

## かかわりの発達とその歪みに関する研究

1. 小中高校生におけるかかわりの発達とその歪み
2. 非行少年の臨床脳波学的研究（その1）、（その2）
3. 登校拒否児の係わりとその歪み  
（分担研究：小児期の成長・発達と養育条件に関する医学的、  
心理学的及び社会学的研究）

岡 宏子\*，山上晶子\*\*，小松秀邦\*\*\*，渡辺 登\*\*\*\*

**要約：**近年，社会環境の著しい変化に伴ない，精神発達の途上にある青少年に登校拒否や校内暴力，いじめ，家庭内暴力などの神経症的症状，頭痛や腹痛，拒食などの心身症的症状，さらには万引や窃盗，有機溶剤乱用などの不良行為が認められるようになった。これらは健全な精神発達が円滑にすすまないため生ずる精神不健康であり，青少年の健全な育成を図るうえで，これらの背景因子に検討を加え，あるべき育成の姿を見出す必要がある。

われわれは保育園や幼稚園，学校，児童相談所，国立教護院で精神発達の途上にある児にかかわる教育者，教諭，精神科医，精神保健研究員であるが，「児童・青少年の適応障害の実態を把握のうえ，健全な精神発達をすすめるには，どうしたらよいか検討してほしい」との課題を与えられた。そこで，われわれは適応障害について「係わり（対人関係）」という視点に基づいて，各自の立場からアプローチを三年間に亘り続けてきた。

小松秀邦は国立武蔵野学院（教護院）に入院した非行少年の家庭背景について検討し，依然として貧困家庭，欠損家庭という従来通りの家庭であったと報告した。家庭での慢性的ひずみが少年の未熟な人格や歪曲した価値感に多くの影響を与えていたと推測した。さらに健常者を対照とした臨床脳波学検討をも加えた。

山上晶子は小中高校生で保健室へ頻回に来室する生徒を中心に，その家族関係を調査したところ，家庭内での適切な保護と感情交流の乏しさを認めた。

渡辺登は幼稚園児，有機溶剤吸引少年，登校拒否児の親子関係と交友関係を調査したところ，親子関係が過保護もしくは逆に放任であると同年齢の友人を見出し難いと述べている。

岡宏子は保育園児の他児や親とのかかわり方を経年的に詳細な観点より行い，年齢を追うにつれ歪んだ係わりが改善する群のあることを明らかにし，発達段階に適した係わりが重要であることを指摘した。

**見出し語：**精神発達，対人関係，家庭環境

---

\* 聖心女子大学 (Seishin Women's University)

\*\* 福島西女子高等学校 (Fukushima-nishi High School)

\*\*\* 国立武蔵野学院 (National Musashino Juvenile Reformatory)

\*\*\*\* 国立精神・神経センター精神保健研究所 (National Center of Neurology and Psychiatry  
National Institute of Mental Health)

## 1. 小中高年生におけるかかわりの発達とそのひずみ

山上 晶子

### 1) 調査対象と内容方法

保健室でとくに配慮した対応をしなければ学校生活が続けられない事例小6, 中10高5例について、乳幼児期からの保護者(養育者)とのかかわりを次の方法で調査した。

調査方法は、予め作成した質問紙により、各養護教諭が直接保護者と面接聴取したものである。

各事例の保健室来室時の主訴は、小学生は6例全部が身体不調を訴えて来室しているが、そのうち2例は不登校、あと1例は集団不適應の傾向を併せ持っている。

中学校10例の保健室利用の理由は、身体不調3, 不登校4, 反社会的傾向1, 摂食障害2であり、そのうち摂食障害2例は専門医の治療を受けており、不登校4例のうち1例は自律神経失調症と診断されている。

高校生の5例は心身症、神経症、行動異常、精神疾患等であるが、保健室利用の理由は、約半数が身体不調を訴えている。

### 2) 主訴・性格と養育者とのかかわり

#### (1) 小学生の主訴・性格傾向と養育者とのかかわり

小学生6例はいずれも身体不調が前面にでているが、実際に身体虚弱である者は1例で、他は心因性の身体不調と考えられる。

そのうち登校拒否2例の保護者(母・祖母)のかかわりは、いずれも過保護ないし溺愛であるが、2例とも父親とのかかわりは薄い。

父親は多忙で無関心であったり、やさし過ぎる父親であったりして、きびしさのあるモデルとなっていない。

集団不適應の1例は、出生時から母親の拒否的な感情があり、幼児期も母親の拒否的態度や放任があった。父親も子どもに対して厳格で、甘え・依存の欲求が充分満たされていない。現在アトピー性皮膚炎、喘息の症状がある。

その他4例は、すべて乳幼児期は大切に愛

情をもって保護、養育されていたが、本人の下に妹が誕生し、母親の関心が妹に移ったため、足の痛みをややオーバーに訴えるようになった例や、両親の不和が表面化し、子どもの心に影をなげかけている例などがある。

子どもたちが訴えている身体不調には、それぞれ意味があるが、いずれも大人への愛情欲求のサインであると思われる。(小学生は特に言語能力が未発達なため身体症状として訴える。)

愛情欲求が満たされなかった場合や反対に過保護、溺愛できびしさが与えられなかった子どもたちは、依存のサインを身体症状で訴えていると考えられる。その根底には、幼児期に母親やその他の養育者が、子どもの病気(発熱などの健康異常)を過度に心配したことが反映しているようである。

小学生の場合、現在のかかわりの問題点として祖父母の育児、甘やかし、食物・おやつ管理ができない、スナック・ジュースなど偏った食生活、両親間との育児態度の不一致などの問題がある。

#### 〈小学校の特徴〉

小学校のまとめとして考えられることは、保護者主として母親が発熱などの健康異常に対してとる行動が、そのまま子どもの心の中に取り込まれる傾向があるように思われる。

小学校の登校拒否傾向の2例であるが、1例は母親の過保護、1例は祖父母の溺愛である。一方父親のかかわりは、1例は多忙の為無関心であり、1例はやさしすぎる父親で、2例とも父親の子どもへのかかわりが薄い。

子どもの現在の生活の中で、生活習慣の乱れ、食物管理のまずさがある。その背景には、母親と祖父母まかせの養育による躰の不徹底がある。そのような家庭の生活習慣の乱れによる身体不調が、そのまま保健室に持ち込まれる傾向がある。

## (2) 中学校の主訴・性格傾向と養育者とのかわり

主訴は頭痛、頭重、気分不快、不定愁訴等の身体不調を訴えしばしば保健室を訪れる生徒が10例中3例であり、それらの生徒の性格傾向としては、欲求不満を起こしやすくわがままである。幼児期からのかわりをみると、養育方針は2例は自由であるが、どちらかと言うと過保護で病気を持っているため、神経質に育てた例も含まれている。

不登校は4例であるが、日常の性格や行動での問題はそのうち1例であり、自己中心的でわがまま、耐性の欠除がみられる。残り3例は神経質でその反面人に言われたことを気にする。目的意識がなく、無気力で、自分の好きなことしかやらない。幼児期からのかわりをみると4例中3例が、母親が子どもの出生前後拒否的な感情を持っていたことが特徴である。以上のような拒否的な母親の気持は登校拒否に関係があると言われている。(河合 洋「学校に背を向ける子ども」昭和61年7月20日、日本放送出版協会)

幼児期及び小学校では祖父に養育をまかせ、両親ともかわることが少ない傾向がみられる。4例とも特に父親に対してはほとんどかわっていない。その1例は離婚により別居している。不登校は全事例のほぼ $\frac{1}{2}$ を占めている。

反社会的行動の主訴はシンナー吸引や喫煙で、1例は、性格上短気とやさしさが混合し、感情の起伏が激しく、欲求不満を起こしやすい。人が困っているとたとえ悪いことでも行動化する。自我が未成熟のため、周囲や友人と同調し、悪いことでも行動に移す。

養育者とのかわりについては、乳児期は余り気にしなかった。幼児期は過保護に育てた。小学生時期には勉強にしろ、日常生活についても過干渉傾向にあった。交友関係にも細かく母親が干渉している。小学生時期に日常生活で細かく言われることに対する反抗として、喫煙やシンナーを吸うなどの行為をしている。

摂食障害の2例は、食事をとらず—8 kg、—

18kgと体重減少が著しい。成績は上位で完全主義的傾向にある。性格は、表面的には周囲や友人と同調しやすい。自分の弱いところを指摘されると気にする性格である。

小学校では常にトップリーダー的存在で、学校が生きがいであった。食事に対して思い込みが強い。親は教育熱心で過干渉、心配症である。母子の密着の傾向があり父親とのかわりが薄い。

### 〈中学生の特徴〉

不登校生の幼児期からの養育者とのかわりをみると、

- 養育を祖父まかせで、両親ともかわることが少ない。
- 離婚に伴ない別居しており、父親とかわることがなかった。
- 母親が子供の出生前後に拒否的な感情を持っていたこと

以上の点が特徴である。

その他病気を持っていたため、過保護にして神経質に育てた。また日常生活や交友関係等の細かいことまで干渉したため、反抗して煙草・シンナーを吸ったなどがある。

心身症、神経症、摂食障害などの病名がみられるが、固定的状態ではなく、今後回復が予想されるものである。

## (3) 高等学校の主訴・性格傾向と養育者とのかわり

a. **心身症(過呼吸症候群)**—性格は優柔不断で決断しにくい。母親は育児熱心で過剰な期待をかけている。家族特に大人が多い中で育て、ちやほや甘やかされて育った。大人の言うままに行動していた。父親は建設業のため不在がちである。

b. **不登校**—家庭崩壊寸前に陥り、経済的にも困窮となり、急激な環境の変化に対し適応できない状態にある。性格は内面に挫折感がある。プライドが高く、現在の状況を友達に伝えられない。視野が狭い。自他に対し要求水準が高いためストレスがたまる。

c. **神経症(自己臭症)**—自分から異臭が出ていて臭っているのではないかと気にする。感情のしこりを残す。主体性がない。他人

に何か言われると気になる。神経症的性格があつて周囲の刺激に対して敏感に反応する。

親とのかかわりについては、親も同じ様に気分がすぐれないことがよくあることから、何らかの生得的素因が関係していると思われる。

d. 分裂病—孤独で友達とあまり遊ばなかった。周囲とのまじわりがない。親とのかかわりは過保護であつた。親も小学校5, 6年生の時に登校拒否傾向があつたという。

e. 行動異常—兄の病氣(分裂病で入院)に暗示を受けたようである。生得的な性格も関係があると考えられる。親とのかかわりは特に異常は認められない。

### 〈高校生の特徴〉

3例は性格傾向のウェートが強い事例であり、不登校、心身症は養育者とのかかわりの関連が考えられる事例である。

### 3) 考 察

小中高校を通じて、養育者とのかかわりの関連が最も強くみられる問題は不登校のように思われる。不登校は、全事例のおよそ $\frac{1}{3}$ を占めている。小学校の場合の登校拒否事例は、集団場面からの逃避的な意味あいがあつて、一時的に家庭に逃げ込むいわゆる甘え型の登校拒否と思われる。養育者の態度に過保護や溺愛のかかわりの傾向があつたものである。

中学校の登校拒否は、4例中3例が目的意識

表1 保健室で特に配慮した対応をしないと学校生活を続けられない児童と保護者とのかかわり(小学校)

仮名	主 訴, 現在問題点	日 常 行 動, 性 格	保護者とのかかわり(誕生前, 誕生時, 乳児期, 小学生期)
A (5年生) ♂	嘔気, 嘔吐 ホスター病(虚弱児)	人に強く言われるとすぐしょんぼり。欲求不満を起こしやすい。劣等感が強い。人に何か言われると気にする。	誕生時は喜ばれていた。養育が過保護, 手をかけ大切に育てた(幼児期)。小学生時期父親に接する時間が少なかった。父は, 勉強生活について特に厳しくはない。
B (4年生) ♂	足が痛い, 遅刻 母親の愛情が妹に向けられて	自分の興味, 関心のある物に対して積極的に調べる。	乳児期手がかからない。一人遊びが多かった。幼児期母親養育熱心。小学生期は母親が妹達の面倒を見るため, 母親の愛情が得られなかった。父親との接触が少ない。
C (3年生) ♂	登校拒否傾向 気持悪い, 腹痛, かせ, 胃腸障害 (クラス編成原因)	依頼心が強く, 真面目で几帳面。自分から進んで友達を作れない。外遊び, 体育は好き。	養育者は母親であるが, 祖父母が溺愛。母は会社員, 養育について口を出さない。
D (6年生) ♀	朝礼時立ちくらみ 嘔吐, 倦怠感, 貧血症	素直で人の言うことを冷静に聞くことができるが, 引っ込み思案の面もあり, リーダーの後について行動することが多い。自分の意見をしっかり持っており責任をもって行動することができる。好き嫌いが激しい面もあり性格があわないと自分からとけこもうとしない。	養育者は母親である。乳児期はよくあやしたり, 言葉をかけたり, 抱いたりした。

が無く、無気力型であり、それらの母親は出生前後に拒否的感情を持っていた。他の1例は甘え型の登校拒否で、養育態度は過保護であつた。

高校の1例は挫折型の不登校であり、幼児期から小学校までは比較的順調に経過していたが、中学校後期からの家庭環境の激変が原因と思われる。以上のように、小・中・高校と通して見ると、不登校がかかわりとの関連で最も強くみられた。

不登校という現象は、幼児期からのかかわりと関連が深いと考えられるものである。

- そのほか、かかわりとの関連が考えられた例…心身症(過呼吸症候群, 攝食障害)の幼児期からのかかわりでは、過保護, 期待過剰の傾向がみられた。

- 全体として(地方都市の特性か?) 祖父母との同居がかなりあり(5例), 養育が母または祖母が中心となっており, 父親の影響力や影が薄い。家庭的に人手があるためか, よけい父親がかかわっていないように思われる。男性モデル, きびしさのモデルが不足しているように思われる。

- また養育方針について母親と祖父母との間に意見の相違があつたり, 両親の不和がある等で, 子どもが不安定になっている例がみられ, 子どもにとって家族のあり方, かかわり方の重要性があらためて考えさせられるものであつた。

E (4年生) ♂	級友とうまくなじめない。腹痛、頭痛、アトピー性皮膚炎、胃痛、ぜんそく、鼻炎	一度叱られると気分が戻るまで時間がかかる。欲求不満を起こしやすい。自己主張する人から何か言われると、とても気になる。目的意識あり。	母親が妊娠したとき、予定外であつたらしく、中絶しようとして、バレーボール等を激しく行ったそうである。乳児期は両親と離れて寝ていた。幼児期は母親の愛情が得られなかった。小学生期は、保健室に行ったことを妹から父に告げ口されたことが、嫌だった。家にいるとき気分にもうがある。父親は子供等に厳しく、具合が悪くとも保健室に行くのをやめるように言う。
F (4年生) ♂	心因性頭痛、腹痛、発熱を頻繁に訴える。現在は登校拒否	おおらかな性格で友だちから好かれるが、親友はできない。欲求不満を起こしやすい。	乳児期よくあやしたり、言葉をかけたり、抱いたりした。養育は主に母と祖父で、父は仕事が忙しく家に居る時間が少なく、夜は酒を飲んで寝てしまう。過保護。小学生期母の過干渉、父親の無関心、祖父の溺愛、両親の争いが多かった。

表2 保健室で特に配慮した対応をしないと学校生活を続けられない児童と保護者とのかかわり(中学校)

仮名	主訴、現在問題点	日常行動、性格	保護者とのかかわり(誕生前、誕生時、乳児期、小学生期)
A (2年生) ♀	不登校傾向	自己中心的でわがまま。常に欲求不満を起こしている。目的意識なし。	誕生前、あまり出生を喜ばれなかった。誕生時、乳児期、両親からは放任されて、祖母に育てられ、甘やかされた。幼児期も小学生期も同様、自由放任で、祖母にまかせきり、甘やかされて成長した。
B (1年生) ♂	運動機能未発達 不定愁訴の身体不調 焦点性てんかん(5才)	病気のため身体活動がにぶい。身体は小さいが負けん気はある。欲求不満をあまり起こさない。周囲や友人と同調しやすい。目的意識なし。	誕生前、誕生時は特に問題なし。乳児期はあまり気にしなかった。どちらかという放任。幼児期、両親とのかかわりあり。養育方針自由。手をかけ大切に育てた。小学生期父親とのかかわりあり。
C (3年生) ♀	摂食障害 主食(米飯)をとらず、食品目少なく糖分を避ける。体重を気にする。体重が減る(-8kg)	まじめ、おとなしい。欲求不満をあまり起こさない。感情のしこりをあまり持たない。周囲や友人と同調しやすい。目的意識あり。完全主義の傾向あり。	両親とも宗教(エホバの神)を信仰し、本人も入信しており、そのため部活は行ってない。
D (3年生) ♀	下痢、嘔吐、寒気。頻回の下痢症状、悪寒からくる顔色不良。体重減(-18kg)	学力は上位。おとなしいが、芯が強い。班長や責任者などに推薦されるが、自分から立候補するタイプでもある。	養育方針は、手をかけ大切に育てた、期待を持っていた。
E (3年生) ♂	不登校(自律神経失調症)。欠席日数は、2年生のとき176日。3年の1学期27日。二学期0日。	生活面でだらしなく、興味ある事に対しては積極的であるが、宿題忘れ、未提出、忘れ物が多い。欲求不満をあまり起こさない。目的意識なし	誕生前、出生を喜ばなかった。乳児期養育について余り気にしなかった。どちらかと言えば放っておいた。幼児期父とのかかわりを全然覚えていない(幼児期父と別居)。毎年夏休み、母と兄と三人で上野科学博物館に行った。小学期に父親が電話で勉強しろと強く言う。
F (2年生) ♀	頭痛、時々頭が重い、熱がありそうだ。気分が悪いなど表現はいろいろあるが、訴えてくることが多い。頑張らせると頑張って学習を続ける。	わがまま、自己倦悪におちいり易い。短気、人のことが気になる、欲求不満をおこしやすい。	誕生前、出生を喜んでた。乳児期は、余り気にしなかった。放っておいた。幼児期養育方針自由、小学生期父親は、けじめをつける、整理整頓といつも言っていた。母と祖母との関係はあまり良くない。
G (1年生) ♀	頭痛、学業不振。神経症的(軽度)身体不調	小さな子の面倒をよくみる。欲求不満を起こしやすい。感情のしこり、いじめられる。人から何か言われると気になる。常に人の目を気にして中学生らしくない。目的意識なし。	誕生前、特に問題ない。幼児期は祖母と遊んだ、過保護で、手をかけ大切に育てられた。小学生期父親は勉強や、交友関係について強く言う。母のかかわりは普通。
H (3年生) ♀	シンナー吸引、喫煙	短気とやさしさが混合し、感情の起伏が激しい。欲求不満を起こしやすい。人が困ったと訴えると、たとえ悪いことでも行動化する。周囲や友人と同調しやすい。	養育者は母親、幼児期は養育方針自由。母とよく遊んだ。手をかけ、大切に育てた。小学生期は母が勉強するようにと強く言う。また日常生活についても強く言う。
I (3年生) ♀	不登校	神経質、欲求不満を起こしやすい。人に何か言われると、とても気になる。目的意識なし。	誕生前、出生時、母親はじめ家族皆生まれたことを喜んだ。乳児期には、母親が育児書を読みながら育てた。過保護気味。幼児期には、父親はあまりかかわりなし。親も不定愁訴があった。
G (3年生) ♀	不登校。3才児両親離婚。養育者祖父母(父と別居)	甘えん坊、自己中心的、わがまま、さみしがりや、欲求不満を起こしやすい。目的意識なし。努力、忍耐、頑張り等の言葉がほとんど通じない。今の今を楽しんで過ごせばいいという感じを抱かせる性格。	母親や家族は、本人の出生を喜ばなかった。乳児期、祖父母が養育者。過保護気味。幼児期、祖父母が一緒に遊んだ記憶が本人にない。母親とは、友人、姉妹的なかかわり。

表3 保健室で特に配慮した対応をしないと学校生活を続けられない児童と保護者とのかかわり(高等学校)

仮名	主訴, 現在問題点	日常行動, 性格	保護者とのかかわり(誕生前, 誕生時, 乳児期, 小学生期)
A (2年生) ♂	集団行動不適応 対人関係の障害 強迫観念 分裂病	身体を動かすことが極端に不器用で自分の内的世界に没入し, 他人と同調して生活することができない。欲求不満を起こしやすい。一度不快な感情を持つと次から行動ができない。周囲や友人と全くという程同調できない, 自分の意見は, はっきり言わない。人に何か言われても, あまりわからない。	誕生前, 誕生時の母親の気持は普通であった。乳児期に, 母親は育児書を読むなど過保護の気があった。幼児期に母親は仕事が忙しかったが, 過保護で期待が大きかった。小学生期, 父親とのかかわりはなかった。父の転勤に伴う転校が本人を傷つけた。中学生期, 母とのかかわり過干渉。親自身も5, 6年生の頃登校拒否を1週間続けたことがあった。
B (1年生) ♀	腹痛, 食欲不振, 頭痛, 気分不快, 保健室通い 不登校 A精神科受診	内向的, 他人にはきびしく, 批判する。欲求不満を起こしやすい。感情的ストレスがたまりやすい。周囲と同調できない。自己主張, 自分の意見は, はっきり言う。他人に何か言われると, とても気にする。	誕生前, 誕生時, 乳児期に, 養育について余り気にしなかった。幼児期には, 両親と3人で仕事場に居て, 仕事が終わるまで, そこに居た。養育方針は自由, 養育しやすかった。小学生の頃は父親ともよく話をした。中学生の頃は父親が勉強について強く言う。父親に反抗した。高校生の時, 両親不仲となり, 母親はサラ金から借金, 母親の干渉がうるさい。
C (2年生) ♀	過呼吸症候群。強度の発作(手の硬直, しびれ意識もうろう) 校医往診 B精神科受診	優柔不断, 欲求不満をおこしやすい, 感情のしこりを起こしやすい。周囲の友人と同調は気分次第。自分の意見は, はっきり言わない。決断しにくい, 他人に何か言われると, とても気にする。新聞配達のアパートをして空しく感じた時もある。	誕生前, 父親は丈夫な子であればよいと思った。乳児期に育児書を読んだ。あやしたり, 抱いたりした。幼児期両親とよく遊んだ, 山や海に両親と一緒によく行った。小学生の時, 父親の写真撮影のモデルになった。父は人の気持を思いやるやさしい人であった。中学生の時は, 母親と一緒に家事を行った。父親も, 園芸や音楽につきあってくれた。
D (2年生) ♂	1年の時家出, 2年の文化祭の時, 壁に落書き, 教室に菓をまき散らす等 行動異常, 自傷行為(根性焼)保健室に頻回来室(頭痛, 腹痛)	2年生の時, 担任に反抗していた。外見おとなしいが暗い感じ。欲求不満を起こしやすい。短気をおこす。周囲や友人と同調しない。自分の意見ははっきり言わない。他人に何か言われるととても気にする(兄が本校2年の時精神科に入院, 当時本人は1年生であったが, 兄の入院にショックを受け, その後家出)。	誕生前, 誕生時特に問題は見られない。乳児期余り気にしなかった。あやしたり言葉をかけたり, 抱いたりした。幼児期の養育方針は自由。小学生期, 中学生期は, 両親が生真面目な地方公務員で本人との話し合いは少ない。
E (2年生) ♀	自己臭症。	物事を気にして不安がる, 欲求不満を起こしやすい, 感情のしこりをかなり強く持つ。周囲の友人と同調しやすい(ただし, 限られた友人のみ)。	誕生前, 誕生時, 乳児期余り気にしなかった。よくあやしたり, 言葉をかけたり, 抱いたりした。幼児期, 母親はほとんどかまわなかった。養育方針自由, 東京に居た頃, 夫婦で子供の面倒を見ていたが父親の実家のある福島に帰ってきて, 生活一変。祖父母と別居。

## 2. 非行少年の臨床脳波学的研究(その1)

小松 秀 邦

### 【目的】

61年度は国立武蔵野学院に入所している非行少年における家庭背景の劣悪さの一端に触れた。また彼らの非行の特徴はきわめて低年齢で初発し, 常習化している点があげられることを合わせて指摘した。このような早発性の原因, あるいは常習化に及ぼす要因がなんであるかといった観点からの研究は, 非行の早期発見, 早期治療を目指す上からは無視できない重要な問題である。今日, 家庭環境は非行の原因としてもっとも重要な根源とされていることに異論はない。

一方で非行に陥りやすい精神資質の病理として従来, 精神発達遅滞, 精神障害, 精神病質などの問題が取り上げられ論じられてきており, 非行少年の資質的な問題や神経生理学的機能の問題は無視することができない。

非行少年の脳波学的研究は, 1938年に Solomon, Jasper, Bradley らの報告以来多数の研究が行われてきたが, 異常波の出現頻度にはかなりの差がみられる。その原因は従来から指摘されているように, 対象とした非行少年の質的内容や年齢分布の相違, さらには脳波異常

の判定基準の差異にもとづくものといえる。また、これらの問題以外にも問題児のみのデータから異常率の高低を論じているのみで、非行のない同年代の少年の脳波との比較検討がなされた研究はあまり無いようである。

今回これらの点を念頭において、非行少年の臨床脳波学的検討を行った。非行の無い一般少年との比較検討のほか、脳波に影響を及ぼす要因との関連、さらに非行の種類や初発年齢との関連、及び脳波の自動解析装置を用いて詳細な分析を行った。この中で今回はおもに脳波の視察判定の結果について報告する。

### 【対象】

非行少年の脳波学的な検討を行う場合、対象とする少年達の資質が最も大きな問題となる。例えば、脳波異常が高率に現れるてんかんや精神発達遅滞を含めば脳波異常の出現率は当然高くなるであろう。脳の機能的、器質的な疾患をもつものは予め除外すべきである。そこで今回の研究では、武蔵野学院に入院中の非行少年53名に3名の精神科医が精神医学的面接を行った。このうち精神発達遅滞を示す1例を除く52名を対象として脳波学的検討を行った。52名の平均年齢は14歳8ヵ月となった。内訳は13歳-10名、14歳-22名、15歳-18名、16歳-2名である。また脳波の視察判定に用いたコントロール群は東京医科歯科大学神経精神科で集団検診した14歳と15歳の一般中学生男子141名である。

### 【方法】

1. 脳波は  $Fp_1$ ,  $Fp_2$ ,  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $C_3$ ,  $C_4$ ,  $O_1$ ,  $O_2$  を同側耳朶を基準電極として単極導出した。記録は少年のベッドサイドで行い、17チャンネル万能脳波計(日本光電製)を用いた。これらの記録はすべて脳波記録用紙とデータレコーダを用いて磁気テープにも収録した。脳波の視察判定は安静閉眼時のみで行った。

2. 非行少年の対象を限定するために精神医学的面接や知能検査を行い、精神病や精神発達遅滞を除外したことはすでに述べた通りである。そのほか脳波に影響を及ぼすと考えられる諸要因を検討するために医学的異常、周産期の異常、

既往歴、シンナーなど薬物使用経験の有無、遺伝要因等について調査を行い、これらの諸要因と脳波の視察判定の結果との関連性を検討した。

3. 武蔵野学院の非行少年の特徴として初発年齢がきわめて低いことと非行も常習化したものが多いことは前に述べた。非行と言う社会文化的概念で捉えられる反社会的行為と大脳生理学的な指標である脳波所見との関連を検討するために、初発年齢及び非行の種類と脳波異常との関連を探ってみた。

非行の種類にはDSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition) の行為障害 (Conduct disorder) の診断分類(表1)を用いて非行少年をまず4群に分類し、312,00社会化不全型、攻撃型、(undersocialized, aggressive, UA) および312,23社会化型、攻撃型(socialized, aggressive, SA) の2つを攻撃型 (aggressive type) に、また312,10社会化不全型、非攻撃型(undersocialized, nonaggressive, UN) および312,21社会化型、非攻撃型(socialized, nonaggressive, SN) の2つを非攻撃型 (nonaggressive type) に分類して脳波所見との関連を検討した。

### 【結果】

ケース毎の調査結果は表7にまとめて示してある。

#### 1. 脳波の視察判定

非行群52名の脳波の視察判定結果は正常域38名(73.0%)、境界域7名(13.5%)であった。これに対しコントロール群では正常域127名(90.0%)、境界域6名(4.3%)、異常域8名(5.7%)であった。非行群とコントロール群間で有意差がみられた( $\chi^2=9.028$ ,  $p<0.025$ ) (表2)。

非行群の脳波異常の内訳は、突発性異常2例、徐波異常が5例であった。突発性異常はirregular spike & wave, phantom spike & waveを示すものがそれぞれ1例ずつあった。徐波異常では前頭極部及び中心部に  $\theta$ train, および  $\theta$ burst が出現したものが1例ずつ見られた。広汎性に  $\theta$ 波のburst が出現したものが1例あり、後頭部に  $\theta$ 波の徐波異常を示したものが1例、中心部および後頭部に  $\theta$ 波が優勢な徐波異常を示し

たものが1例見られた。境界脳波を示した7例は後頭部に $\theta$ 波がみられたものが1例、他の6例はいずれも不規則な $\theta$ 波が時折見られた。

## 2. 医学的異常との関連

周産期に何らかの異常また既往歴のあるものは10名であった(表3, A)。内容は早期破水(1)、仮死産(1)、9ヵ月時帝王切開(1)、未熟児(2)、熱性けいれんの既往のあるもの(2)、心膜炎(1)、夜尿(2)となっている。このうち熱性けいれんの既往のあるものはいずれも一過性のけいれんで、現在までけいれん発作の持続しているものはない。脳波は2例とも正常である。その他では比較的年長まで夜尿の続いたものの1名に境界脳波がみられたが、それ以外はすべて正常脳波をしめした。

身体所見の主なものを表3, Bにまとめた。頭部外傷は脳波に影響を及ぼすものの1つであるので特に留意して調べた。父親の虐待にあい、頭に無数の傷のある少年が1名あったが、意識障害の既往はなかったようである。ほかに1名虐待による頭部外傷をもつ少年がいた。しかし、このいずれにも脳波上異常所見はみられなかった。シンナー吸引歴のあるものは9名であるが、中毒者は1名もいなかった。1回だけの吸引経験のあるもの1名(境界脳波)を除いて全員幻覚ないし意識変容を経験している。脳波上シンナー吸引の後遺症が現れていると考えられる所見はみられなかった。

斜視が2名にみられた。そのうち1名に phantom spike & wave の突発性異常脳波がみられた。斜視の原因は不明であるが、脳波異常との関連は考えにくいと思われた。

喘息は2名いたが、両名ともこれまで喘息発作がでることはあっても意識障害にいたることはなかった。従って、両名ともに脳波異常がみられたがこれは偶然であろう。

タバコによる火傷痕のあるものは20名あり脳波異常は2名、境界脳波3名であった。非行少年では最も目だつ身体所見といえるが、特に脳波異常との関連はみられなかった。

その他アトピー、文身(いれずみ)、自傷行為などいずれも脳波との関連を指摘しうるものではなかった。

遺伝負因では家系に医学的または犯罪学的に負因のあるものを調べた。異常脳波、および境界脳波を示したものに遺伝負因の多い傾向がみられたが、統計学的には有意差はなかった(表4)。遺伝負因の内容を検討しても特別の関係のあるものはないといえる。

52名の脳波所見と田中ビネー式知能検査の値は以下に示す通りで、脳波所見により知能に差はみられなかった(正常脳波のうち1名は知能検査を行っていない)。

正常脳波	94.4 ± 8.0 (37名)
境界脳波	99.0 ± 10.4 (7名)
異常脳波	92.0 ± 6.7 (7名)

## 3. 初発年齢と脳波との関連

初発年齢別の脳波所見の結果を表5-1に示した。これを8歳までに初発した者(A群)と9歳以降に初発した者(B群)の2群に分けて再編したものが表5-2である。表5-2によると正常脳波はA群、B群ともほぼ近い人数比を示しているが、境界脳波、異常脳波ともA群に多くみられる結果となった。人数が少ないので統計学的な検討の意味が無いが、非行の初発年齢に脳波異常が関与している可能性を示唆するものかもしれない。

## 4. 非行類型と脳波の関連

DSM-IIIによる分類と脳波所見との関係を表6-1に示した。これを攻撃型(aggressive type, UA+SA)と非攻撃型(nonaggressive type, UN+SN)に分け、さらに境界脳波と異常脳波を一群にして比較したのが表6-2である。イエーツの補正を行って $\chi^2$ 検定しても有意差はみられないが、非攻撃型に境界ないし異常脳波が多く出現する傾向がみられている。

## 【考察】

非行少年の脳波の異常率に関するこれまでの報告は研究者間でかなりばらつきがみられるが、これにはいくつかの原因が考えられる。一つには対象とした非行少年の資質の問題があげられる。従来の高さの背景にはてんかんなど脳波異常を高率にしめすものを含んでいたことも考えられる。今回の調査では精神医学的面接、周産期の異常や遺伝負因のほか脳波に影響



を与える既往歴(頭部外傷やシンナー吸引歴等)の調査を行い、脳の機能的、器質的異常をもつものを除外すべく努力した。従って今回の調査の結果は精神障害や脳の器質的疾患によらない非行少年の脳波所見をあらわすと考えられる。

脳波異常の内容をみると、今回の結果ではてんかん性の脳波異常は2名のみできわめて低率で、むしろ徐波異常の方が多かった。非行少年の脳波異常に関する従来からの理解は主に、てんかん親和性要因を考えるものと大脳皮質の成熟遅延に結びつけて考えるものとの2つの見解がある。さらに他の脳部位の異常を推測するものとして Kido は年長者で出現する徐波の中には成熟遅延だけでは説明しえない要因として、例えば間脳の機能性、また器質性的変化を想定しているものもある。

非行少年とてんかんの関係では発作波出現傾向が高いという研究のほかに、発作波形や発作波の局在性などが研究されている。陽性棘波を示す非行少年とてんかんの精神運動発作の行動異常との結びつきを指摘するものや、棘波と衝動性人格との関連などを強調する報告がある。

今回の結果では非行少年で脳波異常を示したものは13.5%であった。これは従来との報告と比べて決して高いとはいえない。その理由の一つはすでに述べたように対象を限定したこともあるが、もう一つの理由は脳波の判定を安静閉眼時のみの所見から行ったことにあると思われる。Cardiazol や Megimide などによる薬物賦活を行うと非行少年では異常波の発現率が高くなるという報告も多い。今回の研究では過呼吸賦活時の脳波や睡眠、薬物賦活時の脳波の検討を行っていない。しかし佐竹らは非行少年に Cardiazol 誘発を行い、徐波群の発現率は上昇するが、てんかんに特有な棘波徐波複合や棘波が認められないことを観察し、非行少年のてんかん素因に否定的な考えをしている。また福島は賦活による棘波徐波複合の出現はてんかん患者のみならず正常者にもみられるもので薬物の注入量が問題であると考え、むしろ律動異常や安静時の異常波出現率が問題であるとしている。今回の結果でも安静時にてんかん性の異常波をみとめたものはわずかに2例である。他の5例はいず

れも徐波異常であった。境界脳波も含めて考えると、今回対象とした非行少年の脳波異常は必ずしも発作性にみられる異常ではなくて、むしろ非特異的な徐波異常をもつものが多いと考えられる。

徐波の出現は年齢によって大きな差がみられる。年齢に伴う脳波の発達の後頭部において、3歳頃まで徐波成分が多く、3~7歳頃から急速に $\alpha$ 波が増加し、15~19歳頃より $\beta$ 波がかなり含まれるようになって成人の脳波に近づいていく。この脳波の発達は脳の発達ないし成熟過程の指標の一つと考えられている。今回観察されたような非特異的な徐波異常にたいしてはてんかん性発作波のように定的な判定が困難であり、定量的な検討が必要であるが、非特異的な徐波異常の分析は視察判定のみでは限界がある。そこで非行少年の脳波を自動解析装置を用いて分析した。自動解析の利点は脳波を数量化し、従来の肉眼的観察による曖昧さや判読者間の主観的誤差を無くし、脳波診断を客観化できることにある。さらに、精密に解析することによって肉眼では認めにくい性質を明らかにし、脳波の理解をより深めることができる。結果は現在分析中である。次に分析結果を基に非行少年の脳波のもつ意味を、彼らの環境や他の要因との関連のもとに考察したい。

初発年齢や非行の種類と視察的な脳波所見の間には統計学的な有意差はみられなかったが、症例数が少ないこともあり、なお今後の検討が必要と思われる。

表1 行為障害の種類 (DSM-III)

312.00	undersocialized, aggressive
312.10	undersocialized, nonaggressive
312.23	socialized, aggressive
312.21	socialized, nonaggressive
312.90	atypical

表2. 脳波の視察判定

	Control (141名)	Musasinogakuin (52名)
Normal	127(90.0%)	38(73.0%)
Borderline	6( 4.3%)	7(13.5%)
Abnormal	8( 5.7%)	7(13.5%)

( $\chi^2=9.028, P<0.025$ )

表3. 52名の医学的調査結果

A. 周産期の異常及び既往歴

- 1. 早期破水 1名
- 2. 仮死産 1名
- 3. 9ヶ月帝切, 3歳まで始語なし 1名
- 4. 未熟児 2名
- 5. 熱性けいれん 2名
- 6. 心膜炎 1名
- 7. 夜尿(10歳, 13歳) 2名

B. 身体所見

- 1. 頭部に虐待痕 2名
- 2. 斜視 2名
- 3. アトピー性皮膚炎 1名
- 4. 喘息 2名
- 5. タバコによる火傷痕(根性焼き) 20名
- 6. 文身 1名
- 7. その他の自傷行為 3名

表4. 遺伝負因と脳波所見

脳波所見	遺伝負因			計
	なし	不明	あり	
N	17	6	15	38
B	2	0	5	7
Ab	4	0	3	7
計	23	6	23	52

( $\chi^2=4.233, N. S.$ )

表5-1. 初発年齢と脳波所見(1)

初発年齢 \ 脳波所見	N	B	Ab	計
4歳			1	1
5		1	1	2
6	4			4
7	8	2	2	12
8	8	3	1	12
9	4			4
10	6		1	7
11	3			3
12	3			3
13	2	1	1	4
計	38	7	7	52

表5-2. 初発年齢と脳波所見(2)

初発年齢 \ 脳波所見	N	B	Ab	計
A群	20	6	5	31
B群	18	1	2	21
計	38	7	7	52

表6-1. DSM-IIIによる分類と脳波所見

脳波所見 \ DSM-III	UA	UN	SA	SN	計
N	8	10	12	8	38
B	0	3	1	3	7
Ab	1	4	1	1	7
計	9	17	14	12	52

表6-2. 攻撃型と非攻撃型の脳波所見

Type \ 脳波所見	N	B+Ab	計
aggressive type	20	3	23
nonaggressive type	18	11	29
計	38	14	52

表 7. 52名の調査結果一覧

番号	ケース	検査時 年 齢	I Q	初発 (歳)	EEG判定および内容 (N=normal, B=borderline Ab=abnormal)	DSM-III	医学的異常, 既往歴等	遺伝負因
1	Y. T	15	80	9	N	SA		不明
2	E. T	15	90	6	N	SN		
3	T. U	14	104	7	N	SN	タバコ火傷18カ所	
4	J. N	13	92	7	N	UN		叔父に犯罪
5	T. M	14	90	7	N	UN	早期破水, 斜視	不明
6	M. Y	15	99	7	N	UA		
7	H. S	14	109	6	N	UN		
8	K. M	15	99	8	N	SA	タバコ火傷	父方にMR
9	T. M	14	99	9	N	UN	夜尿 (10歳)	
10	S. H	14	89	5	Ab	θtrain C>Fp	言語発達遅し	母ヒステリー
11	R. M	15	93	7	B	random slow	体格不良, タバコ火傷	父アル中
12	I. T	16	87	8	Ab	post. slow 多い	タバコ火傷2カ所	
13	H. I	14	89	6	N			父アル中
14	Y. T	14	110	10	N			不明
15	A. O	14	93	7	N			不明
16	T. K	14	97	7	B	random slow		父に犯罪
17	K. H	15	105	13	N		タバコ火傷4カ所, 点4個の文身	
18	T. M	15	95	10	N			
19	K. S	14	123	8	B	post. slow 多い		叔父に精神病
20	T. S	15	103	10	N		タバコ火傷	父分裂病
21	K. S	14	102	9	N		タバコ火傷	
22	K. A	14	101	7	N			父母犯罪
23	Y. I	15	85	8	N		9ヵ月帝切, 始語3歳	
24	K. E	15	88	12	N			父アル中
25	R. K	15	99	7	Ab	phantom sp & w	斜視	
26	M. H	14	93	11	N		タバコ火傷4カ所	父アル中
27	Y. I	13	103	7	N			父犯罪
28	T. K	16	93	13	N		タバコ火傷	不明
29	J. T	14	109	12	N		仮死産	不明
30	T. I	14	96	12	N			
31	Y. T	14	99	6	N		頭部に虐待痕	
32	K. M	14	97	8	B	random slow	夜尿 (13歳), 肥満児	
33	T. T	13	100	7	Ab	Fp,C 4.5Hz リズム	喘息	父犯罪
34	A. N	15	89	8	N		タバコ火傷	
35	K. G	14	80	13	Ab	irreg. sp & w		父犯罪
36	S. I	13	84	8	N		熱性けいれん, タバコ火傷	父犯罪
37	T. O	15	76	8	N		未熟児 (1700g), タバコ火傷	
38	Y. S	12	101	5	B	random slow	トリコチロマニア	
39	K. K	13	90	10	N			
40	M. K	15	96	9	N			
41	M. T	13	89	8	B	random slow	タバコ火傷	母分裂病
42	M. O	14	90	8	N		頭部に虐待痕, タバコ火傷	
43	T. I	15	82	11	N		アトピー, タバコ火傷6カ所	
44	M. I	13	92	4	Ab	slow dominant		父分裂病
45	H. S	14	95	7	N			
46	S. I	15	93	13	B	random slow	タバコ火傷	祖父アル中
47	T. Y	13	91	8	N		タバコ火傷	
48	H. S	15	94	11	N		心膜炎, タバコ火傷	母ヒステリー
49	K. E	14	97	10	Ab	slow burst(4Hz)	喘息, タバコ火傷	父犯罪
50	K. N	15	未知	8	N		未熟児 (1880g), 熱性けいれん	母アル中
51	T. A	14	94	10	N		タバコ火傷	父性格異常
52	K. F	13	86	10	N		タバコ火傷	父性格異常

## 非行少年における脳波の定量分析（その2）

— DSM-IIIによる行為障害の型別の特徴 —

小松秀邦

### 【はじめに】

武蔵野学院生徒と一般男子中学生の脳波を自動解析装置を用いて分析し、両者の比較検討を行った。さらに学院生徒をDSM-IIIにより表1のようにI～IV型に分類し、一般男子中学生と合わせて5群間でそれぞれの脳波を比較検討した。

### 【対象と方法】

対象はその1で報告したのと同じ武蔵野学院入院中の男子52名である。コンピュータ分析の際の対照には一般男子中学生141名の中の30名を用いた。

脳波記録は皿状電極を国際脳波学会標準電極配置法（10—20法）に従って配置し、同側耳朶を基準電極とする単極導出で記録した。時定数は0.3秒とし、増幅度は $50\mu\text{V}/5\text{mm}$ とした。紙記録と同時に、TEAC製9チャンネルデータレコーダを用いて脳波を磁気記録し、のちにこれを再生して波形認識法によりコンピュータ分析した。この方法は波の出現率、振幅、連続性などの各種の脳波要素を定量化するので脳波の臨床的解釈あるいは診断に適用するのに非常に有用である。今回は左側の前頭極部 $Fp_1$ 、中心部 $C_3$ 並びに後頭部 $O_1$ からの単極導出による分析結果を報告する。脳波自動解析装置の詳細は山本の報告に詳しいのでここでは省略する。自動解析において用いた周波数は0.5-30.0Hzであり、その帯域区分は、 $\delta$ 波（0.5Hz以上、4.0Hz未満）、 $\theta$ 波（4.0Hz以上、8.0Hz未満）、 $\alpha$ 波（8.0Hz以上、13.0Hz未満）、並びに $\beta$ 波（13.0Hz以上、30.0Hz未満）の4つであるが、更に詳細な分析を行うために $\theta$ 波は $\theta_2$ 波（4.0Hz以上、6.0Hz未満）と $\theta_1$ 波（6.0Hz以上、8.0Hz未満）に、 $\alpha$ 波は $\alpha_1$ 波（8.0Hz以上、9.0Hz未満）、 $\alpha_2$ 波（9.0Hz以上、11.5Hz未満）そして $\alpha_3$ 波（11.5Hz以上、13.0Hz未満）に、更に $\beta$ 波は $\beta_1$ 波（13.0Hz以上、18.0Hz未満）、 $\beta_2$ 波（18.0Hz以上、30.0Hz未満）に細区分した。分析時間は安静覚醒閉眼中のアーティファクトの無い

連続あるいは断続する1分間と設定した。

### 【脳波のコンピュータ分析の結果】

#### (1) 周波数個数ヒストグラム（各周波数での波の平均個数）

図1～3はそれぞれ左側の前頭極部、中心部ならびに後頭部から記録した安静覚醒閉眼時の脳波1分間の周波数個数ヒストグラムである。中心部と後頭部では学院男子52名（実線）、一般男子中学生30名（破線）における各周波数での波の平均個数を示すが、前頭極部は瞬きなどのアーティファクトのあるものは除くため前頭極部はそれぞれ49名と27名とした。周波数の区分は18.0Hzまでは0.5Hzごとの、それ以上では1.0Hzごとの間隔で示してある。例えば10.0Hzには10.0Hz以上、10.5Hz未満の波が含まれている。図1～3の横軸の上に示した\*印は学院男子と一般男子中学生の間における各周波数での波の平均個数の有意な差を表し、前頭極部では $P < 0.05 \sim 0.01$ で、中心部と後頭部では $P < 0.05$ で有意であることを示している（StudentまたはWelchのt検定）。

一般男子中学生の平均個数ヒストグラム（破線）でピークを示す周波数（優勢周波数）は3部位とも10.0Hzにあり、そこでの平均個数は前頭極部で56個、中心部で57個、後頭部で70個であった。ヒストグラムは3部位とも、ピークを示す周波数より両側にずれるにしたがって急峻な減少を示す。

一方、学院男子の波の平均個数（実線）は一般男子のそれに比べてことに前頭極部において差がみられ、 $\alpha$ 帯域である9.5-12.0Hzにおいてより少なく、徐波帯域である0.5-7.0Hzのほとんどと速波帯域である16.5-29.0Hzの一部においてより多い結果となった。中心部では10.0-12.0Hzにおいてより少なく、7.5Hzにおいてより多いが、後頭部では7.5-8.0Hzにおいてより多いのみである。ヒストグラムでピークを示す周波数は $Fp_1$ 、 $C_3$ では9.0Hz、 $O_1$ では10.0Hzにあり、そこでの平均個数は前頭極部で40個、中

心部で46個、後頭部で60個である。

## (2) 主成分分析による検討

ある周波数における波の平均個数の多い少ないが他の周波数におけるその多い少ないと相関して生じている可能性があることから、8個の周波数帯域区分から成る波の出現率と3個のそれから成る波の平均振幅の計11個の変量に減らして主成分分析を行い、得られた得点のダイナミックスから学院男子と一般男子中学生の差を検討することにした。

波の出現率は8帯域としたが、 $\delta$ 帯域の波が成人では覚醒時に必ずしも記録されないという経験から欠損値のでないように波の平均振幅は $\theta$ 、 $\alpha$ 、 $\beta$ の3帯域とした。学院男子52名(瞬きなどのアーティファクトのあるものは除くため前頭極部49名、中心部51名、後頭部52名)と一般男子中学生27名、計79名(実際は76~79名)の脳波について11変量を用いて主成分分析を行った。その結果各部位とも固有値1.0以上の成分が4個得られた。各部位とも4主成分で全分散の87~89%を説明していた。成分構造を単純化するためにバリマックス回転を行った。

図4は3部位における4主成分の成分負荷プロフィールと主成分得点についての各群間の有意差の有無を示す。成分負荷が0.60以上の周波数帯域区分についての文字のみを図中に示した。主成分得点については縦線の左に学院男子全体(M)と一般男子中学生(C)の2群間の有意差を、右に学院男子をDSM-IIIによりI~IV型の4群に分けて一般男子中学生を含めて5群間の有意差の有無を示した。このような場合、年齢による脳波発達の影響を非常に受けやすいため厳しい年齢のマッチングが必要である。従って5群における脳波記録時の平均年齢が1カ月以内におさまり、しかも有意差のないようにII型の2名、III型の2名を除いたのち群間の検定をおこなった。

第一主成分の負荷プロフィールの特徴は3部位で正に高い平均振幅(前頭極部と中心部で $\theta$ 、 $\alpha$ 、 $\beta$ 波、後頭部で $\alpha$ 、 $\beta$ 波)を示すことであるが、後頭部ほど負に高い $\theta_1$ 波と正に高い $\alpha_2$ 波から成る波の出現率も合併している。この負荷プロフィールと主成分得点での有意差の有無とから中心

部で学院男子全体の方が一般男子中学生よりも脳波の平均振幅が幾らか低いことがわかる(Mann-Whitney検定にて $P < 0.10$ )。また前頭極部ではIII型である社会化型攻撃型が他の型や一般男子中学生のいずれよりも脳波の平均振幅の低いのが特徴である( $P < 0.10-0.01$ )。ほかに、II型である社会化不全型非攻撃型が一般男子中学生よりもそれが高い( $P < 0.05$ )。中心部でもIII型で平均振幅がII型や一般男子中学生よりも低い( $P < 0.05$ )。学院男子のみをみるなら前頭極部、中心部ともにIII型とII型は互いに最も遠い位置にあるといえよう。

第二主成分の負荷プロフィールの特徴は3部位で正に高い $\beta_1$ 、 $\beta_2$ 波からなる波の出現率である。主成分得点の結果から前頭極部で学院男子全体の方が一般男子中学生よりも速波の出現率が幾らか高い( $P < 0.10$ )ことがわかる。また3部位ともIV型である社会化型非攻撃型が他の型や一般男子中学生のいずれよりも速波成分の多い( $P < 0.10-0.01$ )のが特徴である。

第三主成分の負荷プロフィールの特徴は3部位で正に高い $\theta_1$ 、 $\alpha_1$ 波と負に高い $\alpha_3$ 波から成る波の出現率(後頭部では $\theta_1$ 波を欠く)及び正に高い $\theta$ 波の平均振幅(前頭極部を除く)である。主成分得点の結果から前頭極部と中心部で学院男子全体の方が一般男子中学生よりも速い $\theta$ 波や遅い $\alpha$ 波の出現率が高い一方で速い $\alpha$ 波のそれが低く、更に中心部で $\theta$ 波の平均振幅が高い方向にある( $P < 0.10$ )。またはつきり有意ともいえないが、後頭部でII型とIII型が互いに最も遠い位置にあり( $P < 0.10$ )、II型では遅い $\alpha$ 波の出現率が比較的高い一方で速い $\alpha$ 波のそれが低く、また $\theta$ 波の平均振幅が比較的高いが、III型ではこれらと反対の結果を示す。II型とIII型は前頭極部で一般男子中学生よりも速い $\theta$ 波や遅い $\alpha$ 波が幾らか多い方向にある( $P < 0.10$ )。

第四主成分の負荷プロフィールの特徴は3部位で正に高い $\delta$ 、 $\theta$ の2波からなる波の出現率及び後頭部で正に高い $\theta$ 波の平均振幅である。主成分得点の結果から前頭極部で学院男子全体でもI~IV型のいずれでも一般男子中学生よりも $\delta$ 、 $\theta_2$ 波のような徐波の出現率が著しく高い( $P < 0.01-0.001$ )ことがわかる。ここでもII型の方

がIII型よりもこのような徐波は多い( $P < 0.05$ )。また中心部ではI型とII型、後頭部ではI型とIV型がそれぞれIII型と互いに最も遠い位置にあり、このような徐波成分が多い( $P < 0.10 \sim 0.05$ )。逆にいえばIII型は4つの型のなかで徐波成分が最も少ない。

以上を要約すると学院男子全体でもI~IV型のいずれでも一般男子中学生との間で有意差がはっきりとみられたのは前頭極部の第四主成分のみである。一方これを除いて個々の型を他の型や一般男子中学生と比べた場合の特徴は以下のようにいえる。I型(DSM-III-Rにおける孤立攻撃型の特徴ということになる)は中心部と後頭部で $\delta$ ,  $\theta$ 波のような徐波が比較的多い点でII型と似ていたが、III型でそれらの徐波が少ないのとは対照的である。特にII型は3部位で徐波や遅い $\alpha$ 波が比較的多い方向にあり、また前頭極部と中心部でそれら $\theta$ ,  $\alpha$ 波の振幅も高いのが目につく。この型は速波成分を除く他の全ての成分においてIII型あるいは一部で一般男子中学生とは最も離れた所見を示す。III型は前頭極部と中心部で振幅が目だって低く、全般に遅い徐波成分も速波も少ないが、後頭部の $\alpha$ 波は遅くはない。IV型は3部位で他の型に比べて速波の多いのが目だつほか、後頭部ではIII型と比べて遅い徐波は多い方である。すなわち速波の多いことを除けばI型に比較的近い。

これまでに非行少年では後頭部に徐波が多いとの報告もあるが、この部位の第四主成分において一般男子中学生との間ではっきりとした有意差は示さなかった。

### (3) 主成分得点のプロット

上に述べた群間の差異を視覚的に捉えやすくする一つの方法は、4主成分のうちの2つずつで組をつくり、二次元座標上に一人ひとりの主成分得点をプロットすることである。一例として中心部についてのプロットを示す。

学院男子では視察上の境界、異常所見は徐波帯域に関わるものが多かったから、それらを示す学院男子の座標上の位置は一般に第三(X軸)と第四主成分(Y軸)を組にした座標上の主に第一象限、すなわち徐波が優勢と考えられる被験者の示す象限で捉えられた(図6)。詳しくみ

ると徐波帯域に関わるもの(型を表す数字を丸印で囲んだもの)は主に第一象限と一部はこれにすぐ隣接する第二と第四象限で捉えられ、棘・徐波複合を示す被験者(四角印で囲んだもの)はむしろこれとはやや離れて第三と第四象限で捉えられた。楕円内に含まれる確率を75%とする統計楕円をDSM-IIIによる4型(細い線)と一般男子中学生(太い線)について描いたところ、楕円は一般男子中学生(C)では第三象限の方向に最も伸びていること、II型では第一、第二、第四象限に著しく広がっているのに対してIII型ではY軸の負の側で最も限局していること、I型とIV型はII型のほぼ中央に包み込まれていることなどがわかった。

4型間の差異は一部でこのような第三と第四主成分を組にした座標上において捉えられたが、むしろより多くは第一(X軸)と第二主成分(Y軸)を組にした座標上で捉えられた(図7)。同じく中心部の結果を示す。楕円はIII型ではX軸の負の側で、またIV型ではY軸の正の側で最も限局しているのに対してII型ではX軸の正の側に最も大きく伸びていること、一般男子中学生とI型はII型のほぼ中央に包み込まれていることなどがわかった。

### 【考察】

学院男子の波の平均個数は前頭極部では幾つもの周波数において一般男子中学生と有意差を示したが、変量を減らして主成分分析を行うと $\delta$ ,  $\theta$ 波などの徐波成分のみで著しい有意差を示すことになった。それでも主成分分析により学院男子では前頭極部と中心部で速い $\theta$ 波と遅い $\alpha$ 波(速い $\alpha$ 波)が一般男子中学生よりも多い(少ない)傾向があり、前頭極部で速波が多い傾向があることは捉えられた。但しすでに述べたように前頭極部における学院男子全体の徐波の量の著しい多さについては、この部位が脳波記録の際、瞬きなどのアーティファクトの入りやすい部位であるだけに著しい有意差があるとの結論には慎重でなければならぬし、眼球運動記録のコンピュータ分析も行って、それが脳波に混入していないかを確認しておく必要がある。したがってこの徐波量の多さについて、脳波とそれ以外の要素がいかなる割合で混在している

ためかは保留にせざるを得ない。

学院男子をDSM-IIIに従いI~IV型に分けると一般男子中学生との5群で幾つもの主成分において有意差がみられ、それぞれの型で脳波に特徴のあることがわかった。主成分分析によりおよそ脳波というものを4つの独立した主成分で理解でき、得点のダイナミックからこの5群の間の差異を捉えることができるということは、視察のみでは捉えきれない非行少年の脳波の精細な把握には優れた方法であるといえよう。

II型である社会化不全型非攻撃型では徐波が比較的多いのみではなく、 $\alpha$ 波の周波数が比較的遅く $\theta$ 、 $\alpha$ 波の平均振幅も高いのが特徴であり、連波の目だたないことを除けばIII型である社会化型攻撃型と対照的な所見を示している。この違いは極めて示唆的で興味深い。脳波に同じく行動特性も対照的であり、非行の初発年齢も有意差が最も大きいからである(表2)。

そのほかIV型である社会化型非攻撃型では速波の多いのが特徴であり、それによりI型である社会化不全型攻撃型とは区別されることが知られた。これもまた脳波に同じく行動特性も対照的である。DSM-IIIに従えば予後はIV型で比較的良好、I型で悪いとされている(DSM-III, Case Book 1981)。従って今後、速波から成る主成分のもつ意味が追求されなければならない。この4型はDSM-IIにはなくてDS

M-IIIにおいて追加されたものであった。しかもこの型の概念に大まかに対応するのがDSM-III-Rにおけるグループ型とされており、IV型で速波が他の型よりも有意に多いという我々の脳波についての結果からもこれを一つの型として取り上げる意味があるものと考えられる。このように、DSM-IIIによる行為障害の型ごとに脳波所見に特徴のあることが数量的に把握された。

以上考察してきたように主成分分析の結果は、DSM-IIIあるいはDSM-III-Rの妥当性に対してある程度の生物学的な面からの支持を与えうるのではないかと思われ、又その分類が一つの類型分類としての有用性を持つものように思われる。

表1 行為障害の型

DSM-IIIによる型	本報告における仮称	DSM-III-Rによる型
社会化不全型 攻撃型	I型	孤立攻撃型
社会化不全型 非攻撃型	II型	分類困難型
社会化型 攻撃型	III型	} ブループ型
社会化型 非攻撃型	IV型	
非定型	(除外)	分類困難型

表2 DSM-IIIによる行為障害の型と非行の初発年齢

初発年齢 (平均)	I	II	III	IV
	9歳11ヵ月	7歳10ヵ月	9歳9ヵ月	9歳5ヵ月

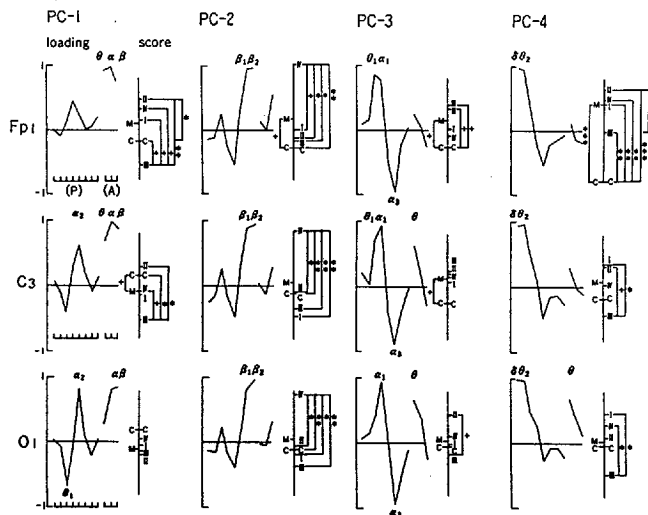


図4 3部位における成分負荷プロフィール

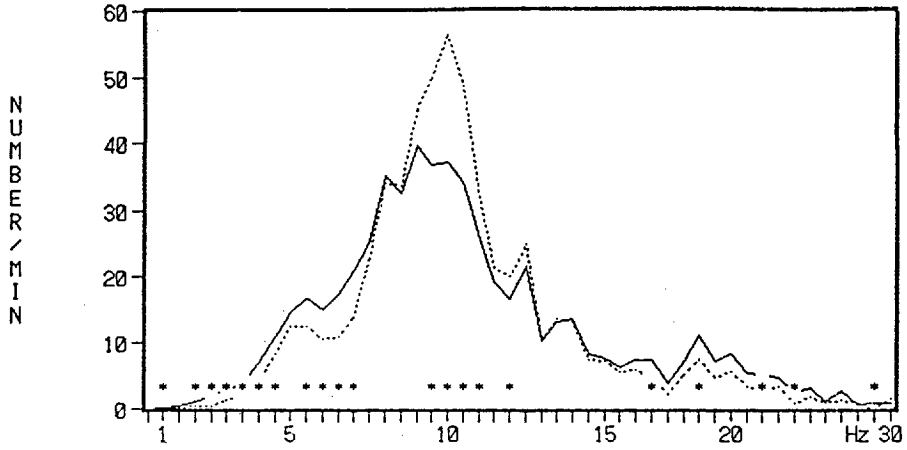


图 1 WAVE NUMBER HISTOGRAM ( $Fp_1$ )  
 —DELINQUENT ...CONTROL \*  $P < 0.05-0.01$

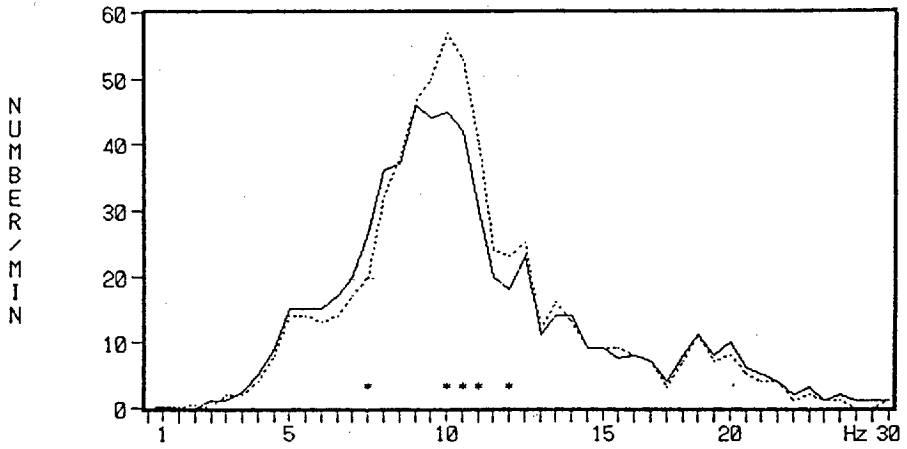


图 2 WAVE NUMBER HISTOGRAM ( $C_3$ )  
 —DELINQUENT ...CONTROL \*  $P < 0.05$

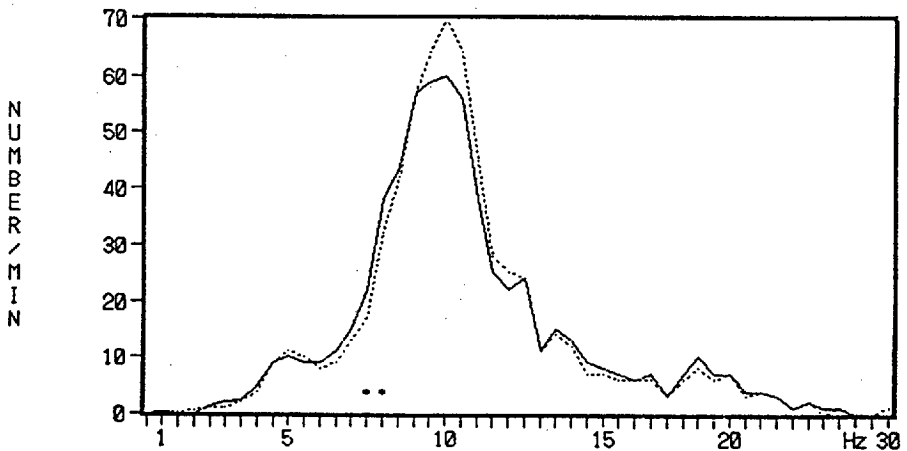


图 3 WAVE NUMBER HISTOGRAM ( $O_1$ )  
 —DELINQUENT ...CONTROL \*  $P < 0.05$



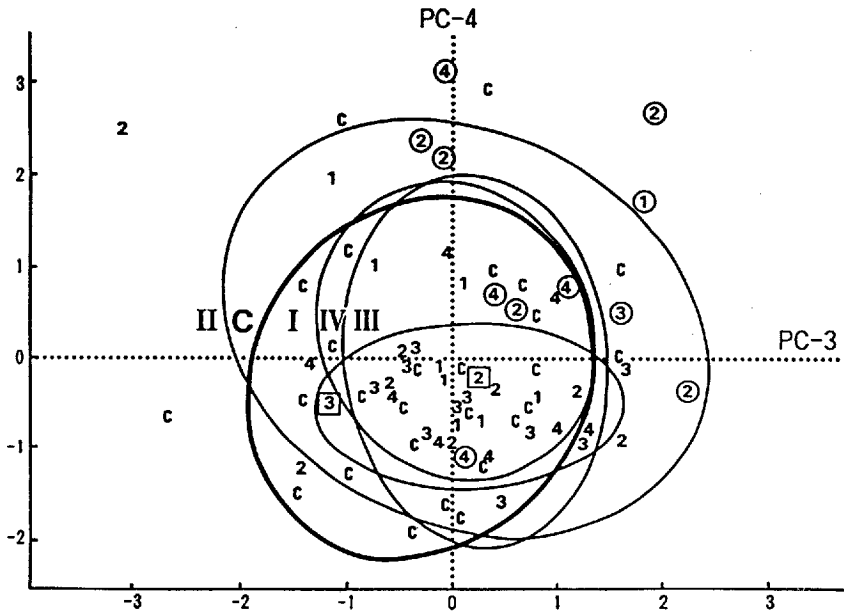


図6 第3第4主成分得点のプロット

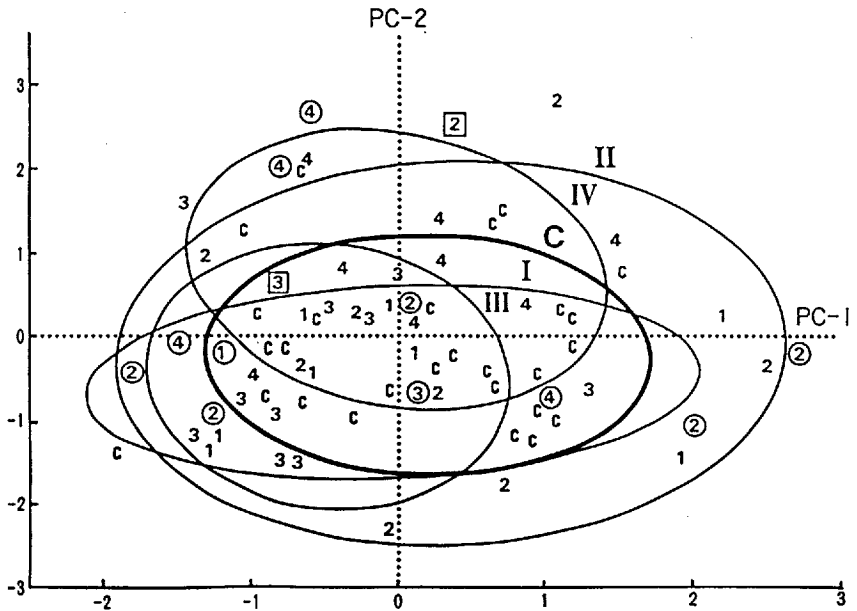


図7 第1第2主成分得点のプロット

### 3. 登校拒否児の係わりとそのゆがみ

渡 辺 登

#### I はじめに

昨年度はシンナーなど有機溶剤を吸引する不良少年の交友および家族関係を検討し、崩壊家庭で育った少年が同級生とは交友を結ばず、年長の非行集団へ積極的に係わるなかで有機溶剤吸引を教唆されていたことを報告した。本年度は、同級生と密接な関係を持っていないことは有機溶剤吸引少年とは同様であるものの非行のような反社会的行動を起こさず、むしろ社会からひきこもる登校拒否児について係わりの観点から検討を加えてみたい。

#### II 対象と方法

対象は東京周辺で急速な都市化がすすむ市を所管する児童相談所へ、昭和62年に登校拒否を主訴として訪れた小学生・中学生の合計52名である。これら児童は精神分裂病など精神病、精神薄弱とその近接状態、明らかな非行、身体疾患など登校を不可能とする客観的理由をもたない。各事例の記録から、登校拒否発現前後の状況や生育歴、家族歴、学校適応を抽出し、整理検討を試みた。

#### III 結果

登校拒否に至った心的機制や拒否時の状態像から、福間<sup>1)</sup>らの登校拒否症の臨床類型に52名を当てはめたのが表である。性格障害群が36名と最も多く、ついで神経症群15名で、類精神病群は1名であった。下位分類では未熟型が29名と最多で、急性反応型の10名がそれに続いた。性差では男子が26名、女子が16名であり、男女比が1.6:1とで男子に多かった。臨床類型のうち、性格障害群と神経症群につき比較検討を試みた。

初めて登校拒否に陥った学年を示したのが図1である。参考までに、登園拒否を呈した児童数を追記した。性格障害群および神経症群とも中1や中2で初めて登校拒否となった児が多かったが、性格障害は神経症群より幼稚園や小学校で拒否を示すことが多かった。

今回の登校拒否発現前での家庭の形態的、機能的諸問題を図2にまとめた。性格障害群では父の不在(離婚のため)や父の単身赴任歴、祖父母が同居する大家族が多く認められた。一方、神経症群では家庭内不和が4分の1以上にみられていた。

図3は今回の登校拒否発現前における学校での不適応状態を示したものである。性格障害群は乏しいあるいは歪んだ(不良少年との付き合い)交友関係をほとんど認め、更にいじめられや学業不振、教師への恐怖や反撥も多く、学校での対人関係を中心とした不適応が顕著であった。一方、神経症群での不適応状態は少なかった。

登校拒否の直接動機をまとめたのが図4である。性格障害群は学校での孤立やいじめられ、身体症状が多かった。一方、神経症群ではクラスや部活動での役員選出など学校での負担増、転校先になじめず、学校での孤立が主に挙げられていた。

#### IV 考察

##### 1. 登校拒否の分類

登校拒否の類型分類は種々あるが、代表的分類としてCoolidge<sup>2)</sup>による見解がある。彼らは登校拒否を①神経症群と②性格障害群とに分類し、①では母親へのしがみつきが著しく登校への不安が起こり、一方②では性格発達の遅れから社会適応が困難となり、不登校に陥るとしている。類似した分類はMilla<sup>3)</sup>の①急性登校拒否、②性格障害性登校拒否、③精神病随伴症状としての登校拒否やKahn<sup>4)</sup>の①精神神経的状态、②性格障害、③精神病的状態などがある。わが国では福間<sup>1)</sup>らは登校拒否に至った心的機制や状態像から①性格障害群、②神経症群、③類精神病群の3群に大別し、さらに10型の下位分類を作成した。すなわち、登校拒否の根底にパーソナリティの異常をみる性格障害群を取り出し、そのなかに

表 登校拒否症の臨床類型

登校拒否症の臨床類型		人数(男, 女)	来所時年齢(歳)
C 性格障害群 発症に性格上の問題が大きく関与する。 拒否症状は概して徐々に発現。 既往に登園拒否などをみることが多い。	C-1 未成熟型 社会性の発達不良。情意未熟、自己中心的で学校場面への適応が困難。	29(20, 9)	12.2±2.1
	C-2 意志薄弱型 意志薄弱、義務責任感、忍耐力に乏しく、わずかのきっかけで休む。学校への強い拒否感情はない。	4(4, 0)	13.0±1.4
	C-3 非社交性 内閉的、過敏な性格傾向が基礎にあり、学校での対人関係の困難から発症。	1(0, 1)	14.0
	C-4 自己不全型 小心、無力的で何かにつけ自己不全感が強く拒否にいたるが、心気、自責的。	2(2, 0)	12.0±0.7
N 神経症群 急性の心的外傷あるいは慢性的の内的葛藤に起因する。 発症は概して急性。 しばしば他の神経症症状や行動上の退行をもつ。	N-1 急性反応型 急性の心的外傷から直接的に発症。他の神経症症状、退行症状も目立つ。	10(6, 4)	13.2±0.9
	N-2 強迫型 几帳面で完全欲が強い。周囲の過期待もあり学業への強い負担感を持ち、増大する内的緊張から家庭へ逃避する。	5(3, 2)	13.0±0.7
	N-3 挫折型 テストの失敗などが契機となる。高い自己評価がくずれることより学校を放棄し家庭にとじこもる。	0	—
	N-4 虚無型 明らかな誘因はない。次第に学校への意欲を喪失し登校を強く拒む。虚無的、反抗的だが仮性適応も示す。	0	—
P 類精神病群 拒否の原因、誘因が明らかでない。 接触の乏しさを生氣的抑うつなど内因精神病を思わせる所見を早期よりもつ。	P-1 自閉型 分裂病的なニュアンスをもち、寡黙、孤立傾向が強い。	1(1, 0)	15.0
	P-2 抑うつ型 抑うつ症状が根底にみられるが、うつ病とも断定しえない。	0	—

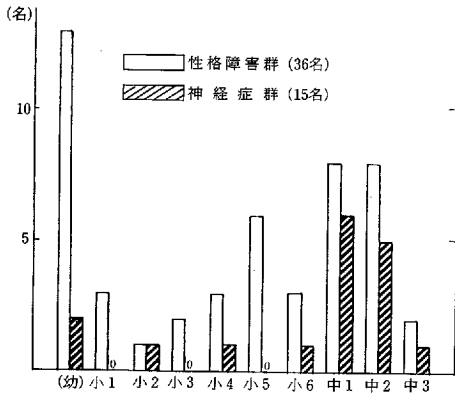


図1 初めて登校拒否に陥った学生

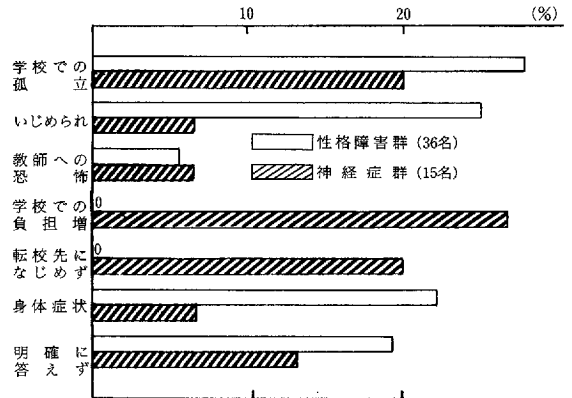


図3 登校拒否児の学校での不適応状態

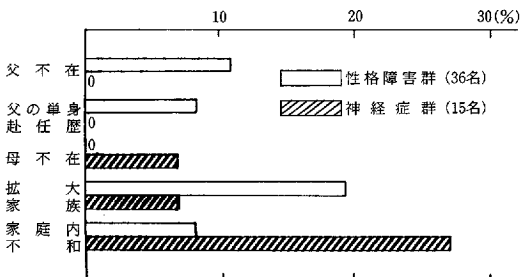


図2 登校拒否児の家庭的、機能的諸問題

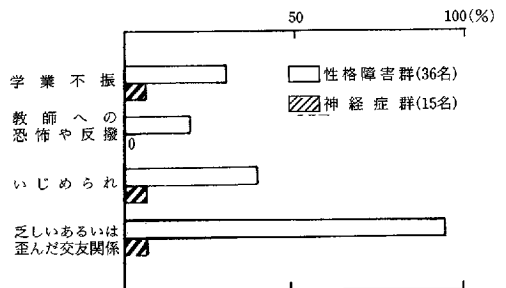


図4 登校拒否の直接動機

は性格発達<sup>1)</sup>の遅滞がある未熟型から神経症的性格ともいえる自己不全型に至る各型があり、さらに神経症性機序によって登校拒否を示した神経症群では急性体験反応である急性反応型、内的葛藤反応である強迫型や挫折型、同一性障害による虚無型までの各型が挙げられる。類精神病型は受診当初の確定困難な際にひとまず属させ、経過を留意すべきとしている。本稿では、登校拒否の分類として、整理が容易な福間<sup>1)</sup>らの臨床類型をもちいた。

福間<sup>1)</sup>らは昭和36年から50年にかけて大学病院精神科や児童相談所に登校拒否を中心的問題として訪れた小・中・高校生221例を先の臨床類型に分けたところ、性格障害群が137例と最も多く、ついで神経症群が71例で、類精神病群が13例であり、下位分類では未熟型や意志薄弱型、急性反応型が多かったと述べている。本調査の臨床類型分布は福間<sup>1)</sup>らのそれとほぼ類似しており、登校拒否を発現させる心理機制に大きな変化を認めないことを示唆する。なお、登校拒否の性差では、従来より女子より男子に多いとされており<sup>6)</sup>、本調査でも男女比が1.6:1と男子が多かった。このことは女子よりも男子のほうが高学歴を一層要求されるというわが国の社会状況と密接な関係があると考えられる。

## 2. 登校拒否の発症年齢

若林<sup>8)</sup>によれば登校拒否児の発現頻度は小学生では0.06~0.5%、中学生では0.038~0.9%と中学生に多いという。登校拒否の発症学年では岡崎<sup>7)</sup>らは小中学1年に多い。高木<sup>8)</sup>らは小学3年や中学1年に好発する、星野<sup>9)</sup>らは中学1年に多い、高橋<sup>10)</sup>らは11~15歳で多いとしており、中学1年で登校拒否が発症しやすいといえ、本調査でも同様であった。しかし、性格障害群と神経症群に分ければ、性格障害群では小学生頃より少なからず認め、さらに幼稚園でもすでに発園拒否傾向をみ、集団不適応が発達早期よりあることを示している。

## 3. 登校拒否児の家庭状況

戦後、家父長制家族制度が崩壊し、家族構造が核家族化するにつれ、母親は少数の子どもに過保護、過干渉な養育をしがちとなり、

一方、高度経済成長の支えである父親は家庭で父権を低下してきたといわれている。とりわけ登校拒否児のいる家庭では、父親は子どものモデルになりえず、妻に対しても心理的支持を与えられず、父親の心理的不在が指摘されている。岡崎<sup>7)</sup>らは登校拒否児の父親欠損と長期不在(単身赴任や外国航路乗組)が合計で19.8%にみられたという。本調査の性格障害群でも父の不在と単身赴任歴が合わせて20%近く認められ、父不在が児のパーソナリティ形成に大きな影響を及ぼしていたと考えられる。

山崎<sup>11)</sup>は日米の登校拒否児の家族構成上の特徴として母親欠損の家庭がほとんどみられないことを挙げている。牧原<sup>12)</sup>も登校拒否児の家庭のうち単身家庭が19%、だが、母子対父子が3:1でほとんどが母子家庭であったという。本調査の性格障害群では母不在を認めず、また祖父母との同居を表す拡大家族が多かった。このことは母親や祖父母による過保護、過干渉型の養育が行われた結果、児の健全な人格発達の抑制をもたらした可能性を示すであろう。

星野<sup>9)</sup>は登校拒否児の家庭で夫婦間不和が34%、嫁姑不和が22%にみられたという。また鎌<sup>13)</sup>は祖父母と父母間の葛藤が内在的に多く、子どもの登校拒否を契機に顕在化すると述べている。本調査の神経症群でも家庭内不和が多く、家庭全体としての統制を欠いていた。安心感を持ってない家庭内で、神経症群の児は親に面倒をかけない良い子の役割を背伸びしながら担い続けていたと推測される。

## 4. 登校拒否児の学校状況

登校拒否児の交友関係にかんする報告<sup>9,13,14)</sup>では、限定された特定の友人と依存的、消極的な関係を保つにすぎないとするものがほとんどであり、いじめられ体験も33%<sup>10)</sup>にみられていた。本調査でも乏しいあるいは歪んだ交友関係やいじめられが性格障害群で多かったものの、神経症群では少なかった。さらに、教師との関係では鎌<sup>13)</sup>は逃避的傾向を示したり恐怖の対象にしていることが多かったとし、本調査の性格障害群がそれと似ていた。学校成績は良好な

児が多いとされていたが、本調査では性格障害群で学業不振児が多くみられるようになっていたのが注目される。

以上の学校状況から、性格障害群は発症前より学校不適応の兆候がうかがわれ、一方、神経症群は、逆に学校に過剰適応していたのではないかと推測される。

### 5. 登校拒否の直接動機

登校拒否の発症に関与する要因では、高橋<sup>10)</sup>らや牧原<sup>12)</sup>らは友人関係に関する事項が多いと述べているが、本調査でも性格障害群同様であり、学校での孤立やいじめられが多かった。性格障害群は過保護に育てられ自己中心的な幼児心性が優位なため、集団参加が元々困難であり、その事態が次第に明白となって登校拒否に陥ると考えられる。

高木<sup>15)</sup>らや星野<sup>9)</sup>らは友人関係以外に、登校拒否の契機として学級委員に選出される、転校等を挙げており、また北村<sup>16)</sup>ら是不登校生徒41名中6名が転校に伴い不登校に陥ったと報告している。本調査の神経症群でも、学校での孤立の他、学校での負担増や転校先になじめず登校拒否の主な動機としていた。神経症群は知的水準が高く、交友関係も少なくないものの、それは家人の期待を察知して良い子を演じているに過ぎず、本来は同級生を学業成績の競争相手としかみることのできない独善が潜んでいると推測される。そこで学校での役割増や転校など急な負担増や矛盾する交友関係に破綻が生ずると、良い子像をこれ以上保持できないため登校拒否を起こしてしまうのであろう。

## V まとめ

東京周辺で急速な都市化がすすむ市を所管する児童相談所に登校拒否を主訴として訪れた児童について、臨床類型し、対人関係を中心に比較検討を試み、以下のような知見を得た。

1) 対象は登校拒否の発症に性格上の問題が大きく関与する性格障害群36名(男子26名,女子10名)と急性の心的外傷あるいは慢性的の内的葛藤に起因する神経症群15名(男子9名,女子6名)とに大別された。

- 2) 初めて登校拒否を示した学年は中学1年と2年に多かったが、性格障害群は小学生でもみられ、また幼稚園に行くのを渋っていてもいた。
- 3) 家庭の形態では、性格障害群で父の不在や単身赴任歴、拡大家族が多く、それを背景に見と母や祖母との密着の強さがうかがえ、一方、神経症群で家庭内不和がおおく、そのなかで見は親に面倒をかけない良い子として育てていたと推測された。
- 4) 登校拒否を起こす前の学校での不適応状態は性格障害群のみに多く、乏しいあるいは歪んだ交友関係、いじめられ、学業不振、教師への恐怖や反撥を認めた。
- 5) 登校拒否の直接動機では、性格障害群は学校での孤立やいじめられを主に挙げ、一方、神経症群は学校での孤立のほか学校での負担増や転校先になじめないこと等を理由として登校拒否におちいっていた。
- 6) 以上のことから、性格障害群は過保護に育てられ自己中心的幼児心性が優位なため交友関係をはじめとする集団適応が困難となり登校拒否になったといえ、一方、神経症群は複雑な家庭環境のなかで親の期待に精一杯答えようと無理を重ねて頑張ってきたが、学校での役割増や転校など心的負担が大きくなったり、矛盾した交友関係の破綻によって、良い子像をこれ以上保持できず登校拒否に陥ったと考えられた。

## 文 献

- 1) 福間悦夫, 井上寛, 小松原孝介, 他: 登校拒否症の類型, 九神精医24: 71-78, 1973.
- 2) Coolidge JC, Hahn PB, AL: School phobia neurotic crisis or way of life, Am J Orthop-sychiat 27; 296-306, 1957.
- 3) Millar TP: The child who refuses to attend school, AMJ Psychiatry 118; 394-404, 1961.
- 4) Kahn JH, Nursten JP: School refusal a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance, Am J Orthop-sychiat 32; 707-718, 1962.

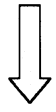
- 5) 本城秀次, 金子寿子, 名和美幸, 他: 登校拒否像の時代的変遷について, 児精医誌28;183-191, 1987.
- 6) 若林慎一郎: 登校拒否の現状と背景, 臨床精神医学12; 815-823, 1983.
- 7) 岡崎哲也, 小野田倉三, 稲垣卓, 他: 登校拒否症にたいする疫学的接近—昭和53年島根県内小・中・高全校調査に基づいて, 児精医誌21; 333-342, 1980.
- 8) 高木隆郎, 川端つね, 藤沢淳子, 他: 学校恐怖症の典型像, 児精医誌6; 146-156, 1965.
- 9) 星野仁彦, 新国茂, 金子元久, 他: 登校拒否症の発症に関与する家族・社会的要因・福島医誌35; 413-423, 1985.
- 10) 高橋隆一, 野本踏文幸, 中屋みな子, 他: 不登校の類型分類, 児精医誌28; 299-311, 1987.
- 11) 山崎道子: 登校拒否と家族, 講座・家族精神医学3, P211-231, 東京, 弘文堂, 1982.
- 12) 牧原寛之, 長屋正男, 中嶋真知子: 単親家庭の登校拒否に関する研究—7年間の児童相談所記録に基く分析, 児精医誌26; 303-315, 1985.
- 13) 鎌幹八郎: 学校恐怖症の研究—症状形成に関する分析的考察, 児精医誌4; 221-235, 1963.
- 14) 若林慎一郎, 伊東秀子, 伊藤忍: 学校恐怖症または登校拒否児童の実態調査, 児精医誌6; 77-89, 1965.
- 15) 高木隆郎, 川端利彦, 田村貞房, 他: 長欠児の精神医学的実態調査, 精神医学1; 403-409, 1959.
- 16) 北村栄一, 北村陽英, 西口俊樹, 他: 一公立中学校における過去15年間の不登校の実態, 児精医誌24; 322-336, 1983.

### Abstract

Study on the interpersonal relationships in child growth

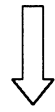
Hiroko Oka\*, Shoko Yamagami\*\*, Hidekuni Komatsu\*\*\*, Noboru Watanabe\*\*\*\*

Paret-child relationships and behavior in school students was investigated. School refusal is a serious phenomenon in educational institution. Examination of the relationship between psychopathological traits and the course of the student since the onset of school refusal is important in understanding the case from the psychodynamic point of view and in selecting the most suitable approach for therapy.



## 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:近年,社会環境の著しい変化に伴ない,精神発達の途上にある青少年に登校拒否や校内暴力,いじめ,家庭内暴力などの神経症的症状,頭痛や腹痛,拒食などの心身症的症状,さらには万引や窃盗,有機溶剤乱用などの不良行為が認められるようになった。これらは健全な精神発達が円滑にすすまないため生ずる精神不健康であり,青少年の健全な育成を図るうえで,これらの背景因子に検討を加え,あるべき育成の姿を見出す必要がある。

われわれは保育園や幼稚園,学校,児童相談所,国立教護院で精神発達の途上にある児にかかわる教育者,教諭,精神科医,精神保健研究員であるが,「児童・青少年の適応障害の実態を把握のうえ,健全な精神発達をすすめるには,どうしたらよいか検討してほしい」との課題を与えられた。そこで,われわれは適応障害について「係わり(対人関係)」という視点に基づいて,各自の立場からアプローチを三年間に亘り続けてきた。

小松秀邦は国立武蔵野学院(教護院)に入院した非行少年の家庭背景について検討し,依然として貧困家庭,欠損家庭という従来通りの家庭であったと報告した。家庭での慢性的ひずみが少年の未熟な人格や歪曲した価値感に多くの影響を与えていたと推測した。さらに健常者を対照とした臨床脳波学検討をも加えた。

山上晶子は小中高校生で保健室へ頻回に来室する生徒を中心に,その家族関係を調査したところ,家庭内での適切な保護と感情交流の乏しさを認めた。

渡辺登は幼稚園児,有機溶剤吸引少年,登校拒否児の親子関係と交友関係を調査したところ,親子関係が過保護もしくは逆に放任であると同性同年齢の友人を見出し難いと述べている。

岡宏子は保育園児の他児や親とのかかわり方を経年的に詳細な観点より行い,年齢を追うにつれ歪んだ係わりが改善する群のあることを明らかにし,発達段階に適した係わりが重要であることを指摘した。