

# 精神衛生研究

第 20 号

昭和 46 年度

Journal of Mental Health

Number 20

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan

# 目 次

## 原 著

精神分裂病患者の家族研究 ——家族ロールシャッハ・テストによる研究—— .....鈴木 浩 二.....	1
精神分裂病の家族研究 その2. 男子分裂病患者家族と女子分裂病患者家族についての考察 ——家族ロールシャッハ・テストによる研究—— .....高臣武史, 鈴木浩二, 田頭寿子.....	41
現代青年の人間の成長阻害におよぼす社会的心理的要因に関する一考察 ——保母および保母養成校学生を中心とする社会的価値意識に関する 追跡研究—— .....櫻 井 芳 郎.....	77
心身障害者社会復帰施設における集団精神療法の試み 第一報 .....池田由子, 金平輝子, 古牧節子, 眞野由美子.....	97
.....中村眞由, 君島直子, 古田多賀子	
学校恐怖症の研究 ——慢性重症例の経過と現在の状況—— .....山 崎 道 子.....	121
精神薄弱者に対する社会適応性促進活動に関する研究 ——幼児グループ—— .....飯田誠, 藤島岳, 関川ミヨ, 田中恵子.....	145
.....菅野重道, 金親公子, 川辺セツ子	
「泉の会」の対人恐怖症者たち ——対人恐怖症者の社会性について—— .....高 橋 徹.....	181
精神障害者に対する地域住民の態度 ——市川市行徳・南行徳地区の場合—— .....斎藤和子, 佐竹洋人.....	193
日本版精神病院入院患者の役割概念目録作成の試み .....山本和郎, 山田信子.....	229
所員研究業績一覧.....	245
欧 文 抄 録.....	257



# 精神分裂病患者の家族研究<sup>(1)</sup>

——家族ロールシャッハ・テストによる研究——

精神衛生部 鈴木 浩 二<sup>(2)</sup>

- I. ま え が き
- II. 研 究 方 法
- III. 研 究 対 象
- IV. 研 究 結 果

(1) 集団の場における相互作用の乏しさ

- (イ) 集団意志決定過程における形式的側面の特殊性
- (ロ) 他者の影響をうけにくい反応提示の固執
- (ハ) みせかけの同調
- (ニ) 患者に対する一方的な強要と拒否
- (ホ) 「合意」でない合意反応
- (ヘ) 不良形態水準の反応の提示
- (ト) 個人テスト反応の家族間的一致度の低さ

小括——分裂病家族の全体としての特徴

(2) 患者に対する両親の不自然な態度——患者を傷つけているであろうという配慮に欠けた両親の鈍感さ

- (イ) 患者を無視する態度——反応提示をせまり、患者が提示すると無視する親
- (ロ) 患者によりかかる態度——患者を信用していないのに、患者を情緒的にとりこみ、自己の不安を解消しようとする親
- (ハ) 患者を犠牲にする態度——夫婦間の不和や葛藤をおさえるために、強引に合意反応をつくる親
- (ニ) 患者への不自然な「思いやり」の態度——冷たい拒否や追求とからみあった優しい態度

備考 父と母の関係——相手の同意なしに 意志決定ができない強い不安と依存性をもった夫婦

小括——分裂病患者と両親のかかわりあい

(1) A study of families of schizophrenic patients : A study utilizing the Family Consensus Rorschach,

(2) Koji Suzuki, Division of Mental Health.

V. 考察——分裂病家族の不安について

VI. む す び

ま え が き

近年精神分裂病家族の精神病理学的研究がさかんに行なわれるようになった。それは母親の研究から母子関係へ、父親から父子関係へ、更に夫婦関係へと発展し、この頃は一つの単位としての家族 (family as a whole 或は as a unit) が研究されるようになった。そのなかには病因を明らかにしようとする試みも多い。

それらの研究結果にはいろいろ興味深いものがあるが、個々の研究者によってちがった結果も報告されている。たとえば Ellison と Hamilton は<sup>1)</sup> 分裂病患者の母親は子どもに過保護であり、父親は非常に攻撃的であるといっているが、Johnson は<sup>2)</sup> 子どもに暴力をふるう両親が多いという。それに対して Reichard と Tillman は<sup>3)</sup> あからさまに、あるいは暗々裡に子どもを拒否している母親と支配的な父親の組合せが多いといい、Teitze,<sup>4)</sup> Gerard と Siegel,<sup>5)</sup> Kasanin<sup>6)</sup> らは支配的な母親と消極的な父親が多いという結果を報告している。

母親と患者の対人関係についての結果も一致しているとはいえない。Fromm-Reichman<sup>7)</sup> は「分裂病患者を生みだす母親 (Schizophrenogenic mother)」の存在を重視し、その冷淡さと拒否的な態度について述べているが、Alanen<sup>8)</sup> は男子患者と女子患者の母親を比較して、男子患者の場合は母親が息子との間に、他の子どもとの間に見出すことのできない緊密な結びつきを持ち、息子を所有物であるかのように保護している、他方女子患者の場合は母親がよそよそしく、かつ娘を敵視しているような保護のしかたをしていることを強調している。また Lidz<sup>8)</sup> らは母親たちのすべてに共通なパーソナリティ特性や子どもへの関わり方の共通のパターンを発見することができなかったと報告し、こうした「母子関係のみ」の家族研究のあり方に反省をうながしている。

父親と子どもとの対人関係についての研究はあまり報告されていないが、父親の態度が消極的で無力であるという人と、厳格で支配的な傾向が強いと主張する人とがある。

後にのべるように、われわれはこれらの報告のどれもがまちがっているとは考えない。そして一見矛盾しているように見えるこれら諸研究に示された両親の特性のなかに、子どもに対して同じような影響を与える力動関係の要因がふくまれていると考えている。つまり分裂病患者の両親が子どもにとる態度は複雑であり、拒否と過保護とか、支配的と無力という表現でまとめることができない。今までの研究者がのべていることは事実をとらえてはいるが、それは或る一つの側面からだけ特徴的な様相をとらえていたといえるのではなからうか。

子どもとの対人関係で従来もっとも病因論に結びつけられてきたのは、母親と子どもの共生関係や分離不安の問題であろう。しかし、これらのことだけを分裂病の原因として簡単にとりあげるわけにはいかないであろう。なぜならば、才1にこのような関係は必ずしも分裂病患者の

母子だけにみられるものではないし、才2にそのような病的な母子関係は勿論母子のパーソナリティにもとづくこともあろうが、その他に、この関係を病的にまで発展させる原因として夫婦関係、父子関係、同胞関係といった家族内の諸関係が密接にからみあっていることもありうるからである。

<sup>8)</sup> Lidz は 両親の夫婦関係を重視し、分裂病家族の特徴を「夫婦の分裂 (marital schism)」と「夫婦の歪み (marital skew)」に分類した。前者は夫婦の明らかな不均衡と不調和の状態が慢性的に継続しているものであり、後者は夫婦の平衡が比較的良好に保たれているが、それは一方の、しかもより健康と思われる人の犠牲の上になりたっているというものである。

三浦と小此木は、<sup>9) 10)</sup> 比較家族研究の一貫として、破爪型分裂病者の家族の精神病理研究を行ない、(1)父権擬似統合型、(2)父権統合不全型、(3)未成熟型、(4)母権統合不全型、(5)再統合型の五型に分裂病家族を分類した。擬似統合とは一見統合性と安定性が高いように見えるが、実際には真の分化と統合は得られず、動的な発展性をそなえていない状態を指したものである。

<sup>11)</sup> 高臣も、分裂病家族の家族内人間関係を少なくとも次の4つの類型に分類できるとした。それらは、(1)専制的な父親とそれに忍従する母親に代表されるもの、(2)道徳的、教訓的な父親とそれに盲従している未熟な、主体性の乏しい母親に代表されるもの、(3)父親が受動的で家庭の主導権を失い、心理的には家庭からはみだし、母親が自己中心的他罰的であり、且つ家庭の支配者、決定者であるもの、(4)消極的で偏屈な父親と粗野で未熟な母親によって代表されるもの、である。

これらの研究の他、Jackson, Reichard と Tillman など、数多くの研究者によって分裂病家族の類型化がはかられている。しかし、これらの類型が分裂病家族に特有なものであるかどうかについてはなお検討しなければならない。

それはともかくとして、こうした夫婦関係を含む家族全体の病理の研究は、分裂病の病因に関する種々の仮説を生みだした。

Bowen は<sup>13)</sup> 分裂病を家族全体の急性病的過程のひとつのあらわれと考え、患者の症状を家族全体のものとしてとらえた。彼は精神分裂病は3世代あるいはそれ以上の期間を経て発生するという前提にもとづいて、3世代にわたる家族研究を行なった。そして発病に至る過程を次のように説明した。すなわち、患者の祖父母は比較的成熟した人たちであるが、彼らの未成熟な面が重なりあい、彼らと最も親密な関係にある1人の子ども(患者の母親)にこの未成熟さが受け継がれ、そしてこの子どもが成人してから同じくらいに未熟な配偶者と結ばれることによって、上記と同じ過程が二代目でも反復され、ここに高度の未熟さをもった1人の子ども、つまり患者が生まれる、というのである。彼の仮説には、夫婦間の「情緒的離婚 (emotional divorce)」や、母子の共生的結合、すなわち母親自身の未熟さから子どもに向けられる矛盾した要求——能力のある成熟した人になってほしいという願望をもちながら、気持の面ではいつまでもこのまゝでいてほしいという要求をしている——などが含まれている。

<sup>14)</sup> Wynne らは、真に相互依存できる関係を通して人間はその存在の意義と価値を認め、そして次第に他の人々の能力や可能性を認めるようになると考え、相互依存できる関係が個人の成長

に重要であることを指摘した。彼らは人間関係の様式を「相互性 (mutuality)」, 「非相互性 (non-mutuality)」, 「偽相互性 (pseudo-mutuality)」にわけ、分裂病家族に「偽相互性」が存在することを明らかにした。偽相互性とは、相手に対してとっている自分の行動や期待が相手のとっている行動や期待と喰い違っている、そのようなことはないといった考えや感じにとらわれて、喰い違いを明確にせず、ただ相補的な関係にあるという考えや感じを持ち続ける努力をしているということである。彼らによれば、分裂病患者の出現する家族では、両親が相互に補足しあえるような関係にないため偽相互性が継続し、固定化した役割構造ができ上がっているという。この役割構造は家族の平衡を維持するためのものであり、外界に対して閉じられた構造である。従ってその中におかれた子どもは、独立、分化の可能性を犠牲にしても家族の平衡を維持する役割を演じなければならなくなり、自己同一性を達成することができない。この偽相互性は子どもの認知や弁別の能力を歪めるばかりか、自分自身についての認知まで不可能にしてしまう。子どもはこの構造から脱出し、独立、分化することは非常に困難である。Wynneらはこの構造からの脱出の試みこそが発病なのであると説明している。

<sup>15)16)17)18)</sup>  
Batesonらは、この偽相互性と深い関係のある「二重拘束 (double bind)」の仮説を分裂病患者を含む広範囲の人間行動を解明する手がかりとして紹介した。二重拘束とは、同時に相矛盾する二つの次元のメッセージが表明され、これを受けとった者がこの矛盾を指摘することができず、しかもなんらかの応答をしなければならないという拘束の状態のことである。彼らは、分裂病患者の家族においては次の三つの状況下でこれが生じているとした。その状況とは、(1) 子どもが母親に対して、愛情豊かな母親に示すような反応をすると母親が不安を覚えて冷淡になるという状況、(2) 母親が自己の内部に生ずる子どもへの不安感や敵意を自ら受け入れることができず、これを否認する方策として、子どもが彼女を愛情豊かな母親とみてくれることを強要するような見えすいた可愛いがり方をし、子どもがこれにこたえてくれないと子どもから離れるという状況、(3) このようなコミュニケーションの矛盾に巻き込まれている子どもに対して、母親と子どもとの間に入り子どもを支持するような、強力な、そして洞察力のある人物が家族内にいないという状況、である。こうした状況下に子どもが持続的におかれたならば、子どもの意味体系の発達には混乱され、コミュニケーションは著しく障害されることは明らかである。この意味の混乱を招く関係は、Bowenの共生的な母子関係や、Wynneの「偽相互性」や、Jacksonの「補足性 (Complementality) の欠如」と共通する点が多い。

この二重拘束説は最初二者関係状況についていわれたが、その後の父、母、子の三者関係の研究において、更に拡大され、それが分裂病家族では、両親による特殊な三者関係の創造となってあらわれていると考えられるようになった。この特殊な関係から子どもが脱出することは至難なことである。脱出するために子どもは、あらゆる次元のコミュニケーションを歪めて解釈しなければならない。この二重拘束状況への適応こそが精神病的行動となって表われていると彼らは主張しているわけである。しかし10年間にわたる研究の後、彼らは分裂病の病因との関連において、二重拘束を重視しつつも、「二重拘束は、精神分裂病の病因を説明する上で必要

な条件であるが、十分な条件ではない。しかし逆に分裂病的なコミュニケーションには必然的に付随するものである」と結論した。

Alanen<sup>18)</sup> はWynne の提唱した偽相互性とこの二重拘束の両仮説を組み合わせてひとつのものとしているが、たしかに両仮説は同じ現象を別の角度より説明していると考えられることが多い。

以上の他、分裂病の病因論には、ScottとAshworthの「精神の異常性の影(shadow of insanity)」、Boszormenyi-Nagy の「家族内における要求補足性 (intrafamilial need complementarity )」<sup>20)</sup> や、その他Ackerman<sup>21)</sup>、Davis<sup>22)</sup>、Beckett<sup>23)</sup>、Delay<sup>24)</sup> 等々の諸説がある。

このように今日までに、分裂病家族の精神病理は多方面より研究され、数多くの仮説が提唱されてきている。しかし唱えられている病因的機構が分裂病家族にのみ特有に存在しているものであるかどうかは、現在までのところ十分に検討されていない。

両親のパーソナリティや相互作用の大きな歪みは子どもにも重要かつ有害な影響を与えることは疑いのないことであり、それらが子どもの成長を阻む一因となることは否定できないであろう。しかし、家庭環境にはこれらのほかにも子どもにも重要な影響を与える要素、たとえば同胞関係などがあるし、家族外の対人関係もある。それ故、一家族成員の個人精神病理のみならず全家族員を含む家族関係の総合的研究が必要であろう。

集団理論を基にした分裂病論、たとえば、Parsons<sup>25)</sup>、Spiegel<sup>26)</sup>、Ackerman<sup>21)</sup>、等々の諸説は分裂病を理解する上できわめて有用であると考えられるが、高田<sup>11)</sup>が述べているように、「分裂病家族は、(1)家族成員のいずれもが共感性に欠けていることが多く、(2)彼らがそれぞれの役割を果たしていないところから、(3)家族の相互理解、相互受容がなく、共同体としての一つの世界をつくりあげているとはいえない」ように思われる。すなわち、分裂病患者の家族は一つの家族集団のようにみえるが、集団たるべき必要条件を備えているかどうか疑義がある。

それと同時に、現在までの多くの研究が患者の治療の際の事例研究をもとにしている。いいかえれば対象の家族についての研究は、生活史をたどった回顧的 (retrospective) なものであったり、家族成員のなかの誰かの情報を中心とするものであったり、家庭訪問をした人のうけた印象や判断が基礎になっていることが多い。これらの研究方法はそれぞれすぐれた面ももっているが、実証性という点で問題がないわけではない。

この点を考慮する場合、(1)prospective に highrisk group について子どもの出生前から研究をすすめたり、(2)一卵性双生児ことに異環境の子の家族を出生以来追跡したりすることや、(3)家族関係を客観的に把握しうる手段を用いて、くりかえし検査、評定するなど、いくつかの方法が考えられよう。しかし(1)や(2)の研究は長年月を要し、現在のところ、まだ成果を明らかにした研究はない。

そこで近年注目されてきたのが、家族員を集めたいわば合同状況で、与えられた課題を家族成員がどのように解決していくかを観察し、その相互作用を把握することによって、家族の現在の様相を実証的にとらえるという、合意ロールシャハ法である。この方法は比較的統制され



た条件下で比較的容易に家族を把握することができ、しかも個人ロールシャッハとの対比によって相互作用の性質、つまり家族関係の性質をより鮮明に浮び上らせることができるという特徴をもっている。

そこで、われわれはこれまでに述べた個人精神病理学的な視点にたった分裂病の心因論や、また一般集団理論を基礎とした心因論を無批判にとり入れる前に、現在われわれの前にいる分裂病患者の家族を客観的にとらえ、その中の対人関係や相互のかかわりかたを実証的に検討し、その上で分裂病家族内の病理を明らかにしたいと考えて、この研究をはじめた。

この目的のために、われわれは先ず分裂病患者とその両親に個人ロールシャッハ、並びに家族合意ロールシャッハを施行した。

## II 研究方法

テストによる家族内の対人関係は通常、投影法、質問紙法、評価尺度などの方法で評価される。それらの方法のうち、分裂病家族の研究に多く用いられているのは、Strodbeckの“Revealed Differences Technique”<sup>27)</sup>、Haleyの“Interaction Method”<sup>28)</sup>、RiskinとSattirの“Family Interview Analysis”<sup>29)</sup>、Lovelandらの“Family Rorschach”<sup>30)</sup>、Bingの“Conjoint Family Drawing”<sup>31)</sup>、Learyの“Interpersonal Check List”<sup>32)</sup>、等々である。

われわれはこれらの測定法のうちから近年注目を集めている「合意ロールシャッハ (Consensus Rorschach)」に着眼し、それをわれわれの目的にかなうように改善し、「家族合意ロールシャッハ」法を発展させ、これを本研究に用いた。

この方法についてはすでに別の論文において、合意ロールシャッハの発展過程、種類、方法論の差異等についてふれたので、ここではごく要約的にわれわれの測定法を説明するにとどめる。

われわれの「合意ロールシャッハ」は、Lovelandの“Relation Rorschach”、LevyとEpsteinの“Family Rorschach”、Williの“Joint Rorschach”を折衷したものである。それは家族を一室に集め、彼らにロールシャッハ図版10枚をカードIよりXまで順に提示し、各カードごとに「全員が一致して賛成できる答えを一つだけ見つけ出す」という課題、つまり家族の集団意志決定にもとづく合意 (Consensus) を得るという課題を達成させるものである。

この家族ロールシャッハ・テストを実施するのに先きだって患者と両親に個人ロールシャッハ・テストを実施する。個人ロールシャッハ・テストが終わったところで、ビデオ装置、録音装置の整った部屋へ彼らを導き、家族ロールシャッハ・テストを実施する。テスターは a) 家族全員が賛成できる答えを一つ出すこと、b) そのためによく話し合うこと、c) 個人ロールシャッハ・テストのときにやったように、「どこが」、「何に」、「どうして」みえるか、を含めて話しあうこと、d) 答えに「いい」「悪い」といった基準がないこと、e) 終了したらばカードをテスターに返すこと、の5点を説明する。その後、カードIから順次1枚ずつ3人から

等距離のところ正面の人に向って正常位の方角で提示する。テスト中、テスターはずっとその場にとどまり、家族テスト状況に生じた言語的あるいは非言語的コミュニケーションの様相を記録し、評定者（個人ロールシャッハ・テストを施行した3名のテスター）は隣りの観察室において、テスト状況下の言動を観察する。質疑はロールシャッハ解釈上不可欠のものとされるが、われわれは、テスターと評定者の両者の観察を通して内容、領域などをチェックする方法をとり質疑をあえてしないこととした。それは分裂病家族の家族員が合意を形成していく過程において質疑をどのようなかたちで行なうかを検討することによって家族の相互作用や対人関係の様相を明らかにしようと考え、形式分析よりも、相互作用過程の分析に重きをおいたからである。テストは通常、1枚のカードについて7分前後で終了するが、カードを提示してから5分しても合意を作成しようとする動きを示さないときには、「一つにまとめてください」とうながし、それでもまとまらぬ場合、テスターの方で打切ることとした。以上がわれわれが行なった家族ロールシャッハ・テストの実施手続きの概略である。

この方法を分裂病者の家族の対人関係を明らかにするために用いたのは次の理由からである。すなわち、(1)ロールシャッハのインク・ブロットに対する解釈が他のテストよりもはるかに幅がひろく、家族テストでただ一つの合意を得るという設定のもとに行なわれたときに、成員間の意見の喰違いが出現し、そこに家族内対人関係の様相を見ることが出来る。(2)個人ロールシャッハ・テストを家族テスト実施前に施行し、その結果を参照することによって、量的に質的に、個人の精神病理と家族病理の関連性を検討しうる可能性があると考えられる。(3)T A Tなど、他の標準化されたテストを合意法として用いるときよりも、ロールシャッハのインク・ブロットを用いた方が、患者や家族を現実の危機状況に直面させる危険性が少ないと考えられる。(4)面接法よりも実験条件を統一することができ、結果を量的により容易に比較できる。(5)従来、精神病理学で見落されがちであった、家族のコミュニケーションの様式、通信様式、思考障害などの微視的な研究が、相互作用状況の観察を通して可能である。

特に、われわれは分裂病家族の対人関係やコミュニケーションの異常性に主眼をおいて本研究をすすめるために、ビデオコダーによる収録を試み、その記録を詳細に検討した。

### III 研究対象

対象は才1表に示した24家族である。「分裂病家族群(S群)」として、発端者が分裂病である家族12組(男子患者とその両親6組、女子患者とその両親6組)と「対照家族群(N群)」として分裂病患者のいない健康な家族12組(男の子とその両親6組、女の子とその両親6組)を用いた。なお対象の選択は家族研究における重要かつ最も困難な問題の一つであり、分裂病家族と対照家族の家族員数、年齢、性別、出生順位、教育程度、親の職業、文化的、社会的、経済的水準等々の諸条件がすべて同じであるような家族を選択することは不可能なことであるが、対照群の選択基準としては、(1)どの家族員も過去に精神医学的な治療や援助を受けていない、そしてその必要のない人たちであること。また、東京近県の都市に居住していること、(2)

分裂病患者の家族研究

現在もなお親子が同居し生活をともにしている核家族であること、が考慮された。

なお対照群としては、いろいろなものが考えられる。家族内に分裂病患者がいることによって家族員の行動はいろいろな面で制限されているであろうし、家族の雰囲気も特有なものとなろう。このような点を考えると、分裂病と同じように深刻な精神障害者をかかえた非分裂病患者の家族、たとえば躁うつ病、神経症、精神薄弱、自閉症などが対照として浮かんでくる。しかし、これらの家族もまた他の基準からみたときには、対照群として問題になる。たとえば、分裂病と近縁な自閉症の場合を例にとると、子どもや両親の年齢が極端に異なっており、たとえ両群間に家族内対人関係の相違を見出したとしても、それは年齢の差異、共同生活の長さの違い等々の要素が入り込み、分裂病家族の特徴をクローズ・アップすることにはならないかもしれない。

そこで、われわれはとりあえず分裂病家族とは非常にちがうと考えられた、患者のいない、いわば「健康な家族」を対照群として用い、「分裂病患者のいる家族」の特徴を明らかにすることにした。

表1 研究の対象

	息子のいる家庭					娘のいる家庭				
	症例	父	母	子	同胞順位	症例	父	母	子	同胞順位
対 照 家 族	N-1	才	才	才	3/1 (長男)	N-7	才	才	才	3/3 (長女)
	N-2	50	45	19	2/1 (長男)	N-8	46	38	17	2/1 (長女)
	N-3	46	45	20	2/1 (長男)	N-9	44	40	20	2/1 (長女)
	N-4	47	44	19	1/1 (養子)	N-10	50	46	23	2/1 (長女)
	N-5	46	39	17	3/1 (長男)	N-11	47	40	16	4/1 (長女)
	N-6	45	40	15	3/1 (長男)	N-12	53	45	18	5/2 (長女)
分 裂 病 患 者 の 家 族	S-1	65	58	20	6/3 (三男)	S-7	63	57	26	3/3 (次女)
	S-2	51	46	17	3/2 (次男)	S-8	47	45	19	2/1 (長女)
	S-3	42	40	18	2/1 (長男)	S-9	58	56	32	5/1 (長女)
	S-4	55	48	23	3/3 (長男)	S-10	63	55	30	5/2 (次女)
	S-5	68	63	26	3/3 (次男)	S-11	47	42	16	2/1 (長女)
	S-6	46	44	18	2/1 (長男)	S-12	60	50	28	5/4 (次女)

表2 a 個人ロールシャッパ・テスト結果からみた父・母・息子のパーソナリティ特徴 (男子患者)

症 例	父	母	息 子
S-1	1. 内閉的思考の傾向がつよい。	1. 冷たい警戒的な態度, 人を近づけない。	1. 情緒的刺激は回避する傾向がつよい。
	2. バイタリティはあるが情緒的刺激に動揺し, 主観的になりやすい。	2. 積極的ではあるが協調的ではない。	2. 被害的にうけとりやすい。
	3. 緊張しやすい。	3. 表面柔軟性がある。	3. 外界に対して鈍感になることで現状を保とうとする。自発性, 活動性が乏しい。
	4. 権威的。		
S-2	1. 強迫的傾向が強い。	1. 外界に対して不安をもちやすい。	1. 対人関係に過敏。
	2. 観念内容貧困, 思考の可塑性がない。	2. 共感性乏しい。	2. 固執反応(「人の面」)あり。
	3. 弱い自我。	3. 非協調的。	3. 感情の表出は殆んど示されない。
	4. 専制的。		4. 自発性, 活動性が乏しい。
S-3	1. 外界に対して警戒心が強い。拒否的。	1. いちじるしく拒否的。	1. 知的, 情緒的に貧困。
	2. 知覚の統合が困難。	2. 不安が強い。自己不確実。	2. 自発性, 活動性が乏しい。
	3. 劣等感強く, 攻撃的。	3. 自己中心的で情緒的未熟さが目立つ。	3. 劣等感が強い。
	4. 柔軟性が乏しい。		
S-4	1. 全体把握, 固執反応があり, 強迫的傾向がめだつ。	1. 固執傾向の反応とあいまいな反応とが混在し, 動揺がはげしい。	1. 連想話のような反応の示し方である。
	2. 不安が強い。	2. 自己不確実。	2. 内閉的な反応が多い。
	3. 情緒的動揺を生じると知覚的退行を生じる傾向がある。	3. 性器反応があり。	3. 思考障害及び情緒的障害が顕著。
S-5	1. 緊張しやすい。	1. 外界に対しては積極的であるが, 不安になると一層この傾向が強くなる。	1. 自発性, 活動性が著るしく乏しい。
	2. 情緒的な動揺を生じやすい。	2. こまやかさがなく, 粗雑, 子供ばい。	2. 抑うつ的。
	3. 著るしく権威的。		3. 性の同一化が不明確。
S-6	1. 外界の雰囲気の影響されやすい。情緒的にしやすい。	1. 外界に対して積極的ではあるが, 協調的ではない。	1. 対人関係に過敏。
	2. 受身的, 依存的かつ専制的。	2. 細かいところに注意がむくが, 柔軟性がない。	2. 感情は極度におさえられている。
		3. 共感性が乏しい。	3. 被害的になりやすい。

分裂病患者の家族研究

表2 b 個人ロールシャッハ・テスト結果からみた父・母・娘のパーソナリティ特徴（女子患者）

病 例	父	母	娘
S-7	1. 強迫的傾向あり、また固執的。	1. 外界に対して批判的であり、非協調的 且つ侵襲的になりやすい。	1. 内閉的な思考を反映した反応が示される。
	2. 受身的で弱々しい面があるが、強迫的 なパターンを用いてつくろっている。	2. 主観的でありまた固執的でもある。	2. 自閉的になり、連合過程が現実を無視 していると思われる反応が多い。
	3. 権威的。	3. 情緒的に著るしく不安定。	3. 思考障害、情緒障害があらわである。
	4. サディスティックだが、美化している。		
S-8	1. 外界に対して攻撃的になりやすい。	1. 物事を常識的に処理する力はあるが、 内面はかなり不安が強い。	1. 混乱反応あり、知覚的に混乱しやすい。 また固執的。
	2. 反応拒否がⅢ, Ⅶ, Ⅸに示される。人 間反応欠如。	2. 自己中心的で依存的、他罰的傾向。	2. 協調性はあがるが、表面的で深味がない。
	3. 気分は抑うつ的で不安が強い。	3. 情緒的に子供ばい。	3. 人間関係に関心はあるが、柔軟性が乏 しい。
	4. 共感性に欠ける。		
S-9	1. 強迫的傾向が強い。自己不確実。	1. 想像性はあるが固執傾向がある。内閉 的傾向が強い。	1. 依存的、攻撃性が強い。
	2. 葛藤状態にある。	2. 感受性は強いが、自己への関心に結び つき、対人関係に広がらない。	2. 女性的なものへの反発が強い。
	3. 情緒的動揺が生じやすく、依存的、受 身的。	3. 女性らしい柔らか味が乏しい。罪悪感が強い。	3. 感情はとげとげしく、僅かな刺激に動 揺を生じ混乱する。
	4. 対人関係は逃避的。		
S-10	1. 全体把握傾向。	1. 外界に対して警戒的になり、消極的。	1. 外界に対して情緒的に関わる態度が強 い。しかも美化して感じとりやすい傾向。
	2. 気分は抑うつのである。	2. 人間関係は自分の枠組に入らない関係に は強い不安を示し、拒否的になる。	2. 対人関係では被害的になりやすい。
	3. 情緒的に動揺を生じやすく、拒否を起 ししやすい。	3. 共感性が著るしく乏しい。	3. 愛情欲求はおさえられているが、自己主張は強い。
	4. 不安が高まると衝動的になりやすい。	4. 不安な時、他を無視したり、きりすて たりして自分を守る態度が強い。	4. 他人と共感性をもって交渉できる。
S-11	1. テストに対して著るしく拒否的（反応 数7, 反応拒否1, 失敗3）。	1. 反応はすべて全体把握、固執的、強迫 傾向が強い。	1. 固執反応あり、硬い関わり方を示し、 一方衝動的に流れる面がある。
	2. 反応はすべて全体把握、強迫的傾向。	2. 不安、劣等感を知的に処理する傾向が ある。	2. 対人的には社会的共感性は持ち合せな がらも、感情的に拒否的攻撃的になる。
	3. 不安が強く、拒否的。	3. 自己中心的、衝動的になりやすい。	3. 自我の弱さに耐える生理的レベルのエ ネルギーが著るしく乏しい。劣等感が強い。
	4. 抑うつ的になりやすい。	4. 攻撃的だが、それは非協調的とか、抑 うつ気分になって示される。	
	5. 協調性、共感性乏しい。		
S-12	1. 物事を統合的に処理することは不得手。	1. 思考過程に何らかの障害が疑われる。	1. 反応はすべて全体把握。
	2. 細かいことを敏感に感じとりやすいが、 著るしく主観的。	2. 極度に主観的。	2. 思考障害を反映している反応が示され ている。
	3. 感情の表出が示されない。	3. 情緒的統制が著るしく悪い。動揺すると 反応としての統合が困難になるなどがある。	3. 情緒的に動揺すると著るしく主観的に なり、被害的、攻撃的になる。
	4. 表面は威張っているが、内面はひかひかしい。	4. 知的水準や低いと思われる。	

#### IV 研究結果

分裂病家族にはときに患者以上に目立つ思考障害や共感性、主体性の欠如のある人がいることは多くの人によって指摘されている。われわれの対象とした分裂病家族でも表2のように、両親にかなり目立つ特徴が個人ロールシャッハ・テストでみられた。しかし彼らは個人のパーソナリティだけでなく、家族内の対人関係の場における行動でもいろいろ目立っている。ことに患者に対する態度には多くの注目すべき特徴がみられる。

そこで以下家族ロールシャッハ・テストの過程でみられた家族内対人関係の特徴、ことに患者とのかかわりあいについて多くの家族に共通してみられた特徴を総括的にのべてみたい。

##### (1) 集団の場における相互作用の乏しさ

###### (イ) 集団意志決定過程における形式的側面の特殊性

家族ロールシャッハ・テストにおいて合意をうるためには、一般に次の3段階が考えられる。すなわち才1に各人が先ず自己の反応を提示したり、他者に反応を提示するように求める（これを提示段階とよぶことにする）。次に各人が提示した反応を相互に質問したり、自分の意見をのべたりして、示された反応をたしかめあう。この場合提示された反応の内容ばかりでなく、反応の領域や決定因についてもたしかめあい、自他の認知の類似点ばかりでなく、相違点も相互に明確にしていく（これを吟味段階とよぶことにする）。このような吟味をした上で、合意反応 (consensus response) を得るという課題を果すために、相互の意見のくいちがいを調整しながら、相互に納得しあえる共通の反応を1つえらび出す（これを決定段階とよぶことにする）。

対照群ではこの3段階が明瞭にみられることが多い。そして吟味段階で各人が活発に発言しそれを相互に同調したり、批判、否定しながら、話しあいが進んでいく。この場合同調する時は勿論、否定する場合でも、相手との相互理解を深めようとする意図は明らかであり、そのやりとりの中で反応の内容はふかめられていく。対照群ではすべての人がそのつど一つの反応を中心に討議をすすめていく。話題が変化していく場合も、その前の話題と関連があり、一つの流れにそって全員が移っていくことがよくわかる。決定段階においては全員が納得する形で合意反応が得られることが多く、もし誰かが納得しなければ、その人が理解できるまで他者の説明がつづけられたり、全員が納得できるような新しい反応が誰かから提示されたりする。どうしても全員が納得しあえないときは、合意反応を得られないことを全員が了解し、失敗を認めあう。

ところが分裂病家族群ではこれと全く違う経過をとることが多い。

その才1は、提示、吟味、決定の3段階が明確ではないことである。各人が自己の反応を提示すると、他の人は「そう見える」とか「見えない」とか断言的なことをいうことが多く、皆で提示された内容や領域、決定因などを吟味しようとしなない。そして否定された人は前とおなじ反応を繰り返しのべたり、一方的にそれを説明するが、相手からは同じような答がかえってく

るだけである。あるいは誰かが反応を提示しても、他の人はそれを無視して全く別の自己反応を提示し、相互にかみあうことなく、それぞれ自分勝手に交互に自己の反応を説明したりする。時には一方の人が相手の主張に対して、「ああ、そう」とか「うん、うん」と相槌をうっているように見えることがあるが、次に出る言葉はその相手の反応とは全く関係のないことであったりする。つまり、彼らの間では吟味段階が欠けている。

才2の特徴は、才1と関連していることであるが、一つの反応を中心に討議をすすめていくのではなく、唐突に話題が変化することである。新しく出された課題はそれまでの脈絡とは全く関連がない。そして各人がばらばらに自己を主張する。全員がかかわりあって対話のうちに課題が遂行されていかないことがしばしばある。

第3は合意反応の決定のされかたの特徴である。分裂病家族群では3者が一致する場合でも、相互に吟味しあうことなく、誰かの反応に対して、「私もそう見た」「それでいい」と簡単に同調することが多い。そのため、たまたま内容は一致しているが、領域や決定因がちがっていると思われる場合も少なくない。

さらに特徴的なことは一つの反応に対して誰かが納得しないときに、その人を説得することもせず、2者が一致していると、「2対1だから」と多数決できめてしまったり、1人が他の人たちが納得しないままに、強引に合意反応としてテスターに自己の反応を提示したりすることがしばしばあることである。これは対照群には殆んどみられないことである。対照群で1者決定ということはまず考えられないし、2者決定という場合も、もう1人の人に異論はあるがその反応を了解し、合意反応とすることを納得している。分裂病家族群ではその間の調整に欠けている。特に目立つのは、決定が成員の誰かが強引に決定してしまうということとともに、その決定に納得しない人が反対しないで、しりぞいてしまうことであろう。この点については後に改めて考えたい。

とも角、合意反応を得るまでの過程を形式的側面から見ただけでも、分裂病家族群には相互理解に乏しいことは明らかである。

### (ロ) 他者の影響をうけにくい反応提示の固執

個人ロールシャッハ・テストと家族テストの反応数を見ると、表3のように、対照群の方が多い。しかし対照群と分裂病家族群のそれぞれの中で各人の個人テストと家族テストの反応数を比較してみると、分裂病家族群では個人テストで多くの反応を示している人は家族テストでも多くの反応を示し、両者の間に相関がみられるが、対照群ではその相関が認められない。

また父・母・子にわけて個人テストの反応数をみると対照群と分裂病家族群では有意差がみられない。しかし家族テストでは対照群の母と子は分裂病家族群の母と子よりも反応数が多い(表3)。

表3 個人ロ・テスト反応と家族ロ・テスト反応の数の比較

症例	個人テストと家族テストの反応数						合 計	
	父		母		子		個人テスト 反応数	家族テスト 反応数
	個人テスト	家族テスト	個人テスト	家族テスト	個人テスト	家族テスト		
N-1	36	21	14	32	58	28	108	81
N-2	20	28	35	33	28	35	83	96
N-3	19	32	23	34	21	33	63	99
N-7	22	35	12	21	16	27	50	83
N-8	12	15	31	39	27	26	70	81
N-9	52	32	23	25	49	22	124	79
合計 平均 (標準偏差)	161	163 27.17 (7.01)	138	184 30.67 (5.96)	199	171 28.50 (4.35)	498 27.67 (13.27)	518 28.78 (6.05)
S-1	12	28	23	21	19	22	54	71
S-2	19	21	20	24	16	16	55	61
S-3	14	13	7	12	15	8	36	33
S-7	22	25	17	26	11	17	50	68
S-8	9	13	10	17	25	26	44	56
S-9	13	23	16	23	35	18	64	64
合計 平均 (標準偏差)	89	23 20.50 (5.71)	93	123 20.50 (5.71)	121	107 17.83 (5.55)	303 16.83 (7.81)	353 19.61 (5.49)

個人ロ・反応数の比較

N群&gt;S群 t=2.893 P&lt;.01

家族ロ・反応数の比較

全N群&gt;全S群 t=4.629 P&lt;.001

母親N群&gt;母親S群 t=2.991 P&lt;.02

子どもN群&gt;患者群 t=3.383 P&lt;.001

個人ロ・反応数と家族反応数の相関 N群に有意相関なし。

S群にrs =0.473, CR =1.959 P&lt;.05

(片側)の有意相関あり。

この2つの結果から、テスターと1対1の個人テスト状況よりも、家族テスト状況では対照群の母親と子は提示反応が多くなったことがわかる。つまり集団の場では対照群の母と子は集団の中での対話に影響されて、個人テスト状況とはちがった態度をとっている。これに反して、分裂病家族群ではその特徴がはっきりしない。いいかえれば彼らは集団の場の影響を受けにくいのである。

これを更にこまかく分析すると、次のことが明らかになる。

才1は自己提示反応の変容についてである。われわれの場合、家族テストを実施するに先だ



分裂病患者の家族研究

って、個人ロールシャッハ・テストを行っているので、家族テスト場面でも個人テストで示した反応が提示されることが多い（これを自己提示反応とよぶ）。これは対照群においても分裂病家族群にも同じようにみられる。~~これは対照群においても分裂病家族群にも同じようにみられる。~~

しかし対照群では個人テストで示した反応を家族テストでそのまま示すばかりでなく、その場の状況に応じて、或る程度提示内容を変化あるいは修正して提示することがしばしばある。われわれはこれを準自己提示反応と呼んで、自己提示反応と区別して検討した。この反応は分裂病家族群でもみられたが、父と子、とくに患者に少ない。これは場の変化に応じて、対人関係のなかで、自己の態度を変えることができず、絞切型の態度を示す傾向が強いことをあらわしているといえよう。（表4）

表4 家族ロールシャッハ・テスト反応数

症例	自己提示反応			準自己提示反応			同調反応			新反応			合計 (家族総反応)		
	父	母	子	父	母	子	父	母	子	父	母	子	父	母	子
N-1	16	11	16	0	8	2	2	7	7	3	6	3	21	32	28
N-2	18	26	22	4	2	1	3	2	8	3	3	4	28	33	35
N-3	15	17	16	3	6	3	8	8	4	6	3	10	32	34	33
N-7	18	12	12	7	0	2	10	9	7	0	0	6	35	21	27
N-8	7	29	15	2	3	2	2	7	5	4	0	4	15	39	26
N-9	19	12	13	3	1	1	4	7	4	6	5	4	32	25	22
合計	93	107	94	19	20	11	29	40	35	22	17	31	163	184	171
S-1	10	10	11	3	3	0	8	5	9	7	3	2	28	21	22
S-2	14	13	10	0	3	0	6	7	3	1	1	3	21	24	16
S-3	7	4	7	1	2	0	4	5	1	1	1	0	13	12	8
S-7	18	12	6	2	9	0	5	5	4	0	0	7	25	26	17
S-8	6	9	19	2	0	1	5	6	5	0	2	1	13	17	26
S-9	10	12	10	2	5	3	7	4	4	4	2	1	23	23	18
合計	65	60	63	10	22	4	35	32	26	13	9	14	123	123	107

才2の特徴は分裂病家族群では課題遂行に役立つ新反応の提示がみられることである。

一般に家族テストの際に、個人テストで示した反応以外に、新しい反応がその場で提示されることがある。それを新反応と呼ぶことにする。対照群にみられる新反応はたとえば次のようなものである。カードⅦ「これ兎の踊りに似ている(父)」→「これ、こっちは兎ね(母)」→「こっちは女の子(新反応)に似ているの(母)」→「女の子、こっちは髪の毛でさ(娘)」→「こっち顔でさ、こっち手でさ(母)」→「土人にみえるよね(新反応)。土人の踊り(父)」→「女の人にみえ

る(娘)→「ダンスしているふうな(母)」(合意反応は「女の子の踊り」)。このように対照群の新反応は話しあいの中で吟味していくうちに、相互に共感をよぶものが生みだされることが多い。したがってそれは課題の遂行を進展させるものであり、合意に達する過程といえる。

分裂病家族群にも新反応はみられ、数の上では対照群と有意の差がみられない(表4)。しかしその反応が出される状況を見ると、対照群とは全くちがっている。たとえば、女子分裂病患者の家族でカードIIに対して、娘は「赤べこ」、母は「熊、あげ蝶」、父は「女の子のダンス」と自己反応を提示したがまとまらない。最後の段階になって、娘が「踊っている」と父の反応をとりあげると、前に「踊っている」といっていた母が「見えない、見えない、動物」と自己の反応を再び強調し、娘にも「あなたどうする」と問いかける。すると娘は「メンス」と新反応を提示する。これを母が否定し、結局合意反応が得られないで、失敗に終わっている。

この例にみられるように、分裂病家族群では、文脈や話題の流れにそって、相互に理解しながら新反応がつくられるというよりも、より思いつき、衝動的、唐突な感じで提出されることが多い。その根底にはその場から逃げだそうとしたり、反感が爆発したりなど、はげしい情緒がひそんでいることが推定される場合もある。いづれにしてもその新反応は他の共感をよぶことができず、課題遂行に役立たない。というよりも場を混乱させ、課題遂行の障碍となることが多いのである。

#### (ハ) みせかけの同調

一般に対話のさいには、単に論理的な内容ばかりでなく、音調や表情、身振りなどが聞き手にいろいろ影響を与えるし、また聞き手のうなづき、あいづち、否定の態度等が話し手に強く影響する。聞き手の言動によって話し手は鼓舞されて、ますます自信を深めて話をすすめることもあれば、ブレーキをかけられて、話をすすめることができなくなることもある。

われわれは家族テストの場面での会話のうち、聞き手があいづちをうったり、話し手の発言につづいて話し手の内容にさらに追加する発言をしたりして、積極的に話し手を支持し、相互に理解をふかめると思われる聞き手の言動を同調反応とよび、反対に話し手を抑制する方向に働くと思われる聞き手の言動を拒否反応とよんで検討した。

同調反応数は表4のように、数においては分裂病家族群と対照群には有意差はない。しかしその質において著るしい差がある。

対照群では次の例にみられるように、同調が話し手を支持し、課題を円滑に遂行するのに大きな力になっており、たしかに同調反応というのにふさわしい。たとえば、「これなかったらまあ普通の蝶に見えると思うんだが(父)→「うん、ごっついところでしょう(娘)→「その……(と父がさらに発言しようとし、同時に娘が発言しようとしたとき、母が娘に「だめよ、〇〇ちゃん」と制止する。そこで父が)スリラー映画に(父)→「でてくるような(母)→「うん、でてくるような(父)→「お父さんにとっては気味が悪いという感じなのね(娘)」。この場合、単にあいづちとか肯定というよりも、3人が同じような知覚認知をし、それをたしかめあっている。そしてかけあいの形で、つぎつぎにつながって、3人で一つの文章をつくっ

ている感じである。こうして3人が交互に話し手になったり、聞き手になりながら、皆で吟味をすすめて、結局「蝶」という平凡反応を否定して、「昆虫の(父)」→「うん、昆虫(母)」→「でっかいやつだな(父)」→「そう昆虫の大きい(母)」→「昆虫のでかい(父)」→「それにしよう(娘)」→「まあ、そういうような感じですね(母)」ということで、「昆虫の大きい(娘)」という合意反応に達している。この場合、蝶よりもロールシャッハ・テストの反応としては質がおちているように見えるが、3人が蝶を先ず問題にし、いろいろ検討の上、相互の了解のもとに蝶をやめて昆虫にまとめたものであり、円滑に決定されたものといえよう。

これに対して分裂病家族群ではしばしば次のような「同調」がみられる。

「これは、あんたたちなんといった(父)」→「人が(息子)」→「やっぱり人ですね。人が向いている。腰を出している(母)」→「ああ、そう。すなおに見ればそうだな。お父さんはこれを口吻みたいにみえて、これは獣みたいだからね。……木の葉天狗みたい(父)」→「うーん。天狗ね(母)」→「ああいう木の葉天狗がね。もう一つ木の葉天狗の恰好をした舞踊、女の子が舞踊している……(父)」。

この場合、子どもと母ははじめから「人」とみている。それにたいして父は「ああそう、素直にみればそうだね」といいながら、ひきつついて自己の「木の葉天狗」を提示する。この場合の相槌は、表面的には同調しているようにみえるが、実は相手の発言を中止させ、自己を主張するための手段になっている。そして対照群の例とちがって、その相槌は話題を混乱させ、課題の遂行を妨げてしまう。

なお、父親の自己提示につづいて母親が「うーん、天狗ね」と強い否定ではないが、疑問を投げている。すると父はそれに動揺して、天狗と女の子の舞踊という奇妙な折衷した提示をしてしまう。この後、母がきらっている赤い部分についてのやりとりがある。そして「じゃ、これは人間とすれば(息子)」と子どもが話をもとにもどそうとし、母が「ええ」と相槌をうつと父は「うん、人間だなあ、まあ、そういう恰好をしたね、足は人間の足じゃないからね。頭も口吻みたいだね。そう、何かね、人間の恰好をした……あのお父さんは舞踊だと思う」……

「人間の恰好をした……人間そのままの姿勢じゃないと、烏天狗か」と前と同じように、一見同調したような表現をしながら、また自分の反応をくりかえす。こうして話題は少しも発展せず、深まりもせず、最初の段階に立ち戻り、堂々廻りをしている。

また別の家族で、「これは蝶とした(父)」→「蝶(母)」→「これは前で、これは後でね、これね蝶々にみえた(父)」と父母は一致したように見えたが、引続いて母が父に、「私何か、これ、こうもりに見えちゃったの」と新しい反応を加える。すると父も、「うん、こうもりもあらね」と同調する。すると母は「そういうの見たの。別に。そうだけど蝶にもそういえば見えるね」と父の提示した最初の反応にも賛成する。そこで父が娘に「そちらは」と問いかけると、娘は「私もおなじ」という。父が自分の反応の「蝶」に娘を同調させようとする、娘は「蝶かこうもりか、そんな風に」という。更に父が「そんなようなね」母が「全体的にね」、父が「そうね」とつづける。

この場合、父も母も相手の反応に同調する。しかし、その半面自分の反応も提示し、それが並立しているにもかかわらず、検討しないままでおかれている。そして娘に選択をせまるように父がといかけると、娘も「私もおなじ」と同調するが、それは曖昧でどちらかにきめたわけではない。その後の父母のやりとりも、全く模糊として、すこしも深まっていない。そして、母が「蝶かこうもりか、どっちか」と父と娘に決定を促すと、父が「蝶かこうもりか、とんでいるもの」と答えて、テストを終わっている。

つまり、この場合には第1例とちがって、自己主張をするため、そして相手の発言を封ずるためにしているわけではない。そのやりとりは一見和やかで、本当に相槌をうち、他者の反応をうけいれているように見える。しかし、その同調は少しも話題の進展に役立たず、合意反応の決定を混乱させるだけである。それは自分が決断するのをそれぞれの人たちがさげ、他の人に責任をなすりつけるための、逃避のための、そして無責任さの同調としか考えられない。それは対照群の同調とは全く異質なものといえよう。

このようないわば「みせかけの同調」は分裂病家族群にしばしばみられるが、特に目立つのは父親で、殆んどすべての父親にみられたのは注目すべきことであった。

#### (二) 患者に対する一方的な強要と拒否

他者の反応を否定すれば、話し手にブレーキをかけることになる。対照群では話し手の態度に左右されずに、聞き手は否定を表明する。しかし彼はそこで否定の根拠、たとえば「どこがどのようになっており、何故か」などを明確にのべ、それについて3人で検討、吟味し、相互理解を深めたりする。つまり拒否の場合もそれを機縁に新しい話題に発展することが多い。

ところが分裂病家族群ではこれと全く異なり、双方がかみあわず、話題の進行がとまり、話題遂行の妨げとなることが多い。そして話し手は相手のその時の気持への配慮なしに、ただ自己の主張を強要しようとし、聞き手も話し手の反応の内容を明確に確認しないままに、そして十分理解できないのに、断定的に拒否してしまう。そこには相互の検討、吟味がみられない。いいかえれば相互に相手の考えや感情をくみとった、まともなコミュニケーションを行っていないことになる。

たとえば、「これ何に見えました(母)」→「これは人間のね、あの骨盤(父)」→「わはっはっ、(母)」→「私全然(娘)」→「(娘に)あなたは(母)」→「私はここが狼にみえたの(娘)」→「あー、えーう(否定的な語調)(母)」→「見えるでしょう。見えない?(娘)」→「うー、見えない(母)」→「ここ狼にみえない?(娘)」→「うん(みえない)(母)」→「それから、これが人に見えたの。羽が生えてる……それから女の人が手上げてる。ここにほら、見えない?(娘)」→「細かいね(父)」→「細かいわね(母)」→「細かい。見えない?(娘)」→「(母に)君は何に(父)」→「お母さんはこうもりっていったの(母)」→「ああ、それも私いった。こうもりはいった(娘)」→「うーん(父)」→「(父へ)じゃ、何にしましょう(母)」→「骨盤(父)」→「骨盤、そんなこと全然みえないわよ、ふふふ(娘)」。

この例で先づ目立つのは母親が父親に、そして娘に反応の提示を求めるが、彼らが自己反応

を提示すると一笑に符してしまうことである。その場合、「どこが、どのように」というように確かめもしないし、「こうだからそうは思えない」といった積極的な否定の意見を出すわけではない。それに対して父親は笑いとばされると、それなりに黙ってしまう。そして後になって撫然とした様子で母親に「君は何」と逆にいいかえす。すると母親は2人と全くちがう反応を提示し、娘は同調するが、父親は「うーん」と否定的なニュアンスをもつてうなるだけである。この場合も父親は細かくたづねようとしな。また娘は自己の反応を提示したあと、他の人にそれを納得させようとする努力をせず、「見えるでしょう、見えない」と結論を強要する。それに対して母親も断言的に否定する。そうすると娘はそこで納得させようとする努力をしないで、全く別の反応を提示する。そしてそれも揶揄した表現で無視されてしまう。

要するに、この例では1つの提案を全員で検討したうえで、次の提案にうつり、全員で合意を得ようとする経過はみられない。むしろそれを避けているようにみえる。これは分裂病家族にしばしばみられる特徴の一つであろう。

(ホ) 「合意」でない合意反応

家族テストは全員が納得し、完全に一致して1つの合意反応を得て終了するのが理想的である。前にものべたように、対照群ではこの経過をとることが多いし、それへの努力がたえず行なわれている。

表 5 合意反応数と決定の型 (対照群, 分裂病群各 6 例)

決定の型	対 照 群	分 裂 病 群
3者一致の決定	48 (80%)	24 (40%)
2者一致の決定	10 (16.67%)	23 (38.33%)
1者による決定	0	3 (5%)
失敗又は時間切れ	2 (3.33%)	10 (16.67%)
計	60	60

ところが分裂病家族群ではこれが困難なことが多い。形式的に合意に達した結果をみると、表5のように、対照群は3者一致が多い。しかし数量的なことよりもその経過を分析してみると両者のちがいはさらに特徴的である。

たとえば今までのべたように、吟味の段階で分裂病家族群は細かい検討を行ったり、相互に理解しあうことが少ない。各自が聞き手への配慮なしに勝手に反応を提示するだけのことも多い。そこでたまたま3者が個人テストで同じような内容の反応を出していると、簡単にそれでまとまってしまうこともある。その場合、個人テストから考えて、反応領域がちがっていると思われるのに、それを問題にしない。家族テストの場でその相違が気づかれたときに、「まあ、どちらにしても人間だから」と反応領域の差を無視することさえある。

また2人が一致した場合、他の1人と十分話しあうことなしに、「2対1」だからと結論をおしつけることもある。そのときおしつけられた方が、明らかに内心では納得しているとは思

えないのに、「まあ、そんなところでしょう。それでいいよ」といって終らせることもある。これは形式的には3者一致であるが、対照群のそれとは異質のものである。

また個人テストで同じ内容の反応を示し、家族テストでもそれを提示しながら、吟味段階で話しあっているうちに、それ以外の反応にまとまっていくこと（たとえば(イ)の例)が対照群では時にみられるが、そのようなことが分裂病家族群ではみられないことも、両群の合意へのかわりかたの差を示すものといえよう。

ことに3者がそれぞれ意見がちがいが、合意に達しない場合でも、対照群ではいろいろ話しあい、遂には合意に達することが多く、失敗は6家族10枚ずつのカードの中で2枚にすぎない。これに対して分裂病家族群では、それぞれが自己の反応だけをくりかえし、それぞれの反応について深く吟味することがない。その挙句、堂々巡りをはじめ、結局失敗するのが10枚もあった。ことに目立つたのは、こうしてそれぞれが平行線のままとまらないのに、そのうちの一人が自分の反応を合意反応としてテスターに示し、それで終わってしまうことが3回あったことである。これは合意反応とは認められないものである。対照群には見られない、極めて奇妙な結末といえよう。

家族成員の間で全員が合意に達することができない場合、一般に両群の態度のちがいとして次のことがいえよう。それは対照群では反応を提示した人、あるいはそれに同意した人が、その反応を理解できない人に強圧的な態度でその反応をおしつけることがなく、後者も「自分は納得できないが、他に合意に達するような反応がないから、それも止むを得ない」といった態度をとるのに対して、分裂病家族では反応を提示した側から、「2対1だからこれにきまった」という態度で反応を承認しない人に迫り、その人の意見を封じてしまうことが多く、その人もそれに反発しないことである。つまり対照群では合意反応として承認できない人が、その場の状況から、自らの異論をのべるのを差しひかえるのが妥当と考えて引きさがることが多いのに、分裂病家族群では反応を提示した側がもう1人の人を無視、あるいは圧力をかけてだまらせてしまうのである。相手に対する配慮の差が目立つ特徴といえよう。

なお、分裂病家族群で合意に失敗したカードのうち、個人テストで2人以上が同じ平凡反応を示していた場合があった。これは母親が平凡反応を提示したのに対し、個人テストでは同じ反応をだしていた父親が「そう見えない」と否定したもので、家族内の複雑な葛藤を推測させた場面であった。

#### (ハ) 不良形態水準の反応の提示

家族テストの場面では各人はそれぞれ個人テストでだした反応のすべてを提示するわけではない。対照群では個人テストの全反応498の中176 (35.3%)が、分裂病家族群の個人テストの反応303のうち83 (27.3%)が家族テストで提示されずに終わっている。これを未提示反応と名づけることにする。

両群の未提示反応の割合は有意の差はない。また個人別にみても個人テストで反応数の多い人が未提示反応も多く、個人テストで反応数の少ない人は未提示反応も少ない。これは対照群

## 分裂病患者の家族研究

でも分裂病家族群でもプラスの有意相関がある。つまり、家族テストの状況のもとでは或る限度内で個人テスト時に示した反応を提示し、反応数に応じて自然に制限が行なわれているわけである。

どのような個人反応が提示され、何がおさえられるのであろうか。一般には自分でもわかりやすい平凡反応を出しやすい。また話題の展開の中で会話の流れにそい、問題解決に向って、その場にふさわしい反応をえらんでだすと考えられる。その際性的反応やその他抵抗を感じる反応はおさえるであろうし、その場の話題からかけはなれた反応は出しにくいであろう。

つまり、未提示反応は個人個人の選択と同時に、集団相互作用の過程の中でふるいわけられていくと思われる。

表6 個人テスト反応の中から家族テストに示された反応の形態水準（対照群・分裂病群各6例）

	形 態 水 準				計
	±	干	—	nonF	
対照群の個人 反応数 (%)	2 7 5 (55.22)	1 6 4 (32.93)	1 4 (2.81)	4 5 (9.04)	4 9 8
分裂病群個人 反応数 (%)	1 4 6 (48.18)	1 1 0 (36.30)	1 6 (5.28)	3 1 (10.23)	3 0 3

不良形態水準 (±, —)  $\chi^2=5.859$ ,  $P<.02$ 片側

これを形態水準(片口法)別に分類して検討してみたのが表6である。すなわち形態水準が±のものは分裂病家族群と対照群では有意差がないが不良形態反応は両群間に有意差がある。つまり、対照群では不良形態の反応をおさえる傾向が分裂病家族群よりも高い。分裂病家族群では形態水準の良し悪しを意識せず、それが未提示の選択基準となっていないように見える。言葉をかえていえば、干の反応には特異反応が多く、それは他人の共感を得にくい反応と思われるが、それを意識しないで提示することは、他人との関係を円滑に進展させることに問題があるであろう。分裂病家族群ではこの傾向が目立っているのである。

### (ト) 個人テスト反応の家族間の一致度の低さ

なお、これは家族テスト状況下でみられたことではないが、個人テストでだされた反応のうち、3者の反応内容を検討してみると、表7の結果がえられた。すなわち対照群では3人あるいは2人が同じ内容の反応(平凡、準平凡反応およびこれらの反応以外の反応)を提示している回数が分裂病家族群に比べて多い。そして分裂病家族群では、対照群から任意に父、母、子を抽出した3人、つまり赤の他人よりもその一致度はさらに低い。

平凡、準平凡反応についても、それら以外の反応についても、その一致数は、分裂病家族群の方が対照群よりも少ない。そしてこの家族員間の一致と赤の他人を組合わせた場合の一致とを比較してみると、対照群には平凡、準平凡反応以外の反応、つまり各家族特有な共通反応に大

きな変化がみられるが、分裂病家族群にはこれ程大きな変化はみられない。

これらのことは対照群では同じ家庭環境にあって、しらすらすのうちに似た知覚や認識をしているが、分裂病家族群では同じ家庭内におりながら、共通の認知をすることがなく、赤の他人のあつまりと同じように、ばらばらの体験、知覚、認知をしていることが少なくないのではあるまいか。

対照群では無言のうちに似た認知をし、共通の話題をもちやすいのに、分裂病家族群でははじめからそういった関係になく、論理的、あるいは言語手段にたよらなければ、相互に理解しえないことが対照群よりも多いといえるであろう。これが原因か結果かはともかとして、分裂病家族群のコミュニケーションの困難さの一指標となると思われる。

表7 個人ロールシャッハ反応の2者以上の一致数

対照家族	P	P以外	計	対照家族の 組合わせ	P	P以外	計
N-1	8	3	11	RN-1	6	3	9
N-2	7	4	11	RN-2	7	3	10
N-3	6	4	10	RN-3	4	2	6
N-4	6	3	9	RN-4	4	1	5
N-5	8	0	8	RN-5	6	0	6
N-6	6	5	11	RN-6	9	1	10
N-7	5	4	9	RN-7	3	1	4
N-8	6	3	9	RN-8	7	1	8
N-9	8	7	15	RN-9	4	1	5
N-10	6	1	7	RN-10	6	0	6
N-11	5	2	7	RN-11	9	2	11
N-12	6	5	11	RN-12	5	1	6
計 (平均)	77 (6.4)	41 (3.4)	118 (9.8)	計 (平均)	70 (5.8)	16 (1.3)	86 (7.2)
分裂病家族	P	P以外	計	分裂病家族 組合わせ	P	P以外	計
S-1	6	1	7	RS-1	4	4	8
S-2	4	2	6	RS-2	2	1	3
S-3	4	2	6	RS-3	5	0	5
S-4	2	4	6	RS-4	2	1	3
S-5	5	0	5	RS-5	5	1	6
S-6	3	3	6	RS-6	4	2	6
S-7	6	4	10	RS-7	6	1	7
S-8	4	2	7	RS-8	5	1	6
S-9	6	2	8	RS-9	4	0	4
S-10	5	1	5	RS-10	4	2	6
S-11	5	1	6	RS-11	7	0	7
S-12	5	0	5	RS-12	2	0	2
計 (平均)	55 (7.96)	22 (1.8)	77 (6.4)	計 (平均)	50 (4.2)	13 (1.1)	63 (5.3)

\* 平凡反応の判定には、片口安史の規準を採用した。

#### 小括——分裂病家族全体としての特徴

以上家族ロールシャッハ・テスト状況下における分裂病家族群の特徴についてのべた。(イ)集団



## 分裂病患者の家族研究

意志決定の過程、(ロ)自己提示反応、(ハ)同調反応、(ニ)合意反応、等を対照群と比較すると、数量的には対照群と分裂病家族群の間に殆んど有意差がない。にもかかわらず反応の提示に対する他の人たのかかわり方や合意反応形成の過程をみると分裂病家族群には対照群とはきわだった差異があることが明らかにされた。

すなわち、

(1) 彼らの間には合意反応をつくりあげるために、それぞれの見解の相違を明確にしながら共通点を見出していく吟味、検討が円滑に行なわれない。

(2) そして個人個人が勝手に自己の反応に固執し、それを全員で理解しあおうとはしない。

(3) また提示する反応も他者を配慮せずに、形態水準の低い特異反応を提示することが稀でない。

(4) 対照群では話しあいの上で、皆の協力によって新反応がつくられ、それが合意反応をつくるのに役立つが、分裂病家族群では唐突に或る個人によって新反応が提出され、それは他の人の共感をえられず、かえってその場を混乱させ、諸題遂行の妨げになることも少なくない。

こうして反応の提示は他の人たちへの配慮なしに行なわれる。それと同時に他の人もそれを共通のテーマとしてとり上げようとする態度が稀薄である。

(5) たとえば同調するよう見えても、それは対照群のように話し手を鼓舞激励するものではなく、かえって話し手の発言を中止させ、話題を混乱させることが多い。

(6) また話し手の反応を否定する場合も、対照群ではそれが相互理解の有効な手段として働き、新しい課題を発展させる機縁となるが、分裂病家族群では聞き手は話し手の反応の内容を明確に認めようとししないで、断言的に否定する。あるいは、揶揄した形で無視してしまう。話し手もそこで自己の提示した反応を聞き手に納得させようとはしない。

(7) こうして対照群では成員が十分に納得しあった上で合意反応に達することが多いのにくらべて、分裂病家族群では成員の誰かが強引に、時には他の人の意見を無視して、自己の提示した反応を合意反応としてしまったり、十分話しあいをするとなしに多数決できめてしまうことが多い。

要するに分裂病家族群では家族テストの場で、相互に理解しあい、話しあうことが少なく、またその努力が稀薄である。いいかえれば、集団の場で相互作用の乏しいことが彼らの大きな特徴といえよう。個人テストの反応内容の一致度が低く、赤の他人のテストを任意に抽出したばあいと似ているのは、日常生活でも共通のうけとめ方をしない、あるいはそれをもつような努力をしてこなかったことを示しているものといえよう。

これらの結果から分裂病家族の家庭内対人関係では相互のコミュニケーションが十分でないことは明らかである。

しかし、これは家族全体（今回は父母と患者）としての一般的特徴にすぎない。次にその中で患者がどのように家族にかかわり、家族がどのような態度で患者に接しているかについて、つまり、患者を中心としての検討をしてみたい。家族の中で患者が如何に傷ついているか、あ

るいは父母がどのような影響を与えているかを明らかにするために、この検討は意味があると考えられるからである。

なお以上の検討のさい、質的には極めて異質と思われるのに、数量的には対照群と分裂病家族群で有意差がでないことが多いということは興味深いことであった。

## (2) 患者に対する両親の不自然な態度——患者を傷つけているであろうという配慮に欠けた両親の鈍感さ

### (1) 患者を無視する態度——反応提示をせまり、患者が提示すると無視する親

対照群では成員はそれぞれ自然にふるまい、平均して自発的に自己の反応を提示していることが多い。ところが分裂病家族群では患者、特に男子患者が自発的に反応を提示することが少ない。そして両親が患者に反応提示を催促することがしばしばある。その場合詰問的になって患者をますます押しだませる結果になったり、過度にいたわりの態度をしめして、かえって患者をとまどわせたりすることがある。

このようなときに両親は患者の気持を受けとめることができず、父親あるいは母親が先づ働きかけると、母あるいは父がさらに同じような態度でせまり、ますます患者をだまらせてしまうことが少なくない。

たとえば、或る家族はカードⅥで、母が「難しいわね。これも敷物なんだけど」と父にいう。彼女は難しいといいながら自信ありげである。父は娘に「あんたは」と問いかける。それから両親の催促が次のようにはじまる。「あんた、何といったの(母)」→「うん(娘が父に)」→「何に見たのこれ(父)」→「何とみました、あなたは。今見て何に見えます。これ(母)」→「見たくない(娘)」→「じゃ、いわなくちゃ(母)(じゃ、いわなくてよいというのが自然かもしれないし、催促なら、でもいわなくちゃというべきところであろう)」→「見たくないの(娘)」→「見たくないの? 嫌いな? (母)」→「(テストに)これ、これありましたか?(娘)」→「嫌いな? ありましたよ。嫌い?(母)」→「あれ(娘)」→「さかさまに見たの?(母)」→「あれ(娘)」→「こうみてね。こうもり(父)」→「きらいなの? あなた……(母)」→「何?(父)」→「何?(母)」→「わかんない(娘)」→「これ、わかんない? お父さまは?(母)」。

この場合、患者が「わかんない」というまで執ように両親そろって、ことに母が追求している。このような追求は娘に対する反感だけでなく、母自身の不安を娘におしかぶせ、追求することによって、それを解消しようとしているように見える。彼女は自己反応に固執するが、自分ひとりでは決断できない。そして娘を自己の反応にひきこもうとしているのである。父は3人が答えなければならないという義務感と、一部はいたわりの気持もあって話しかけているようにみえる。娘が「あれ」といったとき、すかさず父が「何」ときいているのは、催促というより、激励のように思われた。娘は個人テストでは「十字架」と「お化け」を出し、質疑段階では「十字架」をわからなくなったと取り消している。彼女はたしかにこのカードについて不

安や不快感あるいは罪の感じがあり、「見たくない」のかもしれない。しかし母そして父のかさにかかった催促は娘の気持を解放するどころか、ますます不快の中においでいる。そしてついに父母を払いのけるように「これありましたか」とテスターに助けを求める。ところが母は「ありましたよ」と逃げ口をふさいでしまうかのようという。

問題はその後におきる。すなわち娘はついに「わかんない」というテスト状況から逃げだしてしまう。すると、それまで執拗なまでに娘をおいつめていた母は、急にほこさきをかえて、父に「お父さまは？」ときいている。そして父が「毛皮を干して釘でとめる」というと、自分の敷皮に似ているので「じゃ毛皮にしたら」と結論をうながす。その時は娘を全く無視している。つまり母は娘の困惑を慮んばかって、娘のために発言させようとしているのではなく自分のために、自分に都合よい答を期待して圧力をかけていたとしか考えられない。

なお、分裂病家族ではこのように患者が「わからない」と逃げだす場合よりも、両親の執拗な催促に対して患者が答える場合の方が多い。ただその時の態度は上の場合によく似ている。

たとえば、カードⅧで「何ていった(母)→「○○ちゃん、何にみえた(父)」と父母が催促する。これに対して息子が「ひょう。ひょうがね、歩いている」と答える。すると母はそれを取りあげ、一緒にたしかめあうということせず、他の部分を指して、「うん、そしてここは？」と質問する。息子はそこで動揺して、「さあ、わかんない。そう見えないな」という。これに対して母は「わかりにくいね」といい、それに引続いて父が「全体ではこれ何にみえる、あんた」と母に問いかけ、母が「花」と答えると、父も「花にしようか」といって、くどくど花の説明をする。そして母が「花になっちゃったよ」といい、父と2人で合意反応としてしまう。息子は自己反応を強調することなく、「花だね」と同調している。

この場合、両親は「合意反応」を得る手前、形の上だけで子供に反応提示を求めているようにさえみえる。そして子供が反応を示すと、「そしてここは」と全く違うところを質問し、子どもをこまらせ、子供がわからないという、待っていたかのように(そこだけとりあげると子供に同調しているようにみえる!!)「わかりにくいね」といって、子供の反応まで否定してしまい、両親で全くちがう反応に簡単にきめてしまう。

このような両親の態度は全く患者への配慮がない。それはどれだけ患者の気持を傷つけているかも考えない鈍感さといえよう。この傾向は殆んどの分裂病家族群にみられる特徴である。

(ロ) 患者によりかかる態度——患者を信用していないのに患者を情緒的にとりこみ、自己の不安を解消しようとする親

今まで患者の気持を無視し、とりあわない親の態度をのべたが、その親が逆に子供を自分のなかにとりこもうとすることがしばしばある。

たとえば、カードⅠで、父はテスターに「こうもりですね」という。母は息子に「○○は」ときき、息子が「こうもり」と答える。母は「こうもりに見た？」とききなおし、息子が「ああ」というと、「お父さんがいったからじゃないの」とせまる。父は「そうだろう」とほこらしげにいい、母に「何にした」とたずねる。母は「ああ、わたし何に見えるかって。僕本当に

こうもりに見えたの」と再び息子にたづねる。息子が「うん」というと、しばらくして、母は「私はね、これ両方とると、かぶと虫に似ているかな—と思ったの」と自己反応を提示し、息子の方に身をのり出して、「僕、こっちをかくすと……」と説明する。そこで息子が「見える」と同調すると、「正確じゃないけど」という。そして息子が再び「見える」というと、今度は「無理しなくてもいいよ」とつきはなす言い方をする。ここで息子が再び「見える」というと、はじめて母は「うん」と納得し、次に父に「お父さんは」と承認をもとめる。ところが父は「見えない」と拒否する。それをきいて母は「見えない？ 私、強いて何かに見なきゃならないとすれば、これがかぶと虫に見えるかな—と思ったの」と自信なさそうにいいながら、急に話題をづらして、息子に「この模様好き？」ときく。息子が「好きじゃない」と答えると、父に「好き、嫌い」ときく。父も「あまり好きじゃない」という。ここで母は再び息子に同じことをきき、同じ答がかえってくると、テスターにカードをかえしながら、「このへんですね」という。

母のこの態度は全く一方的である。彼女はテスト状況で最も活発に発言し、父や息子をリードしている。しかしそれは課題遂行の方向という意味では役割を果たしてない。彼女は行動的であるが、その底に、他の人に依存しようとする傾向がつよく、支持がないと強い不安感をもつ。しかし夫はその欲望を満してくれない。夫は積極的にリーダーシップをとることはできない。彼は妻の動きを制止しようとはせず、彼女が自分自身の積極的な言動によって、課題遂行のルールからはづれても、それにさからわず、その流れの中に身をまかせて、軌道を修正しようとはしない。彼は彼女の問いかけに正直に反応している。ただ彼女に対して、必ずしも彼女の期待にこたえていない。そして素気ない態度で、「見えない」と否定したりする。

このような夫の態度に不満と反発を感じている妻は、息子を夫から引離して自分のものに引きよせようとする。それも課題遂行の方向に論理的にすすめるのではなくて、情緒的なのである。息子が夫の反応と同じ内容を表明すると、「お父さんが言ったからじゃないの」とか、「本当にこうもりに見えるの」と牽制する。そして息子が自分の陣営に加わらないと知ると、急に方向をかえ、「好き、嫌い」と尋ねる。この場合も息子が自分の期待にこたえてくれないと、「お父さんは」と矛先を夫にむける。

彼女は支持してくれる人は夫でも子どもでも誰でもよいように見える。それは全く自己中心的である。しかも課題がどうであろうと、ただ自分を支持してさえくれればよいようにみえる。そして夫が支えてくれないので、その期待を息子に求めているのである。つまり彼女は息子にいろいろ話しかけ、気をつかっているように見えるが、それは息子への配慮ではなく、自分自身の不安の解消のためである。

そしてこのカードのように、夫も息子も自分の言い分に賛成しないと、自分の敗北をすなおにみとめず、何の合意かわからない状態で、「このへんですね」とテストを終ろうとする（本人は「家族は好きじゃない」という点で一致したと意識的には思っているのかもしれないが、夫や息子の「こうもり」という反応をとりあげようとしない）。そしてテスターに「一つにまと

めてほしい」と要請され、夫が「こうもり」をくりかえし、妻は息子にくどいと思われるのに、再び「僕もそれでいいの」と尋ね、息子が「うん」と答えると、はじめて「じゃお母さんは譲歩しましょう」とテスターの手前、夫と息子の反応を合意反応としてみとめる。

この例では母は息子をひきこみ、味方にしようとして失敗しているが、それはテスト状況にふさわしい自己反応の妥当性を了解させようというのではなく、情緒的に安定したいと思うためである。そしてそれが満されないので、執拗に息子をおいかけている。

しかも息子が母の提示した反応に「そう見える」と同調しても、「無理しなくてもいいよ」といって、素直に喜ばず、つき放すようにいう。息子によりかかろうとしながら、情緒的に信頼できない気持がここにあらわれている。そして息子が再び同調すると、それで満足せずに、夫にも賛同を求めている。

父親はこのような母子のかかわり方のなかで、一人はみだし、孤立している。

この家族では母親の依存と家族への不信が目立っているが、父親にこの態度が目立っていることもある。いづれにしても親の依存心と人間不信が目立っているわけである。そして(4)の子供を無視する場合と一見対蹠的にみえるが、その根底にある気持は共通のものであり、息子のことよりも自分自身の感情の処理が中心課題であり、その他のことは念頭にない態度といえよう。

そしてそれは親の態度が課題遂行的ではなく、情緒的不満の解消を目的としていることもあらわに示している。

(4) 患者を犠牲にする態度——夫婦の間の不和や葛藤をおさえるために、強引に合意反応をつくる親

上にのべたような不安は次のような両親の態度にもあらわれている。

たとえばカードⅢで父母はカードを正常位置で「2人の人」を提示するが、息子は逆の位置で「1人の人」を提示する。父は「何かこう2人で重いもの持とうとか、腰の運動か何か」と説明すると、母は「まあしいていえばね、そこへ行く。珍らしく」といって、テスターにカードを返す。父母は2人が同じ反応であると、これをすぐ家族の反応とする傾向がつよく、子どもの提示反応と一緒に吟味しようとしなない。

テスターが子どもへの反応についてたずねると、子どもが答える前に、母があわてて、「僕(カードの見方が)反対よ、僕ちょっと待って、……僕はどれが頭だって?」と、先づ自分たちの提示をおしつけようとし、それとともに息子の説明をきこうとする。しかし息子が頭の位置を示すと、それ以上細かくきいたり、一緒に考えてやろうという態度を示さず、すぐに「お母さんはそうはみえないなあ。こうやってみると(Ⅷの位置)(母)」、「これじゃ2人のように見えるだろう(父)」、「見えない?(母)」、「こうじゃ(Ⅴの位置)なくて」と父と母がそろって強引に自分たちの反応をおしつけようとする。息子はたじろきながら、「見えるかねえ」と否定的だが弱々しくこたえる。

ここで母はやさしい声で、「無理しないで本当のままいってごらんさい」という。それで

息子ははっきり「見えない」とこたえる。そうすると母は自分の反応を再び説明し、その上で「見てごらん、もう一度。無理のないように」と繰り返す。無理しないでといわれて息子が否定すると、今度はそれを認めることもせず、息子の理由や言い分をきかないで、無理やり自分の反応をおしつけようとし、しかも無理のないようにというので息子は答えようがなくなり、だまっている。すると父が「2人の人」といい、その説明をして、カードをテスターに返す。

父母は早くまとめないと、またこわれてしまうといった気持から、強引に結論をだそうとしているようにみえる。子どもはそのために犠牲にされ、その反応は無視されてしまう。

また別の家族で、カードIIで母は「これ難かしかった」といい、沈黙がつづく。そして父が息子に「これ、○○ちゃん何に見た」とたづねる。息子はしばらく考えてから「これは……犬、犬に似ている」とこたえる。母は「え?え?犬?」といって息子を見るし、父も「どうして犬に見えたの、犬っていう理由は?」と問いただす。息子は父にいろいろ説明すると、父はその説明にはこたえず、「お母ちゃんは何に見えた」と母へ反応提示を求める。母が「朝顔」というと、父は「昆虫、サイケの絵模様、電気シェード」とならべ、特に昆虫を強調する。母は昆虫には賛成しない。そして「何にする。まとめにゃならんよ」と決定の催促をする。ここで父が息子に「○○ちゃん、犬にみたの?」ときき、息子が「うん」というと、「あんた犬を運動させているから」と大声でわらう。母も笑う。この父の態度は自分の不安を息子の反応を笑いとばすことでそらしているように見える。

父と母は本気で息子の「犬」をとりあげようとはしない。そして父は自分の反応を説明する。しかしそれは要領を得ない説明になる。すると母は息子に「どうする」ときく。息子は「動物の方がいいよ」と答えるが、母はそれをすぐ否定する。しかもそれにかぶせて「他に見えない?」とせまる。息子は「動物にみえる」を繰り返す。そこで父も母も困惑し、父は「犬が2匹でしょう。あんまり見えないんだなあ」といい、母も「お母さんは犬には見えないなあ」といい、「じゃお父さんにおまかせします」という。

父も母も自己の提示した反応に自信がない。その不安を息子へ反応提示を求めること、そしてそれをあっさり否定し、追い出すことで繕っていると思われる。したがって真面目に息子の反応を吟味し、課題遂行に役立てようとはしない。ただ情緒の破綻を来たさぬために、同じ時点をぐるぐるまわっているようにみえる。そして安定がたもてなくなりそうな状況においてまかれると、母は「じゃ、お父さんにおまかせします」と逃げだす。それに対して父も「お母ちゃんは何だったけな」という。すると母は再び「朝顔」を提示し、父も息子も笑う。母は「どうする。まとめましょう」とくりかえし、父はまた息子に「何にみえる。○○ちゃんは」ときくが、さらに「結局どうなった。どれに賛成する。お母ちゃんとお父ちゃん」と、息子の反応は全く無視して、父か母のどちらかにきめさせようとする。

こうしてまた三すくみの状態になるが、母がまとめなければという、父が「何かにまとめようってすればね、昆虫にもみえるし」といい、母も「昆虫(実際にはみえていない)」とい

う。そして父が昆虫をくりかえすと、母も「それでいきましょう、昆虫で」といい、息子を放り出して、2人できめてしまう。その上で父はてれくさそうに、「いい？昆虫、おやじがリードしていかんな」とにがわらいする。

このように突然にばたばたとテストを終了させることが、しばしば分裂病家族群にはある。そしてそれは父か母によってなされる。それがないときは、今までのべたように、初めの段階へ逆戻りし、堂々めぐりがくり返される。つまり、このような決定のしかたはその泥沼からの脱出ではあるが、それは不安にたえられなくなった父か母が行うものであり、つねに子どもは最後に無視されているのが特徴的である。

(二) 患者への不自然な「思やり」の態度——冷たい拒否や追求とからみあった優しい態度  
分裂病家族群では今までのべたようにいろいろな特徴があるが、両親は無視したり、あからさまに冷淡な態度をとっているばかりではない。子どもに思いやりの態度や親しみの態度を示すこともしばしばある。しかしその直前に子どもを押しつけていたり、やさしい音調で話しかけてはいるが、自分の反応をおしついたり、あるいは子どもの立場に同調していても他方の親から反発されると、急に態度をかえて冷淡になったりしている。したがってその優しい態度は全体の流れの中ではかえって不自然なものであり、子供をますます混乱させてしまう。

たとえばカードIIで娘が両親の圧力でやっと「赤べこ」と反応したとき、母は「赤べこ？この形が牛に見えるわけ」とか、「牛が2匹いるということ？そいじゃどういうわけ」と冷たい、きめつけるような語調できく。その時に父は「ここが赤だからさ」とか「飾りだ」などと、娘にかわって補足し、娘をかばう。しかし、そこで母が「じゃお父さまは」と矛先を父の方にむけると、全く娘の存在を忘れたかのように、2人だけで反応を出しあって、父は娘をかえりみない。

その後で母の提示した「熊」という反応に一応娘が同調しかけ、それに父が反対し、母が父の提示した「女の人のダンス」の方がいいかもしれないといい、娘が「うんそうね」と今度は父の反応をうけ入れたときに、急に母は娘に「赤べこにする？」とはじめに娘が提示し、母が問い詰めた反応にもどって問いかける。娘は急にいわれてとまどい、「だけどね…牛にすると頭が」とあいまいな動揺した態度を示すと、「どうする？何にしますか、赤べこがいい？どうなの。赤べこなのそれとも」という。それはやさしい音調で、娘の反応を支持してもよいといっているようにも見えるが、混乱している娘にとってはきびしい問いつめと受けとれ、ついに「何で私中心でなければいけないの」と問いかえす。たしかにその後の母の態度をみると、母は娘に対しては、一見娘の反応で合意反応を決定するようなことをいいながら、本当は自分の反応をおしつきたいのであった。すなわち最後の段階で娘が「おどっている」と父の反応を支持すると、前に自分もそうしようかといっていたのに、「見えない、見えない、動物」と自己反応を強調し、ついに合意反応には失敗してしまう。

またカードIXで「竜(母)」、「ダンス(父)」、「山火事(娘)」の3反応が対立し、娘が「竜にみたらこわいのよ、私」といって、ゲーゲー奇妙な声を出したとき、急に母は自分の反応をひ

つてめ、父か娘の反応のどちらかでいいという。そして父が娘の反応をとりあげようとする、  
「私にはわからない」と母は拒否する。

このようにやさしい問いかけや態度の前後には、冷たい拒否や追求がある。たとえていえば、溺れかかっている人に救助のロープを投げ、それにすがろうとすると、手がかかる前にロープをたぐりよせているようなもので、子どもをますます困惑させ、混乱させ、傷つけることになる。これはどちらかといえば、女子分裂病患者の母に多くみられるが、男子分裂病患者にもみられる。

(附) 父と母の関係——相手の同意なしには意志決定ができない強い不安と依存性をもった夫婦

今まで父母の子どもに対する態度についてのべた。これらはテスト状況で程度の差はあれどの分裂病家族群にもみられたものである。そしてそれらは一見相反するようにみえる態度ではあるが、後にのべるように共通の根底、つまり父と母の強い不安が底をながれていると考えられる。ここで一応親子の関係をはなれて、夫婦の問題にふれてみたい。

われわれのみている分裂病患者の両親は日常の面接状況ではいろいろのタイプにわけられる。Lidz の Schism の状態のものもあれば Skew といえる夫婦もある。また Jackson, 高臣その他の人たちが分類しているような夫と妻のくみあわせもある。テスト状況でも夫婦が互いに反発しあっている夫婦もあれば、妻に依存している夫もある。しかしそれらは全く別の型といえるであろうか。われわれの家族テスト結果を検討したとき、われわれは外見はちがっているが、それらに共通している関係があると考えた。以下それについてのべたい。そしてそれは高臣が<sup>11)</sup>「このような関係でなぜ離婚しないのか不思議なくらいである」といっていることに対する一つの示唆となるであろう。

それは相手から同意されないと強い不安をもち、何ごとも決定できない依存性である。

たとえば S-1 家族の父は一見専制的で、積極的にすべてのことを自分で決定し、母をリードしているように見え、かつて家族会のリーダーでもあった。母は一見冷静で冷たい感じである。テスト状況でも父は自分や他の人が提示した反応を積極的に明細化し、発言回数も多く、殆んどの合意反応を決定してテスターにかえしている。

しかしその反応内容を見ると、母の提示したものをとりあげたのが7、母と他の2人で合作したのが2で、10の合意反応のうち9が母に依存しているのである。

たとえばカード I で息子が「蝶」、父が「こうもり」を提示し、さらに息子が「覆面かぶった人」及び「蝶」という。すると父は「こうもりの服装をして踊って……」、「人間がこういう服装をしてステージでおどっている」と「こうもり」と「人間」とを作話的に結合する。この時母が静かに控え目に「黒い恰好はこうもり」という。ここで父は自己反応に戻り、それを息子に強調し、「お前は覆面している人間だな。そして蝶というんだな」ときき、息子が「まあ蝶」というと、「私どもは変らないですな」とテスターにいう。



つまり、父ははじめは息子の反応もとりあげ、自分の反応と結合させようとするが、母が自分の反応を支持しているのがわかると、「やっぱりこうもりの恰好をした大きな…」と自己反応だけを主張するようになる。そしてなお多少不安気に「お母さんは？」ともう一度母にたづね、母がこうもりを認めると、父は「そういうふうに見えないか」と息子にうながし、息子もついに「そういうふうに見えるよ」といって、合意反応が成立する。

カードIIでは息子は「人が手合せしてるみたい」といい、母も同調する。父は「熊」を提示する。そして「熊が酒のんで踊っているわけないから人間が熊の毛皮を着て、やっぱりダンスをしている」と人間反応に近づく。ここではじめに父の提示を話題にして話がすすむが、続いて母が「人」の説明をすると、父は息子の時にはすぐにはそれに同調しなかったのに、すぐ「ああそうか。そういわれればそうだね」と同調する。その後「お父さんは熊の毛皮着ているし、熊の恰好して踊っている」といいながらも、「強いて熊といわんでもいいんだ」となかば譲歩し、テスターに「踊って、手を合わせているということ」と母の反応内容で合意反応を伝える。

カードVIでも息子は「狼がつぶれたような」、母が「敷皮」と似た内容を提示、父が「びわとか古代の楽器、腐蝕しちゃったの」と全くちがう反応を示す。そして息子が「そういうふうに見えるよ」と父に同調すると、得意そうに内容を説明しはじめるが、母がその説明を無視して息子に「敷皮よね」といい、息子が同調すると、父は「敷皮？うん、敷皮……見えないこともないな」といい、それを合意反応にする。

こうして一見リーダーシップをとっているように見える父も、実際には内心に強い不確実感があって、たえず動揺し、母に左右され、母の支持があれば自己主張するが、支持されないと母に同意してしまうのである。ただこのばあいには、母の内容を自分のものとしてとりあげることで、明らかな対立にはならず、まとまっているように見えるのである。

こうしてこの家族では父は母に依存しているが、母も父に依存している。母はあからさまに、直截に父に反対することはない。母は静かな語調で、優しい声で相手を自分の思う方向へひきこんでいる。そして父に反対するというよりも、息子をまず引きこみ、息子と連合軍をつくって父を陥落させている。父の反応には奇妙なものが多いが、その時も母はつよく反対せず、息子が「(そうは)感じられないね」というと、自分の反応を提示し、父親を同調させてしまう。

このように母は殆んど自分の反応を家族の合意反応にさせてしまうが、彼女は必ずしも強い自信をもっているとか、安定しているというわけではない。これは日本人の女性の謙虚な態度というよりも、彼女の心の底に強い不安があり、そのために、かえって自己の主張にしがみついているように思われる。

たとえば前にのべたカードIIで父がとも角母と息子に同調しながらも、やはり自己反応をすてきれないでいて、息子がその父に同調をすると、母は不安になり、急にテスターに「これは本当の意味がありますでしょうか」とか、「あっているとか、あっていないとかのことはあるんでしょうか」とたづねる。また上のべたように、息子をひきこむことも、その不安を緩

和させる手段といえよう。

S-2家族は父と母が協力することは比較的少なく、かなり露骨に拒否的な態度を示しあう。この点S-1家族とは外から見てかなりちがっている。しかし両親が反発し、相互に不信感をもちながら、2人が依存しあっていかなければならない状態はテスト中にもしばしばみられる。

たとえば、カードⅣで父は個人テストで反応を拒否し、息子は「犬」を示している。そして母が2人に「僕なあに？ お父さん何に見える？」と問いかけると、父の「何も見えない」につづけて、息子も「わかんない」と反応を提示しない。母は「動物の毛皮」といい、「（ここが）頭で、（ここが）おっぱ、毛皮のはいだの」と説明していく。それに対して父も息子も「わからない」と同調しないので、母は「私これ毛皮です。しょうがないね。一致しないで、わかんない」とテスターにカードを返す。母は他の誰かが同調しないと、自分だけでは決定にふみきれない。

ところがカードⅥではこれと反対のことがおこる。父は「おたまじゃくしのあれだな、動物をこう開いたあれだな」と提示する。母は「私全然わからなかった、これ」といい、息子も「ああ」とあいまいに母に答える。母が「わからない」と繰返すと、父は「わからないそうです」と自分が全く傍観者である報告者のようにテスターにカードをかえす。なお息子は個人テストでは「三味線」と「雲」と反応している。

こうして母の提示には父が、父の提示には母が協力しないで、合意反応は失敗している。そして反応を提示した人は相手に理解してもらおうという努力をしないし、聞き手も理解しようとせず、「わからない」と断言するだけである。家族はバラバラで、その間にわかりあおうとする気配を感じることができない。しかもその時反応を提示した父か母が、一方的に自分の意見をおしつけることもできない。子どもの時には無視したり、おしつけたりすることがしばしばあるのに、配偶者に否定されると「わかんない」とか、「わからないそうです」といって自分もやめてしまう。

ここに父と母は相互に不信感や反発をもちながら、なおかつ自分自身で決断できない弱さを持ち、ひそかに依存しあわねばならない関係を予想できる。たとえばカードⅢ(2)の(ハ)でみられるように、父と母は個人テストで基本的には同じ内容の反応を示している。そこで息子を無視して、強引に2人で結果をまとめようとする。それは早くまとめないとこわれてしまうという不安が2人にあるからであろう。あるいは(ロ)にのべたように、息子を自分の方にひきよせ、それによって自己の不安を解消しようとする。

以上2例の家族をあげたが、他の家族も同じような傾向をもっている。その特徴は夫婦が相手の同意がないと動揺して、自分では意志を決定できない弱さを持ち、たとえ相手に不信感をもっている、依存しあっていて離れることができないことである。

#### 小括——分裂病患者と両親のかかわりあい

以上家族ロールシャッハ・テスト状況下における分裂病患者と両親のかかわりあいの特徴につ

## 分裂病患者の家族研究

いてのべた。すなわち両親は

(1) 患者を無視したり、(2)患者によりかかったり、(3)患者を犠牲にしたり、(4)不自然な思いやりの態度を示したりする。

これらの態度はテスト状況下で殆んどすべての分裂病家族の両親にみられたものである。これらの態度は一般の家庭でも親が子どもに示す態度と思われるかもしれない。しかし、もし親が子どもの立場や感情を考えれば、たとえこうした態度をとっても、それが子どもに与える影響を考慮して、あるいは子どもの反応を感じとって、その後何らかの親の態度に変化がみられるものである。

ところが分裂病家族では、テスト状況でこれらの態度が入りまじって、くりかえしとられ、しかも両親はその態度が患者を傷つけていることに気づかず、子どもに配慮することが少ない。

患者は父や母から反応提示をせまられ、反応するが、両親はそれを取りあげて皆で吟味しあうことはなく、全く無視してしまう。そうかと思うと、同じ親が子どもにやさしい態度でぞむことがある。しかし子どもがそれに応じて反応すると、急に冷たい態度になったりする。また患者を信用していないのに、患者に同意をもとめ、自分の反応を支持させたりする。

これらの行動をみると、両親は子どもの感情や立場を考えているとは思えない。彼らの態度に親らしい配慮が感じられない。両親の態度には子どもを配慮する余裕がない。彼らにはその根底に強い不安感、不確実感があり、それを処理するのが精一杯のようにみえる。そのために自分のおいてまれた状況の中で子どもを利用しようとする。これが継時的に、おこりえないと思われる態度がくるくる入れかわっておこる理由であろう。

このような親の態度に子どもはひきづりまわされ、混乱させられ、傷つけられる。子どもは沈黙したり、個人テストで反応を提示していたのに家族テストでは「わからない」と拒否したり、親の反応に簡単に同調したり、吟味に加わらないようにしたりして、対照群の子どもにはみられない態度をとる。これは傷つけられまいとする必死の防禦であろう。しかしこの態度が親の不安をかきたて、それが上にのべたような態度を再び親にとらせることになる。

こうして親と子の終結のないかわりあいがつづく。しかもそのような経験は何の新しい相互理解も生み出さないし、新しい解決法も見出せない。それは泥沼のように、抜け出すことのできないものである。

要するに、一言でいえばこのような親の態度の特徴は子供を配慮しない、自分の不安をおさえるための、自己中心の態度といえよう。

これは両親の関係にもみられる。分裂病患者の両親はパーソナリティの面でも、夫婦の関係でも、いくつかの類型にわけられるが、テスト状況でかれらに共通してみられることは、両親とも自己の不安、不確実感をあらわにしないために、あるいは自分自身が破壊しないために、相互に依存していることである。2人はたとえ相互に不信感をもっていても、独立して自由に行動できない。彼らは互いに相手に拘束され、からみあいながら歩いている。

このようなテスト状況でみられたそれぞれの態度は、おそらく日常生活でもみられることで

あろう。

われわれは患者が家庭にもどると、しばしば症状が再び悪化することを経験するが、われわれのテスト状況で明らかにしたことは、それと無関係ではないであろう。われわれは患者の治療には、両親をはじめとする家族の治療、ことに両親の精神療法が必要であることを強調してきたが、この研究はその理由と、そして治療の重点をどこにおくべきかを明らかにしえたと考える。

#### V 考察——分裂病家族の不安について

これまでのところで家族ロールシャッハ・テスト状況でみられた分裂病患者と両親のかかわりあいの中での特徴をのべた。それを一言でいえば、「一つの合意反応をつくるという課題遂行の過程で、分裂病患者家族はそれぞれ情緒的にゆれ動いて、論理的な展開がみられなかった」ということである。

そして(1)と(2)の小括でものべたように次の点が明らかにされた。

(1) 各人が他者との見解の相違を明らかにしながら、一致点を見出していくという吟味や検討がなされない。

(2) 他者の意見に同調するかのような態度を示すことがあるが、それは話し手の内容を理解した上で、更に話し手が話題を展開するのを促し、激励するものではなく、逆に話し手の発言(明細化)を妨害するように働いている。

(3) 形式的には合意反応として提示されたものも、内容的には真の合意反応とはいえない場合が多い。すなわち、皆が十分に納得して決定された結論ではなく、1人あるいは2人(その殆んどが両親である)により強引にきめられ、他の人(子ども)が無視されることが多かったり、3者が一致した場合でも、十分な検討の結果ではなくて、何者かに追われているかのように、あわてて結論を出すことが多い。

(4) 各人は自己の提示した反応に固執し、他者を理解しようとしめない。そして合意に達することができず、「三すくみ」の状態になることも稀ではない。しかも各人の提示する反応は形態水準の低いものであることも稀ではない。

(5) 個人テストでは提示されなかった新反応が家族テストで示されるが、それは合意反応を得るための3者のかかわりあいの中から脈絡にそって生れてくるのではなく、或る個人によって唐突に提示され、かえってその場の流れをかえ、課題遂行の妨げとなる。

(6) 両親は子どもに意見をのべることを強要しながら、子どもが発言すると、その内容を確かめることなしに否定したり、無視してそれと全く関係のない自分の意見をのべたりすることが多く、合意反応を得るための努力とは考えられない。

(7) 両親は患者を無視する態度を示すかと思うと、患者を自分の方にひきよせ、彼によりかかろうとする態度を示すことが多い。また患者を冷たく拒否する反面、優しい態度を示して、患者を混乱させることが多い。

(8) 患者は両親のこのような態度のなかで、両親から全く離れて行動することができず、或る時には盲従し、或る時は反発しながら、両親にからみあっている。そのいずれの場合にも両親は彼の真意をくみとることができず、患者を失望させることが多い。

(9) 患者の意見に一方の親が同調することもあるが、その場合他の親が反発すると、上述の親は子どもから離れ、配偶者に同調することが多い。

(10) 父親と母親は依存傾向が目立つ場合ばかりでなく、反発しあい、相互不信が目立つ夫婦でも、相手の同意なしには意志決定ができない。

Wynne らは個々の家族成員の意見のくいちがいが分裂病家族では家族全体の崩壊を招くという危機感がつよいために、相互に家族の平衡を維持しようとして、「うのみの承認 (indiscriminate approval)」、「秘密 (secrecy) の保持」、「私的経験の探索 (investigation)」、「第三者 (intermediaries) の利用」といった、「家族機構 (shared family mechanism)」ができ上っていると、「偽相互性」の学説を説明している。たしかに上述の(1)~(3)の現象は彼らの仮説にしたがうと説明が容易である。

しかし(4)~(9)はそれだけでは十分納得がいかない。自己反応に固執し、突然に新反応を提出し、場を混乱させ、子どもを傷つけ、あるいは対立する2つの態度で子どもを混乱させ、子どもを犠牲にし、無視することは、家族の平衡を維持しようとすることから一義的に説明するのは困難であろう。それらは家族の平衡の維持を目的とした行動というには、あまりにも個人的、自己中心的である。

Bowen は母-子の共生関係に着眼していて、未成熟な母親が子どもの未熟さに気をくばることによって自己の未熟さをおおいかくしていると主張している。上述の(7)(8)はそのよい例証と思われる。しかしこのような状態が目立たない症例も少なくないし、上述の(4)~(5)の現象はむしろ対人関係論からよりも、個人内界の不安から説明した方がより容易であろう。勿論説明の仕方ではそれも可能かもしれないが。

Bateson は「二重拘束説」を提唱し、子どもの思考の発展に重大な障害をおこす要因として母の態度を強調している。(7)~(9)はそれを裏づけているかのように見える。しかし一方的に患者を拒否する親や、子どもに対して冷淡な親も少なくない。

つまり、これらの学説はそれぞれ興味深いし、それを裏がきするような親子関係も少なくない。ことにWynne らの「偽相互性」の概念は集団力学の立場から平衡理論に立って、分裂病家族（一単位としての家族）の行動を説明している点で、多くの人の注目をあつめている。しかし、そのいずれも上にのべたわれわれの現象のすべてを説明するには不十分である。

そしてわれわれはこれらの現象の根底に、各人が強い不安をもっており、自己の破綻を防ぐのに汲々としていて、他者を省りみる余裕はなく、他者との接触によってますます不安を増大させるので、防衛的になる傾向がつよいことがあることを強調した。つまり、家族の平衡の維持のための行動と考えるよりは、自己の破綻を防衛するための自己中心的な行動が中心にあると考える方が、上にのべたすべての現象を理解しやすいのである。そしてまた個人テストの結

果ともよく合致するのである。

この点母—子関係の研究がさかんであったころ、それは同時に個人のパーソナリティに主な関心がむけられていたころでもあるが、その時代には、われわれのような考え方もあった。Bateson の「二重拘束説」やBowen の共生関係論にはこの傾向はまだのこっている。しかし母子関係だけに限られた研究の批判などから、家族全体を問題とするようになって、個人のパーソナリティ論はかけをひそめ、集団力学に関心が集中した。しかしわれわれはこのように視点がどちらかに極端に偏ることは問題であり、両方の立場をともに考慮しなければならないと考えたのである。

そして、各人が相互に他者の意見を検討しながら意見のくいちがいを明らかにすることをせず、他者と深いかかわりあい避けることも、「みせかけの同調」をして、話し手の話題の進行をとめたり、自己主張の機会をつくるのも、意見を強要して責任をなすりつけるのも、「二重拘束的」な態度をとるのも、子どもが親から離れられず、からみついていくのも、すべて各人が強い不安を解消しようとする防衛的な行動と考えたのである。

なお、このような行動は自己中心的で、他者を省りみない、いいかえれば共感性が乏しい。そこで一方的に自分のために依存しようとするれば、他方はそれによってますます不安となり、今度は後者が前者に同じような態度をとる。それは前者をますます傷つける。しかも両者は離れ、独立することができない。ここに解決のない、からみあって傷つけあう泥沼の関係が生ずるのである。

では分裂病家族の不安とはどのようなものであろうか。

ここで再び家族テスト状況をふりかえてみたい。われわれはまえがきのべたようにロールシャッハ・テストが被検者の現実の葛藤に直接ふれることが少ないので、相互に気楽に話しあえるであろうと考えた。たしかに或る患者は「こんなに自由に両親と話しあったことはない」と感想をもらしていた。また多くの患者は両親よりも、より自然にみえる態度でテストに応じていた。しかし両親は必ずしもそうではなかった。

一般に対照群ではテスト状況で親子がテストを楽しみながらしているように見えることが多い。はじめのうちはテスターを意識していることもあるが、次第に3人だけの話しあいの場になり、テスターは全く場の外に立たされるようになる。

ところが分裂病家族群では緊張が高く、それが最後までつづく。ことに両親にはテストをされているという気持が強くなるように見える。子どもの病気をなおすために指示に従わなければならないという気持から、やむをえずテスト状況に入ってきたという印象であるが、「子どもが病人なのに何故親がテストをうけなければならないのか、そこで自分たちの欠点があばきだされるのではないか」、「子どもの発病が親のせいだといわれるのではないか」など、テストに対する不安を彼らもっていることは事実である。テスト前に十分なオリエンテーションがなされたとしても、この不安は簡単にはとり除くことができない。

このような不安があることは事実であり、テスト状況が自然の状態でないといえるであろう。

しかし分裂病家族群にとってそれだけが緊張の原因とは思われない。というよりも、彼らに不安がたかまるのはもっとちがう要因があるわけである。

それは3人で一つの合意反応をつくりださなければならないという課題を課せられたことである。対照群ではそれは大して負担にはならない課題である。それは日常生活でもしばしば行われることでもあるし、テストは現実的でないだけにかえって気楽にできる。しかし分裂病家族にとっては、話しあい、理解しあって、一つの結論をだすということは非常にむずかしい課題だったのである。これは日常の家庭生活でも3人で話しあい、理解をふかめあうということをしていないこと、すなわちばらばらに孤立していてコミュニケーションが行われないことを多くの人が指摘していることとあわせ考えると、このテスト状況は彼らにとってはむづかしい状況においてめられたことになるのである。

或る父親がカードIを示されたとき、それを手にとって少し考えたあと、誰とも話しあうこともせず、「私はこうもりです」といってカードをテスターに返した。これはまさに彼がテスト状況での不安がつよく、はやくその場からのがれたいという衝動にかられ、家族への配慮など考えおよばないことを示している。また前にのべたように、分裂病群ではしばしば両親が子どもに「あんた何に見えた？」と反応提示を強要する。これも早く結論をださねばならないという気持ちが働いているといえよう。しかもその反応をきいて、それを無視してしまうことは、合目的な課題遂行のためというよりも、不安をかくそうとしている気持ちが強いことを示すものといえるのである。また十分吟味しないで合意反応を出してしまうことも同じ理由によるといえよう。

ではこの不安はどのようなときに激しく現われるのであろうか。これは研究結果のいろいろな場面でのべたように、「子どもが親にかかわりあい」をもったときに目立っている。両親だけがカードについて話しあっているときには、比較的自然にみえる態度をとっているのに、話題に子どもが参加すると、あるいは参加させねばならないと、混乱がひどくなっている。いいかえれば、子どもに近づかれると動揺するのである。

われわれはこのような「子どもとのかかわりあい」に動揺をきたすことが、テスト状況を支配する最も目立つ特徴と考える。

この場合子どもの態度も大きな意味をもっている。両親はBowen が「情緒的離婚」といっているような関係にある場合でも、相互に傷つけようとしないうで、ある点以上の深い接触をさけている。またいづれ改めて報告するつもりであるが、患者の同胞の多くは両親と情緒的に深いかわりをもつことをさけていることが多い。これに対して患者は両親と距離をおくことができない。彼は親に無視されても反発せずに、親についていたり、優しい態度をとられることからみつく。それがまた両親を動揺させ、いらだたせる。

分裂病患者の家族は患者をもふくめて、個人テストにもみられたように、極めて依存的、攻撃的であるか、それをおそれて内閉的且つ強迫的に狭い殻のなかにとじこもっている人が多い。彼らは元来他者と情緒的にかかわりあうことが苦手であり、動揺するために、このような態度

をとるのである。つまり周囲の人に極めて過敏に反応して、それを外罰的にはねのけるか、鈍感になり、自ら接触を絶つかしななければならない。どちらにしても、人との情緒的にかかわりで不安になることが共通しており、そのあらかず行動はそれへの防禦機制といえよう。

その著明な場面がテスト状況では個人テストでカラーショックを受けた場合などにみられる。対照群でもこのようなショックを受ける人はいるが、彼らは家族テストの場面でそれを比較的素直に表現する。聞き手はそれをうけて、自分が同じようなショックをうけた場合には、それをうけ入れ、相手のいやな感じを共有しあい、それぞれの感情を言語に表出して、ともに吟味するなかで解放されていく。聞き手がショックをうけていない場合は、はっきりそれを否定し、あっさり処理し、互いに動揺し混乱に陥ることはない。そして話し手も自分の問題と考え、からみつくことはしないし、それにこだわることはない。

これに対して分裂病群では、1人のショック経験の提示は他の人たちを動揺させ、不安を助長する。しかもそれを理解しあい、わかちあうことをせず、それにふれないで避けようとする。あるいは自分の感情は表出しないで、話し手（ことに患者）に個人テストのショックを再体験させるような質問をする。このような態度は自己の不安、動揺をおさえようとする防禦といえるのである。

こうして分裂病家族ではそれぞれが情緒的な不安を解消するために汲々としており、論理的に課題を遂行できないのである。

つまり家族ロールシャッハ・テストははじめに予想したこととちがって、分裂病群では彼らのもっとも不安に陥りやすい状況、避けたい状況、つまり集団で意志決定をしなければならない状況においこんでいたわけである。いいかえれば、これは日常生活で情緒的にかかわらねばならない状況にいたった場合の親子の状態を実験的につくったともいえよう。それだけに彼らの特徴をより明確にとらえることができたのである。

## VI む す び

以上われわれは分裂病家族について、その特徴を家族ロールシャッハ・テストを通じて明らかにしようとした。われわれはこのテストが家族の力動を明らかにするのに有効な方法と考えている。

しかし、今回の報告には不十分な点も多い。その第1は患者と両親だけの関係を追及し、他の同胞などの家族成員を無視したことである。しかし家族は3人だけではない。また患者に、そして家族全体に影響を与えるのは両親だけではない。他の同胞がどのような特徴をもっているか、どのような影響を与えるかも当然考えなければならないであろう。また他の発病していない同胞の家族内の対人関係、両親との関係などを明らかにすることにより、患者の特徴をより明らかにしうるのである。

われわれは現在1人の同胞をふくめた4人の家族テストを行っており、いろいろ興味ある結果を得ているが、その詳細は次の機会に報告したい。

また今回は分裂病の両親の特徴のうち、全般的にみられるものについてのみ考察した。果し



## 分裂病患者の家族研究

て男子患者と女子患者の家族内対人関係が同じであるかどうか。その点はさらに検討しなければならないであろう。

さらに今回は患者よりも両親に重点をおいて考察したが、子どもの側からの両親への影響ももっと分析しなければならない。

このような点については近く報告する予定である。

稿を終えるにあたり、この研究に対して終始御指導を頂き、本論文の御校閲を頂いた国立精神衛生研究所高臣武史部長、田頭寿子氏に深く感謝致します。またこの研究に長年御協力下さった共同研究者、福島県一陽会病院山崎武彦氏並びに田村第二病院渡辺隆祥氏に感謝致します。

## 引用文献

- 1) Ellison, E. A., and Hamilton, D. M. (1949) Hospital treatment of dementia precox. *Am. J. Psychiat.* 106, 454
- 2) Johnson, A. M., Griffin, M.E., Watson, J., and Beckett, P. S. (1956) Studies in schizophrenia at Mayo Clinic. *Psychiatry*, 19, 143
- 3) Reichard, S., and Tillman, G. (1950) Patterns of parent-child relationships in schizophrenia. *Psychiatry*, 13, 247
- 4) Tietze, T. (1949) A study of the mothers of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 12, 55
- 5) Gerard, D. L., and Siegel, J. (1950) The family background of schizophrenia. *Psychiat. Q.*, 24, 47
- 6) Kasanin, J., Knight, E., and Sage, P. (1934) The parent-child relationship in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 79, 249
- 7) Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263
- 8) Lidz, T., Fleck, S. and Cornelison, A. R. (1965) *Schizophrenia and the Family*. International Univ. Press, New York (高臣武史, 鈴木浩二, 佐竹洋人監訳, 「精神分裂病と家族」誠信書房)
- 9) 三浦岱宗, 小此木啓吾他 (1966) 比較家族研究, 精神医学, 8巻, 4号, 309-316
- 10) 三浦岱宗, 小此木啓吾 (1966) 破瓜型分裂病者の家族精神病理, 8巻, 4号, 283-295
- 11) 高臣武史 (1965) 精神分裂病の家族研究, 精神衛生研究, 14号, 41-84
- 12) Jackson, D. D., Block, J., and Patterson, V. (1958) Psychiatrists' conceptions of the schizophrenic parent. *Am.M. Archives of Neurol. and Psychiat.* 79
- 13) Bowen, M. (1960) A family concept of schizophrenia. *The Etiology of Schizophrenia*. Basic Books, New York.
- 14) Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., and Hirsch, S. I. (1958) Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205
- 15) Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., and Weakland, J. H. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavi. Sci.*, 1, 251-264
- 16) Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., and Weakland, J. H. (1963) A note on the double bind — 1963. *Family Process*, 2, 154
- 17) Weakland, J. H. (1960) The double-bind hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In Jackson, D. D. (ed.) *The Etiology of Schizophrenia*.

Basic Books, New York.

- 18) Alanen, Y. (1960) Some thought on schizophrenia and ego development in the light of family investigations. *Archs. Gen. Psychiat.*, 3, 650
- 19) Scott, R. D., and Ashworth, P. L. (1965) The 'axis value' and the transfer of psychosis. *Br. J. Med. Psychol.*, 38, 97
- 20) Boszormenyi-Nagy, I. (1962) The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment. *Family Process*, 1, 103
- 21) Ackerman, N. W. (1958) *The Psychodynamics of Family Life*. Basic Books, New York. (小此木啓吾, 石原潔訳, 現代精神分析双書, 4巻, 「家族関係の理論と診断」, 5巻, 「家族関係の病理と治療」岩崎学術出版社)
- 22) Davis, D. R., (1961) The family triangle in schizophrenia. *Br. J. Med. Psychol.*, 34, 53
- 23) Beckett, P. G. S., et al. (1956) The significance of exogenous traumata in the genesis of schizophrenia. *Psychiatry*, 19, 137
- 24) Delay, J., Deniker, P., and Gree, A. (1957) Le milieu familial des schizophréniques. *Encephale*, 46, 189
- 25) Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press, Glencoe, Ill. 36-45
- 26) Spiegel, J. P., and Bell, N. W. (1959) The family of the psychiatric patient. In Arieti, S. (ed.) *The Handbook of American Psychiatry*. Basic Books, New York.
- 27) Strodbeck, F. L. (1951) Husband-wife interaction over revealed differences. *Am. Sociol. Rev.*, 16, 468-473
- 28) Haley, J. (1959) The family of the schizophrenic: A model system. *J. Nerv. Ment. Dis.* 129, 357-374
- 29) Riskin, J., Satir, V., and Jackson, D. D. (1961) A method of analysis of family interview. *A. M. A. Archs. Gen. Psychiat.* 1, 321-337
- 30) Loveland, N., Wynne, L., and Singer, M. (1963) The family Rorschach: A new method for studying family interaction. *Family Process*, 2, 187-215
- 31) Bing, E. (1970) The conjoint family drawing. *Family Process*, 9, 173-194
- 32) Leary, T. (1957) *Interpersonal Diagnosis of Personality*. Donald, New York.
- 33) 高臣武史, 鈴木浩二, 田頭寿子, 山崎武彦, 渡辺隆祥 (1969) 「家族内コミュニケーションに関する研究」日本臨床心理学会第5回大会発表論文集, 18-21
- 34) 鈴木浩二 (1971) 「家族ロールシャッハ法の歴史と将来」ロールシャッハ研究XIII, 179-193
- 35) 田頭寿子 (1971) 「精神分裂病者およびその家族に対する家族ロールシャッハ法」ロールシャッハ研究XIII, 131-141

## 精神分裂病の家族研究

その2. 男子分裂病患者家族と女子分裂病患者家族についての考察<sup>(1)</sup>  
—— 家族ロールシャッハ・テストによる研究 ——

優 生 部 高 臣 武 史<sup>(2)</sup>  
精神衛生部 鈴 木 浩 二<sup>(3)</sup>  
" " 田 頭 寿 子<sup>(4)</sup>

## I, 家族研究の問題点 —— アメリカの分裂病患者の家族研究の仮説がそのまま日本の家族に通用するか。

分裂病患者家族の研究は今まで主としてアメリカで行われてきた。アメリカの研究者の根底には精神分析学の理論がある。それらの研究のうち有名な学説にはBowen の「両親の情緒的離婚 (emotional divorce) 」と「母子の共生関係 (symbiotic relationship) 」,<sup>(1)</sup> Bateson の「二重拘束 (double bind) 」説,<sup>(2)</sup> Wynne らの「偽相互性 (pseudo-mutuality) 」説<sup>(3)</sup>などがある。

これらの学説に適合する分裂病患者家族がわが国でもみられることはたしかであり、われわれの経験でもこれらの学説からうまく説明できる現象も少くない。ことに Bateson の二重拘束説は多くの示唆をわれわれに与えている。しかしこの二重拘束説にしても、Bowen の情緒的離婚や共生関係の学説は分裂病患者の両親や母子にあてはまるばかりでなく、他の子どもの親、たとえば非行少年や情緒障害児や神経症の両親にもよくみられる。その意味で分裂病患者家族特有の現象の説明としては十分ではないかもしれない。<sup>(4)</sup> (注1)

Wynne らは偽相互性の概念によって分裂病家族の力動を説明したり、コミュニケーションや思考の障害の原因を究明しようとしている。たしかに彼らの概念が分裂病患者家族の関係を説明するのに都合のよければあいも少くない。本論文で取り上げるわれわれの家族ロールシャッハ・テストの中で、誰かが提示した反応をお互いに検討しあうことをせずに合意反応ときめてテストを終らせようとするのをみると、彼の概念が適切のように思われる。しかし、その反面、個々の成員が他の人たちを無視して自分の反応をしつこくくりかえしたり、その結果「三すくみの状態」になって合意反応をつくるのに失敗すること、それぞれの人たちが理性的に課題を遂行するというよりも情緒的にかかわりあって、場を混乱させることが少くないことなどを見ると、Wynne らがいうように、「集団」の平衡を維持しようと各成員が努めていると考える

(1) A study of the families of schizophrenic patients: II. Differences between the characteristic features found in the parents of male patients and those of female patients.

(2) Takeshi Takatomi, Division of Eugenics

(3) Koji Suzuki, Division of Mental Health

(4) Hisako Dendo, Division of Mental Health

(注1) このような対人関係の研究以前には、分裂病患者の家族ことに両親のパーソナリティや子どもへのかわり方については多くの人たちがいろいろ指摘している。たとえば Jackson らは分裂病患者の父を(1) 敗北した父 (defeated father), (2) 専制君主的な父 (autocratic father), (3) 混乱した父 (chaotic father) の3型にわけ、母を(1) ピューリタンの母 (puritanical mother), (2) たよらない母 (helpless mother), (3) マキャベリアンの母 (machievellian mother) の3型にわけている。Lidz は父母の家庭内での役割を重視して、かならずしもパーソナリティの類型化を強調していない。むしろそれを特異化することは真実を見誤らせると考えているようである。しかし彼が父を5群に、母を2群にわけているばあい、それぞれ特異なパーソナリティにふれている。高臣もかつて父を3型に、母を4型にわけ、さらにその組合せを4群にわけた。それは(1) 専制的な、しかし神経質で過敏で、わずかなことにも動揺し、不安定になり、いつも誰かの賛同を求めずにはおれない父と、その夫に不満と不信感をもちながら、依存的で、その夫に忍従している母、(2) 真面目、几帳面で仕事熱心であるが、融通性に乏しく、自己不確実感が強く、それを強迫的に統御している父と、未熟、依存的かつ情緒不安定で、主体性に乏しく、夫に盲従している母、(3) 受動的、引込み思案な、家庭では主導権を失い、心理的には家庭からはみだしている父と、行動的で家庭の中心となり、意志決定者としてふるまっているが、独断的、他罰的、自己中心的な母、(4) 消極的、偏くつな父と、粗野で未熟だが気楽な印象さえ与える母、の4群である。<sup>(8)</sup>

分裂病患者の両親にこのような特徴があることはたしかであろう。しかしこのような人たちはなにも分裂病患者の両親だけに限らない。Lidz のいうように、そのような類型化はかえって分裂病家族研究の本質を誤らせるかもしれない。

よりも、各成員が個々人の動揺を防ぐため、つまり「個人」の平衡を維持しようと努めていると考える方が妥当のように思われる。<sup>(5)</sup>

また近年、分裂病患者の病状が都市ではかわってきているといわれる。それを社会構造の変動によって説明している人も多い。このばあい、社会構造のなかで重要な位置をしめる家族を考慮しなければならないであろう。

われわれは具体的事実に注目しながら、今までの学説の検討を行ってきた。そして一つの疑問を持つに至った。それは「家族」を問題とするばあい、欧米の家族と日本の家族は、その構造、機能、役割など多くの面でちがっている。もし子どもにとってそれらの差が本質的にちがった影響を与えるとすれば、アメリカの家族研究の理論をそのまま日本にあてはめるわけにはいかないかもしれない。

たとえば Lidz は分裂病患者の両親の不和、葛藤を重要視し、父は娘に、母は息子に、妻あるいは夫の代償を求め、その結果親子の世代間の境界を混乱させること、そして両親のみじめな関係と姿が子どもたちの男性像、女性像の確立 (sexual identity) を妨げることを強調している。

この発想が精神分析学のエディプス・コンプレックスと関係があることは明らかである。つまり男子は父と、女子は母と、母あるいは父をめぐるライバルとしての感情をもつ。これは見方を変えれば世代間の葛藤ということが出来る。この葛藤は幼児のときに発展的に解消され、男子は父を自分の理想像に、母を異性像とし、女子は同様に母を自分の理想像として成長したとき、正常な大人となる。ところがこの葛藤が解消されずに生きつづけると神経症になる。これが精神分析の理論であろう。

Lidz は精神分裂病患者では神経症のように世代間の葛藤としてのエディプス・コンプレックスがおきず、むしろ世代間の境界がなくなり、両親と同一化できないといっているのである。

このような親子の関係に対する分析理論は欧米の夫婦中心の家族形態と無関係ではないであろう。夫婦は対等であり、愛情をきつなにして、互いに求めあい、補いあう。妻は夫のパートナーとしての役割を要求され、彼女たちはそれに生き甲斐を感じている。子どもは幼いときから独立した個人として尊重されるとともに、夫婦の中に入りこむことを許されない。成人すれば自己の責任によって親と別の独立した生活が要求される。これが欧米の家族の概念であろう。この前提に立てば子どもにエディプス・コンプレックスがおこるのであるということも容易に理解できる。

しかし日本の家族はちがっている。戦後憲法が改正され、男女の権利の平等が法律にうたわれ、核家族が増加している。しかし制度的にはなくなったとしても、夫の「主人」としての世間的な役割は依然としてつづいているし、妻は長い間夫のパートナーとしてではなく、「脇役」として「内助の功」、「縁の下の（表面に出ない）支え」を要求されてきた。また妻は夫や姑に服従するようにつけられ、そのように「振る舞う」のが良き妻、良き嫁とみられてきた。また夫婦の愛情の自由な表現は人前は勿論、家庭内でさえもおさえられていた。こうした日本の習慣は近年くづれてきていることは事実であるが、まだまだ根づよくのこっていると考えられる。近年「マイホーム主義」ということが多くの人たちにより支持されるようになったが、それも夫婦中心の家庭という意味よりも、子ども中心、いいかえれば子どものために父親を家庭内に引き込もうと望んでいるといえる。

このような家庭を外国人が表面的にみれば「(1) 権威的な父親とその夫に忍従する母親」とみえるであろう。

また日本では、妻は夫や姑につかえ、多くのばあい感情の表出をおさえていることの方が多かった。このようななかで彼女達のなかには、子どもの養育だけに生甲斐を求める人たちもあつた。日本の母は幼い子どもを背負ったり、そい寝をしたりして、字義通り肌で感じながら育てることが多かった。また子どもが成人しても、いつまでも子どもの世話をしたがる母も多い。子どもたちもこのような母に強い愛着をもっている。このばあいの母の行動は単なる自己犠牲というのではなく、そこに自分自身の喜びと誇りを見出しているのであるが、これを外国人がみれば、「(2) 世代の境界をこえて感情的にむすびついている母子」と思うかもしれない。

この(1)と(2)をあわせれば、<sup>(6)</sup>Lidz らが分裂病患者の家族の大きな特徴としてあげていることと同じ表現になってしまう。欧米ではこのような夫婦そして親子の関係は目立つのかもしれないが、日本では珍らしいことでもないし、それ自体異常ではない。これらのおおかたの母の気持は、夫に対する不信、不安の反動によるものではない。彼女らにとって夫だけが生甲斐の全てではなく、夫にも、子どもにも、愛情を向けるのである。彼女たちはその時点で彼女にとってもっとも必要と考えられる相手に対して（母の助けが最も必要と思われる者に対して）自から積極的な愛情を傾むける。このような時に、夫は妻の動きを暗黙のうちに了解していること

が多い。しかし、夫への不信から子どもへの愛情を集中させる母もいる。このばあい日本の母一般について今のべたことは全く異質の家族力動が働いており、深刻な葛藤がおこるのである。

また日本では、男子は家名をあげ、将来親を保護するものとして、親ことに母から期待されてきた。そこには強い母の依存心がある。それと関連して、社会的な出世を目標に、勉強することが男子に要求された。この点に関しては、母はきびしい母であるばあいが多い。こうした傾向は「家名をあげることを除いて現在もつづいている。

これに対して娘は将来「嫁にやる」人間であり、結婚すれば夫の家に入り、夫に従うものとしてあつかわれ、勉強するよりも、むしろ幼いころから母の仕事を手伝い、母の真似をすることを、母はもち論家族全体から当然のこととみられ、それをする子がほめられてきた。

また娘は両親のペット的な存在であることが多い。そのばあい父が娘を可愛がっても、娘が父に甘えても、多くの母は娘に嫉妬することがない。それと同時に母にはいつかは娘も自分の苦勞をわかってくれるであろうという気持があるし、娘もいつまでも母に甘え、結婚後も（つまり実家であるが）母に依存していることも少くない。その半面、両親にとって何人目かの女子であるというようなばあい、女子は父からも母からも何となく放置されやすい存在になる。いわゆる「みそっかす」といわれるような娘もいる。

こうして日本では、性愛を中核にした古典的なエディプス・コンプレックスは少なくとも表面的にはめだたないことが多かった。また近年はづい分かわってきてはいるが、性の抑圧はつよく、親も子どもも性的な問題はさけていることが多く、それが親子間で意識されることは少なかつた。しかしだからといって、それによって神経症などが多かつたとも思われない。

もち論わが国の子どものにも反抗期はある。それは世代間の葛藤ということで説明できよう。しかしそのばあい性愛にまつわるライバル関係というよりも、女子のばあいは、女の子はかくあるべきという教育としつけ、つまり社会的要請が娘を反抗にかりたてたものであり、男子のばあいには父と母をめぐる権力と愛欲の斗争というよりも、父母とかぎらず大人の世界に介入するとき子どもであるということと頭からおさえられるなど、権威的な家族制度のもとの権威者に対する反感とみることもできる。

勿論アメリカでも古典的なエディプス・コンプレックスの理論がそのまま通用しているわけではない。Erich Fromm は子どもの性衝動にもとづく母への密着が普遍的なものでなく、強度の家長制権威が存在しない社会では父と息子の葛藤が生じていないことを指摘している。そして母への固着あるいは病的依存は特に母の支配的な態度から生ずること、そのような母の態度が子どもを無能にし、母の保護と愛情をとくに必要とするようにしてしまうこと、父と息子の葛藤は権威的な家長制社会の産物であることを強調している。<sup>(7)</sup>

また Sullivan, H. S. も子どもの人格形成に両親の役割、ことに母もしくはその代理者の役割の重要性を強調しているが、性的役割は否定している。彼は、親が同性の子どもには権威的な態度をとるとともに、子どもの中に恨みと敵意をつくりだす。他方、異性の子どもには未知

のものという感じをもつとともに、同性の子どもよりも、より配慮した接し方をする。子どもは同性の親からうけている圧迫から解放されて、異性の親に対してより大きな愛情と魅力を感じるようになる、とのべている。<sup>(8)</sup>

Horney, K. はFromm やSullivanよりは性的な刺激を認めているが、それよりも子どもにとっては家庭環境での保護の約束、つまり保証が大きな意味をもっていることを強調している。<sup>(9)</sup>

このように新フロイド派の人たちは性愛よりも、父の権威（あるいは同性の親の権威）や母（あるいは異性の親）の愛情と保証を重視し、ことに親の支配的態度を問題にしている。

近年社会構造の変動とともに日本でも、母の地位も意識も、モラルもかわってきた。それと平行して父の権威が失われ、無力な父、はては「蒸発する父親」など字義通り「父なき社会」が問題になっている。しかし、われわれの対象となっている分裂病患者の両親は第二次大戦前あるいは戦中に育ち、従来の日本の慣習のなかで育っている。彼らは戦後の社会変動のなかで意識の変革を強いられ、動揺し、変化してきているとしても、心情的には今までのべてきた父親や母親と大きくかわってはいないように思われる。

なお古沢は日本における息子と母の葛藤を性愛ではなく、息子の母に対する「罪悪意識の二種」からとらえようとした。それが阿閩世コンプレックスである。<sup>(10)</sup> つまり「日本では父子関係よりも母子関係をめぐる葛藤が中心課題である」。「母は本来生命の根源であり、患者と一体だったものである。だから患者のあらゆる葛藤は、この一体感の喪失にもとづいている」。『子どもは母にむけた敵意及至反抗に対する復讐・処罰への恐怖（をもつが、その恐怖）が予期したごとく与えられず、母の愛によって受け入れられ許された（甘やかされた）瞬間に起る自発的な「悪かった」という気持をもつ。これが彼の罪悪意識（「懺悔心」）である。『あくなき子どもの「殺人的傾向」が「親（母）の自己犠牲」に「とろかされて」はじめて子どもに罪悪の意識が生ずる。』

つまり彼は「処罰への恐怖として罪悪の意識」と「親のゆるしによってその罪悪の意識が変化させられた、（新たにおこってきた）別の罪悪の意識」をとらえ、前者を「罪悪感」、後者を「懺悔心」と名づけた。そして母に裏ざられて怒り、母を殺そうとしたがその母の愛に許された息子の葛藤を「阿閩世コンプレックス」とよんだのである。

彼は日本人には母親に対する絶対的な依存があることを前提にしている。また土居は日本人の特性、そして日本語に独特なるものとして「甘え」の心理をとりあげている。<sup>(11)</sup>

西欧の文化では子どもは親から分離・独立し、個性を確立する方向にむかう意志こそ人間の創造的な力とみなし、教育も行われてきた。そして母との分離不安（共生的結合への欲求と分離・独立への欲求の葛藤）という概念で人間の基本的不安をとらえ、治療も独立への方向づけをとる努力として評価された。

しかし日本では人間は慈母と、そしてそれに象徴される家庭、さらに自然への融合が希求され、そこに安住の地が求められた。日本独特の精神療法といわれる森田療法の「あるがままに」と



いう考え方も同じ根底から出発しているものといえよう。

自己犠牲的な母親の態度とそれに「甘えて育つ」子どもの関係が日本人の人格形成にいろいろ影響を与えていることはたしかであろう。第二次大戦の戦没学生の手記に母の思い出と母への感謝が多かったこと、反体制反権力活動に熱心な全学連学生の最も尊敬する人が母であったことに象徴されるように、母親は息子がおとなになり、あるいは死ぬまで影響を与え、子どもの行動を規定しているかもしれない。

また先年の東大安田講堂事件のときに全学連の学生の母親がキャラメルをもって説得にいたり、最近の軽井沢の赤軍派の活動家が人質を擁してたてこもったときに、彼らの母親がマイクで説得しようとしたことなど、成人した息子に働きかけをする母親の行動やそれを是認する世間一般の態度は日本の母親と息子の1つの特徴を象徴しているといえよう。

要するに最近まで日本においては、子どもの成長過程で目立つことは、欧米の家族が夫婦中心であり、子どもははやくから分離独立へ方向づけられるのに対して、親子中心の家族のなかで権威的な父親と、自己犠牲的な母親への依存、「甘え」のなかで比較的長期間育てられたといえよう。しかも子どもは平等な個人としてではなく男子は男子、女子は女子として、幼いときから明確な区別をもった社会の習慣、規範のなかで育てられたのである。

このような日本の風土のなかで男子分裂病患者と女子分裂病患者の親子関係がどのようになっているか。これがわれわれが家族研究をはじめた動機である。これは単に社会精神医学的な興味ばかりでなく、患者の特徴をよりこまかく知ることによって治療の助けになると考えたのである。

なお、日本の父親は家庭内で息子の主張をきいたり、自分の考えを明瞭にのべて、論理的に議論することが少なかった。彼が父親の権威によって、子どもの意見をおさえるといった態度は家族内の関係を荒だてないために有効であると認められてもいた。それは日本人が対人関係や集団の場で、開放的且つ論理的に議論したり、批判したりすることが少いことの要因になっているかもしれない。日本では、暗々裡に了解しあうことによって場を荒だてないで、しかも目的を果すことがよくある。また「ふくみ」をもって対処することが物わかりのよいとはからいとして、対人関係の場で行なわれることも多かった。これは欧米の合理的な契約尊重の思想からみれば不合理にみえるかもしれない。しかしこのような曖昧でインフォーマルな了解の裏には、個々の問題の契約というよりも相手との全人格的な相互信頼という道義的な意味がつよかった。このような日本人の曖昧さが欧米人と接触するときに誤解を招くといわれることと関係があるかもしれない。

Wynne らが家族の平衡をたもつために、個々の成員が意見のくいちがいがおこることを過度に危険視し、「明確化しないで承認しあうこと (indiscriminate approval)」を強調した「偽相互性」の理論を表面的かつ字義通りにうけると、上にのべた日本の家庭に似ているようにみえる。<sup>(6)</sup>しかしこうした家庭から分裂病患者が多発しているわけではないし、日本人同志ではそれほど深刻な誤解もおこらない。そして単に集団の平衡維持のために自分を犠牲にしているわけではなく、「長いものにまかれろ」という形で自己主張をひかえることはあっても、そ

のなかで個人を生かしているのである。

## II, 本研究の動機および目的——男子あるいは女子患者を特に選択的に傷つける家族環境があるか (注2)

われわれは数年来、家族ロールシャッハ・テストを用いて精神分裂病患者の家族研究を行ってきた。そのうち患者と両親のかかわりあいの一般的特徴については鈴木がのべた。<sup>(5)</sup>それは男子患者家族にも女子患者家族にもあてはまる特徴であった。

ところが日頃患者家族とあっているときと同じように、テスト状況下でも男子患者家族と女子の家族では患者とのかかわり方がちがう印象をもった。そのうち最も目立ったことは、女子患者と母親の間にはあからさまな反発と拒絶がみられることが多いのに、男子患者は少くとも表面的には父親に反抗をみせることが少ないことであった。

そのような差がなぜおこるのか。男子患者と女子患者の示す言動がちがうから親の態度がちがうのか、一般の家庭でみられる男子と女子に対する親のかかわり方、子どものかかわり方がそのまま示されているのか、あるいはそれ以外に患者の家族内の対人関係に特徴的な傾向があるのかなど、いろいろの可能性が考えられる。

一つの家族に患者が多発するばあいがある。男女両方の同胞が患者であることもあるが、一方の性に偏っていることもある。男子だけが発病し女子はふつうの社会生活をしているばあいと、逆に女子だけが次々に発病するばあいがある。このような例から、われわれは遺伝因子の差も考えなければならぬかもしれないが、家族環境に特に男子あるいは女子を選択的に傷つける因子があるのではないかという疑念をもった。

また精神療法をおこなうばあい、女子患者の方が治療しやすいという人がよくいる。それは治療者に得手不得手があるのかもしれないし、われわれが男の治療者と話す機会が多いためかもしれない。しかしどうしてもそれだけではないような気がする。われわれは男子と女子の「分裂病」患者の間に本質的な差があるとは考えていない。しかしその状態像や対人関係のメカニズムが全くおなじなのかどうか、一度考えなおしてもよいのではないかという気持をもっている。

さらに井村らは「発病する患者は、神経症でも分裂病でも、同胞の少ない家族では長男、長女に多く、同胞の多い家族では末男、末女に多い。しかし分裂病の女子に限っていえば、同性だけの順位では末女に多い」と同胞順位について報告している。<sup>(6)</sup>これが日本に独特な現象かど

(注2) このばあい「傷つける」というのは、2つの意味をもつ可能性がある。その第1は、「環境因子が子どもの人格形成の歪みをひきおこす」という、いわば病因的な意味である。第2は、「現在患者を混乱させ、患者の症状があらわになり、あるいは再発する機縁となる」という意味である。この2つは無関係ではないかもしれない。人格の歪みを招く因子と症状をあらわにさせる因子が同じものである可能性は多い。しかし患者の同胞には強迫神経症患者や或る種の性格異常者もいることがあるし、またちゃんと社会生活はしているが、テストなどでは患者よりも異常と判定せざるを得ない人たちもいる。しかも彼らは分裂病症状は示していない。したがって一応2つの因子をわけておくことにする。この論文で考えているのは後者である。つまり現在の家族内関係で患者を傷けているものは何かという意味である。

うか興味あることであるが、それはとも角として、この事実は分裂病を遺伝生物学だけでは説明できないことを暗示するとともに、長男や末女を発病させる因子が家族環境にあるのではないかと考えたくなる。

Lidz らは女子患者の父親、母親の特徴的なタイプ及び夫婦関係として「男性支配・競争型 (man-dominated competitive axes)」の「夫婦の分裂 (marital schism)」をあげ、男子患者の両親の典型として「二重未成熟・依存型 (dual immature dependency axes)」の「夫婦の分裂」をあげているように思われる<sup>14)</sup>。もち論彼らは分裂病患者の両親の関係をこの2類型だけではなく、「女性支配・競争型 (woman-dominated competitiveness axes)」の「夫婦の分裂」と、「男性志向・自己卑下型 (man-oriented self-depreciatory axes)」及び「女性志向・自己卑下型 (woman-oriented self-depreciatory axes)」の2つの「夫婦の歪み (marital skew)」をあげている。ただはじめの2型のように、彼らが分裂病患者の両親のなかには、男子患者と女子患者の両親には、それぞれちがった特徴がみられることがあるとのべていることは注目すべきであろう。

はたしてこのような差が両親の関係や親子のかかわりあいにあるのかどうか、この点を明らかにしたいと考えたのが、この研究の動機であり、目的である。

### III. 研究方法と対象

われわれは患者の状態像や生育史及び両親との関係を観察・調査するとともに、男子及び女子患者とその両親についてロールシャッハ・テストを各個人別及び家族合同で行ない、その結果を分析した。

今回はその中から特に

- (1) 家族テストにおける同調反応と拒否、
  - (2) 個人ロールシャッハ・テストにおけるliked cardとdisliked cardの検討について報告したい。
- (1) 同調反応をえらんだ理由

家族テスト場面で各成員が反応を提示すると、他の人たちはそれにうなづいたり、言葉で賛成を表明したり、身振りで同意を示したりするし、反対にその反応を否定したり、拒否する態度を示す。

前者を同調反応とよび、その数を患者家族群と対照群と比較してみると、両者に有意差はない。

しかし同調反応には積極的に話し手を支持し、円滑に課題を遂行するのに役立っている言動、つまり同調反応とよぶのがふさわしいものと、表面的には話し手に相槌をうっているようにみえるが、実は話し手の発言を中止させ、自己の主張をのべるための手段となっている言動がある。それは話題の進行を妨げるばかりでなく、混乱させ、課題を遂行を妨げてしまうことがある。われわれはこれを「みせかけの同調」とよんで、真の同調反応と区別した。分裂病患者家族群ではこのみせかけの同調がしばしばみられた。ことに父親では目立ち、殆んど父親が示

していた。それと反対に真の同調反応は対照群よりはるかに少なかった。<sup>(5)</sup>

われわれは家族のかかわり方を端的に示すものとして、まず同調反応をとり上げた。わが国では父親は頭ごなしに子どもを叱ることはあっても、ほめたり、支持したりすることが少いといわれていた。父のこの態度は特に息子に対して目立ち、娘にはよりやさしい態度で接することが多かったといえよう。もし男子と女子に対して父親の態度がいちぢるしく異なれば、同調反応に差がでてくるかもしれない。これも同調反応をとりあげた理由の一つである。

同調反応と対蹠的なものが拒否である。しかも一般に日本の母親は成人した男子を明らかに拒否することは女子に対するときよりも少いと考えられる。この差がテストでどのようにでるかを検討することにした。

## (2) liked card と disliked card を検討した理由

分裂病患者の両親には、子どもに優しい態度をとるかと思うと、その前後に子どもを無視したり拒絶したりする。このような矛盾した両親の言動のうらには強い不確実感があり、子ども(患者)にからみつかれると不安をまし、混乱するので、その内的な動揺をふせぎ、破綻からまめがれるために、そのような行動をとるとわれわれは考えた。<sup>(5)</sup>

このような両親はテスト状況でも論理的に課題を遂行できず、情緒的に流れやすい傾向を示し、カードに対する好悪の感情がそのまま集団の場で言動に大きな比重をもって影響を与えることが多い。ことに「嫌い」という印象は内心の動揺をおさえるために、他者とのかかわりあいにいろいろ影響する。また「好き」なカードもその結論を出すまえにいろいろ複雑な過程を経ていることが多い。

たとえば女子家族第2例の母親はカードIIでショックをうけ、平凡反応レベルではない反応を示している。その後のカードにも同じ内容の反応に固執している。これは内心に強い動揺をもっていることを物語っているといえよう。つまり彼女にとってこのカードは本来嫌いなカードになってもよい条件をそなえている。ところが彼女は「拝んでいるような、手をあわせているように見えます。たのしいでしょうね」と反応し、「liked card」にえらんでいる。これは彼女が某宗教の信者であることと関係があると思われる。「拝んでいる」という認知が信仰とむすびついて、好きなカードになったのであろう。つまり彼女ははじめ受けたであろう厭な感じを反対の気持ちにかえた可能性が大きい。このような傾向は日常の生活でもあるかもしれない。彼女は夫の消極的な生活態度や工場の経営能力につよい不満をもちながら、共同経営をしている義兄を攻撃することで、夫は善人と思いこんでいる。

このような好悪の逆転、つまり感覚的には嫌いなのに、その認知の段階で好ましいものにかえることは、後にのべるように、家族内のかかわりあいに大きな影響を与えている。

それで第2の指標として liked card, disliked card を分析することとした。

なおカードIVとVIIはそれぞれ象徴的に「父親」と「母親」の意味をもっているといわれている。したがってこれらのカードに与えられた反応を分析すれば、人間関係ことに両親に対する態度に関する知見がえられるかもしれない。<sup>(4)</sup>われわれはこれらの点も分析し、興味ある所見を

男女分裂病患者の家族

えたが、これについては稿をあらためてのべてみたいので、今回は省略する。

今回の報告は家族ロールシャッハ・テストを行った対照群12家族と分裂病患者家族12家族についてである。いずれの群も子どもは男子6名、女子6名ずつである。(表1)

対照群には父が神経症的な色彩がつかったり、母親が未熟・依存的でたよりない家族もあるし、亭主関白の家庭や女性上位の家庭もある。またかならずしも夫婦円満ではなく、あきらかに両親の不和が感じとれる家族もあった。ただどの家族も家族成員に分裂病患者と思われる子どももないし、父は社会的に活動していて、周囲から問題のある家族とは考えられていない人たちである。

分裂病家族群は後にのべるように、症状も経過も、あるいは発病年令もまちまちである。しかし数人の主治医により分裂病と診断された人たちである。

表1. 研究の対象

	男 子 家 族				患者の主なる症状	女 子 家 族				患者の主なる症状
	症 例	年 令				症 例	年 令			
		父	母	子			父	母	子	
対 照 家 族 群	第1例	42 <sup>才</sup>	40 <sup>才</sup>	14 <sup>才</sup>		第1例	49 <sup>才</sup>	48 <sup>才</sup>	16 <sup>才</sup>	
	第2例	50	45	19		第2例	46	38	17	
	第3例	46	45	20		第3例	44	40	20	
	第4例	47	44	19		第4例	50	46	23	
	第5例	46	39	17		第5例	47	40	16	
	第6例	45	40	15		第6例	53	45	18	
分 裂 病 患 者 家 族 群	第1例	42	40	18	強迫行為	第1例	47	45	19	離人体験, 被愛妄想
	第2例	65	58	20	心気念慮	第2例	58	56	32	離人体験
	第3例	46	44	18	心気念慮	第3例	63	57	26	混合精神病
	第4例	68	63	26	心気妄想	第4例	63	55	30	寛解とシェーブをくりかえす 破産型
	第5例	51	46	17	幻聴, 興奮	第5例	60	50	28	同上
	第6例	55	48	23	緊張病性興奮と昏迷	第6例	47	42	16	登校拒否, 緊張病

## IV. 研究結果

## (1) 家族のテスト状況における同調の態度

分裂病患者家族では話し手の話題の展開をたすけるような積極的な同調が対照群にくらべてはるかに少なかった。

これを男子と女子の家族にわけてみると、表2のような傾向がある。

表2 対照家族群の同調

男子家族	女子家族
a. 父は妻にも子どもにも同調することが少ない。	a. 父は子どもに同調することが多い。
b. 母は夫に同調することが多い。	b. 母は夫にも子どもにも同調することが多い。
c. 子どもは父にも母にも同調することが多い。	c. 子どもは父に同調することが多い。

この結果は前にのべた日本人の家庭の特徴をあらわしている。すなわち男子の父は積極的に妻や子どもの行動に賛成する気持を行動にあらわさない。ただ娘に対しては（妻に対するときとちがって）息子に対するよりもやさしい。母は夫に対しては、子どもが男子であっても女子であっても、彼に同調し、容認することが多い。「夫唱婦随」である。そして母は息子よりも娘に同調することが多い。成人した息子にはある種のへだたりがあり、娘は結婚するまでは保護すべき子どもという気持と同性という親しみがあるようにわれわれにも感じられる。

息子は成人すると両親に対して日常生活ではより自由に行動し、発言できるようになる。したがって相手が父であっても母であっても同調できることは卒直に同調する。娘は父には甘えの感情をもち乍ら他方では母の女性としての態度を同時に身につけていると思われるが、父に同調することが多い。それと同時に母には当然のように共感をもつことがあり、あらわに同調しない傾向がある。これはロールシャッハ・テストで同じカードに対して、同じような知覚・認知をする傾向が母娘間にみられることから了解される。

これに対して分裂病群では表3の傾向がみられる。

このように分裂病患者の家族では、男子の家族でも女子の家族でも父の妻への同調が多い。日常生活のなかでは消極的、受身的な弱々しい父もあるが、外面からみると専制的で独断的にみえる父も少なくない。ところがそういう父でも同調したり、また他から同調されないと不安になっている。彼らは内につよい不確実感があり、動揺しやすい。これらの動揺を防ぐために、強迫的、独断的な態度を示していると考えられる。この事はいづれの型のばあいにも、父に依存性が強いことを物語っているといえよう。対照群では妻への同調が比較的少なかった

表3 分裂病家族群の同調

男子家族	女子家族
a. 父は対照群に比べれば同調は少ないが、母や子に比べれば、妻や子どもにも同調することが多い。	a. 父は妻には同調が多い。しかしそれは積極的というよりも、あたりさわりなく事を処理しようという印象のことが多い。 娘への同調は全体としてみれば少ない。しかし娘への同調が多い家族が1家族あった。ただこの場合も、母がそれに反対したり、それを無視して全くちがう反応を提示すると、それに同調し結果的には娘を傷つけている。
b. 母は夫にも子どもにも同調することが少ない。	b. 母は夫には同調することが多い。しかし娘に対して積極的同調は極めてわずかしか示さなかった。
c. 子どもは父にも母にも同調することが少ない。	c. 子どもは父に同調することは多いが、母には積極的な同調は1つも示さなかった。

のに、分裂病患者家族では比較的多かったのは興味あることであった。

これに対して母は男子群と女子群で差がある。つまり男子群では夫にも子どもにも同調が少なく、女子群では夫に同調をすることが多い。対照群では男子、女子の家族をとわず、夫に同調する人が多かったのとはちがっている。これは男子患者の母が夫のみならず人間一般に対して不信感をもち、さらに自分の生活自体に失望して、夫に反感をもっていることを示しているのかもしれない。

これに対して女子の家族の母は反感をそれほど表面にあらわさない。これは夫への依存（夫も依存し、しかもともに満されない）があって、同調しているのかもしれない。

もち論、このような同調の数量化は個々の家族の特徴を失わせるものであり、個々の家族すべてがこのような特徴をもっているというわけではない。また、これが分裂病の家族だけに特徴的なものではないかもしれない。

この同調反応で最も目立つことは母と娘の関係である。対照群では母は娘に同調することが多かったが、分裂病群では娘に積極的に同調することはほとんどなかった。また娘も母に積極的に同調することがなかった。これは極めて印象的なことであった。そして次にのべるように母娘の特徴的な拒否の態度をみると、これが単なる偶然ではなく、意味があると思われるのである。

## (2) 家族テスト状況における母と娘の拒否の態度

家族テスト状況下でそれぞれの成員が提示した反応を検討するさいに、当然他者が拒否する

ことがおこる。対照群でもしばしばおこる。むしろその数は対照群の方が多いかもしれない。ただ対照群の特徴は提示された個々の「反応」そのものに対しての拒否であった。これに対して分裂病群では個々の反応に対する拒否もあるが、それだけでなく、話し手に対する拒否も目立ち、その両者がからみあっているのが特徴的であった。

また対照群の拒否は明快であり、そのあとで拒否の理由も明らかにのべることが多い。そしてそれに対してはじめに反応を提示し拒否された話し手や第3の成員が拒否に対してさらに批判することも多い。こうして拒否は話題の流れを妨げるのではなく、それをさらに発展させ、合意反応をつくるために有効なものとなっている。

これとちがって、分裂病群では拒否が話し手の発言や話題の展開をおさえ、課題の遂行を妨げてしまうことが少くない。また明らかな拒否ではないが、話し手の反応を「無視」して、自分の意見を主張することもしばしばみられた。そしてそれは女子家族に特に目立っていた。以下このような態度についてのべてみたい。

たとえば第3例で、カードIに対して娘が「こうもり」を提示した。母は個人テストでは同じように「こうもり」を認めているのに、何ら同調のそぶりもみせない。そして父が娘に「こうもり？」とたずね、娘がうなづいて、さらに父が「それから」と他の反応をうながそうとしたときに、はじめて母は父にむかって「こうもりですね」という。それは娘の発言をおさえ、あるいは無視するかのような態度である。

その後父が「蝶」を提示する。娘がそれに同調すると、母は一応「ああそう」といいながら、父の反応には耳をかさずに「骨盤」という新しい反応を示す。

娘はこの反応を無視して何の発言もしない。父は骨盤について母と話しあっていたが、途中で急に母は娘に「こうもりだけ？ A子さんは」と問いかける。これは最初に父が娘にきこうとしたことである。娘は「こうもりと蝶、それからえーと墓穴」という。母は娘の新しい反応について何ら確かめようともせず、「墓穴はややこしい」と揶揄するような調子で一笑に付そうとする。

このとき父が娘に対して「墓穴」について問いかえすと、母は全く別の発言をして、娘の発言をおさえるとともに、娘の反応そのものも無視してしまう。

あるいはカードIIで、娘が「赤べこ」、母が「熊」、父が「ダンス」を提示。娘が「赤べこ」を提示したとき、母は「赤べこ？この形が牛にみえるわけ？」、「牛が2匹いるということ？そいじゃどういうわけ？」と冷たい、きめつけるような聞き方でたたみかける。それで娘はだまってしまう。

次に母の「熊」について両親が話しあい、途中で娘は母の「熊」でもよいようなそぶりをみせるが、父が否定するので混乱する。そして父の「ダンス」に母が同意し、娘も同調する。ここで合意に達したかに見えたが、母はさらに娘に「いかが、よろしいか」と念をおし、娘が「うん」とうなづくと、急に「赤べこにする？」と先ほど否定しきった娘の反応をききかえす。そこで娘は動揺して、「だけどね、牛にすると頭が……」、とあいまいな返事をする。それに対し



て母は「どうですか、よろしいか、それじゃ」とつめよる。

娘は混乱して、「お父さん何かいった…」「私テープか何かきいた？」と全く場からはづれたことをいい（幻聴？）、父にたすけを求める。これに対して母は「そんなこといいません、これこれ」と娘をひきもどし、今度はやさしい音調で、「どうする？ 何にします？ 赤べこがいい？」ときく。それは声はやさしそうだが、混乱している娘にはきびしい追求になっている。

娘はついに、「何で私、中心に考えなきゃいけないの」と反発する。

その後の経過からみて、母は娘の反応をとりあげるようなそぶりをしながら、父の「ダンス」という反応も否定し、自分自身の反応をとりあげようとしたことはまちがいない。つまり娘の反応はとりあげるのではなく拒否していたのであった。

こうしてこの母は娘の発言を無視したり、執ように追求して混乱させたり、さらに一見支持しているようにみせかけながら苦しめたりしている。その拒否は直接的でないだけに、さらに陰湿かつ老獪である。このようなかかわり方はこの第3例だけでなく、第1～4例の母にもみられた。それは単に自己主張がつよいというだけでなく、意識の底に娘に対する憎しみとか、おそれがあると考えないわけにはいかないほどはげしいものであった。

このような母に対して娘もしばしば反発する。たとえば娘は上にのべたようにカードIではじめに「こうもり」と自分で反応を提示していたが、「墓穴」についてのやりとりのあと、母が再び「お父さま、こうもりでないの？」ときく。父は「ない」と拒否する。母は「全然（みえないの）？」と残念そうにききなおす。すると娘は突然父にむかって、「これ、こうもり？」と、さも納得いかないような調子できく、。

自己の反応でもあるのにこのような発言をするのは、母がさかんに父を納得させようとしたことに反発したとしか考えられない。またこれは父が拒否したことに対して、迎合したことになる。

そして父に「あんた、こうもりといったじゃないか、最初に」とさとするような調子でいわれると、素直に「いった」と答えている。

ところがここで母が「こうもり2人ね」というと、娘はまたしても「こうもり？」と反発するようにいい、母には同調しようとしなない。そして「先生何にみえる？」とテスターに質問する。

またカードIXでは娘は「山火事」と反応を提示するが、父母からは否定される。ただ父は「見えなかったね」とか「山火事は想像しなかった」とやわらかく否定するのに、母は「みえますか？」と切りかえすようにいう。

そのあと、母が「竜」、父が「ダンス」を提示し、母の「竜」を両親が吟味しはじめると、前に母が娘の反応を無視して全く別のことを発言したように、「まん中に何か数理哲学」と全く奇妙な、衛奇的な発言をする。

その後3人がどうしても一致せず、再びはじめの段階とおなじ状態に逆もどりしたが、母が

再び「竜」を提示し、父が否定するのに、なおも説明をつづけようとする、娘は母へ「竜にみたら楽しいの?」と皮肉をふくんだ問いかけをする。父が「いやそんなことはないよ」となだめる。娘は「竜にみたらこわいのよ、私」と父に甘えるようにいう。

母は娘のこうした問いかけや動揺した態度には全く応えずに、「竜」について説明をくりかえす。すると娘は突然「ゲーゲー」と嘔吐するような奇妙な声を出す。母はここでやっと娘の態度にきづいたのか、「竜」をひっこめて、「じゃどうしますか、ダンス?山火事?」と父へきく。娘は「山火事」という。それに対して母は「ウッフ、じゃ、A子さんのにしますか」といいながら、それにつづけて「むづかしい、私にはわかりません」と拒否する。そして父が「火事に関連するとやっぱり爆発にするか」といってテスターにカードをかえす。

このように娘も母につよく反発する。ときには母が自分に対するとそっくり同じようなやり方で母を拒否したり、無視したりする。しかし、母が父をまきこんで父が母に同調するので娘が屈従してしまうことや、「つかれた」とか奇妙な「ゲーゲー」と吐くような声を出して、テストから逃避することなど、反発しても結局自分のいい分は通じないで、挫折してしまうことが多い。

なぜ、このように母娘が反発しあうのであろうか。

### (3) 父に対する母と娘の関係および父の態度——母と娘のライバル意識

今まで母と娘の関係をみてきたが、このばあい、父の存在を無視することはできない。精神分析ではFreud以来両親との関係を重視しているし、Jung, C. G. が娘のばあいの母への嫉妬にもとづく葛藤を特にエレクトラ・コンプレックスと呼んだのは衆知のことである。古典的な性欲説を考えるか、新フロイド派の人たちのようにそれを否定するかは別として、われわれの女子患者家族でも父を中において、母と娘がライバル意識をもっていると思われることをしばしば経験した。

上にのべたように、第3例は、カードIで娘に父の「蝶」という反応に娘が同調したり、父が娘の「墓穴」をききなおそうとすると、母は急に話題をかえたり、新しい反応を出して、2人の話を中断させてしまうし、父がカードIIの娘の反応を娘にかわって説明しようとする、それを無視して「じゃお父さまは」と矛先を父にむけたりする。

これに対して娘もカードIXで、父が母の反応をきいて2人で吟味しようとする、「まんなか」が数理啓学」といって、話題をかえようとしたり、カードIで母が父の反応に同調したりすると、「ゲーゲー」嘔吐するような変な声を出す。

そして母が父の反応を否定すると、自分にも見えないのに、父の提示した反応を支持したり(カードIIの「ダンス」)、母も夫が自分の反応に同調して、それを合意反応としたとき(そうした結果になることが多い)、本当にうれしそうに声をあげて笑ったりする。

このような母と娘の状態は他の第1~4例の家族でもしばしばみられた。たとえば第2例では娘が緊張していると、父はのぞきこむようにして、「どう」とさそいかけたり、娘の反応や説明にすぐ同調する。すると母は水をさす。

カードⅣで、父は「海草、岩石、大地をふんばっている足」というと、娘は「人」の反応に同調する。父が「人で…下にふんばっている」と決定しようとする、母は「だけど最初に海草にみえたんでしょう」と横槍を入れる。母は個人テストではここで「人」と反応している。したがって本来なら同調してよいと思われるのに反対している。これは娘が先に父に同調したので反発したと考えられる。

またカードⅦで母が「人が向いあっている」といい、父が「そういや、まあ、人が向いあっているような」と同調しかけると、娘は「うさぎね…」と新しい反応を出す。

それに対しても父が「ああみえてる」と同調すると、母は「ああ、そういうふうに見たのね。見方はいろいろあるでしょうね」と冷たく、つき離したい方をする。

つまり母は父が娘に、あるいは娘が父に近よると、これに水をさす態度をとり、娘もそれと同じ態度をとる。これは母娘というよりも、1人の男性を中心にして2人の女性がライバル意識をもやして争っているように見える。ことに母の態度は対照群の母にくらべてあまりにも生々しく、且つ子どもっぽい。それは Lidz らがいうように、母娘が世代間の境界をふみはずしていると説明するのがふさわしい態度である。

対照群でも時に母娘の間で嫉妬めいた表現が示されることはある。しかしそれは稀であるしそのような時相互にふくみがなくからっとした関係がうかがえる。それよりも二人で共同戦線をはって父に対抗することの方が多い。これは患者群でみられないことであった。

分裂病家族群では、母娘のこうした相克に対して、父は間をとりもつような「調整的」な態度をとる。娘に対してはあたかも一般の母が示すようなやさしい、受身的な、いたわりの態度を示す。しかし母が反発して自己主張をすると、困惑してぐらつき、母の提案に同調してしまい、娘は無視されてしまう。

一般的にいって、第1～4例では父は消極的で、自分の提示した反応に固執せず、母にうごかされること、よりかかっていることが多い。このような父の無力な態度が娘をひどく傷つけることも十分想像できるのである。

また娘は自分の提示した反応に父が同調しても、それが母と一緒にいると、はげしく両親に反発することもある。たとえば第2例でカードⅦに、父は「土器」、母は「人間」と反応し、その後娘が「動物の毛皮」という。それに父がすぐ「ええ、毛皮ね、そういう感じもあったんだ」と同調する。母が「毛皮?」とききかえすと、父が娘にかわって、いろいろ説明する。そこで母が「そういわれれば、そうかもしれない」というと、娘ははげしい調子で「だけど自分のいたいこと、ちゃんとまとめるんでしょう」とか、「本当に思ったのを、それで意見をまとめなくっちゃ」と反発する。

父がはじめから母と一緒に合意反応をきめていき、自分がおきわすれられたことへの不満や、母への嫉みがつみかさなり、このカードでは自分の反応であるにもかかわらず自分をのぞいて父母が吟味してきめていくのを見て、急に感情が爆発したように思われる。

そして娘は「皆が思わないのにさ、同情したみたいについて」とすねたようにいう。父はあ

わてで、「そういう感じ、実際にもったんだ。そりゃ、まあ、口ではいわないけどね。そこへ古物をこうやるというのは、ちょっとあてつけみたいにさ、くさってるから、そういう感じだけどね、こっちはちょっと意味ある。くさってないからね。動物の毛皮」としどろもどろで、混乱した返事をする。その後父と娘のやりとりがあり、娘も「いやなの」といいながらも、機嫌をなおして、自分の反応を合意反応とするのを納得する。

その間母は全くかかわりあわず、身をひいているのも印象的であった。

#### (4) 母娘の不和と母のおそれ——liked card と disliked card について

以上母と娘が父を中にライバル関係にあることをのべた。娘については従来の学者のいうように、エレクトラ・コンプレックスによって説明できるかもしれない。しかし母の態度は娘の言動に対する反応と考えるには、あまりに生々しく、子どもっぽく、苛酷である。

われわれはこの点を明らかにする手がかりの1つとして母と娘の liked card と disliked card を検討するうちに、興味深い事実を見いだした。

父、母、子どもの3人の個人テストで、2人の liked card, disliked card が一致したものをみると、次の表のようになった(3者が一致した家族は1例もなかった)。

#### (イ) liked card の一致

		父と母	父と子	母と子	計
対 照 群 (12家族)	男 子	1	1	2	4
	女 子	1	1	3	5
	計	2	2	5	9
分 裂 群 (12家族)	男 子	2	0	1	3
	女 子	0	1	0	1
	計	2	1	1	4

#### (ロ) disliked card の一致

		父と母	父と子	母と子	計
対 照 群 (12家族)	男 子	2	2	1	5
	女 子	1	0	2	3
	計	3	2	3	8
分 裂 群 (12家族)	男 子	1	1	0	2
	女 子	0	1	0	1
	計	1	2	0	3

すなわち対照群では2者が一致してえらんでいる liked card は9枚, disliked card は8枚, 計17枚あるのに、分裂病家族群ではそれぞれ4枚と3枚, 計7枚しかない。しかも目立つ

のは、女子患者の父と母、母と娘に一致カードのある家族が1例もみいだせなかったことである。

ところが家族3人のうちで、おなじカードについて1人が liked card としてえらび、他の人が disliked card としてえらんだもの、つまり正反対の感情をもったカードをしらべてみると次の通りになる。

(ハ) 同一カードで反対の選択がなされたもの

		父と母	父と子	母と子	計
対 照 群	男 子	2 (2) <sup>※</sup>	1 (0)	1 (1)	4
	女 子	0	1 (0)	1 (0)	2
	計	2	2	2	6
分 裂 群	男 子	0	1 (1)	1 (1)	2
	女 子	1 (0)	2 (2)	4 (4)	7
	計	1	3	5	9

※( )内の数字は各欄の父、母、子の3組の組み合わせにおいて、前者が liked card に、後者がdisliked card とした数を示したものである。たとえば父と母の欄の(2)は父が liked card とし、母が disliked card としたものである。

すなわち正反対の感情をもつのは対照群よりもむしろ分裂病家族群に多い。ことに liked card あるいは disliked card で1つも一致したカードがみられなかった。女子患者の母娘では第1～4例の家族で同じカードに対して反対の感情をあらわしている。

さらに男子患者家族でも共通していることだが、対照群とちがっているのは、おなじカードで親と子が反対の感情をもつとき、かならず父あるいは母が liked card にえらび、子どもが disliked card にえらんでいることである。その逆のばあいは1例もない。対照群ではむしろその逆の方が多い。

つまり、分裂病患者家族、ことに女子患者と母はカードの刺激に対して一致した好悪感情をもつことが少いばかりでなく、逆の感情をもつことがしばしばあることがわかった。従来から分裂病患者の家族に共感性が欠けていることが問題にされていたが、それだけでなく、逆の感情をいだいていることがあるということは、さらに深刻な関係を考えなければならないことを示しているといえよう。ところがそれは単に母と娘が逆の感情をいだいているだけではなく、母には複雑な体験があるのであった。

そこで、われわれはこの好悪の感情が逆転しているカードについて内容を分析した。

女子患者のばあ、まづ気づくことは母と娘が逆転しているのは第1～4例の家族であり、第5、6例の家族は母と娘でなく、父と娘が逆転していることであつた。これに対して対照群で母娘が逆転しているのは1家族で、カードXに対して母がカラーショックで反応を拒否し、disliked card とし、娘が「ミロの絵みたい、2人の女の人」と反応して liked card としたのであつた。

女子分裂病患者と母の反応内容を見ると、知覚、認知がちがっているものもあるが、その内

容が殆んど同じであるのに、親が好きと答え、娘が嫌いといっているばあいが多い。

たとえば第2例でカードIIを母は liked card としてえらび、娘は disliked card とした。母は「2人の人が手をあわせて拝んでいる」、娘は「人がこういうふうに押している」と反応し、知覚領域も全くおなじである。このカードの家族ロールシャッハ・テストでの経過はすでにのべたとおりである。

要するに娘は厭な気分をそのまま表出している。そして、母もショックをうけている。ところが母は信仰とむすびつけ、liked card にかえることにより不安をのぞき、厭な気分を直視しないようにしたわけである。そこには大きな無理があるように思われる。家族テストの場で娘は母にとってもっとも厭なことを提示したわけである。母には自分のなかでもっとも厭な面、かくしておきたいものを、眼の前の娘のなかに見たのである。母は動揺し、それをおさえるために、不自然と思われるくらい執ように「拝んでいる」という点をくりかえし強調したと考えられる。娘はそれを受け入れず、妥協しない。それがますます母をいらだたせ、2人の間はますます深刻になる。

こうして母にとって娘は単に自分に反抗する存在というだけではなく、おそろしい、厭な存在となる。しかも娘のもっているものは自分自身のものでもあるので、娘を無視することができない。彼女は娘を攻撃することにエネルギーを集中し、娘を傷つけることにより、自らもまた傷ついていく。

これが母と娘の深刻な対立、ことに母のつよいおそれの大きな原因の一つというよう。この母娘はこのカードばかりでなく、他のカードでも知覚、認知が一致している。そして情緒的なうけとめ方がちがうために反発しあっている。たとえばカードIIIでも「人間」をみており、ただ赤領域について娘は無視しようとし、母はそこを「リスの恰好」としようとして対立する。

すなわち2人はお互いが共感をもちえないのではなく、2人は共通した知覚、認知の型をもっているのである。それを母は理性によって変貌させ、本来の自分のうけとめ方を抑えている。そのために2人は意識的には全く理解しあえないようになっている。ここに彼らの深刻な関係が生れると考えられる。

こうした母娘関係は他の患者にもみられる。たとえば第3例の母はカードXを「春の精」「おとぎ話」「春のシンボル」等と反応して liked card にしている。この母は平素から染物をしていて色彩に親和感をもっている。これに対して娘は「カラーテレビ」と反応して disliked card にしている。娘はカラーショックを受けている。この2人は感覚的には似ているのに(母はCシンボルで、娘はCF)その意味づけがちがっている。母の染物の作品や好みを見ると、必ずしも彼女の直観的な色彩感覚がすぐれているとは思えない。長い間の経験から、どの色が何をあらわしているというのを知的に身につけ、意味づけが形づくられたように思われる。つまり第3例の母と意味はちがうが、知覚が知的に加工され、好悪の感情が変えられたと考えられよう。

第1例の母親がカードVIIIを「花」、娘は「蛙の解剖図」(父は「らんの花」と反応し、母は

liked card に、娘は disliked card にえらんでいる。このばあいも色彩に動揺しやすい点で似ているといえる。また第4例ではカードIを父と娘は disliked card、母は liked card にえらんでいる。娘は「鬼」、父は「蝶のおばけみたい」といづれも無気味さから disliked card にしている。これに対して母はカード全部が嫌いといって拒否的な態度を示し、その中からやむを得ずカードIをとりだしている。えらんだ理由は「こうもりといえてよかった」ということで、積極的な liked card ではない。そして個人テストの時「もう他にない」とさっさと切り上げて、このカードをかえしている。つまり母にとっても娘同様不気味であったことは推察できるのである。

このように母娘がカードの好悪を逆転しているばあい、4家族とも2人が全くちがう感情でうけとめたのではなく、むしろ母も娘も「厭な感じ」としてうけとめ、ショックをうけているように思われる。娘はそれをそのまま表明しているのに、母は知的に加工して「好きなもの」に逆転させているのである。

ここに母と娘の反発、対立などの深刻さの一端をみることができたと考える。

以上、家族テストの結果のうち、同調、拒否、liked card と disliked card からみた家族の特徴をのべた。

次に臨床像にもとづき、女子分裂病患者家族と男子分裂病患者家族とをそれぞれ次のように2型づつに分類した。すなわち、第1型は精神症状として神経症的色彩が目立っている非定型の人たちであり、第2型はより定型的人人達である。そしてそれぞれの型について、その家族関係をみると、興味深い特徴がみられた。

#### (5) 女子分裂病患者家族の特徴

##### a. 第1型 無力な父へよりかかりきれないで葛藤状態にある娘たち

女子分裂病患者の6家族のうち4家族にはいろいろ共通点がみられたが、それを要約すると次のようにいえよう。

- (イ) 母と娘は互いにはげしく反発しあっている。
- (ロ) 母娘は父をはさんで、ライバル関係にある。そして娘が敗北することが多い。
- (ハ) 母と娘の知覚、認知のしかたはよくにているのに、好悪の感情が正反対であることがある。それは元来は似ているのに、母が厭な感じだったものを知性化により好感をもてるものに裏がえしたものが多。
- (ニ) 父は娘にやさしいが、妻に反発されると妻の方に傾いてしまう。
- (ホ) 父は真面目で、消極的、受身的だが社会的に活躍している人が多い。母は積極的であるが、未熟で、自己中心的、「お嬢さん」がそのまま「奥さん」になった感じの人が多い。なお宗教や趣味にこっている人もある。

以上がテスト状況からみられた4例の共通点であるが、患者の症状や生活歴にも似た傾向がある。

第1例は幼稚園から中学にかけて成績もよく、先生にもほめられていた。中学2年(14才)

のころ、「体を動かすのが厭で、家事を手伝わず、母にしかられたり、学校へいくのが厭な時期もあったが、3年生になってからは元気になった」。18才の時大学に入って寮生活をしていたが、6ヶ月後「先生が自分に特別の感情をよせている。言外の意味をこめて話をしたり、眼差しでその意味を伝えるようになった」と被害妄想をもち、不眠、独語、空笑があり、2ヶ月入院。今は「何もやる気がなく、虚無の感じ。何かやっている感じがしない」など離人体験を訴えている。応待は活発である。

第2例は父に可愛がられて育ち、中学まで優秀な生徒であった。しかし中学生のころ、「秋になり木の葉が散るのは当たり前なのに、なぜ悲しいと人がいうのかわからない」と先生にいったことがある。高校1年(15才)のころ、「それまで父のいうことを絶対と思っていたが、修身の手本のように型にはめられていたのが間違いだと思うようになった。それで反抗することにした。しかしそのころから勉強に身が入らなくなった(その頃まで父と一緒にねていたが、胸にさわられたので嫌いになったという)」。「以後、父のいうこともきけないし、生きていく指針がなくなった」。「何をしてもびんとこない。気持ちがついてこない。人と一緒にいても親しみがもてない。頭が働かない。無重力みたい。何をしても楽しくないし、自分の意志で自分を動かさない」等離人体験を訴える。時に自分の考えが人にわかってしまう(思考伝播)、とられてしまう(思考奪取)などの作為体験が出没する。

第3例は高校1年(15才)までは真面目でおとなしく、成績もよく、「申し分のない高校生」であった。16才頃から元気がなく、自信がなくなった。2ヶ月入院後、子どもっぽく、乱暴になり、また理くつっぽくなった。20才の時人の声が気になる(関係念慮)といって、1ヶ月入院、21才の時不安、興奮で4ヶ月、22才の時に自殺念慮のため6ヶ月、25才の時、不安、興奮、被害念慮のため3ヶ月入院している。

第4例は同胞(5人ですべて女性)でただ1人大学に進学し、将来を期待された「優等生」であった。「大学3年(20才)のころから引きこもり勝ちとなり、学校にもいかず、空想的、幻想的、自由的世界」にとじこもっている。被害妄想が出没し、以後入院退院をくりかえしている。

この4例に共通していることは、幼少時から小学校、中学校にかけて学業成績も優秀な「良い」子どもで、両親から「ベツ」のように可愛がられていた。父のなかには同胞の中で一番患者を可愛がっていた人もある。娘もそのような父を尊敬していた。ところが思春期をすぎたころ(15~16才)から、父を「絶対的なもの」と信ずることができなくなった。さりとて「それにかわる指針もない」。その頃から離人体験や被害妄想をもったり、不安興奮状態になったり、幻想の世界にとじこもっている。

以上のことは次のように考えられる。

- (1) 彼女たちの根底にあるのは、父(絶対的なもの、権威)への依存と、それがみたされないと信じられない、あるいは裏切られるという不満(さらに嫌悪感から依存してはならない)の葛藤と考えられる。事実父は娘にはやさしいが、受動的でたよりない。



幼い頃はそのような父でも彼女の欲求はみたされていたが、成人するにつれてそれは不可能になってきた。

- (ロ) 母も未熟であり、父に依存している。
- (ハ) しかし父は無力で十分母の期待にこたえていない。元来積極的な母が宗教や趣味に熱中する底にはこのような依存の欲求がつよいのであろう。父はむしろこのような母に依存している。その意味では夫婦は相互に依存しており、補いあっているようにみえる。しかし夫がたよりないために、そして母も未熟なために、2人とも満されていない。第2例の父は母親カードといわれるカードⅦに「鉄を溶かした時にでてくるかすの塊」と「かぶとをかぶった不動さん」と反応しており、母は他のカードは人間反応が多いにもかかわらずこのカードでは「上の方は話しあっている（顔だけ）、下の方は犬が仲よくくっついたよう」と反応している。父はやわらかなものに対しては冷めたくごちなくなり、女性像には警戒的になるであろうし、母は依存欲求がみたされず、情緒のなかにただよふことに不安があるように思われる。つまり2人は表面的にはあらわな反発は示しあっていないが、それぞれ不満がある。
- (ニ) このようによりかかる対象を求めている母の他に、その母に似た娘が同じように父によりかかろうとしている。ここにライバル関係が生ずる。もし母自身の欲求が十分みたされているのであれば、母は娘を容認できたであろうが、欲求不満を持つ母はつよく娘に反発する。娘もまた無力な父にみたされず、つよい不満をもっている。このような母と娘は子どもっばい対立をおこす。娘は母の弱点をさかなでするような態度をとり、2人の反発はますますつよくなる。そして母が夫をひきよせ、娘は父を失う。

テスト結果は以上のような親子関係をしめしているのではなかろうか。

以上の女子患者の4例は「よりかかる対象」をもとめながら、その対象となるべき父に対して葛藤状態に陥っているということができよう。父は受動的なやさしさをもって受け入れるが、たよろうとする娘の期待にこたえ得ない父である。

われわれは日常、被愛念慮や離人体験などの受身的、感覚的な体験は男子患者よりも女子に多いのではないかという印象をもっている。これはわが国の女子が権威の象徴としてというよりも、生身の身近かな父そのものへの葛藤に悩んでいることと関係があるのではなかろうか。

なお、以上の4例は古典的な分裂病像を示していない、いわば境界例ともいべき人たちであり、神経症的色彩がある。これも上にのべたような葛藤が神経症患者にみられることと関係があるのかもしれない。そして娘は母に反発しているが、それは思春期にみられる反抗期が「時期おくれ」におこっているようにみえる。この点第2型が、このようなあらかさまな反抗をしめていないのと対照的である。

近年、都会で境界例がふえたということと、家庭内でやさしいが消極的で、権威を失った父親がふえたことと、どれだけ関係があるか興味ふかい問題であるが、それは今後明らかにしていきたい。

b. 第2型 「夫婦のあきらかな不和」と「みそっかす」として両親から無視された娘たち  
 (イ) 母と娘の関係

以上の第1～4例とくらべて、第5、6例はかなりちがっている。第5、6例の患者と母の間にはげしい反発と拒否の態度はみられない。子どもがときどき親に反発するが、母はそれに対して第1～4例のようにはげしい、苛酷な仕打はしない。むしろやさしい態度でさそいかけたり、受け入れたりすることさえある。また父に対して娘が批判を加えるときなど、母は一緒になって夫を非難することもある。

しかし母が娘をいたわり、はげまし、支持することは稀であり、たとえあっても消極的である。しかも後にのべるように、父は娘を無視することが多い。あるいは娘の反応を理解できないまま拒否することが多い。そのときに母は娘を支持しない。むしろ夫の側に立って、2人で処理することの方が多い。

こうして娘は孤立する。母がさそったり、一応うけ入れるような素ぶりをみせたことが、かえって娘が父からせめられるきっかけとなることもある。

娘は次第に受動的になり、第6例のように誘われた時だけに反応することが多くなる。父や母も患者に期待したり、話しかけたりしなくなる。

第5例の娘のように「自分は同胞のなかで母に一番可愛がられていない」、「軽視されている」と思っていることもある。われわれが外からながめたとき、少くも現在は患者の指摘は正しいように見える。しかし母は「ひがみだ」といって、娘の気持を理解しようとしなない。生活史をさかのぼっても、幼少時から患者は無視されていたように思われる。

(ロ) 父と娘の関係

第5例の娘は父に同調したり、冷かしたり、かなり気楽そうに話しかける。父は娘に同調されたことに力を得て、自己の提示反応の説明をすることが多い。第6例の娘は消極的で父に働きかけることはあまりしない。

しかしこの2例に共通しており、しかも第1～4例とちがっているのは、父は娘に殆んど働きかけることをしないし、同調もしないことである。父は娘を無視している。

(ハ) 父と母の関係

父は娘を無視しているが、母の言動には過敏に反応している。母はテスト中発言も少く、自己の反応を提示することも少い。しかし夫が奇妙な反応を提示し、得意になって説明すると、小さな声で笑ったり、わからないというそぶりをする。そうすると父は自分の反応を主張するのをやめて、母の意見をきいたりする。そしてそれに従うことが多い。ただそのばあい、必ずしも納得しているわけではなく、不承不承同意していることも少くない。

要するに父も母も、家族テスト状況では患者を課題遂行のためのメンバーの一人として尊重していない。自分たちに都合のよいときには利用するが、不用のときには放置している。

なお、第1～4例とちがって母と娘の間には liked card, disliked card での逆転もない(勿論一致もない)。2人は全くばらばらである。父と娘は liked card と disliked card

が逆転している。しかし第1～4例の母娘のように、知覚、認知が一致していたり、似ているのではなく、全く別であり、2人に共通した受けとめ方ではない。

以上がテスト状況での第5、6例の特徴であるが、患者の病状や日常生活での両親との関係も、第1～4例とちがっている。

第5例は5人の同胞であるが、うち男子2名(兄)は発病せず、社会生活をしている。ところが女子の3人(姉と妹)はいづれも20才頃に順々に発病している。父は生一本で仕事熱心であるが、偏屈で、従業員にも細かいことでうるさく、そのために従業員が父を嫌って出ていくこともしばしばあった。テストでも目立ったが、かなり性格的にも、思考の面でも偏りの目立つ人である。母は陰気で活気に乏しい。しかしその控え目のところが従業員には人気がある。われわれがみたところでは、分裂病の欠陥状態のような印象をうけるし、テストでも思考障害がかなり目立っている。

患者は同胞のうちで一番成績もわるいし、軽んじられていた。20才のとき昏迷状態で6ヶ月入院。以後8年間に数回にわたり、数ヶ月づつ入退院をくりかえしている。

第6例の父は積極的な野心家であるが、わがままで、専横な主人である。テレビやステレオなど自分の部屋において独占し、子どもにもみせない。母は常識的だが協調性は少い。些細なことで動揺しやすい。消極的である。息子はかわいがるが、娘は軽視している。この母は4年前不安神経症にかかり、治療を受けたことがある。

患者は幼少時から虚弱で医者にかかっていることの方が多かった。幼稚園に入るまでは友だちと遊ぶことはなく、家の中で1人で遊んでいた。幼稚園や小学校でも目立たない子だった。弟は1才下だったので、患者は父方祖母に育てられ、祖母には可愛がられた。しかし祖母と母は仲がわるく、母は弟を可愛がった。

14才の時に登校拒否、以後2年間入院していた。退院当時は緘黙、拒否がつよく、他の人とつきあうことができず、退院6ヶ月後再入院した。入院中拒絶的でベッドにもぐりこんでいる状態がつづいた。食事はとるが、太るのが厭だといって、毎食後さじをのどにさしこんで吐いてしまう時がつづいた。被害念慮がつよく、医師や看護婦に反抗する。そして病棟内で他の患者をせん動して、トラブルメーカーになっていた時もある。

このように第5、6例は父が精神病理的な偏りが大きく、母も欠陥分裂病と思われたり、動揺しやすい人である。そして夫婦の関係もわるい。その中で患者は同胞の中でも一番無視され、いわば「みそっかす」的存在であった。患者は目立たぬ存在として放置されてきた。発病後は父母にも医師にも反抗するようになったが、それは緊張病的な興奮であり、拒絶であった。

#### (6) 男子患者家族の特徴

われわれの研究対象の男子患者の両親と子どもの関係をみると、女子患者のばあいとちがっている点がある。

その第1の印象は母と息子の関係である。女子の第1型が母娘の対立、反発が目立っていたのに、男子にはそれが目立たなかったことである。日常の経験で男子患者が家庭内で暴力をふ

るい、家族をこまらせ、家庭看護が困難なことが女子よりも多いと考え、テスト場面でもそれがみられると予想していたが、そのようなことが全くみられなかった。むしろテスト場面で最も控え目であり、両親に無視され、犠牲にされても、反発しない患者の方が多かった。

a. 第1型 厳格な父に反発できない息子と、子どもをいたわり、はげますことのできない母  
男子患者の父親は後にのべるように個々人としてはいろいろちがいがあつた。しかし子どもに對するとき、あるいは子どもにとっては、或る共通感が見られる。それは子どもの幼少時には「厳格」だったことである。

第1例の父は几帳面で短気であるが、患者が幼いときは母よりもよく世話した（おむつをかえるのも父がしていた）。また教育熱心だった。ただそれは自分がかくあるべしと思つたとおりに子どもを向けようとしていたのであつた。そして子どもへの細かい配慮は欠けていた。同胞中で父にもっとも従順に従つたのが患者であつた。第2例の父もよく似ており、患者は「優等生」であつたし、第3例の父親も自分の思うままにしつけようとした。患者は従順で第2反抗期もめだたなかつた。第4例の父親は偏執的、独断的で子どものしつけはきびしかつた。患者は同胞やいとこの中で最も将来を囑望されてつた。

つまり、これらの家族の父親は一方的であり、子どもの感情を無視して、きびしくしつけている。それは意識的には「子どものため」であり、「まめまめしく」誠実に子どもに接してつた。

しかし、幼い子どもにとってはこのような父はこわい存在であつた。子どもは父にはできるだけ従順にその意志に従おうとし、おとなしい「良い子」であつたと思われる。

このような父子の間にあつて、母親がどのような態度をとつたかが大きな問題である。第1～4例の家族の母親に共通していることは、現実的で活動的だが、女らしい、やさしさ、こまやかさが少なく、子どもへのいたわりや配慮が乏しいことであつた。

日本の家庭では父親が子どもをほめそやすことはすくない。しかし母親は子どもをそだてる時、子どもをほめ、そして一緒になつて喜ぶことが多いが、その態度が彼女たちには少なかつたように思われる。

家族ロールシャッハ・テストにおいて、第1例では殆んどどのカードで両親が息子に反応を提示するようにさそいかける。また両親は自分たちが困難に直面したときにもくりかえし反応提示をもとめる。それに対して息子は紋切り型ではあるが、従順に反応を提示する。しかし父親はそれを取りあげて吟味することが少ない。たとえば、カードIIで母は「これむづかしかつた」といい、父は「○○ちゃん、何に見た」ときく。息子は「これは……犬、犬に似ている」という。母は「え？え？犬？」と解しかねるようによい、父も「どうして犬にみえたの？犬って理由は」ときく。息子は犬について説明するが、父は「そうみえるかなあ、足はどれ」等といながら、息子の説明には答えず、「お母ちゃんは何に見た？」と母にきく。以後息子を無視して父と母で話しあい、まとまらなくなると、急に「○○ちゃん、犬にみたの」とか「どうする」と息子にきく。それに対して息子が「犬」、「動物にみえる」とくりかえすが、2人はそれ

を本気でとりあげようとしなさい。

両親は自己の提示した反応に自信がないときに、その不安を息子への反応の提示をもとめたり、それを無視することで繕っているように見える。両親は意識的には子どもをひきたてようとする努力し、配慮しているように見えるが、それは自分が不安なときに外罰的に息子にたよっているものであり、それが子どもを傷つけているといえよう。しかし息子はそのような両親に反発せず、従順にこたえている。ただそれは紋切り型で感情の表出をおさえており、自然な親子の関係ではない。

なおこの父はカードIで息子が「こうもり」を提示したとき、個人テストでは自分も「こうもり」と反応しているのに、息子には「こうもり？」と賛同しかねるような音調でいい動作も否定的である。この態度は子どもが先にいったので、それを承認することは父の権威にかかわると思ったのかもしれない。そして素直に同意しないのが大きな特徴である。

第2例の息子は自発的に反応を提示することが多い。父親は奇妙な反応を提示することが多く、息子とも妻とも一致しないことが多い。母親は息子が自分と反応が同じであると、直接には父の反応に反対しないが、息子を引きこみ、連合軍をつくって、父を陥落させる。そして父は「そう見えないこともないな」と妥協したり、さらにいろいろ明細化して、あたかも自分自身の反応であるかのように合意反応につくりあげる。ところが母は息子と自分の反応がちがうときには息子を無視し、夫に自己の反応をおしつけ、2人だけで決定してしまう。

このような両親に対して息子は従順で、父の反応にも母の反応にも同調するし、合意反応をきめる段階でとりのこされていてもだまっている。父母は息子を無視するわけではないし、その説明をきいてはいるが、息子が提示した反応そのものは積極的にとりあげたり、支持したりはしない。父はそれを作話的につくりかえて自己の反応としてしまおうし、母は自己反応を合意反応としてとりあげさせようとするときだけ利用する。

こうして第1例の両親とは一見ちがうように見えるが、息子に配慮しているようで、その実息子を無視していることは似ている。しかも直接的な拒否でないだけに、息子に与える影響は複雑であろう。

第3例でも父親は一応は息子の反応はとりあげるが、結果的には父自身の反応を子どもにおしつけることが多い。母は子どもの反応を深く吟味しようとしなさい。

第4例では両親が患者の反応を無視すること、母と息子は殆んど話しあわないこと、父が母の反応を修飾して強引に合意反応とするのが多いこと、息子はそれを否定しないことなどが目立っている。ことに父は自分が不安なときにははげしく息子を拒否している。

以上4家族についていえることは、両親が子どもに働きかけたり、その発言をとりあげたりするときがあっても、結局は子どもを無視し、親が一方的に決定してしまうことである。両親は子どもの反応に賛成し、もりたて、賞賛するという支持的態度は一度もしめさない。子どもはあるときは両親の不安にまきこまれ、あるときは母に利用され、最後は棄てられた恰好になる。しかも息子はそれに反発せず、少くとも表面的には従順にしたがっている。

なお父は合意反応を決定するばかり、形式的には殆んど主役になり、ときには1人できめてしまっている。しかしそこに至る経過をみると、第2、4例のばあいには殆んど妻の反応を修飾してとりあげているし、第1、3例では妻の反応に同調したのか、あるいは自分の反応に妻が同調したものであって、妻が同調しないときには決定できないで終わっている。つまり一見専制的、権威的にみえる父親は自己不確実感がつよく、きわめて依存的なのである。

この4例を要約すると次のようにいえよう。

- (イ) 父は厳格で教育熱心であり、「権威的」であるが、内には強い自己不確実感があり、妻に依存している。
- (ロ) 子どもにとっては、父の権威がつよく感じられ、それに反発できなかった。
- (ハ) 子どもが父に代表される権威に圧倒されず発達するために不可欠である母のいたわり、はげまし、勇気づけがなかった。
- (ニ) 子どもは父のいいつけに屈従し、反抗期もなく、従順な「良い子」として育ち、将来の社会的な出世を期待されていた。
- (ホ) 現在は子どもは父に代表される権威、道徳に対して葛藤状態にある。

わが国ではここにのべたような父親は今まで多かった。問題なのはそのような父にしつけられる子どもを、母がどのようにうけとめるかであった。古沢は母が自己犠牲的に子どもをうけ入れ、それに対して子どもが「阿閻世コンプレックス」をもつと指摘している。母は単にいたわり、うけとめるというよりも、子どもの甘えを引きうけ、はげまし、勇気づけ、自信をもつようにさせる。われわれの4例では母にこの態度が欠けていた。これが子どもを萎縮させ、人格形成に大きな歪みをもたらしたものと考えられる。

なお、この4例は強迫行為、心気念慮など神経症的色彩がつよく、定型的な分裂病というよりも、境界例ともいえる人たちである。これは彼らの葛藤が神経症患者、ことに強迫神経症患者に似ていることから考えられることである。またわれわれは強迫神経症的色彩が男性に多い印象をもっているが、それは女子患者が「父への依存」と関係して、より受身的、感覚的な被愛妄想などが多いのに対して、男子患者は現実の父というよりも、抽象化された「権威像」に葛藤をもっていることと関係があるのではなからうか。

なお第2例では母と息子がカードIIで感情が逆転している。すなわち母も息子も「人が手をあわせている」と反応している。しかし息子は赤色ショックがつよく、それをカットしようとしている。ところが母はそれに気づかず、執ように全体としてまとめるために、赤をふくめるように息子にせまる。息子はそれを除こうとし、父も子どもに同調するが、母が父にふくめるように迫ると、父は母にひきよせられ、それに同調する。

この経過は女子の第1型とよく似ている。そして子どもを傷つけている。しかし、この母親は女子例の母のようにカードにショックをうけて、それを知性化し、厭なものを好きにしたのではない。つまり息子に反発されても、女子例の母のように傷ついてはいないし、したがってはげしい反発もしない。ただ子どもを甘えさせないだけである。この点が女子例とはちがう

ように思われる。

b. 第2型——「夫婦のあきらかな不和」と「母と息子のからみあった関係」

今までの4例の患者の母はどちらかといえば子どもを冷たく扱っている傾向があった。すくなくとも子どもを積極的に支持したり、激励するようなことはなかった。

第5例の家族はこれらとかなり異っていた。

父は生真面目で融通性がなく、気むづかしい。母は一見明朗であるが、物ごとをあまり深く考えず、主観的、自己中心的になりやすい。母は子どもの病気について夫を非難する。「子どもには幼いころから体罰を加えてきびしかった。妹は反抗することも多かったが、患者は父にさからうことが殆んどなかった。子どもがテレビをみていると、父は自分勝手にチャンネルをきりかえる。夜9時になると子どもに宿題があっても、家中の電灯を消して、さっさとねてしまうし、子どももねかせてしまう。それでも患者はだまっていた」。

中学2年(14才)の夏休みに吃るようになり、いらいらして、乱暴するようになった。友だちと遊ぶことも少くなり、学校で窓ガラスを割ったりすることもあった。

高校2年(17才)の修学旅行後、被害的な幻聴がおこり、不眠、不穏、暴力をふるうようになった。

テスト場面で、父はすぐカードをとりあげ、両手で持って、1人で見る。母と息子はカードを眺めようとしな。父は自己の反応を示すと、カードを母へ押しやる。母はカードを自分の前に引きよせるが、自分でみようとするよりも、「〇〇は」と子どもの方にカードを押し出す。子どもはだまって受けとり、自己の反応を示し、カードを机の上におく。

こうして各人が自己の反応を出したあと沈黙がつづく。対照群では各人が自分の反応を示そうとして、他者の手からカードをとったり、のぞきこんだり、一緒にもったりする。男子分裂病患者の家族でも第1~4例は、その回数こそ少いが、似た行動がある。その点、この家族は自らカードをひきよせて共に見るなどは少ない。ただ他者の反応をもとめるために、机の上のカードを相手の方に押しやるだけなのは目立つことであった。

(1) 父母の反目

父と母はかなり露骨に相互に拒否的な態度を示しあい、反発する。

しかしこの家族で目立つことは父も母も息子へ依存していることである。たとえばカードVで息子は自発的に「蝶にみえる」という。父は個人テストでは蝶やこうもりといったP反応ではなく「鶏のもも」と反応しており、母は反応拒否である。父は息子に「これ頭かい」と直接さく。母は「そういうふうに蝶って羽がひろがってるわけなの」と妙に皮肉なきき方をする。息子が「わかりやすいから、蝶にみえるから」というと、「ああそう」とあいまいに答える。息子は「すぐわかるからさ、何かといわれたら」とつけくわえても、母は「そうね」というだけである。彼女は個人テストで反応を示さなかったことにはふれない。父も自分の反応は提示しない。そして父は母へ「お前は蝶?」ときく、母は「あまり気に入った蝶じゃないけれどそういうことでしょうね。しいていえば」という。父は「蝶」と決定してカードをかえす。

父母は自分たちに自信がないときには、息子の提示に依存している。しかしその態度はあたかも自分たちが検者のような態度であったり、母のようにけなしながらとりあげたりする。

子どもは両親のさそいかけに素直にこたえることもあるが、個人テストで反応を出していないが、「わかんない」というときもある。これは第1～4例ではみられないことであった。そのようなときに両親は協力しないし、合意反応は失敗する。

たとえばカードⅣで、父は個人テストでは反応を拒否し、息子は「犬」を示している。母は「僕なーに？ お父さんは何にみえた」と2人に同時にきく。父は「何もみえない」、息子は「わかんない」という。母は「動物の毛皮」といい、その説明をするが、父も息子も「わからないね」と同調しない。そこで母は「私これ毛皮です。しょうがないね、一致しないで。わかんない」とカードをかえす。

これと正反対のことがカードⅥでおこる。父は「おたまじゃくしのあれだな。動物をこうひらいたあれだな」と自己の反応を示す。母は「私全然わからなかった、これ」という。彼女は個人テストで反応拒否している。息子は母のさそいかけに「ああ」とあいまいに答える。息子は個人テストで「三味線」と「雲」と反応している。母は「わからない」とくりかえす。父は「わからないそうです」とあたかも傍観者が報告するようにカードをかえし、合意反応をつくらうという努力は全くみられない。

このようにこの家族はばらばらでまとまらない、冷たい点が目立つ。彼らの間には一緒にあって、しかも話しあいながら、一つのをまとめていこうという姿勢がみられない。

#### (四) 父と息子の対立

父は息子に反応を強要するし、ときには自分の考えを主張してゆずらないことがある。息子も父には自己の提示した反応に固執して反発する。そのばあい、大体は似ていてまとめようとするれば、比較的簡単に合意しあえると思われるばあいでも、2人は部分的なことに固執してゆずらない。

たとえばカードⅧで、息子は「いのしし」という。父は個人テストで同じ領域に「2匹のけだもの」を示している。ところが家族テストの場面ではそれを提示せず、別の領域をさして「これが蛙みたい」と新しい反応を示す。母は「私もこれ何か動物、何か似てる顔がね」と息子の反応に同調する。ここで父が「やっぱり動物ですね、これ2匹」と息子と同じ領域をさし、カードをテスターの前におく。息子はこれに不満で「いのしし」とくりかえす。父は「僕はいのししじゃないと思う。いのししはもっと額が、こう何というか…」と否定する。母は「熊はどう」という。父は「熊にみえない。もっと小さい」、息子は「熊にみえないよ、いのししだな」、父「いのししじゃないよ」、母「のそりのそり歩く熊に見えない?」、父「うん、もっと小さい動物」、こうして3者とも同じ領域の四つ足動物までは一致しているのに、それから先は3者ともゆずらない。ことに父と息子は自己提示した反応に固執し、こだわっている。テスターが「どういうふうに」と介入すると、父は「いのししじゃなくてけだものが2匹、ここへ登ろうとしているようですね」と自己の反応をのべて終りにしてしまう。子どもはだまって無視している。



(ハ) 母の「二重拘束」的關係

上にのべたように父と母は拒否しあい、父と息子は反発しあう。しかし母と息子の関係はもっと複雑である。彼女は息子をひきよせたり、つき放したりする。また息子に拒否されると不安になり、息子を一見いたわるような態度でせめて支配しようとする。

たとえばカードIで父は「こうもり」といい、カードを母の前におく。母は息子へ「〇〇は？」ときく。息子は「こうもり」と答える。母が「こうもりにみた？」とただし、息子が「ああ」というと、「お父さんがいったからじゃないの」という。息子が「みえるよ」と答えると、父は「そうだろう」と自信ありげにうそぶく。父はここで母へ「何にした」とときく。母は32秒沈黙したあと、「ああ、わたし何にみえるかって、僕本当にこうもりにみえるの」と父にこたえず、息子に再びたずねる。息子は簡単に「うん」という。

母は父に反発して息子を自分の陣営につれこもうと働きかけていると思われる。ここで母は身をのりだして息子へ説明するように、「かぶと虫に似てるかなーと思ったの。どう僕、こっちとこっちをかくすと…」という。息子が「みえる」と答えると、母は「正確なもんじゃないけど」と申しわけのようにいう。ここで息子が再び「みえる」と同調する。

すると母は「無理しなくてもいいよ」とつきはなすようなことをいう。息子が「みえる」とこたえると、今度は「お父さんは？」ときく。父は「みえない」と拒絶する。

ここで母は「かぶと虫かなーと思った。この模様好き？」と息子へきく。息子は「好きじゃない」という。母は父にも「好き？嫌い？」ときく。父は「あんまり好きじゃない」という。母は再度息子へ同じことをきき、「このへんですね」とカードをテスターの前におく。

カードIIで息子は父に反応提示をもとめられると、「わかんない」という（息子は個人テストでは「熊」というP反応を示している）。母は「わからなきゃいいのよ、お父さん何にみえる？」と息子をかばうように父にほこ先をむける。父は「人間の足……けだものの皮か何かかぶって、2人」という。母は「ちょっとわかんないな、これ。僕もわかんないでしょう」と父の反応提示にはこたえず、息子に自分に同調するようにさそいかける。息子は「うん」と伏目勝ちに答える。こうして母は父に反発するために息子に同調を強いながら、息子がいいなりになると、「何か口ばしみたい」と提示する。父はとりあわないし、息子はだまって拒否的になる。母は息子に「全然何とも感じない……いやな色だとか、好きだとか」ときく。息子は「ないね。いわなきゃだめ？」とききかえす。母はもう一度「何とも思わない？」と息子をひきこもうとする。息子は「ううん」と強く否定する。父は「わからないな」と母を突きはなす。父は「わかんない時はわかんなくたっていいじゃないか」という。すると母は「あらいやだ。お父さん、わかればいいのよ」と攻撃的な語調でやりかえす。カードはテスターに返され、失敗におわる。

このように母は息子にいろいろ働きかけ、自分の支配下におこうとする。ところが息子が素直に従うと「無理しなくてもいいのよ」（カードI）などつき離すようなことをいう。息子は父に対するとときちがって、母には比較的素直に返事をすることが多い。しかし反発すると

きもある。ことに母に同調したのに、母が全く別の態度をしめしたときにはだまってしまう(カードII)。

これはBatesonの「二重拘束説」にあてはまるような例である。このような例は、われわれの男子例ではこの1例だけであった。

この家族は、父と母は明らかに不和の状態にある。

父はカードIVを拒否し、かつ disliked card にえらんでいる。後で「がしゃがしゃして何か動物のさいたり割ったみたい」と理由をのべている。他のカードの反応を考えあわせると、彼には自己不全感、不適応感がつよく、ともすれば無力感にとられることがある。カードVIIも拒否しているが、カードIIで性反応をしめしており、性的ショックを感じてこたえなかったように思われる。

母はカードIVは「動物を左右にひらいたよう」とP反応をしめしているが、カードVIIは「地図」と「蝶」を示している。地図は逃避反応と考えられ、依存の欲求がみたされなない恨みや不幸福感と結びついているように思われる。反応拒否が5枚(II V VI IX X)あるのに示されているように、外界に対しては拒絶的な反応様式をとりやすく、不幸福感が強くあるのではなからうか。これは夫への不満、反感そして不安から息子をひきよせようとしていることと関係があるのではなからうか。

息子は「蝶」と「猪」の固執反応があり、カードIVは初発反応時間が最もおくれ、子どもの示しやすい反応である「犬」という反応を示す。カードVIIは母とおなじ領域を「蝶」という。A%は80%にのぼり、「蝶」と「猪」の固執反応は彼の未成熟さを示すとともに、両親への反発をもちはじめていることを示しているのかもしれない。とも角年令よりも子どもっぽい発達段階にあると考えられる。

以上がロールシャッハ・テストからみた第5例の結果である。

この家族では日常生活からみても、テストの上からも、父は利己的で、わがままで、自分勝手にふるまい、子どもへの配慮は殆んどない、かなり精神病理的に問題のある人である。このような父に対して患者は殆んどさからわず、父を避け、小さくなっていた。

母は苦勞して育った人で、自己中心的、主観的になりやすい。彼女は偏りの大きな夫と結婚し、ともに愛情をわかちあうこともできず、夫につよい不満と不信をもつようになった。彼女は夫に反発し、夫も妻を拒否し、不和の状態がつづいている。母は夫に無視された子どもを自分の方にたぐりよせ、夫に対抗する。しかし彼女は子どもを庇護しようとしているのでなく、自分自身を不安から守るためである。そのため子どもが離れようとする和外罰的に子どもにむかい、また必要がなければ子どもを無視する。子どもが父に反抗しようすると、母はときにはそれをたすけるかの如き姿勢をとるが、本当に支えるのではないので、子どもは敗北し、傷つく。

結論的には子どもは父からも母からも無視されたことになる。彼はすべての外界から自らを閉ざし、人格の発展はおさえられる。年よりも子どもっぽく、幼稚である。彼の病状は第1～4例にくらべて、より幼児的であり、定型的な分裂病像になっている。

第6例は第5例と共通点が多い。

父は今年停年（60才）で30年勤続した会社をやめた。真面目だが無口で、頑固であり、独断的で、妻とも子どもとも長年話しあうことが殆んどなかった。妻は夫に対してつよい不信を持っている。「働く気がなくて、息子と2人で10時頃までねているんです。電気代がもったいないといって息子にテレビもみせないんです。よくこんな性質の人を会社はつかっていたと思います」と夫を非難している。

母は感情的に流されやすく、涙もろい。子どもっぽく、動揺しやすく、安定さに欠けている。

患者は生れてまもなく父方祖母と同居した。1才半の時、母が具合わるくなり、患者は祖母に育てられた。祖母には溺愛されたが、母と祖母は仲がわるかった。小学校のころ先生から「依頼心がつよい」と注意されたことがある。友人もいなかった。中学2年の時祖母が別居した。その頃からますます無口となり、中学3年（15才）の時、学校へいけなくなった。以来9年間のうち最近退院するまで8年入院生活をつづけている。はじめは乱暴したが、この数年はおとなしく、最近は自分から要求するようなことは殆んどない。表情も乏しく、亜昏迷状態がつづいている。

テスト状況でも患者はカードⅣに「肉、映画、ベッド、鬼、羊、バット、グローブ、椅子、コップダルマ」等々単語をことばのサラダのようにあげるだけで、理解できない。父が子どもに自分の反応を強要することはあっても父母は全く子どもの反応を無視あるいは拒否する。父は母のいうこともきかず、ただ1人で反応を提示してきめてしまうことも多い。母は第5例よりもより依存的で、攻撃的ではない。

要するに家族テストは患者の状態がわるく、適確な評価はできない。

ただ父はカードⅣで「忠臣蔵にでてくる長袴、大名の後姿、かみしもをはいた後姿、ちょっと芸人にはわからないので、はなし家か。あとはひょっとこの形じゃしょうがない」と気取った反応を示している。彼の男性像は大名の後姿、長袴に象徴的に表出されている権威像であり、彼は権威への願望がある。しかしテストでは力への願望というよりも、芸人的な雰囲気をもった、装った男性像が投射されている。これから自己愛的な傾向が強い人のように思われる。また彼はカードⅢではめったにみられない反応であるが、「顔」と反応している。しかも「男か女か性別不明です」とはっきり男の顔といいきれない。これは病理的な反応であるとともに、この人の男性像に問題があることを示しているといえよう。

母はカードⅣで初発反応の遅滞をしめしながら、「上の方が女の人のお尻のようにみえます」と反応し、質疑のときに「ちょっと瞬間ね、お小水をするところの形」と性反応を示す。女性がこのカードで女性性器を直接端的に示すことは大変稀なことである。知覚的退行が性反応のレベルで示されることはやはり病理的なものと考えられるし、女性像として成熟したものが彼女につくられていないこと、女性像としての自分と、性的な意味での女性とが統合されていないように思われる。彼女は自分の女性像に否定的な感情があるばかりでなく、男性像に対しても否定的であり、男性を男性として容認できないのではあるまいか。性の未熟さがあらわとい

えよう。

このように第6例の両親は個人としても精神病理的に問題があり、また夫婦としても大きな歪みがあると想像されるのである。

患者は自己愛的、自己中心で子どもを省りみない父と、感情的に不安定で抑制のない母の子として生れ、両親の不和のなかで、無視されて育ったのである。

## V 要 約

- (1) 以上男子分裂病、女子分裂病患者各6名の両親と患者に家族ローシャツハ・テストを行って、対照群男女各6例と比較しながら分析した。男子でも女子でもその状態像、両親との関係など家族内の対人関係からみてそれぞれ少なくとも2型にわけられることを知った。
- (2) すなわち、第1型は精神症状は神経症的色彩をおびた非定型的な人たちであり、第2型はより定型的な分裂病群であった。
- (3) ただし、第1型の家族関係をみると、男女でかなりのちがいが見られた。
  - a<sub>1</sub> 女子の家族では母と娘の反発が目立っている。それは父を中にして、互いにライバルの関係にあるように見える。そして娘は母に敗北することが多い。ライバル意識は娘が母を敵視するだけでなく、母にも強い反発と苛酷な態度がみられた。
  - a<sub>2</sub> その原因の一つは次のように考えられる。すなわち元来母と娘の外界刺激の知覚・認知あるいは情緒的なうけとめ方は似ている。しかし母は知性化により厭悪感を好感に裏がえしする。そのため母娘で同一対象に対する好悪の感情が正反対になり、その対象をとりあげるとは両者に強い不安をかもしだし、相互に反発しあうのである。(同一のテスト図版の同一領域を母は liked card にえらび、娘は disliked card にえらぶ)。
  - a<sub>3</sub> このように母子の対立はあらわであり、目立っている。しかし女子患者にとって最も重要な人は父であった。その娘は或る時期に父が無力であることを感じた。そして父(絶対的存在であった)への依存と、それを裏切られた挫折感、嫌悪感の間に葛藤がおこった。これが離人体験や被愛妄想といった症状にあらわれているように思われる。この父娘関係は母娘関係のように目立ってはいないが、われわれは極めて重要なものとする。

すなわち、女子の特徴は「よりかかる対象を求めること」にあり、第1型では母娘とも父にそれを求め、或る時期まで娘は「良い子」として愛された。しかしその後は母も娘も満されず、母は宗教や趣味にたよろうとし、娘は直接に父にそれを求めて挫折したということができよう。

  - a<sub>4</sub> これは見方をかえれば、健康者がもっと早い時期に解決した問題に、時期おくれに直面したといえるであろう。さらにいいかえれば、成人になって世代間の葛藤が存在するという意味で神経症的ともいえよう。
  - b<sub>1</sub> 男子の家族では父の権威的態度、厳格な教育的態度が目立つ。息子はそれに反発できな

かった。これは目立っている特徴である。

しかし女子にとって父が重要な人であったように、男子患者にとっては母が最も重要な人であろう。子どもが権威に圧倒されずに発達するためには、母のいたわり、はげまし、勇気づけが不可欠の条件である。ところが第1型の男子の母にはこの態度が欠けている。われわれはこの母と息子の関係こそ、目立たないが最も大切なものとする。

- b. 子どもは反抗期もなく、従順な「良い子」として育ってきた。しかし現在は父に代表される権威に対して葛藤状態にある。強迫行為はその代表的症状と思われる。

なお第1型の両親の間にはあらわな不和はみられず、相互に依存的であるが、それは相補的なものではなく、双方に不満がある。

(4) 第2型の家族では、男女とも結論的にいえば、両親が子どもを無視している。第2型の両親はいずれも精神病理的な偏りをもっている。しかも二人の間には不和が長くつづいている。その間にあって子どもは犠牲になったと思われる。この場合、男子と女子では多少の差がある。すなわち

- a) 女子は両親から軽視され、「みそっかす的存在」として放置されてきたし、今もされている。  
b) 男子は母に「二重拘束」的なからまりかたをされている。

以上が今回の研究結果の要約である。

今回の研究対象は数も少なく、分裂病患者の家族全般についてのべたつもりはない。しかし、いくつかの新しい知見をうることができたと思う。

すなわち、わが国においては子どもの養育上、欧米諸国とちがう特徴がある。夫婦中心の家族の中で、子どもの個性の尊重と分離、独立を子どもの幼いころから目標とする欧米諸国に対して、わが国の特徴は、親子中心の家族の中で、男子と女子の育て方には大きな差があったことであろう。そして男子は母のいたわりとはげましの中で母に依存しながら、父の権威を克服し、女子は父を絶対的な依存の対象として成長することが大きな特徴といえよう。

つまり日本では、古典的な分析理論で強調された性愛は重要とは思われない。娘にとっては父の権威が、そして息子にとっては母の慈愛が最も重要なのである。分裂病患者家族ではここに大きな欠陥があったと思われる。

したがってわれわれは分裂病患者に対するばあい、まず男子と女子についてそれぞれの家族の特徴を考え、それぞれにふさわしい処置を講ずる必要がある。

今回はその解明のため一端をのべた。今後なお分析をすすめ、さらに明確化したい。

なおわれわれの今までの研究にはいろいろの欠陥がある。

その第1が「家族ロールシャッハ法」を行うことによる患者の選択である。患者はいろいろの障害があるとしても、とも角テスト状況に入りうる人でなければならない。男子の第6例のように亜昏迷状態のばあいには、その評価はかなり困難であったが、緊張病性興奮や全く鍼黙状態にある患者はわれわれの対象にできなかった。また長期間入院している「荒廃」した破瓜

型の患者ものぞかれている。

つまりわれわれの対象は幻覚や妄想があるとしても、とも角家族内で対話ができる範囲の人たちに限られていた。これが定型的な、あるいは中核群ともいべき分裂病患者が少なく、境界例ともいべき人たちが多かった原因でもあろう。

第2の問題点はやはり「テスト」にもとずく選択であるが、患者ばかりでなく、家族がえらばれているという危険である。日常の経験では、患者家族には Lidz が強調しているように、両親の不和や葛藤が目立つばあいが多いという印象をもっている。しかしわれわれの対象とした分裂病例では4例にそれが目立っていたが、残りの8例では、すでにのべたようにそれぞれの夫婦が欲求を満たされずに問題をかかえているが、少なくとも表面的に不和は目立っていない。そしてその人たちはかならずしも病的な配偶者に、より健康な他方が犠牲的につくしている marital skew の状態の家族とは限らない。

つまりわれわれの対象として親子がそろってテストをうける家族は、テストを受けようとしない家族とは夫婦関係や親子関係がずい分ちがっているかもしれない。そして夫婦の不和、葛藤の多い家族が除かれているかもしれない。

もし、この夫婦の関係と患者の状態とが必然的に関連があるとすれば、われわれはテストを拒否する一群の家族について、別の方法を考えねばならない。

第3の問題は対照群の選定である。われわれは大体年令や社会的地位の似た、しかも精神障害者がいないと思われる家族を対照群としたが、それはあまりに分裂病患者家族とちがっていた。そのためどのような比較をしても、両者の間に差異が認められ、かえって分裂病患者家族に特有な特徴を見出すことが困難に思えたほどであった。

第4の問題は今回は親と患者の関係に焦点をあわせるために、同胞を一応考慮の外においたことである。閉じられた家族内関係に限っても、同胞の存在を無視することは出来ない。テスト状況でも同胞がいるとしないでは、両親や患者の態度はかわっている。

以上われわれの研究での問題点のうち、いくつかをのべたが、今後はこれらを配慮しながら、さらに研究をすすめていきたい。

(終りにのぞんで共同研究者一陽会病院山崎武彦、田村第二病院渡辺隆祥両氏の御協力に感謝いたします)

文 献

- (1) Bowen, M. : (1960) A Family Concept of Schizophrenia. *The Etiology of Schizophrenia*. Basic Books, New York.
- (2) Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., and Weakland, J. H. : (1956) Toward A Theory of Schizophrenia. *Behavi. Sci.*, 1, 251-264
- (3) Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., and Hirsch, S. I. : (1958) Pseudo-mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry*. 21, 205-220
- (4) Jackson, D. D., Block, J., and Patterson, V. (1958) : Psychiatrists' Conceptions of the Schizophrenic Parent. *Am. M. Archives of Neurol. and Psychiat.*, 79
- (5) 鈴木浩二 (1971) : 「精神分裂病患者の家族研究——家族ロールシャッハ・テストによる研究」, 精神衛生研究. 第20号
- (6) 高臣武史 (1966) : 「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」 精神衛生研究, 第14号.
- (7) Mullahy, P. (1955) : *Oedipus - Myth and Complex*. Grove press, New York, 238-278
- (8) Mullahy, *op. cit.*, 279-315
- (9) Mullahy, *op. cit.*, 208-237
- (10) 三浦袋栄編 (1964) : 「精神療法の理論と実際」 医学書院, 22-31
- (11) 土居健郎 (1970) : 「甘えの構造」 弘文堂
- (12) 井村恒郎ほか (1968) : 「分裂病および神経症の患者とその両親の同胞順位」 精神医学, 第10巻
- (13) Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., and Terry, D. : (1957) The Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients : II. Marital Schism and Marital Skew. *Am. J. Psychia.*, Vol. 114, 241-248
- (14) 田中富士夫 (1960) : 「ロールシャッハ・カードの象徴的意義」 ロールシャッハ研究Ⅲ, 誠信書房 171~185

# 現代青年の人的成長阻害におよぼす社会的 心理的要因に関する一考察<sup>(1)</sup>

——保母および保母養成校学生を中心とする社会的価値意識に関する追跡研究——

社会精神衛生部

櫻井芳郎<sup>(2)</sup>

は し が き

この研究は心身障害児・者の適応行動におよぼす社会的文化的要因に関する研究（E班研究）の一環として5ヶ年計画（初年度は昭和44年度）でおこなわれており、本稿は昭和44年、45年両年度の調査結果をもとにまとめたものである。

われわれは直接心身障害児・者にかかわる専門職員のみならず、ひろく一般に現代青年の社会的価値意識の特徴、その形成化におよぼす社会的価値体系の影響や人生周期（ライフサイクル）における態度意識の変化過程などの解明が心身障害児・者の社会的適応行動におよぼす社会的価値体系の影響や心身障害児・者の社会的受容と排斥、社会生活参加の諸条件を検討するうえの重要な手がかりとして考えている。

## I 問 題

### —研究の趣旨と概要—

現代は社会的価値体系の変動期といわれ、価値観の多様化にともなう世代間および同一世代における生活態度や価値意識の相違が目立ち、その傾向は特に青年層に顕著にみられる。しかも、現代社会における人間疎外の問題あるいは世代の断絶や葛藤の基因として現代青年のもつ生活態度や価値意識が問題にされている。

一方、青年期は近い将来に到達する成人期のために人格の形成や文化の学習過程にある時期であり、教育と指導を必要としている。

しかしながら、生活環境および生活意識の変化にともない現代社会に生きる人間のあり方が問われている現状においては、当然のことながら人間形成の過程における教育と指導のあり方が問題になる。したがって、青年期の教育と指導は旧態依然として従来のやり方を踏襲するのでは青年層の失望と反撥をまねくのみであり、また、青年層の表面的な行動や主張にとらわれたり、親や指導・監督者層の期待や考えにひきづられるのでは、これまた十分な効果をあげることは難しい。

(1) A Study on the Social and Psychological Factors disturbing Human Growth of the Youth of the Present Time

—A Follow up Study on Consciousness of Social Value among Nursery Teachers and Students in the Training Schools—

(2) Yoshiro Sakurai, Division of Socio-environmental Research



青年に対する教育と指導は彼らの内面的心情や成長への衝動を正しく理解し、受容的、共感的な態度で接する人間理解の態度を基盤としてこそ可能であり、その基礎のうえに時代や社会の精神あるいは理念に則応した基本的欲求（生理的、精神的、社会的欲求）充足の方法を身につけさせ、現代社会に生きる人間として他の人びとと“共に生きる”よろこびが感じられる生活を通して自己を最大限に発揮し、人間的成長がはかれるものでなければならない。

このような青年の人的成長をめざす新しい効果的な教育方法を考えるには、その前提として現代青年のもつ生活態度や価値意識の実態を把握し、青年の人的成長を阻害する社会的、心理的要因を明らかにすることが必要である。

われわれはかかる観点から現代青年の社会的価値意識をとりあげ、その主たる対象に保母および保母養成校学生を選んだ。保母および保母養成校学生を選んだ理由は保母の役割が“肌と心のふれあい”を通じて子どもの人間形成に関与する職業である所から保母の生活態度や価値意識が対象児に与える影響は大きく、また、保母の生活態度や価値意識自体が現代社会の影響を大きくうけていると考えられるからである。さらに、人格形成期における職業教育中心の保母養成が保母養成校学生の人的成長にいかなる影響を与えているかを明らかにすることは精神衛生における重要な課題の一つと考えたからである。なお、また終戦を境にして生じた社会的価値体系の変化にともなう女性の行為様式に対する社会的評価基準の変動が現代社会に生きる女子青年の生活態度や価値意識にいかん影響しているかを明らかにすることは民主主義社会における人間の生き方を考えるうえに意義のあることであろう。

調査対象には保母と保母養成校学生の基礎的条件を統一するために関東地方南部のA県立保育専門学院の卒業生と在校生を選び、しかも、保育専門学院学生（保専学生）については対象校の特殊事情などの影響をできるだけ排除し、一般的傾向を明らかにするためにA保専を含めて、B、C、D、関東公立4保専学生の傾向と対比させ、また、保専学生の生活態度や価値意識の変化過程を逐年的に追跡調査することによって明らかにしようと試みた。なお、保専学生の特徴を明らかにするために同じ世代のE福祉系大学の女子学生、都内に本社をもつ大手紡績業のF毛織某工場女子従業員でG保母養成校に通学している勤労保専学生、勤労女子青年としては都内にあり、経営の比較的安定した中規模の製造業であるH油脂某工場の女子従業員の傾向も調査し対比させた。

調査対象者の内訳は現任保母179名（経験保母—経験10年以上—31名、中堅保母—経験3年～10年未満—34名、若年保母—経験3年未満—62名、新任保母—昭和45年3月卒業生—52名）、保専学生785名（昭和44年度1年生238名、2年生224名、昭和45年度1年生160名、2年生163名）、福祉系女子大学生111名、勤労保専学生67名（昭和45年度1年生32名、2年生35名）、勤労女子青年67名、計1,209名である。年令は保母では20才台が多く、保専学生および女子大学生は18才～19才を中心とする年令層、勤労女子青年は17才～19才が最も多い。（表1参照）

調査の手続はあらかじめ用意した調査用紙を用いて小集団面接をおこない、やむをえない場合には郵送による調査をおこなった。生活態度や価値意識の把握に際しては常識的、知的水準

表1 調査対象

対象群	年令		16才以下	17才	18才	19才	20才	21才	22才	23才	24才	25才	26~30才	31~35才	36~40才	41~50才	51才以上	不明	計
	現	令																	
現任保母	経験10年以上												6	15	8	1	1		31
	3年~10年									5	6	14	9						34
	3年未満						16	24	17	2	1	1	1						62
新任保母 (S 45年3月卒業)							36	14		2									52
	44年度2年生					49	6	1	1										57
保専学生	1年生				47	5	1	1	2										56
	45年度2年生					44	8	1	1	2									56
	1年生				43	11	2	1	1										58
関4保専公学立生	44年度2年生					124	89	9	2										224
	1年生				131	92	6	4	2	3									238
	45年度2年生					78	76	2	1	6									163
勤専劣学保生	1年生				116	37	2	2	2									1	160
	45年度2年生					18	15	2											35
	1年生				21	9	1	1											32
福祉系女子大学生						83	22	6											111
	勤労女子青年		5	15	14	14	9	3	6	1									67

実数

での自覚意識よりも、できるだけ内面的心情の把握につとめ、従来の意識調査などに用いられてきた cognitive consciousness の把握を主とする questionnaire や hearing interview などの方法をできるだけさけ、projective technique を用いて subconsciousness への接近を試みようと考えた。しかも、青年の内面的心情や成長への衝動が現代社会に生きる人間としていかなる方向を志向し、それが具体的な態度行動にどう表現されるか、現代社会の社会的価値体系が青年の内面的心情や成長への衝動にいかなる影響を与えているかなど社会的態度や行動の形成化や変容の問題を中心に青年の人間の成長に影響をおよぼす社会的、心理的要因の解明をおこなうために、現代社会における人間としての生き方をめぐって種々の論議をひきおこした「期待される人間像」（昭和41年10月31日、中央教育審議会答申）にあげられている人間に期待される諸徳性と実践的な規範をとりあげ、それらをもとにした調査項目を作製し、青年の反応を調べる方法をとった。

調査の視点および内容は次の通りである。

1. 基本的な生活態度志向の実態——「個人中心の生活」、「家庭中心の生活」、「社会人としての生活」、「日本国民としての生活」および「国際社会に生きる人としての生活」の5つの生活態度について、自分の考えに近いものから順位をつけさせ、その同一化の順位によって基本的な生活態度志向の実態を把握する。

2. 生活態度に関する価値志向の実態——「個人中心の生活」、「家庭中心の生活」、「社会人としての生活」および「日本国民としての生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向を明らかにするためにそれぞれ5種類の生活態度のなかから同一化の順位をつけさせ、それによって判断する。

3. 言語刺激による情緒反応の状況——自由 義務 仕事 奉仕 規則 天皇 愛国心 家庭の8つの刺激語を用いて情緒反応をみる。

これらのほか、状況反応テスト方式による対人相互認知およびそのずれの状況、人間関係における心理的、社会的距離感などについても調査をおこなったが、それらは別の機会に譲ることとする。

## II 基本的な生活態度志向の実態

現代女子青年の基本的な生活態度志向の実態は表2の通りである。

現任保母の基本的な生活態度志向は経験年数による変化がみられるが ( $x^2 = 17.52$   $P < .05$ )、一般的傾向としては保母の過半数が「社会人としての生活」を志向している。すなわち、現任保母の基本的な生活態度は「社会人としての生活」志向型と「個人および家庭中心の生活」志向型に大別され、「社会人としての生活」志向型が多く、新任保母52%、若年保母55%、中堅保母41%、経験保母52%にのぼっている。一方、「個人および家庭中心の生活」志向型は経験年数が高まるにつれて、「家庭中心の生活」志向型が増加し（新任保母11%、若年保母11%、

表2 基本的生活態度志向の実態

対象群 基本的生活態度	現任保母			保專学生		関東公立4保專学生				勤勞保專学生		福祉系女子大学生	勤勞女子青年			
	経験10年以上	3年、10年	3年未満	新任保母(45年3月卒業)	44年度2年生	44年度1年生	45年度2年生	45年度1年生	44年度2年生	44年度1年生	45年度2年生			45年度1年生	45年度2年生	45年度1年生
個人中心の生活	3 (10)	8 (24)	18 (29)	17 (33)	16 (28)	16 (29)	24 (43)	15 (26)	63 (28)	78 (33)	79 (48)	67 (42)	7 (20)	2 (6)	43 (39)	7 (11)
家庭中心の生活	11 (35)	10 (29)	7 (11)	6 (11)	9 (16)	21 (37)	14 (25)	21 (36)	45 (20)	64 (27)	39 (24)	43 (27)	17 (48.5)	12 (38)	20 (18)	38 (57)
社会人としての生活	16 (52)	14 (41)	34 (55)	27 (52)	27 (47)	16 (29)	14 (25)	18 (31)	94 (42)	84 (35)	36 (22)	39 (24)	10 (28.5)	14 (44)	37 (33)	16 (24)
日本國民としての生活		2 (6)		1 (2)	1 (2)	1 (2)		2 (3.5)	10 (4.5)	5 (2)		7 (4)	1 (3)	1 (3)	5 (5)	4 (6)
国際社会に生きる人としての生活	1 (3)		3 (5)	1 (2)	4 (7)	2 (3)	4 (7)	2 (3.5)	11 (5)	7 (3)	8 (5)	3 (2)		3 (9)	6 (5)	2 (3)
無答									1 (0.5)		1 (1)	1 (1)				
計	31	34	62	52	57	56	56	58	224	238	163	160	35	32	111	67

中堅保母29%，経験保母35%），「个人中心の生活」志向型が減少している（新任保母33%，若年保母29%，中堅保母24%，経験保母10%）。（ $x^2=9.60$   $P < .01$ ）

これに対して保専学生の一般的傾向は入学当初は「家庭中心の生活」志向型が比較的によく、それが従来は学年が通むにつれて「社会人としての生活」志向型が多数を占め、その傾向が保母になっても持続していたが、最近では「个人中心の生活」志向に変化してきている。すなわち、保専学生の基本的な生活態度志向の一般的傾向を昭和44年度学生と昭和45年度学生について比較してみると全体的には差異が認められないが（ $x^2=0.38$   $P < .99$ ），これを学年別にみると1年生相互の間には差異が認められず（ $x^2=0.08$   $P < .98$ ），2年生相互の間に差異が認められる（ $x^2=6.80$   $P < .05$ ）。つまり、両年度とも1年生は「家庭中心の生活」志向型が比較的多数を占めているが、2年生では昭和44年度学生は「社会人としての生活」志向型が多く、昭和45年度学生では「个人中心の生活」志向型が多い。このことは入学当初の傾向には差異がみられないが、入学後の変化に差異が生じたことをしめしている。また、昭和44年度の1年生と2年生との間にはさほどの差異が認められないが（ $x^2=8.24$   $P < .10$ ），1年後の状況をみると、昭和44年度2年生（現在の昭和45年3月卒業の新任保母）は52%が「社会人としての生活」を志向し、一年後の変化が認められない（ $x^2=2.20$   $P < .70$ ）のに対して昭和44年度1年生（つまり昭和45年度2年生）は相対的多数を占めていた「家庭中心の生活」志向が減少し、かわって「个人中心の生活」志向が43%を占め、新任保母（昭和44年度2年生）と昭和45年度2年生（昭和44年度1年生）との間に差異が生じている（ $x^2=11.16$   $P < .05$ ）。

これは昭和44年度1年生の基本的な生活態度志向の変化のパターンが従来と異なっていることを物語るものである。この傾向はA保専だけの特徴ではなく、関東公立4保専学生に共通して認められる。すなわち、昭和44年度2年生にみられた「社会人としての生活」志向型は昭和45年度2年生では減少し、「个人中心の生活」志向型が多数を占め（ $x^2=29.56$   $P < .01$ ），しかも、昭和45年度1年生では最近のA保専学生のしめす“「家庭中心の生活」志向から「个人中心の生活」志向へ”の変化のパターンから更に通んで1年生の時から「个人中心の生活」を志向する傾向（42%）が顕著にみられる。

次に現任保母と保専学生とを対較してみると現任保母と昭和44年度2年生との間には差異がみられず（ $x^2=1.14$   $P < .70$ ），現任保母と1年生との間には相違が認められる（ $x^2=8.21$   $P < .02$ ）。現任保母と昭和45年度学生との間にはいずれの学年においても有意差が認められる（ $x^2=12.59$   $P < .02$ ）。また、昭和44年度学生の1年後の状況と現任保母とをくらべてみると昭和45年3月卒業の新任保母（つまり昭和44年度2年生）と現任保母（新任保母を除く）との間には差異が認められず（ $x^2=3.73$   $P < .50$ ），昭和45年度2年生（つまり昭和44年度1年生）との間には差異が認められる（ $x^2=6.55$   $P < .05$ ）。

つまり、昭和44年度2年生では1年後においてもなお現任保母と類似の生活態度志向が認められるが、昭和44年度1年生以降の学生は現任保母と異なる生活態度志向がみられる。

一方、福祉系女子大学生および勤労女子青年の基本的な生活態度志向は前者では「个人中心

の生活」志向 (39%) と「社会人としての生活」志向に分極化がみられ、後者は「家庭中心の生活」志向 (57%) に集中化の傾向が認められる。また、勤労保専学生は2年生では「家庭中心の生活」志向が多く (48.5%), 1年生では「社会人としての生活」志向が44%, 「家庭中心の生活」志向が38%を占め、「個人中心の生活」を志向する者は2年生20%, 1年生6%とすくない。

このように、現任保母が「社会人としての生活」を志向し、保専学生が「個人中心の生活」志向に傾くのに対して福祉系女子大学生、勤労女子青年は現任保母や保専学生とは異なる生活態度志向をしめし、勤労保専学生もまた独特の態度志向がみられる。

かような調査結果を結論づけるとまず第1に現代女子青年の基本的な生活態度志向は個人中心、家庭中心、また社会人としての生活態度志向というように多様化の傾向がみられ、しかも、それが保母、保専学生、勤労保専学生、福祉系女子大学生、勤労女子青年とそれぞれに集団的凝固化がうかがわれる。つまり、現代女子青年の基本的な生活態度志向には価値観の多様化にともなう価値追求の志向性の多元化の傾向がうかがわれるとともに所属集団ごとの集団的凝固性が認められる。第2に現代女子青年の基本的な生活態度志向に「日本国民としての生活」および「国際社会に生きる人としての生活」が極めてすくないことは社会的視野の狭さを推測させるものがあり、その一因として女性の行為様式に対する伝統的な社会的評価基準の残滓 (し) の影響あるいは戦後の政治と教育のあり方が考えられるかもしれない。しかしながら、この問題には性差の影響も考えられるので今後の課題として男女青年の比較検討が必要であろう。第3には保母を志さず保専学生の基本的な生活態度志向を追跡調査してみると従来一般的であった家庭中心の生活志向から社会人としての生活志向へ変化し保母にいたるといふ変化のパターンが変容し、個人中心の生活志向へと変化しつつある。しかも、この傾向は昭和44年度1年生以降に顕著であり、その社会的背景には昭和44年、45年と大きな社会問題の一つに数えられた一連の全国的な学生運動の影響が推測できるかもしれない。しかし、いづれにしろ、前述のごとく保母の仕事は子どもとの情緒的関係を通じて子ども人間形成に関与する職業であり、保母の生活態度や価値意識が子どもに与える影響は大きいと考えられる。しかも現代社会は社会的価値体系の変動期といわれ、人間疎外や世代断絶が強く叫ばれている。したがって調査結果にみられる青年層の特徴から考えて時代にふさわしい人間形成に関与する保母の役割や保母養成のあり方の検討が痛感されるが、それにはまず現任保母および保専学生の基本的な生活態度志向の実態から次の二点の解明がなされなければならない。1. 従来の保母養成が自我の自覚を基礎とした社会的知性の開発をめざしたものであったか、あるいは社会奉仕への盲目的志向を強いるものでなかったか。2. 最近の保専学生の傾向が個人の自由と責任ならびに尊厳を中心とする民主主義の精神にめざめた結果であるのか、あるいは真の自我の確立や自己実現とはうらはらな利己的、自己中心的な態度志向を意味するのか、または社会奉仕至上主義に対する反撥のあらわれなのか、さらには従来の保母養成に対する不安と動揺を意味しているのか。

### III 生活態度に関する価値志向の実態

「個人中心の生活」、「家庭中心の生活」、「社会人としての生活」および「日本国民としての生活」の4つの生活をおくる場合の生活態度に関する価値志向の実態は表3の通りであるが、それぞれ4つの生活を個別にとりあげて検討してみよう。

まず、「個人中心の生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向をながめてみよう。

現任保母は「自分の生活を自主的におくる」生活態度志向が多いが、若年層ほど「自分の個性をのぼそうとする」態度志向が多く（新任保母38%、若年保母32%、中堅保母26%、経験保母19%）、また「自分の幸福を第1にする」態度志向は経験・中堅保母に多く、若年・新任保母にすくない（新任保母8%、若年保母2%、中堅保母26%、経験保母23%）。なお、経験・中堅保母と若年・新任保母の間には有意差が認められ（ $x^2=21.03$   $P<.01$ 以下）、経験年数による生活態度志向の差異がみられる。また、「個人中心の生活」を基本的な生活態度としてあげる者の価値志向を経験・中堅保母と若年・新任保母に大別して比較すると両者の間に差異が認められ（ $x^2=10.64$   $P<.02$ ）、世代による個人中心の生活に関するイメージの相違がみられる。一方、保専学生は「自分の生活を自主的におくる」「自分の個性をのぼそうとする」態度志向が多く、両者で大半を占めており、関東公立4保専学生の傾向も同様である。このような保専学生の傾向は福祉系女子大学生や勤労保専学生と類似しているが、勤労女子青年は「自分の幸福を第1にする」が目立ち（41%）、異なる傾向をしめしている。つまり、保専学生は「個人中心の生活」を福祉系女子大学生や勤労保専学生と同様に自我の自覚という理念的観念的水準で把握しようとしており、勤労女子青年のしめす現実水準での情緒的反応とは異なっている。

次に「家庭中心の生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向をとりあげてみよう。

現任保母は「家庭をいこいの場とする」生活態度志向が多いが、経験年数が高まるにつれて「明日の活力を養う場とする」態度志向が漸増している（新任保母12%、若年保母13%、中堅保母17%、経験保母23%）。一方、保専学生は昭和44年度学生をながめてみると1年生と2年生の間には差異が認められないが、1年後の追跡調査では新任保母（つまり昭和44年度2年生）が社会や職場とのつながりを重視する生活態度志向が増加するのに対して昭和45年度2年生（つまり昭和44年度1年生）は家庭をいこいの場とする」態度志向に集中化がみられ、両者の間には差異が認められる（ $x^2=10.88$   $P<.05$ ）。昭和45年度1年生も2年生と同じ傾向をしめしている。勤労女子青年や勤労保専学生はいつでも保専学生と類似しているが、福祉系女子大学生は異なる傾向がみられる（ $x^2=16.88$   $P<.01$ ,  $x^2=11.58$   $P<.05$ ,  $x^2=17.89$   $P<.01$ 以下）。つまり、保専学生は家庭にやすらぎを求める傾向が強くなっており、勤労女子青年や勤労保専学生と類似し、福祉系女子大学生とは異なる傾向をしめしている。

「社会人としての生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向は次の通りである。

現任保母は一般に「職業や仕事にうちこむ」生活態度志向が多いが、この傾向は経験年数が

表3 生活態度に関する価値志向の実態  
実数(%)

生活態度 価値志向	対象群	個人中心の生活		家庭中心の生活		社会人としての生活		日本国民としての生活		計												
		計	無答	計	無答	計	無答	計	無答													
生活態度 価値志向	対象群	自分的に生活をおくる個性をのほ	他に自分より幸福を第一	家で愛の場とする	家を愛の場とする	家と庭をいこの場	家と庭をしつりの場	社会をもつた場とする	明るい日場とする	無答	計	無答	計	無答	計	無答	計	無答	計	無答		
		116 (52)	7 (23)	8 (25)	10 (22)	3 (10)	2 (6)	2 (6)	2 (6)	7 (23)	1 (3)	18 (58)	1 (3)	31 (31)	1 (3)	6 (19)	4 (13)	19 (61)	2 (6)	31 (31)	2 (6)	31 (31)
		13 (38)	2 (7)	5 (15)	18 (53)	4 (12)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	6 (18)	1 (3)	19 (56)	1 (3)	34 (34)	1 (3)	5 (15)	1 (3)	20 (59)	1 (3)	34 (34)	1 (3)	34 (34)
		38 (53)	7 (11)	15 (24)	33 (53)	5 (8)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	8 (13)	1 (2)	29 (47)	1 (2)	62 (62)	1 (2)	12 (19)	5 (8)	36 (58)	8 (12)	62 (62)	1 (2)	62 (62)
		23 (44)	4 (8)	11 (21)	20 (38)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	6 (11)	1 (2)	23 (44)	1 (2)	52 (52)	1 (2)	7 (13)	22 (42)	18 (33)	6 (10)	52 (52)	1 (2)	52 (52)
		26 (46)	3 (5)	22 (38)	20 (35)	2 (4)	2 (4)	2 (4)	2 (4)	9 (16)	4 (7)	16 (28)	4 (7)	57 (57)	4 (7)	17 (30)	5 (9)	22 (38)	5 (9)	57 (57)	4 (7)	57 (57)
		26 (47)	1 (2)	15 (27)	29 (52)	5 (9)	5 (9)	5 (9)	5 (9)	2 (5)	3 (7)	15 (27)	5 (9)	56 (56)	5 (9)	11 (20)	15 (26)	26 (46)	5 (9)	56 (56)	5 (9)	56 (56)
		27 (48)	7 (13)	13 (23)	35 (63)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	4 (7)	3 (5)	23 (41)	3 (5)	56 (56)	3 (5)	4 (7)	10 (18)	21 (37)	6 (11)	56 (56)	3 (5)	56 (56)
		29 (50)	5 (9)	17 (29)	31 (50)	2 (3)	2 (3)	2 (3)	2 (3)	2 (3)	3 (5)	23 (40)	3 (5)	58 (58)	3 (5)	13 (22)	9 (16)	22 (38)	3 (5)	58 (58)	3 (5)	58 (58)
		111 (50)	23 (10)	81 (36)	91 (41)	8 (4)	8 (4)	8 (4)	8 (4)	27 (12)	16 (7)	84 (37)	3 (1)	224 (224)	3 (1)	58 (26)	2 (8)	80 (36)	21 (9)	224 (224)	3 (1)	224 (224)
		50 (30)	3 (2)	26 (16)	26 (16)	3 (2)	3 (2)	3 (2)	3 (2)	5 (3)	4 (3)	26 (16)	3 (2)	238 (238)	4 (3)	19 (11)	52 (31)	62 (37)	18 (11)	238 (238)	4 (3)	238 (238)
		68 (43)	13 (8)	41 (26)	87 (53)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	12 (7)	12 (8)	67 (41)	4 (2)	163 (163)	4 (2)	25 (15)	32 (20)	54 (33)	17 (10)	163 (163)	4 (2)	163 (163)
		69 (43)	2 (1)	48 (28)	84 (52)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	10 (6)	4 (2)	61 (36)	4 (2)	160 (160)	4 (2)	36 (23)	33 (21)	45 (28)	16 (10)	160 (160)	4 (2)	160 (160)
15 (43)	3 (8)	11 (31)	21 (60)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	11 (31)	1 (3)	35 (35)	1 (3)	13 (37)	10 (28)	18 (51)	2 (6)	35 (35)	1 (3)	35 (35)		
16 (50)	2 (6)	15 (47)	13 (41)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	2 (6)	13 (41)	1 (3)	32 (32)	1 (3)	11 (34)	9 (28)	15 (47)	5 (16)	32 (32)	1 (3)	32 (32)		
60 (54)	7 (6)	40 (36)	42 (38)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	20 (18)	5 (5)	42 (38)	1 (1)	111 (111)	5 (5)	39 (35)	11 (10)	43 (41)	11 (10)	111 (111)	5 (5)	111 (111)		
20 (30)	6 (9)	18 (27)	34 (51)	7 (10)	7 (10)	7 (10)	7 (10)	2 (3)	6 (9)	21 (31)	9 (14)	67 (67)	6 (9)	8 (12)	4 (6)	9 (13)	25 (37)	6 (9)	67 (67)	6 (9)	67 (67)	



高まるほど顕著にみられ（新任保母44%，若年保母47%，中堅保母56%，経験保母58%），若年保母では「仲間からの信頼を重視する」傾向が目立ち（新任保母15%，若年保母24%，中堅保母8%，経験保母10%），新任保母は「社会の福祉や進歩に役立つ」とする価値志向がかなりみられるなど（新任保母31%，若年保母19%，中堅保母18%，経験保母19%）経験年数による社会的態度の相違が顕著にみられる。保専学生は「職業や仕事にうちこむ」「仲間から信頼されるようにする」態度志向が多いが，昭和44年度学生と昭和45年度学生を比較すると1年生相互の間には差異が認められないが，2年生相互の間では有意差が認められ（ $x^2=13.16$   $P < .02$ ），昭和45年度2年生は昭和44年度2年生にくらべて「社会の福祉や進歩に役立つ」（30%→7%），「社会の秩序や規則を重んじる」（10%→3%）態度志向が減少し，「仲間から信頼されるようにする」（30%→47%），「職業や仕事にうちこむ」（28%→41%）態度志向が増加しており，この傾向は関東公立4保専学生に共通してみられる（ $x^2=13.03$   $P < .05$ ）。福祉系女子大学生は昭和44年度保専学生と類似しているが昭和45年度学生とは相違しており（ $x^2=18.56$   $P < .01$ 以下），勤労保専学生も福祉系女子大学生と同様であるが（ $x^2=13.26$   $P < .02$ ），勤労女子青年は昭和45年度保専学生と類似している。すなわち，保専学生は現実的水準での具体的な態度志向が強くなってきており，勤労女子青年と類似し，福祉系女子大学生や勤労保専学生のしめす理念的観念的目標志向とはかなり相違している。

最後に「日本国民としての生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向をながめてみよう。

現任保母は「国民の義務を重んじる」態度志向が経験年数が高まるにつれて増加し（新任保母35%，若年保母58%，中堅保母59%，経験保母61%），「参政権を大切にする」態度志向は逆に若い年齢層に目立っている（新任保母42%，若年保母19%，中堅保母15%，経験保母13%）。（ $x^2=15.08$   $P < .01$ ）一方，保専学生は国民の義務の重視と参政権の重視とが伯仲しており，関東公立4保専学生も同様である。福祉系女子大学生は保専学生と類似しているが，勤労女子青年や勤労保専学生は「国民の義務を重んじる」（前者37%，後者49%），「愛国心をもつ」（前者34%，後者28%）態度志向が目立ち，「参政権を大切にする」（前者13%，後者11%）態度志向は極めてすくない。かように保専学生は権利意識が目立ち，福祉系女子大学生と類似しており，勤労女子青年や勤労保専学生のしめす国民の義務重視とは対照的である。

以上の調査結果から明らかなごとく，現任保母の生活態度に関する価値志向には経験年数とともに職業意識の変化と人生周期（ライフサイクル）の影響および時代的，社会的背景の三者の相互関係が複雑にからみあい，それが経験，中堅，若年および新任保母それぞれの特徴となつてあらわれているといえよう。したがって，社会的価値体系の変動と価値観の多様化現象がみられる現代社会の影響をうけて保母の世代間の価値志向のずれは今後ますます増加の傾向が予測されよう。一方，保専学生の傾向は大学生に代表される理念的観念的目標志向と勤労青年にみられる現実的水準での情緒的反応との間にあって多面性をおび複雑化しつつあることがうかがわれる。これは現在の保専学生のおかれた立場を如実にしめすものと考えられ，保専学生の

職業意識をささえる保母観が保母養成教育でしめされる理念と実習その他の実際的経験からえられる印象のちがい、行政上の期待と社会的要請や評価とのずれ、価値観の多様化にともなう価値追求の志向性の多元化などによりゆらいでいることが推測され、従来の保母像の検討と再構成の必要性がかかる面からもうかがわれる。ともあれ、このような現任保母と保専学生の実態からして今後、両者の間の生活態度や価値意識のずれは大きな問題となってくるであろう。それとともに青年層の社会的価値意識の特徴として、さきに基本的な生活態度志向の実態のところであげた多様化と集団的凝固性にくわえて保専学生にみられる多面性の傾向が生活環境と生活意識の変化にともないますます増大してくることが予想され、青年層の生活態度や価値意識の複雑化と把握のむずかしさが増すことであろう。

#### IV 言語刺激による情緒反応の状況

自由 義務 仕事 奉仕 規則 天皇 愛国心 家庭の8つの刺激語による情緒反応の状況は表4の通りである。

自由については全般的に積極肯定が多く、世代や所属集団の如何を問わず自由に対する“あこがれ”の強さを物語っている。しかし、現任保母では消極否定的反応の出現率が経験および中堅保母と若年・新任保母の間では差異が認められ、前者が優位である( $x^2=3.972$   $P<.05$ )。

義務では全般的に無関心あるいは消極否定的反応が強いが、世代間あるいは所属集団による差異も著しい。現任保母では経験保母と若年保母、中堅保母と新任保母が類似しており、前者は消極肯定、後者は消極否定が目立っている( $x^2=8.703$   $P<.20$ ,  $x^2=2.702$   $P<.80$ )。一方、保専学生は無関心および消極否定が強く、さらに昭和44年度と昭和45年度の1年生を比較すると後者は肯定反応の減少と否定反応の増加が認められ、否定反応増加の傾向は関東公立4保専学生に共通する傾向である( $x^2=11.998$   $P<.05$ ,  $x^2=12.980$   $P<.05$ )。なお、福祉系女子大学生、勤労女子青年は無関心および消極否定が多く、両者の間には差異がみられないが( $x^2=8.877$   $P<.10$ )、福祉系女子大学生と保専学生を比較してみると昭和44年度2年生と大学生との間には差異が認められ( $x^2=12.612$   $P<.02$ )、昭和45年度2年生と大学生とは類似している( $x^2=0.381$   $P<.99$ )。また、勤労保専学生は昭和45年度学生と他の同世代とを比較してみると2年生では類似しているが( $x^2=2.002$   $P<.70$ )、1年生は相違しており( $x^2=11.045$   $P<.05$ )、むしろ昭和44年度保専2年生と類似の反応がみられ、消極肯定と消極否定に分極化している。かように現任保母では経験年数による職業意識の差異がうかがわれるとともに若い年齢層に義務に対する拮抗感の台頭が推測される。一方、保専学生はしだいに同世代の青年層の傾向に近づきつつあることがうかがわれる。しかし、勤労保専学生については昭和45年度1年生にみられる傾向は前年度の保専2年生の傾向と類似しているなど同世代の青年層との間に若干のずれが感じられる。

仕事については全般的に肯定反応が多く、否定反応はすくないが、勤労女子青年、勤労保専

表4 言語刺激による情緒反応の状況

刺激語 情緒反応	自										義										仕										奉										仕									
	由					務					事					奉					仕					事					奉					仕														
	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-					
対象群	20	2	1	4	4	31	13	6	5	6	31	13	6	1	1	5	8	4	1	13	31	13	6	1	1	5	8	4	1	13	31	13	6	1	1	5	8	4	1	13	31	13	6	1	1					
現任	65	6	1	13	13	7	39	10	16	19	7	39	10	16	19	1	1	1	1	1	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
保母	79	3	3	15	15	3	18	29	38	42	3	18	29	38	42	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
新任(昭和45年3月卒)	48	9	3	2	2	1	22	20	14	2	1	22	20	14	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
昭和44年度2年生	38	7	3	3	1	1	12	15	17	7	1	12	15	17	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
保専	41	8	1	7	7	2	20	10	21	4	2	20	10	21	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
学生	41	9	1	5	5	1	15	19	20	1	1	15	19	20	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
興東	42	6	3	5	5	3	9	20	21	3	3	9	20	21	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
公立	42	6	3	5	5	3	9	20	21	3	3	9	20	21	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
44年度2年生	47	11	3	5	1	1	5	21	24	6	1	5	21	24	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1年生	64	19	5	8	2	2	52	58	77	21	2	52	58	77	21	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
昭和44年度2年生	75	9	6	9	9	1	22	23	26	34.5	1	22	23	26	34.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
1年生	73	26	14	17	2	6	42	93	70	10	6	42	93	70	10	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18					
昭和45年度2年生	127	17	5	9	1	4	29	51	60	9	4	29	51	60	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9					
保専	78	10	3	6	1	2	18	31	37	5.5	2	18	31	37	5.5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8					
1年生	121	18	4	13	1	3	24	49	56	20	3	24	49	56	20	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8					
昭和45年度2年生	26	2	3	4	2	3	15	31	35	12	3	15	31	35	12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5					
勤労保専	74	6	2	3	4	4	10	14	15	6	4	10	14	15	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
1年生	24	3	2	3	9.5	6	13	13	13	6	6	13	13	13	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
福祉系女子大学生	95	6	3	6	1	5	16	42	40	8	5	16	42	40	8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3					
勤労女子青年	53	5	3	4	2	7	12	13	26	9	7	12	13	26	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					

実数 (%)

+2 積極肯定, +1 消極肯定, 0 無関心, -1 消極否定, -2 積極否定, NA 無答

実数 (%)

刺激語 情緒反応 対象群	規			則			天			皇			愛			國			心			家			庭						
	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	+	0	-	
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
現任	1 (3)	8 (26)	9 (29)	7 (23)	12 (39)	13 (42)	1 (3)	12 (39)	13 (42)	1 (3)	12 (39)	13 (42)	5 (16)	31 (96)	7 (23)	2 (6)	7 (23)	3 (10)	8 (25)	4 (13)	7 (23)	31 (96)	18 (58)	5 (16)	2 (6)	1 (3)	6 (19)	5 (16)	2 (6)	1 (3)	
保母	1 (3)	11 (32)	10 (30)	11 (32)	4 (12)	5 (15)	1 (3)	5 (15)	9 (26)	11 (32)	4 (12)	1 (3)	34 (103)	3 (9)	5 (15)	22 (64)	5 (15)	5 (15)	22 (64)	1 (3)	34 (103)	1 (3)	34 (103)	1 (3)	19 (57)	5 (15)	10 (30)	1 (3)	5 (15)	1 (3)	34 (103)
新任(昭和45年3月卒)	2 (6)	14 (42)	21 (63)	3 (9)	4 (12)	7 (21)	3 (9)	6 (18)	4 (12)	7 (21)	2 (6)	6 (18)	62 (188)	2 (6)	5 (15)	10 (30)	8 (24)	18 (54)	22 (66)	6 (18)	62 (188)	1 (3)	62 (188)	1 (3)	15 (45)	11 (33)	11 (33)	2 (6)	3 (9)	62 (188)	
昭和44年度2年生	12 (36)	16 (48)	14 (42)	10 (30)	3 (9)	30 (90)	4 (12)	6 (18)	7 (21)	11 (33)	10 (30)	7 (21)	57 (171)	7 (21)	11 (33)	8 (24)	14 (42)	18 (54)	22 (66)	10 (30)	57 (171)	5 (15)	57 (171)	5 (15)	34 (102)	14 (42)	14 (42)	1 (3)	8 (24)	7 (21)	57 (171)
昭和45年度2年生	12 (36)	11 (33)	26 (78)	7 (21)	3 (9)	37 (111)	3 (9)	5 (15)	6 (18)	7 (21)	8 (24)	7 (21)	56 (168)	7 (21)	8 (24)	10 (30)	14 (42)	18 (54)	22 (66)	6 (18)	56 (168)	6 (18)	56 (168)	6 (18)	36 (108)	14 (42)	14 (42)	6 (18)	6 (18)	7 (21)	56 (168)
学生	13 (39)	12 (36)	26 (78)	7 (21)	6 (18)	38 (114)	4 (12)	6 (18)	10 (30)	11 (33)	8 (24)	3 (9)	58 (174)	4 (12)	12 (36)	18 (54)	18 (54)	22 (66)	2 (6)	1 (3)	58 (174)	8 (24)	31 (93)	11 (33)	1 (3)	1 (3)	11 (33)	1 (3)	1 (3)	2 (6)	58 (174)
関東公立 1年生	1 (3)	33 (99)	67 (201)	8 (24)	1 (3)	89 (267)	26 (78)	8 (24)	30 (90)	28 (84)	3 (9)	224 (672)	8 (24)	21 (63)	30 (90)	39 (117)	39 (117)	54 (162)	28 (84)	5 (15)	224 (672)	5 (15)	224 (672)	5 (15)	129 (387)	54 (162)	28 (84)	2 (6)	1 (3)	10 (30)	224 (672)
東立 1年生	2 (6)	44 (132)	65 (195)	17 (51)	5 (15)	139 (417)	39 (117)	12 (36)	21 (63)	22 (66)	12 (36)	238 (714)	12 (36)	9 (27)	17 (51)	39 (117)	40 (120)	38 (114)	26 (78)	13 (39)	238 (714)	13 (39)	238 (714)	13 (39)	131 (393)	47 (141)	36 (108)	3 (9)	2 (6)	20 (60)	238 (714)
4 1年生	2 (6)	31 (93)	19 (57)	12 (36)	1 (3)	52 (156)	6 (18)	17 (51)	9 (27)	12 (36)	4 (12)	163 (489)	4 (12)	17 (51)	25 (75)	21 (63)	35 (105)	23 (69)	8 (24)	2 (6)	163 (489)	4 (12)	163 (489)	4 (12)	86 (258)	36 (108)	32 (96)	1 (3)	9 (27)	163 (489)	
保専 1年生	1 (3)	18 (54)	26 (78)	4 (12)	3 (9)	15 (45)	13 (39)	9 (27)	13 (39)	8 (24)	5 (15)	160 (480)	5 (15)	3 (9)	18 (54)	24 (72)	26 (78)	22 (66)	6 (18)	3 (9)	160 (480)	3 (9)	160 (480)	3 (9)	54 (162)	39 (117)	39 (117)	1 (3)	1 (3)	160 (480)	
勤学 保母生	1 (3)	8 (24)	8 (24)	17 (51)	3 (9)	8 (24)	43 (129)	6 (18)	8 (24)	13 (39)	13 (39)	35 (105)	3 (9)	4 (12)	18 (54)	18 (54)	16 (48)	16 (48)	4 (12)	1 (3)	35 (105)	3 (9)	35 (105)	3 (9)	31 (93)	4 (12)	4 (12)	4 (12)	1 (3)	35 (105)	
1年生	5 (15)	6 (18)	19 (57)	17 (51)	4 (12)	17 (51)	43 (129)	6 (18)	16 (48)	16 (48)	3 (9)	32 (96)	3 (9)	6 (18)	9 (27)	6 (18)	16 (48)	16 (48)	1 (3)	32 (96)	3 (9)	32 (96)	3 (9)	25 (75)	5 (15)	5 (15)	1 (3)	1 (3)	32 (96)		
福祉系女子 大学生	1 (3)	19 (57)	40 (120)	41 (123)	10 (30)	69 (207)	12 (36)	9 (27)	19 (57)	19 (57)	1 (3)	111 (333)	1 (3)	11 (33)	20 (60)	16 (48)	16 (48)	19 (57)	11 (33)	2 (6)	111 (333)	2 (6)	111 (333)	2 (6)	72 (216)	25 (75)	11 (33)	1 (3)	1 (3)	111 (333)	
勤労女子 青年	3 (9)	13 (39)	7 (21)	34 (102)	5 (15)	7 (21)	5 (15)	6 (18)	9 (27)	3 (9)	6 (18)	62 (186)	3 (9)	6 (18)	10 (30)	8 (24)	10 (30)	10 (30)	6 (18)	1 (3)	62 (186)	6 (18)	62 (186)	6 (18)	31 (93)	20 (60)	5 (15)	1 (3)	10 (30)	62 (186)	

+2 積極肯定, +1 消極肯定, 0 無関心, -1 消極否定, -2 積極否定, NA 無答

学生の一部には他に比べて積極肯定がすくなく、逆に積極否定が多いのが注目される。すなわち、現任保母、保専学生および福祉系女子大学生は肯定反応が60%以上、否定反応が10%以下であるのに対して勤労女子青年は肯定反応31%（積極肯定9%、消極肯定22%）、否定反応28%（積極否定22%、消極否定6%）、勤労保専学生の昭和45年度1年生は肯定反応31%（積極肯定9%、消極肯定22%）、否定反応38%（積極否定25%、消極否定13%）で否定反応が目立ち、勤労女子青年と福祉系女子大学生、保専学生および関東公立4保専学生と勤労保専学生の昭和45年度1年生相互の間にはいずれも有意差が認められる（ $x^2=70.426$   $P<.01$ 以下、 $x^2=25.053$   $P<.01$ 以下、 $x^2=51.256$   $P<.01$ 以下）。これは現任保母や保専学生および福祉系女子大学生と勤労女子青年や勤労保専学生との職業意識や態度の差異から生じたものと思われ、その基底には専門的技術的職業従事者およびその予備集団である学生と比較的に単純な生産工程従事者との間に自分の職業に対する価値観や評価の相違、そこから生じる仕事への“かかわり”かたの差異が考えられる。

奉仕については所属集団による差異が著しい。すなわち、現任保母では経験保母と若年保母にくらべて中堅保母および新任保母は積極肯定がすくなく（新任保母11%、若年保母22%、中堅保母12%、経験保母25%）、世代による差異がみられるが（ $x^2=38.843$   $P<.01$ 以下）、全体としては消極否定が多い。保専学生は昭和44年度、45年度とも1年生は積極肯定が多く（44年度46%、45年度45%）、2年生では消極否定が目立っている（44年度47%、45年度39%）。この傾向は関東公立4保専学生に共通しているが、関東公立4保専学生全体としてみると45年度1年生ではいくぶん消極否定が増加している。また福祉系女子大学生は消極否定が過半数を占め、勤労保専学生は積極肯定が多く、勤労女子青年は消極肯定、無関心、消極否定の三反応の出現率が近似し特定反応への集中化は認められない。保専学生の情緒反応の変化過程を追跡的にながめてみると入学当初には積極肯定が多数を占めているが、2年生になると消極否定が多くなり、その傾向は保母になっても保持されている。すなわち、昭和44年度、45年度とも1年生と2年生の間には有意差が認められ（前者 $x^2=9.804$   $P<.05$ 、後者 $x^2=14.655$   $P<.02$ ）、また、両年度の同じ学年どおしを比較してみると類似しており（1年生相互 $x^2=4.141$   $P<.70$ 、2年生相互 $x^2=4.308$   $P<.30$ ）、年度によるちがいは認められない。つまり、昭和44年度1年生は1年後の状況（昭和45年度2年生）を調べてみると差異がみられ（ $x^2=14.836$   $P<.01$ ）、昭和44年度2年生では1年後（新任保母）に差異が認められず（ $x^2=7.186$   $P<.20$ ）、また昭和45年度2年生と新任保母とでは1年前には（昭和44年度1年生と2年生）有意差が認められたのが、1年後には差異がみられなくなっており（ $x^2=6.748$   $P<.20$ ）、昭和45年度2年生と1年生との間には有意差が認められる（ $x^2=14.655$   $P<.02$ ）。これは「奉仕」についての情緒反応が年度にかかわらず、保専1年生から2年生にかけて変化していることを物語るものであり、その基因として保母養成校における学生生活が問題になるが、勤労保専学生は1年生、2年生とも肯定反応が圧倒的に多いところから両者の間には自己のおかれた社会的な場の相違から生じる生活意識の差異が「奉仕」についてのイメージ形成に大きく作用しているものと考えられ

る。つまり、保専学生は保育学生という立場から実習あるいはボランティア活動を通じて社会福祉の現場と密接なかかわりを持ち、その実態にふれるにしたがって人間愛から一転して奉仕の美名にかくされた社会事業の矛盾やギマン性にうたがいの目をむけるようになり、封建的残滓や差別と抑圧が疑われる社会事業に反撥と抵抗を感じ社会体制に問題を感じる者が多くなるのに対して勤労保専学生は産業界における若年労働者の立場から社会福祉の世界にあこがれをいただき、奉仕を崇高なる精神の発露として考えているためであるといえよう。

規則については現任保母では消極肯定、無関心、消極否定が近似し特定反応への集中がみられず、保専学生は消極否定へ傾き、勤労女子青年および勤労保専学生では消極否定への集中化がみられ、福祉系女子大学生は無関心および消極否定が目立っている。かように青年層は一般に規則に抵抗を感じる者が多く、その傾向は比較的単純な生産工程従事者である勤労女子青年や勤労保専学生に目立っており、さきに述べた「仕事」についての情緒反応と密接な関係が考えられる。

天皇には全般的に無関心への集中化がみられるが、現任保母では経験保母が肯定反応に傾くのに対して中堅保母は否定反応が目立ち、若年保母は無関心、新任保母は積極否定が他にくらべて多く ( $\chi^2 = 80.908$   $P < .01$ 以下)、世代の相違がみられる。

愛国心は全体としては特定反応への集中がみられないが、相対的には消極否定が多い。消極否定は若い世代の保母や保専学生、福祉系女子大学生および勤労保専学生に目立つのに対して勤労女子青年はこれらと対照的に肯定反応が多いのが注目される。なお、現任保母は世代による変化が顕著にみられ、経験保母が消極肯定および消極否定、無答がほぼ同率であるのに対して中堅保母は無関心に集中し、若年保母は消極否定に傾き、新任保母ではさらにその傾向が強くなり、否定反応が61%を占めている ( $\chi^2 = 56.385$   $P < .01$ 以下)。また、青年層のなかで勤労女子青年のみが肯定反応が過半数を占め (51%)、否定反応がすくない (24%) のは福祉系の専門職員や学生と一般勤労青年との間に愛国心についてのイメージに差異のあることがうかがわれ、その背景には自己のおかれた社会的場の認識の相違が考えられるが、それは教育の差異によるのかもしれない。

家庭については一般に肯定反応が多く、否定反応はごく少数である。しかし、肯定反応の程度別比率に若干の差異がみられ、勤労保専学生は積極肯定をしめす者が最も多く (昭和45年度1年生78%、2年生89%)、新任保母および勤労女子青年では過半数を割っている。これは生活環境と生活意識の相違にもとづくと考えられる。

8つの刺激語による情緒反応の状況から次のことがいえよう。まず第1に青年層に共通する心情として自由にあこがれ干渉を嫌う傾向がみられ、それが「自由」に対する積極肯定と「義務」「規則」についての否定的反応となってあらわれていると考えられる。第2に情緒反応の世代別ならびに集団別特徴があげられる。これは主として社会的要因の影響が考えられ、1つは現代社会における生活環境の急激な変化にともない環境の諸要求に対する人間の認知と反応あるいは行動化のパターンが変容し、社会的行動や人間相互の関係が生活体験を異にする世代

間に差異を生じさせたためであり、2つには青年層の感情や欲求に集団的凝固性がうかがわれ、その背景にはマスコミュニケーションの発達にともない社会的価値体系の認知や文化ならびに社会現象の理解のしかたにみられる所属集団を通じての集団的思考の増加と個人思考の減少の影響が感じられる。したがって、所属集団の役割と機能に関する社会的期待や評価によっては所属メンバーの感情や欲求に種々の差異が生じることになる。かような状況からして現任保母の情緒反応に世代の相違がみられたり、青年層における保専学生、大学生、勤労保専学生および勤労女子青年にみられる情緒反応の集団的特徴が出現していると考えられる。

## V 討論とまとめ

現代青年の社会的価値意識の実態を現任保母および保専学生を中心とする女子青年についてその特徴をながめてみると、現代社会の社会的価値体系の動向が青年の生活態度や価値意識に大きく影響していることが強く感じられる。

### 現代社会における社会的価値体系と青年の社会的価値意識の関係

現代青年の社会的価値意識と現代社会における社会的価値体系とは密接に関係している。すなわち、社会環境および生活意識の急激な変化が社会的価値体系に変動を生じさせ、それが価値観の多様化現象をうみだし、現代女子青年の価値追求の志向性の多元化、価値意識の集団的凝固性と多面性をもたらしているといえよう。したがって、現代青年の人間の成長に直接、間接に影響をおよぼす要因として社会的価値体系をまず第1にあげることができよう。

人間はこの世に誕生すると同時に社会生活や人間関係における役割が期待され、その時代や社会の価値体系と行為様式を学習することによって基本的要求と社会的期待との調和をはかる欲求充足の方法が習性化され、その習性にもとづいて社会的態度や行動が生じる。しかも、人間は過去の生活体験にもとづいて自己のおかれた社会的場の意味を理解し判断してとるべき態度を決定する。このように、社会的価値体系は人間の社会的行動や人間相互の関係を時代や社会にふさわしいものにしたてあげ、人間は社会的価値体系にもとづいて評価され、社会的受容や排斥をうけることになる。そのために人格の形成や文化の学習過程にある青年期には社会的価値体系にもとづく教育と指導がおこなわれる。しかるに現代にみられる社会的価値体系の変動期にあっては社会的価値体系そのものが批判と反省の対象とされ、それにもなって人間形成の過程にある青年期の教育と指導のあり方が問われることになる。

現代青年の人間の成長をめざす教育と指導は現代社会に生きる人間としてのあり方を問題にし、時代や文化の進歩に則応した人間生活を考えることから出発しなくてはならない。人間は人間としての生活を維持していくために社会生活や人間関係を必要とし、そのためにさまざまな文化を創造し、文化を通じて人間行動や人間生活の営みを時代や社会にふさわしいものにし、

さらに人間として成長していく。人間は有史以来さまざまな時代や社会を経験してきたが、いつの時代や社会にも人間生活の目標となる精神や理念が存在していた。そして、人間はその時代や社会の精神あるいは理念にもとづく社会的行動や人間相互の関係をめざすことによって時代や社会に生きる人間としてふさわしい自己実現や人間的成長がはかられてきた。このように人間行動や人間生活の営みを問題にする場合には時代や社会の精神あるいは理念を忘れてはならない。

現代社会は個人の自由と責任および尊厳を中心とする人権尊重、民主主義の精神が強調され、人間は人間社会のなかで他の人びとと“共に生きる”よろこびが感じられる生活を通して自己実現の方法をみだし、人間的成長をはかっていく。したがって、このような現代社会の精神や理念に照して、批判と反省の対象とされている社会的価値体系をとりあげ問題にし、社会的価値体系が時代や文化の進歩に対応して人間の成長発展が期待できるように修正し改善していく働きかけをおこなうことが必要である。

現代女子青年の社会的価値意識にみられる特徴には現代社会に生きる人間としての人間形成の目標のあいまいさからくるとまどいとあがきが感じられる。現代女子青年の生活態度や価値意識にみられる所属集団ごとの分離・凝固化の傾向や社会的視野の狭さなどは国際社会に生きる道を志向するわが国の国家理念にたって考えると世界の政治、経済および文化にはたす役割を期待される現代青年としてはその人間形成に疑念と不安が感じられる。“人格は人間のさまざまな資質や能力を統一する本質的な価値であり、教育は人格の完成をめざすものである”  
 註1とするならば現代社会の精神や理念を明確化し、社会的価値体系をそれにふさわしいものにかえていく働きかけがまず第1にとりあげられ、青年層の共感と支持がえられる人間形成の目標設定にむかっての努力が必要であろう。しかも、現代社会に生きる人間に望まれる人間形成の目標は世代や職業および性別を問わず、人間としての豊かな個性をのばし、可能性の限りなき開発によって自主的、創造的な力をそだて、“人類の進歩と調和”註2を基本理念として人間の尊厳と幸福が約束される社会を築きあげる英知のにない手におかれなければならない。

### 保母の役割と機能の問題

現代女子青年の生活態度や価値意識を現任保母および保専学生に視点をあててみると保母の役割と機能の問題が重要な課題としてうかびあがってくる。

保母の役割と機能を問題にする場合にまず第1にとりあげなければならない問題は教育と福祉の関連の問題であり、現象的には幼稚園と保育所との関係という形でとりあげられるであろう。ところで幼稚園と保育所のちがいでについてわが国の法律や制度・組織のうえでは幼稚園は

註1 期待される人間像、P. 2, 文部省広報資料33。

註2 EXPO'70 統一主題, 日本万国博覧会公式ガイド, P. 12-13, 日本万国博覧会協会。



幼児に対して学校教育をおこなうことを目的とし保育所は保育に欠ける乳幼児を日々保護者の委託を受けて保育する児童福祉施設であると規定されている。

## 1. 教育と福祉の関連

最近、幼稚園と保育所の一元化の問題が中央教育審議会の「今後における学校教育の総合的な拡充整備のための基本的施設について」の答申（昭和46年6月1日）を契機として活発に論議され、種々の主張がなされている。しかしながら、それらの主張のなかには福祉の概念、機能や役割に関して極めて不明確なものが多く、また、福祉活動の独自の機能や領域についての認識に欠ける論議もすくなくない。したがって、福祉活動の専門的機能と領域ならびに教育活動との関係を明確にする必要がある。

子どもに関する福祉活動は子どもの身体的、精神的、社会的発達が阻害されているか、あるいは阻害される恐れがある場合に、そのような状態が欠如に基因するか、または調整・治療を必要とする時に用いられる活動であるといえよう。したがって、福祉活動は教育活動や医療活動と密接な関係にある人間行動の修正に関する活動であり、発達期の子どもにとって福祉活動は教育活動と切りはなすことのできないものである。保母の役割と機能を論じる場合には主として欠如に基因する場合におこなわれる福祉活動がとりあげられることになろう。

人間はC. H. クーリーのいう第1次集団における直接々触の人間関係を通じて価値体系や行為様式を学習し、基本的なパーソナリティが形成される。したがって第1次集団が子どもの成長・発達に必要な要因を欠く場合には補綴（てつ）の活動によって、その成長・発達が保障されなければならない。子どもの成長・発達に必要な要因は栄養の補給や保健などの身体的養護だけでなく、人間のパーソナリティの基礎は母親と子どもとの人間的な肌のふれあいや温かい感情の交流を中心とする親子の人間関係によって築かれ、情緒的成熟がはかられることがもつとも大切であり、しつけや習慣形成はその基礎の上にうちたてられなければならない。高度に発達した現代文明はともすると合理的、科学的な育児法を強調するあまり、親子の情緒的関係の重要性を忘れさせがちであるが、単に合理的、科学的な身体的養護のみでは子どもの健全な成長・発達は望むことができない。子どもにとって必要なのは健康で情緒的に安定した夫婦の営む家庭生活であり、そのなかにおける母親と子どもとの情緒的接触である。このような子どもの成長・発達に必要な要因が欠如している場合には補綴の活動が必要であり、そのための福祉専門職員として保母が考えられ、子どもとの情緒的関係を通じて人間形成に関与する保母の役割と機能はかかる活動にその意義をみだすことができよう。しかしながら、保母のおこなう補綴の活動は対象児が発達期にあるところから、必然的に、年令相応の文化を身につけさせ社会や集団のなかで人間としての安定をえさせるとともにさらに高度な文化をもつ社会を築きあげ、みずからも成長してやまない人間に育てあげる機能をもつ教育活動を必要とし、教育と福祉の一体化ないしは統合が考えられなければならない。したがって幼・保一元化の問題は

保母の主たる役割と機能である福祉の領域における専門的機能——補綴の活動——に関する認識をふまえたうえで現代社会に生きる対象児の実態に則して幼稚園と保育所の機能と役割を統合し再編成する方向に議論が発展していくことが望ましい。

## 2. 保母養成の問題

保母の役割と機能に関する問題は必然的に保母養成の問題をうかびあがらせることになる。保専学生の生活態度や価値意識の実態をながめてみると保母養成のあり方や保母像に問題を感じざるをえない。昭和44年度1年生以降の保専学生にみられる基本的な生活態度志向の変化、「社会人としての生活」をおくる場合の生活態度に関する価値志向を中心とする特徴、あるいは「奉仕」「義務」などの刺激語に対する情緒反応など他の青年層にくらべ特異な傾向は現代社会における社会的価値体系の変動がとりわけ保専学生の内面的心情や成長への衝動に大きな影響をあたえていることを推測させる。このような保専学生の社会的価値意識の実態をふまえて保母養成に関する適切な対応策がとられないとすれば、子どもとの情緒的関係を通じて人間形成に参与する保母の役割と機能の重要性を考えると憂慮せざるをえない。時代の変化にともない保母養成の指定基準の明確化と教育課程に関する改正が昭和45年9月30日におこなわれ、昭和47年4月1日から全面的に適用されることになっているが、その通達や告示をみても、なおかつ、うたわわれている福祉専門職員としての資質と専門性の向上の内容が不明確であり、専門職としての保母の役割と機能がはっきりとめざされているとはいえない。しかるに一方では中央教育審議会の答申をめぐってまきおこされた幼・保一元化の論議から派生的に保母の身分についての不安と懸念がもたされ、他方では中央社会福祉審議会の職員問題専門分科会は社会福祉専門職員の充実強化方策としての「社会福祉士法」制定試案を発表し、社会福祉士たる資格を必要とする職種の中に保母をふくめ福祉専門職としての資格のレベルアップをうちだしている。保母像や保母養成をめぐるこのような情勢は保専学生の心情を正しく理解し、人間的成長を阻害する社会的、心理的要因の解明を通じて望ましいあり方を志向する論議であるかどうか疑わしく、このままでは保専学生に不安と動揺を生じさせ人間的成長にあたえる影響は大きいといわざるをえない。

当面の急務は保専学生がめざす保母職に生きがいと誇りをもって学業に専念できる環境づくりであり、それには現代社会における生活環境と生活意識の変化にともない、今後ますますその重要性をましてくると考えられる情緒的関係を通じて子どもの人間形成に参与する保母の役割と機能についての認識のうえにたつて、必要とされる知識と臨床経験の効果的な教育方法や新しい時代にふさわしい保母像の再構成に保専学生の共感と支持がえられるやり方で取組む姿勢が保育関係者に要求され、保専学生の生活態度や価値意識に目を覆ったり、保専学生不在の論議を展開するようでは保専学生の不信をまねくばかりでなく、保育関係者自身の現代社会における人間としての生き方そのものが厳しく問われることにならう。

おわりにのぞみ、この研究にご援助いただいた横山定雄武蔵大学教授（もと社会精神衛生部長）ならびにご協力いただいた学校、企業体の関係各位に心から謝意を表する次第である。

## 文 献

1. 文部省：期待される人間像，昭和41年
2. 岩佐喜久枝：保母養成教育課程の改正について，小児保健研究Vo1. 29-6，昭和46年
3. 文部省大臣官房：中央教育審議会答申関係特集，文部広報529号，昭和46年
4. 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会：社会福祉専門職員の充実強化方策としての「社会福祉士法」制定試案，昭和46年
5. 森 重敏：最近の保育問題—中教審答申と中児審意見具申をめぐって—，日本保育学会々報31号，昭和47年
6. 櫻井芳郎：乳児の精神衛生，助産婦Vo1. 26-6，昭和41年
7. 櫻井芳郎，足立倭子：保母の精神衛生に関する研究第1報，第17回日本社会福祉学会大会発表論文抄録，昭和44年
8. 櫻井芳郎：保母集団における世代葛藤にともなう人間成長阻害に関する研究第1報，第23回日本保育学会大会発表抄録，昭和45年
9. 櫻井芳郎：保育者の精神衛生に関する研究III，第24回日本保育学会大会発表論文集，昭和46年
10. 櫻井芳郎：現代青年の社会的価値意識に関する考察，第13回日本教育心理学会総会発表論文集昭和46年
11. 櫻井芳郎：保母および保専学生の社会的価値意識に関する追跡的研究—言語刺激による情緒的反応(1)—，第38回日本応用心理学会大会発表論文集，昭和46年

心身障害者社会復帰施設における集団精神療法の試み<sup>1</sup>

## 第一報

児童精神衛生部	池田由子	同	中村眞由
東京都心身障害者福祉センター	金平輝子	同	君島直子
同	古牧節子	同	古田多賀子
同	眞野由美子		

## 1. ま え が き

医学の領域で集団を治療的に用いたのは、1905年米国のPrattによってであるが、彼の対象は結核患者であった。彼は患者たちに絶望的な考えを抑制させ、疾患についての理解を深め、治療に積極的に参加させるため、集団での話しあいを用いた。とりわけ、彼が注目したのは、共通の疾患から来る仲間意識であった。のちに彼は患者の悩みや憂いをおさえるよりも、むしろそれを認め、表現させるようにした。WalshはPrattのやりかたをひきつぎ、結核患者に「説明的な」集団をもち、疾患の性質を知らせ、無用の恐怖をへらし、士気を高めようとした。このような教育的、指示的な集団は、技法に大きな変化がなく相当期間続き、糖尿病、心臓病、高血圧、ロイマチス、十二指腸潰瘍、肥胖症、更年期障害、あるいは栄養障害の子どもなどを対象に用いられた。このような患者の集団では、患者相互の励ましと、兄弟的立場からくるよくなるための競争心が有効に働いたという。しかし、65年以上経った現在、文献をひもといてみると、身体障害者に対する集団精神療法の数、きわめて少くなり、精神障害者に対する報告の数が圧倒的に多くなっている。退院後の患者の社会復帰を助けるための治療社会クラブ形式の集団も、現在では精神障害者を中心としている。

われわれは、集団精神療法にもつとも適する患者の条件の一つが、集団に属したい、社会に認められたいという、いわゆる社会的飢餓 social hunger を感じている人びとであるならば、

- 
- 1 A Preliminary Report on Group Psychotherapy  
in a Rehabilitation Center for the Mentally  
and Physically Handicapped.
  - 2 by Yoshiko Ikeda. M.D. Division of Child Mental Health  
Teruko Kanehira Tokyo Metropolitan Rehabilitation  
Center for the Mentally and Physically  
Handicapped  
Setsuko Furumaki                   "  
Yumiko Shinno                       "  
Mayu Nakamura                      "  
Naoko Kimishima                   "  
Takako Furuta                       "

心身障害者社会復帰施設において、とくに身体障害者に対してもっと応用されてもよいのではないかと考えた。また、身体障害者の心理的側面についての研究が乏しく、さまざまな、生れつきの、あるいは中途障害を一括して身体障害者の心理的特徴として考えるような傾向もあるので、臨床心理的な側面からの理解をより深めるためにも、集団場面での観察を行いたいと望んだ。

われわれは、さきに、問題行動をもつろう児の遊戯集団療法、また、脳性まひを中心とする身体障害児童の合宿、合併症をもつ精薄児童の活動集団療法などを体験して、望ましい結果を得たので、その体験をもとに、約1ケ年の準備期間ののちに、次に述べるような対象に、集団精神療法を試みることにした。

## 2. 対象と方法

東京都心身障害者福祉センターは都内の心身障害者の社会復帰に必要な相談、評価、判定、治療、訓練を総合的に行う福祉施設であるが、その活動の一環として、肢体不自由者更生施設をもっている。この更生施設は身体障害者を収容し短期間の治療訓練を行うが、主な訓練としては、職業前、運動機能回復、日常生活動作、補装具装着、言語などの訓練がある。これらの訓練はリハビリテーション専門職員のチームワークにより行われる。なお、更生施設の一部に宿泊施設があり、これはセンター外来を利用する心身障害者を短期間宿泊させ、精密判定や短期集中訓練を行っている。今回の報告は、この更生施設の入所者と、宿泊施設を利用した精神薄弱者について行った集団療法の試みについて述べる。

### 1). 更生施設の入所者の集団

更生施設の入所者は生れつきの、あるいは青壮年期におこった身体障害のため、順調な社会生活をする事が出来ず、身体的な不全感、心理的な挫折感、将来への不安などに悩んでいることが多い。このため身体的機能回復訓練と同時に、かれらの不安を軽減し、訓練や社会復帰への動機づけを高めるような働きかけが必要になってくる。このような目的を達成するために、昭和46年4月以後にこの更生施設に入所した者全員に集団療法を行った。

入所者に対しては、すべて個人面接を行い、自己の障害や訓練に対する態度、知能や痴呆化の程度、精神活動のテンポ、言語によるコミュニケーションの能力などを評価し、性別、年齢、生活史、将来への見とおしなども考慮して、四つの集団をつくつた。

その詳細は、才1表から才4表に見るとおりであるが、才1～才3は男性、才4は女性の入所者からなる集団である。

方法としては、話しあいを中心として、毎週1時間宛6ヶ月間行った。入所者には個別にそれぞれの訓練のプログラムがつくられており、集団治療はその一部となった。治療者は心理員(女性)で、才1グループには生活指導員(女性)が協同治療者として参加した。場所は更生施設内の談話室あるいは心理室を用いた。各セッションの経過は隔週2-3時間づつ、治療者全員

により討論を行い、コンサルテーションは精神科医が担当した。

なお、治療回数は、才1，才3，才4グループが21回，才2グループが19回である。

## 2) 精神薄弱者の集団

センターに来所する軽度精神薄弱の青年男女のなかには、家庭や社会の中で、その能力を過大評価、あるいは過小評価され、適切な訓練を受けないままに、成人に達した者が多い。たとえば、今回のグループのメンバーの中にも見られるように、普通高校、短期大学などを、課業に全くついてゆけぬまま進まされた例もあり、反対に無能力者として家庭で幼児のごとく取扱われていた例もある。このような人びとは、社会に出る年令となっても能力相応の自己実現が出来ず、友人もなく、それぞれの家庭の中で、本人も家族も目標がもてず、家族は困惑し、本人は慢性の欲求不満に陥っていることが多い。

オ1表 オ1グループ

氏名	性別	年齢	発病受働時の状態	傷病名	障害部位・程度	学歴	職歴	家族状況	知的能力	行動特徴	訓練内容・期間
A	♂	20	1才時気づいた。	脳性まひ	四肢まひ 言語障害 1級	養護学校 高等部卒	なし	<p>14才時父死亡， 兄達が，家計を 支えている。</p>	普通以下	生活全体が意欲的， 行動的。	職業前訓練 1年
B	♂	15	8才時切断 以後松葉杖歩行	腫瘍	右大腿切断 3級	中3在	なし		普通	無口， 積極的に他人にはた らきかけない。	福祉装着訓練 機能回復訓練 5ヶ月
C	♂	19	5ヶ月時CPと 診断される。	脳性まひ	四肢痙直性まひ，不随意 運動著しい。 言語障害(車椅子) 2級	中学校 特殊学級卒 (高等部)	なし	<p>家庭内では，過 度に保護された。</p>	軽度精神薄弱	柔直，まわりの人に かわいがられる。	職業前訓練 1年
D	♂	21		脳性まひ	四肢まひ 爪先立ち跛行，外斜視 言語障害 5級	養護学校 高等部卒	なし	<p>家庭内では，過 度に保護された。</p>	軽度精神薄弱	依存的・楽観的。	職業前訓練 1年
E	♂	22		脳性まひ	両手機能軽度障害 言語障害 4級	中卒	なし	<p>単身上京 (集団就職)</p>	軽度精神薄弱	行動はおそい。 人なつこく，かわい がられる。	職業前訓練 日常生活動作 訓練言語訓練 1年
F	♂	21		脳性まひ	四肢まひ 言語障害 2級	養護学校 高等部3年	なし	<p>小3時より養護 学校。寄宿舎生活</p>	軽度精神薄弱	快活にふるまい，行動 的であるが，反面一人 で，じっとしているこ とが多い。	職業前訓練 1年
G	♂	22	17才時，手足 しびれ。	小脳性失調症	右手指の機能障害 筋の硬直 3級	高校中退	なし	<p>父単身で地方赴 任，祖父母が養 育の中心。</p>	境界線級	神経質，無口，機械 いじりが好き，積極 的に人と交わらない。	職業前訓練 1年
H	♂	20		脳性まひ	四肢痙直性まひ 言語障害 2級	養護学校 高等部卒	なし	<p>母は，本人の教 育に熱心だった。 (母子入園経験有)</p>	境界線級	過敏 自分なりの考えをも つが容易に出さない。	職業前訓練 1年
I	♂	20		脳性まひ	体幹機能障害 言語障害(車椅子) 2級	養護学校 高等部卒	なし		境界線級	感情を抑えてはいる が，安定した行動を とる。	職業前訓練 機能回復訓練 1年

このような軽度精神薄弱の若い女性に対し、社会化の経験を与え、メンバー相互の交流により、自発性を育てることを目的として、昭和45年以来集団がつくられてきた。

ここに報告するのは才2期目に試みた軽度精神薄弱の女性6名の集団である。昭和46年初夏から週1回2時間ずつ、6ヶ月間、計28回会合を行った。そのほか、夏と冬に各1回ずつ、1泊の合宿を行った。また母親に対しても、本人に対しての正しい理解を深めさせ、家庭における情報を得るため、月1回の話しあいの会をもった。各セッションの経過や、合宿の状況は、録音や8ミリ映画により、治療者集団に提出され、討論や指導が行われた。

### 3. 各集団の特徴、経過、問題点

#### 1.) 才1グループ (才1表参照)

##### A. 才1グループの特徴

20才前後の男性9名から成り、うち6名は養護学校高等部卒業後、進路決定のため、入所訓練を希望した。他のグループと異なるのは、メンバーのいずれも在学中、あるいは卒業直後で、就職などの社会経験を欠くことである。大多数は就職を希望しているが、高校卒業までに級友の大部分は進路がきまったのにもかかわらず、このメンバーは「就職困難」と評価されていた。入所訓練に対する期待と不安がきわめて大きい。障害としては脳性まひが大部分で、大腿切断、小脳性失調症が各1名いる。メンバーの殆どが、言語障害をもっており、その程度はさまざまである。環境的条件としては、生れつきの肢体不自由児として、家庭で保護され、同じような障害児の集団の中で育ってきたものが多い。中途障害のさまざまな患者と接して生活を共にする、更生施設入所のショックや刺激を強く感じている、きわめて同質的な集団といえる。

##### B. 治療経過と問題点

この集団が会合につかつたのは、居住棟内の談話室である。この部屋は、日常入所者が自由に出入りし、読書やレコードを聴くため使用する場所で、メンバーにとってなじみ深い部屋であった。集団療法は話しあいを中心としたが、話しあいの中にレコードを聴こうとする者もあった。また、ふざけあいのような格闘がおきることもあったが、治療者はこれらにとくに制限を加えなかった。

メンバーはその年齢や経験が同質的であるために、日常生活面で接触が多く、相互にぎこちなさ、よそよそしさは少かった。しかし、かれらのいう「集団心理訓練」のため、はじめて集ったとき、「何をしたらよいのか?」というまとまりが見られ、治療者に対して学校の教師に対するような依存的な態度がみられた。おのおのの自己紹介から才一回の会合がはじまった。

会の終りに近く、養護学校のことを話題になると、学校時代のことや教師についての感想や不満が活発に出され、相互に共感し、親しい感情が表現された。

才2回には治療者がとくに指示をしなかったところ、何を話したらよいか、誰がリーダーシップをとるのかについて迷っているようで、散発的、表面的な話の流れで終わった。才3回目に



は、定刻には2人しか集っていなかった。治療者がそのままにしていたところ、時間を過ぎてボッボッ集りはじめ、結局全員揃った。この頃、メンバーの中でもっとも障害の軽いA（20才、脳性まひ）が、施設外の事務講習会に出ることがきまった。Aは興奮気味となり、話しあいはAを中心にして行われることが多かった。

才4回のセッションで、D（21才、脳性まひ）が、「訓練で疲れる」という苦情を述べた。Dは訓練に熱心でないと見られていたので、たちまち、全員がDを攻撃しはじめた。「訓練は本来きびしいものではないか」、「Dは疲れる程、積極的に訓練をやっていない」というようなD個人への批判、攻撃で、くりかえし、長時間行われた。

このような個人攻撃はその後も次々と行われ、「お前の考え方は甘い」とか、「そのような行動は障害者の恥だ」というような発言が、しばしば行われた。彼らは、「子供っぽい」、「甘えている」、「依存的だ」、「独立心が乏しい」ということを、徹底的に否定しようとし、そのような兆しを相互に批判した。しかし、批判や攻撃が相当はげしくとも、メンバー間には、親しい仲間意識のようなものが基礎にあった。相手を批判しながらも、自分の中にある同じ傾向を批判し、互いに励まし、全体の士気を高めてゆこうとするようなひたむきな願望が見られた。

話しあいの中に見られた前思春期におこるような独立への志向は、彼らが家庭に外泊した際家族からも明らかな変化、成長として認められた。時にはこの変化は、それまで障害児と共生的に生きていた母親にとって、驚きや喜びよりも、分離の不安を与えることもあった。

才9回目になると、このような昂揚状態から次才にさめて、集団の目的に対する疑問が出されるようになった。「一体ここ（集団療法の場面）で何をすればよいのか？」という問いかけがなされ、更に「僕たちは就職を目指して訓練をうけ、1時間でも多く励まなければならないのに、ここで何となく話をしてどんな利益があるのだ」と治療者を攻撃する者もあった。

「どうしてもやるなら訓練の時間以外にしたらどうか」という意見も出た。

このため、才10回目には治療者も意図的に話題をしぼり、「社会に出てゆくために、本当に必要なものは何か？ センターの訓練は何のためか？」について話しあつた。10回頃から前述のAと、H（20才、脳性まひ）が主導権を取り、多く話した。活発な話しあいの中から、「自分たち自身をもっと見つめる必要がある。そのためにこの時間は必要である」という集団について肯定的な意見が出はじめた。しかし、同時に、「この時間は短いので効果的に話をしたい」、「メンバーが必ずしも適当でない。（軽度精神薄弱を伴うDやFを指す）」という発言が一部から出た。

「自分たちの時間だから、自分たちで使おう」という発言も出て、「レコードをきこう」とか、「腕ずもうをしよう」と言い出したり、姿勢や場所を思いのままに茶の間の霧囲気になった。

A、Hはつづいてリーダーとなり、障害者と両親や教師との関係、障害者と社会の関係に話しあいをリードし、「自分たちの将来は、自分たちで開かなければならない」という決意が何

人かから述べられた。しかし、実際の場面では選ばれて職場実習に出たAが、すぐに就職は出来なかったことから、障害者の就職のきびしさが実感され、全員に動揺がおり、不安、不満、諦めなどの気分が見られた。活潑なメンバーたちは、「やはり、偉そうなことをいつても、自分たちは甘かった。とっぱり、首まで周囲の甘さに浸りながら、口では独立とわめいている。仕事をやらせてくれるなら何でもやる。仕事を分けてくれないのなら、あくまで挑戦する。能力不足なら努力で補うよりしかたない」と言いながらも、進路がすぐにきまらぬ不確かさから、「職員は僕たちに何を与えてくれるか?」「本当に必要なものを与えてくれないではないか?」と治療者に迫る場面も見られた。言語障害が著しく、グループ内ではつねに受動的であったC(19才、脳性まひ)も、職員に対する攻撃的発言に加わった。言葉が通じにくいもどかしさに顔を紅潮させ、体全体をゆすりながら、自分の意見を精一杯主張しようとする姿に、メンバーたちは、「ハッスルしているな」とひやかしながらも、強い印象を受けた様子であった。

この集団の中にはCのように、重い言語障害のため、家族以外の他人のいる場面では、殆ど話をしたことの無いメンバーも何人かいた。そのようなメンバーのためには、集団ははじめて他人と深くコミュニケーションする実験室となった。困難な場合には、メンバーの中から通訳をする者があらわれた。最初にきめた6ヶ月目の終結期が来たとき、全員とも継続を希望し、会合は退所の時期まで続けられることになった。

以上の経過から治療者の感じた問題点をまとめてみると、次のようになる。

(1)疾患の特徴から言語障害のかなり重いものでは、会話を中心とする集団では発言しにくく受動的になりやすい。発音が不明瞭で、治療者が理解できず、何度も聞きかえすため、発言がとぎれることもあった。そのような場合、メンバーの中から通訳をする者があらわれたが、会合の初期には、治療者は済まなさやいら立ちを感じるものがたびたびあった。

(2)11回頃から全体の気分がほぐれ、坐りたい所に坐り、自分の好きなこと(作業、活動を含む)をする雰囲気になったが、行動としてはまとまりなくなった。ふざけたり、椅子をふりあげてみたり、行動化することが多くなった。この傾向は数回で沈静し、治療者は制限をとくに加えなかった。しかし、運動の障害のため、動作がなめらかにゆかぬ者が多く、ひっくりかえされると起き上れなかったり、力の入れ具合が狂ったりして、治療者がハラハラしたこともあった。

(3)能力の高いメンバーは自分の問題解決に急で、能力の低いメンバーとの話しあいを馬鹿らしい、時間の浪費だと訴えることがあった。能力の高いメンバーが休むと、低いメンバーも話し出すが、内容が散発的に終ることが多く、F(21才、軽度精薄を伴う脳性まひ、過疎地出身)は個人の場面と異り、集団内では、ふざけるか、沈黙していることが多かった。

(4)就職を切望する者は短期間に多くの職業訓練を受けようとし、集団の話しあいに抵抗をみせることがあった。しかし、この傾向は初期のみで、後期には消失した。

(5)全体的には養護学校の延長といった気分が強く、日常生活でも一緒に過すことが多かったが、就職や社会に出た経験をもつ中途障害者(才2グループ)との接触は、大きな刺激となった。

表2 表 2 グループ

氏名	年齢	発病時の状態	障害名	障害部位・程度	学歴	職種	家族状況	知能能力	性格・行動特徴	訓練内容・期間
A	21	18才, 海水浴中外傷 頸髄損傷 意識障害	頸髄損傷	体幹機能障害 膀胱直腸障害 皮膚感覚まひ 1級(車椅子)	高校一年中退 (調理師免許取得のため)	食堂手伝	兄3人病死 兄弟全員就職結婚のため別居 母病身, 生保受給。	普通	神経質, やや心気症的傾向。 他人の気持に敏感に反応。	入所期間1年 日常生活動作, 職業前運動機能回復訓練。
B	29	25才, 飲酒して歩行中転落事故。	脊髄損傷	両下肢機能障害 膀胱直腸障害 1級(車椅子)	大卒	会社員	母がパートタイム。	普通	やや内向的, 慎重。 対人関係にも受身であり, 訓練に對する意欲がやや乏しい。	入所期間1年 運動機能回復, 職業前補装具装着訓練。
C	33	19才, 結核右上肺葉切除5才時, カリエス	脊椎カリエス	両下肢膝以下運動まひ 知覚まひ 2級(車椅子)	工業高校卒	寿司屋経営	妻と弟で飲食店を経営。	普通	外向的, 対人関係積極的。 自己顕示が強い。自分の障害について配慮が乏しく, 調子に乗ってやり過ぎる。	入所期間6ヶ月 職業前運動機能回復, 補装具装着訓練。
D	27	4才, 交通事故	頭部外傷	体幹機能障害 4級	中卒	工員	幼少時父死亡 85年母病死 失業保険受給。	境界線級	固執性が強く, 新しい状況にうまく転換できない。 自己の能力を過信する傾向がある。	入所期間1年 職業前訓練
E	34	29才, 交通事故。 頭蓋底骨折。	脳挫傷	著しい体幹機能障害と言語障害 2級	大卒	小学校教員	兄弟全員サラリーマン 全員未婚, 本人の復職のために生面的に援助を請けている。	普通	固執性が強く, 拘り定規精神を 示すがやや遅い。 運動機能回復に過大な期待をか けていて。	入所期間1年 運動機能回復 職業前訓練
F	29	26才, 交通事故 意識障害。	脳挫傷	右, 上下肢まひ 3級	中卒	工員	父母無職 兄弟姉妹同居。	境界線級	やや緊張な面がある。 多弁, 軽妙な冗談をいう。 他人の世話をやきすぎる。 気分にはげい波がある。	入所期間1年 日常生活動作 職業前訓練
G	36	26才, 左手腕から米槽にかけて機軸障害, 28才, 頸動脈, 右下肢手術。	頸動脈血栓 脳栓差	左上肢まひ 右下肢切断 言語障害 1級(車椅子)	国立大卒	研究所 研究員	父と弟二人で飯金加工(自営)をしている	普通下	内省力に富む, 慎重。 障害受容良好, 若い人に対して干渉しすぎる。 うるささの存在。	入所期間1年 日常生活動作 運動機能回復 職業前訓練
H	30	23才, 左半身マヒ, 一時意識障害。 時々癲癇発作。	心臓病 脳血栓	左上肢まひ 3級	発病のため 大学中退	学生	兄弟結婚し別居, 母高令無職生保受給。	普通下	内省力に富む, 再発に対する不安をうまく処理しながら訓練に對しても積極的にとりくむ。 対人関係良好。	入所期間1年 職業前訓練
I	34	30才, 脳出血, 意識障害	脳出血	左上肢まひ 2級	中卒	工員	15才背位職のため単身 身上海, 兄弟は全員結婚, 生保受給。	境界線級	自主性がやや乏しく従属的, 再発に対する不安が高い。	入所期間1年 職業前訓練

オ2グループの特定の人を尊敬する者もあった。このような点を考えると、年齢、障害、教育、家庭環境などのきわめて類似した同質的集団としての利点も大きかったが、集団の構成における異質性の利点も、また考慮すべきではないかと考えられる。

## 2). オ2グループ(オ2表参照)

### A. オ2グループの特徴

中途障害の男性9名から成る。これらの人たちは学窓を出て社会生活をはじめた比較的若い年齢で、事故、または疾患により、予期した人生のコースを大きく転換せざるをえなくなっている。将来健康人に伍して就労することを切望しているが、反面不安も感じている。障害以前の職業、学歴、社会的背景には、かなりのひらきがある。障害の原因、障害の程度がさまざまで精神活動に殆ど支障のないものから、人格水準の低下の認められるものまで、程度がさまざまである。身体機能面でも、日常生活動作上軽い障害のあるものから、かなり介助を必要とするものまで含まれている。軽度の言語障害をもつ少数はいるが、全員言語によるコミュニケーションは可能で、いわば、この更生施設内では、「エリート」に属する集団である。

### B. 治療経過と問題点

オ1回の会合では、「障害をうけた後、自分は世間の人からどのように見られ、どのように取扱われたか?」という外傷的体験や、「将来社会に復帰できるだろうか?」と不安が、それぞれのメンバーから、活潑に話しあわれた。ただし、感情をおさえた理性的な調子であった。

オ2回以後は、他の身体的訓練などにくらべて、「この集団の目的や性格がわからない」といういらだちや、「自分の気持は自分と同じ障害をもつ人にしかわからない。(たとえば、脊損者にしか脊損者の苦しみはわからない)。他の障害を持つた人には気持が通じない」という抵抗や反撥が認められた。沈黙や欠席も多くなった。

2回目のセッションで暑さに弱い脊損患者が何度も頭を冷しに席を立ったり、発言量が少なくなってしまったことから、3回目以後は冷房のある部屋に場所を変えたが、全般的に心理的な緊張が高く、表面的な会話に終始したり、異性の治療者を意識しながら猥談を話しあうという状態が続いた。3ヶ月目に入り、「何故われわれはこんな無意味なグループに参加しなければならないのか? もっと自分たちに実益のある技術習得の話とか、金儲けのやりかたとか、そんな話を聞きたいのだ」という疑問や抗議が治療者に一斉に向けられた。そのなかには、「毎回テーマが与えられず、自分で考えて発言しなければならないという緊張感に耐えられない」という発言も見られた。治療者からも、「無意味だと思えば、何とか少しでも役だつようにするにはどうしたらよいと思うか?」という反問も出て、くりかえし、この問題についての話し合いが緊張した空気の中で続いた。

その後、時間のたつにつれ、「今までは治療者ばかり当てにしすぎていた。もっと自分たちが積極的に動かなければ意味がない」という発言が出るようになった。しかし、「自分が積極的に動くのは、どうもしんどい。誰かが音頭をとってさえくれれば、それについてゆきたいのだ」。

というように、お互いに頼ろうとする空気が強く認められた。入所後患者たちによってつくられた自治会がリーダーの1人(才3グループ)の退所により解散し、才2グループはそれに無関心であったことも話しあわれた。「結局、自分たちは、自分の体のこと、訓練のことで精一杯で、少しでも余分の時間があれば、体を大切に休んでいきたいのだ。余分なエネルギーを他人のために、たとえ、ほんの少しでも使いたくないのだ」ということがそれぞれから発言された。「外傷をうけたり病気になってから、どうして自分はこんなに変わってしまったのか?」「どうして、こんなに消極的、自閉的になってしまったのか?」「身体面だけでなく、知らず知らずのうちに、精神活動まで制限してしまっていた」と、自分のあり方に気づいて、驚く者や考えこむ者が見られた。車椅子のAやG、脳血栓のHなどが話しあいの中心になり、殆ど全員が参加した。

この頃、更生施設開始以来、もつとも大規模な行事である「懇親パーティ」が開かれ、大成功のうちに終るという出来事があった。この日の準備や、当日の運営、進行には入所者全員が積極的に参加し、これを職員が助けるという方法で行われた。この経験は入所者に満足感と自信を、多かれ少かれ与えることが出来た。後期のセッションでは、この成功について2回話しあわれた。特に重要な役割を果たした何人かのメンバーは、自信を得た様子であった。

才1回以来、「障害の異った者同志は、互に理解したり、ふれ合うことは、到底出来ない」という発言がくりかえし出していたが、「問題は障害のちがいにあるのではなく、自分自身の中にあるのだ。自分で殻の中に閉じこもり、他を排除し差別しようとする構えなのだ」という発言が出て、感情のこもった話しあいが、自由な雰囲気の中で展開されるようになった。このような体験的洞察がおこりはじめたとき、ちょうど6ヶ月の月日が過ぎ、集団は終結の時期を迎えたのである。

なお、問題点として挙げられるのは次の点である。

(1)障害の異ったメンバーでつくられた異質な集団の場合、メンバー相互の共感的な理解を持ちにくく、自由な相互作用がはじまるまでに相当の時間を必要とする。

(2)指示されたことを型どおり行うことに、かなり高い能力を示す者でも、テーマなしで、構成化の程度の少い状況で、自発的に行動しなければならないという治療場面は、相当の困難さを感じる事が多い。とくに脳器質障害のある者に著しい。

(3)施設内の生活は単調になりやすく、メンバー全員が関心をもつ主題が限られやすい。このような、抵抗の比較的強い集団では、具体的な事件や行事が主題にえらばれて、それを掘り下げてゆく過程で、個々の内面的な葛藤が明らかにされると考えられるが、そのような主題を見出すのが、初期の間は困難であった。

(4)この集団の中には、現実吟味が悪い脳挫傷の1例(E, 34才)が含まれていたが、最初全体の動きに乗れず、ピント外れの発言が目立ち、他のメンバーから幼児扱いにされていた。後期に入り、ようやく集団の文脈に沿った動きが出来るようになり、メンバーと対等にやりあう場面もみられた。もし、このような症例が多数含まれていれば、集団の運営はかなり困難とな

オ3表 オ3グループ

氏名	年齢	発病時の状態	障害名	障害部位程度	学歴	発病職業	家族状況	知的能力	性格行動特徴	入所期間訓練目的
A	47	40才頃より左足の運動機能低下、徐々に歩行困難となる	脳卒中 脳梗塞	左足関節強直 全身筋力減弱 言語障害、視力障害 4級	旧制中卒	無職	母高令弟病氣療養中 生保受給	境界線級	精神テンポ遅い。固執性強く、新しい状況にうまく転換できない。	入所期間1年 職業前運動機能回復 日常生活動作訓練
B	41	40才交通事故意識障害	脳梗塞	体幹機能障害 言語障害 3級	大卒	建築設計事務所経営	父障後遺症 母の病氣先に母と共に世話をしている 本人のみ生保受給	普通	精神テンポ遅い。外からの刺激に対する反応性は良好、記憶力減退。	入所期間1年 職業前訓練
C	50	48才脳出血時事故による意識障害	脳出血 脳梗塞	右手指の著しい機能障害 失認失行視野狭窄 4級	旧制中卒	ビル清掃夫	妻、パートタイム長男、高校生妻別居を希望	動作性知能検査、軽度精神レベル 言語性検査不能	精神テンポ遅い。刺激に対する反応も鈍い。他からの簡単な指示は理解できているが自発語は殆どない自信欠乏	入所期間1年 運動機能回復訓練
D	40	34才脳血栓意識障害	脳血栓	右上下肢まひ 言語障害 5級	中卒	水道配管工	46,1. 離婚を前提として別居中 妻、生保受給	境界線級	精神テンポ遅い。外からの刺激に対する反応性は良好 約子定規	入所期間1年 職業前・言語訓練
E	38	35才脳出血意識障害	脳出血	右上下肢まひ 言語障害 痴呆 3級	高等小学卒	電気工事現場	妻パートタイム夫婦の間にけんかが絶えない	痴呆 (軽度精神レベル)	精神テンポ遅い。固執性強 度退行的些細な刺激で激昂する。 気持素直で暖い。	入所期間1年 職業前補装具装着訓練
F	46	41才脳出血意識障害	脳出血	右上下肢まひ 言語障害 3級	旧制工業高校卒	電気工事見積り監督	妻失業保険で生活(彼)パートタイム	境界線級	精神テンポ遅い。固執性強 度。絶望感が強く、訓練に 対する意欲乏しい。不機嫌対 人の接触を避ける。	入所期間6ヶ月 運動機能回復 職業前訓練
G	52	48才脳出血意識障害	脳出血	右上下肢まひ 言語障害 言語障害 3級 難聴	国立大卒	会社役員	本人産病後妻が化粧品販売店をして いる。	普通	感情や欲求をうまく処理でき ない。自己顕示性強度支配 的、突然憤怒したり、衝動的 行動にしやすい。	入所期間5ヶ月 職業前訓練
H	40	39才脳出血意識障害	脳出血	右上下肢まひ 言語障害 3級	工業学校卒	会社役員	妻、電々公社で勤務していたがS46、政変 病、妻は離婚を希望 している。	普通	自己顕示性強度、他人に対し し必要以上に世話をやく、目 言葉と行動の不一致が目立 つ、心気症の訴えが多い。	入所期間6ヶ月 職業前、機能回復 補装具装着訓練
I	38	36才脳梗塞意識障害	脳梗塞	右上下肢まひ 言語障害 2級	高校卒	会社役員	本人産病後 生保受給	境界線級	感情や欲求をうまく処理でき ない。依存性的、太鼓持的 傾向が強い、些細な刺激で 突然憤怒することがある。	入所期間6ヶ月 職業前、機能回復訓練

るのではないかとと思われる。

(5)脊損者は暑熱に弱く、脳血管障害者は寒さや湿度に弱く、当日の天候や室温によって、参加の意欲や発言量が影響されることがあった。治療者として、身体障害者の集団を取扱う際、留意しなければならないことであろう。

### 3). オ3グループ (オ3表参照)

#### A. オ3グループの特徴

筋ジストロフィーの患者1名のほかは、すべて脳の器質的障害をもつ合計9名の男性集団である。

大多数のものが、壮年期以後に、交通事故や脳血管障害のために、今まで働いていた職場から追われて、家長としての役割も果せなくなっている。夫婦関係に問題のある者が多く、離婚されたもの、別居中のもの、離婚を協議中のものがある。たえず、再発の不安に悩まされているものが殆どで、大脳の器質的障害による記憶障害、言語障害、知的能力低下を伴うものも多い。大多数が言語によるコミュニケーションが不十分であるが、とりわけ、一例は失語症のために、自発的な言語表現が全く出来ない。

#### B. 治療経過と問題点

この集団は、精神活動の比較的活発なメンバーと、不活発なメンバーとに二分され、最初の4ヶ月間は各セッションとも、活発なメンバーを中心として展開された。初期の主な主題は、脳卒中で倒れた際や、回復過程の体験が中心であり、闘病生活の長いものが、先輩として、最近発病したものを励したり、助言したりする場面が多く、現在受けている機能回復訓練について情報を交換することもあった。治療者はつとめて、不活発なメンバーに働きかけを行ったが、目立った効果はなかった。開始2ヶ月後に、一人が再発入院するという事件があり、全員にショックを与え、潜在していた再発への不安が強くあらわれ、繰返し話しあわれたが、これを機にメンバー相互が「同病相憐れむ」的に親密になって行った。3ヶ月目のあるセッションで、H(40才、脳出血)の夫婦関係が悪化し、離婚を迫られるという状況になり、妻を慕う心情を訴えながらさめざめと泣き出す場面があり、他のメンバーは強く動かされた。

4ヶ月すぎに活発なメンバー、前述のHやG、(52才、脳出血)などが相次いで退所し、不活発なメンバーのみ残された。彼らも、「自分たちで何とかしなければ」という動きを示し、多少積極的になったが、依然として治療者と個々のメンバーとのやりとりはあっても、メンバー同志の交流は稀であった。治療者から、懇親パーティ、バスハイキングなど、共通した体験を具体的に話しあうに導いても、表面的な感想を話しあうことにとどまり、話しあいが深まることはなかった。お茶のみ会、雑談会的な慰めあいや、常識的な助言、情報交換が主であった。

低調なままに集団を終ることが残念であったので、治療者の方から、「最終回にみんなで何か思い出になることをしてみたら」と提案したが、賛成はあっても、具体的な案は全く出な

オ4表 オ4グループ

氏名	性別	年令	発病(受傷時)の状態	傷病名	障害部位・程度	学歴	職歴	家族状況	知的能力	行動特徴	訓練内容・期間
A	♀	31	未熟児(7ヶ月)	脳性まひ 脊髄彎曲症	両上肢機能障害 不随意運動 言語障害 1級	不就学	なし	兄弟すべて結婚 兄1人の家族と同居 妹4人	軽度精神薄弱	自己中心的、感情の動きが 大きい。訴えが多く、周囲 とのまぎつが常にある。	職業前訓練 日常生活動作訓練 1年
B	♀	46	19才、起立不能	脊髄性小児まひ	四肢機能損傷 (車椅子) 1級	小卒	女中	発病後、兄夫婦の家に いた。本人、同居を告げず る	普通下	ふだんは感情を抑制してい るが、容易に不安定・攻撃 的となる。	職業前訓練 6ヶ月
C	♀	33	29才 両腕手術後、痙攣と れ、意識不明(2日) 発見まひ	脳脊髄炎	四肢機能障害 言語障害 (車椅子) 2級	中卒	なし	発病後、母子は 養護院に在り	普通下	生活態度は受身的、物ごと にこだわりやすい。	職業前訓練 1年
D	♀	20	脳性まひ 何故不明	脳性まひ 何故不明	体幹機能障害 両下肢 痙攣まひ (車椅子) 2級	不就学	なし	19才まで、祖母 が生存	境界線級	好奇心・探究心が強いが、 思慮が浅く、学習効果は ない。内罰傾向。	職業前訓練 1年
E	♀	42	上腕切断 34才 交通事故	脳性まひ 左上腕切断	顔面、系帯および右 上肢各筋のアテトー ゼと上肢切断麻痺 2級	小卒	なし	母、弟妹共働農作業、 母に負担をかけること を心配している。	普通	消極的 物事を深く考えない。	職業前訓練 補装具装着訓練 1年
F	♀	55	53才、痛み 54才手術、切断	胫骨腫瘍	右大腿切断 2級	専門学校卒	大学教師	次男結婚	普通上	節度のある生活態度	補装具装着訓練 3ヶ月
G	♀	21	脳性まひ	脳性まひ	両下肢機能障害 3級	由 休 校 卒 (高等部)	なし	両親本人の療育 に専念。	軽度精神薄弱	素直で明るい。言われたと おりを疑問なく受けいれる	職業前訓練 1年
H	♀	20	仮死 出 産	脳性まひ	両上肢機能障害 2級	養護学校 高等部卒	なし	両親本人の療育 に専念。	普通下	明るい 努力家	職業前訓練 1年
I	♀	18	6才より心音異常 高熱、意識不明 12才頭 蓋切開、13才心臓手 術、意識不明	大動脈弁閉鎖不全 脳栓塞	右半身まひ 言語障害 3級	高校2 年中退	なし	両親、本人の疾患の ため、つきまきまり状 態をつく。	痴 呆 (軽度精神薄弱)	歩行緩慢、感情の動きが少 ない。自発性に乏しい。	職業前訓練 日常生活動作訓練 6ヶ月
J	♀	29	脳性まひ	脳性まひ	四肢痙攣まひ 2級	不就学	なし	家庭内で保護さ れて生育	普通下	素直、無口	職業前訓練 運動機能回復訓練 3ヶ月
K	♀	54	慢性脊髄炎	慢性脊髄炎	体幹機能障害 両下肢痙攣まひ 2級	高女中 年中退	なし	発病後、離婚	普通	控え目、いつも常識的行動 をとる。	機能回復訓練 日常生活動作訓練 補装具装着訓練 3ヶ月
L	♀	31	24才意識不明 知覚まひ	敗血症 脳炎	体幹機能障害	高卒	劇団員	発病後、家族こ とに母が、介護	普通	口数は少ないが、おちついて 行動し、信頼されている。	職業前訓練 運動機能回復訓練 補装具装着訓練 3ヶ月



った。結局治療者から「日本そばをつくって食べることを提案し、全員が賛成した。当日は積極的に行動に出たのは、D（40才、脳血栓）とB（41才、脳挫傷）のみで、あとのメンバーは、「手がうまく動かない」、「家でやったことがない」と尻ごみをしていた。6ヶ月の治療期間、治療者の欠席や祭日でも、会合を続けていたこの集団は、終結期が来ても、解散を望まず継続を希望した。現在も、時間前に集り準備を整え、治療者を待つという形で会合はなお続いている。

問題点として考えられるのは、次の諸点である。

(1)障害の原因の似た集団であったことが、抵抗をへらし、「同病相憐れむ」的連帯感、所属感を強めたが、知的作用の低下のため、「お茶のみ話」的な話し合いに終りがちであった。

(2)程度の差こそあれ、全員に言語障害があり、発病後人の前で話す経験のなかつたものが殆どであった。このため、話すことに抵抗を示す患者が多かつた。治療者はとくにこの点に留意し、どんな不明瞭な幼稚な発言でも取上げ、他のメンバーに受け入れられるよう、通訳や支持につとめた。後期には、発言への抵抗がへり、不明瞭な話し方に対しては、他のメンバーから「もっとゆっくり」とか、「大きな声で」という声がかゝるようになった。この集団を「言語訓練グループ」として最後まで理解していたメンバーもあった。

(3)精神活動のテンポ、痴呆化のレベルに差異がある場合、効果的な相互作用がおこりにくく、活潑なメンバーの御意見を聴くという結果になるおそれがある。また、失語症のメンバーや痴呆のひどいメンバーには、会話による方法以外の接近も考慮する必要があるのではないかと思われた。

#### 4). 才4グループ（才4表参照）

##### A. 才4グループの特徴

前の三つの集団と異り、女性であることだけで、つくられた集団である。これは入所者に女性が少いためである。12名のメンバーの年齢、学歴、社会経験の有無、障害の種類や程度、入所目的など、きわめて多種多様である。入所期間も長短さまざまで、開始後すぐ退所する者もあり、メンバーの異動がはげしかった。日常生活において、食事、排泄に介助を要するものが1名いるが、他は一応自立している。言語障害は数名いるが、日常のコミュニケーションには、言語を使用している。施設内の女性居室が少いため、集団のメンバーが部屋でも同室ということが多く、この点が集団内の相互作用に影響があった。

##### B. 治療経過と問題点

才1回は、最年長者のF（55才、脛骨腫瘍）の自己紹介から、やや型式ばってはじめられた。つづいて、学校教育も訓練も受けず、20年間家の中にいたD（20才、脳性まひ）が、改まった表情で、「このセンターに来てよかった。障害者として家の中にいたが、はじめて世界が開けた。同じ考えを持っている友達も出来た。先生方に感謝している。一生けんめいやりたい」と決意を表明した。この発言に共感を示すメンバーと、全く無関心なメンバーとがあり、対照的であつた。全員から共通して出されたのは、「入所訓練の結果、今よりよくなっている

だろうか?、退所時には歩けるようになっているだろうか?」というセンターへの期待と、自分の身体的回復に対する不安であった。

2回目には、A (31才、脳性まひ、家庭や各施設で不適應であった) が加わり、独占的に大声を出し、担当の指導員に対する攻撃を行った。彼女の無断外出を指導員が叱ったことから「くやしい。身体障害者だつて感受性はあるのだ」と、他のメンバーが口をはさむ暇を与えず、しゃべりつづけた。指導員に対する攻撃が演劇的に次々に強まってくると、数人のメンバーが、「A だつて勝手すぎる」、「無断外出のあと、指導員だけでなく、われわれだつて心配したのだ」と、A を批判した。このセッションは全員に強い刺激となり、「ふだん、他の場所では言えないことも、ここでは言えるのだ」と了解したのや、「自分もあのように攻撃されたらどうしよう」とおびえるものが出た。A と指導員との問題は、結局個人的な面接で解決された。

才3回以後も欠席者なく、会合は続けられた。才3回目は、メンバーと兄弟との関係が出され、兄弟の結婚に障害者が妨げとなること、(メンバーの中には鬼とかお化けが住むといわれ、兄弟の結婚の障害となつた例があつた。) が全員から出された。A も静かになり、自分の体験を訴えた。

その後、I (18才、脳栓塞) が新しく加わつたが、I は夜尿や失禁のため、同室者に迷惑をかけることが多く、同室者が寝不足になつたと、I に対する攻撃がはじまつた。障害により介助が必要な場合、最初は同情され、同室者が面倒をみるが、それが長期間続いて、本人が当り前のように周囲に依存しはじめると、今度は、同室者の受ける迷惑や負担が強調され、批判、攻撃されることが、しばしばおこつた。I は痴呆化が進んでいるため、攻撃にも反応しなかつた。

才6回目には、A の以前の自殺未遂の話が出されたが、案外深刻にならず、「死ぬなんて馬鹿らしい。少しでもよくなりたい」という結論に至つた。退所予定者B (46才、脊髄性小児まひ) の退所後の着き先がなかなかきまらず、退所後の不安も眞剣に話しあつたこともあつた。

しかし、この集団を全般的にみると、話題は現実的、表面的なものが多く、とくに中心となるメンバーも、中心となる課題もなく、何となく次々と話が出て終る、施設の先生の解答を待つていう傾向があつた。悩みが話されても、皆でそれを深めるというより、あっさり常識的、現実的な解答を出し、次の話題に移るといふ傾向が著明であつた。

第9回目には、「この時間に何をすればよいのか?、この時間は不必要な時間でないか?」という疑問が出されたが、この疑問も全員でつきつめて考えるというより、治療者に依存し、治療者から話題を出してもらつて話をすればよいという結論になつた。C (33才、脳脊髄炎) が「漠然と話をするより、課題を出して話しあいしょう」といふ提案を出したが、全員の関心をひくことが出来なかつた。

最終回の才19回目には、「12月の終りなのでお茶の会にしたい」といふ発言があり、全員が賛成した。それぞれの役割もきめたが、全員が積極的に準備に加わつた。社会復帰の問題についての話題が出たが、例によって、家庭や社会に対する依存や漠然たる期待以上には進まなかつた。

才5表 才5グループ

氏名	性別	年齢	既往歴	障害名 <sup>注1</sup>	学歴	職歴	家族関係	経済状況	行動上の問題	グループ参加までの経過
A	♀	21	1～2才疫痢赤痢で熱性けいれんあり。	精神薄弱	幼稚園1年小(普)卒 中(普)卒高(私立)卒 料理学校卒	なし		父親公務員 中	対人関係において拒否的	グループ参加までの経過 職業相談で来所 6ヶ月間個人面接
B	♀	17	早産(7ヶ月)未熟児 3才までひきつけ9才交通事故により頭蓋陥没骨折	精神薄弱 + てんかん (服薬中)	小(普)卒 中(特殊)卒	工員 (3ヶ月)		父親日雇生保受給 下	新しい場面で緊張高く自由に動けない。	職業相談で来所 5ヶ月間個人面接
C	♀	21	早産(9ヶ月) 3才発作初発	精神薄弱 + てんかん (服薬中)	幼稚園2年小(普)卒 中(普)卒高(私立)卒 短大(私立)卒 <sup>注2</sup>	なし		父親会社員 中	注意散漫で動作がのろい。	進路相談で来所
D	♀	23	6才右半身まひ 言語障害あれど 後自然治癒	精神薄弱 + 脳血管障害	小(普)卒 中(普)卒	なし		父親会社員 母親パート 中	ひっこみ思案	職業相談で来所 2ヶ月間手指の機能訓練
E	♀	20	仮死出産	精神薄弱 + 脳性まひによる 体幹機能障害	小(普)1年中退、養 護施設(仮)2年、 特殊学級高等部卒	なし		父親会社員 中	親に依存的	訓練施設入所判定で来所 翌年肢体不自由者 更生施設入所
F	♀	19	仮死出産 10～11才頃より肥満 14才記憶喪失 (心因性?)	精神薄弱 + 高度肥満	幼稚園1年 小(普)卒 中(普)卒	なし		父親会社員 中	融通性、協調性に欠ける。	進路相談で来所

注1 A～FはいづれもIQ50～70の軽度精神薄弱者である。

注2 幼児教育科に在籍したが、保母免許は授与されなかった。

った。

以上の経過をふりかえつてみると、次のような問題点が考えられる。

(1)人数の関係で、女性という条件だけで集団がつけられたが、入所期間、目的、障害、年齢など、あまりに異っており、共通の話題が少く、集団の統合を妨げた。

(2)男性のグループのように就職の希望がなく、訓練の最終目標があいまいなことが多かった。

(3)女性は障害者である故に、ますます保護される立場にあることが多く、保護されること、他人に依存することに、疑問や反省が少い。治療者に対しても、施設の職員の助言を一方的にうけるという態度が強い。

(4)話題は現実的、表面的で、次々と移ることが多かった。

(5)メンバーの出入りがはげしく、中途参加者に対するオリエンテーションが不十分なことが多かった。

(6)年齢の若いメンバーは入所により親と分離し、社会化という点でよい影響をうけていた。このようなメンバーは才1グループに属した方が、より成長に役立つのではないと思われる。

(7)攻撃は周囲の個人攻撃になりやすく、自分自分の問題を客観的に見ることのできないメンバーが多かった。

(8)同室者同志が集団でもまた一緒ということから、居室内の人間関係が直接に集団内に持ちこまれ、あるいは反対に、集団内の自由な発言が、居室内にはねかえるということが、何回も見られた。

##### 5. 才5グループ (才5表参照)

A. 才5グループは、宿泊施設を利用した精神薄弱者の集団である。

この集団はセンター外来に家族が相談に訪れた女子精神薄弱者7名から成る。年齢は17~23才で、いずれもIQ 50~70の軽度精神薄弱である。合併症としては、てんかん2名、脳性まひ、脳血管障害、肥胖症各1名である。大多数は普通学級で義務教育を終えており、普通高校を終えたもの2名、短大幼児教育科を終えたもの1名である。1名を除き、他は中流階級に属する。家庭での取扱いはさまざまだが、本人に対する理解が不十分な両親が多い。

なお、1名は脳性まひ患者で現在更生施設に入所中である。

##### B. 治療経過と問題点

個人面接を受けていたものは2名、手指の訓練を受けていたものは1名いるが、最初は全員沈黙がちで不活発だった。この場が何でも自分の好きなことが出来る場だということが理解できず、困惑し、誰かの提案を待つことが多かった。脳性まひを合併し更生施設に入所しているEは、過保護的な母との分離を経験し自発性が出てきた時期であったので、才1回から積極的に他のメンバーに働きかけた。「歌を歌いましょう」と呼びかけ、誰からも反応のないまま、1人で終始歌いつづけた。その後も「今日は何をやりますか?」と皆に問いかけたり、トランプやゲームの際も、個々に「参加するかどうか」問いかけた。Cは比較的発言したが、他のメ

メンバーは治療者に問いかけられても、無言でうつむいていることが多かった。Eが集団をリードすることが多いため、Eの欠席の場合は、沈黙が長くなり、緊張に耐えられなくなると、誰かが「トランプやろう」と発言、全員がワッとそれに飛びついた。

治療者は専ら支持的な態度をとり、自発的に何かをしようというきざしを見せるものを援助した。10回目ごろから、ようやく、自分のやりたい手芸の材料を持ってきて、「皆でやることがないのなら」と1人でやりはじめるメンバーがあらわれるようになった。

15回目に最初の合宿を行った。13、14回目に合宿のプログラムを話しあったが、具体的な計画としては、料理実習をしたいという希望が出されただけであった。Bを除いて全員参加し、今までのセッションとは異なり、全員安心したように、治療者の用意した絵やモザイクタイルなどの材料を使って熱心に作業した。相互の間にも親しみがまし、雑談やふざけあいもみられた。食事、就寝などは宿泊施設の日課に従ったが、行動が緩慢で、予定の時間になかなか仕事ははじめられず、30分以上おくれることもあった。

この一泊の行事からメンバー間の交流がさかんになったが、合宿不参加のBが孤立しがちになった。また、互いの交流がふえると、気のあう友人と、あわない友人との区別が出てきた。治療者にも、「8ミリをみたい」とか、「レコードをきこう」という要求が出てきた。他のメンバーからの提案に諾否をはっきり答えるようになったが、ときには自分の要求を通そうとするあまり、他のメンバーへ迷惑をかけるメンバーもあつた。治療者が、他のメンバーへの配慮を促す働きかけをしなければならないこともあった。要求はいろいろ出ても、具体的な形で実行するには、治療者が援助する必要があるあつた。ハイキングのあと、2度目の合宿が行われた。このときは、Dが中心となり、メンバーで自主的にプログラムがつくられ、料理実習が中心となった。

才1回目にくらべると参加度ははるかに高まり、予定時間の10分位前には次のプログラムの準備態勢に入るようになった。とはいえ、作業にはやはり時間がかかり、買物に1時間、酢豚の料理に5時間もかかっていた。

合宿後は緊張が少く、終結時期に近づくと、EとCから「このグループは終わってしまうのですか？」という質問が出された。最終回には年賀状を出すための住所交換や話しあいが行われた。

家庭において殆ど家事に従うこともなく、友人との社交もなく、閉鎖的、受動的なメンバーから成るこの集団の問題点は次のようなものであつた。(1)集団の目的を理解し、自分の意見を表現し、かつ他のメンバーの気持を受け入れ、一つの集団の雰囲気が出るまでには、各人の理解の速度が遅く、柔軟性も乏しいので、6ヶ月では短かすぎた。(2)他人の前で話をするのを嫌うものや、自分の感情を言語で表現したり、相手の発言の意図を理解することが困難なものがあつた。会話中心というやりかたに検討が必要である。(3)構成員の数がもう数名多い方が、相互の刺激とか、社会的経験という意味で適当かもしれない。(4)Eは参加意識も高く、リーダー的役割をとることが多かったが、脳性まひという身体障害のため、作業や移動の際にリーダー

一となれぬばかりか、ブレーキとなることもあった。メンバーはEの世話をすることに、特別の反応はないが、障害の同質性という点で、合併症の種類に検討が必要であろう。

### C. 母親の集団

母親の集団の話しあいには7回行われ、個人面接もその間に併用された。Eの母と他のメンバーの母との差異は、Eの母は生後5、6ヶ月頃から身体面にあらわれた障害に気づき、努力してきているが、他の母たちは、「成績がよくない」、「他人とうまく会話できない」という程度で、現在まで何となく過してきたものが多かった。3回目位までは、それぞれ家庭で困っていることが話題になり、子どもたちの集団の目的に対する疑問が出た。はじめは、Eの母がリーダーシップをとることが多かったが、次第に各々が経験談を話すようになった。治療者は話のきっかけをつくり、各人に話がわたるようにし、なるべく自分自分で問題をとらえ、話しあうように方向づけた。しかし、子どもの集団の目的に対する疑問に答えたり、また子どもの理解を助けるために、指示的に話すこともあった。その結果、治療目的については協力がえられ、子どもを正しく理解しようとする態度は程度の差があるものの、全部に認められるようになった。たゞ、Bの母はその社会的、経済的背景が他のメンバーとかけ離れているため、集団への参加度が低かった。

6ヶ月後、メンバーのうち何名かは集団終結後個人面接を続けることになった。

### 4. 治療機制からみた各集団の比較

前述の各集団を治療機制という点から比較してみよう。

オ1グループは、学校卒業後の脳性まひを中心とする同質的な集団で、この中ではいわば若者グループといえる。この集団は日々の共同生活によって強く凝集し、集団への所属感をもつとも強い。

互いに感情的に involve され、受け入れる程度が強い。治療者に対し教師や母親に対するような態度を示す。互いに同一化するが、兄弟的に競争したり、ふざけたりもする。カタルシス的な要素も強く、攻撃や不信を単純に出す。「感染」することも多く、1人が失意して沈んでいると全員シュンとしたりする。刺激をうけたり、学習したりするが、その変化は緩除で、施設内よりむしろ外出、外泊時に家庭であらわれることが多い。ある母親が「足の訓練だけと思って入所させたのに、人柄まですっかり変って大人になった」とわが子の独立をむしろ嘆いた程、変化を示した。中途障害者の何人かを尊敬していても、積極的に近づくことが出来ず、感心して見ているように、学習意欲はあるが、消極的である。知性化、普遍化はあまりよくない。現実吟味の能力は、入所時よりは緩除に発達して行った。養護学校卒業時までに同級生の多くは自立しているにも拘わらず、取残されていたこのメンバーたちにしては、集団過程はたしかに有益であった。退所後も、「同窓会」的な集りとして、継続するであろうということも予測される。

オ2グループは、中途障害の青壮年者から成り、知的レベルは平均して他の集団より高い。

集団内の相互作用は、やや複雑で屈折している。初期には社交じ令的に互いを受け入れる様子を見せるが、それぞれが個々の世界に沈潜し、心を開かない。才1と才3グループのメンバーが宿舎でいつも集まっているのと対照的である。しかし、時と共に互いに接触が深まり、集団への所属感が成長し、そこで終結に至った。同一化はおこりにくく、「障害の異なる者同志は理解できない」という信条を固執する。これは、脊損患者にもっとも著明である。治療者には、敵意、不信が間接的に出る。話しあつたことの秘密保持にも、当初こだわった。知性化、普遍化といった機制ははっきり認められ、すべてを知的に片付けて安心しようとする。現実吟味の能力は高く、他をじっと見つめて学ぶといった洞察力もある。いわゆる観察者治療 Spectator-Therapy がおこりやすい。集団的に感染するという事は少く、「覚めた」集団であったが、同時に治療者にとつてもっとも挑戦的な集団であつた。個人的な、あるいは小集団といった形で、退所後も何らかの連帯が続くのではないかと予測される。

才3グループは、もっとも年齢が高く、脳血管障害をもつものが多い。「お茶のみ会」的集団である。集団への所属感が強く、集団結成以来、治療者が休みでも、祭日にぶつかっても、メンバーだけで必ず会合を開いている。これは凝集性が強いということだけでなく、脳障害による固執傾向も影響あるようであった。「同病相憐れむ」的いたわりあいや、再発の不安、家族から棄てられる孤立感の表現など、互いに慰めあう。学習能力は低く、現実吟味は不良で、治療者にいわれた通り行動する。治療者への攻撃、批判は表現されない。感染の要素が強く、1人の気分が直ちに全員に影響する。おのおのの問題を掘下げるというより、すぐに助言や忠告を与えあつて終りにしてしまい、深い層での相互作用は少い。このメンバーには家族に対する働きかけがとくに必要に思われた。個人面接では涙を流して取乱す患者でも、集団の中では社会的に認められるような威儀を正す行動をとろうとする傾向が著しい。今後も、何らかの形で集団からの支持や集団の中で役割をとることが、有益に働くのではないかと予測された。

才4グループは、人数の関係で女性入所者のみで組織したので、先天障害者と中途障害者が混合し、年齢、学歴、病名もさまざまで、メンバーの出入りが激しかった。入所、訓練への動機づけも一般に低く、本人も家族も、社会復帰の目標が不確かな点があつた。そのため、治療集団としてはもっともまとまりがなく、社交儀礼的な関係がつきまとつた。たまたま、治療者が管理者としての役割を持つていたため、「お話を伺って教えていたゞく」ような依存的な構えがあつた。

相互の受容や同一化も弱く、認知の要因である知性化、普遍化もあまり認められなかった。メンバー相互の間には批判、攻撃はあまり出ず、これは同室者が多いことから、「ボロを出したくない」という防衛によるものと思われた。相互作用も弱く、ぐちを言いあつてそれで終り、才3グループのように他人を励ますという面も少なかった。男女両性の入所以前の社会的体験、社会での役割の差異というものを考えさせられた集団であつた。

才5グループは、宿泊施設を利用した精神薄弱女性の集団で、教育的、学習グループ的な色彩があつた。治療者には教師に対するような態度で接し、「何か新しいことを習いたい」とい

う希望が強かった。合宿を通じて相互作用や同一化が強化された。互いに所属感があるが、表面には出にくいし、他のメンバーへの配慮も行動では見せるが、「言語」で表わす仕方は拙いものが多い。

いろいろな行動上の変化は緩徐であるが、家庭でも観察された。しかし、職員側で積極的に出なければ、一部のメンバーに気のあつた友人が出来たということで終つてしまう危惧があつた。

## 5. 討論ならびに考察

はじめにも触れたように、身体障害者の心理や、精神療法についての一般的文献は少い。集団療法に関しても、脳性まひの子どもと親に対して行った Boles, 多発性硬化症の患者について行った Malley らの報告がある位である。Boles は5~24才の脳性まひの子どもに社会化の経験をめざし、遊び、作業などで集団療法を行った。1週1回2時間半づつ8回行い、治療者は2人のスピーチセラピストと11人の学生とが当つた。この脳性まひの子どもらは、生れつきの障害で、言語、運動感覚機能、知能などの遅滞の程度はさまざまであった。言語は全員障害があり、意味のない喃語をいう程度のものさえあつた。今まで他人の前で話したことはなく、集団で話したことがはじめてというものもあつた。よくしゃべれぬ子に通訳が出て助けるところは、われわれの才1グループに似ている。集団への所属感、友好関係などが出来、同一化が著明にみられたという。

Malley らは 精神症状をもたない多発性硬化症の男女混合の集団をもった。年齢は平均35才、罹患年数1~14年、平均5年であった。週1回6ヶ月から2年位続いた。

この場合もわれわれの集団と同じく、障害の程度はさまざまで、なかには視力障害をもつ重症者もあつた。病前にはいづれも活潑、積極的に社会生活を送っていた者が多く、発病後も病気を周囲の人びとから出来るだけ隠そうとしていた。最初の頃は互いに病状の探究をし、重症者は軽症者を怒りの眼で見、軽症者は重症者を恐怖の眼で見た。沈黙が続き、抵抗が強いため、治療者は苦心した。病気の話題なら互いに話しあうが、それ以外は他人への興味もなく、何を聞かれても、「すべて、うまく行っている」という答えで打切ってしまった。不満や不快も出さず、家族や職業の話も出なかつた、しかし、メンバー2人の家族が来所し、彼らの実際の状況を訴え、治療者はその話題を集団に提出した。その結果、脱落したメンバーも出たが、メンバーが次才に身体的、性的な不全感、劣等感などを表現するようになった。集団での話しあいへの抵抗もあつたが、一方では多数の中から自分が選ばれ、配慮されているという優越感、喜びもあつたという。8人のメンバー中、6人に家族や職場関係での改善が見られた。心理的に見ると多発性硬化症の場合には、病気の性質から来る将来への不確かさ、依存性、現実の欠陥と、想像され誇張化されている欠陥などが治療場面で処理されることが大切で、中途障害であるので家族との接触が必要であるという。

上の二つの報告のうち、Boles の症例はわれわれの才1グループに、Malley のは疾



患は異なるが中途障害者で精神的に活潑な才2グループに似ている点がある。これらの報告では深く触れていないが、身体障害者を対象とする場合、精神障害者とは異なる意味で集団構成の難しさがある。それは障害の程度が異なることから来るさまざまな制限である。精神障害者の集団では、たとえ、精神病と神経症のさまざまな程度や種類の患者が出席したとしても、少なくとも言語をつかっつてコミュニケーションする能力は基本的に存在している。また、性格や行動に問題をもつ子どもの場合も、遊具、玩具を使い、活動や作業に参加する運動、移動、操作の能力がある。しかし、このような身体障害の場合、同じような脳性まひといっても、言語表現や運動の能力はそれぞれ異っている。そのおのおのに適した材料を選ぼうとすると、遊戯集団療法は集団の中での個人遊戯療法<sup>(注)</sup>といった結果にもなりかねない。精神薄弱者の才5グループに参加した脳性まひのEは、いろいろな活動を提唱するときやさそうとき、「あなたは好きか?」「私はこれが好き」といわず、「あなたは出来るか?」「私はこれなら出来る」という特徴的な言い方をし、きわめて印象的であつた。このような身体面の制限から来る集団の形成の難しさもあるが、それより注目すべきは、障害者個々の心の中にある、他の障害者と自分を差別し、自分の周囲に城壁を築こうとする傾向による集団統合の難しさにある。「同病相憐む」式の同情があつたり、同じような障害児として教育を受けてきたという出身校による親和感もある。しかし、「何故あのような重症者及至能力の低い者を同じ集団に入れたのか?」という苦情や、自分より劣ると思われる患者(客観的な評価ではほぼ同程度であつても)を差別したり、無視したりする現象が観察された。

これは種類の違う障害者同志でも、診断の同じ障害者の間にも見られたが、生れつきの、あるいは、幼児期からの障害よりも、中途障害者に、また、障害が固定してしまった者より、経過が不安定な者に、より著明に認められた。

一般的に身体障害者は社会の中で少数グループで、社会から身体的能力のみならず人格的にも低い評価を受けやすく、偏見をもたれることが多い。このような偏見は非合理的、漠然とした理由によることが多いのは言うまでもない。いわばその少数グループの中で、また更に少数グループへの差別、怒り、軽蔑が見られるのは、おそらく身体障害者の不安の反映であり、また、とりわけ、中途障害者としての疾病や外傷により、解体の危険に曝された精神と身体を含めた自己同一性の再建、確認への努力とも考えられるのではなからうか。比喩として適切でないが、米国西海岸の日系一世にとって、他の少数グループとの差異を強調し、民族的な優越感や誇りをもつことが必要であつたことが回顧される。経過や予後が不確かだ再発の不安がある場合、同じ診断で、より重い他の患者は、彼の不安を刺激するであろうし、より軽い患者は

<sup>(注)</sup>ある肢体不自由児施設の職員が、年令の低い入所者の遊戯集団療法を計画したが、それぞれの子どもに適当な、程度の異なる素材を与えて準備することだけで時間がかりすぎて不成功に終つたことがある。また、脳性まひの入所児の母親の集団での話しあいを計画したが、重症児と軽症児の母親が問題が違うからという理由で互いに興味を示さず、成立しなかつたこともある。

(無関係な健康人よりも)、彼の怒りをかきたてる存在であるかもしれない。このような近い障害者同志の屈折した複雑な機制は、集団精神療法の過程のなかで、次第に明らかにされて行った。

なお、その他われわれが感じたいくつかの点を簡単に述べてみよう。更生施設の入所者は一般的に自分たちは精神面では全く健康であるという意識が強い。それ故、心理測定とか精神療法という用語に対する抵抗が強い。集団を、メンバーがそれぞれ「集団心理訓練」、「社会復帰訓練」、「言語訓練」の時間として受けとり、治療者側も訓練のプログラムの一部に組み入れたのもそのためである。確かに集団の中で起る力動的な過程は、健康人、あるいは、問題児の母親のそれに似ており、精神障害者の集団より、はるかに理解しやすい。しかし、障害によっては、たとえば、脳障害の場合などは、新しい場面への適応性が全体として低下していたり、言語や運動能力や人格の柔軟性の低下などがあり、いかにして接近するかという接近のしかたや、集団場面の構成度 Structure の吟味が必要になる。また、寒暖、湿度などの環境条件や、健康管理への注意がつねに大切である。

更生施設への入所、または宿泊施設への合宿といった家族との分離は、精神療法的に有効に働いていたが、もし、時間や人員が許せば、家族への持続的な接触が意味があったと思われる。とりわけ、殆どすべてに、家族内役割の変化、離婚、家庭の崩壊の危険をはらんでいた才3グループの家族に対して働きかけが望まれた。この場合、施設内外の福祉サービス担当者とのチームワークが必要であろう。

## 6. あ と が き

われわれは、約1年間の準備ののち、社会復帰のために更生施設に入所中の身体障害者と、宿泊施設や外来に通っている精神薄弱女性に、集団精神療法を6ヶ月間試み、さまざまな問題点を検討した。現在、なお継続中のものもあり、さらに技術的な検討を経て、ひきつづき報告したいと考えている。

## 参 考 文 献

- (1) 池田由子, 集団精神療法の理論と実際, 医学書院, 1969年.
- (2) 池田由子, 身体障害者の心理的側面, 労災リハビリテーション技術員研修会記録, 1971年.
- (3) Boles, G., Simultaneous Group Therapy with Cerebral Palsied Childrean and Their Mothers, *Int. J. of Group Psychotherapy*, Vol. 9, NO. 4, 1959.
- (4) Malley, M., & Strehl, C., A Three-Year Group Therapy Program for Multiple Sclerosis Patients, *Int. J. of Group Psychotherapy*, Vol. 13, NO. 4, 1963.



# 学校恐怖症の研究 (1)<sup>(1)</sup>

## 一慢性重症例の経過と現在の状況一

児童精神衛生部

山崎道子<sup>(2)</sup>

### I. は し が き

学校恐怖症あるいは、登校拒否症とよばれている子どもたちの筆者の原因論的見解や、その取り扱いの方法については、すでに精神衛生研究13, 14, 15, 17, 18, 19号でとりあげてきたのでこゝでは省略する。

さて、昭和43年に、われわれは、昭和38年から43年までの6年間に、国立精神衛生研究所相談室に来談した情緒障害児の追跡調査を行ったが、筆者のとくに興味を引いたものゝ一つが、われわれと接触した時点で、すでに慢性化し学校への復帰が極めて困難とみなされた子どもたちが、その後どのような状態を示し、どんな生活をしているかの問題であった。しかしながら、その調査では、回答を得られなかったものもあり、且つ、ごく簡単な調査項目からは、現在の状態をとらえるにも限界があったので、その後、これらのケースに対して個別の接触を試み、現在の状態について可能な限り情報を得るようにつとめた。積極的に情報を提供してくれたケースは、現在立ちなおっているケースに多くみられ、逆に依然として家に閉じこもったまゝの状態のケースからは、再度の要請をしても反応がなく、家庭訪問をして状態を見とどけざるを得なかったものと、現在の状態に対して助言を求めてくるものがあり対照的であった。

また、現在なお家に閉じこもって他人に会うことを頑強に拒否している子どもたちには、たとえ家庭訪問を試みても会うことは不可能で、親からの情報や学校からの情報に頼らなければならなかった。

これらの長期化した登校拒否児の問題を取り扱っている過程で、同胞の中にも義務教育の年令時に、かなりの期間の登校拒否の事実があり、きょうだい2人とも義務教育を終了せずじまいたり、きょうだい2人とどまらず、4人きょうだい全部に登校拒否期間が存在したケースもあった。そこでは、登校拒否の発生に同胞間の影響が明白にみられたし、その基盤に家族力動の病理が根ぶかく浸透していることが観察された。

家族内に1人、あるいは2人以上の長期化した登校拒否児が存在する家族について、発達史的に縦断的にみても、また現在の時点で横断的にみても共通した病理が見出されたが、これらは、また、家族訪問中に、それぞれの家庭から得られた独得な雰因気にも類似点が見られた。

それらは、また、これらのケースの取り扱いの経過の中で、親の子どもに対する態度や、治療者や学校関係者に示した態度の中でみられた問題点とも極めて共通の基盤に根ざしているこ

(1) Studies of School Phobia (1): Courses and Present States of Chronic Cases

(2) Michiko Yamazaki, Division of Child Mental Health

表1 研究資料一覽 I 群

NO.	氏名	性別	同胞 順位	発症 学年	拒否 期間	登校拒否の型	精研相談室来談		中学卒業か 除籍か	高校その他 進学の有無	その他	現在			状況
							年(昭和)	学年				年齢	在籍学年	拒否の有無	
1	SS	男	1/1	小1	4年	完全拒否	35	幼離隔 年長	卒業	進学	小学5年時に 3年にもどる	19	高3	無し	中学時マラソン県代表, 中学高校順 調進学めします。
2	SY	男	1/1	小3	10年	完全・散発	38	小3	卒業	進学	1ヶ月で退学	18	高1 (定時制)	完全拒否	登校への意欲, 両親に乱暴, 家に閉 じこもる。
3	OT	男	3/3	小1	10年	散発→完全	41	中1 (留年1回)	卒業	無し	施設内学級で 中学卒業	19	無し		中卒後就職, 1週間でやめ, 家に閉じ こもる。
4	TT	男	1/2	小1	8年	散発→完全	42	中1 (留年1回)	卒業	進学	学	18	高2	無し	院内学級で運動選手, 社会性がつき 高校も順調。
5	KH	男	2/2	小6	5年	散発→完全→散発	42	中2	卒業	中卒3年後		18	高1 (定時制)	散発拒否	中卒後3年間無為, 現在は時々休む が登校, アルバイトもする。
6	YH	男	1/1	中1	3年	散発→完全	42	中3	除籍	各種学校		17	専攻科		中学除籍になり, 各種学校に登校
7	YT	男	2/2	小3	7年	完全拒否	42	小5	除籍	無し		15	無し		中学の入学式以後完全拒否, 家に閉 じこもる。
8	NT	男	3/3	小3	10年	散発→完全	42	中1 (留年2回)	除籍	無し	夜間中学在籍	18	中2	完全拒否	夜間中2年に在籍のまゝ拒否
9	TK	男	2/3	幼稚園	5年	散発→完全	41	小2 (留年3回)	(中学生在)			16	中2	無し	中学になり, 成績も故障, 自信を得る
10	IK	女	2/2	中1	4年	完全拒否	40	中1	私立中学退学	進学	検定により中 卒資格得る	16	高1 (通信高校)		高校通信教育を受けてから希望をも ちやめる気が出た。
11	SJ	女	1/1	小1	4年	散発→完全	40	小3 (留年1回)	(中学生在)			16	中3	無し	成績も普通以上, 順調, 高校進学を めざしている。

表2. 研究資料一覽 II群

NO.	氏名	性別	同校 順位	養生 学年	拒否 期間	登校拒否の型	精神相談室来談		中学卒業か 除籍	高校その他 進学の有無	その他	年令	現在 在籍学年	状 況 生 活 の 仕 方
							年(昭和)	学 年						
12	YK	男	1/4	中1	3年	散発→完全拒否	39	中1	除籍	進学→退学	1週間退学	21		家業の心算をしているが、身体の不調も訴えなくなる。
	◎YT	男	2/4	小6	4年	散発→完全拒否	39	小6	除籍			19		家に閉じこもり、家人とも近づかない、精神科入院中。
	YS	男	4/4	中1	2年	完全拒否→散発			卒業	進学→退学		16		中学をやると卒業、高校進学したがすぐ欠陥多くなり、退学、アルバイトをしていただき、現在は正職の従業員として勤務
13	AT	男	1/2	中2	6ヶ月	完全拒否	39	中2	卒業	進学		21	大学3年	工学を専攻、順調
	◎AK	男	2/2	小5	5年	散発→完全拒否	39	小6	除籍			18		家に閉じこもり外に出ないが、車に興味があり、免許も取得。
14	◎NY	女	1/3	小6	3年	完全拒否	42	中1	卒業	進学→退学	院内学級で中学卒業は1日もいかず退学	17		家に閉じこもり好きなことをしている。近くには出る。
	NH	女	2/3	中1	6ヶ月	散発			(中学生在)			14	中3	登校を嫌がるが何とかいっており、高校へ進む予定。
15	IY	女	1/3	高3	1年	完全拒否	42	高3	卒業	進学→退学		22		寺に養女にいき、家事をひきうけてやっている。
	◎IT	女	3/3	小4	1年	散発→完全	45	小5	(小学生)			12	小6(院内学級)	院内学級に登校しているが、友人間に問題あり、
16	EI	女	5/6	中1	1年	散発	45	中1	(中学生在)			14	中2	胃腸の不調を訴え休みがち、家人とあまり口をきかない。
	◎EM	女	6/6	小4	3年	散発→完全拒否	43	小4	(中学生在)			13	中1	小学校6年以來完全拒否、登校刺激に乱暴拒絶、家人とは外出する。
17	UC	男	1/4	小4	2年	散発	36	小6	卒業	進学		23		中学入学後問題解消、公務員
	UJ	男	2/4	小2	2年	散発			卒業	進学		21		高校に入り問題解消、家業の大工を手伝う。
	US	男	3/4	小3	1ヶ月	散発			卒業	進学		19	予備校在	高校に入り問題解消、大学進学をめざす。
18	◎UT	女	4/4	小1	9年	散発→完全拒否	43	中1	卒業(私立)	進学→退学	1ヶ月登校後拒否	16		高校退学後、本人の希望で洋裁学校に入ったが1日も行かず退学、家に閉じこもり、休日以外には外に出ない。
	TH	男	2/3	中1	3年	完全拒否			除籍	高校通信教育をうける	高校通信教育	19	通信教育	家に閉じこもり、他人には一切会わない、高校通信教育はよくしている。
19	◎TA	女	3/3	小4	5年	散発→完全拒否	44	中1(留年)	除籍			16		家に閉じこもるが、母とは外に出る
	NA	女	1/2	中2	2年	散発			卒業	進学		17	高校2年	高校進学後は問題解消
20	◎NT	男	2/2	小5	3年	散発→完全拒否	44	小6	(中学生在)			15		中学入学後1ヶ月後から完全拒否、家族から分離させたいが父親の協力が得られない。
	BM	女	2/4	小4	5年	散発			卒業	進学→退学		22		高校退学後、エレベーターガールをしている。
	◎BH	男	3/4	小3	7年	散発→完全拒否	38	小3	卒業			17		中学卒業後、証券会社の黒板ふきをしている。

とが観察された。また、一方、家族内で1人の拒否児が発生している家族と、同一家族内に2人以上の拒否児が発生している家族とでは、あきらかな相違点もあるので、相違点は何であるか、それは何に起因するかにも興味もたれた。

以上のように、長期化した登校拒否児の問題をとりあげる際の筆者の関心は、第一に、これらの子どもたちが現在どのような状態を示し、どんな生活をしているかにあり、現在の実態と現在にいたる経過の追跡であり、第二には、なぜこのように問題が長期化し、慢性化したのかまた、同一家族内に2人以上の拒否児が発生したのか、その原因について生育史的背景から、とくに家族内病理の観点から問題をあきらかにすることにある。

この二つの問題は、切り離せないもので、同時に問題にしたいが、今回は第一の問題を中心にとりあげることにし、第二の問題については、次回にとりあげる。

## II. 研究資料

今回の研究資料は、いづれも学校恐怖症と診断された登校拒否児とその家族20ケースであり子どもはすべて思春期年令に達しており、2、3を除いては、いづれも数年以上に及ぶ拒否期間が存在したものである。これらのケースの半数は、きょうだいにも登校拒否の経験があり、一家族の中で2人とゞまらず、3人に及ぶもの、さらに4人きょうだい全部が、義務教育年令中に、一時期登校拒否をしめしている。

これらの子どもたちは、昭和36年から昭和46年までに筆者が何等かの接触をもったものである。その接触の時期は、彼等の登校拒否の状態の様々な段階にあり、その接触の程度や働きかけも様々であった。なお、治療や接近の方法も10年間に、経験的に漸進してきたことを示しておこう。

## III. 結果

### 1. 性別、同胞順位、拒否の型、発生学年、来所年令、拒否期間

以下のべる手順として、まず同一家族内で登校拒否児が1人だけ発生している群をI群とし2人以上発生している群をII群とする。以下、表1、表2、表3、表4を参照されたい。

I群では、男児が9例、女児が2例である。II群では、男児が11例、女児が10例である。

たゞし、以下論をすゝめていく上で、II群の中で、◎をつけたものをきょうだいの拒否児の中で主たるものとしてとり扱う。彼等は、われわれの相談室に、主たる相談の対象としてもちこまれたものできょうだいの他の拒否児よりも重症である。その数は9例で、男児が4例女児が5例である。I群とII群の主たる拒否児を合計すると、男児が13例、女児が7例である。

同胞順位は、I群では1人子のものが4例、末子が5例、中間児1例、長子1例であり、II群の主たる拒否児は、末子が7例、長子1例、中間児1例であり、両群合わせると、末子が20例中12例であり、大半をしめ、長子、中間児は、それぞれ2例づつで、1人子が4例である。

表3. 登校拒否発生から現在までの経過 I 群

完全拒否 散発拒否

	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			再び3年にもどる			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			高校入学後											
	1年	2年	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	完全立ちなおった														
No.1 S.S	分断不安 チックなど			発熱、下痢、腹痛、頭痛を訴える						学校を休むと家にこもる			マラソンが認められる担任教師にかわいがられる			担任がかわいなくない			学校の雰囲気をきらう			県のマラソン選手代表						よく勉強もする																			
	大病院 小児科 神経科 精研 その他有名小児病院歴訪												精神病院入院			大病院神経科通院																															
No.2 S.Y	3年												4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			定時制高校			全日制高校入学→退学													
	入園しない									発熱 頭痛			週に1~2度休む程度						週に1~2度休む程度 成績も上がる担任教師がよく面倒をみてくれる						病院から登校			退院後拒否			1日も登校せず拒否 いきたいかいけない乱暴																
精研に通う												母親だけ精研に通う												精神病院入院																							
No.3 O.T	小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			再び中学1年			2年			3年			卒業後→現在																
	入園しない												年間の半分以上登校拒否 (理由は云わない) 成績よく学校委員にもなったので親も心配しなかった						年間の半分以上登校拒否						不安 強迫行為 家に閉じこもる			家が移転し転校			教師の助力により 施設内 地域内中学にもどったが1週間で拒否再び施設			就職したが1週間で拒否													
児相が												精神病院に受診						児相より精研に 母のみ、本児も来る(5回)			児相の指導母親は施設入所希望			指導員による生活指導			家に閉じこもる																				
No.4 T.T	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			再び中学1年			再三1年			2年			3年			高校→現在2年											
	朝礼、体育がきらい 勉強はよくできた			登校を強いるとあばれた家で勉強していた						登校を強いるとあばれた家で勉強していた						院内学級登校 友人にも好かれた						院内学級卒業						高校入学後は順調に登校																			
母親に大学神経科や総合病院神経科に相談に行く																		精研に 院内学級に働きかける																													
No.5 K.H	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			3年間			定時制高校1年														
	ねつきが悪く 朝おきれない												養護学 園入学						精研→他の相談機関 紹介						相談機関の親子に対する指導						現在何とか登校しているが欠席もする																
No.6 Y.H	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			中学除籍になり以後各種学校に通学																	
	除籍になってから元気になる												母だけ精研→病院紹介																																		
No.7 Y.T	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			中学除籍された後→現在まで																	
	入園しない												学級委員になった 頭痛 腹痛を訴えた						学 園						家に閉じこもり プラモデルづくり																						
母のみ1度 精研へ												養護学 園入学						夏休み後 家に もどる						入学式のみ登校																							
No.8 N.T	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			再び中学1年			再三中学1年			その後除籍になり																	
	頭痛 腹痛												次第に拒否がはげしくなる						病院 精研に 精神科						精研に 養護学園に入れたが1ヶ月後家にもどる						夜間中学 在学中																
No.9 T.K	幼稚園		小学校1年			2年			再び2年			再三2年			再四2年			4年			5年			6年			中学1年			2年			翌年 翌年高校入学			現在											
	入学式から母から 離れない												1年時より悪化 いらいらする						転校						養護学 園入学						入園時3年 地域内の学校に認定されたが2年 たが4年に						おとなしいが成績も向上 問題は解消						成績は向上クラスで2,3番 公立高校めざし勉学中				
教育相談室 3 大病院神経科 3 公立病院神経科 2ヶ所受診												新任教師が家庭訪問 勉強の指導精研で治療						教師の指導																													
No.10 I.K	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			翌年			翌年高校入学																	
	私立有名中入 学												退学						1週間 拒否						高校通信教育をうけている 水泳 絵 ビアノ 意欲が出て来た																						
精研に母のみ1度 他の相談室に1度																		公立病院精神科 に1週間入院						中学 退学 神経科入院1ヶ月						家族が真剣にかかわる ようになった																	
No.11 S.J	幼稚園		小学校1年			再び1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年																	
	止められた												母と一緒に登校 給食は食べない						母と一緒に登校 転校						新設校に 登校 開始						元気で登校 問題解消						連休後2,3日ぶったが以後問題なし						高校進学をめざす				
母のみ教育相談所												精研で働きかけ 盲腸手術入院 担任教師が毎日家庭訪問						精研に1度来所																													



表4. 登校拒否発生から現在までの経過 II群

	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			中学を除籍された後現在まで						
	1年	2年	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3										
No.12 Y.T	頭もよく成績もよい															耳を悪くし、その後完全拒否			入学式に父にひっぱられて登校以後拒否			家に閉じこもる 2年前より精神科入院中														
																宗教を信じ、なると、精研に母、1度くる			学校の働きかけを迷惑がる																	
No.13 A.K	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年仮進級			再び2年			翌年						
	成績は優秀 勤労はきらい らくをしたい															転校			前の学校にもどる												中学除籍された後現在まで					
																伯母(同居した)死亡 転居のため電車通学			精研に(母のみ)通う 父の協力が得られず家から離せない			学校でもさじをなげる														
No.14 N.Y	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			翌年			翌々年			中学3年			高校入学→退学			
	なじめなかつた		学業成績はよいが発表せず 友人もできない 子どもらしさがなく大人っぽい															転校祖母の死 父がねこむ			連休後完全拒否			ベッドスクール 中2			ベッドスクール 卒業			受験し合格したが1日も登校せず 現在家で家事に						
																			精神科、2学期に登校できず 精研に通う 精研を拒否			教育委員会から 問題にされ精研へ														
No.15 I.Y	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年																		
	口数少なく 友人になじめない															いやいや登校			ベッドスクールへ			ベッドスクール														
																担任が協力してくれた			担任がかわった 精研へ 父親、姉の問題あり 家から離れた																	
No.16 E.M	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年仮進級			6年			中学1年															
	途中で止めた		口数少なく 友人に近づかない 気らくにするよう云われた															精研で治療 父の協力得られず			再び精研へ (教育委員会より) 家からの分離必要(父の協力得られず)															
No.17 U.T	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			中学1年			2年			3年			私立高校入学→退学			
	外出を嫌がった 途中から拒否		教師をきらい拒否						1ヶ月位しか欠席なし									1週間登校後完全拒否			私立中に転校						合格したが1ヶ月で完全拒否 退学後洋裁学校に籍をいたが拒否 家で家事手伝									
																母と同年の教師になり なつた 盲腸手術2回			教師がかわり 欠席ひどくなる			母と同年の教師になり なつた			教師がかわり拒否がひどくなった			精研に (子どもは1度で拒否)								
No.18 T.A	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			私立中学1年			再び1年			退学→現在に至る									
																									5日登校その後 完全拒否			家で気ままにすごす								
																兄の登校拒否の影響 精神科通院その後通院拒否			担任教師が積極的に働きかける 精研に1度来たが拒否、母のみ																	
No.19 N.T	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年 現在									
																転校												家に閉じこもる								
																			大学病院小児科通院 精研2回 (父親の協力得られず 学校の働きかけに協力しない)																	
No.20 B.H	幼稚園		小学校1年			2年			3年			4年			5年			6年			中学1年			2年			3年			卒業後						
																腹痛									養護学園に入る			登校を強いると家を出て 歩けなくなると警察に行く(20回)			証券会社の黒板ふき					
																教育相談室に通う			精研で治療						催眠療法			青少年相談室へ(母のみ)								

拒否型は、I群では、すべて完全拒否の期間がある。完全拒否とは少くともおよそ1学期間完全に欠席することを意味し、他方、散発拒否とは、1週のうち、2、3日登校、他は欠席し、又は逆に、2、3日欠席、他は登校するといったものである。II群の主たる拒否児もまた、散発拒否から始まっても、すべて完全拒否にいたっており、他方きょうだいの方は、散発型が多く、完全拒否をしめす場合でも、2、3の例外を除いては、主たるものに比べると短期間である。

次に、登校拒否発生学年についてみると、I群では、小学校1年が一番多く11例中5例であり、次いで小学3年が3例で、小学6年が1例で、中学1年が2例であり、小学校低学年に集中している。II群の主たる拒否児では、9例中、小学5年、6年が2例づつであり、4年が3例であり、1年、3年、がそれぞれ1例づつであり、小学校高学年に集中している。主たる拒否児と、きょうだいの拒否児を比べると、前者の方が全例において発生学年が後者よりも早くなっている。

相談室に拒否児が最初に接触した年齢は、I群では、14才が3例、15才が2例、13才が1例で、11例中6例は中学年齢になって来所しており、残りは、8才が2例、11才が1例、9才1例、6才1例である。I群では、登校拒否発生後、相談室に接触するまでの期間は、平均3年3ヶ月であり、問題が長期化し、慢性状態になってから相談にもちこまれたことを示している。11例中5例は、すでに留年の経験をしており、2例は小学校の低学年でくりかえしており、1例は中学1年を3回くりかえしていた。II群の主たる拒否児が、最初に相談室に接触した年齢は、13才が2例、14才が1例、12才が3例、11才が1例、10才が1例、8才が1例であり、小学校高学年令と中学生年齢に集注していた。II群の主たる拒否児の登校拒否発生後、相談室に接触するまでの期間は1年8ヶ月である。

次に、われわれの相談室に最初に接触してから、現在までの期間をみると、I群では、もっとも長いものが11年で、もっとも短いものが4年であり、平均5年7ヶ月を経過しており、II群では、もっとも長いものが8年で、もっとも短いものが1年であり、平均4年1ヶ月を経過している。

次に、拒否期間をみると、I群では、10年に及ぶものが3例で、もっとも短いものでも4年で、拒否期間の平均は、6年4ヶ月であり、II群では、もっとも長いものが9年で、短いものが1年であり、拒否期間の平均は、4年5ヶ月である。

## 2. 現在までの経過と、現在の状況

登校拒否発生後、現在までの経過と、その時々々の主要な働きかけや処遇の内容、現在の状況を群別に示したのが、表3、表4である。

### (1) 入院または入園、入所に関する状況

登校拒否発生後、病院、養護学園、施設に入ったものは、I群では9例で、経験していないものは2例にすぎない。9例中病院に入ったものは4例（うち1例は学級をもつ児童病棟、）養護学園に入ったものは4例であり、残りの1例は学級をもつ施設であった。

そのうち筆者が入院、入園、入所に関与したケースは、N O. 3, 4, 7, 8, 9の5例であったが、もっとも効果があがったと思われるのは、N O. 4と9であり、病院内学級体験や学園の体験が自信の回復に役立ち、その後の積極的変化の出発点となった。N O. 3, 7は、施設、養護学園に入っていた当時は学級生活にも順応し、同級生からもリーダーとみられ、また職員からも性質のよい頼れる存在とみられていたようだが、家庭にもどってからは、完全に逆もどりし、家に閉じこもり、完全登校拒否の状態になった。N O. 8は、学園に入り、2週間後家にもどり、以後学園にもどらず、学校にも決してもどらなかった。

なお、入院、入園、入所の経験をしなかった2例についても筆者は家から離すことの必要を説得した。N O. 11の場合には、児童相談所に母子で1度行ったことが、子どもに現状をつづけることができないというさしせまった意識をおこさせ、それが変化の動機にもなった。

II群では、主たる拒否児のうち、入院、入園、入所の経験のあるものは、9例中3例だけでNo.14, No.15は筆者のすすめにより学級をもつ児童病棟に入院した。No.12は、登校拒否発症後6年間、家に閉じこもり一歩も外へ出ず、家族はたまりかねて2年前に精神病院に入院させた。

No.13, 16, 19にも筆者は何回となく、家族からの分離の必要を説得したが、母親は同意しても、父親からの同意が得られずに、現在まで実現をみていない。このあたりの家族の態度にも、I群とII群との間には相違がみられた。

## (2) 学校に関する状況

昭和46年現在、拒否児の年齢は、I群では、18才が4例、16才が3例、19才が2例、17才が1例、15才が1例で中間年齢は18才であり、II群では、16才が2例、17才が2例、18才が1例、19才が1例、12才が1例、13才が1例、15才が1例で中間年齢は16才である。

これらの拒否児の中で、中学を卒業できたものと、卒業できずに学令満期になり除籍されたものを調べてみると、I群では、現在なお中学に在学中のものが2例あるので、9例中、中学を卒業できたものは5例であり、除籍されたものが3例で、私立中学（有名校）2年で退学になったものが1例である。

なお、卒業したものの5例中、特記すべきことは、施設内学級と院内学級の卒業生が、それぞれ1例あり、残りの3例の卒業生のうち、2例は学校教師の同情によるところが多いときいている。

II群では、主たる拒否児のうち、卒業したものは9例中3例であり、除籍されたものが3例で、残りの3例はなお在学中である。

こゝでも卒業したものの3例中、1例は院内学級を、2例は、それぞれ中学の3年間の大半を欠席したまゝ、1例は私立中学を、1例は公立中学を卒業したのである。

なお、現在、在学中の3例は、1例は院内学級に入っており、他の2例は、小学校から継続する完全拒否であり、家に閉じこもっている。

II群のきょうだいの場合、中学を除籍されたものが2例で、他は卒業している。除籍された1例は（No.12Y T），現在家業を手伝っており、好転している。No.18（T H）は、家に

閉じこもったまゝであるが、高校通信教育をうけている。

次に高校進学の有無であるが、I群では、4例進学したが、2例は現在順調に登校しているが、他の2例は間もなく退学した。No.2は、病院内から定時制高校に通学している間は、登校したが、退院後はすぐに登校しなくなり、完全拒否の状態となり、翌年、本児の希望により普通高校に入学したが、1日も登校できずに退学した。現在、登校はしたいが、登校できないことへの葛藤がつよく、両親に反抗乱暴している。No.10は、中学除籍された後、検定試験で中学卒業の資格をとり進学したが、1日も登校しないで拒否し退学した。彼女もまた、登校したいが、登校できない葛藤を、母親に反抗、乱暴の形でぶつけていたが、その後、高校通信教育をうけるようになって、明かるさをとりもどした。

II群の主たる拒否児は、女兒2例が進学したが、両者とも退学した。No.14 (N.Y) は、1日も登校せずに拒否、退学した。家では明かるさをまして、家事を手伝ったりしている。

No.17 (U.T) は、中学の3年間の大半を欠席したのに、高校により成績で合格したのに気をよくし、1ヶ月は張り切って登校したが、中間テストの結果が思うようにならず、疲労、身体的不調を訴えて再び登校拒否、その後退学し、洋裁学校に入学の手続きをとったが、1日も登校せずに拒否、退学した。その頃から明かるさをとりもどし、家事を手伝ったり、休日や夏休には近所にも出るようになった。

II群のきょうだいの拒否児の高校進学の状態をみると、8人の進学者中、3人は中途退学している。

現在順調に登校し、学校生活を継続しているものは、I群とII群の主たる拒否児の合計20例中、I群の4例のみであり、そのうち2例は中学に在学中であり、他の2例は高校に在学中である。中学に在学している2例 (No.9, No.11) は、両者ともおとなしく内向的で、自分から積極的に友人を求めたり、接近することはないが、とくに学校生活に支障を来たすようなことはない。No.9は勉学に関心を示し、中学になって成績が顕著に向上している。両者の親は、子どもが友人関係にもっと積極的になることを望んでいるが、全般的には、親の期待以上に向上していることを認めている。

次に高校を順調につづけている2例 (No.7, No.4) は、親も子どもがやっと立ち直ったと感じており、現在の変化に親は期待以上に好転したとみている。No.1の場合は、マラソンの県代表に選ばれたことが変化の動機になっているし、No.4の場合は、院内学級でピンポンの選手になり、対校試合に出たり、同級生に親われるようになったりしたことが自信をつけるきっかけになった、と母親はみている。

### (3) 生活の状況

まがりなりにも何等かの家族外社会的接触を保持しているのは、I群では11例中7例であり、そのうち3例は (No.5, No.6, No.10) はなお問題を多く残しており、好転が持続するかどうかは今後の問題である。

II群の主たる拒否児では、9例中2例だけであり、1例は院内学級在学中であり、他の1例

は、中学卒業後、証券会社の黒板ふきをしている。2例ともなお問題を多く残しており、周囲の支持を必要としている。

家庭外社会的接触を全く失っているものは、I群では4例であり、No.2は、(18才) 中学時代は、職人になりたいといていたが、親子とも、結局高校進学を捨てきれずに、定時制高校に入り、一時は病院から通学し登校できたが、退院後は完全拒否、翌年、本児の希望により普通高校に入り一日も登校できずに拒否、退学、翌年また定時制高校にもどったが、登校拒否のまゝである。

父親は再婚で先妻に子どもがなく、母親が後妻に来て生まれたのが本児で、1人子であり、父親は57才、母55才である。父親は30年間、中小企業の事務をしているが、三年程前大病し、体力がなく、子どもにも暴力をふるわれるとひっくりかえってしまい、父は子どもにやられっぱなしだという。両親とも年令以上にふけこみ、1人子の将来に期待できず沈滞した家族の中でひっそりくらしている印象である。母は、本児に職業的的技能をつけるのに、職業指導所のようなところか、住み込みで仕事を教えてくれるところに入れたがっているが、子どもは頑として動かず、家で勝手気まゝにすごし、やり場のない感情を両親にぶつけては、乱暴している。

No.7は(15才)、中学は、入学式にだけ登校したが、以後3年間1日も出席せずに、学令満期で除籍されたが、その後も相変らず家に完全に閉じこもっている。子どもは、毎日、昼近くにおきて、テレビをみたり、また、ねたり、プラモデルを作ったりして、夜は、2時か3時までおきていることも度々だという。外には一切出ないので、顔色はあおく、体も不健康に肥満し、髪は肩までのびている。口では悩みはないといているが、学校の問題がつよくひっかかっているのがうけとれた。将来の希望や期待が問われると、「別の国家をつくり、自分が先頭に立って、皆を動かすのが理想、皆といっても人間ではなくロボットのもので、人間なんか大きい……、現実的な将来の希望なんかないけれど、たゞもっと金持に生まれてくればよかった」とのべた。彼は話しながら体をくねらせたり、口に手をあてたりして非常に女性的である。母親は、本児に対し出来れば高校までは出て欲しいが、不可能なら建具屋にでもなって将来生活していけるものを身につけてほしいと希望していた。

No.3は、また極めて長い閉じこもりの生活をしているが、登校拒否の経過と現在の状況のところで詳細にのべるので参照にされたい。

次に、II群では家族外社会的接触を失っているものは、7例であり、No.12(Y.T)は、現在19才だが、中学の3年間に登校したのは、入学式の時に父にひっぱられて連れていかれただけで、以後完全に拒否、同時に家に閉じこもり現在に及んでいる。中学の受持教師も一度家庭訪問してやっと会ったというが、その時は真暗な部屋(本児の家は建物の後になって日昼でも電気をつけないと暗い)の中で一人いたが、植物や動物の本がいっぱいあって、教師がそれらの質問を少し質問してみると、明確な答えがかえって来たという。現在の彼は、昼近くに起床し、自室に閉じこもり母親以外のものとは口をきかず、家庭訪問中も面接不能であったが、母は病院に入れたくても子どもが応じないし、経済的にも負担が重すぎるとい、本児には希

望や期待などもてないといへ、たゞ部屋から出てくればとのぞんでいた。その後、本児は精神病院に入院し、現在も入院中である。

学校の話では、本児が4人きょうだいの中で一番優秀であったという。

No.14 (N Y) , No.17 (U T) は、ともに高校退学後、家では家事を手伝ったりしており、あかるくはなったが、両親としては、両親とも子どもが社会人として生活できるようになるかどうか、つよい不安をもっている。

No.18 (T A) は (16才) , 中学除籍されてからも家に閉じこもり、兄 (19才) も中学除籍になり、ともに社会的接触を失っているが、父も家で製図書きをしており、子どもたちのことはあきらめきっている。母もいまでは成り行きまかせの気分になっている。

No.16 (E M) は、中学1年だが、完全拒否の状態であり、登校乃至学校にまつわる些細な刺激に対してもその拒絶反対は激しく、パニックの状態におちいり、激しい乱暴などの行動をとるので、本児をとりまくもの誰もが (治療者をふくめて) 本児へのかわりを後退せざるを得ない状態においやられる。小学校4年頃に比べると現在の彼女の拒絶反対は極めて激しい。

母親は、学校関係者からの圧力が加わると、一時的にはそれに対応し消極的に行動をとるが、父親は何度面接を要請しても応じないし、家庭訪問すると、表面は合せているが、専門機関の介入は迷惑だといったものが強く感じられた。家族からの分離の必要を説得したが、結局父親の協力が得られず、本児は家に閉じこもったまゝである。

#### (4) 登校拒否発生から現在までの経過

##### 事例1 (No.9) I群 中学2年(16才)好転

幼稚園は、1年保育で入ったが、クリスマス会の途中で家に帰ると泣きだし、以後どんなに連れていこうとしても頑強に拒み、園にはもどらなかつた。

入学式の時から母親にしがみついて離れず、1年時は、母親が終始付き添い登校し、散発的に欠席したが、クラスでは緘黙状態で無言の上終始椅子にすわったまゝ動かなかつた。

2年生になると、ますますひどくなり、いらいらするようにもなったので1学期に少し連れて行っただけで休ませた。その間、教育相談室、大学病院の神経科を訪れた。

翌年再び2年に留まり、母親と一緒に登校しはじめたが、2学期に住居の移転により転校した。ところが転校先の学校では、子どもを快く受けとってくれる教師がおらず、そこで出歩しが折られて、そのまゝその年は完全に欠席した。

翌年、また2年生(3年目)にとどまったが、1年間完全に欠席した。

翌年、4回目の2年生をくりかえしたが、新しく担任となった教師が、この子どもの在籍に注目し、直ちに学校長と相談の上、学校長が両親と面接し、両親と学校とが協力して、子どもを一刻も早く学校にもどす必要をきびしく説得した。そこで、まず、子どもと教師の人間関係をつくるために、放課後、教師が毎日家庭訪問をして、子どもと一緒に遊びながら徐々に学習指導をした。子どもは、家庭内での教師の働きかけには応じたが、教師とは一歩も外に出ることを拒んだ。教師の働きかけと併行して、学校長は、子どもをわれわれの相談室に紹介

してきたので、以後半年に渡り、子どもと母親のそれぞれの担当者が治療にあたった。

子どもは、体が非常に小さいので、誰でも2年生とみてしまう程で、みるからに神経質そうな緊張感の高い子どもだった。最初の来所時は、子どもは、母親にぴったりくっついていて、母から離れることを渋ったが、2、3回後には変化し、以後、除々に攻撃性の表現がみられるようになった。治療がすんで来てからは、治療者に算数問題をだしたりして、子どもが自分で解答したり、学校教師の学習指導に興味を持っていることがうかがわれた。

その頃、家庭では、父親が休日の度に、子どもを連れて外出するようになった。子どもはかなり変化してきたので、われわれと学校側と協議の上、子どもに準備ができつつあることを確認し、養護学園に3学期から入れることを目標にした。この計画を両親に話した時、両親は、「今でも子どもは、学校の話をする時、何かにおびえるような様子をしたり、おちつかなくなるのだから、親から離して学園に入れることで、それがひどい衝撃になって頭でもおかしくなったら」と不安を表明した。

家族は、両親と姉（中学1年）と弟（小学校2年）と父方祖父母の6人家族であったが、母親の実家と度々の往来がある以外には、近隣との交際もなく、しばしば、家庭訪問していた教師は、この親子の関係をきょうだいのようなだといっていたが、お互いに庇護しあっているようだった。

学園の話では両親は最初かなりの不安に直面したが、教師や治療者の支持や励しがあって、漸次、子どもを養護学園に入れるべく働きかけていた。予定通り子どもは3学期のはじめに父親に学園に連れて行かれ、そして3年生に認定された。子どもは、父親から別かれる時に、少し泣いたが、その後園の生活に除々にとけこみ、10日間で、日常生活に必要な会話は全部表現するようになった。加年児という劣等感もみられず、子どもたちの中にもうけ入れられた。

学習面では、最初から遅滞がみられず、ノートのとり方など実に几帳面で仲間の模範にされる程だった。入園1ヶ月後に行なわれた学芸会に、子どもは、魚の研究発表をしたが、参観した父親をひどくおどろかし、よろこばせた。

子どもは、新学年には4年生となり、1学期は園で過したが、夏休以後園にはもどらず自分の意志で本校（区域の学校）にもどった。その後は、登校拒否の問題は全く解消し、学業の遅滞も最初からなく、自信をつけた。

小学校5、6年時には、教師からの報告によると、学業もよくできて問題はないが、たゞ活発に発表したり、積極的に交友関係をつくることがみられないとあった。

中学入学後は、学業に一段と自信をもち、成績はクラスで、2、3番を下らず、公立高校の進学をめざしている。彼は面接中、依然として口数が少く、質問に簡単に答える程度ではあったが、現在の好調が感じとれた。母の話では、中学の同級生からも子どもは信頼されており、役割もひきうけているといふ、母親の話のはしばしに、現在の本児に誇をつよく感じているのがうけとれた。

（このケースについては、国立精神衛生研究所研究生八木雅子さん、ならびに小学校の諸先

生、養護学園の職員の皆さんの多大なお骨折と御協力に謝意を表するものである。)

事例2. (No.11) I群 中学3年(16才) 好転

子どもは、入学後1ヶ月間は、母親に伴なわれ登校したが、その後1年生の最後まで欠席し翌年、再び1年生となり、母親と登校し、母が終始子どもの隣の席にすわっていた。給食を食べると吐くので家から弁当をもっていった。

2年生は、1学期から2学期まで完全に拒否し、3学期は、母親と一緒に登校したが、「家に帰ろう」とせがみ、欠席も多かった。

3年生になり、新設の学校に転校したが、1日登校しただけでいかなかった。その頃母親だけ相談にいていた教育相談室から紹介された。子どもは、子どもらしい生気がなく、いかにも神経質で緊張感が高い子どもだった。子どもが、4、5回来所した頃両親や祖父には家から離すことの必要が話され、旋設のことが話しあわれた。そして、子どもは1度児童相談所に連れていかれた。子どもは、1人子で、入学するまで母がつとめていたので、母方祖父母に育てられ、ひどくわがままで自分の思うことはすべて通ると思いこんでいた。母や祖父から、家庭内でも、しきりに現状をつづけることができないことが語られていた。除々に、子どもの心にも、現状を続けることができないというさしせまった気持ちになっていた時機に、子どもは急性盲腸炎になり、一週間入院し母親からの分離の体験をした。

なお、子どもは、3年生になって新しい学校に転校してからは、ひきつゞき完全拒否の状態であったが、担任教師が、ベテランである隣のクラスの女教師に協力を求めたところ、その教師は、1学期～2学期にかけて毎日のように子どもの家に立ち寄り、子どもを家から学校の近くまで連れだすようになっていた。教師からの指示により、母親は、また放課後、毎日のように学校に子どもを連れていった。

このような準備段階を経た後、母親は3学期になって、どうしても登校しなければならないことを子どもに話し、翌日学校に連れていった。2日間は、母と2人で教室の後に立ったままであったが、3日目の体育の時間に、隣のクラスの女教師が、母親だけを家にかえした。子どもは、大声をあげて泣き叫び、あばれたが、担任教師と2人で、子どもを教室まで運び、そこで子どもに話しかけたが、子どもは涙をふいて、教師におくられて帰った。その後、1～2回は母と来たが、その後は1人で登校するようになり、友人も出来、学業も急速に追いついていった。担任教師は、子どもが登校し始めた頃、たえず隣のクラスの女教師と連絡をとり、子どもの得意な工作や図画、音楽の時間を多くしたり、子どものクラスへの順応を助けていた。

登校後は、問題は完全に消失し、学業も回復し、消極的でおとなしいが、よい生徒と云われ小学校を卒業した。

中学入学後も順調だったが、2年生の連休後、2、3日登校をしる様子がみられ、子どもは、筆者のもとに連れて来られたが、その後はまた順調に登校し、今春、高校進学の手配である。

(このケースの取り扱いについては、国立精神衛生研究所研究生神谷のぶさん、ならびに小



学校の諸先生のお多大なお骨折と御協力に謝意を表するものである)

事例3. (No.4) I群 高校2年(18才) 好転

子どもは長子として生まれたが、当時、祖父母のほかにも曾祖母があり、大人にとりかこまれひどく大事にされた。

幼稚園は、1年保育に入れたが嫌がるので止めさせた。

入学してからは、同級生の前で歌をうたったり、体育をすることができず、朝礼を嫌がった1年時に、作文を公会堂で発表するようになったことが、登校拒否のきっかけになった。

1年～2年までの欠席は、比較的少ないが、3年3学期には完全拒否した。彼は登校拒否中も、家では教科書を読んだり勉強をしていた。

4年になり、登校拒否は、いっそうひどくなり、4年から5年は、大半を欠席し、6年生は2日しか登校しなかった。

中学に入学してからは、1ヶ月登校しただけで、その後完全拒否、翌年再び1年になったが1日も登校せず、それでもなお、祖父母は、「頭のよい子なのだから、今にいくようになるから、そんなに無理強いするな」と両親をしかりつけていた。母親1人で大学病院の精神科に相談にいったり、同じ頃、相談室にも訪れた。

家庭は、父親が養子で、母親とは従兄にあたり、家族の中心は母方祖父母であり、両親は祖父母の意見には反対できず、父親は、子どもの問題を避けて、真剣に対処したことはなかったという。祖父母が雑貨商を営み、自転車の一時預りもしていたが、子どもは、夕方からそれを手伝ったりしていた。電気や機械に詳しくよく修繕もした。彼はまた、家人の商買のやり方にも批判的で自分の考えを話したりもした。

母親は、子どもを相談室に連れて来れないというので、筆者が家庭訪問し、本児や祖父母に会った。祖母が、茶の間の中心にすわり、両親は祖母に気を使いながら話していた。2階の子どもの部屋に上っていくと、子どもはねころんでいたが、筆者を見て、体を全く動かさず、一言も発しなかったが、つよい拒絶は感じられなかった。

家庭訪問後、間もなく、父親が来所したが、院内学級を強くすすめた。両親は入院を希望していたが、祖父母をどのように説得するかを問題にしていた。筆者のつよいすすめもありその後、子どもは院内学級に1年生として入った。入院後、1週間は食事を拒み、2ヶ月は登校拒否を続けたが、同級生の誘いで野球の仲間に入ったことから登校も始まったという。登校後は勉強もできて同級生からも好かれた。ピンポンの対校試合にも出た。本児は、人前で体を動かすことが出来ず体育がきらいだったが、ピンポンですっかり自信をつけた。2年半、院内学級で勉強し卒業した。

高校に入学後は、登校拒否は完全に消失し、順調に登校している。教師からは、子どもがよくやっていると云われていると母親はうれしげに語った。また、クラブ活動も忙しくやっているし、院内学級時代の友達と親しくなり、本児が泊りに行ったり、友人が泊りに来たりしているという。

## 事例.4. (No.3) I群 施設内学級卒業後、家に閉じこもる (19才)

子どもが生まれてから間もなく、父親は事業に失敗し、その後長い間立ちなおることができず、母親が主に生計を立てていたが、彼女は単独で上京し働いていたこともあり、子どもの養育は不十分だったという。

子どもは、3人きょうだいの末子で、4才上の姉と8才上の兄がいる。現在姉は結婚し家を出ている。

彼は、小学校に入学してから、すぐに欠席が多くなり、小学校を通じて年間の半分以上は休んでいた。母親は、彼が物おぼえがよく、入学1年前に読み書きが出来たので、学令前に入学させたいと思って関係機関に問い合わせた位なので、ことに低学年のうちの欠席はあまり気にしていなかったという。欠席が多くても成績はよいし、同級生からの人望もあり、学級委員になったりしたので家族は休むことをあまくみてしまい、子どものその都度のいゝ加減な欠席理由にも問い正すこともせずに、子どもの事は生活に追われて後まわしになったと語った。6年時に、学校から児童相談所に紹介された。

中学に入学後は、1週間登校しただけで1年間完全拒否、児童相談所から精神病院を紹介され受診した。その頃、動作のくりかえし、筆跡を確かめる、などの症状とともに学業の遅滞に対するとらわれが強くなっていたという。

翌年、住居移転により転校し再び1年になった。その直後に相談室に委託された。しかしながら、子どもは最初来所を拒み、母親1人で通っていたが、3ヶ月後にやっと来所した。

子どもは、「学業のおくれが不安だ」と表現しながら、ひどく不安そうな様子はみられず、むしろ逃避が強く感じられた。5回の面接後、子どもは治療者に手紙をよこし、「自分はもう学力がだめになったから、僕のような者が入るところを教えて欲しい」と書いて来た。次の面接で、子どもと施設について話しあったが、施設に入ってもよいという。治療者も、子どもを家族から分離し、新しい自我像の確立の必要を強く感じていた。

母はすでに、児童相談所に、施設入所の件で相談にいらっていたが、父親からの反対に会い、そのままになっていた。

児童相談所では、直ちに学校に連絡をとったが、それがきっかけで、指導主任が家族訪問し子どもに説得したところ、翌日は登校、その後拒否にもどったが、担任の若い女教師が、子どもの学業のおくれに対する不安の対応策として、放課後、英語、数学を毎日2時間づつ個人的に教えてくれることになった。2ヶ月続けた頃、はじめて国語の授業をうけた。子どもは、担任教師の家にも同級生と遊びにいった。クラスでも同級生が子どもをあたく迎えてくれた。

しかし、子どもの努力は続かず、次の学期から再た逆もどりして学校に出なくなった。この状況でも、教師は非常に骨折ったが、反応はなかった。

翌年、施設内学級に3年生として入った。施設では、彼は知的なムードがあり、温和なので、他の子どもたちからリーダーに推挙されるが、彼自身、実力がないことを自覚しているの

で自己矛盾におちいってしまうと指導員は語っている。

夏休に家にもどり、新学期からもとの学校にもどったが、1週間で拒否し、再び施設内学級にもどり、翌春卒業した。指導員は、子どもに積極的に働きかけてくれ、卒業後の勤務先も彼の性格を考えて紹介してくれたが、彼は一週間とつゞかず、以後再び家に閉じこもり、勝手気ままな生活をしている、日昼は、両親も兄も勤務しているので家に残るのは本児だけである。

事例5 (No.13) II群 弟(AK) 中学除籍される (18才) 家に閉じこもる  
兄(AT) 大学3年 (21才)

家族は兄弟2人と両親の4人家族である。弟の3才頃まで父方祖母が家族の実権を握り、兄弟の養育にもうるさく干渉した。父の姉である知能の低い伯母が同居していたが、兄弟の子守を年申させられていた。母親は、そのような家庭にいるのが嫌で、子どもたちの乳幼児期には家をあけて一日映画館で過ごすことが多かったという。伯母は、子どもをかわいがる時は猫かわいがりし、また気にいらぬ時はひどい体罰を加えることもあった。父親は常に蔭のうすい存在だった。

弟の小学校5年時に、伯母が死亡してから、彼は元気がなくなり家に閉じこもりがちになっていた。その頃、家が転居し、電車通学を始めたが、頭痛疲労を訴えて欠席がちになった。

あまり欠席が激しくなったので、近くの学校に移るよにとの学校側からの示唆もあり転校したが、その頃から昼間はねていて夕方おきだすような生活になり、転校先にはついに一度も登校しなかった。登校を強いると、ガラス窓を割ったり乱暴し、家からも出なくなった。

弟の小学校、4～5年時の担任教師は、彼は頭はよいが、働くことや、骨の折れることがきらいで、学級委員のようなことはしなかったと報告している。

転校先の学校から、6年になって再びもとの学校に籍をもどした。前の担任教師が毎朝家に立ち寄ってくれたが、父親が障子の蔭から、「あんなに嫌がるのに無理にしなくっても」とまるでよそごとのように云っていたという。

6年になり、相談室に委託されたが、子どもは来談を拒絶し母親のみ通っていた。弟に会えたのは3回だけで、1度は、母親が関西に住む母親の実兄をよびよせて、彼を相談室に無理に連れて来た。しかし、面接は不可能で、ちょっとしたすきに家に逃げ帰った。精神科医と筆者と家庭訪問したが、彼は、天井にかくれたり、おし入れの中に入ったりして面接は困難だった。

母親は、度々来談したが、彼女は実家の影響をうけて加持祈祷を信じるようなところがあり面接ははかばかしく展開せず、また父親に何度面接を求めても、数年間にたった1度あられただけであった。

兄は、中学2年の4月頃より、弟の拒否の影響をうけたのか、通学のバスが満員ですごく疲れるのか、腹痛を訴えたり、眠いとか、寒いかいって登校を拒み、家で一日中少年マガジンを読んだりして過ごしていた。そして、弟も登校しないのだから、登校しなくともよいだろうといっていた。しかし、弟と違う点は、兄は外出もするし、行きたいところには出かけた。

兄は、小学校時代から成績もよく、中学に入ってから知能はクラスで一番高く、めだたないが、係の仕事を責任もってやってくれるよい生徒だと教師たちはのべていた。

弟の場合には、治療的接近が困難であり、家庭環境も子どもの拒否に加担している面もあり筆者は病院に入れることが必要と考えて、小学校6年の2学期に母親に極力すゝめたところ、母親の気持は相当動いたが、父親の反対と、担任教師の、母子を学校の近くに住ませて、もう一度何とかやってみたいという意見が強く出て、結局、学校の近くに一部屋かりて母と子どもで移り住んだ。それから弟は、欠席もあったが、登校するようになった。

登校開始とともに、弟は気分も明かなくなり、友人と外で遊ぶようにもなった。弟が登校開始後、1ヶ月後には、兄も、中学の担任教師の働きかけがあって登校を開始した。兄は、その後完全に立ちなおった。兄の拒否期間は、中学2年の4月から12月までの7ヶ月間であった。

弟の方は、3学期の後半より、登校拒否がまた激しくなって来た時点で、中学に入った。中学1年の1学期は、学校教師が毎日子どもを迎えに立ち寄ってくれて登校していたが、頻繁に欠席していた。その頃の子どもについて教師は、「集中力旺盛で、やる気充分で、登校しさえすれば彼は実によく出来る」とおどろいていた。そして教師は、「毎朝、子どものねこみをおそうのだが、子どもは腹を立てゝふとんにしがみつくが、父が『そんなに、いやがるのに無理でないかと』、子どもに逃げ場を与えてしまうのが問題だ」と観察していた。

1年の3学期になると、教師が子どもを迎かえにいても拒絶されるようになり、完全に登校拒否の状態になった。新学年には、原級にとどませようとする学校の意向もあったが、仮進級ということで2年生になった。

2年になってからは、筆者も学校教師も、子どもに責任をもたせようということで意見が一致し、母親にも子どもと距離をおくように働きかけた。1年間は、登校を完全に拒否し、1日も登校しなかったが、生活態度は好転し、朝も起床するようになり、小学校時代の友人と映画もみにいくようになった。

子どもは、新学年に2年生になれると思っていたが、学年末に、母親が学校に問い合わせると、仮進級で2年になり、1日も登校しなかったので、2年になれるかどうかはわからないと云われた。筆者が学校長に連絡すると、校長は大変きびしい態度で、「子どもは、いつも登校するといふ、全く登校しなかった、子どもの住所は学区外でもあるし、学校では面倒をみる責任がない。新学期から登校すると、子どもが学校長の前で誓うことができれば、2年生に仮進級させる」と決断をせまってきた。母と子どもが学校長の前に出ると、新学年の始業式に登校しなければ、直ちに学籍からぬき、他の学校に移ってもらうことが宣言された。始業式の前日、本児は自転車から落ちて左手をけがしたが、手が痛むことを理由に登校拒否しようとしたが、母にひっぱられて連れていかれた。

新学期は、子どもにもかなり緊張感がみられ、自分の方から登校しようという意欲も出てきたと、母親はよろこんで語っていたが、2学期には、また完全に逆もどりし家に閉じこもるよ

うになった。ここで、学校側は、これまで担任の教師が、それぞれできるだけのことやってきたが、もうこりごりだという態度を表明し、子どもは頭もいゝし、自分の好きなことをして過せるだろうから、学令満期には除籍にすると声明した。

子どもは、その後、まる3年間、家に閉じこもり、家族外の社会的接触はほとんどないが、子どもは、車に非常な興味をもち、小遣はすべて車の本にあてゝいるが、車の免許のとれる年令に達した時に免許をとった。現在は、おだやかになり、家に閉じこもっていても、生活態度は好転しているという。

- 事例6 (No.17) II群 妹(U T) 中学卒業後家に閉じこもる (16才)  
兄(U C) 大学卒業後、公務員 (23才)  
兄(U J) 高校卒業後、父親の建築業の手伝い (21才)  
兄(U S) 高校卒業後、予備校在学中 (19才)

No.17は、きょうだい4人全部にある期間、登校拒否があったが、妹の(U T)を中心にのべる。長男(U C)が最初の登校拒否児であり、小学校4年から欠席が時々あったが、5年になり、父方の従兄にあたる男性が担任教師になったのをひどくきらい欠席がますますひどくなると母は述べている。しかし、祖母が宗教にこっていて、みてもらったら、「今にいくようになる」と云われて放置していた。6年になっても、なお登校拒否が続いたので、母子で相談室に来た。数回精神科医の面接が行われたが、私立中学に入ってから問題は解消し、高校、大学と順調に進み、現在は公務員として勤務している。

次男(U J)は、長男の2才下で、小学校2年時に、兄の登校拒否の影響をうけて欠席が多くなり、3年まで散発拒否が続いた。その後、問題は解消したようだったが、中学に入り、再び登校拒否の状態になり、中学の3年間を通じて半分は欠席した。卒業後、私立高校に進学したが、登校拒否の問題は解消した。高校卒業後は、父親の建築業を手伝っている。

三男は、小学校3年時に、散発的に1ヶ月位登校拒否した。母親は、三男の登校拒否は「○○の弟」とみられるのが嫌だったことによるのではないかとみていた。きょうだいは、4人とも出来る方だが、とくに三男はよくできて、小学校高学年からは順調に登校し、中学、高校と進学し、現在は予備校に通い大学進学準備中である。

末子の(U T)は、1年保育で幼稚園に入ったが、1ヶ月で登園しなくなった。

入学してからは、知人の女教師が受持になったが、その先生は評判が悪く、子どもは教師をきらい休みがちになった、また兄たちの登校拒否も影響しただろうと母はのべている。

2年時は、母親と同年輩の女教師が受持になったが、子どもは、その教師に好意をもち、欠席も少なくなった。その後、盲腸手術の経過が悪く2度も手術したが、入院中、教師が毎日のように見舞ってくれた。子どもは、その頃より、心氣的になり、運動もしなくなった。それでも登校拒否は少なかった。

3年生になり、受持教師が変わったが、欠席がまた多くなった。

4年生になり、また母親と同年輩の女教師が受持になり、その年も、欠席が少なかった。

5年～6年は、また、教師がかわり、えこひいきが強く、子どもは、また欠席が多くなったと母はのべている。

家族は、4人きょうだいと両親、祖父母の8人家族である。母親や子どもの話では、祖父母は、変人で頑固者であり、ともにぜんそく持ちで、祖母は、時々ヒステリー性の胃病をおこすといふ、父親は祖父母には何も云えず、まるで血のつながりが無いみたいだと話した。祖父母の子どもたちが近くに所帯をもっているが、嫁である子どもたちの母親とたえず葛藤がつづいていた。母親は、末子の二回の盲腸手術のための看病などで疲労がたゞり、リウマチが悪化し体が不自由になったという。入院治療もしたが、その間、たゞ一人の女の子である末子が家事をしたり、母親の手足になっていた。母の病気は、子どもの登校拒否と関係があると母はみている。母親は、5人きょうだいの一番末子で、しかもたゞ1人の女の子で、今でも何かにつけ実家にたよっているという。彼女が、退院して家にもどった途端に、祖父に、「ばあさん、今日から嫁にさせるがよい」と云われて、失禁したり、立てなくなってしまった。

祖母も、母の悪口を男の子たちには云わないが、たゞ1人の女の子である末子にたえず愚痴を云うので、子どもの方は母親を何とか守らなければならないという気持になっていたようだ。

中学に入って、すぐに登校拒否がつづき、子どもは1度だけ相談室に連れて来られたが、(以後は来所を拒否)母と子はぴったりと寄り添い、母は子どもを「○○さん」と呼び、その話しかけ方や態度には、子どもというより大人扱いしており、筆者が母に質問すると、母は直ちに子どもに答えさせようとするが、子どもは、またそれを受けとめて反応するのがめだっていた。

彼女の小学校時代の登校拒否に対しては、兄たちがそれぞれ登校拒否があったが、中学、高校と進学するにつれて問題は解消したので、末子の場合にも、今に登校するようになる気持がつよく、あまり心配しなかったと母は述べている。

ところが、中学に入ってから彼女の登校拒否に対しては、家人の態度ががらりと変わり、受持の男性教師が度々家庭訪問したり、熱心にかゝってくれたこともあるが、女の子が中学を落第するようなことがあっては世間体が悪いと、無理におこして車に乗せて学校に連れていったりして、事態はますます悪化した。

筆者や受持教師の助言で、家人が登校を強制しなくなった時に、子どもは明るさをとりもどし、家事を手伝ったりするようになった。

子どもは、たった1週間しか登校しなかったが、担任教師は、その間の子どもを「授業中の態度もよく、発表もしたし、頭のよさそうな子どもだった」とのべた。

公立中学は、1年1学期で止めて、2学期から母親の母校である私立中学に入れてもらったが、3年間の大部分を登校拒否で終った。

しかし、附属高校を受験したら、かなり良い成績で合格し、その後1ヶ月は比較的にはりきって登校した。母親の方も、子どもの登校に力をかしたいというので、10年間営んだ菓子店も止めた。子どもは、同級生とも交っていたが、疲労感が強く、また最初の間テストがうまくいかず、その直後から登校拒否の状態となり退学した。

退学後は、緊張から解放されたようだった。それから間もなく、子どもの希望もあり、洋裁学校の入学手続きをとったが、1日も通学せずに、また退学した。その後は、朗らかになり、家事の手伝いをしているが、平日は外出もしないし、友人が遊びに来てても出ていかない。

#### IV 考察とまとめ

以上、長期化した慢性学校恐怖症児の登校拒否発生から現在までの経過について、I群（家族内に一人の拒否児）とII群（同一家族内に2人以上の拒否児）に分けて、1.性別、同胞順位拒否型、発生学年、来所学年、拒否期間 2.現在までの経過と現在の状況 (1)入院、入園、入所に関する状況 (2)学校に関する状況 (3)生活に関する状況について述べて来たが、若干の考察を加えたい。

家族構成では、欠損家庭は1例もない。学校恐怖症児の同胞間の位置は、I群では、11例中1人子が4例、末子が5例であり、II群の主たる拒否児では、9例中末子が7例で、両群を合わせると、末子が20例中12例であり大半を占めている。これは、登校拒否児の慢性化に向うものは末子に多いという平井、梅垣、山崎の指摘に一致する。事例にも示されているように末子の場合には、長子に比して、親も「末子だから」と庇護的乃至溺愛になる傾向があり、子どもに自己愛的傾向や万能感を生みやすく、親は子どもに支配され、ずるずるひきずられ、問題発生の時点で危機感をもつことが少く、初期の取り扱いに適切さを欠きやすいことがあげられる。

次に登校拒否発生学年についてみると、I群では、小学校低学年に集中し、II群では小学校高学年に集中している。梅垣は、登校拒否発生学年と、その後の適応率を比較したが、幼稚園群では100%、小学校低学年群では90%、高学年群では65.8%、中学生群では65.9%、高校生群では72%であり、小学校高学年群が最も悪くなっている。また、玉井、鷲見、小林の研究のII群は、小学校高学年にあたるが、この群では性格的に問題をもち、治療を最初から拒否したり、中断するものが多く、予後がよくないことを示した。

また、鑑の研究では、症状の機能的側面、すなわち、子どもにとって症状がいかなる意味をもつかに集点を合わせて、4類型、すなわち、第1段階（単純なる反応性の段階）、第2段階（合理化、理由づけの段階）、第3段階（強迫不安の段階）、第4段階（高度の合理化、理由づけの段階）に分けて、各々の段階は、精神発達による人格構造の差異に依存し、精神発達の対応がみられるとしている。すなわち、幼稚園から小学校低学年には、第1段階が多くみられるとし、小学校高学年の場合は、第2段階と第3段階の重りがみられるとしている。第3段階では、もっとも典型的な学校恐怖症状を示し、子どもは登校に対し強い葛藤状態を示し、家から一歩も外に出ず、些細な登校刺激に対し恐慌状態になり、周囲の者を完全に拒絶し、周囲からコミュニケーションを断絶してしまうとしている。この機制のとり入れがII群の子どもの予後を悪くしている見逃せない要因であろう。事例No.13 (A K) やNo.16 (E M) やNo.14 (N Y) にみられるように、彼等の強烈な拒絶にあうと、治療的な一切のかゝわりが不能

な状態においやられる。

それに比べて、第I群のNo.9や11は、登校拒否発生時は、第1段階にあり、子どもにとって新しい学校場面が危機的状況になっており、周囲の取り扱いも不適切で、子どもは失敗感を体験し、母親のもとに退却したが、その失敗感から脱却出来ずに、登校拒否は長期化した。これらの2例の場合には、もし問題発生の時点で適切に対処し得たならば、かくも長期化することはなかったであろう。No.9の場合は5年、No.11の場合は4年に渡る拒否期間があったが、子どもは、それぞれ年令に比して無邪気で、鑑の段階1～2にとどまっていたことが、治療的働きかけを容易にし、子どもの側からみると、学校復帰への重要な手がかりとなり、それと併行して、家族も治療的働きかけにより変容し、子どもの登校や成長を妨げる要因にならずに、むしろ子どもを積極的に支持する役割をとり得たこと、さらに学校教師の家庭訪問による子どもとの人間関係をつくることから始まり、学習指導とすゝんだ、段階的なきめの細かい準備を経て、養護学園で学級体験をしたことが、すべて総合されて、長期に渡る登校拒否のマンネリ化の状態から脱却させて、新しい適応に向わしめたのであり、こゝまで長期化してしまうと、立ち直らせるためには、いかに多くの人々の力と時間が必要になるかどうかわるのである。

現在、完全に立ち直り順調に登校しているのは、中学生のNo.9、11の2例と、高校生のNo.1、4の2例の4例のみである。

高校生の2例は、それぞれ、マラソン、ピンポンの選手となり、県の代表試合や対校試合に出て、同年令の子どもたちから彼等のもつ技能や能力が、現実に認められるようになったことが、立ちなおる契機になったと思われる。

学校恐怖症児の自我像については、LeventhalやSillsが、とくに注目したところだが、子どもは自己へのイメージを高く保持しており、学業、その他に対する自己への期待や過信は高く、完全を求めるように向うが、現実の自己は、学級場面や交友関係やクラブ活動の中で、憶病で小心翼翼とし、不安が強く、人の中では発表ができず、頭がよいといわれても、実力がそれ程発揮されず、これらの子どもたちの自己に対するイメージと現実の自己の間には隔差が大であり、自己防衛のためには、学校場面から逃避することになるが、彼等が立ち直るためには、何にもまして、自信を生む現実の自己を見つけることが絶対に必要なのである。

これらの子どもの登校拒否期間は、極めて長期に渡るもので、その経過の中で、ある時期に、受持教師のひたむきな働きかけがあったり、治療者との出会いがあったりして、その時期には子どもに多少の変化がみられるが、これらのケースの多くに云えることは、親や家族に、子どもに対して何とかしなければといった切迫した、いわば危機感がみられず、その時々他者の働きかけに動かされて消極的にかゝってはくが、それは、子どもの問題を真に考えてではなく、教師や同級生が、これ程までに真剣にやってくれるのに、親としてだまっていられない、世間が通らないといったところからのものゝように思われる。従って、他者のかゝわりが、後退したり、あるいは、子どもが他者のかゝわりを拒絶するようになる時に、家族も容赦なく他者のかゝわりから手をひいてしまい、その状態では、他者の働きかけを迷惑がり、親も教師



や治療者を拒否してしまう。このような機制が、慢性化に向わしめる大きな要因と思われる。

これらの登校拒否児の中には、病院、養護学園、施設内体験をもったものがあるが、施設内では、かなり活発になったり、リーダーとしてみられたり、いわばよい適応をしめしているのに、家にもどると、全く逆もどりといった状況がみられるが、ここにも家族内に多くの問題を残していることを暗示している。また、院内学級や施設内学級と現実の学校との隔差の問題も指摘される。

次に、これらの子どもたちの現在の生活状況であるが、それは、Coolidge, Brodie, Feeney が1964年に発表した「66例の学校恐怖症児の10年の追跡研究」の中で、学校恐怖症児の49人について、その後の成長発達の状況を1) No limitation 2) moderately limited 3) severely limited の三群に分けて述べているが、この分類にあてはめると、20例中11例は、第3の群 severely limited に入る。

第3群は、「生活のあらゆる領域に深刻な行きづまりの状態がみられ、また、心理的に大人になることへの現実的な試みを断念している。この群には、青春期の混乱状態にあるような子どもや、他の面では進歩しているが、ある面では、一時的に退歩しているような子どもはふくめなかった」としている。19才の少女の例をあげているが、本研究対象のNo.10, 14, 17, 18と極めて類似の生活を送っていることが示されている。

本研究対象20例中11例は、現在なお、家に閉じこもり、社会的接触を失っており、家族の中で寄生し、目前にある成人を迎える社会的準備のないままにその日暮らしをしている。これらの子どもたちが、やがて困難に直面することは想像に難くない。

これらの子どもたちは、末子が多く、そのことは、青年期にいたっても、なお安閑無為に家族への依存を可能にしていると思われるが、やがて両親が死亡した時に、このような子どもたちはどうなるのだろうか。

Coolidge, Brodie, Feeney は、学校恐怖症の末期ともいべき成人は、親が死亡し、無力になった時に、州立病院や公立の施設にあらわれると述べているが、今回の対象も含めて、長期学校恐怖症児に対し、今後も長期間に渡って追跡していくつもりである。

また次回には、これら長期化した慢性学校恐怖症児の家族、及び一家族から二人以上の拒否児の出ている家族に対し、家族病理の観点から分析考察をすすめるつもりである。

稿を終るにあたり、これらの子どもたちの長い経過を通じて、それぞれの時期に、あらゆる盡力を惜しまなかった国立精神衛生研究所の諸先生をはじめ研究生の方々や学校の諸先生や、関係機関の職員の方たちに深甚の感謝の意を表するものである。

## 文 献

1. Coolidge, J. C., Brodie, R. D. and Feeney, B. : A Ten-year Follow-up Study of Sixty-six School-Phobic Children, *Am. J. Orthopsychiat.*, 34 : 675-684, 1964
2. Leventhal, T. and Sills, M. : Self-Image in School Phobia, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 34 : 685-694
3. Leventhal, T., Weinberger, G., Stander, R. J. and Stearns, R. P. : Therapeutic Strategies with School Phobics, *Am. J. Orthopsychiat.*, 37 : 64-70, 1967
4. Rodriguez, A., Rodriguez, M. and Eisenberg, L. : The Outcome of School Phobia : A Follow-up Study Based on 41 cases, *Am. J. Psychiat.*, 116 : 540-544, 1959
5. Waldfogel, S., Tessman, E., and Hahn, P. B. : A Program for Early Intervention in School Phobia, *Am. J. Orthopsychiat.*, 29 : 324, 1959
6. 梅垣弘 : 学校恐怖症に関する研究(1)——学校恐怖症の予後, 児童精神医学とその近接領域, 第7巻4号 (1966)
7. 梅垣弘 : 登校拒否の臨床的研究——登校再開に関する経過良否を中心に, 名古屋医学, 第93巻1号 (1970)
8. 鏈幹八郎 : 学校恐怖症の研究(1)——症状形成にかんする分析的考察, 児童精神医学とその近接領域, 第4巻4号 (1963)
9. 鏈幹八郎 : 学校恐怖症の研究(II)——心理治療の結果の分析, 児童精神医学とその近接領域, 第5巻2号 (1964)
10. + 亀史郎 : 学校恐怖症の研究(1)——その生育史と症状発生の機制, 児童精神医学とその近接領域, 第6巻2号 (1965)
11. 玉井収介, 山崎道子, 今田芳枝, 米沢照夫 : 相談室来談ケースの追跡調査第1報, 精神衛生研究18号 (1970)
12. 平井信義 : 思春期における登校拒否症, 小児の精神と神経, 第8巻2号 (1968)
13. 牧田清志, 小此木啓吾, 鈴木寿治 : 登校拒否児の臨床的研究——とくに慢性重症例について, 児童精神医学とその近接領域, 第8巻4号 (1967)
14. 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 (1966)
15. 山崎道子 : 学校恐怖症児に対する教師の態度, 精神衛生研究15号 (1967)
16. 山崎道子 : 中学生登校拒否児に対する働きかけをめぐって——とくに危機状況に対処する家族力動の観点から, 精神衛生研究17号 (1969)
17. 山崎道子 : 学校恐怖症児に対する早期の働きかけの意義と方法, 精神衛生研究18号 (1970)
18. 山崎道子, 井元美智子 : 学校恐怖症児に対する個別介入と集団処遇統合の試み, 精神衛生研究19号 (1971)



精神薄弱者に対する社会適応性促進活動に関する研究<sup>1)</sup>

— 幼児グループ —

精神薄弱部	飯 田 誠 <sup>2)</sup>	精神薄弱部	菅 野 重 道
東洋大学	藤 島 岳		金 親 公 子
八幡学園	関 川 ミ ヨ		川 辺 セツ子
	田 中 恵 子		

## 緒 言

われわれはかつて当研究所デイセンターにおける成人精薄者の社会復帰を目標とした治療的活動に参加した。一方、現在まで7年間にわたって在社會成人精薄者のソーシャル・クラブを東京都内において運営している。

これらの成人精薄者の問題を取り扱っている間に、われわれは二三の重要な問題点に気付いた。

その1は成人精薄者の持つ性格、行動上の問題はすでに半ば固定化しており、これを是正することは可成り困難なところに達していると考えられること、

その2は家族の精薄者に対する理解の仕方や態度は長年の経験を通して彼等なりに一つの方向性が固定化しており、第3者によってこれを改善することが極めて困難なところにまで完成していると考えられること、

その3は相談機関の不備の故に起ると考えられる相談活動の不徹底である。

第3の問題は制度上の問題であるため、この中で取り扱うことを保留する。従って第1、第2の問題の防止に必要な方法について考えると、このような目的のためには、可及的早期に精薄児を発見して、その家族に対して適切な指導を行ない、精薄児に対しても早期より治療活動を通して情緒並びに行動上の問題の解決を計ることが望ましいと考えられる。

そこで著者らは学令期前の精薄幼児に対して実験治療活動を行ない、特にその方法に関する実験並びに分析考察を行なったので報告する。

1) A Study on Promotional Activity for Social Adaptability of Mentally Retarded — Children's Group —

2) M. Iida, M. D. S. Kanno, M. D., Division of Mental Deficiency Research., G. Hujishima, Toyo University,

K, Kaneoya, Divi of M D R M, Sekigawa, Yawata Gakwen ; S, Kawabe, K, Tanaka, Divi, of M D R

## 実験計画並びにその内容

### I 親に対する計画

#### イ 親に対する教育 (隔週に1時間)

精神薄弱に関する一般知識を持たせること、精薄児の心理構造を理解させること等を通して精薄児の取り扱い方の改善を計ることを目的とした。指導上特に力を入れたことは精薄の理解能力、認識能力の程度を正確に把握すること、彼等の感情と意志の発動の仕方及びその相互作用機序の分析、また、彼等が使用する言葉とそれを使っている意識或は意味に対する分析、感情表出の機序とその誤解による親の態度と子どもの反応の仕方などであった。

#### ロ 個別指導 (隔週に1時間)

親は精薄児に関する経験がないため疑問が山積している。これらの疑問を具体的に解決すべく相談活動が持たれた。ここでは一方的な指導や抽象的な説明をさけ、スタッフと親とが個々の具体的な事例について一緒に考え、或は集団で討議し、試行錯誤をしながら問題の解決を親達が体験し、その中から親が子どもを理解することを期待した。

#### ハ 親の集団話し合い (毎週1時間)

精薄児を持つ親が同じ状態にある親達と話し合うことによって、各家族の持つ問題の解決法の発見、葛藤の解放、連帯感からくる相互の力づけ等を得ることを目的とした自由談話を行った。

#### ニ 連絡帳による子どもに関する親、治療スタッフ相互の報告 (毎回)

治療スタッフ側から治療活動中の子どもの観察内容を毎回親に報告し、家庭における状況について親側からの報告を受け、毎回の治療活動の参考とした。その他に事務的連絡にも利用した。

#### ホ 親と全治療スタッフとの話し合い (1ヶ月に1回、約1時間)

親は治療活動中の子どもの状態並びに変化について強い関心を持っており、スタッフの評価を聴きたいという要求を持っている。従って、治療活動中に現われたそれぞれの子どもの問題点や種々の変化を話題の中心としながら、その中から親が子どもを理解することを目的とした。

#### ヘ 特殊学級、施設、精薄者の職場等の見学

親達は子どもがどのような教育を受けるのか、どのような職業につく能力があるのか等についての知識が皆無であり、そのために子どもの将来について不可能な期待をかけていることが多いため、精薄者がどのように社会から取り扱われているかを見せ、精薄児の将来について親達に或る程度のオリエンテーションをつけさせることを目的とした。

### II 精薄幼児に対する計画

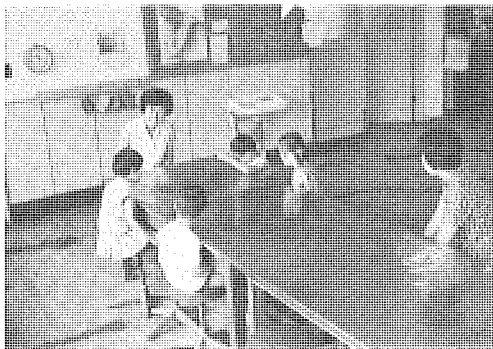
#### イ 集団治療活動 (週2回、月曜、木曜、午前11時より午後2時まで)



(図1)



(図2)



(図3)

4才児5名, 5才児5名を1グループとし、2年間の治療活動の後、特殊学級又は養護学校へ入学させることを目標とした。その内容は次のようなものである。

a 出席簿にシールを貼ること, (図1)

来所し, 着替えをすると各自に行なわせた。これは1日の活動へ導入するための最初の意識づけのための行動とした。

b 朝のテーマ音楽演奏 (約2分間, その間子どもに机の周囲を行進させる) (図2)

これから1日の活動が始まるという合図であるが, 同時にそれまで自由に遊んでいた子どもを着席させるために机の周囲に集める手段として取り入れた。

c 着席, 朝の挨拶, 点呼, (図3)

これから1日の活動を始めるという意識づけの儀式とした。席は2年間同じ場所に固定したが, 4才児と5才児を交互に配置することによって1年毎に両側の顔ぶれが変わることになった。また, 4才の新入児が両側の5才児のすることを見習うことができる。

d 扉の前に整列, 次の行動の確認, 部屋の移動 (部屋を移動するたびに行なう)

将来, 学校などにおける集団行動に適応し易いようにする準備訓練の意味で取り入れたが, 同時に次の活動に移行するために次の活動を予測させ, 意識の転換を計る準備行動として取り入れた。

e 運動機能訓練

これは単に精薄児の体力養成を意味するものではなく, 大脳の運動神経支配能力の発達を促進することが目的である。指導者の指示的態度は極力制限された。

f 昼 食

g 集団遊戯治療

社会性の発達促進を目的としたが, 同時にこの年齢並びに知能の幼児の遊戯治療に適した道具の選択に関する実験を行なった。治療者は非指示的態度をとった。

デザイセンター日誌

昭和 年 月 日 曜日 No.				天候	記入者
出			スタッフ		
欠			フ		
時間	主題	内容	教材	教教具	備考 (主なる指導者)
11.00 11.20	朝の集				
11.20 12.00	機能訓練				
12.00 12.40	昼食				
12.40 1.10	プレイ				
1.10 1.40	リズム				
1.40 2.00	おやつ				
	帰り				
一日の流れでの特記事項					

(図4)

h リズム遊び (夏季は天候により水浴に切り替えた)

音楽に対する表現行動を通して、精薄児の情緒性並びに感情表現能力を豊かにさせることを目的とした、いわゆる情操教育的意味を持つと同時に、集団行動への参加能力及び適応能力を促進することを目的とした。このプログラムは音楽に合せた行動に対する振り付けが考案されたため、指導者は指示的態度をとることになった。

i おやつ

1日の活動の最後にくつろぎと楽しみを与え、1日の活動の印象をより良いものにして締めくくることが目的である。

j ムスンデ・ヒライテ

おやつを食べた後で帰りの挨拶をするための導入部として取り入れたが、同時にこれを利用して子ども同志の名前を憶えさせる手段とした。

k 終りの挨拶

1日の活動のしめくくりとして儀式化した。

ロ 春秋の遠足

親が主体となって計画をたて、家族ぐるみのレクリエーションを行なうことを目的とした。

ハ クリスマス会

会費制とし、卒業者と合同で行ない、親同志が旧交を温める場とすると同時に卒業者の予後観察に利用することを目的とした。

### III スタッフに対する計画

スタッフは児童精神医学、精神医学ケース・ワーク、特殊教育、児童心理学の各専門家からなっており、他に実習生として教育学科の学生が参加した。スタッフの活動としては次のようなことを計画した。

イ 日誌記録

図4に示される用紙に毎回の活動内容、子ども及びスタッフの参加状態などを簡単に記入することにした。

ロ 自由記録

スタッフ各自が毎回活動終了後に自由に記録をつけ、活動内容の変更を検討する際の資料とした。

ハ スタッフ・ミーティング

毎回活動終了後に行ない、1日の活動の中に現れた種々の問題や子どもの変化について討論し、スタッフの相互研修を目的とした。

ニ 活動内容の検討及び変更に関する討議

3ヶ月間同じプログラムを実施した後、その間に発見された問題点或は変化について討議し、プログラムの内容を変更する必要の有無を決定することを目的とした。



#### IV 使用した場所

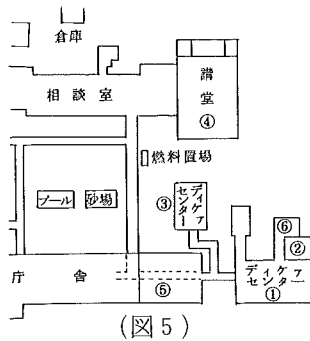


図5に示された場所を使用した。

- ① 朝の集り、おやつ、帰りの挨拶に使用
- ② 昼食に使用
- ③ 集団遊戯治療に使用
- ④ 運動機能訓練、リズム遊びに使用
- ⑤ 3階デイセンター
- ⑥ ロッカー

精薄幼児は意識の転換や環境への順応が急速に行なえないため、彼等を治療活動の中へ引き入れるためには、準備段階を幾つか用意し、子どもの意識を徐々に或る方向へ向けてゆく操作が必要であるという考えから、それぞれの活動内容の変化に応じて場所を変化させ、子どもの意識の転換を容易にさせることを目的とした。

#### V 治療過程の記録並びに評価に関する新しい方法の開発を目標とした試み

治療過程の記録並びに評価をより客観的に、より正確に、また簡便に行なえる方法を開発することを目標とし、6ヶ月に1回、実験結果について検討し、実験計画の変更について討議を行なった。

### 結 果

#### I 親に対する計画

親に対する教育やスタッフとの話し合いの効果は、相談や話し合いの場合における親の発言内容の変化として現れた。親のグループ・ワークは初期には親が精神薄弱に関する知識を持たないことと、問題を多くかかえたままであったことにより、どうしても指導者に対する質問の方が優先するため、親同志の話し合いにならず、或る時期を過ぎるまで待つ必要があった。

見学に対する親の反応は大きく二つに分れた。一つは自分の子どもが将来このような状態におかれるということに対して実感がわかないグループであり、他は自分の子どもが受け入れられる社会的地位に落胆するグループであり、中には見学中に泣き出す母親もあった。

#### II 精薄幼児に対する計画

初年度は子ども全員が家庭保護のもとにあり、集団訓練を受けたことがないことと、スタッフ側も不馴れであったため、集団行動がほとんどとれない状態にあり、非常に手数がかかり、わずかな隙に子どもが行方不明になったりしたが、2年目からは半数の子どもが集団行動に馴れているため、新入児の集団適応は可成り円滑に、しかも早期に可能となった。

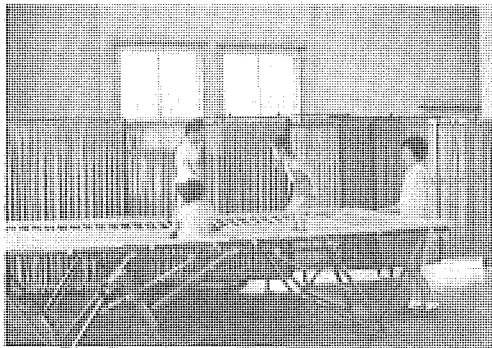
初期には来所して着替えをすませた子どもを活動開始時間になると机の周りに坐らせようと

したが、子どもが交互に席を立つため朝の挨拶をするために全員を着席させることすら困難な状態であった。そこで机の周囲に彼等を集める手段として朝の音楽を演奏し、それによって彼等に机の周囲を行進させたが、この方法によって子どもを着席させることが容易になった。

1日の活動の第1段階は来所して着替えをすることであるが、子どもの意識を大きく転換させる行為は出席シールを貼る行為のようであった。これは彼等が非常に関心を持つ行為であった。

部屋を移動する前に必ず扉の前で「前え列え」をさせた。これは集団行動の訓練として取り入れた。初期には子どもを一列にすることは極めて困難であったため、子どもの間にスタッフが入る必要があったが、第2年目からは4才児と5才児を交互に列べることでほぼ解決した。

運動機能訓練のために試みられた用具は、トランポリン、ボーリング、バスケット・ボール、トンネル、マット、ジャンピング、雲梯、スカイジム、平均台、バッティング、玉入れ、鳴き鬼、三輪スケート、ゴーカートであり、子どもの運動機能の発達に応じて順次高級な用具へと進めていった。



(図6)

運動用具は初期には一定の場所に設定して順次使用することを試みたが、子どもが自分の好みの用具にのみ興味を示し、こちらの目的とする行動をとらせることが困難であったので、移動不可能な大きな器具を除いてすべてを倉庫に収めておき、計画に従って順次一つづつ器具を取り出して使用した。

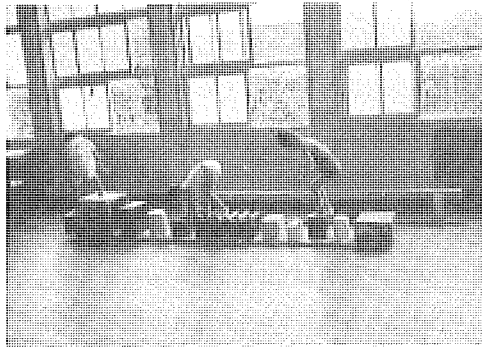
運動機能訓練において、彼等が未だその器具を使用することが可能な能力に達していない場合、彼等は直感的に行動を拒否する。そこでわれわれは彼等の能力に応じた段階から出発して極めて低いステップで小さざみに進めてゆくことにした。

二足直立歩行の確立は平均台渡りで一応完成されたものと考えられるが、その初段階としてトランポリン上の歩行から開始した。直立歩行の不確実なものはトランポリン上の歩行が困難であった。(図6)

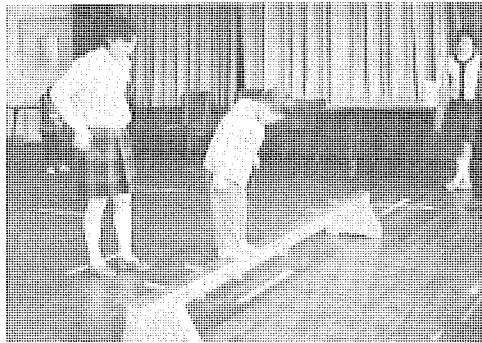


(図7)

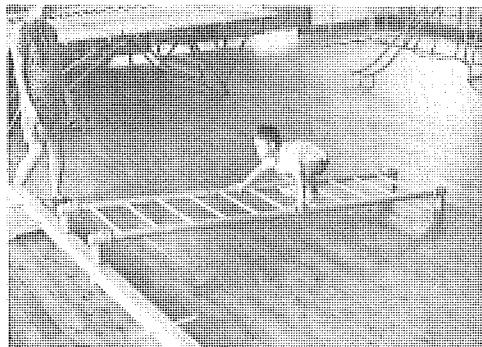
第2段階として図8に示すような器具を試作した。これは形と色が子どもの関心を引くため、指導者が何ら手をほどこすことなく、子どもは狭い台の上に立とうとしてくり返し練習をした。



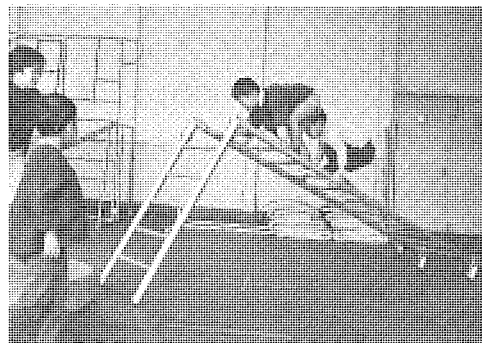
(図8)



(図9)



(図10)

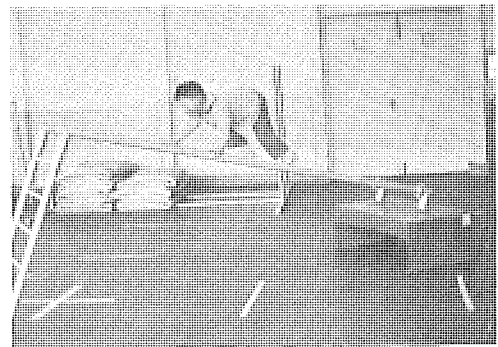


(図11)

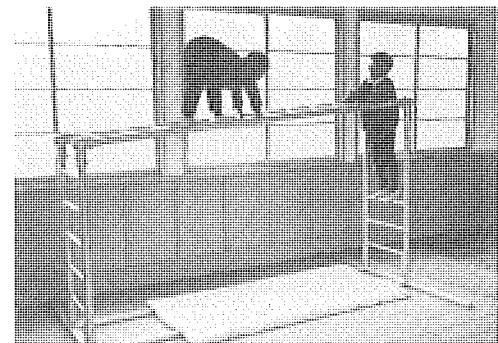
この器具によって彼等が恐怖心なく立つことのできる高さや広さの限界が発見された。それによると、一辺20cmの立方体の上には立つことができるが、直径20cm、高さ20cmの円筒上には立つことができない。短辺が20cm以下の長方体では高さが10cm以下にならないとその上に立てない。直径10cm、高さ10cmの円筒2個の上に片足づつをのせて立つことができない。間隔が大きく開いていると、足面が十分に安定する間隔になっていても棧の上に立つことができなかった。

この用具を渡ることが可能になると、子どもは自発的に平均台へと発展していったが、初めは図9のように横ばいから入った。これから前向きの渡り方になる段階で多少の指導を要した。

雲梯は高所の恐怖感と細い梯子を渡るための手足の協調運動の訓練に利用した。最初から図



(図12)

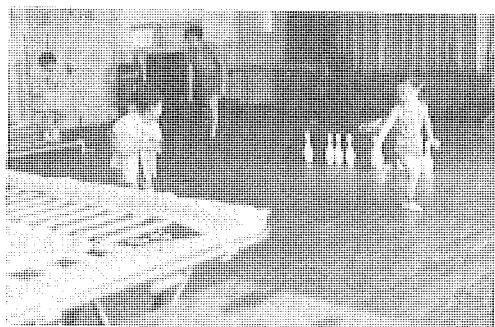


(図13)

13のような高い雲梯に子どもを登らせると、子どもは恐怖のために体をこわばらせて泣くだけで全く訓練にならないが、図10、図11、図12、図13の順に設定してやると、彼等は自発的にくり返して登り、より高い方へと進歩していった。

視覚運動機能は高級な神経学的能力の発達を必要とするため、4才の精薄児において玉入れは全く不可能なことであった。子どもは網の中へ玉を入れることには興味があるが、投げ入れることができないことがわかると、たちどころに興味を失う。したがって、彼等が楽に網の中へ玉を入れることができる状態を作ってやれば全部の玉が網の中に入ってしまった。

その前段階としてボーリングによって子どもが球を目標に向かって投げる訓練をした。(図14)



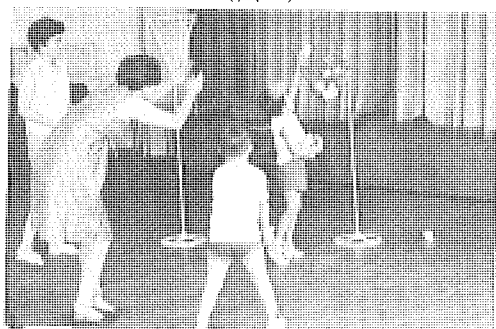
(図14)

図15に示されるように網の高さを低くして彼等の手がとどくようにすること、網の口を曲げて投げた玉が入り易くすることにより、子どもに玉入れへの興味を誘うことができた。

前の子どもは自分の能力に応じた手を網の口へ持ってゆくやり方で玉を入れており、後ろの子どもは網から離れた位置から玉を投げている。

一方、左の背の高い普通の網には玉は一つも入っておらず、子どもはそちらに入れることには興味を示していないことがわかる。

器具の使用時間はそれぞれほぼ10分とし、全員が使用し終ると倉庫にしまって次の器具を出すようにした。新入児でこれらの器具を使用す

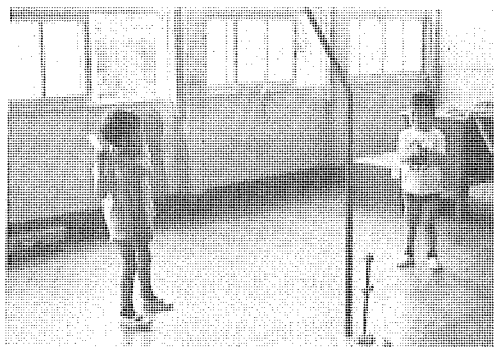


(図15)

る能力を有するものはなかったが、2年間の訓練でほぼ全用具を使用するようにまで発達した。



(図17)



(図16)

昼食は初期には自由にしたが、互いに他の子どもの弁当をほしがったりして困らせられたため、パンと牛乳或はジュースに制限したらこの問題は解決した。

集団遊戯治療では有効な遊具の選択の検討を

した。試みた遊具は着せ替え人形、家族人形、ママゴト道具、組木、積木(大)、ゴム粘土、キビガラ、怪獣人形、指人形、自動車、電車、飛行機等の模型、魚釣り道具、電話、銃、二人一組で行なうゲーム(サッカーゲーム)、黒板(3×1.5m)であった。

この中で子どもが全く使用できなかったものは二人一組のゲームであった。魚釣り道具と電話、銃は一応使用はしたが、正しく使用することができず、すぐ関心を示さなくなった。怪獣人形、指人形、自動車、電車、飛行機等は数回の使用で関心を示さなくなり、時たま思い出して使用しても長時間使用することはなかった。2年間を通して子どもが毎回必ず使用し、しかも長時間集中することができた遊具はママゴト道具と組木であった。人形類やゴム粘土、キビガラは主としてママゴト遊びの中で使用されることが多かった。家族人形はスタッフの期待するところには全く用いられず、単なる人形として用いるのみであった。粘土は造形的な意味ではほとんど用いられなかった。黒板もほとんど使用されず、たまにチョークを用いると壁や床にまではみ出すことが多く、黒板に対する認識があまりない状態にあった。

グループ化はママゴト遊びを通じて発達したが、初期には大人とのやりとりしかできず、治療者の仲介によってのみ子ども同志の接触ができた。2年目からは通所2年目の5才児が発達したため、子ども同志の自発的な接触が持たれた。

ママゴト遊びの内容は単にやりとりをするだけで、(お茶を入れる仕ぐさをして、「どうぞ」と言って差し出し、相手が「どうも」と言って受け取って飲む真似をする程度)家族構成や家庭生活の模倣にまで発展することはなかった。人形も着せ替えや食物を食べさせる行為のみで、家族的な扱い或は生きた人間としての扱いはみられなかった。

組木その他による遊びはほとんど個別に行なわれ、スタッフが介入しない限りグループとしての遊びにならなかった。

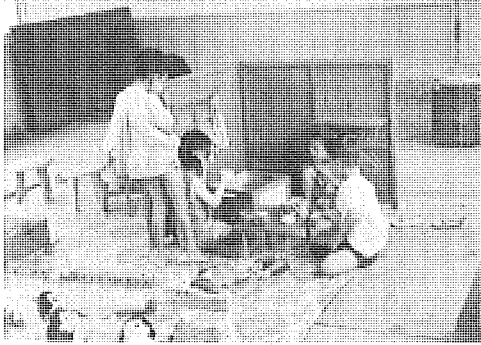
リズム遊びでは音楽を2つの種類に分類して使用した。その一つはリズムの表現を目的としたものである。リズムとして採用したものは歩行調、かけ足調、静止調、旋廻調、ロック調、汽車の走る調子等であり、いま一つは情緒表現に重点をおいたもので、採用したメロディーは楽しい情景、悲しい情景、静かな情景、嵐の情景、怒涛の音、トボのスイスイ飛ぶ情景、ウンコラ、ウンコラと力を入れて歩く情景、おみこしを担ぐ情景等であった。

初期にはこの2種類の音楽を交互に組み合わせて使用したが、子どもが音楽の内容によって行動と感情を速かに転換させることが困難であるため、2期に分け、前期半年間はリズム表現のみとし、後期半年間は情緒表現のみとした。子どもは好んでよく参加したが、情緒的表現では十分に内面的表現をすることは困難であり、特に悲しい情景の感情表現は不可能であった。

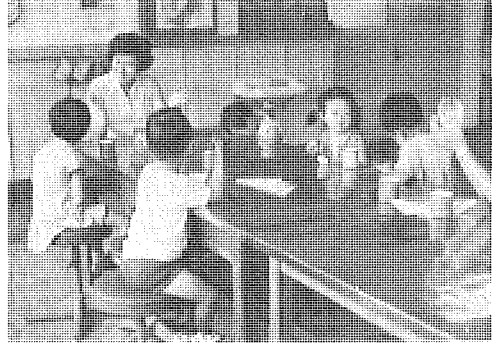
また、表現動作の振り付けは極く単純なものしか実用になり得なかった。

5才児の中の能力の高いグループは6ヶ月間同じ音楽を使用することによって興味を示さなくなり、逸脱行為が出現するようになったが、能力の比較的低いグループと4才児は6ヶ月間同一音楽を使用しても飽きることはなかった。

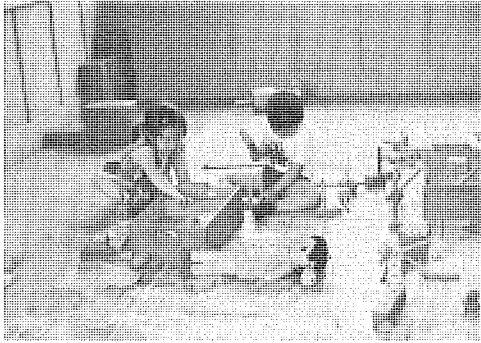
リズム遊びは機能訓練と同じ部屋を使用したため、スカイジム、雲梯、トランポリンが置か



(図18) ママゴト遊び



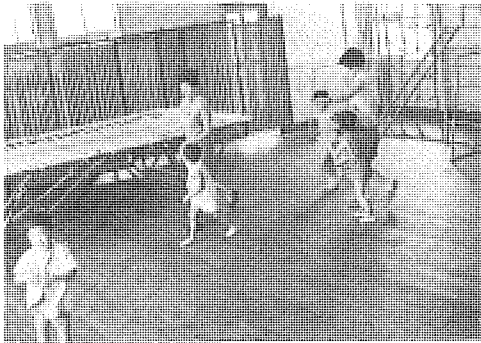
(図22) おやつ



(図19) 組木遊び



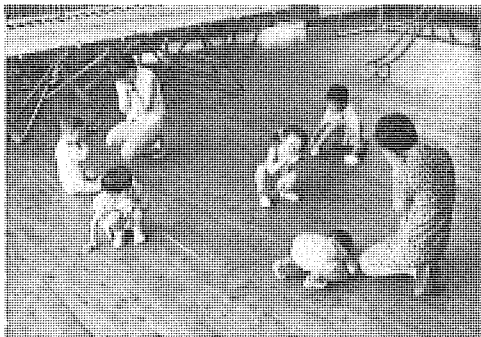
(図23) ピーナッツ掘り



(図20) リズム表現



(図24) 動物園



(図21) 情緒表現



(図25) クリスマス会

れていた。新入児は初期にはそれらの器具への逸脱がみられることがあったが、誘導によって比較的簡単に解消した。また、入室前から導入部の行進曲を演奏することによって、子どもは部屋に入るとただちに行進に移るため逸脱行為が防止された。

おやつは子どもの最大の関心事であり、1日の活動のクライマックスであり、全すべての子どもの行動が一つの目的に固定されるのはこの時間だけであった。

春秋のレクリエーションとクリスマス会にはできるだけ多くの家族の参加を期待したが、父親と高年令の同胞の参加はほとんど得られなかった。卒業者の全員の参加は得られなかったが出席率は良く、不参加者は毎年2、3名に過ぎなかった。

### III スタッフに対する計画

スタッフは一応精薄児に関する専門的経験を持っている者で構成されていたが、実際には4、5才の精薄幼児を取り扱った経験はほとんど持っていないのに等しかった。従って初期の理念的な計画には子どもの社会性又は集団性の能力の程度に対して適切でないものがあり、計画を早期に変更或は手直しせざるを得なくなったものが多かった。

1、2その例を挙げると、彼等は子ども同志で手をつなぐことをしなかった。したがって子どもと子どもの中に大人が入らないと輪を作ることも手をつないだ状態になることもできなかった。また、前の者について歩くことができないため縄の輪だけの汽車ごっこをすることができず、縄梯子のように幾つかの木の棧を入れる必要があった。

スタッフの精薄児に対する態度は従来の慣習的なものが無意識のうちに出るため、スタッフの態度を常にチェックして毎日のスタッフ・ミーティングで討議する必要があった。

例1. 子どもが努力して平均台の上に立とうとしているのを見た場合、誰かが無意識のうちに手をかしてやる。子どもはそのために自発的な平衡訓練を中止してしまうことになる。

例2. Aが積木で遊んでいるところへBが近づいてそれを崩してしまった。Aは怒ってBを追い廻した。たまたまAの方が年長で体力が上だったのでBは治療者を楯にして逃げようとした。治療者はBをかばってAを制止しようとし、Bを許してやるように説得することに努力している。AはしつこくBを追い廻すが、治療者がBをかばっているため、Aは目的を達することができず、遂に泣きだしてしまった。この場合、Aの方が体力が上であるため、Bが受ける暴力が強いことのみ治療者の意識がとらわれ、AとBの争いの因果関係を考えることなくBをかばっている。また、Aを説得することが公正な治療の手段であるかどうかも考えていない。

例3. 子どもの大多数が叱られるという観念を持っていないため叱っても効果がない。それ故、いたずらと罰との間の因果関係を理解させるための技術が問題となるが、その技術を考慮することなく言いかけようとしたり、叱ったりしている。

このように問題が多く発見され、毎回のミーティングで活発に討議が行われた。

### IV 使用した場所

初期には朝と帰りの集り及び昼食は①の洋式の机を用い、機能訓練と集団遊戯治療は③の部

屋をあてがい、リズム遊びは新館3階のデイセンター⑤を用いた。しかし、①の部屋の机や椅子が大人用のものであり、子どもの食事には不便であるので、昼食は②の和室で摂ることにした。③の部屋は機能訓練にはやや狭すぎるため④の講堂に移転し、③の部屋では集団遊戯治療のみを行なった。また、3階の部屋は夏期に窓を開けると危険であり、その上、床が滑り易く、しばしば子どもが転倒して危険であったので、リズム遊びも④の講堂へ移転した。

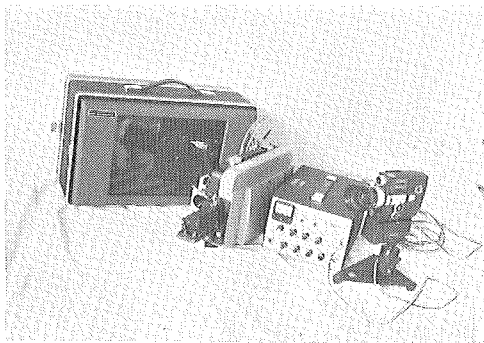
初期にはスタッフの不馴れによる不注意のために、しばしば子どもが部屋から抜け出したため、出入口には鍵をかけることにした。

子どもは大きなお部屋、小さなお部屋と区別するようになり、次の部屋での行動を意識して自発的に次の部屋へ移動するようになった。

### T S M 記 録

名 前	何 処 で	誰 と	何 を	備 考
さおり ちゃん	シート	田 中	おままごとの箱 へ組木材を投げ ている。	
えり子 ちゃん	ソファー	一 人	ソファーにすわ り込んで背をみ ている。	
か な ちゃん	準備室前	一 人	おままごとのか ごを持ってふら ふら歩いている	
ひろ子	シート		ている	
く ん	準備室	一 人	ボールを足もと でつぶしている	
としき く ん	シート	一 人	積木をくずして いる。	
チャー く ん				

1. 昭和44年12月1日
  2. 場面 B
  3. Try 1:10
  4. NC 1
  5. 記録者 高津
- (図26)



(図27) メモ・モーション・  
カメラ一式

### V 治療過程の記録並びに評価に関する新しい 方法の開発を目標とした試み

治療過程の記録並びに評価の新しい方法の開発のための資料を得る目的でタイム・サンプリングが記録された。この方法は2名の記録者が2分のずれで同じ状況を記録するものである。(図26) この内容から治療効果と相関の高い因子を発見しようと試みたが未だ成功していない。

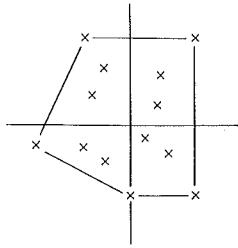
その他にも幾つかの試みがなされたが、従来の手法の域を出るものがなかったので紹介をはぶく。

われわれが一つの目標としていた行動分析の一方法としてメモ・モーション・カメラによる一コマ撮影を利用して子どもの行動軌跡を座標に置き換え、(図27) これを或る数式によって処理することによって単純な円の変形にすることによって、子どもの行動を比較する方法を試みたので説明する。

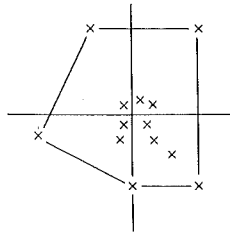
### 2次元座標の楕円化に関する理論

- (1) 一定の室内での子どもの行動を一定時間毎にその位置を記録した場合、図28と図29に示されるような分布の仕方を想定することができる。この場合、最外側の位置は相方とも全く同じで





(図28)



(図29)

あるが、内部の位置は相等異った分布を示している。

いま、子どもの行動の分布状態を測定する場合、最外側にある地点を結んだ多角形の内部面積の大小によって比較しようとする、内部の位置の分布状態は関係しないから、この2つの図における特徴の比較はできない。

この図は子どもの行動を2次元のちらばりとして示したものである。いま仮に1次元のデータのちらばりの尺度として用いられる標準偏差の概念を2次元のちらばりに導入することができ

れば、この2つの図が持つ位置の分布の特徴を比較することができるのではないかと考えられる。また、前の方法では記録数が増加すると面積が増加する可能性が強いため、記録数の著しく相異なるデータ間での面積の比較には問題がある。

これに対して後の方法では記録数に対する一種の平均値が示されるものであるので、記録数の異なるデータ間の比較が前者に比べて理論的に疑義が少ないことになる。

(2)子どもが行動する部屋の床に直交座標系を定め、子どもの行動軌跡を1秒間隔でスポットした位置 $P_1, P_2, P_3, \dots, P_n$ の座標をそれぞれ $(x_1, y_1), (x_2, y_2), (x_3, y_3), \dots, (x_n, y_n)$ とする。

毎秒の子どもの位置の重心(中心) $P_0$ を求めると、毎秒の子どもの位置 $P_1, P_2, P_3, \dots, P_n$ の重心(中心) $P_0$ の座標 $\bar{x}, \bar{y}$ は次式により求められる。

$$\left. \begin{aligned} \bar{x} &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{1}{n} (x_1 + x_2 + \dots + x_n) \\ \bar{y} &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i = \frac{1}{n} (y_1 + y_2 + \dots + y_n) \end{aligned} \right\} \quad (2.1)$$

次に、全座標の分散、共分散を求めると、

$x$  座標の分散:

$$\left. \begin{aligned} \sigma_x^2 &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i^2 - \bar{x}^2 \\ &= \frac{1}{n} (x_1^2 + x_2^2 + \dots + x_n^2) - (\bar{x})^2 \end{aligned} \right\} \quad (2.2)$$

$y$  座標の分散:

$$\left. \begin{aligned} \sigma_y^2 &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i^2 - \bar{y}^2 \\ &= \frac{1}{n} (y_1^2 + y_2^2 + \dots + y_n^2) - (\bar{y})^2 \end{aligned} \right\} \quad (2.3)$$

$x$  座標と  $y$  座標の共分散：

$$\left. \begin{aligned} \sigma_{xy} &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y}) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i y_i - \bar{x} \cdot \bar{y} \\ &= \frac{1}{n} (x_1 y_1 + x_2 y_2 + \cdots + x_n y_n) - \bar{x} \cdot \bar{y} \end{aligned} \right\} \quad (2 \cdot 4)$$

これより次のものを求めることができる。

$x$  座標の標準偏差：

$$\sigma_x = \sqrt{\sigma_x^2} \quad (2 \cdot 5)$$

$y$  座標の標準偏差：

$$\sigma_y = \sqrt{\sigma_y^2} \quad (2 \cdot 6)$$

$x$  座標と  $y$  座標の相関係数：

$$\rho = \frac{\sigma_{xy}}{\sigma_x \sigma_y} \quad (2 \cdot 7) \quad (\rho \text{ は必ず } -1 \leq \rho \leq 1 \text{ となる})$$

$\sigma_x$ ,  $\sigma_y$ ,  $\rho$  などは重心  $P_0$  の周りの点  $P_1, P_2, \dots, P_n$  のちらばりの尺度を規定する量の一種であり、これらの値は直交座標系を平行移動させても一定の値に留る。しかし、直交座標を回転移動させるときは値を変ずるので、そのままでは幾何学的意味を持たない。

したがって、幾何学的意味を持ったちらばりの尺度をこれから構成することを考える必要がある。

(3) 2次元のちらばりの尺度の構成に当たって1次元のちらばりの尺度である標準偏差と同様な性質を持つものを考える必要があるが、それに先だって1次元のデータ  $x_1, x_2, \dots, x_n$  の場合について考察すると、

この場合の平均は  $\bar{x} = \frac{1}{n} \sum x_i$  標準偏差は  $\sigma_x = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$  である。

$\sigma_x$  が平均  $\bar{x}$  の周りのちらばりの尺度として持つ重要な性質にチェビシエフの定理がある。  
チェビシエフの定理：

$\lambda$  を1より大きい任意の定数とするとき、平均  $\bar{x}$  の前後に  $\lambda \sigma_x$  の幅をつけた区間を考えると、その範囲に含まれるデータの個数は、つねに全体の  $(1 - \frac{1}{\lambda^2})$  倍以上である。

チェビシエフの定理は任意のデータの分布に対して、平均  $\bar{x}$  の近くにあるデータの個数の割合の最低限を示すものであるから、一般のデータ分布において平均  $\bar{x}$  の近くにあるデータの個数の割合はこれよりも高くなるのが通例である。

以上は1次元の場合であるが、この定理を2次元の場合に導入すると、重心(1次元における平均)の周囲のある区域を考えることができる。このような区域の形態としては楕円、多角形などが考えられるが、ここでは楕円を採用することにした。

#### (4) 標準楕円の定義

(2)において求めた

重心  $P_0$  の座標  $\bar{x}, \bar{y}$

$x$  座標の標準偏差  $\sigma_x$

$y$  座標の標準偏差  $\sigma_y$

$x$  座標と  $y$  座標の相関係数  $\rho$

を用い、任意の定数を $\lambda$ とし、流通座標 $X, Y$ に関する楕円の方程式を $\lambda$ 倍の楕円の方程式と仮称すると、その方程式は次のように表わされる。

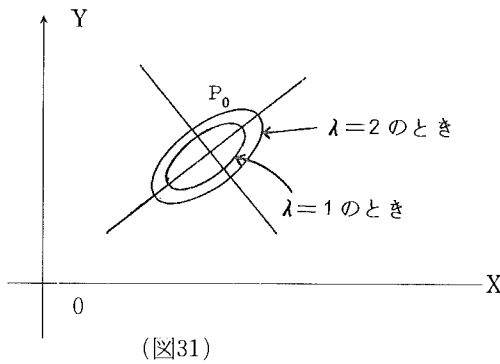
$$\left(\frac{x-\bar{x}}{\sigma_x}\right)^2 + \left(\frac{Y-\bar{y}}{\sigma_y}\right)^2 - 2\rho\left(\frac{X-\bar{x}}{\sigma_x}\right)\left(\frac{Y-\bar{y}}{\sigma_y}\right) = 2\lambda^2(1-\rho^2) \quad (4 \cdot 1)$$

ただし  $\lambda > 0$

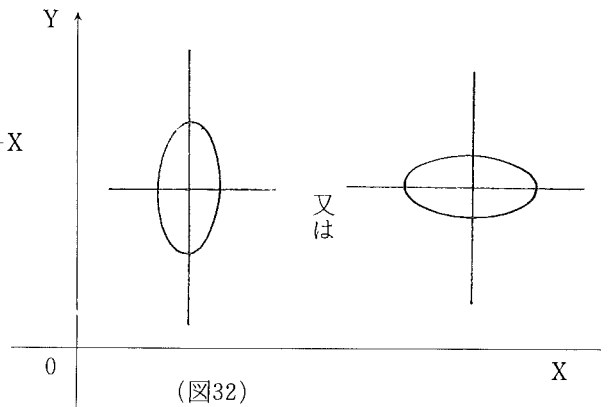
(4・1)式において $\lambda = 1$ のときを標準楕円の方程式と仮称すると、その方程式は次のように表わされる。

$$\left(\frac{X-\bar{x}}{\sigma_x}\right)^2 + \left(\frac{Y-\bar{y}}{\sigma_y}\right)^2 - 2\rho\left(\frac{X-\bar{x}}{\sigma_x}\right)\left(\frac{Y-\bar{y}}{\sigma_y}\right) = 2(1-\rho^2) \quad (4 \cdot 2)$$

(イ)  $\lambda$ を一定とするときは $X, Y$ に関する方程式(4・1)はデータの重心 $P_0$ を中心とする楕円を表し、正の定数 $\lambda$ を変動させるとき楕円は $\lambda$ に比例して相似的に変動する。



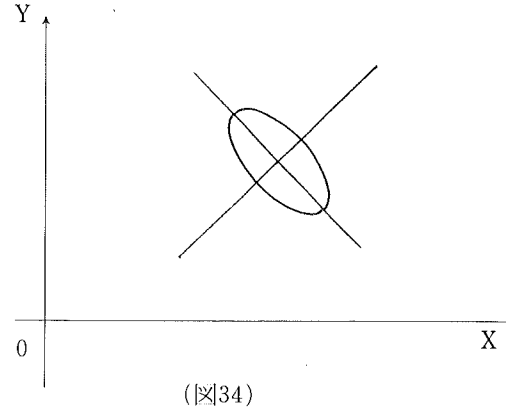
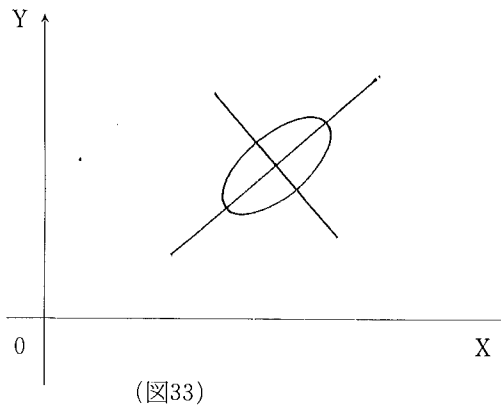
ロ)  $\sigma_x \neq 0, \sigma_y \neq 0$  かつ  $\rho \neq \pm 1$  のとき、正円を含む楕円になる。



ハ)  $\rho = 0$ のとき、楕円の軸の方向は $XY$ 軸の方向と一致する。(図32)

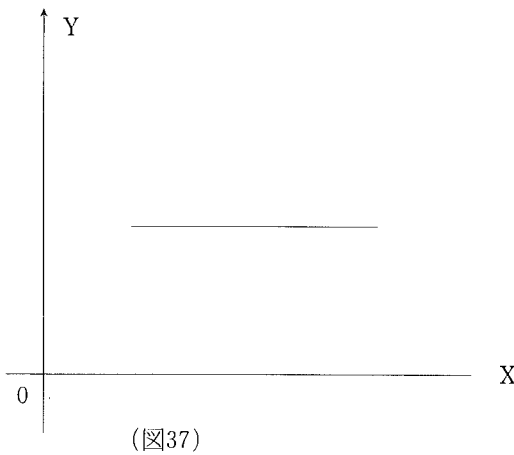
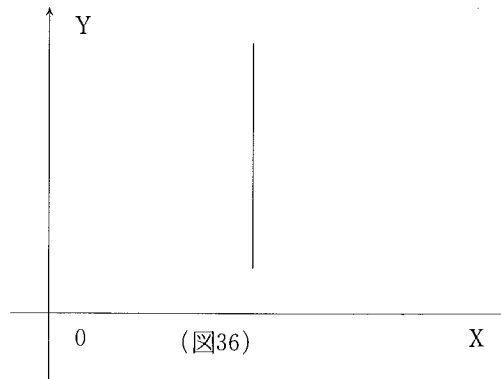
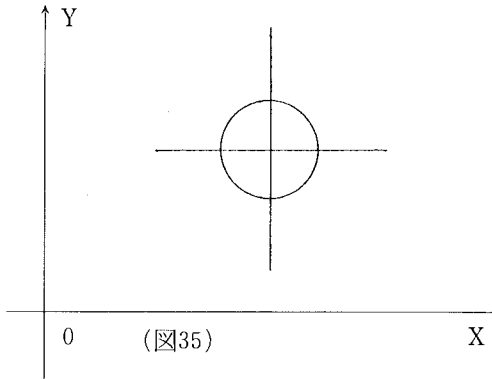
ニ)  $1 > \rho > 0$ のとき、楕円の長軸の方向は $XY$ 軸に対して右上りになる。(図33)

ホ)  $0 > \rho > -1$ のとき、楕円の長軸の方向は $XY$ 軸に対して右下りになる。(図34)



へ)  $\rho = 0$  のとき,  $\sigma_x = \sigma_y$  であれば, 楕円は正円になる。(図35)

ト)  $\sigma_x = 0$  のときはY軸に平行な一直線上に列ぶ。(図36)



チ)  $\sigma_y = 0$  のときはX軸に平行な一直線上に列ぶ。(図37)

リ)  $\sigma_x \neq 0, \sigma_y \neq 0, \rho = \pm 1$  のときはやはり一直線上に列ぶが,

$\rho = \pm 1$  のときは, 方程式は

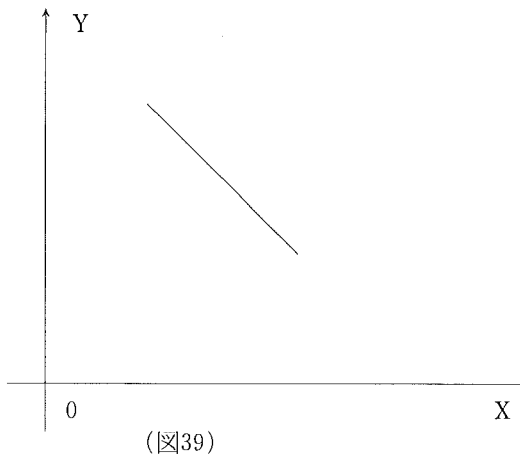
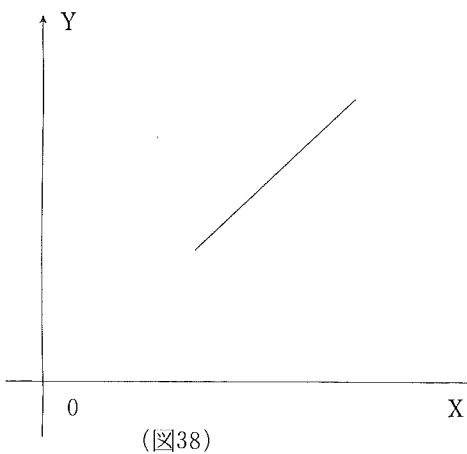
$$\frac{Y - \bar{y}}{\sigma_y} = - \frac{X - \bar{x}}{\sigma_x}$$

となり, 右上りの直線となる。(図38)

$\rho = -1$  のときは, 方程式は,

$$\frac{Y - \bar{y}}{\sigma_y} = \frac{X - \bar{x}}{\sigma_x}$$

となり, 右下りの直線となる。(図39)



ヌ) 方程式 (4・1) における等号を不等号に置き換えた式

$$\left(\frac{X - \bar{x}}{\sigma_x}\right)^2 + \left(\frac{Y - \bar{y}}{\sigma_y}\right)^2 - 2\rho \left(\frac{X - \bar{x}}{\sigma_x}\right) \left(\frac{Y - \bar{y}}{\sigma_y}\right) \leq 2\lambda^2 (1 - \rho^2) \quad (4 \cdot 3)$$

を満足する点 (X, Y) は楕円の内部にあることになる。

ル) 2次元の分布を示すデータに対してチェビシエフの定理を拡張導入すると次のようになる。

チェビシエフの定理の拡張

$\lambda$  を1より大きい任意の定数とすると、2次元のデータ  $P_1, P_2, \dots, P_n$  の重心  $P_0$  の周囲に  $\lambda$  倍の楕円を考えると、その楕円内に含まれるデータの個数はつねに全体の  $(1 - \frac{1}{\lambda^2})$  倍以上である。

ヨ) 標準楕円及び  $\lambda$  倍楕円の方程式の係数値は、座標軸を移動すると変動するが、楕円の幾何学的位置ないし大きさは直交軸の方向のとり方に無関係に定まる。

ル、ヨのような性質から、標準楕円の大きさを2次元の分布を示すデータの重心の周りのちらばりの尺度として採用することができる。

(5) 標準楕円の面積、主軸の長さ、主軸の方向。

イ) 標準楕円の面積  $S$  は次の式で計算される。

$$S = 2\pi\sqrt{1-\rho^2} \sigma_x \sigma_y \quad (5 \cdot 1)$$

ロ) 標準楕円の主軸の長さ(半径)を  $\alpha_1$  (長径),  $\alpha_2$  (短径) とすると、

a,  $\sigma_x = \sigma_y$  かつ  $\rho = 0$  の場合、楕円は正円となる。

$$\alpha_1 = \alpha_2 = \sqrt{\sigma_x^2 + \sigma_y^2} = \sqrt{2} \sigma_x \quad (5 \cdot 2)$$

b  $\sigma_x \neq \sigma_y$  の場合又は  $\sigma_x = \sigma_y$  かつ  $\rho \neq 0$  の場合、楕円は正円にならない。

この場合

$$D = (\sigma_x^2 - \sigma_y^2)^2 + 4\rho^2 \sigma_x^2 \sigma_y^2 = (\sigma_x^2 - \sigma_y^2)^2 + 4\sigma_{xy}^2 \quad (5 \cdot 3)$$

とおくと  $D > 0$  であり  $\alpha_1, \alpha_2$  は次式により求められる。

$$\alpha_1 = \sqrt{\sigma_x^2 + \sigma_y^2 + \sqrt{D}} = \sqrt{e_1} \quad (5 \cdot 4)$$

$$\alpha_2 = \sqrt{\sigma_x^2 + \sigma_y^2 - \sqrt{D}} = \sqrt{e_2} \quad (5 \cdot 5)$$

$\alpha_1, \alpha_2$  から面積を求めると

$$S = \pi \alpha_1 \alpha_2 \quad (5 \cdot 6)$$

ハ) 標準楕円の主軸の方向

楕円の主軸がX軸の正の方向となす角を  $\theta$  とする。

(5・4) (5・5) より

$$\left. \begin{aligned} e_1 &= \sigma_x^2 + \sigma_y^2 + \sqrt{D} \\ e_2 &= \sigma_x^2 + \sigma_y^2 - \sqrt{D} \end{aligned} \right\} \quad (5 \cdot 7)$$

$$e_1 > e_2$$

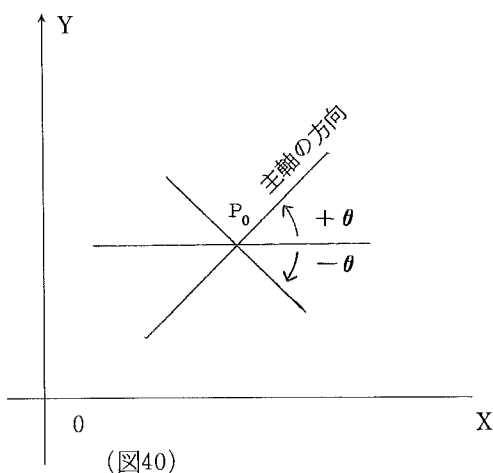
長軸  $\alpha_1$  のX軸となす角  $\theta_1$  の正接は次式によって求められる。

$$\tan \theta_1 = \frac{\sigma_y^2 - \frac{e_2}{2}}{\sigma_{xy}} \quad \text{又は} \quad \frac{\sigma_{xy}}{\sigma_x^2 - \frac{e_2}{2}} \quad (5 \cdot 8)$$

短軸 $\alpha_2$ のX軸となす角 $\theta_2$ の正接は次式によって求められる。

$$\tan \theta_2 = \frac{\sigma_y^2 - \frac{e_1}{2}}{\sigma_{xy}} \quad \text{又は} \quad \frac{\sigma_{xy}}{\sigma_x^2 - \frac{e_1}{2}} \quad (5 \cdot 9)$$

楕円が正円になる場合、すなわち  $\sigma_x = \sigma_y$  かつ  $\rho = 0$  のとき



式(5・8)並びに(5・9)は $\frac{0}{0}$ となり、主軸のXとなす角は定まらない。

以上の理論に基づいて、子どもの行動の軌跡を床上の直交XY図標上の座標として表現したのから同じく直交XY図標上の楕円として表現することができる。

この計算を能率化するためにコンピュータを利用した。

#### 楕円化による行動記録並びに比較の実例

前記の理論に基づいて、われわれの活動における子どもの行動の軌跡の楕円化による比較を試みた。状況はリズム遊びの一つで、曲に合わせてぐるぐる廻る行動であり、持続時間は143秒間ある。室の中心に0点を置く直交XY図標を床にとり、メモ・モーション・カメラによって1秒1コマの連続記録を行い、後でその記録をグラフ用紙に記入した。

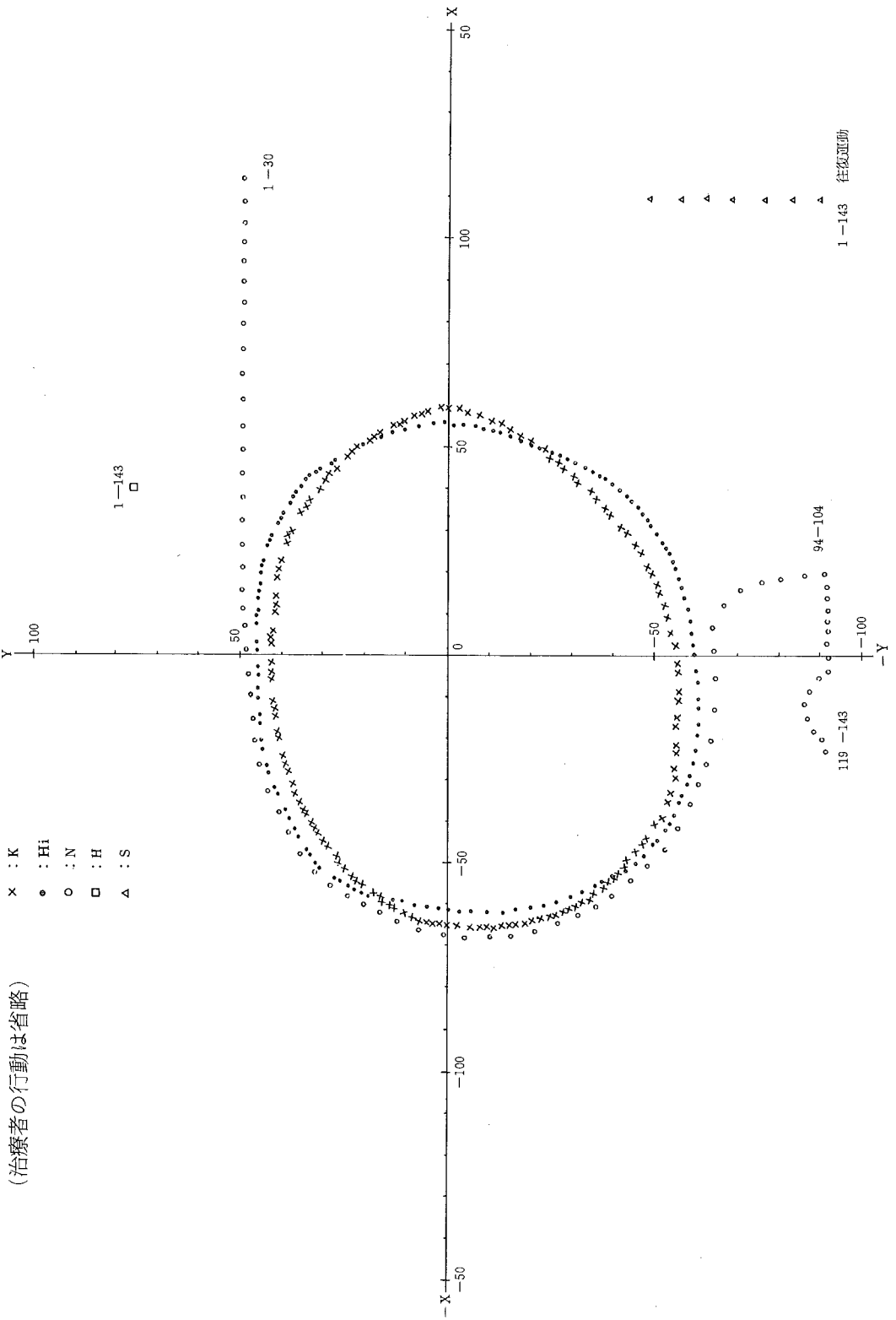
図41は子どもの行動軌跡であるが、繁雑になるので治療者並びに治療者と同じ行動をとっている者の一部を省略した。子どもの中でKとH<sub>i</sub>は集団適応の良好なもので、Nは脳障害を持った不適応児であり、Hは集団に参加することを拒否している状態で坐り込み型である。Sは自閉的傾向の強い精薄幼児として紹介されたもので、集団不参加、常動行動がしばしばみられたものである。

図42は約6ヶ月後の同じ状況における記録である。子どもの中のKとH<sub>i</sub>は適応者であり初めの記録における行動と全く変化を見ないため、繁雑をさけるために省略した。

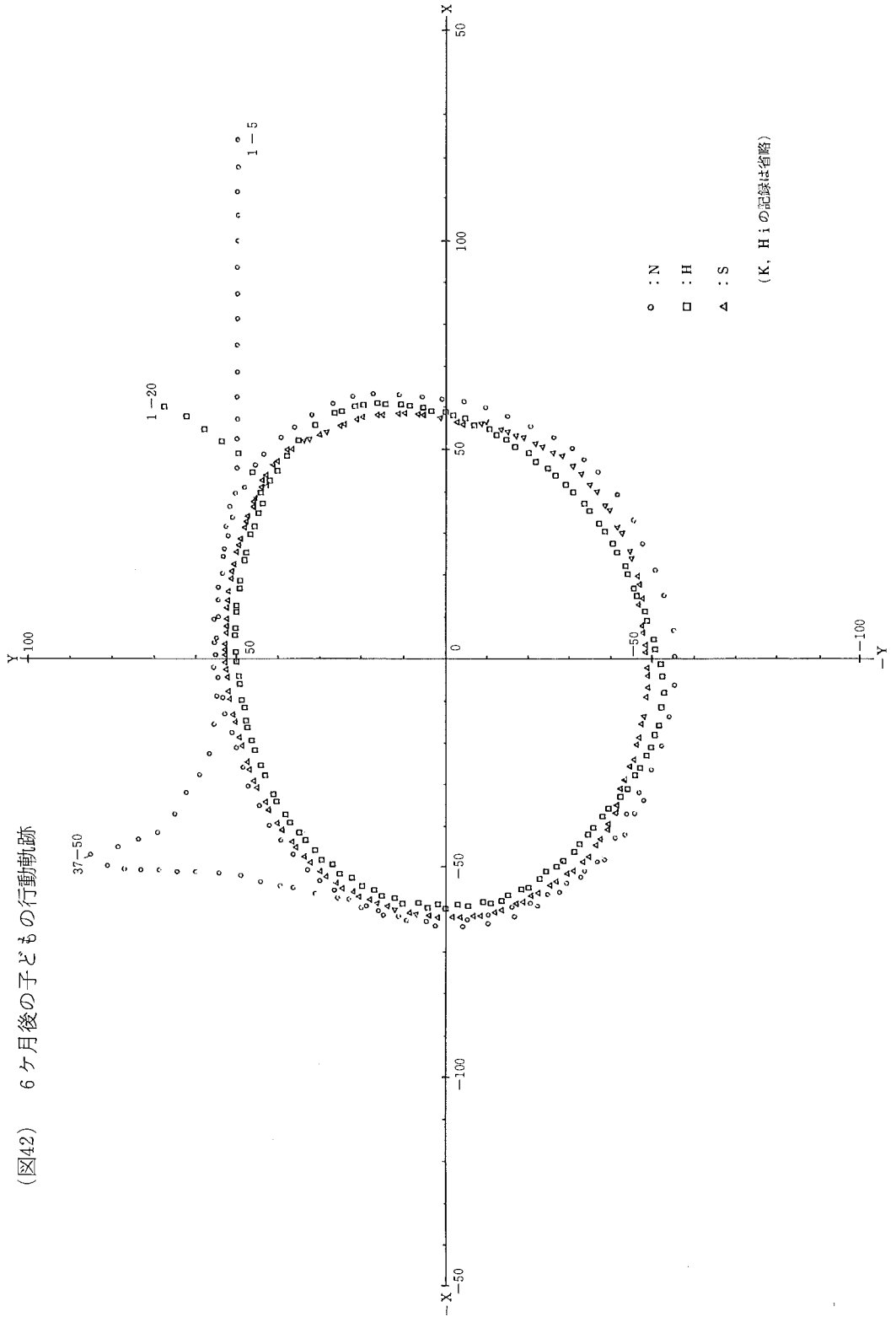
脳障害を有するNの行動はやはり逸脱が多く、集団参加状態はあまり改善されていないことがわかる。坐り込み型のHは参加にやや手間どるがうまく導入すれば何とか集団行動に参加できるところに来ている。常動行動のSはこの記録の範囲内では完全に集団行動をとれるまでに改善されていることがわかる。

次に、これを楕円化すると、図41は図43のように、図42は図44のように表現される。

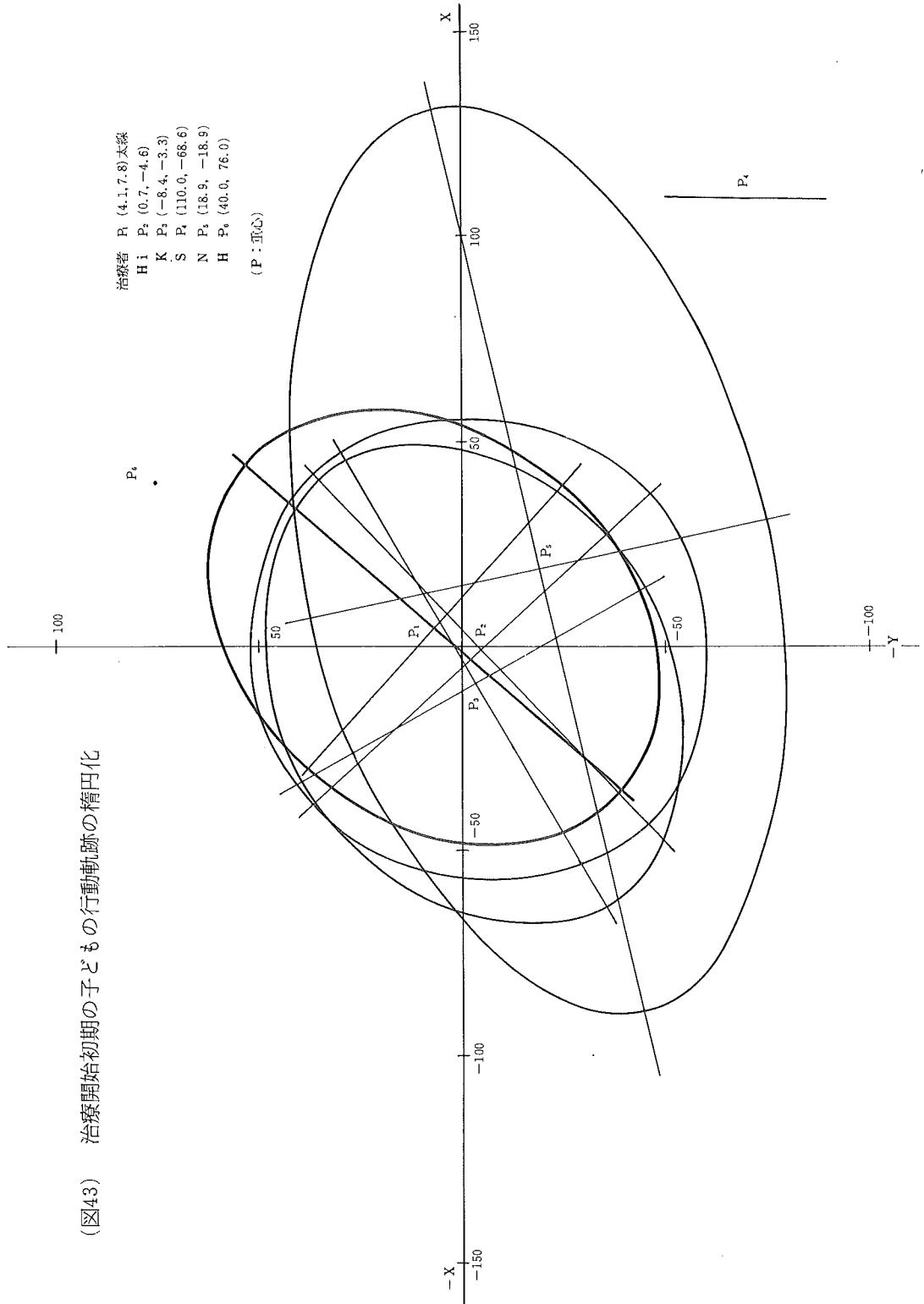
(図41) 治療開始初期の子どもの行動軌跡

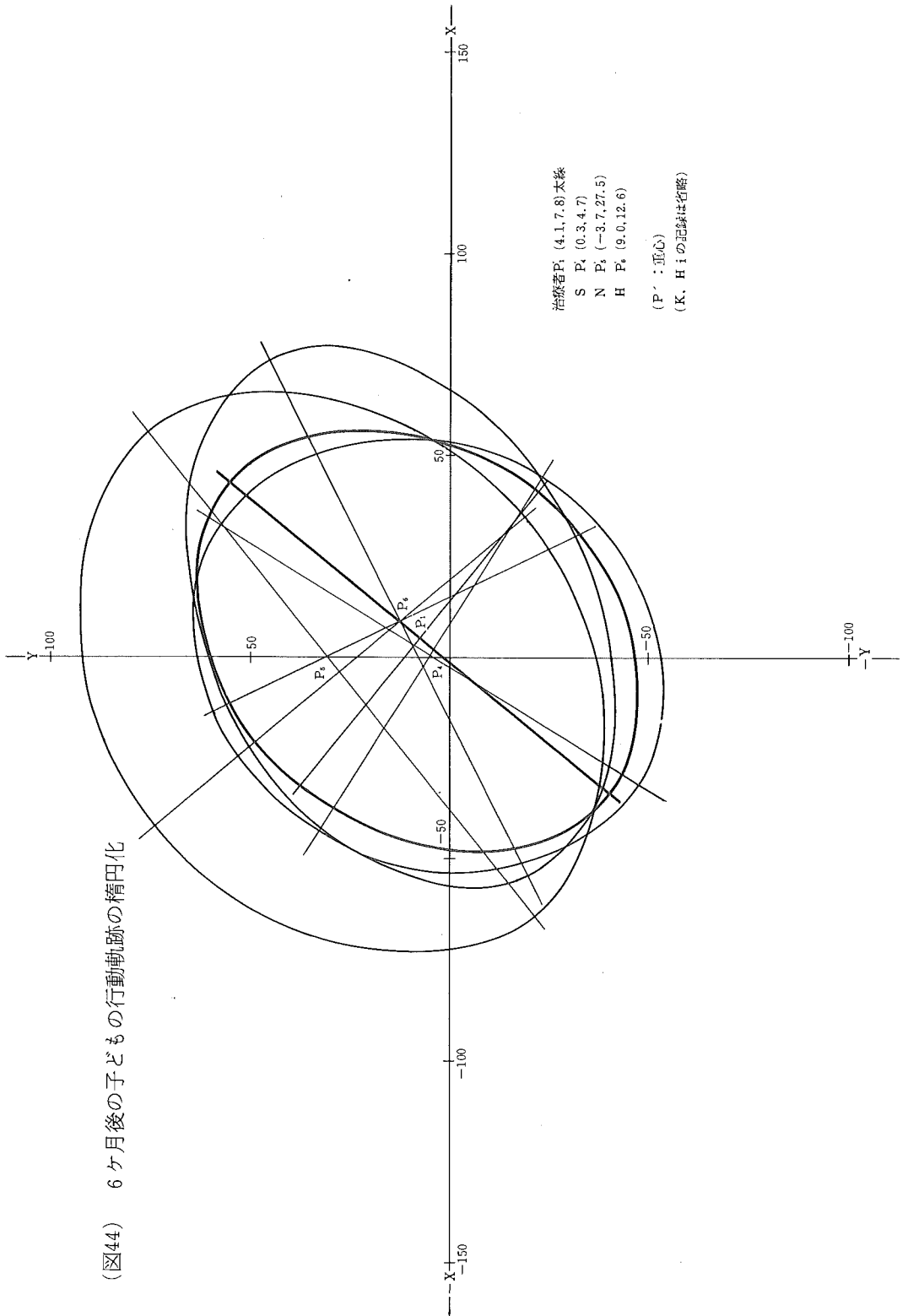


(図42) 6ヶ月後の子どもの行動軌跡









(図44) 6ヶ月後の子どもの行動軌跡の楕円化

## 考 按

精神薄弱児が成長する過程において、知能発達障害に基く様々な問題が発生し、それに対する家族の理解の仕方の誤りが精薄児の人格形成の上に悪影響を及ぼし、それがさらに家族の精薄児に対する態度に影響するといった悪影響をきたしている。これを図示すると図45のようになる。

われわれは今迄の経験によって精薄者の性格、行動上の問題と彼に対する家族の態度との悪循環が固定化することを早期に防止しない限り、すでに固定化した段階では悪循環の環をたち切ることは極めて困難であることを痛感させられてきた。しかも、それは精薄者側の問題というよりも、むしろ、家族側の変化を期待することが困難であるということであった。

われわれが特に注目している精薄者の問題は、比較的能力が高く、社会にあって精薄者としてのハンディキャップを背負いながら社会生活をおくっている人達の問題である。

彼等は能力が高いが故に社会的に中途半ばな存在として多くの問題をかかえており、家族からも社会からもやっかい者あつかいされているものが多い。

一方、自主性を抑圧され、空虚なロボットの存在として社会的には何の問題も起さず、機械的な生活をおくっている者が最も適応の良好な精薄者であるという、極めて独善的な評価を、われわれ社会全体がしている傾向がみられる。

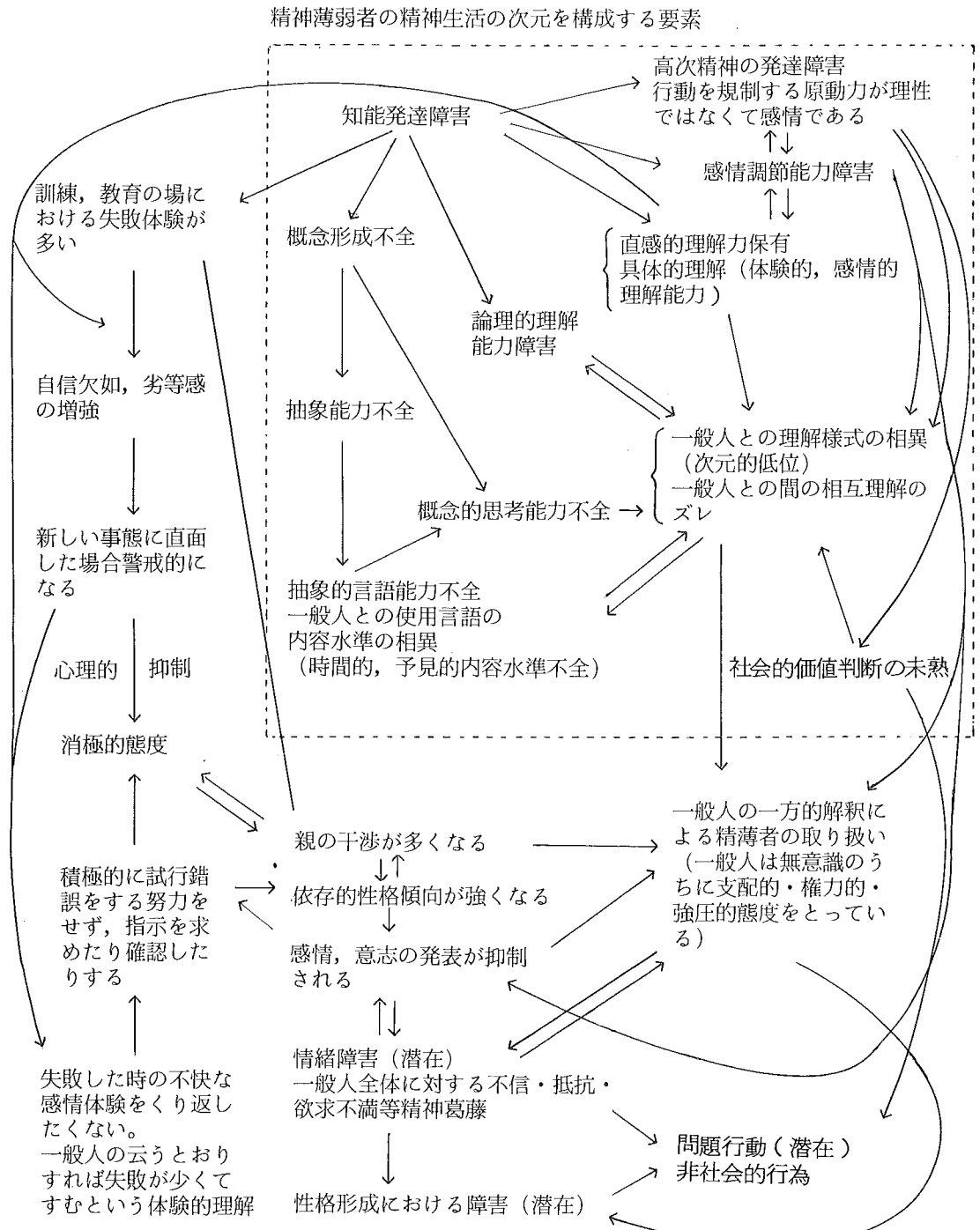
彼等はその精神生活において社会一般よりも次元の低い所に存在しており、(図45参照)それ故に彼等は全ゆる面において一般社会との間にずれを持っているが、そのことを社会的に理解されないまま社会の一方的な理解によって強引に社会に組み込まれている。しかも、彼等はこのことを表現する能力を持たないため、表面的には一般社会に適応しているかのようにはしか見えないが、彼等は精神面においては孤独であり、一般社会に強く規制された生活をおくっている。

症例 27才の精薄女性、商店の長女であり知能正常の弟妹各1名がある。彼女は商売のよき働き手として両親から受けとられている。他の同胞は何かと理由を作って店の手伝いをしない。彼女は黙々とよく働く。店が忙しいと手伝いとして引き止められるため、日曜日のソーシャルクラブに参加できないことがしばしばある。彼女はそのことを次のように訴える。両親は私ばかりをこき使うのにきょうだいは何もしないでも何も言わない。面白くないから口をきいてやらないのよ。このようにして彼女は抗議も申し立てず、逃げ出してクラブに来ることもなく、黙々と働いている。親は彼女の心情には全く気付いていないのである。

われわれが精薄者の能力を正しく評価した上で彼等の人格を認め、自主性を正しく伸ばすことができれば、彼等は相等高度な社会的判断力をもって社会生活をおくることができると同時に、性格、行動上の多くの問題は発生することがなくなることは、われわれの得たいくつかの例で実証されている。

われわれが特に関心を持っているような比較的能力の高い精薄児においては親がその遅れを

(図45) 精神薄弱者の人格形成過程



※ (潜在) : 外見上全く問題がないと思われる精薄者の全てがこのような障害を潜在的に持っており、かろうじて適応群に属している境界群であることを見逃していることが多い。

意識しはじめるのは3, 4才になって保育園, 幼稚園などへ入園する時期が近づいたために親が意識して同年令児と比較する機会が増えたことや, 入園後に園側から指摘されたりすることによる場合が多い。

この時期から学令に達するまでの1, 2年間で親にとっては最も不安と混乱の時期であることは間違いない。このような比較的能力の高い精薄児を持つ親は子どもの発達の違いには気付いているとしても, 未だその子どもが精神薄弱であることを認めるに到っていないものがほとんどであり, 子どもの能力の中で特に高い面に着目し, 遅れている面は指導が適切であれば遅れを取りもどせるのではないかと考える。たとえ知的発達の遅れを指摘されても親は納得のゆく指導を求めて, 潜在的には正常児にとりもどせることを願って病院や相談機関を遍歴する。

一方, 親は子どもの遅れを取りもどすために独自の判断や解釈に基く努力をするが, はかばかしい効果が得られないため, あせり不安定になっており, 子どもは本人にとって不可能なことや, 全く理解のできないことについて親から強制されることにより, 情緒的に不安定になっている。ここに早くも親子間の悪循環の始まりが見られるのである。

この時期は親もその意味のいかんにかかわらず指導を受ける必要性を強く感じており, 指導に入る最もよい時期といえる。子どもについては既に情緒的に不安定になり, 問題行動も出現していることが多いが, 治療開始時期としては手遅れになっているとは考えられない。従って, この時期から適切な指導を行なうことは将来の多くの問題の発生を防止するための抜本的対策として重要な課題であると考えられる。

以上のような考えに基いてわれわれは学令前の精薄幼児とその親に対して, 精薄者の社会適応性を促進するための基礎的対策として, 精薄幼児には治療教育的活動を, 親に対しては教育並びに指導的活動を試みたのである。

#### 親に対する計画について

第一に重要なことは自分の子どもが精神薄弱であることをいかにして認識させるかという, その手順であると考えられる。親達は自分の子どもが精神薄弱であることを否定するために相談機関を転々としていると考えてよい。従って, 彼等を納得させることなしに, ただこちらから宣告を与えるだけというやり方は彼等に反撥させるか, 絶望させるかのどちらかになることは言を待たない。

第二に, 今迄一般に行なわれている指導は抽象的或は観念的内容のものが多過ぎるように思われる。親は専門家ではないので観念的に理解しても, それを具体化する場合に, 具体的行動そのものが持つ意味の解釈ができないため, 結果は間違っただけとなる場合がしばしば起り得る。

われわれは具体的な問題について具体的な指導を行なった。この方法は必ずしも一度で成功するとは限らないから親と共に試行錯誤をくり返す必要がある。したがって手間を要するが, このような方法で2, 3の実例について成功することができれば, 親はこの経験を通して精神

薄弱に関する正しい理解を持つことができるものと考えられる。

精薄児の理解、認識能力について正しく理解している親は皆無といってよく、したがって親の訴えは、“いくら言いかせてもわからない”とか“今度は判ったかと思ったら、すぐくり返す”ということになる。

そこで例を挙げて考えさせる必要がある。“ストーブをさわるとあぶないよ、やけどしたら痛いよ”。と言いきかせたとする。子どもは“わかった。もうさわらない”と答えて許してもらおう。翌日、子どもはまたストーブをいじろうとする。親は昨日あれだけくり返して言いかせて、本人もわかったように思えたのに、と子どもに約束を破られたと感じ、不愉快になる。

子どもにやけどが何であるか、日常実際に使っている言葉でも痛いということが概念化されているかどうかを分析しないで、いくら言いかせてもそれは親の一人合点に過ぎず、効果がないのが当然である。

また、子どもが“わかった”と答える場合にも二つの場合が考えられる。その一つは、そう言えば許してもらえるからで、その場のいやな雰囲気から逃れる手段として用いる場合である。いま一つは、彼なりにわかったのであって、それはわれわれがわかったのとは内容の次元の高さが違うに相違ない、ということである。(図45参照)

彼がわかったと言うのは今の時点において、この事件のみにわかったのであって、過去にあった同一事件と、現時点におけるこの事件と、将来起り得るであろう同一事件との関係において予見的な理解として“わかった”と言ったかどうかは甚だ疑問である。

しかし、彼が実際にストーブをさわって熱くて驚いた場合、これは熱いという感覚的体験と同時に、驚いたという心理的体験をもしたもので、このような体験は具体的記憶として残り、ストーブを見た場合、その体験が想起されるため、彼は二度とさわることがない。ピアジェの実用的知能の段階である。即ち、精薄児は具体的体験を通してであれば容易に理解し、認識することができることを親に理解させる必要がある。

具体的経験を通してであれば1回で理解することも、言いきかせて理解させようとすると同百回もかかることはしばしばある。この場合、親は子どもに理解させることができたと考えますが、子どもに未だその能力が発達していない場合は、これは理解したのではなくて、条件形成されたと考えるべきである。このところを親によく説明することによって、或る問題を解決するに際して、子どもに具体的経験をさせた方が効果的であるか、心棒強くくり返して条件形成されるのを待つべきかを親が選択するようになることが望まれる。

精薄児の感情の表出についてもそのメカニズムを親に理解させる必要がある。すなわち、彼等は物事を論理的に判断することができないため直感に頼ることになり、感受性はわれわれより鋭敏になっているものが多い。しかし、その表出に問題があるように思われる。その最も重要な点は調節能力の障害であるが、それにはさらに2つの全く逆の機序がみられる。その1つは抑制過剰である。(フィード・バックのきき過ぎ現象)例えば、精薄児は意識しないときには出来ることも、意識すると出来ない。いや、絶対にしようとしな。いや”と言いたいと

きには絶対に言えないが、言う必要が無くなってから“いやだった”と言う。

その2は、感情のなだれ現象である。即ち、はしゃぎ始めると止まるところを知らず、興奮状態に陥ることがある。精神葛藤は容易に彼等を錯乱状態に陥し入れ、しばしば接枝分裂症の診断を受ける結果となっている。

また、意志の発動が感情に強く支配されていることを親に理解させる必要がある。例えば、したくなければ絶対にしない、と親は訴える。これは絶対にしないという意志が働いているのではなくて、したくないという感情が働くと、これはした方が良いのだ、だからいやだけでしょう、という意志が働かないものと考えられる。従って、どうしてもしたいという欲求感情が働けば、絶対にそれをしようという意志が働き、彼にそんな行動能力や思考能力があったのかと驚かされるようなことをやってのけることになる。

従って、彼等の意志を或る方向へ志向させるためには、彼等が感情的にそちらに志向しなければならぬ。親達はそれを無視して無理に或る方向へ彼を向けようとして、全くできないとか、あき易いとか訴える。しかし、多くの場合、好きな事をさせておけば何時まででもおとなしくやっていることを認める。

彼等が感情的に志向するということは、彼等が興味を持つとか、良い気分になるということの意味する。従って、彼等がどの程度のことに興味を持つか、或はどんな事に喜びを感じるかを分析する必要がある。

このように、子どもの能力を正しく分析することなく、多くの親がその子どもの能力から飛躍したことをさせようとしている。子どもの能力とさせようとする事との間の距離がわれわれの距離感と可成りくい違っているため、そのずれが問題点になっているが、親はそれに気付いていないので、このことを親に理解させる必要がある。

次に、子どもに対する大人の態度の観念的な理想が間違った態度となって社会一般に通用していることを親達に再考させる必要がある。例えば愛情をもって暖く子どもに接するということと、子どもを叱らないということとを混同しているということである。愛情が必要であることは言うまでもないが、いつもニコニコしてやさしく子どもに接することが愛情の表現であると誤解されているふしがある。社会において対人関係を円滑に運ぶには相手の感情の動きと自己の感情の動きとの調整をいかにするかが重要な鍵を握っているが、相手の感情を感じ取るだけの感受性を獲得するための訓練がなされないでは、対人関係の調整をする能力を持ち得ないことになる。どのようにすれば相手の人間に嬉努哀楽の感情を与えるものかを経験的に理解させる必要があると考えられるが、このような面を理解している親はほとんどないといってもよい。

例 或る子どもが中学の特殊学級の入学テストを受けた。その最中に先生のペンを取って逃げ出したのである。先生は彼を追い廻してやっとペンを取りもどした。母親はテストに落ちるのではないかのハラハラしながら見ていた。帰り途中で母親が彼にあのようなことをするものではないとたしなめたところ、彼はケロッとして、「でも先生よろこんでたよ」と言ったのである。従って、われわれは子どもに嬉努哀楽の情をはっきりと伝える態度をとることを親に要求

した。また、このように親が自分の感情を無理に抑圧することは一種の欺瞞であり、大らかな人間関係を持ち得ないのではないかと考えられる。

これらの問題は重要であると考えるが、日常生活に追われている親達に対してどこまで要求してよいものか、また、どこまで期待し得るものかは甚だ疑問である。しかし、全く無知であるよりは2年間にわたってこれらの知識をくり返し耳にし、或は経験することは親にとって、また精薄児にとっても無意味でないことを願うものである。

学校、施設等の見学には親達は関心を示したが、職場見学は親達にとってあまりにもかけ離れた問題であった。しかし、精薄児から大人に至るまでの一連の経路を見せておくことは無駄なことではと考えられない。

### 精薄幼児に対する活動について

精薄幼児の治療的活動に関して様々な試行錯誤が行なわれた。その原因はスタッフ全員が実はこのような低年齢の精薄児を長時間にわたって扱った経験を持たなかったことと、このような精薄児をこちらの目的に向ける試みが今迄あまりなされていないためであると考えられる。

また、学校や施設では精薄児の年齢が高いことと、集団行動に馴れた先輩がいて新入児を無言のうちに指導しており、新入児も先輩の行動を見習おうとする傾向がみられることにより、われわれのような全く新しい集団を扱った経験を実際にはスタッフ全員が持っていなかったことになる。したがって、第2年目からは半数の子どもが集団活動に馴れているため、スタッフは非常に楽になったというのが実感である。

子どもの意識を活動に参加する方向へと転換させることは、治療効果の上に好ましい影響を与えるものと考えられる。しかしながら、彼等が観念的にそのようなことを理解できるとは考えられないし、急に意識を転換させることは不可能であると考えられる。従って、段階を幾つか作り徐々に活動の方向へと意識を転換させることを考える必要があった。

子どもが1日の活動へ入ってゆく意識の転換の段階を考えると、第1段階は来所して着替えをすることである。第2段階は出席帳にシールを貼ることである。出席帳は子どもの手がとどく高さに下げてあったが、彼等は他の時間にはめったにいちることがなかったところからみると、この行為が朝やって来て着替えをすると次に行なう行為であることを意識していたものと考えられる。

朝のテーマ音楽によって子どもに机の周囲を行進させることは第3段階と考えられるが、それまで自由に室内で遊んでいた子どもを着席させる前の導入の手段として成功であった。

部屋を移動するたびに列ばせて次の行動の確認をしたが、子どもの方から次の活動を言うようになったことは、彼等が次の活動の内容を意識するようになったことを意味するものと考えられる。

初期には一つの部屋で全活動を行なった。同じ部屋で活動内容を変えようとする、子どもは意識の転換が困難なため、前の行動を続けようとする態度がみられた。すなわち、運動器具



で続けて遊んだりしてははっきりと時間の切れ目をつけることができなかった。一日の活動に区切りをつけずに様々な内容を織り混ぜたやり方をする場合は別として、われわれの場合は子どもの意識を変えさせることが必要である。長い廊下を通して部屋を移動することは子どもの意識を変化させるために有効な手段であると考えられる。

### 運動機能訓練について

これは運動神経を刺激することによって大脳の運動神経支配能力を刺激しようとするものであって、神経学的発達の面から大脳の発達を促進しようとする治療活動である。この活動において、われわれは従来行なわれているような指示的な方法を用いず、彼等の意欲をいかにすれば発動しうるかについて実験を行なった。従来の指示的な訓練方法をみると、子どもは依存的であり、消極的な傾向が強い。彼等が意欲を持てば積極的に行動することによって大脳は最大限に働いていると考えられ、発達も顕著であることは自明のところである。しかしながら従来の訓練用具には彼等の意欲を長時間引きつける魅力のあるものはなかった。そこで様々な試行をする必要があったのである。

われわれが扱った精薄幼児の大半が4才の時点において完全な直立歩行にまで発達していなかった。それ故、不安定な平面であるトランポリンの上での歩行訓練から始め、平均台渡りで完成させた。高い所へ登ることはできても不安定なトランポリン上の歩行をこわがる子どもは未だ四足歩行の段階を脱していないものと考えられる。このような状態を一般に彼は憶病であるとか、慎重であるとか言っているが、このような受け取り方は全くわれわれのレベルでの一方的解釈であり、実は彼はできないと直感しているために慎重になり、憶病になっているのであり、彼の能力のレベルに課題を下げると慎重でも憶病でもないことがわかる。若し、われわれが屋根の上から飛び降りると言われて、憶病にならない者がいるであろうか。

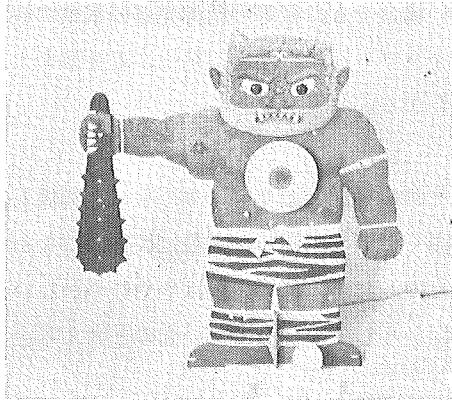
歩行が安定するに従ってトランポリンは子どもの最も好む用具の一つとなった。

平均台渡りは直立歩行の完成した段階と考えられる。しかし、これは直線上の歩行という不安定感と落ちる不安感から恐怖を引き起すため、子どもはこの上に立つことすら好まない。指導者が手をかすと安定するが、子どもが一人で平衡をとって平均台を渡る練習にはならないため、発達の促進効果が少なくなる。(図7) そこでわれわれは図8に示されるようなものを試作し、平均台渡りの前段階の訓練として実験した。また、雲梯渡りにおいても図10、図11、図12のような段階を設定した。このようにすると子どもの恐怖心を呼ぶことなく、彼等は積極的に練習をくり返し、自発的に次の段階へと進歩していくことがわかった。

玉入れは視覚運動機能としては高級な能力の部類に属するが、4、5才の精薄幼児の運動機能の発達の程度をみると、まだ方向性を持った投的能力が発達していないものが多い。彼等は2、3球投げて網に入らないと他の方向に投げることにばかり興味を示し、こちらの意図する視覚運動機能訓練の立場からするとほとんど無意味な行動をとる。このことは彼等の能力がこの程度でしかないことを示している。しかるに、ほとんどの場合指導者は子どもの注意を網の

方へ向けようとやっきになっている。その結果は網に入るのは指導者の投げた球だけである。これは子どもが球を網に入れるにはどのような投げ方をしなければならないかを考えながら球をコントロールして投げていないためである。従って、このようなことをいくくり返しても子どもが網の中へ球を入れる能力が促進されることにはならず、子どもは球を網の中に入れることに興味を失い、自分の好きなように球をあちこちへと投げることになる。

われわれはここに着目し、彼等が球を確実に網の中に入れることができる段階から徐々に進めてゆき、図46に示される鳴き鬼の胸に球を当てることを投的の完成としたが、子どもは能力



(図46)

の発達に従って、可能な行動には積極的に参加した。

このように彼等の能力の発達段階を正しく把握して、彼等の能力が及ぶ範囲からあまりかけ離れない条件を設定すれば彼等の意欲を刺激することができ、彼等を自発的に訓練へと志向させることができるとともに、訓練効果もより促進されるものと考えられる。

このようなことは全く当然のことのようであるにもかかわらず、現実には無視されていること

が多いことは、われわれが再認識をする必要のある問題である。同時に精薄児の訓練の効果の上で多くの無駄をあえて行なっていることになるように思える。

運動用具にはそれぞれの使用目的があり、子どもがそれぞれの用具をまんべんなく使用することが好ましい。しかしながら子どもの好みによる選択が起るためこちらの期待どおりに子どもが用具のすべてを使用してくれない。そこで用具をできる限り室内から排除し、一つの用具だけを室内に置くようにしたが、この方法はすべての子どもに一度は用具を使用させる手段として成功であった。

#### 集団遊戯治療について

彼等の心理的葛藤の解放を目的とした治療と同時に社会性の発達を促進することを目的としたが、初期には子ども同志の接触は治療者を仲介とした交流の形式しかとれなかったのは、彼等に集団生活の経験がなく、子ども同志が接触する訓練がなされなかったこともあるが、同時に、彼等の精神発達のレベルが未だ積極的な対人関係を求めるところに達していないことも重要な原因であると考えられる。

遊具の有用性についての観察の結果、いわゆる高級頑具は彼等の使用能力が低いために使用不能のため壊すだけであった。乗り物頑具は一般に彼等が好むように考えられているが、それはおそらく家庭において与えられている頑具に彼等がより興味を持つものがないためではないかと考えられる。乗り物頑具の彼等の能力内における使用法はただ押すだけという単純なものがほとんどであり、比較的能力の高い5才児のみが駅やトンネルを作って遊ぶことができる程度

であるため、短時間の使用にしか耐えず、彼等が好んで使用する遊具とはいえなかった。

ママゴト道具に対する彼等の使用法は極く単純なところに停っているとしか思えないが、これによってグループ化が成立する点において効果の大きい遊具であるとともに、子どもが好んで使用し、長時間集中することのできる遊具であった。組木や積木も子どもが好んで長時間使用する遊具であったが、一人でも使用ができるため、対人関係を必要とせず、一人遊びの世界に没入しがちであるため、社会性の発達促進の点からは有効な遊具とは言えなかった。

これらの観察から使用方法の限定される頑具や高級すぎる頑具は彼等にとって有用性は低いが、われわれには単純な遊びとしてしか受け取れない場合でも、彼等の精神発達の水準で彼等にとって内容が展開していく遊びを構成する遊具（ママゴト道具、組木、粘土、着せ替え人形等）の方が彼等の遊びに対して有用性が高いことがわかる。

#### リズム遊びについて

リズム表現と情緒表現（メロディー表現）のそれぞれに動作の振り付けを行なった関係上、指示的な態度をとらざるを得なかった。振り付けは極く単純な動作しか実際に彼等に行なわせることは困難であった。彼等はリズムには比較的よくのったが、情緒表現はややむづかしいようであった。これは彼等の情緒的再現能力の発達過程からしてやむを得ないものとする。

#### スタッフの態度について

スタッフのほとんどが精薄児関係の長年の経験者であったが、学令以後の精薄児における経験は、この場合必ずしも当てはまらないことが多く、初期の理念的な計画は手直しの必要にせまられることが多かった。特殊学級や施設では集団行動になれた多数の精薄児の中に少数の新入児が組み込まれることが多く、この場合、先輩が新入児に対して指導的役割りを果たしているため、われわれ指導者が指導しやすいことを見逃していたことが原因と考えられる。

スタッフの精薄児に対する態度には従来慣習によって無意識にとられているものが多いように思える。例えば、子どもを助けてやるのが、その子どもの発達に役立つものであるか、返って発達を阻害する結果になっていないかを考えない行為が多くみられる。

いたずらを止めさせる場合でも、前述のように言いかせて止めさせようと努力する。この有様を観察していると、子どもは「止めなさい」と10回言われたからいたずらを止めたのではなく、「止めなさい」と10回くり返している間に十分満足するだけのいたずらをしてしまったので止めたように思える。このような仕方では、放置しておくよりは早くいたずらを止めさせることができるが、真の意味でいたずらを中止させたことにはならないと考えられる。

この程度の精神発達の子どものいたずらを中止させるためには言いきさせるだけではなく、できるだけ早期に物理的に制止すること、止めさせる可きことは絶対に中止させるはっきりした態度をとることによって、子どもにいたずらを止めさせられたことを意識させる必要があると考えられる。

また、子ども同志の問題に安易に第三者が介入すること（スタッフが一方の子どもの代りを

したり、かばったりすること)は子どもにとって問題の解決にはならないことがあるということと考えない行動が無意識のうちにとられているように思える。例えば、前述の子どもの喧嘩のような場合がそれである。

スタッフが以上のような考えのもとに子どもに接することは、一般の幼児施設で行なわれている幼児の取り扱い方の通念からすると厳しく、また冷淡な態度に受け取られる恐れがあるが、われわれは正しい人間関係及び社会秩序を彼等に体験させるためにはこのような方法が必要であるとの結論に達し、可能な限り実行するようにした。このような方法をとることによって精薄幼児が通園をきらったり、スタッフになつかなかたりすることはなかった。

### 使用した部屋について

プログラムの変化に応じて子どもの意識を転換させることは容易なことではないが、環境を変えることで意識の変化を容易にすることができ、子どもをプログラムに導入することに成功したと考えられる。運動機能訓練とリズム遊びを行なった部屋は160㎡あり、10名程度の幼児に活発な行動をとらせるに十分な広さであった。遊戯治療室は48㎡であり、半分にビニール・カーペットを敷き、半分はプラ・タイル張りであったが、集団の遊びに適度な広さであった。10名程度の幼児の集団活動にはほぼこの程度の広さを必要とするものとする。

### 治療過程の記録とその評価に関する試みについて

これらの問題についていつも目標とされることは、客観性が高いこと、記録が簡単であること、評価法も単純で比較し易いことである。われわれはこのための資料を得るための一つの基礎調査の意味でタイム・サンプリングを施行したが、望ましい結論を得られなかった。このような方法ではよほど高い相関を持った因子でなければ発見は困難であろうと考えられる。また、因子をどう分類するかについてさらに検討をする余地がある。

その他の記録の試みは従来方法から一步も出ることがなかったので論ずることを省略する。

メモ・モーション・カメラと数式による子どもの行動の軌跡の楕円化については、メモ・モーション・カメラによる記録は自動的に行なわれるので簡単である。楕円の数式はコンピュータの導入により極めて簡単に計算が可能となった。しかし、このような統計的計算ではデータ数が100個以上必要であるとされているので、映画の各コマから子どもの座標を引き出す作業が可成り手数がかかるという欠点がある。さらに、このような方法ではフィルムから各座標を正確に把握することは困難であるので、近似値を使用するしかないことになる。

ただ、座標作製を頻回に行なわなければ実行は不可能ではない。また、行動の変化を比較する目的では頻回記録する必要はないと考えられる。

この方法の優れた点は単純な円の変形として、同一室内における一定時間内の子どもの行動の軌跡の変化を比較し得ることであるが、欠点としては、1点に長くいた場合と、同1点に数回移動して来た場合とが同じに扱われることである。例えば、子どもが点A ( $x_A, y_A$ ) に5秒

間停止し、次に点B ( $x_B, y_B$ ) に5秒間停止した場合と、子どもが点A ( $x_A, y_A$ ) と点B ( $x_B, y_B$ ) の間を1秒毎に交互に移動したものとが同じ図形になることである。この点については三次元の表現が必要であり、今後の改良をまつ必要がある。

## 要 約

比較的能力の高い精神薄弱者の社会適応性を促進するためには幼児期より親の指導を綿密に行ない、同時に精薄幼児に対しても治療教育的活動を行なう必要性を痛感し、そのためには親の要求の最も高まっている4、5才の学令前期がチャンスであると考え、この時期の2年間にわたる通園治療教育に関する実験研究を行なった。

われわれは特に親の指導における内容の検討、精薄幼児に対する治療教育活動における技術的内容の検討、活動の記録及び評価方法の試みに目標を置いた。

(1) 親に対する指導では特に精薄の特性について論理的理解力、実用的、直感的理解能力の問題、能力の発達程度を正確に把握すること等、精薄の基礎的な理解の仕方について指導することに重点を置いた。指導には抽象的または観念的な説明をさけ、具体的問題について親に実験させ、体験させるように指導した。

(2) 子どもの治療教育的活動では、運動機能訓練、集団遊戯治療、音楽の表現行動の3種類の活動を行なったが、その他に集団行動に対する訓練的内容を盛り込んだ。

運動機能訓練は子どもの能力の範囲内から開始し、細かいステップで進められた。このような方法によると子どもは積極的に練習を行ない、指導者が積極的な指導を行なう必要はなかった。集団遊戯治療においては、ママゴト遊びでグループ化が自然発生したが、他の遊びはほとんど一人遊びであった。

遊びの内容が展開する機能を持った頑具は子どもに最も好まれた。一方、高級にみえる頑具でも子どもにとってむづかし過ぎるもの、或は使用法が制限される頑具はあき易く、利用度の低い頑具であった。

音楽の表現行動において、リズム行動は子どもに好まれたが、情緒表現は子どもによって十分に表現されることは困難であった。

(3) スタッフの子どもに対する態度には、子どもの能力を発達させる目的や、集団適応訓練の意味において十分に考慮されない、慣習的な態度がしばしばみられた。そのためスタッフ相互の研修を目的としたスタッフ・ミーティングを毎回活動終了後に行ない、活動内容の検討を行ない、理念と具体的行動の間のズレを是正し、必要に応じて計画の変更または改善を行なった。

(4) 子どもの活動において、プログラムが進むにつれて部屋を移動した。これは活動内容の変化に対して子どもが適応し易いようにするために環境を変えたもので、子どもの意識が活動内容に応じて変ることを容易にする有効な手段であった。

(5) 記録及び評価方法については、客観性が高く、手数がかからず、評価し易い方法が求め

られたが成功しなかった。メモ・モーション・カメラによる記録と数式を用いることにより、子どもの行動の軌跡を楕円で表現する方法を試みた。この方法の優れた点は、記録に手数がかからないこと、楕円という簡単な図形の変化で子どもの行動軌跡の変化を比較できることであるが、欠点は8ミリ・フィルムの1コマづつから子どもの位置の座標をひろい出さねばならないこと、及び行動の質的要素を表現することができない点である。

#### 終りに臨んで

われわれが学令期前精薄幼児の治療活動に着手したときは、わが国においては未だ二三の機関が着手したばかりであった。現在ではすでに多数の精薄幼児訓練施設が設立され活動を行っている。それにもかかわらず、あえてわれわれの実験結果を発表したのは、ここに述べたような問題について一般にあまり考慮がはらわれていないように感じたからである。ここに述べたことは言うなればコロブスの玉子であって、何ら目新しいことではない。しかし、観念的には当然であることが具体的行動上では無視されていることがしばしばであり、しかも気付かれていないように思う。この点の再考を要するものと考える。

楕円の方程式は久次氏によって考案され、第67回日本精神神経学会総会において佐藤らによってタクシーの運行パターンの楕円化に用いられたものである。

#### 文 献

- (1) Andrey, B, R, Faw, Dehaut, H, J, Le Men : 精神薄弱児の心理療法, 岩脇三良, 大井清吉訳, 日本文化科学社, 1971.
- (2) Dittmann, L, Laura, : ちえ遅れの子の家庭教育, 奥田 三郎 木村 謙二訳, 日本文化科学社, 1967.
- (3) Piaget, Jean : 知能の心理学, 波多野 完治, 滝沢 武久訳, みすず書房, 1967.
- (4) Piaget, Jean : 判断と推理の発達心理学, 滝沢 武久, 岸田 秀訳, 国土社, 1969.
- (5) Piaget, Jean, Inhelder, Bärbel : 新しい児童心理学, 波多野 完治, 須賀 哲夫, 周郷 博共訳, 白水社, 1969.
- (6) Viand, Gaston. : 知能, 村上 仁訳, 白水社, 1970.



「泉の会」の対人恐怖症者たち<sup>(1)</sup>

—対人恐怖症者の社会性について—

精神衛生部 高 橋 徹<sup>(2)</sup>

「ひとりぼっちのあなたへ」ひとりぼっちのあなた。日々を暗い気持で過している、あなた。赤面や小心で自己嫌悪におちいつている、あなた。吃りや口下手で苦しんでいる、あなた。生きている意味が解らなくなり、無気力になってしまった、あなた。いろいろな「あなた」がおられるでしょう。自分はダメだと思いこんでいるのですね。だがよく考えてみよう。自分がダメだと思うことのなかに、あなたの長所がやどっているのではないのでしょうか。自分をダメだと思うのは、あるべき理想的な自己像を念頭において、現在の自分を批判するからでしょう。それはあなたが、「あるべき自分に向って、自己を向上させよう」という情念が人一倍強いからです。ただ、その合理的な向上方法が見つからないから苦痛を感じるだけです。自己満足的な人よりも、あなたは人間としてすばらしい能力をもっているのだ。あなたは、自分がまだ知らない多くの長所を、限りない可能性を、自己のうちに秘めているのだ。それは、あなただけのかけがえのない「あなた自身」なのです。

眞の自己に目を向け、全き人間形成をはかる場として、私たちはサークル活動を行っています。サークルのなかにあつて、異なる個性をもつ仲間たちと交わり、仲間のなかに、集団のなかに、人間のなかにとけ込んでいく生きかたこそ、真に自信獲得の道であり、自己実現の道であると私たちは確信しています。 「どろんこ」昭45・9。

## まえおき

「泉の会」は、二人の対人恐怖症の青年の出会いから生まれた一種の患者クラブであり、会員たちが一緒にレクリエーション活動を行ったり話合いをしたりしながら、社会性を身につけ、自己実現を旨として自主的に運営されている会である。会員は殆どすべてが、東京にある私立学院で小心<sup>1)</sup>と吃音の矯正教育を行っているところの出身者たちである。この二人の青年もその学院で小心の矯正を受けに通っていて知り合い、サークルをわれわれの手でつくろう、と話合った。「泉の会」は、かれらの呼びかけで集った人たちとともに、1970年4月26日に結成された。最初は10名の会員で出発したが、現在では60名をこえている。また、発会后4ヶ月目からは学院出身の吃音者も入会するようになり、今では全会員の約3分の1を吃音者が占めている。

この論文は、「泉の会」において対人恐怖症の会員たちが体験していた社会的現実についてのささやかな考察であり、それは、1971年2月からはじめた観察と、ある対人恐怖症の会員の「手記」とにもとづいている。他人と新らしく友だちになっていくことや、なじんだはずの仲間たちとうまくつき合っていくことに非常に困難を覚えて、また孤独におちこみ、そうした生

(1) ANTHROPOPHOBIA IN A SOCIAL CLUB; A THEORETICAL REPORT ON THE ABNORMAL SOCIABILITY OF THE ANTHROPOPHOBIA (TALJIN-KYOFUSHO)

(2) TOORU TAKAHASHI



## 「泉の会」について

きかたを余儀なくされる自分自身を不甲斐なく思って悩み苦しむ、という対人恐怖症者によく認められる傾向、そして、人まえに出ることを恐れるそのことのうちにこめられた、人びとと自由に交わりたい、という願い、それらが「泉の会」の集団にどのように現われているのか、そうした願いは果して「泉の会」がかなえてくれるであろうか、対人恐怖症の会員にとって、「泉の会」はユートピアであるだろうか、それともユートピアは字義どおり、どこにもないところなのだろうか。「泉の会」に参加しながら観察をはじめたとき、念頭にあったのはこうした設問であった。この論文は、その答えを「手記」のなかに求めるかたちで書かれている。

対人恐怖症者にみられる特異さを予見させる社会性が、ここでもとりあげられることになった。

「泉の会」の概観をかねて、ここで会の歩みについて簡単に記しておきたい。「泉の会」は、わずか2年たらずのあいだに著しく変った。その変遷を、集団活動、会員の集まりかたや集まりの内容、をとおしてたどってみると、次の5つの時期にまとめられる。

### 1) 1970年3月－7月：「泉の会」の結成前後。

学院で知り合った二人の青年が、自分たちの手でサークルをつくることを学院出身の顔見知りの人たちに呼びかけ、10名の対人恐怖症の人たちが、3月中、週1－3回の頻度で、茶店や学院の空教室で会合をもち、会則を練ったり活動方針をたてたりしている。この会合には、毎回数名が出席している。「泉の会」は4月26日に発足したが、しかし集団活動としてみるとすでに3月初旬には会が結成されていたものとみることができる。

4月26日に学院の空教室を借りて発会式が行なわれている。発会式以降、発会まえに比べて会員たちの集まりは急減し、月1度の例会、月1度のレクリエーション活動（日帰り旅行とボウリング）に、数名の会員が参加するだけになる。例会は、学院の空教室で行なわれている。連絡事務の宛て先は、会長宅（会長は、発案者のひとり）となっている。重要なことは、もうひとりの発案者が、発会前後に転職をし、それを契機に姿をみせなくなったことである。

### 2) 1970年8月－10月：吃音者の入会から第1回総会までの時期。

8月末に二人の吃音者が入会してきたのを契機に、また週単位の会合がもたれるようになる。この時期に新たに行われるようになった活動は、ガリ版印刷による会内外の広報活動であり、9月13日には、「泉の会」の主旨を記したパンフレット「どろんこ」が印刷され（250部）、また、機関誌「泉」の創刊号が発行されている（45部）。

10月に、会則によって総会が開かれ、役員改選が行われる。会長は、吃音者の代表と交代する。この時期においても、集会や広報活動の準備を行う場所は一定せず、例会、総会、および印刷作業などは、学院の空教室を借りて行われている。

### 3) 1970年11月－1971年3月：「仮」本部における活動。

10月から対人恐怖症の会員の代表と交代して選出された吃音者の会長は、自分の下宿を「仮」本部として会員に解放し、週3日夕刻7時から10時過ぎまで、この「仮」本部で定期的に集会がもたれるようになる。この集会には、少ないときで3名、多いときは約30名（平均約15名）が参

加して、話し合い（自由討論）が行われている。印刷、事務連絡、なども「仮」本部が中心になって行われるようになる。また、学院の人たちを対象にした「泉の会」の紹介と入会勧誘が、週1度会員たちの手で組織的に行われるようになり、それにともなって会員数が急増する。

4) 1971年4月－6月：「仮」本部閉鎖から本部設置までの時期。

3月末に、会長が一時帰省することになり、それにともなってこれまで「仮」本部にあてられていた下宿が使えなくなり、週3日の集会が中止され、また、会長の辞任にともなって、役員改選が行われ、会長には対人恐怖症の会員が選ばれる。4月に「泉の会」の一周年記念パーティが、学院の講堂を借りて行われる（出席者、40名）。大学入学、就職、転職、などにともなって、会員に異動がみられる。

週の集会が中止されたことにともなって、会員が集会をもつ機会が減り、会の活動としては、月例のレクリエーション活動、例会、機関誌の発行、くらいに限られるようになる。例会や機関誌の印刷は、再び、学院の空教室で行われるようになる。

この時期に新たに現われた重要な動きは、これまでは余り目立たなかった下位集団形成が明確になってきたことである。数人のグループ（これに対して「泉の会」全体は、しばしばサークルと呼ばれている）が、不定期に集るようになる。このグループと私的な交際とは実質的に区別することはできないように見える。

5) 1971年7月以降：本部での活動の時期。

7月中旬に会員の有志が貸間をみつけ、そこに「泉の会」の本部が設置されて、再び、週単位の定期的な会合がもたれるようになる。毎週2日夕刻7時半から10時過ぎまで、この本部で集会が開かれる。また、連絡事務、印刷、なども本部で行われるようになる。

本部での集会と「仮」本部で行われていたまへの集会とを比べてみると、本部での集会に参加する人数は、やゝ少ないこと（3－20名、平均10名くらい）、顔ぶれが定まってしまったこと、4) 期にみられたグループ形成が集会の場にもいろいろなかたちでもちこまれている点、などの相違が認められる。

会員数の推移については、図表(1)を参照。1972年2月現在、会員数は60名、そのうち約半が吃音者。会員の年齢は、19－32歳（平均、23歳）。性別、男性：女性＝2：1、最終学歴は、高校卒業：大学在学中ならびに卒業＝2：1。既婚者はまだいない。

#### 対人恐怖症の会員にとっての「泉の会」

「泉の会」へ会員をひきつける力、および会から会員を遠ざける力は、「泉の会」の変化に応じて変る。このことは、会の歩みについての記述にも不十分ながら示されている。また、同時に（「泉の会」の変化の方をカッコに入れてみれば）、それらの力はひとりひとりの会員ごとに異っていることが想定される。それらは、会員の「泉の会」への帰属意識のなかにあらわれてくる。集団に属している会員の社会的現実として意識されてくる。以下の記述は、3) 4) 5) の各時期における観察にもとづいている。

## 「泉の会」について

……「仮」本部での集会：——これは、曜日と時間がきめられた、会員たちの集会であり、とくにそれ以外にきまりはない。きめられた曜日の7時過ぎに、数人の会員が、この会長の下宿の6畳の部屋に集ってくる。8時頃に、また10名くらいの会員がくる。コカ・コーラやビールが出ることもある。9時になると、女性の会員が帰る。それを送って帰る男性の会員もいる。残っている会員は、10時過ぎまで話こんでいく。

月例のレクリエーション活動の計画や、機関誌の企画などが話題にとりあげられ、討論されることもある。しかし大体いつも、一口に言えば雑談で、お喋りにはじまってお喋りに終るようにみえる。

このような集会に、会員たちがなにを求めているのか。それが、対人恐怖症状や吃音癖そのものの治癒、つまり、一種の訓練による治癒ではないことは、共通の経験にうらづけられている会員たちの次のことばによっても明らかであるように思われる。

（症状（？）、それを治すためなら学院に行けばよい。）

むしろ、症状のために（とかれらはしばしば口にするのであるが）不可能だった、だれかと友だちになること、そうして孤独だった（という）暗い日々から脱出することを求めているように思われる。

「仮」本部での集会に、会員たちをひきつける力は強くしかも持続的である。このことは、集会が予定どおり定期的に、しかも週3日の頻度でつづけられ、また、参加する会員数も集会場所に比べて多いことから明らかである。

しかし、会員たちの集会への参加のしかたは、必ずしも一様ではない。対人恐怖症の会員たちそれぞれについても勿論参加のしかたの違いがみられるが、かれらは、吃音者（でしかもあまり対人恐怖的傾向のみられない）会員たちからみると、幾らか変っている。次の記載は、「泉の会」の書記のファイルから筆者が選んだもので、吃音者会員の感想が述べられている。

（……「泉の会」の目的、会員たちの男女交際のありかた、会員としての心構えなど、というように雑談のなかで話題がだんだん発展してきた。そして特に話題になったのは、「吃音」の人たちと「小心」の人たちの違いについて、ということであった。「吃音」の人たちと、「小心」の人たちとは、少なくともこの会の会員についていえば根本的に、考えや行動それ自体違っているのではないか、ということであった。何故ならば、前者はつねに周囲のひとの事を考えてやることができる。それに対して後者はあく迄も自己本位で我ままである。依頼心が強く、誰かが何かしてくれるだろう、という考え。会合を開いていても、誰か話しかけないと、自分からは発言することは少ない。かれらだけの会合だと葬式会合になるのではないか、かれらだけでひとつのサークルを作ることは可能であろうか。

各人各様、考えは違う。それはその人の心の持ちかた如何できまってくる。ある人はできる。できない人もいる。できない人を引張っていくのが「会」であり我々の責任でもある。ここで表面から一般的にいえることは、「前者（吃音者）は明るい」「後者は多少暗い」。この両者の融合のあるところこそ「泉の会」であり、自己形成の場にもっともふさわしい。いずれにし

る、もっと、我々、自分とひと、というものをよく認識する知恵をもつ必要があるように思われる。……) )

以上は、「仮」本部の集会で述べられた5人の吃音者会員の感想をまとめたものである。この感想にある、「もっと、我々、自分とひと、というものをよく認識する知恵(云々)」ということばは、吃音者会員の側から対人恐怖症の会員へ、もっと「周囲のひとの事を考え」て欲しいという気持と、一面では、吃音者会員が、対人恐怖症の会員の気持がつかめない、という二つが含意されている。(集会の席で筆者の印象に残っている幾つかのことのひとつは、吃音者会員が吃りながらもいう「僕らは、……」という言葉と、対人恐怖症の会員たちのいう「僕らは、……」という言葉の違いである。後者がしばしば説得力に乏しいひびきをもつのは、現実に「僕ら」に帰属しきれていない立場が反映しているからであるようにみえる。)

ある、対人恐怖症の会員は、一対一で会って話をきいたときに、次のように述べている。

(集会ではなにか喋らなければいけない、そういう気持で緊張することもある。これはきつと心のどこかに、もっとよくなりたいたいという症状へのこだわりがあるからなのかも知れない。……本部は必要だ、ダンス同好会をつくれ、その他にもっといろいろな同好会をつくるべきだ。……本部をつくれ、といったのは僕がおそらく最初だった。まあ、そんなことを喋っていた。しかし、はじめっから皆のところへ出ていくのは辛かった。会合に出ている、こうして喋ってしまうと今度は、いつ帰ったら皆に急に思われなくて済むかと、そういうことにばかり気をつけてしまっていた。会合に出るともう会合から抜け出すことばかりを気にしていた。……考えてみると、僕は皆と(会員たちと、の意味)ハイキングにも行かなかつたし、ボウリングの大会にも行ったことがない。……会合から離れてしまつたら Md君(対人恐怖症の会員のひとり)しかつき合える相手がいない。……)

この述懐のうちに、対人恐怖症の会員たちだけで一体サークルがつくれるだろうか、という危惧を吃音者会員に抱かせた、集会から遠ざける力を読みとることができるように思われる。

(発案者のひとりが最初に脱落していることを想起させる。)しかし、この遠心性の力に抗して集会へと向わせる力は、それはどこから生じてくるのであろうか。

……<sup>グループ</sup>下位集団について：一(以下の記述においても、観察された事実は殆ど示されないまま筆者の判断だけが述べられている。そうした判断、およびそこから生じた疑問は、あとで引用する「手記」を読む手がかりに過ぎない。)「仮」本部が閉鎖されてから、会員たちが定期的な集会をもつ機会は殆どなくなってしまった。しかし、不定期に開かれる会合が、数人の会員の<sup>グループ</sup>ごとにもたれた。それが「泉の会」から全く独立したものはみなされ得ないのは、単に<sup>グループ</sup>グループ成員がすべて会員であるというだけでなく、お互いに他のグループと離合集散をするかでもらある。グループとしてのまとまりは、月例のレクリエーション活動への参加のしかたなどにもあらわれている。グループの成員がひとりも参加しない場合自分も参加をとりやめる。筆者が接触を保つことができた4つのグループについて共通点をあげると、一種の「なれ合い」(と、名づけられている)関係で成員が結びつき、ある程度私的

## 「泉の会」について

な領域の共有を認め合っていること、人数は数名（3-7名）で、リーダーをひとりもっていること、他のグループともしばしば一緒に行動すること、などである。

こうしたグループは、本部が設置されてから、そこで定期的にもたれるようになった集會にもそのまゝもちこまれ、集會に参加していても同じグループの成員がほかにだれもいないと気づまりがつのおし黙ってしまったたり、また、仮にグループの成員も参加していても、その人が他のグループの人たちと喋りはじめると、孤立してしまう、などという傾向が、とくに対人恐怖症の會員に、よく認められている。

グループではサークルに求められなかったもの、気づまりな緊張のないつき合い、が比較的良好に保たれているように見える。そこでの話は、集會での話に比べてより私的な内輪の話である。しかし、ときとして、そうした話題が集會にももちこまれることが起る。ある會員は、集會の席でのこうした話題のもちこまれかたについて次のように述べている。

（サークル内で會員のプライベートにまで立入るようになってくると、一層人間関係のわずらわしきで、やりきれなくなってくる。自分の意見は意見として、他人の意見をもっと眞険に聞いてやる態度が、サークルに参加する人たちに欲しいものだ。なんだか、他人に対する思いやりというか、広い心が、皆に少し欠けているところがみられるようだ。2, 3人の雑談的なつき合いなら、なれ合いの仲間関係でもいい。しかし少なくともサークルとして活動するとき、もっと巾広い視野でものごとを見なければならぬと思う。……「泉の会」は強力なリーダーが出ないかぎりは消滅してしまうか、なれ合い的な2, 3の集り、烏合の衆になってしまう。）

しかし、反面、こうしたグループは、対人恐怖症の會員が、内心抱いている希求集団とはいえないだろうか。もしいえないとすれば、かれらはどのような会を求めるのであろうか。……ある會員の手記：——（この手記を書いた會員と筆者との関係は、この手記が筆者にとって資料として参考なるならぜひ参考にして欲しいとって筆者に手渡されたものであるということと、この手記の終りのところの記述、との二重の意味深い関係である。以下は、その手記の抜粋である。）

（1971年4月25日。今日、泉の会の総立一周年パーティというものに参加した。全部で40人位の會員が参加していた。討論会をやったが何も発言しなかった。発言したかったのはやまやまだが、気が滅入ってなにもいうことができなかった。会のリーダーであるO（吃音者會員）とS（対人恐怖症の會員）に対する複雑な気持。かれら二人は、みごとに会を進行させたと思う。かれらがそうすればするほど僕の存在は小さくなってきて、僕の口はますます重くなる。僕は今日、この会に参加するのは苦痛でどうしようもないほど会にとけ込めなかった。

1971年5月16日。私は一介の俗物にしか過ぎないのです。他の俗物たちが適当に世渡りの術に長けているのだから、世渡りもろくにできない私は俗物以下なのかも知れない。僕って本当にダメな人間。でもダメさ加減は他の俗物も大した変りはしない。「あんたかてアホやろ、ワテかてアホや」。もちろん泉の会の連中のバカさ加減も、ごく普通のそこらの人間と変りはし

ない、だがそういったバカに温みを求めてあれこれ悩んだりするんだ。泉の会の連中。はじめから理想なんか持たない俗物連中。ただ思いわずらうだけで、物事を論理的に筋道立てて考えることがまるでできないバカばっかだ。かれらは、社会に埋没したくてアクセクしているのだ。お互いに学院出身者として、その愚劣さを共有して仲良くやっていけば、それでよいのだ。僕は、かれらとなにも共有しない。かれらと共有することは、土台ムリなのだ。かれらに温みを求めることは、止めるべきだ。……でも、かれらから温みを求めないならば、どこから温みを手に入れられるのか。

1971年5月31日。昨日、泉の会の臨時集會に参加した。全部で25人くらい出席していた。このまえの一周年パーティのときよりはとけ込むことができた。M(グループの仲間)のおかげだと思う。会が終わってから、MとKとS(女性)さん(いずれもグループの仲間)と、コンパ(洋酒大衆酒場)に行った。あとで4人で茶店でいろいろ冗談をいい合った。結構面白かったけれども、あとにはなにも残らない。単なるウサ晴しに過ぎない。酒を飲んでいたので、ある程度自由に喋れ、かれらと一体感がもてただけなのだ。別れたあとは空虚感とそれのみじめさが残っただけだ。

1971年6月28日。昨日、泉の会のハイキングに参加した。集合場所、池袋西口。目的地は鎌北湖。全部で25名、女性9名。行くか行かないかさんざん迷ったけれども、結局行った。行くまえから気が滅入っていたけれども、集合場所で男や女——もう、結構つき合っているの、表面的な親しきは得ている——に話かけた。それでどうにか気の滅入りも回復してきた。大体、電車の中でもうまく行った。状況は刻々変化するが、その変化する状況に自分をどうにか対応させることができた。対応するということは、各状況において自分の甘え心を満すことであり、親しさというものを手に入れることである。そういうことを、ある程度ムリしてまたある程度は自然に、少なくとも最後の寸前までうまくできたのだ。しかしハイキング全過程における自分のサークルに対する適応、気分の良さ、は、みんなで茶店でビールを飲んでからサークルを解散したのち、男3人女2人(いずれもグループ成員)で(新)宿の深夜喫茶へ行ってから逆転してきた。夜が白けるとともに酔もさめ、気分がだんだん白けてきた。僕とXとY(女性)さんが完全に白けてきたというのに、Z(グループの仲間)で吃音者、この人を除くと、あとの4人は対人恐怖症者である)はまだ酔っているかのようにWさんにまったく間断なく話をしつづけるのだ。かれらが話をしては笑い笑っては喋るほど、僕ら3人はもう白けてどうしようもなくなってきた。全くまいってくる。僕ら3人はかれらのなかに入って行けない。とけ込めない。もうこうなっては、どうにもならないのだ。どんなにムリをしてももうダメなのだ。Zは吃っても吃っても話をつづける。僕ら3人は殆ど口から言葉がもれてこない。かれらは僕ら3人が存在しないかの如くまったく2人だけで喋りつづける。もうこらでかれら2人と別れた方がよいのだが、そこで別れるのは僕らにはみじめ過ぎる。そんなことは、3人で話をかわさなくても非言語的に解っているのだ。それでかれらについて行く。ますます気を滅入らすために。

## 「泉の会」について

1971年10月…日。現在の僕には生活空間が3つある。家とバイト（トラック運転助手）先と泉の会。どこもい心地が悪いが、バイト先が一番いやだ。もう何ヶ月働いているか、10ヶ月にもなる。だけど誰とも親しくならない。たえずビクビクしている。別に運転手なんかどうということはないのだが、主として自分の年令からかれらとなじめない。たえず自分を意識し過ぎて、いい年をして……とバカにされたらそれこそ恐ろしい。僕は世間的なことを話すのが極めて苦手だ。かれらともくだらない話はするが、熱中することがない。つねに白ける。白けずに話せる奴はいない。正直いえば大体会の連中はどうしようもない奴ばっかだ。それでも他にはつき合える奴がない。

1971年10月…日。会の河口湖のキャンプに参加した。参加するつもりはなかった。バイト先へビクビクしながら金を受取りに行った。向こうは僕のことを悪くは思っていなかった。二週間以上も無断で休んでいたの、事を重大に考え過ぎていた。所長なんかもニコニコしながら話していた。また来たかったら火曜日からこい、というのでいくと言ってしまった。なにか悪いことをしたような羞かしいようなわついた気持だった。火曜日から出ることにして、いろいろ迷ったが、キャンプに行くことは止めようと考えていた。パチンコをやりに行き、11時から午後の5時まで玉をはじいていた。くたくたになって家に帰り、フトンに横になった。8時頃に会の女の子（グループのひとり）から電話があって、キャンプに行く電車は8時55分に出るから今出来ればに合う、というのでなにも持たずにすぐ家を出てしまった。行ったら白ける奴ばかりだった。会員同志のコミュニケーションは、なんと貧困なことか。沈黙が支配する。努めて白けムードを打破しようとしたが、僕自身どうしようもなかった。MとかKが（グループの仲間）来てくれればこうまで白けなかつたらう。一体こういう白け工合で、会の連中は楽しいのか。歌などムリして歌うのだが、全然のらない。お互いにムリしていることが非言語的にわかるので一層白けてくる。気のきいた冗談もなにひとつ出ない。面白くなかった。電車賃しかはらわなかったが、つまらなかった。会の旅行へはこれで3回目だ。最初のハイキングは非常に活潑だった。女の子も多かったし、おにぎりなんかを皆で食べたときなど結構楽しかった。ある程度は零囲気にとけ込めた。2度目の海でのキャンプはつまらなかった。とはいえ、Md がよその連中と喧嘩したスリルもあった。……会の連中とはなにも話すことがない。話のレベルが合わない。相手の気持を害するようなことは、一切いわないようにするだけで、なんにもいえなくなって来る。

1971年10月…日。Zのところへ出かけた。Kさん Kdさん Kzさん（いずれもグループの女性たち）も来ていた。キャンプ面白かったか、と聞いたら、皆つまらなかったといった。学院がそうであるように、なんという愚劣さが泉の会においても支配するのであろうか。僕自身こういう貧困な人間関係しか結べないことを非常に残念に思う、悲しく思う。サークルに参加する、ということは、ある程度、空しさを克服しようという懸命な努力なのだ。だけど、この程度で一所懸命な努力だというレベルはまさに悲しい。僕自身なにもいえない。会の他にどこにも行き場がないのだから。完全に会に依存している不能者なのだから。なれ合いなめ合うとい

う極めて閉鎖された空間で、僕自身だんだん腐敗し、関係可能性が極めて制限された空間に温みを求めあう疎外された人間の姿、それ以外のなにものでもない。涙を流せ、君の姿に。悩める者に対して、それをただ研究するだけの者、つねに第三者として、苦悩する者を冷静に眺めるだけの者、人間を生ける人間を、それとして物としてしか考えない者、そういう人たちはやがて厳しく糾弾されるであろう。……)

(以下は、蛇足。)

ある心理学者は、「泉の会」のことをコンプレックス集団だという。それをうけて、対人恐怖症の会員は《まさにコンプレックス集団である》という。《世間の冷たい他人のまなざしに日々さらされる傷口を、会員同志がなめ合う避難場所なのだ。だから当然、会の人間関係は、なれ合い的なそれにおちこんでいく。会合がおわれればまた他人の冷たい目に出くわして会に逃げこむのだ。いつまでたってもこのような悪循環がつづく。)

しかし、こうした(悪)循環は、「泉の会」にかぎらずおよそどのようなサークル<sup>3)</sup>にあってもとり出せるはずのものであり、この循環は、サークル自体の安定操作そのものでさえある。この循環は、会への求心力と遠心力との釣り合いによって起る。

しかし、4)期以降の「泉の会」の循環が、対人恐怖症の会員にとっては、サークルの社会的現実へもグループの社会的現実へも十分に自分自身を生かせない、気づまり<sup>2)</sup>と体験される特有な社会的現実(いい換えれば、集団の対人恐怖の雰囲気)へとまき込んでいく型をとっていることは、注目を惹く。グループの社会的現実から身をひかせるものは、手記を書いた会員にとっては、一口にいえば自分をギリギリのところでもちこたえさせている自尊、ということができるように思われる。反面、なおもそこへと自分を駆り立てようとするもの、それは人間でなくなることへの恐れではないだろうか(ZとWの2人の話を、みじめな気持ちに耐えながら聞いている情景)。甘えへのドンファニズムを胚胎させる状況がそれである。

#### 対人恐怖症者の社会性

人間関係における事実について、それをめぐるとの2人も、その事実を全く同じ社会的現実として体験することはないであろう。まえの章で述べられた「泉の会」における《対人恐怖症者の》社会的現実が、それにもかかわらずこの( )の強調に応じた普遍性をおびるとすれば、それはいうまでもなくそのような社会的現実が、それだけ明確な特有さを示すからである。まえの章では、この対人恐怖症者の会員の社会的現実の特有さが、「泉の会」という具体的な集団のなかでの会員の状況において示されていた。ここでは、その延長の上に対人恐怖体験のモデルを描くことを試みることにしたい。

#### 気づまりな体験について

「泉の会」の集団における対人恐怖症の会員について、そのうちの幾人かの会員自身によっても確認され、また著しく注目をひいたことのひとつは、かれらが集会においてしばしば気づまりを覚え、この気づまりにおびやかされ、そうして、気づまりを核にしてかれらの人間関係



## 「泉の会」について

の失敗（とかれが認めていること）が導き出されていることである。

気づまりは、「白けた」零囲気として集団（その特別な場合として、一対一の場合をも含めて）からの一種の圧力として感じられると同時に、「気の滅入り」のように、こうした圧力<sup>2)</sup>に抗しきれない、個人の内側から湧き起る感じとしても体験される一種の気分である。それは、集団への帰属が曖昧になってくる、あるいは、まだ曖昧で十分に確立されていない、状況における体験様式のひとつとみることができる。コミュニケーションの局面では、多くの場合、非言語的側面が、すなわちコミュニケーションの地づらが、優位になり、端的にいえば、アナログ的側面とデジタル的側面が分離する方向にコミュニケーションが進行して、コミュニケーションの完形がくずれてしまう。

実さい、対人恐怖症者の対人緊張や自分の目つき表情赤面声のふるえ、や相手（たち）の目つきや言葉に対する過度の意識、あるいは、埋め難い沈黙の間の経験などをわれわれが追体験するときの重要な手がかりは、われわれ自身の生活にときとしてあらわれてくる気づまりな体験であるように思われる。

対人恐怖体験を想定する場合に、その体験のライト・モチーフとして気づまりをあてることは当を得ているように思われた。

### 親しさの転調について

対人恐怖体験がそれとしてわれわれの日常的な体験から区別されるだけ異質さをそなえているとすれば、その異質さは、気づまりに由来するとはいえない。気づまりは、日常的な体験から対人恐怖を了解する重要な手がかり、対人恐怖体験のモデルを構成する上ではひとつの必要条件に過ぎない。異質さを規定する別な条件を求めなければならない。

「泉の会」の会員たちの言動を検討していくと、吃音者会員と対人恐怖症の会員のあいだに著しい違いが認められることについては、まえに触れた。その違いの重要なもののひとつは、吃音者会員にはしばしば盲点のように解らない対人恐怖症の会員の、場面へのかかわりかたの特徴である。吃音者会員の目からみれば、対人恐怖症の会員たちが集会の場面で、ともすると葬式会合に出ているかのように暗くおし黙ってしまう態度は、みんなでサークルをつくろう、という者たちの意図を踏みにじる我ままな態度のようにみえる。しかし、この態度は単なる我ままやひとりよがりや、あるいは依存的な態度としてとらえつくすことはできないものように思われる。表面はそうにみえる態度をとらせるものは、吃音者会員にしてみればなんでもないはずの場面のうちに、気づまりな側面を鋭くとらえてしまう傾向が見出されるように思われる。ある対人恐怖症の会員は、集会の最初から《なにか喋らなければいけない、そういう気持で緊張して》いる。そして幾らかうわずつた気分になにか喋ってしまうと《今度はいつ帰ったら皆に変に思われませんか》と、そればかりを気にしている。人間関係の場面は刻々変化するが、その変り目ごとにいちいち自分を《対応させて》いかねばならない、と「手記」を書いた会員はそのなかで述べている。この会員にとっては、ハイキングの帰りに《皆で茶店でビールを飲んでから解散した後、男3人女2人で（新）宿の深夜喫茶へ行ってから逆転して

きた) 場面に対して、(僕と X と Y さんが) そうして (完全に白けてきたというのに) 吃音の会員の Z は (まだ酔っているかのように……間断なく話をしつづける。) ここには、「手記」を書いた会員と Z とのあいだの、場面へのかかわりかたの著しい違いがあらわれているように思われる。この違いは、集団過程にあらわれてくる役割分化にもなって起る役割の違い、たとえば、主人公的役割とその他大勢的役割、との違いのような違いではなくて、場面へのかかわりかたそのものの違い、主人公的役割にせよその他大勢的役割にせよそのような役割をとるとりかたそのものの違いであるように思われる。「手記」のこの叙述からは、Z がこの場面における社会的現実を生きている姿が描かれているのに対して「僕」はマージナル・マンの立場をとっている姿が描かれているもののように読みとれる。

グループ、サークル、職場や学校のなかで一緒になる人たち、たまたま一緒にい合わせた人たち、そうしたいろいろな人間接触の場で、そうした人たちとのあいだの親しきの転調を鋭くとらえはじめる、あるいはむしろ、自分と相手たちとの親しきの関係を不確実にしてしまう親しきの一種の転調をつくりだす状況、それを規定しているもの、人間関係場面への特殊なかわりかた、たえず自分の立場をマージナル・マンの立場におきかえていくかわりかた、を、対人恐怖体験のモデルの本質的構成要素にあてることができると思われた。そして、対人恐怖体験の特徴は、この特殊なかわりかた (それを今仮に対人恐怖的社会性と呼んでおこう) の効果が気づまりな気分状態をひき起すこと、さらにこの気分状態が対人恐怖的社会性を現実化する、という関連をもっていることだと考えた。

実さい、対人恐怖的社会性は、日常的な社会性 (人とのつき合いかたの特徴、あるいはパターン) に比べたら特殊で異質であり、その点で対人恐怖体験を十分特徴づける上で有力な条件になっているように思われる。しかし、対人恐怖的社会性のアナロジーは、精神発達 のなかにあらわれてくる人間関係のもちかたの飛躍的に変化する時期において認めることができるように思われる。たとえば、生後半年から 1 年数ヶ月のあいだのいわゆる「鏡像段階」の頃にあられる「人みしり」や、思春期のはじまりのしるしである「自我の発見」の頃にあられる「自意識過剰」がその例にあたるように思われる。このいずれの時期も、新しい自我の確立をともなった人間関係の転調を経験する時期である。「手記」のなかに、(最初のハイキングは非常に活潑だった……おにぎりなんか皆で食ったときなど結構楽しかった) という、かすかに小学高学年の遠足を想わせる記述は、どう読みとれるのであろうか。それについては、対人恐怖症の治癒について考察したつぎの論文であらためてとりあげたい。

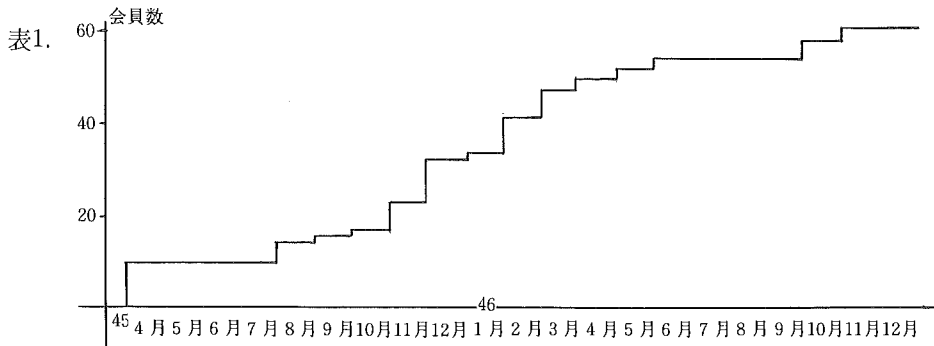
#### あとがき

「手記」のおわりのところで、この手記が提出している問題 (それを問題としてとりあげること) は、これまで対人恐怖症をめぐるなされた魅力にあふれる数々の研究、なかでも日本文化と対人恐怖との関連を論じたすぐれた諸論文の多くの、その魅力がすっかりはげ落ちてしまうような現実になれわれの目を向けさせる問題である。白らじらしい現実、である。筆者は

「泉の会」について

ただこの「手記」と読者とのあいだの立会人になっているに過ぎない。そこにコミュニケーションが成立することを期待して。

( le 11 février 1971)



註(1) 小心について、この矯正教育施設の創立者であり現院長である人が著わした本のなかでは次のように解説されている。「世人が通常謂ふ所の、気の小さい、落着がない、温順過ぎる、元気がない、恥しがりや、変人、意気地なし、臆病者などの類を広く皆含んである……医学上で神経質と称せられる者に多く、病者と云う程でなくとも、精神力に弱いところがあるもの」。しかし、大事な点が抜けている。それは、このような自己像をもつ者でそれに悩む者、というただし書きである。

註(2) 気づまりについて、深沢七郎氏は自叙的な小品のなかで次のように記しておられる。「(…) さくらや桃の花が咲いた頃、「今日、水道の寄り合いがあります。二時からお寺へ集まることになっていますから」村の人がそう言いに来てくれたので私は出かけることにした。(……) 共同の水道は三十軒で使っているので集った人達も三十人である。庭から縁側つづきですぐ本堂になっていて、本堂の他に一部屋ぐらいいあるだけだから小さいお寺である。本堂の広間と言っても八畳間ぐらいいで、次の部屋との境をはずしてつづいているがこれも八畳ぐらいいである。そこへ村人たちの三十人ぐらいいがぐるりと壁に背をむけて坐っているのだった。(……) 私達の坐っている前にはぐるっとお膳が並んでいて、このお膳を私はすっかり好きになってしまった。(…)(ここが、俺の村なのだ、なんと俺はステキな村を見つけて仲間入りしたものだろう。そうだ素朴という言葉があるけれど、素朴という意味はこの景色が説明するより外に方法がないだろう。こんなステキな景色の仲間に入ることが出来たのは、なんて俺は幸運だろう。) 私はぼーっとなっていた。お膳の前にはさしみの皿、酢のものの皿、エビフライの皿などが一人前づつ運ばれた。そのあいだに水道の会計報告があったようである。(……) 部屋の隅をぐるりと坐っている善人たちはてんでに何か話をしている。そうしているあいだに私が妙なことに気がついたのは、私のまわりになんとも言えない不思議な空気がただよっているのである。なんとも言えない不思議な圧力が私を押しつけているのだ。その圧力は私の身体を押しつけているようでもあったり、私自身の身体の中から湧いてくるようでもあるのだ。(いったいこれはどうしたことだろう)と私は考えている。とにかく胸を押しつけられるような苦痛から逃れるにはどうしたらよいのだろうか。私はひとりで考えてみた。だが考えてもこの妖しい圧迫感の正体をつきとめることは出来ない。どこから、誰が、いやこの部屋全体の匂いかも知れないのだ。かなり長い間、私にはこの耐えることの出来ない時間がつづいた。」(生態を変える記、「人間滅亡の唄」38-40頁、昭：46) ここには、「私」のマージナル・マン状況が示されている。また、気づまりの気分の両面、すなわち、外がわかかわからの圧力の感じと内がわから湧いてくる感じ、が指摘されている。

註(3) 循環は、フィード・バックの過程のことである。

Homilophobiacs in a patient club

— A theoretical report on the abnormal sociability of homilophobia —

D<sup>r</sup>Tooru TAKAHASHI, Mental Health Division.

## 精神障害者に対する地域住民の態度(1)

——市川市行徳・南行徳地区の場合——

齋藤和子(2)

佐竹洋人(3)

## はじめに

われわれ国立精神衛生研究所地域精神衛生研究班は、昭和43年秋、研究のフィールドとして研究所の地もとである千葉縣市川市のうちの行徳・南行徳地区を選び、いろいろの調査研究活動を行なってきた。

その一つとしてわれわれは、市川市当局の理解と援助のもとに、市川市役所行徳支所内の一室を毎週1回借りうけ、「心の健康」相談室と称するサービス施設を設けて地区住民の利用をまつことにした。この相談室の開設にあたっては、両地区の自治会長の会合や民生委員の会合といった機会をとらえて広報活動を行ない、われわれの側からも、自治会長、民生委員、学校関係者、婦人会役員、開業医などといった、いわゆる地域指導者層の人々を招いて説明会を開いた。

さらに、一般住民に対しては昭和44年2月から3月にかけて、両地区の自治会連合会の協力をえて、各部落ごとに自治会の回覧板を通じて広報を行なった。この回覧板による広報に関して、われわれは同年3月、行徳地区内の伊勢宿部落（自治会加入世帯数190）をとりあげ、訪問面接によってその効果を調査した。

この調査はごく簡略なもので、同部落内の成年者96名について面接しえたにすぎなかったが、それによると、「心の健康」相談室について知っていたもの27パーセント、調査者の側から回覧板のことを指摘して思い出させることができたもの8パーセント、計35パーセントというのが回覧板による広報の効果であった。また、こうした相談室の設置について、切実であれ漠然たるものであれ、ともかくも何らかの関心を示したものは27パーセントにとどまり、73パーセントまでが無関心であったという結果が出て、われわれは地域精神衛生活動を地域に定着させることの困難さがある程度予想したのである。

註 (1) Attitudes toward Mental Ill-health in a Changing Community

—— A Study in Gyotoku- and Minamigyotoku-districts in Ichikawa-city

(2) SAITO, Kazuko (優生部。精神医学ソーシャル・ワーク)

(3) SATAKE, Hiroto (東京家庭裁判所調査官。もと精研社会精神衛生部。社会学)

なおこの調査にあたっては、下記の方々のご協力を得た。記して感謝の意を表する。

川崎道子(東大保健センター)、清原久美子(下志津病院)、小出智子(同)、孤嶋圭子(もと精研社会復帰部研究生)、佐藤敏子(墨東病院)、山口節郎(精研社会精神衛生部)、吉田圭子(旧姓森山、もと精研社会復帰部研究生)

(敬称略・五十音順)

実際の相談活動においてもやはり、来所者は必ずしも多くなく、開設以後の3か月間において計10ケースにみたなかった。その中には、大都市周辺にありながら意外に農村的なこの地区の特性をよく反映しているような興味深いケースもあり、相談室が繁忙でないためにそれらのケースに対してかなり集中的な処遇が実施できるといった利点もないわけではなかった。それにしてもしかし、こうした相談活動を続けていくためには、われわれは精神衛生に関する地域の「ニード」がどの程度あるのかという基本的な問題に、一度はとりくまなければならないであろうと思われた。

一方、われわれはこの活動と平行して、この地区を管轄する市川保健所（坂口孝友郎所長）や周辺の数か所の精神病院と連携を保ち、保健所の精神衛生相談に協力したり、退院患者の社会復帰について病院からの協力依頼をうけたりした。こうしてわれわれの手もとにあつまってきたケースのうちからわれわれは適当なものを選び、主として家庭訪問によって、精神障害者の生活実態や社会復帰状況などを、とりわけ家族関係と職業（および学校）生活に焦点に合わせつつ、調査を行ってきた。もとよりこれは単なる観察や事例研究ではなく、障害者とその家族に対するソーシャル・ワーク的援助と表裏一体化した活動であった。われわれはこの活動についても、いずれ稿をあらためて報告したいと思っている。

さて、以上のような諸活動を通じてわれわれは、精神障害者に対する住民の態度や意識といったものを、おぼろげながら感じとれるようになってきたのであった。それは、いちおうの印象にすぎないが、大まかにいえば、この地域の住民は精神障害に関する知識という点では決して進んでいるわけではないが、それでも（あるいは、それゆえに、であるかもしれない）精神障害者に対して一種の「寛容さ」というか「包容性」、あるいは「許容性」とでもいったものを保持しているのではないかと、ということである。すなわち、この地域の人々は、かなり重度の精神障害者がいたとしても、それをいたずらに排除しようとするのではなく、かれらがその地域内で生活することを黙認し許容しようとする傾向が強いように思われるのである。これは、大企業などで行なわれている、いわゆる「産業精神衛生」や、時には「学校精神衛生」の領域で、往々にしてみられる態度や意識とは対蹠的なものである。

ところで、こうした態度や意識は、いくらかはこの地域にのみあらわれる特殊な気風などといったものにもよるであろうが、もっと一般的に農山村や漁村などの、ふつう「後進的」といわれるような地域には共通してみられるものであるとみた方がよいかもしい。だとすれば、さきの産業・学校精神衛生の動向などとも考え合わせるならば、そうした後進的な地域が都市化するにつれて、住民の態度や意識も変容してゆく、あえていうならば、かつての「許容性」を喪失してゆくといったことも十分に予想されるのである。後述するように、行徳・南行徳地区は今まさにそのような都市化の過程をふみ出しているとみられるのであって、この時点において住民の精神障害者に対する態度・意識を調査によっておさえておくことは、今後のわれわれの地域活動のためにはきわめて重要な基礎作業の一つであろうと考えられた。

大よそ以上のような経験と問題関心の上になつて、われわれはこの調査を実施することにし

たのである。

## 1. 調査の目的

すでに述べたように、われわれは地域精神衛生活動の基礎作業の一つとして、行徳・南行徳地区一般住民の、精神障害者に対する態度・意識を把握するためにこの調査を行なった。

主要な調査事項は次の通りである。(これは調査票の質問項目に対応している。)

- (1) 地域の一般住民は(以下同じ)、どんな人間のことを、「精神衛生上問題のある人」(つまりは精神障害者のことであるが、調査に際しては調査者の側から問題を限定しすぎないためにこのような表現を用いた)とみなしているか?
- (2) そのような問題の原因について、どのように考えているか?
- (3) そのような人に対して、どのような感じをもっているか?
- (4) そのような人に対して、どのような扱い方(対策)をすればよいと考えているか?

以上のほかに付加的な調査事項として、次の3項目を加えて調査票を構成した。

- 地域の一般住民は、地域の生活において、どんなことを問題と意識しているか?
- 地域内に、飲酒をめぐって問題は起こっていないか?
- 同じく、老人に関して問題は起こっていないか?

この3項目はきわめて漠然とした調査事項であるが、われわれとしては「仮説検証的」というよりも「問題探索的」な意図からあえてこのような方針をとった。もっとも、「問題探索的」という点からいうならば、この調査全体がそうであるともいえる。本稿の「はじめに」で述べたように、われわれは地域活動の実際経験から若干の仮説めいたものをひき出すにいたったが、この調査においてはその検証もさることながら今少し素朴に住民のナマの声をきき、住民自身の問題とするところをありのままにうけとってみようとしたのである。次の項でくわしく述べるように、回答方式を大部分自由回答式としたのもそのためであった。このような方針をとったのはほかでもなく、この調査がわれわれの地域活動のための調査であるからである。われわれは地域活動もまた広義の臨床行為の一つと考えているものであって、臨床におけると同じように、まず対象者のもつ問題をそのまま理解するところから出発しなければならないと考えているのである。

なお、この調査がより十全なものとなるためには、調査対象の拡大、調査方法の精密化といったことのほかに、他の地域との比較検討ということが不可欠なのであるが、われわれはまだそこまで手をのばすにいたっていない。今後の課題として記すにとどめておく。

## 2. 調査の方法

この調査は調査票を用いての訪問面接調査によった。調査票の様式については本稿末尾の付録をみよ。

この調査の方法は次のような考え方の上にならている。

(1) 一般に意識調査とか態度調査とかいわれているものにおいては、通常、質問を前もってこまかくきめておき、かつ回答についても、たとえば肯定、否定、どちらでもない、わからない等、調査者の側で既定のワクを作っておいて、調査対象者にそのどれかを選ばせるという方法（選択回答式）がとられる。この方法は、調査結果を統計的に処理するためには最も適当であるが、質問に対する対象者の関心の強弱などは無視されやすいし、対象者の意識に含まれているこまかなニュアンスを活かすことも困難であって、精神衛生とか精神障害者とかいったような、平常あまり人々の意識にのぼらない問題を探索的に調査するためには必ずしも適切でないといわれわれは考えた。

そこでこの調査においては、いちおう調査票（質問紙）は用いるけれども、質問の数を最少限度に減らし、かつ回答の方式もほとんどを自由回答式とした。なお、調査員による記入のしかたは、できるかぎり逐語記録的であるようにした。付録の調査票には記入の実例をも示しておいた。

(2) 前項と通ずることであるが、通常意識調査においては、調査員の面接方法もできるかぎり画一化し、既定の面接の手順を逸脱しないことが期待され、逆に調査員が対象者と個性的な対話を発展させることは、調査結果にかたよりを生じさせるものとして避けるべきであるとされている。しかしながら、このように調査者の面接にワクをはめることは、対象者の応答のしかたにも調査者側の一定のワクをおしつけることになって、その自由な発言をかえってさまたげてしまうおそれなしとせず、この点もまた、われわれの調査の目的には不向きであろうと考えた。

そこでこの調査では、調査員の面接方法にワクをはめることをなるべく避け、むしろ調査員が対象者との間に自由な面接関係をうちたてていくことを積極的にすすめて、そこに対象者のナマの声がひき出されてくることを期待した。もちろんそのためには調査員が面接技術に熟練していることと、調査の趣旨を明確に理解していることが絶対的に必要であって、われわれはできるかぎり、ケースワーク、カウンセリングなど、いわゆる臨床的な面接の経験をつんでいる者を調査員に起用し、かつ調査前のインストラクション（説明指導）にはとくに意を用いた。

(3) 従来いくつか行なわれてきた精神衛生に関する意識調査においては、精神障害者に対する意識や態度を測定するために調査者の側から何らかの刺激材料、たとえば精神障害者の事例などを提示し、それについての対象者の感想、意見などをきくというものが多かった。しかし、いかに詳細な事例であっても、しょせんは紙の上のものであるから、対象者に生々しい実感をいだかせることはなかなか困難であったし、また、どうせ調査者側から出される資料であるからには重い精神病者のことにちがいないといった予断を対象者にいだかせてしまいがちだという欠陥もあった。

われわれの調査においては、調査者側からの資料提示は避け、逆に対象者自身がどのような事例を知っているかを問い、それについての対象者の感じや考え方をきくという方式をとった。この方式の場合、対象者の念頭にある精神障害者（と目される人物）についてわれわれが直接

に知らないために、対象者の陳述内容をわれわれが客観的に評価しにくいこと、従来の調査においては容易であった、同一刺激に対する対象者たちの反応を比較検討するといったことが困難であること、心あたりの精神障害者はないと答えた対象者にはそれ以上調査の進めようがないことなどの不利はあるが、対象者を調査場面に積極的に参加させ、その日常生活感情の中にひそむものを出させよう点で有効であろうと考えたのである。

なおこの方式でもう一つ心配された点は、われわれが地域内の精神障害者を洗い出すための聞き込み調査をしているのだと対象者に誤解され警戒されるのではないかと、ということであった。この点は調査員へのインストラクションに際し、そのような誤解をひきおこさないよう、とくに注意をうながした。

さて、われわれは以上のような考え方にもとづいて調査計画をたて、次の日程にしたがって調査を実施した。

昭和45年5月、市川市選挙管理委員会所管の選挙人名簿（昭和44年12月1日現在のもの）の行徳・南行徳地区分から、60人ごとの系統抽出法によって調査対象者266名を選び出した。ただしその中から、われわれがすでに把握していたかぎりでの精神障害者およびその親族は除外した（該当者は13名のみであった）。

7月1日、全対象者にあてて、調査の趣旨を説明し面接日を予告して協力を依頼するむねの書状を発送した。

7月6日～18日、訪問面接調査実施。

### 3. 地域の概況

ここで、われわれが研究のフィールドとしている市川市行徳・南行徳地区について、若干の説間をしておくことにしよう。

行徳・南行徳地区は市川市の南部、東京湾に面した江戸川下流デルタ地帯に位置し、面積約20平方キロメートル、これはほぼ東京都千代田区および中央区に相当する広さである。

行徳地区はかつては千葉県東葛飾郡行徳町であり、南行徳地区は同郡南行徳町であったが、前者は昭和30年3月、後者は翌31年10月、それぞれ市川市へ合併したものである。行政的には両地区とも市川市役所行徳支所（旧行徳町役場）の管轄下にある。ただし、旧行徳町の北部の3つの部落だけは合併後市役所本庁の管轄下に移った。（調査の都合上、われわれはこの3部落の住民については今回の調査の対象外とした。）

市川市役所調べによる昭和45年1月1日現在の両地区の世帯数および人口は、12,005世帯、43,370人である。これを旧町時代の3,556世帯、17,974人（昭和25年国勢調査による）に比較するならば爆発的増加というべきであるが、これは主として東京方面、千葉県内他市町村あるいは近県からの流入によるものである。

就業者の産業別構成の面で見ると、昭和25年当時は両地区ともいわゆる第一次産業（農・林・漁業。もっとも行徳・南行徳地区においては、農・漁兼業が多かった）が50パーセントをこ



## 精神障害者への態度

えていたが、昭和40年にいたっていずれも20パーセントを割り、代って第二次、第三次産業がそれぞれ40パーセント、30パーセントをこえる数字を占めるようになる（国勢調査報告および市川市統計書による）。

以上のような数字だけによってみても、これらの地区が最近10数年のあいだに急速に都市化してきていることがわかるであろう。さらに地区内の景観に目を向けるならば、最近数年間における海岸埋立工事の進行、数多くの工場の誘致、住宅、アパート群の増加、地下鉄東西線の開通（昭和44年3月）、田畑の遊休地化、漁業の衰退等々といった現象によって、はっきりと実感されるのである。

ところで、都市化の波はまちがいなくおしよせてきているにしても、その強弱の程度は必ずしもいちようではない。この点では行徳・南行徳地区をさらに細分して、行徳北部、行徳東部、行徳中央部、南行徳部の4つに分けて考えることが便利であろうと思われる（住民自身も、必ずしもこの名称を用いはしないが、このような分け方はしている）。このうち行徳北部というのは、さきに述べた市役所本庁管内に入った3部落を含むもので、最も早く工業地帯化したところであり、世帯と人口の増加率もいちじるしい。

次に、行徳東部（4部落）は地区内で最も交通不便なところで、今なお農村のおもかげを色濃く残している。「行徳塩」として知られた製塩業は、ここで最も長く続いた。

行徳中央部は、いくつかの農業部落を背後にもち、中心には市役所の支所、郵便局、市立図書館の分館などの公的機関があつまり、商店街もあって、地区全体の中枢部といえる。江戸時代から明治にかけて交通の要衝であったという古い歴史をもっているが、現在は商店街としても沈滞し、全般的に活気がみられない。

最後に南行徳部（旧南行徳町）は、かつては農・漁・土工を兼業する細民の多い、最もおくれたところとみられていたが、江戸川ひとつをへだてただけの東京都への交通がきわめて便利であることが見直されて、ここ数年の勤労者世帯の増加はいちじるしく、中小工場の建設も数多くみられ、行徳北部とならんで都市化の進み方は急速である。なお近年、千葉県下の東京湾沿岸一帯における地盤沈下が由々しい問題として騒がれているが、その現象が最も顕著にあらわれているのはこの南行徳部においてである。

## 4. 調査対象の概況

すでに述べたように、われわれは選挙人名簿を台帳として266名を抽出し、そこからさらに精神障害者本人2名およびその親族11名を除外して、253名を調査対象者としたのであるが、実際の調査においては次のような種々の理由から調査ができなかったものが多く、結局、調査期間13日間、調査員数のべ36名をもってして面接調査終了数は132、全体の52.2パーセントであった。

### 調査不能事由

訪問時に不在 57 (22.5%)

長期不在	13 ( 5.1%)
住居不明	21 ( 8.3%)
転居・死亡	20 ( 7.9%)
その他	10 ( 4.0%)
面接調査終了	132 (52.2%)
計	253(100.0%)

われわれは訪問時に対象者が不在であってもできるだけ再度訪問するようにつとめたが、それでも上記のように、2割以上がついに不能に終わった。なお、面接を拒否されたことはまったくなかった。

次に、調査終了した132名の対象者中、われわれの調査の主目的である精神衛生関係の質問に答えてくれた対象者は64名、48.5パーセントにとどまった。あとの50パーセントあまりは、他の質問には応じてくれたが、「精神衛生上問題のある人」については「いない」と答えたために、それ以上調査の進展がなかったのである。

いま、この132名およびその内数である64名について、居住地域その他の属性をみると、表1の1から7までの通りである。

この調査対象がどの程度に全体を代表しているかは、男女別および年齢階層別によって検討するしかないが、男女別では表1の3の通り、男性が少なく、女性にかたよるという結果になった。また、年齢階層別では、「市川市統計書」によって昭和40年10月1日現在の同じ地区の20歳以上人口を同じ階層に区分してみた場合、20歳代36.1パーセント、以下順に26.8、14.1、11.6、11.4（いずれもパーセント）という数字になるが、これと比較すればわれわれの調査はとくに20歳台において手薄であった（16.7パーセント）ということになる。つまり、こうした訪問面接調査にあつては、若年男性を調査対象として把握することはなかなか困難であるというわけなのである。

なお、精神衛生関係の調査に応じてくれた対象者がとくに属性の上で特徴があるとはいえないようで、表1のA欄とB欄を比較すればわかる通り、どの属性分類ワクにおいてもほぼ同様な分布を示している。

## 5. 調査結果

### (1) 地域生活上の問題点

われわれは面接の冒頭に、対象者に対して、「さて、本題に入る前に、一般的な話としてお聞きしたいのですが、この土地で、今、いちばん問題なのは、どんなことですか？」という質問をなげかけてみた。この質問で対象者が要領を得ないような表情を浮かべたときは、〔説明のことば〕として調査票にあるようなことばを補足した（〔説明のことば〕の用い方はその後の質問でも同様である——付録の調査票参照）。

これは、われわれがこの地域に接触をもつようになってから未だ日が浅く、われわれ自身、

精神障害者への態度

表1. 調査対象者の諸属性別構成

( ) 内は百分比 (%)

属 性		全 体				
		A. 面接調査終了者	B. 精神衛生関係 調査終了者 (Aの内数)			
		132 (100.0)	64 (100.0)			
1. 居住地別	行徳東部	18 (13.6)	8 (12.5)			
	行徳中央部	50 (37.9)	26 (40.6)			
	南行徳部	64 (48.5)	30 (46.9)			
2. 地つき・来 住者の別	地つき居住者	67 (50.8)	38 (59.4)			
	来 住 者 (居住年数)	(30年以上)	18 (13.6)	5 ( 7.8)		
		(20年以上30年未満)	10 ( 7.6)	4 ( 6.2)		
		(10年以上20年未満)	8 ( 6.1)	6 ( 9.4)		
		(10年未満)	27 (20.4)	11 (17.2)		
(不 明)	2 ( 1.5)	—				
3. 男 女 別	男	46 (34.8)	27 (42.2)			
	女	86 (65.2)	37 (57.8)			
4. 年齢階層別	20 ——— 29歳	22 (16.7)	12 (18.8)			
	30 ——— 39歳	41 (31.0)	21 (32.8)			
	40 ——— 49歳	24 (18.2)	13 (20.3)			
	50 ——— 59歳	26 (19.7)	13 (20.3)			
	60歳以上	19 (14.4)	5 ( 7.8)			
5. 学 歴 別	尋常小学校のみ	33 (25.0)	13 (20.3)			
	高等小学校・新制中学校	54 (40.9)	32 (50.0)			
	旧制中学校・新制高校	36 (27.3)	14 (21.9)			
	大学・高専	7 ( 5.3)	5 ( 7.8)			
	不 明	2 ( 1.5)	—			
6. 職 業 別	自営業主	農・漁業	10	31 (23.4)	3	15 (23.4)
		商工・サービス業	19		12	
		自由業・専門職	2		—	
	被 用 者	管理・事務・技術・専門	15	43 (32.6)	7	20 (31.3)
		販売サービス業務	5		4	
		労務	23		9	
	主 婦	勤め人の主婦	7	43 (32.6)	6	24 (37.5)
		農・漁業者の主婦	8		5	
		商工・自由業者の主婦	13		6	
		その他(不明を含む)の主婦	15		7	
その他(学生を含む)	15	(11.4)	5	( 7.8)		
7. 職業従事の 場所別	行徳・南行徳地区内	61 (46.2)	29 (45.2)			
	上記地区外	23 (17.4)	12 (18.8)			
	非該当(職業がないため)	48 (36.4)	23 (36.0)			

地もとの問題をよく理解していなかったことから、一度直接に住民の口からそれをきき出そうという目的があったからである。また、これを冒頭にもってきたのは、調査技法上、いきなり精神障害者の問題をもち出すのは対象者に対して唐突すぎて、調査全体が拒否されかねないという危ぶんだからであった。(実際に調査した経験では、事前に依頼状を発しておいたゆえでもあろうが、それほど唐突の感を与えはしなかったように思われる。)

さて、こうした自由回答式の調査のつねとして、回答はまことに種々雑多なものが出現した。対象者によっては、1人で何項目もの問題点をあげる人もあるし、逆にまったくあげない人もある。しかし全体としては何らかの問題点を指摘した者が多く、少なくとも1項目をあげた者は105名、全対象者132名中の79.5パーセントに達した。

また、指摘された問題点の総計は158項目であって、1名あたり平均1.5項目ということになる。これらを調査者の側で適宜カテゴリーを作って分類すると次のようになる。(これは、かなり割りきった分類であって、実際には複数のカテゴリーにまたがるものも多かった。)

イ. 農業・漁業の将来性の問題	26	(16.4%)
ロ. 日常生活の不便さの問題	36	(22.8%)
ハ. 道路事情の問題	39	(24.7%)
ニ. 地盤沈下の問題	29	(18.4%)
ホ. 土地がら(教育環境)の問題	18	(11.4%)
ヘ. その他	10	(6.3%)
計	158	(100.0%)

以上のカテゴリーの内容については若干の説明を要するであろう。

すでに「地域の概況」のところ述べてのように、行徳・南行徳地区は今や農・漁村から都市への大転回の過程にある。この地域の海岸線一帯は京葉工業地帯の一環として埋立て工事が進められ、大工場群が建設されつつあり、それはこの地域の伝統的な産業であったノリ栽培や貝類の漁業を潰滅へと追いやっている。また、東京都に隣接するベッドタウンとしてすでに旧市内は飽和状態にある市川市は、その都市計画においてこの地域の広大な水田・畑地帯を住居専用地域に指定した。そして現在地もとの地主層による区画整理事業が着々と進められている。こうした動きの中で一部の農家や漁家は、たとえば田畑の売却や漁業補償などによって、一時は莫大な現金を手にもできる。しかし、将来の生活設計となると、人々の気持の底には多かれ少なかれ不安な感情があるようであり、それが前記のイ.のような回答となってあらわれてくるのである。

地域の急速な変貌は社会生活の諸側面においてさまざまなひずみを生み出すにはおかない。とくに急激な人口増に対して日常生活上の要求をみたす施設やサービスが追いつかないことから、来住者にとってはもとより、在来の住民にとっても不満がつのっていく。それが前記のロ.であって、これには「お店が少ない」、「清掃車がなかなか来ない」、「野犬が多い」、「水道の出がわるい」等々、種々さまざまな問題点があげられた。

ハ. の道路事情については、一步この地域へ足をふみ入れればすぐわかることであるが、江戸時代以来の旧街道筋に、歩道車道の区別もなく、大型トラック、ダンパー等があるいは東京方面あるいは埋立地へと、ひきもきらず土ぼこりをあげて往来しているさまはまことにすさまじいものがある。おそらく最も端的に、人々に実感される問題点である。

ニ. の地盤沈下についてはさきにも少し述べたが、生活上の問題としては「家がゆがむ」、  
「水はけがわるい」、  
「蚊やハエの発生が多い」といったかたちであわられてきている。工業用水の汲み上げすぎが原因だなどといわれながらも原因はもうひとつ明らかでなく、それだけに明確な対策もたてられないままに、住民全体に漠然とした不安を与えている。

地域のアンバランスな変動はまた、新規来住者のこの地域への不満に重ねて在来住民への反感を招いた。それがホ. であって、「学校が遠い」、  
「幼稚園がない」等、むしろロ. に入れた方が適当なものから始まって、教育環境としての地域の評価に及び、「言葉が荒っぽい」、  
「雰囲気が封建的」、  
はては「人間の質が落ちる」といった意見までもあらわれている。

以上、ややくわしく述べたが、要するに住民の実感でとらえることのできる問題点はほぼ出つくしているといえよう。ここから、「とまどい」、  
「いらだち」とでも表現すればよいかもしれない地域の住民感情が推察できるのではなからうか。しかもその感情は、地盤沈下の問題が象徴的であるように、どこに根本原因があるのかがつかめないままに、いっそうくすぶっているように思われるのである。

(2) 「精神衛生の上からみて、問題があると思われるような人」

いよいよ精神衛生関係の本題に入って、われわれはまず、上記のような質問をなげかけた。これはもとより、対象者が何らかの精神障害者のことを念頭に浮かべてくれるように期待しての質問であるが、対象者のいだけイメージを調査者の側で限定しすぎないように、あえて漠然とした質問形式をとった。この質問に応じてくれたのは前述のように64名であった。以下、この64名についての調査結果を検討してゆくことにする。

まず、対象者がどの程度の数の精神障害者を思い浮かべられるものであるかという問題であるが、64名が述べた事例を全部合計すると107例となった。これは1名あたり平均1.7例であって、1人で最高7例をあげた「情報通」もあったが、実際には1名が1例あるいは2例あげるといものが大部分であった。(なお、この107例の中には重複があるであろうということは十分に考えられる。しかしながら、「調査の方法」のところでも述べたように、われわれはこの調査において情報収集を意図しなかったため、事例どうしを照合する作業を行っていない。照合ができるだけの資料もとのっていない。それに、精神障害者に対する住民の意識や態度をさぐるというわれわれの目的からすれば、重複があるかどうかはこの際問題外なのである。)

次に、対象者がみずから念頭に浮かべた事例についてどの程度の陳述をなすものかという問題。調査票にある通り、われわれは、「その人はどんな人で、どんな点が問題か」、「その原因は何か」、  
「そういう人に対して、どう感じるか」、  
「そういう人に対する対策はあるか」といった順序で質問を進めていった。自由回答式であるから、これらの質問に一つ一つ対応する

答がえられない場合もあった。そこで、この107事例についての陳述を、次のようなカテゴリーに該当するかどうかで検討してみた。

イ. 症状についての陳述のあるもの 107例中 107例

これは、われわれの質問の切り出しがそもそも事例の「異常性」すなわち症状を問うているのであるから、全数となるのは当然といえば当然なのである。ただし、われわれが目にしたのはそのうちの約半数、52例において、対象者は念頭に浮かべた精神障害者について、その症状のみを追い求めて列挙するのではなく、もう少し視野を広げて障害者の日常生活全般を描写しながらその中の異常さを拾いあげていく、といった傾向を示したことであった。対象者にとっては、その精神障害者（と目される人物）がはたして真にそうであるのか確証が与えられていないのであるから、そのような描写のしかたをすることは、これまた当然といえるかもしれない。しかしながら、いわゆる「症状」追求的な準拠（診断基準）を前提とし、それを固定させがちな専門家の目に、ある反省を強いるものといえそうに思われる。このことは、次に述べるような、病名の指摘の少なさとも関連しているであろう。

ロ. 病名に言及しているもの 24

われわれはこの調査において、調査者の側から病名を提示することを一切、しなかった。「この土地に分裂病者はいませんか」などと問うこともなかったし、対象者の話をきいて、「それはきっと、分裂病でしょうね」などと評することもしなかった。そして対象者の側からどの程度、病名が口にされるかをみようとした。その結果は、病名がつけられたのは107例中24例のみにとどまり、その内訳は次の通りである。

「精薄」	7
「ノイローゼ」	4
「分裂病」	3
「アル中」	2
「気がいい」	2
「ろ鈍」, 「神経衰弱」, 「自閉症」, 「誇大妄想狂」, 「小児まひ」, 「脳病」	各1

ここで「気がいい」や「脳病」までも病名としてとりあげたのは、それらがたとえ現代医学の概念でなくとも、障害者に対する「レッテルづけ」という点では同じ意味をもっているからである。（なお、これらの病名が当の障害者に対して正しいかどうかは確証できないが、それはわれわれの調査目的の範囲外である。）

さて、以上の結果からわれわれは、症状との関連が素人目にも明瞭な「精薄」は別として、地域住民の間ではあまり病名というものが普及していないことを知ることができる。それは、一面では、精神衛生知識の低さを物語るものといえようが、いま一面では、障害者に病名という「レッテル」をはりつけてかたづけてしまう、わかったつもりになってしまう、さらには差別を強めるといった傾向をまねがれている、と積極的に評価することもできるのである。実際、上記の諸病名の中で比較的大胆にいつてのけたものだと思われる「分裂病」および「自閉症」

## 精神障害者への態度

の場合、その回答内容はむしろ貧しく、病名をあげたあと話が発展しなかったことがうかがわれるのである。精神障害や精神衛生について「知識」をもつことが、精神障害者への態度にどうつながるのか、きわめて微妙で困難な問題の一端がここにあらわれていると思われる。

ハ、精神障害の原因について言及しているもの

これは調査票の質問Ⅲに対応するものであるが、この質問自体がやや無理であったのかもしれない。というのは、対象者のほとんどがこの質問に困惑し、時として警戒の色さえ浮かべたからである。「わからない」、「身うちでないからわからない」といった答が多かった。他人の異常性について述べることは、自分の目を見たことであるから比較的容易であるが、その原因となると多くの場合憶測するしかなく、そこには往々にして障害者本人とその家族・近親を誹謗しているような感じがともなう。おそらくその点が対象者の因感を生んだのではないかと思われる。

それでも50例については、多少なりとも原因についての言及があった。それらを調査者の側で適宜分類してみると、次の通りである。

過去の苦労・悩みなどをあげるもの	17
生まれつきの性格であるとするもの	13
家庭環境の故であるとするもの	9
漠然と遺伝の故であるとするもの	9
梅毒にかかったためとするもの	2

以上のいずれの原因も、対象者たちは確信をもって述べたというよりは、いくらか自信なげであったのであるが、全体としてみるに、遺伝といったような、いわゆる「生物学的決定論」できめつけるものは少なく、むしろ、「心因論的」とでもいうか、障害者の心の中に入って共感的に理解しようという傾向がみられた。ここで「生まれつきの性格」というのが問題であるが、これは必ずしも「精神病質」的なニュアンスを伴っているとはかぎらなかったように思われる。

ニ、精神障害者に対する対策に言及しているもの

これもまた、対象者にとって答えにくい問題であったようである（質問Ⅴ）。この場合は質問に対する警戒などということではなくて、対象者たちは実際ふだんこのような問題を考えたことがなく、とっさに答えようもなかったのではないかと思われる。（それだけに対象者たちは、地域社会の中で精神障害者と共存することに許容性があるのだと、裏がわからの解釈ができないわけではない。）

何らかの答のあった46例について、先と同様に分類してみると、次の通りである。

病院・施設に入れるべきだとするもの	17
家族の看護に期待するもの	12
周囲・近隣のうけとめ方を重視するもの	7

（これについて2, 3の例をあげると、「気にさわらないように明かるく接するのがよい」、

「親切にしてやる」, 「世間一般の人がそういう目を向けないこと, それしかない。格別にみるからいけない」)

職業訓練に期待するもの 5

(これはすべて精薄者および小児まひの場合である。)

国や市の施策, 社会保障に期待するもの 5

さて, われわれは調査票の質問Ⅳ, すなわち, 精神障害者に対してどういう感じをもっているか, に対応する回答の分析をあとまわしにしてきたが, これについては分析方法をあらためて, 以下に述べることにしよう。

### (3) 精神障害者に対する許容性

われわれの調査の主な目的は, 地域の一般住民の精神障害および精神障害者に対する認知のあり方とともに, 「はじめに」で述べたように, われわれが予想した地域住民の精神障害者に対する許容性を客観的にとらえるということであった。

調査票の質問Ⅳはこれを目的とするものである。

自由回答式による対象者の回答は, 調査者(複数)の側で評定した。この調査が, 精神障害者に対する個々のイメージをもとにして, 一般住民が展開する論理のままに聴取しているので, 普遍的でしかも単純に量化できる標識は当然のことながら得がたい。したがって, 評定にあっても必ずしも質問Ⅳに対する応答のみでなく, 質問Ⅱ, Ⅲ, Ⅴをも, またときには調査票末尾に記録されている調査者の印象や感想からも資料を得て素材とした。

ところで, 対象者の「感じ」はいろいろな角度から分析しうる。たとえば, 1. 精神障害者に対して同情的であるかどうか, 2. 嫌悪感, 恐怖感をもつかどうか, 3. 精神障害者に好奇の目を向けるかどうかなどである。われわれは, ここでは, 当初の問題意識——地域の中で障害者とともに生活を営むことを受け入れるかどうかといった観点から, これらを総合的に包括して, 「許容性」という角度から評価することにした。

評定は, 許容的なものと拒否的なものを両極とする5段階とした。評価の規準は以下のように定め, 各調査者が別個に評定作業を行ない, 結果をつき合せ, くいちがったものについては討議の上決定した。

「許容的」は, 積極的に許容的な態度を表明し, それを裏づける日常の行動があるもの, 「やや許容的」は, ことばの上で積極的に許容的な態度を示す表現はとらないが, 日常の行動や関連する設問を通して許容的とみなされるものとし, 「拒否的」はこれと対照的に, 障害者の排除を主張したりしてあきらかに拒否的姿勢を示すもの, 「やや拒否的」は, 拒否をあからさまには示さないが, その姿勢のうかがえるものとした。そして, それらのいずれともきめかねるものを「どちらでもない」として4者の中間に位置づけた。

このようにして得た結果をまとめると表2のようになる。



表2 精神障害者に対する許容性 (全調査対象者)

許容性 対象者	許 容 的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒 否 的	計
実 数	9	21	14	14	6	64
(%)	(14.1)	(32.8)	(21.9)	(21.9)	(9.3)	(100.0)

全体としてしてみると、「許容的」および「やや許容的」を合わせると30人、これは全体の46.9パーセントとなり、許容的なものがほぼ半数を占めている。また、拒否的なものは合わせて20人、31.2パーセントで約3分の1あるが、拒否的でないという意味において「どちらでもない」を「許容的」の方に加えると44人、68.8パーセント、これは全体の3分の2強であって、精神障害者と共存することを許容し、承認しているものが多いといえる。

これは、われわれの当初の見込みを裏づける結果ではあるが、この行徳・南行徳地区において、とくに一般住民の許容性が高いのではないかということは、他の地域、とりわけ大都市内の住宅地域などにおける同様の調査の結果と比較検討の上でなければ明言できないわけである。しかしながら、以下の分析は多少ともその問題に答えうるであろう。

さて、この許容性を、対象者のもつ種々の属性によって検討を加えると以下のようになる。

#### イ. 居住地区別

まず地区別にみると、一見して行徳中央部は許容的、南行徳部は拒否的傾向が強いことがう

表3-1 居住地区別・許容性 (内は百分比(%))

許容性 居住地区	許 容 的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒 否 的	計
行徳東部	2	2	1	2	1	8
行徳中央部	6 (23.1)	11 (42.4)	7 (26.9)	1 (3.8)	1 (3.8)	26 (100.0)
南行徳部	1 (3.3)	8 (26.7)	6 (20.0)	11 (36.7)	4 (13.3)	30 (100.0)

かがえる。百分比をとると表3-1のようになる。行徳中央部では許容的なものが約65パーセントを占め、拒否的なものは8パーセント弱にすぎず、許容性が高い。反対に南行徳部では拒否的なものが半数を占め、拒否的傾向が強い。行徳東部は対象者数が少ないのでこの結果のみで行徳東部の傾向とはいいがたいが、ともかく対象者の半数が許容性を示している。

地区によるこのようなちがいは興味ある結果である。「地域の概況」でも述べたように、南行徳部は行徳中央部・東部に比べて「都市化」の著るしいところである。この地区が拒否的傾向が強く、一方かつての行徳らしさを残す行徳中央部・東部が許容性が高いという結果になっ

た。

ロ. 地つき・来住の別

地つき層と来住者に分け、来住者は来住年数によって10年ごとの階級に分けた。

ここで「地つき」と来住者について若干説明しておく必要がある。おそらく大正期以後、東京方面あるいは千葉県内の他町村からの膨大な流入人口をかかえたとはいえ、この地域では、とりわけ土着の家々の間では、いまだに地つきの家と来住者とが厳格に区別されている。土地のことばでいえば、地つきは「ジッコ」（地っ子）であり、そうした家々は今でも屋号で呼びならわされている。また、来住者は「イショク」（移植？）とよばれる。もっとも「イショク」のものが地域社会の重要な役職につけないわけではない。たとえば、民生委員の総務までつとめた Y 氏は、昭和初年の来住者である。それでも「あの人は地っ子じゃない」という評価はうけざるをえない。

表 3-2 地つき・来住者の別による許容性

許容性 (許容度得点) 地つき・来住者の別	許容性					計	平均許容度得点	
	許容的 (5)	やや許容的 (4)	どちらでもない (3)	やや拒否的 (2)	拒否的 (1)			
地つき居住者	7	12	9	7	3	38	4.00	
来住者 (居住年数)	(30年以上)	1	3	1		5	3.34	
	(20年以上30年未満)	1		2	1	4	3.25	
	(10年以上20年未満)		3		2	1	6	2.83
	(10年未満)		3	2	4	2	11	2.54

さて、結果は表 3-2 の通りであって、地つき層および来住して30年以上たったものに許容的なものが多く、これに反して、10年に満たないものは拒否的なものが多く、全体に居住年数の長いものは許容性が高いという結果になった。

一般に、住民の地域的移動のはげしいことが「都市化」の一表徴と考えることができるが、これを地域への定着性の点からみるならば、定着している層、すなわち都市化の程度のうすい層では許容的なものが多く、定着の浅い層では拒否的なものが多いといえよう。

ちなみに、居住年数のどのあたりが許容的と拒否的の境界になるかをみるために、若干の操作を加えてみた。すなわち、「どちらでもない」に3点を与え、許容性を増すごとに1点を加え、逆に拒否性を増すごとに1点を減じ、各項の実数をこの点数に乗じて合計し、実数で除してその項の平均得点を算出し、許容性の目やすとした。表の右端の「平均許容度得点」がそれである。これによると、境界は居住年数の20年のところであるといえる。

ハ. 男女別、年齢階層別

表 3 - 3 男女別・許容性

許容性 男女別	許 容 的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒 否 的	計
男	6 ( 22.2 )	8 ( 29.7 )	5 ( 18.5 )	5 ( 18.5 )	3 ( 11.1 )	27 ( 100.0 )
女	3 ( 8.1 )	13 ( 35.2 )	9 ( 24.3 )	9 ( 24.3 )	3 ( 8.1 )	37 ( 100.0 )

( ) 内は百分比 (%)

男女によるちがいは表 3 - 3 の通り、男の場合、許容的なものは14名で約52パーセントであるが、女の場合は16名で約43パーセントとなり、男の方が許容性が高いといえよう。

年齢階層別では表 3 - 4 の通り、一見して年齢の高いものほど許容性も高くなっていることがわかる。特に50歳以上ではほとんどが許容的である。許容性の境界は30代と40代の間になっている。

## ニ. 学歴別

学歴によるちがいは表 3 - 5 の通りである。尋常小学校のみのものの方が許容的であるといえよう。それ以上の学歴をもつものは拒否的なものが許容的なものとほとんど同率にあり、相対的にはむしろ拒否的傾向が強いといえよう。

## ホ. 職業別

職業別では表 3 - 6 のような結果になった。

一般に主婦が許容性が高く、自営業より被用者の方が許容性が高い。いまこれを各職業グループの入れかえを行って、伝統的産業にたずさわっているものとそうでないものとに分けてみると表 3 - 7 のようになる。農業、漁業、労務のような行徳における伝統的産業に属する職業に従事するものには許容的なものが多く、許容的とやや許容的をあわせると62.5パーセントとなり、拒否的なものはわずかに16.7パーセントであり、許容性が高いといえる。一方給与所得者、商工業では拒否的なものが40.0パーセントと高く、拒否的傾向が強いといえよう。

ここでもまた「都市化」していない職業に従事するものの方がより許容的であるという傾向がみられる。

## ヘ. 職業従事の場所別

次に職業従事の場所については表 3 - 8 のような結果となった。「地域内」は、この調査を実施した地域、すなわち対象者の居住する地域である。「地域外」はそれ以外の全てで、「地域の概況」で説明した行徳北部および旧市川市も地域外とした。

表3—4 年齢階層別・許容性

年齢階層	許容性 (許容度得点)	許容的 (5)	やや許容的 (4)	どちらでもない (3)	やや拒否的 (2)	拒否的 (1)	計	平均許容 度得点
20—29 歳		1	2	3	5	1	12	2.75
30—39 歳		2	4	5	7	3	21	2.76
40—49 歳		2	5	3	2	1	13	3.38
50—59 歳		4	5	3	2	1	13	4.15
60歳以上			5				5	4.00

表3—5 学歴別・許容性

学歴	許容性	許容的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒否的	計
尋常小学校のみ		2	7	2	1	1	13
高等小学校・新制中学校		4	9	9	8	2	32
旧制中学校・新制高校		2	4	1	4	3	14
大学・高専		1	1	2	1		5

表3—6 職業別・許容性……その一

職業	許容性	許容的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒否的	計
自営業主	農・漁業	1	2				3
	商工・サービス業	1	2	4	2	3	12
	自由業・専門職						
被用者	管理・事務・技術・専門	2		3	1	1	7
	販売・サービス業務	1	2		1		4
	労務	1	4	2	2		9
主婦	勤め人の主婦		2	1	1	2	6
	農・漁業者の主婦	2	2		1		5
	商工・自由業者の主婦	1	2		3		6
	その他(不明を含む)の主婦		3	3	1		7
その他(学生を含む)			2	1	2		5

精神障害者への態度

表 3-7 職業別・許容性……その二

( )内は百分比 (%)

職業	許容性	許容的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒否的	計
伝統的産業に属する職業	自営の農・漁業	4 (16.7)	11 (45.8)	5 (20.8)	4 (16.7)	—	24 (100.0)
	農・漁業の主婦						
	労務						
	その他の主婦						
都市的職業	管理・事務・技術・専門	5 (12.5)	10 (25.0)	9 (22.5)	10 (25.0)	6 (15.0)	40 (100.0)
	勤め人の主婦						
	販売・サービス業務						
	自営の商工・サービス業						
	商工業・自由業者の主婦						
	その他(学生を含む)						

表 3-8 職業従事の場所別・許容性

職業従事場所	許容性	許容的	やや許容的	どちらでもない	やや拒否的	拒否的	計
地域内		5	9	7	5	3	29
地域外		3	3	2	3	1	12

表 3-9 諸属性と許容性との関係——まとめ

属性	許容性	より許容的	より拒否的
地区		行徳東部, 行徳中央部	南行徳部
地つき来住の別		地つき, 来住20年以上	来住20年未満
年齢		40歳以上	39歳以下
学歴		尋常小学校 高等小学校	新制中学校 新制高校
職業		農業, 漁業, 労務	管理, 事務 販売, サービス, 商工業
職業従事場所		地域内	地域外

表3-10 年齢階級別・地区別

年齢階級 \ 地区	行徳東部	行徳中央部	南行徳部	計
若年群 (39歳以下)	4	11	18	33
高齢群 (40歳以上)	4	15	12	31
計	8	26	30	64

n. s.

表3-11 地つき来住の別・地区別

地つき来住の別 \ 地区	行徳東部	行徳中央部	南行徳部	計
定着群 (地つきおよび来住20年以上)	7	22	18	47
未定着群 (来住20年未満)	1	4	12	17
計	8	26	30	64

n. s.

表3-12 職業別・地区別

職業 (注) \ 地区	行徳東部	行徳中央部	南行徳部	計
伝統的職業群	3	10	11	24
都市的職業群	5	16	19	40
計	8	26	30	64

(注) 職業の分類については本文参照のこと

n. s.

各グループできわだった差異はないが、職業を「地域内」にもつものは拒否的の比率が低い。一般に職業従事のと場所との分離が都市的な職業の特徴といえるが、この点でも比較的都市的でない職業（実際には農業、漁業が主であろうと思われる）に従事するものが許容的であるといえる。

以上、いろいろな属性での許容性のちがいをまとめてみると表3-9のようになる。

すなわち、「居住地区別」では、農村的な行徳東部および古い田舎町である行徳中央部が、都市勤労者を多くかかえた南行徳部より許容的である。同じように、「地つき来住の別（居住年数）」では、地つき層および居住年数の長いものほど許容性が高い。「年齢別」では年齢の高いものほど、また「職業別」では、農業、漁業、労務のように行徳地域における伝統的産業に従事するものの方が、事務、販売、サービス、商工業など、比較的近年になって多くなった「都市的」な職業（商業は古くからあったが）に従事するものよりも許容的である。

ここで、「地区別」に対する他の属性の影響の程度を検討しておこう。（表3-10~12）

まず「年齢」であるが、40歳を境に高齢群と若年群に分けてカイ自乗検定を行ったが、有意の差はなかった。「地つき来住の別」について、居住年数20年以上の定着群と20年未満の未定着群に分けて検討してみた。ここでも有意の差はなかった。また、「職業」については、農業、漁業、労務をまとめて伝統的職業群とし、事務、販売、サービス、商工業をまとめて都市的職業群として検定したが、ここでも有意の差はなかった。

すなわち、行徳東部、行徳中央部、南行徳部の3つの地区のあいだでは、対象者について年齢構成、居住年数、職業構成を上のように分けたばあい、それらが有意の差をもって影響しているわけではなく、地区による許容性の差はいよいよはっきりしてくることになる。

この結果はそれぞれ「はじめに」で述べたように、いわゆる「都市化」が進むにつれて許容性がうしなわれていくのではないかというわれわれの予測をある程度裏づけるものである。

なお、次に若干の考察を加えることとする。

#### 許容性についての考察

地区により許容性がちがうことの要因として地区そのもののちがいが考えられる。すでにくり返しのべているように、3つの地区はそれぞれ都市化がすすんでいるが、都市化以前にすでに地理的位置づけや産業構造のちがいなどからくる特性をそれぞれが備えていた。

特性のちがいは、住民の気風のちがいにもあらわれている。たとえば、土地の人は一般に、「南行徳は気が荒い」という。これは南行徳の人たちも認めるところである。一般に農村より漁村の方が荒いといわれるが、ここでもそのようである。

行徳東部はほとんどが農業世帯である。行徳中央部は半農半漁といっているが、南行徳部に比べて漁業の比率は低く、農業が基礎となっている。南行徳部は漁業が多い。

同じ出かせぎ（地域外就労というほどの意味）や行商にしてもちがいがある。一般に、行徳

・南行徳地域は、農業にしても漁業にしても小規模であり、単独で一家の生計を十分にまかなうことはできない。そこで、ほとんどの家は、農業、漁業、労務、行商などの2つ、3つ、あるいは全部を、季節やそのときどきの需要に応じて兼業している。これは地主、網元の中にも程度の差こそあれみられることである。近年はこれに加えて、東京江東地区の中小企業工員、地元の工場の女工などが兼業の一つとして一般化してきている。

出かせぎについて考えると、行徳東部や行徳中央部では労務関係が多く、地域内あるいは東京方面の土木工事の人夫などである。南行徳部では江東地区あたりの工場の工員が多い。

行商についてみると、同じく東京方面へ出ていくにしても、行徳東部、行徳中央部では蓮根や野菜をリアカーに積んで引き売りするのに比べ、南行徳部では、早朝に海岸で貝をとって、自転車の後にのせて売ってくるといったぐあいである。

これらのちがいがどのような意味あいにおいて気風と関わっているのかここではあきらかにし得ないが、ともかくそれぞれ特徴のある気風を形成し、われわれの感じとった許容性にちがいを与えていることは推測される。

地区による気風のちがいについては、都市化との関係において、またちがった見方もできるであろう。南行徳部は、行徳東部や行徳中央部に比べて気は荒いであろうが、他方東部や中央部のように保守的、伝統的ではなく、むしろ先進的、近代的であるといえる。たとえば、昭和45年12月に市川市の教育委員会が全市にわたって地区ごとに、「青少年問題連絡協議会」の支部を結成するようによびかけた。そして各地区の連絡委員が中心になって、自治会ごとに民生委員、保護司、青年会、子供会などと話し合い、準備のできたところから教育委員会の担当者が出向いて支部を結成していったのであるが、このとき全市に先がけて支部を結成したのは南行徳部の最南端、東葛飾郡浦安町寄りの自治会であった。

しかしながら、このようにいわば住民意識も高く、精神衛生の一部ともいえる青少年問題についても積極的姿勢をもってと思われる南行徳部で、個々の住民の意識調査ではむしろ拒否的という結果になったことは考えさせられることであった。

地つき来住の別で、地つきのものや来住者でも居住年数の多いものほど許容性が高いことはわれわれの予想を裏づけるものであった。来住者は、たとえそれが何十年昔のことであろうと来住の時期がわかる故にいつまでも来住者といわれており、地つき層は、ともかくいつからかわからないくらい前からずっと行徳にいるということの故に地つきと称されている。したがって、地つき層は、行徳にあるものはすべて、たとえそれが精神障害者であろうとも、行徳のものとして、あるがままにうけ入れる、というよりあえていえば「はじめから共にある」ということになるのであろうか。

この、一種の連帯感ともいうべきものは、おそらくは地域住民の心情の奥深くにあるものであって、われわれにとっては最もつかみかたいものであろうが、それだけにわれわれの関心をひいてやまない。今後、地域との接触を深めてゆくとともにたしかめてみたいところである。



(4) アルコールによる問題

アルコールによる問題については、ほとんどの人が回答している。回答したもについて、問題があるとするかないとするかを分類してみた。表4がその結果である。

表4 地区別・アルコールによる問題の有無

地区	問題の有無		
	ある	ない	計
行徳東部	2 (11.1)	16 (88.9)	18 (100.0)
行徳中央部	9 (19.6)	37 (80.4)	46 (100.0)
南行徳部	19 (31.7)	41 (68.3)	60 (100.0)
計	30 (24.2)	94 (75.8)	124 (100.0)

( )内は百分比 (%)

全体として、「問題がある」と答えたものは30人で、約3分の1、「問題はない」と答えたものは94人で約3分の2である。ただ、問題はないと答えた人でも、そのほとんどが、「昔はあった」、「昔はよくのんだ」といっている。今でも、「酒はのむが問題はない」という答が多いところから、酒をのむことが多いことは推測できる。「問題はない」ということであるが、われわれは、土地の古老と接するうちに、昔は酒の上でなら少々のトラブルも許されたということをも多く耳にし、酒には寛容な土地柄のように感じてきたが、「問題はない」がこの寛容さによるものがどうかあきらかではない。ただ、「問題がある」と答えた中に、土木工事などで飯場ができ、よそ者の労働者が多くなって酒の上の問題がでてきたというものがあることから考えて、一般住民では昔のような、問題になるのみ方は少なくなってきたと思われる。

地区別では南行徳部の方が行徳東部や行徳中央部よりも「問題がある」とするものが多い。

(5) 老人の問題

われわれは、老人が地域社会においても大きな問題になりつつあると考えている。近年の社会環境や生活環境の変化は当然のことながら生活の内容をも変えないではおかず、特に老人の生活にはいろいろな影響を与えている。このことは、精神衛生の領域にかぎってみても多くの問題を提供しており、広く老人の生活、福祉全般について考えれば問題は山積しているといってよいであろう。

ここではむしろ予備調査の意味で質問Ⅶにみられるように簡単に、老人の問題をどの程度認識しているかさぐってみた。

対象者132人のうち、「老人はいない」、あるいは「わからない」と答えたものが24人あった。これ除いた108人について表5のように整理してみた。

表5 地区別・老人の問題の有無

問題の有無 地区	問題はない、 幸せだ	今は問題は ないが……	問題がある	計
行徳東部	12 (75.0)	1 (6.2)	3 (18.8)	16 (100.0)
行徳中央部	36 (87.8)	5 (12.2)		41 (100.0)
南行徳部	33 (64.6)	9 (17.7)	9 (17.7)	51 (100.0)
計	81 (75.0)	15 (13.9)	12 (11.1)	108 (100.0)

( ) 内は百分比 (%)

全体的に、「問題はない、幸せだ」とするものが多く81人、75.0パーセント、3分の2を占めている。「問題がある」とするものは12人、11.1パーセントで、約1割にすぎない。「今はないがこれから問題になるであろう」と答えたものは15人で13.9パーセントである。

地区別にみるとかなり差がある。行徳中央部では、「問題がある」とするものは1人もいないが南行徳部では9人ある。「今はないがこれから問題になる」とするものは行徳中央部では5人であるのに南行徳部では9人である。「問題がある」とするものと、「今はないがこれから問題になる」とするものを合せると行徳東部では4人、25.0パーセント、行徳中央部では12.2パーセント、南行徳部では18人、35.4パーセントとなる。より都市化している南行徳部で老人がいちはやく問題としてうかびあがってきていることがわかる。

また、一般に、行徳・南行徳地域では、ともに市川市の他の地域に比べて、“ねたきり老人”が多いのであるが、特に行徳中央部で、「問題はない」とするものが多く、87.8パーセントもあることは、この地区での老人に対する包容性をあらわしていると思われる。

老人の問題については、他の資料などもあわせて、稿をあらためて述べる予定である。

#### (6) 精神障害者の積極的な側面の評価

最後に、調査の目的からは少しずれているが、興味ある知見を得たので以下にまとめておく。この調査にあたって、調査者のほとんどがもらした感想は、対象者は精神的に問題のある人の「問題点」をのべているあいだに、たいていその問題のある人の「よい点（プラスの面）」をも同時にあげる、ということであった。

そこでこの点に注目して回答をみていくと、これはかならずしも許容的な態度を示した人のみでなく、拒否的な態度の人にもみられることであった。いろいろ症状などあげているのだがそれに続けて「……だけれども、……」といてプラスの面を述べているのである。そこで事例をあげた64人全てについて何故そのような積極的（肯定的）な評価ができるのか理由をとりだして分類してみた。

最も多いのは、“気がいい”、“おとなしい”、“かたい（金銭に）”、“狂暴性がない”など、その人の性格資質のよさとして評価するもので20人（うち“おとなしい”が14人），“乱暴しない”、“犯罪をしない”、“人に迷惑をかけない”、“人の悪口をいわない”など、つま

り悪いことをしないと評価するものが同じく20人あった。つぎが“お行儀がよい”，“みづくろい”，“みだしなみがよい”，“清潔”，“自分で行動できる”など身のまわりの自立に関することや，“会話，つきあいができる”，“あいさつができる”など，近隣との人間関係を保っていることをあげるものが10人，単に“ふつうの人と変りない”とするものも10人あった。つぎは，“働いている（学校へ行っている）”が8人，“おつかい，子守り，留守番，店番等ができる”など，役にたつと評価するものが5人あった。

積極的とはいえ相当次元が低いともいえるし，その理由自体も消極的なものであり，それぞれの理由の中身，たとえば「おとなしい」の内容などには多くの問題が含まれていることは推察されるが，「問題点」が調査者からの問いかけに応じてあげられたのに対し，これらの「よい点」は対象者が自発的に述べたことである。一般住民が「問題の人」の問題をあげながらもなお日常生活者としてのあり方を認め，積極的に評価していることはわれわれに反省をうながすものを含んでいるといってよいであろう。

#### おわりに

この調査は，われわれが感じとった地域住民の精神障害者に対する許容性と，都市化によってその許容性は失われていくのではないかという予測をある程度裏づけるものであった。

この結果からは次のような疑問がおこってくるであろう。すなわち，「都市化」が精神障害者への許容性に対してマイナスに働くのだとすれば，地域社会は都市化せず現状のままとどまることが望ましいのではないか，あるいはいっそもとの静かな農・漁村にかえればよいのではないかという疑問である。もちろんこうした問題のたて方自体がいかにか非現実的であるかは論をまたない。われわれは都市化の波を，そのあらゆる弊害にもかかわらず一つの現実として受け入れ，その上で必要な地域精神衛生計画をたててゆかなければならないのである。

われわれは，地域住民の許容性をさぐりだし，それなりの積極的意味を認めた。しかし，一方では彼らの精神衛生知識の低さ，精神障害者への正しい認識の乏しさは明瞭であり（それはこの地域の住民のみの問題ともいえないが），それを見落してはいないつもりである。

精神障害者に対する許容性にしても最も望ましいのは，単なる同情や共生感情ではなく，正しい知識に裏づけられた合理的な許容性であろう。それこそ都市化にもかかわらずなお健全に生き残る許容性であろう。いかにすればそれが達成されるのか。それは専門家が，いわゆる「専門的立場」から抽象的な学問的知識を与えることや，地域の特性や住民の生活感情に対する配慮をともなわない観念的な啓蒙運動によって達成されるものではない。そのようなことは，“あからさまな拒否”を，“いんぎんな拒絶”にかえるだけであろう。

遅々とした歩みではあっても，住民の考える問題点や問題のとりあげ方（問題意識）に充分対応しつつ，個々の精神障害の事例ごとに，専門家自らが，障害者も一般住民と同じく地域社会

において生活する一員であるとの認識に立って医療や社会福祉サービスを行うことが、そしてその成果を地域社会に還元することが、住民の健全な許容性をつちかうものであると考える。

最後に、本調査の実施のみにとどまらず、われわれの地域活動全般に関して、あたたかい理解と寛容をもって、いくたの便宜を与えられた市川市役所行徳支所長今井嗣行氏に心からの感謝をささげる。

(なお、以下に付録として調査票の様式を示す。太字は記入の実例である。例Aは許容性評定において「許容的」と評価されたもの、例Bは「拒否的」とされたものである。)

例A

地域住民精神衛生意識調査票

国立精神衛生研究所 地域精神衛生研究班

〔対象者確認，自己紹介，趣旨説明，秘密保持の保証，——手引き参照〕

1. 住所 本行徳町 ○○○ 番地 \_\_\_\_\_ 方 1
2. 氏名 ○ \_\_\_\_\_ 木 ○ \_\_\_\_\_ 子 殿 ( 男 ・ (女) ) 2
3. 生年月日 明治・(大正)・昭和 10 年 2 月 28 日生 ( 49 歳 ) 3
4. 世帯主との続柄 (1) 世帯主本人 (2) 世帯主の \_\_\_\_\_ 妻 4
5. 職業 (つとめ先，職種など) 農業，夫は行商もする (バイクで東京の八百やへ) 5
6. 職業従事場所 (1) 地域内 (2) 地域外 ( \_\_\_\_\_ ) 6
7. 学歴 (1) 小学 (2) 高小・新中 (3) 旧中・新高 (4) 大学・高専 7
8. 地域性 (1) 地つき居住者 (2) 来住者 ( \_\_\_\_\_ 年ごろ来住) 8

I さて，本題に入る前に，一般的な話としておききたいのですが，この土地で，今，いちばん問題なのは，どんなことですか？

〔説明のことは：(1)この土地で生活してゆく上で問題なこと。(2)この土地でくらしでゆく上で，これでは困るなあと思うようなこと。〕

そうですね。こまかい話ですけど，前のドブ，前はよく薬まいてくれたけど，このごろ来ない。

アメリカシロヒトリの駆除もしてくれない。家でやっているが，高い木にはフンムキがとどかない。支所がやってくるととどくののだが。

ドブ。お宮の前とか人の住んでいない家の前は支所で清掃してほしい。ドブドロはかい出して道ばたへおいておかないともって行ってくれない。支所の人ボンヤリ立っている間にお宮の前くらいとって行ってくれたらどうだと思う。

私のヒガミだろうけど，市会議員のいるあっちの方は支所の人もソージするという。

II この土地には、精神衛生の上からみて、問題があると思われるような人がいますか？

〔説明のことば：(1)精神的に問題がある。(2)精神的におかしい。(3)精神障害 (4)アタマがおかしい。(5)どこか変っている。〕

私たちは、その人がどこの誰か、調べようとか、その人に会ってどうしようとか考えているわけではありません。その人の名前や住所などは、いわなくてもけっこうです。その人について、あなたの知っておられることを話していただきたいのです。

その人はどんな人ですか？                      どんな点が問題なのですか？

〔チェック・ポイント：質問理解の程度。問題ありとする根拠（態度，行動，症状など，できるだけ具体的に）。対象者の直接見聞か伝聞か。〕

そうですねえ………部落の人ですか，よその人ですか。

半月前にちょっとイヤなうわさ。フロ帰りなど，異常な男の人が道に立っているという。女の人がいたずらされたというわけではないが。

.....

(精神的に問題がある)

そういう人はいません。精神病院へ入っている。そういう人でブラブラしている人は見えない。

よそから入ってきて人口がふえた。そういう家庭はわからない。

昔からの家の内情はよくわかる。

.....

アタマが狂っている人がある。商売していたが，おとなしい人。

商売うまくいかなかった。その苦勞で。

早くいえばキチガイ。別にあばれるとか狂暴でない。

人の顔見るとニヤニヤするとか態度がおかしい。

家の人がすぐ入院させた。6～7年前に。いま45～6才。

妻子なし。

Ⅲ その人は、どうしてそんなことになったのでしょうか？ 何か原因があるのでしょうか？

〔チェック・ポイント：対象者のいう「原因」の根拠を具体的にきく。対象者の直接見聞か伝聞か独断か。〕

青果市場を兄弟とやっていた。

兄がつかい手だったから（金づかいが荒いこと）、苦しめたのだろう。

Ⅳ そういう人に対して、どんな感じをもっておられますか？

〔チェック・ポイント：同じ地域の住民としての隣人意識，許容度。感情表出をたすけ，その感情の強さをとらえる。なぜそう感じるのか，理由を具体的にきく。〕

最近，外出してたまに帰ってくる。こっちでことばかけるとちゃんとあいさつ返す。悪ければ返してこないだろう。そういう人，言葉かけるとよろこぶ。だまって通りすぎてはわるいと思う。可哀そうだなァと思ってね。

まじめないい人だった。心のやさしい。

部落の人にわるいことをするわけではないが，家の人も心配になったのではないかと思う。

部落の人は，あそこにあんなのがいる，とあまりいわない。

家族としても，肩身がせまい，といったことなし。

可哀そうだねえ，という程度。みんなそういう思い。

V そういう人に対しては、どのようにしたらよいでしょうか？何か対策といったもので、お考えになっていることがありますか？

[チェック・ポイント：関心の強さをとらえる。具体的な対策をひき出す（誰が、どんなことを）。その効果や見通しについて、どう思っているか。]

(退院してきたら)

あの人はああだから、とツマハジキなどはしないと思う。

いやらしい気持を出すよりも可哀そうだなァという気持になる。

狂暴性があるということにでもなればまた、皆さんの気持も変わってくるだろうが。

VI ところで話は変わりますが、この土地では、お酒のことで問題はありますか？

[説明のことは：(1)お酒で問題をおこす人。(2)よっぱらい。(3)酒乱。(4)アル中。]

1人お酒のみで、のむと変になる人がいたが4年ほど前に死んだ。あばれる。こわかった。ハモノ持ってあばれる。ふだんのまないとおとなしい人だったが。

.....

(土地がらとして)

一般によくのむんじゃないですか、女の人だって。

私、婦人会なんかに入っているが、10年前まではのまなかったが、今ではビールなど少しはのむ。

ムラの環境はわるくない。

のんで、おどりおどるとか、楽しいフンイキでやるから。



VII それでは、この土地では、お年よりの問題はどうか？

[説明のことば： (1)年よりの生きがい。 (2)若い人とのくいちがい。 (3)ひとりぐらし。  
(4)ねたきり老人。]

うちに年よりでもいればわかるだろうが、あいにくうちにはいない。

月1回、公民館で老人会、みなさん楽しくやっているようだ。

(ひとりぐらし、ねたきり)

私のわかるハンイでは、そういう人いない。今はそういう人がいても、(公的に)メ  
ンドーみることになっているはずでしょ。

注意！ 1 フェイス・シート未調査の場合は、ここで調査する。

2 適宜お礼のことばをのべて、調査を終了する。

---

昭和45年7月16日調査(午前・午後・夜間) 調査所要時間約40分  
調査時の状況、対象者についての印象、調査者の感想など。

行徳新田(しんでん)のおばさんの典型というべきか。

人情味があって、サバサバして、率直で、大いに自足(自己肯定)している。しかし、  
よそ者の気持にまでは思っていない。

調査者を市の職員と思つたらしい。ドブ掃除への不満をぶつけてきた。

調査者 ○ ○

## 例B

## 地域住民精神衛生意識調査票

国立精神衛生研究所 地域精神衛生研究班

〔対象者確認, 自己紹介, 趣旨説明, 秘密保持の保証, ——手引き参照〕

1. 住所 新 井 町 ○○○ 番地 \_\_\_\_\_ 方 1
2. 氏名 ○ \_\_\_\_\_ 田 \_\_\_\_\_ ○ \_\_\_\_\_ 夫 殿 (  男 ・ 女 ) 2
3. 生年月日 明治・大正 昭和 7 年 9 月 1 日生 ( 51歳 ) 3
4. 世帯主との続柄 (1) 世帯主本人 (2) 世帯主の \_\_\_\_\_ 4
5. 職業 (つとめ先, 職種など) 溶接業 (自家経営) 5
6. 職業従事場所 (1) 地域内 (2) 地域外 ( \_\_\_\_\_ ) 6
7. 学歴 (1) 小学 (2) 高小・新中 (3) 旧中・新高 (4) 大学・高専 7
8. 地域性 (1) 地つき居住者 (2) 来住者 ( 昭和 26 年ごろ来住 ) 8

I さて、本題に入る前に、一般的な話としておききたいのですが、この土地で、今、いちばん問題なのは、どんなことですか？

〔説明のことは：(1)この土地で生活してゆく上で問題なこと。(2)この土地でくらしでゆく上で、これでは困るなあと思うようなこと。〕

土地の人と最近入居した人との差を感じる。土地っ子が発言権をおさえようとする。ここでは、大学卒業した人でも、批判すると何強いこと言うんだという。

とけ合えない。部落の自治会長とか役員にはなれない。

選挙制でも、一票も入っていないとか何とか、ウヤムヤ。

女どうしは平和的。

打破しなければと話はしたが、入居者のくせに生イキだという。

II この土地には、精神衛生の上からみて、問題があると思われるような人がいますか？

[説明のことば：(1)精神的に問題がある。(2)精神的におかしい。(3)精神障害(4)アタマがおかしい。(5)どこか変っている。]

私たちは、その人がどこの誰か、調べようとか、その人に会ってどうしようとか考えているわけではありません。その人の名前や住所などは、いわなくてもけっこうですから、その人について、あなたの知っておられることを話していただきたいのです。

その人はどんな人ですか？                      どんな点が問題なのですか？

[チェック・ポイント：質問理解の程度。問題ありとする根拠(態度、行動、症状など、できるだけ具体的に)。対象者の直接見聞か伝聞か。]

問題だっていうと、病院へ行かなければならないとか、ですか。

ときどき見かける人。青少年について、あまりにもいやみなことをする。

女の人を夜よびとめるとか、手をにぎるとか、追いかけるとか。

40才。見たことあるが、ちょっと男からはそう見えない。

トイレのキリヨケのマドから手を入れたとか。

一見したところわからない。神経質というか、しずみがち。

精神病院へ入れたらよいと思う。

親が、家族からこういう人が出たというと恥ずかしい、親が何かもってあやまりに来たという。ケイサツ沙汰にもならない。

女子供のある人。ケイサツにも投書したいくらいだが、危害を加えられないかと思うのでやらない。

土方などしているらしい。時々前を自転車で通る。

部落の人、農業

Ⅲ その人は、どうしてそんなことになったのでしょうか？ 何か原因があるのでしょうか？

[チェック・ポイント：対象者のいう「原因」の根拠を具体的にきく。対象者の直接見聞か伝聞か独断か。]

これはあたしの想像。親の不徳不心得。ある年令に達したら世帯をもたせるのが普通。世帯もたせたらダメだと思ってもたせなかったのでそうなったと思う。

その人の意志にもよるだろうが、赤線区域がなくなったせいかと思う。表面上出ないがかげでははびこっているときく。青年の発散する場所があってしかるべきと思う。社会問題も出ないと思う。ああいうところがなくなって犯罪が多くなったと思う。国会で廃止したから。必要な面もあると思う。

Ⅳ そういう人に対して、どんな感じをもっておられますか？

[チェック・ポイント：同じ地域の住民としての隣人意識，許容度。感情表出をたすけ，その感情の強さをとらえる。なぜそう感じるのか，理由を具体的にきく。]

困る。実さい困る。いてほしくない。

精神カン定をして，性犯罪を犯す人か，治る可能性があるのか。残業にいくこともできない。安心感をもって通勤通学ができるように，もっとてっぺん的にとりしめるべき。表面から考えると，花柳界があってほしいと思う。

V そういう人に対しては、どのようにしたらよいでしょうか？何か対策といったもので、お考えになっていることがありますか？

〔チェック・ポイント：関心の強さをとらえる。具体的な対策をひき出す（誰が、どんなことを）。その効果や見通しについて、どう思っているか。〕

病院。精神カン定治療。

持たせるべきものは持たせる。他人にはうちあけられない問題があると思う。財産問題がからんでいるのではないか。二男か三男。

.....

親の無関心、放任。あまり酒などのませなければいい。

VI ところで話は変わりますが、この土地では、お酒のことで問題はありますか？

〔説明のことば：(1)お酒で問題をおこす人。(2)よっぱらい。(3)酒乱。(4)アル中。〕

酒で、とめた自動車の運転手にいやがらせを言う人がいる。

若い人多い。祭り。土方、重労働の人。人通りの多いところで交通妨害したり、ケイサツのやっかいになる人もいる。

ケイサツでとりしまったらよいと思う。

（祭りのとき）

村のキフが少ない。土地の人が少ない。若い者はおもしろくないのでその家こわしにかかったり、いやがらせたり。百姓は3～4000円しか出さない。それならこっちは100円でいいかと、そういうわけにはいかない。

VII それでは、この土地では、お年よりの問題はどうか？

[説明のことば：(1)年よりの生きがい。(2)若い人とのくいちがい。(3)ひとりぐらし。  
(4)ねたきり老人。]

老人に対しては、すうはい心はある。年よりを大事にしようという。年より大事にしている。道よけさせたり、手をとったりして。お互い遊びに行ったりして。不幸の家には念仏をととなえに行ったり。親子財産の争いもきかない。

(ひとりぐらし老人)

村でも深くみてくれる。

- 注意ノ
- 1 フェイス・シート未調査の場合は、ここで調査する。
  - 2 適宜お礼のことばをのべて、調査を終了する。

---

昭和45年7月 7 日調査 ( 午前 ・ 午後 ・ 夜間 ) 調査所要時間約 30 分  
調査時の状況、対象者についての印象、調査者の感想など。

浦安行きのバス通りから路地を入った奥。市のくみとりの車も入ってこれない。ホースの届くのもこの家どまりという。最近たてた家がゴチャゴチャしている。  
いきなり仕事場で、典型的町工場。上りはなに座ぶとんとお茶と菓子。  
よく話す。積極的。きき手がいればいくらでもしゃべりそう。  
ウルサ型的。PTAの役員をしていた。

調査者 ○ ○



# 日本版精神病院入院患者の役割概念目録作成の試み<sup>1)</sup>

優生部 地域精神衛生研究班 山本和郎<sup>2)</sup>  
千代田区教育センター 山田信子<sup>3)</sup>

我々はこれまで“Patienthood Study”として、精神病院における入院患者が意識している患者役割意識の構造を分析し発表してきた。即ち、ある国立病院の場合(山本、村瀬その他、1968)、私立病院と国立病院を総合した形で抽出した構造(山本、1971)さらに、米国と日本の精神病院の患者役割意識構造を比較した研究(Yamamoto, K, 1972)があり、精神病院の対照として研究した一般病院における結核と胃腸病の入院患者の場合も発表してきている(山本清原、1969)。

しかし、こうした諸研究は Levinson, D, J, and Gallagher, E. B, (1964) の用いた役割概念目録を翻訳し、一部修正を加えて日本語版を作製して研究用に用いてきたものである。翻訳版を用いたのは、こうした試みの可能性をさぐるためと、同時に比較文化的研究をめざしていたことによる。だが、必ずしも日本の精神病院の入院患者がとくに問題にしている事項とは限らず、ここにあらたに日本の精神病院の入院患者の問題にしている入院患者役割問題及び役割概念を現状に対応した形で構成する必要がある。

本小論文は、国立国府台病院の鈴木伸治氏と茨城県立反部病院の足立美智子氏の協力により、日本の精神病院入院患者の役割概念目録を作成し、それをある私立病院の入院患者 100名の協力をえて得た役割概念構造を報告することにする。

## I. 方法と手続

### 1 日本版役割概念目録の作成

Levinson, D. J. and Gallagher, E. B. (1964) の役割概念目録は 116項目から成り立っていた。この諸項目ほとんどのものは日本の精神病院の入院患者でも問題にしている事項である。しかし、病院の中で長年入院患者に接しているサイコロジストにとっては、やはり日本の精神病院独特の患者の問題の仕方があることが論議された。とくに Levinson らの項目には家族との関係についての事項は何もでてこないのに対し、日本の入院患者は家族と病院との対比などかなり敏感であることなど、少しずつニュアンスの違いがあることが指摘された。こうした討議の経過を経て、病院内で集団療法や病棟会、そして個人の心理療法の中で患者が日頃問題に

1) Trial Construction of Japanese inpatients' role conception inventory in mental hospitals.

2) Kazuo Yamamoto, Division of Eugenics, Research Project of Community Mental Health.

3) Nobuko Yamada, Chiyoda-ku Educational Center, ToKyo.



している事項をカードに書きぬき、それをもとに日本の精神病院患者が問題にしている事項を選び、69項目の概念目録を作ることにした。(表1)

こうして作られた概念目録がいくつかのグループに分れるかを検討するために、ある私立病院の入院患者100名の協力をあおいでデータを得、それを因子分析にかけ構造抽出を行った。

## 2. 対象

東京都内にあるT私立病院の精神科患者が対象となった。この病院は7つの精神科病棟、約400床をもっている。この研究ではそのうちA病棟(男子閉鎖病棟、作業中心)37名、B病棟(男子閉鎖、治療中心)13名、C病棟(女子閉鎖、作業中心)28名、D病棟(女子閉鎖、治療中心)22名、計100名(男50名女50名)を調査対象者とした。

対象者の諸特性は、精神分裂者が82%を占めており、年齢は平均35.0才(SD=9.45)最少19才、最高57才である。社会階層は山本、村瀬その他(1968)の用いた基準にていえば、段階ⅢとⅣに集中し、最上位のⅠに属する者は全くなく、生活水準は中～下層階級が多い。その他入院患者の許可されている行動範囲を、Ⅰ病棟内Ⅱ散歩までⅢ外出までⅣ外泊までⅤ仮退院又はナイトホスピタルに分けて考え、対象者の分布をみると、Ⅰ—5名、Ⅱ—39名、Ⅲ—20名、Ⅳ—36名、Ⅴ—0名となっている。また、病院で患者にもたせている責任の程度をⅠなし、Ⅱ病棟内手伝い、Ⅲ院内作業、Ⅳ院外作業、Ⅴ仮就職と区分しその分布をみると、Ⅰ—16名、Ⅱ—32名、Ⅲ—38名、Ⅳ—10名、Ⅴ4名となっている。在院期間は、最高257ヶ月(21年5ヶ月)最少1ヶ月で、平均53.2ヶ月(4年5ヶ月,SD=50.0)である。

こうした対象者は、各病棟の主治医、婦長、サイコロジストが、調査面接にのれる可能性を判断して選択を行った。この調査の各項目の意味を理解でき判断ができるための規準として、病状が安定し、IQ70以上の者を採用することにした。また、こうした調査をすることに対し反感を抱いているため、無理に行うことによって、あとで病棟経営がむずかしくなると判断された患者は選択からはずされた。

## 3. 施行手続き

1969年1月から12月まで一年がかりで行った。その理由は、調査者がこの病院に勤務しているフルタイム又はパートタイムのサイコロジストであり、忙しい仕事のあいまにデータをとったことと、さらに、機械的に一斉に調査をする仕方は患者に不安をあたえるだけなので、時間をかけ一人一人患者の状態を考慮して資料をうることにしたからである。

調査面接は山本、村瀬その他(1968)の時とはその方法にちがいがあがる。今回は、役割概念目録を69枚のカードにしておくことは同じでも、調査者が本人の前でそのカードを読み上げることはしないで、本人に全てのカードを手渡し、本人がそれを読んで、投票箱に入れるという操作をとった。調査者はそばで他の仕事をしながら、患者の一つ一つの投票に圧力をかけるようなことのない配慮をとり、もし、項目の内容に理解できない点があればそれに答えるという程度にした。

投票箱は「全くそうだ」(7)「そうだ」(6)「ややそうだ」(5)「ややそうでない」(3)「そうでな

い] (2) 「全くそうでない」 (1) という 7 段階評定に対応するラベルをはったものを用意し、対象者の前においておく。「どちらでもない」又は「分らない」(この評定尺度では 4 段階にあたるもの) に対応する箱は用意していない。ここに集中する恐れがあるからである。

一般的な教示として「病院生活をしていच्छやって色々な事を感じていच्छやると思います。今日はその事についておうかがいしたいと思ひます。ここにいろいろな意見がありますから、あなたは、それについてどう思われるか、1枚1枚のカードについて判断してあなたの考えに合っている箱にカードを入れて下さい。分らない字や言葉がありましたらいつでも聞いて下さい」という主旨のものを行った。

調査時間は大体40分位、早い人は30分遅い人は2回に分け合計4時間かかった人もいる。もちろん患者によっては、そのあとこの質問の内容をもとに入院生活のことを話しあつた場合もある。

#### 4. 分析手続

69項目に対して100名の対象者が7段階評定で答えた資料をもとに、69項目間の相関マトリックスを作り、セントロイド法による因子分析、そのあとヴァリマックス回転を行い12因子を抽出した。因子寄与率は最高3.55、最低2.11で全般に低くくめだつて高いものがない。一応寄与率の高いものから順番に因子番号をつけ、解釈のなりたつものを採用することにした。(結果的に全ての因子を解釈上可能だということ採用した。) 解釈にあたっては、因子負荷量.350以上を有意な負荷量とし、その因子に参加している項目とみなし検討した。69項目のうち12因子のいずれにも参加しえなかつたのは、3項目だけである。

## II. 入院患者の役割概念の構造

いかなる病院の入院生活でも、患者は入院患者として役割をとることが期待され、それを遂行しなくてはならない。患者としての役割をとることによって生じる様々な問題がある。医師や看護スタッフとの人間関係、病院に対する問題、病気に対する態度、治療ということに対する様々な理解と認識等、患者は自己の役割にからまて出てくる問題を解決しなくてはならない。

とくに精神病院の入院患者は、自分の意志で入ってくるのが他の病院と比べて少い。そのことは入院患者としての役割を自分でひきうけることを、病院と契約して入ってきてはいないということである。それだけに、自分のとらされる役割を、入院生活を通じて、医師や看護スタッフそして患者同志の交流の中で、明確にしていく過程が必要である。それ故、その交流の中で感じたこと、伝えられてきたもので、様々役割問題の解決が行われるだろう。また患者自身の内面の心的状態によつても変化するだろう。

ここでは、精神病院入院患者の直面する役割問題 (role - issues) とその回答として示される役割概念 (role - conception) を、因子分析の結果からひきだしてみたい。

各因子ごとにその解釈、関係項目と因子負荷量を示し、そのあとに短い考察を入れた。

## 1. 因子の解釈

第I因子「患者にとって病棟職員の態度はどうだろうか」——「私の病棟職員の態度には不満がある、対、私の病棟職員の態度は親しみやすく面倒がいい」

2. あまり大びらにはいえないが、この病棟の職員に対する態度についてはいいことがたくさんある。 + 739
37. この病棟の職員は自分のお気に入りの患者ばかりよく面倒をみる傾向がある。 + 604
19. ここの看護の人たちは、もう少し患者のことを考えてくれないかと思う時がある。 + 559
32. この病棟の職員の中には感じのよくない人もいる。 + 558
26. ここの看護の人たちは患者のためなら何でも面倒くさがらずにやってくれる。 - 708
10. ここの看護の人たちは親しみやすい人が多い。 - 679
54. この病棟の雰囲気はわりと気に入っている。 - 443

患者にとっては病棟職員の一挙一動はものすごい関心事の一つである。精神病院の中では、医師よりも病棟の看護スタッフの方が入院生活にとってもっとも身近かな存在であり、病棟生活を実力をもって管理している。したがって、病棟職員の自分たちに対する態度がよいか悪いかは、入院生活をし患者役割をとっている者にとっては大問題である。

第II因子「この病院は自分の治療に適しているかどうか」——「この病院は自分の治療にはむいていない、対、この病院は自分の治療にはまあむいている。」

64. この病院は自分にはあまり向いていないのではないかと思う。 + 620
41. 私の病気はもしかするとこの病院ではやられていない他の方法でよくなるかもしれない。 + 463
46. 私はたいていいつも落ちつきがない。 + 448
6. この病棟の雰囲気はどれも自分の肌にあわない気がする。 + 424
36. 自分よりも精神的に具合の悪い人といっしょに生活することは私の病気によくないと思う。 + 419
13. 私の病気は先生にまかせる以外はない。 + 417
12. この病棟にいると気がやすまる。 - 460
29. 私の先生は私にとっては、どうするのが一番よいということを知っていると思う。 - 458
31. 先生は私のことをよく考えてくれているようです。 - 448
54. この病棟の雰囲気はわりと気に入っている。 - 443
56. 病院にいると調子がよいが家に帰るとだめになります。 - 409

入院患者にとっては、入院させられ病院に本当に自分をまかせてよいものだろうか心配である。自分が選んで病院に入院したのではないからである。否定的な回答には、自分にどうもあっている病院ではないと感じてはいても、先生にまかせる以外はないだろう（項目13）というあきらめがでている。肯定的な回答の方は、家にいるよりは調子もよくなるし気がやすまるし、先生もよく考えてくれるという気持をもっている。

第Ⅲ因子「自分の状態に対する態度はどうか」——「どうしようもなく、自分がもっともよくないと思っている。」

25. この病棟の患者は私よりも元気な人が多い。 + 642  
 69. 病気がほんとうによくなるか心配です。 + 579  
 67. 私の病気は自分の力ではどうしようもない。 + 564  
 47. この病棟の患者は自分よりも落ちついた人が多い。 + 555  
 9. この病棟の患者は自分よりも社交的な人が多い。 + 495

自分の病気に対する問題であり、それに対してはひどく悲観的な態度がここにまとまってきている。

第Ⅳ因子「自分がよくなるために必要なものは何か。」——「医学的な治療以外の精神的な指導が必要である。」

57. 看護者と医師の仕事は患者に一人前の大人としての生活態度を身につけさせることです。 + 669  
 55. 入院生活を通して私の性格や考え方の欠点はかなり改善されると思う。 + 477  
 18. 私は医学的なもの以外に何か心の支えになるものを強く求めています。 + 470  
 44. 病院は患者にとって自分の気持の持ち方などについて学ぶ学校のようなものです。 + 454  
 60. 何かの仕事に気持を集中してそれをやりとげることにより、自然と病気の方もよくなることがあるものです。 + 421  
 3. 医師は病気のことだけでなく他の生活のことや個人的な問題についても相談にのってほしいと思う。 + 403  
 27. ここの患者は私よりも重症の人が多くようです。 + 395

この因子が示すのは、「自分がよくなるために必要なものは何か」という自分への問いかけであり、それに対して、大人としての生活態度を身につけさせたり、性格や考え方を改善したり、気持の持ち方を学んだり、何かに集中したり、「医学的な治療以外の精神的な指導が必要である」という答がでている。

この因子は第ⅩⅠ因子に示されている医学的管理治療に一辺倒な態度と関連させて考えられる。この因子と第ⅩⅠ因子が二つ独立してできたことは医学的な治療以外の精神的な指導を求めることと、医学的管理治療そのものに全てゆだねるという態度とが対をなしているというのではなく、入院患者の中に両面がいつも同時に問われまた求めたり拒否したりしているのだということを示していると思う。自分の病気について医学的に管理されることにもまかせたいし、といってそれだけでない自分の精神面で訓練や性格の改善を求めている。

第Ⅴ因子「レクリエーションや作業はどうか」——「レクリエーションや作業は効果がない対、レクリエーションや作業は効果がある。」

28. レクリエーションは患者の状態をよくするにはあまり効果はない。 + 668  
 63. 作業は患者の状態をよくするにはあまり効果はない。 + 646

68. 今病院でやっている作業はあまりやる気がしません。 + 427
58. 病気を少しでも早くよくしようとして自分なりに努力しようとするのはかえってよくないと思う。 + 400
56. 病院にいと調子がよいが家に帰るとだめになります。 + 364
45. レクリエーションに参加するのが好きです。 - 365

病院において、レクリエーションと作業、そして外泊は入院患者にとって入院生活の変化をあたえる大切な活動の場である。しかも、この活動は治療の一貫としてなされることを病棟スタッフから教えられるし、レクリエーション療法、作業療法の名のもとに患者の社会性を身につけさせ、社会復帰への準備として提供されている。それ故、これが効果があるかないかは、入院患者にとって大きな関心事になることは当然である。治療効果があると信じ、あるいは、そう言いかさされ参加しているものもあるだろうし、一方では、そんなにひっぱりだされ、ゆさぶられることはしたくないと反発する患者もいるだろう。

第Ⅵ因子「病院に期待できるか」——「病院に期待していないし、入院患者として同化したくない。」

21. 私の病気は早くなおそうとして無理に努力しなくても、そのうち自然となおってゆくでしょう。 + 552
42. 私はもう退院しても大丈夫だと感ずるくらい具合よい。 + 545
7. 入院しているよりは家族といっしょに生活しているほうが、早く回復すると思います。 + 522

38. ここで他の患者さんたちとあまりかかわり合いを持たないでいた方がよいと思う。 + 437
15. ほんとうに相談できる相手は家族です。 + 427
16. もしも看護婦さんが私の個人的な悩みを知ろうとしたらあまりいい気持がしない。 + 403

この因子に含まれる項目は、病院に対してははっきりと拒否的な気持をだしている。病院の治療的働きかけに対しては期待していないし、むしろ、家族の方が相談もしてくれるしいっしょにいた方が回復できると考えている。他の患者さんとのかかわりももちたくない。もう退院しても大丈夫。即ち自分は入院患者としてあつかわれたくない気持があらわれている。

第Ⅶ因子「自分の病気を積極的に解決するにはどうしたらよいか？」——「病院職員がもっと私の病気以外のことにも関心をもち自分もそれにとりくめるようにしてほしい。」

59. 私は現在の病状だけでなく入院するずっと以前の過去のことでもくわしく聞いてもらいたい。 + 507
65. ほんとうによくなるためには今の自分のような状態ではだめだ。自分を変える必要がある。 + 503
23. 先生はもっと私に病状の説明をしてほしい。 + 495
8. 先生にもっとひんぱんに診察してほしいと思う。 + 474
19. ここの看護の人たちは、もう少し患者のことを考えてくれないかと思う時がある + 379

50. 家族のことや経済的問題, その他の心配事がなければ病気はずっと早くよくなると思う。

+ 357

68. 今病院でやっている作業はあまりやる気がしません。

— 366

この因子で患者が問題にしているのは, 自分の病気について積極的に解決したいのだが, それには, 医師や看護婦がもっと自分の病状だけでなく過去のことや家族や経済的な問題にも関心をもって, いっしょに考えてほしいことを示している。

第Ⅷ因子「病院に期待すること?」——「開放的な接触ができる空間, 時間, 人間的ふれあい。」

35. 個人的な悩みについて他の患者さんとお互いに話し合えたらいいと思う + 592

53. 病院は患者がもっと外泊や外出を自由にできるようにすべきです。 + 542

62. 出来たらここにいる間に, 何人かの患者さんと友達になりたい。 + 534

49. よくなるために患者が必要としているのはゆったりとくつろげる場所と時間を持つことである。 + 412

3. 医師は病気のことだけでなく, 他の生活のことや個人的な問題についても相談にのってほしいと思う。 + 403

この因子は病院に期待にすることができている。タテの関係というより, ヨコの関係の中で, 患者仲間とのふれあい, 外泊や外出の時間的自由さ, ゆったりくつろげる場所や時間, 医師から積極的な個人的関心をむけてもらうことを期待している。

第Ⅸ因子「病気に対する態度はどうだろうか?」——「治りにくく気が重くあまりふれたくない。」

61. 私はふさぎ込んだり気がめいたりすることがあります。 + 536

20. 私はこれからもずっと長い間, この病気をかかえゆかねばならないと思う。 + 523

52. 私の先生は私の病気を重症で治りにくい病気だと思っている。 + 468

39. この病棟の先生はちょっとこわい感じがする。 + 440

40. 治療者と1対1で話しているより仲間とグループで話す方が話しやすい。 + 420

この因子は入院患者の自分の病気に対する態度がでている。ずっと長い間かかえていかなくてもならないほど重症のようだし, 考えると気がめいて重くなる。それ故医師や他の治療者と1対1であって, 自分の病気のことと直面させられるのはこわい, あまりさわりたくない気がする。

第Ⅹ因子「病院の中でどうすごすか?」——「レクリエーションや何かでみんなと気らくにすごしたい, 一人でよくよしたくない, 対, ひとりにしておいてくれ」

24. 始終沈みこんでゆううつにしている患者からは遠去るようになっています。 + 447

11. 私はからだの具合が悪いので病院にいます。 + 394

45. レクリエーションに参加するのが好きです。 + 366

48. みんなといっしょにいるよりも1人でベッドに横になっている方がいい。 — 568

30. みんなが私をひとりにしておいてくれたらいいのにとおもいます。 — 439

この因子は患者の入院生活のすどし方の一つをあらわしている。一人で閉じこもってなやむことはしたくない。精神的に具合がわるいのでなく身体が悪いのだと思っている。レクリエーションをして仲間ときらくにたのしみたい。それに対し、ゆさぶられたくない、自分一人にしてほしいという反応がでてくる。

第XI 因子「病院に期待するものは何か？」——「厳格な管理体制と身体医学的処置。」

- 4. 看護の主な役目は患者が悪いことをしないように監視することです。 + 661
- 22. 私の病気の治療はクスリだけで十分です。 + 659
- 1. 私の病気は全く身体的なもので精神的にはあまり問題がない。 + 444
- 43. 病院は患者に対して出来るだけ厳格な規定を作って、その秩序を保ちすぎと思う。 + 435
- 5. 病院では患者はいわれたとおりのことを守っていさえすれば自然と病気もよくなる。 + 398
- 18. 私は医学的なもの以外に何か心の支えになるものを強く求めています。 - 364

この因子は病院に期待するものの一つをあらわしている。病院が厳格な規則と秩序を保ち悪いところがないか監視すべきであり、クスリという治療手段で病気を管理し、患者は病院からいわれたとおりにしていればよい。いわゆる監置の体制を期待するという因子である。

第XII 因子「私の病気を積極的になおすには？」——「私の個人的な悩みや性格に目を向け何かに集中すること。」

- 33. 私の病気は私の心の悩みや性格上の問題と関係ある。 + 534
- 14. 私の個人的な問題についていろいろ考えたり話したりすることが、私には一番助けになるように思う。 + 498
- 17. この病院を出る時はきっとよくなっているでしょう。 + 492
- 50. 家族のことや経済的問題、その他の心配事がなければ私の病気はずっと早くよくなると思う。 + 425
- 60. 何かの仕事に気持を集中してそれをやりとげることにより、自然と病気の方もよくなることがあるものです。 + 421
- 29. 私の先生は私にとっては、どうするのが一番よいかということを知っていると思う。 + 414

この因子も第VII因子と同じく、自分の問題を積極的に解決するためにはどうしたらよいか自分に問いかけている因子である。それには、自分の個人的な悩みや性格をみつめていくいわゆる心理療法的なアプローチを望んでいる。そして自分で何か仕事をひとつ集中してみるような精神力を望んでいる。

2. 因子の考察

入院患者役割構造の因子が12因子抽出され、それぞれに解釈があたえられたが、その因子をもうひとつまとめて考察すると、次のことがいえそうである。大きくまとめて4つの因子群にまとめられる。即ち、病院に対する態度や期待、病院生活の中で直面する問題、自分の病状に対する態度、そして、自分の問題を解決するために必要なことである。

病院に対する態度や期待に関係している因子は4つある。即ち第II因子「この病院は自分の治療に適しているかどうか」——「この病院は自分の治療にはむいていない, 対, この病院は自分の治療にはまあむいていない」, 第VI因子「病院に期待できるか」——「病院に期待していないし, 入院患者として同化したくない」, 第VIII因子「病院に期待すること」——「開放的な接触のできる空間, 時間, 対人的ふれあい」, 第XI因子「病院に期待するものは何か」——「厳格な管理体制と身体医学的処置」の4因子である。入院患者にとって問題となるのは, この病院が自分の治療に適しているのかどうか問題になり不安になることは当然である。とくに患者自身の選択によって入院する病院をきめられることは, ほとんどないという現状ではなおさらであろう。措置入院, 同意入院という入院手続きと関係してもっと考察すべき点だと考えられる。さらに病院への期待は, 全く拒否的なものそして, 積極的に開放的な入院生活を希望するものと, それとは逆に, 監置的な管理体制を支持する意見と分れる。

病院生活の中で直面する問題として, 3つの因子が関係してくる。即ち第I因「患者にとって病職員の態度はどうだろうか」——「私の病棟職員の態度には不満がある, 対, 私の病棟職員の態度は親しみやすく面倒がいい。」, 第V因子「レクリエーションや作業はどうか」——「レクリエーションや作業は効果がない, 対, レクリエーションや作業は効果がある。」, そして第X因子「病院の中でどうすごすか」——「レクリエーションや何かでみんなと気らくにすごしたい。一人でくよくよしたくない, 対, 一人にしておいてくれ」の3因子である。入院患者の生活の中で一番気になることは, 病棟職員の自分に対する態度である。入院生活を快いものにするのも不快なものにするのも, 病棟職員が自分にどういう態度を示してくれるかによってきまる。とくにこうしたタテ系列的な対人間的に関心がつよいのは日本の精神病院に強いことは, 他の研究でも明らかになっている。(Yamamoto, K, 1972) また, レクリエーションや作業は, 病院生活の中でかなりの時間をさかれており, 病院側からは治療の一貫として提供しているプログラムである。しかし, 入院患者としては, それをそのまま自分の病気の治療に直結するとは必ずしも信ぜられないだけに, 問題となってくる。また, 病院の中のすごし方も一つの役割問題として登場する。みんなの中で気らくにすごしたい人もいろいろいるだろうし, まわりからいろいろゆきぶられたくなく一人で閉じこもっていたいという欲求もでてくる。

自分の病状に対する態度に関係する因子は, 第III因子「自分の状態に対する態度はどうか」——「どうしようもなく, 自分がかもともよくないと思っている」, 第IX因子「病気に対する態度はどうだろうか」——「治りにくく気が重くあまりふれたくない」の2つである。自分の病状は入院患者にとってたえずつきまとう問題である。それに対し, 悲観的になるか, 又は, さけてとおるか, の二つが態度としてでてくることはうなづける。

自分の問題を解決するために必要なこととして, 第IV因子「自分がよくなるために必要なものは何か」——「医学的な治療以外の精神的な指導が必要」, 第VII因子「自分の病気を積極的に解決するにはどうしたらよいか」——「病院職員がかもっと私の病気以外のことに関心をもち, 自分もそれにとりしめるようにしてほしい」, 第XII因子「私の病気を積極的になおすには？」



——「私の個人的な悩みや性格に目をむけ何かに集中すること」の3因子が関係している。どうしたら自分の問題を解決できるかは、入院患者の最大の関心事だろう。それに対しては、医学的治療以外の精神的指導、病院職員の深い個人的関心、そして、自分の悩みや性格に目をむけていく作業を求めている。

### III. 考 察

この論文では、T病院の患者の役割構造そのものを論議することが目的ではなく、新しく我々の作成した入院患者役割概念目録の構造がどうなっているかを検討することに目的があった。したがって、T病院の患者100名が回答した結果は、表1の中に参考に示しておくにとどめて、今回はこの結果を論じないことにする。

問題なのは、我々の作成した役割概念目録の構造の中に、入院患者が問題にしている役割問題の全てが含まれているかどうかを検討することにある。

項目としては、69項目の中はかなりよく患者が口に問題にする内容がもられていると我々は考えられるし、構造抽出の結果も、臨床経験からも妥当であると考えられる。しかし、Levinson等の研究で用いた項目とそれを用いてひきだされた構造と比較してみると、我々の作った概念目録は、概念目録よりは意識又は心理的な目録といってよいものに近いのではないかと考えられる。

即ち、山本(1971)の研究結果をここに引用してみるとよくわかる。この研究では200名の国立と私立の精神病院患者からLevinsonらの概念目録翻訳版(山本、村瀬他、1968の論文参照のこと)を用いて得た結果である。

第I因子、病院は患者のためになっているか?——閉じこめておくだけで役に立っていない。

第II因子:理想的な病院はどうあるべきなのか?——監督がゆきとどき、恩情的なケアがなされ、全てをまかせられるところ。

第III因子:病職員は患者との関係の中でどうあってほしいか?——個人的関心をよせ、びしっとした判断を下してくれ、全てをまかせられる関係。

第IV因子:どのような援助、働きかけをのぞんでいるか?——しつけや教育、はげましや忠告をあえてしてほしい。

第V因子:わたしは精神病院にかかっているか?——精神病ではない、対、精神的病にかかっている。

第VI因子:自分自身の問題をどうするのか?——病院や医師にまかせてはいても結局は自分だけの問題としてのこされてしまう。

第VII因子:最も気らくにすぐす方法は何か?——先生に全てまかせて看護婦によくめんどろをみてもらい、いやな気分をまきこまれず、うっぶんをはらしたいときはらす過し方。

この7つの抽出された因子と今回新しく我々の作った目録から抽出された12因子をみてみると、この7つの因子には、かなりはっきり、概念として明確化された形でとりだせていること

表 1 精神病院入院患者の役割概念目録

T病院 100名の入院患者による回答。(7段階法)

項目番号	項目内容	帰属因子	平均	標準偏差
1	私の病気は全く身体的なもので精神的にはあまり問題がない。	IX	3.6	2.17
2	あまり大ぴらにはいえないが、この病棟の職員に対する態度については、いいたいことがたくさんある。	I	3.2	1.83
3	医師は病気のことだけでなく他の生活のことや個人的な問題についても相談にのってほしいと思う。	IV, VIII	5.1	1.77
4	看護の主な役目は患者が悪いことをしないように監視することです。	XI	4.5	1.99
5	病院では患者はいわれたとおりのことを守ってさえすれば自然と病気もよくなる。	IX	4.7	1.86
6	この病棟の雰囲気はどうも自分の肌にあわない感じがする。	II	3.4	1.76
7	入院しているよりは家族といっしょに生活しているほうが、早く回復すると思います。	VI	4.3	2.07
8	先生にもっとひんばんに診察してほしいと思う。	VII	4.7	1.89
9	この病棟の患者は自分よりも社交的な人が多い。	III	4.0	1.91
10	ここの看護の人たちは親しみやすい人が多い。	- I	5.3	1.45
11	私はからだの具合が悪いので病院にいます。	X	4.4	2.17
12	この病棟にいると気がやすまる。	- II	4.6	1.89
13	私の病気は先生にまかせる以外はない。	II	4.7	2.00
14	私の個人的な問題についていろいろ考えたり話したりすることが、私には一番助けになるように思う。	XII	5.0	1.75
15	ほんとうに相談できる相手は家族です。	VI	5.1	1.83
16	もしも看護婦さんが私の個人的な悩をみ知ろうとしたらあまりいい気持がしない。	VI	3.4	1.76

入院患者の役割概念

17	この病院を出る時はきっとよくなっているでしょう。	XII	5.9	1.3 1
18	私は医学的なもの以外に何か心の支えになるものを強く求めています。	IV, -XI	5.0	1.8 0
19	ここの看護の人たちは、もう少し患者のことを考えてくれないかと思う時がある。	I, -XI	4.2	1.9 5
20	私はこれからもずっと長い間この病気をかかえてゆかねばならないと思う。	IX	3.2	2.0 6
21	私の病気は早くなおそうとして無理に努力しなくても、そのうちに自然となおってゆくでしょう。	VI	4.7	1.9 9
22	私の病気の治療はクスリだけで十分です。	XI	4.0	2.1 6
23	先生はもっと私に病状の説明をしてほしい。	VII	4.9	1.9 1
24	始終沈みこんでゆううつにしている患者からは遠去るようにしています。	X	4.2	1.8 9
25	この病棟の患者は私よりも元気な人が多い。	III	3.8	1.9 5
26	ここの看護の人たちは患者のためなら何でも面倒くさがらずにやってくれる。	- I	5.0	1.6 7
27	ここの患者は私よりも重症の人が多ようです。	IV	4.5	1.8 9
28	レクリエーションは患者の状態をよくするにはあまり効果がない。	V	2.6	1.5 7
29	私の先生は私にとってはどうするのが一番よいかということを知っていると思う。	-II, XII	5.1	1.6 2
30	みんなが私をひとりにしておいてくれたらいいのと思います。	-X	3.0	1.7 3
31	先生は私のことをよく考えてくれているようです。	-II, VI	5.6	1.6 0
32	この病棟の職員の中には感じのよくない人もいる。	I	3.8	1.9 1
33	私の病気は私の心の悩みや性格上の問題と関係ある。	XII	5.1	1.8 6
34	先生や看護婦の前ではうっかりしたことがいえない。	-	4.0	1.9 4
35	個人的な悩みについて他の患者さんとお互い	VIII	4.9	1.8 7

	に話し合えたらいいと思う。			
36	自分よりも精神的に具合の悪い人といっしょに生活することは私の病気によくはないと思う。	II	4.1	2.03
37	この病棟の職員は自分のお気に入りの患者ばかりよく面倒をみる傾向がある。	I	2.6	1.60
38	ここで他の患者さんたちと、あまりかかわり合いを持たないでいた方がよいと思う。	VI	3.9	1.92
39	この病棟の先生はちょっとこわい気がする。	IX	2.6	1.55
40	治療者と1対1で話しているより仲間とグループで話す方が話しやすい。	IX	4.3	1.90
41	私の病気はもしかするとこの病院ではやられている他の方法でよくなるかもしれない。	II	3.5	1.94
42	私はもう退院しても大丈夫だと感ずるぐらい具合よい。	VI	5.2	1.68
43	病院は患者に対して出来るだけ厳格な規則を作って、その秩序を保つべきと思う。	XI	4.2	1.83
44	病院は患者にとって自分の気持の持ち方などについて学ぶ学校のようなものです。	IV	5.0	1.54
45	レクリエーションに参加するのが好きです。	X, -V	5.3	1.71
46	私はたいていいつも落ちつきがない。	II	2.9	1.74
47	この病棟の患者は自分よりも落ちついた人が多い。	III	3.9	1.80
48	みんなといっしょにいるよりも、1人でベッドに横になっている方がいい。	-X	2.8	1.63
49	よくなるために患者が必要としているのは、ゆったりとくつろげる場所と時間を持つことである。	VIII	5.5	1.57
50	家族のことや経済的問題、その他の心配事なければ私の病気はずっと早くよくなると思う。	XII, VII	4.2	2.17
51	クスリだけでなく面接や話し合いによる治療もしてほしい。	-	5.6	1.46
52	私の先生は私の病気を重症で治りにくい病気だと思っている。	IX	3.1	1.87

入院患者の役割概念

53	病院は患者がもっと外泊や外出を自由にできるようにすべきです。	VIII	5.2	1.57
54	この病棟の雰囲気はわりと気に入っている。	-I, -II	4.8	1.61
55	入院生活を通して私の性格や考え方の欠点はかなり改善されると思う。	IV	5.3	1.60
56	病院にいと調子がよいが家に帰るとだめになります。	-II, V	2.9	1.65
57	看護者と医師の仕事は患者に一人前の大人としての生活態度を身につけさせることです。	IV	5.5	1.53
58	病気を少しでも早くよくしようとして自分なりに努力しようとするのはかえってよくないと思う。	V	3.1	1.88
59	私は現在の病状だけでなく入院するずっと以前の過去のこともくわしく聞いてもらいたい。	VII	3.7	1.98
60	何かの仕事に気持を集中してそれをやりとげることにより、自然と病院の方もよくなることがあります。	IV, XII	5.7	1.25
61	私はふさぎ込んだり気がめいったりすることがあります。	IX	3.4	1.91
62	出来たらここにいる間に何人かの患者さんと友達になりたい。	VIII	4.9	1.68
63	作業は患者の状態をよくするには、あまり効果はない。	V	2.8	1.59
64	この病院は自分にはあまり向いていないのではないかと思う。	II	3.3	1.95
65	ほんとうによくなるためには今の自分のような状態でいてはだめだ。自分を支える必要がある。	VII	4.5	1.86
66	自分の病気の状態がよいか悪いかは自分で判断すればだいたいわかる。	-	5.1	1.67
67	私の病気は自分の力ではどうしようもない。	III	3.8	2.05
68	今、病気でやっている作業はあまりやる気がしません。	V, -VII	3.0	1.82
69	病気がほんとうによくなるか心配です。	III	3.9	2.08

にきづく。それに対して今回の日本版による12因子の方は、かなり心情的な形のもが多く、概念的な形になっていない。

この違いは何故なのか。その理由にいくつか考えられる。一つは、我々の項目を選択し作成したスタッフは全て心理臨床家であり、患者さんが集団療法などの場面で語ったものを記録して、それをもとに作ったのに対し、Levinson さんも、もちろん病院に一年間社会学者が入りこみ項目の基礎資料をあつめたのであるが、この研究スタッフがいずれも社会学者又は社会心理学者であった、というちがいが大きいのではないかとおもわれる。心理臨床家のうけとり方が、どうしても患者の心理的側面に焦点をあわせてうけとる傾向があるので、概念目録というより心情目録にちかくなったのだろう。

もうひとつは、米国という文化の患者と日本という文化の患者の示す反応や表現のちがいだとも考えられる。日本の患者の反応や表現はどうしても心情的、感覚的になりがちだと考えられる。どこのどういふことがいやなのかということはいわないで、感覚的に漠然と嫌いという反応をするという点に特徴がある。しかし、こうした漠然とした反応や表現は、患者だけでなくこの所しい目録を作ったスタッフの方にもその特徴があると考えられ、スタッフ側の責任と考えるべきだろう。

以上のように Levinson & Gallagher (1964) の概念目録と我々の概念目録のちがいはっきりしたが、どちらがよいかということになると、その目的によってちがってくると思う。Levinson さんは社会心理学者として、精神病院の入院患者の役割構造を追究したかったのである。それに対し、我々の概念目録を作るときは、協同スタッフは、かなり患者個人個人の入院患者として直面している問題をこの目録を用いることによって理解できるものを念頭においていた。つまり臨床心理学的用途を考えていたのである。それは、患者が入院してきて1～2週間クスリによるインテンシブな治療のおわったあと、作業やレクリエーションなどを含む入院生活にオリエンテーションをつけてあげるために、この概念目録を用いてまず本人の役割意識を知り、それを資料にして、指導できるのではないかと考えたからである。

#### 参 考 文 献

- (1) Levinson, D.J. and Gallagher, E.B.: Patient-hood in the mental hospital, an analysis of role, personality hospital, and social structure. Boston: Houghton Mifflin Company, 1964
- 2) 山本和郎, 村瀬孝雄, 足立美智子, 秋山胖, 清原久美子, : 精神病院における“患者役割意識”(Patienthood)の構造分析 臨床心理学研究, 1968, 7, 243-255
- 3) 山本和郎, 清原久美子: 一般病院における“患者役割意識”の構造分析, 一胃腸病および結核患者について — 臨床心理学研究, 1969, 8, 35-42
- 4) Yamamoto, Kazuo: A comparative study of patienthood in Japanese and American hospitals, In W. P. Lebra, Ed. Transcultural research in mental health: Volume II of mental health research in Asia and the Pacific. Honolulu, The University Press of Hawaii, 1972.
- 5) 山本和郎: 精神病院における患者役割意識の構造, 第12回日本社会心理学大会発表論文集 1971, 66-68,



## 所 員 研 究 業 績

### 福島県原町市における在宅精神障害者の追跡調査に関する研究

齋藤和子

(1971年3月, 国立精神衛生研究所, 精神衛生研究第19号)

厚生省の医療助成金の交付をうけて、「精神障害者の地域総合医療に関する研究」が昭和41年度から3年間行われた。当研究所ではこれに参加し、福島県原町市を研究地域とした。本研究はこのうち、高橋宏が行った「小都市を中心とした精神障害者の総合的診療に関する研究」の中でとらえられた在宅退院患者につきその生活実態を調査し、地域社会の特性および地域の変動と精神障害者の生活との関係を検討した。

### パリ13区の精神衛生活動

齋藤和子

(1971年12月, 日本精神衛生会, 心と社会, 2巻4号)

筆者は、昭和41年8月から43年4月までフランス政府給費研究生として、フランスの精神障害者対策を研究した。ここでは、特に筆者がその活動に参加することのできたパリ13区の活動につき、その歴史を戦後のフランス精神障害者対策の歴史とともに概括し、具体的な活動のプログラムを紹介した。

### ソ連の精神医療

高臣武夫

(1971年3月, 精神衛生研究所, 精神衛生資料, 第17号)

ソ連の医療体系、ことに精神医療の特徴についてのべた。

- (1) ソ連の公衆衛生組織
- (2) ソ連の精神医療体系、ことに精神神経科デイスペンサリー
- (3) 病院における精神医療
- (4) 児童に対する精神衛生対策
- (5) 老人精神医療対策
- (6) アルコール対策、予防と治療
- (7) ノイローゼについて
- (8) ソ連の研究体制及び教育

- (9) ソ連の精神衛生に関する法規について

### 昭和45年度いわゆる「むちうち損傷」対策に関する報告

高臣武史

(1971年7月, 東京都衛生局)

東京都における昭和43~45年の3ヶ年の「むちうち損傷」患者の医療と子後の実態調査について報告した。

### むちうち損傷——精神科の立場から

高臣武史

(1971年4月, 日本医学会総会, 第18回総会シンポジウム, 伊丹康人編, むちうち症, 金原出版, 1972)

むちうち損傷のうち遅延例について精神医学的立場からのべた。ことに心因(社会的, 経済的問題, 労働条件, 医原性, 賠償問題等)や医療体制についてのべた。

### アーリー・インターベンション・セオリー

山本和郎

(1971年, 教育と医学, 19, 447~455.)

市川で行なっている学校精神衛生コンサルテーション活動の事例を中心に、クライシス・インターベンションの方法を紹介している。

### 地域活動にともなう人間関係をめぐって

山本和郎

(1972年, 地域保健, 3, 32~45.)

保健婦活動の展開の中で、とくに地域リーダーや訪問指導の患者や家族と保健婦との人間関係のものをどうとらえ解決するか。

### クライシス理論について

山本和郎

(1971年, 年報社会心理学, 12, 51~66.)

クライシス理論について、これまでの研究を紹介するとともに、クライシス概念のモデルを提出している。

### 問題行動とその治療

山本和郎, 山本文子

(1971年, 児童心理学の進歩 1971年版, 211~227)



1970年の日本における児童臨床心理関係の研究を  
まとめて検討している。

## SEXUAL ROLE IDENTITY AMONG JAPANESE AND JAPANESE- AMERICAN HIGH SCHOOL STUDENTS

HOWARD T. BLANE

Massachusetts General Hospital  
and Harvard Medical School

and

KAZUO YAMAMOTO

Japanese National Institute of  
Mental Health

Journal of Cross-Cultural Psychology

vol 1, No. 4, December 1970, pp. 345-354.

この研究はハワイで行なった共同研究である。  
性的役割同一性について、Gough Test と Franck  
Test を用いて、369名の日系アメリカ人とヨーロッ  
パ系アメリカ人の高校生、及び、93名の日本人高校  
生を対象にして研究した。その結果は、男女あわせ  
ると、日本人は日系アメリカ人及びヨーロッパ系ア  
メリカ人のどちらよりも女性的である。日系アメリ  
カ人はGough Test ではヨーロッパ系人よりも女性  
的であったが、Franck Test では差がなかった。  
日本人女性は日系アメリカ人女性よりも女性的では  
なく、ヨーロッパ系アメリカ人女性と同じ女性度を  
示した。日本人男性は他のいずれの男性よりも女性  
的であった。

### 薬物乱用の臨床疫学

加藤 正 明, 今 田 芳 枝

(1971年9月, 医歯薬出版, 笠松 章, 84)

1. 薬物乱用者の早期発見と再発予測に関する研究  
(P 256~275)
  2. ハイミナル乱用者の心理, 社会環境について  
(P 453~455)
  3. トリクロロル乱用に関する研究 (P 456~463)
  4. 鎮痛剤乱用者に関する研究 (P 475~495)
  5. 精神安定剤嗜癖の統計的並びに臨床的研究  
(P 514~533)
  6. 薬物乱用の疫学 (P 579~590)
- 内容については別紙添付した。

## 社会変動と精神医学

加藤 正 明

(1971年12月, 精神医学, 13巻12号)

「近代化および現代化と精神障害」について概説  
し、1956年より1969年に至るわが国の精神障害者の  
入退院の変動を中心に、性別、年令別、疾患別の変  
化をとらえた。とくに入院では1.4倍であり、神経  
症では女性が男性より多いことを除いては、つねに  
男性の対人口比が高かった。この点を医療費支払区  
分でみても経済条件がからんでいることを示した。

### Age and Sex Factors in the Prevalence of Mental Disorders.

(精神障害の有病率における、性別・年令別要因に  
ついて)

(1972年, 第5回世界精神医学会, シンポジウム)

同上の問題を諸外国の統計と比較し、対人口比・  
入院率が高年者で急激に上昇しているにもかかわらず、  
欧米に比してなお高年者の入院比率は低いこと  
また女性の入院率は欧米ではつねに男性より高く、  
とくに神経症とうつ病に高いことを日本の資料と比  
較して述べ、その要因が社会経済的要因とからみ合  
っていることについて述べた。

### 精神科リハビリテーション

(諸外国における精神科リハビリテーション, 組織  
論)

加藤 正 明

(1971年5月, 医歯薬出版, 江副 勉, 41~56

415~422)

II-2 諸外国における精神科リハビリテーション  
(リハビリテーションの定義, 開放制, 患者委員会  
部分入院制の現状と歴史)

V-1 組織論, 精神科リハビリテーションにおけ  
る家族の問題, 職域における精神障害者のリハビリ  
テーション, 精神障害者のコミュニティ・ケアと組  
織論。

### 薬物依存と乱用の現状

加藤 正 明

(1972年2月, 日本医師会, 日本医師会雑誌, 67巻  
4号)

東京都江戸川区および静岡県富士地区において、  
PTAを通じ、おのおの9,184名および5,681名の  
人口に対して、薬物とくに精神安定剤、鎮痛剤およ  
び睡眠剤の常備および乱用の状況について調査した。

その結果は、常備率は大都市12.7%、新産都市7.4%、商業地区12%、農業地区9.3%、平均10.4%であり乱用率は大都市0.8%、新産都市0.7%、商業地区0.6%、農業地区0.3%、平均0.65%で、いずれも大都市に高く、農村に低かった。このことは都市化と薬物乱用の密接な関係を示すものであり、この点について同一地域を3年後に再調査しており、近いうちにその結果が発表できることになっている。ただ核家族化や職業形態では有意な相関がでなかつた。

### Cultural and Parental Attitudes toward Twins in Japanese Culture

Yoshiko Ikeda

(March, 1971. Presented at the Conference on Culture and Mental Health in Asia and the Pacific. Social Science Research Institute and East-West Center, in Hawaii.)

日本の文化の双生児に対する態度の特徴を1952年以来追跡した双生児20組と、1967年以来追跡した双生児52組の研究から、(1)双生児に対する一般的な嫌悪 (2)兄弟及び男女に対する差別や役割期待の差異 (3)複数の母親像の3点から論じ、欧米、アフリカ、東洋などの諸国と比較した。

さまざまな文化における双生児に対する態度について

池田由子

(1971年, 精神医学, 13巻2号, pp141~148)

比較精神医学的、及び文化人類学的な立場から、聖書、神話、伝説、小説、演劇、映画などにあらわれた双生児に対する歴史的な考え方や、未開部族における双生児に対する態度を、われわれの文化におけるそれと比較検討し、多くの文化を通じての著しい共通性、類似性のあることを認めた。過去の伝説や未開部族の奇妙な風習の中にも、現在の文明社会で見られる態度の起原や説明の存在することが認められた。

### 精神衛生の立場から見た双生児の 母親の研究

池田由子、田頭寿子、成田年重(埼玉県厚生学院) 藤島輝子(本州女子大)、神谷のぶ(板橋区教育研究所)、中川幸(川崎市精神衛生センター)、村手保子(大阪市中央児童相談所)ほか3名  
(1971年, 精神衛生研究, 19号, pp 117~141)

双生児相互関係が強調されるにも抱わず、双生児と母親との関係には注意が払われていない。われわれは市川、野田地区の乳幼児双生児の母親との面接、双生児母親グループの話しあい、質問表による双生児と単生児の母親の態度の比較、家族の病理を示した7組の双生児の家族の症例研究から、双生児の母親の心理と病理を精神衛生の立場から考察した。

### 幼児の自閉症

池田由子

(1971年4月, 地域保健, pp 34~39)

自閉症の原因、症状、鑑別診断、病型、治療や教育、現在の医療における問題点などについて論じた。

### 幼児期の心理と精神衛生

池田由子

(1971年9月, 精神衛生, 34号, pp 2~16, 茨城県精神衛生協議会)

3才児健診を中心として、乳幼児期における精神衛生の諸問題とくに精神発達遅滞、精神身体疾患、神経質性習癖、登園拒否、肥満児、言語障害などを取上げ、その原因、症状、治療、予防などを述べた。

### Psychiatry in Japan's General Hospitals.

Akio Goto and Yoshiko Ikeda.

(October, 1971. Psychiatry in Medicine, International Journal of Medical Psychology and Psychiatry in the General Hospital, Vol. 2, No4, Greenwood Periodicals. Co.)

1965年頃から世界の各国において精神科医の関心は総合病院における精神科の機能や役割に向けられるようになった。わが国の総合病院の精神科の現状を、外来、入院サービス、病院内各科との協力、総合病院精神科設立に関する問題などの諸点から解説した。また、いろいろな地域の特徴的な総合病院及び単科精神病院7ヶ所について、1965年度の外来者の病名、比率などを比較検討した。

### 学校恐怖症児に対する個別処遇と集団処遇統合の試み

山崎道子、井元美智子

(1971年3月, 精神衛生研究 19号 93~116)

5例の小学生学校恐怖症女児に対して、5~10回の危機に志向された個別的介入を試みた後、3回の予備集団セッションを経て、16回の集団遊戯セッション

ョソを試み、また併行して、母親の話し合い集団セッションを持つことにより、それぞれの子どもの対人関係の局面に積極的変化があらわれ、とりわけ、対人関係の拡大、自信の回復、自我像の改善、現実吟味の増加がめだった。

個別処遇と、集団処遇のそれぞれの段階の必要性と、両者の統合の有効性を、子どもの変容の過程を通じてあきらかにした。

### 登校拒否児の治療をめぐって——早期の働きかけ

山崎道子

(1971年11月、明治図書、教育心理研究 第32号)

1. 登校拒否症に対する早期の働きかけの意義を、(1)登校拒否児の取り扱いの基礎 (2)登校拒否児の予後と年齢、予後と拒否期間 (3)登校拒否症の慢性化に及ぼす家族要因 (4)登校拒否に伴う教育上の問題——とくに学業遅滞の問題から論述し、II. 登校拒否症に対する早期の働きかけの方法について、登校拒否発生時点のいわゆる危機状況での取り扱いを強調し、登校拒否の直接の動機をあきらかにし、その時点での積極的働きかけを論述した。

### 情緒障害児

山崎道子

(1971年3月、児童福祉—日本の現状と問題点、日本女子大学文学部社会福祉学科研究室編、家政教育社)

現代のわが国の激しく変動する社会、経済、文化、家族の様相が、子どもの身心の発達や性格形成に密接な関連のあることをふまえながら、情緒障害児についての考え方、情緒障害と欲求不満、自我発達と情緒障害、情緒障害と関係のふかい諸問題、精神衛生相談からみた情緒障害児の最近の問題傾向、情緒障害児の治療と予防の問題について論述した。

### 第3章 精神分裂病と家族

### 第4章 精神分裂病者の家族研究における調査技術としてのケースワーク面接

### 第17章 精神分裂病患者をもつ母親

山崎道子

(1971年6月、精神分裂病と家族、高臣武史、鈴木浩二、佐竹洋人監訳、誠信書房)

### 青年の挑戦

Erik H. Erikson 編 山口 節郎(共訳)

(北望社1971)

現代社会における「若い世代」をめぐる状況と、彼らが提起する問題とを、世界各国について概説したものの。

### 虚偽意識論——「イデオロギー」概念の失われた意味を求めて

山口 節郎

(「思想」第571号、1-24、1972)

「イデオロギー」概念の〈社会学化〉による問題的視点の喪失に対し、その〈原〉意味を明らかにするとともに、「意識」と「存在」との相関関係という視点から、イデオロギー批判を通じての社会批判、存在批判をめざすもの。

### 「精神分裂病者およびその家族に対する家族ロールシヤツハ法」—第1報・女子分裂病者の父を中心とする母娘の戦い—

田頭寿子

(1971年12月、ロールシヤツハ研究Ⅻ、131~144頁)

一例の女子分裂病患者とその両親による家族ロールシヤツハの結果からみた事例研究である。テスト中に、母親が娘の発言を無視したり、執ように追求したり、不適切な親愛の態度をとったりしていることや、娘がこれに対してかなりはげしく反発するが、母が父をまきこんで自分の意見を通そうとすると、娘はそれに屈従してしまうことが見られた。こうした母と娘の関係がどうして生じているかを考察するために、父に対する母と娘の態度と、それに対する父の態度とを検討し、この関係をつくりあげているメカニズムを明らかにした。

### NAIKAN THERAPY

村瀬孝雄

(1971年7月、Culture & Mental Health Program, SSRI, University of Hawaii) WORKING PAPER, Culture & Mental Health in Asia & the Pacific)

わが国独自の心理学的治療法である「内観」について、その実施法の要点および治療機制について解説および、とくに日本文化の特質との関連についての分析を試みた。

### 書評(内観療法)

村瀬孝雄

(1972年3月, 書評, 内観療法(区学書院)精神医学 205)

内観療法(奥村二吉, 佐藤幸治, 山本晴雄編, 医学書院)について書評を行った。

#### NAIKAN THERAPY

村 瀬 孝 雄

(1972年3月, Conference on Culture & Mental Health in Asia & the Pacific)

同題目のWorking paper の要約を発表した(加筆の上, 出版の予定(1972))

#### 精神分裂病患者の家族内コミュニケーション

鈴 木 浩 二

(1971年4月, 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国大会)

精神分裂病患者6例, 対照者6例についての家族研究, 特にそのコミュニケーション, パターンについて発表した。

#### リッツ/フレック/コーネリソン著 精神分裂病と家族

監訳 高臣武史, 鈴木浩二, 佐竹洋人

(1971年6月, 誠信書房 480頁)

リッツ博士とその共同研究者たちが, 約20年間にわたって行なってきた精神分裂病患者の家族研究の結果をとりまとめ, International University Press社のMonograph Series on Schizophrenia の第7巻として発刊したものである。

#### 「社会変動と家族病理」

鈴 木 浩 二

(1971年8月, 家族社会学セミナー)

#### 「家族ロールシャッハ法の歴史と将来」

鈴 木 浩 二

(1971年12月, ロールシャッハ研究XII, 179~194頁)

Consensus Rorschach 法の歴史的発展過程を回顧し, その間に出現した個々のConsensus 法についてその方法論的特徴を明らかにするとともに, われわれの開発した「家族合意ロールシャッハ法(Family Consensus Rorschach)の目的, 実施手続, 評価法, その効用等について解説した。

#### 精神疾患と休退学

高 橋 徹

(1971年8月, 第9回全国大学保健管理研究集会)

東京医科歯科大学が発足(昭和24年)してから昭和46年までのあいだに, 保健に関する理由で休学した学生および退学した学生について, 傷病の種類, 休学期間の長さ, 回数, 休学のときの学年, 退学時点などを詳しく調べ, その統計にあらわれた, 精神疾患の特徴について述べ, 精神健康管理の重要性と問題点を指摘した。

#### 「泉の会」の対人恐怖症者たち—— 対人恐怖症者の社会性について

高 橋 徹

(1972年3月予定, 精神衛生研究 20)

「泉の会」という一種の患者クラブが, 2年まえに, 対人恐怖症の人たちの手でつくられ現在もつづいている。このクラブのなかの対人恐怖症者の実態を, とくに「社会性」をめぐる考察した。

1971年2月からつづけられている観察にもとづいている。

#### 在社会精薄青年のためのソーシャル・クラブの問題点

#### —過去6年間の運営経験から—

精薄部 飯 田 誠

(1971年6月, 第6回日本精神薄弱研究協会総会シンポジウム「精神薄弱者の生涯とそのケア」)

ソーシャル・クラブの設立動機は特殊学級卒業者の間から集まる機会を増やしてほしいという希望があったことと, 在宅精薄青年で社会復帰に失敗して遊んでいる者や非行化しているものが相等数あることから, 彼等の指導をする必要があったことによる。

参加者は一部の親とボランティア, 教師, 医師からなる指導者グループと約50名の精薄青年からなっている。

指導目標は彼等に自主的に社会体験をさせ, 試行錯誤を通して社会生活上により正確な客観性のある判断力を体得させ, 社会的自立を促進させることにある。

活動内容は毎日曜日に役員会, 毎月1回, 日曜日に例会を行なう。例会の内容はハイキング, ボーリング, 野球, フォークダンス等であり, さらに2泊3日の夏季キャンプ, クリスマスパーティ, 社会見学, バス旅行等である。

運営上の問題を挙げると——

1. メンバー間にグループ化が起り、その対立から一部のメンバーの脱会が起ること。

2. 彼等の対人関係の持ち方に問題があり、新メンバーを抱き込むことができず、そのためメンバーが増えにくいこと。

3. 家族のクラブに対する態度が消極的であるばかりでなく、否定的で危険視するものすらあること。否定的な家族の態度の重なるものは精薄者に刺激を与えて現状が崩されることを恐れており、精薄者自体が置かれている問題を無視しているものである。

4. 同様な事情から特殊学級の教師にも否定的な態度のものがあ、クラブの発展に協力的でない人がある。

以上の問題の解決が今後のクラブ活動の発展にとって重要な課題となっている。

### 知的・身体的障害児

精薄部 菅野重道

(1971年10月, 児童臨床心理学講座, 第7巻 岩崎学術出版社)

精神薄弱児〔菅野重道〕, 英才児〔森重敏(東京都立大学)〕, 視力障害児〔佐藤泰正(東京教育大学)〕, 聴力障害児〔小川再治(工学院大学)〕, 身体虚弱児〔長畑正道(東京都立府中療育センター)〕, 肢体不自由児〔林邦雄(静岡大学)〕の各項目について分担執筆し, 菅野が編集した。臨床心理学的, 身体病理学のおよび精神病理学的立場から解説されている。

### 言語障害児

精薄部 菅野重道

(1971年8月, 児童臨床心理学講座, 第8巻 岩崎学術出版社)

構音障害〔神山五郎(大阪教育大学)〕, 川島彪秀(日本大学)〕, 吃音〔神山五郎, 府川昭世(東京都立商科短期大学)〕, クラッタリング〔神山五郎, 長沢泰子(東京都心身障害者福祉センター)〕, 発声障害〔神山五郎)〕, 言語遅滞〔菅野重道)〕, 失語症〔菅野重道)〕の各項目について分担執筆し, 菅野が編集した。言語病理学的, 精神病理学のおよび臨床心理学的立場から解説されている。

### 精神薄弱児の適応行動に関する研究

#### —社会生活力を中心とする検討—

精研 櫻井芳郎

(1971年3月, 精神衛生研究, 第19号, 71-91)

精神薄弱児に対する接近は現代社会の精神や理念にもとづき現実社会で人間らしい生きがいを感じられる生活が営めるように自己実現や人間の成長を援助する処遇でなければならないとする立場から彼らの社会的適応行動を問題にし, その構成要因として社会生活力のもつ重要性をその実態の分析を通じて明らかにし, 精神薄弱児の教育・指導には社会生活力の発達をめざす条件づけによる学習機能の重視と地域社会の社会的価値基準に働きかけるコミュニティオルガナイザーの役割と機能の導入が必要であることを論述した。

### 精神薄弱児の適応行動に関する研究III

#### —成人精神薄弱者の社会生活力

#### の検討—

精研 櫻井芳郎

(1971年9月, 第35回日本心理学会大会発表論文集 683-684)

成人精神薄弱者の社会生活力の実態を施設収容群と在宅保護群との比較, 施設収容群の社会生活力と社会的予後の関係を中心に分析した。施設収容群と在宅保護群の社会生活力は差異が著しく, 社会生活力が生活経験に大きく影響されていることがうかがわれ, また施設収容群の社会生活力と社会的予後との関係は $P < .01$ ,  $C = 0.316$ で密接であり, 精神薄弱者の予後診断や教育・指導のてがかりとして社会生活力の重要性が認められた。

### 成人精神薄弱者の指導に関する研究

#### 第4報

#### —成人精薄施設収容者の社会的

#### 予後に関する考察—

精研 櫻井芳郎

(1971年10月, 第9回日本特殊教育学会大会発表論文集, 63-64)

成人精薄施設収容者の社会的予後の状況から社会生活, 職業生活への参加の諸条件を分析した。その結果, 精神薄弱者の社会的予後を規定する社会的要因の影響が強く認められ, 知能指教が社会生活や職業生活の基礎的条件ではなくなりつつあることがうかがわれた。また社会的予後評価尺度としての有用性を知能, 社会生活力, 職員の子後評価の三者について検討してみると社会生活力, 知能, 職員の子後

評価の順に認められ、社会生活力診断の有効性が検証された。

保育者の精神衛生に関する研究Ⅲ  
一保母・保専学生の生活態度・  
価値意識に関する遂年的追跡研  
究(1)

精研 櫻井 芳郎

(1971年5月, 第24回日本保育学会大会発表論文集  
207—208)

本報では基本的生活態度志向の実態を分析し、保母の過半数が「社会人としての生活」を志向するのに対して保専学生は「家庭中心の生活」志向から「社会人としての生活」志向へ移行し保母にいたる。従来のパターンが変化し、「個人中心の生活」志向へと変容しつつあることを明らかにし、このような最近の保専学生の実態から従来の保母養成が自我の自覚を基礎とした社会的知性の開発にあったか、または、しいられた社会奉仕への盲目的指向にあったかの検討の急務を論じた。

現代青年の社会的価値意識に関する  
考察

一保母・保専学生の生活態度・  
価値意識に関する追跡研究(2)一

精研 櫻井 芳郎

(1971年10月, 第13回日本教育心理学会総会発表論  
文集, 182—183)

本報では「個人中心の生活」「家庭中心の生活」「社会人としての生活」および「日本国民としての生活」の4つの生活を送る場合の態度志向の実態を分析し、保専学生の傾向が大学生に代表される理念的観念的目標志向と勤労青少年にみられる現実的水準での情緒的反応との間にあって多面性をおび複雑化しつつあることを明らかにし、保専学生の職業意識をささえる保母観が価値観の多様化およびそれにともなう価値追求の志向性の多元化などの影響によってゆらいでいることを論じた。

保母および保専学生の社会的価値意  
識に関する追跡的研究

一言語刺激による情緒的反応(1)一

精研 櫻井 芳郎

(1971年11月, 第38回日本応用心理学会大会発表論  
文集, 130)

自由、義務、仕事、奉仕、規則、天皇、愛国心、家庭の8つの刺激語に対する情緒的反応の実態を分析し、保母集団では世代間の差異が認められ、保専学生は勤労保専学生や勤労青少年と異なり福祉系女子大学生との近似性が認められたが、準拠集団ごとの集団的凝固性が目立ち、青年の社会的価値意識の形成におよぼす社会的価値体系の認知のしかたに集団的思考の強さがうかがわれることを明らかにした。

精神活動と心拍変動に関する研究

一心拍の瞬間加速現象について一

精研 高橋 宏, 宝仙高枝 宇佐美智和子

(1971年1月, 精神神経学雑誌, 第73巻第1号52—  
67)

各種の精神状態にある人間の自律神経系変動に関する従来の実験研究を通じて注目してきた心拍の瞬間加速現象(SKG)を紹介し、SKGの出現条件を明らかにするために行なった精神作業実験とその結果を報告したものである。

SKG出現の多少に關与する心拍変動の特性、実験作業のもつ性格、個人的条件などについて考察した。

小都市を中心とした精神障害者の総  
合的診療に関する研究

精研 高橋 宏

(1971年3月, 精神衛生研究, 第19号1—18)

昭和41年度から3年間、厚生省の医療助成補助金の交付をうけて、福島県で行なった「精神障害者の地域総合医療に関する研究」の分担研究報告をもとにして、内容を取捨整理したものである。

研究結果は、(1)地域内に居住する精神障害者、(2)精神病院で外来診療を受けた患者、(3)入院患者の診療と社会復帰の問題、(4)退院患者の追跡調査、(5)在宅患者の訪問調査表の試用、(6)考察からなる。

覚醒と欲求

精研 高橋 宏, 実践女子大 本田 時

雄, 虎の門病院 栗原 雅直, 慶応大 武

正 建一 ジャック・バイヤール他著

(1971年7月, 現代心理学, 第3巻210) 白水社

ポール・フレスとジャン・ピアジェ監修による「実験心理学叢書(原題)」(PUF刊)全9巻のうち第3巻。原題「行動の精神生理学」(Psychophysiology du Comportement)の訳である。

「生理学的指標の利用」, 「覚度のレベルと注意」,  
「欲求」の3章よりなり, 精神生理学的研究の根  
本的理念, 技術, 人間行動の基本的課題である覚度  
(注意)と欲求に関する精神生理学研究における方  
法と知見をまとめた著である。

#### アルコール中毒の診断基準について

精研 高 橋 宏

(1971年10月, シンポジウム「アルコール中毒の現  
況」中・第6回日本アルコール医学会総会講演要旨集  
162-165)

「アルコール中毒」とよばれている状態の概念と  
診断の根拠についての概観と, 昭和45年厚生省の研  
究費により行なった調査「アルコール中毒について」  
の結果を報告し, 考察を加えた。

その調査結果は, 解答者の各専門別毎に, 狭義の  
精神症状, 異常行動および身体症状よりも, 飲酒行  
動にアルコール中毒の特性を認めようとする点に共  
通の傾向が見られた点が注目された。

#### 覚醒状態の脳波学的研究

中 川 泰 彬

(1971年4月, 神経研究の進歩) 医学書院

人間の覚醒状態を脳波学的視野に立って研究した。

#### METABOLISM of T.C.A cycle and related compounds in mouse brain studied with Glucose -U-<sup>14</sup>C

H. NARUSE, M. NAGAYAMA, K. MIYAMOTO

(1971年7月, I.S.N\*, Abstracts of 3rd Inter-  
national Meeting of I.S.N p11 第3回国際神経化  
学会, フタペスト)

脳のエネルギー代謝の分析の新しい技術及びその  
応用結果。

\* International Society of Neurochemistry

#### 脳発達障害の神経化学的研究(2)

成 瀬 浩, 小 松 せ つ

永 山 素 男, 宮 本 侃 治

(1971年10月, 神経化学会, 神経化学別冊 127頁,  
神経化学会総会)

実験的仮死分娩動物の脳の生化学的分析

#### 治療可能な先天性代謝障害のスクリ ーニング

成 瀬 浩

(1972年1月, 日本母性保護医協会, 母性保護医報

260号 6頁)

新しいスクリーニング方法の紹介。

#### 中枢神経系の化学的発育

成 瀬 浩

(1972年1月, 代謝, 9巻2号9頁) 中山書店

脳発達の生化学的分析の結果。一部原著を含めた  
総説。

#### 先天代謝異常の早期発見

成 瀬 浩

(1972年3月, 日本助産婦会, 助産婦26(3) 21頁)

先天代謝異常のスクリーニングの現状。

#### 脳障害と栄養

成 瀬 浩

(印刷中, 吉川春樹編) 朝倉書店

栄養障害による脳発達異常について。生化学的見  
地からの総説 (一部原著)。

A STUDY OF FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS:  
A STUDY UTILIZING THE FAMILY CONSENSUS RORSCHACH

KOJI SUZUKI, Division of Mental Health

(1) In order to clarify the pathology in a schizophrenic patient's family we analyze and examine how the members of a patient's family behave to others both inside and outside the family, by using "Family Consensus Rorschach" developed by our institute.

(2) To carry on this research we performed both Individual Rorschach and Family Consensus Rorschach on 12 schizophrenic patients' families (6 male patients and their parents and 6 female patients and their parents) and 12 control families (six boys and their parents and 6 girls and their parents.)

(3) Various characteristic phenomena were observed among the parents of schizophrenic patients. They were observed not only in their personalities, but in their behavior during the test and especially in their attitudes toward their children. They are as follows:

1) Every one of the family members presented different viewpoints, but they would not try to seek for a point where they could all agree.

2) A person sometimes seemed to agree with others, but this did not mean that he understood the other people's point of view, nor did he encourage them to go on with their point. On the contrary this was to interfere with the others in clarifying their point.

3) Many of the responses took the form of a consensus response, but actually they were not real consensus responses. A conclusion was not often brought forth out of everybody's consent. Rather it was made by one or two person's (mostly parents') opinion, while the other member's (their son's or daughter's) opinion was ignored. Even when a patient and his parents come to an agreement this does not mean they had discussed it well. In many cases they agreed on a conclusion in a hurry as if they were driven by somebody.

4) Each member often stuck to the response he had given and would not try to understand others. Therefore, consensus was never arrived at, and the discussion got stuck with each clinging to his own opinion. Also these responses were often on the low form level.

5) Through the family test, a new response was obtained, which could not be obtained in the individual test. This response did not come out of the procedure of getting a consensus response by the three parties of the control group. Rather it was presented suddenly by an individual, and worked as a hindrance in carrying on the program.

6) Though the parents forced their son or daughter to give his or her opinion, when he or she gave some opinion, they often either denied or ignored it without examining it. They often



gave their own opinion which has nothing to do with their son's or daughter's, so this was not to get a consensus response.

7) The parents sometimes neglected their son or daughter and in the next moment they tried to draw him or her close to them and rely on him or her. They often confuse their son or daughter by refusing him or her at one time and showing affection the next time.

8) Living with such parents the patient cannot be completely independent of them. He sticks to them, sometimes obeying them blindly and sometimes resisting them. In both cases, the parents disappoint him for they cannot understand his real feeling.

9) Sometimes, one of the parents agrees with the patient. But when the other parent disagrees, the parent who has agreed with the patient before begins to take his or her spouse's side.

10) Not only in the case where the mother and the father are very dependent on each other, but in the case where they are antagonistic and untrusting, the two cannot decide anything without each other's agreement.

These are the general characteristics found in the families of the schizophrenic patients obtained by applying "Family Consensus Rorschach". Out of these ten items the first three are easily explained by Wynne and others' theory of "pseudo-mutuality". But items from 4 to 9 are not satisfactorily explained by the above theory. Insisting on one's own response, suddenly presenting a new response, confusing the situation, and hurting his son or daughter; or confusing his son or daughter by presenting two opposing attitudes, thinking only about his own interest and ignoring his son or daughter. These phenomena are difficult to explain by family equilibrium. The phenomena are too individual and self-centered to be categorized as behavior aiming for family equilibrium.

Bowen notices a symbiotic relation between mother and child, and says an immature mother tries to cover up her immaturity by paying attention to her child's immaturity. Items 7 and 8 given above may be good examples of this. But there are quite a few cases where such a phenomenon is not noticed, and items 4 and 5 may be better explained as anxiety an individual has in his inner self, and not as a problem of relationship with others.

Bateson introduces "double-bind hypothesis" where he emphasizes the fact that a mother's attitude becomes a serious obstacle in her son's or daughter's development of thinking ability. Items 7 to 9 seem to support the hypothesis. On the other hand, however, there are quite a few parents who reject or show cold and aloof attitudes to their sons or daughters.

The various phenomena we got through "the Family Consensus Rorschach" show there is a strong sense of anxiety underneath the examinees. They are busy to defending themselves against breaking up, so there is no room for them to think of others. Having contact with other people intensifies this feeling of anxiety. We regard this feeling of anxiety as the cause of the above mentioned phenomena.

A. STUDY OF THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS:  
II. DIFFERENCES BETWEEN THE CHARACTERISTIC FEATURES FOUND IN  
THE PARENTS OF MALE PATIENTS AND THOSE OF FEMALE PATIENTS.

TAKESHI TAKATOMI, Division of Eugenics, KOJI SUZUKI, Division of  
Mental Health, HISAKO DENDO, Division of Mental Health

(1) We gave "the Family Consensus Rorschach" to 6 schizophrenic male patients and 6 schizophrenic female patients and their families. The analysis of the result revealed the fact that they are divided into two types based on their syndromes and their relationship with their parents.

(2) Type I includes atypical schizophrenics whose mental symptom is neurotic, while Type II includes more typical patients.

(3) However, concerning the family relationship, there is a great difference between the male patients and the female patients of Type I.

a-1 In a female patient's family, repulsion between mother and daughter is noticed. They seem to be in rivalry with father in between. In most cases the daughter is defeated by her mother. The rivalry is expressed not only by the daughter, but also by the mother who rejects her daughter through severe rejection.

a-2 The cause for the above mentioned phenomenon seems as follows: Originally the mother and the daughter are alike in sensation, perception of and emotional reaction to the stimuli in the outer world. But the mother has changed intellectually a feeling of disgust into a feeling of pleasure. So the mother's feeling and the daughter's feeling toward certain things become opposite, which gives the two intense anxiety. (When choosing the most liked or disliked card, they chose the same card and have the same image in the same location; the mother chooses it however, as the most liked card, while the daughter chooses it as the most disliked card.)

a-3 For a female patient, however, the most important person is her father. A girl of the Type I may realize, at certain period, the incompetency of her father (who has been an absolute authority to her). Thus she suffers two antagonistic feelings: the feeling of dependence on her father and the feeling of disgust and frustration by realizing he isn't dependable. This seems to cause derealization or delusion of being loved.

In other words the characteristic of a female patient is "looking for someone to depend upon." Then the time comes when both mother and daughter can not be satisfied. While the mother tries to get her satisfaction in religion or hobbies, the daughter tries to find it directly in her father, and thus gets frustrated.

a-4 We can also say that schizophrenic patients face the problem very late while normal persons solve the problem at an earlier period. It is neurotic because the antagonism between the two generations exists even when they become adult.

b-1 In a male patient's family, the most characteristic feature is the father's authoritative and strict educational attitude. The son has not been able to rebel against this attitude.

b-2 While the father is the most important person for a girl, the mother is the most important person for a boy patient. In order for a boy to grow up not overwhelmed by the authority, mother's care and encouragement are indispensable factors. But in the mothers of the Type I boys such factors are lacking.

b-3 The boys have grown up as obedient "good boys" without experiencing a rebellious period. But now they are struggling against authority, mainly represented by the fathers. Their compulsiveness is regarded as its main symptom.

Between the parents of a Type I patient there seems to be no disharmony. They are dependent upon each other, but this dependence is not complementary. They are experiencing some discontent.

(4) With a Type II family, the parents ignore their son or daughter. The parents in Type II are all psychopathologically deviated. Moreover, they have been disharmonious for a long time. Their son or daughter is a victim of such a relationship. In this case, however, there is some difference between the boys and the girls.

a-1 The girls have been and are still thought little of and neglected as odd person in the family.

b-1 Boys are attached by their mothers in a "double-binded" way.

In raising children Japan has some features different from the Western countries. In the latter countries families are centered around the husband-wife relationship. Children's personalities have always been respected. They grow up learning to live separate from and independent of their parents. In our country the families are centered around the parent-children relationship and there have been great differences between the bringing up of girls and that of boys. Boys rely on their mothers and overcome fathers' authority helped by the mothers' protection and encouragement, while girls grow up with their fathers as persons to depend upon.

In other words in our country sexuality, which has been emphasized by the classic psychoanalytic theory, does not seem to play an important role. The father's authority for boys and the mother's love for girls are the most important factors.

Standing on this point of view, we find a great shortcoming in the families of schizophrenic patients. Therefore, when we deal with schizophrenic patients, we have to look into the characteristic features of their families with consideration to their sex. Thus will we be able to provide treatment appropriate to each case.

## A STUDY ON SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS DISTURBING HUMAN GROWTH OF THE YOUTH OF THE PRESENT TIME

— A Follow up Study on Consciousness of Social Value

among Nursery Teachers and Students in The Training Schools —

YOSHIRO SAKURAI, Division of Socio-environmental Research

They say that today is a fluctuating period of social value system and because of the diversification of views of value, conflict among generations is conspicuous. In order to direct the education aiming at promotion of human growth of the youth under these circumstances, it is necessary to make clear the social and psychological factors in advance, disturbing human growth of the youth.

From this point of view, we have called the consciousness of social value among the youth into question. Main objects of our study were nursery teachers and students in The training schools for nursery teacher. We have also chosen, as a control group, students in social welfare course of the college and working youth. The total number of the objects was 1,209.

The result of our study is as follows:

As to the basic life attitude, the majority of the nursery teachers has the attitude directing intention to society-centered life; the working youth has the attitude directing intention to family-centered life; the students in social welfare course were divided into two directions intentioned to individual centered life or to society centered life. Thus, diversification and the congelation into any group were recognized as the basic life attitude among the youth.

Under these tendencies, the basic life attitude of the students in The training Schools for nursery teacher is changing—from the conventional pattern of attitude, that is proceeding “from the attitude directing intention to family centered life to society centered life, and becoming nursery teachers”, toward “the attitude directing intention to individual life”.

As to the direction of the life attitude, a change of consciousness of the vocation is seen in the nursery teachers according to the periods of their experiences, while the students in The training Schools for nursery teacher are wandering between idealistic object intentioned pattern seen among the students in social welfare course of the college and the realistic and emotional reaction pattern seen in working youth.

Regarding the emotional reaction to linguistic stimulus, the nursery teachers reveal the difference among their generations; the students show the similarity to the students in social welfare course of the college, the congelation to each group they belong is striking and the influence of group-thinking is presented.

The results of our survey suggest the necessity of criticizing and reconsidering the role and function of the nursery teacher, and the method of training them.

## A PRELIMINARY REPORT ON GROUP PSYCHOTHERAPY IN A REHABILITATION CENTER FOR THE PHYSICALLY AND MENTALLY HANDICAPPED

YOSHIKO IKEDA, M.D., Division of Child Mental Health  
TERUKO KANEHIRA, SETSUKO FURUMAKI, YUMIKO SHINNO,  
MAYU NAKAMURA and NAOKO KIMISHIMA

### Summary

Tokyo Metropolitan Rehabilitation Center was established in 1968 in order to give various services to the physically and mentally handicapped, including medical, psychological and social welfare services.

Rehabilitation Institute for the Physically Handicapped (Residential Training Center) was established later in 1970, to handle a part of their service, including evaluation, treatment and training.

The physically handicapped stayed there temporarily at longest one year, in order to receive a detailed examination from various aspects and also training, such as prevocational, ADL, physical, occupational and speech etc.

The treatment and training was conducted by a rehabilitation team which consisted of psychiatrist, psychologist, occupational therapist, physical therapist, social worker and physicians.

A part of Rehabilitation Institute for the Physically Handicapped was a so-called "Dormitory". If necessary, out-patients of the Center stayed there for a short time, either individually or as a group, or with their parents, and received medical and psychological evaluation and short-term intensive training.

Generally speaking, the physically handicapped suffered from feelings of physical and psychological inadequacy, frustration, anxiety and social hunger. In order to adjust themselves to the needs of society, they have to alleviate anxiety and heighten motivation for training and rehabilitation.

For these purposes, our team conducted group psychotherapy with the physically handicapped who were admitted to the Rehabilitation Institute in 1971.

They were individually interviewed and evaluated. The following points were carefully considered, namely, age, sex, degree of mental retardation or dementia, ability of verbal communication, attitudes toward their own disabilities, motivation for training and rehabilitation and psychological vigour etc.

Although some of them had speech difficulties, among them one with aphasia, the method of therapy was interview group psychotherapy.

All patients were divided into four groups, (three male and one female). The session lasted one hour, per weekly and continued in total six months. The therapist was a female psychologist. A female social worker joined group 1, as a cotherapist. After each session, the group process was reviewed and discussed by a team, with the aid of movie, video-tape and tape-recording machine. An experienced psychiatrist worked as a consultant in group psychotherapy.

#### Group 1.

Group 1 consisted of nine cerebral palsied boys who were high teens or in early twenties. All of them were students or graduates of special schools for the physically handicapped (senior high school grade). The group was a very homogeneous one. All of them of middle class families were overprotected by their parents and had inborn handicaps in various grades, including severe speech difficulties.

Since their previous world was very narrow, they received great initial shock when they entered the institute and met more intelligent, experienced older patients. The atmosphere of group 1 was intimate. Each of them was emotionally involved in the group. They were dependent on two therapists. Siblings and identification transference was clearly observed. At times, they acted out. They openly criticized each other. But at the same time, they tried to encourage each other and to lift up the group mores. Contagion of feelings and abreaction took place frequently.

Six months later, although their ability to test reality was not so high, in many respects they manifested behavioral changes at home and in the institute. And their motivation for rehabilitation heightened. Apparently group experience gave them the opportunity to learn and to receive stimulation.

#### Group II.

In this rehabilitation institute, the members of this group were so-called the "elite". Receiving relatively high education, they formerly held highly evaluated positions with good income. But their sudden accidents or diseases made them physically handicapped.

Four of them had spinal injuries. Five of them used the wheel-chair. In general, their psychological function was intact and most of them spoke without difficulty.

In the beginning, the group was silent and reserved. They exhibited their resistance indirectly by exchanging sexual jokes or by silence. When they began to open up, the following mechanisms, such as, intellectualization, universalization and so-called "spectator therapy" were observed. They tended to point out that they could not understand each other unless they had the same physical handicaps. They formed minority groups among themselves, according to their dysfunctions, and tried to build a fortress around themselves. Later on, they began to realize that they resented the prejudice of the public against themselves,

but also they in their turn had prejudice against other members who had different kind of handicaps.

#### Group III.

Members of group III were nine patients who had suffered from cerebrovascular disorders, all except one suffered from progressive atrophy of muscles. Regarding age, this was "the eldest group". By and large, their intellectual functions were severely impaired. Speech difficulty was conspicuous. All of them had family conflicts. They could not take the role of father or of husband. As the result, they faced the problems of divorce or separation. As soon as the group started, members showed great pleasure in belonging to the group. They emphasized the fact that they were in the same boat. They immediately expressed anxiety as to recurrence or aggravation of their diseases and of being abandoned by their wives. Interaction in the group was not deep. They were observed to exchange rather superficial advices among themselves. Even when the therapist was absent or on holidays, they kept meeting together. Some members accepted this therapy group as a speech training group. In fact they encouraged each other to speak out loudly in front of other people.

#### Group IV.

Because of the small ratio, all female members belonged to one group. Therefore, age, the nature of diseases or injuries, social and educational backgrounds varied greatly. Some of them stayed only for a short time and new members came in constantly. For a few young members, this institutionalization was very helpful making them independent. Generally speaking, however, the motivation of female members for rehabilitation was lower than other male groups. Most of them were quite dependent on their families or authorities. They did not change their attitudes or expectations. They tended to refuse to face reality.

#### Group V.

Group V had seven mentally deficient girls whose I.Q. ranged from 50 to 60. Despite their low intelligence, they were forced to go to ordinary junior or senior high schools. One of them graduated from womens' college. Having strong inferiority feelings, they spent rather monotoneous lives at home. They had neither friends nor social contact. The group was a kind of training or educational group with the nature of a social club. In the beginning, the group was inactive. But after attending training camp held in a dormitory twice, they gradually became friendly and active. Their favorite subject was cocking. Interest and curiosity developed to some extent.

Mothers of these girls met each week with another therapist and they began to understand the problems of their daughters and to correct their biased expectations.

## A STUDY OF SCHOOL PHOBIA (1)

— Courses and Present States of Chronic Cases —

MICHIKO YAMAZAKI, Division of Child Mental Health

This paper will describe the present states related to school and social contacts outside family and family living; and the courses from the occurrence of school refusal up to the present of mainly 20 chronic school phobic children whose school refusal periods ranged from 1 to 10 years, at a mean interval of 4.5 years following their initial clinic contacts.

In 11 cases, each family had a school refusal child and in other 9 cases, each family had two or more than two school refusal children. I called the former "the first group" and the latter "the second group".

Sex distinction, sibling orders, school refusal patterns, school grades at occurrence, school grades at their initial clinic contacts, periods of school refusal, concerning the hospitalization or institutionalization, the present states related to school and social living were studied and these were compared the first group with the second group.

The results were: Concerning the sibling orders, the only child was 4, the youngest one was 5 and the other ones were 2 in the first group and the youngest one was 7 and the other ones were 2 in the second group. In total, the youngest child was 12 among 20.

Concerning the school grades at occurrence of school refusal, in the first group, lower grades in primary school were major and in the second group, higher grades in primary school were major.

The study by Umegaki compared school grades at occurrence with rates of later adjustment. The results were as follows: 100% in kindergarten group, 90% in lower grades in primary school, 65.8% in higher grades in primary school, 65.9% in junior high school and 72% in senior high school.

Tatara classified typical stages of the symptom formation into four: 1) The stage of simple reaction 2) The stage of rationalization 3) The stage of obsessive fear 4) The stage of high level of rationalization

He indicated that in lower grades of primary school, first stage would emerge mostly, and in higher grades of primary school, second stage and third stage would emerge mostly. Tatara explains the third stage as follows: This stage has the relation with the family relationship. The child is dominant toward the parents. When the parents make him attend school, he gets panicky and shows obsessive fear at school. The parents submit to him in order to calm this panic. In this situation, the tension and the conflict become more and more and the child does not discharge this tension.



It would be a relation with the bad prognosis that most of the children of the second group adopted the mechanism of Tataru's third stage.

Children in good prognosis were 4, that is; 2 were in junior high school and the other 2 were in senior high school. In two junior high school cases, the school grades at occurrence of the school refusal were in lower grades of primary school and were at Tataru's first stage.

Leventhal and Sills describe as follows: Regardless of other features, what is relevant to the school refusal behavior is that these children commonly overvalue themselves and their achievements and then try to hold onto their unrealistic self-image, when this is threatened in the school situation.

I support the above belief of Leventhal and Sills, so I think that it is very important that the children recover from their unrealistic self-image for return to school.

Some of the first group, such as no.9 and 11 were in the first stage at the occurrence of the school refusal. In these cases, the children failed in coping with crisis situation in the entrance to school.

Two senior high school boys became champions of marathon or pingpong in junior high school, so they were recognized among class-mates and their self-confidence was recovered.

During the long courses of their school refusal, sometimes teachers, workers, or therapists helped to the cases very earnestly, but the children's parents had rarely crisis feelings, so they were submissive to them. Therefore, whenever the workers or teachers withdrew from them, the parents tended to stop their efforts for the children or whenever the children become refusing others' help, parents also tended to refuse them.

This circulating mechanism tends to make them chronic school refusal. Some of these children had an experience of hospitalization or institutionalization and most of them had good adaptation there, but immediately after they returned home, their problems emerged again. This phenomenon would suggest the influence of the family pathology.

Observing the present living states of these children, 11 out of 20 children were in the states of the third group in the classification by Coolidge, Brodie and Feeney. They describe the characteristics of the third group as follows: It contains only those children and young adults who are at a serious impasse in all areas of life or who have given up realistic attempts to move into psychological adulthood. We have not included in this group children who appeared to be moving through a transient adolescent turmoil, or those temporarily regressing in one area while progressing in others.

11 of 20 children who are subjects of this paper do not have any contacts outside family. They have no friends, do not have any contacts with school, have no job or desire to work. They keep themselves indoors and rarely go out. They live upon their parents and they do not have any preparation for attaining adulthood.

Coolidge, Brodie, Feeney describe that some of these children reemerge as wards of the community in later life when admitted to state hospitals or other public agencies, either with psychotic illness or complete helplessness following the death of parents or the loss of supporting figures.

I will continue to follow up these cases in the future. Next time I will examine these chronic cases containing the first group and the second group from the viewpoint of family pathology.

## A STUDY ON THERAPEUTIC GROUP ACTIVITY FOR MENTALLY RETARDED CHILDREN

M. IIDA, S. KANNO, Division of Mental Deficiency,  
M. SEKIGAWA, K. KANEIYA K. TANAKA, G. FUJISHIMA

For the purpose to promote the social adaptability of the Mentally Retarded, it is important that their parents are guided carefully and the retarded children are treated therapeutic from early infant time.

A study on the educational therapy for retarded children in preschool age and on the guidance for their parents was attempted at day care center of this institute, from 1967 to 1971.

Parents were guided to promote understanding the basic characteristics of mentally retarded, especially of children's ability of the logical understanding, and of children's ability of the practical and intuitive understanding etc.

In the guidance for parents concrete cases were explained and abstract explanation was avoided.

The contents of therapeutic activity for mental retarded children were training for the kinetic function, group play therapy and the musical play.

Training for the kinetic function was advanced step by step according to the ability level of each child. The active participation of children to the training was secured through this method and it was not necessary that the therapeutic staffs took direct approaches to them.

In group playtherapy some small groups among children appeared spontaneously through the play of housekeeping, but in most of the other plays they played alone, if therapists did not intervene.

The toys or play materials which have the function to develop the contents of play were liked by them very much, on the other hand the toys or play materials which were beyond their ability or were limited in the manipulation were not liked by them.

To express music into action two ways were adopted, namely to express rythme into action and to express melody into action. To express rythme into action was understood by them easily, but to understand to express melody into action, especially to express the emotion, was difficult.

The staffmeetings for the study on the activity contents were held every day after day's activities, the activities which the contents were undesirable, were reformed or changed according to the necessity.

Some unconscious, customary and undesirable attitudes of the staff to wards children were found in the activities, for example, as a therapist aided the child without any intention, when a child was making effort by himself to keep his balance on a stand. Such attitudes of staff as mentioned above were corrected through the discussion in the staff-meeting.

Each program of the activities was prepared in each room, and children moved from one room to another room according to the change of program. This method seemed to be effective to introduce the children from a program to the next.

For the record and the evaluation of the activities a behaviorological method was adopted. This method is as follows:

The movements of children are recorded in the 8mm film by memo-motion-camera. (Fig. 27 )

The record of the sites of children's movements have been put into the form of a XY diagram (It is demonstrated on Fig. 39, 40, 41, 42 )

We are able to put this diagram into the form of ellipse through a statistical management. (It is described on page )

This method has a strong point that the change of the sites of children's movements is expressed in the symple form of the ellipse, but has a weak point that we are not able to express the factor of quality of the behavior.

## ANTHROPOPHOBIACS IN A SOCIAL CLUB; A THORETICAL REPORT ON THE ABNORMAL SOCIABILITY OF THE ANTHROPOPHOBIA (TAIJIN-KYOFU SHO).

TOORU TAKAHASHI, Division of Mental Health

(1) Two years ago, a social club happened to be organized voluntarily by several ex-patients from a therapeutic institute for "timids" and "stammerers" in Tokyo. The initiate members were all those who had suffered from severe neurotic manifestations closely related to the anthropophobia and restored somewhat by a didactic psychotherapy at the institute. They aimed at overcoming their own retiring tendency through the circle activities and invited other ex-patients to participate in the club. The club grew larger and larger. The number of the members mounts to about sixty, one third of which are, however, those of stammerers who have been acquainted with anthropophobic members at the institue. Nevertheless, almost all members show more or less disturbed sociability especially anthropophobic features and half the total members are obvious anthropophobiacs. Thus, the club is organized by, so to speak, fellow sufferers and forms a small society.

The activity program of the club is rather mediocre; a monthly excursion, a formal meeting monthly held, publishing a monthly pamphlet, and free discussion programs held in the evening at the club office twice or three times every week are spontaneously brought about. Interacting with other members, they have cultivated their membership to the club and learned to develop their potential sociability. A following episode reveals a moment and an effective process of restoration of the healthy sociability of members; —

[ After one year of activities, the club met a first crisis. At that time the number of members reached about thirty, then the subgroup formation happened to be brought about; the club dissolved into subgroups including three to ten members. Anthropophobiacs as they were, they preferred to belong to these more intimate subgroups, whereas they kept aloof from the formal meeting which engendered sometimes overwhelming uneasy atmosphere. When the crisis attained to the point where the members had to decide whether they break up the club or they reorganize it, they showed a remarkable change in their attitude. Having overcome to the oppressing uneasiness at the meeting, they created an atmosphere of unio mystico with participating in the discussion. Then they reaffirmed that they all belonged to the same and their own society. We find here a therapeutic double bind situation spontaneously created. That is the decision by the members of break up their own club or not which constitutes itself an endless game (a double bind situation) where the members' potential sociability has been actualized. ]

(II) A voluminous "memoire" written by an anthropophobiac member as well as our finding through participant observations on the activities of the club members indicate a characteristic feature of the anthropophobiac members. They are too sensitive to delicate

modulations of the relationship especially when they find themselves being with others not so particularly intimate; thus, they fail to adapt themselves adequately to changing tones of the atmosphere created in such a situation; for them the relationship with others becomes more and more uncertain; they become aware of the prominent split between the relationship aspect and the content aspect in the communication which engender overwhelming fears of being with others (Taijin-kyofu).

We should like to denote such an abnormal sociability that obliges the subject to create, and thus participate in, a situational uneasiness as the anthropophobic sociability. A further clarification of this abnormal sociability will be discussed at the next report.

## ATTITUDES TOWARD MENTAL ILL-HEALTH IN A CHANGING COMMUNITY

— A Survey in Gyotoku- and Minamigyotoku-districts in Ichikawa-city —

KAZUKO SAITO, Division of Eugenics and HIROTO SATAKE

Since 1968, as a special research project of Ministry of Health and Welfare, we are carrying out a community mental health program in Gyotoku- and Minamigyotoku-districts in Ichikawa-city.

This study is a part of this program.

Its aims are to make clear how and by what the people recognize the mentally disorders, to confirm their tolerance to live together with them in the community and to realise the dynamics of relation between these attitudes of the people and the community characteristics such as historical and cultural background, economical structure and ethos of the people.

Gyotoku and Minamigyotoku are situated very closely to the metropolis, Tokyo, used to be a salt farm, and until recent time they were half-fishing and half-agricultural villages bordering Tokyo bay. But in these few years urbanization had took place with the new construction of suburban subway.

The method of the survey is inquiring and free answering method. Intending to ask the understanding of the people not only on the intellectual level but on the emotional level, and their real feelings against the mentally disorders, we did offer neither specially arranged cases nor prepared situations.

We just asked if they know any person who was supposed to have some mental problem. And the following inquiries were made about this supposed mentally disorders. That is, the inquiries were based on their own images about the mental problems or mentally disorderd person.

The inquiries were as follows:

1. (as a introduction) What is the most important subject of living in this community?
2. Do you know any person in the Community who is supposed to have some mental problem (or to be mental disorder), and why do you think so?
3. What do you think about the cause or the reason of that problem (or of that mental disorder)?
4. How do you think of or feel with that person?
5. What, you think, should be done for that person, and by whom?
6. (as appending inquiries) Is there, you think, any problem with alcohol?
7. (as appending inquiries) Is there, you think, any problem with aged people?

The interviewers were social-workers and clinical psychologists.

The period of the survey was two weeks in July in 1970.

The number of the object was 253, selected by random sampling. Among them, the number of the people whom we were able to meet was 132, and 64 out of that could answer who were the problematical persons.

We discussed the result of each inquiry and evaluated the tolerance by 5 grades; highly tolerated, tolerated, neutral, rejective, highly rejective.

The districts are separated in three parts; Minamiyotoku where is rather fishing area and the grade of urbanization is stronger than in other two parts, central Gyotoku where is rather agricultural and shopping area, and eastern Gyotoku where is agricultural area.

The result of the evaluation of the tolerance is supportable for our previous hypothesis that the people of these districts would be tolerate with mentally disorderd persons and that the degree of tolerance would be decreased with the advance of urbanization.

That is, as a total, 30 out of 64 (46.9 per cent) are "highly tolerated" and "tolerated", 20(31.1 per cent) are "highly rejective" and "rejective", 14(22.0 per cent) are "neutral". That is, about 70 per cent of the people accept the mentally disorderd persons living in the community.

As regards the differences of the districts, the people of central and eastern Gyotoku are more tolerated than those in Minamiyotoku. That is, in the former, 21 out of 34(61.8per cent) are "highly tolerated" and "tolerated", 5(14.7 per cent) are "highly rejective" and "rejective", 8(23.5 per cent) are "neutral," about 85 per cent accept the mentally disorderd persons living in the community, and in the latter, 9 out of 30 (30.0 per cent) are "highly tolerated" and "tolerated", 15 (50.0 per cent) are "highly rejective" and "rejective", 6 (20.0 per cent) are "neutral" about 50 per cent accept the mentally disorderd.



## TRIAL CONSTRUCTION OF JAPANESE INPATIENT'S ROLE CONCEPTION INVENTORY IN MENTAL HOSPITALS

KAZUO YAMAMOTO, Division of Eugenics

NOBUKO YAMADA

The purpose of this paper is to construct Japanese role conception inventory for inpatients in mental hospitals. The inventory has 69 items which were selected by clinical psychologists working in mental hospitals as group therapist and psychotherapist.

The factor analysis was used to analyze the factor structure of this inventory based on the responses to these items of one hundred inpatients in a mental hospital.

Thus twelve factors were extracted and interpreted in regard to both role-issues and role-conceptions. There are :

Factor I, "How do you feel about the attitude of hospital staff toward patients?" — "I feel unsatisfactory to the attitude of hospital staff." vs. "I feel that the hospital staffs are very kind to patients."

Factor II, "Is the hospital adequate to your treatment?" — "The hospital is not adequate to my treatment". vs. "The hospital is adequate to my treatment."

Factor III, "How do you feel about yourself?" — "I feel I can not help for myself and I am worst."

Factor IV, "What do you need to recover?"—"I need mental support except medical care."

Factor V, "How do you think of recreational and occupational therapy? " — "Those are not effective for recovery." vs. "Those are effective for recovery".

Factor VI, "Do you hope much from the hospital?" — "I do not hope for anything from the hospital and I do not want to identify to other patients".

Factor VII, What is better for resoulving your problem positively? — "It is needed that hospital staff have much interests in my problem except mental disorder and encourage me to face my problem."

Factor IX, "What attitude do you have toward your sickness?" — "I do not want to be concerned in sickness because my sickness is cureless".

Factor X. "How do you like to stay in the mental hospital?" — "I would like to stay with other patients in recreation and other programs of the hospital". vs. "I want to be let me alone."

Factor XI, "What do you need to the hospital?" — "I need strictly controlled care system and medical treatment".

Factor XII, "What is better to cure your sickness?" — "It is better for me to look at my own private trouble and character and to concentrate my attention on one thing".

Comparing with the role conception inventory made by Levinson and Gallagher (1964), we discuss that our Japanese role conception inventory is more adequate to clinical use for grasping individual need and perception of patient's role.

## 編 集 後 記

ながすぎた春どころではなく、盛夏の刊行になってしまいましたこと、編集子として申し訳なく思っています。当初の編集委員の一人が転任したことも遅れの一因ですが、いずれにしても47年度版のときは、もう少し計画通りにやるつもりです。

編集を終えて感じたことですが、編集委員が論文の表現、表題、英文などにどこまで介入してよいかがあいまいなので少し困ったこと、生物科学系の論文がなく内容が人文、社会科学系に偏っていて紀要が所の研究動向を必ずしも全体的に反映していないことに多少のこだわりが残ること、できれば各論文の冒頭に要約を載せたかったことなどでした。これらは次号編集の課題にしたいと思います。

1972. 7. 24

第20号編集委員 村瀬 孝雄  
                  斉藤 和子  
                  山口 節郎

### 精 神 衛 生 研 究

—第20号—

編集責任者	村瀬 孝雄 山口 節郎 斉藤 和子
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台1丁目7番3号 電話 市川 (0473) ㊟0141
印刷所	株式会社 弘 文 社 千葉県市川市市川南2-7-2 電話 市川 (0473) ㊟5977 (代表)

JOURNAL  
of  
MENTAL HEALTH

---

Number 20 March 1972

---

Contents

A study of families of schizophrenic patients —A study utilizing the Family Consensus Rorschach— ..... <i>K. Suzuki</i> .....	1
A study of families of schizophrenic patients: II. Differences between the character- istic features found in the parents of male patients and those of female patients. ..... <i>T. Takatomi, K. Suzuki, H. Dendo</i> .....	41
A Study on the Social and Psychological Factors disturbing Human Growth of the Youth of the Present Time —A Follow up Study on Consciousness of Social Value among Nursery Teachers and Students in the Training Schools— ..... <i>Y. Sakurai</i> .....	77
A Preliminary Report on Group Psychotherapy in a Rehabilitation Center for the Men- tally and Physically Handicapped. ..... <i>Y. Ikeda, M. D., T. Kanehira, S. Furumaki, Y. Shinno, M. Nakamura</i> <i>N. Kamishima, T. Furuta</i> .....	97
A Study of School Phobia —Courses and Present States of Chronic Cases— ..... <i>M. Yamazaki</i> .....	121
A Study on Promotional Activity for Social Adaptability of the Mentally Retarded —Children's Group— ..... <i>M. Iida, M. D., S. Kanno, G. Fujisima, K. Kaneoya, M. Sekigawa</i> <i>S. Kawabe, K. Tanaka</i> .....	145
Anthropophobiacs in a Social Club —A Theoretical Report on the Abnormal Sociability of The Anthropophobia — ..... <i>T. Takahashi</i> .....	181
Attitudes toward Mental Ill-health in a Changing Community —A Study in Gyotoku- and Minamigyotoku-districts in Ichikawa-city— ..... <i>K. Saito, H. Satake</i> .....	193
Trial Construction of Japanese inpatients' role conception inventory in mental hospitals. ..... <i>K. Yamamoto, N. Yamada</i> .....	229
List of Research Works .....	245
English Abstracts .....	257