

精神衛生研究

第 15 号

昭和 41 年

Journal of Mental Health

Number 15

1966

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

目 次

原 著

集団精神療法について ——とくに対人関係と治療像を中心に—— 池 田 由 子	1
集団専門的指導の研究 柏 木 昭, 丸毛静香, 上野博子, 村上久子	7
精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第2報 ——職業的態度, 意識にあらわれた治療効果—— 桜井芳郎, 渡辺映子	21
学校恐怖症児に対する教師の態度 山 崎 道 子	29
Down's Syndrome の栄養療法に関する実験治療 飯 田 誠	43
Community Psychiatry の動向と問題点 加 藤 正 明	47
精神衛生コンサルテーションの方法と日本における問題点 山 本 和 郎	59
文 献 紹 介	
ババンスキイ：「ヒステリーの定義」 高 橋 徹 訳	69
所員研究業績一覧	75
欧 文 抄 録	85

集団精神療法について*

——とくに対人関係と治療像を中心に——

優 生 部
池 田 由 子

ま え が き

集団精神療法の理論と技法を短く一括して述べることは、なかなか難しいことのように思われます。集団を用いて人の心や体の病気を癒すことは、はるか昔から多くの社会で行われていたのですが、治療のこの方法が近代精神医学における治療として歩みをはじめたのは比較的最近のことで、臨床的体験や技術が先行して、理論が後を追っている感があります。また集団精神療法として一括されているもののなかにも、媒体も方法もいろいろなものがあり、画一的なものではありません。たとえば、Corsini 及び Rosenberg の集めたこの治療の機制に関する300余りの文献の中には、治療者によって合計200近くの機制が記述され、集団精神療法の発展に貢献した学者として挙げられている人びとの中には、Freud, Adler をはじめとして、ネオ・フロイド派から実存分析の人びとまで入っており、正常人の実験小集団のグループダイナミックスを研究している社会科学の人びとも含まれております。以上のようなわけで、とても全体の状況をまとめて述べることは出来ませんが、私なりにこれらの二つの主題について、またわが国の集団精神療法について感じておりますことを述べてみたいと思います。

対人関係について

集団精神療法において特徴的な治療の関係は、個人精神療法のように一人の治療者と一人の患者の間に成

立つばかりでなく、おのおのの患者相互の間に、また治療者あるいは患者対集団全員の間に成立つことでもあります。精神分析的な方向づけを持つ個人精神療法では、治療者—患者関係の中心は転移であります。ここで転移という語を用いますと、ある一人の患者にとって治療者のみが転移の対象でなく、他の患者の一人びとりが、同時にまた時をおいて、その転移の対象となってゆく *Multiple Interaction* がおきるわけです。この際転移状況がおきて、患者が治療者に対して父親に対するような感情を向けたとしても、それは他の兄弟や家族たちがいるときに父親に対してとる行動といったあらわれ方をすることが多いようです。

もっともしばしば認められるのは、治療者が父あるいは母に、他の患者が兄弟に、また治療者が父、協同治療者が母といったかたちであります。このようにして患者が、祖父母、父母、兄弟など自分にとって重要であった複数の人びとに対する情緒的关系を復活してきますと、集団は「家族」の像に近くなります。このことはおそらく集団精神療法のもつ魅力のひとつであろうと思いますが、この家族との類似をもっとも強調するのは精神分析派の治療者たちであります。この際注意すべきは家族的な雰囲気の中で「集団で生活する」ということでなく、家族に対する感情を復活させるような集団の中で、「人と人とのかゝり合いに焦点をおいて治療が行われる」ということが必要であり、集団が家族の代理となって症状が軽くなるというのでは意味がうすいのであり、このことは *International Handbook of Group Psychotherapy* の中に記載されている、あらゆる学派に共通な集団精神療法の基本原則の一つであります。

治療に来る患者はもともと社会のさまざまな集団のなかで満足すべき対人関係の経験が少く、疎外されたと感じ、自己に対する低い自己評価や憎しみを抱いています。このような患者にとって見知らぬ集団のなかで自分自身の問題を表現することは耐えがたく思われ

* *Some Comments on Group Psychotherapy*
—centered around Interpersonal Relationship
and the Goal of Therapy—

るでしょうし、集団に入ったというだけでも情緒的にゆすぶられることが多いのです。

しかし、治療者が治療集団の特殊性、つまり此处では社会的成功とか身分とは関係なく、人間としての共感と交わりをもち、各人が自由な、また責任ある人間として、正直に率直に自分の考えを表現しうる場であることを、次第に患者に体験させることにより、患者は防衛が少くなり自然にふるまいはじめます。

もちろん、最初にはいろいろなかたちで抵抗があらわれ、真実の問題に達するのを防ぎます。たとえば、苦情をいいつまげて助けを拒んだり、理解しようとせず表面的な忠告を直ちに与えたり、治療者に何でも任せきってしまおうとしたり、サブグループをつくることにより深入りするのを防いだりします。また互いに治療者の関心をめぐって嫉妬したり、治療者や他人へ依存することをおそれて、リーダーシップをめぐって争ったり、治療者に反撥したりします。

しかし、そのうちに、対抗、反撥、葛藤のなかから、患者は自分自身の対人関係のゆがみについて学ぶようになります。現実社会では、互いに反撥することはコミュニケーションの破壊を来しますが、ここでは治療者はコミュニケーションの道を閉ざぬようにし、いわゆる両極性、あるいはグループダイナミクス学派のいう凝集性対反撥性、固着性対可動性といったものを治療的 *Interaction* を深めるために利用するわけです。

治療の初期にどの程度まで場面設定を明らかにするか、どんな制限をおくか、どの程度まで緊張を保たせるかは、患者の障害の性質や程度により治療者の判断に任せられます。

多くの患者にとって集団のなかで受け入れられ、治療者や他の患者たちが自分の問題を真剣にきき、理解しようとしていることを眼のあたり見たり体験すること、集団への所属感を感じることは意味が大きいようです。このことは患者の自己評価を高め、初めて他の患者の問題を観察したり、その解決に参加したり、他人の問題のなかに自分のそれと共通の性質を見出したり、自分の問題や過去の体験を再吟味、再評価したりするゆとりが出て来るのであろうと思います。

治療者に対する敵意や不信が他の患者との同一化によりたやすくなったり、他人の支持をうけることにより、カタルシスが促進されることも認められます。この際「すべての人びとが *Interaction* にふくまれ、参加すること」、つまり、たとえ講義を使うような集団でも演者と聴衆というようにはっきり分れてしまわず、互いに中断したり、質問したりするということは集団精

神療法の基本原則としての、条件であります。

集団のなかで治療者は患者にとって自我理想であり同一化のモデルであり、協同治療者がいれば治療者は好ましい協力関係の見本を示すことが出来ます。しかし、患者たちも時期によって互いに多かれ少かれ補助治療者的な役割を果し、他の患者からの発言の方が治療者からのそれよりも、素直にうけ入れられるということが、日常の治療場面でしばしば認められます。

行動面として患者は自分の学んだ新しい行動の型、感情の適切な表わしかた、他人とのかかわりあいかたを、治療者により保護された集団のなかで先ず試行錯誤的に試み、それらを成長させ、次第に外部の世界にひろげてゆくのだと思います。

個人精神療法と集団精神療法

私は私自身の経験から、個人精神療法と集団精神療法は互いに相補うものであると考えておりますが、ここで個人精神療法との差異を少し述べたいと思います。

集団では全員が輪になって座り、治療者は個人精神分析のように寝椅子の背後にあつて患者から見えない存在ではありません。治療者は全身をあらわし、話し、聞きいり、参加し、観察する、生きた現実的な人間として全員の注視のまどであります。このような状況は治療者側に個人治療の場合にあらわれにくい対抗転移の、ある側面を明らかにすることもあります。

一方患者の方も椅子に座って向き合っておりますから、表情、姿勢、ジェスチャーなども見えやすいわけで、たとえ患者が沈黙していても、私たちは彼の非言語的な多くのメッセージを把握し易いわけです。このように「現実的な要素の強いこと、行動的な面が多いこと」はこの治療の一つの特徴であります。私は1965年4月の精神神経学会総会で、日本と米国の六つの治療集団を比較し、集団メンバーの言語的な *Interaction* が、治療の初期においては、治療集団以外の日常生活の集団の *Interaction* のありかたの影響をうけていることを指摘しましたが、Margaret Mead などいうように、個人療法の場面よりたしかに現実社会の規模が入りやすいと思います。

したがって治療者は個人の場合よりも、患者側の魔術的全能者というような空想の対象となったり、非合理的な全面的な依存の対象となる度合いが少かったり、また夢や空想や生活史が取扱われても、それらを徹底的に検討する程度が場合によっては個人より少ないと思います。集団精神療法の場合、繰返される質問の一つは「今、ここで、治療者と患者の間に、患者と患者の

間に、一体何がおこっているのか？」ということです。

治癒像について

さて次は治癒像なのですが集団精神療法の治療の目標が、集団に属する個々の患者の情緒、行動、認知の変化を第一的の目標とする点で、個人精神療法と変りはありません。目標はどこまでも個人であり、集団を治療したり、変化させたりするのでなく、治療者の関心はどこまでも個人の患者と、その患者と他の人びととの関係であります。やはり1965年の精神神経学会において発表しましたが、日本でも米国でもどのような学派でも、治療者は個人の患者に話しかける言葉の数が、集団全員乃至複数の人びとに話しかける言葉の数より多いのがつねでありました。

私の観察したところでは、集団精神療法の目標に対して誤解は二つあります。一つは人間以上の力 *Supernatural*、ドグマ的な宗教、主義に帰依し、責任を一切それらに任せて、その集団のメンバーとして永久に依存することにより症状の改善を見るものも、その中の入れることです。

もう一つの誤解は、患者は集団に入ると個性や創造性を喪失したり、原始的退行状態に陥るのでないかということです。精神分析の理論により現在の集団精神療法に多くを貢献した *Freud* その人でさえ、「自我心理学と集団の分析」という論文では、家族との類似や両極性について鋭い観察を示しながらも、*Group* を *Mass* や *Mob* と同様のものと考え、集団心理は原始的精神活動への退行状態であると理解し、指導者に神秘的な性質を附加しております。

このようなことは当時の人類学の研究の限界とが、小集団の精神力動についての知識の欠如にもよりますが、やはり治療者の生きている時代の政治形態、社会構造、家族構造、文化の価値体系などからの影響が大きく、われわれが集団ということばにより思い浮べる *Image* がそれぞれ異っているからだと思えます。私の考える集団精神療法とは「集団のなかで人びとが互いに共感しあう体験を経て、その多様な可能性 *diversity* を受け入れ、他の人びととのかゝりにおいて、真実の自己を見出す」ことを目標にしております。

日本における集団精神療法

さて治療者として、またスーパーバイザー及びスーパーバイザーとして、この治療、つまり個人個人のもつ多くの可能性ということを前提としたいわば民主主義社会における治療として発展してきた集団精神療法

を、わが国において試みた場合の感想を二、三述べたいと思います。

米国の治療者のなかには治療の原則の一つとして、はっきり「デモクラシー」という言葉を使っている人もあり、これを価値規範が入りすぎると批判する人たちも、治療場面では間接的にこの原則を前提としているように感じられるのであります。

私たちが精研ではじめて集団精神療法を精神病、神経症、中毒者などに試みたのは1957年でしたがその後問題児、母親、社会復帰後の精神障害者などにも試みました。その間私たちが遭遇した問題点は次のようなことであります。

先づ患者側が家族的、同窓会的な集りにしたがること、(外部で個人的な集りをもったり、年賀状を交換したり、共同で治療者に贈りものをしたり、出身学校などの共通性をあげては現実社会の集団と同じようなものにしたがる)、治療者に依存し治療者から一方的に助言や忠告を受けようとする、治療者や他の患者が話しているときには、反対意見があってもすぐそれをあらわさず傾聴しようとする、難解な概念的な議論をしたり専門用語を使うことにより、自分自身の感情を自らの言葉で表現するのを避けること、(一例として精神分析的と称するある治療集団に出席したとき、患者たちが自分たちの症状や問題などをエディプス・コムプレックス、去勢恐怖などの分析用語で互いに説明しあっており、治療者はむしろそれを奨励するようにみえて驚かされたことがあります)、自分の真情を治療者あての手紙とか個人的面接でのみ伝えようとするなどが最初の数年間相当に認められました。

その反面米国で著明に認められるリーダーシップをめぐるはげしい争いは、日本ではあまりあらわになりませんでした。

一方治療者もはじめのうちは、「自由な *Interaction*、患者中心、中立的、非指示的、非権威的、民主的」などの言葉にとらわれて、それぞれの集団の特異性による方向づけとか、制限とかが明らかに出来ず、患者が脱落したり、集団の動きがすまなかつたりしました。治療者自身のこのような盲点や対抗転移は個人精神療法の場合にうける個人的スーパービジョンであられるものとは、また異なる側面もあるように思えます。そして、スーパービジョンの集団で、スーパーバイザーが自由に *interact* し、活潑に発言を中断しあい、行動がなめらかになり、同胞や親への関係が夢にあらわれるようになると、この人びとのもっている治療集団でも患者たちも同じような傾向を示し、その *Interaction*

の型は米国の一般的な治療集団のそれに近付いて来ることが認められました。

森田療法と集団精神療法

最後に日本の伝統的治療といわれる森田療法について述べたいと思います。森田療法は近年森田治療者により Horney, Frankle らの精神療法や Moreno の心理劇との類似性が強調され、一方集団精神療法であるという意見も表明されているようであります。私はここで主として集団の精神力動及び技術的な側面から、また人類学的な立場から、森田療法を精神分析的に方向づけられた集団精神療法及び米国において *repressive-inspirational group therapy* の典型と言われる A.A. (Alcoholics Anonymous) と比較してみたいと思います。なぜならこれらの比較によって私自身の考えている集団精神療法というものが、より明確になると思うからです。

1) 先づ治療の *setting* からみますと、森田では集団が大きく、期間が短かく、家庭に近い状況をあらかじめ用意し、患者の日常生活との差を少くしてあります。退院後の話し合いは時に100人以上の大集団にもなります。一方分析的な集団では集団が小さく、期間は不定ですが一般に長期間で、家庭とか日常生活の場面との差異がつねに強調されます。

2) 森田療法では患者の集団は、同質的であり、男性が圧倒的に多く、それぞれの患者のとする役割は比較的はっきりしています。退院後の話し合いではすでに社会に出ている退院患者が先輩として出席し補助治療者の役を果し、健康人としての同一化のモデルを提供します。患者の行動や表現のしかたや独特の引用語には類似性があり、治療者や施設への積極的信頼関係は強固に出来上っております。

分析的集団精神療法では、患者たちは異質的でその役割ははっきり明確化されておらず、場面はあいまいで漠然としていることが特徴です。治療者や施設への信頼関係は出来上っているとは限らずむしろ不信が表明され、このような陰性感情の表現は治療者に励まされます。

3) 森田療法では治療者は患者から信頼や依存をうける伝統的医師であり、人生の導き手でありますが、治療者自身の生活史や人生観を記した書物や雑誌、また日常の共同生活により、伝統的医師よりはるかに患者に密接な接触をもち、確信ある権威的存在であると共に患者を庇護します。(compassion と語が適当と思います。)治療者と患者の関係は集団での話し合いの

対象とはならないが、治療者の存在や価値規範は患者に深く滲透し一生を通じての強い影響を与えています。

また森田では集団での話し合いでは治療者が何時も会話の中心であり、治療者が質問して患者がこれに答え、他の患者は傾聴するという一対一のかたちが多く、治療者の発言数や発言時間が圧倒的に多く、その割合は大体50%前後を占めているようです。大集団では必ず患者側から自分たちの進歩についてのいわゆる *progress report* があり、会はだんだんに盛り上るという傾向があるようです。

分析的集団精神療法では治療者に対して根本的には信頼があるにしても、不信や疑惑がしばしば討論され、治療者が生活史や人生観をふくめて自分自身をあらわす度合はきわめて少く、たとえ治療者が自分の価値規範をあらわしたとしてもより間接的であります。そのセッション毎に治療者の発言回数も盛り上りの形式も種々様々で一定の傾向を示さないことが認められます。患者は治療者に対し、他の患者に対し *interruption* 中断をしばしば行い、中には独占的に発言する患者もあり、メンバーの行動も動きが多く、ときには *acting out* さえみられます。

4) 森田療法では集団の凝集性を高める方向に強調がおかれ、患者同志、患者と治療者、「治癒」した先輩、更に歴史上のすぐれた人物(宗教的な指導者など)との共通性や人間としての普遍性が語られます。人間以上の何ものか(それを自然あるいは他の名で呼ぶにせよ)との調和による人間の無限性、その文化のもつ価値の受容がその考え方の背後にあるようです。

森田療法では技術的には情緒的体験を伴う支持や訓練といった点が目立ち、退院後の支部会や雑誌購読により治療者と共に入院中に受け入れた *basic assumption* をくりかえし再確認するということが行われているのではないかと思います。

精神分析的な治療では、初期にメンバーの共通性、集団の凝集性に強調がおかれても、次第に個人の特異性、多様性、有限性といった点が出てまいります。このようにみてまいりますと、これらの二つの治療の背後にある社会、つまり民主主義をとる社会と家長が権威をもち、依存的な様子関係の強い家族主義的な社会における価値規範がそれぞれ治療の上に反映されていることがわかります。

さて次に森田療法と、米国におけるもっとも定型的な指示的、また *repressive-inspirational* な治療である A.A. と比較してみたいと思います。私は集団の取り扱い方からみると両者の間にはいくつかの共通性が

あると思います。

1) たとえば両方とも「家族的な関係」の強調があります。A. A. では神が父の像でありますし、メンバー同志は兄弟であります。森田療法では治療者は父であり、患者は子供であり互いに兄弟であります。双方とも患者同志は互いに援助者や先輩の役割をとりあいます。

2) A. A. も森田療法も、地方の支部とか、本部で発行している雑誌や著書を、非常に効果的に用いており、両方の集団のもつ基本的な信念とか理想を持続的に再確認するのを助けています。

3) A. A. において患者が中毒から脱出するための「禁断期間」は、森田療法における「絶対臥褥」の時期と比較されうと思います。

A. A. の「禁断期間」でも、森田の「臥褥期間」でも患者たちは極度の苦しみに遭遇しなければなりません。この苦痛な時期に援助を与え世話をする唯一人の人はこの二つの集団の価値体系を代表する人（つまり森田では治療者、A. A. では先輩である指導者）なのであります。これらの人びとも以前には悩める者であったという事実からこの治療の有効性や価値規範への確信がきわめて強烈であろうということが想像されます。森田療法に来る前に多くの患者は自分たちの症状に「とらわれ」、悪循環の中にあつてくりかえしくりかえし訴えつづけ苦しみを反芻します。この状態はおそらく、A. A. の患者がアルコール飲料に「中毒」しているのと同様に、一種の「中毒状態」であると考えられると思います。

4) A. A. では神への絶対服従が強調されています。患者は先輩たちから、彼自身の弱い力ではいくらもがいてもとてもアルコールを克服出来ないと説得されます。唯一つの救われる道は一人の人間よりもっと強い力をもつもの、つまり神やA. A. という集団からの援助をうけることだと説明されます。単なる知的な説得だけでなく感情的興奮をとまなうような集會に出て、誓いのことばや讃美歌について、何人もの証人が次々といかにA. A. に入る前みじめであり、いかにA. A. により治癒したかという証言をするのをきき、情緒的にも動かされてゆきます。

森田療法における「自然」への態度、あるいは一切の悪智によるはからいを捨てて治療者に任せる態度にはA. A. における神への態度との共通性があり、会合の運び方にも同様の傾向があるのではないのでしょうか？

5) 集団に属さない人がこのA. A. と森田の集団を訪れたとき、最初に感ずる印象が似ていることは興味

があります。訪問者は歓迎されたり、微笑をもって迎えられたり、丁寧に取扱われたりするでしょう。しかし、患者たちがしばしば明言するように「もし、あなたが同じ問題をもたないのなら、あなたは決してわれわれを理解出来ないでしょう。たゞ神経症者（あるいはアルコール中毒者）のみが互に理解しあい助けあえるのです」といういわばエリート的な *exclusive attitude* が感じられます。かれらはしばしば「問題をもったこと、そしてその結果人生の真の意味を知り、他人を助ける機会を得たことを感謝し、誇りに思う」「神経質はよい性格だから、感謝している」などと言います。

森田では精神分析のように神経症を未成熟な人格から来る病的状態とみないで、むしろ生への欲望が強く単純な性格者より高い価値をもつためとし、A. A. ではアルコールに溺れたことが神を知る機会となったといえます。精神分析では治った患者たちがいまだに悩む他人を助けるために補助治療者としてまた集団に出席するということや、機関誌を読むということは絶対にありませんし、自分の症状の意味づけをしたり、誇りをもつということもないようです。森田では精神分析は人間の不健康な否定的面をえぐり出すと批判しますが、A. A. や森田などで優越感的な表現がされるというのも、ある種の補償機制とも考えられないのでしょうか？ A. A. とか、森田療法のメンバーとしてとまる限り、彼の側において個人としての自由と独立に何らかの犠牲がはらわれていると考えるのは、経験の浅い治療者である私が、これらの治療の真随を知らぬためでしょうか？あるいは集団精神療法の発展の早期には一時さかんであっても、その後は *repressive-inspirational* な治療が全く例外的な特殊なものとなっている米国内で訓練をうけたためなのでしょう？

私は森田療法はたしかに集団的な生活体験を有効に利用した広義の集団療法の一つであろうと思います。しかし、現在国際的に一般に考えられている洞察を目標とする集団精神療法とは非常に異っており、A. A. や *Recovery Inc.* のような一種の *repressive-inspirational* なもの、またこの治療の発達の初期に精神病院で行われた支持や訓練を中心とする指示的な治療にもっとも似ているのではないかと思います。どのような精神療法においても、ある共通の基礎があるのですから、将来もっと広い範囲にいろいろな集団的治療を比較してみたいと望んでいます。

あ と が き

以上、私は集団精神療法について対人関係と治療像を中心として述べ、日本においてこの治療を実行した場合の問題点に触れました。

また近年西欧の精神療法、とくに Horney, Frankle, Moreno らの治療との共通性がしきりに強調されており、同時に日本の伝統的な精神療法といわれる森田療法について、比較人類学的な立場から検討してみました。

(以上の内容は1966年10月福岡で行われた第3回精神病理、精神療法学会のシムポジウム、「精神療法の理論と技法——とくに対人関係と治療像を中心として」において話したものです。

ただし、A. A. と森田療法の比較の部分は学会では時間の関係で、各項目のみあげました。)

文 献

- 1) J. Abrahams, *Group Psychotherapy, Medical J. of the D. C.*, 1947.
 - 2) N. Ackerman, *Psychoanalysis and Group Psychotherapy, Group Psychotherapy*, 3, 1950.
 - 3) R. Corsini & B. Rosenberg, *Mechanism of Group Psychotherapy, Group Psychotherapy and Function, Basic Books*, 1963.
 - 4) R. Corsini, *Method of Group Psychotherapy, McGraw Hill Company*, 1957.
 - 5) R. Dreikurs, G. P. *from the point view of the Adlerian Psychology, G. P. & G. Function*, 1963.
 - 6) J. Frank, *Persuasion and Healing, Johns Hopkins Press*, 1962.
 - 7) J. Frank & F. Powdermaker, *Group Psychotherapy, Harvard Univ. Press*, 1963.
 - 8) S. Freud, *Group Psychology and the Analysis of the Ego, Hogarth*, 1948.
 - 9) S. Hadden, *Historic Background of Group Psychotherapy*, 1957.
 - 10) H. Illing, C. G. Jung *on the Present Trend in G. P.*, 1963.
 - 11) M. Mead, *Group Psychotherapy in the Light of Social Anthropology, A. J. of Psychiatry*, 1951.
 - 12) J. Moreno, *Group Psychotherapy, Symposium, Baecon*, 1945.
 - 13) J. Moreno, *International Handbook of Group Psychotherapy, Philosophical Library*, 1966.
 - 14) G. Murphy, *G. Psychotherapy in Our Society, G. P. and G. Function, Basic Books* 1963.
 - 15) S. R. Slavson, *An Introduction to Group Psychotherapy, Internat. Univ Press*, 1954.
 - 16) S. R. Slavson, *Historical & Developmental Trends in Group Psychotherapy*, 1960.
 - 17) H. Spontitz, *the Couch and the Circle, Alfred & Knopf*, 1961.
 - 18) M. Rosenbaum & M. Berger, G. P. & Group *Function, Basic Books*, 1953.
 - 19) A. Wolf, *the Psychoanalysis of Groups, A. J. of Psychotherapy* 3, 1949 及び 4, 1950.
 - 20) 池田由子, 小泉英二, 中山和子ほか, 集団心理療法の研究, その5, 治療者の問題, 第25回日本心理学会抄録, 1961.
 - 21) 池田由子, 心理療法における治療者—患者関係, 集団心理療法の立場から, 精神分析研究7巻6号, 1961.
 - 22) 池田由子, 米国における集団心理療法の現況について精神衛生研究, 8号, 1960.
 - 23) 池田由子, 前近代社会における集団療法, 精神身体医学, 5巻4号, 1965.
 - 24) 池田由子, 集団心理療法の研究, その1. 米国と日本における集団内 *Interaction* の比較的研究, 62回日本精神神経学会抄録, 神経誌67巻3号. 1965.
 - 25) 池田由子, 集団精神療法の発展と現況, 精神医学, 8巻2号, 1966.
 - 26) 河合博, 森田正馬, 神経質の本態と治療, 第2部解説, 白揚社, 1962.
 - 27) 高良武久, *Morita Therapy*, 高良名誉教授就任記念論文集, 1964.
 - 28) 野村章恒, 東洋と西洋の精神療法論議, 高良名誉教授就任記念論文集, 1964.
 - 29) 近藤章久, 神経症に対する精神分析理論とこれと対比して見たる森田の神経質症, 慈恵医大誌73巻10号, 1958.
 - 30) 森田正馬, 神経質の本態と治療, 白揚社, 1962.
 - 31) 鈴木知準, 不安の解決, 池田書店, 1955.
- (なお、森田療法については、関係諸団体の雑誌も参考とし、A. A. に関するものは *This is A. A.* ほか *A. A. Publishing Company* で発行したものを参考とした。)

集団専門的指導の研究*

社会精神衛生部

柏木 昭⁽¹⁾ 丸毛 静香⁽²⁾

上野 博子⁽³⁾ 村上 久子⁽⁴⁾

1. ま え が き

ここにいう専門的指導はスーパービジョン(普通に監督指導と訳されている)のことをいう。そもそもスーパービジョンには二つの側面における意義が包含される。その一つの側面は専門従事者(いわゆるプラクティショナー)が到達すべき専門的レベル乃至は専門性が問題になる側面であり、またもう一つの側面は機関の経営に最もふさわしい職員のあり方是何かについての問題である。前者は専門従事者を中心として考えた側面であり、後者は機関の機能をその中心的課題として考えることのできる側面である。

そしてこのような二つの面を持った問題に対して応えることができるような体系として受け入れられてきたのが指導者による直接的集中的なスーパービジョン(個人的指導監督)の制度であった。機関や施設の管理者もその経営原理の基礎をなすところのヒエラルヒー構造を強化するものとして、このような指導監督の体系を歓迎し承認してきたのである。

このことについては既に我が国においても一般に承認されたところであって、特にソーシャル・ワークの分野では自明の事柄である。たとえば仲村は「福祉事務所の査察指導員(いわゆるスーパーバイザー)には普通のお役所における係長付係員の関係で要求される指導監督の技術や方法(つまりスーパービジョン一般)に加えて、ケースワーカーが正にケースワーカーとして成長発展するのを側面的に援助するという専門的指導の技術が

要求される」といつている。⁽¹⁾

我が国一般のスーパービジョンの現況からいうと社会福祉の領域においてさえ、このような論旨が強調されねばならないということは、逆に専門的成長発達の側面よりも、むしろ一般的な意味での監督指導が、前に述べた二番目の側面の意義においてそれが理解されてきたと云ってよい。

スーパービジョンの両面の機能はアメリカでは承認されてきたわけであるが、それにも拘らずオースチーンによればそれさえも1953年頃から、このような両面の機能を包含する体系は崩れかかってきたと述べている。

近時、特に1953年以来、この体系については一般に専門従事者から、また時にはスーパーバイザーから不満が表明されるようになった。専門従事者からは自らの仕事における主体性を、方針決定および自己指向(*self-direction*) に関しての要請を表現し始めたのである。彼らは機関の階級構造(*hierarchy*)における自らの地位が、その底辺に置かるべきではないと主張する。彼らは自己の専門業務がそのままより実質的な給料と地位につながるものとして承認されるべきであると主張し、指導や管理の地位へ昇進することだけが、彼らの一義的な関心事ではなくなってきた。⁽²⁾

このような傾向は伝統的な直接的且つ集中的個人指導に対する批判となって表現されるようになった。即ち独立性と自己信頼は不安な且つ完全主義的な雰囲気においては涵養されない。多くの機関ではあたかも過保護的な母親が子どもを自由に

* *Group Supervision as a Means of Professional Development of a Social Worker.*

(1) 国立精神衛生研究所 (2) 国立村山療養所
(3) 武蔵野赤十字病院 (4) 東京都荏原保健所

註) (1) 仲村優一「係長と指導員のちがひ」生活と福祉No.70 昭37, P.16

(2) Lucille N. Austin, "The Changing Role of the Supervisor," *Ego Oriented Casework, 1963, Family Service Association of America, P. 274*

させることができないのと類似した傾向を持つとオースチンは指摘する。

ここにオースチンはスーパービジョンの伝統的な概念と新しい概念を次のように要約している。特に伝統的なスーパービジョンの体系は専門従事者を十分に専門化された職業人とは見ていないことの表れだという見解を表明する。

スーパービジョンの伝統的概念

1. 初心者は修士号（マスタース・デグリー）を得た後長期間にわたる個人的教育を必要とする。

2. 直接的指導（*close supervision*）は、ソーシャル・ワーカーの専門的成長の何れの段階においても教育という点では最も有効な方法である。指導者（スーパーバイザー）はソーシャル・ワーカーおよびその取扱ケースについて親しく知ることができ、その個人的要求にもとづいて教育することが可能である。したがってソーシャル・ワーカーはスーパービジョンが多い程、またよい指導である程、学習が進み自己の研鑽が可能になる。

3. ソーシャル・ワークの学習と実践は個人的な葛藤と不安を起し易い。ソーシャル・ワーカーは他者の援助の為に自己確知（*self-awareness*）が要請され、指導者はその為の援助に最適な役割を持ち、必要な支持を与えることが可能である。

4. 管理上の責任はスーパーバイザーに置かれる。従ってスーパーバイザーは命令系統の中で、自分が受持つ職員について、すべて説明できるようになっていなければならない。理論的に且つ一義的にスーパーバイザーは受持ちソーシャル・ワーカーの唯一の評定者である。何故ならスーパーバイザー（被指導者）の仕事について知っているのはスーパーバイザーのみであるからである。

5. スーパーバイザーは管理者として、方針を打出し、職員に伝達し、且つそれが実施されるのを見届ける。また逆にスーパーバイザーは職員の方針や計画についての発想を中央管理者群に伝達する為にその代辯者になるのである。

以上のような伝統的なスーパービジョンの概念も未だ我が国のソーシャル・ワークの実践体系の中には導入されていないところに、前述の仲村の見解が表現されねばならなかったと見ることができる。もっとも我が国では専門分化されたソーシャル・ワークの歴史が極めて若く、他者を指導で

きるような人材を養成する学習と訓練の体系が未整備であったことにも起因する。米国ではこのような直接的集中的（完全主義的且つ過保護的であるか否かは別として）スーパービジョンを可能にする為の現場指導者に対する大学での教育訓練体系が確立しているが、我が国では著者が知る限りにおいて、大学という公式的教育課程ではスーパービジョンに関する課目は未だ皆無という状況である。

また公式的に指導員制度を取っているのは社会福祉事務所と、未だ実験的な域を出ないが家庭裁判所における調査官活動ぐらいのものである。医療ソーシャル・ワークや精神医学ソーシャル・ワークのように、ソーシャル・ワークが二次的な機能であるような分野では、多くの場合ソーシャル・ワーカーはその施設に単独で従事するから、その施設でスーパービジョンを受けることは不可能に近い。他の専門分野の職員、たとえば医師から医学的助言を受けることはあっても、ソーシャル・ワーカー固有の原理と綱領とそして固有の知識体系によるスーパービジョンを受けることは不可能である。このような場合は医師のコンサルテーション（助言指導）というのが適切である。

このような背景を担っている我が国における医療ソーシャル・ワーカーや精神医学ソーシャル・ワーカーは新しいスーパービジョンの原理と方法を探索しなければならなかったのである。スーパービジョンについてのオースチンの新しい考え方はこのような状況での打開に一つの哲学を付与するものとして著者を刺戟し、新しい試みに対する動機づけとなったことは否めない事実であった。

オースチンによる新しい概念は次の通りである。

1. ソーシャル・ワークにおけるマスタース学位は専門資格として承認されたものである。それがあって、その保持者はその他位に相当する権利と特典および専門的自由を確保する。

2. 個人的な教育方法は学習のいずれの段階かを問わず有効な時もあるが、集団学習や、多くの人との接触や、また特に経験からしか体得できないような種類の学習も同様に重要である。したがってソーシャル・ワーカーは自らの傾向がどのようなものであるかを検討し、資源を如何に利用し、自らの技術を如何にさら

に伸ばすかを決定しなければならないのである。

3. 技術の習得と改良は必ずしも直接スーパービジョンの量と質とに関係しない。それはむしろソーシャル・ワーカーにおける自らの意欲 (*self-motivation*) とその適性 (*aptitude*) に関係するのである。

4. 自己確知は他者を理解するうえにおいて重要である。業務遂行の際何によらず問題を持つばあいには、ソーシャル・ワーカーの注意をこの自己確知という事柄に向ける必要がある。もしソーシャル・ワーカーが治療が必要である場合には、他の機関でそうした機会を探すことが必要になる。直接のスーパーバイザーによる長期間の支持は、ややもすると特定の治療の必要性とか、あるいは個人の基本的な欠陥を曖昧にしまいかねない。

5. 業務遂行状況は本質的に不安を呼び起すものである。十分な給与と合理的なゆとりのある時間の取りきめと同僚からの専門職に対する承認などが得られて、緊張が緩和するような誘因が、本人の支持となるような場合は、業務上の緊張は相当程度減少するであろう。

6. 専門職者としてのソーシャル・ワーカーは方針と手続きを理解し、それによって行動することが可能である。そしてさらにソーシャル・ワーカーは、クライアントとの第一線の接触者であることから、方針決定に直接貢献する鍵を握る位置にいるといえよう。

7. 専門ソーシャル・ワーカーは自らの仕事に就てよく知っている。彼は客観的な評価の必要性を認識することができなければならない。そして自らの中に内部化された立脚点を尊重し、且つ明確な標準のある方法での適切な評価者による評価を受け入れることができなければならない。

このような新しいスーパービジョンの観点が、新たにソーシャル・ワークの現場で検討され出しから、ここ数年の間に、アメリカでは可成り変わった形の指導者の役割が再定義されるようになってきているのである。

一対一の集中的な専門的指導は我が国の現状では困難である。そうした現実と、アメリカにおける過保護多干渉の過誤をくりかえすことの愚を避けて、著者が工夫したのが以下に報告する集団を用いた専門的指導である。

著者の研究に機会を与えていただいた東京都医療社会事業協会には深い謝意を表明する次第であ

る。

2. 集団専門的指導とは何か。

ここに東京都医療社会事業協会教育部において昭和39年から実施してきた集団専門的指導 (*Group Supervision*) について、その目的、方法、限界等につき報告する。

(2) 目的

医療ソーシャル・ワーカーが、専門的に訓練された自己を用いて、クライアントに面接するために、上述のような意味でスーパービジョンが欠くことのできない要素であるということはいくらかえしうまでもないことである。ソーシャル・ワークの教育は学校卒業後現場で始まる。しかしそれにもかかわらずいまだに開拓期の状態にある医療ソーシャル・ワークの分野においては、教育、訓練を受け、且つ職制上認められたスーパーバイザーといゆるソーシャル・ワーカーは、殆んどいないといってもよい現状である。これは医療ソーシャル・ワーカーの教育、訓練の問題ばかりでなく、現在及び将来の医療ならびに社会福祉の発展における大きな阻害要因であって、いつか何らかの方法でこれを打開していかなければならないことが痛感されてきた。

本来スーパービジョンは同一職場の上級ソーシャル・ワーカーによって、その業務について専門指導を受け、十分その業務を遂行することができるよう援助される過程であり、従来は主として1対1の個人スーパービジョンが行われていた。したがって職場の異なるワーカーがグループをつくり、スーパービジョンを受けるといふことに、どのような意味と効果が考えられるかといふことは問題であった。

スーパービジョンにはいくつかの目的が考えられるが、正確には分離しがたいにしても、ワーカーがその職場においてその責任をいかに果しているかといふ、いわば職場の機能を中心としたスーパービジョンの方向と、ケースワーク関係中心の、ワーカークライアント関係においてクライアントのニードにワーカーがどう応えているか、クライアントの感情に添っているか、そっていないようならばなぜか、という、ワーカー自身の機能のしかたを中心とした専門的生長に関するものと2つの方向にわけて考えることができると思う。

このグループスーパービジョンでは、互に職場を異にしているスーパーバイザーとスーパーバイジーからの構成によるので、当然前者を問題にすることは困難

となり後者の線が中心とならざるを得ず* 従ってワーカークライアント関係における情緒のレベルの応答を通じてのワーカーの専門的自己確知をそのねらいとすることが主たる目的となったのである。スーパービジョンの主要な目的であり、スーパービジョンによってでなければ容易に達成され難いものはその専門的自己確知であることを考えるとき、このグループスーパービジョンのねらうところが極めて重要であり、かつ実際的なものであることが容易に理解されよう。

更にグループスーパービジョンが、単に個人的スーパービジョンが得られないから、という便宜的なものでなく、積極的な意味をもつことを明らかにしておきたいと思う。個人的スーパービジョンにおいては、関係の深まりとともに、スーパーバイザーとスーパーバイジーの間の治療的關係の中で自己表現が可能になり、その過程で自己確知を達成していくことができるが、その点ではグループスーパービジョンは個人的スーパービジョンに及ばないものもある。又機関の機能に則しながら指導ができることは個人的スーパービジョンの長所であり、グループスーパービジョンの短所というべきであるが、これが逆にグループスーパービジョンにおいては機関の機能を超越して、医療ソーシャルワーカー共通の問題を志向することができるという長所になるのである。即ち個人スーパービジョンの場合の、スーパーバイザーの個人的特性に偏するという欠点を避け、前に述べたような過保護的傾向を意図的に回避し、機関の機能に重点をおきすぎて、ワーカーの感情表現を妨げるという弊害をも避けることができるのである。しかしその場合、グループであるということから他人の眼を意識しすぎたり、他人のケースのはい自分のこととして体験しにくいという点があるので、グループスーパービジョンを受けるには、自分の殻から出て他人のまに自分を出せるということ即ち主体的意欲 (*self-motivation*) また他人の経験を自分の体験とすること即ち過程への主体的参加ができることの二つが参加者の前提条件として考えられる。*

(2) 方 法

次に東京都医療社会事業協会で昭和39年4月以来実施してきたグループ・スーパービジョンの概要についてのべる。

* オースチンは前出論文の中でスーパービジョンの新しい方法を提案している。即ち管理と教育の機能を切り離し、教育の機能は職員専門的発達については、指揮命令系統に属さない者にその役割を付与することを示唆する。

参加人員は15名以内、1週1回、1回は2時間ないし2時間半、期間は一応6カ月と区切って、メンバーは何期出席してもよい。1人が1期間に提出する事例は2事例ないし3事例で、そのレポートは必ずワーカー・クライアント関係の中での自己の動きを含むものでなくてはならない。一期は二つの段階にわかれる。前段は役割規定的方式で後段は自由討議の型式をとる。前段の役割規定方式では提出事例に対して参加者は主として批判する検事的立場、主として弁護する弁護士の立場、報告者の感情を受容し支持する判事の立場の3者に分れて発言をする。スーパーバイザーは、メンバーの発言内容の受け取り方にくいちがいがないかチェックし、メンバーの不安を取除く役割をもつ。

グループ・スーパービジョンの具体的な進行は次の通りである。

* 著者の方法が専門的指導の一つとして二、三の機関で実験的に用いられたことがあったが、その多くの場合、ここに述べた主体的意欲と過程への主体的参加という点で、集団の構成員が動機づけられていない為に、その意義が薄れてしまったきらいがある。(例えば家庭裁判所調研紀要第10号(まとめ))。

ケース発表者だけがスーパービジョンにおける受益者ではなく、発表者もその他の成員とともにスーパーバイザーであらねばならない。またその両者は時に他者に対して治療的役割(スーパーバイザー的役割といってもよい)をも持ち、両者とも二重の役割 (*dual-role*) が期待されるのである。このような役割関係の中でのやりとり——力動——がなければ、グループ・スーパービジョンとはいえない。一対一の個人ケース処遇法についての教示を多数のまえて行うに過ぎず、あまり集団を媒介とする意味はなくなってしまおうであらう。

またこの方法は1、2回程度のセッションでは、指導者と参加者、および参加者相互の関係ができなから、参加者の主体的参加は無理になる。

また役割を規定する方法(検事、弁護および判事)において各役割演技者は自己の意志に関係なくするという解説が調研紀要に報告されているが、これは全く誤りであって、役割規定は発言の為の便宜的方法に過ぎず狙いはあくまでも、参加者の主体的発言と応答の際における対象成員の感情や気持ちに正に自己を志向することによってなければならない。

またスーパービジョンをケース・スーパービジョンと表現することは正しくない。(ソーシャル・ワーカー)スーパービジョンであって事例や処遇がスーパービジョン対象ではない。あくまでもそれに従事する「人」である。⁽³⁾

(3) Yonata Feldman, "Understanding Ego Involvement in Casework Training- Ego Oriented Casework, 1963, Family Service Association of America, P. 293

第一段階、報告者がワーカー・クライアント関係における自己を素材として提供する。

20分。

第二段階

それに対し 検事側発言 10分
次に 弁護士側発言 10分
次に 判事側発言 10分

第三段階、報告者からメンバーの発言に対して感想を述べる。グループに対してでもよいし個人に対してでもよい。ここでメンバーは報告者の批判を受け、報告者のいうことや気持を正確に受け入れていなかったことに気づく。これはメンバーに対する治療的效果として考えられる。これが5分。

第四段階 同じく報告者から、クライアントのかわりにおける自己についての客観的な陳述が5分。

これは報告者自身に対して治療の意味をもつ。

この間適宜ディスカッションが行われ、多くの場合全員が発言する。このようにして報告者がかわるごとに3つの役割もかわりあって経験する。

このような役割規定的方式が一巡して、メンバー全員が一通り事例を提出し終わったところで、役割をとることをやめ、自由討議方式の形でグループスーパービジョンを継続した。

発表の記録の形式は、はじめ口頭で説明していたのが、二、三枚に要約してリコピーで準備するようになり、やがてプロセス・レコードの一部をふくみ、現在は録音テープを使用している。

以上のような方法で既に2年9カ月を経過し、第四期の終りにはいつている。

(3) 限界

その間、実際に行ってみて、グループ・スーパービジョンの限界として感じたことの一つは、グループであるために自己を表現することの困難さであった。つまり予期されたことながら個人的スーパービジョンに比べ、スーパーバイザーとメンバーの関係の深まりが稀薄になること、一人当りの発言時間が制限されること、自己が真に問題と感じている点を追究することが困難なこと、及びスーパーバイザーの他に他のメンバーを意識することによって自己表現がしにくいこと特に後段では逃避傾向が多くなること等があげられる。

しかし、それにもかかわらずグループである長所もまた感じられた。多くのメンバーから多角的視点の発言が得られたこと、同一職種の上級者に対するような個人的な遠慮がみられなかったこと、職場の機能をはなれ、ワーカー・クライアント関係における専門的自

己確知にしばって討議が行われたこと、及びスーパーバイザーとの関係のみでなくメンバー相互の関係の中で治療力動が働くことなどは、まさに個人スーパービジョンを超えた長所である。

3. グループ・スーパービジョンの効果

2. に述べたような方法で行った集団専門的指導が、その参加者に対して如何なる影響を与えたかについて考察する為、第1期、第2期および第3期の参加者33名に対して別表のようなアンケートを配布し、回答のあったものについて集計し、その効果を評価し、今後のあり方を検討した。

(1) 結果

第1表は調査対象で、33名の参加者のうち、32名が

第1表 調査対象（男女別）

	回答者	集計対象
男	3	3
女	29	28
計	32	31

第2表 年令および専任兼任別

	専任	兼任	計(%)
29才以下	10	1	11 (35)
30代	8	0	8 (26)
40代	4	1	5 (16)
50才以上	7	0	7 (23)
計(%)	29 (94)	2 (6)	31 (100)

第3表 施設形態別

		%
(1)	国公立	7
	私立	24
(2)	A 診療所	2
	B 一般病院	4
	C 総合病院	14
	D 療養所	5
	E 保健所	2
	F その他	4

第4表 勤続年数別

性別 年数	性別		計 (%)
	男	女	
1年以下	0	0	0 (0)
5年以下	2	11	13 (42)
10年以下	1	12	13 (42)
15年以下	0	2	2 (6)
16年以上	0	3	3 (10)
計	3	28	31 (100)

回答を寄せた。集計の対象は男子3名、女子28名、合計31名であった。

第2表は集計対象者の年齢別および専任、兼任別を示す。年齢別では20代11名、30代8名、40代5名、50代7名で、20代が35%を占めた。また専任、兼任別では大部分が専任であり、兼任はわずかに2名に過ぎなかった。

第3表は対象者31名の所属施設別である。8割方は私立病院従事者であり、施設形態では総合病院の従事者で全体の約半数を占めた。ついで療養所、一般病院保健所の順になっている。

第4表は対象者の勤続年数別で、大部分は2年以上10年以下の勤続年数をもつ者であった。なお参加者のうち約半数は何らかのかたちの社会福祉に関する研修を受けたものである。

第5表 職歴および年齢別

	年齢別				計 (%)
	29才以下	30代	40代	50才以上	
卒業後すぐMSWになった	9	1	1	2	13(42)
社会福祉の他の分野のワーカーとして働いていた	0	0	0	1	1(3)
看護婦等医療関係の仕事をしていた	0	2	0	1	3(13)
事務系の仕事をしていた	0	3	1	0	4(32)
その他	2	2	3	3	10(32)
計	11	8	5	7	31(100)

医療ソーシャル・ワーカーになるまでの経路について調べると第5表の如くである。学校卒業後すぐにソーシャル・ワーカーになったものは13名、全体の42%、そのうち9名までが20才代である。年齢が増えるにしたがって看護業務や事務系の仕事をしてきたものが多くなる傾向にある。

次にグループ・スーパービジョンの実際についての感想であるが、何故グループ・スーパービジョンを受けようと思ったか、その動機について検討する。

最も多かったのは自己の性格や傾向を知り、クライアントとの関係の中で、ワーカーの行動を統御したいから等と答えたものが10名。ケースワークの実践において、自信がない、不安だ、毎日追いかけられている、また、自分の仕事に行きづまりを感じたから等の理由をあげている者が7名。現場でスーパービジョンを受けられる機会がないので、その必要を感じ経験したいと思った者が8名である。また人に言われたり、皆が受けているからというように、比較的受動的であった者が2名となっている。

以上を要約すると、グループ・スーパービジョンを受けようとした動機づけの多くは、自己の傾向を探り、ケースワーク場面でのワーカーとしての行動の統御をめざすものが多かった。さらにスーパービジョンの必要性を痛感しながら、現場ではその機会がないことも、これに参加しようとした主要な動機であった。

第6表 動機

自己の性格や傾向の理解、ワーカーとしての行動の統御	10
自信がない、仕事に行きづまり等	7
スーパービジョンの機会がない	8
人に言われた、皆が受けている等	2
その他	1

スーパービジョンの形態について、個人がよいか、集団がよいかは既に述べたいろいろの条件によってきまるわけであるが、グループ・スーパービジョンに実際に参加してみた上での主観的感覚的な結果は第7表の如くである。集団でよいとするものが7割方を占め、個人スーパービジョンを期待するものは3割であり、全般的に集団を肯定している。個人がよいか集団がよいかについては勤続年数による差は認められない。

第7表 集団の可否 (年数別)

	集団でよい	個人がよい	計
1年以下	0(0%)	0(0%)	0(100%)
5年以下	9(69)	4(31)	13(〃)
10年以下	10(77)	3(23)	13(〃)
15年以下	1(50)	1(50)	2(〃)
16年以上	2(66)	1(34)	3(〃)
計	22(71)	9(29)	31(100%)

第8表 実施方法 (年数別)

	役割規定的方法	自由討議	計
1年以下	0	0	0
5年以下	8(62%)	5(38%)	13(100%)
10年以下	3(23%)	10(77%)	13(100%)
15年以下	1	1	2
16年以上	2	1	3
計	14	17	31

グループスーパービジョンの実施方法は既に述べたように検事の役割、弁護の役割および判事の役割を定めて実施するもの、即ち役割規定的な方式と自由討議による方式とをそれぞれ前段、後段において実施したが、全体では第8表に示すごとく半数以上(17名)が自由討議を希望した。これを勤続年数別にみると5年以下の者は60%が役割規定的な方法を望み、6年以上10年以下の者は逆にその80%近くが自由討議を撰んだ。

次に期間についてであるが、いちおう原則として6カ月が規定されているものの、第9表のように、もっと長い方がよいと答えた者と、ちょうどよいと答えた者が、ほぼ40%ずつで、長すぎると答えたものはわずかに6%に過ぎなかった。

各セッション(回)における時間の長さについては、第10表の通りで1ケースの討議時間(発表、討議などを含む)は2時間が適当と答えたものが最も多く半数に近かった。1時間でよいとする者は39%であった。なおケース提出回数は10表に示すように、3回を望むものが最も多く45%であった。

また大部分の者(9割近く)は第11表の如く、グループ・スーパービジョンを受けてよかったという印象をもっている。これをさらにスーパービジョンの期間と関連させて見ると第12表の如くである。即ち「よか

第9表 期間別 (年数別)

	短かい	長すぎる	ちょうどよい	その他	計
1年以下	0	0	0	0	
5年以下	5	1	7	0	
10年以下	6	1	4	2	
15年以下	0	0	1	1	
16年以上	1	0	1	1	
計(%)	12(42)	2(6)	13(39)	4(13)	31(100%)

第10表 1 各回討議時間別

1時間	2時間	その他	計
12(39)	15(48)	4(13)	31(100)

第10表 2 提出回数別

2回	3回	その他	計
11(36)	14(45)	6(19)	31(100%)

った」と答えた者のうち90%が「ちょうどよい」あるいは「もっと長い方がよい」と答え、期間について積極的な意見を持ち、「どうということなし」と答えたものの3名のうちの2名は「長すぎる」と答えた。

グループ・スーパービジョンを通して、参加者が自らの感情を表現できたかどうかについては第13表のような結果を得た。「できた」とするもの29%、「できなかった」とする者は23%、また「どちらともいえない」者は48%であった。

第11表 受けての感じ

	よかった	どうと いうこ となし	内かい いや	わから ない	その他	計
1年以下	0	0	0	0	0	
5年以下	12	1	0	0	0	
10年以下	11	1	0	0	1	
15年以下	1	1	0	0	0	
16年以上	3	0	0	0	0	
計(%)	27(87)	3(10)	0	0	1(3)	31(100)

第12表 期間と受けての感じ

期間 受けての感じ	短かすぎる	長すぎる	ちょうどよい	その他	計
よかった (%)	12 (45)	0	12 (45)	3 (10)	27 (100)
どうということなし (%)	0	2 (66)	1 (34)	0	3 (100)
内心いやいや	0	0	0	0	0
わからない	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	1
計	12	2	13	4	31

グループ・スーパービジョンを受けてよかったと答えたものは参加者の大半を占めたのと対照的に、感情表現に関しては満足しているものはわずかに3割に過ぎない点は注目しなければならないところであろう。

感情表現を期間についての見解と関連させて検討すると第14表のようである。これによれば「できた」あるいは「どちらともいえない」と答えた者は「できなかった」と答えたものよりも、期間については長い方がよいという意見を持つものが多い。またわずかに1名であるが、感情表現が「できなかった」者に期間が長すぎるという回答を寄せたものがあった。

第13表 感情表現

	できた	できない	どちらともいえない	
1年以下	0	0	0	
5年以下	5	4	4	
10年以下	2	1	10	
15年以下	1	1	0	
16年以上	1	1	1	
計 (%)	9 (29)	7 (23)	15 (48)	31 (100)

第15表はスーパーバイザーに対する感情および参加者相互の感情についての印象を集計した結果である。

第14表 期間と感情表現の関係

期間 感情表現	短かすぎる	長すぎる	ちょうどよい	その他	計
できた (%)	3 (33)	0	4 (45)	2 (22)	9 (100)
できない (%)	2 (29)	1 (14)	3 (43)	1 (14)	7 (100)
どちらともいえない (%)	7 (46)	1 (7)	6 (40)	1 (7)	15 (100)
計	12	2	13	4	31

まずスーパーバイザーに対しては62%が肯定的な感情を持ち、否定的なものは1名(3%)であり、参加者相互間では、肯定的な感情をもったと答えたものは52%であり、否定的な感情をもったものは1名(3%)であった。

グループ・スーパービジョンが効果があったと思うかという質問に対しては、大部分(90%)の者が効果があったという主観的判定を下している。そして効果があったという理由については第16表のように、或る程度自己の傾向がわかったとする者が19名、ソーシャル・ワーカーとクライアントの関係の中で、クライアントに対する態度にプラスの変化があったと思うものが16名で、だいたいスーパービジョンの機能をいちおう果したことがうかがえる。

第17表は今後ケースを提出する場合にはどんな方法がよいかという質問に対する回答結果である。録音テープを使うことが参加者の希望として大きく浮び上がってきていることは注目に値することである。

第15表-1 スーパーバイザーに対する感情

感情	肯定的	否定的	どちらともいえない	N. A.	計
人数 (%)	19 (62)	1 (3)	10 (32)	1 (3)	31 (100)

第15表-2 メンバーへの感情

感情	肯定的	否定的	どちらともいえない	N. A.	計
人数 (%)	16 (52)	1 (3)	14 (45)	0	31 (100)

第16表 効果および効果ありの理由

効果あり 28 (90%)
効果なし 3 (10%)

効果ありの理由 (年数別)

	自信ができた	自分の傾向が分かった	職場の人間関係がよくなった	clへの態度が変化した	知識をえた	なんとなく	その他
1年以下	0	0	0	0	0	0	0
5年以下	2	8	0	7	4	2	3
10年以下	1	9	2	7	2	2	0
15年以下	0	1	0	1	0	0	0
16年以上	0	1	0	1	0	0	2
計	3	19	2	16	6	4	5

第17表 記録提出の方法 (年数別)

	逐語記録	テープ	過程記録	簡単なもの	その他	計
1年以下	0	0	0	0	0	
5年以下	2	4	2	4	3	
10年以下	1	6	6	3	2	
15年以下	0	2	0	1	0	
16年以上	0	1	2	2	0	
計	3	13	10	10	5	45

(2) 要 約

以上要約すると31名中確実に効果を認めさらに肯定的な回答を寄せた者が22名あり、多くは自己の傾向を知ろうと欲し、ケースワーク場面でのソーシャル・ワーカーとしての行動が統御できるようになることを目指して、スーパービジョンの機会を求めていることがわかった。

回答者の9割方の者がグループ・スーパービジョンの効果を認めたが、集団よりも個人による指導を求めているものが3割程度あった。

実施方法では全般的に役割規定方式より、自由討議を希望するものが多かった。期間については長すぎると答えたものは全体の1割にみたなかった。討議時間は1ケースにつき2時間を必要とすると答えたものが多かった。

グループ・スーパービジョンを受けてほとんど大部分の者がよかったという印象を持っているが、感情表現ができたとするものは、30%に過ぎなかった。これは前にも述べ、且つ予想されたところであるが、集団

という状況にある指導法の限界であろう。しかしこのことは今後の方法論の改善の際、考慮しなければならぬ中心課題であると思われる。

スーパーバイザーに対しておよび参加者相互間では半数以上が肯定的な感情を持っていたと自己に対して認め、さらにグループ・スーパービジョンはソーシャル・ワーカーとクライアントとの関係におけるワーカーの態度をプラスに変化させるものであるという効果を多くの者が認めて居ることがわかった。

その他面接時できるだけ精緻な記録、可能ならば録音記録を取ることが、このような効果を期待しうる条件であるという見解が表現された。

4. 今後のあり方についての考察

先に3. で述べたように、グループ・スーパービジョンは回答者(参加者)の多数によって肯定され、その効果が認められていることがわかったが、感情表現が充分に行い得ないということなど、幾つかの問題点も出されていることが注目される。またグループ・スーパービジョンについて、肯定的感情を持ちながら、なお個人スーパービジョンの方が望ましいと考えているものがあつた。その理由をアンケートに求めたところ、やはり同じような問題点が指摘されている。

即ち、グループ・スーパービジョンにおいては、メンバー全員との関係をつくるのがむずかしいこと。そのため自己をありのままに出すことができず、深く入れないこととか、抵抗などの感情の処理が集団では困難であるといった問題があること。さらに、検討する内容や焦点が、メンバーによって左右され、自分が問題にしたいことと違ってしまふことがあり、充分意をつくせないことや、他人のケースの場合、自己の問題として対処できず、時間を空費することがある、などが、問題点としてあげられている。

こうした問題は、グループという特質からいって避けられない限界であるのか、或は、そうした制約の中でも何らかの方法によって解決して行けるものであるのかどうか、ということについて、さらに検討を要することである。即ちグループという枠の中で、そうした制約をいかにして克服していったらよいかということが、グループスーパービジョンの構造と機能を明確なものとするための、今後の課題でもあると考える。

ここでは一応、アンケートの回答及び、回答者の感想から得られたものにもとづいて、グループ・スーパービジョンの今後のあり方について、少しふれてみたい。

第1に、参加する者の態度の問題として、受動的姿勢でなく、積極的に自ら参加するという態度が望まれること。更に自分のからに閉じこもってしまわず、お互に自分を出し合えるような努力が、各メンバーに期待されてくること。

第2に、スーパーバイザーの役割に関しては治療的役割に付随して次の様な役割が期待される。発言内容と、それが正しくうけとられているかどうかを明確にすること、及び、問題にしたいことに焦点があっているかどうか、その方向を正すこと。発言者が限られてしまう場合もあるので、なるべく多くのメンバーが発言しやすいようにもっていくこと。

第3に、ケース提出回数及び期間に関する問題がある。メンバー相互間のラポールができあがるまでには、ある程度の時間が必要である。感想の中で、回を重ねるにつれてだんだん自分が出せるようになったと述べているものがあつたが、2回程度のケース提出では、よい関係の中での深い話し合いを期待するのは、はなはだ困難であるといわなければならない。期間もできるだけ長く、ケース提出も多い方が望ましいと考えるが、施設の都合などで、期間の点では制限がでてくるため、そうしたことを考慮した上で、より妥当な回数と期間を考えていく必要がある。

第4に、グループ構成については初めて参加する者と、既に経験したものとわけたグループ構成を望む意見も出されているが、この可否については今後検討してみる必要がある。また、グループ構成にあたって、参加者の現場での経験及び受けた教育の違いなどは調整していないわけであるが、スーパービジョンで問題にしたいこと、及び期待の程度などが違ってくる場合がある。そのため、ディスカッションにおいて、お互の受け入れが困難となるということが生じてくることもある。そういう意味で、今後、グループ構成にあたって、現場経験年数の下限を設けるなどの調整が必要かどうか、検討を要する。

最後に第5、人数の問題についてであるが原則は相互作用が起り得る限りにおいては、多い方がよい。いちおうの経験的な上限は、15名程度であると思われる。感情表現の面でスーパービジョンの機能が果されていない印象が参加者の間で表明されたが、筆者自身は、いちがいに人数が多すぎるからだとは思わないし、また、個人スーパービジョンにおけるような感情表現は必ずしも必要であるとは思わない。いわんや幼児期など過去の体験をもとにした感情の表現はやはりスーパービジョンの機能の圏外にある。むしろ問題はソーシャル

・ワーカーがほんとうにクライアントにまむかいに押し得るかどうかであつて、実践の場面でこのような体験の仕方を自らの問題としてとり上げようとするか、しないかによってグループ・スーパービジョンの中で満足できる気持のやりとりが可能かどうか別れてくるのではあるまいか。

以上、グループ・スーパービジョンにおける問題点および今後のあり方について、簡単に考察したが、此の試みで学んだことを更に掘り下げてゆき、妥当なグループ・スーパービジョンの方法をみだしたいと考える。

次にスーパービジョンの効果測定の問題がある。著者らは第3期参加者に対して、グループ・スーパービジョンの実施前後において、性格検査を施行したので、その変化について検討してみる。

使用した性格検査は、MMP Iの日本版として標準化されたTPIを使用した。TPIにおける尺度は妥当性尺度5つと、10の臨床尺度から成りたつているが、このうち今回は臨床尺度上の変化について考察する。臨床尺度は、うつ病尺度 (Dp)、心気症尺度 (H)、ヒステリー尺度 (H_y)、強迫傾向尺度 (Ob)、パラノイア尺度 (Pa)、破瓜病尺度 (Hb)、反社会的尺度 (As)、てんかん尺度 (Ep)、軽躁病尺度 (Ma)、および社会的向性尺度 (In)の10尺度である。

グループスーパービジョン実施前後におけるテスト結果の顕著な変化は、プロフィールにおける絶対値尺度で15点以上の差があつたもので、前述の臨床尺度のいづれかの領域において認められたものを採用した。

第3期グループ・スーパービジョン参加者14名について、顕著な変化を示したかどうかを検討してみる。第18表は変化の成績であるが、前後を通じて変化を示さなかつたものは7名あり、いずれかの臨床領域で下降したものは2名、上昇したものが5名であつた。

参加者14名中、2名だけがアンケートにおいて、グループ・スーパービジョンに対して否定的な態度をとっており、1名は中間、他の11名が肯定的な態度をもっている。否定的なもの2名は、変化を示さない型に含まれており、中間的態度を持つものは上昇型に入っている。

テストにおける変化の意味は、参加者個々人との面接によって確かめられなければならないが、だいたいの傾向としては、下降の意味は、比較的性格傾向が積極的に変化し、好転したと見ることができ、上昇型は逆に、自己の性格特徴における問題点が意識化され、浮上したと見ることができる。

しかしグループ・スーパービジョンでは、万能薬的な効果を期待することはできず、性格傾向の変化をうながさないものもあった。これが変化を示さない型に含められるわけである。

以上を要約すると、絶対値尺度15点以上の変化をみると、参加者の半数が変化しない型に入る。これは、グループ・スーパービジョンが、集団心理療法とは別の次元での変化、即ち、ケースワーカー・クライアント関係での自己確知を狙うものとして当然の結果と思

われるが、中には性格傾向における問題領域の緩和をみたり、また逆に問題点が意識化し浮上したものもみられた。

以上、性格テストにあらわれた変化を検討したが、自己確知の変化を知るような尺度が作られて、その効果を測定することは、今後の重要な課題と考えられる。
結 語

我が国におけるスーパービジョンの現況と可能性について検討を加える時、新しい考え方が必要になる。米国においては既に1対1の集中的個人指導のあり方が改善を迫られている。例えばスーパービジョンは従来の個人指導における完全主義、過保護傾向を排除し、さらに専門的發展を目標とする際には、スーパーバイザーは指揮命令系統外の専門職として存在すべきである等の新しい概念が提案されている。

著者が実際に行った集団専門的指導はこのように線に沿ったものとして、ソーシャル・ワークの教育に関する方面に、その価値を問いたい所存のものである。

今回の試みに対して参加者の大部分においては極めて積極的な態度が表明されたし、それなりの効果も挙げられたと思われる。

第18表 - T P I における G S 前後における変化

変 化		P	M	N	計
あ り	上 昇	4	1	0	5
	下 降	2	0	0	2
		5	0	2	7
計		11	1	2	14

註) P : グループ・スーパービジョンに対して積極的
M : 中 間

(付 録)

昭和41年4月

会 員 各 位

東京都医療社会事業協会教育部

調 査 資 料 回 答 方 依 頼 の 件

グループスーパービジョンに対するアンケート

陽春の候、会員各位におかれましては益々ご清栄の御事と拝察致します。さて早速ですがこの度グループ・スーパービジョンの評価について、参加会員各位のご協力をいただきたく、一応、同封のようなアンケートを制作しましたので、ご記入下さるようお願い申し上げます。この結果は本年5月の全国医療社会事業大会の際発表したい所存です。

教育部として皆様のご意見を伺い、これまでの成果を評価し、あわせて今後のグループ・スーパービジョンのあり方を検討させていただきたいと存じます。参加会員各位におかれましては、幸いにもこの趣旨にご賛同下さって、御記入の上、4月25日までに、御返送いただければ幸甚に存じます。なお当然のことながら、資料は氏名、所属など、個々の事柄については一切極秘扱いに致します。

終りに重ねて御協力方、よろしく願いいたします。御自愛の程、御心がけ下さい。

1. 氏 名 ()
2. 年 令 ()
3. グループ・スーパービジョン第何期に参加したか。
() 期 ()
4. 施 設 名 ()

5. 施設形態

- (1) A. 国公立 B. 私立
- (2) A. 診療所 主要科名 ()
- B. 一般病院 " ()
- C. 総合病院 " ()
- D. 療養所 " ()
- E. 保健所 " ()
- F. その他 " ()

6. (1) 専 任 (2) 兼 任

7. 医療ソーシャル・ワーカーとしての勤続年数
(年 月)

8. (1) 最終学歴 ()
(2) 卒業年度 (年)

9. (1) 職 名 ()
(2) 職 歴 (次の1つに○印をして下さい)
A. 卒業後すぐ医療ソーシャル・ワーカーになった。
B. 現在の所へ勤める前、社会福祉の他の分野のワーカーとして働いていた。
C. 看護婦等医療関係の仕事をしていた。
D. 事務系の仕事をしていた。
E. そ の 他 ()

10. いままでソーシャルワーカーとしてどのような講習、研修を受けましたか。

(1) 厚生省主催、医療社会事業講習会、
期 間 (月)
(2) その他 主催者 () 講習名 ()
期 間 (年 月)

11. ソーシャル・ワーカーとしてどんな仕事をしていますか。もっとも時間をかけていると思われるもの一つに○をつけて下さい。

(1) 人間関係の調整及び情緒問題
(2) 経済問題
(3) 情報提供、資源の活用

12. なぜ、グループ・スーパービジョンを受けようと思ったか。簡単に具体的に書いて下さい。

13. スーパービジョンのやり方について、どれか一つに○印をつけて下さい。

(1) A. 集団でよかった。
その理由 ()
B. 個人がよいと思っている。
その理由 ()
(2) A. 検事等3つにわたる構成的なやり方がよかった。
その理由 ()
B. フリーディスカッションがよかった。
その理由 ()

14. (1) スーパービジョンの期間について。

A. 6ヶ月では短かすぎた。
B. 長すぎる。
C. ちょうどよい。
D. その他
()

(2) 1ケースについての提出時間はどの位がよいか。

A. 1時間
B. 2時間
C. その他
(3) 1期間における1人当りのケース提出回数
はどの位がよいか。
A. 2回
B. 3回
C. その他 ()

15. (1) グループ・スーパービジョンを受けてみてどう思ったか。

A. よかったと思う。
B. どうということはない。
C. 内心いやな気持が強かった。
D. わからない。
E. その他

(2) 感情表現できたか。

A. できた。
B. できなかった。
C. どちらともいえない。

(3) スーパーバイザーに対してどういう感情をもったか。

A. 肯定的感情をもった。
B. 否定的感情をもった。
C. どちらでもない。

(4) メンバーに対して、全体的にどういう感情をもったか。

A. 肯定的感情をもった。
B. 否定的感情をもった。
C. どちらでもない。

(5) スーパービジョンを受けていて、率直になれたか。

A. なれた。
B. なれなかった。
理由 ()

16. スーパービジョンを受けて効果があったと思うか。

(1) あった。
(2) なかった。

あったと思う方は、(○印は1つには限りません)

A. 自信ができてきた。
B. 自分の傾向が分ってきた。
C. 職場の人間関係がよくなった。
D. クライアントに対する態度にプラスの変化があった。
E. 知識を得ることができた。
F. なんとなく効果があったと思う。
G. その他、具体的にどういう効果があったか、簡単に書いて下さい。

()

効果がなかったと思う方は、

- A. 変化がどういう点でもなかったと思う。
- B. かえって自信を失くしたようだ。
- C. その他具体的に

()

17. 実際に参加してみて、今後ケース提出のしかたはどのようにするのがのぞましいと思うか。

- (1) くわしい逐語記録によること。
- (2) テープをききながらする。
- (3) 過程記録がよいと思う。

(4) 簡単な記録で発表しながら話していくのがよい。

(5) その他 ()

18. 今後グループ・スーパービジョンを受けたいと思いますか。

19. 何か感想のある方は書いて下さい。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第2報*

—職業的態度，意識にあらわれた治療効果—

精神薄弱部
桜井芳郎

市川精神薄弱者福祉センター
渡辺映子

1. ま え が き

本論文は国立精神衛生研究所附属ディケアセンターにおいて行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の経過をまとめた「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ィケアの試み—」の続報として治療的集団活動の効果測定に関する研究の一部である。

本稿では治療対象者の職業的態度や意識にあらわれた治療効果について考察した。

2. 研究目的

我が国における精神薄弱者のリハビリテーション活動は社会生活参加に必要な職業訓練にその重点が置かれ、精神衛生的見地から集団及び作業療法などを通じ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治療的処遇についてはほとんどかえりみられていない。

精神薄弱者の社会適応、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に大きく左右されており、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生活経験に乏しく、しかもさまざまな人間関係において好ましくない影響をうけ性格行動上に問題を有する者が多い。

精神薄弱者の社会生活参加をはかるには知能偏重の考えをすてて社会適応性の開発増進をはかる為に望ましい人間関係の確立、社会生活力の発揮に向つての方向づけが必要であり、それには精神医学的立場から情緒の安定と改善をはかるための治療的処遇や望ましい生活及び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の改善や人間関係の調整がな

されなければならない。

我々は昭和38年11月より社会適応が困難な青年期の精神薄弱者に対し精神医学的な治療的集団活動を通じて情緒的障害の治療をおこない必要な社会的経験を与えパーソナリティの発達をはかり、社会適応をめざす実験的臨床研究を行ってきた。

治療日は毎週月曜及び木曜の2日間で、午前10時より12時までは言語表現活動、作業療法(手芸、木工)、絵画療法(造型を含む)などをおこない、昼食後1時から2時までは小集団による“話し合い活動”を月曜は抑制群、非抑制群(軽そう群)にわけておこない、木曜は合同でおこなっている。2時から3時までは音楽、スポーツなどのレクリエーション療法をおこなっている。その他社会見学、調理などや家族に対する働きかけとして家族会の開催や各種行事への参加を試みている。

現在までの治療過程を通じて治療場面における情緒の安定、生活意欲の出現、強迫行為の減少、人間関係の改善などの情緒面、意志の面の改善が顕著にみられ知能指数の上昇、描画の変化(配色、構成、技能)、作業技術の進歩なども認められた。一方家族の態度も変化し、子供の取扱いに注意を払うようになり、また取扱いに自信が生まれ、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、それにともない家庭における治療対象者の状況も改善され情緒的に安定し生活の意欲の出現がみられるようになってきている。

精神薄弱者の社会生活参加、職場適応をはかる上に彼等の社会的態度、特に職業に対する態度意識が重要な問題となる。

我々は治療対象者の職業的態度、意識を通じて治療的集団活動の効果測定を試みた。

我々は研究対象として特に対照群に職業実習所の精神薄弱者を取りあげ、職業訓練を通じて社会生活参加をめざす指導と精神医学的立場から精神薄弱者の情緒安定と改善をはかり、人間関係の改善、社会適応性の開発増進を目的とする治療的集団活動との比較検討を

* Study on Therapeutic Group Activity for Mentally Retarded Adolescents, — Second Report —

行いそれぞれの特色と望ましいリハビリテーション活動のあり方を明らかにしようとした。

3. 研究対象と調査の内容、方法

研究対象は第1表の通り国立精神衛生研究所附属デイケアセンターの通所者男子7名、女子11名の計18名 (Day care group) と都内S職業実習所の通所者男子13名、女子12名の計25名 (training group) の合計43名である。なお都内S職業実習所は精神薄弱者に対する職業訓練を通じて精神薄弱者の職業に関する態度意欲を高め技能習得をはかり社会適応を目指す訓練施設として伝統と実績をもつ施設である。

対象者の年齢はいずれも15才~20才の義務教育終了後の比較的若い青年期の精神薄弱者が多い。

知能障害の程度は両群とも中等度のものが多い。施設在所期間は両群とも多くが1年乃至2年である。

調査内容は第2表に示すごとく面接法と投映法をもちいて対象者の職業的態度、意識を調査した。

第1表：調査対象 (人数)

		15~20	21~25	26~30	30~	計
Day care group	M	6	1	—	—	7
	F	8	2	—	1	11
Training group	M	9	2	1	1	13
	F	9	3	—	—	12
計	M	15	3	1	1	20
	F	17	5	—	1	23

		軽度	中度	重度	計
Day care group	M	2	5	—	7
	F	3	7	1	11
Training group	M	4	8	1	13
	F	4	8	—	13
計	M	6	13	1	20
	F	7	15	1	23

第2表 調査内容

成人精神薄弱者の職業意識・態度調査

Projective method (P) :

職業興味・職業選択



作業態度

賃金



Interview (I) :

- 職業興味 … あなたの好きな職業はなんですか。その理由は
あなたのきらいな職業はなんですか。その理由は
- 職業意欲 … あなたはおつとめしたいですか。その理由は
- 作業態度 … おしごとをする時どんなことに気をつければいけませんか。
- 職業評価 … どんな職業の人がえらいですか。
- 職業選択 … あなたはどんなおつとめがしたいですか。その理由は

報 酬 … お金がほしいですか。
 なをしてお金をもらいますか。もらったお金をどうしますか。
 1000円で何が買えますか。

就職に対する意見 … 就職についてあなたの考えをきかせてください。
 家人の就職に対する考え … おうちの人はあなたがおつとめすることについてどんなことをいっていますか。
 あなたにどの位月給をとってもらいたいといっていますか。
 どんなおつとめをするようにいっていますか。

MD職業意識態度調査 (project)

検査月日： _____ 被検査者氏名： _____ 年令 _____
 現在状況： _____ 検査者氏名： _____

No	質 問	反応時間	発 話 内 容	発話態度	備 考
1 職業興味	このカードの中のどのお仕事が好きですか そのわけは？				バス運転手、看護婦、 医師、事務員、園芸師、 商人、芸能人、工員、 船員、電車運転手、教 師、農夫
	このカードの中のきれいな お仕事はなんですか そのわけは？				
2 職業選択	このカードの中のどのお仕 事をしたいと思えますか そのわけは？				
	月給はいくらほしいですか ？				
3 作業態 度	この絵の説明をして下さい いっしょうけんめいお しごとを				努 力
	友だちと仲よく				共 同
	いいつけられたことは きちんと				責任感
4 賃金の使 途	これは月給をもらっている 絵です。このひとはこのあ とどうするでしょうか？				
	いまここに1000円あります これでこのカードの中の何 が買えますか。				テレビ、野球道具、おも ちゃ、洋服、靴、時 計、カメラ、くだもの、 野菜、魚
所見欄					

面接法による調査では職業興味、職業評価、職業意欲、職業選択、作業態度、報酬、賃金の使途などについて個別に彼等の考えや意見を聴取した。一方投射法による調査では職業興味、職業選択などについてはバス運転手、看護婦、医師、事務員、園芸師、商人、芸能人、工員、船員、電車運転手、教師、農夫など12種類の職種を図版を用い、作業態度については“いっしょうけんめいに仕事を”(努力)、“友達と仲よく仕事を”(協同)、“いいつけられたことはきちんと”(責任感)の三状態についての図版を用い、報酬、賃金の使途については“月給をもらっている絵”と“テレビ、野球

道具、おもちゃ、衣服、靴、時計、カメラ、くだもの、野菜、魚の絵”の二図版を用いて個別に面接し反応を調べた。

なおロールシャッハテスト、P-Fスタディなどのパーソナリティテストを同時に施行し治療的集団活動の効果ならびに両群の比較測定を行った。

4. 研究結果と考察

研究結果ならびに考察は次の通りである。

- (1) 面接法による調査
 職業興味

好きな職業については両群とも「現在やっている仕事」をあげる者が多いが *Day care group* では「わからない、何でもいい」という漠然とした答えが目立つのに対し *Training group* では「未経験な仕事」をあげる者が32%みられ職業についての具体的な知識がある程度認められた。

嫌いな職業については *Day care group* では過去に経験した仕事で自分に不得手なものや失敗したものをあげるのに対し、*Training group* では「ない」と答える者が42%を占め、嫌いな職種に対するイメージが明瞭に把握されていない。

両群を比較してみると *Day care group* では職業的経験の乏しさからあげている職種の範囲が身近かなお手つだ的なものに限定されているのに対し *Training group* では現在従事している仕事の内容が社会的職業的経験につながるところから職業についてある程度の知識がうかがわれる。しかしその範囲は狭く抽象的観念的な理解にとどまっている。

職業評価

“どんな職業の人がえらいと思うか”については *Day care group* では作業態度や意欲によって評価している者が42%みられるのに対し、*Training group* では自主的評価ができない者が38%みられる。

職業選択

“あなたはどんなおつとめがしてみたいか”については *Day care group* が身近かなものの中から選択しているのに対し、*Training group* では「未経験な職業」(運転手、バスガイド、ペンキヤ、果樹園、建築、会社員など)をあげる者が33%みられ選択の範囲がひろい。しかしその理由としては「やさしい、面白い、やりたい」など興味本位的選択をしている。

両群を比較してみると *Training group* では実際の職業的経験に近いものにふれる機会をもっているのに対し *Day care group* では具体的な職業的経験にふれることの少ない点が問題となろう。

作業態度

“お仕事をする時にはどんなことに気をつけないといけないか”については *Day care group* では「なまけない、一生けんめいやる」など個人としての作業態度をあげるものが多いのに対し、*Training group* では「事故を起さない」「不良品をださない」など職場での態度を問題にするものが多く、両者の間には5%水準で有意差が認められる。

両群をくらべてみると *Day care group* が具体的な職業的経験の乏しさからその反応が抽象的観念的であ

第3表 好きな職業

	DCgroup	Tgroup
現在やっている仕事	10 (56%)	13 (46%)
経験した仕事	2 (11.5)	3 (11)
未経験の仕事	2 (11.5)	9 (32)
わからない、何でもいい	4 (22)	3 (11)

第4表 きらいな職業

	DCgroup	Tgroup
現在やっている仕事	6 (28%)	7 (29%)
経験した仕事	2 (10)	0
家事、勉強	4 (19)	0
未経験の仕事	2 (10)	6 (25)
ない	4 (19)	10 (42)
わからない	3 (14)	1 (4)

第5表 職業選択

	DCgroup	Tgroup
現在やっているもの	4 (25%)	5 (23%)
家業に関係あるもの	3 (18)	2 (10.5)
知人、友人がやっているもの	2 (12.5)	0
経験したもの	1 (7)	0
家事	1 (7)	2 (10.5)
未経験なもの	3 (18)	7 (33)
わからない	2 (12.5)	5 (23)

第6表 作業態度

		DCgroup	Tgroup
個人としての作業態度	怠けない、一生けんめいやる	7 (28%)	2 (6%)
	しゃべらない	3 (12)	6 (17)
	よそみをしてない	1 (4)	2 (6)
	ふざけない	0	2 (6)
	人のおせっかいをしてない	0	1 (3)
	けんかをしてない	0	1 (3)
	きちんとする	2 (8)	0
	自分でやる	0	2 (6)
職場での態度	不良品を出さない	0	4 (10)
	けがをしない	5 (20)	9 (25)
	遅刻しない、休まない	2 (8)	2 (6)
	仕事の点検をする	0	1 (3)
	ていねいにする	1 (4)	0
その他	先生のいうことをきく	1 (4)	1 (3)
	身体に気をつける	0	1 (3)
	わからない	3 (12)	1 (3)

るのに対し、*Training group*では作業遂行上の具体的な注意を指摘するなど実際の現実的な反応を示しているのが注目された。

報 酬

“お金がほしいか”“なにをしてお金をもらうか”などについては両群ともお金がほしいと答える者が多いがその獲得方法については *Day care group*では抽象的観念的な方法をあげる者が多いのに対し、*Training group*では現在やっている仕事をあげるなど実際の具体的な方法を指摘する者が多い。

賃金の使途

“もらったお金をどうするか”については両群とも貯金すると答える者が多いが、*Day care group*では「服を買う」など具体的な購消費型が目立ち、*Training group*では漠然とした抽象的な消費型(ほしいものを買う、いろいろ買うなど)がみられ、両者の間には5%水準で有意差が認められた。

“千円で何が買えるか”については *Day care group*ではテレビ、ボート、家などをあげる者がみられるなど非現実的な反応を示すのに対し、*Training group*では衣料品、食料品などをあげる者が多く現実的な反応をしている。

就職についての考え

*Day care group*では「一生けんめい働く」など抽象的観念的な考えをしているのに対し、*Training group*では具体的な考えを明らかにしているのが目立つ。

第7表 賃金の使途

	DCgroup	Tgroup
貯金する	9 (57%)	14 (50%)
服を買う	3 (19)	2 (7)
旅行をする	1 (6)	0
レコードを買う	1 (6)	0
遊ぶ	1 (6)	0
本ノートを買う	1 (6)	2 (7)
ほしいものを買う	0	5 (18)
お父さん、お母さんにあげる	0	3 (11)
いろいろ使う	0	2 (7)

第8表 職業興味

		感情的把握型	価値的思考型
DCgroup	好きな職業	4人 (22%)	10人 (55%)
	きれいな職業	3 (17)	14 (78)
Tgroup	好きな職業	10 (40)	12 (48)
	きれいな職業	5 (20)	16 (64)

就職についての家人の考え

家人の考えを本人がどう理解しているかについては「わからない」と答える者が両群を通じて多く、ついで「就職しなさいという」というのが目立っており、家人の考えを理解認識している者は少ない。

以上、面接法による調査によってとらえた彼等の職業的態度、意識は *Day care group*が抽象的観念的態度、意識を示すのに対し、*Training group*ではある程度の具体的実際の態度意識が認められた。

(2) 投映法による調査

職業興味

好きな職業については *Day care group*では「教えられるから一先生」「よその国へいけるから一船員」など好きな職業についての意味づけをおこなう価値的思考型が55%みられ多く、*Training group*では「おもしろいから」「好きだから」という興味本位のとらえ方を示す感情的把握型が目立っている。

両群を比較してみると *Day care group*では自主的自律的な価値的思考が多いのにくらべ *Training group*では情緒的反応を示すものが目立ち反応内容も *immature*であり *naïve*である。

しかし両群を通じて反応のしかたが素朴、表層的で内容が貧弱である点はいなめない。

職種に関しては両群とも地域的な特性が顕著にあらわれ *Day care group*では東京の近郊都市の特徴がみられ商人、植木屋などに集中するのに対し、*Training group*は職種についての分散の度合いが高く、しかも、事務員、運転手、芸能人などをあげる者が多いなど都会的な傾向がみられた。

嫌いな職業については両群ともはっきりした意味づけがみられ、その差はほとんど認められなかった。

このことは両群とも過去の生育過程における生活経験に「問題」の存在がうかがわれ、過去の生活に被虐的体験による強い印象を有しているためではないとも考えられる。

なお嫌いな職業については両群とも価値的思考型と感情的把握型との間に1%水準以下で有意差が認められ価値的思考型が多い。

職業選択

職業選択と職業興味との相関は低く両群とも職業興

第9表 職業選択

	感情的把握	内容的把握	能力的選択
DCgroup	5 (28%)	6 (33)	4 (22)
Tgroup	11 (44)	8 (32)	3 (12)

第13表 ロールシャッハテスト結果の比較

category		W	D	D +	D d	S	M	F%	F+%	R	ΣC	A%	At%	content range	Dm%	FM
Day care group	\bar{X}	5.7	26.5	17.3	1.4	1.7	0.06	55.3	56	36	5.1	55.1	2.2	5.5	11.5	1.6
	S.D	2.8	15.3	11.5	2.2	1.9	—	18.6	24.6	18.8	0.2	69.2	3.6	9.1	4.1	2.1
Training group	\bar{X}	4.7	15.9	9.8	2.7	9.3	0.06	53.8	72.3	26	3.8	75.5	1.3	3.2	13.7	0.8
	S.D	2.7	11.7	5.9	4.7	20.2	—	14.2	18.9	20.6	2.6	18.6	3.4	2.3	4.1	2.2

即ち両群とも知的能力の低さはW, M反応にみられる如く差はほとんどみられないにもかかわらず, *Training group*ではA%, F+%, R, D+%など *Day care group*に比較して不安, 抑制の傾向が強く, 内的豊かさに欠け, 想像力に乏しく, 現実的な処理能力の低さが認められるなど両群の間にはかなりの差がみられる。

以上, P-Fスタディとロールシャッハテストを両群に施行した結果, P-Fスタディにおいては, *Day care group*と*Training group*との間には殆んど差異がみられず, 比較的表層的な面の適応機種の解明を目的とするパーソナリティテストでは指導訓練と治療的処遇の効果の差を明瞭に把握することは困難である。

しかしながらパーソナリティのより深層を診断する投映法によれば, この両者にはかなりの相違がみられ治療的処遇の人格に及ぼす作用が明らかに認められる。

5. まとめと結び

面接法と投映法による職業的態度, 意識に関する調査の結果, 両群の特徴を比較列挙したのが次の表である。

即ち面接法による調査では彼等の比較的浅い層における態度意識がとらえられ, *Day care group*においてはその職業的経験の乏しさから観念的抽象的な態度意識が目立つのに対し *Training group*ではその経験からしてかなり現実の職業生活についての具体的实际的な態度意識が認められた。

一方, 投映法による調査ではより深層にある態度, 意識がとらえられており, *Day care group*では自律的な思考, 判断ならびに対人態度についての理解認識が認められたのに対し, *Training*

第14表 両群の比較

	<i>Day care group</i>	<i>Training group</i>
interview:		
職業興味	身近かなお手伝いのなものに限定されている	ある程度の職業についての知識がみられる
職業評価	作業態度, 意欲の面から評価	自主的評価できない者が多い
職業選択	身近かなものの中から選択	選択の範囲がひろい
作業態度	抽象的観念的反応	实际的現実的反応
報酬	抽象的観念的	实际的具体的
賃金の使途	両群とも貯蓄型が多い	.
1000円で買えるもの	非現実的	现实的
就職についての考え	抽象的観念的	具体的
<i>DCgroup</i> : 抽象的観念的の態度意識		
<i>Tgroup</i> : 具体的实际的の態度意識		
Projective method		
職業興味	情緒的反応より価値的思考が多い	<i>immature, naïve</i>
職業選択	内容的, 自己の能力的立場からの選択	感情中心の選択
作業態度	判断, 理解の程度が高い	説明, 列挙が多い
賃金の使途	自主的な使用	教訓的修身的な考え
<i>DCgroup</i> : 自主的自律的な思考, 判断, 対人態度について理解, 認識がみられる		
<i>Tgroup</i> : 自律的思考, 判断に欠け社会的未成熟		

group では自主的な思考、判断に欠け社会的未成熟な面がうかがわれた。

なお性格検査の結果によるとP-Fスタディによってとらえられた人格の比較的浅い面においては両群の差異は比較的少ないが、ロールシャッハテストによってとらえられた人格のより深い面においては治療的集団活動の効果ならびに両群の差異が認められた。

以上、面接法、投射法による職業的態度意識の調査、性格検査による人格の測定によって *Day care group* と *Training group* の異なった指導方針、内容が精神薄弱者の職業的態度、意識に大きな差異を生ぜしめていることが明らかになった。

即ち治療的集団活動によって人間関係の改善と具体的な社会経験を通して適応性の増進をはかるところの精神医学的な治療的処遇によっては自主的自律的な態度と人間関係のもち方について改善向上が認められ、一方具体的な職業指導を通して生活態度、意欲の向上と技能習得をはかるところの指導によっては現実の職場に適應していくのに必要な具体的実的な態度、知識の獲得が可能であることが明らかにされた。

かように精神薄弱者の社会生活参加、職業適應をはかするには職業訓練を主とする指導だけでは不十分であり、精神医学的な治療的処遇が先行もしくは併行して行われることが必要である。

精神薄弱者のリハビリテーションはその有する

能力、個性を生活環境へ適應できるように再構成し、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。リハビリテーションが医療、教育や訓練、福祉を総合し統合したところの第三の医学といわれるのはまさにこの点にある。

我が国においても施設、病院などから社会への橋わたしをするディケァセンター、保護工場、ホステルなどの社会復帰中間諸施設が設けられ、相談、診療機関ならびに教育訓練施設と提携し、活動を行うことにより精神薄弱者のリハビリテーションは飛躍的な発展をとげることができよう。

終りに本研究にご援助ご協力頂いた関係機関各位に厚くお礼申し上げる次第である。(桜井芳郎記)

附記：本論文の一部は第4回日本特殊教育学会大会、第4回全国精薄施設研究協議会において発表した。

文 献

- 1) 桜井芳郎、菅野重道、高乗公子、飯田誠、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、松永宏子、片山ますえ：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ァの試み—、精神衛生研究第14号、国立精神衛生研究所、昭和41年
- 2) 桜井芳郎：青年期の精神薄弱、第3巻青年期の精神衛生、現代の精神衛生講座、誠信書房、昭和41年
- 3) 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

学校恐怖症児に対する教師の態度*

児童精神衛生部

山 崎 道 子

I ま え が き

われわれは、前回までの研究(8)、(9)で、学校恐怖症児の特性やその家族の特徴をあきらかにしてきた。その結果について要約すると、次のようである。まず、(8)では、学校恐怖症の類型化をこころみ、登校拒否を主訴とした事例の中から、(1)精神薄弱、身体疾患、精神病がないこと、(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ものの基準に該当するものを選択し、こどものパーソナリティ、登校拒否の状態、親の養育態度から4つの群に分類した。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外的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、その登校拒否にたいする機制からこれを3つのグループに分類した。それらは、A群—分離不安群、B群—中核群、C群—父親との同一視失敗群である。A群(分離不安群)は、こどもは過度に保護的に養育され、何事も親に依存的になり、単独で外的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ぬ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群

(中核群)は、こどもは、内的な活動も外からの刺激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、いずれにせよ、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、こどもに心理的葛藤が存在する。両親の養育態度は、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群(父親との同一視失敗群)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て、学校生活に困難がまし断続して休みははじめ、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。

同じ研究(8)では、I群とII群の家族内力動の特徴を比較したが、対照的な結果をみいだした。I群では、両親とも依存的で自我の弱さが目立っており、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群の家族において決定的な障害になっていた。家族としての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。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(10)が分類した未成熟家族に該当するものが多くみられた。

* A Study on Teacher's Attitudes Towards the Children with School Phobia.

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強い不満を持っていた。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目立っていた。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もあった。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。

研究9)では、I群の中でさらに分類したA群—分離不安群(5家族)、B群—中核群(7家族)、C群—父親との同一視失敗群(7家族)の3群について、それぞれの家族内力動を、柏木、山崎、西内による家族診断スキーム(N. Ackerman 1956の家族診断スキームを修正したもの)を用いて、5段階評定により各家族を評価し、各群ごとに比較検討した。

A群では、こどもはやや低年齢の女兒に多く、1例をのぞきすべて一人子である。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目立っていた。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群では目立っている。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避けるものが多い。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、両親の期待がつよくみとめられる。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な能力ももちあわせており、山崎(10)が分類した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欠け、過去にも散発的に欠席しがちで学業の遅れの目立つもの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、心氣的傾向などが目立っており、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。両親の考え方にずれのみられるものや、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あり、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。

この研究の結果から、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、およびC群では、こども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た。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ることがあきらかにされた。

今回は、学校恐怖症児(I群)の問題発呈までの学校の場における適応状況、ことに、教師のこれらのこどもに対する見方、教師とこどもの人間関係、登校拒否に対して教師のとった態度や働きかけなどについて、学校恐怖症の中核群(B群)を中心に究明しようとした。

学校恐怖症児にとって、学校の場の重要性は、いまさら強調するまでもない。学校恐怖症児の登校拒否以前の学校の場での適応の状態や、教師のこどもの見方などについては、学籍簿などの資料にもとづいたいくつかの研究がすでに発表されている。しかし、これらのこどもの診断や治療の過程において、たえず、ソーシャルワーカーや治療

者が、教師と連絡をとりながら、その間に、こどもに対する教師の関係や態度を観察し、論述したものは、極めて少ないように思うのである。

アメリカの学校恐怖症児の研究者たちは、これらのこどもを早期に学校に復帰させることの重要性を予後と関連させ強調しているにもかかわらず学校の場合を主題にした論文は、ほとんどないといっても過言でないようである。これは衆知のごとく、米国では、学校恐怖症を家族内の対人関係の葛藤、ことに母子関係の神経症的葛藤に由来する不安神経症とみなす見解が多く、その治療にあたっては、母子に対する協同治療や、家族中心治療が一次的に強調されているからであろう。しかしそのような家族内の精神力動による神経症的機制が働いているとしても、それが、登校拒否という現象として結実する過程を理解するためには、学校環境並びに、こどもや親と教師との対人関係を無視してはならないし、治療を通じて学校に復帰させる場合、教師の理解や協力がなければ円滑に行われまいであろう。われわれは、登校拒否児の発現機制を理解するに当たって、学校のこどもに対してもっている社会的、心理的役割を評価する必要があると考えるとともに、その一端として教師の態度や役割を無視できないものと思うので、この研究を行ったものである。

II 研究資料

今回の研究の対象として、われわれの分類した1群、すなわち、神経症的登校拒否児だけを選んだ。その総数は23例である。表1に示したとおりである。

われわれは、1群をさらに、A群一分離不安群、B群一中核群、C群一父親との同一視失敗群に分類したが、それぞれの例数は、次の通りである。すなわち、A群5例、B群14例、C群4例である。

表2 学校恐怖症児 性、年齢別 (23例)

	6-8 (小学低学年)		9-11 (小学高学年)		12-14 (中学生)		計		計
	男	女	男	女	男	女	男	女	
A	0	2	1	2	0	0	1	4	5
B	0	1	4	1	8	0	12	2	14
C	0	0	1	0	3	0	4	0	4
計	3		9		11		23		23

これらの対象例は「精神衛生研究」に、すでに発表した二つの論文(8)9)の資料となった事例とほぼ半数は同一であるが、他の半数は、その後とり扱ったものを加えたものである。

表2は、対象例の性、年齢別をしめしたものである。

III 研究方法

ケースワークの過程で、主として、担任教師との面接、通信などにより得られた教師の態度に関する資料を、親及びこどもに対する治療を通じて得た資料とともに、A、B、Cの群別ごとに分析し、B群を中心に比較検討したものである。

IV 研究結果

1. こどもの登校拒否に対する教師の見方

図1は、登校拒否に対して各事例について、何を主な原因とみているかという教師の見解をあきらかにするために、親やソーシャルワーカーの見方と比較したものである。原因を2つ以上あげたものもあり、数の合計は、事例数より多くなっている。

A群では、教師、親、ワーカーの見方にずれがほとんどなく、三者とも、こどもと家庭に主な原因を求めている。

B群では三者間に見方にずれが大きく、ことに親と教師の間に差が顕著である。親は学校の問題に原因を求めるものが一番多く、家庭に原因を求めるものは2例にすぎない。教師は親と対照的で、家庭に原因を求めるものが一番多く、学校に原因をもとめるものは僅か3例だけである。この両者の見方はあきらかに逆になっている。ワーカーは、家庭、学校、こどもの順にしているが、それぞれの要因間の数的な差は少ない。B群では、三者とも「原因不明」としたものがあるがこれはA、C群にはみられない。

C群では、三者間にずれが少なく、こども自身に原因をもとめるものが一番多い。

次に、それぞれの原因としているものを、さらに内容について詳しく比較すると図2のようになる。

A群では、家庭に原因を求めたものでは、母子の分離不安におくものが三者とも圧倒的に多い。こどもの問題としての見方についても、三者間にずれがなく、依存的をあげるものが一番多い。

B群では、家庭の原因として、教師は、親の過保護(父親の権威の欠如をふくむ)を問題にし、ワーカーは親の過保護と過期待をあげている。こども自身の原因として、親は身体疾患をきっかけに発生した身体へ

表1 研究資料

群別	No	氏名	性別	来所時 年齢	登校拒否 のはじま った学年	拒否期間	状態像	問題 意識	経過	治療回数
A	1	K. M.	女	6	入学直後	1週間	母が同伴すれば登校	や、有	良	母子12
	2	S. J.	女	9	入学直後	4年	1, 2年時は母と一緒に登校した時もあったが、今は全く登校しない、近所のこともあそぶ	無	不変 → 良	母子12, 父2 祖父2
	3	Ta. K.	男	10	入学直後	5年	1年次は母と一緒に登校したが、転校をきっかけに完全に拒否	有	治療中	母子30, 父5
	4	U. A.	女	10	小 5	1カ月	転校をきっかけに腹痛を訴えて拒否、母と一緒に登校する	や、有	養護学 園 託	母子2
	5	S. S.	女	7	小 2	2週間	兄が自殺後、起床しない、母にあまえる	有	良	父母子2
B	6	F. M.	女	8	小 3	3カ月	登校時間に頭痛、他が学校の話をする と蒼白	有	良	母子20, 父2
	7	M. C.	男	8	小 4	8カ月	委員長に選出された時蒼白、以後拒否 母と外出する	有	治療中	母子3
	8	I. K.	女	10	小 5	6カ月	算数の注意をうけてから拒否、外で友 達とあそぶ	有	良	母子15, 父3 祖母2
	9	A. K.	男	11	小 6	3カ月	他が学校の話をする と蒼白、家に閉じこもる	有	不良	子5, 母親50 父3
	10	H. K.	男	13	中 1	3カ月	体がだるい、他が学校の話をする と乱暴	有	良	子2, 母5
	11	Y. Y.	男	12	小 6	4カ月	他が学校の話をする と乱暴	有	良	子1, 母5
	12	S. T.	男	10	小 3	2年断続	登校の準備をし、靴まではくが 出かない	有	良	母子15
	13	A. T.	男	14	中 2	3カ月	写真をとる以外に家に閉じこもる	有	良	子5, 母親50 父3
	14	I. U.	男	14	中 2	4カ月	起床しない、家に閉じこもる	有	良	子3, 母10
	15	K. Y.	男	13	中 1	1カ月	学校の話をする と乱暴	有	良	子10, 母5 父2
	16	To. K.	男	15	小 6	3年断続	起床しない、家に閉じこもる	有	良 → 不良	子15, 母5 父5
	17	T. N.	男	13	中 1	1年断続	頭痛を訴えて拒否	有	良	子10, 父10 母5
	18	Ok. T.	男	14	中 1	7年断続	頭がわるくなった といい家に閉じこもる	有	治療中	子10, 母10
	19	Oz. T.	男	14	中 2	6カ月	他が学校の話をする と乱暴	有	他機関委託	子1, 祖父1
C	20	S. K.	男	15	中 2	1年断続	心氣的、他が学校の話をする と乱暴	有	良 → 不良	子15, 母13 父5
	21	Ma. K.	男	11	小 6	4年断続	登校時間になると嘔吐	有	不良	母子10
	22	I. Y.	男	12	小 6	1年断続	胃腸の不安、家人に乱暴	有	不良	母子5
	23	Mi. K.	男	14	中 1	5年断続	頭痛を訴える、易怒的乱暴	有	不良	母子10

拒否の動機	知能程度	学業成績	委員の有無	教師のみたこどもの			授業を うける態度
				性格行動	交友関係	問題の原因	
母子分離不安	普通	中	無	わがまま、依存的	友達ができない	母子分離不安	教師やこどもに依存的
母子分離不安	普通	1年次 中以下 2年以後何もしない	無	わがまま、依存的	母から離れない	母子分離不安	母から離れず、家に帰ろうと促す
母子分離不安	普通	学校では何もしない	無	わがまま、依存的、強情	母から離れない	母子分離不安	母から離れない
母子分離不安	やや低い	最下位	無	劣等感つよく、見栄っぱり	嫌われる	母子分離不安	教師やこどもに依存的
母子分離不安	上	上	学級委員	おとなしい、依存的	仲よく、親われる	家庭の問題	きちんとしている
委員長選出	上	優秀	学級委員	責任感つよい、こどもらしさ欠	競争的	親の過保護	熱心
委員長選出	上	上	学級委員	感受性つよい	信頼され、友人多い	親の過保護	積極的
算数の注意をうけた	上	上	学級委員	勝気、依存的、こどもらしさ欠	少数の級友	依存性つよく、家庭ににげこむ	熱心だが、発表しない
不明	優秀	上	書記	社会性、情緒性欠	少数の級友	不明、親の過保護	積極的
胃腸疾患で脚がたたなくなった	上	中上	会計委員	おとなしいが、着実	誰とも円満につきあう	胃腸の病気	真面目
身体検査の時、心臓が異常といわれた	優秀	上	無	社会性、情緒性欠	ただ一人の級友とだけ仲がよい	心臓の異常を気にしている	積極的
不明	普通	中下	無	情緒的にアンバランス	友人はない	不明	あまりよくない
不明	優秀	上	会計委員	おとなしいが、着実	人望あるが自分から近づかない	不明、親の権威なし	真面目
有名校できびしい	優秀	中	無	遅刻が多くだらしがない	友人はない	教師に生活態度を注意された	気分左右される
有名校できびしい	優秀	中	無	自己をおさえる自信欠	友人はない	気力の不足、親の過保護	真面目
不明	優秀	上	学年委員長	着実であるが、男らしさ欠	人望あり、誰からも信頼される	親の過保護	真面目
有名校できびしい	上	中上	無	自我が弱く小心	友人は欲しいが近づかない	気力の不足、親の過保護	問題はない
不明	上	中上	学級委員	おとなしく、成績もよく、人気あり	誰とも円満につきあっていた	気力の不足、親の過保護	積極的
学年のはじめ病欠欠席	上	中上	学級委員	内気、活潑さに欠	人望あり、親われた	自発性欠	積極的
身体不安、級友におどされた	上	下	無	依存的、小心、わがまま、無気力	友人ない	親の過保護	だらだらしている、早退が多い
学校はつらい	やや低い	下	無	依存的、無気力男性らしさ欠	友人ない	親の過保護	ぼんやりしている
胃腸不安	普通	中	無	依存的、無気力劣等感	友人ない	親の過保護	だらだらしている、早退が多い
頭部異常不安	普通	下	無	依存的、無気力男性らしさ欠	友人がよくしてくれる	親の過保護	早退が多い

図1 問題発生時の主な原因の求めかたの比較(1)

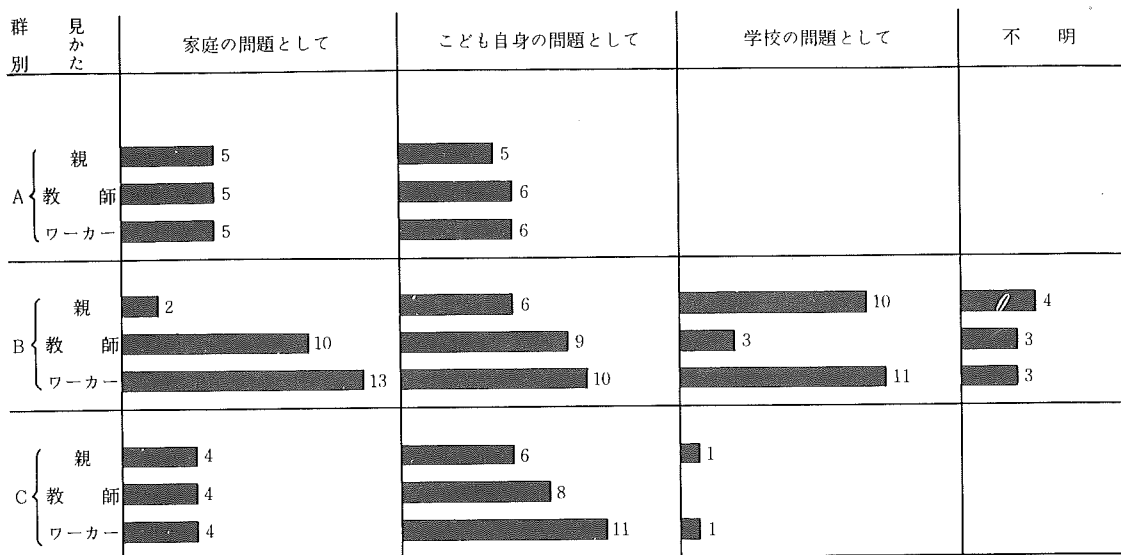
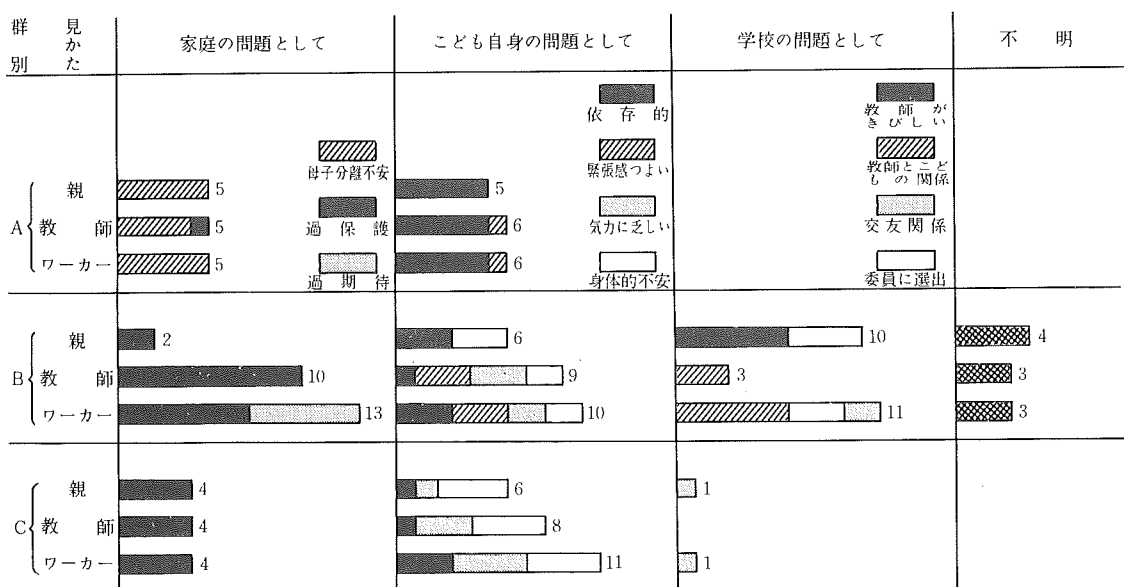


図2 問題発生時の主な原因の求めかたの比較(2)



の不安、わがままをあげており、ワーカー及び教師は緊張感のつよいこと、気力に乏しいこと、身体への不安をあげている。学校の問題としては、親は教師の厳格さや思いやりのなさに求めるものが一番多く、学級委員に選ばれたことがつづいている。ワーカーは、担任教師と子どもの間の緊張関係にもとめ、学級委員に選ばれたことが状況を一層むずかしくしているとみている。また、交友関係の緊張にも原因をもとめている。

C群では、家庭の原因として、三者とも過保護にも

とめている点がよく一致し、子どもの問題としては、三者とも身体的不安にもとめるものも多く、性格の面では、教師、ワーカーは、無気力、依存性においている。

2. 登校拒否前の担任教師と子どもの関係

この課題に厳密な意味であてはまるのは、一応継続して登校していたにもかかわらず、ある日から、完全に登校拒否の状態になるものが多いB群だけである。A群では、入学の当初から登校拒否がつづいている場合

も多いし、C群では、初期の頃は、完全に登校拒否の状態になるものはむしろ少なく、断続して欠席がつづき、のべ数年に及ぶ場合もある。

したがって、その間に教師がかわってしまう場合も多いし、厳密な意味で、登校拒否前の担任教師とこどもの関係をもとめることは困難なことが多い。ここでは、B群については、登校拒否前の担任教師とこどもの関係を問題にし、A群とC群については、担任教師とこどもの現在の関係を中心にあきらかにしようと思う。A群、C群のこどもの性格の傾向からみて、現在の教師とこどもの関係を問題にすることは、過去の関係をもかなり推察できるのでないだろうか。

表3は、登校拒否前の担任教師とこどもの関係について要約したものである。

まず、B群から登校拒否以前の担任教師とこどもの関係についてあきらかにしよう。

1) 教師とこどもの相互の間に緊張、反発がみられるものが4例(No.6, No.7, No.8, No.14)である。

No.6, No.7の2例は、学級委員に選出されたことがきっかけになり、翌朝から腹痛や嘔吐を訴えて登校拒否をはじめた。両児とも教師を以前から「きびしい先生」、「こわい先生」とみている。彼等は緊張感つよく委員に選出されたことにより、緊張感をいっそう増大している。教師は、No.6を優等生であるが、こどもらしさがなく、扱いつらいと評している。No.8, No.14の2例では、教師はこどもをきたえようとするが、こどもの方は、教師のやり方に反発、登校拒否のきっかけになっている。No.8の算数の成績がややおとっていたので、教師は、本児の実力をつけるよう力を入れていた。No.14の場合は、本児の生活態度に規律が欠け、実力があるのになまけているとし、教師は再三注意をあたえていた。両児とも、教師から遠ざかるようになっていた。

以上の4例の親は、こどもの登校拒否の原因を担任教師のこどものとり扱いのまずさによると非難している。No.7, No.8の親は、こどもを転校させた。No.7は転校したが、半日登校しただけで、再び登校拒否の状態になり、現在治療中である。No.8は、転校後、1日登校しただけで、再び登校拒否がつづいたため、治療に通うようになり、4カ月後には、転校した学校に復帰した。No.14も親子とも転校を希望していたが、学区の関係上、不可能であった。翌年原級にとどまり、担任教師がかわってから、登校を開始し、その後は無欠席ですごし、都立高校に入った。

これらのこどもたちに共通していえることは、登校

を完全に拒否しているにもかかわらず治療に通ってくるし、外出もするということである。おそらく、親の登校拒否に対するみ方とも関係があるのだろう。すなわち、こどもの登校拒否の原因を教師に課していることと関係があると思われる。

2) 教師の方は気づいていないが、こどもは、教師同級生をはじめ学校の場から逃避しているものが3例(No.12, No.15, No.17)である。

これらのこどもは、教師との関係に、とくに問題はみられず、クラスの生徒や、学校の雰囲気に入っていけないのである。No.15, No.17は、親の希望で有名校に入ったが、こどもは、小心、臆病で自信がなく、教師や同級生の間に入っていけなかった。治療者の心理的支持により、登校可能になった。

3) 教師とこどもの間に、とくに問題がないとみられるものが3例(No.10, No.9, No.18)である。

No.9の担任教師は、本児が、成績もよく、積極的に学級活動にも参加していたので、突然の本児の登校拒否の理由が全然わからないといっている。本児は、教師に日頃親しみを感じ、好感をもっていたと母はいつている。No.10は、虚弱な上に胃腸疾患がかさなったことが登校拒否のきっかけになったと教師はみている。

4) 教師とこどもが、相互に好感をもっていたものが4例(No.11, No.13, No.16, No.19)である。

No.11は、成績もクラスのトップに近づき、教師も期待していた。身体検査の時に、心臓がすこしおかしいといわれてから気にしだしたので、教師もしばしば元気づけていたという。本児は教師について、「そりゃ、いい先生だよ。大好きだなあ、あんな先生はいないよ、今の先生になってから、勉強がすきになったんだ」と情感をこめてのべた。No.13, No.16は、イニシアティブをとる性格でないが、知能は、クラスで最優秀で、あたえられた仕事は実によくするし、すなおな性格で好感がもてると教師はのべている。No.19は、新学期のはじまった頃、悪性の風邪で、かなりの期間欠席したことが、登校拒否のきっかけになったと教師はみている。

4)のグループに属するこどもは、登校拒否後も、教師が家庭訪問しても、にげたり、かくれたりすることなく応じている。また顕著なことは、親と教師の間にも信頼関係がみられることである。

以上のB群の14例のこどもについて、教師の評をみると、半数は知能は高いが社会的情緒的に欠けているといわれ、他の半数は、知能が高くおとなしい、着実にやっけてゆくと評されている。これらのいずれに入るこどもにせよ、大部分のこどもについては、積極的に

クラスで適応していたように教師はうけとっていた。そして、突然の登校拒否や教師をはげしく拒否するこどもの態度に全く意外だったと述べている。しかし、登校拒否後、こどもについてみなおしてみると、こどもの考え方や行動がかなり変わっていたと、教師は認識をあらためる結果になっている。

次にA群について担任教師とこどもの関係についてあきらかにしよう。

1) 教師は、理解があり、こどもは依存的、あるいは逃避的といった関係が3例(No.1, No.2, No.5)にみられた。

No.2については症例の項で述べる。No.1について、教師は、本児が母親から分離することができないことをよく理解し、母親から離すことに積極的に働きかけている。本児は教師に依存的で、たえず教師の注意をもとめ、助けを得たがっている。

2) 教師は過保護、こどもは依存的、あるいは逃避的といった関係が2例(No.3, No.5)にみられた。

No.3は入学の時から登校拒否をつづけ、順調にいったらば5年生であるが、現在なお2年に在籍している。2年次に転校し、それ以来欠席をつづけていた。新しく担任になった女教師は、現在、家庭訪問により

学習を指導してくれている。教師は本児を何とか家の外に一歩でもよいからつれだそうとするが、2, 3回つよくいうと口がへの字にまがり今にも泣きだしそうになるので、どうしてもつよくいえないという。母親も本児をすこしきつくしかると、泣きだすからいえないという。「先生も私と同じでしょう」と母は表現している。

さいごに、C群について担任教師とこどもの関係をみよう。

全例に教師は過保護、こどもは依存的、あるいは逃避的といった関係がみられた。

3. 登校拒否に対してとった教師のこどもへの働きかけ

表4は、教師の働きかけを要約したものである。A, B, C群とも、こどもの欠席がつづく、担任教師は家庭訪問をしているが、その際のこどもの反応や教師のうけとり方にはかなりの相違がみられる。

B群では、6例が何度家庭訪問しても拒否されている。教師の中には、こどもの反応が全然わからず、精神的に異常になったのではないかと疑うものもあった。No.9の場合は、教師が家庭訪問すると、こどもは蒼白になってにげかくれ、ついには屋根の上にあがって、かんしゃく玉をうったりした。教師は、級でも理屈家でならしていたあの成績のよい子が、こんなことをするなんて精神的に変化したのではないか、精神的に異常がないのなら、教師としてできるだけ働きかけをしたいがと不安をしめた。

家庭訪問中にしめされるこのような教師に対するこどもの拒絶的な態度は、こどもの年令が高くなればなる程、考えられない態度、異常な態度とみられがちである。ことに、登校拒否以前の教師とこどもの関係がよくない場合には、教師がこどもに対して拒否的になる例もみられた。また、優等生で学級委員などをしてきたこどもが突然登校拒否し、担任教師を拒絶する場合(母親と教師の関係がわるい場合にはなおさらであるが)、教師は少なからず不安になり、ワーカーとの面接中にも、防衛的態度がみられる例もあった。ことに閉鎖的な傾向のつよい農村や地方の小都市では顕著にみられた。そのような状況で、ワーカーが教師のよき理解者になり、心理的支持をあたえることにより、教師の防衛的態度は軽減し、よき協力者になった。

のこりの8例は家庭訪問により、教師が、こどもに接近することが可能であった。教師がしばしば接近することにより、こどもの登校のきっかけをつくった例もあった。また、まず治療者とこどもの関係が成立し、

表3 登校拒否以前の担任教師(T)とこども(P)の関係

関係	群別	A	B	C
お互いに緊張 反発 (P)反発 (T)きたえない			4	
(T) 気づかず (P) 逃避			3	
とくに問題なし			3	
お互いに好感			4	
(T) 過保護 (P) 依存		2		2
(T) 過保護 (P) 逃避				2
(T) 理解 (P) 依存, 逃避		3		
計		5	14	4

表4 担任教師の働きかけ

働きかけ	群別	A	B	C
家庭訪問	拒否された		6	1
	話し合った	1	8	1
こどもにまきこまれた				2
こどものようすにより臨機応変		1		
毎朝登校するようむかえにいった		1		
母親についてこないように指示		1		
家庭訪問し教科書を教えた		1		
計		5	14	4

次いで教師と子どもの関係の改善がみられた例もある。

B群で顕著なことは、教師と子どもの関係が悪くなっている場合をみると、親と教師の関係もまたまずくなっていることである。ことに、しばしば親と教師の関係の悪化が先行している。この関係の中では、子どもは親の教師に対する見方をとりいれて教師をみるようになるし、子どもは、しばしば教師と親の対立の間に立たされるのである。

A群の場合には、教師が家庭訪問した際に、子どもから拒否されることは少ない。教師の子どもの反応に対する理解もB群に比し容易であり、教師としての態度もとりやすいようにうけとれた。教師の子どもへの近づき方には二つの傾向がみられた。一つは、母親のように過保護的になり、子どもにひきずられてしまうものであり、他は、母親の過保護に問題の原因をみとめ、確乎とした教師としての態度でのぞむものである。

C群では、教師が家庭訪問した場合、子どもがにげたり、拒否したりすることは、B群に比べて少ないといつてよいであろう。子どもは、学校でも、家庭でも、身体的な不安や身体症状の訴えが多いので、教師は子どもの訴えにまきこまれて過保護的になる傾向がみられた。これらの子どもたちが、頭痛や腹痛などの身体症状を訴えて、休養室でねていたり、欠席したりすることは日常茶飯事になっている。教師は、このような子どもの行動が、つらい場面やいやな場面からの逃避を意味するというところをある程度みとめても、身体的な訴えがあるとそれを容認してしまう傾向がみられる。

A、B、C群を通じて、教師がワーカーに訴えた疑問は、家庭の問題が主な原因である場合に、教師として、どこまでそれにたち入るべきか、その限界の問題であった。

4. 教師の態度と予後の関係

表5は、登校拒否発生後の経過をみたものである。教師の態度と予後の関係をみると、A群では、教師としての明確な態度をとった例が、子どもの要求を許す態度をとったものよりも結果が良好であった。

B群では、登校拒否の原因が、学校の場にもとめられるものは予後がとくに良好であった。

表5 その後の経過

経過	群別	A	B	C
登校可能		4	9	0
治療中		1	4	1
不良		0	1	3
計		5	14	4

C群では、予後が総じて悪いが、教師が子どもの身体的訴えにまきこまれ、登校拒否を容認することとも関係があるように思われる。

次にA、B、C群の中から事例を選び、教師の学校恐怖症児に対するみかた、教師と子どもの人間関係、登校拒否に対し教師のとった働きかけを中心に考察してみよう。

事例 No.14 I. U. 男児, 14才 (B群)

初回来所当時、本児は公立のある有名中学3年に在学中であった。彼はすでに4カ月にわたり登校拒否をつづけていたが、その原因を母は次のように考えていた。「まず、学校の宿題が多いこと。Uは、わがままで気分がむかぬと勉強をはじめず、その上要領がわるいので、夜おそくまでかかってしまうこともある。時には終らないでしまったりする、その結果、遅刻が多くなったり、宿題をしていかないということになる。担任の先生は神経質で融通性のない性格で、Uのような生徒を理解してくれない。Uの行動を級会の席で、全生徒の前で、何度かきびしく非難した。Uのように敏感できずつきやすい子どもには、ひどく影響したと思う」と、母は教師のUに対する態度を攻撃した。

当時の担任教師A先生は、本児の問題の原因を次のようにみている。「U君は、陰険な性格で、何か素質的な原因があるのでないだろうか。何度家庭訪問してもかくれてでてこない。母親がまた、すこし変わっているのでないかと思う。U君の取扱いの上で、母親に何度か依頼したことも、U君をかばうばかりで全然してくれなかった。彼の家は学校から5分とかからないのに遅刻が多く、授業中もしまりがない。彼は知能がよく、すればできる生徒なのに、宿題もしてこないことが多く、本人のためだと思って2、3回注意したら、次第に学校から遠ざかるようになった。」

ここで、ソーシャルワーカーのみ方を述べてみよう。

本児の印象は、面接中の観察とロールシャッハテストからの所見がよく一致している。「気分が左右されやすく、かなり繊細で、デリケートな面があり、刺激に押し流される受身的態度である。内的な生産性も低くないが、人間関係はまずしく、それへの欲求はあまりつよくない。何とかしなければという不安をつよく持つよりは、むしろ何かに身をまかせてしまう受身なところがある。」

母親について、10回の面接からうけたワーカーの印象は次のようである。母親は、本来、かなり活動的で誠実な人柄のように思える。だが、あいにく夫と長男の死に遭遇し、現在、あかるさのない、一見して感受

性の鈍い印象をあたえるようになったのではないかと想像される。母親は、本児の気むずかしさ、繊細さをつよく意識し、他のこどもに比べて、本児の取扱いにはかなりの気のくばりようをしめしていた。

担任教師は、35～36才の男性で、一見つめたい、ユーモラスに欠けた頑固な印象を受けた。彼の考え方は、至極几帳面で理知的で計画的であった。本児がすればできる生徒であるのに、そのルーズな態度には教師としてがまんができないという強圧的な態度が如実にみられた。彼が本児の行動に注意をむけはじめると、本児の方は、教師から遠ざかるようになったと思われる。教師と本児の関係が、登校拒否の動機になったが、母親と教師の間の相互の不信感、本児の教師に対する拒否感をいっそう強める結果になったであろう。

翌年、本児も母親も、転校をつよく希望していたが、不可能で、結局、もとの学校に原級のままとどまることになったが、新しい担任教師B先生は、あかるい、男性的な、物事にこだわらない性格で、旧担任教師のA先生とは対照的な人柄であった。

本児に対してB先生は、次のようにみている。「頭がよく、考える生徒だ。だが、気分左右されやすく、計画的、集注的に事をはこぶことが極めて下手である。本児のこの性格は、計面的に、集注的に勉強をさせようとするこの学校の教師の態度とは、相反発しがちであり、前担任教師のA先生とうまくいかなかった原因もここにあるだろう。」

B教師は、本児の性格をよく理解し、学校の教育方針をおしつけることなく、『君のやり方をみとめるから、君のしたいようにやってみなさい。先生が許したのだからやってみよう。』という態度で細かいことに干渉することを極力避けたと述べている。また、B教師は、本児をたえず元気づけ、はげましてきた。3年次のその1年間は皆勤で、成績も3年間で一番よかった。その間に、2回本児の自信がくずれそうになったが、教師との話しあいでも無事きりぬけたという。本児は卒業し、都立高校に入学できた。

B教師は、母親が、自分に対して好感をもったことが、本児と自分の人間関係をつくる上で積極的にはたっていると、指摘している。

この事例は、学校恐怖症になるおそれのあるこども、いわば、潜在的な学校恐怖症児 *latent school phobia* ともいふべきこどもたちの問題をも提起し、また取扱いについて示唆するものがある。

現在の中学は、高校への予備校化が顕著であり、ことに有名校になればなおさらである。この事例は、か

かる傾向に対し警告をあたえ、同時に、一人一人の生徒の個性にたして指導することの重要性をしめしてくれる。

事例 No.2 S. J. 女児、9才7カ月 (A群)

本児は普通に登校しておれば小学校4年生であるが、1年原級にとどまったので3年生である。

本児の登校拒否は、入学後まもなく、給食が嫌だという理由ではじまり、翌年もう一度1年生になった。その1年は、母親が本児の隣の席にすわり終始世話をやいた。2年生になっても、最初の1学期は、母親と登校していたが、その後は完全に登校拒否の状態になった。3年になって転校させてみたらゆくかもし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。

両親の本児に対する態度は、前論文9)に詳細に記述したので、ここでは省略する。母親は、本児の登校拒否の原因を、母親から離れられないためといっている。そして、親があまやかし、学校へいかななくても平気にしてしまったのかもしれないとも述べている。

本児の担任教師は、男子であるので、本児はおそらく女子の教師に近づきやすいだろうと考えて、隣のクラスの女教師に、本児の指導について協力を依頼した。その女教師は、教育経験も豊富でしっかりした先生である。彼女は、たのまれた翌朝から毎朝本児の家をたより、本児の観察をつづけ、また週に一度の家庭訪問をつづけて、いっしょにあそびながら、本児との人間関係をつくった。彼女は、長年の教師生活の中で、本児のようなこどもに出あったことがないので、最初は、精神的に異常でないかとも疑ったが、本児の登校拒否の原因が両親の過保護による問題意識の稀薄さにあるとみてからは、問題意識をもたせるように本児に働きかけたと述べている。

ワーカーは、本児の登校拒否の原因は、母子の分離不安によるもので、入学の当初からひきつづき問題になっていると判定した。

母親とこどもに十数回にわたって面接治療をおこなったが、母子ともに問題意識が稀薄で、好転がのぞめなかったため、こどもを家庭から分離することを意図し、両親と相談の上、児童相談所の一時保護所に入所させることにきめていた。当日、母親は、本児を相談所においてくることができず、いっしょに連れて帰ってきた。だが、このような試みが、本児にとって、問題の状況から越脱する動機となり、母親に登校するといいだした。登校しはじめた頃、クラスは、展示会の準備で多忙であった。本児の好きな図工の時間がつづ

き、本児に少なからず関心をもたせた。展覧会が終わってから、本児は、1週間位、席につかなかった。教師は疲れたらすわるだろうと様子を見ていた。体育の時間にも仲間に入らず、ぬけようとするので、強引にくりかえしひきもどし仲間に入れた。そのうちに、家にかえりたいと泣きだしたが、授業中だから、そんなことは許されないと置いておいた。授業時間が終わっても泣くばかりで帰ろうとしないので、隣の組の女の先生にきてもらって、二人の教師が、学校では勝手な行動は許されないこと、学校には嫌でもこななければならないこと、母親についてももらって登校してはいけないことなどを時間をかけて話した。泣きやんで話をきいていた本児が、カバンの中から自分の作った人形をだして、教師にみせた。教師は、本児の器用さをほめてやり、明日から友達といっしょに学校にくるよう約束した。翌日から、一人で登校するようになった。担任教師は、昼休みを利用して、他のこどもと一緒に本児をつれて学校のまわりのたんぼや畑に行つて草つみをしたり、昆虫をとったりして、同級生になじむように働きかけた。現在、本児は、全く欠席することなく、宿題もしてくるし、よくやっている。学習面では、ややおけているが、次第においつくだろうと教師は述べている。

事例 No. 20 S. K. 男児, 15才 (C群)

本児は初回来所当時、中学3年であったが、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結核の不安を訴えて登校を拒否するようになった。そのために本児は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いわれて登校しはじめた。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、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いわれて、早退をしながらも何とか登校するようになった。

本児の登校拒否の原因について、母親は、本児の性格の弱さ、意志の薄弱さをあげており、そのような性格に育てたのは、自分たちの溺愛によるとしている。

担任教師は、本児の登校拒否を家庭の過保護による性格の弱さにあるとみている。

ワーカーは、母親や教師の見方と同じように、本児の意志薄弱な性格と親の過保護的養育態度にあるとみているが、さらに加えて、学校教師も本児の要求にまきこまれてしまうことが、問題であるとみている。すなわち、教師も親と同じようにいつのまにか本児の従

属者にされてしまい、本児が学校の間からのがれたい時に体の不調を訴えて、早退や欠席をし、宿題も大目にもてもらうということが日常茶飯事になってしまっていた。

父親は、本児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。入学後、1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、頭部に少し怪我をした。すぐに医師の診察をうけ、何も心配することはないといわれたが、その後、脳髄がどうにかなく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。同時に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頃、担任教師がけがをして、1カ月以上学校を休んだ。その教師については、本児は入学前から知人に紹介されており、本児が、心理的に依存していた人であったのである。その教師の欠勤の間、本児のクラスを担当していた代行の先生を、本児は、きびしい先生とうけとっていた。

V 考 察

以上述べた結果から若干の考察を加えてみよう。

1. われわれの分類による学校恐怖症の中核群 (B群) と、A群、C群とでは、学校の間におけるこどもの問題、教師とこどもとの関係、教師の働きかけなどにかんがりの相違がある。これを要約すると、A、C群ことにA群では、入学前にこどもが身につけるべき社会化の過程が不十分なままに、学校にその問題がもちこまれたといえよう。これらのこどもは、幼稚園時代にも登園を拒否し、結局止めてしまったものが多い。親は、こどもの要求にひきずられ、こどもを登校させるために厳しい態度をとることができないでいる。

これらのこどもに対しては教師との同一視の確立が重要であり、こどもの社会化をたすけることが、教師の積極的役割といえるであろう。C群のこどもは、自我が極めて弱く、登校拒否前から、心氣的傾向がつよく、些細な困難な状況からも回避するパターンが身につけている。

学校場面でも同様に、身体的訴えが多く、いやなことや苦痛なことがあると、頭痛や腹痛を訴えて早退したり欠席したりする。教師は、こどもに身体的訴えをされると、容易にそれを容認してしまう。それがたえずくりかえされてきたところに重大な問題があり、教師のこどもに対する態度や役割は、これらのこどもの自我の強化をたすけ、逃避的行動のパターンを改善す

るよう援助することにある。だが、これは、教師と精神衛生関係者の協働によって効果があげられるのである。

B群で注目すべきことは、半数のこどもが、登校拒否の開始まで学校の場で適応し、優秀なこどもとみられていた事実である。それにもかかわらず、こどもたちの中には、過度に敏感で、傷つきやすく、自信がもてず、かなり自己不確実な側面が発見されるということである。それは、学級委員に選出されたりすると、その任にあたる前に、動きがとれなくなってしまうなどの事実にも現われている。B群のこどもについて、登校拒否発生後、教師がもう一度こどもを見なおしてみると、それまで気がつかなかったこどもの変った側面を発見している。おそらく、一般の学級を考えてみても、B群に入るこどもが、若干は存在し、出席しているのではないだろうか。彼等は、No. 14やNo. 11のように、担任教師により、かなり左右され、性格的にあう教師に担任された場合は、よい適応をしめすであろうし、逆の場合には、問題が顕在化するおそれもある。いわば、潜在的学校恐怖症 (*latent school phobia*) ともいべき問題が指摘される。

B群のこどもについては、学校教師の役割として、個別的な指導をおこなうことが重要である。このことは、学校恐怖症児の発生の予防のためにもかけがえないことである。だが、現在の教育体制の中では、ことに高等学校の予備校化した中学校では、実行にあたって、むずかしい問題をふくんでいるであろう。潜在的学校恐怖症児の発見の方法も今後このこされた問題である。

2. 教師が、学校恐怖症児を扱う場合に直面する問題について考察してみよう。

(1) 教師にとっては、こどもの反応が理解できず、精神的に異常になったのでないかという疑問と不安をもちがちである。

(2) 家族の中にあきらかに問題があるときに、教師として、どこまでそれに立ち入り、働きかけるべきなのかという限界の問題である。

(3) こどもの登校拒否により、教師が学校内あるいは、コミュニティの中で、しばしば葛藤場面にたたされる。B群の中で述べたように、学年で委員長をしていたこどもが、突然登校拒否の状態になるということは、教師間でも当然話題になるし、PTAやコミュニティの中でも問題にされる。その結果、教師は、しばしば防衛的にならざるを得ない状態におこまれる。そのようなことから、No. 14がしめすように、登校拒否

児を前任者からうけつぐ場合には、新担任の教師はかえって防衛的にならずに、こどもや家族に接触できるようにである。

3. ソーシャルワーカーや精神衛生関係者の教師に対する役割をあげてみよう。

(1) 教師とソーシャルワーカーの協働の基盤は、同じ目的のために協力しあう仲間の関係である。パートナーシップ (*Partnership*) は、相互の知見や経験を分与する (*to share*) ことにあり、相補いあう関係である。

(2) ソーシャルワーカーは、こどもの問題について、教師とよく話しあい、学校の場でのこどもの状態を明確にする。

(3) 教師の防衛的態度を緩和し、心理的な支持をあたえること。

(4) 教師と親の関係の改善に援助すること。

(5) 学校全体のなかに、学校恐怖症児に対する理解をもたせるように働きかけ、学校長や指導主任をはじめ、他の教師の積極的協力をうるように援助することがあげられる。

VI ま と め

本論文においては、学校恐怖症児の学校の場における適応、ことに教師のこどもに対する見方、教師とこどもの人間関係、登校拒否に対し教師のとった態度や働きかけなどについて、学校恐怖症の中核群 (B群) を中心に、A群 (分離不安群)、C群 (父親との同一視失敗群) とも比較研究した。

資料は、A群—5例、B群—14例、C群—4例の計23例である。研究方法は、ケースワークの過程で、主として担任教師との面接により得られた資料にもとづき分析したものである。その結果、次のような点があきらかにされた。

1. こどもの登校拒否に対する教師の見方を親やソーシャルワーカーの見方と比較すると、A群では、三者間にずれがほとんどなく、三者とも、こどもと家庭に主な原因をもとめている。B群では、三者間の見方にずれが大きく、ことに親と教師の間に差が顕著である。親は学校の問題に原因をもとめるものが一番多く、家庭に原因を求めものは少ない。

ワーカーは、家庭、学校、こどもの順においているが、それぞれの要因間の数的な差は少ない。

C群では、三者間にずれが少なく、こども自身に原因をもとめるものが多い。

次に、それぞれ原因としているものを、さらに内容についてみると、A群では、家庭に原因をもとめたものでは、母子の分離不安におくものが、三者とも圧倒的に多い。こどもの問題としての見方についても、三者間にずれがなく、依存的をあげているものが多い。B群では、家庭の原因として、教師は、親の過保護を問題にし、ワーカーは親の過保護と過期待をあげている。こどもの原因として、親は身体的不安、わがまをあげており、ワーカー、教師は緊張感のつよいこと、気力に乏しいこと、身体的不安をあげている。

学校の問題として、親は教師の厳格さにもとめ、ワーカーは、担任教師とこどもの間の緊張関係に注目し、学級委員に選ばれたことが状況を一層むずかしくしているとみている。C群では、三者の見方がよく一致し、家庭の過保護、こどもの身体的不安、無気力、依存性においている。

2. 登校拒否前の担任教師とこどもの関係についてみると、B群では、①教師とこどもの間に緊張反発のあるもの ②教師の方は気づいていないが、こどもは、学校の間から逃避しているもの ③両者の関係にとくに問題のないもの ④両者が相互に好感をもっているものがみられた。A群では、①教師は理解があり、こどもは依存的、あるいは逃避的といった関係 ②教師は過保護、こどもは依存的、あるいは逃避的といった関係がみられた。C群では、全例が、教師は過保護、こどもは依存的あるいは逃避的といった関係であった。

3. 登校拒否に対してとった教師のこどもへの働きかけをみると、ABC群とも家庭訪問をしているが、その際のこどもの反応や教師のうけとり方には相違がみられる。B群では、半数は家庭訪問しても拒否されるが、他の半数は家庭訪問によってこどもにちかづき話しあっている。こどもと教師の関係が悪い場合には、親と教師の関係もまた、わるくなっている。A群の場合には、①母親のように過保護的になり、こどもにひきずられてしまうもの、②母親の過保護に問題の原因をみとめ、教師としての態度でのぞむものがある。C群では、こどもの身体的訴えにまきこまれ、過保護的になる傾向がみられた。

4. 教師の態度と予後の関係をみると、A群では、教師としての明確な態度をとった例が、こどもの要求を許す態度をとったものよりも結果が良好であった。B群では、登校拒否の原因が、学校の間にもとめられるものは、予後がとくに良好であった。C群では予後が総じて悪いが、教師がこどもの身体的訴えにまきこまれ、登校拒否を容認することとも関係があるように思われる。

(本論文の要旨については、第7回日本児童精神医学会総会において発表した。)

本稿の終りにのぞみ、御校閱をたまわり、種々、助言をおあたえくださった、児童精神衛生部長中川四郎先生、ならびに、学校恐怖症児の診断や治療に終始御協力くださった玉井収介先生、湯原昭先生、児童精神衛生部研究生神谷のぶ氏に謝意を表します。

文 献

- 1) Berlin, I. N. : *Mental Health Consultation in Schools as A Means of Communicating Mental Health Principles*. *J. of The Am. Academy of Child Psychiatry*, 1 : 671-680
- 2) Biddle, Cornelia, T. : *Casework Intervention in A School. Ego Psychology and Dynamic Casework*, Edited by Howard J. Parad, *Family Service Association of America, New York, 1958.*
- 3) Caplan, G. : *Mental Health Consultation in Schools. The Elements of A Community Mental Health Program*, New York, *Milbank Memorial Fund, 1956.*
- 4) Caplan, G. : *Mental Health Consultation. Concepts of Mental Health Consultation and Their Application in Public Health Social Work*, U. S. Dept. Health, Education and Welfare, 1959, pp. 181-211
- 5) Millar, T. P. : *Home-School Communication Concerning Nonadjusting Children*. *J. of The Am. Academy of Child Psychiatry*, 4 : 320-329
- 6) Millar, T. P. : *Psychiatric Consultation with Classroom Teachers*. *J. of The Am. Academy of Child Psychiatry*, 5 : 134-144
- 7) Millar, T. P. : *The School and Mental Health of Children : parts I, II, and III* *Northwest Med.*, 61 (July, August & September)
- 8) 玉井収介 湯原昭, 山崎道子, 今田芳枝, 小沢牧子 : いわゆる学校恐怖症に関する研究, 精神衛生研究, 13号, 1964.
- 9) 山崎道子, 玉井収介, 湯原昭, 今田芳枝 : 学校恐怖症の家族研究, 精神衛生研究, 14号, 1965.
- 10) 柏木昭, 山崎道子, 西内育子 : 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.
- 11) 高木隆郎 : 学校恐怖症児, 小児科診療, 26巻6号, 1963.
- 12) 高木隆郎, 藤沢惇子, 加藤典子 : 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.
- 13) 足立正常, 松下裕, 国吉政一, 柳川光章, 鈴木敏生, 林正延 : 学校精神衛生(シンポジウム) 日本児童精神医学会第7回総会, 1966.

Down's Syndrome の栄養療法に関する実験治療*

精神薄弱部

飯 田 誠

1963年に米国の医師 Henry Turkel が The Hague, The Netherland に於ける XI International Congress of Genetics⁽¹⁾及び、Vienにおける Proc. 2nd Int. Congr. Ment. Retard.⁽²⁾において発表した Down's Syndrome 治療薬“U” series について、その後 negative⁽³⁾はあるが、有効であるとの追試報告をみない。私は過去の Down's Syndrome に関する研究を調べたところ、消化吸収能力が低いことを証明した実験⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾や、出生後の発育遅滞により年令の増加に伴って正常児との能力の差が大きくなることから、進行性発育障害であるとする論文⁽⁹⁾等を見出し、“U” series の処方 が理論的には間違っていないものと考えた。

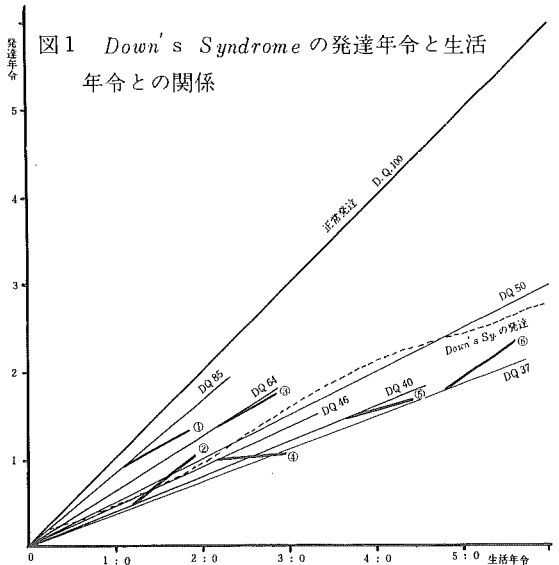
たゞし、この薬剤は強力なる総合栄養剤であるので、乳幼児の発育期に最も有効であると推測される。特に、乳児期に哺乳力の極度に弱いものが多いため、この時期の発育不全がその後の本児の発育に大きな影響を及ぼしていることが考えられるので、本薬剤の使用は可及的早期より始められるべきであると考え。ところが、negative data では施設入所の可成り高年令児に使用したもので、すでに最も効果の期待される時期を過ぎていると考えられる。さらに、このような栄養剤的なものでは有効度に個体差が大きく、有効なものも、全く無効のものもあると考えられる。Turkel が発表した“U” series の処方 は表1の如きものであるが、私はこのうち我が国で入手出来ないものを除き、他の薬剤を添加して表2の如き処方をつくり、本年4月から9月の間に、2ヶ月より11才までの約200名の Down's Syndrome に対し治療中である。使用前に精神発達検査を行い、1年間隔で発達検査をくり返し、効果判定を行う予定である。

治療開始より現在までの観察ならびに、親からの経過報告によれば、ほとんどの例において、服薬開始から短期間(1~2ヶ月)で便秘、下痢、感冒に罪患しなくなった。食欲が出現した。行動が活潑になり、筋力が強くなったとの報告を得ている。このことは、明

らかに本児が感染に弱く、消化器系の不全から食欲不振、便秘傾向が強く、筋緊張力が弱い特徴に対してこの薬剤が有効であることを示している。精神面に対する効果については親の薬の効果に対する要求度に影響されるところが大きいので正確には把握し難い。

こゝに服薬期間7ヶ月から10ヶ月の6例を表3及び図1に示した。発達指数の上昇したもの2例、ほとんど変化しないもの1例、下ったもの3例であるが、生活年令が低いほど発達の幅が大きいので、わずかの差が発達指数に大きく表現されている。しかし、発達輪郭からみると、最も大きく伸びているのが運動であり、次が食事、社会、理解、言語、探索、操作の順であり、各項目のすべてにおいて最も大きく伸びている症例は、症例1、症例2、症例3であり、いずれも治療開始年令の小さいものである。図1が示す如く、発達指数では症例2、症例6が伸びを示し、症例3はほとんど変化なく、症例1、症例5はやゝ低下、症例4は発達がほとんど停止していることを示している。中央の点線は Down's Syndrome の発達指数の平均値であり、本年2月より9までに私が検定した約200例の発達指数によったものである。

なお、この研究は今後2年間の本剤継続投薬によって個々の症例の発達の変動を追跡する予定である。



* Experimental Nutritive Pharmacotherapy for Down's Syndrome.

表1 - Contents of Medication Comprising the "U" Series of Drugs *

<i>Umorphoid - A (B)</i>		<i>Upneoid - B (S)</i>	
<i>Thyroid Globulin</i>	1gr.	<i>is Upneoid A but Enteric Coated</i>	
<i>Organic Iodine</i>	1gr.	<i>Upneoid - C (PRN)</i>	
<i>Umorphoid - B (B)</i>		<i>Naphazoline Hydrochloride</i>	0.05 %
<i>Vitamin A</i>	25000. Units	<i>Pyrimilamine Maleate</i>	0.50 %
<i>Vitamin E</i>	10Int Units	<i>Chlorpheniramine Maleate</i>	0.25 %
<i>Unoid - A (B, L, D)</i>		<i>Methyl Paraben</i>	0.01 %
<i>Pentylene Tetrazole</i>	50 mg.	<i>Propyl Paraben</i>	0.02 %
<i>Glutamic Acid</i>	200 mg.	<i>Utrophoid - B (L)</i>	
<i>Nicotinic Acid</i>	50 mg.	<i>Thiamin Mononitrate (B₁)</i>	20 mg.
<i>Upeptoid - A (B, D)</i>		<i>Riboflavin (B₂)</i>	20 mg.
<i>Betaine-Choline Tartrate</i>	100 mg.	<i>Calcium Pantothenate</i>	20 mg.
<i>Choline-Methionine Tartrate</i>	100 mg.	<i>Para Aminobenzoic Acid</i>	
<i>Inositol</i>	50 mg.	(PABA)	20 mg.
<i>Unsaturated Fatty Acids</i>	100 mg.	<i>Pyridoxine (B⁶)</i>	20 mg.
<i>Liver Deseccated</i>	75 mg.	<i>Niacin</i>	20 mg.
<i>Polysorbate 80</i>	50 mg.	<i>Utrophoid - C (D)</i>	
<i>Upeptoid - B (D)</i>		<i>Folic Acid</i>	5 mg.
<i>Betaine Hydrochloride</i>	1gr.	<i>Cyanocobalamin (B¹²)</i>	25 mcg.
<i>Papain</i>	1gr.	<i>Calcium</i>	30 mg.
<i>Pepsin</i>	1gr.	<i>Cobalt</i>	0.1 mg.
<i>Pancreatin</i>	1gr.	<i>Copper</i>	1 mg.
<i>Diastase</i>	1/20gr.	<i>Iodine</i>	0.15 mg.
<i>Ketocholanic Acid</i>	1gr.	<i>Iron</i>	10 mg.
<i>Desoxycholic Acid</i>	1gr.	<i>Magnesium</i>	1 mg.
<i>Upneoid - A (B, L, D)</i>		<i>Manganese</i>	1.25 mg.
<i>Phenylpropanolamine</i>		<i>Molybdenum</i>	0.1 mg.
<i>Hydrochloride</i>	20 mg.	<i>Zinc</i>	1 mg.
<i>Pyrimilamine Maleate</i>	25 mg.	<i>Bone Meal (B, L, D)</i>	3.5 grs.
<i>Rutin</i>	20 mg.	<i>Glutamic Acid (B, L, D)</i>	3.5 grs.
<i>Aminophylline</i>		<i>Triodo-thyronine 25 mcg.</i> was recently added to the medication, it being a part of the thyroid complex.	
<i>Magnesium Glycinate</i>	100 mg.		

*Edematous patients receive a diuretic for two consecutive days, weekly.
Time of administration ; B = breakfast ; L = lunch ; D = dinner ; S = at bedtime.*

Standard Medication

*The standard dosage was the dosage recommended for all mongoloids 12 years of age and development or over, regardless of mongoloid types.
For all patients under 12 years of age the starting dosage recommended was a proportion of the standard dosage, the proportion varying with the age of the patient.*

1. *Infants to 6 months* $\frac{1}{8}$ of standard dose
2. *6 months to 2 years* $\frac{1}{6}$ of standard dose
3. *2 years to 4 years* $\frac{1}{4}$ of standard dose
4. *4 years to 6 years* $\frac{1}{3}$ of standard dose
5. *6 years to 9 years* $\frac{1}{2}$ of standard dose
6. *9 years to 12 years* $\frac{3}{4}$ of standard dose

* *Patents and Trade Marks applied for*

表II - 我々の使用している処方

朝		昼		夕	
乾燥甲状腺末	0.1 g	ニコチン酸	50 mg	マレイン酸クロルフェニ	3.0 mg
有機ヨード(ヨードとして)	700 mcg	V B ₁	20 mg	ラミン	
V, Aアセチート	25,000 u	V B ₂	20 mg	ルチン	20.0 mg
V, Eアセチート	10 Int U	パントテン酸カルシウム	20 mg	アミノフィリン	100.0 mg
酒石酸コリンベタイン	100 mg	PABA	20 mg	葉酸	5.0 mg
〃メチオニンコリン	100 mg	V B ₆	20 mg	V B ₁₂	25.0 mg
イノントール	50 mg	ニコチン酸	20 mg	Ca	30.0 mg
リノール酸	100 mg	骨粉	1.160 mg	Co	0.1 mg
乾燥肝臓エキス末	75 mg	L. グルタミン酸	1.160 mg	Cu	1.0 mg
骨粉	1.160 mg			Fe	10.0 mg
L. グルタミン酸	1.160 mg			Mg	1.0 mg
				Mn	1.25 mg
				Mo	0.1 mg
				Zn	1.0 mg
				骨粉	1.160 mg
				有機ヨード(ヨードとして)	700 mcg
				L. グルタミン酸	1.160 mg

上記処方は大入量

$$\left(\frac{\text{大人一回量}}{4} \right) \dots\dots\dots 1.5 \text{ 才} \sim 5.0 \text{ 才量}$$

表III - 検査時年齢, 発達年齢の差, 各下位発達輪郭の差

No.	検査月日	年齢	差	発達年齢	差	年齢と発達年齢との差	DQ	差	運動	差	探索操作	差	社会	差	食事	差	現解言語	差
1	41. 5. 21	1 : 1	0 : 7	0 : 11	0 : 5	0 : 2	85	- 5	37.5	14.5	31	15	22	8.5	16.5	8.5	5.5	7.5
	41. 12. 5	1 : 8		1 : 4		0 : 4	80		52		46		30.5		25		12.5	
2	41. 4. 4	1 : 2	0 : 8	0 : 6	0 : 6-6	0 : 8	42	13	10	21.5	23	11.0	19.0	10.5	9	9.0	1	9
	41. 12. 5	1 : 10		1 : 0-6		0 : 9	55		31.5		34.0		29.5		18.0		10	
3	41. 2. 20	2 : 0	0 : 10	1 : 3.5	0 : 6	0 : 8.5	64	- 1	51.5	6.5	49.5	3.5	24	13.5	30.5	11.5	12.0	7.0
	41. 12. 5	2 : 10		1 : 9.5		1 : 0.5	63		58		53		38.5		42.0		19.0	
4	41. 3. 16	2 : 2	0 : 9	1 : 0	0 : 1.5	1 : 2	46	-7.5	44	12.0	34	2.0	22	7.0	12.5	0	9.5	0
	41. 12. 5	2 : 11		1 : 1.5		1 : 9.5	38.5		56		36		29		12.5		9.5	
5	41. 2. 20	3 : 7	0 : 10	1 : 5	0 : 3	2 : 2	4.0	-2.3	52	6.0	52.5	0.5	33.5	3.0	24.5	13.5	16	0.5
	41. 12. 5	4 : 5		1 : 8		2 : 9	37.7		58		53		36.5		38.0		16.5	
6	41. 2. 20	4 : 9	0 : 10	1 : 9	0 : 7.5	3 : 0	37	6	52	5.5	54	4.0	40	2.0	40.5	9.5	21.5	2.0
	41. 12. 5	5 : 7		2 : 4.5		3 : 2.5	43		57.5		58		42		50		23.5	

文 献

1. H. Turkel : Down's Syndrome : A Genetic Abnormality Improved by Medication, XI International Congress of Genetics, Sept. 2 - 10, 1963. The Hague, The Netherlands.
2. H. Turkel : Medical Treatment of Mongolism, Proc. 2nd int. Congr. ment. Retard., 1963, Vienna.
3. T. S. Bumbalo et al : Treatment of Down's Syndrome With the "U" Series of Drugs, 187. JAMA, 1964.
4. A. E. Sobel et al : Vitamin A Absorption and Other Blood Composition Studies in Mongolism, 642, AJMD, 1958.
5. R. M. Auld et al : Vitamin A Absorption in Mongoloid Children, 1010, AJMD, 1959.
6. J. W. M. Ottersum : Vitamin A Metabolism in Mongoloid Children, part I, 379, Proc. 2nd int. Congr. ment. Retard., 1963, Vienna.
7. G. Dutton : The Fasting Blood Sugar of Mongols, 10, J of MD Research, 1961.
8. E. T. Mertz : Elevated Levels of several Nitrogenous Non-Protein Metabolites in Mongoloid Blood, 814, AJMD, 1964.
9. L. Hrvath : Die Therapie der Downschen Krankheit, Verh. 2. int. Kongr. Psych. Entf. Stör. Kindes-Alt., Wien, 1963.

Community Psychiatry の動向と問題点*

精神衛生部

加藤 正 明

1. ま え が き

筆者が1965年7月号の「精神医学」に「地域社会精神医学の展望」を書いてから、1年半たった。この間に昨年(1964)の日本精神神経学会の分科会で地域精神医学をテーマとして、日本におけるコミュニティの概念や疫学調査、家族会、特殊地域の研究などがとりあげられた。また同じ1966年5月にはワシントン郊外でNIMHの主催で「地域精神衛生計画の評価に関するセミナー」が開かれ、米、英、仏、加、オランダ、チェコ、ノルウェー、デンマーク、ギリシャ、イスラエル、ジャマイカ、オーストラリア、ポーランド、香港、ナイジェリア、メキシコ、日本など20カ国から80人の参加者があり、4日間にわたってこの問題を討議し、筆者もこれに参加した。

さらにこの期間に地域精神医学ないしは地域精神医療に関する著作、講演、研究会、研究班、座談会なども増えており、筆者としても旧稿の足りない点を補足訂正し、もっと根本的にCommunity psychiatryの問題を掘り下げるの必要を感じて、この原稿に着手した。従って旧稿に述べた点はなるべく反覆を避け、新たな資料や論文を挙げることにする。

2. 地域精神医療の基礎概念

アメリカでHarvard大学のG. CaplanとBoston州立病院長のM. Greenblattは、地域精神医学に関する多くの論文で知られているが、このグループのBaker F.とSchulberg H.が作製した地域精神医療の評価スケールでは、次の5つの基礎概念について述べている。

- 1) 特定人口への焦点 A population focus
- 2) 一次的予防 Primary prevention
- 3) 社会的治療目標 Social treatment goals
- 4) 治療の綜

* Current Trends and Problems in Community Psychiatry.

- 5) 全地域の包含 Total community involvement.

この基礎概念はたまたまこれと別箇に主張されたイギリスのAberdeen大学のJ. Baldwinの3つの特性の一部は一致している。すなわち、1) 地域性 Regionalism 2) 統合性 Integration および 3) 包含性 Comprehensiveness の3者である。以下両者の意見を比較しながら、これらの基礎概念を検討してみたい。

- 1) 特定人口への焦点または地域性

SchulbergによればPopulation focusとは「現在受け持っている事例のみならず、地域社会内に潜在する未知の適応障害者に対する精神衛生専門家の責任性」であり、Baldwinによれば「地理的に規定された地域または人口に対するサーヴイスであり、それは都市、農村、ときにその混合された病院管区である」。

このさい対象となる人口は20万人以下、できれば5万単位ぐらいが望ましいとされており、その地域が1つの地域社会としての特性をもち、この地域に対する働きかけの特徴、その技術、目的がはっきりしているほど、効果の評価が容易になる。しかし実際にはアメリカでもPen Foundationの11万人からFort Loganの100万人に至る幅があり、イギリスでもWorthingの10万人から北東スコットランドの50万人までのちがいがあり、たとえばManchester病院のCamberwellの17万5千人、Manchester大学のSalfordの15万人、Bootham Park病院のYorkの10万5千人、Aberdeen大学のAberdeenの19万5千人といったところが適切とされる。これらの地域を設定するに至る過程はさまざまであり、アメリカでは地方分権制が伝統的にあって、Countyがおのおのの自治体としての独立性をもっているの、成功した地域活動の背後には、行政当局よりもCounty自体の慈善団体や自発団体が精神衛生委員会をつくって、専門家を招聘するということから始まっている。これに比べるとイギリスでは1946年のNational Health Service Actによってまず地方衛生部が動き、1950年以後になって、McMillan, ReesなどによるMaperley, Warrington Parkなどの地域精神病院を基盤とする地域医

療や、Freeman らの総合病院を基盤とする活動から発展した。つまり地域を設定する以前からなんらかの地域的臨床活動がつづいており、その活動の結果にもとずいて地域設定が行われている。この5万ないし20万人口についての民勢学的資料がまず必要なことはいうまでもないが、疫学的調査によって在宅患者を明らかにすることも望まれている。臨床活動と疫学調査のいずれからはじめるかという点に関して議論があるが、まず試験的な施設、病院の活動が重視されている。(Pilot Clinic)

この地域設定自体が地域側のニードから出発することを建前としてしているアメリカでは当然児童の教育の問題とか、非行の問題のような幅の広い問題からはじめられることが多く、* 精神分析的立場からいっても一次的予防を目標とするものが多い。この点、イギリスや北欧、ソ連のように狭義精神障害の問題から出発する国では、その範囲もかぎられたものになる。(後述のようにこの動きはアメリカにもある。)つまり地域設定の最初からその対象や目標を明らかにせざるを得ないのであり、地域自体のニードから出発するほうが地域住民のなかにはいいやすいが、問題によっては活動範囲が拡がりすぎてまとまらなくなり、狭義精神障害の問題はあとまわしになり易い。これに反し精神障害の問題から出発すると、地域内の一部の動きにとどまり、広く地域全体の問題にはなり難いという悩みがある。しかし筆者の見解は、アメリカが余りに幅の広い精神衛生活動を展開したため、当然の結果として minor disorder に焦点が合っ、狭義の精神障害はあと廻しになりがちであったことが、Joint Commission for Mental Health and Illness の報告書や大統領教書以後大きく転回して、狭義の精神障害に焦点

をあわせるようになったと考えられる。この両者の間に位置するのが、アルコール問題や老人問題などであろう。

この地域設定が行われてはじめて、地域医療計画にもとずく地域中心の活動が展開できるのであり、この地域設定自体がまた予防、目標、総合性、持続性、包括性などからみ合っているのである。

2) 目標とする予防の段階

周知のように予防には一次的、二次的、三次的の段階があり、地域医療がどの段階を目ざすかが地域設定の問題ともからみ合ってくる。一次的予防とは「有益な外的環境的条件をなくすことによって、地域内の新患者の発生率を下げる」ことであり、急性伝染病ではこれが最もはっきりしている。このような発生予防としては精神障害では体因精神障害における種々の agent が考えられ、風疹、梅毒、トキソプラズマ、出産障害、伝染性熱性疾患、中毒性薬物、アルコール、交通災害などが挙げられる。しかし、精神分裂病、躁うつ病、てんかん、さらに神経症、自殺などになると、一次的予防は困難であり二次的ないし三次的予防に重点をおくべきだというのが、イギリス、北欧、ソ連などの基本方針であり、アメリカでも Leighton や Gruenberg などはこの立場である。つまり、「早期診断と積極的治療によって回復をはやめ、再発を予防する」という段階である。さらに「長期の未治患者の無能力状態を改善させる」という第三次予防も、当面する大きな課題とされている。Caplan らは一次的予防を絶対に必要とするが Leighton は「一次的、完全予防に何が必要か、だれも正確に答えられないが、potential crisis situation に関して、種々のコンサルテーション活動が有効かも知れない」としている。筆者はイギリス、北欧、ソ連や Leighton などと同じく、体因精神障害でさえ一次的予防は困難であり、まして精神分裂病や躁うつ病の発生予防の手がかりとなる agent も環境も不明な現在、まず早期発見、積極治療による回復と再発予防の二次的予防からはじめ、次第に一次および三次予防に至ることが、日本では受け入れられやすいと考える。もちろん一次的予防としての諸活動のうち、アルコール依存の予防や老人問題はソ連や北欧でも大きな課題となっており、日本でも各地でとりあげられつつある。また、第三次予防への必要性はもちろんであり、社会復帰施設への要望がたかまっている。問題は一次的予防のみに重点を置くことは人的、経済的負担が増大するばかりで却って効果があがらないことが多いという点にある。

* NIMH の社会学者 R. Williams の調査によれば、精神衛生サービスの内容は次の順位であったという。

Priorities for Increased Mental Health Services	Percent
Juvenile delinquency	32%
Aging	29
Maternal and child health	29
School health	22
Mental health in education	22
Nursing	19
Correctional and penal system	18
Family service	16
Hospital & medical facilities	16
Rehabilitation	15
Local health services	15
Chronic diseases	13

3) 社会的な治療目標

「精神障害者を新しい人間に造りかえることが治療の目標ではなく、できるだけ早く患者を旧の生活条件に戻すこと」を目標とする。この点、イギリスの Wing は *illness* としての *primary disabilities* と *illness behavior* としての *secondary disabilities* にわけ、後者を地域医療の治療目標とすることを主張している。かれはこの考えのうえに立って、特定地域内の異なった施設における資料の蓄積が必要であると、ロンドン東南部の *Camberwell* の175,304人を対象として統計的および事例研究を行っている。かれは精神分裂病は精神衛生活動の *acid test* だとしており、人口の0.25%が管理を要する精神分裂病の有病率 *administrative prevalence* であって、*Camberwell* ではその中の13%を外来とデイ・ホスピタル、29%を短期収容施設、64%を長期収容施設で扱っていたという。ここで *Leighton* のいう事例性 *caseness* が問題になるが、Wing は一般に最も重い患者が軽いものより発見されやすいとはいえ、家族問題をもったものがないものより相談機関を来訪することが多いとも限らないとしている。

(以上のことはいわゆる *Community care* の目標を決める上にも、事例発見の点でも肝要である。)

4) 医療の総合的持続性

「ある施設で治療を受けた患者が、地域のどの施設でも同じ治療を続けられる場合、医療計画の効果は増大する」。このことは早期診断から外来治療、入院治療、中間施設、長期治療、在宅指導という一貫した体系のなかで、患者が移動できる態勢をもつことにほかならず、この体系として *Greenblatt* の図式は広く知られているが、アメリカ精神医学会では次の10項目を挙げている。すなわち、

- 1) 入院治療 2) 外来治療 3) 部分的入院治療 (デイ・ナイト・週末病院) 4) 緊急サービス
- 5) コンサルテーション・サービス (地域諸機関への)
- 6) 診断評価サービス 7) 一時的収容施設 (ハーフウェイ・ハウス、職業施設、里親、養護ホーム)
- 8) 社会復帰施設 (作業療法、レクリエーション療法)
- 9) アフタケア計画 10) 地域の公衆教育

なお、アメリカ精神医学会および精神衛生協会の合同委員会では、この項目に従って全国の234カ所の地域精神衛生センターを調査し、そのうち65ヶ所がその名に値するものと判定している。とくにそのうちの11カ所について詳しい調査結果と評価が発表されたが、これに就いては後に述べる、たとえば *Gruenberg*,

Benett による *Hudson River State Hospital* における活動では、慢性重症の社会的適応障害症候群 *Chronic severe social breakdown syndrom* (CSBS) をおこす新患者を防ぐこと、長期在院の患者を減らすこと、長期在院者の社会復帰を促進することに目標を置き、地域病棟や中間施設などの活動によってこのCSBSを減少させたという。イギリスではたとえば *Manchester* の *Hamilton* は総合病院における精神科病床200床によって、20万人口の地域内患者の75%を扱い、家族にとっての負担を主観的に客観的に測定し、この比をもって家族の耐性とみたが、この比が平均23.3%だったといい、発病2年以上の患者では家族の主観的負担が重かったという。さらに、*Sainsbury* がスコットランドの12万人口の2農村 *Chichester* と *Salisbury* で行った地域医療と入院医療の比較研究があるが、次表のように両者の間には *Chichester* が入院治療22%、地域治療78%に対し *Salisbury* では入院治療57%、地域治療43%というちがいがみられ、15才以上の人口に対する精神障害者の発見率も *Chichester* では、0.68%で *Salisbury* の0.53%より高かった。

	<i>Chichester</i> (地域治療に重点)	<i>Salisbury</i> (入院治療に重点)
精神病院に入院	14%	52%
他の施設に入院	8%	5%
(計)	(22%)	(57%)
デイ・ホスピタル	15%	—
在宅指導	16%	3%
外來治療	34%	35%
開業医に委託	13%	4%
(計)	(78%)	(43%)

このように治療の対象となる患者をどの範囲まで広げるかは、治療目標と関係がある。つまり一貫した精神科医療体系の対象となるものを明確にすることが必要になり、登録制度をもっている国ほど、これが明確化されている。イギリスでこの点が組織的になったのは前記の *National Health Service Act (1946)* 以後であるが、北欧とくにノルウェーでは1916年以來の患者登録があり、これを基礎に1961年から *Pre- and aftercare* の責任を精神衛生法によって規定し、*County* の精神科医と *Family welfare officer* が相当している。たとえば *Dikemark* 病院では退院患者の75%がアフタケアの対象となり、同市の600人の患者が *Pre- and aftercare center*, ソーシャル・クラブ、保護工場での一貫した医療を受けている。

そのほかの北欧諸国デンマークやスウェーデンも同様の方向に向こうとしているが未だ充分ではない。これらに比べるとソ連の登録制度は極めて徹底しており、精神障害の範囲をできるだけ狭めるとともに、人口の1.007%を登録し、これからは必ずときは委員会の決定による制度をもっている。ソ連の精神科医療体系についてはすでに述べた(精神医学Vo 1. 7. No.11, 1965)通りであるが、Melekov による施設別疾患別の統計からみると、

1) 精神科を含む各科外来(ここでは神経症が最も多く約6割を占める) 2) デイスパンセール 3) 精神病院(慢性病棟では精神分裂病が最も多く50%を占める) 4) デイ・ケア(労働作業療法で、精神分裂病が約40%弱、器質性精神障害が30%を占める) 5) 訪問指導(これも精神分裂病40%、脳器質性障害30%) 6) 医療委員会で検討中のもの 7) 特殊施設(とくに脳器質性精神障害者と精神薄弱者施設) 8) 老廃者ホーム 9) 児童施設(精薄が80%、残りは脳器質性精神障害)であり、Greenblatt の図と大差はないが、登録患者の配分を組織的な統制のもとでやっている点はアメリカと異なる。しかし、神経症の多くは外来で扱えるが、精神分裂病は精神病院の慢性病棟、脳器質性精神障害は特殊施設、児童精薄はその施設にたまりがちであり、この対策に苦心している点は各国と同様である。ことに1万人口対9.3床という精神科病床で十分かどうかが問題であるが入院治療13%、地域治療87%という精神障害者の分布は、前記の Chichester の地域中心の方針よりもさらに上まわっている。この点 Wing がイギリスでは「施設病という古めかしい問題と、地域医療という新しい問題とは別箇のものだ」という考えは不自然である」としており、つまり昔は病院でたまっていた患者が今は地域社会にたまっているのではないかという皮肉な見方をしている。

5) 全地域の包含

このことは一貫性や持続性のために必要であり、Schulberg はこれを「精神科医は精神障害者医療のための一群の地域機関の一員であり、他の関係者に働きかけることによって、その効果を増大することができる」としている。Baldwin は持続性や一貫性のために、まず職員間、機関の間の統合 integration が必要であり、その上に地域ぐるみの包括性 comprehensiveness が肝要だとする。Srole が地域精神医学に大切な条件は、精神障害者の治療と社会復帰のために、「統合され、地域にねづいた、包括的治療体系 integrated, districted comprehensive service net-

work」であるとしているのも、同様の意味である。

関係する職種の中の integration が重要なことは当然であるが、どのような職種によって地域医療活動がすすめられるかにもよる。また、病院ないし医療機関が中心になるか、公衆衛生機関や社会福祉機関が中心になるかによっても異なってくる。いずれにせよ精神科医とくに Community psychiatrist がこの中核になることは、精神障害者を対象とする限り、どの国でも共通している。そのためには臨床精神医学の訓練のうえに、地域精神医学の訓練が不可欠であって、両者を兼ね備えた精神科医が要望されている。この点、つねに個々の臨床から離れない地域精神科医であることが必要であるとされ、つまり臨床家であると同時に管理者 administrator であり、コンサルタントであることが要望されるのである。とくに強調されることは、精神科医が一般医のコンサルタントになることであり、一般医の多くがもつ精神障害への不安を軽減させ、治療を持続させ得るようなコンサルテーションが、各国で重視されている。薬物療法の進歩や中間施設の発展がこれを促進させており、カナダの MaKerracker などは、一般医へのコンサルテーションと総合病院に精神科病棟を増やすことによって、単科精神病院を不要にすることを提唱している。かれは危険な精神病質者以外は総合病院の開放病棟で扱えること、一般医が自己の患者を精神科医の協同のもとに精神科病棟で治療することによって精神医学の訓練を受けられること、農村の開業医は電話その他によって精神科医の指導のもとに大部分の患者が扱えること、総合病院に緊急外来やデイ・センターその他の施設を設けること、精神科医が個々に開業するよりも一般医のコンサルタントになることが有用であることなどを主張している。

イギリスでも一般医と総合病院の関係は緊密であり、4000家族の支持によって登録された家族医が地域精神医療の第1線であることは当然である。一般医の精神医学的診断が教育によって専門医のそれと有意の差のない段階まで到達することができたという Shepherd などの報告もある。ソ連では、一般医もすべてデイスペンサリの職員として、ウチャスタ・ドクターの責任を4000人口に対してもっており、これにコンサルタントの精神科医がいるという態勢ができています。地域担当の医師や病院が固定されて、選択性がすくないところに、ソ連や北欧の悩みがあるが、選択の自由を上げながら、地域医療の質的改善をはかることが課題となっている。自由診療のアメリカ(とくに都会)では一般医よりも開業精神科医との協同がすすめられている

が、神経症その他 *minor mental disorder* は開業精神科医へ、精神病は病院へという分離がなかなか克服できない。経済的理由から勤務医師が開業医師に移動することの多いアメリカでは、地域精神衛生センター自体が医師の不足をなげくことになり勝ちである。しかし開業精神科医が *visiting staff* のかたちで病院やセンターに参加するという方向に進んでいる州では、アメリカ医療の独自の強みもある。

さらに産業医や学校医に対する精神科医のコンサルテーションが重要であることはいうまでもない。*Caplan* などはとくに小児科医の役割を重視しており、アメリカ精神医学会が一般医の精神医学教育の委員会をおいて、これに力を注いでいるのは当然であろう。

精神衛生のコンサルテーションとは、*Haylett* によれば「指導を受ける *consultee* が自己の仕事における精神衛生的要求に気づきこれを処理できる能力をもつための、精神衛生専門家と *consultee* との間に生ずるインターアクションの過程である」とされる。これは事例に関する精神医学的コンサルテーションが事例中心であるのにくらべると、より *consultee* 中心であるとされる。*Caplan* はこれが人生における危機 *crisis*—入学、結婚、妊娠、退職などこの問題を扱う職種に対して行われ、この人たちがいかなる *psychiatric intervention* を加えるべきかを自から判断できる能力をもつことだとする。とくに一般医、看護婦、保健婦、教師、牧師、社会福祉関係者などに対する時機を得た、共感性のある、適切な *intervention* を行うことが、きわめて有力な精神衛生の働き手を得ることになる。しかしこのようなコンサルテーションの技術を身につけた精神衛生コンサルタントはすくなく、

対象となる職種や機関についても熟知し、そこにかかる精神衛生問題を正確に把握する能力がなければならない。従ってまず従来から行われている個々の事例に関するコンサルテーションと、地域や集団を対象とする精神衛生コンサルテーションの区別を明かにする必要がある。このような間接的活動 *indirect services* を発展させることなしには、5万~20万の人口を対象とし、その中の精神障害者に対する早期発見から社会復帰に至る地域医療を、各職種、各機関施設の統合の上に、広汎に地域内の資源との包括性をもって展開することは困難である。従ってまず、地域医療を展開するには、計画を樹て、職員を指導し、精神衛生コンサルタントとして活動する能力をもつ精神科医が訓練されなければならない。この教育計画は各国ともに熱心であり、アメリカでは88大学の3分の1が講座と訓練計画をもち、3分の1が準備中であり、英、ソ連でも各教育機関がこの部門を持っている。

3. 英米の地域精神医療の動向

前回の展望で触れたものを避け、今回とくに問題としたい点は、地域精神医療の基地ともいえる機関が医療機関であるか、公衆衛生機関であるか、それとも他の機関であるかという点であり、英米両国の動向を参考として日本の現状を考える資料にしたいと思う。

1) アメリカ、カナダ

アメリカの資料として1964年にアメリカ精神医学会および同精神衛生協会の合同委員会が発表した「地域精神衛生センター、現存するモデルの分析」がある。これは前述の10項目の調査事項によって、234の施設を

名 称	設 立	場 所	人 口	施設特徴
a) <i>Dutches County Project</i>	1960	ニューヨーク	18万	地域病棟, 地域委員会
b) <i>Albert Einstein Medical Center</i>	1955	ニューヨーク	78.3万	大学病院
c) <i>Fort Logan M. H. Center</i>	1962	コロラド	100万	州立精神病院
d) <i>Mass. M. H. Center</i>	1950	ボストン	Mass州 不定	大学精神病院, 州の援助
e) <i>Nebraska Psychiatric Institute</i>	1952	オマハ	全州	州立精神病院
f) <i>Penn Foundation</i>	1955	セラースビル	11万	私立病院
g) <i>Kansas City Psychiatric Receiving Center</i>	1954	カンサス	100万	州立精神病院
h) <i>Prairie View Hospital</i>	1961	カンサス	<i>Harvey County Kansas</i> 州不定	私立精神病院, 地域委員会
i) <i>St Vincent's Hospital</i>	1956	ニューヨーク	N. Y. 州不定	私立総合病院, 地域委員会
j) <i>San Mateo County M. H. Service</i>	1958	サン・マテオ	53.1万	郡精神衛生部
k) <i>Yorkton Psychiatric Center</i>	1962	サスカチエワン	9.3万	州立精神病院

調査し、真に地域精神衛生センターといえるもの65カ所のうち、とくに11ヶ所の代表的施設についての現状と分析を行ったものである。これを一表にすると次の如くである。

a) *Dutches County Project*

ニューヨーク州立精神病院に *Dutches County Building* を独立して建て、同 *County* の437人の患者について、前述の *severe chronic breakdown syndrome* の改善を目的とする活動をはじめた。この計画は州精神衛生部長の *Hunt*、コロンビア大学の *Gruenberg* がはじめて、これを *Bennet* が実践したものであり、1965年に開かれた *Milbank Foundation* の「地域精神衛生計画の評価」会議にも報告されている。ここには1955年からデイ・ホスピタルとナイト・ホスピタルがあったが、新建築とともに500床を330床に減らし、医師とソーシャル・ワーカーを増員している。計画対象は主に入院患者で、デイ・ナイトホスピタルは退院患者のみ、外来は入院候補者と退院患者についてである。精神障害者の範囲は広いが児童は扱っていない。州の職員である *Bennet* がこの計画全体と *county mental health board* の長であることは、州と群をつなぐのに役立っている。問題点は治療の持続性が行われているが、治療者ではなく病院とであること、デイ・ケア・センターとの関係がもっと統合される必要があること、老人障害者を交流する施設に欠けており、この問題の解決が必要なこと、郡内施設との協力をもっと進めることなどが忠告されている。

b) *Albert Einstein Medical Center*

Westchester, Pelham, Fordham、という北 *Bronx* の782,600人を対象人口とし、113床をもち、27人のフルタイム、79人のパートタイムの精神科医をはじめ、職員は優秀である。*walk-in clinic* や緊急入院室があり、患者のスクリーニング、小集団での治療、家族治療、州立病院退院患者へのサービス、法によらぬ自由入院をとること。入院した患者の3分の2がデイ・センターで扱えたという *Westchester Square* 計画がとくに優れており、この患者は *crisis* に際して一晩とか週末に入院するとともに、*follow-up* が行われるなど、職員は高いモラルをもって仕事をしていることが挙げられている。欠点としては児童へのサービスやデイ・ホスピタルなどが組織されていないことであるとされた。

c) *Fort Logan Mental Health Center*

完全開放の州立精神病院で、緊急入院や外来活動は拡大せず、もっぱら長期入院患者の社会復帰を念入りにやっている。職員や患者のモラルは高く、よい関係を保ち、治療の一貫性が優れている。環境療法と集団療法を全患者に行い、個人精神療法を全く試みないで、同一チームによる一貫性のもとに、8チームが14人の入院患者、35人のデイ患者、5人のハーフウェイ・ハウス患者、10人の里親患者、30人の外来アフタケア患者を受けもつ。1チームの構成は精神科医1、臨床心理技術者1、ソーシャルワーカー2、主任看護婦1、看護婦6、補助看護婦7の18名である。問題は地域がコロラド州の半分、100万近い人口であること、医師会や専門医の協力が乏しく、独走している嫌いがあることである。

d) *Massachusetts Mental Health Center*

Boston Psychopathic Hospital として知られた最も古い教育訓練病院であり、所長の *Ewalt* は *Joint Commission* の委員長だった。*Harvard* 大学の一部であり、地域内に種々の精神医学的機関があるので、特別の分野の限られた対象にしばってならず、*walk-in clinic* で受けた患者をこの病院または他の施設に紹介している。教育は地域中心の訓練であり、地域は *Massachusetts* 全州にわたっている。ここを挙げたのはとくに優れた *comprehensiveness* の故である。

e) *Nebraska Psychiatric Institute*

前者と同様、教育訓練計画をもち、州全体へのサービスを103床で行い、*Nebraska* 全州の入院患者の半数に対して評価や治療を指導している。とくに精神薄弱に対する *comprehensive* な活動の代表であり、視聴覚教育のため映画制作を行い、3州立精神病院に対して教育資料を提供している。電話と往復の限定されたテレビジョンとビデオテープの活用が10年採用いられ、これはさらに施設間に24時間、診断治療の指導のための対面電子装置によるコミュニケーションに発展する。欠けているのは学校や裁判所に対するコンサルテーション活動と、このサービスに対する評価計画である。

f) *Penn Foundation*

東ペンシルヴァニアの半農業の11万人口は移動性が少なく民族的・文化的・宗教的に均質であり、隣に総合病院をもち、医療機関の援助もよく、きわめて統合されている。この *Foundation* は150人の女性を積極的援助者としてもち、1963年には8人のボランティアがレクリエーションや教育的旅行に参加した。年4回行う1日のセミナーに平均100人の開業医が参加しているが、州の精神衛生行政との直結、とくに規準化、資料収集、計画立案などの点で、もっと直結すべきであるとされた。

g) *Kansas City Psychiatric Receiving Center*

Kansas City 55万人のうち、とくに *Jackson County* の下層の住民を扱っている、1963年に年間1544人の患者を扱い、その44%が入院、17%が外来、10%がデイ・センター、7%がアフタケア・クリニックで治療され、95%が自由入院であった。そのほかに児童が300人外来で診断を受け、一部は個人集団療法を受けた。デイ・センターは2年間に220人、平均40人が来所し、この半分は退院患者、半分が外来患者であった。3~6週間で6人ずつの2チームの治療者がある。入院患者の平均在院期間は22日で、84%が家庭へ、9%が州立病院へ、4%が他の病院へ、2%が警察へ、1%が養護ホームに送られ、956人中死亡は1名であった。病床は閉鎖38床、開放35床の73床である。そのほか医師、教師、牧師、警察などへのコンサルテーション、NIMHからの基金による研究部、精神医学、心理学、ソーシャルワーク、看護学の教育訓練コースをもっている。近日でできる州立の急性治療センターとの緊密な関係、児童の治療の強化、ハーフウェイ・ハウスや里親の設置が要望されている。

h) *Prairie View Hospital*

人口65,000の3つの *county* を対象とする私立病院であるが、外来活動とコンサルテーションから着手し、地域患者のアフタケアに発展した。38床で年間入院207人、在院平均65日、過半数が神経症と心因反応であり、年間に外来で317人、1日16人のデイ患者を扱っている。入院患者に対する治療が優れており、これが包括的な地域医療に発展し

たものとみなされる。しかし児童の入院およびデイ施設が必要であり、治療の評価も充分でない。地域の反応は良好で、経済的援助も充分なので、この小病院は将来発展するとみられている。

i) St. Vincent Hospital

ニューヨークのような大都市では地域設定がむずかしい。この病院でカソリック団体が一種のコミュニティになっているが、地域性はない。主な地域はグリーニッチ・ビレッジ、ウォール街の一部、ハドソン河畔下部などの12万5千人である。病院は1849年に建てられ、精神科ができたのは1956年である。1006床中90床が精神科病床、これに1961年にできた *Harrison* の125床で215床となった。外来は年間1,300人、デイ・ホスピタルは1日最高20人、入院と外来の移動はスムーズで治療の持続性はよいが、デイ患者は全体の割にすくない。児童は外来のみで入院は *Astor Home for children* という *affiliate* された病院に送っている。緊急外来は *Bellevue* と同じく、ニューヨーク市立として多数の患者を扱っている。コンサルテーションはとくに精神遅滞学童に対して計画的に行われているが、地域に信用のある古い総合病院としてはもっと広汎に進められることが希望されている。私費患者と公費患者を混ぜ、慢性病院への転院がすくなく(10%)、入院前のスクリーニングに重点をおき、健康保険を広くつかっている。1日50ドルの入院費は11施設中で最も高いが、治療期間を考えると、総額の点では州立病院とあまり変らない。

j) San Mateo County

これについて前稿でも述べたが、郡衛生部の経営であり、50万人口を対象とする。はじめアルコール嗜癖患者を総合病院にいたことから始まり、(1959)、緊急24時間入院患者を入れ、成人外来、デイ・ホスピタル・矯正外来、児童以来、次いで入院設備ができた。年間計来1154人、このうち8%が旧患者で、1925人が集団面接をしている。神経症(29%)性格障害(27%)が多く、精神病は13%である。58%が4回までの面接である。デイ・センターは年内114人を扱い、1日25から35人、入所のとき3ヶ月の予定であることを患者に告げる。精神科医1、レジデント1、ソーシャルワーカー2、O.T. 1、レクリエーション療法士1、専門看護婦2、一般看護婦1である。精神分裂病が35%、他の精神病13%、神経症30%、性格障害13%である。入院病床は30床で総合病院の2階にあり、ほかに4床のアルコール嗜癖用のがある。入院期間は平均わずか8日で、これは短かすぎると批評されている。ただし2~3日で退院させられるアルコール嗜癖もはいつている。入院患者ではアルコール嗜癖が32%で最も多く、精神病23%、神経症17%、性格障害14%、となっている。児童は外来のみでデイ・ケアも入院もない。また、ハーフウェイ・ハウス、老人の施設などが要求されている。また、アルコール嗜癖、精神遅滞、重症精神病への活動の強化と各領域へのコンサルテーション活動が要望されている。

k) Yorkton Psychiatric Centre

カナダのサスカチュワンにおける93,000人口に対し唯一の精神科として地域医療を行っている。患者は必ず開業医を通じて紹介され、このセンターを通らなければ県立精神病院に入院できない。センター開設前に県立精神病院へ入院した患者についても、退院後のアフターケアを行っている。従ってほとんどすべての記録がここに集められている。地域を地区にわけ、地区ごとに精神科医とソーシャルワーカー

一からなるチームが受けもつ。初診の開業医には外来、入院などの詳しい報告が送られる。県立病院からの退院はセンターと相談のうえで行われる。外来で年間1025人(1963)の患者が診察されたが、その70%はセンター、30%は *Yorkton* から離れた週1回のクリニックで診察された。入院患者は年間188人(1963)で在院期間は平均22日である。地域の40人の開業医のみから患者と受けつける方法は、アメリカでは不可能であるが、有意義であり、さらに計画の効果測定が確立されることが要望されている。

以上アメリカの代表的な地域医療は主として精神病院または総合病院精神科が主体となり、これに中間施設、コンサルテーション活動、教育訓練、研究が総合されたかたちであり、医療以外の教育、矯正、産業、宗教関係に対しては、もっぱらコンサルテーション活動を行うという方針である。つまり、二次三次予防が主体であって、従来の一次予防は直接のセンターの任務とはなっていないと思われる。この点はカナダではもっと明瞭であり、イギリス、ソ連ではさらにはっきりしている。

2) イギリス

イギリスの地域精神医療について、全体的な制度、法律、職員などは周知のことであり、古典的な *Worthing experiment* もよく知られているので、前記の国際セミナーとミルバンク財団の報告から、具体的な事例を挙げて現状と問題点を考察してみたい。

a) Plymouth Mental Health Service

265,000人口の *Plymouth* には1891年設立の *Moorhaven Hospital* があり、1928年に外来診療を開始し、1945年からは病院外に週2回外来を行うようになり、1962年からは週に30回の医師の診療時間がとられるようになった。また国民衛生法によって、一般医は精神障害者を往診するとき、病院のコンサルタントに患者まで同道するよう要求できることになった。1958年から一般開業医に対して、週1回のセミナーを開いて多くの参加を求めている。*Moorhaven Hospital* の後援会もでき、治療社会としての病院をつくるため患者委員会が病院運営に意見を述べている。1962年から正式に精神衛生センターの設置が認められ、*Plymouth Nuffield Clinic* と呼ばれる施設ができ、デイ・ホスピタル、*Follow-up Clinic*、児童部などがつくられた。デイ・ホスピタルは登録104人、半数が *Moorhaven Hospital* から、3分の1が総合病院外来、残りは *Mental Welfare Officer* からである。がこのうち40人が社会復帰、34人が再入院、22人は中断であった。この *Clinic* がはじまってからの変化はまだ確認されていないが、地方衛生部からの紹介が増え、1年以上在院が減り、在院期間が短くなる傾向がみられている。

b) Chichester and District Psychiatric Service

Chichester と *Salisbury* の比較研究については前述したが、前者の *Graylingwell Hospital* は *West Sussex* の412,000人を担当する1210床の精神病院であり、

8万人口の *Worthing* と2万人口の *Chichester* がある。人口は老化が進んでおり、男性の14.3%、女性の20.45%が65才以上である。自由入院が84.5%で、初診時にできるだけ患者の家庭訪問を行っている。1956年に *Worthing* 実験と称する外来活動の活潑化によって1962年には入院患者を56%にまで減らした。引きつづいて1958年から *Chichester* をふくむ12万人人口への活動が行われ、73人の一般医との話し合いの会をもち、また総合病院の医師、牧師、結婚相談員、保護観察官などに対するコンサルテーションを行ってきた。とくに老人患者の家庭訪問による看護を積極的に行き、入院させずに扱うよう指導した。新患はできるだけ外来やディ・ホスピタルで扱い、1964年の新患1026人のうち、外来391人、ディ・ホスピタル210人、家庭訪問287人であった。1964年には第3のディ・ホスピタルが *Hors-ham* にでき、外来とともに残りの地域の患者を扱っている。

この *Chichester* における地域中心医療と *Salisbury* の *Old Manor Hospital* における病院中心医療との比較は前述のとおりである。その他 *Chichester* で地域医療を開始してから自殺が減少したこと、地域中心医療は病院中心医療よりも家族の負担を重くするが、特定の患者で特定環境にあるものを選べば、入院治療よりも有効に家族の問題を軽減できたという。

c) *Maudsley Hospital*

周知のようにここはイギリス精神医学の教育並に研究の大本山であるが、生物学的研究と社会精神医学的研究の両者が、とくに目立っている。前所長の *Lewis* も、新所長の *Hill* も地域精神医学につよい関心をもっているが、現在中心となっているのは、*Wing*, *Shepherd*, *Bennet* などである。*Wing* が人口175,304の *Camberwell* を対象に、統計的調査と詳細な事例研究を行っていることは前に述べたが、その他 *Bennet* はとくに“*Walk-in clinic*”を1952年から開始し、土・日以外の曜日には午前9.30から午後5.30まで、土・日は午後5.30から翌日午前9.30まで、いつでも患者を受けつけるといふ、アポイント・システムの欧米では異例の方法をとっている。これによって3年間の10,975人の患者のうち、41%の4,491人が *Walk-in clinic* で扱われた。1日17.3人の患者を3人の *resident* がみている。*Walk-in clinic* の役割として、待たずみみる(待ち時間がなく、面接時間平均59分)ことだけでなく、紹介されてから治療をはじめまでの期間を引き受ける“*interval care*”の仕事がある。この *interval* を埋めることによって、訪問指導の必要がすくなくなったというが、このことは前述の *Massachusetts Mental Health Center* でも同様であり、ここでは家庭訪問を中止してしまっている。*Walk-in clinic* の成功には患者および開業医が、広くこの *clinic* の性格を知っているという前提がある。これがとくに問題になるのは欧米のアポイント・システムのため *Waiting List* が増えることにあることはいまでもないが、開業医と病院との関係がスムーズにいはじめて有効なものになる。

d) *Manchester Regional Hospital*

Manchester Regional Hospital Board によって、地域総合病院に100~200の精神科病床がつくられ、各々約20万人口を担当した。これによって単科精神病院の病床を減らし、地域内患者の75%を扱っている。その1つで *Lancashire* の工業地域の17万人口を担当する総合病院では

70床(人口1000対0.4床)を設け、ここで治療した463人の患者中、予後がわるいと思われた120人を4年後に面接、調査した。その83%が開業医からの紹介であったが、全員の7%が(4年間に)単科精神病院に転院させられたに過ぎず、在院期間は平均3カ月以下であった。75%が外来、9%がディ・ホスピタルで継続治療を受け、退院後の家庭訪問は4%に過ぎなかった。(なお64.8%が入院時には家庭訪問している。)15カ所の社会資源が準備され、約半数の患者がこれを活用した。4年間に全く労働不能だったものは男性の8%、女性の32%で精神分裂病の半数は4年間つづけて働いていた。この試みによって患者が家族にとって重荷になることを防ぐことが、当面する課題となっている。

e) *York Mental Health Service*

York 市は人口10万5千、*Bootham Park* と *Naburn* の2精神病院があり、*York* 以外の人口をも担当している。1953年以後、地方衛生部、精神病院および開業医の3者の協力態勢によって、バラバラだった各機能の総合をはかってきた。ここは外来、ディ・ホスピタル、2つのホステル、*industrial rehabilitation unit* および患者クラブと675床の精神科病床をもっている。10数年間に事例は増加しているが、全体に比べて精神分裂病とうつ病は相異がなく、神経症の増加が多く、ヒステリー、痴呆、性格異常は全体ほど増えなかった。開業医との協同が最も大切な課題であり、両者の治療を受けている患者は29.6%であったという。

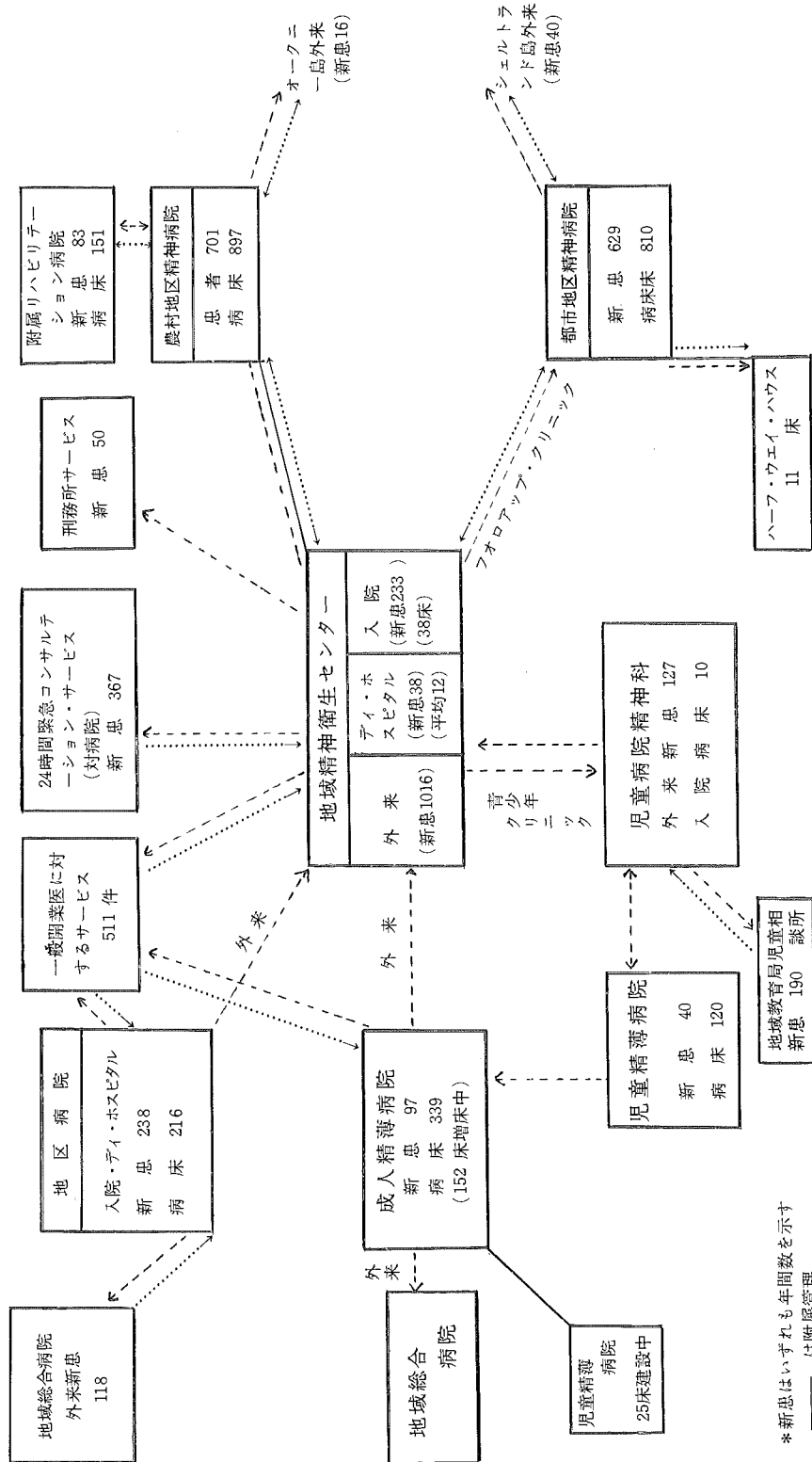
f) *Aberdeen Project (North-East Scottish Mental Health Services)*

スコットランド北東の49万人口を、*Aberdeen* 大学の管理センターで扱っている。ここには897床と810床の2精神病院があるが、大学職員が中心となって、まず患者登録に着手した。この2つの精神病院のほかに、210床の総合病院神経科、地域精神衛生センターの38床、児童病院10床、精薄児病院120床、成人精薄病院338床があり、地域センターにはディ・ホスピタル、外来があり、緊急相談、開業医へのサービス、刑務所での相談などを引き受けている。地域外に治療を求めた患者は3%に過ぎず、人口も安定している点もあって11,000人の地域内患者をよく把握している。この *North-East Scottish Mental Health Services* の組織図は次の如くである。

以上、比較的最近のイギリス、とくにスコットランド、ロンドンの一部、マンチェスターなどの例を挙げたが、ここでは主として既存の地域精神病院が主体となって、大学精神科の研究者とともに、二次的、三次的予防を目標として、地方衛生部と協力し、地域医療をすすめており、アメリカに見られるような *county* の特志慈善団体による委員会や財政的援助はない。国民衛生法や精神衛生法を根拠にして、地域設定や各機関、開業医との総合が行われている。地域住民のニードを測定して、包括性をもった地域医療をすすめるという努力もあるが、アメリカのように一次的予防を金科玉条とする考えはない。アメリカとは医療制度も異なり、精神分析の原理に批判がつよいことが、地域医療にもつよく示されている。

North-East Scottish Mental Health Services の組織図 (Dr. Baldwin)

1963



*新患はいずれも年間数を示す

- は附属管理
- は職員兼務
- は患者委託

4. む す び

この原稿は主として英米の具体的な地域医療のあり方と、両者の相違を論ずることによって地域医療の本質をすこしでも明かにしようとしたのであるが、その根底にはわが国の地域医療の発展のために、なにから着手すべきか、着手できるかという問題がある。この点に関してはすでに多くの意見が述べられており、中間施設の設置、精神科診療所の可能性、作業レクリエーション療法の点数化、精神衛生センターの必置、相談員、嘱託医の増員、職親制度、地方精神衛生審議会の権限の明確化、公的精神科病床数の再検討など、いずれも緊急の課題が山積しながら解決のきざしがはっきりしないままになっている。これらの課題を一步前進させなければ、地域医療の発展は望まれないのであろうが、その方向への努力を前提として、今着手できそうなことを、欧米の資料から読みとれないものであろうか。

地域にせよ、病院、施設にせよ、おのおの特徴の性格と伝統をもっており、これらを画一的に考えることはできない。イギリスのような国営医療の国でさえ、国民衛生法による地方衛生部の活動だけでは地域医療が発展せず、個々の病院、施設の自主的活動によって始めて、地域医療の進展をみるようになったのであり、この努力なしにはただお役所的な事務が増えるだけであろう。それではある地域内の関係諸機関、施設、個人が精神障害者の地域医療について、相互に意見や資料を提供し合い、地域に対する責任性をもつということである。そしてたとえこれらの1つが地域医療の前提となる活動を開始したとしても、そのニードが他の機関、施設さらには地域住民にどのように受けとられるかという問題がある。結核やガンに対するキャンペーンが、かなりスムーズに地域医療に結びついていったのは、病気としての認識が明確であり、医療機関とくに一般開業医に課せられた大きな課題となっており、それが公衆のニードに答えることであったからである。精神障害者については、その膨大な数にもかかわらず、地域性、統合性、包括性、予防的見地、治療の一貫性という点でも、ほとんど分離の状態が長くつづい

ている。この分離をいくらかでも地域中心という線にそろえていくためには、これを提唱するものがなければならない。行政機関、とくに保健所や精神衛生センター、研究機関、特定の病院施設がこの提唱者になるとき、おのおの特性によって異なる立場や活動が生じてくる。従ってどの機関や施設が中心となるにせよ、他の関係機関、施設や一般公衆のニードを無視しておし進めることはできない。また、このような活動をはじめするにはそれによって起るニードに答えるサービスが必要になってくる。つまり活動のベースメントになるものがなければ、単なる行政や研究の立場からの調査に終わってしまうのである。

これらの点を考慮した上で、筆者はまず必要なことは、特定地域内の機関、施設その他で、どのような精神障害者がどういう機関、施設に現れ、どのように治療され、どういう経過をたどっているかという実態を、サービスしながら明かにしていくことだと考える。もちろんこれには地域の行政機関から一般公衆に至るまで、すべてのものに理解されるような努力が必要であろう。このさいとくに重要な機関は一般診療所であり、地域医師会がこれをどう受けとるかがきわめて重要な課題である。このさい保健所と精神病院協会が主要な提唱者になる可能性が高い。また、サービスの対象は広くかつ包括的である必要があるが、地域医療の対象を初めから広げずに、Wing のいう *administrative prevalence* にしぼるべきであろう。この点、精神分裂病と精神薄弱がいつも大きな課題となるのは当然である。新しい機関や施設を新設しなくても、現在の機関、保健所、精神衛生センター、大学精神科、精神病院などが、関係機関との総合のものに、地域と対象をしぼって日常の活動から資料を分析し、コンサルテーション活動を通じて、広く地域の精神衛生ニードを把握していくというやり方は、国の行政体制、医療制度、公衆の態度が異なっているにもかかわらず、かなり共通するものをもっている。

わが国の現状で地域医療への志向性をもち、独自の方法とニードをもって、すでにその活動を開始している大学精神科、公私立精神病院と行政的立場からその任務をもち活動している精神衛生センター、保健所とが相互の理解の上で協同し総合

されていくことが望まれている。ことに公衆衛生行政機関と公私の医療機関とはその目的や機能を異にしているため、両者がうまくかみ合っていないという憾みは、欧米でも同様である。この点を検討しながら討議をすすめていくための資料として、拙稿がなんらかの役に立てば幸いである。

文 献

- 1) *Evaluating the Effectiveness of Mental Health Services*, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIV, No. 1 Jan., 1966
- 2) *The Community Mental Health Center, An Analysis of Existing Models. The Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health*, 1964
- 3) L. Bellak: *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*, Grune & Stratton, 1964
- 4) *Research Seminar on Evaluation of Community Mental Health Programs, 1966* (R. Williams の編集で1967年に Jossey-Bass Inc. Publishers から出版予定)
- 5) 加藤正明: 地域社会精神医学の展望, 精神医学 第7巻第7号 581-590, 1965
- 6) 地域精神医学—その理論と実践。精神医学 第8 第10号 791-837, 1966

精神衛生コンサルテーションの方法*

と日本における問題点

優 生 部
山 本 和 郎

I. 地域社会精神衛生と 精神衛生コンサルテーション

精神衛生コンサルテーションということばは、*Mental Health Consultation* からきている。コンサルテーションはすでに改訂された精神衛生法の中で、精神衛生相談員の仕事として訪問指導という形で指導の意味で使われている。しかし、後にのべるように、指導ということばは精神衛生コンサルテーションの本質とずれてうけとられる危険をもっているので好しくない。また、相談という日本語訳も、クリニックの中での相談という意味にとられるので、これも適しない。そういうわけで、*Consultation* はコンサルテーションとすることにした。コンサルテーションという新しいことばを採用する必要があるのは地域社会精神衛生対策、(*Community Mental Health Program*) 又は地域精神医学 (*Community Psychiatry*) の領域の中で、新しいそして独自の概念と方法論のうらづけをもって登場した一つの大切な道具であるからである。

地域社会精神衛生対策の目的のひとつとして、ある特定の地域社会の中で何らかの形で精神衛生に関係した問題に直面しそれをそれぞれの役割の中で対処しなくてはならない人々、例えば、学校の先生、民生委員、社会福祉司、宗教家、青少年団や子ども会の指導者、警察官、民間補導員、町の医師、保健婦、中小企業の事業主、大企業の人事課の人々、……。こういった *Key personnel* に対し、精神衛生の専門家である精神科医、臨床心理者、精神科ソーシャルワーカーが専門家の立場で協力していくことによって、地域社会全体の精神衛生に関する問題へ対処する力を向上させ、それと同時に、こうした地域社会の中に存在し現実に

活躍している *Key personnel* を精神衛生対策の大きな網の目の中に組織づけ、社会の大切な資源を有効に活用しようという目的がある。

コンサルテーションという道具は、精神衛生の専門家 (*Mental Health Worker*) がこの地域社会の中にいる他のいろいろの役割を荷った専門家と協力関係を結ぶための大切な道具である。そしてまた、これまで、病院の外来、病棟、相談室、診療所の中で患者さんの治療活動をつづけてきた専門家としての活動につけ加え、病院や相談室から外にでて精神衛生活動を推進し組織化して行こうという新しい形の精神衛生専門家 (*Mental Health Worker*) にとつてぜひもっていなければならない技術方法といつてよいだろう。

コンサルテーション活動は、これひとつだけではその意味を失う。その町、市、全体の地域精神衛生対策に関する計画が充分行われ、精神病院、一般病院の外来クリニック、相談室 (児童相談所、精神衛生センター、教育研究所の相談室等) といった治療施設とスタッフが用意され、その資源をいつでも活用できる体制の中で、その施設のどこかにひとつのコンサルテーション活動のベースキャンプがおかれる用意が必要である。この問題は、地域精神衛生活動の組織づけ (*Community Mental Health Organization*) をどうするかという形で充分検討される必要がある。しかし、ここでは、コンサルテーションの方法にだけ焦点がしぼられる。

著者が一年間すごした *Harvard Medical School* 及び *Massachusetts General Hospital* の一つの地域精神衛生活動の *project* である、*Wellesley Human Relations Service* (*HRS* と呼んでいる) の例をあげてコンサルテーション活動のイメージを提供したいと思う。

Wellesley Human Relations Service 活動は、現在アメリカ合衆国で1963年の故ケネディ大統領の白書の提出とともに国家対策となった *Community Men-*

* *Mental Health Consultation Method and the Issues in Japanese Culture.*

tal Health 対策の歴史的発生の地といえる。註1948年に、当時 Harvard 大学の公衆衛生学部にて後 Massachusetts General Hospital にある精神学部の Director になった Erich Lindemann が Boston の郊外の約27,000人の人口をもつ Wellesley の町の人々にまねかれて、Human Relations Service (HRS) という名前の相談所をもうけた。ここでの目的は、その町の人々の精神衛生についての要求にそったしかもより予防的な対策をもちこんだ活動をするにある。現在この HRS で行われている Program は、School Consultation, Nurse Consultation, Clinical Service, そして、幼稚園の子どもが小学校の学級集団に適應できる準備をそなえているか Check する Pre-school check up program を行っている。註

School Consultation は、Wellesley の教育委員会と HRS が契約をむすび、約10の小中学校の校長と先生に対してコンサルテーション活動を行う。HRS には精神科医、臨床心理学者、ソーシャルワーカーとその下にいる各領域の Training をうけている Fellow が Consultant であり、Staff と Fellow は全て Massachusetts General Hospital の member である。HRS の staff は学校の校長と密接な連絡をとりながら、二週間に一回、昼休時間又は先生のあいている時間に学校にでかけていき、クラスに問題をかかえている先生と30~40分くらい話しあう。ひとつの問題について、コンサルテーションは3回か4回ほどでおわらせることにしている。もちろん、急な問題がおきたとき HRS の方へ電話連絡がありそれにすぐ応じる体制もとっている。また問題によっては先生の力やその時間的制約でとりあつかえないケースは、HRS に refer しケースを短期間に処置したり、またさらに長期及びより本格的な治療計画が必要ならば、Massachusetts General Hospital に refer したり、または Wellesley で開業している精神医やサイコロジストの private office に refer すること、にしている。

17年の歴史のつきかさねと School Consultation の効果が上ってきて先生方の側の関心が育ってきて、

註 Wellesley Human Relations Service を中心とした Community Organization を開始するプロセスは Naegele, K, D, (1955) に記述されている。

また現在の活動内容については山本 (1967) が紹介した。

クラス内の問題のある子どもの発見が早くなってきている。

Nurse consultation の方は、Wellesley の町にある病院に看護婦の Training School があり、そこで看護婦の養成学校に入ったばかりの学生のグループを相手に consultation 活動を行っている。Nurse consultation は、その consultation 活動を始める前は学校に入ってからすぐ止めてしまう学生が24%ほどあったのを6%に減少させることができたという実績をあげ現在までつづけられている。

Wellesley は約80%までが upper middle class 又は middle class というめぐまれた町であるため、他の下層階級の多い町とはちがって、かなり余裕をもって学校を中心とした consultation を行いながら予防活動をすすめることができています。また HRS も1954年から Wellesley の町の費用で経営され町のものになっている。

日本においても、個々の臨床家は患者さんばかりでなく、家族や親類、担任の先生、企業主などにあったり、また学校によばれて相談をうけたりするという形の活動はしていたわけである。しかし、組織的な活動方針をもっていたり、より基本的な精神衛生対策の方針にうらづけられたりということはなかった。また、地域社会の中にいる他領域の専門家との話し合いは行われていながらも、その方法は専門的な技術方法としては確立していなかった上、またその概念規定も理論もなかったのである。

この論文では、日本でこれから地域精神衛生対策を展開していくときの大切な道具としてのコンサルテーションの方法を紹介することをめざし、さらに、この方法があくまでもアメリカという風土と社会構造の中で育ってきたことに目をむけ、日本で応用する場合の問題点を吟味してみようと思う。

II. 精神衛生コンサルテーションの概念規定

この精神衛生コンサルテーションの方法を確立させた Caplan, G. (1959, 1964) によると、この概念規定は次のようになる。

「二人の専門家；一方をコンサルタント (Consultant) と呼び、他方をコンサルティ (Consultee) と呼ぶ、)の間の相互作用の一つの過程である。そして、そこでは、コンサルタントがコンサルティに対して、コンサルティのもっているクライアントの精神衛生に関係した特定の問題を自分の仕事の中でより効果的に解決するよう援助するものである。」

コンサルテーションは、その目的が必ずしもコンサルティの側の精神衛生問題の知識を増加させることをめざすよりも、むしろ、自分のもっている知識をより有効に利用して行くことをコンサルタントが助けてあげることにある。それ故、「教育」とはちがう。

また、焦点のむけ方が、コンサルティの仕事の中の問題（それが、精神衛生に関係あるという制約つきで）にむけられ、コンサルティ自身の内面にある個人的な葛藤を直接にあつかうことはしない。それ故、「心理療法」とも異なる。

しかし、コンサルテーション活動がうまく行われたときは、結果として精神衛生に関してのコンサルティの一般的知識が増加するという効果をあたえるだろう。またコンサルティのパーソナリティの成長や彼自身の情緒的な問題をうまく処理する力をつける結果になることもありうる。さらに、ある特定のケースについて処理する方法を獲得するよう援助されれば、また他の同じようなケースをあつかうことができる。その結果、コンサルティが自分のクライアントの問題をあつかう一般態度が精神衛生的な問題を処理するのに少しでも効果がありような形に変化することが可能である。

コンサルテーションの目的は、コンサルティに専門化された精神衛生の技術を提供するのでもなく、コンサルティがカウンセラーになることをすすめるのでもない。むしろ、彼自身の職域の中で日頃用いている技術を、もつと自由に充分有効に利用し、より豊かな感受性と人間性をもつようにすることにある。

この方法によって、*Key personel* のかかえている多くのクライアントの精神衛生を促進するだろうし、また、情緒的に不均衡状態になっている人が病的な反応パターンを獲得する前に均衡状態にもどし安定化することにも役に立つだろう。だがしかし、このコンサルテーションの方法だけでは充分ではない、むしろコンサルテーション活動によって地域の他領域の専門家と協力体制をととのえ網をはりながら、一方でより専門化された従来まで展開してきておりまたさらに開発しなければならぬ精神医学、臨床心理学、ソーシャルワークの専門技術によって援助して行かなければならぬ。

なお、コンサルテーションは、相手が専門家（教師、一般医師といった）であるという点、いわゆるケースワークと異なる、またさらに、コンサルタントがコンサルティも通常、ちがった職域にいる。このことは、この技術がスーパーヴィジョンともまたちがっている。しかし、その内容はかなり共通しているところがある。

III. コンサルテーション関係の開始

コンサルテーション活動が開始される前にすでに行われているはずのことは、その地域社会の *Key personel* の指導者のあつまりにおいて、その地域社会の精神衛生対策の計画 (*Community Mental Health Planning*) がねられているということである。^{註1}そして、その精神衛生対策の計画の中におさめられるいくつかの活動の一つとして、他の活動と有機的な関係をもちながら、精神衛生の専門家によるコンサルテーション活動が開始されることになる。

アメリカ合衆国では、コンサルテーション活動は、精神衛生の専門家（精科医、臨床心理学者、ソーシャルワーカー）とその地域の他領域の専門家グループ又は組織との間に契約を結ぶことによって開始される。この契約をするという手続は、心理療法、精神分析が一つの専門家の提供する特殊な目的をやった関係であると同じように、精神衛生コンサルテーションも一つの専門家が提供する一定の目的をやった関係であることを、精神衛生の専門家と他の領域の専門家の間に確認するプロセスといえるだろう^{註2}

コンサルテーション関係を結ぶ場合、コンサルタントは、コンサルティ側の組織のスタッフメンバーであってはならない。このことは、もしコンサルティ側の組織のスタッフではあれば、どうしてもその組織の中の力に影響されそれからのがれることはできないし、またとくに管理的な役割をもつ立場におかれれば、管理的役割の態度とコンサルタントの受客的で、批判をしない態度とあいにくなくなるからである。

したがってコンサルティ活動は、相手の組織の外にいなから組織の中に入って行くことになる。

その時、コンサルタントはあくまでも相手（コンサルティ）のいまその場で意識的に感じている要求からはなれずに行動しなくてはならない。精神衛生の専門的な関心のもち方や考え方からあることが大切だとしても、それをコンサルティにおしつけそうした問題意

註1 しかし地域社会精神衛生を展開しようとする初期段階では、明確な対策や計画をたてることは実際にはできない。その地域社会の精神衛生についての要求をさぐる段階においても、この精神衛生コンサルテーションの方法は生かされると思う。それ故ここでは一つの理想的な姿の中で、コンサルテーション活動を位置づけていると考えてよい。

註2 この「契約」関係が日本の風土にあてはまるかは、最後の章で問題にされる。

識をもつことを強制することは避けるべきである。また、さらに、相手の中にまだ自分で充分意識化していない問題や要求を指摘したりすることも避けた方がいい。あくまでも、相手の専門家としての考え方、ものの対処の仕方、問題のもち方、を尊重する態度がコンサルタントには必要である。

コンサルティのかかえている問題は、彼のパーソナリティと彼のクライアントのもっている困難なことがらとの相互にかみあった形であらわれていたり、またさらに、そのコンサルティのおかれている組織の中の人間関係の力関係とその構造、またその組織集団の風土もからまってきていることをみのがしてはならない。

最も効果的にコンサルテーション関係が成立するための条件として、相談する側（コンサルティ）の何か助けを求める要求の強い時にコンサルテーションという関係がもちこまれることである。ということは、例えばコンサルティが小学校の先生とした時、自分の受持のクラスの子どもの問題が起きたとき、これまで先生の判断と経験で親と話あったりその子どもへのあつかい方をいろいろかえたりでその子どもの問題（それはまたクラスの問題であるが）を処理してきた。しかし、そうしたこれまでの解決様式ではどうにも処理つかない状態がおこることがある。こうした状態においては、学校の先生自身の情緒的不安が高まると同時にいままででない別の解決様式をとり入れる必要がでてくる。即ち、他者からの情緒的な *support* と同事に新しい解決様式を見つけたための相談役が必要だと強く意識される時点であるといえる。この状況を *crisis situation*^註と呼んでいる。

この *crisis situation* の中にあるコンサルティに対しコンサルタントがコンサルテーション活動をもちこむというのが一つの大切な開始時におけるポイントといえるだろう。つまり相手の要求が明確になりコンサルテーション関係をもつ必要がはっきり強くなってきている時点で介入することである。

註 *crisis* ということばに「危機」という日本語をあてはめることは危険である。*crisis* の意味は「分れ目」「峠」というより深い意味がある。即ち、この *crisis situation* における対処の仕方いかんが、次の段階の対処しなければならない状況における対処の仕方を決めるからである。いまの *crisis situation* での対処に失敗すれば *defensive* になり次の *crisis situation* への対処をいっそう困難にするだろう、また成功すれば、その人の一つの成長となりよい対処能力を身につけることになる。その意味で「分れ目」という意味をつよくうちだした訳語がほしい。

この時点で、コンサルタントはコンサルティのかかえている問題を問題としてそのまま受け容れるであって、すぐその場で相手に自分の考えをのべたりすることはさげなくてはならない。そして一方では、コンサルティの問題をできるだけ自由に語れる雰囲気をつくり、その問題の展開に対しても限定を加えず、またどの方向へ解決をやって行くかも制限しない。コンサルタントは相手に対し謙虚に耳をかたむけ、たえずいろいろのことに関心をよせ、相手の考え方を尊重し、相手のいま問題になっている *situation* を把握する態度をとらなくてはならない。そして、コンサルティからこの人は自分のいま直面していることに共に参加してきてくれているのだという気持ちをもってもらわなくてはならない。

IV. コンサルテーション関係の展開と維持

コンサルテーション関係を展開させそれを維持していくものは、コンサルタントとコンサルティの間の情緒的なつながりである。この情緒的なつながりをできるだけはやく作り上げることと、たえずこの情緒的なつながりの性質が一体どういふものかを自覚できていることがコンサルテーションの過程を展開させ満足な結果に導くカギといえよう。

まずこの情緒的なつながりが成立するまでは、*crisis situation* にあるコンサルティの不安を完全に減らすような動きをコンサルタントはとるべきでない。このコンサルティ側の不安は、最初の段階ではコンサルタントと関係をもとうとさせる大切な動機づけに役立っているからである。それ故、コンサルティに対し *ego-supportive* な接し方をつづけながら相手の不安を大切にすることが必要である。したがって、何か相手に示唆をあたえたり解釈をしたりして相手の不安をこちらで直接に解消する方法はさげるべきである。初期の段階では、こうした相手の不安を直接解消させる動きをすると、コンサルタントとの情緒的なつながりができあがる前に関係がたちきれてしまう。そのたち切れ方は、ああそうですかもう安心です私の方でやりましょう、とか、それでは他のところにケースをうつしましょうという形でコンサルティの *defense* が維持されればなしになったり、コンサルティの *dependency* が助成されるだけになり、コンサルテーション関係、は成立しないことがしばしばある。

しかし、コンサルタントはコンサルティ側の不安の性質やその変化に敏感でなければならない。とくにコンサルティの不安がひどくたかまっていくのをそのま

まにしてもいけない。もしほっておけば、コンサルティは拒否されたという気持ちをもつだろう。コンサルティの不安を関係が成立させていく動機として活用できる程度のレベルに保つことが必要である。そのための方法として、コンサルタントはコンサルティの直面している状況を解釈する形でなく、いっしょに確め

(*joint examination*), 明確化 (*clarification*) していく形をとる方法がよいだろう。このいっしょに確め、明確化する態度又は方法は、*Carl Rogers* の *Client-centered Therapy* の方法と基本的に共通しているといつてよい。

コンサルタントは上記のような過程をふみながら、コンサルティとの関係が成立するまで時間をかける必要がある。この関係を成立させる段階では、コンサルティの感じている緊迫感情やパニックの状態にまきこまれてすぐにこちらで次の行為をどうするかに関する決定を行わないようにする。もし例えばコンサルティのもっているケースをこちらでひきとるといような行為や専門的な治療にのせるという決定を、コンサルティとの情緒的なつながりがないときにしてしまえばそこでコンサルティとのコンサルテーション関係をつくる芽ばえはつまれてしまう。

コンサルテーション関係においては、心理療法の関係と同様に、コンサルティの防衛的な反応にであうしその危険にさらされるであろう。この防衛的な反応はコンサルティのパースナリティからくるものもあるし、また二つの異った領域の専門家が関係をもつため専門家集団や組織からくる防衛的な反応があるだろう。コンサルティのパースナリティとコンサルテーション関係内部における防衛的な反応には、心理治療に経験ある精神衛生の専門家はかなり敏感でありまたその処理にはなれていると思う。しかし、コンサルティの防衛的な反応や態度がコンサルティの所属している集団の構造の特徴や *dynamics* からきてるとき、その処理は必ずしも慣れていないことがあると思う。コンサルティの所属している集団の風土やその特徴に充分目をむける必要がある。そして、さらにその集団の中でコンサルティがどのような役割、地位にいるかをみきわめそれに敏感でなければならない。コンサルタントはコンサルティ個人によって受け入れられるだけでなくコンサルティの現在所属している集団や組織にも受け入れられなくてはならない。この集団の防衛的な反応に敏感になりそれを処理する技術を身につけるには、個人セラピーの経験だけでなく、グループダイナミックスを処理できる経験をつむ必要がある。

精神衛生コンサルテーションは、あくまでも精神衛生に関する問題について行われるのである。相手の提出する問題に広く関心をもつと同時に、一方ではたえず自分の役割、ここでの目的なりあつかえる範囲を相手にくりかえし伝達しなければならない。相手にまどのはずれた期待をいだかしたりすることはかえってマイナスとなる。例えばコンサルテーション関係が進展してきたとき、コンサルタントは自分のより個人的な問題をだしてきて心理治療的な関係を求めてくるときもある。^註 そのときは、コンサルテーションの目的とはちがう故、相手を *ego-support* しながらそうした目的をもった関係でないことを伝えるべきである。

V. コンサルテーション関係の持続の仕方とその終結

ひとたび情緒的なつながりがコンサルティとの間にできれば、もしまたコンサルティが問題をかかえたとき (*crisis situation* におちいったとき) にコンサルティと関係をもつ準備状態ができたことになる。コンサルテーション関係においては、一つの *crisis situation* に関して長期にわたって面接をつづけることは効果的であるかどうかは疑わしい。一般に学校のようなコンサルティになる可能性をもった人々を多くかかえている集団に対して、契約を結んで二週間に一回という形で定期的にその学校集団におとずれるという形式をとることは、コンサルタントとその学校集団のむすびつきをつよくする点大事なことである。しかし、コンサルティとなった先生個人に対し一つの問題で定期的に長期にわたった面接をすることはコンサルテーションという目的においてはあまり意味がない。もし心理治療的な関係や精神衛生の教育をしようというのならそうした関係は意味があるだろう。しかしコンサルテーションの考え方からすると、こうした長期にわたる関係のもち方は、特定の目的をもたな

註 コンサルティがコンサルタントに個人心理療法を求めてくる場合、もし、コンサルティが個人的な強い葛藤で悩み、コンサルテーション関係の中で現実処理ができないと判断されたときは、他の精神医又は臨床心理学者に依頼する必要がでてくるだろう。しかし、コンサルティが個人心理療法を求めてくるとき、コンサルタントに対する依存的な気持や、現実状況で対処していくことから逃げだしたくなっていることがある。この場合は、コンサルタントは、コンサルテーションの目的とその限介を示して相手の積極的な側面 (*positive ego aspect*) を *support* し、コンサルテーション関係を保持する必要がある。

い *ego support* になり、結果的にはひどくコンサルティを依存的にさせる状況をつくってしまう。^註

コンサルテーションがその効果を最大にあげられる条件は、コンサルティ例の *crisis situation* がもっともピークになっているときにコンサルタントの介入が行われるところにある。そして、コンサルティのそのときの最も高まった自分でなんとかしなくてはならないという自発的な気持（処理しようとする動機）を充分大切に、コンサルタント例の最少限のお手伝いで、コンサルティ自身の力でその *crisis situation* を自分の経験としてのりこえるところにコンサルテーションの目的がある。それ故、頻ばんに訪れ接触することで、相手の中の *crisis situation* が充分熟さないうちに介入するというのも避けるべきである。これは、ハレモノを手術するときの外科医の方法と同じようなものである。また、相手が *crisis situation* の中にいないときにコンサルテーションをもつことは意味がないし効果もない。

それ故、その個人の *crisis* に関係した問題が解決されただけでできるだけすぐにコンサルテーション関係は終らせることが得策である。しかし、その終結は決して最終的なものではない。むしろ、このつながりは一つのくぎりともみられるべきもので、二人の間の関係そのものは、たえず開かれたままにしておき、また次に問題がおきれば、その関係はまたすぐにもたれる状態にしておくことが必要である。

このコンサルテーション過程は、教育や心理療法のもつ *policy* とは反するところがある。教育や心理療法では、そこでの主題となる全てのことが組織的にあつかわれることがめざされ、ある一定の決った形の終結が目的となっている。コンサルテーションの過程では、コンサルティのもっている問題の全ての範囲のうちのせまい一部の問題をあつかうのである。その問題はコンサルティが専門家としての日常の経験でいままで処理した形ではどうにもならないときに偶発的に発生してきたものである。そうしたコンサルティ例の専門家としての日常の経験の *context* の中で起こる問題に対する処理の仕方をどうするかについてこちら側から介入する点、心理療法や教育のように組織的な形の接近法を設定しようとするのはむずかしい。

註 それと同時にコンサルタントの方も多くのコンサルティをかかえることになり、コンサルテーションの目的とする最小のエネルギーと時間で、巾の広い *care system* を組織化し、マスを対象とした精神衛生活動をしようとする方針が阻害される。

さらにコンサルテーションの目的は、適切な回数 of コンサルテーション面接が終わったとき、コンサルティ側の専門的な経験による処理の仕方が、コンサルテーションを通じて、いまそこで直面している問題を処理できる形のものに拡がればそれで一つの目的が達せられたわけである。相手の人格の変革を直接めざしたり、知識そのものを組織的に伝達しようというものではないのである。

VI. 目標と手段

コンサルテーションの最終目標は、コンサルティとコンサルティ自身が問題にしているクライアント（例えば学校の先生とその先生が問題にしているクラスの子ども）との関係を情緒的に風通しのよいものにするのである。そしてコンサルティは自分自身の生来もっている能力や知識が許すかぎり自分のクライアントの要求に敏感になることであり、コンサルティ自身の中の情緒的な葛藤からでてくる心理的緊張によってじゃまされない形でクライアントの要求に反応できるようになることである。コンサルテーションによってコンサルティを助けることが、コンサルティとそのクライアントの心理的なつながりが維持されまたさらに深まらせ、より快よい人間関係にするとところにも目標がある。

これまでいくつかの調査で、精神衛生の専門家が指摘する問題児と学校の先生が指適する問題児が必ずしも一致しないという結果がでている。^註 このずれは問題をもっている子どもとして把握する態度と問題視するという態度とのずれといってもいいかもしれない。先生側の不安をゆさぶり、過度の拒否的な気持を抱かせ、又はひどくかわいそうだという気持をもよおすような子どもに対して「問題」だというみかたをさせることが多いのである。こうした「問題」の子として見るみかたの中に、先生自身の不安、罪悪感、先生にとって受け入れられない様々の気持の投射 (*projection*) が関係してきている。そしてさらに何とかしなくてはいけないというあせりやどうしていいかわからないとまどいがかいっそう先生の気持をゆさぶり現実の子どもの姿や子どもに関係した状況を冷静にゆがみなくみつめることを妨げていることがある。また学校の中で先生同志の人間関係のひずみや、先生とその子の話の関係からくる圧力によって、現実の子どもの実態を充分分

註 こういう結果は、他の町の *key person* である民生委員、福祉司、開業医、などにもでてくるだろう。

つめることができなくなっているときもある。とくに先生の中でその状況にまきこまれ情緒的に不安定になっているときは、先生の日頃の経験や知識をもとにした判断ができないでしまっている。

コンサルテーションはこうした先生の *crisis* 状況において、まずコンサルタントがコンサルティ(先生)に *ego supportive* な関係を提供し、まず先生自身の情緒的安定をはかると共に、その状況をより冷静にみつけ現実状況の把握をしやすいようにするのに役立つ。コンサルタントのおちついた態度と現実の状況について一つ一つ明確化していく姿勢はコンサルティにとって気持の上でのささえとなると同時に、そうした態度に同一視することにより自分の現実状況へととりくむ姿勢を学んでいくことができる。

結局は、このコンサルテーションの過程はコンサルティのその状況についてのステレオタイプな(感情的にも又認知的にも)知覚の仕方を少しづつ減らしていく過程といえる。いいかえれば、コンサルタントはコンサルティの補助自我(*accessory ego*)の役割をとり、コンサルティと彼のクライアントの間の情緒的な橋わたしをする役目をつとめるわけである。そこでコンサルティは、自分のクライアントを再発見し、たんに問題児というレッテルをはるのではなく、自分の問題で悩み何んとかしようとしている子どもであるという知覚をすることになる。

こうした知覚の仕方の変化のあとに、こんどはコンサルティはそのクライアントに自分の力でどのように働きかけるかという問題に対し、コンサルタントはコンサルティを *support* する段階がくる。コンサルテーションの展開の中でコンサルティ自身のクライアントに対するとらえ方の変化はすでにクライアントに何らかの影響をあたえ、そこにすでにクライアントの動きの変化がみられるだろう。まずその変化をコンサルタントはコンサルティとともにたしかめていく。そしてまたコンサルティ自身の働きかけ方によるその後の変化をたしかめあいを行っていく。

crisis situation の中におけるコンサルティが現実を充分とらえられない理由として、1) コンサルティの情緒的な反応によって現実状況が充分把握できていない場合と、2) コンサルティ自身の知識がかけていて新たな状況把握ができない場合とさらに、3) コンサルティ自身の人格の深いゆがみ又は能力の欠除からくる場合とがある。2) の場合はコンサルティが状況を明確化する過程でコンサルタントから少しづつ提供される情報によっておぎなうことができる。3) の場合

は、他の人でそのコンサルティに協力できる人をさがし、その人の助けをかりて解決をはかるとも考えられる。その場合もその当面のコンサルティ自身のもっている少ないながらの能力や健康な面の人格の状況を大切に *support* してあげる必要があるのはもちろんである。註1

コンサルテーションの方法は、あくまでもコンサルティの現在もっている能力(まだ充分使われていない能力も含めて)や経験、知識を充分生かせるようにお手伝いするところにある。それ故、問題によっては、相手の能力をこえ相手の専門のわくの中では処理しきれないことがでてくることは当然である。その時、こちらで用意してある精神衛生の専門的な資源を導入しその問題を解決していく必要がある。註2 もちろん問題の性質によっては緊急に精神衛生の専門家の手で処置を行う必要があるときもある。しかしその場合でもコンサルテーションの関係をつくり上げる努力を一方で行いコンサルティのもとに再びケースをかえすときのために用意しておくべきである。

コンサルテーションの過程で有力な手段として使われているものは、*Ego-Supportive Technique* と *Clarification* である。あくまでも相手の人格的資源、(職業的専門的な知識や経験、その人の人柄の良いめん)を尊重しそれをささえあげ活用できるようにすること。さらに、そこで直面している状況と相手の気持を解釈するのではなく共に明確化してあげることである。それ故、相手を患者(*client, patient*)としてあつかう態度は絶対さけることを再び強調しておかなくてはならない。「だれでも内面的な心理的葛藤はもっているものである。そして、それに対処していく通常の仕方は、日常の現実生活をとおして処理していつているのである」という態度をコンサルタントはもっている。相手の内面的な心理的葛藤をどんどん掘りさげようとしたり、またその解決の仕方をこちらの精神衛生的に最も適切だと考えている仕方にあてはめさせよとする態度は避けるべきである。もしこうした態度をはじめからもちこんだとき、コンサルティ側の強力な防衛的な反応にあい、コンサルテーション関係は成立しないだろう。そうして、精神衛生の専門家と他の

註1) の場合はすでに述べた方法での *ego support* により処理ができるだろう。

註2) クリニックや相談室にコンサルティのかかえているケース(クライアント)を *refer* し、治療にのせたり、入院させることも含む。

領域の専門家との協力体制はできあがることはないだろう。その結果、精神衛生の専門家以外の大切な精神衛生対策の人格資源の活用も行われないうだろう。

心理療法的な態度や方法をさけることの重要な意味は、コンサルテーションをコンサルティ側の抵抗の解発を最少限におさえ、最大限のスピードで関係の成立をさせその操作を行うところにある。いいかえれば、コンサルテーションを精神衛生の予防活動の context (早期発見, 早期に care する) の中で正当な位置にしみさせることにある。つまり、精神衛生の組織化 (Community Mental Health Organization) のための最も有力な手段として大いに活用しようというところにあるわけである。そうして、精神衛生の専門家よりもっと前線で精神衛生の問題をあつかっている町の専門家と協力して行き、精神衛生活動の大切な人的資源を拡大し組織化していくためのものである。

Ⅶ. 日本で応用する場合の問題点

アメリカにおける精神衛生コンサルテーションの方について概略的な紹介をこれまで述べてきたわけであるが、はたしてこの方法が日本という社会構造、人間関係の中でどれだけ実現できるだろうかという疑問がでてくる。

コンサルテーションという言葉すら日本語に適切な訳語がないのであるから、この疑問は大切なことである。実際にこの方法を我々の手で少しでも実行し展開してみないとその答はでてこないかもしれない。著者が Harvard Medical School で訓練をうけている間に仲間と話し合い考えてきた問題点をここで簡単に述べて、これからの日本での地域精神衛生対策の展開の中で、この方法が活用されるときに注意すべき点を指摘しておきたい。

1) 「契約」の問題

精神衛生コンサルテーション関係は、異った職域の専門家同志の間の契約によって成立していると Caplan, G. (1964) はいう。日本人の人間関係の中において契約関係 (Contractual Relationship) は本来的に異質なものである。その点を Talcott Parsons の人間関係の特性に関するカテゴリーを用いて考えてみよう。Talcott Parsons は、対人関係の特性をとらえる次元として 1) 感情性—中立性 (affectivity-neutrality) 2) 無限定性—限定性 (diffuseness-specificity), 3) 所属本位—業績本位 (ascription-achievement), 4) 個別主義—普通主義 (particularism-universalism) を上げている。この次元の上

で記述するには日本人の対人関係は、感情的で、無限定的で、所属本位で、個別主義的な特徴をそなえている。これは親子関係の特徴とかさなりあう、即ち、親と子の関係は強い感情的色合いに色どられている、そして親の役割は様々の状況においていろいろな役割をとる。親と子の関係は一度始れば永久的なものであり親子関係という体系の中から一歩もでられない。さらに他の人が実の親、又は実の子の役割にとってかわることはできない。

こうした親子関係と対称的な型の対人関係は、ビジネスの関係である。それは本質的に契約関係である。(西洋文化の中で育ったビジネスの関係といった方が正確のようである。) この場合は、相互に相手との関係をもつ場合、感情的には中立を保っている、そして、ビジネスに関係した特定の面だけの役割関係が保たれ、あくまでもその関係のもつ目的を達成するかしないかという業績本位によって関係が規定され、ビジネスの目標を達成するためには必ずしもいま関係しあっている本人がそれにあたらなければならないということはない。ビジネス関係を成立するに足る他の人間がいればいつでもその人にかわりうるという特徴をもっている。

精神衛生コンサルテーションでいう契約は、いわゆる産業界のビジネス関係の契約よりは、かなり感情的 (affective) で個別主義的 (particularism) なニュアンスをもっている。しかしそれでも、日本人の人間関係の特質の中に、契約という形での精神衛生コンサルテーションをもちこむことがかなり困難であることが予想される。

「契約」ということばのひびきは日本人にとってかなり冷やかな人間味のないものとしてひびく。このことばのひびきは、日本人にとって、人間の精神衛生的な問題に対してとりくむ場合それを「人助け」の感情をもってとらえていることが多いのでかなり矛盾をもったものとしてひびくだろう。とくに民間の key person にあたる精神衛生の問題に熱心な人々は、その自分の役割がはっきり自分のビジネスとしての自覚がなく、むしろ自分の個人的な人情からでてそうした仕事に関係していることが多い。例えばクリニックでのクライアントと診療や心理治療の関係を作り上げるときでもはっきりした契約関係であるという自覚をもつことに抵抗する場合が日本の風土にあるのではないだろうか。

またコンサルテーション関係の中で契約関係という基盤の上で、コンサルタントの役割の限定を保つこと

が強調されている。この場合も、日本人的な動きからは、相手に何でも要求したくなるし、また要求された場合何でも答えないと悪いような気持になるという傾向がある。(これが親子関係に類似しているところともいえる。)コンサルタントからその役割の限界をはっきり示されたとき、コンサルティは自分の要求全てが拒否された気持になったり、自分という人間そのものを拒否されたような気持になるかもしれない。日常、人間関係の中で自分の役割を充分分化させることに慣れていない日本人にとっては、一つの限定された目標をもった役割関係を作ることでそれを保持することに困難な点がある。

2) 上下関係の構造

この論文の始めにのべたようにコンサルテーションという訳が「指導」という形で使われたという事実は日本の社会における対人関係の構造をよく示している。精神衛生コンサルテーション人間関係は、あくまでも領域の異なる専門家の間の対等な関係であることが強調される。したがってある限定された目的をもった対等な専門家同志の契約関係であるという規定が西洋流にいえばなされるわけである。しかし、日本の社会風土では、友人関係のようなより親密感の感情をもち、解放的な関係を除いては「対等」という関係がはっきり存在することはまれであろう。学歴のちがひ、職業のちがひによって、社会構造の中にある上下の人間関係の網の目にあわせて、コンサルタントとコンサルティが位置づけられてしまう。医師、臨床心理学者、精神医学的ソーシャルワーカーといった肩がき、そしてさらに、そうした専門家の属する大学、研究所といった集団のもつ肩がきは、コンサルタントとして町の専門家からみれば、どうしても上の人間として映らざるをえなくする。

こうした上下構造はアメリカ社会においてもありうることであり日本特有のものであるとはいきれない。しかし、人間関係の上下構造の中で、上の者と下の者との相互作用の過程の中で、日本人特有の「恩」「恩がえし」といった感情的なうけとめ方は日本特有のものといえる。そしてまた日本において精神衛生コンサルテーションを展開していく場合、この日本人特有のお世話する、お世話になるという「恩」とまではっきりしない義理感情を無視することはできない。もし、感情的にコンサルタントとコンサルティの関係が対等なものとおたがいに感じられても、コンサルティ側にお世話になったという義理感情はのこるわけである。

こうした義理感情、そしてさらに強い恩感情の

もたらす感情的負担を精神衛生コンサルテーション関係の中でコンサルタントはいかに敏感になるかそしてその気持を受けとめ処理していくかが日本において、一つの課題となってくるだろう。

3) 親密感をもった関係

この問題は契約関係という形式をもちこむことの困難さにつながることである。日本人同志の関係が成立する場合、そこにまず何らかの親密親しみの気持 (*intimacy*) をもたないと、仕事の話になりにくいという特徴がある。「腹をわたた話し合い」は仕事として定められた席上で行うのではなく、むしろ、一杯のみながらはなしあう席上ではじめて行われる。このことは、西洋社会でも程度の差こそあれ同じ過程がある。しかし、日本では、よりいっそうこの親密感や好感があるかないかという感情的な反応に敏感であることはいえるだろう。それ故、精神衛生コンサルテーションを展開する中でも、仕事だけの話でその場を去るという動き方だけでは人間関係を保つことができないことが予想される。一杯のんだり、食事をしたりという関係まで入りこまなくてはならないこともあるだろう。とくにコンサルティ側の集団の中の問題がコンサルタントに伝達されるまでには、こうした日本人的な親密感情 (*intimacy*) が成立する段階が必要になってくる。

こうした親密感情 (*intimacy*) はかなり重要な条件となることは分かっていても、その親密感情をもった関係にだけとどまる一方、コンサルテーション関係が専門家集団と専門家集団の普遍的な機能的関係でなくなり、一人の固定した人だけがコンサルタントとして迎えられ、また、コンサルティの方も集団の一人でなくなるという関係ができ上がる危険があると思う。その時、コンサルテーション本来の機能が充分発揮されないで、*Community Organization* の道具にはならなくなってしまう。

4) 依存的関係

土居健郎氏 (1965) が指摘しているように日本人のパーソナリティの根底に「甘え」がある。日本人の成長の過程、それをとりまく人間関係の構造に、本来的に規定した人間として訓練されていないという日本人のパーソナリティ特徴は、精神衛生コンサルテーションの関係の中でも重視しなくてはならない。

日本人の人間関係の上下構造に関して、コンサルティ側の人々は自分の直面している *crisis* の処理を一方的にコンサルタントにまかせようとする傾向があるだろう。また一方では、自分の問題として無理やりにとり入れようとしコンサルタント側からの働きかけ

を拒否することもあるだろう。依存的な態度及び上下構造からくる、コンサルタントに対する一方的なよっかかりか又は拒否という動きを処理する課題が一つで
てくる。

さらに、コンサルタント側にある従来からの基本的態度も指摘しなければならない。とくに精神医、臨床心理学者のこれまでとってきた態度は、町の *key person* が患者さんをつれてくると、我々におまかせ下さいという態度をもっていたと思う。また、相談室やクリニックにすればなんとかなるといふ姿勢もあった。精神衛生の専門家のケースのひきとりかたそのものが、コンサルティとなりうる人々の自発的な活動の芽ばえをつんでしまい、依存的にさせ、そして、精神衛生の問題に無関心にさせていたといえよう。この精神衛生専門家の態度の中には、専門的なことは素人にはできないという素人に対する不信と専門家としての自己満足もなかったとはいきれない。

日本社会構造が上下構造の中でかためられ、横のつながりの連絡が充分でないこと、そして上下構造の中に親分子分的な家族的な関係が成立し、横からの他系列からの関係や協力を拒否する傾向も日本人の依存的傾向と無関係とはいえない。コンサルテーション活動はこうしたセクショナリズムの壁をのりこえて職域の異なる人々と協力関係をつくろうというところに一つの目

的がある。アメリカ社会のように上下の人間関係が機能的にたえず変化させることができ、横のつながりもかなり自由に变化させられる素地をとっている土台でこのコンサルテーションの方法が考えられたことを、まず頭に入れなくてはならない。

以上日本の社会で精神衛生コンサルテーションを行う場合にひとまず考えておかなければならない問題を指摘した。このことは日本において、コンサルテーション活動を行えないということの意味しているのではない。むしろ、こうした日本での問題をふまえた上で、実際に展開していく必要があることを意味している。

文 献

- 1) Caplan, G. *Concepts of Mental Health and Consultation*, Washington, D. C., : Children's Bureau Publication, No.373. 1959.
- 2) Caplan, G. *Principles of Preventive Psychiatry*, New York : Basic Books, 1964.
- 3) 土居健郎 精神分析と精神病理 医学書院 1965.
- 4) Naegele, K. D. *A Mental Health Project in A Boston Suburb (In Paul, B, D, (Ed) Health, Culture and Community)*, New York : Russell Sage Foundation, 1955.
- 5) 山本和郎 地域社会精神衛生と臨床心理学. 臨床心理学研究 Vol. 6, No.2, 1967 (印刷中).

ババンスキイ；「ヒステリーの定義」

社会復帰部

高 橋 徹 訳

ヒステリーを扱った研究は数多くあるにもかかわらず、この神経症について医者それぞれのいっている概念は同じであるとは思えない。会員の大半が同じ学派に属しているはずのこの学会⁽¹⁾においてさえ、ヒステリーに対する考え方の点でお互それぞれが随分くいちがっていることを如実に示すような議論が、これまでも百出している。こうしたくいちがいは、みんながヒステリーを充分明確に定義しないまゝ、扱い、のみならず定義しようをささげなかつたことによるのではなかろうか。「ヒステリーは定義されたためしがなく、定義されることは今後もあるまい」といった Lasègue のことばがまるで当りまえのようにうけとられているのである。

ところで定義とは、あるものを特徴づけしかもそのものに固有で他のものにはない属性をはっきり述べること（*Littre* 仏語辞典）なのであるから、ヒステリーが定義できないということはつまりヒステリーがほかの神経疾患とはいかなる性質によっても区別できないということと同じであって、だから、特別な神経症であるとされているヒステリーが疾病学の上での枠から外されてしまっても致し方ないことになる。しかしヒステリーの診断を下すことはまあることで、そう診断した医者がこのヒステリーということばを無意味に使ったのでないとすれば、この神経病的な状態を特徴づけるような多少ともはっきりしたものをまえて考えたはずであり、頭のなかでは彼らなりに定義していたに相違ない。

ヒステリーをめぐる問題はいまだに論議のマトになっているが、こうした問題を理解するにはこの神経症について満場一致して認められているような定義に精通しておくことが必要であるし、その定義も明解で正確なものでなければならぬ。この後者の条件は、ヒステリー症状のすべてに共通で、しかも専らそれらに固有でなおかつ容易に観察できるような性質が決定できれば満されるはずであろう。

このためには、医者のすべてがヒステリーと呼ぶことに賛成するようなさまざまな症状を吟味分析し、またこれらの症状を、人が一致してヒステリーから区別

しているさまざまな神経障害とくらべてみる必要がある。

ヒステリー性大症状、すなわち神経発作、麻痺、拘縮、知覚喪失、を考えてみよう。これらに共通な属性とは何であろうか？ 一般には、これらの障害は全く機能的で、精神的なものであり、心的な原因によって起るもので、また、同じ患者に相次いでさまざまなかたちをとってあらわれ得るものであり、この障害に悩む患者の精神状態や一般栄養状態にはあまり重大な影響は与えないものだとされている。だが、一部の研究者が考えるようにこれらをヒステリーを定義づける特徴であるとしてよいであろうか？

私の意見はそうではない。なぜなら、これらのうちのどれもがこの神経症に固有であるとはいえないからである。実さい機能的精神的な疾患はほかにもある。ヒステリーのみが心的原因で起るなどとはいえないのである。たとえば精神的なショックがヒステリーとは別の精神障害をつくり出すことに影響していることもあり得るし、同じショックが糖尿病患者に神経発作を生じさせたり血管損傷をもつ患者の重篤な循環障害を決定づけたりもする。脳大出血が強い感動の結果起ることもある。

ヒステリーと同じように痛風もまたさまざまな症状をあらわし、それらが相次いで生じたりある症状がほかの症状に置き換ったりする。

そのようなわけだからどんなによく既定された概念であっても、それに固執する必要はない。

さらにまた、患者の一般栄養状態や精神状態に重大な影響を与えない神経症患はほかにもある。たとえば神経衰弱は、栄養障害を全く起さず何年にもわたることがあるし、穿さく症の場合にも一般状態や知的能力の衰弱をきたすことなく年余にわたることがある。

そのようなわけだから、改めてヒステリーに固有な別の性質について検討し研究しなければならないことになる。

一部の患者たちについていえる、暗示により厳密な正確さをもって症状が再現され、また説得だけで消えるという可能性は、この種の性質とみなされる。だがこのことの証明にとりかかるまえに、私のいう「暗示」

1) バリ神経学会（訳者註）。

ということばの意味をここに示しておくことが必要であると思う。このことばは、「ヒステリー」ということは同様充分な正確さでもって定義されているとは思えないからである。

日常用語としては、「暗示」は概ね、よくないほめかし（*Littre* 仏語辞典）、を意味する。医学上の意味では、それによって他人にうけ入れさせようと努めること、あるいは、他人に向って明らかに不条理な観念を実現させようと努めること、を意味しているように思われる。たとえば、うす暗いところにいる人に向って、あなたはいまばゆい炎で周まれている、ということばは暗示である。なぜならこの観念は、観察者のものとは明らかにちがった観念だからである。筋の働らきが正常な人に向って、片腕は麻痺している；だからもう動かないであろう、という場合もまた暗示である。こう断言することは良識に反しているからである。もしもこうした観念がうけ入れられて、幻視が、あるいは腕の単麻痺が起れば、被験者は暗示にかかったわけであり、観察者に暗示をかけられたことになる。だから、「暗示」ということばはほめかかそうとする考えが不条理であることも意味している。実さい、このことばにこうした特別な意味を与えないなら説得と同義語になってしまう。おまけに暗示によって治った、などというとりちがえが起ることになる。

心的な麻痺を起している人に向って、この麻痺は余く空想的なものなのだから意志の力をもってすればまたたく間に消すことができるのだとはっきり言ったらその麻痺が治ってしまった、という場合、これは暗示ではない。むしろ逆である。なぜならここに述べられている考えは不条理どころかむしろ甚だ道理にかなったものだからである。このような医者のおもはしは、患者に暗示をかけようとするのとは逆で、むしろ病気のもととなっている暗示、自己暗示、を無効にしようとするものなのである。暗示ではない。説得である。

そのような意味から、以前述べたように私は、ヒステリー性大症状のすべて、麻痺や拘縮や知覚喪失や発作、およびそのさまざまな変型のすべては、ある種の患者、とくに催眠にかかり易い人たち、の場合には暗示によって再現されると思っている。この再現はきわめて正確なものであって、しかも実験的な暗示で起きた障害とヒステリー性の障害とを区別することはできない。だからヒステリー性の障害は自己暗示の結果であるともいえる。逆にヒステリーの枠外に申し分なく入れられている疾患は、どれひとつとして暗示によって

再現させることはできない。暗示で得られるのはそのたかだか極めて不完全なイミテーションにすぎず、元のものとは簡単に区別できる。たとえば催眠にかかり易い人に末梢性顔面神経片麻痺だとか、ふつうの橈骨神経麻痺を起こさせようとしても、被験者の持ちまへの被暗示性をもってしても、また実験者のねばりをもってしても目論みどおりにはおそらく起らない。顔面神経の麻痺のさいの顔の特徴的な変形を起すような筋緊張低下は、彼らの力をもってしては起し得ないであろう。また、腕の屈曲運動で、橈骨神経麻痺にみるような *m. spinator longus* と *m. biceps* とをバラバラに動かすこともまた不可能であろう。

このように、ヒステリー性の大症状はすべて暗示によって再現させることができ、また専ら説得のみの影響で消失しやすいものである。これらの症状はどれをとっても、治したいという気持ちを患者にいだかせるような適当なやり方を使えば大ていはほどなく消えてしまう。こんな工合にふるまう疾患はヒステリーのほかにはないし、ほかの疾患では、説得法で扱った経験はないがしかしいかにも説得が効きそうだと思うような患者に対しても、説得で治そうとすると失敗して意外に思ったりする。たとえばここに、症状のはっきりでている穿さく症の患者がいて、さまざまな恐怖症に苦しめられており、おまけにこの患者は総明で何らの妄想もっておらず、また自分を苦しめているもろもろの観念がいずれも莫迦げたものであることをよくわきまえていて、これらの恐怖がいずれも現実的でないことをよく知っており、この生活を苦しめている障害から解放されたいという強い願望にかり立てられており、さらにこの患者が催眠にかかるものとしよう。こうした例は、説得で治す上で良い条件が備っているかにみえるが、観察してみるとこの先入見はうち消されてしまう。説得はたしかにこの患者に安らぎを与えはするが、病気は説得では治らない。

ヒステリーの領域外にあるものとして申し分なく定義されるような神経疾患には、精神療法だけで治ってしまうものは何一つない。精神療法の介入が有効ではあっても到底それだけでは充分だとは思えない。この例の場合、説得がすぐさま効くことはないということからもこのことは証明される。たとえば神経衰弱の患者をみていると、彼は脳の衰弱にびくびくしながら暗い考えやふり払ってもつきまとう心氣的な考えに苦しめられ、全く頭でつくり出された狂気とこの強迫観念とにおびやかされ、神経衰弱の症状はますます重くなる一方である。そこでこの患者に向って、そのよ

うな怖れは根も葉もないことなのだからきつと治ると説得するはめになったとする。そうすればこの患者にとって欠かせない精神の安らぎが生じて回復は速められる。たしかに精神療法は役に立ったし、結果的には神経衰弱の悪化は防がれたわけである。しかし精神療法だけが効いだけではなく、治すためのほかの方法、とくに多少とも持続して頭を安めるといふ方法の併用が必要だったのである。

ところで私は、すべてに先行しておこる症状を、私が一次性と呼ぶ症状に入れることにしているが、もっとも重要な症状の多くのもの、たとえば知覚喪失や運動麻痺、拘縮や発作などが、いずれもほかのヒステリー症状に先行されなくとも生じ得るのである。しかし、一次性症状としての性質がなくても、一次性症状と極めて密接に結びついていて、一次性症状に従属しているようなさまざまな障害はやはりヒステリー性としてよいと思われる。しかしこれらには二次性ということばを冠すべきである。ヒステリーのさいにみる筋萎縮はこの種の障害であり、筋萎縮は決して一次性にはあられせず、しかも暗示では起せない。筋萎縮は運動麻痺とかヒステリー性の拘縮と結びついていて、これらに先行するわけではなく麻痺や拘縮の結果として生ずるものであって、筋の機能が回復すればだんだん消えて行く。そこに二次性障害を定義づける結びつきがみられる。二次性障害は一次性的ヒステリー性現象と密接に結びついていることによってヒステリー性といえるわけである。

ところでこれまで私はヒステリー症状の定義に努めてきたのではなかったか？ 一体ヒステリーそのものはどう定義されるのか？ といわれるであろう。この反問には、ヒステリー症状のないヒステリーは一種の抽象であるにすぎないと答えておきたい。つまりヒステリー症状をあらわし易い精神状態をそういってよいであろう。要約してここに定義を提案してみよう。「ヒステリーは、自己暗示を可能にさせるような精神状態である。ヒステリーは主に一次性的の障害としてあらわれ、何らかの二次性的の障害をもなっている。一部の患者にみるように、一次性的の障害は暗示によって厳密な正確さでもって再現させることができ、また説得の影響だけで消すことができるという特徴をもっている。二次性的の障害は一次性的の障害に密接に従属していることによって特徴づけられる。」

このようにして、さまざまな障害のうちで、あるものはヒステリーに、また他のものはヒステリー以外のものに分けるということによって全く異論のない障害をとり

あげて、それぞれの本質を比較し分析することがヒステリーを定義することになるという意味あいでは、ヒステリーに固有の属性を決定しようと努めてきたわけである。

ヒステリーか否かが議論のマトになっているような障害に対しては、それがいまあげた定義の性質をもつか否かをまず究めてみるのがよいと思う。これは全くただ観察と臨床検査の問題である。

これに対して出される異議を予想してみよう。発作とか、そのほかヒステリーに特徴的とみられる症状を示すまぎれもないヒステリーで、しかも説得しても少なくとも見かけの上では効果がない例をみることは珍らしくないが、だからといってこれだけの理由でヒステリーは問題にならない例であると主張できるであろうか？ これに対しては、私はなにもヒステリー症状がいつも確実に説得で治るものだと保証しているわけではない、と答えない。私はただ、ヒステリーがこの説得という方法で治りうるものだと知っているにすぎず、ある例が精神療法の失敗にあったとしてもそれはヒステリーだと主張したい。つまり私が、臨床的に同一の面をもち、全く独特なことに、暗示で再現させることができても説得で消滅させ得た例を観察したからなのであって、私の考えを正確に述べるためにひとつの例をあげてみよう。ある患者が腕の弛緩性単麻痺にかかり、何ヶ月もそれがつづいているとする。麻痺した腕の腱反射も骨反射も正常であり、筋はD、R、を示さないとする。たとえ精神的な試みが失敗したとしても、この単麻痺はヒステリー性的のものであると断言することができる。実際、もしこの単麻痺が脳の損傷によるものであれば、腕は拘縮し腱反射は亢進するはずであり、もしそれが神経炎によるものならば腱反射は弱いあるいは消失し、D、R、がそこに認められてもよい。

つまりこの種の麻痺を起すものはヒステリーを置いて他にはない。だがこう想到したのは、われわれが以前臨床的に同じ性質をもつ単麻痺を観察し、それを説得の扶けで治すことができ、また暗示によって同じ型の単麻痺を再現させることができたからなのである。

ヒステリーの枠に入りたいがまだそうは分類されていないような障害にぶつかった場合、私はこうした障害について同じようなやり方でもってあたってみることをすすめる。まずそれを暗示によって再現させ、ある例では説得で治してみる。そうすることによって、この障害がはっきりした特別な臨床的性質をもつことが示される。そうすれば、またそうすることによって

のみ、新たな同じような例にぶつかったときにたとえ
精神療法が効かなかつたにせよこれをヒステリーと診
断する権利がもてることになる。さらに付言したいこ
とがあるが、それは、ヒステリーの例で精神療法が効
かないように思われる例の場合、その失敗はつねに自
己暗示かあるいは周りの人たちの多少とも意図的な暗
示が医者の説得をうち消しているか、この説得の力と
セリ合っているためである、ということである。もし
この悪い作用を失わせるような状態に患者をおけば、
大ていは治すことができる。

これまでは一次性症状について述べたが、二次性ヒ
ステリー性症状に与えた私の定義もある障害をこのヒ
ステリーという群に入れてもよいかどうかという条件
を知る上では充分である。誤解を防ぐためにくり返し
ていうが、問題の諸障害と一次性のヒステリー障害と
のあいだには密接な結びつきのあることが必要で、単
なる一致にまどわされぬ充分な注意がいる。たとえば
ヒステリー性麻痺に結びついた *amyotrophie* がただ
一度だけみられ、かりに麻痺が起つてすぐに筋萎縮が
あらわれ、麻痺が治ると萎縮も消えたとしてもヒ
ステリー性の *amyotrophie* があるとは断言できない。
つまり同じ観察が数多く行われてはじめていえること
なのである。

こうした考えにもとづいているので、私は長年われ
われの同僚の大半の意見とは反対に、腱反射がヒステ
リーによって誇張されることはあり得ないと主張して
いるのである。腱反射が暗示によって誇張されたり、
また誇張された腱反射が説得で正常にもどるなどは
私には到底思えない。だからこの現象を一次性ヒステ
リー性症状に入れるわけには行かない。さらに、ヒス
テリー性麻痺にともなつて腱反射が亢進し麻痺がと
れると亢進も収まるような実例はなく、だからこの現
象を二次性のヒステリー症状のなかに加えることも許
されないとする。足指現象、瞳孔不同、ある神経支配
領域に限局した麻痺、たとえばふつうの動眼麻痺など
の場合にもそういえる。こうした種類の観察が報告さ
れ、いずれもヒステリー性のもに入れられたが、私
からみればヒステリーの厳密な条件を満してない以上
ヒステリー性であると証明できそうもないように思え
る。

このようにみると、私が与えた定義は疾病学上の観
点からみれば全く申し分のないものだと思われる。な
ぜならば数ある神経病的あるいは精神的疾患にあって
これほど特別で、しかもはっきりした特徴のとらえら
れるものは他にはないからである。また実さい面でも

非のうちどころがないようにみえる。要は説得があ
のような働らきをするような障害をひとまとめにしてお
き、この特徴をもたない障害を別にすることではない
だろうか。

このように定義されたヒステリーは、治療の立場か
らもきまえておくことが大事な精神疾患だといえる。
つまりその本性が理解されるかされないかによって、
ヒステリー性障害は巧みになされた説得の影響によつ
て立ちどころに治りもするし、また逆に何年もうちつ
づくことにもなるというわけである。

私のヒステリーの定義が独断だという非難に対して
はこう答へたい。私が特別な疾病学的グループとして
主張してきたものの性質を示す障害は、それにどんな
レッテルを貼ろうともとりあげるべき障害でありとり
あげることが役に立つのである。新語を使えばこれら
を *pithiatique* な障害と名づけてもよいであろう。こ
の語は少なくともこれらの障害のもつ性質のうち際立
つたものをいい表わしているし、誤解を霧散させる。
“*pithiatique*”つまり説得によって治し得ると名づ
けられた現象のなかに、説得では消滅させられぬよう
な症状を混同することはできない。私がヒステリーと
いうことばを用いたとしても、それは伝統をにわかに
断ち切ってしまわないということのためなのであって、
本来的語源的な意味をもちや失つたことばは廢てるの
が正当なことであろう。

しかし、暗示と説得に密接に依存しているとい
うことが本質特性であるようなこれらの障害がヒステ
リー性と呼びつけられるにせよ、その属性をもたないよ
うな症状にヒステリー性ということばを冠することを
拒むのが理にかなつたことである。実さい、同じひと
つのことばで全くちがう二つのものを呼ぶのは不合理
なことである。

以上私の考えが適切に理解されることを私は望んで
やまないが、しかしヒステリーの定義について確かな
ものを知ることが必須であると思えるので、私
の提案がうけ入れられないという同僚がいたら、ヒス
テリーをどのように考え、ヒステリーということばに
どのような意味を与えているか、つまりヒステリーを
どう定義しているのか、をせび教えていただきたいと
思う。

あ と が き

以上は、J. Babinski: *Définition de l'hystérie. Publié dans les comptes rendus de la Société de Neurologie*

de Paris, séance du 7 novembre 1901.
の全訳であり、*Oeuvre scientifique. p. 457*
—, *Masson, Paris 1934* に集録されている。
この訳をすすめて下さったのは東京医科歯科大学
の万年甫教授であり、*J. Babinski* の著作のよう
な重要な古典ができるだけひろく読まれることを
願っているという教授のことはを思い出して、拙
ない訳文ではあるが、ここに発表させていただく
ことにした。

上記 *Oeuvre scientifique* に集録されている
論文のうちでとくに神経症を扱ったものは概ね
457頁から548頁 (*Neuvième Partie*) にあり、

その表題は次の通りである。

I. — *Hystérie-pithiatisme.*

*Définition de l'hystérie. Ma conception
de l'hystérie et de l'hypnotisme. Dèmembre
ment de l'hystérie traditionnelle, Pithiatisme,
De l'hypnotisme en thérapeutique et en
médecine légale. Hystérie et pithiatisme.
Hystérie—pithiatisme.*

II. — *L'hystérie pendant la guerre.*

*Hystérie—pithiatisme en neurologie de
guerre.*

Masaaki KATO : *An Analysis of Psychiatric Epidemiological Surveys in Japan. In particular, on the Problem of Case Finding. Conference on Mental Health in Asia and Pacific, East-West Center, Hawaii, March 28 - April 1, 1966.*

昭和29年度および昭和38年度の厚生省「精神衛生実態調査」を比較検討し、とくに事例発見の可能性について、日本では老年者と女性が低く、精神分裂病では妄想型、神経症では不安神経症や強迫神経症が、一斉調査方式では事例として発見されにくいこと、それが9年間に多少の変化をみせていることについて言及した。なおこの会議の報告、討論は *East-West Center* でまとめて編集、出版されることになっている。

Masaaki KATO : *Trends in Community Mental Health in Japan. Research Seminar on Evaluation of Community Mental Health Programs, NIMH Bethesda, Maryland, May, 1966.*

世界の20カ国から80名が集り、地域精神衛生計画の評価について議論した。この論文は日本における精神衛生法改正とそれに伴う地域精神衛生センター、保健所の任務、小地域における地域精神衛生計画の実例を挙げ、とくに家族会、精神障害に対する態度・意見調査などについて述べた。なお、この会議の論文は *NIMH* の *Williams* が編集し出版されることになっている。

Masaaki KATO : *Types of Services Available in Japan for Prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs. WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva, October, 1966.*

WHO精神衛生専門委員会の1つとして開かれ、日本におけるアルコールおよび薬物依存について、その特徴を挙げた。とくに戦後問題酔が増え、アルコール依存による入院が次第に増えていること、アルコール専門病院、断酒会の日本の特性について述べ、さらに薬物依存については青少年層における覚醒剤、麻薬、睡眠剤、鎮痛剤への移行について述べ、法的統制と予防治療体系との厳密な連けが必要であることを強調した。なお、この会議内容は1967年度にWHO専門委員会報告書シリーズの1つとして出版される。

Masaaki KATO et al : *on the Caseness and Diagnostic Criteria of Drug Dependence, World Congress of Psychiatry, Madrid, 1966.*

M. Bleuler の司会による *Drug Dependence* のシンポジウムで日本における薬物依存の現況につ

いて、全国調査による441例と青少年補導例412例を比較し、「事例性」の問題を論じ、さらに3事例の記載例を全国212名の精神科医によって診断した結果、中毒、嗜癖、依存の術語がなお統一を欠いており、神経症、性格障害の診断に重点をおくか薬物依存と診断するかの問題点を明かにした。なおこの論文は *Folia psychiatricae et Neurologica Japonica* に掲載される。

精神安定剤、催眠剤の薬物依存に関する臨床統計的研究

——とくに身体依存成立にあずかる

要因について——

加藤正明、今田芳枝 他

(精神医学, 第8巻第2号, 119—128頁, 昭41年)

全国258精神病院で過去3カ年に医療を受けた411例の薬物依存のうち、とくにクロールジアセボキサイド21例、メプロバメート103例、メサカロン153例の3群についてとくに身体依存の成立にあずかる要因を検討した。とくに既往疾患、服用中の意識障害などとの間接的関連のみならず、服用期間よりも服用量が身体依存成立に関連が深いことを示唆するものがあつた。

疫学と地域精神医学

(精神医学, 第8巻第10号, 昭41年)

加藤正明

昭和41年第63回日本精神神経学会総会シンポジウム分科会で「地域精神医学」がとりあげられ、司会者としてとくに疫学研究の報告を総括し、併せて欧米および日本における地域精神医学の現況と問題点を指摘した。疫学研究が一斉調査の段階を終り、地域精神医学の実践と結びついてはじめて、「事例性」の問題も究明されるのであろうことを強調した。

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

(精神衛生研究, 14号, 昭41年3月)

精神分裂病者との治療面接において次の諸点が研究された。①治療的面接場面で特徴的と思われた分裂病者の行動 ②分裂病者との治療関係内での治療者に生じやすい行動。①に関連して、治療者との同一視、極端な両面態度及び転移の展開、病気であると認められること及び自ら認めることへの複雑で微妙な反応、独特な対人感情などが注目された。②に関連して、治療者の個人的無意識的な安定操作と、接近の為の意識的な方法の展開との二つがとりあげられた。

職場緊張 —その社会病理—

横山定雄

(大橋・大藪共編著, 社会病理学,
誠信書房, 昭41年4月)

社会病理学体系のうち, 小集団およびそこでの人間関係にみられる社会病理問題として, 事業所および職場における緊張, 不安, 適応異常行動, 労使対立などについて, その社会病理学的解明を論述している。

職場精神衛生管理の原理と方策

横山定雄

(労働衛生, 昭41年5月号, 労働災害防止協会)

職場の精神衛生管理の諸課題・対象領域・管理対策方法・管理目標などについて, 狭義のもの広義のものに分けて, 従業員の精神健康の保持向上および人間尊重の立場から, 従来の研究調査資料をもとに, 具体的・体系的に, その全領域にまたがる方策を論述している。

職場ノイローゼの実態と対策

横山定雄

(社員管理, 第62号,
日本HR協会, 昭41年7月)

把握しにくい職場ノイローゼの種類・傾向・発生要因・社会的背景を, 今までの調査資料から考察し, 職場内での管理対策を述べたもの

産業カウンセリングの原理と方法

横山定雄

(産業精神衛生研究第23輯,
精神衛生普及会, 昭41年6月)

産業カウンセリングの歴史と現状およびその理念から, 産業カウンセリングの基本原則を究明し, あわせて企業内実施方法およびカウンセリング技法の基本について説明したもの。

人間理解のマネジメント (I. II. III. IV.)

横山定雄

(マネジメント・ジャーナル, 日本経営出版会
昭41年9月, 12月号)

経営活動の中で, 機能的力動的に人間および人間関係を洞察理解しそれを活用するあり方について, 経営内の人間関係管理の諸制度と関連づけながら, 新しい人間理解マネジメントの方策を論述したもの。拙著「機能主義経営管理法」の続編である。

センシティブティ訓練と自己回復

横山定雄

(公研かながわ特集号, 神奈川県公務研修所,
昭41年3月)

拙著「センシティブティ・トレーニング」の研究結果にもとづき, この訓練の原理, 方法, 効用を述べ, 特に自己の主体性回復のための訓練として, 横山考案のフィードバック・ゲームの方法を解説したもの。

フィードバック訓練の理論と実際

横山定雄

(産業訓練昭41年8月号, 日本産業訓練協会)

センシティブティ訓練の中心課題である人間関係行動場面におけるフィードバックとその訓練の意味・効用を述べ, フィードバック・ゲームその他の実際方法を紹介したもの。

K. D. ハルトマン, ホーソン実験批判

—ホーソン理論とグループ形成

横山定雄

(産業精神衛生研究資料, 国立精研産業
精神衛生研究班, 昭41年1月)

K. D. Hartmann ; Die "Hawthorne-Theorie und die Gruppenbildung in Betrieb — Mensch und Arbeit, 9. Jahrgang, Heft 7 S. 216~218, 1957, 15. Oct. を全訳したもの。ドイツ産業心理学領域からのホーソン実験批判の文献として珍しいが, ここにみられるドイツ人らしい評価見地が参考になるとと思われる。

センシティブティ・トレーニングの教育社会学的研究

横山定雄

(日本教育社会学会大会, 昭和41年10
月10日, 新潟大学教育学部に於て)

センシティブティ訓練の実験研究資料をもとに, 現代社会における人間, 社会, 教育に関して見出す(この訓練のもつ)意義について, その一端を発表した。

精神医学ソーシャル・ワークの再検討

(精神医学ソーシャル・ワーク, 第1巻第2号,
昭41. 4. 日本精神医学ソーシャル・ワーカー
協会)

柏木昭

新しい専門職としてのソーシャル・ワークが, 社会福祉と精神医療の接点で, 患者に密着した姿勢を取ろうとする場合, その立脚点は何か, またその「場」は何かについて考察し, 精神医学ソーシャルワークの独自性を検討した。

医療ソーシャル・ワークの専門職化

柏木昭

(医療社会事業, 日本赤十字社,
第14巻第2号, 昭41, 12)

専門職業の特徴を考察し、医療ソーシャル・ワークの専門職化における問題点を概説した。またそこにおける種々の困難性と如何にして対決してゆくかについて諸要因を検討した。

ケースワーク入門

柏木 昭

(川島書店、昭和41年10月)

ケースワークの過程と、その原理を自らの臨床の中で体験的に検証し、米国において発達したこの専門職が、真に我国のものとして受け入れて、役に立つか否かを見極めたいという意図を軸にして著したもの。ケースワーク関係論、診断処遇論に分かれ、おのおのの中で、事例を中心に上述の点について検討、解説した。

結婚の調整

田村 健二

(家族社会学、川島書店、昭和41年5月)

1. 基本的態度と動向——臨床的態度、マリッジ・カウンセリングの動向 2. 夫婦生活の情緒的構造——集団領域(生活)を中心として、個人領域(生活)を中心として、受容領域を中心として 3. マリッジ・カウンセリングの要点——(1)カウンセリングの前段階(第Ⅰ状況)、(2)カウンセリングの第一段階(第Ⅱ状況)、(3)カウンセリングの第二段階(第Ⅲ状況)、(4)カウンセリングの第三段階(第Ⅳ状況)、(5)カウンセリングの第四段階(第Ⅴ状況)

人間(夫婦)関係、人間集団の情緒的構造と機能を論じ、これを基盤としてマリッジ・カウンセリングの過程を解説したもの。日本の家族社会学の教科書のなかに、始めて臨床的分野がその地歩を占めた記念すべきもの。以後、例えば昭和42年有斐閣発行の家族社会学にも、この臨床的分野が加えられるようになっていく。

おばあさん子の問題、お手伝いさんと子ども、養子の問題、里子の問題、継親子の問題、母子家庭の問題

田村 健二

(家庭教育講座第2巻、暁教育図書、

昭和41年9月)

以上の各問題について、主に臨床的立場からその人間関係と影響、問題の発生と予防について解説したもの。

小集団形成における認知と受容

田村 健二

(社会学評論、17巻3号、昭和41年12月)

1. 人間の主体的統合機能 2. 小集団形成の過程と要求的認知受容 3. 主観的客体的認知受容。 4. 客観的客体的認知受容 5. 客観的主体的認知

受容

人間の基本的機能として主体的統合機能をあげ、この主体的統合機能をもつ人間が、なぜ、どのように人間関係をむすび集団を形成してゆくかを、集団の成長段階に準じて論じたもの。個人が関係をむすび、そして集団になってゆくことは、いったいどういうことなのか。集団の実体とはなにか。この集団をつくる人間の相互認知と相互受容はどうなっているのか。これらに迫ってゆく研究方法はどうあるべきか。いわゆる客観的客体的科学方法と共感的主体的方法の長短はなにか。これらについて、考察している。

家庭経営の精神的構造

田村 健二

(家庭科教育、40巻6号、昭和41年5月)

「新しい家庭経営」の特集号のために、衣食住のみでなく、精神的構造の重要性を論じた。家庭の情緒的構造と機能の理論、およびこれを基盤として、現在までに解明された家庭のメカニズム、その因子間、機能間の関係結果を示した。

ファミリー・カウンセリングの技術とそのケース研究

田村健二、木田市治、平井信義、吉沢英子
高橋種昭 他

(家庭児童相談室におけるファミリー・カウンセリングの技術と過程、厚生省科学研究報告、昭和41年3月)

昭和40年度厚生省児童家庭局による委託研究である。各府県の福祉事務所に新設された家庭児童相談室の実態がどうなっているか。どういうケース処理をしているか。家庭児童相談室の相談とはどうあるべきか。これらについて、全国的一般調査、東京近郊および秋田県にある数ヶ所の同相談室の訪問調査、さらに研究モデル相談室として群馬県館林市にある邑楽郡福祉事務所家庭児童相談室を選び、ここできちんとわしいケース処理状況の調査結果をえ、これらを総合しまとめたものである。

The Information of Marriage Conciliation Centers in Japan

田村 健二

(英国のNational Marriage Guidance Councilの国際調査に対する日本側協力報告、昭和41年8月)

結婚調整に関する日本の最近の動向を述べ、同調整機関の実態を資料を集めて報告したもの。資料報告の内容は、1. 機関の年報その他 2. 機関の構成、宗教的・政治的協力、調整方法 3. 財政的基盤、4. クライアントとの接触、料金 5. カウンセラーの採用、選抜、訓練、臨床指導 6. 機関に関する法律規定 7. 機関と政府地方団体、医師、弁護士、他の社会福祉機関、および裁判所との関係 8.

業務の発展計画、にわかれる。

米国における黒人家族：J. M. モギー，
香港における社会変動と親子関係：S. ウ
オン，家族の権力構造の国際比較分析

——測定と解釈の問題——：

R. O. ブラッド Jr. 他，
田村健二

(第9回国際家族研究セミナー報告書，日
本ユネスコ国内委員会，昭和41年3月)

昭和40年9月に開催された上記セミナーにおける
各発表のうち，田村はその3報告について，要旨お
よび討論の概略をまとめた。家族のありかたを，文
化圏を異にする対象からながめられ，その共通性と
差異性から，深く考えさせられるものである。

結 婚 恐 怖

(教育相談事典，金子書房，昭和41年10月)

田村健二

主に結婚恐怖のおこるメカニズムを分類してまと
めた。

カウンセリング，フラストレーション

田村健二

(教育社会学辞典，東洋館，昭和41年12月)

前者の項目については，定義，歴史，方法，現状，
現代社会との関係など，後者については，定義，そ
の発生するメカニズム特に個人心理にとどまらず人
間関係集団の立場から述べ，さらに現代社会におけ
る意味を記した。

教育社会学における家族研究方法

田村健二

(第18回日本教育社会学会大会シンポジウム，
昭和41年10月)

現在日本の教育社会学会においておこなわれている
家族研究の方法を，次の観点から批判した。1. 統
計的方法の限界性——選択技法，相関法は，そこに
問題のあることを示唆するにとどまり，それ以上の個
性的主体的存在である人間生活の実相はつかめない。
また，研究の条件統制つまり媒介変数の統制が十分
におこなえず，したがってあい矛盾する研究結果を
生じやすい。臨床的方法と統計的方法の相補的研究
が必要である。2. 従来の研究がとかく社会や家族
を独立変数とし，個人を従属変数としているが，こ
れでは現実の半面しかみていない。相互作用として提
えるべきである。3. 主体的存在である人間の生活
については，対象を客体としてみるのみでなく，主
体としてみる研究方法が必要である。

青少年のしつけについて

——一般青少年家族と非行青少年家族の比較——

田村健二

(第39回日本社会学会大会，昭和41年10月)

昭和39年度から継続している文部省科学研究費に
よる一連の調査研究の一部である。本報告では，昭
和39年12月施行の杉並区一般調査と昭和41年2～5
月施行の非行調査の各結果を比較した。子どものし
つけにおいて親子間の受容関係がその基盤をなす臨
床的仮説を，調査においても実証しようとした。非
行の親は，受容機能を十分はたせないほど不安定で
あり，それは，非行発生という条件と，この親の帰
属する社会階層条件(杉並区におけるマイノリティ
・グループ)にあることが，ほぼ推察された。

医療社会事業はいかにあるべきか

田村健二

(宮城県医療社会事業大会特別講演，

昭和41年3月)

精神衛生をささえるもの

——社会学的な基礎—— 他

坪上 宏

(精神衛生，上出弘之，坪上宏共編，

川島書店，昭和41年5月)

精神衛生をとりあげるさいに，対象を精神障害者
に限るかどうか，記述的立場からみるか力動的立場
からみるかといった問題が整理されないままに論ぜ
られがちである。こうした問題点を念頭に置き，社
会学ないし社会福祉学の立場から精神衛生の課題へ
の論及を試みた。

面接態度(1)(2)

——保健活動に関連して——

(看護，日本看護協会，18巻，9，11号)

坪上 宏

現状の再確認

(医療社会事業についての)

坪上 宏

(医療と福祉，日本医療社会事業協会，

13巻1号)

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，池田由子，山本和郎

その2. 分裂病家族の人間関係

(精神医学，8巻4号)

ガス配管工の一酸化炭素中毒について

高臣武史

——精神医学的見地からの診断上の問題点——

(日本災害医学会誌，第14巻)

(ガス配管工の一酸化炭素中毒患者の診断には単に身体的諸検査(内科,眼科,耳鼻科,脳波)ばかりでなく,その社会的,経済的,心理的背景も十分考慮しなければならない。その点について,来院経路,社会的,経済的背景,患者の人格特徴,自覚症状,精神症状,神経症状を考察した。患者の症状の大部分は既往の急性一酸化炭素中毒にもとづく後遺症と考えられ,慢性一酸化炭素中毒の有無については今後更に研究をしなければならない。なお配管工の中毒問題は労働衛生問題であり予防処置,労働条件が改善されれば今後発生を完全に予防するものであろう。

集団精神療法の発展と現況

池田由子

(精神医学, 8巻2号, 5-18頁,
昭41年2月, 医学書院)

集団精神療法の定義,分類,発達経過,集団精神療法の治療者,個人精神療法と集団精神療法の関係,世界各国における集団精神療法のうけいれかた,今後の問題点などを著者自身の経験を基礎として,記した。

小児分裂病の研究 (第3報)

—ある小児分裂病児の絵画について—

池田由子

(日本精神神経学会総会, 国立教育会館,
東京, 昭41年4月)

昭和40年日本児童精神医学会において発表した小児分裂病児の精神療法の経過及び家族の精神力動にひきついて,この分裂病児が5才の治療開始期から約11年の間に描いた多数の絵について,その精神発達,精神病理,治療状況における治療者との関係などについて論じた。

集団精神療法の理論と技法

—とくに対人関係と治療像を中心にして—

池田由子

(第3回精神病理, 精神療法学会, シンポジウム,
「精神療法の理論と技法」昭41年10月, 福岡)

集団精神療法における対人関係と治療の目的を個人精神療法と比較しながら述べ,とくに日本において集団精神療法を紹介した場合の問題,日本において伝統的な精神療法であり集団精神療法の一つであるといわれる森田療法を精神分析的集団精神療法と, *Alcoholics Anonymous* と比較して,演者の考える集団精神療法のありかたを明らかにしようとした。

An Epidemic of Emotional Disturbance among Leprosarium Nurses in a Setting of Low Morale and Social Change.

Yoshiko IKEDA

(*Psychiatry*, Vol. 29, No. 2, May, 1966, pp. 152-164 William Alanson, White Psychiatric Foundation.)

In the spring of 1960, 11 nurses in a leprosarium suddenly manifested emotional disturbance requiring hospitalization. Soon other nurses developed similar psychological and somatic complaints. As a member of an investigating team, I found that the epidemic of emotional disturbance among nurses was a product of low morale occasioned by extensive social and cultural change, not only with the relatively closed society of the leprosarium, but within Japanese society in general. I undertook to present evidence that the organization of the leprosarium underwent a transition from one period of history to another and that in the course of this the roles of administrators, nurses, and patients changed drastically. It seemed that the emotional disturbance of the nurses was partly a result of their inability to cope with these changes.

T A T —かかわり分析法—

山本和郎

(異常心理学講座第2巻, 昭41年11月)

治療的理解の立場から現象学的にT A T物語を分析し人間像を把握する新しい方法を考案した。この立場からT A T物語とは何か, T A T図版とT A T検査状況, かかわり分析の具体的な解釈方法を論じている。

治療関係スケールの再構成とその検討

山本和郎, 越智浩二郎

(臨床心理, 1965, Vol. 4, No. 4,
(昭41年8月発行))

1963年に発表した治療関係スケールをその後の研究データをもとに再構成し, 内部尺度を11に増加させ, その新しいスケールの信頼度, 妥当性, その応用研究の問題を検討している。

T A T を中心とした売春ケースの

心理的特性について

山本和郎, 古牧節子, 金平輝子, 井村孝子
飯島睦子, 錦織麗

(臨床心理学の進歩, 昭41年版, 日本臨床
心理学会編, (1966年8月発行))

かかわり分析法の一つの応用研究として, 売春ケース10例の人間像を把握するのを試みている。とく

に売春婦の気分性に焦点をあわせてとらえている。

問題児とその治療

山本和郎, 山本文子

(児童心理学の進歩, Vol. V, 昭41年版,
日本児童研究所編(昭41年6月発行))

1965年度に日本において発表された児童臨床心理学, 児童精神医学関係の臨床的研究を Review している。

一般病院(とくに国立病院)併設精神科の現状とその役割

中川四郎

(精神医学, 8(7), 563, 昭41年)

全国の国立病院のうち精神科が併設されている24施設を対象としてその現状を調査し, 大学附属病院を除く全国の一般総合病院併設精神科50施設について, 診療内容, 病床規模, 病棟の開放状態, 病室の構造, 職員の状況, 入院患者及び外来患者の状況, 作業・レクの実情などを調査し比較検討を行い, 一般病院併設精神科の役割について論じた。国立病院精神科共同研究班の業績である。

精神衛生

中川四郎

(第5回公衆衛生看護学会特別講演(昭41年10月)
「看護」, 昭41年12月号, 21頁)

保健婦を初め公衆衛生業務に従事する者を対象として, 公衆衛生のなかにおける精神衛生の意義を述べ, 精神衛生法の改正に伴い精神障害者に対する活動を展開するための前提となる二三の事項について注意を喚起した。

児童のパーソナリティテスト

玉井取介

(昭41年12月, みすず書房, 異常心理学講座,
第2巻の中, 小沢牧子氏と共著)

わが国で児童に対して用いられているパーソナリティテストについて概観し, とくにロールシャハについて児童の発達にともなっておこる変化を解説し, 治療の前後に3回にわたって実施した一例について詳細なケーススタディを付したもの。

教育相談の手づきと方法

玉井取介

(昭41年11月, 明治図書,

生徒指導講座第3巻の中)

教育の領域の中で教育相談が占める位置づけを考察し, そのあり方を検討した。

学校恐怖症の治療をめぐって

玉井取介

(昭41年10月, 臨床心理学の進歩,
1966年版, 誠信書房の中)

登校拒否児を三つの類型にわけ, 通所治療という方法を通じてみた類型ごとの特長を明らかにしようとした。

心理学科, 社会福祉学科の研修終了者に対する実態調査,

(昭41年3月, 精神衛生研究, 14号)

玉井取介

精研の研修コースも発足後五年以上たったので, そのうち, 心理学科, 社会福祉学科の両コースの終了者(それぞれ64名, 117名,)に対し, 調査票をおくってその後の実態を把握し, あわせて, 今後の研修の改善に資することにした。それぞれ50, 68の回答を得て, それを分析した。

学校恐怖症児に対する教師の態度

山崎道子, 玉井取介, 湯原 昭, 今田芳枝
神谷のぶ

(第7回日本児童精神医学会総会発表)

すでに発表した2つの学校恐怖症に関する研究で, 学校恐怖症の類型化, およびその家族の特性についてあきらかにしたが, 今回は, 学校恐怖症児の学校における適応状況, ことに教師との関係, 学校恐怖症児に対する教師の態度などをあきらかにしようとした。

家族診断に関する考察

——構成概念を中心に——

山崎道子

(第2回P S W全国大会指定演題発表)

近年, 家族診断や家族治療は流行の如き感があるが, あまりにもルーズに使用され, そのことばの意味内容は多様に使われている。

まず, これらの言葉を歴史的にその発展過程を考察し, 次に, 家族診断や家族治療の基盤となる構成概念について, N. Ackerman, V. Weiss, O. Pollak, CRA による家族診断について分析し, 検討した。

精神薄弱の脳波にみられる

速波について

(臨床脳波, 第8巻, 第2号, (1966: 3))

中川四郎, 湯原 昭, 伊藤祐台, 渡辺 位
精薄202名の脳波記録を対象として, 14~30%, 20 μ V以上の速波を認めた症例について検討した。この条件の速波を認めたものは, 13.4%であり, これら症例は, 中枢神経系の感染症による精薄, 原因不明の脳の器質的障害による精薄が多かった。

麻薬中毒者の臨床統計的研究

中川四郎, 湯原 昭, 伊藤祐台, 渡辺 位
(第63回日本精神神経学会総会(指定討論))
措置入院患者を中心として, 医療麻薬中毒者とヘロイン中毒者とを比較しながら, 臨床統計的研究を試みた。最近ではヘロイン中毒者が急に減少し, 医療麻薬中毒者が次第に発見される比率が多くなっている。

現代の精神衛生

—薬物嗜癖の治療—

竹山恒寿, 湯原 昭
(第4巻, 誠信書房, 昭42年1月)
アルコール中毒, 麻薬中毒, 睡眠剤中毒およびその他の薬物嗜癖の治療について述べた。
なお嗜癖の総論は竹山恒寿が担当した。

薬物嗜癖治療における家族の態度

今田 芳枝
(精神衛生研究, 第14号, 昭41年)
薬物嗜癖患者27例の, 入院時から退院に至るまでの経過と, 治療に対する家族の態度についての変化を検討した。

小児精神医学

菅野重道
(小児科, 第6巻第8号, 昭40年8月)

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)

精神薄弱対策の現状と課題

菅野重道
(第63回日本精神神経学会総会全体集会精神神経誌, 第63巻第2号(抄録)昭41年4月9日)

身心欠陥状態の精神衛生

菅野重道
(現代の精神衛生講座, 2, 児童期の精神衛生, 昭41年10月, 誠信書房)

ヨーロッパの特殊教育の現況

菅野重道
(精神薄弱研究, 第98号, 昭41年11月)

精神薄弱児に対する能力検査の方法論に関する考察 (第1報)

飯田 誠, 岩下セツ子

(第7回, 日本児童精神医学会総会)

田中・ビネー式知能検査, 津守式乳幼児精神発達検査に対し, 検査法, 解釈の拡大, 採点法に検討を加え, 精神薄弱児の能力をより深く理解し, 個々の事例についてより具体性のある参考資料とするための試みを行った。

Down's Syndromeに対する乳幼児精神発達検査の結果並びに方法論上の考察

飯田 誠, 岩下セツ子

(第7回, 日本児童精神医学会総会)

ダウン症候群100例に対し発達検査を行った。各年齢ともDQ50を中心に正規分布をなしたが, 年齢の高い方でDQがやや下る傾向を示した。正常児で言語が大きく発達する2, 3才のところで, ダウン症候群では言語発達が全くないため, 発達で相当する4, 5才のところに発達の極度な遅れを示すが, 意志表現能力で採点すれば, 遅れが全く除かれた。ダウン症候群の言語発達遅滞は知能面のみによるものでなく, 解剖学的欠陥からくる面が大きいと考えられた。

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ィケアの試み—

桜井芳郎, 菅野重道, 高乗公子, 飯田 誠, 渡辺映子, 関川ミヨ, 坂本陽子, 岩下セツ子, 鹿島光子, 羽島晴代, 田部井啓子, 奥浜美重子, 保坂日根子, 片山ますえ, 松永宏子,

(精神衛生研究, 第14号, 昭40年)

昭和38年より行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ィケアの試み—の基本的理念ならびに治療内容及び経過を述べ, 併せて治療効果にもふれた。

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
(精神衛生研究, 第14号, 昭40年)

産業福祉の概念を述べ, 中小企業における産業福祉の必要性とあり方についてA会社の調査例を通じて考察した。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第4報

—精神薄弱者に対する保護工場の試み—

桜井芳郎, 高乗公子, 鹿島光子
(第2回日本精神医学ソーシャルワーカー全国大会, 昭41年4月)

精神薄弱者のリハビリテーション活動の一つとして市川市内に実験施設として開設した精神医学的な管理の下に生産活動を媒介として情緒的障害の治療を行ない生産能力の改善向上をはかる「保護工場」の試みについて現在までの経過と治療効果について考察した。

精薄幼児の保育に関する研究 第1報

——身体的発育と運動能力について——

桜井芳郎, 渡辺映子

(第19回日本保育学会大会, 昭41年5月)

精薄幼児の健康保育についての試みとして身体発育と運動能力の相関からいくつかの類型に分類しそれぞれ指導のあり方と効果について明らかにした。

乳児の精神衛生

桜井芳郎

(助産婦, 第20巻6号,

日本助産婦会雑誌, 昭41年6月)

乳児の心身発達の特徴とそれに応じた取扱いの必要性ならびに家族との人間関係のあり方と重要性について具体例をあげて述べた。

成人精神薄弱者の社会的態度に関する研究

——職業意識, 態度について——

桜井芳郎, 渡辺映子

(第4回日本特殊教育学会大会, 昭41年10月)

成人精神薄弱者の職業意識, 態度などの社会的態度についてディケア・グループと職業訓練所訓練生グループとの比較を通じて社会的態度の形成過程と指導について明らかにしようと試みた。

精神薄弱者の治療的集団活動に関する研究 第5報

——集団的話し合い活動——

桜井芳郎

(第33回日本応用心理学会大会発表論文集, 昭41年11月)

青年期の精神薄弱者に対する集団療法を通じて人間関係の改善, 社会適応性の増進をはかる治療的集団活動の必要性和治療効果を集団的話し合い活動における患者の個別変化と集団的变化の両面から考察した。

精神衛生地域活動の組織化と運営管理に関する研究

——コミュニティ・リーダーの精神衛生態度意識——

桜井芳郎, 斎藤和子

(第14回日本社会福祉学会大会発表論文集, 昭41年11月)

精神衛生地域活動をおこなう上に欠くことのできない民生委員その他のコミュニティ・リーダーの態度

意識を調べ, 非治療的態度, 知識理解の不十分な面をとりあげ教育啓蒙活動を通じて態度意識の向上をはかる必要性を明らかにした。

青年期の精神薄弱

桜井芳郎

(現代の精神衛生, 第3巻,

誠信書房, 昭41年11月)

青年期の精神薄弱の実態を明らかにし, 性格行動の特徴や社会適応の状況は環境や生育過程における諸条件によって影響されている面が大きいことを述べ彼等の社会生活状況は必ずしも知能障害の程度に平行していないことを明らかにし社会適応上の諸問題として種々の人間関係, 社会生活力の状況が問題になり, その対策として社会適応をはかるための診断, 治療および処遇について精神医学, 臨床心理学, 精神医学ソーシャルワーク三者のチームによる活動の必要性を論じた。

精神薄弱者のディ・ケア・センターに関する研究

——集団的話し合いと家族会——

高乗公子

(日本福祉大学社会福祉研究会,

昭41年5月)

精神薄弱者のリハビリテーション活動として必要な治療的集団活動を通じて情緒的障害の治療を行ない, 必要な社会的経験を与えるところのディケア活動について集団的話し合いと家族会活動を中心に述べた。

脳解糖呼吸系の研究 (I)

(アミノ酸・アセチルコリンとの関係)

(精研) 成瀬浩, 永山素男

(コロンビア大学) S.C.Cheng・中村陸郎
(第9回神経化学懇話会発表, 神経化学, 第5巻, Supplement, 44頁, 昭41年)

脳のアミノ酸, アセチルコリンの研究は多いが, これらの物質は主として, 脳解糖呼吸系より由来する。脳の解糖呼吸系とこれらの物質代謝との相互関係を追究した研究は今迄見られなかった。今回はこの相互関係の研究の中, 主としてグルタミン酸・呼吸系・アセチルコリンの三者の関係を追究し, 脳の機能変化との関係に言及した。

中枢神経系の In Situ の代謝研究

成瀬浩

(昭41年4月第63回精神神経学会総会, シンポジウム「神経化学の現状」にて発表, 精神神経誌, 68巻)

中枢神経系の機能と代謝の関係を研究するためには, 殊に脳の場合, 出来るだけ生体内に近い条件下で脳を固定しその代謝的狀況を研究しなくてはならない。自動的な代謝変化を知ることが重要である。そ

の為、アイソトープを用い且微量定量法を用いる方法が有効である。この点についての著者の研究を中心として、神経化学の現状にふれた。

内因性うつ病の自律神経機能

—メコリールテストについて—

中川 泰 彬

(精神神経学雑誌, 68巻3号, 76-85)

睡 眠 と 脳 波

古関永之助, 中川泰彬

(医学のあゆみ, 59巻14号, 851-860)

運動によって誘発される筋強直発作

稲村 博, 中川泰彬

(精神神経学雑誌, 69巻1号, 掲載予定)

Studies on K-complex (I)

Y. Nakagawa, S. Nakagawa and S. Takahashi
(Proc, XVIIth Japan E, E, G Society .
(in press)

「20年の予後調査よりみた戦争神経症」

目 黒 克 巳

(精神医学: 8巻12号, 9巻1号)

第二次世界大戦中に発病した戦争神経症患者が終戦後20年を経過した現在どのような状態で社会生活を営んでいるかについて調査した。その結果から神経症の症候移動 (Syndrome Shift) について考察した。

尚この結果については、第63回関東精神神経学会にも報告した。

対人恐怖の精神病理

高 橋 徹

(68巻6号, 699, 昭41年)

Mental Health in College Community

1. *Students who left school because of mental disorders.*

(*The Bull. of Tokyo Med. and Dent Univ.*, Vol. 13:3, 311-, 昭41年) 抄訳

島崎敏樹, 高橋 徹, 宮本忠雄, 高橋 良

La Ligue Francaise d'Hygiène Mentale, Attitude de la société a l'égard des maladies mentales

高 橋 徹

(精神衛生研究, 第14号, 昭41年)

Ey, H. L'essens de la maladie mentale et la loi du 1838.

高 橋 徹

(日仏医学, 11:2-3号, 昭41年, 学会発表)

対人恐怖における対鏡症状について

高 橋 徹

(精神病理精神療法学会, 昭41年, 10月)

1), 5), は, 対人恐怖という病態を徹視社会的な立場から分析したものである。

Some Comments on Group Psychotherapy

centered around Interpersonal Relationship
and the Goal of Therapy

from the Symposium "Theory and Technique of Psychotherapy"
at the Third Annual Meeting of Japanese Medical Psychotherapy
Association, in October 1966, in Fukuoka City.

Yoshiko IKEDA, M. D.

It seems rather difficult to summarize the theories and techniques of group psychotherapy in such a short time. Reviewed in perspective, the historical roots of group therapy in broad sense, probably go back to the beginning of recorded time. Many great religious movements have been psychotherapeutic in some ways, and have reached groups of people. This group technique has been utilized to heal the soul and the body of human beings in every culture, both primitive and industrialized. However, it was only a few decades ago that this technique was integrated into contemporary psychiatry. Therefore in a sense it is both new and old.

As several people pointed out, I feel in group psychotherapy, technique and experience come first and theory afterwards as do many newly developed therapies in medicine. Group psychotherapy is not uniform in many respects including the emphasis and the techniques. For instance, one article written by Corcini excerpted about 300 literatures concerning the mechanisms in group psychotherapy published until today, and the therapists have used as many as nearly 200 terms as to mechanisms derived from psychiatry, psychology and sociology. The scholars who contributed to the development of group psychotherapy include Freud, Adler, Sullivan, Horney and even existential analysts. It should be fair to include also social scientists who are interested in the small group dynamics in laboratory settings. Although I am fully aware of the difficulty due to both the time limitation and the complexity of the subject, I will try to present the position of group psychotherapy.

The Therapist-Patient Relationship in Group Psychotherapy

Unlike individual psychotherapy, the characteristic interpersonal relationships in group psychotherapy are to be established not only between a therapist and a patient, but also between patients and between the therapist or patient and the group as a whole. If we use the term "transference", the basic concept of therapist-patient relationship in psychoanalysis, the therapist alone is not the available target for a patient's transference, but the other members also become objects for transference, either at the same time or at the different times. In other words, there are always multiple interactions. The most frequent transference patterns by a patient is that the therapist becomes his father or mother and the other patients, his siblings. In this way, he

gradually revives his emotional relationships towards the plural members in his family during the formative years of early childhood, including his grand parents and brothers and sisters. Thus the group begins to take the form of "family constellation".

The resemblance of group psychotherapy to the original family structure is mostly emphasized by psychoanalytically-oriented group psychotherapists. However, as the International Handbook of Group Psychotherapy pointed out in 1963, "group psychotherapy" is not to live in a family-like atmosphere, but to conduct "treatment" focusing on interpersonal relationship in group which evokes some inappropriate object feelings that were appropriate once to a member of his family. It is not designated as group psychotherapy in the case that a particular group becomes the substitute for his family and there his symptoms lessen. For instance an anthropobic patient is symptom-free in his home and in a particular group, although he still suffers from his symptoms outside in society.

By and large, before coming to the group, a patient has had very poor experiences with interpersonal relationship in various social groups. He often feels alienated and holds very low self-esteem, at times nurses even self-hatred. In the beginning, merely joining a group may shake him emotionally. It may be unendurable for him to reveal damaging details of his life to other members whom he tends to distrust and derogate. However, from the very beginning on, the therapist encourages and values honest expression of feelings more than politeness and places no weight on success or achievement, unlike ordinary groups in society.

Needless to say, resistance takes place in many ways. It hinders reaching any meaningful interactions. For example, some patients continuously complain and reject any help from the other members. Some try to give superficial advice immediately without seriously considering the problems of others. Some leave all responsibilities to the therapist or form a clique in the group in order not to be deeply involved. They also become jealous and fight each other to obtain the sole attention from the therapist as the most favorite child. Of course, there is powerstruggle concerning the leadership by patients who are afraid of being dependent on anyone else. Through opposition, conflict, and antagonism, patients begin to learn how distorted his interpersonal relationship was in the past. In real life situation, antagonism disrupts communication between individuals, but in this group therapy situation, the therapist keeps communication open and he provides the opportunity for each member to learn about his defense and to understand hidden feelings. Therefore patients learn about themselves and correct their distortions. The therapist uses effectively so-called "multipolarities", "cohesion and repulsion", "fixation and mobility" and "conforming and impelling forces" to foster deep therapeutic relationships.

Hostility and other negative feelings towards the therapist are more easily expressed in a group than in an individual settings because a patient feels protected and supported by his fellow patients. In this process every member should be involved and participate in interaction, either verbally or non-verbally. The total participation and all-inclusiveness are important. Even if the lecture method is utilized, both the speaker and the audience should participate in interaction. They should not be separated stri-

ctly from each other. They question, answer, interrupt and have freedom to express their opinions. In the group the therapist is the ego ideal and the model of identification for patients. If the therapist has a co-therapist, they can present a good example of desirable cooperation to the group. It is interesting to note that each patient also functions as an assistant therapist, more or less to each other, depending on group dynamics in a particular situation. Frequently a patient accepts comments by his fellow patients more easily than those by the therapist.

Individual Psychotherapy and Group Psychotherapy

Although individual psychotherapy and group psychotherapy complement each other and the final goal of both therapies is the same, there are some differences between them. In the group, patients sit in a circle and the therapist is visible. All his postures and behaviors are exhibited. He speaks, listens, participates and observes as a lively realistic person. He is the center of attention for all members. On the contrary, in psychoanalytic individual therapy, the therapist is not visible and less realistic. In group, patients sit face to face and can observe each other's facial expressions, gestures, and postures, even if someone is silent. These strong realistic impacts and the dominance of behavioral elements are characteristic in group psychotherapy. There are always higher degree of acting out and motor discharge of tension in group than in individual setting. Concerning realistic elements, I would like to make some comments on comparison of group psychotherapy in Japan and U. S. A. When I presented a paper on comparative study on interaction at the annual meeting of the Japanese Society of Neuropsychiatry, I pointed out that especially in the beginning, the interaction in six groups in Japan and U. S. A. are conspicuously influenced by the patterns of interaction in everyday life in both cultures. As some anthropologists mentioned, group psychotherapy is inclined to reflect the condition that exist in family and social life of individuals outside of psychotherapy.

The following phenomenon is less observable in group psychotherapy than individual psychotherapy that the therapist becomes the object of a patient's magic and omnipotent fantasy and excessive dependency needs. In group, the therapist does not have immediate and direct access to the unconsciousness of patients. When dreams and fantasies are presented, they are examined by members less thoroughly than in individual therapy. In group psychotherapy, the central question is "what is going on here and now between us in this group?", not "exploration of a patient's past history".

The Goal of Group Psychotherapy

In regard to the next topic, namely "Chiyuzo" (the therapist's image of "Cure"), I do not completely understand the meaning of this term, because of some subtle oriental connotation. But here I suppose it as the purpose or the goal of group psychotherapy. If it is so, the goal of group psychotherapy is to produce emotional, behavioral and cognitive changes in their members. Therefore it does not differ from the purpose of individual psychotherapy. The primary target of group psychotherapy is always an individual patient, not the group. This therapy does not treat or convert a group. When

I compared three independent Japanese groups with three American groups (psychoanalytic, Neo-Freudian and learning theory-oriented), regardless of nationalities and schools, the comments by the therapist to individual patients are more frequent than comments by the therapist to the group or plural members. This figure may be true in all forms of free interaction groups.

There seem two main misunderstandings regarding the goal of group psychotherapy. The first one is that group psychotherapy is synonymous with thought reform or religious revivalism in which a person depends on supernatural power, dogmatic doctrines and the like. He leaves every responsibility as a human being to this "Higher Power" and becomes secure and relieved by remaining in the group forever. The other misunderstanding, most clearly described by Jung, is that a patient loses his creativity and individuality in group and goes back to the most infantile emotional state. Even Freud, who considerably contributed to modern group psychotherapy felt confused concerning what a "group" was. In his book, "Group Psychology and the Analysis of the ego" he wrote as if a "group" was synonymous with "mass" or "mob" and psychology of such a group was a state of regression to a primitive mental activity. Although he made useful remarks on the family-structure and identification, he attributed some mysterious power to the group leader like the father of the primal horde. Probably this kind of misunderstanding was due to the serious limitation of anthropological research and the lack of knowledge of small group dynamics. I feel that any therapist in any culture is greatly influenced by the political system, social structure, family system and value orientation of his culture in which he is living. It is quite clear when we look back to the time before the Second World War how the concept of freedom, individualism and democracy were accepted with such vicious connotations as egoism and the like.

When we hear the term "group", our images must be extremely different in each culture. At the present time, I am of the opinion that the purpose of group psychotherapy is to accept many possible diversities of individuals and to find his real self in relation to other human beings, through mutual empathy and fellowship in group. As a group psychotherapist mentioned, the potential to become a real person is only fulfilled in relationship with other persons.

Group Psychotherapy In Japan

I would like to make some comments on my experiences as a therapist as well as a supervisor in group psychotherapy in Japan. As many people already mentioned, group psychotherapy is an American product. It seems that this type of treatment has developed in a so-called democratic society in which the diversity and the self-determination of individuals are greatly emphasized and highly evaluated.

Frank, one of the leading group psychotherapists in America, clearly wrote in his book, that the American psychotherapy places a high value on "democracy and science." Some therapists are critical of this term "democracy" which inevitably reflects "value orientation". However, in actual situation of group psychotherapy, without any doubt, American therapists use it as a guiding principle, implicitly and explicitly. Our Japanese NIMH psychiatrists started group psychotherapy program with various mental

patients such as schizophrenics, neurotics and addicts in 1957. Since then, I have had experiences with problem children, their mothers and ex-mental patients besides those mentioned above. When I introduced group method to various institutions I encountered many problems in practice.

Firstly, patients tended to modify group psychotherapy into a family or an alumni type of gathering in which their roles and functions were definite. Their dependency needs on the therapist was conspicuous and they were inclined to seek for advices and suggestions, one-sidedly from the therapist. When they had objections and disagreements, they did not express them directly. They avoided interrupting others during sessions. Each waited for his turn and remained "a good listener" acting as though silence meant respect. Especially in the beginning, they tried to conceal their real feelings by using difficult conceptualizations and abstract argumentations. Some of them tended to express their positive emotional attachments to the therapist only by letters and in individual interviews. On the contrary, the power struggle which was often seen in America, was rarely observed among Japanese patients.

In the opening, an inexperienced therapist in Japan was preoccupied with such expressions as "free interaction", "non-directive, non-authoritative, and democratic" attitude. Consequently, he was not able to give an appropriate orientation and restriction, in accordance with the type of patients. Therefore, the group went nowhere and patients at times dropped out. These blind spots, of course, were examined in group supervision, as in individual supervision for an individual psychotherapist. It may be interesting to note that when a group psychotherapist could interact and interrupt more freely and his problems with his parents and siblings were examined in group supervision, his patients also began to show the same tendencies in group psychotherapy, and the type of interaction between therapist-patient and patient-patient gradually began to resemble those of group psychotherapy in America.

Is Morita Therapy A Group Psychotherapy ?

Morita therapy is said to be a "psychotherapy" which successfully adopts the Japanese traditional value system and which is integrated into the whole cultural context. Some therapists talk about insight in Morita therapy in reference to the enlightenment in Zen-religion although Professor Morita himself denied it in his writings. Some therapists state that Morita therapy is unique and incomparable with psychotherapy in other cultures, but recently young therapists tend to emphasize that the basic philosophy in Morita therapy has many things in common with the Western psychotherapy such as Horney's psychoanalysis, psychodrama by Moreno, and logotherapy by Frankle and the like. They also stress that Morita therapy is a group psychotherapy which does not differ from group psychotherapy in the Western cultures. However I hold a different view. Naturally any sound psychotherapy has some basic things in common. And Morita therapy uses very effectively group-experience for patients. However Morita therapy is not the authentic group psychotherapy which is accepted and understood in the Western cultures. I feel that Morita therapy is one of the directive, repressive and inspirational group therapy, such as Alcoholics Anonymous (A. A.).

I want to compare Morita therapy with psychoanalytic group psychotherapy as well as with A. A. mainly from the cultural point of view. By doing so, I hope to clarify my concept of group psychotherapy.

Differences between psychoanalytic group psychotherapy and Morita therapy are as follows.

1) Concerning the clinical setting, Morita therapy carefully provides a "Home-like" situation, stressing the necessity of there being little difference from the actual life of patients. The size of group is big and consists of all hospitalized patients. The group which consists of both hospitalized and discharged patients has more than 100 patients. The duration of treatment is as short as a few months. In psychoanalytic group psychotherapy, the size of the group is much smaller, only consisting 5 - 8 patients. The duration is indefinite, but usually much longer. In the session, without exception, the differences between "Home" and "Therapy" are emphasized.

2) In Morita therapy, the group is absolutely homogeneous in many respects. They are mostly male patients who come from certain social classes with rather similar background. Some type of patients such as hysteric and psychotic patients are strictly excluded. In the group, the role of the therapist and of patients are clearly defined. In the group for both discharged and hospitalized patients, (called "Zatsuden-kai", chatting group), the former took the role as an assistant therapist and provided the model of identification with the healthy person for the latter. There are remarkable similarities and stereo-types in their verbal and non-verbal expressions, for instance, sitting quietly, using similar terms, waiting questions from the therapist and laughing altogether. Before joining the group, positive transference with the therapist and the hospital was firmly established. Even though it was not established, negative feelings would never come out overtly in the group.

In psychoanalytic group, however, patients are more heterogeneous. The role of the patient is not always certain and the situation is by and large ambiguous. In the beginning, positive transference is not established and the therapist welcomes patients' negative feelings towards himself.

3) In Morita, the therapist is not only a traditional physician but also a shepherd for lost sheep, (or a master for inexperienced students). Frequently the therapist writes books for commoners (such as "how to solve your anxiety" etc.) in which his own life history, his experiences as a sufferer and his world view (Welt-Anschauung) are openly described. His patients read these books and receive much influence. The comments by Professor Morita (the founder of the school) are often excerpted in the group like comments of religious leaders. The therapist lives on the ground of the hospital which is much smaller than ordinary hospitals and appears to be a kind of dormitory, where he works with his patients. Through his writings and close contact, he is much closer than ordinary physicians to his patients. He is the confident father, the center of the group and the absolute authority figure. His patients never question this set-up. But at the same time he seems to possess considerable compassion and understanding on his part because he had similar problems once and he was saved by Professor Morita. I feel this type of compassion is very characteristic even in psychoanalytic therapy

conducted in Japan before the end of the Second World War. In any session, therapist-patient relationship is never pointed out purposefully. Patients followed the order of the therapist, (father) and listened to speeches by discharged patients (elder brothers, or senior students). Feelings of siblings rivalry are never discussed either. Through everyday life at the hospital, the value system of the therapist definitely has influence on his patients. In a session the group is always therapist-centered. He questions and a patient answers. And others listen carefully. There is very little interaction between patients. In any session the ratio of comments by the therapist tends to be over 50%. As a regular procedure several patients make progress report and witness the validity of this therapy. The interaction reaches the peak near the end of each session.

In psychoanalytic therapy, patients may basically have some positive feelings towards the therapist. But they are encouraged to talk about any feelings including negative feelings. The therapist does not reveal himself directly in a session. His patients are discouraged to ask questions regarding the world view, value judgement and private life of the therapist.

Each session has its particular group dynamics. Interaction varies and the peak may come anywhere. The therapist tends to talk less than the Morita therapist, (usually 9-15%), Patients are encouraged to interrupt. Remaining a mere listener means irresponsibility. There may be some domineering monopolists among patients unlike in Morita. And patients even do acting out during sessions.

4) The Morita therapist puts much emphasis on strengthening group cohesion. His patients begin to learn to be harmonious with others. Similarity of their symptoms and universality of human beings are stressed. The examples of great religious leaders who suffered from neurotic conditions are excerpted in group and in journals. Eternity of human beings through identification with nature (we may call it "God") is accepted in group. Concerning therapeutic mechanism, support and training exist conspicuously. Identification and reality testing are also stressed. Group meetings in local regions and reading journals published by the hospital help each patient reconfirm the basic assumption of the Morita school.

In psychoanalytic group, although cohesion is stressed by both the therapist and patients in the beginning, the group is gradually directed to realizing diversity and limited liability of individuals. When a patient feels mature, he may leave the group and he is not encouraged to stick to his group and his therapist forever. He does not come back to the group as a helper and belong to the group after finishing his own treatment.

It seems that there are many things in common between A. A. and Morita Therapy.

1) For instance, both stress "fictive kinship" (in A. A., God is the father and the members are siblings. In the latter, the therapist is the father and patients are siblings. In both, fellow patients take the role of the helper in the group.

2) Both use very effectively local branches and journals as well as books published by the institutions, in order to strengthen continuously their beliefs and assumptions.

3) The period in which A. A. patient tries to get over his intoxication may be com-

pared to the period of "absolute bed rest" in Morita therapy. During the periods patients in A. A. and in Morita have to encounter extreme agony while receiving help from someone who is the representative of these doctorines, (the therapist of Morita and the leader of A. A.). Before coming to Morita therapy, many neurotic patients were pre-occupied with their symptoms and ruminate again and again their endless complaints. This state is considered "addicted" or "intoxicated" as do A. A. patients with alcoholic beverages.

4) In A. A. "absolute obedience" is stressed. A patient is persuaded by his fellow patients that he is weak and he can not overcome alcohol by himself. He can be saved only by receiving help from someone stronger than a human being, that is, God and His group. Attitude towards nature and something higher than a human being in Morita has much resemblance to the attitude of A. A. patients towards God.

5) It is interesting to add that visitors to both group receive very similar reactions from members of both groups, namely some exclusive attitudes. Visitors may be treated politely or receive hospitable smiles. But patients often say to visitors, "if you have no problems, you will never understand us. Only neurotic patients (or alcoholics) can understand and help each other." They also emphasize that they are proud of having problems and consequently finding the meaning of life and helping other sufferers as a helper. But I wonder as to whether or not there is any sacrifice of freedom and independence on his part by remaining in these kinds of groups.

Summary

Group psychotherapy is yet young and still in the developing stage. It is constantly raising problems and questions which enable it to mature and make progress. This paper has dealt mainly with therapist-patient relationship, goal of group psychotherapy and differences between group and individual psychotherapy as well as some characteristics of group psychotherapy in Japan.

I have also examined Morita therapy in the light of group psychotherapy and cultural anthropology in two ways, focusing on 1) differences between psychoanalytic group psychotherapy and Morita therapy and 2) similarities between A. A. and Morita therapy. By exploring Morita therapy, I have hopefully tried to clarify the facts that both Morita and psychoanalytic group psychotherapy reflect value systems, family and social structures of each culture and that A. A. and Morita have many characteristics in common both being directive, persuasive, repressive-inspirational therapies applicable in any given culture.

(1) *Morita therapy*

Morita therapy was originated by late Professor Morita. The therapists of the Morita School who obtain the most effective clinical results are those who themselves once suffered from neurosis and who were saved from their sufferings by this method. Morita therapy is primarily a treatment for neurotic individuals and the aim of therapy is not so much to eliminate anxiety, as to live in co-existence with it.

Morita hospital is a Japanese-style building with which a patient is well acquainted in his daily life, surrounded with trees and plants. Morita therapist lives in the hospital and works with his patients. In the first week, the therapist puts his patient into a situation that requires "absolute bed rest" and prohibits any verbalization, any activity and pastime. During this period, the patient is under the

direct supervision of the therapist. He has to live with himself, his symptoms and his agony. Whether he likes it or not, he has no way to live and finally accepts himself totally. In the second week, he is given light monotonous occupational therapy and required to write a diary. Gradually he is given more complicated occupational therapy. Average length of hospitalization is a few months. It is characteristic that the therapist does not point out the therapist-patient relationship and disregards his patient's experience in the early childhood during the treatment.

Group Supervision as a Means to Professional Development

of a Social Worker

Akira KASHIWAGI

Close individual supervision is not necessarily the only means of professional development of a social worker. The intent of this article is to develop a new pattern of supervision which will be suited to the unique problems encountered in Japan. This article is the interim report of the author's experimental work in group supervision.

The term group supervision for social workers may be contrasted to the close individual supervision which has been the guidelines to a social worker in the traditional pattern introduced to Japan from the United States. Group supervision means the mobilization of plural number of social workers in the place of a qualified supervisor, and the application of group dynamics instead of didactic processes of individual supervision.

Since April 1964, separate courses in group supervision have been experimentally administered under the auspices of the Tokyo Metropolitan Association of Medical Social Work to three groups of medical social workers. Each group consisted of 15 social workers from various hospitals and agencies, and the course lasted for the period of 6 months which was divided into two parts of role-orientated sessions and free discussion sessions. During the first part, participants took turn to present his case as a reporter. The reporter's role was to confess (rather than to present an organized case report) his experience, difficulties in establishing objective and meaningful relationship with his client, or the limit of his ability to control counter-transference. Then the supervisor who carried on the program assigned the participants three roles of prosecutor, attorney, and judge to act on the material presented by the reporter. The principal role of the prosecutor was criticisms on the reporter's activities within the context of caseworker-client relationship. The attorney was supposed to defend the reporter's activities. The role of the judge, being different from its legal role, was to support the reporter just as the therapist would give psychological support to his client.

During the second part, for the free discussion, restriction of the role play was completely lifted, and everybody participated in the discussion expressing his own view. Being much accustomed to the group situation from the previous sessions the participants seemed to have expressed their views positively.

The role of the supervisor throughout the course may be summarized as :

1. To support the participants including the reporter in the area of ego-functioning when they exchange their views and ideas.
2. To build permissive atmosphere in the group so that the participants feel free to communicate with each other.

3. To help clarify whenever the participants have difficulties in expressing what they wish to relate to the others.

4. To clarify and to interpret emotional contents of remarks made by participants when necessary.

5. To let each participant realize his own preoccupation.

As for the result of the three courses, the questionnaires returned by the participants showed their satisfaction in the group method. The consensus was that the participants have gained (felt as gained) a substantial support in anxiety relief from the exercise in interpersonal reactions, particularly by reaching to the point of objectifying his own problems with the help of other participants who shared similar patterns or problems.

This group supervision method has proven effective and enlightening in many problem areas unique to the professional attainment of social workers in Japan.

Study on Therapeutic group activity for Mentally
retarded adolescents

—Second report —

—Therapy effectiveness seen in the vocational
attitude and consciousness of the mentally retarded —

Division of Mental Deficiency Research

Yoshiro SAKURAI

Ichikawa Mentally Retarded Welfare Center

Eiko WATANABE

We carried out for the past two years an experimental and clinical study on therapeutic group activities for mentally retarded adolescents.

In this report we consider the measurement of therapy effectiveness shown in the vocational attitude and consciousness of the mentally retarded.

Objects of study were 18mentally retarded (7 males, 11 females) Day Care Center patients and 25trainees (13males, 12females) of the Vocational Training Institution for Mentally Retarded.

Their ages were mostly about 15 - 20 years old and their levels of intelligence were chiefly in the middle range. We studied the effectiveness of therapeutic group activity through a comparison of the above two groups.

The survey was conducted through an interview-test and a Projective method, and at the same time personality tests (P-F Study, Rorschach Test) were given.

We have had the following results : a great difference was found between the Day Care group and the Training group.

As to the interview test, an ideal, abstract attitude and consciousness were conspicuously seen in the Day Care group because of its lack of vocational experience, while in the Training group a concrete, practical attitude and consciousness toward real vocational life were found. As regards the projective method on the other hand, an understanding and cognition of autonomous thinking, judgement and attitude toward human relations were found in the Day Care group, while in the Training group, they were lacking in autonomous thinking and judgement, and they manifested a socially immature aspect.

As to the results of the personality test, little difference between the two groups was seen in the P-F study, but the great difference was recognized in the Rorschach test.

A comparison of the two groups indicates that the autonomous attitude and quality of the human relations constitute an improvement, enhanced by the therapeutic group activities, while the acquirement of vocational skill was achieved by the training.

The results of our survey have made clear the importance and

therapeutic group activities for mentally retarded.

In rehabilitation of the mentally retarded, vocational training alone is inadequate.

It is important that therapeutic treatment from the mental health stand point should precede or accompany vocational training.

A Study on Teachers' Attitudes towards the Children with School Phobia

(Division of Child Mental Health)

Michiko YAMAZAKI

This study is a continuous one with two studies on school phobia which were published on journal of Mental Health. In those studies we classified the children who refused to go to school and their families into four groups. The 1st group 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 recognized as "the central group of school phobia." C group: the children failed to identify with their fathers.

The authoress assumes that the causation of school phobia would be resulted from the multiple factors, such as the child's inner life history, his present psychological and social problems in school and in the community as well as the neurotic family dynamics. Many papers on school phobia from the view-points of family psychopathology were published, but few papers from the school situation.

I. The purpose of this study is to compare the ways of the children's adjustment in schools among three sub-groups of the 1st group; especially the teachers' view-points of those children, the relationship between the teacher and the child, the teachers' actions to the children after they refused to go to school.

II. The subjects of this study were 23 cases: that is, 5 cases of A group, 14 cases of B group and 4 cases of C group.

III. The method of this study is an accumulative case study. The social worker interviewed the children's teachers and principals, whenever an interview was necessary in the processes of treatment with those children and their families. The material was gathered by interviews and communications and it was analyzed for the purpose of this study.

IV. The results: 1. Comparing the teachers' view-points of the main cause or causes of the children's school refusal with the parents' view-points or social workers; In A group there were few differences among three: that is; the teachers, parents and social worker assumed that the main cause or causes would be resulted from dependency, immaturity of the children's personality and separation anxiety between mother and child. In B group there were big differences among three, particularly between teachers and parents. More than half of the parents thought that the main cause or causes would be resulted from school situations such as teachers' rigidity and poor treatment to the children, while few of them thought family problems such as neurotic interaction between family members or rearing practice as the main cause or causes. The parents assumed the children's physical diseases or self-centeredness as problems of the children. The teachers' view-points were in contrast with the parents' view-points: that is; they thought that the main cause or causes would be resulted from the family problems such as parents' over-protection or lack of fathers' authority, while few of them

thought the school situation as the main cause or causes. They assumed timid and weak personality which produced tension easily as the problems of the children. The social worker's view-points of the main cause or causes were in the orders of families, schools, and the children themselves, but there found out only small numbers of differences among three causes. She assumed parents' over-expectation to the children as the family problems, the relationship with tension between teacher and child or being elected to chairman of class as the problems of the school situations, and timid and weak personality as the problems of the children. In C group there were very agreeable in the opinions of teachers, parents and worker; that is, they assumed the parents' over-protection to the children, children's physical anxiety, dependency and weak-ego as the main causes.

2. The relationship between teacher and child before he refused to attend school.

In B group four sorts of relationship between teacher and child were found out: that is; 1) there was tension or conflict between teacher and child. 2) child escaped from active participation in school situations, but teacher was not aware of child's tension or conflict. 3) there was not found out any particular problem between teacher and child. 4) there was found out positive relationship between teacher and child. In A group two sorts of relationship between teacher and child were found out: 1) In the relationship teacher was understanding with child, while child avoided teacher. 2) In the relationship teacher tended to be over-protective to child, while child was dependent to teacher or escaped from him. In C group all cases were in the relationship teachers tended to be over-protective, while child was dependent to or escaped from the teacher.

3. How the teachers acted to the children after they refused to go to school.

Most of teachers in A, B, C groups did home-visit after the children refused to go to school, but there were found out some remarkable differences on reactions of children and teachers among three groups. In B group half of teachers were rejected by the children, and the other half of them approached to the children and talked with them. Whenever the relationship between the teacher and child was very negative, mother's relationship with teacher was also negative. In A group two ways were found out; 1) teachers tended to be over-protective just like the children's mothers and they were submitted to the children. 2) Teachers took distinct attitude to the children, since they thought that the children's school refusal would be resulted from the parents' over-protective rearings. In C group the teachers were involved by the children's physical complaints and they tended to be over-protective to them.

4. The relationship between teachers' attitudes and prognosis of the children

In A group, the prognosis of the children was rather better in the relationships teachers took distinct attitude to the children than in the relationships teachers took over-protective attitude to them. In B group, the children who would be resulted from school situations were particularly better in prognosis. In C group, all children were rather in poor prognosis. Concerning the reason why the prognosis was very poor in C group, the authoress thought that there might be some relations with teachers' attitude which were involved to the children's physical complaints easily and permitted their complaints.

Current Trends and Problems in Community Psychiatry

Masaaki KATO, M. D

Analysing the papers presented at the Research Seminar on Evaluation of Community Mental Health Programs in Washington, D. C. 1966 and the Round Table Discussion on Evaluating Effectiveness of Mental Health Services by Milbank Memorial Fund, 1965, the basic concept, current trends and problems in community psychiatry were discussed.

As regards the basic concept of community psychiatry, "primary prevention" was not regarded as the main goal by the author, but "secondary and tertiary prevention" should be considered as the practical goal within the range of possibility, although the necessity of the population focus, social treatment goal, comprehensive continuity of care and total community involvement were completely agreeable to the author.

Comparing with the Community Mental Health Programs in U. S. A., U. K., U. S. S. R. and Scandinavian countries, we have not enough governmental budget nor voluntary, charitable agencies in Japan to overcome these difficulties. The author stressed the importance of integrating the existing mental health resources, such as health centers, mental health centers, public and private mental hospitals, university hospitals and so forth. In particular, the consultation services for general practitioners must be one of the crucial points to establish the integrative, districted, comprehensive network for the care of mentally disordered.

Mental Health Consultation Method and the Issues in Japanese Culture

Kazuo YAMAMOTO

I attempted to introduce the principles underlining a specific technical method of mental health consultation and also I discussed some issues which we should consider when we use this method in the context of Japanese culture.

The mental health consultation technique is designed to operate primarily in situations of crisis, when the relationship of a professional worker to this client becomes disturbed by reason of its involvement on the worker's intrapsychic conflicts. This disturbance is dealt with by means which exploit the potential benefits of the worker's emotional disequilibrium, both in regard to arousal of his motivation to cooperate and in regard to the minimal external pressures needed to tip his unstable internal balance of forces in a healthy direction. The separation of this method from mental health education and psychotherapy is stressed in order to understand more clearly the technical problem involved.

Mental health consultation method is an important instrument for developing community mental health program. Particularly, mental health workers ; psychiatrists, clinical psychologists and psychiatric social workers, are needed to be trained about this new method to initiate community mental health organization in Japn.

However, this mental health consultation method has been developed in American social structure. Therefore, we must consider how we apply this method to Japanese social structure and culture patterns. I pointed out that, first, the contractual relationship involved in the consultation contact is not so much congruent with the Japanese sense of helping relationship in mental health activities. Second, the traditionally strong vertical tie in Japanese interpersonal relationships will disturb the equal relationships between different professional persons. I stressed on that an intimate relationship between consultant and consultee is very important when we try to initiate consultation relationships in Japan. If we could have an intimate relationship each other, we will be able to have personal contact in which we can talk about mental health problems without strong defences. Finally, I discussed the dependent attitude in Japanese interpersonal relationship. We must develop a control technique to this dependent attitude in mental health consultation.

This discussion pointed out some difficult issues in terms of the application of the mental health consultation method developed in American culture to Japanese culture. However, I do not mean in this discussion that mental health consultation developed in American culture pattern is useless. I mean we should develop a suitable method of mental health consultation to Japanese culture pattern from our own experiences in Japanese community mental health activities.

編集後記

本号は「グループ特集」ということで原稿を募集したが、6篇中3篇だけになった。しかしながら本研究所の重要な研究課題である地域における総合医療について地域精神衛生乃至地域精神医学の立場からの原稿が寄せられたことは幸であった。

集団や地域という観点からの精神衛生問題の研究はこれらが我が国においては未開発領域ともいべきものであるだけに、今後なし遂げられなければならぬ重要な課題である。未だ実証的研究の成果をみる段階に至ってないし、極めて困難な理論的、方法論的、且つ現実的、制度的諸問題が山積しているのです、この実現についてはしばらく時間が必要である。

幸に同様の関心をお持ちの研究者諸賢からのご教示をいただくことができるように衷心からお願いする次第である。

第15号編集委員 佐治守夫 田村健二
柏木昭 高橋徹

精神衛生研究

— 第 15 号 —

編集責任者	佐治守夫, 田村健二 柏木昭, 高橋徹
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台1の7の3 電話 市川(0473) - ②3141
印刷所	株式会社 弘文社 千葉県市川市真間4の5の7 電話 市川(0473) { ②3157 ②4007

JOURNAL
of
MENTAL HEALTH

Number 15

March 1967

Contents

Some Comments on Group Psychotherapy-Centered around Interpersonal Relationships and Goal of Therapy	<i>Y. Ikeda, M. D.</i>	1
Group Supervision as a Means to Professional Development of a Social Worker	<i>A. Kashiwagi</i>	7
Study on Therapeutic Group Activity for Mentally Retarded Adolescents — Second Report — Therapy Effectiveness of the Mentally Retarded	<i>Y. Sakurai, E. Watanabe</i>	21
A Study on Teachers' Attitudes Towards the Children with School Phobia	<i>M. Yamazaki</i>	29
Experimental Nutritive Pharmacotherapy for Down's Syndrome	<i>M. Iida</i>	43
Current Trends and Problems in Community Psychiatry	<i>M. Kato, M. D.</i>	47
Mental Health Consultation Method and the Issues in Japanese Culture	<i>K. Yamamoto</i>	59
Book Review		69
List of Research Works		75
English Abstracts		85