

精神衛生研究

第 10 号

昭和 37 年

Journal of Mental Health

Number 10

1962

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

原 著

精神衛生並に精神障害に対する認識及び治療的ケアに関する研究（第1報） ——社会的態度と治療的態度との関連—— …………… 加藤正明、中川四郎、安食正夫、片野 卓、進藤隆夫 …… 1
治療社会クラブ—Therapeutic Social Club—の実験的研究 …………… 池田由子、柏木 昭、窪田暁子、古沢昭子 …… 16
心理的グループ・スウパージョンの理論と実際 …………… 鈴木 浩 二 …… 32
マリッジ・カウンセリングにおけるジョイント・インタビュー（合同面接） …………… 田村健二、田村満喜枝 …… 42
言語的面接の状況を視覚的にとらえる試み …………… 高 橋 宏 …… 53
漏糞の一治験例 …………… 高木四郎、今田芳枝 …… 64
吃音児の研究 …………… 玉井収介、田頭寿子、小林育子、梅垣真理 …… 72
国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所し、精神薄弱と診断された児童の実態とその 予後について …………… 菅野重道、桜井芳郎、湯原 昭、飯田 誠、山内洋子 …… 84
人間関係測定（MHR）による精神不健康の社会病因論的研究 …………… 安 食 正 夫 …… 114

資 料

精神科職員のタイムスタディ——患者との接触を中心として——高茶屋病院の場合 …………… 井 上 正 吾 …… 121

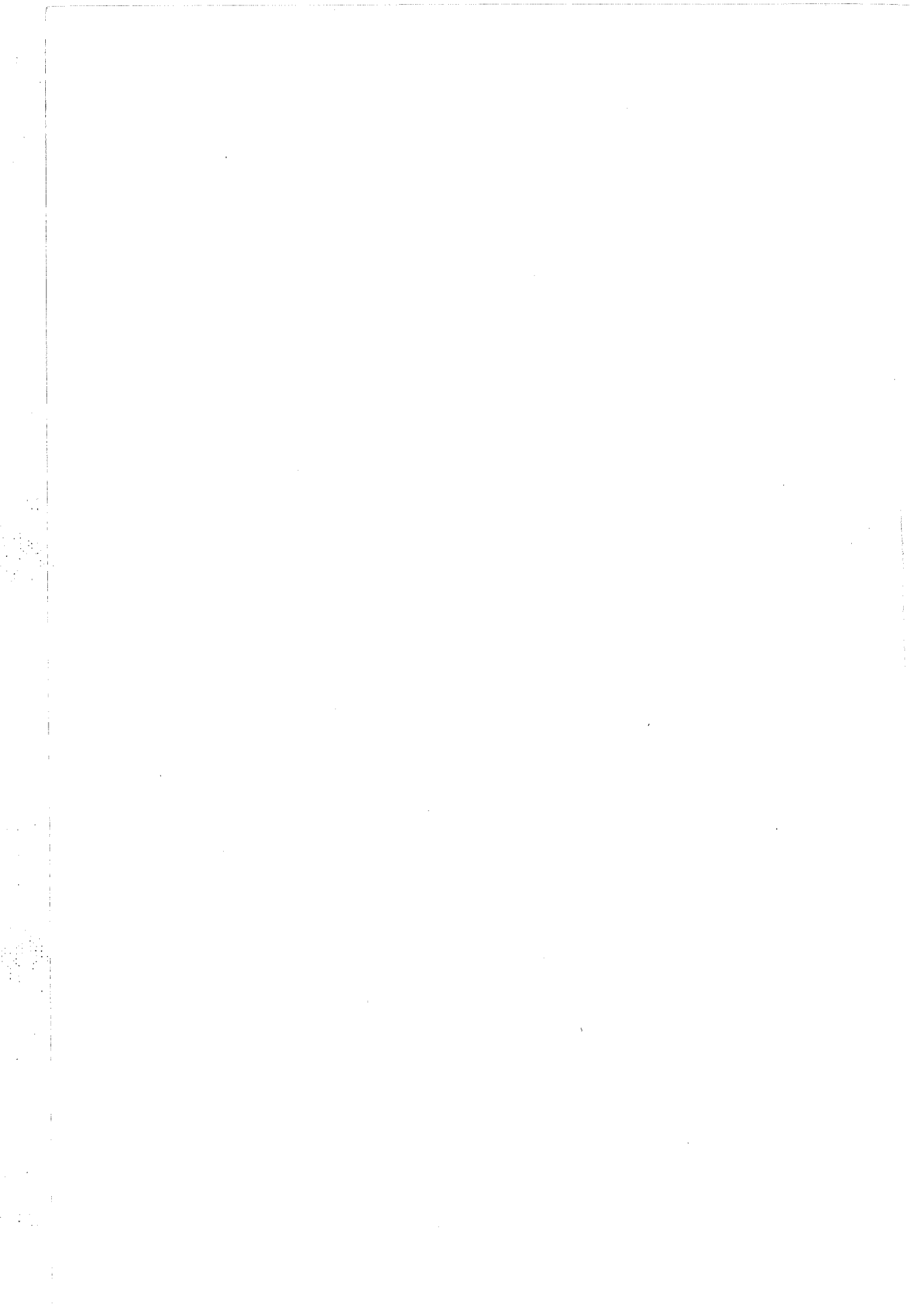
展 望

第三回国際精神医学会議に出席して …………… 秋元波留夫 …… 133
アメリカにおける心理療法研究の一側面——学習理論にもとづく展開とその問題点—— …………… 佐 治 守 夫 …… 143

雑 報

定例研究会 …… 152
PSWセミナー …… 153
図書室だより …… 154
所員研究業績一覧 …… 156
所 報 …… 161
関係学会動向 …… 163
精神衛生関係図書文献一覧 …… 170
精神衛生研究総目次 …… 178

欧文抄録 …… 180



精神衛生並に精神障害に対する認識及び治療 的態度に関する研究 (第1報) *

— 社会的態度と治療的態度との関連 —

加藤正明⁽¹⁾

(精神衛生部長)

中川四郎⁽²⁾

(精神身体病理部長)

安食正夫⁽³⁾ 片野卓⁽⁴⁾

(社会精神衛生部)

進藤隆夫⁽⁵⁾

(公衆衛生院)

1. まえがき

精神健康の概念や精神障害に対する態度のいかんが、精神障害者の発見、治療、予防などはもとより、精神障害の発生分布に関する調査などに深い関連をもつことはいうまでもない。とくにWHOの精神衛生専門委員会第7回報告(1959)は、「社会精神医学とコミュニティの態度」という課題で、この領域の態度調査の現況及び重要性について述べている(精神衛生第9号、76頁)。

この種の態度調査についてみると、その対象および方法はきわめて広汎にわたり、主なものを挙げても、地域社会の一般住民の態度、患者家族の患者に対する態度、精神衛生専門職員及び関係職員の職業的態度と個人的態度との関連、特定集団における意見の一致度など広汎におよんでいる。

その方法にしても、例えばLevinsonとGilbertのC.M.I. (Custodial Mental Illness Ideology Scale) 及びGiedtの修正、CarstairsのC.M.I.とFスケール(封建主義スケール)やEysenckのtough-minded conservatismスケールとの組合せ、Schwarz, Stephanson, ParloffのQソート法などの質問紙法をはじめ、Candillの絵画面接法、Struppの映画使用による精神療法家の態度研究、Holtの精神科レジデントに対する投映法の使用、Whitehornの精神科医に対する職業興味テストV.I.B.の使用など、各種にわたっている。

以上の諸研究について概観を試みると、まずD.J.

LevinsonとD. Gilfordは3ヶ所の精神病院の196名の職員に対して、前記のC.M.I. 20問を行い、再テスト相関は.85で有意、Fスケール及びT.F.I. (Traditional Family Ideology Scale) との相関も.50ないし.77で有意であったことから、精神障害への態度の根底にはイデオロギーのいかんが含まれるとした。またF.H. GiedtはLevinsonのスケールを修正補足して60問とし、3病棟における23人の職員に対して行い、各病棟内職員間及び各職種内の回答の相関を求め、病棟における医師の指導性、病棟内意見の一致度のいかん、医師、ソーシャルワーカー及び心理専攻者が、看護婦及び助手に比して相関の高いことなどを示した。

これらの質問紙法はいずれもLikert typeの質問紙法であるが、調査自体に対する被検者の態度がその結果を左右することから避けられない。これを補うためにM. Parloff, M. Jerkins, C. Schwarzらは60問からなるQソート法を行い、その結果、医師と看護婦の教育訓練の差、病棟管理者の考えと看護者の態度との関連、看護態度の不変性、看護婦の役割意識と管理者の考えがくい違っているほど、それを看護婦に受けいれさせることが困難であるとした。

われわれもまず精神科職員に対する質問紙法から着手し、LevinsonスケールおよびGiedtの修正法を参考にし、30問の質問を5段階とし、カード法により145名の職員に行った。その結果はすでに発表したごとく、開放度がたかく、院長以下が積極的な病棟では意見の相関が高く、開放度が低く、治療への志

* Study on the Recognition and the Therapeutic Attitude towards Mental-Health and-Illness

(1) (2) 精神医学、(3) 社会学、国立精神衛生研究所非常勤講師、東京医科大学助教授、(4) 社会学、研究生、(5) 統計学

気の低い病棟では意見の相関が低かった。また院長の指示のみに頼っている病棟、一部の職員だけが積極的な病棟では、おのおのこれを反映する相関がみられた。さらに医師は他の職員に比して相関が高く、医師のみが5%の危険率で有意相関を示した。その他、再テストにより有意相関を示すなど、この意見調査スケールが病棟内および職種内の治療的態度を測定するのに有効であると思われる結果を得た。

そこで次の課題は、一般の社会的態度と治療的態度との関連である。前述のFスケールやEysenckのスケールは、日本ではまだ標準化されておらず、その質問内容もそのまま適用できない。この点B. F. Greenの指摘するように「引き出された言語的態度」elicited verbal attitudeでは、自発的言語的態度や行動的態度よりも、表面的になり易いことや、「いいかげんに思いついた項目の雑炊は、どんな尺度化の技術の鍋にほうりこんでも、しょせん雑炊であることには変りない」ということを十分に反省せねばならない。そこでわれわれは1955年に日本社会学会調査委員会によって行われた「日本社会の社会的成層と移動」の調査に用いられた「社会的態度評価項目」S. S. M.[※]を採用した。その詳細についてはのち

第1表 社会的態度調査項目 (S. S. M.) (日本社会学会)

01. あなたは御自身の職業が他の職業にくらべて苦勞の多い職業だとお考えですか。	イ) 苦勞が多い方だ ロ) ふつうだ ハ) 楽な方だ
02. あなたはあなたの職業が他の職業にくらべて世の中のためになる点が多いとお考になりますか。	イ) ためになる方だ ロ) ふつうだ ハ) 余りためになる方ではない
03. あなたの職業は他の職業にくらべて世の中の人から十分にその価値を認められていると思いますか。	イ) 認められている方だ ロ) ふつうだ ハ) 認められていない方だ
04. あなたは現在の日本の社会の中で何階級に属しているとお考えですか。(どれか一つに○)	イ) 上あるいは中の上 ロ) 中の下 ハ) 下の下(ニ、下の下)
05. 現在の日本には暮し向きの樂でない人々がかなりいるようですが、それでもある人は「精を出して働けば暮し向きは樂になるはずだ」と考えています。こういう考えに賛成ですか。反対ですか。	イ) 賛成(働けば樂になる社会は悪くない) ロ) いちがいにいいえない ハ) 反対(働いても樂にならない社会が悪い)
06. 一般に社会のあり方についてここに甲乙二つの意見があるとします。 甲、すべての人々がみな同じように質素でも安定した生活を営むことの出来るような社会が一番望ましい。 乙、才能や幸運にめぐまれた人は、どこまでも立身出世できるような社会が一番望ましい。 あなたはどちらの意見に賛成ですか。	イ) 甲に賛成 ロ) 乙に賛成 ハ) どちらともいえない
07. 子供の育て方についてつぎのような二つの意見があります。 甲、子供を立派に育てるためには時々タタクことも必要だ。 乙、子供も人格をもっているのだからタタクことは絶対にいけない。	イ) 甲に賛成 ロ) どちらともいえない ハ) 乙に賛成

※ Social Stratification and Mobility Measurement.

に述べるが、これと並んで前記のA. M. S. の30問をより一般むきに変えて質問数を15問に減らし使用することにした。

調査対象として、今回は一般病院に勤務する一般看護婦、保健所に勤務する保健婦及び公衆衛生教育機関の職員を選んだ。対象をここにおいた理由は、とくに公衆衛生と一般医療機関とに勤務する職員の精神衛生に対する態度を測定するために、この社会的態度スケールと精神衛生態度スケールが有効性をもつかということ、並に両スケールの学歴・年齢・職層別の比較、両スケールの相関を検討しようという点にあった。現在のところ、態度調査法としてストロングの職業興味テスト、AMS簡便法、シチュエーション・テスト、Semantic differential 法などを使用しており、さらに絵画面接、面接状況の映画の作製などに発展しつつあるが、今回は中間報告としてSSMとAMSとの両態度調査スケールの検討に限って述べることにした。

2. 社会的態度調査スケール

前述の日本社会学会による社会的態度調査項目S. S. M. 30問のうち、次の9問を選んだ。

08. あなたは自分が正しいと思えば世間のしきたりに反してもそれをおし通すべきだと思いますか。それとも世間のしきたりに従った方が万事間違いないと思いますか。
- イ) おし通せ
ロ) 従え
ハ) 場合による
09. 次のような二つの人生観のどちらを選びますか。
甲、人生は要するに斗争だ。他人との競争にうち勝っていかなければ何事もできない。
乙、他人と争うのはよくない。なにごと丸くおさめて自然のなりゆきに任せていくのが賢いやりかただ。
- イ) 甲に賛成
ロ) どちらともいえない
ハ) 乙に賛成

この9問のうち、01、02、03は職業に関するもの、04は本人の主観的判断による帰属階層、05、06は階層的差別に関するもの、07、08、09は人生観・生活態度に関するものである。即ち、社会学会原案の26項目のうち、労資関係と政治の項を除き、他の4項より2乃至3問を選んだ。また04問については、回答をイ(上または中の上)、ロ(中の下)、ハ(下の下)とし、原法の1、2問を05問にまとめた。原案によれば、この社会的態度と最も相関のたかいは年齢階層であり、次いで学歴階層および収入階層、さらに職業階層、推定階層、帰属階層などの順であったという。本調査で使用した9項目に関しては学歴階層と職業階層との相関がたかく、学歴階層と帰属階層とがこれに次ぎ、地位階層は低いことを予測した。この点、原法では年齢階層別で、50才以上と20才台とが全く逆の態度であり、前者が現状肯定的、保守的、妥協的であるのに対して後者は進歩的、自由主義的であったという。

なお原法と本調査結果との比較検討については後述する。

3. 精神障害に対する態度項目

精神障害に対する態度項目(A. M. S.)は、全部で15問とし、すべてイ(本当だ)、ロ(どちらともいえない)、ハ(そんなことはない)の3段階で回答を求めた。その項目は第2表の如くである。

第2表 精神障害に対する態度スケール(A. M. S.)
(加藤・中川)

101. 精神病には先祖の祟りや、狐がついておこるものがあると思う。
102. 精神病になるのはすべて血筋があるからだと思う。
103. 精神病患者はすべて人に乱暴したり、人を傷つける恐ろしいものだ。

104. 一度精神病になったことのある人と一緒にいるのは恐ろしい。
105. 精神病患者には子供をつくらせぬよう断種するのがよいと思う。
106. 精神病院には本人の意志で入院したのがあると思う。
107. 精神病院の主な仕事は精神病者を社会から隔離することにあると思う。
108. 自分の家族を精神病院に入院させなければならぬときは、自宅から離れて人目につかぬ所にしたい。
109. 精神病院では患者の自由を拘束しなければならないと思う。
110. 精神病院にいる患者は暴れたり興奮しているものが多いと思う。
111. 自分の家族の一人に精神病が出たら、家族のものの結婚に差支える。
112. 以前に精神病院に入院していた人は、社会人として一人前にやっていけないものが多い。
113. 一般に精神病患者は自分でなおそうという気がない。
114. たいていの精神病患者は物ごとの是非の判断がつけられない。
115. 精神病院の男女患者の病棟は、はっきり別になければならない。

イ) 本当だ、ロ) どちらともいえない、ハ) そんなことはない

以上の15問の選択には、各職種種の専門家が討議し、前回の精神科職員のスケールの30問のうちから5問を一部修正して採用した。(106、112、113、114、115)なお前回の項目に比べ、一般向きの問いになっており、前回は5段階法で回答を求めたのを今回は3段階法に改めた。

4. 調査客体

調査客体としては次の3群を選んだ。第1群は、東京を中心とし関東地方にある8ヶ所の一般病院(大学附属病院2、国立公立病院3、私立病院3)の看護婦182名(N_g群)、第2群は東京、神奈川、大阪、茨城、栃木、埼玉、千葉の7都府県に所在する43保健所(保健所型別無作為抽出による都会型U15ヶ所、中間型UR13ヶ所、農村型R13ヶ所、人口稀薄型L1ヶ所、支所型S1ヶ所)の保健婦317名(N_p群)、

第3表 年齢分布

N	n	15~18	19~24	25~29	30~34	35~39	40~	不明
看護婦	182	21.9	34.0	21.4	9.3	3.3	4.4	4.9
保健婦	317	0	9.4	28.3	30.3	19.6	16.7	5.0
計	499	8.0	18.4	19.6	22.6	13.6	12.8	5.0
	n	10~19	20~29	30~39	40~49	50~69		
公衆衛生院	100	2	13	45	30	10		

1ヶ所、支所型S1ヶ所)の保健婦317名(Np群)、及び公衆衛生関係教育機関職員100名(研究員76、事務員24-P群)である。

以上3群の年齢分布は次表の如くで、Ng群が最も若く、Np群がこれに次ぎ、P群が最も年長であった(第3表)

学歴分布ではNg群とNp群を併せてN群とし、P群と比較すると、第4表の如くでN群では49.3%が高小又は新中率以下、41.9%が旧中、新高卒であるのに比し、P群では57%が短大、新大、旧大卒以上であった。即ちN群はP群に比し年令的に若く学歴も低かったといえる。

また年齢と学歴との関係をみると、N群では19才から34才までのものがそれ以上のものに比して、旧中・新高卒以上のものが多くみられたが、これは戦後の一般傾向であろうと思われたが、年齢の高いP群ではとくに両者の関係はみとめられなかった。なおN群について主任・婦長以上と平看護婦・保健婦の学歴別を比較したが、その間に差を認めなかった。

第4表 学歴分布

N 群	%	P 群	%
高小新中卒以下	49.3	高小新中卒以下	0
旧中・高女 新高卒	41.9	旧中高女 新高卒	22
旧専・短大 新大卒	5.6	旧専門 短大卒	21
旧大卒	0.8	旧大・新大 卒	57
不名	2.4		
計	100.0	計	100

5. 調査結果

(1) 社会的態度調査SSMについて

各群の比較 第1表のSSM9問をN群499名、P群100名の計599名に行い、これを社会学会調査委員会が行った東京都、金沢市、岡山県および岩手県の2農村の4地域における調査と比較すると、次表の如くであった。(第5表及び第6表)

第5表 調査対象別SSM(%)

調査対象	N 群			P 群			社会学会(C群)		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
SSM 01	60	36	4	21	58	21	49	40	11
02	85	13	2	52	43	5	61	32	7
03	24	46	30	14	42	44	53	19	28
04	8	59	33	17	60	23	8	50	42
05	17	68	15	7	65	28	54	19	27
06	80	7	13	56	5	39	82	14	4
07	28	32	40	30	31	39	53	9	38
08	15	7	78	18	5	77	46	30	24
09	16	55	29	19	74	9	31	15	54

すなわち、

01; 自己の職業を「楽な方だ」とするものに比し、「苦勞だ」とするものは、N群、C群、P群の順で、とくにN群に高かった。

02; 自己の職業が「ためになる方ではない」とするものに対し、「ためになる方だ」とするものは、N群、P群、C群の順で、これもN群にとくに高かった。

03; 自己の職業が社会から「認められていない」と

第6表

調査対象別SSMのイ・ハ(ロ)の比

調査対象	社会学会(C群)		
	N群	P群	社会学会(C群)
SSM 01イ/ハ	15.0	1.0	4.5
02イ/ハ	42.5	10.4	8.7
03ハ/イ	1.3	3.1	0.5
04ハ/イ	4.1	1.4	5.3
05ハ/イ	0.9	4.0	0.5
06イ/ロ	11.4	11.2	5.8
07ハ/イ	1.4	1.3	0.7
08イ/ロ	2.1	3.6	1.5
09イ/ハ	0.6	1.9	0.6

するものの「認められている」とするものに対する比は、P群が最も高く、N群、C群の順で、P群、N群ともに「認められていない」とするほうが多かったことは、C群で「認められている」が多いと異っている。

04; 所属階層を下とするものに対し、上または中の上とするものの比は、C群、N群、P群の順で、N群、P群ともにC群より低かった。

05; 「社会が悪い」とするものに対し、「社会は悪

くない」とするものの比は、P群、N群、C群の順で、P群は現社会に批判的であり、N群のやや肯定的、C群の肯定的なのと異なっていた。

06: 「皆の安定した生活」に対し、「恵まれた人の立身出世」を否定するものの比は、N群、P群ともに前者が著しく高く、C群の前者肯定よりもはるかに高かった。

07: 「子供をタタクこと」への否定は、N群、P群ともに肯定より多く、C群が肯定のほうが多いのと異なっていた。

08: 「正しい考えをおし通せ」とするものが、「従え」とするものより全般に多いが、P群にもっとも高く、N群、C群の順であった。

09: 「人生は斗争」とするものに対する、「争うのはよくない」とするものの比では、P群のみが前者が多く、N群、C群は後者が多かった。

これを各群ごとにみると、N群では「自己の職業を苦勞が多いとするが、世の中のためになる」とし、P群では「自己の職業の価値が認められておらず、働いても楽にならぬ、社会が悪い、正しいと思うことはおし通せ、人生は斗争だ」とする傾向が目立ち、一般人口に比し、N群、P群ともに、「自己の職業が認められていない。子どもをタタクことは絶対にいけない」とする点が、一般人口の「認められている、タタクことも必要だ」とするのと対蹠的であった。しかしこれは中立回答を除き、肯定と否定との比であるが、一般人口に比してN群、P群ともに中立回答が多く、「自己の職業の価値を認められているか」、「働けば楽になるか」、「子どもをタタクこと」「人生は斗争か」に対して、「ふつうだ」「いちがいにいけない」「どちらともいえない」などの中立回答をしたものが多く、「正しいと思う意見をおし通すか」に対してのみ、一般人口よりも中立回答がすくなくかった。

学歴・年令別・地位階層の比較

次に社会学会報告によれば、年令及び学歴とSSMとの相関が認められるので、この点をわれわれの資料について検討した。

まず年令別では第7表の如く、02問(職業がためになるか)ではN群、P群ともにイ(ためになる)が年令とともに増加し、04問(帰属階層)では、N群が中の下とするものが年令とともに増え、下とするものがP群で年令とともに減少する。05問(働けば楽になるか)は、N群で年令とともに肯定が増え、P群では年令とともに否定が減少する。06問(安定

した生活か立身出世か)でも、N群で年令とともに安定した生活が増え、P群では立身出世が減少する。07問(子どもをタタクこと)ではN群のみが年令とともに「タタクことはいけない」が増えている。08問(正しい意見をおし通せ)ではN群、P群ともに年令とともに「従え」が増えている。また09問(人生は斗争か)では、N群のみが年令とともに「丸くおさめる」が増加している。

第7表 年令とSSMとの関係

調査対象 \ SSM	P			N		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
01						
02	+	-		+	-	
03		-	+	+		-
04		+	-		+	-
05	+		-	+		-
06		-		+	-	
07		-	+		-	+
08	+	+	-	+	+	-
09	-	+	+	-	+	+

(+ 年令上昇とともに増加)
(- 年令上昇とともに減少)

また学歴別では第8表の如く、01問(苦勞が多い)で、P群が学歴の上昇とともに「楽な方」が減少、02問ではN群、P群ともに「ふつうだ」が減少、03問も同様であり、04問では両群ともに学歴上昇とともに「上あるいは中の上」が増え、下が減少する。05問ではN群のみが学歴上昇とともに「社会がわるい」が増え、06問でもN群のみが、学歴上昇とともに「皆が安定した生活」が減少、07問ではP群のみが、学歴上昇とともに「タタクことも必要」が増え、「絶対いけない」が減少している。

第8表 学歴とSSMとの関係

調査対象 \ SSM	P			N		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
01			-			
02	+	-	-		-	+
03		-	+		-	
04	+		-		+	-
05						+
06				-		+
07	+		-		-	
08			-			
09	+			-	+	-

(+ 学歴上昇とともに増加)
(- 学歴上昇とともに下降)

以上の結果を社会学会の資料と比較すると、年齢と関連をもつ問題は、03間で年齢上昇とともに「認められている」が増え、05間で「働けば楽になる」が増加し、07間で「子どもをタクことも必要」が年齢上昇と並行し、「たたいてはいけない」が減少するとされている。また学歴では、その上昇とともに05間の「働いても楽にならない」が増え、07間の「タタいてはいけない」、08間の「おし通せ」が増加し、09間の「丸くおさめる」が低学歴ほど増えている。この点を比較すると、年齢の点で03間で一致するのはN群、05間は学歴の点でN群と一致し、07間は年齢の点でN群と一致し、09間では学歴上昇とともに「丸くおさめる」が減少するという点で同じ結果を示している。(この点、社会学会の調査対象が、年齢の点でN群及びP群に比して30代がすくなく、N群よりも高年齢に傾き、P群よりも若年齢が多いこと、学歴の点でも低学歴に傾き、ことにP群との差が大きいことなどを考慮する必要がある。)

職層・職種とSSM

N g群について主任以上のSSMが全体と異なる点を見ると、01間のイ(苦勞が多い)、02間のイ(ためになる)、03間のイ(認められている)、05間のイ(働けば楽になる)、07間のイ(タクことも必要) 09間のハ(丸くおさめる)が高く、その半面06間ではイ(皆が安定した生活)が高く、08間ではイ(おし通せ)ロ(従え)ともに低くてハ(場合による)が多かった。

N p群では婦長以上のSSMで、01間のイ(苦勞が多い)、02間のイ(ためになる)、05間のイ(働けば楽になる)、03間ではイ、ハともにすくなくロ(ふつうだ)が多く、06間ではイ(安定生活)が高く、07間ではロ(どちらともいえない)が多く、08間ではイ(おし通せ) 09間ではロ(どちらともいえない)が多かった。

またP群では、研究員が事務員に比して、01間のイ(苦勞が多い) 01間のイ(ためになる) 03間のハ(認められていない)、04間のイ(上または中の上)、05間のハ(働いても楽にならない)、06間のイ(安定生活)、07間のイ(タクことも必要)が多く、09間のイ(人生は斗争)が少い。部長以上では、01間のロ(ふつうだ) 08間のロ(従え) 09間のハ(丸くおさめる)がそれ以外に目立った。

SSMの構造

N群及びP群を合せ、全体としてSSMの各問題ごとの関連係数を求めると、第9表の如くであり、

平均関連係数の有効順位は、02間(イ)、08間(ロ)、06間(ロ)、01間(イ)、05間(イ)、の順となり、関連係数、30以上についてみると、05間と01間と09間を除くすべて関連し、02間、06間及び08間は、おのおの他の5間、5間及び6間と関連している。

第9表 S S M各問題回答の関連

SSM	0 1 イ	0 2 イ	0 3 イ	0 4 イ	0 5 イ	0 6 ロ	0 7 イ	0 8 ロ	0 9 イ
0 1 伊									
0 2 伊	.98								
0 3 伊	.28	.20							
0 4 伊	-.70	-.18	.03						
0 5 伊	.00	.36	.43	.33					
0 6 ロ	.30	1.0	.02	-.16	.44				
0 7 伊	.02	.02	-.22	.12	.40	.18			
0 8 ロ	-.13	1.0	.37	.64	.36	.32	-.01		
0 9 伊	.14	-.69	-.22	.13	.03	.35	.21	-.45	
平均	.32	.55	.22	.29	.29	.35	.15	.41	.28
有効 順位	4	1	8	6	5	3	9	2	7

(+ イとイまたはハとハの関連のつよいもの
- イとハまたはハとイの関連のつよいもの
ただし08はイとロまたはロとハのつよいものを +
イとイまたはハとロの関連のつよいものを -
ゴチックは、30以上)

この4群についてみると、

1. 「職業がためになる」とするものには、「苦勞が多い」、「しきたりに従え」、「丸く治める」とするものに関連が多い1群。(02間のイ、01間のイ、05間のイ、06間のロ、08間のロ、09間のハ)

2. 「働けば楽になる」とするものに、「ためになる」、「認められている」、「立身出世」、「タクことも必要」、「しきたりに従え」に関連が多い1群、(05間のイ、02間のイ、03間のイ、04間のイ、06間のロ、07間のイ、08間のロ)

3. 「立身出世の社会肯定」が、「苦勞が多い」、「ためになる方だ」、「働けば楽になる」、「しきたりに従え」の肯定と「人生は斗争だ」の否定に関連する1群。06間のロ、02間のイ、05間のイ、08間のロ、09間のイ)

4. 「しきたりに従え」とするもので、「ためになる方だ」、「認められている」、「帰属階層を上または中の上とする」、「働けば楽になる」、「立身出世」を肯定し、「人生は斗争だ」を否定する1群。(08間のロ、02間のイ、03間のイ、04間のイ、05間のイ、06間のロ、09間のイ)

このように05間、06間、08間は以上の第2、第3、第4群に共通であり、01間、02間、03間、09間は2群に共通であって、04間と07間を除く7間の間に関連を認めた。それは〔01間のイ、02間のイ、03間のイ、05間のイ、06間のロ、08間のロ、09間のハ〕の

A群と、〔01問のハ、02問のハ、03問のハ、05問のハ、06問のイ、08問のイ、09問の 〕のB群との2群であった。04問のイと07問のイは、関連は弱いがどちらかといえばA群にふくまれる。

このA、B両群の分布を、前記の年齢、学歴別SMSにあてはめると、大体年齢上昇とともにA群の傾向が増え、学歴上昇とともにB群の傾向が増加するといえる。(06問のイ、ロが反対になることのみは一致しない)。このことは社会学会資料で、人生観や生活態度が、学歴、年齢、支持政党と関連し、保守派は低学歴、高年齢に多く、革新派は高学歴、低年齢に多かったことと関連があると思われる。

2) 精神障害に対する態度の調査AMSについて
AMSの問題検討

前述のように、今回は精神科職員に対する30問をLevinson及びGiedtの問題を半分とりいれて作製したが、今回はこのうちの5問のみを残し、その表現を一般向きにしたうえで、さらに15問を加えた20問を作製、予備テストによってこれを15問に整理、一部を修正したうえで、前記の問題に3段階で答えを求めた。(第2表)このさい、イ、本当だ。ロ、どちらともいえない。ハ、そんなことはないのうち、いずれか1つを答えさせた。

第10表 AMSの分布

AMS	P			N		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
101	0	3	97	2	5	93
101	11	51	38	15	40	45
103	5	35	60	7	38	55
104	15	47	38	11	29	60
105	41	52	7	59	28	13
106	20	43	37	33	27	40
107	13	31	56	20	19	61
108	18	41	41	21	29	50
109	21	48	31	27	26	47
110	13	47	40	14	39	47
111	49	39	12	43	37	20
112	18	52	30	13	38	49
113	44	48	8	41	34	25
114	46	43	11	44	35	21
115	65	31	4	71	19	10

AMSの分布

N群499名、P群100名に試みたAMS回答を百分率で示すと、第10表、11表の如くであった。このさい、50%以上を占める回答が、N、P群ともに101問のハ「狐わきの否定」、103問のハ「加害性の否定」、107問のハ「隔離主義の否定」115問のイ「男女病棟

の区別肯定」にみられた。両群ともに肯定、否定の傾向はすべての問題について同傾向であり、N群が112問のハ「生活無能力否定」で高く、P群が101問のハ「狐つきの否定」、113問のイ「治療意欲否定」、115問のイ「男女病棟の区別肯定」で高かったにとどまる。

第11表 2資料の比較

AMS		P	N
		101	33.3	13.3
102	3.8	3.0	
103	12.0	7.9	
104	2.5	5.5	
105	5.9	4.5	
106	1.9	1.2	
107	4.3	3.1	
108	2.3	2.4	
109	1.5	1.7	
110	3.1	3.4	
111	4.1	2.2	
112	1.7	3.8	
113	5.5	1.6	
114	4.2	2.1	
115	16.2	7.1	

年齢とAMS

N群、P群の年齢上昇に伴うAMS回答の増加は第12表の如くである。年齢上昇に伴い、102問のイ(血筋の重視肯定)、104問のイ(精神病への恐怖肯定)、107問のイ(隔離主義の肯定)112問のイ(生活無能力の肯定)114問のイ(判断無能力の肯定)がみられたが、その半面103問のハ(加害性の否定)や108問

第12表 年齢とAMSの関係

AMS	P			N		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
101	/	/	/	/	/	+
102	+	+	-	+	/	-
103	-	+	+	/	/	+
104	+	/	-	+	/	-
105	+	/	/	+	-	-
106	+	-	+	-	/	+
107	/	+	-	+	/	-
108	/	-	+	-	-	+
109	/	+	/	-	-	+
110	-	-	+	+	+	-
111	+	-	+	+	-	/
112	+	-	-	+	-	-
113	+	-	-	-	+	+
114	+	/	-	+	/	-
115	/	/	+	/	/	/

のハ(精神病者の入院における秘密主義の否定)109問のハ(自由拘束の否定)も上昇している。

学歴とAMS

学歴上昇とAMS回答の関係は第13表の如くで、両群に目立つ傾向は、学歴上昇とともに101問のハ(狐つきの否定)103問のハ(加害性の否定)104問のハ(精神病者への恐怖の否定)105問のハ(断種の否定)、108問のハ(秘密主義の否定)109問のハ(自由拘束の否定)、などがみられたが、その半面109問のイ(自由拘束の肯定)がP群で学歴とともに上昇したような矛盾もあった。

第13表 学歴とAMSの関係

AMS	P			N		
	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ
101	/	-	+	/	/	/
102	/	+	/	/	/	/
103	/	/	+	-	-	+
104	/	+	/	-	/	+
105	-	+	+	-	+	/
106	+	/	-	/	/	/
107	-	/	/	/	/	/
108	/	/	/	/	/	+
109	+	/	-	-	-	+
110	/	/	/	/	/	+
111	-	+	/	/	/	/
112	/	/	/	+	/	/
113	-	+	-	-	/	+
114	-	+	+	/	/	/
115	-	/	/	/	/	/

職層、職種とAMS

N_g群について看護婦全員と主任以上とを比較すると、主任群に高いのは102問のイ(血筋の肯定)104問のイ(精神病者への恐怖肯定)105問のイ(断種肯定)、107問のイ(隔離主義の肯定)、106問のハ(入院意志否定)、108問のイ(秘密主義の肯定)、であり、101問のハ(狐つきの否定)、103問のハ(加害性の否定)112問のハ(家族の結婚支障の否定)、115問のハ(男女病棟区別の否定)ではかえって高かった。

N_p群では、婦長以上が全保健婦より高かったのは、103問のイ(加害性の肯定)、で、低かったのは、113問のハ(治療意欲なしの否定)であり、かえって102問のハ(血筋重視の否定)109問のハ(自由拘束の否定)、114問のハ(是非判断なしの否定)、で高かった。

P群では研究員が事務員よりも、101問のハ(狐つきの否定)、102問のハ(血筋の否定)、103問のハ(加害性の否定)、105問のハ(断種の否定)108問のハ(秘

密主義の否定)、110問のハ(興奮性の否定)111問のハ(家族の結婚支障の否定)、112問のハ(生活無能力の否定)、113問のハ(治療意欲なしの否定)、115問のハ(男女病棟区別の否定)、で高く、部長以上では103問のイ(加害性の肯定)、107問のイ(隔離主義の肯定)108問のイ(秘密主義の肯定)、109問のイ(自由拘束の肯定)、111問のハ(家族の結婚支障の肯定)、115問のイ(男女病棟の区別の肯定)、が高かった。

AMSの構造

AMS15問の関連係数を求めると、第14表の如く、SSMよりも高い関連係数が得られた。このうち最も関連の高いものは110問(精神障害者はすべて乱暴興奮)で、このさい106問(自由入院)のみが逆の関連を示した以外は、すべて正の関連であった。このことは104問(精神病者への恐怖)、107問(隔離主義)111問(家族の結婚支障)112問(生活無能力)115問(男女病棟の区別)に共通することであった。

以上の結果から、推定される15問の問題群は次の5群である。

1. 103問(加害性)104問(精神病への恐怖)、110問(精神病者は乱暴興奮)の3問からなる「精神病者への恐れ」の群。

2. 107問(隔離主義)、108問(秘密主義)、409問(自由拘束)、115問(男女病棟の区別)、からなる「隔離拘束」の群。

3. 102問(血筋の重視)と105問(断種)からなる「血筋と断種」の群。

4. 112問(生活無能力)と114問(是非の判断欠如)ないしは113問(治療意欲欠如)からなる「精神障害者の無能視」の群。

またこれらの関連を問題ごとにみると、

101問(狐つき)では、103問(加害性)、108問(秘密主義)、110問(精神病者の興奮性)及び111問(家族の結婚支障)との関連が高く、関連係数の平均も高いが、105問(断種)との矛盾もあり、一般に否定に傾く(93—97%が否定)点で問題が多い。

102問(血筋の重視)は、103問(加害性)、105問(断種)と関連が高いが、109問(自由拘束)、113問(治療意欲の否定)とは関連が低い。

103問(加害性)は全般に関連が高く、101問(狐つき)、102問(血筋)、104問(精神病者への恐れ)、107問(隔離主義)、110問(乱暴興奮)と関連が高く、106問(自由入院)とは逆の関連を示し、113問(治療意欲の否定)とのみ矛盾するが、有効な問題であると思われた。

第14表 AMS問題相互の関連

AMS	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115
101															
102	.59														
103	.97	.84													
104	.54	.48	.70												
105	.62	.83	.16	.65											
106	.59	.48	.49	.16	.21										
107	.59	.54	.85	.46	.29	.41									
108	.75	.38	.68	.63	.08	.12	.41								
109	.66	.10	.44	.30	.31	.06	.25	.65							
110	.86	.60	.87	.73	.44	.39	.53	.72	.57						
111	1.00	.68	.36	.82	.57	.08	.14	.43	.18	.42					
112	.11	.16	.56	.78	.74	.30	.22	.51	.39	.54	.63				
113	.08	.04	.14	.31	.49	.24	.15	.42	.08	.50	.57	.58			
114	.17	.37	.39	.46	.72	.40	.29	.45	.16	.55	.51	.73	.17		
115	.12	.65	.32	.33	.49	.41	.40	.27	.56	.36	.54	.58	.61	.64	
平均	.51	.45	.52	.49	.44	.29	.37	.43	.31	.54	.46	.46	.29	.40	
有効順位	3	7	2	4	8	15	12	9	13	1	5	6	14	.40	.42

(+ イとイまたはハとハとの関連のつよい場合 - イとハまたはハとイとの関連のつよい場合 ゴチックは、'60以上)

104問(精神病患者への恐れ)は、103問(加害性)、110問(乱暴興奮)、111問(家族の結婚支障)、112問(生活無能力)に関連が高く、106問(自由入院)と逆関連で、矛盾がなく、きわめて有効な問題であると思われた。

105問(断種)は、102問(血筋)、112問(生活無能力)、114問(是非判断欠如)と関連が高いが、101問(狐つき)109問(自由拘束)などと矛盾した関連を示した。

106問(自由入院)は、全体的に逆の関係(イとハ)を示したが、関連係数は低く、かつ、101問(狐つき)と正の相関を示す矛盾を認めた。

107問(隔離主義)は、103問(加害性)及び109問(自由拘束)と関連が高く、106問(自由入院)とのみ逆の関連を示し、関連係数平均はそれほど高くはないが、かなり有効な問題であると思われた。

108問(秘密主義)は101問(狐つき)とのみ関連が高く、105問(断種)や106問(自由入院)との関連は低い、著しい矛盾がなく、ある程度有効な問題であると思われた。

109問(自由拘束)は余り高い関連がなく、平均も

低く、105問(断種)と矛盾するなどの結果を示した。

110問(乱暴興奮)は、101問(狐つき)、103問(加害性)、104問(精神病患者への恐怖)、108問(隔離主義)と関連が高いのみでなく、平均関連が最も高く、106問(自由入院)とのみ逆の関連(イとハ)を示すなど、15問中で最も有効な問題であると思われた。

111問(家族の結婚に支障)は、101問(狐つき)、104問(精神病患者への恐れ)と関連が高く、平均も比較的高く、106問(自由入院)との関連が低い点を除き、かなり有効な問題であると思われた。

112問(生活無能力)は、104問(精神病患者への恐怖)、105問(断種)、114問(是非判断の欠如)と関連が高く、106問(自由入院)と逆の関連を示し、101問(狐つき)と102問(血筋)との関連が低い点を除けば、かなり有効であると思われた。

113問(治療意欲の欠如)は、関連が全体に低く、106問以外の3問に逆の関連を示すなど、矛盾した点が認められた。

114問(是非判断の欠如)は、105問(断種)、112問(生活無能力)との関連が高く、106問(自由入院)とは逆の関連を示すが、101問(狐つき)とは矛盾した。

第15表 S S MとAMSの関連

S S M A M S	0 1 イ	0 2 ハ	0 3 ハ	0 4 イ	0 5 イ	0 6 ロ	0 7 ハ	0 8 ロ	0 9 イ	合計	順位
101 ハ	1.00	1.00	1.00	-.06	1.00	1.00	.56	1.00	-.23	6.85	1
102 ハ	-.77	.48	.42	.40	-.54	.50	-.10	-.10	-.00	3.31	2
103 ハ	.09	.03	.42	.47	-.46	1.00	-.16	.12	.05	2.80	3
104 ハ	.67	.07	.20	.10	-.27	.31	-.02	.03	.08	1.75	7
105 ハ	.22	.19	.05	-.03	.16	-.24	-.17	-.12	.34	1.52	9.5
106 イ	.05	-.00	.27	-.15	-.24	.10	-.01	-.06	.03	.91	15
107 ハ	.21	.53	.48	-.06	-.19	.26	-.17	-.23	.07	2.20	6
108 ハ	-.10	.26	-.12	.24	.06	.00	.00	.14	.00	9.2	14
109 ハ	.12	-.02	.24	.73	.42	-.20	.23	-.28	-.03	2.27	5
110 ハ	-.09	.33	.12	.30	.12	.39	.18	-.66	-.18	2.37	4
111 ハ	.30	.03	.02	-.01	.04	-.04	.35	.13	-.25	1.17	11
112 ハ	.13	-.01	.18	-.20	.17	.02	.17	.01	.17	1.06	12
113 ハ	.07	.09	-.45	.10	.38	.00	.04	.07	-.32	1.52	9.5
114 ハ	.09	.06	.22	.14	-.23	.02	-.02	-.70	.11	1.59	8
115 ハ	.06	.15	.27	-.06	.07	.13	-.22	-.02	-.10	9.8	13
合計	3.97	3.25	4.46	3.05	4.35	4.21	2.40	3.67	1.86		
-	1.96	.03	.57	.57	3.00	.48	.87	2.17	1.01		
+	2.01	3.22	3.89	2.48	1.35	3.73	1.53	1.50	.85		
順位	4	6	1	7	2	3	8	5	9		

(S S M01、04、05、09ではハと関連、02、03、06、07、08ではイと関連、AMS106ではハ、他はイと関連、ゴチックは、30以上)

115問(男女病棟の区別)は、全般に関連のとくに高いものはないが、106問とのみ逆の関連を示し、比較的有効な問題であると思われた。

以上を総括すると、102問、103問、104問、107問、108問、110問、111問、112問、115問の9問をとくに有効な問題とみなすことができる。

3) 社会的態度調査S S Mと精神障害に対する態度調査AMSとの関連

以上のS S MおよびAMSの構造を考慮しつつ、両者の関連を検討した。その根底には、LevinsonがFスケールやT.F.I.との関連、CarstairsがEysenkのtongh-minded Conservatismとの関連を認めたという前述の研究を、S S MとAMSとの関連によって実証しようとする意図があった。

まず、両調査の関連係数を求めると第15表の如くであり、S S Mの側からみると、関連の順位は、06

問のロ（恵まれた人は立身出世）、05問のイ（働けば楽になる）、03問のハ（認められていない）がAMSと関連が高く、09問のイ（人生は斗争）、0問のハ（タタクことはいけない）、08問のロ（しきたりに従え）が関連が低い。

このうち、06問のロ（立身出世）は、103問のハ（乱暴興奮の否定）と関連し、101問のハ（狐つきの否定）、102問のハ（血筋の否定）、104問のハ（精神病患者への恐れ）の否定、110問のハ（乱暴興奮の否定）とも関連する。

05問のイ（働けば楽になる）も同様に、101問のハ、102問のハ、103問のハに関連し、さらに109問のハ（自由拘束の否定）、113問のハ（治療意欲欠如の否定）とも関連する。

また03問のハ（認められている）も、前2者同様101問のハ、102問のハ、103問のハと関連し、さらに107問のハ（隔離主義の否定）、113問のハ（治療意欲欠如の否定）とも関連する。

次にAMSの側からみると、101問、102問および103問がSSMと関連がつよく、106問、108問、112問、115問は関連が低い。

101問のハ（狐つきの否定）は01問のハ（楽なほうだ）及び05問のハ（働いても楽にならない）との関連を示し、02問のハ（余りたためにならぬ）、03問のハ（認められている）、07問のハ（タタクことはいけない）、とも関連を示すが、06問のロ（立身出世）や08問のロ（しきたりに従え）との関連を示すという矛盾もある。

102問のハ（血筋の否定）は、01問のハ（楽なほうだ）、05問のハ（働いても楽にならない）、と負の関連を示し、02問のハ（余りたためにならぬ）、03問のハ（認められていない）04問のイ（上または中の下）との関連を示すが、06問のロ（立身出世）との関連を示すという矛盾もある。

103問のハ（加害性の否定）は、03問のハ（認められていない）、04問のイ（上または中の上）、との関連をもち、05問のハ（働いても楽にならない）とも関連を示したが06問のロ（立身出世）と関連をもつという矛盾を示した。

104問のハ（精神病患者への恐れ）の否定は、01問のイ（苦勞が多い）、106問のロ（立身出世）との関連という矛盾した結果であった。

105問のハ（断種の否定）は、09問のイ（人生は斗争）とのみ関連を示した。

106問は関連がいずれのSSMとも低かった。

107問のハ（隔離主義の否定）は、02問のハ（余りたためにならぬ）、03問のハ（認められていない）との関連を示した。

108問はいずれのSSMとも低い関連を示した。

109問のハ（自由拘束の否定）は、04問のイ（上または中の上）と関連するが、05問のイ（働けば楽になる）とも関連する。

110問のハ（乱暴興奮の否定）は、02問のハ（余りたためにならぬ）、04問のイ（上または中の上）、と関連を示し、08問のイ（意見をおし通せ）との関連を示すが、06問のロ（立身出世）との関連を示した。

111問のハ（家族の結婚支障の否定）は、07問のハ（タタクことはいけない）との関連を示したが、01問のイ（苦勞が多い）とも関連を示した。

112問のハ（生活無能力の否定）は、いずれのSSMとも低い関連を示した。

113問のハ（治療意欲欠如の否定）は、03問のイ（認められている）及び09問のハ（丸くおさめる）との関連、05問のイ（働けば楽になる）との関連で、いずれも矛盾していた。

114問のハ（是非判断欠如の否定）は、08問のイ（意見をおし通せ）との関連を示した。

115問はいずれのSSMとも低い関連を示した。

社会的態度と治療的態度との関係

前述の如く、年齢の上昇と学歴の低下とともに示されるSSMの保守的傾向としては、01問のイ、（苦勞が多い）02問のイ、（たためになる）、03問のイ（認められている）、05問のイ（働けば楽になる）、06問のロ（立身出世）、08問のロ（しきたりに従え）、09問のハ（丸くおさめる）が推定された。

また、AMSでは治療的態度として、101問のハ（狐つきの否定）、102問のハ（血筋の否定）、103問のハ（加害性の否定）、104問のハ（精神病患者への恐れ）の否定、105問（断種否定）、106問のイ（自由入院の肯定）107問のハ（隔離主義の否定）、108問のハ（秘密主義の否定）、109問のハ（自由拘束の否定）110問のハ（乱暴興奮の否定）、111問のハ（家族の結婚支障の否定）、112問のハ（生活無能力の否定）、113問のハ（治療意欲欠如の否定）、114問のハ（是非判断欠如の否定）、115問のハ（男女病棟区別の否定）が推定され、ことに103問、104問、107問、108問、110問、111問、112問、115問の8問が有効であるとみなされた。

以上のSSMとAMSとの関係を総合するため、まずAMSのうちの106問のみはイと答えたもの、他はすべてハと答えたものについて、SSMのイ、ハ

(ロ)のいずれが多く分布するかを検討した。その結果は第16表の如くで、回答項数からみても、関連係数の和を比較しても、AMSのイ、ハ別総人数との関連係数からみても、その傾向はほぼ一致し、AMSの治療的態度と関連をもつのは、SSMの01問のイ(苦勞が多い)、02問のハ(ためになるほうではない)、03問のハ(認められない)、04問のイ(上または中の上)、05問のハ(働いても楽にならない)、06問のイ(安定した生活)、07問のハ(タクことはいけない)、08問のイ(おし通せ)、09問のハ(丸くおさめる)となる。これを前記のSSMの構造からみると、01問と09問は矛盾しているが、他の問題ではすべてB群の革新派の社会的態度に一致している。しかも01問ではAMSとの関連係数が-0.5であり、09問では+0.1であって、これはイ、ハいずれかに割り切りかねるものであった。SSM 9問中で、最も高いAMSとの関連係数を得たのは05問のハ(働いても楽になら

ない)という革新派の代表的態度であったことも意味が深いと思われる。また02問のハ、03問のハ、06問のロも、項数との関連係数のいずれの和においても、イとハ(またはロ)との差が大きい点で信頼できるといえよう。

以上を総括して矛盾なく関連がみとめられるものは、SSMの02問のハ(ためになる方ではない)、03問のハ(認められていない) 05問のハ(働いても楽にならない)、08問のイ(正しい意見はおし通せ)、09問のイ(人生は斗争だ)に示される非保守的な社会的態度と、AMSの102問のハ(血筋の否定) 103問のハ(加害性の否定) 104問のハ(精神病者への恐怖の否定)、107問のハ(隔離主義の否定)、110問のハ(乱暴興奮の否定)、115問のハ(男女病棟別の否定)、に示される治療的態度との間の一致であった。前述のようにこの両傾向が低年齢者、高学歴者にも認められたことは興味深い。

第16表 社会的態度と治療的態度との関連

AMS SSM																計		%		関連係数の和		ハ別総人数との AMSのイ・ハ の関連係数	治療的態度との関連		
	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	イ	ハ(ロ)	イ	ハ(ロ)	イ	ハ(ロ)		項数	係数	総人数
	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ	ハ	イ		ハ	イ	ハ	イ
01	ハ	ハ	イ	イ	イ	イ	イ	ハ	イ	ハ	イ	イ	イ	イ	イ	11	4	73	27	2.01	1.96	-0.15	イ	イ	イ
02	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	ハ	3	12	20	80	.03	3.22	+ .14	ハ	ハ	ハ
03	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	2	13	13	87	.57	3.89	+ .11	ハ	ハ	ハ
04	ハ	イ	イ	イ	ハ	ハ	ハ	イ	イ	イ	ハ	ハ	イ	イ	ハ	8	7	53	47	2.48	.57	- .14	イ	イ	イ
05	ハ	ハ	ハ	ハ	イ	ハ	ハ	イ	イ	イ	イ	イ	イ	ハ	ハ	7	8	47	53	1.35	3.00	+ .45	ハ	ハ	ハ
06	ロ	ロ	ロ	ロ	イ	ロ	ロ	ロ	イ	ロ	イ	ロ	ロ	ロ	ロ	3	12	20	80	.48	3.73	+ .06	ロ	ロ	ロ
07	ハ	イ	イ	イ	イ	イ	イ	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	ハ	イ	イ	8	7	53	47	.87	1.53	+ .03	イ	ハ	ハ
08	ロ	イ	ロ	ロ	イ	イ	イ	ロ	イ	イ	ロ	ロ	ロ	イ	イ	8	7	53	47	2.17	1.50	- .11	イ	イ	イ
09	ハ	ハ	イ	イ	イ	イ	イ	イ	ハ	ハ	ハ	イ	ハ	イ	イ	9	6	60	40	.85	1.01	+ .01	イ	ハ	ハ

6. 考 察

精神障害に対する態度が一般の社会的態度と関連を有することは、前述のLevinson、Carstairs、などの精神科職員に対する調査によって明かにされている。もとよりこれらの諸調査は「ひき出された言語的態度 elicited verbal attitudes」の調査であって、「自発的言語的態度」spontaneous verbal attitudesでもなければ、まして「行動的態度」behavioral attitudesでもない、このことはあらゆる質問紙法テストに共通する問題であって、これを克服するためにQソート法やミチュエーション・テストなど、多くの試みがなされてきた。われわれもこのような研究をすすめるために、質問紙法によらない方法を実施しつつあるが、今回は中間報告としてSSMとAMSの関連をとりあげた。すでに着手している他の

テストとのバッテリーの結果は、次回に報告する予定である。

今回の中間報告の目的は、社会的態度と精神障害への態度との相関を検討するために、社会学会案のSSMとわれわれの作製したAMSとの問題のうち、いずれがこの検討のために有効であるかをたしかめ、より有効なスケールを作製することにあった。

この種の試みとして初めに挙げたD. Gilbert及びD. Levinsonは、かれらの監禁的な精神病への思想スケールCustodial Mental Illness Ideology Scale-CMIと、Adorno-Brunswickの封建主義スケールFeudalism Saleとの相関を検討し、男子看護人では.78、看護婦では.80という有意の相関を示し、その後作製した監禁的役割遂行テストCustodial Role Performance Inventory (C.R.P.)とFスケールとの相関では、看護婦では.83であって有意相関だっ

1962年4月

たが、看護人では.21であったという。また、F. PineとD. Levinsonは、精神科職員に2時間面接し、5枚のTAT(2、3BM、4、6BM、7BM)に加えCandillの絵画面接のうちの2枚とTATの3枚を精神病院の状況というまえおきで用い、これをMITATとした。これを前記のCMIと併用することによって、監禁的な考えの看護人と治療的な考えの看護人とを区別しようとした。

ロンドンのCarstairs及びA. Heronは、Levinson Gilbertの20問のCMIと、Fスケールの8問に加えて、杵威的人格スケールから5問、Eysenckの社会的態度から5問を加え210人の対象に行った結果を検討した。このさい、FスケールとCMIとの関連は、.21から.68で、Levinsonの.41から.76よりやや低かったが、かれらの修正FスケールのCMIとの相関は.79から.84で、きわめて高かった。この修正Fスケールは7問からなり、Adornoの原案からの2問と、Eysenckの原案からの5問をもって構成されている。

かれらの調査対象はすべて精神病院の職員であるが、われわれが第2回目の調査として、医療一般とくに公衆衛生関係職員を選んだのにはいくつかの理由がある。第1に、精神科職員では質問に対して模範的答案をする可能性が高いが、精神科以外の職員では比較的模範答案を知らないことが多いこと、第2に、近時、公衆衛生や一般医療における精神衛生が重視され、この調査がこの方面へのアクション・リサーチとしての意味を持ち得ることなどであった。

次に社会的態度スケールとして、日本社会学会案の原案から9問を選んだ。原案の26項目は職業に関するもの、主観的判断による帰属階層、階層的差別に関するもの、労資関係に関するもの、政治に関するものおよび人生観・生活態度に関するものの6項にわかれているが、このうちから労資関係と政治の項を除き、他の4項から2～3項目を選んだ。その理由はとくに被調査者の抵抗を軽減させるためであった。一般人口に比べて被調査者には中立回答が多かったが、明かに一般人口よりも少なかった意見は、SSM03問のイ(認められている)、05問のイ(働けば楽になる)、06問のロ(立身出世)、07問のイ(タタクことも必要だ)、08問のロ(しきじりに従え)であり、これらの問題に関するかぎり、被調査群のほう一般人口よりも「非保守的」であったといえる。この点は年齢上昇とともに02問のイ(ためになる)、08問のロ、09問のハ(丸くおさめる)の増加や、学

歴上昇とともに03のハ(認められていない)、の増加05問のハ(働いても楽にならない)の増加、06問のハ(安定した生活)、の増加、09問のハ(丸くおさめる)の減少とも一致する。すなわち、年齢上昇並に学歴低下とともに、「保守的態度」が増加し、反対に年齢低下並に学歴上昇とともに「非保守的態度」が増加するといえる。なお、職層と職種に関しては、Ng群では主任以上に01問のイ、02問のイ05問のイ、07問のイ、09問のハの上昇を認め、Np群では婦長に01問のイ、02問のイ、05問のイの上昇を認め、公衆衛生教育機関では、部長以上に08問のロ、09問のハの上昇を認めた点は、地位職層における「保守的態度」の増加といえるが、これと反対の項目も認められた。

精神障害に対する態度スケールAMSについてみると、年齢上昇とともに102問のイ(血筋の肯定)、104問のイ(是非判断なしの肯定)、107問のイ(隔離主義の肯定)112問のイ(生活無能力の肯定)、114問のイ(是非判断欠如の肯定)が増加し、学歴上昇とともに101問のハ(狐つきの否定)103問のハ(加害性の否定)、105問のハ(断種否定)、108問のハ(秘密主義の否定)、109問のハ(自由拘束の否定)の増加を認め、職層ではN群の主任・婦長以上とP群の部長以上がおのおの5ないし10問でこれと反対の傾向を示した。このことはSSMと同様にAMSにおいても、年齢上昇・学歴低下とともに「治療的態度」が減少し、年齢低下・学歴上昇とともに「治療的態度」が増加し、役付職層では多少とも「治療的態度」が減少するといえる。すなわち、SSMにおける「保守的態度」の増加並に減少と、AMSにおける「治療的態度」の減少並に増加とは、おのおの相応し、「保守的態度」が増加すれば「治療的態度」が減少するという結果を示した。

ことに精神障害への態度は大別して4群に分けられ、「精神病への恐れ」「隔離拘束の重視」「血筋の重視と断種の必要性」「精神障害者の無能視」の4群に「治療的態度」の否定が認められた。これらの特徴はAMS各問題の相互の関連からみて、とくに102問、103問、104問、107問、110問、115問の6問がその測定に有効であった。これらのAMSの問題と、SSMの02問、03問、05問、08問、09問の5問とは、とくにいちじるしい相関があることが認められた。

以上の結果はLevinson、Carstairsその他の主張する社会的態度と精神障害への態度との相関を裏づけるものであり、社会学会案のSSM5問とわれわれ

のAMS 6問とが、そのために有効な質問課題であることを示した。

今回の調査は質問紙法による看護婦・保健婦および公衆衛生教育機関職員に対する調査であり、その方法並に調査対象に限界があることはいうまでもない、前回の精神科職員に対する調査とくらべて、質問紙法である点では同様であるが、社会的態度を含めたことと、精神衛生に対しては比較的未経験でその知識も免しいことが特徴であった。しかし一般人口や患者家族にくらべれば、いずれも公衆衛生や医療看護における専門技術を有するものであった。今回の調査目的は前述のように、社会的態度と精神障害への態度との関連、とくに「保守的態度」と「治療的態度」との逆の関連を検討することにあり、調査対象各群の比較検討は主たる目的ではなかった。この点に関して、大体「保守的態度」と「非治療的態度」がより高い相関を有し、「非保守的態度」が「治療的態度」とより高い相関を示すといえるが、その他の組合せとして、「保守的一治療的態度」と「非保守的一非治療的態度」を示すものもあった。すなわち、「保守的一非治療的態度」と「非保守的一治療的態度」の2群がもっとも多く、「保守的一治療的態度」と「非保守的一非治療的態度」の2群は、前者に比してはるかにすくなかったといえる。

態度調査一般についていえることだが、質問によるひき出された言語的態度のみでは、真の態度を測定することは困難であり、自発的言語態度と行動的態度の測定が不可欠である。われわれは今回の質問紙による言語的態度スケールの検討からはじめて、一方ではこれをQソーティングなどの方向に発展させるとともに、シチュエーション・テスト、セマンティック・ディフェレンシャル法、ストロングの職業興味テスト、絵画面接法、映画による面接状況の評価、サイコドラマによる態度評価、価値体系の評価

などに発展させ、これらのうちの有効なものによるバッテリーを作製する方向に進みつつある。これらの検討については、さらに今後逐次発表する予定である。

7. 総 括

1. 日本社会学会案の社会的態度スケール(S S M) 9問と、われわれの作製した精神障害への態度スケール(AMS) 15問を、一般看護婦182名、保健所保健婦317名、公衆衛生教育関係職員100名の計599名に対して行った。

2. S S M、AMSともに、年令上昇及び学歴下降に伴い、前者で「保守的態度」の増加後で「治療的態度」の減少を認め、年令下降及び学歴上昇に伴い、前者で「保守的態度」の減少と後で「治療的態度」の増加を認めた。役付職層についてはその一部に、「保守的態度」の増加と「治療的態度」の減少を認めた。

3. 社会的態度のうちでは、「自己の職業に関するもの」と「人生観・生活態度に関するもの」、精神障害への態度のうちでは「精神病への恐れ」「隔離拘束の重視」「血筋の重視と断種の必要性」「精神障害者の無能視」が相互に関連をもつとみなされた。

4. とくに有効なスケールとしては、S S Mの5問とAMSの6問とが今後の調査に使用するに値し、これに加えて諸種の質問紙法と自発的言語、並に行動的態度の評価を加え、精神科職員や一般医療及び公衆衛生職員のみならず、患者家族、一般人口等に発展させ、検討をつづける必要がある。

(本研究は昭和36年度厚生科学研究費による。御協力載いた各県衛生部、病院、保健所の皆様にお礼申上げるとともに、調査に援助下さった伊藤圭一氏、小坂英世氏、高柳信子氏、森三郎氏などに感謝します。)

Small Society, 1958.

- 4) Giedt H; Patterns of Attitude Similar Among Psychiatric Hospital Staff. Int. J. of Social Psychiatry, 4, 4, 1954.
- 5) Giedert D. & Levinson D. J.; Ideology, Personality and Institutional Policy in the Mental Hospital. J. Adnorm. & Soc. Psychology, 53, 263-271, 1955.
- 6) Gildert D. & Levinson D. J.; Role Performance, Ideology and Personality in Mental Hospital Aides. Greendlatt et al "the Patient

文 献

- 1) Adorno T.W. Frenkel-Brunswick, Else Levinson D.J. and Sanford R.N. ; The Authoritarian Personality. New York: Harper, 1950.
- 2) Carstairs G.M. & A. Heron; The Social Environment of Mental Patients, A Measure of Staff Attitudes. Greendlatt et al "The Patient and the Mental Hospital" 1958.
- 3) Caudill W.; The Psychiatric Hospital as a

- and the Mental Hospital" 1958.
- 7) Green B. F.; Attitude Measurement 1950.
 - 8) Gurin G. J. Veroff & S. Feld; American View their Mental Health. 1960.
 - 9) Holt R. R. & Ludorsky L; Personality Patterns of Psychiatrists; Menninger Clinic Monograph Series. Vol 1 1958.
 - 10) Parloff M, Jenkins W and Schwarz C; Impact of Differing Ward Milieu Philosophies on Nursing Role Concepts. 114th Annual Meeting of A. P. A. 1959.
 - 11) Pine F. & D. Levinson; Tow Patterns of Ideology, Role Conception and Personality among Mental Hospital Aides, Greenblatt "The Patient and the Mental Hospital" 1958
 - 12) Strupp H. H.; Psychotherapists in Action. 1960.
 - 13) Whitehorn J. C.; Studies of the Doctor as a Crucial Factor for the Prognosis of Schizophrenic Patients, Int. J. of Social Psychiatry. Vol II No. 1 & 2. 1960.
 - 14) 日本社会学会調査委員会編; 日本社会の階層的構造. 昭33.
 - 15) 尾高邦雄編; 職業と階層
 - 16) 加藤、中川、岡田、小坂、竹村、徳江; 治療社会における人間関係の研究—精神科職員の見解調査のこころみ—精神医学第2巻第9号. 昭35.

治療社会クラブ—Therapeutic Social Club— の実験的研究[※]

池田由子⁽¹⁾

(優生学部)

柏木昭⁽²⁾

(社会精神衛生部)

窪田暁子⁽³⁾

(横須賀基督教社会館)

古沢昭子⁽⁴⁾

(東京YWCA)

- 第1章 1. 序 論
- 2. T S Cの発展
- 3. T S Cの目的
- 4. T S Cの定義
- 第2章 5. T S C発足までの経過
- 6. 施設
- 7. リーダー
- 8. 対象
- 第3章 9. 集会の形式
- 10. プログラム
- 11. グループの動き
- 12. グループ内での適応
- 第4章 13. 社会的身分の変化
- 14. 家族との面接
- 15. 主治医または前の治療者との接触
- 16. T S Cに適応する患者について
- 第5章 17. 今後の問題点

第1章 1. 序 論

精神障害者の社会的再適応過程での援助計画のうち、治療的ソーシャル・クラブは、われわれの知る限りでは我国において未だ試行された報告を見ない。

ひとつには、精神障害の治療の概念が明確ではなく、症状の消長が転帰の準拠でしかなかったこと、いいかえれば患者を社会的存在としての必然性を加味したところの全人格的適応にまで、その診断および治療の枠組を拡張できなかったことが大きな原因の一

つである。

また一つには、患者の持つ非社会性そのものは、他の症状における二次的な意味あいをしか与えられず、たかだかそれが論じられても、他の症状と併列にとりあつかわれてき、非社会性を社会的治療の機会を与えることによって改善するというような積極的な意味での人格変化の要因とは見なされなかったことである。

さらには、この種の社会治療を施行するのに多くの困難があったことである。たとえば古くからの精

※ An Experimental Study on "Therapeutic Social Club."

(1)精神医学 (2)サイキアトリックソーシャルワーク (3)ソーシャルグループワーク (4)YWCA幹事

神障害者に対する一般の不当な評価や無理解はいうまでもないことであるが、特にソーシャル・ワークのような専門職レベルにおける理解、訓練、人材の皆無が今日まで、こうした形の社会治療が少しも発生し展開されなかった大きな原因とみることができる。

2. T S Cの発展 このような形の社会治療が特に認識され、発達しているのは、英国および米国である。1939年頃英国では、ランウエル病院でJoshua Biererによるソーシャル・クラブの実験的研究が行われた。(文献1)この当時、Biererは三つの水準で患者を分類し、おのおの異ったプログラム、組織をもって治療的ソーシャル・クラブを運営した。即ち

- (1) 急性で人格不統合の著しくない入院患者
- (2) 慢性で人格不統合が見られる入院患者
- (3) 外来患者

である。(1)の人格不統合のそれほど著しくない急性の入院患者や(3)の外来患者に対しては、患者の自治組織でクラブが運営され、またプログラムも比較的高水準の社会活動を含むものであった。いわゆるペーシェント・クラブと呼ぶところのものは、この(1)および(3)のものについてであろう。

(2)の慢性入院患者で人格が崩れ統合されていない患者については、組織も接近法も、またプログラムの内容も自ら異り簡単な歌とかゲームやダンスが提供されたのである。

またアメリカ合衆国には24、5の治療的ソーシャル・クラブがあることが報告されている。通例、外来および入院患者を対象とせず、既に退院して社会に復帰したものをクラブのメンバーとしている点で、Biererの構想と異なるものが見られる。

3. T S Cの目的 上述の様な英国および米国の治療的ソーシャル・クラブについての基本的な考え方は、精神分裂病の非社会性の漸進的過程を、社会的に構成された人間関係を動員し、患者に働きかけることによってそれを抑制しようとするにある。

症状の発展が、除々に患者をして社会とのつながりを放棄せしめ自己の内界へ入り込んでゆき、病的 content とらわれるようになると、現実の状況に直面すると、患者とそのまわりにおいて相互的に緊張関係が発生する。そしてその帰結として患者はますます防衛的にならざるを得ず、自己の内界での病的内容を発展させるわけである。この点から考えると治療的ソーシャル・クラブは患者の持つ精神障害の原

因論からの治療ということはできないが、非社会性の発展、自己内界への退却をコントロールするものとして大きな意義がある。

治療的ソーシャル・クラブのもう一つの目的は、参加者に自己の能力の限界内で社会的行為が許容され支持され、また励まされて、現実試行を实践する機会を提供することである。この点でBiererは、状況療法という概念を設定し、この種ソーシャル・クラブが、心理療法の原因論的洞察による人格転換に代るものとして意義があることを示した。さらに或る種の患者は、こうした構成された状況の中での経験によってのみ、洞察が発展することもあり得るわけである。

4. T S Cの定義 以上のT S Cの発展、目的を要約すると、T S Cとは慢性、急性は問わないが、非社会性という基準で患者を撰択的に対象とし、構成された人間関係の社会的状況の中で患者が自己の能力の現実試行をこころみることを可能にする支持的な場であり、さらに洞察に代る現実的体験という治療への機会を患者に提供するものである。

5. T S C発足までの経過 さて我が国においては精神障害者の社会復帰ないしリハビリテーションの問題は近來急に取り上げられるようになったが、いまだ目覚ましい実績をあげてはいない。特に治療的ソーシャル・クラブは、その運営の難しさから、当精研の実験的研究以外に報告されたものを見ない状況である。

この運営の困難な点については種々の条件が考えられるが、要約すると次のようなことになる。一つは、我が国の精神病院のあり方に問題があることである。即ち病院がその属する地域社会と密接な関係を持っていないで、もっぱら孤立する傾向にあったことである。リハビリテーションが患者の社会的適応にその中心的目標を置く以上、その病院をとりまく社会を有機的に組織し、その中で漸進的、段階的に患者が復帰するのを援助することができるようにしなければ、その目的を達成することはむづかしいのである。

また患者個人の側から見ても、その困難な条件として、退院してから再び病院に通い、グループ活動に参加することを困難にする实际的、感情的理由があることも否めない。

また逆に地域社会の側から見ても、病院に自らの

家族員を入院させていながら、精神病院であるが故に地域社会における関係からできるだけ病院を排除しようという傾向が強い。また多くの家族は、その属する地域社会内の病院を避けて遠隔の地にある病院を利用しようとする。

このような条件の中で、病院の中にソーシャル・クラブを作っても、入院患者のレクリエーションの場にはなり得ても、社会復帰者の通院施設にはなり難い。また通院可能な施設の条件が整備されても、現在の医療体系から病院自体の拡大プログラムとして退院患者を扱うことは非常に難かしい。

過渡期の現段階ではこうした隘路を開闢する為に、地域社会に既に受け入れられた社会施設の中に、治療的ソーシャル・クラブを作ることが喫緊の問題である。即ち退院患者が容易に接近でき、また彼等を受入れる側でも特に理解のある社会施設である。もしこのような社会施設が開拓できれば、退院患者の抵抗を少くすることができ、また家人の理解とその協力も得易いわけである。

こういうわけで筆者は1960年の初頭に、指導的立場にある社会文化事業施設としてのYWCAにおいて、TSCを実験的に施行することと、施設の諸設備の使用と職員への参加の可能性を打診した。そこで当社会施設のグループ・ワーカーにその構想を伝え、施設長に交渉した。幸いに施設長はTSCの企画に共感と賛同を寄せられ、最初は1年間実験的にTSCを実施し、使い得る施設の設備の使用と、職員への参加を許可されたのである。そして実際的にはTSCは、その施設の中の家庭青年部という一般のグループ活動のうちの一つとして発足することになったのである。ここでこの施設について簡単に説明したい。

6. 施設 この社会施設はYWCAとして知られておりわが国でも有数の社会文化事業を営む団体であり、全国各地にその支部があり、進歩的なプログラムでグループワークを長年行っている。

施設は多種多様の年齢、対象別クラブ活動、興味別、趣味別にグループが行われている。TSCの属する家庭青年グループは中学生、高校生を対象にする中高グループ、働く人のグループの為の有職青年部とともに年齢対象別部門の一つに属している。

施設は体育、音楽その他のレクリエーションのプログラム、知育、徳育、体育、全人教育、人格形成の社会教育の場として備えられている。TSCはこ

のような施設設備をもつ東京の会館で昨年来、その協力を得て行っている。

TSCは一般の他のクラブと異って一般会員のようにより自主的参加によらぬ成員からなっている。従って対外的にはこのクラブの性格は広く全員に紹介されていず、内部の関係者によってのみ認識、諒解されている。

またこうした施設の特徴から当人は勿論家人や周囲の者たちもこの団体に出入りしやすい条件にある。またクラブ発足後の経過及びその成果については、適当な時期に団体関係者とワーカー達で懇談し検討して行っていくことになっている。

7. リーダー TSCのリーダーは表題に付記した四名である。おのおのの役割を略述すると次の如くである。

窪田：グループ・ワーカー(女) TSCのプログラムの作製、集会におけるグループの指導、ケース記録および評価。

古沢：幹事(女) TSCの事務管理。TSCと当該社会施設との連絡。集会にあたってはメンバーとして参加する。

池田：精神科医(女) メンバーの撰択。グループ内での診断。必要あるメンバーの医療関係への導入。他の精神医学施設との連絡。集会時にはできるだけメンバーとして参加。評価、投薬、入院等の医学的助言の必要ある場合に家族と接触。

柏木：PSW(男) グループの構成。メンバーの撰択。必要あるメンバーの家族との接触。やはり集会時にはできるだけメンバーとして動く。これらのスタッフの中窪田、柏木、池田は米国においてグループワーク、グループサイコセラピイ等を専攻し、古沢もYWCAの家庭青年、中高生等のグループワークに従事してきた。このことはスタッフの話し合いの場合にそれぞれ専門は異なるが共通の基盤を見つけやすかった。

8. 対象 このTSCのような治療形式にもっとも適合するのはどのような型の患者であるか、また精神病、神経症などの患者を対象とするならどのような時期のものが適するか、他の種々の治療施設との関係をどのようにすべきか等は十分問題にされるべきである。

われわれが現在までこのTSCにおいて取扱った症例15名は表1に示すように精神分裂病8名、神経

表 1.

番号	性	年 参加時	令 発病時	診 断	現在の問題	発病時の症状	治療(参加前及び現在)
①	男	24	19	精神分裂病	無為、無気力、忘れ易い、領解注意力不良、感情鈍麻、自閉	注視、関係念慮、抑鬱、被害念慮、暴行、興奮、せんさく癖、無断欠勤	大学病院外来及び入院、私立病院1年入院、インシュリン、E・S、仮退院後精研に母と共に数回来所するが、いやがる
②	女	21	16	性格神経症	対人関係の障害、自己不確実感	不安、注意集中困難、心気症、疑問癖、自己不確実感	精研のPSWによる個人心理療法を3年間うけた
③	女	26	21	精神分裂病	自発性乏しい、領解不良、注意力不良、ぼんやりしている	不安、不穩、抑鬱、同性愛的傾向、行動まどまらぬ、その他不祥	国立病院に入院治療、その後再発し、私立病院に通院した
④	男	25	18	神経症	対人恐怖、心気症、白昼夢、不眠、就職への不安	左に同じ	大学病院神経科外来及び精神衛生相談室に行ったが継続せず、精研に來所紹介される
⑤	女	32	? (10代)	精神分裂病	対人関係の障害、職場での不適応	被害念慮、無為、自閉、その他不祥	国立病院私立病院入院服薬、E・S通い服薬中
⑥	男	25	22	精神分裂病	不安、対人関係の障害、罪悪感、劣等感強くチック様症状あり	不安、興奮、関係恋愛妄想、強迫思考、自殺企図2回、無為、自閉	大学病院外来、私立病院入院インシュリン、E・S、その後再発し再入院し現在入院服薬中
⑦	女	27	22	精神分裂病	対人関係の障害、劣等感、心気症	幻覚、被害念慮、不安、児童氣的興奮、不眠、等の状態を周期的にくりかえす。(1年2回位)	私立病院入院、E・S、服薬、現在公立病院外来にて服薬中
⑧	女	19	16	精神分裂病	無為、自発性乏しい、感情鈍麻、無関心	自閉、無為、感情鈍麻、硬く拒絶的	公立病院入院6月、ディ・ホスピタル6月、現在外来で服薬中
⑨	男	20	18	精神分裂病	無為、無関心、自閉、家に閉じこもりSexualな本を読むだけ	不安、不眠、興奮、関係被害念慮、心身への劣等感	大学病院入院、軽快退院後2回再発、公立病院にてE・S、作業療法をうけ、完全に治らぬ中に退院し、病院に行きたがらぬ
⑩	男	32	25	精神病質	家族への暴行、女性に対するコンプレックス、対人関係の障害	家族への暴行、定職につかない	私立病院に強制入院6ヶ月、精研のC・Pに個人心理療法2年間うけた
⑪	女	32	24	性格神経症	家族への暴行、対人関係の障害、劣等感	父母兄弟との関係わるく、性的問題への嫌悪から結婚がこじれている	C・Pによる個人心理療法(1年)や服薬その他の治療もうけた、精研C・Pによる個人心理療法を2年間うけた
⑫	女	27	19	精神病質 (精神病的反応伴う)	家族への暴行、周期的食食、心気症、結婚問題のこじれ	幻覚、妄想、興奮を伴う精神病的状態を何度か繰返している	大学病院 私立病院精神科に入院、外来治療を数年間くりかえし、インシュリン、E・S、心理療法をうけた、現在C・Pとの面接1月1度位
⑬	男	20	18	精神分裂病	父への反抗、暴行、対人関係の障害	不安、抑鬱、興奮、家族への反抗、自殺企図	国立病院外来服薬治療中、母がケースワーク治療をうけていた
※⑭	女	24	23	精神病質 (分裂性性格)	対人関係の障害、職場での不適応孤立、心気症	左に同じ	胃の症状により内科通院中
⑮	女	26	?	精神分裂病? 分裂性性格?	対人関係の障害、周囲に無関心で独断的、非現実的な発言や行動をする	左に同じ (高校3年の時、一過性に不潔恐怖や性的被害念慮があった)	高3時に神経科受診1回、診断確定せず、その後社会生活を送る

※ 夏休中のみという希望で入った。

症3名、(そのうち性格神経症というべきもの2名)精神病質3名、慢性潜行性の精神分裂病か重い分裂性性格が明らかでないもの1名である。

これらの診断は主として担当治療者によりなされたもので、必要なものはTSCの精神科医のみならず精研の精神科医の診断も経ており、7名はロールシヤハテストやTATなどの心理テストを受けている。

前担当者より明らかに分裂病の欠陥状態として紹

介されたものは2名、No.1とNo.8であり、精神病質と診断されているものの中2名、No.10とNo.12は、何れも精神病院に強制入院の経験があるものである。

精神分裂病と診断されたもののうち、破爪型とみられるものは6名、非定型的で、周期的に増悪するものは2名である。最初の症状あるいは問題発現以来の年数は比較的長いものが多く、2~4年5名、4~5年3名、5年以上のもの7名である。従って

表2.

	教育	職 (現在)	業 (過去)	基本的性格	家族の問題	家族の協力	友人関係	趣味
①	短大卒	なし	郵便局臨時 雇、大学院 聴講生	内気、非社会的、 依存的、せんさく癖	父は変り者で家族 に関心なく、本人 は姉、妹に劣等感 強い、母に依存	母は協力的、精研 P.S.W.に数回面接 している	友人なし	ピンポ ン 読書
②	短大卒	なし	なし	依存的、攻撃的、 神経質、臆病、内気	祖父及び父に反撥 し、妹への劣等感 強い		詩の同人 グループに 入っている	読書、詩 作
③	高校及び秘 書養成所卒	パートタイム 医院助手	航空会社秘 書	内気、温和	妹への劣等感	父が人事管理、ア フターケア関係の 仕事で関心が強い	テニスの クラブに 入っている	テニス
④	大学在学中 (中卒後1 年高校後2 年浪人)	学生	なし	内気、劣等感、神 経質、非社会的(幼 時吃音あり)心配 性		家族は仕事に忙し く無関心	話す友人 は一人だ け	特にな い
⑤	高女卒	会社事務	会社事務員 (いずれも 1~2ヶ月 でやめた)	内気、非社会的、 神経質、孤独			友人なし	絵画
⑥	大学卒	なし	なし	孤独、非社会的、 敏感、潔癖、過度 に良心的	父、兄と仲がわる い、妹にてんかん 患者あり、兄嫁の 妹に一方的に恋愛 した		友人なし	映画
⑦	女子大卒	なし	会社事務員 (すぐやめ た)	神経質、おとなし い、劣等感が強い		母親が協力的	友人なし	映画
⑧	高校卒	なし	なし	非社会的、内気、 依存的、不活撥	母親最近死亡した	姉が協力的	友人なし	特にな い
⑨	大学中退	なし	なし	内向的、敏感、孤 独、劣等感強い、 傲慢	兄姉への劣等感が 強い		友人なし	テニス
⑩	大学(芸術 科卒)	なし	なし	自己中心的、過敏、 心氣的、他人への 依存欲求強い	弟への劣等感、母 への敵意と依存	家族は困りきって おり協力的、母は P.S.W.に面接した	合唱グル ープに入 っている	彫刻、合 唱
⑪	師範卒	塾経営	元教員(2 年でやめた)	自己中心的、わが まま、未成熟、依 存的、ヒステリー 的傾向	父母への敵意と依 存、弟に乱暴する		なし	読書、園 芸
⑫	高校卒	なし	なし	自己中心的、未成 熟、依存的、つね に他人の関心を求 める、激し易い	父への敵意(女遊 びをしたので)母 及び妹への憎しみ が強い	母親は困りきって いるが、一面早く 結婚させようとあ せる	なし	料理
⑬	高校卒	なし	なし	内向的、あきやす い、敏感、孤独	父への反感が強い	母親は協力的、精 研のP.S.W.と面接	なし	音楽
⑭	女子大卒	中学教員	なし	孤独、独断的、闘 争的、硬く未成熟	父は別居しており、 父母不和、妹は精 神分裂病の欠陥状 態		なし	手芸
⑮	大学卒	パートタイム 大学研究補助 員	なし	未成熟、独断的、 他人に無関心、非 社会的	母が更年期鬱病の ため精神病院に入 院した、支配的な 姉に対して本人は 反感をもつ	兄、姉、下宿の主婦 等が看視的、母の 病気を本人のせい とする	なし	詩作、 ピアノ、 油絵(永 続しない)

※ 趣味の () は、強いていえばという程度のものである

われわれが最初予期したようなごく新鮮な分裂病の寛解例や、神経症との境界例などは殆どなかったといつてよい。

参加前及び参加時の治療も表1に示されているが、

参加時に入院中のもの1名、外来服薬治療中のもの3名、臨床心理学者による個人心理療法をうけているもの2名、内科外来通院中のもの1名であった。精神病院入院の経験をもつものが多いが、以前の入

院生活について不快な記憶をもつものが多く、全く寄りつかないとか、家族も病院との接触を避けたいと考えているものが4名あった。

現在の問題として家族への暴行を主訴とされているものが4名あるが、何れも程度がひどく、母や妹に怪我をさせたり、(No.12)、強制入院を予儀なくさせたり、(No.10)、パトカーがかけつけたり、(No.11) するような程度であった。主訴のうち全メンバーに共通にみとめられるのは対人関係の障害(自閉をふくむ)であり、自発性の減少、劣等感、無為などがこれに次いでおり、これらはこのTSCの特徴をなしている。

各症例の教育、職業(現在及び過去)、基本的性格、家族の問題、家族の協力、友人関係、趣味などは表2に示してある。

これらの教育程度は大体高校中退又は高女卒以上で比較的高いものが多く、家族の属する社会階層も大体中程度のもが多かった。

基本的性格としては主に非社会的、内気なものが多く、これは友人関係のところに友人なしというものが多く一致する。つまり、これらのメンバーは家族以外と殆ど交渉のないような狭い社会生活の中にいるものが多いということである。また趣味として挙げられているものも註に示される如く、強いて挙げればという程度のもので、一般に興味や好奇心の高くないものが多かったのである。

家族の問題として挙げられたものは前の治療者の報告や家族との面接(定期的でない)、メンバーの話し合いの結果わかった程度の表面的なものである。しかし、これらの結果からみても家族間に問題のあるものが多く、われわれに余力があれば将来は家族との定期的面接や、家族のグループワーク(PTA的なもの)なども行いたいものと考えている。

前述したごとくこのTSCは先例もなく全く実験的に始められたものである。したがってわれわれはどのような症例でも拒まず一応うけいれてなるべくいろいろの型のメンバーを参加させるように望んでいたものの最初はわれわれと緊密な連絡をとりやすいようないくつかの施設に先づTSC形成のことを通知し、協力を求めた。

その結果として全症例の紹介経路としては表3に示されるようにやはり精研相談室よりのものもとても多く、7例を占め、他の公私立病院相談室もTSCの精神科医と関係の深いところのみとなつてしまった。このことは、殆ど隔週位に病院等の担当治

表3.

紹介者		例数
精研 相談室	心理療法担当者より	3
	相談担当者より	3
	母親のケース・ワーカーより	1
公立病院	担当治療者より	2
私立病院	担当治療者より	1
私立相談室	担当治療者より	1
YWCA	関係者より	※ 3
グループメンバー	より	※ 1

※ これらの症例はTSCの精神科医による面接とワーカー全員の討議により入会させた。

療者との話し合いをすることができ好都合であったが、選ばれる症例に偏りが出来たかもしれない。

YWCA関係者よりの紹介は3名あり、一般の家庭青年グループや学生グループにおいて対人関係に問題を有するものが紹介された。またグループメンバーがTSCに参加後、自分の楽しい体験を分かちあいたいとして、以前入院したとき知りあった友人にTSCを紹介して入会をさそったという例が一例あった。しかしこのような例はむしろ例外的なもので、他の多くのメンバーはそれらの精神医学的施設とそれに関係あるものすべてと絶縁したいようにみえるものが多かった。

これらの他にも入会を求めたり、試験的に出席したのもあったが、職業の関係で時間的に無理だったり本人の病状により他の治療が適当であると判断されたり、本人自身「グループに入る自信がない」或は「若い人が多いから」といって参加をためらった例も二、三あった。

9. 集会の形式 集会は、原則として週一度、一回約二時間開かれる。クラブの開始時、即ち1960年6月から、1961年3月までは、毎週水曜日午後2時～4時半、1961年4月以降は、同じく6時～8時が、その時間に充てられている。

メンバーは、前述の如き経路で連絡され、グループに紹介される。出席者数は平均6～7名であり、スタッフを加えて10名前後となる。

会合には、いつも定った部屋が用いられ、近接して設備されている小台所や、レコードプレーヤーその他、ゲームに必要な材料も、つねに利用できるようになっている。集会が午後であった当時は、更にピ

アノ、体育館（ピンポン、バスケットボール、バドミントン）を使用できた。

グループには、毎月2名(原則として男女各1名)の当番がいて、お茶や食事の準備を交代する他は定まった組織や役員の制度はない。会場の用意や、食器類の後始末は、手の空いている人が全員とする習慣ができています。また集会を欠席する場合は、事前にワーカーの一人まで、電話をかけることになっている。

集会は大體、早くきた人たちの間で交される雑談(その間に当番は、お菓子を買いに行ったり、お茶をわかしたりする。当番の到着がおそい時は、適宜他のメンバーが動く。)にはじまり、ほぼ全員そろったところで、その日の予定のプログラムがあればそれがすすめられ、計画のない場合には、時に応じて、話し合いやゲームが行われる。集会が夜の場合には、プログラムの最初に夕食がはじり、午後であった時は終りに茶菓があった。食器類を、当番が片付ける間、他のメンバーが会場を整理し、当番が記録をつけ終るのを待って、全員いっしょに帰途につくのが通例である。

現在までのところ、クラブ全体として他のグループとの組織的な接触はなく、社会性を回復したメンバーが、おのおのYWCA、YMCAあるいは他の絵画、テニス、習字などのグループに入っている程度である。

10. プログラム 一年半の間に実施したプログラムは、表の通りであるが、そのうち主なるものとして、(1)話し合い、(2)ゲーム、(3)音楽、(4)スポーツ、(5)旅行、見学、をとりあげて、その内容を検討してみたい。

(1) 話し合い：

プログラムとしての話し合いは、メンバーまたはスタッフから偶然的に提供された話題について交されるものから、或程度テーマをきめて行う討論、映画や小説についての感想の交換、次のプログラムの企画等、種々の段階のものを含む。これへの参加乃至利用の仕方には、非常に個人差があり、中にはNo.10、No.13の如く、殆んど参加しなかったメンバーもある。内容についても、No.4の発言は、殆んどいつも自分の職場のことだけに限られており、No.1やNo.15の場合は、他の人々の発言とは無関係な自己中心のおしゃべりが多く、一方No.14、No.9が、術学的といってもよい態度で、国際問題、政治、

教育、文学を論じたりする等、大きな差がみられた。従って、話題も、一つのをとりあげてそれを深めてゆくことはむしろ困難であって、スタッフの側では、多少系統的に人間関係を問題にするディスカッションへの方向づけを試みたのであったが、(読書会への計画、ディスカッションの記録をプリントにしておいて次回に渡し、それを話し合う。等)これは不成功に終わった。しかし、プログラムの合間や会合の前後に交される会話の中では、具体的な就職や進学についての問題や自己の病気や性格についての不安、自身の入院の経験や家族の態度等も話され、同じ問題をもった仲間としての意識は、このような話し合いの中で、かなり培われていっているようである。No.1、No.3、No.6、No.5、No.8等は、特にその意味で話し合いの時を用いることが多い。

同時にこの種のプログラムは、各人の興味の幅をひろげて、話題を豊かにすると共に、メンバーが互いに個人的関心を示したり、過去の楽しかった思い出や将来への期待、家庭での問題を話す等、自己表現の機会という面で、積極的な意味をもつといえる。また、特別プログラムの立案や当番の決定をめぐる協議は、メンバーの社会生活への適応の度合を知るよい機会をスタッフに提供したし、同時にそれは、メンバーにとっても、支持的な雰囲気の中ですんでグループの仕事への責任を分かち合う試みを容易にした。複数のスタッフの存在は、過保護に陥る危険をつねに持ちつつ同時に、メンバーがいくつかの小グループにわかれて仕事を分担することを可能にしている。

(2) ゲーム：

グループとしては、各種のゲーム、ことに簡単なトランプや、紙と鉛筆を使ったゲーム、銭まわし等が、雰囲気をはぐして、新しい人たちを仲間に入れる時や、自己紹介の代り等によく用いられた。スタッフとしては、ことにグループの初期の段階において、各メンバーの性格、能力等を知る多くの機会を得たという意味で、重要なプログラムであった。会合を重ねるにつれて、この種のプログラムは次第に減り、これらは話し合いの間のつなぎ、或いは息抜きの意味で用いられることが多くなり、メンバーの希望或いは指導で行う機会も増した。これは、殆んどつねにスタッフの側からの提案で行われたコースとのよい対照であった。

(3) 音楽：

音楽のプログラムには、簡単なコーラス、レコー

ド鑑賞等があったが、これらは前述の通り、殆んどいつも、スタッフ側からの提案で行われ、ことにコーラスは、屢々集会の終りに、20分から30分用いられた。一番多くうたわれたのは、各国民謡とキャンプソングであった。ミッションスクールに通ったNo.5の提案で讃美歌をうたったこともある。

最初はコーラスの本で顔を隠したり声を出してうたわなかった人たちも、次第に自分の好きなうたをえらぶようになり、ことにNo.4は、最初のうち、どうしても音程を正しくとれなかったのが、約一年後のある集会時に、自分たちのコーラスをテープに吹きこもうということになった時、うまく歌えないと行って途中で放棄してしまった男性メンバー達を一人でリードして、(この時男子スタッフは欠席していた)とうとう終りまで歌いつづけたことにも示されるように、劣等感が次第に克服されてゆく段階が認められ、自己表現のよい手段となっていたことが解る。G. Wilsonが述べているような、“白中夢の既製品”(文献2)としての歌の効用もまた、各自の好みに従っての曲の選択や、うたわれた歌に対する感想の中に、随所にみる事ができた。一人ではなかなか歌をうたう機会の少いメンバーにとって、重要な意味をもっていたといえよう。

(4) スポーツ：

後半、集会が夜開かれるようになってからは、集会室も狭いところに移らなければならなかったのが、スポーツをプログラムに組むことは不可能になったが、最初の一年近くの間は、ピンポンとフョークダンスを中心に、バドミントン、テニス、バスケットなどが、メンバーの好みに応じてとりいれられた。広い屋内体育館を使うことができたので、ピンポンの試合をしている傍でバドミントンをすることも出来、個人差に充分応ずる形でスポーツをくみ入れることができたのは成功であった。他のゲームでは、いつも、ルールを忘れてたり、勝負を途中で投げってしまったりするNo.1が、ピンポンを楽しみ、又、つねに控え目で、グループに対して消極的な興味しか示さなかったNo.9が、No.1と共にテニスを喜んで等、他の種のプログラムにはみられない動きがあって、グループの雰囲気や和らげ、メンバーの自主的な動きをたかめる上に、効果の多いプログラムであった。

(5) 旅行・見学・ピクニック等：

これは、このグループが最も好んで計画したプログラムの種類である。日常、限られた生活経験の範

囲内にあり、外出に対して、本人も周囲のものも不安をもっているメンバーの多いこのグループとしては、非常に自然な傾向であるといえよう。後半にかけて、積極的にプログラムについての提案をするようになったNo.3が、ことに旅行好きであったこともその原因の一つであるが、他のメンバーにとっても、それは、“久しぶりに電車で遠くへ行く機会”(No.8)であり、“何年ぶりかで夜ゆっくりと町を歩いたり”(No.5)、“いろいろ心配があるにしても、先生方もついて下さる機会を利用してやってみるのがいい”(No.3が旅行への参加を躊躇しているNo.6を励ましていった言葉)と考えられていた。

行先は、国領のYWCA“憩の家”、深大寺から国際基督教大学、日展、東京証券取引所、プラネタリウム、映画見物、東京タワー(夜景をみた)、真鶴岬、等であり、うち、国領と真鶴は一日かかり、国領には他に一泊旅行も行った。

メンバーにとっては、それぞれ新しい経験であり、楽しいプログラムであった。グループの全員にゆで卵を持ってくる(No.2)とか、メンバーの写真をとる(No.3)など、グループ全体への関心が積極的に表現されたのも、このような機会であった。

11. グループの動き グループは、メンバーにとって、非常に気楽な場所としてうけとられているようである。しかしそれは同時に、かなり消極的な雰囲気であるともいえるわけで、ここには、メンバーの側の社会性のなさとともに、人数としても四人という多数を占めるスタッフの側の過保護が、原因していることも否めない。

もっとも、どのようなグループであっても、そこである程度のリーダーシップをとるためには、他のメンバーの持っていない資質なり特技なりを持ちつつ、同時にグループ全体にうけいれられていなければならない。また、異なった種々の性格の人々をうけいれ、他の人々の感情に対して敏感に反応することが或程度できなければならない。ところがこのグループの目的からいって、もしも多少共そのような意味でリーダーシップをとれる段階に達した人がいたならば、その人は既に、このようなクラブに来る必要はなくなったことを意味するのであって、そこに、メンバーの自主的な動きに俟ったグループの運営をしてゆこうとする際にぶつかる問題がある。例えば一つの病院に入っているというような、共通の生活をもっている場合、これは相当緩和され得るであろうが、

職業や家庭の背景がかなり異り、共通の経験をもっていない人々の集りであるこのグループの場合、特に難しい問題である。

(1) グループとしてのまとまり：

しかし、集会の数を重ねるにつれ、始はスタッフとメンバーとの関係が主であったものが、次第に、メンバー間の関係がつまり、それが、グループの動きの大きな部分を形づくってきた。はじめは、同方向の人たちがいっしょに帰るとか、当番以外の人たちがグループの雑用を手伝うという程度であったが、次第に、お互いの家族のこと、更に職業についての経験、入院の経験についての質問がはじまってくる。No. 1、No. 5、No. 3、No. 7、No. 8などは、積極的に他のメンバーに質問していることが多い。又、No. 4、No. 6、No. 9等は、職業の選択や将来の方針について、他のメンバーからの相談にのるなど、メンバー相互の間には、相当つよい結びつきができています。クラブ室に絵をかけようといっって持ってきたり、入院当時いっしょだった友だちにクラブのことを話して入会をすすめたりしたNo. 3の場合は、グループとの結びつきが最もつよいが、旅行先から全員におみやげを買ってきたり (No. 5) 年賀状を交換するのに住所録がほしいといったり (No. 5、No. 8) する動きもみられる。

(2) メンバー相互間における個人差の容認：

以上述べたようなグループとしてのまとまりは、共通の興味とか共同の仕事の上に礎かれたというよりはむしろ、共通の問題をもっているという認識と、その上に立った個人差の容認に根ざしているといえよう。そしてこのことは、メンバーに大きな安定感を与えていると思われる。

例えば、時々思いがけない行動 (エプロンでお皿を拭いてしまったり、旅行の際他人の歯ブラシを使ったり、紅茶をのんだ後の茶碗の中にケーキを入れてスプーンで食べる等) に出るNo. 1に対して、始のうちは、No. 2が、明らかに拒否的な行動を示していたが、次第にそれは影をひそめて、今では、皆が、そういう際にも好意ある無関心といった態度をとるようになってきている。No. 1は、また待合せの場所をよく間違えるところから、どこか遠くへ出かけた時には、同じ方向に帰るNo. 4が、極く自然に保護的な役割をとるといっこともみられる。趣味その他についての雑談や、各種のプログラムの中でも、非常に卒直に個人差がみとめられるという経験は、メンバーにとって、グループ内の地位を確立し、同時に

劣等感を克服してゆく上に、大きな意味をもつものである。スタッフが、メンバーとの関係の中で強調していることが、メンバー間の関係に反映し、スタッフからの受容とは異った意味をもつ積極的な経験として各メンバーに帰ってゆくといっ、グループ場面特有の効果の一つであろう。“職場とちがって、ここに来ると、他人との間の垣根がとれたようほっとする”といっNo. 5の発言なども、それをよく示している。

(3) 新しい経験の機会：

気楽なグループであるといっことは、必ずしも、単調なといっ意味で消極的な雰囲気を持つことにはならない。何年ぶりか遠いところへ電車で出かけたり、始めて展覧会をみに行ったり、野外料理をしたりした人たちが多く、このクラブが、日常の限られた生活経験とは異った、新しい現実の経験と、そこで自分自身をためしてみる機会を、多く提供していることがわかる。これらが手がかりになって、他の生活の領域での新しい経験へのふみ出しを、多少とも容易にしたのではないかと思われる例もある。例えば、No. 5が、どうしても行くのがいっやだった職場旅行に、二度目は参加でき、グループにおみやげを買ってきたり、No. 1が、YMCAのクラスをいくつか聴講をはじめたり、YWCAの都民クリスマスのような催し物に殆んど全員がすすんで参加したり、No. 5とNo. 7が相談していっしょにフランス美術展をみに行ったりしたことがそれである。一つ一つの新しい経験自体が持つ意味は、個人によって様々に異なるであろうが、一般的にいっって、回復しつつある自分自身をためし、更に次の経験を求めてゆく自信を与える場所としての意味は、大きく評価してよいであろう。

この、或る程度保護された気楽な雰囲気と、新しい経験への機会との結びつきが、出席を続けているメンバーにとっては、最も大きな魅力になっていると思われる。スタッフの存在は、特に個々の問題について働きかけるわけではなくとも、以上のような状況をつくってゆく要因となっているのである。そこに、一つ一つのプログラムの見かけの上での成功不成功とは別に、メンバーがグループに結びついていっ理由があると考えられる。

12. グループ内での適応 グループ内での適応については、グループ場面における行動を手がかりとして、(1)グループへの参加 (A. 発言量、B. 発言

の機会、C. 内容、D. 非言語的活動) (2)グループとの受容関係 (A. グループがそのメンバーをうけている度合、及びB. そのメンバーがグループを受けられている度合) の二つの側面から評価してみたい。評価の尺度としては、次のような行動をとる。

1. グループへの参加

(A) 発言量

1. 無言
2. だまりがち
3. ふつう
4. 相当話す
5. 非常に発言が多い

(B) 発言の機会

1. 殆んど発言なし、他の人の話もありきいていない。
2. 殆んど発言なし、しかし他の人の話はよくきいている。
3. ワーカーから促された時、或いは順番がまわってきた時は、躊躇しないで発言する。
4. 時には、自分からすすんで意見をいう。
5. いつも同じような態度で、積極的に発言する。

(C) 発言の質

1. 発言はイエス、ノーの返事に限られる。
2. 多少とも自分の意見をいう。
3. 自分から、新しい話題を提供する。
4. 会の進行に役立つ発言、提案をときどきする。
5. 常に4. のような態度をとり、リーダーシップを示す。

(D) 非言語的参加

1. グループの仕事を殆んど何もしない。
2. スタッフ、或いは他のメンバーに指示された時のみ動く。
3. 時にはすすんでグループの仕事を手伝うが、一定していない。
4. きまった仕事は、いつもすすんでする。
5. 他のメンバーへの指示、提案等を含めて、積極的に仕事をする。

2. グループとの受容関係

(A) グループによる個人の受容

1. 欠席しても、他のメンバーはそれを全く問題にしない。
2. 欠席すると、誰かが名前をあげて、どうし

たのかと心配する。

3. 以前に行われた発言、行動などが、他のメンバーによって記憶され、後の集會において言及される。同時に、個人的な質問の対象となる。

4. すすんでその人の意見が求められる。
5. ディスカッション、共同作業等において、自然にリーダーシップを与えられる。

(B) 個人によるグループの受容

1. 集會には来るが、他のメンバーとは無関係に行動する。往復ともほとんど自分だけ。
2. 他の人々と行動を共にしようとする。
3. グループ全体への配慮を行動にあらわす。(みんなの写真を撮る。旅行からおみやげを買ってくる等)
4. グループの会計やプログラムに、積極的な関心を示す。
5. グループの目的、性格等を、すすんで他の人々に説明する。

評価は、表4に示すとおりで参加期間が六ヶ月以下のメンバーについては、入会当時と現在を比較し、参加期間の長いメンバーについては、六ヶ月を単位として行った。何れもその時期、前後数回にわたるグループ内での行動の観察にもとづくものである。2~3回乃至数回しか参加しなかったメンバーについては、変化をとらえることは無理であるので、その旨附記した上で、参加時の行動のみを評価した。

13. 社会的身分の変化 前述のグループ内での各メンバーの動きは、グループ外での現実生活における各メンバーの家族、友人との関係、主治医による評価、就職、結婚などの社会的身分の変化ともほぼ一致していた。

T S C参加時の各メンバーの職業については表2に示してあるが、なし9名、フルタイム2名、パートタイム2名、塾経営1名、学生1名であった。しかし、参加後メンバーの自発性が高まるにつれ、職業に就きたいという意欲が強く表現されるようになり、グループ内で、或はメンバー同志の話し合いで、求職のしかたや職種についての意見交換や助言が互に活発に行われるようになった。一時は就職したメンバーに刺戟されて仕事につかないと肩身が狭いというような雰囲気になったこともあった。T S C参加後フルタイム就職3、パートタイム5、大学入学1、婚約したもの1、結婚したもの1で、就職を近

表4. グループ内での適応についての評価

凡例：→ その期間におけるうごき ~~~~ 不安定な状況

No.	期 間	参 加 の 度 合				グループとの受容関係		概 括
		発 言 の 量	発 言 の 機 会	発 言 の 内 容	非言語的活動	グループ→個人	個人→グループ	
1	1 年 1年6ヶ月	1 → 2 時に3、しかし短めて不定 上	1 → 3 短めて不定 上	1 → 2 2 2又は3 不定	1又は2 2又は3 2又は3	1 1	1 → 2 2	グループへの参加のしかたには、ほとんど目立った変化がみられない。発言は、時に積極的ながら、グループの動きと無関係なおしゃべりが多い。ゲームへの参加度も低い。
2	6ヶ月	5	5	3 → 4	4、時々5	2	3 ~~~~ 4	積極的に発言するが、グループの動きとどうも結びつかず独善的になる。しかし、何人かの限られたメンバーには好意をもつ。
3	1 年 1年6ヶ月	2 → 3 3 3 → 4	2 → 3 3 → 5 5	1 → 2 2 → 4 4	2 → 3 3 → 4 4、時に5	2 → 3 3 3、時に4	2 → 3 3 → 5 5	グループに対し、開始から積極的に入りこもうとする。発言は、はじめ少かったが次第に増し、グループの動きに沿った発言が多くなる。
4	6ヶ月 1 年	2 → 3 3 → 4	3 → 4 4	2 → 3 3 → 4	2 → 3 3 → 4	2 2 → 4	1 → 2 2 → 3	全体としてあまりめだたないが、グループへの参加は確実に前進している。他のメンバーから最も信頼されているメンバー。
5	9ヶ月	2 → 3	2 → 4	3 → 4	4	2 → 3	2 → 4	No.3とともに、グループに対して非常に積極的。グループ内での行動の変化は望ましい方向にわかっている。
6	8ヶ月	2 → 4	3 → 4	2 → 4	3	2 → 3	2 → 4	次第に信頼されるメンバーになりつつある。変化はかなり著しい。
7	2ヶ月	3	3	2	4	2 → 3	2 → 3	グループの一員としてうけいれられつつある段階。しかしスタートはうまくいっていない。
8	3ヶ月	3	3 → 4	2	4	2 → 3	2 → 3	グループに対しかなり積極的に入ってきた。グループの一員としての位置を確立しつつある段階。
9	6ヶ月	2 → 3	2 → 4	1 → 3	2 → 3	1 → 2	1 ~~~~ 4 非常に不安定	グループの中にどうしてもとげこめない。
10	6ヶ月	1 → 2	2 → 3	1 → 2	4	2 → 3	1	グループへの参加（ことに言語による参加）が少く、メンバーからは或る程度うけいれられていたが、積極的参加に止った。
11	2回のみ	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	評価不可能に近い。
12	出席回数のみ	(3)	(4)	(3 ~~~~ 4)	(3 ~~~~ 4)	2	2	行動は積極的。しかしグループの動きに合わない。
13	出席回数のみ	2 → 3	2	2	1	1	1	だまりがちなことが多く、ワーカーとの多少のつながりに止って、グループには入りきれなかった。
14	互休みのみ 回数	4	4	3	3	1	1	発言は多いが、他のメンバーからは受けいれられず。
15	4ヶ月	5	5	3	3	2 → 3	2 ~~~~ 4	発言は多いが、グループとの関係は特定のメンバーのものに限られる。

く希望しているもの2であり、社会的身分としては向上したものが多いいえよう。

引つづき仕事についているものでもグループ内での対人関係がなめらかになり、自信をもつにつれ、会社での仲間づきあいにも入れるようになり、仕事が続くようになってくる傾向がある。

たとえば前述のNo.5は過去何年か、仕事を転々としたが、常に1、2ヶ月で劣等感と対人嫌悪が強まり、欠勤、臥床、退職を繰返していたが、TSC参加とほぼ同時に就職した会社では、初めは旅行に参加しなかったり、他の若い女子職員と話が合わないことや疲労を訴えたりしていたが、メンバーに励まされて社員の旅行に初めて参加することも出来、現在まで約1年間相当忙しい勤務を続けている。

また会社外でも絵画を習いに行くようになったりして自ら、これらはかつてない体験だとしてよろこんでいる。

またNo.4は大学生の時参加したが、友人も殆どなく、学校のどのサークルにも属せず就職や社会生活に入る不安を強く訴えていた。しかし、TSCに積極的に参加するようになってから、外部での対人関係にも自信を得、就職試験も通り、会社内においてもサラリーマンとしての社交生活を徐々に拡大しつつあり、TSCの他のメンバーにも社会生活の経験をもった助言者としての役割をとりつつある。たとえばNo.1に就職にあまり理想主義をふりまわさぬよう忠告したり、自分の会社の事業の話をしてメンバーの眼を日本の経済問題といった面に向けさせるのに役立っている。

また臨床像及びロールシャッハテストにより欠陥状態として主治医より紹介されたNo.1についてみると、このメンバーは前述のようにグループ内での適応はきわめて不安定であるが、それでも他の人の就職について興味や関心をもって話をきいたり、YWCAの封筒の宛名書きを手伝いに来たり、YMCAの英会話や習字のクラブに入ったり、そろばんを習いはじめたりするなど、入院中あるいは入院直後と比較して欠陥状態といわれる基本像は変らぬとしても、TSCのもつ強い社会的な力の影響をうけ社会性、自発性、活動性の面ではある程度変化しているのではないかと推測される。しかし自分から職安に行つて見つけた肉体労働の仕事も1月半で続かなくなったり、仕事の種類について高級な事務的な仕事をしたいという強い気持があり、父親も同様の考えをもっているため、現実には社会生活に適應するためには、

いろいろの問題があると思われる。

同じく欠陥分裂病として紹介されたNo.8は、参加前のある病院のいわゆるディ・ホスピタルに通っていた。TSCのスタッフの一人は当時より観察していたが、他の慢性入院患者と一緒に作業場で、少数の外来患者と一緒に荷札はりや造花などをするディ・ホスピタルの場面では、他の入院患者とも進んで接触をもとうとせず、作業参加も受動的で殆ど口をきかなかった。TSC参加後は、感情の貧困さや、単調な話し方、児童的な行動型は変わらないが、スタッフや年長のメンバーに誘われて、茶菓の用意や後始末などを行っているうちに、自ら進んで菓子を購入に行ったり、お湯を沸かしたり食事を用意したりするようになり、ディ・ホスピタル時代やTSC参加の初期のようにあくび許りすることは殆どみられなくなって、服装にも気を使ったり、自分の問題についても表現するようになってきた。最近では料理を習いたいとか、工場に勤めたいという希望を表わすようになった。中学時代に発病し家庭以外に全く社交生活をもたぬこの患者にとってこのTSCは、その依存的欲求を満ちし、また年長の女性メンバーの模倣や同一視を通して、社会生活に参加するための技術を徐々に獲得しつつあるようにみえる。事実これらの患者にとっては、はるばる電車やバスを乗かえて人の出入りの多いTSCの会場にくることも、いろいろのアクティビティに参加することも、見学やピクニックに行く際、準備をしたり、一定の場所で待合せたり、役割を分担したり、あるいはクリスマスの贈物や年賀状を交換することなども全く新しい体験であったのである。とくにNo.1は、このような人混みの場所に行くとき必ず混乱して、待合せの場所を間違えてはぐれたり、失敗したりしたが、このような点も練習によってか、大分好転したようであった。

14. 家族との面接 家族とTSCのスタッフが1～数回面接している症例は8例、他のケースワーカーが面接していた症例が1例あった。その他のものは家族と直接接合はなく、経過中とくに家族との面接が必要な場合や家族よりの面接への希望があった場合を除いては、強いて接合を求めようとはしなかった。これはスタッフ側に時間的な余裕が少いこともあるが、入院中のもや服薬治療中のもは主治医と家族との間に連絡があるので、主治医と連絡できるTSCのスタッフは直接家族と話し合う必要が

なかったのである。また、ふつうディ・ホスピタルで取扱う患者とことなり、一般に精神症状はよくなっており家族の附添が不必要でもあり、またTSCの性格上、メンバーの要求による決定を建前としたからでもある。しかし、TSCの機能が他のリハビリテーション施設の機能をカバーする必要があるならば当然この問題について検討されるべきであると思う。われわれの経験した範囲では、家族の多くは協力的で、困難を感じることは少かった。家族内の対人関係及び家族外の対人関係につきそれぞれ次のような五段階の尺度をつくったので、今後入会する症例については入会前と一定期間参加後を比較したいと思っている。

家族内対人関係

1. 自閉、孤立または破壊的。
2. 主観関係が顕著。支配的。
3. 目立った葛藤がなく、家族に受け入れられている。
4. 協調的。
5. 支持的乃至指導的役割をとることができる。

家族外対人関係

1. 孤立、破壊的、被害的關係が顕著。
2. 主観関係が顕著。
3. 普通。
4. 協調的。
5. 指導性があり、積極的、自発的に関係を作りあける。

15. 主治医または前の治療者との接触 TSC参加によるメンバーの変化を主治医あるいは前の担当者にこまかく評価してもらい、それを比較することは困難であった。それはTSC紹介時に送付してもらうカードは自由記述式であり、参加後の評価も「表情が明るくなった」とか、「楽しそうになった」とか、「自信をもって話す」とかというような大まかな表現によってなされることが多かった。TSCのスタッフ側から参加前、後に比較のため必ず心理テスト等を強制するというのも事実上困難であったからである。これらの第3者による精神医学的、心理学的評価については現在の実験期間終了後に参加するメンバーについては、いろいろ検討し、考察してグループ内の変化の評価のみならず適当な尺度をつくり外部からの客観性ある評価をしたいと考えている。

ただ、この際、精神分裂病とか精神病質について各人のもつ概念の差とか、おのおのの症状について

の評価や表現のしかたがあいまいであって、多くの困難があると思われる。またプロジェクト・テストを用いるにしても、臨床精神医学的に診断の困難な症例は、そのようなテストにおいても同様に困難であることがしばしば認められた。

精神医学者による評価のくいちがう例としてはNo.9の如く、この例に関係した3人の医師の意見がまちまちであり、精神分裂病という診断において一致していても、「寛解状態でTSCの参加を通じて社会復帰できよう」という意見と「精神分裂病の欠陥状態である」「分裂病のプロセスが現在進行している」などの意見もあり、前後の場合は入院治療が必要とか、家庭にあってもTSCへの参加は不可能、あるいは無意味といった意見になりやすい。

この大学中退の症例は表4に示すようにグループにうちとけにくく、ピクニック、運動、見学、文集製作などには積極的に参加しているが、学術的な話しかたで他のメンバーを煙にまくといったようなところもみえた。しかし、参加前にはエロ雑誌を読んでいるのみで家に閉じこもっていたのが、職安でパートタイムの仕事を見つけ、肉体労働で辛いとこぼしながらもやり通して、翌年短大に再入学し、その後、往復時間が長くて疲れるとこぼしながらも約一年間通学を続けている。TSCは一学期の終りに、疲労することと、短大の将来性のなさを訴えて以来休んでおり、家族間に問題もあるようである。時おり家族と連絡をとりながら観察をつけている。

TSCスタッフとしてはメンバー受け入れの場合、主治医よりの診断、症状、経過などのくわしいインフォメーションは非常に役立つが、実際にグループに受け入れグループが動いて行くときには、入院時の診断カテゴリーよりもむしろ、その精神病理行動の型、或はメンバーがその場で他のメンバーやスタッフともつ対人関係を把握することがより重要になる。具体的にいえば現在われわれの行っているTSCのメンバーは、わが国の精神医学からいうとその発生原因の異なる精神分裂病と神経症の患者が同一グループに入っており、これは狭義の集団心理療法の概念からいうと禁忌とされる筈であるが、まえがきにおいて述べたように、精神障害の原因論からの治療というのではなく、非社会性の発展や自己の内界への退却を防ぐために、われらの非社会性、対人関係の障害を問題にするという点ではきわめて同質的な集団となっており、治療者側のfocusはある程度一定になっているのである。

どのような患者がTSCからもっとも利益を得るかについてのわれわれの印象は後述するが、TSCのスタッフとしては、協同して仕事をする他の施設の治療者、とりわけ精神科医が患者の疾病に対する科学的客観的の評価をもつとともに、患者の人格の健康な部分、現実世界への接触のしかた、個人個人に特有な対人関係の微妙な様相にも関心をもっているときは、TSCと他の施設との協同治療は非常にやり易くなる。これは勿論患者に対する感情的な過度の同一視により主観的な偏りをもった評価をするということではなく、“患者が失ったもの”のみを強調するのでなく、“患者がいまだ所有するもの”についての積極的な見方を忘れないという事である。

TSCの役割、機能についてくわしく伝えておくことも、TSCのスタッフについて注意せねばならないことである。というのは、わが国では、作業、グループワーク、リクレーション、遊戯などの治療的適用及びその効果について、一定の見解がないし、またそれを証明する系統的、実験的研究が少いからである。たとえば、患者を多数呼び集めてダンスをすることと、個々の患者に対する心理療法的アプローチとしてダンスを利用することとの区別が明確ではないのである。

従ってTSCのような場合、その社交クラブとしての特質のみが強調されて、治療的な意義が見失われやすく、われわれがある例で体験したように、異性の友人と交際するための機会としてのみ誤解され、看護婦をガールフレンドとして映画やお茶につきあわせても同じだということにもなりかねず、各専門家の協力によるTSCの運営とか、グループによる効果といった点を、正しく伝える必要があると思われる。

また個人経営の施設と関係をもつ際にはとくに、TSCの機能と、医師による薬物療法、個人心理療法の機能とは互いに相補うものであることを明らかにする必要がある。事実投薬治療やカウンセリングをうけながら通ってよりよい効果を示している患者もあるのであって、この点患者を取り合うというようなことにはならないことを明らかにしておく必要がある。TSCは広義の社会的治療であって強力な個人心理療法に代るものではないからである。

前述したようにTSCのメンバーの中には長年にわたる心理療法やカウンセリングをうけていたものがあり、このような症例においては一般に個人心理療法と集団心理療法を併用する際と同様に、その移

行の時期に注意しなくてはならない。この点については後章でも触れたい。

16. TSCにもっとも適する患者について 前述のグループ内の変化の表にみられるように、TSCに参加後さまざまな側面において比較的よい変化を示したのは、No.3、No.4、No.5などであり、また観察期間が1年以内であるがよい徴候を示しているのはNo.6、No.7、No.8などであった。これらは神経症の一例を除いて分裂病である。これに反しあまり変化を示さなかったり、短期間に脱落したりしたのはNo.10、No.11、No.12のような精神病質とか、性格異常と診断されている例が多かった。精神病質のNo.14も夏休みだけを希望して参加したが、グループより得たものは少なかったようにみえる。

好転を示す例に共通してみられるのは、そのおのおのが、social hungerともいべき仲間を求める気持があり、グループに参加して新しいプログラムに徐々にではあるが加って利用し、自分の能力を試そうとする最小のsocial skillや現実との接触が認められ、たとえ分裂病発病以来相当の年月を経ていたり、何回かSchubを繰返しても、ある程度の自我の強さをもっていることである。

これに反してsocial hungerというより、治療者個人との深い接触を、自己愛的に求めるもの、自分の問題を認めようとせずモチベーションの低いもの、あるいは自己の行動型式の古い型を盲目的に固執しようとするもの、性格防衛の強いものなどは効果が上りにくいようである。No.2のように攻撃的なacting outを繰返しやすいメンバーや、No.1のように礼儀に外れるような失敗をしやすいメンバーについても、他のメンバーとの関連において、これらのメンバーをどう受入れるかスタッフ側の注意が必要であると思う。事実No.1は、その行動によって他のメンバーから最初は拒否され、時には冷笑されたが、次第に好意ある無関心といった態度でうけいられるようになってきた。このことは、他のメンバーの成長にとってはプラスであるが、No.1にとっては必ずしも有益でないのである。

またわれわれは経験しなかったが、自殺、興奮とか急性の危険な状態をおこす恐れのあるものや、薬品、アルコール中毒者などについては困難があるのではないと思われる。

仕事に対する意欲のないもの、依存性の過度に強いもの、空想や退行傾向の強いものなどは、殆どの

メンバーに参加の初期には認められるのである期間観察した上でもし必要ならば、適当な処置をとればよいのではないかと思う。家からの距離は短いのに越したことはないが、われわれの場合では片道1時間以上かかるものも何名もあり、とくに時間が昼間より夜間になってからは夜道が危いのでタクシーに乗らねばならぬ例もあったが、本人の参加への意欲が強く家族も協力的なら、外国のある種のデイ・ホスピタルのようにとくに制限をきびしくつける必要はないのではないかと思う。

年令については最低20才、30才代のメンバーが主になったが、この点あまり高令のものは異質的になり入りにくいかもしれない。しかし1、2回参加して年令を理由に参加を中止するときは、他に理由があることが多かったようである。またメンバー以外の要因としては、家族にambivalentな態度があると難しい場合もあるのではないかと思う。たとえば精神病質のNo.12の母親のように、本人の暴行に困りぬき問題を認めTSCに行くことをすすめながらも、結婚によって解決しようといそいだり、あるいはNo.15の家族のように、本人が精神病であるときめることにより家族が安定するといった例まである。

またさきにも述べたように個人心理療法をうけていた場合、移行の時期に問題があるし、必要あればいつでも個人心理療法の治療者にもどれるといった体制になっていないと、困難がおこりやすい。たとえばNo.11、No.12のように治療者が外国に行き、他の治療者に代ると同時にTSCに来たという例では、治療者との感情的関係が整理されないことが多い。

1例だけ入院中の病院から通ってきている例もあったが、このようなことももし病院側との協力がうまく行けば不可能でない。少量の薬物療法を併用している3例についても、TSCと相補って治療効果を増すように思われた。

17. 今後の問題点 TSCの今後のあり方については検討すべき多くの問題点があるが、ここではその主なるものを思いつくまま挙げてみたい。

1.) TSCの目標は何か? TSCの管理はいかにあるべきか? 本格的なデイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタル、あるいは寄宿施設であるHalfway Houseなどのないわが国では精神病院より直ちに家庭、地域社会と直結する。このような社会環境にあってTSCの果すべき役割は何かという問題は、今後さまざまに検討される必要がある。デイ・ナイト・ホス

ピタルは明らかに医学的管理の下にある施設であるが、TSCはHalfway Houseなどと同じく精神医学よりの援助や助言を必要としながらも、その本質は異なるものであるべきかどうかとも問題である。外国のTSCにも精神医学的管理の色彩の強いものと、患者の自律的な社交組織として役員や会計など一切患者の自治に任されているものとあるが、一般に社交クラブのような集りの少いわが国でどのような構造のものが現在もっとも要求されるのか、もっともやり易いか、あるいはいろいろの種類のものが必要であるのかなど検討する必要がある。

われわれのTSCは研究所とYWCAの共同研究として行われ、精神医学、ソーシャルワーク、グループワークの各領域のものが、協力して参加したが、実際に多くのスタッフをもたない施設や地域社会にあって行うときに、その管理をどのような職業的背景をもったものが行うのがもっとも適切であるかも考慮されねばならない。

2) TSCがわが国の医療体系の中において経営しうるか?

われわれはYWCAという適当な場所を見つめることが出来、各患者より1月約800円の会費で食事、茶菓、ピクニック、雑誌発行等すべての費用をまかなった。これは施設使用料も含んでいるが、スタッフ側は全くの無報酬で、勤務時間外の毎週夜の時間と、ときには週末を割いて運営に当たってきた。しかし、もしスタッフが有給であり、場所の使用料が高価であるとするとな成り立ちは困難である。また保険医療体系の中に入れられぬとすれば、1月約800円を支払って参加出来るメンバーの社会階層は限定されるおそれがある。したがって公立病院や地域の社会福祉団体、施設の緊密な連絡のもとに、いろいろなタイプのTSCが必要になると思う。

病院内におくことは、病院生活の延長のようになりわれわれの経験からいって好ましくないように思われるが、他の集会の場所を見つけ、また多くの施設と連絡をもって十分に機能を果たすためにはその地域社会の精神衛生運動の一貫した体系をつくる必要がおきてくると思う。

また、スタッフにとってこの2年間、毎週午後あるいは夜にかけて約3時間TSCを主催し、その後の討論を行うことは身体的に過労になることもあった。スタッフの3名は市川、横須賀の勤務地よりかけつけねばならず、このような勤務条件も将来、永続性ある治療体系の一環とするためには考慮する

必要がある。

3) 他の医療施設、アフターケア施設、社会福祉施設との関係をどうするか？

この点はすでに述べたので省略するが、個人的レベルでない施設全体として緊密な連絡が望まれる。T S Cを卒業したもののためのグループも将来は必要になるかもしれない。

またとくに精神分裂病に対しては他の医学的治療とのつながりをはかる必要がある。

4) 方法や評価の問題点。

これもすでに述べたが、われわれの方法は全く暗中模索的であって、ときには余りにも自発性の乏しい沈黙がちのメンバーに対して過保護的な傾向になりがちなこともあった。

表面的にみれば精神病院内の妄想型分裂病の多いグループや、外来神経症患者のグループの方が言語的コミュニケーションはより活潑にみえる程で、最初はスタッフ側の不安も大きかったのである。また効果測定の方法も不十分であり、家族との連絡も系統的に行うことは出来なかった。また効果の判定にも分裂病の自然寛解とか、他の治療の効果ということもあり、いろいろの困難がある。

メンバーの選択に当っては、比較的ゆるい基準でうけいれていた。また当番や会計はメンバーが行うが、入会や管理の基本的決定はスタッフが行っている。

た。つまり、ふつうの集団心理療法の選択基準や運営の仕方と多少こととなっている面がいくつかあるのである。これらの技術的問題についても、批判や助言をいただき、検討してゆきたいと考えている。

5) T S Cの効果は何か？

精神障害者のリハビリテーションとしてT S Cの果す機能についてはすでにいろいろ述べられているが、われわれの約二年間の短い経験でははっきりした結論を出すには早すぎると思われる。いま暫らく観察し完全に社会復帰したメンバーの予後をも追求して考察したいと思う。また個人心理療法と結合した現実吟味の場としてのT S Cの機能についても症例を集めてみたい。

最後に当り、われわれのいわば冒険的な試みに快よく御賛同下さり、暖い援助と激励を賜った東京Y W C A渡辺松子委員長、またたえず実際の活動面に御協力下さった家庭青年部全職員のみな様に、心からの感謝を捧げます。また患者の紹介、協同治療の面に御協力下さった都立松沢病院、岡田敬蔵、吉岡慎二、高臣武史、慶大高橋艶子の諸先生、ならびに診断過程等に御援助いただいた、精研の同僚高橋宏氏、臨床心理学P S Wのスタッフの皆様にもお礼の気持を表わしたいと思います。

参 考 文 献

1) Raymond C. Lerner, The Therapeutic Social Club: Social Rehabilitation for Mental Patients, vol 6, 1960, The International Journal

of Social Psychiatry.

2) G. Wilson and Ryland, "Social Group Work Practice," 1948, N. Y.

心理劇的グループ・スーパービジョンの理論 と実際[※]

鈴木 浩 二⁽¹⁾
(精神衛生部)

- I. 序 言
- II. 心理劇的グループ・スーパービジョンの理論的前提
- III. 心理劇的グループ・スーパービジョンの必要条件
- IV. 心理劇的グループ・スーパービジョンの力動的過程
- V. 心理劇的グループ・スーパービジョンの技術
- VI. 心理劇的グループ・スーパービジョンの効果
- VII. 結 言

I. 序 言

現在社会事業が専門職業として確立されその対象を明確化したのは、心理学・精神分析学・社会学等の諸科学の影響によるものと考えられるところが多く、特に精神分析学・心理学によってケースワークにおける関係という概念は規定されてきたと云える。しかし最近に至って、ケースワークにおける関係の理論及び概念は、社会的に「役割・期待」の関係として捕えられ、またこのような相互作用をワーカーとクライアントとの間の価値体系、態度、および知識等の文化的受授、交換、相剋等によるものとして見る文化人類学的理解がなされるようになった。

(一) スーパービジョン研究の歴史的発展

ケースワークにおけるスーパービジョンも歴史的に同じような過程を経つ、発展してきた。スーパービジョンの歴史的起源は明らかではないが、1885年のスミス女史(Zilpha Drew Smith)による友愛訪問活動の機能化にスーパービジョンがかくべからざるものであると主張されて以来のものと考えることが出来よう⁴。19世紀に入りマーカス女史(Grace Marcus)¹⁰やダウソン氏(John B. Dawson)によってスーパービジョンの行政的価値が強調され、リッチモンド女史(Mary Richmond)もこの方面への関心を示し「スーパービジョンと質問紙法Supervision and Review Questionnaire」を作成、施設職員のスUPERビジョンの在り方を研究した。これが精神分析学のケースワークへの導入段階に至り、スーパーバイ

ザー＝スーパーバイズイ関係が精神分析理論に基いて説明され、上級機関が下級機関に対して行うといったスーパービジョンの在り方に批判の目を注ぎ、スーパーバイズイを専門的によりよい方向に伸ばしめる専門的な指導あるいは専門的な個別指導として捕えるようになった。マーカス女史はこの段階においてスーパービジョンの方向性を示した。「ワーカーがケース取扱い上で見そこなっているものを見ることが出来るようにし、その見ているものを理解することが出来るよう援助する過程として、更にワーカーの業務に現れたワーカーの個人的問題を取扱いワーカーを援助するといった二つの方向」にスーパービジョンを発展させたのである。

1934年になりロビンソン女史(Virginia P. Robinson)によって最初のケースワーク・スーパービジョンの講座が社会事業学校教育課程のうちにおり込まれ、彼女の「ソーシャル・ケースワークにおけるスーパービジョン Supervision in Social Casework」¹⁹という文献が現れるに至った。こゝにケースワーク・スーパービジョンの社会事業教育での重要性が強調され、これがデューイ(John Dewey)の「行為を通しての学習Learning through Doing」理論によって裏付けされた。かくして社会事業教育とスーパービジョンをうけつつの実習とが教育上不可分なものとなったのである。

この様な点よりスーパービジョンの学門的臨床的研究が盛んになり、1940-1950年の間にL. N. Austin,³ Elizabeth R. Zetzel,²⁴ Yonata Feldman,⁶ 等の研究

※ Theory and Practice of Psychodramatic Group Supervision in Social Casework

(1) Psychiatric Social Work

者達がスーパービジョン過程の力動的解明を試みていた。著名なケースワーク研究者もこの方面への関心を示しアプテエカー (Aptekar) はスーパーバイズの依存性と独立性の取扱い方に、ハミルトン (G. Hamilton¹²) はワーカーの自己確認の育成段階の研究に貢献した。

しかし以上は主として個別指導的 (Tutorial) なもので集団指導的方法 (Group method) の研究は殆んどなされなかった。ところが1950年代より John J. Appleby とその協同研究者¹ John Wax,²²そして、C. A. Wolfe のスーパービジョンの集団法を見るに至った。Appleby と Wolfe はスーパービジョンの集団法 (A Group Method of Supervision) としての研究を進め、Wax は集団スーパービジョン (Group Supervision) としてこれを捕えていた。彼等は同様に集団法は個別法の代用ではなく特異な利点を有する別個のスーパービジョンの方法であると主張している。

(二) 我が国におけるスーパービジョン研究

我が国における専門的スーパービジョン研究は未開拓の段階にあり、スーパービジョンそのものがまだまだ一般に理解されていない状態である。上級機関が下級機関に対して行う監督といった考え方をする者、また或は極端にスーパービジョンの持つ管理機構での監督といった性格を否定し、非指示的或は助言的態度を固守する者などがあるといった具合でその概念も明確でない。

研究論文ではないがスーパービジョンの文献としては、日本社会事業大学編「社会福祉事業講義要綱」¹⁷、シャロット・トール女史の「生活保護の原理と技術」²⁰、児童局編集「児童相談所執務必携」⁸、仲村優一氏の「ケース記録による査察指導のしかたについて」¹⁶などがある。これらは個別指導法でありケースレコード及びテープ使用による言語的研究が主であり、非言語を含めた総合的指導の重要性をあまり強調していない。そしてその多くは心理学的精神分析的にその関係を概念付けているのみである。

(三) 心理劇的グループ・スーパービジョン研究の目的

すでに述べた如くスーパービジョンの研究は未だ成熟期に達してはいない。この現状にかんがみ新しいスーパービジョンの方法論的研究をすることに意味ありと思われる。特に心理劇的グループ・スーパービジョンの研究は次の四つの目的を持っている。

1. 社会的「役割・期待」概念のスーパービジョンへの導入による方法の研究

2. 心理劇的グループ・スーパービジョンの理論・技術の研究
3. 心理劇的グループ・スーパービジョンの利点及弱点の研究
4. その効用

II. 心理劇的グループ・スーパービジョンの理論的前提

(一) 定義

心理劇的グループ・スーパービジョンは個別指導法と異なる特有の集団指導法の一つであり、心理劇の理論と技術によるところが大きい。それはケースワークをする際に遭遇する問題を具体的場面設定のもとに具現し、これをワーカー自らが解決するのをスーパーバイザが集団力動 (Group Dynamics) を利用しつつ援助する面接の過程である。

(二) 目的

この過程を通し、ワーカーはスーパーバイザと助演者及び集団力動によって専門的によりよい方向に伸び得るように援助される。劇において、ケースワークされケースワークする学習を集積し、ソーシャル・ワーク教育で最も重要と思われる「自己確認 Self-awareness」⁷を深め、この確認の上に「自発性 Spontaneity」^{14,15}を養成しようとするのである。

「自己確認」は精神科医、臨床心理学者、ソーシャルワーカー等のようなヒューマニスティックな分野に働く専門家となるために必要とされることは言うまでもない。ある程度の自己確認がなければ、専門家としての自己は確立されないだろう。他人を援助するためには自分自身の内面的な葛藤を整理しておかなければならないし、他人を援助するのに自分自身の問題がどの様に妨げになっているか認識しておかなければならないわけである。

「自己確認」とはある程度の正確さを持って、自分が外界にどう反応し、又外界が彼にどう反応するかということを認知する個人の能力である。⁷これは外面に現れた現象と自己の内面的感情とを関連づけ総合する能力であり「自発性」を育て上げる。

ここで言う「自発性 Spontaneity」とは、個人を新しい事態に適切な反応をせしめ、また古い事態に新しい反応を起させる能力である。¹⁵

(三) 理論

心理劇的グループ・スーパービジョンの理論的裏づけとなるのはジェイコブ・モレノ (J. L. Moreno) の「自発性理論 Theory of Spontaneity」¹⁵と「役割

概念Role Concept¹⁵である。モレノは人間は生来「自発性」を持ちあわせていると考え、人間の心理・社会的病理の多くは、この自発性の不十分な発達によるとしている¹³。彼は「自発性」が人間の成長とともに阻害され固定化し反射的に反応するように条件づけられ次第に自動性を失い「自発性」そのものの不十分な発達段階を招き、クライアントが発生したと考える。この様な見地より見ると「ケースワークはクライアントの未熟な自発性の発達を援助する過程¹³」ということになり、スーパーバイジョンは知識と経験とを結合しスーパーバイズの自己確認を深め、これを通して固定化した技術・態度をより自発性に富んだものとするようになる。

心理劇的グループ・スーパーバイジョンはモレノの「役割概念」の理解を必要とする。モレノは役割を「役割の取入れRole-taking」と「役割演出Role-playing」と「役割創造Role-Creating」として考え、「自発性」の養成として役割創造を最も重視している。この創造的演出を彼は「自発性演出 Spontaneous Playing¹⁵」と呼び、これは「自発性言語 Spontaneous Language¹⁵」によって表現されるものだという。

この三つの役割を彼は次の様に説明している。「役割の取入れというのは、全く個人的に変更することを許さず、完了し出来上った役割をとることで、役割演出は或る程度までの個性を許し、役割創造は高度に個性を許す¹⁵」。

彼は更にパーソナリティの発展において、役割がどのように重要であるかを次の様に強調している。「役割の発生は自己の発生に先ずる。役割は自己より生ぜず、自己は役割から生ずる。役割の発生の起源と言葉の起源とは一つであり同じであるという多くの人達によって支持されてきた仮説は実験的役割調査によって主張し得るものではない¹⁵」とし、子供の世界に言葉が発生するかなり以前に精神身体病理学的役割 (Psychosomatic Roles)¹⁵ は活潑に動いているというのである。こゝで云う精神身体病理学的役割とは喰べる、眠る、歩くといったものである。

この様な役割の強調は、単にモレノのみではなくミード(G. H. Mead)¹¹、パースンズ (T. Parsons)¹⁸、竹内愛二氏などの主張するところである。

パースンズは「本能や原始的欲動Primary drivesの存在を否定してはいないが、彼は人間が出生後、その置かれた社会体系から種々の役割体系を次々に内在化し、社会構造の「鏡像mirror Image」としての自らのパーソナリティを形成するものである¹⁸」と

いいそのパーソナリティ理論を展開している。これは、ミード(G. H. Mead)の「他者の役割の取入れ」に肖したものであるといえる。

モレノはミードが1934年に他の研究者達との協同で「心と自己と社会Mind, Self, and Society¹¹」を発表し、「他者の役割取入れ」の概念を發展したのと同様に、1923年に「自発性劇場 Das Stegreiftheater¹⁵」という本の中で「役割演出」の概念を紹介してこの両者は独自のその理論を發展した。リントン (Ralph Linton)⁹やその他の役割理論はその後に發展したものである。

モレノの「役割」はミードのそれとはその広さにおいて異なり、更に全く個性を入れず、完了し出来上った他者の役割をとるのみではパーソナリティの形成に不充分であるとし、もっと高度に個性を許し創造的に役割演出することによって、パーソナリティは成長すると主張するのである。ここに「自発性演出」の重視が理解出来よう。

心理劇的グループ・スーパーバイジョンはスーパー・バイズイにケースワーカー又はクライアントといった「役割演出」をさせその自己確認を助け、パーソナリティそのものを發展させるといった点、モレノの「自発性理論」と「役割概念」を採用する。

更にスーパーバイジョンが、ケースワーク同様対人関係の問題である点よりケースワーク原理が採用される。即ち、自己決定、受容、参加、個別化等々はそのまま応用されるものである。但しこれが管理機構の監督に繋がるものとして行われる点でやや異なる。

III. 心理劇的グループ・スーパーバイジョンの必要条件

前述したようにスーパーバイジョンはスーパーバイズイの自動性とその属する機関機能に反射的に条件づけられた反応形態を統合する自発性を養い、専門的ケースワークの枠組にそい固定化し機械的にケースワークを行うことなく、しかも生得的自発性を生かし得るような方向にスーパーバイジョンを行うことを目的としている。

(一) グループの編成

先づどのようにグループを編成するかであるが、これには多くの議論があると思われる。著者はその経験を通し、スーパーバイズイが自らのケースワークを行い遭遇し又は、遭遇しようとする問題を充分に示し得るだけの人員を必要とすると考える。ケースワーク面接においては、ケースワーカーとクライアントそしてその家族といった関係を表現するので、

二・三名の人員が要求されるし、少しワーカーの個人的問題を取扱うという場合は、その精神葛藤を表現させるために彼をとりかこむ人達—祖父母、父母、兄弟姉妹、妻（夫）といった一を準備しなければならない。以上を考慮し五〜七名を必要とすると考え、それ以上の数となると集団精神療法の場合と同様有害な点が多くなると思われる。

年令・性・職業・学歴も考慮すべきであり、特にワーカーの個人的問題の取扱い上で年令・性がその人のパーソナリティとともに選択の必要条件の一つとなるように思われる。職業・学歴もケースワーク経験年数などとともに必要である。著者が実験的に行った経験を通して得られた結論はこのうちケースワーク経験の年数及びスーパービジョンへの意欲とパーソナリティが最も大切な選択要因であり、経験年数の同一性が必要であるということである。

(二) 人的、物的必要条件

心理劇的グループ・スーパービジョンは、舞台(Stage)、スーパーバイズイ(Supervisee)、スーパーバイザア(Supervisor)、演助者(Supervisory Aide)、観客(Audience)が必要である。時と場合によって夫々はその役割を交換し、或る時はスーパーバイズイがクライアントになり、演助者がワーカーとなり、又時にその反対を演ずることによってケースワーカーとしての自己確認を深め、その自発性を養成するのである。観客はスーパーバイズイとなり、又その反対になったりする。更に演助者はスーパーバイザアの役割をとることすらあるのである。この様に登場する人物の役割は相互に交換されるのである。ここでその夫々の主たる役割を説明する必要がある。

舞台は生きた多次元的空间を提供するものでスーパーバイズイが制限されることなくケースワークを行う上に遭遇する問題を自己に関連させ自由に表現し得るもので、しかもそれがケースワーク過程の延張でなくてはならない。これは何にも劇場の舞台を意味するのではなくスーパーバイズイのいるところ(Situ)を意味する。

スーパーバイズイはスーパービジョンを受けるために舞台上に登る特定の個人である。彼は舞台上で彼の問題を自由に「自発性言語」をもって表現することをスーパーバイズイによって要請される。即ち、彼はケースワーク関係におけるクライアントの役割を演ずるのである。彼は自分の問題を具体的に演出する難かしさを見出すがそのうちに比較的安易に表現出来るようになる。実にスーパーバイズイはこの

舞台での経験を通してクライアントの役割をとり本当に相手の気持を理解することが出来るようになるというわけである。

スーパーバイズイはスーパーバイザアによって半強制的に指名される場合もあるが自動的に出場するように導かれることが多い。

スーパーバイザアはその施設において知識、経験、技術の上で優れ、管理行政的責任を持つもので、このスーパービジョンにおいては次の三つの役割をとる。即ちプロデュウサー(Producer)、カウンセラー(Counselor)、管理行政監督者(Administrator)といった役割である。

プロデュウサーとしての彼は、スーパーバイズイが心理劇場面に持ち出した素材をケースワーク経験との関連で捕え、しかも観衆とのラポートを失うことなく劇を進行させるのである。

カウンセラーとしてのスーパーバイザアは、スーパーバイズイの自己確認を深め自発性に富ましめるために、思いついたり考えついたりすることを自由に自発的に発表させて行く、これは更に観衆の自己確認をも深めるために役立つ。

管理行政監督者としての彼は、施設機関の機能を円滑に行わしめるために、しかも画一的に実行するためにケースの割り当、ケースの取扱い上の問題、ケース記録の方法、保存等々の管理行政上の問題について管理者という立場に立って教育・訓練・指導を行う。

これは上級者が下級者を監督するといった専門的な権限をもって行なうところの管理的な組織に繋がる役割なのである。

四番目は助演者又は補助的的自我である。彼は二重の役割を演ずる。先づ彼はスーパーバイザアの代役又はその手足となって働き、次にスーパーバイズイの示す劇場面において実際又は想像した諸々の役割を描写するのである。補助的自我はスーパーバイズイの自我の補助的役割を演ずる。彼は自発的にスーパーバイズイの自発的演技を行い、その自発性を逆に刺戟し更に自発性を富ましめる。

五番目は観衆又は聴衆である。彼等は二つの存在意義を持つ。それは(1)スーパーバイズイを援助することと(2)舞台上のスーパーバイズイの演出によって刺戟され、スーパーバイザアの援助下で逆に自らが問題となりスーパーバイズイとなることである。

以上心理劇的グループ・スーパービジョン実施上の物的・人的条件について述べたが更に図解によつ

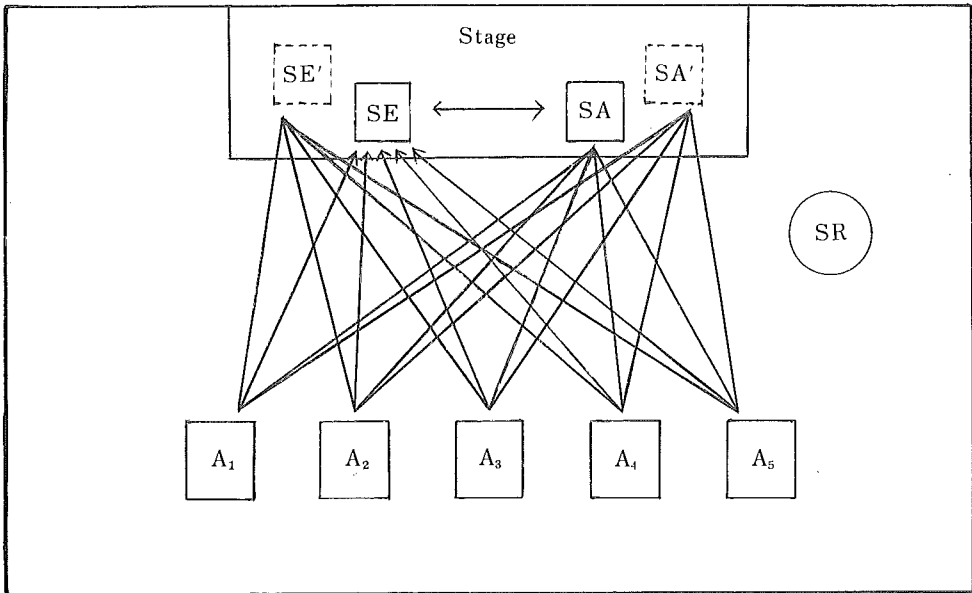
てこれを説明してみると次の如くなる。

舞台は心理劇の如く多次元的空間(Multi-dimensional Space)を考慮した三段式円舞台を必ずしも必要とせず、観衆席よりや、高い程度のいかなる型のものであってもよい。ただスーパーバイズイが演ずるに必要な机、椅子といった様な物品を準備し、彼

が自由に彼の問題を表現し得るものであればよいのである。

スーパーバイザア・スーパーバイズイ、助演者、観衆は相互に関係しあい役割を交換しあう。これを図に示すと次の如くなる。

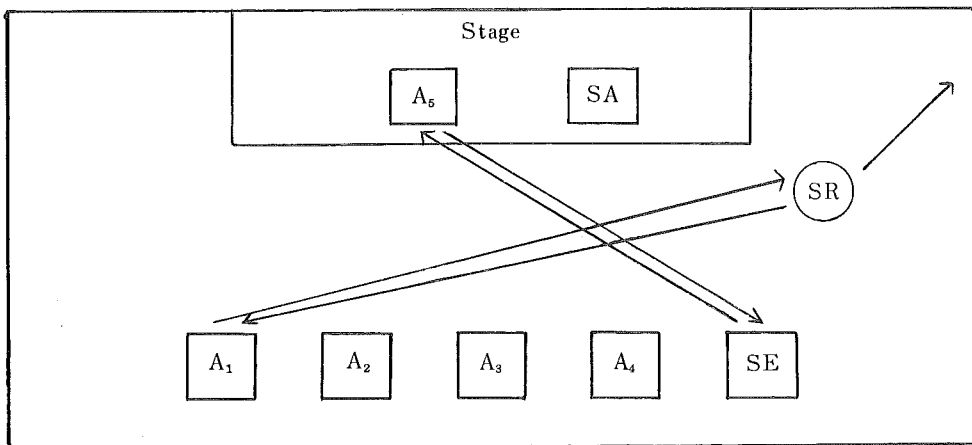
第一図 スーパーバイザア、スーパーバイズイ、助演者及び補助的自我、観衆の相互役割交換



スーパーバイズイ (SE) は観衆 (A) の中より自主的に或はスーパーバイザア (SR) の指名によって選ばれる。SEはケースワーク関係を表示するために必要な助演者 (SA) を選び、SAをクラ

イアントとし或はケースワーカーとして演出させる。又或る時は第二図の如く SEは観衆の中に入って、Aに自らの役割を演ぜしめ他者の演ずるケースワーク関係を客観的に観察させる。更にSEは観衆の中

第二図 スーパーバイズイと観衆、スーパーバイザアと観衆の役割交換



よりSRによって指名された補助的自我 (SE'、SA') の援助によって自発性を深められる。詳しい相互関係は力動的過程の章において述べることにしよう。

スーパーバイザア (SR) は舞台上に登らず観衆の前に立ち側面よりプロデューサーとして劇の進行

を円滑にする。SRは一つの機関の管理組織中で、上級者が下級者に対する一つのオウソリテイとして、専門的権限をもつものとして原則的に他者との役割交換をしないが、但しSEがSRに対して極度の抵抗や感情転移をおこした場合は観衆の一人を適用し、

自らは観衆席に入るか退場するといった例外もある。これは甚だ異例なことである。

IV心理劇的グループ・スーパービジョンの力動的過程

ケースワーク過程同様心理劇的グループ・スーパービジョンも力動的な過程である。第一段階ではスーパーバイズイが選ばれ、彼がケース紹介、役割、問題点等を説明した後に舞台上に登り、彼とクライアントの関係を表現するのである。劇化し観衆の前に自己を表わすのに抵抗を示したりスーパーバイザアに対する感情転移が起ったりするが、スーパーバイズイの専門的ケースワーク的技術及態度によって、スーパーバイズイは劇化されることに対する抵抗を軽減し、次第にウオーム・アップされてスーパービジョンを受けようとする意欲を増大する。

スーパーバイザアに向けられた感情転移を充分に利用し指導しなければならないことは云うまでもないことであるが、スーパービジョンは心理療法と異なり直接的にこれを取扱うことを避け、転移の対象となったスーパーバイザアは、その場より退場するとか観客席に着くとかした方法をとる。これによってスーパーバイズイは自分を勝利者として見、抵抗を減じ一層ウオームアップされるのである。スーパーバイズイに代って彼と親しい関係を持つ者がスーパーバイザアの代行者として登場する。ここに社会感情の繋り (Tele)^{14,15}が成立し彼の否定的感情は除去され、相互間に親和性 (Affinity) が生れる。

このようにウオームアップされたスーパーバイズイは演出に熱中し、ケースワーカー又はクライアントとしての自分を自由に表現するようになり、彼が未だかつて経験したことのないケースワーカーとしての満足感と自信を得、何人にも動かされない統合的カタルシス (Catharsis of Integratin) を経験する。そしてケースワーク技術の教科書的態度を改め自らのケースワークを体得してゆくのである。

第一段階ではスーパーバイズイが助演者又は補助的的自我などの助けを得て演じ、観衆が目前にいることをも意識しない。しかし第二段階では助演者達が舞台を降り、スーパーバイズイの感情が集団全体に伝達されグループとしての力動性が生れる。先づ助演者達の居なくなった舞台上でスーパーバイズイは劇の終了に安堵の胸をなで下し、一部に悲しみをも憶えつ、又劇に登場させられた憤りも憶える。そしてやがて彼は目前の観衆の存在を意識し始め、最初彼が観衆を意識した様な状態に戻る。しかも第一段

階で「Tele」の対象として演じた者達が、今や別の人間として観衆の中に入ることを知り、云いしれない恥しさを経験する。しかしこの段階においては観衆そのものが、彼が思う様な劇以前の彼等ではなく、すでに彼とともにウオームアップされていることに気付く。

第三段階の場面は舞台より観衆席に移される。観衆達はスーパーバイズイと一語に感情移入 (Empathy)、Tele、感情転移を起し律立してあたかも彼の劇に学んだかの如く彼等の経験と劇の作品と結びつけ感情をこめて語る。ここに新し集団吐露 (Group Catharsis) が生れる。最早スーパーバイズイは恥らいを感ぜずメンバーとともに吐露するのである。

これらの力動的過程においてスーパーバイザアはケースワーク原理を応用し、受容的態度で接することによってスーパーバイズイとグループ・メンバーすべてをウオームアップし、劇に参加させ、そこに示された場面を通して個別的に指導するというのである。

V心理劇的グループ・スーパービジョンの技術

このスーパービジョンでは多種多様な技術が採用され、スーパーバイズイの問題・状態等スーパービジョンの必要性に応じて用いられる。しかしそこには基本的原則がある。それを要約すると次の四つである。

- (一) 劇そのものが単なる演技ではなくスーパーバイザアの観察、診断、評価の素材を提供し又その演技によってスーパービジョンがなされるものである。
- (二) 劇そのものがケースワーク知識と経験の統合である。
- (三) この方法においては、スーパーバイズイの問題、経験が自由に言語的に表現されるだけでなく、感情を混えた自由演出がなされ又集団各メンバーの相互作用が期待される。
- (四) 一対一的なスーパービジョンでなく、一対グループ的な現実空間に繋がる空間で施行される。

この基本的原則が心理劇的グループ・スーパービジョン技術の前提条件となり、その場その場に適した技術がスーパーバイザアによって考案されるのである。

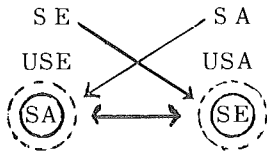
ここに国立精神衛生研究所研修室第三期社会福祉学科生十七名に採用された技術を紹介してみよう。

適用された技術は「役割交換Role-Reversal」、「鏡写しMirror」、「自己実現Self-Realization」、「集団評価Group Evaluation」、「独白Soliloquy」等の技術であった。これらの心理劇的グループスーパービジョンは管理行政を目的としたグループ討議の後に、メンバーの自己確認を深め、自発性豊かなケースワークを体得するようにとの目的をもってなされた。

(一) 役割交換の技術、この技術はスーパーバイズイが取りつつある役割と助演者の役割とをスーパーバイズイの指示によって交換し、これによって他者に対する理解を深め、自らの偏見を表面化し意識化するのである。昔から云う「相手の身になって考える」ことでスーパーバイズイがケースワーカーの役割とクライアントの役割を交換し、始めてクライアントの感情・態度などを知り、クライアントに映ずる自らの姿を発見する。これはスーパーバイズイの自己確認を深める最良の技術の一つと思われる。この技術は観衆とスーパーバイズイの役割交換といった型で行われることも考えられるのである。

これを図に示すと

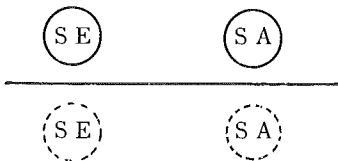
第三図 役割交換



(二) 鏡写しの技術、この技術はスーパーバイズイが言語動作で彼自身やそのケースワーク関係を示すことに抵抗を感じたりしている時に主として用いられるもので、助演者がスーパーバイズイに代って舞台上に登りそこでスーパーバイズイに代って劇を演じ、一方彼は観客席にあって助演者達が演ずる彼と彼のケースワークを距離を置いて眺めるものである。代役を務める助演者はスーパーバイズイになりきり、出来る限り鏡の中に彼が彼自身を見出すように演技しなければならないわけである。例えそれが完全にスーパーバイズイと同一的に演出出来ぬとしても、どのように他人に自らが映じているのかをスーパーバイズイに反省せしめる機会を与えることになる。

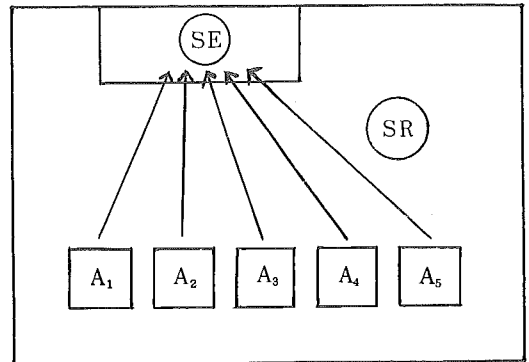
第四図

鏡写し



(三) 自己実現の技術、これはスーパーバイズイが多数の助演者の協力を得て彼の思うようにケースワークを行うことである。次の面接場面を想定し、クライアントがワーカーにどの様に接しどの様にこれに対するか、又面接そのものをどのような方向に導くかなど示すもので、非常に困難な面接場面を前にし不安にかられているスーパーバイズイへのスーパービジョンとして効果大きい。

(四) 集団評価の技術、この技術はグループ全体がウォームアップされ、集団吐露がなされる状態において行われるもので、自発的にグループよりの個人的評価を求めるスーパーバイズイが舞台上に登り、観衆に背を向けて座り、メンバーの一人一人よりの評価をきくといったものである。これは集団力動によって非常に強くスーパーバイズイの内心に影響を及ぼす。そのために大きな自己確認の機会を与えることが期待されるがその反対に恐ろしい危険性も持ちあわせていることが指摘される。ケースワーカーとして



の彼を極度に失望させるようなグループ・メンバーの発言が続出した場合などは、スーパーバイザは単なるプロデューサーや行政管理者といった立場よりカウンセラーといった役割をとり、彼を支持する必要が出てくるわけである。いづれにせよ最も集団力動を用いた効果的技術と云えよう。

(五) 独白の技術、これはスーパーバイズイの独語演技であり、精神分析法に見る自由連想 (Free Association) に類似したもので「状態連想 (Situational Association) と呼ばれるものである。舞台上でスーパーバイズイが自分の問題や経験を一人で独語的に動作をもって表現するもので、集団評価のあとなど評価に対する反駁・同意・

共感等彼の感情を表わすのである。これは彼の感情を整理する助けとなる。

以上五つの技術を紹介したが基本原則にそって種々の技術が生み出されて行く、例えば「独白の技術」を二人のスウパーバイズイに行わしめる「対面独白 Face to Face Soliloquy」やスウパーバイズイの自発性を刺激することをねらう「複動の技術 Double Technique」などを立案することが出来よう。

VI. 心理劇的グループ・スウパービジョンの効果

心理劇的グループ・スウパービジョンは特有の利点及び弱点を持っている。これを連記すると次の通りである。

その利点として挙げられるのは

1. スウパーバイズイが集団力動 (Group Dynamics) を通して自己確認 (Self-Awareness) を深める。
2. ワーカーとしての自分自身に対する態度が変化する。
3. 他人やクライアントの感情を敏感に感じとる情緒的感受能力が養われる。
4. 他人やクライアントに対する態度そのものが変化する。
5. ケースワーク面接過程の全体状況が客観的に、また力動的に把握される。
6. 知識と経験とのギャップが埋められる。
7. スウパーバイズイの自発性が養われ、ケースワークが変化に富んだ創造的なものとなる。
8. ケースワーク過程で障害となるワーカーの性格上の問題解決の展望が開ける。
9. 通常の言語で表現し得ないものや表現したくないものが、自発性言語によって表現され、スウパービジョンのよき指導素材を提供する。
10. 現実のケースワークに繋がる現実空間でのスウパービジョンが行われる。しかもそれは直ぐに現実のケースワークに生かされる。

以上は心理劇的グループ・スウパービジョン特有の利点であるがグループ法として更に次のような特徴を挙げることが出来る。

1. 人件費、時間等の費用が個別法に較べて少く、多くの人を同時に指導し得る。
2. 行政管理上の問題が画一的に教えられる。
3. グループ・メンバーの相互作用によって個人個人の自我が強化される。

4. メンバーよりの支持を得て短期に容易に自己を見出す。
5. 種々の抵抗がグループの支持的受容的雰囲気のもとに打破される。
6. 権威に対する敵意などのネガティブな感情が速かにより深刻に表現される。
7. 種々の感情転移が急速に激烈に発展する。
8. 個別法のような緊張が少ない。

この他にも多くの利点を挙げる事が出来るようであるが、心理劇的グループ・スウパービジョンは弊害をも持つのである。それを次に述べると

1. 個人的感情葛藤を深く取扱うことは非常に危険であり、害多く益少しである。又グループを緊張状態に導き抵抗を増大させスウパービジョンが不可能となる。これはスウパービジョンの領域を越え、精神療法に介入し、治療的意味をもつものと云える。
2. 集団力動は感情葛藤及び不安定な状態にある情緒的適応障害者に耐え難い刺激を与えその不適応傾向を強める。
3. グループ編成に難点多く、劇的演出時までの準備に相当の技術と時間とを要する。
4. ケースワーク技術及び態度、そしてスウパーバイズイの性格等の個人的問題の取扱いを重視するため、スウパービジョンの行政管理面が軽視され易い。

VII. 結 言

心理劇的グループ・スウパービジョンは J・モレノの「自発性理論」と「役割概念」によって理論付けられ、ワーカーとしての自己確認を助け、自発性豊かなワーカーを養成することを目的としている。

従来のケースワーク・スウパービジョンはワーカーの立場を経験させ、学習せしめることに重点を置いてきたのに対して、心理劇的グループ・スウパービジョンはワーカーとクライアントの夫々の役割を演出させ、両者の立場を経験させることを重視する。その力動的過程においてスウパーバイズイは、ケースワークし、また逆にケースワークされつつワーカー＝クライアント関係上の専門的態度・技術を見出すのである。これはケースワーク原理の応用によって効果的となる。

このスウパービジョンは、グループ・スウパービジョン又はスウパービジョンのグループ法の一つであるが、それらと異なる、また個別法と異なる特有

の利点・弱点を有する。

利点も多いが、これが「教育分析」と同様に解され、行政管理といったスウパービジョンの性格を軽視するように考えられる恐れがある。この点に留意しスウパービジョンを行うならばハミルトンの云う自己確認の第二・三段階⁷、即ち「自分の持っている未解決の問題と他人の問題についての成功や失敗との関係を結びつけはじめる」段階より「自分自身の

特殊の問題と、他人を治療する方法を学ぶ過程における努力とを結びつけてみるようになる」段階への発展の導き手となろう。

この方法は個別・集団指導法の併用によってその効果は大きいと信じられる。

しかしながら、グループ編成上の諸問題、適用対象の問題等多くの問題を包含しており、これら将来の研究に待つところ大である。

文 献

1. Appleby, J. J., Berkman, V. C., Blazejack, R. T., and Gorter, V. S., "A Group Method of Supervision", *Social Work*, Vol. III, No. 3. 1958. pp. 18-22
2. Aptekar, Herbert H., "The Significance of Dependence and Independence in Supervision", *Social Casework*, 1954. Vol. XXXV, No. 6, pp. 238-245
3. Austin, Lucille N., "An Evaluation of Supervision", *Casework Papers*, 1956, The National Conference of Social Work, p. 5-9
4. Bruno, Frank J., *Trends in Social Work*. New York: Columbia University Press, 1948. p. 100
5. Dawson, John B., "The Case Supervision in a Family Agency without District offices", *The Family*, February, 1926.
6. Feldman, Y., Spotniz, H., Nagelberg, L., "One Aspect of Casework Training Through Supervision", *Techniques of Student and Staff Supervision*. New York: Family Service Association of America, 1953. p. 29-34.
7. Hamilton, Gordon, "Self-Awareness in Professional Education", *Developing Self-Awareness*. New York: Family Service Association of America, 1954. p. 1-8
橋本孝子訳「自己確認の発展」、国立精神衛生研究所発行。1961. p. 1-13.
8. 厚生省児童局「児童相談所報務必携」
9. Linton Ralph, *The Cultural Background of Personality*, 1945.
10. Marcus Grace, "The Casework of Supervision", *Survey*, August 15, 1927. p. 558
11. Mead, George H., *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
12. Moreno, Jacob L., "The Discovery of the Spontaneous Man With Special Emphasis Upon the Technique of Role Reversal", *Psychodrama*. New York: Beacon House, 1958. p. 135-162
13. Moreno, Jacob L., *The Sociometric Approach to Social Casework*. New York: Beacon House, 1954.
14. Moreno, Jacob L., *Psychodrama*, Vol. II New York: Beacon House, 1958. p. 3-44;
"Psychodrama", *Six Approaches to Psychotherapy*, by J. L. McCavy & D. E. Sheer. New York: The Dryden Press, 1955. p. 287-340.
15. Moreno, Jacob L., *Who Shall Survive?* New York: Beacon House, 1953. p. 75-79, 81-87 & 688-695
16. 仲村優一「ケース記録による査察指導のしかたについて」*援護業務資料*No. 5, 鉄道弘済会社会福祉部、1960.
17. 日本社会事業大学編「社会福祉事業講義要綱」1954.
18. Parsons, T., Bales, R. F., "Socialization and Interaction Process", *Family*. by T. Parsons. London: Routledge & Kegan Paul, Ltd. 1956.
19. Robinson, Virginia P., *The Dynamics of Supervision Under Functional Controls*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1949. p. 32f
20. シヤロット・トール「生活保護の原理と技術」

21. 竹内愛二「専門社会事業研究」引文堂、1960.
22. Wax, John, "The Pros and Cons of Group Supervision", *Social Casework*. Vol. XI No. 6, 1959. pp.307—313
23. Wolfe, Corine H., "Basic Components in Supervision", *The Social Welfare Forum*, 1958. p.177—189; "Group Training Methods in Public Assistance Agencies", *Administration Supervision and Consultation*. New York: Family Service Association of America, 1955. p.18—34.
24. Zetzel, Elizabeth R., "The Dynamic Basis of Supervision", *Techniques of Student and Staff Supervision*. p.9—16.

マリッジ・カウンセリングにおけるジョイント ・インタビュー（合同面接）※

田村 健二⁽¹⁾

（社会精神衛生部）

田村 満喜枝⁽²⁾

一、ジョイント・インタビューの背景

ジョイント・インタビュー (joint interview) は、形としては、相談者が同時に同じ場面で当事者双方のクライアントと面接することになる。この形式は、実は古来当事者間の問題解決の場合に、よくとられてきたものである。しかし、この形式を、新しい意味のカウンセリング乃至心理療法として取入れるようになったのは、最近のことと思う。これに関する文献も少しい、現在試験的に行われている段階だといつてよいだろう。

これは、カウンセリング乃至心理療法が従来単独面接を主にして発達してきているからであり、ジョイント (joint) という意味も、当事者双方に別個に行うこの単独面接を、合同乃至共同して同時に同じ場面で合せ行うところから、きているように思う。(以下、ジョイント・インタビューを合同面接と訳して、論をすすめることにする) 私達も、マリッジ・カウンセリングの中で、試験的に、あるいは必要にせまられて、この合同面接を試みてきた。結論的にまだはっきりしたものが得られているわけではないが、ここでは試論として、主に私達の経験から感じ得たことについて、述べてみたいと思う。

私達が合同面接を行ったケース数は、13※であり、この中には、カウンセリングの開始から終結まで殆んど合同面接だけでやり通したものもあり、逆に双方への個別の単独面接が殆んどで、この間に1～2回の合同面接を挟んだものもある。また、相談者が1人の場合と2人の場合（当事者双方の各担当相

談者が出席した場合）とがある。これらについて、実際のケース事例を引いて詳説することは、ここでは省略し、以下要点だけを述べることにしたい。

さてカウンセリングのアプローチを、主に相談者とクライアントの人数的組合せで分類すると、次のようになる。

1. 単独面接 individual interview

相談者1人とクライアント1人の組合せ。構成員は2人。

2. 併行面接 concurrent⁽¹⁾ interview

同一の相談者が当事者である双方のクライアントと個別に単独面接を続けてゆくこと。構成員は相談者1人が重複している2人ずつの2組。

3. 協働面接 cooperative interview

当事者である双方のクライアントにそれぞれ各担当の相談者がつき、この相談者とクライアントの2組の単独面接が別個に平行して行われてゆくこと。なおこの際は、2人の担当相談者は、ケースについて別に会合をもつことが多い。構成員は2人ずつの2組。

4. 合同三角面接 triangular⁽²⁾ joint interview

同一の相談者がクライアント双方と同時に同じ場面で面接すること。併行面接を合同させたものである。構成員は3人。

5. 合同二組面接 two-pair joint interview

協働面接での2組の単独面接を合同させたもの。相談者とクライアントの一对同志が同時

※ Joint Interview in Marriage Counseling

(1) 社会学とMarriage Counseling

(2) Psychiatric Social Work と Marriage Counseling, 東京家庭裁判所調停委員、元精研職員

※ カウンセリングとは少し意味が違うが、田村満喜枝はこの他に、合同面接に準ずるものとして、家庭裁判所の調停ケースを行っている。

に同じ場面面接をもつこと。構成員は4人になる。

6. 間接合同面接 indirect joint interview

合同二組面接の変型で、1組の相談者とクライアントに、他の組の相談者だけが参加して面接が行われること。双方のクライアントを直接合同させるには、まだ機会が熟していないが、至急あることについて取りきめを行っておく必要があるとか、相手の現実性について早く情報を与えておく必要があるような場合に、行われることが多い。構成員は3人。

7. 集団面接 group interview

相談者がクライアントのグループを構成し、この中で面接をもつこと。構成はグループ。

8. その他

心理劇など。

以上の各面接方法には、それぞれ得失があり、必要に応じて、相談者が決め乃至サジェストして、この中から適当なものを選ばれる。時にはクライアントの要請で選ばれることもある。

さて、マリッジ・カウンセリングで、特にこの合同面接がしばしば取上げられるということは、やはりマリッジ問題※に特有な次のような理由によると思う。Stone⁽³⁾は「病的なのは個人ではなくマリッジである。マリッジそれ自身が一つのユニットである。……たとえ夫婦それぞれが正常でも、マリッジが病的なことはありうる」と云っている。またケースワークの機能派では、2人のクライアント（夫婦とか婚約者2人）とワークしてゆく必要性を強調しており、Gomberg⁽⁴⁾は合同面接にふれながら、「申込者のパーソナリティの混乱よりも、2人の個人間の関係に焦点がある」と云う。同じくLeichter⁽⁵⁾は、「2人が参加し、同じように責任をもつでなければ、マリッジの困難な問題は援助できない」とも云っている。Eisenberg⁽⁶⁾は更に強調して、「夫婦とか婚約者2人が喜んで来所しないのなら、Jewish Family Agencyではマリッジ・カウンセリングはしないだろう」とさえ云う。

Mudd⁽⁷⁾は少し柔軟に、「クライアントが1人で来所しても、マリッジ・カウンセリングの一部と思う……一方のクライアントが相談者とよい関係になれば

他方に影響して、その65%は始は気がすまなくとも、喜んで来所するようになるものだ……合同面接は治療的に可能性が大きい」と云っている。SkidmoreとGarrett⁽⁸⁾は、更に明確に「合同面接でクライアント達にユニットとして反応させることは、マリッジを一つの全体として見、マリッジ自体を患者として見る第一の機会を与えることになる」と云っている。Laidlaw⁽⁹⁾やMittelman⁽¹⁰⁾は、精神分析では分析者が1人以上のクライアントとワークすることは薦められない。しかし、短期の表面的なアプローチでは、患者は夫婦や婚約者よりもマリッジであるという視点は非常に役に立つ、とか、2人の間に烈しい増悪がなければ2人とワークすることは有利だし、多くのケースで実用的である。浅い領域だけでなく、これは臨床精神医学全般に使えははずだ、とも云っている。

ともかく、アメリカにおける代表的なFamily AgencyであるMuddのMarriage Council of Philadelphiaでも、その15年間のクライアントの中、精神医の治療を要すると認められたものは、8乃至15%にすぎなかった⁽¹¹⁾。私達の7年間、約200ケース※のマリッジ問題の中でも、夫婦・嫁姑・恋愛その他の相互関係の問題というより、むしろ個人的な内部の精神的問題と判断されるものは、やはり10%前後にすぎなかった。このことは、マリッジ・カウンセリングの問題が、他の精神衛生的な臨床上の問題に比べて、むしろ正常な人達の問題を扱っていることを意味しているし、個人的問題というよりすぐれて関係の問題を対象としている、ということである。そこに、StroupやGlasser⁽¹²⁾のrole therapyの概念も出てくるわけである。

来所するクライアントも、自己に対して病的意識とか異常感を抱いていることは少ない。その関心の中心は、やはり相手と自分との相互関係に集中している。しかも集中しながら、この相互関係を現実的に明確に把握理解できないところに、最大の困難な問題があるように思う。悪循環をくりかえしているこの2人の相互のダイナミックな関係、これを理解し調整させるものとして、合同面接は次に述べるようなさまざまな利点をもっている。

なお、私達の相談経験では、始めから当事者である双方のクライアントが揃って来所することは稀だ

※ ここでマリッジ問題というのは、結婚生活及び結婚への過程を中心にして起る人間関係の問題全般を指している。従って単に夫婦関係の問題だけでなく、嫁姑関係や婚約関係等も含んでいる。

※ この数は、家庭裁判所の調停も含めてある。純粹に相談に限るとこの約60%である。

った。夫婦であれば、殆んどは妻が最初のクライアントだった。妻の来所につれて、その夫も来所するようになるケースは、全体の約20%位と思う(興味あることは、ここ7年間の間に、次第に夫も後から参加する比率が年と共に増加していることである)。従って、マリッジ・カウンセリングといっても、その大部分は、当事者の一方とだけしか面接できない。もっとも来所した一方のクライアントが、次第にその主観的な歪みを修正補足し、現実的客観的な理解にたつて、2人の相互関係を調整することは多くのケースで可能だった。しかし、勿論当事者の双方がクライアントとなり、しかも合同面接を通して理解と調整を得てゆく過程の方が、はるかにスムーズにゆく場合も少くないのである。

二、ジョイント・インタビューの価値

ここでは主に単独面接との比較において、みてゆくことにする。

(1) クライアントの動機

1. 別居中とか普段余り話合わず、ひとり問題から逃げているような当事者は、合同面接で相手と直接ぶつかることで、問題を新たに認識し、関心を高める。諦めをもっているものは新たに可能性を見出し、たかをくくっている者は、問題の核心に眼覚め、問題と取り組む熱意をもつようになる。

2. 当事者の多くは、相手との関係により大きな関心があり不安定になっている。余りコミュニケーションもない相手の気持を、単独面接だけで理解してゆく余裕がもてないことも多い。こういった場合は、合同面接で相手の気持を直接確かめ掴んでゆくことが、相談を継続してゆく重大な基盤になると思う。

(2) クライアントの認知

1. 単独面接で模索し堂々巡りをし、時に誤解や不十分な認知に止ってしまう相手との関係について、直接に現実的客観的な理解を早くもてるようになる。

2. 当事者は相手も自分と同じように、恐怖や不安の感情をもっていることを、始めて知ったりする。

3. 単独面接における相談者とだけの場面では、決して見せないような姿を呈する。表現も2人の間に特有なcomplementary reaction patternやお互の同一視化を示すし、またその場面での相談者への態度が当事者のtransferenceを明確に示したりする。ここにさまざまな幼時からの親しい者に対する無意識

的な反応型が、ダイナミックに再現されることにもなる⁽⁸⁾。これらが、自分自身の問題と相手との関係についての理解を深める材料になるのである。

4. 上述の云わば直接のなまの表現が、時に相手のポジティブな感情を強くゆり動かすことがある。

5. こうしてお互に納得ゆくまで話し合い、理解し、あるいは到底理解しきれないことが、次の決心をきめることになる。

(3) クライアントの調整

1. 単独面接で生ずる相手への不必要な疑心暗鬼といったものは、ここでは現実的認知によって払拭することができる。それだけエネルギーを効果的に調整へ集中することが可能である。

2. 来所前あるいは単独面接において、考が主観的に固着化し展開せず結論的になっている場合は、合同面接で相手とじかにぶつかることで、新たな視野をもち展開を可能にする。マリッジ問題では、児童の問題や神経症の場合と比べ、この行き止りの結論を出してしまっていることが多い。離婚を決心しているとか、話合ってもむだだといった結論である。

3. お互に話合っている中に、調整の焦点が自然に早く絞られてくる。単独面接では、疑心暗鬼もあって話の内容が広汎にわたり、なかなか焦点を合わせられない。

4. お互が感情的に掴みあいになったり、途中で外へ出ていったり、話すことを拒否することが難しくなる。特に女性は、相手の男性からの暴力を恐れずに話すことができる。このことがお互に、問題に直面する一つの新しい型を形成することになる。

5. 自由に率直に話して、相手から受容されれば、単独面接で相談者から受ける受容以上の感情的緊張の解消が得られる。

6. 2人の関係が結合の方にポジティブになっていった時に、相談者が2人をユニットとして把握するようになると、これが当事者双方に直接影響して、その結合はour feelingの方向へ強く動き出すことになる。

(4) クライアントの遂行

1. ある緊急に必要な取りきめを、機をいつせうに行うことができる。マリッジ問題では、別居時の住居・生活費・持出す品物・移動証明・お互の接触のしかた、子供の養育の処置等直接生活権にからまる緊急の問題を含んでいることがある。相談に入り継続してゆくためのセッティングの一部としても、一応当分の間の生活上の安定方法を取りきめておく

必要があるのである。

2. お互に面と向い、相談者という第三者がいることで、話合うことに責任をもつ。また、当事者だけの話し合いではごまかされそうな不安も、相談者がいて聞いていることで、相手の話にも信頼と安心感をもつようである。

3. 他の場面では相手とうまく話せないことも、相談者の存在がサポートとなり、勇気をもって話合えるようになる。なお話して、十分に意をつくせないところとか、相手の話の意味がよくとりきれない場合は、相談者が双方の話の橋渡しを行ったりする。云わば、当事者間で同じ言葉がなくなっていることが、2人の問題を歪めているのであり、相談者は2人の間の通訳を、適当にすることになる。

4. お互に余り気にとめずに行っていて、相手が非常に嫌がっている行動を、ある程度抑え捨てさせることができる。神経症的な行動については、単独面接で更に問題として取上げられることが望ましい。

5. 合同面接でのこの話し合いの経験が、当事者間に以後のコミュニケーションの一つの型を設定することになり、日常生活でも話し合いが容易になるようである。

6. 更に共に話し合いながら一緒に問題と取組み解決するようになれば、この協力の経験が2人の新しい結合型式の端緒となって、以後の生活に生かされてゆくことになる。

(5) 相談者側

1. クライアント相互の取りきめ及び現実的客観的な理解を早めることができるから、全体としての相談期間を短縮することができる。

2. 相談者の理解をも現実的にすることができる。相談者はともすれば、自分のクライアントの述べることを現実として受けとりやすい。プロジェクトかどうかは、単独面接ではなかなか判定しきれないし、従ってその背後にある感情への理解も、はっきりもてないことが多い。合同面接では、このプロジェクトの面が判然としてくるし、相談者自身の理解の歪みを改める機会になる。

3. 従って、単独面接と合同面接を併用する時は、当事者の一方のみの表現の歪み、当事者の相談者へのtransference、また相談者の一方の(担当の)当事者に対するcounter-transferenceなどが分ってくる。これは、相談者自身の研究や訓練の重要な指標となり得る。私達が協働面接や合同二組面接を初めて行った頃は、相談者同志が自分の担当のクライアント

の云うことが正当で相手側が無理を云っている、と互に云い争った経験がある。また併行面接や合同三角面接を初めて行った時には、1人の相談者の中に全く相反する二つの立場があるようで、分裂して困惑したことがある。これらは上述したようなメカニズムが働くからで、十分チェックし理解を一層深める必要があるのである。ケースが相談の過程で進展し、当事者双方が現実的理解をもつようになると、自然に相談者間の云い争いも、あるいは同一相談者内部の分裂も、おさまってゆき、統一されたものになっていったのである。

4. クライアントのところで述べたが、単独面接では見せないような面を、クライアント同志が表現し合うことから、この当事者間に特有な反応型とか同一視化、無意識的なtransferenceを相談者は把握することができる。

三、ジョイント・インタビューの開始

合同面接には以上のようなさまざまな利点があるけれども、これをなんらの準備なくして行う時は、かえって有害無益ともなる。マリッジの問題は、その問題の所在によって次の三つに分類される。第一は、問題が主として当事者の一方乃至双方の個人的パーソナリティにある場合、第二は、問題が当事者間の相互関係にある場合、第三は、問題がむしろ両当事者の外部にある場合、例えば住居とか経済、あるいは近隣等の問題があって、両当事者が共通の立脚点に始めから立っている場合である。

第一の場合は、アプローチとしては、単独面接形式が主になり、必要に応じてその発展である併行や協働面接を用いる。第二の場合は、単独面接形式(併行や協働面接を含む)と合同面接を用いることになる。第三の場合は、むしろ始めから合同面接で通しても危険はないし、有効でもあり得る。そして、相談で扱うマリッジ問題では、この中第二の場合が圧倒的に多いことは前述した通りである。したがって、マリッジ・カウンセリングで行う合同面接は、両当事者が相談に参加しており、多くの場合に併行乃至協働面接がすでに、あるいは合同面接と平行して行われていることが前提となる。

合同面接をインテイク乃至その直後から行うことは、アメリカでは例⁽⁴⁾のないことではないが、私達の経験では危険と思う。これは一つには、前述したアメリカと日本の夫の相談参加率の差にも現われているように、云うべきことは云って、しかも問題

の決着まで個人的責任をもつアメリカの国民性と、メンツを重んじながら感情的に流れ話合いのまずい日本の国民性との差によるのかもしれない。どうもインテイク乃至その直後から合同面接を行うと、お互にやり合うならまだよいとして、多くは女性のしゃべり過ぎで男性がムッと横を向き黙ってしまうか、男性が権威的に一方的に女性の発言を圧えつけてしまうことになる。こうなると発言しなかった者は勿論、やり合った場合でも当事者のいずれかは、再来の意欲を失い相談が中断されることになりがちである（もっとも、アメリカでもFibushのあげている例⁽⁴⁵⁾のように、これに類することもあるようだ）。

なお当事者の一方が来所している時に、他方の来所をも期待することはマリッジでは特に望ましいが、これにも微妙な問題がある。最もスムーズなのは、すでに来所している者の要請で他方も来所するようになることである。これがはかどらない場合は、相談者が来所している当事者と、他方の来所についてその意義を話し合い援助することになる。こうして、当事者の他方が来所するようになって、その時期が最初の申込者の来所時期よりはなほだしく遅れるとなると、結果は余りよくない。普通は、最初の来所者の来所から1月前後の間に、他方が来所することが望ましい。特に併行面接の場合はそうである。1月上遅れると、どうしても最初の来所の方が相談者乃至agencyに親しみをもってしまい、当事者の他方はそれだけ警戒と不安と劣等感のようなものを感じてしまう。従って、他方の来所が遅れて実現する時は、別の相談者が担当し、協働面接の形で以後すめた方がよさそうである。

なかには、当事者の他方が絶対に来所を拒否したり、また来所している当事者が、来所していること自体を他方に知られることを恐れている場合がある。こういった場合は、当事者間に、かなり烈しい拒否・増悪・恐怖の感情があるのであって、相談乃至相談者の介圧そのものが当事者間の困難を一層あおるように見えることもある。こういった時は、暫く来所している当事者とのみ単独面接を続け、その効果によって当事者間のネガティブな感情が減じ、他方の来所も可能となることが望ましい。しかし、実際にはこれはなかなか困難で、結局こういった場合は、当事者の一方とのみの単独面接で通すことが多い。

さて以上のように、両当事者が参加しても、最初から合同面接をするのではなくて、始めは併行乃至協働面接が少くとも数回続けられる。丁度単独面接

の過程での第一段階⁽⁴⁶⁾——当面の問題を話して感情のカタルシスが行われる時期——を過ぎた頃が、合同面接を開始する時期としては、適当なようである。次に、この合同面接の開始時期について、一般的な注意指標を具体的に記しておこう。

1. 両当事者がその各単独面接で、相談者との間によきラポートをすでに確立していること。合同面接では相手と直面し、互にやり合う場面も生じてくる。従ってこの葛藤感情に十分対処し相談を建設的に続けてゆくためには、相談者とのラポートが支えになる。合同面接の結果を単独面接の話題としてもちこみ、当事者が一層の理解を深めるのも、このラポートを基盤にしている。また後述の面接場面でさまざまな操作を相談者が行えるのも、この揺がないラポートがあってこそである。

2. 両当事者が、それぞれ相手の話を聞こうという気持ちになってから、あるいはそれが十分予側できる場合に、合同面接に入ることが望ましい。十分予側できる場合というのは、一つは前述したように問題の所在が両当事者の外部にある場合である。

3. 両当事者がそれぞれある程度話合う内容がまとまってきて、相手に真意を伝えられるようになってからが望ましい。感情的になっているだけでは、合同面接を混乱させ以後をネガティブな結果にしやすい。

4. 以上はいずれも各単独面接での第一段階が終る頃、同時にもたらされるものである。しかし時には、こういった状態にならないうちに、合同面接に入らなければならないこともある。一つは緊急にある取りきめを必要とする場合である。この際は、相談者がややリーダーシップをとり、できるだけ事務的に片づけて以後単独面接にかえた方がよい。第二は、しばしば当事者の一方が相手と直接ぶつかるのでなければ、感情的に自己を支えきれない場合である。両当事者の生活に対する関心が大きくなりすぎて、よく起る。この際は、できるだけ合同面接に入る直前の時間に単独面接を行っておくことが望ましいし、両当事者と相談者とのラポートを確保するよう一層注意すべきである。

5. 当事者の一方乃至双方が、自分の気持をなおはっきり掴んでいない場合、あるいは話合うべき内容をまだよくまとめていない場合は、その担当の相談者は合同面接に入る前に、予めよく当事者の気持、話合おうとする内容を掴んでおくことが必要である。更に協働面接をしている場合は、相談者間で予めよ

くこういったはっきりしない当事者間の気持、云おうとする内容を理解し合っておくことが必要である。これに対して、両当事者がかなり明確に自分の気持と云わんとする内容を掴んでいる場合は、むしろ相談者間で予め細かく理解し合うことは避けて、合同面接で直接担当の当事者と共に相手側の云うことを聞く方が望ましいようにも思う。従来分りにくく堂々巡りをする当事者がそのまま合同面接に入り、相手側の相談者も始めてその話を聞くことがあったが、合同面接そのものも停滞し、かつ分りにくいことが両当事者間の緊張を一層高め、時間が非常に空転されたように思う。

6. 合同面接は、相談者のsuggestionまたは当事者の要請で開始されるが、両当事者に対してできるだけ無理強にならないよう注意すべきである。元来マリッジの問題は、人間の生活の中でも最もプライベートな領域に属するし、社会文化的なタブーも多い。三角関係をおこしている者や嫁姑関係の姑は、本人自身が悪役であり非難訴追を受けることを知っている。また相手と直面することで、離婚の結論が早く出るのではないかと、今迄の自分のやりかたを無理に変えさせられるのではないかと、そういった恐怖もある。これらのことがdefenseとなって、当事者は合同面接にネガティブにもなるのである。もし合同面接がこれをおして、一方の当事者の要請だけで他方も無理に参加させられた形になると、この参加させられた他方は合同面接で拒否的に心を閉し、または必要以上に感情的反応を呈するようになる。もっとも、こういった結果をまた単独面接にかえて、理解を深める材料にすることはできるが、危険でもある。

7. 前述のジョイント・インタビューの価値のところで、相談者側の理解を高める意味でも、合同面接は単独面接にない様相を把握できると述べたが、合同面接を診断の目的で早目に無理強いすることは危険である。診断的には早目に合同面接をすることは、前述した通り種々の効果があろう。しかし、調整をこのため失敗する恐れも少なくない。むしろ、診断は調整に従って行われるべきで、時間をかけても担当の当事者から、あるいは担当の当事者と共に得てゆくようにしたい。

8. 以上合同面接の開始にあたっては微妙な問題があるので、特に協働面接を予めしている場合は、両相談者がよく打合せをして、各単独面接の進みぐあい、合同面接開始の時期等について、時間的な調整

を行うことが望ましい。

四、ジョイント・インタビューの実施

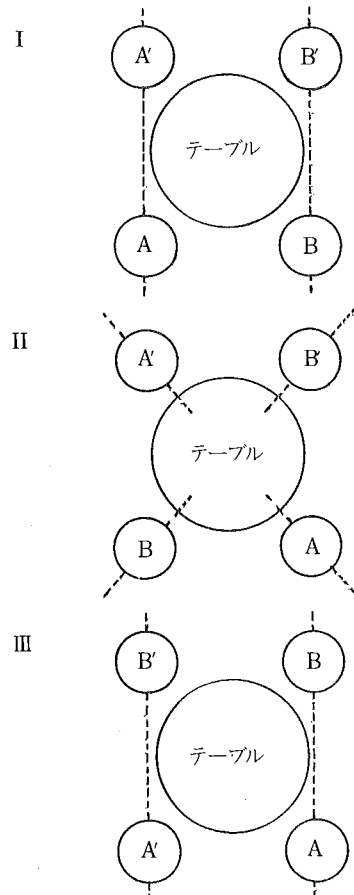
合同面接といっても、合同三角面接と合同二組面接では、実施方法が違って来る。しかし、ここでは後述する通り合同二組面接の方が有利だと思うし、私達の経験からもその実施例の4分の3を占める合同二組面接の場合について、主に述べることにする。実施にあたっての一般的な注意は次の通りである。

(1) セッティング

1. 実施の部屋の大きさは、テーブルを中心にその周囲に4人がほぼゆっくり坐れて、なお通路があく程度、和室の広さでいうと大体8畳間位の大きさがほしい。

2. 面接時間は、1時間半から2時間位が適当と思う。

図. 合同二組面接における坐る位置
(A, Bは相談者、A' B'は単独面接におけるその各担当の当事者クライアントである)



3. 坐る位置は、通常は単独面接での相談者とそ

の担当の当事者が、一組づつ図のⅠのように向き合って坐るのがやりやすい。しかし、この両組が平行線をたどって話合いが進展しないような場合は、図のⅡのように坐る位置を交錯させることも一つの方法である。更に話合いが進展して、両当事者が相談者をそっちのけにしてお互い話合いに実を入れるようになれば、図のⅢのように両当事者を向き合わせる位置も適当になってくる。

4. 合同面接に入る2人の相談者間の立場が平等であること。この相談者間に上下関係、あるいは力関係、能力の差等があると、この優劣が両当事者間にも作用して、自由平等にお互い話合うことが一層困難になる。

5. 単独面接で各当事者から知り得た事実は、相談者間で予め理解し合うのはよいとして、合同面接の場面でオープンに洩らすことはよくない。単独面接での秘守性を裏切ったことになり、当事者の担当相談者に対する信頼を失わせるに至る。あくまでも、当事者自身の口から、そのことが語られるのを待つべきである。あるいは、必要なら合同面接の前に、予め当事者の諒解を得ておいて、相談者は控え目にそのことについて発言するようにしたい。

(2) 面接場面での動き

1. 当事者双方の立場のバランスをとること。合同面接では、どうしても両当事者間の日常生活での関係が再現されてくる。この再現された関係に余りに優劣の差がありすぎると、両者の自由平等な発言ができなくなってしまう。そこでこういう場合は、劣位の当事者の担当相談者は、強いサポートをその当事者に与えたり、その発言に補足的なりフレクトを加える必要がある。逆に優位の当事者の担当相談者は、無言がちで特別なサポートをしなかったり、場合によっては、「まあ相手の云うことも聞いてみましょう」と、その優位な当事者をやや抑える方向に動いたりする。これが合同三角面接で、しかもすでにレポートの確立している単独面接の中に、もう一方の当事者を新たに加入させるような形の時は、前から面接している当事者に予めことわって、この新参加当事者の方を強く受容しサポートし、その参加と発言を容易にしようとしたりする。

2. 単独面接での担当相談者と当事者のペアをみだりに乱さないこと。合同面接に入っても、各当事者へのリフレクト、明確化、補足的説明、代弁、支持その他は、原則としてその担当相談者が行う。これを乱すと、相談者間で混乱し、相談者の中でよく

発言する者としめない者が生じ、これがまた当事者間に作用して不公平感、不十分感、不信感を生じさせることになる。後の単独面接（協働面接）にも、悪い影響を与える。しかし、坐る位置で前述したように、この二つのペアが余りに平行線を続けるような場合には、予め相談者間で打合せして、合同面接における担当を交換して、交錯した関係にし、話合いの展開をはかることもある。

3. 当事者には正直に率直に真意を話すようサポートし、相手を迷わせることはしないよう suggest する。単独面接で話している時の気持や感情を、合同面接で少しも示さない当事者がいる。態度がガラッと変わってしまうのである。特に相手と面と向うと、必要以上に優しくなったり従順になったりする当事者は、そのために相手の理解を迷わせ誤らせることになる。これは、多く日常生活の、あるいは従来の2人の関係が再現しているものだが、云うべきことは積極消極いずれをもはっきりいう勇気を、相談者は当事者がもてるよう援助しなければならない。

4. 合同面接での話合いが、いつまでも表面的行動的次元にとどまる時は、相談者は感情的次元にもちこむ努力をすべきである。単独面接では感情的次元の話をし理解をもつようになっているのに、合同面接になるとお互いに表面的行動的次元にひっかかって、売り言葉に買い言葉で終始する場合がある。これもある程度はカタルシスと納得のために必要だが、余りにそこに膠着する場合は、例えば両相談者がお互いに担当当事者を代弁して議論し、一応の決着をつけて、感情的次元に話を導くことが必要である。

5. 上述のように表面的行動的次元であろうと感情的次元であろうと、両当事者間の話合いが膠着してお互いに意を満たせないでいる時は、相談者がお互いの担当当事者を代弁して議論し、両当事者を観客の立場において見させることがある。これは両当事者を感情的にさせずに、自分達の感情と主張及びそのゆき違いを冷静に理解させ、話合いの展開をはかるのに役立つ。

6. 両当事者間の話合いのこしを折らないこと。両当事者間の話合いが急ピッチで、2人だけに分る話のやりとりをしている時は、相談者はたとえ置き去りになっていても、首をつつこんでそれを中断させるようなことはしない方がいい。一段落話の終わったところで、または後の単独面接で、相談者は必要なら聞くべきである。

7. 合同面接をただの話し切りのsessionに終らせ

ることは好ましくない。普通は、話合った内容、表現した感情のいくつかを要約し、2人の関係のポイントとも云うべき点を指摘して一回の面接を終ることになる。

(3) 面接後の処置その他

1. 一回の合同面接後、なお両当事者の感情がひどく不安定で葛藤状態にある時は、適当な処置をすべきである。合同面接後一方乃至双方の当事者とそれぞれ短い単独面接をし、感情的に一応安定化させて帰すことも一つの方法である。またもし両当事者が別居しているのであれば、相談所を離れる時間を違えることも一つの方法である。これは烈しい葛藤状態のまま2人を帰すと、相談者のいない場面でまた話を再現し、一層の混乱と破局をまねく危険を防ぐためである。

2. 前回の合同面接の結果を再検討し、次回合同面接の準備をするために、単独面接を間に挟んで行うことは有効である。とかく表面的行動的に流れやすい合同面接を感情的次元に落着かせ、混乱した感情を安定化し、理解を深め冷静に調整を行わせるのには、この単独面接が価値がある。特にパーソナリティ的に問題をもつ当事者の場合は、必要である。更に合同面接、ひいては相談全体にネガティブになった当事者を、受容しサポートし面接の必要性をsuggestするのも、この単独面接において始めて充分に行い得る。

3. 次回合同面接の直前の時間に、短い単独面接を行っておくことも有効である。合同面接における話のやりとりや感情の表現は、当事者相互にとって、ややもすると決定的な印象となり早急な結論に達してしまうことがある。特に両当事者が別居していて、2人が会うのはこの合同面接以外にないという場合が、深刻である。前回の合同乃至単独面接以後の当事者の生活（通常は1週間の生活）が、この次回合同面接にやはり影響してくる。たとえ当事者間の関係外の他の問題がこの1週間内におこって、そのため当事者がいら立ち攻撃的になっていたとしても、たまに会う合同面接においては、相手側は自分に対してのネガティブな態度変化として受けとってしまったりする。また当事者間の関係内で、この1週間に新たな問題を感じ出したとしても、余りになまの感情のまま合同面接へもちこむことは、一時的な感情がオーバーに表現され受けとられる危険がある。そこで合同面接の直前に短い単独面接を行うことは、両当事者を合同面接の安定した過程にの

せることになり、より事実的な客観的な理解を相互にもたらしことになるのである。

4. 合同面接とこういった単独面接をどう組合わせてゆくかは、ケースによる。しかし一般的には、以上述べてきたような合同面接の目的乃至注意事項によく適合するような安定した当事者間のケースであれば、合同面接の行われる割合は多くなる。そうでない感情的に不安定な当事者間のケースであれば、暫く合同面接をやめて単独（協働）面接に切りかえることもあり得る。

5. 時には、両当事者が相談者ぬきで2人だけで話合ってみたいと、云い出すこともある。勿論両当事者が互に別居している場合が殆んどであり、当事者の一方乃至双方が2人だけの言葉で、プライベートな情愛に訴えて話合いたいという時である。この場合は、相談者としては受容するが、できれば安定した面接過程から余り逸脱しないために、2人の会合の場所を従来使っている相談面接室とし、2人だけの会合直後に相談者も加わって、結果を聞き、必要なら面接過程にのせるよう努力した方がいい。

6. 最後に、単独面接で述べていたことが、合同面接で著しく事実と異なることが分り、云わば担当相談者を騙していたような当事者にぶつかることがある。この場合に担当相談者が、その当事者にcounter-transferenceを起しがちになるが、注意を要する。単独面接で一貫して通す場合に、後になって自然に事実と異なることが判明する場合よりも、合同面接で分る場合は劇的であり、相談者のショックも時に強いものである。

ともかく、合同面接を用いると、単独面接で主観的に問題の原因分析をしinsightをもち新しい最初のorientationに達する第二段階の過程⁷⁷が、著しく現実的客観的な材料と理解を基盤にして進むことになる。それだけこの第二段階の過程に余計時間がかかり緊張も強められるわけだが、次にくる第三段階の過程⁷⁸が、単独面接のみで通す場合に比べて遙かに短い時間ですむ。それは、合同面接を通してつくられるorientationは、現実的客観的な理解を基盤にしてつくられており、多くは相手の受容をも同時に得ているものだから、第三段階でこのorientationを、改めて日常生活でためし補足修正して現実的客観的に近づける過程——単独面接だけで通す場合は、全体の面接過程の約半分が、このために使われる——の必要が余りないためである。

また、マリッジ問題を単独面接だけで通す場合は、熱心に来所する当事者の成長は望めても、他方の当事者は殆んど変わらず従来の自己の立脚点に立ったままで終り、全体としてのマリッジ問題の調整にも限界があることがしばしばある。協働面接でも、それぞれの当事者自身の問題は調整され、それなりに成長しても、当事者間の有機的なダイナミックな結びつきがともすると取残され、ユニットとしての同時的な共通の立脚点¹⁹に立つ成長が余り望めないことが少ない。合同面接を用いると、両方の当事者が互に結びつきながら、云わば良循環をして、共通的にユニットとしての成長をとげ、最後に問題が調整されてしまうことが多いのである。

五、合同三角面接と合同二組面接

合同三角面接では、相談者は両当事者に共通な1人である。合同二組面接では、相談者は各当事者にそれぞれ担当としてつき、2人になる。Mudd²⁰等は、1人の相談者が両方のクライアントをみる併行面接から合同三角面接へのコースが一番よいと云うが、私達はむしろこの逆に、両当事者にそれぞれ担当相談者のつく協働面接から合同二組面接のコースの方がすぐれているように思う。次にごく簡単に合同面接におけるこの二つの方法を比較してみたい。

(1) 合同三角面接（併行面接を併用）

I. 長 所

1. 両当事者間のバランスをとりやすい。
2. 両当事者から直接話をきけるから、問題の焦点をしぼりやすい。
3. 短期の表面的な問題では簡便にすませることができる。

II. 短 所

1. 相談者が1人のため合同面接ではneutralな立場に立たねばならないが、これが難しい。両当事者の最初の来所時期もずれているし、面接回数やレポートにも差がある。特に当事者の一人がparanoid傾向とか非常に依存的な場合は、困難度が増す。ともすると嫉妬を起させ相談関係が混乱してしまう。
2. 両当事者から話を聞いて、適当に相談者が処理してくれるだろうという、相談者への漠然とした依存心を起しやすい。
3. 変化しなければならぬのは相手であり、相談者が相手を変えてくれるだろうという期待を、当事者がもちやすい。これらは自分の

問題を把握しようとする意欲を失わせることになる。

4. 相手に対して行う自分の非難や批判に相談者が同意してくれるかどうか、相談者が当事者のいずれを悪いと判断するか、もしや相談者は相手側の味方ではないかという恐怖と不安等、当事者は相談者をjudgeとしてみやすい。
 5. 相手のdefenseをとり除き自己主張にしてしまった非難、自分達が大切に抱いてきたと感じている理想を現実化しその基盤をあげてしまった不満、すべてを平等にオープンにしたことからくる別居や離婚、婚約解消等の恐怖、これらが相談全体を主宰し代表するかにみえる1人の相談者に集中し、更に直接相談乃至相談所への不信となりやすい
 6. 併行面接でのどちらへも同じように受容的な相談者の態度や言葉が、当事者間の議論や喧嘩に誤用されると、混乱を起し、緊張を一層高める結果にもなる。特に合同面接の場面でなく、他の当事者2人だけの場面でこのような誤用が行われると、問題を起しやすい。
 7. 当事者の行う感情的次元へのinsight的理解と調整は、専任の担当相談者との閉鎖的な一対一の関係でなければ難しい。共通の相談者だと、どうしても当事者の一方とはこういう関係に入れても、他方の当事者にまで及ぶことは難しい。特にneuroticな当事者の場合は、専任の担当相談者への強い親密なtransferenceが必要になってくる。
 8. 共通の相談者による合同及び併行面接だと、当事者の一方が面接にネガティブな反応をしたり、全く面接を中断したりすると、相談者にとってもショックであり、好ましくないcounter-transferenceを起しやすい。
 9. 合同面接は、一回の面接時間が長くなるし、1人の相談者では疲労しやすい。更に合同面接の前後に、当事者の双方に同時的に単独面接をする必要がしばしば起る。相談者1人では、どうしても当事者の一方を待たせて他方と会うことになり、待たせている当事者が焦躁と不安に陥りやすい。
- (2) 合同二組面接（協働面接を併用）
- ##### I. 長 所
- 合同三角面接における短所を、この合同二組面

接ではより建設的に防止することができるが、更に次のようなものが長所としてあげられよう。

1. 両当事者間の葛藤が非常に烈しいもので、同一の共通な相談者をもつことが、互に競争と嫉妬と不安をひき起すような場合は、それぞれ別個の担当の相談者が必要となる。それはこのような専任の相談者があってこそ、絶対の味方と秘守性と信頼感を、当事者はもつことができるからである。
2. こういった関係が合同面接及び協働面接でもてれば、感情的次元の深い表現と理解を当事者に可能にするし、両当事者へ同じような *intensive treatment* を容易にする。たとえ合同面接で葛藤や緊張が起っても、後の協働面接で安定した処理を行うことができるし、パーソナリティ的にかなり *neurotic* な当事者をもスムーズに面接の過程にのせてゆくことができるのである。
3. 前述のジョイント・インタビューの実施の中の(2)の2、4、5のように、合同面接で2人の担当相談者がいる方が、1人だけの場合に比べて、遙かに多くの *variation* をダイナミッ

クに行い得る。

4. 当事者が同性乃至異性に対し特別の感情や嫉妬をもっている場合は、相談者が2人いて適当に男性と女性を区別して担当できることは、時に有利である。一般的には、この性別はどちらでもよいと思われるが……。
5. 2人の相談者がケースについて会合をもつことは、相談者自身現実的な深い理解をあい補い押し進めるのに役立つ。特に好ましくない *counter-transference* を担当の当事者にもっている場合は、この会合を軸とするチーム・アプローチが、それを防止することにもなる。

II. 短 所

1. 両当事者間のバランスがとりにくいし、相談者と当事者の2組が平行線をとったり、相互に交錯して混乱をまねきやすい。
2. 両相談者間のチーム・ワークに注意を要する。両相談者相互の関係は、MartinとBird⁽¹¹⁾も云うように、相談者とクライアントの関係に劣らず、本来 *sensitive* で微妙なものである。相談者間のチーム・ワークが乱れては、合同面接の効果はあげられない。

文 献

- (1) Mittelman, B.: The Concurrent Analysis of Married Couples. *The Psychoanalytic Quarterly*, XV II (Apr. 1948). 182-97.
- (2) A Symposium: Can One Partner Be Successfully Counseled Without the Other? *Marriage and Family Living*, XV (Feb. 1953). 59-64.
- (3) A Symposium: *Ibid.*
- (4) Schmidl, F.: On Contact with the Second Partner in Marriage Counseling. *J. of Social Casework*, XXX (Jan. 1949). 30-36.
- (5) Schmidl, F.: *Ibid.*
- (6) A Symposium: *Ibid.*
- (7) A Symposium: *Ibid.*
- (8) Skidmore, R.A. & Garrett, H.V.S.: The Joint Interview in Marriage Counseling. *Marriage and Family Living*, XVII (Nov. 1955). 349-54.
- (9) A Symposium: *Ibid.*
- (10) Mittelman, B.: *Ibid.*
- (11) Mudd, E.H.: *Psychiatry and Marital Problems*. *Eugenics Quarterly*, II (June, 1955). 110-17.
- (12) Stroup A.L. & Glasser P.: The Orientation and Focus of Marriage Counseling. *Marriage and Family Living*, XXI (Feb. 19-59). 20-28.
- (13) 田村健二・満喜枝: 妻の結婚生活に対する情緒的期待の臨床的研究、精神衛生研究第9号、1961. 89-146.
田村健二・満喜枝: あなたは誰と結婚しているか、雪華社。1961.
- (14) Mudd, E.H.: *Ibid.*
- (15) Fibush, E.W.: The Evaluation of Marital Interaction in the Treatment of One Partner. *Social Casework* XXXVIII (June, 19-57). 303-307.
- (16) 田村健二・満喜枝: 家族緊張の調整、小山隆編 現代家族の研究所収、弘文堂、1960. 381-482.
- (17) 同 上

- (18) 同(16)
- (19) 同上
- (20) A Symposium: Ibid.
- (21) Martin, P.A. & Bird, H.W.: An Approach to the Psychotherapy of Marriage Partners. *Psychiatry*, XVI(May, 1953). 123-27.

言語的面接の状況を視覚的にとらえる試み^{*}

高橋 宏⁽¹⁾

(精神身体病理部)

われわれが精神医学的臨床などにおいて行なう、患者や来談者との面接の目的は、単に相手の談話の内容を理解するばかりでなく、その状況に得られた相手の態度、表情、口調、身体状態、そしてこれらが面接中に示す変動から、相手の性格や感情の動き、語られたことばの持っている意味などを判断する資料を求めるにあるといえるだろう。したがってわれわれは、面接中には、面接者として会話を円滑に進行する役割りと同時に、会話の内容と上記各状態の観察記録者としての役割りを兼ね持っているわけである。

これは実際には長年の熟練を要することであり、それでもなお訓練習得のきわめてむづかしいことである。したがってこのような仕事につくものは、次第に個人個人固有の観察や記録の方法を自ら習得するに至るわけで、患者の状態を個人的面接によって評価するのは主観的なものをまぬがれることはできないし、面接が個人的である限り、相手は同じでも、面接者が異なれば、面接の状況もちがって来て、その評価も異なってくるという結果が生じる危険もないわけではない。

患者の観察、評価、記録が面接者個人の主観によって偏っていないか、人間ことに精神障害者の状態が面接者が異なることによって変るか、また面接者が自身の状態も含めて、面接の進行の状況などを正しく観察し、記録できるか。これらに解答を出すためには、患者、面接者以外の第三者の耳、目と手をわづらわさねばならぬだろう。

次に報告するのは電気生理学的同時記録を用いて、「第三者」として面接の観察を試みた結果である。

方 法

面接を行なう被検者(患者と面接者)は、記録室とは大きな観察窓によって隔てられた面接室の中にテーブルをはさんで対坐し、両者の中間には声を音

声分析器に入れ同時に磁気録音するためのマイクロフォン、同時通話のためのマイクロフォンを置く。患者と面接者はそれぞれ身体現象測定のために必要なピックアップや電極をつけているが、その他はなるべく一般の精神医学的面接の状態を保持するようにした。

面接室の状況は観察窓(二枚の透明ガラスによる防音窓)を通して観察できる他、同時通話装置によって、記録室でスピーカーまたはイヤホンによって会話をきくことができる。さらに患者の側は心搏呼吸曲線および皮膚電気反射(GSR)を、面接者の側は呼吸曲線とGSRとを同時記録する。また患者の心搏記録の出力電圧はCardiotachometerに導かれて、Cardiotachogramに描かれる。

音声分析のためのマイクロフォンを通じて増巾された音声は録音テープに磁気録音されると同時に、ピッチレコーダーに入って、音声の高さ(ピッチ)と強さとに分けて同時に記録してゆく。

したがって以上の8種の変動する因子が、面接中に同時記録されるわけである。(註1)

面接室はわれわれの目的には十分な程度に交流電流の混入を遮断されているが、室外の雑音の遮断は十分でなく、各種の意図しない物音によって影響されることは避けられなかった。

この実験の目的が精神療法的面接の場における患者と治療者の状態の明確化にあるので、面接の内容は精神療法的面接に重点をおく考えであったが、自由に発展進行する会話のみでは、個人の身体的、精神病理学および心理的諸条件と記録との間の関連に規準を求めにくいとの考慮から、自由な会話の他に、各種の刺激を媒介に用いることを考えた。そのために試みたものは、ロールシャッハ・テスト、T. A. T.の一式あるいはその一部のカードを用い、それぞれの正規の検査法に従って、心理検査という面接を行うこと、音楽や要素的音響刺激を与えてその

^{*} L'interview psychotherapeutique enregistrée en polygraphie

(1) 精神医学

(註1) 8種としたのは、使用した脳波計が8素子のものであったからに他ならない。

反応を見、またそれらの印象を後で語らせることなどである。

以上の目的と方法とによって、約20の実験的面接を行った。これらについては、面接や記録の方法、および記録結果の分析、整理方法を検討中であり、それぞれの面接が必ずしも一定の条件で行われていないので、これらを一定の規準を設けて比較、分類することは、現在困難である。そこでここでは各現象が比較的よい条件に記録されている1例を選んで、その結果と分析の試みを報告し、考察を行ってみたい。(註2)

面接記録の1例

被験者はSという23才の女性(Pで表わす)と、その治療者(男性、T)である。実施したのは5月23日午後1時15分から約30分間で、室温は26°C、湿度58%であった。

各種の装置を整え、安静時の状態を記録したのち会話を開始した。まずはじめにこの面接における会話のすべてを示す。

(3)(註3)(T)「どうです。このごろの、具合？」
P「からだの具合とっていいです」T「からだの具合とっていいの？」P「ええ、みんなに馴れました」//4) T「みんなに馴れたの、前は？」P「はじめは、あの入るときは、ちょっと心配だった」T「心配？」T「どうして入院したんでしょう」P「よくわからない」T「どうしてだったと思います？」//5) P「疲れてた」T「疲れてた？え？疲れてて？」P「すいみん」T「睡眠？」P「不眠症の」T「不眠症」//6) T「ねられなかったんですね」P「ええ」T「そして？」P「神経衰弱気味だった」T「神経衰弱気味でした？というところすこし考えすぎてました？」//7) どういうことですか？」P「なんとなくもう、人と口きく気力がなくて」T「え、人と口きく気にならなくなっちゃった。ふん。そして？」//8) T「何かいろいろ気になったでしょ？」P「はい」T「うん。恐かったのねえ。恐くはなかった？」P「恐かった。一時恐かった。毒殺されるかと思って」(汽車の汽笛がきこえる)T「はあはあ、毒殺？だれに？」P「だれか」T「だれかに」//9)

T「ただなんとなくそうなったの？理由があったんでは……」P「なんとなく」T「何となく」T「でも、理由なしに毒殺されることはないでしょう」P「何かこう恨まれてるような気がしたんです」T「ああ、なんとなくこう恨まれてるみたいな気がしたの？」P「ええ」//10) T「だれにからもですね？」P「ええ」T「世間の人みんなに」P「大体友だちや母やなんか除いて」T「お母さんとか友だちは別として、それ以外の人……お兄さんも……除いて？」P「母と姉を除いてみんな」T「お兄さんも入ってたわけ？」//11) T「お母さんとお姉さんは信用できたわけね」P「はい。それから仲のよい友だち」T「仲のよい友だちと……たとえばどんなことしたんです？」P「私は何も悪いことしない」T「あなたは何にもしないのに、周りの人が何か恨んでたんですね？」//12) ……前の節の中頃から聞いていた飛行機の爆音が大きく入ってきて、会話が聴取困難。T「……という？」P(不明) //13) T「ただそういう感じですか、あなたの……」P「そうだと思って」T「えッ？」P「そうだと思って本当に怖くて」T「今も時にそんな感じしますか」P「今はしません」T「今はしない」//14) T「それでどうして入院したんです？」P「よくわかんない」//15) このあたりまた爆音が強くなり不明、T「可故だかわからない」//16) T「でも何故だと思います？」P「態度が悪かった、悪い」T「態度が悪かったの？」P「人と馴染めなかった」T「ああ、人と馴染めなかったの？人ってだれでも？」P「友だちや」T「友だち……お兄さんはどうなんですか？」//17) P「お兄さん、兄のことはわからない」T「わからない、でもお兄さんが一番怖かったんじゃないの？あなたに一番怖かったのお兄さんでしょう？」P「隣近所の人が一番怖くて、それから」T「それからお兄さん」//18) T「なにかお兄さんをととも怖がってたでしょ。ねえ、わたしにあった時、その話したの覚えてませんか？」P「はい」T「ね？怖かったの？」P「ええ」T「なにかお兄さんに、危害でも加えられるの？」P「毒殺されるかと思ったんです」//19) T「お兄さんにね」P「ええ」T「毒殺ってどういう形？なにか飲まされるの？御飯の中へ入れ

(註2) 実験のために使用した装置は、日本電子測器株式会社製、精神生理現象測定装置(ピッチレコーダー、カルチオメーターの組合せ)、三栄測器株式会社製、8素子脳波計。日本光電株式会社製、カルチオタクメーター、多用途監視記録装置、およびそれらの附属品その他である。

(註3) 数字は記録を30秒毎に区切った小節の番号である。会話は第3小節の中頃から始められた。//印は小節の境界を表わす。

て」P「もうねえ、御用聞きやなんかに……」T「うん？」P「毒を入れられると思った」T「なにの中に？御飯の中？」P「御飯、水の中」//20) T「水の中にね。すると変な味がしたの？」P「そうだと思った。本当にそうだと思った」T「そのお茶やなにかが変な味がしたんでしょ？そうじゃなかったの？」//21) P「なんだかねえ、めまいがする」T「めまい」T「このごろはそういうことないんですね」P「はい」T「でもさっきはどうだったの？」P「これのとき？こわかった」T「怖かった。さっきは」P「小さいときにね、注射すんのが怖かったのとおなじ」//22) T「ああ、小さいときに、注射すんの怖かったのとおなじ、小さいとき注射がきらいだったのね」P「ええ、大きい」T「Sさん、この画ね、ちょっと見て。これどういう画でしょう。なにかそれからお話を考えて」//23) T「なんでもあなたの考えた通り、何でもいいですよ。お話です」P「男の人が泣いていて女の人は何んだか……」//24) P「なんにも感じてないみたい」T「女の人は何にも感じてない。それから？」//25) T「お話なんだからなんでも、なんでも」//26) T「男の人が泣いてて、女の人は何にも感じてないみたい、えッ？」//27) T「どういう……ま、なんでも想像でいいんです」P「あんまり感じない」T「あんまり感じない」P「ただこっちの椅子が……」T「こっちの椅子が？」//28) P「向うのバック、向うよりもねえ、生きている」T「生きてるの？」P「はい」T「椅子が？」P「生き生きしてるみたい」T「生き生きしてるみたい、こっちの椅子の方が？」P「はい。テーブル、テーブル」T「テーブル？ああ、テーブルがね、ああ」P「はい」T「ああ」P「それで本が一番生き生きして、あとはかくれてる」T「本が一番生き生きして、あとはかくれてる」T「本が一番生き生きしてあとは？」//29) P「写生」T「写生ね」T「はい、どうもありがとうございました」(隣室からスピーカーを通じて「これきこえますか？」)T「ええ聞こえてますよ。ええ」//30)(飛行機の爆音)T「今一番あなたして欲しいこと、どういうこと？」P「発声法を治したいってことです」T「はっせい法？」P「はい」T「あッ、声ですか」P「はい」//31) T「発声、声をもっとどうするの？」P「ちゃんと人と話せるように」T「ああ、ちゃんと人と話せるように、でもできるじゃないの」P「話しているうちに、のどが痛くなる」(突然レコード音楽がスピーカーから聞えてくる) //32) 同じレコー

ド音楽がつづく //33) T「どうですか。どう？今のどんな感じ？」P「なにも感じない」T「うん？」//34) P「なにも感じない」T「なにも感じなかった。そう、ジャズはきらいですか」P「ジャズはあんまり好きではありません」T「好きじゃない」また急に音楽となり、35)、36) とつづく。37) T「今のどうです、えッ？」P「リズムカル」T「リズムカルだった。前のより気持がいい」P「はい、楽しいです」T「そうですね、明るいから」P「はい」T「音楽好きですか」P「ええ、好きです」//38) T「クラシックの方が？」P「大体そうだと思います」T「発声法ってあなたいわれるけど、声を出すことなんですか、うまく」//39) Pの応答がでないうちに、逆廻しの音楽とことば(男声と女声)がきこえ出す。40) も同じ //41) T「何語でしょうね、これ」P「早く……」T「早くしゃべるのが？」//42) T「ふん」T「こう発声がむづかしいって、どういうことなのですか」//43) ラジオの音楽でまたPの答えを防げられる //44) //45) //46) //47) T「ちょっと、もうあとちょっとと2、3分。ことばのね、困るのどういう点ですか、普段」P「なんていうのか、のどが詰って……」T「詰っちゃうの？」//48) T「でも普通、私と話してるとき、楽そうじゃない。やっぱり苦しいですか」P「はい」T「どんな風に詰るの？口から出なくなっちゃうの？」P「しゃがれ声になっちゃうの」T「しゃがれ声ですか」//49) T「どうもありがとうございました。それじゃこれで、どうも」

以上は面接において交された会話内容の忠実な記録である。われわれはこれによって会話の内容を理解することはできるが、これらのことばを話しているときの患者および面接者の身体条件やことばのもつ強弱や色あいといったものは何も知ることができず、これに補助的な状況描写が加わらないと、この会話に表現されている面接中の両者の情動的变化を再現することはきわめてむづかしい。ことにことばの速さ、リズム、強弱、抑揚、表情といったものは文章で描写説明することはもちろん困難である。このような目的のためには、もっと異った表現方法が要求されるわけである。

このような会話を含む面接の状況を、われわれは同時記録によって視覚的にとらえようと試みたわけである。今ペン書きオッシログラフ記録に示された各要素について測定基準を述べよう。

音声はさきに述べたように、周波数(ピッチ)の

合成波と声の強さとの二つのチャンネルに別れて記録される。ピッチ曲線は声が発せられているとき、その周波数（つまり声の高さ）に応じて変動する。したがって、われわれの例のように、患者と面接者の性別などによって声の高さの差が著明なときには、ピッチ曲線によって発言者を識別できるわけである。声の強さの曲線だけではこの識別は困難である。

呼吸曲線は上昇線を吸気、下降線を呼気と決めた。呼吸曲線からの評価は30秒毎にその呼吸数を数え、これを2倍して1分間当りの数に直した。発言時や状況によっては、吸気呼気の型が極端に変形する箇所がある。このようなところは呼吸数の変動だけでは状態を理解するのに不十分であるので、呼吸型の変化を考慮した。

心搏の周期は呼吸に伴って弛張するものであるから（呼吸性頻脈）、この呼吸周期変動を越えた変動が問題になるわけである。したがってこの報告では、Cardiotachogramにおける各呼吸数の周期毎の最大値と最小値をそれぞれ独立に結び、その変動と、最大値最小値の隔差の大きさをとりあげた。こうして変動する心搏数の差が10以上になる場合に頻脈と称するのが心電図解読上の慣習となっている。われわれの例でも、このように心搏数が1分間当り10以上の増減を示した場合、意味のある変動と考えた。このようにしてCardiotachogramをさらに整理して得られた曲線を、以下に心搏曲線とよぶことにする。そして心搏曲線の上昇は心搏の促進（頻脈）、下降は緩徐（徐脈）を表わすものとする。

以上の方法で面接経過を整理図示したものは第1図である。これによると現象の概略がわかるのである。すなわち、1)呼吸曲線については、面接者の呼吸数はこの例では患者のそれより、毎分3~4回の割りが多いのだが、両者は全過程大たい同じ数の差をもって変動している。2)心搏曲線では、部分的な変動はあるが、面接経過につれて脈搏数のゆるやかな減少が見られる。これに対して1)の呼吸数は面接過程において全体的な増減の傾向というものが認められないので、この点では呼吸数と心搏数との関係はないといえる。3)GSRは、その出現の頻度と振幅において、面接者、患者とも集中的であることに気づく。以上の諸点についての考察は、後で行う筈である。

次に同時記録の上に見られた変動を、面接中に交された会話の内容との関連によって、さらに細かく見よう。

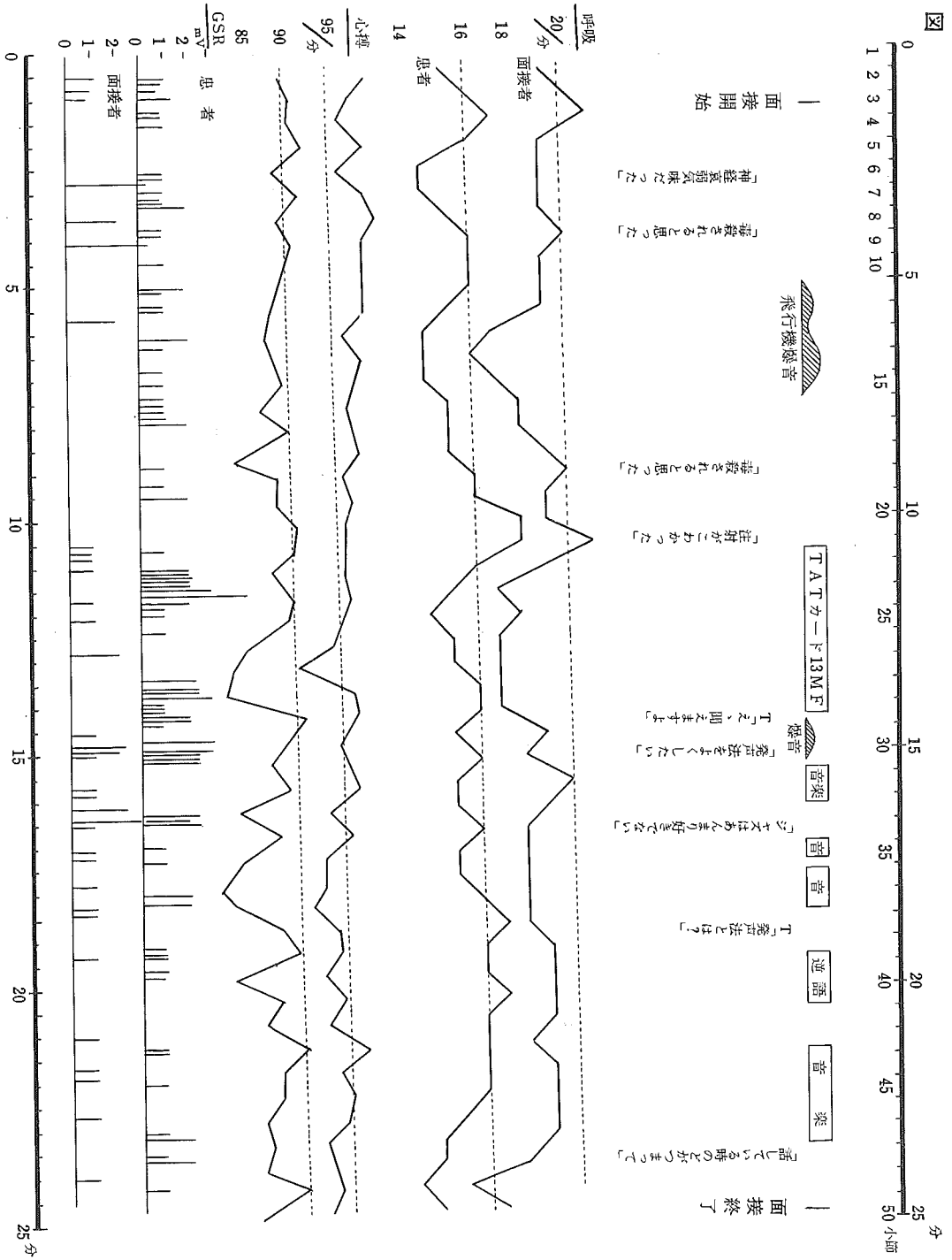
会話がはじまる前は、患者、面接者ともに各身体現象に動揺がつづいていたが、やがて安定に向った。(第2図)これはもちろん通常のことである。安定したところで準備完了とし、約1分半後、つまり第3小節のちから会話のはじめられた。「どうです。このごろの具合？」というTの導入的発言に対して、Pは1呼吸ののち答えているが、息を吐き切ったまままで次のTのことはをきき、十分な吸気をせずにもた一気に入答えたので、その直後大きく息を吸い込まざるを得なかった。GSRもまた群をなして出現し、脈搏数の増減も著しく現われている。これに対してTは多少の呼吸促進の他に発言のための呼吸の乱れが認められるが、GSRの発現はない。しかしそれから約1分後、第5小節の終りP「不眠症の」とT「ねられなかったんですね」は、それぞれPとTにGSRの出現を伴っている。そしてP「神経衰弱気味だった」もPのGSRが同時出現しており、このことばの直後から心搏曲線の一時性の上昇が見られる。これは一旦元に戻るが、T「どういうことですか」(7)と「神経衰弱」の内容の説明をPに求めたときから、再び心搏曲線は上昇し、呼吸も一時中断したのち、大きく息をきき、P「何となくもう…人」と口きく気がなくて」といっている。GSRもことばの句切り毎に出現している。(第3図)このような状態はP「毒殺されるかと思って」(8)の前までつづいている。面接者側はむしろこの間著しい変動はなく、PのこのことばをうけてT「誰れに」P「だれかに」の問答の後に初めて、大きなGSRが出現し、その後しばらく呼吸の規則性が乱れている。

この箇所について、面接者の内観によると、「毒殺」ということばが患者から出たので、「ああ、やっぱりこの患者は分裂病かな」と思ったこと、そしてこの患者が以前に被害妄想の対象にしていた兄を引きだそうと意図したのに、P「だれかに」と答えて期待を裏切ったからだろうということである。

面接者はなおも追求して、患者にとって兄が恐怖の対象だったといわせようとし、T「お兄さんも…」(10)というのだが、これには患者のGSRが即座に反応している。そしてつづいてP「母と姉を除いて……」というのだが、これは面接者の問いを肯定したことになる。ここでもPのGSRが出ている。

つぎの第11小節は、面接者が息をせききらせて、T「あなたは何もしないのに、周りの人が何か恨んでいたんですね」と、更に患者の異常体験にくだろうという態度を見せ、GSRの動きを伴っている

第 1 図

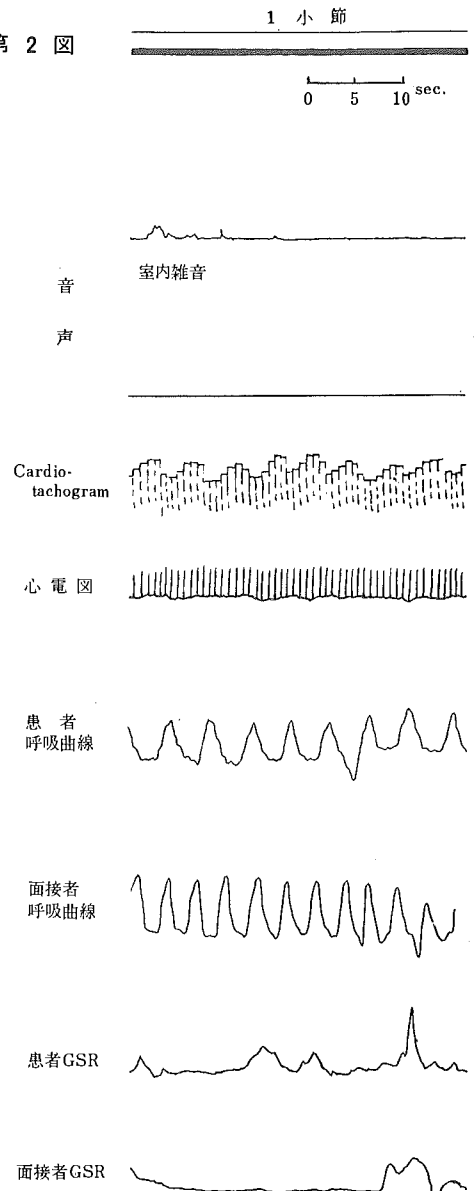


のだが、この10秒前頃からきこえていた飛行機の爆音が近づき、会話の続行と記録を妨害した（第15小節まで）。この間は比較的動揺は少なく、ことに患者、面接者両者の呼吸はゆったり規則的に流れている。恐らく第三者の介入によって両者の関係は切れ、両者とも「一息ついて」いたのだと思う。しかし遠ざかる爆音の合い間について、異常体験を問う面接者の質問が発せられるので、その都度患者が答えたい。その内容は十分ききとれない。しかしGSRの出現は比較的多い。

第17小節で著しいことは、患者の側は呼吸の乱れがないのに、心搏の変動が激しいことで、P「兄のことはわからない」T「でもお兄さんが一番こわかったんじゃないの」は、心搏促進し、次の面接者の発言をはさんでP「隣近所の人が一番こわくて」が出るまで心搏曲線が急激に下降したのはどうしてであろうか。その後面接者はなお呼吸を早めながら、患者に「兄がこわかった」といわせようとしている。第18小節の終りに、P「毒殺されるかと思ったんです」T「お兄さんにね」P「ええ」という発言があって、面接者の要求は一応満足された形となった。これを機として面接者の呼吸は次第に規則性を回復した。しかし患者の側はGSRの出現がやはり著しく、心搏曲線も第17小節の下降点からふたたび大きく上昇し、T「それからお兄さん……」発言を頂点とする大きな弧を形成している。それからT「ねッ、怖かった」P「ええ」のところで、P「毒殺されるかと思ったんです」T「お兄さんにね」のところが、またそれぞれ心搏曲線の山となり、GSRが出ている。面接者が「毒殺って……」と患者に説明を求めると、患者はそこでまた大きくGSRの反応を示している。（第4図）

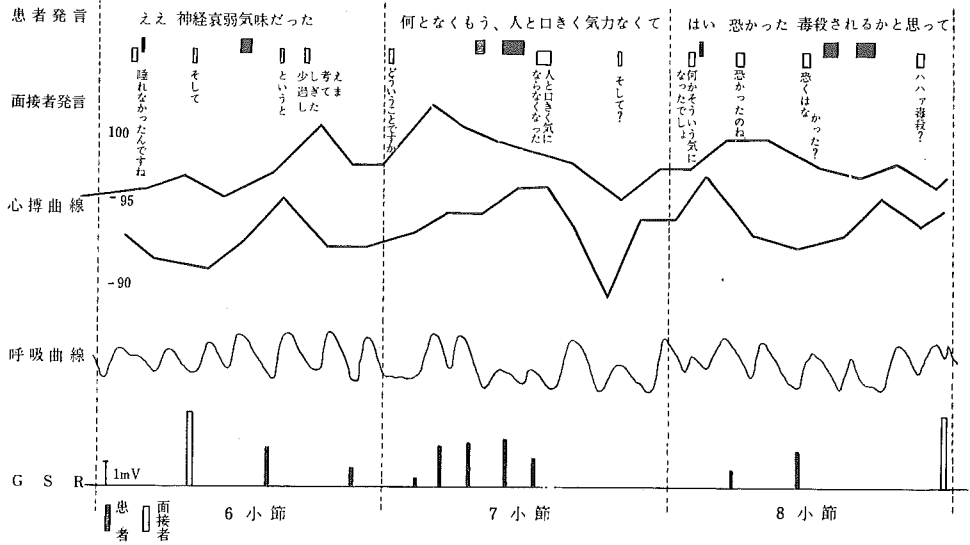
その後約1分間は、双方大きな動きを見せずに進行している。第22小節の中頃、面接者にT. A. T. カードの1枚（13MF）を示した。それは面接の経過としてはきわめて唐突であるが、予め準備されたもので、隣室からの合図で開始されたものである。このカード提示と答の要求を契機として、患者は全経過中最大の動揺を示した。すなわち、P「男の人が泣いていて……」の発言があるまで約30秒の沈黙があるのだが、その間患者の呼吸は長く深くなり、その結果呼吸数は減っている。GSRも同じく全経過中最大の連続的出現となっている。心搏曲線では、面接者がカード提示の説明を終った瞬間から上昇を示して、第25小節の終りまで緩やかな弧を描いてい

第2図



T 右手で扇子を持ちあおいでいる

第 3 図

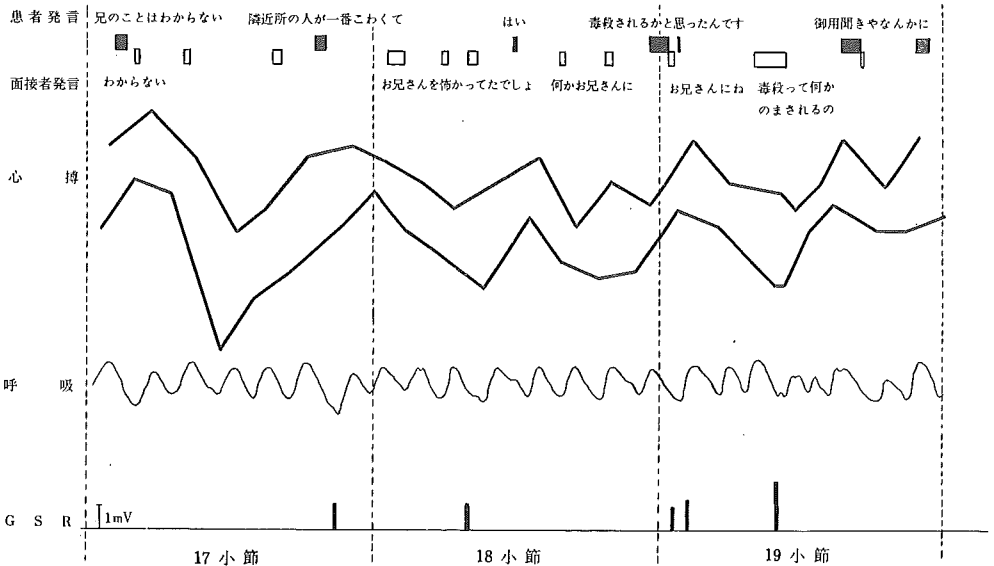


る。患者が再び沈黙に入ってしまったので、面接者は頻りに答えを促した。患者はカードを両手に持って考えているが、催促の度にGSRが出現している。しかし第26小節では、この反応も弱くなり、呼吸曲線もほぼ安静時と同じになり、心搏曲線も下降して大きな動きがなかった。つまり一時緊張を解いている状態と見られるだろう。

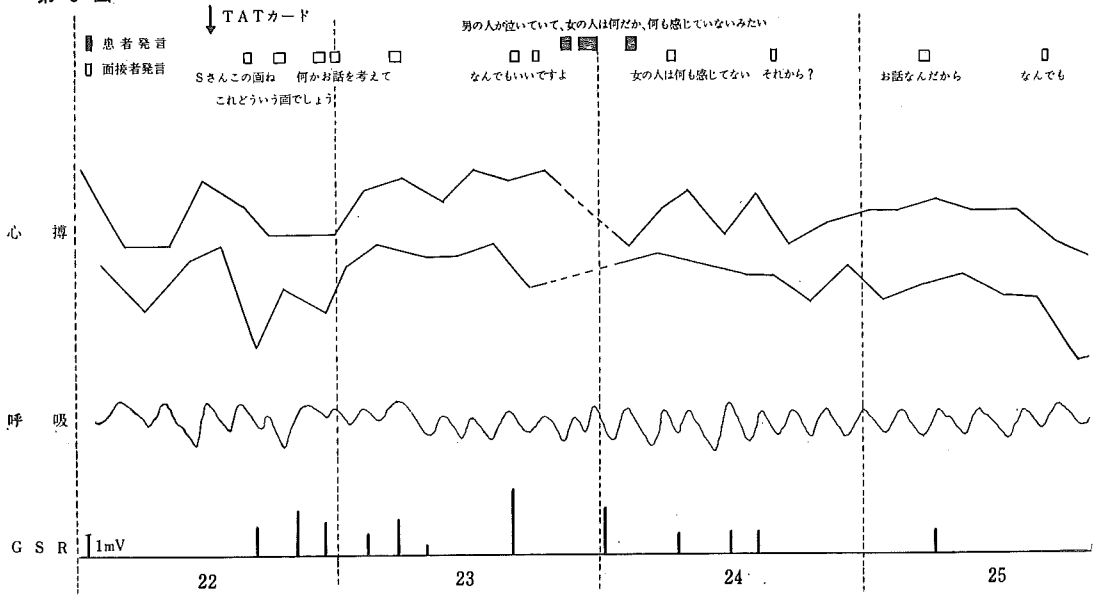
しかしこの解放感は、面接者の催促のことは、T「どうい、ま何でも、想像でいいんです」で破られた。患者は「あまり感じない」といっているが、この発言はあらゆる現象で動揺を伴っている。心搏

曲線は経過中最も急激な上昇を示し、呼吸は大きく乱れ、GSRは連続的に出現している。(第5、6、7図) この動揺は治まる暇がなく、面接者の次の問い、T「今一番あなたがしてほしいこと、どういうこと」で、また動揺が再び強められた。このことを契機として心搏曲線の上昇が著しくなっている。これらは第31小節中頃にレコード音楽(軽音楽)が始まると次第に治まって行った。そして音楽がつづいている間は、患者の側の動揺が少い。これはその後2回出した他のレコード音楽の際にも見られた現象である。

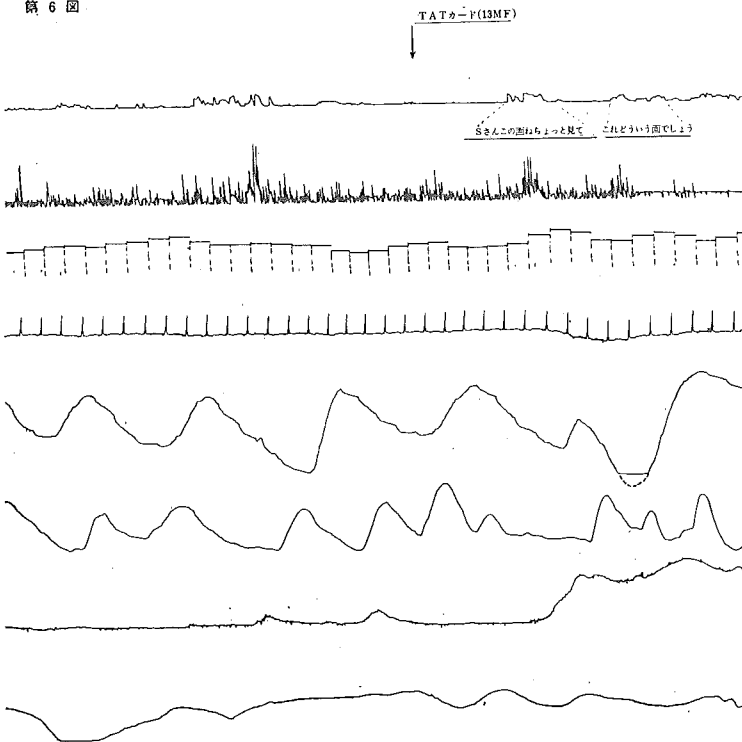
第 4 図



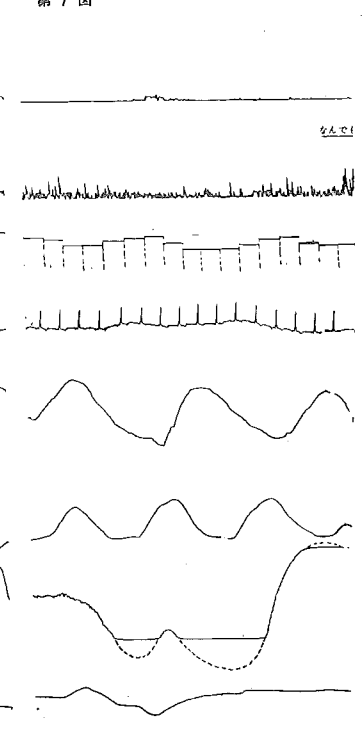
第5図

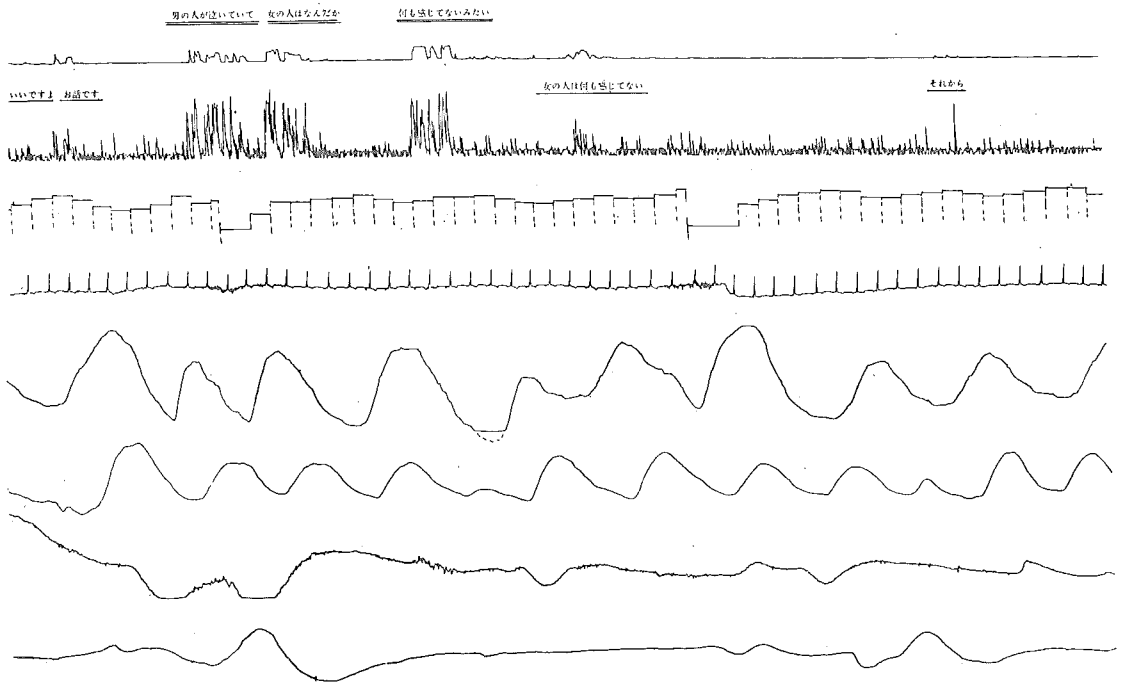
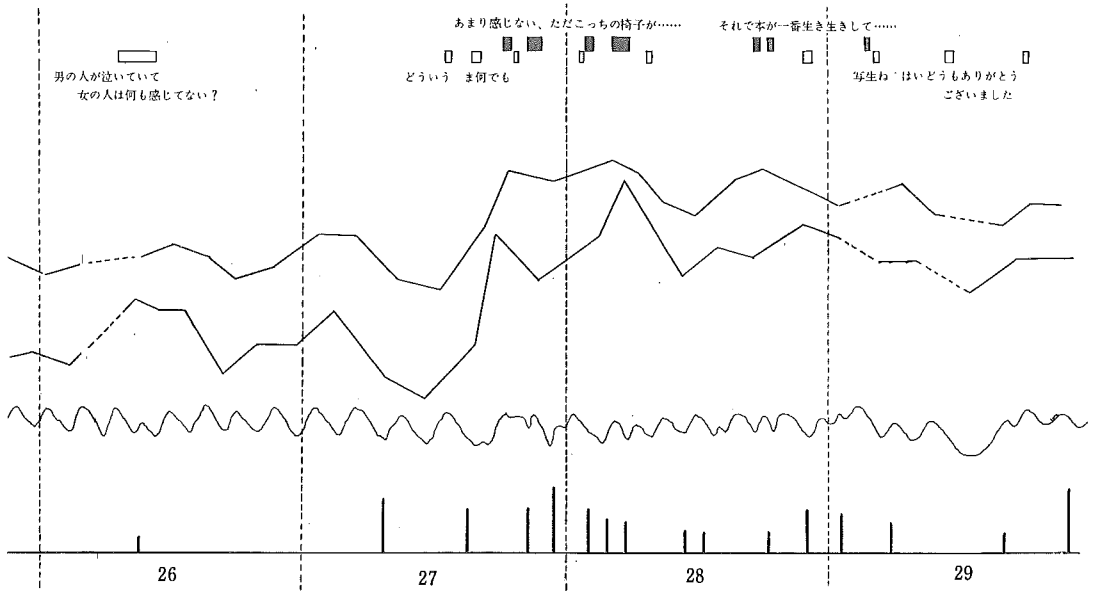


第6図



第7図





これに反して面接者の方は音楽に対して、殊にその初めにGSRの反応が比較的多く見られた。これは音楽がはじまる前(第30小節の終り)に、患者が「発声障害」とみずから名づけた症状を説明、P「話しているうちにのどが痛くなる」といった。これは面接者にとって十分満足できるものでなく、さらに説明を求めたいものであった。音楽が始ったのはさらに質問をつづけようとしたときであった。面接者には会話をつづけられない不満と、出ばなを挫かれた不快の感情が起ったと考えられる。記録をしている側で会話の進行がよく判らなかつたため、いずれも偶然の結果であったが、またこうした妨害の効果を企図していたこともあって、面接の進行の具合をあまり意に介さないせいもあったのだが、音楽はいつも面接者が次の質問を出そうとするときか、患者が答えを出そうとする直前に現われた。そしてここでの面接者の反応は、全経過中最も多い頻度を示している。つまり面接者は、第三者による面接の妨害に対して最も多く反応したといえるようである。

音楽の間に入れた、男女のこぼの録音を逆回転したものに対しては、患者、面接者ともに大きな反応を示さなかつた。

患者Sの現病歴概略

この1回の実験的面接に交された会話と、患者、面接者両方の態度の意味を理解するためには、被験者となった患者についてもう少し知る必要がある。

入院病床日誌によれば、この患者Sのぶ子は当時23才、学芸大学を卒業したばかりであった。5人同朋の末子で、まん中の兄が死亡した他、長兄と2人の姉は健在である。父は4才のとき死亡し、あとは母が書道教師をして生活していた。

4年前大学入学のとき、近視の治療として注射を始めたところ、異常に膨れた。それ以来、「注射に毒が入っている」というようなことをいい出した。これが家族がのぶ子の異常に気づいた最初であったが、のぶ子が自分自身の問題に悩み出したのは中学2年のころである。そのころは肥っていて、そのため自分の顔つきが変わったという観念があり、他人から変な眼つきだと思われている様な気がした。また声がしゃがれてきて、無理に大きな声を出そうとすると、のどがヒリヒリしてくる。そしてこのことに劣等感をもったというのである。1年前ごろから、「ひとが後をつけてくる」といったり、隣家に下宿している学生たちがグルになって私の様子を探っている」と

いって外出をいやがったりした。これはやがて近所のあるグループの人たちが、悪口をいっている、音を立てて私の睡眠を邪魔しているというように発展した。またこのころにも被害妄想があり、妄想の対象は兄であった。

病院に入院したのは4月24日である。入院当時は、注射で殺されるといって不安が強く拒否的であったが、5月の初めになって、かなり落ちついてきて、異常体験を少しく客観的に述べるようになっていた。われわれの実験的面接は入院1カ月後の5月23日である。

またこの面接を行った精神科医は、のぶ子が発病の当初から入院まで診療を担当した医師である。

この病床日誌に記載されたところによると、この患者の主な異常体験はこの面接中にほとんど語られたことになる。つまり、自分の顔つきが変わったと感じることから注察念慮、対人恐怖が生じ、長く話していると声がしゃがれてくるので、だれとも口をききたくなくなる(患者のいう発声障害)。眼の治療のための注射で異常があったことから、薬に毒が入っている、兄や近所のものが自分を毒殺しようとしているという被害妄想がこの患者の主な異常体験であった。

この実験的面接中、患者の側の現象が大きく変動したのは、患者自身が以上の主な異常体験にふれたとき、また面接者がそれらについて答えを要求したときであることがわかる。その他TATのカードを見せて説明を求めたときに最大の変動があった。

その他の会話では同時記録の上での変動は比較的少なかった。また先に述べたように音楽や逆回しのことばでは、強い反応を見ることはできなかった。

面接者側についていえば、面接の開始時と初めて患者の精神症状の陳述に接したところ(第6~第8小節)、注射のことからTATカード提示にかけてのところ(第21~23小節)にまとまった変動があり、その後は最初の音楽の部分に目立った動きを見せ、音楽がきこえる度に変動を生じている。面接者にとっても逆まわりのことばは、同時記録の上には動揺は少ない。

考 察

電気生理学的方法を用いて人間の精神現象を観察記録しようとする試みは、近来とみに多くなってきた。それらは脳波によるてんかん性異常の有無の診

断といった神経学的なものから、脳波、呼吸曲線、心電図および皮膚電気反射などを同時に記録して、精神病患者における条件反射の出現の強弱を調べたもの(L. Alexander)、正常人に一定連続的な刺激を与えて、その反応を同時記録で見ているが、その刺激に計算や格言の読解など精神活動を要求しているものを含んでいるもの(T. E. Bernard; J. I. Lacay他)、脳波を含む同時記録による睡眠過程および坐禅の記録(笠松ら)などを挙げることができる。これらは記録される現象が個人の個別的な精神現象である。これに対していわばもっと社会的な、動的な精神現象、つまり面接中の電気生理学的記録(木戸、椿)はまだ比較的少い。殊に面接時の会話の内容をも含めた同時記録についてはまだその例をきかない。

私がこの実験を報告するのは、精神医学的面接時の電気生理学的同時記録に音声分析装置を利用した音声曲線を並記することによって、面接中の会話の進行を正確に記録することができたので、発言と同時記録の上での身体的諸反応との関係についての所見を紹介して、このような記録の分析法や、それに関する考察について批判を乞いたいと思ったからである。

ここで挙げた1例は、いままで行った約20例の記録のうち、各要素が比較的整った条件をそなえていたものであり、決して面接の内容や同時記録の結果が典型的であるという意味はない。このようなそれぞれ異った現象を異った装置を用いて、同時に好ましい条件で記録することは、技術的にかなり困難なものであり、それがさらにある程度身体的な動きを終始許している場合はなおさらであり、満足すべき同時記録を得ることは決して容易なことではなかったのである。

この点記録の安定性を得るのがむづかしかったのはCardiotachogram(つまり心搏曲線)であった。安定した心搏曲線の記録を得るためには、まず心電図の記録が望ましい型と安定度をもたねばならないのだが、これは個人差と面接時の身体的動揺のため、時にはまったく記録不能となることがあるのである。

つぎには音声の記録にとって障碍となったのは、面接室の防音設備の不十分なために、予期しない室外雑音が頻繁に混入し、音声記録の判読を困難にしているばかりでなく、同時記録の上での動揺とこれらの雑音との関係の有無を考慮せざるを得ないという複雑さを生じたことである。これらの悪条件が改善されれば、このような方法はもっと能率を上げら

れると思う。

さて、記録の結果についてであるが、われわれの実験例数はまだ多くない。したがって同時記録の上での変動が、どのような要因によるのかをここで問題にするのは早いと思う。被験者個人の固有の身体条件、精神変調にともなう精神状態、実験当時の身体および心理条件、これらのうちどれが主に記録の変動を決定しているのか、あるいはこれらが総合的にはたらいっているのか。これを明らかにするのは今後の検討にまたねばならない。

ただいえることは、各種の現象に動揺がある場合には、それらが比較的まとまった箇所の変動を示していること、そしてその箇所は面接の経過中になにかの転換を来したとき、会話の内容が患者の精神内界に波乱を起している主要問題に触れているときに一致していると思えることである。

つまりこの例では、面接の開始時、TATカードを提示したとき、レコード音楽や逆回しの録音テープの開始時に一致して、比較的かたまった現象の変動が認められた。これらには物理的な刺激に対する反応として、生理学的反射の範囲にとどまるものとの区別が困難なものもある。しかし面接中、会話の進行にともなって、ある箇所に集中的に変動が認められるときは、そこに識別できる物理的刺戟がないことから、刺戟となったものは、面接の状況そのものに存在すると考えねばならない。しかもそこで交わされている会話は、後になって患者の病床記録を参照すると、この患者の最も主要な異常体験と思われるものに触れているのである。

これをさらに細かく個々のことばについていえば、「不眠症」「神経衰弱気味だった」「毒殺されるかと思った」「(毒殺するという対象が)母と姉を除いたみんな、兄も含めて」という被害念慮に関係したことは、「なんとなく人と口きく気力なくて」「発声障害」「話しているうちにのどが痛くなる」という発声恐怖を伴う嫌人症といった状態を表現することばが発せられたときに著しい変動を伴っている。

すなわち、いま、心搏、皮膚電気的抵抗、呼吸といった生理的現象が、個人の情動変化に伴って変動を示すものであるとの仮説を認めれば、われわれの患者にとって、これらのことばは他のことばに比較して、情動的中の得がたい背景をもっていることが察せられるのである。そしてこれらのことばが、1箇所だけでなく時をかえて繰り返し発せられたときは、患者の側では同時記録に変動が起っているの

に、面接者では2度目にはほとんど反応を見ていない（例えば第8小節と第18小節に2度出た「毒殺される」ということばについて）ことから、両者もっている情動的背景の違いがいえると思う。

しかしこのような記録上の変動が、面接をしている両者の情動的变化を表示しているとしても、この情動的变化がどんな方向、内容をもつ変化かは一概に判定するのは困難である。つまりそれらの反応が共感、反感のいずれを示すのか、好感をあらわすのか、嫌悪をあらわすのか、さらに恐怖心をよび起したのか、個人的体験への連想を生じたのか、われわれには見極めることはできない。これら情動変化の内容は、もっと患者に関する他の資料や他の患者の同時記録との比較によって推察せねばならぬだろう。

われわれに今わかることは、面接中に同時記録の上で変動の著明な箇所は、変動の少ない箇所と比べて、患者、面接者が無関心でおれない話題に触れている時であろうということである。このことから、面接のことばのやりとり際に、片方の発したことばが相手方に情動の変化を与えたかどうか、また何かの情動変化を惹き起す意味をもっていたかどうか、あるいはなにかの発言が深い情動を伴って発せられたものか、情動を伴わない表面的なものが区別できるのではないかと考える。

われわれの例では、患者がこの実験的面接のときまでに同じ相手や異なる相手に何度も口にしたであろういくつかの話題、ことばがやはり平静の状態ではいえなかったわけである。このことは患者が自身の異常体験を述べることばは、かなり深い情動的基盤から発せられているものと理解されるのである。この点で同じことばに対する患者と面接者の反応のちがいが理解されると思う。

またT A Tカードのときの変動の状態を見れば、「女の人は何も感じてない」という患者のことばは、画中の女性と同一視して、自分の性的な感情を抑圧してその場面から逸れようとする態度ではないか。また後半でテーブルや本に着目しながら動揺を伴っていることは、やはり前の感情がつづいていて、画中の小道具をとりあげることによって、強いて人物から離れ、主題から外れようとする態度ではないかと推理も可能になるのである。

以上のような推論が正しいものかどうかは、さらに多くの面接側の分析をしなければならない。しかしここでは例証する余裕はないが、他の面接記録例ではそれぞれに多くの差異があるのであり、やがてこ

の例と同様の整理を行って比較すれば、種々の論点が解明されるのではないかと思う。

例えば、同時記録の各要素は互に連繫をもっているのかどうか、どの要素が最も面接時の動揺変化に応じ易いのか、患者、面接者の相互感情関係の判定が可能か、いい変えれば面接の巧拙の判定が可能か、同時記録の変動の上から精神障害の診断がどの程度可能かといったようなことである。

この報告では同時記録の2要素を占めた音声の分析については、発言の正確な位置を知るという意義だけを考え、それ以上の立ち入りはしなかった。音声分析曲線を加えた同時記録を言語発声を中心にして観察すること、また言語発声のピッチレコーダーによる分析記録に見られる類型と性格や精神状態など心理条件との関係についての考えることなど、興味ある問題が多い。これらについてはさらに観察検討を重ねたのち報告する予定である。

要 旨

音声の分析と、心電図、心搏曲線、呼吸曲線、皮膚電気抵抗などの生理現象の同時記録を組み合わせ、精神医学的面接を視覚的にとらえる試みをした。いままで実施した約20の面接実験例のうちの1例について、面接記録の方法と結果を紹介し、その現在の段階での考察を行った。

面接の内容は、一般的な精神医学的面接、精神活動を刺戟する素材としての投影法心理テスト、レコード音楽と判別不能なことばの聴取とそれらに対する意見、感想陳述から成立している。

ここで実験的面接の被験者となったのは、23才の女性患者と男性の精神科医である。患者は被害妄想、被毒妄想、幻聴、対人恐怖、不眠、不安感情などを主要症状として入院していたものである。

同時記録の結果では、各現象は比較的ある箇所に集中して変動を示しており、これを発言の内容の記録に対照して見ると、会話の主題が患者の主要な異常体験にふれているとき、および各種の刺戟が提示されたときであることがわかった。さらに個々のことばを細かに見た場合、異常体験の最も中心になっていると思えることばと、その裏にある情動の強さとの関係が明確にされる。

記録上の変動の内容としては、心搏周期の急激な変化、つまり心搏曲線の上昇あるいは降下、呼吸数の変化および深さの変化、呼吸の1時的停止、G S Rの発現である。

面接の経過を通じての変動としては、患者および面接者の呼吸数が、ほぼ相応じて増減していること、患者の心搏数が面接がすすむにつれて減少してゆく傾きがあることに気附かれた。

面接の後半に数回行った音楽などの刺戟は、開始

や終止時の他は大きな変動はなかった。

このような面接の同時記録の変動が、患者の精神状態、面接者の態度、面接技巧などによってどのような影響をうけるかは今後の問題である。

参 考 文 献

- 1) Alexander, L.: Apparatus and Method for the Study of Conditional Reflexes in Man. A. M. A. Arch. Neurol. Psychiat. 80, 629. 1958.
- 2) Engel, B. T.: Stimulus-Response and Individual-Response Specificity. A. M. A. Arch. Gen. Psychiat. 2, 305, 1960.
- 3) Christian, P.: Die Atembewegung als Verhaltensweise. Nervenarzt, 28, 243, 1957.
- 4) Lacey, J. I. et al. : Autonomic Response Specificity. Psychosomatic Medicine. 15, 8, 1953.
- 5) 笠松、他：坐禅の脳波。精神医学最近の進歩、第2集 428頁 1960。
- 6) 木戸：精神医学的面接における疎通性と皮膚電気反射の関係について。日大医学雑誌、17、2301-1958。
- 7) 古閑、他：睡眠、精神医学最近の進歩、第2集 444頁 1960。
- 8) 椿：精神医学的面接における疎通性と心搏数変動の関係について。日大医学雑誌 18巻、1959。

漏糞の一治験例[※]高木四郎⁽¹⁾

(児童精神衛生部長)

今田芳枝⁽²⁾

(児童精神衛生部)

まえがき

この論文の意図するところは、第一には漏糞(encopresis)というわが国ではあまり注意されていない症例の報告であり、第二にはそれが心理療法によって全治するに至った経過の紹介とその治癒機転の考察である。

「漏糞」というのは身体的疾患に基かない不随意的な脱糞をさすもので、1926年、ドイツの小児科医S. WEISSENBERGがはじめて記載したものである。

その後、諸外国においては相当多数の文献がある。そのうち、多数例について、はじめて系統的研究を行ったのはH. SHIRLEY (1938)である。その他、最近においてはGARRARD and RICHMOND (1952, 1954), S. R. WARSON (1954)らの研究がある。

器質的原因による尿失禁は直腸・肛門の異常、脳・脊髄疾患、てんかんなどによる一時的意識混濁などによって起る。Hirschsprung氏病などもこれに属する。その他、精神薄弱やしつけの欠陥による場合も多いものである。

C. BURNS (1941)は漏糞児を次の3群に分けた

- 1) 精神薄弱またはしつけの欠陥による単純なもの、
- 2) 神経症的症例、
- 3) 律動異常性(dysrhythmic)または血管迷走神経性(vasovagal)状態を伴う症例。

漏糞は便秘を伴うために巨大結腸(megacolon)を生ずることが多いものであるが、RICHMOND and GARRARDはこれを次の3に分けた。

- 1) 心因性巨大結腸、
- 2) 神経性巨大結腸、
- 3) 解剖学的巨大結腸。

そして、かれらは(2)、(3)の症例に対する外科的手術を固く戒めている。

ここに述べる症例は心因性の漏糞、すなわち、神経症的症例あるいは心因性巨大結腸に属するものである。

これらに対しては小児科的治療は多く無効であり、精神医学的治療も困難なことが多いという。親子間に精神力動的因子(psychodynamic factor)が働いており、これに対する深い心理療法が唯一の治療法である。

外国にも詳細な事例研究は少ない。われわれはわずか1例ではあるが、詳細な事例研究によって、この問題に対する注意を喚起したい。

わが国においては寡聞にして漏糞に関する研究のあることを知らない。小児科医は精神医学的知識に乏しく、精神科医には小児の問題に対する関心が少ないためであろう。したがって、かれらはこれを正しく取扱うすべを知らない。

ここに述べる症例は、どこへ行っても治療不可能であって、医師はまったく無力であったものが、われわれの手によって全治したものである。

症 例

8才の男児、小学校2年生。

2才のころまでは便所へ連れて行って排便させていたが、格別便所や排便をいやがるということはなかった。しかし、物心がつくころより、便所へ行くことを極度にきらうようになり、しかったり、キューウをすえたり、なだめたりしても、便意を知らせず、大小便を漏らしてしまうようになった。1日に数回もパンツの中に大便を漏らすようになり、そのまま平気で遊びまわり、周囲の注意にも無関心を装っている。

就寝中も大小便を漏らすため、小学校1年生のときまでオムツを当てて寝かせていたという。何回便所へ抱きかかえて行っても、そこではしないで連れ帰って寝かせつけると、とたんに寝床の中で漏らしてしまう。そのために毎晩4回ぐらい、シーツを取り替えなければならなかったという。

それにもかかわらず、学校や外出先で失禁するようなことはない。また母が病気のときなど、「自分で便所に行

※ A Case of Encopresis Treated Successfully by Psychotherapy.

(1) 精神医学、 (2) Psychiatric Social Work

ってきなさい」というと、ひとりでちゃんと起きて行くし、「お母ちゃんも早く行かないと漏らしてしまうよ」などといって、母に便所までついて行ったりする。

現在も平気で大便をくっつけていて、いくら注意しても、がんこにパンツを取り替えようとはしないで、白目でジロリとにらみかえす。

しかられると家に寄りつかず、一日中戸外を徘徊し、材木置場などで寝てしまう。

夜はいくら起しても、決して目覚めず、寝ぼけてどなるので、死んだように重いのを便所まで抱きかかえて行き、用便させるが、それでも意識がないようである。

友人との共同の遊びはうまくできず、けんかが激しい。

これまでも方々の病院の小児科・外科・泌尿器科などを訪れたが、どこでも「異常はない。大きくなればなおる。」というようなことをいわれるだけであった。長女も次女も就学前、夜尿があり、キュウをすえてなおったので、患児もキュウをすえたが、効果はなかった。そのために「キュウでもなおらないなら、精神的なものかもしれない」とて、精神科で受診することを近所の人から勧められて、某病院精神科を訪れた。

そこでは、脳波検査を受けたが、「異常波が見られるので、痙攣がなくても、てんかんだ」と言われ、通院して投薬を受けた。ところが、約半年も服薬を続けても、少しも変化が見られないので、母は悲観し、いっそ子供を殺し自分も死にたいとまで考えたが、その病院の医師に励まされ、わたくしどものところを紹介されて来所した。

学業成績はボリのほうである。

本年8月ごろから、ときどき家の金を持ち出すことをおぼえた。

既往症

妊娠7カ月のとき、母は夫とけんかし、腹部を強くけられた。それ以来、胎動が感ぜられなかったという。

難産で、出血が多量にあり、出生時の体重は600匁であった。母乳栄養。

出産後の発育は順調で、3才のとき麻疹、重症ではあったが、痙攣などはなかった。生後21日目に姉が誤って床に落し、約30分ぐらい泣声をたてなかったという。

母の膚を離れようとせず、母が乳を離そうとすると、激しく泣き叫ぶため、ふびんで3才まで母乳を与え、また始終背中に負いどおしであった。

患児は同胞5人の末子として甘やかされてわがままに育ち、活発・勝ち気・わんぱく・自己本位で、短気である反面、小心で劣等感が強く、同年輩の子供との共通な遊びはできず、引込思案である。幼児とのメンコ・ベイ

ゴマなどの勝負ごとには関心を持ち、勝つことにより満足を感じていた。

また、学校に上がるまでは家族の皆から赤ちゃん扱いをされてきた。

家族関係

父は62才で、建具商を営み、母は46才、共に再婚同志である。

先妻の娘のほかに、2男2女がある。患児の幼児期までは祖母が同居していたが、現在は歿している。このほかに住込職人8人という大家族である。

父は職人氣質で、短気・理屈っぽく、子供に関してはまったく無関心である。母との仲は円満を欠き、争いが多く、口論が絶えない。いわゆる外づらがよく、内づらが悪い。自己本位であり、子供や職人の扱いもうまくできず、自分だけの特別な扱いを要求し、食事も寝具も殿様のようにさせている。

先妻は現在20才の長女が3才のときに死亡し、同じ年に父は患児の母と再婚した。

母は先夫が結婚後間もなく戦死し、後妻に行くことは周囲が強く反対したにもかかわらず、継子に対する同情的な気持ちで再婚した。外向的性格、短気・がんこ・多弁で感情的表現が豊かである。大家族および職人の世話をし、家業を切り回してきた。しゅうとめや小しゅうとからは何かにつけ「継母扱い」をされ、苦勞が絶えず、何度も家を出ようと思ったことがある。

長女（先妻の娘）は高校を卒業するまでは無口・陰気で母になじまなかったが、会社の事務員として勤めるようになってから落ち着きと明るさを取戻し、母や弟妹とも接近できるようになった。

母としゅうとめとの関係も悪かった。

そのほかに16才の次女、15才の長男、11才の三女および患児があるが、これらの同胞については特記すべきことはない。

以上を要するに、患児は物心がつくころより、便所へ行くことを極度にいやがり、大小便を漏らすようになる。1日数回もパンツの中に大便を漏らしたまま遊び回る。就寝中も大小便を漏らすために小学1年のときまでオムツを当てたまま寝かせていた。

それにもかかわらず、学校や外出先で失禁することはない。

方々の小児科・外科・泌尿器科で受診したが、どこでも「異常はない。大きくなればなおる。」と言われるのみであった。

最後に某病院精神科に行ったが、「脳波に異常波

が認められる。痙攣はなくても、てんかんだ。」と言われ、半年間投薬を受けたが、少しも効果はなかった。

父母は再婚同志、先妻の娘1人のほかに2男2女がある。患児は末子で出産時体重不足、幼時に重い麻疹・外傷があり、母を離れないので、母は過保護的になった。父母の間は円満を欠き、母と義娘・しゅうとめとの間もうまくゆかなかった。全家族は患児を赤ちゃん扱いにし、家族の一員として扱わなかった。

患児には盗癖もある。

診 断

インテーク面接に引続き、診断の目的をもって患児に対し精神科医・心理学専攻者の面接および心理検査を各2回、母親に対しソーシャル・ワーカーの面接を2回行った。

その結果、次のごとき結論を得た。

(1) 小児科的、泌尿器科的な異常は認められなかった。

(2) 脳波検査において異常波うんぬんの意見にもかかわらず、棘波らしきものが認められただけでハッキリしたてんかん波は認められなかった。また、てんかんとしての治療によって少しも変化が見られなかった。

(3) 知的能力は正常である(知能指数 88)。

(4) 家族内における対人関係、ことに母子関係に障害が見られた。

したがって、わたくしどもは、本症例は心理療法によって扱われるべき心因性の障害と考えたのである。

母は初期の面接においては、病院の投薬治療に不満の意を漏らしつつも、心理療法の説明に対し薬を用いないことが納得できないようであった。

しかし、面接が続けられるにしたがい、母の不安も軽減され、患児が母の病中などに一人で便所に行ったこと、学校では一度も失禁がなかったこと、家族間の葛藤などに気がつき、心理療法への意欲を示すようになったので、治療を開始した。

治療とその経過

心理療法は一般と同様の方式に従い、子供に対しては精神科医が遊戯室で心理療法を行い、これと並行して、母に対してはソーシャル・ワーカーが治療面接(ケースワーク)を行った。面接はそれぞれ毎

週1回、一定の日時にほぼ1時間ずつ行った。

治療を開始したのは昭和32年10月、終了したのは34年8月で、この1年10カ月の間に子供に対しては71回、母に対しては73回の面接が行われている。このように治療は相当長期にわたったが、漏糞は約1年後にはほとんど消失しており、また、第3年度にはかなり治療を休んだので、そのようなことがなければ、この期間はもっと短縮しえたと思われる。

われわれの理論的立場について述べれば、F. H. ALLEN、あるいはS. SZUREKのそれと同じである。すなわち、母に対するケースワーク治療はもちろん、患児に対する治療においても、精神分析におけるがごとく相手の過去、あるいは乳幼児期を問題にしたり、解釈を与えたりすることはしない。あくまで治療者对患者(あるいは母)、あるいは家族間相互の人間関係を重視し、その改善を利用してゆくやり方である。

治療の進行とともに、母は夫婦間、母対しゅうとめの感情が自身の子供に対する支配的態となり、一方末子であるための過保護的な扱いが子供の情緒的発達を妨げてきたことに対してしだいに洞察を獲得して行く。

子供の症状が消失するとともに、その態度も明るくなり、自発的行動も見られるようになったことを、母は見いだすとともに、夫に対しても、好感情をいだくようになった。

以下に治療の経過を述べるが、治療の進行とともに、患児の漏糞が減少し、さらに消失し、これと並行して母子関係、さらに家庭内の他の対人関係も改善してゆく過程がよく認められる。

理解を容易ならしめるために、便宜上、治療の経過を4期に分けて述べる。

第I期——治療開始より約5カ月間、すなわち、昭和32年10月半ばより翌年4月半ばに至る時期、回数にすれば第23~24回ぐらゐまでである。導入期ともいふべきで、治療の関係が確立し、母子ともに感情的緊張が緩み、漏糞も減少し、家族内対人関係改善の準備がなされた時期である。

(患児との面接)

治療者が患児に対して、その感情を理解することに努め、受容と寛容の態度を持したことはもちろんである。

初め、患児は警戒的というのではないが、不安で自信がなく、自分のほうから口をきくことはなかった。しかし、治療者は強制的に口をきかせようとはしなかったが、

飽くまで受身で黙っているのではなく、ときには応答の有無にかかわらず、話しかけている。

この時期に最も目についたのは母の支配的な態度である。すなわち、母は治療の開始に先だつて患児が治療者とともに遊戯室に赴く際に、しばしばさまざまな干渉的言辞をろうした。たとえば、「はなをかんで」と言ってちり紙を渡したり、「先生、今日はと言わないの、バカだね」と言ったりする。この母子関係は次の第II期からは著しく変わってくるのである。

初め数回は子供の遊びの内容が転々として移り、一つの遊びが長く続かなかつた。これは内心の不安の表現であろう。しかし、これは間もなく消失し、遊びに没頭するようになった。

子供は初め治療者をほとんど無視しているように、治療者のほうを見ずに黙々として遊ぶ。しかし、第2回ごろから早くも、まれには治療者の質問にハッキリ答えることがあるようになった。第3回目からは治療者の顔を見ると、「ハイッ」と勢いよくアポイントメント・カードを差し出すようになり、次いでニコニコするようになり、第7～9回ごろからは「今日は」、「さよなら」とあいさつするようになる。

また、第5回目ごろからは、遊びながらひとり言を言うことがあるようになり、次いで第23回からは鼻歌や口笛が見られる。第5回には、治療者が窓を閉めると、それを手伝ってくれる。第14回からは治療の開始時および終了後に鍵を渡すと、それで遊戯室のドアを開閉した後、返してくれるようになった。これは最後まで習慣となったが、遊戯室は自分のへやという観念を植えつけるのに役だったと思われる。

そのほか、注目されるのは遊具の扱い方がぞんざいであるにもかかわらず、使った遊具を元の所にキチンと納めることである。

(母との面接)

数回の面接を重ねるにつれ、ワーカー対母の治療的關係ができあがり、母の患児に対する扱い方や考え方、また家族間であつて母がなめてきた苦勞などについて語るようになった。その際、ときには涙を流したり、心配したり、シドロモドロになったり、また、安心したり、感情の表現も豊かであった。

以前は夫・しゅうとめ・義娘を中心とした生活をし、わが子に親身の世話ができなかった。家業の失敗・失火・病人の世話などの災難も続いていた。

治療が始まったころの患児には金銭の盗み・買い食い・虚言・徘徊などがあり、家からお金がなくなった日に限って家にも寄りつかず、材木置場などで寝てしまうこと

もあつた。

つい、たたいたり、けつたりしたが、あまり、情けないので二人で死んでしまおうと思ったこともあつた。

幼時より家族全体から患児は赤ん坊扱いをされ、いわば員数外として扱われてきた。

便所へ行くことは極度に恐れていたが、何回も注意されると、「なにか貰えるから」と便所にはいり、時間を見計って出てくる。母は「自分で行きたくなれば自発的に行くようになるかも知れない。もっと子供の気持を理解しよう。」と考えはじめ、家族に対しても、患児が失敗しても、注意したり、駭いだりしてはいけないと思うようになった。

このように母は患児に対しての態度を改め、同時に他の家族間の対人関係についても、しだいに洞察を得てゆく。便所についても干渉しなくなり、患児も落ち着き、表情も行動も活発になる。たまにはパンツの中に大便を漏らさずに自分から便所へ行けるようになった。夜尿はひんぱんにあるが、第10回面接の際、母は「夜尿は以前と同じだが、起すのが少しは楽になった。」と述べている。

母がかぜ気味のとき、夜間に起すのがめんどうなので、「もし失敗しても、もともとだから」と起さずにいたが、夜尿も見られなかった。

患児は自信を持ち、態度も明朗になり、気持も安定してきた。母は自身の態度が患児に反映しているのではないかと考え、他の家族の態度も変化し、同胞間の関係も好転した。

漏糞に対しても母の気持しだいで絶体になおるという気持を持ち、家族間の人間関係についてもしだいに洞察を深めてゆき、治療に対する意欲も高まってきた。

第II期——第I期に引続く約6カ月、昭和33年4月末より10月末までの時期、回数にすれば第25回より第44回ごろまでである。この時期は転換期ともいへば、母子関係および家族内の他の対人関係が変化してゆく時期である。患児の漏糞はますます減少してゆく。

(患児との面接)

遊戯室における患児の行動は第1期に見られた特徴を多分に残しているが、それはあらゆる面において改善を示してゆく。すなわち、子供はいっそう伸び伸びとし、遊び方も活発となる。治療者に対しても親しみを増し、話しかけに笑顔をもって応じたり、答えたり、また自発的発言も多くなる。第27回目には治療者とボールのやりとりをして遊び、第28回目には、廊下で母が「先生、昨晚テレビにお出になりませんでしたか。この子が高木先生じゃないかと言うんですよ。」と言う。第37回目には、途中でとってきたセミを一匹くれたりする。

最も目についたのは母子関係の変化である。すなわち、母子ともに様子が著しく明るく、かつ自然になり、以前のような母の支配的・干渉的な態度はまったく見られなくなった。子供も待合室で母とふざけていることが多くなった。これに伴い、母も「つりがじょうずなんですよ」とか、「先生、スズメがほしいなんて言うんですよ」などと非難を含めず、笑いながら言うようになった。

次に著しい変化は子供の外界への興味と注意が増したことである。母の態度の変化と相まって6月16日には生れてはじめて遠足に参加して多摩動物園に行った。この経験は子供にあざやかな印象を残したらしく、次回(第30回)には、ほとんど1時間中、黒板に動物園の風景や動物の画をかいている。

この時期の末期には、子供は再三赤ん坊人形に刀で切りつけている。それは従来家族全体から赤ちゃん扱いをされていた自分を赤ん坊人形に投射し、それを抹殺しようとする試みであったと思われる。事実、このころは漏糞も著しく減少し、家族も患児を赤ちゃん扱いしなくなり、家族の一員として溶け込むようになっているのである。

子供の遊びが活発になるにつれ、治療者は再三その行動に禁止を加えなければならなくなっている。たとえば、シロホンにマジック・インキでいたずら書きをするのを留めて紙を与えたり、連れの子を遊戯室に誘い入れようとするのを留めたりしなければならなかった。すでに患児と治療者の間には治療的關係が確立しており、治療者の受容的態度と相まって、患児は柔順に、よくこれに反応している。

(母との面接)

母は便所へ行くことを強制しなくなったが、患児も自分で便所に行くようになり、漏糞も非常に減った。夜間起きなくても、10日間ぐらい夜尿もしないことがあるようになった。

患児も伸び伸びとして表情も明るくなる。大声で笑ったり、自由にふるまうようになり、家族の談話にも積極的に加わるようになった。外への関心も増し、質問も多くなり、宿題なども自分でするようになった。

母自身の気持も楽になった。子供たちの勉強も時おり見てやるようになり、家族全体がなごやかで、笑声も多くなった。従来、家族とあまり接触のなかつた父も家族のだんらんに加わるようになった。

いままでは不安のために患児を遠足にもやらなかったが、6月にははじめて参加させる気になった。それが患児に強い影響を与えたことは前記のごとくである。

この時期の中期に漏糞が多くなり、母親に反抗し、虚

言も多く、夜間しばしば徘徊したことがある。母親はたまらず、「お母ちゃんはお前のウンコやオシッコの洗たくをするために生れてきたんじゃないよ。お前のために研究所に通っているんだよ。」としかつたところ、黙り込んでしまった。

しかし、患児は水たまりの中で着物をよごしたまま棒きれを振り回したり、きたない遊びを好んでする。

母は元来家業を切り回し、いじを通してきたが、面接を続けて受けてゆくうち、子供の問題は自分の問題でもあると反省し、子供を理解しようと努めるようになった。

同時に患児に対しては過保護的であり、大便を漏らさなくなったことをふびんに感じ、一つふとんの中で添い寝を続けている。

第Ⅲ期——昭和33年11月より翌年3月半ばに至る約4カ月半の時期、回数にすれば第45回ごろから第58回ごろまでである。この時期には失禁と家族の影響との関係がいっそう明らかに現われる。患児の漏糞はますます減少してゆく。

(患児との面接)

第1期以来見られた患児の行動の特徴は非常に稀薄になる。口数は依然として少なく、治療者の話しかけに答えないこともあるが、応答は多くなり、両者の会話はよほど自然になり、患児の自発的な親しみを持った発言が多くなる。答えないまでも、うなずいたり、笑顔を示したりする。両者の関係はよほどポジティブになり、親密さを表わすようになった。たとえば、つった金魚をたくさん持ってきて治療者にくれたり(第46、48回)、「この前先生の家まで後つけてやった」と自発的に言ったり(治療者は構内の官舎に居住していた)(第47回)、治療者が迎えに行くのが少し遅れると、廊下の途中まで出て待っていたり(第51、53回)、約束の時間より早く来所したりする。

遊び方も活発で、行動範囲が広がる。なわ飛びをしたり(第48回)、イスの上に寝そべってピストルを撃ったり(第49、51回)、刀を縦横無尽に振り回したり(第51回、54回)伸び伸びと思いのままにふるまうことが多くなる。

患児のほうから自発的に治療者に働きかけるのもこの時期からはじめて見られたことである。こわれたピストルを治療者の所に持ってきて見せ、「これ、だめだ」と言ったりする(第50回)。

以前のようなきちょうめんきも目だたなくなる。

子供も母も態度が非常に明るくなる。母親はしばしば治療者に笑顔をもって話しかけるし、治療者が誤ってイスからころがり落ち、思わず「あ、いた」と言うと、以前は黙々としていた子供が、笑い顔をしたりする(第49

回)。子供は母とふざけるのみでなく、治療者が迎えに行くと、壁の陰に隠れていたりする。母子関係は非常に自然になったような感じである。

フライング・ボール（ゴムのボールに羽根と吸盤がついているもの）を天井に向けてしきりに投げる。治療者が「天井にくっつくと、落ちてこなくなるぞ」と言うと、ハッキリ「落ちてくる」と答える（第58回）。自信ができてきたようである。そして、ピストルでそれを撃って落す。

（母との面接）

時々「今日はちょっとやりやっちゃった」と少量の失敗を平気で報告する程度になる。したがって、母の不安もなくなり、母からもあまり漏糞の話は出なくなる。

患児の交友も円滑になり、ずるさ・虚言なども消失し、自発的に勉強するようになり、成績も向上した。

父は暴君的であったが、しだいに子供たちと接近し、患児に対しても他の子供と同様の扱いをするようになった。

この時期には父に強くしかれると、数日間も連続して大量の大便を漏らし、パンツを取り替えずに外を徘徊することが再現した。このように父母にしがられたり、家族間に不和があるときには、患児の失禁も激しく、家族間の対人関係がただちに患児に反映する。逆に夫婦関係がよいときには、患児および家族中によい反応が現われる。義姉対患児も母子関係以上の好関係を作るようになった。

このころ、治療を1回休むと、漏糞・夜尿も再現し、いたずらも激しくなり、したがって母も不安になる。母は「研究所を休むと逆戻りして、ドッサリ大便を漏らしてしまう。いままでいろいろの苦勞をして、高い急坂を登るのに苦勞のしがいがあってやっと坂の途中まであがり、もう少しのところを急に綱が切れて、これまで登ってきた坂道の下までアッという間に落ちてしまう。再び坂の上まで登るには一通りではない。」と述べる。

その後、家族関係の均衡が保たれ、漏糞も消失し、患児は出生以来、母に添い寝を続けてきたが、急に「一人で寝る」と言い出す。

母が涙を流して止めるのも聞かずに一人で寝るようになった。

第Ⅳ期——3月末より8月末に至る5カ月間、第59回以後である。治療の終結期である。漏糞はまったく消失し、母子ともに自信を獲得した時期である。

この時期には、ほとんど1週おきぐらいに治療を休む。これは問題が納まり、母があまり治療を必要としなくなった証拠であろう。しかし、次回には必ず来所するので、

特別な所置は必要としなかった。

（患児との面接）

患児の態度は活発で、まったく伸び伸びとし、治療者との会話も以前のように断片的ではなく、長続きし自然になった。

母子の態度は明るく、親密で自然になる。患児はしばしば待合室で母にふざけており、治療者が迎えに行くと、かざ立ての陰などに隠れていたりする。「頭が見えるよ」と言うと、キャッキョウ笑いながら母の所に寄ってゆく。

漏糞はまったく消失したようなので、6月中旬から治療終結の準備をする。第65回（6月19日）には、はじめて治療者とチェッカーをするが、時間の終りに「もう、いつまでもこなくてもいいんだがな。」と言ってみる。これが終結予告の第1回である。ところが、子供はつまらなそうに黙っている。続けて「また来週やろうな。おもしろかったかい。」と聞くと、元気よく「うん」と答える。子供にはまだ終結の準備ができていない。しかし、これによって症状が再現するようなこともなかった。

この回からは子供は毎回チェッカーの盤を持ち出して勝負をいどむ。初めのうちは毎回治療者のほうが勝つ。第67回には「強くなったな」と言ったが、「やはり先生のほうが強いや」と答える。

第69回にはチェッカーをやっている間も冗談口をきいたり、鼻歌を歌ったりする。再度の予告を与え、「もういつまでもこなくてもいいと思うんだがな。あと2回もきたらいいと思うんだがな。」と言ったが、以前のようにつまらなそうな表情はせず、黙って聞いている。ようやく終結の準備もできたようである。

このころ、子供は生れてはじめて海岸の親類の家に泊りがけて遊びに行った。

次の第70回には、チェッカーを持ち出して「今日は勝つぞ」と言う。そして実際に3回中1回は子供がはじめて勝った。

次の第71回には、「今日は勝つぞ」と勢い込んで言い、4回やって2勝2敗であった。子供は「2対2だね」と満足そうである。これは子供が充分な自信をえた象徴であろう。「もうこなくてもだいじょうぶだね」と言うと子供は自信ありげに「うん」と答えたので、この回をもって治療を終る。

（母との面接）

母から漏糞や夜尿についての話はまったく出なくなった。これはそのような問題がなくなり、母も忘れていられるようになったのであろう。母子ともに心理的に安定したようで、患児および家族に対しても好感情の表現が多くなる。

患児と同じころ、終結の予告をしているが、最後の面接においては、原因的なものとして、母は「小さいときから、赤ちゃん扱いをされ、家族中から拒否され、出入りの多い商売がら、大小便のにおいを人々に知らせたくないため、患児にお金やお菓子を与えて遠ざけ、人前をつくらっていた。現在は両親・同胞たちも患児を連れて外出するようになった。」と述べる。

漏糞についても「生後8年間、各専門医の受診の際にも、だれもただ気休めしか言わない。泌尿器・胃腸関係の病気ではなく、心理的なものであると判明していたら、苦しまなくてもよかった。」と述べている。

患児は友だちとも活発に遊び、自発的に勉強もし、家族の中心になった。

汚れものの洗たくを何時からしなくなったか、日数を数えている母親の姿が、ワーカーには印象的であった。母親は「子供がもう漏らす必要もなくなり、自発的に自分のことはやってゆけるようになり、治療の意味がわかった。やっと自分の時間を取戻した。」と治療が終結にきたことについて、このように話を結んだ。

追跡調査——治療終結後、約1年間にわたって、おりおり母の来所を求め、あるいは手紙で追跡調査(follow-up study)を行ったが、漏糞・夜尿はまったく消失しており、万事うまく行っている。完全治癒と認められる。

考 察

診断について

(1) 小児科・外科・泌尿器科などにおいて何度も診察を受け、その都度「異常はない。そのうちになおる」と言われている。どのような検査が行われたかは不明であるが、まず直腸・肛門・脳・脊髄などの器質的異常・疾患は除外できるであろう。

(2) 某精神科において脳波検査を受け、「異常波が認められる。痙攣はないけれども、てんかんだ」と言われ、約半年投薬を受けたが、少しも変化はなかった。異常波うんぬんとは棘波らしきものが見られたというだけで、典型的なてんかん波が証明された訳ではない。小児において異常波が見られることは診しくないで、典型的なてんかん波が証明されないかぎり、てんかんと断ずるのは根拠薄弱といわねばならない。いわんや投薬がまったく無効であったにおいては、てんかんは除外できる。

(3) H. SHIRLEYの集めた70例の約半数は精神薄弱児あるいは境界線児であったというが、本症例はIQ88で、決して良好ではないが、精神薄弱児とも境界線児ともいえない。

(4) 排便のしつけの欠陥も考えられない。母はむしろ、しつけに苦心しており、むしろ強制的というべき態度をとっている。

(5) 残るは狭義の心因性漏糞である。

RICHMOND and GARRARDは心因性巨大結腸の標徴として次の条件をあげた。

(I) 肛門の調節が期待される2歳以後に発病すること、(II) 排便にあまり便所を使用しないこと、(III) 立ったり、仰臥したまま排便すること、(IV) 排便を抑制すること、(V) 自然に、あるいは浣腸によって周期的に多量の排便をすること、(VI) 腸の閉塞などはないこと、(VII) 直腸が糞塊で詰まっていること、(VIII) NEUHAUSERの螢光透視法(fluoroscopy)によって直腸あるいはS字結腸に攣縮が見られないこと、(IX) 予後が比較的良好なこと。

本例は、ことに(I)～(III)、(IX)の条件をよく満たしている。母子間、家族間に精神力動的因子が働いていること、心理療法により全治したことはこれを裏書きする。

(6) 多くの著者は母子間、家族間に精神力動的因子が働いていることを強調している。しかし、詳細な事例研究には乏しい。

本例においてこれらの因子が働いていることは初めから認められたが、ことに治療が進むにしたがってその知識はいつそう深められた。中心をなすものは過保護的・支配的な母子関係であるが、他の家族間の対人関係がこれにからみ、その発生に関与している。

母子関係の特徴およびその発生原因は次のごとくである。

(I) 出産が難産であったこと、体重が少なかったこと、幼時に病気・外傷があったこと、母を離れなかったこと、末子であること、しゅうとめ・継子・父などとの関係が相重なって過保護的な母子関係を作り上げた。これは最近まで添い寝を続けたこと、遠足にも親類の家にもやらなかったという態度によく現われている。

(II) 反面、支配的態度は過保護的態度の表われと考えられ、待合室における母の態度からよく窺われる。これは患児の問題から生じたものであろう。

要するに本例は心因性、あるいは神経症的な漏糞を呈したもので、その原因は母子関係、他の家族間の対人関係にあるといえよう。このことはこの関係が正常に復するとともに症状が消失したことからも言えよう。

S. R. WARSONらは自我心理学、その他の精神分

析の見地から論じているが、そのような概念を持ち出すまでもなく、上述の母子関係によって子供の人格行動が退行しているとしてよく理解できよう。

治療について

(1) われわれの理論的立場についてはさきに述べた。われわれの立場は精神分析とも違うし、指示や助言を与えないかぎりにおいては非指示的とはいえるが、非指示療法とは違う。われわれの用いる技法はその項に述べたとおりであるが、解釈も与えないし、反射することもしない。それで立派に目的を達しているのである。

再度にわたって終結の予告を与えているが、それによって首尾よく終結していることに目を留められたい。

(2) 子供の治療と母の面接のいずれが重要ともいえない。母の態度の改善は子供の変化によって促進されているし、また、それが子供の治癒を促し、かつ家族全体の変化ももたらし、全体が相互に関連している。また、母子だけを扱って家族全体が変化し

ているのである。

要 約

心因性の漏糞の1例を報告した。その原因は母子間および家族間の対人関係の障害である。

多くの医師はこの症例に対する理解もなく、治療の上においてもまったく無力であったが、母子の心理療法の結果全治した。その治癒と並行して母子関係および家族間の対人関係も改善した。

人あるいは言うであろう。一般の医師にはそのような時間の余裕はないと。しかし、われわれが費したのはわずか1週1時間であり、他の医師が扱えなかったのが全治しているのである。

著者のうち、高木は精神科医、今田はソーシャル・ワーカーである。

(付記) 本論文の要旨は昭和35年3月12日、第38回関東精神々経学会例会において報告した。

引 用 文 献

- 1) ALLEN, F. H.: Psychotherapy with Children, New York, 1942.
- 2) KANNER, L.: Child Psychiatry, 2nd ed., C. C. Thomas, Springfield, Ill., 1958.
- 3) RICHMOND, J. B., EDDY, E. J., GARRARD, S. D.: Am. J. Orthopsychiat., Vol. 24, 1954.
- 4) WARSON, S. R., CALDWELL, M. R., WARINNER, A., KIRK, A. J., JENSEN, R. A.: Am. J. Orthopsychiat., Vol. 24, 1954.

吃音児の研究*

玉井 収 介⁽¹⁾

(児童精神衛生部)

田 頭 寿 子⁽²⁾

(精神衛生部)

小 林 育 子⁽³⁾

(神奈川県中央精神衛生相談所)

梅 垣 真 理⁽⁴⁾

(児童精神衛生部)

- I 従来の所説の概観
- II 研究の目的、方法および資料
- III 吃音児童の問題
- IV 吃音児の家族の問題
- V Play therapyの問題
- VI Case報告
- VII 要約
- VIII むすび
- 参考文献

I 従来の所説の概観

吃音は、古くからどの民族にも、どの階級にも存在するものとして注目されてきたのでこれについての研究や学説も多い。

その原因を器質的な変化に求めようとした学説の中には、内分泌系疾患や、音声器官の形態的疾患などをとりあげて説明しようとしたものもある。

また、吃音は、言語中枢の障害にもとづくものであるとしたBrocaの研究を中心にして、中枢神経系の病変に原因があるとした説も主張された。さらに、一側の大脳半球の優位性の欠陥があった場合におこるとの考えもあった。

これらの器質的な変化に原因を求める考え方は、比較的古い時代の研究に多いようで、最近の研究は、むしろ吃音の原因を心理的な面に求めようとする考え方が多いようである。

たとえば、精神分析の立場からは、「吃音は、最初には神経症的性質のものではなく、口唇期がせん延されていこうとすることによって神経症となってくる」とも、あるいは「コンプレックスを暴露されるとい

う恐れからのがれるために吃音が生じる」のだとも説明されている。

又、社会的な不適応の問題が吃音の原因ともなっているという者もある。

Carrotは、「神経症ではなくて習慣である」とのべているが、彼によれば、子どもの精神状態をよく理解せずに誤ったしつけを強制した両親のために子どもに吃音を生じることが多いという。Johnsonは、「子どもに完全さを要求して厳格なしつけを行う神経質な両親から見ると、子どもがちょっとちゅうちよしても意地になって干渉するから子どもはますます会話をためらうようになって吃音になる」のだと説明している。

Kannerも、こうした傾向をみとめて、「吃音そのものよりも、吃音する人全体を問題にする考え方が強くなった」とのべている。

以上は吃音の原因に関する従来所説の概要である。われわれの今回の研究は、吃音の原因の問題を検討することを直接に目ざしたものではないが、遊戯療法の可能性を考えようとするものであるからや

* Studies of Stuttering Children

(1),(2)心理学 (3)Psychiatric Social Work 元精研職員 (4)精神医学

はり心因的な面に重点をおいているのだと考えてよいであろう。

なお従来の所説の一致した見解として、吃音は女子より男子に多いことがみとめられている。

また、発生の時期は、幼児期にもっとも多いということもほぼみとめられている。

II 研究の目的、方法および資料

1. 目的

吃音の矯正については古くからそれを専門とする機関が発達してきた。

われわれの今回の研究の目的は、われわれが他の多くの情緒障害をもつ児童とその家族に対して用いてきたPlay therapy および母親に対する面接がこの問題にも有効であるかどうかを検討することにあつた。

また、目的の重要な一つとして、吃音を有する児童の親子関係にいかなる特徴があるかを明らかにすることも意図された。

2. 方法

われわれは、国立精神衛生研究所の精神衛生相談室に来所した児童のうちから吃音を主訴とするもの、および少なくとも主訴の中の重要な一つとなってい

るものをえらんで10例を得た。ただし、治療過程にも入らず、あまりに資料不備なものはのぞいた。

われわれの相談室では、親と子を別のstaffが担当していくのが原則である。したがってこの10例でもすべて2人の担当者の協同で扱われたわけである。

そして、9例までは、われわれ執筆者4人のうちの誰かが親か子の一方を担当しており、うち2例は2人の担当者がともにわれわれ4人のうちにある。親と子2人の担当者がともにわれわれ4人以外であったのは1例にすぎない。

われわれの相談室では、最初の受け付けの段階であるIntake、つぎの診断の段階であるstudy、およびtreatmentの三段階にわかれ、それが、Psychiatrist、Psychologist、Social Workerの3者の協同により行なわれている。

われわれは、これらの例についてIntake以来のDataを収集し、整理してこの研究の資料とした。したがって、われわれの得たDataにはケースにより若干の精粗があることは止むを得なかった。

3. 資料

われわれの研究の資料とした10例の概要は次の通りである。(第1表)

第1表 事例の概要

番号	氏名	来所時年齢	初発時年齢	治療回数	家族構成	性別
1	H. T.	7才	4才ごろ	25	父、母、兄、姉2人	男
2	N. T.	11才	6才	41	父、母、姉1人	男
3	T. H.	13才	5才	32	父、母、兄1人	男
4	K. T.	8才	不明瞭	34	兄(異母)1人 父、母、姉(異母)1人 兄(同母)1人	男
5	I. Y.	3才	3才	28	父、母、1人っ子、祖母	男
6	O. M.	6才	5才6ヵ月	12	父、母、弟1人	男
7	U. U.	5才	3才	28	兄1人 母方の祖父 父、母、父方の叔母1人 母方の叔母4人	女
8	M. J.	5才	4才6ヵ月	15	父、母、1人っ子	男
9	S. M.	5才	不明瞭	29	父、母、弟1人 (祖母、伯父、伯母、いとこがとりにいる)	男
10	M. Y.	7才	5才	22	父、母、1人っ子、祖母	男

III 吃音児童の問題

1. 年齢および性別

性別では表1にみられるように9例まで男児であ

って女兒は1例しかない。これはIでのべた従来の説とよく一致する結果である。

来所時の年齢は3才(事例5)から13才(事例3)にわたるまでかなり範囲がひろい。しかし、その初

発の年齢は、3才ごろが2名、4才が2名、5才が3名、6才が1名、幼児期であるが不明瞭なもの2名となっており全部幼児期に集中している。

このことも従来の所説にほぼ一致する結果であるといえよう。

2. 吃音発生の契機、経過、現状

吃音の原因あるいは契機として、他人の吃音を模倣したことや左利きを無理に矯正したことがよくあげられる。

しかし、われわれの例では左利きの矯正をあげているのは事例3だけである。この例では、幼稚園入学当時に無理に矯正したら吃りはじめたと母親はのべている。

模倣に関係あったのは事例4と8である。8では、転居した後、はじめてできた友人が吃音であったというのでかなり関係がありそうであるが、4では、早期に幼稚園に入れたことが無理であったかというだけで明瞭ではない。

その後の経過は一般に次第に悪化しているものが多いが、事例8は、病气(ぜんそく)の悪い時期には吃らないという特異な傾向を示している。

現在の吃音の状態は、最初の音が出ないというのが大部分である。また、問題が吃音だけというのは2例で、その他は吃音以外にも種々の問題を訴えていた。

3. その他の問題と性格傾向

その吃音以外の問題としては、言語に直接関係あるものは案外少なく、事例9に、カ行タ行が入れかわるといふ障害があったのが目立つ程度である。

事例9は、そのほかにもかんしゃく、乱暴などのAggressiveな問題をもっていたが、これはむしろ例外的である。他の多くは、事例7の歯ぎしり、ね言、偏食、事例8の吐き気、頭痛など神経質な習癖とよばれるようなものが多かった。事例9でも、Aggressiveな傾向の反面に、動物や大きな物音への恐怖が強いという問題があった。

これに相応して児童の性格傾向は、母親の表現を借りれば、内向的、気が小さい、神経質などと表現されるものが多く、事例9がやはり例外的な存在であり、これについて事例4が、play therapyの場面で、とくに初期のうちに治療者に対してAggressiveな行動を示したことがあげられる。

興味あることに事例9は知能程度の面でもIQはほぼ80台でもっとも低く、事例4がそれについて低くほぼ90であった。その他はいずれも低いものでも90

以上であった。

4. 乳幼児期の発達

出産は異常(陣痛微弱、鉗子分娩)であったものは一例だけで他はすべて正常であり、乳幼児期の発達もおおむね正常である。その一つの指標として始歩をとると8例までが1年3カ月までに完了し、2例のみが遅滞の可能性を思わせる1年6カ月となっている。

しかし、それにもかかわらず、言語発達の面だけは明瞭におぐれていたと思われるものが4例(上記2例をふくむ)に達していたことはやや注目に値するであろう。たとえば、事例1はオシではないかとうたがわれ、事例4は3才をすぎても他人には理解できない発音であったし、事例9は4才でなお文章を話すことができなかった。

また既往歴をみるともっとも多かったのは中耳炎で3例をかぞえた。しかし、これが吃音に関係あるかどうかはこれだけでは何ともいえない。

IV 吃音児の家族の問題

1. 社会経済的位置

父親の職業は10例中5例までが会社員である。このうち2例は中小企業に勤めているがそれぞれ課長、現場主任のポストについている。2例は洋品店、工場を自営し、自家用、営業用の車をもっている程度の規模である。あとは会社重役、技師、放送関係各1例ずつである。父親の職業のほかに母親が美容院を経営しているもの、寮母をしているものが1例ずつある。経済的な位置は大体下の上から中の上までと思われ、中の下が最も多いようである。

両親の学歴は父親の大学卒、母親の高女卒の組合せが4例、父親の中卒、母親の高女卒が2例、父親の中卒、母親の高小卒、及び父親の高小卒、母親の高女卒が各1例ずつである。全体としては父母ともに中学、或は高女卒以上が半数をこえる。これを職業、住居、行動様式などと考え合わせると、社会的な位置は経済的な地位よりもやや高めの中程度と思われる。

2. 家族構成

家族の単位は6例が夫婦と子供からなる2世代家族であり、これに祖父母、及び父方の兄弟を含む3世代家族が4例ある。構成上複雑なものは事例9及び4である。事例9は両親、本人、弟のほかに、祖

母と父方の伯父夫婦とその子供が同居している。また事例4は父親の先々妻の子と、先妻の子が本人の異母兄妹として生活をともにしている。しかし、10例とも実父母は健在で、いわゆる欠損家庭といわれるものはない。

同胞は本人をふくめて2人が最も多く5例あり、1人っ子が3例、最大は4人兄弟で2例であるがこのうち1例(事例4)は異母兄妹のため、事実上2人兄弟に近い状態である。したがって同胞2人以下が9例を占める。更に興味あることには、このうち末子は5例あり、1人子3例を加えて8例が親の保護或は干渉を受けやすい状態にあると思われる。

3. 来所への動機及び態度

これらの家族員のうち、最初に吃音に気づき治療を求めてきたのは母親である。来所への主要な動機となったのは問題が単に吃音にとどまらなくなってからである。即ち、夜尿、かんしゃく、著しい引きこもりがちな態度など吃音以外の問題をともなってきた取扱いが困難になったか、或は入園入学、進学を控えて“吃ってはかわいそうだ”とか“不自由だろう”とかいう理由にもとづいている。来所した母親達は、子供の吃音を小、中、高校それぞれの入学までに治したいという切迫した気持を表現している。したがって初期には、治療を受けることに非常に積極的で、時には全く依存的な態度すらみせる。しかし面接過程では、しばしば知的な陳述をえらび、母親自身の情緒的反応をのべるのをさげようとする消極的拒否の態度が目立っていた。

4. 〈吃音〉に対する態度

わづか1例(事例5)を除いて、殆んどが何らかの形で吃音を矯正しようとしている。食べるたびに云い直させる厳しいもの(事例3)から“落ちついて”“ゆっくり”などと励ましの言葉をかけるもの、或はもっと積極的に言葉の始めを本人のかわりに云ってやるというものまである。そしてこのような方法をとっているのは8例までが母親である。一方、父親は無関心か、ごくまれにしか吃音を矯正しないという状況である。なかには、“吃音を気にするな”と云って矯正所へいくことに反対しているもの(事例2)、或は吃音を心配するあまり、子供が心理療法を受けることに母親よりも熱意を示すもの(事例5)もある。しかし、一般に父親は本人との関係が薄く、そのために吃音に対してとる態度も明確ではない。このような母親の矯正的な態度は一方では面接治療が進み、他方では子供の吃音が少なくなっていくにつ

れて変化する。治療の終結したものについては、特に母親自身が子供の多少の吃音を無理になおそうとはしなくなっている。これはのちに述べる〈吃音の原因に対する態度〉の変化と密接な関係があると思われる。治療を終結した母親達は“子供の吃音をひとにしられても恥ずかしいと思わなくなった”とのべ、人に知られたくないために子供に話す機会を与えなかったことを反省している。事例6はもっと積極的に、母親自身の態度いかんで吃音は治せるとまで考えているようである。一方、少数ではあるが矯正的な態度を殆ど変えないものもある。吃音が改善されてきても、吃らない面は認めるが、吃音が少なくなったとは考えないのである。現在治療継続中の事例ではこの傾向がたよくみられる。また、事例9は極度に吃音矯正を訓練する態度が変わらないが、これには次のような特別な事情がある。即ち、子供の吃音は改善されたが構音障害があるために、母親は改善を認めず、矯正する態度をやめないのである。

更にこれらの中間をいくものとして、母親自身は吃音が少しも改善されたと思わないが、母親との関係外の場面では全く吃らないといわれて、矯正する態度を無理に抑制しているもの(事例4)もある。これらの事柄を子供の治療場面における吃音及び態度と対応させてみると、子供の方に殆んど変化がみられないと考えられるものは、母親もまた治療場面で殆んど態度が変化していない。

5. 吃音の原因に対する態度

吃音に対する態度の変化と対応して、子供の吃音の原因を母親達がどう理解しているかをみることは重要なポイントであると思われる。この点については、インテーク、スタディ期とトリートメント期との間に著しい相異がある。そして、これは吃音児の家族の面接治療でみられる大きな特徴であると思われる。(但し、我々の治療に対する方向づけが主として親子関係、特に母子関係にむけられているので、このような特徴が明確に認められるのかもしれない)。

インテーク、スタディ期では、吃音の原因を赤痢や中耳炎などの大病の結果、或はちえおくれのためという本人の身体的な条件にとるものが3例。“家のまわりがさわがしいので子供が落ち着けない”とか、“大病のあと急に祖母と別居したのでショックを受けた”とか、“転居したため友達がなくて淋しかった”とか、主として客観的な環境条件の変化をあげているものが3例。左ききの矯正、或は吃音を矯正しすぎたという扱い方の失敗をあげるものが2例。漠

然と父親の愛情の不足、兄弟間の葛藤によるとして家族関係の中に原因をさぐるものは2例である。したがって吃音の原因と考えられている範囲は広く、どれとって優位なものはない。ただこのなかで共通にみられるのは、10例とも母親自身が吃音の原因、或は原因の一部に関係するという表現を全くしていないことである。

このような状態が治療終結期（継続中のものについては最も最近の治療場面）になると、7例までが家庭環境の中に吃音発生の原因をたどるようになっている。インテーク、スタディ期の2例に比べて5例も増加しているわけである。しかもこれは単に量の変化ではなく質的な変化である。母親自身の態度が吃音発生の根本原因であると、はっきり表現しているものが5例もある。その中には、母親自身の態度や性格のみの影響をあげているものと、家族関係の力動と母親自身の態度及び性格を結びつけてその結果であると考えているものとの2通りがある。前者の例としては、“私が神経質でイライラすると子供も吃る”とか“私があまり行動を注意しすぎたので私のまえにくるとまた何かいわれるのではないかと緊張して吃る”ということばがのべられている。また、後者の例としては、“義理の子をたてるために表面ではあの子を押えつけ、陰ではそのかわりに甘やかしていた。このくいちがいが子供を不安定にしていた”というものがあげられる。この2つの場合の相異は治療の深度ともかなり関係があると思われるので、いちがいにわけて考えることはできない。

母親自身の態度と直接関係なく他の家族員の態度に吃音の原因を求めているのは2例である。しかしこれも初期の頃にくらべて単に祖母と別れたためというのではなく、当時父母の仲がうまくいかず、本人は急に支えを失ったのだという見方へと変化している。

一方、原因をもっぱら本人の身体的条件の悪いとき、或は精神的な安定の少ないときに求めるものは2例ある。このうちの1例（事例8）が“吃りは母親に関係があると本にかいてあるけれども、私にはあてはまらない”とくり返しのべている。これは母親自身が吃音の原因に関与していることを否定的な形で認めているものと考えられる。

6. 家庭内相互作用

吃音の原因として家庭環境のゆがみをあげるものが多いことはすでに考察してきたところである。家庭環境の適、不適は結局、家庭内対人関係における

相互作用の問題としてとらえることが妥当であろうと思われる。

まず初期の状況でみられる著しい特徴は母子関係にある。母親は本人に対し過度の甘やかし、或は干渉する態度であり、子供はそれから逃れようとしながらも尚かつ依存しているといった状態で、母子間の結びつきはかなり強いと思われる。母親の性格特徴は一般に神経質で非常に勝気である。特に事例2では激しい劣等感の反動として、近隣との間に競争的な態度をとることが目立っている。またこの例ほどひどくはないが、母親達は多かれ少かれ吃音をひとに知られることを恥じている。そのため外では子供に話す機会を与えまいとつとめ、家の中では矯正に熱心になる。言語を含め本人の行動一般に敏感なものこの母親達の特徴である。

これに比べて父子関係は非常に稀薄である。全く母親まかせの無関心さか、或は消極的拒否の態度を父親がとることが多く、積極的拒否或いは甘やかしの態度をとるものは10例中2例にすぎない。これは母子関係があまりにも強いため、父親の入りこむ余地がないためとも思われる。

夫婦関係では不和圧れきを顕在化させる方向をとっているものはない。事例1、5、8では夫に対する妻の不満がかなり述べられてはいるが、それが悪循環となり夫婦間に葛藤を生じるといほどの根深いものではない。例えば“夫の帰宅が遅いため十分話し相手になってくれない”とか、“父親が本人を甘やかすすぎる、或は無関心でありすぎる”というように主として父親の養育態度への批判がのべられている。

むしろ嫁姑、継母子関係など夫婦単位外の他の家族員と母親との間にかんがりの葛藤が存在する。事例2の母親は10年ほど前から姑、小姑との間に葛藤があり、現在も未解決な状態である。また、事例4の母親は姑や義理の子供をたてなければならぬという緊張状態にあった。事例7の母親は自分の妹とわが子との間にたち、双方をうまく扱っていくことに困難を感じていた。

終結期になるとこのような家族間の相互作用の改善が著しくみられる。そのうち、家族員各自に態度変容が著しく、家族間の相互作用全体に変化がみられるもの（事例1、5）と、特定の家族員の態度変容による部分的変化の著しいもの（事例3、6、7）とがある。

前者の例としては事例5の場合があげられる。この

例では吃音の原因が父親の養育態度にあると考えられていた。父親は情緒的にかなり未成熟で、家庭内では子供っぽい態度が目立っていた。本人が病気をすると父親まで病気になるというほどで、母親にとって子供以上に世話のやける存在だった。このため母親の仕事は多く、心理的にも不安定となり、そのイラ立ちが本人にはねかえっていた。しかし治療後期には母親自身考えて次のように態度をかえた。父親がふきげんな時、なぜそうなったかを父親との間で積極的に話題にするようにした。父親の不満が母親にもわかり、同時に父親も母親の立場を理解し、自分の態度を考えるようになった。母親の忙がしい時にはおつかいにまでいってくれるようになった。父親が成長した態度をとれるようになると、母親の仕事も少くなり、もっとゆとりのある態度で本人に接することができた。

後者の例として事例4の場合をあげられる。この例は嫁姑、継母子の複雑な関係の中に吃音の原因があると考えられていた。母親は姑や義理の子供をたてるために表面ではわが子をおさえ、そのかわりに姑達のいない場面で甘やかしていた。父親はこのような母親に援助もせず、特に子供の事についてははっきりした態度を示さなかった。しかし治療後期には母親はわが子がかわいいという自然な感情を無理に押えてまで義理をたてることはないと考えようになった。父親の態度も他の家族員の態度も特に変化していないが、母親の一貫性のある態度は本人の吃音改善と併行していた。

以上、一応家庭内相互作用の変化を全体的なものや部分的なものにわけて説明したが、いずれの場合にも共通にみられるのは、変化が母親の態度変容から始まることである。(これは面接治療に來所したのが母親であったことにもよると思われる)。部分的変化のみられるものは相互作用の変化がまだ母子間の領域にとどまっているものであり、全体的変化のみられるものは、母親を中心として他の家族員にまで態度変容がおこり、総合的に家庭内の再構成が行われたものと思われる。

V play therapyの問題

児童に対するtreatmentは、最年長であった事例3が面接によってなされたのを除いて、すべてplay therapyであり、その回数は12回から41回に及んでいる。

play therapyのすすめ方は、各担当者の考え方や立

場の相違によって差があるが、いずれも狭い意味での発音発声の訓練や矯正をふくんでいないこと、1回約45分で毎週1回継続したことで共通している。すなわち、それぞれの担当者が、その他の問題をもつ児童に対してとっている方法と同じなのである。

1. 治療場面における治療者との関係

事例7などは別の目的で、詳細な観察が行なわれているが全部についてはないので、われわれは、各担当者がこのした記録をつぎの観点から整理した。

まず、その状況を、各session毎に、主として治療者との関係に重点をおいてつぎのように分類した。

独立的(治療者と関係をもたず一人であそんでいる状態)

依存的(遊びの方法や種類を治療者にきめてもらおうとする態度が強い状態)

支配的(治療者に命令し、自分の思い通りにさせようとする態度)

拒否的(話もせず、行動も少なく、反応しない状態)

協調的(治療者と協同してあそびができる状態)

つぎに、各事例ごとにその継続した回数をおおむね機械的に三分して、それぞれ初期、中期、後期とした。したがって各期にふくまれる回数は一定していない。ただし、事例2は、担当者の交代という大きな変化があったのでそれを境目にしたので後期が短くなった。

そして、各期ごとにそれに属する各sessionの分類をまとめて、その期を通じてもっとも有力な分類を判定してその期をあらわすものとした。

それを表にして示したものが、第2表の1の欄である。

これによってみると、全体的な傾向として、初期のうちの状態はさまざまであるが、治療が進むにつれて、協調的といえる方向へ変化していく傾向がみとめられる。

2. 遊びの内容

つぎに遊びの内容を、各sessionごとに、断片的(バラバラにいろいろなものに手を出すがながつづきしない状態)、まとまりあり(遊びにまとまりができてきた状態)、構成的(一つの遊びでその時間全部を貫いた状態)の3つに大別した。そして、前と同様に、初期、中期、後期の三期にわけてその期の特徴を示す分類を判定した。

その結果が第2表の2の欄である。

ここに示されているように、大体において初期の

断片的な状態から次第にまとまりある遊びに進んでいく傾向がみとめられる。

第2表 治療者との関係と遊びの内容

番号	氏名	1. 治療者との関係			2. 遊びの内容		
		初期	中期	後期	初期	中期	後期
1	H. T.	きわめて 依存的	独立的	独立的	断片的	ややまとまり あり	まとまり あり
2	N. T.	協調的	やや協調的	やや協調的	まとまり あり	まとまり あり	まとまり あり
3	T. H.	消極的拒否	支配的	協調的	断片的	ややまとまり あり	まとまり あり
4	K. T.	支配的	支配的なが らやや少な い	やや協調的	まとまり あり	まとまり あり	まとまり あり
5	I. Y.	拒否的	協調的	協調的	断片的	まとまり なし	まとまり あり
6	O. M.	依存的	やや協調的	協調的	断片的	まとまり あり	まとまり あり
7	U. U.	支配的	協調的	協調的	まとまり あり	まとまり あり	まとまり あり
8	M. J.	独立的	独立的	やや協調的	断片的	断片的	まとまり あり
9	S. M.	支配的	独立的	やや協調的	断片的	ややまとまり あり	ややまとまり あり
10	M. Y.	独立的	支配的	協調的	まとまり あり	まとまり あり	まとまり あり

3. 吃音の変化

つきに本稿の主題である吃音そのものの変化を検討してみよう。

これも1、2、と同様の手続によって、各session毎にその特徴を判定し、それを初期、中期、後期の三期にわけてその時期別の傾向を分類した。

その結果を表にしたのが第3表であるが、この表の中の1の欄は、play therapistがplay場面で観察した印象であり、2の欄は、母親の面接からその担当者が得た印象である。

いずれをとってみても、初期と後期を比較すると改善されていることが全体的な傾向として認められる。

4. その他の問題および一般的行動の変化

前述のように吃音以外にも多くの問題をもっているものが少なくなかったのでそれらの変化を検討することにした。問題といってもたとえば夜尿などのようにplay場面では観察できないものも多いので、母親の陳述の中から拾うほかはない。

しかし、それらは吃音の問題よりもさらに漠然と

した形で表現されていることが多いのでそれを抽出することは困難であり、主観的な判断にならざるを得ない。それらの不完全さを認めつつも、ともかくその方法によって他の問題の変化、ならびに一般的な行動の変化を示すような陳述をひろいあげて図式化したものが第4表である。

これらの諸点についても、おおむねいい方向への変化がみられることがみとめられよう。

5. play therapyにおける2、3の考察

以上のべてきたところからplay therapyの過程にみられる2、3の点を指摘しておこう。

1)

以上にのべてきた結果からみてplay therapyが吃音に対してもかなりの効果をおさめることができるものであると考えてもさしつかえないであろう。

2)

しかし、現在継続中の2例をのぞき、終結した8例では、完全に解消して終わったものはむしろ少ない。このことは、終結の際、多少はのこっていても入学、進級の時期がきて、新しい学校、学年で定期的に休

第3表 吃音の変化

		1. play場面での変化			2. 母親の陳述		
		初期	中期	後期	初期	中期	後期
1	H. T.	一進一退	少なくなる	さらに少なくなる	不変(一時的変化)	少なくなる	さらに少なくなる
2	N. T.	不変	不変	不変	不変	不変	不変
3	T. H.	不変	少なくなる	全くなくなる	少なくなる	はげしくなる	母との間では少なくなるという程度、その他はなくなる
4	K. T.	はげしくなる	少なくなる	さらに少なくなる	一時悪化	少なくなる	さらに少なくなる
5	I. Y.	少なくなる	そのまま変わらず	全くなくなる	不変	不変	不変
6	O. M.	不変	不変	少なくなる	不変	悪化	まだ食べるが少しよくなる
7	U. U.	少なくなる	少なくなる	さらに少なくなる	不変	少しよくなる	さらに少なくなる
8	M. J.	無言	無言	全く吃らない	不変	少しよくなる	少しよくなる
9	S. M.	不変	やや少なくなる	少なくなる	不変	少しよくなる	少しよくなる
10	M. Y.	無言	やや少なくなる	少なくなる	不変	悪化	大変よくなる

むことをさけたという例が5例に達することが一因であろう。これらの例は、これ以上つづければ完全に解消したのかそれともやはり特殊な speech therapyが必要となるものかいずれとも断言しがたい。

3)

事例3では、その他の場所では完全に吃らなくなったが母親の前だけでは吃りがのこっていた。このほかにも treatment の過程で、母親と話すときだけは最後まで吃りがのこっていたというのが3例みられた。このように母親との間で最後までこのことは、吃音と親子関係との関連を思わせるものであろう。

つぎにわれわれの10例の中の2例についてやや詳細な case report をかかげておきたい。

VI Case 報告

事例1. H. T. 7才、男児、小学校2年生。

はっきりしたきっかけはないが、2年保育の幼稚園にあがったころから吃りはじめ、小学校2年の現在まで続いている。2カ月前から一層はげしく吃るようになり、ことにせき込んで話すときには最初の言葉がでなくなった。話しはじめると何でもなく話す

ことができるが、最初の言葉はつまって出てこない。いままでに、どこへも相談に行かなかったが、近所にいる吃音をもつ子が、当所へ通って治療をうけているということを知りて来所した。

家族関係及び生育歴

父母、健在、兄(高2)、姉(小6)、姉(小4)、本人(小2)、他に祖母。家族は、現在2組に分かれている。長兄、長姉、祖母が一緒に都内に居住し、父母、次姉、本人が現住所と一緒にいる。本人が幼稚園の1年のときまでは、祖母の家で、両親、兄姉らとともに生活していた。

現在、父は昼間は、工場の現場主任を勤め、夜はその工場の工具達の寮の寮監をしている。

家族は寮の階下に住まわっていて、母は工具達の食事の世話をしている。

本人は、出産は正常で、乳時期の身体的発育は順調であった。歩行ははじめ、1年2カ月。しかし、言葉のはじまりはおそく、満2才のころだった。幼児期には、軽い麻疹を経過し、百日咳、小児センソクも患ったが、小学校に入学してからは健康になった。吃音は小学校に入ってから次第に悪化し、ついに最

番号	氏名	吃音以外の問題			一般的行動		
		初期	中期	後期	初期	中期	後期
1	H. T.	少しハキハキしてきた				自発的に勉強する	甘えが少なくなる
2	N. T.				宿題をやり、あとかたづけをするようになった		
3	T. H.	かくしごとをせず、明るくなった。買物ができるようになった	ひどくわるくなった。口をきかないし、1人では外出しなくなった	友人と旅行したり、クラブ活動に熱心になった	明朗になり、独立的な行動が増えてきた	行動は自立してきたが、性格がぐらくらくなった	急激に明るくなり、活動的になった
4	K. T.	おちつかない、少し言葉はよい			登校をいやがらず、学業も少しよくなった	一般的に活潑になった	登校をよるこぶようになった
5	I. Y.			吃りが減り、活動が多くなった	甘えているが、行動の自立がみられはじめた		知的なあそびが増し、積極性が増した
6	O. M.						おじさんのところへ入りびたっていたのが少なくなった
7	U. U.	ね言、ハギシりがなくなった	過度の几帳面さがなくなった	嫌いだったものをたべるようになった		いうことをきかなくなった	活潑になり自信をもつようになった
8	M. J.	友人とあそべない	不変	友人とあそべる			
9	S. M.	乱暴がへった	おちつきが出てきた				どうにか集団の中に入ったようになった (母は学業不振という新しい問題を提出)
10	M. Y.						

初の言葉がひどくつまってしまうようになり、ことに友達の名を呼ぶのがむづかしい状態になった。

学校の成績は大体3ぐらい。家庭内にあっては、父以外の誰れに対しても依存적であった。母、兄姉らも本人に対して大体いつも過保護的であった。登校の時は、のろのろしている本人を助けて、かならず姉がつれて行った。母は「甘ったれ」と思いながらも、父が、子どもたちに全く無関心、むしろ冷淡であるということがあるため一層過保護的になっていた。

面接やロールシャッハ・テストの結果、吃音以外

にはいちじるしい問題はみとめられなかったので、本人は遊戯療法、母親には治療面接がはじめられた。治療期間は昭和35年2月から昭和36年3月までで、面接回数、本人25回、母親は25回である。

本人の遊戯療法と母親の治療面接の概要

遊戯療法の初期において、最初の1、2回は「どうしようか、わかんない」を連発し、治療者に依存的な態度であったが、回がすすむにつれ、行動も多く、遊びも徐々に組織的な遊びに変っていった。治療者に情緒的反応を示すようになった。このごろから、吃りはほとんど感じられなくなり、自主性も高

まってきた。

治療面接の初期において母親は、家族が2組に分かれているために円満にいかないし、変則的であることを気にかけている。祖母が長男と次姉を偏愛する。父が子どもらに対して無関心であるせいか、本人は長男に甘える。姉たちは喧嘩のときからかうなど、主として家族関係のことについて話し、吃音のことは余り話題にしなかったが6回目の時遊戯療法に来る途中で、本人が母親に「僕、もうずい分治ったね」と自分から吃音が軽快したことを告げていると報告している。

遊戯療法の中期においては、おもに鉄砲で動物射ちをして遊ぶ。吃りはほとんどない。

治療面接の中期において母親は、食べる期間が短くなった。友だちも吃らなくなったことを認めてきた。友だちと話している時は吃っていないが、母親と話すときは吃っているという。さらに、「私がいらいらしているときに吃り、ゆったりしていると吃らないような気がする」ともいっている。母は寮生の食事の世話をするが、その間の時間に縫物の内職グループに入って縫物をしている。このグループの中で、母親と競争して仕事をする人がいた。以前は、無理をして自分の優位を保っていたが、このごろは無理なく、自分の仕事ぶりで満足しておられるようになった、と表明している。

遊戯療法の後期

本人は吃音がよくなってきたことを喜ぶ。雨の日に母親が休みたいというが、本人は、「どうしても行こうよ」といって母をひっぱって来ている。母が「どうして治ったの?」と本人に聞くと「自然に治ったよ」といっている。遊びは中期と余り変化なく1人であそぶ。口数は少ないが吃りはほとんどない。

治療面接の後期

学習を自分でできるようになった。自信がついたのか友達ともよく遊ぶ。吃りは治って来たが、言葉が口から出る時に考えている。なお行動に自発性が出て来たこと、吃りは大体治っていることを母親は認めている。家庭内の変化として、父親がはじめて、子どもたちといっしょに遊びに行ったことがある。

まとめ

本例は吃音の問題のみで、他に問題をふくんでいなかったため、比較的容易に、早く、吃音が改善されたと考えられる。

小さい時から話し方は目立って下手だった。物覚えはよかったが、左ききがあったので、両親は、幼稚園に行く前に矯正させたいと思い夢中になって左ききを注意した。幼稚園に入ったころは左ききは矯正されていた。がその頃から吃音が始まった。最初の言葉がつかまって出ない。両親は左きき矯正のために吃りはじめたのだと思って矯正はやめてしまった。

小学校に入ったころは、吃音はまだはっきりとしたものではなかった。3年生の時ひどくなり某矯正所に通って矯正し、その結果教室では吃らなくなった。しかし教室を出ると吃るという状態だった。6年生の時、中学校進学のための面接試験をパスさせるために、個人矯正法に10日位通った。この時も無事に希望していた中学校に入学した。2年生になった時、学校の先生から言葉が乱暴になったと注意された。怒った語調になる。吃りがひどくなる。性格がだんだん暗くなる。話すことを避けて閉じこもるなどが生じて来たので某研究所から紹介されて来所した。

家族関係及び生育歴

父母健在、高校2年生の兄、本人の4人家族である。経済的には中流の上。本人は出産は正常、歩き初めは1年3カ月、乳児期は順調に経過した。病歴は、軽い麻疹、小学校の時扁桃腺の摘出をしたほかは健康である。しかし母親は本人について、目をかけていないとだめな子だったと表明している。当所に来所するようになって始めて1人で外出した。

本人、母親ともに治療面接を行うことになった。期間は昭和34年10月から35年5月までで、治療回数本人32回、母親26回である。

治療経過の概要

治療の初期において、本人は吃りながら友達関係のこと、学校のグループ活動などのことを話す。本人は母親が心配しているほど依存的ではない。吃音がひどい時は1人で外出できないことがあったが、治療の初期の終りごろからこれらは改善され1人で外出できるようになった。治療場面の表情は自然になった。

母親は治療の初期において、本人が依存的であることを強調した。また母親自身、本人のすることにひとつひとつ口出ししなければいけない状態だった。物によっかからないと座れないとか、鍵をかけることもまかせられないなど本人のくせや母親の不安を表明している。吃音があるから、本人1人を外出させることができない。本人の買物に母親がつい

て行くときなど、本人が吃りながらも店員と交渉しようとして最初の音でつまっていると、母親は自分がそれを言うてしまう。本人は家族のメンバーからは独立的である。兄は明るい性格で母親に何でも話すが、本人は話さない。自分の机の引出しの中に弁当の残りを紙に包んでしまっていたり、外で借金しても黙っている。これらのことが母親には心配だし、不安になる。母親は本人の全生活を知りたいという気持ちが強かった。

治療の中期において、本人は治療者に競争的な態度の時があり、クイズを用意して来ることもあった。むづかしいものを用意して治療者を困らせたりした。治療者を支配したい気持ちが強いときもあった。しかしながら治療の場では吃音は少しずつ改善された。

中期において母親は、本人について、自立的行動がふえたにもかかわらず性格が暗くなると表明している。家庭内で兄は本人と遊ばない。趣味が合わない。本人に対してはおしつけがましい態度なので本人はこれを避けている。父は過保護的で、本人が行動を起さない前から注意することがたまにある。

治療の後期においては、本人は治療の場で協調的になり、吃音は全くなかった。表情は明るくなり、学校の先生も、友達も言葉の問題はなくなったと云っている。

後期において母親は、本人が急激に明るくなり、活動的になって、友達がふえたこと、クラブ活動もさかんになるようになったことなどを認めている。家庭内にあっては、仕事をまかせても何とか1人でやれることも認めている。母親の提案で、父は本人を余り甘やかさなくなったし、兄もやたらと母親と同調して叱らなくなった。吃音は学校においても、友達と話するときも全く消えてしまったが、母親との間では少なくなったという程度であると表明している。

母親は、本人の全生活を知りたいと思い支配的、過保護的になる。本人は反撥しながらもおかつ依存的になるため、一層母親の不安を助長した。治療の発展にともなって、本人はより自立的になっていった。母親はそれを認めざるを得なかったが、なお認めたくない気持ちが強かった。このため母親との間ではまだ吃音が存在することを主張した。しかしそれが母親自身に関係があるのではないかと気づいたので最後に到って、高校入学という理由を見つけて、治療場面から遠ざかっていった。

以上のべてきたところを要約すれば次のようにいうことができよう。

- 1) われわれは当相談室に来所した児童の中から吃音を有するものを取りあげて10例を得た。
- 2) これらの例の来所当時の年齢は3才ないし13才にわたっているが、その初発の年齢はいずれも幼児期に集中している。
- 3) 男女比は圧倒的に男子に多い。
- 4) 児童には12回ないし41回にわたるplay therapy (1例だけ面接)が、母親にはこれに併行して面接が行なわれた。
- 5) これらの家庭は、いずれも両親は健在で、比較的小さい子どもの数は少ない。養育態度は過保護、干渉、期待過剰などの傾向が多い。
- 6) play therapyは相当の効果をおさめ、終結時には大部分のケースにおいて吃音が改善されていた。
- 7) 児童の吃音と母親の態度には関連のあることが認められた。

結 び

われわれは、play therapyが幼児の吃音のtreatmentに有効な方法であること、また、吃音には親の養育態度に関連が深く、親の面接を併用することが役立つことを認めることができた。

しかしわれわれの研究は例数も少なく、使用したDataがtreatmentの過程で得られたものに限られていたので、方法上にも不備の点が多かった。今後はさらに計画性にとんだ研究に発展させていきたいと考えている。

本報告を執筆するのに使用した事例は、本研究所の相談室で扱った例ばかりであるが、検討、考察をくりかえした過程においては、神奈川県中央精神衛生相談室で扱われた事例をも使用させていただいた。それをお許しいただいた石川淑郎所長、ならびに各ケースを担当された職員方の御好意にとくに深い謝意を表する次第である。

また、本報告は執筆に当たった四人のほかの各ケースの担当者にも引用をお許しいただいたことをお礼申しあげたい。

参 考 文 献

- 大森重樹 神経症としての吃音 大阪学芸大紀要
2号 1953
- 山松質文 幼児吃音者の心理療法の経験 大阪市立
大紀要 7卷 1960
- 権平俊子 左手畸形をとこなえる吃音児の治療的経
験 児童精神医学とその近接領域1960
1卷 3号
- 大森重樹 ことばが自由に話せたら 金子書房1955
- Paul Chauchard 言語と思考 吉倉範光訳
白水社 1957
- Kannes. L ; Child psychiatry Third Edition, 1960
- Gutzmann. H ; Sprachheilkunde 1926
- Hahn, Eugene ; Stuttering, Significant Theories
and Therapie. Stanford Univ, Press. 1956

国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室に 来所し精神薄弱と診断された児童の実態と その予後についての観察[※]

菅野重道⁽¹⁾

(精神薄弱部長)

桜井芳郎⁽²⁾ 湯原昭⁽³⁾

(精神薄弱部)

飯田誠⁽⁴⁾ 山内洋子⁽⁵⁾

1. 研究目的

2. 相談に来所し精神薄弱と診断された児童の実態

(a) 居住地 (b) 来所経路 (c) 性別 (d) 年齢 (e) 知能程度 (f) 相談理由 (g) 妊娠中及び出産時の障害 (h) 歩行・言語及発育の遅滞・障害 (i) 既往症 (j) 遺伝負因 (k) 精神薄弱の種類

3. 精神薄弱と診断された児童の予後について

(a) 予後調査の概要

調査項目、方法、結果

(b) 回答ケースの実態

居住地、来所経路、性別、年齢、知能程度、相談理由、妊娠中及び出産時の障害、歩行・言語及発育の遅滞・障害、既往症、遺伝負因、精神薄弱の種類

(c) 回答ケースの現在状況

(d) 回答ケースの悩みや問題の推移

(e) 親の子供に対する願い

(f) 精神薄弱相談についての親の意見、感想

(g) 来所後の他の機関訪問の状況

(h) 手をつなぐ親の会加入状況

4. 考察

1. 研究目的

昭和35年10月(1960年)、国立精神衛生研究所に精神薄弱部が増設され、翌36年4月に頭記の部員が増員配置され、その機能を開始した。

我々は精神薄弱の種々な研究に着手しているが、まず精神薄弱部としては、昭和27年4月に精神衛生相談室の業務が開始されて以来すでに取扱われて来た500例以上の精神薄弱児の資料があり、その相談内容、取扱いの方法について検討することが必要であると考へた。

これら過去の資料を再検討し、更に来所後の経過、

現在における状況を調査し、研究所として行って来た診断方法、来所後の問題の推移、社会への適応状況、家庭内での問題などについての子後の問題を含めて検討することによって、今後我々のとるべき方法、より正確かつ十分な診断方法の設定、ケースワークの方法その他処遇上の問題点を明かにするための反省の資料としようとした。

2. 相談に来所し精神薄弱と診断された児童の実態

昭和27年に精神衛生相談室が開設されてから昭和36年3月末迄の過去9年間に来所した児童のうちで精神薄弱と診断されたものは男子316名、女子218名

※ Survey on the Children Diagnosed as Mental Deficiency among the Child Cases who Came to the Consultation

Clinic Attached to National Institute of Mental Health.

(1),(3),(4) 精神医学、(2) Psychiatric Social Work (5)看護学

計534名で来所児童総数の33%を占めている。年度別精薄相談件数は第1表の通りである

第1表 年度別精薄相談件数(スタディ終了のもの)

年度	性別		合計
	男子	女子	
27	90(28.5)	61(28)	151(28.3)
28	90(28.5)	58(26.6)	148(27.7)
29	71(22.5)	51(23.4)	122(22.8)
30	29(9.2)	24(11)	53(9.9)
31	15(4.7)	10(4.6)	25(4.7)
32	2(0.6)	3(1.4)	5(0.9)
33	13(4.1)	6(2.7)	19(3.6)
34	5(1.6)	4(1.8)	9(1.7)
35	1(0.3)	1(0.5)	2(0.4)
計	316(100)	218(100)	534(100)

人員、()内は%

(a) 居住地

彼等の居住地は第2表の通り東京(53%、男子165名、女子116名)が最も多く、次いで千葉(30%、男子91名、女子69名)、神奈川(6.1%、男子21名、女子10名)の順であるが、その分布は関東全県から甲信越及東北地方に迄ひろがり18都県に及んでいる。したがって、かなり広範囲な地域から来所していることがうかがわれる。

(b) 来所経路

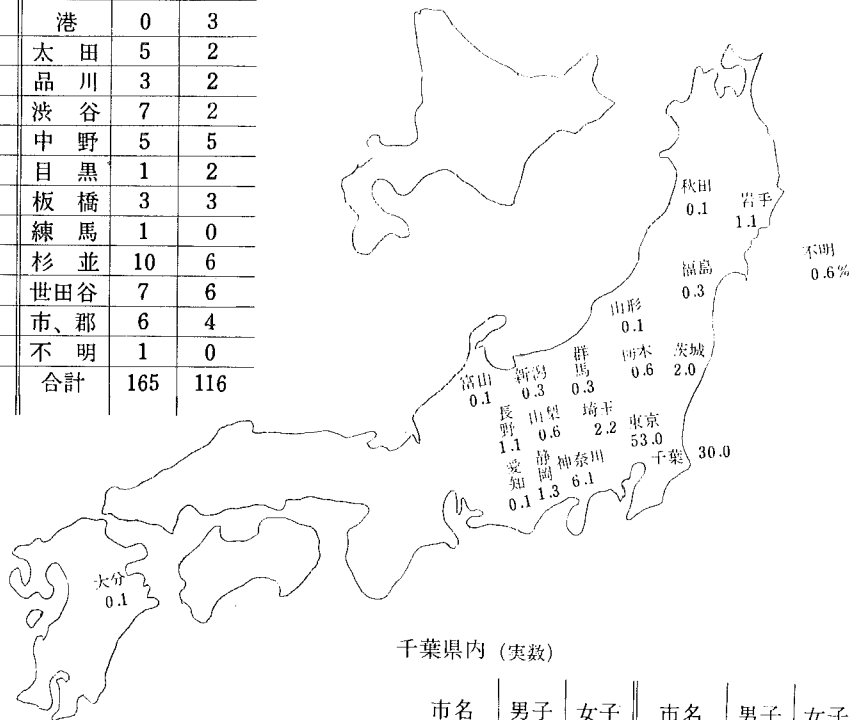
男女とも第3表の通り学校、児童相談所、病院などからの紹介が全体の70%を越えている。これを機関別にみると学校や教育相談室などの教育機関からの紹介が男子36%、女子40%を占めており、一方、病院や医院、保健所などの医療機関、児童相談所、福祉事務所などの社会福祉機関からの紹介もかなりの数にのぼっている。

紹介なしに直接来訪した人達は新聞やラジオ、テレビで知ったとか、職場や近隣の同僚や友人から聞

第2表 居住地

東京都内(実数)

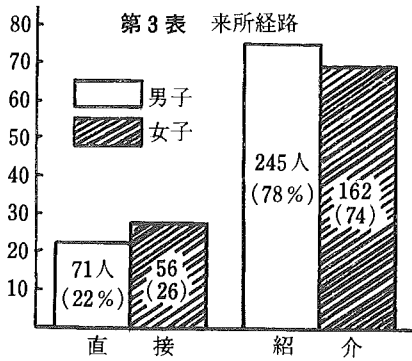
区名	男子	女子	区名	男子	女子
江戸川	23	17	港	0	3
葛飾	23	20	太田	5	2
足立	8	6	品川	3	2
江東	16	9	渋谷	7	2
墨田	8	10	中野	5	5
荒川	6	5	目黒	1	2
台東	7	2	板橋	3	3
中央	4	0	練馬	1	0
千代田	4	0	杉並	10	6
文京	6	4	世田谷	7	6
北	6	5	市、郡	6	4
豊島	2	0	不明	1	0
新宿	3	3	合計	165	116



千葉県内(実数)

市名	男子	女子	市名	男子	女子
市川	36	31	千葉	4	4
船橋	19	9	その他	24	14
松戸	8	11	合計	91	69

いて来所したというのがほとんどである。

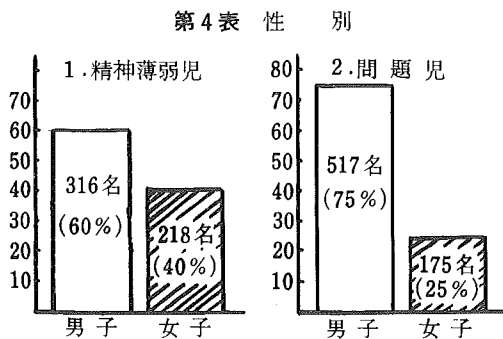


他機関よりの紹介

機関名	性別	
	男子	女子
教育機関	61(25)	33(21)
医療機関	89(36)	65(40)
社会福祉機関	63(26)	51(31)
その他	32(13)	13(8)

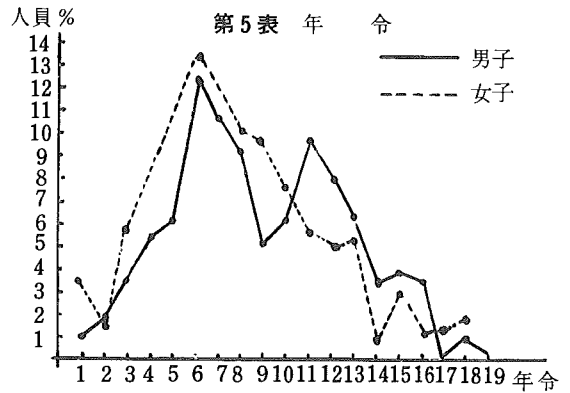
(c) 性別

性別は男子60% (316名)、女子40% (218名) で男子が多いが、これを精神薄弱と診断された以外の児童(問題児と仮称する)の男子75% (517名)、女子25% (175名)にくらべると女子も、かなりの割合を占めている。性差について精神薄弱児と問題児との間には1%の危険率をもって有意差が認められる。



(d) 年齢

男女とも1才~19才の年齢段階に広く分布しているが男子では6才、11才が多く、女子では6才が目立っており、概して学童期のものが多い。この特に多い6才、11才のものの相談理由をみると、小学校入学についての就学相談や入学はしてみたものの、どうも皆についていけないといった教育相談及び中学校進学についての問題が多い。



(e) 知能程度

彼等の精神薄弱の程度は魯鈍41%痴愚25%、白痴13%、不明21%で比較的重いものの相談が多い。

これをIQでみると平均男子50、女子40であるが、第6表-2の通りその分布はかなり広い範囲にわたっている

第6表-1 精神薄弱の程度

精神の程度	性別		計
	男子	女子	
魯鈍	134(43)	87(40)	221(41)
痴愚	74(23)	57(26)	131(25)
白痴	44(14)	28(13)	72(13)
不明	64(20)	46(21)	110(21)
計	316(100)	218(100)	534(100)

第6表-2 IQ別人員表

1. 精神薄弱児

IQ	性別		計
	男子	女子	
10~19	0	0	0
20~29	45(14)	32(15)	77(14)
30~39	25(8)	18(8)	43(8)
40~49	48(15)	35(16)	83(16)
50~59	38(12)	35(16)	73(14)
60~69	56(18)	30(14)	86(16)
70~75	40(13)	22(10)	62(11)
不明・測定不能	64(20)	46(21)	110(21)

(f) 相談理由

親のもってくる問題は多種多様であり、又単一の問題だけではなく、主なものだけでも94種類の多くにのぼっているが、これを最も重点をおいているとみられる主訴を中心に次の8つに分類した。

即ち(1)「知能の発達に関する問題」この分類に属するものは知能の発達が遅れているので相談に来た

第6表-2 IQ別人員表

I Q	2. 問題児		計
	男性	女性	
76~79	人 13(2.5)	人 2(1.1)	人 15(2.2)
80~89	56(10.8)	13(7.4)	69(10)
90~99	46(8.9)	14(8.0)	60(8.7)
100~109	32(6.2)	9(5.1)	41(5.9)
110~119	23(4.4)	8(4.6)	31(4.5)
120~129	6(1.2)	4(2.3)	10(1.4)
130~139	4(0.8)	0	4(0.6)
140~149	3(0.6)	1(0.6)	4(0.6)
普通	75(14.5)	19(16.6)	104(15)
測定不能	2(0.4)	3(1.7)	5(0.7)
不明	257(49.7)	92(52.6)	349(50.4)

という訴えが主である。(2)「行動上の問題」これは興奮して困る、粗暴で困る、集団生活が出来ないという訴えなどである。(3)「性格上の問題」これは落

ちつきがない、あきやすい、怒りっぽいなどの訴えである。(4)「学習学業に関する問題」これに属するものとしては学業成績が悪いという訴えが最も多く、そのほか就学させるべきかどうか、特殊学級へ入れるかどうか、学習に参加できない等の訴えである。(5)「言語に関する問題」これは言語が遅れている、口をきかないなどの訴えである。(6)「身体の問題」けいれん発作、ひきつけなどの問題や這う、歩くのが遅いという訴え等である。(7)「しつけに関する問題」これは生活習慣、しつけについての相談である。(8)「その他の問題」これは施設への収容希望、家庭での養育上の問題、就職相談などである。

これらの主訴のうち最も多いのが「学習学業に関する問題」で男子125名、女子93名である。次いで「行動上の問題」男子67名、女子36名、「言語に関する問題」男子58名、女子39名の順になっている

第7表 年令別相談理由別人員表 (昭和27年~昭和36年3月) (実数)

相談理由	年令																			計
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
知能の発達に関する問題	・	・	・	1	1	2	2	2	・	・	1	・	・	・	・	・	・	・	1	10
行動上の問題	・	・	1	・	6	4	10	10	2	4	8	5	6	3	4	3	・	・	・	67
性格上の問題	・	・	・	・	1	1	1	1	1	1	2	2	2	・	2	・	・	・	・	13
学習学業に関する問題	・	・	・	1	4	18	18	12	11	9	17	11	9	5	5	3	・	1	・	124
言語に関する問題	1	5	9	12	6	10	4	1	1	2	2	3	・	1	・	・	・	・	・	57
身体の問題	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	・	3	・	・	1	・	・	・	・	19
しつけに関する問題	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	1	・	・	・	・	1
その他の問題	・	1	・	2	1	2	・	4	1	3	4	・	2	1	1	2	・	1	・	25
計	4	7	12	17	21	39	36	29	18	21	33	24	19	10	12	10	・	3	1	316
	8	4	13	13	13	29	25	22	21	17	13	10	11	2	7	3	3	4	・	218

上段 男子 下段 女子

これらの主訴を心身の発達段階にしたがってみていくと乳児期及び早期の幼児期では言語、身体、運動機能の発達遅滞ないし障害の問題が多いが、幼児後期になると行動上の問題が増え、学令期に入ると学習学業に関する問題が多くなってくる。

(g) 妊娠中及び出産時の障害

妊娠中に母体に疾病、障害の認められるものは男子2名(0.6%) ※女子18名(8%) 計20名で全体の

3.7%を占めており、母体の栄養障害及び疾病が多い。一方、精神薄弱と診断された以外の問題児では8名で全体の1%にすぎない。精神薄弱児と問題児とでは精薄児の方が多く、両者の間には1%の危険率をもって有意差が認められる。

※※ 出産時障害のあるものは男子68名(22%) 女子54名(25%) 計122名で全体の23%を占め仮死及びいわゆる難産が多い。

※ 精神薄弱と診断された男子総数に対する比率、女子も同じ。

※※ 精神薄弱と診断された男子総数に対する比率、女子も同じ。

※※※ 母親の供述で難産としかわからないもの。

第8表 妊娠中の母体の疾病、障害

1. 精神薄弱児

種 類	性 別		計
	男子	女子	
妊娠5ヶ月で出血ビタミン剤服用	・	1	1
母 体 病 弱	・	1	1
栄 養 不 良	・	4	4
妊娠2ヶ月腸チブス	・	1	1
精 神 的 苦 痛	・	1	1
パセドウ氏病	・	2	2
妊娠6ヶ月打撲	・	1	1
心 臓 脚 気 服 薬	・	1	1
腎 臓 炎 服 薬	・	2	2
妊娠4ヶ月ジフテリア	・	1	1
妊娠悪そ、感情不安定	・	1	1
妊 娠 中 毒	1	1	2
卵巣膿腫、子宮筋腫	1	・	1
脚 気	・	1	1
計	2	18	20

2. 問 題 児

種 類	人 員		計
	男子	女子	
妊 娠 中 毒	・	3	3
腎 臓 炎	・	2	2
妊娠4ヶ月で出血	・	1	1
じ ん 字 炎	・	1	1
梅 毒	・	1	1
計	・	8	8

一方精神薄弱と診断された以外の問題児では、[※]産障害のあるものは男子65名(13%) 女子13名(7%) 計78名で全体の11%で難産、早産、仮死、鉗子などが認められる。出産時障害を有するものについて精神薄弱児と問題児とでは精薄児の方が多く、両者の間には1%の危険率をもって有意差が認められる。
 尚仮死の出現率も精神薄弱児44名(36%) 問題児^{※※}12名(15%)で両者の間には1%の危険率をもって有意差が認められる。

第9表 出 産 時 の 障 害

種 類 別 人 員 表 1. 精神薄弱児

(実数)

種 類	男子			女子			種 類	男子			女子		
	男子	女子	計	男子	女子	計		男子	女子	計	男子	女子	計
仮 死	15名	13名	18名	仮死、早産、逆子	・	1名	逆子、臍帯テンラク	・	1名	1名	・	1名	1名
仮 死、鉗 子	2	1	3	難 産	13名	13	26	心音不正、臍帯テンラク	・	1	1	・	1
仮 死、難 産	5	5	10	難 産、鉗 子	2	・	2	早 産、早 期 破 水	・	1	1	・	1
仮死、難産、逆子	1	・	1	難産、前置胎盤、帝王切開	1	・	1	早 期 破 水	4名	・	4	・	4
仮死、難産、鉗子、早期破水	1	・	1	難 産、早 期 破 水	1	・	1	陣 痛 微 弱、側 切 開	・	1	1	・	1
仮死、難産、早期破水	1	・	1	難 産、逆 子	1	1	2	帝 王 切 開	2	・	2	・	2
仮 死、逆 子	1	1	2	難 産、早 産	・	3	3	人 工 早 産	1	・	1	・	1
仮死、臍帯テンラク	2	1	3	難産、臍帯テンラク	・	1	1	早 産	2	7	9	・	9
仮 死、早 期 破 水	1	・	1	鉗 子	4	5	9	出 産 後 放 置	3	1	4	・	4
仮死、鉗子、早期破水	・	1	1	鉗子、産りゅう	・	1	1	逆 子	・	2	2	・	2
仮死、難産、早産、逆子	・	1	1	臍 帯 テ ン ラ ク	2	・	2	頭 血 腫	1	1	2	・	2
仮 死、早 産	・	1	1	出産後放置 [※] 、臍帯テンラク	1	・	1	脳 内 出 血	1	・	1	・	1

※ 産婆がまにあわず生まれたままそのままにしておいたものをいう

(h) 歩行、言語及発育の遅滞、障害

歩行、言語の遅滞及発育障害のあるものは、全体の58%を占め始歩、始語は多くが2才~3才台であり歩行、言語両方の遅滞をしめているものが多く、しかも精神薄弱の程度が重いものに多い。

歩行、言語とも精神薄弱児と問題児とでは精薄児の方が多く、両者の間には1%の危険率をもって有意差が認められる。

(i) 既往症

彼等の知能の発達に何らかの影響を与えた可能性

※ 精神薄弱と診断された以外の来所児童の中で男子総数に対する比率、女子も同じ。

※※ 出産時障害を有するものの中で占める比率。

第9表 出産時の障害

種類別人員表 2. 問題児 (実数)

種類	男子	女子	計	種類	男子	女子	計
仮死	7名	1名	8名	早産、鉗子	1名	・	1名
仮死、難産	1	・	1	早産、逆子	1	・	1
仮死、鉗子	・	1	1	鉗子	8	2名	10
仮死、早産、鉗子	1	・	1	鉗子、逆子	・	1	1
仮死、難産、早期破水	1	・	1	逆子	5	1	6
難産	18	・	18	早期破水	2	1	3
難産、鉗子	5	1	6	帝王切開	3	1	4
難産、逆子	2	1	3	計	65	13	78
難産、人工破水	・	1	1				
早産	10	2	12				

第10表 歩行、言語及発育の遅滞、障害

種類	性別	男子	女子	計
始歩のみ遅滞		42名	40名	82名
始語のみ遅滞		54	32	86
始歩、始語遅滞		80	42	122
発育障害		9	11	20
計		185	125	310

1. 精神薄弱児

A. 歩行の遅滞

年齢 性	2才	3才	4才	4才	6才	7才	8才~	不明	計
男子	名 % 69(57)	名 % 25(20)	名 % 10(8)	名 % 7(6)	・	・	・	名 % 11(9)	名 % 122(100)
女子	40(49)	20(24)	14(17)	4(5)	・	1(1)	・	3(4)	82(100)
計	109(53).4)	45(22)	24(12)	11(5.2)	・	1(0.4)	・	14(7)	204(100)

種類 性	遅滞	正常	不明	計
男子	名 % 122(39)	名 % 107(34)	名 % 87(27)	名 % 316(100)
女子	82(38)	80(37)	56(25)	218(100)
計	204(38)	187(35)	143(27)	534(100)

2. 問題児

年齢 性	2才	3才	4才	5才	6才	7才	8才~	不明	計
男子	13(37)	6(17)	1(3)	1(3)	1(3)	・	・	13(32)	35(100)
女子	5(50)	1(10)	2(20)	・	・	・	・	2(25)	10(100)
計	18(40)	7(16)	3(7)	1(2)	1(2)	・	・	15(36)	45(100)

年齢 性	遅滞	正常	不明	計
男子	35(7)	261(50)	221(43)	517(100)
女子	10(6)	94(54)	71(40)	175(100)
計	45(7)	355(51)	292(42)	692(100)

1. 精神薄弱児 B. 言語の遅滞

年令 性	2才	3才	4才	5才	6才	7才	8才~	不明	計
男子	名 % 34(26)	名 % 23(17)	名 % 14(10)	名 % 11(8)	名 % 6(5)	名 % .	名 % 3(2)	名 % 43(32)	名 % 134(100)
女子	24(33)	20(27)	12(16)	5(7)	1(1)	1(1)	.	11(15)	74(100)
計	58(28)	43(21)	26(12.5)	16(7.5)	7(3)	1(0.5)	3(1.5)	54(26)	208(100)

年令 性	遅滞	正常	不明	計
男子	名 % 134(42)	名 % 60(19)	名 % 122(39)	名 % 316(100)
女子	74(34)	48(22)	96(44)	218(100)
計	208(39)	108(20)	218(41)	534(100)

2. 問題児

年令 性	2才	3才	4才	5才	6才	7才	8才~	不明	計
男子	22(35)	9(14)	7(11)	2(3)	.	.	.	23(37)	63(100)
女子	4(23)	2(12)	2(12)	.	.	.	.	9(53)	17(100)
計	56(33)	11(14)	9(11)	2(2)	.	.	.	32(40)	80(100)

年令 性	遅滞	正常	不明	計
男子	63(12)	175(34)	279(54)	517(100)
女子	17(10)	57(32)	101(58)	175(100)
計	80(11)	232(33)	380(55)	692(100)

のある既往の疾患を有するものは男子229名(72%)
女子168名(77%)計397名で全体の74%を占め、けい
れん発作や重い肺炎、百日咳などの熱性疾患を早期
の幼少時に罹患したものが多く、又過去に2種類以

上の重い疾病を罹患しているものも多い。精神薄弱
児と問題児との間には、疾病の罹患率、罹患疾病
の種類については1%の危険率、脳性疾患罹患率
については5%の危険率で有意差が認められる。

第11表 既往症
疾病罹患患者数

1. 精神薄弱児	性			2. 問題児	性			
	罹患の有無	男子	女子		計	罹患の有無	男子	女子	計
疾病罹患患者		229(72)	168(77)	397(74)	疾病罹患患者	259(50)	85(49)	344(50)
無		87(28)	50(23)	137(26)	無	258(50)	90(51)	348(50)
計		316(100)	218(100)	534(100)	計	517(100)	175(100)	692(100)

年令別疾病罹患患者数 精神薄弱児 (頻数)

年令 性	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	不明	計
男子	112	75	41	48	18	22	10	6	1	1	4	1	2	.	1	1	40	383
女子	63	43	39	36	24	22	10	7	2	3	6	.	1	1	.	.	49	306

※※※ 疾病は知能の発達に何らかの影響を及ぼした可能性の疑われるものだけに限り、比較的症状の軽いものは除いた。

疾病名	年令																	計	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	不明		
89種類	♂	112	75	41	48	18	22	10	6	1	1	4	1	2	0	1	1	40	383
	♀	63	43	39	36	24	22	10	7	2	3	6	0	1	1	0	0	49	306
総計		175	118	80	84	42	44	20	13	3	4	10	1	3	1	1	1	89	689

疾病別人員表 2. 問題児 上段 男子 下段 女子

疾病名	人員	疾病名	人員	疾病名	人員	疾病名	人員
けいれん発作	44 17	扁桃腺炎	4 0	赤痢	4 1	消化不良	8 4
脳膜炎	1 0	アデノイド	1 0	疫痢	5 3	口内炎	1 0
流行性脳脊髄膜炎	1 0	肺結核	3 2	風疹	0 1	黄疽	3 0
脳炎	5 0	肺浸潤	4 0	腸チフス	1 0	大腸カタル	7 1
日本脳炎	1 0	肺門リンパ腺炎	1 0	水痘	1 0	自家中毒	11 0
小児マヒ	4 1	心臓病	1 1	破傷風	1 0	紫斑症	1 0
肺炎	38 4	百日咳	22 8	高熱	7 3	頭部打撲	2 1
気管支炎	3 4	麻疹	58 26	中耳炎	2 2	頭部外傷	2 0
肋膜炎	3 0	猩紅熱	1 0	リンパ腺炎	0 2	37種類	259 ♂ 85 ♀
小児喘息	3 4	ジフテリヤ	5 0				
						総計	344

(g) 遺伝負因

遺伝負因のあるものは男子37名(12%)、女子22名(10%)、計59名で全体の11%を占め、近親結婚

(いとこ結婚)が多く、ついで兄弟、近親に精神薄弱者のいるもの、近親及び親に精神病患者のいるものの順になっている。

第12表 遺伝負因別人員表

(実数)

種類別	性別			種類別	性別		
	男子	女子	計		男子	女子	計
精神薄弱 親が 兄弟が 近親に	12	5	17	精薄+精神病	1	1	2
	(3)	(0)	(3)	近親に+近親に	(1)	(1)	(2)
	(4)	(2)	(6)	精神病+自殺	1	0	1
近親結婚 両親がいとこ同志 その他	(5)	(3)	(8)	母及近親に+近親に	(1)	(0)	(1)
	4	8	22	自殺	0	1	1
	(12)	(8)	(20)	近親に	(0)	(1)	(1)
精神病 親が 近親に 兄弟が	(2)	(0)	(2)	精薄+性格異常	1	0	1
	8	6	14	兄弟が+祖父が	(1)	(0)	(1)
	(3)	(2)	(5)	性格異常	0	1	1
近親に 兄弟が	(5)	(3)	(8)	祖父が	(0)	(1)	(1)
	(0)	(1)	(1)				

(h) 精神薄弱の種類

精神薄弱と診断されたものの中にはモンゴリズム4% (男子14名、女子8名)、結節性硬化症0.3% (男子2名)、小頭症(疑わしいものを含む) 1.3% (男子4名、女子3名)、水頭症(疑わしいものを含む) 1.3% (男子6名、女子1名)、脳性小児マヒを合併するもの2% (男子4名、女子7名)、てんかん性精薄7

% (男子23名、女子15名)、結核性脳膜炎によるもの0.7% (男子2名、女子2名)、日本脳炎後遺症0.3% (男子2名)があり、又肢体の運動障害、難聴、弱視、啞などを合併しているものが男子19名、女子19名存在している。

尚、各種の障害、遅滞を有しているものの種類別人員については第13表の通りである。

第13表 障害、遅滞の種類別人員表

(実数)

種 類	性 別		計
	男 子	女 子	
先天性異常 (畸型)	・	1	1
妊娠中の障害、言語、歩行の障害、疾病	・	11(3)	11(3)
妊娠中の障害、疾病	・	3	3
妊娠中の障害、言語、歩行障害	・	1	1
妊娠中の障害、出産時障害、疾病	・	1	1
妊娠中の障害、出産時障害	1	・	1
妊娠中の障害、出産時障害、言語、歩行の障害、疾病	1	2	3
出産時障害	2(1)	4	6(1)
出産時障害、言語、歩行障害	14(2)	8	22(2)
出産時障害、言語、歩行障害、疾病	37(4)	23(1)	60(5)
出産時障害、疾病	13(2)	16(3)	29(5)
言語、歩行障害	29(2)	21(4)	50(6)
言語、歩行障害、疾病	104(15)	59(4)	163(19)
疾 病	74(6)	53(6)	127(12)
無し、不明	41(4)	15(2)	56(6)
計	人 316(36)	人 218(23)	人 534(59)

()内は遺伝負因のあるもの

3. 精神薄弱と診断された児童の予後について

過去9年間に相談室へ来所し精神薄弱と診断された児童に予後調査を行ない、社会への適応状況や問題の移り変わり及び精薄相談に対する親の意見、感想などを検査し今後の精薄相談のあり方を考え、精神薄弱者の診断規準の確立と処遇方法に関する問題解

決に役立てようとした。

(a) 予後調査の概要

前述の如き目的をもって第1回目*の follow up 調査として第14表に明らかなように、児童の現在状態、現在の問題、親の考え方、態度、精薄相談についての感想ならびに要望などについてquestionaireによる通信調査を行なった。

第14表 調 査 用 紙

M. D — 精神衛生相談の予後調査

* 予後調査は今後毎年定期的に継続して実施する予定である。

該当する個所を○でかこむか、又は自由に御記入下さい

おなまえ

お子さんの名前

男
女

御住所

1. 相談にいらした当時とくらべて近ごろのお子さんの様子は如何がですか。

2. お子さんは現在どうしていますか。

イ、学校へいっている

a 小、中、高校 普通学級 特殊学級 養護学校

b 学校の成績は上、中、下

c 学校へは喜こんで行っていますか ()

ロ、勤めている

a 毎日元気に勤めている

b つとめたりつとめなかったり

c 転々と職場を変えている

d 仕事の内容は ()

e 勤めはじめてから勤め先を何回変えましたか (回)

f 仕事は喜こんでやる

ハ、家にいる

a 家事を手伝っている

b ぶらぶらしている

ニ、里子、養子にだした

ホ、施設に入っている

a どんな施設ですか ()

ヘ、家出をして現在行方不明

ト、病気で寝ている

a どんな病気ですか ()

I 病院その他に入っている

II 家で寝ている

III その他 ()

チ、死にました

a 病気で死にました

b 事故で死にました

リ、その他

イ〜チまでにあてはまらない場合はここにお書きください

()

3. お子さんは結婚なさいましたか

a まだしない

b 近々する予定

c 嫁、掣にいった

I 円満にくらしている

II なんとかやっている

d 嫁、掣をもらった

I 円満にくらしている

II なんとかやっている

e 結婚したけれど別れた

I どういう理由で別れましたか ()

f こどもが生まれた

() 人うまれた うまれない

4. お子さんのことで現在困ったり悩んだりしていることはどんなことですか。

5. お子さんに対しどんなことを望みますか。 (どうなってほしいと思いますか)

6. 現在手をつなぐ親の会(精神薄弱者育成会)に入っていますか。

a 入っている

b きいたことがない

c あることは知っているが入ってはいない

d その様な会は地元にない

e その他 ()

7. 私どもの所へ相談にいらしてどんな感じを受けましたか。

a 参考になる意見を色々聞かせてもらった

b わざわざ相談にいったかいがなかった

c 云われたことはよく分ったが実行できそうもなかった

d 云われたことが納得できない

e あまり親切に相談にのってもらえなかった

f いろいろなテストをやってもらったり機械を使ってもっとくわしく調べてもらいたかった

g 相談にきてよかったと思った

8. 私どもの所に相談にいらして後にどこかへ相談にいかれましたか。

I 行った

a 病院、医師、保健所、精神衛生相談所

b 福祉事務所、民生委員、民生課、精薄者更生相談所

c 児童相談所、児童委員

d 学校の先生

e 教育相談室

f その他 ()

II 行かなかった

9. 私どもの精神薄弱相談にどんなことを望みますか。

調査方法は、精薄部の概要と精薄相談の案内を記載したパンフレットに調査用紙を同封して郵送し、調査用紙に記入の上返送を求める方法をとった。調査の実施年月は昭和36年8月上旬である。

回答状況^{※※}は第15表の通りで、調査総数男子316名、女子218名に対し男子107名(34%)、女子78名(36%)の回答を得た。未回答は男子151名(48%)、女子104名(48%)である。

来所年度別の回答率はほぼ一定している。

回答数	男子	女子	計
$\frac{\text{回答数}}{\text{未回答数} + \text{回答数}}$	41%	43%	42%

(b) 回答ケースの実態

第15表 子後調査回答状況 人員(%)

種類	性別		計
	男子	女子	
調査総数	316(100)	218(100)	534(100)
回答数	107(34)	78(36)	185(35)
未回答	151(48)	104(48)	255(48)
居所不明	58(18)	36(16)	94(17)

(居住地)

居住地は東京(男子46名、女子40名、計86名)、千葉(男子38名、女子20名、計58名)、神奈川(男子9名、女子7名、計16名)の順に多いが第16表の如くに比較的広い範囲から回答が寄せられている。

第16表 居住地

県名	別 (実数)		
	男子	女子	計
東京都	46人	40人	86人
千葉県	38	20	58
神奈川	9	7	16
静岡	1	3	4
新潟	・	1	1
群馬	1	・	1
福島	1	・	1
長野	3	2	5
山形	1	・	1
大分	・	・	・
秋田	・	・	・
愛知	・	・	・
山梨	・	・	・
栃木	1	・	1
岩手	3	1	4
埼玉	1	4	5
富山	・	・	・
茨城	2	・	2
計	107	78	185

東京都内 (実数)			
区名	男子	女子	計
江戸川	7人	3人	10人
葛飾	3	7	10
江東	3	3	6
足立	2	2	4
練馬	・	・	・
板橋	2	1	3
荒川	3	3	6
北	2	1	3
豊島	1	・	1
杉並	4	3	7
中野	2	2	4
渋谷	2	1	3
世田谷	2	4	6

千葉県内 (実数)			
市名	男子	女子	計
市川	18人	6人	24人
船橋	6	3	9
松戸	4	3	7
千葉	1人	1人	2人
その他	9	7	16
計	38	20	58

(来所経路)

来所経路も紹介が76%(140名)、直接が24%(45名)

で各種の機関よりの紹介が多く、来所全精薄児の実態と同じ傾向をしめしている。

※※ 回答状況は昭和36年9月末日現在である。

第17表 来 所 経 路

	(実数)		
	男子	女子	計
直接	27人	18人	45人
紹介	80	60	140
計	107	78	185

	(実数)		
機関名	男子	女子	計
社会福祉	30人	17人	47人
教 育	27	20	47
医 療	17	20	37
そ の 他	6	3	9
計	80	60	140

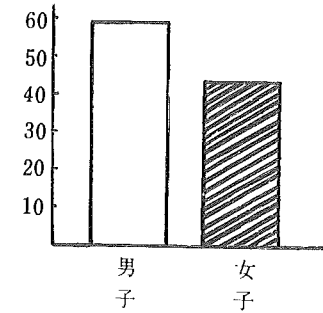
〔性 別〕

第18表の通りで男女の比率は来所全精薄児の実態とほぼ同じである。

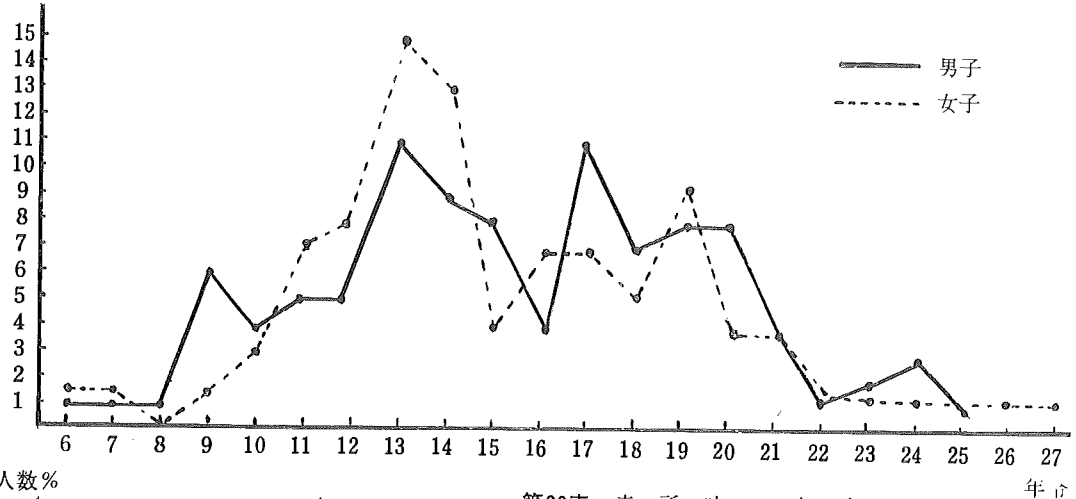
〔年 令〕

回答ケースの現在年齢は6才～27才に及んでおり、男子では13才、17才が多く、女子では13才、14才が多い。18才以上の者は男子34%、女子32%を占めている。彼等の年齢は来所年度が新らしくなるにつれ低下している。尚来所時の年齢は第20表の通りで男女とも6才が目立って多い。

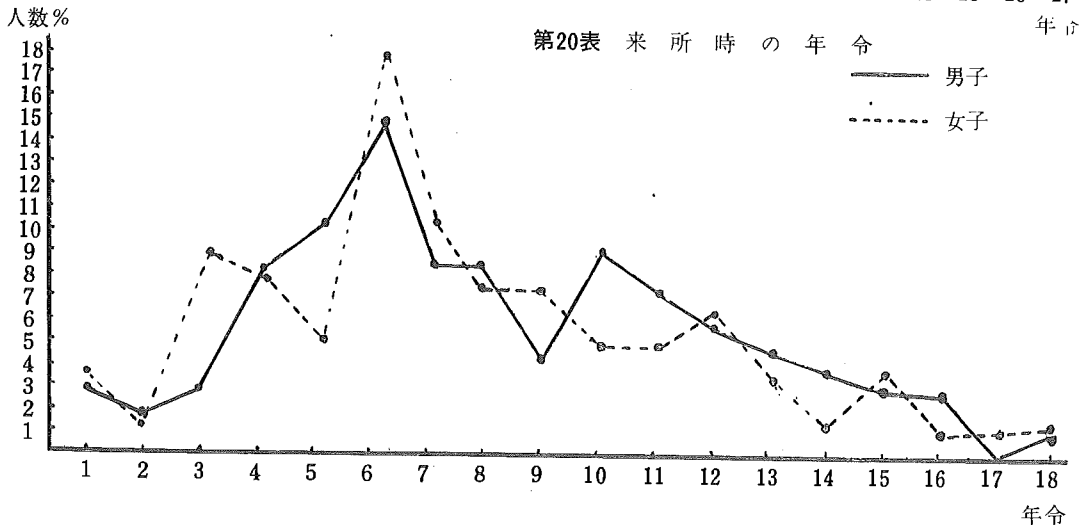
第18表 性 別



第19表 現 在 年 令



第20表 来 所 時 の 年 令



第21表 知能程度 (実数(%))

程度	性別		計
	男子	女子	
魯鈍	人% 29(27)	人% 28(36)	人% 57(31)
痴愚	23(21)	22(28)	45(24)
白痴	18(17)	12(15)	30(16)
測定不能、不明	37(35)	16(21)	53(29)
計	107(100)	78(100)	185(100)

〔知能程度〕

彼等の精神薄弱の程度は、魯鈍33%、痴愚24%、白痴16%、測定不能及不明27%でIQの平均は、男女とも40台である。知能障害の程度が軽いもの程回答率がよくない。

〔相談理由〕

来所当時の相談理由は第22表の通り、「学習学業に関する問題」(男子42名、女子31名)が最も多く次いで「言語に関する問題」(男子20名、女子18名)、「行動上の問題」(男子21名、女子9名)などで来所全精薄児の実態とはほぼ同じ傾向を示している。

第22表 子後調査回答ケースの来所当時の年齢別相談理由別人員表 (実数)

相談理由	性別	年齢																			計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
知能の発達に関する問題	男	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
	女	.	.	2	.	1	1	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	6
行動上の問題	男	.	.	1	.	4	2	3	3	.	1	2	1	.	2	.	1	.	1	21	
	女	.	.	1	.	1	1	.	.	.	1	.	2	1	1	1	.	.	.	9	
性格上の問題	男	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	3
	女	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	3
学習学業に関する問題	男	.	.	.	1	3	6	3	4	4	5	4	3	4	2	2	1	.	.	42	
	女	.	.	.	.	.	5	8	3	5	3	3	1	1	.	1	.	1	.	31
言語に関する問題	男	1	1	2	6	2	3	2	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	20
	女	3	1	4	6	2	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18
身体の問題	男	2	.	.	1	1	1	.	.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	8	
	女	.	.	.	.	.	1	.	2	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	5
しつけに関する問題	男	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
	女	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0
その他の問題	男	.	1	.	1	.	1	.	1	.	2	2	.	1	.	.	1	.	.	10	
	女	.	.	.	.	.	3	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	.	.	6
計	男	3	2	3	9	11	16	9	9	5	10	8	6	5	4	3	3	0	1	0	107
	女	3	1	7	6	4	14	8	6	6	4	4	5	3	1	3	1	1	1	0	78

第23表 来所時の相談理由別、知能程度別人員表 (実数)

相談理由	知能程度				計
	魯鈍	痴愚	白痴	不明	
知能の発達に関する問題	2	.	.	1	3
	3	1	1	1	6
行動上の問題	11	1	5	4	21
	4	1	2	2	9
性格上の問題	2	.	.	1	3
	1	1	.	1	3
学習学業に関する問題	12	12	2	16	42
	15	10	1	5	31
言語に関する問題	1	1	7	11	20
	4	3	5	6	18
身体の問題	1	4	1	2	8
	.	3	1	1	5
しつけに関する問題	.	.	.	.	.
	.	3	.	1	4
施設希望	1	2	2	.	5
	.	1	.	.	1
その他の問題 入院希望	.	.	.	.	.
	.	1	3	1	5
養育	.	1	.	.	1
	.	1	.	.	1
計	29	23	18	37	107
	28	22	12	16	78

上段 男子 下段 女子

来所時の相談理由と知能障害の程度との関係を見ると第23表の通りである。魯鈍では「学習学業に関する問題」と、それについて「行動上の問題」が多いが、痴愚では「学習学業に関する問題」「身体の問題」の順になっており白痴では「言語に関する問題」「行動上の問題」というように知能障害の程度によって、その相談理由に相違が認められる。

〔妊娠中及び出産時の障害〕

回答ケースの中で妊娠中に母体に疾病障害の認められるものは男子0%、女子6%でその内訳は第24

表の通りである。出産時の障害については、男子30名(28%)、女子18名(23%)で第25表の如く仮死及び難産が多い。

第24表 妊娠中の母体の疾病、障害 (実数)

	男子	女子	計
脚 気	・	1	1
栄 養 不 良	・	2	2
母 体 病 弱	・	1	1
心臓脚気服薬	・	1	1
計	0	5	5

第25表 出 産 時 の 障 害 (実数)

種 類	男子	女子	計	種 類	男子	女子	計	種 類	男子	女子	計
仮 死	6	1	7	難 産、鉗 子	1	・	1	帝 王 切 開	1	・	1
仮 死、鉗 子	1	1	2	難産、前置胎盤、帝王切開	1	・	1	人 工 早 産	1	・	1
仮 死、難 産	3	2	5	難 産、逆 子	1	1	2	早 産	・	2	2
仮 死、難 産、逆 子	1	・	1	難 産、早 産	・	2	2	出 産 後 放 置	1	・	1
仮死、難産、鉗子、早期破水	1	・	1	鉗 子	・	3	3	逆 子	・	1	1
仮死、難産、早期破水	1	・	1	臍 帯 テ ン ラ ク	2	・	2	頭 血 腫	1	・	1
仮 死、臍帯テンラク	1	1	2	心音不正、臍帯テンラク	・	1	1				
仮 死、早 期 破 水	1	・	1	早 産、早 期 破 水	1	・	1				
難 産	3	3	6	早 期 破 水	2	・	2	計	30	18	48

〔歩行、言語及発育の遅滞、障害〕

回答ケースの中で歩行、言語の遅滞しているものは第26表の如く、歩行の遅滞は男子36名(33%)、女子29名(37%)、言語の遅滞は男子45名(42%)、女子28名(35%)で、始歩、始語の開始はいずれも2才~3才が多い。歩行、言語両方の遅滞しているものは歩行及び言語のいずれか一方のみが遅滞しているものよりも知能障害の程度の重いものが多い。歩行、言語及び発育のいずれかに遅滞、障害を認めるものは回答ケースの56%を占めている。

〔既往症〕

回答ケースの疾病罹患状況*は次の通りである。疾病の罹患者は男子84名(78%)、女子62名(79%)である。疾病罹患年齢は1才未満が多く、2種類以

第26表 歩行、言語及発育の遅滞、障害

(実数)

種 類	性 別		計
	男子	女子	
歩 行 遅 滞	13	14	27
言 語 遅 滞	22	13	35
歩行、言語遅滞	23	15	38
発 育 障 害	1	3	4
計	59	45	104

上の疾病を罹患しているものが疾病罹患者のほぼ50%に達している。疾病名については第27表-2の通り、けいれん発作及び肺炎、百日咳、麻疹などの熱性疾患が多い。

第27表-1 既 往 症
年 令 別 疾 病 罹 患 人 員 表

(頻数)

性 年令	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	不明	計
	男子	46	21	18	12	5	8	8	2	0	0	0	1	0	0	1	0	24	146
女子	27	16	16	11	9	10	6	4	2	1	4	0	0	1	0	0	16	123

* 疾病は、知能の発達に何らかの影響を及ぼした可能性の疑われるものだけに限り、比較的軽微のものは除いた。

疾病名	年齢	年齢															不明	計		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	
尋麻疹		.	.	.	1	1	1
湿疹		1	1
腎炎		2	2
心臓弁膜症		2	2	
胸部筋肉腫		.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
陰のう水腫		1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
61種類	♂	46	21	18	12	5	8	8	2	0	0	0	1	0	0	1	0	24	146人	
	♀	27	16	16	11	9	10	6	4	2	1	4	0	0	1	0	0	16	123人	
計		73	37	34	23	14	18	14	6	2	1	4	1	0	1	1	0	40	269	

〔遺伝負因〕

回答ケースの中で遺伝負因のあるものは男子12名(11%)、女子8名(10%)存在している。

近親結婚が11名で最も多く、ついで精神薄弱が近親及び兄弟に在るもの、精神病患者が親族に在るものの順になっている。

第28表 遺 伝 負 因 (実数)

種 類	性 別	性 別			種 類	性 別	性 別		
		男子	女子	計			男子	女子	計
精神薄弱		3	1	4	精薄+精神病		0	1	1
兄弟が			(1)	(1)	近親に+近親に				
近親に		(3)		(3)					
近親結婚		8	3	11	自殺		0	1	1
両親がいとこ同志		(6)	(3)	(9)	近親に				
その他		(2)		(2)					
精神病		1	2	3					
親が		(1)		(1)					
近親に			(1)	(1)					
兄弟が			(1)	(1)					

第29表 障害、遅滞の種類別人員表 (実数)

種 類	性 別	性 別		
		男子	女子	計
妊娠中の障害、言語、歩行の障害、疾病			2(1)	2(1)
妊娠中の障害、疾病			1	1
妊娠中、出産時障害、疾病			1	1
妊娠中、出産時障害、言語、歩行の障害、疾病			1	1
出産時障害		1		1
出産時障害、言語、歩行障害		5	4	9
出産時障害、言語、歩行障害、疾病		19(3)	5	24(3)
出産時障害、疾病		5(1)	7(1)	12(2)
言語、歩行、障害		8(1)	9(1)	17(2)
言語、歩行、障害、疾病む		28(3)	24(1)	52(4)
疾 病		32(2)	21(3)	53(5)
無 し、不 明		9(2)	3(1)	12(3)
計		107(12)	78(8)	185(20)

() 内は遺伝負因のあるもの

回答ケースの中にはモンゴリズム3%(男子3名、女子3名)、結節性硬化症1%(男子2名)、小頭症(疑わしいものを含む)1.6%(女子3名)、水頭症(疑わしいものを含む)3%(男子5名、女子1名)、脳性小児マヒを合併するもの1.6%(男子1名、女子2名)、てんかん性精薄9.6%(男子11名、女子7名)、結核性脳膜炎1%(男子1名、女子1名)、日本脳炎後遺症0.5%(男子1名)が認められる。又、肢体の運動障害、難聴、弱視、啞などを合併しているものが5.9%(男子、5名、女子6名)存在している。

尚、各種の障害、遅滞を有しているものの種類別人員については第13表の通りである。

(c) 回答ケースの現在状況

彼等の現在の状況は次の通りである。

学校へ行っている者33%(男子30名、女子34名)、家にいる者22%(男子23名、女子18名)、勤めている者12%(男子15名、女子7名)、施設に入っている者12%(男子16名、女子7名)、病気で寝ている者10%(男子12名、女子7名)、死亡した者8%(男子9名、女子5名)無記入1%(男子2名)となっている。

第30表 知能障害の程度と適応状況

(実数)

適応状況	知能程度	魯鈍			痴愚			白痴			不明			計		
		男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
学校へ行っている	特殊学校級	8	10	18	1	5	6	1	1	2	10	5	15	20	21	41
	普通学級	4	4	8	1	1	2	・	・	・	3	1	4	8	6	14
	その他	・	1	1	・	3	3	・	1	1	3	・	3	15	7	22
勤めている		6	4	10	6	1	7	・	2	2	3	・	3	15	7	22
家にいる	手伝いをしている	3	4	7	1	5	6	1	2	3	1	1	2	6	12	18
	ぶらぶらしている	2	1	3	3	2	5	5	2	7	7	1	8	17	6	23
施設に入っている		1	1	2	7	3	10	2	2	4	6	1	7	16	7	23
病気で寝ている	入院している	4	2	6	・	1	1	2	1	3	2	1	3	8	5	13
	自宅で寝ている	1	・	1	1	1	2	1	・	1	1	1	2	4	2	6
無記入		・	・	・	1	・	1	1	・	1	・	・	・	2	・	2
死亡		・	1	1	2	・	2	5	1	6	2	3	5	9	5	14
計		29	28	57	23	22	45	18	12	30	37	16	53	107	78	185

学校へ行っている者は中学生が53%を占めもっとも多く、ついで小学生の順になっている。

学校へ行っている者の中には短大1名(女子)、高校2名(男子1名、女子1名)が含まれている。

特殊教育を受けている者は全体の64%(男子20名、女子21名)で普通学級23%(男子8名、女子6名)、通園施設、保育所、その他が13%(男子2名、女子7名)となっている。学業成績は6割の者が回答しており多くが「下」(66%、23名)であるが、普通学級に在学している魯鈍級のものの中には「中」と答えたものもみられる。

普通学級にいる精薄児の40%は小学生であり、普通学級在学児の学校に対する適応はよくないものが目立っている。

学校へ行っている者では、普通学級にいる者は、ほとんどが魯鈍級であるが、特殊教育をうけている者は魯鈍級ばかりでなく、痴愚級にもかなりおり、白痴級の者も極く少数ながら存在している。

勤めている者は、そのほとんどが毎日元気に勤めていると回答している。彼等の年齢は16才~24才で職種は左官、ボール盤工、プレス工、農業手伝い、女中などで比較的単純な作業に従事しているものが多いが、中には荒物雑貨商を自営しているものもいる。就職している者は魯鈍級ばかりでなく痴愚級にもかなりおり、又白痴級にも少数ながら存在している。——第31・32表参照——

家にいる者は家事を手伝っている者が44%(男子6名、女子12名)、ぶらぶらしている者56%(男子17名、女子6名)である。家事の手伝いをしている者は女子に多く、知能障害の程度の軽いものほど多い。一方、家でぶらぶらしている者は男子に多く、知能障害の重いものに多い。

施設に入っている者は、痴愚級に多く、その年齢は11才~20才である。

病気で寝ている者の中、病院入院が74%(男子8名、女子5名)で多くの者が精神病院へ入院している。

第31表 職 種 と 知 能 程 度

(実数)

魯 鈍	痴 愚	白 痴	不 明
(男 子)	(男 子)	(女 子)	(男 子)
左 官 職 1名	汲取屋手伝い 1名	タオル箱製造 1名	パッキン型抜工 1名
水 産 加 工 1	農 家 手 伝 い 1	不 明 1	ガソリンスタンド 1
食 料 品 店 員 1	デパート運送 1		勤 務 1
電 気 組 立 工 1	プ レ ス 工 1		不 明 1
ボ ー ル 盤 工 1	運 搬 工 1		
荒 物 雑 貨 商 1	ビニール加工 1		
(女 子)	(女 子)		
女 中 2名	糸マキ女工 1名		
マフラー女工 1			
女 工 1			

第32表 年 令 (実数)

性	16	17	18	19	20	21	22	23	24	計
男子	1	2	1	5	1	1	1	1	2	15
女子	・	1	2	2	・	1	・	1	・	7

死亡したものは知能障害の重いものが多く、ほとんどが病死で病名は多様であるが心臓衰弱というのが目立っている。

彼等の来所年度別にその現在状況を見ると来所年

度が新しくなるにつれて在学中のもの占める比率が大きくなるがそのほかは特に目立つ傾向はみられない。

(b) 回答ケースの悩みや問題の推移

回答ケースについて問題の移り変りをみると精薄児をもつ親達は第33表に明らかごとく来所時には学習、学業に関する問題や言語の問題で困っていたが、現在では子供の生活の自立や将来のこと、あるいは疾病や性格について悩んでいる。尚無答が多い。

無答及特別にないと回答している人達は、来所時

第33表 悩 み や 問 題 の 推 移 (実数)

現 在	来 所 時	身 体 的 問 題	経 済 上 の 問 題		生 活 の 自 立 に つ い て	行 動 上 の 問 題	性 格 上 の 問 題	学 業 の 問 題	施 設 入 所 希 望	性 的 問 題	言 語 の 問 題	将 来 の 問 題			特 別 に な い	無 答	死 亡	計
			医 療 費	施 設 経 費								卒 業 後 の 生 活	職 業 指 導	将 来 の 面 倒				
知 能 発 達 の 問 題	1	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	1	・	・	・	・	・	2
行 動 上 の 問 題	3	1	1	3	・	3	・	・	・	・	・	1	1	・	1	3	14	
性 格 上 の 問 題	1	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	2	・	・	・	3	
学 習 学 業 に 関 す る 問 題	7	1	1	3	1	5	2	1	1	1	1	2	4	5	8	1	38	
言 語 に 関 す る 問 題	1	・	1	3	2	2	・	2	1	3	1	・	1	・	4	3	17	
身 体 の 問 題	・	・	2	・	・	・	1	1	・	・	・	・	1	・	1	3	8	
そ の 他 の 問 題	施 設 希 望	3	・	1	・	1	・	・	・	・	・	・	・	・	1	・	4	
	入 院 相 談	・	・	・	・	1	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	1	
	養 育 相 談	・	・	1	・	1	・	1	・	・	・	1	1	・	・	・	4	
計	12	2	7	11	3	4	3	5	2	4	3	6	5	5	10	9	91	
	7	2	2	8	3	11	3	3	1	3	3	3	7	3	11	3	70	

(来所後6年以上経過の者のみ) 上段 男子 下段 女子

には学習学業に関する問題で相談に来ているものが多い。

(e) 親の子に対する願い

子供に対する親の願いでは第34表の如く、最低限度の自活ができるようになってほしいと望んでいる者が多い。しかし半面無答もかなり多い。けれども無答の多くは子供に望むよりも、まず社会に対し、

この様な不幸な子供達にもっと温かい庇護の手をさしのべてほしいと訴えている。

親の子供に対する願いの中には子供の能力を越えた期待や要求や社会に対する過度の依存がみられる者もいるが、そういった点を考慮しても、なお前項の現在の悩みや問題とあわせ考えると、我国に於ける精薄者対策の貧困さがうかがわれる。

第34表 親の子供に対する願い

(実数)

知能程度 親の願い	魯鈍			痴愚			白痴			不明			計		
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
最低限度の自活	11	6	17	7	4	11	7	3	10	10	2	12	35	15	50
家事ができるように	・	2	2	・	3	3	・	1	1	・	・	・	・	6	6
身のまわりのしまつ	・	・	・	1	2	3	1	2	3	3	・	3	5	4	9
性 格	3	1	4	3	6	9	3	・	3	3	1	4	12	8	20
言 語	・	・	・	1	1	2	・	・	・	1	・	1	2	1	3
身 体、健 康	1	2	3	・	・	・	1	1	2	1	・	1	3	3	6
結 婚	1	2	3	・	・	・	・	・	・	・	・	・	1	2	3
学 習	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	1	1	・	1	1
無 答	6	11	17	8	4	12	1	4	5	9	6	15	24	25	49
別 に な し	・	1	1	・	1	1	・	・	・	・	・	・	・	2	2
計	22	25	47	20	21	41	13	11	24	27	10	37	82	67	149

※ 来所後6年以上経過した者のみ、死亡は除く

(f) 精薄相談についての親の意見、感想

精薄相談についての感想を83%(153名)の親が寄せているが第35表に明らかな如く相談にきてよかった27%、参考になった30%という者が全体の57%であるに対し、何らかの意味で不満をもって帰った者が43%存在している。この不満をもって帰った親の感想を、子供の知能障害の程度から考察すると魯鈍

級では「テストや機械を使って詳しく調べてほしい」が「親切に相談にのってもらえなかった」と云う意見がかなりみられ、それぞれ知能障害の程度の異なった精薄児をもつ親の感情が現われており、我々も、かかる親の期待と感情をよく理解し相談にあたらなければならないことを痛感させられる。

第35表 精薄相談に対する感想

(頻数)

知能程度 親の意見・感想	魯鈍			痴愚			白痴			不明			計		
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
参 考 に な っ た	11	15	26	7	6	13	4	4	8	15	3	18	37	28	65
相 談 に き て よ か っ た	11	15	26	5	8	13	4	4	8	9	3	12	29	30	59
相 談 に い っ た 甲 斐 が な い	3	2	5	5	8	13	6	1	7	4	2	6	18	13	31
云 わ れ た こ と は 分 っ た が 実 行 で き そ う も な っ た	2	3	5	2	・	2	・	1	1	2	1	3	6	5	11
云 わ れ た こ と が 納 得 で き な い	・	・	・	・	2	2	1	・	1	・	1	1	1	3	4
親 切 に 相 談 に の っ て も ら え な っ た	2	・	2	4	1	5	3	1	4	1	・	1	10	2	12
テ ス ト や 機 械 を 使 っ て 詳 しく 調 べ て ほ し っ た	8	4	12	5	4	9	1	4	5	8	3	11	22	15	37
計	37	39	76	28	29	57	19	15	34	39	13	52	123	96	219

精薄相談に対する要望では、精薄相談のある事をもっと多くの親達に知らせ相談にのってもらいたいと云う要望が多い反面、親の気持になって相談にあたってほしい。親に希望をもたせるように話をして

欲しい、親切に暖かい気持で接して欲しい、具体的に指導してほしいなどの意見が寄せられた。我々はこれらの要望を通して親の気持をより深く理解し今後の相談のあり方の参考にしたいと考えている。

第36表 精薄相談に対する要望 (主なもののみ)

○精研の存在をもっと大衆にPRして多くの人の相談にのってほしい。 ○不幸な子どもたちのために出来るだけ多くの人の相談にのってほしい。 ○場所が遠すぎるので都心へ出張相談所をつくってほしい。 ○特殊学級の先生方を啓蒙してほしい。 ○従来通りで結構である。 ○親切に具体的に将来の方向づけを指導してほしい。 ○重症者の相談にものってほしい。 ○できるだけ具体的に指導してほしい。 ○相談は親切に詳しくみてもらいたい。 ○親切に暖かい気持で接してほしい。 ○親の気持になって相談にあたってほしい。 ○親に希望をもたせるように話をしてほしい。	○収容しながら治療する施設をつくってほしい。 ○遠慮なく判定をくだし指示を与えてほしい。 ○親に対して力づける意見がほしい。 ○小さな問題にも誠意をもって相談にのって欲しい。 ○相談後の推移について通信指導、面接指導をしてほしい。 ○親に対する応待も事務的でなくしてほしい。 ○通り一べんの規則づくめの相談でなく血の通った相談であってほしい。 ○精薄の原因、治療の研究をしてほしい。 ○診断だけでなく養育法、施設の紹介に力をつくしてほしい。 ○家庭における実際の子供の状況をみて指導してほしい。
--	--

(g) 来所後の他の機関訪問の状況

相談室に来所した後に他の諸機関に相談に行った者は74%(137名)である。彼等は児童相談所、病院、

学校の先生、福祉事務所などを訪問しているが、訪問先は1ヶ所が半数程で、あとは2ヶ所から多いのは9ヶ所も訪問している。

第37表 来所後の他の機関訪問の状況

—その1—

(実数) —その2— 訪問 個 所

(実数)

	魯鈍	痴愚	白痴	不明	計
行った	21 23	17 13	11 10	32 10	81 56
行かない	7 2	4 5	4 1	・ 2	15 10
不明	1 3	2 4	3 1	5 4	11 12
計	29 28	23 22	18 12	37 16	107 78

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	計
魯鈍	13 15	3 6	1 2	2 ・	1 ・	・ ・	・ ・	1 ・	・ ・	21 23
痴愚	6 2	7 2	3 4	1 1	・ 1	・ 1	・ 1	・ 1	・ 1	17 13
白痴	4 5	1 1	4 2	1 1	・ 1	1 ・	・ ・	・ ・	・ ・	11 10
不明	12 6	13 3	4 1	1 ・	1 ・	・ ・	・ ・	1 ・	・ ・	32 10
計	35 28	24 12	12 9	5 2	2 2	1 1	・ 1	2 ・	・ 1	81 56

(h) 手をつなぐ親の会加入状況

精薄児をもつ親の集まりである「手をつなぐ親の会」への加入状況をみると特殊学級や養護学校に在学している者はほとんどが加入しているが、家にいるものや重症の精薄児をもつ親の加入はわずかであ

る。特殊学級へも入れない子どもをもった親や就職することもできず家でぶらぶらしている子どもをもつ親達にこそ、こう云った同じ悩みや苦しみを話し合いお互いになぐさめあい励ましあう場と機会が与

—その3— 訪 問 先

	魯鈍	痴愚	白痴	不明	計
病 院	9 7	6 10	5 5	14 2	34 24
医 院	3 1	3 4	1 1	6 2	13 8
保 健 所	2 1	· 2	1 ·	· ·	3 3
精神衛生相談所	3 ·	· 2	1 ·	· ·	4 2
福祉事務所	5 1	5 6	5 4	5 1	20 12
民生委員	· ·	· 2	1 ·	1 ·	2 2
民生課	· ·	1 ·	· ·	1 ·	2 ·
精薄者更生相談所	1 ·	· ·	· ·	· ·	1 ·
児童相談所	7 12	11 9	8 4	19 4	45 29
児童委員	1 ·	· 2	· ·	· ·	1 2
学校の先生	10 8	7 8	4 4	8 5	29 25
教育相談所	1 2	1 4	3 2	7 1	12 9
身障更生相談所	1 ·	· ·	· 1	· ·	1 1
計	43 32	34 49	29 21	61 15	167 117

上段 男子 下段 女子

えられることが必要であるにもかかわらず、実際に 衛生上からもこう云った機会と場を彼等に与えることはめぐまれていない。子供の取扱いや親自身の精神 とが必要であろう。

第38表 現在状況別手をつなぐ親の会加入状況

来所後6年以上経過の者のみ(実数)

親の会加入状況	現在状況	学校へ行 っている	勤めて いる	家にいる	施設に入 っている	病氣中	無答	死亡	計
加入している		3 2 (19)	9 (2)	6 (3)	1 4 (3)	2	1	·	64 (27)
そのような会は知らない		1 (1)	1	1 0 (4)	·	4	·	·	16 (5)
あることは知っているがまだ入っていない		9 (4)	6 (3)	1 8 (8)	5 (3)	7 (3)	1	·	46 (21)
そのような会は地元にはない		2 (1)	1 (1)	·	·	1 (1)	·	·	4 (3)
そ の 他		1	·	1 (1)	·	·	·	·	2 (1)
無 答		5 (3)	3 (1)	4 (2)	2 (1)	3 (3)	·	·	17 (10)
死 亡		·	·	·	·	·	·	12(3)	12 (3)
計		5 0 (20)	20 (6)	3 9 (14)	2 1 (7)	17 (7)	2	12(3)	161 (70)

()内は女子

4. 考 察

以上に得られた研究結果から、今後の我々としての精神薄弱研究の問題点、精神薄弱に対する相談のあり方について、考察と方向づけを行ってみたい。

まず精神薄弱の成因論の観点から、これらの結果を考察してみると、第一に我々の相談から得られた資料が極めて不十分であり、今後更につこんだ方法をとることが必要であることが痛感される。

まず第一に妊娠中の問題として、妊娠中毒症及び母体の栄養障害などがあげられる。しかしその詳細については、母親自身の記憶にのみ頼っているため、極めてあいまいであり資料としては不十分なものである。この他に母体の中毒、感染、外傷なども胎児の発育に影響を与える可能性があり、この点については、産科医や助産婦の協力を得て、出産時の問題と同様、今後更に詳細な検討を必要とする。その診断方法に関しても、単なる供述の聴取に終らず、子どものもっとも発育の早い変化の著しい時期であるだけに、胎児そのものを検査し診断出来る方法が生れるならば、極めて重要な今まで気づかれなかった問題の発見される可能性も高い。特に妊娠の早期の障害ほど高度の障害を胎児にひき起す可能性があり、妊産婦の健康管理、妊産婦指導の方法の中に、精神薄弱問題の観点からも、新しい見地を導入することが必要となるであろう。

第二の問題として出産時の問題がある。これも妊娠時の問題と同様、母親自身の供述に頼っているわけで、この点にまず大きな欠陥がある。この報告の結果では出産障害を持っていたのは、全症例の23%であったが、従来の報告も大体20~40%ぐらいとしているものが多い。

出産障害の中では、仮死がまず第一に問題になるが、無段素状態に対して、極めて抵抗の弱い大脳というものを考えると当然のことのように思われる。これに次いで難産、鉗子分娩といった問題があるが、その状況の詳細については、母親の供述のみに頼っているため極めてあいまいである。

これら出産障害の状況と精神薄弱の発生との関係については、更に詳細に検討する必要性が残されており、もしその関係が明かにされるならば、産科手技の進歩発展によって、精神薄弱の発生を予防し、あるいは軽減する可能性も残されていることと思われる。この点に関しても、産科医、助産婦、保健婦などとの協力のもとに問題を解明して行くことが必要

である。

第三に既往における疾病罹患の状況であるが、我々の結果では、ひきつけ—けい攣、肺炎、百日咳などの熱性疾患を早期に経過したものが多く見られた。いわゆる脳炎、脳膜炎に罹患することが、精神薄弱の原因として重要な問題であることは広く知られているが、定型的な症状を現わさない場合においても生後の脳損傷の問題を含めて、脳への細菌毒の浸襲、脳血液の循環障害、脳代謝障害が、特に幼弱の胎児や生後間もない乳児などに起ることは、将来の知能障害の発生、発育障害の発生にとって極めて危険の多いことが予想される。この点に関しては、小児科学、小児保健その他の公衆衛生の問題と深く関連しており、血清免疫学、脳代謝に関する生化学的な研究、病理組織学的研究によって解明され、保健活動の中に生かされる必要がある。

第四に乳幼児などの発育の問題として、主に歩行、言語、その他、運動機能の発達の問題が見られ、発育の遅滞、障害を訴えているものは、58%に達している。親の子供の発達に対する観察と知識が向上するほど、この数字は更に上昇すると予想される。未熟児の問題を含めて、これらの問題は、精神薄弱の早期発見の問題につながっており、今後精神薄弱の発達、発育の特徴について検討し、相関の高い問題点について解析する必要がある。

以上、妊娠中の障害、出産時障害、幼少時の疾患、発育の障害について述べたが、これらの点について更に具体的に我々が考えている問題点について述べてみると、次のような点である。

妊娠中の母体の問題として、妊娠腎、子癇、早期剥離、栄養状態、心疾患、感染、中毒、外傷など、出産時障害として、仮死の状況と程度、分娩様式特に鉗子分娩における挟圧、索引などの状況、胎盤の異常所見などの問題があげられよう。幼少時の発育や疾病の問題としては、発達神経学的所見、運動、動作、行動面の発達、言語の発達の問題、ひきつけ、脳感染症、頭部外傷などの問題について検討を進めることが必要である。

しかしこれらの問題は、その程度如何によって精神薄弱の原因として影響する可能性の問題であって、絶対的なものと考えすることは危険であり、これらの問題を持ちながらも精神薄弱とならなかった対照例についての検討も必要であり、何れにしても長期に亘るFollow Up Studyが必要であり、この点従来の資料が極めて乏しい。

生物学的な問題として、更に遺伝素因の問題がある。我々の結果では、かなり明瞭な負因のあるものとしたのは11%であったが、この中では、近親婚(殆んどか従同胞婚)が最も多く(遺伝負因を認めた59名中22名)、その他近親に精神薄弱者のいるもの、その他精神病(主として精神分裂病と推定される)が近親に認められたものもあった。

先に述べた、いわゆる精神薄弱の外因と考えられる問題を積極的に解明して行くことが必要であるが、精神薄弱発生の準備因子として、遺伝素因の問題も軽視してよい問題ではない。むしろ外因の解明によって始めて遺伝素因の問題も明らかにされて行くべき相補的な問題と考えるべきである。また精神薄弱が単一疾患ではなく、個々の症例によって、種々異った原因が、異った重さを持って働いており、遺伝素因の問題にしても、症例によって異った力をもって、その精神薄弱発生に影響を及ぼしていると考えべきものである。遺伝か環境かという二者選一の問題ではなく、個々の場合に、夫々の要因が、どういう力を持って働いているかということを開明にすることが必要なのである。

フェニール蕉性葡萄糖酸性精神薄弱の場合などのように、物質代謝障害が遺伝生化学的な問題として、遺伝の問題と深く関連しているものもあり、結節性硬化や小頭症などの比較的しばしば見られる特殊型の精神薄弱も遺伝の問題との関係の深いことが推定されている。最近問題になって我国でも報告が現れ始めている蒙古症の染色体異常説は、従来云われて来た母体の高年齢とか栄養障害といった環境的要因の問題と同時に、遺伝的な問題としても検討すべきことを指示している。

その他双生児研究において、1卵性のものにおいて、精神薄弱の一致率が極めて高いことや家系研究などからも、いわゆる内因性の精神薄弱の発生に遺伝素因の関与することの大きいことを示唆している。また現在の医学的診断方法では、精神薄弱発生の外的条件を明かにし得ない症例がむしろ多いのであって、最も検査の困難な妊娠中の胎児成長の状況などについて、その条件を明かにする方法を研究することが大切であることは勿論であるが、これらの条件が明かになったとしても、最終的に生理的な変異として、遺伝と環境との相互作用によって現れる正常な変異分布の中にあると考えるべき精神薄弱が残されるものと思われる。

予後についての観察から得られた結果について反

省考察をしてみると、まず第一に我々の診断方法が極めて不十分であり、なお予後診断の面において不正確、不十分な点のあることを痛感する。子どもの精神薄弱の場合には、教育に如何に導入するかという点において、知能検査の重要性が極めて大きい価値を持っていることは疑いない。しかし彼等が成長し、成人となり社会に入っていくという長い経過を念頭において考えるならば、当座の入学や進学、教育方法だけを問題にする近視眼的な診断方法は極めて不十分不正確なものと云わざるを得ない。すなわち、これらの予後と彼等の生活条件、社会生活能力、社会適応の可能性を十分に考慮に入れて、身体的、神経学的、体液学的な医学的診断と共に彼等の現在の行動、性格の特徴を今迄の生育環境との関連において把握し、将来の社会適応、職業訓練の可能性と程度などを含めて、総合的、多面的に診断を行うことが必要である。

来所時に精神薄弱と診断されたものが、短大、高校に在学していたり、雑貨商を自営していたり、あるいは白痴と診断されたものが、かなりの作業成績をあげ実収を得ていたりする結果が出ていることは、知能障害の判定にのみ重点を置き過ぎていた結果とも思われ、知能とは何か、知能と社会的適応との関係、知能とその他のパーソナリティ特性との関連は如何という問題を考えるための良い資料を呈供している。

また知能障害の程度と、社会的適応の状況とは必ずしも平行しておらず、診断が将来の可能性を予測し、その処遇方法を指示することが、最も本質的な問題であることを考えると、従来の方法が不十分な無力なものであることを感じるのであり、今後この方向へ向って研究する必要性を痛感する。

相談に現れた主訴、精薄相談に対する親の感想、意見、精薄児に対する親の感情などに現れている親の考え方、態度についてみると、精薄児の親や家族を如何に理解し、その感情を受け入れ、どういう指示を与え、適切な処遇を与えることが出来るかという問題に関して、極めて困難な問題のあることを感じる。一口に治療的な面接や指導が必要であるといっても、年齢によって、月日の進むにつれて、彼等の問題を変化し推移するだけであって、問題を消失させ、解決する力は我々にはないとも云えよう。

如何に診断が正確かつ十分に行われ、合理的な処遇方法が指示されたとしても、それは通り一片の気休めや理窟に過ぎないと受けとられる危険性がある。

こゝに精薄ソーシャルワークの重要な役割が存在するとも云えよう。我々は彼等の知能障害を治すことはできなくても精薄児をもつ親が彼等の子供をその有する能力を十分に活用し彼等なりに、この社会に適応し、幸せな一生を送ることができるよう育てる上の相談相手として助言し、励まし、援助することは可能である。又、精薄児にこのましいパーソナリティの発達を助長し、望ましい人間関係を樹立できるように環境をととのえる上の援助もできよう。そのためには我々は精薄児をもつ親の心理をもっと良く理解する必要がある。

レビンソンは精薄児をもつ親の理解や態度の変化の過程を1. 衝撃、2. 拒否、3. 恥辱、4. 自責・葛藤、5. 苦痛と嫉妬、6. 過庇護と排斥、7. 適応の7段階に分けて説明している。又、一般に精薄児をもつ親の心理的变化を次の様に分類することもできる。

第1はなんとかして、わが子を普通の子と同じ様にしようとする努力し、医者から医者へ、相談所から相談所へと、かけづりまわり、治療の方法や手段を探がすのに夢中になり、わが子が精薄児であることを受け入れないし又認めたくもない時期である。

これがしだいに、あきらめと変り、ふびんな子という感情が盲目的な溺愛を生み、あるいはわが子の知的なおくれに親自身ひげめを感じ、それが昂じると子どもをぎゃくたいし、やっかいもの扱いをする。しかし、いずれは彼等に対する適切な処遇——特殊教育や生活訓練の必要性を認識するようになる。

第3の時期は特殊教育を終了し社会へ巣立つ頃、又は精薄施設での収容年令限度がきてしまったり、更にはそろそろ就職すべき生活年令に達したりすると職業訓練の場や職場などの社会的自活の方法について深刻に考えるようになる。

このような親の心理的变化をよく理解し、それに応じた取扱いがなされなければならない。

かように考えてくると回答ケースの現在の悩みや

問題、親の子供に対する希望、来所後の他の機関訪問の状況などの内容も理解されよう。

かように重要な役割をはたすべき精薄ソーシャルワークの領域は、精薄児の家族に対する指導、助言のみではない。精薄児の社会生活能力、職能適性、職場での適応、人間関係などの問題や精薄について地域社会の人々に対する啓蒙運動も必要である。

又、精薄福祉についての地域組織化活動に関する問題もソーシャルワークの重要な領域である。

しかし我国において何をおいてもまず必要なのは国家的見地からの精薄対策の拡充であろう。

合理的な処遇方法といったことにおいても、まず従来の我国の精神薄弱者対策の貧困さが、問題を未解決にし、更に親や家族の不安感情を増強し、歪んだ方向へ感情を押し進める危険性がある。手をつなぐ親の会などの、親の力によつての解決も、極めて限界があり、単になぐさめ合い、一時的な感情調整の場となつてしまう可能性も高い。

これらの点に、精神薄弱の教育や訓練、ケースワークのむづかしさがある。しかしまず問題を話し合い、対策を協議する場が作られ、行政的な措置が講ぜられることが必要であり、漸進的ではあるが、その方向に進んでいることは問題のない所であろう。そして最後には、一般の人々に精神薄弱者が広く理解され、受け入れられる段階に至つて始めて、教育も訓練もケースワークも生かされ、家族の人々の感情的な問題も解決されることとならう。広く精神衛生が運動として一般に滲透し理解されることが必要である。

終りに臨み資料の整理集計に多大の協力を頂いた精神薄弱部実習生 有田清子、水流国夫両君（日本社会事業大学学生）に心から謝意を表す。

人間関係度測定 (MHR) による精神的不健康 の社会病因論的研究*

安食正夫⁽¹⁾
(社会精神衛生部)

問題の提起

精神障碍や精神衛生における社会病因論的研究には、社会学的諸概念が当然必要となってくる。これまでの研究、とくに戦後におけるアメリカを中心とした医療社会学 (Medical Sociology) の領域にも、かなり多くの研究成果があるが、この場合も社会学の一般理論からの応用という面が強く、アプローチの用具としてかなり多くの社会学的概念が使用されてきた。

ここでこれらアプローチの方法を大別して考えてみると、おおよそつぎのような分類が可能であるようにおもう。

1. 階級や階層、すなわち社会的成層構造からのアプローチ
2. 家族や職場、すなわち社会的集団構造からのアプローチ
3. 生活様式、社会制度を含めた文化型相からのアプローチ
4. 構造一機能的全体把握、すなわち社会体制からのアプローチ
5. 对人的相互作用あるいは人間関係からのアプローチ

もちろんこの5つですべてを言いつくせるわけではないが、反対にこれらのいずれにも関係のない社会学的分析は皆無であるといっても過言ではあるまい。

ところで、これらの研究方法は実質的な意味で精神障碍や精神衛生の実体把握やポリシー・メーカーの手がかりをあたえてくれただろうか。

なるほど、疫学的 (epidemiology)、また生態学的 (ecology) な面ではかなり貴重な学問的財産を残してきてはいる。しかし、より具体的な一というものは、患者を前にした場合、またある人間 (や集団) を患者にしないような努力をする場合—診断、治療につ

ながるような社会学的研究という段になると、けっして豊富なものとはいいがたいとおもう。

なぜなら、成層構造や集団構造(とくに家族集団)からのアプローチは多分に要素理論的性格がつよく、したがって一面的、抽象的な欠陥をまぬがれない。一定の階層的規定性や家族的アブノーマリティーが折出されたとしても、それらは個々人の生活空間のすべてではなく、とくに都市化され、したがって集団錯綜が重層化されている現代社会の変数要素の雑多さから見ても容易にうなずけるところであろう。

といて、全体把握や相互関連性に認識の中心をおく文化的、体制的把握がよりすぐれた研究方法であるともいえない。それらが文明批評や自慰的論評に終始する危険や非生産性を除外するとしても、なおかつ問題は残る。全体把握ということは、もともとと言うはた易く実践困難な面を具有しているのである。未開社会のような素朴、単純な文化形態や社会構造をもつ場所ならばともかく、現在社会の場合、それは無限要素の認識 (だから反対に何物をもインテンシブに理解しえない) という虚無的、超人的能力の存在を前提としなければならない。マクロ、ミクロの問題ばかりではなく、元來綜合認識は分析の結果の集約や、その意味づけの領域での操作概念としてこそ意義があるのである。いわんやイデオロギー的視座にたったアプローチは科学的客観性を歪曲することすらありうるのである。

われわれは、よりミクロな具体性に富んだ方法を考えねばならない。人間関係のアプローチもその一つの足がかりとなりうるのである。

反省と批判

ところで、人間関係のアプローチというと即座に引合いに出されるのがホーソン実験の成果であった。たしかに人間関係の重要性や職場カウンセリングの発展等、ホーソン実験に負うものは大きい。

* A Social Etiological Study of Mental Disorder by MHR

(1) 社会学、精研非常勤講師、東京医科大学助教授

しかるに、私見によれば従来の人間関係的アプローチや人間関係論はあまりにもホーソンのように過ぎた傾向があるようにおもう。

その一つの理由は職場集団を社会システムとして、換言すれば一の完結した相互作用の場として把握することは研究作業の安定性や一貫性のたてまえからするとたしかに能率的であり、同時にそこから出てくる結論も明快で歯切れがよい。しかし研究の手続きとしての方法を実在や実際と同一視するとなると問題が出てくる。作業の安定性や一貫性を事実の完結性や充足性と同一視する誤謬を生ずる。人間の生活は職場だけではない。家族だけでもない。生活自体に両立性や相補性、さらに代替性がつきまどっているのである。(この点については拙著「産業社会学」技報堂、昭和32年 前篇第三章「社会体制」参照) 加えて人間関係は事実上感情的、道徳的、打算的、理性的など諸次元の複合物であり、たんに平面的ではありえず、過去→未来にわたる時間的記憶や配慮が含まれているのである。

いま一つの理由はホーソン実験で発見された人間関係はあくまで能率の論理と対照された感情の論理であった。なぜならもともとこの実験研究そのものが労働の生産性をいかにすれば高めうるかというハウ・ツーから出発したからである。そこではあくまで働く人間、動かされる人間という抽象された。特定目的にオリエンテートされた人間像が前提とされていたのである。

そこから出てきた当然の帰結として人間関係(とくに能率にプラスする人間関係)は確立さるべきもの、つくられうるものという実践的課題が要請されたのである。

だが、果して人間関係はつくられうるものであろうか。もちろんつくられうると思ったほうが希望のかつ建設的であろう。精神衛生対策の一環としても人間関係そのものがセラピューチックな技術のなかに組み込まれなければ最終ゴールには到達しえないであろう。そしておそらく事実としても一定程度までは技術的な確立が可能であるにちがいない。

が、このことはしばらく措くとして、社会的病因論的なアプローチの場合、われわれは特定の価値判断からはなれることが先決ではあるまいか。こういう意味では人間関係の抱え方をホーソンのように、むしろクーリー的に振り返ってみる必要がありはしないか。プライマリーということは精神生活の安定のうえからもプライマリーであるべきはずである。

もしプライマリーの規定が精神生活を除外した一実質上はありえないとおもうが一他の社会生活の分野でおこなわれるものであるとすれば、それはすでにプライマリーと呼ぶに値しない死せる概念と言ってよからう。

すくなくともこれら二つの理由から、わたしはつぎのような試みをおこなってみたのである。

MHRスケール

このような反省と批判にたった人間関係のアプローチは当然人間関係の諸方向や諸次元の実際的測定につながってくる。ここではこれをMHR(The Measurement of Human Relations)とよんでおこう。目標として、この作業は第1に生活全般にわたる満足一不満足、調和一不調和にためる人間関係の側面の比重および関連性。第2に人間関係の諸次元の関連性や拡がりの度合を尺度としたノーマル、アブノーマルの認識。第3に最も大切な精神障害者と精神障害者にあらざる人間(そのなかの生活不満足者、すなわち主観的に評価された精神生活における不安定者)との類似性、近値性あるいは連続性。これらを検討しようとする。

まず、生活全般の法足、調和スケールをつぎの5段階とした。

- A 実にうまくいっている
- B かなりうまくいっている
- C まあまあといところ
- D 多少まずいことがある
- E 全く面白くない

さらに人間関係度のスケールを+3から-3にわたるつぎの7段階とした。

- +3 あなたの生活においてかけがいのないひと(そのひとが死ぬと大きなショックを受けたり、落胆するにちがいないようなひと)
- +2 あなたの人生において、かなり大切なひと(心配なく相談できるひと、信頼し合っているひと)
- +1 あなたの人生にプラスになるひと(そのひとの人柄がわかる、愉快な話し合いその他ができるひと)
- 0 ゴクありふれたふつうの関係のひと(プラスにもマイナスにもならないが、意志疎通に障害がないようなひと)
- 1 あなたの人生にマイナスになるひと(接するのが不愉快だから関係をもたたくないようなひと)

- 2 あなたの人生にかなり被害のあるひと（不幸になればいい気味だとか、ブンなぐってやりたいようなひと）
- 3 あなたの人生に致命的な害のあるひと（いなくなればいい、死んじまえば安心できるようなひと）

質問としては“家族、同僚、友人など、あなたの知っているひとを（名前をきいたことがある、顔は知っている、といった程度ではなく、すくなくとも今後もしらぬかとの関係をもちうるひとを）つぎの7項目に分類して下さい。損得利害にこだわらないで下さい”という訊きかたである。

そしてつぎのような指示をつけ加えた。

まず、“今後とも関係をもつであろうひと、またもたなければならぬひととの関係で、むかしのことも将来のことも考えに入れてください”ということ。さらに“たとえばそのひとと接触することが経済的な面でプラスになる場合も、ただそのことのための関係にこだわらず、主として精神的な面を重視して下さい”ということ。0の関係についてはとくに「何人いるかいますぐ分らない」「プラスにもマイナスにもならないのではなく、プラスにもマイナスにもなる場合はどうか」などの質問をうけた。

本調査には関係度えの拡がりを見る目的はあるが、各関係度にどれほどの対人関係があるかという量的な問題は一応保留してあるので、前者に対しては“いま考えつく大ザッパな見当で…”ということにし、後者については“プラス、マイナスを比較考慮してウエイトづけをしていただきたい”ということにした。

仮説としては生活の満足→不満足に応じて人間関係度も+→-にかたよるであろうこと、精神障害者は生活不満足者以下の分布を示すであろうということ。関係における代替性がどのようにあらわれるか、精神障害者に特殊の対人関係のパターンが見出されるかどうか。

しかし、この仮説の後半の部分にはよりインテンシブなケース・スタディの必要があるとおもわれ、今報告では前者の問題に限定せざるをえない。結論的にいえば大体仮説の通りであった。

なお、とくに精神障害者の場合、記入を故意に誤らせるのではないかという心配があった。たとえば父親について-3とおもいながら+3に記入するといったことである。しかし心配の割にはこのような例はほとんど見出されなかった。もちろん+1を+2

に格付ける程度のことはあったであろう。しかし、この程度のゴマカシは一般のひとびとにも同様に言うことであり、いかにすれば正確性を高めうるかという問題な今後の検討・批判をふみだいたした調査法自体の改訂にまたなければならぬところである。一般的には態度調査に固有の困難性ということになるであろう。

調査対象はY化学工業（株）の従業員50名、N病院の従業員20名（看護婦14名、事務員、ケース・ワーカー6名）、J医大生76名、T医大生54名、准看護学校生徒13名計213名、および国立精神衛生研究所を訪れた患者8名である。（患者のうち1名は全く無記入）。調査対象により多少項目のちがいがあ

すなわち、職場同僚、上司、部下、職場外関係者および教師はそれぞれ、職場人、学生（看護学校をのぞく）のみの使用項目である。また親類には父親、母親、配偶者、兄弟を除くすべての親族を含む。幼な友達は小学校以前、学校友達は小、中、大のすべて、教師は現在の教師のみを意味する。

なお、満足一不満足、調和一不調和のスケールの基礎には社会的期待理論ともいうべき考え方があるが（詳しくは拙編「人間関係と労資関係」技報堂、昭35年の中拙稿「人間集団の体制的把握」参照）ここでは触れることができない。

調査の結果

調査の結果のうちまず生活満足度についてはつぎのようである。（第1表）

第1表

満足度	Y 工業	N 病院	J 医大	T 医大	看 学	患 者	計
A	0	0	0	0	2	0	2
B	8	6	21	14	0	2	51
C	28	9	29	25	9	1	101
D	10	4	17	12	2	2	47
E	4	1	9	3	0	2	19
計	50	20	76	54	13	7	220

全体としてAは1%弱（これは看護学校の生徒のみ）、Bが23%、Cが45%、Dが21%、Eが9%である。総体的に生活満足度の高低は年令的に著しいものほど高い傾向が見うけられ、また職場関係者は中位が多く、学生の極端が多い。患者の大半が生活的に不満足を表面したことは理の当然と言わねばなるまい。

つぎに人間関係度の分布と生活満足度との関係を みるとつぎのようである。(第2表)

第2表 人間関係度および人間関係分布と生活満足度の関係(実数)

人間 関係 度	生 活 満 足 度	父 親	母 親	妻 (又 は 夫)	恋 人	子 供	兄 弟	親 類	職 場 同 僚	上 司	部 下	職 場 外 関 係 者	幼 な 友 達	学 校 友 達	教 師
+3	A-B	44	42	8	5	3	33	16	1	1	1	2	10	15	5
	C	67	74	11	13	6	54	24	2	4	2	1	14	23	7
	D-E	41	45	4	9	4	29	14	0	1	0	1	7	14	5
	計	152	161	23	27	13	116	54	3	6	3	4	31	52	17
	患者	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
+2	A-B	1	6	0	1	2	10	18	3	2	1	1	14	26	19
	C	3	11	0	1	0	30	46	7	7	1	6	16	45	20
	D-E	5	4	1	1	0	21	16	2	0	0	3	11	34	11
	計	9	21	1	3	2	61	80	12	9	2	10	41	105	50
	患者	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	2	0
+1	A-B	0	0	0	0	1	12	22	3	3	0	2	20	36	14
	C	3	1	0	6	0	88	42	15	6	1	8	33	57	25
	D-E	1	3	0	4	0	7	20	6	5	0	4	16	41	18
	計	4	4	0	10	1	37	84	24	14	1	14	59	134	57
	患者	0	0	0	0	0	2	4	0	0	1	2	2	3	0
0	A-B	0	0	0	1	0	4	21	2	1	0	1	18	33	14
	C	1	3	0	3	0	14	36	16	3	4	4	24	43	21
	D-E	5	4	1	1	0	9	20	6	3	0	4	25	36	15
	計	6	7	1	5	0	27	77	24	7	4	9	67	112	50
	患者	0	0	0	0	0	0	3	2	2	3	5	2	3	0
-1	A-B	1	0	0	0	0	1	5	0	2	0	0	3	11	7
	C	0	0	0	1	0	1	14	2	4	0	0	3	19	13
	D-E	1	0	0	0	0	2	11	6	3	1	1	1	17	9
	計	2	0	0	1	0	4	30	8	9	1	1	7	47	29
	患者	1	2	0	0	0	2	2	1	0	0	1	1	2	0
-2	A-B	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	5
	C	0	0	0	0	0	0	2	3	2	0	0	3	10	6
	D-E	0	1	0	1	0	1	4	4	1	0	1	1	8	4
	計	0	1	0	1	0	2	7	7	4	0	1	4	20	15
	患者	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
-3	A-B	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
	C	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	4
	D-E	0	0	1	0	0	0	3	1	2	0	1	1	5	4
	計	0	0	1	0	0	0	6	2	2	0	1	1	8	13
	患者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
全 体	総計	173	194	26	47	16	247	338	80	51	11	40	210	478	231
	患者計	3	6	0	0	1	7	11	3	2	5	12	5	11	0

絶対数が少ないこととAがほとんどゼロに近いため、便宜上AとB、DとEを一緒にしてA-B、C、D-Eの3グループにまとめてみた。

「その他」の項目は被調査者が個々に書き込む項目であり、たとえば小学校の教師、バーの女給、ペンクラブ会員などがあったが、集計にはこれを除外した。

要約するとつぎのようになる。

- (1) 精神障害者および生活満足度の低いひとたちはプライマリー・リレーション喪失の徴候が見られ、プラスよりもマイナスに片よった対人関係のパターンが(もちろん相対的意味で)みうけられる。
- (2) 精神障害者および生活満足度の低いひとたちは対人関係における代替性に欠如し、さらに同僚や目下のものにマイナスをもつ傾向がある。
- (3) 生活満足度に応じ、また精神障害者を加えて、対人関係の種類による+3から-3にいたる分布の集中には一定の傾向があること。

第1の点、すなわち精神障害者および生活満足度の低いひとたちが全般的にマイナスの関係にかたよる事実については表に示すように家族関係から交友関係にわたるすべての関係に見受けられる。

A-Bグループでマイナスの関係をもつものは

- 父親に対する1名(2.1%)
- 兄弟に対する2名(2.8%)
- 親類に対する7名(8.1%)
- 職場上司に対する3名(30%)
- 幼な友達に対する3名(4.6%)
- 学校友達に対する13名(10.8%)
- 教師に対する10名(14.4%)

にすぎないが

Cグループではこれをやや上廻るものが多く

- 恋人に対する1名(4.1%)
- 親類に対する18名(11.2%)
- 職場上司に対する6名(12.9%)
- 幼な友達に対する6名(7%)
- 学校友達に対する32名(16%)
- 教師に対する23名(23.8%)

であり父親、兄弟、職場上司についてはわずかながら逆に減少している。

ところが、D-Eグループになると

- 父親に対する1名(1.8%)
- 母親に対する1名(1.7%)
- 妻に対する1名(14.2%)

- 恋人に対する1名(6.2%)
- 兄弟に対する3名(4.1%)
- 親類に対する18名(20.4%)
- 職場同僚に対する11名(44%)
- 上司に対する6名(39.6%)
- 部下に対する1名(100%)
- 職場外関係者に対する3名(19.8%)
- 学校友達に対する30名(19.9%)
- 教師に対する17名(25.6%)

と種類の面でも数の面でも圧倒的にマイナス部分が增加している。

精神障害者になるとこの傾向はいっそういちぢるしく8名中

- 父親に対する1名(33.3%)
- 母親に対する2名(33.3%)
- 兄弟に対する3名(42.8%)
- 親類に対する3名(29.7%)
- 職場同僚に対する1名(33.3%)
- 職場外関係者に対する3名(24.9%)
- 幼な友達に対する1名(20%)
- 学校友達に対する2名(19.8%)

となっている。個々人に即していうとすべてのひとがどの項目かで必ずマイナスの関係をもつような、いわばマイナス志向型ともいえるようか。さらに、このグループに特徴的なのは全般的に対人関係の掘りかきが少ないこと、記入量が少ないこと(8名中3名は全く記入しないか、記入が全くチグハグか、部分的な記入拒否かのいずれかである)があげられる。この傾向は精神障害者の場合ことさらに特徴的であるが、おおまかにいうなら、生活満足度の高低にしたがって、その多小がうかがわれる。

第2の点、すなわち精神障害者および生活満足度の低いひとたちが代替性に乏しいこと、また同僚や目下すなわち地位の面でも年令の面でも下位に属するひとに対してマイナスの関係をもつものがあらわれていることについてはとくに注意を払う必要があるようにおもう。

Bグループにもたとえば父親に対して-1の関係をもつものがあるが、この場合は(ケース・ワーカー、29才、短大卒の女性)そのかわりに母親に対する+3、恋人に対する+2があり、これをプライマリー・リレーションの喪失現象と断定するわけにはいかない。

ところがDグループの妻に対する-3の場合は(35才、高校卒の会社員)辛うじて2人の子供に対する

+3があるだけで妻にかわりレーションは発見されない。

もちろん妻に対すると同じような関係は現実には稀少であるにちがいない。が、裏返すと一ももちろん既婚者についてのみにいうことだが一夫婦関係の崩壊が生活感情や精神生活の面でいかに致命的な影響力をもつかということが判然とするわけである。精神障害者のケースについても同様のことがいえる。たとえばある高校教員の場合（大学卒、29才の未婚男性）父親、母親、妹、親類および親類の女の子、職場同僚（2人）いずれに対しても、ともに-1の関係であり、反対にプラスの関係をもつものは少数の職場同僚、教え子に対する+1があるだけで、とりたてて交友関係というほどのものがなく、いわば社会的孤立状態（あるいはその一歩手前）にあることがうかがわれる。

要するにマイナス関係に加えて代替性の有無を検討することが、精神生活の安定—不安定を測る重要な尺度になりうることを考慮すべきではあるまいか。

同僚、目下に対するマイナス関係は件数の少なさにうらみがあるが、かなり明らかな相違がよみとれる。すなわちA—Bグループには全く見受けられず、Cグループでマイナスの同僚関係が-3にいたるまで出そうろうが、マイナスの目下関係はあられせず0止まりである。D—Eグループになってマイナス同僚関係が比率のうでで半数に近いまで激増し、同時にマイナス目下関係がはじめてあられる。

第3の点、対人関係の種類による+3から-3にいたる分布の集中に一定の傾向があることについては、父親、母親、妻（又は夫）、恋人、子供については圧倒的に+3、兄弟が+3と+2、親類が+2と+1、職場同僚が+1と0、上司が+1、部下が+3と0、職場外関係者が+2と+1、幼な友達+1と0、学校友達も+1と0といったふうに左から右へ緩慢な下降をたどる。

この傾向はおそらくつぎの諸点に説明の根拠を求めうるものとおもう。

1. 接触の程度
2. 生活の共同の度合
3. 単位家族（核家族）を中心とした関係の遠近

4. 仕事を通じてのクリークの形成

5. 過在よりも現在の優先

したがってプライマリー・グループを数量の上から規定するとすれば、結局父親から兄弟にいたるまでの関係は文句なしにこの範囲に入れることができよう。もちをんこれらのなかにも性格的なちがいはある。たとえば+3で最もパーセントの高いのは妻（又は夫）の項目であるが、これは同時に0や-3をもっている。プライマリー—ということでは唯一の-3の保持者でもある。ところが、子供の場合+3の比率は父親、母親、妻のいずれよりも低いにかかわらず唯一のプラス項目のみの保持者である。0および0以下が全くあられのないのである。この意味では最も高い恒常性や不変性をもつプライマリー・レーションであるといつてよいのではあるまいか。逆に恋人の場合は質的濃密関係がとくにいちぢるしいためか、もつとも多様である点に特徴がある。

といつて個人的、心理的なオリエンテーションの面でプライマリー・レーションを家族関係のみに限定することはいささか機械論的にすぎるであろう。数は少なくとも、また持続性に問題があるとしても職場人や友人とインフォーマルな濃密な信頼—友情関係が維持され、それが一体感の強さに発展する場合も十分考えられうるからである。

しかし、このことはむしろケース・バイ・ケースの問題であり、わたくしの意図する精神障碍の社会病因論的枠組み—この言葉にも問題があるとおもうが—のなかでは、おのずから消極的位置に止まらざるをえないものと考えられよう。

結 語

本報告が中間的なものであることを最後にお断りしておきたい。なお患者に対する調査については加藤正明部長、スケールについての批判については横山定雄部長の貴重な御援助、御忠告をいただいた。衷心感謝の意を表わすとともに量的にも質的にもこのMHR測定をますます完璧なものとするための研究活動を今後ともつづけたいとおもう。読者諸兄の御協力、御鞭撻を切にお願いする次第である。

精神科職員のタイム・スタディ

—患者との接触を中心として[※]—

井上正吾⁽¹⁾

(三重県立高茶屋病院)

1. 緒 論

1.1. この調査の意図

近代精神病院は治療の場であると同時に、治療の器具であり、そのためにあくまで患者を中心に病院の構造、運営、人間関係等を精神医学を基盤とした科学的な検討がなされる必要がある。⁽¹⁾⁽²⁾最近では精神病院はtherapeutic communityでなければならぬと呼ばれている。病院は治療を目標とした小社会であると同時に、病院の行う治療も社会的責任の枠内にとどまること、従って、病院に於てはすべての人間的接触（職員同志、職員対患者、患者同志）を治療の方向に有効に役立たせるよう努力する必要がある。

すべての人間関係は距離の短縮、即ち接触より始まるので如何にして、患者中心の良質の接触を長時間もつことを可能とするかが、精神病院での課題となる。

又一方人間関係には、⁽³⁾⁽⁴⁾管理理論技術上で労務人事管理としての人間関係と、治療技術としての人間関係とに分けられるが、精神病院に於ては、この二つの人間関係が互いに影響し合つて分離され難い。まず患者との接触を中心として、時間研究を行い実体を把握し、これを治療的雰囲気形式の資料の一部になしたいと考えた。

1.2. 方法についての検討

現場には色々問題があるが、容易に気付く形で存在する場合と、特別の分析を試みない限り判らない場合とがある。又個人的には問題を意識していても病院全体として意識されない場合もある。患者との接触時間や形式等がそれに該当する。この場合従来の既成材料として、業務資料や、実測調査からも問題点やその回答を見出すことは出来るが、ここで意図している患者との接触の時間研究の資料は、日本

ではほとんど入手出来ないので実測せざるを得なかった。尺度として時間を使用する訳であるが、当然時間内に行われた接触の質をも問題にしなければならぬ。⁽⁵⁾また時間研究には断面調査と継続調査があり、今回は巾のある断面調査としたが、一部はローテーション継続調査も使用し、以前の調査との間の差を検討する事により改善の様子を追跡することを意図した。⁽⁶⁾⁽⁷⁾時間研究の方法も、①地域方法と称して、一定の場所に観察者が出張っていて、其処に来る人を観察する法、②訪問法と称し、一定の間隔で作業者を訪れその時やっている事を記録する法、③継続観察、④自己観察記録法等があるが今回は③④の方法を対象に依り適宜使用した。

今まで病院を対象とした時間調査は主として看護のタイム・スタディーに限られ、ハウス・キーピング部門、炊事部門等の数少ない資料が発表されている^{(8)~(10)}。しかも看護の時間研究も、その目標は病棟業務の実態を把握し、又看護業務の科学的検討を加えることによって、病院の合理的な運営、所謂最少の人員で、しかも勤務者各自に無理な労働を押しつけることなく、最少の資材をもって業務を遂行するための手段と方法をいうように重点が管理におかれていることが多く、治療的目的を附加されているものは少い^{(11)~(13)}。まして事務職員に対するこの方面の研究は全く見出されてない。

仕事の内容の質も問題であり、医師、看護婦、事務員の患者との接触の間には治療的に格段の差違があるのみならず、同一職種間でもその経験や人格等による差も多い。しかし主題が時間研究である関係上微細な分類は徒らに繁雑を極めるのみであるので、治療チームを対象とした場合は、個別的接触（精神分析、説得、支持、カウンセリング及び身体的精神医学的診断等）と、集团的接触（集団精神療法、集団療法等）に大別し、看護者の場合の集团的接触到

※ Report on Time-Study of the Mental Hospital Personnels with Special Reference to the Contact with Patients

(1) 三重県立高茶屋病院長

は作業、レク等の集団指導、患者自治会やクラブ活動等の集団活動の指導等を中心とした。

2. 高茶屋病院の概況について

当院は455名の実在患者が第1表の如く12ヶ病棟に分散されている。

職員は精神科専任医師10名、パート医師2名、齒

科1名、結核1名、内科1名、外科1名、PSW4名、CP2名で治療チームを形成している。

看護者は第1表の如く総計115名であり、うち看護婦(人)：准看護婦(人)：看護助手の比率は4：4：2の割であり、男：女の比率は3：7となる。なお、3交代制を実施している。

第1表 病棟現況表

病棟No	種類	患者数	勤務者数	摘要	備考
1	♀ 治	40	10		
2	♀ 治	53	11		
3	♀ 生	41	8		
5	♂ 軽	26	6	オープン	
6	♀ 治	48	10		
7	♂ 治	48	11		
8	♀ 治	52	10	オープン	
9	♂ 治	50	11		
10	♂ 作業	34	10	オープン	
11	♀ 生	32	6		
12	♂♀ 合併症	26	8	オープン	
13	♂♀ 神経症	11	4	オープン	
ソシヤル		57	1 〔6〕	社会復帰学校 集団療法等に使用	講座14名、集団療法(院長9名、桜井8名) レク18名、 教養講座8名。
作セリヤル		86	(7)	中央作業	職員数は10病棟と重複している。 10病棟昼間は1名当日農耕は、 中止した。
その他			外来 2 看護室 5 その他(2)		

治・治療観察棟、生・生活指導棟、作・作業病棟、軽・軽症病棟を意味する

事務職員の主なるものは医事係9名、庶務会計30名、給食係15名となる。

病院の管理機構は専任職員は、院長1名、副院長1名、医療部21名、薬剤部3名、事務部54名、看護部115名と夫々配属される。

3. 時間研究の実施方法

昭和36年8月上旬から10月上旬までの間に、各部

毎にタイム・スタデーを実施した。

医療部は1週間にわたり、医師、PSW、CP、等は各自の業務内容別に時間を追跡したが、臨床検査員、医局事務、病歴士等は患者との接触時間についてのみ調査した。

事務部、薬剤部は、1週間患者との接触時間についてのみ調査した。

看護部は4ヶ病棟のみ抽出して基本業務について、

3日間の追跡調査を行った。これらから患者との接触の程度、その時間等についてだけ取上げたい。

4. 調査結果及び小括

4.1.1. 医師が患者と接する時間

今、10名の医師（院長、副院長含む）の1週間の平均業務内容を示せば第2表の如く勤務を週5日半とすれば、平均1日452分在院する事となる。このうち、診療の意図をもって、10人の医師が直接患者に接した時間は1週間5760分、これを不時の出勤で補正すると、平素は6430分となる。これに、宿直時の廻診（平均840分）と日曜の日直時の診察（60分）を加え、外来診察に使用した890分を減ずれば、在院455名にわ

第2表 医師の業務内容別時間（1週間分）

	業 務 内 容	時 間	
1	診療のため	1. 直接患者と接触した診療	576分
		2. 間接の診療	78分
		3. 家族等との面接	34
		4. 事務	10
		5. 院内職員との連絡	35
		6. その他	0
		計	733
2	研究	1. 研究	970
		2. 診療に直接関係する勉強	133
		3. その他	105
		計	328
3	教育	教育	13
4	管理	1. 管理	113
		2. 総合活動	14
		計	127
5	公共奉仕	1. 精神衛生相談、鑑定	185
		2. 看護学院インターン等教育	45
		3. その他	240
		計	470
6	医局会	月曜会 木曜会	224
7	私用	勤務時間中の休息時間	318
8	その他	不明	15
		欠勤	257
計		2485	

けられる時間は患者一人平均1週間22.4分となり、集団療法の時間を除けば13.2分となる。

4.1.2. PSWが患者と接する時間

9月13日から、10月12日までの1ヶ月間のタイム・スタデーは第3表の如くで、患者に直接接した時間、ケース・ワーク38°10' 集団精神療法34°50'、病棟巡回20°25'、誕生会4°30'、外勤作業関係20°25'、訪問×38°10'、となり計131°3'で集団療法も加え平均すると1週宛患者1人20.2分となる。

4.1.3. CPが患者と接する時間

CPの1週間のタイム・スタデーは第4表に示したが、今患者と直接接するもの1782分の内別は第4表の如くで、集団療法が1回平均10名であるので、患者とCPが直接治療の意図のもとに接触した時間は、患者1人1週間平均は23.0分となる。

4.1.4. 治療チームが患者に接する時間

第5表には、P、CP、PSW等が患者に接する時間を示したが、医師はケースとして患者に接するのが93%であり、PSWは73%、CPは47%の順になる。

第6表は患者1人が1週平均P、CP、PSWとどれ程接するかを示したが、P、CP、PSW、の人数比は10:2:4であるが、患者側からみれば夫々にほぼ20分接触している。患者側から、職種別にケース・グループ別の接し方をみると、CP、PSWには個人的接触は例外的であり、大部分はグループ・リーダーとして接していることとなる。

4.1.5. 小括

診療の質の問題もさることながら、まづ患者との接触の時間をますことが必要である。医師は直接の診療のために1週間に644分を費している。これは1週間の勤務時間の26%となり、間接の診療時間を含めて、34%強となる。診療のための時間を増すためには他に使用される公共奉仕、研究、医局会、管理の項目を減じなければならぬ。しかし近代病院の使命は、①患者の診療、②医師、看護婦等の教育、③公共奉仕、④医学の研究等にあり、県立病院であれば2項以下の使命も重要視せざるを得ない⁽¹⁰⁾。しかし、当然その度合は調整さるべきもので、当病院の1週間の現況に於ては公共奉仕が著しく多い点が注目される。

次いで医師の現在行っている業務で医師以外の者が代行出来るものがある。診療のための事務、研究のための雑用は、医局事務員、病歴士等が補える。又、医局会のまち時間、病棟への往復等に要する時間はミーティングの管理改善、病棟主治医制等により

第3表 PSW 1ヶ月の業務内容別時間 (PSW. 4人分)

患者との面接	ケース・ワーク	延 66人	3 8 時	1 0 分 ☆
	集団精神療法	27回 延314人	3 4	5 0 ☆
	集団精神療法整理	21回	1 9	2 0
	病棟巡回	20回	2 0	2 5 ☆
	誕生会	1回	4	3 0 ☆
	計		1 5 3	1 5
家族との面接	予 診	51名	2 2	1 5
	生活歴	6名	1 1	2 0
	生活歴整理	4回	5	5 0
	外来相談及ケース・ワーク	12名	1 3	5
	計		5 2	3 0
会 合	研究会、医局会、委員会	37回	6 3	2 0
医社業務	業務記録及び研究準備	60回	4 6	1 5
	院内打合せ	58回	4 0	3 5
	計		8 6	5 0
外勤作業関係	患者との面接	38名	2 0	2 5 ☆
	業者訪問指導連絡	27回	4 2	3 5 ☆
	テスト、記録	26回	2 7	5 5
	外勤の院内連絡		2 6	2 0
	計		1 1 7	1 5
地域社会連絡		9回	9	0
その他			2 3	1 5
計			4 6 9	2 5

☆は直接患者と接触した時間

第4表 CPの業務別時間 (CP. 2人分)

業 務 内 容			
治療に関するもの	直接患者と接する	精神分析	5 4 0分☆
		心理テスト	2 8 2 ☆
		集団療法 (社会復帰学校)	9 6 0 ☆
	診療の整理	テスト整理	3 6 6
		集団療法等整理	2 4 0
	予 診	2 4	
院内連絡	1 0 0		
研 究	9 6 0	18%	
看 護 学 院 講 義	6 9 6	14%	
医 局 会	2 8 0	5%	
私 用	7 2 6	15%	
計	5 1 7 4	19%	

☆は直接患者と接触した時間

第5表 P. CP. PSWが患者と接する時間

医 師	602分	医師団	6020分
	42 "		10人 420 "
C P	411 "	臨床心理団	822 "
	488 "		2人 860 "
PSW	337 "	精神科ワーカー団	1346 "
	122 "		4人 488 "

適用 上段は患者個人に対して
下段は患者集団に対しての時間

第6表 患者が治療チームと接する時間

接 触 時 間(分)		計
医 師	13.2分	22.4
	9.2 "	
臨 床 心 理	1.8 "	22.9
	21.1 "	
精 神 科 ケース・ワーカー	3.0 "	20.2
	17.2 "	
		65.5

上段は患者個人に対して
下段は患者集団に対して

減少できる。小病院であれば院長のあり方、例えば診療医長的存在となるか、管理者の立場をとるかにかかる。

次に、診療サービスをうける側の患者から言えば1週平均22.3分しか医師と接触できない事は淋しい

第8表 病棟別患者分類表

病棟 番号 No	分 裂 病	非内精 定因神 型性病	精 薄	精 薄 の 応	てん かん	躁 憂 病	進 麻 行 痺	老 人 神 性病	老 痴 人 性 呆	精 病 神 質	其 の 他	計
1	22	9	1	2	1	1		1	1	1	2	41
8	30	6	5		2	3	3					49
7	18	1			1	1	2			1	2	26
3	23		10				4		1		1	39
計	93	16	18		4	5	9	1	2	2	5	155
			16	2								

4.2.1. 看護の概略

4ヶ病棟平均した基本種目別看護量は、1診察及び処置介助23.0%。2.電撃療法介助1.5%。3.発熱療法介助5.2%。4.精神療法看護17.2%。5.食餌の世話及び与薬介助13.2%。6.患者の身のまわりの世話17.2%。7.病棟管理22.7%。となり、31年に行った

し治療効果も上らない。1人の医師の診療へ割り得る時間が同一なれば集団精神療法によって、患者は医師との接触時間をふやせる。

CP、PSW、等についても、専門職として、尊重し、雑用は他に代行させることは勿論であるが、夫々の専門技術を生かした、患者との接触がもたれるべきである。ある程度は病院の治療方針、管理方針にもよる。(19)~(21)

集団療法が個人療法と併行して、夫々の立場からの効果を期待できるならば、CP、PSWは医師よりも更に集団療法に熟達する必要がある。

4.2. 看護部タイム・スタデーの結果

看護部門のタイム・スタデーは4ヶ病棟に限って、平日の3ヶ日間に、午前6時30分から午後10時00分までに看護者に追跡者をつけて、調査した結果である。その実施方法等は、31年(22)、32年度(23)のタイム・スタデーとほぼ同様である。なお、実施病棟は第7表、第8表のとおりである。

第7表 病棟別管理状況表

病棟 番号	症状別種類	収容 人員	勤務 員数	6.30~10.00
1	女治療観察 (閉鎖)	41	10	7名
8	女治療観察 (オープン)	49	10	8 "
7	男治療観察 (閉鎖)	26	11	8 "
3	男生活指導 (半閉鎖)	39	7	5 "

タイム・スタデーと著しく異なるのは、精神療法看護が13%から17%へ増加、症状観察が39%から5%へ減少、身のまわりの世話4.8%から17%へ増加、病棟管理のうち連絡のための時間が減少、処置の介助では電撃療法、インシュリン療法等が激減している。これを、総括的に見るならば、精神科特殊療法の電

撃、インシュリン等の介助が減じ、精神療法的看護を主体とし、単なる病棟巡回としての症状観察が減じて、身のまわりの世話等の如く密接した接触をもち、生活指導、レク、作業等を通じて、これを行うように進展した。管理面でも連絡等の如きものがメッセージ使用、院内電話、建物の構造等の改善により減少し、従って、直接患者に接する時間が増

加したこととなる。

4.2.2. 直接患者との接触時間

㉑ 今基本種目を第9表の如く分類してみる。以上から、看護者と患者とが積極的な意図をもって、直接接触している時間は、3日間で378分から572分であり、1日平均126分から191分となる。

第9表 個人・集団として患者に接する時間(3ケ日)

病棟番号	摘要	患者個人を対象とするもの	患者個人を対象とするもの それほど明確でないもの	集団を対象として 行うもの	直接患者と接しないもの
			患者との会話、応待、誘導、抑制、起床介助、等で氏名不明なるもの	病棟巡回、煙草等の分配、洗面指導、入浴食餌介助、回診介助等	散歩、ラジオ体操 社会復帰学校 レク、作業療法 集団療法介助	薬品、管理連絡記録、病棟管理 処方箋準備等
1		59分	280分(7分)	371分	225分(6)
8		121	1262(26)	517	1174(23)
7		9	456(18)	546	312(12)
3		35	468(12)	560	98(2)

()は患者個人宛時間

㉒ 明確に患者個人を意識して行った、看護は第10表の如く整理される。精神病質の1名、脳出血後精神病1名は、重症なる身体疾患をもっていたので例

外となる。身体疾患のない場合、躁うつ病、非定型的内因性精神病等に個人として、多くの看護時間をとられている。精薄、分裂病等は比較的少ない。

第10表 病類別患者1人1日宛看護所要時間

病名	精神病質	脳精神出血後病	躁憂病	非定型内因性病	進行麻痺	てんかん	性老痴呆人	精神薄弱	裂精神病分	ルアルコ毒	その他
人数	2	1	5	16	9	4	2	18	93	2	3
所要時間(分)	119	91	33	16	12	11	9	9	7	5	3

㉓ 以上直接看護者が患者に接した時間は1日平均、①個人として特殊な接触、②集団として、積極的治療的意図をもった接触、③マス(mass)として、管理的な意味も含めて接触した時間は夫々、④119分から3分、⑤191分から126分、⑥26分から7分となる。

勿論、精神科看護の基本は好ましい人間関係の上になければならず、人間関係は接触から始まる。好ましい治療的雰囲気との接触は、多ければ多い程よいわけである。勤務人数に制限のある場合、なるべく雑用をはぶいて患者との接触をはかること、集団療法或は集団活動を多くすること、更に、質的にみても精神療法的、治療的意図をもって、意識して、接触する様努力することにより、この方面からの看護の改善を行うことが出来る。

なお、35年8月に行った精神分裂病患者35名の在院生活のタイム・スタデーに於ては、⑦職員との接触時間は1日平均2時間24分となり、そのほとんどが看護部員との接触である成績と大体一致した結果を示している。

4.3. その他職員員のタイム・スタデーの結果

事務部、薬剤部、医療部(治療チームを除く)に属する、通常、患者と直接接するのを業務としない職員がどれ程の頻度に於て、如何なる形式の接触をもつかを知るために、10月上旬に1週間のタイム・スタデーを行った。

患者は第1表に示した様に455名在院しているが完全なる開放病棟⑧は、No5. 8. 10. 12. 13であり、その他の病棟に於ても、症状に応じて、主治医から

開放を許可されているので大体毎日240から250人程の患者が病棟から自由に病院内外へ出られる。時間を決めて、病棟間の交際も許されているし、管理棟、ソーシャルセンター等の使用も可能である⁽²⁰⁾。従って、医師、看護部員以外の職員も院内外に於て、患者との接触が多いし又作業指導、料理指導、可検物採取の如きものも含まれる。

1. 積極的な意図をもって、職員の側から接触した内容を分類すれば、①一緒に作業をする、②料理指導、③可検物採取、④食餌介助、⑤話をする、⑥あいさつ、等となり、
2. 患者の方から、接触された消極的な内容を分類

すれば、①病棟内巡視、②病棟内で作業をするためやむなく患者と接する、③患者の方から話しかけられる、④患者から要求される、⑤その他となる。

4.3.1. 薬局、臨床検査室員と患者との接触

第11表の如く臨床検査室には作業患者が1~2名、試験管等をあらいに来ている(1・1)、薬局員は、薬の服用の指導をする、(1・5)

以上から見て、作業療法として来室している以外では、可検物採取のため(1・3)、薬物の服用指導等に於て、接触している。1週間延75件、1461分の接触である。

第11表 薬局、臨床検査員との接触

	1・1	1・3	1・5	計	2・3	2・4	計	合計
臨床検査員	33	12	5	50	3	0	3	53
(4)	1054	364	5	1423	5	0	5	1428
薬局員	0	0	17	17	3	2	5	22
(3)	0	0	24	24	3	6	9	33
合計	33	12	22	67	6	2	8	75
	1054	364	29	1447	8	6	14	1461

上段ハ接触患者数(人)
下段ハ接触時間数(分)

4.3.2. 給食職員と患者との接触

第12表の如く栄養士4人は炊事場に来ている患者を指導する(1.1)、ソーシャルセンターに於て、社会復帰学校の教科として、退院後役立つ料理を集団指導し(1.2)、なおそのため患者と密接となり、話しかけられたり(1.5)するので1週間延89件、3867分を示している。

炊事婦10人は、炊事場へ来ている患者を指導するよりも、一緒に作業する時間が(10390分)を占めている。外勤作業に早朝から出る患者に対して朝食サービスをする(1.4)が主たるものである。炊事勤務者15名は延152件、6014分、それ以外に一緒に作業する時間が10390分となる。

第12表 給食職員との接触

	1・1	1・2	1・4	1・5	計	2・3	計	合計
給食事務	2	0	0	6	8	4	4	12
(1)	30	0	0	31	61	20	20	81
栄養士	11	23	0	30	64	25	25	89
(4)	240	2550	0	784	3574	293	293	3867
炊事婦		0	40	8	48	3	3	51
(夫)		0	2010	42	2052	14	14	2066
(10)	(10390)				(10390)			(10390)
計	13	23	40	44	120	32	32	152
(15)	270	2550	2010	857	5687	327	327	6014
	(10390)				(10390)			(10390)

4.3.3. 事務室にいる事務職員の患者と接する時間
第13表の如く受付係は20才の女2名であるが患者小遣いの出納をうけもっているし、場所柄患者と接触が多い。事務室内の一般事務員は、医事係、会計庶務係に分れるが、大多数の人は、自分の方から又

は患者の方から話しかける、あいさつをする程度の接触である。(2.1)は事務長の病棟内巡視であり、事務職員としては、22名の者がごく浅い程度の接触を1週間延240件、1785.5分行ったことになる。

第13表 事務室員の接する時間

	1・5	1・6	計	2・1	2・3	2・4	計	合計
受付係	17	4	21	0	40	12	52	73
(2)	60	5	65	0	70	42	112	177
一般事務	72	39	111	0	48	8	56	167
(20)	794	569.5	1363.5	65☆	148	32	245	1608.5
計	89	43	132	0	88	20	108	240
(22)	854	574.5	1428.5	65☆	218	74	357	1785.5

4.3.4. 事務系の現場職員と患者との接触時間
第14表の如く運転手は、他科病院へ依託診療のため入院患者を輸送したものであり(1.6)、ハウスキーパーは、作業患者に指導した時間であり(1.5)、本来の業務のため病棟内を巡視した時間(2.1)、も多くを占めている。

営善手は作業患者1~2名と共に作業を指導したり等した時間であり(1.1)、ボイラマンが、浅い程

度ではあるが延45名の患者と接触しているのは注目される。

中央洗濯場における洗濯婦は、作業患者4~5名と4660分間(1.1)、共に働いているし、又、出入する患者に指示をしている(1.5)、掃除婦(夫)は6名であるが、ハウスキーパーの指導のもとに管理棟、病棟の掃除等を行っているが、6675分間(2.2)、を病棟の内ですごしている。

第14表 事務系、現場職員との接触時間

	1・1	1・5	1・6	計	2・1	2・2	2・3	計	合計
自動車運転手	0	0	5	5	0	0	0	0	5
(1)	0	0	320	320	0	0	0	0	320
ハウスキーパー	0	5	0	5	0	0	3	3	8
(1)	0	171	0	171	20	0	45	65	236
					(550)			(550)	(550)
営善手	7	0	0	7	0	0	0	0	7
(1)	1155	0	0	1155	0	0	0	0	1155
ボイラマン	0	19	0	19	0	0	26	26	45
(2)	0	88	0	88	0	0	166	166	254
洗濯婦	0	132	0	132	0	0	0	0	132
(5)		1240	0	1240	0	0	0	0	1240
	(4660)			(4660)					(4660)
掃除婦	0	5	0	5	0	0	39	39	44
(6)	0	10	0	10	0		90	90	100
						(6675)		(6675)	(6675)
計	7	161	5	173	0	0	68	68	241
(16)	1155	1509	320	2984			301	321	3305
	(4660)			(4660)	(550)	(6675)		(7225)	(11885)

第15表 部門別接触時間

	1. 計	2. 計	合 計
薬局 臨床検査 (7)	67	8	75
	1447	14	1461
給食職員 (15)	120	32	152
	5687	327	6014
	(10390)		(10390)
一般事務 (22)	132	108	240
	1428.5	357	1785.5
現場関係 (16)	173	68	241
	2984	321	3305
	(4660)	(7225)	(11885)
合 計 (60)	492	216	708
	11546.5	1019	12565.5
	(15050)	(7225)	(22275)

上段は患者延数
中段は接触延時間(分)
下段()は共にすぎた時間(分)

4.3.5. 小括

これ等の職員が1日平均100人余の患者に1795分接触していることになり、職員1人宛1日27分間患者と接する事になる。患者と一緒に作業する時間も含めると、1人80分に達するわけで、接触の時間だけからいえば6人弱の看護員にあたる。これ等職員が患者と好ましい人間関係を作り、治療的雰囲気のもとで治療に協力してくれるならば、相等な効果を期待できるが又、反対に、接触のあり方によっては、治療チームの効果を減する結果にもなるので、精神病又は患者に対する根本的な考え方、態度を高め、一致させる様な努力が必要である。

第16表 患者1人が職員と接する時間

	職員数	単位	接触時間
治療チーム (p.cp.psw)	16	1週	65.5分
看護員	115	1日	2~3時間
事務係員	60	1週	27分

第17表 職員1人が患者に接する時間

	職員数	単位	接触時間
治療チーム (p.cp.psw)	16	1日	2時35分
看護員	115	1日	
事務員	60	1日	約30分

5. 考 察

I) 時間研究の結果をみるに、患者との接触時間を増加する必要を痛感する。

公務員の8時間労働を計算に入れる場合、接触時間をまずは、①勤務員数の増加、②労務管理の適正による能率増進、③moralの高揚、④資材、設備の充実等と主として病院管理学が取扱う分野である。(3)-(4)そのため②に関しては、仕事の内容を細かく要素にわけ熟練度を判定するとともに、その要素が全仕事の何%にあたるかを時間研究で測定し、所謂業務分析を行い、適材適所に配置し、その仕事に無理なくするわけであり、又別に仕事が集まってピークが何時頃に来るか等の動態的時間研究も、むらなく仕事を進めるための資料となる(2)-(2)。又各人の仕事の内容を時間研究する事により、例えば、看護婦が助手の仕事に常にしていたり、代りうる雑用のために、患者との接触時間がなかったりする等無駄を排除する事も当然考慮されねばならぬ。③志気の高揚にとって大切なことは、よい条件のもとに自己の能力を発揮出来る時に初めて高揚されるのである(2)。まづその為にはI段として、衣食住がある程度充され、II段として、身の安全が保障され、III段として、仲間との融和をはかり、IV段として、地位の安定、将来の希望があり、V段として、自分の全能力が発揮出来る様になれば、志気は自然と高揚する。しかし精神病院には、これ等を充足させ得ない条件があまりにも多すぎる。例えば低給料、患者よりうける身心の危険、(3)閉された病院に勤務する者は頑固となり、常識を失い易く、敵意を代償することができないため、職員間の人間関係は決定的な所へおいこまれる。又ことに看護人、事務員等は将来の希望が少い。CP、PSW等は治療チームの中で全能力を発揮し難い悩みをもつ等であるが、これ等は真剣な対策が立てられなければ、病院の治療効果にも直接影響する。

II) 次に接触のあり方を規定する要素の一つとして、自分の職務内容を如何に把握しているかがある。例えば医師、CP、PSW等の業務の限界、責任の範囲等であり、これ等は病院に於て、個々の能力を勘案して、話し合により決定さるべきものである(2)-(2)。注意すべきは治療チームであることを充分認識し、その間に仕事のすき間、かさなり合がない様、チーム員間の意志の疏通を計る事、しかも誰もが同じ様な小精神科医にならぬ様各自の独特の知識と技術をと

おして、チームの一員として、仕事をする必要がある。又病院の管理方式や治療方針にもよるであろうが、当院の治療チームの仕事の内容は前記のとおりであるが、更に患者との接触と云う点から再検討されるべきだ。看護者に就いても、新しい精神病院看護をどの様に理解するかによって、看護内容も替え、主治医の治療方針にも左右される率も多い。(31)~(35)しかも新しい精神科看護のあり方は実践を通じた、絶えざる教育、討論で高められるべきであろう。事務系職員も新しい精神病院に於て、特に、開放管理方式を採用している場合は、患者との接触を通じて、治療の役割をはたす事も仕事の重要な部分であるとの認識をもたねばならぬ。

III) 患者との接触の時間研究で問題となるのは、その質であり、とりあえず、集団の接触と、個別的の接触について考えたい。勿論精神病院の半数以上を占める精神分裂病に対して、深い個別的の精神療法、可否についての批判はあるが精神分析療法、説得支持、相談等主として、心理的療法から、身体的療法に至るまで吾々は、個別的な取扱に慣れて来た。

然し一方集団力動を応用した集団精神療法、(37)~(39)レク、作業を集団で指導(33)~(35)する事により、個人としてのみならず集団でひいては社会の中で如何にあるべきかを知らせる集団療法、(40)~(45)患者自治会、(42)~(43)クラブ活動を指導し、(39)~(41)自発、自律性を高め、責任回答意識をのびさせる取扱い等、グループとして患者を取扱うことを精神科職員は習熟する必要がある。集団療法が個別的療法と併行して行われる必要を認識すると同時に、時間的にも好ましい接触を増加させるよい方法であると思えるのである。これは、治療チームの接触時間をみても数的には、医師：CP：PSWは10：2：4であるのに、患者1人宛の接触時間は大体20分強と一致している点からも示唆される。

IV) 接触の質の問題で、集団、個別と形式から2分したが、いずれの場合でも根底に横わるものは職業的態度である。この態度も、人格態度から由来すると思われるが、此処では職員の精神病や精神病患者に対する意見、例えば監視主義であるか治療主義であるか、精神病の予後に希望的であるか絶望的であるか、専制的か民主的か、等によって、職員と患者と

の接触も治療により有効であるか、却って有害であるかが決定される。このことに関しては、加藤が(46)詳しくのべているし、当院としても全職員に対する意見調査を行った結果、医療部、看護部、事務部の順に精神病院の運営、患者に対する態度も、民主主義から権威主義となり、治療主義から監視主義となる。(47)~(48)事務系職員も日常患者と院内外で、相当時間接触する事等と考えあわせて、全職員の病者に対する態度、意見を高めねばならぬ事が痛感される。

V) I~IVにのべた事を実施するためには、適材適所主義、教育訓練の徹底、経営参加(CP、PSW、看護婦も討議や症例研究を通じて、治療に参画)出来る様にする。事務部員も病院の事務管理のみならず、診療管理の状況も知る機会、参画する機会をあたえることにする事が考えられる。

又純管理面からの障害のために特に治療チームが、精神衛生的な悪影響をうけないよう配慮されるべきである。

6. 総括

1) 精神病院に於ける治療効果は、好ましい職員一患者関係に於て、はじめて有効であるが、こゝでは主として、時間研究により接触を調査した。

2) 医師、臨床心理員、精神科ワーカー等の治療チームは、1週に患者1人宛平均60分強の接触をしている。そのうち27%が個別的で73%が集団である。

3) 看護者と患者との接触時間は、患者1人宛1日2~3時間である。

4) 治療チーム、及び看護者以外の病院職員も何等かの形式に於て、1日80分弱の患者との接触もっている。

5) 好ましい接触をなしう様全職員の意見を高めるのみならず、労務管理面からの配慮も必要である。

(この論文は昭和36年度の精研第2回医学科研修のさい、講義としてお願いした内容を、あとでまとめて載いたものである。治療社会としての精神病院における職員と患者とのコミュニケーションが重視されている現在、詳細なタイム・スタデーにもとづく両者の接触時間の測定は、甚だ有意な研究であると思う。御多忙中のところを御執筆載いた井上院長にお礼申上げたい。——加藤正明 附記)

文 献

1) 関根真一：病院精神医学 第1集 1957。

2) 松沢病院医局：新しい精神病院のあり方：これ

- からの精神病院 シリーズ5 1959。
- 3) 今村栄一：病院管理の実際 1958。
- * 4) 島内武夫：病院管理学 1956。
- 5) 田中恒男：看護管理講座 第2巻 1961。
- 6) H. A. ゴダード (小林富美栄訳)：看護管理の原則 1961 (医学書院)
- 7) M. G. アルンスタイン：看護業務のタイム・スタデー、看護業務に関する調査研究1959 (厚生省医務局) (フローレンス・ナイチンゲール財団主催、国際会議報告集)
- 8) 国立京都病院他：国立病院における看護のタイム・スタデー、病院 第13巻、第1号 1955。
- 9) 国立病院看護管理共同研究班：看護量の症例別研究、看護 5、1956。
- 10) 常葉恵子：完全看護における看護勤務の実態調査、看護 9、1955。
- 11) 山田ヒサイ：新潟県立病院における看護業務、看護学雑誌 24巻、3号 1960。
- 12) 多田照子他：看護業務の再検討、看護学雑誌 25巻、4号 1961。
- 13) 甲斐ハツ子他：大分県立病院に於ける看護業務のタイム・スタデー、第2回都道府県立病院学会に於て発表 1961。
- 14) 日赤中央病院看護部：診療介助にとられる時間看護 1、1959。
- 15) 石戸谷ちる：仙台市立病院における看護業務タイム・スタデー、看護学雑誌 25巻、7号、1961。
- 16) 佐々木澄夫他：タイム・スタデーによる病院業務の検討、病院 14巻、4号 1956。
- * 17) 井村栄一：看護の作業調査の検討、病院 17巻、8号 1958。
- 18) 病院経営管理改善懇談会懇談要旨：厚生省1961。
- 19) 井上正吾他：新しい精神科治療体系のなかでの医療チームの在り方 (シンポジウム)、病院精神医学 第4集 1961。
- 20) 高木四郎：臨床チームについて、精神々経学雑誌 60巻、13号
- 21) 精神衛生医学科ゼミナール：関係職員の間接的協力に関する諸問題 精神衛生資料9、1961。
- 22) 井上正吾：精神病院の看護のタイム・スタデー看護 10巻、4～6号 1958。
- 23) 井上正吾：精神病院と看護、病院 17巻、8号 1958。
- 24) 井上正吾：精神科患者の1日、看護技術 6巻11号 1960。
- 25) 柴原堯：精神疾患者の開放管理について精神医学 3巻、6号 1961。
- 26) 井上正吾、加藤孝正：慢性精神病患者の社会復帰教育について(1)、精神医学 予定、1962。
- 27) 労働省職業安定局：職務解説 1949。
- 28) 労働省職業安定局労働市場調査課：職務分析手引 1960。
- 29) 鹿島清一郎：看護婦の職業意識に関する実証的研究、看護研究 第1集(日本精神科看護協会)
- 30) 井上正吾：精神病院における危険度、病院 20巻、12号 1961。
- * 31) 井上正吾：精神科看護の再検討、看護学雑誌 24巻、12号 1960。
- 32) 田中一：精神科看護の向上を阻むもの、看護技術 6巻、9号 1959。
- * 33) 小林八郎：精神疾患の生活療法、日本臨床 17巻、1号 1959。
- 34) 小林八郎：精神科看護の動向—作業療法を中心として—、看護技術 6巻9号 1959。
- 35) 小林八郎：精神科看護に於けるRecreation看護技術 6巻、8号 1959。
- 36) 井上正吾：精神病院における患者の日常要求、看護技術 6巻、9号 1959。
- * 37) 岡田敬蔵他：精神障害者の集団療法に関する研究、厚生科学研究報告 1957。
- 38) 松本胖：精神分裂病に対する集団精神療法、病院精神医学 第1集
- 39) 杉山英一：集団精神療法、特に演劇法について (第3報)日本精神科看護研究会 第2集
- 40) 杉浦富一他：重症病棟における集団指導と看護 日本精神科看護研究会
- 41) 県立駒ヶ根病院看護科：昨年1年間の閉鎖病棟に於ける座談会を主体とした集団コミュニケーションについて、日本精神科看護研究会
- 42) 大利根会・榛名病院：開放病棟に於ける患者の自治組織について、日本精神科看護研究会
- 43) 台弘他：精神病院に於ける患者の自治活動について、病院精神医学 第1集
- 44) 鹿島清一郎：精神病院に対するサイコドラマの経験 (第1報)日本精神科看護研究会
- 45) 青梅市立総合病院：精神科集団療法としての影絵上演、日本精神科看護研究会 第4集
- * 46) 加藤正明他：治療社会における人間関係の研究—精神科職員の見解調査のこころみ—、精神医学 2巻、9号 1960。

- ※47) 井上正吾：高茶屋病院における治療的雰囲気
の形成について—人間関係を中心として—、三
重医学 予定 1962。
- 48) 天野利良：精神病院の事務系統からみた開放療

法、病院精神医学 第5集予定 1962。

註 ※は該当項目に関する文献をあげてあるので参
照のこと

第3回国際精神医学会議に出席して*

秋元 波留 夫

(東京大学教授)

いま加藤さんから御紹介がありました様に私は、6月初旬にカナダのモントリオールで開かれた第3回国際精神医学会議に出席し、その後3ヶ月半ほど米国、ヨーロッパを廻り、9月初旬にローマで行われた国際脳波学会、国際神経学会など、2・3の国際学会に参加し、その間、米国及びヨーロッパの精神医学関係の施設や研究所でかねがね訪ねたいと思っていたところを見てきましたので、私の印象に残りましたことどもを思いつくままにお話する事に致します。

色々お話したい事がありますが、時間もありませんからモントリオールの精神医学会議のことを御紹介し、もし時間がありましたら、アメリカでの見聞の一端に触れて見たいと思います。

モントリオールの精神医学会議の様子は、先般「日本医事新報」に簡単な印象記を書いておきましたので読まれた方もおありかと思えます。それで今日は、この会議での討議の内容を少しくわしく述べることにします。前回のチューリッヒの第2回精神医学会議では、御承知の様に、精神分裂病が会議の主題にえらばれ、このテーマを中心とするプログラムが編まれましたが、今度の会議では特定のテーマを設けずに精神医学全般にわたるトピックスが取り上げられた為に、内容は盛り沢山すぎて中心を欠いたうらみがありました。精神医学の現状を概観するには大変めぐまれた機会でありました。今度の会議のプログラムの編成の責任者は、組織委員長のクレグホルンでありましたが、プログラムを見ただけでも苦心のほどが察せられます。

会議は、3つのセッションに分かれて行われ、第1は、本会議(plenary session)で特別講演とあとで述べる様ないくつかの主題についてのパネル・ディスカッションがあり、第2はシンポジウム、第3は一般発表でありました。本会議とシンポジウムの1部は大会議場、シンポジウムと一般発表は、テーマによって多くの会場に分れて行われました。それは丁度日本精神神経学会でやっている懇話会の様な

工合で、同時に並行して開かれました。会場はモントリオールでは一番新しいセントエリザベス・ホテルで、マウント・ロイヤルに近い白亜の豪華な建物でありました。このホテルの2階全部が集会室となっていて、1,500ほどの坐席を持つ大講堂を中心に、その周囲に小ホールが並んでおり、これを全部使ったのであります。会場がこのホテルにまとまっている為に、出席者には誠に便利でありました。

まず、本会議のパネル・ディスカッションで取上げたテーマを見ますと、第1が精神医学方法論、第2が臨床の問題、第3が実験的研究の問題、第4が治療、第5が社会精神医学の問題、大体こんなところであります。

精神医学方法論は、リュムケ(オランダ)、マツサーマン(米国)及びエイ(フランス)の3人が演壇にたち、各自の方法論を展開しました。リュムケは、現象学的方法の意義と限界について述べたのですが、彼はこの問題を分裂病の徴候学を中心として論じ、精神医学における現象学は、哲学や形而上学からの演繹であるべきではなく、実証的な見地にたつものでなければならぬとして、頭だけで考える現象学を批判しておりました。患者の観察から、現象の規定を導き出す努力が精神医学の重要な方法である事を強く主張していました。マツサーマンは、主として臨床精神医学に於ける実験的方法の意義を論じ、またその限界について考察を加えました。あるがままの徴候の観察と一定条件のもとに実験的に作る病態像の究明とは相互に補いあってはじめて有力な精神医学の研究方法を導き出すものでありますが、この両者の関連に2人の演者の論述がふれなかったのはいさゝかものたりない感じでありました。最後に、アンリ・エイが「精神医学における理論的追求」という題でフランス精神医学の伝統的な理論について述べました。エイは、この講演で精神医学における理論構成の重要性を強調しておりました。これら3人の演者によって論ぜられた精神医学の云はば基

* A Report about the IIIrd International Congress of Psychiatry.

礎論とも云うべき課題は、1つの新しい試みであり、その成果はともかく今後の臨床精神医学の動向に影響するところが少なくないと思いました。

臨床精神医学の問題では、「児童と家庭の精神医学」という主題で行われたパネルが私の印象に残りました。アメリカの児童精神医学者のベンダー女史が司会者で5人の演者が話をしました。このパネルでは、児童を取巻いている環境、特に家庭を問題の中心に於いている点がめだちました。例えば、東ベルリンのレオンハルトは東独の家庭によく見られる両親と子供との思想的断絶を問題としており、ブラジルの精神医学者からは欧洲からの移民の家庭と児童の問題が提起されました。児童の問題を環境との関連からとらえるということは、別に新しいことではありませんが、異った地域での具体的事実が提示されたことは有意義であったと思います。また、1年未満の乳児期についての報告もありました。

社会精神医学のテーマとしては、学生の精神衛生管理の問題が取り上げられました。1958年にポルチモアで開かれた「第1回大学生の精神衛生管理に関する国際会議」の討論が、ここで報告されました。その他、2・3の社会精神医学の問題が討議されましたが、私の興味を惹いたのは、社会精神医学に理論的基礎を築こうとする努力が窺われたことです。スイスのヴォスは精神医学における社会性の問題に考察を加え、精神医学には社会性という性格が内包されていること、従って社会精神医学は精神医学の単なる応用領域ではなく、その本質的課題であることを明快に論理的に説いておりました。彼によれば、社会精神医学の内容は一般に考えられている様な実践的課題のみならず精神医学の基盤をなす社会性そのものを探求する課題を当然含むこととなります。従来、社会精神医学はともすれば日前の病的社会現象の調査や説明の堆積に終始しがちで、その体系はまだ出来ていないのが実状であります。この様な状態で社会精神医学に方向づけをすることは困難な仕事であります。ヴォスの様にその本質を考えて見ることは決して無意味ではないのみか、この分野を発展させる上に、大変に重要な企てであると感しました。

臨床精神医学の主要な分野である治療の面では、精神療法と身体療法についてそれぞれパネルが行われました。精神療法のパネルは、南米アルゼンチンのボヌールが司会をいたしました。これは余り知られていない人で司会ぶりも板につかず、討論が発

展しませんでした。

演者は、Autogene Training でよく知られている西ベルリンのシュルツ、精神分析のバンデルバルス、ロゴセラピーのフランクル、それからカナダのカメロン、オーストリアのホッフ、ソ連のメグラビアンといった顔ぶれで、それぞれ自己の立場を主張したわけです。精神療法は、本来、個人的な色彩が強く、したがってこのパネルも現在の主要な精神療法の技法及びその背景をなす立場の概観を得るのには、よい機会でありましたが、ききごたえのある討論はありませんでした。これは、期待する方が無理かも知れません。

身体療法のパネルは、英のサージアントの司会で、まずカリノフスキーが身体的生理学的療法の概観と歴史的発展について述べた後、近年盛んになった薬物療法と精神外科の問題がとり上げられました。ロボットミーにはじまる精神外科の治療効果と適応の検討が長年この分野でひたむきな努力をかたむけ豊富な経験をもつ米のフリーマンと我国の広瀬教授によって報告されました。精神外科に対する批判のきびしい今日ではありますが、その中には感情的なる論もすくなくありません。批判には、正確なデータが必要ですが、この意味で2人の演者の報告に意義があったと思います。

精神医学の基礎的研究の面では、精神病理と神経生理に関する2つのパネルが行われました。精神病理のパネルは、抑うつ状態、分裂病などの個々の精神疾患或は、精神症状に関する考察が行われたにとどまり、精神病理の方法論といった共通の課題は、ついに問題となりえませんでした。これは、精神医学の理論的追求めが別に独立のパネルとして行われた為でもありましょうが、いささかさびしい気が致しました。

一方、神経生理の方は、可成り充実した内容でありました。神経生理といいますが、範囲は可成り広く、ストレス学説でよく知られているモントリオール大学のハンス・セリエも地もとという関係もあって1枚このパネルに加っていました。その他に演者としては、精神薬理のハロルド・ヒムウィッチ、視床下部自律中枢について実験的な仕事をしている内分泌のライスがそれぞれ得意とする方面を自分の仕事を中心として話をしました。純粹に神経生理学と云えるのは、ベンフィールドの話だけでありました。彼は記憶の神経機序について述べました。このパネルの参加者は、ライスを除いては専門の精神医

学者ではありませんが、精神医学と関連の深い基礎的研究分野の研究者を集めたこのパネルは、臨床家にとって有益であったと思います。

精神医学者以外の隣接領域の研究者をこれほど多く迎えたことも今度の学会の一つの特色でありましたが、この様な傾向は精神医学の将来の発展のために役立つでありましょう。このパネルで語られたことは別に新しい内容のものではありませんでしたが、さすがにそれぞれの分野を代表する研究者だけにききごたえがありました。西欧人としては短身瘦躬のセリエが、多数のカラー・スライドを駆使して雄辯をふるったのが印象的でした。

特別講演は2つで、その1つは開会式のあとで行われたジュネーブの心理学者ピアージェの発達心理学に関するもの、他は米国の機能解剖学者マグーンの内制止に関する話でありました。ピアージェの講演は、抽象的で、私には充分理解が出来ず退屈でした。マグーンは、これまでの脳幹上行賦活系に関する実験の結果を睡眠を中心として具体的に話したのでわかり易く、聴集の興味を惹いた様でありました。2人とも精神医学の専門家ではないのですが、この様な隣接境界の学者が、報告者として重要な役割を演じたのは、今度の会の1つの特徴でありました。精神医学者が自己の狭い垣のなかにとじこもることなく、窓をひらいて新鮮な知識を吸収することは良いことにちがひありませんが、国際学会が講習会ようになるこのやり方には、少くとも私は同感しかねました。しかし、参会者の多くは、この学会で耳の学問をしようという臨床家でありますから、このような啓蒙的な話も必要であるかも知れません。とは云え精神医学者の特別講演が全く無かったことは、いささか淋しいことでありました。

会員のための2つの特別講演の他に、一般に公開された講演の夕べがマギール大学の講堂で開催されました。講演者はノーベル賞受賞者のエードリアン、セント・ギョルギイ、ポーリングの3人の学者で、サイエンティフィック・クリエイティブス（科学的創造性）が共通のテーマでありました。科学的創造の実践者である3人の学者の話は、学問的内容そのものよりも、各自の人生観をなまにきけたという点で、聴集に感銘を与えたことと思います。モントリオールは知性の香り高い大学都市で、マギール大学の他にフランス系のモントリオール大学もあり、世界的な学者がすくなくありません。この公開講演なども土地柄にまことにふさわしい行事でありました。

以上が本会議の大体的様子であります。その他にシンポジウムが37の項目について行われ、精神医学の主要なテーマをほとんど網羅していました。それらが会場を別にして、午前、午後、夜にわたって、いくつか並行して行われたために、参加したいものが重なって、きけないことが多く、参加者の不満をかもしたようであります。

私が参加したもののうちで興味をもったものを簡単にご紹介したいと思います。その1つに知覚隔離(perceptual isoration)の問題があります。これは今度の学会ではじめて取上げられた新しいテーマですが、数年来特に米国で活発に行われている研究分野であります。云うまでもなくスペース・フライングの登場と共に始まった研究で、物理的刺激的遮断による人体、或は動物の心身反応を研究する分野です。米国の精神医学者のうちにはこの方法を実験精神医学にとり入れようとする傾向が盛んです。このシンポジウムは米国のソロモンとフラーが司会し、アメリカでこの方面の研究を活発にやっている研究者や人の報告と討議が行われ、知覚隔離の動物行動や、発達に及ぼす影響、或は臨床観察の結果が述べられました。ことに後者では不安や妄覚の発現と性格傾向との関連にふれた報告を面白くききました。「精神薬理と脳波」をテーマにしたシンポジウムは米のフィンク、カナダのジラスパーが司会をして、オーストラリアのアンデルマン、ドイツのベンテ、フランスのシュナイダーとヴェルドー、米のウレットなどこの分野で活発な仕事をやっている人たちが参加しました。ここで一番問題になったことは治療効果の判定に脳波がどれだけ役だつたかということですが、現在の段階では脳波の役割はまだそこまでいっていないというのが一致した意見でありました。その前に、向精神薬の長期投薬による脳波の変化を継時的に追求する努力が必要であることが強調されました。従来、脳波は精神薬理研究に不可欠の役目を果してきましたが、臨床との結びつきはむしろ、今後の課題で、このシンポジウムでも瞠目するに足りような知見に接することはできませんでしたが、我国では関心がうすく、ほとんど手のつけられていないこの方面の仕事と地道にとりくんでいることが注目されました。次の機会には、この分野でも我国の同僚に活躍してもらいたいものであります。

近来我国でも問題になっている非定型精神病のシンポジウムが、東ベルリンのレオンハルトの司会で

行われ、カリノフスキイ(米)、ラングフェルト(ノルウエイ)、シプコヴェンスキイ(ブルガリア)、シルベイラ(ブラジル)、及び我国の黒沢教授が報告をしました。いわゆる内因精神病に該当する疾患のうち、分裂病と躁うつ病の2分類では処理しがたい1群の疾患があることは古くから知られており、これらのものの疾患学的な位置づけについてさまざまな提案や意見があることは周知の通りであります。シュレーダーの「変質性精神病」(Degenerationspsychose)、ガウプの「混合精神病」(Mischpsychose)或は、クライストの「挿間朦朧状態」(episodische Dämmerzustand)や「運動精神病」(Motilitätspsychose)などは、いずれもこの内因精神病的空隙をうずめるための構想でありました。クライストの流れをくむレオンハルトの提唱による非定型精神病は、分裂病及び躁うつ病以外の内因精神病的を総括するものでありますが、演者の報告をきいて居りますと、同じく非定型精神病という言葉を用いても、その意味が各人各様であることが分ります。あるものはこれを分裂病、躁うつ病乃至てんかんの非定型状態と考え、ある者はこれを既知の内因精神病とは別個の疾患、乃至疾患群と考えるのであります。このシンポジウムでの報告及び討論が明快さを欠いた最も主要な原因は、非定型精神病の意味があいまいであるからであります。非定型とは、云うまでもなく定型を前提とする概念であります。ところで内因精神病的の定型とは、単一ではなく、病的に異質であると予想される分裂病、躁うつ病乃至は真正てんかんであります。従って非定型内因精神病もまた単一ではあり得ず分裂病、躁うつ病、乃至てんかんのそれぞれについて非定型が存在するのみであるということになります。しかし、非定型内因精神病的を問題とする論者の中には、分裂病、躁うつ病乃至てんかんとは病的に異質の独立疾患を予想する人々も少くありません。この様な立場に立つならば、非定型という呼称は明らかに不当であります。その様な既知の内因精神病的と別個の疾患乃至疾患群は、もはや何ものかの非定型ではなく、独立の疾患乃至疾患群すなわち定型であるからです。この様な定義上の規定を明白にすることなしに、報告者の恣意的な理解のもとにこのシンポジウムが行われた為に、各人各説に終わったのは遺憾でありました。

私の興味をひいたシンポジウムは、クライストの司会による睡眠と夢をテーマとするものであります。5人の報告者は、いずれも米国の研究者で

ありますが、デメントの他は私には未知の人達でありました。このシンポジウムでは、臨床的な観察が多く、正常睡眠と病的睡眠の比較が論じられ、また、覚醒閾値と脳波パタンとの解離を示す、所謂逆説睡眠の意義が検討されました。クライストは、この睡眠相を夢と関連させておられますが、この考えを支持する意見が多くありました。ここでの報告は、もっぱら臨床観察、乃至は脳波所見に関するもので睡眠の機序については話がなかったことは、睡眠を主題とするシンポジウムとしては物足りぬ感じがしました。この方面のことは、ローマの脳波学会で討論されたのですが、若し両者が合同して行われたならばもっと面白かったことと思われまします。

以上のテーマの他に、アフターケアの問題、精神病院の問題など病院精神医学の課題がとりあげられ、病院管理では、英国、ソ連の現況が報告され注目されました。この問題に日本からの参加がなかったことは残念でありました。

我々が比較精神医学と呼んでいる領域は、トランスカルチュラル・スタディーズというテーマのシンポジウムで取り上げられていましたが、これは米国のライトンの司会で、ランボー(ナイジェリア)、林宗義教授(台北)、ヤップ(香港)、の三人が文化圏を異にする地域の精神疾患の頻度や症状構成について報告しました。この大きなテーマを論ずるにはもっと広い範囲に亘る多くの地域の代表に参加を求むべきであったと思いますが、報告がごく1部の地域に限られたために、期待した成果は得られませんでした。次の機会には、もっとテーマをしぼり、世界の各地域からの有能な研究者に参加を求むべきでありましよう。

一般発表(フリー・コミュニケーション)は、35項目に及び、大小さまざまであります。大きなもの例えば精神薬理などは、会期中殆ど毎日、数時間づつ続けて開かれました。1つの集会の参加者は多いもので4・50人、少ないものでは数人ですから討論を充分に行うことが出来、総会やシンポジウムよりも却って内容の充実したものが少くありませんでした。私は、抗うつ剤をテーマとする集会で報告をしましたが、報告の時間は20分ですし、参加者が同じ仕事をやっているものが多いので意見の交換が活潑に行われ、有益でありました。ただ多数の集会に分散したために出席したいと思っても時間がかちあって出席出来ない場合が多く参加者の不満をかましたことは否定出来ません。

以上がモントリオール学会の概況であります。はじめにも述べた様に今回の学会は、内容が余りにも網羅主義であったために現在の精神医学の現況を展示する役割は果し得たと思いますが、学会としての中心を欠いたうらみがあります。またその欠点をあげれば学会の中心であるシンポジウムのテーマが多きにすぎたことと、報告者の選択が適切を欠いたことであります。秀れた仕事をしている研究者を広く世界的に求めるということでなく、出題者の中からえらんだために貧弱な顔ぶれのシンポジウムが少なくなかったと思います。そのためにテーマそれ自体は良いにもかかわらず、討議の内容が期待に反したものが少くありませんでした。今後の国際学会では、この点を改める必要があります。

今回は、日本の精神医学者が、これまでに多く参加し、皆さん報告や討論に活躍されました。しかし、欧州や米国からの参加者に比べると、その数は、まだはるかに少数であります。ことに我国の精神医学の質及び量を考える時、国際学会での活躍は決して満足すべき状態ではなく、日本の精神医学の実力は、国際舞台に十分に反映されていないのが実状であります。それには、地理的關係や特に言葉の障壁が大きな障害をなしていると思いますが、1日も早く、日本の精神医学がその実力にふさわしい国際活動をなすことの出来る日を迎えたいものであります。

今回の学会は、また新しい精神医学の国際組織を生む機会でもありました。これまでは、4年に1回の国際会議を開催することを主な目的とする組織、すなわち世界精神医学会議準備委員会が存在するのみでありましたが、今度、全世界の精神医学者の団結と協力のための常置組織として世界精神医学連合、World Association of Psychiatry が誕生しました。会頭にカメロン(カナダ)、書記長にエイ(仏)、40数ヶ国に及ぶ加盟国からそれぞれ代表委員が選ばれました。事務局は、他の国際機関との連絡上スイスのジュネーブに置かれることになりました。すでに神経学には、世界神経学連合、World Federation of Neurologyがあり、相当活発な活動をしており、また精神衛生には、世界精神衛生連合World Federation of Mental Healthがあります。精神医学がようやく今度の学会を機会に常置的国际活動の組織をもつにいたったことはよろこばしいことで、この組織を発展させることは我々の責任であると思えます。

モントリオールの学会をすませた後、約1ヶ月に

亘って米国の中部及び東部の主なクリニックと施設を見てまわりましたが、そのうちの2・3について簡単に御紹介致します。

最初にベセスダの国立精神衛生研究所のことをお話します。ここは皆さんの中にも御存知の方が多いと思いますが、現在世界でスケールの最も大きい研究所の1つだと思えます。この精神衛生研究所は、保健教育福祉省U.S. Department of Health, Education and Welfareの公衆衛生局Public Health Serviceに直属する国立衛生研究所National Institute of Healthの1部です。この研究所には、精神衛生の他に神経疾患、癌、心臓、アレルギーなどの研究所が併置され、ワシントン市に隣接するベセスダの郊外に広大な敷地を擁して建てられています。附図(第1図)(第2図)

各研究所は、一応独立しており、それぞれ設立の歴史を異にするのですが、臨床關係の研究所は臨床部門を集めて、臨床センター(Clinical Center)を持っています。こゝには5百床のベットがあります。精神衛生研究所は、1949年に出来た精神衛生法によって新しく組織されたもので、それまでは公衆衛生局の1部にごく小規模のものであったにすぎません。米国の精神衛生法が精神衛生研究所の組織を規定しているために、その活動がやり易いのであります。現在所長は、米国精神医学の長老ロバート・フェリックスです。彼は、全米精神医学協会の昨年度の会長でありました。この精神衛生研究所の臨床部門は、最近新しく建てられたクリニカルセンター、つまり、国立衛生研究所の附属病院の3階を使っています。各フロアとも同じ構造で病室と研究室とが廊下をへだてて並んでいて臨床の研究に便利なように出来ています。(第3図) 病床の数は、40しかありませんが、すべて研究ベットで、研究プランに關係する患者だけを収容する仕組みになっています。コロンビア・ディストリクトの病院や開業医と連携があるので研究上の必要に応じて珍しい症例を比較的容易に蒐集することが出来ます。この臨床部Clinical Investigationの主任は、ロバート・コーエンで、助手が2人、その他に、レジデントが数人という少いスタッフでやっています。リサーチでは神経生理のマックリンがおり、大脳に於ける性中枢の実験的研究をやっています。実験室を訪れると植込み電極をつけた猿のペニス、電流を通じたとたんにエレクチオンをおこします。面白いショーだと云ったらマックリンはニヤニヤ笑っておりました。

生化学部門には脳血流の研究でよく知られているケティが昨年までここにいましたが、現在はボルチモアのジونس・ホプキンス大学精神科の主任に招かれ、まだ後任が決っていません。生化学者であるケティが臨床教室の主任になったことは精神分析の立場が支配的な米国の大学の精神医学教室では異例のことですから相当大きな反響をよんでおりました。これは米国精神医学の新しい動向を示す1つの証作でありましょう。

その他に、精神薬理の部門が活発な仕事をしています。このセクションは、「臨床精神薬理センター」Clinical Neuropharmacology Research Centerとい、バラックですが独立の建物をもっております。コールがこの主任で向精神薬の動物行動に及ぼす影響を実験的に研究しております。臨床面の研究は、ワシントン市の郊外にある米国では唯一の国立精神病院であるセントエリザベス病院で行われています。この病院の中に独立した実験病棟をもち、ここには350床のベットがあり、薬物治療の効果判定を系統的に行う様になっています。実験的研究と臨床とがここではよく統一されているという印象をうけました。

この国立精神衛生研究所は、いま述べた様な臨床及び基礎的方面の研究が充分に行える様に組織されているのが特徴ですが、同時に社会学的、若くは心理学的な方面の研究も重要な仕事であります。その一つに文化人類学 Cultural Anthropology の部門があり、かつて数年滞日して、我国に知己の多いウィリアム・コーディル君が主任として活躍しており、昨年秋から土居健郎君も彼の協力者として現在ここで仕事をやっております。

この研究所の1つの特色は、自分のところで研究するだけでなく他の大学や施設で行われている研究を援助することにあります。1つの研究テーマについて協同研究を組織するとか、秀れた個人的研究に対して研究費の援助をすると色々な方法で精神医学の研究を推進する役目を果しています。政府から支出される精神衛生研究費の配分は精神研究所に委託されているのであります。私がコーディル君に会いました時、彼は、「研究費は、国内の研究だけでなく外国の研究者に対しても援助をすることになっているから日本に秀れた研究があったら知らせて貰いたい」と云っておりました。精神衛生の発展は、まず基礎的研究の推進であり、そのためには経済的な基盤が必要であります。この仕事を役所ではなく、研究所がやるという仕組みは確かに合理的で効果的

だと思いました。この研究所の研究の内容は、私にはそれほど秀れたものとは思われませんでした。研究の組織という役割を重視している点は、国立研究所のあり方として大いに学ぶべきであるという印象を強くうけました。

国立衛生研究所には、精神衛生研究所の他にいくつかの研究所がありますが、精神医学に関連する施設としては神経疾患、盲、聾研究所があります。この話は時間がありませんので省略します。

国立衛研を訪問した後、ここにほど近いワシントン市の国立セント・エリザベス病院をコーディル君の案内で訪問しました。この病院は、アメリカでは唯一の国立精神病院で連邦政府直属であります。ですから他の州立病院と違い収容する患者は、全米に亘っており、犯罪傾向や反社会性の顕著な精神病質者、精神障害者も此処に収容されており、犯罪精神医学の中心でもあります。又、黒人系の患者やアメリカインディアン患者も多数入院していて比較精神学的な意味でも特色のある病院であります。この所長は、先年日本にも来たことのあるオーバーホルザーであります。病床数は、7,500あり、2,740人の職員をもつ巨大な施設であります。病院の設立は、1852年ということで、その当時の古い建物がまだ使われています。その後逐次新しい建物が作られて現在は120の大小様々な建物が広大な敷地に点在しており、構内の交通は自動車で行っています。設立当時の南北戦争時代の古い赤煉瓦の建物から最近建てられた新様式の建物まで様々なものが並んでいて、米国精神医学の医学の歴史を如実に示しているのが興味をひきました。場所はポトマック川をへだててワシントンの町が一望の下に眺められる風光明媚な丘陵を占めていて環境の良い所ですが、高い屏をめぐらして周囲と隔離した別天地の観を呈しております。収容患者が特殊である為の処置でありましようが、もっと解放的に出来ぬものかという感を深くしました。

ニューヨークではいくつかの施設を見ましたが、そのうちNew York School of Psychiatryはちょっと面白い組織ですから簡単に御紹介しておきます。これはニューヨーク州の精神病院で働く精神科医を養成する目的で昨年春開設されたものです。この学校は、イーストリバーのワードアイランドという島の中にあるマンハッタン・ステート・ホスピタルの中におかれています。この病院は、米国でも最も規模の大きい病院で、島全体が病院の敷地になっており、20数階の高層ビルの中に12,000の患者を収容し

ているいかにもアメリカらしい巨大な施設です。病院というより患者という物質を処理する隔離所と云った方が適当かも知れません。

米国も精神科医の不足に悩んでおり、その養成が急務であるところから、この様な訓練機関がいくつも作られています。ここもその1つです。この目的は、主に他の臨床から精神科に転じて精神病院に勤務している医師たちに精神医学の臨床を系統的に修得させることで、コースは2年乃至3年ということです。精神病院に勤務する傍ら週に2日、2年乃至3年ここで勉強すると、病院の正式スタッフに採用される為のライセンスが与えられる様になって

います。この施設の主任は、精神分析のラドで、やはり精神分析の立場に立つミレーが副主任として彼を助けており、スタッフの主流は、力動精神医学の立場の人々であります。従って、患者の面接の仕方、心理療法の実際がカリキュラムの中心ですが、生物学的な面にも力を入れ、身体治療法の教育も系統的に行っているということでありました。研修をうける医師は、現在年に20名程度ですが、将来その数は、もっと殖えるだろうということで、ニューヨーク州の精神病院の医師をこの様な方法で充足して行く方針であると、案内してくれたミレーが話しておりました。(第1表・第2表)

第1表 New York School of Psychiatry の Curriculum.

ここに掲げる普通科コース(Basic Curriculum)の他に高等科コース(Advanced Curriculum)がある。

Theoretical and Clinical Instruction:

Preparatory Work	1 course	7 hours
Basic Sciences	13 courses	184 hours
Clinical Psychiatry	19 courses	659 hours
Applied Psychiatry	4 courses	17 hours
General Subjects	9 courses	120 hours
Total		987 hours

Supervised Work:

At the School's Out-patient Clinic	309 hours
At the Students' Home Hospital	120 hours
Total	429 hours
Grand Total	1416 hours

In addition, the student has to fulfil the requirements of residency work at his home-hospital.

このNew York School of Psychiatryも、これがおかれているマンハッタン精神病院と同じ様に、アメリカという国柄でなければ見られない組織だと思います。ヨーロッパでは、せいぜい2,000位の病床が精神病院の限度でありますし、精神医学を学ぶものは自分で指導者をえらび個人的な関係のもとで勉強します。そしていくつかの教室や指導者を遍歴して、学問の水準や幅を広げていきます。ヨーロッパでは大学を出た者が型にはまったカリキュラムで専門を学ぶことに満足しないでしょう。実は、私が New York School of Psychiatryを見たいと思ったのは、臨床精神医学のもっと程度の高い研究機関だろうと

期待したからなのですが、実際は未経験な医師の養成所であることが分ってがっかりしたという訳であります。アメリカが現在精神科医についてまず質よりも量を重視しなければならぬ状態にあることを考えると、この様な方法は合理的であるには違いありません。アメリカには、こういう組織を作る必然性が存在するからであります。しかし、ヨーロッパや我国にも、この様なものがどうかには大変疑問に思われます。

以上、アメリカの精神衛生研究所、精神病院、精神科医の養成、この3つを私の見聞から拾って見ました。いづれもほんの片りんしかお話出来ませんで

第2表 普通コースの講義題目及び担当者。ここにその一部のみをあげる。

Preparatory Work

PSYCHODYNAMIC SENSITIZATION. (7 hours)

First year. First semester.

DR. DAVIDMAN

The subjective experience of emotion; training in self-awareness.

Central role of emotions in motivating behavior.

Basic Sciences of Psychiatry

1. ADAPTATIONAL PSYCHODYNAMICS OF BEHAVIOR.

(72 hours)

First year. First and second semester.

DR. RADO

The adaptional frame of reference; the psychodynamic cerebral system; motivation and hedonic control; emergency behavior, the action-self and the development of conscience; behavior in the alimentary, evacuative, sexual, manipulative, and other areas; social integration of the individual; emergency dyscontrol; stress; behavior disorders.

2. PSYCHODYNAMICS OF GROWTH AND DEVELOPMENT.

(11 hours)

First year. First semester.

DRS. PORTER and SLAFF

Maturation of adaptational capacity and techniques; the dynamic processes in growth and development; problems of mastery.

3. ADAPTATIONAL PSYCHODYNAMICS OF AGING. (4 hours)

First year. First semester.

DR. GOLDFARB

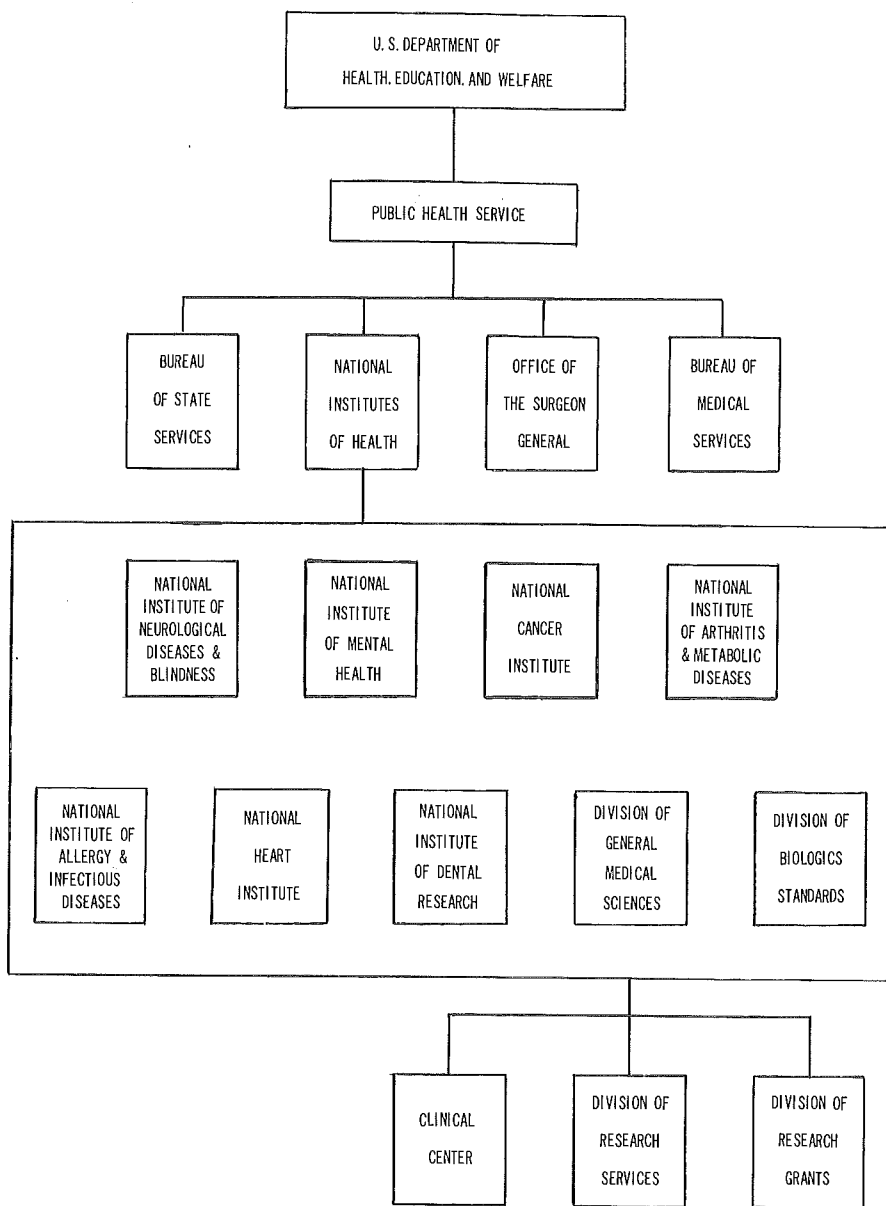
The influence of aging on the person's social attitudes, value systemic and other established mechanisms of adaptation, socio-economic background of psychiatric problems in the aged; community problems; problems of retirement, changed family relationships.

したが、皆さんの御参考になることがあれば幸いです。余り長くなりましたのでこの辺で私の話を終ります。御清聴を感謝します。

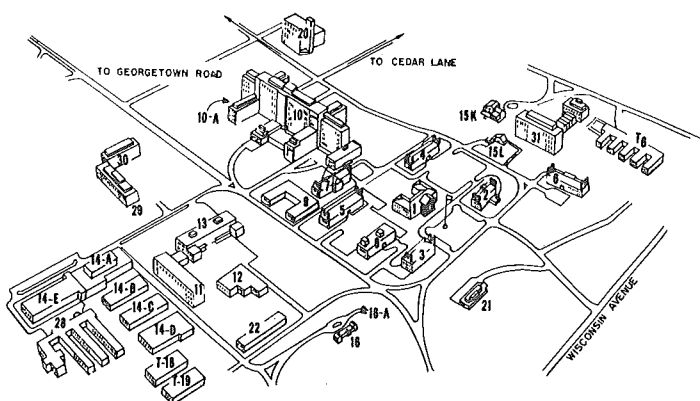
(あとがき。この講演は昭和36年10月、当研究所の

第2回医学科研修のさい、秋元教授に特別講演を御願ひし、あとで直接これに手を加えて載いたものである。御多忙中のところ有益な御話をして載いた教授に厚く御礼申し上げます。 加藤)

附図 第1図 合衆国国立精神衛生研究所の機構

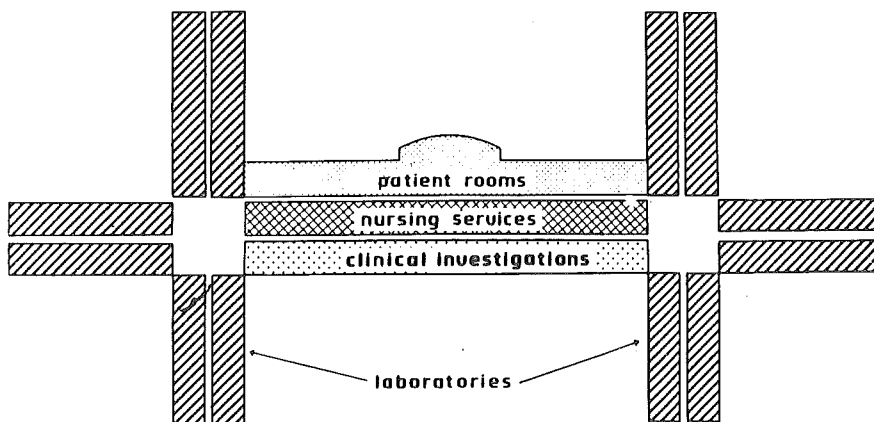


附图 第2図 合衆国国立精神衛生研究所の全貌



- | | |
|---|---|
| 1 Administration | 13 Laundry, supply, central services |
| 2 Dental, arthritis and metabolic research | 14A-E Animal production |
| 3 Heart, arthritis and metabolic research | 15K Wilson House—civil service examiners |
| 4 Arthritis and metabolic research | 15L Top Cottage |
| 5 Allergy and infectious diseases research, biologics standards | 16 Stone House—general medical sciences |
| 6 Cancer research | 16A Offices |
| 7 Memorial Laboratory—allergy and infectious diseases research | 20 Apartment house (quarters) |
| 8 Neurological, allergy and infectious diseases research; biologics standards | 21 Isotope laboratory |
| 9 Neurological, mental health research | 22 Grounds maintenance building |
| 10 Clinical Center | 28 Animal hospital—kennels |
| 10A Surgical wing—new construction | 29 Biologics standards |
| 11 Boiler plant | 30 Dental laboratories—new construction |
| General utility, central services, storage | 31 General office building—new construction |
| | T6 Offices (grants and fellowships) |
| | T18 Offices (mental health research) |
| | T19 Offices (cancer research) |

第3図 臨床センターの病室及び研究室配置



アメリカにおける心理療法研究の一側面

— 学習理論にもとづく展開とその問題点[※] —

佐 治 守 夫⁽¹⁾

(精神衛生部)

少くとも私のうけた印象の限りにおいて、アメリカにおける——特にカリフォルニアにおける——心理療法の実践者たちは次の点に主な関心をはらっているといえる。すなわち、自らの治療場面における一つ一つの行動が、心理療法の過程においてどのような意味をもち、どのような影響を相手に与えているかを、より完全に認識し、その上に立って行動しようと試みているといえよう。これは、これまであいまいなままに残されていた治療者の行動の特性へのきびしい追求の姿となってあらわれている。治療者は「影の存在」であるとか、「Ambiguousな存在」であるのが望ましいとか今までいわれてきた。このような考え方の中で、明確に追求されることの少なかった、治療者の患者への影響を、より科学的な形でとらえ、そのところみを通じて、行動論的な次元での患者との関係のもち方をうきほりにしようというのである。このような考え方を代表する一つの立場について、少し考えてみたい。

私がとりあげる一つの立場とは、古くDollard, J. & Miller, N. E.⁽⁴⁾のあの有名な“Personality and Psychotherapy” (1950) に始まる学習理論（特に条件反応や強化学習の理論）とその後の展開に根源をおいている一派である。ここで学習理論にもとづく心理療法の考え方の一般論を展開するのは筆者の意図ではない。私の目にふれたかぎりでの最近の主な研究とその動向について、紹介の任を果したいと思うにとどまる。

筆者の見解によれば、心理療法における最も重大な意味をもつ要因は、心理治療者の側の変数である。この治療者の変数は、行動論的、学習論的立場に立って考えるとき、次の仮説にもとづいて明らかにされるであろう。

1. 心理療法は、法則的で、予言可能な、そしてある方向性をもつ過程であり、この治療の過程は、学習の強化理論の枠組の中で、最もよく研究される。

2. 治療過程に影響を与える変数は、強化、統制、調整、再方向づけなど、人間の行動に影響を与えるすべての人間関係の変数と同じ種類のものである。

以上の仮説を承認するならば、ここから、いくつかの、直接的な治療者の行動原理がひきだされてくる。

a. 治療者は、治療状況における中核をなす変数であり、社会的な“強化機械”(social reinforcing machine-Krasner, L. 1955. 1961⁽¹⁾⁽²⁾)である。その強化の方式は、その治療者のうけた訓練とそれまでの経験によってつくりだされる。治療者は自己の行動を、援助を求めている人人との対人関係の中での決定的な要因として用いるように訓練をつんできている人なのである。彼の行動目標は、治療状況の中で、患者に影響を与え、その結果患者の全生活環境をうごかすような、患者の人間的な変革をもたらすことにある。

b. 学習理論の立場からすれば、治療者は、患者におけるある選択された行動変化を生ずる為の、強化の手続と技術を持っているといえる。

c. このような強化過程の効果は、治療者の変数、治療状況の変数、患者の変数の三者が、最も適切な相互作用をもつときに、最大となる。

Eysenck (1952)⁽³⁾ がのべているように、人間の努力の中で、心理療法ほど、その効果についての証拠を欠いているものはない。伝統的に用いられてきた、あいまいな「治療者と患者との相互作用」という概念に、より明確な分析の光をあてて、治療者の変数をはっきりと確認すること、このことが、学習理論にもとづく研究を試みつつある人人の意図なのである。患者の行動に対する影響者として治療者を考えること、この面から心理療法の研究をすすめること、この二つがどのような方向でなされているかを以下にのべてみたい。

(註) 以下にのべる事実は、少くとも私の理解している

※ On the Research of Psychotherapy in America

(1) 心理学

範囲で、個人療法の技法として考えられていることは勿論であるが、それ以上に大きな精神病院での集団療法や、さらには、病棟全体の社会復帰への動きを促進させる方向への活動に応用されていると云ってよいだろう。さらには、このような方向から、心理療法の具体的な事実を究明する一つのいとぐちが与えられるという意味で、心理療法についての研究法と考えることができよう。

近年、特に理論的な関心から、学習理論の立場から心理療法を考えようとする動向がつかまっている。しかしながら、今までの所、学習理論的な接近とよぶものは、進向しつつある治療過程を学習理論の用語におきかえ、再解釈するといった段階に止まっていることが多かった。(Dollard & Miller 1950; (4) Mowrer, 1953; (5) Schaffer & Lazarus, 1952; (6) Shaw, 1948; (7) Shoben, 1949 (8)) 最近の研究は、ややその方向を異にしているといえる。

最近のこの立場でのいくつかの研究は、社会的強化場面で、治療者がもつ知識や学習の技術を用いて、治療状況に働きかける点に、鋭く焦点があわせられてきている。(Bandura, Lipsher, & Miller 1960; (9) Frank 1958, (10) 1959; (11) Krasner (1) 1955; Salzinger 1959; (12) このような研究は、Skinner (1957, 1958) (13) (14) の研究に初まる、言語のオペラント条件づけの面からの接近 (Krasner や Salzinger) に、その入口を見出したと云ってよい。言語のオペラント条件づけにあっては、被験者は、所与の課題としてある種の言語行動を行なはねばならぬ。そして実験者は、注意深く言語並びに非言語的な手がかりを統制することで、被験者の言語行動の中のあらかじめ選択されている部分を強化するのである。被験者は自らは気づかぬうちに、この強化のテクニックによって、ある特定の言語行動をより頻繁に行うようになる。このようなやり方での、言語行動の条件づけは、人間関係の場面での変数を、体系的に究明する主な技術の一つと考えられる。これと同じ原理が、治療関係における言語行動を含む、より広義の行動一般の強化に応用されるに至っている。

心理療法が公式化されてくる歴史をふりかえるとき、患者の役割や特性の研究に重点がおかれていて、治療者の特性に関しては、暖い受容的な人間であるべきだという以外に、比較的とりあげられることが少なかったと思われる。そして精神分析学の影響のもとに、治療者の変数は、教育分析その他の方法によって、彼のパーソナリティのうちで患者に不当な影響を与えるものはとりのぞかれるべきだとする考え方が強いのである。自由連想のやり方にしても、

医者は患者の寝椅子の頭の方にすわり、彼自身を患者からみえないようにする点で、治療者の個性を殺そうとする。治療「関係」ということを強調することで、時には治療状況からおしのけられているとさえみられる治療者であったりもした。Sullivanの「関与しながらの観察者」という立場も、治療者をあまり前面におしだしてはいない。

今ここで問題にしている強化理論の立場からすれば、患者の役割やその個々のユニークさというものは、あまり強調されないこととなる。そしてその半面、治療者の役割や、治療者の患者との相互関係のもち方が重視されるようになってくる。

Rogersは周知のように、クライアントに対する直接的な指示を排し、クライアントのパーソナリティの成長にもとづく自己指示を、その治療原理としている。しかし彼もSkinnerとの論争の中で (Rogers & Skinner 1956) (15) 次の点を認めるのに躊躇してはいない。「クライアント中心療法において、我々は行動の予言、行動に影響を与えること、あるいは、行動のコントロールにさえ深くかかわっている。治療者として、我々はある一定の態度を設定し、クライアントは、このような条件を設定するのに、あまり関与しない。我々は、もしこれらの条件が設定されるならば、ある一定の行動的結末がクライアントに生ずると予言するのである。」

Haley (1959) (16) は、精神分析的な心理療法を「統制的なタイプの治療」と考えている。彼の考える所では、「治療者は、患者との関係の中で生起する事柄をコントロールしなければならない。……そして関係をコントロールする為に、彼と他人との間に生起することについての法則を確立する立場にいないなければならない。」彼は「新しい型の指示療法」と彼がよぶものの例として、Lindner, Rosen, Ericksonなどの治療をあげているのである。

今まで、治療的態度が指示的統制的であることを承認したり公言したりすることは、何かタブーのように考えられてきた。しかし、一回一回の相互反応における意識的な相手へのコントロールの問題はここでしばらくおくとしても、治療的關係が広義のコントロールをもにしていることは、上の二つの引用——少くとも一般的には、患者に対するコントロールを排すると考えられている立場からの引用——から明らかであるだろう。(RogersはSkinnerとの上述の論争において、治療者の目標は、自己指示的、自己統制的なクライアントの態度をつくりだすこと

であるとのべてあり、一方Skinnerは、このような目標の考え方は非現実的であり、患者にはたらく統制的な力は、患者の環境からくるものだと主張している。この点で、Rogersが基本的に、治療を外部からのコントロールによる働きであるとは考えていないことは明らかであるのだが。)そして、更に意識的な治療者のコントロールの存在しない場合でも、クライアントは一回一回の相互作用の中で、治療者の行動による統制を結果的にうけていることは認めねばなるまい。

このような立場に立って考えるとき、心理療法の過程に対する研究は、治療者の意識的、無意識的、あるいは意図的、無意図的な働きかけと、それに対するクライアントあるいは患者の反応の、操作的な言葉での解明に向けられることとなる。治療者の理論的立場が、上述の学習理論、強化理論にもとづくものであるにせよ、あるいはそれを否定する立場に立つにせよ、少なくとも、治療活動が何等かの形で相手に影響を与え、コントロールを与えていることを認める限り、このような研究方向及びその価値は承認されるであろう。

このような研究の対象となる治療の変数は、大きく別けて次の三つになると思われる。①治療者の特性に直接関係する変数、②状況の変数、③治療者とクライアントの相互作用の変数、の三者がそれである。そのうちで、ここでは主として治療者の特性についての研究をとりあげてみたい。これは更に次のいくつかの領域に区別できる、(1)治療者の個人的な特性——たとえば、性、社会的地位、権威、及びそれらを含んでより一層心理学的な意味での、パースナリティの特性、(2)治療者のもつ役割についての考え方、たとえば治療者のもつ価値感や倫理感。これには、治療者のうけてきた公式及び非公式の教育や訓練が大きな意味をもってくる。(3)治療者が用いる特殊な治療技術。状況の変数というのは、治療(相互作用、強化)が生起する環境的な条件、雰囲気などである。相互作用とは、①及び②の条件とクライアント側の特殊な条件との相互の関聯を特に考慮しようとする際の変数である。

治療者の特性

今までの無数の文献は、理想的な治療者のパースナリティについての、数多くの特性をあげてはきたが、実際の治療場面に既して、治療者のパースナリティが患者の行動に影響するあり方について研究したものは少ない。

このような研究の多くは、治療者のパースナリティ特性、例えば「暖かさ」「葛藤」あるいは「不安のレベル」と、患者の行動の諸側面、例えば「治療の継続」や「敵意の表明」との間の、相関関係についての内容分析である。(Bandura, 1956; ⁽¹³⁾Cutler, 1958; ⁽¹⁴⁾Fiedler, 1953; ⁽¹⁵⁾Ford, 1959; ⁽¹⁶⁾Hiler, 1958; ⁽¹⁷⁾Parloff, 1956⁽²⁰⁾)

対人関係における相手への影響を研究する他の道は、言語的オペラント条件づけの方法である。このアプローチは、諸変数を操作しうる利点を持ち、その結果の解釈にあたって、心理療法の研究に常に伴っている類推や推論の余地をあまり含まない点で、内容分析よりも一層建設的な研究方法であるといえる。

言語的条件づけの研究は最近数多くなされている。その多くは、直接心理療法の場面を扱っているのではないが、治療者の変数を研究する上で多くの示唆を与えるものといえる。たとえば Ferguson と Buss (1960)⁽²¹⁾は、Binder達 (1957)⁽²²⁾の行った研究にもとずいて、被験者に敵意や攻撃的な言葉を条件づける際の、実験者の側の変数を研究した。被験者の敵意的な表現を増大するのに役立つものは、今まで形式的、外面的な特性として意味があると考えられていた実験者の性的な区別ではなくて、実験者における攻撃的な特性であった。そして Ferguson 達及び Binder 達の二つの研究に共通して、実験者の身体的特徴もみのがすことができないことが分った。しかし Matarazzo 等 (1959)⁽²³⁾の研究では、年齢、職業的背景、言語的条件づけに際しての態度が異なる二人の実験者の影響が、明らかに見られてはいないことが指摘され、上の研究と反対の結果がでている。

Krasner 達 (1960)⁽²⁴⁾はこれらの研究を拡大して、二つの仮説を検討しようとした。三人の実験者のうち、二人は Ph. D をもつ男子で、一人は A. B の女子であった。仮説の一つは、被験者が異っても、同じような言語的条件づけの結果が得られるであろう、というもので、これは、この三人の実験者に共通して、強化の手続によって被験者の情緒的な言葉の使用態度が増加するという結果から実証された。しかし、女性の実験者の場合は、その増加が統計的に有意とはいえなかった点に問題は残る。第二の仮説は、実験者が異っても、被験者の条件づけ形成の仕方と、その被験者の人格特性との相関は、同じような形であられるだろうということであった。パースナリティ・インベントリイを用いて測定された人格特性と、その被験者の条件づけ形成との間の有意な相関

は、実験者に関係なくたしかめられた。この実験においては、実験者の評判、性、パースナリティなどを明確に分離して、その影響を確認するところまでは至っていなかった。

この方向で興味のある研究は、Sapolsky (1960)²⁵⁾の行ったものである。彼は、相手を包みこもうとする欲求、統制しようとする欲求、愛情を得ようとする欲求の三つの対人関係における欲求の程度に応じて、互いにあい補いあう人間関係と、互いに反撥しあう人間関係を考える。パースナリティ・スケールによって、これらの諸欲求のあり方を測定し、その結果から、補いあう実験者と被験者の組み合わせと、反撥しあう実験者と被験者の組み合わせをつくらせた。この両方で、言語的条件づけをしらべると、条件づけの形成の初期の曲線は、両方で変りはない。しかし、この初期の上昇が継続するのは、前者の場合のみであって、後者の反撥しあう組み合わせでは、むしろ下降をさえ示す。しかし、この後者の組合せでも、実験者が同室しなくなる消去場面の最初には、急激な上昇を示すのである。Sapolskyはこの結果を解釈して、お互いが反撥しあう人間関係では、影響をうける側の個人は、自分の好みぬこの相手がもはや手近になくなるまでは、自らのうけた影響の表出を抑制すると考えた。第二の実験は、被験者が実験者を好きになれるという期待をもっている時には、その組み合わせでの条件づけが、そうでない組み合わせの場合より急速に、そして有意に形成されることを示すものであった。

心理療法の場面で、単に「ウンウン」とうなづいたり、簡単なあいづちをうったりすることが、患者のその際の言語内容の発展を強化しているという事実は、色々の実験でもたしかめられていることである。これはもっとも単純な、言語的条件づけの実際の場面である。さらには、ある特定の内容（例えば夢の話題）に治療者が関心を持ち、そのことに注意して話を聞くとき、患者は夢の話を多くするようになるだけでなく、実際にも夢を多くみるようになり、少くとも夢について細く記憶しているようになる。これは言語面での特定の行動の強化が、言語面に限らず、より広い行動の層にも影響を与えるようになることを示すように思われる。(Rogers, J. Maurice, 1960;²⁶⁾その他)

そして、前述のSapolskyの研究は、このような影響をうける過程が、治療者と患者とが、彼のいうみでのあい補う組み合わせである場合、そして患者が

治療者を好きになる期待や構えをもっているときに最も強力に働らくことを示すといえよう。今まで常識的な言葉でいわれてきた、「よいチーム」「悪いチーム」という考え方に、一つの接近の道を広げた研究であるといえる。さらに、この研究は、治療の終了後にまでも続く治療効果のあり方への解明の手がかりを与えるものでもある。チームの相手が存在しなくなった後にむしろ強く表面的にあらわれる相手の影響の問題は、単に治療場面に対してのみならず、問題の相手がいなくなってから、より強くその個人の影響をうけて苦しむようにみえる患者の、病的な機制をも考えさせるものである。

治療者の価値観や倫理観

先にもふれたように、多くの治療者は、行動の統制者、あるいは操作者とよばれることを不快に感じているように思はれる。しかし事実は、好むと好まざるとに抱わず、治療者は、広義の統制者であり、治療場面への影響者なのである。そしてこのような統制や操作という一般的な概念を全く否定してしまうとき、治療活動を含む一般的な人間関係は成立しなくなる。ただここで慎重になされねばならないのは、どのような形で、どのような種類のコントロールや条件設定が、その治療者によってなされているのかという問題の究明である。ここで第二にとりあげる問題は、治療者のもつ人間観や人世観が、どういう形においてであろうとも、相手に対する影響の一つの形として入りこまざるをえないということである。

Sheehan (1953)²⁷⁾とGraham (1960)²⁸⁾の研究は、治療が成功したと認められる患者のロールシャッハ反応が、その中心的なカテゴリーの形で検討するとき、治療者のそれと合致する方向への変化を示しているという点で、類似の結論をだしている。この点の解釈は、治療的人格変化という面を、ロールシャッハテストが、どのように反映するものなのか、患者の健康な方向への推移についてのロールシャッハ指標が、どの程度健康な治療者の個人的な特性と対応するのかを、より明確にたしかめた上で、更に慎重でなければならぬ。しかし大まかにいって、治療者のもつ健康な価値観や倫理感の反映、さらには感情的な特性による影響が、患者にみられることは、承認できるだろう。

Rosenthal (1955)²⁹⁾は、患者の道徳的な価値観が、治療者のもっている方向に近づくことを見出した。Lennard等 (1957)³⁰⁾は、治療の経過にともなって、

患者と治療者との間の言語行動に類似性が増大することを示した。Heine (1953) は、3つの異なる立場の治療を比較した。その際患者の自らの変化についての主観的報告には、本質的な相違はみられなかったが、その変化についての理論的な考え方は、一つ一つの立場によってつよい影響をうけていることが分かった。(Rogers, 1958) (34)

これらの研究は、治療者側からの微妙なコントロールが、種々の面で患者に働きかけていることを示す2・3の例にすぎない。治療者が、自らの価値観や思考方式に患者を引き入れようとする傾向は、色々の理由で避けるべきだと論じられている。意図的に一定の方向に患者の考え方や感情的態度、意見などを統制する試みは、たしかに有害無益であることが多い。しかし上述してきたような形での影響が、現実中存在することは事実として承認せねばならぬ。

Whitehorn (1959) (35) は、この点で更に明確に次のようにいっている。「成功的な治療というのは、より好ましい価値の方向、治療者が人生において価値ありとなすものについての考え方の方向へのみちびきを含む。」広義に考えると、治療理論の選択がすでに、治療者の価値観の反映であり、その立場をとることによって、治療者は患者に働きかけ、影響を与えると見える。治療者にとって、このような自己のおかれている立場をうけ入れ自己の行動が相手にたえず影響を与えていることを認識していることこそ、治療者のもつ倫理的態度であるといえるだろう。治療者が自己の個人的な価値観や倫理観で相手を抱束しようとする意図が問題とされるのは、治療者のもつ影響が、このように重大な意味をもつことの反省に立った上でのことでなければならない。

Skinnerの意見 (Rogers & Skinner, 1956) (36) は、この点で考慮するに価する。治療者自身を治療活動に向うように強化する重要な因子は、治療活動内外における人間行動に影響を与える上での自己の成功感である。治療者はまた特殊な行動理論や心理療法の理論の価値を証明しようと努力し、その結果によって強化されることも多い。このような自己のもつ影響力の誤った使用を少くし、さげうようにする規制力は、心理療法という仕事に含まれる倫理感、人間観そのものである。Skinnerの考によれば、人間の行動が他者によって統制されるという事実、及び統制という事実に含まれる統制者の責任という事実を否定すること自体が、統制の誤用にみちびくのである。統制や規制を否定することは、他の統制力

や規制力にその個人をゆずりわたすことに他ならぬ。もしもある個人が、過剰なそして有害な統制や、過度のデブライベーションの結果として現在の問題となる行動を示しているとするれば、その改善は、ことなる種類の統制や環境的な影響によらねばならない。この点で、Rogersの自己の内にいる成長の力、問題解決への自己指示性の考え方と対立するのであるが、筆者は、自己指示に向う資質の発展を助長する治療関係も、広義の統制的な場であるとみてよいと考えている。

上述してきた所は、治療場面での患者の行動を規制し、強化する一つの変数としての「治療者」について、強化理論の立場からどのように考えられるかを、ながめたにすぎない。この他、治療者のおかれている「地位」や患者が感じている「権威」の問題、治療者のうけてきた「訓練」や「経験」が現実にとどのような異った影響を患者に与えるかの問題、及び治療者の用いるテクニックの問題などが、治療者に直接関係するものとしてとりあげられるだろう。「訓練と経験」及び「技術」についてふれて、もう少し研究の方向及び焦点を明らかにして行きたい。

治療者の訓練と経験

治療者の役割を評価する為の大きな変数は、その治療者のもつ背景並びに特殊な訓練である。どのような形での統制や強化を相手に与えるか、あるいは、どのような形での統制や強化を与えないかといった治療者の「強化行動」の特性は、この訓練や経験によって大きく左右されるからである。訓練は、将来の治療者のもつ治療計画のもち方への意識的なかわりである。この意味で訓練のプランが、治療行動に影響する仕方についての最近の数多くの研究が注目される。(Ashby, Ford, Guerney & Guerney, 1957; (37) Fey, 1958; (38) Holt & Luborsky, 1958; (39) Larkin & Lebovitz, 1958; (40) Strupp, 1955; (41) 1957) (40) 訓練の特殊な流派、職業的な一定の訓練の方式、教育分析の有無、治療者の経験などが、治療者の用いる言語行動やテクニックに関係しており、患者の行動を変える上でどのやり方が効果をもつに至るかに関係するのである。(Strupp, 1960) (41)

訓練の効果についての上述の多くの研究は、強化者としての治療者に組み込まれるインフォメーションがどのようなものであるべきかを明らかにしている。また同時に、この特殊な「強化機械」(治療者)が、自己の内部にフィード・バックのシステムをもち、自己自身の行動をたえず修正しつつあるも

のだということを明らかに示してもいる。このフィード・バックは、患者、他の治療者、及び彼自身の生きた経験によって絶えず行なわれるのである。

言語的条件づけの技術は、訓練が治療者の技術に及ぼす影響についての研究に豊かな見透しを与える。Krasener (1958)⁽⁴²⁾は、被験者が物語りを語る状況下で、実験者によって選択された手がかりの強化によって、その被験者の反応の選択を操作する技術を考察した。あらかじめ選択された一組の言語行動にみられる変化は、実験者の操作による、行動の手がかりの体系的な与え方の函数である。Dinoffその他 (1960)⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾は、この手続きを応用して、色々異なる治療法と対応する種々のカテゴリーの言語行動が、強化の効果を測定しようという形で、測定され強化される実験計画をつくった。彼等によれば、種々な理論的立場は、実験者(治療者)自身の理論的バイアスを明らかに示すような領域での被験者の言語活動を強化するに至るのである。反応の頻度は、実験者の立場から予想される方向に明らかに変化する。この計画にもとづくなら、客観的で信頼性のある、そして言語内容に関係なしに、治療場面での言語反応を操作しスコアする方法が作られることになる。これらの研究の将来の方向は、治療者の行動が、その治療者が与えられる知識や役割のセットの種類に応じて、自由に組み立てられ操作されようようになることである。

このような研究方向はかなり極端に、治療者を治療機械とみる立場であるが、同じ極端さは、Winokur (1955)⁽⁴⁶⁾の立場にもみられる所である。彼は、告白がなされる洗脳の場合と、心理療法のような職業的な場面との類似性を指摘する。更に、心理療法におけるスーパー・バイザーと生徒との関係は、洗脳の一例であると考えられる。不安を軽減するために、囚人は自己の考をかえて、支配者、指導者たちの考にあわせるようになる。訓練状況は、教師であるスーパーバイザーの考や行動にあうように、考や行動を変えるべく半ば強制的に動かされる場面である。彼があげている例は、実験的なものではなく、記録的なものではあるが、その考え方は仲々興味ぶかいものである。

治療者の用いる技術及び手続き

大きく別けて、学習理論にもとづく治療技術としては、反対条件づけ(counter-conditioning)消去、弁別学習報酬法(method of reward)等がある。ここでは反対条件づけについて簡単にのべよう。

反対条件づけ(counter-conditioning)

学習理論からみちびきだされる色々な治療法の中で、反対条件づけの原理は、色々な形で応用されている。Wolpe (1954)⁽⁴⁷⁾, 1958⁽⁴⁸⁾, 1959⁽⁴⁹⁾のReciprocal inhibition (逆禁止)の方法はその代表的なものである。反対条件づけの原理は一般的にいて次のようなものである。「不安反応と両立しがたい強い反応が、不安をよびおこす手がかりが存在する場面で生起するなら、この強い反応が、不安をよびおこす手がかりに結びつくようになり、それによって不安反応をよわめるか、排除するようになる。」

この方法の最初の体系的な応用はJones (1924)⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾によってなされた。動物、毛皮のついたもの、綿、髪の毛、機械仕掛のおもちゃなどをこわがる少年Peterが、その治療対象であった。反対条件づけは、最初はそうでなかったのに次第に恐怖の対象となってきた刺戟物(兎)のいる所で、食物を与えるというやり方でなされた。籠に入れてある兎を、子供が平気で食事がとれる位遠い所にはなして、子供からみえる所におくのが第一段階である。毎日兎は少しずつ子供の近くに近づけられる。たまには籠から出した兎を同じ部屋におく。最後の段階では、兎は食卓や、少年のひざの上にもおかれるようになった。このような効果の汎化のテストでは、以前におそれていた毛皮のついたもの全部を、恐れなくなっていることが発見された。

Shoben (1949)⁽⁵²⁾は、理論的にはWolpeと全く同じ立場での治療原理を呈唱しているが、実際の治療方法は、両者で全く異なる。Shobenによれば、患者は不安をよびおこす刺戟状況について、患者にとって次第次第に肯定的積極的な情緒的な意味をもってくる治療者との人間関係の場の中で考えたり、話したりする。治療過程とは、不安をよびおこす刺戟と治療関係においての安楽な反応とを結合させることである。

この考え方は、反対条件づけによる行動変容理論にあてはまるのだが、それは伝統的な心理療法の枠組の中で考えられており、反対条件づけによる治療の新しい技法は呈示されていない。

Wolpeの場合、この技法の点で全く新鮮である。reciprocal inhibition (逆禁止)と呼ぶ彼の治療法の一部は次の如くである。生活史についてのインフォメーション、面接やテストによる資料にもとずいて、治療者は不安の階層、すなわち、患者が不安になる刺戟のリストを構成する。患者は催眠状態に

おかれ、緊張をゆるめる暗示をかけられる。次に治療者は、前の不安刺戟のリストの中で、最も弱い不安をよびおこす刺戟について思い浮べるように暗示する。患者の安静と安定がゆるがない時、次の段階の不安の刺戟について示唆する。このようにして、不安の手掛りを次第に強いものに変えて、何回かの面接の最後には、究極にある恐怖刺戟を与えても、安静状態がゆるがない状態にまで至らせるのである。この手続きによって、不安や緊張のない安定した反応が、不安をよびおこす刺戟に結合させられるのである。

Wolpeは、この緊張弛緩法の他、確言を与える方法や、性的反応を利用する方法などによって、逆禁止の原則にもとづく多くの治療経験を発表している。彼の解釈によれば、伝統的な治療法における成功は、原理的に、治療者—患者関係において惹起される強い肯定的な反応によって、不安が逆禁止される結果である。

反対条件づけの方法は、ふつう、不安によって動機づけられた回避反応や禁止を除去するのに用いられて効果があるとされているが、時には適応異常を示す接近反応に対しても用いられて成功している例もある。だがこの場合は、今までの所成功例が限られているようである。具体的には、例えばRaymond (1956) (8)のように、フェチシズムの患者に、その蒐集の対象であるハンドバックなどを示す際に、それを見た直後に嘔吐をおこすようにアポモルフィンを投与しておく。条件づけの結果、患者はハンドバックを見ただけで嘔吐するようになり、長年の精神分析療法によっても治療しなかったフェチシズムが完全に除去されたのである。

アルコールリズムの治癒にも同様の手続きが用いられることは、周知の如くであるが、Wolpeは同じような手続きで、強迫神経症の患者の治癒例を報告している。

この他、消去や弁別学習にもとづく方法などについては、ここで触れることをしないが、上述の反対条件づけの方法と同様に、単に伝統的な治療法に対する新しい解釈に止まらずに、技術として新しい途を開こうとしていることに注目すべきである。勿論、これらの方法の限度や、使用上の注意は色々述べられている。前述のWolpeの著書などを参考にしてほしい。

学習理論にもとづく治療についての実践並びに研究は、今ようやく緒についた所である。筆者の見るところでは、この方法は、今まで見過されてきた治療因子の解明に大きな一歩をふみだす刺戟となっている。同時に、治療の実践の場での、治療者の一つ一つの行動への深い反省と考慮をはらわせる資料を呈供するものでもある。この治療原理が、治療者や患者における人間性を見失なわせ、治療場面での深い人間的なつながりの意味を忘れさせるものだという批判は当然生ずるだろう。だが、そのような批判を、初めから承知の上で、このような立場に立つ治療者や研究者たちは、自らの途を歩んでいる。事実、筆者があつた何人かの治療者は、このような方法を用いることができる為には、どれほど深い人間関係を治療者が患者と分かちあわねばならぬかを、筆者に語り、またその実例を示してくれもした。批判は批判としてうけとり、事実は事実としてうけとらねばなるまい。

文

- 1) Krasner, L. The Use of Generalized Reinforcers in Psychotherapy Research. Psychol. Rep. 1955, 1. 19-25.
- 2) Krasner, L. The Therapist as a Social Reinforcement Machine. Mimeo-graphed Paper. 1961.
- 3) Eysenck, H. J. The Effects of Psychotherapy— an evaluation. J. Consult. Psychol., 1952, 16, 319-324.
- 4) Dollard, J., & Miller, N. E. Personality and Psychotherapy. McGraw-Hill. 1950.

献 (引用順)

- 5) Mowrer, O. H. (Ed.) Psychotherapy; Theory and Research. Ronald, 1953.
- 6) Schaffer, G. W., & Lazarus, R. S. Fundamental Concepts in Clinical Psychology. McGraw Hill, 1952.
- 7) Shaw, F. J. Some Postulates concerning psychotherapy. J. Consult. Psychol., 1948, 12, 426-431.
- 8) Shoben, E. J. Psychotherapy as a Problem in Learning Theory. Psychol. Bull., 1949, 46, 366-392.

- 9) Bandura, A. Lipsher, D.H., & Miller, Paula E. Psychotherapists Approach-Avoidance Reactions to Patients Expressions of Hostility. *J. Consult. Psychol.*, 1960, 24, 1-8.
- 10) Frank, J.D. Some Effects of Expectancy and Influence in Psychotherapy. J.H. Masserman & J.L. Moreno (Eds.) *Progress in Psychotherapy*. Grune & Stratton 1958.
- 11) Frank, J.D. The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship: Determinants and Effects of the Therapists' Influence. *Psychiatry*, 1959, 22, 17-39.
- 12) Salzinger, K. Experimental Manipulation of Verbal Behavior: a review. *J. Gen. Psychol.*, 1959, 61, 65-94.
- 13) Rogers, C.R., & Skinner, B.F. Some Issues concerning the Control of Human Behavior: a symposium. *Science*, 1956, 124, 1057-1066.
- 14) Haley, J. Control in Psychoanalytic Psychotherapy. in J.H. Masserman & J.L. Moreno (Eds.), *Progress in Psychotherapy*, Vol. IV, Grune & Stratton, 1959.
- 15) Bandura, A. Psychotherapists' Anxiety Level, Self-Insight, and Psychotherapeutic Competence. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1956, 52, 333-337.
- 16) Cutler, R.L. Countertransference Effects in psychotherapy. *J. consult. Psychol.*, 1958, 22, 349-356.
- 17) Fiedler, F.E. A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Non-directive and Adlerian therapy. *J. Consult. Psychol.*, 1950, 14, 436-445.
- 18) Ford, D.H. Research Approaches to Psychotherapy. *J. Consult. Psychol.*, 1959, 6, 55-60.
- 19) Hiler, E.W. An Analysis of Patient-Therapist Compatibility. *J. Consult. Psychol.*, 1958, 22, 341-347.
- 20) Parloff, M.B. Some Factors Affecting the Quality of Therapeutic Relationships. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1956, 52, 5-10.
- 21) Ferguson, D.C., & Buss, A.H. Operant Conditioning of Hostile Verbs in Relation to Experimenter and Subject Characteristics. *J. Consult. Psychol.*, 1960, 24, 324-327.
- 22) Binder, A., McConnel, D., & Sjöholm, Nancy A. Verbal Conditioning as a Function of Experimenter Characteristics. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1957, 55, 399-314.
- 23) Matarazzo, J.D., Saslow, G., & Pareis, E.W. Verbal Conditioning of Two Response Classes: some Methodological Considerations. *J. abnorm. soc. Psychol.*, in press.
- 24) Krasner, L., Ulmenn, L.P., Weiss, R.L., & Collins, B.J. A Personality Correlates of Individual Differences in Responsivity to Verbal Conditioning as Obtained by Three Examiners. Paper read at West. Psychol. Ass., San Jose, Calif., April, 1960.
- 25) Sapolsky, A. Effect of interpersonal relationships upon verbal conditioning. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1960, 60, 241-246.
- 26) Rogers, J.M. Operant Conditioning in a Quasi-therapy Setting. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1960, 60, 247-252.
- 27) Sheehan, J.G. Rorschach Changes during Psychotherapy in Relation to Personality of The therapist. *Amer. Psychologist*. 1953, 8, 434 (Abstract)
- 28) Graham, S.R. The Influence of Therapist Character Structure upon Rorschach Changes in the Course of Psychotherapy. *Amer. Psychologist*, 1960, 15, 415 (Abstract)
- 29) Rosenthal, D. Changes in Some Moral Values following Psychotherapy. *J. Consult. Psychol.*, 1955, 19, 431-436.
- 30) Lennard, H.L., Calogeras, R., & Hendin, H. Some Relationships between Verbal Behavior of Therapist and Patient in Psychotherapy. *J. Psychol.*, 1957, 43, 181-186.
- 31) Whitehorn, J.C. Goals of Psychotherapy. In E.A. Rubinstein & M.B. Parloff (Eds.) *Research in Psychotherapy*. Amer. Psychol. Ass., 1959.
- 32) Skinner, B.F. *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts. 1957.
- 33) Skinner, B.F. Reinforcement Today. *Amer. Psychologist*. 1958, 13, 94-99.
- 34) Rogers, C.R. The Characteristics of a Helping Relationship. *Personnel and Guidance*

- Journal. 1958. sept 6-16.
- 35) Ashby, J.D., Ford, D.H., Guernsey, B.G. Jr., & Guernsey, Luise F. The Effects on Clients of Therapists Administering, a Reflecting and a Leading Type of Psychotherapy. *Psychol. Monogr.*, 1957, 71, No. 453.
 - 36) Fey, W.F. Doctrine and Experience: Their Influence upon the Psychotherapist. *J. Consult. psychol.*, 1958, 22, 403-409.
 - 37) Holt, R.R., & Luborsky, L. *Personolity Patterns of Psychiatrists*. New York: Basic Books, 1958.
 - 38) Lakin, M., & Lebovitz, B. Bias in Psychotherapists of Different Orientations. *Amer. J. psychother.*, 1958, 12, 79-86.
 - 39) Strupp, H.H. An Objective Comparison of Rogerian and Psychoanalytic techniques. *J.C. onsult. Psychol.*, 1955, 19, 1-7.
 - 40) Strupp, H.H. A Haltidimesional Comparison of Therapist Activity in Analytic and Client-centered Ttherapy. *J. consult. Psychol.*, 1957, 21, 301-308.
 - 41) Strupp, H.H. *Psychotherapists in Action*. New York: Grune & Stratton, 1960.
 - 42) Krasener, L. A Technique of investigating the Relationship betweIn Behavior Cues of Examiner and Verbal Behavior of Patient. *J. (onsult. psychol.*, 1958, 22, 364-366.
 - 43) Dinoff, M., Richard, H.C., Salzberg, H., & Sipprelle, C, N. An Experimental Analogue of Three Psychotherapeutic Approoches. *J. Clinical. psychol.*, 1960, 16. 70-73.
 - 44) Dinoff, M., Horner, R.F., Kurpiewski, B.S., & Timons, E. O. Conditioning Verbal Behavior of Schizophrenics in a Group Therapy-like situation. *J. Clin. Psychol.*, 1960, 16. 367-370.
 - 45) Dinoff, M., Horner, R.F., Kurpiewski, B.S., Richand, H.C., & Timons, E.O. Conditioning Verbal Behavior of a Psychiatric Population in a Group Therapy-like Situation. *J. Clin. psychol.*, 1960, 16, 371-372.
 - 46) Winokur, G. "Brain-washing" — a social phenomenon of our time. *Hum. Organization*, 1955, 13, 16-18.
 - 47) Wolpe, J. Reciprocal Inhibition as the Main Basis of Psychotherapeutic Effects. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1954, 72, 205-226.
 - 48) Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford Univer. Press, 1958.
 - 49) Wolpe, J. Psychotherapy based on the Principle of Reciprocal Inhibition. in A. Burton (ED.) *Case Studies in Counseling and Psychstherapy*. Englewood Cliffo, N.J.: Prentice-Hall, 1959.
 - 50) Jones, Mary C. The Elimination of Childrens' Fears. *J. Exp. Psychol.*, 1924, 7, 382-390.
 - 51) Jones, Mary C. A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter. *J. Genet. Psychol.* 1924. 31. 308-315.
 - 52) Shoben, E. J. Psychotherapy as a Problem in Learning Theory. *Psychol. Bull.*, 1949, 46. 366-392.
 - 53) Raymond, M.S. Case of Fetishism Treated by Aversion Therapy. *Brit. Med. J.*, 1956, 2, 854-857.

定例研究会報告

研究所全研究部による全体的定例研究会については、いままでこの紀要に紹介されたことがなかったので、この際簡単に紹介を試みたいと思う。

この研究会(特別の固有名を持たない)は毎週1回2時間をあてられている。現在は毎金曜の午後2時から4時が原則となっている。この集會に発表される内容はきわめて多様であって、研究所員の個人あるいはグループによる研究の成果やその計画の発表、治療的研究の行われたものについての症例報告、ある領域の文献的研究、各種学会に発表する研究報告の予行、所外研究者を招待しての特別講演などである。

昭和34年から昭和36年の夏までの間は、各研究部が順に報告を担当する方式であった。そして隔週は症例報告を中心とする原則であった。しかしこのままでは、各報告がその場かぎりになってしまったり、研究所の活動から浮き上がってしまうことの危険もあるため、もっとしっかりした現実的な基盤をもった運営を行おうということになった。

こうした考えから作り出された方式はつぎのようである。研究会委員は、研究所紀要編集委員、相談室運営世話人、研修室委員との連携によって、所内研究活動の進行、相談室で治療をつづけている症例の状況、研修室の講義計画とにらみあわせて研究会の計画をつくる。所員の報告は原著論文として研究所紀要に印刷公表する。外来講演者のものは、可能な限り記録して、紀要に載せる。

以下に昭和36年度定例研究会の主な演者と演題を紹介する。(高橋記)

- 4月19日 横山(社会) 多摩全生園における集団面接の経過について。
- 5月10日 下平 児童相談所の現状と展望
- 5月17日 池田(優生) 問題をもつ幼児とその母親の集団心理療法について(精神衛生研究第9号所載)

- 5月31日 小松源助(大阪府精神衛生相談所) 精神衛生における地域組織の問題
- 6月14日 岡田(優生) 病院の社会化について
- 9月13日 鈴木(成人) グループ・スーパーヴィジョンについての一試行(本号所載)
- 9月20日 柏木(社会) F A T (家族適応テスト)について
- 9月27日 洪(台湾大講師) 台湾の精神医学について
- 10月4日 杉山彦一(東京大学神経科) ヨガについて
- 10月11日 竹村(病理) Harvard TATカードにおける標準反応(その1)。
- 10月18日 田頭・鈴木(成人) 症例報告・非行。
- 10月25日 秋元波留夫教授(東京大学) 精神医学関係国際学会より帰りて。
- 10月27日・11月10日 佐治(成人) アメリカにおける精神療法を中心に。
- 11月17日 児童精神医学会予行 小林(社会) "school phobia" 菅野・桜井・湯原・飯田(精薄) 精神薄弱の実態と予後。
精神衛生全国大会発表および提案事項の予行・加藤・中川・玉井・鈴木・横山・柏木
- 11月24日 津金沢・長谷川(国立国府台病院) 症例報告
- 12月1日 菅野(精薄) 精神薄弱の実態調査(本号所載)
- 12月8日 柏木・井上(相談室) 症例報告・非行
- 2月2日 玉井(児童) 吃音児の play therapy (本号所載)
- 2月9日 内村所長 精神医学雑感
- 2月16日 鈴木他 症例報告・学校で落ちつきのない子ども。
- 2月23日 池田・柏木 治療的ソーシャルクラブ(本号所載)
- 3月2日 加藤・中川 社会的態度と治療的態度の関連について(本号所載)

P S W セ ミ ナ ー

P S W セミナーは、当研究所のサイキアトリック・ケースワーカーと研究生の研究発表の場として毎週月曜日午後1時半より3時半迄の2時間守られ、サイキアトリック・ソーシャル・ワークの発展に貢献したところ大である。

今年度のセミナーの内容は、研究発表、読書研究、事例研究であり、その主なるものを挙げると次の如くである。

研究発表

- (1) 日本社会事業大学助教授 仲村優一氏「機能主義ケースワークと非指示的カウンセリングの理論及び技術上の類似点と相異点」
- (2) 国立国府台病院 村瀬孝雄氏「非指示的カウンセリングの理論と実際」
- (3) 海上自衛隊第2海佐 平賀孟氏「海上自衛隊心理適性班のP S W的働きについて」
- (4) 国立精神衛生研究所員「ケースワーカーの自己確認」、「自己決定原理」、「P S W用語の研究: 適応、転移、洞察、解釈等」、「学校恐怖症」、「心理劇的グループ・スウパービジョン」、「パーソナリティ理論より見たサイキアトリック・ソー

シャル・ワークの基礎理論体系」等々。

読書研究

- (1) G・ハミルトン (仲村優一訳)「ソーシャル・ケースワークの理論と実際」
- (2) H・パールマン (松本武子訳)「ソーシャル・ケースワーク (別冊“グレイソン氏とホイットマン夫人のケース”)」
- (3) H. Aptekar, Dynamics of Casework and Counseling.
- (4) F・P・Biestek, The Casework Relationship.

事例研究

ケースレコードやテープレコードを使用し多面的にその面接過程、診断、治療、終結を研究した。これは智識と経験とのキャップをうめることに役立ったと考えられる。

以上の如き内容のセミナーが持たれたが、P S W 以外の参加者が少なく、その研究がややもすると一方的になる危険性があったので、このセミナーがよりよく成長するために他の専門職の方々の参加が期待される。(鈴木記)

《図書室だより》

昭和31年に現在の図書室が増築されてから6年の歳月を経た。真新しかった閲覧室の壁や天井は大分煤けてきたが、がらんとしていた書庫にはだんだん図書が増えて、現在では約6,000冊に達している。外国刊行物 約2,700冊、国内刊行物 約2,200冊、文献パンフレット類 約1,100冊である。外国雑誌は、106種、国内寄贈交換雑誌は 183種に及んでいる。

昭和27年の創設以来、WHOの技術援助により、毎年 約1,000ドルの精神衛生関係の図書が寄贈されていたが、昭和34年より一応中止の状態になった。その為、昭和35年よりそれまでは30万円だった図書購入費を、約60万円計上して収書にあたっている。しかし、これだけの額では、広範囲にわたる精神衛生関係の充実した図書の収集は困難であり、少くとも、年間 200万円の図書購入費が必要な状態である。

現在の図書の収書領域は、精神医学、心理学、社会学、ケース・ワーク等であり、図書の分類は、基本的にはNDC（日本十進分類法）を使用しているが、更に専門的な分類を必要とする場合には、新しい記号を補充し、当研究所独自の方法で分類を行っている。主な分類は、精神衛生、精神医学、児童精神医学、精神療法、精神身体医学、生理学、神経学、遺伝生化学、ケースワーク、社会福祉、教育、社会学、社会心理学、パースナリティ、精神分析、異常心理学、児童心理学、心理テスト、心理学一般等である。

蔵書の特徴は、精神衛生そのものが、各分野に関

係があり、先にあげた分類にも示されるように、広範囲にわたっているため、その蔵書内容も、各領域に及んだ巾広いものと云える。

外国雑誌の受入れは、アメリカが最も多く、次いで、イギリス、ドイツ、フランス、ソヴェト等があるが、その他、中華民国、フィリッピン、台湾からの受贈も、ごく僅かではあるが受入れられている。これら、アジア諸国で刊行されている雑誌の交換は、今後力を入れて収集しなくてはならぬ問題を含んでいる。尚、現在継続中の購入外国雑誌は、後の附表の如くである。(数字は購入開始の年)

昨年暮より精神衛生関係の研究論文を各研究者に寄贈を依頼して、その収集にあたっている。それらは貴重な資料として、長く保存し今後の精神衛生研究に役立ててゆく方針である。これは各関係研究者の援助なしには出来ぬので、今後とも多大の御協力をお願いしたい。

将来は複写、マイクロフィルムの設備を備え、外部の研究者にも公開し、又、各医学図書館、その他の図書館との複写による資料交換の便宜も計らなくてはならないが、現在では設備や人員の点からも、とても不可能な状態である。

精神衛生という学問上からも、将来精神衛生センターとしての使命をもっている図書室の果す役割は大きく、且重大なもので、これらは早急に行わなくてはならぬ問題である。(乙骨記)

List of Foreign Periodicals

- | | |
|--|--|
| 1) Acta Paedopsychiatrica. 1953— | 11) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1949— |
| 2) Archives of General Psychiatry. (Archive of Neurology & Psychiatry) 1954— | 12) Bulletin of the Menninger Clinic. 1953— |
| 3) American Journal of Human Genetics. 1954— | 13) Child Development. 1954— |
| 4) American Journal of Mental Deficiency. 1954— | 14) Confinia Psychiatrica. 1958— |
| 5) American Journal of Orthopsychiatry. 1948— | 15) Counseling Psychology. 1954— |
| 6) American Journal of Psychiatry. 1954— | 16) DAEDALUS. (Journal of the American Academy of Arts and Sciences) 1960— |
| 7) American Journal of Sociology. 1954— | 17) Educational and Psychological Measurement. 1954— |
| 8) American Psychologist. 1953— | 18) Eugenics. 1954— |
| 9) American Sociological Review. 1954— | |
| 10) Annals of Human Genetics. 1952— | |

- 19) Excerpta Medica: Neurology and Psychiatry. 1952—
- 20) Group Psychotherapy. 1960—
- 21) Human Relations. 1953—
- 22) International Journal of Group Psychotherapy. 1951—
- 23) International Journal of Social Psychiatry. 1955—
- 24) Journal of Abnormal & Social Psychology. 1947—
- 25) Journal of Clinical Psychology. 1946—
- 26) Journal of Consulting Psychology. 1946—
- 27) Journal of Health and Human Behavior. 1960—
- 28) Journal of Mental Deficiency Research. 1957—
- 29) Journal of Mental Science. 1960—
- 30) Journal of Nervous and Mental Disease. 1954—
- 31) Journal of Personality. 1952—
- 32) Journal of Projective Techniques. 1949—
- 33) Journal de Psychologie Normale et Pathologique. 1957—
- 34) Journal of Psychosomatic Research. 1959—
- 35) Journal of Social Work. 1956—
- 36) L'Encephale. L'Hygiène Mentale. 1952—
- 37) Mental Hygiène. 1952—
- 38) Nervenarzt. 1960—
- 39) Praxis der Psychotherapie. 1959—
- 40) Psychiatric Quarterly. 1949—
- 41) Psychiatry. 1954—
- 42) Psychiatrie, Neurologie and Medizinische Psychologie. 1960—
- 43) Psychological Abstracts. 1954—
- 44) Psychological Bulletin. 1951—
- 45) Psychological Review. 1953—
- 46) Psychologische Forschung. 1954—
- 47) Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1949—
- 48) Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance. 1956—
- 49) Social Casework. 1954—
- 50) Social Service Review. 1957—
- 51) Sociological Review. 1954—
- 52) WHO Chronicle. 1958—
- 53) Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 1951—

所員研究業績一覽

ポリグラフによる神経症性不眠の生理心理機制に関する研究

(第58回日本精神神経学会総会,

1961年4月)

中川四郎, 遠藤四郎 他(慈大神経科)

神経症殊に神経質(森田)の不眠について、入眠より翌朝の覚醒まで脳波、心電図、手掌手背のGSR、呼吸、眠球運動、等を終夜連続的に同時記録を行い、眠睡の生理的経過をとらえ睡眠経過図を作製し、これと翌朝覚醒後の自覚的睡眠状態とを比較し、これを正常者、うつ病者の睡眠と比較検討した。なお心理学的検査・精神医学的面接を通じてその心理的側面の把握に努め、不眠の生理心理機制について研究した。

その結果正常健康者ではポリグラフによる睡眠の状況と主観的睡眠との間にかなりの並行関係を示すが、神経質の不眠ではポリグラフの経過図上では正常者に近いpatternを呈するにもかかわらず、主観的な面でかなりずれを生じ、入眠時間を長く、全体の睡眠時間を短く判定していることが多い。うつ病ではポリグラフ上で明かに不眠があり、それに一致した不眠感を訴えている。この神経質症における実際の睡眠と睡眠感の間のずれは、患者の心理機制、性格構造などと関係している。なお神経質性不眠の患者にこのポリグラフによる睡眠経過図を示し、同時に森田療法を行うことによって主観的なとらわれを洞察し、治療上好ましい結果を得た。

千葉県内精神科施設退院患者の実態に関する研究

(千葉県精神衛生第4号, 1961年5月)

松本胖, 加藤正明

昭和34年1月1日以降、千葉県内精神科施設の入退院患者について、個人カードによる調査を行い、昭和34年度の退院患者について報告した。協力施設は19で退院患者総数2,568名(男1,547 女1,021)である。性別年齢別にみると、全般的には20代が33.0%で最も多く、30代が23.1%にこれに次ぐ。男性では25~29才、女性では20~24才が最も多い。住所別では千葉県52.9%, 他都県40.0%。病類別では精神分裂病57.2%, 躁うつ病9.7%, 中毒精神病9.0%, 神経症8.6%の順。退院時の軽快以上の改善率は、躁う

つ病85.5%, 神経症80.5%, 精神分裂病79.4%などであった。精神分裂病の薬物療法ではクロルプロマジンが63.4%で最も多く、衝撃療法は13.6%となっている。

産業カウンセリングのあり方

—精神医学の立場から—

(産業カウンセリング読本, 日本産業訓練協会, 1961年12月)

加藤正明

心の健康, 身体の健康

(実業之日本社, 1961年12月)

加藤正明

川口市特殊教育振興のための若干の提案

—青木小学校特殊学級1字間の実履から—

(川口市教育研究所研究紀要第21集,

昭和36年4月)

桜井芳郎

青木小学校特殊学級1年間の実践の結果に基き今後の川口市特殊教育振興に関して2・3の点を指摘し提案した。本研究は川口市特殊教育課題研究委員飯高登志夫, 倉林照雄, 中島知と筆者との共同によるものである。

幼児の話し言葉の発達について

—その2, 5才児の話し方についての追跡調査—

(第14回日本保育学会大会昭和, 36年5月)

桜井芳郎

桜井栄子(川口市立舟戸幼稚園)

我々は幼児の話し言葉の発達について研究を進めてきたが、今回は5才児の男児3名女児3名について1年間話すことを追跡的に調査した結果から5才児の話し方の発達の過程を明らかにし幼稚園に於ける言語指導について考察した。

テレビと幼児

—幼児のテレビ聴視調査報告—

(埼玉教育14巻6号, 埼玉県教育研究所, 昭和36年6月)

桜井芳郎

石山幸子(川口市立舟戸幼稚園)

最近のテレビの普及はめざましくマス・メディアとして、はたす役割は人々の生活に多くの影響を与

えている。我々はテレビが幼児の生活にどのような影響を及ぼしているかについて小学校低学年児童、幼稚園児を調査し、多くの幼児がテレビに興味と関心をもっていることを明らかにし、その対策につき論じた。

精神薄弱児童相談の現状と問題点

(第9回日本社会福祉学会大会,
昭和36年9月)
桜井芳郎

精神薄弱児童相談の現状を分析し、問題点を明らかにし相談のあり方を論じた。

精神薄弱相談に於ける診断規準と方法の問題

(第2回日本応用心理学会相談部会大会,
昭和36年10月)
桜井芳郎

近来、精薄相談は盛んになってきたが、未だ充分なる診断の規準と方法は確立されていない。精薄者の知能障害の程度と特徴に関して診断を行なうだけでは不十分であり、精薄の原因と現在迄の生育の過程を明らかにし精薄者を総合的多面的な全人格的に診断を行なわなくてはならないことを論じた。

精神薄弱相談とその予後について(その1)
(第28回日本応用心理学会大会,
昭和36年10月)
桜井芳郎

国立精神衛生研究所附属精相談室に來所し 衛生した精薄児534名について相談理由、年齢、知能程度を中心に考察し、予後調査の結果から彼等の社会適応の状況などについて述べた。

国立精神衛生研究所精神衛生相談室に來所した精薄児の実態とその予後についての観察
(第2回日本児童精神医学会総会,
昭和36年11月)

菅野重道、桜井芳郎、湯原昭、飯田誠
精神衛生研究所附属精神衛生相談室に來所した精薄児534名について妊娠中の障害、出産時障害、幼少時の疾病、歩行、言語及發育の遅滞、障害などを同時期に來所した問題児と比較考察し予後調査の結果から親の態度、考え方などについて述べた。

養護学校を卒業した精薄児の社会適応状況についての調査
(第2回日本児童精神医学会総会,
昭和36年11月)

菅野重道、湯原昭、桜井芳郎、飯田誠
養護学校を卒業した精薄児が社会に対しどのように適応し、また社会からどのように受け入れられているかについて市川市の某養護学校卒業生に予後調査を行なった。

分娩様式の児の發育に及ぼす影響について——出産時障害と精神薄弱
(第96回日本産科婦人科学会東京地方会
シンポジウム, 昭和36年9月)

菅野重道
抄録 臨床婦人科産科第15巻第12号, 1027~1030.
昭和36年12月10日 医学書院

精神薄弱児童相談の現状と問題点
(第9回日本社会福祉学会大会,
昭和36年9月)
桜井芳郎

精神薄弱相談に於ける診断規準と方法の問題
(第2回日本応用心理学会相談部会大会,
昭和36年10月)
桜井芳郎

精神薄弱相談とその予後について
(第28回日本応用心理学会大会,
昭和36年10月)
桜井芳郎

児童神経症——症候論的側面
(第2回日本児童精神医学会総会シンポジウム, 昭和36年11月)
菅野重道

国立精神衛生研究所精神衛生相談室に來所した精神薄弱児の実態とその予後についての観察
(第2回日本児童精神医学会総会,
昭和36年11月)

菅野重道、桜井芳郎、湯原昭、飯田誠
養護学校を卒業した精神薄弱児の社会適応についての調査

菅野重道、飯田誠、桜井芳郎、湯原昭
ケースワーク・スウパージョンの一試行
(日本社会福祉学会第9回大会, 1961)

鈴木浩二
心理劇的グループ・スウパージョンの理論と実際
(精神衛生研究第10号, 1962)

鈴木浩二

心理療法における治療者—患者関係—精神分析的集団心理療法における—
(精神分析研究, 7巻6号,

1961年発行)

池田由子

集団心理療法の研究(第一報)問題児とその母親に対する集団心理療法

(精神衛生研究, 第9号, 1961年)

池田由子

共同研究者: 小泉英二, 中山和子, 坂村裕美, 渡辺静子, 藤島輝子, 山内朋子, 五十嵐睦, 川合信子, 小林旦子, 和田季子, (東京都教育研究所)

問題児の発見と治療房刊

(霧田静志編, 黎書, 1961年)

集団心理療法の研究

第一報—第五報, 池田由子

共同研究者: 小泉英二, 中山和子, 藤島輝子, 坂村裕美, 川合信子, 山内朋子, 野村東助, 古沢頼雄, 小林旦子, 五十嵐睦(東京都教育研究所)第25回日本心理学会, 早大, 1961年.

東京都教育研究所三鷹分室において1960年来行った反社会的並びに非社会的行動問題をもつ幼稚園児と学童の遊びを中心とした集団療法と, その母親達の話し合いを中心とした集団療法について, 主として(1)幼児のplay group therapyの経過とその効果(2)母親集団の治療過程(3)学童集団のgroup dynamics(4)治療を障害する各因子について(5)治療者の遭遇する諸問題等を分擔して報告した。尚これらの集団療法の結果は東京都教育研究所報告(1961年度), また問題児のデイ・キャンプの報告は同(1961年度)にも報告されてある。

集団心理療法(解説)

池田由子

WHO精神科看護委員会の紹介, —これからの精神病院シリーズ9, 松沢病院医局研究会発行1961年.

治療社会クラブの研究

(精神衛生研究第10号, 1962年)

池田由子, 柏木昭, 窪田睦子

(基督教社会館) 古沢昭子(YWCA)

家庭裁判所と家庭相談所による協働ケース処理

(家族問題研究会, 1961年3月)

田村健二, 田村満喜枝他

東京家庭裁判所の家事事件について, 更に浅草寺相談所で調停中継的に相談を行い, 協働により効

果をあげた実際例を解説し, 今後こういった処理方法について示唆を与えたもの。

妻の結婚生活に対する情緒的期待の臨床的研究——マリッジ・カウンセリングに現れた娘(妻)と父母の関係——

(精神衛生研究, 9号, 1961年7月)

田村健二, 田村満喜枝

マリッジ・カウンセリングにおいて最も問題とされる夫婦の人間関係の中, 特にここでは妻の, 夫に対する期待及び妻自身に対する期待について, カウンセリングの実際の過程から分析した。結論的には, 前者の期待は5つの型に, 後者の期待は3つの型に分かれ, それぞれその期待の発生過程を生家での両親との関係にもっていることが分った。更にこれらを総合して, 原型タイプ, 理想像タイプ, 欠如タイプに分類し, それぞれの特徴, 問題のメカニズム及び調整方法についてまとめてみた。

あなたは誰と結婚しているか——夫婦関係のダイナミクス——

(単行本, 雪華社, 1961年7月)

田村健二, 田村満喜枝

夫婦が相互にもつ期待をそれぞれ5つの型に分け, (1)タイプと問題, (2)娘(息子)時代と結婚への過程, (3)結婚後の問題の発生, (4)問題の調整解決, (5)予防的考察の各項目に従って分析し, その型に属するケースを例証としてあげた。次いでこの夫婦の期待の組合せを, ファミリー・サイクルに従って5つの危機的段階にわけ, 総合的にダイナミックに解説した。最後に相談の利用ということについてふれている。夫婦の情緒的關係への新しい接近を示唆した。

夫婦問題における社会的条件について

(日本社会学会大会, 1961年10月)

田村健二, 田村満喜枝

夫婦それぞれがもつ情緒的傾向を, 原型タイプ, 理想像タイプ, 欠如タイプの各3つに分け, これらの夫婦の組合せである6とおりの型について, 問題発生の場合の主たるメカニズム及び調整方法を分析した。そして特に伝統的家族と近代家族を, 原型, 理想像, 欠如の各タイプと関連させて捉え, 情緒的傾向に及ぼす社会的条件を解明したものである。70ケースによる臨床的研究で, 社会学的方法としては新しい試みである。

夫婦の愛情的期待とその基盤——マリッジ・カウンセリングから——

(愛情の危機—心の健康シリーズ—III,

日本精神衛生会, 1961年10月)

田村健二

結婚相談の問題点

(東京都公立結婚相談所協議会,

1961年11月)

田村健二

結婚相談の実際例をあげながら, 相談について解説し, かつ様々の条件下において, 結婚への準備, そのありかたについて, いかに指導すべきかを論じたもの。

保健所における精神衛生活動の経験

(第9回精神衛生全国大会研究協議会,

1961年11月)

中川四郎, 加藤正明, 玉井収介, 鈴木浩二

保健所における精神衛生活動は精神障害者の早期把握, 在宅指導, アフタケア等に一層関心を持つべきであるが, 保健所の現状はこれに應えるためには技術や人員の上で多くの問題があり, 身体面の業務に追われて一般にこの方面への積極的活動は概して不活潑である。そこで我々は身体的健康管理を重点としている現在の保健業業務の中に, 心身医学的な考を取り入れる方向から始めることが比較的容易であり, 職員の要求度も高いので, まず母子衛生や結核, 成人病対策の中における精神衛生的諸問題を取りあげ, その活動の中で保健婦やソーシャルワーカー等の精神衛生技術の修得訓練に重点をおき, 次第に精神衛生全般への関心を高めることを意図して数年来, 千葉県市川保健所, 神奈川県川崎保健所において研究を行ってきた。活動の重点は乳幼児相談や結核患者の精神衛生的諸問題におかれたが, その他市川市においては昭和31年以来行われている3才児のコンクールに精神発達的面をも審査の対象とし, また精神衛生モデル地区の運営に努力し, 3才児の母親を対象とした精神衛生教育, 保健婦の面接技術の訓練などを行った。また関東地方及び大阪府の保健所を規模別に抽出して, 精神障害並びに精神健康に対する保健婦の態度調査を行い保健所において精神衛生活動を行うための基礎資料の一端したので, これらの成績と問題点を報告した。

産業人の精神健康

(共著, 産業精神健康管理研究委員会編,

精神衛生普及会発行, 35年12月)

横山定雄

産業精神衛生及びその管理について, 問題領域, 対象課題, 管理方法, 管理技術, 管理プログラム, 管理の意義と歴史等について, 共同研究の結果を共

同分担執筆したもの。

人間関係の調整方法

(保健福祉地区組織育成中央協議会発行,

36年3月非売品)

横山定雄

同上協議会より35年度委託研究費により, 各地における地区組織活動のオルガナイザーの活動状況の調査結果から, これらのオルガナイザーのために必要且つ有効と考えられる人間関係調整の方法と技術について, 実例をあげて解説指導しようとしたもの。

地区組織活動の事例

(共著, 保健福祉地区組織育他中央協議

会発行, 36年7月非売品)

横山定雄

地区組織活動の3地区における事例集を3人で分担執筆したもの, 横山の担当は熊本県天草島の事例。

事業場の精神衛生対策

(労働衛生2月号, 労働衛生協会発行)

横山定雄

企業における精神衛生管理の実態

(労務研究4月号, 日本労務研究会発行)

横山定雄

厚生科学研究費による産業精神衛生研究班によって36年2月に全国事業場に対して調査した報告。

ホーソン実験の経過と産業精神衛生

(健康管理9月号, 保健文化社発行)

横山定雄

産業社会学において有名な米国西部電気会社ホーソン工場における長期に亘る実験研究の経過を述べ, 実験から見出された成果の精神衛生的意味と効用を解説したもの。

職場の精神衛生対策

(労災実務通信, 10月, 労働新聞社発行)

都市環境の精神衛生的分析

(都市問題6月号, 東京市政調査会発行)

横山定雄

インスタント食品と家庭の精神衛生

(医療社会事業11月号, 愛知県医療社会

事業協会)

横山定雄

社会事業における人間の研究

(日本社会福祉学会36年度大会, 9月,

北大及北海道学芸大)

横山定雄

専門社会事業は, 社会的問題意識に立つ人間(ソ

シアルワーカー)が対象(ある種の社会的人間)を扱うことになるが、そのような立場と関係は科学的活動としては論理的矛盾を包義していると思われる。という点を分析考察したもの。

家族保健指導について

(公衆衛生看護学会第2回大会, 10月東
京厚生年金会館にて, シンポジウム)

横山定雄

保健婦による家族保健指導を, 指導するものと指

導を受けるものとの人間関係から考察し, 両者の社会的文化的背景をどのように理解し活用して, 人間(保健婦)が人間(患者や家族)を指導するという場面の信頼関係を導き出すべきであるかを述べた。

産業における精神衛生管理の実態調査

(第9回精神衛生全国大会研究協議会,

11月於大阪市)

横山定雄

前記の実態調査結果を発表した。

所 報

年間主要記事 (昭和36年3月より昭和37年3月まで)

36年3月29日	心理学科第1回研修生修業式举行
4月17日	第3回社会福祉学科研修生開講式
4月26日	開所満9周年記念式並びに精神薄弱部設置被露記念式举行
6月30日	社会福祉学科(第3回)研修生修業式举行
7月24日	研修生宿舍竣工
8月4日	米人ケースワーカーBapoi Balleswall氏来所見学
8月7日	ハワイの精神科医Monroe W.Spoko氏来所見学
9月14日	ケルマン氏来所見学
9月22日	台湾大学講師洪氏来所見学
10月12日	第2回医学科研修生開講式
10月13日	インドネシア人Dr.Abipin、Dr.Mariohusopoの両氏来所見学
10月25日	医学科第2回研修生修業式举行
12月15日	アルゼンチン大統領訪日使節団随員、精神科医 Martopusodo氏来所見学
37年2月1日	第2回心理学科研修開講式
2月14日	毎日新聞論説委員五島真次氏他産経新聞、全社協関係者2名来所、業務、施設見学
3月9日	W.H.Oフェロー、W.H.O事務局員 Teng氏来所
3月22日	心理学科第2回研修生修業式举行

年間人事異動

併任	中川四郎	4月15日付、教科用図書検定調査審議会調査員
	菅野重道	6月1日付、身体障害者雇用審議会専門委員に併任
	内村祐之	10月10日付、精神衛生審議会委員に併任
	笠松章	12月1日付、国立精神衛生研究所優生部長に併任
	内村祐之	精神薄弱者審議議会委員に併任
	〃	〃 臣道審議会委員に併任
	尾村偉久	10月1日付、国立精神衛生研究所々長事務取扱
出張	山崎道子	アメリカ合衆国へ出張(昭和36年6月19日～昭和37年6月18日)
新任	桜井芳郎	4月1日付(採用)
	山内洋子	5月16日付(〃)
	梅垣真理	5月16日付(〃)
	藤田三沙	6月15日付(〃)
	佐々木光司	7月16日付(函館検疫所より転任)
	内村祐之	10月10日付(所長発令)
配置換	山内政栄	6月26日付(厚生省公衆衛生局へ)
退職	小林育子	2月28日付(神奈川県精神衛生相談所就職)

所 員 名 簿

所 長	内 村 祐 之	精神衛生相談室長(併)加藤正明	部 員	坪 上 宏
総務課		心理研究室長 佐 治 守 夫		
課 長	忍 田 貞 吉	部 員	片 口 安 史	精神身体病理部
研修室長(併)	玉 井 政 介	"	田 頭 寿 子	部 長
係 長	柴 田 勲	"	鈴 木 浩 二	中 川 四 郎
"	佐 久 間 栄 二			生理研究室長
係 員	乙 骨 淑 子	児童精神衛生部		高 橋 宏
"	儀 峨 尚 雄	部 長	高 木 四 郎	部 員
"	中 村 政 雄	部 員	玉 井 収 介	小 林 和 子
"	増 田 文 雄	"	山 崎 道 子	優 生 部
"	及 川 正 男	"	梅 垣 真 理	部 長
"	池 田 愛	"	今 田 芳 枝	笠 松 章
"	藤 田 三 沙			部 員
"	佐 々 木 光 司			池 田 由 子
"	吉 川 八 重 子	社会精神衛生部		"
精神衛生部		部 長	横 山 定 雄	斉 藤 和 子
部 長	加 藤 正 明	部 員	田 村 健 二	精神薄弱部
		"	柏 木 昭	部 長
				菅 野 重 道
				部 員
				"
				湯 原 昭
				"
				桜 井 芳 郎
				"
				飯 田 誠
				"
				山 内 洋 子

精神衛生関係学会動向

第58回 日本精神神経学会

1961年4月 岡山大学において

- 1) 仮称シナリオ・テストについての研究
辻 悟 他 (阪大)
- 2) 陳旧性分裂病における薬物療法と生活療法の相関について
多賀谷譲 他 (昭和医大)
- 3) 主要精神病の時代的変遷
桜井図南男 他 (九大)
- 4) 躁うつ病の遺伝臨床的研究
浅野橋一 (大阪医大)
- 5) 社会精神医学—その諸問題ならびに教室を中心とした諸専門協力研究—
村松常雄 (名大)
- 6) 精神薄弱児の精神医学的調査
小泉四郎 他 (岩手大)
- 7) 精神病の集団遺伝学的研究
岸本謙一 他 (名古屋市大)
- 8) 老人の自殺
大原健士郎 他 (慈大)
- 9) 自動車運転士の精神医学的研究
永富公太郎, 甘楽昌子 (慈大)
- 10) 神経症患者とその配偶者に関する研究
保坂智子 (関西医大)
- 11) 麻薬, 静脈麻酔剤, 催眠剤など多元性嗜癮の臨床的研究
青木義治 他 (総武病院)
- 12) 飲酒嗜形成における社会文化的要因について
米倉育男 他 (精治療病院)
- 13) ヘロイン中毒者のパーソナリティについて
関 英馬 (昭和医大)
- 14) 進行麻痺の子後について
牧 豊 他 (千葉大)
- 15) 陳旧分裂病に対するクロールプロマジン療法奏効の子見性について
川口才市 他 (東京医大)
- 16) 分裂病のクロールプロマジン長期投与と再発におよぼす影響
北島省吾, 高橋幸彦 (大阪日生病院)
- 17) 児童精神医学に関する統計的考察
小林秀雄, 生富恒 (大阪市大)
- 18) 離島僻地における精神薄弱児の実態調査成績
川崎ナヲミ, 秋月誠, 吉田治正 (長崎大)
- 19) 最近10ヶ年間の東京都における未成年者の自殺推移について
小貫正之 (東京・本所保健所)
- 20) 幼児期分裂病にみられた特異症状とその自我発達の考察
牧田清志, 小此木哲吾 (慶大)
- 21) 精神病院内における患者の対人行動に就いて
浦島誠司 他 (岐阜大)
- 22) 治療社会における人間関係の研究
蒲生達三, 藤原優, 有田誠 (大阪府中宮病院)
- 23) 精神病質者の生活技術について
辰沼利彦, 大久保康彦 (桜ヶ丘保養院)
- 24) 非行少年の再犯子後に関する研究
樋口幸吉 他 (東大脳研)
- 25) 精神科病棟における犯罪症例の実態
安藤守昭, 加藤芳夫, 井村進一 (東京歯医大)

第10回 日本脳波学会

1961年4月 京都府立医大において

- 1) 新生児の脳波
白橋宏一郎 (国立仙台病院神経精神), 山田千里 (同産婦人科) 木村靖, 平賀旗夫 (東北大神経精神)
- 2) 正常乳児脳波に関する研究
浜本英次, 大田原俊輔, 梶谷喬 (岡山大小児)
- 3) 幼時期における脳波発達の特徴
笠松章, 平井富雄, 伊沢秀而, 馬淵正子 (東大分院神経)
- 4) 小児脳波の局所的差異—2局所誘導波同時分析装置による—
和田豊治, 後藤昭, 福島裕 (弘前大神経精神)
- 5) 小児睡眠波型の年令的差異について
松本胖, 鈴木秋津, 佐々木司郎, 津村庸之助 (国立国府台病院精神神経)

- 6) 後頭部速波の年令的考察
佐野圭司(東大脳神経外), 稲葉美佐子(愛育研究所)
- 7) アナライザーによる“年令と脳波”の研究
稲永和豊, 山内育郎, 堀彰夫(久留米大精神神経)
- 8) 精神薄弱児の脳波からみた脳波と年令の問題
朝倉哲彦(鹿児島大神経精神)
- 9) 非行少年の脳波
谷嘉代子(大阪市大家政) 吉井直二郎(阪大二生)
- 10) 帯域周波数分析による精神薄弱児脳波の研究
江原親也, 赤羽晃(東邦大神経)
- 11) 脳性小児麻痺の脳波
梁井昇, 谷秀雄(九大小児)
- 12) 乳幼児水頭症の脳波
森和夫(京大一外)
- 13) 頭部外傷後遺症の脳波
奥村修三, 西本詮(岡山大一外), 梅田昭正, 貞本和彦(岡山山崎病院脳神経外)

第2回 日本精神身体医学会

1961年5月 東京・虎ノ門共済会館において

- 1) 医師・患者関係における身体化Somatizationの意味について—精神療法の経験から—
小此木啓吾(慶大)
- 2) 精神々経症の身体的自覚症状の研究
工藤義雄, 白石純三(大阪警察病院)
- 3) ヒステリー性しゃっくりの1精神分析例
西園昌久, 志田堅四郎(九大)
- 4) 夜尿症の精神身体医学的研究
竹山恒寿 他(慈恵大)
- 5) 原爆被災者の神経学的小および精神心理学的研究—特に脳波・ロールシャッハ法による—
高山英世 他(京大)
- 6) 神経症患者の脳波
田中邦男 他(九大)

第17回 日本公衆衛生学会

1961年10月 東京・日本都市センターホールにおいて

- 1) 精神障害者の退院後の管理に関する研究
大平昌彦 他(岡山大)
- 2) 精神衛生状態の捉え方についての研究, 学童の精神衛生的状態について
三宅浩次, 斉藤和雄, 後藤啓一(北大)
- 3) 特別講演「人類遺伝学の最近の話題」
座長 吉益脩夫(東京医歯大),
- 4) シンポジウム「精神衛生指導における接近法」
司会 広瀬克己(都衛生局)
1. その原則, 笠松章(東大)
2. 個人指導のあり方, 加藤正明(国立精研)
3. 小集団および地域社会への接近, 安食正夫(東京医大)

第2回 全国公衆衛生看護学会

1961年10月 東京都・厚生年金会館

- 1) シンポジウム 家族保健指導
 - (1) 人間関係と社会学の立場から
横山定雄(国立精研)
 - (2) 乳児死亡に関連して社会学の立場から
波多野榎子(東洋大学)
 - (3) 保健所長の立場から
松井照夫(杉並西保健所)
- (4) 地区家族制度と保健婦業務
篠原信子(高知県大津村)
- (5) 家族保健指導について
前田アヤ(聖ルカ短大)
- 2) 某厚生寮における感染性患者管理とその家族調整について
氏家治子 他(仙台東保健所)

第6回 日本人類遺伝学会

1961年10月 福島市・蚕糸会館において

- 1) 双生児における遺伝学的研究
栗野玄佐武 他(福島医大)
- 2) 所謂犬神憑きの一家系について
- 3) 離人神経症の臨床遺伝学的研究
堺俊明, 津田清重, 長尾澄雄(大阪医大)

第7回 防衛衛生学会

- 1961年10月 東京・日本青年館において
医学的立場より—
藤田恵一 他(中央病院)
- 1) 自衛隊中央病院における精神神経科患者の動態的研究
中村康一郎 他(中央病院)
- 2) 防衛大学における脱落学生の統計的観察—精神
- 3) シンポジウム「看護業務における人間関係」
司会 渡辺君(中央病院)

第25回 日本心理学会

- 1961年7月 早稲田大学において
- 1) ロールシャッハ図版の刺激特性の分析
重野晴子(聖路加国際病院)、田頭寿子、片口安史(国立精研)
- 2) ロールシャッハ図版の刺激特性の検討
片口安史、田頭寿子(国立精研)、金城明子(お茶の水女大)
- 3) ロールシャッハカードの瞬間露出呈示による知覚過程の分析
堀内治世(同志社大)
- 4) ロールシャッハプロットの意味構造の研究
鮑戸弘(マーケティングセンター)、高柳信子(神奈川県中精衛相)
- 5) ロールシャッハテストにおける反応を規定する要因
高橋茂雄(香川大)
- 6) ロールシャッハ反応と自己評価による人格適応の研究
齊藤久美子(京大)
- 7) ロールシャッハテストにおける性反応の実験的研究
黒田健次、村田正次(兵庫県中児相)
- 8) 原爆被災者の臨床心理学的研究、特にロールシャッハテストを中心として
大塚義孝(水口病院)
- 9) 医師に施行したロールシャッハテスト
板谷美代子、大伴茂(関学大)、金子仁郎(阪大)、石川啓(大阪市大)
- 10) Y・G性格検査の性格類型C学級集団構造
桜田光男(東京学芸大)
- 11) 自動車事故多発運転者のパースナリティについて
小野章夫(科警研)
- 12) T, A, Tによる事故運転者の分析
貝沼良行(科警研)
- 13) WISC知能検査と人格検査の関係について
- 14) パースナリティテスト項目の変動性
岩井勇児(名大)
- 15) MMPI標準化のための研究
長塚和弥(埼玉大)、肥田野直、平田久雄(東大)、堀久(都立小石川高)、坪上宏(電々公社)
- 16) 集団ロールシャッハテストについて
中根冬雄、小山国雄(水戸少鑑)
- 17) 集団Zテストに関する研究
酒井靖一郎(千葉少鑑)
- 18) 多肢選択法Zテスト作製のための研究
佐伯克、平嶋夫 他(大分少鑑)
- 19) MAPSテストについて
上芝功博(大阪少鑑)
- 20) 精神分裂病患者のロールシャッハ・プロトコル
久間利昭(国立武蔵療養所)
- 21) ロールシャッハテストによる精神分裂病のテスト、リテストの分析
秋谷たつ子、植元行男(名大)
- 22) T A Tからみた分裂病者の特徴
丸井文男、近藤信義、関根忠直(名大)
- 23) 精神身体症におけるロールシャッハテスト
辻 悟、藤井久和、林正延(阪大)
- 24) ロールシャッハテストにあらわれた森田療法による人格変化の研究
河合隼雄(天理大)、山本昭二郎(大阪市中児相)
- 25) 精神分析治療中にみられる性格防衛と不安の関係について
佐藤紀子(慶大)
- 26) 精薄児の薬物効果に関する比較研究
坂本竜生、高木俊一郎(九州厚生年金病院)
- 27) 精薄児の類型差についての研究
東 正 他(北大)
- 28) 精薄児の移行性

- 堅田明義 (東京教育大)
- 29) 精薄児の機能的類型
天羽大平(日本女大)松島淑恵(武蔵野市教心相)
- 30) 精薄児の学習指導に関する研究
林重政, 坂上ミエ (広島大)
- 31) 精薄児に課した鈴木ビネー法の通過率に関する研究
山田久喜 (近畿大)
- 32) 非行少年のPFTにおける反応転移について
黒田喜久二 (新潟県中越児相)
- 33) 集団TATによる非行少年の臨床的考察
片山卓治 (山口少鑑)
- 34) 男子非行少年のロールシャッハ反応
空井健三 (法務省)
- 35) 非行少年の問題性に対するロールシャッハテストによる研究
打田茉莉 (千葉少鑑)
- 36) 色彩ピラミッドテストによる犯罪者の診断
秋山博之 (福井少鑑), 丸岡暁 (岐阜少鑑)
- 37) 各種テストによる非行少年の性格像
児玉省, 宮本美佐子, 小佐野和子 (日本女大)
- 38) 質問紙法およびロールシャッハ, T, A, T, による問題行動の研究
滝沢清子 他 (都立大)
- 39) 非行児の性格因子のパターン
天野牧夫 (岡山大)
- 40) 性格の類型
宮城音弥 他 (東京工大)
- 41) カウンセリングにおけるReinforcementの役割に関する実験的研究
野村勝彦 (九大)
- 42) カウンセリングの現象学的研究
堀淑昭, 中野渡信行 (明大)
- 43) 短期相談法の試み
深山富男 (京都市児相)
- 44) 矯正施設内におけるカウンセリングの試みについて
砂山延雄 他 (多摩小)
- 45) 事例調査における面接者訓練に関する研究
岡堂哲雄 (家裁)
- 46) 矯正施設における開放的処遇に関する研究
溝上瑞男, 久保松喜信 他 (中野刑)
- 47) 少年院における心理療法の問題点
篠田勝郎
- 48) 意識的統御機能低下時の行動の変容
大山正博 他 (東北大)
- 49) 幼児のパーソナリティ発達の追従研究
津守真 (お茶女大), 稲毛教子 (愛研)
- 50) 幼児の自立行動に対する母親の期待度
三宅和夫 (北大)
- 51) 児童の心理療法に関する研究
畠瀬稔 (京都女大), 伊富貴永子 他 (同大)
- 52) 引込思案の子どもの合宿治療に関する研究
平井信義 (お茶の水女大), 野田幸江 他 (愛研)
- 53) 遊戯療法過程分析の一つの試み
二橋茂樹 (大阪府精衛相)
- 54) 児童の心理療法の一考察
円下庄一, 山松質文 (大阪市大)
- 55) 活動集団療法における集団過程の考察
大賀一夫 (福岡学芸大)
- 56) 非行性識別に関する研究
遠藤辰雄 (法務省), 高桑益行 他 (千葉少鑑)
- 57) 非行少年の総合的研究
樋口幸吉 (法務省), 佐藤望 他 (東京医少)
- 58) パースナリティの比較心理学的研究
浅見千鶴子 (お茶の水女大)
- 59) 幼児の役割理解
石井哲夫 (社大), 外林大作 (横浜市大)
- 60) 悩みの調査と性格検査との関係
安宅孝治, 浜口哲郎, 藤沢 (九大)
- 61) 知能とPersonality traitsとの構造的関連性に関する研究
品川不二郎 (東京学芸大)
- 62) Group TherapyのQ-Techniqueによる治療効果
長島貞夫 (東京教育大)
- 63) 集団心理療法の研究
藤島輝子, 中山和子, 坂村裕美, 小泉英二 (都立教研), 池田由子 (国立精研)
- 64) 幼児における心理療法
森脇要 (立大), 多勢豊次 他 (愛研)
- 65) 男子中等少年院において施行したZテストの結果について
清水喜作 (神奈川少鑑)
- 66) 非行少年のロールシャッハ図版に対する好き嫌い選択反応をめぐって
上川路紀久男 (福岡少鑑)
- 67) 集団ロールシャッハテストの継続施行による処遇効果の測定について
猪口照雄 (大分少鑑)
- 68) 集団ロールシャッハテストについて

- 酒井敏夫, 相原嗣夫 (松山少鑑)
 69) 非行少年における新制田中B式とWAISの関係
 斎藤正昭 (函館少鑑)
 70) 非行少年の行動様式と診断

- 中野俊夫 他 (小倉少鑑)
 71) 非行性テスト作成の試み
 大黒美恵子 他 (札幌少鑑)

第20回 日本教育学会

1961年10月 東京教育大学において

- 1) 同一 Mental Age における精神薄弱児と普通児
 の知能構造について
 渡辺源次郎 (岩沼小)
 2) 精薄児の心理療法一少年院での集団心理療法に
 藤本文明 (大阪学大)
 3) 少年非行発生の条件
 山本晴雄 (立大)

第13回 日本教育社会学会

1961年10月 早稲田大学において

- 1) 教師・児童・親の対人関係について
 竜門慶典 (大阪・依羅小), 横田澄司 (京大), 谷
 口仙三郎 (大阪・生野工高)
 2) 非行化のメカニズム
 紫野昌山 (京大)

第34回 日本社会学会

1961年10月 京都大学において

- 1) 価値否定者の問題
 小関三平 (社大)
 2) 団地計画に関する社会学的並びに建築学的研究
 大藪寿一 他 (大阪市大)
 3) 老人の職業について
 笠原正成 (日大)
 4) ホワイト・カラーの仕事における満足
 万成恒 (関西学大), 佐原福藤 (日本電気株)
 5) 看護の社会学
 米山桂三 (慶大)
 6) 都市家族におけるマス・コミュニケーション
 星永俊, 高橋勇悦 (東北大)
 7) 正常・異常の概念について
 柴野昌山 (京大)
 8) 生存否定意志の多発期, その地域性
 近沢敬一 (山口大)
 9) 少年非行の危険判定について
 四方寿雄 (愛知女大)
 10) 窃盗初入受刑者の成行き
 伊福部舜児 (法務省)
 11) 少年院出院者の再犯をめぐる問題
 橋本重三郎 (法務省)
 12) 福祉社会学のための問題設定とその条件
 川崎肇 (東洋英和女)
 13) 相続制の諸形態
 中川喜代子 (大阪市大)
 14) 夫婦問題調整における社会的条件について
 田村健二 (国立精研), 田村満喜枝 (浅草寺相)
 15) 家庭裁判所における扶養事件の傾向
 関野恒司 (徳島家裁)
 16) 家族周期理論に関する2・3の問題
 光吉利之 (阪大)
 17) 岩手県家族集団の家族関係の構造ならびにその
 変動についての統計的研究
 野村一義 (岩手大)
 18) 農村家族における青年の意識と行動
 北村達 (北海道学大)
 19) スラムにおける青少年の実態
 大塩俊介 他 (都立大)
 20) 鉛筆労働者の家族とその社会的性格
 上野忠志, 老川寛, 馬渡巖 (都立大)
 21) 戦後における炭鉱社会の変遷と青少年の人間関
 係について
 田代栄二 (西南女大)
 22) 作業集団におけるインフォーマルな下位集団と
 クリークの態度志向
 西山美瑛子 (香蘭女短大)

第9回 日本社会福祉学会

1961年9月 北海道大学において

- 1) 社会事業における人間の研究
横山定雄 (国立精研)
- 2) 長期欠席児童に関する調査
松本武子 (日本女子大)
- 3) 精薄児の現状と問題点
桜井芳郎 (国立精研)
- 4) 児童ケース・ワークに関する私見
奥山典雄 (岡山県中央児相)
- 5) 少年非行におけるSocial work approach
野坂勉 (警視庁少年課)
- 6) 学習不振児に関する学校ケース・ワークの研究
岡部照子 (京都府立大)
- 7) 家族中心ケース・ワークと日本における適用の意義
橋本孝子 (国立精研)
- 8) 家族診断の研究—家族適応テストについて—
柏木昭, 本村汎, 金森淳 (国立精研)
- 9) グループ・ワークにおけるリーダーシップ
福田垂穂 (明学大)
- 10) スーパービジョンについての1試行—心理劇的グループ・スーパービジョン—
鈴木浩二 (国立精研)
- 11) 医療ケース・ワーカーのパーソナリティ・テストについて
山本武夫 (国立東京療養所), 西村裕 (国立清瀬病院), 坪上宏 (白十守会村山サナトリウム)
- 12) 精神病院におけるソーシャル・ワークのあり方
見浦康文 (岐阜精神病院)
- 13) 異環境双生児法によるHospitalismの研究
宮本実 (北海道学芸大)
- 14) 養護施設の機能的理解とケース・ワーク
大谷嘉朗, 平本善一 (パット博士記念ホーム)
- 15) 公的扶助ケース・ワークにおける世帯と家庭
寺本喜一 (京都府立大)

第14回 日本保育学会

1961年5月 お茶の水女子大学において

- 1) 引込思案の子どもの合宿治療に関する研究
平井信義, 千羽喜代子 (お茶の水女大), 野田幸江 (愛研)
- 2) 人形技法による母子関係
石井哲夫, 田辺敦子 (社大)
- 3) Finger Paintingのなかの人間関係
- 4) 幼稚園におけるカウンセリングの方法
日名子太郎, 多勢豊次 (愛研)
- 5) 幼児保育とサイコセラピー
森脇要, 権平俊子, 榎由美子 (愛研)

第9回 精神衛生全国大会研究協議会

1961年11月 大阪市中之島ビル

- 1) 当所における精神衛生相談について
宝田一郎 (広畑製鉄所病院)
- 2) 修正「コーネル・メディカル・インデックス」による精神衛生的調査
井尻囊次郎, 北川幸司, 井上博, 田中茂, 小谷睦美, 西原まち枝 (松下電器健康管理部), 福島幸雄 (神戸医科大学)
- 3) ホワイトカラーの仕事における満足と不満
萬成博 (関西学院大学)
- 4) 企業における精神衛生管理の実態—労務管理部門から見た—
横山定雄 (国立精研)
- 5) 職場の安全と新生活運動の体験
吉田一重 (日立造船桜島工場)
- 6) シンポジウム, 職場精神衛生の必要とその方法
司会 太城藤吉
- 7) 家族内人間関係の力動性
堀 要 (名古屋大学)
- 8) 遺伝, 胎内障害および幼児の精神衛生
中 修三 (大阪市立大学)
- 9) 3才児の研究—その性格, 心理, 家庭環境, および分類の問題—
鈴木ふみよ (大阪市立大学)
- 10) ソーシャルケースワーカーの見た3才児

- 伊勢田直子（大阪市阿倍野保健所）
- 11) 家庭保育か集団保育か—乳幼児の発達とホスピタリズム—
守屋光雄（立命館大学）
 - 12) 思春期の子どもを中心として
池田数好（九州大学）
 - 13) 結婚と神経症
井村昭三（大阪市立大学）
 - 14) シンポジウム，家庭内人間関係について
司会 池田数好
 - 15) 中学校における生活指導—特に精神衛生をめぐる—
聖沢万吉（堺市立月州中学）
 - 16) 精神衛生と生活指導
中尾治郎吉（大阪府立住吉高校）
 - 17) 学校における純潔教育と精神衛生
黒川義和（京都西京高校）
 - 18) 現在の学校の生活指導に精神衛生の知識・技術を活用する方策—高校の場合—
津留 宏（神戸大学）
 - 19) 青森県下児童生徒精神障害者の実態調査
和田豊治，桜田敏，桜田高（青森県精神衛生協会）
 - 20) 高校生に現われたる精神神経科の症例の検討—教育精神衛生の系列的研究の一つとして—
信藤引，平井宏之（広島大学）
 - 21) シンポジウム，学校における生活指導と精神衛生
司会 天野利武
 - 22) 大阪市における非行少年の生態について—マツピング分析—
山崎富雄（大阪家庭裁判所）
 - 23) 青少年の非行防止について
菅 俊夫（大阪少年鑑別所）
 - 24) 実親の存否の少年非行化におよぼす影響について
光信隆夫（大阪家庭裁判所）
 - 25) 青少年の刺激嗜好品乱用に対する対策
青木義治（総武病院），青木寿（垂水病院）
 - 26) 桃色遊戯にふける女子中学生の非行原因について
片桐キク（大阪府警察本部少年課）
 - 27) 問題少年の短期訓練キャンプについて
和田良知（大阪府民生部）
 - 28) シンポジウム，青少年問題と精神衛生
司会 竹内愛二
 - 29) 精神薄弱児の社会適応性について
森 敏樹（近江学園）
 - 30) 慢性患者の社会復帰の試み
加藤伸勝（松沢病院）
 - 31) 精神病院の作業療法と社会復帰について
桂あぐり，峰村光平（厩橋病院）
 - 32) 精神病院での開放療法の在り方と建設の方法について
佐々木勇之進（福間病院）
 - 33) 地域社会との結びつきによる職業指導と就職退院の経験
神岡芳雄（佐久病院）
 - 34) 精神薄弱児の就職と補導
保木賢雄（大阪市立思育養護学校）
 - 35) 「社会復帰学校」と相談部（Social Service Department）の設立
半沢智恵子（国立武蔵療養所）
 - 36) 治療的ソーシャル・クラブについて
柏木 昭（国立精研）
 - 37) 保健所における精神衛生活動の経験
中川四郎，加藤正明，玉井収介，鈴木浩二（国立精研）
 - 38) シンポジウム，精神障害者の社会復帰について
司会 竹谷政男

精神衛生関係図書文献一覧

(A) 関係図書

- (1) 精神衛生全般に関するもの
- 1) サラリーマンの精神衛生, 谷口清超, 日本教文社
 - 2) 精神衛生入門, 和田豊種編, 創元社
 - 3) 家庭の精神衛生, 堀 要, 黎明書房
- (2) パーソナリティと人間関係
- 4) 青年の心理と生活, 牛島義友, 同文書院
 - 5) 現代心理学の諸問題, 相良守次編, 誠信書房
 - 6) 記憶術 (心理学が発見した20のルール), 南博編, 光文社
 - 7) 家庭の人間関係 (心理学入門講座 6), 兼子宙編, 大日本図書
 - 8) 心理学における科学と偏見, アイゼンク, H・J. 小見山栄一訳編, 誠信書房
 - 9) 個性の診断, 阪本一郎, 佐藤正, 品川不二郎編, 牧書店
 - 10) 人間性の探求, 竹下敬次, 理想社
 - 11) 心理学 (新版) 高木貞二編, 東京大学出版会
 - 12) 性格と才能 (個性をつくるもの), 依田新編, 大日本図書出版
 - 13) 心理学, 大脇義一, 培風館
 - 14) 日本天才児の心理学的研究, 大伴茂, 弘文堂
 - 15) 性格の理論 (性格心理学講座, 1), 戸川行男, 長島貞夫, 正木正, 本明寛, 依田新編, 金子書房
 - 16) 青年心理学要論, 桂広介, 金子書房
 - 17) 人間関係の診断, 阪本一郎, 佐藤正, 品川不二郎編, 牧書店
 - 18) 青年の悩み (心理学入門講座, 4), 依田新編, 大日本図書
 - 19) 人間形成の心理学 (人間変革の条件), 藤野武, 春秋社
 - 20) 不安の克服, 鶴岡冬一, 小壺天出版
 - 21) 青春の生きかた, クローニン, 竹内道之助訳, 三笠書房
 - 22) 人間みな同胞, カズンズ, 鮎川信夫訳, 荒地出版社
 - 23) 発達心理学, ノヴォグロッキー, 渡辺十四生訳, 三一書房
 - 24) 人間変革の記録, 林田茂雄, 青木書店
 - 25) 存在と意識, ルビンシュティン, 寺沢恒信訳, 青木書店
 - 26) 転換期の人間, 山崎謙, 青木書店
 - 27) パーソナリティ, マアレー, 外林大作訳, 誠信書房
 - 28) 心理劇 (対人関係の変革), 松村康平, 誠信書房
 - 29) 現代のヒューマニズム, 務台理作, 岩波書店
 - 30) 学生はどこへいく, 山下肇, 文芸春秋新社
 - 31) 人のこころ, 時実利彦編, みすず書房
 - 32) 心のはたらき (現代心理学への招待), 相良守次編, 大日本図書
 - 33) 人間とは何か, プーバー, 児島洋訳, 理想社
 - 34) 性心理の分析, シュテーケル, 谷崎宗治訳, 新流社
 - 35) 自己の発見, 荻原晃, 東京信友社
 - 36) 青年の問題, 岩波書店編, 同店
 - 37) あたの欲望はどうしたら実現できるか, ライリー, 藤井良訳, ダイアモンド社
 - 38) 文化と性格の諸類型, シュプランガー, 伊勢田耀子訳, 明治図書
 - 39) 若い世代のための悩みの解決, 本明寛, 間宮武, 辰見敏夫, ダイアモンド社
 - 40) 人間なるもの, メニンジャー, 草野栄三郎
 - 41) 人の研究, 貫伝松, アサヒ社
 - 42) 環境の診断, 坂本一郎ほか, 牧書店
 - 43) 不安の研究, 松山義則, 理想社
- (3) 心理測定に関するもの
- 44) 心理学的測定法, 田中良久, 東京大学出版会
 - 45) 人間診断法, 高間直道, 青春出版社
 - 46) ロールシャッパ研究, (Ⅳ号) 東京ロールシャッパ研究会編, 誠信書房
 - 47) ロールシャッパ法練習問題集, 片口安史, 空井健三, 牧書店
 - 48) 乳幼児精神発達診断法, 津守真, 稲毛教子, 大日本図書
 - 49) 児玉ストロング職業興味検査法, 児玉省, 日本文化科学社
 - 50) 性格の診断 (プロジェクトブ・テクニク), 外林大作, 牧書店
 - 51) おとなの問題児 (あなたの性格を診断する) 吉岡修一郎, 内田老鶴圃
- (4) 児童および教育に関するもの
- 52) 問題児の発育と治療, 霜田静志編, 黎明書房
 - 53) 反抗期の導きかた (子供のもんだいシリーズ), 品川孝子, 国土社

- 54)子どもの心(そのとらえ方・みちびき方),波多野完治編,大日本図書
- 55)子どもの生理と心理,加藤常吉,主婦の友社
- 56)児童学(発達と育児よりみた),平井信義,家政教育社
- 57)児童社会心理学,長島貞夫,牧書店
- 58)子どもの相談室,明治学院大学児童相談所編,みすず書房
- 59)児童・生徒と教師の人間関係,岸田元美,明治図書出版
- 60)知能と診断,阪本一郎,佐藤正,品川不二郎編
- 61)Child Psychology(児童心理学),Jersid, A. T.,丸善KK
- 62)現代子どもの気質,阿部進,新評論
- 63)マス・コミのなかの子ども,坪田譲治,城戸幡太郎,乾孝,関英雄,菅忠道編,弘文堂
- 64)優秀児の育て方,霜田静志,黎明書房
- 65)子どものしつけ,パンヒーローフ,川野辺敏訳,三一書房
- 66)子どもを伸ばす環境,宮下正美,東都書房
- 67)現代の児童(親と子の診断とその事例研究),大久保満彦,慶応通信
- 68)教育人間学(人間生成としての教育),森昭,黎明書房
- 69)子どもとともに,瀬戸尊,辰見敏夫,早川元二編,読売新聞社
- 70)親と子はもっと楽しく暮らせる(しつけないしつけ入門),新村豊,黎明書房
- 71)テレビと子ども,滑川道夫,牧書店
- 72)ママと子ども(ママへの注文12章),村岡花子,牧書店
- 73)親と子供と先生と,進藤純孝,大阪教育図書
- 74)できる子供できない子供(脳髓の発達と教育),中修三,慶応通信
- 75)乳幼児精神発達診断法,津守真,稲毛教子,大日本図書
- 76)遊戯療法,高野清純,古屋健治,日本文化科学社
- 77)子どもとともに,宇野一,加藤正明,望月衛,読売新聞社
- 78)子どもの心をどうつかむか,坪田譲治,城戸幡太郎,乾孝,関英雄,菅忠雄編,弘文社
- 79)新しい児童観,ヒネー,波多野完治訳,明治図書出版
- 80)子供の躰け方,増用亘,池田書店
- 81)お母さまを困らせる子どもの質問,宮下正美,東都書房
- 82)子どもの不安,田中教育研究所編,日本文化科学社
- 83)子どもの派閥,児童心理特集,金子書房
- (5) 精神薄弱に関するもの
- 84)精神薄弱児の病理心理社会学(精神薄弱児講座, 1),全日本特殊教育研究連盟編,日本文化科学社
- 85)特殊教育論,高橋省己,三一書房
- 86)精神薄弱児指導の計画と実際(精神薄弱児講座, 4),全日本特殊教育研究連盟編,日本文化科学社
- 87)精神薄弱者問題白書,全日本特殊教育研究連盟,日本精神薄弱者愛護協会,日本精神薄弱者育成会共編,日本文化科学社
- 88)特殊教育百問百答第1集,辻村泰男編,日本児童福祉協会
- 89)精神薄弱児教育の基本問題一望ましい教育課程編成のために一,東京学芸大学教育研究所第8年報,学芸図書KK
- 90)精神薄弱研究必携,リッチヘルバア編,菅修,三浦隆訳,日本精神薄弱者愛護協会
- 91)精神薄弱児教育の教育原理,(精神薄弱児講座, 2),全日本特殊教育連盟編,日本文化科学社
- 92)精神薄弱児の読み書きの指導(特殊教育双書)近藤益雄著,日本文化科学社
- (6) 精神病理学・神経症に関するもの
- 93)わる酔い(アルコールとからだ),高橋宏,隆鳳堂
- 94)ヨガの心身強健法,エスディヤン,ハイヒ,吉村夏比古訳,白揚社
- 95)心理療法の技術,鈴木清編,日本文化科学社
- 96)神経質者の精神衛生(ノイローゼの本態と予防),高良武久,実業之日本社
- 97)ノイローゼ・不眠症の治し方(神経衰弱・恐怖症),大瀬渡,北辰堂
- 98)ノイローゼの治し方(森田療法の実際),古閑義之,池田書店
- 99)最新精神医学,諏訪塾,南江堂
- 100)時代精神の病理学,フランクフル,宮本忠雄訳,みすず書房
- 101)ヒステリーの心理,クレッチュマー,吉益修夫訳,みすず書房
- 102)精神分裂病,ピンスワンガー,新海安彦,宮本忠雄,木村敏訳,みすず書房
- 103)看護精神科学新書,KS新書刊行会編,金芳堂
- 104)アルコール中毒,小沼十寸穂,金原出版
- 105)大脳を語る(頭脳の開発10のルール),林麟,展望社

- 106) 不安を越えた人々 (神経質全治の記録), 鈴木知
準, 池田書店
- 107) 神経学の基礎と臨床, プロードル, 岡本道雄訳,
金芳堂
- 108) 神経症, フランクル, 霜山徳爾, みすず書房
- 109) 夜尿症, 松本健次郎, 創元社
- 110) 精神神経科のポリクリ診療録 (症例の解説とそ
の検討) 小沼十寸穂, 南山堂
- 111) 精神療法と精神分析, 土居健郎, 金子書房
- 112) 精神分析学辞典, 大槻憲二編, 育文社
- 113) 自己分析 (精神分析は自分でできる), ホルネイ,
国分康孝, 霜田静志訳, 誠信書房
- 114) 精神医学の人間像, フランクル, 宮本忠雄, 小
田晋訳, みすず書房
- 115) ヘーゲル精神現象学の研究, 榎山欽四郎, 創文社
- 116) 精神医学入門, コレ, 平井静也, 鹿子木敏範訳,
文光堂
- 117) 現代精神医学, 三浦岱栄, 塩崎正勝, 文光堂
(7) 社会病理に関するもの
- 118) サラリーマン病 (あなたの職場と健康), 勝沼晴
雄, 隆鳳堂書店
- 119) 環境の診断, 阪本一郎, 佐藤正, 品川不二郎編,
牧書店
- 120) マス・コミュニケーション総論, 清水幾太郎,
城戸又一, 南伝, 日高六郎編, 河出書房新社
- 121) あなたは疲れている, 本林勝海, 白桃書房
- 122) 職業病管理, 勝沼晴雄, 芦沢正見, 小泉明, 田
中恒男編, 医菌薬出版
- 123) 心の眼に映る世界, 島崎敏樹, 社会思想研究会
出版部
- 124) 人間科学の展開 (社会学・心理学・人類学の交
流による), ギリン編, 武田良三, 米山圭三監修,
早稲田大学出版部
- 125) 都市の社会病理, 大橋薫, 誠信書房
- 126) 日本のヒューマン・リレーションズ, 長谷川広,
大月書店
- 127) 社会環境調査報告書・盛り場における青少年の
実態, 大塩俊介他, 東京都民生局
(8) 社会福祉に関するもの
- 128) 日本社会福祉年鑑, 全国社会福祉協議会編, 同会
- 129) 医療社会事業概論, 松尾友重, 医学書院
- 130) 社会福祉要綱, 松尾友重, メジカル, フレンド社
- 131) 社会事業要論, 社事研究会, ミネルヴァ書房
- 132) 日本社会事業の発展, 吉田久一, 至誠堂
- 133) 人間関係の調整方法 (コミコニテオルガナイ
ザーの技術として), 横山定雄, 保健福祉地区組
識育成中央協議会
(9) 家族に関するもの
- 134) あなたは誰と結婚しているか, 田村健二, 田村
満喜枝, 雪華社
- 135) 家庭の紛事, 明山和夫, 医菌薬出版
- 136) 戦後の社会と家族, 松原治郎, 有斐閣
- 137) 家族緊張の調整, 田村健二, 田村満喜枝, 弘文堂
(10) ケース・ワークに関するもの
- 138) チーム・ワークによる問題児の総合的指導技術,
厚生省児童局編
- 139) グレイスン氏とホイットマン夫人のケース, H,
パールマン, 松本武子訳, 全社福協
- 140) グループ・ダイナミックスの研究, 日本グルー
プ・ダイナミックス学会編, 理想社
- 141) ソーシャル・ケースワーク, 大塚達雄, ミネル
ヴァ書房
(11) 産業に関するもの
- 142) 産業人の精神健康, 中島, 横山, 加藤外共編,
精神衛生普及会
- 143) 監督者のための産業カウンセリング入門, 牛窪
浩, ダイヤモンド社
- 144) 産業社会学, グーレンドルフ, 池内信行, 鈴木
英寿訳, 千倉書房
- 145) 人間関係管理, 吉村司郎, ダイヤモンド社
- 146) 面接による社員教育の実際, マイヤー, 瀬谷信
元訳, 圭文館
- 147) 職場の人間関係, 兼子宙編, 大日本図書
- 148) 人間関係と経営者, 桜井信行, 径林書房
- 149) 人間と組織 (産業における人間関係3つの問題),
ホワイト, 桜井信行訳, ダイヤモンド社
- 150) 人間関係を重視した業務 (医療機関)管理研究,
横山定雄編, 厚生省医務局
- 151) 京浜三局における昭和33・34年度・人事相談概
況についての考察, 福山政一他, 東京中央電報局
- 152) 産業カウンセリング読本, 相馬純公他, 日本産
業訓練協会
(12) 自殺に関するもの
- 153) デュルケム「自殺論」飛沢謙一訳, 宝文堂
(13) 非行・犯罪に関するもの
- 154) 性と芸術と犯罪, ウルフエン, 清水朝雄訳, 鏡
浦書房
- 155) 犯罪と欲望 (現代の社会悪と非行少年), 三宅守
一編, 内田老鶴圃

(B) 関係文献

- (1) 精神衛生全般に関するもの
- 1) 家庭の精神衛生, 塚本哲, 親と子
 - 2) 児童期の精神衛生, 杉村春三, 熊本県社福研紀
(2) パースナリティと人間関係
 - 3) 自我の変化について, 野辺地正文, 文化学年報, 11
 - 4) 行動の個体発達における連続性の問題, 園原太郎, 哲研, 474
 - 5) 青年の自己像, 理想的自己像および理想的異性像に関する一考察, 加藤隆勝, 返田健, 教心研, 9巻, 1号
 - 6) 衝動診断学による一考察, 鈴木清, 成安女短大紀要, 1
 - 7) 現代学生の不安・悩みに関する研究, 小山直文他, 教社心研, 1巻, 1号
 - 8) Rigidityに及ぼす社会的人間関係の影響, 佐藤静一, 教社心研, 1巻, 1号
 - 9) 対人関係における認知とその変容について, 市川典義, 名大・文学部十周年記念論集
 - 10) 人間関係論の心理学的諸問題, 宮司正男, 下関商経論集, 5巻, 1号
 - 11) 選択行動と对人的知覚の研究, 大橋正夫, 心研, 31巻, 6号
 - 12) 対人感情およびその知覚の機制に関する基礎的研究, 岩下豊彦, 心研, 32巻, 2号
 - 13) フロイド理論における諸概念の検討, 我妻洋, 甲南大・文学会論集, 14
 - 14) 自我意識—超自我と自我—, 坂本英夫, 信州大・教育学研論, 12
 - 15) P-技法による人格構造の因子分析, 丈西佐一, 松山安雄, 心研, 31巻, 6号
- (3) 心理測定に関するもの
- 16) 臨床心理学に測定を導入できるか, 片口安史他, 心評, 4巻, 2号
 - 17) ロールシャッハ・テストに関する一研究—反応カテゴリーと知能との関係—, 雄井公明, 教心研, 4
 - 18) 連続作業時間の研究について, 狩野広之
 - 19) 事故運転者の臨床心理学的考察, 貝沼良行, 科警研, 1巻, 1号
 - 20) 向性検査における回答の構え, 天野牧夫, 岡山
大・教育学研, 10
 - 21) 共感性テストの試作研究, 豊原恒男, 立大・心
教学研, 4
 - 22) カード提示順序の変更がロールシャッハ検査に
およぼす影響, 高橋茂雄, 心研, 32巻, 2号
 - 23) サーストン態度尺度の一次元性についての一考
察, 生沢雅夫, 大阪市大・人研, 12巻, 3号
 - 24) ウェクスラー・テストの短縮版, 上星一郎, 心
評, 5巻, 1号
 - 25) MMPIに対する回答の変当性について, 岩脇三
良, 教心研, 9巻, 2号
 - 26) ペンダー・ゲシュタルト・テストの研究, 村田
正次, 黒田健次, 兵庫県中児相研
 - 27) 本学学生の一部に実施した矢田部ギルフォード
性格検査の結果報告, 山田久喜, 近畿大・職業
科学, 2
 - 28) MMPIの回答におよぼす態度の影響と変当性尺
度, 岩脇三良, 教心研, 9巻, 4号
 - 29) P-F Studyの遂年の推移と要因分析的研究,
久芳忠俊, 教心研, 8巻, 1号
 - 30) MMPIおよびロールシャッハ・テストによる精
神障害者の類型診断—精神分裂病および神経症
について—, 山田旭, 教心研, 9巻, 2号
 - 31) K.K.改訂 Bernreuter Personality Inventory
(J型)の作製ならびに標準化について, 近藤敏
行, 小林利宣, 教心研, 9巻, 3.4号
 - 32) 森田療法の神経症に対する治療効果のロールシ
ャッハ・テストによる研究, 宇佐晋一, 精神経
誌, 63巻, 6号
 - 33) 取扱困難なる少年受刑者の精神医学的ならびに
臨床心理学的研究—矯正職員「診断性向性」
調査—, 新海安彦他, 矯医, 10巻, 2号
 - 34) 汎神経症のロールシャッハ研究, 大塚文雄他,
精医, 3巻, 3号
- (4) 児童および教育に関するもの
- 35) 母と子の平行カウンセリングの一例—思春期の
少女の食慾欠乏—, 山松賢文, 大阪市大・家政
学紀要, 8号
 - 36) 言語遅滞児の心理療法の経験, 丹下庄一, 大阪
市大・家政学紀要, 8号
 - 37) 覚醒療法による夜尿の治療について, 広田実,
京都市児相紀要, 1号
 - 38) 児童の生活時間に關する一考察, 樋口伸吾, 越
河六郎, 東北大・教育学年報, IX

- 39) 教師の問題児に対する態度, 近藤貞次他, 名大・教育学紀要, 7号
- 40) 学級集団における人間関係の発達, 水原泰介, 剣持一郎, 教社心研, 1巻, 1号
- 41) 幼児の性格と文化的枠組, 詫摩武俊, 依田明, 教心研, 9巻, 2号
- 42) 言語行動の発達—1才児Kの談話における文—, 村田孝次, 心研, 32巻, 2号, 4号
- 43) アパート居住児童のパスナリティー—親子関係の心理学的研究の一環として—, 中西昇他, 大阪市大・家的学紀要, 8
- 44) 知能および発達の問題点について, 南条正明, 佐世保教研, 14
- 45) てんかん児の知能と性格, 昇地三郎, 福岡学芸大紀要, 10
- 46) ホスピタリズムの研究について, 山下俊郎, 都立大・人文学報, 23
- 47) 親子関係と幼児のパスナリティーの発達, 津守真他, 教心研, 9巻, 3号
- 48) 質問紙による幼児の依存性の研究, 依田新他, 教心研, 9巻, 1号
- 49) 投影検査による児童の攻撃的行動, 高橋茂雄, 教心研, 9巻, 2号
- 50) 児童相談所の現況. 下平幸男, 厚生指標, 8巻, 12号
- 51) 児童憲章10年間の回顧, 木田市治, 厚生指標, 8巻, 5号
- 52) 家出児童の問題, 松本武子, 日本女大紀要
- 53) わが国における児童分裂病研究の歴史的展望, 高木隆郎, 児精医と近領, 2巻, 2号
- 54) 1児童精神分裂病患者の症状学的考察, 江口和夫, 谷敷隆, 児精医と近領, 2巻, 2号
- 55) 母子関係の障害により自閉症状を呈した小児の一例, 川端利彦, 児精医と近領, 2巻, 2号
- 56) 小児神経症ならびにその近縁状態の予後についての研究, 山田広実, 稲垣卓, 児精医と近領, 2巻, 3号
- 57) 幼児早期自閉症と思われる5例について, 平井信義他, 児精医と近領, 2巻, 4号
- 58) 早期幼年自閉症の2例, 中沢晶子, 精医, 3巻, 4号
- 59) 精神分析学の展望, 小此木啓吾, 精医, 3巻, 5, 6, 8号
- (5) 精神薄弱に関するもの
- 60) 精神薄弱児の知能の発達とその限界, 塚田毅, 久保田正人, 東北大・教育学部年報, IX,
- 61) 盲精神薄弱児の諸問題, 再田和一, 東北大・教育学部年報, IX
- 62) 同年令, 異生活年令の精神薄弱児群の比較研究—WISCによるテスト結果—, 品川不二郎, 東京学芸大研報, 1巻, 1号
- 63) 精神薄弱児の類型論および研究方法, 伊藤隆二, 児精医学とその近接領域, 2巻, 2号
- 64) 精神薄弱児の人格の適応に関する研究, 大西憲明, 人文研, 12巻, 3号
- 65) 精薄児のためのWISC知能診断検査短縮版, 上星一郎, 心研, 31巻, 9号
- 66) 精神薄弱児の臨床心理学—精神薄弱児の心理学的診断, 上星一郎, 教医研, 4
- 67) 精神薄弱児の類型学的研究の現状—Educable Trainable 精薄児をめぐる—, 伊藤隆二, 教心研, 9巻, 1号
- 68) アメリカにおける精薄をめぐる諸問題—児童精神医学の立場から—, 高橋彰彦, 児精医と近領, 2巻, 3号
- 69) 精薄の病因類型と脳波, 上出弘之, 児精医と近領, 2巻, 3号
- 70) トキソプラズマ症の診断, 常松之典: 日本医師会雑誌, 46; (1)17~22, S36, 7, 1
- 71) トキソプラズマ症の臨床, 瀬長良三郎: 日本医師会雑誌, 46; (1)22~29
- 72) トキソプラズマ 常松之典: 自然 16; 22~29. 1961, (S, 36)
- 73) 精神薄弱児の頭蓋骨のX線学的研究 小貫正夫: 児童精神医学とその近接領域, 2; (2)134~158. 1961, 6. 1
- 74) 重症白痴といわゆる幼若期自閉症: 石島徳太郎 児童精神医学とその近接領域, 2; (3)226~237. 1961, 9. 1
- 75) 精神薄弱児に対する薬剤の効果(4) Bromvalerylurea, Amobarbital の調整群性化過程にたいする効果, 岡崎英彦・他; 児童精神医学とその近接領域, 2; (3)238~256, 1961, 9. 1
- 76) 精神薄弱児に対する薬剤の効果(5) Chlorpromazine と Reserpin の直観的調整作用に対する効果のちがいについて, 岡崎英彦: 児童精神医学とその近接領域, 2; (4)314~322, 1961.
- 77) 精神薄弱児に対する薬剤の効果(6) Ceremon の直観的調整作用に対する効果について, 岡崎英彦 児童精神医学とその近接領域, 2; (4)323~327, 1961.

- 78) 結節性硬化症の8例, 渡辺位: 児童精神医学とその近接領域, 2; (4)299~313, 1961, 12. 1
- 79) 他: フェニルケトン尿症の臨床脳波学的研究, 中根晃・精神医学, 3; 207~212, 1961.
- 80) 精神薄弱児の脳波, 朝倉哲彦: 臨床脳波, 3; 110~117, 1961. 5. 1
- 81) 精神薄弱児の脳波, 石橋泰子: 小児科診療, 24; 394~398, S. 36.
- (6) 精神病理学・神経症に関するもの
- 82) 森田療法の神経症に対する治療効果のロールシャッハ・テストによる研究, 宇佐晋一, 精神経誌, 63巻, 6号
- 83) 心理療法における問題点, 立大・応社研, 4
- 84) 実存主義・心理学・精神療法, L.A.パーヴィン, 植田清次, アメリカーナ, 7巻, 5号
- 85) 飲酒者の人格研究—ロールシャッハ・テストによる—, 戸田賀江, 精神経誌, 62巻, 14号
- 86) 分裂病者のアマタール静注時におけるRorschach像の変化について, 滝沢清子, 都立大・人文学報, 23
- 87) MMPIの精神医学的研究—精神障害者の人格プロフィールについて—, 佐藤愛, 精神経誌, 63巻, 1号
- 88) 精神科領域におけるThiopereazineの治療効果, 黒丸正四郎, 最新医学, 16巻, 2号
- 89) 分裂病心性の研究, 小川信男, 精神経誌63巻, 1号
- 90) 慢性精神分裂病における境遇的環境的意味の変貌について, 倉田克彦, 精神経誌, 63巻, 2号
- 91) 民間信仰の關係する反応性精神病の臨床的研究, 李熙, 精神経誌, 63巻, 3号
- 92) 台湾山地原住民の精神疾患罹患頻度並びに病像に関する研究, 林憲, 精神経誌, 63巻, 5号
- 93) 精密なる血族系図による精神分裂病の遺伝様式に関する研究, 竹村堅次, 精神経誌, 63巻, 7号
- 94) 予後不良なそううつ状態, 稲村俊雄, 精神経誌, 63巻, 9号
- 95) 双生児法による神経症の研究, 飯田真, 精神経誌, 63巻, 9号
- 96) 所謂異常児の脳波, 福島裕, 精神経誌, 63巻, 12号
- 97) 慢性精神病患者に対する「働きかけ」の検討, 吉岡真二, 精神経誌, 63巻, 13号
- 98) 精神病質研究の動向, 辰沼利彦, 精医, 3巻, 3号
- 99) 精神分裂病の心理療法の歴史, 笠原嘉, 阪本健二, 精医, 3巻, 7号
- 100) てんかんの治療と予後, 田縁修治, 後藤蓉子, 徳田良仁, 精医, 3巻, 2号
- 101) 神経質・とくに対人恐怖症に対する心理劇の試用, 藤田千尋他, 精医, 3巻, 7号
- (7) 社会病理に関するもの
- 102) 社会性の基礎, 宮司正男, 教社心研, 1巻, 1号
- 103) 宗教的態度形成におよぼすリファレンズ・グループの影響, 安藤延男, 教社心研, 1巻, 1号
- 104) 社会心理学における測定の問題, 田中国夫, 心評, 4巻, 2号
- 105) 精神病と社会環境, 見浦康文, 駒沢輝雄, 山村道雄, 医社事
- 106) 精神分析と社会学, 榊田登, 神戸市教時, 33~34号
- 107) 意欲と人間関係, 榊田登, 児童心理, 11号
- 108) 社会病理学, 園直樹, 京都府大・学術報告
- 109) 人間の診断, 牛窪浩, 応社研
- 110) 社会の病理現象と青少年の非行, 横山定雄, 文部時報, 1,000号
- 111) 社会精神医学, 村松常雄, 精神経誌, 63巻, 4号
- (8) 社会福祉に関するもの
- 112) 医療社会事業の現況, 菊地浩, 厚生指標, 8巻, 6号
- 113) 社会事業家の責務としての社会福祉, 一番ヶ瀬康子, 窪田暁子, 社事
- (9) 家族に関するもの
- 114) 家族福祉事業の背景の方向, 岡村重夫, 社福論
- 115) 家族福祉事業の概念の検討, 岡村重夫, 大阪市大家政学紀要
- 116) 家族, 向井良明, 成城教育
- 117) マリジ・カウンセリング, 鮫島龍男, ジュリスト, 1巻, 2号
- 118) 家族と家, 有賀喜佐衛門, 慶大・哲学, 36集
- 119) 家族と社会福祉, 神岡浪子, 都問
- 120) 問題家庭ケース・ワーク局面打開の些少な試行について, 寺本喜一, 京都府大・学術報告
- 121) 嫁姑の問題と児童の性格, 高橋種昭, 教育と医学
- 122) 家族社会学の諸問題, 山根常男, 大阪精神衛生
- 123) 家族全成員に発病した精神分裂病の一家系例, 融道男他, 精医, 3巻, 2号
- (10) ケース・ワークに関するもの
- 124) ケース・ワークの社会学的本質, 竹内愛二, 社福, 1巻, 2号
- 125) ソーシャル・ケース・ワークへの本質的接近,

- 寺本喜一, 社福, 1巻, 2号
- 126) ケース・ワークの日本の条件, 仲村優一, 社福, 1巻, 2号
- 127) 家族の緊張と家族診断, 柏木昭, 社福, 1巻, 2号
- 128) 児童ケース・ワーク接近への本質的課題, 三浦賜郎, 1巻, 2号
- 129) 児童ケース・ワークの視点と課題, 奥山典雄, ソーシャルワーカー, 1号
- 130) 家庭裁判所調査官はいかなる意味でケース・ワーカーたりうるか, 井上公大, ソーシャルワーカー, 1号
- 131) 家庭裁判所調査官の家庭事件調査における面接の理論と実際, 岡堂哲雄, 家裁調報, 34年度
- 132) 学級雰囲気に関するグループ・ダイナミックスの研究, 三隅二不二, 教社心研, 1巻, 1号
- 133) グループ・ワークの個人的集団的および社会的意義の役割, 竹内愛二, 関西学大・人文論究
- 134) ケースワークの本質特に専門社会事業の一分野として, 竹内愛二, 社福, 2号
- 135) 精神病院におけるサイキアトリック・ソーシャル・ワークについて, 見浦康文, 精神衛生
- 136) グループ・ワーク論, 鷲谷善教, 社大紀要, 1号
- 137) ケース・ワークの理論と実際, 大塚達雄, 社問研, 10巻, 3号
- (11) 産業に関するもの
- 138) 産業における精神健康管理の意義, 横山定雄, 産業人の精神健康(精神衛生普及会)
- 139) 企業における精神衛生管理の実態, 横山定雄, 労務研究, 4月号
- 140) ホーソン実験の経過と産業精神衛生, 横山定雄, 健康管理, 8.9月号
- 141) 事業場における精神衛生対策, 横山定雄, 労働衛生, 2月号
- 142) 職場と人間関係, 大内経雄, 職場と人間関係, 第1号(圭文館)
- 143) 職場適応に関する研究, 小瀬輝, 国鉄能管研紀要, 7号
- 144) 産業場面における人格要因に関する諸問題, 丸山康則, 国鉄能管研紀要, 7号
- 145) オトメーション時代の経営社会心理学的立場から, 岸戸謙, マネージメント
- 146) 産業カウンセリングの発達(アメリカ), 藤本喜八, 産業カウンセリング読本
- 147) わが国における産業カウンセリングの実態, 瀬谷信之他, 産業カウンセリング読本
- (12) 自殺に関するもの
- 148) 自殺とその動機について, 竹内愛二, 社事
- 149) 自殺の社会学的考察自殺の社会的原因について, 佐藤輝美, 三重法経
- 150) 自殺論序章, 近沢教一, 山口大・社会学雑, 1号
- 151) 自殺とはなにか, 近沢教一, 山口大・社会学雑, 7号
- 152) 自殺の要因に関する研究, 大原健士郎, 精神経誌, 63巻, 2号
- 153) 老人の自殺, 大原健士郎, 精神経誌, 63巻, 13号
- 154) 精神病院における自殺について, 大原健士郎他, 精医, 3巻, 4号
- 155) 自殺と家庭環境, 大原健士郎, 増野肇, 精医, 3巻, 9号
- 156) 自殺を中心とした老人の精神衛生学的一例, 大原健士郎, 精医, 3巻, 10号
- (13) 非行・犯罪に関するもの
- 157) 少年受刑者の違反行為に関与する矯正職員の人格的要因の精神医学的ならびに臨床心理学的研究, 五十嵐齊一, 信州大・教育学研論, 12号
- 158) 矯正心理学の展望, 遠藤辰雄, 心評, 5巻, 1号
- 159) 人間関係を中心とした矯正場面の特殊構造, 佐藤寛, 心評, 5巻, 1号
- 160) 鑑別診断におけるプロジェクト・テクニク, 高橋雅春, 心評, 5巻, 1号
- 161) 矯正技術としての心理療法の応用, 空井健三, 心評, 5巻, 1号
- 162) 矯正技術としてのガイダンス, 大川力, 土持三郎, 心評, 5巻, 1号
- 163) 矯正効果の評価について, 奥村晋, 安香宏, 心評, 5巻, 1号
- 164) 非行少年・性格と環境, 児玉省, 科警研報, 2巻, 1号
- 165) 非行集団に関する社会心理的調査, 野坂勉, 池田美彦, 科警研報, 2巻, 1号
- 166) 非行危険性判定法による再非行の追求的研究, 松本巖, 科警研報, 2巻, 1号
- 167) 窃盗少年の人格特性の一考察, 中西治夫, 科警研報, 2巻, 1号
- 168) 少年非行の予測について—グループ理論の検討—, 山本晴雄, 立大・心教研, 4
- 169) 少年非行研究の方法論的考察, 嶋田津矢子, 関学大・社会学紀要, 2
- 170) 非行少年のロールシャッハ反応について, 芹野

1962年4月

陽一, 教社心研, 1巻, 1号

171) 矯正集団における人間関係的アプローチ, 大藪
寿一, 矯正教育

177

172) 少年犯罪について, 笠原正成, 社間・特集号175

173) 非行少年の再犯予測に関する研究, 小沢喜一,
矯医, 10巻, 1号

精神衛生研究総目次

(第1号～第9号)

第 1 号

原 著

炭鉱町と青少年問題

横山定雄、岡田敬蔵、玉井収介、池田由子、
佐治守夫、今田芳枝、平賀 孟、小松源助

神経症者の再適応について

井村恒郎、佐治守夫、加藤正明

児童における慢性覚醒アミン剤中毒について

池田由子

紹 介

精神電流現象、脳波、心電図等多用途生体電気記
録器の試作

生理学形態学部

第 2 号

原 著

問題児の研究(第1報)

高木四郎、菅野重道

都市と農村における神経症の比較

井村恒郎、山崎道子、中川四郎、桂アグリ、
加藤正明、河村高信

ホスピタリズムの研究(第1報)

高木四郎、玉井収介、池田由子、田頭寿子、
今田芳枝、古賀満喜枝、鈴木育子

白鼠の反応固執の成立について

佐治守夫

講 演

精神衛生の進路

ポール・レムカウ

第 3 号

原 著

双生児法による性格の発達史的研究

岡田敬蔵

外傷性神経症者のパースナリティについて

片口安史、田頭寿子

乳児院収容児の精神医学的研究

池田由子

報 告

アメリカ児童精神医学と精神衛生

高木四郎

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

ポール・ヴィ・レムカウ

第 4 号

原 著

精神衛生の地域組織活動とその管理の方法に関す
る研究

—市川市における実験研究とその中間報告—

横山定雄、菅野重道、玉井収介

心理療法による治療効果の測定に関する研究

佐治守夫、片口安史

第 5 号

附属相談室の概況

高木四郎

原 著

非指示療法による面接記録

佐治守夫

盗みをする子供の治療

玉井収介、柏木 昭、

神経症における「心因」の問題

—1症例の自由連想を通じて—

加藤正明

幼児恐怖症の心理療法

池田由子、田村満喜枝

第 6 号

原 著

児童相談所の判定指導技術の標準化に関する研究
(第1報)

序 論

I. 国立精神衛生研究所附属精神衛生相談室運
営の経験

高木四郎

II. 児童相談における精神科医の役割について

高木四郎、菅野重道、池田由子

III. 心理療法が中断する原因について

高木四郎

報告

アメリカの児童精神医学と精神衛生 (その二)

高木四郎

第 7 号

原著

精神衛生の地域組織活動とその管理の方法に関する研究 (第2報)

横山定雄、田村健二、玉井収介、柏木 昭、西内育子、牛窪 浩、田村満喜枝、桜井芳郎、宮脇源次、高橋種昭、竹淵幸子

家族診断の研究

— 児童治療における家族中心療法への階梯 —

柏木 昭、山崎道子、西内育子

継母子関係の研究

山崎道子、今田芳枝

第 8 号

原著

男性同性愛の臨床的研究

加藤正明、片口安史、田頭寿子

学校恐怖症の研究

鷺見たえ子、玉井収介、小林育子

展望

米国における集団心理療法の現況について

池田由子

クライアント中心療法の最近の発展

佐治守夫

資料

社会精神医学とコミュニティの態度

加藤正明

産業精神衛生研究の発展

横山定雄

第 9 号

原著

臨床精神医学におけるロールシャッハ法の適用について

片口安史

集団心理療法の研究 (第1報)

— 問題児とその母親に対する集団心理療法 —

池田由子、小泉英二、中山和子、藤島輝子、渡辺静子、坂枝裕美、河合信子、山内朋子、五十嵐睦、和田季子、野村旦子

妻の結婚生活に対する情緒的期待の臨床的研究—マリッジ、カウンセリングに現れた娘(妻)と父母の関係

田村健二、田村満喜枝

老年期神経症の臨床的研究

— とくに心気状態の特性について —

徳江富士弥

ABSTRACTS

Study on the Recognition and the Therapeutic
Attitudes towards Mental-Health and-Illness

MASAAKI KATO

Chief of Division of Adult Mental Health, M.D.

SHIRO NAKAGAWA

Chief of Division of Psycho-somatic Research, M.D.

MASAO AJIKI

Division of Sociology

TAKAO SHINDO

Division of Mental Health, National Institute of Public Health

TAKASHI KATANO

Division of Sociology

1. We carried out a study on the recognition and the therapeutic attitudes of 182 general nurses, 317 public health nurses and 100 staff-members of a training institut for public health workers, towards Mental-health and-Illness, applying nine questions of the "Social Statification and Social Mobilty(S. S. M.)" and 15 questions of the "Attitudes to Mental Illness Scale" (A. M. S.)
The former scale was originated by Japan Association of Sociology in 1956, and the latter by us, National Institute of Mental Health in 1959.
2. As regards the age-and the educational-factors, boths cales., i.e. SSM and AMS, showed that the older the age and the lower the educational level, the more numerous were the "conservative attitudes" in the SSM and the less numerous were the "therapeutic attitudes" in the AMS. Conversely, the younger the age and the higher the educational level, the less numenous were the "conservative attitudes" in the SSM. and the more numerous were the "therapeutic attitudes" in AMS. Some of the leading personnel of the institutio, such as chief nurses, chief public health nurses, heads of the sections of the public health institute, gave responses of more "conservative attitudes" in the SSM and less "therapeutic attitudes" in the AMS as compared with other ordinary personnel.
3. Analysing 9 questions of the SSM, we found high crrelations between the attitudes towards their own professions and those towards their ways of life. Also, we found high correlations between 4 categories of the AMS, i.e. "fear of mental illness", "emphasis on the isolation and the restraint of the mentally disturbed", "emphasis on the heredity and the necessity of sterilization of the mentally disturbed" and "pessimistic view on the invalidity of the mentally disturbed".
Generally speaking, our research showed fairly high correlation between the Social Attitudes Scale and the Attitudes to mental Illness Scale. Especially, between 5 questions of the SSM, i.e., No.02(Do you feel that your profession is more beneficial than other professions?), No.03(Do you feel that your profession is truely recognized for its value?), No.05(Do you think poor people can become rich if they work as hard as possible?), No.08(Do you think that you should insist on your opinion, if you believe it right?), and No.09 (Which way of life do you prefer. to compete with others and win, or to compromise and abandon yourself to fate?) in SSM; and 6 questions in the AMS, i.e., No.102(Every psychosis is caused by heredity), No.103(All psychotic

- patients are violent and injure others), No. 104 (I fear to stay with anyone who has ever been psychotic), No. 107 (The main purpose of mental hospitals is to isolate the mentally disturbed from society), No. 110 (Almost all patients in mental hospitals are violent or excited), and No. 115 (Mental hospital wards of both sexes must be strictly separated) in the AMS showed very high correlation.
5. These 5 questions of the SSM and 6 questions of the AMS are worth using for further investigations. We are continuing our survey not only of medical personnel but also of the general population, adding other testing methods, such as Q-sorting, Semantic Differential Test, Situation-test, Picture-interview, Sound-film Method, etc. (writer's abstract)

An Experimental Study on "Therapeutic Social Club"

YOSIKO IKEDA

Division of Eugenics, Psychiatry, M.D.

AKIRA KASHIWAGI

Division of Sociology

KYOKO KUBOTA

Yokosuka Christian Community Center, Group Work

AKIKO FURUSAWA

Tokyo Y.W.C.A., Program Staff

The idea of the therapeutic social club was initiated in 1939 by Joshua Bierer and the practice has been developed in both England and the United States since then. However, in Japan, no such activities have, as far as we know, yet been reported. Very little attention has been given to this kind of program as a means of social rehabilitation of the discharged patient. This trend is partly because of ambiguity of what is meant by treatment of the mentally disorderd. The termination of treatment very often depends only on diminution of pathological symptoms. Social adjustment of the patient is placed out of the framework of diagnosis or treatment.

Another difficulty probably lies in the fact that the mental hospital in general, be it in the community or far out of it, is isolated from the functions and relations of the community as such. If it is presumed that the purpose of rehabilitation of mental patient is focused on social adjustment, the program should be so organized as to keep intimate contacts between the hospital and the community.

There are some more reasons that hinder the program from developing. The attitude of the family of the patient in the first place is to be cultivated. It usually is that of trying to keep the patient away from its neighbor and community and put him in hospitals of remote area. Likewise the discharged patient, socially stigmatized or being at least conscious of social rejection would try not to be bothered with the contact of any kind administered by the hospital. Thus, the program of the therapeutic social club and the like within the hospital would hardly be appreciated as a formality of social rehabilitation.

It is our conviction that that the program should be organized and practiced outside the mental hospital so that the patient could make an easy approach free from shame. This is why we selected the YWCA as a place of meeting for the club.

The therapeutic social club has many facets and complex functions. It sometimes is regarded as the only resource in the process of the patient's returning to the community. Intensive and well organized programs for post psychotic patients such as day and night hospitals, half-way houses,

foster family care homes, etc have not yet been developed in this country.

In the early part of 1960, the authors started an experimental program of a therapeutic social club with hearty understanding and cooperation of the director of the YWCA of Tokyo. Participation of a staff member was offered and the club was authorized to use all the facilities available. Practically speaking, the therapeutic social club was recognized as a program of the department of the family youth.

Individuals we have dealt with since the beginning have been composed of eight schizophrenics (two of whom were in deteriorated state), three psychoneurotics (including two with character neuroses), three psychopaths and one with the diagnosis of either schizophrenia or schizoid personality. All had contacts with psychiatrists for diagnosis. Seven were given the Rorschach Test, TAT, etc. The age range is from 19 to 32. As to the duration from the onset of the disease, five persons had the period from two to five years; three from four to five years; seven five or more. Concerning status at the time of participation of the present members, one was being hospitalized, three were receiving medication at the out-patient department and one was undergoing counseling by a clinical psychologist. Educational background of the members is considerably high, the lowest being above the junior high school level. Social class is middle. The basic personalities tend to be asocial and introverted. They had very few friends and social experiences were extremely limited.

The Club meets once a week for a two hours session. It has no formal organization per se, but members take turns to prepare refreshments. Programs are sometimes planned two or three weeks ahead of time through group discussion, sometimes developed spontaneously, and sometimes offered by the group worker. The general atmosphere of the meeting is relaxed and informal.

Main program interests have been group discussions, games, music, sports, and trips. These activities in a rather protected setting provided many opportunities for self expression, acquiring of social skill, and widening of their very limited social contact, though individual difference as to the ability to use these opportunities were great. There was much evidence of gaining self confidence through participation in various types of program.

The Club has been developing gradually a certain degree of group bond. Members like to talk each other about their families, experiences pertaining to hospitalization, job opportunities, etc. Positive feeling toward group and its members has become also expressed in various ways like taking pictures of the members, bringing friend to the group, or exchanging addresses for new year's greeting.

These relationships among members are built on their feeling of "being in the same boat", and acceptance of individual differences. This kind of group life which gives combined experience of being protected and at the same time, being encouraged to take part in new programs according to one's own will, means much to the members, and it seems to be a strong element in attracting them to the group.

In this report, the degree of adjustment to the group life was measured from two points: the degree of verbal and non-verbal participation in the group, and the degree of acceptance between the group and each individual.

The staff members of TSC interviewed families of eight members and one of the mothers was seen by another social worker in our NIMH.

After participating in TSC, even two patients who had been diagnosed as "defect condition of schizophrenia" have shown progress in activity, spontaneity and social maturity to some extent. Through our experiences we have come to the following conclusions regarding indications for TSC in our community. The most suitable type of patients are patients who seek peer-relations with feeling of social hunger and have some degree of ego strength which enables them to participate in a

group and to utilize some new program and generally learn to cope with their difficulties.

It seems less important that he has suffered from mental disease for a considerable time and that he has had schizophrenic break down repeatedly than the factors in psychopathology above described.

Patients with tendencies of acute excitement as well as committing suicide and patients whose families have markedly ambivalent attitudes toward the problems are rather difficult to treat in TSC.

The goal of TSC, the ways of cooperating with other medical and social facilities, the ways of combining other types of treatments for mental disorders etc. Remain to be studied in the future.

Also the questions to who should take the initiative in TSC administration, and whether TSC could be organized in our current medical system should be further discussed.

(The Author's Abstract)

Theory and Practice of Psychodramatic Group Supervision in Social Casework

KOJI SUZUKI

Division of Adult Psychiatry, P.S.W.

Methods of supervision in social work have been advancing in form mainly along the lines of tutorial and small group method. The psychodramatic group supervision is theoretically oriented to J.L. Moreno's "Theory of Spontaneity", "Role Concept" and the application of casework principles to supervision. The principle of this supervision is that of aiming to enable the supervisee to mature in regard to spontaneity and self-awareness as a case worker by training in a dramatical situation where he takes two roles, that of a social case worker and that of his client. Also it is an application of "Role", which is a sociological concept, to supervision.

The purpose of this study is to attempt: (1) to develop a group method in supervision, (2) to apply a sociological concept to casework training, (3) to introduce the method, (4) to discover its advantages and disadvantages and (5) others.

The contents are as follows:

1. Introduction.

- 1) History of the study of supervision.
- 2) Studies of supervision in Japan.
- 3) The purpose of this paper.

2. The Theoretical Assumption of Psychodramatic Group Supervision.

- 1) The definition of psychodramatic group supervision.
- 2) The theory of psychodramatic group supervision.

3. The Instruments of Psychodramatic Group Supervision.

- 1) Stage.
- 2) Supervisor.
- 3) Supervisee.
- 4) Supervisory aides.
- 5) Audience.

4. The Dynamics of Psychodramatic Group Supervision.

5. Techniques of Psychodramatic Group Supervision.
6. The Results of Psychodramatic Group Supervision.
7. Conclusion.

Foot Notes.

(Writer's abstract)

Joint Interview in Marriage Counseling

KENJI TAMURA

Division of Sociology

MAKIE TAMURA

The joint interview has been used particularly in marriage counseling. However, there seem to be few documents for orderly illustration of the method. The authors have arranged their experiences of marriage counseling and have tried to illustrate the method of joint interview systematically. Also, they have indicated general instructions for the operation of the joint interview. They believe it is usually best to adopt a Two-pair Joint Interview together with a Cooperative Interview. The contents are as follows:

I Background of the joint interview

The reason why the joint interview is especially used in marriage counseling

II Values of the joint interview

- 1 Motivation of clients
- 2 Perception of clients
- 3 Adaptation of clients
- 4 Executive action of clients
- 5 Counselors' side

III Beginning of the joint interview

- 1 Readiness of clients
- 2 Readiness of counselors

IV Execution of the joint interview

- 1 Setting
- 2 Process in one joint interview session
- 3 Treatment after one joint interview session and other matters

V Triangular Joint Interview and Two-pair Joint Interview

- 1 Merits and demerits of the Triangular Joint Interview
- 2 Merits and demerits of the Two-pair Joint Interview

(Authors' abstract)

L'interview psychothérapeutique enregistrée en polygraphie.

HIROSHI TAKAHASHI

Division des recherches psychosomatiques

Nous essayons de faire des interviews psychothérapeutiques en polygraphie, c'est-à-dire des interviews sous les conditions que nous pouvons enregistrer aux oscillographes électromagnétiques des voix et des phénomènes physiologiques, — l'électrocardiogramme, le pneumogramme, le réflexe psycho-galvanique du côté du malade, et deux derniers du côté de l'intervieweur.

Nous avons déjà pratiqué environ vingt expérimentations. Dans les interviews expérimentales nous avons requis au malade et à l'intervieweur des conversations libres et psychothérapeutiques, la pratique de tests projectifs (le test de Rorschach, le Thematic Apperception Test), l'audition de musiques et l'en commentaire.

Voici un exemple de nos expérimentations. L'interview a été faite entre un psychiatre et une jeune fille de 23 ans, qui souffrait de l'insomnie, de l'anxiété, du délire de persécution, du délire d'empoisonnement, de l'hallucination auditive, etc.

Au cours de l'interview, nous avons observé sur l'enregistrement aux plusieurs fois des profondes perturbations de régularité en groupe des chaque ondes. Du point de vue psychophysiologique on peut dire que les perturbations polygraphiques signifient l'agitation émotionnelle. Donc les mots parlés avec les perturbations polygraphiques doivent des fonds émotionnels du côté du malade.

Et nous considérons que c'est notre raison à penser que l'observation de polygraphie fera possible à estimer la signification émotionnelle des mots y parlés.

À propos de notre exemple, nous avons pu trouver dans ces mots les expériences morbides du malade la phobie, les idées délirantes, à lieu même où il y a eu en polygraphie des agitations émotionnelles. Et nous comprenons ses émotions étaient plus profondes et plus vivantes dans la vie morbide de la malade.

Du côté de l'intervieweur, la modification polygraphique ne s'agit pas fortement aux symptômes psychiatriques du malade, mais aux problèmes techniques de l'intervieweur, aux considérations sur la validité de ses questions, à l'espérance aux réponses de malade, aux interruptions forcées d'interview par l'autre, etc.

Il nécessite à nous d'approfondir de la méthode et de l'analyse des expérimentations, mais nous espérons que ils nous apporteront quelques matériels à considérer des significations émotionnelles des mots parlés par le malade et le psychothérapeute au cours de psychothérapie.

A Case of Encopresis Treated Successfully by Psychotherapy.

SHIROH TAKAGI

Chief, Division of Child Mental Health, M.D.

YOSHIE IMADA

Division of Child Mental Health, P.S.W.

In this country, neither pediatricians nor psychiatrists have paid deep attention to the problem of "encopresis" in children. The authors reported one case of encopresis, which was of psychogenic origin, i.e., caused by psychodynamic factors between mother and child and also among family mem-

bers. The child presented also enuresis and stealing. Though several pediatricians, urologists, and surgeons did not recognize the seriousness of the problem, and even a psychiatrist, who considered it to be epileptic on the basis of EEG findings, had failed to cure it successfully, we conducted psychotherapy with both child and mother, and the child recovered wholly from the illness, and at the same time, conflicts between mother and child and intrafamilial conflicts were solved and their relationships became better and more natural. We made a detailed case study, and described the course of psychotherapy. (Author's abstract)

Studies of Stuttering Children

SHUSUKE TAMAI

Division of Child Mental Health, Psychology

HISAKO DENDO

Division of Adult Mental Health Psychology

IKUKO KOBAYASHI

Division of Sociology P.S.W.

MARI UMEGAKI

Division of Child Mental Health, Psychiatry

The purposes of the present paper are two: (1) to estimate the effect of play therapy for the stuttering child and of interview for his mother; (2) to study the relation there between the stuttering child and his mother.

The 10 cases reported here were treated under collaboration of a psychiatrist, psychologist and case worker in our child guidance clinic.

The study was attempted from several standpoints: (1) from the side of the stuttering child—age, sex, cause of stuttering, progress, present state, development from a nursling; (2) from the side of the family—social status, constitution of family, motive and attitude regarding constitution, attitude toward stuttering and cause, reciprocal action in the family; (3) through the play-therapy relation between child and therapist, import of the play, transformation of stuttering, change of behavior and other problems. Some cases of stuttering are reported in detail.

Summary and discussion

We reported: (1) The stuttering children were aged 3 to 13 years, at the beginning of our therapy; but in all cases, stuttering had begun in their childhood.

(2) Almost all stuttering children are boys. Boys and girls are in ratio of 9 to 1.

(3) The play-therapy of the children, simultaneous with the counseling of the mother, were carried out in our clinic for from 12 sessions to 41 sessions. (only one case by interview)

(4) In all cases, the father and mother were living and well, and did not have so many children. Their attitudes in bringing up the children showed tendencies to overprotection, interference and overexpectation.

(5) As a result of the playtherapy and interview with the mother, almost all of the cases was improved, though the treatment.

(6) It can be seen from the above that a certain correlation was found between the stuttering of the child and the attitude of the mother.

We discussed the fact that the playtherapy and simultaneous counseling are effective in treatment

Survey on the Children Diagnosed as Mentally Deficient
among the Child Cases at the Consultation Clinic Attached
to the National Institute of Mental Health

SHIGEMICHI KANNO

Chief of Division of Mental Deficiency Research, Psychiatry,

YOSHIRO SAKURAI

Division of Mental Deficiency Research, Psychiatric Social Work, B.A.

AKIRA YUHARA

Division of Mental Deficiency Research, Psychiatry, M.D.

MAKOTO IIDA

Division of Mental Deficiency Research, Psychiatry, M.D.

YOKO YAMAUCHI

Division of Mental Deficiency Research, Nurse

Since the consultation clinic attached to the Institute was established, nine years have already passed and the number of children diagnosed as mentally deficient has totalled over five hundred.

Through the investigation of these cases, particularly by studying the complaints, diagnoses, treatments, shifts of the problems since the first visit to the clinic, status of social adjustment, and impressions and opinions of the parents regarding the consultations, we hope to consider requisite ways of consultation, to establish the standardization of the diagnoses, and to make use of the solutions of these problems concerning treatments and procedures.

At first we studied particularly the following points, (a) dwelling, (b) cause coming to the clinic, (c) sex, (d) age, (e) degree of intelligence, (f) complaints, (g) disturbance during pregnancy and on delivery, (h) retardation and disorder of walking and speech, (i) developmental history and life history, (j) hereditary problems, and (k) kinds of mental deficiency, and so on. Regarding these problems we carried out studies in as detailed a fashion as possible and in comparison with the cases diagnosed as problem child without clear intellectual disorders.

We then did follow up studies on the catamneses and we examined the following problems, (a) outline of catamneses, (b) real status of the cases that gave answers, (c) present status of the cases, (d) shifts of the problems, (e) parent's hopes for their children, (f) opinions and impressions regarding ways of (g) visits to other clinics and institutions, and (h) joining the association of parents of mentally deficient, and so on.

Concerning the results of the investigation, we want to give some orientations particularly regarding following problems, namely, what are the important points of the mental deficiency problem, how to operate the consultation clinic for mental deficiency, and so on.

First of all, from the point of view of genesis, many problems still remain namely regarding the disturbances during pregnancy and on delivery, diseases during the early infantile period developmental problems.

From the observation of catamneses, our ways of diagnosis, we feel, were very insufficient.

Concerning the ways of thinking and attitudes of parents, there are very difficult problems. Rega-

rding this we can say that here is a field where case work should play a active role. It is expected that great difficulties must be coped with order for mentally deficients and thier families to be able to enjoy full happiness in life, however, we feel the responsibility and duty to advance forward steadily and vigorously.

A Social Etiological Study of Mental Disorder by MHR

MASAO AJIKI

Division of Sociology

His report is a socio-etiological study using the Measurement of Human Relations (MHR) accentuated on such aspects as the relationships between human relations and life stabilities or satisfactions, human relations and social objects (parnts, wife, colleague, etc.), human relations and mental disorder.

Humam relations here are scaled in seven degrees from +3 to -3 presenting relational expectations or weighting from the highest to the lowest (that is, that highest regative expectation).

He results of this test are summarized as fallows: (1) The unstable or unsatisfied person and mental disorder are strongly featured in terms of negative human relations accordingly (2) MHR might prove to be sufficiently useful in diagnosis in the field of psychiatry.

Report on Time-Study of the Mental Hospital Personnel with Special Reference to Contact with Patients

SYOGO INOUE

Director of Takajaya Prefecural Mental Hospital, Mie-ken.

This time-study was carried out to get a clue to the problem of how efficiently the psychiatric petsonnel make contact with patients.

Clinical experiences in the mental hospital suggest that the longer we keep up good contact with patients, the more we attain therapeutic effects, Therefore, the time-study of psychiatric personnel may offer a good suggestion to the treatment of the mental patients.

The results were summarized as follows:

- (1) A patient's average weekly contact with some members of the cilnical team i,e, psychiatrist, clinical psychologist, and or P.S.W.—was 60 minutes. Twenty-seven percent of it was in the form of personal contact, and 73 % was in the form of group work.
- (2) The average daily contact with nursing personnel was for two to three hours.
- (3) The average daily contact with clerks was 80 minutes.

From the above it is concluded that there might be some room for the improvement of the personel-patient contact in our hospital. It should be specially emphasized that a refined therapeutic attitude towards the patients should be required of all the personnel of the hospital.— All personnl shoud be requited to have a highly enlightened view of the mental illnesses and sick persons, and should be in contact with them as much as possible.

In view of these facts, special attention must be paid not only to the problems of therapeutic techics but also to matters of personnel management.

編 集 を 終 え て

精研創立10周年記念にふさわしいものを出したいものと、張りきってやがて一ケ年を経過、どうやらここに刊行ができるようになった。内容、形式ともに精研の研究特長をできるだけ現したいと考え、所員、内外の先生方にいろいろと御無理をお願いしたが、幸にも数多くの力作や玉稿を頂くことができて委員一同心より感謝している。

それにしても、編集企画に着手して一ケ年もかかったのはあまり感心できない。これも資料や業績を収集し発表する専任の担当責任者もないままに、所員が交替で片手間に編集にたずさわる状況がそうさせるのであり、ために印刷を引受けられた弘文社にも大変な迷惑や損失をかけた上に、編集上で訂正したいところも十分な手入れをするひまもないままの不本意な刊行ということになり、精神衛生研究に対する社会の期待の大きいこの頃、まことに申しわけないである。

今後どうか一日も早く精研内に資料統計部が設置されて、立派な研究誌が専任責任者の手を通じて刊行される日の近いことを祈ってやまない。(横山記)

第10号編集委員 横 山 定 雄
高 橋 宏
梅 垣 真 理
小 林 和 子

精 神 衛 生 研 究

— 第 10 号 —

編集責任者	横 山 定 雄
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 電話 市川(0473)③0141~3
印刷所	弘 文 社 市川市真間町1の716 電話 市川(0473)②4007

(非 売 品)

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 10

April 1962

Contents

Original Articles

- Study on the Recognition and the Therapeutic Attitudes towards Mental—Health
and —Illness
..... *MASAKI KATO, SHIRO NAKAGAWA, MASAO AJIKI*
TAKASHI KATANO & TAKAO SHINDO 1
- An experimental Study on "Therapeutic Social Club"
... *YOSHIKO IKEDA, AKIRA KASHIWAGI, KYOKO KUBOTA & AKIKO FURUSAWA* 16
- Theory and Practice of Psychodramatic Group Supervision in Social Casework
..... *KOJI SUZUKI* 32
- Joint Interview in Marriage Counseling
..... *KENJI TAMURA & MAKIE TAMURA* 42
- L'interview psychothérapeutique enregistrée en polygraphie
..... *HIROSHI TAKAHASHI* 53
- A Case of Encopresis Treated Successfully by Psychotherapy
..... *SHIRO TAKAGI & YOSHIE IMADA* 64
- Studies of Stuttering Children
..... *SHUSUKE TAMAI, HISAKO DENDO, IKUKO KOBAYASHI & MARI UMEGAKI* 72
- Survey on the Children diagnosed as Mental Deficiency among the Child Cases
who came to the Consultation Clinic Attached to National Institute of Mental
Health
..... *SHIGEMICHI KANNO, YOSHIRO SAKURAI, AKIRA YUHARA,*
MAKOTO IIDA & YOKO YAMAUCHI 84
- A Social Etiological Study of Mental Disorder by MHR
..... *MASAO AJIKI* ... 114

Materials

- Report on Time-Study of the Mental Hospital Personnels with Special Reference
to the Contact with Patients
..... *SYOGO INOUE* ... 121
- A Report about the IIIrd International Congress of Psychiatry
..... *HARUO AKIMOTO* ... 133
- On the Research of **Psychotherapy** in America
..... *MORIO SAJI* ... 143
- Reports on Research Activities in M.H.I. 156
- Tendencies of Research for Mental Health 1961 163
- English or French Abstracts 180