神医学的才能の偉大な源泉に充分な結実を齎らす刺激を得てくるために、ある期間、海外で訓練を得て来ることは、日本にとつて必要であろうことは言を待たないであろう。

* 後に調査したところによれば、ここに述べたより更に広範囲の興味を抱かれている。

註 Out-patient Clinical team.

厚生大臣宛の書簡

謹啓、このお手許に差し上げる手紙は二つの目的を持っています。その一つは過去数週間に亘つて、日本における精神衛生の研究及び調査を行うに際して、貴下並びに貴省職員方が私のために特に御援助を賜つたことに対し深く感謝いたす次第であります。私の仕事或は私個人のために公衆衛生局庶務課特に精神衛生係の方々には非常な尽力を願つたのであります。特に会議及び旅行に協力された斎藤技官に感謝いたします。

第二の目的は、すでに完成し提出されました報告書の極く簡潔な要約を差し上げることであります。この報告書は7月9日、1日中かかりました会議で、日本における精神衛生に関係ある各機関よりの代表者によつて討議され論議されたものであります。特に現在において、貴下がその下で御努力なさつておられますその大きな重荷については充分承知しておりませんが、この短い要約がお役に立つものと存じます。

先づ第一に精神障害者を収容する精神病院や諸施設における患者に対し医療保護がよく行届いているように見受けられます。これは主として精神医学上の看護が充分に与えられていることによると存じます。

日本では多くの他の国々よりも精神障害者のための病床が非常に少く、必要とする数と比較してあまりにも少いと思ひます。疑もなく財政上の切迫がその原因の一部をなすものでありましようが、しかしなお、この事実直面しては近い将来にもつと病床を増加しなければならぬと痛感されるであろうと私は強く感じます。使用されている治療方法はよき考慮が払われており、それに関する研究も或る施設では進んでおりました。精神病院でも又外来クリニックにおきましても治療の一方法として精神療法が閑却されていることに痛感したのであります。これには多くの理由がありましようが戦争中の日本の孤立及び戦後精神医書の内容を時勢に応じたものにするのができなかつたことも、少からず原因となつております。あらゆる方法によつてこの事態を改めるために、貴下及び貴省職員方の御希望にそよう私は最善を尽したいと存じます。

保健所における精神衛生相談所と児童相談所の目的としているところは遠大なものがあり、徐々に実現されつつあります。それが計画通り完成すれば、日本はたしかに誇り得る相談事業の体系をもつことになりましよう。現在この体系は緒についたばかりでそこに働く人員が著しく不足しております。その上そこに働いている多くの人々が未熟であり、適当な訓練に欠けております。経験は失敗を或る程度補うこともありましようが、しかし私の印象では養成訓練の機会を拡張し、厚生省自体が指導監督と奨励とのために尽力されることが必要であると存じます。この仕事のために又各相談所や各病院の体系を指導管理するために精神衛生係の人員が拡充されて、それらの要請に応ずることができるようにも劬告申しあげなければならぬと存じま

す。

この指導管理のために職員を訓練することは全養成訓練計画の中でも重要部分であります。新設国立精神衛生研究所の研究計画は印象に残るものであつて又よく考究されたものであります。同研究所は日本が必要とする緊急的な精神医学上の研究及び養成訓練の申請にある程度応ずる能力を持つており、それを推進するよう熱意と意欲とを有しているようでありますので、このことが有益であると立証されるべく実績があがるにつれ、予算を拡大されることが可能であるよう希望してやみません。

以上これらの事は、しかし乍ら広範囲に亘つている報告書の重要な部分のほんの一部に過ぎません。ぜひともいつかゆつくり御覧下さるよう念願する次第であります。なを、もう一つ貴下に御考慮お願いしたいことがございます。それは精神衛生審議会を強力なものとされ、精神衛生に関する機関を有する関係各省に充分関連を持つ連絡機関として仕事ができるようにされることであります。それらの省の中には貴省は勿論法務省、文部省並びに家庭裁判所及び少年審判部を含めて最高裁判所で包含されるのであります。

重ねて、私の日本における滞在が有益であつたことに対し貴下並びに貴省職員方に対し深甚なる感謝を捧げますと共に、私に賜つた非常に多くの大小様々な御親切に対して私の訪問が何らかの形で少しでも報いることがありますよう念願する次第であります。

昭和 28 年 7 月 13 日於東京

医学博士 ポール・ヴィ・レムカウ

あ と が き

以上の報告書を書き、翻訳し、謄写印刷する苦勞は、四日間の中に相当多数の人々の手によつてなされた。その人達の中には顧問がお目にかゝつた上個人として又WHOの名において謝意を表する機会がなかつた人たちもある。報告書をかき、翻訳する仕事は、東京の公衆衛生院が、親切にその資料を提供されたので、同院においてなされた。又日本語の謄写印刷は国立精神衛生研究所の職員の手になつた。

本報告書に対する討議は、やはり国立公衆衛生院において、1953年7月9日に行われた。厚生省及びその児童局、法務省、文部省、家庭裁判所、少年審判部、精神薄弱児施設並びに精神薄弱児のための養護学校、少年鑑別所、精神病院その他の代表者約30名のためのこの催しの目的は、これら

すべての人々に顧問の印象を良く知つてもらい、これに対する異議もいつてもらい、又これらを敷衍する機会を与えるにあつた。この事は討論に当てられたおよそ7時間にわたつて大に行われた。しかしながら、恐らくさらに重要な目的は教育的な点にあつた。即ち、これによつてこれらすべての機関の代表者たちは、全領域にわたる多少とも全体的な討議に参加する機会を持ち、これによつて将来に於いて相互の連絡は容易になるであらうし、共通の問題に対する相互の認識も高まるであらう。

これらの目的がある程度達せられたことは、厚生省公衆衛生局庶務課長小沢氏の司会の下における出席者各位の協力的精神の賜である。

ABSTRACTS

A Study on the Development of Character by Twin-method

By

KEIZO OKADA

The twin research, especially the follow-up study for long years, is regarded to be most effective to discuss the problem on the influences of hereditary and various environmental factors for the make-up of the character, and the environmental influences should be expected to be discussed more clearly by the analysis: In what way do the discordances in character of identical twins develop and what are the causes?

To answer the question stated above, in this report we dealt with 10 pairs of male identical twins of 22 to 26 years of age now, who were the participants in the "Twin Camp", which had been held by the research team of the Institute for Brain Research, Tokyo University, including the author, in August 1942 and August 1943. In this camp we lived together with the twins for about 10 days to observe the characteristics of their behaviors in daily life situations as well as in many experimental conditions. The author has kept contact with these identical twins continually from that time on, and traced their mental growth, particularly the progress of the discordances in each pair of twins. The author interviewed them many times, and collected the informations from their families and friends about their life histories. In 1953 and 1954, we had the chances of getting together with these twins again to observe directly the change in characteristics of their behaviors in various situations.

In the "Twin Camp" in 1942 and 1943, it was found that there were remarkable concordances in the character of identical twins with the striking contrast to obvious discordances in fraternal twins, and that at the same time there existed various kinds of discordances in identical twins due to differences of physiological (embryonal, natal and postnatal), psychological and social conditions between the pair.

In the follow-up study since then, we have found also the significant resemblances of character development in the identical twin pairs. It was, as a matter of course,

partly produced by the same environmental conditions, the factors such as mutual identification and so on, although hereditary factors were regarded to be dominant.

However, what we were concerned with was to find out the discordances of character development in identical twins and their causes.

In most cases, the character discordances evolved in the process of years. And it was observed that the extent and degree of discordances in character development varied with the fundamental character structures of each pair.

In the twins of easily excitable and impulsive character, or the twins, who were highly intelligent but susceptible, the discordances of character structures in both cases have been respectively enlarged increasingly and have become more complicated, compared with the twins of hyperthymic character who could dissolve easily their frustration, or the twins of syntonic character who could adjust properly in any circumstances. And the cases, in which character discordances may be found even in the profound psycho-physiological strata due to some differences of the physiological conditions in the early developmental stage, have shown also complicated change of character discordances with the advancement of age.

The noteworthy causes, in which the author became interested, were the relationship of twins with the parents in infantile age. In Japan, twins are sometimes discriminated in the family as elder brother and younger brother. The influences of this discrimination could be recognized in various ways in every stage of their development. But, at the same time, the qualities of such influences also depend upon the qualities, which are always concordant in identical twins and regarded to be largely hereditary in origin.

A Study on the Personality of the Traumatic Neurosis

by Rorschach Test

By

Y. KATAGUCHI & H. DENDO

It has been noticed at the Tokyo Labor Accident Hospital that not a few persons who were diagnosed as traumatic neurosis came to the out-patient department to request the doctor's recognition of a labour accident for the insurance. Those patients most of whom showed hysterical symptoms came from the groups of day workers with little

education. We becomes interested in finding out characteristics of the personality of those patients by administrating the Rorschach test.

The subject was named H-H group which consisted of the groups of day workers with education of the first eight years or less. In spite of an expected results, they tended to show "Rorschach Rigidity" rather than hysteric character. For a comparison of the result, N-H group and N-N group (cf. Tab. I) were taken for consideration and the results listed on the tables (cf. Tab. III).

Conclusion : The following is conclusions from the results of the project.

- 1) The fact that there did not seem to find hysteric character in the group might suggest the necessity of rivision of the way in which Roschach Hysteric Sign is dealed.
- 2) It is asunmed that a group such as H-H group which has an indication of extreme-rigidity might tend to show hysteric symptoms in given stress situations.

A Psychiatric Study of Institutionalized Infants

By

YOSHIKO IKEDA

The purpose of this study is to investigate the adverse effects of deprivation of maternal care on the infant.

Questions raised by the author is as follows :

- (1) How does the infant react to sudden separation from the mother?
- (2) What is the influence of the complete or partial deprivation of maternal care on the infant's physical, intellectual, social and emotional development?
- (3) What effects do these early experiences have on the later personality development?

The author examined sixty-four infants (36 boys, 28 girls) at the Home for Infants which affiliated with the Tokyo Saiseikai Central Hospital during the years 1950 through 1955.

Of 64 infants, twenty-four were orphans including two half-blooded boys, and the

rest of them were referred for socio-economical or medical reasons. Nine cases were found to have hereditary taints.

Both physical and psychological environment of the institution were compared with that of ordinary homes. It was disclosed that environmental defects of the institution were characterized as follows: (1) limited living space, (2) daily routine which is unified and not adjusted to individual infants, (3) complete social isolation, (4) absolute shortage of toys or play materials, (5) deficient and impersonal contacts of infants with mother substitutes, (6) prolonged frustration of the basic needs of infants.

Although the way of physical care in the institution conformed to the highest standard in spite of unfavorable status of this country after the end of the war, it was considered that the further improvement would be necessary from the viewpoint of mental hygiene.

Conclusions.

(1) By using the Aikukai Developmental Test, a Japanese edition of Hetzer-Bühler Test, the average D. Q. of the whole group was found to be 63.7 with S. D. 23.1, while the average D. Q. of the group over two years of age was 40.7 which was the lowest.

With the Tanaka-Binet Intelligence Test, the average I. Q. was as low as 49.

The greater part of the drop in D.Q. occurs during the first six months: the average D. Q. at the third month is 83, at the sixth month 69, and by the end of the first year it sinks to 53, by the end of the second year to 42.

It was clarified by means of factor-analysis that the correlation of the D. Q. and the duration of the deprivation of maternal care, and the correlation of the D. Q. and the age at which the infant was referred to the institution were both statistically significant, but the correlation of the hereditary taints and the D. Q. was not significant at .05 level of confidence.

Drop or rise of the D. Q. is dependent on the amount of personal care given to the infants.

The retardation in learning ability, sociability, psychological production, especially language acquired was significant. Development of physical functions of the infants was inferior even to that of children from poor homes.

(2) With the Ushizima Social Maturity Scale, it was found that the institution children showed the lower score than the children in ordinary homes.

The degree of retardation in social maturity was found to be more than one year in every aspect.

Their A. D. of the Vocabulary Test was 35 in ability to express and 29 in ability to understand. Difference of A. D. between the institution children and the control group was statistically significant at .01 level of confidence. The control group consisted of children from normal homes and children who had been in other institutions after spending the first three years at their own homes.

(3) "Initial shock" symptoms of the infants caused directly by separation from their mothers were physical disturbances such as digestive trouble, loss of weight and so on; regression in their overall development; and the disturbances of interpersonal relationships.

The degree of initial reactions has a correlation to a certain extent with the quality of the relations to their mothers before the separation. Initial reactions were observed for two to four weeks.

(4) The chronic reactions of these infants, that is, symptoms caused by prolonged institutionalization, were as follows;

(1) Physical symptoms: poor sleep; pallidness; diarrhoea; failure of gaining weight; various nervous habits such as nodding spasm and similar stereotyped head movement, rocking, thumbsucking, self-injury, etc. and other psychosomatic disturbances.

(2) Psychological symptoms: blandness of facial expressions; unresponsiveness to such stimuli as a smile; imperviousness; quiescence; fearfulness; exaggerated fear to laud, unexpected noise or strange objects; resistance to new situations; withdrawal; autistic attitude; refusal or indifference to contacts with adults; excessive preoccupation with nurses or strange persons and so on.

These symptoms were correlated to the duration of deprivation, but not to bad heredity.

It was statistically concluded to be significant that disturbances became serious, when the infants had stayed in the institution more than one year, or they became over 18 months of age.

(5) Moreover, the author investigated the effects of frustration in two kinds of experimental situations: (1) Lewin's Frustration-Aggression Situation, and (2) the experiment in which the infants were ordered to pick up red beans according to certain rules.

With these experiments I compared the differences between the institutionalized children and the control group.

In the first experiment, institutionalized children showed less social behavior inclu-

ding addresses to the experimenter, and less aggressive trend. Especially they lacked aggressive behavior to social barrier (experimenter).

In the second experiment, they showed less emotional expressions and diversion behaviors.

They also showed remarkably stereotyped working habits and achieved the difficult task keeping many rules.

Consequently, I reached the conclusions that these findings seemed to have correlation with their low level of aspiration, their trend to feel the pressure of social barrier more susceptibly than control group, and their rigid personality structures.

所 報

主 要 行 事 (昭和29年10月より昭和30年8月迄)

- 29年11月18日 W・H・Oフェローとして一年間米国に留学中の児童精神衛生部長，高木四郎博士，児童精神医学に関する研究視察の予定を終了し帰朝
- 29年12月27日 世界精神衛生聯盟副会長，F・FREMONT-SMITH 博士，同理事長J・R・REES 博士，研究所視察のため来所。
- 30年4月13日 W・H・O 精神衛生課長，G・R・HARGREAVES 博士，W・H・O 援助計画にもとづく施設の視察及び援助計画の効果の視察のため来所
- 30年4月20日 W・H・O西太平洋地域事務局長，SHU 博士視察のため来所

人 事 異 動

新 任

- 須藤憲太郎氏 29年10月1日付新任，優生学部所属，ソーシャル，ワーク
- 柏木 昭氏 30年2月1日付新任，社会学部所属，ソーシャル，ワーク（チーフ・ソーシャル・ワーカー）
- 田村 健二氏 30年7月1日付新任，社会学部所属，社会学
- 竹村 和子氏 30年7月16日付新任，生理形態学部所属
- 乙骨 淑子氏 30年8月5日付新任，図書室所属

転 任，退 職

- 平賀 孟氏 30年1月9日付退職
- 高松 琬子氏 30年4月30日付退職
- 安藤 丞氏 30年7月1日付国立武蔵療養所に転任
- 野村 至子氏 30年7月31日付退職

精神衛生研究

第 3 号

編集責任者

井 村 恒 郎

発行所

国立精神衛生研究所
千葉県市川市国府台町 1 の 2

印刷所

五宝堂印刷株式会社
東京都北区滝野川町 881
電話王子 (91) 6105 番

(非 賣 品)

