

一緘黙児の治療的变化(1)

— 入所治療における行動分析を通して —

Therapeutic Change of Mutism (1)

安 田 勉

Tsutomu Yasuda

1. 問 題

児童の相談活動の中で、言語談話の欠如した状態にある子供達に出会う。いわゆる無言症または緘黙 (Mutism) と言われる子供達である。緘黙はカナーによれば6つに分類される。すなわち、①小児分裂病、②幼児自閉症、③重度の知的欠陥によるもの、④ろうあ等の身体欠陥によるもの、⑤ヒステリー性のもの、⑥心因性緘黙、である。¹⁾その中で、多く問題とされるのは、心因性緘黙 (Psychogenic mutism) である。心因性緘黙とは、「本来は言語機能を持ちながら、もしこれを用いようとするならば用いられる潜在能力があるにも関わらず言語を用いない状態²⁾であり、「精神的な、または環境による原因でおこる緘黙³⁾である。すなわち、いったん言語を習得した人がなんらかの精神的原因によってしゃべらなくなるものをいい、気質的あるいは身体的原因によるものは含めない。一般的には、緘黙と言えば心因性緘黙をさす。心因性緘黙はその出現場面によって選択緘黙または場面緘黙 (elective mutism) と全緘黙 (total mutism) とに分けられる。選択緘黙は特定の場所・人物に対してのみ選択的に無言となり、全緘黙はあらゆる場面で無言となる。

心因性緘黙についての研究は少なく、特に治療的側面からの研究が少ない。その中で、出現率について見てみると、内山(1960)⁴⁾(1976)⁵⁾は小学校24校(24,245人)の調査結果では0.19%で、女子の出現率が高いことを指摘している。他にいくつかの調査がなされているが、「ほぼ0.2%~0.5%の範囲にあるが、年齢が上昇するに従って症状が消失するケースが増加し、全体としては幼稚園—小学校—中学校と出現率が低下する傾向⁶⁾があり、「同じ学校段階でも、入学当初が最も出現率が高い⁶⁾。男女比では女子が高い傾向が見られる。

次に発生原因及びその心理機制については、内山(1960)⁴⁾は調査から緘黙状態にあると判断される児童に対して、知的能力、身体状況、社会経済的地位、養育態度、交友関係、性別、近親関係における発現、

外傷体験 (traumatic experience) の各項目について調査を行っている。その結果、その心理機制として劣等感及び退避が認められ、さらに、その結実因子として外傷体験が認められること、また、心理機制に参加する諸因子は次の8点であることが明らかになった。それは①知的能力が低い、②身体的障害がある (欠陥ないし虚弱)、③社会的経済的地位が低い、④養育態度が間違っている、⑤交友関係が不振である、⑥女兒に多い(傾向は認められるが未だ断定しがたい)、⑦近親者の幼時に多くみられる、⑧外傷経験を持つ、である。流王(1965)⁷⁾は、心因性無言症の原因として、神経質、内向性、非社会性というような性格的素因を基盤にした分離不安、対人恐怖をあげている。伊藤、石井、伊藤ら(1965)⁸⁾は、全緘黙の一例の中で、社会性の未熟さを指摘している。佐藤、篠原、竜王ら(1967)⁹⁾は緘黙児10ケースの臨床心理学的研究によって、発症時期以前のすでに2~3歳頃に人見知り恥ずかしがり著しく、この頃から人の話しかけに口が聞けないことが多いこと、乳幼児期に特異な神経症性習癖が多く、性格的には非社会性や内向性が目立つこと、近親者に緘黙や寡黙者が多いこと、性格的諸特性としては、神経質、几帳面、非社会性、小心、恐怖心等が認められるが、反面、拒絶、負けず嫌い、いじわる等もあり、治療後は攻撃的行動が目立つことを指摘している。羽賀、岩本ら(1967)¹⁰⁾は、全緘黙児の一例を通して、幼時期よりの強い内閉傾向を指摘している。東島、藤掛ら(1967)¹¹⁾は、場面緘黙の一つとしての学校緘黙児と登校拒否児の比較から緘黙児の発生原因と心理機制を研究し、父、同胞に同傾向が認められること、家族力動としては、緘黙児の両親の双方または一方に養子が多く、家庭の実権が祖母に握られ、発言権がないこと、主たる養育者は、祖母で症児に対して固着的、過保護的であることを、発生の時期がほとんどが幼稚園時代であることを明らかにしている。藤掛、吉田、訓覇ら(1968)¹²⁾は、中心的な心理機制として逃避と拒否の複合したものを指摘している。園田、福島ら(1969)¹³⁾

は、幼時期に発症していること。家庭での実権が父母になかったことを指摘している。

また、山本(1986)¹⁴⁾(1988)¹⁵⁾は過去に緘黙体験のあった一女性に対する面接を通して、緘黙の発生原因、心理機制、治療的取り組み等をより詳細に分析している。その中で、言葉をしゃべらないという緘黙が問題となるかならないかは大人の側の価値観、児童観、教育観によること、発症は幼時期もしくは小学校低学年の比較的早期に発生していること、幼時期に心的外傷体験が多く、甘えるとか共感・共鳴とするとかのすなわち人間が人間になり得るまなざしを浴びること少なく、心理的防衛機制を強く身につけさせたこと、誘因として、親の養育態度が作用していること、性格傾向、行動特徴として、消極的で内気、不安や恐怖心が強く新しいことになじみにくい、引っ込み思案で劣等観が強い等、一般的な緘黙児の特徴と一致していることを明らかにしている。そしてさらに、他者の関わりの不適切さが緘黙状況を長期化させたことを指摘している。そして、緘黙症の本質的定義は、意志的、選択的に「口をきかない、話さない、ものを言わない、声を出さない、しゃべらない」のではなく、ある特定の場所、ある特定の人との対面的場面においては不安、緊張度が異常に高まり、それは生理的・肉体的次元にまでくいこんでしまい、したがって答えようにも、「口がきけない、話せない、ものが言えない、声を出せない、しゃべれない」状態であることを明らかにし、従ってその治療的働きかけとしては、貝を開けるごとく話をすることを直接的に要求するのではなく、その子自身が多様な生活経験を通して自我の狭い自閉的空間をおしひろげ社会的幼若性を克服して話せないといった「壁」を自ら乗り越えようとする意志と勇気とそれを生み出す自信が高められるような環境作り、働きかけが必要になることを明らかにしている。

以上の諸研究から明らかなように、緘黙症の発生原因、心理機制としては、まず第一に、家族力動が大きく作用していることが考えられる。特に、家庭内において、祖父母等が実権を持つことによって、生まれた段階から両親の養育上の力が適切に働かない。従って、幼時期という比較的早期から発症している。第二に、適切な養育力が働かないことにより、緘黙児に特徴的な性格特性、行動特徴を形成させてしまう。そして、その結果、特定の場面において極度に緊張し、不安になり、生理的、肉体的次元までくいこみ、話せない状態に至る。

本論では、このような特徴を持つ緘黙児に対して治療的取り組みを行った結果、発声後の変化に興味ある

言語行動変化を観察することができたので、治療的取り組みの経過を報告し、緘黙児の治療構造について考察したい。

2. 症例

症例は11歳男子(小学校6年生)である。不登校及び選択緘黙により児童相談所に一時保護、その後、情緒障害児短期治療施設(以下、情短施設と略す)に入所したケースである(入所時、11歳4カ月)。治療経過良好により中学2年生になった4月に退所している(退所時、13歳4カ月)。入所期間は2年0カ月である。

〈入所までの経過〉

家族構成は両親及び弟の4人家族である。父親は仕事で不在がちなため、母親が家族の中心になっていたが、本児小学1年の時に転居し、その後母親の言動がおかしくなり、近所の人に石を投げる、子供を外に出さないことが多くなった。本児が5年生の時、被害妄想、関係妄想がひどくなり、精神分裂病との診断により入院している。

本児は、学校では全く話をせず(小学1年より)、話しかけてもほとんど反応しない。他児との交流もない。しかし、学校以外では、単語程度の話をする。小学校3年より不登校状態となり5年生ではほとんど登校しなくなっている。本児自身の情緒的問題に加え、上述のような養護性の問題もあり一時保護となり、情短施設への入所となった。

〈心理検査及び所見〉

本児の児童相談所における心理検査及び所見は以下の通りである。WISC知能検査は言葉を話さないので動作性検査のみを行った。動作性IQ=120で知的には問題ない(検査時年齢:11歳4カ月)。

P-Fスタディでは、集団順応度83%で標準よりかなり高い。欲求不満場面での常識的反応はできる。また、全体的にはかなり抑制的で、攻撃的反応は少なく、依存欲求はまったく見られない。母親の病気、父の不在と甘えられない家庭環境が自分の気持ちを抑えさせたのではないかと考えられる。また、相手に遠慮し許容する反応、遵法的な反応も多い。

判定所見としては、知的には問題はないが学力は低い。身体的問題はないが訓練不足のため運動能力が劣る、対人関係の緊張や狭さは幼時期からのものであり根が深い。母との共生関係の中で対人関係、社会性に大きな問題を生じさせてしまっていると記されている。

3. 治療経過

本情短施設における治療的取り組み理念は子供の全生活にわたる生活場面面接¹⁶⁾を中心とした生活治療である。すなわち「診断と治療を一貫して子供の生活に即して行うものである。そのため、生活指導員、生活担当保母、ソーシャルワーカー、セラピストがチームを組、起床に始まり、食事・登校・下校後の余暇生活・学習・入浴・就寝に至る生活の場面場面において、子供が表す問題をスタッフとの対人関係において行くのである」¹⁷⁾このような治療理念のもとに働きかけがなされた。そこでは、少人数の寮での生活が中心となっている(子供6～7名と職員で構成されている)。

取り組みから三期に分け、行動記録から経過を報告することにする。

(1) 第I期(1983年4月～1984年3月)

この時期は入所し、施設のある学区の小学校に通いながら、緘黙の解決のための取り組みを行った時期である。

入所当初は、質問に対してうなずき、単語で答えるという状況である。また指しゃぶりやジャンパーを離さないということが見られる。取り組みとしては、(1)まず、職員との一緒に行動を増やすこと、例えば、食事の手伝いをしてもらったりサッカー等のスポーツを行うこと、(2)そして、話すことは強要するのではなく、話せる状況を作ること、例えば、一緒に「いただきます」や「ごちそうさま」すること、(3)できることを増やして自信をつけるということを目指した。一緒に行動することは順調に増えて行ったが、発語に関しては、しばらくして話さないことが多くなっていく(4.19)。そこで、すぐに話せるように支持をした。すぐ自分から職員「おはよう」と挨拶することが見られ(4.21)、さらにそれが子供達へと広がって行った(4.25)。挨拶対象が広がると、他児とのふざけが見られしかも過剰になることが見られた(4.25)。一方、学校では、話せない、みんなと一緒に食べれない、体育で体育着に着替えれないということが続いていた。しかも、体育祭、修学旅行が近々あるということで本児にとって葛藤の大きな原因となっていた。それは、「登校するが、隠れていて学校へ行かない」とか過剰に他児にチョッカイを出す、一人ではしゃいだり、踊りを踊ったりするといった形の過剰行動が現れてきた。そこで、職員は本児と一緒に動くことを多くすることで支持すると同時に、いかに問題を解決するかということでは話合いを続けた。そして、職員に対しての自発的に言葉をかけて来るようになってきた。実際に、体

育祭、修学旅行を体験し課題を解決したことによって、多弁、荒い言葉を多く使うといった過剰言語が見られるようになってきた。この時には、施設内の誰にでも話ができるようになってきている(5.25)。

その後、夏休み前までは過剰言語、過剰行動が多く見られた。しかもそれは多弁多動という形で過剰言語と過剰行動が同時に見られるようになった。この段階で、施設内では緘黙状況は解決されている(7.16)。学校では、笑顔が多くなり、友達と追いかけてもできるようになっている。夏休み中、家に10日ほど帰省した。家では、よく話ができ、明るくなったとの父親の評価があった。また施設に戻ってからの自己評価として「自分は変わった。自分の考えてきたことも職員に喋れるようになった。人と接触できるようになった」と述べている。

二学期に入ってからは、夏の帰省でうまく生活することができたこともあって、帰省の要求が多くなってきた。そこで、本児との話合いを持った。そこでは、家庭復帰と絡めながら、現在の問題、課題が明らかにされ、一時帰省を増やすことが確認された(9.19)。父親も「本児が家に向いてくれて嬉しい。時間をかけてやって行きたい」と了承する(9.25)。課題としては、学校での問題、すなわち一緒に食べることをすることである。

その後、しばらく落ち着いた生活を続ける。学校での状態は依然と変わらない。その間、相手の意志を無視した形で喋りまくるという過剰言語が見られ、この段階で「集団の中でゆっくり喋ること」を目標にする。学校でのことに関して「食べることより、話すことがやりやすい」と述べ、取り組みもうとしている姿勢が見られた。課題が自分のものになったのか、葛藤し始め、施設内で急に大声を挙げたり、大声を挙げながら粗暴の振舞うことが見られるようになった(11.3)。

学校で話すこと、みんなと食べることが解決される2月末まで、過剰言語、過剰行動がやや多く見られた。学校では、縦割集団指導で年下の子供と話すということがあり(11.9)、友達と一緒にいることが増えていた。三学期になり、最初別室で食べ(1.20)、宿泊で行うスキー教室でみんなと一緒に食べれたことを契機に学校でもみんなと一緒に食べれるようになった。会話については、友人との間では話せず、教師と本児との間で、3月における課題とし、ようやく友達(男子)と教師と話ができた(3.5)。卒業式では挨拶もでき、施設内の卒業を祝う会でも送辞を述べている。

(2) 第II期 (1984年4月～1984年8月)

この時期は中学校に入学し、施設のある学校区の中
 学校に通いながら原籍校での第1回試験登校を試みた
 時期である。

中学入学後、積極的行動、施設内での他児からの過
 剰行動に対してうまく交わすことが見られ、学校では、
 友達と喋ることは多くはないが続いている。5月に入
 って、帰省から戻った後に、多弁、乱暴な言葉が見ら
 れた。

6月に入って原籍校への試験登校の話ができるが、「学
 校ではまだ話ができない」と本児の自己評価は低い。
 その後、試験登校について話し合うが、したい気持ち
 としたくない気持ちが半々であり葛藤状態にあること
 を示す。試験登校に向けて、通学校での努力を行うこ
 とにする(6.19)。

7月に入り、原籍校で2週間の試験登校を行う。そ
 の中では、みんな自分のことを知っているため仲間外
 れるだろうという思いは周囲が好意的に接触してくれ
 たことにより払拭され、一緒に遊ぶことも見られた。
 全時間出席した日数は4日のみで、腹痛訴え保健室に
 行くことが多かった。また、話しはできず、聞かれた
 ことになづく状況であった。話したいが話せないとい
 う葛藤は解決できなかった。その後、夏休みになり
 2週間の一時的帰省を行った。一時的帰省から戻った後、
 2日程、口数が少なかった。

(3) 第III期 (1984年8月～1985年4月)

この時期は、二学期に入ってから原籍校復帰に向け
 て取り組みを行った時期である。

二学期に入り、学校では教師やクラブ活動の先輩と
 話ができがクラスの人達とは話せないという。話す
 ということが辛くなり、「なぜ言わなきゃならないん
 だ」というような、うまくできない自分に対しての葛
 藤が見られた(9.1)。その後、過剰行動は見られない
 が、言葉の粗さ、多弁等の過剰言語が見られるよう
 になった。これは、上述した学校でのこと、さらに今ま
 での一時的帰省でいなかった母親が退院して来ること
 に対する不安が考えられる。10月に入り、本児を含めた
 グループカウンセリングを開始する。

学校から、「声を出してやっているがまだ少ない。し
 かし、学校内での緊張は見られない」という報告を受
 ける(11.12)。12月に入り安定した生活が見られたが、
 荒い言葉や猥語もあった。冬休みの一時的帰省では、両
 親とよく話したとのことであった。

三学期に入り、学校での会話量はまだ増えていない。
 多弁になることはまだあるが、行動的安定が見られる。

新学期を迎え、第2回目の試験登校を行なった。そ
 の間の家族の様子、学校での様子からそのまま原籍校
 に通学することになり、退所となった。

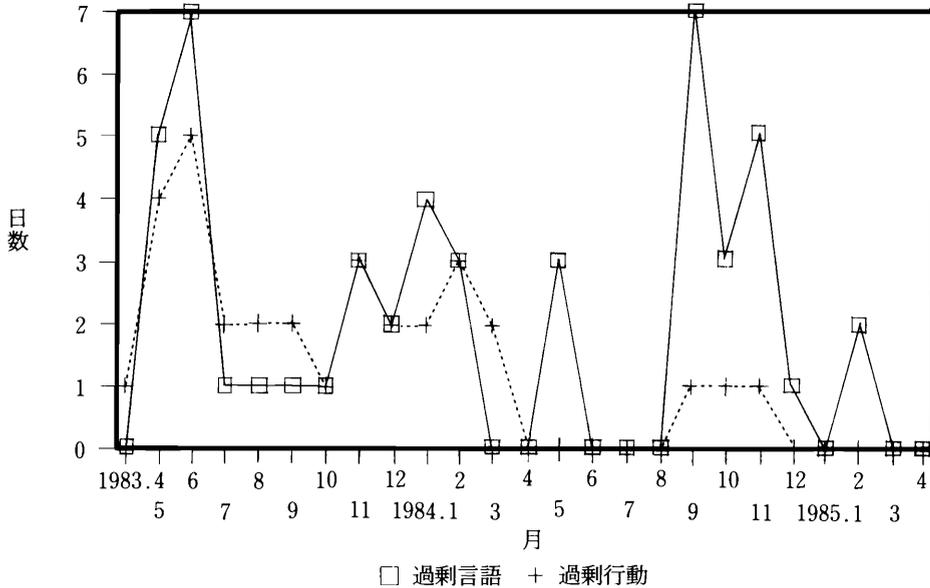
4. 考 察

(1) 言語変化のついて

発語対象は、施設内では、入所当初、誰に対しても
 うなづきや単語によって反応するという状況であった
 が、その後減少した。職員の支持によって職員に対す
 る自発語が見られ子供達へと広がって行っている。そ
 の場合、1対1の場面から集団場面へと広がっている。
 学校においても教師との関わりから友達へと同様の広
 がりを見せている。職員や教師の関わり、支持が重要
 であることを物語っている。

発語場面は寮内から施設そして学校へと広がってい
 る。この広がりを支えるのはやはり職員や教師の関
 わりや周りの大人の協力関係である。また発語場面と
 発語対象との関係では、1対1の場合、話せない対象
 とはどこでも話せず、話せる対象とはどこでも話
 せる。また集団場面では、話せない対象がいるかど
 うかということが大きく関わっており、発語対象の方が
 重要であると言える。

次に、発語対象の増加、会話量の増加にともなって、
 相手の意向を無視して喋りまくるとか大声を上げる、
 また乱暴な言葉、攻撃的言語(例：くそー！、うるせ
 ー！、このー！など)など状況に合わない「過剰言語」
 が見られた。各月毎の過剰言語の出現日数は図-1の
 通りである。過剰言語の出現は主に学校で葛藤が起
 きた時、家庭への一時的帰省から戻って気分が高揚して
 いる時に見られた。これはあたかも今までの無言を取り
 戻しているかのようなものである。また、このような過剰
 言語は様々な場面での経験学習を通して「どの様に話
 したらよいのか」「どの様な言葉を使えばよいのか」等
 を学ぶ中で減少して行く。話せるようになることとう
 まく話すことは別のようなものである。



図一 1 月別過剰言語および過剰行動

(2) 行動変化について

行動の活性化は言語に先立つ形で見られた。そして、活性化と共に発語対象の増加、会話量の増加が見られるようになった。また、過剰言語に先立って、動き回る、行動のコントロールができない、攻撃的行動といった「過剰活動」が見られた。その後の変化を見てみると、過剰言語を引き出す契機となっており、発語の過程には、この過剰行動が重要な役割を果たしていると考えられる。従って、状況に合わないからといって止めてしまうことは発語そのものを止めてしまうことになってしまうのではないかと考えられる。また前述した過剰言語に対しても同様のことが言える。

言葉を必要としない共同行動的関わりによって、行動の活性化、共感性が生まれ、自分でもできそうだという肯定的自己イメージが生まれている。そして、自己評価が高まることによって、発語および会話量の増加へと進んでいる。最初の関わりとして、言葉を必要としない共同行動的関わりが重要である。なお、各月毎の過剰行動の表出日数は図一1の通りである。

(3) 言語と行動との関わりについて

行動および言語の変化を見てみると次のような変化があるが見い出された。すなわち、行動の活性化→発語対象の増加→会話量の増加→過剰行動出現→過剰言語の出現→過剰言語及び行動の同時出現→過剰行動の消退→過剰言語の消退→会話の安定化という変化である。

行動が言葉に先行し、行動に引きずられるように発語の増加、会話量の増加が見られた。また、過剰行動と過剰言語は他者から見ると奇異に映るが、自己評価との関わりで見ると自己評価を高めることに寄与していると考えられる。

この変化には藤掛、吉田、訓覇¹⁸⁾が行った遊戯治療過程における表一1のような変化と同様の傾向が見られる。

表一 1 心因性無言症児の遊戯治療過程 (藤掛、吉田、訓覇)

- 第I段階
受動的、寡動、自発性欠如、抑うつ性、カタレプシ-緘黙。
- 第II段階 (イソミタール面接、麻酔分析)
過活動、運動暴発、攻撃的感情の爆発的表出、奇声様発声、間接的表現。
- 第III段階 (催眠面接、暗示面接)
攻撃的言語、猥語による抑圧感情、原始衝動の表出、過活動の消退。
- 第IV段階
行動の安定化、治療場面での言語使用が可能、ラポールの深化。
- 第V段階
Playの内容に社会性を帯びる。治療場面での社会的対話が可能。
- 第VI段階 (脱感作、条件づけ)
行動空間をPlay-roomから外の世界へ拡大、社会的場面での行動化、言語使用の試み。

○第Ⅶ段階

自我の拡大, 再統合, 成長発展。

(4) 家族力動について

本児の変化を支えたのは施設での働きかけと同時に家族の支持が重要な意味をもったように思える。特に、父親との関わりが重要であった。本児の変化を認め、喜び、親としてできることを時間をかけてしていきたいと述べている。そのことが家庭への週末帰省を増やすことにつながり、一時帰省における家庭での生活が施設での生活を支えるというような良循環を生んでいる。

(5) 治療方略について

本児に対する治療的取り組みは、今までの研究成果から、次のような治療方針を基に行った。すなわち、(1)発語までは直接的に話すことを要求するのではなく、話せるような、また話したくなるような環境を作ること、(2)一緒に行動することによって共感性をつくり、増すこと、(3)できることを増やし自信をつけることの3点である。また、発語が見られた後は、この3点を基本にしなが、生じた葛藤の言語化の促進、葛藤の克服のための支持をその都度行った。また、施設外では(1)本児の緘黙場面である学校との話し合い、協力を行うこと、(2)家族との協力関係をつくることに力を注いだ。

このような働きかけの中で、上述のような言語および行動変化が見られたわけであるが、入所時の問題であった学校場面での緘黙の解決のためには、とりわけ学校、特に教師の関わりが重要であるように思える。山本が「硬直をきたす緊張をさけ、どんな小さなことでもいいから、その子の美点の狩人になって、その美点を発見したら、それこそ大声でほめたたえ、だきあげてやって、その子が自分に少しでも『自信』をもてるような状況を教師の全力量、全人格をかたむけて創造・創出していくこと。これが緘黙脱出の鍵である」¹⁹⁾と述べていることはまさのその通りである。

そして、家庭、学校、施設間の協力関係、本児の支援体制ができた時、本児の本質的な問題の解決に向かったように思える。

5. まとめ

一緘黙児に対して生活治療を理念とする入所治療を行った結果、以下のことが明らかになった。

(1) 発語対象の増加、会話量の増加には、それに先だって行動の活発化が見られた。従って緘黙児の治療に

当たっては、活動性を増すような取り組み、とりわけ共同行動による共感性、肯定的自己イメージの形成が重要になる。

(2) 発語対象の増加、会話量の増加にともなって、過剰行動、過剰言語が見られる。状況にあった会話行動を形成するため、また自己評価を高める上からもこのことが必要であり、出現を保障する必要がある。

(3) 過剰行動と過剰言語との関係では、過剰行動が先に出現し、過剰言語を促し、過剰行動の消退、行動の安定化の後に過剰言語が消退する。

(4) 緘黙状況からの回復には家庭、学校(教師)、施設間の協力・支援体制が重要な役割を果たす。

引用文献・参考文献

- 1) L・カナー、黒丸正四郎、牧田清志訳「児童精神医学」、医学書院、1964
- 2) 牧田清志「児童精神医学」、岩崎学術出版社、1977
- 3) 十亀史郎、内山喜久雄監修「講座情緒障害児3—児閉症児・緘黙児」、黎明書房、1978
- 4) 内山喜久雄「緘黙の形成要因ならびに心理機制について」『児童精神医学とその近接領域』Vol. 1, No. 1, 1960
- 5) 内山喜久雄「問題児臨床心理学」金子書房、1976
- 6) 内山喜久雄監修「児童臨床心理学辞典」、岩崎学術出版社、1987、P 117~118
- 7) 竜王治郎「心因性無言症児の研究」『臨床心理』第4巻、2号、1965、P 38~44
- 8) 伊藤克彦、石井高明、伊藤忍「全緘黙症(totaler Mutismus)の一例」『児童精神医学とその近接領域』Vol. 6, No. 1, 1965
- 9) 佐藤修策、篠原清彦、流王治郎「緘黙児の臨床的研究」『児童精神医学とその近接領域』Vol. 8, No. 1, 1967
- 10) 羽賀比登志、岩本信一「全緘黙症児の一例」『児童精神医学とその近接領域』Vol. 8, No. 1, 1967
- 11) 東島考輔、藤掛永良「学校緘黙児と登校拒否児の発生機制について」『児童精神医学とその近接領域』Vol. 8, No. 1, 1967
- 12) 藤掛永良、吉田猛、訓彌秋麿「心因性無言症児の臨床心理学的研究」、日本臨床心理学会編『臨床心理学の進歩—1968年版』、誠信書房、1968
- 13) 園田順一、福島忠「青年期まで続いた心因性無言症の一例」『臨床心理学研究』8巻2号、1969、P 94~99
- 14) 岩手大学「障害」児研究室編「緘黙症・いじめ—正子の場合—」、1986
- 15) 山本実「『緘黙』への挑戦」岩手大学・山本実研究室、1988
- 16) 窪田暁子「施設治療」水島恵一、村瀬孝雄編集『心理療法—臨床心理学講座第3巻』誠信書房、1976、P 211~219
F. Redl は極度に攻撃的な子供達の収容治療の中で生活場面面接の重要性を述べている。その特色は現実的な、日常生活の場面のもっている治療的意義を積極的にとり出し、それを長期の治療計画の中で活用しようとする姿勢にある。子供の自我のもっている行動の統制の機能を必要な支持を与えることによって強化しようとするものである。外的な環境条件、様々な集団活動、具体的な日常行動の効果的な取扱い、生活上の主要な問題に対するとりあつかい方、を通して強力な支持を与え、このような外的なコントロール

- が内的コントロール（自我の強化）につながることを目標としている。 18) 前掲書(12), P186
- 17) 西沢哲, 安田勉, 玉井邦夫「情緒障害児の収容治療の効果測定—ロールシャッハ・テストを中心に」『ロールシャッハ研究 XXVI』, 金子書房, 1984, P69 19) 前掲書(15), P319