

家庭環境に関する発達心理学的研究

網野 武博*, 石井 哲夫*, 権平 俊子*, 望月 武子*
山本 清恵*, 神田 久男*, 吉川 政夫*, 稗田 涼子*
加藤 博仁*, 湯川 礼子*, 千賀 悠子*, 野田 幸江*
石橋 悦子***, 栃尾 勲**, 山本 保**, 柏女 霊峰**

要約：①事例分析による――情緒障害の発生要因を把握するために、その治療過程における母親の面接から、家族構造上の問題等を類型化し、それによって有効な治療対応を考えていく。②調査による――パーソナリティの健康を表わす8領域を設定し、幼稚園児を対象に担任及び母親の評定を基に、環境の影響を検討した結果全ての領域に互って、共に高い健康性を示している。

見出し語：情緒障害の発生要因、 家族環境、 パーソナリティの健康

1. 事例分析に基づく情緒障害の発生過程と 家族治療

1. 目的

情緒障害の発生要因の把握と改善を考える場合、その家族全体の構造や機能を視野に置く必要があることはいうまでもない。そのための基本的な治療形態が親と子の並行治療ということになる。とりわけ親面接（親治療）においては、子どもの治療のための援助と親自身の問題の解決という両面が治療目標とされるわけであるが、現実的にはこの両者を統合した治療はそれほど容易ではなく、またそ

のための治療技法の論理的な解明もあまりなされていない。

昨年度、我々は子どもの情緒発達を阻害する要因を解明するために、核家族と三世代家族を対象に家庭養育機能を検討したが、いずれの家族形態においても、やはり“家庭内における母親の役割の確立”がポイントとなることが明らかになった。これはすなわち、母親面接の展開の在り様が、子どもの問題解決にとって想像以上に重要な要因となっていることを意味する。したがって本研究では、子どもの情緒障害の改善を困難にしていると考

*日本総合愛育研究所 **厚生省児童家庭局 ***社会福祉法人嬉泉

えられる親面接の事例、即ち母親面接として困難度が高いと判断される事例を中心に引き上げ、治療上問題となる諸要因を分析することにより、いかなる治療的アプローチが子どもの情緒障害の改善を促し、家族のダイナミックな構造や機能を回復させるかについて検討することを目的とする。

2. 方法

愛育相談所では年間の延べ相談件数はおよそ 800 事例である。その中で親と子の並行治療が実施された事例から、治療がうまく展開されず、さまざまな困難や問題点が浮き彫りとなった事例を対象とし、ケース・カンファレンスでの討議をも参考にその治療過程を丹念に分析することで、有効な治療的対応について検討を加えた。

3. 対象事例の類型化

対象となった事例の分析から、その問題の所在により概ねつぎのような類型化が可能となった。

(A) 治療構造設定上の問題

A-1 : 家族の他の成員（主に親）が子どもの問題に無関心な場合。

教師や保母など周囲に促されて相談に来所する場合が多いため、親の治療への動機づけが稀薄で、治療構造が明確に設定されないままに治療が開始され、推移することになる。治療者との間で常に治療目標の確認がなされないかぎり、中断となりやすい。

A-2 : 子どもに治療を受ける動機づけがなく、実質上、親とのみ治療的接触が維持される場合。

非行や登校拒否などの事例でよく経験するように、親だけが治療対象とならざるをえない場合がこれに該当する。子どもに関する情報はすべて親の認識に基づくものであり、また、親面接の基本的視点を子どもに置くか親自身に置くかなど、治療の目標やアプローチの設定が難しく、これらは临床上重要な課題となる。

(B) 親の子どもの認識及びパーソナリティの問題。

B-1 : すべての問題は子どもにあるという認識が親に強い場合。

親は自分と子どもとの心的相互関連性を認めようとはせず、できるかぎり切り離しておこうとする。したがって、ただ問題解決のためのアドバイスを求め、子どもの内的葛藤や家族関係の病理などへの洞察は回避される傾向にあるため、治療の展開にかなりの時間を要する。ただし、何かの都合で親のみが来所したようなときこそ、親は初めて自己の内面を実感をこめて語ったりすることがしばしばある。したがって、このような親の態度を単に防衛や合理化とみなしていただだけでは問題の本質の把握は難しく、むしろ治療構造そのものをもう一度検討し直してやる必要がある。

B-2：親が子どもの行動に適切な問題意識をもてない場合。

子どもが不適応を起こしていることは認められても、その行動に対しそれほどの違和感をもたなかったり、その深刻さを十分に認識できないような状況。ときにそれは、子どもの問題が親にとって自我親和的なものになってしまっていることに起因する場合もあるが、子どもが経験している葛藤や不安を親自身も体験しているからこそ現状の吟味が的確になされないている場合もある。それゆえに、親のそうした認識の仕方を慎重な配慮なしに指摘することは、親にとって脅威となり、激しい抵抗や動揺をきたすことにもなりかねない。

B-3：親自身が病理性をかかえているような場合。

神経症症状や精神病症状など、親にかくされた深刻な病理があらわになったとき、当然、医師へのリファーマも必要になる。しかし、状態がそれほどまででなかったり、親がそれを拒否し親面接の継続を希望しているような場合、治療はあくまでも子どもの問題の改善を前提としながらも、かなり複雑な態勢をとりながら展開していくことになる。

4. 事例による検討

各類型ごとに、家族全体の心的相互関係を視野に入れた治療的アプローチについて検討したが、ここではその中から <A-2>と

<B-3>について具体的な事例をあげてさらに考察する。

<A-2：子どもに治療を受ける動機づけがなく、母親との治療が開始された事例>

事例Aの概要：A子（14歳・中2）、幼い頃は対人場面でひどく緊張し、とても無口な子だった。中学生になると気分がムラがみられ、朝、頭が痛いといった理由で週1～2回学校を休むようになる。ある日突然、些細なことを契機にA子は初めて母親（43）を目の前に正座させ「どうせ私はダメな人間だ！」と叫び、「私の気持なんか何もわかってない」と泣きながら責める。その後、ときに雑誌を何十冊も投げつけたりして、夜明けまで問い詰めたりすることが何度となく繰り返される。母親は「あの子の思いがわかるだけに、どうしようもなくうろたえ、ことばを失ってしまいます」と途方にくれる。A子は父親のことを“聞き流す人”ときめつけ、かかわりをもとうとはしない。姉にはライバル意識をもつ反面、あこがれでもいる。

★子どもは思春期にあって不登校や親への暴力が認められたが、本人との面識はないままに母親面接が開始された。母親は、子どもの問題発症を契機にして漠然とした挫折感、焦燥感につき動かされて困惑し、自分の生き方に改めて強い疑問を抱くようになるなど、家庭内にあって母親と子どもが共に情緒的に混

乱した状態にあった。したがって、母親と子どもがライフサイクルのそれぞれの発達段階で経験している心理社会的危機の相互性をも考慮した治療が必要になることが予見された。

初期の段階で、子どもの登校拒否を心配し、うまく対応するための指示を求める思いと、こうした状態に追い込んでしまったという自責の念とが複雑に交差しながらも、母親は自らの複雑な家庭環境や生活史を語る。やがて、当然ながら、母親は内面を直視するにつれその動揺は激しく、深刻な罪の意識や失意を訴え、治療者への強い依存を示すようになる。

このような段階では、治療者は治療構造の変更を考慮せざるを得なくなる。現実には、個人治療としての態勢をとることを考えたし、母親自身もそれを望んだ。しかしこれまでの経緯からすれば、母親面接を個人治療と位置づけて継続することは、母親にとって面接を受ける意味が曖昧になる危険性もあり、十分な慎重さが要求される。治療の過程で母親が「私のこと考えるのが、あの子のためになる

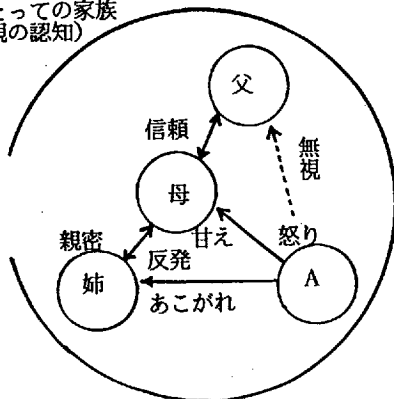
んですね」と洞察することにより初めて、あくまで子ども治療の枠組みの中で母親の内的問題を扱っていくこと、即ち母親としての役割の実現を治療目標とすることを両者の間で確認できた。

この時期、A子は予告なしに突然母親と来所し「母のことでよろしくお願ひします」と照れた。あえてA子との治療場面は設定しなかったが、この出来事により母親面接の位置づけはさらに明確なものとなる。このような子どもの突然の来所にいかに対応するかは、母親面接の展開にとって重要なポイントである。

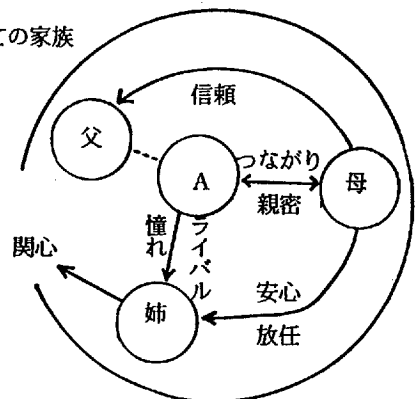
ここで治療は再び母子関係が中心テーマとなり推移する。母親はこれまで無自覚にくり返されてきた親子関係のパターン、つまり自己を不安や葛藤に巻き込むような子どもからのメッセージをなんとかかわそうとしてきた対応に気づき、それを自身の問題として受けとめようとする。ときに動揺しながらも内面を語るが、「子どもの現状を理解し、母親として子どもへのかかわりを考えていく」とい

【図A】

A子にとっての家族
(母親の認知)



母親にとっての家族



う理解があるため、問題の核心に触れることにそれほど抵抗はなく、むしろ自然であった。

さらに母親は、母親の立場で子どもをみるだけでなく、子どもの視野から家族全体をみるという視座をもつことで、二人の家族に対する認知のズレの理解が可能となった。即ち、家族図式投影（図A）の作成・吟味の過程で、子どもの問題と母親が解決すべき内的な課題とは不可分なものであるが、家庭にあって母親としての役割を再認識するとともに、一個人として自信を回復していくことが矛盾なく統合できるようになったのである。

< B-3 : 母親自身が病理性をかかえている事例 >

事例の概要 : B子(6歳). 友達と遊べず孤立・

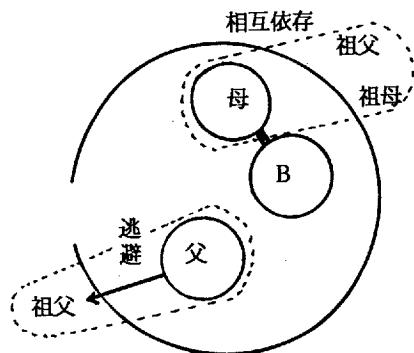
登園拒否。母親(31)は1年ほど前、幼稚園での母親間のトラブルから抑うつ状態を呈し3カ月入院。父親は二人の問題の原因は本人にあるとなじり、協力的ではない。家族は母方の実家に祖父母と同居。不安な時なにかと祖父母に相談する母親に反発するか、父親は独り暮らしの祖父の世話を口実に実家に週3日ほどは泊まってくる。父親の理解のない態度だけでなく、気持ちが沈みがちな時、祖父に優しくはげまされるのも辛いという。今でもときに抑うつになるが、病院にはどうしても行きたくない。

★図Bに示したように、この家族は典型的な“分裂した家族”であり、しかも母親は抑う

つ症状に悩まされていた。したがって治療方針も子どものプレイ・セラピーから家族調整までを包括した働きかけや援助を考慮せざるを得ない。

とりわけ母親面接では、一方では子どもの現実の状態を理解し、どのような対応が必要かについて具体的な場面を例と一緒に考えていくことに力点が置かれた。そして抑うつ的な気分の強い時は、ひたすら母親の訴えに耳を傾けると共に、あまり主婦や母親の役割にこだわらず、できるだけ心身の休養をとるよう勧めるなど、具体的・指示的な生活指導が行われた。これは治療が2つのテーマを内包したまま推移することを意味するが、しだいに母親はその時の状態に応じて話しがてきようになっていく。また、父親と母方の祖父母にもできる限り来所してもらい、抑うつ状態についての理解を求め、接し方についても話し合ったが、住居を実家から少し離れた所に移すといった家族調整は問題の改善に思いのほか効果を発揮した。

【図B】



II 子どものパーソナリティの健康に及ぼす 家庭等の養育環境に関する研究

1 目的

子どもの発達を、パーソナリティの「健康」の視点から捉え直し、今日の家養育環境、学校、施設等における環境が、パーソナリティの健康にいかにかかわりを持ち、いかなる影響を及ぼしているかについて、理論的、実証的に研究する。昨年度においては、子どもの発達と自立の重要な指標となるパーソナリティの健康が環境とどのような関連性を持つかについて検討を加え、パーソナリティの健全な発達とは何か、パーソナリティの健康に寄与する子どもの自我機能について考察した。

本年度においては、そこで示したパーソナリティの健康に関する指標をもとに、幼児期に焦点をあてて調査研究をすすめ、この時期の子どものパーソナリティの健康について、保育者や親がどのようにとらえているかを分析検討した。

2 方法

(1) 調査の名称

「幼児期におけるパーソナリティの健康に関する調査」

(2) 調査の主旨

パーソナリティの健康に関する指標として示した8領域に関する調査項目を設定し、幼児期におけるパーソナリティの健康の特徴及び家庭環境と保育・教育環境における評価の共通点、相違点を分析する。

(3) 調査対象

研究では、家庭、幼稚園、保育所、児童福祉

施設等で養育、保育、教育、養護・治療を受けている幼児とその親、教諭、保母等を調査対象としたが、ここでは、そのうちから、都内の幼稚園児（4～6歳児151名）を保育・教育する教諭及び彼・彼女らを養育する親を調査対象として得られた幼児のパーソナリティの健康に関する評定結果について分析した。

(4) 調査項目

幼児期におけるパーソナリティの健康に関する調査項目は、I安定性、II情性、III客観性、IV意欲性、V知性、VI耐性、VII情愛性、VIII好感性の8領域に関する40項目（8領域×5項目）である。各項目の具体的内容は表1のとおりである。なお、図1～4における各評定結果の表示は、表1の各領域の最初にあげられている項目を①、以下、順に②、③、④、⑤とした。また、各領域の項目①は、その領域の上位項目（その領域を代表する項目）である。

(5) 評定方法と評定結果の表示方法

幼児のパーソナリティの健康の評定は、各項目について5ポイント・スケールを用いた。評定結果は、評定ポイントが高いほど健康度が高く、それが低いほど健康度が低いことを示している。なお、否定的表現の質問項目の評定ポイントについては、回答された評定結果をすべて変換処理して表示する方法をとり、評定ポイントの解釈が肯定的表現の質問項目と同じになるようにした。

3 結果と考察

表1ならびに図1～4から以下の知見が得られた。

1) 各領域を代表する上位項目の評定はそれ

それぞれの平均値が4ポイント前後と高い健康度を示している(図2、4)。これは、評定対象となった幼児の実態をあらわしていると考えられるが、養育者や保育者が幼児をポジティブにとらえる態度をもってかかわっている証拠であるという理解もできよう。

2) しかし、具体的な行動をあらわす下位項目の評定結果間にはかなりのばらつきがみられる(図1、3)。これは、評定者の日頃の行動観察の注意深さを示すものであるといえるが、基本的にはこの年齢の幼児の具体的な事態に対する対処行動や態度の形成・発達の問題としてとらえることができる。

3) 年中児の親(N=75)と年長児の親(N=76)の平均評定値は、上位項目、下位項目ともに近似している(図3、4)。この結果から、幼児のパーソナリティの健康に関する親のとらえ方に一定の傾向が見られるといえよう。具体的には、親はわが子の情愛性や好感性を高く評価し、客観性や知性はほかの領域に比べそれほど高くは評価しない傾向を持っている。4~6歳の発達段階では客観性や知性はまだ発達途上にあるはずであるが、親はわが子に現状以上の能力を期待する傾向があるのではないかと。それが、他の領域に比べそれらの領域を相対的に低く評価する態度につながったのであろう。

4) 幼稚園教諭の場合、親に比べ、各領域の上位項目の平均評定値に違いが見られない(図2)。これは、たくさんの子どもの常に身近に見ている幼稚園教諭は相対的評価を下しやすいため、評定平均値に全体として差がみられない結果となったのではないかと考えられる。

5) 幼稚園教諭と親の平均評定値は、情愛性、

好感性の領域の各項目において高い、つまりそれらの領域の健康度を高く評価している点で一致している。逆に、特に安定性と情性領域において両者間に違いが見られる。幼稚園教諭は、親が評価している高さほどにはそれらの領域を高くは評価していない。これは、幼稚園という同年齢の集団生活の場では、幼児の情緒の安定性が乱されたり、自由な感情表現が抑制されたりすることが家庭生活の場比べて多いためであろう。

以上のように、幼児のパーソナリティの健康に関する親の評価には一定の傾向が見られた。また、子どもと接する場面や役割を異にする幼稚園教諭と親が示した幼児のパーソナリティの健康に関する評価についても、一部にズレがみられはしたが、多くの部分において共通点が見られた。

これらの知見は、幼児期における子どものパーソナリティの健康の表われ方には生活圏(環境)や評価者の違いを越えた基本的なパターンがあることを示唆しているといえよう。本報告では全体的な傾向に関して触れたが、これらの資料について、個別的な分析も含め今後さらに詳細な検討を加えていきたい。

表1 領域別項目群別幼児のパーソナリティの健康判定 (幼稚園收録による)

領域	領域別項目群	平均	評 価 点 別 頻 数					No
			1	2	3	4	5	
I	<安定性> : 気分が安定しており、機嫌がよい。 明るく、おほかたで楽しそうにしている。 誰に対しても、あまり好き嫌いがなく、話したり遊んだりする。 嫌なことを頼まれると、すぐ怒ったり泣いたりする。 ゲームに負けたりすると、怒ったり泣いたりする。	4.09		4	22	82	43	151
		3.85	4	11	28	69	39	151
		3.52	1	23	17	66	44	151
		4.15	7	17	11	27	89	151
		4.27	2	20	7	28	94	151
II	<情性> : 快活で、感情の表現が豊かである。 この子がいると周囲が明るくなり、なごやかになる。 先生や親が本を読んでもあげる時など、主人公と一緒に喜んだり心配したりする。 面白いこと、また嫌なことに對して、表情に出さない。 きれいなものを見たり、感動的なことに出会っても、それを言葉や表情に出さない。	3.89		7	38	71	35	151
		3.75		8	51	63	29	151
		3.98	3	5	35	57	51	151
		3.66	4	22	36	48	41	151
3.75	4	29	16	38	61	148		
III	<客観性> : ものごとを柔軟に、客観的にとらえることができる。 友達や先生の気持ちをなごませるようなユーモアを言う。 自分のしたことや考えが正しいか、間違っているかを自分で判断できる。 自己主張が強く、友達や先生の言うことに耳を傾けようとしぬい。 ルールを守って遊んだり、行動したりしない。	3.81		4	37	34	26	101
		3.19	7	25	65	35	16	148
		3.78	3	7	52	47	42	151
		4.27	1	12	14	42	82	151
4.50	1	8	12	23	107	151		
IV	<意欲性> : 活発で、意欲的である。 新しい遊びや初めてのことに好奇心を示し、積極的に取り組む。 遊び始めると、夢中になって、長寝をする。 自分では、やりたいことをすすんで探そうとしぬい。 役割を頼まれても、受けるのを嫌がる。	3.89		7	44	58	42	151
		3.74	1	21	37	50	42	151
		4.10	1	6	23	68	53	151
		3.89	1	18	26	58	48	151
4.64	1	3	4	34	109	151		
V	<知性> : 自分の能力がよく発揮されている。 お絵描き、製作、運動などの時、褒められたり励まされると、より良いものができる。 周囲の人に注目されたり、感心させるようなことをする。 困ったり、緊張したり、不愉快なことがあると、いつもなら出来ることでもまじめと出来ない。 出来ないことがあると、すぐ投げやりになってしまう。	3.88		2	46	70	33	151
		4.21		2	18	78	53	151
		2.62	33	26	62	25	5	151
		3.06	7	51	38	36	19	151
3.79	3	23	32	38	55	151		
VI	<耐性> : 困難なことにも耐えることができる。 困ったことや、嫌なことがあっても、すぐには人に頼らない。 欲しいおもちゃや、おやつを次の約束の機会まで我慢して待つことができる。 転んだり、少しの怪我をしても、すぐ泣く。 ちょっとしたことでも、すぐ友達にけんかをしかける。	3.78	2	10	47	52	40	151
		3.26	3	39	44	45	20	151
		4.37	4	4	9	49	85	151
		4.16	4	21	11	26	89	151
4.52	3	8	8	20	112	151		
VII	<情愛性> : 他人を思いやり、うまくつき合っている。 小さい子や弱い子に優しく面倒をみる。 友達と、互いに主張したり、妥協したりしながら遊ぶ。 他の子が困っていても、すすんで手助けしようとしぬい。 人に迷惑をかけても、あやまらない。	4.03		8	32	58	52	151
		4.28		4	20	57	70	151
		3.93	2	8	23	84	34	151
		4.30		7	20	45	79	151
4.62		8	7	19	117	151		
VIII	<好感性> : 人に好かれる。 他の子から遊びによく誘われるなど、人気者である。 子どもだけでなく、大人からも好かれる。 他の子に話しかけても、相手にされなかったり、仲間はずれにされる。 何となくかわいげがない。	4.11		1	36	59	55	151
		3.74		10	41	58	42	151
		4.04			17	38	20	75
		4.45		6	14	37	94	151
4.43		3	9	16	47	75		

I～VIIIの各領域の項目は、第1行目が上位項目であり、第2～5行目が下位項目(各4項目)である。

平均は、評価点1～5の重みづけをして算出したものである。否定的表現の項目は、評価点が5～1へと逆になる。

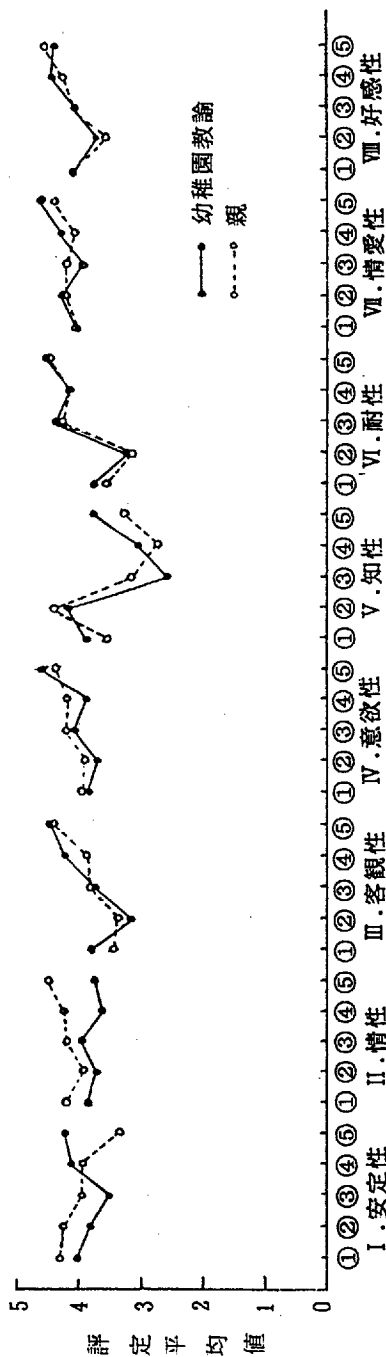


図1 幼稚園教諭と親それぞれによる幼稚園児の15-項目の健康に関する評定結果 (その1)

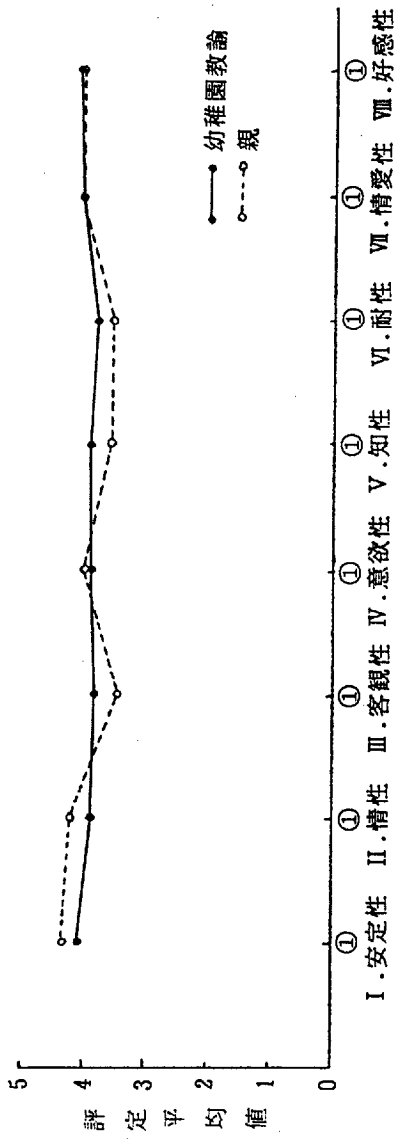


図2 幼稚園教諭と親それぞれによる幼稚園児の15-項目の健康に関する評定結果 (その2)

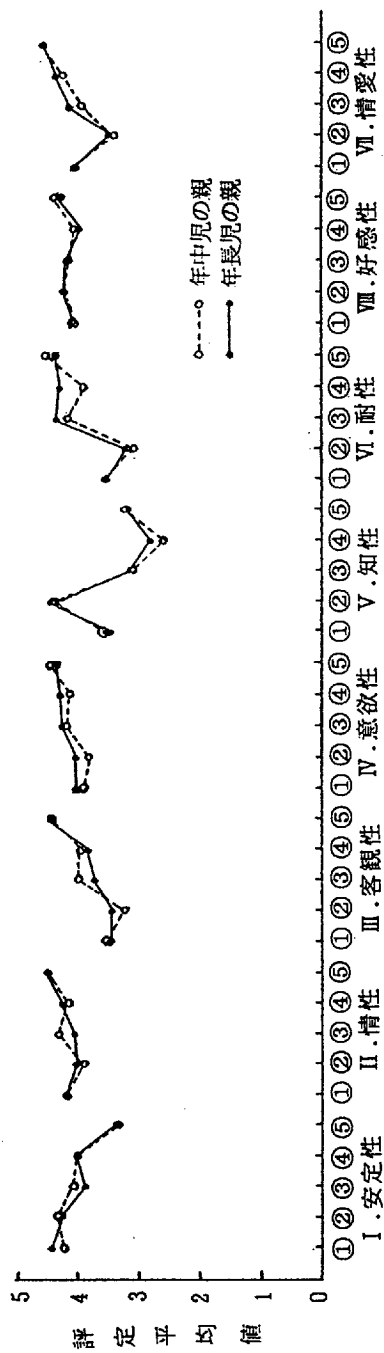


図3 年中児・年長児それぞれの親による幼稚園児の15-ツグリの健康に関する評定結果 (その1)

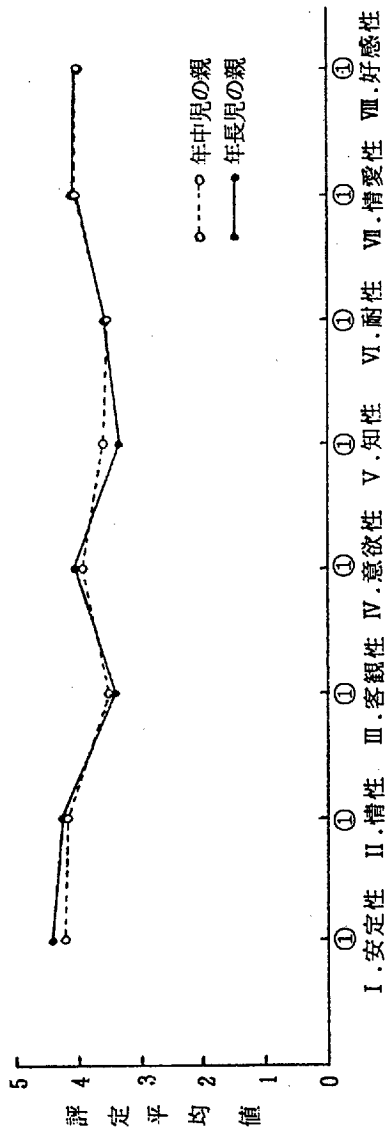
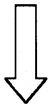


図4 年中児・年長児それぞれの親による幼稚園児の15-ツグリの健康に関する評定結果 (その2)



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約： 事例分析による - - 情緒障害の発生要因を把握するために、その治療過程における母親の面接から、家族構造上の問題等を類型化し、それによって有効な治療対応を考えていく。 調査による - - パーソナリティの健康を表わす8領域を設定し、幼稚園児を対象に担任及び母親の評定を基に、環境的影響を検討した結果全ての領域に互って、共に高い健康性を示している。