

精神衛生研究

第 8 号

昭和 35 年

内 容

原 著

- 男性同性愛の臨床的研究
.....加藤正明, 片口安史, 田頭寿子..... 1
- 学校恐怖症の研究
.....鷺見たえ子, 玉井収介, 小林育子.....27

展 望

- 米国における集団心理療法の現況について
.....池 田 由 子.....57
- クライアント中心療法の最近の発展
.....佐 治 守 夫.....64

資 料

- 社会精神医学とコミュニティの態度
.....加 藤 正 明.....76
- 産業精神衛生研究の発展
.....横 山 定 雄.....91

英文抄録.....96

所員研究業績一覧..... 100

所 報..... 106

原 著

男性同性愛の臨床的研究*

加藤正明** 片口安史 田頭寿子

(国立精神衛生研究所心理学部)

1. ま え が き

H. Ellis, Hirshfeld 以来、一般人口の2ないし4%に見出されるといわれる同性愛の問題は、精神衛生の重要な課題として古くから欧米で注目されてきた。とくに同性愛を犯罪として処罰している諸国では同性愛犯罪の問題は法理論的にも重要課題とされている。例えば英国では、1957年に王室委員会による「同性愛犯罪および売春に関する委員会報告」が編集出版され、国会にも提出されている。この委員会は Sir John Wolfenden を委員長とする15人の委員によって構成され、8,046ポンドの予算が与えられている。委員会報告²⁵⁾(いわゆる Wolfenden 報告書)の結論として、私的な同意の成人間の同性愛行為は犯罪ではないこと、「同意」および「私的」という定義は、成人間の異性愛行為におけると同様の規準によること、成人とは21才以上とすることなど、15項目にわたり、とくに同性愛が疾患であり治療可能であることを強調している。アメリカでは同性愛取締法規が州によって異なるが、1948年ニューヨーク州立法議会で、性犯罪の原因、予防および治療に関する委員会がつくられ、1950年に第1回報告があったが、それによると性犯罪者を1日だけ釈放し、精神科医の診断によって仮出獄を決定するという方法がとられている。

ここでまず問題になるのは同性愛の定義である。Max Marcuse 編「性科学辞典」(1923)にA. Kronfeld が同性愛の項を担当しているが¹⁸⁾、これによると Westphal は *konträre Sexuale Empfindung* とよび、Kraft-Ebing は *sexuelles Irresein* にいれているが、正しくは性倒錯 *perversion* ではなくて、性対象倒錯 *inversion* である。Hirshfeld によれば真性同性愛が一般人口の0.8ないし2.2%、両性同性愛が2.5%から4%、Kinsey 報告¹⁶⁾では真性同性愛が4%、機会的同性愛を含めると37%に達しているとされ、性欲異常のうち、もっとも多いものであろう。従って古くは Kraft-Ebing, Havelock Ellis, S. Freud, Stekel, 最近では Chapiro, Allen,¹⁾ Bergler³⁾ など、精神分析ないしはその方向づけに立

* Clinical Study of Male Homosexuality

** MASAOKI KATO, YASUBUMI KATAGUCHI and HISAKO DENDO (Department of Psychology, National Institute of Mental Health)

っ研究のみならず M. Boss,⁴⁾ V. E.U. Gebattel^{9) 10)} などの実存分析の立場からの著作があり、Boss のいうように「その本質を理論的かつ一義的に規定しようと試みた見方はこの二つの見地しかない」といってよいであろう。

日本では徳川時代に稚児愛が受け入れられ、明治 30 年頃の学生間に代償的同性愛が多かったことは F. Krauss¹⁹⁾ や巖谷季雄²⁶⁾ の論文でも明かである。ことに巖谷は武士階級の男尊女卑の風潮から南日本に伝統的に存在した同性愛について、1902 年に独文で発表し注目をひいている。欧米ではギリシヤ時代を除き、同性愛は倫理的法律的に厳禁され、とくに英国では 1885 年修正刑法第 6 条によって Oscar Wild が投獄され、「獄中記」が生れたことは周知のことである。第 1 次大戦後のドイツでは同性愛者が増えたといわれるが、アメリカでも 1947 年に McPartland が同性愛者の増大について警告を発している。日本の現状は詳かでないが、いまだかつて法律的統制を受けたこともなければ、法的統制が問題になったこともない点からみても、かなりの数に存在することは想像される。こういう文化的社会的な相違が、同性愛者の発生やその態度に影響していることはほぼ間違いない。

以下に述べようとする男性同性愛に関する考察は、これらの文化社会的背景を考慮しつつ、症候論、発生論および治療の可能性に言及しようとするものである。

2. 研究対象の概要

対象となった男性同性愛者は 25 名で、すべて精神衛生研究所相談室を訪れたものである。初診時年齢では、20 代 14 名、30 代 10 名、40 代 1 名、結婚状態は未婚 19 名、既婚 5 名、離婚 1 名。供述による初発年齢は 6~12 才 4 名、12~18 才 18 名、不明 3 名、教育程度は中卒（旧高小）以下 8 名、新制高校（旧中卒）10 名、大学卒 7 名となっている。すなわち、年齢的には 20~30 代がほとんどであり、従って大部分が未婚、初発年齢は 12~18 才が大部分であり、教育程度は高校以上が多かった。そのほか、居住地は 16 名が東京で他も近県であり、職業別では 14 名が会社官庁勤務、大学生 4 名、そのほか画家、ラジオ商、建築業、シナリオ・ライター、菓子商、文房具店員などで、とくに著しい特徴はなかった。

25 名のうち、22 名が自から自発的に治療を求めて来所し、父に強制されたもの 1 名、上役の強制によるもの 2 名のみが自発的ではなかった。しかし自発的に治療を求めたとはいえ、22 名のうち、9 名は結婚せざるを得ない状況に追いこまれたものであり、4 名は結婚後離婚問題が起ったため治療意欲が生じたものであって、自から内心の葛藤として問題にしてきたものは 9 名に過ぎない。

この治療への意欲に関連して、面接回数は 3 回以下 8 名、4—9 回 7 名、10 回以上 19 回 7 名、20 回以上 3 名（最高 35 回）であった。なお面接は週 1 回 1 時間を原則とし、対面または自由連想法を用いた。25 名中治療を終結したといえるものは 7 名のみで、このうち離婚決定とともに自から終結を申出たもの 1 名、結婚決定により自から終結を希望してきたもの 2 名

暫く中断したのち、結婚したが妊娠したといってきたうえ自から終結したもの1名であった。精神療法のすべてに共通することであるが、治療の終結の時期は、とくに同性愛者では決定し難いことが多い。

以上の大要を表記すると第1表の如くである。

第1表 事例の概要

事例	年齢	結婚	住所	職業	治療意欲	教育	初発	経過	面接回数
第1例 A. T.	26	未	東京	会社員	自発的, 結婚切迫	大学卒	小学4年	治療3カ月で終結, 結婚	8
第2例 U. S.	36	未	東京	技師	自発的, 結婚切迫	旧専門学校卒	中学時代	治療者の都合で中断, 未再開	5
第3例 O. A.	35	既	京都	画家	自発的, 離婚問題	//	中学時代	離婚したのち終結	10
第4例 Y. S.	29	未	九州	大学生	自発的, 結婚切迫	大学在学	14才ごろ	中断	4
第5例 F. G.	25	未	埼玉	商店経営	自発的, 結婚切迫	旧中卒	小学4年ごろ	個人療法終結後集団療法中断	13
第6例 O. M.	34	既	東京	鉄道員	自発的, 離婚問題	小卒	17才	中断	10
第7例 T. Y.	22	未	東京	会社員	他動的, 自殺企図	高校卒	小学3年	終結後問題解決し正常に復帰	入院
第8例 T. S.	31	既	東京	建築業	自発的, 離婚問題	高小卒	不明	中断, 恐らく離婚	12
第9例 I. Y.	27	未	横浜	工員	自発的, 結婚切迫	高小卒	18才	中断, 恐らく不変	4
第10例 F. S.	25	未	東京	会社員	自発的	旧中卒	中学3年ごろ	中断	4
第11例 A. S.	25	未	//	公務員	自発的	旧中卒	14・5才	終結, 軽快	25
第12例 T. N.	36	未	//	教師	自発的	大学卒	中学1年ごろ	中断, 不変	19
第13例 S. K.	29	未	//	会社員	自発的, 結婚切迫	大学卒	中学時代	終結, 結婚, 学	13
第14例 I. H.	21	未	埼玉	大学生	自発的	大学在学	高校2年	中断	3
第15例 F. K.	22	未	東京	大学生	自発的	大学在学	高校2年	中断	2
第16例 M. Y.	38	未	//	会社員	自発的, 結婚切迫	小卒	14・5才	中断, 不変	10
第17例 S. S.	35	未	//	シナリオライター	自発的, 結婚切迫	中学中退	小学6年	中断	4
第18例 U. S.	23	未	千葉	公務員	自発的	高校中退	15・6才	中断, 不変	35
第19例 N. H.	31	既	東京	会社経営	他動的, 離婚問題	大学卒	中学1年	中断, 不変	4
第20例 Y. K.	28	既	千葉	商店経営	自発的	旧中卒	中学1年	中断	2
第21例 N. M.	32	離	東京	公務員	他動的, 職場問題	高小卒	不明	中断	3
第22例 T. Y.	25	未	東京	大学生	自発的	大学在学	16才ごろ	中断	2
第23例 N. Y.	35	未	//	会社員	自発的, 結婚切迫	師範中退	思春期	中断	2
第24例 N. D.	47	未	//	無職	自発的	中卒	中学時代	中断	2
第25例 N. K.	22	未	三重	会社員	自発的	高校卒	中学3年	中断	2

次に同性愛の原因または誘因となる諸因子について考察するとき、素因と環境のいずれもが重要であることは論をまたないが、この点に関し英国の S. Allen は、3つの重要因子を挙げている。第1は遺伝因子または素因の問題であり、J. Kallmann らは双生児研究によって両者がすべて同性愛者だったとしているが、その遺伝形式について確たる資料はない。われわれの事例でも知り得た範囲では、血族中に同性愛の明かなものはなかった。ただ、第2例で父の自殺、第5例で姉が精神分裂病の疑い、第6例で伯母の精神分裂病、第9例で父が精神病質の疑い、第16例で姉の自殺などがあったにとどまる。

第2に内分泌腺の障害がしばしば問題となり、Hirschfeld 以来 Wright, Glass, Deuel, Bauer,²⁾ Neustadt, Myerson²³⁾ などの主張があるが、Rosenzweig, Hoskins, Kinsey,¹⁶⁾ Allen¹⁾ らの反論がある。われわれの例でも泌尿科的検査で包茎のあったもの数例以外には著変がみられなかった。

第3の心因ないし環境因については、従来から多くの論者が50年来、多教の報告を行っている。例えば Allen は同性愛者の生育歴に見られる親子間の情緒関係を4型にわけ、第1型「母への敵意」型、第2型「母への過度の愛着」型、第3型「父への敵意」型、第4型「女性的な父への同一化」型を挙げ、第2および第3型が精神分析でいう去勢恐怖につながるものであるとする。もとよりこれらの親子間の情緒関係のみによって同性愛の発生因が説明しつくされるものとは思えず、同性愛傾向をもつための特徴であるかも知れないのだが、われわれの事例のうちで親子間の情緒関係に特徴的な傾向を認めた15例についてみると、第1型1名、(第18例) 第2型5名(第4例、第6例、第16例、第17例、第21例)、第2、第3共存型、4名(第3例、第7例、第12例、第13例) 第3型4名(第5例、第8例、第9例、第11例) 第4型1名(第1例)であった。これらの生育歴の特徴は、家人との面接および本人の精神療法の過程において次第に明かとなったものであり、供述した内容が客観的事実であるか否かはもとより確かめ得べくもないが、本人自身の有する父母への情緒関係はかなり明瞭に供述されている。この供述はすべて本人が自由に表現するのを待ってとらえたものであり、上記の15例以外の10例では、親子間の情緒関係が自由に供述されるに至らなかったので除外した。なかには4・5回の面接によって得た素材だが不十分のため除外した例もある。

次に個々の同性愛事例の特徴についてみると、同性対象愛という点では共通だが、おのおの特徴的な状態像を示している。それは古くからいわれているように、機会的か習慣的か、両性的か全く同性に限られるか、生来性の真性同性愛か後天性のものかなどをはじめ、受身的か積極的か、女性化か男性化かなど多くの問題を含んでいる。Taylor²⁹⁾ は同性犯罪者について、1) 仮性同性愛(代償的同性愛) 2) 両性愛 3) 男娼 4) 真性性対象倒錯にわけ、Henry と Gross¹²⁾ は100例の事例から、罪の意識をもち控え目な生活を送り、同性愛以外の点では異常のない型(respectable)、男娼および脅迫的投書家(blackmailer)の3種にわけている。ま

た Kinsey¹⁶⁾ はかれの報告書で次の7段階にわけている—X級（社会的性的に全く接触のないもの）、0級（完全に異性愛的）1級（主として異性愛的だが、稀に同性愛的になるもの）、2級（主に異性愛的だが、時々同性愛的になるもの）、3級（異性愛的であると同時に同性愛的）、4級（主に同性愛的だが、時々異性愛的になるもの）5級（主に同性愛的だが、稀に異性愛的になるもの）、6級（完全な同性愛）。

同性愛者の精神分析に豊富な経験をもつ E. Bergler³⁾ は400例の同性愛者のうち100例を精神療法によって治癒させた経験から、次の12類型を挙げている。1) 思春期同性愛、2) 完全な倒錯における積極的役割、3) 同じく受身の役割、4) 幼児としての自己との二重性を求める同性愛（Sager-Freud 型の超ナルチズム型）、5) 積極的な魔術的ジェスチュア型、6) 同じく受身的な型、7) 保護者になろうとする型（protector type）、8) 保護者を求める型（protected type）、9) 他の倒錯との合併型、10) 両性愛型、11) 刑務所型、12) 空想型。

次に G. W. Henry によれば、

- 1) 両性愛型同性愛。これは相互型（相互に優位になろうと競争する型）受身的男性的な型（分裂病質に多い）、近親愛傾向（若年者に多い）および父性的保護者型などにわけられる。
- 2) 真性同性愛。これにも相互型、積極および受身型、女性化型、男性化型などがある。
- 3) ナルチズム型、とする。

L. Ovesey²⁴⁾ は、顕現し意識された同性愛と潜在し意識されない同性愛にわけ、前者の顕現型では性的要求が1次的であるが、2次的に依存傾向と力を求める要素（power component）の両者が必要であり、男性的同性愛ではこの power component が依存傾向を凌駕し、女性的同性愛では依存傾向がつよく現れる。これに比し潜在性同性愛では、この依存傾向または power component のいずれかが支配的であって、性的要素は2次的であるとする。

以上の諸説を参考としながら、われわれの事例を整理してみると、次の諸要因がこれに関連すると思われる。

1. 積極的か受身的か、両者か。Bergler のように多くの同性愛者は両者を示し、一方に割切れぬとするものもすくなくない。
2. 男性的か女性的か、中康を得ているか。Henry もいうように男性的でも受身型がある。
3. 神経症的か精神病質的または精神病の。Freud は性倒錯は神経症の陰画だといったが、その共存をも認めている。しかし Lorand²²⁾ はこれをさらに進めて神経症と性倒錯の共存はむしろ多いとし、愛情充足が不安定なときは性倒錯的となり、罪の感じが強いときは神経症的になるとして、両者のネガティブな関係を否定している。われわれもこの点に共感するが、むしろこれを自己異質的 ego-alien なものと、自己同調的 ego-syntonic なものの両種を考え、両者間に移行があるとみる。すなわち自己の同性愛傾向を ego-alien なものとして受けと

る場合は、つよい内心の葛藤を持つのであり、これを ego-syntonic なものとして受けいれているものでは、環境条件に対する外的葛藤のみを問題にするに過ぎない。従って些細の女性的傾向について自から激しく悩むものから、明かな同性愛行為に耽溺して全く反省がないものまでの中間に、性心理的な同性愛感情に苦しむもの、自から同性愛行為を禁止し異性愛への努力に悩むもの、結婚切迫のために苦悩するもの、結婚後性的不能が離婚問題をひきおこしたものの、離婚が社会的不利を招くため治療を求めるもの、同性愛行為が社会的非難の的となったため治療を求めるものなどが配置される。もちろんここでは治療を求めた同性愛者に限局されているので、職業的なものは含まれず、欧米に見られる脅迫的投書家型の同性愛者 (black-mailer) は日本では存在しないと思われる。ことに blackmailer としての不良青年の同性愛者の存在と、その被害者としての上流社会の同性愛者の存在が、欧米の倫理的、法律的統制によるものであることは論をまたない。

4. ナルチズム的ないしは超ナルチズム的傾向の有無。サディズムやマゾヒズムにも基本的にナルチズム的傾向があるが、同性愛でもその傾向のつよいものがある。

5. マゾヒズムないしサディズム傾向の有無。Bergler はすべての同性愛は本質的に心理的マゾヒストだとするが明かにこの傾向がつよいものもある。

6. 両性愛傾向の有無。Freud は人間一般のもつ両性愛傾向から同性愛を説明したが、それだけでは十分理解できぬことも認めた。この両性愛について Kinsey のようにまったく段階づけて考えるものもあるが、Henry や Bergler は両性愛を同性愛の亜型とみなし、とくに Bergler はこれを「都合のよいアリバイ」として妻帯するのだとみている。しかし実際の事例では、同じく両性愛的といっても、かつては異性愛行為が可能だったもので現在不能のものもあれば、ある段階まで嫌悪感なしに可能のもの、性心理的段階にあるものなどさまざまである。

7. 性心理的か身体的かの区別。同性愛的傾向がたんに性心理的 psychosexual な面でのみ示され、魅力や憧れにとどまるものがある。しかしこれにも、思春期には somatosexual であり、のちは psychosexual になったもの、はじめ psychosexual だとしていたものが面接をつづけるうちに somatosexual であることを供述するものなど判定がむずかしいことがある。

8. 顕現的意識的か潜在的無意識的か。上記の3の点に関連するが、この両極には一方に職業的同性愛があり、他方にいわゆる「同性愛的葛藤」を有するものがある。Ovesey もいうように、依存と力を求める欲求をもつ潜在的無意識的な「同性愛葛藤」である。精神分析派が Freud の Schröder の事例から同性愛傾向と妄想との関連をとりあげ、また慢性アルコール中毒者の同性愛傾向に注目するのも、この依存と力への欲求に関連がある。

9. 最後に古くからいわれている真性同性愛と仮性同性愛（または機会的代償的同性愛）と

の区別があるが、この決定は上記の各要因を検討したうえで推定するほかないと思われる。

次の各事例においては、この active か passive か、effeminate かいなか、neurotic か psychopathic か、narcissistic かいなか、masochistic か sadistic か、bisexual かいなか、psychosexual か somatosexual か、overt conscious か latent unconscious かの点について検討してみたい。

また、検討した事例のうち 14 名についてロールシャッハ・テストを行い、片口による同性愛指標 18 項目について採点した。これらの指標の採点法に関しては、片口¹⁷⁾がすでに発表しているので省略するが、ここで簡単に第 2 表の見方を説明しておく。

第 2 表 ロールシャッハ同性愛指標得点

同性愛指標	第 1 例	第 3 例	第 5 例	第 6 例	第 7 例	第 9 例	第 10 例	第 11 例	第 12 例	第 13 例	第 17 例	第 18 例	第 19 例	第 20 例
女性性器 Female organ	3	3	3	3		3	3		3	15	15	6	6	9
男性性器 Male organ		3							3	9	6	3	12	3
女性性器への嫌悪 Aversion to female organ			3		3	6	3		12					
性器に関する明細化 Elaborated sex organ		3	12				3	3	9				3	6
異性愛行為 Heterosexual behavior							4		2					
同性愛行為 Homosexual behavior							12	3			3	2	3	
その他性行為 Other sex behavior							2	2	6	2	2			
ふつうの解剖反応 Usual At response	3	3	5	4	1	1		5	7	1			5	2
汚らしい、血まみれの解剖反応 Dusty, bloody, At response	2	2	2		4	2	2	4						2
腸・肛門、直腸 Colon, anal, rectum	6	3				3	3	6	9	9		3		
男らしさの強調 Masculinity			8			2		4	4			2	6	
去勢のシンボル Castration symbol		2	1	2		1								1
男根のシンボル Phallic symbol	2				4	2		2	4			2	2	2
女らしさへの嫌悪 Aversion to femininity			2				4							
女性の装飾品 Feminine apparel	1	1		2				2	1				2	3
性的認知の混乱 Confusion of sex identification				2	2	2			2					
異常で奇怪な像 Abnormal grotesque figur	2	1	5		1	3	1	13		1	1	1		4
神秘的な、芸術的、宗教的体験 Esoteric, art, religious experience.	2	1		2	3			2	6	2	1			3
計 [$\Sigma h(wt)$]	21	22	41	15	18	25	37	46	37	68	1	21	39	35

表中の数字は、各指標の出現頻度にウエイトを掛けた値であって、各事例ごとの合計点は、

“ロールシャッハ同性愛得点” (Rorschach Homosexual Score) すなわち $\Sigma h(wt)$ である。この際のウェイトの与え方は、とくに同性愛群を特徴づける指標を3点、かなり特徴的なものを2点、やや特徴的とみられるものを1点としている。この $\Sigma h(wt)$ は、現段階では同性愛一般を特徴づける以上のものではなく、同性愛のタイプとの関係は不明である。また、この $\Sigma h(wt)$ は同性愛群を、正常群、精神神経症群、精神分裂病群から弁別するのに役立つ。他の性的倒錯群から区別しうるかどうかについては、まだ問題がのこっている。

3. 事 例

以上の観点から 25 例の事例を検討してみると、Boss の指摘するように、同性愛現象はきわめて多様であり、一元的なものではないことが明かになる。

そこで、同性愛現象に関連する次の精神病理的諸要因について多元的に検討してみることにする。

まず第1に積極型か受身型かの問題が古くからその1つの特徴とされた。これはしばしば男性型か女性型かという特徴と混同されやすいが、effeminate ということを、女性的な言動や態度と解するならば、積極的で女性型もあれば、受身的で男性型もあることになる。ことに選ばれた対象が男性的な同性か女性的な同性かということも、この男性型と女性型の区別の根拠になり得るであろう。Boss も H. V. Hatinberg のいうように「実証的な意味での男性と女性の本質は心理学的把握の範囲外にある」ことを肯定している。むしろ Bergler のいうように、保護者になろうとする型と、被保護者になろうとする型の区別はかなりはっきりと区別されると思われる。次の第12例ではこの protector type が、第18例では protected type が認められた。しかも両者はともに女性型の態度を示し、前者は somatosexual、後者は psychosexual であるとともに、前者を active effeminate、後者を passive effeminate としたのは、この protector type と protected type という観点からである。

第12例 T. N. 36才 教師 未婚 大学卒
東京。

家族歴 父73才健、母は10年前に61才で死亡し、継母がある。同胞8人中の第6子で、兄2人、姉3人、弟妹各1人があるが、いずれも結婚し、本人だけが父と継母の3人暮ししている。

生育歴 父が酒乱でいぢめたため、いつも母に味方して父と争い、悩んできた。兄は父にかわいがられ、本人は母と姉の間で暮した。幼時から女性的だといわれたが、女装して遊んだり芝居を見たりで暮していた。兄に対する憎悪もあり、とく

に母への愛着がつよかった。母が死んだときは悲しく泣きつづけたという。

既往症 幼時からアレルギー体質で、たえず喘息発作があり、最近までなにか心因があると発作がおこった。幼時にはよくおでぎができたという。

病歴 中学時代に同級生と同性愛関係になり、共に旅行にいったり宿ったりした。下級生とも親しい人ができた。高校の教師になってからは、受持ちの一少年にひかれ、そのことで苦しんで精神科を訪れたことがある。こののちは勤務上は暫

く問題がなかったが、今度また20才の青年につよくひかれています。その青年は家庭的に不幸で、父に虐待され家を飛出して本人を頼ってきた。それが自分の昔によく似ているので同情しひきとっているうちに、同性愛関係になってしまった。この男の子は頑強なたくましい身体のも主で、異性愛を示す点で正常だが、この青年を養子にしようと思っている。しかしそれが同性愛行為と結びついてしまうので、やはりこれを治さなければと思って来所した。何度も結婚をすすめられて見合もしたが、幼時から異性に対して全く性的魅力を感じない。ことにコケティッシュな若い女性に嫌悪を感じる。こういう自分の状態に苦しみ、自殺することも考えるができないでいる。

経過 25回の面接をつづけた。初回から過去の生育歴や病歴を自由に述べており、とくにつよ

この同性愛の特徴は、active, effeminate, psychopathic, somatosxual, overt conscious なことであり、行動的には protector type を示しているが、治療への意図は当面の同性愛対象へのつよい愛着から、別離の不安を感じたためであって、本来の病態への治療を求めているとは思えなかった。

Rorschach 同性愛スコアでは、総得点 37 点で、そのうち male organ が3点であったにすぎなかった。

また父への憎悪が著しく、母への愛着も認める点で、Allen の第Ⅲ型（第Ⅱ型をふくむ）とみなされる。

第 18 例 U. S. 23 才 男 公務員 未婚 千葉。

家族歴 父は本人が生後すぐ 33 才で死亡した。病名は肺炎と聞いている。父は鶏肉商を営み、姉 1 人、兄 2 人の 5 人同胞の末っ子である。母は 56 才健在、現在の家族は母、兄夫婦、姉、めいの 6 人の成員で農業を営んでいる。

生育歴 幼時から祖母っ子として育ち、就学後は登校を嫌って母に灸をすえられたりした。女性的だといわれ女の子と遊んでいた。小学校時代から中年の教師にひかれ、性的魅力を感じたとい

い抑制の態度はない。態度はおだやかで女性的。小肥りだが余り健康そうでない。身体的、(泌尿科的にも)異常はない。

初回から 10 回までの面接では、異性関係が全くないこと、頑強な青年につよくひかれること、幼時に兄の自慰を手伝わされたこと、父への憎悪と母への愛着、現在の同性愛対象の青年が自分から離れることへの不安、自分がアウトサイダーであることなどを述べ、次の 11—25 回では青年が病氣したさい母のような態度や愛情、そのさい「愛されている自分」という感じがつよかったこと、母と抱き合っている夢、相手の青年が拒絶的態度を示すことへの苦悩、養子縁組の届けを出しまたとり消すなどの状態をつづけていたが、その後来所しなくなった。

う。兄が復員後結婚し、祖母が死んだりして、本人は新制中学でやめ、夜間学校に通いながら公務員生活を 8 年やってきている。母としばしば対立し、勤めが決まるときも母と口論して、みそ汁を頭へかけたりしたこともあった。18才のとき、結核のため 1 年半療養所生活を送った。現在も兄とは仲がわるく口もきかない。

既往歴 18才時結核。

病歴 小学校時代から父親の代償となる年上の甘えられる人を求めた。それには男らしい誠実な人が対象となる。親しい同性の友人が他の男性

と親しくすると、はげしい嫉妬を感じる。自分が女性的なことを知っているので、人前ではつとめて男性的にふるまっている。女性と話すのはいやではないが、魅力を感じたことがない。現在も親しい同性の友人があり、その人が自分に好意をもってくれることだけが支えになっている。これらはすべて psychosexual な段階での問題である。

経過 小柄の女性的な感じの男性で、口数はむしろ多い方。身体的には著変が認められない。面接回数は35回で、治療者が半年間不在になったため中断し、その後の約束時間には来所しなくなった。初回から10回ごろの面接では、主として過去の祖母との過度の結びつき、小学校5、6年

passive, effeminate, neurotic, psychosexual, overt conscious で、依存傾向のとくによい protected type である。Rorschach 同性愛スコアは総得点21点、そのうち male organ 3点、homosexual behavior 2点であった。また、母との対立が著しい点で Allen のいう第1型にぞくする。

次に Boss らが分類しているように、同性愛が神経症的か、精神病質的かの問題がある。ここでは明かな精神病患者は含まれていないので、おのずから神経症的で、同性愛傾向に対する罪悪感や劣等感に悩んでいるか、精神病質的でそれに対する罪の感じや劣等感をまったくもっていないかという区別の問題である。すなわち、神経症的同性愛者では同性愛傾向が、自我に受け入れられぬ異質的なもの (ego-alien) として存在し、精神病質的同性愛者では、自我に同調的なもの (ego-syntonic) として存在している。

次の第1例では「女性的な父との同一化」のみならず、性能力への劣等感に悩み、それを強迫的に感じている。第5例では自分のうちにある女性傾向を嫌悪し、身体的劣等感がつよい。第10例でもこれと同様の自己嫌悪がつよい。

これらと対照的なのは第19例であり、結婚後も依然として外人との同性愛行為をつづけて反省するところがない嘘言者で、妻からもはげしい不信を抱かされている。前述の第12例も自から治療を求めて来所しながら、その動機は相手の青年が自分から離れようとしていることの苦悩にあり、同性愛自体の治療に積極的ではなかった点でも psychopathic であった。

この点 Boss の挙げる神経症的同性愛では、異性嫌悪がつよく、男性傾向が実現されぬままに成人し、かれの存在を全体的に充実させる形態として、父親に似た男性を愛するのだという。このさいに見られる母親とのつよい結びつきは同性愛本来の原因ではなくて、小児的で未

まで祖母とねていたこと、父の記憶は全くなく、父親的な男性を求めること、自分のなかの女性的なものへの劣等感、つとめて男性的な振舞いをしていること、現在年上の同性へのつよい愛着などを述べた。11回から20回までで、この友人と飲酒し手を握ったことへの罪を感じ、同性愛傾向への不安、愛されたいというつよい欲求、孤独愛と感傷、などについて述べ、21回以後、友人を独占したい気持、飲酒のさい自分の男性であることに自信がもてたこと、スポーツに熱中し、なおってもなおらなくてもよいという気持で、不安がなくなってきたことなどの点で次第に好転していたが、友人への執着、ことに頼れる人がほしいという愛情にうえていているなどの点は変らなかつた。

発達な人格における平行的な2つの現象であると Boss は見ている。

第1例 A. T. 26才 男 会社員 未婚
東京

家族歴 幼少時養子として育てられ、生家については全く知らないが、不義の子だったといわれている。(父は大学教師で母は芸者だと聞いている。)義姉があったが10年前に妊娠10ヶ月で死亡し、婿養子として迎えた義兄が工場経営をしている。養父は健在だが養母は4年前に交通事故で急死した。

生育歴 8年前に義兄から養子だという事実を聞かされるまで、実父母と思って育った。とくに養父に可愛がられどこへもつれて歩かれ、小学校卒業までは養父と一緒にねたり、便所へつれていってもらっていたという。父と接する時間が長く、養母はむしろ姉を可愛がっていた。若いころから養父母が性的にうまくいかず、養父はかくれて娼婦を求めている。現在も義兄の長男をひどくかわいがり、広い意味で性的対象が孫に移ったようだと、本人は知っている。幼時の養父がやはり自分にそういう態度を示したと思う。養母はさっぱりした人で、養父から冷感症だといわれていた。小学校4年の頃、近所の風呂屋のサン助から性器をいたずらされたり、6年生のころも同級生からいたずらされた。皆から女性的だといわれ、高校にはいっても異性に興味が持てなかった。高校卒業後、義兄の工場につとめたが、性格の強い男性にひかれ、同じ工場に世話した友人と一年ぐらいい性愛関係をもった。この間、夜間大学に通い卒業したが、この友人以後は特定の同性愛対象はない。

現在の許婚者と交際して3年になり、数ヶ月後には挙式することになっている。この間経済的な理由や、両方の母が死んだこと、許婚者の兄が結核で入院したことなどと、自分が不能症であることのため、延期してきた。

既往歴 身体的には盲腸炎以外にないが、いつも身体の調子は余りよくない。

病歴 上記のように小学生のときの体験後、みずから同性を求めたのは高校時代であった。5年前の友人以後は特定の同性愛対象はない。現在の許婚者に対して嫌悪感はないが、相手から誘われても接吻しかできない。いざとなると駄目になってしまう。これまでに異性と同性体験はなく、結婚を間近にして不安が強くなり来所した。

治療経過 週1回1時間ずつ8回来所。

初診時所見で、身体的に著変はないが、態度や言葉は女性的である。自から精神療法を希望しているが、治療への直接動機は3年越しの許婚者との結婚が間近になり、不能症への不安からである。

初めの1・2回の面接で、自由によく話し、女性嫌悪はないが不能であること、結婚後暫くは義兄夫婦と同居し、3年後には独立するつもりであること、許婚者と2回失敗したことから、性行為への自信を喪ったこと、高校時代の同性愛体験で女性的役割だったことなどを話す。第3回面接前、泌尿科の診療を希望したので受診させ、異常のない旨を告げられた。これに対して自信がついた反面、治療の困難さを痛感したといっている。また前記の父との同衾が小学校卒業までつづいたこと、父親っ子で姉は母に可愛がられたこと、父母の性的不調和、結婚してすこしでもうまくいけば、女性性器への恐怖もなくなると思うし、男性性器への執着もすくなくなると思う。風呂屋のサン助の経験から執着がおこったが、性器の劣等感はないと述べている。4・5回目では自分の性器へのつよい執着が余りなくなってきたが、結婚への不安はつよくなっている。ときどき悲観的になるかと思うと、またなんとか可能だという気もしてくる。性器劣等感や損傷感はないが、自己愛的

だったと思うという。第7回では自分の性器への不安が強迫的なものであるといい、結婚の迫った現在のせっぱつまった感じを訴えている。第8回ではこれがこだわりだと考える、男は仕事に生き

甲斐をもつべきだし、性のことは生活の一部にすぎないと思うようになったといい。この第8回目の面接の日から3日目に結婚し、不完全ながら成功した。

以上の事例では、とくに養父とのつよい愛着が目立ち、それが「女性的父親との同一化」と解釈できるならば、かれの passive, effeminate な態度と関連があるといえるかも知れない。同性愛そのものについては、むしろ自己愛的な傾向や、強迫的な側面がみられる。もともと両性的傾向があったことから、単期間の精神療法で容易に結婚が可能となったものと思われる。

その特徴は passive, effeminate, neurotic, narcissistic, bisexual, somatosexual な同性愛といえよう。Rorschach 同性愛スコアは、総得点21点だが特殊なものは female organ 3点に過ぎなかった。生育歴の特徴として上記のように、「女性的父親との同一化」ともいえるもので、Allen の第IV型にぞくするといえよう。

第5例 F. G. 25才 男 ラジオ商 未婚 埼玉

家族歴 父は65才で死んだが梅毒のため25年来ねていたというが、背髄癆と思われる。母は62才で死亡、食道癌であった。7人中の末子だった本人には父の記憶も余りない。また2番目の姉が27・8才で食物をたべず死んだというが、精神分裂病かも知れない。

生育歴 7ヶ月の早産児で虚弱だった。父親の愛情を全く知らない。父母とは小学校5年まで一緒にいたが、それから以後、父母は別居していた。このころ姉のところへ預けられてそこで育った。母はよく父の身持のわるいことをこぼしていた。兄は父に可愛がられていたが自分は母親っ子だったと思う。身体が小さいし弱いので劣等感がつよく、いつも女の子と遊んでいた。またいつも鼻水を垂らしブヨブヨした父しか記憶がないし、一度抱かれていやだったことを憶えている。もっと素晴らしい父を求めていたが、小学校の教師につよくひかれたことがあり、いつもたくましい男になりたいと思っていた。高校2年で中退し寄宿している姉の家でラジオ商をやっている。

既往歴 虚弱だったが特別な病気はない。

病歴 上記のような生育歴をもち、いつもたくましい男性に憧れていたが、小学校4年のとき長姉のむこがきて、この人につよくひかれたという。その反面、女性ことに中年の女性などにじっとみられるといやであり、母から父の道楽のことで女は恐いものだという印象が強かった。とくに同性愛行為の経験はないが、自慰のさいはたくましい男性を頭に浮べる。最近結婚の話がおこって結婚の本を読んで始めて、自分には異性関係ができそうもないということに気づいた。なおるとも思えないが不安で来所した。

経過 第1回面接時から女性的な態度が目立つ。泌尿科の診察でも特に異常は認められなかった。自分の身体についての劣等感がつよく、女性的な男性には嫌悪感をもつという。2-3回目には上記のような父母への感情を述べている。ことに父への憎悪がつよく、町で子ども連れの父親を見ると嫉妬心がつよく起るといふ。4-5回目には心ならずも見合いをしたことや、思い切ってバーにいて酒を飲み、女と踊ってみたら結構楽しくて、自信が持てたことなどを話す。それでも自分の声が男性的でないことから、男として認識してもらおうと努力するようになると述べている。

7回目には電車のなかでの異性や同性を見る目が変わってきたように思うと述べたが、9回目には見合した娘さんを断るといい、再び身体的な劣等感、自分の女性的な声がいやだといったことが繰返されている。ことに見合した女性から海へいこうと誘われたとき、自分の身体が貧弱なのが気になって断ってしまった。しかし11回目にはすっかり自信がついた、心配にはなっても絶望的に

はならないと述べ、たえず動揺していた。

13回の個人面接ののち、他の神経症患者とともに集団精神療法に組み入れた。その後数回通院したが、集団内では同性愛問題を自ら述べようとしなかった。そのうちある女性の患者と親しくなり、結婚を申し込んだが、この女性のためらいのために中断され、その後は治療にも来なくなってしまった。

以上の事例で特徴的なことは、父への憎悪を強く感じながら、理想的な父を求める欲求がよいこと、異性愛的な側面をもちながら、女性的だという劣等感のためにつねに自信がもてないことである。その特徴は *passive, effeminate, neurotic, psychosexual, bisexual* などであり、Rorschach 同性愛スコアでは、総得点 41 点、そのうちとくに *elaborated sex organ* 12 点、*aversion to female organ* 3 点、*female organ* 3 点であった。生育歴の特徴として「父への敵意」と母との同一化が著明であり、Allen の第Ⅲ型にぞくする。

第 10 例 F. S. 25 才 男 会社員 未婚
家族歴 父 62 才、母 57 才。同胞 7 人中第 5 子。

現在両親および長兄、妹、義姉、そのこども 2 人の家族。

生育歴 幼時から女友達が多かったが、中学 3 年ごろから同性愛傾向に気づいた。とくに自分と同じ年ごろの人にひかれ、男性的で美しい人が対象になった。中業卒業後、機械販売業につとめ、8 年になる。内気小心の性格。

既往歴 健康

病歴 16・7 才ごろに気づいたが、もともと女性的だといわれていた。特定の男性と一緒に生活したことがあるが、悪いことだと思ってやめた。最近赤線地区にゆき、1 回性交し射精した

が、その後は不能であった。つとめて異性と交際しようとしており、自信がなくて恥ずかしいが、嫌いではない。ひかれる男性は自分がああなりたいたいという男らしい人であり、相手が女性と親しくなると面白くない。いつも自分がもっときれいに生れてきたかったと思う。子どものときから女性の身体を汚いと思い、女性のはいったあとで風呂にはいるのがいやだった。ことに女性に子どもができたり月経があるのがいやで、乳房やブヨブヨした身体を嫌だと思った。同性でもみにくい人はきらいだ。東京に来てきれいな人が多いので、ひどく劣等感を感じ自分が嫌になり、面と向って話せない。鏡を見ても自分の顔に嫌悪以上の恐怖を感じる。世の中がいやで寺男になって暮らしたいと思う。

Rorschach 同性愛スコアは 37 点で、そのうち *aversion to female organ* 3 点、*elaborated sex organ* 3 点、*homosexual behavior* 12 点であった。親子関係については著しい特徴はない。*effeminate, neurotic, masochistic, bisexual, somatosexual, overt conscious* である。

第 19 例 N. H. 31 才 会社経営 未婚 大
学卒 東京
家族歴 父母健在。同胞 4 人中第 4 子、姉及び

兄が死亡し（兄は戦死）、長兄と 2 人である。
生育歴 生後 5 ヶ月で父方叔父の養子となり、
ひとり子として大切に育てられたが、旧家でもあ

り、かなり拘束された。小学校6年のとき、養父母であることを知り、家出をくだてたが、警察に保護され、ここで同性愛行為を知ったという。中学時代に養母が死亡し、養母の弟の子が義妹になった。この義妹は許婚者のつもりで入れたのだが、途中でとりやめになった。養父は再婚し2度目の養母がある。大学卒業後、家業の会社の副社長をしている。養父母はともに真面目な厳格な人である。

既往歴 13才時の猩紅熱が重かったほかは、異常はない。

病歴 中学時代から上級生や教師に愛着をもった。専門学校時代に映画館で知った男と関係を持ち、大学途中で軍隊生活をしたが、この間に2・3回同性愛関係があった。復学し大学卒業前から、外人の同性愛対象となったが、この外人が急死したあと、進駐軍関係の店番になり、数人の外人と知合いになった。なかに自殺企図のあった外人もあったという。帰郷後結婚したが、全く不能で相変らず外人の相手になっている。泌尿科と精神科の診察を受けたのち来所したが、それは父の要求によるものであり、本人自からは治療を求めている。妻とも面接したが、結婚後2回試みただけで全く接触がない。酒好きで独りで飲みになってしまう。養母は冷い人だがみがみいうが、そ

のために会社に本人がいつかないのだと思う。本人は嘘つきですぐごまかしてしまう。養父が妻に喫茶店を経営させてくれているが妻は時々、意識障害を伴うヒステリー発作をおこすという。

経過 面接4回で中断したが、父が最初来所した。全く商売もやらず、家から離れてしまうので困っている。何をやっても長つづきがしない。音楽や装飾に興味をもっているとのこと。本人との面接ではとくに拒絶的ではないが、余り自発的には話さない。緑の背広と同色の蝶ネクタイおよび同色の指輪をはめ、一見ホテルのボーイといった印象である。女性的な態度で、上記の生育歴を供述し、前の養母がチフスで死んだため悲しかったこと、水玉の洋服で自転車に乗った母のこと、かつて知人と飲酒したさい娼婦との性行為が1回だけ可能だったこと、やせた人は女でも男でも嫌いだという。2・3回で幼時、芸者の置き屋が裏にあったこと、妻と母は合わないこと、妻への嫌悪感、妻に対する関心はないが別れることは重大だからこのままでおいてもらいたい、親の干渉は困るという。治療への意欲は全くない。自殺した外人は軍属で、同性愛がわかって自殺したのだという。いつも自分が女性的役割になるとのことである。

active, effeminate, somatosexual, psychopathic, overt conscious で真性同性愛と思われる。Rorschach 同性愛スコアは39点、とくに male organ 12点, elaborated sex organ 6点であった。

次に前述の Sager-Freud 型の超ナルチズム型同性愛の問題がある。第6例はこの点で鏡による自慰行為があり、同性への関心ももっぱら年長者に限られた psychosexual なものであった。また第7例では服装倒錯の傾向をもち、自己の身なりや頭髪、衣服への過度の関心を示す点でナルチズム傾向が強く、生活的にも自分だけの生活を送っていた。この例では第2姉が精神分裂病の診断を受けている。ナルチズム的同性愛の別なかたちとして、過去の自分やかくありたかった自分を求め、特定の青年につよくひかれるものがある。第13例はこの種のナルチズム的同性愛であり、前述の第1例にも同様の傾向がみられた。すなわち、同性愛傾向

とともにナルチシズム的自慰や、自己身体への過度の執着があるものと、過去のかくありたかった自己やみぢめだった自己への愛着とかたちのナルチシズム的同性愛とが認められた。

第 6 例 O. M. 34 才 男 鉄道員 既婚
(離婚) 東京。

家族歴 父は早く死亡し、兄が家出したため、母と姉 3 人の女ばかりの末子であった。次兄は幼時歿。

生育歴 女ばかりの家庭で育った。父の身持ちがわるかったことから、男性に対する不信を母から、たえず聞かされてきた。酒を飲んだり乱暴することはわるいことだと思つて育った。姉達が結婚すると母と 2 人の生活だった。17・8 才ごろから自分が異性に関心を持たぬことに気づいた。このころ共同便所で中年の男の自慰行為を見てショックを受けた。それから自慰を知り、鏡による自己愛的自慰がずっとつづいている。20 才ごろ性行為について聞かされたが信じられず、ひどく嫌悪を感じた。また島田清次郎の地上を讀んで罪悪だと思つたという。小学校卒、成績中位。

既往歴 トラホーム、軍隊でマラリヤ以外の特別の病気はない。

病歴 上記のように思春期から異性に関心がなく、同性にひかれ、とくに性器への関心がつよく、自己愛的自慰があった。3ヶ月前に結婚したが不能のため、妻は実家に帰り本人は 2 つの大病院を訪れた。とくに性交のさいの動悸がはげし

いことが主訴であった。アマタール面接や自由連想を行ったがよくならず、研究所を訪れた。

経過 初診時には主として異性への無関心。性的不能および男性への関心について話し、泌尿科の診察を受けたが、前立腺の過敏のほかには異常がなかった。その後の面接でまず飲酒、乱暴、売春などへのつよい罪の感じをもち、女性とくに芸者などを不潔に思う。妻が実家に帰ってから性行為のことを本でよんで知った。不能については自分が疲れていると思つていた。女ばかりの家庭で育ったことが大きな影響をもつと思う。お茶をやっておりその仲間には女性が多い。ときどきいらして眠れないことや夢が多く、虚無的になる。同胞中で母に最も可愛いがられたことや、鏡による自慰について述べたが、特に女性傾向への劣等感はない。他人の同性性器へのつよい関心が、上記の 16・7 才の共同便所での体験からつよくおこつたこと、また当時は性器の劣等感があったこと、自慰は 20 才からだつたが、性行為の絵などを見ても嘔だと思つていた。年上の人側にいたいと感じ、とくに会社の K に好意を感じている。妻とは別居のかたちのまま通院していたが、離婚するとともに、10 回目の面接以後は来所しなくなった。

その特徴は effeminate, narcissitic, psychosexual, であり、Rorschach 同性愛スコアは総得点 15 点で、そのうち female organ 3 点であった。生育歴の特徴は「母への強い愛着」が著明で、Allen の第 III 型にぞくする。

第 7 例 T. Y. 22 才 男 会社員 未婚

家族歴 父は 60 才、動脈硬化症のため病死、母は 47 才で健在、同胞 8 人中第 4 子だが、次兄は幼時に死亡した。父の第 2 姉が昭和 12 年に 35 一 6 才の時、精神分裂病と診断されたが、3ヶ月でよくなり、現在とくに異常はないという。

生育歴 祖父の時代から旅館を経営し、裕福な生活であった。物心ついてから姉妹の中で育ち、祖母っ子だった。兄は早くから家を離れていたため記憶がない。中学時代から音楽、詩、絵画にひかれ、友人と 2 人で級友を馬鹿にしていた。高校入学のころ、戦災や父の病気のため、家計も楽でなく

なった。本人の希望と経済的理由のため、高校卒でやめ、長兄のつとめている会社に入社し、現在に至っている。高校の成績は中位だった。父は横暴で飲酒のさい乱暴し小学校2年ごろには御膳を投げつけたり、蹴とばしたりして、母や女中に当るので、子供たちは逃げてしまっていた。いつも勉強をしいられたが、父親は高小卒なので子供には高等教育を受けさせたいといていた。高等学校を卒えると兄のいる会社に入社し約4年になる。

病歴 小学校3・4年ごろから自慰をおぼえ、夢で力のある男が他の男をしばって、責め道具でごうもんしたり歯車にしばって廻すようなことをよくみた。中学になってからは、自分がやられていると男性的な人が救ってくれる夢がよくあった。小中学校を通じて女友達ばかりと遊び、よく男子からいぢめられた。ままごと、人形の着物を縫うなどの遊びが多かった。高校にはいってから、そういう夢はなく自己愛的になり、服装にも凝ったりした。

これを特徴づけると passive, effeminate, narcissitic, psychopathic, psycho- and somato-sexual, overt conscious な同性愛といえる。Rorschach 同性愛スコアは18点、とくに aversion to female organ が3点であった。生育歴の特徴として「父への敵意」が著明であり、Allen の第Ⅲ型にぞくする。

第13例 S. K. 29才 男 会社員 未婚 東京
家族歴 父は官吏で6人兄弟の2男として生れた。姉と末弟は死亡したが、父は暴君で父母の間に不和がたえず、長兄はよく父に殴られ、左の耳が遠くなった。母は父を軽蔑し子どもにもそういていた。両親2人ともいい出すときがない。本人は子どものころから父の死を願い、ねるときは父の方を向ってのろいの言葉をかけてねた。父が当直の夜は平和な夜であり、今でも隣室から父母の声がすると、父のぐちゃい低声に生理的に不快を感じる。

生育歴 上記のように父への敵意がつよく、死んだ長姉は両親の不和の間に育って、幼時からず

会社につとめて1・2年すると、服装に凝り頭をお河童にして原色に近い派手な服装をする。会社の仕事に興味を失い、絵や音楽にうちこむようになった。均勢のとれた野性的男性を求め、映画でも処罰される肉体の動きなどに興味をもった。次第にゲイ・バーに出入りするようになり、借財が数十万に達した。この金策に困って自殺を試み、2回服毒した。来院時は不眠、頭重、自発性減退などを訴えていたが、約40日間入院し、アミタール面接、自由連想、持続睡眠療法など行った。泌尿科所見では包茎のほかには異常がなかった。夢でも同性愛的な内容が多く、自動車にのせられ連れていかれ、強姦された夢などがあつた。入院中に包茎の手術を受け、始めは会社に復職したくない、デザイナーになりたいなどといっていたが借金の問題を会社が解決してくれ、月給から返すことになって復職した。その後、異様な服装もやめ仕事に専念するようになって、同性愛行為もなく、すでに6年を経過している。

い分大人びていた。父を憎み母に同情していつか母を幸福にしてやりたいという気持がつづいている。

既往歴 余り丈夫ではないが著患を識らない。

病歴 少年時代に外人につれていかれて相手にさせられたことがある。またはっきりしないが母が裸体で横たわり、大出血している光景を記憶している。流産だったのか何かわからないが、子ども達は泣き、父は怒って怒鳴っていた。自分の肉体に劣等感をもち、たくましい男性に憧れたが、中学から大学まではそういう傾向はなくなっていた。社会に出てから異性にひかれず、青年にひかれることに気づいた。楽しくなかった青春を思い

出して、かくありたかった青年の姿にひかれるのだと思う。夢でも受身的な同性愛行為をみる。娼婦を相手にして何回か失敗して自信を失った。最近父が母を通じて結婚をおしつけてくるので困っている。

経過 面接回数 13 回だが途中仕事の関係で間隔がとんだこともあった。初回から数回は自分

の傾向の特徴を家族間の人間関係、父への敵意と母への過度の愛着について述べ、後半はもっぱらその克服のための努力と失敗への恐れについて述べた。第 13 回面接後暫く途絶えてしまったが、その年の暮に突然来所し、結婚して妻が妊娠したことを告げてきた。その後子どもは無事出産したが、オルガスムスはまだ不十分であるという。

この事例の特徴は bisexual, psycho-somatosexual, exhibitionistic, overt conscious なことであり、親子関係では父への敵意と母へのつよい愛着の両者がみられ、Allen の III 型（及び II 型）と思われる。Rorschach 同性愛スコアでは計 68 点を示し、とくに aversion to female organ 12 点, male organ 9 点, elaborated sex organ 9 点, heterosexual behavior 2 点, female organ 15 点を示した。

次にいわゆる同性愛 bisexuality の問題がある。古くから仮性同性愛 pseudohomosexuality とよばれてきたが、この存在については 2 つの議論がある。1 つは Freud 以来の考えですべての人間は多かれすくなかれ両性愛的であり、完全な異性愛も完全な同性愛もすくなく、比較的どちらの要素を多くもっているかという考えである。すべての同性愛者に多少とも異性愛傾向が残されているとみて、これに働きかけることが精神療法の支えとなっている。抑圧された異性愛の存在がはげしい異性嫌悪となろうと、異性への無関心となろうと、こういう見方も可能ではあろう。しかし、むしろ実際には同性愛への耽溺がつよい力をもっていることが多いように思われる。

ここに挙げる第 9 例では、異性嫌悪が幼時の廓内の生活という特殊状況から生じている。機会的同性愛以後同性を求めているが、主な問題は異性嫌悪を中心とする人間嫌悪であって、この点から両性的な要素をもっと考えた。第 11 例は父と継母への敵意があり、それが古典分析の原体験に連がるかのようにも思える事例で、異性愛行為も可能だった。effeminate, masochistic な特徴をもっている。

他の議論は Bergler のように「都合のよいアリバイ」として妻帯する同性愛者の存在を主張し両性愛的同性愛者も本質的には同性愛者であるとする考えである。しかしわれわれの事例では、明かな同性愛者が結婚生活にアリバイとして妻帯しているといった例はみられなかった。

また、第 17 例のように年上の女性とは性行為が可能だという事例もある。この事例では女の子として育てられ母への固着がとくに著しく、母との同一化と解される点も認められた。

第 9 例 I. Y. 27 才 男 工員 未婚 川崎
家族歴 父は祖父のかくし子であった。本人の
母とは再婚で先妻の子が 2 人ある。母の実家は兄

が浪費してつぶれ、母は妹と水商売をしていた。
父は大学卒だが生活無能力者で、一生母を働かせ
てきた。父は最近結核で入院したが、現在父は 67

才、母は63才で、同胞はない。

生育歴 本人が生れるころ父は家に寄りつかなかった。父は本人が4才のころ刑務所に入所し、母の商売のため里親に頂けられて転々と変り、虐待された。母は父から逃げたが追いかけられ殺すと脅かされていた。小学校5年のころ異母妹と一緒に生活したが、当人が15才で妊娠した。母が気の毒で父を憎んでいる。経済的理由で中学にはいれず、高小卒後陸軍の学校にはいった。それまで8回も学校を変えている。戦後抑留生活ののち帰還し、一時組合運動にはいり役員もしていたが、現在は一切やめている。

既往歴 著患なし。

病歴 抑留生活中、18才のとき受身的に同性愛行為を受けた。異性を求める気がないのは、廓の附近で大きくなったからだという。この体験後同性を求めるようになった。帰還後とくに親しくなった友人は1人あるが、会社には7年間親しい人

その特徴は active and passive, not effeminate, psychopathic, narcissistic, somato-sexual, overt conscious であり、Rorschach 同性愛スコアは計 25 点、そのうち aversion to female organ 6 点、female organ 3 点であった。生育歴の特徴としては、「父への敵意」が著明で、Allen の第三型にぞくする。

第11例 A. S. 25 才男 公務員 未婚

家族歴 父は 61 才腸捻転で死亡、母は 37 才で人工流産のさい死亡し、中学入学時、従姉が継母になった。父は豪放な人で新聞販売をしていた。同胞 4 人中の第 1 子で弟 2 人、妹 1 人があ

る。現在は弟と 2 人の生活をしている。

生育歴 父が 40 才のとき生れた。従姉が継母にきたが嫌悪を感じた。とくに中学時代に両親の性行為を見てショックを感じた。父は 4 年前に死んだが豪放な野性的な人でワイ本などを無雑作に投出していた。小学時代から男性的な人に憧れていたが、自分だけが他の弟妹とちがうので、祖父の子ではないかと疑ったりした。中学時代 14・5

はない。この友人にはつよくひかれた。職場でわい談などになってもその話にはいれない。小説を書くことだけに打ちこんでいる。知的な人にひかれることが多い。職業的な男妾とつき合ったとき、真性ではないといわれた。母親だけは信じていたが今は駄目だ。乱費して自殺することを考える。親が苦しんでいるのを見て復讐だと思ふ。同性を見ると透明ガラスのように透けてみえるように感じる。太った人、眼鏡をかけた人、口唇の大きい人、インド人のような鼻は嫌いだ。ひかれるのは第 1 に頸、次が眼だという。第 2 回面接では、廓の生活をしていたためみんなと話があわない。父が働かず、母をほとんどかえりみない。周囲から軽蔑される。関西から関東へ変ってもそういう環境は変わらないので、いつも自分の家庭をかくしていた。職場で自分位の年令のものはほとんど結婚しているし、独身でいるのがはずかしい。以上の供述がづづいたあと、最後の回では治療者への不信を示した。

才のころから同性を求め、いつも自分が女性的役割だった。中学時代には相当自慰を行ったが、中学卒後は空想的に考えるだけになった。娼婦との交渉で 3 回中 1 回は成功した。高校卒後速記養成所にはいり、官庁につとめている。女性に全くひかれませんが、努力して女性を好きになろうとしている。

既往歴 著患なし。

病歴 上記のように 14・5 才ごろから野性的な同性にひかれ女性的役割だった。中学時代の相互自慰以後は空想するだけである。異性愛行為も 1 回可能だった。自発的に治療を求めて来所。最初の面接で masochistic な夢の話をする。数回

目から継母への嫌悪，父への攻撃について述べ，　　る。約 6ヶ月間通院し面接回数は 25 回であっ
また異性への劣等感や弟への顧慮が表明されてい　　た。

effeminate, masochistic, bisexual, somato-psychosexual, overt conscious な同性愛
とみられる。Rorschach 同性愛スコアは 46 点で，elabcrated sex organ 3 点，homosexual
behavior 3 点が目立っている。生育歴の特徴として「父及び継母への敵意」が目立ってお
り，Allen の第Ⅲ型にぞくする。

なお，この事例のうちにはいれなかったが，廓内の生活が女性嫌悪をもたらした事例が他に
もある。

24才の音楽家だが，不眠，夢遊を主訴として来所した。初診で人形を盗まれる夢や，友人の
父に叱られる夢を供述し，2度目の診察で同性愛が明かになった。本人の父は遊廓を経営し口
やかましい人だったが，本人が 14 才のときに死亡した。姉 2 人の末っ子で母への愛着がつよ
かったが，幼時から娼婦の生活を見聞きしてから，女性嫌悪がつよくなった。学校でも遊廓の
子といわれてははずかしかった。中学時代に小児麻痺の親友ととくに親しかったが，同性愛行為
は大学にはいってからである。この相手とすでに 4 年つき合っているが，本人が積極的，男
性的で相手が受身的，女性的である。近ごろ相手の青年に異性の愛人のあることを知り，不
眠，夢遊のほか，人形（友人）を盗まれる夢や，母の乳房，父への恐怖などを象徴する夢を見
る。

この種の女性嫌悪が必ずしも同性愛となってあらわれるとは限らないが，これにも女性性器
への嫌悪，異性との対人関係がうまくいかぬもの，対人関係に支障はなく絵画的な美しさや，
少女趣味的傾向はあるが，異性として心ひかれることのないものなどさまざまである。しかも
これらのすべてが去勢恐怖にもとづくわけではなく，単なる不潔感や劣等感によるものもある。
第 13 例にもこれが母親に関連して供述されおり，11 例でも継母の背中を風呂で流した
りするときの嫌悪感を訴えている。この種の女性恐怖は，一般の性的不能症や，神経症者の訴
えのなかにも見られるが，それがただちに同性愛傾向と結びつくとは決まらない。

次の問題はいわゆる性心理的 psychosexual か，性身体的 somatosexual かという点であ
る。例えば第 2 例ではきわめてロマンティックな少女との純愛を夢みており，現実の配偶者
とは全く不能で，そのための離婚にからんで，経済的にも問題を起している。父との対立と母
へのつよい愛着が著明で，中学時代から同性愛行為があった。25 例中，psychosexual の段
階にとどまるというものが，第 1 例，第 2 例，第 17 例，第 18 例，第 25 例の 5 例であ
ったが，いずれも本人の供述によるものであり，第 11 例や第 13 例のように，ある時期には
somatosexual であったのが psychosexual になったり，逆の場合もある。Bergler が「空想
における同性愛」とよび，同性愛を空想する自慰を挙げているが，L. Ovesey のいうように，
潜在する無意識の同性愛では，依存傾向や力への要求がつよくあらわれる。ここに挙げなかっ

たが、19才のある学生で、やくざ的な男性への憧れを訴え、異性にはひかれないといていたが、この青年はこの力への要求を「自分には、そういう勢いのある肌にはひかれる」といっている。また 27 才の教員で、自己の身体にテンペラ絵具を塗って、いれずみをいれたやくざに変身し、これを鏡に映して満足するというナルチズム的で psychosexual な同性愛もあった。

要するに psychosexual 対 somatosexual という見方は、この両極を考えることは可能であるが、両者の移行型が多く、しかも同一人でも移行し得るものと思われる。

4. 考 察

以上 25 例の男性同性愛について、主として症候論的立場からの考察を試みた。もともとこの論文では、発生論的な考察を行うことを意図していなかったのだが、症候論的には上記のように、いくつかの要因の組合せによる非系統的な分類が可能であった。このことは同性愛とよばれる現象のなかに、さまざまな要因が包含されていることを示している。M. Boss⁴⁾ が指摘するように、フェティズムにおける「現存在形態の狭少化」や、サド・マゾヒズムにおける「暴力的方法による抵抗の破壊」のように、一元的な分類は同性愛では不可能であり、「これら（同性愛の）各群にぞくする人びとでは、愛情的世界内存在の抑圧と狭少化およびこれを破壊するための多かれ少かれ暴力的な方法の様相と範囲とが、きわめて多様であり、それぞれに伴うきわめて固有な存在態度とそれに相応する世界投企を有する」という Boss の見解に同意したい。

周知のように同性愛の発生を一元的に解釈しようと試みたのは、精神分析学派の去勢恐怖の仮説であった。去勢恐怖がひろく愛情の引きこもり (withdrawal) や直接的な 処罰を意味するものとしても、これらをわれわれのすべての例にあてはめるわけにはいかない。父への敵意や母への過度の愛着というエディプス型が、たしかにわれわれの事例でも数多く認められたとはいえ、反対に母への敵意や父への過度の愛着を特徴とする男性同性愛例も存在した。ことは Allen¹⁾ のいうように去勢恐怖だけが同性愛の特徴ではないことを示している。

また D. J. West²⁸⁾ は、Nedoma (1951), Lorand (1950), Follmar (1955), Allen (1958), Apfelberg (1944) などのいう、支配的な母親と弱い不満足な父親（または父の欠如）が男性同性愛者に特有であるか否かを検討している。すなわち 149 例の男性同性愛者中から、神経症的傾向を有する 50 例を選び、これを 50 例の年令及び神経症状態像の近似した神経症例と比較した。このさい父母と本人との情緒関係を 4 段階に判定し、同性愛者群と神経症者群とを比較検討した。その結果、同性愛者群では父母の両方がともかなりの程度の問題をもち、父母ともに問題のなかった例は神経症者群よりはるかにすくなく、ともにその差は有意であった。しかし一方の親が問題をもつという点では、同性愛者群と神経症者群との間に差が認められなかったという。

West 自身も自己批判しているように、こういう retrospective な考察は患者が親に対し

て抱く空想によることもあり、たま、それが患者自身の異常さの産物であるかも知れないという誤りから脱却できないであろう。

ことにわれわれの事例と比較してもっとも異なる点は、支配的な母親と弱い父を持つ例は第16例のみであり、支配的な母親は第4例と第18例、弱い父は第1例にみられたが、他は支配的な父親と弱い母親が第3例、第5例、第7例、第12例、第13例と圧倒的に多く、その他支配的な父親のみが第8例、第11例、弱い母親のみが第17例、第19例であった。このさいとくに日本と欧米の親子関係のあり方の相違が問題になるであろう。例えば支配的な父親という意味について考えても、他に妄をつくって恥ぢない父親、やくざの生活にふけり別居生活をつづけている父親、大酒者で乱暴する父親など、主として父親の酒乱や女性関係などが問題になっている。かれらは家庭内の暴君ではあっても、本人を支配し厳重な監督下におくといった「支配的」な父親ではなく、むしろ父親らしくない、わがまま勝手な男性であることが多い。これに反し、この父親のわがままな態度に忍従し、ひたすら育児や家事に専念している母親は、子どもに対してはその考えを支配し、「悪い父親」という印象をつよく子どもの心に刻みつけるのに成功している。「父への敵意」はこれらの忍従する母親自身の感情であり、この感情が息子たちにとりいれられていると解される事例がすくなくない。自から父親であり夫である責任と義務を放棄している男性は、欧米人から見れば「依存的で受身的な」夫であるとみなされる。日本で弱い父親と支配的な母親という条件が、同性愛者の親子関係の特徴であるかいなかについて考えるとき、両者の文化的社会的相違を考慮する必要があると思われる。Westらもいうように、弱い父親と支配的な母親という組合せの両者が同性愛の発生に関連があるという仮説は、そのままではわれわれの事例にはあてはまらなれると思われる。

また、Westwood²⁹⁾ は男性同性愛者の幼時体験として、

1. 母の支配。すなわち母が子どもを独占し、父が無意味な存在だったり、母がやもめだったり父が家から離れているとき、母以外に同一化する対象がないこと。
2. 母の愛情欠如。母の愛が与えられず、その代理者もなかったり、母の無関心や敵意の場合、女性を愛することができぬこと。
3. 攻撃的な父親を母がうまく扱えぬとき、つよく母に依存し、近親愛の恐れから女性への感情転移を抑制すること。
4. 父親が本人を女の子のように扱い、期待する場合。
5. 幼時期のつよい女性の影響

などを挙げている。

われわれの事例ではこのうち第3の条件のものが最も多く、第5の条件のものも若干認められたとはいえ、それがただちに近親愛への恐れをひきおこしたと断定するわけにはいかない。

また Westwood は 90 %がなんらかの誘惑を転機としているが、それは生来性の素質がたまたまその方向に合致したに過ぎないとし、Doshay⁵⁾ は 256 例の同性愛の誘惑のうちで、真の同性愛は 2 例だけだったとしている。われわれの例で同性愛の誘惑の明かなもの 21 例についてみると、16 例が 15 才から 18 才の間であり、中学時代というもの 3 例、小学時代は 2 例に過ぎない。もとよりこれは当人の供述による過去の追想である点で、不確かなものではあるが、大体年長の青年によって代償的同性愛の対象とされたものが多く、一般に学校、軍隊、近所の青年などによるものである。しかしこの代償的機会的同性愛の対象となったことから、同性愛傾向に固着したということにはやはり素因を考慮しないわけにはいかない。

この点、F. J. Kallmann^{13) 14)} は双生児の研究によって、一卵性双生児の 44 組のうち、31 組がともに Kinsey のいう 5-6 度の程度の同性愛者であり、13 組が 1-4 度の同性愛者で、他方が全く同性愛傾向をもたぬものはなかったのに比し、二卵性双生児では 51 組のうち、ともに 5-6 度の同性愛者が 2 組、1-4 度の同性愛者が 11 組で、あとの 38 組は他方が全く同性愛的ではなかったとしている。この研究では同性愛の素因はいちじるしく支配的で、環境要因はほとんど問題にならぬかのごとくに見える。

また B. C. Glueck は Sing Sing 刑務所に収容された同性愛犯 30 名について、これを強姦犯 30 名、非性的犯罪者 50 名と比較研究している。かれの資料で特異なことは、同性愛犯のうちで明かな精神分裂病が 35 %を占め、かれのいう pseudoneurotic 及び pseudopsychopathic な精神分裂病を加えると 76 %に達し、強姦および非性的犯罪のうちの精神分裂病がおのおの 20 %、6 %であるのにくらべて、いちじるしく高い。また未婚率が 60 %で最も高く（強姦 53 %、非性的犯罪 24 %）、幼時の性的な自我像として女性を画いたものが 76 %（強姦 26 %、非性的犯 20 %）、幼時に性に関する恐怖のなかったものは 41 %で最も少く（強姦 73 %、非性的犯 58 %）、集団からの孤立が 66 %で最も高く（強姦 37 %、非性的犯 40 %）、そのほか抽象力思考の障害と良心の形成の障害がいちじるしかった。親子関係では同一化すべき対象の欠如が著明であったが、それはどの犯罪者にも共通することであった。この同性愛犯に対して個人的集団的精神療法を行ったがいずれも無効で、あるものは一応軽快したが 3 年でまた旧に戻ったという。

H. Ellis 以来、同性愛者の治療の可能性については多くの悲観論がある。P. Friedman⁶⁾ もいうようにその理由には素因もさることながら、神経症者と異ってその症状に満足していることにある。かれは同性愛者の治療に際して、完全に中立の態度をとることは両親の承認と解されるから、どうしても直接的干渉が必要になるとして、指示的な精神療法の必要性を説いている。G. Westwood は Ellis のいう適応のはんいをさらに限局して、一般に年令が若く同性愛傾向が弱く、神経症的不安によって治療をつよく要望し、異性愛体験の失敗がないもののほうが希望が持てるとしている。前記の Glueck や Owensby が痙攣療法で治療させたとい

うのに対して、かれは Liebman の電気療法で精神病はなおったが同性愛はよくならなかった例を挙げている。

同性愛者の精神分析療法については、E. Bergler³⁾ が 30 年間に約 100 例の治療に成功したと述べている。かれはすくなくとも週 3 回、1—2 年の精神分析療法が必要だとしているが、精神分析療法の可能性の前提条件として、次の 8 項目を挙げている。

1. 治療に有効な内心の罪業感。
2. 自発的な治療の受容。
3. 自己を傷ける傾向が余りにつよくないこと。
4. 治療に当って同性者的空想よりも、同性愛的現実を述べる傾向。
5. 精神的に母親へ完全に依存したという体験が、実際にはないもの。
6. 嫌いな家族への偽りの攻撃道具として、同性愛を理由づけようとしめないもの。
7. 権威のある人が治らないと宣言していないこと。
8. 分析家が新しい治療法を心得ていること。

そのほかイギリスの M. Woodward も 81 例の同性愛者に対する精神療法の結果、29 例が明かな同性愛傾向をなくし、30 例が改善されたが、精神病質、アルコール中毒および、治療意欲のないものは予後がわるく、予後のよかったものは、30 才以下のもので、両性愛的で後期思春期にはじまったものであったという。

われわれの事例でも自から治療を求めて来所した 22 例のうち、結婚し妻が妊娠したとやってきたもの 1 例、一応結婚に成功したものの 1 例、自から軽快したとやってきたもの 1 例、社会的適応が可能となったもの 1 例のみで、あとは離婚して不安が解消したり、当面の結婚を中止することで不安がおさまったため来所しなくなったものなど、いずれも中断している。われわれの数年間の経験からしても Bergler のいうように治療の適応を決定することがはなはだ大切であり、なかには自から治療を求めながら、自己の同性愛傾向の正当づけを治療者に承認させようとする態度のものも稀ではない。

同性愛者の精神療法の困難性についてアルゼンチンの K. Freund⁸⁾ のいうように、可能なことは患者の社会的慣習を変えることであり、その性愛的方向づけはほとんどまたは全く影響されず、有効なのは異性愛行動に向うようなふんいきのなかで、同性愛的慣習から自制するようにしむける体制をつくることだとする考えに同意したい。なおかれが非言語的な精神療法的過程によって行った治療が、精神療法による言語的精神療法とくらべて、量的にも質的にも異性愛的適応の点で同じ効果を示したとしていることは、Boston psychopathic hospital における集団療法の成果などとも注目される。

5. 総 括

過去 5 年間に扱った男性同性愛 25 例について、もっぱら症候論的検討を試み、あわせて発

生論的問題と治療に関する推論に言及した。その結果を総括すると次の如くである。

1. 初診時年齢は 20 代 14 名, 30 代 10 名, 40 代 1 名で, 未婚 19 名, 既婚 5 名, 離婚 1 名であった。教育程度は中卒以下 8 名, 新制高校卒 10 名, 大学卒 7 名, 供述による初発年齢は 6—12 才 4 名, 12—18 才 18 名, 不明 3 名である。居住地は 16 名が東京で他は近県, 職業別では 14 名が会社官庁勤務, 4 名が大学生, そのほか画家, ラジオ商, 建築家, シナリオ・ライター, 菓子商, 文房具店員などであった。

2. 25 名のうち, 22 名が自から自発的に治療を求め, 他の強制によるものは 3 名であった。なお 22 名のうち, 9 名は結婚に追いこまれた状況で来所し, 4 名は結婚後離婚の状況に追いこまれて来所したものであり, 内心の葛藤を起して自から来所したものは 9 名に過ぎなかった。

3. 面接回数 3 回以下 8 名, 4—9 回 7 名, 10 回—19 回 7 名, 20 回以上 3 名 (最高 35 回) であった。25 名中治療を終結したものは 7 名のみであり, そのうち 3 名が結婚し, とくに 1 名は妻が妊娠出産したといってきた。

4. 遺伝因子については家族内に自殺, 精神病質, 精神分裂病のあったものが 5 例であった。

5. 内分泌障害の著明なものなかった。

6. 親子関係の著しい特徴をもつ 15 例についてみると, Allen のいう「母への敵意」型 1 例, 「母への過度の愛着」型 5 例, 「父への敵意」型 4 例, 「父への敵意と母への愛着」型 4 例, 「女性的父親への愛着」型 1 例であり, West, Lorand などのいう「支配的な母親と弱い不満足な父親が男性同性愛者の特徴である」とはいえなかった。

7. 同性愛を典型的に分類することは困難であり, これを次の諸要因の組合せとみることが, 臨床上有効な方法であると思われた。すなわち, 1) 積極型か受身型か, 2) 女性的か男性的か, 3) 神経症的か精神病質 (精神病) 的か, 4) ナルチズム的かいなか, 5) マゾヒズム的かサディズム的か, 6) 両性愛的かいなか, 7) 性心理的か, 性身体的か, 8) 表在化し意識的か, 潜在化し無意識的か。

8. 片口によるロールシャッハ同性愛スコアでは, 最高 68 点, 最低 15 点であり, 「女性性器への嫌悪」「性器に関する明細化」「同性愛行為」などが, とくに临床上興味ある指標であると思われた。

9. 前記の積極型と受身型, 女性的と男性的の区別は相対的なものであり, むしろ「保護者型」と「被保護者型」の区別が判然としている事例を認めた。

10. 神経症的か精神病質的かというよりも, 同性愛傾向を自我に異質的なものとしているか, 自我に同調的なものと受けとっているかという区別が, 治療上重要な意味をもっと考えられた。

11. Sager-Freud 型の超ナルチズム型同性愛には、自己身体への過度の執着のあるものと、過去の自己や理想的な自己への執着のあるものとの区別が認められた。

12. 両性愛的同性愛に関して、Bergler のいう「アリバイとしての妻帯」型はわれわれの事例では認められず、むしろ同性愛への耽溺が結婚後もつづいているのがみられた。

13. 同性愛者の治療に関し、Westwood らのいう如く、一般に年齢が若く、同性愛傾向が弱く、神経症的不安による治療への意欲がつよいものに治療の可能性があるように思われたが、Freund のいうように性愛的方向づけ自体の変更は困難であり、同性愛的慣習に対する自制力をもたせ、社会的適応を増大させることに治療の目標を置くべきだと思われた。

文 献

(直接引用したもののみ)

- 1) Allen C : The Sexual Perversions and Abnormalities, A Study in the Psychology of Paraphilia, 1951
- 2) Bauer T. : Homosexuality as an Endocrinological, Psychological and Genetic Problem. J. of Criminal Psychopathology, 2 188—97 Oct, 1940
- 3) Bergler E : Homosexuality, 1957
- 4) Boss M : Sinn und Gehalt der Sexuelle Perversionen; Ein daseinsanalytischer Beitrag zur Psychopathologie des Phänomens der Liebe. 2te Auflage, 1952
- 5) Doshay L. T : The Boy Offenders and His Later Career, 1943
- 6) Friedman : Sexual Deviations. Am. Handbook of Psychiatry, 1959
- 7) Freud S : Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905
- 8) Freund K : The Problem of the Treatment of Homosexuality. Acta Neuropsychiat. Argent, 1958. 4/3 (239—249)
- 9) Gebattel von V. E. F. : Daseinsanalytische und Anthropologische Auslegung der Sexuellen Perversionen. (Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie 1954)
- 10) — : Süchtige Verhalten in Gebiet sexuellen Verirrungen. (Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie, 1954)
- 11) Glueck B. C. : Psychodynamic Patterns in the Homosexual Sex Offender, Am J. of Psychiatr. Vol. 112 1956
- 12) Henry G. W. & Gross A. A. : Social Factors in Case Histories of 100 Underprivileged Homosexuals. Mental Hygiene 22. 591—611 Oct. 1938
- 13) Kallmann F. T. : Heredity in Health and Mental Disorder. 1953
- 14) — : Comparative Twin Study on the Genetic Aspects of Male Homosexuality J. Nerv. Ment, Dis, 115, 283, 1952
- 15) — : Twin and Sibship Study of Overt Male Homosexuality Am. J. Hum. Genet. 4 : 136, 1952
- 16) Kinsey A. C. : Criteria for Homosexual Explanation of Homosexuality J of Clinical Endocrinology. 1. 424—8. 1941

- 17) 片口安史 : ロールシャッハ同性愛指標, ロールシャッハ研究 I, 86—194, 1956
- 18) Kronfeld A : Homosexuality (Max Marcuse : Handwörterbuch der Sexualwissenschaft, 1923)
- 19) Krauss : Geschlechtsleben der Japaner. (Znbek and Solbdërg : Human Development, 1954)
- 20) Lang T. : Studies in Genetic Determination of Homosexuality. J. of Nerv. & Ment. Disease 92. 55—64, 1941
- 21) London L., Caprio F. & Lewis N. : Sexual Deviation 1953
- 22) Lorand S. & Balint M. : Perversions. Psychodynamics and Therapy, 1956
- 23) Myerson A. and Neustadt R. : Symposium on Social Psychiatry. Bisuality and Male Homosexuality, their Biologic and Medical Aspects : Clinics 1, 942—57 Dec, 1942
- 24) Ovesey L. : The Homosexual Conflict Psychiatry. Vol 17, 1954
- 25) Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution. Her Majesty's Stationary Office, 1957
- 26) Suyeō Iwaya : Nan Shoku (Die Paederastie in Japan). Jb. Sex. Wissenschaft 4, 265—71, 1902
- 27) Taylor F. H. : Homosexual Offenses and their Relation to Psychotherapy Brit, Med, J. 526—9 4 Oct, 1947
- 28) West D. T. : Parental Figure in the Genesis of Male Homosexuality, Int, J of Soc. Psychiatr, Vol. V. No. 2, 1959
- 29) Westwood G. : Society and the Homosexual, 1952
- 30) Whitney d' Audrain C. : Clinical Observations on Diagnostics, Etiology (Psychodynamics) and Therapy of Masculine Homosexuality, Rev. Psiquiat. (1956-57)
- 31) Woodward M. : The Diagnosis and Treatment of Homosexual Offenders. A Clinical Survey, Brit J. Delinq, 1958 9/1 (44—59)

学校恐怖症の研究*

鷺見 た え 子** 玉 井 収 介

(国立精神衛生研究所児童精神衛生部)

小 林 育 子***

(国立精神衛生研究所社会学部)

は し が き

学令期にある児童にとって学校に通うことは、生活時間の割合からいっても、精神生活において占める重要性からみても極めて重要なものであることはいうまでもない。したがって疾病その他止むを得ない理由のある場合をのぞき、登校できる条件の下にありながら、登校を拒否し、あるいは自ら登校しようとしてもできない児童があるとすれば、それだけで問題であるといわなければならない。

この問題は学校恐怖症 School Phobia の名で呼ばれ、すでにいくつかの研究も発表されている。われわれもこの問題に興味をいだき、われわれの属する相談室でこの種の事例に接するたびに注意を払ってきたのであるが、かなりの数に達したので、現在までの所見を整理してこの機会に報告したいと思う。

I 従来文献の概観

学校恐怖症 School Phobia に関する文献は他の児童の問題行動、あるいは神経症などについての文献に比較して割合少い。しかし1941年に Johnson が文献上始めてこの問題を取り挙げて以来、Klein E. (1945), Thompson (1942), Gardner (1952), Vaughan, Suttentfield (1954), Talbot, Coolidge (1957) などが、いずれも各々が取扱った学校恐怖症に基いた研究報告をしている。わが国においては、教育関係の方では取りあげられてもいるが、児童精神衛生の面から研究されたことは少ないようである。

学校恐怖症という診断名の発祥は、古い文献の入手が困難なので明らかにすることは出来ないが、この言葉を使用する人々が、“子供が心理的な理由から学校へ行きたがらない”状態を“学校に対する恐怖症”と見做しているためによることは明らかである。また Talbot はこの

* A Study of School Phobia

** TAEKO SUMI and SHUSUKE TAMAI (Department of Child Mental Health, National Institute of Mental Health)

*** IKUKO KOBAYASHI (Department of Sociology, National Institute of Mental Health)

状態の診断的分類は“不安神経症の中に含まれる学校恐怖症”とすることが適当であろうとのべており、Johnson, Klein, Coolidge 等も“学校恐怖症は他の種類の小児神経症と同様、不安反応 anxiety reaction として考えられる”という見解を持つており、したがってこれらの人々によれば、学校恐怖症は小児恐怖症の一型と考えられているわけである。

上記の人々と同様な見解を持つ Suttentfield の言葉を借りるならば“学校恐怖症が発生する機序は、日常の家庭生活の中で、或る特定の問題に対して児童が抱いている不安が、象徴的な形で学校の特定の場に対する不安に置換えられたものであり、登校拒否は、そのごとくして置換えられた恐怖場面を子供が避けようとするために起るものである”というのである。

更に Suttentfield は不安発生の根本原因となるものとして次のごときものを挙げている。学童期においては“母親の拒絶的態度”，“親のえこひいきな態度”，“過保護的な母親に対する子供の側における非常に依存的な態度”，思春期においては，“子供の側における拒絶的な母親に対する依存性，そしてその依存性の程度は，子供自身が本質的に具えている親から独立し，かつ社会的成長をしようとする力をさまたげる程のものであること”。このように親，特に母親と子供の関係，及び子供の性格的問題を重要視する態度は前述の人々すべてに認められ，従つて学校恐怖症の根本的原因は，学校，教師，交友関係などに横たわっているのではないと彼等が考えていることがわかる。

しかしながら，学校の場合が全く学校恐怖症の発生に無関係であるというわけではなく，このことについての検討も必要であると考えられるのであるが，この点に関しては Klein E. は彼女が治療した急性に学校恐怖症を呈した7名の児童が不安の対象として選んだ事柄について比較的詳しく検討を加えている。その結果彼女は不安の対象に基いて，彼等の不安を，1) 教師に対する不安，2) 友人に対する不安，3) 学業成績において失敗するのではないかと不安，の3つに分類し，学令児においては1) 2) が多く，思春期児童においては3) が多いとのべている。

Coolidge らは Judge Baker Guidance Center で取扱った27例の学校恐怖症児達を基として，学校恐怖症の内容を1) 神経症群 neurotic group, 2) 性格群 characterological group の2型に分類しているので参考までに紹介してみる。すなわち神経症群の特徴は，「発現は急性でありそれに伴い，親に依存的になる，頑固になる，機嫌が悪くなる，などの性格変化が認められるが，その他の一般的機能には大した変化はなく，近隣では友人とも遊ぶことが出来る。この様な子供達はエディプス期における親との葛藤に基づく不安を学校の場に置換えているのであり，子供自身もこの如き方法による解決法は適切ではないことに気づいており，出来ることならば早く恐怖症を取り去って学校へもどりたいと願っているものである。」性格群の特徴は，「一般に発現は前者程に急性ではなく，また前者程に性格の退行現象も示さない。しかし，彼等の性格の構造は前者よりもより問題を持っており，外界における適応にもよ

り困難性を示している。従って学校に対する恐怖は、子供が持つ外界に対する恐怖がより如実に現われているものにすぎない。」以上にのべた事柄を平易に解釈すると、学校恐怖症を呈した児童の性格障害の程度の軽重による分類ということになると考えられるが、さて実際の症例に当て、どこでその線を引くことが妥当かという問題が起きてくるのではなからうかということが想像される。

最後に治療に関して一言すれば、いづれの人々も早期からの精神療法の必要性を認めているが、更に Klein は、可能な限り早期に児童を学校へ出席せしめることの重要性を主張している点は興味深い。その理由として Klein は、学校を休む日が長くなればなる程、児童は学校や近隣の人々に恥しい、学業が遅れることについての不安等といった二次的な反応を示し、その結果一層恐怖状態を増加させるものであることを挙げている。そこで早期に児童を学校へもどす手段としては、学令期の場合は教師、親の協力を求めて、子供が耐えられる最低の条件におくこと（例えば親が附添う、出席時間を少なくする、宿題を免除する等）、また思春期の場合は、前述の手段の外に、必要ある場合は権威的立場から子供に学校へ行くことの必要性を告げる方法も考えるべきであるとのべている。

II 研究の目的、対象及び方法

(1) 研究の目的

われわれがこの研究で明らかにしようとしたのは次の諸点である。

- i) 児童にみられる恐怖症の対象となるものは数多くある。そのうち、特に学校を選ぶというのは、その児童のパーソナリティ、生育史などの上は何らかの特徴が見出されるものであろうか。
- ii) またそれらの児童を包む親子関係、家族関係、あるいは両親の養育態度などにも何らかの特徴がみられるものであろうか。
- iii) ひとしく学校恐怖、登校拒否と呼んでもその学校別、年令別、あるいは性別などにより相違がみられるものであろうか。
- iv) その治療、対策として何が考えられるか。

(2) 研究の対象及び方法

対象はすべてわれわれの属する国立精神衛生研究所の相談室を訪れた症例である。当相談室は昭和27年に開設以来、すでに1,000件以上の相談を受付けてきたが、われわれはその中から最近の症例よりさかのぼって該当する例をみつめ13例をうることができた。その選択の基準は次の通りである。

- i) 登校を拒否することが、主訴の少なくとも重要な一部として出ていること。
- ii) 身体障害、精神薄弱などによるとみられるものは除外すること。

iii) 精神分裂病なども登校していないものが多いがこれも除外すること。

われわれの例の中にはふくまれていないが、家計の事情のため、親の無理解のため在籍のまま長期欠席をつづけているもの、あるいは何らかの理由のため学校側から登校を拒まれているもの、疾病のため休んでいるものなどは、われわれの対象からのぞかれることはいうまでもない。また何かの理由による一時的な登校拒否は除外し、相当期間継続しているものに限ったが、母親が終始付添っていれば登校できるものなどはふくまれている。

当相談室における処置は一定せず、継続的な治療が行なわれ完了して登校するようになったもの、治療を開始したが中断したもの、治療開始以前のものなどがみなふくまれている。したがってわれわれのもつ資料にも程度の差がある。

若干のフォローアップをのぞいて、とくにこの研究のため資料を集めることはしなかったもので、すべてそれぞれの症例の診断及び治療の過程でのこされた面接記録によっている。

われわれの13例の概要はのちに第1表に示すごとくである。これらの大部分は、われわれのうちの誰かが、その診断及び治療の過程において、母と児童の少くとも一方を担当していた。

われわれは、面接記録、テスト結果などの資料を詳細に検討して、それぞれの症例をおおむね次の項目にしたがって整理した。

1. 氏名、性、年令
2. 問題の発生とその経過
3. 知能程度
4. 特記すべき既往歴、現症
5. 家族構成
6. 住居の変化（疎開、転校など）
7. 環境的变化
8. 両親の職業、性格、年令
9. 家族関係（両親との関係、きょうだい、祖父母との関係、その他）
10. 診断的印象
11. 処 置（当相談室で治療をつづけたかどうかなど）

われわれの相談室の方式によれば、すべての症例について、その診断の段階では、ソーシャルワーカーによるインタビュー、精神科医及び心理学者による面接及び心理テストなどが行なわれ、治療の段階では、母親及び児童を別の人が担当するのを原則にしている。したがっていず

れの症例も必ず2人以上のものが関係しているわけである。

われわれは上述の整理記録を作成するに当って、その協同者の意見をきくことによって、可能なかぎり主観的な解釈におちいることをさげようとした。

つぎに、われわれはこの13例を学校別、年齢別を中心に3つのグループに分類した。そのグループは、小学校低学年、同高学年、中学校及び高校で、それぞれ第I、第II、第III群とよぶことにした。各群毎の例数は、それぞれ3例、6例、4例であり、来所時における年齢の低いものより症例番号をうつことにした。

第1表 症 例 一 覧 表

	No.	氏 名	性 別	来訪時年齢	同右 学年	問 題 発 生 時 年 令	登校拒否期間	処 置
第 I 群	1	I. K	女	6才5カ月	小1	3才	約8カ月母に伴われて登校	サイコセラピー
	2	E. H	女	6才10カ月	小1	5才9カ月	約1年8カ月母に伴われて登校	同上
	3	H. S	男	7才5カ月	小2	7才2カ月	約1年	同上
第 II 群	4	O. K	女	9才7カ月	小3	9才	約5カ月	同上
	5	K. S	男	10才8カ月	小5	10才1カ月	約2年	同上
	6	Y. M	男	11才4カ月	小6	{9才2カ月 11才2カ月}	{約8カ月 約7カ月}	助言
	7	K. M	女	12才4カ月	小6	12才2カ月	約10カ月	中断
	8	T. R	女	12才3カ月	小6	12才1カ月	約7カ月	助言
	9	M. D	男	12才2カ月	小6	12才	約2カ月	サイコセラピー3カ月
第 III 群	10	Y. T	男	14才6カ月	中3	13才7カ月	約1年	同上 2カ月 中断
	11	M. K	男	15才4カ月	高1	15才2カ月	約1カ月半	同上 4カ月
	12	S. K	男	15才5カ月	高1	15才4カ月	約1カ月半	同上 4カ月
	13	M. T	女	17才11カ月	高3	17才11カ月	約3カ月	同上 4カ月

III 症 例 の 概 要

1) 第I群

第1例 I. K. 女 6才5カ月 (小学校1年)

小学校へ入学して最初の3週間ほどは、色々と文句をいいながらも通学したが、その後母親が附添わなければ行かなくなってしまった。ちょっと先生に叱られたり、友達にからかわれたりする

とすぐ嫌がって家へ帰ってしまい、また、どうしても登校しない日も多くなってきたので、その年の夏休みに相談に訪れた。

すでに、3才で3年保育の幼稚園へ入ったときも1人では行かないので、ばあやが附添って行っていた。半年後、風邪で約10日休んでから行くのを嫌がり、その後約1年休んだのち、再び1年間

通ったが、いつもばあやの附添いを必要とした。引込み思案で恥しがりで、友達の中へは仲々入っていけなかった。幼少時代から特別の疾患もなく、目立った環境の変化もなかったが、家庭内の対人関係はやや複雑な様子があった。

家族は父39才、母34才、兄9才、妹3才と本人に加えて父の妹25才が両親の結婚以来同居している。本人5才までは手伝いのばあやがいて、本人と兄の世話を殆どしていた。家業は履物問屋で、母は家業の手伝いにもかなり忙しく、幼い子供を他人に任せることが多かったようである。父の両親や兄弟は父の妹1人を残したのみで、あとはすべて父が軍隊にいる間に戦災死してしまった。そのためか父とその妹との関係は非常に密接で、母が結婚した当時、妹はヒステリー気味になって母に喰ってかかることが多かった。その後も父とその妹だけが母に隠れて話していることが頻々とあり、母は嫌なおもいをさせられてきていた。本人の問題については父と妹が共同して母に対し「子供を甘くしすぎる」といって責めているが、自分達はあまり子供の世話をしながらないので母は不満に思ってきた。本人をはじめ3人の子供達は皆母にくっついていて、父やその妹になじまないようである。

本人は幼少時代からばあやと母親以外の人には仲々なじまず、いつも2人のどちらかにくっついていたようである。2才8カ月の時妹が生まれたが、「赤ちゃんなんて捨ててしまえ」といって自分が母におぶさろうとしたこともある。現在でも機嫌の悪い時は妹をいじめることが多く、妹に対する同胞嫉妬の気持がかなり強いようである。このように、母を独占した母に依存したがる傾向をもっている反面、とくに母に対してはわがままで強情であり、母は内弁けいな子供だと考えてきた。

処置としては、約4カ月半の遊戯療法をうけた

のであるが、この間頑強に母から離れて治療者と2人だけになることに抵抗しつづけ、また治療者になじむことが仲々できなかった。しかし他方においては、学校へは次第に1人で登校できるようになり、また友達との集団活動も徐々にできるようになったので、一応治療を終結した。

第2例 E・H・女 6才10カ月(小学校1年)

小学校入学後1ヶ月余りで胃を悪くして休んだら、その後登校しなくなった。その間に席が変わったからとか、粘土細工ができないとか、後の席の人が髪をひっぱるとか理由をつけるが、一寸学校の話をしても泣き出して死んでしまうなどと騒ぎ、どうしても学校へいかない。以上のように登校拒否を主訴として来所した。

幼稚園も、先生がだらしないといっって途中で行かれなくなった事もある。下駄箱など、自分のを入れる場所はきまっているのに端から一つ一つ見ていかないと気がすまない。

知能指数は120、成績もよい方である。

家族は43才の父親、38才の母親、中学1年の兄、小学校5年の姉と本人の5人である。父親は公務員であるが、同僚から神経質だといわれている。兄は小学校を卒業するまで極度に内気で動物を恐怖した。姉は無口で忍耐強くきれい好きである。母親は後述するように神経症的なパーソナリティで、この母親との関係は本人の問題行動に重要な影響があるように思われる。

住居や環境に大きな変化はない。

父親は、はじめ黙って放っておけ、1年おくらせても仕方がないといっていたが、母は何とかし行けるようにしなければと、2、3の場所に相談にも行ったことがある。

母親は日本舞踊の名取で、長唄、活花など教えていたが、子供ができてからやめた。現在は家で内職しているが、子供を外へ出すことが心配で、

友達を家へよんで遊ばせるようにしていた。夫や子供の帰宅がおそいと交通事故ではないかと心配になる。本人の問題については、不安が先にたって叱ったり共に泣いてしまったりした。母親が汚いと感じるものは本人も汚いと感じ、本人の嫌いなものは母親も嫌いである。たとえば、受持の先生がそうである。母親は、本人のかたよった性格を認めてはいるものの、先生も15年も経験があるのに、あの子の不安を解消することができないと非難していた。

診断的印象としては、この例はかなり強度の強迫的傾向を有する子供であり、同時にまた、母親も同様な神経症的なパーソナリティであると判断された。

こうして母子それぞれの担当者によって治療が開始され、毎週1回ずつ、約50回にわたって継続した。

治療の経過は非常に長期にわたるので、要約して簡単に記すことにする。

まず本人は、当初はほとんど遊ぶことができなかった。プレイルーム備え付けのままごとをとり出し、これがこの茶碗のフタ、これにはこれと組み合わせること、及びそれをもとの箱に整頓して入れることだけで時間の全部を費やしてしまう有様であった。うまくあわない半端なものがあると「これをどうする、これをどうする？」としつこく治療者に決定を求めた。

やや進んだ段階で、治療者とままごとあそびをしようというようになって、2人で全く同じように茶碗や皿をわけようとして、一つしかないものに会うとやはり「どうしよう、どうしよう」というばかりで進まなくなった。

十数回を経て、やっとままごと遊びといえるものができるようになっても尚、粘土で実物大の米粒をお釜一杯になるまで作るという有様であった。

20回から25回に至るころの観察記録では、本人の全発言の殆ど1/3以上が何らかの形で治療者の助言、承認、同意などを求める内容のもので、自分で自分の行動を決定できないことを示している。

もとより、本人はままごと以外に多くのことでしたが、たとえば絵を描いても、この自分で決定できない特徴はよくあらわれた。即ち、自分で自由に描くことができず、いわゆる「へのへのもへじ」といった種類の型にはまったものしか描けなかった。

しかし、50回に亘る治療が進んだあとでは、根本的な性格特徴は変わらないが、実際の行動では自分で決定できる部分が多くなり、執りようなまでの几帳面さもかなり緩和された。

一方、母親の面接経過を要約してみよう。

9月になり2学期に入ると、母親がつきそって登校するようになった。しかし依然として集団には参加しない。先生が力づけようとして賞めてくれると嫌がって怒る。やがて休み時間には母親から離れて友達と遊ぶし、帰宅後も遊びにゆけるようになったとのべられた。この間、母親は当初はついていくことの必要性を主張して合理化しようとしていたが、やがて少しは不安の気持ちにさらすことも必要だと考える余裕ができて、帰りだけ別れて帰ることにした。

こうして、幾分気持ちに余裕ができてから、母親には毎日の通学がかえって負担になり、神経痛で休んでしまった。この間は本人も休んだ。

冬休みをすごして3学期に入ると、また2学期のはじめの状態に逆転した。教室の床にねそべって泣きわめいたり、母親の羽織をひきちぎったりした。

母親は先生が悪いのだと考え、ある日、ねそべっている本人の前で先生とはげしく口論するに至った。翌日相談室へきた母は、なお興奮からさめ

ず、あの先生には任せられないから私がついていくのだとまでいった。父親もこの状態にまきこまれて転校転居まで考えて、自ら相談室を訪れた。母と先生の対立はつづき、ついに教頭によび出されるに至り、神経痛でしばしば休んだりした。治療場面でも沈黙し、時には涙することさえあった。

一方、子供は益々傷い軍人や老人を怖れるようになったが、それが母親自身もそうなのであった。

しかし3学期の終りには、本人も友達にさそわれて体操ができるようになり、母も自分がこの子を支配しすぎたのではないかと気付くようになった。

新学期になって、先生がかわったことも手伝って徐々に好転し、教室で友達と並べるようになり、さらに、長女が病気になるって手をはなせなかったのを機会に、半日で帰ることができるようになった。

なお何度かの起伏はあったが、50回に近づくころには朝送っていただけですむようになった。

第3例 H・I 男 7才5カ月（小学校2年）

小学校2年で転校して1週間後、お腹が痛いという休んで以来、担任の女の先生がこわいとか、友達がいじめるとかいって登校しなくなった。先生や友達が迎えにきてくれたり、父親が附そっていったりしたが、1日行くと次の日は休むという状態がつづいた。担任の先生が無理に抱きかかえて連れ出した時、教室で突然失神し、その後は全く登校を拒否するようになった。近くの風呂屋や床屋にもいかなくなり、日中の外出は友達に会う事をおそれるのか避けるようになった。両親が灸をすえてしおきをしてからは、ひどく反抗的になった。学校の話がでると戸をけどばしたり、ガラスを割ったり、家をとび出したりした。困りはてた父親が、2カ月後に担任の先生とともに

に相談にきたが、父親は原因の大半を先生にあるとし、若い未熟な女教師だという拒否的な感情を示した。同時に、本人の扱い方について先生に干渉がましいこともいった。このような父親の態度にあつて、先生も父親を拒否し本人には良い感情をもっていなかった。もともと本人は内向的で、小さい時から変人と思われるほどがん固なところがあった。几帳面で、夏休みの絵日記などきちんとその日の分ずつ書かなければ気が済まないし、少々体の具合が悪くても学校を休む事はなかった。持物はいつも整頓されていたし、宿題は決して忘れなかった。IQは120、転校前の学校では優秀な成績であった。早生れで、同年令の子に比べるとひ弱にみえたが、特記すべき既往症もない。

家族の疎開先であった父親の実家に生れ、両親が農業をしていたので祖父母に世話された。3才の時、父親が洋裁業に戻るためC県に移ったので、家族と共にアパートに転居した。そこには数世帯が住んでいたもので、近所の手前活動的な遊びを禁じられることが多かった。父親は、子供が育つにはよくない環境だと考え、本人7才の時（小学校1年）東京に新しい家をたてて転居した。1ヶ月あまりは今までの学校に通学し、2年の新学期に転校した。

父親は41才、母親は38才でいとこ結婚である。父親は帰宅が遅く、家族と共に夕食をする事はめつたにない。実直で小心な人なので、本人が登校しなくなってから心配で仕事も手につかず、不眠になり、たえず頭が重かった。道を歩いていて、警笛の音でからだかふるえるという事もしばしばあった。ラジオをきく事も新聞を読む事も煩わしく、どうしてよいかわからない状態に陥った。これに比べて母親は、本人の問題にはあまりふれたがらなかった。丁度本人が学校を休み始めた5月、母親は4年前からの胃の痛みが胃下垂とわか

り、その養生に精一杯で、子供の世話は殆ど父親に任せていた。母親は3才で父親に死別し、母と姉が働いていたので家庭らしい雰囲気を知らないといい、無口で交際嫌いな人だった。潔癖で口やかましく、父親が本人をかばいすぎると意地になって長男の味方をしていた。本人も、時間をきいて母がすぐ答えないというような些細なことでも「お母ちゃんのパカ」といって半日泣きつづけたりした。兄は明朗で世話好きで、学校へいかれない本人に同情していた。診断的印象としては、精神病の疑はなく、幼児期からの偏傾した性格特徴が社会関係で問題をおこしたものと思われた。

治療は11ヶ月間、父母のケースワーク治療と併行してなされた。治療の5カ月目に1度登校するようになったが、3日目にはまた行かなくなった。その後、次第に外出もするようになり、新学期を迎えてから再び2年生として登校し、解決するに至った。

父親は最初から非常に不安で、担任の先生を責めつづけていた。本人が明かるくなると、次には登校させようと焦り、かなり具体的なプランを出して治療者を支配しようとした。2学期も終り近

くなると、このままいったら本人は落第し尚更いかれなくなるのではないかという心配が強くなった。そうして、ついにだめて登校させたが、前述のように3日後には失敗に終わってしまった。このとき来所した父親は、失望のあまり仕事に逃避したい気持ちを述べた。

一方母親の方は、そのころ積極的に本人の問題を考えるように変つてきていた。父親と本人の関係が冷静にみつめられ、同時に、母親自身の態度が反省された。治療の7カ月後「親として登校させる決心が必要だろう」という治療者達のすすめに、父親は強い不安を示したが、母親は「考えてみましょう」とこたえた。それから1カ月後には、今度は母親が断固として「もういいかげんに行きなさい」といったのを機に、本人は登校するようになった。これについて母親は「結局、誰もはっきりした態度をもてなかったからいけない」といっている。

1年間登校しなかったために進級はできなかったが、その後のフェローアップによると、クラスでは1番の成績委員にえらばれ、明かるい子になったとのことである。

第I群は事例1, 2, 3に該当し、うち1例は小学校2年の男子、2例が小学校1年の女子である。第1例、第2例は、すでに幼稚園の頃通園を拒否して先生や家族を困らせたが、どちらも問題として取りあげるには至らず退園したり或は誰かが付きそうことで解決されていた。また、環境的变化を経験しているのは第3例だけで、これは2回の転居、それにつづく転校という1つのきっかけがある。この例が完全に登校を拒否したのに比べて、他の2例は誰かが付きそわなければ行かないという形で学校へいくことを拒否している。いづれも、最初は胃痛や腹痛のような身体症状を示して休みはじめるようである。

登校拒否の理由、及び問題に対する反応の仕方は、他の2群に比べてかなり特徴があると思われる。すなわち、学校へいかない理由の殆どが外部にあり、例えば、友人関係が面白くないとか、受持の先生がこわい、気に入らないとかが訴えられている。また、登校を勧められた時の反応は攻撃的な手段をとることが多く、第3例などは、手がつけられないほどヒステリックに暴れるという。これは問題に直面することを拒否する防衛と考えられる。しかし、そのため

に葛藤をおこすことは少く、あっても一時的な反応 reaction と思われる。とこいうのは登校しないでいるか、或は誰も学校のことを話題にしないでいる時は比較的安定した状態にあり、おとなしく家で本を読むか、1人遊びなどで過している。

3例とも、特記するほどの既往症はなく知能程度もよい方である。すでに3才の頃から他人と関係をもつのを嫌い、家では気ままに振まっても友だちとは遊べなかった。むしろ、幼少の頃から祖母や母が相手になっていたのも、友達と遊ぶという経験をもたなかったようである。

性格的には第1例は全く幼児的であるが、第2例、第3例は、表面ではむしろ大人びた傾向があり、過度に几帳面で、例えば宿題を忘れるとか、忘れ物をするとかいう様な小さなことで異常に気にかかり、容易に次の行動にかかれぬ。かなり神経症的特徴がある。

家族関係は何といっても問題発生のかぎを握っていると思われ、その相互依存のあり方が第I群の最も注目すべき点といえるだろう。第2例は家族全員に神経症的症状があり、殊に母親は不安や緊張が高く、睡眠障害もある。そして母親と問題の本人とは強く結びついており、日常の行動やものの感じ方は全く母親のそれをそのまま表現していると思われる点が多くみられる。第3例では、母親は自己の病気に逃避して本人との接触をあまり好まない。のちに母親自身が述べているように、かなり拒否的な感情を抱いていた様である。そこで、母子関係で満たされない愛情欲求が父との密接な関係へと走らせた様である。この父親は第2例の母親ほどではないが、本人の問題が発生してから不安のあまり、かなり神経症的な症状を呈した。この症状は本人の問題解決と共に消失したが、一時的とはいえ、父は全く一つの混乱の渦中にあり、著しく他の家族から浮上っていた。第1例は母親への依存が顕著である。家族内の感情的なもつれが母子関係のあり方に影響しているとも推察される。また、この例では同胞間の競争がはげしく、明らかに母を妹にとられまいとする退行の状態と思われる。

以上の3例を通じて共通にみられるのは、問題の子供がいずれか一方の親に極度に依存していることである。第1例はこれを最も明らかにしめしているが、第2例、第3例はこれに加えて親の側からも、密接な関係をもっていたという欲求がある。母子間、父子間に相互依存の関係が存在するといえるのではないと思われる。

これらを要約して考えてみると、3例ともすでに自我の発達しはじめる3才の頃から、他人と関係をもちたがらなかった。未知の人との接触を恐れ、親との関係にのみひきこもっていた。性格的な偏りは幼い時から問題視されてはいたが、知的な能力もあり、学校へ通うという事態が生じなければ大過なく過すことができた。こうして庇護のもとで暮してきた彼等が学校という最初の社会関係に入ると、今までの相互依存の関係から独立していくことが必要になった。しかし第2例、第3例の様に、この時にはすでに親との同一視から得てきた理想像があり、それが現実とうまく一致しない時には、重大な失敗感が生じ、そうして現実と非現実との葛藤を

自分でコントロールすることができず不安に陥った。その結果、登校を拒否することによってこの不安から逃れようとしたものと思われる。その不安は、子供の中で意識され説明されるものというよりは、もっと不合理的な無意識的なものと考えられる。例えば第2例は、朝礼に並ぶ時など自分も一生懸命並ぼうとはするが、母の手をひっかいたり、つねったりし、時には、きちんと並んでいながら涙をこぼし、母の手を握って放さなかった。彼等は独立への足がかりをみつける前にまず退行し、登校という現実を勧める親の前では、攻撃的な行動をとって相互依存関係を復活しようとする。治療場面での状況について述べると、この様な親子関係は一層明確になるとと思われる。第1例は、治療の最初から母とわかれて遊戯室へいくことを頑強に拒否しつづけた。第3例は、治療室へいく時不安そうに父を振りかえり帽子や持物を手渡した。父親はそれを持って「いかれるかい」と心配そうに声をかけ、部屋に入ってしまったのを見ると次には治療室の前まで歩いていき、ドアのすき間から「お父ちゃんはどこにいるから大丈夫だよ」とくり返し声をかけた。親子相互に、わかれていることへの不安が著しくみられた。第2例は最初から母子の分離ができた。しかし母親は繰り返し、子供は何をしているかとたづね、遊戯室の物音に耳をそば立てた。また、子供も、面接室で何をしているのかと母親にたづねていた。この様な親子の状態をわれわれは相互に別れていることへの不安(separation anxiety)とよぶのが可能だと考える。そして、こうした不安が、特に第I群では登校拒否の大きな要因と云えるのではないかと思う。なお、治療は第1例が4ヵ月半の短期間であったのに比べ、第2例、第3例はいずれも1年半の長期にわたり、中でも第2例は現在継続中である。これは子供の障害の程度、及び親子の相互依存関係の深さに一致しているのではないかと思われる。

2) 第II群

第4例 O.K. 女 9才7ヵ月(小学校3年)

3年生になって担当の教師が変わり、新しい担任は年配の教師で、教室内では静粛にすること、給食は残さず好き嫌いを言わずに食べることを強く指導した。本人は人参などの野菜類を好まなかったが、それに対しては後で隣の教室に移して別にして食べさせるほどにした。勿論それは本人ばかりではなかったが、やがて本人は給食の時間は道具をそのままにして逃げ出してしまうようになり、次第に給食のある日は登校しなくなった。ついで全く登校しなくなり学業も遅れ始めた。

母親、担任教師、区教育相談室の相談員の協議の末、嫌なものは食べさせないという条件で登校をすすめたが、本人は10日程出席ただけで続かなかった。その結果相談員のすすめで2学期の末頃研究所へ相談に伴われて来た。

幼少時代から身体的疾患は特別になかったが、やや偏食の傾向があり、自分の好きな菓子などを買い食いする習慣がついて居り、従って家庭では昼食や夜食は気ままに食べたり食べなかったりしていた。母親もこのようなことを特別に問題視はして来なかったという。今度の給食の問題が起きてからは、給食のことを考えるともどしたくなると言い、実際に吐いたこともあった。また夜中に夜

驚症のように突然起き上って、恐怖状態で給食のことを口走ったりもし、某大学精神科で「夜驚症」の診断の下に投薬を受けたこともあった。元来我儘で母親に反抗的な子供であったが、学校へ行かなくなってからは一層その傾向が強くなり、またすぐ下の弟をいじめることも激しくなった。しかし近所の友達とは従来と変りなく遊んでいる。

家族は33才の父と32才の母、及び7才、5才の2人の弟がいる。父は旋盤工で子供のことは母に任せ切りでほとんど無関心である。そのくせ短気で酒をのむことが多く子供達をガミガミと叱ることが多いので本人は父を非常に恐れると共に、反抗的である。母は受身的でまた依存的な性格を持っているようで、子供が学校へ行かなくなってしまったことに対し積極的にどうすることも出来ず、ただ教師達の言うままになっている。

本人の智能検査の結果はWISCで75と出てかなり低くなっているが、一般的理解、一般的常識の面がかなり低いのに反し、その他の点はほぼ年齢相応のものもあり、従って知的な不均衡があるように思われた。面接による印象では智能検査の結果程に智能が低いとは考えられず、むしろ未成熟な性格が目立っていた。その他の特徴としては異常な程に人なつくく振舞い、また自己抑制力が弱い粗野な感じを持っている反面、容易に物事を恐ろしがる面も強く具えていた。

本人の問題は3年生になって給食のことを動機として登校拒否という形で表面化したものであるが、それ以前にも問題がなかったというわけではなく、2年生当時の成績簿における行動の評価は全部Cとなっている。ただその当時の担任教師は、特殊学級担当の経験を持ったような人であったために本人に対する圧力が少なく、従って特別に問題が表面化しなかったもののように思われる。

現在精神療法を計画中であり、母子共に治療のために通所することを承諾している。

第5例 K.S. 男 10才(小学校5年)

小学校5年の5月、頭痛を訴えて学校を早退して来たが数時間後には元気になった。しかしその翌日から朝になると頭痛を訴えて登校をしなくなり、母親が無理にすすめると妹の時は休ませるのにと行って怒り、それ以上無理に連れ出すと顔色が変わり、遂には泣き出す有様であった。いくら聞きただいてもそれ以上の理由はいわず、学校の話になると全く元気がなくなった。知人からあまり無理強いをしない方が良いといわれた両親は暫く本人に学校へ行くことを勧めるのを止めて黙って様子を見てみると、本人は次第に睡眠障害や、食欲不振を起すようになって来た。また、何か食べてみて気に入るとそればかりたべる。例えばゴマ塩を茶碗に半杯食べてあとは水ばかり飲んでいたり、或る時は1日に卵を7個食べてその他は何も食べないというようなでたらめをするようになった。また外出は一切拒み風呂屋や床屋へも行こうとしなかった。両親は困り果てて、父親がある日近隣の旅館へ連れて行って風呂へ入れようとしたが、本人は裸になると気分が悪い、体が消えて行くようだと言って泣いた。一般に我儘がひどくなり高価なものを買えと言って母親を脅かしたり、些細なことですぐ怒ったりした。その他に容易に頭痛、腹痛の訴えや、時には気分が悪くなって手足が消えそうだと訴えることがあったり、何度も読み古した漫画本を手許から何時も離さないといった何時もとは変わった行動があったりしたので父親は精神病ではないかという疑を持った程であった。約3カ所の病院で診察を受け小児ヒステリーの診断の下に某病院に1カ月程入院もしたが、我儘が一層つもののみで大した改善は認められなかった。

家族は父39才、母33才、妹7才、5才の2人と本人の5人であるが、この他に数人の若い工員と女中1人が同居していた。父親はメッキ工場を経営しており、本人が5才の頃から工場を拡張し数人の従業員が同居するようになり、本人は人々が出入し騒々しい機械の音がする中で育てられて来た。両親共に多忙なので、本人は何時も小遣錢を与えられて外へ追い出されることが多かったという。

父親は貧農に生まれ、小学校を出るとすぐ徒弟奉公に出、自分一人の力で工場を築いて来た人であるが、色々の面で強い劣等感を持っているように思われた。例えば、小学校1～2年時代は1人では登校出来ず、学校では教室に居ることが出来ず何時も姉の教室で、姉の傍にくっついていたというし、また自分の顔がみにくいので他人からは好かれることが出来ないと考えていた。本人の登校拒否の問題については、自分の内気がうつっていると考えると、本人を無理に登校させようとは考えず、むしろ本人をはれ物に触れるように取扱っていた。

本人はこのような父親の一見甘い態度に反応してか、登校拒否を始めてからは極端に父親につきまとうようになり、父親と一緒になければ外出出来ず、更にその時は父親の手をしっかりと握って離さなかった。

母親は唯一人の女の子として両親や兄達に甘やかされて育てて来たというがかなり未成熟な性格を持っているように見受けられた。家庭生活の仕方でも無計画で、本人とは些細なことで争っていた。例えば本人が過大な要求をしたり我儘をいったりすると、「あんちゃんがいじめる」といって外出先まで父親を呼びに行くことも屢々あった。また「父ちゃんのいうことはきくけれど私のいうことはきかない。こんな変な子と一緒に暮せない」と本人についていっては泣くということもあっ

た。このような母親の様子を、父親は「母親らしさが足りないからあの子は母親に頼れず、私を頼るようになるのだ」といって非難していた。これまでも両親は屢々喧嘩をして来ており、母親はよく実家へ帰るといっては泣いたということである。

本人及び両親に対する精神療法が施行されたが、その経過はかなり長く2年間を要して本人の学校復帰が可能となった。

治療の初期には、本人は父親と一緒にではなくは来所出来ず母親と一緒にでは不安がって駄目であった。次第に父親が都合で来られない時は母親と共に来るようになったが、その折は父親の折畳傘を持参し、治療室でもそれを手離すことが出来なかった。しかし次第に本人と母親との関係が好転し、同時に本人の一般的態度も成長して行った。治療経過が約一年半過ぎた頃からソーシャル・ワーカーは両親、特に父親がまだ不安がるのを支持しながら本人を学校へ送ることを勧めた結果、本人は親の予想に反し学校へ無事復帰することが出来た。その後の経過は順調に進んでいる。

第6例 Y.M. 男 11才4カ月(小学校6年)

小学校6年の6月、市の祝日に家族と共に外出した翌日から明らかな理由もないのに登校しなくなった。前日には宿題もすませ、学用品も揃えてあったのだが朝になると学校へ行かないと言い、そのまま1学期を学校へ行かずに過ぎてしまった。尋ねられると、隣りに坐っている友達が嫌いだとか、学用品が揃っていないとか、休んだので皆に何とか言われるとか、日によって違うことを言い、時には欲しいものを母が買ってくれないからだという事もあった。しかし母親がいそいで道具を買って来て遅くなったといっただけで登校しなかった。やがて頭痛や、腹痛を理由にし更に1学期の終り頃には、そうした理由づけもせず、朝

起きるとぼんやり坐ったまま動かないようになった。

登校拒否は既に2年前、私立小学校4年の5月にもあった。この時には学校から検便のために便を持って来るようにいわれていたのに、便が出なくて持って行かれないのを苦にして休んだのが直接の動機であった。8カ月間程休み、父親の意見で公立小学校へ転校させたところ新学期から通学し始め、約1年間は休まずに行ったが再び今回のようになったわけである。前回の登校拒否中に某大学附属病院小児ドックに入院し脳波その他の検査を受けたが異常はないといわれ、知能指数は120であった。

元来の性格は温和しく、学校のことに對しては真面目すぎる程で、少し位の熱でも休むようなことはなかったし勉強もよくした。しかし非常に小心で宿題は完全にすまさなければ気がすまなかったし、忘れ物をすること、遅刻をすることを非常に気にした。

家族は父41才、母35才、本人及び妹9才に加え父方祖父母が同居しており、父母は従兄妹結婚である。母親と姑の中は非常に悪く、本人が出生して1ヵ月足らずの折、母親は姑との関係に耐えられず本人をつれて実家へ帰った。やがて父親も母親の家へ来てそこで一緒に住み、2年後には本人の妹も生れた。しかし妹出生後母親が折れて再び父方祖父母の家へ移って一緒に住むようになったが、祖父母は妹を偏愛し本人を嫌ったので、母親はそれを非常に不満に感じ1年後に再び祖父母と別居してしまった。こうして父母と本人と妹の4人の生活が本人3才位から当分続いたが、父方祖父母が老齢になったので3度目の同居を本人が今回の登校拒否を始める約1ヵ月程前に始めた。しかし祖母が再び妹にだけ菓子や小遣銭を与えて偏愛したので、母親は本人への悪影響を心配して本人のみを母方実家へ預けることをしたりした。

更に父方祖父母との同居が始まる少し前から母親が心臓神経症を起して実家へ暫く帰っていたこともあった。

元來母親は、母親自身の言によると祖母に対する意地から本人を過度に保護し、甘やかせて来た。特に登校しなくなってからの本人は益々無理な要求を母にし、それが満たされそうもないと泣きわめいたり乱暴をしたりするのであったが、母親は大抵の場合はかなり高価なものでも買い与えて了っていた。しかしその反面、本人が学校へ行かないのは自分を困らせるためであると言って本人をうらんでいるようにも思われた。一方母親の心臓神経症は益々悪化し、母親は1人では外出も出来ず、また本人が我儘を言って母親を困らせるから出来るだけ本人のことを考えたくない、施設へでも入れてしまいたいということを言うのであった。

父親は民間会社の課長をしているが、短気で物事をすぐ苦にるす性格を持って居り、父親自身が、会社を休んだ翌日は勤めに出るのが嫌でたまらないが勇氣を出して行っているのに過ぎないのだとのべて、かなり弱い性格を内に持っていることを明らかにしている。本人が学校へ行かないことに対しては非常に激しく叱ることが多く、従って本人は父親を非常に恐れている。本人が小学校3年生の2学期のこと、母親の言うことを仲々聞かないで母親を困らせていた時、父親は非常に怒って「学校へ行かなくてもよい」と言って本人の学用品を燃してしまったことがあった。その時、本人は燃したものを買ってこれなければ学校へは行かないと主張し、父親は遂に折れてすべて買い整えてやったという。母親はその時の父親の本人に対する厳しい態度が、その後本人が登校拒否の問題を起すようになったことと大いに関係があると考えている。妹の性格は本人と正反対で、明るく学校でも家庭でも皆に愛されている。本人はこ

のような妹に対して暴君的であり、嫉妬心を強く抱いているようである。

面接の場における本人の態度は非常に用心深く緊張しており落ち着かず、ピストルを撃つこと以外は何もすることが出来ないように見受けられた。強迫的な傾向も目立っており、細かいことにとらわれて自由な行動が出来ないような様子も認められ、ロールシャッハ・テストにも神経症的、強迫的傾向が現われていた。

本人の登校拒否は既に2度目であり、また性格的にもかなり問題が認められ、従って治療が必要であると考えられたが、母親が心臓神経症のために遠路の通所が不可能であること、また本人も最初から来所を嫌がって来る度に父母を困らせていた等という悪条件のために、治療を開始することは不可能であった。従ってわれわれは、先ず母親の神経症を近隣の精神科医のもとで治療することを勧めてこの事例を終結した。

第7例 K・M. 女 12才4カ月(小学校6年)

小学校5年までは放任主義の男の担任であったのが6年からはかなり厳格な女の担任と変わり、本人は先生がこわくて嫌いだといひ始めた。そして6年生の1学期が始まって1週間目に登校を嫌がり3日休んだ。その後夏休みまでに3日間づつ3回程休み、そのたびに宿題が出来ていない、頭が重いなどという訴えをした。学期末試験の終り頃、あと音楽だけ残っているという時に至って再び登校を嫌がり、その後夏休みまでの約10日間を休んでしまった。

これらの休んでいる日々様子は昼間はテレビなどを見て普通の状態であるが、夜になると「翌日学校だと思つて何だか心配で、胸の中に黒い影がつまって来るような気がする」といって登校に対する恐怖感を表現した。同時に睡眠障害もあった。学校の話しをされることを極度に嫌い、そ

のような時は不機嫌な顔をして1人で別室にとじこもって了った。それでいて学校のことが非常に心配になるらしく、教科書を出して勉強をしようとするが、一つの勉強を始めるとあれもしなければ、これもしなければということが気になり、落ち着くことが出来ない状態であった。このような状態で近隣の開業医に伴われ、ノイローゼではないかといわれたこともあったが、8月の夏休みの最中に研究所へ母が相談に訪れた。

元来かなり内気で友人関係も少なかったが、学校へは少しも休まずに行っていた。学校のこととなると非常に心配性で、宿題は夜遅くまでかかっても必ずしとげねば寝られなかった。しかし母や弟達に対しては我儘で強情っぽい性格を出していた。幼少時代から非常に可愛がってくれた父方祖母(約10年前から別居していたが)を、本人の言では「母親よりも好いて」いた。その祖母が本人の6年1学期の5月に突然脳溢血で倒れて入院をしたが、その折は平素弱気で仲々1人では外出出来ない本人が弟だけをつれて、市川から横浜迄祖母を見舞いに行くことをした。祖母はその後直ぐ死亡し、その時本人は非常に泣いたが学校を休むということではなかった。この事柄に関し、母親は本人が思いがけず強い面を持っていると解釈し、祖母の死と本人が登校しないことは直接の関係はないと考えている。また本人の登校拒否は祖母発病の以前から起きていたのであり、むしろ本人の元来の性格に加えて厳しい教師の担当になったことが原因であるともいっている。

家庭は父44才、母34才、弟4才、1才と本人の5人で、約10年前に現在の所へ田舎から移って来た。其処は父親が勤めている会社の寮で、本人が幼少時代には近隣に子供がないために何時も家庭で1人で遊んでいたという。また体が弱く貧血を起し易いので母が何かと甘やかして来たともいう。

本人が登校拒否を起してから、屢々不安感を

訴えるので母親はそれにどのように対処してよいかかわからず、相談中には「私までがノイローゼになりそうで」と訴える有様であった。子供の気持に容易に巻き込まれて子供を安心させるだけの強さがない性格の持ち主のように思われた。

また本人が来所することを拒否すると母親も子供の反応を恐れて来所を続けることを決定することが出来ず、ただ様子をみたいからという言葉を残して来所を中断してしまった。その後の経過は依然同様な状態が続いているようである。

第8例 T.R. 女 12才3カ月(小学校6年)

元来学校へ行くことをおっくうがる子供であったが、父親が毎朝自転車車で送って来ており、そのためか学校を休むことは殆んどなかった。しかし5年になってから母親が父親に送っていかないように強いい、5年の2学期からは1人で行かせるようにした。ところが本人は毎朝ぐずぐずして1人で行くことを嫌がるようになった。5年生の12月に入ってから登校を頑固に拒絶して、朝は何時までも寝ており家人と共に食事をしたり、顔を合せたりすることも嫌がるようになってしまった。しかし5年の終り頃は数日登校し、6年の新学期にも数日登校した。しかしそれから宿題が出て、それがわからないからという理由で再び登校を止めて了った。外出することも恥しいからといって嫌がり、家の庭で動物などを相手に遊んでいるのみであった。

本人は27才の姉を頭に5人兄弟の末っ子であるが、そのうち2番目の子供は3才の時に死亡しているので現在は3人兄弟である。幼少時代から体が弱く、従って1人子供を失った両親は本人を非常に被護して育てて来た。特に父親が本人のことをあれこれ心配し、外へも出さず家の中のみで過ごさせていた。そのためか、本人は大人しくて内気で、交友関係も殆んどないような性格を持っている

たが、その反面母親や上の姉姉に対しては強情で、また自分の考えを明瞭に表現しない傾向を強く持っていた。小学校へ入ると、父親が本人の体が弱いので可哀そうだという理由で、毎朝自転車で本人を学校へ送ることを行った。父親は本職は寺の住職であるが、小学校の隣にある町役場にも勤めていたので従って毎朝本人をつれて行くことが容易であったわけである。しかしこのことで本人は学校の友人から屢々からかわれて来ており、母親も父親が本人を日頃被いすぎていることを感じているので、自転車の件も反対して来た。しかし父親はそれを止めようとはせず「子供が可哀そうだから」と言って来たが、本人が小学校5年になってからは母親の強い主張で一応送ることを止めるに至った。ところがその後も父親は本人が家を出かけた後を追って行き、途中から自転車にのせ、学校が近づくと自転車から降ろすというようなことを幾度か繰返していた。

本人が学校へ行かなくなったことに對し、母親は、こんなに非社交的な、また親に依存的な性格では将来が心配である、このようになったのは父親の責任だといって積極的に治療を求めて来た。これに反し、父親の態度は、学校へ行きながらぬものを無理に行かせる必要はない、何事も子供に強制することはいけない、といって母親に反ばくをした。両親を同時に面接した面接者は上記のごとき両親の意見の相違を聞きながら、この2人の間には本人を中心としてその他色々の面においても感情的な溝があることを感じた。

父親は58才、母親は49才で、27才の姉と17才の兄の2人は積極的、社交的な性格を持っているという。父親は寺の住職を継ぎ、非常に実直な人であるが、性格は内気で心配性で消極的であると共に妻に対しては頑固である。母親は父親の性格とは反対で気が強く子供達にも干渉しがちの人であり、時にはヒステリーを起すこともあると自分で

のべている。父親が本人を甘やかすことが非常に嫌らしく父親を責めていると共に、本人に対しても「気に入らない子供」という拒否的な感情を抱いているようである。

治療に対する父親の強い反対があったこと、又距離的に通所がかなり困難であったことなどの理由で、本人に対する治療はせず、両親と数回面接をしてこの症例を終結したが、両親及び本人と面接をして得た我々の印象の一部をのべると次のようなものであった。最も目立った点は本人と父親との関係の特徴的なことであった。

すなわち、父親は繰返し、あの子は体が弱い子だから親が被護する必要があるとのべているのに反し、本人の体つきは太って見るからに健康そうであり、むしろ何故父親が、本人を体の弱い子と考えねばならないのかが疑われた。一方母親は、このような父親の態度を父親の面前で強く批判して、父親が本人から少し手を引いてくれることを願っているようであった。我々の印象でも、父親が本人を何時迄も自分に附属した赤ん坊にしておこうとする無意識的願望を持っており、そのような父娘の結びつきを母親がさこうとしてあせている様子が明らかであった。

本人は色白のむっちり太った可愛い、しかしながら感情表現の少ない少女であり、何か質問されると、ニコリと笑って静かな声で答えるが自発的には何も話しをせず、かなり内閉的な性格を持っているように見られた。その他に目立った特徴としては本人の何げない、姿態の中かなり女らしいコケティッシュなニューアンスがあったことである。既に6年生の4月に初潮があったというが、父親との非常に密接な関係が、本人のこのような面における発達を促したのではなからうかということのをわれわれに想像させた。しかし、人格全般についてはかなり未成熟であり、従って身心発達の不均衡さが目立っていた。

両親に対しては、指導を行って終結をしたが、その後、学校教師などの援助を得て本人に登校を促した結果、6年の3学期から通学を始めたということである。

第9例 M・D・男 12才2カ月（少学校6年）
小学校5年3学期の始め、妹が自分と同じ学校（国立大学附属）を受験して失敗すると非常に落胆して発熱し、そのまま3月末まで体はすぐ普通になったが登校しなかった。6年新学期に再び通学し始めたが、まもなく頭痛を訴えて学校を屢々休むようになり、5月に風邪を引いて休んでからは学校へ全く行かなくなってしまった。午前中は熱があるという起きず、午後になると元気になって遊ぶことが出来た。小児科で受診し身体的障害はないといわれた。

元来智能程度は高く、公立小学校1年の1学期に智能が優秀すぎて友達とは会わないのではないかと担任教師に忠告され、2学期から現在の学校へ転校した。学業成績は中以上であったが勉強はあまり好きではなく必ずしも本来の実力を発揮しているとは思われなかった。6年になってからは附属中学の受験勉強に熱中する友人を見て、本人は自分は勉強が嫌いだからといって進学先を定めかねていた。

特記すべき病気に罹ったことはないが、小学校に入ってから、何かショックを受けるとすぐ発熱したり、腹痛を起したりした。たとえば小学校4年の秋、一緒に滝を見ていた祖母が滝に落ちて本人は非常に驚いてその後発熱して数日間学校を休んだ。また夢におびえたり、ねぼけたりする事も時折あった。

家族は会社員の父親35才、小さな文房具屋を営む母親32才、第10才、妹6才であり本人は長男としてかなり大切にされ、又甘やかされて育った。性格は内気で些細なことでも気にして、自分の持

物を一寸触られても怒るようであった。又人に干渉されるのが嫌いで、自分の主張に反対されると益々反撥したり、又興奮して周囲の人々に乱暴したりした。家人のうちで本人が最も怖れているのは父親であり、本人は母を通してしか父親と話しをすることが出来なかった。父親も長男として大切にされて来た人で我儘で神経質であり、本人に対してはかなり厳しい態度をとっていた。本人は学校へ行かなくなってから、土人の酋長に変装した父親が自分をいじめる夢を見、非常に恐しがって泣き叫んだことがあった。

母親はかなり口喧しく、根掘り歯掘り本人にものを尋ねるといったタイプの人で、これに対し本人は煩しがると共に反抗的態度に出易いようであった。母親もまた本人がそのようになるとすぐ興奮して、2人でとっ組み合いの喧嘩をしたり、物を投げつけ合ったりすることが稀ではないという。母親としては本人が附属中学の入試準備をしようとしなのが不満で、勉強を強制する傾向が強

く、本人はそれに対し、睡眠薬を買ってくるという母を脅すことが屢々あった。

本人は弟に対しかなり暴君的であり、食物でも一番沢山真先に取りたくないと思嫌が悪く、テレビの番組でもたえず弟に勝とうとしている。そしてもし母親が弟の方をかばうと本人は非常におこって母親の顔にあざが出来る程強く叩いたこともあった。

本人は2学期から嫌々ながら登校を始めたのであるが、性格の問題、母子関係の問題が認められたので一応治療を開始し約2カ月程続けて終了した。この間本人の方には大した変化は認められなかったが、母親の方は、本人に勉強のことで圧迫しすぎたことを感じ、本人の希望通り公立中学へ進学させることに同意を示すことが出来るようになって来た。治療は更に継続する必要があると感じられたが、本人が順調に通学し、あまり来所を好まないために一応経過観察ということで治療を終結した。

第II群にのべられた6例のうち3例は男で3例は女である。その年齢分布は9才7カ月から12才2カ月までである。すなわちその精神身体発達の程度は所謂学童中期から前思慮期にかけてであり、従ってその精神構造は最低年齢と最高年齢とはやや異っていることを一応考慮の上でこの群の検討を行う必要がある。

登校拒否を起した理由が直接学校の場合といかなる関係にあるかについて検討してみると、その理由が比較的明らかなのは、給食の問題で給食の時間を、また担任教師を避ける事から始まったのが第4例である。次にそれ程明確ではないが漠然とその理由が考えられるものとしては、新学期から担任となった比較的敵しい教師を恐れることから始まったと思われる第7例、父親が学校まで送って行かなくなったことと関係していると思われる第8例、及び受験勉強に伴って不安を呈したと思われる第9例である。残る第5例と第6例は何ら明確な直接の理由は認められない。

学業成績はかなり優れた智能を持つと思われる第9例を除いては、何れも極く平凡な成績をとって来ており、学校における一般的行動はむしろ大人しく目立たぬ存在である。何れも登校拒否を起すまでは、学校の事柄に関してはかなり心配性で、宿題や忘れ物などについては失敗

しないように気を使ってきている。しかし、かといってよく勉強をし真面目で教師や親に「よい子」として特別に認められている程のものでもない。このように学校では特別の問題も示してはこなかったのに比し、家庭では何れも或る程度親が気づく程の性格的、行動的問題を示してきている。すなわち何れも内弁げいで、我儘で、末っ子の第8例を除いては、皆下の同胞に対し権威的でいじめることが多いと共に親（特に母親）との関係では、物質的慾望が強く、他の同胞に比べてかなり充分に与えられているにもかかわらず、なおひがんでいられるように見られる。

このような性格的傾向は相談室の診断の場面においても明かに認められ、何れもかなり抑制的で、自由な感情表現が出来ないか、或は感情のコントロールが適当に出来ないようである。

以上のごとき問題的な性格傾向は登校拒否の問題が発生すると共に一層顕著となっている。すなわち、親、特に母親に対し過度の、また非合理的な要求を出して困らせたり、或は益々反抗的になっており、と同時に数例においては母親、或は父親に異常に依存的となり、すなわち、一般に人格の退行現象が認められる。同胞に対する嫉妬の態度もますます激くなり、親に対し「僕の事を少しも可愛がってくれない」といった内容をもつ発言をしばしばしている。また、登校拒否に関する不安が、頭痛、腹痛等の精神身体症的訴えとなるものが大半の例に認められ、第7例の如く明らかに学校の問題を対象とした不安神経症とみなされるごとき症状を明らかに呈するものもある。

以上の諸点から考えるのに彼等の登校拒否はそのみが単独に起きたものとは考えられず、それ以前から既に未成熟で、かつ親に対し欠乏感とアムビバレンツな感情を持つような性格を持っていたものが、明確な、或は外見不明確な動機によって、性格の退行的変化、或は不安神経症を伴って発生するものということが理解される。

同胞関係は末っ子である第8例を除いてはすべて長男、長女であり、また何れもその幼児期において次の同胞を迎えた経験を持っている。またその時期において迎えた同胞（すなわち自分のすぐ下の妹、或は弟）に対して嫉妬感を強く持っているようである。何故このような現象が起きているかを考察するためには個々の例の幼少時代における親子関係を検討することが重要であると考えられる。残念なことにわれわれは各児についてのその時期における十分な状況を知り得ていないので確なことは不明である。しかしながらわれわれが面接をした時期における親子関係の様子から推察してみると、子供は親（特に母親）に対しかなり依存的であると同時に、また母親を信頼することが出来ないでいる様子が認められ、また母親の方も本人と他の子供達と比較しては、本人に対する拒絶的感情と罪悪感とを同時に抱いている様子を示している傾向が強く認められた。また、母親或は父親が本人の登校拒否の問題発生と共に自らも子供の不安感の中に巻きこまれてしまい、親子間の葛藤をますます増大させてしまうと共に自らも神経症的になるようで、この点からみるのに親達の性格構造にも問題があると考えられた。

子供達の治療に対する態度は一般に拒否的であり、また親もそのように拒否的な子供の態度を恐れて、強いて治療に子供をつれて来る程の決意を持ち得ないようであった。この理由により、6例中3例迄は治療を開始するが不可能であり、また他の3例も、診断時及び治療開始時にはかなり強い抵抗的態度を示していた。

一方、6例における相違を通覧してみるのに、最少年令の第4例と最高年令の第7, 8, 9例との間にはかなり不安の対象、学校へ行かないことに対する考え方も異っているようで、それらを、別記の第I群、第III群との比較において考えてみると、前者はより第I群に近く、後者はより第III群に近いように見なされた。この現象は各々の年令の相異に依るものと見なして妥当であるように考えられる。

3) 第III群

第10例 E.T. 男 14才6ヵ月(中学3年)

中学三年生の男児、来所したのは3年生になった5月であるが、登校を嫌うようになったのは2年生の夏休み前からである。夏休み中に鼻の手術をした。夏休み後登校しなくなり、12月には、学校をかわれれば登校するというので、それまでの私立校から公立校へ転校した。2年生はそれでも全体の2/3位は出席したが、3年になってからは始業式に登校したきり全く登校しない。

知能程度は平均以上で成績も上位である。

早産児であったが安産で800匁以上あったという。足指が一本半分しかない。父はそれが何かの影響を及ぼしていると思っている。そのほか鼻がわるい。2年生の夏、骨をけずる手術をしたが、以来医者者を信用しなくなった。身体が弱く小児ゼンソクでよく休んだ。

他人と一緒にすることが嫌いでスポーツもしない。ラジオ、模型などが好きで室で一人とちこもって一日中いぢっている。登校を拒む理由は明らかでない。父とは話し合いがないし、母は気を使って深くきくこともしない。

父は69才、母は53才、上に4人の姉があり本人は末子で唯一の男の子である。上の姉2人はすで

に他家に嫁し、つぎの2人は現在同居している。

疎開中に出生し、当時は九州の工場にいた。終戦後上京して一緒になったが、父はまた仙台に行った。父は現在も仙台の会社と東京を半々くらいに生活している。

父は古い型の考えの持主で、親のいうことはきくべきだという。すると本人はすぐ反抗する。

母は自分も気短かで口やかましいといい、はじめの男の子で男の子の気持はわからないともいっている。旧弊で強く、かつ老令の父と、ただ一人の男の子に対し期待と不安が交錯して口やかましい反面気をつかっている母との間の感情的なあつれきが本人の症状の形成に重要な関係があることは想像されるが、後述するように治療が継続することなく中断したので十分なことは明らかでない。

診断的印象としては、かなり強度の神経症的性格であることがみとめられた。

心理療法の対象になりうるものと判断されたが、本人は治療をうける気持がなかった。母親は、ぜひ通わせたいが、私のいうことは絶対にきかないからと不安を表現した。

一応治療に入ったが、面接中もチック様の動作をくりかえし、部屋の構造や壁や天井の部分や、はては途中のバスの座席のつくり方に至るまで極

度に気にした。話題はほとんど、本人の特殊な趣味である汽車の時刻表に集中された。すなわち、時刻表をみてどこまで日帰り旅行できるとか、どの駅は改札口を経ずに乗り換えできるとか、どの列車は何番線から出るとかという事柄で、これについては驚くほどの博識であった。また来所するにも一回ごとに経路をかえるほどであった。

したし結局永続することができず6回で中断するに至った。

第11例 M.K. 男 15才(高校1年)

競争率の多い県立工業高校に入学して2ヵ月後、中間テストがあった。テストの終わった翌日、「試験に失敗した。勉強が嫌いになったからもう学校へいかれない」と云って登校しなくなった。先生からテストの成績は悪くないと云われたにもかかわらず、自信がなくなり、更に休んだから友達についていけないという感情が加って、一層登校できなくなった。登校しなくなってから3日間は終日寝て過したが、その後睡眠障害を訴え、淋しいと云って母親のそばで寝んだりした。外出は殆どせず、家にとじこもったまま、母親を相手に、学校へいく気になれないで困る。転校しようか、でも今の学校をやめたくない、いっそ夜学にしたら昼間勉強できるだろうか、学校をやめて小僧にでもいこうか、等々様々に考えた。しかし、そのどれにも決めることはできず、全く気力のわかない自分自身をもて余していた。しかもそうしている間に友達に追いぬかれるのではないかという焦燥感にかられていた。

本人3才の時、東京からG県に疎開し、小学校5年までは村の小学校で、1番の成績をとっていた。6年になって父母の住むC市(父母は本人が4年の時、職を求めて先にC市にきていた)に弟妹、祖父母と共に移り、学校もかわった。学習内容は今までよりずっと程度が高くなったが、特に

勉強しないでも優秀な成績をとる事ができ、中学も無事に終った。高校に入学してみると、粒選りといわれる生徒の集まりだけに競争は激しく、本人はここで始めて、競争関係に入らざるを得なくなった。

家族は父方の祖父母、父42才、母38才、弟(小6)妹(小2)からなり、本人は長男として大切にされてきた。小学校4年から5年までは父母と離れて暮していたが、2時間余り電車にのって、1人でたづねていく事も多かった。家計は苦しかったが本人の要求は殆どすべてみたされてきたし、家族は経済的な圧迫を加えまいと努力していた。体はやせているが特に病気をした事もなく、学校を休んだ事もない。勉強のスケジュールは、復習、予習、試験勉強という順序で盛沢山に組まれ、毎日その通りにしないと心配でねられなかった。性格は内向的だが、友達には思いやりがあり、家でも素直な子供だった。しかし依存的な傾向がかなり目立ち、例えば、勉強部屋をあてがわれているのに家族のそばでなければ勉強できないとか、ラジオや電気をつけ放したまま床に入り、母親に寝たら消してくれとたのんだりしていた。父親は事務系統の仕事をしているが、本人は父親のように1日机に坐っている仕事はしたくない、現場で働きたいといって工業を選んだ。弟は本人よりずっと体格がよく性格もつよい。本人は弟よりやせている事を気にし、母親に胃の薬をかってもらって、それを飲めば肥るといっていた。母親はやせた小心そうな人で、一貫した自信のある態度がとれず、アンビバレンツな状態は、本人の性格特徴とよく似通っていた。本人を甘やかしすぎたので耐久力がないのではないかと考える反面、やはり世話をせずにはいられなかった。本人が迷えば迷うほど、母親もオロオロするばかりで、登校をすすめてよいものか、放っておいた方がよいものかとくり返しワーカーにたづねていた。長男で成績のよ

い本人に対する母親の期待はつよく、就職率のよい今の学校を無事にてよい職場に入る事を願っている。本人もそうした母親の期待とより入れえ競争に勝ちたいと思っているが、実際にそうした場面に直面すると不安で、独立したい気持と依存したい衝動の間で板ばさみになってしまったものと思われる。

処置としては、本人のみの心理療法が5カ月間10回にわたって行われた（7回までは週1回、8回以後は試験があったため2～3週間に1回）治療の初期には、現実から逃れたいが自信がなく、又両親の圧力のためにそれを満たす事ができないでいる葛藤状態をあらわしていた。4回～6回目には、学校へ行きたくない気持に変わりはないが、その理由をやや具体的に考えそれについて話した。例えば、自分には不得意な学課があって、それがある日は心配でたまらない。計画をたてて勉強するがその通りにできないと、それがまた心配になる。だから欲しいものがあったても悪くて両親にはたのめないと云っている。しかし中間試験の近づいた日の面接では、やるだけやれば零点をとっても平気な気がする。勉強だけが頭にこびりつかないで、好きな野球ができるので楽になったという様に変った。これが更に発展し、中間試験のあとでは、正しい勉強方法を教えてもらいたいという積極的なものに変った。定期試験が終って来所した時には、成績が非常に上り、本人も自信をもつ様になった。このままいけばそんなに悪くなる事はないという安心感と、「自分は頭が悪くないが気が小さすぎた」と述べた。今後は1人でやっていけると思う事、学校も忙がしくなったので、又何かあった時相談に来るといって治療の終結を自ら決定した。

第12例 S.K. 男 15才（高校1年）

高校に入学したが、登校を好まず、夏休みが終

って9月に入ると全く登校しなくなった。来所したのは10月末である。本人は学校を止めて就職したいというのがそれもはっきりせず毎日家でブラブラしている。

特記するほどの既往症、現症はない。

母親は知能の遅滞を疑っていたが知能検査の結果はIQ102で正常であった。

家族構成は、父は本人の8才のころ病死し、現在母と姉2人及び本人の4人暮しである。

住居及び環境の変化に関しては注意すべき点が多い。

出生地は東京であるが、父が、朝鮮のある都市で孤児院を経営していたので幼少時にそちらへ渡り、そこで小学校に入った。まもなく父は病死し、ひきつづき終戦に際会したので母及び姉とともに引揚げた。九州で約2年をすごし、ついで東京に帰った。したがって中学以後は東京である。現在母はある社会福祉施設の寮母をしており家族全部がそこに住み込んでいる。

父の職業は前記の通りであるが早く死亡しているのでその性格はわからない。ただ極めて熱心なクリスチャンであったことは明らかである。母も熱烈な信者であった。現在の母は、面接者の印象では勝ち気で男まさりな性格である。父がその事業を経営していたころ、住宅は一応少し離れたところにあったが、毎日出かけて行ってその施設の子供達と遊んだと本人はのべている。父の死亡、日本の敗戦と相ついで不幸に見舞われたが、父がそのような事業を経営していたおかげで迫害をうけることもなく平穏に生活し無事に引揚げることができた。

九州で母は一時郵便局などに勤務したが、まもなく上京し夫の事業をついで自らも社会事業に従うことになった。その底には宗教的な動機がある。姉2人はこの時期に高校を終えたので大学進学をあきらめて就職し家計を助けた。

自ら夫の志をついだ勝気之母はただ一人の男の子である本人にも父のあとをつぐことを求め強い期待をかけた。

本人はそれに対し、反撥することなく、その期待を自分自身のものとして取り入れ、それに沿うような人間になろうとしたものの如くである。そして、学業成績も優秀でなければならぬと感じ、いわば模範生の如き生徒となった。

姉2人は、自らの進学を断念し家計を助けて弟(本人)を進学させているので、その反動として年齢差以上に姉あるいは母親的に振舞う傾向がある。一方母も、夫がないのでこの姉を話し相手、相談相手にする。そのため本人はひとり離れた存在となり、母はともかく姉にはかなり強い不満をもち、治療の過程でもそれをしばしば表現している。

母は、本人だけは大学を出したいと希望した。本人はこのような母の期待を自らのものとして取り入れそれに沿うよう努力したが学業成績は思うように上らなかった。治療の11回目に本人は「それでも中学一二年のころは、大きくなったら勉強しようと思っていたが、高校に入ってみるとそう思っているわけにもいかずいやになってきた」とのべている。

すなわち、このような自らの期待と実際との間のギャップから次第に自信を喪失し、それが高校入学以後ついに表面化したものと考えることができる。

診断的印象としては、精神科医による面接、心理学的諸検査の結果から総合して、精神薄弱、精神病質などのうたがいはなく、母親及び姉との間の感情的あつれきに起因する一次的行動異常であると判断された。

処置としては14回にわたる精神療法が行われた。母親に対する治療的面接も予定されたが、母親が仕事をもっているため継続できず、ほとんど

本人だけを対象に進められた。

当初は本人には治療への動機がなくもっぱら母親の圧力により来所したので、治療者が僅かに遅刻したことで、来所しておりながら誰にも断らずに帰ってしまうことなどもあった。しかし、治療の進行とともに本人も積極的になり、5回目辺りより禁句であった学校のことも触れはじめた。また母や、とくに姉に対する不満も自由に表現できるようになった。一方家庭でも親せきの家の手伝いをするようになってから高校だけは出ておきたいと感じるようになった。

7回目には面接時間のほとんど全部を学校の問題に費やし、自分の問題に直面できるようになったことを示した。

8回目で、どこの学校に戻るかと問題が具体化しきた。9回目には一時逆転したかにみえたが、10回目には家で勉強をはじめたとのべ、さらには11回目には、母のつよい期待をそのまま取り入れていた重い負担から解放されてきたことを示し、勉強はできればその方がいいという余裕のある気持になったことを話した。

まもなく新学期がはじまり、来所する時間もとりにくくなったので14回で治療を終結したが、その後奨学資金を得て元気に通学している旨の連絡があった。

第13例 M・T・女 17才(高校3年)

高校2年3学期の学期末試験の最中、勉強が出来ず試験の出来が良くなかった、と云ってまだ数課目の試験が残っているのに登校をしなくなった。春休みは比較的元気であったが、3年の1学期が始まると再び登校を嫌がり、数日行っは休むことを約2週間繰返して後全く行かなくなってしまった。本人が云う理由としては、勉強が出来ない、頭に入らない、友人にひけ目を感じず。そして学校を休んでいると一層勉強が遅れるから

学校へ行かれない、というのであった。また中学3年の学年末試験の最中にも同様な気持ちになったがその時は誰れにも云わずに我慢をして学校へ行ったともいうのであった。家では近所の人にも恥かしいからといって外出を拒み、家内に閉じ込もって憂鬱そうな顔をしており、親類の人が来ても隠れてしまったり、またいらいらして母や弟に当り易く、何も手につかないようになった。

今までは特別な病気もせず、学業成績は非常に優秀で、良く勉強をし交友も良く教師には賞められるし、家庭では勉強をよくし、まじめであるということで親類中の模範にされていた子供であった。

現在の家庭は父53才、母48才、姉23才、弟13才と本人から成っており、近くに母の両親や兄弟が住んでおり、これらの親類や、また近隣の人々との交際も多い。父親は以前は都内の某デパートに勤め安定した家計であったが、本人が出生前は、父親は結核に罹り失職し、疎開も兼ねて父方の田舎へ数年移っていた。本人はこの間に出生し、約4才の頃再び一家は上京し現在の住居へ落着いたが、その後父には適当な就職口がなく、現在は某工場の警備員をしているが体が弱いために十分に働く事が出来ない様である。従って家の経済状態は恵まれず、本人の姉は中学卒業後就職して家計を援助してきた。本人は小学校時代から学業成績が優れてほとんど1～2番であったため、中学校の教師が両親を説得して高校へ入学させた。しかし高校卒業後は良い就職口があるようにと考えて商業学校を選んだ。

4月15日に相談に訪れた当時の本人の様子は抑うつ状態にある様に見受けられた。自分が勉強することに対する自信を喪失してしまったこと、両親にはすまないと思うけれどもどうしても「恐ろしくて」学校へは行かれないこと等をのべ激しく眼瞼を顔せて目には涙を一杯にためていた。その

後一週に1回乃至2回の面接を重ねて精神療法を続けたところ、本人の抑うつ的な様子はやや軽くなった様ではあるが、学校へ行くことに関してはどんなに両親、教師、また友人達がすすめても行くことが出来なかった。本人の言葉をかりるとそれは「私は当日学校へ行く気持ちになってすっかり仕度もすることが出来る。しかし翌朝になって友人も迎えに来てくれるので門のところまで出かけるのだけれど、いざもう一歩で家の門を出るといふ時になると急に何だか恐ろしくなってどうしても外へ出られず家の中へかけ込んで了う」と云う状態で、家を出て学校へ行くことに対する恐怖を抱えていることが明らかであった。この様な状態が続いている間に本人がのべた事柄として注目すべきことは、「本当は私はお父さんお母さん達が考える様な勉強好きの頭の良い子供ではない。勉強の要領が悪くて人一倍時間をかけなければ出来なかった。今から考えるとお父さんにほめられるようなよい子になろうとして勉強ばかりしていたかもしれない。心の中では中学校だけでお勤めに出た姉のことがうらやましかった。姉は家が苦しいから家のためにも働いて来たし、それからお料理やあみものや色んな女の子らしい事をやっている。それなのに私は勉強ばかりして来てあとは皆母まかせで女の子がやるべき事を何一つしなかった。子供の頃の方がずっと楽しかった。大きくなると、色んなことを考えなければならぬし、それもわからないことだらけだ。今迄は家を一度も離れた事がないし、何でもお母さんにやってもらっていたので学校を卒業して社会へ出るのがたまらなく恐ろしい。大人になんかなりたくない」「それでいて、私達の事をあれこれたくさん干渉する父の事をうるさいと思う。父は短気で少しでも自分の思う様にならないと、おこるのでそれがとても嫌だしたまた恐ろしい」

以上の如きことをのべて過去の自分に對する悔

恨と成長に対する強いアムビバレンツな気持、そしてそれらのことに板ばさみになった状態を訴えていた。登校しない日が続くうちにあと数日休めば、3年生を休学しなければならない頃になってしまった。その頃の本人は非常に不安が高く、ある面接で休学は嫌だけれど学校へはどうしても行かれないということをのべて苦悩を明らかに表現し乍ら突然大声でせきを切った様にさめざめと泣き始めた。約30分程泣いているうちに突然「私が学校へ行かないのは、お父さんに対する反抗だと思う」とかろうじてのべて再び泣き伏してしまった。しかし乍らこの面接のあった翌日から本人は学校へ行き始め1週間後の面接でさんざん先生の前で泣いて家へ帰ったら急に心が軽くなってしまって、翌日は母にたのんで友人に迎えに来てくれる様にし、友人と共に学校へ行くことが出来た。1～2日は何だかまだ恐ろしい気持がつきまとったがその後は何でもなくなってしまった。その2カ月後本人は某一流銀行の入社試験に難関を破って無事パスし、現在は卒業を前に明るく最後の高校生活を楽しんで居る。

第三群に属するのは第10、11、12、13例の4例である。第10例が中学3年であるほかは全部高校生であり、第13例のみが女兒、その他は男児である。

まず問題発生の経過をみると、第10、12例では、やや緩漫な形で登校を嫌いはじめ、ともに夏休みで休んだことを直接の契機にして全く登校を拒否するようになっており、第11、13例では、試験に失敗したことが契機になっている。失敗したといっても、客観的に失敗したというよりは失敗したと本人が感じたという方が適切であることも共通している。

特記すべき既往歴としては第10例が、足指の欠陥と鼻の病気をもっていたほかは格別のことはない。

知能程度は全般に平均あるいはそれ以上であり、学業成績も全部少なくとも中学校までは上位に属している。

登校を拒否しはじめて以後はいずれも外出や知人との接触を好まなくなってむしろ閉じこもっている傾向がある。第11、13例では、登校できないことを自ら強く意識していることが表面に出ているが、第10、12例でも当初から言語的に表現されてはいないけれどもそれに苦しんで

本人が学校へ行く事が出来又その後良い経過をたどる事が出来た理由としては、前記の如き本人の心理的状态の変化が先づ第一のものではあるが、それに加えて、友人及び教師が非常に本人を支持したことも見過すことは出来ないようである。すなわち、友人は本人が休んでいる最中も再三見舞って勉強を本人に教えようとしたり、或は朝登校をさそいに来たりした。また本人が登校し始めると、毎日放課後本人の家へ寄って試験勉強の援助をし、登校後1週間目から始まった定期試験にも本人がかなり良い成績が取れたことの一助となり、本人に自信をつけることを助けた。

本人の上記の如き経過の最中には、特に父親が非常に神経症的になって了った事を附記しなければならない。父親は、本人の学校へ行かないことを非常に苦しめ、また親としてどの様な態度をとるべきかに困惑をしてしまった。その挙句自分も対人恐怖的症狀や睡眠障害を持ち始め、治療者に本人の様子を訴える以上に自分の苦痛を訴えたのであった。しかし父親の症狀も本人が学校へ行き始めると共に消失して了った。

いることは容易に推察できる。すなわち、いずれも登校しないというよりは、したくてもでないタイプに属する。

生活史に関しては、幼少時に疎開あるいは外地に住むという経験をもつ点が全部に共通している。しかし、これはこの世代すなわち幼少時期を戦時中、あるいは終戦直後に送ったものには極めて多い経験であるからこれが登校拒否に直接に影響しているとはわかに断定するわけにはいかない。

それよりも興味ある共通点は、第13例の女兒をのぞき男児のすべてが長男あるいは一人息子として両親の強い期待をよせられた存在であったことである。

彼らが中学時代までは一様に学業優秀な模範生であった事実は、彼らがこの親の期待に対して、反撥することなく、かえって自らのものとしてとり入れ、それに沿うべく努力する方向に適應して、親との葛藤をさけたことを物語るものといえよう。この両親が強い期待をもつという点では、唯一の女兒である第13例でも一脈通じるものがある。すなわち男の子はあるが小さい弟であり、長女である姉は、女らしく育った。この長女に比較して本人に対しては、親が、進学勉強という面での強い期待を寄せていたのである。

かくて彼らは、少くも中学生ごろまでは、学業優秀ないわゆる「よい子」であった。しかし、このような関係は、両親が彼らによせる期待という一種の「ワク」の中においてのみ成立する。見方をかえれば、彼らがその「ワク」に依存することによってのみ優秀生であることを意味する。そうだとすれば、彼らがその「ワク」に依存しきれなくなったとき何らかの破綻を生じることが考えられる。第11例、第12例において高校に入学して優秀な仲間と接するようになったのがそれである。すなわち彼らは、そこで他に依存することなく自らの力で適應していかなければならない事態に直面したのである。また第13例が、一面で姉の女らしい生活をうらやんでいるのは、親が自分によせる態度を受け入れつつ、反面批判的になっているわけである。これは、すべての児童が本質的にもつ成長への力が、彼等自身の依存性を破ろうとするほどに高まってきたものと解釈することができる。第12例は、自らこの依存性を破らんとする力の高まる以前に、競争相手のある場に受身的に押し出されたものといえよう。

このように、受動的にせよ、自動的にせよ依存しきれなくなって、自分だけの力で適應し直面していかなければならない事態に遭遇する時期が高校入学しそれにつづく時期であると解することは不可能ではあるまい。

ここにおいて彼らは、両親の期待をとりいれ、自らのうちに抱いていた理想像に合致しない自己を発見し、自信を喪失するに至る。そして、それに対する反応の特徴として、その現実の事態を打開する方向をとらずに、それから退き、逃避する方向をとる。すなわち、彼らが直面する最も端的な事態としての学校から退き、登校を拒否するに至る。

このような経過は、もとよりわれわれの解釈が多くふくまれているが、ここにかかげた4例

では、少なくともこの解釈が共通に可能であったという類似性がみとみられた。

なお、治療経過についてみると、第10例が6回で中断したほかはいずれも十数回という比較的短期間で成功裡に完了している。これは他の群にはない特徴であるが、その理由の解釈は、他の群と比較して考察のところで行いたい。

IV 考 察

以上3群にわけて13例の検討をしてきたが、最後に各群を比較して考察を試みたい。

まず登校を拒否する理由についてみよう。問題が学校に関するものだけに、教師、友人等が原因になることが考えられるのであるが、それが実際に認められたのは、第I群及び第II群の年令の低い第4例のみである。すなわち、外部にその原因を求めているのは比較的低い年令に限られているのである。

年令が高くなると、原因を外部に求めることができず、たとえば学業成績が悪いというように、自己自身に向けるようになり、さらに第III群ともなれば明確な原因と指摘できない例も生じてくる。

これと関連して第I群では攻撃的 aggressive な傾向がみられるが、年長群では攻撃的になり得ずむしろ神経症的な色彩をつよく示すようになる。

また、第I群の特徴の一つとして親子間の相互依存性が極めて強いことがあげられる。子どもも親から離れたがらず、親も子供を離れたがらず、ために、親から離れるべき最初の間である幼稚園あるいは学校に入学して間もない時期に問題が発現すると考えられる。

第II群になると、子供の性格は未成熟で親に対して依存的である反面、拒否的な様相をも示している。親の方もまたすべての親が下の子の方がいいと知っていることに示きされるように子どもに拒否的な態度を示すが、その根底には同胞間のしつとがあるものと考えられる。

第III群ではまた異った特徴がある。この群に属する症例では、親の期待を自らのものとして取り入れ、それに沿う方向に子どもが適応していたので「いい子」であり、その限りでは、中学校期までは親子関係に表面的な葛藤はなかった。

学業成績において、第II群がほぼ中位に位していたのに対し、第III群がほとんど上位に属していたのはこの間の事情を物語るものといえよう。

次に、子どもが、自らの登校拒否の問題をどのように意識しているかを検討してみよう。第I群では、その意識は明瞭ではない。それは親の方が離したがらないという要因が作用しているからでもあろう。ともかくそのために子どもは、登校しないことが、外部から問題とされいな場ではそれに苦しむことなく比較的朗らかにすむしているようである。第II群になるとその意識はかなり明確になってくる。そのため子どもが治療に抵抗する傾向が生じる。第III群にな

るとそれは、まぎらすべくもない明確な問題として子ども自身に意識されるがこのため治療にも積極性を増す。第Ⅲ群中、最年少の第10例はこの点で第Ⅱ群に近い移行型とみられる特徴を具えている。

次に治療について一言すれば、第Ⅰ群では、子どもが治療に対して防衛的になることは少ないので親さえ積極的になれば治療が中断することは少ないが、反面、親子関係の相互依存性が強く親の変化を必要とする程度が強いためか、3例中2例までが極めて長期間を要した。

これに対して第Ⅱ群では、子どもが問題を意識しており、しかも親及び外界に拒絶的になる傾向が強い。それで親子関係は相互依存的である反面相互拒否的になり、親が治療を求めても子どもが拒絶的になることが多い。したがってこの群では中断することが多い。

第Ⅲ群になると、一応中学ごろまでは正常にすむすことのできた能力をもっている上に、問題を自分自身のこととして強く意識しているので自ら治療に積極的になる。それで比較的短期間に成功裡に終結をみたものが多い。しかし、極めて最近経験した例では、未だ資料不十分のため本研究の対象にはふくめなかったが、われわれのところでは思春期になってからであるが、問題の発生はより以前にあるものがあつた。この例では、性格的にも未成熟で問題は根深く、治療も長期間を要すると予想され、第Ⅲ群にのべた特徴が必ずしも適用されないように思われる。

以上、各年令群の比較をこころみてきたが、その間に問題のあらわれ方に幾分かの相違があることは、その性格構造の年令に伴う発達過程上での相違と一致していることが認められた。いいかえれば、学校恐怖症の問題には、その年令段階における性格の発達が反映していると考えられ得よう。それに加えて3群を通じてみた場合には、それぞれの症例において問題の軽重があるが、それは、個人の性格の歪みの深さと、親の性格の障害の深さとに一致しているようである。したがって、治療に当っては、それらについての十分な診断が必要であろうと思われる。

Klein がいうように、学校に帰ることが遅ければ二次的な各種の問題が発生するから、早ければ早いほどよいという意見は、軽い例に対しては妥当であるかもしれない。したがって、その場合には、親が附添ってでも登校させ、学校という場に置くことがのぞましいともいえるであろう。しかし、重い例に対してはかかる操作は不可能であろう。

要するに、学校恐怖症は、分離 separation に対する不安、あるいは独立することへの不安をもとにして発生するものと考えられる。この意味で、Talbot をはじめ多くの人々が云うように、不安神経症の一つであるという意見にわれわれも同意できると思う。

V 結 語

われわれは最近、国立精神衛生研究所相談室において取扱った登校拒否の問題を中心とする

13例を対象として、学校恐怖症に関する研究を行った。研究の目的は、学校恐怖症の発生についての心理的ダイナミクスを追究しようとするものであり、従ってこれら児童の心理状態、性格傾向、及び家庭環境（特に親子関係）に対する考察が主に払われた。

13例を考察するに当たり、各々の呈する問題の様子に鑑み、その年令段階により第Ⅰ群、第Ⅱ群、第Ⅲ群に分類した。

第Ⅰ群は、来訪時年令が6才5ヵ月から7才5ヵ月迄の3例であり、即ち幼少年令群である。この群において特徴的な点は、登校拒否の表面的理由として、教師、或は友人達といった学校の場についてのものを比較的明瞭に持っていること、及び親との関係では特に母親に対し非常に依存的で且つ攻撃的であることであった。またその親達も子供を自分から離すことに不安を持っている点が明らかであった。

第Ⅱ群は、9才7ヵ月から12才4ヵ月までの6例で、即ち学童期中期から前思春期までの児童である。この群において共通して認められることは、彼等が登校拒否の問題と共にかなり性格面においても問題視されるべき傾向を持っていることであった。また同胞との関係では同胞嫉妬が目立ち、母親に対しては依存的であると共に拒絶的であるというアムビバレンツな傾向が目立っていた。

第Ⅲ群は、14才6ヵ月から17才9ヵ月までの4例で、即ち思春期の児童達である。この群において共通している点は、これらの児童達がいずれも問題発生前は、学校でも家庭でも親の目から見て特別の問題はなく、むしろ良い子として期待をかけられて来たことである。しかし彼自身は思春期に達した時両親の期待を自らにとり入れて来た自我理想像に合致しない自らを発見し、現実の事態から逃避しようとする点が明らかに認められた。

3群の間に、問題のあらわれ方に幾分かの相違があることは、その性格構造の年令に伴う発達過程上での相違と一致していることが認められた。さらに3群を通じてみた場合、それぞれの症例において問題の軽重があるのは、個人の性格の歪みの深さと、親の性格の障害の深さと一致しているように思われた。

各々の症例の学校恐怖症の背後にあるダイナミクスを検討した結果、学校恐怖症は分離 separation に対する不安と考えられ、従って、われわれも Talbot はじめ多くの人々がいうように学校恐怖症を不安神経症の範疇に入れることを賛成するものである。

本稿を纏めるに当たり、本稿に記載した症例を担当された研究所職員、及び研究生各位の御協力に感謝をいたします。

文 献

- 1) Coolidge, John C. and others: "School phobia: Neurotic crisis or way of life" School phobia, workshop., Am. J. Orthopsychiat., 27: 296-306, 1957.
- 2) Johnson, Adelaide M., and others. "Schoolphobia" Am. J. Orthopsychiat., 11; 702-711, 1941.
- 3) Kein, Emanuel: "The reluctance to go school", The psychoanal. study of the child, Vol. 1. International Univ. Press, New York, 1945.
- 4) Suttentfield, Verginia: "School phobia: A study of five cases", Am. J. Orthopsychiat., 24: 368-380. 1954.
- 5) Talbot, Mira: "Panic in phobia", School phobia, workshop., Am. J. Orthopsychiat., 27: 286-295, 1957.

展 望

米国における集団心理療法の現況について*

池 田 由 子**

(国立精神衛生研究所優生学部)

1 ま え が き

私は1958年より1年間児童精神医学と精神衛生、とくに集団心理療法と心理劇について米国で研究する機会を得たので、ここに米国における集団心理療法の展発と現況についてごく簡単に記してみたい。但し私の主に訓練を受けたのが、Washington D. C, Baltimore, New Yorkなどの東部地区であり、その他の地区は帰途滞在したが期間が短かったために、あるいは私の見方に偏っているところがあるかもしれない。勿論 American Group Psychotherapy Association(A.G.P.A.)及び American Psychiatric Association(A.P.A.)の総会に出席し、また出来るだけ各種の School の Workshop に出たり、いろいろな人たちの意見をきいてその偏らない概観を把えようと努めたが。

尚集団心理療法者のための訓練、ことに私のうけたような個人的及び集団での Supervision の体験や、集団心理療法のおのおのの特徴、心理劇の具体的問題、またこれに関連ある Day 及び Night Hospital, Day Care Center あるいは、近来盛んに行われるようになった家族療法 Family Therapy などについては、別の機会に発表したいと思っている。

2 米国における集団心理療法の発達

過去50年余りの間に集団心理療法は主として米国において急速に発展した。この間の経過をごく概括的にながめてみると、今から約50余年前即ち1906年に Pratt が情緒的問題をもつ結核患者のために、集団での話しあいが治療的効果をもつことを認め、Walsh が之につづき、1909年に Marsh が州立病院で神経症患者のために集団での講義やグループ討論を行った。

第一次大戦後1918年に、当時 Saint Elizabeths Hospital の院長であった William A. White の激励の下に、Lazell が精神分析的理論に基く集団治療を精神分裂症患者に用い、Wender, Scbildar 等も、group free association や interpretation を用いた。また Low は退院後の患者を集め Recovery Inc. という組織をつくった。

* The Current Status of Group Psychotherapy in U. S. A.,

** YOSEIKO IKEDA (Department of Eugenics, National Institute of Mental Health)

1930年代には、精神障害者のみでなく胃潰瘍、高血圧等の身体的疾患に対してもこの方法が行われ、1932年には Philadelphia で行われた American Psychiatric Association の Round Table Conference で、William A. White が司会者になって集団心理療法を課題として取り上げて、活発な討論が行われた。

集団心理療法における開拓者的な役割を果し、本年度の American Group Psychotherapy Association の総会でも参会者より Mr. Group Psychotherapy と呼ばれている S. R. Slavson は、1934年、児童についての集団的な教育やレクリエーション等の仕事を始め明らかな問題の改善を見、その経過と dynamics を研究し、最も重要な因子はグループメンバー内の Interactin や、治療者の中立性等にあることを知り、之を Therapeutic group activity と名付け、後に Activiity group therapy を発展させた。1947年頃に Slavson は、Analytic group psychotherapy をはじめ、児童のみならず思春期の少女少女、また最近は両親についての集団的な治療を行い、これらは数多くの著書、たとえば *Introductin to group psychotheray*, *Analytic group psychotherapy*, *The field of group psychotherapy*, *The practice of group psychotherapy*, *Child-centered group guidance of parents* 等として発表されている。

1946年 Klapman は教育的、講義的アプローチを精神障害者に用い、彼は近年死亡しているが、著書は再刊されて広く読まれている。また Bender, Woltman 等の他、Redl は1942年に問題児に対して集団心理療法を用いた。Curran は1939年、Drama を少年少女に用い、Hadden も Sanitarium, Presbyterian Hospital, General Hospital 等で repressive, inspirational approach を用い後に精神分析的方向へと進んだ。

1940年代 Lourey 等により、問題児、身体障害児等の親、妊婦、消防夫、警官、産業関係等次第にその取扱う対象が広がった。

ことに第二次大戦中には、多数の戦争神経症患者の治療に精神科医が不足するという経済的理由からも、集団心理療法は、陸海軍病院や、Veterans Adminirtrarion Hospital 等において広汎に使用され、Snowden, Bierer, Blair 等の他、欧州においても Bion, Foulkes 等が行った。とくに私の指導を受けた Joseph Abrahams は社会学者の Mc Corkle とともに陸軍刑務所において性格異常者の犯罪者集団の社会学的構造を調べ、強力な集団心理療法のプログラムを発展させ、少年院、刑務所、矯正施設における現在の活発な応用の源をつくった。

1942年には American Group Psychotherapy Associatin が形成され、毎年総会を行い、International Journal of Group Psychotherapy が発行されるようになった。

なお、現在に至るまでの一つの系統的な研究をして、1947年より49年まで、V. A. Administration の援助の下に、主として Washington School of Psychiatry の人たちが Perry Point の V. A. Hospitol 及び Washingtoin D. C. の V. A. Mental Hygiene Clinic で行われる仕事がある。Perry Point では慢性分裂病患者に対し、2年間行われ、後者では神経疾患

者と急性分裂病患者に対して行われた。之は Floreme Powdermaker や現在 Johns Hopkins にいる Jerome Frank, 前述の Joseph Abrahams その他, 東部地区で集団心理療法の指導的立場にある A. Dreyfusや心理学者の J. Margoline, M. Parloff, D. Rosenthal やソーシャルワーカーの Edith Varon 等が参加し, 合計24人の精神科医, 5人の心理学者, 2人のソーシャルワーカーが実験病棟をつくり, 他の医学的治療に反応しない慢性分裂病患者に対し治療を行い, その結果, とくに集団治療のダイナミックスの観察は現在でも精神病院関係者にとって価値あるものとされている。なお, 後述するよう現在は, 対象的にも方法的にも次第に拡大しつつあり, 訓練のためのプログラムも系統化され, そのための施設も Post graduate Center for Psychotherapy や, Assoc. for Group Psychoanalysis 等少数であるがふえつつある。

なお, 心理劇 Psychodrama について簡単に述べると, 1911年, Moreno により, ウィーンで児童に対して用いられたという。彼は子供達に彼等の問題を自発的に act out させることにより, 治療的効果を生ずることに着目し, 以来主として米国, のちには欧州においても, 対人関係の問題を理解し解決し, 人間の自発性 spontaneity を増すために用いられるようになった。彼は St. Elizabeths Hospital にも心理劇の舞台を設置し, ニューヨーク市及びその郊外のビーコンに研究所や劇場をもち, 多数の著書を自分の研究所から出版しており, 又 American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama という協会をつくり, 年に数回ワーク・ショップを開いている。彼と, Slavson その他分析的立場にある集団治療者たちは明らかに対立的立場にあり屢々論争がなされている。公平にみて彼の一般精神科医の中における立場はむしろ特異なもので, そのメンバーには医師でない人々が多く, 彼の理論や技術は臨床的なセッティングの中では余り発展していないと見る人々も多いが, 第二次大戦中, Hadden や Herriatt が St. Elizabeths Hospital で行ったように, 精神障害者の社会復歴へのリハーサルとして, また精神医学関係施設のスタッフの訓練や産業精神衛生関係において, 職場の対人関係の調整, 役割の明確化等の目的に有効であるという人もある。St. Elizabeths Hospital の心理劇の劇場でも慢性の植物化した分裂病患者や性格異常者のために J. Enneis らにより, 心理劇及び催眠術を併用して用いられている。彼の協会では雑誌 Group Psychotherapy を季刊している。

彼は通常一年に数回, ビーコンの施設で Workshop を持ち, 精神科医, 心理学等の専門家の小グループに Psychodrama, Role Playing, Sociodrama 等の訓練を行っている。モレノ 独得の理論たとえば Tele と, 精神分析的概念の Transference との異同, 優劣については最近の彼の著書の中で, 他の精神分析学者との間に討論が行われているが, 彼をフロイト以来の天才, 新興宗教の教祖的人物として尊敬する一群の人があると共に, 彼を全く認めない人々——とくに精神医学の領域において——があり, その評価ははっきり分けられている。彼は昨年ソビエトを訪問したが, ソシオメトリイの方法が広く用いられ, 著書も翻訳されていたとい

って喜んでいて。

3 American Group Psychotherapy Association の年次総会に出席して

前述の如く American Group Psychotherapy Association (AGPA) は、1) 集団心理療法における臨床と研究を刺戟し、2) 知識を交換するためのセンターとして働き、3) 集団心理療法の教育と訓練の適当な方法をつくり出し、援助するため、4) 実際と研究の結果を公刊するため、5) 集団を通じての精神医学の方法における Consultation service を用意するため、6) コミュニティの精神衛生への要求に答えるための、治療と予防の新しい方法を発展させるため、精神医学、心理学、ソーシャルワークの人々によって創立された。正規のメンバーは、その Profession における資格をもつ精神医学者、また、臨床心理学者、サイキアトリック・ケースワーカーについては、その職業における正規の資格をもち、少なくとも3年間の心理療法の経験を、適当と認められたスーパービジョン(精神科医の参加している)をうけていることが必要とされる。訓練中の精神科医と、卒業後一年以上の心理療法の適当なスーパービジョンを受けた心理学者、サイキアトリック・ケースワーカーは Associate member となることが出来る。(但し、このメンバーの資格の制限はきびしいので、地方別の Local society ではその制限をややゆるめて、上記の資格がなくとも関心や経験をもつ、他の領域の人々も含めるようにしていると、Golden-gate Group Psychotherapy Society の執行委員である Brown は私に語った。)

この協会は本部をニューヨークにおき、毎年1月に Workshop を含む Conference を同市で開催する。昨年も1月21—22日第3回の Annual institute, 23—24日 Workshop 及び種々④ section に分れて多くの問題が討論された。昨年の Workshop の対象及び座長は、(1) 個人心理療法と集団心理療法の関係(初心者のためのも、経験者のためのも二種)(A. Deutsch 及び H. Barry), (2) Activity Group Psychotherapy (S. Scheidlinger, C. Hing), (3) 夫婦のグループ (A. Kadis), (4) 地方の施設やクリニックにおける集団心理療法の発達の問題 (L. Kaplan), (5) 転移と対抗転移(初心者のためと、経験者のため二種)(H. Glatzer 及び H. Mallan), (6) Acting out (G. Weinreb), (7) 境界線精神分裂病患者への集団心理療法 (J. Abrahams), (8) 遊戯集団療法 (H. Ginott), (9) 抵抗 (I. Ziferstein), (10) 実際的な問題—料金、欠席、アドミニストレーション等—(H. Spotnitz 及び N. Fish), (11) 老人の感情的要求に対する 集団的アプローチ (M. Linden 及び J. Krasner), (12) 基礎的集団心理療法(未経験者のため)(F. Powdermaker) であった。

このような Workshop は大体一定数の小集団により持たれ、実際の経験、症例をもとにして討論が行われる形式のものが多く、その課題は現在の集団心理療法の理論と臨床における中心的問題であるといえる。

試みに、1957年度、1958年度に行われた Workshop の課題も59年度のものと同様のものが多く、重複せぬものを挙げてみると、57年度には、コミュニケーションの型式、分析的集団心理療法、患者の選択などの問題があり、58年度では、治療の開始期の問題、青年の集団心理療法の問題、終結期の問題、非言語的コミュニケーション、治療者のためのスーパービジョンと訓練などであった。

1959年度においては、Panel discussion として、(1) 研究における基礎的問題、(2) 集団心理療法における死の主題、(3) 一般総合病院における集団心理療法、(3) 方法論的問題の四つが行われ、Advanced seminar としては再び臨床と研究との関連の問題がとりあげられた。

部門別にみると、(1) 児童相談所における集団心理療法、(2) 研究と理論、(3) 収容施設における非行青少年の集団療法の最近の観察、(4) 酒精、麻薬、薬物中毒者の集団心理療法、(5) 転移現象、(6) 理論と実際の問題等であった。そのほか、後述するような Solomon の話や、S. R. Slavson の集団心理療法の発達における Parallelismus と題する特別講演、R. Birdwhistell のコミュニケーション研究と集団行動分析という話などがあった。

私は主として児童、青少年のものほかは、研究と臨床との関連についての部門に出席したが、後者の活潑で自熱化した討論は、それ自体治療的、統合的、あるいは刺激的でいろいろな意味で印象的であった。

Panel meeting では、集団心理療法研究のための基礎的な問題として、Gundlach が座長となり、集団心理療法の setting における問題として M. Rosenbaum、研究の問題についての selection と instrumentation について Bach が、集団からの研究資料について Margolim がそれぞれ話し、Advanced seminar では、Peck を座長として、D. Shaskan が Translating theory into experimental operation in group psychotherapy について、Bach が Translating clinical experience into experimental design in group psychotherapy について、その他 Bennis も研究を行う際に遭遇する問題について語り、それぞれ集団心理療法に有用な研究の発展を妨げるいろいろの要因を探究し、実際に治療を行いつつある臨床家の熱狂主義や研究目的への誤解、研究者が臨床的体験を欠くことや現実への理解の乏しさ、二つの領域における真のコミュニケーションの欠如、研究を遂行する際の手順の拙劣さ、集団心理療法と社会科学との関係の乏しさ、研究課題の選び方、集団心理療法の主な理論的基礎をなす精神分析理論のあいまいさ等々が、座長以下討論者、聴衆の積極的参加による正に、Inspirational group atmosphere の中で話し合われ、私自身の印象も、また他の人々の意見をきいても、本年の中心的な問題であり、最も興味ある部門であったと思われる。

尚、57—59年の3年間の主なる課題をみると、殆どあらゆる対象、即ち、すべての精神病、神経症、精神薄弱、性格異常、同性愛、精神身体疾患、脳障害、老人、犯罪者等もふくむ、殆ど

すべてのセッテングにおいて集団を用いるアプローチが語られているが、American Psychiatric Association の 1959 年度の総会にも、かなり取上げられていたように、家族療法 Family therapy が精神分析的及びコミュニケーション理論の双方から取上げられたり、実存主義と集団心理療法との関連なども論ぜられた。

AGPA の会合は APA と比較すると、出席者は1,000名を越す程度であるが、平均年齢が若く、女性や非医師のメンバーも多く、会として若く、混頓としているが、活潑で積極的、あるいは熱狂的な印象をうけたのは、その集団心理療法の精神医学や精神分析内の位置づけや psychodynamics からいって興味がある。

尚 AGPA は affiliate local societies として、Deleware Valley Group Psychotherapy Society、(以下略)、Eastern (New York 地区)、Louisiana, New Jersey, Northeastern (Boston 地区)、Tristate (Ohio, Indiana, Kentucky)、Baltimore-Washington, Golden-gate, Los angeles, Maine, Southeastern (南部六州)、Southern New England (Connecticut, 西部 Massachusetts)、Southwestern (Texas, Oklahoma, Arizona, New Mexico 地区) G. P. S. 等があり、その若干は目下組織中である。

外国のものとしては Argentina にあり、国際的のものとして、International Committees of Group Psychotherapy があり、Excecutine committee 中には、Slavson や Moreno も含まれており、Argentina, Austria, Denmark, Canada 等17カ国が参加している。

紙数の関係で APA の印象は消略するが、精神病家族に対する家族療法についてのBowen, Jackson, Fleck, Wynne 等諸家の演題や Ewing 等による酒精中毒者とその妻への集団療法などいくつかあり、Sheps の開業医による集団心理療法や Brombery による集団とアクションによる方法の発達の問題が取り上げられ、Round table meeting では、集団に関するものとして、(1) 集団心理療法における転移の性質について、(2) 家族の精神病理学と方法論、(3) 集団精神分析における sexuality、(4) 心理劇などの各々が持たれた。しかし全般的にいて一般医家の間では個人的心理療法の prestige は集団心理療法のそれよりなお高いように思われた。

4 集団心理療法における今後の問題

1959年1月に行われた前述の American Group Psychotherapy Association 総会において、H. Solomon は The Influence of group psychotherapy on our psychiatric practice と題する講演を行ったが、彼はその際次のようないくつかの質問を聴衆に投げかけた。即ち

1) 集団心理療法は、限界のはっきりした治療法であるか？ 2) その技術は明確に確立しているか？ 3) それは単に便宜的な方法であるか？ 4) それは個人心理療法的補助手段に過ぎないか？ 5) それは、精神病、重症の神経症、性格異常などを含む高度の精神障害者に対して効果的な治療法であるのか？ 6) それはもともと医学的な治療技術であるのか？

あるいは、心理学者、ソーシャルワーカー、あるいは聰明なる非専門家 (Lay man) の様な、種々の他の領域の訓練をうけた人々にも道を開いている治療技術なのであるか？ 7) この技術の参加する人々のために特別な規則や、統制は必要であるか？ であった。

これらのうちあるものには既に答が与えられているし、あるものには答が与えられていないか、あまりにも極端な差異があったりする。たとえば (6) については、集団心理療法 Group psychotherapy とグループワーク或はグループ治療 Group therapy をはっきり分け、前者は医師が責任をとるものに限り、他の職業の人は医師の監督なしに行うことは危険であるという考え方と、もっとゆるやかな考え方ががある。

集団心理療法者の訓練のためのシムポジウムで Association for Group Psychoanalysis の Muller によれば、現在精神病院、精神医学関係の施設の長である人々は、個人心理療法についても経験が少く、まして集団心理療法についてはその経験は皆無である。そのため、集団心理療法を有害な acting out の機会を与えるものとしたり、深層への心理療法への抵抗の産物と考えたりしやすいし、たまたま集団的な働きかけの必要性は感じて、若いスタッフのために十分な訓練のための準備をせず、未経験な人々に種々の患者の集団治療を行わせ、その結果患者も治療者をも落胆させることになる」と述べている。

現在、Open-system, レクリエーション, 作業療法等の必要性がしきりに討論されているわが国においても、これに近い矛盾があるのではないかと思われる。

最近私は、再訓練をうけつつあるソーシャルワーカー、看護婦、看護人等のグループワークのセミナーにおいて、これらの人々が現在、精神障害者のための種々の集団を取扱わされながら、その目的、方法、患者の選択、限界、他の治療との関係、訓練法等において、明らかな discipline が得られず、集団を取扱いつつも自信がなく困惑していることを観察したが、しかし、私は同時にグループ討議や Action-method 等のグループワークが、これらのスタッフの訓練や、かれら自身の問題の解決、又かれらの役割の明確化、対人関係の調整等に有効であることも認めることが出来た。

過去50年間に集団心理療法がことに米国で発展したことは、歴史的、哲学的、社会的、文化的、心理的にみて何かの必然性があるろうし、米国と社会や家族の構造や精神医学の基礎のことなるわが国においては、わが国独特の技術が発展すべきであるとは言うまでもない。ただ、現在までの経験から、米国では訓練されない人がやる場合は集団の方が個人を取扱うよりはるかに難しいといわれている。その意味からいっても、現在実際にこのようなアプローチを用いている人々の間で、具体的な、活潑で率直な話し合いの機会と、集団心理療法を系統化された医療技術の一環とするため、種々の領域の人々の協力による研究や訓練のための計画が進められることを心から望みたい。

クライエント中心療法の最近の発展*

(Rogers の論文をめぐって)

佐 治 守 夫**

(国立精神衛生研究所心理学部)

ロジャース (Rogers, C. R) が、その著「クライエント中心療法¹⁾」において、この立場の基本的態度を、治療者の側の基本的人間観と、それに反応するクライエントの態度の両面から考察し、その立脚点を明らかにしたのは、1951年のことであった。そして、これもやや旧聞に属することであるが、彼のシカゴ大学における業績をまとめる最後のものとして「心理療法と人格変化²⁾」を1954年に公けにした。この研究は、まだ問題はあっても、精密な実験計画と、慎重な資料の検討にもとづく、心理療法におけるクライエントの人格変化の実証的研究であった。クライエント中心療法をうけたクライエント群を、実際に治療へのモチベーションをもちながら待期させられている群や全く治療をうけない統制群と比較し、現在考えうる最良と思われる統制された現象を十分に科学的に検討するやり方が試みられた。ここでは「クライエント中心療法による自己概念との関係の変化」「自己分類法によって検討した治療による適応の変化」「8ケースにおける自己、一般人、理想像の変化についての比較研究」「治療の過程と効果に関するカウンセラーの判定」「TATによって測定した適応の変化」「精神分析的尺度によって評価したクライエント中心療法における変化」「クライエント中心療法による自己意識の変化」など、11のテーマについての研究がQテクニク、種々の評定法、TATなどを用いてまとめられている。

この小論の意図は、この二つの著書にあらわれたロジャース並びにその一派の考え方や立場が、その後、どのような形でどのような方向に発展しているかをまとめてみようとするところにある。

1957年「治療的人格変化に必要な³⁾充分な条件」が発表された。この小論は、ロジャース自身が以前の態度、すなわち、クライエントと共に同じ感情の場にある治療者の経験そのものを重視し、それ以前に仮説や前提を全く必要としないとする立場をやや変えつつあるとみられる点で注目される。

ロジャースは次のようにいっている。「最近私の中では、その経験(註、心理療法の経験)から、内に含まれていると思われる一般的諸原則を抽出しようとする過程に対して、次第に関

* The Recent Development of Client Centered Therapy.

** MORIO SAZI (Department of Psychology, National Institute of Mental Health)

心が高まりつつある。……私は、治療の仕事における対人関係の、微妙で複雑な組織に内在していると思われる。何らかの秩序性、統一性を発見しようとして努力してきた。」彼はこのような意味から、公式的な、心理療法の理論、パースナリティ及び対人関係の理論を進展させようとするのである。

この小論は、次にあげる論文「クライアント中心療法の枠組において発達した、治療、パースナリティ及び人間関係の理論」⁴⁾の一部、というよりは、その中心的な部分の抜粋であると考えられる。この1956年の論文は、アメリカ心理学会の、「合衆国における心理学の現状と発展についての研究」に関する委員会からの要請によって発表されたものであった。

この二つの論文について、やや詳細に紹介し、その後の発展の基礎にあると思われる、いくつかの視点を指摘しておきたい。

(4) の論文の中で、臨床を扱う立場からの科学的態度について述べられている箇所は興味深い。その基本的態度は、前述のロジャースにみられる理論化への傾向と対応する。

1) 研究や理論の意味は、主観的経験という現象を意味づけたり秩序づけたりすることである。治療場面での主観的経験を個々の孤立した現象としておくのではなく、その中に内在する自然的な秩序の存在を理解するために、体系的な研究や構成概念を必要とする。(この態度は、クライアント中心療法の中に本来存在する、治療者ならびにクライアントの主体的体験の重視という態度を否定しているのではないことに注意せねばならぬ)

2) 科学(あるいは科学的)と呼ばれる理解の仕方は、どのような状況下でも、また、どのような段階にある学問においても成立する。素朴な事実の観察がいつの場面でも出発点であり、実験室の中での、あるいは、計算機を用いた研究でなければ科学的でありえないとするような考え方は問題である。

3) 上述の考えと密接な関係にあることであるが、科学の発達の歴史には、その成長と発展の自然な方向があると思われる。進んだ段階での科学と、まだ未発達なそれとでは、その用いられる方法や構成概念はちがう。しかし科学が健康な発展を示しつつあるということは、その洗練され方の程度にあるのではなく、その進歩の方向にある。より厳密な測定、より明晰で厳密な理論と仮説、より大きな妥当性と一般性をもつ発見に向っている限り、現在の段階がどのようなものであろうと、それは健全で成長しつつある科学であるといえる。もしそうでないなら、その方がどんなに厳密であるにせよ、不毛の科学である。

4) 独立変数、従属変数、媒介変数といった言葉で我々の理論を整理することは、不適切であるようにも思える。これらの言葉で整理することは、幾分静的であると思われ、動きつつあり、変化しつつある、流動的な側面をあつかうには不適切であると思われる。これらの言葉は実験室的な研究、統制の充分可能な条件下での研究に適しているのもあって、経験的な現象に内在する秩序を探究しつつあるような、現段階での臨床や心理療法の科学には不適當であるよ

うな感じをうける。もちろん、発見された事実に沿って、その事実のあとで法則を発見するには、これらの諸変数を用いるのは有益である。しかしそれは新らしい領域における科学的な仕事という、生きて動いている生体を扱うよりは、屍体解剖に役立つものと思われる。

5) 心理療法やパーソナリティの領域における理論のモデルを、進歩している理論物理学などから借りるのは、適切ではないと思われる。まだ我々の領域は現象の素朴で卒直な観察の段階にあり、この段階でのモデルは、もっと初期の物理学からとられるのが望ましい。

6) すべての理論に正確に応用しうる、ただ一つの命題があるとの信念に同意する。どのような科学の発達段階にあっても、その理論が公式化されるときには、未知の、そしてその段階では知ることの不可能な、多くの誤りと、誤った推測が含まれている。その誤りの量の多少に差はあるにしても、誤りを含んでいること自体は問題ではない。むしろ重要なことは、その発見された真理を、それで完全であり、完結していると考えない態度をもつことである。この態度があれば、我々が現在構成している最善の諸理論に矛盾すると思われる新らしい発見を為しうるし、またそれを認めることができるだろう。

ロジャースは、彼自身この態度が全く重要であることを痛感している。心の狭い精神の持主が、ある理論をドグマとしてうけとりやすいことを悲しんでいる。もし理論というものを、ありのままに……誤をもちやすい、そしていつも変りつつある試みとしてうけとっているなら、理論は創造的思考をうながす役割をはたすであろう。フロイトの理論を、フロイト自身の実際の努力や意図にもかかわらず、その弟子達がドグマ化してしまったあやまちを反省しているのである（ロジャースは、この弟子達の形容詞として *insecure* という言葉を用いている。師の理論をドグマとして持たないと、自分の安定をたもたえないという意味で、不安定なのである。

7) 真理は一つである。たとえそれが現在この統一性に達していないにせよ、この事実への信念はつよい。だから、たとえ直接の経験の領域からはなれた他の領域における事実に対しても、ある理論は無限の意味を与えうるはずである。だが、ここで注意せねばならぬのは、その理論そのものが生れでた、観察された諸事実を説明することに対しては、その理論のおかす誤りは、ほとんど無視するに足るかもしれぬが、より離れた現象に適用しようとするときにおかす誤りは、非常に大きく危険なものとなることについての認識である。一つの理論を一般化するときには、十分な配慮がなされるべである。

8) 最後の、理論や研究に対する意見は、ロジャースの特色を示してあまりある。彼は、理論の適切な評価に対する根拠が、評価の主体性の優位に対する基本的な考えから与えられるとする。公共性、客観性についての証明を否定するのではないが、現在のパーソナリティや心理療法の諸理論において、その意味づけや評価は（これは、数学などの最も客観的である学問の領域においてさえも妥当するのだが、）主観的な目標や選択によって決定される。それゆえ、

たとえば、誰しもが知っている科学の構造——操作的定義、実験の方法、数学的論証——は、この主観性に含まれ易い、自己偽まを避けるための最善の方法と考えられる。客観的真理と思われるものが存在するにせよ、われわれは決してそれを知りえない。知りうることは、ある命題が、個人にとって、主観的にどれだけ客観的真理らしい特質をそなえているとうけとられるかということなのである（この考え方は、ロジャースの以前の論文「人間か科学か」⁵⁾により詳細に発展されている。）

ロジャースのこの最後の主張は、治療者としての個人と、科学者としての個人との間の、大きな矛盾に対する直視から出発している。科学者は、生きている個人、生き生きした自己、を対象とすることができず、常に対象物としての他者をしか扱えない。心理療法における重要な事実は、治療者とクライアントとの共に生きつつある関係、および、この関係から生れる生きつつある現象である。治療者はこの中に自らを生かすことができるが、科学者としての目は、この点を取りあげえない。そもそも、クライアントを物として扱かわざるをえない科学は、クライアントを援助するのに役立つのか。人間関係を吟味するのではない科学、その中で生じる内面的な自己形成をあつかう科学はありうるのか、などが、治療者の立場から問われねばならぬ。しかしその反面、事実の客観性や真実性は、治療者としての主体的経験を重視する態度の中から保証されうるのか。経験主義と客観主義との相克をどのように克服しうるかなどが、科学者の立場からの問題である。このような埋め難いギャップが、心理療法の科学にいつもつきまとう事実を知らねばならないというのが、彼の指摘する所なのである。

もちろん、彼の科学論は、この問題への究極的解答ではない。彼は、以上の立場から、心理療法、パースナリティ、人間関係の科学的理論構成を試みつつ、再三再四、この内的矛盾に立ちもどるのである。

既にふれた（3）及び（4）の論文で、この後の理論構成の一貫した主流となる、建設的人格変化が生ずるのに必要にして十分な6つの条件が、かなりラディカルな形で公表されている。これらの条件が、ある一定の時間以上継続的に存在することが、要請されたのである。

1. 二人の個人が、心理的接触の状態にある。
2. クライアントと呼ばれるその中の一人は、不調和の状態にあり、傷つけられやすく、または不安の状態にある。
3. 治療者とよばれる第二の人は、その二人の関係の中で調和を保ち、統合された状態にいる。
4. 治療者は、クライアントに対して、無条件の *Positiv Regard*（好意、肯定的な配慮と関心）を経験する。
5. 治療者は、クライアントの内的枠組についての *empathic*（共感的、感情移入的）な理解を経験し、この自らの経験を、クライアントに伝達しようと努力する。

6. 治療者の感情移入的な理解と、無条件の肯定的な関心が、ある最小限度、クライアントに傾達される。

これ以外の条件は必要ではない。もしこの6条件が存在し、ある一定時間以上継続するならば、それで充分である。建設的な人格変化の過程が結果として生ずるであろう（この抜粋は（3）による。（4）も大同小異であるが、その説明にやや異っている点がある。）

この条件の、各々についての解説は省略するが、治療者の態度についての説明の中で、「unconditional positive regard」という言葉が（本質的には（1）（2）の中で触れられていたことではあるが）新しく用いている。さらに、第6の条件、すなわち、治療者の態度、経験のコミュニケーションが実際にある程度以上、クライアントにうけとられることが明白に主張されたのも新しい点である。さらに解説の中で、感情移入的理解及び無条件の肯定的関心について、他人の経験的世界を重視し、それを「自己の経験的世界であるかの如く（As if）」うけとりながら、「しかも他人を他人としてそのままにあることを受容できる」経験がのべられ、従来の「受容」(Acceptance)の説明を補足している。しかし、この「unconditional」という言葉が、悉無律 (Alles oder Nichts) 的ニュアンスを与えることを恐れ、治療関係のあり方のこの点での相対的な特質の存在を認めてもいるのである。

前述の理論構成についての主張と一貫して次の点が補足的に説明されているのは興味深い。この条件の他に、今までの他の諸理論から、つけ加えられるべきものがあるかもしれないとのべたあとで、それらを除外した理由があげられている。

1) これらの条件は、ある一つのタイプのクライアントに妥当するのではなく、すべてのタイプのクライアントにあてはまる。今までの臨床的な領域で広汎にうけ入れられている考え方は、神経症と精神病とはその治療のやり方はちがうのが当然だとか、強迫状態にある場合と同性愛の場合とは、その治療方式は異なるというのであった。ロジャースは「ある恐れと臆病さを感じながら」とつけ加えた上で、この考え方に反対しているのである。それは、一つの基本的な理論（治療の根本的仮説）を提出しようとする試みとしてなのである。

2) さらに、この理論は、クライアント中心の考え方からでているにせよ、あらゆる治療方式に妥当するものとして提出されている。もちろん現在存在する色々な治療理論の実践は、色々な、それぞれの立場を特徴づける治療的变化をもたらすかもしれない。だが、それぞれに独立な条件の要請が証明がなされない限り、どの種の治療でも、それが効果をもつ限りは、人格の変化の本質に関与する条件は類似であるとの仮説をおこうとするのである。

3) 治療的關係が、日常のその他の關係と異質なものであるとは主張されていない。他の人間關係もそれが理想的なものであるなら、治療的關係に近ずき、または同じものでありうる。だが、時間的継続性の点で、日常的な關係の方が、瞬時に止まりやすいという差があるのである。

4) 特殊な知的な専門家としての知識が必要だともべられていない。条件, 3, 4, 5 は治療者の特質をのべたものであるが, これは特殊な専門的知識からくるのではなく, 経験的修練(その一部は専門家としての修練である。)によってのみえられるものである。この点は, やや極端にすぎる考であることを認めながらも, 彼自身, 他の結論をえていないとのべている。知的な訓練と知識の習得は, たしかに重要なことではあるが, この結果よい治療者になりうるかどうかは別の問題である。

5) 正確な心理学的診断をすることが, 心理療法の為に必要なことであるとはのべられていない。この点は, 同僚たちとも色々な意見の対立をみたし, また, 各地の実際の臨床の場での実績からしても, 結論的にいうことが困難な問題である。しかし今までの研究や, 観察からして, このような診断的知識そのものが(傍点筆者)心理療法にとって本質的なものであるとは考えられないという結論に達せざるをえなかった(もちろん, 診断的評価そのものが無益であるといっているのではない。ロジャース達も実際にこのことは行っているのだとの註が原文にはある。)

このような条件の設定は, その後の実験的検討を経て, さらに次の発展へと進むきっかけとなった。

その方向は, ロジャース自身の中で, 二つの大きな筋道になっていると思われる。それは, 1958年以後の次の諸論文にうかがえる。一つは, 「援助的人間関係の特徴⁶⁾」などの, やや一般的, 啓蒙的諸論文に示されている。これは治療関係の特質を, より一般的な人間関係の特質として考えようとする方向であり, 仮に「人間関係理論への, 治療関係における実際と理論の適用」とよびうるであろう。もう一つは, 「心理療法の過程についての理論構成⁷⁾」「心理療法における過程の尺度⁸⁾」「心理療法の過程についての方程式⁹⁾」などで示される。治療の過程そのものの科学的解明への方向である。前者にあつては, (3)(4)の論文でしめされた, 治療的人間関係の本質を, 個人の成長を援助する関係として一般化しようとする試みであり, 後者は, 治療者との関係の中で変化するクライエントの人格特性の諸様相を理解しようとして, そのための人格変化の評定尺度を, 治療過程の中からえようとする研究であり, さらに, (3)(4)での治療者における条件を等式的一方におき, 他方に, クライエントの人格変化の様式をおく, 仮の公式の設定の試みなのである。

「援助的人間関係の特徴」の中で, 彼は次のようにのべている。

最初に, 彼が, 関係しあっているうちの少くとも一方が, 他の者の成長, 発達, 成熟, よりよい活動や生活などを増進しようとしている, いわゆる援助的関係一般に次第に関心をもつようになったことがのべられている。いいかえると, 関係しあっているうちの一人が, 一方または両方の個人の内に蔵している資源を, よりよく認め, よりよく表現しより有効に利用しうる

ようになることを意図している関係への関心である。この関係は、親子、医師と患者、教師と生徒、カウンセラーとクライアント（病院、学校その他の場所を問わず）、個人対グループ（工場の管理者対一般従業者、民生委員と地域社会の人々など）、のような場合にもみられるものである。

ところで、この広汎な領域にみられる援助的關係とはどのようなものであるか、あるいは、成長と発達を増進しようとする意図があるのに、実際は非援助的にしてしまう要因は何かを、まづ実際の研究から解明してみようというのである。ここであげられている研究は次のようなものである。衆知の Fels Institute における Baldwin その他の親子関係の研究（許容的、民主的な親の態度が、子供の成長発達によって最も望ましい風土であるということ、拒否的な親のもとにある子供は、知能の発達が他に比しておくれ、能力を十分に発揮しえず、独創性も乏しくなるなどの結果。）Whitehorn, J. C. と Betz, B. J. の「医者と分裂病患者の心理療法的関係の研究」(Amer. J. Psychiat., 1954)（患者の生育史や記述的診断を重視する傾向のある医者達、及び症状や病気により多く関心をもつ医者達よりは、患者を個人として見、人間対人間の関係をもとうとする医者達、解釈や教訓や助言、または、実際の援助を与えるのは最小限にし、信頼感をつよめる方向に努力した医者達が、治療効果をあげたという結果。）Heine, R. W. の色々な治療方式をうけたクライアントの立場から、治療的人格化にあづかった要因は何かについての研究（治療方式の相違によって、その変化の説明の仕方はちがう。しかし共通に、人格変化を生じた重要な要因として、治療者に対して感じた信用、理解された感じ、選択や決定に関しての自分の意志が尊重された感じ、などがあげられた。また非援助的と思われたことも一致しており、治療者の自分への関心の薄さ、距離があること、余りに同情深すぎるなどであった。）また、Quinn, R. D. の「初期治療関係の質の指標としての、治療者の表現の分析」(クライアントに通じうるのは、相手を理解したいと願う治療者の態度だけであるとの結果。)* Ditles, J. E. 「治療者の許容度に対する患者の反応の測度としての P. G. R.」(J. abnorm. soc. psychol. Vol. 55. 1957)（治療者の態度が少しでも受容度を欠く方向に変わると、クライアントの G. S. R. の振れが有意に増加する。受容度の低下は、生理的な水準での脅威を与えるとの結果。)

これらの結果は、治療者に重要なのは、理論的なオリエンテーションや、技術ではなく、態度と感情におけるある特質であることを示す。クライアントにとって重要なのは、この治療者の態度や感情の知覚であることも明示されている。

この他、Harlow, H. 「愛情の本質」(American Psychologist, Vol. 13. 1958)（子猿の愛情反応の発展についての実験的研究。子猿は、食餌がそれから与えられるか否かに関係なしに、

* (Heine 及び Quinn の研究は、博士論文であり、まだ直接原著にあたっていない。)

やわらかい、温かい母模型を固い金網の母模型よりも好むようになり、それをよりどころとして行動を発展させるという結果。)なども引用されている。

その他の研究でも、援助的關係と非援助的關係の相違は鋭く弁別されていると、彼は結論する。このあとで、彼は、自らの経験からして、援助的人間關係を作りだそうとする個人として、何が問題になるかを、10項目にわたって詳細に論じている。その内容を省略して結論的にのべることは、誤解をまねきやすいが、あえてその危険をおかすとするなら、次のような諸点が指摘されている。

1. 他人から信頼されうるために、たとえば、治療者としてはかくあるべきだといったかたくなな恒常的な態度をとる必要はないし、かえって妨げとなる。内的な感情や経験に対して自己が透明であることがもっとものぞましい。このような統一的で統合的な人間であり、深い意味での本来的な私でありうる時、私は他から信頼されるのである。

2. 援助的人間關係をつくりだそうとしているものは、開放的で真実でなければならぬ。その關係に関する重要な感情が、私にも他人にもよく分っているとき、援助的たりうる。逆説的かもしれないが、私が私自身に対して援助的關係をつくりだしうる時、他人にもそれが可能である。しかしこのことはまさに困難であり、この事の達成されぬ度合は、非援助的となる度合でもある。

3. 他人に対する肯定的な態度を経験することそのものへの恐怖が常に存在する。我々が職業化という形で行う、他人との距離を保とうとする試は、その防衛である。我々が他人と接するとき、肯定的な感情で、一人の個人として接することが最も安全であることを学びえたなら、そのとき形成される關係は真に援助的たりうる。

4. 他人から分離した自己たりうるか。自己の感情を他人の感情とは別のもので認め、それを自己のものとして所有し、必要に応じてそれを表現しうるか。このことが可能であるとき、他を他として受容できる。

5. 他人が自己から分離していることを許容できるだけ、私は安定していられるか。カウンセラーとして未熟であり、能力が低い人ほど、クライアントを自己に似てくるように誘導しやすいという研究がある。他人が、その個人になる自由を許せる人であることが要請される。

6. 他人の私的世界に入りこみ、しかも評価や判断なしにどれだけ理解しうるか。この事は個人のクライアントの方がより容易であり、自らの属しているクラスや所員のグループでは困難である。

7. 他人のすべての面をどれだけ受容でき、それをどれだけ相手に伝えうるか、条件的な受容は、その人の感情のある面に関して自分自身が不安になり恐れるために生ずると思われる。私自身の成長のみが、無条件の受容をより多く可能にする。

8. 人間関係の中で、相手に脅威を与えないような十分な心づかいをどれだけもちうるか。先にのべたドイツの研究は、この点の微妙な困難さを示す。もし私が彼から外界の脅威をできるだけとりのぞいて自由にしてやれば、彼は、彼自身の内的な脅威であった感情や葛藤に気づいて、それを経験し、それに対決しうるようになる。

9. 他人に外からの評価(という脅威)なしに接しうるか。多くの評価が我々の周囲にある。しかし、経験によれば、そのような評価は他人の成長をもたらさぬ。判断や評価のない風土の中におかれた個人は、評価や判断のある場所が、自己自身の中にあることに気づくようになる。この独立した、自主的な態度の育成は、他からの評価や判断によっては不可能なのである。

10. 最後に、私はこの他人である個人に対して、現在形成の途上にある人間として、であることができるであろうか。もし彼を、あるレッテルの下にきめつけてしまうなら(未成熟な子供、神経病者、精神病患者その他としてみて)私は、私の決めた概念の範囲でしか、彼と関係をもつことができないのである。彼を、成長発展の途上にある自由な人間としてみることは、まさにこのような特質をもつ一人の人間の独自性を彼自身と共に分ちあう経験をもつことなのである。

この論文の趣旨は、上述の如く、彼の主体的な治療関係における反省と客観的な研究との照合であり、必要にして十分な治療関係の条件としてまとめられた以前の論文に比して、さらに含蓄が深い。一言にしていえば、治療者としての透明度をました著者がその透明度を充分に示している論文であるといえよう。

もう一つの発展の方向としてあげた、治療過程の分析と、その方程式の考え方について、最後にふれねばならぬ。

前述の内容から、これまでのロジャースの関心は、治療者の側に立った、治療関係の本質の理解に、重点があったともいえる。もちろん、(2)の論文に示されるような、クライアントの治療による人格の変化に対する科学的接近も試みられたが、それは、治療の初期と終結期、あるいは、フォロー・アップ時などの、クライアントの人格像の横断面の追求が主であって、治療的風土の継続している期間を通じて経過する、従断的な人格像の変化の追求ではなかった。このような治療過程を、彼なりのユニークさでとらえようとする試みは、1958年以降、その過程そのものの特質についての基本的構想、その変化の過程、あるいは、人格像の現状を測定するための尺度の構成の試み、その実際への適用の試み、などとして発表されている。

彼が治療による人格変化を概念化し理論化しようとしたときの態度は、(7)の論文で知ることができる。過程という流動的なものを、死んでうごかない概念としてとらえてしまうことを拒否する態度は、(4)の論文以来一貫してみられているのと共通である。多くの研究の領域、たとえば、コミュニケーションの理論、一般の学習理論などにこの問題を翻訳しなおすこ

とが可能であり、また利点が多いことに心ひかれながらも、彼はそれを拒否し、資料そのものに最も忠実な道を辿ろうとする。それがたとえ低い段階の抽象であっても、現状ではそれが最も望ましいからである。

治療的人格変化を生ずる土壌は既にのべられた治療的關係そのものである。そしてその土壌に生れるものは、一つの固定した状態にある個人が、他の固定した状態にうつることではない。この変化は、固定 (Fixity) から変化性 (Changingness) へ、固定した構造から流動そのものへの変化なのである。静から過程そのものへと考えてもよい。いかなる時期、段階におけるクライアントも、この連鎖の上のどこかに位置づけられる。この発見は、彼を、この過程をいくつかのパーソナリティあるいは態度の領域における7段階に分けて考え、その各々についてのスケールをつくる方向にすすめた(7)(8)。このスケールは、治療過程の水準をはかる客観的な水準となりうるものなのである。

評定さるべき領域(彼はむしろ一つ一つの連続線とよぶことを好んでいるが)は次のようなものである。

1) 感情と個人的な意味。低い段階では、クライアントは、それを、自己から離れた自己には責任のない、今は存在していないものとしてのべる。次第に、自らの感情として、直接的な自己の経験そのものに近づいてうけとられるようになる。さらに進むと、直接現在感じているものとして表現され、おそれることなく経験されるに至る。最高の段階での個人の特徴としては、感情のたえず変化しつつある流動をそのまま経験し、その中に生きるようになる。以下の各領域も同様であるが、スケールとして、大きく7段階(最も固定した端から最も流動的な頂点まで)に分たれ、各段階がまた更に数段階に細分され、その各々についてのクライアントの言葉が例示されている。

2) 経験する態度。この概念は、最初は容易にとらえられなかった新しい概念であるが、このスケールにおいて重要なものである。これは、個人が「自己の経験を持つ際の感情」についてのスケールである。自己が経験から全く離れているか、主体的経験そのものの中にあるかが、問題である。

3) 不調和の程度。不調和 (Incongruence) とは、個人が現在経験しつつあることと、それを彼が自らの意識やコミュニケーションの中であらわすことの間にある不一致を示している。スケールは、その断絶の最大である所から、この調和の完全である所までについて作られている。

4) 自己のコミュニケーション、自己自身を他人にコミュニケーションすることができ、またしようとする程度のスケール。全くしようしない段階から、そうしたいときに容易にコミュニケーションしようとする段階までに分たれる。

5) 経験を構成する仕方。自己の経験を全く硬くうけとり、そのうけとり方は、自己の経験

のうけとり方が一つの仮設的な見方であることを全く知らず、事実としてうけとってしまう極から、その反対に、仮の個人的な構成概念として、柔軟にみうる極にまたがる。

6) 問題に対する関係。自己の問題を全く認知せず、変化への欲求もない低い段階から自らの問題として認識し、それを自己のとりあつかうべき対象としてみる段階を経て、この問題性そのものを主体的に経験する高い段階に至るスケール。

7) 関係についての態度。他人との密接な関係は危険であると感じてさげよとする低い端から、関係の中で開放的に自由に生きる高い端までのスケール。

これらのスケールは、(8)に引用された研究によれば、実際の面接の資料にあてはめて、信頼しうるものであることが証明された。二人の判断者が、全くその出所を知らずにクライアントの個々の切りはなされた言葉を判定した相関が.83であり、さらに、実際に治療的改善に応じてランクされた6名のクライアントの順序と、その治療の終りの段階でのクライアントの発言を、このスケールによって評定したものととの相関は.89であった。これらの高い相関は驚くべきものであるといえよう。

これらのスケールは、その内容のユニークさと、実際にあたっての信頼性からして、今後の種々の応用発展が期待されるのである。

8)の論文は、治療的關係の特質と、治療によるクライアントの変化の特性とを、方程式として結合しようとする試みである。「援助をうけたいと望んでいるある個人がおり、a, b, c, の特性をもつ関係を準備する第二の個人がいるとき、前者の中に、X, Y, Z, の要素を含むある変化の過程が生ずる」ということを、今までのロジャースの構想をまとめる形でのべているのである。ここには、特にこと新しい発見はのべられていないが、心理療法における因果関係を明確にしようとする意図は、以前に比して、さらにつよまっているといえよう。この公式の中の a, b, c, は論文(3)(4)(6)であげられた諸点であり、X, Y, Z, は、(7)(8)(9)に示されている内容である。

そして実際の経験からして、援助を与えようとする側の意図や努力に拘わらず、その変化のみられない、あるいはごく僅かしか生じない個人が数多くいること、治療の終結点、目標が理想的に達せられる場合が稀であることが、事実として認めねばならぬ点であり、今後の努力がこのような問題の解明へ向うものであることが、のべられているのである。

(ロジャースの論文を紹介するのに止まって、クライアント中心の立場にある他の学者たちの最近の動向の紹介ができなくなってしまった。ロジャースに対する最近の批判の諸傾向と共に、機会をあらためて紹介したい。)

文 献

- 1) Rogers, C. R. : Client-Centered Therapy. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
- 2) Rogers, C. R., & Dymond, Rosalind F. (EDs.) : Psychotherapy and Personality Change. Chicago, Univer. of Chicago Press. 1954.
- 3) Rogers, C. R. : The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. J. Consult. Psychol., Vol. 21, No. 2, 1957.
- 4) Rogers, C. R. : A Theory of Therapy. Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. Univer. of Chicago. Mimeographed Papers. 1956.
- 5) Rogers, C. R. ; Persons or Sioece ; a Philosophicel Question. Amer. Psychol., Vol. 10. 267-278. 1955.
- 6) Rogers, C. R. : The Characteristics of Helping Relationship. Personel and Guidance Journal. September. 1958. (研究会用仮訳, 酒井 汀「援助の人間関係の特徴」)
- 7) Rogers, C. R. : A Process Conception of Psychotherapy. American Psychologist, Vol. 13, No. 4. 142~149. 1958.
- 8) Rogers, C. R. & Rablen, R. A. : A Scale of Process in Psychotherapy. Mimeographed Papers. 1958.
- 9) Rogers, C. R., The Process Equation of Psychotherapy. (Lecture Sponsored by the Guidance and Counseling Alumni of San Francisco State College. June. 1959) Mimeographed Papers. 1959.

資 料

社会精神医学とコミュニティの態度*

—WHO第7回精神衛生専門委員会報告(1959)—

加 藤 正 明**

(国立精神衛生研究所心理学部長)

社会精神医学 social psychiatry の定義に関しては、すでに Thomas Rennie が1956年に International Journal of Social Psychiatry 第1号で規定しているが、最近の F. C. Redlich らの American Journal of Psychiatry での社会精神医学の動向(1960年1月)でもこれに従って、次のように定義づけている。「精神障害と精神医学的治療(さらに予防をも含んだものであってほしい)に関する社会的決定因子の研究であって、精神医学の実施の一型であるというよりも、社会制度や文化の精神医学的現実へのふれ合いを追求するにある」と。

この点、昨年発刊された W. H. O. の精神衛生専門委員会第7回報告「社会精神医学とコミュニティの態度」Social Psychiatry and Community Attitudes でも、社会精神医学の性格と目標に関して4頁を割いている。この委員会は1958年10月20日から25日の間に、ジュネーブで開かれ、精神障害者対策における社会精神医学の役割りと、その適用がコミュニティの態度によっていかに妨害されるかについて検討した。座長にはアメリカの N. I. M. H. の所長 R. H. Felix, 副座長にはタイの精神病院部長 Phon Sangsinkeo が選ばれ、Maxwell Jones (Belmont 病院長)と T. A. Lambo (ニゲリア)が報告者となっている。以下、この報告書を要約紹介してみようと思う。

1. 社会精神医学の性格と目標

1.1. 社会精神医学の実用的な意味づけ。

この言葉は論者により環境によって、異った意味あいをもっているが、ここでは個人がその社会環境において、満ち足りた有用な生活を送るようになるための、予防的・治療的方法を指示するものとする。この目標に達するために、社会精神医学者は精神障害者およびそのおそれのあるものに対して、社会的適応を支え、再生産するのに役立つ社会とのつながりをもつ機会を与えようとする。

この定義には二つの前提が含まれている。その一つは精神障害者がかなり複雑な社会環境にも適合できるということであり、第2は好ましい社会的接触の機会を準備することが、精神障

* Social Psychiatry and Community Attitudes.

** MASAOKI KATO (Chief of Department of Psychology, National Institute of Mental Health)

害の予防および治療に有効だということである。この前提は目新しいものではないのだが、その価値は必ずしも十分にわかってはおらず、最近になってはじめて体系づけられ応用されるに至ったものである。

古い歴史にさかのぼるまでもなく、ピネルやその時代の人びとの「道徳療法」をはじめ、英国の Conolly, アメリカの Drothea Dix, スイスの Eugen Bleuler, ドイツの Simon らの研究も、すべてこの前提に立つものであった。もっとも進歩的な作業療法の提唱者は、その主目的が生産をたかめることでもなければ、患者を多忙にすることによって社会的逸脱から防ぐことでもなくて、かれの人格発展に役立つ社会的接触の機会を与えることにあつた。それは入院患者を正常の社会生活に戻し、さらに里親によるケアの組織をつくることである。また社会治療や社会精神医学は、狭義の医学的な個人治療と矛盾するものではない。精神病理学的研究と精神療法の経験は社会精神医学の発展に重要な意味をもっている。なぜなら精神障害の予防とケアにとって、社会条件の意義が重視されるのは、精神療法の可能な障害者においてももっともはっきりしているからである。精神療法の目標と社会精神医学の目標とは、互いに他を補いあっているといえる。

1.2. 社会精神医学の他の概念

社会精神医学にとって有意義な現象は「社会的関連における精神障害者である」といった学者がある。この広義な意味づけによれば社会精神医学が精神障害と社会機能とに関連するあらゆる分野を含み、管理の問題や法的処理やコミュニティ発展の技術のすべてを包含することになる。

別の定義では社会という意味が、社会保障制度による社会福祉活動と考えられ、あらゆる精神医学的ケアを行う処遇が、社会精神医学とみなされているが、これはむしろ社会政策の分野にぞくするものである。

また他の定義では、社会精神医学は社会のダイナミックスを理解する科学であるとされ、もっと正気な世界をつくり出す方法を与えるものだとされている。ことにある学者はストレスにおかれた人間を社会に適応させ、立ちなおらせていく技術は、新しい学問である“sociatry”という科学にとって基礎的な示唆を与える土台になると考えており、この sociatry の機能は「不健康な」社会構造の診断、治療および予防にあるとしている。この見解は十分な制限をつけないと、全く漠然とした領域にまで拡がってしまう。社会を健康とか病的と呼ぶことは、価値判断を伴うものであり、避けたほうがよい。

しかし、多少とも健康または不健康な行動をひきおこす社会があり、この見解を正しく顧慮することが、社会精神医学および社会医学の領域での考え方にとって、大切なこととなつてきている。個人の精神健康および精神障害の発生する文化と社会構造を十分に把握することは、健全な分析と有効な行動の前提条件である。異なる文化における正常と異常の概念や、種々の

行動に対する寛容度を知ることが、社会精神医学にとって根本的に大切なことである。正常および異常人格の発展の全貌は、この関連において明かになる。さらに組織だった宗教、法律、学校、家族のようなコミュニティの制度の影響と重要性に意を払うことが肝要である。

1.3. さまざまな型のコミュニティにおける社会精神医学の役割り。

重要な課題は精神健康が脅かされたり、精神障害におちいった人の生活に対する文化と社会構造の果す特殊な役割りである。個人に対する社会の影響を検討するに当って、かれの属する「効果的な」コミュニティや社会構造はなにかを決める必要がある。

変化に乏しく固定した社会では、精神障害者のための施設にとぼしく、部落に多数の精神障害者が無害で注意を払われずに生活しているが、個々の病人の予後は不良である。それは医療への欲求が認められず、また医療を行うこともできないからである。こういう社会に社会精神医学を導入するに当っては、そのコミュニティの社会的な習慣に適合するように配慮しなければならない。こういう社会では、重い精神病患者でもすべてを入院させようと強要してはならない。患者がよくなったあとで、家族制度に適合させなければならないのだから、患者を家族のワクのなかで援助できるようなやり方で、目的を達しなければならない。

急速に変化する社会では、第1に精神障害を有することと、環境条件に適應できないこととは密接な関係があり、第2に社会への復帰もより困難である。過去150年間に産業化とたえざる社会変化をつよく受けた社会では、社会精神医学の目標に関連するもっとも重要な共通点もっている。こういう国では精神障害者は、ますます社会から除外されるようになる。19世紀の産業革命、人口移動および社会的上昇を経験した国では、大都市から離れた巨大な精神病院を生みだし、そこには患者と職員がコミュニティから切離されて、自分だけの生活を送っている。患者をこの施設に入院・退院させるには法的な鑑定が要り、この鑑定に署名する権限を与えられた医師は「隔離人」とよばれている。病気の間社会から除外された患者を、再び社会にくみ入れることが、これらの国の社会精神医学の目標であった。入院鑑定手続の簡素化、鑑定なしの自由入院、開放病院方式、昼間病院、夜間病院、治療的社交クラブなどの進歩がもたらされたが、なお十分とはいえない。精神科医はその治療目標が、患者を社会から除外しないように努めることによって得られることに気づいている。しかも、この除外は鑑定の問題でもなければ、閉鎖病院のためでもなくて、主として一般人の精神病や精神医学的治療に対する態度にもとづくものであることを痛感している。社会が近代精神医学の進歩から十分な利益を得たいなら、精神障害の予防と精神障害の治療およびリハビリテーションに協力しなければならない。すなわち、今後の進展は主として精神障害および社会精神医学に対する社会の態度にかかっているのである。

2. コミュニティと精神障害

2.1. 予備知識の資源

社会精神医学の予防的治療的努力にコミュニティの協同を得るためには、まずそこに存在する精神障害の現状をはっきりつかむことが必要である。

こういう態度調査の例として、シカゴ大学の国立与論研究所によって1950年5月にはじめられた調査があり、アメリカ社会の全国平均を代表する3500人の成人が、調査対象となった。この調査の主目的は第1に現代社会の精神障害に関する特徴的な考え方を記述し、第2になぜ精神障害についての世間の考えがそういうかたちをとるかの理由を明かにすることにあった。また最近イリノイ大学で研究がはじまり、その序論として「精神健康および精神障害に対する世論の発展と変化」と題して報告された。さらにロンドンの精神医学研究所の社会精神医学研究部では、鉱山地区と農村地区について、a)両社会の社会構造 b)精神障害に対する住民の態度と行動 c)在院精神障害者に対する家族の態度の比較研究を行った。

1957年に英国放送協会(B. B. C.)の聴取者研究部が「傷いた心」というテレビ番組の効果について質問を行った。30分づつ5回のこの番組は精神医学を広い観点から扱い、800人の聴衆の試験室での態度にもとづいて質問を行った。

しかし態度調査だけでは余りに部分的な現状しかわからず、文化人類学者や社会学者による広汎な分析との協同が必要である。

国によりコミュニティの集団による、精神障害者に関する言葉のちがひも、コミュニティの態度を推論させる。WHOが1955年に出版した現行法規の調査でも、術語と定義の章で広く述べられている。用語のみならず法規内容もこの態度を明かにするものだが、WHO報告によれば法規は現在の精神衛生事業よりもおこなっているもので、現在のコミュニティの態度とくらべて古めかしいものになっているという。

そのほか、精神障害者に対するケア、かれらに対する態度の歴史的研究、文学、芸術などが、コミュニティの態度に対する推論の資源となる。

2.2. 態度の型

一方では精神障害者を病人とは考えずに、コミュニティの成員として完全に受けいれているものから、他方では規範に一致しないものとして完全に拒絶するものまでの幅があり、この中間に尊敬、寛容、れんびん、なぐさみものにする、物めづらしさ、不安、恐怖、嫌忍、敵意などがある。不安を克服するもっとも有効な方法は回避であり、あるコミュニティは大きな孤立した病院を建て、できるだけ遠くに隔離し、かって精神障害になったものの雇用を拒否し、近づくことをさけている。

次に主要な態度を、病気の型、社会構造、社会環境および特殊集団にわけて考察する。

2.3. 異なる病気の型に対する態度に影響する因子。

2.3.1. 精神障害の概念

一般大衆が精神障害とはなにか、どんな精神障害があるかをはっきり知らないことを、多く

の調査が示している。例えばイリノイ調査ではこの知識に欠けているのは、高校卒以下の学歴のものと、50才以上のものの2群にみられた。国立与論研究所 (NORC) 調査では、「神経衰弱状態 nervous conditon」と「精神病 insanity」とを区別していたが、両者を「精神障害」の型にいれていた。だが質問ではなく、ふつうの話になると、すぐ精神障害を精神病だけを指すものとみなした。面接のおわりで、6例の記事を読んできかせたが、それは妄想型分裂病、単一性分裂病、アルコール中毒、不安神経症、強迫性格、問題行動児の事例であった。そのうちではげしい妄想型分裂病だけが精神障害とされた。BBC調査ではテレビを見なかったものの約4分の3が、精神障害としてノイローゼのことを述べ、4分の1近くが妄想型、強迫型の障害、うつ病、精神分裂病を挙げ、精神病質について述べたのは10分1のに過ぎなかった。

2.3.2. 精神障害の原因についての考え

原因について憑きものによつておこるとしている国もあれば、遺伝的原因だけでおこるとしているところもある。家系によつておこるとする考えは、予後が不良だとみなし、結婚相手とすることを拒否し、結婚したものは子孫に対する無責任さを責められる。

精神障害が身体的原因からおこると信じられているところでは、治療の可能性が期待され、意志の弱さによるものではないとされるために、患者に対する好ましい態度が見られる。

2.3.3. 正常と異常

アフリカの魔術的思考とか不慮な露出や自殺への態度などは、文化や社会のちがひによつて異なる。精神障害者がコミュニティの期待する機能を推展できるときは、かれに対する態度も良好であり、例えば単純な農村地区では精神薄弱者が一般に受けいれられている。

2.3.4. 顕現症状、予後および治療

攻撃的で邪魔になる症状を示すものは憎まれるが、静かで閉じこもった患者は気の毒がられたり、関心が払われない。予後の見透しも態度に影響し、治りそうなものは受けいれられるが、絶望的なものは拒否される。

ある環境では精神分析療法が精神障害者に対する魅力を発散させ、また他の環境では身体療法が希望と受容をもたらすところもある。こういう治療と態度に関しては4項でさらに述べる。

2.4. 精神障害の臨床型への反応

2.4.1. 精神病

精神障害が精神病と同じと考えられているところでは、それがもっと軽い障害を含んでいるところにくらべて、態度が好ましくない。

精神分裂病は多い病気なので、これに対する態度が精神障害全体への態度につよく影響する。この点、新しい治療が導入されるまでは、精神科医でさえも共通の態度であった。多くのコミュニティで「精神分裂病」というレッテルは、不治の精神状態を示す不吉な言葉であった。ある地域では分裂病の診断がつくと大学へもはいれず、責任ある地位にもつけない。知識

人は親族に分裂病の診断がつくと、職業上の困難にぶっかると恐れる。ときには病院の医師は、患者が社会復帰するのに妨げにならぬように、この診断を避ける。

2.4.2. 神経症

神経症は一般に親しまれ、一般人も理解しやすい。ある国や階層では神経症になるのが流行にさえなっており、インテリであると同じ意味さえもっている。しかし感情問題をひきおこすような神経症者は精神病質者とされる。

精神病質が医療の対象だということは、一般に受けいれられていない。こういうものは拘束した社会で罰を与えるべきだという考えが、医師の間でも支持されている。英国の王室委員会報告は、精神病質の治療を精神科医にゆだねるべきだとしている。だが世間では一般に病気だとは考えていない。生活を脅かすような精神病質は数ではすくないのに、その攻撃的な非行のために、適応できぬ無害な精神病質者に対してまで、不当な恐れをひきおこしている。

2.4.4. 精神遅滞

労働への期待水準の低いコミュニティでは、精神遅滞者が十分に受けいれられ、その異常性が見のがされていることが多い。教育水準の高いところでは、精神遅滞児の親は恥じや罪の感じを抱き、遅滞者の就職もむずかしい。遅滞者をかかえた母親は、都市では割りのあう仕事もできずに家に留らざるを得ず、無職の精神遅滞の成人を養う重荷が、敵意の態度を生じさせる。精神遅滞が大部分外因性におこるといふ先入観が与えられているところでは、この汚名は負わないですむ。

2.4.5. 異常児童

精神薄弱児や遅滞児は保護を要するものとして同情され、その保護は個人およびコミュニティの仕事だとされる。問題行動児ではこれが反対で、本人が行動に責任があり、道徳的欠陥であるとされ、精神療法の必要な患者とはみなされない。精神病の児童に対する態度も、拒絶的である。

2.4.6. 老年異常者

敬老の態度は正常者でも異常者でも同じで、とくに東洋全体に拡がっている。三代家族の同居がこわれたところでも、老人への態度は必ずしもわるくない。しかし産業化に関連してますます多くの老人が独り住いになり、養老施設に移されている。精神的に異常な老人に対する態度は、変化しつつある文化では好ましくない状態にある。それは若い世代が親よりも高い階層に到達し、親が子どもにとって邪魔なハンディキャップになるからである。しかし1959年のWHOの「老化および老人の精神衛生問題」に関する専門委員会報告によると、こういう態度は変わりつつあり、各地で若い人が精神障害になった老人の治療とリハビリテーションに協力している。

2.5. 社会構造と社会制度の影響

2.5.1. 農村と都市環境

農地では精神遅滞者や精神病患者のあるものの高い比率が全くうまく適合し、社会成員として許されて生活している。しかし農村が社会的経済的に変化し、技術改革が導入されると、これにあわせられぬものは拒否される。

都会生活の複雑さは、農村よりもずっと適応力を要する。しかし都会住民の教育水準が高いことは、精神障害への態度を好転させる。

2.5.2. 社会経済的水準

精神障害者が経済的負担にならぬところでは、好ましい態度がみられ敵意もほとんどない。精神障害者への医療保障があれば、その状態も改善される。

2.5.3. 社会制度

養老を求めるような家族的教訓は、精神障害者への態度をよくするが、不道德な宗教律の破戒者は拒否される。

コミュニティの態度は法律に影響するとともに、法律がこの態度に影響する。ある国の立法の主な関心は、一方では個人の権利を擁護するとともに、他方ではコミュニティの利益と財産を保護することにある。その結果一方では医師でない判事に精神障害の事実を納得させたり、法庭で精神障害を立証する必要が生じ、他方では社会の権利を保護し、精神障害者の権利を剥奪することになった。法律が適切な治療保護を保証し、精神病院への自由入院の規定があるほど、そのコミュニティは精神障害者を治療の必要のある患者とみなす。

教育制度が精神障害へのコミュニティの反応に影響する。ことに教師の態度はその教育訓練によって異なり、性格形式に関する基本的な予備知識と教育心理学の訓練があれば、異常児の理解の助けとなり、それが一般大衆の意見によい影響を与える。

2.6. 個人の態度に影響する要因

2.6.1. 年齢と教育

イリノイ調査では高校卒の学歴で、50才以上のものと若い層とは一致する点もあるが、この年齢群の間に精神障害、その治療、社会への復帰についての考えの点で相違を認めた。こういううちがいはいはもっと固定したコミュニティではみられない。

2.6.2. 人格要因

自分を他の人間と区別する心理構造をもつ人びとは、精神障害に対しても否定的で敵意ある態度を示す。それはいわゆるFスケールのテストでも見出だされている。

2.7. 特定集団の態度

2.7.1. 家族

あるコミュニティでは家族内の精神障害者への態度が、家族外のそれよりも否定的だった。ある調査では「気違い男(女)」という言葉が最も否定的に評価された。

2.7.2. コミュニティの指導者

アメリカの最近の調査では市長、市議員、僧侶、教師などの指導者が、より自由かつ寛容でとらわれない考えをもっていた。

2.7.3. 雇 傭 者

一般に精神医学的治療が受けいれられている社会では、雇傭者は身体の病気と同様に治療に通うことを認めている。病院の近くの勤め場所にかえてもらった書記もある。

2.7.4. 医療関係者

一般医の精神障害に対する態度は、教育と経験によって異なる。障害者が総合病院や外来クリニックで扱われているところでは、大きな孤立した精神病院に移されているコミュニティよりも、一般開業医が現実に即した態度をとっている。

看護者の態度も教育によって決まるが、治療チームの成員として働いているところでは、患者の行動をよく理解している。

2.7.3. 患 者

コミュニティの態度は、患者の自分自身に対する態度に影響する。コミュニティから拒否され、恐れられ、恥じられているところでは、患者は自信と自尊心を失い勝ちである。統制できなかった患者に対して、拘束を解き、自由を与え、責任を次第に持たせると、自尊心を回復し、改善されることが示された。このことがまたコミュニティの態度を好転させる。

3. コミュニティの態度と精神医学的治療

3.1. 治療機関への態度

精神科医とその協同者の機能が、社会的逸脱者を拘束するにすぎないという世間の意見のつよいところでは、コミュニティに協同しようとする意図がほとんどない。精神科医の目標が、患者の適応性を回復させ、持続させるにあると思っているコミュニティでは、積極的に協力しようとする。

この点文化的条件による差があり、例えばニゲリアでは多くの人が病院を外人の施設だとして恐がるため、田舎に治療体系をつくることに抵抗があった。そこで治療にくる患者にはすくなくとも1人の家族がつきそって、村の家に住ませた。特殊治療は入院させて行っただが、病院の職員はコミュニティのなかにはいって治療を行っただ。そして入院患者が帰りたいときにいつでも帰らせた。

精神障害者は閉鎖された病院にいれられるものだという考えに慣れている人達に、社会精神医学の有効さを知らせることが必要であり、英国やその他の国で新しい考え方がおこってきている。現代では新しい機能として、昼間病院、夜間病院、総合病院における精神科病棟、外来患者部などの促進がある。

もう一つの態度変容のめやすは、精神障害者の施設の呼び名が変わってきたことである。

“madhouse”とか“lunatic asylum”という代りに“mental hospital”という言葉が使われるようになった。他の変化としては自由入院が適用されるようになり、アメリカでは1949年の州立精神病院入院患者の約10%が自由入院、フランスでは1952年に31%、イングランド・ウェールズでは1952年に70%に近くなり、1957年には約90%になった。イギリスの「精神障害および精神薄弱法規に関する王室委員会」で述べられているように、精神障害者の治療可能性と効果に対して、好ましい態度が増えている。

こういう実験がはじまったとき、職員の間にもつよい反対がおこったが、次第に開放病棟では患者が手がかからなくなり、脱院もすくなくなった。コミュニティの態度も職員と同じくよく理解するようになった。

イギリスにはいくつかの「神経症センター」がつくられ、神経症と初期の精神病が来所している。こういうセンターは精神病院にくらべて公衆の偏見を招くことがすくなく、精神病の治療機関にはこなかった患者もくるようになっている。

外来施設で扱うことは新しいことではないが、ニゲリアの実験が示すように、改めて見なおされている。ベルギーのゲールでの1200年来の伝統と同様の状況がフランスのセヌ・コロニーをはじめ方々に見られる。

里親制度、保護工場をはじめ、工場村 working village の試みがイスラエルなどで試みられて成功している。患者をできるだけ家庭において扱い、同時に家族状況に注意して発病を防ぐことが、オランダことにアムステルダムなどで発展している。

外来活動を強化して入院率を減らす試みが、2年間にわたって英国で1956年におこなわれた。1957年には入院率が前年の60%となり、治療効果もあがった。

3.2. 各種の精神科治療への態度

3.2.1. 身体的治療

公衆の好ましい態度は身体的治療の進歩に負うところが大きい。かつ身体療法は精神療法よりも理解されやすく、知的でない社会層から好まれる。

3.2.2. 精神療法

多くの人にとって精神療法は魔術的な気分を与えるが、それは精神科の治療に対する一般の態度の改善に重要な要因であった。地方によって伝統的な宗教的治療者が科学的精神療法を加味しようとしており、これが慎重に行われると、精神科の治療への態度をよくするのに役立つ。

3.2.3. 社会治療

精神科の治療、ことに作業療法（あるものはこれを治療的作業とよぶ）が有効にゆくことはコミュニティの態度をよくするのに重要な役割をもっている。

作業療法について欧米では働くことはよいことだとされているが、ある国では手先きの仕事は低い階層のものがやることになっているので、この抵抗を越える必要が生ずる。

3.3. 精神障害者のリハビリテーションと雇傭

長期入院患者はかれが忘却した世界に退院してくるのであり、社会もかれを忘れてしまっている。この新しい不慣れな世界にはいるための指導が必要であり、たとえ熟練した技術をもっているとしてもそれが役に立たなくなっている。これに加うるに、新たに満足すべき人間関係をつくらなければならない。

短期入院患者ではこれとは異なり、周囲のものはよく憶えており、かれも発病時のことをよく知っているが、それがかえって困難をひきおこす。つまり社会は患者を恐れ、患者も拒絶をおそれている。

1951年にカナダの二つの町で行われた研究では、社会的距離のスケール social-distance scale を用いて、かつて精神障害だったものへの寛容さについて調査した。1500人以上のものに質問がなされ、4分の3が仕事やクラブで以前に患者だったものと一緒になることに同意し半分よりやや多くが同室することに同意したが、4分の3はもし子どもがかって精神障害だったものと結婚するとしたら、つよく失望するだろうということを肯定した。

アメリカの研究でも患者の環境における寛容さが、病院外にとどまれるか否かを決定することを強調する。すなわち家族と別居している患者は、同居している患者よりもしばしば病院に再入院してくるといふ。しかしイギリスの研究では、長期入院患者に関しては、かれの戻る社交クラブがより重要であり、短期入院患者では、患者の年齢、診断、在院期間が重要な意味をもっているという結果を示した。

退院時の雇傭の問題は困難なことが多く、精神障害者に対する社会の態度は、ここではっきりと示される。また退院時の症状に左右されることも多く、静かな幻覚をもつ患者よりも統御できない行動を示すもののほうが受けいれがたい。しかし身体障害者と同じ法的保護を与えている国もあり、例えばイギリスでは20人以上を雇う工場は3%の障害者を雇わねばならない。一般労働市場では競争できない重症障害者のための工場が100カ所と、患者の入院中に精神障害者を指導する国立の職業補導所が14カ所ある。こういう制度は他の国にもみられるが、その成否は多少とも回復した患者に関係をもつ人びとの態度いかんにかかっている。患者が保護されない職業にもどるときは、成否は雇傭者の患者への態度にかかっており、あまり技術的でなく、責任もすくなく、危険のない仕事のほうが、うまく受けいれられるように思われる。BBCの調査では65%がかっての患者を雇うことに同意したが、重要な地位につけることに同意したものは4分の1に過ぎなかった。

雇傭者や同僚の態度は多くの点でよくなってきているが、以前にはコミュニティにうまく融合した産業発展の途上にある国々のうちで、受けいれが悪くなっているきざしがある。

3.4. 精神科職員への態度

精神障害への態度が治療の可能性の自覚とともによくなっていると同時に、精神科医への態

度も治療者であることがわかればよくなっている。だが多くの地域で精神障害を扱うものへのかなりの偏見と恐れがあるように思える。西欧でのこの態度は、今世紀始めの拘束的な病院に支配していた無力と絶望の感情にもとずき、この感情は患者や一般公衆のみならず、各々の職員層にも影響していた。精神科医は患者の「狂気」に伝染しているという印象が、ある地域ではまだひろがっている。現在でも、病院の精神科医が病院外の患者の世界と接触をもたぬことは、公衆の偏見と誤解のもとである。

イリノイ調査によれば、一般公衆は精神科医、心理学専攻者、ソーシャルワーカー、看護者などの精神科職員に対して、中等度の好意をもっているにとどまり、身体病患者を扱う他科の医師の方が高く評価されている。例えば“psychiatric physician”という言葉のほうが、“psychiatrist”という言葉よりも高い価値をもっている。BBCの調査では約半数が「この20年に多大の進歩があった」とし、70%が大部分の精神障害はなおるとし、同じ比率のものが精神科医を信頼している。しかし高度の信頼をおいているのは20%に過ぎなかった。

本委員会はニゲリアでは“Babalawo”が心身障害者を扱い、器質的と心因性の区別をはっきりさせていないことに注目した。一般に医師が患者の身体的訴えにも精神的訴えにも参与できるようになると公衆の期待もよくなるようである。

一般病院の精神科や外来クリニック、昼間病院および在宅治療の発展によって、精神科医が一般公衆に親しくなり、精神科医への恐れをなくすのに役立つ。

4. 実施要項

コミュニティの主な態度をたしかめ、どういう態度が好ましいかを決め、好ましい態度を育成するにはどうしたらよいかを考えるには、もっとくわしい調査が必要である。

しかしすべてが明かになるまで、実践を延期するわけにもいかないのだから、本委員会は今後の修正を考慮しつつ、コミュニティの態度を変えるのに効果的な闘いの計画に役立つ手引としての一般原則を公式づけた。

4.1. 積極的な治療とコミュニティ・ケアの発展

次の2つの過程が互いに他を補い合う。つまりよい治療は精神障害の受けいれをよくし、公衆の寛容さの増大は社会精神医学の発展に必要である。

また精神疾患の治療は、身体疾患の治療と同じように活用されねばならない。これによって一般公衆は精神障害が身体疾患と同じように治療され、治ると信ずるようになるであろう。

4.2. 予備知識と教育

予備知識を与えるもの（まず第1に精神科医）は、専門家として公衆から離れておらずに、進んでどういう予備知識がまず初めに必要か、かれらの知識がいかに公衆と関連しているかを知り、コミュニティの考えにどの点で同意し、どの点で反対なのかを示さなければならない。

4.2.1. 指導技術

BBC調査によればテレビ番組をみたあと、課題への興味が増し、精神科医の治療への信頼や、患者とのつき合いへの意志がたかまり、精神障害を他の病気と同じように考え、精神障害における社会問題の存在に注目するようになった。

またカナダの二つの町での調査は、一つの町では精神衛生に対して6カ月にわたる積極的な精神衛生教育を行ったが、その後に行った調査で与論に有意義な変化がおこっていなかった。著者にとってはきわめて明かな小冊子や講演が、まったくあやまって理解されていたり、映画の観衆が意図されたものと全く反対の誤った結論をひきだしていた。とくに注意すべきことは、言葉を正しく注意して選ぶことであり、はっきりしない言葉や、ショックを与える言葉を避けるばかりでなく、聴衆や読者に耳慣れた言葉を使うことである。一般公衆に予備知識を与えるよりも、演者と共通点をもつ小集団の人に予備知識を与えるほうがよいのは、そのためである。ことに教育者は個人や集団のダイナミックスを十分に知っていなければならない。委員会は「直接の指示」に頼るよりも、個別の技術を用いるのがよいと考える。

自由討議の集団の材料として、英国では王室委員会報告をとりあげるのがよいが、それには教育者が集団の動きと集団療法の技術を十分に心得ていなければならない。

4.2.2. 隠れた教育者とその訓練

4.2.2.1. 医療および衛生関係者

a) 精神科医

社会精神医学の発展にともない、精神科医は次第にコミュニティとの接触を増し、精神障害者に対する偏見の理由を知るようになり、それが偏見を克服するのに役立っている。精神科医は治療だけに全力を注ぐべきではなく、一部の時間を看護婦、ソーシャル・ワーカー、保護監察官などを含む、高度の訓練は受けていないが数多い精神衛生の活動家の技術改善のために費すべきである。

b) 心理学専攻者および社会科学専攻者

この2群は、精神障害に対する無知が支配する地域の調査で、重要な役割を有し、ことに教育方法の確立に役立つ。

c) 一般医師

とくに多くの国々で、精神衛生の仕事は家庭医によるところが大きく、治療の必要性、とくに早期治療や適応の可能性をコミュニティに自覚させ、自発的に治療を求めるように患者を説得するのに役立っている。

d) コミュニティの衛生関係者

ある地域では精神医学的ソーシャル・ワーカー、一般のソーシャル・ワーカー、公衆衛生活動家、保健婦、地区担当看護婦などの衛生関係者が、a) からc) までのどの群よりも、個々の患者や家族に多くの時間を費している。

4.2.2.2. コミュニティの指導者

コミュニティの態度を広汎に変えさせるには、警官、管理者、経営者、労働組合幹部、宗教指導者、教員、ジャーナリスト、作家などのような指導的地位にある人びとの協力を得る必要がある。

a) 法律家および法律執行者

精神障害者を完全に社会から隔離すべきだという法律があると、コミュニティの拒絶的態度がつよまる。精神病院の治療を受けるのに、厳格な入院規定を法律が規定していれば、コミュニティは精神障害者を他のものと同じようにはみなさないであろう。

法律は医学と社会学に重なり合っており、法律執行に関連するものは、法律だけでなく、精神医学と社会学の領域での十分な訓練を受ける必要がある。保護観察官は法律の処罰的側面と治療的側面とを結びつけるのに重要な役割を果し、非行者の家族と接触するに当たって、法律を建設的な権威であると解釈しなければならない。

b) 企業の指導者

雇傭者の協力だけでなく、労働組合指導者の協力もこれに劣らず重要である。雇傭者と被雇傭者の理解ある態度と協力があってはじめて、真に意味のある治療的作業ができる。

c) 宗教指導者

すでに一部の宗教教育には精神衛生の研究がふくまれている。地方の宗教家の間に近代精神医学への興味がおこる可能性は、固定したコミュニティでも見られる。

d) 学校教員

精神障害者のように、コミュニティから拒絶されている人びとに対する態度を改良するのに教員は有力である。教師の訓練過程に教育心理学は含まれるだけでなく、訓練のうちにグループ・ワークの経験を加えることによって、自己のパーソナリティや、自我防衛についての自覚をもつことができる。

e) マスコミのメディア

出版、映画、ラジオ番組などが精神衛生の公衆教育に役立つためには、その著作者が正しい予備知識をもっていることが大切である。

4.2.2.3. 家族の役割

親の教育は重要な手段であり、親と患者の集団討議がとくに有効である。

高度に産業化された地域では、家族成員のケアの責任を公衆機関に転嫁しようとする傾向が次第にすくなくなり、家族の責任がつよく自覚されている。治療計画に家族を包含することによって、診断の意味に対する誤解のごとき明かな困難が明瞭になる。家族成員が生在している、治療の状況を十分に理解すれば、そのダイナミクスに沿って、治療を援助する役割りをはじめから自覚するようになる。さもないと患者は子どものような依存状態に退行する危険が

大きい。

5. 研究への示唆

態度調査は個人的判断だけに頼るのではなくて、十分な客観性をもつことを目的としている。それは適切な方法が採用されてはじめて可能となる。本委員会は最近世界精神衛生連盟WFMHによってこの分野で実施された仕事に注目している。次の報告は本委員会に委ねられたものである。

この種の調査において、測定をより客観的にするための準備として、a) 大規模の調査をするまえに面接方法や技術に注意を払い予備テストを行う。b) 資料の対象となった人の性質がはっきりわかるような、きわめて注意深い抽出法の採用 c) それが信頼され得るものか、見出された相違が実際のものか、偶然の産物の決定を統計学的分析によって行う必要がある。

態度調査における面接技術の使用には多くの問題がある。第1にこういう調査に用いられる質問に答えるとき、誠実に答えているかどうかという昔からの問題がある。ある種の質問ではこれがとくに問題になる。かつて精神病や神経症だったものへの態度について聞かれた場合、その答えは正しい答えを知っているのか、答えるべき答えを知っているのかによって左右される。この場合言ったことと行うこととの間の矛盾というきわめて現実的な問題がおこる。しかしこういう「欺むき」の可能性を減ずる技術が用いられている。他の困難は人びとが意見をもたぬさいに生じ、3分の1は現状維持を好むような答えを出す。異なる文化ではこの種の態度調査に、ふさわしい修正を加えて使うべきであることは間違いがない。ある国で注意深く行われた面接計画が、他の場所では十分にうまくいかないことがあるが、比較に価する国の間では近似性が見出だされる。

標本抽出についてもいくつかの問題がある。例えばつねに全人口を代表する標本を得ようとするのか、平均標本を選ぶのか、有効または適切な標本を選ぶのかということである。標本抽出の問題に答えることは容易ではなく、環境により何を求めるかによって、種々の方法が役立つのである。

統計的分析に関しては、調査資料を量的に検討するさい、その根拠の注意深い方法論的な評価に十分注意してはじめて、信頼できる結果が得られることが、重要な点である。

好ましい態度をつくり出そうとするために、まず大切なことは、対象となったコミュニティにおける現在の態度を確認することである。変化が必要な方向を示すだけでなく、実施計画によってどの程度まで好ましい態度をもたらすことができるかを測定する出発点として、この基本的な予備知識が必要なのである。

重要な基本的予備知識を得るために、本委員会によって示された調査の型を簡単に述べると、次の如くである。

1. 精神障害に対するコミュニティの態度。異なる文化における正常と異常の概念。殊に異

なる文化における異常行動に対する寛容さの程度の違い—教育や環境（農村，都市）の寛容さへの影響。各種文化における異なる精神障害の相対的な重さの概念。

2. 精神科職員に対するコミュニティの態度。
3. 精神科職員相互の態度。
4. 精神科治療すなわち，身体療法，精神療法，社会治療の各種に対する態度。
5. 精神科治療の条件に対する態度。外来，入院，治療的作業，治療後および退院後の精神障害者の雇傭に対する態度。種々の治療の結果についてのコミュニティの期待。

精神障害者に対するコミュニティの態度を理解するのに今後必要な研究は，次の如くである。

1. 態度に関連する地理的環境，歴史的発展，文化の型，信仰，社会・経済的階層および教育についての研究。
2. 異なる文化で精神障害に対して一般に用いられる言葉を比較研究することは，一般の態度を明かにするのに大いに役立つ。この研究には言葉の蒐集，その内包および科学的名称との関係の可能性。言葉の起源。その行動への影響などがふくまれる。
3. 精神医学的な話題につながる気分の系統的研究。それはコミュニティの態度を反映することが多い。
4. 人種的偏見と精神障害への寛容さとの関係の研究およびFスケールやこれに類似する方法をこの目的のために用いることの研究。

以上の研究は異なる文化を比較しつつ行われねばならない。都市農村の比較を含めて，地方的な差がなくなっていることも大切だが，混合した種族のコミュニティがある所では，地方的な比較が望ましい。またすべての研究において，変化の生じた度合に注意を払う必要がある。調査を半年ないし1年後に行い，どういう「正常な」変化が態度の点で起ったかをみることは，最も大切である。

上記の研究に密接な関係をもつのは，精神障害者の頻度と発生の研究である。本委員会はWHOが，各国で精神障害の疫学の研究を行うための方法論のわく組を，明細化していることに満足の意を表す。

精神障害および精神医学的実践に対するコミュニティの態度を改善する方法として，本委員会はこれについての予備知識を得るのに用いられた方法の有効性を研究する必要があることを強調する。この研究には精神科医やその他の医療従事者のみならず，医療従事者以外の隠れた活動家の訓練が必要である。調査の対象となった人が，問題を自我に内包させるように導く方法を研究する活動的研究 action research が，コミュニティの態度を変えるのに有効である。

最後にこういう研究における各専門分野間の協同の必要性と，共通する社会的文化的条件において用いられた方法を採用することの重要性を強調したいと思う。

産業精神衛生研究の発展*

— Thomas M. Ling : Research in Mental Health and Human Relations in Industry (Mental Health and Human Relations in Industry., London, H. K. Lewis & Co. Ltd., 1954 より)—

横 山 定 雄**

(国立精神衛生研究所社会学部長)

英国では、産業労働者の神経症患者の Industrial Rehabilitation Center (調査・研究・教育・訓練)として、第二次大戦直後 Roffey Park Institute and Roffey Park Rehabilitation Center が設立された。この研究所は「産業精神衛生研究所」ともいふべきもので、産業適応に関する socio-medical research の国際的研究実習機関として、特に mental and social aspects が重視され、いわゆる inter-disciplinary (team) approach によって研究が進められており、戦後10年間に臨床部門だけでも8,000以上の患者を扱い、この外、各種の国際的セミナーを開いているという。

著者 T. M. Ling はこの Roffey Park Institute and Rehabilitation Center の medical director であるが、彼を含む2人の psychiatrists, 2人の industrial medical officers, 2人の psychologists, 1人の industrial sociologist, 1人の industrial educationalist, 1人の former personnel manager (現場人事管理担当者) 計9名のスタッフを刺戟して、この書物を作成したが、既にフランス、スウェーデンで翻訳出版され、デンマーク、オランダ、イタリー、ポルトガル、スペイン、ユーゴスラビアの各国でも翻訳出版が進んでいるという。

本書は“Chap. I. Major Psycho-social Problems in Industry”の外、14章の共同執筆論文から構成されているが、特に“Chap. XIII. Research in Mental Health and Human Relations in Industry”の概要を紹介することにする。

著者 Ling は産業精神衛生研究史を(1)初期(2)発展期(第2次大戦以降)(3)将来に分けて、多数の研究文献(末尾参照)について解説している。それは英国人の立場からみているのと、産業心理学的領域のものが多く出されているのが、この解説の特徴といえるようである。なお、Ling が引用又は紹介している多数の文献については、文献リストをみて頂きたい。

* Research in Mental Health and Human Relations

** SADAO YOKOYAMA (Chief of Department of Sociology, National Institute of Mental Health)

さて初期の研究としては、各国における産業（労働）疲労の研究のほかに、やはりハーバード大学の E. Mayo たちによって1926年から Western General Electric Co. Ltd. のホーソン工場で行われた「ホーソン実験」を重視し、特に、“Mayo とその仲間は、工場が1つの社会体制 social system として考究されるとき、従業員の行動の意味が理解されることを指摘した最初の研究者であった”と賞讃し、この研究が産業精神衛生研究の1つの道標として認められてきた、という。

次に発展期については、第二次大戦が軍人や捕虜の適応問題が研究されたり、職業精神医学 occupational psychiatry が発達した外、米精神医学者の L. E. Himler が工場内不適応者の臨床経験をもったことから、1944年にシムポジウム形式の訓練コースを鼓吹したり、英国で、R. Fraser が光学機械工場従業員に神経症が多いことを指摘（1944年）したことなどを述べている。

戦後になると、この領域の研究は欧米で大巾に進展したが、中でも、1947年英国の Sir G. Schuster によって産業における人間要因 (Human Factor) に関するパネルがロンドンで開かれたこと、さらに Tavistock Institute of Human Relations が設立され、ここで E. Jaques たちが Glacier Metal Co. について3ヶ年の臨床研究をまとめ、工場内の支配人(管理者)と shop steward、及び日々の管理運営に関連する諸困難や緊張問題に関心焦点をおいて研究したのは、著名な道標である、としている。また、J. Koekebalkker が従業員や作業集団の緊張予防の仕方、上級管理者 managing director の重要性を指摘したし、Walker と Guest とが労働者の適応の程度と種類を扱い、労働者が作業の場の中で影響される満足感の諸条件諸要因（特に職場士気や監督者のあり方）を究明した。さらに E. Jaques は作業場における上下関係・同僚関係に注目して、ソシオグラムを作ったの inter-personal relations を研究したという。このほか、J. Worthy は morale と mental health と社会構造との関係を明らかにしたことなど、いろいろの研究を述べている。

最後に著者は、(1)産業精神衛生の研究に不可欠だといわれる inter-disciplinary approach の困難さ (2) 経営者が従業員心の問題をさぐることに抵抗することの問題 (3) 産業界における高級社員や高級監督者についてはあまり知られていないことなどの諸困難があることから、今後この研究は inter-disciplinary の研究を進展させると共に、国民生活や地域社会とのつながりの中で、或いは社会病理学の考え方とも結びついて発展するであろうことを述べ、この章を終えている。

なお末尾に Ling のあげた諸文献リストを記述しておく。

Ling の 文 献 リ ス ト

- 1) Toynbee, Arnold. "A Study of History." Oxford Univ. Press, 1946.
- 2) Marcy, B. W. "La Methode graphique dans les Sciences Experimentales." Paris, 1878.
- 3) Mosso, A. "Über den Einfluss der Muskelarbeit auf den Gaswechsel beim Gehen des Menschen Pfüg." Arch., 1888.
- 4) Krapelin, E. "Die Arbeitskurve." Phil. Stud., 1902. 19.
- 5) Münsterberg, H. "Psychology and Industrial Efficiency," Cambridge, 1914, and "Psychologie und Wirtschaftsleben," Leipzig, 1912.
- 6) Industrial Health Research Board. "Industrial Health Research Boards Reports," H. M. Stationery Office, 1916-39.
- 7) Cathcart, E. P. "The Human Factor in Industry." Oxford Univ. Press, 1928.
- 8) Smith, May. "Industrial Psychology." London, Thornton Butterworth Ltd., 1929.
- 9) Myers, C. S. "Industrial Psychology." London, Thornton Butterworth, 1929.
- 10) Mayo, Elton. "Human Problems of an Industrial Civilization." New York, the MacMillan Co., 1933.
- 11) Roethlisberger, F. J., and Dickson, W. J. "Management and the Worker." Cambridge, Harvard Univ. Press, 1943.
- 12) Argyle, Michael. "The Relay Assembly Test Room in Retrospect." Occupational Psychology, April, 1953, pp. 98-103.
- 13) Halliday, J. L. "Dangerous Occupations; Psychosomatic Illness, and Morale." Psychosomatic Medicine, January, 1943, 5, 57-84.
- 14) Culpin, M., and Smith, M. "The Nervous Temperament." Res. Bd. Rpt. No. 61, London, H. M. Stationery Office, 1930.
- 15) Walther, L. G. "La Techno-Psychologie du Travail Industriel." Paris, 1926, p.52,
- 16) Vernon, P. E., & Parry, J. B. "Selection in the British Forces." London, Univ. of London Press, 1949.
- 17) Rodger, F. "Officer Selection Methods." London, 1946.
- 18) Rees, J. R. "The Shaping of Psychiatry by War." London, Norton, 1945.
- 19) Tredgold, R. F. "Human Relations in Modern Industry." London, Butterworth, 1945.
- 20) Menninger, W. C. "Psychiatry in a Troubled World." New York, MacMillan, 1948.
- 21) Giberson, L. G. "Industrial Psychiatry —a War-time Survey," The Medical Clinics of North America, July, 1942, 26, 1085-1103.
- 22) Chapple, Elliott D. "The Analysis of Industrial Morale." Journal of Industrial of Industrial Hygiene and Toxicology, September, 1942, 24. 165-71.
- 23) Ling, T. M. "Industrial Neuroses." The Lancet, June, 1944, p. 830.
- 24) Leighton, Alexander H. "The Governing of Men." Princeton Univ. Press, 1945.

- 25) Himler, L. E. "Psychiatric Rehabilitation in Industry." Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1944.
- 26) Cameron, D. E. "Human Behaviour and its Relation to Industry." Montreal McGill Univ. Press, 1944.
- 27) Fraser, Russell. "The Incidence of Neurosis among Factory Workers." Med. Research Committee Report No. 90, H. M. Stationery Office, 1947.
- 28) Davies, J. G. W. Private Communication circulated by the Panel on Human Factors, London, 1951.
- 29) Schuster, Sir Geo. "Christianity and Human Relations in Industry." London, the Epworth Press, 1951.
- 30) Frisby, C. B. "Current Trends in British Psychology." London, Methuen, 1953.
- 31) Wilson, A. T. M. "Current Trends in British Psychology." London, Methuen, 1953.
- 32) Jaques, Elliot. "The Changing Culture of a Factory." London, Tavistock Publications 1951.
- 33) Morris, Ben. "Community Studies and Community Education in Relation to Social Change." Occupational Psychology, July, 1949, 23, No. 3.
- 34) Koekebakker, J. "Mental Health and Group Tensions." Leiden, W. H. O. Seminar on Occupational Health, 1952.
- 35) Markowe, M. "Occupational Psychiatry—An Historical Survey and Some Recent Researches." Journal of Mental Sciences, January, 1953, p. 92.
- 36) Walker, C. R., & Guest, R. H. "The Man on the Assembly Line." Harvard Univ. Press, 1952.
- 37) Davies, N. "Some Psychological Conflicts caused by Group Bonus Methods of Payment." Brit. J. Industr. Med., 1953. 10, 18.
- 38) Jacobs, John. "The Application of Sociometry to Industry." Sociometry, May, 1945, 8, 181-98.
- 39) Moreno, J. L. "Who Shall Survive?" Washington, D.C., Nervous and Mental Disease Pub. Co., 1934.
- 40) Worthy, J. C. "Organizational Structure and Employee Morale." Amer. Sociological Review, April, 1953, 15, pp.169-79.
- 41) Dalton, Meville. "Conflicts between Staff and Line Managerial Officers" American Sociological Review, 15, 342-51.
- 42) Friedmann, G. "Problems Humains du Machinisme Industriel." Paris, Gallinard, 1947.
- 43) Gurvitch, Georges. "Industrialization et Technocratie ; Premiere Semaine sociologique organisee par le Centre d'Etudes Sociologiques." Edited by Georges Gurvitch, Paris, Librairie Armand, Colin, 1949, 14, p. 214.
- 44) Wilson, A. T. M. "Prospects in Psychiatric Research." Oxford, Blackwell, 1953, p. 55.
- 45) Lewin, Kurt. "A Dynamic Theory of Personality." New York and London, McGraw Hill, 1935,
- 46) Dollard, Charles. American Sociological Journal, 1950.

- 47) Lewis, Aubrey. "Prospects in Psychiatric Research." Oxford, Blackwell, 1953, p. 54.
- 48) Gardiner, B.B., & Whyte, W.F. "Methods for the Study of Human Relations in Industry." *American Sociological Review*, 1946, 2, 506-12.
- 49) Guetzkow, Harold. "Group Leadership and Men." Ed. by Guetzkow, Carnegie Press, 1951.
- 50) Lemert, Edwin. "Social Pathology." New York, McGraw Hill, 1951.
- 51) Lewis, Aubrey. "Prospects in Psychiatric Research." Oxford, Blackwell & Co., 1953.
- 52) Cameron, D.E. *Journal of the Canadian Medical Association*, 1953, Vol. 69. No.1, p. 78.
- 53) Mayo, Patricia. Elton. "The Work of Elton Mayo," *Occupational Psychology*, January, 1950, 24, No. 1, p. 1.
- 54) St. Exupery, Antoine de. "Terre des Hommes." Paris, Editions Gallimard, 1939.

ABSTRACTS

Clinical Study of Male Homosexuality

MASAAKI KATO, YASUFUMI KATAGUCHI and HISAKO DENDO

(Department of Psychology, National Institute of Mental Health)

Twenty five cases of male homosexuality which were treated during the past five years were investigated not only from the stand point of symptomatology but also from the genetic and therapeutic stand points.

The results may be summarized as follows.

1. Age distribution of patients at the first interuiew was ; 20 to 29 : 14 patients ; 30-39 ; 10 patients ; and 40-49 : one patient. Marital status was : 19 single, 5 married and one divorced. Educational level was : 8 middle-school graduates, 10 high-school graduates and 7 college graduates. Age distribution at the onset of homosexual behavior was : 6-12 : 4 patients ; 12-18 patintis ; and uncertain : 3 patients. As for place of residence, 16 patients resided in Tokyo and the others in prefectures near Tokyo. As for occupation, there were 14 white collar workers, 4 college students and miscellaneous other occupations (e. g. painter, radio store owner, architect, dramatist, confectioner, stationer etc.)

2. Twenty two out of 25 patients requested treatment while the other 3 patients were forced to come. As regards motivation for treatment, 9 patients were compelled to get married, 4 patients were in conflict situations after marriage and 9 patients were motivated by inner feeling arising from their experiencing their homosexual tendencies are ego-alien.

3. As concerns the psychotherapeutic sessions, 8 patients had 3 sessions or less, 7 patients had 4 to 9 sessions, 7 patients had 10 to 19 sessions and 3 patients had 20 or more sessions. Only 7 patients recieved a complete course of psychotherapy and among them 3 patients married.

4. No case had the noticeable endocrine abnormality.

5. As for relationships with parents, one patient was characterized as having

"hostility to mother", 4 patients as having "excessive fixation on mother", 4 patients as having "hostility to father", 4 patients as having "hostility to father and excessive fixation on mother" and one patients as having "fixation on effeminate father". However, we could not corroborate the hypothesis which regards the dominant mother and the weak, unsatisfied father as the typical parents of homosexuals.

6. The classification of homosexuality was very difficult and it might be better to characterize them by several factors as follows.

1) active or passive 2) effeminate or masculine 3) neurotic or psychopathic (or psychotic) 4) extremely narcissistic or not 5) masochistic or sadistic 6) bisexual or not 7) psychosexual or somatosexual 8) overt and conscious or latent and unconscious.

7. The Rorschach Homosexual Score (by Kataguchi) showed the highest score to be 68 points and the lowest 15 points. Among 18 homosexual signs, "aversion to female organ", "elaborated sexual organ" and "homosexual behavior" etc were very significant from the clinical point of view.

8. Although there were only relative of activity and passivity or femininity and masculinity, "protector and protected type" was a more useful category.

9. The differences between the neurotic and psychopathic trends, i. e., whether the homosexual tendencies were felt as ego-alien or ego-syntonic, were very important with respect to their treatability.

10. Among those belonging to the extremely narcissistic type, we found differences concerning such matters as concern with their own bodies, their clothing, with their own past actual images, or with their past ideal images in adolescence.

11. As regards bisexual homosexuality, "marriage as an alibi" as discussed by Dr. Bergler, was not found among our cases, but almost of them were regarded as an addiction to homosexual satisfaction.

12. As for the psychotherapy of homosexuality, we agree with Dr. Westwood's opinion that young people with weak homosexual tendencies and eager for psychotherapy motivated by neurotic anxiety were especially treatable, but we feel that it is very difficult to reverse their erotic-orientation, Accordingly it might be better to have a therapeutic arrangement which provides for abstention from homosexual habits in an atmosphere favouring heterosexual behavior as Dr. Freund proposed.

(writer's abstract)

A Study of School Phobia

TAEKO SUMI,* SHUSUKE TAMAI**

and IKUKO KOBAYASHI***

(Department of Child Mental Health, National Institute of Mental Health)

Some literatures concerning children's emotional problem of refusal or reluctance to go to school suggest that it be considered as a phobia relating to school situation and it is called school phobia. This paper is proposed to summerlize our work of 13 children with school phobia. Our material is based on our work with them and their parents in either diagnostic interview or psychotherapy. Our major interests are about personality structures of these children, family interactions and other dynamic factors underlying school phobia.

For the convenience of viewing the pathology each of the cases presents, we devide them into 3 groups, according to their age at the time when they visited the clinic. The 1st group consists of 3 cases, from the age 6 ys. 5 ms. to 7 ys. 3 ms., the 2nd group, 6 cases, from the age 9 ys. 7 ms. to 12 ys. 4 ms., and the 3rd group, 4 cuses, from the age 14 ys. 6 ms. ts 17 ys. 9 ms.

In each of the 3 groups, there seem to be certain characteristic tendencies in regard to children's personality as well as parents-child relationship. In the 1st group, infantile dependency and fear to leave mother figure, namely separation anxiety are seen dominantly in all the children and in 2 cases, the parents also show strong anxiety to leave there children. In the 2nd group, ambivalency toward mother and sibling rivalry seem to be the central pathology of the children's personality and all the mother's attitude toward the children are marked by rejection and guilt feeling. In the 3rd group, an escape from a conflict arose from a gap between their ideal self image which they have internalized from their parents and their weak and dependent ego seems to be the central pathology of the children's psychology.

In addition to school phobia, all the children manifest some kinds of disturbances

* Child Psychiatrist

** Psychologist

*** Psychiatric Social Worker

in their behaviors and interpersonal relationships, according to their developmental stage of the personality structure and the severity of the personality disturbance.

The basic pathology seen in all the children is "separation anxiety" and we agree with the opinion which Johnson and some other authors have reported "school phobia is regarded as an anxiety reaction, similar to other childhood phobias."

(Writer's abstract)

所員研究業績一覧

(昭和34年1月～35年3月)

児童相談——児童精神医学

(教育と医学, 6巻2号～7巻10号,

昭和33年2月～昭和34年10月)

高木四郎

児童精神医学総論に関するテキスト。

乳幼児の精神衛生——環境との関係

(第15回日本公衆衛生学会総会第10分科

会シンポジウム, 昭和34年10月17日)

高木四郎

経験例を織り込みつつ, 親子関係の種々相について解説を試みた。

わが国児童精神医学の展望

(精神医学, 1巻9号, 昭和34年9月)

高木四郎

大学精神科および小児科, 国立療養所および国立病院精神科, 公立精神病院および総合病院精神科の全部および主要な私立精神病院について, 児童精神医学に関する調査を行ない, その結果を報告した。施設・職員・治療・研究等について調査したが, この方面における状況の概要を明らかにした。

また, 最近8年間における日本精神神経学会総会の出題を通じて, 児童精神医学に関する研究の傾向を探った。

米国英国における児童精神医学

(精神医学, 1巻9号, 昭和34年9月)

鷺見たえ子

最近の米国児童精神医学界の実情, 主なる関心事, 研究の動向などにつき, 又英国における児童精神医学界の実情などにつきのべている。これらは著者が米国留学, 英国訪門をした際の見聞, 印象などにもとづくものである。

精神分析学に基づいた児童精神医学

(精神分析研究, 6巻3号, 昭和34年6月)

鷺見たえ子

児童精神分析学の発達史, 精神分析学説が児童精神医学を進展させるのにいかに貢献したか, 児童精神分析学者 Beat Rank の非定型的児童 Atypical Child についての理論の紹介などをのべている。

主婦の精神衛生

(第15回日本公衆衛生学会総会,

シンポジウム, 昭和34年10月17日)

鷺見たえ子

主婦の精神衛生が良い状態にあるためには家庭内の夫, その他の人々が主婦に協力をしてくれることが勿論のぞましい。しかし更に重要なことは, 主婦自らが健康なパーソナリティを持つことである。その実例として或問題児を持ち, 長年姑との関係に苦しんで来た1主婦のケースワークを報告し, 主婦のパーソナリティが成熟化するに従い家庭内の対人関係が健康化するようすをのべた。

児童の自我発達における対象関係の臨床的考察

(第5回日本精神分析学会総会,

昭和34年10月10日)

鷺見たえ子

前性器期における自我発達に主要な役割を持つ対象関係の障害を臨床的観察をとおして見出す事は問題児の診断, 治療の上に必要なことである。そこで, このような問題を持つ子供達が診断, 或は治療の初期の段階に遊戯療法室の中で示す行動, 言語, 対人関係の特徴を幾つか挙げ, それらの理論的裏づけを行った。

問題児指導の技術

(単行本, 明治図書, 昭和34年6月)

玉井 取 介

学校における問題児の指導法について, 実例を中心に解説したもの。

吃音を主訴とする幼児の遊戯療法

(精神医学, 1巻9号, 昭和34年9月)

玉井 取 介

吃音を主訴とし, ほかに多くの習癖を有する女児(5才)に対し, 10数回にわたる遊戯療法を行った症例報告。吃音以外の習癖はほとんど解消し, 吃音もいちじるしく改善された。

児童の遊戯室内行動の記述と分析

(日本心理学会第23回大会, 昭和34年7月)

玉井取介, 佐治守夫, 村瀬孝雄

田頭寿子, 竹村和子, 高柳信子

Doll play situation における児童の行動を観察する尺度をつくり, まずそれを10名の正常児に2回ずつ実施した。次に同様の尺度を, 問題児の遊戯療法に適用し, 2例について継続的に観察を行った。

性格の形成と発展(双生児法による観察)

(第15回日本医学会総会学術集会,

昭和34年4月)

岡 田 敬 蔵

1942, 43年東大脳研主催の双生児集団参加双生児, その後発達史的追及と, 1953年以来実施の乳幼児双生児研究の結果とをまとめて, 性格の形成発展について考察した。彼らが適応困難な事態において適切に行動できたかどうかをきめる要因を考えるために, 各双生児の生活歴を適応ということを指標としてながめ, 性格形成の生物学的基盤, そこでの位相的進展, 生活曲線の波動的変動などの基礎現象について論じ, ついで心理的環境の場における経験, 学習などを通じての性格の発達の変容の模様を1卵性例の性格差異の推移か

ら検討した。一見社会的事情によって左右されているようにみえる行動も遺伝生物学的深層により深く penetrate されていることを主張し, 心理学的, 社会学的諸理論の適用できる範囲, その限界および相互の関係を明らかにするために遺伝生物学的立場からの裏付が必要であることを論じた。

Report on Psychotherapy in Japan

(The International Journal of Social

Psychiatry, Vol. V No.1 (56-60) 1959)

MASAAKI KATO

1958年9月バルセロナでの国際精神療法学会第4回総会における報告を整理づけた。とくに精神分析的療法に対する森田療法, 遮断療法(崎崎・懸田), 荘子による説得療法(西丸)の東洋的精神療法の特徴を挙げ, その他日本におけるロジャースの非指示カウンセリングや, 実存分析などの問題をもとりあげた。とくに日本で精神療法が医療のなかで発展が十分でなかった理由として, 精神医学者の器質的原因の追求への関心のたかいこと, 患者や家族を含む一般公衆が身体的治療のみを要求し, 精神療法への関心に乏しいことのみならず, 精神療法一般がもつ神秘性が, 科学的根拠によって実証されねばならぬことや, 長期の複雑な精神療法を行うことは医師の側にも, 患者の側にも制約があることなどを指摘した。

第4回国際精神療法学会報告

(第7回日本精神分析学会特別講演,

昭和34年10月11日)

精神療法に関する若干の問題

(第31回関東精神神経学会特別講演, 日本医事新報1834号, 25~36頁, 昭和34年6月20日)

加 藤 正 明

国際医学的精神療法学会 I.F.M.P. 主催の第4回国際精神療法学会の主題「精神療法と実存分析」に関し, 西欧の実存分析ないしロゴセラピーの現況と, その米国への影響などを述べ, とくに

次の4つの問題を提起した。

- 1) 精神療法科の資格ならびに教育訓練の問題
- 2) 精神療法過程の心理学的および精神生理学的研究の必要性。
- 3) 医療体系の中における個人的および集団的精神療法の発展、ことにその精神病院内外における社会治療への適用。
- 4) 精神療法の社会・文化精神医学的研究。

母子寮における児童の精神発達について

(社会事業, 42巻10号, 31~38頁, 昭和34年10月)

加藤正明, 田辺昭二, 真下 弘

母子寮児童61名に対して, 知能検査および社会成熟度検査を行い, そのうち23名の母親との面接によって親子の対人関係調査を行った。その結果を要約すると次のごとくであった。

- 1) 知能検査の結果 I Q 93-108 が 10名, 77-92 が 14名, 61-76 が 24名, 60以下 2名で, 両親の揃った E 保育園児に比し著しく低かった。
- 2) 社会成熟度検査では, 基準年齢より 1才低いものが 38.7%, 2才低いものが 23.1%で, 半数以上が基準に達しなかった。とくにコミュニケーションの点で基準年齢に達していたのは 14.7%に過ぎなかった。
- 3) 母親の大部分が小学校卒で, 家出・浮浪の経験があり, 労働のため子どもとの情緒的結びつきが薄く, 母親の関心度と児童の人格水準の発達とはほぼ平行していた。

Q テクニク (パースナリティ測定の一つの考え方)

(心理学評論, 2巻1号, 昭和34年)

佐 治 守 夫

最近の Q テクニクの考え方を, 従来の多数標本による相関の考え方と対比的に説明し, 実例をあげて考察した。この方法は, パースナリティ測定, 臨床心理学, 心理療法などの領域に広く応用可能であり, その特徴は, 個人内の特性の分布か

ら, 個人の型を考えることにある。

心理療法と心理測定

(第23回日本心理学会大会, シンポジウム:

心理療法, 昭和34年)

佐 治 守 夫

現在まで行なわれている心理療法の効果その他の, 治療に関連する諸現象を, 心理測定の種類の方法によってとらえようとするときの諸問題をとあげた。その内容は,

- (A) 治療過程に関する研究 ① 一般的方法
- ② パースナリティ変化の過程の測定 (自己概念の変化, 他人に対する態度の変化など) ③ 治療者-クライアント関係の測定法
- (B) 治療の効果の測定法 ① ロールシャッハ・テストによるものによるもの ② T.A.T によるもの ③ M.M.P.I その他のインベントリー
- (C) 色々な評定・測度の関連性の問題
- (D) 心理療法の効果一般について

以上の諸点についての考察と批判を行った。

修正 BRS について

(ロールシャッハ研究 II, 159~163, 昭和34年)

すでに Bühler, C. らの "Basic Rorschach Score" が, 人格の適応水準の大ざっぱな尺度として有効であることを経験してきた。さらにこの尺度の有効性を高めるために, 本邦の資料にもとづいて暫定的な修正を加えようとしたのが, この修正 BRS である。この修正 BRS は, 心理療法による人格改善の尺度として, ある程度適用可能であることが認められている。

ロールシャッハ・カードの執拗価の検討 II

(第23回日本心理学会大会, 昭和34年)

片口安史・田頭寿子・高柳信子

岡部祥平・金城朋子

ロールシャッハ反応が, 図版の属性ことに色彩・濃淡・形態などによって, どのように現定され

ているかを、実験的に研究しようとするものである。今回は正常人を被験者としておこない、今回は分裂病について同様の事実を確認しようとした。実験の結果、図版の諸属性が、反応領域・反応決定因・反応内容などに有意な影響を与えることが明らかとなった。ことに、決定因に対する影響が目立っており、決定因の質問に際して、比較シリーズを採用する必要性を示唆している。

精神衛生の近代社会的背景——精神衛生は誰のもの——

(看護技術, 昭和34年4月)

横山定雄

(1) 国民生活の感情からいうと、精神病や精神衛生は自分には関係のない問題として受けとられている原因について。

(2) 病院や医師は患者を、社会からきり離せない生きた人間として扱っているか、

(3) 精神衛生活動推進のために、医師はソシアルワーカーの活用を充分正しくやっているか、

(4) 精神衛生問題はそれを取りまく社会的文化的基準に左右される。そこに社会精神衛生問題には社会学人類学の協力が必要、

(5) 精神衛生進展のために、国民と専門家・政治家の協力による「希望参加」と「専門家指導性」の原則について。

精神衛生の地域組織活動とその管理の方法に関する研究(第2報)

(精神衛生研究, 7号, 昭和34年6月)

横山定雄, 外10名

第1篇 研究計画富里村(横山定雄, 宮脇源次)

第2篇 児童の心理と環境——市川市と富里村の中学生テスト結果——(横山定雄, 玉井取介)

第3篇 富里村における親子関係テスト——Parents Situation Test を中心に——(田村健二, 田村満喜枝, 宮脇源次)

第4篇 青少非行と市民の態度——青少年児童問題に対する市川市市民の態度意見調査より——(横山定雄, 牛窪浩, 桜井芳郎)

精神障害と低所得階層——人口の線とその精神衛生対策——

(厚生, 昭和34年8月)

横山定雄

1. 将来人口と劣質化
2. 劣悪資質対策の方向
3. 精神障害者の社会的分析
4. 民衆生活に直結した精神衛生対策

事例研究——ケーススタディ——

(応用社会心理学講座, 第1巻)

基礎技術, 光文社, 昭和34年10月)

横山定雄

1. ケーススタディの意味と科学性
2. ケーススタディの計画と態度
3. 面接調査とその技術
4. 作業仮説と診断整理
5. ケーススタディの種類と技法

精神衛生から地域社会への接近方法

(公衆衛生, 23巻11号, 昭和34年11月)

横山定雄

1. 序論
2. 精神衛生のいみするもの
3. 病院から地域社会への方法
4. 広義の精神衛生からの接近法
5. 自発的組織的地域活動の育成へ

民間社会福祉事業の役割——社会保障体系との関係において——

(講座 社会保障, 第4巻,

至誠堂, 昭和35年3月刊)

横山定雄

1. 民間社会福祉事業の範囲と性格
2. 民間社会福祉事業の位置と役割
3. 民間社会福祉事業における問題点

4. 民間社会福祉事業の今後の方向と役割

施設児童の人間関係 (第3報)

(日本社会学34年度研究大会, 昭和34年10月)

横山定雄

某養護施設(民間)において, 児童全員についてソシオメトリックスを採用してそのソシオグラムを作成。そのグラム及びその他の人間関係(児童の)からみられる構造的特徴が, その養護施設の物的地理的条件と施設の養護方針, 運営様式とどのように関連性があるかを判定し, 養護施設の運営方法及び養護のあり方を検討しようとした。この研究過程の中間報告(第3報)である。

産業(職場)における精神衛生

横山定雄

- (1) 日本労務研究会主催産業カウンセリング研究会, 昭和34年8月
- (2) 日本精神衛生連盟主催34年度精神衛生全国大会シンポジウム, 昭和34年11月
- (3) 厚生省国立療養所課主催医療機関における人間関係管理研究会, 昭和35年1月
- (4) 大阪府精神衛生協議会主催, 産業カウンセリング研修会, 昭和35年2月

内容

- (1) 産業(職場)精神衛生の意義と問題
- (2) 産業精神衛生問題の社会的心理的背景
- (3) 産業(職場)の人間関係——経営者と労働者について
- (4) 産業精神衛生問題対策の視野と態度
- (5) 産業精神衛生管理その他の対策活動の具体的方法技術

ペアレント・シチュエーション・テスト

報告 I

——富里村における実施例——

(精神衛生研究, 7号, 昭和34年)

田村健二, 田村満喜枝, 宮脇源次

従来の社会学的調査と心理テストとの中間をね

らったテストで, ある限定したシチュエーションにおけるパーソナリティの傾向をみようとした。

それは云わば, 統計的な表面的な社会調査とやや抽象的な心理テストとの橋渡しをねらったもので, 現実の人間の生活場面に即したダイナミックな捉え方だと云えるかも知れない。今回は親子関係に限定し, 富里村調査の一環として, 計119人に実施し, 分析してみた。種々考えさせられるところもあるので, いづれ第II報告を出す予定である。

マリッジ・カウンセリングにおけるファミリー・エモーショナル・サイクルについて

(関東社会学会家族部会, シンポジウム

昭和34年6月)

田村健二

夫婦関係の問題, 特に夫婦の少くも一方がパーソナリティ的に問題をもつ場合の夫婦の組合せの型を分類し, その結婚に到る過程と結婚後に問題を発生させる時期および条件を分析し, あわせて考えられる対策を述べたものである。更にある夫婦関係を調整したケースを引用し, 上記の考えのデータとなったものを示唆した。

夫婦関係に現われる生家の役割転移について

——マリッジ・カウンセリングから——

(第32回日本社会学会, 昭和34年10月)

田村健二, 田村満喜枝

マリッジ・カウンセリングを行った18ケースを分析し, 夫婦それぞれが相手の配偶者に求める役割が, 自己の生家における異性の親との役割関係に多く根ざしており, この異性の親に求めた役割を現在の配偶者に転移し求めている状況を明かにした。夫婦それぞれについて生家における役割関係を5つの型にわけ, その組合せによる問題発生と要求挫折の様態を分析したものである。

記憶障害の心理学的脳波学的研究

(第8回日本脳波学会, 昭和34年6月)

中川四郎

大島昭作・菱山珠夫（群馬大精神）

クロルプロマジン、プロメタジン、アモバルビ
タール、アミタールの静脈注射後の傾眠状態並び
にインシュリン衝撃療法中及び電撃痙攣後の意識
混濁状態における記憶障害の様相を実験心理学的
並びに脳波学的に研究し、その両者の相関から、
これら各種の意識障害時の記憶障害の成立機転を
推察し、電撃痙攣後のそれは痴呆の性質を帯びて
いることを明らかにし、さらにこれを器質性痴呆

の記憶障害と比較して考察を加えた。

新しい精神病治療剤の効果

—新しいphenothiazine誘導体7843 RP—

（医学のあゆみ，29巻13号，

821-824頁，昭和34年6月27日）

高橋 宏

Delayらの報告に基いて dimethylsulfamido-
3 (N methyl-piperaziny1-propyl)-10phenothi-
azine (7843RP) の薬理作用並びに精神障害に対
する治療効果について紹介した。

所 報

年間主要記事 (昭和34年4月より昭和35年3月まで)

- 34年11月6日 W.H.O. フィリピン地域局勤務ソマリン氏来所, 日本における精神衛生の現状及び当所の研究内容等について視察された。
- 34年12月3日 池田技官は精神衛生並びに児童精神医学研究のため米国留学中であつたが羽田着にて帰国された。
- 34年12月21日 W.H.O. ロス氏来所, 所内を視察された。
- 35年1月13日 W.H.O. 顧問米国立精神衛生研究所衛生統計部長にモルトン・クレーマ氏は我国精神衛生の実状並びに関係諸施設視察のため来日中のところ, 当所の研究内容視察のため来所された。
- 35年2月25日 W.H.O. 顧問米国ろう協会々長マルチン・パーマ氏は言語障害, 発声障害等に関する当所の研究内容視察のため来所された。

年間人事異動

- 新任 中川四郎 34年5月1日附新任, 生理学形態学部長
津田信夫 34年7月16日附併任, 厚生省精神衛生課技官
柴田勲 34年9月1日附配置換, 総務課総務係長
- 転任 河添安雄 34年9月1日附, 国立神戸光明寮庶務課長へ

職員名簿

所長	黒沢良臣	//	吉川八重子	部員	池田由子
総務課			心理学部		児童精神衛生部
課長	忍田貞吉	部長	加藤正明	部長	高木四郎
係長	柴田勲	部員	佐治守夫	部員	玉井収介
係員	山内政栄	//	片口安史	//	鷺見たえ子
//	佐久間栄二	//	須藤憲太郎	//	山崎道子
//	乙骨淑子	//	田頭寿子	//	今田芳枝
//	後藤たい子		生理学形態学部		社会学部
//	田中武	部長	中川四郎	部長	横山定雄
//	中村政雄	部員	高橋宏	部員	田村健二
//	増田文雄	//	竹村和子	//	柏木昭
//	及川正男		優生学部	//	小林育子
//	池田愛	部長	岡田敬蔵		

精神衛生研究

—第 8 号—

編集責任者	中 川 四 郎
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台町1の2
印刷所	三秀美術印刷株式会社 東京都千代田区神田猿樂町2-9

(非売品)

JOURNAL of MENTAL HEALTH

Number 8

March 1960

Contents

Original Articles

Clinical Study of Male Homosexuality

.....*Masaaki Kato, Yasufumi Kataguchi &*

Hisako Dendo.....1

A Study of School Phobia

.....*Taeko Sumi, Shusuke Tamai &*

Ikuko Kobayashi.....27

Reviews

The Current Status of Group Psychotherapy in U. S. A.

.....*Yoshiko Ikeda*.....57

The Recent Development of Client Centered Therapy

.....*Morio Sazi*.....64

Resources

Social Psychiatry and Community Attitudes

.....*Masaaki Kato*.....76

Research in Mental Health and Human Relations

.....*Sadao Yokoyama*.....91

English Abstracts.....96

Lists of Research Works 100

National Institute of Mental Health
Konodai, Ichikawa, Chiba-Prefecture, Japan