

民間相談機関における臨床技術について（その7）

— 就園前障害幼児の指導技術を通して —

～図式によるケース研究法～

家庭生活研究会 水 島 恵 一（文教大学）
宮 崎 徳 子
村 瀬 和 子
大久保 明 子

I 図式的ケース研究の理論

本論は前回以来報告してきた「図式的投影法」の理論図式的側面を用い、それによって臨床ケース研究の構造的な理解とその共有性を高める工夫をするものである。第I部では一般論としての図式的ケース研究法の理論的検討と方法論の確立を目指し、第II部でそれを実際のケース研究に適用した結果を紹介する。

1. 図式的ケース研究の基礎理論

ケース研究は、総合人間科学的立場に立ち重要な要因を見失うことなく、またその要因間の因果関係や構造連関をふまえて、さらに全体の構造を把握し、しかも以上のような科学的体系によってはとらえきれない具体的な現象的なニュアンスをもとらえることを必要としている。しかし従来のケース研究は、以上のような統合が十分になされていないうらみがある。多くのケース研究は臨床家の直観に頼って全体的・具体的記述と理解を行っているが、その客観性の保障がなされにくい。従って別の臨床家が行えばかなり異なった記述と理解がなされる（ここで複数の臨床家によるチェック方法は後述する）。この段階では、ケースの記述も理解も十分な共有性をもたないといわなければならない。はなはだしくは、極めて恣意的な記述と理解までがまかり通ってしまうことになる。

これに対して客観テストをはじめ操作的に洗練された方法を用いようとする場合、確かに要素や部分構造ないしある側面からの構造把握は客観的になされる。典型的には、操作的人格テストによってパーソナリティのある側面を客観的に測定することができる。これに環境の客観的調査をも加えることにより、かなり客観的に納得のいくケース記述をすることができるであろう。しかしそれは客観テスト・調査が拾い上げている要因についての

みであり、ケースの全体像、特に具体的ニュアンスの把握には至り得ない。ここで往々にして、考察の段階で一挙に独断が支配してしまう場合が多い。

以上のような直観的全体的具体的理解と操作科学的客観性とのジレンマに対して、我々は多くの場合できるだけ操作的に規定できる概念や手続きを取り入れながら、最終的には直観的理解を用いている。一般に要素・部分構造ないしある限定された側面からみた構造に関しては操作的にアプローチがなされやすいのに対して、より全体的構造連関から具体的な個別的ニュアンスに至るほど直観的理解に頼らざるを得なくなる。ここでまさに要素的・構造的・現象的アプローチの3つの相が相補なうこと、すなわち重要要素によって構造の骨格がより正確に描き出され、その骨格の上に現象的ニュアンスの肉づけがなされていくということをふまえたケース研究法の確立が必要になる。それは操作的に得られた要素や部分を（全体的理解によって）適切かつ有効に位置づけるということであり、他方では現象的理解の陥りやすい恣意性を要素や部分によってチェックする道でもある。

以上のような相補性に着眼する場合にも、いくつかの異なった方法がとられる。直観的全体的理解を中心とする場合、前述したように複数の観察者による記述・理解の一致度の確認や討議を経て、相互の修正がなされることにより漸次共有性が高められていく。一方操作的方法から出発すれば、明確な部分から漸次より全体的全面的見方へと進み、その上に働く直観をできるだけ共有しやすいものに初めからしていくという道がとられる。これら両極の方式もそれなりに今後方法論として煮詰めていく必要があるが、ここでは比較的単純化された全体構造*の骨組から出発し、一方ではその主要素を操作的に明確化し、他方では現象的ニュアンスの肉づけをしていくという道を紹介する。それが潜在的には最も多くの臨床研

図1-1 行動・症状・その他

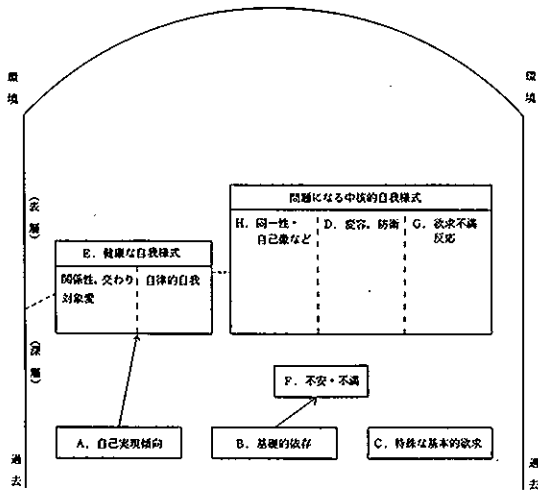
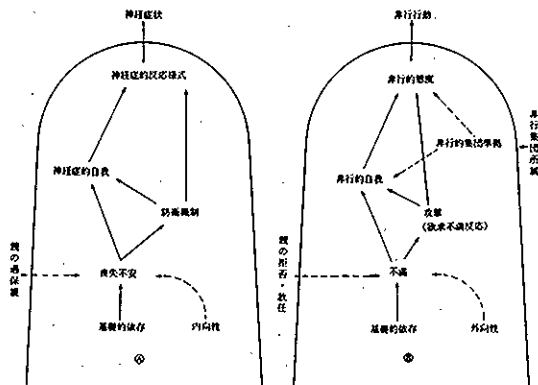


図1-2



究の根拠をなしているとみられるからである。ここで述べる図式方法は、それを顕在的に方法論として明確化しようとするものである。

* 構造を図式的に単純に設定するのは、操作を容易にするためであり、従って専門化・複雑化をいとわなければ、さらに複雑な構造を作っていくことが可能であり、かつ操作的に望ましい。

今、多くの臨床家のケース理解の認知過程をたどってみると、①まず彼が抱いている大まかな一般的理論（たとえば精神分析的人格理論）があり、②それに基づいてある種のケースに関する理解の枠組（たとえば登校拒否児の精神分析的ダイナミックスの図式）が漠然と作られる。ついで③上述の枠組に個々のケースをあてはめて構造的な理解が成立する。ここで④その結果として枠組が修

正されるという過程もおこる（第2段階にもどって循環する）。一方⑤構造的骨組の上に現象的ニュアンスの肉づけがなされる。

以上の認知過程は普通無意識に漠然とした直観に頼ってなされているわけであるが、この過程をできるだけ科学的にするためには、①の理論的大枠と②の具体的枠組をまず単純な図式でよいから明確化することである。それは過去の理論に基づくか、あるいは自らの臨床経験によって修正ないしオリジナルに構築された理論に基づいたものでよい。このようにして②の枠組が明確化されれば、その枠組にケースをあてはめるという③の構造的な理解も④の修正も可視的になり、共有性を高めることができる。そして⑤の現象的直観の共有性も高めることができるであろう。

2. 図式の構成法

ケース研究に用いる図式の構成法は、研究の目的や視点・ケースの性質・準拠する理論などによって多様であってよい。以下本論で用いる図式の構成法について略述するが、それは主として精神内界の情緒的ダイナミックスに焦点をあてるための図式として、文教大学人間科学部を中心に検討されてきたものである。またその理論的背景としては、ほとんどの精神分析・精神力学(N.R. F. Maierのフラストレーション理論を含む)が共有する折衷的・統合的理論を用いている。

図1-1がそのスキーマを示したものである。この図は基本的には現在時点における精神内界の力動的構造図であり、下の方が構造的深層を示す。ただし、それは発達の初期とある程度の対応関係をなす。たとえばFの「不安・不満」は「基礎的依存性」にかかわる現在の構造的深層をなしているものと規定されるが、この深層不安は生育過程における幼児期の基礎的依存に関する不安に対応するものとしてとらえられるわけである。

ここでは、発達の力動的観点も加味しながら図の構造を解説しておきたい。中央Bの基礎的依存は、学習理論におけるアタッチメント、フロイトの口唇初期、サリヴァンの最初期等々に共通した概念である。病的力動の根元は、この基礎的依存に関する不安ないし不満にあるとみなす。その結果がD, G, H等の中核的反応様式ないしセルフ様式を左右することになる。

ここで我々は、新フロイト派に共通の不安理論とマイヤーのフラストレーション理論を組み合わせた体系を採用し、不安反応と不満反応を区別する立場をとっている。たとえば図1-2④においては、基礎的依存の喪失に対する不安が防衛機制を生み、それが神経症的反応様式・神経症状へとつながるのに対して、図1-2⑥において

は、基礎的依存の欲求不満が攻撃性を固定化させ、それが非行的反応様式・非行行動を生む。つまりFの「不安・不満」のあり方によって神経症に至るか、非行に至るかを端的に弁別するものである。

もちろん④の神経症の場合、不安がどのような性質のものであるかによって、防衛機制その他の表層のダイナミックスがちがってくる（発達的には不安発生の時期が重要である）。同様に⑥の非行のケースにおいても、欲求不満反応として、攻撃だけでなく退行や過剰補償が強調されるケースもあり、その他防衛機制の介入によっても反応様式がちがってくる。

図1-1の右側は、付加的な特殊な人格の基礎やその力動的発現様式を記す欄である。図1-2の例で言えば、アイゼンクの外向性は内的不安反応よりも不満・攻撃を生みやすく、したがって非行に傾き、内向性は不安・防衛機制のルートを通して神経症を生みやすいということになる（図1-2下段の点線部分）。またたとえばシュナイダーの分類による自己顕示型性格がCの規定性格として強ければ、それはいずれもフラストレーション反応や防衛機制の型に影響を与え、非行においては詐欺的行為に結びつき、神経症においてはヒステリー反応に結びつくことになる。なお脳障害や特殊な性格異常が顕著な場合、この右側が中核的なものになり、その結果として不安・不満・防衛機制などがより表層的なものとして二次的に生じるケースも存在する。非行の場合には図1-2⑥（中段の点線部分）に示したように、非行集団準拠が主流をなし、あるいは前述した欲求不満攻撃型の非行（不適応性非行）のメカニズムを強めたりすることになるであろう。

なお図1-1においては、精神内界の要因に対応する環境要因ないし関係性の要因は、全体の大枠の左右外側に記することになる。図1-2④⑥においては、たとえばそれぞれの左側に示したように、親の過保護（現在時点においても、また時に発達的には）喪失不安から神経症的防衛を生みやすいのに対して、親の拒否・放任は不満から非行へという道を生みやすいわけである。

D、G欄における防衛機制・フラストレーション反応というとらえ方に対して、H欄においてはそれを自己同一性・自己像・自我理想といった統一的な形でとらえるものである。D、G欄とこのH欄とは見方のちがいが強く、通常の防衛機制概念などで割り切れない自我様式を表わすためにもこのH欄を用いる。

このD、G、Hがいわばパーソナリティ障害の中核的力動である。通常具体的にとらえられる個々の病的力動は、この中核から表層部にかけてのものとしてとらえられ、

図1-1の上方の余白に記されることになる。そしてそれが行動・症状として顕在化したものが、図の最上段に記されることになるわけである。

なお図の左端A（自己実現傾向）からF（健康な自我様式）への線は、まさに内的自己実現傾向を根底に健康な自我様式が成立し、それが健康な個々の具体的・表層的力動を経て健康な行動へとつながることを示すためのものである（基礎的依存も当然これに深いところで参与している）。もちろん病的メカニズムと健康なメカニズムとははっきり2分することはできず、また相互に作用しあっていることも重要である。

以上が図1-1に示された構造とその理論的根拠であるが、個々の欄についてその記入の仕方を兼ねて要約すると次のようになる。

A、自己実現傾向：あらゆる理論におけるpositiveな生命性の基礎を表わす。

B、基礎的依存：あらゆる理論に共通の初期依存に対応した深層の依存性・関係性。

C、特殊な性格・基本的欲求など：遺伝性のもの、脳障害などの身体因に基づくものなどが中心であるが、基礎的依存の不安・不満では説明できない深度のダイナミックスが仮定される場合にはこの欄を用いることになる。

F、不安・不満：基礎的依存に関する不安ないしフラストレーションの態様を具体的に示す（喪失不安・分離不安・愛情不満等々）。

G、フラストレーション反応：攻撃・退行・過剰補償など。

D、防衛機制：Gと厳密に分けられない場合もあるが、予防反動的色彩の強いものは防衛機制として扱う。逃避・抑圧・合理化・反動形成・投射など。

H、自己同一性・自己像など：良い自分、男らしい自分など比較的深層で規定されている自己像・自己同一性。表層的・一時的役割自己のようなものは表層欄にまわす。なお自我理想などもここにはいる。

E、関係の自律的自我：主として健康な領域であり、交わり、対象愛・現実原則・独立等を含む。表層領域：表層領域のダイナミックスはケースごとに定めることになる。具体的な対象に対する恐れ・攻撃性などであるが、図1-2におけるように「神経症的反応様式」というように一般的にとりあげた方が良い場合もある。同じ攻撃や依存でも、この表層として扱われる場合と深層のG、B、Fとして扱われる場合との差に要注意。

枠外の領域：症状や外に現われた行動、当面の重要な対象関係は上方の外側に記す。重要な環境要因は各欄に

対応させて、左右の外側に記す。

以上は理論的にも極めて単純化された道筋のみを追ったものであり、このような単純化は、次に述べるケースの構造化に際してもこの方法の特徴になる。また後述するように、ある要因があるかないか、二者選一の評定で図式化を行なうため、諸要因やその関連性の強弱・程度などの量的表現は困難である。

3 具体的ケース研究法

(1) ケースの構造化：図1-1の枠組にケースをあてはめる。具体的には次のいずれかの方法をとる。すなわち④ケース記録に基づいて一定の手続きで重要な要素(キーワード)を拾い、それを図1-1の枠組に配置する。(要素の抽出と配置にあたって、複数者の一致に基づく方法、ケース記録との対応を明確化して判断の過程を公開する方法等の客観性を必要とする)。しかし⑥あらかじめ図1-1の各領域について評定すべき細かな具体的諸要因を設定し、その中で該当するものをキーワードとして拾い出すという方法をとれば、一人の評定によってかなり客観性を期しうる。

(2) 領域ないしキーワードの連結：各領域やキーワードの構造連関を矢印で連結する。相互関係は両側矢印とし、不可分の連関は2本線で結ぶ。連結が全領域に関し、下位領域または要素に関してかを明確にすること。特に重要な因果連関はゴチックとし、疑わしいものは？を付し、特に注釈を要するものは注釈を欄外に付す。

(3) 枠組の修正とケースごとの構造：(2)の段階を文字どおりに行なえば、第1に枠組に対して、あるいはある領域の各項目に対して、+とも-とも評定しえない部分、つまり空白部分が生じる。これこそケース研究の盲点を示すものであって、あらためてその角度からケースを吟味し直し、重要な観点を見落とさないで済むという図式的研究法の長所につながる。しかし場合によっては図式の不適切さによるものであり、次に述べる修正を必要とすることかもしれない。第2点として、構造化しえない要素(キーワード)が生じ、ここにその要素をも含むように枠組を修正しなければならない場合が生じる。このようにして枠組を修正しつつ実際のケースにあてはめていくことにより、理論の洗練とそれによるケース理解とが相携えて深まっていくことが、構造的ケース理解の本質である。

(5) 図式の文章化：図式に記されたキーワードを矢印に沿って文章化する。この文章化によって、図式と論理的にまったく同じ構造を持つ診断書が成立する。

図式の文章化にあたっては、厳密に矢印に従った操作

が必要であり、文章構成上別の言葉をそう入す必要がある場合は()を付するなどの区別が必要である。たとえば図1-2⑥を言語化すれば、次のようになる。「本人は基礎的依存の不満から攻撃性を(根底に)抱いているが、それは性格的外向性や親の拒否・放任に影響された内的過程である。彼の非行的自我はこの攻撃性によって形成されているが、非行的自我は基礎的依存の不満そのものからも生じており、またより表層部では非行集団所属による非行的集団準拠からも生じている。この非行的自我の表われとして、さらに深層の攻撃性や非行集団準拠の直接の表われとして、個々の非行的態度が形成され非行行動をおこしている。」以上は発達的原因論的表現とマッチさせた文章化であるが、基本的には前述したように、現在の内的構造に関するものである。以上が図式に厳密に従った構造的診断書である。このように図式とその文章化された診断書によってケースの大まかな全体像を客観的に描き出すことが、この「図式によるケース研究法」の骨子である。

(5) 現象的ニュアンス：現象的ニュアンスは、普通具体的言語表現による注釈の形をとらざるを得ないが、しかし図式的表現においては、その「地」に感じとられ潜在的に共有可能性を持つことも、図式的投影法の研究によって明らかにされている。ただこのようなニュアンスは体験的な「感じ」(feeling)として結実してくるものであって、この点今までに述べてきた理論的概念的的理解とは異なる次元のものを含んでいる。もちろん概念的客観的理解と体験的理解とが相互に変換されうるものだが、この方法の大前提になってはいるが、しかし体験的理解がキーワードのニュアンスや構造的文脈のニュアンスに極めて敏感であるのに対して、概念的的理解はある割り切った論理的統一をはかっている。したがって構造的診断書がケースの実態にそぐわないと感ぜられる場合、それが要素や構造の不適切な概念化によるものなのか(したがって修正を要求するものなのか)、あるいは体験的ニュアンス(本来注記または余白に感じとられるもの)への要求を混同して概念化の中に持ち込んでいるのかが、吟味されなければならない。

本論では、厳密に理論図式として構造的理解の範囲内で客観性と共有性を目指すので、体験的図式への橋渡しとなる現象的ニュアンスの理解の問題は省略する。

(注) 前論で示したように図式的投影法は理論図式的側面と体験図式的側面を持ち、体験図式が心理療法的イメージ表現として用いられるわけであるが、本論では理論図式的側面のみを扱い、それによって論理的にケース理

解の構造化と共有性を期するものである。

II 子どもの心的力動のケース研究

1. 目的と方法

この事例研究は、心因性の障害が中心とみられるケースについて前述した操作的な「図式による研究法」を適用し、①理論図式によって子どもの精神力動をいかに記述、共有できるか、②同様にしてその治療的变化過程をいかに記述できるかを吟味しようとしたものである。③そしてこのような方法によってケース研究に客観性をもたせ主要ポイントを見失わずに、スタッフ間で共有するという目的が達せられるかを吟味しようとしたものである。

方法としては、ケースの記録をもとに、スタッフのケース会議において、標準図式に準じて、子どもの精神力動に関する理論的キーワードを選択し、図式化を行う。その文章化によって図式の診断的適否及びケース理解の共有性をたしかめる。以上を治療初期において行なった。なお、遊戯治療過程について主要な3回をとり上げ、その変化について図式化を行ない、変化をとらえるためのその有効性を同じくスタッフ会議で吟味した。

2 ケースの概要と初期過程（子どもC）

7歳、男子（但し来所時は6歳）

（2-1）主訴；幼稚園教師の指示が通じない。課題の指示等が分らないのかやらない（個別にやらせるとやる）、友達と遊べない、自信がない、やる気がない、遊びの巾が狭い無器用、話がトンチンカンだと思う事がある等々を主訴として、母親が本児を連れて家庭生活センターに来所、母親としては軽い知恵遅れではないかと思っている。

（2-2）家族構成；父37歳高卒会社員（事務職）、母36歳高卒、兄11歳小学校4年

（2-3）生育歴；母親の述べるところによれば、妊娠時つわりがひどかったがお産は軽かった。乳の吸いつき悪く一応のませたが諦めて人工栄養で育てた。始歩1歳2ヶ月、排便便自立1歳6ヶ月。発語は2歳で知恵づきおそめだったような気がする。人見知り10ヶ月頃から激しく母にべったり甘えることが多かったという。手をかけすぎたためか、2歳過ぎても自分でやらずに母親に頼ってしまう。思い通りいかないとキーキーとよく泣いた。ききわけがなくてこずった。反応がないので耳のきこえを疑った事もあった。

3歳児健診時には、ことばの発達が遅く、幼ないと言われた。その後青空保育をする小グループに入れたが、

泣いていやがり10分といられずにやめた。

しかし家にいてもわがままというか、思い通りにならないとすぐ泣いて、ききわけがなくてこずった。外へ出たがるし、又連れ出して遊ばせなくてはいけないと思って、公園へ連日連れ出したが勝手をいっては泣くので（おさめるために）いくつもの公園を転々と連れ歩いた。幼稚園入園後は、園の先生から特別に何も言われる事がなかったで母親としてはいつも心配ではあったが、積極的に子どもの様子を聞く気にもなれず、そのまま1年間を過ごしてしまった（家庭での様子は相変わらずだったようだ）。なおわざわざ自分の弱さや欠点を披瀝するような行動が報告されている（後述の「弱がり」）。年長になって就学が迫り、学校で勉強がわからなくてついていけなかったらどうしようかと心配でたまらなくなり、一人で心配していてもしょうがないと思って相談に来所した。

（2-4）初期の遊戯治療場面での行動；来所時はオモチャを自分からとり出すこともなく、ルールつなぎ、駅のセット等すべて治療者に依存していた。会話はいい、いいえでは答えられるが、説明の必要なことには時間がかかり、又わからないと言ってしまう事も多く、非常に消極的だった。しかし5～6回目からは意欲的に遊び、発展もあり自分から話したり、先生と呼びかけオレと自己主張もし、積極的に遊ぶようになった。

数は100まできちんと数えられ、どちらが多い、何番目等も分る。字はひらがなは大体読み書きできる。片仮名もよめる。漢字ものりものに関係したものは読んだり、書いたりする。赤は郵便車だからハガキつんでいる、赤いのはいっぱいたっている、ポストだよ、ひかりこだまは遅いんだよ!!など省略、飛躍、自分なりの独自の連想による会話が多い。

自発的な遊びは殆んど乗物を使った遊びに限られている。とくにプラレールでよく遊ぶ。その他カレンダーに関心を示して月日の話をする。治療者にべったり甘える感じはないが、楽しみにして来所しているということであった。

（2-5）初期の母親面接より；初期の母親面接の中からその頃の子どもの行動について得られた重要な情報は消極的で友だちと遊べないこと、軽いチック症状のようなものが時にあらわれること、母親にべったり甘えること、外に食事に行ってもこんな店汚なくて嫌だと、何かにつけて文句クラタラだということ、何かができなかった時にオレだめだと言うこと、「ママはブスだ」「ママはボクのことわからない」というような言い方をすることなどであった。また遊びが狭い、話がトンチンカンだと

いうことも述べられていたが、これらは遊戯場面でも特徴的であった。

3 内的力動に関する図式とそのチェック

以上の記録をもとに標準図式に準じて作成された図式が図2-1である。これを矢印に基づいて操作的に文章化すると次のようになる。Cは「基礎的依存の成立」(B)をみてはいるが、「母子関係が不安定」(F)、でありそれは若干の「攻撃性」(G_1)をつのらせ「母への依存攻撃」(G_2)を内在させているとみられる。一方それは「母依存」(J_1)につながる「しがみつきの」(D_1)及び「臆病、自信のなさ」(J_2)につながる「逃避的防衛機制」(D_2)を助長させていたと考えられる。

第2に、Cの反応を特殊なものとしている要因としてかなり特殊な、「母に認められる自己像」が考えられる。それは母子関係不安定に由来し、かつ逃避→臆病のメカニズムとも関連して、わざと自分を弱く、低く見せるようなメカニズム、「弱がり」(J_3)をしていたと見られる。これらはもちろん母依存と不可分の関係にある。

しかし第3にさらに重要なことは、一種の「自己完結性」とでもいうべき性格(C)(軽度の性格的自閉性や過敏さ、無頓着さを含む)があり、それが一種の軽い自閉性(J_4)としてあらわれている点である。ここで「自閉性」とはいわゆる自閉症における自閉性の意味ではなく、性格的とみられる(自己完結的に閉じこもりがち)一群の特性をさす。

母子関係不安定からくる本児の防衛機制のひとつである「こもる」(D_3)は、この自己完結性→軽い自閉性に密接に関連していたものとみなされる。

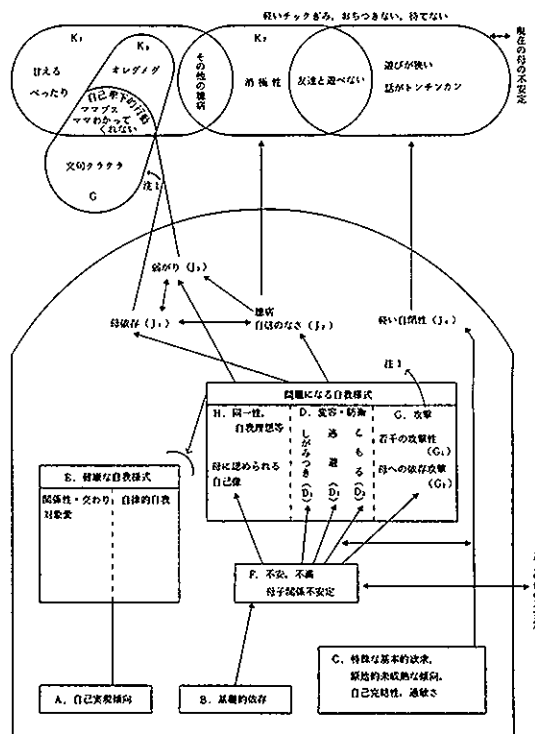
以上が図2-1の内のダイナミクスであり、外にあらわれた症状、行動特徴はそのあらわれ、とくに表層(J)の複合した表現とみなされる。すなわち、臆病(J_2)のあらわれとして友だちと遊べない消極性、その他の臆病な行動特徴(K_2)がみられる。これらはべったり甘えるような傾向(K_1)とともに母依存(J_1)のあらわれでもある。とくに「オレだめだ」等々の特殊な言動は幼稚園でのそれに類する自己卑下的行動(K_3)と伴に、弱がり(J_3)及び母依存(J_1)双方のあらわれとみなされる。内的攻撃性(G)も「文句タラタラ」「ママブス」などの言動(K_3)に影響し、全体として依存攻撃的色彩の一群の症状を形成している。なお過敏さを含んだ軽い自閉性(J_4)が遊びの狭さ、話のトンチンカン、友達と遊べない、消極性(K_4)に影響しているほか、前述した特殊な言動にも若干影響を与えているものとみなされる。なお「落ちつきがない」「待てない」などの特徴はスタッフ会議において自閉性(J_4)のあらわれだとみる論と、

母子関係不安定(F)からの直接の影響によるものとする論があったので、軽いチックと同様、結論を保留して上段欄外に記してある。以上の症状のかなりの部分が、過去の母親の不安定による内面力動によるだけでなく、現在の母の不安定をも直接にうけていることは争えないようであった。全体として以上の内的力動全体、とくに防衛機制や自己像が、健康な自我様式、関係性をおさえ自己実現傾向(A)を阻止していたものと解される。

以上が図2-1の矢印にそった厳密な文章化であり、図式的診断書である。この図式と文章はC児の初期の診断書として適切であることがスタッフのそれぞれによって認められ、その認知が図式を媒介にして共有されることが、かなり確認できた。

(注) 治療終結時については次の遊戯治療過程を記した後に簡単に述べる。

図2-1 基本構造



4. 遊戯治療過程の図式化とそのチェック

治療は前期6ヶ月(20回)、後期3ヶ月(8回)行なわれたが、後期の変化が特徴的なので後期3, 5, 7回目の遊戯場面であらわれた精神力動、行動を図2-1に基づ

いて図式化した。各遊戯場面について、以下の記録に基づき担当者がキーワード（文中アンダーライン）を選出し、図2-1の基本構造の上に配置したものが、図2-2A~Cである。

なお参考までに初期以降の遊戯過程を要約すると、前期20回の遊戯治療過程は前述した初期の過程のほぼくり返しであり、プラレール遊びを中心にその他の乗り物遊び、ぬいぐるみのパンダを競争させるなどに比較的限定されていた。慣れてきてからは好きな遊びは積極的にしていたが、大きな変化はみられていない。後期（小学校入学後）になって治療者が変わったが、始めのうちは遊びの内容も変わらず電車遊びが中心であった。時計を非常に気に入った。電車遊びの間に人形を使ったり、すべり台等の遊びが入るか時計を気に入り、「早く作らなくちゃ」と電車にもどることが多い。しかし治療者の姓とプラレール遊びの駅名(O)とが同じであることから、O駅をめぐる活発な交流が展開するなど、しだいに遊びの内容が豊かになり、治療者には強い態度で指示することが多くなった。やがて家族旅行の話を生き生きと報告したり、ふりをつけて歌を唄ったりするなど電車遊びにとらわれず、自己表現の巾が増した。治療者の住んでいる所を尋ねたり、自分の気に入っている電車を使わせたりするなど治療者に対しても積極的になってきた。物音に敏感で不安な状態になると治療者にすり寄ってきたりする場面もあった。終了時は積極的に治療者に遊びを指示するような行動も多くなり積極性、安定性が増した。

後期第3, 5, 7回の要約、図式、その文章化（診断）は次のとおりである。

（4-1）第3回目

入室直後、時計を見て進んでいることを気にする（スケジュールの固着）。プラレール遊びに入り、駅の表示板の中よりO駅（中央線）を探すが見あたらない。（治療者が紙をはり作成）。O駅を中心に他の駅も点在させレールをつなぐ。電車を治療者がつないでいると「これをつないだ方がいいよ」と言いながらつなぐ。遊戯はプラレールを中心に他のおもちゃへ展開するが、遊びがとぎれるとすぐにプラレールへもどる。

すべり台遊びに移り、治療者がじっと見ているとニコニコする。数回すべてまたプラレールへ。

黒板に駅名を書く。「中野」「京王線」など一貫性がない。書き順はバラバラだが真剣に書いている。

次にミニカーの中から救急車を出し、走らせながら「救急車は速い」「登坂車は遅い」と速い遅いに関心を示す。やがてどらえもんに移る。ふだん2個あるが今回は1個しかなく、遊びはあまり発展しなかった。

またプラレール遊びに戻る。治療者がガッチャマンを出し、遊びに誘うがのってこない。時計をみながら「早く駅（プラレール）を作らなくちゃ」という。途中で人形の赤ん坊の哺乳ビンをみつけずっていた。

全体として前2回に引き続き電車を中心とした機械類への固着が強い。

以上が第3回目の要約であるが、そのアンダーライン部分をキーワードとし図2-1にあてはめたものが図2-2Aである。ただし簡単な遊戯記録から直接ひろえるものは、すべて外にあらわれた行動であり、せいぜいそれが人格の最表層部とどのように関連しているかが確定できる程度である。個々の遊戯を心的イメージの場合と同様、内界の特定領域の象徴としてとらえ、図2-1の内部に配列することも理論的には可能であるが、実際問題として例えば哺乳ビン遊びは表層の依存性(J)のあらわれでもあり、退行的欲求不満反応、基礎的依存とその不満のあらわれでもあるというように、ほとんどの領域が関係してしまうというのが大部分のケースである。したがって図式化にあたっては外にあらわれた行動、症状欄のみにキーワードを配置しそれとの関係で人格内部を修正するという方法をとることとした。

図2-2A（第3回）

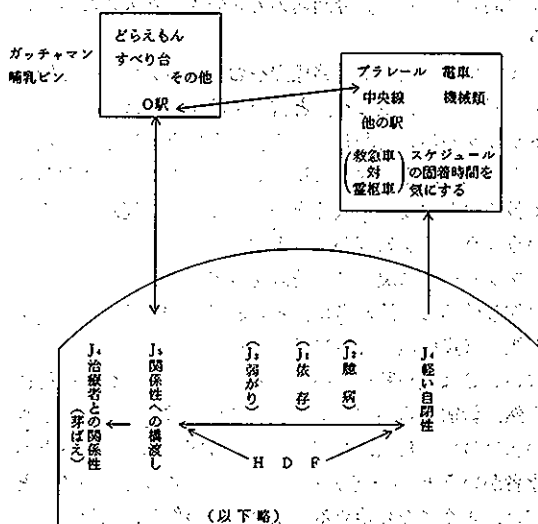


図2-2Aに示された第3回遊戯過程は主として前記第3の自閉的な側面を示し、それが治療者との関係性に橋渡しされはじめることを示していると思われる。操作的に言語化すれば、右端の「軽い自閉性」(J₆)のあらわれとして「時間を気にする」「スケジュールの固着」を含め、中央線を中心とするプラレール遊び、鉄道その他の乗物、機械類に関心のほとんどが注がれている。このう

ち「救急車は速い」「霊柩車は遅い」というその救急車の意味は、後に依存関係の表現ともとれるものを含んではいるが、この段階ではゴロあわせや速い遅いという機械的反応にすぎない。これに対して「O駅」はたまたま治療者が駅名と同じ姓であったことから、Cが著しい関心を示したものであり、軽い自閉性(J₄)と健康な人間関係治療者との関係(J₆)の芽ばえを橋渡ししたもの(中央の新領域(J₅))として注目される。なおどらえもん遊びは前期から継続しているテーマであり、すべり台と並んである程度関係性への橋渡しの意味をもっていたと思われる。ガッチャマン遊びは治療者の指示による所が大きいのを考察を省略する。哺乳ビンへの関心が基礎的依存の表現とみなしてよいのかも保留しておきたい。

人格内部の表層領域として、図2-1で強調された「臆病」や「依存性」「弱がり」はとくに既答していない。健康な領域としての「治療者との関係の芽ばえ(J₆)」及びその「関係性への橋渡し(J₅)」のみが治療初期と変わってきたといえる。

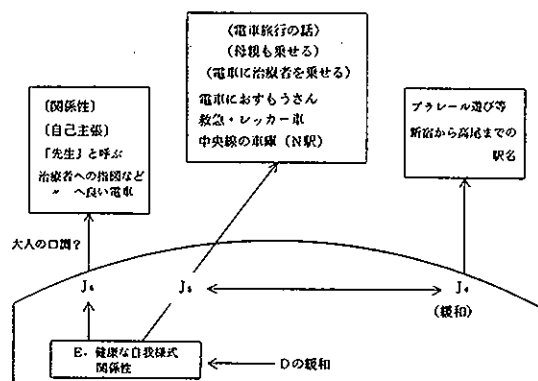
(4-2) 第5回目

プラレール「早く作らなくちゃ」と言いながら始める。「先生、ときわ号と中央線とどっちがいい？」と治療者に質問したりする。今回初めて「先生」と大きな声でいう。

ミニカーを出して道路標識をおき、自分の車を決める。治療者にも「先生これ」と言い手渡す。Cはトレーラートラックを使い展開していく。「今は高速道路通行止」など状況を設定しながら遊んでいる。途中、事故がおきて救急車が出動……故障車をレッカー車が運んでいくというような事を何度かくり返す。

プラレールに戻って、時計をみて「早く作ろう」と言い作り始める。治療者に、ときわ号、中央線、千代田線を渡し(良い電車)、Cは壊れかかっている電車しか使わない。Cは駅や踏切を担当する。途中、部屋の間へ行き突然、新宿から高尾までの駅名を全部言う。プラレールの駅はO駅、H駅、N駅を作る。N駅は車庫があると治療者がいうと、「そうだそうだがごちゃごちゃしている」と言い、すぐに作り始める。鉄橋を1つ作り、治療者にもう1つ作らせる(治療者への指図)。治療者のルールがつかないでいると「ちがうよー先生何やっているのー！」と大きな声で怒鳴る。(その他治療者への指示多い)。完成し、電車に人形(おすもうさん)をのせる。機関車の電池が切れそうで速度が遅い。治療者がそのことを言うと「ああそうですか、そうですか」と大人のような冷めた口調で返答する。除中、隣室のお帰りの歌が

図2-2B (第5回)



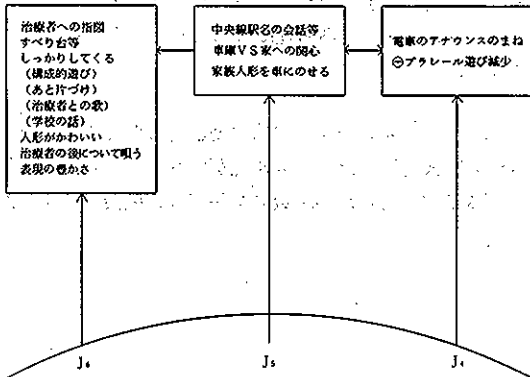
聞こえてくると「まだ早いのにね」と言ったり、他の音には敏感である。

図2-2Bが第5回の遊戯過程であるが、()内に第4回目のキーワードも記した。図式の厳密な文章化はすでに前述した第3回目のものについて報告したので省略し、以下は図式に基づいてケース会議でどのように治療過程を経たか、その認知を共有していったかを記すにとどめる。図のように第4回になると関係性の橋渡しと思われる会話が多くなり始めた。電車遊びの中でもはっきりと大きな声で治療者に指図したり、電車におすもうの人形を乗せたりというように関係性と自己主張が増してきたとみられる。電車遊びの中での「こもり」を含んだ軽い自閉性が緩和し、関係性、自己主張の遊びが展開し始め、治療者とのかかわりもふえてきたとみることができる。治療者とのかかわり点について述べると、治療者に良い電車を与えたり、はっきりと「先生」と呼ぶ等の自律的なかかわりが形成されていったと考えられる。これは自己実現傾向から直結した健康な自我様式、関係性(E)がすでに成熟しはじめていることを示すものと理解される。しかし突然、脈絡なく駅名を独唱するなどの軽い自閉性(J₄)はまだかなりみられる。またCの遊戯治療全体を通し、断続的にあらわれるミニカーの救急車の登場も問題になる。今回はレッカー車も使い、負傷者や事故車を「救出」するテーマがあり、何らかの要因によって基礎的な依存関係の安定を象徴しているとも考えられるが、はっきりとは言いきれない。

以上第3回目と同じくキーワードはすべて表層に位置づけ、その中で中央から左側の健康な部分が比較的増大していること、健康な行動としてかなりはっきりした関係性と自己主張が設定されたのが、この回の図式の特徴である。また、不明確なので図には示していないが、上述した表層の変化はDの防衛機制的緩和をもたせはじ

めていたのではないかと考えられる。治療者に良い電車を与えたということは、いいレベルでの一般的な対象愛、健康な人間関係を直接表現したものと考えられる。

図2-2C（第7回）



(4-3) 第7回目

大きなブリキ製の電車を出し、手を口にあててアナウンスのまねをしながら走らせる。治療者が半走させると「山手線は遅いんだよ」と後についてこいという調子で指示する。

ハウスセットの人形（父、母、子ども）を車にのせる。ハウスセット遊びでは、ベットを2階に置き、テーブル、椅子を1階に並べる。車庫を指し「あれここにも部屋がある」というので説明するとガクッといいながら、ずっとける真似をする。

次にゼンマイ仕掛けのミッキーマウスの人形を歩かせ、じっとながめている。治療者が鼻がかわいいと言うと「ちがうよ耳がかわいいんだよ」など自己主張する。

時計を見、「（ブラレール）早く作ろう」と言うがすべり台でミッキーマウスを滑らせたり自分も滑ったりしている。そのうちどらえもんを2個持ってきてすべり台で競争させる。「早く作ろうよ」と言うが、いっこうに作る気配なく、しばらくしてからとりかかる。駅、トンネル、電車はCが担当、レールは治療者がうけもつ。Cは部屋中動き回り、以前のようなブラレールへの執着はないが一応完成する。

この回は演歌を唄ったり、大きな声で役割を指示したりすることが多くなった。ガクッと言いずっとける真似をしたりというようなことや笑いで自分の気持ちを発散させている様子がうかがえた。

なお、次の8回目（最終回）を含めた終結時の特徴として、この頃頃から会話が構造的遊び、後かたづけ、鉄道とは全く関係のない学校の話などが目立っている。感情表現も自然（豊か）になり、動きも治療者のあとについ

て汽車の歌を唄うなどリラックスした様子がうかがえる。遊戯の導入部において「軽い自閉性」からくる電車のアナウンスのまねもそれから治療者との会話へつながっていくように、ひとつのステップ的な遊びであり、それ自体への固執はあまりみられない。なお、治療者に対する指示のしかたが強い調子であり、迫力がみられている。

以上第7回目のキーワードに加えて8回目の追加を（）内に記したものが図2-2Cであり、図2-2Bに比してさらに健康な部分が強調されていたとみなされる（図の下辺は省略）。

図2-2A、B、Cの変化を中心に（矢印による厳密な文章化を離れて）考察的に文章化すると、鉄道、乗物のテーマはブラレール遊びを中心にして機械的反応型からニュアンスや人間的交わりを含んだテーマへと移行し、最後にはブラレール遊びの固着からも解放されるに至った。その媒介として考えられるのは、0駅、治療者O、家族と電車で旅行した経験とそれについての話、電車やその絵に人に乗せること、遊びながらの会話の発展などになったと思われる。それは自己完結性的特殊性がうけ入れられることによって固着がとかれたこと、さらに深層の不安定性もが若干解消されて防衛機制や特異な自己像から解放されたという過程だと考えられる。

5 終結時の状態

以上の過程を経て終結時には主訴はほとんど消失ないし軽減した。終結時の図式は省略するが、図2-1中央の病的防衛機制、自我様式及び表層の具体的力動は軽減され、それに伴って左側の健康な自我様式、関係性(E)が解放され自己実現傾向(A)が増していったというように要約することができる。右側の自己完結性(C)それ自体に関しては不明であり、また深層の諸問題がいくらか再編成されたかどうかははっきりしないが、少なくとも表層に現れた自閉性は減少したことはたしかである。

6 考察 — 図式的ケース研究法の有効性

はじめに述べた基礎的理論図式の妥当性は、それを言語化したものが大筋ではあるが、一応妥当な心理診断書として担当者チームにうけ入れられた。おそらく本論の読者にもおおよその納得性をもつ意味で検証しえたと思われる。ここにシュミレーション的な認知心理学的検証の可能性をみることができる。ただしそれはあくまで大まかな構造と大まかな検証に関してであって、さらに細かな構造と細かな検証の方法は今後の課題であり、また現象的ニュアンスに関しては、現象記述及び体験図式との併用によらなければならないであろう。

遊戯治療における表現や行動もこの行動のように位置

づけられ、かつ変化を構造的にたどれることもある程度蓋然的に検証しえたと思われる。しかし、ここでたどった遊戯治療過程は主として自己完結性からくる自閉的固着が受容され関係性におきかえられ、自己実現的自我機能へと変化していくだけであって、問題の精神力動体（とくに攻撃衝動や防衛機制の）の変化は全体的推定によるものである。

以上のような限界をもってはいるが、この図式とその言語化によるシュミレーションによって少なくとも図式化された要素、構造の範囲内ではケースの力動を網羅的かつ客観的にとらえ検証し、共有性を高める道が示されたと思われる。それは当然スタッフ間の認知の違いは違いとして明確化することを含んでのことである。

さらに細かな構造的な理解や現象的理解のためにはもちろんさらに細かな図式化をもってしても不充分であり、直観的理解に頼らざるを得ないが、しかしその点についても以上のような大まかな図式を核とすることによって客観性と共有性を高めうるであろうことがスタッフカンファレンスにおいてある程度確められたことも付記しておきたい。

（注）なおC児の母親の内的力動と対C児関係についても別の図式を用いたケース研究がなされており、第3部とする予定であったが紙数の関係で別の機会にゆずりたい。