

結核患者の生活心理の研究(その2)

小 滝 信 夫

(昭和33年11月11日受理)

前回の報告で、結核療養所入所患者に見られる特異な生活心理（生活感情と生活態度）が療養所生活という特異な生活様式を反映するものであることを示そうとした(1)。その際の質問紙調査の結果には、入所患者のもつ不安は直接病状に対するもののほか、家族、金銭などの生活的なものも多く見られた。また、その不満についても疾病の直接的な自由の束縛から生ずるもの、他に、所内生活の規則や、医師や他の患者との人間関係からくる不満の多いことが見出された。とりわけ、入所患者の生活感情と生活態度に逃避的な傾向がいちゞるしく見られたが、これもまた直接病状に対する不安のみから生じたものではなく、入所患者の生活的条件からきたものであると推定された。この傾向は、とくに療養所のいわゆる患者問題——医師の指導監督に反抗的となり、回復しても退院したがる傾向——に密接につながるものと考えられる。

これらについて、前回の報告では資料の平板的な集計結果にもとづく推定に終り、序論的な段階に止まっていたので、今回の報告ではこれについて前回の資料を再検討し、それに若干の新資料を追加して一層精密な検証をこゝろみた。

2. 分析の視点

今回の報告資料は前回と全じ質問紙によつたが、質問紙に与えた回答選択枝のとりあつかい方を変えた。前回用いた質問紙に与えた個々の回答選択枝はそれぞれ入所患者の生活感情や態度の型を反映するものとして作られ、またそのようにとりあつたが、厳密に言えば、それらは質問紙作成者の一方的仮説にもとづいたものであり（それは質問紙調査というきわめて一方的な調査手段には避けられない措置ではあつたが）、その選択回答をそのまま仮説的に分類集計することには多分の危険があることを否定できなかつた。また、かりに、たとい選択反応が質問紙の仮説どおりであつたとしても、なおそこには一行ないし数行のほんの短い文章によつて、入所患者の複雑な生活心情を捉えて分類しようとするこゝろみの冒険的な危険が横たわつていた。

以上の反省にもとづいて、今回の報告では質問紙の個々の選択枝をそのまま平板的に集計することを避けて、これをさらに大きくカテゴライズし、これを質問内容に関する肯定的反応と否定的反応、または現実的と非現実的の二つの方向に区分した。このようなカテゴリーの拡大によつて、選択枝反応の集計が質問紙作成者の一方的な仮説によつてゆがめられる危険を一層少くし、全時にその集計結果の読みが一層プロジェクトイヴなものに深めることができた。

質問項目は次に示すように前回報告の中から3個をえらび、それに1個を追加して、合計4個の項目にわたつて分析をこゝろみた。

質問 A (前回報告の質問1と同一)

あなたは自分が現在入院中であることについて、自分でどのように感じますか。

- (1) 気まわりが悪いやら残念やらで、全くたまらない気がする。
- (2) 残念だが致し方ない。治るまでの一時の辛抱だと思う。
- (3) 運がわるかつたのだと思い、あきらめている。
- (4) 入院できたことは有難いことだと感謝している。
- (5) これもまた得がたい経験で、よい人生勉強になると思う。
- (6) 不注意の天罰で、これも当然のむくいだと思う。

質問Aについては選択枝(2), (4), (5)を肯定反応(+)とし、選択枝(1), (3), (6)を否定反応(-)として区分した。

質問 B

あなたはこれからどうなると感じていますか。

- (1) 再起に確信がもてる。
- (2) 何とはなしに希望がもてる。
- (3) 希望はもてないが、あきらめもつかない。
- (4) すつかり絶望している。
- (5) あきらめてしまつて気もちが落ちついている。
- (6) はつきりは何ともいえない。

質問Bについては選択枝(1), (2)を(+)反応に、選択枝(3), (6)を(N)無記反応に、そして選択枝(4), (5)を(-)反応とした。

質問 C (前回報告の質問5)

あなたは将来の生活について

- (1) いろいろと未来の夢を描いて楽しんでいる。
- (2) 着々と実際の計画を立てている。
- (3) 万事他人まかせで、自分は何も考えないでいる。
- (4) まだ考えてはいない。
- (5) 今は何も考えないことにしている。

質問Cについては、選択枝(1)と(2)を(+)反応とし、他は(-)反応とした。

質問 D (前回報告の質問7)

あなたの生きてゆく世の中について、どのように思いますか。

- (1) 虚偽と不正に満ちた世の中だ、ろくな人間がいない、自分の無力が情けない。
- (2) 世の中には悪も多いが、社会をよくするために努力している人も少くない。そのような人の働きに期待し、協力したい。
- (3) 世の中がよく見えるのも、悪く見えるのも自分の心がけ次第だ。心を美しくして美しい世界に生きたい。
- (4) 社会がよかろうと悪かろうと、それ以外に現実の社会は存在しない。その中でもかく生きることを考えなければならない。

(5) 社会はもはや自分と何の関係もない。はかない浮世には何の未練もない。

質問Dについては、とくにかれらが社会に対して期待する態度に重点を置いて、選択枝(2)と(3)を(+)反応とし、選択枝(1), (4), (5)を(-)反応とした。さらに、それらの態度の現実——非現実性の観点から、選択枝(2)と(4)を(+)反応とし、選択枝(1), (3), (5)を(-)反応とした。

3. 対象の構成

調査対象は前回報告の対象（国立療養所松江病院患者146名）の中から109名を無作為に抽出した。これを以下の条件にもとづいて分類した。

- (1) 病状自覚。快方(D+), 不変(Dn), 進行(D-)
- (2) 入所期間。6ヶ月未満(P I), 6ヶ月以上2年未満(P II), 2年以上(P III)
- (3) 年令。10~20才台(A I), 30~40才台(A II), 50才以上(A III)
- (4) 経済的条件。平均層(Ea), 貧困層(生活保護法適用者群)(Eb)
- (5) 家族的条件。未婚(Ma), 既婚(Mb)。
- (6) 教育程度。中等教育以上の学歴(Sa), 義務教育だけのもの(Sb)。

以上の各条件の組合せにもとづいて、対象の型を分類した。類型の数は理論的には

$3(D) \times 3(P) \times 3(A) \times 2(E) \times 2(M) \times 2(S) = 216$ となり、抽出対象数がそれより少数であることに最初から問題をはらんだが、実際には無作為抽出した109名からは57の型が得られた。これにはもちろん、各条件の組合せの中に現実的稀薄性をもつものがあるために、実際数が理論数よりいちゞしく減少したものと考えられる。対象の構成および類型はTab. 1に示してある。

Tab. 1. The Structure of Samples

Independencies Levels		Individuals		Combinations	
Disease Condition	+	70	64.2%	33	57.9%
	N	29	26.6	18	31.6
	-	10	9.2	6	10.5
Period	I	35	32.1	19	33.3
	II	33	30.3	19	33.3
	III	41	37.6	19	33.3
Age	I	33	30.3	20	35.1
	II	58	53.2	27	47.4
	III	18	16.5	10	17.5
Economic	A	56	51.4	27	47.4
	B	53	48.6	30	52.6
Marital	A	27	24.8	21	36.8
	B	82	75.2	36	63.2
Schooling	A	44	40.4	29	50.9
	B	65	59.6	28	49.1
		109	100.0	57	100.0

4. 回答の集計と分析

回答は選択反応にそれぞれ、(+)=1, (N)=0, (-)=-1の点を与えて集計した。

〔全体的傾向〕 全集団の全体的傾向は Tab. 2 に示してある。Tab. 2 について、個人平均の系列は対象の構成条件を無視して、全体の総和を集計し、その等術平均をとつたものである。しかし、対象の類別条件が Tab. 1 の示すように各人に均等に配分されていないことからすれば、この個人平均の数値には対象の構成条件が均等に作用していないために生ずるゆがみがあると見なければならない。そこでこの予想されるゆがみをできるだけ少くするために、分類した各型毎に平均値を出し、各型の数値的比重を均等化した上で、それらの総和平均を算定したのが類型平均の系列に示してある。

Tab. 2 In-Patients' Reactions

Means	Visions	A	B	C	D	E
		Present	Future	Life	Society	Reality
Individuals		+ .33	+ .30	- .18	+ .23	+ .15
Combinations		+ .28	+ .24	- .26	+ .17	0.00

両系列を比較すると、類型平均の系列の方に一貫して(-)反応が増加しているのが見出される。いま Tab. 2 にもとづいて、個人平均から類型平均にうつる際の類別条件因子の比重の増減を見ると、比重の増加したものは C_N , C_- , P_I , P_I , A_I , A_{II} , E_b , M_a , それに S_a であり、比重の減少した条件因子は C_+ , P_{II} , A_I , E_a , M_b それに S_b であることがわかる。このことから、ある程度各条件のもつ入所患者の生活心情に及ぼす作用の方向を推定することが可能かもしれないが、その場合、各条件因子の比重の増減が数値に示された反応の方向に平行的に作用したのであるか、それとも相反的に作用したのであるか、あるいは単に各条件因子の作用の強弱にもとづいた消長であるかを決定することは困難である。これについての吟味は次節にゆづつて、この段階でひとまづ対象の全体的な傾向を Tab. 2 の数値から読みとるとすれば、次のようにいうことができよう。すなわち、療養所の入所患者は自分たちの置かれた現状についてそれを肯定しようとし、未来に希望をもとうとするが、将来の生活については考えようとしな。社会人生には期待をもち、見方も現実的であろうとする。

このような読みの中で、かれらの態度の特異性をとりだすとすれば、それはかれらが未来に希望をもとうとしながら、将来を考えようとしな傾向であろう。このような矛盾した生活態度は何を意味するものであろうか。了解的には、それは入所患者の未来に対する不安や現状における安逸、打算など、要するに正常な生活に対する逃避傾向をあらわすともいえるし、あるいは現在の立場を意識して治療に専念しようとする現実的積極的な態度ともうけとられ、そのいずれとも決論できない。いずれにせよ、将来の生活を考えようとしな態度は、入所患者に特異なものとして、療養所生活の本質的なもの——正常な社会生活からの隔離性——をあらわすものであろう。

〔条件因子の作用〕 次に類別した各条件が上記の入所患者の生活心情にどのように作用しているかを見ようとした。そこでTab. 2にもとづいて、見ようとする条件因子について相互に段階を異にし、他のすべての条件については相互に段階を同じくする二つの対象類型の組合せを求めて、各質問についてそれぞれの組合せの系列を作った。

このようにして57個の対象類型の中から、まづ疾状に関してはD₊とD_N間に11の組合せを得、D_NとD₋間に2個の組合せを得た。全様にして、期間についてはP_IとP_{II}間に9個の組合せを、P_IとP_{III}間に8個の組合せを得た。また年齢についてはA_IとA_{II}の間に11個、A_IとA_{III}の比較に6個の組合せを得た。また経済別についてはE_aとE_b間に11個、結婚についてはM_aとM_b間に10個、学歴についてはS_aとS_b間に12個の組合せを得た。

つぎにそれぞれの比較系列の中で各類型のもつ平均値（類型の員数が1名である場合は便宜上それを平均値と全じようにとりあつた）を比較し、その差を求め、でき上つた差の系列の平均値を算出した。その結果はTab. 3に示してある。

Tab. 3. Effects of Independencies on Reactions

Differenes btw. Combinations	Reactions	A	B	C	D	E
		Present	Future	Life	Society	Reality
D ₊ — D _N		-.53	-.37	-.49	+.62	+.90
D _N — D ₋		-.50	+.75	+.79	+.75	-.75
P _I — P _{II}		+.47	-.11	-.06	-.46	+.28
P _{II} — P _{III}		-.23	-.08	+.25	-.17	-.24
A _I — A _{II}		+.11	-.07	-.76	-.57	+.13
A _{II} — A _{III}		-.13	+.29	+.84	-.31	-.19
E _a — E _b		-.42	+.03	+.24	+.42	-.12
M _a — M _b		+.05	0.00	-.35	+.61	+.19
S _a — S _b		-.23	-.18	-.42	-.13	+.18

〔病状知覚因子の作用〕 Tab. 3において示された数値は入所患者の病状知覚の悪化にもとづく、かれらの心情の変化の方向をあらわしている。いゝかえれば病状不安が生活心情に及ぼす作用である。この数値からは次のような読みができる。すなわち、入所患者は病気に対する不安があると、現状に否定的となり、未来に対しても暗い気もちになり、将来の生活から目をそむけようとするが、不安がさらに高まると逆に未来の希望にすがろうとし、将来の生活について考えるようになる。このような態度はかなり非現実性をおびたものではないかと想像される。このことは人生観もしくは社会に対する一般的な期待について、病状不安がそれを高めながら、それが非現実的なものに変つていく傾向からも類推される。

〔期間因子の作用〕 期間の長期化も入所患者の生活心情の方向づけに(-)の効果を与える負因となるものと予想される。Tab. 3の示すところでは、期間の長期化は逆に現状の肯定反応を高めるが、さらに長期化すると否定反応が高まるようである。このことは常識的にも了解が容易である。将来の期待や関心については、現状についてのものとは逆の方向が見られるが、これは病状不安の作用と類似している。社会に対しては期間の長期化とともに期待的態度が薄

らぐが、その反応は次第に非現実性をおび、ヒステリックな反撥心か、あきらめかに終る傾向がよみとられる。

〔年齢因子の作用〕

年齢因子は入所患者の特異な生活様式を形成するものとして前二者の因子ほどには直接的ではなく、いわば間接的な因子である。この作用は Tab. 3 の示すところでは期間の作用ときわめて類似した傾向をあらわしている。病者の生活心情は老人のそれに似る、ということになるのだろうか。

〔経済因子の作用〕

Tab. 3 における $E_a - E_b$ は貧困という負因が入所患者の心情に及ぼす作用を見ることを意味する。この作用を見ると、強い病状不安の示す作用と類似の傾向を示している。病気と貧困はいずれも生活の自由を束縛し、不安をもたらすものであることからして、類似した反応傾向をもたらすものであろう。この反応は現在暗いみじめさを味い、前途に思いをはせ、はかない希望にすがろうとする、きわめて逃避的な性格をおびたものと見なされよう。

〔結婚因子の作用〕

Tab. 3 における $M_a - M_b$ の項は、結婚という生活束縛的負因が、かれらの生活心情にどのように作用するかを示している。これによると、結婚因子は現在や未来への心境にはほとんど影響を与えないが、将来の生活に対する関心を低下させる傾向が見られる。これは結婚が入所患者の社会生活の様式を固定化するため、未婚者のもつような自由な空想にかられなくなること、あるいは配偶者へのまかせきつた依存（とくに女子の場合）などの理由が考えられる。社会に対しては現実的に期待する傾向が強まる。要するに結婚因子は入所患者の現実的な生活態度を高める作用をもつものと見られる。

〔教育因子の作用〕

Tab. 3 における $S_a - S_b$ の項は、学歴のないこと、すなわち無学という一般的生活能力上の、あるいは社会的地位上の負因が、入所患者の生活心情に及ぼす作用を示している。これによると、無学ということは自分の生活にも社会にも期待する気持ちも低めるが、社会を見る見方は現実的にかたむく。下積みの者の暗い心情をあらわしているようである。

つぎに Tab. 3 を全体的に読みとると、入所患者の典型的な生活心情と考えられるものが、次のようになりにかなり文脈的にとらえられる。

すなわち、入所患者は現状に関しては、病状不安がつのと、みじめな気持ちにかられる。 $(D_{+N} \sim -, -.53, -.50)$ 。それに貧しい身でこんな所へ入つてどうしようかという気になる $(E_a \sim b, -.42)$ 。自分の無学を思うとやはりみじめな気になる $(S_a \sim b, -.23)$ だが月日がたち $(P_{I \sim I}, +.47)$ 中年の分別が加わると $(A \sim I, +.11)$ これも致し方ないと受け入れる気持ちになるが、期間がさらに長引き、 $(P_{I \sim II}, -.23)$ 、年老いた前途を思うと再び否定的な気持ちになる $(A_{I \sim II}, -.13)$ 。

そして未来に対しては、病状不安 $(D_{I \sim I}, -.37)$ 、長い期間 $(P_{I \sim I}, -.11)$ 、無学 $(S_a \sim b, -.18)$ な

どの負因によつて希望を失いがちだが、病状不安がさらに強まり ($C_{N\sim\cdot}+.75$)、期間もさらに長引き ($P_{I\sim\text{II}}+.08$)、そして年齢や ($A_{I\sim\text{II}}+.07,+.29$)、貧困を思うと ($E_{a\sim b}+.03$)、逆にはかない希望をかきたてようとする。

だが将来の生活を考えると、病気が不安だ ($C_{N\sim\text{II}}-.49$)、だがいつまでもよくなるらない ($P_{I\sim\text{I}}-.06$)、もういゝ年だ ($A_{I\sim\text{II}}-.76$)、学歴もない ($S_{a\sim b}-.42$)、妻(夫)ある身で何を夢みる ($M_{a\sim b}-.35$)、とばかりに目をそむけ、考えまいとする。しかし、もう人生は先が短い ($A_{I\sim\text{II}}+.84$)、死ぬかも知れぬ ($D_{N\sim\cdot}+.79$)、いつ治るか分らぬ ($P_{I\sim\text{II}}+.25$)、それに金もない ($E_{a\sim b}+.24$)、とせつばつまつてくると、かえつて行末を考えこむ。

たとひ病いは重くとも ($D_{I\sim\text{II}}+.62,+.75$)、家族を思えば ($M_{a\sim b}+.61$)、たとえ貧しくても ($E_{a\sim b}+.42$)、人生は期待される。だが、もういゝ年だ ($A_{I\sim\text{II}}-.57-.31$)、いつまでこゝに居るので ($P_{I\sim\text{II}}-.46-.17$)、無学なものに何ができよう ($S_{a\sim b}-.13$)、と思うと人生は暗い。病気の不安があり ($C_{+N}+.90$)、月日もたち ($P_{I\sim\text{I}}+.28$)、家族を思い ($M_{a\sim b}+.19$)、無学を思い ($S_{a\sim b}+.18$)、中年の分別が加わると ($A_{II\sim\text{I}}+.13$)、社会人生の見方も現実的となるが、病気の不安がつり ($D_{N\sim\cdot}-.75$)、いつまでも退院できず ($P_{I\sim\cdot}-.24$)、年老いて ($E_{a\sim b}+.19$)、貧しさにつまされると ($E_{a\sim b}+.19$)、見方が次第にゆがめられてくる。……

つぎにTab. 3において、VisionのAとBの項を入所患者の療養所生活からくる生活感情をあらわすものとし、CとDの項目をかれらの社会生活に対する心構えと期待の上であらわれた生活態度の側面であるとして、それぞれの2系列における条件因子の作用の強弱を、とくに負因的条件の(-)効果について見ると、次に示すような不等式が得られる。

	側 面	条 件 因 子
A	現 在 に	$D_{+-N} > E > S > P_{I-\text{II}} > A_{I-\text{II}}$
B	将 来 に	$D_{+-N} > S > P_{I-\text{I}}$
C	生 活 に	$A_{I-\text{I}} > D_{+-N} > S > M > P_{I-\text{I}}$
D	社 会 に	$A_{I-\text{II}} > P_{I-\text{II}} > S$

これについて、全体的に見ると、入所患者の生活感情の(-)反応——みじめな現在を味い、未来に希望を失う——には直接的な病状不安の負因の作用が大きいが、貧困、無学などの間接的負因の作用もかなり大きく無視できない。

生活態度の(-)反応——社会生活復帰への弱い心構えと、ひねくれた人生観——には間接的な年齢の負因が大きく作用し、直接的な負因に勝っている。無学、期間などの生活的負因もまた大きい。

これらのことは入所患者の特異な生活心情が、直接病状につながるものではあるが、そこにかなり強く一段的な生活条件の負因が作用していることを示すものであり、この調査の基本的な仮説を証明するものである。

結論的というならば、入所患者に見られる生活感情、あるいは生活態度の特異性は、結核と

いう特定の疾病にともなう特定の症候 (symptoms) であるよりは、むしろかれらの生活心理的
 反応である。それはまた狭い意味での収容病 (Hospitalism) ではなく、より一層生活的な問
 題につながる生活様式⁽²⁾である。

したがって、いわゆる療養所の患者問題に対しても、その対策を効果的にするためには、よ
 り一層広汎な生活指導的なものを導入する必要があると考えられる。適切な医学的治療に平行
 して、従来から盛んに行われている修養活動やレクリエーション活動も、もちろん有効であろ
 うが、Tab. 3 が示すように、入所患者の適応的 (+) 反応には多分に非現実的、逃避的なもの
 があるから、それのみではかえって逆効果を来すことも考えられる。それには、たとえば、病状
 に応じた職業補導的なものが行われるならば、入所患者の生活的不安を除去して、かれらに正
 常な社会生活への正しい心がまえと態度を与え、正しい意味での適応を高めて、問題を解決す
 るのに効果があると考えられるのである。

5. 残された問題

この報告では前回使用した質問紙の資料の枠の中から対象条件について可能な分析をこゝろ
 みたが、入所患者の生活心情に作用すると思われる条件には、なお多くのものが考えられる。
 たとえば、所内での医師、看護婦、患者をふくむ人間関係、社会的地位、職業、フラストレ
 ションの型などがある。

つぎに、調査のネットとして質問紙のみでは不十分であることはいうまでもない。この研究
 をすすめるためには、さらに入所患者との面接、手記の分析、観察、記録調査などによる資料
 の追加がのぞましい。つぎに、この報告では対象の性の区別を無視したが、分析視点によつて
 はこの条件因子に考慮が払われなければならないであろう。

註 (1) 小滝信夫：結核患者の生活心理の研究(1) 島根大学論集，第8号 1958 P. 1~10

(2) こゝで生活様式といったのは、特定の生活状況によつて規制される生活行動の Pattern を意味す
 る。したがって、Adler のいう幼児期の経験に根ざした生活行動の様式 (Style of life) の意味
 とは異なる。

A SURVEY OF THE MENTALITY OF A SANATORIUM IN-PATIENTS

Nobuo T. Kodaki*

It has been already pointed out by M. Porot** and others that in-patients' peculiar mental attitudes and behaviors are partly due to the characteristics of their recuperative status of life. However, from the psychological view, it may be said that they are mostly due to their environmental factors, and it may be the reason why not a few patients in sanatoriums tend to be involved in the so-called 'in-patient problems'***. On such a hypothesis, we tried to estimate the influences of the environmental factors upon in-patients' life feelings or attitudes of life by means of the questionnaire method.

Four items of questions were designed for this purpose, which were, as follows, respectively concerned with (a) in-patients' attitudes toward their present status, (b) their anticipations of their future, (c) their interests into designs of their possible normal lives, and (d) their expectations for communities proper. Each multiple-choice answer was set in order to project either subjects' positive-negative reactions or realistic-unrealistic reactions in these four aspects.

QUESTION A.

What do you think of the fact that you have been captured by the disease, and forced to spend days in a sanatorium?

- 1) It is the unbearable shameful or regrettable matter to me.
- 2) It is miserable, but it must be necessary in order to overcome the disease.
- 3) It is fatal, so I have been resigned.
- 4) It is rather a better chance to learn the life.

* Assistant Professor of Psychology at Shimane University, Japan

** Maurice Porot. *La Psychologie des Tuberculeux*. 1950

*** In Japan, not a few T. B. sanatoriums are charged with so-called 'in-patient problems' which imply troubles brought by groups of in-patients who tend to resist against both doctors' directions and regulations, and do not want to leave sanatoriums even after recoveries.

- 5) It is the best of all possible situations for me.
- 6) It must be unavoidable, because it is the divine punishment on me.

Responses to 2), 4) and 5) were regarded as positive reactions. While, responses to 1), 3) and 6) were regarded as negative reactions.

QUESTION B.

How do you anticipate your future?

- 1) I am fully assured of my recovery.
- 2) Somehow I feel to be hopeful.
- 3) I am neither hopeful nor hopeless of future.
- 4) I can say nothing so distinctively.
- 5) I am rather pessimistic of future.
- 6) There is not a shadow of hope.

Responses to 1) and 2) were regarded as positive reactions, and responses to 3) and 4) were regarded as neutral reactions, and to 5) and 6), as negative reactions.

QUESTION C.

Have you any plan of your future after recovery?

- 1) I am dreaming of my future after recovery.
- 2) I am making a real plan step by step.
- 3) It has been out of my mind.
- 4) I do not like to think of my future.

Responses to 1) and 2) were regarded as positive reactions, while responses to 3) and 4) were regarded as negative reactions.

QUESTION D.

What do you think of the community?

- 1) It is filled with evil, I feel sad at my powerlessness.
- 2) Despite of evil beings, there are still many bona-fide persons with whom I want to cooperate as much as possible.
- 3) Evil or virtue of the community depends upon people's minds, so I will keep my mind pure in order to live in peace.
- 4) I don't care of its good or evil, only I think how to survive in it.

5) I have not been concerned with it. I expect nothing from the world anymore.

Responses to 2) and 3) were regarded as positive reactions, while, to 1), 4) and 5), as negative reactions in terms of expectations to the communities. Besides, responses to 2) and 4) were regarded as realistic reactions, while, to 1), 3) and 5), as unrealistic reactions.

SUBJECTS (109 in - patients of State Sanatorium and Hospital of Matsue) were also classified with the categories of (1) self - estimations of conditions of the disease — +: improve, n: no change, or —: worsen, (2) recuperative periods — I: 0 - 6 months, II: 6 - 24 months, or III: over 24 months, **** (3) ages — I: 0 - 29 years old, II: 30 - 49, or III: over 50, (4) economic status — a: above average, or b: under the livelihood protections, (5) marital status — a: unmarried, or b: married, and (6) levels of education — a: higher schooling, or b: compulsory school level***** . Consequently, 57 combinations of these categories were classified. The structure of samples is shown on the table 1.

Scoring +1 to each positive or realistic reaction, 0 to each neutral reaction, and -1 to each negative or unrealistic reaction, the arithmetical means of in-patients' reactions in four aspects were calculated in every combination. Moreover, those factors' influences upon in-patients' reactions were assessed by calculating the difference of the means of reaction scores between every couple of relevant combinations, according to the sampling process. The result is shown on the table 3.

As a result, in relation between the structure of samples and reactions it was found that in-patients generally tend to avoid to make designs of their future lives in spite of their hopeful anticipations of future, and that they tend to react positively in estimations of their lives and communities rather unrealistical-

**** According to the security laws in this country which generally limit the salaried period for sick employees up to 24months, the threshold of the 24th month had an important meaning of livelihood for the majority of subjects of this survey.

***** Subjects included very few rich or highly educated patients, therefore, correspondent gradings for rich or college graduate were neglected.

ly, when their conditions of the disease or lives are worse. These tendencies may typically imply in-patients' feelings and attitudes of life. Therefore, they may be regarded as diagnostic criteria of in-patients' pathological mentalities.

Moreover, it may be said at the following inequalities, that in-patients' negative reactions toward their lives and communities are urged by indirect factors of their inferior status—older age, poverty, poor education, or marital restriction on life, as well as direct factors—anxiety with the disease or long recuperative period as a direct restriction on their behaviors.

INFLUENCES OF INFERIOR FACTORS UPON NEGATIVE REACTIONS

Reactions	Inferior Factors
to Present	$D+ - - > Eb > Sb > P\text{II} - \text{III} > A\text{II} - \text{III}$
to Future	$D+ - n > Sb > P\text{I} - \text{II}$
to Life	$A\text{I} - \text{II} > D+ - n > Sb > M\text{b} > P\text{I} - \text{II}$
to Community	$A\text{I} - \text{III} > P\text{I} - \text{III} > Sb$

These results indicate that the peculiarity of the mentality of in-patients is not only a product of the disease, but also a product of in-patients' lives. Therefore, it may be said that their maladjustive behaviors are neither direct symptoms of the disease nor so-called 'hospitalism' in a strict meaning, but some behavioral patterns controlled by in-patients' environmental factors. Should we insist on usage of the term 'symptom', it would be said that such a behavioral pattern is symptomatic of behavior pathology. It is supposed that similar reaction-patterns may be seen in any other field which is separated from a secured normal life.

Note: This survey was done in order to contribute to the guidance for in-patients in the sanatorium in cooperation with Dr. Takeshi Tsubokura, a medical staff of the institution.

(November 11, 1958 in Matsue, Japan)