

問題行動の研究(二)

児 玉 省



先月号の(一)では子どもの問題行動の意味について筆者の考えを明らかにし、次いで問題行動に関するアメリカの三つの研究を取りあげてその研究者たちが見出した問題行動の種類を叙述し、あわせてその展開に関する見解を披露したが、本稿(二)においては、さらにもう一つのアメリカの研究を取りあげ、引きつづき、日本の三人の医学者による研究を取りあげることとする。そして、これらの研究者たちの見解の一致点と不一致点を考察し、問題の所在点と性格を明らかにしたいと願うものである。

D、マクファレンほかの研究

(J. W. Macfarlane et al: A Developmental Study of the Behavior Problems of Normal Children. 1954)

加州大学児童相談所のマクファレンほかは、二十二ヵ月から

十四歳までの期間にわたって二五二名の児童の身体、精神並びに性格の発達の研究を行なった。この種の追跡研究としては、フェルス研究所の誕生から三十年以上に亘る研究があるが、これは特に問題行動をテーマとしていないのに比べて、正常児の問題行動を主要テーマとしているところに、本文とは特に関係のある研究である。

問題行動を生物学的機能の樹立に関係のあるもの(睡眠、排泄、食事、性など)、身体運動関係(チック、指をすう、爪をかむ、多動性など)、社会的基準関係(嘘言、家出、放浪、盗み、破壊性などいわゆる反社会的なもの)、性格関係(わがまま、けんか、過依存、過敏性、はずかしがり、恐怖、いらいら、かんしゃく発作、嫉妬など)の四種類に分けて、その年齢的变化を追いか、かつ性別差を検討しているが、そのうち主なものを取りあ

げてみる。

1 生物的機能関係

不眠は一歳の時の男女、それぞれ四〇％未満から減少して、十歳から十一歳で再び盛り返して、男女が二〇％余から一五％くらいまで、次いで減少。

昼尿は男児は六％、女児は八％で消滅。夜尿は男女児とも五—六歳で一〇％前後、以後男児はそのまま十四歳まで継続、女児は十三歳で消滅する。

食欲不振は男女児とも四—六歳で三〇％前後でピーク。その後漸減して、十三—十四歳で消滅する。

2 身体運動関係

チックや多動性は、男女児とも六—七歳ごろ一〇％でピークであるが、その後減少して、女は十歳、男は十一歳で消滅。爪をかむは男女児とも三歳で一〇％前後、そのあと漸増して十一歳で三〇％前後、それから減っていくが、十四歳でまだ二〇％以上残っている。これに対して指をすうは、女児は三歳で三〇％余、男児は二〇％余から年齢とともに漸減し、十二—十三歳で消滅する。超活動性は、四—五歳のところがピークで、男児が四五％前後、女児が三〇％余、それから漸減し、女児は十三歳で消滅、男児は十四歳でまだ一〇％余残っている。

3 社会的基準関係

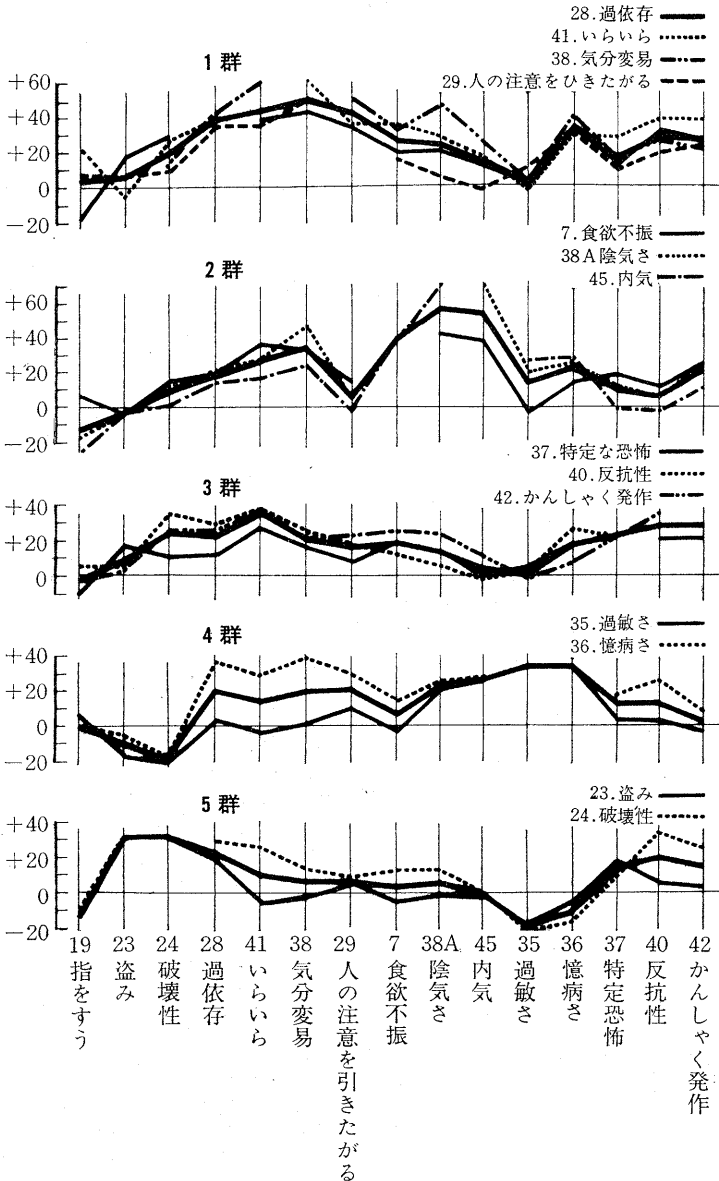
嘘言は四—六歳がピークで五〇％前後、それから一度減って八歳で男児が四〇％位、その後漸減して、十四歳で一〇％未満になる。女児は、九歳で約二〇％、十一歳で清算する。盗みは男女児とも三歳がピークであるが、この時分の人の物をとるのを盗みと呼ぶことは不適當と思われるので、五歳のところをみると、男児の場合一〇％、女児四％。男児は七歳、八歳と九％、九歳で六％、その後母親の報告では消滅しているが、学校の報告では十四歳でもまだ多少この問題が残存している。他方女児は八歳で五％、その後消滅したようになっていくが、これも十四歳で学校側の報告では、まだ残っている。破壊性は三歳で男女児同率の二〇％であるが、女児はそれから漸減して十三歳で消滅、男児は五歳で三〇％未満でピーク、八歳が第二のピークで二〇％、それから減少して女児同様十三歳で消滅する。家出・放浪は男女児とも三歳で現われるが、七歳では消滅している。

4 性格関係

超依存性は、男児が四歳でピークで約二五％、それから減少しながらも起伏を示し、十四歳で一〇％余残存。女児は五歳以後男児を陵駕し、七歳と十一歳がピークで二五％前後、十歳で依然約一〇％残っている。過敏性は女児が四—六歳がピークで五〇％余、その後起伏を示しながら十四歳で再び五〇％余、男

問題行動間の相関（五歳時）

他の項目との相関



児は十一歳がピークで約六〇%、それから急減して十四歳で二〇%弱になる。特定の事物に対する恐怖は、三―四歳の頃は六〇%弱から七〇%弱、それから男女児とも減少して十一歳で再び第二のピークを迎え、その後十四歳で女兒は二〇%、男児は約五%の残存を示す。反抗性は三―五歳頃がピークで四〇%―三〇%の線にあり、その後男児は十一歳が第二のピークで約二〇%、女兒は七歳からうんと減って、だいたい一〇%の線を十四歳まで維持する。いらいらするは男女児とも四歳がピークで二〇余%、それから多少減少しながら起伏を示し十四歳まで継続する。かんしゃく発作は、男女児とも三歳がピークで六〇余%から七〇%弱、それから両性とも漸減しながら十四歳で男児は約二五%、女兒が一〇%で続いている。

問題行動間の相関

マクファレンらは、問題行動の間に、何らかの関連がないかを見るために五歳の時に、これらの問題行動の間に相関を求めたところ五歳のところで前ページの図のような結果を得た。これによると、五つの行動群が現われたわけで、これから次のような性格像があることが想定できるわけである。

第一群は、過依存性、いらいらしき、気分が変わり易い、人の注意をひきたがる——こういう問題行動がいっしょになる可

能性が多い。いわゆるヒステリーの性格の傾向がある。
第二群は、食欲不振、陰気さ、はずかしがりの結びつきである。

第三群は、恐怖、反抗性、かんしゃく発作の結びつき。

第四群は過敏性、臆病さ。

第五群は盗み、破壊性、反抗性、かんしゃく発作、恐怖の結びつきであって、幼児期における反社会的傾向を暗示するものである。

日本の研究で取り上げるものは、筆者を除きいずれも医学者であるが、これはとくに医学者だけを選んだという意味ではなくて、医学者の研究しか見当たらなかったという理由によるものである。

E、高木俊一郎の立場

小児の精神医学的疾患及び症状を、次の三種

(1)脳神経の器質的・機能的障害を伴って起こり易い症状及び疾患

(2)心因性身体・精神の適応障害

(3)小児の精神病

に大別し、さらに(2)の心因性身体・精神の適応障害については次ページ上の表のように再分を試みている。

心因性の精神および身体の適応障害として現われる症状

I	身体反応の障害 Psychophysiologic (or Psychosomatic) Disorders	中枢神経系 心臓循環器系 呼吸器系 消化器系 泌尿器系 四肢および筋肉系 感覚器系	頭痛・偏頭痛・嘔気・失神発作 心悸亢進・頻脈・不整脈・心臓痛 呼吸困難・気管支喘息・息止め発作・神経性咳嗽 唾液分泌異常・ヒステリー球・反すう・空気嚥下・神経性嘔吐・神経性下痢・腹痛・便秘遺糞症 神経性頻尿症・夜尿症・尿閉 ヒステリー性運動麻痺・(チック)・(吃音) ヒステリー性盲・ヒステリー性聾・ヒステリー性感覚鈍麻痺・過敏・倒錯
II	神経性習癖 Neurotic Habits	睡眠障害 言語障害 食事障害 身体玩弄癖その他	不眠・夜驚・悪夢・夢中遊行 吃音・咽・緘黙 食欲不振・偏食・拒食・異嗜症・多食 指しゃぶり・爪かみ・自瀆・チック・左利き
III	情緒・行動の障害 Behavior Disorders	情緒上 行動上	神経質傾向・不安・恐怖・憤怒・しつと・反抗 ・我儘・孤独・内気・無口・白昼夢・敏感・遅鈍 内向的 癩癖・嘘言・破壊癖・けんか癖・残酷・盜癖・無断欠席・性的非行・家出・放浪・放火

この表のうちIの身体反応の障害は、P S D (—Psychosomatic disorders) すなわち精神身体症で、IIIの情緒・行動の障害は筆者のいうバースナリテイの障害である。米國精神医学会のP S Dの解釈によると、(精神または感情の影響の結果) 変化が機能的(器管の働きの) 段階を越えて、器質的(身体的) なものにまで進行しているのが精神身体症である。

そして高木はP S Dを規定するための条件として、次の三項目をあげている。

- (a) 身体症状が強くあらわれる。
- (b) 一般的治療と併行し、あるいは単独の方法によって主として心理的立場から取扱うことに意義がある。
- (c) 心理的治療の実行が可能である。

しかしながら、狭義のP S Dにおいては、身体症状が一つの器管に固定して現われることが特徴であるのにかかわらず、小児の場合には、未分化、未成熟からくる特徴として、身体反応あるいは全身反応の形で現われる。例えばいわゆる自家中毒とか、えきりのような、全身の激しい自律神経の失調の形で現われたり、あるいはホスピタリズムのように身体の發育障害とともに情緒・行動の問題を伴ってくる。さらに、小児では発達未熟のため抑制力が弱く、心理的欲求不満や葛藤が直ちに行動になって現われ易いという特徴がある。少なくとも三―四歳の幼

児ではそのような傾向が強い。このような理由によって、小児では運動・感覚神経系と自律神経系とに同時に現われることが多い。そして、これらの症状が一過性、変動性、不安定性をもっており、同時に全体的でもある。

右に述べたことは P S D のことであるが、小児の神経症の場合には、精神と身体とが成人の場合よりもいっそう密接に結びついているので、身体症状を主とする神経症の形をとりやすい。また成人に比べて病状が単純であることが多い。要するに小児の神経症は神経症前状態、あるいは不全型神経症や神経症反応というべきものが多い。

前掲の表の中の I は P S D 的な障害であるが、この中には頭痛、心臓神経症、顔面発赤及び蒼白、失神発作、神経性せき、息止め発作、小児ぜんそく、呼吸困難発作、食欲不振、神経性下痢、夜尿症などを包含し、II は神経性習癖で、不眠、悪夢、夜驚、どもり、食欲不振、偏食、指なめ、オナニー、チック等を包含している。

問題行動というのは、パースナリテイの問題に関係するもので、引込み思索、落ちつきがない、登校拒否、盗癖、家出・放浪、しつと、我儘などを包含し、情緒行動の障害からのものは社会的基準に関連する反社会的な性質のものがある。

高木はもっぱら医学的な立場から問題の整理を試みていると

ころから、それが自ずと神経系統に関連して考えられること、また精神身体に関連において取り上げられることはごく自然なことである。同時に問題の分類がまた右の二点を軸にして行なわれているのも当然である。また高木の使っている問題行動という言葉は、筆者が使っている意味とは全く異なるもので、前述したように、パースナリテイの関連において使用されているものである。

ただここで一つ問題になるのは、高木は、小児に神経症の存在を認めているか？どうかという問題である。その著書「小児精神医学の実際」(一九六四)によると、まず神経症とは「欲求不満や葛藤などによって心理的防御機制に破たんを生じ、そのために精神や身体の働きに障害が起こり、社会生活を円満におくれなくなった状態」であると定義し、しかし小児の場合こゝに若幼児においては……心理的防御機制が未熟で自ら悩むということとは少ない……小児では精神と身体とが成人の場合よりもいっそう密接に結びついているので、身体症状を主とする神経症の型をとりやすい。また成人の場合よりも症状が単純なものであることが多い」と称している。そして、小児の神経症は神経症前状態、または不全型神経症、神経症的反応というべきものが多い。そして、「小児が情緒の緊張や不安から身体反応、習癖・情緒・行動などの面に生活上困る程度の問題を起こし

成人の神経症の型に分類することが不可能な場合、すなわち成人に多く見られる完成型の神経症ではなくむしろその前状態、あるいはその不全型を小児神経症とよんではどうかと思つてゐる」というのが著者の意見である。

高木は前掲の表の中に、神経症という言葉を使わないてゐるが、おそらく、この表のⅠ、Ⅱ、Ⅲなどという分類にかかわりなく、右に述べたような状態が存在する場合には、小児神経症というレッテルをはるものであらうと思われる。

F、牧田清志の立場

牧田も児童精神医学を専門にする研究者であつて、その見解は前述した高木の立場に似ているが、幾つかの特徴的な発言が注目される。

(a) 筆者のいう問題行動を、すべて神経症的な発症として扱つてゐる。それは既に神経症になつてゐるものだけでなく、神経性習癖をも包含するもので、それが「神経症的である限り、病態と呼ぼうと習癖と呼ぼうと……本質的に区別する必要を認めない」としてゐる。そして「こういう範疇の障害は児童精神科外来がもつとも平均的な形で運営された場合、患児の大部分を含めるものである」と称してゐる。

(b) 神経症的発症は、さらに、神経症的行動障害と精神身体

障害に大別し、行動障害には、摂食に関する問題（拒食、過食、肥満、異食など）睡眠に関する問題（不眠、悪夢、夜驚症、夢中遊行、過眠など）言語談話の問題（緘黙、言語の遅れ、どもり、感覚性失語症など）習慣的に身体をいじることの問題（拇指しゃぶり、爪かみ、唇しゃぶり、鼻ほじり、耳を引っづける、性器いじりなど）学業の問題、登校拒否の問題、性的問題、怒り、嫉妬、恐怖、不安・不安発作、分離不安、心気症、強迫、ヒステリー、非行的行動、などを包含するものとしてゐる。

精神身体的発症としては、頭痛、偏頭痛、赤面と蒼白、失神発作、呼吸停止発作、ぜんそく、神経性不食症、反芻、悪心・嘔吐、乗り物酔い、便秘、チック、遺尿、夜尿症などを包含してゐる。

牧田の立場は、おそらくその師、レオ・カナート同様に、小児神経症という言葉を使うことを選つてゐるのであつて、その代わりに神経症的発症としてゐるものであらう。結局、小児の場合、神経症を規定することが困難である事情に鑑みて、あやしきを律せずして、神経症的となつたものであらう。これは外国の学者の間にも、カナートをはじめ、その他にもしばしば見られる傾向である。

G、岩波文門の見解

岩波はその著「臨床小児神経症」（一九六四）において、児童の行動障害を全面的にカバーしている。ただ岩波は神経症の定義、精神身体症の定義などいづれも、困難なものであること、並びに諸研究者間に意見の一致のないことを認めながら、現在における神経症の概念規定の傾向として、

「心因性障害であること、機能的障害であることの二つが神経症の概念規定の根本になっているが、しかしすべての心因性障害ではなく、またすべての機能的障害を意味するものではなく、このうちの特別な、典型的な精神的因果関係が病的現象をもたらすような場合にかぎると規定する傾向がある。しかしこの特別な、典型的な言葉の内容は明確にされておらず……所詮見解の一致を見ていない」と述べている。

けれども岩波は、はっきり乳幼児においても神経症の存在を主張しているのであって「少なくとも、小児科臨床のうえから乳幼児にも神経症ということのできる病像は存在し得ると考える」といい、さらに、これを補足して次のように述べている。

「小児においては、未分化な内分泌機構および体液性機構と相まってなんらかのストレスに対して自律神経不安定性と解釈できる身体症状を発現することが多い。しかし一般に心因性の刺戟きに対して内的な精神的苦悩という現象を呈することは乏しく、これらに対する反応は直接に身体的の現象として発現さ

れてくる。すなわちこれらの反応は乳児期には自律神経症状として発現するものが多く、第一反抗期以後には一部行動異常として解釈できる型のものも認められるようになる。しかし社会的行動異常として問題になるものはまれで、むしろ日常生活の面で身体的悪癖として自律神経と関連をもった症状として考えられることが多い。

小児はその心身の発達過程において乳幼児期にはとくに同一のものと反復接触することによって、そのものを体得する特徴、すなわち固執性が強い。ここに心因性の不調和が生じたときに習慣異常の現象が発現するものである。このように情緒的な問題とともに自律神経が大きく関与した身体症状と行動異常が乳幼児の神経症の主体であると考えたい」

なお岩波は、小児神経症の各論として神経質、食事の問題、循環器の問題、消化器の問題、呼吸器の問題、アレルギー性の問題、皮膚の問題、内分泌の問題、排泄の問題、脳神経系の問題（睡眠、立ちくらみ、乗物酔いなどO・D症状の問題）チックの問題、行動異常の問題（神経性習慣、社会的行動異常）などを取り上げているが、これらの項目は諸研究者が取り上げている項目と大同小異である。要するに、岩波はこれらの障害をもって全部小児神経症のカテゴリーに入るとしていると考えられることができる。