

精神衛生研究

第 14 号

昭和 40 年

Journal of Mental Health

Number 14

1965

国立精神衛生研究所

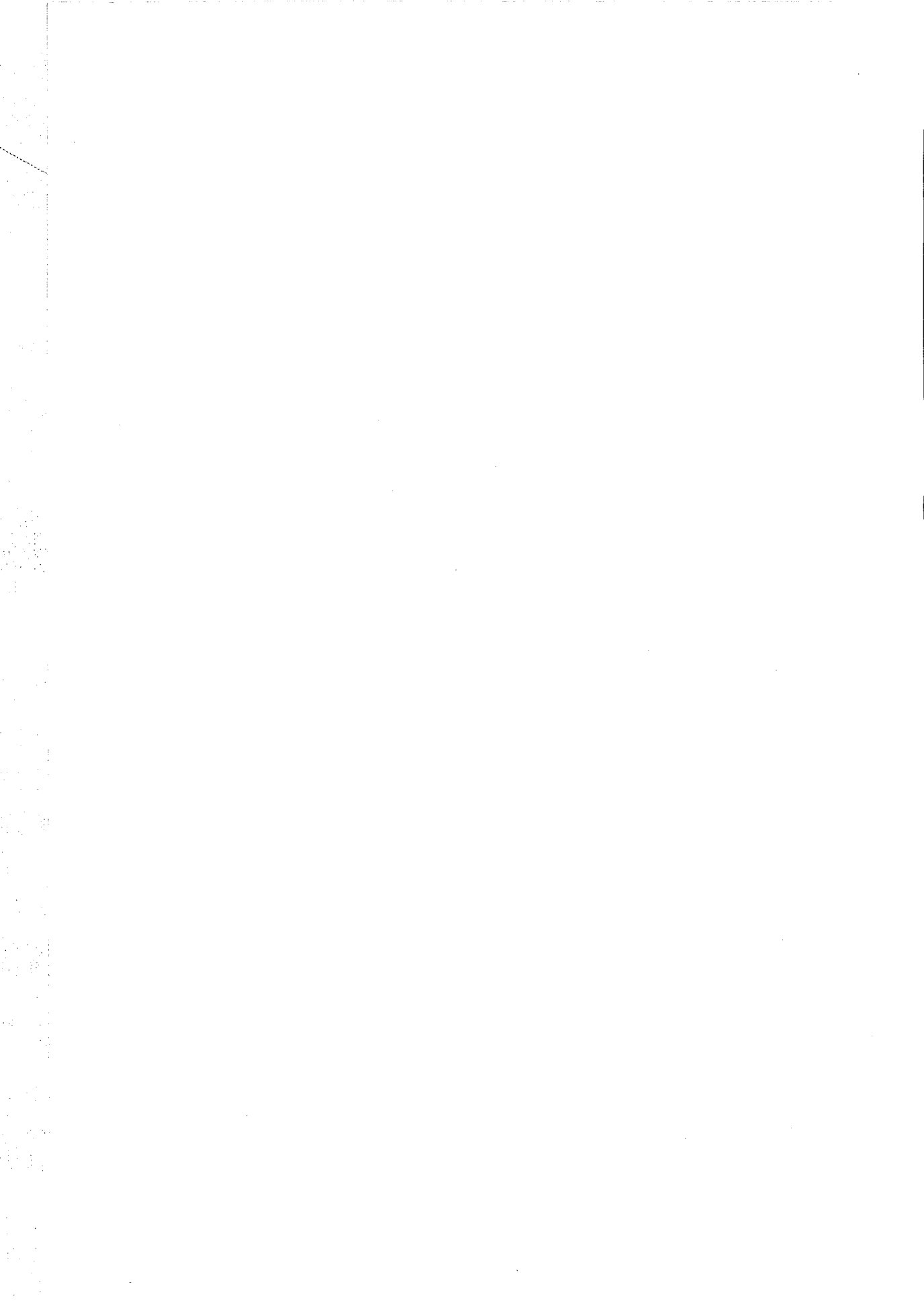
National Institute of Mental Health

Japan

目 次

原 著

精神分裂病の診断基準への試み ——WHO「精神医学的診断」セミナー報告—— .....加 藤 正 明.....	1
精神分裂病者との治療関係の研究.....佐治守夫, 田頭寿子, 山本和郎, 村瀬孝雄, 都留伸子, 織田信子, 伊藤三枝子, 足立美智子.....	21
精神分裂病の家族研究 ——その1. 分裂病患者及び家族の人間関係—— .....高 臣 武 史.....	41
学校恐怖症の家族研究.....山崎道子, 玉井収介, 湯原 昭, 今田芳枝.....	59
薬物嗜癖治療における家族の態度.....今 田 芳 枝.....	85
精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第1報 ——精神薄弱者に対するディケアの試み—— .....桜井芳郎, 菅野重道, 飯田 誠, 高乗公子, 渡辺映子, 関川ミヨ, 坂本陽子, 岩下セツ子, 鹿島光子, 羽鳥晴代, 田部井啓子, 奥浜美重子, 保坂日根子, 片山ますえ, 松永宏子.....	95
中小企業における産業福祉と従業員の態度に関する研究 ——A会社の調査を通じて—— .....桜 井 芳 郎.....	143
心理学科, 科会福祉学科の研修終了者に対する実態調査.....玉 井 収 介.....	163
文 献 紹 介	
精神病に対する社会の態度 (フランス精神衛生会) .....高 橋 徹.....	175
所員研究業績一覧	187
欧 文 抄 録	195



精神分裂病の診断基準への試み

— WHO「精神医学的診断」セミナー報告 —

精神衛生部

加藤 正 明

1. ま え が き

精神分裂病診断における概念規定の問題は、古くかつ新しい課題であるが、今年の世界精神神経学会総会のシンポジウムとして取り上げられるなど、近ごろ再び再燃化しているといつてよい。かつてヒロポン中毒による分裂病類似の症状がとりあげられ、脳代謝機能の研究に発展したほか、非定型分裂病の遺伝学的・臨床的研究、幼児分裂病の研究など、いずれも分裂病の概念規定に有意義な研究が行われた。最近はいわゆる分裂病境界例に対する精神療法的接近や、分裂病家族の研究などが、分裂病研究の中心課題となっている。生化学的、生理学的研究が今後いかに展開されるかはさておいて、最近の臨床的、精神病理学的研究に関していえば、現象学的記述的な接近方法から、精神療法的接近方法へと移行している点に特徴があるといつてよい。

しかし、WHOが今回とり上げたのは、精神病理学的な立場からの分裂病概念の再検討でもなければ、精神療法的アプローチそのものでもなく、精神医学的疫学の問題としての分裂病概念ないしは診断の問題であり、いわば macroscopic な見方での操作的な診断差に関する接近方法という問題である。

およそ疫学的研究において、事例発見と診断基準の2条件は、最も重要な問題点であるが、例えば結核や伝染病における診断が、直接本人を診察しなくても、X線所見や病理検査などによって統一されることはさほど困難ではない。しかし精神障害の疫学では事例記載が唯一の資料であり、遠隔地の患者の診断を統一するには、同一の診断者が全例に面接するわけにはいかないので、事例記録を検討するか、録音テープやビデオ・テレビジョンを利用するほかない。ここでとりあげたのは、WHOが疫学の問題の1つとして国際的診断基準の比較を試み、事例記録とビデオ・テレビの2方法を採用したことである。かれらはその第1回の試みとして精神分裂病をとりあげているので、その検討の結果をまとめ、今後の問題究明の発展に役立てたいと考えたのである。

2. 第8回国際疾病分類修正案について

WHOが国際疾病分類 International Classification of Disease (I.C.D.) として決めた分類は、すでに第1回試案から批判される点が多く、精神医学領域では世界中どここの国もこれを用いず、おのおの独自の分類を疾病統計として用いてきたといつてよい。

第1表 第8回国際疾病分類

Psychoses (290—299)

290 Senile and pre-senile dementia

- .0 Senile dementia
- .1 Pre-senile dementia

291 Alcoholic psychosis

- .0 Delirium tremens
- .1 Korsakov's psychosis (alcoholic)
- .2 Other alcoholic hallucinosis
- .3 Alcoholic paranoia
- .9 Other

292 Psychosis associated with intracranial infection (if greater specificity of the associated condition is required, code this in a separate field)

- .0 With general paralysis
- .1 With other syphilis of central nervous system
- .2 With epidemic encephalitis
- .3 With other and unspecified encephalitis
- .9 With other intracranial infections

293 Psychosis associated with other cerebral condition (if greater specificity of the associated conditions is required, code this in a separate field)

- .0 With cerebral arteriosclerosis
- .1 With other cerebrovascular disturbances
- .2 With epilepsy
- .3 With intracranial neoplasm
- .4 With degenerative diseases of central nervous system
- .5 With brain trauma
- .9 With other cerebral condition

294 Psychosis associated with other physical condition (if greater specificity of the associated condition is required, code this in a separate field)

- .0 With endocrine disorders
- .1 With metabolic and nutritional disorders
- .2 With systemic infections

- .3 With drug or poison intoxication, except as in 291
 - .4 With childbirth
 - .9 With other physical conditions
- 295 Schizophrenia
- .0 Simple type
 - .1 Hebephrenic type
 - .2 Catatonic type
 - .3 Paranoid type
 - .4 Acute schizophrenic episode
 - .5 Latent schizophrenia
 - .6 Residual schizophrenia
 - .7 Schizo-affective type
 - .8 Other and unspecified
- 296 Affective psychoses
- .0 Involuntional melancholia
 - .1 Manic-depressive psychosis, manic type
 - .2 Manic-depressive psychosis, depressed type
 - .3 Manic-depressive psychosis, circular type
 - .9 Other and unspecified
- 297 Paranoid states
- .0 Paranoia
 - .2 Involuntional paraphrenia
 - .9 Other
- 298 Other psychoses
- .0 Reactive depressive psychosis
 - .1 Reactive excitation
 - .2 Reactive confusion
 - .3 Acute paranoid reaction
 - .9 Reactive psychosis unspecified
- 299 Unspecified psychosis

Neurosis, personality disorders and other non-psychotic mental disorders
(300—309)

300 Neurosis

- .0 Anxiety neurosis
- .1 Hysterical neurosis
- .2 Phobic neurosis
- .3 Obsessive compulsive neurosis
- .4 Depressive neurosis
- .5 Neurasthenia
- .6 Depersonalization syndrom
- .7 Hypochondriacal neurosis
- .9 Other and unspecified neurosis

301 Personality disorders

- .0 Paranoid
- .1 Affective (cyclothymic)
- .2 Schizoid
- .3 Explosive
- .4 Anankastic (obsessive-compulsive)
- .5 Hysterical
- .6 Asthenic
- .7 Antisocial
- .9 Other and unspecified

302 Sexual deviation

- .0 Homosexuality
- .1 Fetishism
- .2 Pedophillia
- .3 Transvestitism
- .4 Exhibitionism
- .9 Other and unspecified

303 Alcoholism

- .0 Episodic excessive drinking
- .1 Habitual excessive drinking
- .2 Alcoholic addiction

- .9 Other and unspecified alcoholism
- 304 Drug dependence
 - .0 Opium, opium alkaloids and their derivatives
 - .1 Synthetic analgesics with morphine-like effects
 - .2 Barbiturates
 - .3 Other hypnotics and sedatives or "tranquillizers"
 - .4 Cocains
 - .5 Cannabis sativa (hashish, marihuana)
 - .6 Other psycho-stimulants
 - .7 Hallucinogenics
 - .9 Other and unspecified
- 305 Physical disorders of presumably psychogenic origin
 - .0 Skin
 - .1 Musculo-skeletal
 - .2 Respiratory
 - .3 Cardiovascular
 - .4 Haemic and lymphatic
 - .5 Gastro-intestinal
 - .6 Genito-urinary
 - .7 Endocrine
 - .8 Organs of special sense
 - .9 Other
- 306 Special symptoms NEC
 - .0 Speach disturbance
 - .1 Specific learning disturbance
 - .2 Tics
 - .3 Other psychomotor disorderes
 - .4 Disorders of sleep
 - .5 Feeding disturbances
 - .6 Enuresis
 - .7 Encopresis
 - .8 Cephalalgia
 - .9 Other
- 307 Transient situational disturbances
- 308 Behaviour disorders of childhood

- 309 Mental disorders not specified as psychotic associated with physical conditions (if greater specificity of the associated condition is required, code this in a separate field)
- .0 With intracranial infections
 - .1 With drug, poison or systemic intoxication
 - .2 With brain trauma
 - .3 With circulatory disturbance
 - .4 With convulsive disorder
 - .5 With disturbance of metabolism, growth or nutrition
 - .6 With senile or pre-senile brain disease
 - .7 With intracranial neoplasm
 - .8 With degenerative diseases of central nervous system
 - .9 With other physical conditions

Mental retardation (310~315)

- 310 Borderline mental retardation
- 311 Mild mental retardation
- 312 Moderate mental retardation
- 313 Severe mental retardation
- 314 Profound mental retardation
- 315 Unspecified mental retardation

The following fourth-digit sub-divisions should be used with each of the above categories (if greater specificity of the associated condition is required, code this in a separate field):

- .0 Following infections and intoxications
- .1 Following trauma or physical agents
- .2 With disorders of metabolism, growth or nutrition
- .3 Associated with gross brain disease (new growth, degeneration, sclerosis (post-natal))
- .4 Associated with diseases and conditions due to (unknown) pre-natal influence
- .5 With chromosome abnormalities
- .6 Associated with prematurity
- .7 Following major psychiatric disorder
- .8 With psycho-social (environmental) deprivation
- .9 Other and unspecified

その後何回も分類案が修正されたが、1965年7月6日から12日まで、ジュネーブで第8回 I.C.D. 修正会議が開かれ、次の試案が今後10年間使用して検討されることになった。(第1表) この修正案作製に関しては、すでに2年前から日本に対しても意見が求められ、厚生省統計調査部の世話で日本委員会が持たれてきた。精神医学領域では、島崎、三浦、懸田、笠松、加藤の5人が委員に挙げられ、何回も検討したうえでの日本案を提出した。

さて、I.C.D. 修正案の精神分裂病の分類では、295番が schizophrenia となり、これを simple type から other and unspecified までの8分類としている。このうち、simple type, hebephrenic type, catatonic type, paranoid type まではまず問題ないとしても、acute schizophrenic episode, latent schizophrenia, residual schizophrenia, schizo-affective type などは、日本ではほとんど用いられていない。もっとも schizo-affective type はほぼ *mischpsychose* と同義と考えれば、むしろ良い表現であろう。しかしこのほかにも *pre-schizophrenia*, *post-schizophrenia*, *oneirophrenia* などの言葉もある。なおWHOではHochの *pseudo-neurotic*, *pseudo-psychopathic schizophrenia* の用語については反対意見がよい。

このほか他の分類、例えば297番の *paranoid states* が、*paranoia*, *involutional paraphrenia*, *other* となっており、これについてもわが国では異論がある。ことに298番の *other psychoses* のところで、*acute paranoid reaction* があり、300番の *neuroses* の *depersonalization syndrome* も問題になろう。この分類がやはりアングロ・サクソン系中心で、ジュネーブの会議でも、大陸系とくに仏・独・ソ連からの批判が多かったことはうなずける。

I.C.D. に関連する診断分類の問題は、そのほか、神経症、薬物依存、児童の行動障害、精神薄弱、心身症などの分類でも、多くの難点が残っている。そこでWHOではこの修正案が改正される10年後まで、精神障害の診断・分類および統計に関するセミナー *Seminar on Psychiatric Diagnosis, Classification and Statistics* を毎年開催することによって、一步でも課題解決に近づくとしている。その第1回セミナーが、精神分裂病をテーマとして、昭和40年10月11日から15日まで、ロンドンの王室医師会 *Royal Society of Medicine* で開かれた。なおこのセミナーのメンバーとして、次の11名が選ばれ、今後10年間、同一メンバーで継続研究することになった。(WHOのリストのまま)

Miss E. Brooke, Ministry of Health, London, U. K.

Professor Sir Aubrey Lewis, Head of the Institute of Psychiatry, University of London, U.K.

Dr.M.Kato, Chief, Division of Adult Mental Health, NIMH, Japan.

Prof.O.Φdegaard; Gaustad Hospital, Norway

Prof.B.Psamanick, Director of Research, Columbus Psychiatric Institute and Hospital, USA.

Dr.H.Rotondo, Chief, Dep. of Psychiatry, Psychiatric Hospital, Lima, Peru.

Dr. R. Sadoun, Chief de la Section de Psychiatric, Institute National d' Hygiene,
Paris, France

Dr. Z. N. Serebryakova, Chief. Specialist in Psychoneurology, Ministry of Health,
USSR

Dr. M. Shepherd, Institute of Psychiatry, University of London, U.K.

Prof. A. V. Snezhnevsky, Director, Institute of Psychiatry, Moscow, USSR

Dr. H. Strotzka, Director, Psychotherapeutic Training Institute, Vienna, Austria.

この11名のほかに、英国からの参加者として、J. Hill 教授, Dr. P. Sainsburg その他 8名
が加わり、WHOからは P. Baan 精神衛生部長, Dr. T. Lin, アメリカの NIMH の Dr. M.
Kramer, Dr. R. Gonzalez など 8名が参加した。

互選により Lewis 教授が座長, Φ de gaad 教授と Snezhnevsky 教授が副座長となり、今後1966
年はオスローで reactive psychosis をテーマとし、1967年はパリ、1968年はモスクー、1970年は
東京(薬物依存の予定)、1975年に完成の予定とほぼ決められた。米、ソ連、英、仏各国の診断基準
の報告があり、次いで北欧、英、米の国際的な診断比較の報告があった。それは英国で選んだ
59例の事例記録のうち、同国内で一致した30例をデンマークから30人、ノルウェーから28人、
スウェーデンから18人、アメリカから160人、英国から205人の計441人の精神科医に送り、そ
の診断を比較したものである。この結果は前記の30例中、5ヶ国で一致したものの22例であった。
不一致例についてみると、大部分の国の精神科医が depression とした例を、ノルウェーで
14%が妄想分裂病としたもの、大部分が分裂病としたものをデンマークで13%、アメリカで29
%がうつ病としたものがあった。全体の事例に関して、精神分裂病と診断したもの(パラフレ
ニーを含む)の比率を比較すると、デンマーク4.0%、ノルウェー4.1%、スウェーデン4.4%、
イギリス5.0%、アメリカ6.3%の順となり、アメリカが最も高かったことは、アメリカの分
裂病概念が他国よりも広いことを反映しているであろうとされている。なお、この30例につ
いてイギリスで112名の一般医の診断と精神科医の診断を比較し、21例が大体一致していたこ
とは興味深い。

3. 事例記録による診断の差の検討

以上の事例記録による診断の検討 written exercise は、このWHOセミナーのまえ3ヶ
月に渡された6事例について、われわれ委員および英国の参加者によって行われた。各事例と
も大体3枚ぐらいのタイプに打たれたものであり、これには患者番号、姓名の略称、年齢、家
族歴、生活歴、病前性格、既往症、現症、入院時所見、検査結果、経過が書いてある。これに
対して、主要診断名または補助診断名を決めるのであるが、このさい診断に当って重要な因子
となったものにマークをつけ、これを最も重要、やや重要、重要でないの3段階とした。また、
各事例が今後1年、2年それ以上あとに、在院中か、症状はあるか、働けるかという見透しを
つける。また、この6事例記録の診断をつけ送付したあと、2ヶ月して、患者のその後の経過

を加えた記録が送られ、これによって変更された診断名を書いて送った。

この6事例の written exercise が、前記11人の委員を含む17人の精神科医によって行われたが、大分類による診断は次の如くであった。(第2表)

表2 大分類による診断の差

事例	精神病				神経症	人格障害
	精神分裂病	躁うつ病	その他	計		
第1例	—	2	—	2	14	1
追加後	—	2	—	2	14	1
第2例	17	—	—	17	—	—
追加後	17	—	—	17	—	—
第3例	10	—	7	17	—	—
追加後	9	1	7	17	—	—
第4例	—	12	5	17	—	—
追加後	—	14	3	17	—	—
第5例	6	2	9	17	—	—
追加後	4	2	11	17	—	—
第6例	8	1	4	14	—	3
追加後	3	1	9	13	—	4

* なお、これは M-D Reaction となっている。

** Personality Disorders

すなわち、17人の精神科医が全員一致したのは第2例の精神分裂病のみであり、この例も型分類になると、妄想型分裂病以外に、破爪病と緊張病が各1人あった。この点で型分類では12%のずれであった。また、このうち確定診断13人、推定診断2人、その他2人であった。

最も不一致だったのは第6例で、amphetamine 嗜癮ないし中毒と妄想分裂病の鑑別が問題になる例だった。はじめに精神分裂病としたもの6人だったのが、予後の追加でこれが3人に減った。初めから amphetamine psychosis としたものが3人、予後追加によってこのうちの1人は薬物嗜癮としたほか、分裂病その他から変わったものを含め、amphetamine psychosis 5人、薬物嗜癮4人の9人となった。具体的には poisoning by amphetamine, chronic brain syndrome associated with drug intoxication, symptomatic psychosis (depressive, paranoid type) as a result of drug addiction, depressive psychosis with paranoid features exacerbated by amphetamine. などであった。

診断の一致と不一致だけを示すと次の第3表の如くである。これを各事例ごとにみると、第4表の如くで、第1例では neurotic depressive reaction が圧倒的に多く 82.3% を占め、

第四表 事例記録の概要

例	性	年令	家族歴	本人歴	病前性格	既往症	結実因子
第1例	♀	40	父母ともに健 12子中第4子	幼時どもり、22才結婚、第2回妊娠時うつ状態、乱費癖	外界に影響されやすく、夫の好まぬ友人をもつ	第2回妊娠時のうつ状態以外は健	1963年12月、夫の女性問題からうつ状態
第2例	♂	27	母神経質 他は健	軍隊で将校になったが兵卒におとされる。大学中退後イスラエルでキブツの研究中入院、退院後仕事を転々	運動好きだが友人と長つづきせず	1959年12月被害妄想、性の転換を恐れる。入院治療後ディホスピタル、再入院	
第3例	♀	46	父は幼時に戦死、母、姉健	18才結婚、夫戦死、37才再婚、1子あり	明るく、仕事熱心、友人も多い		
第4例	♀	62	姉うつ状態の既往	22才結婚、4子健夫は利己的で、7年前から病臥	心配症、苦勞性	29才時「神経衰弱」	
第5例	♀	31	母は短気、伯父妄想型分裂病で入院母方のいとこ自殺	幼時夢遊、学業不良、4年間工場で働き、28才結婚、夫が中絶性交	短気、敏感、気分易変、白中夢、注察念慮		
第6例	♀	34	父母、同胞ともに健在	神学校卒業後神父になったが、ルーズで1年とつとまらなかった。25才に婚約したがすぐに解消	表面は社交的だがいらいらしやすく能力以上に野心的		

例	性	年令	現病歴	入院時所見	身体所見	検査所見	経過
第1例	♀	40	1964年3月バルビタール剤による自殺企画で入院	時うつ状態、夫が良心しなければ自殺するという	甲状腺やや肥大のほか健	I. Q. ウェクラーで91	ときにうつ状態、自殺念慮、1965年1月夫および子どもと別れてパートタイムで働いている
第2例	♂	27	母に敵意、易怒、洗脳された、神に支配されているという	被害妄想、思考奪取、病識欠如			C. P. 250 mg をつづけ院外作業に従事後、1965年3月退院
第3例	♀	46	本年、タイプの音を気にし被害的になりドイツのスパイだといわれるといて警察にいく入院	悪口をいわれるという他は平穩、病識はない		尿中糖2% 血糖159 mg % 糖尿病と診断	1ヶ月後退院軽快5年後幻聴、幻嗅があった。糖尿は軽快、その1年後再び幻語、幻聴嫉妬妄想、再び糖尿、4週で軽快退院
第4例	♀	62	3ヶ月まえからうつ状態、罪業妄想	不安、興奮、抑うつ病識欠如	甲状腺肥大	甲状腺機能正常	電気ショック後軽快退院、2年後再入院、電気ショックで軽快、さらに2年後再びうつ状態。イミプラミンで軽快、翌年躁状態、血圧190~120
第5例	♀	31	妊娠6ヶ月、1月まえからのどがつまる、泣きやすい、立てない、双生児出産、不安、死の不安、入院	うつ状態、自責的、死の不安、赤ん坊にとりの爪がはえている。幻聴、離人体験			入院9ヶ月後はなお自責的だったが1ヶ月後には軽快2年後もこの間全く異常はない
第6例	♀	34	23才失職後、うつ状態、不眠、26才被害念慮、覚醒剤1日3~4錠使用被害追跡妄想、入院後電気ショック4週間で退院したが6ヶ月で再入院	以前は被害追跡念慮があったが今はないという。ラポールあり、記憶等正常、病氣への反省を示す。			6ヶ月で退院したが、3ヶ月後に再入院し3日で退院人をさげ、アマタールを服用し窓から飛び出した。ポケットに覚醒剤あり入院、3ヶ月で退院したが9ヶ月後再入院、そのほか2年間に6回入院、いつも覚醒剤を用いたあとである

表3 診断各および一致・不一致

事 例	最 多 診 断	確定診断F 又は 推定診断P	不一致の比率	
			第1回	第2回
1	314 Neurotic depressive reaction	9 F 5 P	1 8	1 8
2	300.3 Paranoid schizophrenia	13 F 2 P	1 2	1 2
3	300.1 Paraphrenia	3 F 2 P	7 1	7 6
	300.1 Paraphrenia	6 F 8 P	1 8	2 9
	300.3 Paranoid schizophrenia			
	300.3 Paranoid state			
4	301.1 Manic depressive reaction, depressive	9 F —	4 7	5 3
	301.1 Manic depressive reaction	12 F —	2 9	1 8
5	688.1 or 308.2/688.1 Puerperal psychosis	4 F 4 P	5 3	4 7
6	300.3 Paranoid schizophrenia	3 F 3 P	6 5	8 8

reactive depressionとしたもの2人, simple adult maladjustmentとしたもの1人(英国のDr. Valentin)であった。depressive reactionとしたもののなかで, 補助診断として psychoneurosis, cyclothymic personality, emotional instability, immature personality を挙げている。この診断を決めた最も重要な因子としては, 結実因子が14人, 病歴が12人, やや重要な因子として, 生活歴が10人であった。予後判定は全員が1年後には在宅とし, 10人が症状がなおるとし, 9人が労働能力正常, 8人が減退とみた。予後追加後に病名を変更したものは1人もなかった。

第2例は前述のように全員が精神分裂病としたが型分類では2人の不一致があった。診断要因として, 最重要が入院時精神症状12名, 現病歴11人, 既往精神疾患10人となっている。予後推定では1年後になお入院中となるもの5人, 2年後4人, 症状は1年後14人, 2年後12人が「あり」としているが, 労働能力を正常としたものはなかった。また予後追加後に診断変更したものはなかった。

第3例は前表のように paraphreniaのみとすれば, 一致は5人だが, paranoid state, paranoid schizophreniaを合せれば14人となる。そのほかに late schizophrenia, involutional psychosis, organic psychosisが1人づつあり, 補助診断としては involutional paranoid stateのほか diabetes mellitusが挙げられている。診断要因として最も重要とされたのは, 入院時所見16人, 現病歴13人であった。予後判定では, 1年後に在宅とするもの12人, 症状はなお「あり」とするもの10人で, 8人が労働能力正常としている。予後追加によって診断を変

更したものは2人で、1人は paraphrenia から depressive reaction へ、1人は paranoid schizophrenia から schizo-affective psychosis へと変更があった。

第4例では12人までが manic-depressive reaction とし、その他には4人が involuntional melancholia, 1人が senile psychosis (depressive state) であった。診断要因としては14人が入院時所見を、13人が現病歴を最も重要としている。予後判定では14人が1年後に在宅、14人が症状なし、14人が労働能力正常とした。予後追加によって2人が involuntional melancholia から manic-depressive reaction に変更している。

第5例は8人が puerperal psychosis とし、5人が schizo-affective psychosis とし、2つに分れ、他に schizophrenic disorder 1人、manic-depressive psychosis (depressive) 2人、other and unspecified psychosis, atypical schizophrenia としたものの1人であった。診断要因も、17人が入院時所見、14人が現病歴、12人が結実因子を最も重要とした。予後判定では6人が1年後に在院、10人が在宅、症状なお「あり」8人、「なし」8人とわかれ、労働能力で正常7人、減退5人、喪失4人とわかれている。予後追加後で診断変更のあったものは schizo-affective psychosis から puerperal psychosis へ1人、前者の確定診断を推定診断としたものの1人であった。つまり予後追加後 puerperal psychosis のほうへよったわけである。が、なお schizo-affective psychosis を全員が捨てたわけではなかった。

第6例は最も混乱が多く、paranoid schizophrenia が6人のほか、schizophrenia simplex 1人、schizo-affective psychosis 1人、schizophrenia 1人を全部加えると9人になり、amphetamine poisoning は3人であったが、その他に affective psychosis 1人、unspecified psychosis 1人、paranoia and paranoid states 1人があった。補助診断で drug addiction や paranoid reaction を加えるものもあり、大別すれば schizophrenia と amphetamine psychosis の2方向にわかれた。しかし、診断要因として最重要な因子に、10人が入院時所見、16人が現病歴を挙げ、予後判定では1年後に在宅15人、症状「あり」9人、「なし」4人、労働能力低下12人(同喪失2人、正常3人)としたことからみても、schizophrenia への方向がつよかった。しかし、予後追加後の診断では paranoid schizophrenia から確定診断をやめ、推定診断として drug psychosis, drug addiction としたものの4人と、paranoia with drug addiction, drug psychosis としたものの各1人があり、経過の追加によって schizophrenia から amphetamine psychosis の方へ動いている。結局、amphetamine addiction なり psychosis としたものは、変更と副次診断を加えて10人であり、あとの7名は schizophrenia 周辺としたことになる。

以上のように、記述された事例記録による診断 written exercise は、事例のいかんによって差が大きくなったり、一致度が高くなったりするが、とくに puerperium や amphetamine のような exogenous factor の扱いに診断が左右されやすい。それはこの方法では詳細な精神病理学的記述が不十分であり、直接観察や面接によって深められるものが得られないため、一読してわかりやすい外因の扱いに論議が集ることになる。第5、第6例はその点で診断が、精神

分裂病、躁うつ病、その他精神病にわかれ、第6例では人格障害にまで拡がったばかりでなく、予後経過が追加されたとき、診断が変更される幅も大きかった。

この事例記録による診断に参加した17人の精神科医のうち、11人は前記の名簿の各国にわたっていたが、あとの6人はイギリスの精神科医であった。しかし、以上の診断の差がイギリスの精神科医のあいだにすら、同様に存在していたことは興味深い。というのは、イギリスの参加者のすべてが、モーズレーで訓練をうけ、理論的の差はないとされていたからである。その反面、精神分裂病概念をクレペリン的概念にせよ、外因性ないし器質的障害にはいりそうなものもできるだけ除くという点で、最もいちじるしかったのはソ連の Snezhnevsky と Serebryakova であり、病因論的診断にはきわめて慎重で症候論的診断にかたむきやすかったのはフランスの Sadoun であった。なお、paraphrenia という診断をつけたのは3割以下であり、71~76%がこの診断を避けていたことも興味深かった。

4. ビデオ・テレビによる診断の差の検討

前述のように、事例記録による診断の差の検討には、おのずから限界がある。同一患者を異った医師が診ることも、状態後変化や面接状況の差が問題になる。ワン・ウェイ・ミラーの使用はどこでも行われているが、広いはんいの検討、ことに国際的には無理がある。そこで、反覆可能かつどこへも移動できるビデオ・テレビ使用が方々で行われるようになった。もちろん、直接面接やワン・ウェイ・ミラー使用にくらべると、現実感に乏しく、ことにこまかい表情や動作はとらえられず、面接時のふんいきや面接者とのラポールなども、わかりにくい。いかに映写角度を変えてみても、視聴者が面接者と同一にはなり得ない。そういう多くの欠点はあるが、あとで何回も繰返しができ、簡単にスピードを変えたり、停止できるので、分析には都合がいい。

このようなビデオ・テレビによる診断の検討 Video-exercise が、ロンドンのセミナーで行われた。9事例が2台のテレビに映され、2人のソ連精神科医のみは通訳がついたが、他はすべて英語のみであった。参加者は前記11人の委員を含めて17~21人であり、事例に多少参加者数が異っている。

9事例のうち、初めの2例は緊張病で行動症状を、5分ずつ2回見せ、他は10分乃至20分2回であった。面接者はたまに最初に出てくる以外には現れず、患者の姿はややななめで、時に大写しもはいつている。面接者の質問は指示的で大部分は問いと答えであるが、患者がしゃべり出すとほぼ終るまで待っている。一般に言語のすくないものは容易だが、早口で一気にしゃべる事例は、外国語の障壁がすくなからず生じた。診断の結果は第5表のごとくである。

第1例は老年の男子緊張病でクロールプロマジン 600 mg が投与され、面接者が命令し他動的に動かすのみで、患者はほとんどしゃべらず、姿勢、表情、面接者への反応、歩行について21の症状を「あり」「なし」とチェックする。ともに緊張病であるがクロールプロマジン投与と高年齢の点での配慮が必要であった。観察者が大きくわかれはのは、「緊張病的姿勢」と「引

第5表 ビデオ・テレビ事例診断の概要

	第 1 例			第 2 例		
	有	無	答なし	有	無	答なし
1. 姿 勢						
前かがみ(年齢不相応)	8	9	1	17	1	1
体をゆすぶる	11	5	2	7	9	3
不随意運動	13	5		2	13	4
常 同	14	4		16	3	
おちつかない	1	15	2	10	6	3
計	47	38	5	52	32	11
2. 表 情						
硬く不可解	17	1	0	8	10	1
しかめ眉	4	11	3	10	8	1
口唇運動	4	12	2	8	10	1
顎をもぐもぐさせる	0	15	3	2	14	3
尖り口	0	16	2	2	15	2
計	25	55	10	30	57	8
3. 面接者への反応						
拒 絶	3	14	1	0	16	3
両面傾向	6	11	1	2	16	1
強迫にぎり	0	15	3	15	2	2
保 続	1	14	3	12	7	0
反響行動	1	16	2	6	11	2
緊張病姿勢	7	9	2	7	10	2
過度の協同運動	13	4	1	1	15	3
計	31	83	13	43	77	13
4. 歩 行						
きわめてのろい(年齢不相応)	10	5	3	14	5	0
腕をぶらぶらさせる	14	4	0	8	9	2
ひきずり歩行	7	9	2	10	7	2
その他の歩行の異常	12	4	2	3	11	5
計	43	22	7	35	32	9

言語・思考の障害	第 3			第 4		
	有	無	例 答なし	有	無	例 答なし
1. 談話心迫	15	3	2	5	15	1
2. 異常に速い言葉	11	8	1	0	19	2
3. 異常におそい言葉	0	18	2	1	18	2
4. 観念奔逸	4	13	3	4	14	3
5. 音 連 合	6	10	4	2	18	1
6. 駄じゃれ	1	14	5	3	15	3
7. 言語新作	17	1	2	3	16	2
8. 見当ちがい	16	1	3	14	5	2
9. 脱 線	16	1	3	16	5	0
10. 文法のまちがい	13	4	3	4	14	3
11. 著しく衒奇的表現	10	7	3	4	14	3
12. 具体思考	4	12	4	11	8	2
13. 概念形成異常	15	2	3	14	6	1
13. 滅 裂	15	2	3	9	8	4
15. 阻 害	2	14	4	3	17	1
16. 遅 滞	0	16	4	0	19	2
17. その他の言語・思考の異常	1	10	9	3	12	6
計	146	136	58	96	223	38

感 情 障 害	第 6			第		
	有	無	例 答なし	有	無	例 答なし
1. 感情鈍麻	18	3	0	4	9	4
2. 感情平板化	17	1	3	6	9	2
3. 病的抑うつ	3	16	2	0	15	2
4. 病的不安	1	18	2	0	15	2
5. 疑 惑	3	15	3	6	9	2
6. 焦 躁	3	14	4	0	15	2
7. 攻 撃	0	19	2	1	14	2
8. 感情荒廃	15	3	3	3	12	2
9. 感情不安定	0	19	2	1	13	3
10. 気がかり	3	12	6	1	13	3
11. 無 感 動	19	2	0	1	12	4
12. 恍 惚	0	19	2	0	14	3
13. 両価感情	3	16	2	1	11	5
14. 困 惑	4	13	4	0	14	3
15. 多 幸	0	19	2	9	7	1
16. 間の抜けた反応	1	14	6	3	10	4
17. 無 関 心	17	4	0	4	10	3
18. 敵 意	2	16	3	0	14	3
19. 感情不調和	4	13	4	8	7	2
20. 不満な感情	7	10	4	0	14	3
21. その他の感情の異常	5	10	6	1	10	6
計	125	256	60	49	247	61

きずり歩行 *shuffling gait*」で、いずれも「あり」が50%、「なし」が38.9%、残りはチェックなしであったが、これは年齢と薬物投与への配慮が関係したと思われる。「あり」とする症状では「表情の制限、ぎこちない不可解な表情 *limited range of expression, stiff, impenetrable*」が94.4%が最も高く、「なし」では反響症状が88.9%、作嘴けいれんも88.9%なしであった。

第2例も第1例に近い老年男子の緊張病で、意見がわかれたのは、第1例と異り、「表情制限、ぎこちない不可解な表情」が「あり」52.6%「なし」42.1%にわかれ、「歪顔」も「あり」42.1%、「なし」52.6%、口唇運動が「あり」52.6%、「なし」42.1%、「ねじれた姿勢」が「あり」47.4%、「なし」36.8%を示した。なおこの例でも「緊張病的姿勢」が「あり」52.6%、「なし」36.8%にわかれ、「引きずり歩行」も「あり」36.8%、「なし」52.6%にわかれた。

第3例と第4例は女性患者で、主として言語と思考の障害に重点がおかれ、10分ずつ2回であった。言語・思考に関する17項目のチェックのうち、第3例では、反響症状が「あり」30%、「なし」50%、「著しく奇抜な表現」が「あり」50%、「なし」35%にわかれた。「あり」にほとんど割切られたのは、新作言語85%、「見当ちがいの陳述」80%、「会話の飛躍・脱線」80%であり、「なし」に割切られたのは「著しく遅い言語」90%なしと、「思考の遅滞」80%なしであった。

第4例は第3例ほどしゃべらない例だったが、2つに分れたのは「具体的思考」が「あり」52.4%、「なし」36.7%で、「減裂」も「あり」42.9%、「なし」36.7%にわかれた。「あり」が大部分だった項目はなく、「なし」が多かったのは「著しく早い言語」90.6%、言語遅滞90.5%反響言語85.7%、阻害81%なしであった。この事例は診断上の根拠とすべきものが、しっかり掴めなかった例である。

第5例は中年の女性で、非常な早口でしゃべるため、英語理解の能力が最も影響した。とくに妊娠妄想と *depressive* な点が目立っていたが「4年間、お腹のなかに赤ん坊がいる」「関係はなかったのに妊娠した」といっているのだが、両方聞きのがした人があった。しかし、全体では「妄想あり」と「病的うつ状態」「あり」がいずれも95.3%で、強迫症状は90.5%が「なし」、離人症も85.7%が「なし」で否定された。幻覚は「あり」が23.8%、「なし」が71.5%とややわかれた。感情抑うつとしたものが52.4%で、診断では76.2%がうつ病とし9.5%（2人）のみが分裂病とし、残りは診断未定だった。この例をソ連の *Snezhnevsky* が *involuntary paraphrenia* としたことが目立ち、議論になった。

第6例は感情障害を主体とする中年の男性患者で、面接者の問いをそのまま繰返し、無関心な態度が目立っていた。ビデオによる診断では、感情鈍麻「あり」が85.7%、感情浅薄が81%、感情荒廃が71.5%、*apathia* 90.5%、無関心81%で、診断はかなり一致していた。「なし」の点で一致度が高かったのは、病的不安「なし」85.7%、攻撃性、恍惚、多幸はいずれも100%なしであった。ただ、不気嫌、不満感情が「あり」33.3%、「なし」47.6%にわかれた。

第7例も中年の男性で、面接の初めの会話は日常的だが、次第に特殊な機械や兄弟に関する

妄想がでてくる。チェックする項目に「妄想」がないため、「あり」で一致度の高いものがなく、「なし」では攻撃性、困惑、恍惚、敵意、不気嫌がいずれも82.4%なしであった。2つにわかれたのは、多幸と感情不調和の「あり」47.2%、「なし」41.2%、感情浅薄と懐疑的の「あり」35.3%、「なし」52.9%などであった。要するにこの事例で、感情障害の項目をチェックしたことが、あまり適切ではなかったことになる。

第8例は老人の男性で興奮し、憤慨した調子で、被害的な内容の話を演説口調でしゃべる事例であった。5分間たてつけにしゃべりその内容が把握しがたかったことと、チェック項目が適切でなかったため、ほとんど分散した少数のチェックしか得られなかった。

第9例は若い男性で、自分の性器から悪臭が出るため、世間の人次第に衰弱してしまうという妄想をもつ患者であった。「あり」とはっきり割切ったのは、妄想の95.3%、病的抑うつ81%であり、「なし」は病識、強迫症状に多かった。この事例でとくに興味があったことは面接者が質問をはじめのまえの「neutral sectionでの異常さ」の項目であり、53.4%が「あり」、42.9%が「なし」とした。このneutral sectionでの判定は、第5例でもチェックされたが、「あり」が66.7%を占め、「なし」は14.3%で、この9例のようにわかれることはなかった。この事例の特徴は、抑うつ気分と妄想にあったのだが、それを分裂病的とするか、抑うつ的とするかが、このneutral sectionでの受とり方に左右されていたと思われる節がある。すなわち、この事例の診断は、21人中精神分裂病9人、42.9%、うつ病9人、42.9% schizo affective psychosis 3人、9.5%にわかれた。ことにこの事例が日本でも問題になっている幻嗅を主症状とするいわゆる境界例であったことも興味深かった。また、うつ病とした9人のうち、7人が「副次的診断」の項目では精神分裂病または schizo-affective psychosis としていたことを併せて考えると、この事例についてはほとんど全員が精神分裂病を完全に否定できなかったということになる。

以上9例のビデオによる診断を通じていえることは、とくに言語を異にする精神科医の診断の比較では、言語的障壁があるため、行動症状を主とする事例ではよいが、言語的内容が問題になる場あいは、すくなくとも同時に、会話内容のプリントを配布すべきであり、それでも言葉の抑揚やそれに伴う表情や身振りなどの判断にも関連があることである。また、以上のような診断の差が英語を国語とする国の精神科医のあいだにも認められたことは、言語的障壁はもちろん、理論的立場の一致度のみならず、この方法自体のもつ制約でもあったと思われる。

5. 分裂病診断における差の検討方法

精神分裂病の診断に当って、まず問題になるのは分裂病概念についての理論的立場である。ことに現在最も大きな問題となっているのは、いうまでもなく Kraepelinの早発痴呆概念が、Bleulerの精神分裂病概念にとって代られて以来、そのはんいがますます拡がり過ぎてしまったことへの反省である。Bleulerによる精神分裂病概念は、アングロサクソン系の国々で用いられ、とくにアメリカでは精神分裂反応ないしは分裂状態の名でいちじるしく拡大された。初

めに挙げたWHO修正案にも、精神分裂病の亜型として、latent schizophrenia, residual schizophrenia, acute schizophrenic episode などがあるが、たとえばHeidelberg大学のH. Häfner とK.P. Kisker によるWürzburg分類修正案では、精神分裂病を次のようにわけている。

- a) Symptomarme Prozesse (Dementia simplex, Hebephrenie)
- b) Eerlebnisreiche Formen (Paranoid-halluzinatorische)
- c) Motorische Formen (Katatonie)
- d) Systematisch-wahnbildende Formen (Paraphrenien usw.)
- e) Schizophrener Persönlichkeitswandel
- f) Konformer Wahn

ここでとくに問題となるのはe)とf)であろう。かれらはそのほか、分裂病に含まれないものとして、Episodische Psychosen endogener Färbung and abnorme Entwicklung von psychoähnlichem Ausmass を挙げ、そのうちにschizophrenieähnlicher Bilderを入れている。EyやLangfeldt, Kretschmerなどは、分裂病概念をせばめることを主張しているが、現実にはschizophrene Reaktion, psychogene Psychose, Randpsychose, schizophreniforme bzw. schizophrenieartige Psychose, Entwicklungs-Pseudo-Schizophrenie, Schizophrene Lebenskrise, paranoide state, psychose délirantes aigues などがドイツでも問題になっているとKiskerは述べている。

国際的な会議として精神分裂病概念が討議されたことは何回かあるが、WHOでも1957年9月、精神分裂病の概念規定に関するグループ討議を行っている。参加者はVon Baeyer (ドイツ), Böök (スウェーデン), Honorio (ペルー), Gozzano (イタリア), Gruenberg (アメリカ), N. Kline (アメリカ), Lambo (アフリカ), A. Lewis (イギリス), Müller (スイス), Ratanakorn (タイ), M. Roth (イギリス), P. Yap (香港) の12名であった。アメリカ精神医学雑誌に記載されたKlineの報告によると、次の諸点がこの会議の結論となっている。

「分裂病の診断は、臨床的な明証 clinical evidence にもとづくべきであり、この明証は患者の診断時においてのみ、有効である。従って、疾病経過に診断の根拠を求めることは正しくない」「分裂病診断の臨床的な明証は、与えられた瞬間の患者の状態—精神状態の横断面—を検討することと、患者の生活史およびパーソナリティの検討によって認知された、心理的異常さを根底において、つくられている。」

「この会合では、精神分裂病の発展形式とか、患者の状態に対してどこまでempathicな理解に達しえられるかという、精神科医の能力には重点をおかなかった。この発展形式と理解能力の問題は分裂病診断にとって、きわめて大切である。しかしこの両者ともに、精神科医の理論的立場はもちろん、そのパーソナリティおよび精神医学的訓練のいかんによることが大きい。従ってそこまで拡げることは、かえって問題を混乱させる」というのが委員会の主な結論であった。

しかし、分裂病診断の問題を操作的な手段によって検討することを意図するかぎり、精神科医の理論的立場、患者理解の根底にある訓練とパーソナリティに当面することから避けられない。つまり、精神分裂病の診断の根拠になるものは、臨床的明証という合理的診断によるべきであるといってみても、それにはどうしても感情的診断が避けられない。

前述の事例記録による“written exercise”では、もっぱら間接的な手段で記載された所見をたよりに診断が下され、患者の生活史、現病歴、入院時所見、既往歴などから、合理的に診断が組立てられるが、経過によって大きく動くことがすくなくない。また、直接的手段による観察やラポールがないために、問題はむしろ器質的、身体的な要因の検討に集中する傾向があり、分裂病診断にとって重要な症候論的要因や、コミュニケーションの問題は検討すべくもないという欠点を持っている。利点をいえば、多数の診断者の意見を比較できるということであろう。

事例記録による診断の方法を補うものとして、ビデオによる診断が行われるが、これも実際の面接者になったつもりで、面接者と同一化することはなかなかむずかしい。分裂病患者にじかにふれ合って感ずる「冷たさ」や「空虚さ」がじかに伝ってこない。このことは、患者の顔の大写しにしても、身体の角度を変えて、真正面にしても、それほど変らない。行動症状を主体とするものではまだよいが、内的体験さらにラポールと次第に困難になる。いずれにせよ、行動も体験もそこに見えているものや聞えているもの自体ではなくて、その言動の根底にあるものがじかに伝ってくるときに、精神分裂病の診断が下されうるとすれば、ビデオで把握できる限界でこれを受けとるほかない。現在、われわれ自身面接した事例について、ビデオによる分析を試みているが、患者のみでなく面接者の記録が同時または継時に必要であると考えている。いずれにせよ、ビデオ記録は従来の録音テープのみによるよりは一步前進であり、面接技術の訓練にはもちろん、診断基準の検討のためにも、これを有効に使用する方法を考慮することが必要であろう。

文 献

Report of WHO Study Group on Schizophrenia-Geneva, September 9-14, 1957. Amer. J. of Psychiatry Vol. 115 No. 10, April, 1959.

Draft Report of First WHO Seminar on Psychiatric Diagnosis, Classification and Statistics. (mimeograph) 1966.

精神分裂病者との治療関係の研究*

精神衛生部	同 左
佐 治 守 夫 ⁽¹⁾	田 頭 寿 子 ⁽²⁾
優 生 部	国立国府台病院
山 本 和 郎 ⁽³⁾	村 瀬 孝 雄 ⁽⁴⁾
精神衛生部研究生	同 左
都 留 伸 子 ⁽⁵⁾	織 田 信 子 ⁽⁶⁾
同 上	同 上
伊 藤 三 枝 子 ⁽⁷⁾	足 立 美 智 子 ⁽⁸⁾

序 論

この小論を書きはじめるときに、分裂病者との治療的関係をここ数年にわたって経験し、分裂病者との間に少しでも人間的交流をつくろうと努めてきたわれわれの実感をいくつか書いてみたい。これらの実感は、後にのべるさまざまな努力のあとで、いまのわれわれにある確実な内的体験として定着しつつあるものなのである。

「分裂病者と一口にいても、それぞれその人独自のペースがある。治療者はそのペースと共に動いていかねばならない。自らのペースを乱されたり、おかされたりするとき、患者は治療者との関係を断ち切ることによって自らを守ろうとするように見える。再び強烈にあらわれる自閉傾向、不気味とさえ感じられる一見全く空虚な沈黙、時にはげしい全く他を容れない拒否の態度、妄想の世界への没入などである。」

「分裂病者にみられる対人関係における冷たさ、許容のなさ、柔軟性のなさ……。これは、治療的関係において常に感ぜざるをえなかったものである。そしてこれらの態度は、普通の人以上に敏感で、傷つきやすい分裂病者の感受性にねざしていると思われる。感情鈍麻とか普通よばれている彼等の外見とは全く逆に、甚だ繊細でありすぎる彼等の感受性がある。この為、日常のきめの粗い対人関係に耐ええず、自らをひきこもらせてしまわずにはおけないものだとと思われる。」

「陳旧分裂病者とよばれる人たちが、無為・無感情で日をおくっている。その人と、治療的関係を何回も重ねていくうちに、治療者に対して、特殊な心の向け方をし初めてくるのを感じ

* A Study on the Therapeutic Relationship with Schizophrenic Patients

(1)~(8) 臨床心理学

る。それは些細な動作であり、ありきたりの日常の挨拶であるが、その中に純粹に治療者とあうことを喜んでいる気持が現われる。しかし治療者がそのことに喜んで急速に接近しようとすると、再び完全に閉されてしまう。治療者は奇妙なアンビバレンシイを感じてとまどってしまう」

「奇妙な言動、奇矯な表情、おしだまって自己の妄想の中にいると思える分裂病者に対して治療者は全く自己の存在を無視されたと感じる。外からはうかがい知れない裂しい不気味な不安に彩られた世界の中で、彼独り完全にとじこもっているという印象をもつ。このような患者を、外側からの観察者の目で「現象学的に」記述しようとする試みを続ける限り、観察者は安心して彼の前にいることができる。だが、観察者としての目ではなく、彼の内界に近づいて、彼と交流したい、気持を分かちたいと願うとき……参加者としてあろうとするとき、そのような心の平静と安定が一挙に消失するのを感じる。」

「治療者は、分裂病者と共にいて、何より先に、自己の無力感、不安感を感じ、それと闘わざるをえない。相手と共にいることの無意味感に圧倒されてしまうとき、相手の気持を理解しようとする気持など、全く持ちえなくなる。」

「ある分裂病者と長い間の不毛と思える時間を経験した後、相手が——今思うと非常に重大な——彼自身の感情を語った。しかし患者の支離滅裂な話し方を打ち破ろうとしては失敗し続けてきていた治療者は、その感情をききとれないでしまっていた。患者の話し方の奇妙さとか、語る内容についての固定観念にしばられていて、患者が時に語る重大で新鮮な感情を気づかずにしまったのである。」このような体験は、まだ数多く拾いあげることができる。以下、われわれが、分裂病者との治療的な面接を続けた中から得てきたいくつかの問題をとりあげてみたい。治療的面接の中でわれわれの目に明らかになってきた、分裂病者像、及び、それと対照的に、分裂病者との治療関係の中で明らかになってきた治療者自身の問題、この二つに焦点をあわせて問題を整理してみたい。上述の断片的な文章も、この二つの問題を素朴に示していると思われるからである。

1. 本研究の意味

精神分裂病者に対しての心理療法的接近のもつ現代的意味は、必ずしも分裂病の心因仮説を前提とせずとも、明瞭に主張できる。^{註1}

註1) 心理療法が神経症者の如く心因を前提とする病気の治療法であるという意味ではそのまま分裂病者に対してあてはまらない。このことは分裂病への接近が、遺伝因、化学因、組織因、心因などさまざまな方向から総合的になされることが要請されつつある現在、詳しく説くまでもない。病気の治療ということに限定するとき、心理療法を分裂病者に行う意味は、分裂病の心因論が証明される手続きを前提として、あるいはその仮説を証明する過程として成立するといえる。しかしこの病因の問題は、今のわれわれの中心的な問題ではない。

分裂病の心因仮説にもとづく治療法として、あるいはその仮説の検証過程としての研究法としての意味を主張しないとしたら、どのような立場があるか。

1) 第一は分裂病に対する新たな研究法として、分裂病という病気をとりあげるのではなく、分裂病者という個々の生きた人間に焦点をあわせる試みである。この試みが主張されるのは、治療関係の中での分裂病者の行動把握、その理解が、他の接近法とは異なる分裂病者の姿をわれわれに示すであろうという期待がある故である。

われわれの試みる治療的接近は、これまで分裂病者（以下病者と略す）が経験した対人関係と異なるものであるという前提をおくことができる。許容的であり、共感的理解を前提とする接近は、この関係を通じて、病者の今まで示すことのなかった新たな行動をよびおこす可能性をもっている。

2) 治療的接近のもつ第二の意味は、分裂病者への接近を通じて、心理療法そのものの限界や可能性が究明されるということである。心理療法は、治療的人格変化を生ずるような人間関係、換言すれば、その関係の中では今まで不可能であった自らの内面的問題の吟味や、深くかくされた自己の探究を可能にする関係の成立を起点とする。ところで分裂病者は、このような対人関係……自己を他人に開示する・自己の感情を自由に語る・自己の内面の不安や葛藤を吟味し検討する為に他人といる関係……をもともと拒否する人たちであると考えられる。ふつう考えられる治療関係がもともとつくられにくく、そして常に一応成立したかにみえる関係が危機的場面にさらされ易い分裂病者との接触は、治療者にとって大きな試練となる。註2 治療者の努力は、この試練を克服することであるといえる。

この研究における治療者としてのわれわれの接近の基本的仮説は、以上のべてきたことに関連して、次のように考えられた。

1) 分裂病者に対する心理療法的接近の基本的原理は、神経症者その他の精緒的行動的障害をもつひとびとに対する場合と根本的には変りはない。治療者が病者の内的世界を（これは神経症者などの場合とことなり、はるかに接近を困難ならしめる質のものではあるが）共感的に理解しようとし、症状や個々の行動上の問題に焦点をあわせてその軽減や消滅を図るよりは、その個人との全人間的な接触をえようと努力する。その個人に対する敬意と好意が、どれだけ個々の言語的・非言語的反応を通じて相手に伝えられているかが、この時の最大の関心事となる。この際、治療者は分裂病者と共にその場にいる自己のあらゆる内的反応に対して、十分に自らを開いていなければならない。このことによって、分裂病者の、時に全く僅かな感情のうごきや、治療者への働きかけをとらえうるのである。

註(2) いわゆる疏通性のなさ、自閉性、生ける現実との接触の喪失、無意味で空虚な内界、他者との接触に対する極度なまでの警戒と、他からの脅威に対する異常な敏感さ。このような言葉で表現されてきた分裂者の特性は、ここであげた治療関係の成立を全く困難ならしめ、時に治療者に対して絶望感をもたせる特性であるといつてよい。このような限界状況にあって、それにも拘らずどのような治療者の態度が、相手をわれわれに開示する姿勢をつくりだすか。このことが、それぞれの分裂病者との間に課せられた、個々の治療者の課題である。

2) 以上の基本的な原理と一見矛盾するかにみえるが、相手が分裂病である事実によって、それ以外のクライアントに対する場合と異質な治療者の行動が期待される。序論の所で述べた、個々の治療者の実感は、この事実の存在を明らかに示している。分裂病者の奇異な行動に対してどのような接近の手段や技法が試みられたかなどは、その一例である。自らを治療に対して動機づけしておらず、自らを相手に開示する準備をほとんどため分裂病者に対して、この治療関係の困難さを打破する努力がなされる。この努力や試みは、今まで多く神経症や適応障害の人たちと治療関係をもつことが多かったわれわれ治療者たちが、新らしく直面した困難を解決しようとする動きとして呈示される。

以上の二つの仮設は、それにとまなう治療者の特徴的な行動を結果した。

治療者はすべて、いかなる場合にも、相手の分裂病者との共感的理解、その内面との交流を望み努力し、その努力を一回一回の反応・応答の中に表現しようとした。この事が達成される程度に応じて、相手の自己表現の現在の真実性があらわれ、未知の自己への探究がはじまり、自由なその動きの中に、分離されていた自己と意識的な自己との交流が回復する。分裂病者が深く抑制し、自己を自らのうちに閉鎖している。いわゆる分裂病的特性の解除がここに初まると期待される。事実このような動きを示した病者も、後に示すように存在した。しかし、分裂病者との交流の展開は、言葉で言うほど容易なことではない。むしろ、治療者は自らの努力の空しさ、無意味さを感じ、相手から拒否されている自己を感じもする。この時治療者は意識的・無意識的に、分裂病者の前にいる自らの安定を保つ為の心的操作を行う。この操作は、わずかでも相手と共にいる治療者の内心の安定をもたらす意味で、役に立っているともみられる場合があるが、時にはこの操作が二人の関係の破壊をもたらすこともある。この点の吟味が、われわれの研究の一つの目的となった。どのような、「治療者自身の安全と安定を図る操作」が存在したか、それがどのように、相手の分裂病者に影響を与えたかがとりあげられた。

上にのべた安定操作は、治療者自身が、クライアントと共にいる自らの安定を図る為の多くは無意識的なものであるが、同時に治療者は積極的意識的に、自らを分裂病者に接近させようとした。治療者は分裂病者と治療関係をもつ為に、あるいは病者と共にいることによって、特徴的な行動を開発する。この積極的な接触を図る試みは、治療者の側の防衛としての意味をもちうるが、それにとどまらず、新たな方法的技術的な開発をわれわれに要請もした。この点の究明は、研究の意味としてあげた第二の点、すなわち心理療法そのものの限界や有効性の検討に役立つと思われる。^{註3}

2. 本研究の方法及び資料の展望

入院中（一人は退院後、デイケアセンターに通所中）の殆んどが陳旧の分裂病者8名と、それぞれ異なる治療者8名の、約5ヶ月間、それぞれ10回から26回にわたる面接がわれわれの研究の資料源である。表1に示すごとく多くの治療ペアは、この研究の初まるかなり以前から、治療関係をもっており、またこの研究がまとめられた以後も、面接が継続されているもの

も多い。個々の組み合わせの患者と治療者のそれぞれについての概略は表1に示してある。

この8つの組み合わせの面接の中から、1965年5月から9月にわたり月1回、5ヶ月分5回の、テープに録音され、逐語記録のとられた面接の計40回分を研究の資料とした。そのうち1人の治療者は本論文執筆時に渡米中の為不在であり、患者とも中断の形で面接を終了しており、十分な資料を得ることができなかったのも、とりあげなかった。結果として、7つの組みあわせ35回分が、本研究の直接の資料となった。研究の方法は、上述の問題点をなるべく生々しい形でとらえる為、テープに録音された面接をきいて、自由な内省を展開する方法をとった。治療者並びにスーパーヴィザーの役割をとる共同研究者の2人が(時に共同研究者が2名となり、計3名になることもあった。)この仕事をする。この面接中あるいは面接後に、治療者が何を感じ、何を意識していたか、テープでとらえられる病者の意識、感情はどのようであるか、その面接の場において把握した病者の姿はどのようであり、それが現在どのように反省されるかなどが、この際の中心の問題となった。共同研究者は、8名の治療者が相互にかわりあってその役割をとることにした。

この研究をまとめるにあたって、以上の問題点を量的に処理する方法はとらなかった。一つには、個々の治療者——患者関係はそれぞれ独自のものであり、統計的な処理は不適切であると考えたからである。第二に、現在の段階にあっては、個々の問題の質的な追求が重要であると考えたからである。統計的量的処理は、問題の把握を皮相な段階に止めてしまいやすい。そしてある問題が量的に多く存在したと思われる治療関係が、表立ってはなかなかとらえにくいある特定の治療者の態度によって根本的に支えられているということもあるのである。

表2は、各治療関係の特徴やその問題点を大まかに記したものである。以下この表を参照しつつ「治療関係内の分裂病者の特徴」及び「治療関係内の治療者の行動」の二つの面から考察する。

3. 治療関係内の分裂病者の行動

前述の如き治療者の態度は、分裂病者の日常の行動や、その他の場面での対人関係ではあまり目立たない特徴的な行動を誘発したと考えられる。もちろんこれらの関係内行動は、おぼろな形で、あるいはそれほど極端ではない姿で、日常生活やその他の対人関係の場でもあらわれ

註3) 治療者の防衛としての操作と、積極的な方法的展開とは、特に明瞭な区別を許さないほど密接な関連をもつ。形式的には同じ相手への反応が、時に治療の側の防衛になり、時に相手に働きかける意味をもつ積極的な意味をもつ。この区別は、その時の両者の関係の質、治療者の内面的意識の種々相、結果としての病者のそれに続く、あるいはその後の対治療者行動の変化の有無などを吟味しなければ決定できないと思われる。後にのべるように、われわれの研究が、共同研究者によるスーパーヴィジョン的な面接を、各々の治療者との間に行うことによって達成しようと試みたのは、このような治療者の内面の動きをとらえることが重要だと考えたからである。しかし、このような弁別の困難はあるにせよ、防衛的な安定操作は、一般に、治療者の不安や無力感がその時かなり意識されており、その解消に多く役立ったと認められたものである。病者との積極的な関係をつくる意識がより強く存在し、その時の治療者自身の防衛が、治療者自身にも意識されていず、且つ共同研究者によっても、その無意識的な存在が充分指摘されなかったものを、方法的展開とよぶことにした。

表 1 治療関係をもった分裂病者と治療者

患者名 性別・年齢	状態像、()は過去にあったもの 目立った特徴	発病よりの年数 入院期間(入院回数)	治療者名 性別・年齢	治療経過年数 (分裂病者との経過年数)	研究を始めるまでの患者との面接回数 (面接期間)
K ♀ 26才 (デイ・ケア・センター)	(被害念慮)感情鈍麻, 自閉傾向	10年 3年 (3回)	a ♀ 27才	1年 (0年)	他の治療者と4ヶ月, 10回 aとはなし
Y ♀ 21才 (入院中)	(離人体験) (幻覚), 対人関係への過度の緊張, 自責的, Somatic Reaction	5年 4年半 (2回)	o ♀ 28才	3年 (1年)	半年 約20回
M ♀ 28才 (入院中)	自閉傾向, 幻覚 感情鈍麻, 発作的行動 (希死念慮)	9年 5年 (3回)	t ♀ 35才	5年 (1年)	半年 約20回
H ♂ 36才 (入院中)	被害念慮, 自閉傾向, (時に昂奮・緊張状態), 固い態度, 表面的な礼儀正しさ	5年 3年 (3回)	s ♂ 42才	12年 (3年)	1年半 約40回
G ♂ 33才 (入院中)	自閉傾向, 被害念慮, 幻覚, 妄想, 表面的には適応, 奇異な表情	10年 10年 (2回)	m ♂ 35才	10年 (3年)	2年半 約80回
I ♂ 33才 (入院中)	感情鈍麻, 無為, 無口, 自発性減退	6年 3年 (2回)	i ♀ 29才	3年 (1年)	1年 約25回
T ♀ 25才 (入院中)	自閉傾向, (乱暴) (希死念慮), 対人関係の過度の緊張, 亜昏迷状態, 妄想気分	7年 2年 (2回)	d ♀ 50才	5年 (2年)	1年半 約40回

表2. 各治療関係の特徴、問題点の概観

治療関係	治療者の感じた治療関係の問題点	共同研究者の指摘した問題点	治療関係の推移と現在の状態	患者をとりまく環境条件、家族との問題、その他
a | K	<ul style="list-style-type: none"> 治療者と共にいる場で治療者は相手にしよう—相手に接近しない結果となる。 相手の語っている意味に入ろう—無理な努力 	<ul style="list-style-type: none"> 分裂病者と最初の面接—治療者の緊張解消の試み 病者であること相手をみることに無意識的・意識的抵抗 上の問題点が次第に解消する 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の最初の頃の治療者への攻撃・反発から現在は甘えが目立つようになる。 治療者の自然な態度あらわれ Day care centerへの通所継続 面接継続中 	<ul style="list-style-type: none"> 現在就職のことが問題 家族の考えと患者の考えとの不一致、(本人の将来について)
o | Y	<ul style="list-style-type: none"> 分裂病者として相手をみる周囲への反発、健康な面を強調してうけとりたりたくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 症状・病気についての患者の不安になる治療者 過度に敏感に他に反応し、緊張する患者を理解しかねてい 上の問題点を治療者は意識しはじめる。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者は次第に、日常生活での自分の過度の緊張感を問題として意識しはじめる。 途中からDay care centerへ、(入院のまま) 面接継続中 	<ul style="list-style-type: none"> 父・継母・姉から拒否されている。 将来の社会復帰の見込みたたず。
t | M	<ul style="list-style-type: none"> 粗雑に相手に接近しようとする 外面的な状態に反応して働きかけようとする、病者のペースとずれ 外部からの知識が面接時の治療者を左右する危険 	<ul style="list-style-type: none"> 生活指導的・看護的な接近と、治療面接的な接近との統合・あるいは分離が問題となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院継続中 治療者病気のため、現在面接中断中 再入院当時よりも状態能や改善。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族からの期待に自分をあわせて無理に仕事をしようとする一再発、 家人は患者を恐れている。
s | H	<ul style="list-style-type: none"> 表面的でいつもうくりかえされる話題、形式的な病者の態度へのいらだち 無理に相手に接近しようとして相手の不安をつくり出す。 治療者のつくくりあげた概念的枠組で相手をみるこの問題 	<ul style="list-style-type: none"> 相手の表面的な礼儀正しさの中にかくされたいを、治療者や他人への怒りを、感じとれないでいる。 相手への見方を、その時々で柔軟にかえうる姿勢が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 所謂病識の展開 退院して職場への復帰(一応完全寛解退院) 職場での対人関係への適応 外来面接継続中 	<ul style="list-style-type: none"> 職場の人事係、医務室との連絡をはかり、一応望ましい協力関係ができています。 家族は姉が近くにいるのみ、姉と連絡がついている。

治療関係	治療者の感じた治療関係の問題点	共同研究者の指摘した問題点	治療関係の推移と現在の状態	患者をとりまく環境条件、家族との問題、その他
m | G	<ul style="list-style-type: none"> ・ 奇異な表情でおしまる、相手といる時の不安、いらだちが解決でききない。 ・ 相手の歪んだ現実認知に批判的な気持になる。 ・ 妄想に対して観察的になりその世界に参加でききない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療者の側での未解決な反対転移の問題 ・ 相手への怒りやいらだちが、相手に脅威を与える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何かのセッションをくりかえしつつ入院継続中 ・ 根底にある妄想は未解決 ・ 治療者は、治療場面に現実的な話題や活動を導入しようとしている。 ・ 面接継続中 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母が病者をおそれて拒否、兄と治療者との関係の改善が、治療に好影響をもたらすも、まだまだ未解決な状態
i | I	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病者の自発性のない態度、緊張、頑固な緘黙に全く接近しようがない。 ・ 治療者の不安解消の為の表面的な話題をえらんで話しかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病者の世界から治療者は自分をきき取りなしてしまっている ・ 自分の無力感や絶望を感じている ・ 退院、治療者家族訪問継続中 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に関係改善されず、治療者への関心は表明されない。 ・ 状態像も不変 ・ 患者の希望により不完全寛解 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病者に対する家人の無理解祈禱所に通うことを母は強制する。兄も分裂病？経済的貧困、退院後も家でアラアラしている。
d | T	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療者への甘えたい気持ちと拒否的な気持を感じつつも、どう対応してよいか分からない。 ・ 相手の甘え、退行的な態度に困惑 ・ 継母と治療者の同一視に対し、継母と治療者自身を区別して動けなくなっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相手を依存させやすい治療者の態度と、それを感して自分の態度を無理に変えたくなくなる動き。 ・ 積極的な形での創造的退行を治療者自身から行なえない ・ 病棟や家族から理解されない ・ 病者自身孤立的となり、病者に同情的とな 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次第に周囲に対して自己を語りうるようになる。 ・ 退行的な甘えが次第に解消 ・ 入院のまま Day care center へ ・ 面接継続中 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継母との関係が改善されず、義妹と競争的、(父や継母に甘えたいが同時に敵意がある)

ているものであり、治療者との場面では、誇張された形にあらわれたにすぎないとの見方もできる。しかし一面からすれば、このような特徴が普通の場面以上に明示されるということは、彼等の行動傾向を知り、その特性を明らかにする上で甚だ大切な手掛りとなると思われる。また、日常場面では殆んどあらわされない行動が、より著しく示されるということは、そこに治療的接近を可能にする一つの通路が開かれているともいえよう。

以下、精神医学の教科書に示されているような一般的特徴——観察的な態度でとらえられた特徴——とは異なるいくつかの面をとりあげてみることにする。

1) 治療者との同一視が、治療関係の進展にもなって多くの例でみられた。

この事実は、a-k, d-T, s-H等の関係であらわれた。治療者の服装に関心を示し、治療者の好む色彩の服を好んで着るようになり、そのことに治療者の関心を引こうとする。治療者の些細な動作をまねて、それをおそらく患者自身も気づかぬままにする。ある場合は、治療者におだやかにそのことを指摘されて、ひどく困惑したが、その後にはそのことをむしろ得意気に行う例などもあった。

神経症者との治療関係でも、治療者が現実的モデルとしてうけとられ、しばしばそのことが治療の促進に役立つことが指摘されている。だが、分裂病者の場合は、この態度が、甚だ明瞭な形で、露骨によみとれる点に特徴がある。恰も幼い子等が両親の言動を自然のうちにまねるのと似ているといえる。この事実はおそらく、分裂病者の自我の発達の未成熟さと関係しており、また、別の見方をするなら、彼等にとって、行動の規範はこのような外面的な「とり入れ」(Introjection)によって可能になるともいえよう。この点は、行動を決定する価値規範そのものも甚だ未熟なままでいる彼等が、治療者との関係がふかまるとき、治療者の外側の態度のみならず、重要な価値規範をも治療者が意識せずに示すままにうけとる可能性を示唆している。

治療者の言動をまねるこの態度は、治療者への競争心の存在も感じさせるし、また、彼等にみられる自己愛的傾向とも無縁ではない。しかしこの点の議論はさておいて、このような態度を示しやすい分裂病者と治療関係をもつ時の治療者にとって、充分配慮せねばならぬ点であると思われる。無条件に治療者と同一視さえする彼等は、日常生活の中で、この治療者と匹敵する深い人間関係を殆んど経験していないことが指摘されよう。治療者との関係がそれほど深い影響をもっているという認識は、われわれにとって、この関係の重大さを再認させるに充分なものである。それだけ、もしこのようにうけとられている治療者が、彼等の信頼を裏切ったり、彼等の不安を増大するような行動を示すとしたら、その結果としての症状の増悪、治療者へのぬきがい憎悪感の展開は、むしろ当然ともいえる。

2) 治療者への画面的態度のあらわな展開がみられる。

上にのべたことと密接に関係して、殆んどすべての関係において、治療者に対する強い接近の姿勢と、それと同時に激しい拒否、敵意などの姿勢が同時にみられた。このアンビバレンシイは、時に甚だ露骨なあらわれを示すのであり、治療者をひどく困惑させるものであった。ひどく甘えた態度を示しながら同時にはげしい口調で、治療者を攻撃したり、治療者に「こんな

私と一緒にいなければならないなんて気の毒だ、私なんか見すてた方が先生にとっていいと思う」といいながら、すぐその言葉を打ち消して、「先生と一緒にいるときだけ安心できる」と言ったりする。またある患者は、治療者が他の患者とあうことを甚だ嫌い、自分一人のものとして独占したい態度を示しながら、暗に治療者がこれ以上自分に接近することを拒否したりするのである。治療者に対して前回ひどく好意的な態度を示し、今までになくしみじみと自己の感情を語ったすぐ次の回で、露わに面接をやめてくれと要求した患者もいた。

これらの態度の激しい矛盾に直面した治療者たちは、分裂病者のもつわれわれには想像を絶する孤立感、孤独感と、それを少しでもうずめようとする強い要求を感じると同時に、ある程度をこえて他人が自己に接近したり、自己が他人を求めたりしたあとに感ずられる、「それ以上は近ずかないでほしい」という内心の叫びを感じもした。

接近は彼等の求むる所であるのだが、同時にそれは、自己の今の自己保全が根底からくつえされてしまうかもしれぬ危険としても感じられていると思われる。おそらく彼等にとって、他人の接近によって今までえたものは、それによって傷つけられ脅やかされた経験に比べて、甚だ僅かであるが、殆んどなかったのであろう。治療者が呈示する人間関係は、たしかに恐ろしいものとしてうけとられるらしい。しかし、この恐れをのりこえ、傷手にまさる報酬を彼らがうけとりえたとき、治療者との関係はたしかに前進することが認められた。しかも、もしこの時に治療者が先を急いだり、自分の満足からそれ以上に相手の世界にふみ入ろうとするとき、彼等の感ずる脅威は、再び治療者を全く閉め出してしまうようになるのもあると思われた。

分裂病者にあうとき、われわれの多くは、このような苦い経験をくりかえした。そしてわずかな彼等の世界の開示に対して、ゆっくりと落ち着いて、それを開く相手のおそれと不安を同時に感じつつ動くことの必要を学んだのである。

3) 2でのべた極度のアンビバレンシは、当然の副産物として、治療者に対する極端な転移感情をつくりだす。この転移は、はげしい甘え、身体的な接触を求める動きから、次の瞬間に拒否と憎悪の感情へというように、ゆれうごいてやまない。彼らの対人関係の特徴の一つは、両面感情のあらわな対人場面での展開であると思われる。この動きは、内面の感情の統制や統御の不可能な彼等が、少しでも自らの感情を表明する相手を見出したときの、粗野な、社会化されていない動きであると思われる。そしてこのような相手への姿勢が他人から拒否されたり、全く顧みられないと感じている時、彼等は無感情、無為な自己の壁の中にとじこもってしまうと思われる。ある患者は、陽性の転移の表明のあと、全く無感動な状態で3週間をすごした。この変化は治療者がその表明された感情をうけとるのに失敗した為であると指摘されたのだが、これほど極端ではなくても、多くの事例で類似の転移が観察されたのである。

4) 分裂病者は、治療者が自分の病気をどのように見ているかについて極度に敏感であり、同時に自分が分裂病という病気であることに対して、全く多彩な感情をもって対している。

この事実は、われわれ治療者群があらかじめ理屈では分っていたもりのことであつた。し

かし病者との接触をつづけるにつれて、われわれの予想していたような単純なものではないことが、さまざまな形で経験されてきた。

病者は自らが分裂病とよばれていることに対して、それが社会の通念からして不治とよばれる病気であること、時には医者もこの病気に絶望していることを、多少なりとも感じとっている。それだけに時に彼等は「病識」といわれるものを無意識に拒否していることがある。また半ば自分がこのような病気であることを知っていても、それを認めることに抵抗を示す。退院間近になったある患者は薬をのむことを拒否することによって自分はもう病気ではないと自分に暗示しようとした。病棟生活への反発と退院要求は、時にこのような心的機制から生れると思われた。

まして治療者が自分を病気とよび、それが社会復帰を不可能にすると感じていると知ったとき、彼等は混乱と怒りと敵意の渦中におち入るか、あるいは無為や妄想の世界に再び入りこむ。彼等と病気のことを語りあうのは、治療者の側での「にも抱らずあなたと歩もうとする意志」「病気であることは事実であるとしても、それに絶望してはいけない気持」を、十分に相手につげうる姿勢をもっていなくては危険である。ある患者は、長い間薬をのむことに恐れと不満足を表明していたが、治療者のこの態度に支えられながら、「今まで薬をのむのがいやだったのは、それが自分の病気がいつまでも直らない証明のように思っていたからなんです。外泊の時に薬をのんでいるのを人にみられるのはやっぱりいい気持じゃないけれど、分裂病の薬だって、ビタミン剤をのむようなつもりで平気にのめるようになりたいと思います」と語るようになってもいる。

病気である自分を承認するのは、たしかに患者にとって致命的になりかねない。しか。しかしその正しい認識は、病気であることを患者に認めさせようとして生れるのではないことをわれわれは学んできたと思われる。ある患者は、「病気である自分、病気になりやすい自分と、健康な人と同じようにやれる自分の両方が、私の中にある。……今までは病気である自分をみまいとして強がっていたようだ」と語った。この患者と治療者は、長い間、患者が病気とよばれる時、自分が入院していなくてはならない状態にいることを感じる時の、さまざまな感情について、語りあって来たのであって、症状や病気について患者に問いかけることは全くしてこなかったのである。

5 (分裂病者の紋切型の話し方や態度、形式的で内容のないと思われる話題、固い礼儀正しさは、その内面に、彼等の表出したくない、甚だ強くかくされた他人への敵意、性的問題、その他をおおいかくしていることが、しばしば明らかにされた。

このこともまた、治療者面接時の行動に限られるわけではないのだが、分裂病者と長い接触をたもっている中に、この相手がと意外に感じられる感情がしばしばわずかに語られることが経験された。そしてそのような時、自分で表明しておきながら、すぐそのあとで自分の言葉をうちけしたり、同じことば治療者がくりかえすと、それを全く否定するか、他の話題に変えてしまったりした。この事実は、彼等の対人行動の特徴である話し方や態度が、自らの内面的な

感情が外にあらわれることへの防壁を作っているのではないかと感じさせるのに充分であったのである。そしてこのような表面的、形式的礼儀的な態度は、少なくとも治療者という場面では、(全く変化のない患者もいたのだが)多かれ少なかれ減少するか、あるいはかなりの程度、柔軟な、感情的な色彩のある話し方や態度に変化していった。この事実は、治療者との接触が、(薬物その他の力と併用して)無意味ではないことをわれわれに感じさせたのである。

以上のべてきたことは、われわれの治療場面での分裂病者の特性の観察しえた一面である。治療関係のつくり方の未熟さが、多くの貴重な体験や観察を不可能にしたとも思われる。治療者自身の成長が今後多くの観察を可能ならしめると思われるのである。

4. 分裂病者との治療関係における治療者の問題とその行動

既にのべたように、分裂病者は他のクライアントと異なる行動を治療者の前で示す。分裂病者の多くは、治療者との面接場面をもつことに全く動機づけられていず、一見無気味で空虚な沈黙を長い間続けたり、無意味で脈絡のない表面的日常的な会話を続けたりする。時には治療者の接近を許さないかに思われる妄想を長々と語りもする。このような患者とどのようにして心理的交流をもちうるかは、治療者をなやませ、不安でいたたまらなくさせる。それだけでなく、完全に自らの世界にとじこもり、他人を拒否する態度に困惑しつくすこともしばしばである。このような困惑や不安や無力感、相手に対する無気味な感じは、治療者の側にさまざまな反応をうみださずにはおかない。

この研究に参加した治療者は、神経症者や適応障害をもつクライアントとの経験は、最低1年から最高10数年にわたってもっていたが、分裂病者との治療面接の経験は、最も多くて3年ほどであり、中には今度の機会が最初であるものもいた。(表1参照)。このような経験のなさ、少なさが、分裂病者という際の治療者の反応を赤裸々に素朴に示すことにもなった。以下われわれの研究から明らかになった、特徴的な治療者の行動を、二つの面から考察することにする。

1) 治療者の安定のための防衛的な操作

先に分裂病者への接近における基本的仮説の所でとりあげたように、もともと人間的接触の困難な分裂病者に対したとき、誰しもある種の言いあらわしがたい不安・いらだち・怒りを経験する。それは治療者が期待しのぞんでいる関係を相手が許そうとしない、あるいは拒否していることへの感情である。また自らの治療者としての無力感への反応でもあるだろう。この無力感は、時に絶望感ともなる。分裂病者に面接している治療者としての自己評価の崩壊や、他人からの評価の低下を現実に経験したり、あるいはそのような評価をうけはしないかという恐れも経験する。さらにこの絶望感のより深い源泉として相手にどう接近しようもない自己自身への失望、絶望と、それに伴う相手への怒りやいらだち、そしてこれらの感情をおさえようとしておさえきれない悪循環がある。

われわれの研究において、治療者はすべて心理学やその隣接領域の出身であり、精神医学者ではなかったことも上の事情を強化した。というのは、ここでとりあげるような治療的接近を

医者でない治療者群が試みることに對して、必ずしも病棟医や医局の精神科医が好意的でない場面もみられ、領域の査異とあいまって、治療者の孤立の意識が生じたことが指摘されるからである。治療者同志の相互評価や治療者としての自己評価にかかわる問題もちろんあったのだが、それ以上に医者や病棟の看護スタッフその他の評価に對して敏感とならざるをえなかったことも事実である。この孤立感無力感が現実の治療場面での患者への接近し難さによってますます強められた。

このような事態で、治療者はすべて、多少なりとも自己の不安を軽減するための防衛的な態度をつくりあげていくことが分った。われわれの資料は、この安定や防衛の為の操作が、多く意識しない形でなされており、他の共同研究者との話しあい続ける中で明らかになったものであることを示している。その中の主なものを3つあげることとする。

a. 治療者自身、自らを分裂病者の世界からきりはなし、あえて接近しまいとする試みが存在した。(i-I, o-Y, a-Kなどの特に初期の関係)われわれ治療者群は、すべて意識的には、分裂病者の内界に入り、共にその世界を分ろうとし、その感情や混乱した内界に理解的に接近しようとした。このことは意識的な事実である。だが実際の治療的相互作用、一回一回の患者との言語的・非言語的交流を分析してみたとき、この意識的な努力が、より強い意識しない不安の為に実現しないことが指摘される。治療者の方が時に自己の安全と思える世界に消極的にとじこもり、分裂病者の世界から自からきりはなす動きをしたのである。

このような態度は、特徴的に次のような事実として指摘できる。病者が一見われわれと全く変らないと思われる態度や言葉で治療者に対しているときと、妄想や幻覚その他、分裂病者特有と思われる態度を示しているときとの治療者の態度の相違である。

前者の場合、たとえば病者が「私はとても不安でおちつかないのです」と語ったとき、不安でおちつかないという言葉は恰もわれわれが日常普通に使う言葉として用いているのと同じ水準で、同じ意味でのみうけとるという誤りをおかしやすくなることがあった。分裂病者がこのように語る時、その内心の混乱や不安は、時に言葉の日常の意味をこえている。このように相手のことばがわれわれの使う意味をこえていることに、全く気づかないかあるいはどこか心の中でそれを感じつつも、当の治療者は全く表面的にしかうけとっていない場合が存在した。このようなくけとり方は、治療者が自らを病者の世界の外におく姿勢を示している。そしてこのような態度を著明に示す治療者は多く、病者が異常な体験や、いわゆる病的な内界を示すとき、それを無視したり、歪曲したり、あるいは治療者自身困惑して動けなくなったりした。前者の場合、自らが接近するのに容易な糸口が開けたことに安心してそれ以上の病者の世界を感じとることをやめてしまう一面で、後者の場合は、異常を感じさせる相手からの交流に對して、甚だ不安となり、接近できなくなってしまうのである。一言でいえば、このような場合の治療者は、自らの不安を回避する仕方として、相手の病的な異常な体験から自らを切りはなしてしまっている。あるいは自らをそこに入ることに対して禁止してしまっているともいえる。

このような態度の治療者といるとき、病者は恐らく……われわれの資料は一部そのことをうらざけるのだが、…自らを開示することをせず、治療者と共にいる意味をあまり感じなくなると思われる。

ここでも治療者の孤立性が問題となる。病棟のスタッフが患者の病的な側面を強調して語る
とき、そのように患者をみているスタッフに対して、このような態度を示す治療者は強い反発
とうけ入れにくさを経験する。そして自分の面接している患者の正常で健康な面を強調したい
と感ずる。たしかに患者の健康な一面を見失なわないことは、治療者にとって甚だ重要な姿勢
であり、治療的關係を通じてこの側面への援助が期待されるのである。しかし周囲への反発や、
病者の異常な世界への恐れが、一面的にしか病者をうけとらなくさせているとしたら、その結
果は病者と治療者の断絶を来すことになると思われる。

b. 治療者の安定操作の第2の方法として、相手の現在の感情や治療者との關係の質を顧み
ず、強引に相手の世界に入りこんだり、相手の現実的な行動を要求したりする試みが存在した。
(m-G, s-H, 弱い形で t-M などの初期の關係)

この操作は a であげた、いわば消極的に相手と自己をきりはなす試みと対照的なやり方であ
る。面接の場で病者は、おそらくさまざまな理由で、全く治療者に理解しがたい内容を語った
り、常同的に同じ話題を表面的に語ったり、頑固に自己の主張をのべ続けたりする。妄想や幻
覚の世界から全く離れようとしなやかに思えることもある。このような時治療者はひどく困惑
し、相手の世界からとりのこされる自分を感じて焦り不安になる。この不安の基底には、a で
とりあげたと同じ病者の世界への異和感、不気味な感じ、治療者としての無力感がある。そし
てこの場合は a における治療者の態度とことなり、接近を許さない相手へのいらだちや時に怒
りにも似た感情が動く。その結果、相手の世界に、相手の感情やその際の相手の治療者に望む
ことは何かを忘れて、強引に入りこもうとする。相手を分ろうとする動きが性急にあらわれる
か、あるいは、相手がこちらに理解できる動きをすることを要求する結果ともなる。治療者が
自らの感情の動乱を処理する方法としてのこの無理な試みは、分裂病者を一層不安にし脅威を
感じさせる。時にこのような動きをする治療者は、自らの態度が相手の一層の不安をつくりだ
したことを感じながらも、自らの期待する方向に相手を動かす試みを惰性的に続けてしまう。
相手の固く氷りついたかにみえる感情をゆさぶってもみる。この時、病者は多く、明らかな治
療者への怒りを表明したり、一層の不安を示し、最後にはますます固く自己の世界にひきこも
る結果を示した。

このような治療者の行動は、分裂病者との關係のつきにくさ、治療的改善の生じにくさに対
する焦慮としてもあらわれる。われわれの患者の多くは、数回の入退院をくりかえし長い入院
期間を経過し、数年に亘って動きのない陳旧分裂病者といわれる人たちであった。このような
病者に対して、その独自の世界を展開しうるように、ゆっくりと辛棒づよく待つ忍耐強さが、
治療者に必要であることを知りながらも、時に治療者は焦ってしまう。特に分裂病者の面接時
の行動が、治療者との現在の關係の質によって大きく影響されることへの認識を失なうとき、
この b にあげた治療者の姿勢が生じやすくなる点が指摘されたのである。この姿勢は治療者が
分裂病者に対して持ち易い陰性の反対転移の一つの形ということができるだろう。

c. 第三の安定の為の操作として、治療者は自己の主体性が失なわれるような姿勢で、分裂

病者の感情的世界に没入し、治療者自身意識することなしに相手と同一化し、退行してしまう態度がみられた。(d-T, 弱い形で i-I にみられた)

この操作が治療者の安定の為に役立つのは、既にのべた治療者の孤立の意識があるとき、病者と二人だけの孤立した関係の中で相手と自己を同一化することが、治療者の支えになるからである。

患者をとりまく家族、医者、看護スタッフなどが患者を見放していると感じるとき、治療者は、これらの人々に不満や反発を感じ、しかもそれが解消できないままにすることがある。この時治療者は患者に対して同情的な同一視の感情をもちやすくなる。相手の感情的な弱さにまきこまれていて、治療者の定安の基礎が本質的には失なわれているのだが、少くとも患者と一体感(たとえ錯覚でも)もっている限りでの関係を保ちえている安定が存在する。病者はこのような治療者として、恐らく確実な自己を展開する支柱をえることはできないと思われる。ここでわれわれの反省として creative and active regression の道を取りえなかったことが考えられる。自己満足の為に退行ではなしに、相手の退行している世界に入る為の能動的な退行の姿勢が要求されるであろう。

この場合は、bとは反対に、極端な場合には、治療者の側の陽性の反対転移感情として指摘されるものである。bの場合にしてもcの場合にしても、病者の特性として3.の1), 2), 3)でのべた、分裂病者特有の治療者への同一視、アンビバレンシイ、極端な転移反応を、歪曲して助長させやすい点が指摘される。問題となる関係内の分裂病者の行動を正しく扱うことができるかどうか、それを歪曲して助長する治療者の姿勢であっては、治療関係の改善を望むべくもないといえよう。

以上三つの安定操作をあげたが、これらはさまざまな組み合わせで、一人一人の治療者にみられた所である。これらの操作は多少なりとも相手という治療者の完全な崩壊や絶望をくいどめている点で、治療関係を保つのに部分的、一時的に役立ったといえるかもしれぬ。しかしこの操作が多くの問題をつくりだした事実は、既にのべた如くである。

2) 分裂病者との治療関係における技術的方法的展開

1)であげたのは、多くの治療者が無意識的に行った安定の為に試みであった。ここでとりあげるのは、ある程度意識的に分裂病者の特性に応じて、治療関係を展開しようとする治療者の試みである。その根本はどのようにして分裂病者と関係をもちうる自己でありうるかへの問いかけであり、治療者としての存在そのものへの反省であった。この問題は、多くの試みと失敗をくりかえしながら吟味されてきたのであって、ここにそのすべてをとりあげることはできない。また一部は、「3. 治療関係内の分裂病者の行動」の項ですでにふれた所でもある。以下重複をさけていくつかを列記することとする。

a. 分裂病者との治療関係の展開は、治療者が相手とともにその場にいることの意味の治療者自身の確認から初まるのであり、そのためには、無理に相手を語らせたり、こちらから話をひきだそうとして焦ったりする必要はない。(すべての関係に共通なもの)

病者の奇異な表情や近づきえない言動に直面して、ほとんどすべての治療者は困惑しながら、その相手がこちらに感じとれるまで待つという姿勢を積極的にとろうとした。この態度は、無理に相手の内界に入ろうとか、分らないものを分った形に整理しようとするのではなく、相手と自分の両者を、その関係の深みにできるだけおこうとする努力であった。わからない相手をわからないままに、少しでも分るまで待つという姿勢は、非常な強い積極性を必要とする。このことのもつ意味は、分裂病者が、人を拒否しやすく、人からも拒否されやすい人たちであることを考えるとき、明瞭である。

治療者が、相手に脅威を与えることなく、その場にいることができるという事実は、甚だ重大な意味をもつ。ライヒマンのいうように(文献²)「治療者はまず、相手が自分をその場にいることを許してくれること以上を期待してはならぬ」のである。

b) 治療者は沈黙したり、表面的な言葉の羅列におわりがちな分裂病者との関係をつくろうとして、相手と共にいるその際の自己の体験をできるだけ言葉にあらわして相手に伝えようとした。(7つの関係に共通)

この試みはジェンドリン (Gendlin, E, T.) (文献³) によって既に「治療者の自己表現 (self-Expression)」として公式化されているものである。しかしわれわれ治療者群は、このやり方を一つの公式としてここで適用したのではないことを明示しておきたい。分裂病者として、相手への近づき難さを困惑を感じつつ、かすかな身振りや、わずかな意味ある言葉しか相手から伝わってこない場合でも、多くの治療者は、積極的に、治療者がここにおいて相手から何を今感じとっているか、ここではなにをしたいと思っているのかを、自分の体験しつつあるままに伝えようと試みた。そして、この時治療者自身にとって最も自然でもあり、また充実した関係を少しでも展開しえたと感じたのは、この言葉が、自分の体験のそのままの表現であると確認しえたときであり、その時相手に、たとえかすかでもある反応があったのを感じているのである。ある治療者は、おちつかずにいらいら煙草のみ吸いつづける病者に対して、「何かを求めているあなたを感じつつある自分」を表明した。また他の治療者は「面接室の中で以前とはちがって、あるおちつきとゆとりをあなたが示していると感じる」と、相手の態度から感じとったままに伝えたのである。このような表明は多くの治療者が、意味ある働きかけになったと感じえたものであった。

c) 外来クリニックで扱っている他のクライアントの場合と異なって治療者はより積極的に病棟の関係者、家族、以前の職場の必要な個人への働きかけを続けた。(すべての関係に共通)

この試みには、治療者の安定操作の意味が含まれる場合も指摘されたが(4, 1cの事例の如きはそうである)それ以上に、治療的関係を促進しようとする積極的な試みとして行なわれることが多かった。分裂病者の治療は、他の医学的治療や家族関係や職場の対人関係の調整と平行して行なわれないと望ましい効果は期待しがたい。この認識及び、現実にも多くの病者が困難な家族内人間関係に悩んでいる事実に直面して、治療者は家族との面接を進んで行なった。

(表1参照)

ただ、われわれの場合、この活動が患者と治療面接と並行して、同一治療者が行なわれなければならなかった点に、様々の困難が生じました。時には、家族への働きかけが失敗して、その影響が病者との治療関係に微妙に反映することもあった。(d-T, i-I, m-Gその他)。できることなら、家族の治療はその専門家が当るのが望ましい。われわれの場合このような協力者をもたなかった点を反省させられる。更に病棟医や看護スタッフとの間に、この治療活動について十分な相互理解に達するまでの話し合いが為された場合とそうでない場合は、当然の事ながら、病者に対する治療者の安定のうえで著しい差異が生じたことも認めねばならぬ。4. 1) の a) 及び c) であげた問題を感じていた治療者たちは、この点で病棟スタッフとの十分な相互理解に至っていなかったことが指摘される。この点は別としても、病者を取りまく環境条件への治療者側の積極的な働きかけがあり、これがある程度成功したとき、種々な面での治療への好影響がみられた。(t-M, s-H, m-G, など) もちろん精神科医や家族との相互理解、交流が、決して簡単に円滑に行なわれたわけではなかった。時には全くうち破りがたい障害に直面する場合もあつた。にもかかわらず、ほとんどの治療者はこの努力をつづけたのである。この努力の意識が治療面接場面における治療者の、病者の内的心理的過程に関心をむける動きと相互に妨害しあうことなく、両立しうるとき、最も望ましい治療関係が促進されると思われた。病者がたとえば家族の誰かと強いアンビバレントな関係にあるとき、治療者がこの特定の家族成員と接触する関係をもつ場合には、病者はこの治療者に対して自らを開くことをためらうようになることが知らされている。子供と母親を同時に治療するとき、二人の治療者が別々に会うのが、望ましい協同治療の姿であるのだが、この事実は、治療者との間に前述のような強い両面感情や転移関係をもちやすい分裂病者との場合は、さらに注意せねばならぬのである。この点で家族やその他の病者にとって有意味な他人との接触の影響をできる限り治療面接の場においては、切りはなすことが試みられるべきである。この事は困難であるが、努力すべき目標であると指摘された。

d) 分裂病者の語る一見理解しがたい言葉や、その示す奇異な態度に対して、それぞれの治療者は、困難ななかにもそれをうけとり、理解する試みを続けた。この試みは、病者の非現実的な世界と、治療者の現実的な世界をつなぎ、病者の現実吟味を回復する上で大きな意味をもつと考えられた。

この理解への試みは、最初から、病者の世界を疎通性のない了解不能なものとみる態度とは正反対なものである。治療者がもし、了解不能な病的な世界としてうけとるとき、安定操作の第一のものとしてあげた、病的の世界をわれわれとは異なるものとして斥けることに通ずる。この時病者は、暗々のうちに、自分が病気であるとレッテルをはられ、通常者とは異質な人間としてみられているを感じとるだろう。この時、病者は自己の内界を呈示することを恐れて、治療者から身をひくに至るであろう。われわれ治療者群はすべて、(時にその試みが安易な解釈に流れたり、全く病者の表明とずれてしまったりするあやまりをくりかえしながらも)、病者

のいわゆる異常体験をも恐れずに理解しようとする姿勢はもちつづけていた。治療者と病者の両者に通ずる共通の言葉で、自らのうけとった体験を語ろうとしたのである。

また特殊な妄想体験など全く言語的に表明することの困難な体験の中にいる病者に対して、治療者は、この体験を言語化することは、二人にとって共通に不可能なことであることを確認することが、有意味な相手への理解の伝達にもなると感じた。病者の示す態度そのものが、この際には何よりも雄弁に自らを告げているのである。それを強いて言語化させようと要求したり、治療者が自らの乏しい体験を言語化しようとしたりすることは、かえって相手への無理解を示すことになる場面も指摘されたのである。

上の場面と異なり、病者が羅列的に表出する言葉に一貫して流れるとおもわれる感情、言葉の基底にある病者が伝えようとする意味をうけとろうとする努力もなされた。これらの理解への努力は、それぞれ矛盾はするが、この矛盾している態度が、矛盾としてではなく用うるのが、分裂病者と接触しようとする治療者に必要な態度だと結論できた。

理解を伝達するためのもう一つの試みは、複雑な感情の錯綜を簡単な言葉に圧縮して伝えようとする病者、常同的に同じ言葉を、そのときどきのちがった意味をもたせて（と治療者にはうけとられる仕方）語る病者に対する時にあらわれた。この相手に対して、治療者が自らの感じたままに、相手の用いたのとはことなる新しい言葉で相手に告げると、相手はそれを否定する経験が重ねられた。相手にうけ入れられるのは、この相手が語ったままの言葉を用いながら、しかも治療者のうけとった感情や体験を中にふくめて語る時であることが分った。このやり方が、病者に脅威を与えたり、自閉におこむことなしに、相手との交流を少しずつ展開すると知られたのである。自然、治療者の言葉は、できるだけ明細に相手の言葉をくりかえすことになった。このやり方は、ややもすると長い面接期間を通じて、マンネリズムにおち入りやすい。治療者を、相手との関係において常に新鮮な姿勢で保つのに役立ったのである。

以上、治療関係における分裂病者の行動の特徴、分裂病者との治療関係における治療者の行動の種々相を記述的にとりあげてきた。

どちらの相面も、全く新しい事実ではなく、多く今までも指摘されてきた所ではある。しかし、これらの事実を、分裂病者との治療関係という文脈の中でまとめてきたのが以上の小論である。われわれの基本的仮説は、それぞれ実証にかけられる機会を得たし、その結論は大まかにいって肯定的ではある。しかし表2にみるごとく、われわれの患者のいわゆる状態像の改善は、わずかの例外をのぞいていまの所満足すべきものではない。この研究は継続中のものであり、われわれの仮説は修正される可能性をもっていることを附記して、擱筆する。

要 約

それぞれ異なる治療者7名と分裂病者7名づつの組みあわせによる、治療的面接が、本研究以前から継続されていた。その一時期の5ヶ月間、1965年5月から9月までの面接を資料とした。毎週一回を原則とする定期的面接の中から、月1回ランダムにとりだされた、テープに録

音され逐語記録された面接をとりあげて、直接の検討の材料とした。研究にあたってはテープをききながらこの面接についての治療者のその場での体験、終わったあとでの感想、相手の分裂病者をどのようにうけとったかなどの諸点が分析された。この分析は治療者と最小限もう一人の共同研究者が（スーパーバイザーとして参加して）行なった。

結果は、①治療的面接場面で特徴的と思われた分裂病者の行動特性 ②分裂病者との治療関係内での治療者の行動の二つの面から整理された。分裂病者の面接関係内での行動特徴として、a. 治療者との同一視 b. 治療者に対する極端な両面態度及び転移の展開 c. 他人及び自分が自分の病気であることを認めることに対する複雑で微妙な反応 d. 彼等の奇異な言動や固い紋切型の反応の内部に秘められた独特の対人感情の存在などが指摘された。

②の治療者の行動として、a. 治療者の無意識的な安定操作 d. 分裂病者に接近する為の意識的な方法的な試みの二つがとりあげられた。aは更に イ. 治療者自身が自らを病者の世界からきりはなす試み、ロ. 強引に相手の感情や現在の関係を無視して、相手の世界を引きだそうとする試み、ハ. 患者と同一化しようとする試み、として区別された。bの方法的な試みとして、イ. 治療者自身が分裂病者と共にその場にいることの確認を行う。ロ. 治療者の自己表現の試み、ハ. 環境への積極的な働きかけ、ニ. 分裂病者自体を、理解しようとするさまざまな方法が指摘された。この研究は未完のものであり、今後の展開を期している。

文 献

- 1) 佐治守夫 分裂病者と接触して、精神医学 Vol 6, No 1 pp3~8 1964
- 2) フロムライヒマン, E. 積極的心理療法—その理論と技法 序文第一章, 第二章, 第四章, 1950
坂本健二訳 誠信書房,
- 3) ジェンドリン E. T. クライアント中心療法による精神分裂病の心理療法 1961
来談者中心療法—その発展と療法現況 畠瀬, 阿部編訳 pp 111~133

精神分裂病の家族研究

その1. 分裂病患者及び家族の人間関係

優 生 部

高 臣 武 史

ま え が き

分裂病の人間関係の障害の研究の一分野として、家族研究が次第に注目されて来た。われわれは分裂病患者の社会復帰のための医療対策を検討しているが、その際家族の持つ意義は極めて大きいと考える。欧米諸国にみられる中間諸施設も殆んどなく、家族形態や感情の独特なわが国では、在宅患者の大部分が家族の保護のもとで生活しなければならないからである。

ところが分裂病患者の家族にはいろいろ問題があり、患者にとって必ずしも好ましい環境でないばあいも少なくない。病院で症状が軽快して退院した患者が帰宅後短期間で症状が悪化し、再入院するとやがて再び症状が消滅してしまう例もしばしば見られる。このばあい、その原因はいろいろあろうが、その一つとして家庭環境の悪条件が推測される事もある。このばあい、家族成員のなかに精神障害者がいることもあるが、家庭全体が歪んでいて、その緊張や葛藤が患者に影響を及ぼすことが多い。分裂病を個人の病態と考えず、家族全体の問題として、家族治療の必要性が強調されるのもこの意味からであろう。われわれも家族治療の必要性は認めるが、未だその成果を発表しうる段階に達していない。現在は分裂病患者家族内にみられる諸問題の解明に手をつけはじめたに過ぎない。今回は今まで考えて来たことを整理して、今後の研究の予報としたい。

分裂病患者の家族研究の前提として、まず患者自身の対人的態度の特徴を考えてみる必要があろう。患者家族には後にのべるように、分裂病症状は呈さないが、患者よりも、より偏つた、より歪んだ人格の所有者とさえいえる人もある。このような人がなぜ症状を顕現しないのか、そして患者だけがなぜ病人となったのか。私は問題のある両親や家庭のなかで、患者がどのような生活を営んできたか、彼らの特徴的な人柄とか対人的態度、いいかえれば彼らの感じ方、考え方、環境への対処の仕方が、家庭内でどのように展開されていったかを、他の家族と比較しながら検討することによって、この問題の鍵を見出そうと考えた。

分裂病患者が多彩な精神症状を呈している時は勿論、症状が消滅した後にも、いわゆる寛解状態においてさえ、いろいろな人間関係の障害がみられる。しかし患者が症状を顕現するよりも遙か以前から、その様相は発病后とはちがってはいるが、人間関係に深刻な問題があるのである。そこで先づ「症状発呈以前」⁽¹⁾の人間関係からのべてみたい。

1. 症状発呈以前の患者の特徴

われわれは分裂病患者の「病前性格」⁽²⁾が特徴的なことを知っている。Kretschmerが分裂気質と分裂病の関係についてのべていることも周知のことであり、病前性格と精神病の関係は昔から注目されて来た。そして精神病の本質的な特徴を先在する性格の特異性の中に見出だそうとする考え方は、古くMorel以来現在も承認されている。Morelは「気質は狂気の素因である。……狂気は平常の性格が誇張されたものに過ぎない」といっているし、Kraepelinは精神病患者の発病前の性格とその臨床像の間に一定の関係があることを指摘している。

しかし精神病を「病前性格」の誇張あるいは延長と考えるのはどうであろうか。両者の間に必然的な関係があることは確かであるが、後にのべるように、現象としては「病前性格」と「症状発呈後の人格」の間には深い断裂があるのである。

そして従来から性格と精神病の深い関係を指摘すると共に、分裂性の性格と分裂病の間には一線を画している。すなわち分裂病になるには、体質的因子である分裂性に、進行性の病的因子が加わらねばならないとされている。分裂病を過程(Prozess)とすれば、この説明は都合がよい。しかし臨床経験から、すべての分裂病患者を過程、ことに器質的過程と断ずることは問題ではなからうか。

たとえば、長期間いわゆる荒廃状態にあった患者が著るしく活発となり、社会復帰できるようになることも稀ではない。これはホスピタリズムで説明されることもあるが、少くも進行性の過程とすることは説明が困難であろう。反対に病院では寛解状態にあった患者が退院後、極く些細と思われる事件を機縁として、再び症状をあらわすことが多い。これを過程として説明することも可能であろう。しかし再入院後数日で再び安定し、症状も消褪するようばあい、過程とするよりも心因を重視の方が好都合である。緊張病がはげしい症状の後に「完全に」寛解し、長い年月の間シューブが見られないばあい、器質的過程として説明することに問題もあろう。

すなわち過程という概念を、明瞭な分裂病症状が発呈してから、その症状を規準として考えることには問題がある。もし考えるとすれば、症状発呈の根底に横たわる特異な準備状態を指すべきであろう。そしてそれは進行性というよりも、持続的な人格の反応特性といえるのでは

注(1) 「症状発呈」といったのは一般に「発病」といわれているものである。ここで殊更に「発病」という表現を避けたのは次の理由による。私は本文にのべるように、分裂病の最も深刻な障害である人間関係の障害は「発病」といわれる時期に始ったとは考えていない。それは「発病」よりも遙か以前から始っている。その様相は「発病後」とは違っており、その存在様式に大きな断裂があることは確かである。しかし「発病前」の人間関係の障害こそ極めて深刻なものであると私は考えている。つまり、分裂病の重篤な障害は、「発病」よりも遙か以前に始っているのであり、「発病」はこの障害された人格の或る種の反応と考えられる。これが私の分裂病に対する考え方である。

注(2) ここで病前性格に「」をつけたのは、この語が慣用されているが、それ自体重大且つ深刻な障害を内包しており、「病前」ではなく、それをこそ病態として究明しなければならないと考えたからである。

なからうか。

勿論、臨床経験上、過程と考えると好都合なばあいも多い。発病後次第に現実世界から遠ざかり、「荒廃」して、早発痴呆という病名にふさわしい患者も多いし、症状の消褪後も発病前とちがった、いわゆる「欠陥状態」を続ける患者の多いことも事実である。またシュープをくりかえすうちに、人格の荒廃が目立って、破瓜型の患者に似た状態を示す緊張型の患者も少くない。これらはすべて不可逆的な変化のように見え、だからこそ過程と考えるのが一番ふさわしいように見える。

しかし、多くの患者の状態が不可逆的で、欠陥をのこしているように見えるのを、すべて器質的变化にもとづくものと結論しないで、他のメカニズムを考えることはできないであろうか。すなわち、その症状あるいは状態が患者の安定あるいは平衡を維持するのにより好都合であり、その状態を変更することが患者自身を破局の危険にさらすものであるとしたら、その状態はいつまでも続くであろう。たとえそれが周囲からは病的にみえるとしても、患者にとって有効である限り持続するであろうし、それが不完全であれば、ますますその傾向を徹底する方向に進むであろう。つまり、それは一つの防禦機制である。強迫神経症の患者が長年その強迫行為をつづけているように、分裂病患者の自閉や情意鈍麻を考えるのは無理であろうか。

すなわち、分裂病患者は生来的な分裂性格の上に、異質な進行性の病的過程が加わったものであるとは考えないで、その「病前性格」こそ重篤な障害をすでに内包している特異な人格である。それに内的或は外的な因子が加わって症状を発呈する。ただその因子は特定の病的過程ではなく、非特異的な凝集因子である。つまり、分裂病症状は或る特異な人格の所有者が示す反応（*Persönlichkeitsreaktion*）である。勿論このばあいの凝集因子は純然たる心理的なものとは限らないであろう。思春期、青年期あるいは退行期の変動や妊娠、出産など生理的なばあいをふくめて、内分泌的因子もあろうし、その他生化学的変化や脳の組織学的変化があることもあろう。また特異な人格特徴も遺伝素質であるか、生後の環境にもとづくのか、あるいは幼少時の脳への侵襲もふくめた身体疾患によるものか、ここでは別の問題としてとりあげない。

妊娠、出産、産褥時の精神病やアンフェタミンその他の中毒精神病、熱性疾患後の精神病、頭部外傷後の障害などで分裂病と臨床的に区別できないもの（勿論脳の器質的变化のあるものはその症状が共在していることがあろう）がある。これらは現在それぞれの原因にしたがって、たとえばアンフェタミン中毒であれば、アンフェタミンによる精神病とされている。しかしその症状を考えると、アンフェタミンは発病の機縁となった凝集因子であり、そのような症状をおこす第一の原因はその患者のもつ人格特徴ではなからうか。（これは分裂病を一つの疾患単位と考えることにもつながるものである）。

こう考えてくると、分裂病症状をひきおこす特異な人格を改めて検討しなければならなくなる。分裂病患者の「病前性格」と生涯分裂病症状を示さない分裂病質、分裂気質との間にどのような差異があるかも明らかにする必要もあろう。一卵性双生児の一方だけが分裂病になった

ばあい、他の一人にも特異な人格の偏りが見られることが多いが、彼らの発病を阻止しているものが何かを検討することも意味があろう。(3)

要するに、私は、分裂病患者の症状発呈前の特徴は、症状の発呈と深い関連をもちながら、症状発呈後と全くちがった存在様式の様相を示していることであり、その根底に重篤な障害が横たわっていると考えている。以下その点を明らかにしたい。

(イ) 研究上の隘路

分裂病患者の症状発呈前の人間関係を明らかにするために、私は患者の生活史、ことに幼少時からの家庭内人間関係を検討した。前にものべたように分裂病患者の家族の中には偏った人格の所有者が少くない。そのような人達の中で、患者がどのような生活態度をとって来たかをまづ明らかにしたいと考えた。

ところがこの方法にはいろいろ障害がある。その第一は、患者の生活史から得られる資料はすべて過去の事件及びそれからの推論であり、現在客観的に確かめることができないということである。多くの症例の病前の状態をわれわれは見えていない。家族についても同様である。

ことに患者の両親は多くは中年を過ぎ、中には60才、70才の人もある。ところがこれから問題にしようとしているのは、患者の幼少時から現在までの家族関係である。したがって、両親の20~30才代から50~60才代のことになる。人間は20代と50代では存在様式も精神的にも変化している。現在の両親がおだやかで、家庭が和やかにみえても、彼らの若い頃、つまり患者の幼かった頃も今と同じかどうかわからない。

このように患者の生活史を再現することは極めて困難であり、大きな制約を持っている。この retrospective な方法を解決するためには prospective な方法をとらねばならない。分裂病症状を呈していない人を幼少時から追跡し、発病まで見ていく方法である。例えば患者の両親と似ていると思われる夫婦に注目し、その子供を追跡することも考えられよう。私は患者の同胞が家庭を持った時、その夫婦と子供を調べることにした。同胞の中には両親と同様、いろいろ問題を持っている人が少くないし、統計的にもその子供に分裂病の発現が多いことが示されているからである。

注3) なおここでいう分裂病患者の人格特徴は、Bleuler の潜在性分裂病の概念とはちがっている。患者が症状を発呈する前の人格と後とは現象学的に大きな断裂があり、移行していない。そこには本質的ともいえる存在様式の差がある。従来、分裂性と分裂病の間に関連を認めながら、別のものとした理由もここにあろう。この点、すでに分裂病の特徴を示していると考えられる潜在性分裂病とはちがうのである。勿論、Bleuler の概念にふさわしい患者がいる。著るしい症状を示す以前に分裂病らしい特徴を示していた人もある。しかしそれらはすでに分裂病の存在様式を示しているのであって、私のいう症状発呈前の特徴的な人格ではない。反対にいわゆる完全寛解した患者の中には、発病後ではあっても、私のいう症状発呈前の人格特徴が前景に立っている人もいるわけである。

同じように、Berze が分裂性異常性格者の中に、過去に Schub があつたかもしれないと思われる者があつたといっているが、そのばあいにもこのことはあてはまる。その或る人は「症状発呈前」の特徴を示しているであろうし、他の人は「症状発呈後」の特徴が目立っている。

しかし現段階では retrospective な方法で行うより仕方がない。私はこの制約をいくらかでも少なくするために、患者の選択を行った。

第一に、患者の両親、したがって患者やその同胞を、以前から知っているものを第一にえらんだ。この中には個人的に友人としてつきあっていた人たちもあれば、十年あるいはそれ以上の間、両親が神経症症状その他の訴えをもって受診していた人たちもある。

勿論すべての症例がこういった特殊例ではなく、発病後はじめて面接した家族もある。このばあい生活史を検討するばあい、特に次の点を注意した。すなわち、両親その他家族の話の中で、患者についての一般的な、抽象的な表現や主観的な評価を避け、具体的なエピソード、患者の行動に先づ注目した。その上でそれに対する家族のたった言動やその時の印象を多角的に回想してもらい、その中から家族内関係を推測することにした。

そして、精神療法の過程において、それらのエピソードに対する患者の回想、患者の受けとり方と、家族の判断や評価とのくいちがいに注目し、できるだけ細かく、患者の生活史のそれぞれの時期の状態ことに家族全体の心理状態を明らかにしたいと考えたのである。

そのために、この研究では両親が健在で面接の可能なものをえらび、親と死別あるいは生別している症例は除いた。分裂病の家族で両親の不和が問題にされ、離婚しているばあいもある。したがって両親と生別しているばあいにも追求しなければならない問題があるわけであるが、それは今回は除外した。

なお、分裂病家族の研究には両親と同胞ばかりでなく、その他の家族、ことに両親の親（患者の祖父母）も検討しなければならないであろう。しかし現在の症例では祖父母に直接面接できるばあいは稀であり、両親の陳述で満足せざるを得なかった。先にのべた分裂病患者の甥姪が対象となるばあいに、この点は満されるであろう。(4)

(ロ) 症状発呈以前の患者の特徴（「病前性格」）

Kretschmer はその特徴を次のようにいっている。

- (1) 真面目、ユーモアを欠く、控え目、静か、非社交的、奇人
- (2) 内気、羞み、繊細、過敏、神経質、興奮性、人間よりもむしろ自然と書物を友とする人
- (3) 従順、お人好し、温和、無関心、鈍感、遅鈍、或は孤独、羞み、陰気、冷淡、皮肉、頑固、ひねくれ、不活発、無味乾燥、共鳴欠如等。

分裂病患者の親はしばしば次のように訴える。「この子はおとなしく、親のいいつけはよく守り、反抗することもなく、本当によい子でした。私たちは一番この子に期待していました。ところが病気になったらすっかり変わってしまって……」。幼時からこれと正反対ともいってよい傾向の患者もいないわけではないが、このような傾向は確かによくみられる。

ところが患者と家族、ことに両親の人柄や、家族内の人間関係を調べ、患者の精神内界を知

注(4) Minkowski は「精神病学の未来は、それが科学である限り、その大部分において、精神病の遺伝に関する家系調査にその基礎を持つ」といっている。

ると、全く違った事実気づく。すなわち患者の「良い性質」といわれていたものこそ極めて憂うべき徴候であり、「いいつけをよく守り、反抗期のなかった孝行息子」と大きな期待をもった親と、外面的にそれに従っていた子供の間には、深刻な人間関係の障害と相互理解の欠如があったことが明らかになる。これから患者、両親及びその間の関係について考えてみたい。

先づ患者の症状発呈以前の状態を考えてみると次のような特徴がある。

(1) 主体性を欠いた世俗性（道徳性） 彼らは一般に親のいいつけをよく守り、真面目⁽⁵⁾で、従順で慣習に忠実に従っている。思春期の反抗期も目立たない人も少なくない。しかしその真意を察すると必ずしも望ましいことではない。それは主体性を欠いていることである。反抗期が自我の確立への過渡期と考えることができれば、それが無いことは自我の確立いいかえれば主体性の確立が見られなかった一つのあらわれといえよう。

われわれが社会生活で相互に理解しあうためには、その集団の慣習や常識を身につけなければならぬ。つまり世俗的な当為（sollen）、いいかえれば道徳性を知っている必要がある。しかしそれだけでは表面的な対人接触ならばいざしらず、深い理解をわかちあうことはできない。その為には後にのべる共感性がなければならないが、それと共に自分の意見を持ち、相手を批判し、それを相手に伝え、相互の意志を知りあわなければならない。もしそれがなければ、その人間関係は他者の意志により一方的に支配され、自らはどうにも変えようのない必然的なものとなり、相互に理解しあうということは不可能になる。

つまり、世俗性と主体性は互に矛盾し、拮抗するが、その拮抗の中で相互理解が深められるのである。ところが患者の病前にはこの主体性が欠けているのである。彼らは真面目で、慣習を身につけているが、それは親その他から強制されたものであり、それを批判し、内面化した主体的なものではないのである。それは自らの意志による行動ではなく、束縛されたものである。

彼らの特徴は「主体性なき世俗性」といえよう。

これを別の観点に立っていえば次のようにもいえよう。

(2) 可塑性と柔軟性を欠いた一貫性 彼らは誠実であり、その行動は一貫している。しかしそれは融通性に乏しく、柔軟性がない。彼らは偏狭で頑固である。

われわれは社会生活で態度や行動や判断に一貫性がなければならない。しかし同時に臨機応変に事を処する柔軟性をもっていなければ、円滑な人間関係は望めない。その時、その場で、相手の状態の変化に応じて自らを変えうるものが、一貫した行動を実現し、発展しうるものであり、この柔軟性と可塑性がなければ、一貫性は挫折する危険にさらされるのである。

彼らはこの可塑性と柔軟性を欠いている。彼らの誠実さと一貫性は強迫的なものである。

(3) 共感性第1相の欠如 (1)と(2)の根底にある欠陥がこの共感性の欠如である。彼らはおとなしく、控え目で、親その他のいうことをよくきく。時にはお人よしとさえ思われる。人と

注5) 以下文中でゴシック体の言葉は Kretschmer が病前性格でとりあげた表現である。

の表面的な接触も控え目がわるくない。しかし真から人と親しんでいるのではなく、孤独である。彼らは相手の個々の言動を、慣習的な合理性の光に照して分類し、評価することはできるが、相手の心情に共感し、正しく洞察することは苦手である。そのため過敏に相手の顔色に反応しなければならないが、相手の本当の気持を察する点では鈍感である。それは相手にとってあたたかみのない、冷淡な、共鳴を欠いた態度となる。彼らには共感性が欠けているのである。ことに井村教授のいう第1相が欠けているのである。(6)

この共感性こそわれわれが人間であるために、人間関係を円滑且つ深く発展させるために欠くことができないものである。彼らにこの能力が欠けているために、彼らはとも角も外面的に対人関係を維持するには、外から与えられた慣習に盲目的に従い、強迫的に遂行する以外にはないのである。

その結果、その言動は無味乾燥のものとなり、時にはひねくれたものにうけとられる。そして彼らは人間よりもむしろ自然と書物を友とする人となり、孤独の世界に入っていく。

この傾向は時にはかなり幼い時にすでにみられる。たとえば、小学校で数学は得意であるが、国語は苦手というようなことがある。このばあい、国語でも書取や文法はよくできるのであるが、叙情的な表現、感情移入をもとめる内容はなかなか理解できず、不合理に感ずるのである。

こうして共感できないために、彼らは対人関係において、次第に消極的になる。

(4) 自己喪失 彼らは他者からの働きかけに従順である。しかし受動的で自ら積極的に働きかけることは少い。相互理解には相手を受容しながら、しかも互に積極的に働きかけることが必要である。彼らにはその積極性が欠けている。

彼らは他者の間において、そのいいなりになっている。権威的な日本の社会にあってはそれは良いとされてきた。彼らは他者の中において、他者と同じであることによって安定し、気楽になっているのである。そこでは主体的な自己は実現されていない。その逆に、彼らは自己を失っているのである。

以上、分裂病患者の症状発呈前の特徴についてのべた。われわれが豊かな人間関係をつくりあげ、相互に理解を深めるには、それぞれの個人が、上にのべたような、互に矛盾し、拮抗しながら成り立っているいろいろな能力をもっていることが一つの条件になる。その一方が欠ければ、人間関係の円滑な発展はありえない

注(6) 井村教授は共感性(empathy)を2つの位相にわけた。そして「第1の位相は患者の心情を治療者自身の心情の「共振れ」によって察知することである……。その能力は知能や知識とはかならずして平行しない。第2の位相は患者の心情の動きに対し、ある距離をおいてこれを反省し、検討してみることである……。この能力は第1の位相と異り、精神療法の経験と知識によって強化される。…

この意味のempathyは「関与しながらの観察」という方法で行われるが、この方法はそれ自身矛盾を含んでいる。関与することと観察することはたかいに拮抗する傾向をもっている。この拮抗によって本来ならempathyを深めもするし、それをたしかなものにきたえるはずであるが、その代りたえず両方の斜面にすべりおちる危険がある」とのべている。

(日本精神病理・精神療法学会第1回シンポジウムより)

症状が発呈していない時期においても、分裂病患者ではすでにこの障害がある。彼らに真の人間関係は得られていなかったわけである。

ところが彼らの生活史を顧ると、彼らは日常それに不安を感じていなかったように見え、平穏な生活を送っていたと思われる。これは彼らにこの重大な欠陥に対する自覚と反省が欠けていたことを示すものといえよう。主体性を欠き、共感性の乏しい彼らが、その欠陥に気づかず、真の人間関係発展への道を歩まず、「みせかけの接触」に止っていたのも当然かもしれない。しかし彼らはそのままとまった外見からは考えられない程、強く人間性を失っていたことは注目しなければならぬ。

(ハ) 症状発呈後（発病後）の患者の特徴

分裂病症状が発呈すると、それ以前の患者が示していた特徴は一変し、非常にちがった人間関係を示すようになり、その存在様式は大きな断裂をみせる。

彼らは今までとちがって、自分の思う通りの行動をとろうとし、反抗し、常規を逸した行動さえ示す。彼らがかって身につけていた世俗性は失われ、慣習に従った言動はかなぐりすてられる。彼らは主体性をとりもどしたかに見える。しかしその行動は、その時、その場にふさわしくない時代錯誤の行動であり、それは理解されない。それは相手を理解しようとせず、慣習を無視したもので、人間関係の樹立は不可能である。(7)

彼らを支えていた一貫性は失われ、行動はまとまりのないものとなる。しかも、或る時は相手に積極的に働きかけ、自分の信念（妄想）を主張する。あるいは他の如何なる力もはねのけ、自己自身のうちにとじこもってしまう。その態度は病前の受動的な態度とはちがっているが、相手を無視している点や柔軟性のなさは続いているといえよう。

とも角、発病後の言動は以前にくらべて、全く方向のちがった存在様式を示すことが特徴である。しかしその根底に横わる共感性の欠如は依然としてつづいており、人間関係が障害されているという点では変りがないわけである。彼らは病前は相手の顔色をうかがい、病後は相手を無視し、その行動は正反対であるが、相手の心情を正しく受容していないこと、相手と共感していない点では同じだからである。

しかも上にもふれたように、ある面では症状発呈前と全くちがう行動様式をとりながら、ある面では引きつづきのこしており、新しい行動にうつりきれていない。いいかえれば未解決のまま二重構造を持ちつづけていることが多い。この矛盾と相剋の中での苦悩がはじまるのである。そしてこの苦悩からの逃避の一方向が「荒廃した状態」、人間性を放棄した状態であり、他の方向は症状発呈前の状態、主体性を喪失した状態にもどることといえよう。そして、いずれの方向へ進むことも矛盾をはらんでいる。そのため多くの患者がその両極へ達することなく、その中間にとどまっている。いわゆる欠陥状態はその妥協した状態といえよう。

注(7) 患者の自律性を信じ、その主体性の確立を旨とする心理療法が行われているが、そのばあい、これらの点は考慮しなければならぬであろう。

以上分裂病患者の症状発呈前と後の特徴をかなり強引ではあるが、対比して考察した。ことに人間関係を維持し、発展させる上で欠けている点を強調した。

彼らの行動を人間学的に考察すれば、もち論そこには彼らの必死な努力がみられる。たとえば彼らの症状は、その形こそ現実の社会から遊離し、非現実的なものとなっているが、孤立感からのがれ、人間関係を維持しようとしている努力のあらわれと考えられる。⁸⁾この点については、改めてのべてみたい。

2. 症状発呈以前の家族の特徴

分裂病患者の両親の性格、両親の関係、家庭内の雰囲気、家族の本人に対する態度及び本人のこれからの人たちに対する気持などを調べてみると、いろいろ問題がある。

(イ) 両親の性格

従来から両親についていろいろ論議され、schizophrenogenic Father とか schizophrenia Mother (Lidz, T.) という見解が唱えられたり、性格の遺伝性が強調されて来た。勿論後のべるように、両親を中心とした家庭内人間関係に多くの問題があるが、まず両親の性格から考えてみたい。

まず父の大部分の性格が分裂気質、分裂病質あるいは分裂病の範疇に入ることが第一の特徴と考えられる。ここで一言断っておきたいのは、分裂気質とか分裂病質といっても、それぞれの個人によりいろいろ特徴があり、差があることである。中には一見社会的で活動家であり、分裂気質とするのに躊躇したような人や、50才をすぎた現在は温和な紳士として、応待もそつがなく、おだやかな人もある。しかし青年時代の様子をきいたり、心理テストから判定したり、何回かの面接をくりかえすうちに、彼らの根底にある分裂気質の特徴が見出されるのである。ただそれは分裂病患者の家族以外の分裂気質及至分裂病質の人にみられる特徴と区別することはできない。

この分裂気質及至分裂病質の人柄は大別して、次の三つに分けられる。

その第一は、神経質、過敏で、わずかなことでもすぐ動揺し、不安定になる。しかもその自己不確実性をおおいかくし、表面の言動は極めて頑固で独断的なこともある。ただその専制的な態度のうらにはいつも不安がつきまとい、物事を決定するばあいにも自分一人だけでは安心できず、いつも誰かの賛同を求める。しかしこのばあいも、もしそれに反対すれば興奮し、怒る。彼らは相手の心情を理解しようとせず、一方的である。ユーモアを解することができず、不平家であることが多い。つまりこの人たちは分裂病質の特徴のうち、対人関係における弱さが前景に立っているように思われる。そして酒や眠剤、安定剤などに耽溺し、現実から逃避する傾向がみられることも少くない。

これに対して第二の型は、社会的に成功し、仕事熱心で有能な人と評価され、他人との社交

注8) 日本精神神経学会第2回シンポジウムでのべた症例(精神医学8巻4号)参照。

も一応円滑で、一見分裂気質とか分裂病質というには躊躇するような人である。真面目、几張面、誠実な傾向が目立つ。しかしよく観察すると、その根底には不安と敵意と自己不確実感がつよく、その内面的な弱さを強迫的に統御していることが明らかになる。応待の礼儀正しさも義理堅さも、すべて「世の中はそうあらねばならない」という慣習にもとづくものであり、杓子定規的に道徳の枠にとらわれ、心からのあたたかい気持から発した行動ではない。それは柔軟性にかけた、味気ない人間関係である。家庭では親には従順であり、子供には教育熱心である。しかし、それは愛情というよりも、そうあらねばならぬという強迫的なものである。子供には紋切型の教訓をたれるがその心情を理解せず、論理的で道徳的であるが融通性を欠いている。

第三の型は消極的、引込み思案の人たちである。第一の型のように専制的でもないし、第二の型のように教訓的でもない。控え目で静かである。心の中ではいろいろ思案し、感情的には過敏であるが、それを行動に示すことが少い。家庭ではおとなしいというよりも、家の中心であることを避け、身をひいている。したがって外面的には無関心、冷淡、時にはへんくつに見えるが、その傍観的態度の底には自己不確実感を伴う過敏さがある。

このように、分裂気質とか分裂病質といつても、それぞれちがったニュアンスが見られる。しかし共通していえることは、これらの人たちが相手の心情に共振できないこと、共感性に欠けていることである。その言動は常識的であり、人の動きには過敏でありながら、相手の心情を素直に感じとることができない。「そういうことは私には理解できない。そういうことは下らない。世の中とはこういうものなのだ」ときめつけ、その時、その場での状況の変動や対人関係のあやを理解できない。

このような父に対して、次に問題になるのは母の性格である。母親については、かなり古くから、数多くの研究がある。そしていくつかの型にわけられている。私の観察した症例にもいろいろの型の母親がみられる。ただ注目してよいと考えることは、上にのべたように、父親は分裂病質とか分裂気質とかいつた一つの方向へむかった性格特徴がみられるのに対して、母親にはそれとちがった性格特徴もみられることである。⁽⁹⁾そして最も問題になることは、父母の個々の性格特徴よりも、次の項でのべるように、その父母のくみあわせにもとづく家庭の雰囲気である。

母親の第一の型はおとなしく、内気で、忍従している人たちである。夫にはさからわず、家

注(9) 分裂病の家族研究において、Double binds の仮説 (Bateson, G. et al.) があるが、私の経験では、父親のばあいには、しばしばこれがあてはまるが、母親では必ずしもそうでないような印象をうけた。また日本の慣習、ことに父母の時代には見合結婚が多く、本人同志の意志や感情によって結婚が成立していなかったであろうと考え、この仮説をそのままあてはめることはできない。しかし、父親の両親が強迫性格や神経質傾向が目立っているように思われるのは興味深いことであった。これが分裂気質、分裂病質と関係が深いかもしれない。その点母親の祖父母で明らかでないものがあるのは、母親の祖父母に関する陳述の不正確さや祖父母の女子に対する態度にも問題があるかもしれないが、母親の性格が必ずしも分裂気質とはいえない点と関係があるかもしれない。

事に精を出し、子供の面倒もよくみている。しかし、心のうちでは夫に対する不平不満が強く、夫に対する不信任は抜き難いように見える。この型の母親は上にのべた第一の型の父親の妻に多くみられる。このような父親にはこういう妻でなければたとえ形式的であるとしても、家庭を保てないのかもしれない。これが後にのべる第1群の家庭である。

第二の型は父の第二型との夫婦に多くみられる（第2群）。人柄が未熟で依存的且つ情緒不安定な人であり、些細なことで混乱しやすい。夫は社会的に活動し、家庭でも子供の教育に熱心である。この夫には意識的には敬意をはらい、良い夫として服従している。この点第一型の人のようにはっきりした反感や不信任はもっていない。しかし情緒的に共感せず、持続的な緊張と欲求不満がある。この点と関連がありそうであるが、この型の人に注目すべきことは、心気的な傾向がみられることで、心気症とか自律神経症という診断のもとに治療を受けたことのある人も少ない。

第三の型の母親はしばしば今までの研究でも強調されてきた人たちである。行動的でよく働き、時には経済的にも社会的にも、夫に代って主役をつとめている。家庭においても一家の中心となり、意志の決定者としてふるまっている。しかしその反面、ごちなく独断的、他罰的で、自己中心的な傾向も目立っている。つまり第二の型の父親に似た役割と特徴をもった母親といえる。子供に対しても厳格であり、権威的である。この型の人第三の型の父親と夫婦であるばあいが多くみられる（第3群）。このような人であるために消極的な父の代りを果し、一家を支えることができたのかもしれないし、父がそうであるから次第にこの傾向がつよくなったのかもしれない。

第四の型は、情緒的に未熟であり、思慮も浅く、粗野であるが、気楽な印象を与える人たちである。

以上いくつかの両親の性格について類型化を試みた。ただここで一言したいのは、これらは経験的に列挙したものであり、これがすべての分裂病患者の親ではないかもしれないことである。この点は今後さらにこまかい調査と研究によって、正していきたいと考えている。またここで挙げたのは、次にのべるように心理的、情緒的にはいろいろの問題を内包しているが、二十年あるいはそれ以上にわたって、とも角家庭生活を維持して来た両親だけである。したがって片親が死亡したり、ことに離婚した親はふくまれていない。分裂病患者がBroken Homeの家庭に多くみられるとはよくいわれるが、そうであるとすれば、それをさらに追求しなければならない。しかし前にものべたように、この研究の条件として両親が健在である人たちをえらんだために、今回は離婚家庭の患者は対象となっていない。ただ両親の間の関係をしらべると、なぜ離婚しなかったのであろうかとさえ思われる人たちが相当いることも事実である。この離婚しなかった、あるいはしえなかった点も今後分析する必要があるであろう。そこに分裂病研究のための一つの手がかりがあるかもしれないと思うのである。

(ロ) 両親の関係及び家庭内の人間関係

近年、分裂病家族の研究で、両親の個々の問題よりも、家族全体を一単位として注目し

(Family as a whole or family as a unit), その異常性を研究することが行われるようになった。家族は一個の有機体として、たえず流動しながら平衡を保っているが、分裂病家族ではその平衡、つまり家族内の人間関係が病的であったり、平衡が破れているといわれている。われわれの対象がどのような状態にあるかをこれからのべてみたい。上にのべたように、両親の性格特徴と共に、その組合せによって、少くも4群が経験的に観察された。

(i) 第1群は専制的な父親とそれに忍従する母親によって代表される家庭である。二人の間には相互に不信の気持がつよく、相手の気持を理解し、共感しあうことができない状態がつづいていた。二人はいわゆる「情緒的離婚状態」にある。父は専制的であるが、その底には自己不確実感、自己不全感がつよく、極めて依存的である。しかし彼はその依存心をそのまま表現できず、かくしている。そして妻が自分の希望通りに自分を受け入れてくれないことに強い不満不平をもち、いらだつのである。母も受動的、消極的で依存的である。しかしそれを夫は満してくれない。また自らそれを満すように行動することもできない。ただその感情を抑え、耐え忍んでいるだけである。二人は互によりそい、慰めあうことができない。相手に期待できないことを期待して失望し、ついにはあきらめてしまう。二人とも相手を理解できないし、しようもなくなっている。外見上父の権力が強く、家庭の主導権をにぎっているようにみえるが、母は、そして他の家族もそれを承認しているのではなく、意見をのべても反対されるだけであり、話しあいでは解決できないことを知っているので、放置しているだけである。陰では不平不満をのべ、面従腹背の態度をとっているに過ぎない。そこには真のリーダーシップがみられず、家庭内での有機的な役割の配分や相互に補足しあいたすけあうつながりもない。全体がばらばらで、まとまりがない。家庭は「全体として一つの有機体」として動いていないのである。

子供に対しても父は子の心情を理解できない。子供が幼い時はうるさがり、一緒に遊んでやろうとはしないし、成人してからは避けて話しあおうとしないことが多い。父は家族から離れている。

子供達は父から理解されず、つきはなされている。話をする時は相互に「話しあう」のではなく、一方的に命令され、服従を強いられるだけである。彼らは反感を持ち、父を避けている。或る子供はなるべく父と接触しないようにして、自分の世界を家庭外につくり、あるいは家庭内で自分だけの世界にとじこもってしまう。そしてなるべく父の影響をうけないようにしている。

ところが患者は父との関係をうまく処理することができない。患者は一方では父に不信感をもち、反感をもって、父を避けているが、他方では父を意識して離れることができない。父に反発することもできず、父の前では緊張して固くなっている。或る面では自分と父が似ていて、父の気持もわかるように思うと感ずることがあり、そのためになお父がうとましくなる。他の同胞は父と距離をおいているが、患者は父と離れることができないのである。そして父に過敏に反応し、影響される。しかも父から暖かく受け入れられていないのである。ここに不全感が生れ、不安をまねく。そして共通の感情を持つ母とむすびつく。

母は父への欲求不満を代償するかのようになり、子供を溺愛する。彼女は子供をだきかかえることによって、自己の依存的欲求をみたし、安定しようとする。時には子供のために夫に反抗する。子供を盾にして、子供を手段として、夫へ敵対しているような時さえある。母は子供がいつまでも自分の庇護のもとにある子供であることを希っている。大きくなっても一つのふとんに一緒にねたり、幼児に対するように身のまわりの世話をしたりする。彼女にとって子供が成人し、独立することは、とりのこされた孤独を意味する。彼女は「甘い不安」をいだきながら、いつまでも同じ態度をとりつづけようとするのである。これは子供の自我の発達を妨げるであろう。

子供もこのような母に依存し、甘え、母のもとにいる時が一番気楽に感ずる。母を頼り、それ以外の道をえらぶことができない。母と依存しあい、いわゆる共生関係にある。しかし患者は必ずしも母を完全に信頼しているとは限らない。殊に長ずると母を批判的に見て、それを表現することもある。患者は母の父に対する不信不満に或る点では共感を持ちながら、忍従している母が頼りにならないと感じ、あるいは反発さえ感じている。患者は頼りにならない母を頼り、しかもその母から離れ、独立することができない。すねたような甘えが患者の子供の頃よく示す態度であった。

患者は心から権威に服し、それを取り入れることもできず、さりとてそれに反発することもできない。依存しながら全く依存できず不信の感情がひそんでいる。患者は過敏に相手を感じながら、自ら積極的に行動することができない。彼らは不信と絶望を体験するが、自からの自由がないのである。彼らの症状は自由を失った自己についての絶望ということもできる。彼らは自己自身、それは本来の姿での自己ではなく、仮の自己であるかもしれないが、その自己から脱れようとし、自己自身であろうとしない。しかも自己から全く離れ、自己の責任を免れてしまうことはできない。ここに苦悩が生ずる。これが離人体験といえる症状ではなからうか。

(ii) 第2群の家庭は、教訓的、道徳的な父親と自己不確実で未熟な依存的な母親によって代表される家族である。この群の家庭は第1群ほど家庭内の不和、緊張はつよくないし、家族は問題があることを意識していない。父は一家のリーダーとして、主権者として、意志の決定者である。子供に対する躰もきびしい。それは道徳的、慣習的に正しいものである。しかし元来父はリーダーシップをとるのにふさわしい人柄ではない。強迫的な傾向をもった彼らの言動には融通性がなく、対人関係においても柔軟さがなく。彼らは自己の意見を主張し、子供を自分が正しいと思うように仕立てようとするが、それは彼ら自身の意見というよりも、道徳や慣習の枠にとらわれたものである。子供の教育も子供を子供自身として理解しての上ではなく、一方的なおしつけである。相手との関係においてではない。父と子の間では語ることはできても、語りあうこと、対話することがない。このような父親には共感性がなく、彼ら自身主体性を欠いているのである。したがってこの父から与えられるものは、真理ではなく、「世の中ではそういうものだから」という巷説であり、子供はその自主性をおさえられることはあっても、発展は妨げられ、主体化の契機をつみとられてしまうのである。

このような父に対して母は依存的で、自己自身の意見を表明しない。というよりも持っていない。情緒的に抵抗を感ずることがあっても、夫の意見は正しいものと考え、それに同調し、服従している。このような母親に面接をつづけているうちに、彼女たちの心のうちに、夫に対する敵意や反感がひそんでいることを見出すことも少くないが、彼女は意識的には良妻賢母であろうとしている。衝動的な感情は抑圧され、むしろ内罰的で自分を責める傾向がある。

この群の母親に心気症がみられるのも、このような人格と家庭環境ことに夫との関係からも考えられることである。

母は子供に細かい注意を払い、愛情を示す。しかしそれも人格的な発展に意味のあるような形ではないことが多い。神経質なまで身体的な側面に気をつかい、精神的にはむしろ無頓着か甘やかすだけである。

子供たちは父に対して畏怖を感じながら育った。彼らは父を怖れる半面、敬意をはらっており、父の教訓的態度に服従してきた。そして父の期待に応えるように努めてきた。あるいはその期待に反し、父から叱責されて、劣等感に悩まされていた子供たちもいる。日常生活でも父に対しては礼儀正しく、かしまり、緊張し、甘えることができない。成人後も父にさからうこともできず、反感をもつ時があっても、面前では服従している。

患者の多くは父の期待にそって従順な「よい子」であった。患者は父の訓育に従って育ったが、受動的で主体性の乏しい性格であったことはすでにのべた通りである。それは無精神性がよるいを着たようなものといえよう。このような患者が症状発呈後、つよい反感を父にもち、反抗を示すことがよくみられるのである。

(iii) 第3群は第1群や第2群と対蹠的なものである。父は消極的、受動的で家庭でのリーダーシップを放棄し、時には心理的に家族からはみだし、傍観的で、無関心の態度をとっていることもある。このような父にかわって家の主導権を握っているのが母である。母は家の中心になっている。しかし前にのべたように、自己中心的、独断的である。感情的にはげしく、知的、論理的な総合力に欠けていることも少くない。父はこのような妻に不満をもち、批判的であるが、消極的で何ら行動的に改善することもできず、あきらめている。母は父に対して不満がよく、反感をもち、そのふがいなさを非難している。二人の相互の不信は根づよく、第1群と同様、情緒的離婚状態にある。

このような家庭にあって、子供たちは円満な情緒的、知的発達をすることは難かしいであろう。うるおいのない、柔軟性に欠け、総合的な躰の乏しい家庭にあって、彼らは自らの世界を自分だけで作り上げなければならない。父から規範的な原理を学ぶこともできないし、母からあたたかい保護をうけることもできないからである。彼らは共感性をもって互に理解しあうことができない。子供たちは家庭内で自らつくり上げたものを、たとえ誤っていても、そのまま持ちつづける。強情であり、偏狭である。一つことに固執し、杓子定規的である。それによって不安を免れているが、そのために自己を失い、自己の自由を失っていく。

ことに患者はたえず「…せざるを得ない」という強迫につきまといわれている。彼らは完全と

いう仮装された不安の中におののいている。ちょっとした一瞥、ちょっとした予期しない出来事は彼の最もおそれる一貫性の喪失である。その些細な変化を偶然とすることができず、すべてのものを必然性のあるものとして解釈しようとする。その解釈がたとえ非現実的なものとなろうとも、それにすがりついていなければならない。彼らは現実との接触を失っていく。

(iv) 第4群の父は消極的であり、母は情緒的に未熟である。このような家庭では子供たちの円満な情緒的発展は妨げられるであろう。しかし、この群の家庭では上の3群のような、両親のあからさまな不信や、かくれた緊張は感じられず、それらの家庭の冷たさも感じられなかった。子供たちは殆どしつけられず、原始性をためられることなく持ちつづけ、未熟のままで育っていく。これは社会に出て、それに適応するには極めて不十分であり、しばしば破局の危機に直面するのであろう。

以上、分裂病家族、ことに両親を中心に、その人間関係を分類してみた。前にも述べたように、これはあくまで今までの資料をもとにしたものであり、これ以外の類型もあろう。また患者の幼少時に一方の親が欠けた場合も考慮していない。これらの点については今后さらに検討したい。たとえば上にのべた両親の性格にしても、それぞれ3乃至4型にわけられている。したがってそれだけでも計算上は12組の夫婦があるはずである。しかし、実際の症例は4型に分類されたに過ぎなかった。これは症例の不足のためか、あるいはそのような組合せの家庭のみが分裂病について問題になるのか、さらにこのような夫婦でなければ、たとえ形式的にせよ家庭を維持できないのか、このいずれか未だよくわからない。

さらに、上にのべたような両親の性格や家庭内の人間の分析だけでは、これが分裂病に特徴的かどうか確定するわけにはいかない。他の疾患群との比較も必要であろう。ことに上述のような表現で記述すれば、そのような人達や家庭はどこにでもみられそうである。したがって分裂病に特徴的なものをとらえようとすれば、もっと分析を密にし、あるいは従来から慣用されている範疇のもの以外の概念を必要とするかもしれない。たとえば早期自閉症や登校拒否の子供の家族には、しばしば上述の家族と似た人たちがみられる。早期自閉症が分裂病であるか否かは別問題として、現象的には分裂病患者の多くは、その時期には比較的平穩に過ごしている。そのちがいは何故か、何故早期自閉症の子供がその時期にこのような反応を示したのか、あるいは示し得たのか。これも興味ある問題である。

(ハ) 同胞の特徴

上に述べたように、家庭内の人間関係において患者ばかりでなく、同胞にもいろいろ問題がある。その性格や行動にも偏った人が少ない。はじめにものべたように、患者の同胞及びその子供に、われわれは深い関心をもっているが、今までの所その調査は十分行っていない。今後詳しく検討したい。そこで今までの経験から得た印象だけをここで触れておきたいと思う。

分裂病患者の同胞に分裂病や分裂病質の多いことは周知のことであるが、それ以外に神経症ことに強迫神経症患者も少なくない。また非行や嗜癖に陥りやすい精神病質の人たちもある。この精神病質の人をみると、外見は行動的であり、友人との交際もひろく、分裂病と縁遠いよう

にみえる。しかしその性格には第一章でのべた患者の特徴と共通する点が少くない。ことに柔軟性の乏しいことと、共感性を欠いていることは目立つ特徴といえる。

彼らの言動は常規を逸している。しかしそれは彼らにとって無意味なものではない。彼らには両親はじめ大人の言動が虚偽にみちた不潔なものに見える。そしてそれに激しい嫌悪と不信を感じる。その点で彼らは青少年の純粹さをもちつづけている。ただ彼らは大人の言動のもとにある心情を理解しようとしな。考えてみようともせず、一途にそれを否定してしまう。彼らは大人、ことに両親にいわれたことにはことさらに反発し、反抗する。しかし、だからといって、彼らは自己の言動に確信があるわけではない。彼らの底には強い自己不確定感がある。それを打消すかのように、破壊的な言動をくりかえす。

彼らの言動はそれ自体が将来へつなげた行為ではなく、その時々不満と反感の表現であることが多い。そのために一貫性に欠けている。いきあたりばつたりに見える。しかもその時彼らに最も欠けているのは共感性の欠如である。彼らはその時の相手の表情を読むことはできるが、その心情を理解できない。何故他者がそのような態度を自分に対してとるのかわからない。彼らは積極的に対人関係を発展させ、改善することができない。その言動はその時その場にふさわしい対人関係をむすぶには、あまりにくいちがい、彼らの気持も両親から理解されない（両親がすでにのべたように共感性に乏しい）。かくして彼らは非行や嗜癖に進んでいく。

以上精神病質のうちの一つの型について、分裂病者と一見正反対にみえるが、その間に共通の対人関係の障害のありそうなものについて考えてみた。かつて私はこのような人たちを仮に Dementia semantics つまり言葉の意味がわからない人たちと呼ぶべきであろうと考えたことがある。元来言葉は一語一義であるべきであるが、実際は一語多義であり、多語一義のこともある。語義はその文脈によって変化する。しかしこの人たちはその言葉の綾がわからない。同じように人間関係の綾も理解できない。これは第一章でのべた分裂病患者の症状発呈前の性格にもあてはまることである。

以上、精神病質者の中には、分裂病患者とその本質において、近縁の人たちがいることをのべた。次に上述の家族類型の中で、どのような同胞がいたかについて印象をのべてみたい。

第1群では誠実ではあるが、潔癖で、ごちない独断的な、分裂病質者や、過去において関係念慮など分裂病の Schub を思わせる時期のあった人がかなり多い。全般的に過敏で、しかも融通性のない人たちである。

第2群の特徴は強迫神経症患者の多いことである。これは両親の性格特徴及び家庭の躰からも予想されることであろう。

第3群にはへんくつな変人、精神病質（非行犯罪を伴う）など性格の偏りの目立つ人が多い。

第4群についてはよくわからないが、緊張病型の分裂患者や、躁うつ病に近い気分の変動のある人たちがみられた。

これら同胞については、今後さらにくわしい調査をするつもりでいる。さらに同胞に性格的な偏りがみられたとしても、何故患者だけに症状があらわれ、他の同胞は破綻を来さないのか

という疑問はそのまま残っている。それが素質のちがいののか、それぞれの同胞の人格が形成される時期の両親を中心とする家庭環境の影響なのか、その点もよくわからない。患者の同胞順位の研究もこの解明の一つの手がかりになるかもしれないが、そのばあいも、患者と同様、それぞれの同胞の生活史の追求は是非必要であろう。

要 約

以上の結果を要約すると次の通りである。

1) 分裂病患者はその症状が発呈する以前から、対人関係で重大な欠陥を示している。これは一般に病前性格とよばれる性格にもとづくものであるが、その性格は病前というよりも、それ自体を病態と考えるべきであろう。その特徴は主体性と共感性の欠如である。

2) 分裂病患者の家族には性格の偏りが目立つ。

3) 両親を中心とする家族内の人間関係には深刻な歪みがある。その中には長い間「情緒的離婚」状態にあった両親も少なくないし、永続的な緊張が家庭内につづいている家庭が多い。

4) 分裂病患者の家族はいくつかの類型にわけることができる。今回は4型にわけた。すなわち

(i) 専制的、独断的且つ自己不確実な父と、受動的、依存的で夫に忍従する母に代表される型

(ii) 教訓的、道徳的、強迫的な父と、未熟、自己不確実で夫に服従する母に代表される型

(iii) 消極的、逃避的な父と、独断的、自己中心的な母に代表される型

(iv) 消極的、逃避的な父と、未熟で粗野な母に代表される型

である。そしてそれぞれに特徴的な家庭の雰囲気をもち、同胞にもそれぞれの特徴がありそうである。

5) しかし全体的に共通した特徴がある。それは

(i) 家族のいづれもが共感性に欠けていることが多い

(ii) 家族がそれぞれの役割を十分に果たしていない

(iii) したがって、家族の相互理解、相互受容がなく、共同体としての一つの世界をつくりあげていないといえない。

一言でいえば、「家族は存在するが家庭がない」のである。

む す び

この論文では、分裂病患者や家族の性格特徴や家族内の人間関係について考察した。しかしそれは、静的な観察であり、概観的なものである。

分裂病が人間関係に重大な障害を示す状態であり、しかも患者のみならず、家族全体の異常が問題となるとすれば、われわれは当然動的な立場からの研究を進めなければならない。

現在われわれは家庭内の人間関係について、家族が患者をどう感じ、どのように対している

か、また患者が家族にどのように接しているかについて検討をすすめている。この点については、次の機会にのべたい。

この要旨は昭和40年4月、第62回日本精神神経学会総会のシンポジウム「精神分裂病の人間関係の障害」でのべた

学校恐怖症の家族研究

児童精神衛生部

山 崎 道 子
玉 井 収 介
湯 原 昭
今 田 芳 枝

I. 序

学校恐怖症の研究は周知のごとく、Johnson (1941) の報告以後米国ではかなりの研究が発表されている。わが国においても玉井、鷺見、小林⁽²⁴⁾の報告以来現在まで数年間に40に余る報告がある。

学校恐怖症に対する考え方も、初期の分離不安を基調とするものから、年齢・症状別の考察、家族構成や家族内力動の検討、縦断的症狀理解、場の概念によるより社会的把握、self-theory あるいは症候群としての分析などさまざまな論議がたかかわされてきたが、それらのいずれの立場をとる研究者も家族関係の歪みや家族内の病理が学校恐怖症児の発生に重大な影響をあたえているという見解では一致している。またこどもの治療とともに家族の病理的側面の改善を強調する点でも同意している。

II. 従来の学校恐怖症の家族に関する研究

Johnson⁽¹¹⁾, Thompson⁽²⁴⁾, Klein⁽¹²⁾, Suttentfield⁽¹⁸⁾, Lippman⁽¹³⁾, Talbot⁽¹⁹⁾, Waldfogel⁽²²⁾, Coolidge⁽²⁾, Eisenberg⁽⁶⁾ など米国の多くの報告は学校恐怖症の根本原因を母子の分離不安に求めている。

Talbot⁽¹⁹⁾ (1957) は、24例の学校恐怖症児とその家族をとり扱っている。その中で17例の学校恐怖症児の同胞順位は一人子か末子であり、“baby” として扱われていたことをのべている。その他母子関係では、こどもが母親の拒否を感じているもの、他のこどもが偏愛されていると感じているもの、母親に依存していると感じているもの、母親がこどもに支配されているもの、さらに母親のこどもに対する態度は一貫性に欠け極端な溺愛と厳格が両立するものなどを観察している。そしていずれのタイプの母親にしても意識的にはこどもたちのためになることを願って行動していることに注目している。さらに母親および父親が、それぞれ自分の親との神経症的結合のつよいこと、すなわち親自身の依存関係が未解決であることを指摘している。両親関係は未熟ではあるが、別居離婚を経験している家族は1例もない。母親は家族以外のことに関心が乏しく、友人もなく近隣からの孤立がめだつこと、父親、母親、こどもは死に対する神経症的とらわれをもっており、この不安から家をはなれることができないと観察している。著者は以上の力動的パターンが学校恐怖症児と親の間にこどもの年齢に無関係にみられること

をのべている。

Coolidge⁽²⁾ら(1957)の研究ではこどもの最大の葛藤は母親との共生的結合 symbiotic tie のまわりに展開することに注目し、母親はこどもが自立の方向を求める段階になると母親自身の不安からこどもと強く結びついてこどもの生活全般にふかくたちいる傾向を指摘している。彼等のとり扱ったこどもらは潜伏期(7-11)にあったがエディプスコンプレックスが未解決であることが指摘されている。親はこどもの些細な苦痛をかばってしまうのでこどもの自我の成長はおさえられ、たえず親の存在と支持を必要とするようになる。さらに、親がこどもを過度にほめたりこびりする態度はこどもに自我膨張の必要を経験させる。こどもは家庭内では暴君的な存在になる。また、こどものいかなる要求に対しても制限することのできない親の態度は、こどもに万能感をもたせてしまう。親はしばしばこどもにうらみの感情をもちながら屈服するので、かゝる親の態度はこどもに安定感をあたえることができないと述べている。

彼等は学校恐怖症児を神経症群と性格障害群に分類したが、母親についても二つの対応するグループに分けた。すなわち、性格障害群の母親により強度の障害をみとめている。母親にとらず父親の性格障害もはなはだしく、性格群の父親は普通の父親らしい態度のもちあわせがないこと、母親をめぐって父子関係にはあたかも同胞抗争がみられ、男の子と父親の同一視の欠陥を問題にしている。

Coolidge⁽³⁾ら(1960)は学校恐怖症を、1. 神経症群 2. 性格障害群に分類したがこの分類はかなり粗雑であることをみとめ、一過性の不安状態から発達上ないし外的危機を反映するもの、さらに精神病との境界まで疑われる重症な性格障害にまで及びその自我障害の程度はさまざまであるとした。この研究では思春期の学校恐怖症をとりあげ、性格障害がはげしく長期にわたる家庭環境が問題であることを指摘している。幼少時期の家族関係をしらべてみると、家族関係のパターンは低年齢群にみられるものと極めて類似しておることに注目し、低年齢群においても思春期群においても症状形成の力動は同一とみなした。すなわち、彼等は登校拒否の機制を母子の分離不安にもとめている。

Coolidge⁽⁴⁾ら(1964)は、49例の学校恐怖症児について初診後、5年から10年後の状態を報告している。対象を、1. その後の発達に制限のないもの、2. かなり制限されているもの、3. ひどく制限されているものの3群に分けて考察しているが、学校恐怖症児の予後のいかんはその後の母子間の心理的分離が可能になる程度にもとめられるようである。第3群では生活のいろいろの領域でゆきずまりがみられ心理的に成人になる努力をすっかり断念している。1群に女兒が多く、3群では男児が多くなっており、男児の予後の不良は統計的にも有意差がみられる。蜜月旅行の途中で母親のもとにかえてきた例をあげているが、彼等は学校恐怖症の原因を母子の分離不安にもとめていることはなおかわらないことをしめしている。

Suttenfield⁽¹⁰⁾(1954)は、5例の学校恐怖症児(学童期3, 思春期2)の母子関係について母親の拒否、他のきょうだいに対する偏愛、母親に対する極度の依存をあげている。家族に精神病や神経症の遺伝負因が高いことを指摘している。

Eisenberg (6) ら (1958) は、家族単位の中に症状の発現機制をもとめ、ことに母親自身の不安と子どもに対する両面的態度を問題にしている。

Lippman (13) (1956) は、学校恐怖症児の父親は、母親よりも不安になりやすく母親よりももっと母親的であるとのべている。そして父親はよい母親であるために子どもの母親と競いあうが、父親のこの傾向は依存の必要の反映であるとしている。彼は母親を自我障害の程度によって2つに分けている。

Perry (15) (1956) は非行児の父親と対照して学校恐怖症児の父親は、自分自身の児童期の内部化された葛藤にきずいていること、通常父親がもっともかわいがっている学校恐怖症児とつよく同一化していることをのべている。

Rodriguez (16) ら (1959) は、41例の学校恐怖症児の予後を報告し、子どもの障害と年齢の相関を重視し、発症年齢が低年齢の場合には予後の良好であること、高年齢群の場合は家族の障害も重いことを指摘している。予後不良な12例は、重い多問題家族を背景にもつことに注目している。

Hersov (9) (1960) は Maudsley で経験した50例の学校恐怖症児について親子関係から、a) 過保護な母親と無力で受身な父親、それに内弁慶で外では憶病な子ども、b) きびしく口やかましい母親が受身な父親からあまり助けをえられないでおり、子どもは外ではこわがりで憶病うちでも受身従順であるが、思春期には頑固で反抗的となるもの、c) かたぐるしく口うるさい父親が家の中を支配しており、母親は溺愛的、子どもはきま、で頑固で要求多く外へでると機敏で友交的の3型に分け、とくに多いのは第1型であるとしている。彼は学校恐怖症を不安反応とみた方がよいとしている。

Davidson (5) (1961), Sperling (17) (1961) はともに家族員あるいは近親者の死亡、病気が症状の発生のきっかけになることが多く死と喪失の不安をひきおこしているとみなしている。

Malmquist (14) (1964) は学校恐怖症の発生には家族神経症の様相がいろいろに錯そうして影響していることを強調している。すなわち、子どもと一緒にくらしている核家族にとどまらず祖父母の代の家族力動のパターンや家族内力動におよぼす親戚や近親者の存在も無視できないとのべている。彼は Voiland (21) (1962) が分類した障害家族の4型にならって学校恐怖症の家族を説明している。

治療に関しては母子の並行治療から、家族全体の力動の改善を強調する傾向がめだっており、ことに父親の障害が重い時には、父親の治療への導入の必要を強調している。

Johnson (10) (1941) は学校恐怖症児の治療にあたり母子の協同治療を最初にと考えたのであるが、彼女は両親の関係がわるいときには父親をも扱うことの必要性をみとめ、さらに家族中心治療の必要性を示唆しており、両親の治療がうまくいかないと、のちに他の子どもが神経症的いけにえになることをみとめている。そのために学校恐怖症児の治療がすすんできた時に他の子どもの変化を注意ぶかく観察することが必要であると強調している。

Coolidge (2), Waldfogel (22), Malmquist (14), Finch (7), Glaser (8) などは Johnson (10) と同じ

見解にたっている。

次にわが国における研究から学校恐怖症児の家族に関する知見にふれてみよう。

玉井、鷺見⁽²⁴⁾、小林、山松⁽²⁵⁾、佐藤⁽²⁶⁾、白木沢⁽²⁷⁾などは学校恐怖症の発現を分離不安にもとめ母子関係を重視している。

佐藤⁽²⁶⁾ (1964) は、35例の学校恐怖症児とその家庭環境を分析し次のような結果を得ている。欠損家庭が少く、ことに父子家庭は皆無である。祖父または祖母の同居家族が約半数である。学校恐怖症児の出生順位をみると、長子16例、中間児3例、末子12例、1人子4例になっている。親の社会的経済的状態は中流以上の家庭が多い。母子関係、祖母・孫関係は過保護依存の関係が特徴的である。夫婦関係の不満を訴えた母親は比較的少ないが、祖母・孫関係の極度の親密性は母親の側に不安と焦り、さらに祖母への敵対感が生じ三者間につよい葛藤が生じている。父母の性格特徴については、13例の父親に無口・内向的非社会性潔癖性の一連の特徴が顕著にみられたこと、4例の母親に幼児性と内向性、過敏性がみられたが、概して父親に比べて母親に歪みが少いことを指摘している。父親は多く養育場面から逃避しており、祖母のある家族では母親と祖母の間に立ち中立的無力的立場をとっていることに注目し、かゝる父親のあり方に母子関係以上の研究がなされることの必要性を強調している。

玉井・湯原・山崎・今田⁽²⁵⁾ (1964) は、学校恐怖症の中核群をあきらかにするために著者らの設定した基準にもとづいて選択した登校拒否児について類型化をこゝろみた。その中で山崎は、I群(学校恐怖症の中核群)とII群(怠学)の家族内力動を比較考察したが、I群の家族に佐藤の結果と類似した傾向をみいだした。(今回の研究の前提の項でのべる。)

十亀⁽²⁹⁾ (1965) は、学校恐怖症の背景は、単純な機制で説明できるものでなく、家庭とその対人関係、さらにそこに生育した患児の性格など症状もふくめてすべてが一連の有機的関連をもった社会的生育史的条件のもとにおいてのみとらえられるものであると強調している。家族の病理についてふれ、まず両親の特徴に注目している。父親の性格は統制力の欠如がめだち、父系家族との結合がつよく、父子間の接触寡少で同一化モデルとしての不全をあげている。母親の性格は自己愛的、勝気であり、夫への依存的欲求の抑圧がめだち、患児に対して代償的過保護、罪業感をもち、こどもらしくない扱いとうそもみられる。患児は幼児期から家庭集団の中での孤立的異質的存在としての特徴をしめしており、家庭内での多角的人間関係からうきあがっており万能感を形成している。さらに家族として社会性の欠如がめだち、対面を極度に気にする傾向があると指摘している。

小此木・三浦ら⁽³²⁾ (1965) は心氣的症状をともなう定型的な学校恐怖症児の家族について、精神療法、並行家族面接および家族診断のための心理テストをおこなった結果次のような傾向に注目している。学校恐怖症児の家族は高度の安定性と統合性を有し、両親間の目標追求、価値志向、期待の共有が顕著であり、夫婦としての役割は相補性もあり、お互いに満足しているが親としての役割適応には葛藤や障害を呈している。母親は母親の役割を肯定しておらず、父親は男性性として弱々しく妻への依存性が高く、家庭内の積極的役割をとるよりも重荷はすべて妻

にまかせて仕事や学問をしている。こどもに対しても父親らしい権威をもつことをさせているなどに注目し、山崎が学校恐怖症の家族に未成熟家族が多くみられたとのべた意見に同意している。

高木隆郎ら⁽³⁰⁾(1965)は、学校恐怖症の成因として、代表的には母子の分離不安説にみられるようにその心理力動を家庭内対人関係にのみ求めようとする一般的傾向にすべく異議を表明しており、彼等は分離不安説で説明できるものは学校恐怖症から除外している。

高木隆郎ら⁽³¹⁾(1965)は、第6回児童精神医学会で学校恐怖症の父親のパーソナリティの強迫性に注目し、これを中心に展開する家族内対人関係と学校恐怖症の発展について考察している。父親が自己不確実的で自分の問題を処理することにばかりとらわれており、父親の役割をはたさず一貫した養育方針をもたないのでこどもにとって極めてあいまいな同一視の対象でしかない。母親は依存的欲求をもちながら夫に依存することができず、一見支配的ではあるが不安がつよくこどもに対する態度も一貫性を欠き医師に依存的になる。同胞をぶくめ家族はみせかけとは逆に統一がなく、こどもは思春期にその同一性に困難を感じ、こどもの強迫的傾向を助長する基礎になることを強調している。

北岡⁽³²⁾(1964)は、4例の強迫神経症的機制を基盤とする中学生高校生の学校恐怖症児の治療経験から家族構造の側面について検討している。その結果、1. 全症例において両親のいずれかが強迫的性格の持主であり、学校恐怖症児は強迫的性格者の親の性格構造をひきついでいるが、一方ではひきついだその性格構造に強く反発している。2. 全例とも夫婦間の愛情交流はみられず、とくに2例では治療面接がすゝむにつれあらわになっている。しかも強迫性格者である父親たちは妻が自分に対して愛情を失ってしまっていることを意識しておらず、妻も家庭にとゞまり故に表面的には平和な関係が保たれていると考察している。

藤掛ら⁽³⁴⁾(1964)は、家族力学の立場から学校恐怖症を検討し次の点を指摘している。父親の役割に欠陥があり、母親の生育史にも問題があって母親は不適応状態にある。この不適応感情がこどもとの固着的な母子関係を形成する。父子家庭、継母子家庭には学校恐怖症児の発現がみられないことから学校恐怖症児の発生は母子関係を中心とした家族関係に障害の原因があるものと考えている。

山本⁽³⁵⁾(1964)は、症例を3群に分類し、I型は単純な逃避反応、II型は中核群で両親が分裂気質の性格をもちこれが患児にもみとめられ逃避的態度が目立つ。III型は思春期の特性が症状発現にある役割を演じているとして、さらにこれらを通じてその心的構造を学校場面における状況展開の障害としてとらえ、持続的情緒環境の歪みが重大な役割をはたしておるとし、過保護よりはむしろ受入れの不足を重視している。

III. 今回の研究の前提

われわれは精神衛生研究13号で学校恐怖症の問題を論じその類型化をこゝろみた。そのおもなねらいは、学校恐怖症の呼称で登校拒否の問題がさかんに論じられているが、登校拒否の現象をとらえてよんでいる限り、その性質についてはかなり種々のものがふくまれており、学校

恐怖症といっても使う人によって意味内容がちがってくるので、われわれはまず学校恐怖症のいわば中核群ともいべきものをあきらかにすべきであると考えた。研究対象として国立精神衛生研究所相談室でとり扱った学校恐怖症児とその家族46例をえらんだ。その選択の基準は、1. こどもの心身に精神薄弱、身体疾患、精神病などがなく、2. 親の無理解、貧困による欠席、学校からの停止などでないこと、3. 登校しないことが主訴の中にあげられていることの三つである。

これらの基準により選択した症例をさらに4群に分類した。すなわち、I群は親は過保護、こどもは無気力、内向的、内弁慶で学校以外のすべての外の世界にも適応しないという特長をもつものである。II群は、親は放任的で、こどもはおちつきなく行動的で登校はしないが所属する仲間や場所をもつものである。III群は、家族に精神障害を疑われるものがあり、それがこどもの登校拒否に影響していると思われるものであり、こどものパーソナリティはI群にちかい特長をもつものである。IV群は、親の態度からみてもこどものパーソナリティからみてもI群にちかいが、その状態像からみて登校拒否は部分的な症状であり、むしろ別の神経症（例えば、強迫神経症など）としてとりあげた方が適当とみなされるものである。

さらにわれわれは、I群のみをとりあげてその登校拒否にいたる機制からこれらを三つのグループに分類した。それらはA) 分離不安群、B) 中核群、C) その他の群——いづれにも属さない群である。A) 分離不安群は、過度に保護的に養育され、何事も親に依存的になり、単独で外の世界に適応していくために必要な社会性や欲求不満に耐える力が形成されなかった。そのために最初の単独で行動しなければならない場である学校に適応できずに家庭に逃避してしまう。親もこどもを離すことのできない状況である。B) 中核群はこどもは、内的な活動も外からの刺戟に対する感受性も高く葛藤の多い傷つきやすいパーソナリティである。ある時期まで学校の生活に適応しており、知能、学業ともにむしろ上位にみられている。具体的な事実が把握できない場合もあるが、いづれにせよ、学校の生活の中でこどもに心理的な負担をあたえるような状況が発生し、それからの逃避という形で登校を拒否してしまう。登校しないことに対する問題意識があり、こどもに心理的な葛藤が存在する。両親の教育態度は分離不安群ほど過保護でなく、むしろ期待が高いが、基本的には保護的できびしさに欠けるところがある。C) その他の群——いづれにも属さない群では、こどもは内的活動も生産的なエネルギーも乏しく極めて受動的で幼稚である。低学年時は一応学校には通っているが知能や学業で上位に位置することはなく、時には休んだり問題がありながらもどうにかついていっていたという状態である。学年がすすむにつれ、学校生活に困難がまし断続して休みはじめ、だんだんひどくなるといった傾向を示すものである。両親のこどもに対する態度はA群にちかく過保護的であり、ことに父親の役割の欠陥がめだっている。

以上の類型に分類して、こどもおよび家族をふくめて、それぞれのグループの特徴をあきらかにすることにつとめた。家族についての検討は、I群とII群の比較にとどまったが、その結果、I群とII群では、家族のいろいろの側面において対照的な結果がみいだされた。その結果

を要約すると次の通りである。

1. 家族の社会的経済的背景はI群とII群で大差なく、下の上を中心に巾広くひろがっているがI群においてや、上である。2. 家族構成ではI群II群とも父子家庭、継母子関係にあるものはなかった。3. 同胞順位はI群では27例中24例が1人子、末子、長子で中間児はわずか3例であった。II群では8例中、中間児が5例でありI群と逆であった。4. 養育態度については、I群では母親父親祖父母の過保護が顕著であり、それぞれが *Antiseptic role* をとっていた。こどもは彼等に極めて依存的であった。II群ではI群と対照的で母親父親はこどもに対し拒否放任干渉などの傾向がみられ、こどもは攻撃的反抗的であった。5. 父親と母親のパーソナリティについては、I群では両者とも依存的で自我の弱さがめだっており、夫婦関係はお互いに依存しあっていた。父親は家族の中でイニシアティブがとれず家庭内の重大な問題から回避していた。父親が夫として、また父親としての十分な役割がとれないことは、I群の家族においては決定的な障害になっていた。家族として一応の均衡は保持されていたが、お互いの情緒的な表現や交流は稀薄であり、家族としての一体感や親愛感にも乏しかった。家族内にはゆがめられた同一視、おきかえ、投射などさまざまな防衛機制が生じ問題のこどもがしばしばそのいけにえになっていた。兄弟2人が登校拒否をしめた事例が2例あった。その他の例でも登校しているきょうだいのなかにも社会性に乏しい印象をうけているものもある。これらの家族は対社会関係において閉鎖的孤立的傾向がみられた。I群の家族にはさきに山崎⁽²⁾が分類した未成熟家族に該当するものが多くみとめられた。II群では父親は生活意欲に乏しく現状維持で満足しているのに対し、母親は勝気で生活につよい不満をもっていた。夫婦関係はI群と対照的でお互いにはげしく争っていた。家族全体としての統合性に欠け、家族員の自己中心的な傾向がめだっていた。こどもは反抗的で、きょうだいの中にはぐれて家出しているものが2例あった。これらの登校拒否児も放置しておけば非行に発展するおそれがある。II群の家族の多くは不統合家族に該当した。6. I群II群ともに夫として父親としての機能や役割の欠陥が顕著にみとめられた。I群の父親には未成熟、自我の弱さ、神経症的傾向がめだち、II群の父親には、性格の障害ともいべきものがめだっていた。7. 家族の価値志向については、I群では家族として同じ方向を志向し、こどもの教育に関心をよせていた。II群では、家族として一定の方向がなく、各自が勝手な方向に分裂していた。8. 治療の方向としては、I群II群ともに家族中心治療がその基礎になるが、同時に学校教師との協力が必要である。ことに、II群の場合は教師の問題児に対するうけいれ理解などは登校を促し、治療期間を短縮するのに役だった。

IV. 今回の研究

1. 目的

前回の研究ではI群とII群の家族の比較考察にとどまったが、今回の研究では、I群の中でさらに細分された3つのグループの家族内力動を比較検討し、それぞれのグループの家族の特

第 1 表 家 族 一 覧

群別	No.	氏 名	家 族 構 成	父親の職業	生 育 史 に お け る 問 題 点
A	1	Ta Ta	父 本児	公 会	両親が年をとっていったので最初から1人子ときめていた
	2	Ka Mi	父 母 姉 本児	員 社	父親が実家第一で自然母子の結合がよくなる
	3	Ho Ke	父 母 祖父母 本児	業 小 自 家	数回の流産後やっとう出生 父は養子
	4	Sa Ju	父 母 本児	員 会 社	2 回流産, 本児1人とあきらめた。母と実家の結合
	5	Ha Yu	父 母 伯父 本児	員 会 社 役	自身の伯父が最初から同居, 異常溺愛。両親が年をとって いたので最初から1人子ときめていた
B	6	Fu Ma	父 母 祖父母 本児 弟	員 公	祖父母の権力がよよく母は自由に養育できなかつた
	7	Ta Ke	父 母 祖父母 本児 弟	員 銀 行	本児に対する期待が高かつた
	8	Si Ta	父 母 祖父母 姉 兄 2 本児	員 会 社	本児は双生児 とくに問題なし
	9	As Ka(Te)	父 母 (兄) 本児	員 会 社	祖父母の権力つよく母はうしろにひかえていた
	10	Ha Ke	父 母 本児 妹 2	員 会 社	近隣に親戚あり, こどもの成癡をめぐって親の競争, 祖母 と別居しているが, 母の間に葛藤
	11	Ko Yu	父 母 本児 妹 2	員 会 社	長子として期待されているが母との間に 葛藤
C	12	Ni Su	母 兄 姉 本児	業 自 家 營	父親は死亡したが気むずかしく, 本児によく似ていた
	13	Ma Ke	母 兄 3 姉 3 本児	業 小 企	未姉と6才ちがいが, 父が極度の溺愛, 登校拒否もゆるして いた。父死亡後母親がふびんがり, 母子が結びついている
	14	Yo Ta(Fu)	父 母 祖父母 兄 2 (1) 本児 弟	員 会 社	父は養子で祖父のいゝなりで全く権威がない
	15	Sa Ki	父 母 兄 姉 本児	員 会 社 役	父も若い頃より死の不安あり, 極度の溺愛, 兄精薄
	16	Is Yo	父 母 本児	員 公 務	父をおそれよりつかない。子と母親とつよくむすびついで いる
	17	Ba Ta	母 姉 本児	員 父 欠 (母 内職)	父とは別 (6才時) 母子家庭
	18	Si Ka	母 兄 2 姉 2 本児	員 父 欠 (母 無職)	父とは2才時死別, 未姉と7才ちがいが, 母は溺愛
19	Ka Ma	父 母 姉 3 本児	員 公 務	父のことはおそれて金々よりつかない。父は家族からも孤 立, 母子はつよくむすびついでいる	

第 2 表 事 例 一 覧

群別	No	氏名	性別	来所時 年令	登校拒否のは じまった学年	拒否期間	動機	状態像	問題意識	経過	能知	治療回数
A	1	Ta Ta	男	5	幼稚園2年目	2ヶ月	はしか	母子がはなれない	無	良	普通	12 こども 母親
	2	Ka Mi	女	6	入学直後	1週間	1人では不安	母が同伴すれば登校	有、有 や、有	良	普通	12 こども 母親
	3	Ho Ke	女	6	入学直後	4年	1人では不安 最初は母と一緒にな らなければ現在では それのため	母子が一緒に教室におる 全く登校しないが近所であそぶ	有、有 や、有	変 不	や、劣 普通	25 こども 母親
	4	Sa Ju	女	9	入学直後	7年	1人では不安	家の中にはかりいる。	無	不	変 不	10 こども 母親
	5	Ha Yu	女	13	入学直後	7年	1人では不安	朝、腹痛、学校の話をすると嘔吐 になる。	無	不	変 不	2 母親 祖父 100 こども 母親
B	6	Fu Ma	女	8	小学3年	3ヶ月	委員長に選出	朝、腹痛、学校の話をすると嘔吐 になる。	有	良	優	20 こども 母親
	7	Ta Ke	男	10	小学3年	2年 断	疫	腹痛を訴えておきかない	有	中	普通上	3 こども 母親
	8	Si Ta	男	10	小学3年	2年 断	不	登校の準備をし靴まではくが出か けない	有	良	普通	3 母親 父親
	9	As Ka	男	11	小学6年	3ヶ月	不	学校の話をすると嘔吐、家に閉 じこもる	有	良	優	15 こども 母親
	10	Ha Ke	男	13	中学1年	3ヶ月	不	体がだるい、学校の話をすると 乱暴	有	良	普通上	5 母親 父親
	11	Ko Yu	男	13	中学1年	1ヶ月	不	学校の話をすると乱暴	有	良	優	10 こども 母親
	12	As Te	男	14	中学2年	3ヶ月	不	写真をとる以外は家に閉じこもる	有	良	優	5 母親 父親
	13	Ni Su	男	14	中学2年	4ヶ月	有名校でつめこむ	朝おさず家に閉じこもる	有	良	優	40 こども 母親
C	14	Ma Ke	男	11	小学2年	4年 断	学校はつらい	登校時間になると嘔吐	有	不	普通	10 こども 母親
	15	Yo Ta	男	11	小学6年	6ヶ月	中耳炎	家にばかりいる	有	不	普通	2 こども 母親
	16	Sa Ki	男	12	小学6年	1年 断	級友におどされた	心氣的、学校の話をすると乱暴	有	良	普通	5 こども 母親
	17	Is Yo	男	12	小学6年	1年 断	胃腸疾患	胃腸の不安、家人に攻撃的	有	不	普通	13 母親 父親
	18	Ba Ta	男	13	小学4年	2年 断	腹痛	家でアラモデルしている	有	?	普通	2 こども 母親
	19	Si Ka	男	15	中学1年	2年 断	不	三度転校、直後は登校するもつ かす、家に閉じこもる	有	不	普通	2 こども 母親
	20	Yo Fu	男	16	中学2年	2年 断	学校はつらい	登校するのめんどろめんどろ	有	不	普通	3 こども 母親
	21	Ka Ma	男	16	小学1年	10年 断	不	家に閉じこもり家談に攻撃的	有	不	普通	5 こども 母親
										良	普通	1 こども 母親
										不	普通	1 こども 母親

徴をあきらかにしながら、さらにこどものパーソナリティや登校拒否との関連、その影響などをあわせて考察することを目的にした。今回の研究では、A) 母子分離不安群、B) 中核群、C) 父親への同一視失敗群とよぶことにした。

2. 対 象

主として前回の研究対象の中から、こどもおよび家族との接触が比較的に長期にわたって継続された事例を選択したが、前回の研究後に接触を開始した事例も若干ふくまれている。家族の総数は19例であり、グループ別にみると、A) 分離不安群：5家族 B) 中核群：7家族 C) 父親への同一視失敗群：7家族である。第1表は家族一覧をしめしたものである。ついで第2表に学校恐怖症児事例一覧をしめした。学校恐怖症児の数は21例で家族数より多いのは同一家族から2名の登校拒否児がでていた2例があるからである。

3. 方 法

N. Ackerman⁽¹⁾が1956年に発表した家族診断スキームを柏木⁽²⁾、山崎、西内が修正したものを採用した。そのスキームの項目については第3表に示した。このスキームを中心として各家族ごとに調査し整理した。なおスキームの各項目の評定は+2～-2の5段階に分けた。その結果をわれわれの分類した学校恐怖症児のタイプと関連して各グループの家族内力動のパターンをあきらかにしようとした。

第3表 家族診断スキーム

I 個人要因	II 家族要因	II ₂ (2)a 母親の性格特徴
I ₁ 反応型	II ₁ 家族員の交互作用	b 原家族内交互作用
a 葛 藤	a 配偶者関係	II ₃ 家族構造
b 不 安	b 両親としての配偶者関係	a 価値志向
c 社会適応	c 同胞関係	b 一体感の度合
I ₂ 障害の原因	d 親子関係	c 家族員の役割に対する統合の度合
a 母子関係	e 子供と祖父母の関係	III 外部との交互作用
b 父子関係	f 嫁姑関係	a 近隣関係
c 同胞との関係	II ₂₍₁₎ a 父親の性格特徴	b 社会関係
d 家族グループとの関係	b 原家族内交互作用	c 親戚関係

4. 結 果

A, B, Cのグループ別に学校恐怖症児の性、年齢別をしめしたのが第4表である。まず、性別をみると、A群では女兒がやゝ多いが、B群では女兒1名をのぞき他は男児であり、C群では全例が男児である。年齢別にみると、A群では小学校低学年にやゝ多く、B群およびC群では小学校高学年以上に多くなっている。

家族背景は第1表にしめしたが家族構成や同胞順位をグループ別にまとめたものが第5表である。欠損家庭はA群にはなく、C群では比較的多く3例にみられ、B群では1例である。祖

父母との同居はB群にや、多くなっている。同胞順位をみると、A群では一人子、B群では長子、C群では末子がそれぞれ顕著に多かった。

家族の社会経済的背景についてみると全家族が一応安定しており、A、B、Cのグループ別では差異がみられない。

第4表 学校恐怖症児（21例）性・年齢別

		6～8才 (小学低学年)	9～11才 (小学高学年)	12～14才 (中学生)	15～17才 (高校生)	計	
A	男	(1)	0	0	0	1	5
	女	2	1	1	0	4	
B	男	0	3	4	0	7	8
	女	1	0	0	0	1	
C	男	0	2	3	3	8	8
	女	0	0	0	0	0	
計	男	1	5	7	3	16	21
	女	3	1	1	0	5	

第5表 家族構成および同胞順位

	両親有	母子家庭	父養子	同胞順位				祖父母同居	その他同居人
				一人子	末子	長子	中間児		
A	5	0	(1)	4	1	0	0	1	1(伯父)
B	6	1		0	3	5	0	3	0
C	4	3	(1)	1	5	1	1	2	0

次に家族診断スキームのそれぞれの項目について、A、B、Cの各群の家族の評点の平均を比較したものが第6、7、8表である。第1図はこれらをグラフにしたものである。

I. 個人要因についてみると、葛藤や不安はB群およびC群においてつよく、A群においてよわいことをしめしている。これはい、かえると、B群C群では問題意識がつよく、A群では問題意識が乏しいと言える。学校の話しをすると急に蒼白になったり、同級生や教師が家庭訪問しても会うことを頑強に拒絶したりする傾向は、B群にもっとも顕著にあらわれる。登校前の腹痛、嘔吐などの身体的症状や、登校をうながすと乱暴や攻撃で反応する一連の傾向は、B群、C群のかなりの症例にみられるが、A群ではそれ程著明にみられない。A群では、入学直後から一人では登校できずに親と一緒に登校しているもの、ある時期まで母親と一緒に登校していたが、その後登校しなくなったものが多く、入学の当初から問題をもっている。A群の中で登校拒否期間の短いものと、長期に及ぶものを比較してみると、前者は低年齢群のこども

第6表 個人要因

	I ₁ 反応型			I ₂ 障害の原因			
	葛藤	不安	社会適応	母子関係	父子関係	同胞との関係	家族グループとの関係
A	-0.4	-0.4	-1.5	-1.6	-0.7	※	-0.7
B	-1.1	-1.1	-1.1	-0.9	-0.7	-0.8	-0.7
C	-1.1	-1.1	-1.3	-1.2	-1.6	-0.8	-1.2

※ A群では5例中1人子4例のため問題にせず

第7表 家族要因

	II ₁ 家族員の交互作用					II ₂ (1) 父親		II ₂ (2) 母親	
	配偶者関係	両親としての配偶者関係	親子関係	子供と祖父母関係	嫁姑関係	性格特徴	原家族内交互作用	性格特徴	原家族内交互作用
A	-0.4	-1	-1.4	-2	-1	-0.6	-1	-0.7	-0.4
B	-0.5	-0.5	-0.7	-0.4	-0.5	-0.3	-0.3	-0.3	0
C	-0.5	-1.1	-1.4	-2	-1.5	-0.9		-0.4	-0.6

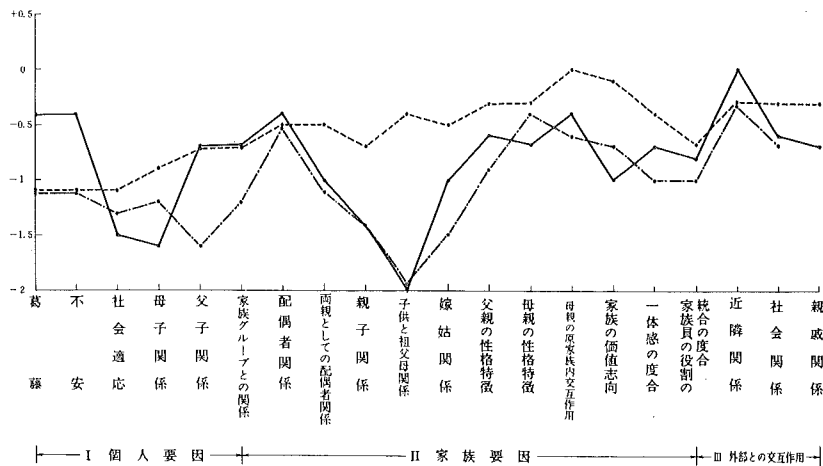
第8表 家族要因および外部要因

	II ₃ 家族構造			III 外部との交互作用			全項目評点
	価値志向	一体感の度合	家族員の役割	近隣関係	社会関係	親戚関係	平均
A	-1	-0.7	-0.8	0	-0.6	-0.7	-0.84
B	-0.1	-0.4	-0.7	-0.3	-0.3	-0.3	-0.56
C	-0.7	-1	-1	-0.3	-0.7		-1.03

※ 各群の評点が不備な項は省略し平均した。

A群 (母子分離不安群) ————
 B群 (中核群) - - - - -
 C群 (父親との同一視失敗群) ————

第1図 家族診断スキームによるA, B, C群の比較



であるが、明白な葛藤とはいいがたいとしても登校できないことについての何等かの問題を感じているが、後者は年令が高くなっているにかゝらず、登校しないことについての葛藤や不安は極めて乏しいことをみいだした。例えば事例5, Ha, Yuは、入学後全く一人で登校したことはなく終始母親か伯父がつきそって登校し授業が終るまで隣席にすわり、そのまゝ6年間を経過した。中学に入学してからは、さすがに伯父や母親がつきそってゆくことを嫌がるようになり、登校できないことがやっと問題として表面化した。また、事例4, Sa, Juは、順調に通学しておれば小学校4年生である。入学後1年間は、母が彼女の隣席にすわり出席していたが、2年生になって、まもなく登校を拒否するようになり現在に及んでいる。彼女は近所のこどもたちとよくあそび、登校していないこともいっこうに気に留めている様子もなく、母親の方で、同級生が学校からかえってくるまでは、本児を外にださないようにしているという。

社会適応では、A群が一番低く、学校以外の社会的場面でもこどもが単独で接触することの困難さをしめしている。登校拒否の長期にわたるもの、いわゆる慢性化したものは、ことに重い障害がみられる。例えば事例5, Ha, Yuは、すでに13才になっているが、自分の家から一駅位の範囲ならどうやら行動できるが、それ以外は単独では行けない。事例4, Sa, Juは、母親にきせかえ人形をしてあそぶことをせがんだり、まゝごとあそびに興じている様子を見ると、まさに、5、6才のこどもとしか思えない幼稚さである。予後との関連では、A群の中で登校拒否がはじまってから初期のものは、母子の並行治療により、比較的改善が容易であったが、すでに年余を経過し慢性化しているものは、こども自身の中に登校しなければならないという義務感が乏しく、その上、生活全般が、閉ざされた家庭の中で、その子中心にすべてがなされておき、その年令のこどもに必要な社会性や欲求不満に対する耐性が育っておらず、仮に学校にもどったとしても、学校生活全般に容易に問題が生じてくることが考えられる。学校への復帰は非常に困難であろう。

B群のこどもは、登校拒否がはじまるまでは、知能もよく、むしろよくできるこどもとみられていたものが多く、交友関係にもとくに問題になるようなこともなく、適応上の問題はあまり指摘されていないものがほとんどである。登校拒否の動機は、不明な事例もあるが、委員長に選出されたとか、有名校入学など学校に関するものが多い。登校拒否は急性にはじまり、完全な拒否状態をしめし、家に閉じこもるようになる。学校教師や友人が家庭訪問しても、会うことをはげしく拒み、にげたりかくれたりする。こどもは相談室をおとずれることを頑固に拒否するし、ソーシャルワーカーが家庭訪問しても面接できない場合も多い。A群、C群に比してB群の拒否の状態はもっともはげしいと言える。こどもの性格について、親は、“気むずかしくて育てにくい”、“神経質”だと評しているものが多く、学校教師に念入りにきいてゆくと、“競技の最中、勝つみこみなくなるとすぐに放棄してしまう”、“こどもらしさに欠けている”、“何を考えているのかわからない”といった評もあり、こどもの性格がかなり複雑であることを物語っていると思われる。予後はほとんど全例が登校するようになっている。登校を開始すると再び順調に学校生活にもどり、欠席することもなく、学業のおくれも間もなくとり

もどしている。B群は概して完全な拒否の状態になるが、パーソナリティ自体としては、社会的に適應できる礎地をA群およびC群に比してもっている。

C群のこどもは、極めて受動的で意欲のなさがめだっており、心気的な訴えをもつものが多い。登校拒否の型もB群と異り、この群では強制されると散発的に登校することもあり、登校拒否は断続的であり、週に3、4日は休むといった状態が年余にわたりくりかえされている事例が多い。登校拒否のはじまった学年は、大部分が小学校高学年以上であるが、生育史をたんねんにただしてみると、幼稚園は嫌がって、入園し間もなく止めてしまったとか、小学校に入学してからも、しばらく登校拒否がつづいたとか、親と一緒にについていったとか、その後も頻繁に休んでいたことなどがあかるといえることが多い。

彼等は生活全般に依存的で意欲にかけ、友人もほとんどなく極めて消極的な態度が特徴的である。学業への意欲も勿論なく、成績もしだいに下降し、宿題やテストが負担になって休みはじめるものがめだっている。これらC群は、全例が男児であり、Coolidgeらがのべる性格障害群に一致する。この群の予後は総じてかなりわるく、のちに治療の項で論じるので、ここではのべないが、通所による治療は、彼等の自我のよわさの故に中断することがしばしばであった。

II 家族要因について

(1) 母子関係では、A群にもっとも障害がつよく、母親は極度に過保護であり、Coolidge, Waldfoegel のいう Antiseptic role をとっており、こどもは全く依存的で共生関係といえるものが1例をのぞき全例にみられた。このような母子関係の成立の原因は、こどもの生育史に多くもとめられる。両親が年をとっており、最初から一人子ときめていたものが2例、頻回の流産後やっと出生したこどもであるものが2例であり、5例中4例は出生の最初からやっとならずかかった一人子として家族のすべてから庇護されてきたのである。母親はこどもが、自立の方向をもとめる段階になると、母親自身の不安からこどもと一層つよくむすびつき、こどもの生活全般をコントロールする傾向がある。これはすでに指摘したが、母子の心理療法の過程でも、母子関係のこのような現象があらわにされる。徐々に、こどもが親から分離する方向が育つてくると、母親の方がよりしっかりとよりそって、はなれようとしない姿が事例1 (Ta, Ta)、事例3 (Ho, Ke) にみられた。ことに事例3の場合は、こどもが遊戯室で母親とやや距離をおけるようになったとき、母親の不安が顕著になって治療にくることを中断した。事例4 (Sa, Ju.) の場合は、児童相談所の一時保護に委託する手はずがととのっていたが、母親は、こどもをおいてかえれずそのままつれてもどってきた。

B群では、母子関係は基本的に保護的であるが、むしろ過度の期待をよせている母親が多かった。こどももある時期までは、親の期待にこたえていた。同胞順位からみると、ほとんどが長子である。祖父母と同居している事例では、最初の孫として、祖父母からの期待をあつめ、こどもと祖父母の関係は母親との関係よりも密接で、三者間に葛藤を生じている例もあった。十亀²⁹が指摘するように、このようなこどもの家庭内の位置は、母親より上であったり、他の

きょうだいより重視されており、万能感の礎地をもっているものもみられた。しかし、A、C群に比べて、母子間の障害の程度は比較的にかるく、治療により変化しうるものが大部分であった。

C群では、母子関係は、A群にかなりちかく、過保護のものが多い。末子が多いことも、母子の結合をつよめる一因であるが、このような母子関係の成立の原因はA群とやちがっている。すなわち、C群では、3例に父親が欠損しており、父親の欠損は、このような母子関係をつよめる結果になっている。

他の2例は、こどもが父親を過度におそれてよりつかず、逆に、母親とかたくむすびつく結果になったものと思われる。

(2) 母親の性格特徴

A群の母親にもっとも障害がつよく、未成熟、社会性の低さ、依存的、対人関係の困難さめだち、ことに慢性群では、母親との面接が治療的に発展するのが極めて困難であった。

B群の母親は、感情抑制がつよく、ひかえ目で几帳面であるが、かなり勝気な面もある。したがって、葛藤をもちやすいが、潜在的な能力や弾力性を、A群およびC群の母親に比べてもちあわせており、治療は効果的に発展するものが多かった。

C群の母親は、A群の母親にちかく、治療に反応する潜在力にも欠けていた。

(3) 父子関係

A群では、父子関係は母子関係ほどではないが、過保護、依存関係がもっとも多くみられた。

B群では、父子関係はA群と同じ評点となっているが、A群の場合は、女兒が大部分であるのに対し、B群では、1例をのぞきすべて小学校高学年以上の男児であり、A群とB群では、父子関係の様相や意味がかなりちがっている。B群のこどもには問題があったときに、父親に援助を求めるような信頼関係は育っていない。また、父親は父親としての権威に欠けるところがある。

C群では、3群の中で、父子関係の障害がもっともつよく、こどもは全例が男児であり、父親との同一視に完全に失敗している。事例13、(Ma, Ke)、事例15、(Sa, Ki)の父親は、母親以上に母親的であり、Coolidge や Lippman のいう「不安な母親」の姿を父親の中にみい出すことができる。事例13の父親は、末子の本児をまるで愛玩物のように、たえず自分の傍におきたがった。この父親は、幼児期になっても交通事故にあってはいけないと、本児を外へ出すことを禁止し、高価な玩具を部屋いっぱい買いあたえ、家の中であそばせた。入学してから、登校するのがつらいとあって、本児が泣くと、父親は登校しなくてもよいからと学校を休ませることがつづいた。

Talbot は、両親や問題のこどもが死に対し、つよいとらわれをもっていることをのべている。事例15の場合も、最初心気症的不安や心臓発作などの症状のために、登校しなくなったが、彼の父親は若い頃よりずっと死の不安をもちつづけている。こどもは、あきらかにつよい影響をうけつづけてきた。この父親は、まさに Antiseptic mother の役割をとっており、すべて

の衝撃や苦痛から子どもをまもっていた。事例16 (Is, Yo) 事例19 (Ka, Ma) は、父親をおそれてよりつかず、他方母親と極度につよく結びついており、父親とのコミュニケーションはほとんどない状態である。

(4) 父親の性格特徴

A群の父親は、母親ほどでないが、社会性に欠け、内向的な傾向がつよくみられた。

B群の父親は、A群およびC群の父親にみられた顕著な傾向はみられなかったが、男性らしさに欠け、イニシアティブがとれないことは共通にみられた。

C群の父親は、もっとも障害がつよく、全く受身的なものや、心氣的傾向のつよいもの、頑固なものなどがみられた。

(5) 同胞関係

A群では、1例をのぞき1人子であり、姉をもつ1例にも姉との間にとくに問題はみられない。

B群では長子が多く、親の期待もつよいが、弟妹に対しては、親の態度もかなりちがっていて、弟妹はあかるくのんびりしていると評されるものもあり、問題の子どもたちは、これを多少うらやましいと感じているようであるが、顕著な同胞抗争といえるようなものはすくない。事例9は、兄弟で登校拒否をしめしたが、弟の登校拒否は、兄の登校拒否を促し、兄の復学は弟の復学を誘導した。

C群では、末子が多いが、兄や姉との関係は密接さを欠き、他方、母親あるいは、父親のどちらかと極度に結びついているものが多い。

(6) 配偶者関係

A, B, C群において、差がなく、夫婦の情緒的關係は未熟で、相互に依存しあっているものが多いが、はでな争いをしたり、憎しみあっている関係は極めて稀であった。妻の夫に対する不満は、夫が男性らしさや積極性に欠けている、おとなしすぎる、父親としての権威に欠けるといった不満が多くみられた。

夫からは妻に対して依存的であるとか、母親らしくないといった不満がみられた。しかし、相互に同情しあっている面がつよく印象づけられた。

(7) 両親としての配偶者関係

配偶者関係そのものよりも、両親としての配偶者関係に障害がつよく、子どもの社会化の過程において、はたす親の役割をおこなう上で、ことに親の権威、重大事の決定の機能において両親関係に問題がみとめられた。

A群の両親は、お互いに依存しあっており、相互に相手に親としての役割を期待している如き関係である。したがって、両親で親としての重大な問題を決定することは、極めて困難なことである。事例4 (Sa, Ju) の場合には、両親で決めることができず、事がある度に母方の祖父に決断をもとめにゆく。祖父も両親が何事も子どもにひきずられてしまい、親として必要な態度のとれないことをみとめている。治療の過程においても、子どもの問題に対する両親のあ

いまいな態度がしばしば問題になったが、祖父の介入により事態が進展することもあった。

B群の場合、1/3の家族には、父親の役割にとくに問題がみられず、かえって内向的で、傷つきやすい母親に積極的に協力していた。他の2/3の家族では、母親がこどものことで、父親にたよってもだめだとあきらめているものがかかりみられた。事例6 (Fu, Ma), 事例9 (As, Ka)の母親は、父親はおとなしく真面目に働いてくれるが、父親としての権威がなく、重大事に際してもイニシアティブをとってくれないことを訴えているが、父親に対してあからさまに攻撃をむけたりすることはない。母親の性格特徴の項でものべたように、母親は葛藤をもちやすいが、問題解決の意欲と能力を他の2群の母親に比べてもちあわせており、積極的にケースワーク過程を利用することも可能であった。

C群の場合、同じく両親としての配偶者関係の障害がかなり大であるA群に比較すると、A群の場合にはお互いに極めて未熟であったが、同一方向にあったのに対し、C群の場合には、お互いに相手の親としての態度に反発非難しているのが顕著にみとめられた。

(8) 嫁姑関係

激しい不満衝突があり、争いがたえないというのは1例もなかった。しかし、お互いに不満や葛藤が存在しないというのではなく、つよい不満や葛藤がありながら、嫁の一方的な忍従やあきらめにより、争いや衝突にならずにすぎているものが多い。嫁姑の力関係が逆になっているものはみられなかった。この現象はおそらく母親の性格特徴と密接に関係していると思われる。

(9) こどもと祖父母関係

A群およびC群において、こどもと祖父母の関係の評点が最低をしめしているのは、祖父母とこどもが極度にむすびついて、祖父母が、こどもの一切の自立性をうばっており、極端に社会化を妨げていることによる。

B群では、こどもが祖父母と母親の間であって、葛藤状況におかれている場合もあるが、A群およびC群にみられるような極端な障害はみられない。

(10) 家族員の価値志向

A群では、家族としての価値志向が明確でなく、こどもの自己同一化 self - identity に障害がみられる。

B群では、すくなくとも両親の価値志向に一致のみられるものが多い。B群の家族の価値目標は、A群およびC群に比べて、一番上向きであり、ことにこどもの教育につよい期待をよせている。両親の中には、自分たちが希望した学校へこどもを入れるべく、こどもの関心や、希望とは無関係に強いるものもある。このような場合、こどもは親の態度に直接には反発しないが、少からず抵抗を感じながらしたがっていることがみとめられた。

C群では、両親の価値志向が明確でないもの、両親間の価値志向に葛藤があるものがめだっており、こどもの教育についても、父親は学校などどうでもよいといい、母親は上の学校までゆかせたいとゆうちがいがあがる。かゝる両親間の不一致は、両者が日常、こどもに接する態度

の中にもあらわれている。

(11) 家族員の一体感の度合

A群では、表面的には、一体感は保持されており、重大なことがおきない限り安定していると言えるであろう。だが、危機に直面したときに、家族が問題を処理する能力は乏しい。

B群では、両親間の目標追求、価値志向、の一致がみとめられ、家族としてかなり統合性をもっていると言える。

C群では、障害がもっとも大であり、家族員の考えもばらばらで、父子間の結合のつよいもの、母子間の結合のつよいものなどがみられたが、彼等の結合は、他の家族員との関係を稀薄にしており、全体としての家族の統合度は極めて低い。

(12) 外部との交互作用

A群では、母親の実家との結合がつよく、依存的なものが多く、近隣その他の交際は少く閉鎖的なものが比較的多い。慢性群の親は、教師からも「親も問題である」とみられている。

B群では、親戚関係の争いをさけて、接触を少くしているものもみられるが、社会関係では、A、C群に比べて、ある程度の積極性をもっている。

C群では、親戚関係については不明なものもあるので言及できないが、近隣関係では、めだつ障害はすくない。社会関係では、学校教師やソーシャルワーカーに対して、かなり依存的な傾向がみられ、教師からは、A群の慢性群の親と同様、「困った親」とみられているものもある。

5. 考 察

以上A、B、C群の家族について家族診断スキームの各項目にわたって比較検討した。各項目の評点の平均を全体としての家族の障害度とみなすとA群では -0.84 、B群では -0.56 、C群では -1.03 であった。各項目についてみるとB群では大部分の項目の評点がAおよびC群に比べて高くなっており家族診断スキームの各要因の障害が比較的軽度であった。他方、AおよびC群の場合には家族診断スキームの広い領域にわたって顕著な障害がみられた。山崎は、情緒障害児の家族について、さきに家族診断スキームにもとづいて、1. 潜在適応家族 2. 適応障害家族（さらにA. 未成熟家族とB. 不統合家族に分類）に分類したが、B群の家族には潜在適応家族に該当するものが多く、A群の大部分およびC群の一部は未成熟家族に該当した。すでに、柏木、山崎、西内の研究がしめすように、潜在適応家族の場合には家族として問題解決の潜在的な力をもっており、治療により家族の障害はかなり改善されており、こどもの情緒障害もめだつてよくなっている。他方、適応障害家族は家族としての潜在的能力に乏しく、かなり長期に渡って治療をつづけても家族全体としてののぞましい変化は生じ難く、こどもの変化も前者のグループ程顕著なものはみられなかった。それらはいづれもA、B、C群のこどもおよび家族の治療による変化と一致している。それでは以上にのべたところであきらかになったA、B、C群の家族障害およびこどもの問題の両方の見地から、それぞれのグループに対する治療や処遇について考えてみよう。

A群のこどもには登校しないことに対する葛藤や不安の少ないものが多い。相談室にくること

も同様にそれ程つよい拒否をしめさないで親も子どもをつれてくることが可能である。治療のねらいは母子がたがいにもっている分離への不安感をのぞき、分離できるようにすることである。治療上の危機は、まず治療に導入するにあたって母子を分離する場面ではしばしば生じる。わるくするとその結果、母子とも治療にくることを断念してしまうことにもなりかねない。

次の危機は子どもに母親からの分離のきざしが生じる時期である。こうなると母親の不安がかえってつよくなって子どもにいつそうつよく結びつくようになる、そして子どもの望ましい変化をおさえてしまうのである。Coolidge⁽⁴⁾は学校恐怖症の予後のいかんは母子間の心理的分離が可能になる程度にもとめているようである。彼は彼の設定した3群の子どもはその後の生活のいろいろの領域でゆきずまりがみられ心理的に成人になる努力をすっかり断念していることをあきらかにしている。A群の慢性化した例も将来Coolidge⁽⁵⁾の3群のごとく発展するおそれがある。

C群の子どもはB群ほど完全な登校拒否の状態にはないので、相談室につれてくることは比較的可能である。だが、これらの子どもたちは極めて受動的で意欲に欠け自我が弱いので些細なことで傷つき、くじけやすくしばしば治療にくることをしぶるようになる。親も子どもに同調する傾向がつよく治療は中断されやすい。以上の経験からA群の慢性化したグループおよびC群では家族中心治療と並行してある期間、子どもの収容治療がのぞまれる。実際的には子どもの収容治療を示唆したことが母親へのつよいおびやかしになり治療にくることも止めてしまった例を経験しているが、治療者は両親や子どもにつよい心理的支持をあたえながらその間におこる心理的变化にこたえることが重要である。両親の性格が極端に依存的である家族の場合には、その延長として親戚の人をも面接治療に加わってもらうのが効果的であることを先にほのめかした。家族内に健全な方向へすすむ力の少いときに、その家族を変化させるくさびとして、親戚の人を介入させることも考えるべきである。

B群では、子どもは治療関係に入ることをつよく拒絶するものが多いので、親の治療からはじめなければならない場合が多い。だが、A、C群の親に比べて、治療によく反応し家族の力動性を望ましいものに変化させることが可能である。治療者と子どもの関係も一度接触が可能になると治療的に発展するものが多い。したがって、B群の場合は家族中心治療が適切である。A群の初期群もB群と同様に家族中心治療が適当であろうと思われる。

次にA、B、C群の家族の中から、No.4 Sa, Ju. (A群), No.6 Fu, Ma (B群), No.15 Sa, Ki (C群)を選択してそれぞれ説明する。

事例 No.4. Sa. Ju 家族 (A群)

本児は9才7ヶ月の女児で普通に登校しておれば小学校4年生であるが、一年原級にとどまったので3年生である。家族は、会社員の父親と母親と本児の3人である。

本児は幼稚園にすこし通ったが、嫌がって途中で

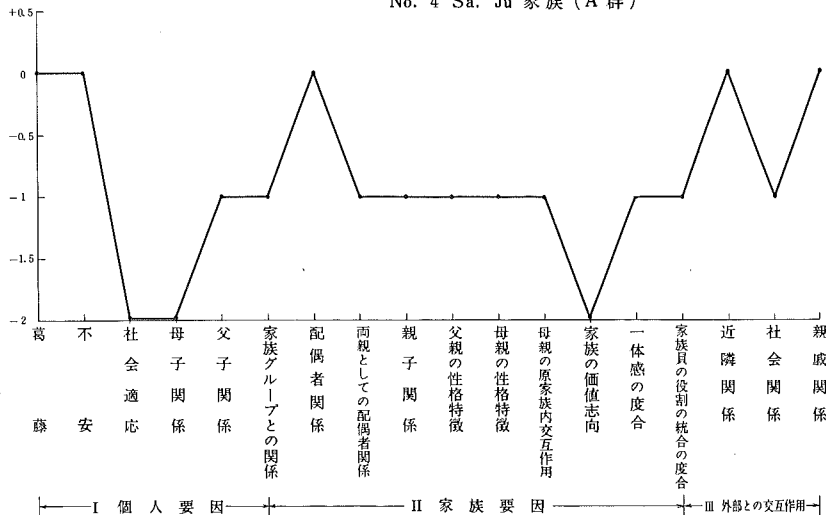
止めてしまった。小学校に入学して最初の1ヶ月間は登校したが給食が嫌だという理由で登校拒否をつづけ翌年もう1度1年生になった。その1年は母親が本児の隣の席にすわって終始世話をやいた。給食を嫌がり、2、3度嘔吐したこともあり特別に弁当をもってくることもゆるされていた。2年生になって

も最初の1学期は母親と一緒に登校していた。だが、たえず母親と一緒に家にかえることをせがんでいたという。2学期以後は完全に登校拒否のまゝ、終わった。3年になって転校させてみたらゆくかも知れないという親の考えで新設の学校に入れてみたが1日だけでまたも登校しなくなった。担任の先生が毎朝むかえに来てくれるがあいさつもしないでねことあそんでいたり、時にはかくれたりする。登校しないことについての問題意識は低く近所の低学年のこどもが学校からかえるのを待ちかまえるようにあそびにゆくという。家では勉強させようとするが嫌がってほとんどつづかず、母親と一緒にあそんでくれとせがんだりする。ピアノはすきで自分から先生のところにゆくが発表会などは決してでたことがない。本児の知能は普通で遅滞はみられない。今までに病気らしいものは何一つしたことがないが、たゞ今になって思うと満1才の頃、かんだかい音がするとひどくこわがったことがあるという。幼児期に度々頭がいたくなるというので、「こどものくせに」と思ったこともあった。本児の登校拒否がはじまるまで母親も仕事をもっていたので母方の祖父母が同居し本児の養育にあたった。とりわけ祖母は本児を初孫として目の中に入れても痛くない程のかわいがりようだったという。

最初の面接時には両親が本児をつれてきた。両親

ともきちんとした服装をしており、あかるさのない気力に乏しい人たちであるがお互いによりそうようにしてこどもの問題について話してくれた。その接は終始母親によってリードされ父親はそれに同意するという態度であった。その後の面接の結果で一層はっきりしたことは、両親ともお互いに依存しあっているが二人では決断がつかず、何か事が起こると母方の祖父のもとにはしり、意見をきいてそれにしたがっていた。祖父も本児と母親について3回来所したが、こどもの問題に対する両親のなまぬるい態度や、親がこどもにひきずりまわされていることについて、かなり批判的であった。両親は本児の問題について彼等なりに心配しているのだが、どうしても登校させなければならないといった真剣さや深刻さは面接者には全々感じられなかった。また面接状況できめられた約束ごとや助言は守られず、治療のポイントメントも、祖父の介入がなければ守られないといった調子で、治療してもあまり効果も期待できず、ついに児童相談所の一時保護所を利用し親から離してみることの計画をワーカーは母親との間にすすめていた。児童相談所とも打合せができて母子を一時保護所におくったが、結局母親は本児をおいてくることができずにつれてかえってきってしまった。その頃祖父は勤務の都合上、実際的に本児の問題に積極的に介入することが困難になっていた。

第2図 家族診断スキームにあらわれた障害
No. 4 Sa. Ju 家族 (A 群)



B群の例としてNo.6 Fu, Ma 家族をあげてみよう。こどもの登校拒否が発生した当時の家族の力動性の様相と、治療により変化したそれらの様相を比較するために、インタビュー時の家族診断スキームの評点と治療終結時の評点を第3図に示した。こどもの症状発生当時の家族障害の程度はB群の中ではかなり重い方であったが家族としての治療に反応する潜在的な力をもっていたことをしめしている。

事例No.6 Fu, Ma 家族 (B群)

本児がはじめて来所した当時は8才、小学校3年の女児で、家族は郵便局員をしている父親、母親、本児、3才の弟と父方祖父母の6人家族である。本児は学年の委員長に選出されたことがきっかけになって、嘔吐、腹痛を訴え登校しなくなった。家では些細なことで怒り泣く、動作も無雑作になった。出産は正常、その後の発育もよかったが3才頃よりかぜをひいたり胃腸も弱く医師に頻繁に通った。家族として顕著な変化は3年前に曾祖母が死亡して祖父母に一切の権力がうつったことである。祖父母は働きもの、一こくも通っておりかなりの貯金もあるが薪炭の昔ながらの生活をつづけている。経済のことから子供の養育、近隣や親戚の交際まですべて祖父母の指図によりおこなわれており、両親は何一つ自由にならなかった。本児は曾祖母や祖父母の愛情をあつめ、祖父母らの膝によく適合した行儀のよい女の子として育った。母親は本児が自分のこどものような感じがしなかったといっている。本児の弟に対しては母が専ら世話をしてきた。やんちゃでのびのびしている。本児が登校しなくなってから、母をめぐって本児は弟を嫉妬するようになった。母親は高小をでただけであるが、洞察力のあるや、神経質なすなおな人である。母親は実家の両親や弟妹ともうまくいっているし夫の弟たちからも“姉さん”とたたわれている。

治療は1週に1度で合計22回であった。片道3時間の距離にあったが休むことなく通いとうした。主として母子並行治療により本児の登校は可能になり、さらに家族内の力動性の改善をみたのである。

1. F児の問題の変化, 2. 家族内力動性の変化を3期に分けて説明する。

1期 (1-7回)

1. F児の問題の変化

本児の学校である分校をみるだけで顔が蒼白にな

る。担当教師や級友を極端におそれている。夕方になると明日は登校するといっているが翌朝になると腹痛を訴えてゆけなくなる。家族に対してはいらいらしてあたりちらすようになった。治療に通うようになって5回を経過した頃校長や先生方の働きかけで本児の分校にはゆかないが本校の養護の先生の部屋で勉強したり図書館で勉強するようになった。ワーカーは担任教師に通信により協力を求めている。

2. 家族内力動性の変化

治療に母子で通うことで母子関係は急速に距離がなくなった。本児が祖母に対し反発したり不合理を指摘するようになったので祖父母は本児を以前のようにかわいがらなくなった。登校しないので母親にも嫌われるのではないかという不安をもっているが、母親は本児に対し受容と理解をはっきり示している。父子関係もお互いに密接になった。母親は祖母に対し意見を表明するようになった。祖母はそれから自分の態度を反省するようになり祖父にも影響を与えている。母親はその祖母の態度をみて同情し、相互の理解に発展している。父親に対しては母親はむしろおとなしい性格に同情的であり、父に依存する態度は全然なく母親自身が家庭の改善のためにのりだした。家庭の中で本児が母親と相父母の間にたつていかに動きのとれない状況にあったかをあきらかにしている。

2期 (8-14回)

1. F児の問題の変化

音楽の練習にだけ分校にゆくようになった。それから間もなく本児のクラスの隣のクラスに出席するようになった。しだいに担任教師や同級生とのこだわりも少なくなった。

2. 家族内力動性の変化

母子関係の改善は著しく、本児にとって祖父母よりも母親が本児に直接接するようになった。本児の行動を祖父母も大目に見るようになった。本児は

弟に対して姉としての役割を再びとるようになった。母親は姑に対して一時的にや、強くなった反発の気持がなくなり年寄の偏狭さが理解できるようになった。家庭の雰囲気もかなりくだけて祖父母が変化してくれて子供中心になってきた。

3期(15~22回)

1. F児の問題の変化

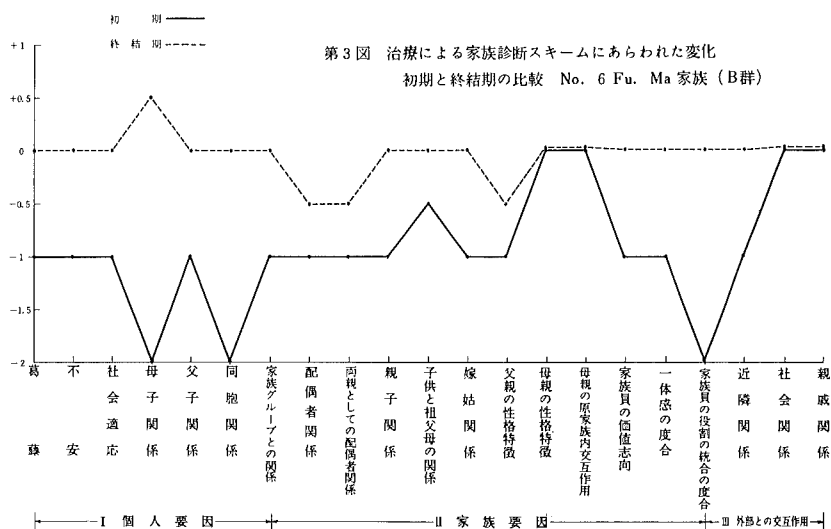
恐怖の対象であったもとの担任教師に接触できるようになった。委員長の任命式の時に気持がわるくなった以外は元気で登校している。手を洗ったり耳や鼻をなでたり頻尿だったのがなくなった。時間割もあまり気にしなくなった。必要以上に競争的でなくなったし友人関係にこだわらなくなった。本児自身もクラスの中でばりばり物がいえるようになったと不思議がっている。

2. 家族内力動性の変化

母子関係はいつそう親密になった。本児が祖母に必要以上にやさしくすると母親はうけいれがたかったが今は何とも思わなくなった。祖母の影響をうけ

て祖父もよくなった。酒を飲むと母にあたったが今は全然なくなった。家庭の雰囲気はすっかりあかるくなって父親も夕方早く帰って手伝ってくれるようになった。両親と本児でトランプをしたり家庭らしい気分になった。今までは自分よりもっと不幸な人を見てあきらめることに努力したが、今はもっと上をみてくらし、向上したいと思うと母親はあかるさをとりもどしている。母親は姑にすすんであんまをしたり、家中で相談して本児にオルガンを買いたえることにしたことなど語られたが家庭全体が非常な改善をしめしている。

この事例は、治療終了後5年を経過している現在でも母子から近況報告がつけられている。本児は中学2年になり成績優秀でクラス委員をつづけ、その他英語の県のコンテストに賞を得たり器楽合奏で表彰されたり積極的に活動している。対人関係や成績のこだわりも多少みられるが適応上の問題をひきおこすようなものでない。家庭も順調に安定しており本児は大学進学をめざし家庭でも協力している。



事例No.15. Sa. Ki 家族 (C群)

本児は初回来所当時15才、中学3年男児、

家族は会社を営んでいる父親、母親、兄弟2人本児の6人家族であり、女中が1人同居している。

本児は中学2年の2学期に入って間もなく心気的になり、ことに心臓の不安やTBの不安にとりつかれて登校を拒否するようになった。そのために大学病院の内科に通院したりしていた。3学期になって

出席が足りないからこのままでは及第できないと言われて登校をはじめた。3年生になって再び登校拒否がはじまり1学期と2学期の間休んでしまった。3学期になってからこのままでは卒業できないから午前中だけでも登校するようにと学校側からきつく言われてまた登校するようになった。その頃本児は高校へ進学したいという希望もあったが家では全々勉強せず学校も早退することが多かった。母親に勉

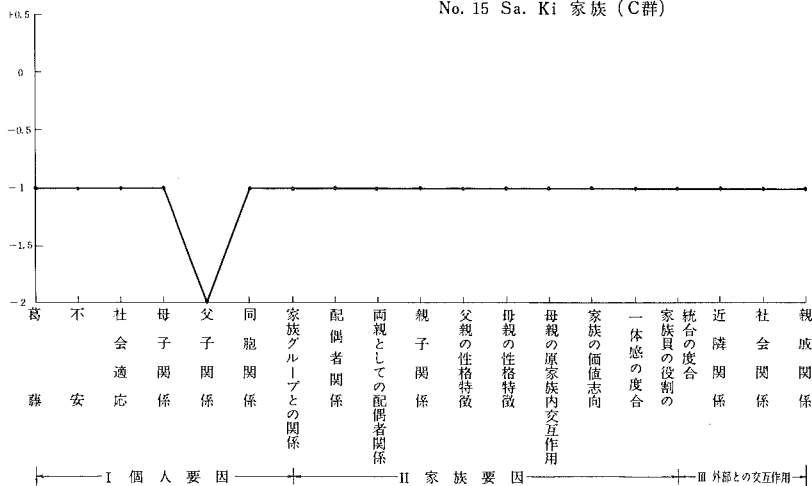
強するように言われると、登校するだけで勢いっぱいなのうるさいといって物を投げたりめそめそ泣いたりした。家庭教師がきて1時間位勉強すると頭がいたいといってねこみ家庭教師に明日はこないでほしいと女中に連絡させたりしていた。父親は本見の高校進学については1年おくらせるよりはどこでもよいから入れたいという考えがつよく知人にたのんで受験前に入れてもらうことを確約してきた。本見はそれをしっしてしまい受験勉強らしいことは一切せず高校に入学した。入学後一年間は何とか無事にすぎたが、2年になって上級生にいたずらされて頭部に少し傷をした。すぐに医師の診察をうけ、何も心配することはないと言われたが、その後脳髄がどうかなったのではないかと、体のことをまた気にするようになった。登校拒否もまたはじまった。頭部の傷をうけたと丁度同じころ、本見が心理的に依存していた担任教師がけがをして1ヶ月以上学校を休んでいた。その教師については本見は入学前から知人に紹介されており、本見にとっては身おかな人であったわけである。

本見は4人同胞の末子であり、長子である兄は精神薄弱で現在訓練所に住みこんでいる。兄のこともあって母親は本見にかなり期待をよせるようになった。父親は肉親にめぐまれない不幸な生育史をもち他人の世話になって成人し、今は企業に成功しているという。父は若い頃より死の不安をもちつづけており体格に似あわずものすごく小心で億病であり面

接中にも不安と緊張がみられた。本見の心氣的傾向や不安がつよくなると父親も不安になり医師をおとづれていた。こどもに対する考え方も極端に溺愛で、こどもには今のぞんでいあらゆる欲求をすぐに満足させてやりたい、そしてあらゆる苦痛をとりのぞいてやりたいという。かかる親の態度や行動がこどもの将来を不幸にすることがあっても、あるいは親がなくなったときどうするのかと問われても今こどもに満足をあたえてやればそれでよいのだとのべている。本見の高校入学の際の父親の介入の仕方と同じやり方がこれまで本見や他のこどものためにくりかえされてきたのである。父親はまた、少からずこどもの教育について失敗感をもっており、父親もこどもの自我発達をおさえてきたことについての認識もあるのであるが、父親の独得の理屈づけで合理化している。母親は依存的で主体性の極めて低い人柄であるが、父親のこどもたちに対する態度についてかなり批判的である。兄も家におったときはわがままいっばいでどうにもならなかったが教師のすすめで母親が父の反対をおしきって訓練所に入れた。それ以来、生活習慣が身につくこともおぼえ、おどろく程の進歩をしめしたとよろこんでいる。

父親はこどもに対して溺愛、過保護であるが、こどもと一緒にあそんだり、一家であそびにでかけたりはすることは全々なく、父親とこどもの間には親愛感が十分に育っているとは言えない。

第4図 家族診断スキームにあらわれた障害
No. 15 Sa. Ki 家族 (C群)



6. まとめ

精神衛生研究13号に発表した学校恐怖症の研究にひきつづきこの研究では学校恐怖症の家族の特性についてあきらかにしようとした。

われわれの分類した登校拒否の類型の中からI群とII群をえらび、それらの家族の力動性についての比較検討は前回の研究でおこなった。

今回はI群の中でさらに分類したA群—分離不安群、B群—中核群、C群—父親との同一視失敗群の三群についてそれぞれの家族内力動を比較検討した。

研究対象はA群5家族、B群7家族、C群7家族の計19家族である。

研究方法として、N. Ackerman (1956)の家族診断スキームを柏木山崎西内が修正したものをを用い、5段階評定により各家族を評価した。

A群では、こどもはやや低年齢の女兒に多く1例をのぞきすべて1人子である。登校拒否に対する葛藤や不安は乏しく、学校以外の社会適応も3群の中で最低である。障害の原因として母子関係の障害がもっとも顕著であり、共生関係にちかひものが多くみられた。家族要因としては母親の性格特徴の障害が顕著で社会性の低さ、未成熟などの特徴がめだっていた。A、B、C群とも夫婦関係の障害よりも両親としての配偶者関係の障害が大であり、ことにA群ではめだっている。両親ともお互いに依存的であり、親として重大な役割をとることが困難である。全体としての家族は表面的には一体感が保持されているようであるが、同一化の方向が不明確であり、また家族としての潜在的な能力も不足しており、未成熟家族に該当した。

B群ではこどもは小学校高学年以上の男児に多く女兒は1例だけである。こどもは完全な登校拒否の状態をしめし学校以外でも教師や友人を極端に避ける。だが社会的接触の礎地は3群のこどもの中で一番高く、登校拒否にいたる以前には成績もよく、潜在能力を保持しているものが多い。こどもの同胞順位は長子が多く両親の期待がたよくみとめられる。家族要因の障害もA、C群に比べて比較的軽度である。家族としての同一化の方向も明確であり、家族の価値志向も3群の中で一番上向きである。こどもはほとんどすべてが登校可能になっており予後は良好である。家族としての潜在的能力をもちあわせており潜在適応家族に該当する。

C群のこどもはすべて小学校高学年以上の男子であり末子が多い。登校拒否の発生前から受身で意欲にかけ過去にも散発的に欠席しがちで学業のおくれのめだつものがかなりみられる。障害の原因としては父子関係の障害がもっとも顕著であり、父親との同一視の失敗があきらかにみとめられる。父親の性格特徴は受身、男性らしさの不足、心氣的傾向などがめだっており、3群の中で障害がもっとも著明である。半数の家族は父親の欠損家庭である。父親の役割の不在や欠陥は家族としての障害の決定的要因になっている。両親の考え方にかなりずれのみられるものもあり、登校拒否児と母親あるいは父親がむすびつき他の家族から孤立しているものがかなりみられ全体としての家族の統合度は低い。家族としての潜在的力にも欠けるところがあり全体としての家族の障害の度合は3群の中でもっとも大である。

以上、家族障害の程度、および学校恐怖症のタイプと関連して治療の方向として、A群の慢

性化したもの、C群ではこども、親も自我力が弱いので家族中心治療と併行してある期間、こどもの収容治療が示唆される。他方、B群およびA群の初期のものは家族中心治療が適切であろう。

7. 今後の問題

今後の問題として次の二、三の問題を考えていることをあきらかにしておこう。学校恐怖症の中核群といわれるものが神経症の特定のグループであるとするならば、われわれの分類したIV群（神経症と診断され、登校拒否は部分症状であるもの）をはじめ、登校は可能である神経症児とも、その家族障害の様相やこどもの生育史的背景を比較検討し学校恐怖症についていっそう明確にしたいと考えている。

最近、学校恐怖症の原因論を分離不安にもとめる傾向について批判がなされている。たしかに学校恐怖症以外の児童神経症、さらに他の情緒障害をふくめて、母子の分離不安の機制でその成因を説明されるもののがかなりある。今後われわれの分類したA群—分離不安群と学校恐怖症以外の児童神経症さらに情緒障害もふくめて、その中でとくに母子の分離不安が顕著にあらわれているものと比較検討することにより学校恐怖症にあらわれる母子の分離不安の特性をあきらかにしたいと思う。

さらに、学校の場合、そのものに焦点をあわせ、われわれの分類した登校拒否の類型と関連して研究するつもりである。

(本論文の要旨については第6回日本児童精神医学会総会に発表したものである。)

文 献

1. Ackerman, Nathan W. and Behrens, M.L. : A Study of Family Diagnosis. *Am. J. Orthopsychiat.*, 26 : 66-78, 1956
2. Coolidge, John C. and others : School Phobia : Neurotic Crisis on Way of Life. *School Phobia, Workshop, Am. J. Orthopsychiat.* Vol. 27, 296-306
3. Coolidge, Willer, Tessman and Waldfoegel : School Phobia In Adolescence : A Manifestation of Severe Character Disturbance. *Am. J. Orthopsychiat.*, 30 : 599-607
4. Coolidge, John C. Brodie and Feeney : A Ten-Year Follow-UP Study of Sixty-six School-Phobic Children. *Am. J. Orthopsychiat.*, Vol. 34, 675-684
5. Davidson, S. School Phobia : As A Manifestation of A Family Disturbance : Its Structure And Management. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1 (2) 270-287, 1960
6. Eisenberg, L. : School Phobia : A Study in the Communication of Anxiety. *Am. J. Psychiat.*, Vol. 114, 712-719
7. Finch, S.M. and Burks, H.L. : Early Psychotherapeutic Management of the School Phobia. *Postgrad. Med.*, Vol. 27, 140-47
8. Glaser, K. : School Phobia and Related Attendance. *Pediatrics*, Vol. 23, 371-383
9. Hersov, L.A. : Persistent Non Attendance at School. *J. Child Psychol. Psychiat.*, Vol. 1, 130-136
10. Johnson, A.M. et al. : School Phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, Vol. 11, 702-711
11. Johnson, A.M. : School Phobia. *Am. J. Orthopsychiat.*, Vol. 27, 307-309

12. Klein, Emanuel : The Reluctance to go to School. The Psychoanal. Study of the Child, Vol. 1. International Univ. Press, New York, 1945
13. Lippman, H.S. : School Phobia Workshop : Discussion, Am.J. Orthopsychiat., Vol. 27, 776-780
14. Malmquist, C. P. : School Phobia : A Problem in Family Neurosis
15. Perry, J.L. : Fathers of Delinquent and School Phobic Children. Smith College Stud. Soc. Work, 26, 69-70
16. Rodriguez, A. et al : The Outcome of School Phobia. Am. J. Psychiat., 116, 540-544
17. Sperling, M. : Analytic First Aid in School Phobia. Psychoanal. Quat., 30, 504-518
18. Suttentfield, Virginia : School Phobia : A Study of Five Cases. Am. J. Orthopsychia. Vol. 24 368-380
19. Talbot, Mira : Panic in School Phobia. Am. J. Orthopsychiat., 27, 286-295
20. Thompson, J. : Children's Fears in Relation to School Attendance. Bull. Nat. Assn. School Soc. Workers, Sept. 1948
21. Voiland, A.J. et al. : Family Casework Diagnosis. New York : Columbia University Press. 1962
22. Waldfogel, S., Coolidge, Hahn : The Development, Meaning and Management of School Phobia. Am. J. Orthopsychiat., 29, 324-332
23. 柏木, 山崎, 西内 : 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, 精神衛生研究 7号, 1959
24. 玉井, 鷺見, 小林 : 学校恐怖症の研究, 精神衛生研究 8号, 1960
25. 玉井, 湯原, 山崎, 今田 : いわゆる学校恐怖症に関する研究, 精神衛生研究, 13号, 1964
26. 佐藤修策 : 学校恐怖症の臨床心理学的研究, 児童のケースワーク事例集, 16集, 厚生省児童局編集, 1964
27. 白木沢英一他 : 学校恐怖症の研究, 25回日本心理学会報告, 1961
28. 山松 偵文, 丹下庄三 : 学校恐怖症の研究, 大阪立市大紀要, 1960
29. 十亀史郎 : 学校恐怖症の研究(1), (2), 児童精神医学とその近接領域, 6巻, 2~3号, 1965
30. 高木隆郎, 川端, 藤沢, 加藤 : 学校恐怖症の典型像(1), 児童精神医学とその近接領域, 6巻3号, 1965
31. 高木, 藤沢, 加藤 : 学校恐怖症の家族, 日本児童精神医学会 6 回総会報告
32. 小此木啓吾他 : 学校恐怖症児と破瓜型分裂病者における擬似統合家族の研究, 日本精神分析学会, 11回総会報告
33. 北岡修 : 学校恐怖症児の家族構造の一側面, 日本児童精神医学会 5 回総会報告
34. 藤掛永良他 : 学校恐怖症児の研究, (IV) ——家族力学からの研究, 日本児童精神医学会 5 回総会報告
35. 山本由子 : いわゆる学校恐怖症の成因について, 精神神経誌, 66 : 558—583, 1964
36. 斎藤, 角本, 山本, 二橋, 坂 : 学校恐怖症の収容治療, 児童精神医学とその近接領域, 6巻3号, 1965
37. 鐘 幹八郎 : 学校恐怖症の研究, (1), (2), 児童精神医学とその近接領域, 4巻4号, 5巻2号

薬物嗜癖治療における家族の態度

児童精神衛生部

今 田 芳 枝

(1) 研究の目的

薬物の嗜癖患者は、入院治療をおこなっても、常用から除くことがむずかしいことは良く知られている。

その患者は、薬の常用に陥ちいる以前に、本人の性格や家族環境、社会環境などに問題があることは、河合、清水、小林らが報告している。また来院時の動機をみてもその家族は、患者の身体面の異常な障害の出現すなわち四肢の運動機能の低下、言語障害、意識障害などの急性症状が現われて、はじめて病院につれてくる。この二つの面をとりあげながら、患者に対する家族の態度ならびに治療中の家族の態度変化などを中心に、事例を統計的にまとめたものを検討した。

(2) 研究方法と対象

1964年6月以降、東京医科大学病院神経科に出向研究の機会を得たので、同病院において薬物常用を主訴として入院治療をおこなった27名の嗜癖患者の家族を、研究の対照とした。

薬物の種類は、睡眠剤（Quinazolone, Meprobamate）、精神安定剤（Chlordiazepoxide）である。

家族の面接は、患者の初診時および入院中、退院後など数回にわたり個人面接をおこなった。その家族に面接し得た計、27事例を資料として、患者の要因と家族の要因にわけた。ことに初診時と入院治療をおこなった後に、患者に対する家族の態度がどのように変化するか、また治療者に対する協力の態度の変化などを分析し、それが、嗜癖の治療の上にどのように影響するかについて検討をおこない考察をした。

(3) 結果および考察

研究対象の27名の患者の状態は、次のようである。

性別は男子21名、女子6名である。年齢は17才から46才にわたっているが、10才代と20才代が最も多い。

使用の動機は、いわゆる睡眠薬遊びによるものが全体の41%で、不眠によるものが33%、その他の理由によるものが25%である。

使用の薬品は、睡眠薬が最も多く使われており、精神安定剤はわずかであった。それ以外の麻薬や覚醒剤による薬物や、アルコールの嗜癖は含まれていない。その薬品の種類の移行をみると最初使用した薬品が、そのまま固定して常用に至る傾向が多いことがみられた。

薬を常用しはじめてから、本病院に入院に至るまでの期間は、3ヶ月から最長10年におよぶものがみられた。このうち最も多いのは2年から3年ぐらい常用しているものであり、全体の63%を占めている。

第1表は患者の初診時の職業、学業関係と家族からみた患者の性格傾向、生活態度などを表にしたものである。

職業は有職のものが13名で全体の48%である。その内容は会社員 9名、公務員 2名、自家で商店の手伝い 2名であった。次に多いのは学生が9名で33%あるが、初診時に在学中6名、休学中 3名であった。その他、無職が5名で18%であるが、この5名の以前の職業についてみると、会社員 1名、ファッション・モデル 2名、ホステス 1名、セールス・マン 1名であるが、それは薬の常用のために職業をやめ家にぶらぶらしていたものである。

学歴については、中学卒業が2名で、高校を中退したもの1名、高校在学中は5名、高校を卒業したものが6名、旧制高校、専門学校を卒業したものが3名である。次に大学を中退したもの3名、在学中が3名で大学を卒業したものは4名であった。在学中の学業成績は、ほとんど全員が、中位程度または、それ以下のものが多く、10才台と20才前後では、勉強嫌いや非行などの諸問題をもつものが目立って多い。そのために、学業の途中で休学、退学、転校や浪人生活などをしたものが9名、全体の33%を占めている。さきにもべた有職者の13名のうち4名は、一定の職業に長続きせず転職をしていた。また年令の高い4名は同一職場に、10年ないし20年間も勤めているが、それでもその職場内の地位は認められていない。そのうち1名だけは30人位の小会社の重役に昇進したが、それも20年間も務めた上でのことである。

家族からみた患者の性格についてみると、大部分の家族は、小心で内気でおとなしい、または引込思案で自己主張ができない、内向的な性格をもっているといっている。日常の生活態度も倦きやすい、意欲がない、意志が弱い、だらしがない、失敗が多いなど患者の性格に問題があることをのべている。女子の性格の特長は、上記に示したほかに虚栄心が強い、異性に関心が強いなどの問題がある。

以上のように患者は、薬物を常用する以前から、在学中にすでになんらかの問題をもつものが目立ち、就職しても仕事に対する意欲や責任感などがみられない。また就業しても仕事に倦きやすく、長年勤めても責任のある仕事にもつけないことは、患者は生活に対する目標や計画性の欠ける性格傾向を示している。

第2表は、嗜癖治療のために入院した回数である。本病院に1回目の入院が、22名で全体の81%である。2回目の入院が3名で11%、3回目になると2名で7%と次第に人数は減少している。また本病院に来院以前に、同主訴のために他の精神科病院に入院していたことのあるものが9名で全体の33%にも達する。このことは嗜癖患者の再入院の比率は、比較的高いことを示している。入院時に患者を伴って来院する家族は、ほとんど母親であるが、患者の配偶者(妻)も患者の母親と一緒に来院していた。父親と来院したものが、わずかに4名であった。

第3表は、家族が薬物の常用や、入院治療に対して、どのように思っているかについて表に

第1表

症例	性別	初診時 年令	初診時の職業	学業	学業・職業上の問題	性格傾向
T. R.	男	17	学生	私立高校3年在学	高校2年の時非行のため転校	小心・温和・従順
N. G.	男	18	学生（休学中）	私立高校2年休学	中学3年の時非行のため転校 高校2年非行のために中退	倦っぽい・派手・無気力
I. T.	男	18	学生	私立高校3年在学	中学2年の時、非行	小心・倦っぽい
Y. K.	男	18	学生	美容学校在学	高校2年の時非行のため転校 まもなく中退し美容学校に、	小心・温和・意志薄弱
O. H.	女	18	学生	公立高校3年在学	高校3年の時、異性に興味、 睡眠薬遊び	小心・目立たない・嘘言・友達がない
I. K.	男	19	家業	私立高校卒業	高校卒業後、転職が10回以上	倦っぽい・怒りっぽい・意志薄弱
M. G.	男	19	学生	私立定時制高校4 年在学	高校1年の時非行のため転校	小心・倦っぽい・自己中心的
F. Y.	女	19	会社員	私立高校卒業	睡眠薬遊びのため退職	虚栄心が強い・放従・自己中心的
S. D.	男	20	学生	私立大学1年在学	中学3年の時非行がはじまる 高卒後転職2回その後大学へ	小心・倦っぽい・派手
H. K.	男	20	学生（休学中）	私立大学1年休学	高校2年の時非行のため転校 浪人1年	倦っぽい・派手・意志薄弱
T. Y.	男	21	学生（休学中）	私立大学1年休学		倦っぽい・虚栄心が強い・勉強嫌い

症例	性別	初診時 年令	初診時の職業	学業	学業・職業上の問題	性格傾向
S. H.	男	23	会社員	私立大学2年中退	高校2年の時, 非行	小心・嘘言・虚栄心が強い・自己中心的
S. K.	女	23	無職	私立高校卒業	高校2年の時, 非行, 異性交遊	倦っばい・虚栄心が強い・だらしない
S. M.	女	23	無職	私立大学1年中退	異性に関心が強い	虚栄心が強い・嘘言
M. M.	男	24	無職	私立大学卒業	転職3回	小心・無気力・意志薄弱
K. N.	女	24	無職	私立高校卒業	異性に関心が強い	小心・虚栄心が強い・自己中心的
Y. D.	男	25	会社員	私立大学卒業		おとなしい・まじめ・順応性はある
I. S.	男	28	会社員	私立高校卒業		小心・無口・内向的
H. M.	男	29	会社員	私立高校卒業		だらしない・我儘・乱暴・自己中心的
K. T.	男	29	家業	私立大学卒業	浪人1年	小心・温和・神経質
H. G.	男	30	会社員	公立中学卒業		小心・無口・無気力
N. I.	男	30	郵便集配人	私立大学2年中退		小心・だらしない・意志薄弱
I. Y.	女	30	無職(主婦)	私立短大卒業	浪人2年, 転職1回	特に目立たない・自信過剰
T. I.	男	36	教員	師範学校卒業		目立たない・女性的・意志薄弱・無口
M. T.	男	41	会社員	高校商業卒業		小心・神経質・勝気
H. R.	男	42	会社員	私立大学卒業		小心・神経質・勝気・自信過剰
H. K.	男	46	会社員	私立大学卒業		おとなしい・順応性はある・神経質

第 2 表 入院の回数

入院の回数	実数	比率
1回だけの入院	22	81%
2回の入院	3	11
3回の入院	2	7
他の精神科に入院したもの	9	33%

したものである。患者が薬を使いはじめた時に、そのことに気がつかなかった家族が多い。それは外出先きで薬を使用し醒めてから帰宅したり、就眠前に用いて眠るなど、家族に隠れて使用するために、家族が知らなかったものが大部分である。薬物を習慣化すると増量しやすいが、歩行困難、言葉づかいの変化や思考力、抑制力など行動面の変化にはじめて家族が気がつく場合が多い。

薬を常用している患者を、家族がどのようにみているかについて示したものである。患者が自分でやめたいが、やめられなかったものが20名で全体の75%も占める。患者に注意しても、ききいれなかったとのべる家族が7名で25%である。

第3表 薬物に対する態度および入院に対する態度

家族	態度別	実数	比率
薬物に対して	自分でやめたいと思うが、やめられなかった	20	75%
	注意しても患者はききいれない	7	25
家族	入院に対して積極的	16	59%
	入院に対して消極的	8	29
	急性症状で、しかたなく	3	11
患者	入院に対して積極的	1	4%
	入院に対して消極的	21	77
	急性症状で知らないで入院	5	18

次に入院時の家族の気持については、薬をやめさせるために、積極的に入院することをすすめた家族が16名で、全体の59%であるが、この数は種々の問題をもつ家族の入院態度としては比較的到低い比率にある。この反面、入院させることに、あまり賛成しないという消極的な家族が8名で30%も示めている。このことは入院させても、薬の常用からやめることが、むずかしいことを知っている家族であった。その他は、意識不明でたおれたり、言葉づかいの変化や歩行の様子が異常などの症状が現われたので入院したものが3名で11%であった。

以上を通じていえることは、患者がかなりの身体面の症状や、行動面の変化、学校や職場などの失敗など、家庭生活にも混乱がおけると、家族ははじめて病院を利用するようにみられる。

入院について、家族の態度と比較するために、患者の態度をつけ加えてみた。患者は入院治療に対して、家族や知人のすすめで仕方なく入院したという消極的な入院が21名で全体の77%も占めている。次に多いのが、自分が入院したことを知らずに、家族が入院させたものが5名の18%で、患者が薬をやめるために入院したものが、わずかに1名であり、入院治療に対する態度は、家族と患者の間に差がみられた。

第4表は薬を常用する以前に、患者はどのような問題の不安や葛藤をもっていたか、また常用後のその問題の変化についてみたものである。

第4表 薬をのむ前と、常用してからの患者の不安や葛藤

諸 問 題	嗜 癖 前		嗜 癖 後	
	実 数	比 率	実 数	比 率
職業のこと	11	23%	14	18%
学業のこと	6	12	7	10
経済的なこと	4	8	3	4
家族内のこと	17	35	16	21
身体のこと	3	7	24	32
反社会的行為	5	10	8	11
非社会的	2	4	3	4

注・この表の数字は1人が2つ以上の問題をもっているものも含む。

嗜癖前には、家族内の問題が全体の35%、次に職場関係が23%、学業のことが12%の順である。常用後は、身体的なことを問題にしているものが多くなり、全体の32%で、家族のことが、職場のことが問題はいくらか減少している。このことは家族が、薬をやめさせることに集中するようになるが、一方患者は薬を自分でやめようとするのが身体的な苦痛と心理的不安をひきおこし、それをおさえるために、さらに薬を常用の繰返しを重ねていることになる。

第5表 家族内の問題

家 族 内 の 問 題	実 数	比 率
特に問題がない	10	37%
父親の性格に問題がある	4	15
父親が支配的である	1	4
父親は定職をもたない	1	4
母親の性格が変っている	1	4
母親は家族のことを構わない	3	11
両親の離婚、または別居中	3	11
両親のうち片方が欠けている	4	15

第5表は家族内の問題について、示したものである。家族内に特に問題がないものが、10名で全体の37%である。次に片親の欠損および両親が離婚や、別居中であるものが、計7名の26%で、のこりの37%は、家族関係その他の問題をもっていた。その問題というのは父親の性格が、厳格で支配的または性格異常であるというもの、両親間の性格の差が異いすぎるとのべる母親が5名である。

その他は定職をもたないこと、外泊が多く家庭的ではないとのべる母親の5名である。母親が、父親に対する攻撃や不満が多いことは、その家族内に葛藤や混乱を示しているものと考えられる。その反面、父親との面接では、母親が派手で外出好き、だらしない性格だというのが1名で、母親は家庭や子供たちに構わないほうというものが3名である。このように両親間の性格上の問題があることは、家庭生活にも不満が多いことを示すものである。

このことはさらに、患者に対しても普通以上に期待をし、保護的な態度になる結果を示した。ことに初診時に来院する家族は、両親のうちどちらであるかは、患者のその家族関係の一端を知ることができる。

第6表 面会の頻度と治療者に対する家族の態度

家 族 の 態 度		実 数	比 率
面 会 の 回 数	頻繁に面会する	5	18%
	一週間に一回程度の面会	13	48
	あまり面会しない	9	33
治 療 者 に 対 して	治療者に対して積極的	9	33%
	治療者に対して消極的	9	33
	疎遠または無関心	9	33

第6表は面会に来院する家族の面会回数と、その際に治療者に対する態度についてみたものである。面会に来院するのは一週間に一回程度のものが最も多く、13名で全体の48%である。それ以上に頻繁に来院するものが5名で18%であるが、それよりも少ないのが9名で33%である。このことは患者の年齢や居住地などによっても異ってくるが、両親の共稼ぎや家業をもっている場合には、当然その面会の回数は減ってくる。

次に面会に来た家族が、治療者に対して示す態度についてみると、家族が積極的に、患者についての指導や助言を求めるものが9名である。その反面、患者を治療者まかせにしたり、頻繁に面会に来る家族に、治療者が協力を求めても得られないものが9名である。その他は、ほとんど面会にも来院しないものや治療者にも逢わない家族が9名で、その比率はそれぞれ33%であった。したがって初診時と、退院時の家族の本質的な態度の変化はみられなかった。

第7表は家族が治療者に面接を求めたもの、および治療者が治療上の必要で家族面接をおこなったとき、家族が問題にしている話題をまとめてみたものである。治療の初期には、精神

第 7 表 面接における家族の話題

話 題 の 内 容	実 数	比 率
精神病、嗜癖についての知識や関心が強い	9	13%
症状や治療の経過の説明や個人治療の要求がある	18	26
家庭への受入れ、家族の心構え、生活指導の助言 や指示を求める	18	26
退院後の復学、復職など社会復帰の指導を求める	10	15
再 発 の 不 安	14	20

注・この表の数字は1人が2つ以上を問題にしているものも含む。

病や嗜癖習慣についての知識を得たいというものが9名で全体の13%である。また嗜癖の症状や治療経過、薬の常用による影響などの説明を求めるもの、個人面接を要求するものが18名の26%も占める。退院が近くなる頃には、退院時の家族の心構えや生活指導を求めるものが、18名で同じく26%となっている。次に再発の不安や学校や職場などへの復帰などについての相談が多くみられることは、退院しても患者が再び薬を常用するのではないかという家族の不安が強く現われていることを示していた。

(4) ま と め

27名の嗜癖患者の家族の態度について、家族面接により得た資料を統計的に検討した結果、次のような結果を得た。

1. はじめに患者の要因としては、幼児期における両親の養育態度に問題があるものが目立つ、とくに父親から感情的に疎外され、母親に期待をかけられたり普通以上に保護されている患者が多かった。このことは、患者の人格形成の上に、かなりのゆがみがあることは当然考えられる。また患者の性格についてみてもその傾向は、内向的や意志薄弱のために自己主張ができなかったり、自信がないなどのために、学業上や職業上でも失敗をするなどの、嗜癖に陥ちいる以前から、患者本人に、なんらかの問題をもっていたと思われる。
2. 次に家族の要因として、両親間の問題は患者の幼少年期に、両親間の不和や離婚・別離をしていたものがみられた。両親関係の問題にとくに父親の性格が封建的であったり、頑固・支配的で家族内の調和されていないことなどが目立ち、父親の性格にかたよがりがあるという母親が多かった。この父親に対し母親は服従的で黙認・忍従といった態度を父親に示していた。もちろん両親関係や家族関係にとくに問題のないという健全な家族も全体の37%はある。
3. 患者が薬物の常用をしはじめて、薬物による症状が現われるまでには、相当な時期を過ぎなければ家族は気がつかないようである。

したがって急性症状が出現しないと、家族は治療への構えを示さない傾向にある。

4. 治療に対する家族の態度は、初めて入院する動機は症状の出現や、現実的な問題に困って治療を求めているが、その状態はあまり積極的ではない。さらに2回目・3回目の入院治療は、入院することには同意や協力はみられるが、その態度は入院回数と逆に、次第に消極的態度を示していた。むしろ患者のほうに治療への構えが認められるようになる。

5. 面会に来院する回数は、頻繁にきても治療者に積極的な態度は、必ずしも示していない。それ以外の家族でも、治療中の不安や退院後の生活指導や助言を求めるものは全体の $\frac{1}{3}$ であった。その他の家族は、治療上の協力を求めても、患者に対する問題意識は浅く、その態度は消極的である。このような家族に時間を充分かけて面接しても、態度の変化が認められず、治療者対家族の治療関係が深まらないのが特長である。

以上のように家族治療を通して、嗜癖患者の家族への働きかけは、むずかしいが、初診時から患者と平行して家族も治療に参加させる必要がある。またその症状が治癒後も、患者と家族の予後治療を計画することが望ましいと考えられる。Pearsonも長期にわたる予後観察が必要であることをのべている。

退院後の嗜癖患者や家族を予後治療の意味から通院または治療に参加させることは、非常にむずかしいが、本病院では高橋が家庭訪問による家族治療を試みている。

現在、本病院では、嗜癖患者に対し定期的に集団治療の機会をもち、約1年余り経続しておこなっている。この集団治療に参加した患者数は23名であるが、退院後も患者に対して治療的な接触を続け、現在は薬の常用から遠ざかりつつある段階にある。しかし薬の常用から完全に脱却できるかは、長期にわたる観察が必要である。

本稿については東京医科大学病院神経科の三浦四郎衛、高橋伸忠、宮川建平、田内堅二、鈴木正、森 秀人先生方の資料の提供をいただき、加藤正明精神衛生部長の御指導で、多くの御協力と御援助をたまわりましたことを、厚く御礼申し上げます。

文 献

1. Carl F. Essing :
Addiction to Nonbarbiturate Sedative and Tranquilizing Drugs
Clinical Pharmacology and Therapeutics, vol 5.
no. 3. 64'
2. Maris Nyswander :
The Drug Addict as a Patient
Grune and Stratton New York and London, 56'
3. Manuel M. Pearson :
The Treatment of Drug Addiction
Ameri. Jour. of Psychiatry, vol 122. no. 2 65'
4. 河合博, 嗜癖者の精神病理, 復光会10周年記念論文集, 62年
5. 清水寿他, 麻薬, 静脈麻酔剤, 催眠剤など多元性嗜癖の臨床的研究, 復光会10周年記念論文集, 62年
6. 細谷英吉, 薬物依存について, 日本医師会雑誌 55巻, 2号, 66年
7. 加藤正明他, 精神安定剤嗜癖の統計的並に臨床的研究, 39年度厚生科学研究成果報告書, 65年
8. 高橋伸忠他, クロール・ジアゼポキサイド嗜癖乃至嗜癖傾向, 日本医事新報, 2, 163号, 65年

9. 大原健士郎, いわゆる睡眠薬遊びについて, 精神医学, 7巻, 5号, 65年
10. 今田芳枝, 睡眠薬遊びに関する研究, 精神衛生研究, 13号, 64年
11. 横井敏夫他, 自殺未遂者(急性催眠剤中毒による)の生活環境 第1, 2報, 精神医学, 7巻1号, 3号, 65年
12. 柴原堯他, 病院における入院生活の様相について, 精神医学, 7巻, 4号, 65年
13. 小林育子, インテーク過程に於るソーシャル・ワーカーの役割, 精神医学ソーシャル・ワーク 1巻, 1号, 65年
14. 小林育子, 家族のケース・ワーク治療, セリがや園紀要, 1号, 65年

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第1報*

—精神薄弱者に対するデイケアの試み—

精神薄弱部	同 左
桜井芳郎 ⁽¹⁾	菅野重道 ⁽²⁾
高乗公子 ⁽³⁾	飯田誠 ⁽⁴⁾
渡辺映子 ⁽⁵⁾	関川ミヨ ⁽⁶⁾
坂本陽子 ⁽⁷⁾	岩下セツ子 ⁽⁸⁾
鹿島光子 ⁽⁹⁾	羽鳥晴代 ⁽¹⁰⁾
田部井啓子 ⁽¹¹⁾	奥浜美重子 ⁽¹²⁾
保坂日根子 ⁽¹³⁾ (旧姓大高)	
社会復帰部	同 左
片山ますえ ⁽¹⁴⁾	松永宏子 ⁽¹⁵⁾

1. ま え が き

本論文は成人精神薄弱者の指導に関する研究、第1報—援護施設職員の態度意見ならびに施設在園者の社会生活力調査—、桜井芳郎、高乗公子、精神衛生研究第13号、国立精神衛生研究所、昭和39年、の続報として過去2カ年にわたって国立精神衛生研究所附属デイケアセンターにおいて行なってきた青年期の精神薄弱者に対する治療的集団活動に関する実験的臨床研究—精神薄弱者に対するデイケアの試み—の現在までの経過をまとめたものである。

2. 研究目的と基本的理念

欧米及び我が国における精神薄弱者の援護対策はその歴史が示すように社会防衛的な見地からの「隔離、保護」に始まり、それが「指導、訓練」に変わり、現在ではその発展として社会の一員として生活するための「適応性の開発、増進」が強調されるようになった。かかる観点から精神薄弱者のリハビリテーションが叫ばれ、また精神薄弱者を経済的な人的資源として考える立場からも人間能力の開発が強調され、職業指導、訓練と雇傭の開拓促進によって社会生活

*Study on Therapeutic Group Activity for Mentally Retarded -First Report- -An experiment on Day Care Mentally Retarded-

(註) (1)臨床社会学、精神医学ソーシャルワーク (2)精神医学、部長 (3)精神医学ソーシャルワーク (4)精神医学 (5)非常勤職員、桐花学園々長、臨床心理学 (6)非常勤職員、八幡学園指導員、精神医学ソーシャルワーク (7)研究生、精神医学ソーシャルワーク (8)研究生、臨床心理学 (9)実習生、市川精薄者福祉センター、精神医学ソーシャルワーク (10)~(12)実習生、東洋大学々生 (13)旧研究生、臨床心理学 (14)看護婦 (15)精神医学ソーシャルワーク

参加をはかろうとする考えが拡まってきている。

1963年のケネディ宣言の中でも職業的リハビリテーションの増進、授産施設の建設などによって、就労した精神薄弱者達の収入は以前の3.6倍にも伸びたと述べている。

かように過去にあつては無能力者として隔離保護される存在であつた精神薄弱者がいまや生産人口として見なおされ、彼等に対し社会生活参加をはかるための諸施策が行なわれるようになった。

欧米諸国、特にアメリカにおいては精神薄弱者のリハビリテーション活動が活発に行なわれており、精神薄弱者の情緒安定と社会適応性の増進をはかるためのデイケアセンターや治療的ソーシャルクラブ活動なども各州で盛んに行なわれている。

ARTHUR SEGAL は過去の生育過程における望ましい生活経験や人間関係のもち方の不足が精神薄弱者の社会適応に大きなマイナスとなっていることを指摘し、彼等に対しては保護工場における訓練、家庭生活に関する諸活動、レクリエーション活動などに参加させると同時にケースワーク、グループワークなどの技術を用いたソーシャルワークプログラムを通じて人間関係の発達、情緒の成熟をうながしパーソナリティの発達、適応性の増進をはかることが大切であることを強調し、青年期の精神薄弱者に対するサンフランシスコにおける生活自立の為のリハビリテーション計画(ILRP)がソーシャルワーカーの援助によって成果をあげていると述べている。

また CHARLES JUBENVILLE は1958年デラウェアで開始された重度精神薄弱者の世話と訓練の為の地域デイケアセンターの州計画を紹介し、彼等の身の自立、性格行動上の問題の解消に好成绩を収めていると述べている。

我が国においては欧米諸国にくらべ精神薄弱者対策の立遅れは精神薄弱者のリハビリテーション活動の発展にも大きく影響している。しかも我が国では精神薄弱者のリハビリテーション活動は主として職業訓練にその重点がおかれ精神衛生的見地から集団及び作業療法などを通して精神薄弱者の能力の発揮を阻害している要因を取り除き社会適応性の増進をはかるための治療的取扱いについてはほとんどかえりみられていなかった。

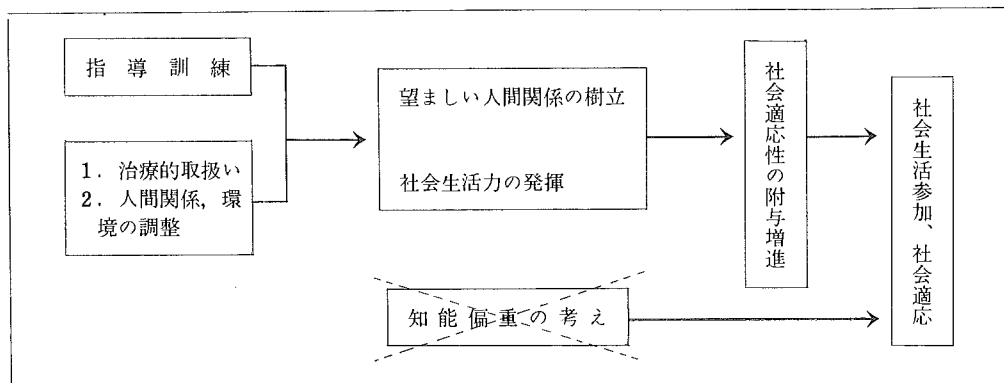
精神薄弱者の社会適応、社会生活参加をはかるには生活訓練、職業指導とともに精神療法的立場から情緒の安定と改善をはかるための治療的取扱いや社会的経験を通しての社会適応性の増進、精神薄弱者を取りまく環境や人間関係の改善が必要である。

精神薄弱者が社会適応、社会生活参加に必要な能力は必ずしも知能障害の程度に併行しておらず、むしろ過去の生活経験の内容との関係が大きく、精神薄弱者は幼少より精神薄弱なるがために家族から過保護、過干渉的取扱いをうけ、また精神薄弱者を取りまく種々な人間関係においても好ましくない影響をうけやすく性格行動上に問題を有する者が多い⁽¹⁾

(註1) 国立精神衛生研究所附属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子後に関する研究、精神衛生研究第10号、昭和37年、精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報、精神衛生研究第12号、昭和38年、成人精神薄弱者の指導に関する研究第1報、精神衛生研究第13号、昭和39年、参照。

精神薄弱者の社会生活参加をはかるには第1図の通り、知能偏重の考えを捨てて社会適応性の附与増進をはかるための望ましい人間関係の確立、社会生活力の発揮に向っての方向づけが必要である。

第1図 社会生活参加をはかる方法



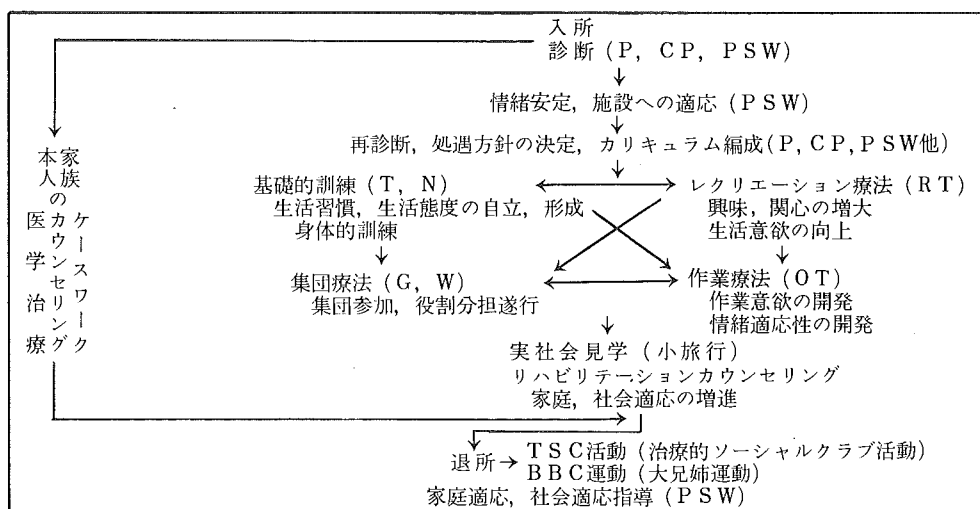
我々は国立精神衛生研究所において昭和38年11月より性格行動上に問題をもち社会適応が難しい青年期の精神薄弱者を主として対象に選び、情緒の安定をはかり家庭生活、社会生活に必要な生活態度と知識を身につけさせ望ましい人間関係の樹立と社会適応性の増進をはかる為の通所による治療的集団活動に関する実験的臨床研究を行なってきた。

現在までの経過を述べかかる治療的取扱いの必要性について明らかにしたい。

3. 研究方法及び内容

我々はデイケアセンターにおける精神薄弱者の治療過程及び内容について次のような基本的な考え方をたてた。

第2図 精神薄弱者治療的集団活動施設における治療過程、内容



即ちまず入所にあたっては精神科医、臨床心理学者、精神医学ソーシャルワーカーからなる臨床チームによって医学的、心理学的、社会学的診断ならびに総合判定を行なって入所を決めついでソーシャルワーカーが入所者に新しい環境への適応をはかるための治療的指導を行ないその後臨床チームによる再診断がなされて処方方針の決定、カリキュラムの編成が行なわれる。それにもとづいて生活習慣、生活態度の自律形成、身体的訓練と併行して精神療法的な立場から集団療法、作業療法がグループワーカー、作業療法士などによって行なわれ、集団参加と役割分担の遂行、情緒的安定と改善、作業意欲の向上と作業への方向づけが行なわれ、また実際の基礎的な社会生活経験として買物、交通、社会見学、レクリエーション活動などを通じて対人、対社会との接触が行なわれ生活意欲の向上、社会適応性の増進がはかられ社会人としての準備が養われる。また入所の時から親や家族に対して治療的、教育的立場からの働きかけを行ない治療への協力態勢を作りだすことも重要な活動の一つである。

また精神薄弱者に対する治療的取扱いの過程を通じて治療的、保護的な状態から漸進的に引離して最後には社会的自立、社会生活参加に進ませるため、ソーシャルワーカーが入所者や親、地域社会などに対して働きかけることも重要な活動である。

治療スタッフ

治療活動に参加している職員は精神医学ソーシャルワーカー5名、精神科医2名、臨床心理学者2名、精神科看護婦1名の計10名で、そのほか実習生として福祉専攻の大学々生、精薄施設職員など数名が参加している。

治療的集団活動プログラム

治療活動は毎週月曜日及び木曜日の週2日行ない、そのプログラムは左の通りである。

1. 朝の集まり

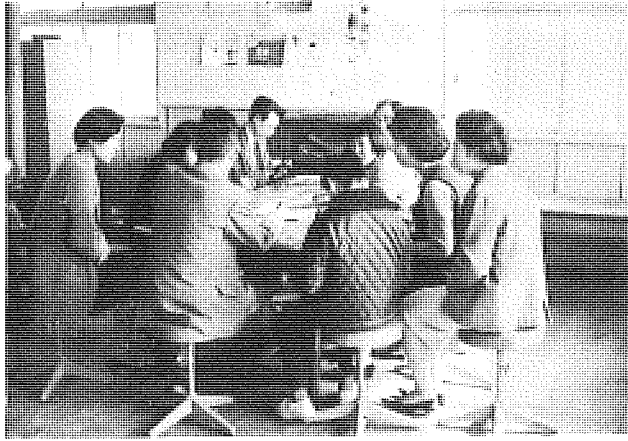
朝の集まりは毎朝10時から10分間チーフセラピストによってオリエンテーションが行なわれ、その日いちにちの活動についてメンバー達の理解を助けるとともに彼等の希望意見などもとりあげ、活動に対する興味関心と意欲のもりあがりをはかっている。

MD集団治療施設
治療活動プログラム (昭和 4.1.21)

時間	月曜日	木曜日
10.00~10.10	朝の集まり (担当 榎本)	
10.10~11.00	言語表現活動 (担当 南川)	絵画療法 (担当 榎本)
11.00~11.50	作業療法 手芸工作 (担当 若下) 手芸工作 (担当 榎本) 手芸工作 (担当 渡辺)	
11.50~1.00	昼食	
1.00~1.50	話し合い (担当 高橋) 集団討議 (担当 高橋)	
1.50~2.40	音楽 (担当 加藤)	レクリエーション療法 (担当 加藤) スーツ (担当 加藤)
2.40~3.00	清掃 解散	
3.00~3.30	カンパレンス (取組)	

◎毎月3本曜日(11)朝理(担当 渡辺)を行なう。
◎毎月4週(月)月曜又は木曜に家族会(担当 榎本)を行なう。
◎差控療法(11)月曜 手芸工作の時間内を行なう。
◎1~2月(1)日 実社会見学を行なう。

セプトト全員参加
担当者以外は不参加



朝の集まり

的及び社会的経験の乏しさを補う
 助力者の役割りを受持ち、彼等の
 態度行動の修正は努めて実際の生
 活経験を通じて行なわせるように
 配慮している。

集団的話し合いの方法はグルー
 プメンバーがたがいに話題をだし
 合い、メンバー相互の自由討議に
 よって問題への理解を深め、問題
 解決への方法を自主的に探索させ
 自律性、協調性を高めることをね
 らいとしている。時間は午後1時
 から50分間、月曜日はメンバーを
 性格行動面から抑制グループと非
 抑制グループの二群に分け、木曜
 日は合同で行なっている。両グル
 ープともメンバーは6～7名であ
 る。彼等に対する環境的配慮から
 抑制グループは洋式の小部屋、非
 抑制グループは日本間（座敷）で
 行なっている。前者に対しては出
 来るだけのびのびとリラックスし
 た環境を、後者には落ち着いたセッ

朝の集まりには治療スタッフ全員が
 参加し、必要に応じて担当の治療活動
 の日程及び内容の説明を行なってい
 る。

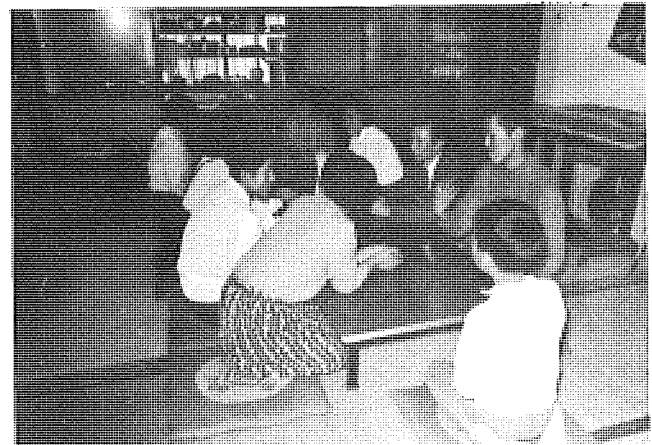
2. 集団的話し合い

これは小集団による話し合い（グル
 ープディスカッション）を通じて人間
 関係の改善と社会適応性の増進を目標
 とする治療活動である。

集団的話し合いでは精神薄弱者に主
 導権をとらせ、セラピストは彼等の知



抑制グループ —inhibited group—



非抑制グループ —軽そう的—
 —non-inhibited group—



合 同

a 言語表現活動

感情を言葉によって表わさせ、情緒的安定と改善をはかるとともに言語で意志を表現する方法、態度を身につけさせる。

月曜日の午前10時10分から50分間、生活に密着したもの、関心の高いものなどを主題を選びメンバー相互の話し合い、セラピストとの対話などの形式で詩を創作させそれを書写、朗読させる方法を取り内在している種々の感情や意志に働きかけ情緒の表出と改善に重点をおいている。なお思考の中断や集団の雰囲気の流れを防ぐためにスタッフは担当者のみ参加して行なっている。

b 絵画療法

絵画療法は木曜日の午前10時10分から50分間、フィンガーペインティング、自由画、写生、楽焼などの造型活動を媒体として行なっている。

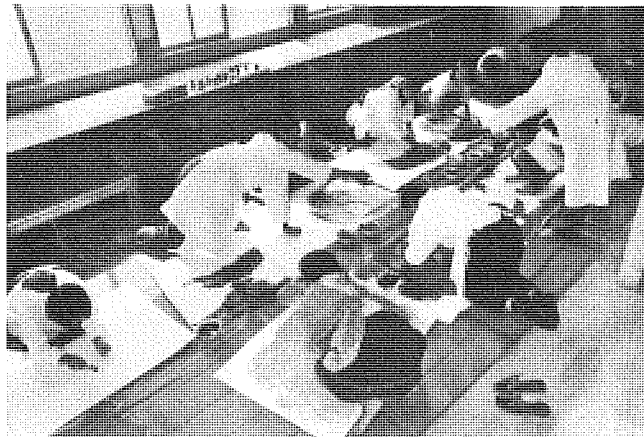
ティングを考慮した。なおメンバー達が暗示性、被影響性に強い点を考慮し、スタッフは担当者1名、記録係1名のみで行なっている。

3. 言語表現活動、絵画療法、作業療法、レクリエーション療法などの治療的諸活動

これらの治療的諸活動は精神薄弱者の情緒不安、葛藤などを解消させ、情緒的安定と改善、興味関心の増大をはかり生活への意欲を高めることを目的としている。



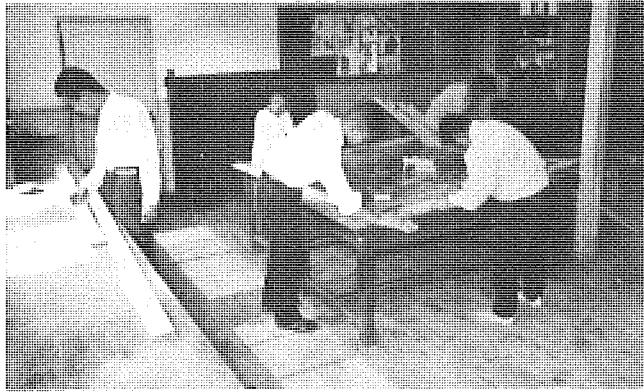
言語表現活動



絵画療法
(フィンガーペインティング)

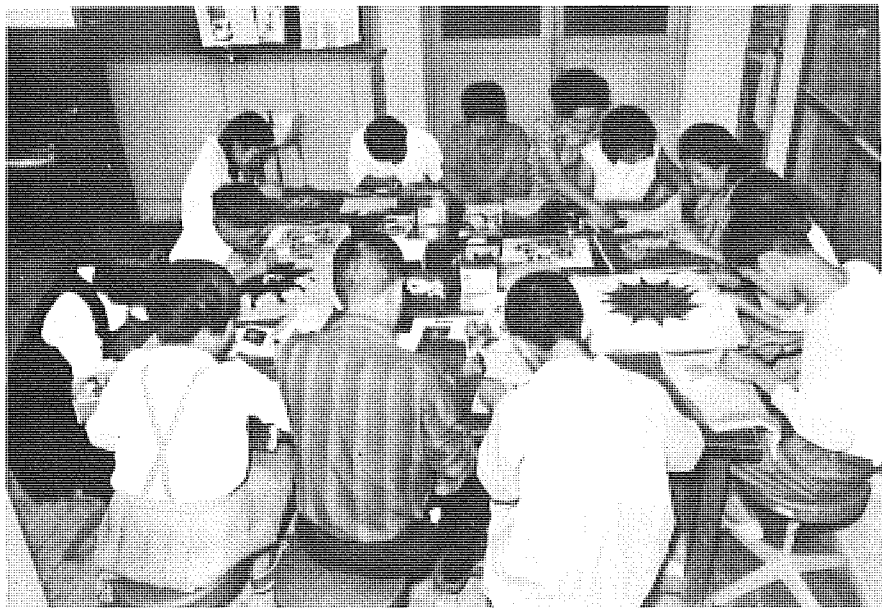


手芸グループ（女子）



木工グループ（男子）

男女
合
同



絵画療法のねらいは情緒の安定と改善をはかるために不安、葛藤、欲求不満などの内在する抑圧感情を表出させ、また作品を通じて情緒の安定と改善の評価をすることを目論んでいる。スタッフは担当者1名とそのヘルパーとしてセラピスト数名が参加している。

c 作業療法

月曜日は男子は木工、女子は手芸、木曜日は男女合同で手芸や木工を適時おりこんで行なっており時間は午前11時から50分間である。

作業療法のねらいは作業を通じて情緒的障害の改善をはかり作業意欲、態度の向上改善をはかることにある。セラピストは担当者1名のほかヘルパーとして数名のセラピストが参加している。

d レクリエーション活動



写真
上・音楽リズム
下・スポーツ
右・調理

レクリエーション活動は内在する精神的葛藤、欲求不満、攻撃などを解消させ、情緒の改善をはかるとともに発達が未熟または阻害されている身体的運動機能の働きを促進させる機能訓練的な意味をもたせている。現在レクリエーション活動は午後2時から40分間、月曜日は音楽、リズム、木曜日はスポーツを行ない、担当者のほか治療スタッフ全員がグループの一員として参加している。

4. その他

社会見学、合宿治療訓練、調理などを随時行ない、これらの活動を通じて店屋やデパートでの買物郊外へのハイキングなどを行ない交通機関の利用、買物などの実際の社会経験を体験させ、またクリスマス、七夕まつりなどの季節的

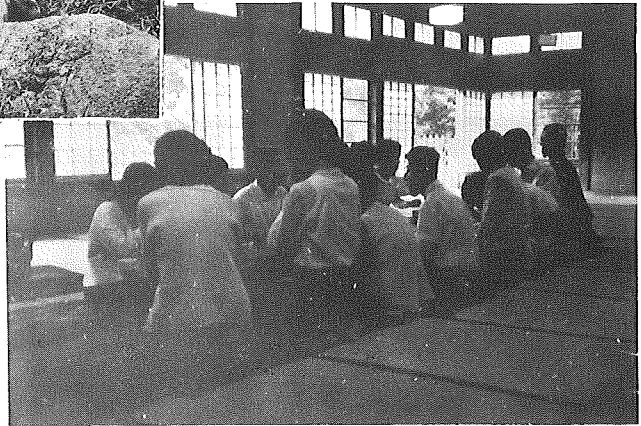
行事も自主的に計画させ生活経験を豊富にし、社会適応性の増進をはかっている。



写真

左・社会見学
筑波山バス旅行

下・合宿訓練
茨城県水戸市常盤神社にて



干沼しじみとり



治療的活動相互の連携と役割

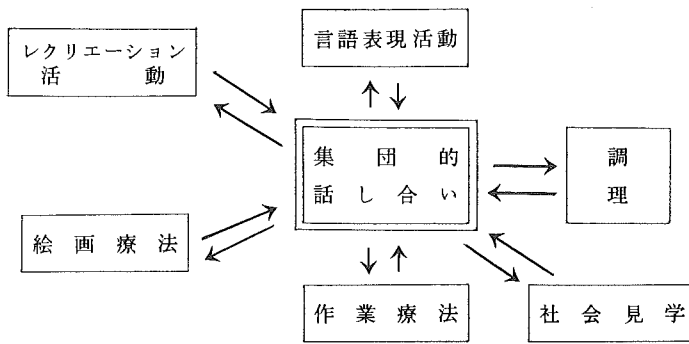
我々は治療的諸活動の中でも特に集団的話し合いを重視し、話し合いの場におけるメンバーの態度、行動の観察評価の結果から他の治療的諸活動の治療指針、取扱い方法などを決める手がかりを求め話し合いの場におけるメンバーの状況から他の治療的諸活動での効果判定を行なうなど集団的話し合いを中核にその他の治療的諸活動を機能的に統合させ活動がばらばら

にならないように留意している。

なお治療活動終了後に毎回、治療スタッフ全員によるカンファレンスを持ち、治療対象者の行動観察、評価を行ない治療活動の方法、内容について討議、検討を行なっている。

家族に対する働きかけ

母親などの家族に対する治療的教育的活動として種々の行事や催しに参加させ、メンバー達の状態を観察させ、又一緒に活動させることによって子供に対する不信感、過保護、過干渉など



の好ましくない態度の反省修正をうながしている。また月1回の定例家族会では医学的、心理学的、社会学的な啓蒙教育活動を行なうとともに母親相互の共感、相互的反省、治療者



家族会

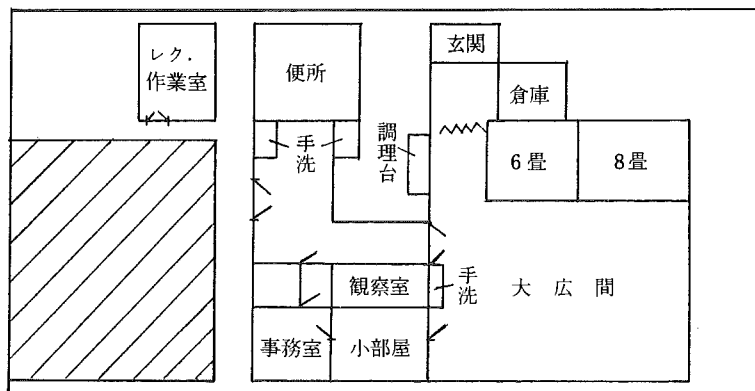
による受容と支持などの過程を通じて母親の情緒的安定、子供への信頼、養育態度の修正などの方向への成長をはかっている。必要に応じて精神科医による個別面接や薬物投与、ケースワーク治療なども併用している。

設備、建物など

ディケアセンターは研究庁舎に隣接して建てられており、68坪及び15坪の2棟よりなっている。センターの中は6畳、8畳の日本間

と洋式の小部屋、大広間その他よりできており日本間は手芸、食事、集团的話し合い（非抑制グループ）などに使用し、洋式小部屋は集团的話し合い（抑制グループ）、個別面接に用い、大広間は朝の集まり、帰りの集まり（一日のまとめ、反省）、言語表現活動、絵画療法、各種の催しものなどに使用している。別棟は主としてレクリエーション及び木工などの作業の時に用い

ディケアセンター見取図



ている。

4. 研究対象

義務教育終了後の青年期の精神薄弱者を対象に予定したが、実際には11才から最高35才に及び、その多くは20才前後の者で現在までに男子15名、女子11名、計26名が治療をうけ、そのうち現在治療継続中の男子5名、女子8名、計13名が本論文の主たる研究対象である。

治療開始以来、現在までに退所した者は男子10名、女子3名、計13名である。彼等の知能障害の程度は中等度の者が多いが、軽度、重度の者もみられ、てんかん性格、幼児性格、自己中心、無意欲、情緒不安、多弁、感情昂揚、集団性欠如、緘黙、無為、ホスピタリズム、性的関心などの性格行動上の問題を有しており、そのために社会適応が困難な者達である。(第1表参照)

現在治療継続中の者は男子5名、女子8名、計13名(昭和40年9月現在)で彼等の状況は次の通りである。

居住地は千葉県内8名(うち市川市在住5名)、東京都3名、埼玉県2名であり、年齢は多くが18才~20才の者である。

研究対象

性 別			年 令 構 成										
退 所 者			現在治療中			退 所 者			現在治療中				
男子	女子	計	男子	女子	計	性別 年令区分	男子	女子	計	性別 年令区分	男子	女子	計
10	3	13	5	8	13	10 ~ 15	4	0	4	10 ~ 15	1	3	4
(実数)			(実数)			16 ~ 20	4	1	5	16 ~ 20	4	3	7
						21 ~ 25	1	1	2	21 ~ 25	0	1	1
						26 ~ 30	0	1	1	26 ~ 30	0	0	0
						30 以上	1	0	1	30 以上	0	1	1
						計	10	3	13	計	5	8	13
						(実数)			(実数)				

知能障害程度					居住地														
退 所 者					現在治療中					退 所 者					現在治療中				
程度 性別	軽度	中度	重度	計	程度 性別	軽度	中度	重度	計	地域 性別	東京	千葉	埼玉	計	地域 性別	東京	千葉	埼玉	計
男子	4	6	0	10	男子	2	3	0	5	男子	6	4	0	10	男子	2	2	1	5
女子	0	1	2	3	女子	4	3	1	8	女子	0	3	0	3	女子	1	6	1	8
計	4	7	2	13	計	6	6	1	13	計	6	7	0	13	計	3	8	2	13
(実数)					(実数)					(実数)					(実数)				

退所者現状

現状	性別		計
	男子	女子	
家庭内就労	1	0	1
通園施設	3	3	6
収容施設	1	0	1
学校通学	3	0	3
病院入院	1	0	1
職業実習所	1	0	1
計	10	3	13

(実数)

現在治療中の者の
入所時状況

状況	性別		計
	男子	女子	
精神科入院	1	1	2
家でぶらぶら	1	3	4
家事手伝い	0	2	2
特殊学級	0	2	2
職業実習所	2	0	2
新聞配達	1	0	1
計	5	8	13

(実数)

知能障害の程度は軽度6名、中等度6名、重度1名で、社会生活力は5～6才及び9～14才の者が多い。

精神医学的診断は精神薄弱に加えてヒステリー性格、強迫性格、自閉的性格、未熟、依存的性格、軽躁病的、神経症的、抑制的、精神病的などのPersonality Problemを合併しており、強迫神経症、接枝分裂病の欠陥状態の者も存在している。

彼等は入所時には緘黙、無表情、対人関係困難、抑制が強い、徘徊、周囲を無視、強迫行為、自閉的傾向、情緒的共感に乏しい、緊張、情緒不安、自信欠如、無口、孤立、人間関係、感情の稀薄、異常行動、多弁多動、注意散漫、権威的態度、自己顕示欲、権威追従、異性に対する身体的接触、幼児的、依存的など種々な性格行動上の問題が顕著であった。

治療開始当初は精神科入院中のもの2名、家でぶらぶらしていたもの4名、家事手伝い2名、特殊学級在学中2名、職業実習所(手をつなぐ親の会経営)通所中2名、新聞配達1名であった。

彼等の多くは中流家庭に育った者が多く、過去の生育歴をみても知的欠陥のため過保護、過干渉的取扱いをうけ実際の社会経験に乏しく生活範囲も限られていた。

家族の特徴は神経症的言動が顕著で、不安、あせりが大、不安、あせりからくるセラピストへの過度の依存、行政対策の貧困を訴えるのみで子供への接近の稀薄、医学的処置による改善を期待するあせりが顕著、あきわめが強く積極的意欲に乏しい、過干渉的態度顕著、困惑、不安状態、情緒不安、無関心、情緒的共感に乏しい、過保護、社会的未成熟、過度の教育熱心、几帳面でゆとりを与えない祖父母～孫関係、本人に対する拒否がみられる継母子関係、同情、あまやかし、子供への攻撃、自己弁護、合理化の態度が顕著など家族の態度行動にかなりの問題がうかがわれた。

研究対象は養護学校、特殊学級などの教育機関や病院などの医療機関、児童相談所、福祉事務所、精薄者更生相談所などの福祉、相談機関などから委託、紹介された者や精研相談室や友人、知人を通じて、また直接来所した者の中から診断会議を開いて当所での治療に適した者を選択した。

第 2 表 治 療 対

No.	氏 名	年 令	性 別	精神医学診断	性格行動上の 問	知 能	社会生活力	パーソナリティの特徴
1	M. K (家事手伝い)	22	女	MD+Personality Problem (神経症的, 抑制的)	緘黙, 無表情, 対人関係困難抑制が強い	WISC V. T 51 P. T 73 T. T 56	SA 11:7才	外部的要求固執型 言語的コミュニケーションに抵抗があり, ヒューマンコンタクトは抑制されている。内面的に不安感がある。人間関係は円滑にいかない。
2	K. S (家でぶらぶら)	19	女	MD+Personality Problem (ヒステリー性格)	情緒不安定 多弁, 注意散漫, 権威的態度, 自己顕示性	V. T 56 P. T 57 T. T 50	SA 8:10才	人間に対する接触を求めるときも強いが人間関係のもち方がある層まででそれ以上深まっていけない。建設的に働かない知的活動がみられエゴイスト
3	K. M (実習所通所)	17	男	強迫神経症(基底に脳損傷あり)+ MD	徘徊, 周囲を無視 強迫行為	V. T 52 P. T 53 T. T 46	SA 7:10才	神経症的。しげきの条件におかまいなしに思いつくものを反応していく。ステレオタイプ。保続性が強い。独走的。
4	N. S (精神科入院)	11	男	MD+Personality Disorders (神経症的, 精神病的)	情緒的共感に乏しい, 自閉的傾向	V. T 51 P. T 78 T. T 59	SA 6:10才	神経症的傾向, 興味関心の範囲はひろいが断片的把握で統合ができない。人との接触に距離感がある。
5	H. M (実習所通所)	19	男	MD+Personality Problem (強迫性格)	緊張, 情緒不安 自信欠如	V. T 41 P. T 49 T. T 37	SA 5:8才	知的に低い上に抑制的傾向がみられる。 情緒的な発展がプラスでなくおさえられた方向へ表現されている。
6	H. K (家でぶらぶら)	18	女	MD (未熟性格)	幼兒的, 依存的	テスト不能(白痴)	SA 5:7才	知的欠陥の重いうえにゆがみが感じられ, 人間関係はつけにくそう。
7	T. F (家事手伝い)	34	女	MD	緊張, 非社交性, 無口, 孤立	V. T 58 P. T 65 T. T 55	SA 9:2才	一種のこだわりがみられるが情緒的には子供っぽい。コントロールされないうごきがみられる。素直で障害があれば要求をストップさせてしまう。
8	U. H (精神科入院)	18	女	接枝分裂病の欠陥状態	人間関係, 感情の稀薄 子供っぽい	V. T 54 P. T 44 T. T 42	SA 9:3才	比較的精薄の特徴のうすい, ある程度のIQをもち日常生活ができそう。多少自己防衛的で反応が理くつっぽい。
9	M. K (新聞配達 家庭作業)	16	男	MD+Personality Problem (ヒステリー性格)	自己顕示欲, 権威追従的, 異性に対する身体的接触	V. T 58 P. T 72 T. T 60	SA 14:5才	外部的要求固執型 固執的であり自分勝手な積極性が強くヒューマンリレーションは問題である。
10	M. H (特殊学級)	14	女	MD+Personality Problem (軽躁病的)	多弁, 多動 身体的接触	V. T 39 P. T 37 T. T ✓	SA 5:5才	プリミティブなセクシャル反応がみられる。活動的である。
11	Y. H (家でぶらぶら)	17	男	MD (未熟性格)	幼兒的, 孤立 周囲無関心	V. T 39 P. T 53 T. T 38	SA 5:7才	精薄らしい反応。生活経験の乏しさがうかがわれる。障害があれば要求をさせつしてしまう。無罰的。
12	U. N (特殊学級)	15	女	Personality Disorders (自閉的性格)+ MD	自閉的傾向 異常行動 強情	V. T 58 P. T 69 T. T 59	SA 6:8才	人との接触は求めているが, 被圧迫感, 不安感にとらわれヒューマンリレーションがスムーズにいかない。 知的能力はありそう。
13	S. W (家でぶらぶら)	15	女	MD+Personality Problem (未熟, 依存的)	幼兒的 依存的	V. T 39 P. T ✓ T. T ✓	SA 6:4才	知的にかなり低く共感性に乏しい。 情緒的に極めて子供っぽくヒューマンリレーションは悪そう。

(註) パーソナリティの特徴はロールシャッハ, P. F. T. によって判定した。

象 者 一 覧 表

昭和40年9月現在

治療指針	治療集団における本人の状況		家族の特徴		家庭における状況
	入所当初の状況	現在状況	開始当初	現在状況	
情緒的緊張の緩和 人間関係の改善 職業指導	緘黙、無表情 協調性欠如 社会的未成熟	対人接触増大しT に対する言語応 みられる。生活の 意欲の出現。	神経症的言動が顕 著で不安あせりが 大。	治療に対し協力的 になり、子供の 取扱いに自信がで てきた。	積極的態度、意欲 の出現がみられる。
生活態度の改善 不安、葛藤の除去 家族治療（受容）	多弁、自己中心的 攻撃、注意散漫	支配的、権威的態 度の出現。 作業意欲、態度が 改善されつつある。	子供への攻撃、自 己弁護、合理化の 態度が顕著。	治療に対する関心 が高まってきた。 子供の取扱いに注 意を払うようにな った。	家庭からの逃避が 少なくなり、やや 安定してきた。
過保護的、過干渉的 態度の改善、生活態 度の改善、強迫観念 の解消。	徘徊著しく周囲を 無視し強迫行為顕 著。	強迫行為の減少、 コミュニケーション の出現、集団性 の増大。	不安、あせりから くる機関への依存 性が顕著。	家族の表情が明る くなり、落ちつい てきた。	強迫行為が減少し た。
情緒性の開発、対人 関係の改善、家族治 療（情緒的取扱い）	情緒的共感の欠如、 強迫行為、孤立	対人接触の増大、 情緒的改善、コミ ュニケーション未 だ表層的。	行政対策の貧困を 訴えるのみで子供 への接近が稀薄。	共感的雰囲気のみ られるようになった。 。	情緒の安定がみら れる。
劣等感を解消し意欲 をひきだす指導。 受容支持が必要。	劣等感強く自信欠 如、情緒不安定。	意欲の出現、拒否、 逃避の減少、自信 の増大。	医学的処置による 改善を期待しあせ りが顕著。	本人の行動に対す る理解が高まった。	対人接触が円滑に なってきた。
過保護的態度の改善 生活態度の改善 生活意欲の向上	幼児的、依存的、 傍観的態度、活動 へ参加しない。	コミュニケーション のもち方未熟、 興味、関心、生活 意欲の増大、手芸 技術の進歩。	あきらめがつよく 積極的意欲に乏し い。	本人に対する認識 が深まり、治療に 協力的になってき た。	積極的態度がみら れるようになった。
緊張の解消、人間関 係の改善、家族治療 （情緒的扱い）	緊張、表情に乏し い、対人接触乏し い。	表情がやわらかい 情緒安定、意欲増 大、コミュニケーション に乏しい。	本人に対する拒否 がみられる。継母 子関係。	本人に対する受容 的態度がみられる ようになった。	表情が明るくなっ た。
人間関係の改善、生 活態度、意欲の改善、 家族治療（過保護）	幼児的 依存的	意欲の出現、 人間関係の改善。	同情、あまやかし、 機関への依存性高 い。	本人の取扱い態度 に改善がみられる ようになった。	社会復帰への意欲 がみられるように なった。
情緒安定、生活態度 の改善、家族治療 （情緒的扱い）	権威追従的、優等 生的態度顕著。	情緒安定、異性へ の関心増大。	教育熱心、几帳面 でゆとりを与えな い、祖父母孫関係。	精神的にゆとりが みられるようにな り取扱いが改善さ れてきた。	表情が明るくなっ た。
情緒安定、生活態度 の改善、家族治療 （過干渉的態度）	多弁、多動 情緒不安	情緒安定。 多弁、多動の減少、 手芸技術の向上。	過干渉的態度顕著 困惑、不安状態。	家族の表情が明る くなり取扱い態度 に改善がみられる。	情緒の安定がみら れる。
生活態度の改善、生 活意欲の向上、家族 治療 （しつけの問題）	生活経験に乏しく しつけがなされて いない。周囲無視 対人接触乏しい。	生活意欲、興味、 関心の増大、動作 はスロー、対人接 触乏しい。 作業技術の進歩。	無関心 情緒的共感に乏し い。	治療に対する意欲 が出現し、情緒的 共感がややみられ れる。	意欲の表現がみら れる。
人間関係の改善、生 活態度の改善、情緒 性の開発。	対人接触乏しい。 周囲への否定感情 性の開発。	活動への参加、周 囲への否定感情の 減少。	困惑、不安、情緒 不安。	治療に対する意欲 がみられる。	人間関係改善のき ざしがみられる。
自主性の開発、生活 意欲の向上、家族治 療。 （過干渉、過保護）	泣き虫、対人接触 をきらう。 幼児的	自主性の向上、生 活意欲の出現、集 団参加。	過保護、過干渉、 社会的未成熟、情 緒不安。	情緒安定がみられ るようになり取扱 いに変化が生じた。	積極性がみられる。

第3表

精神薄弱者治療的集団活動施設（通所）の開設のお知らせ

今度、当精神衛生研究所の中に精神障害者の社会復帰のためのデイ・ケアセンターを設立いたしました。精神薄弱者に対しても家庭、社会生活へ進むための準備として、治療的な見地から作業及びレクリエーション活動を行なうことになりましたので皆様方に御利用いただきたいと存じます。

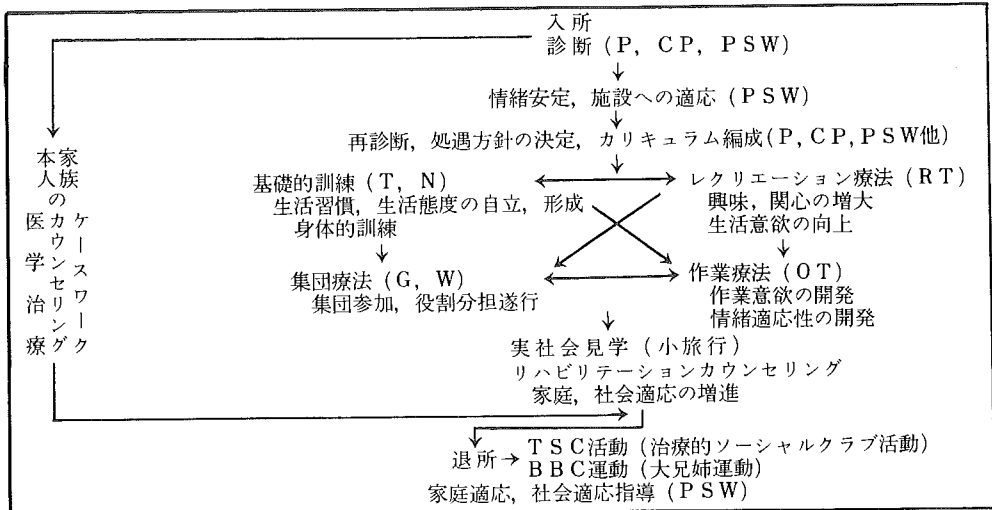
1. 治療指導方針

医学的及び精神療法的な立場から情緒的安定と改善をはかり、作業及び集団活動を通じて家庭生活、社会生活に必要な生活態度と知識を身につけ、社会適応性を増進し、社会生活の基礎を作る。

2. 治療指導内容

- (1) 午前 絵画、造形、工作、手芸、裁縫など各種作業を通じての治療集団活動。
- (2) 午後 各種レクリエーション活動。
- (3) その他 料理、掃除、洗濯。各種社会施設の見学などを行なう。

精神薄弱者治療的集団活動施設における治療過程、内容



3. 治療指導期間

当分の間、毎週月、木曜日の2日間（午前10時～午後3時）とし、3カ月間をもって一応修了することを目的とするが状況によって延長することが出来る。

4. 募集人員

約15名、満15才以上の男女。

5. 費用

無料（但し材料費、交通費、昼食代は自弁とする）

6. 申込先

千葉県市川市国府台1の2

国立精神衛生研究所 精神薄弱部（TEL 市川23局0141～3）

交通：総武線市川より松戸行バス 和洋女子大前下車、徒歩3分

----- 切 取 線 -----

精神薄弱者集団治療施設入所申込書 昭和 年 月 日受付

現住所 電話
 本人氏名 男・女
 生年月日 昭和 年 月 日生 年令 才
 保護者氏名 年令 才
 保護者職業
 本人の現在の状況：

備 考

5. 治療経過

昭和38年11月以来現在までの治療実施期間及び治療対象者の行動変化の状況は第1表の通りである。

退所者は男子10名、女子3名、計13名で当所での治療に適せず他機関に委託した者3名、家族にニードがない為の中断2名、本人の通所拒否1名、性格行動の改善による治療終了が7名である。彼等の現在状況は家庭内就労1名、通園施設入所中6名、収容施設入所中1名、学校通学中3名、病院入院中1名、職業実習所通所中1名となっている。

現在治療継続中の者については次の通りである。

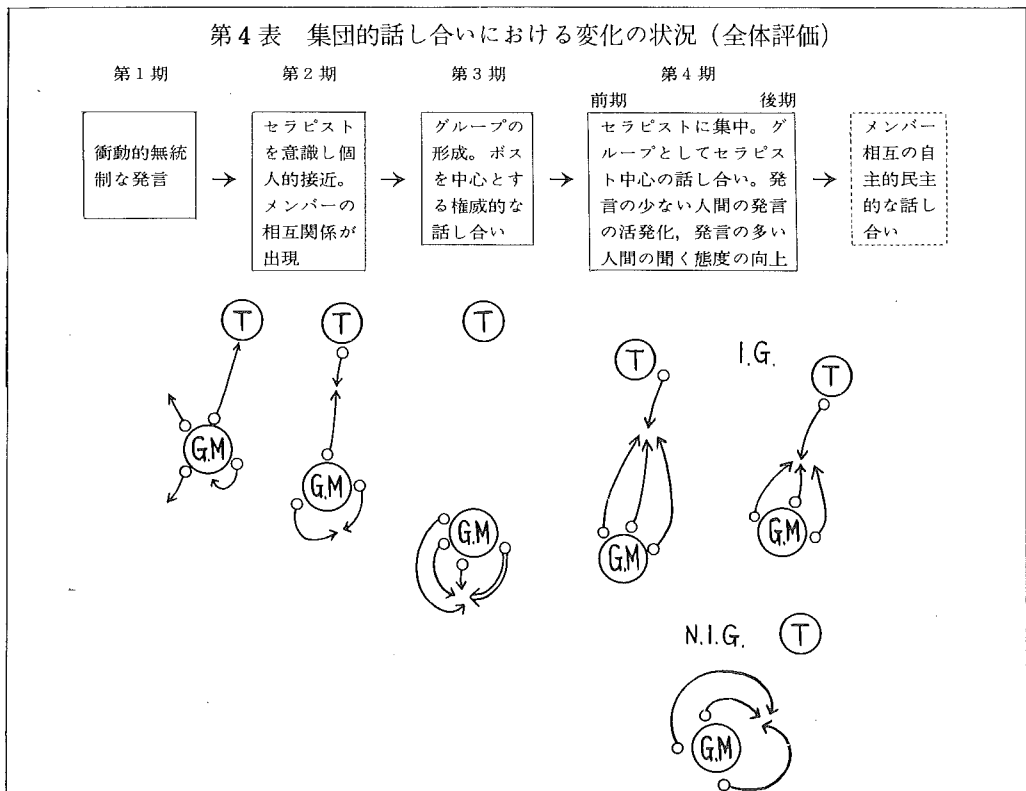
男子5名、女子8名、計13名が通所中であり彼等の出席率は良好で参加をいやがる者はほとんどみられない。

治療開始当初の治療指針は情緒的緊張の緩和、情緒性の開発、強迫観念の解消、劣等感の克服、不安、葛藤の除去、生活態度の改善、生活意欲の向上、家族に対する働きかけ（子供に対する情緒的取扱い、受容的態度、しつけの改善）などに重点を置いた。

治療的諸活動の経過と変化の状況を治療活動別に明らかにしてみたい。

集団的話し合い

(1) グループとしての変化

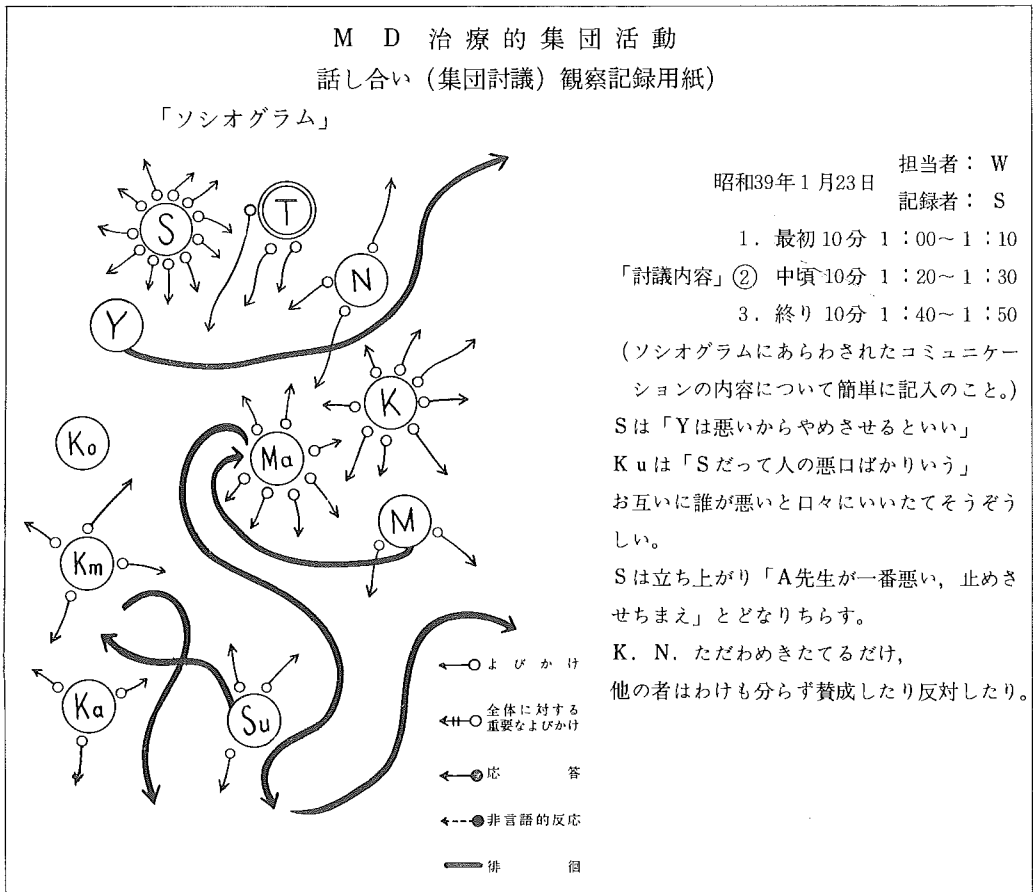


	T **			M **			T に対する 発 話	T + M	
	呼びかけ	応 答	計	呼びかけ	応 答	計			
* 第 一 期	4 6 (6 1)	2 9 (3 9)	7 5 (2 4)	2 7 5 (8 9)	3 6 (1 1)	3 1 1 (7 6)	7 6 (2 4)	3 8 6	
* 第 二 期	7 5 (8 8)	1 0 (1 2)	8 5 (2 6)	1 9 2 (8 2)	4 4 (1 8)	2 3 6 (7 4)	8 6 (3 6)	3 2 1	
* 第 三 期	5 5 (8 0)	1 3 (2 0)	6 8 (2 5)	1 5 5 (7 7)	4 8 (2 3)	2 0 3 (7 5)	6 3 (3 1)	2 7 1	
第 四 期	前 * 期	7 3 (9 3)	5 (7)	7 8 (3 6)	7 9 (5 9)	5 7 (4 1)	1 3 6 (6 4)	8 4 (5 1)	2 1 4
	後 * 期	6 4 (9 0)	7 (1 0)	7 1 (4 8)	2 7 (3 6)	4 8 (6 4)	7 5 (5 2)	6 7 (8 9)	1 4 6
	期	5 0 (9 6)	2 (4)	5 2 (2 8)	7 4 (5 6)	5 6 (4 4)	1 3 0 (7 2)	4 7 (3 6)	1 8 2

- (註) 1. 各期とも7回ずつ抽出しての比較
 2. 第4期後期は抑制グループ、軽そうグループ2群に分離
 3. ()内は%
 4. 1%水準有意差項目**

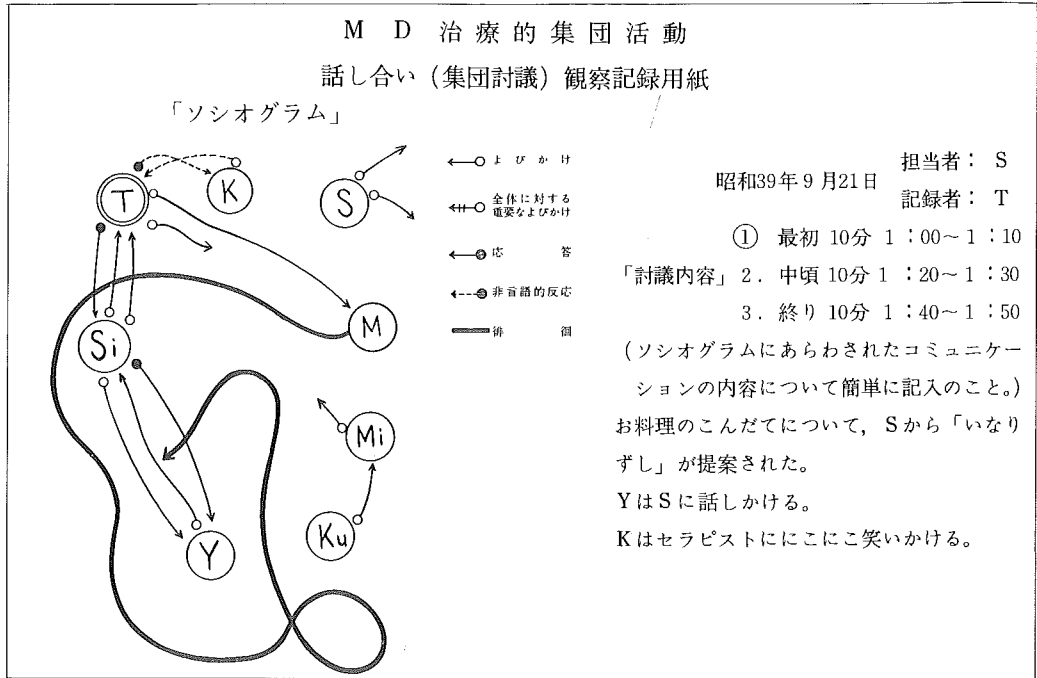
第1期(昭和38年11月~昭和39年3月)

治療開始当初は衝動的無統制的な発言に終始しておりグループとしてのまとまりは、まったくみられなかった。



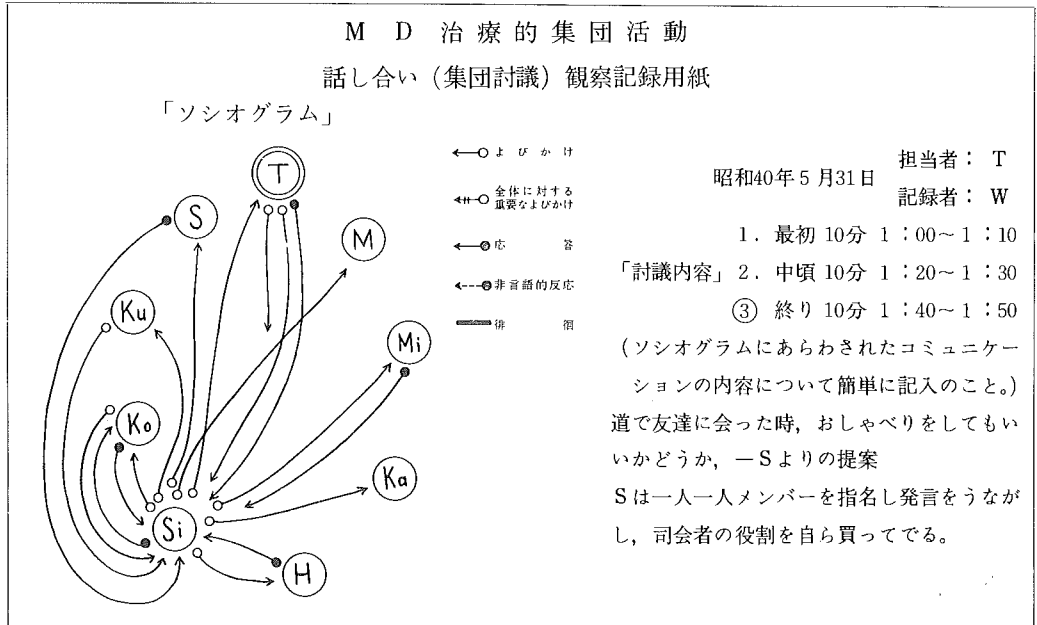
第2期（昭和39年3月～昭和39年10月）

しだいにセラピストを意識し個人的に接近するようになり、またグループメンバー相互のコミュニケーションも出現してきた。



第3期（昭和39年10月～昭和40年6月）

グループとしてのまとまりがみられるようになり、グループメンバーの中からボスがあらわれそのボスを中心に意志の伝達交換が行なわれるようになった。



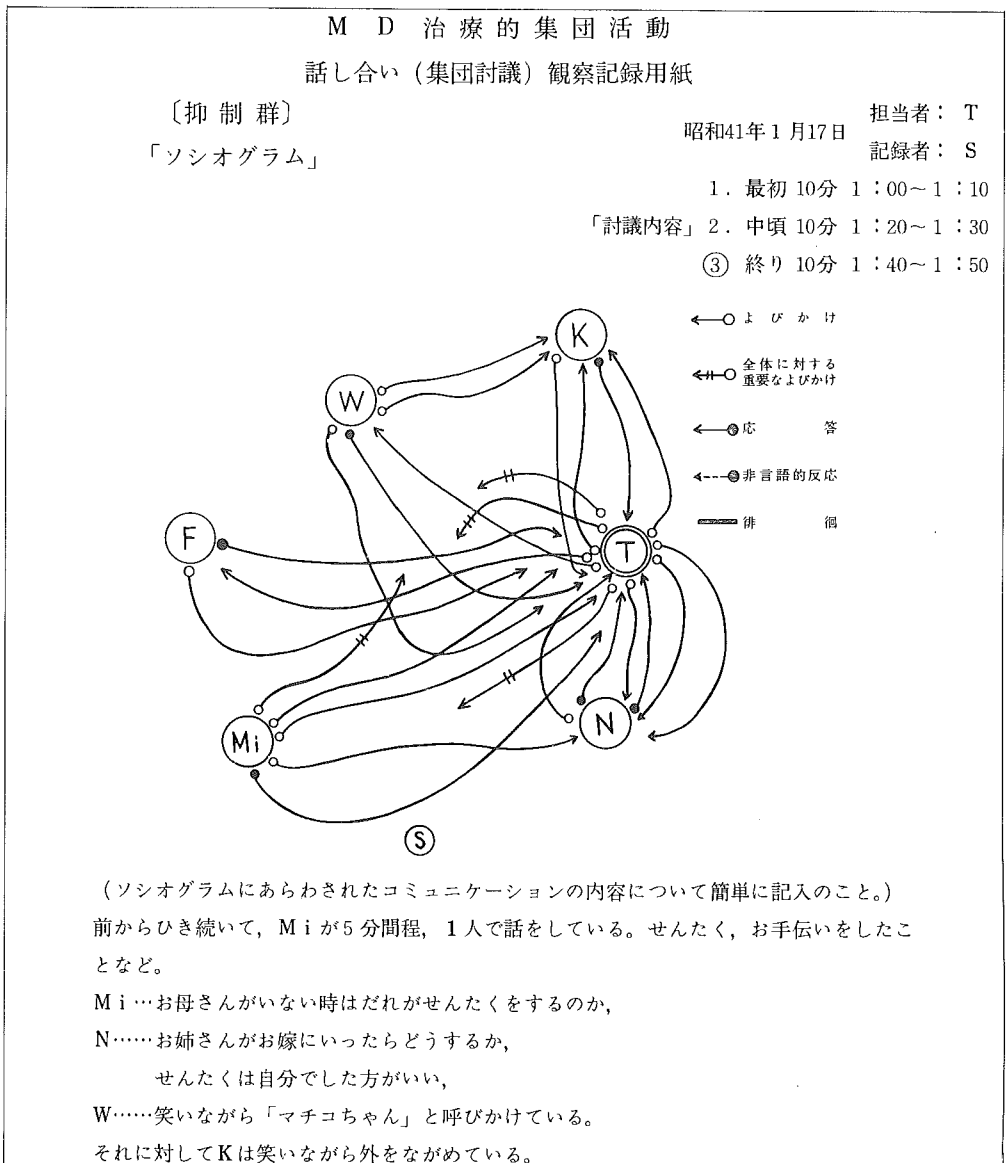
第4期（昭和40年6月～現在）

前期

グループメンバーからボスが排除され、セラピストを中心とした話し合いに変化し、発言の少なかった者に発言意欲が出現し、発言の多い者には傾聴的態度がみられるようになった。

後期

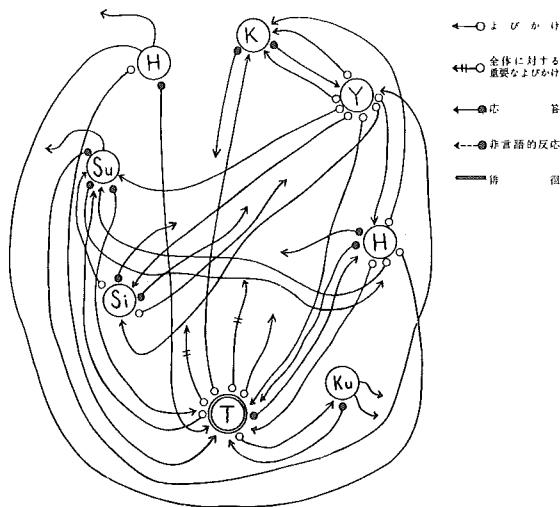
現在は抑制グループと非抑制グループの二群に分けて話し合いを行なっているが、抑制グループでははじめセラピストに対する応答に終始していたが、最近ではメンバーの自主的、自発的発言がみられるようになり、非抑制グループではメンバー相互の私的会話が多かったのが、しだいに特定の話題に発言が集中できるようになってきている。



M D 治療的集團活動
話し合い（集團討議）觀察記録用紙

〔非抑制群〕
「ソシオグラム」

昭和41年1月17日 担当者： S
記録者： I
1. 最初 10分 1：00～1：10
「討議内容」 ② 中頃 10分 1：20～1：30
3. 終り 10分 1：40～1：50



(ソシオグラムにあらわされたコミュニケーションの内容について簡単に記入のこと。)

木曜のレクはピンポンに決定。

前年度に撮影したスライドを見たいと Si より提案。

新年会をやりたいと Hi から提案され、全員賛成する。

このように集團の話し合いにおけるグループとしての変化は、治療開始当初にみられた無統制的な発言や不必要な発言がしだいに減少し現在ではセラピストの援助によってグループメンバー相互の話し合いが可能になってきている。(第4表)

(2) 個別変化

13名中7名に第4, 5表に明らかなごとく、1%~5%水準で変化が認められる。

一例をあげてみると N. K (精薄+Personality Problem—神経症的、抑制的—) は非言語的応答に終始していたのがしだいに言語的反応がみられるようになった。K. S (精薄+Personality Problem—ヒステリー性格—) はセラピストに対する発言のみに集中していたのが、しだいにメンバー意識があらわれ、グループメンバーに対する応答が増えてきた。K. M (強迫神経症+精薄) は徘徊が非常に目立っていたが、最近はほとんどなくなり落ちついてきている。N. S (精薄+Personality Problem—神経症的精神病的—) は徘徊、独語が減少しメンバー意識がでてきた。H. K (精薄—未熟性格—) は依存的幼児的な状態から活動的になり行動が活発になってきた。S. W (精薄+Personality Problem—未熟的依存的—) は抑制が解けてきてセラピストとのコミュニケーションが可能になってきた等メンバーにかなりの変化改善が認められた。(第5, 6表)

第5表 集団的話し合いにおける変化の状況(個別評価) (40年9月現在)

時期	M.K (MD+Personality Problem —神経症的, 抑制的—)				K.S(MD)+Person ality Problem, —ヒステリー性格—				K.M (** K.M (強迫神経症+ MD)				N.S (MD+Person ality Disorders —神経症的→精神病的)				H.M (MD+Person ality Problem —強迫性格—)				H.K (MD, 未熟性格 ** T.F (MD)							
	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計				
	治療回数	29	30	29	88	27	27	27	81	28	28	28	84	19	19	19	57	21	20	21	62	19	18	19	56	19	19	19	57
呼びかけ	0	0	4	4	56	48	26	130	27	12	10	**49	6	6	5	17	13	5	4	*22	1	0	0	1	1	2	2	5
応答	3	10	23	**36	17	14	14	45	28	21	30	79	9	8	5	**36	28	15	4	**47	1	0	2	3	7	0	1	8
非言語的	0	2	1	3	6	2	20	**28	9	6	1	*16	4	5	7	16	2	8	5	15	3	0	4	7	1	3	1	5
呼びかけ	9	1	0	10	8	3	0	11	4	4	0	8	9	1	0	10	0	0	0	0	0	3	4	1	8	0	1	0
非言語的	5	2	0	7	1	2	0	3	0	11	1	12	7	4	0	11	2	2	0	4	2	6	0	8	0	0	0	0
応答	14	11	7	32	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	1	0	0	3	3	5	1	0	6	0	2	4	6
単語	3	5	0	8	0	0	0	0	3	1	4	3	0	0	1	3	1	0	0	1	2	0	2	4	1	0	1	2
雑言	0	0	0	0	0	0	6	*6	0	3	2	5	11	2	4	*17	0	0	0	0	0	0	1	7	*8	0	0	0
徘徊	7	1	0	**8	25	5	4	**34	63	18	14	**95	10	0	2	**12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

U.H (接枝分裂病の欠陥状態)

M.K (MD+Person
ality Problem
—ヒステリー性格—)

Y.H (MD, 未熟性格)

U.N (Personality
Disorders+MD
—自閉的性格—)

S.W (MD+Person
ality Problem
—未熟, 依存的一)

時期	M.K (MD+Person ality Problem —ヒステリー性格—)				M.H (MD+Person ality Problem —怪梁病的一)				Y.H (MD, 未熟性格)				U.N (Personality Disorders+MD —自閉的性格—)				S.W (MD+Person ality Problem —未熟, 依存的一)			
	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計	初期	中期	最近	計
	治療回数	13	14	13	40	4	3	4	11	7	7	7	21	2	2	2	6	5	5	5	15
呼びかけ	22	32	13	67	13	19	9	41	2	0	1	3	1	3	0	4	0	8	0	8
応答	9	11	9	29	10	12	9	31	1	1	1	3	6	1	1	0	2	0	1	0
非言語的	9	6	7	22	13	5	15	33	1	1	2	4	1	1	1	3	1	1	1	3
非言語的	1	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼びかけ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非言語的	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
応答	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単語	0	0	0	0	1	1	2	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
徘徊	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	10	0	0	0	0	2	0	0	2

(注) 5%水準有意差項目 *
1%水準有意差項目 **

表現技術には言葉を使って話す、文字で書きあらわす、身振りが主となり言葉は補助的手段となる身振り+言葉の三つの技術が考えられるが、彼等の変化の状態をみると次の通りである。沈黙から言語で表現するようになった者は3名で、他の者は言葉数が多くなったり、たのしんで表現する段階であり、変化のない者は2名である。文字による表現では記号からかろうじて文字を書くようになった者が2名で、文字数が多くなった者が6名みられる。身振り+言葉では沈黙から言語表現が可能になり言葉の足りない分を身振りで補っている者が1名、身振りが主で補助的に言葉を使う者が1名である。主題についての関心度は、最も高く意欲的に取組もうとする主題が社会見学やクリスマス、ひなまつりなどの季節の行事や催しものである。

現在までの経過をふりかえってながめてみると次のようなことがいえる。

まず主題について考えようとする態度があらわれてきた。

思考の幅がひろがり単に状景の描写だけに終らず感情や意志、希望なども作品に表現される傾向がみられた。

発表様式としての詩的形態になれてきた。

創作ムードがみられ、創作態度が意欲的になってきた。

しかしながら創作詩を媒体とする言語表現活動の場合、適切な対象の選択、創作への導入技術とその展開の方法など多くの検討すべき問題が今後に残されている。

次に最近の実際例をあげておく。

まず最初の段階は会話の段階で、主題が一応全員に認識された後、はじめて治療者との対話に入る。主題を中心として対話を発展展開させながら一つの詩を生み出してゆくのである。

まず会話の段階からみてみよう。

治療者…“誰でもみんな手がありますね、手のない人はここにはいませんね”

みんな一斉に自分の手をながめる。

S君…“わあ、ぼくの手、きたない”

Yさんは机の下からそっと自分の手をなでている。

Hさん…“私の手、冬になるとひびがきれるの”

そういいながら自分の手をみんなにみせる。

M君…“ぼくの手、大きいよ”

Sさん…“ぶつときつかう”と叫ぶ。

治療者…“あら、Sさんは人をぶつときだけ手をつかうの？ お仕事の時は？”

Fさん…“お茶碗を洗うときもつかいます”

治療者…“そうね、手ってお仕事するときもつかうし…それから大きい手、ちいさい手、かわいい手いろいろね…けがしたときなんか…”

K君…“ぼくこまっちゃう”

M君…“かわいそうだよ”

Hさん…“私の手、ふとってこまっちゃう”

Sさん…“O君の手、いつもきたないよ”

など、その形、その色、用途、手に対する心情がひと通り全員から発言される。沈黙の者には治療者が問いかけ又はメンバーの誰かが話しかけるようにする。こうして、その日の主題が“手”であること、自分の手について何かしらのイメージがみんなの心の中にうかびあがった頃に、治療者は再び、意図的に、自分自身の手をひろげ“先生の手、こんなに大きくてカサカサしてるでしょう、でもね、この手とっても大事なの…もうすこしちいさいといいなあと思うことあるけど…みんなも自分の手のこといろいろ考えて感じたまま、思ったままをいつものように詩につくりましょうね”こうした会話を経た後で治療者とメンバーの一对一の対話が始まる。

治療者…“さあK君、K君の手について思ったとおりいって下さい。

K君…“ぼくは毎朝、新聞配達するので手がかじかむ、こおるときもある。

(ここまでいって展開がとまる)

治療者…“凍っちゃったら大変ね、そんな時どうするの”

再びK君はつづける。

K君…“手をストーブであたためる。ぼくの手は、洗濯にもつかう手 それから手はきれいだ (ここまできて又ストップする)

治療者…“K君の手って小さい方かな、いろんな仕事するでしょう……遊ぶときも使うわね…”

K君又続ける。

K君…“ぼくの手は大きい、かばん持つ手 この後数分、用途や遊びの詩句が表現されおしまい、きつぷもつ手 で沈黙してしまっ。そこで治療者は“K君の手、いろんなことちゃんとできる手ね、大切ね、それとも、どうも思わない?”と言葉をかけるとK君は“あっそうだ”とちいさく叫び、ぼくの大事な大事な手 と大きな声でいい、それでおしまいとする。

こうした過程を経て生れたのがK君の作品である。

ぼくの手

ぼくは毎朝

新聞はいたつをするので

手が かじかむ

こおるときもある

ぼくは 手を ストーブであたためる

ぼくの手は

せんたくにもつかう

手 それから手はきれいだ

ぼくの手は大きい

かばんをもつ手

新聞もつ手

じてんしゃをひっぱる手

テレビをつける手

じぶんで洋服をきる手

きつぷをもつ手

ぼくの大事な大事な手

作者 K

(2) 絵画療法

絵画療法は現在までにフィンガーペインティング、近くの里見公園や前庭での写生、人物、花、壺などのデッサン、自由画、はり絵や楽焼などを行なってきた。特にフィンガーペインティングは情緒的治療の見地から重視し隔週ごとに実施している。

絵画療法スケジュールの一例

月 日	テーマ及び内容	材 料 用 具
7月1日	フィンガーペインティング	えのぐ、大判画用紙、のり、粉石けん
8日	風景写生(里見公園にて)	画用紙、クレヨン
15日	フィンガーペインティング	えのぐ、大判画用紙、のり、粉石けん
22日	自由画	
29日	課題画—人物描画—「片山先生」	画用紙、えのぐ、クレヨン
8月5日	フィンガーペインティング	えのぐ、大判画用紙、のり、粉石けん
12日	はり絵	のり、いろがみ、画用紙
19日	フィンガーペインティング	えのぐ、大判画用紙、のり、粉石けん
26日	課題画—「キャンプの思い出」	画用紙、えのぐ、クレヨン

治療開始当初は作業及び製作意欲はほとんどなく、配色、構成、技能なども未熟であったがしだいに意欲があらわれ態度の改善もみられるようになり描画技術も進歩向上してきている。

初期にあっては描画に集中できずに私語や徘徊が多かった。

集 団 治 療 記 録						
昭和39年1月23日 木曜日 10時20分～11時0分						
集 会 名	絵 画 療 法	場 所		デイケアセンター		
担 当 者	S	記 録 者		T		
プログラム	自 由 画					
	患者 計 ()	出 席 者 計 ()	家 族 計 ()	職 員 計 ()	訪 問 者 計 ()	
1	T . K			S		
2	T . Y			T		
3	K . S					
4	K . M					
5	K . K					
6	M . K					
7	S . K					
8	I . N					

水彩の絵具を出しておいたが誰も使おうとしない。K, K oはすすめても書かない。K aは落ちつかず徘徊が多い。

NとS及びYはおしゃべりに夢中になっている。Mは全然参加せずソファに横になり、ねそべっている。K uだけが周囲を無視し、一人黙々とクレヨンで絵を描いていた。

最近では全員が集中力も高まり、意欲的に取組み楽しそうである。

集 団 治 療 記 録 用 紙						
昭和40年7月1日 木曜日 10時10分～11時0分						
集 会 名	絵 画 療 法	場 所		デイセンター		
担 当 者	S	記 録 者		W		
プログラム	フィンガーペインティング					
	患者 計 ()	出 席 者 計 ()	家 族 計 ()	職 員 計 ()	訪 問 者 計 ()	
1	H . M			S		
2	K . S			W		
3	M . K			K		
4	K . M			T		
5	M . K					
6	H . K u					
7	Y . H					

8	U . H				
9	T . F				

全員楽しそうに絵具を画面へぬりたくる。いろいろと各自のもっている感情の表出がなされるようになり、回を重ねるにしたがい治療効果があがってきている感じをうける。

K u…赤色を作業準備の時にかきまわすように指導したら「赤!」「まわすの!」と反応しコミュニケーションがある程度つくようになってきた。ペインティングはたのしそうに、にこにこ笑いながら緑, 黒, 紫色をべたべたぬりたくっていた。かなり意欲的であった。

M . K…赤, 紫, 緑色でチラシ模様をつくりその上を両手でごしごしこすっていた。

K . M…「水野くん!水野くん!」と呼びかけながらペインティングを行なう。まだ画面の一部しかぬらない。手の汚れをしきりに気にする。神経症的。

K . S…赤色をつかい指先で人物を二人かき,「桜井先生に私がしかられているところ」などとひとりごとをしゃべりながらもたえずセラピストの行動を気にし, 目で追っている。

Y . H…はじめてなのできもち悪そうに指先だけを使い, 黒色で汽車の絵をかく。

M . K…赤, 茶, 黄各色を使い両手で画面一杯にごしごしぬりたくることに熱中し, 日頃は多弁で自己顕示的なのに, ペインティング中はまったくおしゃべりがきかれなかった。

O . H…絵具を画面へべたべたたらしその上を両手ではげしくこすりまくり「イーセン, イッチャッタ!」とごきげん。しまいには絵具の入れ物で画面をこすりつけていた。内在する抑圧感情の表出がかなりおこなわれているように感じられた。

T . F…主として右手で画面一杯にぬりたくる。表情が明るくなり, 意欲的になってきた。

H . M…指先だけを使いペインティングを行なう, 神経症的傾向がまだつよい。

集 団 治 療 記 録						
昭和40年10月7日 木曜日 10時10分~11時0分						
集 会 名	絵 画 療 法		場 所		デイケアセンター	
担 当 者	S		記 録 者		S	
プ ロ グ ラ ム	メンバーの希望により描画, はり絵二群に分けて製作					
	出		席		者	
	患者	計 ()	家族	計 ()	職員計 ()	訪問者計 ()
1	U . H	Y . H		S		
2	T . F	U . N		W		
3	S . W			K		

4	H . K u					
5	N . S					
6	H . M					
7	M . K o					
8	K . S					
9	M . K					
10	K . M					

参加メンバーの希望をとったところ、はり絵と描画を希望する者がほぼ同数なので、はり絵と描画の二群に分けて行なうことにした。

(1) 描画グループ

K . S…絵具を使用してセラピストの顔をかく、色彩は黒ずんだ色を使い時々M . Kに話しかける。情緒不安定でおちつきがなく、たえずセラピストのことを注視している。

M . K…電車を画面一杯に大きくかき色彩は極めて明るいエンジ色を使い絵具でかく。

K . Sからの呼びかけには簡単に応答する程度で楽しそうに製作を続ける。

N . S…エレベーターを絵具でなぐりがきをし、2枚目は太陽をかく、あまり意欲的でなく、じっくりと取り組もうとする気配がみられず表層的な感じ。

H . K u…めずらしく朝の集まりの時に顔をかくと主張し熱心に顔を二つかき、一つに色をぬっていた。

Y . H…クレヨンを使い、朝の集まりの時に主張した象をかいていた。構図は動物園で人が象をみている絵。

かなり自主的意欲的になり、いままでの傍観者の態度が変化を生じてきた。

M . K o…ピアノを写生した。技術的にはさほどの変化を示さないが、写実的な絵になってきた。クレヨンを使用。周囲の事物に対する興味関心や理解が深まり意欲的になってきており、抑制がとけてきた感じ。

(2) はり絵グループ

O . N…きわめて小さく色紙を切り忍者（火えん、木の葉がくれの術）の絵をエンピツのしんの先のにのりをつけ、たんねんに色紙をはりつけていた。

T . F…金銀色で模様を黙々とほる。

H . M…T . Fのまねをして模様をつくるが手先は器用でない。

かなり緊張がとけてきてはいるがまだ自信のなさが目立つ。

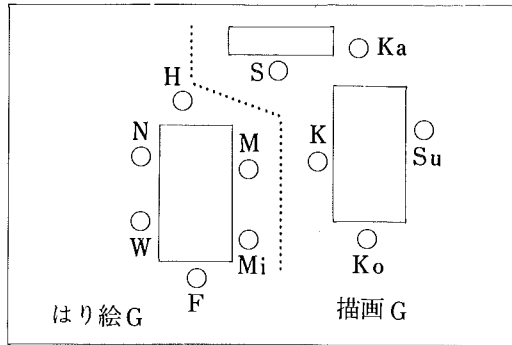
S . W…ここにこ笑いながら熱心に紫色の紙を切ってはる。まとまってはいるが、何の形かよく分らない。意欲的になり緊張がとけてきた。

K . M…ねむそうで作業はほとんどやらない。しかし最近は何かがほとんどみられない。

U . H…前回の続きの色紙でチューリップをつくる作業を熱心にやっていた。かなり手先

が器用。意欲的である。

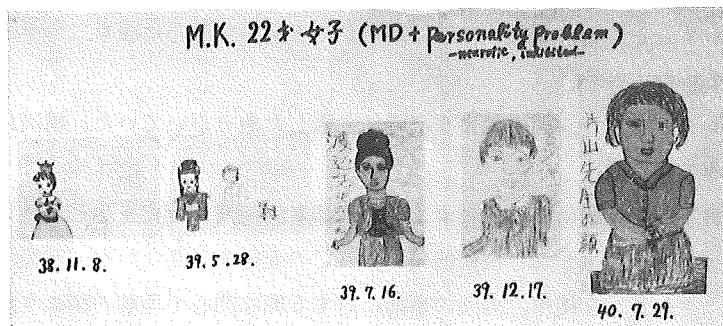
K・Mを除き作業への集中度が高まり、おしゃべりもほとんどしない。多少K・Sがしゃべる位で皆熱心に黙々と製作を続ける。作業意欲、態度ともに進歩向上がみられる。



現在までの治療過程を通じて13名中8名に描画変化がみられ、そのうちの3名は次のような顕著な変化を示している。

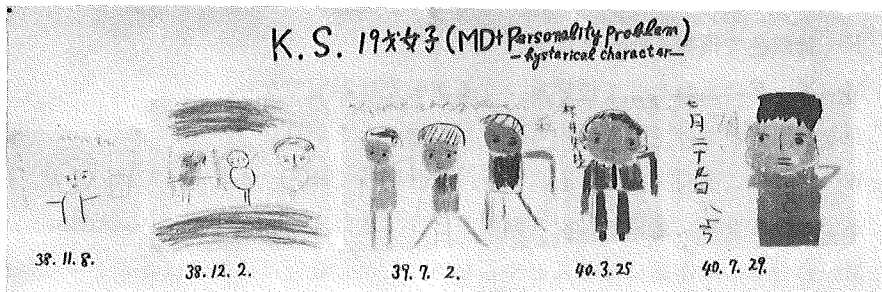
M・K

ぬり絵的描画から自発性のある絵に変化し、写実的で大胆に大きく描くようになってきた。



K・S

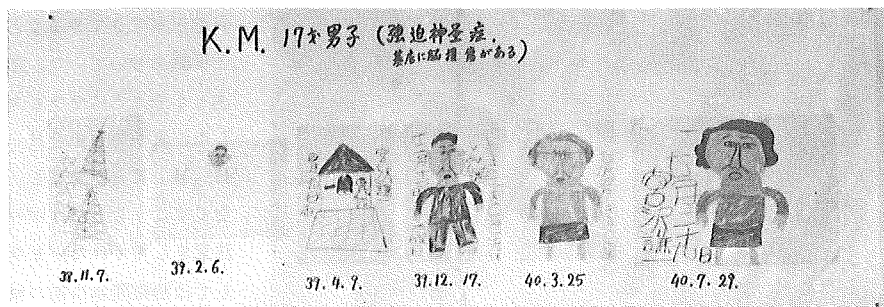
形、色の使いかたなど描画技術の進歩がみられ、多数雑多にかいていたのが一つにまとまりをみせてきている。



K . M

線画であったのがしだいに色がつき、安定してきた感じをうける。

色彩も豊かになり全体的に丸味をおびてきた感じで神経症状がおさまってきているような印象をうける。



(3) 作業療法

(a) 木工

現在までに状さし、ブックエンド、腰かけ、流し用すのこ、浴用すのこなどの製作を通じて情緒の安定と改善を目ざしてきた。

最近のグループメンバーの状態をみると自己を自由に表現することができるようになり内在する緊張、不安、葛藤が解消、軽減され、しだいに主体性、自主性が表われ行動に対する計画性ができた。

治療開始当初には鋸、カンナ、金槌、きりなどに恐れをいだき、その使用には逃避的であった者も回を重ねるにしたがい、しだいに自信が生まれ意欲的になり、かなり巧みに操作ができるようになってきた。彼等の作業態度も著しく改善されてきている。

彼等の変化の状況を行動観察記録をたどってながめてみよう。

40年4月5日

キビガラ細工

N . Sは自分が興味をもつと意欲的に熱心にやるが、興味がないとてこでも動かず勝手なことをしていいる。H . Mは自信に乏しく、たえず他のメンバーの様子を気にしながら作業を行ない、セラピストに家のこと、家人のことなどをどもりながら何度もくりかえして喋り注意をひこうとする。M . Kは多弁で作業中、私語がたえない。しかしそのすべてがセラピストに向けられた発言である。

40年6月21日

すのこサンドペーパーかけと組立作業

今日は準備から後片付けまでメンバー達が自発的

に行ないセラピストの指導助言を必要としなかった。

H . Mは金槌でたたいてすのこを組立てる作業を行なった。彼は緊張がつよく抑制的で過度に用心深い性格の持ち主であるが、金槌でたたいて組立てるという作業を通じて抑圧されていた攻撃性が表出され金槌で材木をたたきつぶしてしまった。その時の状態はあたかも衝動を抑えきれずにたたきつけるかの如くで時には自分の手をたたいてしまった。

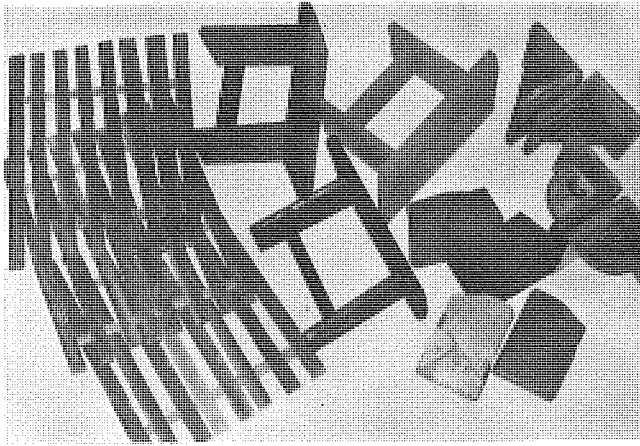
40年10月4日

浴用すのこの組立て

木材を組立て180 cm×70 cmの大きなすのこをつくりあげる作業で床に木材をおき、協同で作業を行なった。

K・Mは最初の20分位は徘徊していたが自発的に
N・Sのそばへきて仕事を手伝いはじめた。N・S

はさかんに「これをどこで使うのか、浴槽はつくら
ないのか」などとセラピストに完成後の処置などに



木 工 作 品 の 一 例

ついて問いかけてきた。M・Kは
作業に没頭するとほとんど口をき
かない。Y・Hは他のメンバーに
釘をとってきてやるなどいろいろ
と世話をやいていた。すのこの横
木をうつときにセラピストの指定
した位置が悪いのをH・M、Y・
H、M・Kらが発見し「そこじゃ
なくてこうしたほうがいいよ」と
注意をしてくれた。セラピストと
しては治療開始当初の無意欲、無
関心の状態を思いだし、ここまで
成長した彼等を発見したことによ
ろこびを感じうれしかった。

木工スケジュールの一例

内 容		材 料
10月25日	自由課題 { Y・H一家	木材, 大工道具 ニス, ペンキ, 刷毛等
11月1日	〃 { N・S } ポスト	
11月8日	〃 { K・M }	
11月15日	〃 M・K—電車	
11月29日	粘土細工又は石こう	粘土, 石こう
12月6日	〃	
12月13日	版 画	版木, 彫刻刀, 画用紙
12月20日	〃	

これまでの作業は殆んどが協同作業であり、セラピストの方から課題を指定しておこなったが、次には各自めいめいが、好きなものをやりたいとの発言が多かったために自由課題とした。しかし、実際にやり始めてみないとどの程度自主的にできるかわからないために、4回分それに時間をわりあてたが、予定を変更することもあると思う。なお、材料は改めて取そろえる必要はなさそうである。

(b) 手 芸

月曜日は女子のみのグループ、木曜は男女合同で行ないセラピストも曜日によって異なるが両者をまとめて現在までの経過をながめてみよう。

手芸は比較的セラピストとメンバーの1対1の個別的接触に限られやすいが、できるだけ彼等をグループとして扱い、集団内での役割の分担と遂行に留意し、情緒の安定と改善、人間関

係の改善をめざしてきた。

手芸スケジュールの一例

期 間	項 目	製 作	材 料
7月1週	スエーデン刺しゅう	小物入れ	布地, 刺しゅう糸・針
2週	〃	〃	〃
3週	ミシンかけ (出来上った刺しゅうの布地の縁をミシンかけする)	〃	作品, ミシン, 糸, 針
4週	アプリケステッチ		布地(白) 刺しゅう糸, 針
8月1週	アプリケステッチ	レター入れ	既製の材料を使用(布, 針, 糸)
2週	〃	〃	〃
3週	〃 (出来上りの予定)	〃	〃
4週	洗 濯	木綿, 毛の違い及び しみ抜き	木綿, 毛(絵の具, 食品のし みのついた布地) 洗剤, アイ ロン台

アプリケステッチを利用した「Letter入れ」は既製の材料を使用しますが、色彩の点からも明るくきれいな配色が用意されている。又、アプリケステッチの技法もごく簡単な作業の繰り返しなので、興味をもってやれると思う。

治療開始当初は作業に対する集中力、持続性に乏しく、作業意欲もほとんどみられなかったが、しだいに作業態度、意欲が改善、向上し、技能面の進歩もみられるようになり情緒的にも安定をみせてきている。

初期にとりあげたものは生活に密着したもので、完成品をすぐ実用に供せるものとして調理用のエプロン製作である。簡単な刺しゅう、三つ折り縫い、見返しつけ、ひも作り、ひも通しから成り、これらの工程の大部分は、メンバー達が今迄に体験していると報告したものである。技能は全く各自まちまちであったが、布を扱うこと、縫うことに対する意欲は全般に低調で、臆病な態度が目立ち、セラピストが側に付いて、一々世話をしている時以外は、殆んど何もできない。かなりの技術をもっている者も周囲に関心を向けず、という状態が相当期間続き、完成までに8～13カ月を要した。エプロン完成の頃から手芸に興味を示し、いくらか意欲的になったのが認められてきた。

ミシン掛けの練習(人形の服作り、雑布etc)、うちわ作り、ローケツ染、と次第に巧緻性を増しながら、彼等にとって新しい体験を含む材料を選定して与えてみたのを中期と名付ける。この時期にも自分に出来るとわかっているものだけしかやろうとしない、臆病な、閉鎖的な態度が依然として強いものと、とびついてやり始めるが、出来なくてすぐに放棄して、徘徊、攻撃、逃避などの行動をとるもの、とが見られ、モチベーションを高めるのに工夫を要したが、

初期に比して全般的に意欲も高く生き生きした態度が見られ、周囲の者に関心を向け、上手な者は未熟な者の手伝いをし、下手な者は自らの成果を批判してやり直す場面も多くなってきた。

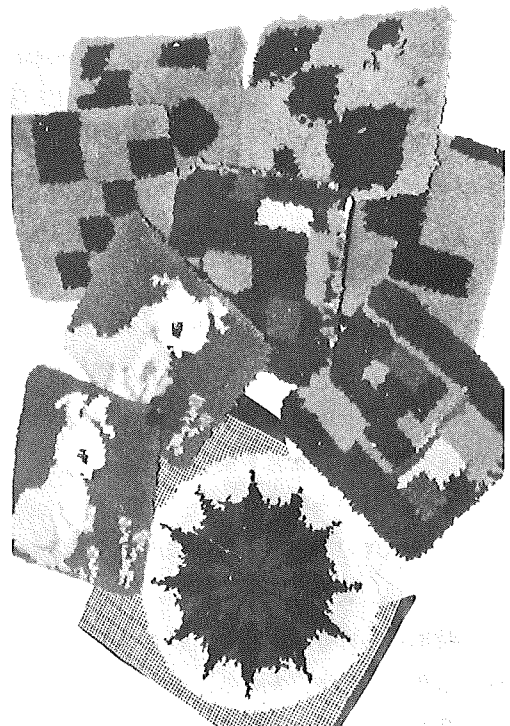
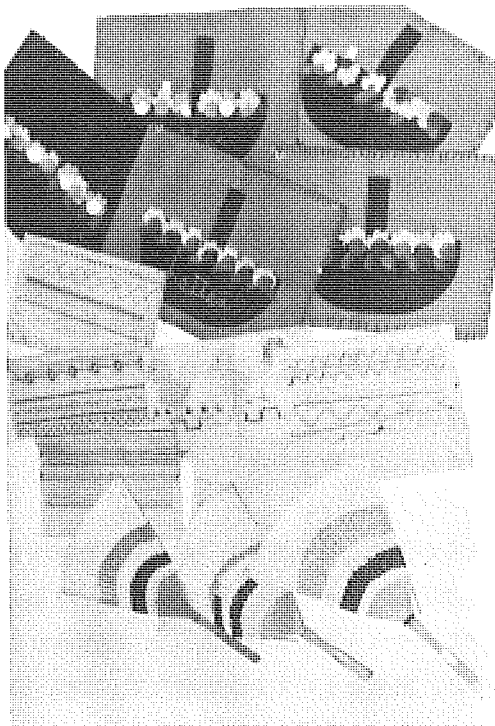
1年8～10月頃から、かなりの巧緻性と根気を要し、完成までに時日を要する材料（クッション作り、織物、じゅうたん作り）を与えた。新しい経験に対する態度は、まだ以前と同様ではあったが、不安定状態ははるかに少なく、技術をマスターする期間は非常に短縮された。技能の巧拙は如何ともし難いものが多いが、失敗に対するトレランスも高くなりつつあるように見られ、周囲とのバランスを考えつつ行う、という協同作業的な雰囲気が出てきていてグループとしての向上は著しいものがある。

個人別に見ると、治療開始から現在までに技術面の進歩著しいもの、態度意欲が目立って改善されたもの、たいした効果が認められていないもの等におけることが出来る。以下に二、三の事例を記してみる。

K.S.は初期には非常に饒舌で飽きっぽく、新しい経験を避けようとする態度も強く、一度の失敗で放棄してしまい、まとまった作品を望むことは不可能な状態であった。現在は速度は遅いが、根気よく取り組む態度が出てきて、周囲に気を散らすことも少なく“上手に、きれいにやる”ために、自ら何度もやり直しもする状態となっている

M.K.は、器用で学習能力も高く、作品の質も量も優秀であるが、最初はグループから離れて一人だけでセラピストより与えられたものだけを黙々と続けており、方法や材料などで行き詰った時も、セラピストが気付いて声をかけるまでストップしていた。治療経過と共に次第に態度の硬さがとれ、セラピストに近寄り、やがて仲間にならなって手芸を続けるよ

手 芸 作 品 の 一 例



うになり、時々セラピストや仲間をついたりしてふざけるようになってきた。最近セラピストから与えられるものではあきならず、自分でかなり高度な材料を探し出してきて、セラピストに教わりながら行い、時々近くの仲間に教えたり、片付けを手伝ったりして過ごしている。

H.K.は、動作すべてのろく、仕事をする意欲も認め難く、初期にはセラピストが側にいて手をとって布を持たせなければならなかった。それがしだいにはしゃぐことが多くなり、歌いながら針を運ぶ場面も見られるようになってきて、動作も、作業速度もスピーディとなり、自ら道具や材料を持ち出して、自分の作品をセラピストに誇示するようになりつつある。

K.M.は、最初は強迫的な常同行動が多く、手芸には目もくれず、徘徊や独語をくり返していた。が、グループ全体が安定して来るにつれて、少しずつ仲間に加わる意欲をみせてきて“やりたい”と意志表示をする時が出てきたが、セラピストが側についている時だけ落ちついて作業をし、セラピストが離れると不安定状態になって中止してしまう状態が多い。殊に仲間同志何か言われた時や、参観者のあ

(4) レクリエーション活動

レクリエーション活動としては現在までに器楽合奏、レコード観賞、合唱及び独唱、ホークダンスなどの音楽に関係のある種目を月曜日に行ない、ボール遊び、卓球、ハンカチ落とし、野球、ボーリング、ハイキングなどのスポーツ又は身体的運動機能に関係のある種目を木曜日に実施してきた。

レクリエーション活動は治療開始当初は興味関心の開発、増大と意欲の出現をうながすためにグループメンバーの希望するもののみを行なってきたが、彼等の生活経験の乏しさからくる同一種目、内容のくり返し、マンネリズムの傾向が目立ってきて一部に興味関心の停滞、減退がみられるようになってきたので、最近では隔週にセラピストからいくつかの種目を提案し、その中から彼等の希望するものを選択させる方法を併用している。

その結果、彼等の興味関心は以前にくらべ増大し、集団、ゲームへの積極的な参加が得られるようになり生活意欲の向上、情緒的安定、人間関係の改善などの治療目標に向って大きな前進が期待できるようになった。なおセラピストの方から新しい種目、内容を提案する場合には前回すでに経験したのものの上に新しい内容をもり込んだものを積重ねていくように配慮している。

その一例としてボール遊びを次にあげてみる。

る時などは、以前の状態に戻り勝ちである。

T.F.は以前は他のメンバーとの交流がなく、孤立的であり、セラピストとの関係も稀薄で、作業の途中で一段落しても「この次は……？」とたずねるようなことはせず黙って手を休めていたが、最近では「出来ました」という言葉でセラピストに対し次の行動を促すようになってきている。仕事は大ざっぱで技能面の進歩はあまり見られないが、表情はかなり柔らかく明るくなってきて意欲的になってきた。

U.H.は以前にくらべ落ちついて集中して作業ができるようになってきた。過去に経験のあるものには積極的であるが、はじめてのものには「出来ないよ」と逃避してしまい、自信のなさがみられる。

M.H.は多弁、徘徊が多かったが最近はかなり落ついてきた。最初は針で布地を縫うことが出来なかったが入所3カ月頃から縫い目はまっすぐではないが布地を縫えるようになってきた。

S.W.は依存的な態度が改善され、自発性が見られるようになった。治療開始当初は糸が針穴に通らないと涙をうかべていたが、現在では直線縫いができるようになり、それに準じたものならばある程度作業が可能になってきた。

レクリエーション活動における〈ボール遊び〉の内容

種目	用意するもの	遊び方
ボール送り (Ⅰ)	バレーボールあるいは バスケットボール 2コ	グループを二組に分け一列に並ばせ、ボールを頭の上から送らせたり足の下をくぐらせたりして競争をさせる。
ボール送り (Ⅱ)	同上。	各組から20メートルぐらい離れたところに折返し点をつくり、ボール送り(Ⅰ)に、走って折返し点を通過させることをつけ加える。
ボール送り (Ⅲ)	同上。	ボール送り(Ⅰ)に横の変化をもたせる。
ボール送り (Ⅳ)	バレーボール 2コ 古新聞	古新聞二枚を二つに折ってこれを細い棒状になるように巻いて紙の棒をつくる。グループを二組に分け一列に並ばせ各組にボールと紙棒を与える。各組から20メートルくらい離れたところに折返し点を作り、メンバーは紙棒でボールをころがして折返し点を一周して次に渡す。
ボール運び (Ⅰ)	一グループに対して 画板大の紙 1枚	二人一組のグループを二組つくる。画板大の板の四方を二人で持ってその上にボールをのせ、目標をきめておいて、そこまで走ってボールを運ぶ。ボールを落さないように二人で最後まで気を付けて走る。
ボール運び (Ⅱ)	一グループに対して 新聞紙 2枚 バレーボール 2コ バスケットボール 2コ	ボール運び(Ⅰ)を応用して新聞紙 2枚重ねたものの上に、バレーボールとバスケットボールそれぞれ一個ずつおき、四方を二人で持って目標の折返し点を回って運ぶ。
ボール投げ (Ⅰ)	バレーボール 2コ	二組に分けお互いにむかいあわせて各組の両端の人にボールを渡し、斜めに一人あるいは二人おきにボールを投げていく。
ボール投げ (Ⅱ)	バレーボール 2コ	二人一組のグループを二組つくる。折返し点をきめて二人でボールを投げあいながら走る競争をする。
ボールつき	バレーボールあるいは バスケットボール 2コ	二組に分け折返し点をつくり、そこまでボールをドリブルしながら回る競争。
ボールけり	バスケットボール 2コ	二組に分け折返し点をつくりそこまでボールをけりながら回る競争。
ボール渡し (Ⅰ)	バレーボールあるいは バスケットボール 1コ	全員で円をつくり右から回したり左から回したりしてボールを次の人に渡していく。だんだん速度をはやめていく。
ボール渡し (Ⅱ)	バレーボールあるいは バスケットボール 2コ	ボール渡し(Ⅰ)を応用し、円の中に出発点を作りそこから2コのボールを逆に回したり、一人おきに回したり、2コのボールを同じ方向に回したりして競争させる。

昭和40年6月3日と11月18日の記録を対比させてみると、グループメンバーの行動の変化の状態が理解できるであろう。

昭和40年6月3日 ドッチボール 精研の庭にて (P.M. 2:00~2:50)

No	member	性	個人 の 状 況
1	M・K	女	ボールを受けること、投げることはうまいが、グループの中では存在がめだたなかった。
2	K・S	女	ゲーム中におしゃべりが多い。ボールは受けようとするが受けきれなかった。
3	K・M	男	メンバーの中ではかなりリーダー的な口振りだが、あまりじょうずではなく、ボールを受けるより逃げる方。
4	N・S	男	一応参加しているという状態。ゲーム中に独語が多かった。動作は逃げる方だけ。
5	H・M	男	一番ボールの投げ方が強く、受けること、投げることに巧みであった。ボールでついた汚れをひどく気にしていた。
6	H・K	女	声をかければ入ってくるが唯つっ立っているだけ。原因不明の笑いが多かった。
7	T・F	女	一応参加しているが、あまり楽しそうでもなく、ほとんど無表情。ボールをうまく投げたり、受けることが出来た。
8	U・H	女	ボールを投げること、受けることにうまい。N・Sをよく相手にしていた。
9	M・K	男	フラフラしていて誰が声をかけても参加しなかった。Dr.(K)のメガネに興味持って側を離れなかった。

11月18日(木) 2時~2時50分 ボール運び(I) ボールつき ボール送り(IV)
 ボール送り(I) ボールけり 於:精研の庭

No	member	性	個人 の 状 況
1	M・K	女	ボール遊びに対してとけ込んでいるようである。
2	K・S	女	常に先頭になっていた。他のメンバーの失敗をけなしたりしていた。
3	K・M	男	順番が待てなく列から出たり入ったりしていたがゲームに参加し、動作は鈍いが一通りこなしていた。
4	N・S	男	うれしいことがあったのかずいぶんはしゃいでいた。ボールつきがあまり良くできなかったのでキックボールをやりたいときかんにセラピストにいう。
5	H・M	男	動作はかなりきびきびしている。他人に対しての応援の声がでてきた。K・M(男)が順番をみだすと呼びとめたりしていた。
6	H・K	女	積極的に参加。ボールを運ぶのに非常に慎重である。突然笑い出すようなことがなくなった。
7	T・F	女	出発点と折返し点の距離間隔がわからないらしくボールを違う方向にけっていた。
8	U・H	女	ボールの扱いはうまいがグループの中での行動が目立たない。
9	M・K	男	相変わらず一番前に出たがり常に先頭になっていた。K・Y(女)のことをしじゅう気にかけていた。
10	M・H	女	途中からぬけ出して一人でブランコにのって大声で歌い出した。つれもどしたか笑ってばかりいてボールが手につかない。
11	Y・H	女	「ガンバレ」「ガンバレ」と他に対してさかんに呼びかけていた。対抗意識が出て来たようである。
12	U・N	女	セラピストが声をかけないと列に入らなかった。ボールについていけない。
13	S・W	女	セラピストが声をかけるとちゃんとゲームを行なう。楽しそうだった。
14	K・Y	女	まだメンバーになれないせいとおどおどしていた。

家 族 会

治療開始当初は自分の子供のことに関する一方的な発言に終始し、しかも投薬ないしは外科的処置による改善のみを期待しグループとしてのまとまりはほとんどみられなかった。回を重ねるにしたがいメンバー個人の問題をグループ全体の問題として考えるように態度が変化してきた。また自主的に会費をだし合い当番をきめ、毎月の家族会の折の茶菓の準備をするなど親どおしの相互的共感が高まり、それが子供の取扱いや親自身の精神衛生に好ましい影響を与えるに至っている。

デイケアセンター日誌（年次記録）

昭和38年11月4日～現在

昭和38年11月4日	デイケアセンター開所式
11. 28	第1回社会見学（後樂園，新宿御苑）
12. 9	家 族 会
12. 26	クリスマス会
39. 1. 9	新 年 会
2. 3	家 族 会
2. 13	第2回社会見学（三越デパート）
3. 2	ひなまつり
4. 13	第3回社会見学（三里塚牧場，成田山）
5. 11	こいのぼり
6. 1	潮干狩（谷津海岸，谷津遊園）
7. 6	七夕まつり
7. 27	家 族 会
8. 27	第4回社会見学（正丸峠ハイキング）
10. 8	八幡学園との交歓会
11. 2	第5回社会見学（済美職業訓練所，旭出養護学校，東京都精薄者更生相談所）
12. 24	クリスマス会， 家 族 会
40. 1. 14	家 族 会
1. 18	新 年 会
2. 11	家 族 会
3. 8	家 族 会
3. 18	第6回社会見学（羽田空港，東京タワー）
4. 8	家 族 会
4. 22	八柱霊園遠足
6. 3	バラ園観賞（式場病院）
6. 7	家 族 会
7. 19	家 族 会
8. 19	第7回社会見学（筑波山バス旅行）
8. 26	家 族 会
9. 9	定期診断検査， 家族面接実施
9. 11	第1回合宿治療訓練 2泊3日， 茨城県水戸市常盤神社
9. 20	家 族 会
10. 28	家 族 会
11. 1	第8回社会見学（旭出工芸展，東大植物園）
11. 25	家 族 会
12. 20	クリスマス会， 家 族 会
41. 1. 24	家 族 会

6. ま と め

過去2カ年間にわたる研究の結果、現在治療中のグループメンバーのうち治療回数のながい者は187回（1年10カ月）、みじかい者で14回（2カ月）を経過した。

治療対象者の治療場面における変化としてはまず第一に情緒の安定、生活意欲の出現、強迫行為の減少、集中及び持続性の増大、人間関係の改善など情緒面、意志の面の改善が顕著である。また興味関心の増大と生活経験の拡がりから作業技術の進歩も認められる。

知的能力の面では思考、判断、推理といった中核的本質的な面よりも技能的及び社会的知識などのいわゆる周辺的知能——社会的知能とでもよばれる面にかなりの変化が認められ、13名中6名のIQ上昇がみられ、特に6名中4名が Performance Test の改善が著しいのが注目された。

描画も（配色、構成、技能）13名中8名が変化をみせている。

治療対象者の態度行動の変化

	入所当初	現在状況
抑制グループ	緘黙 強迫行為 自閉的傾向 緊張著しい 周囲への否定感情	言語反応増大 生活意欲出現 強迫行為の減少 対人接触の増大 拒否、逃避の減少 否定感情の減少
	診断：神経症的、抑制的、 精薄+強迫神経症、強迫性格、 自閉の性格	
非抑制グループ	多弁、多動 幼兒的、依存的 權威追従的	作業意欲、態度改善 作業技術の進歩 多弁多動の減少
	診断：ヒステリー性格、未熟性格、 精薄+接枝分裂病欠陥状態、 軽そう病的	

一方、家族の態度も別表のように変化をしめし、こどもの取扱いに注意を払うようになり、また自信が生まれ、家族の表情も明るくなり共感的雰囲気のみられ、子供の行動に対する理解認識が深まってきており、それにともない治療対象者の家庭における状況も改善され情緒的に安定し、生活意欲の出現がみられるようになってきている。

第7表 治療的集団活動による個人別変化の状況

No	氏名	性別	年齢	知識量 の程度	治療期間 (回数)	性格行動上の 問題(開始当 初の状態)	行動上の改善			言語活動 (表現、理解)	描画変化	I. Q.上昇	総合評価	家庭の状況	
							集団参加	自己活動	生活習慣					呼びかけに 対する反応	技能向上	家族の態度	生活態度
1	M・K (就 労)	女	22	軽 度	1年10カ月 (187)	-2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	K・S (保護工場)	女	19	中 等 度	1年10カ月 (187)	-3	±	±	+	+	+	+	+	+	+
3	K・M (職業実習所)	男	17	軽 度	1年10カ月 (187)	-3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	N・S (保護工場)	男	11	軽 度	1年3カ月 (118)	-3	+	+	+	+	+	±	+	+	+
5	H・M (職業実習所)	男	19	中 等 度	1 年 (106)	-2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6	H・K (家でぶらぶら)	女	18	重 度	1 年 (107)	-2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	T・F (就 労)	女	34	中 等 度	1 年 (106)	-2	+	±	+	+	+	+	+	+	+
8	U・H (保護工場)	女	18	中 等 度	8 カ月 (74)	-2	±	±	±	±	±	±	±	±	±
9	M・K (保護工場)	男	16	軽 度	5 カ月 (50)	-1	±	±	±	±	±	±	±	±	±
10	M・H (保護工場)	男	17	中 等 度	3 カ月 (14)	-2	±	±	+	+	+	+	+	+	+
11	Y・H (特殊学級)	女	14	中 等 度	3 カ月 (31)	-1	±	±	+	+	+	±	±	+	+
12	U・N (特殊学級)	女	15	中 等 度	2 カ月 (23)	-3	±	±	±	±	±	±	±	±	±
13	S・W (保護工場)	女	15	中 等 度	2 カ月 (23)	-2	+	±	+	+	+	±	+	+	+

(註) 1. # 治療、改善, # 良好, + 好転, ± 不変, - 悪化
 2. 性格行動上の問題 -3 著しい, -2 中等度, -1 軽度
 3. I.Q.上昇 #10以上の改善, +5以上, ±5以下
 4. 評定は6名のセラピストによって行なった。

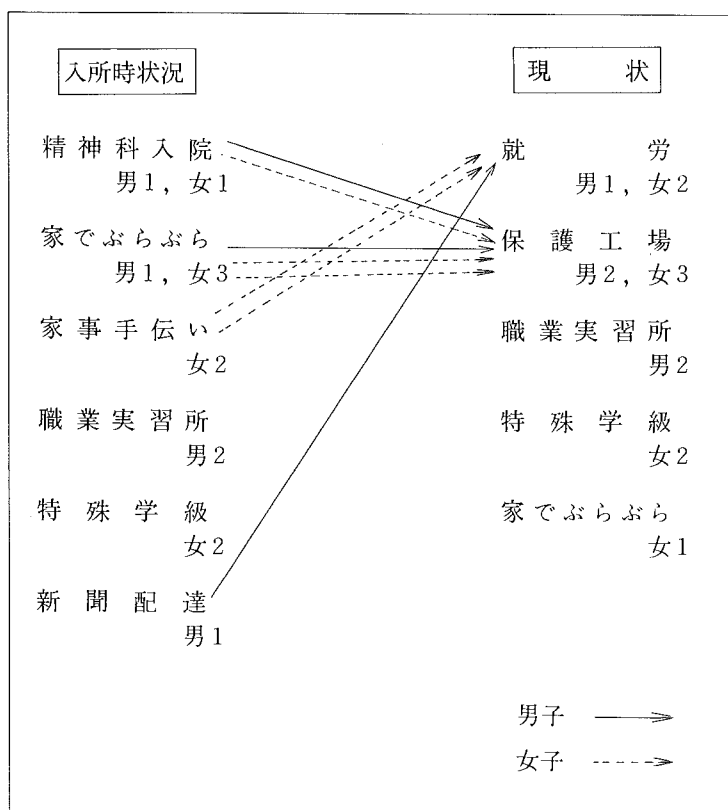
第8表 知能テストの結果の比較

氏名	性別	年齢	テスト結果の比較一覽	
M・K	女	22	V. T51 P. T65 (39.9.14) P. T73 T. T56 (40.8.18)	P. T上昇
K・S	女	19	V. T53 P. T44 T. T41 (39.10.19) P. T57 T. T56 (40.8.18)	P. T上昇
K・M	男	17	V. T58 T. T55 (37.4.1) I. Q53~63 P. T64 (ニース立方体) (40.7.2) V. T52 P. T53 T. T46 (40.9.30)	正確な測定不能
N・S	男	11	V. T73 T. T76 (37.1.26) P. T86 V. T65 T. T72 (38.3.4) I. Q59 P. T85 (田中ビネー) (39.10.5) P. T78 V. T51 T. T59 (40.8.30)	不変
H・M	男	19	I. Q36 (鈴木ビネー) (38.6.8) I. Q31 (田中ビネー) (39.9.28) P. T49 V. T41 T. T37 (40.8.18)	T. T上昇
H・K	女	18	テスト不能	
T・F	女	34	I. Q48 (田中ビネー) (39.9.28) P. T65 V. T58 T. T55 (40.9.27)	T. T上昇
U・H	女	18	V. T56 T. T46 (35.3.10) P. T49 V. T54 T. T44 (40.1.25) P. T48 V. T54 T. T42 (40.9.20) P. T44	不変
M・K	男	16	V. T36 T. T52 (37.4.1) V. T58 P. T60 P. T72 T. T60 (40.8.18)	V. T P. T 上昇
M・H	女	14	V. T36 T. T47 (40.2.16) P. T37 V. T39 T. T47 (40.5.26) P. T37 V. T39 T. T47 (40.9.29)	不変
Y・H	男	17	V. T39 T. T47 (40.6.14) P. T53 V. T39 T. T38 (40.9.29)	P. T上昇
U・N	女	15	T. T56 (38.3.30) P. T73 V. T56 T. T59 (40.6.23) P. T69 V. T58 T. T59 (40.9.30)	不変
S・W	女	15	V. T38 T. T47 (38.12.23) P. T44 V. T39 T. T47 (40.9.29)	不変

家族の態度変化

	開始当初	現在状況
抑制グループ	不安あせり大 機関への依存性顕著 子供への接近稀薄 本人に対する拒否 不安、困惑 社会的未成熟	子供の取扱いに自信がでてきた 家族の表情が明るくなった。 共感的雰囲気がみらる 本人の行動に対する理解 治療に対する意欲
非抑制グループ	子供への攻撃 あきらめ強い 甘やかし ゆとりを与えない 情緒的共感に乏しい 過干渉的態度顕著	子供の取扱いに注意を払うようになった 本人に対する認識が深まった 精神的ゆとり 表情明るく

現在状況の変化



治療対象者に対する治療効果を総合的にながめてみると第7表のごとく良好(+)2名, 好転(+)7名, 不変(±)4名の成績を収めた。

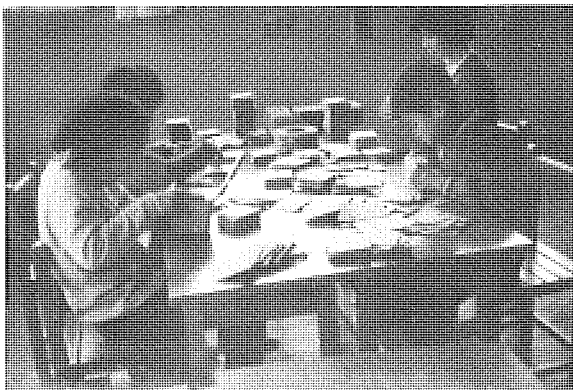
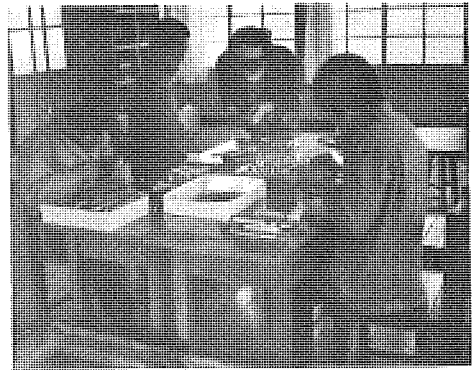
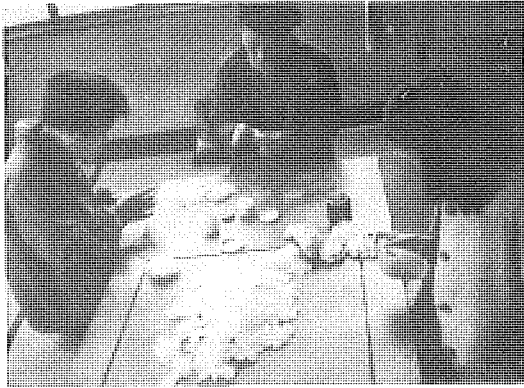
13名の治療対象者の現在状況は2名が市内のプレス製作所へ, 1名は東京三河島の紙器製造所へそれぞれ就職し, 4名は市内にある保護工場(市川精神薄弱者福祉センター)へ通所し生産活動に従事するまでに成長している。

精神薄弱者のリハビリテーションはその有



写真 上・保護工場

中右・おもちゃ部品作業
 左・造花づくり
 下・バリ取り作業



する能力、個性を生活環境へ適応できるように再編成し併せて環境を改善することによってよりよい適応状態をうみだすことにある。我々は現在までの治療過程を通じて精神薄弱者の社会生活参加，社会適応を効果的に行なう上には精神薄弱者を信頼し，社会経験を通じて社会適応性を増進し，精神療法的立場から情緒の安定，意欲の向上，興味関心の増大をはかるとともに家族との協力態勢を作ることが必要かつ重大であることを認識した。

現在、我が国における精神薄弱者の指導は生活訓練、職業指導に重点がおかれているが、精神薄弱者に対しては、まず第1に緊張をときほぐし種々の感情を発散させ解消させることにより情緒の安定をはかる。第2に治療集団内での人間関係のもち方を経験的に体験させる。第3に種々の社会的経験を通じて社会生活力を高め社会適応性を増進させる。第4に作業活動を通じて作業態度や意欲を向上、増進させることが必要であり、かかる治療的取扱いの過程を経てはじめて生活訓練や職業指導も効果を発揮することができよう。

今後の問題として考えられることはデイケアセンターでの治療効果はあがっても社会の受入れ態勢が極めて不十分であり、また家族にこのような治療活動に対する真の理解が得られにくいためにデイケアセンターから社会復帰の次の段階への移行に大きな困難が横たわっている。その解決策としては家族に対する教育啓蒙活動はもとよりのこと地域社会対策（コミュニティケア）などの展開が極めて重要であり、ナイト・ケア、保護工場、ホステル、職親など一連の社会復帰中間施設の実現とその運営管理の問題が浮かびあがってくる。

以上、二年間にわたる精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究——精神薄弱者に対するデイケアの試み——の概略、特に治療的取扱いの必要性和現在までの治療経過を述べてきたが今回はこれにとどめ、詳しい研究結果の分析ならびに考察については稿を新たに次回の機会に報告したいと考えている。

本研究にご援助ご協力賜わった関係諸機関、関係各位に厚くお礼申し上げますとともに今後のご支援を併せてお願いする。

なお精神薄弱者に対する治療的集団活動に関する研究は現在継続中であるが漸次重点を社会復帰の次の段階として必要な保護工場の機能と運営に関する研究に移行したいと考えている。

（桜井芳郎記）

附記：本論文の一部は第3回日本特殊教育学会大会、第32回日本応用心理学会大会、第13回日本社会福祉学会大会において発表した。

文 献

- 1) ARTHUR SEGAL : Social work with Mentally Retarded Adults in a Rehabilitation Setting, Social Casework December. 1964
- 2) CHARLES JUBENVILLE : A State Program of Day Care Centers for Severely Retarded, American Journal of Mental Deficiency May. 1962.
- 3) 菅野重道, 桜井芳郎, 湯原昭, 飯田誠, 山内洋子 : 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関する研究, 精神衛生研究, 第10号, 昭和37年
- 4) 菅野重道, 桜井芳郎, 山内洋子 : 精神薄弱者の社会適応に関する研究第1報, 精神衛生研究, 第12号, 昭和38年
- 5) 桜井芳郎, 高乗公子 : 成人精神薄弱者の指導に関する研究第1報, 精神衛生研究, 第13号, 昭和39年

- 6) 桜井芳郎, 高乗公子, 坂本陽子: 精神薄弱者の
デイケアに関する研究, 第13回日本社会福祉学
会大会発表論文集, 昭和40年
- 7) 桜井芳郎: 青年期の精神薄弱, 現代の精神衛生
講座, 第3巻, 青年期の精神衛生, 誠信書店,
昭和41年
- 8) 桜井芳郎: リハビリテーション, 精神薄弱児研
究, 第87号, 日本文化科学社, 昭和40年
- 9) 桜井芳郎: 精神薄弱者のリハビリテーション,
精神薄弱児研究, 第90号, 日本文化科学社, 昭
和41年

中小企業における産業福祉と従業員の態度に関する研究*

—A会社の調査を通じて—

精神薄弱部

桜井 芳郎**

1. 研究の趣旨と目的

最近、産業福祉ということが呼ばれるようになってきた。

筆者は産業福祉とは企業体における従業員の主体的な適応の増進と福祉の向上をはかることにより、その人間の労働能力を開発し労働生産性を高め従業員の生活向上と企業体の繁栄を目指すところの活動であると考える。

近代産業社会の発達にともない、それぞれの企業体では合理主義的管理体制と技術革新を競い利潤の獲得や追求に努める結果、従業員に人間性無視、人間疎外についての不平不満や苦悩が生じ、労使間や同僚間の信頼関係、理解関係の喪失が問題となってきている。

まして大企業に圧迫され不況の影響のしわ寄せをうけて苦境にあえいでいる中小企業にあってはなおさらのこと、その経営難と低労働条件により従業員の不安感は一層強く、職場や会社との一体感、帰属意識に欠け職場における緊張その他種々の問題が生じている。その為に中小企業従業員の転職は極めて多く、300人未満の中小企業ではその数は大企業の3.5倍に達し、その移動は中小企業間を転々とし大企業への移動はほとんどみられない^(註1)といわれている。

我が国の経済構造の中で中小企業の占める比重は極めて大きく昭和37年の労働省就業構造基本調査報告によると全企業体従業員のうち300人未満の企業の従業員数は全体の52.5%に達しているといわれる。^(註2)しかも中小企業は大企業の圧迫をうけながらも消滅せず独占企業の下請けとして我が国の経済社会の二重構造の中に存続の意義をもち命脈を保ち続けている状況にある。

企業体における従業員の訴えや問題には個人的な問題、作業環境や労働条件、経営方針、職場集団の問題、管理組織や労使関係、日常生活に関する問題などさまざまな問題や原因が考えられるがこれらの問題をいかなる立場、角度からとらえるかが重要な問題である。

これらの問題を管理体制や規則でおさえる合理主義的なやり方では処理することは難かしく、かかる問題はもっと深く人間理解にもとづいたやり方でなくてはならない。

* A study of welfare problems in small-medium sized enterprises and the employees attitudes toward the jobs.

** 臨床社会学，精神医学ソーシャルワーク

註1.2 近松順一：中小企業とその労働者，労働の科学21巻2号参照。

かような点から職場の精神衛生管理の問題がクローズアップされてくる。

企業間の競争の激化や合理主義的管理体制の強化にともない職場や日常生活に適応できない従業員の増加が考えられ、相互理解の人間関係、会社や職場に対する一体感のもり上げなどを通じて従業員の主体性と定着性を高め、生産性や営業の成績を向上させることにより企業の利潤の増大をはかる必要性が認識されるようになってきた。

かようにして合理主義的管理体制や技術革新の結果、職場や会社における精神衛生的見地からの労務管理や精神衛生問題の処理対策の必要性が生じてきた。特に中小企業においては経営難と低労働条件、求人難などの点から、従業員の人間性を生かした精神衛生的対策を講じ産業福祉の増進をはかることが企業の存続と繁栄に役立つ方策の一つであり、企業にとってプラスされる面が多いと考えられる。

我々は我が国の経済社会において重要な役割をになっている中小企業の発展とその従業員の生活向上のあり方を見出すためにA会社の調査を通じて中小企業における産業福祉の実態と従業員の態度意見を明らかにしようと試みた。

2. 研究方法と内容

調査の対象としてとりあげたA会社は資本金2億円、従業員300人あまりの中小企業で工場が東京、大阪など三ヶ所に分かれ、その他支社、営業所などを有している。A社は過去にあっては社長が開発した特許製品で業界に特異な地位を占め、社長を中心とする同族経営で成長発展してきたが、最近では競争会社の出現もあり、社会情勢の変化にともない新しい経営方針の確立を目指して体質改善に苦悩している会社である。

A会社の産業福祉の実態と従業員の態度意見を明らかにするために、(1)労務管理の実態調査、(2)従業員個別面接、(3)従業員態度意見調査を行なった。

(1) 労務管理の実態調査

労務管理の実態については労務担当者との面接ならびに会社資料を通して調査を行なった。

我々の視点は近代的な労務管理体制がしかれ、どのような運営が行なわれているか、厚生福利活動の実態はどうかなどを調べることにあった。

(2) 従業員個別面接

本社工場の従業員をアトランダムに $\frac{1}{2}$ 抽出を行ない19名に15分間づつ個別面接を行なった。

面接内容は日頃、職場で感じていること、考えていることを卒直に語ってもらった。

(3) 従業員態度意見調査

本社及び地方支社、営業所など全従業員を対象に会社についての理解、認識の度合、会社に対する批判や希望などの意見、現在やっている仕事の状況や仕事に関する意見、職場の問題、厚生福利活動について、その他現在悩んだり相談したりしたいこと、休日、給料や勤務、会社に対する要望、調査についての感想などを調べた。

調査方法は従業員に会社から調査の趣旨を説明し、調査用紙を配布してもらい、記入した調

査用紙には姓名を記名して個別に封筒に入れ厳封し会社には内容を知らせない方法をとった。

我々のねらいはこの調査を通じて会社従業員各層各個人のもつ精神衛生的諸問題を明らかにし従業員の生活向上と企業繁栄への対策の手がかりをつかもうとした。

調査についてのお願い

この度、皆さま方の生活をよりゆたかにし、会社を発展させるための大切な資料として、次のようないろいろなことについてのご意見をおうかがいすることになりましたので、よろしくお願いいたします。

この調査は従業員全員の方のご意見をうかがうものですから、一人ももれなくご意見を頂きたいと存じます。

皆さま方のお考えや要望などで実現可能なものは、どしどし会社にも取り入れてもらうようはからう積りですから、建設的なご意見やご希望をごえんりよなくおきかせください。

なおお書きになった個々の内容については秘密を守り、他にもらしたり会社の人にみせたりすることは絶対にいたしませんから、安心して本当の気持をおきかせください。

◇ 調査票の記入について

記入は、問題によって自由にかいていただくところと、○印をつけて頂くところとありますが○印をつけるところは特にことわりがきがない場合は、どれか1つだけえらんで○をつけてください。

◇ 調査票の提出について

おかきになった調査票は、すぐ封筒に入れて封をし、4月30日までに「会社の受付け」にある箱に入れてください。

昭和40年4月26日

千葉県市川市国府台町

国立精神衛生研究所

A 従業員態度意見調査票

(昭和40年4月26日現在)

①氏名	②男女	③満年齢	才		
④所属	⑤勤務地				
⑥職名	⑦勤続年数	年	ヶ月		

I あなたの現在勤めている会社について

1. 会社で生産されている主な製品をあげてください。

2. その製品はどういうところに使われていますか、その用途(つかいみち)についてかいてください。

3. 会社の資本金は現在いくら位だと思いますか、次の中から選んでください。
(イ) 5千万円未満, (ロ) 5千万円~1億, (ハ) 1億円~3億円, (ニ) 3億円~5億円, (ホ) 5億円~10億円, (ヘ) わからない

4. 従業員の数は会社全体(支店、出張所を含む)で何人位だと思いますか。
(イ) 50人~100人, (ロ) 100人~200人, (ハ) 200人~500人, (ニ) 500人~1,000人, (ホ) わからない

5. 会社の将来性についてどう思いますか。

(イ) 今後発展する, (ロ) 現状維持, (ハ) 今後は相当難しくなるだろう, (ニ) 悲観的, (ホ) なんともいえない, (ヘ) わからない, (ト) その問題は自分とは関係がない

6. 会社のいいところは _____ である。

(あいている欄(—のところ)の中へ自由にかきいれてください。)

7. 会社の悪いところは _____ である。

(あいている欄(—のところ)の中へ自由にかきいれてください。)

8. 会社を発展させるのにもっとも必要なのは次のどれでしょうか、3つだけえらんで○印をつけてください。

(イ) 生産高の増大, (ロ) 製品の改良, (ハ) 新製品の開発, (ニ) 製品のP, R(宣伝), (ホ) 販路(うりさき)の開拓, (ヘ) 職場管理の改善, (ト) 生

産の機械化（オートメーション）、(チ) 愛社精神の高揚、(リ) 経営方針の確立、(ヌ) 従業員の待遇改善、(ル) 職場組織間の（横の）連絡、(ヲ) その他（ ）

9. 会社を発展させるにはどういうところをあらためる必要がありますか、次の中から2つだけえらんで○印をつけて下さい。

- (イ) 従業員相互の理解と親睦が足りない。
- (ロ) 経営や仕事の進め方などに思いつきが多く一貫性がみられない。
- (ハ) 職場や作業などに無駄があり、合理化が必要である。
- (ニ) 現場従業員の苦情や意見が会社にとり入れられない。
- (ホ) 会社内における従業員の将来性（昇給、身分など）に希望がもてない。
- (ヘ) 自分の仕事に対する（従業員の）積極的な意欲が足りない。
- (ト) 仕事をなまけても一生けんめいにやっても、また会社に有益な意見をだしても待遇が変わらない。

10. 最近半年間に、あなたの職場から誰かが改善提案（あらためたいと思う仕事のやり方の提案）をしたことがありますか。

- (イ) ある。それはどんなことですか。
（ ）
- (ロ) ない。
- (ハ) わからない。

11. その改善提案はどの程度（どんなふうに）いかされていますか。

- (イ) いかされている。どんなふうに（ ）
- (ロ) いかされていない。(ハ) どうなったかわからない。

II あなたの現在の仕事について

1. あなたの現在の仕事はどんな仕事ですか、できるだけわしくかいてください。

2. あなたにとって現在の仕事は次のどれにあてはまりますか。

- (イ) つらい、(ロ) まあまあ、(ハ) らく、(ニ) いやだ、(ホ) 難かしい、(ヘ) なんともいえない。

3. いまの仕事をながく続けたいと思いますか。

- (イ) 続けたいと思う、(ロ) できればかわりたい、(ハ) 早くかわりたい、(ニ) なんともいえない、(ホ) わからない。

4. あなたの現在の仕事について何か希望や意見がありますか。

(イ) ある。 それはどんなことですか。

()

(ロ) ない。

5. 会社の中であなたが特にやってみたい（働いてみたい）と思う職場はどこですか。（現在のあなたの職場も含めて）

(イ) ある。 それはどこですか。

()

(ロ) ない。

6. 一しよに仕事をしてみたいと思う相手（従業員）はいますか。

(イ) いる。 その人の名前 ()

その人の現在の職場 ()

(ロ) ない。

III 職場の問題について

1. 現在の職場の居心地（いごち）はどうですか。

(イ) いい, (ロ) 普通, (ハ) よくない, (ニ) なんともいえない

2. 現在の職場で、無駄だと思うことは _____

_____ である。

（あいている欄（——のところ）の中へ自由にかき入れてください）

3. 現在の職場で改善すべき点は _____

_____ と思う。

（あいている欄（——のところ）の中へ自由にかき入れてください）

4. 会社の役員や従業員で、うちとけて何でも話せる人はいますか。

(イ) いる。 その人の名前

その人の職場

あなたとの関係

（例、親せき、友人）

(ロ) いない。

5. 会社で嫌な人はいますか。

(イ) いる。 その人の職場

その人の地位

その理由

(ロ) いない。

6. 休けい時間には何をしていますか。

(イ) なんとなくすごしている, (ロ) 雑談している, (ハ) 本を読んでいる, (ニ) ボール投げや軽い運動, (ホ) 煙草を吸っている, (ヘ) その他 ()

IV 厚生福利について

1. 会社でおこなっている次のことについてあなたはどのように利用していますか。

① 運動 (スポーツ)	② 文化活動 (旅行, 読書おけいごとなど)	③ 経済問題 (資金の貸付など)
(イ) おおいに利用している	(イ) おおいに利用している	(イ) おおいに利用している
(ロ) 少しは (たまには) 利用している	(ロ) 少しは (たまには) 利用している	(ロ) 少しは (たまには) 利用している
(ハ) 利用していない (A)必要がないから (B)現在のやりかたに問題があるから (不満ものたりない)	(ハ) 利用していない (A)必要がないから (B)現在のやりかたに問題があるから (不満ものたりない)	(ハ) 利用していない (A)必要がないから (B)現在のやりかたに問題があるから (不満ものたりない)

2. 従業員全体としてみた場合, 活動や利用のようすはどうでしょうか。

① 運動 (スポーツ)	② 文化活動 (旅行, 読書おけいごとなど)	③ 経済問題 (資金の貸付など)
(イ) 活発 (かっぱつ)	(イ) 活発 (かっぱつ)	(イ) おおいに利用されている
(ロ) 活発でない	(ロ) 活発でない	(ロ) あまり利用されていない
(ハ) わからない	(ハ) わからない	(ハ) わからない

3. 社宅, 寄宿舎についてなにか希望があればかいてください。

V その他のことがら

1. 現在困ったり悩んだりしていること, または相談したいと思うことについてかいてください。

(イ) 会社のこと，職場のこと

(ロ) 自分のこと，家庭のこと

(ハ) 自分の将来のこと

2. あなたは休日（やすみの日）にはどうしていますか。

(イ) たいくつしている，(ロ) いそがしい，(ハ) なんということなしにすぎてしまふ，(ニ) ゆっくり休養している，(ホ) 有意義に使っている（
）(ヘ) その他（
）

3. 現在のあなたの給料についてどう思いますか。

(イ) 満足している，(ロ) まあまあ，(ハ) 不満，(ニ) その他（
）

4. 現在のあなたの給料は，他の会社の友人（同じ年令，経験年数のもの）にくらべてどう思いますか。

(イ) よい，(ロ) かわりない，(ハ) すくない（わるい），(ニ) わからない (ホ) その他（
）

5. 現在の会社にずっとつとめていたいと思いますか。

(イ) 続けたい，(ロ) できればかわりたい，(ハ) 早くかわりたい，(ニ) なんともいえない，(ホ) わからない

6. 会社に対する希望，この調査についての感想その他なんでもかきたいことがあれば自由におかしてください。

もう一度よくみかえして，かきおとしのないようにしてください。

この調査票はかきおわたら封筒に入れて受付にある箱の中へ入れておいてください。どうもごくろうさまでした。

1	1	3	1	5	3	1	3	1	3	1	3	1	5	3	1	5	3	1	7	5	3	1	1	1	3	1
2	2	2	6	4	2	4	2	2	4	2	2	2	6	4	2	4	2	6	4	2	2	2	2	4	2	
No. A 従業員態度意見集計票 実施日 昭和40年4月26日																										
氏名		男 所屬部門		営業、生産、管理		年令		才																		
勤務地		東京、大阪、大宮、その他		現場従業員、サービス、管理、監督業務		勤続年数		年 月																		
主な製品		1 2 用途 1 2		資本金		イロハニホヘ		従業員数		イロハニホ																
会社の将来性		イロハニホヘト		会社のいい所																						
会社の悪い所				会社の発展に必要		イロハニホヘトナリヌルヲ																				
会社の改善すべき点		イロハニホヘト		改善提案		イ		ロ		ハ																
生かされているもの		イ		ロ		ハ		自分の仕事																		
仕事の状況		イロハニホヘ		仕事を続けたいか		イ		ロ		ハ																
仕事についての希望意見		イ		ロ		働きたい場所		イ		ロ																
仕事したい相手		イ		名前		ロ		居心地		イロハニ																

取柄の熱心		改善すべき点	
話せる人	イ	名前	取柄
職人	イ	取柄	理由
休けい傾向	イ	ロ	ハ
厚生福利の利用	1	イ	ロ
活動利用状況	1	イ	ロ
社宅・寄宿舎の希望			
もっている問題	会社、取柄のこと		
	自分の、家庭のこと		
	自分の将来のこと		
休日の状況	イ	ロ	ハ
勤めていたいか	イ	ロ	ハ
会社に対する希望・調査の感想			
(備考) 寄宿舎、運動			

3. 研究結果

調査の結果は次の通りである。

(1) 労務管理の実態調査

会社資料及び担当者との面接を通じて得られた結果は次の通りである。

人事管理、厚生福利活動は総務課が担当している。

総務課には14名が配属されているが、その内5名は電話交換、受付、5名が守衛、炊事、運転手で残りの4名で給与、人事、渉外、教育訓練などを担当している。

4名の担当している仕事の内容は次の通りで、ほとんど係長が一手に仕事をひきうけており管理システムの確立がなされていない。

次	長	係	長	+	給与計算	+	女子2名
(課長兼務)		教育訓練		+	社会保険		
人事、総括		採用発令					
		渉外(官庁関係)					
		調査統計					
		寮管理					
		諸会議(課長会議、ジュニア					
		ボードなど)の事務					
		厚生活動					

厚生福利活動についてはクラブ活動が従業員の自主的活動として行なわれており、クラブの規約を総務課に提出し承認されたクラブには会社から補助金がだされることになっている。補助金は社内規定で費用の半額位を会社が負担しているが、年間予算には計上されていない。

最近、バスを一台借切り高峰高原へ40名ほどがスキーに行き、会社から2~3万円補助をし自己負担は千円位であり、またスケート部では月末にBリンクを2時間借り切るための補助の申請がだされている。

クラブとしては次のようなものがあり全従業員の30%ほどが参加しているが責任者が仕事で忙しくなるとつぶれてしまい永続きがしない傾向がみられる。

1. 野球部 40人~50人
 - 1軍 同好者のチーム
 - 2軍 顧客相手のチーム
2. スキー部
3. スケート部
4. 卓球部
5. ハイキングクラブ 50人~60人
6. 釣り 20人位

7. ゴルフ（役付、主任以上） 20人

会社側が主体となって行なっている厚生福利活動は住宅貸与、各種資金貸与や旅行、海の家開設、図書購入などである。

しかし住宅、各種資金の貸与にはさまざまな制限があつて利用しにくく、また海の家などは開設の要望が強かつたので開設したところ場所の関係などもあり利用者のごくわずかで失敗したり、図書購入は従業員の要求がはじめは多かつたが現在ではほとんど要求がないなどのこともあり、会社側では従業員からの各種の要求にかい疑的、消極的になってしまつている。

かような現状で、労務管理体制は確立されてなく、厚生福利活動も多忙な係長が片手間にやる程度で積極的に企業の発展にプラスさせようとする気持はみられず、管理者側と従業員との間の相互理解と信頼関係にもとづく労務管理には程遠いことが感じられる。

(2) 従業員個別面接

本社工場従業員の半数に個別面接を行なつた。

面接対象者は男子17名女子2名で、年齢は20代が70%を占め学歴は高校卒が多く、彼等のうち7名が役付（主任）である。勤務年数は10年以上が半数を占めている。

面 接 対 象

	性 別	年 令	勤務年数	学 歴	地 位
1	男	52才	14年	旧実業卒	主 任
2	男	25	10	新高卒	一級主任
3	男	24	3	新中卒	
4	男	50	14	旧高小卒	主 任
5	男	22	3	新高卒	
6	男	33	12	新高卒	主 任
7	男	25	7	新大卒	一級主任
8	男	28	10	新高卒	主 任
9	男	28	13	〃	主 任
10	男	23	8	新中卒	2級主任
11	男	19	4	〃	3級主任
12	女	19	1	新高卒	
13	男	29	14	新中卒	主 任
14	男	21	1	新高卒	1級主任
15	男	25	10	〃	3級主任
16	男	36	12	旧高小卒	
17	男	28	10	新高卒	主 任
18	女	18	0	〃	
19	男	24	6	〃	

彼等の意見を通じてみられる共通点は会社の経営や管理の仕方に対する不平、不満である。

即ち“ワンマン社長の思いつき方針が多く、計画に一貫性がなくしかも永続きしないので仕事やりずらく感情的にもおもしろくない”“現場を知らない課長が机上の空論を云う”“上の人

は現場のことを知らない、現場は不平だらけだ”“主任は若い人の意見をおさえつけてしまうからおもしろくないので何も意見を云わず勝手なことをしてやる”“退職者があっても発表しないので、みんなが不安になり会社に対する不信感がでてくる”など管理システムや管理者、監督者の管理、監督のやり方に対する批判、不満が多い。

次にみられる特徴は年配者層、中堅層、若い従業員層各層による態度意見の差異である。

年配者層は永続勤務者に対する取扱いの不満や特に若年従業員に対する批判や不満が多くみられる。

“永続勤務者には勤続表彰をやり働くはげみをつけてほしい”“若い者はいいたいことを云って仕事をしない”“若い者は機械化にたよりにくくをしようとばかり考えている”など年配従業員と若い従業員との間の考え方のずれからくる感情問題の存在がうかがわれる。

中堅層の意見は会社の若がり人事で抜てきされた連中が多いため会社には好意的であるが若い主任の悩みを訴えておりまた一度決ったことは実行してほしいという要望や苦情処理、提案の制度及びその運用についての不安や不満が多くみられた。

事例1

No.2 一級主任 25才

「会社に要望したいことは若い者に働く意欲をわきたたせてほしいことです。サラリーマンは時間だけ働けばいいということになりがちですがもっと責任をもたせ、これはおれの仕事だという気持をもたせることが必要ではないでしょうか、それにはベテラ

ンが引っぱっていかけてくれないといけないと思うのですが会社が若がり人事で主任に若い者を抜てきしてくれるが、そうするとベテランはやる気がなくなってしまう、若い主任も年齢が皆とあまりちがわないので云いたいことも云えなくなってしまうんです。」

No.2は職場でも几帳面で努力家であり将来性を見込まれている入社後10年の一級主任であるが以上のように若い主任の悩みを訴えている。

事例2

No.6 主任 33才

「ここ二、三年に一度位、生産課長がかわってしまいました。ですからどうしても技術的な細かいことしか知らない課長が多く生産に直けつした我々の意見や現場のようすをくんでもらえません。現場をしている課長がほしいと思います。課長が変るたび

に神経をつかうので参ってしまいます。いまの課長はN部からきた頭のいい方で近寄りがなく、また課長も忙しくてあまり現場の人とは話す機会がないのでへだたりを感じます。そのため現場の人は蔭でぶつぶつ不平や不満を云っても面とむかうとほとんど意見をだしません。」

No.6は入社後12年の主任で会社からは現場の経験が豊富で現在の仕事には欠かせない貴重な存在であり性質も温厚であると評価されている人間である。彼はかように課長と現場従業員との間の意志の疎通や下意上達のむずかしさについて悩みをうちあけてくれた。

若い従業員層では会社に対する不平不満は内在しうつ積してはいるがにらまれたら損だから云いたいことも云わずに会社にいる間は事なかれ主義で通し適当な職場があったらとびだそうとしており無意欲的であり沈滞している感じをうけた。管理者側でも若い従業員が何を考えているかを非常に気にしており我々に調査を依頼してきた大きな理由の一つでもあった。

若い従業員層の事なかれ主義、無意欲、沈滞の底に何があるかは1人15分間の面接では充分には明らかにはなしえなかったが次のような諸点が明らかにされた。

経営方針や管理体制に対する不要、不満として次のようなことが考えられる。

まず第1に会社の方針ややり方に対する不安、批判である。

事例3

No.14 21才 入社1年目

「この会社はワンマン社長で思いついたことを社員にしゃべります。それがいつのまにか立ち消えになってしまうので従業員は何をやっているのか、どうやっているのか分からなくなり不安になってしまいます。異動も多いらしいのですが明るみにださないのでもよく分らず、かえって不安にかられます。またこの会社は縁故関係と特定地域からの従業員が多くしかもそういう人達は気持がささく他の人とまじわろうとしないで自分達でかたまってしまうのでおたがいにきまづい思いをしったり警戒したりしてしま

ます。」

No.19 24才 入社6年目

「この会社は入社の際は皆に知らせるが、退職の場合は皆に知らせません。それが皆に不安になり、あれやこれやと退職の理由をせんざくし結局は会社に対する不信感を強くしてしまう。」

No.3 24才 入社3年目

「会社に一番望みたいことははっきり決まらないことは発表しないでほしいと思います。この間、主任から職場会議の時に主任会の席上、会社から給料をあげると説明があったと報告され皆がよるこんでいたらあがらずがっかりしてしまいました。」

No.14はこつこつとやるほうで性質は温厚、将来が楽しみと会社から評価されており、No.19も頭脳優秀、活動的で特来性あり、No.3はこつこつやるほうで大器晩成型といづれも会社からしよく望されている者達である。

次には従業員の訴えや苦情の処理についての不満や批判が目立っている。

事例4

No.11 19才 入社4年目

「若い人の苦情などはせいぜい主任ぐらいまでしかとどかないと思います。主任は若い人の意見をおさえてしまうから何も云わず勝手なことをしています。」

No.5 22才 入社3年目

「現場では不平が多いけれども皆の希望は主任会議でふるいにかけてしまうらしい。いろいろ要求したいことはあるが云ってもだめだと思っている。会社にいらまれたら損だからみんな云わなくなってしまう。前に云ってにらまれた人がいるから。」

また若い従業員の中には自分の将来のことを考えて不安に感じている者もかなり多い。

事例5

No.7 25才 入社7年目

「私が最近経験したことです去年高校をでた若い人とお茶をのみにいったら彼がこう云うのです。この会社では自分はもう先がみえている。自分のしている仕事には興味はもてるが将来のことを考えると不安になってしまう。自分は職工だからどこまであがっていけるか、もう先がみえているのでいやになってしまう。」

No.11 19才 入社4年目

「いまの仕事はいやではないが身体に及ぼす影響を考えると不安になります。また将来の地位についても自分は中卒だからせいぜい班長か主任になればいいほうです。仕事では人にまけないのですが学校をでていませんから不安です。いま夜学にしていますが現在の仕事が自分にむくのかどうか疑問になってきました。中3の時、親の縁故で漠然と入ってしまいましたが入社して1~2年して考えてみると将来がとて不安になってきました。」

その他“入社して1ヶ月でまだよく分りませんがいまの職場でタイプの人と事務の人と女同志仲が悪く両方から相手のことをきかれるので何と返事してよいか分らず困っています”という職場内の人間関係の問題や“会社は何やかにやと若い者の個人生活にまで干渉し自由を認めてくれない、入社後5年位でやめる人が多いが自由を束縛され、しぼりつけられた感じがして若い人に魅力がないからだと思う”個人生活と会社との関係などさまざまな問題や訴えがみられた。

(3) 従業員の態度意見調査

調査対象は男子226名、女子61名 計287名で回答率は現場従業員96%、サービス管理従業員73%、管理者層81%、全体として86%であった。

職名、地位別	性別		調査対象者				回答者		
	男子	女子	男子	女子	計	男子	女子	計	
現場従業員	141	13	154	135	13	148(86%)			
サービス、管理従業員	52	48	100	32	41	73(73)			
管理者層	33	0	33	27	0	27(81)			
計	226	61	287	194	54	248(86%)			

() 内は回答率を示す。

年齢は20才代が多い。現場従業員、サービス、管理部門とも20才前半の若い世代が多く、管理者層も30才代が70%を占め、会社全体として若い年齢層が多いのが特徴的である。

地位は係長以上の管理者層が全従業員の約1割を占め、これを部門別にみると総務部4.5人に1人、経理部3.5人に1人、営業部4.5人に1人、生産部11人に1人となっており役職者の数が多い。

勤続年数は1年～3年及び8年以上の者が多く管理者層は93%が8年以上の者でいわば会社と苦楽を共にしてきた人達であるのに対し現場従業員、サービス、管理部門従業員の過半数は3年未満の者である。

学歴は全体として高校卒が過半数を占めているが中卒が24%みられ特に女子に多く、大学高専卒は少ない。

寮、社宅居住者は全体の60%を占め住居面ではめぐまれており通勤者は東京本社に多い。

従業員の態度意見のうち特に目だつものを中心にながめてみよう。

会社の資本金、従業員数、主な製品ならびにその用途などについては多くの者が理解しているが性別では女子の理解度がやや低い。

会社の将来性については今後発展すると答えた者は35%に過ぎず、現状維持ないしは相当難かしくなると云う意見をもっている者が過半数近くを占めている。

これを各層別にみると管理者層では「管理、営業」部門では今後発展すると云う意見が多いのに対し「生産」部門では相当難かしくなると答えた者が多い。また現場従業員では近代的な設備をもったB工場及び地方のC工場では今後発展すると云う意見が多く、本社工場では現状維持が多い。かように職種やおかれた環境によって考え方感じ方に差異がみられる。

Q 1 - 5 会社の将来性についてどう思いますか 実人数

	男子	女子	計	管 理 者 層			
				管理	営業	生産	計
今後発展する	67	21	88	4	7	3	14
現状維持	35	15	50	0	1	2	3
相当難かしくなる	59	8	67	0	1	8	9
非 観 的	3	0	3	0	0	0	0
なんとも云えない	19	5	24	0	0	0	0
わ か ら な い	5	3	8	0	0	0	0
無 答	6	2	8	0	1	0	1

会社の発展に必要なものは「新製品の開発」「販路の開拓」「経営方針の確立」をあげる者が多い。会社の改善すべき点としては「経営や仕事の進め方に一貫性がない」という意見が過半数を占めており、女子は「現場従業員の意見や苦情がとり入れられない」という不満が強い。

現場従業員の間では「昇給や身分などに希望がもてない」と云う意見が他の部門にくらべ三倍強も多い。かなり会社のもつ問題点や従業員の苦悩の様子ははっきりあらわれている。

いまの仕事を続けたいかどうかについては「続けたい」と云う意見が全体の42%で「できれば変りたい」と云う意見が管理者で7%、現場従業員で26%、サービス、管理部門で15%みられ、また「早くかわりたい」と云う意見も少数ながら存在している。管理者層では「次長、課長」級では18名中15名が続けたいと述べているが「係長」級では続けたいと云う意見が9名中2名だけなのは注目され係長のおかれた立場とその役割に問題が感じられた。

Q 2 - 3 いまの仕事をながく続けたいと思いますか

実人員

	管 理 者 層			現 場 従 業 員			サ ー ビ ス 管 理 部 門			全 体		
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
続 け た い	17	0	17	52	4	56	17	14	31	86	18	104
できればかわりたい	2	0	2	35	4	39	4	7	11	41	11	52
早くかわりたい	0	0	0	6	0	6	3	0	3	9	0	9
なんとも云えない	4	0	4	31	3	34	6	18	24	41	21	62
わ か ら な い	0	0	0	8	1	9	0	1	1	8	2	10
無 答	4	0	4	3	1	4	2	1	3	9	2	11

人間関係については、うちとけて何でも話せる人がいると答えた者は45%、嫌いな人がいると答えた者が20%となっている。

人間関係の問題を管理者層に焦点をあててみるとかなりA会社のもつ経営及び人事の基本方針や職制及び管理体制上の問題が浮かび上ってきている。

人間関係における問題は生産部内に多く発生し、営業部では問題が顕在化していない。生産部次長(註3)は部内からあまり信頼されてなくその結果総務部次長に対する期待が生産部内からかなりでている。また生産部内から経理部次長に対しては無能、親族の特権をふりまわす、他

註3 A会社では部長は会社重役が就任し事実上の責任者は次長となっている。

部に口をだす、弱い者をいじめるなどの理由で反感反撥がみられる。生産部内ではA課長が専務と親しいところから同僚課長の攻撃をうけていたり、製品の開発、改良担当の課長達の間にはかなりの不満が存在したりしている。いづれにしても生産部内8課長の間関係にはかなりの緊張と不安が認められた。

これら生産部内課長達の緊張と不安の原因について本社工場のD課長は「生産部は直接製品の製造、新製品の開発、改良などの現場とつながっているために上層部の計画性のない場あたりの一貫性のないしかもワンマン的やり方の犠牲になり上層部の方針を実行しようとするれば部下の間に不平不満が生じ実行しなければ上から無能よばわりされ上層部、部下の両方との信頼関係を失ってしまい極めて不安、緊張の高い立場におかれている」とその苦衷を訴えていた。

次に厚生福利活動の利用状況についてはスポーツ、文化、経済的な問題などあまり利用されず、特に貸付金などの制度については一般に知られてないようでありしかも管理者以外はほとんど利用しにくい現状であるらしい。

従業員の厚生施設拡充を求める声が極めて強いことを考えあわせると現在の厚生活動は一般従業員にとって魅力のない浮き上がった存在であることがうかがわれる。

現在悩んでいたり相談したいと思ったりしていることについては会社や職場に関することが38%、身分のこと家庭に関することが19%、特来のごとが22%みられ現場従業員は他の部門、階層よりやや多くみられた。

次に従業員の声をいくつかとりあげてみよう。

(1) 会社や職場のこと

○規則では就業時間が8時～4時30分だが5時30分まで働かされ昼休みも30分しかもらえない。(男子, O)

○課内の対立がはげしく新入社員の私にはどうしていいかわからない(女子, S)

○なれないので失敗ばかりするが自分には才能がないのかと思悩んでいる。(男子, S)

○同僚の一人とどうしても気が合わないので会社をやめようかと思っている。(男子, Y)

(2) 自分や家庭のこと

○親しくしていたポートフレンドが嫌いになり同じ会社なので毎日がいやでたまらない(女子, Y)

○4人の子供の中の一人が身体が弱く知能も少し低いので苦しんでいる。(男子, K)

○東京での生活が味気ない(男子, M)

○孤独になっていくような気がする。このごろ物忘れがひどくなってきたので心配だ(男子 S)

○仕事を終ってもホコリや機械の音が気になってしかたがない。(男子, K)

○我々の先輩、友人が次々と退社していくので自分ひとりよりのこされるような気がして不安だ。(男子, M)

○会社に好きな女性がいますがどうしても話しができない(男子, E)

(3) 自分の将来のこと

○一生工具で終るのかと思うと不安でならない(男子, I)

○この会社は将来性がないのでどこかへ行きたい。(女子, M)

かように従業員の間には個人的心理的な問題や対人関係の問題、管理の仕方に関する問題、その他私生活上の問題などさまざまな精神衛生上の諸問題の存在がうかがわれる。これら職場の精神衛生に関する諸問題の解決をはかり従業員の能力開発と業績の向上をうみだすためには当然職場における精神衛生管理が考えられなければならない。

なお本調査に対する感想として“いままでいいたいことも云えず不満があってもあきらめていたがこのような機会を頂けてうれしい”“日頃不満をもつ我々にとって一種のうさばらし(失礼!)にもなるし誰かが読んでくれるということで仕事にはげみがでてきた”“我々の意見をとり入れて少しでも現状を改善してもらえ希望がでてきた”などの意見もみられこのような調査を行なうこと自体が従業員の精神衛生に役立っていることがうかがわれた。

4. 考察とまとめ

A会社は社長が特許品を開発しそれを主製品として業界に進出し発展をとげてきた会社であり、その為に経営はワンマン的で、労務管理は家族的温情主義のもとに行なわれ、従業員は社長の縁故関係が出身地を同じくする者が多かった。しかるに社会情勢の変化により、企業体は合理主義的管理体制と技術革新をせまられ、加えて求人難などの点から現在までの経営方針や諸管理体制のもとでは企業間競争にたえていくことが難かしくなっている。

しかし管理者や監督者層はいままでワンマン経営の性から脱脚できず社長に対する依存性が極めて強い。かような点から社長としてはジュニアボードの開催、若がり人事、従業員の意見の下意上達をはかる機構づくりなど、次々にアイデアを打ちだしてはみるものの実効があがらず苦慮しているといった現状である。一方一般従業員層は社長の次々と打ちだす新しい試みにとまどい、経営方針や管理、監督の仕方の一貫性のなさ、思いつき方針としてしかこれを受けとめることができず、かえって不平不満や不安が高まり、それが従業員同志の相互理解、人間関係の希薄さからくる疑心、警戒心のため外にあらわれず内在化し、表面は事なかれ主義的態度をとり仕事に対する意欲に乏しい各人孤立の状態になっている。因みにA会社には労働組合が結成されていない。

このようなA会社の実態は、多かれ少なかれ中小企業全般に共通する問題を含んでいるように思われる。

中小企業が不況の嵐を乗り越え企業間の激しい競争にうちかち、従業員の能力増進や生活向上ならびに企業の繁栄をはかるためにはいかなる対策を講じる必要があろうか。

A会社の調査結果から考察してみよう。

まず第1に必要なことは「従業員と共に生きる」方式の採用導入による経営方針の確立である。

A会社の場合には経営者が変化する社会情勢に対処するために次々と打ちだす新しい試みに従業員がついてゆけずにとまどう結果、監督者層（課長級）の不安と緊張は高まり、また一般従業員に不安や動揺や転職が生じている。

かかる状態を改善するには従来のワンマン経営者のセンスと頭脳で従業員を一方向的に指導し統制し枠にはめようとするやり方では難しい。

経営者に要求されるのは従業員に対する人間理解と人間受容のセンスと技能であり従業員と共に生きる方式の採用導入であり、それらを土台にした経営方針の確立である。

従業員の感情や欲求をあるがままにうけとめ理解し自信をもって有効なリーダーシップを発揮し企業の成長をはかることが大切である。

そうでないといかに優れた知識や技術をとり入れても理論だけが先走って予期するような成果があがらず、苦悩や葛藤からかえって自信を失うか又は周囲への非難攻撃に終り従業員の不満や不要、動揺を助長する結果となるであろう。

第2に従業員の人間性を生かした労務管理体制の確立と推進の必要性である。

経営者はA会社にみられるような前近代的な家族主義的温情主義的な管理方式を脱脚して資本家、労働者としての意識にめざめ、労使がともに手をたずさえ全従業員の参加体制のもとの生産性の向上、職場の組織や環境の改善、働く者の主体性の確保、産業福祉の拡充に努めることが必要である。

人間性を生かした労務管理体制が確立しそれが全従業員に理解され徹底し、各層及び各人の権限や責任、役割などが明確にされ相互理解され納得されていくことが大切である。

このような相互理解と信頼関係にもとづく労務管理体制が確立され管理者や監督者の管理、監督の仕方が適切であり、従業員に受容され納得されていることが従業員の間不平不満や不安の発生を防ぎ勤労意欲の低下、事故の発生、退職希望者の続発などの諸問題を予防する最大の手だてである。

一般に従業員の間から管理体制についての不平や不満が生じるのはA会社の例をみても分るように労使間や組織間などにおける十分なコミュニケーション（相互理解）の不足からくることが多く、また監督者訓練、従業員教育、苦情処理や提案の制度やその運営に問題がある場合が多い。

第3には職場の人間関係や精神衛生諸問題の発生を予防し職場の能率を高め精神健康の増進をはかるための具体的な施策が考えられなければならない。

職場組織、管理システムの整備や確立とあわせて従業員間にみられる人間関係のもつれ、不安、疑心、葛藤などを解消し、主体性をもった人間として生き専心仕事に打ちこみ活気のある職場にしていくためには従業員の人間性を生かした精神衛生的管理が必要である。A会社の場合にも諸調査の結果、種々な精神衛生上の問題の存在が認められたがその対策がほとんど考えられていなかった。

第4には従業員に対する厚生福利活動についての考え方を改め、これを活発に行なうことが必要である。

K会社の例をみても分るようにとすると厚生福利活動を従業員に対するサービスと考えがちであり、そのため特に中小企業では本腰を入れてこの問題を取りあげようとする意欲が稀薄である。

しかし合理主義的管理体制と技術革新に伴うオートメーション化の結果、従業員の不平不満、不安や葛藤、抑圧などの感情やエネルギーを発散し解消させる必要が生じてきている。

従業員の職場に対する主体的な適応と労働生産性の向上による企業の成長発展に厚生福利活動は大いに役立つ力がある。

以上、中小企業が当面する社会情勢に対処して企業の成長発展をとげていくためには結論として経営者は従業員の感情や欲求を理解して会社の経営方針をたて、従業員の人間性を生かした労務管理を行ない、職場の人間関係や精神衛生をよくするような対策が必要であり、厚生福利活動を積極的に活用することが必要である。

最後に中小企業経営者が最近叫ばれるようになってきた産業福祉に着目し現代の不況を乗り越え従業員の生活向上と企業の繁栄をもたらすための勇気とえい智に期待したい。

5. あ と が き

この調査研究をまとめるにあたり色々ご指導ご助言を頂いた社会精神衛生部長、横山定雄先生ならびに資料の集計整理その他にお骨折り頂いた同僚の高乗公子技官に心から謝意を表する。

なお本稿は科学技術庁「人間科学に関する総合研究」のうちの「労働能力とその開発方法に関する社会的並びに精神生理学的研究」に関する研究の一部であり、特に企業体における精神衛生並びに従業員態度についての研究の一つであることを付記しておく。

文 献

横山定雄：職場管理とカウンセリング，池田書店，昭和39年

横山定雄，田村健二，桜井芳郎，山本和郎，小林幸一郎，野村健二：労働能力とその開発方法に関する研究第1報，科学技術庁「人間科学に関する総合研究」研究報告書I，昭和39年

横山定雄，田村健二，桜井芳郎，山本和郎，小林幸

一郎，野村健二，坂本陽子：労働能力とその開発方法に関する研究第2報，科学技術庁「人間科学に関する総合研究」研究報告書II，昭和40年

横山定雄，桜井芳郎：企業における精神衛生管理の実態調査その1，労務研究，日本労務研究会，昭和36年

近松順一：中小企業とその労働者，労働の科学21巻2号，労働科学研究所，昭和41年

心理学科，社会福祉学科の研修終了者に対する実態調査

研修室長
玉井 収 介

I 精研の研修について

精神衛生研究所が，厚生省設置法の一部改正により，研究調査のみならず研修の機能をもあわせもつことになったのは，昭和35年からである。たゞ研修業務そのものは，同年1月から，すなわち34年度の終りから第1回社会福祉学科を皮切りに開始された。そして，36年4月には，組織細則により研修室が設置された。

もっとも研修という業務をひろく解して，研究生，実習生をもふくめるならば，精研開設の当初からその機能はあったといってよい。だが，これについては今回にふれないことにする。

II 今回の調査の目的と対象

さて，その研修は，社会福祉学科，心理学科，医学科の三本だてで行なわれ，最近では精神衛生指導科が加えられた。例年，春から夏にかけて社会福祉学科が3～4ヵ月，秋に，医学科，指導科が1～2週間，冬期に心理学科が6～8週間にわたって行なわれてきている。

前述のように，社会福祉学科だけは，1年早くスタートしたことで，この調査の時点（昭和40年12月）には，40年度の心理学科がまだすんでいないために，現在までに，社会福祉学科は7回，心理学科が5回，医学科が6回終了している。

心理と社会福祉は毎回10～20名ずつであるからかなり密度のこい研修といえよう。

研修の目的は現任訓練である。国立中央研究機関が行う現任訓練であるから，個人的な希望で参加することは認めていない。募集要綱は，都道府県知事におくられ，各府県内で候補者を求め，すいせんするという方式をとっている。

さて，研修もすでに5回以上にもわたったので，それぞれのコースについてその内容や期間についても一応のルールのごときものができつつある。いいかえれば，このまゝでいいかどうかを反省する機会にさしかかったといってよいであろう。その1つの方法として終了者の体験から，この研修について，どんな印象をもったか，どう改善すればいいのかをきいてみようというのが今回の調査の目的の一つである。

また現任訓練という以上，終了者がその職場にもどって仕事をつづけていることが期待される。その実情を知ろうとするのがもう一つの目的である。

このような目的のもとに，調査を行うことにし，さしあたり本年度は，心理学科（5回まで）と社会福祉学科（7回まで）の終了者を対象とすることとし40年12月初旬に調査票を発送した。41年1月20日現在，なお多少は返送されるものもあるが，一応ここでしめ切って整理し，報告

することにした。

発送数と回収の状況は第1表のとおりであり、明らかに心理学科の方が回収率が高い。

精研の研修は専門家の養成を目的とするものではない。養成自体は大学が行うことである。精研の研修は、¹⁾大学で専門課程を修めて卒業し²⁾専門家として現に勤務している人々に対する現任訓練である。したがってその人々は、³⁾知事なり所属長なりのすいせんで公的に派遣され、⁴⁾終了後ももとの職場にもどって勤務をつづけることが期待されている。

この四つの条件が果してどこまで守られているか、をまず検討したい。

第一の条件、すなわち大学の専門課程を修めているかどうかを示したものが第2表である。

第1表 回収状況

心理学科		
	発送数	回収数
1回	9	8
2回	15	10
3回	10	9
4回	11	10
5回	19	13
	64	50

回収率78.1%

社会福祉学科		
	発送数	回収数
1回	16	8
2回	23	14
3回	14	9
4回	13	7
5回	15	10
6回	15	6
7回	21	14
計	117	68

回収率58.1%

第2表 出身学校

i)(心理)

	大学心理専攻	非心理大学	旧制高専	その他	計
1回	7			1	8
2回	8	1	1		10
3回	9				9
4回	9	1			10
5回	11	1		1	13
	44	3	1	2	50

ii)(社会福祉)

	大学社会福祉学科	社会福祉短大または社大研究科	非福祉大学	非福祉短大	旧制高専	看護、保健学院	旧制中学新制高校	その他	計
1回	1		1			1	4	1	8
2回		1	1	1		5	5	1	14
3回		3				3	1	2	9
4回	1		2			1	3		7
5回	1		2		1	1	5		10
6回	2	1		1		2			6
7回	4	2	3	3		1			13
計	9	7	9	5	1	14	18	4	68

心理学科では、大部分が心理専攻（心理学科、教育心理学科、心理学専攻など）の出身者といえる。非心理大学とは教師養成課程などであり、その他とは医大中退などをさす。

これにくらべると社会福祉学科の方は、大学の社会福祉課程を修めたものというのは1割強にすぎない。しかし、回を追って向上していることは明らかで、6回以降は旧制中学、新制高校だけの人はなくなり、短大及び社会大の研究科までふくめて考えると、社会福祉の素養のある人が約半分になっている。

つぎに、第二の点、すなわち、現に病院、保健所、児童相談所などに専門家として勤務しているという点はどうであろうか。その業務の内容と勤務の場所を表にしたものが第3表第4表である。精研の心理、ソーシャル・ワークのそれぞれのスタッフが、記載にもとづいて、a心理、b、心理プラス α 、c、非心理、及び、a、PSW、b、PSWプラス α 、c、MSW、d、非PSW、e、なしに分類した。プラス α というのは、脳波や心電図をとる手伝いとか、

第3表 i) 参加当時の勤務の場所 (心理)

	児相	病院	精薄相	精衛相	その他
1回	6	2			
2回	5	2		1	2
3回	8	1			
4回	3	6	1		
5回	4	6		3	
計	26	18	1	4	2

ii) 参加当時の業務内容 (心理)

	CP	CP+ α	非心理
1回	7	1	
2回	10		
3回	8	1	
4回	10		
5回	6	7	
計	41	9	0

第4表 i) 参加当時の勤務場所 (福祉)

	保健所	精衛相	病院	その他	なし
1回	2	1	1		4
2回	8		2		4
3回	2		4	2	1
4回		2	4	1	
5回	1	1	5	2	1
6回		1	4	1	
7回	3	3	7		1
計	16	8	27	6	11

第4表 ii) 参加当時の業務内容 (福祉科)

	PSW	PSW+ α	MSW	非PSW	なし
1回	1		1	2	4
2回		1	3	7	3
3回			3	5	1
4回	4	2		1	
5回	4		1	4	1
6回	3	1		2	
7回	7	3	1	2	1
計	19	7	9	23	10

作業療法とか、変わったところで雑誌の編集とか講義とかもろもろのものをふくんでいる。

心理学科の場合には、非心理というのは一人もいない。だが、社会福祉学科の方はプラス α をふくめて半分以下しかPSW業務に従事していない。だがこの場合も回が新しくなるほどPSW業務のものが増えてきている。

勤務している場所を表にしたものが、第4表である。心理学科の場合は、児童相談所が加わっているのが特長であり、いわゆる判定員であり、技師、主事はほぼ半々である。病院では、技師(国立病院なら医療職の2)が多い。非常勤が2人いる。勤務のないもの、つまり研修の対象にならないものが1人あるが、これは、ある精神衛生相談所と精研の研究生であった人である。だから業務の表では、心理の業務に入っている。これは、2回目であったので特に認められたが現在ではこの種の人は聴講生という扱いになっている。

社会福祉学科の方では、「その他」と「なし」が $\frac{1}{4}$ 近くを占めることが目立つ。この中には前記の心理の特例のような例もある。だから業務内容の方が「なし」が少ない。だが、「その他」や「なし」が多いことは決して好ましいことではない。たゞ、これも初期の中が多く次第に病院がふえている。

現在の業務を前と同じ方法で分類し、表にしたものが第5表である。

第5表 現在の業務内容 i) (心理) ii) (福祉)

	CP	CP+ α	非心理
1回	7	1	
2回	9	1	
3回	8		1
4回	9	1	
5回	6	6	1
計	39	9	2

	PSW	PSW+ α	MSW	非PSW	なし
1回	3		1	4	
2回	2	2	3	5	2
3回	2		2	4	1
4回	6			1	
5回	5	3		2	
6回	2	1	1	1	1
計	28	9	9	18	4

心理学科の方で非心理に出たものがあるがこれは管理職について現場をはなれたものと勤務先自体の変化によるものである。

社会福祉学科の方はPSWとPSWプラス α をあわせれば、37名となっており、参加当時(第4表 ii) 25名)よりはずっとPSWの方へかたむいている。これは、研修の目的にかなう変化である。だがそれでも半分を少し上廻ったところである。この変化をもう少しわしくのべてみよう。参加当時と今と変化のないものが38、変化したものが29である。変化のない38のうち、PSWあるいはPSWプラス α のままで変化しないのは20で、のこりの18は非PSWのままで変化していない。変化のあった29のうち、非PSWからPSWあるいはPSWプラス α に変わったものが17であってのこりの13は変化しても当時も今も非PSWであることに変りはない。だから、不変の中の20と変化ありのうちの17の計37が、これが研修の正しい対象である。のこりの18+12すなわち30名は、当時も今も、変化があってもなくても非PSWであることにはかわりはないわけで、これはPSWの現任訓練という意味では対象にはならない人である。しかしそれにしてもこのましい方向へ向っていることはみとめられる。

つぎに第三のポイントにうつろう。これは、現任訓練として公的に、その所属長や任命権者から派遣されてきたかどうかである。これを表にしたものが第6表である。a, は公務出張として旅費、滞在費とも支給されてきた(打切をふくむ) b, は旅費だけ支給されてきた。c,

は、出勤の扱いにしてくれたが費用はもらわなかった。d、は一応すいせんの形はとってくれたが事実上個人等がであった（休暇など）e、はその他である。公的に派遣というからにはaかb少なくともcでなければならない。個人参加は原則としてみとめていないのであるから、dやeはないはずなのである。

第6表 参加の仕方 i) (心理)

	a	b	c	d	e
1回	7	1			
2回	4	1	3	1	
3回	9	1			
4回	9	1			
5回	9	3		1	
計	38	7	3	2	0

ii) (福祉)

	a	b	c	d	e
1回	3	1		2	2
2回	8	2		2	2
3回	4	2		1	2
4回	6		1		
5回	6			3	
6回	5	1		1	
7回	8	3	2	1	
計	40	9	3	10	6

心理学科の場合はほとんど全部がこの条件にあっており、dの2名は、前記の特例が1名と東京の病院の非常勤であったものである。

社会福祉学科の場合は、d、eに属するものが2割強ある。前記の第4表で所属なしの欄に入ったものは当然ここに入るわけで若干の特例をのぞいては結局願書の上ではどこかの名前をかりていたものであろう。

第四のポイントにうつろう。これは、終了後果してその業務をつづけているかの点である。心理学科の状況は次のとおりである。(a)もとの職場にもどりそのまま現在に至っているもの4名、(b)何年かはもとの職場にいたが今ははなれたもの8名、(c)もとの職場にもどらなかったもの、なし、(d)あらたに職についたもの1名（前記の特例の1人）となっている。

aは問題ないとして、bの8名の異動の内容をしらべてみると、前述の第5表で、現在の業務が非心理となった2名（1名は管理職について職現場をはなれ、1名は、府県の事情で相談所そのものが看板をおろしたので止むなく本庁勤務に転じた）のほかは全部職場はかわっても本質的に業務は同じである。すなわち児相から児相へ、病院から精神衛生相談所へというような動きである。児相間のうごきの中では他県の児相に転じたのが2例あるが県が異っても割愛の形をとり、前歴もみとめているという。だから専門職としてみとめられているといってよい。たゞ、児相と病院の間の交流という異動は一つもない。これは県の民生部と衛生部という行政のカベがあつく、児相なり病院なりそれぞれの範囲では専門職とみとめられても両者を通じて同じ専門職とみとめられるにはいたっていないことを示すのであろう。

なお、この間に、地位の昇進したものの8名、他の仕事を併任したものが8名いる。

社会福祉学科の方の異動はすでに業務の変化のところでのべたが、もう一度わかりやすく表にすると次のようになる。

- i) 研修当時も今もPSWであるもの 20
- ii) 当時はPSWでなくて今はPSWになっているもの 17

iii) 当時も今も同じ仕事でいずれもPSWでないもの 18

iv) 異動があったがいずれにせよPSWでないもの 12

となる。このi) ii) が目的にかなった人たちであり、約55%になる。iii) の18名はたとえば当時も今も保健婦や看護婦である、というものである。それはそれとして安定した職場であり、この人たちは、PSWの現任訓練という目的にはそわないが、その人たちに、精神衛生やソーシャル・ワークのことを教えた研修であったと考えれば、それなりに身につけていったこともあったであろう。保健婦や看護婦のまゝで職場をかえた人もかなりいるがあまり関係がないので略した。2人だけであるが、当時も今も就職していない人がいる。

iv) の12名は問題である。この中には高令による退職といった無理からぬ理由によるものもあるが、不安定な職場を転々て、結局研修で身につけたことを生かしていないのが多い。研修の担当者の方からいってもありがたくない客であるといえよう。

以上の、1, 2, 3, 4つのポイント、いずれをとってみても、心理学科の方は、その必要な条件を90%パーセントぐらいはみたしているといつてよい。

一方社会福祉学科では、どのポイントをとっても条件がみたされているのはよくても50パーセントぐらいにすぎない。たゞ、これも回を追って上昇していることはたしかである。3回まではPSWの研修ということが無理であるといえよう。4~6回が、やゝそれらしくなってきた時期、7回に至っていろいろな条件が半ば以上みたされてきたといつてよい。惜しいことに6回が非常に回収率が低い(6通のうち2通は聴講生である)事情のわからないことが多い。

III その他の事項

以下その他の点についての結果をのべていくことにする。

まず研修生が、その受講するまでに、精研やそのスタッフについてどの程度予備知識をもっていたかを調べたのが第8表である。

第8表 研修に参加するに当って、どの程度精研について知っていたか

- a. 全く知らなかった
- b. 名前だけはきいていた
- c. ある程度知っていた
- d. かなりその業務も知っていた
- e. その他

i)(心理)

	a	b	c	d	e
1回		1	3	4	
2回	1	1	4	4	
3回			5	4	
4回		1	6	3	
5回		2	7	4	
計	1	5	23	19	0

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e
1回	2		5		1
2回	3	4	5	0	1
3回			4	4	1
4回			7	1	
5回	2	3	2	3	
6回	1		4	1	
7回	1		10	3	
計	9	7	37	12	3

第9表 研修に参加するに当って、担当した精研の職員（主任，副主任，室長およびそれぞれ専門のスタッフ）をどの程度知っていたか

- a. 全く知らない人ばかりであった b. 名前はきいていた人もいる程度 c. 論文や研究発表を通じて知っていた人もいる程度 d. 個人的に接触のあった人もいる e. 少なくとも名前だけは知っている人の方が多かった f. ほとんどの人をcないしdのレベルで知っていた g. その他

i)(心理)

	a	b	c	d	e	f	g
1回		2	3		2	1	
2回		1	5	2	2		
3回			1	1	4	3	
4回			6	1		3	
5回		2	8	1		2	
計	0	5	23	5	8	9	0

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e	f	g
1回	1	2	3	2		1	
2回	3	6	2		1	2	
3回	2	1	4	1	1	1	
4回	1	1	2	1	1		1
5回	1	1	3	1	2	1	
6回	3		3	1			
7回	1	2	4	1	3	4	
計	12	13	21	7	8	9	1

質問としては、精研の研修について、という項目もあったが、精研については知らないのに、その研修については具体的に知っていたというような了解に苦しむ回答も若干あったのでこれは除外した。

表に示されているとおり、心理学科の方が全般に、予備知識の程度が高い。とくにそのスタッフが全員未知の人であったという欄には一人も回答がないが、福祉1学科の場合にはどの回にも何人かずつそういう人がいる。いずれにしても回を追って予備知識の程度は高まっている。

つぎに、研修に参加した動機をきいたのが、第10表である。たゞし、この質問のdは、cをうけて、「精研の研修に参加すべく自分から働らきかけた」との趣者であったが、回答の中にはbとdにチェックしている、すなわち、どこの研修でもいいから自分から働らきかけた、と解している人がかなりいたので、この答えはcまでの範囲で考える方がよいであろう。

第10表 参加した動機について

- a. 所属長あるいは関係者からすすめられて参加したが、自発的な希望はなかった。
 b. どこかの研修に参加したい希望はあって、たまたま精研の話が出たので参加した。
 c. 精研の研修に参加したいとはじめから希望していた。
 d. 参加すべく、自分から積極的に働らきかけた。
 e. その他

i)(心理)

	a	b	c	d	e
1回	2	3		4	
2回	1	3	3	1	
3回		2	6	2	
4回	1	1	5	5	
5回	1	4	4	4	
計	5	13	18	18	0

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e
1回	4	4		1	1
2回	5	3	4	2	
3回		2	3	3	1
4回	1	3	3	1	
5回	1	5	2	2	
6回	3			4	
7回	2	1	7	5	
計	16	18	19	18	2

この場合でも心理学科の方が、受動的な参加者が少なく精研の研修に対する意欲がつよいことがみとめられる。しかし、「ほかの研修なら出なかった」と明記した人が福祉学科に一人いる。つぎに精研の研修をどのようなルートを通じて知っていたかをきいた結果が第11表である。

第11表 精研の研修のことをどうして知っていたか

- a. 参加しないまでも募集要綱は毎年おくら
れてくるから。
b. すでに参加した人を通じてきいていた。
c. 精研の職員を通じてきいていた。
d. その他個人的ルートを通じてきいていた。
e. 知らなかった。
f. その他

i)(心理)

	a	b	c	d	e	f
1回	1	1		1	3	2
2回	2			5	3	
3回	3	7	1			
4回	1	6	1	3	1	
5回	1	7	1		2	
計	8	21	3	9	9	0

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e	f	なし
1回			2	1	2	3	
2回	1	3	3	2	3	2	1
3回		4	1	3		1	
4回	2	3		2		1	
5回	2	3		2	1	2	
6回	1	3		2			
7回	1	4		6	2	2	
計	7	20	6	18	8	11	1

いずれのコースでも、すでに参加した人からきいたというのがもっとも多く、精研から出される募集要綱をみて知ったという答は非常に少ない。このことは、いろいろに考えられる。

一つには、精研から知事あてに募集要項をおくり、すいせんを求めるという方式が、行政機構のあみの目の中で、どこかで立ち消えになって末端の現場にはとどかないのだという考えである。

このことはかなりの程度において真実であるらしい。というのは、募集要項を直接現場の所属長あてにおくってほしいという要望はこの調査の希望事項の中にも散見するし、研修にきた人から、あるいはこようという人からわれわれが直接耳にすることもしばしばだからである。また、心理学科では、とくに、病院は県の衛生部に、児相は民生部に属するため、片方に流れてしまうと他方はつんぼさじきになってしまうという現実もある。また同じ病院といっても、大学病院は文部省の系統に属するため流れていかないということもありうる。

こういう事態が何らの方法で改善を要することはいうまでもあるまい。

反面、「すでに参加した人からきいて知った」という答えが、これほど高いということは、精研の研修というものが、参加の有無は問わずその可能性ある人々の間に次第にひろくみとめら

れつつあることを示すのかもしれない。

すでに参加した人でもなく、精研の職員でもないその他の個人的なルート、という答が、福祉科の方にはかなり多いが、これはどんな人なのであろうか。所属長にすすめられて参加した、とするして、この欄にチェックしている人が2、3あるところからみると、こういう人は、前から研修のことを知っていた、というより参加するに当って知った、というべきであろう。

しかし、募集の方法について、という質問に対する答が第12表であるが、ここでみられるように、心理学科の場合は、「募集要項は毎年おくられてくるがその前年まではいろいろな事情で参加しなかった」ものが、少ないながら年々確実に増加している。反面、「募集要項は知らないが、別のルートで研修を知った」というものが福祉科の方が多いところをみると、同じように流れる要項でもそれを参加者自身が目にする度合がちがうのかもしれない。

第12表 募集の方法について

- a. 募集要項は毎年流れてくるが参加した前年まではいろいろな事情で参加しなかった。
- b. 参加した年にはじめて募集要項をみた。
- c. 募集要項は知らないが、別のルートで研修のことは知っていたので積極的に働らきかけた。
- d. その他

i)(心理)

	a	b	c	d
1回		5	2	1
2回	1	8	1	
3回	4	3	1	1
4回	3	3	3	
5回	7	4	3	
計	15	23	10	2

ii)(福祉)

	a	b	c	d
1回		3	2	1
2回	1	7	5	1
3回	1	4	5	
4回	1	5		1
5回	3	4	3	
6回	1	2	3	
7回	2	6	5	1
計	9	31	23	4

研修期間についての回答は第13表に示されている。これは期間そのものが福祉科の方が長いから、「短かすぎる」という答が心理学科に多いのは当然であろう。「長すぎる」という答はともないが、これは遠慮が入っているのかもしれない。だから、「適当」といっている人の中に長すぎると感じた人もいるかもしれない。心理学科の場合に、4回だけが完全に逆の傾向を示しているのはなぜであろうか。福祉科の場合は回により微妙な変化がある。1回目は圧倒的にもっとも長くと希望し、2、3、4回はその傾向がうすれ、5回で逆転する。6回目は、もっと長くといったものは一人もない。

研修の内容に関する希望は第14表に示した。個人的な指導をもっとしてくれというのが両者ともに多い。実習の強化をのぞむ声もともに高い。より初歩的、基礎的な内容をのぞむ、というのは、本来専門家の現任訓練をしては出てこないはずの希望であるが、福祉科には一割強その希望がある。より高度の内容を、という希望もかなりあるのであるから、結局参加者のレヴ

エルにひらきが大きいことを示しているのであろう。

第13表 i) 研修期間について(心理)

	長すぎる	適 当	短かすぎる
1 回		3	5
2 回		5	5
3 回		2	7
4 回		8	2
5 回		2	11
計	0	20	30

ii)(福祉)

	長すぎる	適 当	短かすぎる	その他
1 回		1	7	
2 回		7	7	
3 回		3	6	
4 回		3	4	
5 回		8	2	
6 回		6		
7 回	1	4	7	2
計	1	32	32	2

第14表 研修内容に関する希望

- a. より初歩的基礎的な内容がほしかった。
- b. より高度の専門的な内容がほしかった。
- c. もっと個人的な指導がほしかった。
- d. 実習を強化してほしかった。
- e. 専門外のテーマをもっとほしいと思った。
- f. その他

i)(心理)

	a	b	c	d	e	f
1 回		2	6	5		
2 回		3	5	8		
3 回		2	6	8	1	2
4 回		4	3	2	1	2
5 回	2	1	9	7	1	
計	2	12	29	30	3	4

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e	f	なし
1 回	2	1	4	5		1	1
2 回		5	6	6	1	1	
3 回	3	3	4	6		1	
4 回		1	6	2	1		
5 回	2	2	7	3	1		
6 回	1	2	2	1		1	
7 回	2	3	10	9		1	
計	10	17	39	32	3	5	1

研修生相互が終了後何らかのつながりをもっているかをきいた結果が第15表である。

やはり心理学科の方がつよいまとまりをもっている。ほとんど関係がないというものはともに1割ぐらいあるが心理学科では初期のうちのみであるが、福祉科では終始少しずつある。学会の折などに同窓会のような会合をもつかという問いに、心理学科の方は半分以上がもつと答えているのに福祉科では一割強にすぎない。

そのほか、不満な点、よかった点について自由記述を求めた。これは、表にはしにくいので比較的多い意見をあげておく。まずどちらのコースでも多いのは、精研のスタッフが親切で熱心であったという謝辞であるが、これには遠慮もあろうからそのまゝうけとるわけにはいくまい。その中で具体的にとりあげられるのが、一方的に教えこもうとする態度がなかったこと、時間外の寮での会にまでよく出席してくれたこと、などがあげられる。寮の生活を通じて精研のスタッフと人間的に接触できたこと、同じ仲間と結びつきをもてたことなどをあげているの

第15表 終了後、研修生相互の間につながりがあるか

- a. ほとんど関係なし。
- b. 個人的なつながりをもっている。
- c. 学会その他の機会には会合をもっている。
- d. 異った回の研修生ともつながりができた。
- e. その他。

i)(心理)

	a	b	c	d	e
1回	3	6			
2回	2	7	3		
3回		4	9	1	
4回		4	9	2	1
5回		10	6	3	1
計	5	31	27	6	2

ii)(福祉)

	a	b	c	d	e	なし
1回	2	4			1	1
2回	1	9	2	2		1
3回	4	4	1			
4回	1	6		2		
5回		10	3			
6回	2	4				
7回	1	11	2	2	1	1
計	11	48	8	6	1	3

は心理学科の方に多い。

中には、「もっとビシビシやってほしかった」(福祉)、「研修生への遠慮を感じた」(心理)「自由であるのに重荷を感じた」(心理)などの意見もある。また、「母校よりつよいつながりを感じる」(心理)所属長よりも仕事への苦しみを理解してくれた」(心理)などの意見はかけねのないことはとしてうけとれよう。

心理学科の方には、外部講師の講義が総花的でありすぎるという意見が多い。しかし、一人に多くの時間をさけば、かたよってくるので技術的にはむつかしい点である。

また小集団での討議が有効であったという意見も心理学科に多いが、同時にいくつものグループを併行しては困るとの意見もある。だが、日程編成上はそうせざるを得ないわけでこれもむつかしい問題である。

講義の内容に重複があるという意見が福祉学科の方に出されている。

IV ま と め

心理学科においては、参加者はその必要とされる条件を九分通りあるいはそれ以上みたしている。また終了後は、完全に同じ仕事に従事している。また回収率の高さや予備知識の高さや研修生相互の結びつきのつよさなどにみられるように、精研とのつながりも仲間意識もつよく、年齢、学歴等の均質性も高い。精研の研修は、参加しないまでもその可能性のある人々の間にかなり知られているとみてよいであろう。

これに対し、社会福祉学科の方は、これらすべての点においてかなりの差がある。PSWの現任訓練であるといい切れない状態もあった。だが、それも、回を追って次第にのぞましい方向に展開しつつあると見てよいであろう。

フランス精神衛生会：精神病に対する社会の態度*

抄訳者 高 橋 徹** (東京医科歯科大学神経精神医学教室)

「現在の社会一般の態度には、精神病者はほかの病人とは違っているという前提がある。そしてこの前提がわれわれの研究の出発点なのである。」胃頭で、論者はこう述べている。何故、他の病人と同じだとみるわけには行かないのか？ 精神病者は人間であるが、しかし他の人間とは違うのだという見方のうちに、精神病つまり狂気は、病気であるよりむしろ人間的事実として扱われているのではないだろうか？

この論文のねらいは、こうした問題の究明であり、まず第1章では、精神病に対する社会の態度を歴史的に展望し、第II章では近年行われた幾つかの世論調査を論者たちの行なったものと併せて紹介し、第III章では、社会の態度を改めて行くにはどうすべきかという問題に迄考察を進めている。以下、章を追って抄訳して行くことにする。尚、はじめにおことわりしておきたいのは、訳文は必ずしも原文に忠実ではなく、また思い切った省略も行ったことである。いずれも主として紙巾の制限にもとづくが、しかし、論文の意とするところは十分に拾って見たつもりである。

I ——狂気に対する考えの歴史的発展

昔のことになると、記録も乏しくなり曖昧になる。ことに原始社会については、この探求の意味合いから解釈できるような記録が殆んどないので、回り路をとらねばならない。まず、オーストラリアとアフリカの幾つかの原始種族の行動研究によると、これらの種族には狂気に対する定見といったものがないことがわかってくる。狂人は憑かれた者と見做されて崇められることもあるが、ある場合には無用者として見捨てられる。

一方、赤道アフリカと西アフリカの境に住む種族は、古代社会の構造を保っているが、またより進んだ地域とも接触があり、精神病者に対して独特な態度をとる点で、ひとつの過渡期を示している。精神病者は悪霊にとり憑かれているので、集団を危い目に遭わさぬためにそこに受け容れられるわけには行かず、武器食糧をあてがわれて隣りの部族へ送られる。またそこでも同様に扱われて、今度はしばしばかなり遠方の部族に送られる。大概親しい部族に送られるので、とくに厳しい処置ではない。こうして、悪霊は旅行中に滅びるか、新たな土地になじめないという危機にさらされる。一方病人の方はもともと異邦人ということで、受け容れた部族

* Attitude de la société à l'égard des maladies mentales — Rapport présenté aux Journées de la Santé Mentale, organisées les 22 et 23 novembre 1958 par La Ligue Française d'Hygiène Mentale.

** Tohru Takahashi, M. D. (Department of neuropsychiatry, Tokyo Medical and Dental university.)

もとくに支配しようとはしないが、狂人のもつ悪魔的な危険な有害な性質やそれに対して社会がとる拒否的な構へを、すでにおぼろ気ながらもみることができる。

原始社会から遠ざかるに従い、個人が集団の犠牲になるという面が際立ってくる。キリスト教のような一神教宗派では、個人の精神的価値決定のために、精神を狂わせる障害が必然的に問題とされ、正常異常のクリテリアが求められる。しかし、このクリテリアはいつも明確には定められぬまゝ残されて、そこに一種の魔術的態度が生き残る余地が生まれ、日常生活の不思議と結びついた原始心性の復活がみられる。心霊とか精神の異常はタブーに結びつく。そして、追放投獄死刑といったあからさまな拒否の方策がつくられる。無論、思想が発展し人間の尊重が叫ばれるようになって、拒否がいつもこんな風に残酷なものだったとは限らないが、しかし病者の人間性の過少評価が目論まれていたことに変わりはない。

ローマ時代になると、社会の中心は家で、家長にとっては集団の統合維持がいつも問題になった。精神異常者は追放されることなく、家長の下におかれるようになった。家の調和を乱すのは狂躁病者ではなく、むしろ集団中に知れ渡ってしまう狂気とか精神錯乱とかに結びついた忌わしい恥かしい観念であった。拒否も象徴的なものとなった。つまり正常人との同一化が避けられるように、病者はすべての人間的権利を奪われることになった。ローマはこうして、精神異常者から市民権という当時は人間の本質的な特徴を支えるものと見做されたものを剥奪することによって、精神異常者に対する最初の立法のプリンシプルをのこした。

その後の数世紀はこんな状態が続いたことが、中世のさまざまな慣例集に窺われる。いずれもひたすら社会の保護を考えてつくられたものである。「長男が狂気に襲われた場合には、長男の権利は次男に譲渡され、また財産は同胞の間で分けられ、相続権が公開されるという意味で長男は死んだ者と見做される。」(Mairet)。また、ノルマンディ大慣例集は精神異常者のために特に一章をもうけているが、そこには「精神異常者が人を殺しあるいは傷つけた場合には、監禁され、食糧と生活費が与えられねばならない。監禁を解かれた場合にも再犯の虞れあるときは肉親が監視し、肉親はその財産を管理し、また彼を拘禁することを得。肉親の居ない場合は隣人がこれを委ねられる」とある。教会は異教徒や魔女を火あぶりにしたが、これは狂人を魔法使いとを混同したやり口であった。たしかに互いに似たところがある。ワケの判らぬことを言い。普通人とは違うものを見聞きし、彼らの持つ力あるいは持たされている力の故に危険視される。そのような彼らはもはや人間とは見做されず、宗教裁判にかけられて虐殺される。幻覚を持つ者ヒステリー抑うつ病者等の大半は、憑かれた者と見做され追放拷問火刑が、彼らを持ちうけていた。Trève⁽¹⁾では数年間に8500の狂人が焼かれ、Strasbourg 司教区では20年間に5000人以上の魔女魔法使いが火あぶりにされた。12世紀以降に博愛への関心が高まり、幾つかの宗派が汚ない避民院を設けたりした。1400年ごろに、Frère de Merciがイスラム巡礼から帰り、彼地にあった Asiles をヨーロッパにはじめてつくった。浮浪者、乞食、

(註1) 西ドイツの小邑(抄訳者註)。

それに精神異常者のための避民院である。17世紀になると、少し進展がみられる。1660年9月7日のパリ議会では、精神病者は病人と見做され、他の病人に倣って治療すべきであり、もし不治の場合、特別な病院で救済されるべき旨の判決が下された。特別な場所は設けられたが、大きな鍵のついた重い扉に閉ざされ、小さな窓しかない独房を、当時の人々はどのように見たであろうか。興奮した患者は、石にはめこまれたベッドに縛られていた。

以上のような変化は、外国でも平行してみられる。たとえばスコットランドの Robert I 世の勅令、ロシアの Pierre 3 世の勅令、ルーマニアのプラヴィレ法等々にそれが窺われる。いずれにせよ、狂人を危険な存在として正常人の意のままに厄介払いするための法的なしくみが次第にできあがった。

一方フランス革命前後の人道主義思想は、精神病問題にさらに新たな衝撃を加えた。Voltaire らの宣言は2つの法案（1792年3月16-20日、及び1791年7月19-22日）を成立させる上で力があった。ひとつは、心神喪失の故をもって禁固に処せられた者は、判決発効後の3ヶ月以内に裁判官及び医師の訊問及び診察をうけ、直ちに釈放すべきか否かが決定されねばならない、というものである。しかしこうした動きのうちにも、古来からの矛盾、つまり精神病の世界を覆う幕を引き揚げようとする識者の卓見と、一方ではますます狂人を神秘の宇宙へ追いやろうとする社会の態度とのズレが窺われる。フランス革命は社会混乱をまき起したが、しかし精神病患者の法規をも変え、著しい改善を容易にした。PinelやEsquirolの尽力、1838年の法律⁽¹⁾など。

しかし *etranger* は、何の衝突もなしには社会に受け容れられないものである。革命は既成の社会秩序を打破し、家族制度がくずれ、新たなクリテリアがつけられるようになる。そして、正常者として相応しい行動とは、有益且つ公共に裨益するものだという理念で統合され、規格外れの、自然でない、非生産的なものははや認められなくなり、このようなものには、かつて魔女や白痴に代って社会的不適応という新しい呪いがかけられるようになる。かつては家族達に面倒を委ねられていた片輪な人間は、古い共同体の崩壊後はこうして社会からも見捨てられる破目になる。問題は様相を変えたが、無くなったわけではなかった。社会は、精神的には家族を享け継いだものだし、精神病患者に対する見方も古い偏見に強く方向づけられたまゝである。

法律をみてもわかるように、世間には古い考えが根強く残っているが、一方では医学の進歩から生まれた革新的傾向があり、この両者の間には少なくとも緊張があり、しばしば衝突さえ起る。社会を保護することが先か個人の保護が先か、という反対でないにせよちがった考え方の同居から、極めて有害な変な曖昧さがしばしばあらわれてくる。為政者、精神科医、世間の人たちの三者の間には、狂人に対する見方の相違が判然とあらわれている。こうして一世紀、社会はこのデイレンマのたゞ中におかれることになった。

(註1) Loi du 30 juin 1838, の名で知られる。

精神病患者の反社会行為に対する社会の保護、精神病患者に医療を施し収容施設を定めること、入院した患者及びその財産の保護、の三件を定めたもので、3条41項から成る（抄訳者註）。

II — 精神病と世論

A. アメリカ

シカゴ大学世論研究所は精神病についての世論統計の緻密な分析研究を行っており、一部が Shirley A. Star 女史によって纏められている。⁽¹⁾ 1950年5月と6月に3500のアメリカ成人サンプルに対する調査が行われた。これによると、アメリカ人の73%は精神病の治療と予防は精神医学をやっている人に委ねるべきだと自発的に答えている。このうち53%は、精神科医ということばを使っている。しかし、73%の人についてみると、精神医学の正しい知識をもつ者は少なく「平均的アメリカ成人は、精神科医に診てもらってよくなったという人を知らず、また、診てもらった方がいいと思う人を身近かには持たず、まして自分が診てもらおうなどは夢にも考えていない。精神医学を身近かなものとしてみている人は意外に少ない」と Star は述べている。一方、71%は、正気を失った人も大半は治ると答えている。また91%は精神病でなくて神経症的なもの⁽²⁾は一般に治癒可能だと答える。先の71%の内訳をみると、32%は治療は可能だが実際は治らないとし、9%は5割治るとし、20%は大半は治ると考え、10%はどの位の率が治るかについて答えていない。大体、アメリカ人の1/5のみが精神病患者の大半は治癒可能でしかも治ると答え、2/5は可能だが実際には治っていないと答えている。つぎに、一般人が、精神病をどう定義づけどの点で人間の他の行動とちがっているとみ、またどうして精神病だと知るか、について調べてみると、まず半数が mental disease と psychosis を同一に考えている。そして精神病を、予測不能の行動、衝動性、自己統制と論理の欠如、法規の無視、乱暴たわごと幻覚妄想などの症状、によって定義づけている。また、こうしたことを調べる目的で、6つの症例——それぞれパラノイアの人、分裂病者、不安神経症者、アルコール中毒症者、行動異常の子供、強迫症者——の描写を示し⁽³⁾ それらを、どの位の人々が精神病患者と見做しているかみると、パラノイア75%、分裂病34%、アルコール中毒症29%、不安神経症18%、子供の行動異常14%、強迫症7%、であった。一般人々は、次の三条件が揃わないときは、精神病を証拠だてる行動とは見做さないようである。条件とは、a) 知能低下、理性喪失、b) 自己統制の重篤な欠陥、普通、他人を危険な目に遭わせるような暴力や、自己の行為に責任が持ち得ないまでに至ったとき、c) その場に相応しくない行動、とりわけ対人場面での筋のとおりぬ行動。「こうした人間観に従うと、正常人とは分別がありよく自己統制のとれ

(註1) Star, S. A. : The public's ideas about mental illness. National Association for Mental Health, Indianapolis, Indiana, nov, 1955.

Star, S. A. : The place of psychiatry in popular.

thinking : American Association for public Opinion Research, Washington, D. C. May 9. 1957.

いずれも mimeogram. (抄訳者註)。

(註2) 原著 (starによる) では、nervous conditionsである (抄訳者註)。

(註3) Star のテストと呼ばれることもある。Clausen, J, S の扶けをかりてつくられたテストである。尚、パラノイア、分裂病は、原著 (starによる) では、妄想型分裂病、単純型分裂病となっている。実際にも、症例描写によるとパラノイアよりは妄想型分裂病とした方がびったりする (抄訳者註)。

た人で、自分の行為には責任を持ちその場に適した行いをし、他人をよく理解し周囲をよくわきまえている、ということになる。」そして「精神病はこれらの正常の態度の欠如の表現で、psychosis は、その重篤なものということになる。」つまり、精神病は怖ろしいものであって、だれそれがそうだなどとはとても軽卒に口に出せない。世間の人たちが、psychosis を、それをもつ個人にひそむ危険と見做すのは、病者が行う具体的な行為の故でなく、「何をしでかすか分からない」とか「何でもやってしまう」ということのためなのであって、この不確かさが実は、真の怖れの源になっている。

「以上の観察を纏めると、表にあらわれていると否とを問わず、そこにひとつの根元的な恐怖つまり理性を失うことにより誰れでもがまき込まれてしまうという恐怖と、そのような恐怖を呼び起すようなことがらに対しては身を引いてしまうという構えとを明らかによみとることができる」と Star は述べている。彼女はまた、精神医学が世間の人々に密着していないことを指摘する。精神医学的発想は世間一般の人々の考え方と一致しない⁽¹⁾。「容易にわかることは、人々の結論と精神科医のそれとが一致しないことである。一般人の17%は、6例の仮想の患者を平均人からかけ離れた人とは見做さず、またこの症例のうちで行動の特徴に暴力が現われていた唯一の例つまりパラノイアの例のみに精神病者の資格を与えた人は28%だった。」6例すべてを精神病としたのはわずかに全体の2%にすぎない。「ということから、大多数の人々が、何故、精神病者は精神科医に診てもらうべきだと言いながら、精神科医に診てもらう必要のある病人には会ったことがないというわけがよくわかる」と、Star は述べている。精神病と認めるには、そこに行動上の目立つ特徴や、感情の統制が現実場面に適したものでなくつまり適応が欠けていることを見いだす必要がある、という定め方は、次の三つの仮定にもとづく人間行動観からひき出されたものと見ることができる。それはつまり、1. 基本的な説明図式は人間行動すべてに適用できるように予めつくられたもので、人間行動は結局偏りのあるなしに分けられる。2. 特徴的な情緒的パターン⁽²⁾の窮極原因は外部刺戟や個人の自覚や、思慮し意図した選択に帰せられるよりはむしろ対人関係の直接体験と言われるものに帰せられるのが一般である。3. 特徴的な情緒的パターンは、理性による自己統制のみをあらわすものでなく、むしろ自分で変えることの困難なものを見做すべきである。

ところで、こうした人間行動における直接与件なるものは、単に正常な行動だけの説明に適用できるような、正常な理性的方向づけを基礎にした一般の人々の考え方とは、むしろ真向うから矛盾することになる。一般の人々は、理性や自己統制こそが人間の本性だということから出発する。つまり正常人の行動は、その人の置かれている状況に理性的に応じているものと見做されている。そして精神病は、この正常さとは全く逆のもので、いわば人間固有の条件の喪失つまり非人間化という極め怖ろしいものということになる。

(註1) 彼女は、だからと言って、大衆の無知とか、人々の気まぐれというようなことでこれを片づけてしまっはいけないとしばしば強調している(抄訳者註)。

(註2) 原著(Starによる)では、characteristic emotional pattern となっている(抄訳者註)

精神健康の見地から保健教育を考えた場合、慣れた人には精神病は何等怖ろしいものではないと強調するのは必ずしも得策ではないと思われる。その場では「お上品」にそう受けとってもらっても人々は本心から納得するわけではなく、早晚また元の考えに戻ってしまうからだ。一体、精神病ということばに特別の印象をもつ一般の人々を、どう納得させたらよいのだろうか。Star は、従来の教育方法を全く変えて、まず、正常な行動についての正しい基本の考え方から出発して、人間のあり方、人は何故そう行動するかを、全体として考えるやり方を提唱している。精神病者の心理機制が、実は正常人のそれとは全くかけ離れたものではないことを納得させるためには、正常人の機制について正しく心得ておかねばならないからである。

大多数の人の頭の中には、正常行動に適用できる条理をそのまゝ、精神病者にあてはめることを拒んでいるミゾが正常人と精神病者との間に作られていて、両者は可能な限りかけ離れたものになっている。ミゾが深ければ深いほど精神病者に対する怖れは強く、正常人との距離を保つ必要性が強く求められ、明確な分離がそこにあらわれる。

B. ——社会精神医学とコミュニティの態度。

イギリスの場合。

B. B. C. は、ある調査中に行ったひとつの実験を報告している。The hurt mind という題の一連のテレビ放送が、1957年1月中の毎火曜日に30分間行われた。これは精神病の治療を扱ったもので、4回までのプログラムは、1. 精神病院の様子、2. 精神病の原因、3. 精神病治療の心理学的的方法、4. 同じく身体的方法、で、最終会には精神病の社会的諸問題についての対談が放送された。いずれも、精神病問題に対する一般人の態度を改めさせることをねらい、まず視聴者に精神病治療のことをよく知ってもらう目的で行われたものである。そこで、1. この放送が一般人の精神病者に対する考え方にどのくらいの影響を与えたか、2. 専門医による治療の可能性について、世論はどう変化したか、3. 精神病院に入院したことのある患者を受け容れる点で世間の人々がどの位寛大になったか、4. この病の社会的重要性を、この放送がどの位価値づけたか、という諸点を知るために、放送を視聴した人と、その統制群として視なかった人につき年齢性別職業に従い800名のサンプルをとり、放送局へ招致した上で質問紙による調査を行った。

まず、視聴者の約90名が精神病と狂気⁽¹⁾を区別している。精神病は治るが狂気は治らない。この見方は放送によっても変わらない。一方、精神病は大半は治ると答えたものは、視聴しない群（以下、しばしば単に前と略す）73%に対し、視聴後（しばしば単に後と略す）85%となっている。うち、完全治癒可能と答えたものは、前37%に対し後47%である。電撃療法を受け容れるかどうかについては、前45%に対し後65%とのびている。通院中の患者に対する受け容れの度合いは、視聴後では大きくなっている。街や商店で会ったときについては前82%に対し後

(註1) maladies mentales et folie 尚、maladie(s) mentale(s) は精神病と統一して訳しているために、mental disease (maladie mentale) と psychosis との区別が問題になる。そういう意味からすれば、前者はむしろ、精神疾患と訳すべきであった(抄訳者註)。

89%、治療中の患者を備うかどうかについては、前49%に対し後52%、さらに患者に子守りをさせるかについては、前後とも7%で、受容度(率)は変わらない。同じ質問を、治療して退院した患者に対してはどうかという形で行うと——かつて病気だった人に街で会っても避けない(前93%後96%)、——病気だった人でも備う(前64%後67%)、——子守りさせてもよい(前15%後20%)、となっている。

放送によって精神病に対する関心がどう変化したかについて次に纏めると、——

問の項目	前	後
精神病の話をする。	67%	76%
精神病の話をしきく。	39%	57%
この問題に興味を持った。	36%	36%
もっと詳しく知る方法を探してみたい。	3%	6%

次に、精神病の社会的重要性についてどのくらい知っているかを調べてみると、前では僅か5%にすぎなかったのが後では10%にのびている。5回の放送のみでこれだけ率がのびているのは注目に値する。しかし別な見方もあるはずで、解答率が改善するのは、質問や放送のタイプによるのではないとも言える。たとえば、電撃療法、解放反応、子供に及ぼす環境の影響、精神病にあらわれてくる抑うつなどのような、テーマが具体性をもって提示され、視聴者自らが問題解決へと進めるようなものの場合には改善は確かで目ざましいが、精神病とか狂気ということばできめつけられているようなテーマの場合は期待通りにはならない。たとえば不安の体験や心的外傷や罪過などが原因としてどう働らくとか、精神病の疾病学や精神分析療法の本質と実際について、などの場合がそうである。つまり提示された問題と、公衆の認識との間に深いミゾがあって、放送だけではそれを埋めることができない。

たとえば、大半の人々は精神病と狂気を区別し、また以前病気だった人のある種の仕事に就かせることに難色を示し、また精神病の領域における秘密をあばくまいとする気持をもっている。

この研究は、テレビが精神病の領域における問題の有効な情報提供手段として、ひとつの技法となり得ることを示している。

C. ——世論と精神病、フランスの場合。

われわれのメンバーの一人、Voillaume 夫人の研究をとりあげる。夫人の研究は質問紙による緻密で膨大なものであり、ここでのべるのはマルバツ式の質問についてである。それは70問からなるが、ここではそのうちの18問について、さまざまな年令及び階層の男女301名の解答をもとにしてのべる。まず18の質問は次の通りである。1) 狂気の問題に興味がありますか? 3) 狂気は精神病のひとつでしょうか? 7) 精神病患者は気違いでしょうか? 8) 狂気にいるいろいろな種類があると思いますか? 26) 精神病患者は昔と今とでは同じ位でしょうか? 今の方

(註1) この数字は、問題の項目番号を表わしている(抄訳者註)。

が多いでしょうか？ 27)精神病患者は都市より田舎の方が多いでしょうか？ 29)精神病になるより癌になる方が怖いでしょうか？ 31)身近かな人があなたにすゝめたら、あなたは精神病の専門医にかかりますか？ 39)精神病の人を病院や診療所に見舞ったことがありますか？ 40)手術を受けた人や普通の病気になった人を病院に見舞ったことがありますか？ 41)精神病（または狂気）は予防できるでしょうか？ 43)医者には精神病患者を治せるでしょうか？ 44)……よくすることはできるでしょうか？ 45)確実に治って、もうぶり返さない精神病があるでしょうか？ 54)精神病（または狂気）は、現代における最大の災禍と言えるでしょうか？ 63)医者が治っていると見做した精神病(だった)人とでも結婚する気はありますか？ かって病気だった人とあなたの近親の人が結婚することに反対しますか？ 67)狂気や精神障害のことは、すべて世間の人も知っておくべきでしょうか？ 70)このような質問はあなたにとって面白かったですか？

細かい数字，%，をここに述べるのは煩雑なきらいはあるが、われわれの立場からみてそこから興味ある結論がある程度ひき出せるように思える。まず、精神病の問題への理解と関心をみると、――

問 題	は い	いいえ
(1)	6 3 %	3 7 %
(7 0)	6 5 %	3 3 %
(6 9)	9 0 %	9 %
(5 4)	2 0 %	7 4 %

で、大半の人々は問題に関心を持ち、よく知りたいと望んでいる。しかし知識は欠けていることが目につく。というのは、質問を受けた人の74%は精神病の社会的重要性を認めていないからである。また、たとえ問題の重要性が認められても、人々は精神病患者には余り近づこうとしない。

また、多くの人々は、精神病と狂気を同一には見ない。無論、こうした類の病は自分達にとって怖いからで、病を直視しようとするときでも、病が治るとかよくなると答えるときは、病を精神病ということばで受けとるときであって、それは狂気と大きなミゾで隔てられ区別されている。

一方、サンプルの下位類別について分析してみると、とりわけ年齢によってある種の差異がはっきりしてくる。

問 題	殆んど、大半。	ときに、幾例か。	全く…ない。	年 令
(44)	59%	41%	—	16—25歳
.....	55%	4%	1%	26—54 〃
.....	33%	61%	2%	55—85 〃
(43)	16%	80%	3%	16—25歳
.....	16%	74%	6%	26—54 〃

.....10% 69% 12% 55-85 #

このような差異は、精神病に対する耐性、とくにそれが感情的な機制の如何にかかっていると思われるようなものについての質問で、はっきりあらわれてくる。

問 題	性別	はい	いいえ	年 令
(63)	男.....	59%	38%	16-25歳
	.....	29%	58%	26-54 #
	.....	9%	87%	55-85%
	女.....	32%	65%	16-25歳
	.....	20%	79%	26-54 #
	.....	4%	92%	55-85 #

高年令層の場合、結婚問題はとくにさし迫ったものでないはずなのに拒否的な解答が多いのは一見矛盾しているようだが、これは、30台40台の人々にとっては、狂気の世界は精神病院 (asiles) に代表されていたが、その後精神衛生が普及したことで若年者層の構えをかえているのだとみることもできる。

教育程度の差異をいれてみると、(63)に対して肯定しているのは:—

性 別	教育程度	は い
男.....	小学卒	45%
	.....高校卒	12%
	.....高等教育を受けた。	35%
性 別	教育程度	は い
女.....	小学卒	12%
	.....高校卒	19%
	.....高等教育を受けた	33%

となっている。

こうした点を考えると、精神病に対する態度は、単に精神病に対する無知とか知識の不足によって違ってくるばかりでなく、精神衛生に関する教育の程度にもかかわってくることを考慮しなければならないように思われる。

III — 結 論

以上のさまざまな調査や見方のしめくりとして、得られたことがらをまとめてみる。

まず歴史的局面では、精神病者に対する拒否が、次第に組織化され合理化されるさまが興味深くみられる。精神病者は望まれざる存在だという考えから太初は彼らを他の部族へ送ったり、またある時代には殺しさえした。こんにちでは、精神病者は医者の手におねえという、一応は人道的な文脈に紛れて扱われているが、字義通りではないにせよ精神においては昔とそう変わっていない。入院とか狂気という烙印は退院後も彼らについてまわる。教養や社会的地位の如何

にかかわらず多、くの人々が精神病患者が治るものとは考えず、またそう考えても、彼らに会えば居心地が悪く、また何の保留もなしには人間としての資格を認めようとしな

正常と病気とのミゾがどのようにできあがったか、病院の壁によってどんなあからさまな区別だてがなされているか、をみるのも興味深いことだ。今では精神病院の門戸は開放され進歩しているものの、公衆は精神病と狂気との区別立てによって新たな防衛をする。この区別立てによって、かつては間違いを資格づけていたものを一応棚上げにして、精神病の方を受け容れることができる。

つぎに、これらの調査で具体的に示された点は、公衆の一般的知識の欠如、誤まれる考え方である。B. B. C. の質問を受けた人の殆んどは、精神病問題の社会的重要性を認めていない。これに対し、90%が知識の必要を感じて公衆教育を望んでいる。このイギリスでの実験の興味ある点は、そこで用いられた啓蒙手段が公衆の態度を深くまで変えないこと、つまり、問題の根本にある基本の考えまでは変えないということである。精神医学的認識を大衆化することが望まれながらも、そうすれば非合理という壁にぶつからざるを得ないことを示唆している。

精神病は予防できると考える人の率(39%)と精神病は治るとする人の率(15%)をつき合わせてみてわかることは、この両方ともが精神医学の助けを借りるという点で違いがなくとも、問題そのものがまるで違っているということである。つまり、一方はかつて間違いであったかあるいは現に間違いなのであって正に人間の特徴を失っているのである。これは本質的なことにつながる問題点のように思われるが、Shirley A. Starはその報告の中でこれをみごとに分析している。間違いと正常人とのはっきりとした区別立ては、自己統制や合理的な行動という人間にとって本質的なものとされることがらを自分が失うことへの怖れから要求されるのであって、正常者も間違いも本質的に変りはないとすることは、暗々裡に自分も間違いになり得ることを認めてしまうことになる。

このような世間一般の人々の見方にうち克とうとすると、われわれは極めてむづかしい問題に遭遇することになる。精神医学の啓蒙の試みについて言えることは、それを精神病ということから説き起すと、極めて強烈な抵抗にあい、啓蒙運動の拠りどころのすべてを失う危険にさらされることになる、ということである。一般の人々は、行動を外的な条件に結びついたものとして合理的にしか考えず、非合理的なもの、固有な情緒的な機制のようなものがそこに介入することをなかなか認めようとしな

正常な行動が単に外的な原因に対する合理的行為の条理のみに従うものでないことを人々に納得させることは、人々がかつての防衛的な構えを動員することなく精神病の領域に近づき、それを受け容れることを可能にするみちをそこに拓くことでもある。

最後にこの研究の示唆するひとつの問題点をとりあげよう。それは、精神病というものが病者を取りまく社会の文脈の中でのみ価値づけられる、ということである。言いかえれば、精神

病が提起する問題の重要性は、精神者をどうみるかという社会の耐性の如何にかかっているということである。統計調査の結果を待つ迄もなく、田舎の環境は都合のそれに較べて精神病者に対してヨリ耐性をもっており、それが治療可能性を支えている。大きな耐性を待つ環境では、病者にとってしばしば貶価的な入院という手段も治療上不可欠なものとならず、またこの耐性が、病者の社会復帰(réinsertion sociale)を容易にする。幻覚をもつ多数の患者が、遠く離れた村では平和に暮しているが、耐性のひくい環境の中に入るとしばしば反応を起すことはその証左になる。家族コロニーの成功もこうした見方の重要性をうらづけている。公衆教育の結果から生ずるヨリよい耐性が、精神病者の数を減らすことにはならないにせよ、彼らの治療を容易にし、またかつて病気だった人に人間としての尊厳をとり戻させ、慢性の患者の多数をかかえている社会の荷を軽くし、それぞれの能力に応じて世の中で活躍する可能性を彼らにとり戻させ、再適応を容易にするのである。

抄訳者あとがき

この論文はL'Hygiène mentale 誌No.1,1959年に掲載されたもので、Stoetzel 教授⁽¹⁾の主宰する委員会の行った研究にもとづいており、1958年11月にフランス精神衛生週間でChanoi 博士が報告したものである。昨年秋にフランスにたちよられた国立精研加藤部長が、Chanoi に会われた際にこの論文の別刷を贈られたが、加藤部長のおすゝめもあり、ここに抄訳した。

Chanoiのいる病院では、どれが職員なのかすぐには分らない。Chanoiも、われわれは白衣というものを着ないので、と話していた、と部長はその印象を述べておられる。論文にもあるように、精神病者に対するヨリよい環境ということを考えての習慣と思われる。論文中しばしば引用されている故Shirley A. Star 女史の研究については、わが国では一般には知られていないが、国立精研ではその6つの症例のテストを用いた調査研究を夙に幾つか行っている。最近になって、Starの業績がかなり重要視されてきているようである。

(註1) Stoetzel, J : ソルボンヌの社会学教授。日本に滞在し、戦後の日本の社会についての研究。

Jeunesse sans chrysan thème ni sabre (「菊もサーベルも知らない若者」)を著わしている。(抄訳者註)。

児童終夜睡眠脳波の研究

高野良英, 内沼幸雄, 安藤信義, 平井富雄, 笠松章
古閑永之助, 中川四郎, 湯原昭, 遠藤四郎

(臨床脳波, 第7巻3号, 昭和40年8月1日)

精神薄弱にみられる異常速波について

中川四郎, 湯原昭, 伊藤裕台, 飯田誠, 渡辺位.

(日本脳波学会総会(学会発表))

治療チームの誕生まで

土居健郎(聖ロカ病院), 池田由子, 長谷川常人(長谷川病院).

(第2回日本精神病理・精神療法学会,
昭和40年10月, 京都)

医療機関におけるチームのあり方

柏木 昭

(済生, 昭40年, 8月, No444)

1. 専門分化について 2. 治療的共同体に見る。

精神衛生

加藤正明

(精神医学全書, 第6巻, 金原書店)

海外における精神医学的作業療法について

池田由子

(児童精神医学とその近接領域,

第6巻2号, 昭和40年6月)

ハーフウェイハウスについて——米国におけるその現状と観察

池田由子

(精神医学, 第7巻7号, 昭和40年7月)

麻薬中毒措置患者の臨床統計的研究

湯原昭, 石川淑郎, 西尾忠介, 清水寿, 青木義治.

(第62回日本精神神経学会総会,(学会発表))

中毒性精神疾患の臨床統計的研究

川尻徹, 鈴木秋津, 河合博, 有安孝義, 岩崎功三,
大原健士郎, 湯原昭.

(関東精神神経学会, 昭40年11月27日)

いわゆる「睡眠薬遊び」について

大原健士郎, 奥田裕洪, 小島洋, 有安孝義, 湯原昭.

(精神医学, vol 7, No.5, 昭和40年5月)

医療麻薬中毒者の臨床的研究

湯原 昭

(麻薬中毒の研究, 中尾健編,

厚生省, 昭40年度)

精神安定剤嗜癖の統計的並に臨床的研究

加藤正明, 今田芳枝, 高橋伸忠, 藤田栄一, 宮川建平, 田内堅二.

(昭和39年度厚生科学研究成果報告書,

厚生省, 昭40年)

薬物の嗜癖傾向にあるもので, その薬物をキナゾン系, クロールジアゼポキサイド系, メプロバメート系の3つに分けて各群の比較検討をおこなった。さらに治療として, 嗜癖患者のグループ・ワークの中間報告と, 将来の方向づけについて検討をした。

薬物嗜癖の臨床統計的研究

加藤正明

(精神医学, 8巻2号)

クロールジアゼポキサイド嗜癖乃至嗜癖傾向——禁断的に幻覚せん妄様状態を呈した症例を中心として——

高橋伸忠, 宮川建平, 田内堅二, 藤田栄一, 今田芳枝.

(日本医事新報, 2163号, 昭40年)

C D P嗜癖傾向から急激に禁断した結果, 意識障害や幻覚せん妄状態を呈した3症例について報告した。

睡眠薬遊びに関する研究

今田芳枝

(精神衛生研究, 13号, 昭39年)

睡眠薬を常用する青少年26事例について, 4群に分け事例をあげながら, 各群の比較検討をおこなった。

薬物嗜癖に関する研究,(第2報)——非バルビタール系催眠剤, 精神安定剤嗜癖の統計的考察——

加藤正明, 三浦四郎衛, 高橋伸忠, 宮川建平, 田内堅二, 藤田栄一, 今田芳枝.

(第62回, 日本精神神経学会総会, 昭40年)

全大学病院, 官公立および指定精神病院を対象に

薬物嗜癮調査をおこなった。その結果272例について、社会的、心理的ならびに身体的要因、家族環境などを統計的にまとめ考察した。

薬物嗜癮に関する研究——混合性薬物
嗜癮について——

加藤正明、三浦四郎衛、高橋伸忠、宮川建平、田内堅二、鈴木正、今田芳枝。

(第59回、関東精神神経学会、昭40年)

薬物の乱用のうち、各種の薬物の混合常用者を対象にし、54例について検討した結果、単種薬物よりも禁断時症状がおこりやすい、年令、学歴なども比較的高い比率にある。

薬物嗜癮に関する研究(第3報)——

薬物嗜癮全国調査の統計的考察——

加藤正明、三浦四郎衛、高橋伸忠、宮川建平、田内堅二、鈴木正、今田芳枝。

(第75回、東京医大医学会、昭40年)

全国の指定精神病院、大学病院を対象に薬物嗜癮調査をおこない、272例について、心理的、身体的、社会的ならびに家族環境などを統計的にまとめ考察した。

デイ・ケア(昼間通所治療)に関する
研究

加藤正明

(病院精神医学12号)

精神療法の限界と危険(シンポジウム)精神療法家の制約について

加藤正明

(「精神医学」第7巻第2号、昭40年)

中国・ソ連における精神医学(座談会)

加藤正明

(「精神医学」第7巻第11号、昭40年)

集団精神療法

加藤正明、高臣武史

(精神医学全書、第5巻、金原書店)

集団心理療法の研究——そのI、米
国と日本の集団内 Interaction の比較

池田由子

(第62回、日本精神神経学会総会、

昭40年4月、広島)

前近代社会における集団療法について

池田由子

(精神身体医学、第5巻4号、昭40年8月)

集団精神療法の発展と現況

池田由子

(精神医学、第8巻2号、昭41年3月)

TPIコードの研究

坪上宏、肥田野直他

(第7回日本教育心理学会、昭40年10月)

TPIにおける2ポイントコードによるコードタイプを検討し、異常者と正常者の識別性と異常者の鑑別診断について考察した。

精神分裂病者の社会適応

柏木昭、坪上宏、斎藤和子、西村純子、岡島典子、
田村操

(第13回日本社会福祉学会、昭40年11月)

地域社会精神医学の展望

加藤正明

(精神医学、7巻7号、昭40)

精神分裂病の人間関係

高臣武史

(第62回、日本精神神経学会総会

シンポジウム、昭40年4月)

内容は本誌記載の通り。

精神分裂病の家族研究

(第2回 精神病理、精神療法学会

シンポジウム、昭40年9月)

内容は精神医学第8巻4号記載

精神障害者の家族に関する研究

—歴史的考察—

鈴木浩二

(精神医学ソーシャル・ワーク、1巻1号、昭40年

日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会)

精神分裂病患者の家族のパーソナリ
ティ特性および家族内力動類型に関
する研究

鈴木浩二、森本栄子

(第13回日本社会福祉学会大会発表、

「社会福祉学」第5号)

家族治療の一環としての患者・家族
合同キャンプの経験について

鈴木浩二

(第12回日本社会福祉学会大会発表

「社会福祉学」第5号)

家族への相談、指導

鈴木 浩 二

(精神衛生相談と訪問指導の手引

精神衛生問題研究会, 昭41年3月)

家族診断——児童治療にみる

山崎 道 子

(医療と福祉, 2巻5号)

家族診断および家族治療について, 1. その歴史的背景 2. 臨床的位置 3. 家族診断スキーム実施の試みとその問題点の3つの観点から論じた。

多問題家族への多面的組織的アプローチ

一子の必要性——実験過程を通じてみた

家庭福祉センターの役割

(第13回(昭40年11月)

日本社会福祉学会総会発表

1. 序——実験過程の前段階 日本女子大学

松本 武 子

2. 取扱い家族の特性とケースワーク・サービス,
国立精神衛生研究所

山崎 道 子

3. 家庭福祉センターの役割——多面的, 組織的ア
プローチの必要性 日本女子大学

吉沢英子, 秋山弘子

学校恐怖症児の家族研究

山崎道子, 玉井収介, 湯原昭, 今田芳枝,

(第6回日本児童精神医学会総会(学会発表))

学校恐怖症児の家族研究

山崎道子, 玉井収介, 湯原昭, 今田芳枝

(精神衛生研究14号, 昭40年)

マリッジ・カウンセリングの基盤

田村 健 二

(カウンセリングの展望,

誠信書房, 昭40年7月)

マリッジ・カウンセリングの社会的位置づけと最近の日本における動向, さらにマリッジ・カウンセリングの基盤としての人間観, 結婚観にふれ, その方法の原理となるものを示唆したもの。1. 現代生活とマリッジ・カウンセリング 2. マリッジ・カウンセリングの最近の動向 3. マリッジ・カウンセリングの原理と方法——人間の安定機能と同化機能, 結婚生活のメカニズム, マリッジ・カウンセリングの方法 4. 今後の課題。

コミュニティと青少年(座談会)

田村 健 二

(コミュニティ, 7号, 昭40年11月)

地域社会における青少年の問題のうち, 主に家庭と集団指導の問題について, 論じたもの。

人間のバランスと同化——現代家族論

田村 健 二

(保育, 20巻3号, 昭40年3月)

人間生活の安定が個人と集団のバランス上に成立し, さらにこの安定を基盤にして, 人間は外部のものを吸収同化してゆく。この成長の過程を, 幼時の家族と幼稚園ないし保育所の関係にあてはめ, 論じた。

現代の夫婦——結婚生活における諸問題——

田村 健 二

(子供と家庭, 1巻6号, 昭40年3月)

結婚生活史において, 夫婦がいかに集団を構成し, この集団と自己の間に安定を見いだすものか, また問題夫婦の場合にいかに集団構成ができず不安定と
なってゆくか, を図により解説したもの。

父子関係——父への呈言——

田村 健 二

(親と子, 12巻1~12号, 昭40年1~12月)

父子関係について, 臨床的調査的観点よりさまざまの問題をとりあげ, 論じたもの。

家族, 離婚と家出

田村 健 二

(都市問題事典, 鹿島出版文化研究所,

昭40年12月)

現代都市における家族の役割機能, およびこの機能障害としての離婚と家出について, その最近の動向とともに, 事典用にまとめたもの。

都市家族(住宅地域)における青少年のしつけ

田村 健 二

(第38回日本社会学会大会, 昭40年10月)

昭和39年12月東京都杉並区においておこなった調査結果の中間報告であり, これを同年10月山梨県農村地域でおこなった調査と比較しながら, その特徴をのべた。都市と農村において, しつけの点でそう差はなく, むしろ共通性の方が高いが, 特徴としては, 都市の方が親子間の文化的同化性が高く安定してお

り、かつより民主的個人主義的である。父親は表面にはでないが、しかし子どもの同一化は父親の方に強そうであるなど。

The Family Discipline of Adolescents in Japan

Kenji Tamura and Takeo Shinohara
(The 9th International Seminar of Family Research, September 13~19, 1965, Tokyo)

ISFRのこの大会の主テーマが、家族内のしつけと親族の2本立てであったので、日本側の資料として、他の幼児、児童のしつけと関連づけて、青少年のしつけについて、提出した。内容は、日本社会学会大会のものと同様で、農村に文化的混乱と不安定が、都市に文化的同化性と安定のあること、その他を、主に親子間の精神的結合と機能の面より、調査結果にもとづいて論じた。その他、この大会では、3つの session の discussant となったが、考えさせられるところ多く有益であった。

情緒障害児の対策の発展と現状

玉井 取 介
(学校教育全書の中、特殊教育の一部、
昭40年5月)

学校恐怖症児の事例研究

玉井 取 介
(教育心理、昭40年11月)

双生児の人格発達の研究

——ある異環境一卵性双生児について——
池田由子、田頭寿子
(第6回児童精神医学会大会、
昭40年11月、東京)

小児分裂病の研究

池田 由 子
第一報 ある分裂病女児に対する10年間の
精神療法の経過について
(第6回児童精神医学会大会、
昭40年11月、東京)

小児分裂病の研究

第二報 面接法を通してみたある分裂病小
児の家族関係について
池田由子、中山和子(東京都教育研究所) 藤島輝子
(フェリス女学院)
(第6回児童精神医学会大会、

昭40年11月、東京)

学校恐怖症の治療をめぐる

玉井 取 介
(日本臨床心理学会第1回大会シンポジウム、昭
40年10月、京都女子大)

最近における児童生徒の心身の発達 の変ぼうについて

玉井 取 介
(日本学校保健学会第12回大会シンポジウム
昭40年11月、名古屋大学)

いわゆる学校恐怖症に関する研究

玉井取介、湯原昭、山崎道子、今田芳枝、小沢牧子
(精神衛生研究、13号、昭40年3月)

児童生徒の適応異常に関する研究

玉井 取 介
(文部省総合研究報告、昭40年3月)

こどもの精神療法シンポジウム

——ソーシャルワーカーの立場から——
山崎 道 子

(児童精神医学とその近接領域、
第6巻第1号(昭40年3月))
内容は、第5回日本児童精神医学会総会に発表し
たものである。

学校恐怖症

山崎 道 子
(こどもと家庭 No.11(日本児童問題調査会))
学校恐怖症について概観し、現代の家庭や社会の
様相と関連させながら考察をこころみた。

児童の心理療法

池田 由 子
(愛育心理研究、第9号、昭41年2月))
学校教育相談におけるカウンセラー
の位置づけ

玉井 取 介
(日本教育心理学会第7回大会シンポジウム、昭
40年10月、東京学芸大学)

カウンセリングの過程

玉井 取 介
(家庭児童相談の手引の一部、黒木利克、平井信義
編ひかりのくに社、昭40年6月)

ケースワークの過程とその成果について

日本女子大学 松本武子、吉沢英子

国立精神衛生研究所 山崎道子

われわれは、低所得階層の問題家族に対してケースワークをこゝろみてきた。その過程と成果を中心に分析、考察し、さらにそのあり方について示唆をこゝろみた。

わが国におけるソーシャル・ワークの諸問題

坪上 宏

(済生 昭40年8月 No444)

ソーシャル・ワークが扱えるところの社会福祉学は既存の社会科学の体系のなかに既存の概念規定によってのみ位置づけらるべきものであるか否かについて、臨床実践の立場から論じた。

医療におけるソーシャル・ワーク

坪上 宏

(医療と福祉, 昭40年12月)

医療の分野とくに精神医療におけるPSWの働きを根拠を事例を通して説明し、ソーシャル・ワークのオリエンテーションを明示した。

ケースワーク入門

柏木 昭

(医療と福祉, 日本医療社会事業協会,

昭40年1月~12月)

ケースワークの関係論を軸にした、ケースワーク診断および処遇の理論と方法論の検討

職場管理のすすめ方

——機能主義経営管理法——

横山 定雄

(経林書房, 昭40年6月, ¥480)

産業能率短大編「マネジメント・ガイド」に12ヵ月間(昭40年)「機能主義経営管理法」として連載したものを中心に、補筆して出版したものである。精神衛生およびサイコダイナミックスの原理を、経営管理の場への適用のあり方や人づくりのための訓練法と職場行動について、具体的資料をもとに論述している。

センシティビティ・トレーニング

——指導能力の開発——

横山 定雄

(同文館, 昭40年11月, ¥2,500)

最近、国際的に注目をあびているこの新訓練——Sensitivity Training, Laboratory Training,

Human Relations Training などと呼ばれている——について、ぼう大な内外文献と実際資料を駆使して、この訓練のもつ原理・方法・効用および現代社会的意義などを、実践的総合科学としての行動科学やそれに含まれる実験教育社会学や力動的人間関係論の立場から、詳細に体系的に科学的にメスを加えた大著である。

経営と人間関係

横山 定雄

(全国地方銀行協会, 昭40年11月)

経営活動にとって意味のある人間関係やその正しい活用方法や訓練方法などについて、精神衛生の原理から論述したもの。

都市における精神病・精神不安

横山 定雄

(有斐閣, 都市問題講座,

第5巻所載, 昭40年9月)

社会学および精神衛生の立場から、上記課題についての現状・問題点・研究史、対策などを考察したもの。

都市の精神衛生

横山 定雄

(鹿島研究所, 都市問題事典, 昭40年10月)

人を生かす(公務員)職場理法

横山 定雄

(神奈川県人事委員会, 人事, 74号, 昭40年10月)

公務職場において、公務員を生きた人間として生かすような職場管理法の可能と方法について考察したもの。

労働能力とその開発方法に関する精神衛生的研究(精神的ストレスを中心とする)

村松常雄, 横山定雄, 中川四郎, 高橋宏, 田村健二, 飯田誠, 桜井芳郎, 山本和郎, 伊藤裕台, 小林喜一郎, 野村健二, 坂本陽子, 外。

(科学技術庁研究調整局編, 人間科学に関する総合研究, 報告書I, II, 昭39年12月, 昭40年12月)

科学技術庁の研究費(昭38年度より3ヶ年)により、労働衛生研究所, 産業安全研究所, 労働科学研究所, 公衆衛生院および国立精神衛生研究所の協力研究として進めている「労働能力とその開発に関する人間科学総合研究」の中, 昭38年と昭39年におけ

る国立精研としての研究経過に関する中間報告書である。

内容としては、①社会学心理学的研究と②精神生理学生化学的研究とに分かれている。

精神薄弱児の性問題

桜井芳郎

(精神薄弱児研究第77号, 日本文化科学社,

昭40年2月)

精神薄弱児の性的問題行為を事例をあげて分析し、問題行為の解消には、1. 異性の身体に対する好奇心の解消、2. あやまった行為を理解に訴えて改めさせ、3. 子供との間に良い人間関係を樹立する、4. 性的な面のしつけなどが必要であり、幼ない時から異性に対する正しい態度を身につけさせ性に対する知識をごく自然に与えることが大切であることを論じた。

精神薄弱児の放浪癖

桜井芳郎

(精神薄弱児研究第78号, 日本文化科学社,

昭40年3月)

精神薄弱児の放浪癖を 1. かなり知能障害の重い子どもにみられる放浪癖 2. 比較的知能障害の軽い子どもの放浪癖に分けて考察し前者にあっては逃避したくなるような環境の改善、後者では親の不和、家庭のさびしさ、親の過度の要求や期待など現実から逃避したくなる諸要因を解消することが大切であり、心から話し合え、信頼しあえる人間関係を作りだす努力が必要であることを論じた。

保健婦による在宅精神障害者の訪問指導

桜井芳郎

(茨城精神衛生第8号, 茨城精神衛生協議会,

昭40年3月)

精神障害者を早期に発見し放置されている者を医療のルートにのせ、また外来通院患者の在宅管理を行なう保健婦の訪問指導の業務について病院、施設、相談機関などへの通報、精神衛生に対する地域住民への啓蒙教育活動、患者、家族に対する指導、助言の方法、技術について考察した。

デイ・ケア・センターに関する研究

—精神分裂病者と精神薄弱者に

に対するデイ・ケアの試み—

加藤正明, 菅野重道, 高臣武史, 飯田誠, 柏木昭, 桜井芳郎, 田頭寿子, 鈴木浩二, 斎藤和子, 高乗公子,

(精神神経学雑誌第67巻3号, 日本精神神経学会,

昭40年4月)

精神分裂病者と精神薄弱者に対するデイ・ケアの目的、方法など両者の共通点と相違点を対比しながらそのあり方を考察した。

成人精神薄弱者の指導に関する研究 第1報

桜井芳郎, 高乗公子

(精神衛生研究第13号, 昭40年5月)

精薄援護施設職員の精神薄弱問題に関する態度意見調査、援護施設在園者の社会生活力に関する調査結果を分析し、精薄援護施設における指導は現実社会との関連において在園者の社会生活力を高め適応性を増進することが必要であり、治療的取扱いをする精神医学ソーシャル・ワーカーなどの精神医学的臨床家の参加が望まれ、また施設職員に対しては現任訓練、研修の機会を通じて資質の向上をはかり、情熱をもって職務に専念できる環境を社会の人々の協力を得て作り上げていくことの必要を論じた。

特殊教育

桜井芳郎

(学校教育全書第6巻, 全国教育図書株式会社,

昭40年5月)

精神薄弱者の社会生活の実態の項を分担執筆し、精神薄弱者の社会生活の状況は知能障害の程度に必ずしも併行しておらず精神薄弱者の社会生活参加をはかるには望ましい人間関係の樹立と社会生活力の充分なる発揮が必要であり、社会適応をはかるための治療処置として精神医学ソーシャル・ワーカーを中心とする精神医学的な臨床家の役割と機能の必要性を説いた。

三歳児の精神発達に関する研究 第2報

—主として乳幼児社会生活力診断を中心に—

桜井芳郎

(第18回日本保育学会大会, 昭40年5月)

三歳児の精神発達を中心とする健康診査の方法として乳幼児社会生活力診断を中心とする診査項目の標準化を試み、松戸保健所、沼津保健所管内三歳児290名の被検児を対象に分析考察した。

沼津市内三歳児の精神発達を中心と

する集団健康診査

桜井芳郎, 高乗公子

(児童のケースワーク事例集第17集, 日本児童福祉協会, 昭40年6月)

沼津市内三歳児905名の心身発達の状態, その問題点ならびに対策について分析, 考察し, 三才児の望ましい精神発達をはかるには地域の実情に応じた実際的な指導が必要であり, 保健所における保健婦, ケースワーカーによる心身の健康な子供の出生をはかり育児の方向づけができるような指導助言が必要であることを述べた。

精神薄弱者のためのソーシャル・ケースワーク

—成人精神薄弱者指導の手引—

桜井芳郎

(東京都民生局厚生部調査課, 昭40年8月)

精神薄弱者福祉司の研修用のテキストとして書かれたもので 1. 精神薄弱者の社会生活状況, 2. 社会適応上の諸問題, 3. 社会適応をはかるための治療処遇の三章よりなり精神薄弱者の社会適応をはかるための指導のあり方, 地域の教育啓蒙, インテーク, スタディ, トリートメントの方法, 技術について事例をおりまぜて説明した。

施設における精神薄弱者の指導

桜井芳郎

(第1回神奈川県精薄施設職員研修協議会, 昭40年9月)

性格行動上の問題を有する精神薄弱者を施設で如何に指導し社会適応性を附与増進し社会復帰させるべきかについて論じたものである。

本稿は, 1. 全国精薄施設職員ならびに在園者の実態, 2. 精神薄弱者の診断について, 3. 精薄施設における処遇のあり方, 4. 精神薄弱者の治療処遇の方法と技術に分かれている。

学校における適応異常児の診断と取扱いに関する研究 第1報

—児童精神衛生相談と教育相談との比較を中心に—

桜井芳郎, 菅野重道, 高乗公子

(第6回日本児童精神医学会総会, 昭40年10月)

最近3ヶ年間に我々の精神衛生相談室と都内城北の区立教育相談室に來所した212例の適応異常児(小中学生)の実態と予後, 家族の意見感想などの資料

を分析し親や担任に対する助言や指導の実際的な効果的方法, 教師が直接行なう場合の限界や弊害などについて考察した。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第1報

—精神薄弱者に対するデイ・ケアの試み—

桜井芳郎, 菅野重道, 高乗公子, 岩下セツ子, 渡辺映子,

(第3回日本特殊教育学会大会, 昭40年10月)

性格行動上に問題を有し社会適応が難しい青年期の精神薄弱者を対象に情緒の安定と改善, 社会適応性の増進を治療目標とする治療的集団活動に関する実験的臨床研究の第1報としてその目的及び処遇の方法について報告した。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第2報

桜井芳郎

(第32回日本応用心理学会大会, 昭40年10月)

本報では精神薄弱者の能力発揮を阻害している要因を取除き社会適応性をはかる治療的処遇の効果として治療場面における情緒面, 意志の面の顕著な改善, IQの上昇, 描画の変化, 作業技術の進歩などについて分析考察した。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第3報

—集団的話し合いと家族会を中心に—

桜井芳郎, 高乗公子, 坂本陽子

(第13回日本社会福祉学会大会, 昭40年11月)

本報では治療的集団活動のなかの集団的話し合いと家族会活動を中心に考察し集団的話し合いでは無統制的衝動的発言が減少しメンバー相互的話し合いが可能になってきた過程について, また家族会ではグループとしてのまとまりがあらわれ親同志の相互の共感が高まってきた過程を分析検討した。

リハビリテーション

桜井芳郎

(精神薄弱児研究第87号, 日本文化科学社, 昭40年12月)

リハビリテーションを医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションに分けて考察し身体障害者のリハビリテーションの発展のあとをたどり, 精神障害者のリハビリテーションの現状を述べ, 最

後に我が国における精神薄弱者のリハビリテーション活動が指導訓練に主眼点がおかれ治療的取扱いや人間関係、環境の調整などがおろそかにされている現状を批判した。

精神薄弱者のリハビリテーション

桜井 芳郎

(精神薄弱児研究第90号, 日本文化科学社,

昭41年3月)

精神障害者のリハビリテーションの沿革と現状を精神病者と精神薄弱者に分けて考察し, 精神薄弱者のリハビリテーションの問題点と今後のあり方について論じ, 国立精神衛生研究所における青年期の精神薄弱者のデイ・ケア・センターの活動状況とその成果を紹介した。

精神薄弱者及び家族の相談と指導

菅野重道, 桜井芳郎, 高乗公子

(精神衛生相談と訪問指導の手引, 精神衛生問題研究会, 昭41年3月)

精神衛生相談と訪問指導の手引の分担執筆として精神薄弱の原因, 症状, 遺伝, 治療や精薄対策の諸問題, ならびに精薄相談, 関連機関とその利用などについて述べている。

在宅精薄児に対する長期薬物投与に於ける問題点

飯田 誠, 湯原 昭

(第6回日本児童精神医学会総会(学会発表))

成人精神薄弱者の社会クラブについて

池田 由子

(手をつなぐ親たち, No.109, 昭40年4月)

狭頭症児の手術後変化に対する精神医学的観察

飯田 誠, 湯原 昭

(第5回日本先天異常学会, 昭40年7月,

京都(学会発表))

精神薄弱の治療

菅野 重道

(最新医学, 第20巻, 第9号(昭40年9月))

小児精神医学

菅野 重道

(小児科, 第6巻, 第8号(昭40年8月))

同性愛症者の投映反応

—ロールシャッハ法とK-SCTを用いての研究—

片口 安史

(日臨心1回大会発表, 昭40年)

投映法における“投映”

片口 安史

(日本精神分析学会シンポジウム, 昭40年)

Rorschach Homosexual Indices (RHI)

Kathaguchi, Y

(Rorschachiana Japonica, Vol. VII, 1965)

狭頭症児の手術後変化に対する精神医学的観察

飯田 誠, 湯原 昭

(先天異常学会, 昭40年7月)

狭頭症と診断された10ヶ月男児並びに1才女児に対し大泉門開溝手術を行い, 術後の変化を精神神経学的に追跡した。

両症例とも術後点頭率消失, 大発作回数著減, 機嫌がよくなり, 神経学的並びに知的にも改善がみられ, 脳波に於いては Hipsarythmia 消失をみた。

在宅精薄児に対する長期薬物投与の問題点

飯田 誠, 湯原 昭

(児童精神医学会, 昭40年11月)

過去5年間, 50例に対して, 主として手脳水解物(セレモン)を中心に長期薬物投与をこゝろみだが, 1年以上継続したものは, わずかに20%にすぎなかった。在宅精薄児に対する長期薬物投与を困難にする原因を考察すると, ① 親の期待に反して効果が目立たない。② そのため途中で親の意欲が喪失する。これらの理由により今後もこの方面の研究の困難性が残るものと考えられた。

精薄児血清によるI¹³¹吸収甲状腺機能検査

飯田 誠, 湯原 昭

(未発表)

最近 I¹³¹利用による甲状腺機能検査法が確立され, その正確さは, 従来の甲状腺機能検定によるデータの信頼度が低下したと云われている。我が国では, 未だ精薄児に対する I¹³¹利用による甲状腺機能検査のデータがないので, 300例の施設精薄児を対象に検査を行なった。(但し, 結果未整理)

On the Diagnostic Standardization of Schizophrenia
-WHO Seminar on Diagnosis, Classification
and Statistics of Mental Disorders-

Masaaki Kato M.D.

Diagnostic standardization of schizophrenia is one of the old but new problems in psychiatry. Recently World Health Organization held the First Seminar on Diagnosis, Classification and Statistics of Mental Disorders, in particular schizophrenia, from the epidemiological point of view. Eleven participants, 3 from United Kingdom, 2 from USSR and 1 each from USA, France, Norway, Austria, Peru, Japan, together with 8 from WHO and 8 from UK, attended the Seminar.

Two kinds of exercises, i.e., the "written exercise" on 6 cases and the "Video-TV exercise" on 9 cases of mentally ill were carried out before and during the Seminar. The written exercise was attempted prior to the Seminar by sending copies of 6 case records beforehand to the participants, asking to write diagnosis, prognosis and the important factors to make the decision of diagnosis. After a couple of months later, the exercise was carried out again, by sending additional records concerning the prognosis of each case, asking the participants whether they should like to change their diagnosis or not.

The result of written exercise showed that their discussions were mainly on the exclusion of symptomatic psychosis from schizophrenia. In particular, puerperal psychosis by Case 5 and Amphetemin psychosis by Case 6 was one of the central discussing points. By Case 3, the term of paraphrenia was disagreed by more than 70 % of the participants. Generally speaking, the written-exercise were not enough to discuss about intensive psychopathological and symptomatological problems, although it was useful to compare the diagnostic differences of many psychiatrists in different countries.

The Video-exercise was attempted during the Seminar by presenting 9 cases of Video-television to the participants. Although the first 2 cases of catatonia had the least language barrier to the foreign participants, several symptoms like "bowed head", "catatonic posture" and "shuffling gait" by Case 1, "facial grimacing", "stiff, impenetrable expression", "lip movement" and "arm swing" by Case 2, were judged as half "present" and half "absent" by not only the foreign but British psychiatrists: Case 9 was the most characteristic example which was diagnosed in two directions, i.e., schizophrenia and affective psychosis. Besides, it was very interesting that

these diagnoses were already decided by the "neutral section" of the Video presentation from the beginning.

These exercises might become more useful to analyse the diagnostic differences among psychiatrists in the World, if some devices would be added to analyse not only patient's symptoms but interaction of the doctor and patient.

A Study on the Therapeutic Relationship with Schizophrenic Patients
(Dept. of Mental Health)

Morio Saji, Hisako Dendo, Nobuko Tsuru,
Nobuko Oda, Mieko Ito, Michiko Adachi,
(Dept. of Eugenics) (Konodai National Hospital)
Kazuo Yamamoto Takao Murase

1. Object and Method; Characteristics of psychotherapeutic relationship with schizophrenic patients were analyzed. Seven psychotherapists had therapeutic interviews with seven schizophrenics, and each five interviews for each pairs were selected. These thirty five interviews in all, recorded by taperecorder were used as research materials. Supervisor and therapist of each interview checked the interview records and discussed about the characteristic behavior of the patient in the therapeutic relationship and also therapist's behavior in the same relationship.

2. Results;

1. We analyzed the patient's behavior in the therapeutic relationships.

Characteristic behaviors were:

1.1 Development of identification with psychotherapist.

1.2 Development of ambivalent feelings to therapist and frequent appearance of extreme transference reaction to therapist.

1.3 Complicated and almost disguised feeling toward the cognition of his schizophrenic state by others and also by himself.

1.4 Disclosure of repressed or deeply inhibited inner feelings covered by stereotyped and formal surface attitude.

2. The modality of therapist's behavior with schizophrenic patients were divided into:

2.1 Therapist's unconscious security operations in face of the schizophrenic's uncanny behavior.

2.1.1 Therapist's separation of himself from the patient's inner experiences.

2.1.2 Therapist's intervention into the patient's feelings disregarding the patient's immediate reaction.

2.1.3 Therapist's unconscious identification with the patient

2.2 Therapist's effort of finding new ways of approaching to the patients.

2.2.1. Therapist's self confirmation of and reflection to what is

the meaning of his 'Sein' in the relationship.

2.2.2. Therapist's self expression of his experienced feeling in the relationship.

2.2.3 Active and positive environmental manipulation for the purpose of patient's welfare.

2.2.4 Therapist's effort of approaching and understanding the so-called incomprehensible inner world of the patient.

A FAMILY STUDY OF SCHIZOPHRENIA

(Division of Eugenics)

Takeshi Takatomi, M. D.

Family studies are one of the most interesting and provocative areas in the search for a better understanding of schizophrenia. Recent studies indicate serious long existent problems in many of the families of schizophrenic patients. The purpose of this paper is to clarify the nature of the pathologies we find in these families.

This study is divided into two parts. The first part treats the characteristic attitudes we find among our patients before schizophrenic symptoms became apparent. The second part attempts to create a typology of families, bringing together under its various headings the principal deficiencies of these families.

Part I: "Premorbid Personality" and the Patient

Much has been written about the premorbid personality of schizophrenics. Environmental stress, poor family relations, excessive mothering etc. result in a brittle personality structure that is unable to stand (thus breaking down into psychosis) the slightest stress. Yet there is considerable doubt as to whether this premorbid personality approach is sufficient to explain the overt psychotic symptoms shown by schizophrenics. A physiological or biochemical explanation becomes necessary in addition if not in themselves sufficient. The disturbances in interpersonal relations, the inability to integrate oneself may be in fact merely symptoms of an underlying physiological or biochemical defect.

Parents of schizophrenics in Japan often complain, "he was obedient and submissive to us, never showed a hostile attitude as a child. We expected good things of him, thought he'd grow up into an admirable person. But now contrary to what we expected. . . ."

This "good-natured" child may have produced a good deal of expectation for his parents, but there are dangers latent in these expectations. These expectations are dangerous because the "good nature" of the child is assumed by the author to be an expression of :

- (1) An attitude toward the world and toward morality marked by a lack of individuality or subjectivity,
- (2) a rigid thought structure without flexibility,
- (3) a lack of the first phase of empathetic ability although the second phase of

it is preserved,

(4) passiveness, a lack of spontaneity, as a sign of the lost self.

In order to maintain smooth interpersonal relationships, it is necessary for us to possess a wide range of abilities and responsiveness. Social condition demands a set of values but flexibility, objectivity but subjectivity too. Consistency in thought yet openness to others, vitality but passivity too. Many of the demands contradict one another and it becomes necessary to balance these demands, one upon the other. If we lose the equilibrium among these demands we begin failing in our social lives.

Schizophrenics have been lacking in their ability to balance one demand on another long before their symptoms became overt. Their prepsychotic adjustment looked well enough on the surface. They showed submissive attitudes and people spoke well of them. But these patients appeared to have little, if any, real contact with people. Even those people who spoke well of them showed little evidence of knowing or understanding them.

In many cases, patients after their breakdown fall into a pattern of behavior opposite their pre-psychotic state. It almost appears to be a desperate attempt to adjust to a real world to which their old behavior patterns had failed. But their attitudes are an anachronic modus; rather than showing an increased ability to empathize or sympathize with other, they lose their ability. And with the loss of this ability, they become unable to attain happiness in the real world. Instead they withdraw from it and live in the world of their own imagination.

Part II: A Typology of Families of Schizophrenics.

As stated above, the author believes that patients have had a severe defect long before they showed overt psychotic symptoms. But in addition to this, the atmosphere of the family in which the patient had grown up does not appear conducive to his mental health or personality integration. It is not the purpose of the author as yet to advocate one explanation over the other, or to even favor a multi-factor explanation. But through his own experience, the author has found that the families of schizophrenics can be conveniently broken down into four groups.

(1) Although the father is sensitive he is autocratic, arbitrary and dogmatic.

The mother is passive and dependent. The social adjustment of the father is very limited and marked by rigidity and inflexibility. He is continually complaining of something or other. He can not trust anyone not even his wife. She is dependent but she can not depend upon him and bears strong antipathy towards him. The

marital relationship has been conspicuously disturbed for many years and they have long since been emotionally divorced.

The father-child relationships are severely disturbed. The other children avoid their father and go their own way. But the patient is unable to do that. He is afraid of his father but he can not be independent of him. The mother loves her children, especially the patient. But this love exist more for her personal gratification than for the parent's role. A symbiotic relationship exists between the two and appears to be a compensation for the poor marital state between mother and father .

(2) The father is moral, didactive and compulsive. The mother is insecure, immature. The father is honest and devoted to his task. He seems to have made a successful social adjustment; the family appears stable as a group. But within the family the atmosphere is heavy and tense. Consciously the mother believes her husband and obeys him. But she has many hypochondriacal complaints and psychosomatic symptoms. Anger and disappointment are turned inward upon herself and not felt consciously.

The father is strict, moral, instructive, omnipresent inspiring fear among his children. They believe consciously that their father is right, although inwardly they rebel against him Still they feel they must obey him. Thus the father carries out his family role superficially. He decides the important matters for the family, he inspires the "proper" amount of respect, he disciplines. But his decisions are not entirely his own, and not always suitable to the time, place or situation. Buttressing his decisions are the traditions, mores and morality of his community, e.g. "you must do this in this way because it's the custom. . ." His attitudes are rigid and compulsive. He can not search out and empathize with his children. Communication is only superficial. He can only order his children and force them to obey.

(3) The father is passive and seclusive. He is sensitive, feels he should be consulted in everything but is unable to determine important things by himself. He lacks in masculinity and is continually escaping from his role as father. The mother is active. However, she is also aggressive, dogmatic and egocentric. She acts as the leader in her family but lacks the potentiality to solve problems when the family is faced with crises. She henpecks her husband and continually complains of his weaknesses. Hostility and lack of confidence are readily evident. He also distrusts her and avoids her. They have long been "emotionally divorced". As a consequence, the parent-child relationships are also severely disturbed.

The children are handicapped in achieving their own sexual identity and maturity, nor are they presented prototypes suitable for consolidating their own personality. They can not acquire intellectual integration from their father nor comprehend what it is like to have a happy home from their mother.

(4) The father is passive but not as sensitive as the father in group three. The mother is immature, rough, unrefined but not as cold as the mother in the other groups This may be better termed the "immature family",

The children are not suitably raised because the parents have not yet grown up. Both the mother and father possess warmth, a certain ability to empathize and it is in a way remarkable that the parents do fail in their role.

The families of schizophrenic patients were divided into these four groups. There are, however, three characteristics common to three groups.

(i) Each member in the family is lacking in "empathetic ability". And it is sometimes the case that the other member are more deficient than the patient himself.

(ii) Family members are incapable of carrying out their roles, especially the parents.

(iii) As a result of the two, schisms and schews are clearly evident. Though a family exists superficially, the members often go their own way and are unable to really comprehend one another.

A FAMILY STUDY OF SCHOOL PHOBIA

(Division of Child Mental Health)

Michiko Yamazaki, Shusuke Tamai,

Akira Yuhara, Yoshie Imada

This study is a continuous research of "A study on so-called school phobia", which was published on Journal of Mental Health in 1964. In that study we classified the children with school refusal and their families into four groups. The first group which we recognized "the central group of school phobia" was further divided into three sub-groups: that is, A) group: the school refusal of the children was explained by separation anxiety. B) group: this group was assumed as "the central group of school phobia". C) group: the children failed to identify with their fathers.

1. The purpose of this study is to compare various factors related family dynamics among three sub-groups of the first group.

2. The subjects of this study were 19 families: that is: 5 families of A group, 7 families of B group and 7 families of C group.

3. The method of this study is an accumulative case study. We applied family diagnosis scheme to each family and evaluated each category of it by five points' rating. The family diagnosis scheme is a modified Ackerman's Scheme.

4. The results: 1) In the A group the following tendencies were found. Girls were more than boys. The children were the only child except one girl. Many of them had little anxiety or conflict for not going to school. Their social adjustments in all areas were very limited. The mother-child relationship was conspicuously disturbed. Many of them may be said symbiotic relationship with each other. Personalities of the mothers were characterized by introversion, immaturity. Marital relationship itself may be characterized by immaturity and inter-dependency. Marital relationship as parents seemed to be more disturbed than marital relationship itself. They could little determine each other when they were faced something important. Since they hardly fought each other, the families seemed stable superficially as a group. However, when they faced something difficult, they could scarcely manage it. They were lack of potentiality to solve the problem. We may call the families "immature family".

2) In the B group the following tendencies were found. The children were 7

boys who were above 11 years old and one girl who was 8 years old. They avoided intensely their teachers and class-mates. They did not go out and stayed at home all the time. But their previous social adjustment was better than the children in other groups. Their intelligence was rather high. Many of them kept good achievement. Many of them were the eldest son. Their parents had high expectation to their children. The family disturbance as a whole may be said relatively mild. The value orientations of the families were most upwards among three groups. They had potentiality to solve their problems as a family.

3) In the C group the following tendencies were found. The children were all boys who were above 11 years old. They were almost the youngest ones of the family. They were very passive, lack of willingness and masculinity. Since their school refusal was not so intense, they might go to school sometimes, when they were forced strongly to go to school. Their previous school adjustment was limited. As a causal factor the father-child relationship was severely disturbed. The children failed to identify with their fathers. The personalities of the fathers were conspicuous by their passivity, lack of masculinity, hypochondriacal trends and rigidity. In the half of the families they did not have their fathers. In all families of C group, lack or defects of the father's role were remarkable. The marital relationships as parents were severely disturbed. The families of C group were most disturbed families among three groups.

Concerning the treatment of three groups, we would suggest as follows: To chronic cases in the A group and cases in the C group, it would be more effective to attempt family oriented treatment and at the same time, child treatment in residential institute temporarily. To beginning cases in the A group and cases in B group, family oriented treatment would be suggested.

ATTITUDE OF FAMILIES IN THE TREATMENT OF THE DRUG ADDICTS

Yoshie Imada

27 cases were surveyed to study some trends of the in-patients with drug addiction, their family relations and attitude of families in the treatment of the patients with cooperation of the Neurological Section of the Tokyo Medical College.

The method of the study is by a case study. The results of the study were as follows. 1. As a matter of preaddiction of drugs, most patients were of introvertive character or of weak will. It was noticed that most of them were not able to adjust to school life on account of such behavior as delinquency or seeking-pleasure in drug and that in social life most of them were easy to grow tired of their job and consequently few of them had promoted in their occupation, nevertheless their long term of service. 2. As to family relations, anxiety or conflict was seen in their families because of fathers' disturbed characters. The fathers were conspicuous by rigidity and dominancy. On the other hand, most of mothers were submissive to the fathers, although they were frustrated. Then, they were inclined to give the patients expectation and protection and to solve the problems concealing from the fathers. 3. 16 families took the patients to the hospital willingly. But most of them were not eager for asking guidance or recommendation of the therapists. Even if the therapists asked their cooperation for the treatment of the patients, they could hardly get it. Generally, relations between families and therapists were thus not good. It is necessary to introduce families in the treatment from the time of initial interview with the addicts for improvement of family relations or adjustment among families.

Study on Therapeutic Group Activity for Mentally Retarded
-First Report-

-An experiment on Day Care Mentally Retarded-

Division of Mental Deficiency Research

Yoshiro Sakurai, Shigemich Kanno, Kimiko Takanori, Makoto Ida,
Eiko Watanabe, Miyo Sekikawa, Yoko Sakamoto, Setsuko Iwashita,
Haruyo Hatori, Keiko Tabei, Mieko Okuhama, Mitsuko Kashima,
Hineko Hosaka,

(Odaka)

Division of Rehabilitation for Mentally Disorderd

Masue Katayama, Hiroko Matsunaga,

We carried out an experimental and clinical study on group activities formentally retarded adolescents.

Backwardness of countermeasures for the problem of the mentally retarded in comparison with the countermeasures in Europe and America greatly influences the development of rehabilitation activities for the mentally retarded in Japan. Moreover, the rehabilitation activities in Japan lay chief stress on vocational training. Therapeutic treatment though group and occupational activities from the standpoint of mental health, which promote social adaptability and remove the factors which interfere with the manifestation of the abilities of mentally retarded do not receive sufficient consideration.

For the purpose of promoting social adjustment and participation as well as daily life activity in social life, training and vocational guidance, it is necessary to carry out therapeutic treatment which will promote emotional stability and emotional improvement, advance social adaptability through social experiences and better the enviromental conditions and human relations.

The abilities required by the mental deficient to achieve social adjustment and the participation in social life are not always parallel with the degree of intelligence, but they bear a close relationship with the nature of the past life experiences.

The mentally retarded are often found to have been treated over protectively and over interferingly by the family because they are mentally retarded, and they have been often undergone undesirable influences in reriuous human relations, resulting in personality and behavior problems.

We have carried out an experimental study on therapeutic group activities for

mentally retarded patients who were mostly youths suffering from behavioral and characterological disturbances and consequent disruption of social adaptation. The patients commuted to our treatment facility. We sought to improve their emotional stability, interpersonal relations and social adjustment. We will describe the therapeutic processes and clarify the necessity for and result of such treatment.

Chief objects of treatment were 26 mentally retarded from 11 to 35 years of age (most of them about twenty years old: 15 males and 11 females). Thirteen of them (5 males and 8 females) are still being treated. Their levels of intelligence ranged from moron to severe imbecile and they had various personality and behavior problems. When they began treatment with us, 2 of them were mental hospital patients, 4 of them were idle at home, 2 of them were active at home, helping with the household work, 2 of them were attending special classes for the mentally retarded, 2 of them were attending a vocational training center and 1 of them was working delivering news papers.

The program of therapeutic group activities is carried out twice a week, on Mondays and Thursdays. In the morning, from 10 to 12, they have assembly, verbal expression activity, occupational therapy (Knitting, handicraft), art therapy and cooking lunch (once a month). From 1.00 to 2.00 in the afternoon they have group discussion. From 2.00 to 3.00 they have recreation activities (music and sports etc). Subsequently they engage in cleaning the rooms. In addition, observation trips for the purpose of studying society are held from time to time. We have family therapy meetings once a month. Also seasonal meetings and entertainments are held.

These therapeutic activities have as their purpose the overcoming of anxieties and conflicts, emotional stabilization and improvement, increasing interests and spontaneity in living, improvement of human relations through playing roles in therapeutic groups, in creating social experiences and improving social adjustment.

Through the approach to the family from the educational and therapeutic standpoints, we have attempted to promote emotional stability and therapeutic change of attitudes.

The therapy staff consists of 5 psychiatric social workers, 2 psychiatrists, 2 clinical psychologists, 1 psychiatric nurse, several psychiatric social work students from a university and a staff member from another institution.

During two years of our study, patient's attendance ranged from 187 times to 14 times. We have had the following results: excellent — 2 cases; good — 7 ca-

ses; and unchanged — 4 cases. There has been, remarkable improvement in the spheres of emotion and will, also we have observed the rising of the I.Q. and outstanding advancement in technical abilities.

3 of the mentally retarded obtained regular employment; being treated at present have got jobs, 3 of them are attending a sheltered workshop. And we have observed emotional stabilization on the part of the families and the improvement of their attitude to their mentally retarded.

On the basis of our experience with the above therapy, we have come to the conclusion that it is necessary and important to trust the mentally retarded, to promote the social adaptability through social experiences, to stabilize the emotions, to promote spontaneity and interests and to build cooperative attitudes on the part of the family from the psychotherapeutic stand point so that they might participate effectively in the social lives of the mentally retarded. There by good results can be obtained with regard to social adjustment. Subsequently, training for life activities and vocational guidance can produce especially good results.

A study of welfare problems in small-medium sized Enterprises
and the employee's attitudes toward the jobs.

Division of Mental Deficiency Research

Yoshiro Sakurai

It would be in the need of mental health approach and techniques towards the employee's management within workshops and industries, that reason why modern scientific management and technological-innovation exerted great influence on the labor-management relations in the course of development of modern industrial society.

It is especially necessary for small-medium sized enterprises to adequate measure of mental health with sufficient consideration for the human nature of the employees to improve conditions of the industrial welfare because they are subjected to financial difficulties, lower labor conditions, and difficulty in obtaining the labor forces.

We investigated the actual condition of the labor management relations in A company, interviewed the employees personally to find out their attitudes toward the jobs, and realized the actual conditions of industrial welfare in this company.

The result was showed that there was not modern systematic labor management in this company and that various mental health problems existed among many employees.

This conclusion is showing as follows; those managers in small-medium sized enterprises should be established some advanced management policies, they are related with understanding of the emotions and needs of the employees, to conduct favorable labor management with considerations of the human nature of the employees, and to take better the human relations and mental health in the workshops, and play active role in fringe benefit activities.

編集後記

第14号の編集にあたって、当初の意図は、分裂病についての研究の特集号とすることであった。編集を終えてみると、委員たちのこの目標は、半ばも達成されなかったと感ぜざるをえない。精神分裂病に対する今日的な新しい視野や研究方法の展開は、われわれ研究者たちに対して、さまざまな試みに駆りたてようとするのだが、それがなかなかまとまった研究成果として結実するに至らないのが現状でもある。次号にも、もし可能ならば、分裂病に関する諸研究を掲載したいつもりである。

精薄者に対する Day-care 活動の試み、及び学校恐怖症の家族の研究も、当研究所の活動として継続的に行なわれているものであり、その研究的な意味は甚だ重大であると思われる。嗜癖患者の問題、人間能力の開発に関する研究も、今日的な意味で我々の関心をひいているものである。これらの諸研究への諸者の忘たんのない批評や建設的な意見を期待する次第である。

第14号編集委員

柏木 昭 佐治守夫
田村健二 高臣武史

精神衛生研究

— 第 14 号 —

編集責任者	柏木 昭 佐治守夫 田村健二 高臣武史
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台1の2 電話 市川 (0473) 23 0141
印刷所	株式会社 弘文社 市川市真間4-5-7 電話 市川 (0473) { 22 4007 22 3157

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 14

March 1966

Contents

- On the Diagnostic Standardization of Schizophrenia -WHO Seminar on
Diagnosis, Classification and Statistics of Mental Disorders- *M. Kato, M. D.* 1
- A Study on the Therapeutic Relationship with Schizophrenic Patients
..... *M. Saji, H. Dendo, N. Tsuru, N. Oda, M. Ito,* 21
..... *M. Adachi, K. Yamamoto, T. Murase,*
- A Family Study of Schizophrenia *T. Takatomi, M. D.* 41
- A Family Study of School Phobia *M. Yamazaki, S. Tamai, A. Yuhara, Y. Imada* 59
- Attitude of Families in the Treatment of the Drug Addicts *Y. Imada* 85
- Study on Therapeutic Group Activity for Mentally Retarded -First Report-
-An experiment on Day Care Mentally Retarded-
Y. Sakurai, S. Kanno, K. Takanori, M. Ida, E. Watanabe, M. Sekikawa, Y. Sakamoto,
S. Iwashita, H. Hatori, K. Tabei, M. Okuhama, M. Kashima, H. Hosaka(Odaka),
M. Katayama, H. Matsunaga 95
- A study of welfare problems in small-medium sized Enterprises and the employee's
attitudes toward the jobs. *Y. Sakurai* 143
- A Follow up study of Residents of Clinical Psychology and Psychiatric
Social Work Courses *S. Tamai* 163
- L' Attitude sociale à l'égard de la maladie mentale - Liegue française
d' Hygiène mentale *T. Takahashi* 175
- List of Research Works 187
- English Abstracts 195