



|                     |   |
|---------------------|---|
| Title               | 児童・青年期症例の非言語的治療に関する臨床的研究：類型化の試みと精神病理学的考察  |
| Author(s)           | 傳田, 健三; Denda, Kenzo  |
| Degree Grantor      | 北海道大学   |
| Degree Name         | 博士(医学)  |
| Dissertation Number | 乙第4097号   |
| Issue Date          | 1992-06-30  |
| DOI                 | <a href="https://doi.org/10.11501/3089281">https://doi.org/10.11501/3089281</a>   |
| Doc URL             | <a href="https://hdl.handle.net/2115/49819">https://hdl.handle.net/2115/49819</a> |
| Type                | doctoral thesis   |
| File Information    | 000000251713.pdf  |



学位論文

児童・青年期症例の非言語的治療  
に関する臨床的研究  
— 類型化の試みと精神病理学的考察 —

傳田健三

北海道大学医学部精神医学教室

(主任：山下 格教授)

①

児童・青年期症例の非言語的治療  
に関する臨床的研究  
— 類型化の試みと精神病理学的考察 —

傳田 健三

北海道大学医学部精神医学教室

(主任：山下 格教授)

A Clinical Study on Non-Verbal  
Psychotherapy in Childhood and  
Adolescence : A Proposed Classification  
and Psychopathological Considerations

Kenzo DENDA

Department of Psychiatry and Neurology,  
Hokkaido University School of Medicine,  
Sapporo 060, Japan

(Director : Prof. Itaru Yamashita)

## Abstract

The author examined the therapeutic sequence of 37 child and adolescent cases of neurotic disorder in whom the non-verbal approach was successively taken for more than 6 months. The cases could be classified into two types, according to their choice of non-verbal methods: "simple type" cases, who chose only one method at all their therapeutic sessions and "mixed type" cases, who took various combinations of non-verbal methods during the period of psychotherapy.

In "simple type" cases, premorbid character was usually introverted and emotionally stable. As for their family situations, their fathers were rather asthenic and their mothers often lacked emotional communication in child-rearing. Patients showed one or only few clinical symptoms. The therapeutic relationship with them was superficially calm and stable, and it was often difficult to deepen the emotional commitment further.

In "mixed type" cases, on the other hand, premorbid

character was emotionally often unstable. Their fathers tended to be away from home, and mothers were conspicuously overprotective and meddlesome. Their clinical symptoms were varied. In the therapeutic sessions, they often became dependent on therapists and, at the same time, ambivalent and unstable in certain conditions, showing dissatisfactions and reacting strongly against their therapists.

The characteristics of these two types can be observed in relation to other clinical disorders. Regarding the development of interpersonal relationship and personality, it can be seen that the two types is derived from the different quality of the "sense of basic trust" of each patient acquired in early childhood. Based on the above findings, the author discussed a few psychopathological issues on his proposed classification.

Key words : childhood, adolescence, non-verbal approach, art therapy, classification, sense of basic trust.

## I. はじめに

児童・青年期の症例は，言語的能力の発達が十分ではないため，自己の心理的状況を言語的に表現することが困難なことが多い。そのため児童・青年期精神科臨床では，従来より，診断や治療において種々の描画法<sup>1~4)</sup>，箱庭療法<sup>5, 6)</sup>，遊戯療法<sup>7, 8)</sup>，造形療法<sup>9, 10)</sup>などの非言語的アプローチが試みられてきたことは周知である。

患者はそれらの方法を行うなかで，さまざまな感情や無意識的葛藤を表現していくと考えられる。そして，患者が表現したものを治療者が受容・共感することにより，治療者—患者間に良好な治療関係が形成される。このような治療関係のもとで患者の自己治癒力が賦活され，患者が次第に自ら立ち直っていくこともあろうし<sup>5, 6)</sup>，非言語的表現から自己の問題点が顕在化し，治療者とともに問題点を整理していくことにより，患者がおのずか

ら洞察に向かうこともあろう。こうしたことが、非言語的精神療法の重要な治療的意義と考えられる。

さて、非言語的方法の適応決定に関するこれまでの研究としては、精神分裂病者に対する中井<sup>9, 11)</sup>の一連の研究が代表的であるが、児童・青年期の症例に対する検討はほとんど試みられていない<sup>12)</sup>。このことは、児童・青年期臨床において、非言語的アプローチが広く日常的に行われていることを考えると、意外なことと言わざるを得ない。

非言語的方法の適応を検討するには、非言語的精神療法過程の縦断的観察を行い、そのなかから臨床に合致した類型を抽出することが不可欠の前提である。そこで今回、児童・青年期の神経症圏の症例に対して、ほぼ同じ条件のもとで、一定期間以上、連続的に非言語的アプローチを試み、その縦断的観察を行った。その結果、非言語的方法の組合せ方によって、対象を「単一型」と「複合型」とい

う2つの類型に大別することが可能であった。これらは臨床的特徴，治療関係などの点において対照的な結果を示していた。

本論文では，(1) 上記2類型に属する症例の病前性格，家族関係，臨床症状，治療関係などについて解析を行い，(2) 両類型を既存の病態分類と対比し，(3) その対照性を対人関係論的観点から検討し，(4) 類型化に関する若干の精神病理学的考察を加えたい。

## Ⅱ．対象と方法

### 1．対象

検討の対象とした症例は，1984年4月から1991年3月までの7年間に筆者が治療を行った（北海道大学医学部附属病院精神科神経科，市立旭川病院精神神経科，市立札幌病院附属静療院児童部において治療を行った），18歳未満の児童・青年期の神経症圏の患者のなかで，少なくとも6ヵ月以上，一定の治療的

関与をもつことができ、その間連続的に非言語的アプローチが試みられ、状態が改善した37例（男性21例，女性16例）である。

「神経症圏」の診断基準として、山下<sup>13, 14)</sup>による以下の5項目を参考とした。

(1) 精神分裂病性障害，感情障害，器質性精神病，薬物中毒，てんかんなどに起因しない。

(2) 症状は心因（精神的原因）に関連してあらわれる。

(3) 心因は性格要因と環境要因との複雑な働きあいによって形成される。

(4) 症状の内容は了解可能である。

(5) 現実検討能力は，原則として保持されている。

すなわち，「神経症圏」を生育史，環境，性格，さらにここでは身体的諸条件，遺伝要因なども含めた準備状態のうえに心因性に生じた機能的な精神，身体症状を示す疾患<sup>15)</sup>として広範囲にとらえた。したがって，本研究

の対象には、症状出現前まではほぼ健全な人格発達がなされていたと考えられる環境反応の症例から、従来の診断では行動異常、習癖異常、情緒障害にあたる症例、さらには人格発達の未熟性が認められる症例までさまざまな種類のものが含まれている。

診断分類は表1に示したように、従来から用いられている臨床診断とDSM-III-R<sup>16)</sup>による診断を併記した。年齢・性別は表2に示した通りであり、初診年齢の平均は12.4歳であった。

## 2. 方法

### 1) 治療の方法

面接室内に、(1) 絵画療法用具（画用紙、鉛筆、サインペン、色鉛筆、クレヨン、絵の具など）、(2) 箱庭療法セットおよびさまざまな玩具（人形、動物、樹木、花、乗物、建築物、橋、柵、怪獣など）、(3) 粘土、(4) 1対1で遊べる遊具（サッカーゲーム、野球ゲーム、オセロなど）を用意した。そして、

備品の使い方や種々の描画法について簡単に説明した後、患者自身に自由に方法を選択させた。治療者は患者の傍らで見守るか、あるいは、患者の希望に応じてともに絵を描いたり、遊んだりした。技法の継続や変更に関しても患者の志向性を尊重したが、患者が1つの方法を中止し、次に何をするか決めかねている時は、治療者が改めていくつかの方法について説明し直し、その中から患者自身に選択させるようにした。

治療は週1回50分であり、治療者－患者の1対1精神療法を原則とした。言語的アプローチは適宜取り入れるが、治療者は支持的・受容的態度を基本とし、患者が自己の感情を自らの言葉でなるべく具体的に表現できるように援助し、必要に応じて助言や情緒の明確化を行った。また、症例によっては並行父母面接や合同家族面接などの家族療法的対応が同一治療者のもとで行われたが、対象の37例は同一治療者によって、ほぼ同じ条件のもと

で治療が行われたと考えられる。

## 2) 類型化について

対象症例を非言語的方法の組合せ方によって以下のように類型化した。

(1) 単一型：非言語的アプローチが実施された治療期間を通して、毎回同じ方法を用い続けた症例群である。2つの方法を1つのセットとして毎回実施した症例もこの群に含めた。これは、2つの方法だけを毎回実施し続け、決して他の方法を行おうとしない態度が極めて類似すると思われたからである。

(2) 複合型：治療期間中、非言語的方法をさまざまに組合せたり変更した症例群である。1回のセッションでは1つの方法を用いるが治療の展開にともなって方法を変更していく症例や、毎回いくつかの方法を組合せながら多彩に方法を変更していく症例などがみられる。

病前性格に関しては、対象が児童・青年期という人格形成期にあたるため、成人の性格

類型にあてはめることは必ずしも適切でない。ここでは Jung, C.G.<sup>17)</sup>, Guilford, J.P.<sup>18)</sup>, 矢田部, 辻岡<sup>19)</sup>らを参考に, 患者の基本的性格傾向を「内向」－「外向」と「情緒的不動」－「情緒的変動」の2つの軸で表現した。つまり, 「内向」と分類した症例は内気, 小心, 引込思案, 弱気, 非社交的, 消極的, 服従的などの傾向が強いものであり, 「外向」と分類した症例は明朗, 活発, 陽気, 勝気, 社交的, 積極的, 主導的などの傾向が強いものである。一方, 「情緒的不動」と分類された症例は温和, おとなしい, 感情表現に乏しい, 協調的, 従順, 悠長, 非活動的, 甘えない子などと評価されたものであり, 「情緒的変動」と分類された症例は喜怒哀楽が激しい, 快活, 感情表現が豊富, 我儘, 衝動的, 性急, 活動的, 甘えん坊などと評価されたものである。

治療関係においては, 「依存」－「非依存」と「安定」－「不安定」の2つの側面から

評価した。また、言語表現に関しては、明らかに乏しいものを「-」、年齢に比べてやや乏しい傾向にあったものを「±」、年齢相応あるいはそれ以上に豊富なものを「+」と表現した。

### Ⅲ．結果

#### 1．単一型について

##### 1) 一般的事項

単一型の症例の概観は表3の通りである。18例のうち、男性は13例、女性は5例であった。初診年齢は8歳から16歳まで、その平均は12.8歳であった。

臨床診断では登校拒否3例、神経性食思不振症3例、強迫神経症4例、対人恐怖症1例、抜毛症3例、チック2例、習癖異常1例、家庭内暴力1例であった。症状において特徴的なことは、単一型の症例は複合型と比べて、症状も単一か少ない傾向がみられることで

ある。たとえば登校拒否において、単一型の3症例では、不登校と家へのひきこもりを主症状とし、その他の症状は少なく、初期に頭痛や腹痛などの身体症状が認められた程度であった。情緒的にも激しい感情表出、両価性、攻撃性は示さなかった。また、神経性食思不振症においても、単一型では3症例ともに、不食、やせを主症状とし、過食、嘔吐やその他の関連する諸症状はほとんど認められず、情緒的にも激しい両価性や攻撃性は示さなかった。

病前性格は、「内向」－「情緒的不動」が12例、「内向」－「情緒的変動」が2例、「外向」－「情緒的不動」が3例、「外向」－「情緒的変動」が1例であり、「内向」－「情緒的不動」が多かった。

次に、単一型の症例の家族関係を検討してみると、父親は内気、感情閉鎖的、非社交的という弱力性や情緒的交流の乏しさが目立つ場合が多い(11例)。温和、社交的、短気、

権威的などとされる場合（7例）においても，单身赴任中1例，別居中2例，離婚1例であった。すなわち，いずれも家庭内で心理的（時に物理的）に無力であり，母親の支えになりえていないことが特徴的である。一方，母親の性格も，内気，感情閉鎖的と評価される場合が多く（7例），温和，敏感，几帳面とされる場合においても，感情表現は概して豊富ではない。いずれの母親も子どもの感情表現を的確に受けとめて，それを適切な表現で返していくことが苦手である印象が強い。

治療関係については考察で詳述するが，「依存」－「安定」が3例，「非依存」－「安定」が13例，「非依存」－「不安定」が2例であり，「依存」－「不安定」は認められなかった。

言語表現に関しては，明らかに乏しいもの11例，やや乏しいもの6例，年齢相応あるいはそれ以上に豊富なもの1例であった。

## 2) 非言語的方法

本研究の主題である非言語的方法の内容は、箱庭だけを一貫して行った症例が6例、特定の描画法だけを一貫して行った症例が4例、箱庭と描画の併用が2例、箱庭と遊戯療法の併用が3例、描画と遊戯療法の併用が3例であった。

単一型の症例は、導入時から終結時に至るまで毎回同じ方法を行い続けることにより、自らの内的発展を同一技法の中に表現内容の変化としてあらわしていったようにみえた。言語表現が少なく感情表出が乏しい症例であっても、非言語的表現は必ずしも乏しいことはなく、むしろ非言語的表現は豊富で変化に富む場合も稀ではなかった。また、最後まで言語的表現が十分ではなく、非言語的アプローチのみで治療が終結した症例や、治療の展開にともなって次第に言語化が可能になり、最後は言語的アプローチで治療が終結した症例などさまざまであった。

非言語的表現の内容は、各症例によって独

自の展開・発展がみられたが、代表的ないくつかのパターンを以下に示す。

a) 動物的、植物的段階→闘争の段階→集団への適応の段階<sup>20)</sup> (症例 1,6,7,8,10,11,13,17)

b) 自己像の確立<sup>6)</sup> (症例 3,14,16,18)

c) 2つの世界の統合<sup>6)</sup> (症例 4,5)

d) 攻撃性の表現→現実的表現 (症例 1,6,8,9,11,15)

e) お伽話→現実世界 (症例 2)

## 2. 複合型について

### 1) 一般的事項

複合型の症例の概観は表4の通りである。19例のうち、男性は8例、女性は11例であった。初診年齢は7歳から16歳まで、その平均は12.1歳であった。

臨床診断は登校拒否10例、神経性食思不振症5例、ヒステリー2例、情緒障害2例であった。症状において特徴的なことは、単一型

に比べて多彩で情緒的にも激しい感情表出が認められることである。たとえば、登校拒否において、複合型の症例では、不登校以外にも激しい家庭内暴力、著しい退行、著明な身体症状、激しい感情表出・両価性、強迫症状、被害的言動などの多彩な症状がみられた。また、神経性食思不振症においても、5症例ともに、当初は不食とやせを主症状としていたが、次第に過食、嘔吐、盗食、自傷行動などの症状が出現し、情緒的にも激しい感情表出、両価性、不安定性を示した。

病前性格は、「内向」－「情緒的不動」が2例、「内向」－「情緒的変動」が8例、「外向」－「情緒的不動」が4例、「外向」－「情緒的変動」が5例であり、「情緒的変動」が多かった。

次に、複合型の症例の家族関係をみると、父親は温和、几帳面、社交的、感情豊か、短気、権威的などと評価される場合が多く（12例）、単一型の症例の父親にみられるような

弱力性や情緒的交流の乏しさは目立たないが、ほぼ全例、極めて仕事熱心で、患者との接触が少ないことが特徴的である。また、4例は離婚していた。しかし、症状出現後、父親が患者に積極的に働きかけるようになったり（8例）、職場内の配置転換を希望したり（3例）、職場を変更する（1例）ことで患者との接触を増やそうと努力するなど、柔軟な態度を示すことが多い。その結果、父親が患者の症状軽快に対して重要かつ有効な役割を演じていた例が多いことが注目された。一方母親は、感情豊かという評価が多く（12例）、内気、几帳面、温和、敏感とされる場合においても、単一型の症例の母親と比較すると、おおむね感情表現は豊富である。しかし、養育面に関しては、干渉的、過保護、支配的という評価が多く（15例）、表面的には感情表現が豊かであっても、概して一方的で、子どもに自分の感じ方や考え方を押しつけ、子どもの感情を共感しようという態度に乏しい

という印象が強い。

治療関係については考察において単一型のそれと比較しながら詳述するが、「依存」－「安定」が8例、「依存」－「不安定」が7例、「非依存」－「安定」が1例、「非依存」－「不安定」が3例であった。

言語表現は、明らかに乏しいもの3例、やや乏しいもの4例、年齢相応あるいはそれ以上に豊富なもの12例であった。

## 2) 非言語的方法

複合型の非言語的方法の内容は表4に示したように多彩である。概して言えば、複合型の症例は、さまざまな方法を組合せ、変更することにより、自らの内的発展を表現内容の変化だけでなく表現形式の変化としてもあらわしていったようにみえた。言い換えれば、患者が方法を変更する時は、治療的にも重要な転回点であることが多いと思われる。以下に、いくつかの代表的なパターンを示す。

### a) 相互性の強い方法に変更していく症例

(症例19,21,23,24,26,27,29,30,31)

b) 構成的な方法から投影的な方法に変更  
していく症例 (症例22,25,34,35,36)

c) 言語的要素の強い方法に変更していく  
症例 (症例 20,28)

d) いくつかの方法を反復する症例 (症例  
19,24,33,37 )

#### IV. 考察

##### 1. 治療関係について

ここでは、両類型それぞれの治療関係の典型像を示すことによって、その精神病理学的特徴を臨床的な視点から検討したい。

##### 1) 単一型

単一型の症例は、初診時において、緊張した面持ちで表情も硬く、治療者の話しかけに対して容易に表情がなごまないが、決して拒絶的な印象は受けない。質問に対しては言葉少なで、聞かれたこと以外は答えず受動的、

消極的な傾向が強い。感情のこもった話し方はしないが、治療者には患者のつらさ、困惑は伝わってくる。全例、母親あるいは両親とともに外来を受診したが、家人の勧めに対し強い抵抗は示さず、表面的には素直、従順な印象を受ける。

治療が進むにつれて、多少の親密さを示すようになるが、常に一定の治療的距離を保って、子どもらしい甘えや依存は示さない。診療記録には「治療関係はなかなか深まらない」と記されることが多い。言語的表現も治療の展開にともなって多少豊富になっていくが、自らの感情を積極的に表現するまでには至らない。

単一型の症例にみられるこうした対人態度は、彼らの対人関係の発達の未熟性に由来すると考えられる。つまり、服従的で感情表出の乏しい面は、自己主張、自己表現、自己決定力の未熟さということができ、治療関係がなかなか深まらない面は、基本的対人関係の

未発達に由来する「対人接触が深まることへの恐怖」や治療者に依存することによる「のみこまれる不安」のあらわれとみることが可能である。

単一型の症例は、治療の経過において、治療者に対する不信感や反発をあらわすことはほとんどない。しかし、治療終結が近づくとつれ、気乗りがしないことや嫌なことに対して、少しずつ「拒否」をするようになる。たとえば、それまで毎週1回定期的に箱庭を作り続けていた患者が、「今日は作りたくない」と言って、時々箱庭を作らない面接となったり、対症的に安定剤を服用していた患者が、「もう薬はのまなくても大丈夫」と言うようになる。このように「拒否」することが可能になることは治癒のきざしの一つであると考えられる。

症状が消退に向かうと、患者自ら「もう大丈夫」、「やめてもいいと思う」と言って治療を終了することが多い。治療者としては「

少し早いかな」とか「あっさりしているな」という気持ちが残ることが多い。

以上のような単一型の治療関係の特徴は、表面的にみれば、「安定」「平穩」と表現することが可能である。そして、外見的には穏やかで安定した治療関係のもとで、本来の対人関係の傾向は残しつつも、少しずつ自己を表現、主張することが可能となり、自ら立ち直っていくと考えられる。

## 2) 複合型

複合型の症例も、初診時においては緊張した表情を示すことが多いが、治療者の話しかけに対して、程なくなごやかな表情で応ずるようになる。質問に対して、聞かれたこと以外のことも自発的に答え、親密さや依存性を当初から示してくる場合もあり、初診時において治療関係が成立したと感じさせる症例も少なくない。患者なりに自己の感情について表現することもあるが、一方的な見方であったり、言語表現が稚拙であったりすることが

多い。外来受診に至るまでの経緯はさまざまであるが、本人が精神科受診を納得せず、しばらくの間母親面接を繰り返した後、本人が来院する場合もあり、症例それぞれのしかたで抵抗を示す。

治療が進むにつれて、いずれの症例も程度の差こそあれ、親密さや依存性を示すようになるが、同時に、治療者と意見が対立したり、過度の依存欲求が受け入れられなかったりすると、治療者に対して不信感や反発をあらわし、治療関係が両価的で不安定になることも稀ではない。その程度は症例によって、感情表出の強さが年齢相応と考えられるものから、治療者に「しがみつき clinging」<sup>21, 22)</sup>、激しい怒りや過度の依存を示すものまでさまざまである。

複合型の症例にみられるこうした対人態度は、単一型の場合と同様に、彼らの対人関係の発達の未熟性に由来すると考えられる。つまり、こうした不安定で両価的な治療関係は

、治療者を全体的な存在として認識できず、  
万能視・理想化か拒絶・敵対視かといった、  
部分を全体として取り違えやすいという対人  
関係の未熟性<sup>21~23)</sup>にもとづくものであると  
みることができる。

しかし、複合型の症例が示す不安定で両価  
的な態度は、概して一時的、状況依存的であ  
ることが多く、長期間にわたり不安定な関係  
が続くことは少ないように思われる。彼らは  
、治療関係のなかで好悪さまざまな感情を表  
現することにより、治療者に対する認識を深  
めつつ、自己を模索、確認する作業を行って  
いるようにみえる。言語表現も治療の展開に  
ともなって豊富になっていくことが多く、次  
第に自己の感情を適切に言語化できるようにな  
る場合も少なくない。そして、治療者とと  
もに問題点を整理して考えていこうという姿  
勢が感じられるようになる。

治療が終結に近づくにつれ、依存性や反発  
も含めた感情表出全体が、次第に穏やかにな

っていくことが多い。これは、治療者としては、むしろ治療関係の深まりと感じられる。意外なユーモアやいたずらが、言語的・非言語的にあらわれるのもこのころである。自己に対する理解・認識が深まり、客観視が可能になっていくのではないかと考えられる。治療の終結は、治療者と患者の合意のもとでなされることが多い。多くの場合、治療者として異論を唱えることはない。治療終結後も、時折治療者のもとを訪れたり、年賀状で近況が報告されたりすることがある。

上記のような複合型の治療関係の特徴は、表面的にみれば、「柔軟」「子どもらしい」と表現することが可能である。感情表出が強く、情緒豊かで率直な面は、全体的対象関係としての対人関係を結ぶ能力<sup>23)</sup>ともいえよう。そして、外見的には不安定な治療関係の中でさまざまな感情を表現・解放することにより、次第に自己に対する認識が深まり、柔軟な性格に変化していくのであると考えられ

る<sup>24)</sup>。

## 2. 類型化の意味

これまでの検討から、非言語的治療において、単一型と複合型は表5に示した通り、それぞれかなり異なった臨床的特徴を有することが明らかとなった。次に、児童・青年期のさまざまな病態を理解する上で本論の類型化がどういう意味があるかという点について検討したい。

### 1) 児童・青年期の病態分類との対比

児童・青年期の神経症圏の病態に関しては、これまでさまざまな類型化が試みられてきた。一方の極は、植物分類学的な意味あいにおける分類体系の中の位置づけとしての分類学であり、もう一方の極は、対象への理解を深め、治療方針設定を容易にするための臨床的分類といえることができる<sup>25~27)</sup>。

本研究では後者の観点から類型化を試みたが、従来の各病態分類の中にも同様の観点か

らなされた分類や、結果的に類似の病態を把握している分類が認められた。そこで以下に、本研究の類型と類似する分類をあげて比較検討してみたい。ここでとり上げる病態は、対象例の診断分類として多くみられた登校拒否、神経性食思不振症、強迫神経症、ヒステリーの4群である。

a) 登校拒否

登校拒否の亜型分類としては、Coolidge, J.C.ら<sup>28)</sup>の神経症群と性格障害群に代表される病態レベルによる分類が多いが<sup>29~33)</sup>、日本のいくつかの研究においては、発達段階との関連、治療への反応の仕方、症状の特徴などから分類を試みたものがみられる。

山本<sup>34)</sup>は登校拒否を中核群と辺縁群に分類した。中核群は持続的に頑固な登校拒否を示し、診察に対して拒否的であり、登校拒否以外の神経症症状に乏しいものとし、辺縁群は登校拒否の出現様式ならびに対人的態度が一樣でなく、種々の神経症症状を伴うものと

した。最近では、岡田ら<sup>35)</sup>が治療指針と関連させて、学校からどこへ退くのかによって4群に分類している。第I群は母親との共生的な関係、あるいは退行の温もりが保障される家庭へ退くもの、第II群は家庭すら寄せつけず自分だけの世界に退くもの、第III群は競争も協調も求められない趣味的な世界に退くもの、第IV群は神経症・精神病などの症状の世界に退くもの、とした。これらの分類と本研究の類型を比較検討してみると、単一型の登校拒否の症例は山本の中核群、岡田の第II群と共通する点が多く、複合型は山本の辺縁群神経症例、岡田の第I群と類似している。

#### b) 神経性食思不振症

神経性食思不振症の亜型分類としては、ヒステリー、強迫神経症、うつ病、精神分裂病などの精神疾患に対応する類型化に関する研究が多かったが<sup>36~38)</sup>、近年、摂食障害の特徴による分類が試みられている。

Selvini Palazzoli, M.<sup>39)</sup>は神経性食思

不振症を食物摂取の制限のみ示される固定型 stable type と不食と過食の劇的な交替を示す不安定型 unstable type に分け、Bruch, H.<sup>40)</sup> も同様な分類を行った。また、Strober, M. ら<sup>41)</sup> は非嘔吐群と嘔吐群に分類し、自我境界について論述している。さらに、Casper, R.C. ら<sup>42)</sup> は不食群 fasting group と過食群 bulimic group に分類した。不食群の症例は内向的で、空腹感の否認機制が強く、精神的苦痛を表出しないとし、過食群の症例は外向的で、過食・嘔吐をともない、身体的訴えや対人的敏感さなどの情緒的表出が著しいことを特徴としてあげている。日本では、木下<sup>24)</sup> が食物摂食量と情緒状態の変動の程度による観点から、多彩型、単一型、中間型の3型に分類している。

上記の分類と本研究の類型とを比較してみると、単一型の症例は固定型 (Selvini Palazzoli, Bruch)、非嘔吐群 (Strober)、不食群 (Casper)、木下の単一型と共通する

点が多く，複合型は不安定型，嘔吐群，過食群，木下の多彩型と類似している。

### c) 強迫神経症

強迫神経症に関するこれまでの分類としては，Fenichel, O. <sup>43)</sup> が急性型と慢性型に，池田 <sup>44)</sup> が症状レベルの特徴から4型に，Sullivan, L. <sup>45)</sup> が純粹な完全欲症，強迫性恐怖症，本来の強迫行為の3型に，Millon, T. <sup>46)</sup> が病前性格から5型に，西園 <sup>47)</sup> が症状，病前性格，治療の関係から制縛型，執着型，完全欲型の3型にそれぞれ分類しているが <sup>48)</sup> ，分類の基準はさまざまである。

本研究の対象の中で強迫神経症は4例であり，いずれも単一型に属するため，断定的なことは言い難いが，本研究の類型と共通点がある分類としては成田ら <sup>49)</sup> の分類があげられる。成田らは対人関係の観点から，強迫症状を自分1人で悩む自己完結型と他者を巻き込むことにより症状が完成する巻き込み型に分類した（対象は思春期以上の成人）。また

、この「巻き込み」の現象は、児童期の強迫神経症における特徴の1つであることは諸家の指摘するところでもあるが<sup>50~53)</sup>、本研究の強迫神経症の4例はともに「巻き込み」の現象はほとんど目立たなかった。以上のことから、本研究の単一型は成田の自己完結型に共通点があり、複合型は巻き込み型と類似していると考えられた。

#### d) ヒステリー

ヒステリー研究の流れは、ヒステリー機制の解明や神経症としての位置づけからヒステリー性格の研究へと進んできた<sup>54)</sup>。精神分析的にも、ヒステリーの病因に関して、エディプス葛藤から口愛期葛藤を含めた検討へと関心は移行、拡大されているという<sup>55)</sup>。児童・青年期のヒステリーに関する最近の研究としては、青木<sup>56)</sup>が中心型、周辺型、中間型の3群に分類している。中心型は明朗・勝気・活動的という競合的・外向的で強力性が優位の性格特徴をもち、同年輩集団の中心

に位置する群で，周辺型は内気・無口・おとなしいという非競合的・内向的で弱力性が優位の性格特徴をもち，同年輩集団の周辺に位置する群であるとした。

本研究の対象の中でヒステリーは2例であり，いずれも複合型に含まれるが，単一型は青木の周辺型，複合型は中心型との関連が示唆される。

## 2) 対人関係論的観点から

上述したように，本研究の類型と児童・青年期症例の呈する病態の分類とを比較検討してみると，病前性格，家族関係，臨床症状，対人関係，治療関係などの点において共通するものが認められ，本研究における単一型と複合型の対照性と相似的な関係にある分類が少なくないことが明らかになった。この対照性を理解するために，対人関係論的観点から若干の考察を行い，類型化の意味するものを明らかにしたいと思う。

### a) 「基本的信頼感」について

Erikson, E.H.<sup>57, 58)</sup>は健康なパーソナリティーの第一の構成要素を「基本的信頼感 sense of basic trust」と名づけ、これは生後1カ年の経験から獲得される自己自身と世界に対する1つの態度であるとした。そして、信頼の量 amount of trustは、食物の絶対量とか表明される愛情量とかによって左右されるわけではなく、母性的な関係の質 qualityに左右されるとし、母親は、それぞれの赤ん坊の個性的な欲求に対する敏感な配慮と、自分が信ずるに足る人間であるという確固たる感覚とを、質的に結合させる営み administrationを通して、子どもの中に信頼感を創造していくのである、と述べている。

単一型と複合型にはそれぞれ、Eriksonのいう「基本的信頼感」の獲得の困難 — 二者関係の困難 — をもつ症例が含まれると考えられるが、両型の臨床的特徴の相違がどこから生ずるのかという点について以下に検討したいと思う。

b) 単一型について

単一型の症例の親子関係は、既に述べたように、父親は心理的に（時に物理的に）無力であり、母親によって情緒交流の乏しい養育がなされていることが多かった。すなわち、子どもが自分の欲求を母親に向けて表現しても、母親がこれに対して適切な反応を返すことができないため、子どもは次第に自己主張や感情表現が乏しくなり、情緒豊かな対人関係を結ぶことが困難になっていくと考えられる。父親は本来、母親が子どもの養育に没頭している状況を理解して夫として、父親として母親を支え、父親自身も子どもと情緒的関係を形成していくことが役割であると考えられるが、これも極めて不十分といわざるを得ない。

すなわち、単一型の症例は母親との「基本的信頼感」の獲得 — 二者関係の確立 — が不十分なために、他者に対しても信頼感をいなくことができず、相互的な対人関係を結ぶ

ことが困難になっていくと考えられる。そして、他者からの働きかけに対しては、それを脅威に感じ他者と協同し連帯することに逡巡を示す一方、陰性感情を含めた自己の真の感情を表現しようとする、「見捨てられる不安」が顕在化するため表面的な服従を貫こうとする。その結果、単一型の症例は「基本的信頼感」をめぐって、対人的引きこもりあるいは相互交流の回避ともいえる態度を示すのであると考えられる。

このような二者関係の困難さをかかえたまま思春期の発達課題（特にSullivan, H.S.<sup>59</sup>・<sup>60</sup>）のいう特定の同性同年輩の友人との親密な対人関係の形成）に直面した時、彼らはそれまでかろうじて適応していた生活に破綻をきたし、症状出現にいたるのではないかと考えられる。

#### c) 複合型について

複合型の症例の親子関係は、父親は仕事熱心で患者との接触は少なく、母親は情緒表現

は豊富であるが、干渉的、過保護、支配的、一方的であり、子どもに自分の感じ方や考え方を押しつけ、子どもの感情を共感しようという態度に乏しかった。すなわち、子どもが自分の欲求や感情を母親に向けて表現しても、母親が干渉的、支配的、一方的で、子どもに自分の感じ方や考え方を押しつけようとする対応をするため、母子相互の感情表出はかみ合わず、子どもには相手の感情を共感しあうという真の情緒的交流が育たなくなると考えられる。父親は子どもと母親の関係の中に参加することができず、むしろこうした母子関係に参加することを回避し、仕事に逃避しているようにも見える。その結果、子どもと母親は歪んだ二者関係のままに共生的な関係が続けるようになる。このように緊張した母子関係が続くと、子どもは自分の感情をコントロールし、適切に表現することが困難になる一方、内心では両親に対して陰性・両価的な感情が強くなっていくと考えられる。

すなわち、複合型の症例は母親との「基本的信頼感」の獲得の困難 — 二者関係の質的な歪み — のために、他者との関係においても相手の感情を共感しあう情緒的交流ができず、他者への配慮を欠く反面、他者の言動には敏感で、なおかつそれによって傷つけられやすい傾向<sup>61)</sup>が増強する。そして、他者および自己を部分的な形でしか認識することができず、絶えず「満たされない感情」をいだき続けるようになる。その結果、複合型の症例は「基本的信頼感」をめぐって、他者との関係が両価的で不安定となり、他者が信頼に値するかどうか試そうとする態度を示すのであると考えられる。

このような二者関係の質的な歪みをかかえたまま児童期に入り、社会・現実世界へ足を踏み出す時、自己の衝動をコントロールし、欲求を適切に表現することが未熟な彼らは、他者と親密な対人関係を形成したり自主的な行動が要求される状況において破綻をきたし

やすいといえる。あるいはかろうじて児童期を乗り越えたとしても、第二の分離・個体化の時期といわれる思春期に、親からの自立という発達課題に直面した時、彼らは挫折し、再び母子の共生関係に逆戻りしてしまうのではないかと考えられる。

### 3) 亜型について

既述のように、本研究の対象には、症状出現前まではほぼ健常な人格発達がなされていたと考えられる環境反応の症例から、人格発達の未熟性が認められる症例までさまざまな病態レベルのものが含まれている。このことから示されるように、児童・青年期精神科臨床では、児童・青年期の人格発達を踏まえた疾病分類学が求められる。その意味で、児童・青年期における有用度の高い診断分類体系としてGAP分類<sup>25, 62~64)</sup>があげられる。表5にはGAP分類をとり入れ、両型のなかに人格発達水準の度合に応じて生じうる4段階(4亜型)を設定した。以下に4亜型につ

いて説明を加えたいと思う。

a) 健康な反応 (Healthy Responses) :  
発達過程の危機による反応であり、阻害因子がなければ一過性で自然に解消される。年齢相応に出現するチック、夜尿、習癖の問題などが含まれる。精神科の臨床に登場することは少ない。症状出現前までは健全な人格発達がなされているため、本人・家族に対し、状態の説明と対応の指導を行うことで十分である。

b) 環境反応レベル (Reactive Disorders)  
) : ある特定の明瞭な環境変化 (心的外傷体験) への反応であり、原因をとり除くか克服しなければ解消されない。たとえば、深刻な対人葛藤 (いじめ等) による登校拒否、母親の死亡による拒食などがあげられる。環境変化にひき続いて生じ、一過性に解消されるものから、環境変化のあとしばらく適応の努力を続けたのちに発現し、状況の改善が困難な時は長期間持続するものまでみられる<sup>65)</sup>。

治療は a) 健康な反応への対応に準ずるものから、本研究で述べたような精神療法的対応が必要なものまでさまざまである。自らの願望や欲求と現実の環境との間の葛藤が意識化されており、治療意欲も高いことが多い。治療関係は両型ともにおおむね前述した通りであるが、単一型の症例はより「安定」「平穩」な様相を呈し、治療関係の「深まりにくさ」の印象は薄い。一方、複合型の症例はより「柔軟」「子どもらしさ」が目立ち、治療者に対する不信感・反発や治療関係が両面的で不安定になることは少ない。予後は良好である。

c) 神経症レベル (Psychoneurotic Disorders) : GAP 分類では「性的、攻撃的衝動が抑圧されながら、無意識的葛藤が未解決のまま活動を続けている状態である。両親や兄弟など、児童にとり重要な意味をもつ人の早期の葛藤に由来する」<sup>62, 64)</sup>と記載されている。本研究の対象症例の多くが該当し、

これまで検討してきた臨床的諸特徴が最もよく合致するものである。成人の神経症との違いは、不安、恐怖、強迫、ヒステリー、心気、抑うつ、離人などのいわゆる古典型神経症病像を必ずしも呈さないことである。治療には相応の時間を要するが、予後は一般に良好である。

d) 人格障害レベル ( Personality Disorders) : 内的葛藤や不安が長期的に存在したため、人格発達の未熟性あるいは歪みが認められる状態である。したがって、これまで検討してきた臨床的諸特徴は、各項目においてその程度が顕著で、激しい様相を呈することになる。たとえば、治療関係を例にとると以下の如くである。単一型の症例ではより受動的、消極的な様相を呈する。無表情で自発的にはほとんど話さず、治療者の働きかけに対して反応が極端に乏しいことも稀ではない。治療が進んでも常に一定の治療的距離を保って子どもらしい甘えや依存は示さない。治

療者が積極的に接近しようとする時、それを脅威に感じ一層引きこもる傾向がある。治療関係の「深まりにくさ」は顕著である。治療の経過において、治療者に対して表面的には不信感や反発をあらわすことはなく服従的であるが、治療者の表情や言動に対しては敏感であり、「服従という鎧の陰で息をひそめている」という印象がある。一方、複合型の症例の治療関係はより不安定、両価的な様相を呈する。治療がある程度進むと、治療者に対し親密さや依存性が増すとともに、過度の依存欲求や際限のない要求が表明され、それが通らなかつたり、受け入れられないと感じたりした時、治療者に対して不信感や怒りをあらわし、治療関係が両価的で不安定になることが特徴である。その程度は年齢に比べてきわめて幼児的であり、治療者に「しがみつき clinging」<sup>21, 22)</sup>、哀願したり、拗ねたり、ひねくれたり、自暴自棄になったり、怒りを爆発させたりする。両型ともにこのレベルの

症例の治療には長期間を要することが多い。

以上のGAP分類をとり入れた各亜型は、それぞれの境界を明確に区別することは難しく、a) からd) に至るまで、段階的に重度化し、固定していく連続性をもったスペクトルとみなすことができる<sup>64)</sup>。すなわち、同一の症状を呈したとしても、a) からd) へ向うにしたがい重篤度が増し、人格発達も未熟なレベルにとどまるといえよう。

以上のような4亜型を単一型と複合型の両型のなかに設定することにより、単一の類型がはらむ平面性を立体的構成に改変することが可能となり<sup>66)</sup>、より臨床の実際に合致した類型となると思われる。たとえば、強迫状態は強迫性障害－環境反応レベル－単一型、強迫性障害－神経症レベル－単一型、強迫性障害－人格障害レベル－複合型などとして表現される。これによって、「人格発達－対人関係論的観点－病前性格－家族関係－臨床症状－治療関係－治療技法－経過－予後」とい

う一連の視点から捉えられる病態理解のための理念型<sup>25~27)</sup>が抽出でき、実際の臨床場面においても、非言語的方法の適応決定を含めた治療の指針が明確になるのではないかと考えられる。

#### 4) 人間学的構造としての類型化の意味

単一型と複合型の2類型は非言語的方法の組合せ方の違いから導き出されたものであるが、これまでの検討から示唆されるように、両型の臨床的諸特徴およびその対照性は、決して非言語的治療が行われた患者に限定されて認められるものではなく、児童・青年期症例全般において、程度の差はあるものの、その傾向が認められるものである。そして、対人関係論的観点からみると、両類型における非言語的方法の表現形式の相違は、児童・青年期症例が治療者との関係のなかにあらず「対人関係の病理」あるいは「対人関係の傾向」の一端として捉えることが可能である。

ところで、先にGAP分類をとり入れた亜

型を設定したように、児童・青年期の症例は健全な人格発達がなされているものから人格発達の未熟性が認められるものまで、段階的、連続的に移行していくスペクトルのなかに存在すると考えられる。したがって、治療者との関係のなかにあらわれた対人関係の様相も、健康な「対人関係の傾向」と理解されるものから、重篤な「対人関係の病理」として捉えられるものまで認められ得る。しかし、これは決して、人格障害レベル＝「対人関係の病理」として一面的に捉えられるものではなく、同一個人にあっても、「対人関係の病理」のなかに健康でポジティブな「対人関係の傾向」が内在し得ると理解されるべきであろう。

すなわち、単一型の症例が導入期から終結期まで一貫して同じ方法を行い続けることは、彼らが「基本的信頼感」をめぐって示す対人的引きこもりという「対人関係の病理」のあらわれである一方、数少ない「心の窓」を

頑なに守りながらも他者との関係をもとうとする、彼らの主体的な「対人関係の傾向」と理解することができる。他方、複合型の症例が非言語的方法をさまざまに組合せたり変更することは、彼らが「基本的信頼感」をめぐって示す両価的・不安定で他者を試そうとする「対人関係の病理」のあらわれとみることができるだけでなく、他者との情緒的交流の行き違いを何とか是正し、「情緒的同調」を求めようとする、彼らの建設的な「対人関係の傾向」と捉えることが可能である。

以上のように考えると、非言語的方法の組合せ方の違いから導き出された2類型は、病態理解のための理念型であると同時に、個人の精神内界に内在化された基本的な「他者との関係のあり方」<sup>67)</sup>と考えることができる。言い換えれば、単一型と複合型の2類型は、個人の生き方、世界とのかかわり方、あるいは人間学的構造という、より包括的な標識<sup>68)</sup>と考えることが可能である。

## V. まとめ

1. 児童・青年期の神経症圏の症例のなかで、6ヵ月以上、一定の治療的関与をもつことができ、その間連続的に非言語的治療が試みられ、状態が改善した37例（男性21例、女性16例）を対象として、縦断的観察を行い検討を加えた。臨床診断は登校拒否13例、神経性食思不振症8例、強迫神経症4例、抜毛症3例、ヒステリー2例、情緒障害2例、チック2例、対人恐怖症1例、習癖異常1例、家庭内暴力1例である。

2. 対象症例は非言語的方法の組合せ方によって、「単一型」：非言語的な治療期間を通して毎回同じ方法を用い続けた症例群と、「複合型」：非言語的方法をさまざまに組合せたり変更した症例群、の2型に類型化することが可能であった。

3. 「単一型」の症例は18例で、病前性格

は内向・情緒的不動が多く，家族関係は概して父親が心理的に無力で，母親によって情緒交流の乏しい養育を受けていた。臨床症状は単一か少ない傾向にあり，治療関係は表面的には穏やかで安定しているが，終始一定の治療的距離を保ち続け深まらないことが特徴であった。

4. 「複合型」の症例は19例で，病前性格は情緒的変動が多く，家族関係は父親は不在がちで，母親は干渉的，過保護，支配的，一方的な面が目立った。臨床症状は多彩であり，治療関係は治療者に対し依存や親密さを率直にあらわすと同時に不満や反発も示し，状況に応じて両面的で不安定になることがみられた。

5. 同じ臨床疾患でも両類型により症状および治療経過に違いがあり，各臨床疾患の亜型分類との類似が示唆された。

6. 両類型にはそれぞれ，対人関係論的観点からみると，「基本的信頼感」の獲得の困

難 — 二者関係の困難 — を基盤にもつ症例が含まれており、両類型の対照性は「基本的信頼感」をめぐる患者の態度の相違として捉えることが可能であった。

7. 両類型のなかに人格発達水準の度合に応じた4亜型を設定し立体的構成をはかった。これによって、「人格発達—対人関係論的観点—病前性格—家族関係—臨床症状—治療関係—治療技法—経過—予後」という一連の観点から捉えられる理念型を抽出することが可能と考えられた。

8. 最後に、人間学的構造としての類型化の意味について若干の考察を加えた。

謝辞：稿を終えるにあたり、ご指導・ご校閲をいただいた山下 格教授に深謝いたします。また、討論と示唆を繰返してくださった笠原敏彦講師に感謝いたします。

## 文献

- 1) 傳田健三，田中哲，笠原敏彦：相互性を加味した一描画法－「きっかけ法」について－．芸術療法 18;59-66,1987.
- 2) 後藤多樹子，中井久夫：“誘発線”（仮称）による描画法．芸術療法 14; 51-56,1983.
- 3) Naumburg,M.:Dynamically Oriented Art Therapy. Its Principles and Practice. Grune and Stratton ,1966.
- 4) Winnicott,D.W.:Therapeutic Consultation in Child Psychiatry.Hogarth Press ,1971（橋本雅雄監訳：子どもの治療相談 ①，②．岩崎学術出版，1987）．
- 5) Kalff,D.M.:Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche.Rascher Verlag,Zurich und Stuttgart ,1966（大原貢，山中康裕訳：カルフ箱庭療法．誠信書房，1972）．
- 6) 河合隼雄編：箱庭療法入門．誠信書房，

1969.

- 7) Axline, V.M.: Play Therapy. Houghton Mifflin, 1947 (小林治夫訳: 遊戯療法. 岩崎学術出版, 1972).
- 8) Freud, A.: The Writings of Anna Freud. Volume 1, Introduction to Psychoanalysis, 1974 (岩村由美子, 中沢たえ子訳: 児童分析入門. 岩崎学術出版, 1981).
- 9) 中井久夫: 精神分裂病者の寛解過程における非言語的接近法の適応決定. 芸術療法 4; 13-25, 1973.
- 10) 野村るり子: 分裂病者等の治療場面における粘土造形について. 芸術療法 7; 73-79, 1976.
- 11) 中井久夫: 描画をとおしてみた精神障害者—とくに精神分裂病者における心理的空間の構造—. 芸術療法 3; 37-51, 1971.
- 12) 山中康裕: 治療技法よりみた児童の精神療法について. 児童精神科臨床 2 (白橋宏一郎, 小倉清編), 星和書店, 1981.

- 13) 山下格：神経症とは何か。こころの科学  
1 ; 34-40 ,1985.
- 14) 山下格：神経症の位置づけ。臨床精神医学  
15;443-447 ,1986.
- 15) 山本由子：児童神経症。現代精神医学大  
系17B，児童精神医学Ⅱ（黒丸正四郎，新  
福尚武，保崎秀夫編），中山書店，東京  
，1980.
- 16) American Psychiatric Association :  
Diagnostic and Statistical Manual of  
Mental Disorders,Third Edition-Revised  
，APA,Washington,D.C.,1987.
- 17) Jung,C.G.: Psychological Types. Har-  
court,New York ,1923.
- 18) Guilford,J.P.: Personality. McGrow-  
Hill,New York ,1959.
- 19) 辻岡美延：矢田部・ギルフォード性格検  
査研究手引。竹井機器工業 ,1960.
- 20) Neumann,E.: Das Kind. Rhein-Verlag,  
Zurich ,1963.

- 21) Masterson, J.F.: Treatment of the Borderline Adolescent. J. Willey & Sons, N. Y., 1972 (成田善弘, 笠原嘉訳: 青年期境界例の治療. 金剛出版, 1979) .
- 22) Masterson, J.F.: From Borderline Adolescent to Functioning Adult. The Test of Time., Brunner, Mazel Publishers, N.Y., 1980 (作田勉, 恵智彦, 大野裕, 前田陽子訳: 青年期境界例の精神療法. 星和書店, 1982) .
- 23) Kernberg, O.: Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis. Jason Aronson, New York, 1976 (前田重治監訳: 対象関係論とその臨床. 岩崎学術出版, 1983) .
- 24) 木下悦子: 思春期神経性無食欲症の研究 . 精神経誌 87;601-633 , 1985 .
- 25) 皆川邦直: 思春期精神医学と操作的診断の問題点. 臨床精神医学 19;753-758 , 1990 .
- 26) 小澤勲: 老年期に初発する幻聴主体の病

態について. 精神経誌 91;839-864,1989.

- 27) 吉松和哉: 臨床精神医学における診断の  
落とし穴. 精神医学における診断の意味 (土居健郎, 藤縄昭編), 東京大学出版会  
,1983.
- 28) Coolidge, J.C., Hahn, P.B. & Peck, A.L.  
: School Phobia Workshop, 1955: School  
phobia; Neurotic crisis or way of life.  
Am. J. Orthopsychiat. 27; 296-306, 1957.
- 29) Kahn, J.H. & Nursten, J.P.: School ref-  
usal ; A comprehensive view of school  
phobia and other failures of school  
attendance. Am. J. Orthopsychiat. 32; 707  
-718 , 1962.
- 30) Kennedy, W.A.: School phobia; Rapid  
treatment of fifty cases. J. Abnorm. Psy-  
chol. 70; 285-289 , 1965.
- 31) Millar, T.P.: The child who refuses to  
attend school. Am. J. Psychiat. 118; 394-  
404 , 1961.

- 32) 齊藤久美子, 二橋茂樹, 山本昭二郎, 阪武彦, 角本典子: 登校拒否児の収容治療—類型的検討. 児精医誌 8;365-376, 1967.
- 33) 高橋隆一, 野本文幸, 中屋みな子, 奥寺崇: 不登校の類型分類, 児精医誌 28;299-311, 1987.
- 34) 山本由子: いわゆる学校恐怖症の成因について. 精神経誌 66;558-583, 1964.
- 35) 岡田隆介, 米川賢, 杉山信作, 佐々木高伸, 引地明義: 登校拒否児の発達の類型化. 精神医学 23;1055-1061, 1981.
- 36) Alexander, Z.G.: Dysorexia. A psychological study of anorexia nervosa and bulimia. Am. J. Psychiat. 124;147-149, 1967.
- 37) 馬場謙一: 神経性食思不振症. 概念, 分類, 治療. 季刊精神療法 7;12-19, 1981.
- 38) Lasser, L.I., Ashenden, B.J., Debuskey, M. & Eisenberg, L.: Anorexia nervosa in children. Am. J. Orthopsychiat. 30; 572-

580 ,1960.

- 39) Selvini Palazzoli, M.: Anorexia nervosa. In: The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy, Vol. 1. Arieti, S. ed, Basic Books, New York ,1970.
- 40) Bruch, H.: Eating Disorders. Basic Books, New York ,1973.
- 41) Strober, M. and Goldenberg, I.: Ego boundary disturbance in juvenile anorexia nervosa. J. Clin. Psychol. 37;433-438 ,1981.
- 42) Casper, R.C. & Davis, J.M.: On the course of anorexia nervosa. Am. J. Psychiat. 134;974-978, 1977.
- 43) Fenichel, O.: Psychoanalytic Theory of Neurosis. W.W. Norton, New York ,1945.
- 44) 池田数好 : 神経症における強迫現象について. 精神医学最近の進歩. 医歯薬出版, 東京 ,1957.
- 45) Sullword, L.: Die Bedeutung kognitiver

Störungen für Klassifikation und Verhaltenstherapie von Zwangssyndromen. *Nervenarzt* 44;537-546, 1973.

46) Millon, T.: *Modern Psychopathology*.

Saunders, Philadelphia, 1969.

47) 西園昌久：精神分析の理論と実際。精神  
病編，金剛出版，1976。

48) 西園昌久：強迫神経症。現代精神医学大  
系 6 B，神経症と心因反応 II（下坂幸三，  
諏訪望，西園昌久編），中山書店，東京，  
1978。

49) 成田善弘，中村勇二郎，水野信義，石川  
昭雄，河田晃，河田美智子：強迫神経症に  
ついての一考察－「自己完結型」と「巻き  
込み型」について－。精神医学 16; 957-  
964, 1974。

50) Hersov, L. & Rutter, M.: *Child Psychi-  
atry, Modern Approaches*. Blackwell Sci-  
entific Publications, Oxford, 1977.

51) Kanner, L.: *Child Psychiatry*. 4th ed.

Charles C Thomas, Illinois ,1972 (黒丸  
正四郎, 牧田清志共訳: カナー児童精神医  
学, 第2版. 医学書院, 1974) .

52) 牧田清志: 児童精神医学. 岩崎学術出版  
,1977.

53) 若林慎一郎: 小児のノイローゼ. 医歯薬  
出版 ,1985.

54) 諏訪望: ヒステリーの概念. 臨床精神医  
学 9 ; 1137-1144 ,1980.

55) 西園昌久: ヒステリーの臨床. 臨床精神  
医学 9;1145-1156 ,1980.

56) 青木省三: 青年期におけるヒステリー性  
神経症の臨床的研究. 児精医誌 30 ;320-  
335 ,1989.

57) Erikson, E.H.: Childhood and Society.  
Norton, New York ,1950 (仁科弥生訳: 幼  
児期と社会. みすず書房, 1980) .

58) Erikson, E.H.: Identity and the Life  
Cycle. International Universities Press  
,1959 (小此木啓吾訳編: 自我同一性. 誠

信書房, 1973) .

59) 阪本健二, 笠原嘉: サリバン. 異常心理学講座, 第9巻, みすず書房, 1973.

60) Sullivan, H.S.: Interpersonal Theory of Psychiatry. Tavistock, London, 1953.

61) 森省二: 思春期と境界例. 思春期の精神病理と治療 (中井久夫, 山中康裕編), 岩崎学術出版, 1978.

62) Group for the Advancement of Psychiatry: Psychopathological Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a Proposed Classification, Vol. VI. Report No. 62, 1966.

63) 皆川邦直: 児童・青春期患者への治療的診断とDSM-III並びにGAP. 精神経誌 84; 779-786, 1982.

64) 渡辺久子: 児童の神経症的障害と家族. 講座・家族精神医学3 (加藤正明, 藤縄昭, 小此木啓吾編), 弘文堂, 1982.

65) 山下格, 岩崎徹也, 小口徹, 笠原敏彦,

高橋徹，中村道彦（精神科国際診断基準研究会・神経症圏障害検討小委員会）：神経症圏障害の診断基準試案，精神医学 31；345-352,1989.

66) 笠原嘉，木村敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究．精神経誌77,715-735,1975.

67) 関忠盛：人間学派1．現象学的人間学．異常心理学講座I（土居健郎，笠原嘉，宮本忠雄，木村敏編），みすず書房，1988.

68) 笠原嘉：診断学総論．異常心理学講座VIII（土居健郎，笠原嘉，宮本忠雄，木村敏編），みすず書房，1990.

表1 対象の診断分類

| 臨床診断     | N  | DSM-III-R   | N           |
|----------|----|---|-------------|
| 登校拒否     | 13 | Adjustment Disorder<br>Separation Anxiety Disorder<br>Avoidant Disorder | 9<br>3<br>1 |
| 神経性食思不振症 | 8  | Anorexia Nervosa  | 8           |
| 強迫神経症    | 4  | Obsessive-Compulsive Disorder   | 4           |
| 抜毛症      | 3  | Trichotillomania  | 3           |
| ヒステリー    | 2  | Conversion Disorder   | 2           |
| 情緒障害     | 2  | Adjustment Disorder   | 2           |
| チック      | 2  | Tourette's Disorder   | 2           |
| 対人恐怖症    | 1  | Social Phobia   | 1           |
| 習癖異常     | 1  | Habit Disorder  | 1           |
| 家庭内暴力    | 1  | Conduct Disorder  | 1           |
| 計        | 37 | 計   | 37          |

表2 年齡，性別

| 年齡    | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計  |
|-------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 性別：男性 | 1 | 1 | 1 | 1  | 7  | 5  | 1  | 1  | 1  | 2  | 21 |
| 女性    | 0 | 0 | 1 | 1  | 0  | 3  | 4  | 1  | 2  | 4  | 16 |
| 計     | 1 | 1 | 2 | 2  | 7  | 8  | 5  | 2  | 3  | 6  | 37 |

表3 单一型の症例の概観

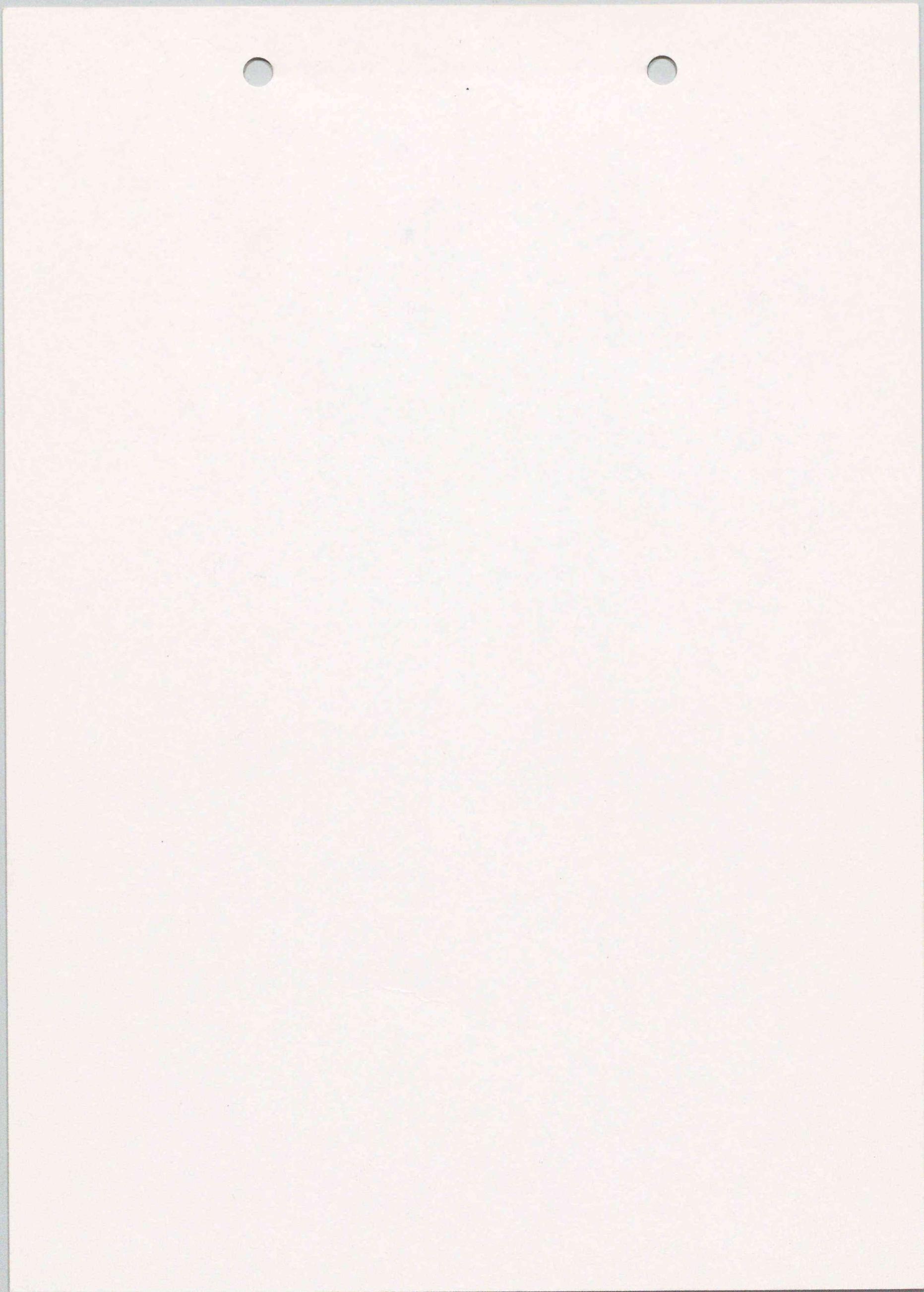
| 症例 | 診断分類     | 初診年齢 | 性別 | 病前性格     | 家族関係                               | 非言語的方法                                    | 治療関係    | 言語表現 |
|----|----------|------|----|----------|------------------------------------|---|---------|------|
| 1  | 登校拒否     | 12   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：内気，非社交的<br>母親：内気，几帳面            | 箱庭<br>内容：闘争⇨現実的，適応的表現                     | 依存・安定   | 士    |
| 2  | 登校拒否     | 14   | 女性 | 内向・情緒的不動 | 父親：内気，非社交的<br>母親：内気，感情閉鎖的          | 箱庭+描画(きつかけ法)<br>内容：お伽話⇨曼荼羅⇨現実世界           | 非依存・安定  | -    |
| 3  | 登校拒否     | 14   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：離婚(短気，アルコール依存症)<br>母親：感情閉鎖的，几帳面 | 描画(自由画)<br>内容：自己像の確立                      | 非依存・安定  | 士    |
| 4  | 神経性食思不振症 | 12   | 女性 | 内向・情緒的不動 | 父親：感情閉鎖的，非社交的<br>実母：死亡，継母：勝気，干渉的   | 箱庭<br>内容：2つの世界の統合                         | 非依存・安定  | -    |
| 5  | 神経性食思不振症 | 13   | 女性 | 内向・情緒的不動 | 父親：感情閉鎖的，几帳面<br>母親：内気，感情閉鎖的，支配的    | 箱庭<br>内容：2つの世界の統合                         | 非依存・安定  | -    |
| 6  | 神経性食思不振症 | 16   | 男性 | 外向・情緒的変動 | 父親：温和，社交的，単身赴任中<br>母親：敏感，几帳面，干渉的   | 箱庭+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：闘争⇨現実的，適応的表現         | 依存・安定   | +    |
| 7  | 強迫神経症    | 9    | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：温和，几帳面<br>母親：敏感，几帳面             | 箱庭+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：動・植物⇨現実的表現⇨闘争        | 非依存・安定  | -    |
| 8  | 強迫神経症    | 12   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：短気，権威的<br>母親：敏感，几帳面，干渉的         | 箱庭+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：攻撃性⇨動・植物⇨闘争⇨対決       | 非依存・安定  | 士    |
| 9  | 強迫神経症    | 15   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：感情閉鎖的，几帳面<br>母親：温和，几帳面，干渉的      | 描画(きつかけ法)<br>内容：攻撃性⇨現実的表現                 | 非依存・安定  | -    |
| 10 | 強迫神経症    | 16   | 女性 | 内向・情緒的不動 | 父親：内気，几帳面，抑うつ状態<br>母親：温和，几帳面       | 箱庭+描画(きつかけ法)<br>内容：動・植物⇨闘争⇨現実的表現          | 非依存・安定  | 士    |
| 11 | 対人恐怖症    | 16   | 男性 | 内向・情緒的変動 | 父親：内気，非社交的<br>母親：温和，几帳面，過保護        | 描画(きつかけ法)<br>内容：攻撃性⇨現実的，社会的表現             | 非依存・不安定 | -    |
| 12 | 抜毛症      | 11   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：温和，非社交的<br>母親：温和，几帳面            | 箱庭+遊戯(サツカーゲーム，オセロ)<br>内容：社会的表現⇨植物⇨動物⇨対決   | 非依存・安定  | -    |
| 13 | 抜毛症      | 12   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：内気，非社交的<br>母親：内気，感情閉鎖的          | 箱庭+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：動・植物⇨闘争⇨現実的表現        | 非依存・安定  | -    |
| 14 | 抜毛症      | 13   | 男性 | 外向・情緒的不動 | 父親：短気，権威的<br>母親：内気，感情閉鎖的           | 描画(Squiggle法)+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：自己像の確立    | 非依存・安定  | -    |
| 15 | チック      | 11   | 男性 | 内向・情緒的不動 | 父親：短気，社交的，別居中<br>母親：敏感，几帳面，兄：登校拒否  | 描画(きつかけ法)+遊戯(サツカーゲーム)<br>内容：攻撃性⇨現実的，社会的表現 | 非依存・安定  | -    |
| 16 | チック      | 11   | 男性 | 外向・情緒的不動 | 父親：内気，几帳面<br>母親：感情豊か，敏感，干渉的        | 描画(自由画)<br>内容：自己像の確立                      | 非依存・安定  | 士    |
| 17 | 習癖異常     | 8    | 男性 | 外向・情緒的不動 | 父親：権威的，社交的，別居中<br>母親：内気，几帳面，抑うつ状態  | 箱庭<br>内容：闘争⇨動・植物⇨現実的表現                    | 依存・安定   | -    |
| 18 | 家庭内暴力    | 16   | 女性 | 内向・情緒的変動 | 父親：感情閉鎖的，几帳面，母親：敏感，几帳面，姉：神経性食思不振症  | 描画(きつかけ法)<br>内容：自己像の確立                    | 非依存・不安定 | 士    |

表4 複合型の症例の概観

| 症例 | 診断分類     | 初診年齢 | 性別 | 病前性格        | 家族関係                                   | 非言語的方法   | 治療関係       | 言語表現 |
|----|----------|------|----|-------------|--|--|------------|------|
| 19 | 登校拒否     | 9    | 女性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：温和，社交的<br>母親：感情豊か，几帳面，過保護           | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 箱庭 → 描画(Squiggle法)<br>描画(種々のゲーム)                              | 依存<br>不安定  | +    |
| 20 | 登校拒否     | 10   | 女性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：離婚<br>母親：感情豊か，敏感，支配的                | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(自由画) → 遊戯 → 描画(物器作り)<br>描画(Squiggle法)<br>遊戯(サッカーゲーム，野球ゲーム) | 依存<br>安定   | +    |
| 21 | 登校拒否     | 11   | 男性 | 内向<br>情緒的不動 | 父親：温和，几帳面，社交的<br>母親：温和，感情豊か，几帳面        | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(Squiggle法)<br>遊戯(サッカーゲーム)                                  | 依存<br>安定   | +    |
| 22 | 登校拒否     | 11   | 男性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：短気，几帳面<br>母親：勝気，感情豊か，几帳面，支配的        | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(なぐり描き法)<br>遊戯(サッカーゲーム)                                     | 依存<br>不安定  | +    |
| 23 | 登校拒否     | 11   | 男性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：温和，社交的<br>母親：内気，敏感，過保護，干渉的          | 箱庭 → 描画(きつかけ法+なぐり描き法) → 遊戯(種々のゲーム)<br>遊戯(サッカーゲーム)                              | 依存<br>不安定  | +    |
| 24 | 登校拒否     | 11   | 男性 | 内向<br>情緒的不動 | 父親：温和，几帳面<br>母親：温和，感情豊か，几帳面            | 箱庭 → 遊戯 → 描画(きつかけ法) → 描画(Squiggle法) → 箱庭                                       | 依存<br>安定   | +    |
| 25 | 登校拒否     | 12   | 男性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：内気，感情閉鎖的，非社交的<br>母親：勝気，感情豊か，支配的     | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(なぐり描き法) → 遊戯   | 非依存<br>不安定 | -    |
| 26 | 登校拒否     | 12   | 男性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：離婚，祖母：過保護<br>母親：内気，敏感，干渉的           | 箱庭<br>遊戯(サッカーゲーム) → 描画(きつかけ法) → 遊戯(種々のゲーム)<br>遊戯(オセロ) → 遊戯(オセロ)                | 非依存<br>不安定 | -    |
| 27 | 登校拒否     | 12   | 女性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：内気，几帳面<br>母親：温和，几帳面，過保護             | 箱庭<br>遊戯(オセロ) → 描画(きつかけ法) → 遊戯(オセロ)  | 非依存<br>不安定 | +    |
| 28 | 登校拒否     | 13   | 女性 | 外向<br>情緒的不動 | 父親：短気，感情豊か，社交的<br>母親：感情豊か，几帳面          | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(物器作り)  | 依存<br>安定   | +    |
| 29 | 神経性食思不振症 | 12   | 女性 | 外向<br>情緒的不動 | 父親：内気，短気，アルコール依存症<br>母親：感情豊か，几帳面，干渉的   | 箱庭 → 描画(課題画) → 描画(きつかけ法)   | 依存<br>安定   | +    |
| 30 | 神経性食思不振症 | 15   | 女性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：温和，社交的<br>母親：感情豊か，几帳面，干渉的           | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 描画(Squiggle法)   | 依存<br>不安定  | +    |
| 31 | 神経性食思不振症 | 15   | 女性 | 外向<br>情緒的不動 | 実父：離婚，継父：温和，非社交的<br>母親：感情豊か，敏感，几帳面，干渉的 | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 遊戯(サッカーゲーム)   | 依存<br>安定   | +    |
| 32 | 神経性食思不振症 | 16   | 女性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：温和，几帳面<br>母親：敏感，几帳面，干渉的             | 折紙 → 描画(Squiggle法) → 造形(模型)  | 依存<br>不安定  | -    |
| 33 | 神経性食思不振症 | 16   | 女性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：權威的，几帳面<br>母親：敏感，几帳面，支配的            | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 箱庭<br>描画(きつかけ法)   | 依存<br>不安定  | +    |
| 34 | ヒステリー    | 13   | 女性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：離婚<br>母親：感情豊か，敏感，干渉的                | 箱庭 → 描画(きつかけ法) → 粘土 → 描画(自由画)  | 依存<br>不安定  | +    |
| 35 | ヒステリー    | 13   | 女性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：感情豊か，社交的<br>母親：離婚                   | 箱庭 → 描画(なぐり描き法) → 描画(きつかけ法)  | 非依存<br>不安定 | +    |
| 36 | 情緒障害     | 7    | 男性 | 外向<br>情緒的変動 | 父親：温和，几帳面<br>母親：温和，感情豊か，過保護            | 箱庭 → 遊戯 → 描画(自由画) → 遊戯 → 粘土 → 遊戯   | 依存<br>安定   | +    |
| 37 | 情緒障害     | 10   | 男性 | 内向<br>情緒的変動 | 父親：温和，几帳面<br>母親：敏感，干渉的                 | 箱庭<br>描画(Squiggle法) → 遊戯 → 遊戯(サッカーゲーム)   | 依存<br>安定   | +    |

表5 2類型の臨床的特徴

| 類型     | 単一型   | 複合型   |
|--------|---|---|
| 症例数    | 18  | 19  |
| 平均年齢   | 12.8歳   | 12.1歳   |
| 病前性格   | 内向>外向<br>情緒的不動>情緒的変動  | 内向≒外向<br>情緒的不動<情緒的変動  |
| 家族関係   | 父親：内気，感情閉鎖的，非社交的，家庭内で心理的に無力<br>母親：内気，感情閉鎖的，情緒的交流が乏しい養育  | 父親：温和，几帳面，社交的，仕事熱心，患者との接触は乏しい<br>母親：感情豊か，干渉的，過保護，支配的，一方的な養育 |
| 臨床症状   | 単一あるいは少ない   | 多彩  |
| 言語表現   | 乏しい   | 普通あるいは豊富  |
| 治療関係   | 非依存，安定<br>穏やか，従順<br>対人的引きこもり，回避的<br>治療関係が深まらない  | 依存，不安定<br>柔軟，子どもらしい<br>情動易変性，治療者を試す態度<br>両価的な治療関係           |
| 治療者の態度 | 非侵入的・非暴露的<br>「拒否」することを保証する  | 柔軟性<br>二面性を理解する   |
| 亜型     | 1. 健康な反応 (Healthy Responses )<br>2. 環境反応レベル (Reactive Disorders)<br>3. 神経症レベル (Psychoneurotic Disorders)<br>4. 人格障害レベル (Personality Disorders ) |   |



Inches 1 2 3 4 5 6 7 8  
Centimetres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

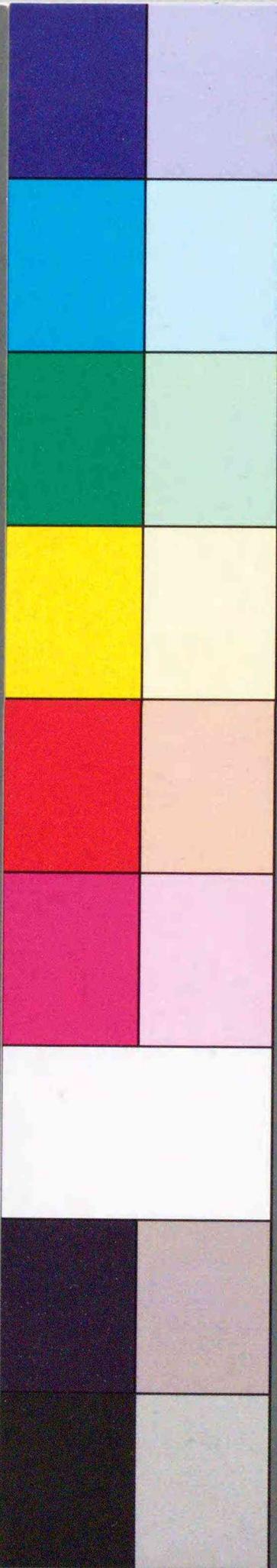
# KODAK Color Control Patches

© The Tiffen Company, 2000

# Kodak

LICENSED PRODUCT

Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black



# Kodak Gray Scale



© Kodak, 2007 TM: Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

