

精神保健学的観点から見た
不登校事例の日本比較研究

1991

筑波大学大学院博士課程
教育学研究科

倉本 美彦

筑波大学

博士（医学）学位論文

①

目次

精神保健学的観点から見た 不登校事例の日米比較研究

1. 序言	1
2. 研究の動機	2
3. 研究の目的	3
4. 研究の方法及び調査地	4
5. 結果	5
6. 結論	6
7. 参考文献	7
8. 謝辞	8
9. 謝意	9
10. 謝意	10
11. 謝意	11
12. 謝意	12
13. 謝意	13
14. 謝意	14
15. 謝意	15
16. 謝意	16
17. 謝意	17
18. 謝意	18
19. 謝意	19
20. 謝意	20
21. 謝意	21
22. 謝意	22
23. 謝意	23
24. 謝意	24
25. 謝意	25
26. 謝意	26
27. 謝意	27
28. 謝意	28
29. 謝意	29
30. 謝意	30
31. 謝意	31
32. 謝意	32
33. 謝意	33
34. 謝意	34
35. 謝意	35
36. 謝意	36
37. 謝意	37
38. 謝意	38
39. 謝意	39
40. 謝意	40
41. 謝意	41
42. 謝意	42
43. 謝意	43
44. 謝意	44
45. 謝意	45
46. 謝意	46
47. 謝意	47
48. 謝意	48
49. 謝意	49
50. 謝意	50
51. 謝意	51
52. 謝意	52
53. 謝意	53
54. 謝意	54
55. 謝意	55
56. 謝意	56
57. 謝意	57
58. 謝意	58
59. 謝意	59
60. 謝意	60
61. 謝意	61
62. 謝意	62
63. 謝意	63
64. 謝意	64
65. 謝意	65
66. 謝意	66
67. 謝意	67
68. 謝意	68
69. 謝意	69
70. 謝意	70
71. 謝意	71
72. 謝意	72
73. 謝意	73
74. 謝意	74
75. 謝意	75
76. 謝意	76
77. 謝意	77
78. 謝意	78
79. 謝意	79
80. 謝意	80
81. 謝意	81
82. 謝意	82
83. 謝意	83
84. 謝意	84
85. 謝意	85
86. 謝意	86
87. 謝意	87
88. 謝意	88
89. 謝意	89
90. 謝意	90
91. 謝意	91
92. 謝意	92
93. 謝意	93
94. 謝意	94
95. 謝意	95
96. 謝意	96
97. 謝意	97
98. 謝意	98
99. 謝意	99
100. 謝意	100

1991

筑波大学大学院博士課程医学研究科

倉本 英彦

目次

	頁
I 緒言	1
II 研究の目的	4
III 対象者	5
IV 研究の方法	
1. データの収集	6
2. 質問票の構成	6
3. データの解析	8
4. 研究方法の問題点と限界性	8
V 結果	
1. 単純集計	10
2. クロス集計	17
3. 数量化Ⅱ類による解析	19
4. 数量化Ⅲ類による解析	22
5. 各類型と治療終結時の予後との関連	24
VI 事例研究	
事例1 (内圧・不安内閉型)	26
事例2 (内圧・不安内閉型)	27
事例3 (外圧・不安内閉型)	28
事例4 (外圧・不安内閉型)	30
事例5 (内圧・情緒逸脱型)	31
事例6 (内圧・情緒逸脱型)	32
事例7 (外圧・情緒逸脱型)	34
VII 考察	
1. 事例の諸特徴	36
2. 改善に関連する諸要因	42
3. 不登校の類型化	45
4. 比較文化精神医学的考察	47
VIII 結論	52

I 緒言

近年、日本ではいわゆる不登校の事例数が増加しているといわれており、大きな社会問題として取り上げられている。文部省が毎年発行する学校基本調査においても、病気や経済的理由を除いた理由で年間50日以上欠席のあった「学校嫌い」の増加が著しく、特に中学生についてはそれが深刻で、その対策の必要性が叫ばれている。しかし、未だに不登校に関する統一した定義はなされておらず、医学、心理学、教育学や社会学の専門家がそれぞれの定義にしたがって恣意的に不登校の概念を用いている場合が少なくない。したがって、正確な実態調査がなかなか行なわれず、たとえ行なわれても調査対象の質的な相違から相互の比較が困難なことが往々にしてある。また、周知のごとく、米国精神医学会の診断分類であるDSM-III-RやWHOの診断分類であるICD-10の中にも、不登校は独立した臨床単位あるいは症候群としてとりあげられていない。

そこで、今までの不登校概念を初期のものを中心にして簡単に振り返ってみることにする。今日の不登校に近い事例を最初に記載したのは、米国の精神分析家であるBroadwin (1932)といわれている。彼は、学校にいと母親に恐ろしいことが起こるのではないかと急に心配になり、母親の無事を確認するために家に帰ってしまう強迫型の根深い神経症または神経症的性格の児童を分析し、母親への小児的な愛着とそのための無意識の罪の意識が存在することを主張した。その数年後に米国のJohnsonら(1941)は、学校恐怖症school phobiaを、より頻繁で日常的に起きる怠学truancyとはっきりと区別した。彼女らは、学校恐怖症は完全に解決されていない母子の依存関係を背景にして、子供の側の因子と母親の側の二つの因子が相互的に循環を生んで発生するとした。子供の側の因子は、器質的疾患あるいはある外部の刺激によって生じた、ヒステリー的または強迫的症状を呈する急性の不安であり、母親の側の因子は、結婚の不幸や経済的困窮などの、自分の安全へのある新たな脅威についての悩みである。ただし、彼女らは学校恐怖症を明確な臨床単位とみなしたわけではない。そして、Estesら(1956)は、学校への恐怖は母親から離されることへの恐怖が置き換えられたもの、すなわち分離不安separation anxietyであると主張した。その後も、諸家が学校恐怖症の概念を用いているが、それらの大部分は分離不安説に依拠している(Klein 1945; van Houten 1948; Goldberg 1953; Suttentfield 1954; Coolidge et al 1957; Waldfogel et al. 1957; Talbot 1957; Eisenberg 1958; Berryman 1959; Glaser 1959; Davidson 1960; Chazan 1962)。その当時の学校恐怖症についての記述をまとめると次のようになる(Leventhal et al. 1964)。①年齢幅は学齢期を含み、ピークは10歳から12歳、②男女の数はほぼ同数、③知能は概ね平均以上で成績は合格点、④高い学力水準と成績への関心、⑤母親のわがままさと支配、母親との親密さ、他人への操作傾向、家の外では臆病なくらいの非攻撃性、⑥母親は子供を甘やかす、⑦小さいときに親の不在の経験が少なく、そのため、親の不在に際し、親に拒絶されたという感情を持つ、⑧最も頻度の多い結実因子は学校が変わること、その次は病気、⑨しばしば身体的な随伴症状を伴う登校についての恐怖の経験、⑩全く健康な子供から精神病との境界に位置する青年まで、広い範囲の病理性が表現される。このように初期の学校恐怖症の概念は、主として古典的な精神分析理論に基づく個人精神病理学の用語で記述されたが、最近では登校拒否school refusalという一般化された用語が広く用いられるようになってきている。その理由は、恐怖症の

起源といった特定の個人精神病理学理論に依拠せず、また単一の均質な障害であることを仮定しなくてもよいからである (Hersov 1990)。Coolidgeら(1957)は、学校恐怖症を、神経症群と性格群の2型に分類し、前者は登校以外の友人関係の面などでは健康であるが、後者の症状はより広い潜在性の障害の症状のひとつであるとした。Millar(1961)は、登校拒否を、「登校できないことであり、親はそれを関知しているが、登校させようとしてもできない」と定義し、臨床的な観点から、急性群、性格群、精神病前駆症状群の3型に分類した。

日本では、高木ら(1959)の精神医学的長欠児の実態調査があるが、学校恐怖症の研究としては、鷺見ら(1960)が、来訪時年齢の相違から事例を3群に分け、それらの問題の現れ方が性格構造の年齢に伴う発達過程上での相違と一致していることを確認し、症状の背後に分離に対する不安のダイナミクスがあることを考えた。高木(1963)は、学校恐怖症の症状の経過から、第1期(心気症的時期)、第2期(攻撃的時期)、第3期(自閉的時期)の3期に分け、その原因としては分離不安説をとらず、学校恐怖症は劣等感または完全欲に起因する学校場面から家庭場面への逃避であり、学校からの分離のために2次的に生じた種々の神経症状を併発したものと考えた。鎌(1963)は、学校恐怖症の発展段階を症児の意味づけに基づいて、①単純な反応性の段階、②合理化、理由づけの段階、③強迫的不安の段階、④高度の理由づけ、合理化の段階、の4段階に分け、症状形成の心理機制としてSelf-theoryに立脚し、学校状況における経験が症児の自己概念に受け入れられない時にそれを維持するために学校状況を拒否するものと考えた。山本(1964)は、学校恐怖症を、その状態像と経過から中核群と辺縁群の2群に分け、それらに共通する心的構造を「学校場面における状況展開の障害」ととらえ、その障害の基盤に「性格の発達過程における障害」があるものとし、本質的な登校拒否の成立条件としては親の過保護的養育態度よりも「受け入れる態度の乏しさ」を重視した。以下、不登校の主な類型分類の変遷をあげると次のようになる。斎藤ら(1967)は、登校拒否児の収容治療経験から、①神経症的拒否群、②社会性未熟・退嬰群、③汎不適應群、④反応的一過性群、⑤退学傾向群、の5類型に分けた。平井(1968)は、登校拒否症を、その症状の程度によって軽度、中等度、重度に分け、その経過を急性、亜急性、慢性に分けた。福間ら(1978)は、登校拒否症を、主にその発症機制から、①性格障害群(4型)、②神経症群(4型)、③類精神病群(2型)に分けた。岡田ら(1981)は、登校拒否児を、治療指針との関連から学校からの撤退先によって4群に分けて論じた。高橋ら(1987)は、不登校を一症状として位置づけ、発症前の学校・家庭内適応状況、病前性格特徴、誘因と不登校との関連、治療関係成立の難易、経過の5点から、①反応性不登校群、②神経症性不登校群、③性格障害性不登校群、④分裂病性不登校群、の4類型に分けた。

以上のように、とりわけ日本において、盛んに類型分類に関する研究がごく最近まで行なわれている事情や、その研究の過程で「学校恐怖症」という名称が「登校拒否(症)」に変わり、最近では「不登校」という、単に学校に行っていないという事実を表わす、より一般的な名称が使用され始めてきていること背景には、いくつかの理由が考えられる。それは、第一に、最近の対象が、狭義の不登校概念、すなわち分離不安-学校恐怖症概念ではとらえづらくなってきており、より広義の包括的な概念が必要になってきたこと、第二に、事例数の増加とともに状態像の混合や移行型が多くなり、また近年の境界喪失の風

潮の中で弛緩や変遷(杉山 1990)が目立ってきたこと、第三に、不登校現象は社会状況や文化と密接に関連しているという認識が広まってきたことなどがあげられる。高木(1984)は、登校拒否の最近の傾向について、①女子例の増加、あるいは男女比の均等化、②高校生、大学生の事例の増加と年長化、③都市より地方への移行、あるいは地方での増加傾向、④神経症症状の激化、とくに家族に示す暴力の激しさ、の諸点をあげている。稲村(1988)は、登校拒否にみられる最近の特徴として、①他の問題行動や精神障害と混合出現しやすい、②再発・慢性化・遷延化をしやすい、③同胞間の出現がふえている、の3点をあげている。増井(1990)は、最近の不登校にみる変化として、学校に行かないあるいは行けないことに対する不安の減少、無気力化、不登校の地域的拡散、女子の増加、「神経症的な不登校」と怠学や非行との区別の困難、身体化・行動化・反社会性の増加、などをあげている。また、岡田(1988)は、怠学との鑑別から規定された経緯を持つ登校拒否を、再び怠学や非行の中に戻して再検討すべき時期がきていると主張している。

不登校に関する国際間の研究を進めるためには、共通の診断基準が必要である。そのひとつの試みとして、Youngら(1990)は、不登校障害school nonattendance disordersの分類案を提出したが、それによると、不登校は、公認の不登校authorized nonattendance、非公認の不登校unauthorized nonattendance、不確かな登校ambiguous school attendanceの3型に大きく分かれ、第一の公認の不登校は、本人や家族の病気などのために両親と学校が許可した不登校であり、第三の不確かな登校は、能力がある登校中の生徒の学校失敗school failureである。第二の非公認の不登校は、①非公認の親の引き止め、②学校場面における危険への実際的な恐怖、③外向的な怠学障害externalizing truant disorder、④内向的な登校拒否障害internalizing school refusal disorders、⑤学校脱落school dropout、の5型に分かれ、さらに内向的な登校拒否障害は、学校恐怖症school phobia、分離不安separation anxiety、抑うつ型depressive type、身体化型somatoform type、の4型に分かれる。本研究に関係のあるのは、非公認の不登校であり、それらに属する事例の分布は、国家や文化圏によって大きく異なる。非公認の親の引き止めは、親の経済的理由や病気のために子供を家に置くものであり、開発途上国などに多い。学校場面における危険への実際的な恐怖は、都市の貧困地域において増加している。外向的な怠学障害は、一般的に衝動的、挑戦的、操作的で、指示に従わない行動や、不登校を伴う行為障害と非行を表わし、不安が少ないことが特徴的である。内向的な登校拒否障害は、葛藤、不安、症状への苦悩や、その他の情緒障害の症状が特徴的である。この群を怠学から区別することが重要で、それには、①重度の登校困難性、②重度の情緒的混乱、③親の関知のもとに家にとどまる、④重大な反社会性障害がない、の4点の指標が有用であるという(Berg et al.1969;Atkinson et al.1985)。また、学校脱落は、米国で増加しているもので、古典的には怠学とみなされていたが、学校失敗に似た状態や不適切な教育プログラムの反映と思われるものを指す。

不登校に関する国際間の比較文化的差異を本格的に扱った研究は現在までのところ行なわれていない。それは、診断基準のとり方の難しさによるところが大きいと思われる。ベネズエラのGranell de Aldazら(1984)は、英国、日本、米国の登校拒否の発現率を既発表論文から引用して比較しているが、国によりまた発表者によって数字にかなりの開きがあり、それらの解釈は困難といえる。また、日米間で家族環境と子供の発達の比較研究を行

ったNihiraら(1981)は、日米の共通点と相違点を次のようにあげ、研究面において日本は米国の良き「文化的対抗者」たり得るとした。まず、共通な点は、①両国とも高度に産業化され、同様な生活水準にある、②両国ともほとんどの国民が中流意識を持っている、③両国とも核家族の割合が増加している、④両国とも少なくとも40年間は公教育が広く行き渡っていることなどで、次に、異なる点は、①対人間相互作用の性質、②社会のあらゆる面における男女の地位と役割、③子供の行動についての社会の期待、などである。このような現状において、不登校に関する国際的な比較研究を実施することは非常に困難だが、意義のあることと思われる。それは、まず、不登校現象と社会文化的状況の関係を知るためであり、さらには、日本における不登校の特徴を理解し、診断、治療および予防対策に役立てられるからである。本研究は、不登校を伴う思春期精神科事例に関する本邦初の日米間の比較研究であり、また比較文化精神医学的見地と思春期精神医学的見地の双方を統合させるひとつの試みでもある、といえる。

II 研究の目的

本研究においては、次の3点についての解明を目的とした。

1. 日本と米国の不登校を伴う思春期の事例について、それらの諸特徴を分析し、比較検討する。
2. 数量化の方法を用いて、不登校の改善に関する諸要因の寄与を分析し、同時に不登校の新しい類型化を試みる。
3. それらの分析に基づいて、比較文化精神医学的観点から日米の不登校の形成因を検討する。

III 対象者

本研究の対象者は、不登校を主たる問題あるいは一症状として日本と米国の医療相談機関を訪れた、問題発現時年齢が9歳から18歳までの思春期の精神科事例である。事例の選択基準は、第一に、不登校をはじめとする学校に関する何らかの適応困難を持っていること、第二に、精神分裂病などの重篤な精神疾患や精神発達遅滞・てんかんなどの器質性精神障害を持つ事例を除いたこと、第三に、明らかな身体疾患のために不登校を呈した事例を除いたこと、である。したがって、ここでいう不登校とは、その理由や原因のいかんを問わず、単に登校していないという現象学的事実を問題にしているわけであり、怠学や非行を伴う事例も当然のことながら含まれる。そのような事例で精神科医療を受けることになった者を研究対象者として選択したわけである。

日本の事例は、1983年5月から1991年3月までの間に筑波大学附属病院外来および東京都内の北の丸クリニックを受診した事例のうち、上記の基準を満たし、資料が充分そろっており、著者が主治医として直接的に、あるいは集団療法などで間接的に治療に携わった、72人（全員が日本人）である。TABLE 1-1.に示すように、その性別は男37人、女35人、初診時平均年齢は男14.1歳、女13.8歳、全体で14.0歳、現在の平均年齢は男18.2歳、女17.5歳、全体で17.9歳であった。米国の事例は、1985年7月から1991年4月までの間にコロラド州デンバー市のBethesda Hospitalにおいて入院治療を受けた事例のうち、上記の基準を満たし、資料が充分そろっている14人（うち13人は白人、1人はアジア系）であり、その性別は男9人、女5人、初診時平均年齢は男14.1歳、女13.2歳、全体で13.8歳、現在の平均年齢は男17.2歳、女15.0歳、全体で16.4歳であった。なお、全事例の一覧をTABLE 1.に示す。

以下、対象者の諸特徴を記載する。

まず、TABLE 1-2.に対象者のDSM-III-Rによる診断別内訳を示す。DSM-III-Rでは多軸評定を行うが、そのうち臨床症候群にあたるAXIS Iと発達障害および人格障害にあたるAXIS IIのみを採択した。診断にあたっては原則として各事例の主治医の判断を尊重した。AXIS I評定については、日本の事例では、「幼児期、小児期、または青年期に発症する障害」が26人(36.1%)、「適応障害」が38人(52.8%)、「不安障害および身体化障害」が6人(8.3%)、「該当なし」が2人(2.8%)であったが、米国の事例では、「幼児期、小児期、または青年期に発症する障害」が1人(7.1%)、「気分障害」が12人(85.7%)、「物質乱用」が1人(7.1%)であった。ただし、大部分の米国の事例では診断が複雑で多岐にわたることが多かったので、最も主要な診断をひとつ採用した。AXIS IIの評定については、DSM-III-Rにしたがって人格障害をA群、B群、C群に分け、C群には発達障害も含めた。日本の事例では、「該当なし」53人(73.6%)、「A群」1人(1.4%)、「B群」2人(2.8%)、「C群」13人(18.1%)であったが、米国の事例では、「該当なし」6人(42.9%)、「B群」4人(28.6%)、「C群」4人(28.6%)であった。

次に、TABLE 1-3.に紹介者あるいは紹介機関を、TABLE 1-5.に紹介理由あるいは主訴を示す。紹介者について多いものから順に記すと、日本の事例では、本、雑誌、テレビなどのマスメディアを見てというもの24人(33.3%)、病院20人(27.8%)、教師、友人などのその他16人(22.2%)、教育相談所など9人(12.5%)、家族2人(2.8%)、本人1人(1.4%)であったが、米国の事例では、精神科医療専門家（医師、心理士、ソーシャルワーカー）などのその他

10人(71.4%)、家族3人(21.4%)、病院2人(14.3%)であった。また、主な紹介理由について重複を許して多いものから順に記すと、日本の事例では、不登校62人(86.1%)、心身症状16人(22.2%)、家庭内暴力10人(13.9%)、神経症症状9人(12.5%)、自殺念慮または企図4人(5.6%)、抑うつ3人(4.2%)、アパシー3人(4.2%)、非行2人(2.8%)、その他2人(2.8%)であったが、米国の事例では、不登校8人(57.1%)、抑うつ7人(50.0%)、非行5人(35.7%)、自殺念慮または企図4人(28.6%)、家庭内暴力2人(14.3%)、その他2人(14.3%)、心身症状1人(7.1%)、神経症症状1人(7.1%)、アパシー1人(7.1%)であった。なお、主な紹介理由に関しては、日本と米国間で統計的に有意な差が認められた。

さらに、TABLE 1-4.に、対象者の家族構成と居住地域を示す。まず、両親の平均年齢は、父親が、日本47.5歳、米国40.7歳、母親が、日本44.4歳、米国39.8歳であった。ただし、米国では、両親が離婚して再婚した事例が多く、その場合には現在同居している両親の年齢を採用した。次に、本人を含んだ同胞数は、一人が日本12人(16.7%)、米国0人、二人が日本41人(56.9%)、米国9人(64.3%)、三人が日本15人(20.8%)、米国2人(14.3%)、四人が日本4人(5.6%)、米国3人(21.4%)であったが、両国間に有意な差は認められなかった。また、同胞順位は、第一子が日本43人(59.7%)、米国7人(50.0%)、第二子が日本20人(27.8%)、米国6人(42.9%)、第三子が日本8人(11.1%)、米国1人(7.1%)、第四子が日本1人(1.4%)、米国0人であったが、両国間に有意な差は認められなかった。最後に、居住地域については、市部が日本59人(81.9%)、米国13人(92.9%)、郡部が日本13人(18.1%)、米国1人(7.1%)であったが、両国間に有意な差は認められなかった。

なお、本研究における臨床的な実感からすると、日本の事例は、東京およびその周辺地域に居住しているが、日本における不登校事例のごく一般的な特徴を備えていた。また、デンバー市の事例は、絶対数は少ないが、米国における一般的な不登校事例と比べても、大きな隔たりはないものと思われた。

IV 研究の方法

1. データの収集

前述の対象者について、各治療施設の診療録を入念に調べ、独自に作成した質問票にしたがって各項目に記入した。記入にあたっては原則として著者自身が行なった。また、大部分の日本の事例については、著者が直接的あるいは間接的に治療に携わったので、面接場面において必要箇所に関する質問を行うことができたが、それが不可能だった日本の事例および米国の事例について、診療記録の記載のみでは十分に正確な情報を得られなかった場合は、各事例の主治医などに補足および訂正を依頼した。この方法を採用した理由は、異なる医療システムや社会文化的枠組みを持つ国際間の比較研究において、評価者および評価自体の偏りを可能な限り少なくするためである。

2. 質問票の構成

質問票はAppendixにみるように、次の7つの大項目より構成されている。

- A 特徴的情報
- B 治療歴
- C 教育歴
- D 発達歴
- E 家族歴
- F 家族の精神科的問題
- G 不登校関連の問題

A 特徴的情報には、本人の性別、発症および現在年齢、紹介者、紹介理由や、家族の構成・年齢、居住地域などの項目がある。

B 治療歴には、不登校発現から治療機関訪問までの期間、受けた治療の種類とその効果、本人の治療意欲と予後、登校状況、および不登校の理由などの項目がある。なお、治療意欲、予後、不登校の理由の評価にあたっては、AppendixにみるようなDSM-III(1980)の定義による評価尺度を採用した。

C 教育歴には、治療以前、初診時、現在の所属学校と学年の項目がある。

D 発達歴には、出生前の出来事の有無、および身体的、認知的、情緒的、年齢相応の発達の程度の項目がある。

E 家族歴には、両親の職業、学歴、結婚状態、および家族の諸機能、家族療法への治療意欲、本人と家族の関係性などの項目がある。なお、家族の諸機能に関しては、Appendixにみるようなマクマスター大学製の家族機能の評価マニュアル(1977)にしたがって、問題解決、コミュニケーション、役割、感情的反応、行動コントロール、および親子関係の各項目について満足か不満足かを評定した。また、家族療法への意欲および本人と家族の関係の評価にあたっては、DSM-IIIの定義による評価尺度を採用した。

F 家族の精神科的問題には、両親、同胞、祖父母の精神科的既往歴と次にあげる個々の問題の有無の項目がある。すなわち、登校拒否、社会的ひきこもり、アパシー、非行、赤面、恐怖症、心身的愁訴、神経症症状、分離不安、不安障害、強迫性、摂食障害、抑うつ性障害、怠学、学校脱落、行為障害、広場恐怖、恐慌性障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害、心気症状、人に対する物理的暴力、言葉による暴力、物に対する物理的暴力、昼夜逆転の26項目である。なお、それらの問題あるいは症状の定義は主にDSM-III-R(1987)にしたがった。

G 不登校関連の問題には、まず、結実因子がある。それらは、失敗恐怖または実際の失敗、不安または恐慌、ささいな事故、病気または手術、学校の休みまたはキャンプ、引っ越し、クラス替えまたは転校・進学、学友との別れまたは喪失、重要な大人の病気または死、家族に関連した問題、友人に関連した問題、学校に関連した因子の12項目である。学校に関連した問題はさらに次の6項目に分かれる。成績低下、学業不振、教師恐怖、学友恐怖、学業恐怖、その他である。次は、不登校の症状を、性格変化を表わす症状、身体症状、その他の特徴的問題の3群に分け、各症状群の細項目をDSM-IIIの定義による評価尺度にしたがって5段階に評定した。まず、性格の変化を表わす症状は、行動変化の症状ともみな

せるものであり、以下の14項目より構成される。友人グループ活動からの回避、過度の依存、親への密着と操作、強情・理屈っぽい・批判的態度、（しばしば母親に向かう）怒り、欲求不満耐性の低さ、自尊感情の低さ、批判への過度の過敏性、退行的行動、気分障害、食習慣の貧しさ、日常生活の怠慢、個人衛生の怠慢、世間への漸進的恐怖または嫌悪感の表明。次は身体症状で、以下の26項目より構成される。吐き気、食欲不振、嘔吐、手足のしびれ、頭痛、耳痛、腹痛、漠然とした不快感、めまいまたは不安定感、四肢痛、頻脈、動悸、失神、胸痛または胸部不快感、窒息感、のぼせまたはさむけ、頻尿、下痢、運動緊張（ふるえなど）、便秘、背部痛、胃部不快感、赤面、蒼白、安静時の頻脈と頻呼吸、発熱。最後に、その他の特徴的な問題は、まとまった臨床症状あるいは症候群の有無を問うものであり、以下の30項目より構成される。社会的ひきこもり、アパシー、非行、対人暴力、恐怖症、心身的愁訴、神経症症状、分離不安、不安障害、強迫性、摂食障害、抑うつ性障害、感情障害、怠学、学校脱落、行為障害、恐慌性障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害、自殺念慮、自殺企図、不眠、心気症、ひきこもりを伴う適応障害、不安気分を伴う適応障害、分裂気質性障害、同一性障害、逃避性障害、その他。なお、それらの問題あるいは症状群の定義は主にDSM-III-Rにしたがった。

3. データの解析

得られたデータを単純集計およびクロス集計し、日本と米国の事例間で統計的検定を行い比較検討した。なお、本研究で用いるほとんどのデータは質的データであるので、統計的検定に際しては、データが名義尺度の場合は主に χ^2 検定を用い、データが順序尺度の場合はウィルコクソンの順位和検定を用いた。ただし、 2×2 のクロス表（すなわち、自由度が1）の場合は、イエーツの補正をした χ^2 検定を用いた。さらに、複数個のデータ相互の関係を知るために多変量解析の手法を用いた。それは、まず、林の数量化Ⅱ類の方法で、本人の治療終結時（調査時点で治療が終結していなければ調査時点）における予後の評定を「改善群」と「非改善群」の2群に分け、それを基準変数とし、その他のさまざまな項目を説明変数として、各説明変数が2群の識別にどの程度影響を与えたかを検討した。次は、林の数量化Ⅲ類の方法で、多数の事例と多数の項目データ間の関連が最大となるように各変数を構造化し、仮説的な類型分けを行った。なお、数量化Ⅱ類を用いた箇所は、本人および治療に関連した諸項目、不登校の理由の諸項目、性格または行動の変化を表わす症状の諸項目、その他の特徴的な問題の諸項目、およびDSM-III-R診断の諸項目である。また、数量化Ⅲ類を用いた箇所は、不登校の理由の諸項目、性格または行動の変化を表わす症状の諸項目、および不登校のその他に特徴的な問題の諸項目である。

4. 研究方法の問題点と限界性

本研究は、事例の直接面接も行なったが、主に診療記録の調査をもとにしたので、当然のことながらいくつかの制約が伴う。それらを事例自体の問題と事例に関するデータの問題の2つに分けて考察すると以下のごとくである。

まず、事例自体の問題であるが、これには事例の選択方法と事例の数が大切である。事

例の選択基準については、特に米国の事例において、狭義の不登校のみにとどまらず、怠学や非行、気分障害、ボーダーライン、あるいは薬物乱用などを伴う広義の不登校の事例を選択せざるを得なかった。米国においては、精神科医療の適応がある狭義の不登校事例の数は少なく、日本のように不登校は大きな問題として考えられていない。しかも、米国で流布しているDSM-III-R診断体系の中には狭義の不登校に相当するような臨床単位が存在していない。したがって、不登校に関連した何らかの症状を他の主な精神障害の症状の一部として持つ事例を選択せざるを得なかった。その制約は本研究における米国の事例数の少なさにも反映している。しかし、緒言で述べたように、日本においても最近の不登校の形態が変化してきており、それらの事例を狭義の不登校概念ではとらえきれなくなってきたので、上述のような選択の仕方は必ずしも誤りとはいえないだろう。また、米国における事例数が14人と少なく、それらの人種、居住地域や治療施設も限られているので、米国における一般的な傾向にまで敷衍はできない。したがって、データの解釈にあたってはかなり慎重にならざるを得なかったのは当然であるが、前述のように、米国における一般的な傾向はよく反映していたとみられる。

次に、得られた事例に関するデータの問題であるが、本研究では、複数の評価者間の評価の不一致を避けるために、原則として著者自身が診療記録の精読に基づいて質問票に記入した。その方法が、異なる医療システムと社会文化的枠組みを持つ国際間の比較研究において有用だろうと推測されたわけであるが、評価者が一方の文化圏における価値基準のみに準拠して他方の文化圏に属する事例の評価を行うとすれば、評価に偏りが生ずる可能性がある。したがって、この方法によってデータの信頼性を確保するためには、評価者がある程度両文化に精通している必要があろう。また、データの再現性については、他の評価者が記入したとしても同一の結果が得られるように各項目の評価尺度を厳密なものにしてゆくべきであり、本研究ではDSM-IIIの評価尺度やマクマスター大学製の家族機能の評価マニュアルを用いることによってデータの再現性を確保しようとした。もちろん、順序尺度の質的データの評価の場合にはどうしてもある程度のあいまいさが残るのはやむを得ないことであるが、今後とも、多数の評価者間でできるだけ高い一致率が得られるような評価尺度の検討を進めていきたい。さらに、データ解釈の方法上の問題については、統計的手法の限界性によるところが少なくないと思われる。特に、数量化II類およびIII類による解析では、基準変数と説明変数の設定のしかたや説明変数の項目の選び方で結果に違いがみられる場合がある。また、数量化II類による解析では、米国のデータのみからでは事例数が少なく満足な結果が得られなかったため、日本の72事例と日米の全86事例の比較から米国の傾向を推測せざるを得なかった。したがって、得られた結果の解釈にあたっては、かなり慎重に行わねばならなかった。

V 結果

1. 単純集計

1) 対象者のマッチング

TABLE 1-1.に、本研究の対象者の性別の人数、発症時平均年齢、現在の平均年齢を示した。性別の人数では、男がやや多く、その比率は日本で51.4%、米国で64.3%である。発症時平均年齢では、男がやや高く、日本と米国いずれも14.1歳であり、女では日本13.8歳、米国13.2歳とほぼ等しい。現在の平均年齢は、米国の方が最近治療された事例を集めたために1-2歳低くなっている。また、TABLE 1-4.に示すように、対象者の家族構成をみると、同胞数と同胞順位に両国間で有意差は認められず、居住地についても両国間で有意差は認められなかった。したがって、両国の事例は性別、年齢、家族構成、居住地などにおいてほぼよく合致していたといえる。

2) 診断および主訴

TABLE 1-2.に対象者のDSM-III-R診断と、TABLE 1-5.に紹介理由あるいは主訴を示した。DSM-III-R診断分類では、日本の事例が比較的明瞭な形でAXIS IとAXIS IIに振り分けられたのに対して、米国の事例は複雑でAXIS Iのいくつかの障害にわたっていた。また、紹介理由あるいは主訴においては、米国の事例では不登校や心身症状の割合が日本の事例に比較して少ない一方で、抑うつ、非行、自殺念慮または企図の割合が顕著であった。つまり、日本の事例では狭義の不登校が多いが、米国では狭義の不登校が少ないかわりに、複雑かつ病理性が高く、逸脱行動も顕著な事例が多いといえる。

3) 不登校発現から専門家受診までの期間

TABLE 2-1.に、不登校発現時から最初に専門家を訪れるまでの期間を示す。日本の事例では、3ヵ月までが最も多く38人(52.8%)、次いで3から6ヵ月が15人(20.8%)、1年以上が9人(12.5%)、9から12ヵ月が6人(8.3%)、6から9ヵ月が4人(5.6%)と続いた。米国の事例では、最も多いのが3ヵ月までの7人(50.0%)、次いで1年以上が5人(35.7%)、3から6ヵ月が2人(14.3%)と続いた。両国間には統計的に有意な差は認められなかったが、米国の事例では期間が短いかわりに長いかに属する者が多かった。

4) 治療の種類と効果

TABLE 2-2a.に、本人が受けた治療の種類を示す。まず、治療の種類であるが、日本の事例は大部分が外来のみで治療を受けたので、全事例が入院治療を受けた米国とはこの点で大きく異なっている。薬物療法を受けた事例は、日本が50人(69.4%)に対して米国が10人(71.4%)とあまり変わらない。ただし、米国では日本と異なり単剤処方が普通である。精神力動的な精神療法を受けた事例は、日本が4人(5.6%)に対して米国が14人(100%)に達した。これはむしろ日本と米国の精神医療システムの違いというべきもので、米国では精神力動的な精神療法がごく普通に行われている。家族療法を受けた事例は、日本が71人(98.6%)に対して米国が14人(100%)であったが、日本の家族療法は米国ほど体系的に行われておらず、一

回の面接時間が約30分間程度の両親に対する家族カウンセリングが多かった。集団療法を受けた事例は、日本が12人(16.7%)に対して米国は14人(100%)であった。ただし、ここでいう集団療法の内容は異なり、日本ではグループカウンセリング、若者クラブ(近藤 1988)、合宿療法(倉本ら 1989)、宿泊療法(稲村ら 1991)などを指しているが、米国では入院中の集団療法、集団レクリエーション療法、作業療法、社会技能訓練、院内学級などを含んでいる。行動療法、認知療法を受けた事例は両国とも皆無であった。また、日本における精神療法は折衷的精神療法と呼ぶべきもので、ほとんどの日本の事例がそれを受けていた。

TABLE 2-2b. に、上述の治療の効果を判定したものを示す。最も効果的だった治療法と次に効果的だった治療法を重複を許して選択した。最も効果的だった治療法を多い順からあげると、日本の事例では通院治療が32人(44.4%)、折衷的精神療法が30人(41.7%)、家族療法が25人(34.7%)などに分かれたのに対して、米国の事例では入院治療が12人(85.7%)と圧倒的に多い。次に効果的だった治療法は、日本の事例では家族療法が34人(47.2%)、折衷的精神療法が30人(41.7%)、通院治療が27人(37.5%)、薬物療法が22人(30.6%)などの順であったが、米国の事例では集団療法が7人(50.0%)、精神力動的な精神療法が5人(35.7%)、薬物療法が4人(28.6%)、家族療法が3人(21.4%)などの順であった。

5) 本人の治療意欲

TABLE 2-3a, b. に、それぞれ初診時と治療中の本人の治療意欲を、DSM-IIIの定義による7段階の評価尺度で評定したものを示す。まず、初診時の本人の治療意欲であるが、日本の事例では「可」22人(30.6%)を筆頭に、「良好」19人(26.4%)、「不良」13人(18.1%)とつづき、「意欲なし」が6人(8.3%)もあったのに対して、米国の事例では「不良」6人(42.9%)、「可」4人(28.6%)、「良好」3人(21.7%)などの順であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。次に、治療中の本人の治療意欲であるが、日本の事例では「可」19人(26.4%)、「良好」18人(25.0%)、「不良」16人(22.2%)、「優秀」10人(13.9%)などの順で、「意欲なし」が2人(2.8%)あり、米国の事例では「良好」6人(42.9%)、「可」5人(35.7%)、「不良」2人(14.3%)などの順であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。

FIG. 1. に、初診時と治療中の本人の治療意欲の変化を示す。日本と米国両方の事例において、治療意欲が増す傾向にあったが、統計的に有意な差は認められなかった。

6) 本人の予後

TABLE 2-4a. に初診時の本人の予後を、TABLE 2-4b. に治療終結時(調査時点で治療が終結していなければ調査時点)の本人の予後を、DSM-IIIの定義による6段階の評価尺度で評定したものを示す。ただし、ここでいう予後とは、あくまでその時点での治療者による事例の状態に関する主観的判断のことである。まず、初診時の本人の予後であるが、日本の事例では「可」31人(43.1%)、「良好」22人(30.1%)、「不良」13人(18.1%)などの順であり、米国の事例では「良好」9人(64.3%)、「可」5人(35.7%)と続いた。統計的に有意に米国の方が日本よりも予後が良好であった。次に、治療終結時の本人の予後であるが、日本の事例では「良好」37人(51.4%)、「可」18人(25.0%)などの順であり、米国の事例では「優秀」5人(35.7%)、「良好」5人(35.7%)、「可」3人(21.4%)などの順であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。

FIG. 2.に、初診時と治療終結時の本人の予後の変化を示す。日本の事例では統計的に有意に予後の改善が認められ($p < 0.005$)、米国の事例では有意差はなかったが、改善の傾向が認められた。

7) 本人の登校状況

TABLE 2-5a.に初診時の本人の登校状況を、TABLE 2-5b.に治療終結時(調査時点で治療が終結していなければ調査時点)の本人の登校状況を示す。まず、初診時の本人の登校状況であるが、日本の事例では「登校せず」25人(34.7%)、「0~19%」23人(31.9%)、「80~100%」9人(12.5%)などの順であり、米国の事例では「0~19%」5人(35.7%)、「80~100%」4人(28.6%)などと続いた。登校状況は米国の方が日本よりも良い傾向があったが、両国間に有意な差は認められなかった。次に、治療終結時(調査時点で治療が終結していなければ調査時点)の本人の登校状況であるが、日本の事例では「80~100%」36人(50.7%)、「登校せず」15人(21.1%)、「0~19%」11人(15.5%)などの順であり、米国の事例では「80~100%」10人(76.9%)、「登校せず」3人(23.1%)と続いた。登校状況は米国の方が明らかに良い傾向があったが、統計的に有意な差は認められなかった。

FIG. 3.に、初診時と治療終結時の本人の登校状況を示す。日本の事例では統計的に有意に登校状況の改善が認められ($P < 0.001$)、米国の事例では有意差はなかったが、改善の傾向が認められた。

8) 不登校の理由

TABLE 2-6a.~e.に、不登校の理由に関して、社会の圧迫、教育の圧迫、家族の圧迫、友人の圧迫、および本人の問題のそれぞれについて、DSM-IIIの定義による6段階の評価尺度で評価したものを示す。また、FIG. 4.のレーダーチャートに、それぞれの項目の日本と米国の事例の平均得点を示す。

社会の圧迫については、日本の事例では「軽度」29人(40.3%)、「軽微」26人(36.1%)、「中等度」12人(16.7%)などが主であり、米国の事例では「軽微」11人(78.6%)と、統計的に有意な差で日本の方が米国より社会の圧迫が強かった。

教育の圧迫については、日本の事例では「中等度」26人(36.1%)、「重度」19人(26.4%)、「軽度」15人(20.8%)、「軽微」11人(15.3%)などの順であり、米国の事例では「軽微」5人(35.7%)、「軽度」5人(35.7%)などの順であった。統計的に有意な差で日本の方が米国より教育の圧迫が強かった。

家族の圧迫については、日本の事例では「中等度」28人(38.9%)、「軽度」20人(27.8%)などの順であり、米国の事例では「重度」7人(50.0%)と、統計的に有意な差で米国の方が家族の圧迫が強かった。

友人の圧迫については、日本の事例では「軽度」26人(36.1%)、「中等度」21人(29.2%)、「軽微」12人(16.7%)などの順であり、米国の事例では「軽微」6人(42.9%)、「軽度」4人(28.6%)などの順であった。日本の方が米国より友人の圧迫が強い傾向があったが、両国間で統計的に有意な差は認められなかった。

本人の問題については、日本の事例では「中等度」33人(45.8%)、「重度」31人(43.1%)などが主であり、米国の事例では「重度」8人(57.1%)、「中等度」4人(28.6%)などの順で

あった。米国の方が日本より本人の問題が強い傾向があったが、両国間で統計的に有意な差は認められなかった。

9) 本人の教育レベル

TABLE 3a~c. に、本人の初診時、治療以前と現在の教育レベル（所属学校）を示す。まず、初診時の教育レベルについては、日本の事例では高校38人(52.8%)、中学27人(37.5%)などの順であったが、米国の事例では高校が主で12人(85.7%)であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかったが、米国の方が日本より高校生の割合が高かった。これは日米の学制の違いによるところが大きいと思われる。つまり、学制は日本では一律に6-3-3制であるが、デンバー市では6-2-4制なので相対的に高校生が多くなるのである。次に、治療以前の教育レベルについては、日本の事例では高校34人(47.2%)、中学24人(33.3%)、小学12人(16.7%)などの順であったが、米国の事例では高校7人(50.0%)、中学5人(35.7%)などが主であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。さらに、現在の教育レベルについては、日本の事例では高校48人(66.7%)、中学11人(13.9%)、その他11人(13.9%)などの順であったが、米国の事例では高校が主で9人(69.2%)であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。

10) 本人の発達歴

TABLE 4. に、出生前の出来事の有無と、身体的、認知的、情緒的、年齢相応の発達の正常、遅延、異常についての評価を示す。まず、出生前の出来事の有無について「有り」とした事例は、日本が5人(6.9%)、米国が3人(21.4%)で、米国の方に多い傾向があったが、統計的に有意な差は認められなかった。次に、身体的発育については、「遅延」とした事例が日本1人(1.4%)、米国1人(7.1%)で、「異常」とした事例が両国とも皆無であった。両国間に統計的に有意な差は認められなかった。その次に、認知的発達については、「遅延」が日本9人(12.5%)、米国7人(50.0%)で、統計的に有意に米国の方が多かった。また、「異常」は両国とも1人で統計的に有意な差は認められなかった。さらに、情緒的発達については、「遅延」が日本12人(16.7%)、米国8人(57.1%)で、統計的に有意に米国の方が多かった。また、「異常」は日本3人(4.2%)、米国6人(42.9%)で、同様に米国の方が多かった。最後に、年齢相応の発達については、「遅延」が日本9人(12.5%)、米国8人(57.1%)で、統計的に有意に米国の方が多かったが、「異常」は日本0人、米国1人と有意な差は認められなかった。以上をまとめると、出生前の出来事と身体的、認知的、情緒的、年齢相応の発達のいずれにおいても、米国の事例の方が日本の事例より、発達の視点からみた「遅延」や「異常」の割合が大きいといえる。

11) 両親の職業と学歴

TABLE 5-1a,b. に、それぞれ父親、母親の職業を示す。まず、父親の職業については、日本の事例では、会社員43人(62.3%)、専門職16人(23.2%)などの順であったが、米国の事例では熟練労働者7人(53.8%)、非熟練労働者3人(23.1%)などの順で、統計的に有意な差が認められた。日本はいわゆるホワイトカラーが多く、米国はいわゆるブルーカラーが多いといえよう。次に、母親の職業については、日本の事例では主婦49人(68.1%)が圧倒的であっ

たが、米国の事例では事務販売4人(30.8%)を始めとして各職業に分散しており、統計的に有意な差が認められた。

TABLE 5-2a,b. に、それぞれ父親、母親の最終学歴を示す。米国の事例では十分な情報が得られなかったので、日本の事例のみをみると、父親は大卒が38人(59.4%)で、母親も大卒が22人(33.3%)、短大・専門学校卒が17人(25.8%)と、両親とも比較的高学歴といえる。

1 2) 現在の両親の結婚状態

TABLE 5-3. に、現在本人と同居している両親の結婚状態を示す。日本の事例では、結婚が66人(91.7%)を占めたが、米国の事例では結婚が11人(78.6%)、離婚が3人(21.4%)で、しかも結婚の11人中5人が再婚した両親であった。統計的に有意に米国の方が離婚-再婚率が高かった。

1 3) 家族機能のレベル

TABLE 5-4. に、Appendixにみるようなマクマスター大学製の家族機能の評価マニュアルにしたがって、問題解決、コミュニケーション、役割、感情的反応、行動コントロールおよび親子関係の家族機能の諸領域について「満足」か「不満足」かの評定を行ったものを示す。いずれの領域においても圧倒的に米国の事例の方が「不満足」とした割合が高く、両国間で統計的に有意な差が認められた。前項目とあわせて、米国の事例の家族関係の複雑さと病理性の強さを物語るものといえよう。

1 4) 家族の家族療法への治療意欲

TABLE 5-5a,b. に、それぞれ初診時と治療中の家族の家族療法に対する治療意欲を、DSM-IIIの定義による7段階の評価尺度で評定したものを示す。まず、初診時の治療意欲については、日本の事例では「良好」35人(48.6%)、「可」14人(19.4%)などの順で、米国の事例では「良好」7人(50.0%)、「優秀」3人(21.4%)などの順であり、両国間に統計的に有意な差は認められなかった。次に、治療中の治療意欲については、日本の事例では「良好」39人(54.2%)、「可」12人(16.7%)などの順で、米国の事例では「良好」6人(42.9%)、「優秀」4人(28.6%)などの順であり、米国の方が日本よりも治療意欲が良好の傾向があったが、統計的に有意な差は認められなかった。

1 5) 本人と家族の関係

TABLE 5-6. に、本人と家族の関係を、DSM-IIIの定義による7段階の評価尺度で評定したものを示す。日本の事例では「良好」26人(36.1%)、「可」21人(29.2%)、「不良」17人(23.6%)などの順でごく平均的な関係といえるが、米国の事例では「劣等」5人(35.7%)、「不良」5人(35.7%)、「可」3人(21.4%)などの順で本人と家族の関係に問題がある家族が多いといえる。両国間には統計的に有意な差が認められた。

1 6) 家族の精神科的問題

TABLE 6-1. に、家族の精神科的問題の既往歴を示す。既往歴有りとした事例の割合はいずれの家族構成員においても米国の方が日本より高かった。まず、父親については、日本

4人(5.8%)、米国3人(21.4%)だが、統計的に有意な差は認められなかった。次に、母親については、日本10人(14.1%)、米国5人(35.7%)で有意差は認められなかった。さらに、同胞については、日本8人(12.7%)、米国3人(21.4%)で有意差は認められなかった。祖父母については、日本2人(5.3%)、米国6人(60.0%)で、統計的に有意な差が認められた。

TABLE 6-2. に、専門家の援助を必要とするほどの精神科的問題があった家族構成員の個々の問題を示す。そのうち、日本の事例と米国の事例間で統計的に有意な差が認められた問題は次のようである。まず、抑うつ性障害で、日本9人(12.5%)、米国7人(50.0%)と米国の方が多かった。その内訳は、日本は母親7人、兄弟2人で、米国は母親3人、父親2人、祖母1人、姉妹1人と、特に母親に多くみられた。次に、発達障害で、日本0人、米国2人(どちらも兄弟)であった。最後に、物質乱用で、日本2人(2.8%)、米国8人(57.1%)で圧倒的に米国の事例に多かった。米国の内訳は、両親2人、母親のみ1人、祖父母3人、同胞2人であった。また、登校拒否については、日本5人(7.0%)、米国2人(14.3%)で、それらの内訳はいずれも同胞であった。

17) 不登校発現の結実因子

TABLE 7-1. に、不登校発現の結実因子と考えられたものを示す。そのうち、割合の多いものを記すと、日本の事例では、学校に関連した因子60人(83.3%)、不安または恐慌54人(75.0%)、失敗恐怖または実際の失敗50人(69.4%)、クラス替えまたは転校・進学45人(62.5%)、家族に関連した問題35人(49.3%)、友人に関連した問題33人(47.8%)などの順であったが、米国の事例では、学校に関連した因子11人(78.6%)、家族に関連した問題11人(78.6%)、友人に関連した問題8人(57.1%)、不安または恐慌7人(50.0%)、クラス替えまたは転校・進学7人(50.0%)などの順であった。両国ともに最も多かった学校に関連した因子はさらに次のような細項目に分かれる。日本の事例では、学業不振88.3%、成績低下85.0%、学業恐怖78.3%、教師恐怖71.7%、学友恐怖71.7%と続いたが、米国の事例では、学業不振100%、成績低下81.8%などが主である。日本では単に学習面のみでなく学校における対人関係面の問題が顕著であるといえよう。また、日本の事例と米国の事例間で統計的に有意な差が認められた項目は、失敗恐怖または実際の失敗、教師恐怖および学業恐怖であり、いずれも日本の方が米国より多かった。

18) 性格の変化(不登校事例の症状)

TABLE 7-2a. に、不登校に特徴的な症状のうち、性格の変化あるいは行動の変化を表わすものを示す。FIG. 5. に、それらの項目の平均値を比較したものを示す。日本の事例と米国の事例間で統計的に有意な差が認められた項目をみると、日本の事例の方が米国の事例よりも症状の程度が重かった項目は、友人グループ活動からの回避、過度の依存、世間への漸進的恐怖または嫌悪感の表明の3つであり、逆に米国の方が症状の程度が重かった項目は、(しばしば母親に向かう)怒り、欲求不満耐性の低さ、自尊感情の低さ、気分障害の4つであった。

19) 身体症状(不登校事例の症状)

TABLE 7-2b.に、不登校の特徴的な症状のうち、身体症状あるいは心身症状を示す。FIG.6.に、それらの項目の平均値を比較したものを示す。日本の事例と米国の事例間で統計的に有意な差が認められた項目をみると、日本の事例の方が米国の事例よりも症状の程度が重かった項目は、吐き気、食欲不振、腹痛、下痢、発熱の5つであり、逆に米国の方が症状の程度が重かった項目は、耳痛のみであった。

20) 不登校に特徴的なその他の問題

TABLE 7-3.に、不登校に特徴的なその他の問題を示す。日本の事例と米国の事例間で統計的に有意な差が認められた項目をみると、日本の事例の方が米国の事例よりも割合が多かった項目は、社会的ひきこもり、アパシー、恐怖症、ひきこもりを伴う適応障害の4つであり、逆に米国の方が多かった項目は、非行、抑うつ性障害、怠学、行為障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害、自殺念慮、同一性障害の9つであった。また、社会的ひきこもりの程度を、初診時と現在において4段階に評定したものを、FIG. 7.に示すが、いずれの時期においても、日本の事例の方が米国の事例よりも統計的に有意に社会的ひきこもりの程度が強かった。

2. クロス集計

TABLE 2-4b. にみるような本人の治療終結時（調査時点で治療が終結していなければ調査時点）の予後と、以下に示すようなその他の特徴的な項目とのクロス集計を行なった。

1) 性別

TABLE 8-1. に、性別と治療終結時の予後とのクロス集計を示す。とりわけ米国の事例において女の方が男より予後が良い傾向があったが、両国ともに男女間で予後に統計的に有意な差は認められなかった。

2) 発症年齢

TABLE 8-2. に、不登校発現時の本人の年齢（発症年齢）と治療終結時の予後のクロス集計を示す。発症年齢が9歳以上から14歳以下の群（日本38人、米国8人）と、15歳以上から18歳未満の群（日本34人、米国4人）を比較したところ、とりわけ日本の事例において後群の方が前群より予後が良い傾向があったが、両国ともに両群間に統計的に有意な差は認められなかった。

3) 不登校発現から専門家受診までの期間

TABLE 8-3. に、不登校発現から本人が最初に専門家を訪れるまでの期間と治療終結時の予後のクロス集計を示す。その期間が3ヵ月未満の群（日本38人、米国7人）と、3ヵ月以上の群（日本34人、米国7人）を比較したところ、両国ともに前群の方が後群より予後が良い傾向があったが、両群間に統計的に有意な差は認められなかった。

4) 本人の治療意欲

TABLE 8-4a, b. に、初診時および治療中の本人の治療意欲と治療終結時の予後のクロス集計を示す。まず、初診時の治療意欲と予後との関係については、治療意欲が「可」以下の群（日本46人、米国13人）と、「良好」以上の群（日本26人、米国1人）を比較したところ、日本の事例において統計的に有意に後群の方が前群より予後が良かった。次に、治療中の治療意欲と予後との関係についても同様に、治療意欲が「可」以下の群（日本42人、米国3人）と、「良好」以上の群（日本30人、米国11人）を比較したが、やはり日本の事例において統計的に有意に後群の予後が良かった。なお、米国の事例については、初診時および治療中いずれにおいても、治療意欲が「良好」以上の群の方が予後が良い傾向があった。

5) 初診時の予後

TABLE 8-5. に、本人の初診時の予後と治療終結時の予後のクロス集計を示す。初診時の予後が「可」以下の群（日本41人、米国3人）と、「良好」以上の群（日本31人、米国11人）を比較したところ、米国の事例において統計的に有意に後群の方が前群より治療終結時の予後が良かった。なお、日本の事例については、初診時の治療意欲が「良好」以上の群の方が治療終結時の予後が良い傾向があった。

6) 初診時の登校状況

TABLE 8-6.に、本人の初診時の登校状況と治療終了時の予後のクロス集計を示す。登校率が20%未満の群(日本48人、米国7人)と、20%以上の群(日本24人、米国7人)を比較したところ、日本の事例において統計的に有意に後群の方が前群より予後が良かった。

7) 発達歴

TABLE 8-7.に、本人の発達歴と治療終了時の予後のクロス集計を示す。まず、出生前の出来事の有無と予後の関係については、「有り」の群(日本5人、米国3人)と「なし」の群(日本67人、米国11人)を比較したところ、日本の事例で統計的に有意に前群の方が後群よりも予後が良かったが、米国の事例では逆に後群の方が予後が良い傾向があった。次に、身体的発達については、「正常」の群(日本71人、米国13人)と「正常でない」の群(日本1人、米国1人)を比較したところ、両国ともに、両群間に統計的に有意な差は認められなかった。さらに、認知的発達、情緒的発達、年齢相応の能力においても同様に、両国ともに、「正常」群と「正常でない」群の間には統計的に有意な差は認められなかった。

8) 両親の結婚状態

TABLE 8-8.に、両親の結婚状態と本人の治療終了時の予後のクロス集計を示す。実父母が結婚している群(日本66人、米国6人)とそれ以外の群(日本6人、米国8人)を比較したところ、両国ともに、両群間に統計的に有意な差は認められなかった。

9) 本人と家族の関係

TABLE 8-9.に、本人と家族の関係と本人の治療終了時の予後とのクロス集計を示す。本人と家族の関係が「可」以上の群(日本51人、米国3人)と、「不良」以下の群(日本21人、米国11人)を比較したところ、日本の事例において統計的に有意に前群の方が後群より予後が良かった。

10) DSM-III-R診断

TABLE 8-10.に、日本の事例のDSM-III-R診断と本人の治療終了時の予後のクロス集計を示す。また、FIG 8.に、治療終了時の予後に点数づけを行い、各診断別に平均値をとり比較したグラフを示す。それらを見ると、DSM-III-R診断のAXIS Iにおいては、「該当なし」、「適応障害」、「幼児期、小児期、または青年期に発症する障害」、「不安障害および身体化障害」の順に予後が良かった。それらのうち、「適応障害」と「不安障害および身体化障害」間のみ統計的に有意な差が認められた。また、AXIS IIにおいては、「該当なし」の方が「人格障害または発達障害あり」よりも予後が良い傾向があった。

3. 数量化Ⅱ類による解析

本人の治療終結時の予後の評価尺度のうち、「劣等」、「不良」、「可」の3つを「非改善群」とし、「良好」、「優秀」、「最優秀」の3つを「改善群」とし、それらの2群を基準変数にとり、以下にあげるような項目の説明変数が、基準変数である予後の識別にどのような影響を与えているかを、数量化Ⅱ類の方法で解析した。なお、解析結果を意味のあるものにするために、各説明変数（アイテム）のカテゴリー・サンプル数が2人以下のカテゴリーは解析に際してあらかじめ除外した。また、米国の事例は絶対数が少なく、各アイテム・カテゴリーにまんべんなくサンプルが分布していないので、米国の事例を直接解析することは行わず、日本の事例の解析結果と全体の事例の解析結果の違いにより米国の事例の特色を推測することにした。

1) 本人の特徴および治療に関連した項目

TABLE 9-1.に、本人の性別、発症年齢、不登校発現から専門家受診までの期間と、本人の初診時および治療中の治療意欲、家族の初診時および治療中の治療意欲の7項目をアイテムとし、各アイテム毎に表にみるようなカテゴリーを設け、数量化Ⅱ類による解析を行って得られたカテゴリー・ウェイトを示す。なお、ここではカテゴリー・ウェイトの絶対値が1.0以上の場合に、基準変数の識別に顕著な寄与をしたとみなすことにする。日本の事例において、改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「本人の初診時の治療意欲が強い」、「本人の治療中の治療意欲が強い」、「家族の初診時の家族療法への治療意欲が弱い」の3つであった。そのうち、「家族の初診時の家族療法への治療意欲が弱い」は、全体の事例の解析結果では寄与が激減しており、それが米国の事例において必ずしも改善群に顕著な寄与をしていないことが推測される。また、非改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは認められなかった。

各アイテム毎のアイテム・カテゴリーの動向をみってみる。まず、性別では、日本の事例ではやや女の方が男より改善群に近い傾向がある。それは全体の事例でも同様で、むしろ若干男女間の差が拡大しているため、米国の事例でも同様の傾向にあることが推測される。以下、日本の事例の傾向を吟味していくが、必要に応じて米国の傾向を推測する。発症年齢では、13歳以上の方がむしろ12歳以下よりも改善群に近い。次に、不登校発現から専門家受診までの期間では、3カ月未満の方がそれ以上よりも改善群に近い傾向がある。米国の事例でも同様の傾向にあることが推測される。さらに、本人の初診時および治療中の治療意欲では、治療意欲が強いほど改善群に近くなっている。最後に、家族の初診時と治療中の家族療法への治療意欲だが、とりわけ治療中の治療意欲についての日本の事例と全体の事例のカテゴリー・ウェイトの違いから、日本の事例では必ずしも明確ではないものの、米国では家族の治療中の治療意欲が強いほど改善群に近いことが推測される。

2) 不登校の理由

TABLE 9-2.に、不登校の理由について、社会の圧迫、教育の圧迫、家族の圧迫、友人の圧迫、および本人の問題の5項目をアイテムとし、各アイテム毎にそれぞれDSM-Ⅲの6段階の評価尺度を3段階にまとめたものをカテゴリーとして設け、数量化Ⅱ類による解析で得ら

れたカテゴリー・ウェイトを示す。日本の事例において、改善群に最大の寄与をしたアイテム・カテゴリーは「本人の問題が軽い」であった。逆に、非改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「教育の圧迫が弱い」と「家族の圧迫が弱い」の2つであったが、全体の事例のカテゴリー・ウェイトをみると、米国の事例では前者の影響は弱く、後者の影響はむしろ強めであることが予測される。

各アイテム毎のアイテム・カテゴリーの動向をみってみる。まず、社会の圧迫では、カテゴリー・ウェイトの絶対値そのものが小さく、社会の圧迫が予後の改善と非改善の識別に与えた影響力は小さいといえよう。次に、教育の圧迫では、日本の事例ではその圧迫が強まるほど改善群に近くなる傾向があるが、全体の事例ではその程度が弱くなっているため、米国の事例では必ずしも日本と同様の傾向を示していないと推測される。その次に、家族の圧迫では、その圧迫が中程度で改善群に近く、その圧迫が弱いまたは強いかのいずれかでは非改善群に近い。さらに、友人の圧迫では、日本の事例ではその圧迫の程度が強まるほど非改善群に近くなる傾向があり、その傾向は全体の事例でも拡大しているため、米国での事例でも同様の傾向にあることが予測される。最後に、本人の問題では、友人の圧迫と同様のことがいえるが、予後への寄与の程度は他の圧迫と比較して際立って高い。

3) 性格の変化を表わす症状

TABLE 9-3.に、不登校の症状のうち、性格の変化あるいは行動の変化を表わす症状の14項目をアイテムとし、各アイテム毎にそれぞれDSM-IIIの6段階の評価尺度を3段階にまとめたものをカテゴリーとして設け、数量化II類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。日本の事例において、改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「過度の依存が強い」のみであった。逆に、非改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「日常生活の怠慢が強い」と「個人衛生の怠慢が中程度」の2つであった。

各アイテム毎のアイテム・カテゴリーの動向をみよう。ただし、米国の事例では、サンプル数が1以下のアイテム・カテゴリーがすべてのアイテムについて必ず一つ存在するので、ここでは日本の事例のみを考えることにする。まず、症状が強まるほど非改善群に近くなる傾向があったアイテム・カテゴリーは、「友人グループ活動からの回避」、「強情・理屈っぽい・批判的態度」、「食習慣の貧しさ」、「日常生活の怠慢」、「個人衛生の怠慢」、「世間への漸進的恐怖または嫌悪感の表明」の6つであったが、その他のアイテム・カテゴリーでそれに近い傾向を示したものは、「批判への過度の過敏性」と「退行的行動」の2つであった。逆に、症状が強まるほど改善群に近くなる傾向があったアイテム・カテゴリーは、「欲求不満耐性の低さ」と「自尊感情の低さ」の2つであったが、それに近いアイテム・カテゴリーは、「過度の依存」、「親への密着と操作」、「(しばしば母親に向かう)怒り」、「気分障害」の4つであった。総じて、ひきこもりや生活の乱れを伴う対人・対社会的恐怖などを表わす症状群は、その症状の強さと予後の悪さとの関連が強いといえるが、発達の未熟さ、母子関係をめぐる葛藤や情緒障害などを表わす症状群は、むしろその逆の関連を示すといえる。

4) 不登校のその他の特徴的な問題

TABLE 9-4.に、不登校に付随するその他の特徴的な臨床症状あるいは症候群の27項目をアイテムとし、それらの有無をカテゴリーに設定し、数量化Ⅱ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。ただし、サンプル数が2以下の恐慌性障害と分裂気質性障害はあらかじめ解析から除外しており、日本の事例においても同様な理由から、行為障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害は除外してある。日本の事例では、改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「自殺企図」のみであった。逆に、非改善群に顕著な寄与をしたアイテム・カテゴリーは、「心気症」のみであった。全体の事例では、改善群、非改善群ともに顕著に寄与を与えたアイテム・カテゴリーは存在しなかった。

次に、改善群と非改善群の識別に寄与したアイテムの動向をみよう。日本の事例において、カテゴリー・ウェイトの幅が0.5以上のアイテムのうち、症状が「なし」が改善群に近いものをあげると、「アパシー」、「自殺念慮」、「不眠」、「心気症」、「ひきこもりを伴う適応障害」、「不安気分を伴う適応障害」、「同一性障害」、「回避性障害」の8つであったが、全体の事例をみると、さらに「行為障害」と「発達障害」の2つが加わる。逆に、日本の事例において、カテゴリー・ウェイトの幅が0.5以上のアイテムのうち、症状が「有り」が改善群に近いものをあげると、「社会的ひきこもり」、「不安障害」、「感情障害」、「怠学」、「学校脱落」、「自殺企図」の6つであったが、全体の事例をみると、さらに「物質乱用」が加わる。つまり、治療の対象になりやすい精神症状や逸脱行動の一部には、それらが不登校に随伴していた方がむしろ予後が良いものがある、といえる。

5) DSM-Ⅲ-R診断

TABLE 9-5.に、DSM-Ⅲ-R診断のAXIS I とⅡをアイテムとし、それぞれに属する臨床症候群の大枠をカテゴリーに設定し、数量化Ⅱ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。ただし、解析は日本の事例のみで行った。AXIS I において改善群に多く寄与したカテゴリーから順にあげると、「該当なし」、「幼児期、小児期、または青年期に発症する障害」、「適応障害」であり、「不安障害および身体化障害」は非改善群に近かった。また、AXIS II においては、「該当なし」が改善群に近かったが、「人格障害または発達障害あり」は非改善群に近かった。

4. 数量化Ⅲ類による解析

数量化Ⅲ類の手法を用いて、多数の事例と多数の項目データ間の相関が最大になるように、それらの双方を同時に二次元（成分）に分類した。そして、第一成分を横軸に、第二成分を縦軸にとった平面における各項目データの数量化ベクトルの方向性から、各成分の意味づけを行い、平面の各象限に属する事例番号を列挙した。解析は、以下にあげるような項目について行った。

1) 不登校の理由

TABLE 10-1.に、不登校の理由について、社会の圧迫、教育の圧迫、家族の圧迫、友人の圧迫、および本人の問題の5項目をアイテムとし、各アイテム毎にそれぞれDSM-Ⅲの6段階の評価尺度を3段階にまとめたものをカテゴリーとして設け、全事例の数量化Ⅲ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。また、第一成分を横軸に、第二成分を縦軸にとった数量化平面上に、各象限に属する事例の番号を記した。以下、各成分の意味づけとそれに基づく各事例の類型化を行なう。

各アイテム・カテゴリーの数量化ベクトルの方向性を検討すると、まず、第一成分については、社会の圧迫を除いて、「圧迫が弱い」カテゴリーの方向はすべて負であり、「圧迫が中程度」と「圧迫が強い」カテゴリーの方向はすべて正である。「社会の圧迫が強い」に該当した事例は1人のみであるので、実質的にそのアイテム・カテゴリーは考慮に入れなくてもよい。したがって、第一成分は「圧迫の強さ」を表わし、正方向は圧迫が「強い」か「中程度」を、負方向は圧迫が「弱い」を意味するといえよう。前者を強圧型strong-pressure type、後者を弱圧型weak-pressure typeと呼ぶ。次に、第二成分について検討する。各アイテムについて順にみていくと、「社会の圧迫」の各カテゴリーの方向はすべて負であり、「教育の圧迫」は「強い」方向のみが負であり、「家族の圧迫」は「強い」の方向のみが正であり、「友人の圧迫」は「強い」方向のみが負であり、「本人の問題」は「弱い」の方向のみが負である。数量化ベクトルの挙動でみると、「教育の圧迫」と「友人の圧迫」が似ている一方で、「家族の圧迫」と「本人の問題」はそれらと逆の挙動を示す。したがって、第二成分は「圧迫の領域」を表わし、正方向は「本人の問題と家族の圧迫」が相対的に強いことを、負方向は「教育と友人の圧迫」が相対的に強いことを意味するといえよう。前者を内圧型internal-pressure type、後者を外圧型external-pressure typeと呼ぶ。なお、「社会の圧迫」は第二成分に関してはあまり意味を持たない。

以上の分析にしたがって、数量化平面上の各象限に各事例を振り分け、各事例の類型化を試みる。第一象限は、強圧・内圧型であり、日本の事例16人(22.2%)、米国の事例4人(28.6%)が属する。第二象限は、弱圧・内圧型であり、日本の事例13人(18.1%)、米国の事例9人(64.3%)が属する。第三象限は、弱圧・外圧型であり、日本の事例6人(8.3%)、米国の事例0人(0.0%)が属する。第四象限は、強圧・外圧型であり、日本の事例37人(51.4%)、米国の事例1人(7.1%)が属する。また、強圧型と弱圧型を比較すると、日本の事例では強圧型(73.6%)が多く、米国の事例では弱圧型(64.3%)に属する事例が多かった($\chi^2=6.04$, $P<0.05$)。さらに、外圧型と内圧型を比較すると、日本では外圧型(59.7%)に属する事例がやや多かったが、米国ではほとんどが内圧型(92.9%)であった($\chi^2=10.9$, $P<0.005$)。

2) 性格の変化を表わす症状

TABLE 10-2.に、不登校の症状のうち、性格の変化あるいは行動の変化を表わす諸症状の14項目をアイテムとし、各アイテム毎にそれぞれDSM-IIIの6段階の評価尺度を3段階にまとめたものをカテゴリーとして設け、全事例の数量化Ⅲ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。また、第一成分を横軸に、第二成分を縦軸にとった数量化平面上に、各象限に属する事例の番号を記した。以下、各成分の意味づけとそれに基づく各事例の類型化を行なう。

各アイテム・カテゴリーの数量化ベクトルの方向性を検討する。まず、第一成分については、各アイテムの「症状が弱い」カテゴリーの方向はすべて正であり、「症状が強い」カテゴリーの方向はすべて負である。したがって、第一成分は「症状の強さ」を表わし、正方向は症状が「弱い」を、負方向は症状が「強い」を意味するといえよう。症状が「中程度」のカテゴリーの方向の正負は各アイテムによって異なっているが、「食習慣の貧しさ」などの項目を除いてそれらのカテゴリー・ウェイトは小さい。次に、第二成分について検討するが、「食習慣の貧しさ」のアイテムはカテゴリー・ウェイトが極端に小さいのであらかじめ分析から除外する。各アイテムの「症状が弱い」カテゴリーの方向はすべて正であり、「症状が中程度」のカテゴリーの方向はすべて負である。「症状が強い」カテゴリーの方向は、「個人的衛生の怠慢」と「世間への漸進的恐怖または嫌悪」の2つのアイテムを除いてすべて正である。しかし、それらのカテゴリーに該当するサンプル数は、それぞれ1人、2人のみなので、実質的にあまり意味を持たない。したがって、第二成分は「症状の極端さ」を表わし、正方向は「症状が弱いか強い」ことを、負方向は「症状が中程度」であることを意味するといえよう。

以上の分析にしたがって、数量化平面上の各象限に各事例を振り分け、各事例の類型化を試みる。第一象限は、症状が最も弱い事例群（最弱変化群weakest-change groupと呼ぶ）で、日本22人(30.6%)、米国3人(21.4%)が属する。第二象限は、症状が最も強い事例群（最強変化群strongest-change groupと呼ぶ）で、日本9人(12.5%)、米国5人(35.7%)が属する。第三象限は、症状が次に強い事例群（強変化群strong-change groupと呼ぶ）で、日本16人(22.2%)、米国2人(14.3%)が属する。第四象限は、症状が次に弱い事例群（弱変化群weak-change groupと呼ぶ）で、日本25人(34.7%)、米国4人(28.6%)が属する。各象限を症状の強さの順に並べて、日米両国間でそれらに属する事例数を比較したが、統計的に有意な差は認められなかった($P=0.16$)。

3) 不登校のその他の特徴的な問題

TABLE 10-3.に、不登校に付随するその他の特徴的な臨床症状あるいは症候群の27項目をアイテムとし、それらの有無をカテゴリーに設定し、全事例の数量化Ⅲ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。ただし、恐慌障害と分裂気質性障害は、「有り」とした事例が2人以下であるので、あらかじめ解析から除外した。また、第一成分を横軸に、第二成分を縦軸にとった数量化平面上に、各象限に属する事例の番号を記した。以下、各成分の意味づけとそれに基づく各事例の類型化を行なう。

各アイテム・カテゴリーの数量化ベクトルの方向性を検討する。まず、第一成分については、問題が「ない」カテゴリーの方向が負であり、「有る」カテゴリーの方向が正のカ

テグリー群と、その逆のパターンの一群がある。それらのうち、症状が「ない」と「有る」のカテゴリー・ウェイトの絶対値が双方とも0.6以下のアイテムを除外すると、前者に属するのは、社会的ひきこもり、アパシー、恐怖症、心身症状、不安障害、強迫性、自殺企図、心気症、ひきこもりを伴う適応障害、不安気分を伴う適応障害、回避性障害の11項目であり、後者に属するのは、非行、摂食障害、抑うつ障害、感情障害、怠学、行為障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害、自殺念慮、同一性障害の11項目である。前群は、学校恐怖症に代表されるような中核的な不登校に特徴的な症状群を表わしており、後群はむしろ辺縁的な不登校に特徴的な症状群、あるいは逸脱行動や気分障害のように不登校がその症状の一部であるような臨床症候群を表わしている。前者を不安内閉型anxiety-autistic typeと呼び、後者を情緒逸脱型emotion-actingout typeと呼ぶ。したがって、第一成分は「不登校に随伴する症状の質」を表わし、正方向は不安内閉型の不登校の特徴を、負方向は情緒逸脱型の不登校の特徴を意味するといえよう。次に、第二成分について検討する。「社会的ひきこもり」と「分離不安」の2つ以外のすべてのアイテムにおいて、問題が「ない」のカテゴリーの方向が負であり、「有る」のカテゴリーの方向が正である。したがって、第二成分は「不登校に随伴する症状の量」を表わし、正方向は「諸症状が有ること」を、負方向は「諸症状がないこと」を意味しているといえよう。前者を多症状型poly-symptomatic type、後者を寡症状型oligosymptomatic typeと呼ぶ。

以上の分析にしたがって、数量化平面上の各象限に各事例を振り分け、各事例の類型化を試みる。第一象限は、不安内閉・多症状型の事例で、日本29人(40.3%)、米国0人(0.0%)が属する。第二象限は、情緒逸脱・多症状型の事例で、日本3人(4.2%)、米国12人(85.7%)が属する。第三象限は、情緒逸脱・寡症状型の事例で、日本15人(20.8%)、米国2人(14.3%)が属する。第四象限は、不安内閉・寡症状型の事例で、日本25人(34.7%)、米国0人(0.0%)が属する。また、不安内閉型と情緒逸脱型を比較すると、日本の事例では前者(75.0%)が多かったが、米国の事例ではすべてが後者であった($\chi^2=22.0$ 、 $P<0.001$)。さらに、多症状型と寡症状型を比較すると、日本の事例では寡症状型(55.6%)がやや多かったが、米国の事例では多症状型(85.7%)が多かった($\chi^2=6.42$ 、 $P<0.05$)。

5. 各類型と治療終結時の予後との関連

TABLE 9-6. に、治療終結時の予後の改善群と非改善群の2群を基準変数とし、上述の数量化Ⅲ類の手法によって類型化された事例群を説明変数にとり、数量化Ⅱ類による解析で得られたカテゴリー・ウェイトを示す。

まず、不登校の理由については、強圧・外圧型が最も改善群に近く、ついで強圧・内圧型、弱圧・内圧型、弱圧・外圧型と続いたが、最後の弱圧・外圧型は、該当する事例数が6人、うち非改善群が2人と少ないので、この結果はあまり意味がない。治療終結時の予後の評価尺度を点数化し、平均値を比較すると、予後の良い順から、強圧・外圧型、弱圧・外圧型、弱圧・内圧型、強圧・内圧型であった。

次に、性格の変化を表わす症状については、弱変化群が最も改善群に近く、ついで最弱変化群に近いが、最強変化群と強変化群はこの順で非改善群に近い。また、それぞれの予

後の平均値を比較すると、予後が良い順から、弱変化群、最弱変化群、最強変化群、強変化群であった。

最後に、不登校のその他の特徴的な問題については、情緒逸脱・寡症状型が最も改善群に近く、ついで情緒逸脱・多症状型に近いが、不安内閉・寡症状型と不安内閉・多症状型はこの順で非改善群に近い。また、それぞれの予後の平均値を比較すると、予後が良い順から、情緒逸脱・寡症状型、情緒逸脱・多症状型、不安内閉・寡症状型、不安内閉・多症状型であった。

以上の分析から、今回の対象者を次のように類型化してみよう。それは、不登校の理由と不登校に特徴的な問題または症状群を結合させた分類で、内圧・不安内閉型internal-autistic type、外圧・不安内閉型external-autistic type、内圧・情緒逸脱型internal-actingout type、外圧・情緒逸脱型external-actingout type、の4型である。内圧・不安内閉型には、日本の22事例(30.6%)が属し、外圧・不安内閉型には、日本の32事例(44.4%)が属し、内圧・情緒逸脱型には、日本の7事例(9.7%)と米国の13事例(92.9%)が属し、外圧・情緒逸脱型には、日本の11事例(15.3%)と米国の1事例(7.1%)が属する。それらの類型に属する事例の番号をあげると次のようになる。

- ①内圧・不安内閉型：J1, J2, J8, J10, J12, J14, J16, J18, J19, J23, J30, J40, J46, J53, J54, J55, J56, J58, J60, J63, J64, J68
- ②外圧・不安内閉型：J3, J4, J7, J9, J11, J13, J15, J17, J24, J25, J26, J28, J29, J31, J32, J33, J34, J35, J39, J41, J42, J43, J44, J47, J48, J49, J50, J52, J57, J61, J62, J65
- ③内圧・情緒逸脱型：J20, J22, J38, J51, J66, J70, J72, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A14
- ④外圧・情緒逸脱型：J5, J6, J21, J27, J36, J37, J45, J59, J67, J69, J71, A13

FIG. 9に、これらの類型とそれぞれの予後の評価を点数化して平均値を比較したものを示す。その結果、最も予後が良かった型は内圧・情緒逸脱型で、ついで外圧・情緒逸脱型、外圧・不安内閉型と続き、最も予後が悪かった型は内圧・不安内閉型であった。

なお、FIG. 10に、不登校の理由および不登校のその他の特徴的な問題について、類型別の日米の事例分布図を示す。

VI 事例研究

前述の数量化Ⅲ類による解析で得られた対象者の4類型に属する代表的な事例を以下に紹介する。なお、紹介する事例は、内圧・不安内閉型2例(日本)、外圧・不安内閉型2例(日本)、内圧・情緒逸脱型2例(米国)、外圧・情緒逸脱型1例(日本)である。

事例1(J10) 男、内圧・不安内閉型、初診時16歳

もともと、神経質、小心で几帳面な性格だったが、中学2年頃からそれが強くなってきた。学校の授業時間の前に教科書を開いていないと心配で、休み時間にもまじめにやらなければいけないと思い、孤立しながら勉強していた。自分の部屋はきちんと片づけ、机の上の物も線をそろえて並べないと気が済まない。私立高校入学後も、他のみんなが勉強しているなら、自分はそれ以上にやらなければいけないと思い、緊張して、微熱と頭痛が続いた。朝、家を出る度に腰痛、腹痛、吐き気、嘔吐を訴え、4月と5月は学校を都合20日間欠席した。6月になってやや症状が軽くなったが、保健室の養護教諭の勧めで、1989年6月22日に都内の北の丸クリニックを母親とともに受診した。

家族は、高校の社会科教諭の父49歳、主婦の母46歳と、短大2年生の姉19歳の4人である。父はあまり口うるさい方ではなく、勉強や学校のことも寛大な態度であった。母は神経質でささいなことにこだわる傾向があり、何かと口やかましく接していた。姉は、性格的には明るく、のんきで友人が多いタイプだが、本人とは仲が悪く、ちょっとしたことでよく口論になったり、姉の悪罵に対抗して本人が暴力を振るうこともあった。家族に精神的な既往歴や遺伝負因は認められない。

本人の発達過程で特に目立った傷病や精神的障害はないが、小学校に入学する以前にトイレが近かったという。小学校時代は陸上部のキャプテンや児童会に活発に参加し、忘れ物もなく、何でも完璧にこなしたという。中学時代も陸上部、テニス部や鉄道研究会に所属し、真面目に取り組んでいた。

初診時には、学生服をきちんと着用し、受け答えはしっかりと明確に行い、受診態度は礼儀正しく素直であったが、吐き気、頭痛、腰痛や易疲労感などの不定愁訴的な訴えが多く、母親の話では、日中も部屋のカーテンを閉め切っているとか、爪かじりが何年も前からあるなどの気にかかる点がみられた。その後は外来で二週間に一度のペースで支持的な折衷的精神療法を行うことにし、同時に軽い抗不安薬と抗うつ薬を投与した。向精神薬の効果は明瞭で、短期間のうちに上記の症状は軽減したが、やはり満員電車に乗ると吐き気を感じたり、プールの授業や定期テストが近づいたりすると気分が悪くなって、遅刻、早退や欠席が続いた。そのような身体的不調や勉強に対する強迫的なこだわりからなかなか学校生活にとけ込めず、また対人緊張が強いために親しい友人はできなかった。その年の12月頃からは、ほとんど通学なくなり、翌春からの学校復帰を目指して、自転車で遠くの方に出かけたり、一人旅をしたりして、三学期をのんびりと過ごした。留年して、翌年の4月から通学し始めたが、5月の連休明け頃から再び休みがちになり、定期テスト、姉との衝突や近所の不良達に因縁をつけられたりしたことなどから、一時抑うつ的になり、意欲が減退し、虚脱感や空虚感を感じるようになった。結局、自らの意思で退学を決め、

10月には退学届けを提出した。その後は、その翌春に再び高校受験を試み、現在は公立高校の一年生であるが、やはり登校状況は芳しくなく、機会性に意欲低下、不安焦燥、興味関心の減退、軽い自殺念慮、食欲低下、不眠などの抑うつ症状を呈することがあるので、薬物療法を中断できない状態である。

この事例においては、本人が本来持っている神経質さ、完全癱や強迫性のために、授業やテストなどの場面で完璧にこなそうとして精神的緊張が続き、そのためすぐに疲弊しやすく、それらのストレスからの逃避的反応としての吐き気、嘔吐、頭痛、腰痛などが現われたとみなせる。また、抑うつ状態については、精神的緊張に対する弛緩と休息の意味がある一方で、高校生として満足の行かない現在の状態に対する状況反応的色彩が濃い。不登校は本人の神経症症状の部分症状と考えられ、学校場面でのストレス状況や姉との葛藤はあくまで、神経症症状をひきだす契機になったに過ぎないと思われる。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由が「強圧・内圧型」、性格または行動の変化が「弱変化群」、不登校に特徴的な問題が「不安内閉・多症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「過剰不安障害／強迫性人格障害傾向」に該当しよう。なお、1991年5月に施行したMMPIでは、プロフィールは境界型だが、Hs（心気症尺度）、Hy（ヒステリー尺度）、D（抑うつ性尺度）のいわゆる神経症性三尺度が上昇している一方で、Mf（男性性女性性尺度）とPt（精神衰弱性尺度）も上昇しているので、心気症状、身体的症状や抑うつ気分はもとより、性的役割同一性の未確立や不安、恐怖、強迫観念などをいだいていることがうかがわれる。

事例2 (J16) 女、内圧・不安内閉型、初診時14歳

もともと内気で、やさしく人の心をいたわるが、傷つきやすい性格。小学3年生の時、クラス替えて体の大きな子にいじめられて学校を休みがちになったことがあった。小学6年生の3学期には、朝起きようと思うと嘔吐するようになり、時々学校を休んだ。近くの小児科では起立性障害といわれた。中学入学後は、きちんと登校し、吹奏楽クラブに入部し毎日楽しく過ごしていたが、中学1年の1月中旬ごろから、さしたるきっかけはないのに登校しようとするたびに嘔吐してしまい、学校を休むようになった。学校は生徒数が約1500人のマンモス校で、画一的なところがあり、学校の先生には理解がなく、担任の女の先生には、起立性障害など病気ではなく怠けだといわれたという。中学2年の4月は6日間のみ、5月は3日間のみ通学しただけだった。そういう状態の時、筑波大学附属病院を両親とともに1989年6月1日に受診した。

家族は、会社員の父48歳、書道を教える母44歳、高校3年生の姉17歳の4人である。父親はやさしく、本人を過保護に育てたという。本人が登校しなくなってから、一時父親と会話が少なくなったが、現在は良好である。母親は神経質なところはあるが、子育てに関しては割にのんきな方であり、本人との仲は良好である。姉は明るい性格で、本人とは非常に仲がよい。家族に精神的な既往歴や遺伝負因は認められない。

本人の発達過程は、幼児期に多少甘えが強かった程度で、特に目立った傷病や精神的障害はない。

初診時は、両手を膝の上に置き、うつむきかげんに小声で話し、応答はきちんとしてい

た。家では明るく振舞っているが、学校や友人のことを考えると苦しくなるという。学校の先生は電話で「学校に來い」というばかりで全然理解してくれない、と泣き出す。その後は外来で二週間に一度のペースで支持的な折衷的精神療法を行ない、必要に応じて軽い抗不安薬と抗うつ薬を投与することにした。以後、夏休みまでは登校せず、普段の日は家で読書やテレビを見たり、料理を手伝ったりして穏やかに過ごし、休日には買物などに外出した。学校の友人が時々遊びに来て話をするのを楽しみにしていた。夏休み明けの2学期から再び登校し始めたが、数日間で疲労のために行けなくなった。学校に行きたくてたまらないが、朝がどうしても起きられない。遅刻したり、早退したりするのはいやで、行くのだったら部活動もきちんとやらなければ気が済まない。家ではきちんと朝8時頃に起き、ピアノの稽古や塾には通っており、家庭教師には家で勉強をみてもらっている。休日には好きな映画を観に都内まで行く。こういう状態が翌年明けまで続いたが、1月下旬には再び登校し始めた。今度は以前のように気負ったところはなかったが、やはり遅刻や早退はいやがり、2月始めには再び登校できなくなった。授業に出ても理解できないし、テストなどとても受けられそうにないと心配してしまう。4月に中学3年に進級したが、やはり登校はできず、楽しみにしていた5月末の修学旅行にも参加できなかった。家にいる限り気分は良好で、何もすることがなく退屈しかたがないので、6月中旬より都内の高校受験予備校に通いだした。朝の満員電車は耐え難く、途中の駅で嘔吐してしまうこともあったが、友人もでき楽しく通っていた。しかし、8月の夏期講習会まで続かず、それ以降はほとんど登校しなくなった。この頃、米国の高校に留学したいという強い希望を抱くようになり、留学の情報センターなどに出向き資料を集め始めた。日本の高校に進学する気は全くなく、その意志が固くとても説得して気が変わるような様子ではなかった。結局、1991年3月の中学校の卒業式には出席できず、翌日に校長室でひとりだけの卒業式を行った。そして、8月には米国中部に位置する全寮制の私立高校に入学するために渡米した。

この事例においては、家族、友人や学校に特に大きな誘因はみあたらないのに、不登校が遷延化してしまい、日本の中学校にはほとんど出席のないまま卒業した。その原因は本人の性格によるところが大きい。つまり、内気でおとなしいが、いちどいい出したら決して後に引かない強情さと何でも完璧にやらなければ気が済まない強迫性が顕著であった。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由が「弱圧・内圧型」、性格または行動の変化が「最強変化群」、不登校に特徴的な問題が「不安内閉・多症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「小児期または青年期の回避性障害／強迫性人格障害傾向」に該当しよう。

事例3 (J25) 男、外圧・不安内閉型、初診時16歳

もともと、内気でおとなしく、真面目な性格。高校に入学してから、勉強についてゆけなくなり、成績が下がり、休み明けにはよく学校を欠席することが多くなった。高校1年の夏休みには、胸が「痛い、さされる感じ」と訴え、内科を受診したが異常は指摘されなかった。特に英語と数学の授業に集中できず、高校1年の終わり頃から高校2年にかけて、授業中に疲れを感じるようになった。5月の連休明けからは、朝起きられなくなり、頭痛

やおくびがとまらないので再び内科を受診して軽い胃炎を指摘された。そのような状態の時に、1989年5月26日に都内の北の丸クリニックを母親とともに受診した。

家族は、公務員の父56歳、主婦の母52歳、父方の祖母82歳の四人である。父親は温厚で優しい人柄だが、仕事が忙しく夜遅く帰ることが多かった。母親は、逆に何でもてきぱきと処理したい性格で、結婚以来の祖母との葛藤と祖母のいわゆるボケの対応に苦勞して、最近胃潰瘍を患ってしまった。祖母は、本人に対してはずっと甘やかし、過干渉気味だったが、ここ数年来ボケが進行し、大きな声で独り言をいい、ささいなことですぐに怒り、本人や母親の悪口をいったりする。また、祖母は本人の部屋をよくのぞくので、本人は家で勉強しても集中できず、近所の図書館で勉強したり、家庭教師に外で教えてもらうようにしていた。その他には、家族に精神科の既往歴や遺伝負因は認められない。

本人の幼少時より祖父母が本人を甘やかし、過干渉気味に育てた。そのためか、幼稚園には、最初の1カ月間は行きたがらなかったという。小学校、中学校時代は、成績はよかったが、活動は消極的な方だった。中学3年の2学期頃から成績が伸び始め、第一希望の都立高校に合格した。学校ではほがらかにしているが、祖母のボケが始まった頃から、本人は祖母を嫌うようになり、性格が神経質になったという。

初診時には、礼容は整い、自分から落ち着いてよく話し、勉強できないことと祖母のことが大きな悩みになっていることを述べた。学校は休みながらも何とか通っていたが、授業についてゆけず、勉強も集中できず、夜も寝つきが悪いので、朝が起きられない。時にいらいらして、食卓をひっくり返したこともあったという。外来は二週間に一度のペースで支持的な折衷的精神療法を行うことにし、同時に少量の抗不安薬と軽い睡眠薬を投与した。学校の授業は、英語や保健体育などの特定の授業が苦手で、特に英語は先生がよく指名し、予習していないと叱責されるので、その予習に時間がとられてしまい他の科目まで手がまわらないことなどが重荷になっていた。学校の友人関係には特に問題はなく、学園祭やテストを除く各種行事には抵抗なく出席できていた。ところが、高校2年の10月になると、出席日数が足りなくなり留年が決定してしまった。そのことで来春まで時間的な余裕ができたのと、家での祖母といっしょの生活から離れるために、11月から神奈川県横浜市の鶴見ハウスにおいて宿泊治療を受けることにした。そこでは、同じような問題をかかえた同年代の仲間ができ、また家族から離れたことで気持ちにゆとりが生じ、昼夜逆転傾向のあった生活のパターンも規則正しくなり、翌年明けからは寮から学校に通い始めた。昼食の弁当も自分で作り、朝早く起きて登校の準備をするので、途中疲れが蓄積したが、テストは受けるだけで点数は気にしないとか、先生や祖母に対する見方と接し方を変えるなどの工夫をして、何とか3学期を乗り切った。4月の新学期からは再び高校2年生として順調に登校し始めた。鶴見ハウスは1990年5月中旬に退寮して、以来1991年3月下旬に治療が終結するまで、高校3年への進級、大学受験失敗、浪人、再受験して合格と順調に進み、現在は大学一年生である。

この事例においては、本来の内気な性格と、ボケた祖母の言動への嫌悪感が背景にあり、そこに授業のレベルの高い高校での勉強面のプレッシャーがかかり、心身症状および不登校を発症したものである。その症状は反応的な色彩が濃く、それを引き起こした原因を本人がよく自覚しその原因の除去と対処方法の工夫に努めたので、反応も比較的短期に消退したと思われる。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由が「強圧・外圧型」、性格または行動の変化が「弱変化群」、不登校に特徴的な問題が「不安内閉・寡症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「仕事（または学業）の停滞を伴う適応障害」に該当しよう。

事例4 (J13) 女、外圧・不安内閉型、初診時14歳

もともと勝気、活発、強情な性格で友達づきあいがへただった。中学2年の9月頃学校の友人5人のグループで塾の先生と旅行に出かける予定だったが、他の4人が都合で来れなくなり、ひとりで先生と出かけたということがクラスの間で話題になり、その頃から登校できなくなった。10月中旬に塾をやめたが、その先生とは翌年の2月下旬に肉体関係ができ、それを親しい友人3人に打ち明けたところ、その家族や他の人達に漏れてしまい、裏切られたような気がしたという。春休みの補習授業からは少しずつ登校できるようになり、中学3年の4月は7日間、5月は5日間通え、5月下旬の修学旅行にも参加できた。学校へ行くまでに「勇気がある。緊張する。」といい、吐き気や頭痛も訴えるが、「学校へ行かなくちゃ。このままではよくない。」と自分にいいかけ、切り花を持って行くなど、何か口実をつけては学校に行こうとしていた。また受験の不安も出てきていた。こういう状態の時に、知人の牧師の紹介で1989年6月16日に筑波大学附属病院外来を母親とともに受診した。

家族は、会社員の父45歳、和裁を教える母43歳、高校3年生の兄17歳の4人である。父親は真面目で几帳面な性格で、本人には割にやさしく接していた。中学1年まで父といっしょに寝ていたという。母親は、むしろ融通のきかない性格で、本人によく干渉し、押さえつけていたことが多かったというが、本人とはよくしゃべる。本人は兄とは仲が悪く、兄によくたたかれたりするという。家族に精神的な既往歴や遺伝負因は認められないが、母親は数年前に乳癌の手術を受け、若干気弱になっていた。

本人の発達過程には、特に目立った傷病や精神的障害はない。小学校の時は、活発な方だったが、ちょっとしたことですぐに友達といい争いになり、仲良く遊べなかった。小学校5年の頃から勉強が遅れだし、両親は勉強以外のところで女の子の特徴をいかすのがいいと思って、高校にストレートで行ける私立中学に入学させたという。

初診時は、大柄な体格で臆せずによくしゃべるが、談話内容はやや一方的な印象を受けた。夜は学校の準備や宿題をちゃんとするが、翌朝母が起こそうとしても、吐き気や頭痛を訴えて起きられない。膝痛や腰痛を訴える。食事のバランスも崩れていて、体重が70kgくらいある。いらいらした時など母に枕や座布団を投げつけたりするが、「寂しい。一緒にいてくれ。」と母にべったりし、体に触れたがる。週末には母と一緒に買物などに出かける。友人とはよく電話で話す。学校の先生は「いやみたらしい人」で、本人を特別扱いするので、「先生が変われば学校へ行ってもよい」などという。7月頃からたまたま登校し出したが、進路については、「今の学校は辞め、東京の夜間高校か群馬県的全寮制の高校へ行きたい。」という希望をもらし、9月初旬には群馬県に体験合宿に出かけたが、そこは不良生徒ばかりでやっていく自信がないとあきらめた。9月末には再び登校し、時々休みながら、2学期の定期テストも受け、体育祭、文化祭、合唱祭などにも参加した。11月下旬から日曜日に祖母の経営するスーパーマーケットでアルバイトを始めた。ところが、

翌年の1月下旬に、教頭先生から「学校を休まないと書いたものを持ってこい」といわれたことへの反発、そのまま同じ高校にストレートに進学すべきかどうかの迷い、家を出たい気持ちなどの整理がつかず、再び登校できなくなった。結局、3月下旬に友人2人とだけの卒業式を行ない、そのまま同じ高校に進学することになった。高校に入学したものの、授業についての不満や友人との衝突が絶えず、5月にはほとんど登校しなくなった。6月には牧師の勧めで幼稚園の手伝いに行き始め、8月には教会主催の米国でのキャンプに参加した。その後は、大学検定試験予備校や私塾などを見学に行ったが気に入ったところがみつからず、結局、翌年(1990年)の3月から都内の私立高校の通信教育を受けることにして、高校は退学した。そこの通信教育は都内の繁華街にあり、また一月に2度レポートを提出するだけでよいので、現在(1991年10月)も通い続けている。しかし、異性との交遊関係が問題で、両親に隠れて複数の男性とつきあい、家に無断で外泊することもある。1991年の8月には、妊娠し、本人の意志で人工妊娠中絶手術を受けた。

この事例は、一見逸脱行動が顕著のように見えるが、その基底には対人関係の不安定さがあり、同性同世代の友人とはすぐに衝突を起こし、いじめやいやがらせの対象となりやすい。友人に対する恐怖感情が学校の先生や授業にまで及び、学校場面からの回避の行動パターンをとりやすい。しかし、心的エネルギー自体は旺盛であり、学校や同性同年代の友人とのつきあいで満足できなかったものを、年上の異性との半ば無軌道な交際に求めているといえよう。また、家族も、本人の不安定で衝動的かつ脆弱な自我をしっかり受けとめることができるほどの強さを持ち合わせていない。本人の対人関係のあり方と心的防衛のメカニズムは自己愛型あるいは境界型人格障害のそれに似るといえよう。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由が「強圧・外圧型」、性格または行動の変化が「最弱変化群」、不登校に特徴的な問題が「不安内閉・寡症状型」に属する。DSM-Ⅲ-R診断では、「情動と行為の混合した障害を伴う適応障害」に該当しよう。

事例5 (A3) 男、白人、内圧・情緒逸脱型、初診時14歳

1987年の夏に高校(9学年)に入学したが、学校の友人には飽き飽きし、授業も物足りなく、また合唱団は唯一成績がよかったが、その部長とうまくいかず授業の途中で退出してしまうことが数回あった。ちょうどこの頃、母親がうつ状態に陥ったことも重なり、抑うつ気分、食欲低下、体重減少、吐き気と嘔吐、不眠などの情緒的な問題と、登校拒否、学校の宿題忌避、成績低下、友人や家族からのひきこもり、友人が全くいない、家での不機嫌および物と母親への暴力などの行動面の問題が悪化した。そのために11月から心理療法を受けていたが、治療は全く効果がなかったため、心理学者と学校の紹介により、12月14日にBethesda Hospitalへ入院となった。

家族は、コンピュータ技師の父43歳、看護婦の母39歳、兄16歳の4人である。父親は出張で家をあけることが多く、家族の中ではどちらかというと辺縁的な存在であった。母は、家族の中心的な存在で、本人の依存の対象であったという。母親は仕事上の同僚とのトラブルから1987年8月に失職に追い込まれ、重い抑うつ状態に陥ってしまった。それが本人の今回の症状悪化に大いに関係がある。また、兄は、性役割同一性の問題があり、性転換手術を受けようと考えている。本人とはゲームのことでいつも口論しているという。その他

に、家族に精神科的な既往歴や遺伝負因は認められない。

本人の発達歴については、出生前には異常はなかったが、ミルクアレルギーがあり、6カ月には脱水のために入院したり、おすわり、はいはいやことばの開始が少し遅れたという。3、4歳頃には非常に過敏で過剰な反応をするので扱いが難しかったが、幼稚園では普通にやっていたという。小学1年(6歳)時には、落ち着かない情緒と行動が目立ち、「多動児」とみなされメチルフェニデートなどの薬物投与を受けたが効果はなく、ついで投与されたイミプラミンが効果的であった。小学2年時に算数と読書理解の学習障害と微細運動能力の問題があきらかになった。ただし、知能が高かったので(IQ=128)、障害児学級に入れられることはなかった。その年に家族はマイアミから同じフロリダ州のオーランドに移り、本人とのコミュニケーションや扱い方を学ぶために家族療法を受け始めた。小学3年から6年までは、学校では大きな問題なく過ごせたが、友人に対しては自分の方が物知りだといばるので、つきあいは年下の友人に限られ、母親と買物、編物や料理などによくそしんでいた。中学1年(7学年)時には、勉強の意欲は乏しく教師の援助も拒否し、家で病気を装い休むことが多かった。中学2年(8学年)になった時に家族はデンバーに転居した。そこでも、授業中に仕事中の両親を呼び、病気だから家に帰りたいと幾たびも訴え、父親が家に連れ帰ることが多かった。そういう時は顔面が蒼白になっていたが、金曜日の午後になると回復したという。

初診時は、非常に痩せて顔色が悪く、実際の年齢よりかなり幼くみえた。面接態度は協力的だったが、気分の変動が激しく、食欲低下、体重減少、不眠を認めた。入院中は集団療法、作業療法、治療的レクリエーション活動、院内学級、および他の環境療法プログラムに参加した。薬物はイミプラミン一日75mgが投与された。入院当初は抑うつ気分とひきこもりのために治療プログラムに参加できず、他の患者達からいじめられたりしたが、退院の2、3週間前には気分も安定し、友人関係、自己主張性、ADL、勉強態度や家族との関係も改善して、入院6週間後の1988年1月27日に退院となった。

この事例には幼少期よりおそらく器質性の発達障害があり、家族の努力にもかかわらずそれがなかなか改善せず、思春期になってさほど強くもない学業や友人関係のプレッシャーに耐えきれずに母親のいる自宅に逃避していたものだが、依存していた母親が重いうつ状態にかかったために家族のホメオスターシスが崩れるにつれて、自分自身の情緒および行動面の障害が著しくなっていた、といえる。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由は「強圧・内圧型」、性格または行動の変化は「強変化型」、不登校に特徴的な問題は「情緒逸脱・多症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「特定不能のうつ病性障害、特定不能の摂食障害/自己愛性人格障害」に該当しよう。

事例6(A2) 女、白人、内圧・情緒逸脱型、初診時14歳

中学までは成績も良く、友人も多く適応は良好だったが、1990年8月(13歳)頃から何事につけても怒りっぽくなり、気分の変動も激しく、居場所について嘘をいったり、消灯時間を守らなくなった。夜中にボーイフレンドのところに行ったり、部屋に呼び寄せたりして、アルコールや薬物も乱用していたのである。9月に高校(9学年)が始まっても、勉強に

集中できず、学校を嫌悪して、両親の知らないうちに授業をさぼり始めた。本人と家族は、1991年1月頃からカウンセリングを受けたが効果がなく、学校と知人の医師の紹介により Bethesda Hospitalへ1991年2月12日に入院した。

家族は、大工職の継父35歳、会社事務員の母36歳、異父弟7歳の4人である。本人が14か月の時に実父母は離婚したので、本人は実父のことはほとんど覚えていないという。母親は本人が3歳の時に今の継父と再婚した。継父は16歳の時から恐慌性障害の既往があり、本人が3歳半の時から精神科の治療を受けていたが、それを紛らわすために酒場に入り浸りだった。この時期、継父は母とともに、酒、マリファナやコカインを飲んでた。母親は、1990年12月に抑うつ状態という診断を受け、薬物治療を受けている。本人は、母親の飲酒癖のために、自分自身と異父弟の面倒をみなければならず、弟は本人のことを「ママ」と呼んでいた。

本人の発達歴については、出生前および乳児期には全く異常がなかったが、4歳の時に16歳の少年に性的いたずらを受けたという。しかし、それが心的外傷にはならず、小学校に上がっても成績も良く、友人や教師との問題もなかった。小学5年を終えた時(1987年)に家族が転居したが、本人は新しい学校や環境になじめず、情緒的なひきこもりが始まった。ちょうどこの頃から、両親は一週間に2,3度からほとんど毎日コカインを飲み、母親の飲酒癖は1989年の夏まで続いた。両親は自分達の問題を解決するためにカウンセリングを受け始めたが、本人は両親に固く心を閉ざし、食事時以外はすぐに自分の部屋に上がってしまった。

初診時は、面接に協力的で、自分の問題についてよく話したが、自分が何故抑うつ状態になったかわからなかった。食欲低下、絶望感、無力感を訴えたが、自殺念慮は認めなかった。入院中は集団療法、作業療法、治療的レクリエーション活動、院内学級、および他の環境療法プログラムに参加した。薬物はイミプラミン一日50mgが投与された。両親が物質乱用を行っていた頃に感情を強く抑圧していたために、当初はなかなか感情の表出がうまくゆかず、治療は難航した。特に母親に対する陰性感情が強烈で、絶対に信用できないようであった。この混乱した家族関係が解決しないまま退院して、家族のもとに戻ればすぐに退行してしまうとの判断から、入院3週間後の1991年3月4日に宿泊治療プログラムに本人を移し、家族との接触をもう少し多くしながら治療を続けることにした。何回かの家族療法セッションの後に、家族全員がもっとオープンに心を通わせないといけないとの認識に達し、本人の対人関係や自己イメージの改善もみられて、1991年3月22日に退院となった。

この事例の両親は未熟な人格の持ち主で、物質乱用に溺れ、親として当然果たすべき役割を放棄してしまい、そのため本人との境界もぼやけ、本人が両親への抗議の逸脱行動に出たが、それに対して満足な対応ができなかったものと思われる。ある意味で、本人は両親の犠牲になったともいえる。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由は「弱圧・内圧型」、性格または行動の変化は「最弱変化群」、不登校に特徴的な問題は「情緒逸脱・多症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「大うつ病、単一エピソード、重症、精神病像を伴わないもの」に該当しよう。

事例7 (J27) 男、外圧・情緒逸脱型、初診時17歳

もともとわがままで、いい出したらきかないが、素直なところがある性格。私立高校に入学したが、学校の雰囲気や大学進学のことばかり問題にして、「馬鹿みたいだ。高校はもっと楽しいところであるべきだ」と、学校を嫌い、遅刻や欠席をすることが増えていった。少林寺拳法部に入ったものの、先輩とうまくゆかず、一学期の終わりに退部した。夏休みから町の空手道場に通いだし、その練習に夢中であまり勉強をしなくなり、成績も低下し、学校で取り残されるようになってきた。高校1年では20日間欠席した。高校1年の終わり頃から、テストの時や、母親が登校刺激をした時などに、椅子を投げたり、壁に穴をあけたり、暴言を吐き、母を蹴飛ばすなどの暴力が始まった。高校2年の二学期に入ってから欠席が増え、10月の中間テスト頃からはほとんど休みだし、もうその頃には欠席日数のリミットを超えてしまった。そのような状態の時に、1989年12月24日に都内の北の丸クリニックを母親とともに受診した。

家族は、会社員の父49歳、主婦の母46歳、小学6年の妹12歳、父方の祖父86歳の5人である。父親は1988年4月より単身赴任しており、性格は穏やかで、本人をよく可愛がるが、本人にとっては一番怖い存在である。母親はせっかちですぐに口が出てしまい、本人の気持ちを逆なでしてしまうことがある。妹は素直だが、兄と同様に頑固で融通がきかないところがあり、中学入学後、友人関係のもつれより気分が沈みがちになり、中学1年の5月から学校を休むことが多くなった。その他に、家族に精神科の既往歴や遺伝要因は認められない。

本人は父方母方にとって遅く生まれた初孫であったので、幼少期は非常に可愛がられて育ち、おもちゃを山のようにあてがわれたという。本人の発達過程で特に目立つ障害や傷病は認められない。小学校高学年の頃から中学受験のために都内の進学塾に通ったが、中学受験に失敗した。中学1年入学時に埼玉県浦和市の社宅から埼玉県与野市の祖父母の家に転居したが、本人は新しい環境になじめず、友人もできず、成績も伸びないでだらだらとした生活を続けたという。中学3年より高校受験のために学習塾に行き始め、塾の先生宅を訪ねたりするほど熱心に通い、追いつめられたように受験前には猛勉強したが、第一希望の私立高校受験には失敗した。

本人は小柄だががっちりとした体格で、初診時には盛んに空手のトレーニング方法、勉強の仕方やこれからの進路のことを面接者に訪ねた。高校2年生にしてはやや極端で幼稚な質問が多い。学校を休んでいることに対してはあまり不安や葛藤はみせず、留年が決まったことは知っており、1989年1月より通い出した大検予備校の授業について不満を述べていた。留年するかどうかわざら迷っていたが、3月には急に高校に退学届を出し、4月上旬には、大検予備校のプログラムである米国での語学研修のために渡米した。7月始めには米国では人間関係のトラブルがあり、ホームステイ先を出てしまい、期待した授業もつまらないので、一時帰国したいという連絡が家に入ったが、結局、予定通り7月下旬に帰国し、8月上旬の大学検定試験を受験し、8科目中6科目に合格した。その後は、8月中旬に福島県の高原での治療合宿に参加し、同月下旬より朝夕刊の新聞配達のアパートを始めたが、昼夜逆転した生活で、ファミコンやピアノ以外には熱が入らない状態に本人も嫌気がさし、10月末に神奈川県横浜市の鶴見ハウスに入寮した。ハウスでは活発にプログラムをこなす

ていたが、短気がかつとなりやすい性格から、ささいなことで他の寮生を殴ったり、深夜飲酒して帰寮するなど、自己中心的で逸脱的な行動や何事においても飽きやすく長続きしない点が目立った。1990年3月中旬にはハウスを退寮し、4月に寮制の大学受験予備校に入学した。しかしそこでも、「寮は不便だ、勉強できない、まわりがうるさい」などの不満を訴え、6月中旬には自宅に帰ってきてしまった。その年の大学検定試験は受験せず、10月からは警備会社や英語教材の勧誘のアルバイトを始め、英会話学校にも通い出したが、やはり12月にはそれらをやめ、貯めた金でバイクを2台も買った。その後、アルバイトを何か所か変えながら、空手、水泳やウェイト・トレーニングなどに熱中し、2科目残っていた大学検定試験を1991年8月上旬に受験した。

この事例は、幼児より甘やかされて育てられ、何でも自分の思いどおりに事が運んできたが、中学受験と高校受験での二度にわたる失敗で深い挫折感を味わった。また欲求不満耐性が低く、融通性がなく、ひとりよがりな思い込みが激しい性格のために、自分の意に沿わぬことや不満足なことがあったりすると、何事でも簡単にやめてしまう。父親がまだいっしょに住んでいた時分はよかったが、高校2年に進級すると同時に単身赴任となり、本人の行動に対する歯止めもきかなくなったために、その年には本人はずるずると登校を怠けることが多くなっていった。進路についても、理想が高く、非現実的な目標を立てるが、そのための地道な準備は放棄してしまう。かといって、世間の目を気にしてひきこもることはなく、むしろ絶えずスポーツなどで体を動かしていないと落ち着けない。また、時に、その場の刹那的な気分により飲酒や暴行などの逸脱行動も起こしてしまう。

この事例は、数量化Ⅲ類による類型では、不登校の理由が「強圧・外圧型」、性格または行動の変化の症状が「最強変化群」、不登校に特徴的な問題は「情緒逸脱・寡症状型」に属する。また、DSM-Ⅲ-R診断では、「反抗挑戦性障害、軽症」に該当しよう。本人が鶴見ハウスに在寮中に施行したYGテストはA'型（平均型）で、P-FスタディではGCR (=Group Conformity Rating)が標準より高く常識的な適応をみせ、攻撃性の方向と型のいずれの点数も上昇し、超自我に関連した因子が高いが、同時に精神発達の未熟性を表わす素朴な攻撃性を示す因子も高く、自我の統制が悪く衝動コントロールの弱さの目立つプロフィールである。

VII 考察

1. 事例の諸特徴

1) 性別と発症年齢

男女差については、ほぼ同数だという報告が多い (Berg 1984) が、そのうち前思春期では女の分離不安が多く、後思春期では男の学校恐怖症が多いという報告がある (Last et al. 1987)。日本の文部省の調査では、小学校、中学校とも男の方がやや多く、その傾向は中学校の方が大きい。本研究においては、男女比は、日本37人:35人、米国9人:5人と、男が多い傾向があったが、対象者の人数が少ない米国はともかく、日本の事例では、その男女比はほぼ一般的な傾向を示しているといえよう。

不登校の発症年齢にはパターンがあるという報告が多い。Ollendickら (1984)は、5歳と6歳の間および10歳と11歳の間起こりやすいとし、Blagg(1987)は、5,6歳、11,12歳と13,14歳の3つのピークがあるとする。日本では、中学1年になると不登校事例の発生数が増加することが知られている。本研究においては、日本の事例では、中学1年に進学する12,13歳と高校1年に進学する15,16歳の2つのピークがあり、米国(デンバー市)の事例では9学年に進学する14,15歳にピークがあった。Blythら(1983)は、学制が8-4制と6-3-3制の生徒を比較し、前者に比して後者の特に女子において、中学進学後に自尊感情と課外活動の参加レベルが低下することを見だし、その後の高校進学にも負の影響があることを推測した。日米いずれの事例においても、学校が変わり新たな友人グループの中に参入していくことが大きな心理的負担になり、それが不登校発現に大きな関連があることを示唆している。

2) 不登校の契機(結実因子)

高木(1965)は、登校拒否の契機に関して、想像される学校場面での対人関係の失敗に対する不安を強調している。山本(1964)は、年少児には直接の学校状況での誘因が多いが、年長児には誘因が発見されないものがかかなりあり、学校状況の他に家族や友人に関係したものもみられるという。本研究では、日米ともに、学校に関連した因子が8割前後を占めたが、日本では学業恐怖の他に教師や友人に対する恐怖の割合が多く、米国ではほとんど学業に関係したものだった。その他には、日本では不安や恐怖を伴うものやクラス替え・転校・進学などが多く、米国では家族や友人に関連した問題などが多かった。つまり、日本では、高木のいうように、学校場面での不安と恐怖、とりわけ対人的な恐怖が特徴的であるのに対して、米国ではむしろ対人恐怖的なニュアンスはあまり目立たず、学業や成績などに関する行動学的レベルの問題が不登校の結実因子になりやすいといえる。

3) 不登校の理由(病因論)

不登校発現の理由は単純ではない。その病因論の流れを簡単に追ってみよう。緒言で述べたように、学校恐怖症の発現のメカニズムに関する欧米の初期の報告では、その説明のニュアンスを替えこそすれ、母子間の共生的関係を基軸にすえた分離不安説による恐怖症の発症機制で説明されることが多かった。高木(1977)が主張するように、二、三の例外を

除いて初期(1960年頃まで)の登校拒否の心理機制論はほとんどが母子関係の病理に集中している、といえる。Skynner(1974)は、学校恐怖症についてのこの伝統的な観点を、「母子中心モデル」と呼び、それを最も明快に表現したものをDavidson(1960)の論文から次のように引用している。「学校恐怖症は、母親と強い両価的關係を結んでいる子供において、その關係が乱され、敵意が危険な意味を帯びた時に発症する。それは、量的に、前思春期におけるエディプス葛藤の復活とともに起こり得るか、あるいは質的に、家人の死または病気によって死が現実のものとして受けとめられるために、現存する敵意のレベルが危険な意味を帯びる時に、起こり得る」。日本でも、緒言で触れた鷺見ら(1960)の考えは分離不安説を踏襲している。しかし、以上のような母子関係のみに焦点をあてた議論はあまりにも一面的に過ぎ、分離不安説が適用できるのは年齢が幼い場合のみであるという意見も出てきたため、まもなくして、家族の中の父親の役割も加味した報告が出てきたのは当然の流れといえる(Spering 1951; Suttentfield 1954; Talbot et al. 1957; Coolidge et al. 1957; Waldfogel et al. 1957; Hersov 1960b; Kahn et al. 1962; Radin 1967)。そのうち代表的なWaldfogelらの主張を紹介すると、「父親は、子供との関係において、依存的な満足を過剰な同一化の形で求めるが、しばしば母親の愛情を得るために同胞として子供と張り合う。両親の役割がはっきり区別できないために、子供は性的同一性の確立が困難になり、多くの事例では両性的な葛藤がみられる。その葛藤はエディプス期に増大するが、両親側に子供への強い情緒的密着と子供に好かれるための競争があるので、ますますその影響は大きくなる」。それらの多くの報告では、父親像は、「強く、支え、責任あるという典型的な役割がとれない」ものとして描かれている(Skynner 1974)。高木(1969)は、登校拒否の典型例において、父の不在、支配性の弱さや強迫傾向を認め、母子ともに男性や父への満たされない依存欲求を示していることが多い、と指摘し、子供が自我にとりこむべき社会化のモデルとしての父の役割の機能不全を強調した。こうした流れから、学校恐怖症は家族の神経症Family neurosisであるとみなされるようになり、家族療法の必要性が認識されていた(Messer 1964; Malmquist 1965)。また、それらにやや遅れて、子供の自己像を問題にする報告も現れ始めた(遠 1963; Leventhal 1964; Radin 1967)。すなわち、Leventhal(1964)によると、子供は自分自身と学校での達成度を過大評価し、非現実的で万能的な自己像を持つが、その「力power」が学校場面で脅かされる時に、子供は不安を感じ、その脅威から逃れて自己愛的な自己虚構を維持しようとするという。その他に、抑うつ説(Agras 1955)、学習理論(Eysenck 1965; 内山 1985)などが、登校拒否の多彩な病因論の一部を担う。これまでの説を総覧すると、研究者の立場によって病因論の焦点のあて方が異なることがわかり、精神力動論では学校場面での失敗に対する恐れを、精神分析論では登校するために母親のもとを離れる不安を、学習理論では登校することへの恐れを、それぞれ重視している、といえる(Atkinson et al. 1985)。

さて、本研究では、不登校の理由について、社会、教育、家族、友人、本人の5領域において不登校発現の圧迫要因としての程度を評価したわけであるが、上記のような病因的観点からみるだけでなく、明らかに不登校発現の契機となった事態や、システムとしての社会構造や教育のあり方、家族全体の病理性などを含めて、できるだけ本人の表現を参考にしながら、本人にとっての意味を重視してそれらの圧迫の重みづけを評価した。

社会状況と不登校発現との関係については、日本で様々の研究が行なわれている。古川ら(古川ら 1980; 菱山ら 1982)は、文部省が毎年行なっている学校基本調査による「学校ぎらい」の生徒の動向を、東京都と全国の公立中学生について調査し、種々の社会的要因との関連を検討したが、その結果、まず、東京都においては学校ぎらいと非行少年の出現率に地域的な一致がみられること、ついで、全国においては学校ぎらいの出現率には地域差があり、大都市周辺で人口流動が激しく文化的水準が高い都市型の地域に多いことなどを指摘した。若林ら(1982)は、名古屋大学精神科外来の資料を検討し、登校拒否を主訴とする受診児童数が1960年頃から急増し、その後増減しているが、漸次、増加の傾向があることや、1972年頃から男女差が認められなくなってきていることを指摘した。牟田(1986)は、戦後の「中学生の学校ぎらい」と「少年非行」の出現率の推移が似ていることを指摘し、非行の第二(1961年から1965年)と第三(1984年と1985年)のピークの形成について、同世代の人間の数が多いことからくる負因である「世代人口負荷」との関連が無視できないことを論じた。本城ら(1987)は、名古屋大学精神科外来を受診した18歳未満の登校拒否患者について、1972年から1974年までに受診した群と、1982年から1984年までに受診した群を比較し、①患者数の増加がみられたが、それはとりわけ男に顕著であった、②13歳以上の患者数の増加がみられたが、それはとりわけ女に顕著であった、③随伴症状として、頭痛、腹痛、発熱等の身体症状や家庭内暴力の割合の増加が認められた、という。栗栖ら(1987)は、先の古川らの先行研究などを踏まえる形で、学校ぎらいの発現率の経年推移を調べ、①「学校ぎらい」長欠率は昭和50年以来、小学校で漸増、中学校で急増傾向にあり、全長期欠席にしめる割合はほぼ一定しているが、中学校では相対的に「学校ぎらい」による長期欠席が増加している、②「学校ぎらい」長欠率とその他の青少年の問題行動との明確な関連は認められなかった、③「学校ぎらい」長欠率と他の社会的指標との関連では、学校に関連する要因として、学校当りの生徒数、教員当りの生徒数、教員平均年齢などとの関連が認められた、④地域差は昭和41年度から50年度にかけて消失し、中学校では再び拡大していることなどを指摘した。このようにマクロな視点でみると、不登校の発現が社会状況の変化と無縁ではないことがわかる。周知のごとく、日本と米国の社会状況の相違は歴然としているが、その相違が本人に対してどの程度の圧迫を及ぼしたかを直接に比較検討することは一般的に困難である。したがって、本研究では、本人自身が表現した社会の側の圧迫について、他の事例との相対的な比較によりその評価を決めざるを得なかったため、どうしても評価が曖昧になりがちであった。日本の事例で大きかった社会の圧迫因子は、まず、本人が感じた、あるいは予期した世間の眼、特に隣近所の人々や友人の「まなざし」の強さであり、次いで本人の心の中に理想としてとりこまれた、生徒としてのあるべき姿や学歴に対する幻想であった。これに対して、米国の事例では、他者の「まなざし」の強さはさほど問題にならず、むしろ犯罪、麻薬中毒、人種差別、失業、離婚、10代の妊娠、教育の質の低下などの深刻な社会病理の影響が考えられた。結果的には、日本の事例の方がやや圧迫の程度が強かったが、いずれにせよ、本研究の事例の場合、社会の圧迫が不登校発現に直接に関与した程度はそれほど大きかったわけではなく、後に述べる予後の判別や類型化への寄与においてもほとんど問題にされなかった。

教育の圧迫については、やはり日本において論調が著しい。清水(1972)は、不登校生徒の増加と高等教育へ向けての進学率の上昇の同時進行を指摘した。若林ら(1982)は、登校

拒否の出現率の変遷に、少なくとも大学進学率との関連はありそうだと推測した。また、登校拒否の男女差がみられなくなってきたのは、男女いずれにとっても進学・受験がより一層厳しいものになり、教育状況が一段と深刻化してきているという時代的变化を示しているのではないかと推測した。渡辺(1986)は、不登校の閉じこもり、家族に対する暴力、心情的訴えなどは、子供が不登校状態に陥った結果の心理的葛藤による二次的発現であり、その不登校状態は、本質的な成長・発達を阻害し自己の存在の危機を感じさせる学校教育の状況に対する、子供の無意識的、非意図的な防衛的回避反応、と考えてよい、と主張し、その対応に当たって次の3点を強調した。①登校を催促したり学校に関する刺激を与えない、②学校を至上の価値とでもするような、学校へのこだわりを除去する、③登校拒否状態に陥ったことを、否定的に評価しない。また、中西(1986)は、帰国高校生に日本と欧米の学校生活と社会生活に関するアンケート調査を行ない、学習内容、先生との関係、学校行事、休日の過ごし方、家族の生活、生活習慣など、すべてにわたって外国での生活の方が好ましいと思っていることを確認した。学校生活においては、大多数の生徒が、日本の異質な受験制度のために、不安焦燥にかられ、学習に対する苦痛を訴えており、他には、制服着用、髪型の規制、服装上の細かい注意事項などの画一的な学校のルールに反発を感じたり、クラブ活動などでの先輩・後輩の上下関係に納得できないという事例も数多くみられる、という。総務庁(1987)が行なった、日本、アメリカ、イギリス、フランス、タイ、韓国の6か国における、10歳以上15歳以下の子供及び母親を対象にした調査によれば、「悩み・心配ごと」において多かったのは、日本の子供は「勉強、成績のこと」47.6%、「もっと遊べる場所がほしい」23.7%の順だったが、アメリカの子供は「家庭内にあらそいごとがある」21.9%が最多と、好対照をみせている。このようにみると、日本の事例における教育の圧迫は、米国の事例に比べて非常に大きいことが予想される。米国においては、少なくとも高校レベルまでは、学校という場所は子供にとって伸び伸びとできる場所であり、また、欧米における不登校についての数々の報告にも、不登校の発現理由としての学校の変数よりは家族-子供の問題を重視した報告が多く(Carroll 1977)、システムとしての学校の病理を考察したものは極めて少ない。本研究では、その予想どおり、日本の事例の方に教育の圧迫が有意な差で高かった。

家族の影響については、本人の病理性とならんで病因論の中核をなすものであり、その研究報告は上述したもの以外にも枚挙にいとまがないほど多い。Hersov(1976)は、子供の母親への過剰依存と母親の過保護が、登校拒否の主要な特徴である、と主張した。母親による過保護、子供の依存や子供の抑うつ感情が、子供に不安の素地を生み、そのために学校現場で対処不可能になると子供は家に回避する、という(Berg et al. 1974; Berg 1984; Lachenmeyer 1982; Rutter et al. 1983)。また、後に触れるように、登校拒否児の家族には精神科的な問題が多く、家族機能にも混乱がみられることが指摘されている。ところで、日米の家族の持つ病理性にはかなりの開きがあるといわざるを得ない。先の総務庁の調査にみられるように、日本の子供に比して、米国の子供は、家庭内、つまり両親の争いごとにより心を痛めているようである。その指標のひとつとして、1986年の離婚率をみると、日本では人口1,000人当たり年間1.37であるのに対して、米国では4.80と著しく高い。本研究においては、日本の事例では、日本社会の標準に照らしてもごく普通の家族における不登校の発現がめだっていたのに対して、米国では社会病理を背景にした離婚、麻薬中毒、

性的虐待などの両親の側の病理性が著しく、そのために子供は抑うつ的になり、逸脱行動や不登校を発現する事例が多かった、といえる。それが、本研究の結果に反映して、米国の方に有意に家族の圧迫が強かったのであろう。

友人の影響について、日本で大きな社会問題になっているのは、いじめと校内暴力である。兼頭(1986)は、現代のいじめの特徴として、普遍化(一般化)傾向、低年齢化傾向、遊び型化傾向、悪質化傾向(犯罪化、集団化、陰湿化、偽装化)の諸点をあげ、集団いじめが依然として昭和58年をピークとする少年非行第三波の延長線上にあることを強調した。また、森田(1991)は、全国の11の政令指定都市と東京都区部の中学2年生を調査し、子供達の欠席が長期化する理由の基底要因を因子分析法で抽出し、その第一因子軸に「友人関係性不安軸」をあげた。その中でも、「友達とうまくいかない」、「友人にいじめられた」、「精神的にショックなことがあった」、「学校がこわい・不安だ」という項目が高い固有値を示しており、「いじめ」問題が友人関係に深い影を落としていることを明らかにした。その他にも、圧迫となり得るものに、成績・受験などをめぐっての友人間の競争原理や、他の友人からの「まなざし」の強さなどをあげることができる。本研究では、日本の事例の方に友人の圧迫がやや強い傾向があったが、それは、日米の学校システムと友人関係のあり方の違いからある程度まで説明できよう。つまり、上記の病理的現象に加えて、中西(1986)のいうように、日本の生徒は勉強意欲が高く、相互にライバル意識を持ちやすいが、米国では日本のような形の受験がないのでのんびりしている、といえる。

本人の問題では、性格、発達障害や精神障害などの病理性を考慮した。本研究においては、性格については日米共通の評価尺度がなく、比較はできなかったが、発達歴については、出生前の異常の有無と、身体的、認知的、情緒的、年齢相応の発達のいずれにおいても、米国の方が「遅延」や「異常」とした割合が多かった。これは、一方では、対象者の選び方の問題といえるが、他方では、後に述べるように、不登校の形成因の日米の違いに関して、米国の事例では、社会の病理性を背景にした両親の病理性が子供の発達の初期において重くのしかかる傾向がより強いということを表わしているといえよう。また、精神障害については、米国の事例では、そのDSM-III-R診断は複数の精神障害にわたることが多く、米国の事例の方が複雑で病理性が強かった、といえる。そのような理由から、米国の方にやや本人の問題が強い傾向があったのであろう。

5) 家族に関する特徴

従来の報告によると、家族のサイズは平均的だが、家族における子供の占める位置について種々の意見がある。中学校の登校拒否児は末子に多い(Hersov 1960a; Smith 1970)、登校拒否児は出生順序が遅い傾向がある(Berg et al. 1972)などの報告がある一方で、長子あるいはより年少の同胞に多いという報告(Heath 1983)もある。Bakerら(1978)は、慢性群の登校拒否児はしばしば末子で、同胞の数が有意に多い、と指摘した。本研究においては、同胞数、同胞順位ともに日米間に大きな開きはみられなかったが、日米ともに不登校は第一子と第二子にやや多い傾向があった。また、池上(1989)は、登校拒否、家庭内暴力、非行、自殺などの思春期問題の同胞発現について研究し、その要因として、①問題発端者の問題行動の長期化、②両親の養育態度、③家族の問題行動発現構造の理解不足、④家族の不安定さ、⑤遺伝的負因、の諸点をあげ、同胞発現群の問題行動は遷延化しやすいことを

指摘した。本研究では、登校拒否の同胞発生が、日本の5人と米国の2人にみられており、不登校をめぐる家族内での親子や同胞間の葛藤が強いことを示唆する結果といえよう。

本研究では、両親の結婚状態について、米国の事例で離婚-再婚率が顕著に高かった。その反映として、家族機能については、問題解決、コミュニケーション、役割、感情的反応、行動コントロール、親子関係のいずれの領域でも、米国の家族に圧倒的に機能不全を認めた。不登校に関する家族の持つ病因論的役割については、既に述べたとおりである。本人と家族の関係においても、米国の事例ではほとんどが「可」以下であった。また、家族の精神的問題については、米国において、両親、同胞、祖父母のいずれにおいても、既往歴を認めた事例が多く、日本の事例と大きく異なる精神障害として、抑うつ性障害、物質(薬物)乱用が、祖父母も含めた家族全員に及んでいることが特徴的であった。米国の事例の家族は、日本の事例の家族に比べて、明らかに病理性が強いといえる。ところで、欧米では、登校拒否児の家族の精神的問題の研究が割に盛んである。Bergら(1974)は、登校拒否児の母親には、他の小児期の障害を持つ子供の母親よりも精神的な病気が多いことを述べ、登校拒否児の5分の1の母親が、しばしば感情障害で精神科外来に通ったことがあることを指摘した。Hersov(1976)は、登校拒否児の家族に神経症の発生率が高いことを認めた。両親の性格について、Bergら(1969)は、登校拒否児の母親はより外向的でないとしたが、Bakerら(1978)は、両親どちらも精神的な病気になりやすく、父親の方がより内向的になりやすいとした。Bernsteinら(1988)によれば、学校恐怖症児の一親等の肉親は、学校恐怖症以外の精神的障害を持つ子供の家族に比べて、抑うつ性障害と不安障害の率が高く、またSkinnerら(1983)による家族評価尺度Family Assessment Measureにおける、役割、コミュニケーション、感情的表現、コントロールの各領域においても、家族機能の混乱がより多くみられるという。家族全体の精神力動を考えると、子供は、家族の病理性の犠牲となって不登校に陥るばかりでなく、家族の崩壊を防ぐために不登校になり、彼らの要求を身をもって両親に伝えていると解釈できる場合がある。自分が学校にいる間に家族が崩壊するのではないかと子供が恐れることについては、諸家が指摘している(Talbot 1957;Rodriguez et al. 1959;Davidson 1961;Rubenstein and Hastings 1980;Berg et al. 1981)。本研究では、日本の事例の家族は、一部を除いて平均的な家族である、と推測されたが、もし、不登校は子供が家族の病理性を無意識に告発した行動であると解釈できるとすれば、やはり本研究の日本の家族も、何らかの病理性を目立たない形で有しているとみて差し支えあるまい。それは日米の文化差ともいえるもので、日米の家族の持つ病理性の量的・質的な違いが、後に述べるように、日米の不登校の形成因の違いに深く関わっているといえよう。マクギル(1990)は、不登校を「社会的な神経性無食欲症」と呼び、個人と社会の「橋渡しシステム」としての家族機能を重視し、思春期の子供をもつ家族のモデルを提示している。一つ目は、家庭が子供の自立の支えになる家族で、両親の夫婦機能がしっかりとしており、親子の健全な世代間境界が維持されている。二つ目は、家庭にいられない子供を持つ家族で、両親間の葛藤が顕在的に存在するために、子供は親子の世代間境界を断絶して親不信になり、非行や反社会的行動に走りやすい。三つ目は、家庭から出られない子供を持つ家族で、両親間の慢性的な葛藤が潜在的に存在するために、両親(特に母親)は子供に過保護・過干渉の関係をとりやすく、子供は無意識的に親の要求を受け入れる形で過剰適応的に機能し、親子間の世代間境界が希薄化し、子供はある種の精神障

害、不登校、家庭内暴力などになりやすい、という。不登校に共通した家族のあり方は、三つ目のモデルに典型的だが、本研究における米国の家族は二つ目のモデルに近く、日本の家族は三つ目のモデルに近いといえよう。

6) 治療に関する特徴

不登校の治療方法には、大きく分けて行動療法、認知療法、精神力動的療法、家族療法、集団療法、薬物療法などがある。ほとんどの治療者が、治療の目標をできるだけ早く学校へ戻すことに置いている(Klein 1945; Talbot 1957; Eisenberg 1958; Berryman 1959; Glaser 1959; Rodriguez et al. 1959; Kennedy 1965; Lassers et al. 1973; Berg 1985)。それは、長期間の欠席が続くことで、学業や友人関係面での二次的な損失が大きく、健全な精神社会的発達の機会が妨げられるからである。最近の大部分の治療方法は、親と協力しながら行動・認知療法的アプローチにより学校への再接近を図っている(Yule et al. 1980; Mansdorf et al. 1987)。もちろん、この方法は、より年少の狭義の不登校児に対して最も効果があるものであり、日本のように、不登校の発生様式が年長化・多様化・拡散化・遷延化を示している国では、治療の是非や方法に関して、より複眼的な視点で接していかなければならないだろう。いずれにしても、不登校の学校復帰を目指す場合には、復帰のタイミングや登校に際してのプレッシャーの量をよく考慮しながら、両親や学校などと綿密な協力体制を形成して段階的に行なう必要がある。また、早期の学校復帰が困難な場合や、随伴する精神症状が重度の場合は、入院療法が勧められる。本研究の事例においては、日米の対象者の選択基準と思春期精神科医療システムの構造的な違いによって、その治療方法にかなりの開きが認められた。日本の大部分の事例では、1,2週間に一度のペースで外来に通院しながら、特に手法を限定されない折衷的個人精神療法、家族カウンセリング、時に集団療法、薬物療法などを受け、治療期間は概して数年間に及ぶことが多かったが、米国の事例では、全員が入院して、精神力動的療法、集団療法、家族療法、種々の生活・学習・社会技能の訓練、時に薬物療法などを短期間に集中して受け、その後、外来でフォローアップされた。

2. 改善に関連する諸要因

今までの不登校の治療転帰あるいは予後に関する研究を振り返ってみよう。欧米の研究では、治療方法の相違にもかかわらず、大方において予後は良好で、学校復帰の成功率は約3分の2かそれ以上だという報告が多い(Davidson 1960; Hersov 1960a,b; Coolidge et al. 1964)。しかし、不登校現象の複雑さを考えると、予後は種々の要因で変化するはずである。例えば、早期の治療的介入、学校と両親の協力や適切な治療プログラムが良い結果を生む(Kennedy 1965)。抗うつ剤(イミプラミン)の効果については、有効であるという説(Gittelman-Klein and Klein 1971)と、有効でないという説(Berney et al. 1981)があるが、やはり本人や家族への精神療法なしの抗うつ剤のみの治療では、効果に乏しいといえよう。さらに予後の研究の紹介を続けよう。Rodriguezら(1959)は、41人の非入院患児の15カ月から18カ月後までの登校予後を調べ、11歳以上の子供の予後がそれ以下の子供より

悪いことを指摘した。Coolidgeら(1964)は、49人の非入院患児の5から10年後の予後を調べ、そのうち47人が学校へ復帰できたことを確認した。Weissら(1970)は、16人の宿泊療法入院症児の5年から10年後の予後を調べ、15人が高校を卒業したが、半数に対人・対社会的関係の障害を認めた。Bergら(1976)は、124人の入院症児の退院後平均3年後の予後を調べ、3分の1に改善がみられず、持続的な重い情緒障害と社会的機能障害を認め、3分の1に改善はあったが神経症症状を認め、残りの3分の1に著明な改善を認めた。約半数に登校の障害を認めた。その後、Bergら(1985b)は、168人の入院症児の10年後の予後を調べたが、約半数に改善を認め、とりわけ14歳以下に治療を受けた知的に高い子供と退院直後の状態が良かった子供の予後が良好であった。また、小児期・青年期の登校拒否と成人の精神障害の関係についての研究も多い。Nursten(1963)は、16人の少女の予後を調べ、4人は治療が必要で、残りは学校に通い、3人は結婚したが、ほとんどの社会的接触は限られており、結婚した者は夫に依存的であった。Warren(1965)は、16人の入院患児の予後を調べ、4人は後に恐怖障害がみつきり、3人は軽い恐怖障害のために生活が制限され、3人は他の神経症的問題を持っていたが、6人は快調であった。Pittmanら(1968)は、11人の仕事恐怖症の9人に学校恐怖症の既往歴を認めた。Tyrerら(1974)は、240人の成人入院患者と120人の対照群を比較し、入院患者に有意に多く登校拒否の既往歴を認めた。Bergら(1985)は、143人の登校拒否児のうち、31%は精神疾患の治療を受け、30%は軽い精神障害のスコアが高かったという。Flakierskaら(1988)は、思春期前の登校拒否児の12から14年後の予後を調べ、全体的に予後は良かったが、成人になっても31%が神経症的うつ病や分離不安障害の診断で精神科外来に通ったという。日本においても、登校拒否の転帰あるいは予後の研究は盛んである。まず、治療終結時の成果については、佐藤(1968)がまとめたものによると、70%前後が学校に復帰したという報告が多い。次に、長期予後については、大高ら(1986)がまとめたものによると、学校への復帰や社会参加などの観点からみた、半年から22年後の予後不良群の割合は7%から55%までの大きな開きがあるが、概して3割前後といえる。総じて、発症年齢が低く、発症が急激で、性格的な問題があまりなく、早期に受診した者ほど、予後が良い傾向がある。また、男女を比較すると、女の方が発症年齢が低いので、その分だけ予後が良い、といわれている。しかし、単に学校や社会に復帰したからといって、身体、心理、社会の人間の諸存在領域における人間のあり方に発展がみられたとはいえず、どのような指標をもって予後を判定するかは、今後の課題といえる。また、後に述べるように、とりわけ日本において、不登校に関する疾病性と事例性の混同がよくみられ、治療すべき者を放置したり、逆に放っておいてよい者を周囲が過剰に心配して無理に治療ベースにのせようとすることがある。その意味でも、不登校の類型分けをきちんと行ない、単に学校へ行かないという基準で選んだ事例を、同一の週上に載せて議論しないことが重要であろう。

さて、本研究の事例の治療終結時の予後あるいは治療転帰について検討しよう。Bergら(1976)は、不登校の予後を最も良く予測するのは、(入院患者の場合)退院時の臨床的な状態である、と指摘した。本研究では、予後を予測する指標として、治療終結時(治療が終結していなければ調査時点)の本人の臨床的な状態を採用した。以下、これを予後と呼ぶことにする。その結果、予後が「可」以下の事例の割合は、日本が34.7%、米国が28.6%で、両国間に有意な差は認められなかった。この結果は、従来報告と比べても、平均的

な数値といえる。次に、予後と諸項目とのクロス集計と数量化Ⅱ類による解析の結果をあわせて、日米の事例の特徴を考察する。数量化Ⅱ類による解析は、本人の特徴および治療に関係した項目、不登校の理由、性格の変化を表わす症状、不登校のその他の特徴的な項目、DSM-Ⅲ-R診断の5つに分けて行なわれた。

本人の特徴および治療に関係した項目において、日米に共通に予後がやや良かった性質をあげると、性別が女、発症年齢が15歳以上、不登校発現から専門家受診までの期間が3か月未満、本人の初診時・治療中の治療意欲が強い、であった。そのうち、発症年齢と予後との関連が従来の報告と異なる点である。しかし、本研究では、日米ともに、分離不安を呈した事例が少なく、早期に発症してそれが治らずに遷延化している事例が多かったことを考えると説明できるであろう。また、改善に最も寄与を与えた項目は、本人の治療中の治療意欲であった。本人の治療意欲が強いということは、本人が自分の状態に対して自覚を持ち、治療者との関係が良いことなどを意味しているから、本質的に協同作業的な要素を持つ精神療法の効果が現れやすかったのだといえよう。

不登校の理由の項目において特徴的だった点は、次の諸点である。①「社会の圧迫」が予後に与える影響力は小さい、②「教育の圧迫」が強いほど予後が良い、③「友人の圧迫」が強いほど予後が悪い、④「本人の問題」が予後に与える影響力が最も大きく、それが強いほど予後が悪い。このうち、「教育の圧迫」については逆説的な結果となったが、事例3(J25)でみたように、強い「教育の圧迫」は本人にとって、時に強烈な圧迫要因として作用し、急性型の心因反応を生みやすく、学校を休めば短期間で改善しやすい。ところが、「教育の圧迫」が弱いのに不登校に陥ったということは、他の圧迫が強いことを必然的に暗示するから、短期間の改善はなかなか望めないということの意味するものと思われる。つまり、少なくとも本研究の日本の事例においては、不登校の予後に明確な形で直接的に関与するのは、本人の病理性が最大のものであり、次いで友人関係となる。教育や家族の影響力は友人関係と同程度だが、その影響の与え方は必ずしも直接的ではなく、また、社会の影響力は微々たるものといえよう。

性格の変化を表わす症状の項目で特徴的だったのは、ひきこもりや生活の乱れを伴う対人・対社会的恐怖などの症状群の予後が悪く、発達の未成熟さ、母子葛藤や情緒障害などを表わす症状群の予後が良かった点である。前者は、高木(1963)のいう第3期(自閉的時期)の状態を、後者は、第2期(攻撃的時期)の状態を、ほぼ表しているともいえる。前者の方が不登校の経過が進んだ段階を示しているが、同一事例における行動の時系列的な変化と多数の事例における行動の共時的な変異を同一のものとしてみなせば、前者の方が予後が悪いのは当然といえる。

不登校のその他の特徴的な問題の項目は、全体的に予後に対する寄与の度合いが低かったが、不登校に随伴した、治療の対象になりやすい精神障害や逸脱行動の一部には、予後が良いものがあるといえる。これは、後の類型化の議論で触れるが、気分障害や逸脱行動が目立つ情緒逸脱型の予後の良さと、重なりあうところが大きいものと思われる。

DSM-Ⅲ-R診断と予後との関係は比較的明瞭であった。AXIS Iにおいては、「該当なし」、「適応障害」、「幼児期、少年期、または青年期に発症する障害」、「不安障害および身体化障害」の順に予後が良く、AXIS IIにおいては、発達障害または人格障害がない方が予後が良かった。そのうち、「適応障害」と「不安障害および身体化障害」の間にのみ有意

差が認められた。緒言で述べたように、高橋ら(1987)は、不登校の類型分けを行ない、それらの治療転帰が良いのは、反応性不登校群、神経症性不登校群、性格障害性不登校群、分裂病性不登校群の順であるとした。本研究では分裂病は除外したが、「適応障害」は反応性不登校群にほぼ相当し、「不安障害および身体化障害」は神経症性不登校群に含まれると考えられるから、予後の傾向はほぼ等しいといえよう。ただし、山崎ら(1989)が指摘するように、ICD-9やDSM-III診断分類を用いた場合、「登校拒否」の診断の一致率は低くなる傾向にある。その傾向は、DSM-III-R診断分類でも同様であろうと予測される。したがって、こと不登校に関する限りは、DSM-III-R診断分類とは別の診断分類を使用して研究を進めることが望ましいと思われる。

3. 不登校の類型化

本研究の手法に類似した研究のひとつとして、Bergら(1985a)は学校失敗failure to go to schoolのために少年審判所に送られた64人の事例を調べ、主成分分析の方法を用いて、怠学児truants、登校拒否児school refusers、混合群both conditions、非該当群neither、の4群に類型化した。主成分分析の第一主成分は「怠学」の成分、第二主成分は「登校拒否」の成分という意味づけを行ない、それらの正負により各象限毎に類型を与えたのである。それらの主成分は、類型的categoricalなものであり、次元 dimensionalなものではないので、各事例に登校拒否や怠学がどの程度あるかということではなく、登校拒否または怠学があるかないかの問題だ、という。菊池(1989)は、登校拒否症の70例に対して、初診時の症状の有無と対人関係の障害の有無により、主成分分析とクラスター分析を行ない、「内向自閉型」と「外向逸脱型」の2類型に分け、前者を「中核」と「辺縁」に、後者を「重度」と「軽度」にそれぞれ区別し、それらの4類型の特徴と改善度の違いについて論じている。本研究では、扱うデータが質的データであったので、主成分分析ではなく数量化Ⅲ類の手法を用いた。また、類型化にあたっては、クラスター分析は行なわず、Bergら(1985a)の採用した方法と同様に、数量化平面の各象限毎の意味づけを与えた。解析は、不登校の理由、性格の変化を表す症状、不登校のその他の特徴的な問題の諸項目について行なった。

不登校の理由については、第一成分は「圧迫の強さ」と解釈し、「強圧型」と「弱圧型」に分け、第二成分は「圧迫の領域」と解釈し、「内圧型」と「外圧型」に分けた。ここで、「内圧型」は本人の問題と家族の圧迫が相対的に強く、「外圧型」は教育と友人の圧迫が相対的に強いことを意味する。本研究の日米の事例比較では、日本に強圧型と外圧型が多く、米国に弱圧型と内圧型が多かった。すなわち、不登校の発現に関して、日本の事例は、友人や教育の影響力の強さが目立ち、米国では、本人や家族の病理性が目立つ、といえよう。

性格の変化を表す症状については、第一成分、第二成分ともに次元なものとして解釈でき、最弱変化群、弱変化群、強変化群、最強変化群の4類型に分けられた。日米間には、有意な差がなかったが、日本では、社会的ひきこもりや母子密着が強く、米国では情緒発達や気分の障害が強かった。

不登校のその他の特徴的な問題については、第一成分は「不登校に随伴する症状の質」と解釈し、「不安内閉型」と「情緒逸脱型」に分け、第二成分は「不登校に随伴する症状の量」と解釈し、「多症状型」と「寡症状型」に分けた。不安内閉型は、不安症状と社会的ひきこもりに代表される一群を指し、情緒逸脱型は情緒発達および気分の障害と逸脱行動に代表される一群を指す。日本では前者が多く、米国ではすべてが後者に属していたが、これは対象者の選択方法によるところが多いとしても、やや誇張していえば、日米の不登校についての本質的な相違とみなすことができよう。

各類型と治療終結時の予後との関連については、全体的な傾向として、最も予後が良かったのは、強圧・外圧型、弱変化群、情緒逸脱・寡症状型であった。すなわち、不登校の理由として友人や教育の圧迫が強く、不登校に特有の性格の変化が弱く、情緒発達および気分の障害や逸脱行動が目立つが、その症状は軽いものである。逆に、最も予後が悪かったのは、強圧・内圧型、強変化群、不安内閉・多症状型であった。すなわち、不登校の理由として本人や家族の病理性が強く、不登校に特有の性格の変化が強く、不安や社会的ひきこもりが強いものといえる。ただし、不登校の理由と不登校のその他の特徴的な問題を結合させた4類型においては、内圧・情緒逸脱型、外圧・情緒逸脱型、外圧・不安内閉型、内圧・不安内閉型の順で予後が良かった。そのうち、外圧・不安内閉型は、高橋ら(1987)の反応性不登校群に、内圧・不安内閉群は、神経症性不登校群および性格障害性不登校群と、それぞれ重なる部分が多いものと思われる。

次に、本研究で呈示した事例について、数量化Ⅲ類による類型化との関連から検討する。事例1(J10)は、「強圧・内圧型、弱変化群、不安内閉・多症状型」に属する。不登校の発現には本人の神経症性の不安と潔癖さや強迫性などの性格が強く関与し、不登校が始まってからの性格や行動の変化は少なかったが、不安による身体症状や抑うつ症状は割に多彩かつ持続的であった。事例2(J16)は、「弱圧・内圧型、最強変化群、不安内閉・多症状型」に属する。不登校の発現には、本人の過敏で完全主義的な性格以外には確たる理由がなかったが、不登校が始まってからのひきこもりなどの行動の変化が強く、不安による嘔吐などの身体症状も多かった。事例3(J25)は、「強圧・外圧型、弱変化群、不安内閉・寡症状型」に属する。不登校の発現には、祖母のボケなどの家庭内の圧迫要因はあったが、やはり高校入学以来の授業に関した圧迫要因が顕著で、不登校が始まって性格や行動の変化は少なく、マイペースでやっており、不安による症状もごく初期に現われたただけであった。事例4(J13)は、「強圧・外圧型、最弱変化群、不安内閉・寡症状型」に属する。不登校の発現には、性格的な不安定さと家族の機能不全が存在したものの、塾の先生との肉体関係ができたことを友人にばらされたりしていじめを受けたことが大きかったが、不登校が始まってあまり性格や行動の変化は目立たず、不安による症状も若干の身体症状を訴えた程度であった。しかし、この事例は、徐々に不安内閉型から情緒逸脱型への移行をみせてきているように思われる。事例5(A3)は、「強圧・内圧型、強変化型、情緒逸脱・多症状型」に属する。不登校の発現には、認知や情緒面での発達障害の基礎の上に家庭の中で中心的役割を担っていた母親のうつ病発症が強く関与し、性格や行動の変化は強く、多動、情緒障害、抑うつ気分などの情緒発達や気分の障害も顕著であった。事例6(A2)は、「弱圧・内圧型、最弱変化群、情緒逸脱・多症状型」に属する。不登校の発現は、両親の離婚、薬物依存、「親業」の放棄などの両親の側の病理性が幼児期より延々と続き、本人が思春

期に親への抗議の形で逸脱行動に出たものである。性格や行動の変化はそれほど強くはなかったが、恋人との関係断絶や薬物乱用のために強い抑うつ状態に陥った。事例7(J27)は、「強圧・外圧型、最強変化群、情緒逸脱・寡症状型」に属する。不登校の発現には、本人の自己中心的で融通のきかない性格や父親の単身赴任の影響もあるが、中学と高校受験の二度にわたる失敗や高校に入学してからの学校や友人に対する深い失望感の関与が大きく、不登校が始まってからは、だらだらとした昼夜逆転の生活が続き、母親や妹に対して暴力をふるった。しかし、不安のための症状はほとんどなく、家にも閉じ込められず、外界との接触はアルバイトやスポーツなどの形で不安定ながら保たれており、しばしば背伸びした逸脱行動が認められた。

4. 比較文化精神医学的考察

本研究では明瞭な形で描出することができなかったが、一般的にあって、不登校の現象形態は社会状況と文化の影響を被りやすいと思われる。しかし、それは、文化依存症候群 Culture-bound syndrome(Yap 1974)といい得るほど、ある特定の文化にのみ存在するものではなく、不登校発現への社会状況や文化の影響は、病像成因的pathogeneticというよりはむしろ病像形成的pathoplasticといえる。また、不登校を学校場面における適応困難のひとつとして捉えると、本人の主観的苦悩と家族や学校の判断でクライアントとして析出したわけであるから、それは事例性casenessを問題にしていることを意味する。欧米における学校恐怖症の初期の研究は、それが医学的な疾病なのか否かという疾病性illnessを追求したが、現在でもその傾向は大筋において変わっておらず、疾病性と事例性の認識はほぼ一致しているといえよう。ところが、今日の日本においては、先に触れたような最近の不登校の形態の変遷や日本独自の精神障害観などの影響により、疾病性としての対象の限定の仕方が曖昧で、事例性のみを過度に強調し過ぎる傾向があり、両者を混同または逆転させたような誤った意見が多いといえる。それは、不登校発現の病像形成因としての日米の社会と文化の相違を対比的に捉え直すことによって、初めて明確になるものといえよう。以下、推論の形ではあるが、日米の比較を通じて、不登校の形成因についての試論を展開しよう。

不登校の準備状態あるいは遠因となるものは、すでに出生直後からの子供の育て方から始まる。日米の典型的な育児の仕方は非常に対照的である。Takeuchiら(1988)は、中久喜(1982,1984)の説を大幅に引用しながら、日米の育児の違いを次の5点にまとめた。

- ①日本では、子供は両親の間に「川の字」になって寝て、子供が泣けば母親はすぐに母乳を与えたりして世話をすが、米国では、子供は両親とは別の部屋に寝かされ、泣いても放っておかれる。その代わりに、毛布などが与えられ、それが母親の一部となって子供は安心感を得る。したがって、日本の子供は、米国の子供に比べて親から独立することが遅くなる。
- ②日本の子供はおむつと衣服によって束縛を受け、身体的な自由が奪われるので、エネルギーが内部に発散されるために、「内向き」の抑圧的な人格となる。日本人はきれい好きなので、母親は子供のおしめが濡れていることをすぐに察知し、子供が不快を

訴える前に早めにおむつを替える。母親が何でもやってくれるので、子供は自分自身を表現しなくてもよい。日本の子供がおとなしく素直なのはそのためである。米国では、全く反対で、身体活動が自由活発で、エネルギーが外的に発散されやすく、自己主張と自己表現を重視する「外向き」の人格となる。

- ③日本では、子供は仰向けに寝かされるが、米国ではうつ伏せである。前者は受動的で、後者は活動的である。米国の母親は子供を刺激して子供自身にとって都合のよい条件を求めさせるが、日本の母親は子供をなだめて現在の状況を受け入れさせる。
- ④米国の母親は、子供に、他人に対して自分自身について言葉で説明するように求めるが、日本の母親はそうしない。
- ⑤日本の母親は子供の学校の成績を上げるために子供を勉強させようとするが、米国の母親は子供が他の子供と遊んだり社会的な接触をすることを重視する。

以上のような育児法の相違からいえる日米の母子関係の特徴は、日本では、母親と子供が身体的・情緒的に一体化し、メタ言語によるコミュニケーションが自然に行なわれるが、米国では、母親と子供には身体的・情緒的な隔たりが当初から存在し、言語によるコミュニケーションが意図して行なわれるといえる。したがって、そこから派生する人格特徴は、日本では内向的・抑圧的になるが、米国では外向的・発散的になる。最近、このような日米の典型的な母子関係のあり方が少しずつ変容を受けてきているといわれているが、基本的な線は崩れていないものと思われる。日本では、早期の密着した母子関係を通じて自然の形で子供は基本的信頼basic trust(Erikson 1950)を獲得しやすいが、日本の父親にありがちな物理的あるいは心理的不在による二次的変化として、あまりに母子の密着が強くなり、その共生的段階を容易に抜けでることができなくなる危険性がある。その意味では、日本の子供は分離不安separation anxietyをいだきやすいといえる。米国では、早期より子供の分離-個体化separation individuation(Mahler 1975)が促がされるので、子供の独立性や自律性が早く獲得されやすいが、その反面で、親による子供の物理的あるいは心理的な遺棄が起こりやすく、子供は、抑うつ、怒り、恐怖、罪悪感、受け身と無力感、空虚感からなる見捨てられ感情abandonment feeling(Masterson 1980)を抱く危険性がある。したがって、両国の平均的な育児方法の基準からすると、日本の子供に見捨てられ感情が起こるか、あるいは米国の子供に分離不安が起こった場合には、非常に特殊な事態であるとみなせるだろう。

日米の家族関係、特に夫婦のあり方はどうであろうか。最近の日本の夫婦は欧米型に近づいてきたとよくいわれるが、日米間には依然としてかなりの開きがあると思われる。0歳から15歳の子供がいる親を対象にした総務庁の調査(1982)によると、「レストランなどで食事をする」、「社交のパーティーに行く」、「買物に行く」、「旅行をする」、「映画・観劇に行く」などの夫婦の共同行動の割合は、おしなべて米国の方が高かった。また、生活費の支出についても、日本では、妻が決めるとした回答が7割強あったが、米国では、夫婦二人で決めるとした回答が半数以上を占めた。子供ができると、日本の家族は、妻を中心とした夫婦関係と親子関係のL字型の家族関係ができるが(増田 1969)、米国の家族では、あくまで夫婦関係が基軸で、親子関係はそれに付随したもの、あるいは付け足し的なものとみなされる。それらは、明治時代以来の日本に伝統的なイエ意識、男女の性別役割意識、権利と義務の意識や、就業に対する意識などの日米間の差異から来ているものであ

ろう。

次に、日米の社会構造と対人関係のあり方をみよう。土居(1971)は、日本人のパーソナリティー構造を理解するための鍵概念として、「甘え」をとりあげ、乳児が母親との分離を否定しようとして母親に再び密着しようとする欲求であると考えた。甘えは人類に普遍的な感情であるが、日本では依存的な人間関係が社会的規範の中に取り入れられ、欧米ではそれを締めだしているために、特に日本で甘えが発達した、という。中根(1967)は、インド社会との比較から、日本人の集団意識は、「資格」よりも「場」におかれており、組織原理は「タテ性」を重視する、とした。日本人の集団意識は、「ウチ」と「ソト」を区別し、集団内の情緒的な結束感、つまり「集団の一体感」に基づく共同体的関係が特徴的であり、その点で契約関係に基づく西欧の組織とは異なる。そこから、日本人の「批判精神の欠如」や「論理性の欠如」が生まれる、という。土居によると、日本人の甘えに対する偏愛的な感受性が日本の社会においてタテ関係を重視させる原因となっているというが、相互依存的な人間関係の網が、タテの関係を重んじる日本社会のあらゆる局面に張り巡らされているといえるだろう。作田(1964)は、Benedict(1948)の提出した日本文化の一つの特徴である「はじ」の概念を批判的に検討し、他人から公の場で嘲けられたりした時の「公恥」だけでなく、他人の「一種特別の注視」によって「羞恥」が起こるとした。羞恥には二面性があり、一方では、目的達成の強い動機づけになるが、他方では、達成の原理にともなう競争を抑制する作用を果たす、という。井上(1977)は、作田の説を発展させ、「はじ」を公恥、私恥、羞恥の3つに、「罪」を「普遍的罪」と「個別的罪」の2つにそれぞれ類型化した。「公恥」は、自我理想にもとづく比較機能によって、自分を所属集団の内部における劣位者と認知し、所属集団から孤立した自分をはじめることであり、「私恥」は、自我理想によって、理想的自己に比べて現実的自己が劣位者であると自分をはじめることであり、「羞恥」は、自分が属する所属集団と自分がよりどころとする準拠集団との間に、認知志向のズレが生じた時の「はじらい」である。「普遍的罪」は、超自我によって、自分が準拠集団からの逸脱者として認知された時の罪の意識であり、「個別的罪」は、超自我にもとづく規範的機能によって、自分が所属集団からの逸脱者として認知された時の罪の意識である。「公恥」と「個別的罪」は、ともに所属集団からの孤立を、「私恥」と「普遍的罪」は、ともに準拠集団からの孤立を基底とするから類似している。また、世間のあり方、つまり他者の「まなざし」については、「公恥」では、嘲笑や拒否として直接的に介入するが、「私恥」では間接的にあたかも他者が見つめるがごとくに自分自身を見つめる、という。精神病理学的表現を用いれば、前者は他者の「まなざし脅威」であり、後者は「まなざし意識性」といえる。本研究における不登校の理由の類型化を、この「はじ」の意識でとらえなおすと、「外圧型」の多くは、他者の「まなざし脅威」のために「公恥」を覚えやすく、「内圧型」の多くは、自分自身の「まなざし意識性」にとらわれるために「私恥」をより覚えやすいといえよう。この「はじ」は、日本人の意識の根幹を形作っているもので、「はじ」の病的表現とみなせる「視線恐怖」を始めとする「対人恐怖」(木村 1972)や大人の「人見知り」(土居 1971)などは、日本人に特有のものとされている。それに対して、米国では、日本人にみられる視線恐怖、赤面恐怖、醜貌恐怖、自己臭恐怖などの対人恐怖症状を呈する事例が非常に少ないといわれている。それは、米国では、「はじ」よりはむしろ「罪」の意識を文化の基底に置いており、他者の「まなざ

し」、あるいは「世間体」が、社会集団や対人関係のあり方に及ぼす影響力が比較的小さいからといえるだろう。

さて、以上の議論を前置きとして、日米の不登校の形成因の差異を考察しよう。日米の子供は生下時から既に対照的な育て方を受ける。日本の平均的な家庭では、子供は母親との強い身体的かつ情緒的な一体感を体験し、容易に安心感を得るが、その反面で行動が制限されエネルギーの発散が抑えられてしまうので、内向的で自己主張の乏しい性格になりやすい。また、母子分離が意図的に行なわれないので、しかるべき分離—独立の機会には分離に際しての不安を感じやすい。実は、ごく普通の家族でのこの傾向が、既に不登校およびアパシーへの準備状態を提供しているのである。これに対して米国では、生下時より、子供は母親とは別の存在として扱われ、早くから分離—独立を期待され、エネルギーの発散と自己主張を促すように育てられる。しかし、そのために子供は見捨てられ感情を抱きやすく、それを補償するために自律的で外向的な性格を自ら作って行く、といえる。その意味で、日本は他力本願であり、米国は自力本願である。したがって、日米の分離不安はその背景が全く異なるといわざるを得ない。日本ではそれはごく普通の家庭に起こることであるが、米国では母子の共生的な関係自体が病理的なことなのである。ところで、学齢期前の子供は、両親の影響を多大に受けることは明白である。日本の家族では、夫婦関係と親子関係が子供をかすがいとして両立しているために、夫婦関係が多少悪くても親子関係の中に吸収されて表面上は家族のバランスは崩れないことが多いが、米国の家族では、夫婦関係が一義的なので、一度これが崩れると子供は犠牲になり置き去りにされることが多い。近年の米国の社会病理は深刻なものがあり、それに呼応する形で、夫婦関係が容易に崩壊の危機にさらされるので、子供に与える精神的外傷（その影響は情緒発達面の障害と抑うつ感情に現われやすい）はより大きいといえる。つまり、学齢期前における日米の子供の差異は、家族の病理性が子供に与える影響が米国において顕著である点が特徴的である。極端な見方をすれば、米国型の不登校は、教育や友人の圧迫はあまり問題ではなく、本人の素質と家族の病理性による見捨てられ感情によって生じる、といえる。本研究の米国の事例において「内圧型」と「情緒逸脱型」が多かったのはそのためである。これに対して、日本では、問題はむしろ学齢期を迎えてから起こりやすい。学校にあがるまでは、子供は家庭という保護され閉ざされた空間の中で母親を中心とした情緒的関係を作って安心できていたが、今度は、学校というより広い空間で新たな仲間と人間的関係を作っていかなければならない。母親との分離—独立が未熟な子供にとって、新たな仲間と再び情緒的な関係を作ることには大変な不安を伴う。この不安は、学年が上がり、中学校、高校、大学と進み、社会人になっても、生活空間と対人交流の幅が広がるにつれて、それに並行する発達課題の達成度の遅れとして、形を変えて絶えず現われてくる。この不安は、対人恐怖と呼び得るほど対象が限定されておらず、人と人との間の意識、あるいは他人との関係性の意識についての漠然とした不安感であり、ここでは対人不安と呼ぶことにする。そのような素地がある日本の子供に、教師の叱責、友人からのいじめや成績・受験をめぐる友人間の競争などによって、心理的な圧迫がかかると、その緊張感に耐えられずに、母親の待つ家庭に戻ってしまう。対人不安は、人間同士の対立・競合による緊張感を最も忌み嫌うのである。ひとたび欠席が始まると、友人や近所の人々の「まなざし脅威」、あるいは本人自身の「まなざし意識性」により、ウチにこもり、ソトに出られなくなる。家

族、とりわけ母親は、「世間体」を強く意識するために、表面的には、子供に学校に行くように促し、登校刺激を与えるが、そのために子供の暴力が始まると、今までの育て方への贖罪の意識を抱き、無意識的には、マゾヒスティックな願望や母子共生時代への復帰願望などが誘発されるために、子供の学校復帰にはアンビバレント（両価的）になりやすい。これが、日本の不登校が長引きやすいひとつの大きな理由である。すなわち、日本型の不登校は、母子の分離に際しての不安を基底とした対人不安の素地を持ち、友人や教育の圧迫の強さが引き金になり、一度不登校が始まると、他者の「まなざし」などを強く意識するためにこもりがちになる、ということが特徴的といえる。本研究の日本の事例において、「不安内閉型」が多かったのはそのためである。

ところで、なぜ日本において不登校が蔓延の兆しをみせているのだろうか。先に述べたように、不登校は社会状況や文化の影響を受けやすい。米国型の不登校は、本人と家族の病理性による疾病ととらえられるが、ウチにこもること自体が米国文化にとっては異質的な行動化であるので、米国では子供の顕著な社会的ひきこもりはあまりみられず、本研究の調査例に関する臨床的な実感からいえば、典型的な日本型の不登校はほとんど認知されていない、といえる。それに対して、日本型の不登校は、その形成因の基底をなす対人不安が日本の社会構造に深く根ざしており、ウチにこもること自体が日本文化に親和性のある行動化であるので、どうしても蔓延しがちなのである。井上(1977)が指摘するように、戦後の日本では西洋の〈近代的自我〉の思想に触れて以来、「つよい自我」（自律性）が育たないままに、「世間」のまなざしのみを拒否しようという風潮が広まってきた。他者の「まなざし」による自由の拘束から逃れるために、他者との人間関係を結ぶことを少なくして、勝手気ままに生きる方向を選択した。しかし、自由に生きられる自発性と創造力がそなわっている人は依然として少なく、多くの人は、自由の代価だけを払わされて、ひそかにいらだちを覚えずにはいられない、という。これを家族形態の変化にみると、明治時代以来の日本のイエは、家長である父親が、世間を意識しながら敷いたくきまりによる形式的な父子関係と、母子の実質的な愛情関係の双方から形成されていた。それは、日本のタテ社会のいわば縮図でもあったが、戦後、欧米文化の急速な流入により、イエを支えていた形式的な父子関係が崩れて、父親の存在感が希薄化し、それまで家庭を実質的に支配してきた情緒的な母子関係が家庭の中で前景を占めるようになってきた。もともと、絶対的な存在とそれとの対峙ないしは約束という意識が乏しい日本人が、タテ、ソト、タテマエ、オモテなどの言葉で表現される形式的かつ相対的な社会的規範を拠り所にできなくなってきたわけである。しかも、敗戦後の混乱から高度経済成長期を過ぎ、現在の日本は、物質的には非常に豊饒の時期にある。そのような時期には、規範意識の低下に加えて、個人的な物質的享楽のみを追求し、刹那的になり、世界と人生に対する危機意識や未来への志向性を失いがちになりやすい。最近の不登校が遊び型非行の増加と軌を一にし、その形態についても無気力型やいわば遊び型不登校とでも呼べるようなはっきりしない型が増加しているのは、そのような社会状況の変化と大きく関連しているものと思われる。

VIII 結論

問題発現時年齢が9歳から18歳までの、不登校を伴う思春期の精神科事例について、日本72事例（男37人、女35人）、米国14事例（男9人、女5人）の諸特徴を比較検討し、次のような知見を得た。

1. 対象者の特徴：

- ①発症時平均年齢は、日本14.1歳、米国13.8歳であり、さらに居住地域、家族構成などでも日米間の事例はよくマッチングしていた。
- ②DSM-III-R診断や紹介理由などを比較すると、日本の事例は狭義の不登校が多かったが、米国は複雑で病理性や逸脱行動を伴う事例が多かった。
- ③治療の種類については、日本の事例は、ほとんどが外来において折衷的な個人精神療法や家族カウンセリング、集団療法、薬物療法などを長期間受けていたが、米国の事例は、すべて入院して短期間に集中的に精神力動的療法、家族療法、集団療法、薬物療法などを受けた。
- ④本人の治療意欲、予後、登校状況、家族の治療意欲などについては、日米ともに、初診時に比べて、治療中または治療終了時の状態の改善が認められた。
- ⑤不登校の理由については、日本の事例の方が強かったのは、社会の圧迫、教育の圧迫、友人の圧迫であったが、家族の圧迫と本人の問題は、米国の事例の方が強かった。
- ⑥本人の発達歴については、出生前の出来事、身体的・認知的・情緒的・年齢相応の発達のすべてにおいて、米国の事例の方が「遅延」や「異常」の割合が高かった。
- ⑦家族に関連する項目については、米国における母親の就業率の高さ、米国の両親の離婚-再婚率の高さ、米国の家族の機能不全率の高さ、米国の家族の精神科的問題の多さなどが顕著であった。
- ⑧不登校発現の結実因子については、日米ともに学校に関連した因子が8割前後を占めたが、日本の事例では、とりわけ学校における対人関係面の問題が顕著であった。
- ⑨不登校に特徴的な性格あるいは行動の変化については、日本の方が症状が重かった項目は、友人グループ活動からの回避、過度の依存、世間への漸進的恐怖または嫌悪感の表明などであったが、米国の方が重かった項目は、（しばしば母親に向かう）怒り、欲求不満耐性の低さ、自尊感情の低さ、気分障害などであった。
- ⑩不登校に特徴的な身体症状については、日本の方が症状が重かった項目は、吐き気、食欲不振、腹痛、下痢、発熱などであったが、米国の方が重かった項目は、耳痛などであった。
- ⑪不登校に特徴的なその他の問題については、日本の方が割合が高かった項目は、社会的ひきこもり、アパシー、恐怖症、ひきこもりを伴う適応障害などであったが、米国の方が多かった項目は、非行、抑うつ性障害、怠学、行為障害、発達障害、物質乱用、反社会性障害、自殺念慮、同一性障害などであった。

2. 改善度と諸項目の関連：クロス集計と数量化Ⅱ類による解析から、治療終結時の予後と諸項目との関連は以下のごとくであった。

- ①性別では、日米ともに、女の方が予後が良い傾向があった。発症年齢では、日本の事例で15歳以上の群の方が予後が良い傾向があった。
- ②不登校発現から専門家受診までの期間では、日米ともに、3か月未満の方が予後が良い傾向があった。本人の治療意欲では、日米ともに、初診時および治療中の治療意欲が強い方が予後が良かった。
- ③初診時の登校状況では、とりわけ日本の事例において、登校状況が良い方が予後が良かった。
- ④本人と家族の関係では、とりわけ日本の事例において、関係の良い方が予後が良かった。
- ⑤不登校の理由では、社会の圧迫は予後にほとんど関係しなかったが、少なくとも日本の事例においては、予後に直接的な影響を与えたのは、本人の問題が最も大きく、次に友人の圧迫であった。教育の圧迫と家族の圧迫は、友人の圧迫と同程度の影響を与えたが、それは直接的な影響ではなかった。
- ⑥不登校に特徴的な性格あるいは行動の変化を表す症状では、総じて、ひきこもりや生活の乱れを伴う対人・対社会的恐怖などを表す症状群は、予後の悪さと関連がみられ、発達の未熟さ、母子関係をめぐる葛藤や情緒障害などを表す症状群は、むしろ予後の良さと関連がみられた。
- ⑦不登校のその他の特徴的な問題では、総じて、治療の対象になりやすい精神障害や逸脱行動の一部には、それらが不登校に随伴していた方が予後が良いものがあった。
- ⑧日本の事例におけるDSM-Ⅲ-R診断では、AXIS Iにおいては、「該当なし」、「適応障害」、「幼児期、少年期、または青年期に発症する障害」、「不安障害および身体化障害」、の順に予後が良かった。AXIS IIにおいては、人格障害または発達障害がない方が予後が良かった。

3. 対象者の類型化：数量化Ⅲ類による解析から、対象者を以下のように類型化した。

- ①不登校の理由については、「圧迫の強さ」を、「強圧型」と「弱圧型」に分け、「圧迫の領域」を、本人の問題と家族の圧迫が相対的に強い「内圧型」と、教育と友人の圧迫が相対的に強い「外圧型」に分けた。日本の事例には、強圧型と外圧型が多く、米国の事例には、弱圧型と内圧型が多かった。
- ②不登校に特徴的な性格あるいは行動の変化を表す症状については、「最弱変化群」、「弱変化群」、「強変化群」、「最強変化群」に分けたが、日米間に事例数に有意差は認められなかった。
- ③不登校のその他の特徴的な問題については、「不登校に随伴する症状の質」を、不安症状と社会的ひきこもりなどが目立つ「不安内閉型」と、情緒発達および気分の障害や逸脱行動などが目立つ「情緒逸脱型」に分け、「不登校に随伴する症状の量」を、

「多症状型」と「寡症状型」に分けた。日本の事例では、不安内閉型が多く、米国の事例では情緒逸脱型が多かった。

- ④上記の各類型と予後との関連については、「内圧・情緒逸脱型」、「外圧・情緒逸脱型」、「外圧・不安内閉型」、「内圧・不安内閉型」の順に予後が良かった。
- ⑤内圧・不安内閉型2例（日本）、外圧・不安内閉型2例（日本）、内圧・情緒逸脱型2例（米国）、外圧・情緒逸脱型1例（日本）を呈示した。

4. 不登校の形成因：日米の不登校の形成因の特徴について、比較文化精神医学的観点から以下のように推論した。

- ①日本型の不登校は、早期の母子の情緒的一体関係に端を発した、日本人に特有の対人不安のために、社会化の過程における分離-独立をめぐる発達課題の達成が遅れがちになり、ひとたび、学校や友人の圧迫により、不登校が始まると、他者の「まなざし」などにとられるあまり、ウチにこもりがちになるのが特徴的である。
- ②米国型の不登校は、早期に母親から分離-独立を要請されるための見捨てられ感情が基底にあり、本人の発達障害や社会病理を背景にした家族の病理性があまりにも強すぎると、見捨てられ感情を補償するだけの自律性が十分に育たないために、学校場面などでのストレスに耐えきれずに、問題行動を発症させることが特徴的である。しかし、他者の「まなざし」への意識は弱く、ウチにこもらない傾向がある。
- ③日本型の不登校は、その現象形態を若干変化させながら、蔓延の兆しをみせているが、それは、敗戦後の欧米文化の摂取、イエ制度に代表される明治時代以来の日本に特有の形式的・相対的な社会規範意識の崩壊、家族のあり方の変化、物質的豊饒性、刹那性・享楽性などとの関連が大きいことを推測した。

謝辞：稿を終えるにあたり、ご指導とご校閲をいただいた、筑波大学社会医学系の小田晋先生、稲村博先生に心より感謝致します。また、本研究にご協力いただいた、コロラド大学の中久喜雅文先生、マクマスター大学のシーラ・バレット先生、筑波大学社会医学系の松崎一葉先生などにも、あわせて御礼申し上げます。

文 献

- Atkinson, L., Quarrington, B., and Cyr, J. J. (1985) School Refusal: The heterogeneity of a concept. *American Journal of Orthopsychiatry* 55:83-101.
- Agras, S. (1959) The relationship of school phobia to childhood repression. *American Journal of Psychiatry* 116:533-536.
- American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, D. C., American Psychiatric Association.
- . (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3d ed., rev. (DSM-III-R)*. Washington, D. C., American Psychiatric Association.
- Baker, H., and Wills, U. (1978) School phobia: Classification and treatment. *British Journal of Psychiatry* 132:492-499.
- Benedict, R. (1954) *The Chrysanthemum and the Sword*. Tokyo, C. E. Tuttle Co.. (長谷川松治訳「菊と刀—日本文化の型」社会思想社 1972)
- Berg, I., Nichols, K., and Pritchard, C. (1969) School phobia: Its classification and relation to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 10:123-141
- Berg, I., Butler, A., and McGuire, R. (1972) Birth order and family size of school phobic adolescents. *British Journal of Psychiatry* 121:509-514.
- Berg, I., Butler, A., and Prichard, J. (1974) Psychiatric illness in the mothers of school-phobic adolescents. *British Journal of Psychiatry* 125:466-467.
- Berg, I., Butler, A., Fairbairn, I., McGuire, R. (1981) The parents of school phobic adolescents—A preliminary investigation of family life variables. *Psychological Medicine* 11:79-83.
- Berg, I. (1985) Management of school refusal. *Archives of Diseases in Childhood* 60:486-488.
- Berg, I., Casswell, G., Goodwin, A., Hullin, R., McGuire, R., and Tagg, G. (1985a) Classification of severe school attendance problems. *Psychological Medicine* 15:157-165.
- Berg, I., and Jackson, A. (1985b) Teenager school refusers grow up: A follow-up study of 168 subjects ten years on average after inpatient treatment. *British Journal of Psychiatry* 147:366-370.
- Berney, T., Kolvin, I., Bhate, S., Garside, F., Jeans, B., Kay, B., and Scarth, L. (1981) School phobia: A therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *British Journal of Psychiatry* 138:110-118.
- Bernstein, G. A., and Garfinkel, B. D. (1988) Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry* 145:70-74.
- Berryman, E. (1959) School phobia: Management problems in private practice. *Psychological Reports* 5:19-25.
- Blagg, N. R. (1987) *School Phobia and its Treatment*. Beckenham, Croom Helm.
- Blyth, D. A., and Simmons, R. G., (1983) The adjustment of early adolescents to school transitions. *Journal of early adolescence* 3:105-120.
- Broadwin, I. T. (1932) A contribution to the study of truancy. *American Journal of*

- Orthopsychiatry 2:253-254.
- Caroll, H.C.M. (1977) Absenteeism in South Wales. Faculty of Education, University College, Swansea.
- Chazan, M. (1962) School phobia. *British Journal of Educational Psychology* 32:209-217.
- Coolidge, J.C., Hahn, P.B., and Peck, A.L. (1957) School phobia: Neurotic crisis or way of life. *American Journal of Orthopsychiatry* 27:296-306.
- Coolidge, J.C., Miller, M.L., Tessman, E., and Waldfogel, S. (1960) School phobia in adolescence: A manifestation of severe character disturbance. *American Journal of Orthopsychiatry* 34:675-684.
- Coolidge, J.C., Brodie, R.D., and Feeney, B. (1964) A ten-year follow-up of sixty-six school-phobic children. *American Journal of Orthopsychiatry* 34:675-684.
- デビッド・マックギル (1990). 家族への介入アプローチ. 登校拒否・不登校 (坂野雄二編). 京都、同朋社.
- Davidson, S. (1960) School phobia as a manifestation of family disturbance: Its structure and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1:270-287.
- 土居健郎 (1971). 甘えの構造. 東京、弘文堂.
- Eisenberg, L. (1957) School phobia: A study in the communication of anxiety. *American Journal of Orthopsychiatry* 114:712-718.
- Eisenberg, L. (1958) School phobia: Diagnosis, genesis, and clinical management. *Paediatric Clinics of North America* 5:645-660.
- Erikson, E.H. (1950) *Childhood and society*. New York, Norton. (仁科弥生訳「幼児期と社会」みすず書房 1977)
- Estes, H.R., Haylett, C., and Johnson, A. (1956) Separation anxiety. *American Journal of Psychotherapy* 10:682-695.
- Eysenck, H.J., and Rachman, S. (1965) *The causes and cure of neurosis*. London, Routledge and Kegan Paul.
- Flakierska, N., Lindstrom, M., and Gillberg, C. (1988) School refusal: A 15-20-year followup study of 36 Swedish urban children. *British Journal of Psychiatry* 52:834-837.
- 福岡悦夫、井上寛、小松原孝介、井上照雄 (1988). 登校拒否の類型. *九州神経精神医学* 24 (1):71-78.
- 古川八郎、菱山洋子 (1980). 学校ぎらいの統計研究(1) — 東京都における出現率の推移と社会的要因の考察 —. *児童精神医学とその近接領域* 21(5):300-309.
- 菱山洋子、古川八郎 (1982). 学校ぎらいの統計研究(2) — 全国における出現率の推移と社会的要因の考察 —. *児童精神医学とその近接領域* 23(4):223-234.
- Gittelman-Klein, R., and Klein, D.F. (1971) Controlled imipramine treatment of school phobia. *Archives of General Psychiatry* 25:204-207.
- Glaser, K. (1959) Problems in school attendance: School phobia and related conditions. *Paediatrics* 23:371-383.
- Goldberg, T.B. (1953) Factors in the development of school phobia. *Smith College Studies in Social Work* 23:227-248.

- Granel de Aldaz, E., Vivas, E., Gelfand, D. M., and Feldman, L. (1984) Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears: A Venezuelan sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 172:722-729.
- Heath, A. (1983) The self-concepts of school-refusers. Ph.D. thesis, University of London.
- Hersov, L. A. (1960a) Persistent non-attendance at school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1:130-136.
- . (1960b) Refusal to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1:137-145.
- . (1976) *Child Psychiatry-Modern Approaches*. (edited by Rutter, M., and Hersov, L.) Blackpool Scientific Publications, Oxford. pp.455-486.
- . (1990) School Refusal: An Overview.-Why Children Reject School. Views from seven countries. (edited by Chiland, C., and Young, J. G.) Yale University Press, New Haven and London. pp.16-41.
- 本城秀次、金子寿子、名和美幸、猪子香代、杉山登志郎、大高一則、青山隆、阿部徳一郎、武井陽一、若林慎一郎(1987). 登校拒否像の時代的変遷について. *児童精神医学とその近接領域* 28(3):183-191.
- 池上恭司(1988). 思春期問題の同胞発現例に関する研究. 現代の青少年問題の背景と対策に関する研究. 伊藤忠記念財団調査研究報告書 17:83-98.
- 稲村博(1988). 登校拒否の克服. 東京、新曜社.
- 稲村博、松崎一葉、倉本英彦、池上恭司、中島聡美、西村秋生、垣渕洋一、斎藤環、真下テル、小松淳平(1991). 思春期青年期におけるグループホーム形式の宿泊療法. *思春期学* 9(2):210-217.
- 井上忠司(1977). 「世間体の構造」社会心理史への試み. 東京、NHKブックス.
- Johnson, A. M., Falstein, E. I., Szurek, S. A., and Svendsen, M. (1941) School Phobia. *American Journal of Orthopsychiatry* 11:707-711.
- Kahn, J. H., and Nursten, J. P. (1962) School Refusal: A comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *American Journal of Orthopsychiatry* 32:707-718.
- 兼頭吉市(1986). 校内暴力から集団いじめへー出口のない攻撃性ー. *精神科MOOK14* 青少年の社会病理 (藤原豪編集). 東京、金原出版.
- Kennedy, W. A. (1965) School Phobia: Rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology* 70:285-289.
- 菊池章(1988). 多変量解析による登校拒否症の横断的 분류の試み. 現代の青少年問題の背景と対策に関する研究. 伊藤忠記念財団調査研究報告書 17:33-57.
- 木村敏(1972). 人と人との間—精神病理学的日本論. 東京、弘文堂.
- Klein, E. (1945) The reluctance to go to school. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1:263-279.
- 近藤卓(1988). 集団療法の意義と効果. 現代の青少年問題の背景と対策に関する研究. 伊藤忠記念財団調査研究報告書 17:163-173.
- 倉本英彦、斎藤環、打木悟、池上恭司、中島聡美、岩楯公晴、藤光純一郎、関川俊男、稲村博(1989). 思春期青年期事例における短期合宿療法. *思春期学* 7(4):359-365.

- 栗栖瑛子、藤井賢一郎(1987).いわゆる「学校ぎらい」による長期欠席の経年推移と社会的諸要因との関連について. *社会精神医学* 10(4):319-328.
- Lachenmeyer, J.R.(1982)Special disorders of childhood:Depression, school phobia and anorexia nervosa. In J.R.Lachenmeyer, M.S.Gibbs, eds. *Psychopathology in Childhood*. New York:Gardner.
- Lassers, E., Nordan, R., and Bladholm, S.(1973)Steps in the return to school of children with school phobia. *American Journal of Psychiatry* 130:265-268.
- Last, C.G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A.E., and Strauss, C.C.,(1987)Separation anxiety and school phobia:A comparison using DSMIII criteria. *American Journal of Psychiatry* 130:265-268.
- Leventhal, T., and Sills, M.(1964)Self-image in school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*. 37:64-70.
- Mahler, M.S. et al.(1975)*The psychological birth of the human infant:Symbiosis and Individualization*. London, Hutchinson and Co. (高橋・織田・浜畑訳「乳幼児の心理誕生—母子共生と個体化」黎明書房 1981)
- Malmquist, C.P.(1965)School phobia:A problem in family neurosis. *American Journal of Orthopsychiatry*. 4:293-319.
- Mansdorf, I.J., and Lukens, E.(1985)Cognitive-behavioral psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry* 26:222-225.
- Masterson, J.F., Costello, J.L.(1980)*From borderline adolescent to functioning adult:The test of time*. New York, Brunner Mazel. (作田勉、他訳「青年期境界例の精神療法」星和書店 1982)
- Messer, A.A.(1964):Family treatment of a school phobic child. *Archives of General psychiatry* 11:548-555
- 増田光吉(1969). *アメリカの家族・日本の家族*. 東京、NHKブックス.
- 増井美保子(1990). *不登校の臨床像—症状とその経過—*. 登校拒否と家庭内暴力 (杉山信作編著). 東京、新興医学出版社.
- Millar, T.P.(1961)The child who refuses to attend school. *American Journal of Orthopsychiatry* 48:398-404.
- 文部省. 「理由別長欠児童・生徒数」. 学校基本調査報告書. 東京、大蔵省印刷局.
- 森田洋司(1990). 「不登校」現象の社会学. 東京、学文社.
- 牟田隆郎(1986). 問題行動と社会的背景の関連について—青少年における学校嫌い、非行などを手がかりとして—. *精神衛生研究* 33:17-27.
- 中西晃(1986). 帰国子女からみた欧米と日本の社会環境の違い. *精神科MOOK14* 青少年の社会病理 (藤原豪編). 東京、金原出版. pp156-164.
- 中久喜雅文(1982). *新しい育児と教育、在アメリカ精神科医の提言*. 東京、弘文堂.
- (1984). 米国の場合—文化と育児、アメリカ在住日本人の育児・教育を中心に—. *社会精神医学* 7(1):16-24.
- Nihira, K., Mink, I.T., Meyers, C.E.(1981)Relationship between home environment and school adjustment of TMR children. *American Journal of Mental Deficiency* 86:8-15.

- Nursten, J.P. (1963) School phobia: Projection in the later adjustment of school phobic children. *Smith College Studies in Social Work* 32:210-224.
- 岡田隆介、杉山信作、引地明義、他(1981). 登校拒否児の発達の類型化. *精神医学* 23:713-719.
- 岡田隆介、大沢多美子、杉山信作、高田広之進、引地明義(1988). 背景要因の変化による不登校四態(登校拒否、生徒アパシー、怠学、非行)の異同・移行について. *臨床精神医学* 17(2):263-269.
- Ollendick, T.H., Mayer, J.A. (1984) School Phobia. In Turner SM, Behavioral theories and treatment of anxiety. New York, Plenum.
- 大高一則、若林慎一郎、本城秀次、金子寿子、榎本和、大井正己、杉山登志郎、阿部徳一郎(1986). 登校拒否の追跡調査について. *児童精神医学とその近接領域* 27(4):213-229.
- Pittman III, F.S., Langsley, D.G., Deyoung, C.D. (1968) Work and school phobias: A family approach to treatment. *American Journal of Psychiatry* 124:1535-1541.
- Radin, S. (1967) Psychodynamic aspects of school phobia. *Comprehensive Psychiatry* 8:119-128.
- Rodriguez, A., Rodriguez, M., Eisenberg, L. (1959) The outcome of school phobia: A follow-up study based on 41 cases. *American Journal of Psychiatry* 116:540-544.
- Rubenstein, J., Hastings, E. (1980) School refusal in adolescence. *Adolescence* 15:775-782.
- Rutter, M., Garmezy, N. (1983) Developmental psychopathology. In E.M. Hetherington eds., *Handbook of child psychiatry* (Vol.4). New York, Wiley.
- 斎藤久美子、二橋茂樹、山本昭二郎、阪武彦、角本典子(1967). 登校拒否児の収容治療一類型的検討. *児童精神医学とその近接領域* 8:365-376.
- 作田啓一(1967). 恥の文化再考. 東京、筑摩書房.
- 佐藤修策(1968). 登校拒否児. 東京、国土社.
- 清水将之(1979). 思春期不登校の社会学. *児童精神医学とその近接領域*. 20:41-44.
- Skinner, H.A., Steinhauer, P.D., Santa-Barbara, J. (1983) The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2:91-105.
- Skygger, A.C.R. (1974) School phobia: A reappraisal. *British Journal of Medical Psychology* 47:1-16.
- Smith, S. (1970) School refusal with anxiety: A review of sixty-three cases. *Canadian Psychiatric Association Journal* 15:257-264.
- 総務庁青少年対策本部編(1982). 青少年と家庭. 東京、大蔵省印刷局.
- 総務庁青少年対策本部編(1987). 日本の子供と母親—国際比較—. 東京、大蔵省印刷局.
- Sperling, M. (1951) The neurotic child and his mother: A psychoanalytic study. *American Journal of Orthopsychiatry* 21:351-364.
- 杉山新作(1990). 登校拒否と家庭内暴力. 東京、新興医学出版社.
- 鷺見たえ子、玉井収介、小林育子(1960). 学校恐怖症の研究. *精神衛生研究* 8:27-56.
- 高木隆郎、川端利彦、田村貞房、三好郁男、前田正典、村井保子、澄川智(1959). 長欠児の精神医学的実態調査. *精神医学* 1:403-409.
- 高木隆郎(1963). 学校恐怖症. *小児科診療* 26:433-438.
- 高木隆郎、川端つね、藤沢惇子、加藤典子(1965). 学校恐怖症の典型像(1). *児童精神医学と*

- その近接領域 6:146-156.
- 高木隆郎(1969). 学校恐怖症—神経症的登校拒否と現代の家族—. からだの科学 No.29 (Sept.):54-58.
- 高木隆郎(1977). 登校拒否の心理と病理. 季刊精神療法 3(3):218-235.
- Takeuchi, M., Kajiwara, Y. (1988) Child-rearing and development: Comparisons between Japanese and Americans based upon the psychological-anthropological perspectives. ERIC, ED 305 148(MF).
- Talbot, M. (1957) Panic in school phobia. American Journal of Orthopsychiatry 27:286-295.
- 鎌幹八郎(1963). 学校恐怖症の研究 (I) —症状形成に関する分析的考察. 児童精神医学とその近接領域 4:221-235.
- Tyrer, P., Tyrer, S. (1974) School refusal, truancy and adult neurotic illness. Psychological Medicine 4:416-421.
- 内山喜久雄(1985). 登校拒否への統合的カウンセリングの提言. 相談学研究 18:221-235.
- Van Houten, J. (1948) Mother-child relationship in twelve cases of school phobia. Smith College Studies in Social Work 18:101-180.
- Waldfoegel, S., Coolidge, J. C., Hahn, P. B. (1957) The development, meaning and management of school phobia. American Journal of Orthopsychiatry 27:754-780.
- Warren, W. (1965) A study of adolescent psychiatric inpatients and the outcome six or more years later. (II) The follow-up study. Journal of Child Psychology and Psychiatry 6:1-17.
- 渡辺位(1986). 登校拒否. 精神科MOOK14 青少年の社会病理 (藤原豪編). 東京、金原出版. pp124-135.
- 若林慎一郎、佐分美代子、大井正己、田中通、本城秀次、杉山登志郎、金子寿子、小林泉 (1982). 登校拒否と社会状況との関連についての考察. 児童精神医学とその近接領域 23: 160-180.
- Weiss, M., Burke, A. (1970) A 5 to 10-year follow-up of hospitalized school phobic children and adolescents. American Journal of Orthopsychiatry 40:672-676.
- 山本由子(1964). いわゆる学校恐怖症の成因について. 精神神経誌 66:558-583.
- 山崎晃資、他(1989). 児童・思春期精神障害の疾患分類に関する研究 (第2報)、厚生省委託研究報告書 79-91.
- Yap, P. M. (1974) Comparative Psychiatry--A theoretical framework--ed. M. P. Lau and A .B. Stokes, University of Toronto Press.
- Young, J. G., Brasic, J. R., Kishnawala, H., Leven, L. (1990) Strategies for research on school refusal and related nonattendance at school. In Why Children Reject School (edited by Chiland, C. and Young, J. G.). New Haven and London, Yale University Press.
- Yule, W., Hersov, L., Treseder, J. (1980) Behavioral treatments in school refusal. In Hersov, L., and Berg, I. eds., Out of School: Modern Perspectives in School Refusal and Truancy, pp. 261-301. Chichester, Wiley.

Faint, illegible text visible on the left edge of the page, likely bleed-through from the reverse side.

TABLE 1. LIST OF ALL JAPANESE AND AMERICAN SUBJECTS

NO.	CODE	SEX (1=Male 2=Female)	AGE AT ONSET	PRESENT AGE	DSM-III-R DIAGNOSIS a	REFERRING PROBLEMS b	SIBLINGS c	MARITAL STATUS d	RELATION WITH FAMILY e	SCHOOL ATTENDANCE (END) f	EDUCATIONAL PRESSURE g	PEER PRESSURE g	PROGNOSIS (END) *				
									SCHOOL ATTENDANCE (INITIAL) f	SOCIAL PRESSURE g	FAMILY PRESSURE g	PERSONAL PROBLEM g					
1	J1	1	15	21	309.28	SR, AX	P/B/S/B	2	5	6	6	3	4	5	3	4	4
2	J2	1	12	19	300.30/301.82	SR, FV	P/S	3	6	1	1	2	3	6	3	5	2
3	J3	2	12	19	300.81/301.50	SR, FV, PS, SA	P	4	5	1	1	4	5	5	5	5	2
4	J4	2	13	17	309.28	SR	P/B	2	4	6	6	3	5	4	4	4	4
5	J5	2	17	19	309.30	SR	P/B	2	2	1	6	1	6	3	4	4	5
6	J6	1	13	14	313.00	SR	P/B/S	2	3	1	1	3	5	3	4	5	4
7	J7	2	9	19	313.00/301.40	SR, FV, PS	P/S	2	6	2	6	4	5	4	4	4	4
8	J8	1	16	19	313.82/301.82	SR	S/P	2	4	5	1	4	4	5	3	4	3
9	J9	1	10	14	313.21/301.82	SR, PS	P/B	2	4	1	6	4	4	4	4	5	3
10	J10	1	15	17	313.00/301.40	PS, AX	S/P	2	5	6	5	2	4	3	4	4	4
11	J11	2	10	16	313.21/315.90	SR, AX	S/P	2	3	1	2	3	4	2	2	5	2
12	J12	2	12	15	313.21, 313.23	SR, SM	P/S	2	3	2	2	2	2	2	2	4	3
13	J13	2	13	17	309.40	SR, FV	B/S	2	4	5	6	3	4	4	5	6	4
14	J14	1	12	17	313.00	SR	B/P	6	3	2	6	2	3	5	3	4	4
15	J15	2	13	19	309.28	SR, PS	B/B/P	2	2	2	6	3	4	4	5	4	6
16	J16	2	13	15	313.21/301.40	SR	S/P	2	3	2	1	2	2	4	3	5	3
17	J17	2	13	16	309.24	AX	P/B	2	4	6	6	3	5	4	4	4	4
18	J18	1	12	21	313.00	SR, FV, PS	B/P	2	5	4	6	2	2	4	4	4	4
19	J19	1	15	17	309.28	SR, PS	P	2	4	2	6	2	3	4	2	5	3
20	J20	2	10	11	309.21	SR, PS	P	2	4	1	6	1	3	3	1	5	5
21	J21	2	15	16	309.23	SR	P/B	2	2	1	5	6	5	2	1	2	5
22	J22	2	17	18	/301.40	SR, PS	P/B	2	3	5	6	2	2	5	3	5	6
23	J23	1	15	18	313.21/301.82	SR	P	2	2	2	6	2	3	3	3	4	4
24	J24	2	13	21	309.28/301.82	SR, SA	P/B	2	3	1	6	3	5	3	3	5	4
25	J25	1	16	19	309.23	SR, PS	P	2	3	5	6	3	5	5	3	4	5
26	J26	1	14	16	313.00	SR, FV, PS	S/P	2	4	2	5	3	4	4	4	4	4
27	J27	1	16	20	313.81	TR, FV	P/S	2	4	2	2	3	4	4	3	5	4
28	J28	2	16	19	313.00	SR, PS	P/S	2	3	2	6	4	4	4	3	5	4
29	J29	1	13	15	313.21	SR, FV, PS	P/B***	2	5	1	2	4	4	4	4	4	2
30	J30	1	10	14	309.82	PS, SR	B/P	2	4	6	3	2	2	3	2	4	3

31	J31	1	12	15	313.21/301.82	SR, PS	S/P	2	3	1	2	3	4	3	2	4	4
32	J32	2	11	14	309.82	SR, PS	S/P	2	3	3	6	3	5	3	2	4	4
33	J33	2	15	20	309.83	SR, PS	P/S	2	3	1	6	3	5	4	3	4	4
34	J34	2	16	18	309.28	SR, PS	S/B	2	3	2	6	3	4	4	3	4	4
35	J35	2	11	14	309.28/301.83	SR, FV, ED, SA	P/B	5	4	1	6	4	4	4	4	5	4
36	J36	1	13	17	313.00	SR	S/P	2	3	1	6	4	4	2	4	4	4
37	J37	1	15	22	300.23/301.20	SR	P	2	5	1	5	2	4	3	5	5	3
38	J38	1	13	20	/301.70	SR	P/B/B	2	5	1	1	2	3	5	3	5	4
39	J39	2	14	21	300.30/301.40	SR	P	2	5	2	4	3	5	2	5	5	3
40	J40	2	14	17	309.28	SR, FV	B/B/P	3	6	2	6	3	3	6	3	4	4
41	J41	1	15	18	309.28	SR, PS	P/S	2	0	2	6	4	5	3	4	5	4
42	J42	1	15	20	309.40	SR	S/B/S/P	2	5	1	1	4	5	5	4	5	2
43	J43	1	16	21	309.28	SR, PS	S/B/P	2	5	2	1	3	5	4	5	4	3
44	J44	2	16	18	309.23	SR, PS	S/P/S	2	3	5	6	3	3	3	5	4	4
45	J45	1	15	19	309.28	SR	S/S/P/S	2	3	2	6	3	4	4	3	5	3
46	J46	1	12	19	313.21	SR	P/B/S	2	5	5	6	2	4	4	4	4	4
47	J47	2	14	17	309.83	SR, ED	P/S	2	4	4	6	3	5	4	4	5	4
48	J48	1	12	17	313.21	SR, PS, FV	B/P	2	5	6	1	2	4	4	5	4	4
49	J49	1	15	21	309.40	SR, FV	P/S	2	4	1	6	3	5	4	4	5	5
50	J50	2	16	19	309.82	SR, PS	P	2	3	3	6	3	4	4	3	5	5
51	J51	1	17	18	309.28	SR	S/P	2	4	2	1	2	4	3	2	3	4
52	J52	1	15	18	309.28	SR, PS	P/S	2	5	2	2	3	4	4	3	4	3
53	J53	1	14	19	309.28	SR	S/P/S	2	3	1	1	2	3	3	3	5	3
54	J54	1	15	20	309.28	SR, AP	S/S/P	2	4	2	1	2	3	3	3	5	4
55	J55	1	17	23	309.28	SR	P/S	2	3	6	6	2	3	2	2	5	4
56	J56	1	12	15	313.21	SR	P	2	3	2	2	2	3	3	3	4	3
57	J57	2	18	19	300.23	SR, PS	B/P	2	4	1	2	3	3	2	2	5	3
58	J58	2	16	19	309.28	SR	B/B/P	2	5	2	2	2	4	4	3	4	3
59	J59	2	16	20	309.28	SR, DL	P/S	2	5	6	6	4	4	4	4	5	4
60	J60	1	17	21	309.28	SR, PS	P/S/B	2	5	1	2	2	4	5	3	5	3
61	J61	1	14	17	309.83	SR, FV	P/B	2	4	3	1	4	5	3	3	4	4
62	J62	1	12	16	309.82	SR, PS	S/P/S	2	3	4	6	3	5	4	3	4	4
63	J63	2	14	22	309.28	PH	S/B/P	2	5	1	1	3	2	3	3	5	3
64	J64	2	11	17	309.28	SR, FV	S/P/S	2	6	6	6	3	4	5	4	5	3
65	J65	2	18	20	309.28	SR	P	2	3	2	6	2	5	3	4	3	5
66	J66	2	18	21	307.50	SR, ED, SA	P/S	2	3	3	3	1	3	1	1	2	4
67	J67	1	15	17	313.00/301.90	SR	P	2	4	1	1	3	3	4	2	4	4
68	J68	2	10	15	313.21	SR	P	3	4	1	3	1	2	1	1	3	3
69	J69	1	17	20	300.23	SR, SA, DP	P/S	2	3	1	6	2	2	2	2	2	5
70	J70	2	16	18	313.21/301.82	SR, FV	P	2	4	4	5	2	2	3	2	4	4
71	J71	2	14	17	313.00	SR, DP	P/B	2	3	4	6	2	2	1	1	2	4
72	J72	2	10	11	309.23	SR, PS	P/B	2	4	2	2	2	2	2	4	3	2

73	A1	2	10	15	296.23/301.83	DP,SI	S/P	4	6	6	6	2	2	5	4	4	5
74	A2	2	14	15	296.23	DP,SR,SU	P/B*	4	5	2	6	2	2	6	3	3	5
75	A3	1	14	18	311.00,307.50/301.81	SR,DP,PS	B/P	2	4	2	6	2	3	5	4	5	5
76	A4	1	14	17	311.00,313.81	DP,SI,SR,FV	P/S/B	2	5	2	6	2	4	4	3	5	5
77	A5	1	14	21	312.00,309.81/301.83	DL,PS,SD	B/P	4	7	6	6	2	3	6	3	5	4
78	A6	1	11	16	311.00,313.82	SD,FV	B/S/P/B*	4	6	6	6	1	2	5	2	5	4
79	A7	1	14	18	311.00/301.90	SR,DL	B/P/B/S*	4	6	2	1	2	2	5	1	4	3
80	A8	2	15	15	300.40/301.83	DP,TR	S/P	4	6	4	6	2	2	6	2	4	4
81	A9	2	12	14	311.00/313.82	DL,DP	B**/P	4	5	5	6	2	4	5	4	5	5
82	A10	1	17	18	296.22	DP,SI,SR	P/B***	2	4	6	6	1	3	4	2	4	4
83	A11	2	15	16	311.00,312.20	TR	P/S	2	5	2	6	2	3	3	2	5	4
84	A12	1	15	16	&	DL,CD	P/S/B	2	6	1	1	2	3	2	2	6	4
85	A13	1	XX	16	296.43	DP	B/P	4	4	1	1	3	5	5	3	5	3
86	A14	1	XX	15	304.90	SU,CD	S/S/P/B	2	5	4	X	2	5	5	2	5	3

a Code numbers of DSM-III-R classification.

& 305.90,311.00,314.01,313.81/301.90,315.00,315.80

b SR=School refusal,PS=Psychosomatic symptoms,FV=Family violence,AX=Anxiety disorders,SA=Suicidal attempt
SI=Suicidal ideation,SU=Substance abuse,SM=Selective mutism,SD=School dropout,ED=Eating disorders,
TR=Truancy,DL=Delinquency,CD=Conduct disorders,DP=Depression,PH=Phobia

c The order of siblings is shown from left to right.

P=Patient,B=Brother,S=Sister

* Biological half, ** Adoptive, *** Identical twin

d 1=Single,2=Married,3=Separated,4=Divorced,5=Widowed,6=Other

f 1=Never attended,2=0%-19%,3=20%-39%,4=40%-59%,5=60%-79%,6=80%-100%

g 1=None,2=Mininal,3=Mild,4=Moderate,5=Severe,6=Extreme

* 1=Very poor,2=Poor,3=Fair,4=Good,5=Very good,6=Excellent

TABLE 1-1. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF JAPANESE AND AMERICAN SUBJECTS

AGE *	JAPANESE			AMERICAN		
	MALE (N=37)	FEMALE (N=35)	TOTAL (N=72)	MALE (N=9)	FEMALE (N=5)	TOTAL (N=14)
AGE AT ONSET	14.1 ±1.9	13.8 ±2.6	14.0 ±2.2	14.1 ±1.8	13.2 ±2.2	13.8 ±1.9
PRESENT AGE	18.2 ±2.4	17.5 ±2.6	17.9 ±2.5	17.2 ±1.8	15.0 ±0.7	16.4 ±1.8

* Mean age ± SD (yrs)

TABLE 1-2. DSM-III-R DIAGNOSIS OF JAPANESE AND AMERICAN SUBJECTS

AXIS I \ AXIS II	NONE	ClusterA *	ClusterB *	ClusterC *	TOTAL
JAPAN					
CHILDHOOD OR ADOLESCENCE a	16 (22.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (13.9%)	26 (36.1%)
ADJUSTMENT DISORDER	36 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	38 (52.8%)
ANXIETY DISORDERS b	2 (2.8%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (2.8%)	6 (8.3%)
NONE	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	2 (2.8%)
TOTAL	54(75.0%)	1(1.4%)	2(2.8%)	13(18.1%)	72(100.0%)
USA †					
CHILDHOOD OR ADOLESCENCE a	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)
MOOD DISORDERS	5 (35.7%)	0 (0.0%)	3 (21.4%)	4 (28.6%)	12 (85.7%)
SUBSTANCE ABUSE	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)
TOTAL	6(42.9%)	0(0.0%)	4(28.6%)	4(28.6%)	14(100.0%)

a Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence.

b Also include Somatoform Disorders.

* ClusterA=Schizoid personality disorder, ClusterB=Antisocial, Borderline, Histrionic, or Narcissistic personality disorder, ClusterC=Avoidant, Obsessive compulsive, NOS personality disorder, or developmental disorders.

† The diagnoses of the American subjects are so complex and extending over several disorders that only the primary disorder is listed here.

TABLE 1-3. REFERRAL SOURCES

REFERRAL SOURCES	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)	
	N	%	N	%
HOSPITAL	20	27.8	2	14.3
EDUCATIONAL	9	12.5	0	0
CORRECTIONAL	0	0	0	0
FAMILY	2	2.8	3	21.4
SELF	1	1.4	0	0
MEDIA a	24	33.3	0	0
OTHER b	16	22.2	10	71.4

a Mass media such as TV, radio, newspaper, magazines or books.
 b Japanese subjects were referred from miscellaneous sources, while all American subjects from psychiatric professionals.

TABLE 1-4. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FAMILY MEMBERS

CHARACTERISTICS		JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
FATHER'S AGE *		47.5 ± 5.1 yrs(N=68)		40.7 ± 5.9 yrs(N=11)		
MOTHERS' S AGE *		44.4 ± 4.2 yrs(N=70)		39.8 ± 5.1 yrs(N=12)		
		N	%	N	%	
NUMBER OF SIBLINGS	1	12	16.7	0	0.0	$\chi^2=6.32,$ $p=0.10$
	2	41	56.9	9	64.3	
	3	15	20.8	2	14.3	
	4	4	5.6	3	21.4	
ORDER IN SIBLINGS	1st	43	59.7	7	50.0	$\chi^2=1.44,$ $p=0.70$
	2nd	20	27.8	6	42.9	
	3rd	8	11.1	1	7.1	
	4th	1	1.4	0	0.0	
HOME LOCATION	rural	13	18.1	1	7.1	$\chi^2=0.38,$ $p=0.54$
	urban	59	81.9	13	92.9	

* The age of the present parent living together with the subject.

TABLE 1-5. REFERRING PROBLEMS

REFERRING PROBLEMS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
SCHOOL NONATTENDANCE a	62	86.1	8	57.1	$\chi^2=37.3,$ $P<0.001$
PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS b	16	22.2	1	7.1	
FAMILY VIOLENCE c	10	13.9	2	14.3	
NEUROTIC SYMPTOMS d	9	12.5	1	7.1	
DEPRESSION	3	4.2	7	50.0	
DELINQUENCY e	2	2.8	5	35.7	
SUICIDE f	4	5.6	4	28.6	
APATHY g	3	4.2	1	7.1	
OTHER	2	2.8	2	14.3	

a Include school phobia, school refusal, school dropout or truancy.
 b Occasional physical symptoms without detectable physical illness.
 c Usually violence from the subject towards mother in Japanese subjects.
 d Include anxiety, obsessive-compulsive behaviors, eating disorders, insomnia, agoraphobia or mutism.
 e Also include conduct disorders or substance abuse.
 f Include both suicidal ideation and suicidal gestures/attempts
 g Marked social withdrawal with few psychiatric symptoms.

TABLE 2-1. DURATION FROM ONSET UNTIL FIRST PROFESSIONAL CONTACT

DURATION	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
~3mon	38	52.8	7	50.0	P=0.46 *
3~6mon	15	20.8	2	14.3	
6~9mon	4	5.6	0	0.0	
9~12mon	6	8.3	0	0.0	
12mon~	9	12.5	5	35.7	

* Two-tailed Wilcoxon rank-sum test with the standard normal approximation

TABLE 2-2a. TYPES OF THERAPY PROVIDED

THERAPY	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)	
	N	%	N	%
HOSPITAL INPATIENT	8	11.1	14	100.0
OUTPATIENT	72	100.0	14	100.0
PHARMACOTHERAPY	50	69.4	10	71.4
PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY	4	5.6	14	100.0
FAMILY THERAPY a	71	98.6	14	100.0
GROUP THERAPY b	12	16.7	14	100.0
BEHAVIORAL THERAPY	0	0.0	0	0.0
COGNITIVE THERAPY	0	0.0	0	0.0
OTHER(i.e.ECLECTIC) c	almost all		0	0.0

a Family counselling in Japanese subjects.

b Include group psychotherapy, occupational therapy, social skill training in USA, while in Japan youth club, camp therapy or group home therapy.

c Almost all Japanese subjects received an empirical eclectic therapy.

TABLE 2-2b. THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF THE THERAPIES ADMINISTERED

THERAPY	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)	
	RANK1 *	RANK2 *	RANK1	RANK2
HOSPITAL INPATIENT	4(5.6)#	3(4.2)	12(85.7)	0(0.0)
OUTPATIENT	32(44.4)	27(37.5)	0(0.0)	1(7.1)
PHARMACOTHERAPY	4(5.6)	22(30.6)	1(7.1)	4(28.6)
PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(35.7)
FAMILY THERAPY	25(34.7)	34(47.2)	0(0.0)	3(21.4)
GROUP THERAPY	6(8.3)	1(1.4)	0(0.0)	7(50.0)
BEHAVIORAL THERAPY	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
COGNITIVE THERAPY	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
OTHER(i.e.ECLECTIC)	30(41.7)	30(41.7)	0(0.0)	0(0.0)

* RANK1=most therapeutic, RANK2=next therapeutic.

Number of subjects(%).

TABLE 2-3a. SUBJECT'S MOTIVATION FOR TREATMENT AT INITIAL INTERVIEW

LEVELS a	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
UNMOTIVATED	6	8.3	0	0.0	P=0.82
VERY POOR	5	6.9	0	0.0	
POOR	13	18.1	6	42.9	
FAIR	22	30.6	4	28.6	
GOOD	19	26.4	3	21.7	
VERY GOOD	5	6.9	1	7.1	
EXCELLENT	2	2.8	0	0.0	

a Operational definitions according to DSM-III. See appendix.

TABLE 2-3b. SUBJECT'S MOTIVATION FOR TREATMENT DURING TREATMENT

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
UNMOTIVATED	2	2.8	0	0.0	P=0.15
VERY POOR	6	8.3	0	0.0	
POOR	16	22.2	2	14.3	
FAIR	19	26.4	5	35.7	
GOOD	18	25.0	6	42.9	
VERY GOOD	10	13.9	1	7.1	
EXCELLENT	1	1.4	0	0.0	

TABLE 2-4a. SUBJECT'S PROGNOSIS AT INITIAL INTERVIEW

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
VERY POOR	0	0.0	0	0.0	P<0.05
POOR	13	18.1	0	0.0	
FAIR	31	43.1	5	35.7	
GOOD	22	30.1	9	64.3	
VERY GOOD	5	6.9	0	0.0	
EXCELLENT	1	1.4	0	0.0	

TABLE 2-4b. SUBJECT'S PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT *

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
VERY POOR	0	0.0	0	0.0	P=0.17
POOR	7	9.7	1	7.1	
FAIR	18	25.0	3	21.4	
GOOD	37	51.4	5	35.7	
VERY GOOD	8	11.1	5	35.7	
EXCELLENT	2	2.8	0	0.0	

* For subjects whose treatment had not been finished, the current level of prognosis was assigned.

TABLE 2-5a. SUBJECT'S LEVEL OF SCHOOL ATTENDANCE AT INITIAL INTERVIEW

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NEVER ATTENDED	25	34.7	2	14.3	P=0.08
0% ~ 19%	23	31.9	5	35.7	
20% ~ 39%	4	5.6	0	0.0	
40% ~ 59%	6	8.3	2	14.3	
60% ~ 79%	5	6.9	1	7.1	
80% ~ 100%	9	12.5	4	28.6	

TABLE 2-5b. SUBJECT'S LEVEL OF SCHOOL ATTENDANCE AT THE END OF TREATMENT

LEVELS	JAPANESE(N=71)		AMERICAN(N=13)		
	N	%	N	%	
NEVER ATTENDED	15	21.1	3	23.1	P=0.22
0% ~ 19%	11	15.5	0	0.0	
20% ~ 39%	3	4.2	0	0.0	
40% ~ 59%	1	1.4	0	0.0	
60% ~ 79%	5	7.0	0	0.0	
80% ~ 100%	36	50.7	10	76.9	

TABLE 2-6a. SOCIAL PRESSURES (IN REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL)

LEVELS a	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NONE	4	5.6	2	14.3	P<0.005
MINIMAL	26	36.1	11	78.6	
MILD	29	40.3	1	7.1	
MODERATE	12	16.7	0	0.0	
SEVERE	0	0.0	0	0.0	
EXTREME	1	1.4	0	0.0	

a Operational definitions according to DSM-III. See appendix.

TABLE 2-6b. EDUCATIONAL PRESSURES (IN REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL)

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NONE	0	0.0	0	0.0	P<0.05
MINIMAL	11	15.3	5	35.7	
MILD	15	20.8	5	35.7	
MODERATE	26	36.1	2	14.3	
SEVERE	19	26.4	2	14.3	
EXTREME	1	1.4	0	0.0	

TABLE 2-6c. FAMILY PRESSURES (IN REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL)

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NONE	3	4.2	0	0.0	P<0.005
MINIMAL	9	12.5	1	7.1	
MILD	20	27.8	1	7.1	
MODERATE	28	38.9	2	14.3	
SEVERE	10	13.9	7	50.0	
EXTREME	2	2.8	3	21.4	

TABLE 2-6d. PEER PRESSURES (IN REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL)

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NONE	5	69.4	1	7.1	P=0.06
MINIMAL	12	16.7	6	42.9	
MILD	26	36.1	4	28.6	
MODERATE	21	29.2	3	21.4	
SEVERE	8	11.1	0	0.0	
EXTREME	0	0.0	0	0.0	

TABLE 2-6e. PERSONAL PROBLEMS (IN REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL)

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
NONE	0	0.0	0	0.0	P=0.11
MINIMAL	4	5.6	0	0.0	
MILD	4	5.6	1	7.1	
MODERATE	33	45.8	4	28.6	
SEVERE	31	43.1	8	57.1	
EXTREME	0	0.0	1	7.1	

TABLE 3a. SUBJECT'S EDUCATIONAL LEVEL AT INITIAL INTERVIEW

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
ELEMENTARY SCHOOL	6	8.3	1	7.1	$\chi^2=5.72,$ $P=0.13$
JUNIOR HIGH SCHOOL	27	37.5	1	7.1	
HIGH SCHOOL	38	52.8	12	85.7	
OTHER	1	1.4	0	0.0	

TABLE 3b. SUBJECT'S HIGHEST EDUCATIONAL LEVEL PRIOR TO TREATMENT

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
ELEMENTARY SCHOOL	12	16.7	2	14.3	$\chi^2=2.92,$ $P=0.41$
JUNIOR HIGH SCHOOL	24	33.3	5	35.7	
HIGH SCHOOL	34	47.2	7	50.0	
OTHER	2	2.8	2	14.3	

TABLE 3c. SUBJECT'S CURRENT HIGHEST EDUCATIONAL LEVEL

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=13)		
	N	%	N	%	
ELEMENTARY SCHOOL	2	2.8	0	0.0	$\chi^2=0.37,$ $P=0.94$
JUNIOR HIGH SCHOOL	11	13.9	2	15.4	
HIGH SCHOOL	48	66.7	9	69.2	
OTHER	11	13.9	2	15.4	

TABLE 4. SUBJECT'S DEVELOPMENTAL HISTORY

AREA OF DEVELOPMENT		JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
		N	%	N	%	
PRENATAL DEVELOPMENT	UNEVENTFUL	67	93.1	11	78.6	$\chi^2=1.45,$ $P=0.23$
	EVENTFUL	5	6.9	3	21.4	
PHYSICAL DEVELOPMENT	NORMAL	71	98.6	13	92.9	$P=0.74(\chi^2=0.11)$
	DELAYED	1	1.4	1	7.1	$P=0.74(\chi^2=0.11)$
	ABNORMAL	0	0.0	0	0.0	
COGNITIVE DEVELOPMENT	NORMAL	69	95.8	11	78.6	$P=0.08(\chi^2=3.05)$
	DELAYED	9	12.5	7	50.0	$P<0.005(\chi^2=8.55)$
	ABNORMAL	1	5.6	1	7.1	$P=0.73(\chi^2=0.12)$
EMOTIONAL DEVELOPMENT	NORMAL	64	88.9	8	57.1	$P<0.05(\chi^2=6.49)$
	DELAYED	12	16.7	8	57.1	$P<0.005(\chi^2=8.61)$
	ABNORMAL	3	4.2	6	42.9	$P<0.001(\chi^2=13.8)$
AGE-APPROPRIATE ABILITIES	NORMAL	65	90.3	11	78.6	$P=0.43(\chi^2=0.63)$
	DELAYED	9	12.5	8	57.1	$P<0.005(\chi^2=12.0)$
	ABNORMAL	0	0.0	1	7.1	$P=0.36(\chi^2=0.81)$

TABLE 5-1a. OCCUPATION OF THE SUBJECT'S FATHER

OCCUPATION	JAPANESE(N=69)		AMERICAN(N=13)		
	N	%	N	%	
PROFESSIONAL	16	23.2	2	15.4	$\chi^2=36.6,$ $P<0.001$
BUSINESS	43	62.3	1	7.7	
CLERICAL/SALES	5	7.2	0	0.0	
SKILLED LABORER	4	5.8	7	53.8	
UNSKILLED LABORER	1	1.4	3	23.1	
HOMEMAKER	0	0.0	0	0.0	
UNEMPLOYED	0	0.0	0	0.0	
OTHER	0	0.0	0	0.0	

TABLE 5-1b. OCCUPATION OF THE SUBJECT'S MOTHER

OCCUPATION	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=13)		
	N	%	N	%	
PROFESSIONAL	4	5.6	3	23.0	$\chi^2=12.2,$ $P<0.005$
BUSINESS	2	2.8	2	15.4	
CLERICAL/SALES	5	6.9	4	30.8	
SKILLED LABORER	1	1.4	0	0.0	
UNSKILLED LABORER	7	9.7	2	15.4	
HOMEMAKER	49	68.1	1	7.7	
UNEMPLOYED	2	2.8	0	0.0	
OTHER	2	2.8	1	0.0	

TABLE 5-2a. FATHERS' HIGHEST EDUCATIONAL LEVEL ATTAINED

LEVELS	JAPANESE(N=64)		AMERICAN(N=5)		
	N	%	N	%	
ELEMENTARY SCHOOL	1	1.6	0	0.0	$\chi^2=21.9,$ $P<0.005$
JUNIOR HIGH SCHOOL	1	1.6	0	0.0	
HIGH SCHOOL	17	26.6	1	20.0	
COLLEGE/SPECIALITY SCHOOL	5	7.8	4	80.0	
UNIVERSITY	38	59.4	0	0.0	
OTHER	2	3.1	0	0.0	

TABLE 5-2b. MOTHER'S HIGHEST EDUCATIONAL LEVEL ATTAINED

LEVELS	JAPANESE(N=66)		AMERICAN(N=7)		
	N	%	N	%	
ELEMENTARY SCHOOL	0	0.0	0	0.0	$\chi^2=7.29,$ $P=0.06$
JUNIOR HIGH SCHOOL	5	7.6	0	0.0	
HIGH SCHOOL	22	33.3	2	28.6	
COLLEGE/SPECIALITY SCHOOL	17	25.8	5	71.4	
UNIVERSITY	22	33.3	0	0.0	
OTHER	0	0.0	0	0.0	

TABLE 5-3. MARITAL STATUS OF PARENTS AT PRESENT

MARITAL STATUS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
SINGLE	0	0.0	0	0.0	$\chi^2=11.3,$ $P<0.05$
MARRIED	66	91.7	11*	78.6	
SEPARATED	3	4.2	0	0.0	
DIVORCED	1	1.4	3	21.4	
WIDOWED	1	1.4	0	0.0	
OTHER	1	1.4	0	0.0	

* Five out of the eleven parents have remarried.

TABLE 5-4. LEVEL OF FAMILY FUNCTIONING *

AREA OF FAMILY FUNCTIONING		JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
		N	%	N	%	
PROBLEM SOLVING	SATISFACTORY	39	54.2	1	7.1	$\chi^2=8.61,$ $P<0.005$
	UNSATISFACTORY	33	45.8	13	92.9	
COMMUNICATION	SATISFACTORY	33	45.8	1	7.1	$\chi^2=5.81,$ $P<0.05$
	UNSATISFACTORY	39	54.2	13	92.9	
ROLES	SATISFACTORY	45	62.5	2	14.3	$\chi^2=14.1,$ $P<0.001$
	UNSATISFACTORY	17	23.6	12	85.7	
AFFECTIVE RESPONSE	SATISFACTORY	34	47.2	2	14.3	$\chi^2=3.96,$ $P<0.05$
	UNSATISFACTORY	38	52.8	12	85.7	
BEHAVIORAL CONTROL	SATISFACTORY	38	52.8	1	7.1	$\chi^2=8.09,$ $P<0.005$
	UNSATISFACTORY	34	47.2	13	92.9	
PARENT-CHILD RELATIONS	SATISFACTORY	39	54.2	1	7.1	$\chi^2=8.61,$ $P<0.005$
	UNSATISFACTORY	33	45.8	13	92.9	

* Family functioning is defined according to McMaster model. See appendix.

TABLE 5-5a. FAMILY'S MOTIVATION FOR FAMILY THERAPY AT INITIAL INTERVIEW

LEVELS a	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
UNMOTIVATED	0	0.0	0	0.0	P=0.38
VERY POOR	1	1.4	0	0.0	
POOR	2	2.8	1	7.1	
FAIR	14	19.4	2	14.3	
GOOD	35	48.6	7	50.0	
VERY GOOD	8	11.1	3	21.4	
EXCELLENT	2	2.8	1	7.1	

a Operational definitions according to DSM-III. See appendix.

TABLE 5-5b. FAMILY'S MOTIVATION FOR FAMILY THERAPY DURING TREATMENT

LEVELS	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
UNMOTIVATED	0	0.0	0	0.0	P=0.09
VERY POOR	1	1.4	0	0.0	
POOR	10	13.9	1	7.1	
FAIR	12	16.7	2	14.3	
GOOD	39	54.2	6	42.9	
VERY GOOD	9	12.5	4	28.6	
EXCELLENT	1	1.4	1	7.1	

TABLE 5-6. SUBJECT'S RELATIONSHIP WITH HIS FAMILY

LEVELS a	JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
	N	%	N	%	
SUPERIOR	0	0.0	0	0.0	P<0.001
VERY GOOD	4	5.6	0	0.0	
GOOD	26	36.1	0	0.0	
FAIR	21	29.2	3	21.4	
POOR	17	23.6	5	35.7	
VERY POOR	4	5.6	5	35.7	
GROSSLY IMPAIRED	0	0.0	1	7.1	

a Operational definitions according to DSM-III. See appendix.

TABLE 6-1. FAMILY HISTORY OF PSYCHIATRIC PROBLEMS

FAMILY MEMBER	PSYCHIATRIC PROBLEMS	JAPANESE (N=72)		AMERICAN (N=14)		
		N	%	N	%	
FATHER	YES	4	58.0	3	21.4	$\chi^2 = 1.93$ P=0.16
	NO	65	94.2	11	78.6	
MOTHER	YES	10	14.1	5	35.7	$\chi^2 = 2.42$ P=0.12
	NO	61	85.9	9	64.3	
SIBLINGS	YES	8	12.7	3	21.4	$\chi^2 = 0.18$ P=0.67
	NO	55	87.3	11	78.6	
GRANDPARENTS	YES	2	5.3	6	60.0	$\chi^2 = 13.4$ P<0.001
	NO	36	94.7	4	40.0	

TABLE 6-2. PSYCHIATRIC PROBLEMS OF THE SUBJECT'S IMMEDIATE FAMILY MEMBERS

PSYCHIATRIC PROBLEMS		JAPANESE (N=72)		AMERICAN (N=14)		
		N	%	N	%	
SCHOOL REFUSAL	YES	5	70.4	2	14.3	$\chi^2 = 0.14$ P=0.71
	NO	66	93.0	12	85.7	
SOCIAL WITHDRAWAL	YES	6	8.3	0	0.0	$\chi^2 = 0.30$ P=0.59
	NO	66	91.7	14	100.0	
APATHY	YES	2	2.8	0	0.0	$\chi^2 = 0.11$ P=0.74
	NO	70	97.2	14	100.0	
DELINQUENCY	YES	2	2.8	2	14.3	$\chi^2 = 1.39$ P=0.24
	NO	70	97.2	12	85.7	
FLUSHING	YES	0	0.0	0	0.0	
	NO	72	100.0	14	100.0	
FEARS OR PHOBIAS	YES	3	4.2	2	14.3	$\chi^2 = 0.73$ P=0.39
	NO	69	95.8	12	85.7	
PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS	YES	5	6.9	0	0.0	$\chi^2 = 0.15$ P=0.70
	NO	67	93.1	14	100.0	
NEUROTIC SYMPTOMS	YES	9	12.5	2	14.3	$\chi^2 = 0.07$ P=0.80
	NO	63	87.5	12	85.7	
SEPARATION ANXIETY	YES	0	0.0	1	7.1	$\chi^2 = 0.84$ P=0.36
	NO	72	100.0	13	92.9	
ANXIETY DISORDERS	YES	9	12.5	0	0.0	$\chi^2 = 0.85$ P=0.36
	NO	63	87.5	14	100.0	
OBSESSIVE-COMPULSIVENESS	YES	4	5.6	0	0.0	$\chi^2 = 0.04$ P=0.83
	NO	68	94.4	14	100.0	
EATING-RELATED DISORDERS	YES	1	1.4	0	0.0	$\chi^2 = 0.84$ P=0.36
	NO	71	98.6	14	100.0	
DEPRESSIVE DISORDERS	YES	9	12.5	7	50.0	$\chi^2 = 8.55$ P<0.005
	NO	63	87.5	7	50.0	
TRUENCY	YES	1	1.4	2	14.3	$\chi^2 = 2.54$ P=0.11
	NO	70	98.6	12	85.7	
SCHOOL DROPOUT	YES	3	4.2	2	14.3	$\chi^2 = 0.73$ P=0.39
	NO	69	95.8	12	85.7	
CONDUCT DISORDERS	YES	1	1.4	0	0.0	$\chi^2 = 0.84$ P=0.36
	NO	71	98.6	14	100.0	
AGORAPHOBIA	YES	0	0.0	0	0.0	
	NO	72	100.0	14	100.0	
PANIC DISORDER	YES	0	0.0	1	7.1	$\chi^2 = 0.84$ P=0.36
	NO	72	100.0	13	92.9	
DEVELOPMENTAL DISORDER	YES	0	0.0	2	14.3	$\chi^2 = 5.18$ P<0.05
	NO	72	100.0	12	85.7	
SUBSTANCE ABUSE	YES	2	2.8	8	57.1	$\chi^2 = 28.6$ P<0.001
	NO	70	97.2	6	42.9	
ANTISOCIAL DISORDER	YES	1	1.4	0	0.0	$\chi^2 = 0.84$ P=0.36
	NO	71	98.6	14	100.0	
HYPOCHONDRIACAL SYMPTOMS	YES	0	0.0	0	0.0	
	NO	72	100.0	14	100.0	
PHYSICAL VIOLENCE TOWARDS PERSONS	YES	5	6.9	4	28.6	$\chi^2 = 3.77$ P=0.05
	NO	67	93.1	10	71.4	
VERBAL ABUSE	YES	6	8.3	4	28.6	$\chi^2 = 2.91$ P=0.09
	NO	66	91.7	10	71.4	
PHYSICAL VIOLENCE TOWARDS PROPERTY	YES	3	4.2	2	14.3	$\chi^2 = 0.73$ P=0.39
	NO	69	95.8	12	85.7	
DAY-NIGHT REVERSAL	YES	4	5.6	0	0.0	$\chi^2 = 0.04$ P=0.83
	NO	68	94.4	14	100.0	

TABLE 7-1. PRECIPITATING FACTORS TO THE ONSET OF SCHOOL REFUSAL

PRECIPITATING FACTORS		JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
		N	%	N	%	
FEAR OR ACTUAL FAILURE	YES	50	69.4	4	28.6	$\chi^2=6.72$ $P<0.05$
	NO	22	30.6	10	71.4	
ANXIETY OR PANIC	YES	54	75.0	7	50.0	$\chi^2=2.44$ $P=0.12$
	NO	18	25.0	7	50.0	
MINOR ACCIDENT	YES	10	14.1	1	7.1	$\chi^2=0.07$ $P=0.79$
	NO	61	85.9	13	92.9	
ILLNESS OR OPERATION	YES	7	10.4	0	0.0	$\chi^2=0.55$ $P=0.46$
	NO	60	89.6	14	100.0	
SCHOOL HOLIDAY OR CAMP	YES	4	5.6	0	0.0	$\chi^2=0.04$ $P=0.83$
	NO	68	94.4	14	100.0	
MOVING TO A NEW HOUSE	YES	5	6.9	4	28.6	$\chi^2=3.77$ $P=0.05$
	NO	67	73.1	10	71.4	
CHANGING CLASS OR SCHOOL	YES	45	62.5	7	50.0	$\chi^2=0.33$ $P=0.56$
	NO	27	37.5	7	50.0	
DEPARTURE OR LOSS OF A SCHOOL FRIEND	YES	8	11.1	1	7.1	$\chi^2=0.001$ $P=0.97$
	NO	64	88.9	13	92.9	
ILLNESS OR DEATH OF A SIGNIFICANT ADULT	YES	5	6.9	3	21.4	$\chi^2=1.45$ $P=0.23$
	NO	67	93.1	11	78.6	
FAMILY RELATED PROBLEMS	YES	35	49.3	11	78.6	$\chi^2=2.94$ $P=0.09$
	NO	36	50.7	3	21.4	
PEER RELATED PROBLEMS	YES	33	47.8	8	57.1	$\chi^2=0.12$ $P=0.73$
	NO	36	52.2	6	42.9	
SCHOOL FACTORS RELATED TO SCHOOL REFUSAL	YES	60	83.3	11	78.6	$\chi^2=0.002$ $P=0.96$
	NO	12	16.7	3	21.4	
a) FAILING GRADES	YES	51	85.0	9	81.8	$\chi^2=0.03$ $P=0.85$
	NO	9	15.0	2	18.2	
b) SIGNIFICANT UNDERACHIEVEMENT	YES	53	88.3	11	100.0	$\chi^2=0.41$ $P=0.52$
	NO	7	11.7	0	0.0	
c) FEAR OF TEACHER	YES	43	71.7	3	27.3	$\chi^2=6.20$ $P<0.05$
	NO	17	28.2	8	72.7	
d) FEAR OF SCHOOL PEERS	YES	43	71.7	4	36.4	$\chi^2=3.72$ $P=0.05$
	NO	17	28.2	7	63.6	
e) FEAR OF SCHOOL WORK	YES	47	78.3	4	36.4	$\chi^2=6.15$ $P<0.05$
	NO	13	21.7	7	63.6	

TABLE 7-2a. CHANGES IN PERSONALITY (IN SYMPTOMS OF SCHOOL REFUSAL)

CHANGES IN PERSONALITY	COUNTRY	LEVELS OF THE SYMPTOM					P	
		NONE	MINIMAL	MILD	MODERATE	SEVERE		EXTREME
WITHDRAWAL FROM PEER GROUP ACTIVITIES	JPN	1	14	20	22	15	0	<0.05
	USA	1	7	4	1	1	0	
OVERLY DEPENDENT	JPN	5	19	22	21	5	0	<0.05
	USA	3	5	4	2	0	0	
CLINGS TO OR TRIES TO CONTROL A PARENT	JPN	5	21	24	16	5	1	0.99
	USA	1	5	3	4	1	0	
STUBBORN, ARGUMENTATIVE, CRITICAL STYLE	JPN	8	19	12	8	8	0	0.07
	USA	0	1	4	6	3	0	
ANGER (OFTEN TOWARDS MOTHER)	JPN	9	20	12	21	9	1	<0.005
	USA	0	0	2	8	4	0	
LOW FRUSTRATION TOLERANCE	JPN	1	7	18	32	14	0	<0.05
	USA	0	0	1	7	6	0	
LOW SELF-ESTEEM	JPN	1	7	34	21	9	0	<0.005
	USA	0	0	2	7	5	0	
OVERLY SENSITIVE TO CRITICISM	JPN	3	6	22	28	13	0	0.09
	USA	0	1	2	6	5	0	
REGRESSIVE BEHAVIOR	JPN	5	27	17	19	4	0	0.48
	USA	0	4	6	3	1	0	
MOOD DISTURBANCE	JPN	4	23	19	17	8	0	<0.001
	USA	0	0	1	8	4	1	
POOR EATING HABITS	JPN	41	14	10	7	0	0	0.80
	USA	7	4	2	1	0	0	
NEGLECT OF DAILY ROUTINES	JPN	12	29	17	11	3	0	0.25
	USA	1	11	1	1	0	0	
NEGLECT OF PERSONAL HYGIENE	JPN	56	7	6	2	1	0	0.10
	USA	7	7	0	0	0	0	
GRADUAL FEAR OR DISLIKE OF THE WORLD	JPN	6	16	21	27	2	0	<0.05
	USA	3	5	4	2	0	0	

TABLE 7-3. IDENTIFYING PROBLEMS OF SCHOOL REFUSAL

PSYCHIATRIC PROBLEMS		JAPANESE(N=72)		AMERICAN(N=14)		
		N	%	N	%	
SOCIAL WITHDRAWAL	YES	64	88.9	2	14.3	$\chi^2=32.0$ P<0.001
	NO	8	11.1	12	85.7	
a) AT INITIAL INTERVIEW						
	NEVER LEFT HOME	4	5.6	0	0.0	P<0.001
	SELDOM LEFT HOME	20	27.8	0	0.0	
	ONLY LEFT HOME SHORTLY	37	51.4	2	14.3	
	NO SOCIAL WITHDRAWAL	11	15.3	12	85.7	
b) CURRENTLY						
	NEVER LEFT HOME	0	0.0	0	0.0	P<0.05
	SELDOM LEFT HOME	7	13.9	0	0.0	
	ONLY LEFT HOME SHORTLY	17	23.6	0	0.0	
	NO SOCIAL WITHDRAWAL	48	66.7	14	100.0	
APATHY	YES	43	59.7	1	7.1	$\chi^2=10.9$ P<0.005
	NO	29	40.3	13	92.9	
DELINQUENCY	YES	6	8.3	8	57.1	$\chi^2=17.1$ P<0.001
	NO	66	91.7	6	42.9	
VIOLENCE TOWARDS PERSONS	YES	29	40.3	6	42.9	$\chi^2=0.01$ P=0.91
	NO	43	59.7	8	57.1	
FEARS OR PHOBIAS	YES	39	54.2	2	14.3	$\chi^2=5.96$ P<0.05
	NO	33	45.8	12	85.7	
PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS	YES	46	63.9	6	42.9	$\chi^2=1.38$ P=0.24
	NO	26	36.1	8	57.1	
NEUROTIC SYMPTOMS	YES	28	38.9	7	50.0	$\chi^2=0.23$ P=0.63
	NO	44	61.1	7	50.0	
SEPARATION ANXIETY	YES	6	8.3	1	7.1	$\chi^2=0.15$ P=0.70
	NO	66	91.7	13	92.9	
ANXIETY DISORDERS	YES	42	58.3	10	71.4	$\chi^2=0.38$ P=0.54
	NO	30	41.7	4	28.6	
OBSESSIVE-COMPULSIVENESS	YES	12	16.7	1	7.1	$\chi^2=0.25$ P=0.62
	NO	60	83.3	13	92.9	
EATING-RELATED DISORDERS	YES	6	8.3	4	28.6	$\chi^2=2.91$ P=0.09
	NO	66	91.7	10	71.4	
DEPRESSIVE DISORDERS	YES	19	26.4	14	100.0	$\chi^2=23.8$ P<0.001
	NO	53	73.6	0	0.0	
TRUENCY	YES	9	12.5	7	50.0	$\chi^2=8.55$ P<0.005
	NO	63	87.5	7	50.0	
SCHOOL DROPOUT	YES	30	41.7	5	35.7	$\chi^2=0.01$ P=0.91
	NO	42	58.3	9	64.3	
CONDUCT DISORDERS	YES	1	1.4	6	42.9	$\chi^2=21.7$ P<0.001
	NO	71	98.6	8	57.1	
PANIC DISORDER	YES	1	1.4	0	0.0	$\chi^2=0.84$ P=0.36
	NO	71	98.6	14	100.0	
DEVELOPMENTAL DISORDER	YES	2	2.8	5	35.7	$\chi^2=12.9$ P<0.001
	NO	70	97.2	9	64.3	
SUBSTANCE ABUSE	YES	0	0.0	7	50.0	$\chi^2=32.8$ P<0.001
	NO	72	100.0	7	50.0	
ANTISOCIAL DISORDER	YES	1	1.4	3	21.4	$\chi^2=6.58$ P<0.05
	NO	71	98.6	11	78.6	
SUICIDAL IDEATION	YES	13	18.1	8	57.1	$\chi^2=7.70$ P<0.01
	NO	59	81.9	6	42.9	
SUICIDAL GESTURES/ATTEMPTS	YES	8	11.1	3	21.4	$\chi^2=0.39$ P=0.54
	NO	64	88.9	11	78.6	
INSOMNIA	YES	35	48.6	6	42.9	$\chi^2=0.01$ P=0.92
	NO	37	51.4	8	57.1	
HYPOCHONDRIASIS	YES	8	11.1	2	14.3	$\chi^2=0.03$ P=0.86
	NO	64	88.9	9	64.3	
ADJUSTMENT DISORDER(WITHDRAWAL)	YES	59	83.1	7	50.0	$\chi^2=5.03$ P<0.05
	NO	13	18.3	7	50.0	
ADJUSTMENT DISORDER(ANXIOUS)	YES	52	72.2	9	64.3	$\chi^2=0.08$ P=0.78
	NO	20	27.8	5	35.7	
SCHIZOID DISORDER	YES	2	2.8	0	0.0	$\chi^2=0.11$ P=0.74
	NO	70	97.2	14	100.0	
IDENTITY DISORDER	YES	5	6.9	7	50.0	$\chi^2=14.7$ P<0.001
	NO	67	93.1	7	50.0	
AVOIDANT DISORDER	YES	24	33.3	1	7.1	$\chi^2=3.83$ P=0.05
	NO	38	52.8	13	92.9	

TABLE 8-1. THE SEX AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	SEX	LEVEL OF PROGNOSIS					TOTAL (%)	*	
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD			
JAPAN (N=72)	MALE	0	4	10	20	3	2	37(51.4)	P=0.27
	FEMALE	0	3	8	17	5	3	35(48.6)	
USA (N=14)	MALE	0	1	3	3	2	0	9(64.3)	P=0.08
	FEMALE	0	0	0	2	3	2	5(35.7)	

* Two-tailed Wilcoxon rank-sum test with the normal standard approximation.

TABLE 8-2. THE AGE AT ONSET AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	AGE AT ONSET (yrs)	LEVEL OF PROGNOSIS					TOTAL (%)		
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD			
JAPAN (N=72)	9	0	0	0	1	0	0	1(1.4)	P=0.06
	10	0	3	2	0	1	0	6(8.3)	
	11	0	0	1	2	0	0	3(4.2)	
	12	0	2	2	6	0	0	10(13.9)	
	13	0	1	1	7	0	1	10(13.9)	
	14	0	0	3	5	0	0	8(11.1)	
	15	0	1	4	7	2	0	14(19.4)	
	16	0	0	3	6	2	0	11(15.3)	
	17	0	0	1	2	2	1	6(8.3)	
18	0	0	1	1	1	0	3(4.2)		
USA (N=12)	10	0	0	0	0	1	0	1(8.3)	P=0.27
	11	0	0	0	1	0	0	1(8.3)	
	12	0	0	0	0	1	0	1(8.3)	
	13	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	14	0	0	2	0	3	0	5(41.7)	
	15	0	0	0	3	0	0	3(25.0)	
	16	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
17	0	0	0	1	0	0	1(8.3)		

TABLE 8-3. DURATION FROM ONSET OF SCHOOL REFUSAL UNTIL FIRST PROFESSIONAL CONTACT AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	DURATION (months)	LEVEL OF PROGNOSIS					TOTAL (%)		
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD			
JAPAN (N=72)	~ 3	0	4	7	21	5	1	38(52.8)	P=0.37
	3 ~ 6	0	2	4	7	1	1	15(20.8)	
	6 ~ 9	0	0	3	0	1	0	4(5.6)	
	9 ~ 12	0	0	1	5	0	0	6(8.3)	
	12 ~	0	1	3	4	1	0	9(12.5)	
USA (N=14)	~ 3	0	0	0	4	3	0	7(50.0)	P=0.12
	3 ~ 6	0	1	0	0	1	0	2(14.3)	
	6 ~ 9	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	9 ~ 12	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	12 ~	0	0	3	1	1	0	5(35.7)	

TABLE 8-4a. SUBJECT'S MOTIVATION FOR TREATMENT AT INITIAL INTERVIEW AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	MOTIVATION	LEVEL OF PROGNOSIS						TOTAL (%)
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT	
JAPAN (N=72)	UNMOTIVATED	0	1	0	5	0	0	6 (8.3)
	VERY POOR	0	2	1	2	1	0	6 (8.3)
	POOR	0	2	3	7	1	0	13 (18.1)
	FAIR	0	1	9	11	0	0	21 (29.2)
	GOOD	0	1	5	9	3	1	19 (26.4)
	VERY GOOD	0	0	0	3	1	1	5 (6.9)
	EXCELLENT	0	0	0	0	2	0	2 (2.8)
USA (N=14)	UNMOTIVATED	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	VERY POOR	0	1	1	2	1	0	5 (35.7)
	POOR	0	0	1	3	1	0	5 (35.7)
	FAIR	0	0	1	0	2	0	3 (21.4)
	GOOD	0	0	0	0	1	0	1 (7.1)
	VERY GOOD	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	EXCELLENT	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)

P < 0.01

P = 0.18

TABLE 8-4b. SUBJECT'S MOTIVATION FOR TREATMENT DURING TREATMENT AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	MOTIVATION	LEVEL OF PROGNOSIS						TOTAL (%)
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT	
JAPAN (N=72)	UNMOTIVATED	0	1	0	1	0	0	2 (2.8)
	VERY POOR	0	2	1	2	1	0	6 (8.3)
	POOR	0	2	6	7	1	0	16 (22.2)
	FAIR	0	2	6	9	1	0	18 (25.0)
	GOOD	0	0	5	12	2	0	19 (26.4)
	VERY GOOD	0	0	0	6	3	2	11 (15.3)
	EXCELLENT	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
USA (N=14)	UNMOTIVATED	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	VERY POOR	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	POOR	0	1	0	0	0	0	1 (7.1)
	FAIR	0	0	1	1	0	0	2 (14.3)
	GOOD	0	0	2	4	4	0	10 (71.4)
	VERY GOOD	0	0	0	0	1	0	1 (7.1)
	EXCELLENT	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)

P < 0.005

P = 0.06

TABLE 8-5. SUBJECT'S PROGNOSIS AT INITIAL INTERVIEW AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	PROGNOSIS	LEVEL OF PROGNOSIS						TOTAL (%)
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT	
JAPAN (N=72)	VERY POOR	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	POOR	0	6	1	3	2	1	13 (18.1)
	FAIR	0	0	9	19	0	0	28 (38.9)
	GOOD	0	1	5	13	6	0	25 (34.7)
	VERY GOOD	0	0	2	2	0	1	5 (6.9)
	EXCELLENT	0	0	1	0	0	0	1 (1.4)
USA (N=14)	VERY POOR	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	POOR	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	FAIR	0	1	2	0	0	0	3 (21.4)
	GOOD	0	0	1	5	5	0	11 (78.6)
	VERY GOOD	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)
	EXCELLENT	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)

P = 0.10

P < 0.05

TABLE 8-6. SUBJECT'S LEVEL OF SCHOOL ATTENDANCE AT INITIAL INTERVIEW AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	LEVEL OF SCHOOL ATTENDANCE	LEVEL OF PROGNOSIS						TOTAL (%)	
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT		
JAPAN (N=72)	NEVER ATTENDED	0	5	7	8	5	0	25 (34.7)	P < 0.05
	0% ~ 19%	0	1	9	11	1	1	23 (31.9)	
	20% ~ 39%	0	0	0	3	1	0	4 (5.6)	
	40% ~ 59%	0	0	0	5	0	0	5 (6.9)	
	60% ~ 79%	0	0	1	3	1	1	6 (8.3)	
80% ~ 100%	0	1	1	7	0	0	9 (12.5)		
USA (N=14)	NEVER ATTENDED	0	0	1	1	0	0	2 (14.3)	P = 0.64
	0% ~ 19%	0	0	1	1	3	0	5 (35.7)	
	20% ~ 39%	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)	
	40% ~ 59%	0	1	0	1	0	0	2 (14.3)	
	60% ~ 79%	0	0	0	0	1	0	1 (7.1)	
80% ~ 100%	0	0	1	2	1	0	4 (28.6)		

TABLE 8-7. SUBJECT'S DEVELOPMENTAL HISTORY AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	AREA OF DEVELOPMENT	LEVEL OF PROGNOSIS						TOTAL (%)	
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT		
JAPAN (N=72)	PRENATAL DEV. UNEVENTFUL	0	7	18	34	7	1	67 (93.1)	P < 0.05
	PRENATAL DEV. EVENTFUL	0	0	0	2	2	1	5 (6.9)	
USA (N=14)	PRENATAL DEV. UNEVENTFUL	0	0	2	5	4	0	11 (78.6)	P = 0.29
	PRENATAL DEV. EVENTFUL	0	1	1	0	1	0	3 (21.4)	
JAPAN (N=72)	PHYSICAL DEV. NORMAL	0	7	17	37	8	2	71 (98.6)	P = 0.30
	PHYSICAL DEV. NOT NORMAL	0	0	1	0	0	0	1 (1.4)	
USA (N=14)	PHYSICAL DEV. NORMAL	0	1	3	5	4	0	13 (92.9)	P = 0.24
	PHYSICAL DEV. NOT NORMAL	0	0	0	0	1	0	1 (7.1)	
JAPAN (N=72)	COGNITIVE DEV. NORMAL	0	6	17	36	8	2	69 (95.8)	P = 0.17
	COGNITIVE DEV. NOT NORMAL	0	1	1	1	0	0	3 (4.2)	
USA (N=14)	COGNITIVE DEV. NORMAL	0	1	2	4	4	0	11 (78.6)	P = 0.94
	COGNITIVE DEV. NOT NORMAL	0	0	1	1	1	0	3 (4.2)	
JAPAN (N=72)	EMOTIONAL DEV. NORMAL	0	6	15	33	8	2	64 (88.9)	P = 0.22
	EMOTIONAL DEV. NOT NORMAL	0	1	3	4	0	0	8 (11.1)	
USA (N=14)	EMOTIONAL DEV. NORMAL	0	1	2	3	2	0	8 (57.1)	P = 0.28
	EMOTIONAL DEV. NOT NORMAL	0	0	1	2	3	0	6 (42.9)	
JAPAN (N=72)	AGE-APPROPRIATE NORMAL	0	6	15	34	8	2	65 (90.3)	P = 0.15
	AGE-APPROPRIATE NOT NORMAL	0	1	3	3	0	0	7 (9.7)	
USA (N=14)	AGE-APPROPRIATE NORMAL	0	1	2	4	4	0	11 (78.6)	P = 0.94
	AGE-APPROPRIATE NOT NORMAL	0	0	1	1	1	0	3 (21.4)	

TABLE 8-8. PARENTS' MARITAL STATUS AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	PARENTS' MARITAL STATUS	LEVEL OF PROGNOSIS					TOTAL (%)		
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD EXCELLENT			
JAPAN (N=72)	MARRIED	0	5	17	34	8	2	66(91.7)	P=0.17
	SEPARATED	0	1	1	1	0	0	3(4.2)	
	DIVORCED	0	1	0	0	0	0	1(1.4)	
	WIDOWED	0	0	0	1	0	0	1(1.4)	
	OTHER	0	0	0	1	0	0	1(1.4)	
USA (N=14)	MARRIED	0	1	0	3	2	0	6(42.9)	P=0.89
	SEPARATED	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	DIVORCED	0	0	3	2	3	0	8(57.1)	
	WIDOWED	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	OTHER	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	

TABLE 8-9. SUBJECT'S RELATIONSHIP WITH HIS FAMILY AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

COUNTRY	MOTIVATION	LEVEL OF PROGNOSIS					TOTAL (%)		
		VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD EXCELLENT			
JAPAN (N=72)	SUPERIOR	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	P<0.005
	VERY GOOD	0	0	0	1	2	1	4(5.6)	
	GOOD	0	1	5	14	4	1	25(34.7)	
	FAIR	0	2	5	13	2	0	22(30.6)	
	POOR	0	3	7	7	0	0	17(23.6)	
	VERY POOR	0	1	1	2	0	0	4(5.6)	
	GROSSLY IMPAIRED	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
USA (N=14)	SUPERIOR	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	P=0.94
	VERY GOOD	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	GOOD	0	0	0	0	0	0	0(0.0)	
	FAIR	0	0	1	1	1	0	3(21.4)	
	POOR	0	1	0	1	3	0	5(35.7)	
	VERY POOR	0	0	1	3	1	0	5(35.7)	
	GROSSLY IMPAIRED	0	0	1	0	0	0	1(7.1)	

TABLE 8-10. DSM-III-R DIAGNOSES OF JAPANESE SUBJECTS AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

DIAGNOSIS	PROGNOSIS	VERY POOR	POOR	FAIR	GOOD	VERY GOOD	EXCELLENT	TOTAL(%)
AXIS I								
CHILDHOOD OR ADOLESCENCE		0	2	6	17	0	0	25(34.7)
ADJUSTMENT DISORDER		0	2	10	19	7	1	39(54.3)
ANXIETY DISORDERS		0	2	3	0	1	0	6(8.3)
NONE		0	0	0	1	0	1	2(2.8)
AXIS II								
NONE		0	3	14	29	8	1	55(76.4)
PERSONALITY DISORDERS		0	3	5	8	0	1	17(23.6)

TABLE 9-1. ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF THE TREATMENT RELATED ITEMS TO THE PROGNOSTIC EVALUATION OF THE PATIENT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHI II QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY	CATEGORY WEIGHT *	
		JAPAN(N=72) 0.62/-0.32	TOTAL(N=86) 0.68/-0.33
SEX	MALE	0.14	0.20
	FEMALE	-0.14	-0.23
AGE AT ONSET	9-12Y	0.40	0.33
	13-15Y	-0.19	-0.17
	16-18Y	-0.10	-0.03
DURATION FROM ONSET UNTIL PROFESSIONAL CONTACT	0-3M	-0.32	-0.46
	3-6M	0.45	0.57
	6M-	0.28	0.49
SUBJECT'S MOTIVATION AT INITIAL INTERVIEW a	0,1,2	0.11	-0.01
	3,4	0.13	0.15
	5,6	-1.12	-0.82
SUBJECT'S MOTIVATION DURING TREATMENT a	0,1,2	0.56	0.76
	3,4	-0.08	-0.18
	5,6	-1.00	-0.96
FAMILY'S MOTIVATION AT INITIAL INTERVIEW a	0,1,2	-1.73	-0.75
	3,4	0.10	-0.003
	5,6	-0.07	0.23
FAMILY'S MOTIVATION DURING TREATMENT a	0,1,2	0.66	0.75
	3,4	-0.15	-0.04
	5,6	0.03	-0.43

a 0=unmotivated,1=very poor,2=poor,3=fair,4=good,5=very good,6=excellent

* The criterion variable was set into two groups derived from the prognostic evaluation of the patient at the end of treatment; group1=very poor,poor,fair, group2=good,very good,excellent. The mean score of each group is shown as group1/group2.

TABLE 9-2. ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF THE REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL TO THE PROGNOSTIC EVALUATION OF THE PATIENT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHI II QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY a	CATEGORY WEIGHT *	
		JAPAN(N=71) 0.64/-0.35	TOTAL(N=85) 0.53/-0.28
SOCIAL PRESSURES	1,2	0.003	-0.13
	b 3,4	-0.002	0.13
EDUCATIONAL PRESSURES	1,2	1.31	0.97
	3,4	-0.07	-0.15
	5,6	-0.61	-0.39
FAMILY PRESSURES	1,2	1.00	1.22
	3,4	-0.36	-0.45
	5,6	0.51	0.39
PEER PRESSURES	1,2	-0.20	-0.21
	3,4	-0.08	-0.07
	5,6	0.85	1.07
PERSONAL PROBLEMS	1,2	-3.66	-3.69
	3,4	-0.31	-0.42
	5,6	0.62	0.64

a 1=none,2=minimal,3=mild,4=moderate,5=severe,6=extreme

b The category where there are less than two subjects was excluded.

* The criterion variable was set into two groups derived from the prognostic evaluation of the patient at the end of treatment; group1=very poor,poor,fair, group2=good,very good,excellent. The mean score of each group is shown as group1/group2.

TABLE 9-3 . ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF THE ITEMS SHOWING CHANGES IN PERSONALITY TO THE PROGNOSTIC EVALUATION OF THE PATIENT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHI II QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY a	CATEGORY WEIGHT *	
		JAPAN(N=70) 0.68/-0.35	TOTAL(N=84) 0.63/-0.31
WITHDRAWAL FROM PEER GROUP ACTIVITIES	1,2 3,4 5,6	-0.71 0.04 0.66	-0.21 -0.05 0.45
OVERLY DEPENDENT	1,2 3,4 5,6	-0.07 0.18 -1.14	-0.19 0.31 -1.67
CLINGS TO OR TRIES TO CONTROL A PARENT	1,2 3,4 5,6	0.75 -0.46 -0.06	0.50 -0.66 2.15
STUBBORN, ARGUMENTATIVE, CRITICAL STYLE	1,2 3,4 5,6	-0.60 0.26 0.88	-0.23 0.12 0.05
ANGER (OFTEN TOWARDS MOTHER)	1,2 3,4 5,6	0.26 -0.37 0.54	0.31 -0.01 -0.57
LOW FRUSTRATION TOLERANCE	1,2 3,4 5,6	0.34 0.08 -0.53	0.04 0.01 -0.57
LOW SELF-ESTEEM	1,2 3,4 5,6	0.82 -0.07 -0.38	0.31 -0.12 0.29
OVERLY SENSITIVE TO CRITICISM	1,2 3,4 5,6	-0.42 0.08 0.002	-0.61 0.05 0.20
REGRESSIVE BEHAVIOR	1,2 3,4 5,6	-0.49 0.45 0.05	-0.42 0.35 0.05
MOOD DISTURBANCE	1,2 3,4 5,6	0.44 -0.35 -0.17	0.57 -0.20 -0.60
POOR EATING HABITS b	1,2 3,4	-0.04 0.15	0.03 -0.12
NEGLECT OF DAILY ROUTINE	1,2 3,4 5,6	-0.24 0.21 2.13	-0.20 0.26 1.53
NEGLECT OF PERSONAL HYGIENE b	1,2 3,4	-0.19 1.70	-0.13 1.42
GRADUAL FEAR OR DISLIKE OF THE WORLD	1,2 b3,4	-0.43 0.20	-0.39 0.22

a 1=none, 2=minimal, 3=mild, 4=moderate, 5=severe, 6=extreme

b The category where there are less than two subjects was excluded.

* The criterion variable was set into two groups derived from the prognostic evaluation of the patient at the end of treatment; group1=very poor, poor, fair, group2=good, very good, excellent. The mean score of each group is shown as group1/group2.

TABLE 9-4. ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF THE IDENTIFYING PROBLEMS TO THE PROGNOSTIC EVALUATION OF THE PATIENT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHII QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY a	CATEGORY WEIGHT *	
		JAPAN(N=72) 0.74/-0.42	TOTAL(N=86) 0.73/-0.39
SOCIAL WITHDRAWAL	NO	0.59	0.35
	YES	-0.07	-0.11
APATHY	NO	-0.43	-0.30
	YES	0.31	0.30
DELINQUENCY	NO	0.02	-0.03
	YES	-0.25	0.18
VIOLENCE TOWARDS PERSONS	NO	0.03	0.07
	YES	-0.05	-0.10
FEARS OR PHOBIAS	NO	0.07	-0.02
	YES	-0.06	0.03
PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS	NO	-0.12	0.16
	YES	0.07	-0.10
NEUROTIC SYMPTOMS	NO	0.15	0.09
	YES	-0.23	-0.14
SEPARATION ANXIETY	NO	0.001	-0.03
	YES	-0.01	0.36
ANXIETY DISORDERS	NO	0.87	0.24
	YES	-0.62	-0.15
OBSESSIVE-COMPULSIVENESS	NO	-0.06	-0.00
	YES	0.30	0.00
EATING-RELATED DISORDERS	NO	-0.004	0.004
	YES	0.05	-0.03
DEPRESSIVE DISORDERS	NO	-0.05	0.04
	YES	0.15	-0.06
AFFECTIVE DISORDERS	NO	0.02	0.05
	YES	-0.78	-0.32
TRUENCY	NO	0.09	-0.01
	YES	-0.63	0.05
SCHOOL DROPOUT	NO	0.21	0.14
	YES	-0.30	-0.21
CONDUCT DISORDERS	NO		-0.07
	YES		0.74
DEVELOPMENTAL DISORDER	NO		-0.07
	YES		0.83
SUBSTANCE ABUSE	NO		0.08
	YES		-0.87
ANTISOCIAL DISORDER	NO		-0.01
	YES		0.29
SUICIDAL IDEATION	NO	-0.10	-0.15
	YES	0.44	0.36
SUICIDAL GESTURES/ ATTEMPTS	NO	0.14	0.14
	YES	-1.09	-0.98
INSOMNIA	NO	-0.23	-0.18
	YES	0.25	0.20
HYPOCHONDRIASIS	NO	-0.14	-0.12
	YES	1.11	0.93
ADJUSTMENT DISORDER (WITH WITHDRAWAL)	NO	-0.67	-0.31
	YES	0.16	0.10
ADJUSTMENT DISORDER (WITH ANXIOUS MOOD)	NO	-0.96	-0.52
	YES	0.34	0.20
IDENTITY DISORDER	NO	-0.08	-0.06
	YES	0.63	0.28
AVOIDANT DISORDER	NO	-0.36	-0.38
	YES	0.69	0.87

a The category where there are less than two subjects was excluded.
 * The criterion variable was set into two groups derived from the prognostic evaluation of the patient at the end of treatment; group1=very poor,poor,fair, group2=good,very good,excellent. The mean score of each group is shown as group1/group2.

TABLE 9-5. ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF DSM-III-R DIAGNOSES TO THE PROGNOSTIC EVALUATION OF THE SUBJECT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHI II QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY	CATEGORY WEIGHT 0.45/-0.24 *
AXIS I	CHILDHOOD OR ADOLESCENCE a	-0.26
	ADJUSTMENT DISORDER	-0.15
	ANXIETY DISORDERS b	2.81
	NONE	-2.32
AXIS II	NONE	-0.13
	PERSONALITY DISORDERS c	0.42

a Disorders usually evident in infancy, childhood, or adolescence.

b Also include Somatoform disorders.

c Also include Developmental disorders.

* Criterion variables; group1=very poor, poor, fair, group2=good, very good, excellent. Their mean values are shown as group1/group2.

TABLE 9-6. ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF PATTERNS OF ALL SUBJECTS DERIVED FROM HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD TO THE PROGNOSIS OF THE SUBJECT AT THE END OF TREATMENT USING HAYASHI II QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY (PATTERNS)	CATEGORY WEIGHT 0.65/-0.31 *
PRESSURES	HIGH-INTERNAL	0.04
	LOW-INTERNAL	0.76
	LOW-EXTERNAL	1.43
	HIGH-EXTERNAL	-0.69
CHANGES IN PERSONALITY	WEAKEST	-0.30
	STRONGEST	0.93
	STRONG	0.71
	WEAK	-0.58
IDENTIFYING PROBLEMS	AUTISTIC-POLYSYMPOMATIC	0.62
	ACTINGOUT-POLYSYMPOMATIC	-0.32
	ACTINGOUT-OLIGOSYMPOMATIC	-1.74
	AUTISTIC-OLIGOSYMPOMATIC	0.66

* Criterion variables; group1=very poor, poor, fair, group2=good, very good, excellent. Their mean values are shown as group1/group2.

TABLE 10-1. ANALYSIS OF THE REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL OF TOTAL SUBJECTS USING HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY a	CATEGORY WEIGHT	
		1ST COMPONENT	2ND COMPONENT
SOCIAL PRESSURES	1,2	-0.66	-1.18
	3,4	0.83	-0.98
	5,6	-6.59	-9.68
EDUCATIONAL PRESSURES	1,2	-1.69	1.57
	3,4	0.31	0.35
	5,6	0.55	-1.91
FAMILY PRESSURES	1,2	-2.41	-0.78
	3,4	0.57	-0.30
	5,6	0.10	1.16
PEER PRESSURES	1,2	-1.66	0.30
	3,4	0.61	0.09
	5,6	0.88	-1.51
PERSONAL PROBLEMS	1,2	-5.55	-3.87
	3,4	0.07	0.20
	5,6	0.34	0.07
EIGENVALUE		0.48	0.33
CONTRIBUTION RATE(%)		59.1	40.9

a 1=none, 2=minimal, 3=mild, 4=moderate, 5=severe, 6=extreme

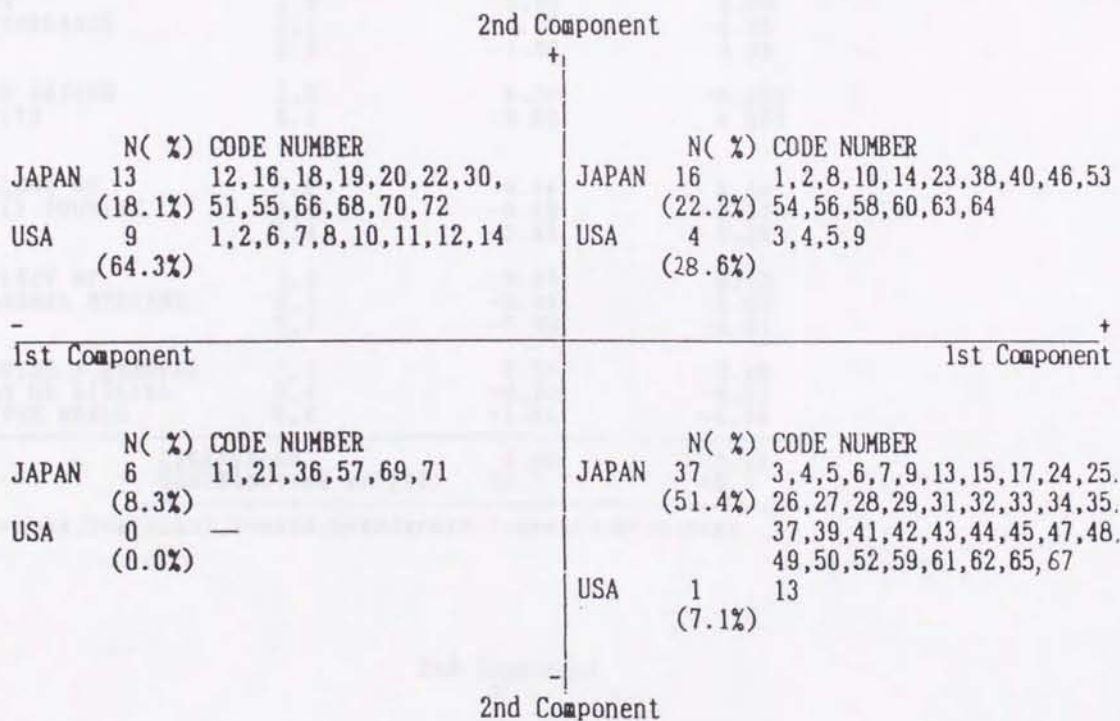


TABLE 10-2. ANALYSIS OF CHANGES IN PERSONALITY OF TOTAL SUBJECTS USING HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD

ITEM	CATEGORY a	CATEGORY WEIGHT	
		1ST COMPONENT	2ND COMPONENT
WITHDRAWAL FROM PEER GROUP ACTIVITIES	1,2	0.35	1.43
	3,4	0.37	-0.81
	5,6	-1.49	0.12
OVERLY DEPENDENT	1,2	1.03	1.28
	3,4	-0.34	-0.97
	5,6	-3.24	1.36
CLINGS TO OR TRIES TO CONTROL A PARENT	1,2	1.22	1.42
	3,4	-0.24	-1.26
	5,6	-3.81	2.32
STUBBORN, ARGUMENTATIVE, CRITICAL STYLE	1,2	1.07	1.20
	3,4	-0.01	-1.00
	5,6	-2.87	1.68
ANGER (OFTEN TOWARDS MOTHER)	1,2	1.18	0.85
	3,4	-0.004	-0.88
	5,6	-2.35	1.07
LOW FRUSTRATION TOLERANCE	1,2	1.25	2.70
	3,4	0.53	-0.67
	5,6	-2.02	0.87
LOW SELF-ESTEEM	1,2	2.14	2.84
	3,4	0.25	-0.73
	5,6	-2.31	1.32
OVERLY SENSITIVE TO CRITICISM	1,2	1.71	2.18
	3,4	0.33	-0.76
	5,6	-2.02	1.23
REGRESSIVE BEHAVIOR	1,2	1.25	0.86
	3,4	-0.52	-1.05
	5,6	-4.35	3.25
MOOD DISTURBANCE	1,2	1.05	0.86
	3,4	-0.07	-1.05
	5,6	-1.96	3.25
POOR EATING HABITS	1,2	0.23	-0.002
	3,4	-0.80	0.007
NEGLECT OF DAILY ROUTINE	1,2	0.44	0.16
	3,4	-0.40	-0.32
	5,6	-3.69	0.35
NEGLECT OF PERSONAL HYGIENE	1,2	0.07	0.13
	3,4	-0.44	-0.57
	5,6	-2.00	-5.51
EXPRESS A GRADUAL FEAR OR DISLIKE OF THE WORLD	1,2	0.51	0.98
	3,4	-0.23	-0.37
	5,6	-1.45	-4.76
EIGENVALUE		0.34	0.23
CONTRIBUTION RATE(%)		59.3	40.7

a 1=none, 2=minimal, 3=mild, 4=moderate, 5=severe, 6=extreme

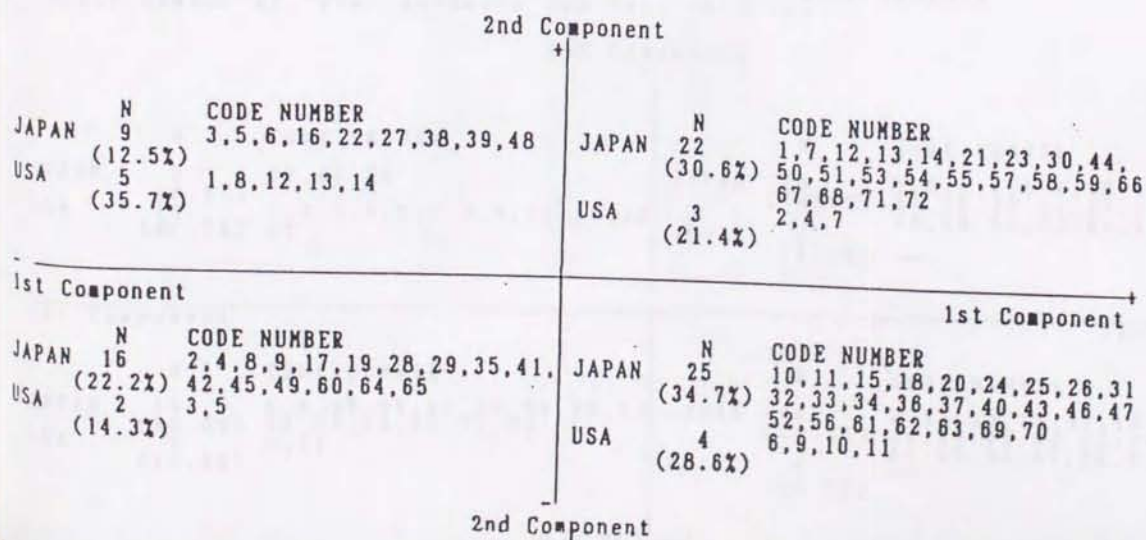


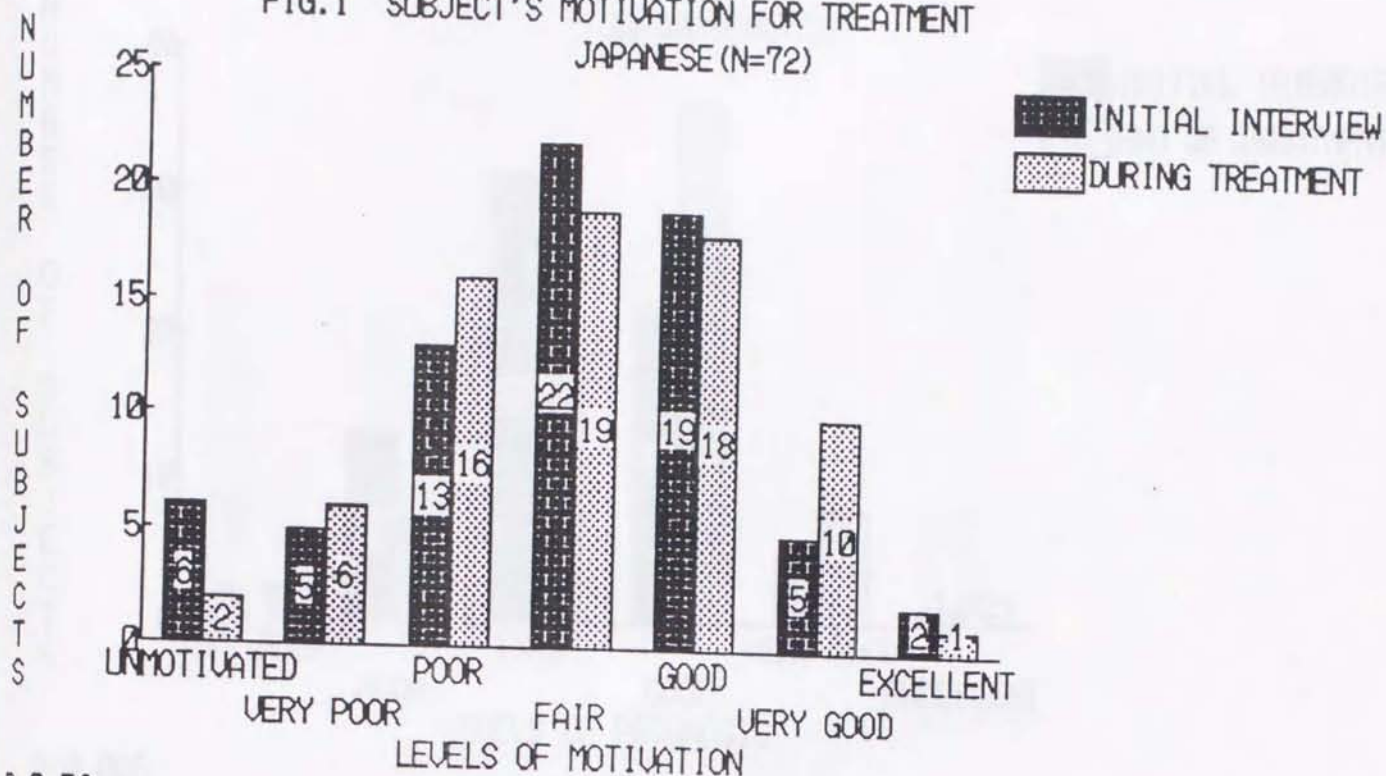
TABLE 10-3. ANALYSIS OF THE IDENTIFYING PROBLEMS OF TOTAL SUBJECTS USING HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD

ITEM A	CATEGORY	CATEGORY WEIGHT	
		1ST COMPONENT	2ND COMPONENT
SOCIAL WITHDRAWAL	NO	-3.11	0.33
	YES	0.94	-0.10
APATHY	NO	-1.25	-0.52
	YES	1.25	0.52
DELINQUENCY	NO	0.79	-0.15
	YES	-4.09	0.77
VIOLENCE TOWARDS PERSONS	NO	0.03	-0.97
	YES	-0.05	1.35
FEARS OR PHOBIAS	NO	-1.07	-1.00
	YES	1.17	1.10
PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS	NO	-1.18	-0.55
	YES	0.77	0.36
NEUROTIC SYMPTOMS	NO	0.16	-1.11
	YES	-0.23	1.62
SEPARATION ANXIETY	NO	0.01	0.11
	YES	-0.09	-1.25
ANXIETY DISORDERS	NO	-0.92	-2.29
	YES	0.60	1.50
OBSESSIVE-COMPULSIVENESS	NO	-0.26	-0.41
	YES	1.48	2.30
EATING-RELATED DISORDERS	NO	0.12	-0.21
	YES	-0.87	1.61
DEPRESSIVE DISORDERS	NO	0.89	-1.21
	YES	-1.43	1.95
AFFECTIVE DISORDERS	NO	0.54	-0.39
	YES	-3.35	2.38
TRUENCY	NO	0.63	-0.10
	YES	-2.76	0.45
SCHOOL DROPOUT	NO	-0.001	-0.62
	YES	0.001	0.90
CONDUCT DISORDERS	NO	0.48	-0.12
	YES	-5.43	1.36
DEVELOPMENTAL DISORDER	NO	0.31	-0.23
	YES	-3.52	2.54
SUBSTANCE ABUSE	NO	0.42	-0.13
	YES	-4.78	1.41
ANTISOCIAL DISORDER	NO	0.21	-0.20
	YES	-4.21	4.06
SUICIDAL IDEATION	NO	0.24	-0.93
	YES	-0.73	2.89
SUICIDAL GESTURES/ ATTEMPTS	NO	-0.09	-0.50
	YES	0.56	3.44
INSOMNIA	NO	-0.09	-0.28
	YES	0.10	0.31
HYPOCHONDRIASIS	NO	-0.11	-0.45
	YES	0.82	3.41
ADJUSTMENT DISORDER (WITH WITHDRAWAL)	NO	-2.21	-2.19
	YES	0.71	0.71
ADJUSTMENT DISORDER (WITH ANXIOUS MOOD)	NO	-1.63	-2.77
	YES	0.63	1.07
IDENTITY DISORDER	NO	0.49	-0.27
	YES	-2.32	1.26
AVOIDANT DISORDER	NO	-0.48	-0.61
	YES	1.11	1.40
EIGENVALUE		0.19	0.13
CONTRIBUTION RATE(%)		60.3	39.7

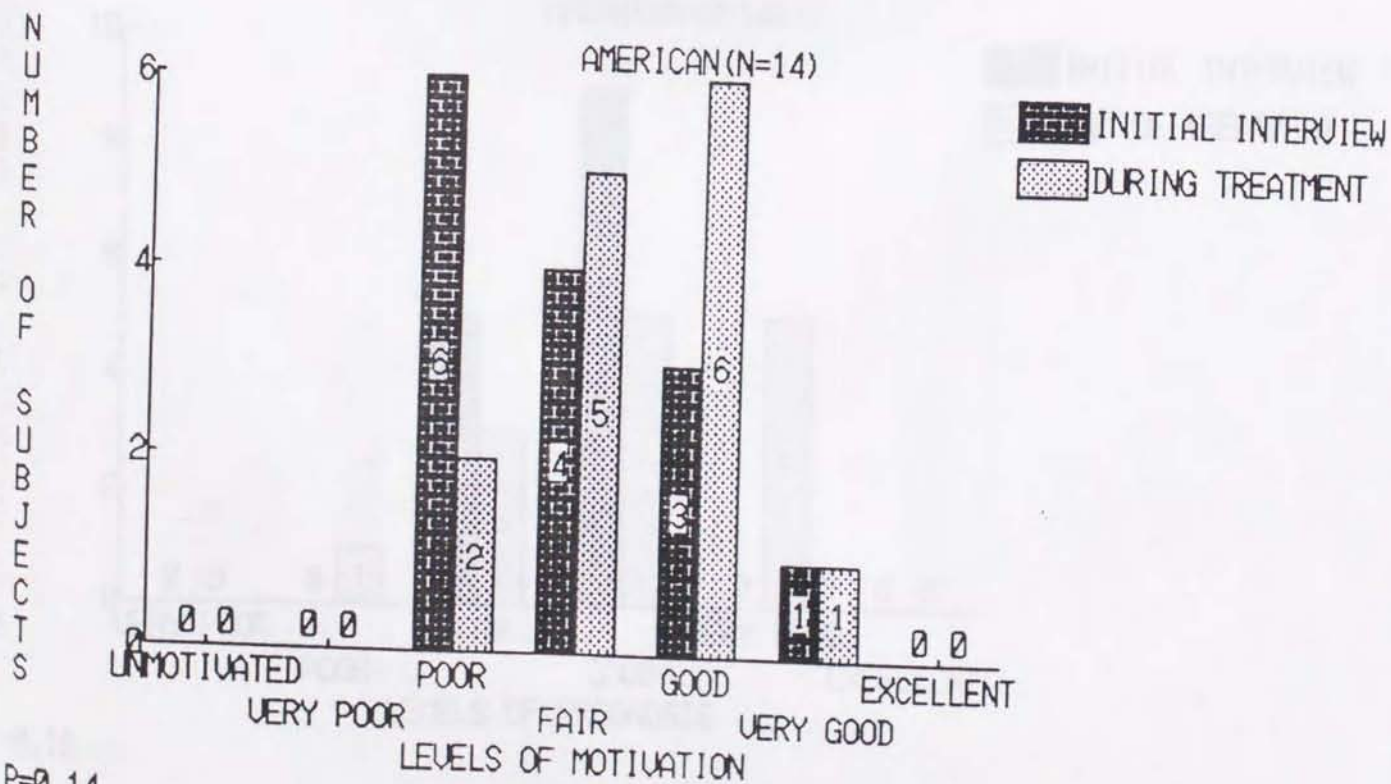
a panic disorder and Schizoid disorder were excluded because their number of 'yes' subjects was less than two.

		2nd Component				1st Component	
JAPAN	N	37, 45, 59	JAPAN	N	29	JAPAN	N
	CODE NUMBER			CODE NUMBER			CODE NUMBER
USA	(4.2%)	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13	USA	(40.3%)	0	USA	(0.0%)
	(85.7%)			14			1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 18, 24, 26, 28, 33, 34, 35, 39, 41, 47, 48, 49, 50, 52, 60, 62, 63, 64
		1st Component				2nd Component	
JAPAN	N	15	JAPAN	N	25	JAPAN	N
	CODE NUMBER			CODE NUMBER			CODE NUMBER
USA	(20.8%)	5, 6, 20, 21, 22, 27, 36, 38, 51	USA	(34.7%)	0	USA	(0.0%)
	(14.3%)			6, 11			4, 12, 13, 15, 17, 19, 23, 25, 29, 30, 31, 32, 40, 43, 44, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 65, 68

FIG.1 SUBJECT'S MOTIVATION FOR TREATMENT
JAPANESE (N=72)

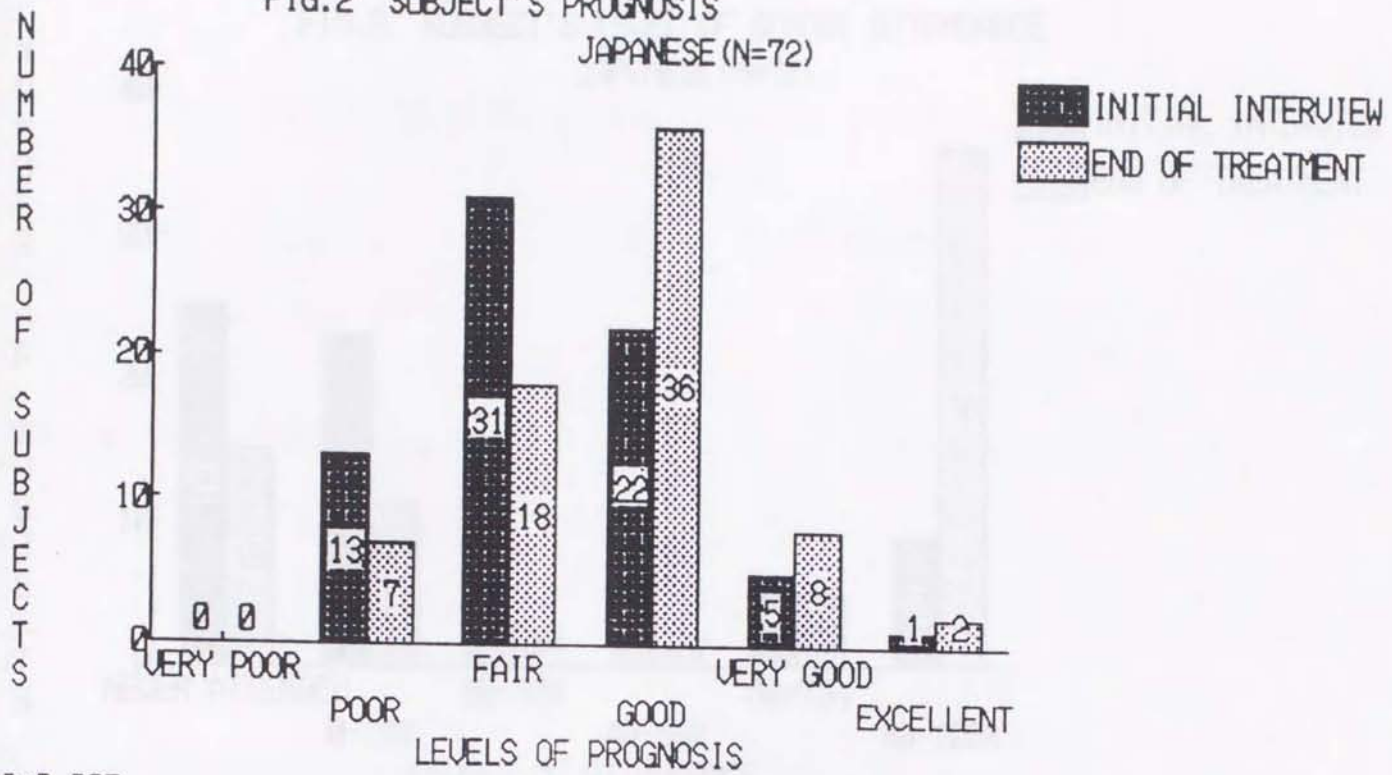


P=0.52

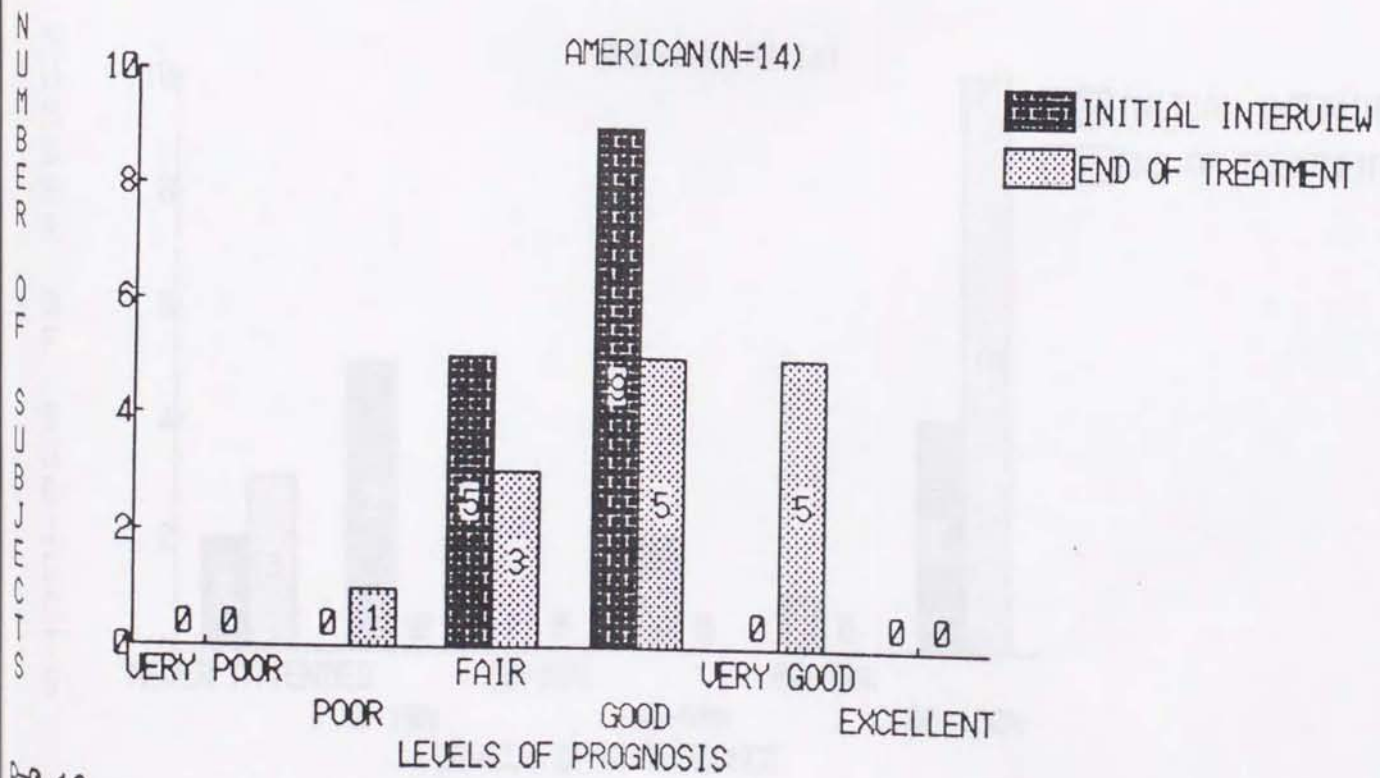


P=0.14

FIG. 2 SUBJECT'S PROGNOSIS
JAPANESE (N=72)

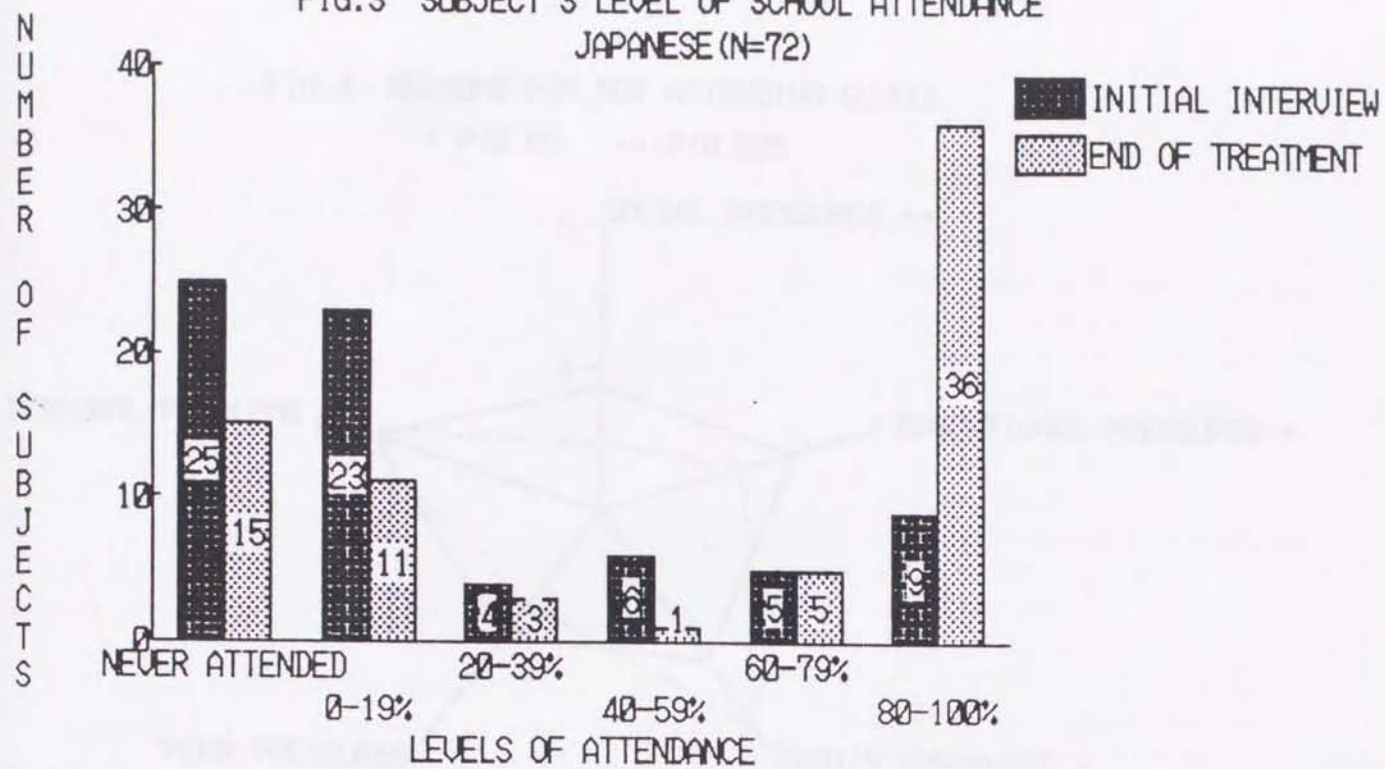


$P < 0.005$

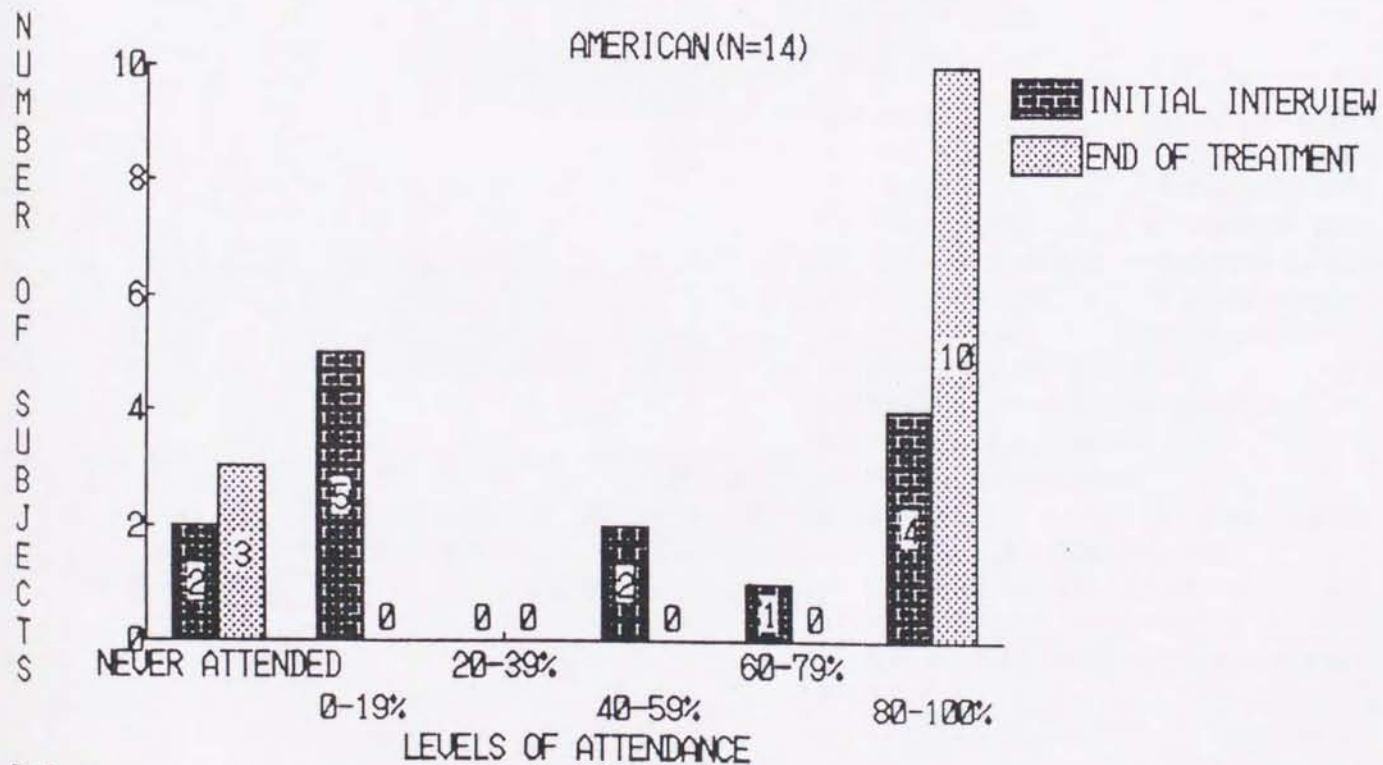


$P = 0.18$

FIG. 3 SUBJECT'S LEVEL OF SCHOOL ATTENDANCE
JAPANESE (N=72)



$P < 0.001$



$P = 0.09$

FIG. 4 REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL

* $P < 0.05$ ** $P < 0.005$

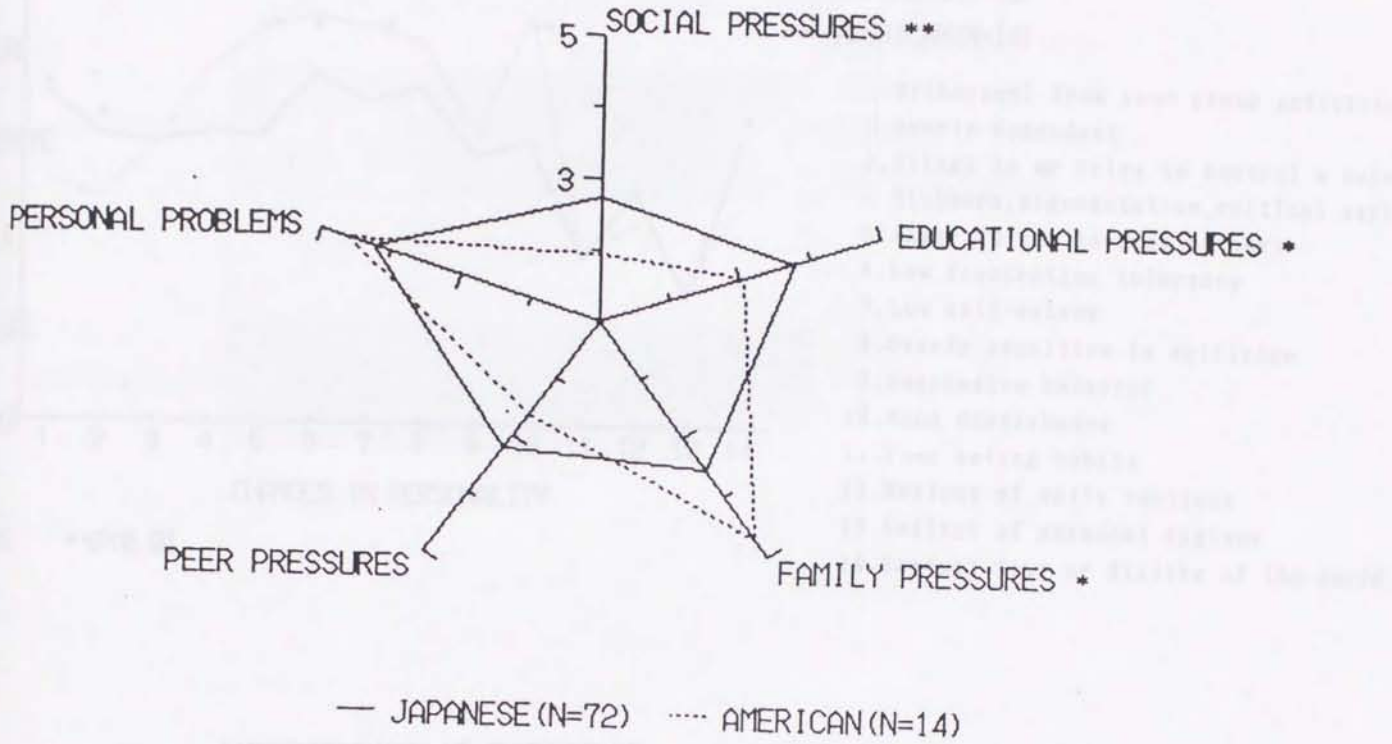
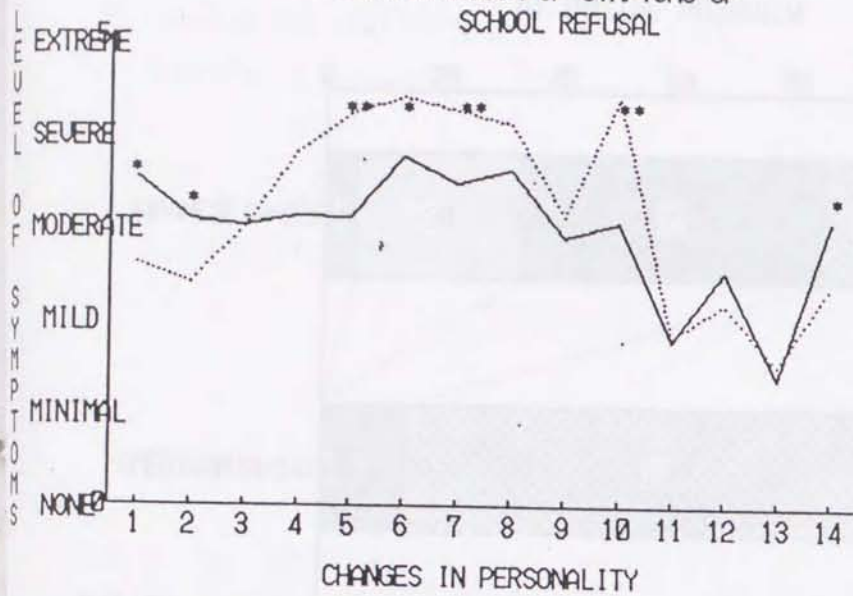


FIG5. COMPARISON OF SYMPTOMS OF SCHOOL REFUSAL

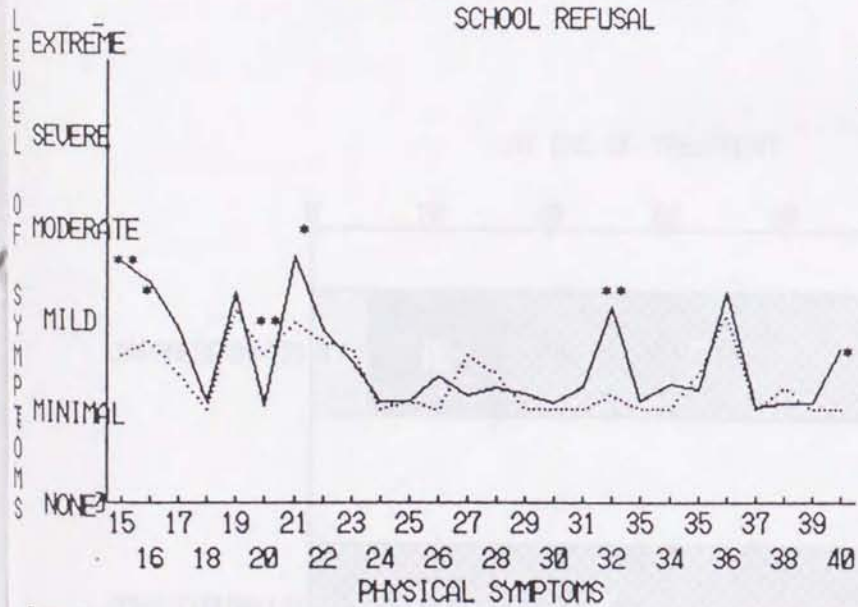


— JAPANESE (N=72)
 AMERICAN (N=14)

1. Withdrawal from peer group activities
2. Overly dependent
3. Clings to or tries to control a parent
4. Stubborn, argumentative, critical style
5. Anger (often towards mother)
6. Low frustration tolerance
7. Low self-esteem
8. Overly sensitive to criticism
9. Regressive behavior
10. Mood disturbance
11. Poor eating habits
12. Neglect of daily routines
13. Neglect of personal hygiene
14. Gradual fear or dislike of the world

* P < 0.05 ** P < 0.01

FIG6. COMPARISON OF SYMPTOMS OF SCHOOL REFUSAL

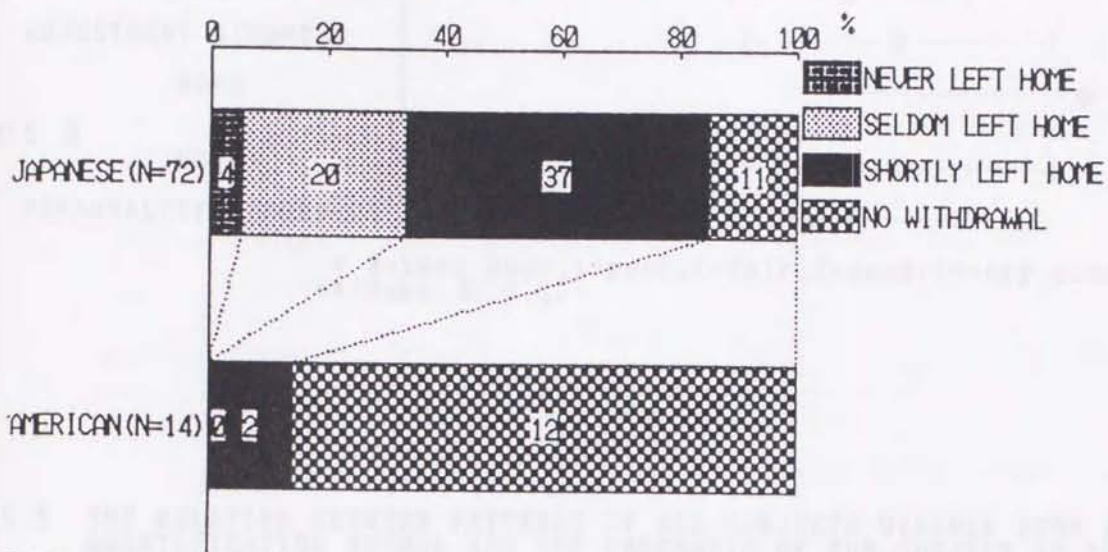


— JAPANESE (N=72)
 AMERICAN (N=14)

- | | |
|---|----------------------|
| 15. Nausea | 16. Loss of appetite |
| 17. Vomiting | 18. Paresthesias |
| 19. Headache | 20. Earache |
| 21. Abdominal pain | 22. Vague malaise |
| 23. Dizziness, vertigo or unsteady feelings | |
| 24. Limb pain | 25. Tachycardia |
| 26. Palpitations | 27. Faintness |
| 28. Chest pain or discomfort | |
| 29. Choking or smothering sensation | |
| 30. Hot and cold flashes | |
| 31. Frequent urination | |
| 32. Diarrhea | 33. Motor tension |
| 34. Constipation | 35. Back pain |
| 36. Discomfort in the pit of the stomach | |
| 37. Flushing | 38. Pallor |
| 39. High resting pulse and respiration rate | |
| 40. Fever | |

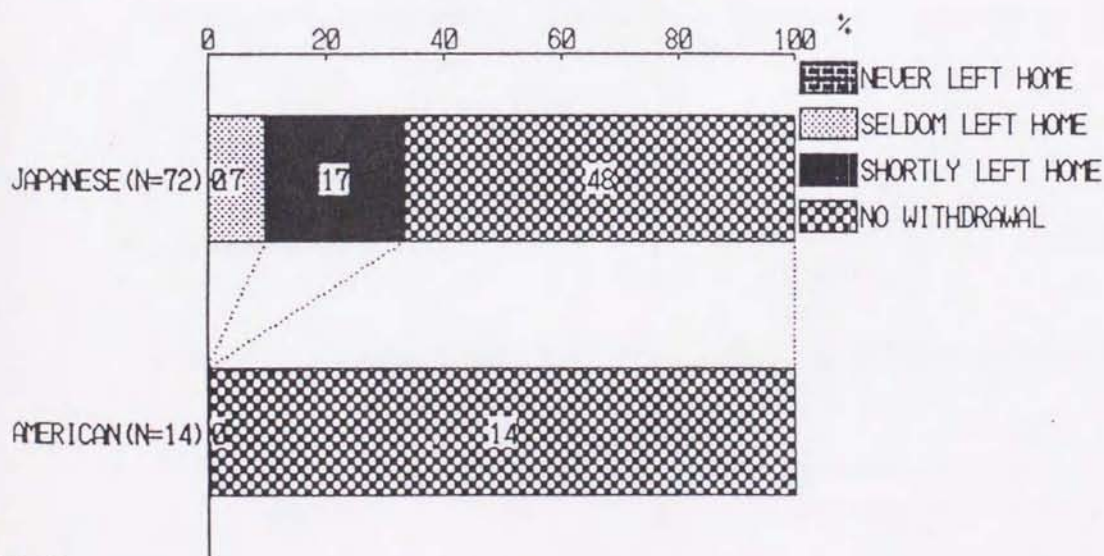
* P < 0.05 ** P < 0.01

FIG.7 SUBJECT'S LEVEL OF SOCIAL WITHDRAWAL
AT INITIAL INTERVIEW



$P < 0.001$

AT END OF TREATMENT



$P < 0.05$

FIG. 8 THE RELATION BETWEEN DSM-III-R DIAGNOSIS OF THE JAPANESE SUBJECTS AND THE PROGNOSIS AT THE END OF TREATMENT

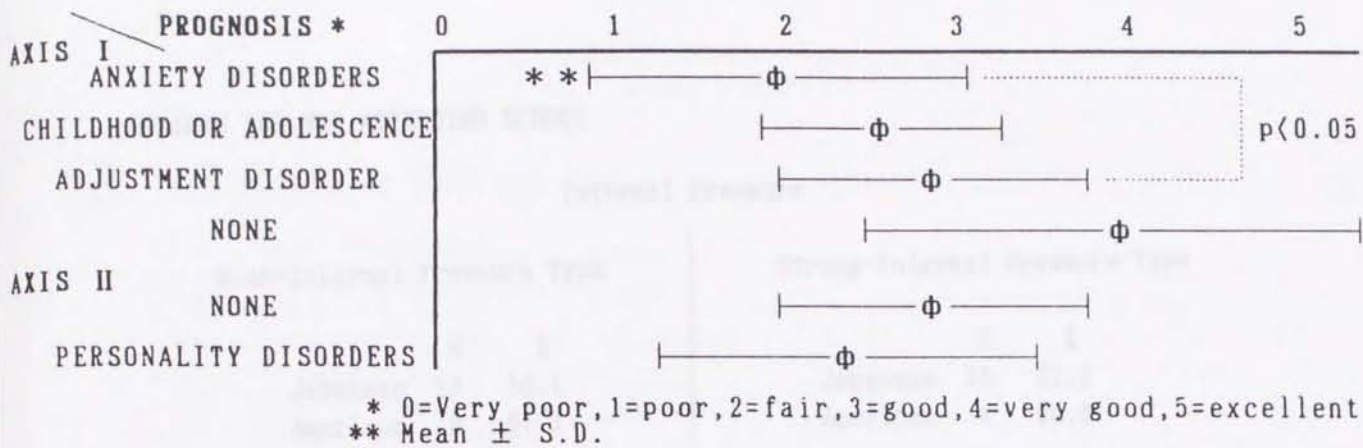


FIG. 9 THE RELATION BETWEEN PATTERNS OF ALL SUBJECTS DERIVED FROM HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD AND THE PROGNOSIS OF THE SUBJECT AT THE END OF TREATMENT

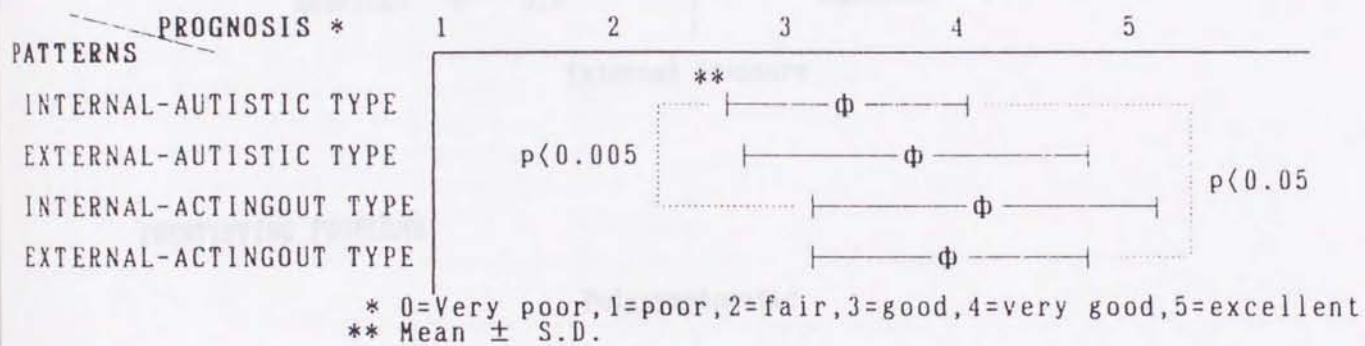


FIG.10. PATTERNS OF TOTAL SUBJECTS DERIVED FROM HAYASHI III QUANTIFICATION METHOD

REASONS FOR NOT ATTENDING SCHOOL

Internal Pressure					
Weak-Internal Pressure Type		Strong-Internal Pressure Type			
	N	%			
Japanese	13	18.1	Japanese	16	22.2
American	9	64.3	American	4	28.6
Weak Pressure		Strong Pressure			
Weak-External Pressure Type		Strong-External Pressure Type			
	N	%			
Japanese	6	8.3	Japanese	37	51.4
American	0	0.0	American	1	7.1
External Pressure					

IDENTIFYING PROBLEMS

Polysymptomatic					
Actingout-Polysymptomatic Type		Autistic-Polysymptomatic Type			
	N	%			
Japanese	3	4.2	Japanese	29	40.3
American	12	85.7	American	0	0.0
Emotion-Actingout		Anxiety-Autistic			
Actingout-Oligosymptomatic Type		Autistic-Oligosymptomatic Type			
	N	%			
Japanese	15	20.8	Japanese	25	34.7
American	2	14.3	American	0	0.0
Oligosymptomatic					

APPENDIX

INTERNATIONAL SCHOOL REFUSAL
QUESTIONNAIRE

(A) IDENTIFYING INFORMATION - 11 Questions

- ▶A1. Code Number: _____.
- ▶A2. Date: _____.
- ▶A3. Sex: M F
- ▶A4. Date of Birth: M ____ D ____ Y ____
- ▶A5. Present Age: _____.
- ▶A6. Age at Onset: _____.
- ▶A7. Referral Source:
Hospital _____, Educational, _____, Correctional _____,
Family____, Self _____, Media _____, Other_____.

▶A8. List the ages and sex of all family members: (Please put a check beside those members who are living outside the family home.)
at initial interview

- 8:1 Father, age ____.
- 8:2 Mother, age ____.
- 8:3 Male - Female, age ____.
- 8:4 Male - Female, age ____.
- 8:5 Male - Female, age ____.
- 8:6 Male - Female, age ____.
- 8:7 Male - Female, age ____.
- 8:8 Male - Female, age ____.
- 8:9 Male - Female, age ____.
- 8:10 Male - Female, age ____.
- 8:11 Other _____, age ____.

▶A9. Please indicate the family's (combined) yearly income:
(\$1.00 U.S. = ¥140, \$117 CAN.)

- 9:1 under \$10,000 ____.
- 9:2 \$10,000 - \$15,000 ____.
- 9:3 \$15,000 - \$30,000 ____.
- 9:4 \$30,000 - \$50,000 ____.
- 9:5 \$50,000 - \$75,000 ____.
- 9:6 \$75,000 - \$100,000 ____.
- 9:7 \$100,000 - \$150,000 ____.
- 9:8 over - \$150,000 ____.

▶A10. Is the subject's current family home located in a:

- 10:1 Rural area: yes ____, no____.
if yes please give approximate population _____.

10:2 Urban area: yes ____, no ____.
if yes please give approximate population _____.
10:3 Industrial area: yes ____, no ____.
10:4 Business area: yes ____, no ____.
10:5 Other: _____.

▶All. Referring Problem: _____.

(B) TREATMENT HISTORY - 11 Questions

▶B1. How long was it after the onset of school refusal before professional assistance was sought?

under 3 3-6 6-9 9-12 over 1
months months months months year

▶B2. Date of first professional contact: _____.

▶B3. Indicate the types of therapy provided to date. Include the dates and duration of treatment. ie. (Individual therapy from January 1/91 - April 1/91 - 1 hr. weekly)

3:1 Hospital : Inpatient: _____.
Number of admissions _____.
Outpatient _____.

3:2 Pharmacotherapy: _____.

3:3 Psychodynamic Psychotherapy: _____.

3:4 Family therapy _____.

3:5 Group therapy _____.

3:6 Behavioral therapy procedures: _____.

3:7 Cognitive therapy: _____.

3:8 Other (ie. eclectic) _____.

▶B4. Please rank in order of their therapeutic effectiveness the therapies administered to date (1 = most therapeutic)

4:1 Hospital Inpatient: ____.
4:2 Hospital Outpatient: ____.
4:3 Pharmacotherapy: ____.

- 4:4 Psychodynamic Psychotherapy ____.
- 4:5 Family therapy: ____.
- 4:6 Group therapy: ____.
- 4:7 Behavioral operant procedures: ____.
- 4:8 Cognitive therapy: ____.
- 4:9 Other: _____.

►B5. Indicate the subject's motivation for treatment: (at initial interview)

unmotivated very poor fair good very good excellent

If unmotivated state reason(s): _____.

►B6. Indicate the subject's motivation for treatment:(during treatment).

unmotivated very poor fair good very good excellent

If unmotivated state reason(s): _____.

►B7. What was the subject's prognosis (at initial interview).

very poor fair good very good excellent

►B8. What was the subject's prognosis (at end of treatment).

very poor fair good very good excellent

►B9. Indicate the subject's level of school attendance (at initial interview).

- 9:1 never attended: ____.
- 9:2 0% - 19% ____.
- 9:3 20% - 39% ____.
- 9:4 40% - 59% ____.
- 9:5 60% - 79% ____.
- 9:6 80% - 100% ____.

►B10. Indicate the subject's level of school attendance (at discharge).

- 10:1 never attends: ____.
- 10:2 0% - 19% ____.
- 10:3 20% - 39% ____.
- 10:4 40% - 59% ____.
- 10:5 60% - 79% ____.
- 10:6 80% - 100% ____.

►B11. Please rank in order of their severity the following reason(s) for not attending school (as stated by the subject):

11:1 Social pressures:

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

11:2 Educational pressures:

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

11:3 Family pressures:

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

11:4 Peer pressures:

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

11:5 Personal problems:

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

11:6 Other: _____

1	2	3	4	5	6
None	Minimal	Mild	Moderate	Severe	Extreme

Ⓒ EDUCATIONAL HISTORY - 3 Questions

►C1. Educational level at the time of initial interview:

1:1 Elementary School _____, grade _____.
1:2 Junior High School _____, grade _____.
1:3 High School _____, grade _____.
1:4 Other _____.

►C2. Highest educational level attained (prior to treatment)

2:1 Elementary School _____, grade _____.
2:2 Junior High School _____, grade _____.
2:3 High School _____, grade _____.
2:4 Other _____.

▶C3. Highest educational level attained (currently)

- 3:1 Elementary School _____, grade _____ ^{or} at end of treatment
3:2 Junior High School _____, grade _____
3:3 High School _____, grade _____
3:4 Other _____.

(D) DEVELOPMENTAL HISTORY - 5 Questions

▶D1. Was prenatal development considered to be:

Uneventful: Yes _____, No _____.
If No please explain: _____.

▶D2. Was the subject's physical development to date considered to be:

- 2:1 Normal: Yes _____, No _____.
2:2 Delayed: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.
2:3 Abnormal: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.

▶D3. Was the subject's cognitive development to date considered to be:

- 3:1 Normal: Yes _____, No _____.
3:2 Delayed: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.
3:3 Abnormal: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.

▶D4. Was the subject's emotional development to date considered to be:

- 4:1 Normal: Yes _____, No _____.
4:2 Delayed: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.
4:3 Abnormal: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.

▶D5. Are the subject's age-appropriate abilities to date considered to be:

- 5:1 Normal: Yes _____, No _____.
5:2 Delayed: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.
5:3 Abnormal: Yes _____, No _____.
If yes, please explain: _____.

(E) FAMILY HISTORY - 10 Questions

▶E1. Occupation (father)

- 1:1 Professional _____.
- 1:2 Business _____.
- 1:3 Clerical/Sales _____.
- 1:4 Skilled Laborer _____.
- 1:5 Unskilled Laborer _____.
- 1:6 Homemaker _____.
- 1:7 Unemployed _____.
- 1:8 Other _____.

▶E2. Occupation (mother)

- 2:1 Professional _____.
- 2:2 Business _____.
- 2:3 Clerical/Sales _____.
- 2:4 Skilled Laborer _____.
- 2:5 Unskilled Laborer _____.
- 2:6 Homemaker _____.
- 2:7 Unemployed _____.
- 2:8 Other _____.

▶E3. Highest educational level attained (by father):

- 3:1 Elementary School _____, grade _____.
- 3:2 Junior High School _____, grade _____.
- 3:3 High School _____, grade _____.
- 3:4 College /Speciality School _____.
- 3:5 University _____.
- 3:6 Other _____.

▶E4. Highest educational level attained (by mother):

- 4:1 Elementary School _____, grade _____.
- 4:2 Junior High School _____, grade _____.
- 4:3 High School _____, grade _____.
- 4:4 College /Speciality School _____.
- 4:5 University _____.
- 4:6 Other _____.

▶E5. Marital status of parents (at present):

Single _____, Married _____, Separated _____, Divorced _____,
Widowed _____, Other _____.

▶E6. Level of family functioning:

- 6:1 Problem solving: satisfactory _____ unsatisfactory _____
- 6:2 Communication: satisfactory _____ unsatisfactory _____
- 6:3 Roles: satisfactory _____ unsatisfactory _____
- 6:4 Affective response: satisfactory _____ unsatisfactory _____
- 6:5 Behavioral control: satisfactory _____ unsatisfactory _____
- 6:6 Parent-child satisfactory _____ unsatisfactory _____
 relations:

(F) FAMILY HISTORY OF PSYCHIATRIC PROBLEMS - 5 Questions

▶F1. Father: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.

▶F2. Mother: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.

▶F3. Sibling(s): Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.

▶F4. Grandparents: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.

▶F5. Please indicate which (if any) of the following conditions members of the subject's immediate family have been identified as requiring professional assistance for.

5:1 School refusal: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:2 Social withdrawal: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:3 Apathy: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:4 Delinquency: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:5 Flushing: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:6 Fears or phobias: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

5:7 Psychosomatic complaints: Yes _____, No _____.
If yes please explain: _____.
M F, Current age: _____.

- 5:8 Neurotic symptoms: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:9 Separation anxiety: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:10 Anxiety disorders: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:11 Obsessive-compulsiveness: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:12 Eating-related disorders: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:13 Depressive disorders: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:14 Truency: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:15 School dropout: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.
- 5:16 Conduct disorders: Yes ____, No ____.
 If yes please explain: _____

 M F, Current age: ____.

5:17 Agoraphobia: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:18 Panic disorder: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:19 Developmental disorder: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:20 Substance abuse: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:21 Antisocial disorder: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:22 Hypochondriacal symptoms: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:23 Physical violence towards persons: Yes ____, No ____.
If yes towards whom: _____
M F, Current age: ____.

5:24 Verbal abuse: Yes ____, No ____.
If yes towards whom: _____
M F, Current age: ____.

5:25 Physical violence towards property: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
M F, Current age: ____.

5:26 Day-night routine reversal: Yes ____, No ____.
If yes please explain: _____
_____.

G HISTORY OF SCHOOL RELATED PROBLEMS - 3 Questions

►G1. PRECIPITATING FACTORS (if yes please rank in order of severity: number 1 = most severe)

- 1:1 Fear of or actual failure: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:2 Anxiety or panic: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:3 Minor accident: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:4 Illness or operation: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:5 School holiday or camp: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:6 Moving to a new house: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:7 Changing class or school: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:8 Departure or loss of a school friend: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:9 Illness or death of a significant adult: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:10 Family related problems: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:11 Peer related problems: No _____, Yes _____ (rank) _____.
- 1:12 School factors related to school refusal: No _____, Yes _____ (rank) _____.

If yes, please indicate the factors that may have contributed to school refusal.

- a) Failing grades: Yes _____, No _____ (rank) _____.
- b) Significant underachievement: Yes _____, No _____ (rank) _____.
- c) Fear of teacher: Yes _____, No _____ (rank) _____.
- d) Fear of school peers: Yes _____, No _____ (rank) _____.
- e) Fear of school work: Yes _____, No _____ (rank) _____.
- f) Other, (ie. club activities): Yes _____, No _____ (rank) _____.

►G2. SYMPTOMS OF SCHOOL REFUSAL (please circle to indicate the severity of each of the following items).

Changes in personality:

- 2:1 Withdrawal from peer group activities:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:2 Overly dependent:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:3 Clings to or tries to control a parent:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

- 2:4 Stubborn, argumentative, critical style
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:5 Anger (often towards mother):
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:6 Low frustration tolerance:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:7 Low self-esteem:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:8 Overly sensitive to criticism:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:9 Regressive behavior:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:10 Mood disturbance:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:11 Poor eating habits:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:12 Neglect of daily routines:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:13 Neglect of personal hygiene:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme
- 2:14 Expresses a gradual fear or dislike of the world:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

Symptoms

- 2:15 Nausea:
None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:16 Loss of appetite:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:17 Vomiting:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:18 Paresthesias (tingling in hands or feet):

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:19 Headache:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:20 Earache:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:21 Abdominal pain:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:22 Vague malaise:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:23 Dizziness, vertigo or unsteady feelings:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:24 Limb pains:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:25 Tachycardia:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:26 Palpitations:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:27 Faintness:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:28 Chest pain or discomfort:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:29 Choking or smothering sensations:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:30 Hot and cold flashes:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:31 Frequent urination:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:32 Diarrhea:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:33 Motor tension (shakiness, trembling, eyelid twitch, easy startle):

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:34 Constipation:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:35 Back pain:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:36 Discomfort in the pit of the stomach

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:37 Flushing:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:38 Pallor:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:39 High resting pulse and respiration rate:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

2:40 Fever:

None Minimal Mild Moderate Severe Extreme

Other Identifying Problems

►G3. Social withdrawal: Yes ____, No ____.

If yes, which category describes best the subject's state of social withdrawal behavior:

a) At initial interview -

- 3:1 Never left home: _____.
3:2 Seldom left home: _____.
3:3 Only left home for short periods of time: _____.
3:4 No evidence of social withdrawal: _____.

b) currently -

- 4:1 Never leaves home _____.
4:2 Seldom leaves home _____.
4:3 Only leaves home for short periods of time: _____.
4:4 No evidence of social withdrawal: _____.

4:5 Apathy: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:6 Delinquency: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:7 Violence towards persons: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:8 Fears or phobias: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:9 Psychosomatic complaints; Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:10 Neurotic symptoms: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:11 Separation anxiety: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:12 Anxiety disorders: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

4:13 Obsessive-compulsiveness: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____.

- 4:14. Eating-related disorders: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:15. Depressive disorders: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:16. Affective disorders: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:17. Truency: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:18. School dropout: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:19. Conduct disorders: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:20. Panic disorder: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:21. Developmental disorder: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:22. Substance abuse: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:23. Antisocial disorder: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.
- 4:24. Suicidal ideation: Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:25. Suicidal gestures/
attempts:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:26. Insomnia:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:27. Hypochondriasis:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:28. Adjustment disorder
(with withdrawal):

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:29. Adjustment disorder
(with anxious mood):

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:30. Schizoid disorder:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:31. Identity disorder:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:32. Avoidant disorder:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

4:33. Others:

Yes ____, No ____.
If yes, please explain: _____
_____.

Scale 2

Levels	Adult examples	Child or adolescent examples
1 SUPERIOR—Unusually effective functioning in social relations, occupational functioning, and use of leisure time.	Single parent living in deteriorating neighborhood takes excellent care of children and home, has warm relations with friends, and finds time for pursuit of hobby.	12-year-old girl gets superior grades in school, is extremely popular among her peers, and excels in many sports. She does all of this with apparent ease and comfort.
2 VERY GOOD—Better than average functioning in social relations, occupational functioning, and use of leisure time.	A 65-year-old retired widower does some volunteer work, often sees old friends, and pursues hobbies.	An adolescent boy gets excellent grades, works part time, has several close friends, and plays banjo in the jazz band. He admits to some distress in "keeping up with everything."
3 GOOD—No more than slight impairment in either social or occupational functioning.	A woman with many friends functions extremely well at a difficult job, but says "the strain is too much."	An 8-year-old boy does well in school, has several friends, but bullies younger children.
4 FAIR—Moderate impairment in either social relations or occupational functioning, or some impairment in both.	A lawyer has trouble carrying through assignments, has several acquaintances, but hardly any close friends.	A 10-year-old girl does poorly in school, but has adequate peer and family relations.
5 POOR—Marked impairment in either social relations or occupational functioning, or moderate impairment in both.	A man with one or two friends has trouble keeping a job for more than a few weeks.	A 14-year-old boy almost fails in school and has trouble getting along with his peers.
6 VERY POOR—Marked impairment in both social relations and occupational functioning.	A woman is unable to do any of her housework and has violent outbursts toward family and neighbors.	A 6-year-old girl needs special help in all subjects and has virtually no peer relationships.
7 GROSSLY IMPAIRED—Gross impairment in virtually all areas of functioning.	An elderly man needs supervision to maintain minimal personal hygiene and is usually incoherent.	A 4-year-old boy needs constant restraint to avoid hurting himself and is almost totally lacking in language skills.

Code	Term	Adult examples	Child or adolescent examples
1	None	No apparent psychosocial stressor	No apparent psychosocial stressor
2	Minimal	Minor violation of the law; small bank loan	Vacation with family
3	Mild	Argument with neighbor; change in work hours	Change in school teacher; new school year
4	Moderate	New career; death of close friend; pregnancy	Chronic parental fighting; change to new school; illness of close relative; birth of sibling
5	Severe	Serious illness in self or family; major financial loss; marital separation; birth of child	Death of peer; divorce of parents; arrest; hospitalization; persistent and harsh parental discipline
6	Extreme	Death of close relative; divorce	Death of parent or sibling; repeated physical or sexual abuse

American Psychiatric Association; Quick Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington, D.C., APA, pp.14-15.

American Psychiatric Association; Quick Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington, D.C., APA pp.18-19.

SUMMARY OF DIMENSION CONCEPTS

DIMENSIONS

KEY CONCEPTS

Roles

Problem Solving

- | Affective and Instrumental problems
- | 7 stages to the Process:
 1. Identification of the problem
 2. Communication of the problem to the appropriate resource(s)
 3. Development of action alternatives
 4. Decision of one alternative
 5. Action
 6. Monitor that action is taken
 7. Evaluation of success

Postulated:

- | Most effective - carry out all 7 stages
- | Least effective - when cannot identify (stop before stage #1)

Communication

- | Affective and Instrumental areas
- | 2 independent dimensions:
 1. Clear vs. Masked
 2. Direct vs. Indirect
- | Above two dimensions to yield four patterns of communication, as follows:
 1. Clear and Direct
 2. Clear and Indirect
 3. Masked and Direct
 4. Masked and Indirect

Postulated:

- | Most effective - Clear and Direct
- | Least effective - Masked and Indirect

- | Two function types - Necessary
 - Other
- | Functions also broken into Affective and Instrumental areas
- | Necessary function groupings are:
 1. Provision of resources
 2. Nurturance and support
 3. Adult sexual gratification
 4. Personal development
 5. Systems maintenance and management
- | Role functioning is assessed by considering how the family allocates responsibilities and handles accountability for them.

Postulated:

- | Most effective - all necessary functions have clear allocation to reasonable individual(s) and accountability built in.
- | Least effective - necessary functions are not addressed and/or allocation and accountability not maintained.

Affective Responsiveness

- | Two groupings - Welfare emotions
 - Emergency emotions

Postulated:

- | Most effective - full range of responses appropriate to amount and quality of stimulus.
- | Least effective - very narrow range (one or two affects only) and/or amount and quality distorted, given the context.

A spectrum of involvement with 6 styles identified:

1. Lack of involvement
2. Involvement devoid of feelings
3. Narcissistic involvement
4. Empathic involvement
5. Over-involvement
6. Symbiotic involvement

Postulated:

- : Most effective - Empathic involvement
 - : Least effective - Symbiotic involvement and Lack of Involvement
-

Behaviour Control

- : Applies to three situations:
 1. Dangerous situations
 2. Meeting and expressing of psychobiological needs and drives (eating, drinking, sleeping, eliminating, sex, and aggression)
 3. Interpersonal socializing processes inside and outside the family.
- : Style is determined by the standard and latitude of what is acceptable in each of the above. Four styles are defined:
 1. Rigid behaviour control
 2. Flexible behaviour control
 3. Laissez-faire behaviour control
 4. Chaotic behaviour control
- : To maintain the Style, various techniques are used and implemented under Role functions (systems maintenance and management)

Postulated:

- : Most effective - Flexible
 - : Least effective - Chaotic
-

参 考 論 文

思春期青年期事例における短期合宿療法

A Short-term Camp Therapy for Adolescent Cases

茨波大学医学研究科

倉本 英彦 Hidehiko KURAMOTO	斎藤 環 Tamaki SAITOU	打木 悟 Satoru UCHIKI
池上 恭司 Kyouji IKEGAMI	中島 聡美 Satomi NAKAJIMA	岩橋 公晴 Kimiharu IWADATE

Doctoral Program in Medical Science, The University of Tsukuba

北の丸カウンセリングセンター

藤光純一郎

Junichiro HJIMITSU

Kitanomaru Counselling Center

セキカワ情権教育研究所

関川 俊男

Toshio SEKIKAWA

Sekikawa Institute of Sentimental Education

茨波大学社会医学系

稲村 博

Hiroshi INAMURA

Institute of Community Medicine, The University of Tsukuba

抄 録：非社会的問題行動をもつ思春期青年期事例（男54人、女18人、平均年齢20.5歳）を対象にした、3年間の夏期短期合宿の活動内容と効果について報告した。合宿中、身体状態、心理状態、集団適応状態についての自己評価とスタッフによる評価を毎日行ったが、日程を経るに従って全体的にそれらの状態はよくなり、年齢、精神障害の種類による有意な差は認められなかった。しかし、合宿1か月後の調査では、全体的に生活の改善傾向がみられたもの、年齢が高いほど、また病理性が強いほど改善の程度は弱かった。

Synopsis: This is to report the activities and the effects of the short-term summer camps which we had held over the last 3 years for adolescents with social maladjustment problems. The physical, psychological and group-adjustmental states of the adolescents were evaluated by themselves and staffs each day during the camps. We recognized no significant difference in terms of age and mental disorders during the time, however, the pattern of daily life one month after the camp improved less in elder and more pathological cases.

Key words: school phobia, apathy, peer group, short-term camp therapy, group activity therapy

I. 緒 言

従来より情緒障害児、自閉症児、登校拒否児などに対する治療訓練合宿がさまざまな施設や機関で行われ、そのうちのいくつかは報告されているが^{1)~3)}、効果について本格的に論じたものは極めて少ない。まして、最近増加が指摘されている⁴⁾アパシーやボーダーラインをも含めた青年期事例

に対する治療訓練合宿の報告は皆無に近い。

著者らは、'83年から春・夏の休みに、登校拒否、家庭内暴力、無気力、ひきこもりなどの非社会的問題行動をもつ思春期青年期事例に対する短期間の合宿治療を行ってきたが、'87年からは東北地方の高原において、①大自然の中で心身の浄化をはかる、②集団のレクリエーションなどにより活動意欲を高める、③集団生活により対人関

係の改善をはかる。④思春期、青年期のための他の療法と有機的に結びつけることなどを主な目的として、3泊4日のサマーキャンプを実施した。以下、3年間の活動内容と効果について報告する。

II. 対象者

対象者の参加経路は、ひとつは著者らの関連機関からの紹介であり、他は新聞に掲載した一般公募からで、メンバーの選択基準は次のごとくである。①非社会的問題行動をもつ思春期青年期の事例で、本人に十分な参加意欲がある。②非行などの反社会的問題行動をもつ事例は原則として除くが、ただし問題行動の背景に非社会性などが含まれ、集団生活をすることによって改善が期待される事例は含める。③精神障害の種類は問わないが、極端に病理性が強く、集団生活が困難と思われる事例は除く。

表1に参加メンバーの性別、年齢、診断の内訳を示す。延べ人数は72人（男54人、女18人、平均年齢20.5歳）で、3回参加が4人、2回参加が8人いた。なお、診断は主治医の意見に従ったが、主治医がいなかったり不明の場合は、合宿での所見をもとに合宿参加の医師が判断した。

III 活動内容

1) 合宿所

1. 場所と日程の設定

福島県T高原のAロッジにおいて、毎回8月17

日から20日までの3泊4日間の合宿を行った。この場所は以前は人里離れた秘境だった高原で、ロッジの目の前には良質のスキー場が広がり、まわりには野球場、テニスコート、体育館、木工場やキャンプファイアーに適した広場などの施設があり、大自然の雰囲気を存分に味わえる絶好の場所であるため選ばれた。また、この日程は9月の学校開始より1週間以上前で、しかも旧盆にかからない時期として選ばれた。

2. スタッフの構成

スタッフの基本的な構成は、プログラム進行のコーディネーター、医師、カウンセラー、音楽療法士、ボランティアなどで、'87年は4人、'88年は7人、'89年は9人であった。治療効果を考え、二十代の若いスタッフをできるだけ起用したのが特徴である。

3. プログラム

プログラムは、表2に示すようにレクリエーション、歌、ゲーム、ダンス、スタンツ、キャンプファイアー、花火、ソフトボール大会、飯盒炊き、ハイキングなどで存分に体を動かしながら、仲間同士で楽しく語り合えるようなメニューを豊富に盛りこんでいる。また、雨天の場合や、心身の不調をきたす場合を考慮にいれて、ゆとりをもたせたスケジュールになっている。

4. 説明会

参加メンバーの申し込みが出そろった時点で、親と参加メンバーを集めて合宿の説明会を開催し

表1 参加メンバー

		'87年	'88年	'89年
性	男	11人	20人	39人
	女	9人	2人	7人
別計		20人	22人	46人
平均年齢(分布)		10.5歳(14~20歳)	20.9歳(14~28歳)	20.8歳(13~33歳)
診	登校拒否	8人(40%)	4人(18%)	10人(22%)
	アパシー	1(5)	2(9)	9(20)
	神経症	1(5)	7(32)	4(9)
	精神分裂病	6(30)	8(36)	18(39)
	器質性精神障害	1(5)	0(0)	2(4)
	てんかん	1(5)	1(5)	1(2)
	パーソナリティ障害	1(5)	0(0)	1(2)
断	人格障害	1(5)	0(0)	1(2)

表2 プログラム('88年)

時	初日	2日目	3日目	最終日
7		起床 体操	起床 体操	起床 体操
8		朝食	朝食	朝食
9	集合 出発	周辺散歩	出発	出発
10		ソフトボール大会		
11			ハイキング	
12	昼食	飯盒炊き	昼食	昼食
13		自由時間		自由時間
14		自由時間		自由時間
15		テニス トランプ		テニス トランプ
16	宿舎到着	入浴 散歩など	宿舎到着	宿舎到着
17	オリエンテーション	グループ打ち合せ	自由時間	自由時間
18	夕食	夕食	夕食	夕食
19	コミュニケーションゲーム	キャンプファイアー	レクリエーション	レクリエーション
20			グループ対抗ゲーム	グループ対抗ゲーム
21	就寝	就寝	カラオケ大会など	カラオケ大会など
22	スタッフミーティング	スタッフミーティング	就寝	就寝
23			スタッフミーティング	スタッフミーティング

た。この時に医師による面接を全員に行い、合宿に参加可能かどうか判断した。

2) 合宿当日

1. 初日

初日は、集合、バスでの移動、オリエンテーション、夕食に引き続いて大広間でレクリエーションが行われる。オリエンテーションでは、宿舎の構造、部屋割り、グループ分け、スケジュール、諸注意などを説明するが、メンバーたちはお互いをよく知らず、不安と緊張が高いため、できるだけリラックスした雰囲気にするために、簡単なゲームや歌などを行う。夕食後のレクリエーションはコミュニケーションゲームと呼ばれ、大広間に全員で大きな輪をつくって座り、最初は、「若者たち」「手のひらを太陽に」「学生時代」「贈る言葉」などを歌い、次に肩たたきや手を使ったゲーム、さらに各グループから代表が出ていくつかの競争ゲームを行う(以上'88年)。

最後に日記を書かせ、身体状態・心理状態・集団適応状態について五段階の自己評価をしてもらう。メンバーの日記が出そろった時点で、スタッフミーティングを開き、各メンバーの身体状態・心理状態・集団適応状態を五段階評価する(スタッフ評価)。

2. 2日目

朝7時30分に起床、体操。朝食後に、ソフトボールのチーム分けをして、各チームでキャプテンを決め、作戦会議を行う。ソフトボール大会では、普段は自宅にひきこもりがちな若者たちなので、自分の体力以上にかんがってしまい、体力を消耗しきったり、筋肉痛で悩まされることがある。ソフトボールの後は、飯盒炊き(カレーライス)である。思う存分運動した後は食が進み、おかわりをする者がたくさんいる。昼食の後は自由時間である。引き続きソフトボール、テニス、大広間での室内遊び、昼寝の4つのコースに分かれ思い思いの時間を過ごす。夕食の後はキャンプファイアーである。「夕焼け小焼け」「遠き山に日は落ちて」をみんなで歌い、火付けの儀式を行い、組んだまきに点火する。「燃えろよ燃えろ」の歌で雰囲気を盛り上げ、フォークダンスやゲームを火が消えるまで楽しんだら、今度は花火である(以上'88年)。

3. 3日目

前日の疲れのためか起床時刻は遅れがちであるが、体操、朝食を軽く済ませて、尾瀬沼ハイキングに出発する。この頃には気の合った仲間ができ、わいわいと騒ぎながら行動するメンバーが多くな

表3 合宿中の適応状態の自己評価とスタッフ評価

	自己評価				スタッフ評価			
	身体	心理	集団	平均	身体	心理	集団	平均
'87年								
初日	3.1	3.3	3.7	3.4	2.9	3.0	3.3	3.1
2日目	3.1	3.3	3.7	3.4	2.8	3.4	3.6	3.3
3日目	3.3	3.8*	3.7	3.6	3.2	3.7**	3.7	3.5*
'88年								
初日	3.1	3.3	3.6	3.3	2.9	2.7	3.0	2.9
2日目	3.2	3.3	3.5	3.3	3.0	3.1	3.4	3.2
3日目	3.0	2.9	3.2	3.0	2.9	2.9	3.5	3.1
'89年								
初日	3.0	3.2	3.3	3.2	2.7	3.0	3.2	3.0
2日目	3.0	3.1	3.4	3.2	3.1	3.1	3.3	3.2
3日目	3.1	3.4	3.7	3.4	3.2*	3.5*	3.7*	3.5*

*p<0.05 **p<0.01 五段階評価 (1. 大変悪い 2. 悪い 3. 普通 4. 良い 5. 非常に良い)

るが、依然としてまわりにとけ込めずひとりではつんとしているメンバーもみうけられる。尾瀬沼から帰ると、夕食まではフリータイムである。この時間に各グループのレクリエーション係りを集め、夕食後のレクリエーションの演出を話し合ってもらう。レクリエーションでは、メンバーの一人の司会により、グループ対抗のさまざまなゲームを楽しむ。メンバー自身で考えたプログラムだけに、多少きこちないところはあるが、積極的に参加するメンバーが確実に多くなっている(以上'88年)。

4. 最終日

最終日はバスで東京に戻る。午前中に宿舎を出発して、途中会津若松、那須高原などの観光地を見学して夕方には新宿に到着する。

3) 合宿後

1. 同窓会

同窓会は9月に開くので、メンバーによっては登校を再開できた者もいたり、どこかの会社やアルバイトに就職できた者もいる。合宿後の1か月間は最も生活が変化する時期であり、合宿の直接的な効果がよくわかるのがこの同窓会である。

2. 感想文

同窓会后1か月以上経ってから、合宿に参加したメンバー全員に自由表記形式の感想文を送る。合宿後はほぼ2か月経てば合宿の記憶も薄れてくる

かわりに、合宿で得たものを落ちついて評価できるようにする。

3. アフターケア

前述の同窓会と感想文はともにアフターケアのひとつとしての意義をもつが、思春期青年期事例には数日間の合宿療法のみでは不十分なことが多く、著者らの関連のクリニック、若者クラブ、宿泊療法施設などとの有機的なつながりを持ちつつ、きちんとしたアフターケアをするように心がけている。

IV 効果

1) 自己評価とスタッフ評価

各メンバーの自己評価の平均点と、スタッフ評価の平均点を表3に示す。身体・心理・集団のほとんどが、「ふつう」の3点以上であり、初日と3日目を比較すると'87年と'89年は日程が進むにつれて点数が有意に上昇したが、'88年はむしろ減少した。その原因は、'88年は晴天続きでメンバーの身体的疲労がはげしかったことと、女性の参加メンバーが少なく盛り上がり欠けたことなどがあげられるが、他にも部屋割り、グループ分け、スタッフとメンバーの構成などの複雑な要因が関与したと思われる。また、2日目から3日にかけての点数が著しく伸びたのに比較して、初日から2日にかけての伸びが弱い傾向があった。

表4 年齢、精神障害の種類と合宿中の適応状態

日程	年齢		精神障害	
	<20y (22人)	≥20y (24人)	N群(23人)	S群(18人)
初日	3.0±0.7	3.0±0.6	3.1±0.7	3.0±0.6
2日目	3.1±0.9	3.3±0.9	3.2±0.9	3.2±0.7
3日目	3.6±0.7	3.5±0.7	3.8±0.8	3.5±0.5

これは、考察で述べるように移行期における不安と抵抗のあらわれとみなすことができる。さらに、身体・心理・集団の各点数を全体的に比較すると、前二者に比べ後二者が高い傾向があったが、これは身体・心理面での多少の不安があったとしても、別天地での友との出会い、語り、遊びなどが相当に楽しい経験となったことを示唆している。なお、自己評価に当たって、メンバーによっては真面目に書けなかったり、現実認知のゆがみなどから適切に評価できない場合もあったので、評価の信頼性としてはスタッフ評価の方が高いものと思われる。

2) 年齢、精神障害の種類と適応状態

'89年は参加人数が多く、年齢や精神障害の種類に幅があったので、スタッフ評価による身体・心理・集団の各平均点で年齢と精神障害の種類による内部比較を行った(表4)。年齢については、20歳未満(22人)と20歳以上(24人)の二群を比較し、日程が進むにつれて両者とも有意な差で点数が上昇したが、各日においては両者に有意な差がなかった。精神障害については、登校拒否・アパシー・神経症をN群(23人)とし、精神分裂病のS群(18人)と比較したが、同様の結果であった。さらに、合宿後1か月後に、「合宿は楽しかったか」、「合宿後の生活は変化したか」の二点について全員にアンケート調査を施行した。その結果を表5に示すが、合宿の楽しさについては年

表5 年齢、精神障害の種類と合宿後の適応状態

質問	年齢		精神障害	
	<20y (22人)	≥20y (24人)	N群(23人)	S群(18人)
合宿は楽しかったか#	1.5±0.7	1.8±0.8	1.7±0.8	1.5±0.8
合宿後の生活の変化##	2.2±1.0	2.9±0.7*	2.4±0.8	2.8±1.0

(1. 大変楽しかった 2. 少し楽しかった 3. あまり楽しくなかった 4. 全然楽しくなかった)
(1. 大いに変化した 2. 少し変化した 3. あまり変化しなかった 4. 全然変化しなかった)

*p<0.05

齢と精神障害の種類による有意な差は認められなかった。そして、合宿後の生活変化については全体的に改善傾向が認められたが、20歳以上の群が20歳未満の群に比べて改善の程度は有意に弱く、またS群はN群に比べて改善の程度は弱い傾向があった。これらの結果は、合宿療法は年齢と精神障害の種類にかかわらず一時的な効果が期待できるが、従来より治療が困難とされている年齢が高く病理性が強い事例に対しては、持続的な効果が比較的小さいということを示唆している。

3) 事例

<事例1>中3男

中学入学後、部活動の先生によく注意されたりして、だんだんと遅刻が増え、中2のクラス替えで前のクラスの友だちと離れてしまい、一学期の中間調査からはほとんど登校しなくなり、母親が登校刺激を加えると暴力を振るうようになった。中2の10月('88年)にKクリニックを受診。11月に宿泊療法施設であるTハウスに入寮し、ハウスより少しずつ登校し出したが、中3のクラス替えで再び学校に行けなくなり、登校する意欲はあるが実際には行けない日が続いた。'89年の合宿に参加し、ロックバンドのボーカルをかってるなどして非常に元気にになり、合宿後には、「一生の思い出になった。修学旅行の替わりになった。」とまでいうようになり、9月から登校を慎重に再開している。

<事例2>高2男

'87年の高校入学後から登校できなくなり、高1休学中の'88年6月にKクリニックを受診。'88年の合宿に参加し、メンバーたちの人気者になるなどして元気を取り戻し、9月より登校を再開した。その時、次のような感想文を寄せている。「9月からなんとか学校に通っているんだけど、

緊張しちやうととも寝れる。気の合う友人もいないし、毎日不安の連続。でもいざとなったら、僕にはキャンプで一緒に生活した仲間がいる、と思ってMクラブに入る入らないは別として、その存在は心の中で少なからぬ支えになっている。その後、若者クラブであるMクラブに入会し、順調に登校を続け、'89年の合宿に再び参加した時は別人のようなゆとりをみせていた。

<事例3>28歳男

大学卒業後、一つ目の会社は上司とうまく行かず1年半で辞め、二つ目の会社は嫌な仕事に回され4か月で辞め、三つ目の会社はがんばりすぎて3か月で辞めた。その後自宅にひきこもる生活が続き、何とか現状を打開しようと'89年1月にKクリニックを受診。5月にTハウスに入寮し、順調に寮内適応を果たし、'89年の合宿に参加した。合宿中は若い女性メンバーなどと楽しく過ごし、合宿後よりスーパーマーケットのアルバイトをはじめたが、慣れぬ仕事に疲労が蓄積し、1週間ほどでアルバイトに行けなくなり、挫折感より抑うつ気分が襲われたが、ほどなく回復し、現在はTハウスにおいて社会復帰に向けて再び歩み出そうとしている。

V 考 察

1) 合宿療法の意義

ここでは、著者らが行っている若者クラブや長期間の宿泊療法¹¹⁾などの思春期青年期に対する他の療法との共通点と相違点を明らかにしながら、合宿療法の意義を考察する。

まず、共通点は次の二点があげられる。

第一は、思春期青年期の集団のもつ治療効果の大きさである。思春期青年期におけるピア・グループの影響力は従来からよく指摘されており、さまざまな年齢と精神障害をもつ異質な集団メンバー間でのダイナミックなやりとりを通して、自己の現在の状態に対する自然で普遍的な認識と他者への配慮性を獲得し、いままでの孤立無縁感から救われ、世界への足がかりを見出すのである。しかも、年齢が離れていないスタッフの存在により、治療共同体的¹²⁾な雰囲気が出されているのが特徴である。

第二は、思春期における動的要素の大切さである。従来のカウンセリング理論を基礎においたバーバルコミュニケーションを主とするいわば静的要素の強い療法よりも、レクリエーション、ゲーム、音楽、スポーツなどを取り入れたいわば動的要素の強い集団活動療法¹³⁾の方が、非社会的問題行動をもつ思春期青年期事例にはむしろ治療効果が著しいようである。もちろん、面談形式のカウンセリングは時に応じて行っており、静と動の微妙なバランスによって治療効果を高めていることはいうまでもない。

次に、相違点は次の三点があげられる。

第一は、期間が限られていて短いことである。したがって、短期間のうちに集中的に深いかかわりをもつことになるので、急速にラポールが形成されやすい。

Oberg¹⁴⁾は異文化適応の段階を四つに分け、目新しいものに魅了される最初の蜜月期 honeymoon stage においてはみかけの適応はよいとするが、短期間の合宿はちょうどこの時期に当たるので一時的効果が出やすいとも考えられる。

第二は、旅体験である。日常生活のさまざまな束縛やしがるみから離れること、特に共生的な母子関係から一時的に離れることにより、自由で解放的な気分を味わい、ひとりで抱えていた悩みや苦しみを仲間とことん語り合うことでカタルシスを体験できる。

第三は、起承転結の発展である。初日の不安と緊張ではじまり、2日目に少し慣れて緊張がほぐれ、3日目に楽しさは絶頂に達して思いを新たに、最終日になごりを惜しむつつ明日への希望につなぐ。このプロセスは、初期 initial stage-移行期 transition stage-作業期 working stage-終結期 final stage という集団療法のプロセス¹⁵⁾に類似するものがあるが、合宿療法においては、移行期の不安や抵抗が集団活動を通して比較的スムーズに乗り越えられ、作業期に素早く移行しやすいのが特徴といえる。

2) 合宿療法の効果——「踏み板効果」

非社会的問題行動をもつ思春期青年期事例の心理状態は、高すぎる跳び箱を目の前にして、跳びたいけれども跳べないで座り込んでいるようなも

のと考えるとわかりやすい。ここで、跳び箱の高さは社会復帰へのさまざまな障壁の大きさをあらわす。そこで、「踏み板」まで助走できるだけの気力がある事例に、合宿という「踏み板」を提示すれば、跳び箱は跳びやすくなり、そのうちに自信がついて跳び箱の高さも自然に低くなっていく。そうした合宿法の「踏み板効果」によって、事例1、2、3ともはずみがつき、社会復帰への糸口を見いだせたが、いかんせん、前述したごとく「踏み板効果」の持続は一時的なために、年齢が高く、より病理性が強い事例3においては、十分な社会適応力が身につかなかったものと思われる。(本論文の要旨は、第8回日本思春期学会において発表した。)

文 献

- 1) 平井信義：情緒障害児の合宿十年間の経験，教育と医学，15(7)：4-9，1967。
- 2) 小野修：非社会性幼児の治療キャンプ，児童精神医学とその近接領域，13(5)：323-331，1972。
- 3) 黒田健次：登校拒否児の治療訓練キャンプ，児童精神医学とその近接領域，14(4)：254-273，1973。
- 4) 真田昭・堀内聡：情緒障害キャンプ療法に関する

研究，教育相談研究，13：13-32，1973。

- 5) 小林竜児・村田豊久：自閉症児童療育キャンプの効果に関する一考察，児童精神医学とその近接領域，18(4)：221-234，1977。
- 6) 飯田健：キャンプによる合宿訓練，教育心理，35(9)：718-721，1987。
- 7) 柄澤弘幸・武田隆綱：児童・思春期患児に対する夏期心療合宿，集団精神療法，4(1)：51-55，1988。
- 8) 稲村博：登校拒否の克服，219-233，新理社，東京，1988。
- 9) 稲村博：若者・アパシーの時代，90-106，NHKブックス，東京，1989。
- 10) 秋元波留夫・北垣日出子訳：精神医学と社会療法，21-28，医学書院，東京，1982。
(Clark, D. H. Social Therapy in Psychiatry, Churchill Livingstone, 1974)
- 11) 田中熊次郎：グループセラピー，講座サイコセラピー10，128-133，日本文化科学社，東京，1987。
- 12) Oberg, K.: Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments, Practical Anthropology 7: 177-182, 1980.
- 13) Corey, M. S. & Corey, G.: GROUPS: Process and Practice, 103-249, Books/Cole Publishing Company, California, 1987.

思春期青年期におけるグループホーム形式の宿泊療法

A Group Home-like Care and Treatment for Adolescents and Youth

筑波大学社会医学系

稲村 博
Hiroshi INAMURA

松崎 一葉
Ichiyou MATSUZAKI

Institute of Community Medicine,
The University of Tsukuba

筑波大学医学研究科

倉本 英彦
Hidehiko KURAMOTO
西村 秋生
Akio NISHIMURA

池上 恭司
Kyouji IKEGAMI

中島 聡美
Satomi NAKAJIMA
垣渕 洋一
Youichi KAKIBUCHI

Doctoral Program in Medical Science,
The University of Tsukuba

佐々木病院

青少年健康センター

斉藤 環
Tamaki SAITOU
Sasaki Hospital

真下 テル
Teru MASHIMO

小松 淳平
Junpei KOMATSU

Adolescent Well-being Center

思春期青年期におけるグループホーム形式の宿泊療法

A Group Home-like Care and Treatment for Adolescents and Youth

筑波大学社会医学系

稲村 博
Hiroshi INAMURA松崎 一葉
Ichiyou MATSUZAKIInstitute of Community Medicine,
The University of Tsukuba

筑波大学医学研究科

倉本 英彦
Hidehiko KURAMOTO
西村 秋生
Akio NISHIMURA池上 恭司
Kyouji IKEGAMI中島 聡美
Satomi NAKAJIMA
垣淵 洋一
Youichi KAKIBUCHIDoctoral Program in Medical Science,
The University of Tsukuba

佐々木病院

斉藤 環
Tamaki SAITOU
Sasaki Hospital真下 テル
Teru MASHIMO小松 淳平
Junpei KOMATSU
Adolescent Well-being Center

青少年健康センター

抄 録：無気力・ひきこもりを主徴とする思春期青年期の男子72例（初診時平均年齢21.8歳、平均在寮期間4.7か月）に対するグループホーム形式の宿泊療法の効果を、退寮後3か月間における平均的な社会適応状態の改善度で評価して次の知見を得た。①寮内の適応パターンは五種類に分類できた。②アパシー群(39人)の改善度は、非アパシー群(33人)(精神分裂病15人、ボーダーラインおよび他の人格障害10人、その他8人)有意に高かった。③発症年齢による改善度の違いはなかったが、初診までのひきこもり期間が長いほど改善度は低かった。④退寮後の改善に顕著な寄与をした寮内適応状態の項目は、「入寮中適応レベルの最高時に寮内活動参加がほとんどない」と「入寮一週間後にスタッフへの言葉による攻撃性が強い」であった。逆に、⑤非改善に顕著な寄与をした項目は、「入寮一週間後に他の寮生への言葉による攻撃性が強い」と「入寮中適応レベルの最高時に生活が極めて不規則」であった。

Synopsis: This is to report the effectiveness of the group home residential care and treatment for 72 male adolescents and Youth with apathetic state and social withdrawal (average age=21.8yrs, average length of stay in the house=4.7months). The subjects' adjustment to society during three months after discharge from the house was found as follows: ① There were five patterns of adjustment during the residential treatment process. ② Apathetic group (N=39) improved faster than non-apathetic group (N=33): schizophrenia (N=15), borderline and other personality disorders (N=10), and others (N=8). ③ The level of improvement does not have significant relations with the age of onset of disorders, however, the longer the social withdrawal continued, the less effective care and the treatment became. ④ Among the care and treatment process items, the prominent contributory factors to improvement after discharge were "little participation in house activities at the time of optimal adjustment", and "strong verbal aggression towards the staff one week after admission". And ⑤ the prominent negative factors were "strong verbal aggression towards the other residents one week after admission" and, "extremely irregular life-style at the time of optimal adjustment".

key words: Apathy, Social withdrawal, Adolescent and Youth, Group home, Effectiveness

I 緒 言

著者らは、登校拒否、家庭内暴力、無気力・ひきこもりなどの主に非社会的問題行動をもつ思春期青年期の臨床事例に対して、外来クリニック、若者クラブ¹⁾、宿泊療法、合宿療法²⁾などの総合的な治療相談対策を進めているが、近年、問題行動が容易に長期化・遷延化し、自発性と意欲の低下、社会的ひきこもりを強めるいわゆるアパシーの増加が顕著になってきており³⁾、その治療相談対応上の困難さを日々痛感しているところである。ところが、この事態に対する実証的かつ系統的な研究はやっと端緒についたばかりであり⁴⁾、効果的な治療相談方法にいたってはほとんど報告がないのが現状といえる。

今回、著者らの一人が創案したグループホーム形式の宿泊療法がそれらの事例の社会適応力の改善と自我の成熟に対して有効であったことを確認したので、主に退寮後の改善度をさまざまな角度から検討しながら有効な治療相談対応のあり方を模索したい。

II 活動内容

1) 施設の特徴

現在、神奈川県横浜市内に A ハウスと T ハウスの二か所の施設がある。どちらも一般の民家を改造した建物で、A ハウス(洋風二階建て、3LDK)は1987年5月に、T ハウス(和風平屋、4LDK)は1988年11月に開設し、定員はそれぞれ男のみ8人、10人である。スタッフは心理、教育、体育、社会福祉などの専門家で、各ハウスにそれぞれ12人(男8人、女4人)、13人(男6人、女7人)が交替制で勤務している。また、メンバーの精神身体面の管理とハウス全体の活動・運営の助言のために2人の精神科医が週に一度それぞれのハウスを訪問している。

2) 治療相談の目標

次のような目標を常に頭におきながら日々の活動を行っている⁵⁾。

①規則正しい生活による日常生活の充実、②自主的な活動による自発性の涵養、③自由な話し合いや活動による対人関係の促進、④グループ活動に

よる集団生活への適応、⑤共同生活による社会性の獲得、⑥社会生活(学校、職場)への参加による適応力の増強。

3) 入寮の基準

著者らの関連のクリニック等で主治医が宿泊療法の適応があるとみなした事例について、ハウスのスタッフと協議し、精神症状や問題行動の程度、他のメンバーとの関係などを吟味したうえで入寮を決定する。成文化された厳密な入寮基準は現在のところないが、これまでの経験をふまえると次のようになろう。①登校拒否、家庭内暴力、無気力・ひきこもりなどの非社会的問題行動を呈する事例で、本人に十分な入寮意欲があり、家族と離れて集団生活することに意義が認められること、②原則として、非行・犯罪、薬物依存、アルコール依存などの反社会的問題行動が顕著な事例や、器質性のてんかん、精神遅滞、神経性障害をもつ事例は除く、③重篤な精神症状や身体症状のために医学的管理を必要としたり、対人関係に極端に過敏または操作的で集団生活が困難であると予想される事例は除く。

4) 活動プログラムの特徴

少人数の家庭的な雰囲気の中で、強制を排して各メンバーの能力と自主性を最大限に尊重した活動プログラムが組まれている⁶⁾。その主なものは、①規則正しい起床、就寝、食事など、②メンバー、スタッフ相互の自由で民主的な話し合い、③食事の手伝い、配膳、後片付け、清掃、シーツ交換など、④スポーツ、レジャー、絵画、音楽、農作業などへの参加、⑤外泊による自宅訓練、⑥学校あるいは職場(アルバイト)への復帰、ボランティア活動への参加、などがあげられるが、ほかに、誕生日、創立記念日、クリスマスなどのパーティー、OB会、ハウス対抗ソフトボール大会などのたくさんの行事がある。

III 対象者

今回の研究の対象者は1990年5月7日までにハウスを退寮した男72人(Aハウス54人、Tハウス18人)で、(表1)に示すように、発症時平均年齢16.9歳(分布6~32歳)、初診時平均年齢21.8歳(分布14~35歳)、現在平均年齢23.2歳(分布15

表1 CHARACTERISTICS OF DISCHARGED RESIDENTS

AGE	MEAN (DISTRIBUTION)	SD
ONSET	16.9yrs (6~32)	3.5yrs
INITIAL INTERVIEW	21.8yrs (14~35)	4.8yrs
PRESENT	23.2yrs (15~36)	4.8yrs
PSYCHIATRIC DIAGNOSIS	N	%
APATHETIC STATE	39	54.2
SCHIZOPHRENIA	15	20.8
BORDERLINE AND OTHER PERSONALITY DISORDERS	10	13.9
OTHERS	8	11.1

~36歳)であった。また、精神医学的診断は、アパシー状態(以下、アパシー群と呼ぶ)が39人で非アパシー群が33人、その内訳は精神分裂病が15人、ボーダーラインおよび他の人格障害が10人、その他が8人であった。ここで、アパシー群とは、無気力、社会的活動からのひきこもりなどを主症状とし、汎性不安、自己不全感、意欲の減退、軽い気分変動や身体不調感などを訴えることもあるが、神経症や精神病といえるほどの症状としてのまとまりに欠ける一群をさす。この群には、適応障害、多くの登校拒否、スチューデントアパシー⁷⁾、退却神経症⁸⁾、逃避型抑うつ⁹⁾、あるいは回避性人格障害(DSM-III)¹⁰⁾などが含まれる。一方、非アパシー群の方は精神分裂病、ボーダーラインと、人格障害はほぼDSM-III-Rの診断基準に合致する。その他には、狭義の神経症、躁うつ病、器質性精神障害、行為障害などが含まれる。なお、診断に当たっては2人以上の精神科医の意見の一致を前提とした。

精神症状あるいは問題行動の発現契機については、半分以上が不明または不詳であったが、入学、進学、転校、クラス替えなどの就学環境の変化が14人(19.4%)、家族以外の対人関係の問題が10人(13.9%)いた。また、著者らの関連する治療相談機関を訪れる以前に治療歴がなかった事例が14人(19.4%)いた一方で、三か所以上訪れた事例が16人(22.2%)いた。

IV 方法と結果

1)改善度の評価

斉藤¹¹⁾、他が作成した社会的活動状態、対人関係、家族関係、精神症状、身体症状についての五段階評価尺度と、DSM-IIIによる社会的関係、職業的機能および余暇時間の活用についての総合的評価尺度を用いて、退寮後3か月間の平均的な改善度を、入寮時との比較で、「おおいに改善」、「改善」、「不変」、「悪化」の四段階で評価した。その結果、退寮後の状態が不明の2人を除く70人において、「おおいに改善」が22人(31.4%)、「改善」が24人(34.3%)、「不変」が14人(20.0%)、「悪化」が10人(14.3%)であった。なお、評価に当たっては2人以上の精神科医の意見の一致を前提とした。

2)寮内適応パターンと改善度

入寮中に適応状態が変化し、新たな状態の持続が一週間以上あった場合に変化とみなし、その時点ごとに、寮内活動参加、寮内対人関係、社会的活動参加についての五段階総合的評価尺度に従って評価を加えた。その結果、表2に示すように、寮内の適応パターンが五種類に分類できた。第一のパターンは、ほぼ直線的に適応状態が改善するもの(「右上がり型」と呼ぶ)で、24人(34.3%)が該当した。第二のパターンは、適応状態が一度ピークに達した後に悪化するもの(「単一ピーク型」と呼ぶ)で、19人(27.1%)が該当した。第三のパターンは、適応状態が不変あるいはほぼ直線的に悪化するもの(「右下がり型」と呼ぶ)で、12人(17.1%)いた。第四のパターンは、適応状態が改善-悪化-改善するもの(「二相性改善型」と呼ぶ)で、8人(11.4%)いた。第五のパターンは、適応状態が波状に経過し改善をみるもの(「多相性改善型」と呼ぶ)で、7人(10.0%)が該当した。

これらの寮内適応パターンを退寮後の改善度との関係でみると、「右上がり型」と「二相性改善型」で明らかに改善する傾向があったが、「右下がり型」では逆に悪化する傾向があった。「単一ピーク型」と「多相性改善型」ではどちらともい

表2 PATTERNS OF ADJUSTMENT IN THE HOUSE AND THE DEGREE OF IMPROVEMENT
N=70, m, v.=2

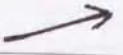

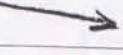

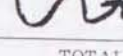
PATTERN	IMPROVEMENT	DEGREE OF IMPROVEMENT				TOTAL (%)
		MUCH IMPROVED	IMPROVED	UNCHANGED	WORSENE	
①	 good	14	8	1	1	24(34.3)
②	 good	4	5	6	4	19(27.1)
③	 good	0	3	4	5	12(17.1)
④	 good	4	4	0	0	8(11.4)
⑤	 good	0	4	3	0	7(10.0)
TOTAL (%)		22(31.4)	24(34.3)	14(20.0)	10(14.3)	70(100.0)

表3 THE AGE OF ONSET AND THE DEGREE OF IMPROVEMENT

AGE OF ONSET	IMPROVEMENT				TOTAL
	MUCH IMPROVED	IMPROVED	UNCHANGED	WORSENE	
~16yrs	11	9	7	7	34
17~19yrs	5	9	6	2	22
20yrs~	5	2	1	1	9

* Two-tailed Wilcoxon rank-sum test with the standard normal approximation

3)発症年齢と改善度

表3に、発症年齢と退寮後の改善度の関係を示す。発症年齢が16歳以下の事例が34人、17歳以上20歳未満が22人、20歳以上が9人いた。発症年齢が16歳以下の群34人と17歳以上の群31人の二群間で、ウィルコクソンの順位検定を用いて退寮後の改善度を比較したが(以後、特にことわらない限り統計学的検定にはこの手法を用いる)、両群間に統計学的に有意な差は得られなかった。また、アパシー群36人(発症年齢16歳以下14人、17歳以上22人)においても同様の比較を行ったが、統計学的に有意な差は得られなかった。

4)精神医学的診断と改善度

表4に、精神医学的診断と退寮後の改善度の関係を示す。アパシー群37人と精神分裂病、ボーダーライン・人格障害、その他の群33人の二群間

で、退寮後の改善度を比較したところ、統計学的に有意な差をもって前者が改善している。

5)初診時ひきこもり期間と改善度

表5に、著者らの関連医療機関を受診するまでのひきこもり期間と退寮後の改善度の関係を示す。ここで、ひきこもり期間とは、学校、職場(またはアルバイト)、ボランティア活動などの社会的活動に参加せず、自宅にひきこもっていた期間を算定したものである。平均ひきこもり期間は12.5か月(分布0~99か月)であった。ひきこもり期間が6か月未満の群41人と6か月以上の群25人の二群間で、退寮後の改善度を比較したところ、統計学的に有意な差をもって前者が改善した。また、アパシー群35人(ひきこもり期間6か月未満21人、6か月以上14人)においても同様の比較を行ったが、統計学的に有意な差をもって前者が改善良好

表4 THE PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AND THE DEGREE OF IMPROVEMENT
N=70. m. v.=2

DIAGNOSIS	IMPROVEMENT	MUCH IMPROVED	IMPROVED	UNCHANGED	WORSENE	TOTAL
APATHETIC STATE		16	13	7	1	37
SCHIZOPHRENIA		2	5	4	4	15
BORDERLINE.PD		2	3	2	3	10
OTHERS		2	3	1	2	8

p < 0.005

表5 THE LENGTH OF SOCIAL WITHDRAWAL AT THE INITIAL INTERVIEW AND THE DEGREE OF IMPROVEMENT
N=66. m. v.=6

LENGTH OF WITH DRAUAL	IMPROVEMENT	MUCH IMPROVED	IMPROVED	UNCHANGED	WORSENE	TOTAL
~<3 M		7	3	2	4	16
3~<6 M		11	10	2	2	25
6~<12M		3	5	1	1	10
1~<2 yrs		1	0	3	1	5
2~<3 yrs		0	0	1	0	1
3~<4 yrs		0	2	1	1	4
4~<5 yrs		0	2	0	1	3
5 yrs~		0	0	2	0	2

p < 0.05

表6 THE LENGTH OF STAY IN THE RESIDENTIAL HOUSE AND THE DEGREE OF IMPROVEMENT
N=70. m. v.=2

LENGTH	IMPROVEMENT	MUCH IMPROVED	IMPROVED	UNCHANGED	WORSENE	TOTAL
~<1 M		0	2	4	2	8
1~<2 M		4	4	0	2	10
2~<3 M		1	3	1	2	7
3~<4 M		5	2	2	1	10
4~<5 M		4	2	1	0	7
5~<6 M		2	4	2	1	9
6~<7 M		1	3	0	2	6
7~<12M		4	1	3	0	8
12M~		1	3	1	0	5

n. s.

だ。

6) 在寮期間と改善度

表6に、在寮期間と退寮後の改善度との関係を示す。平均在寮期間は4.7か月(分布0~19.5か月)であった。在寮期間が1か月未満の群8人は、そのほとんどが初期の適応に失敗して十分な治療関係が築けないうちに退寮となったものであり、

退寮後の改善度は、在寮期間が1か月以上の群と比較して、統計学的に有意な差で非改善の傾向があった。従って、在寮期間が1か月以上5か月未満の群34人と5か月以上の群28人の二群間で、退寮後の改善度を比較したが、統計学的に有意な差は得られなかった。また、在寮期間が1か月以上のアパシー群38人(在寮期間1か月以上5か月未

表7 退寮後三か月間の適応状態の改善に寄与した寮内適応状態項目のカテゴリウエイト(林の数量化Ⅱ類による解析)

寮内適応状態の項目	評価時点	偏相関係数	評価尺度のカテゴリウエイト		
			弱	中	強
寮内での不安・緊張	I	0.586	-0.326	-0.394	0.265
	II	0.776	0.596	-0.221	-1.254
	III	0.381	-0.201	0.176	-0.048
他の寮生との親密性	I	0.688	-0.726	1.003	1.867
	II	0.539	1.212	0.442	-0.313
	III	0.167	-0.218	0.040	0.051
他の寮生への言葉による攻撃性	I	0.812	0.378	-0.569	-3.211
	II	0.179	-0.080	0.152	
	III	0.436	0.212	-0.400	
スタッフとの親密性	I	0.548	0.358	-0.818	-1.062
	II	0.455	0.365	0.333	-0.226
	III	0.741	-2.073	-0.572	0.688
スタッフへの言葉による攻撃性	I	0.702	-0.317	1.056	3.068
	II	0.738	0.197	-1.353	0.422
	III	0.674	-0.519	0.566	1.185
生活の規則正しさ	I	0.542	0.183	-0.479	0.121
	II	0.779	-3.158	-0.814	0.424
	III	0.725	-1.358	0.893	-0.199
寮内での役割分担	I	0.190	0.120	-0.074	0.092
	II	0.715	-1.366	0.928	-0.253
	III	0.589	-1.141	-0.428	0.245
寮内活動への参加	I	0.135	-0.039	-0.051	0.072
	II	0.702	4.842	0.358	-0.318
	III	0.800	-1.128	-0.009	0.472
問題行動	I	0.199	-0.062	0.194	0.327
	II	0.300	-0.189	0.312	0.545
	III	0.724	-0.332	1.266	-0.074
治療関係の混乱度	I	0.569	0.138	1.312	-2.163
	II	0.710	0.518	-0.808	-2.057
	III	0.288	-0.133	0.434	0.277

評価時点: I(入寮一週間後)、II(入寮中の適応レベルが最高時)、III(退寮一週間前)

満22人、5か月以上16人)においても同様の比較を行ったが、統計学的に有意な差は得られなかった。7) 寮内適応状態と改善度

寮内適応状態について、寮内での不安・緊張、他の寮生との親密性、他の寮生への言葉による攻撃性、スタッフとの親密性、生活の規則正しさ、寮内での役割分担、寮内活動への参加、問題行動、治療関係の混乱度の十項目にわたって、強・中・弱の三段階で評価した。評価時点は、入寮一週間

後(I)、入寮中の適応レベルが最高時(II)、退寮一週間前(III)の三回である。これら90項目のアイテム・カテゴリに対して、退寮後の改善度を改善群(「おおいに改善」、「改善」と非改善群(「不変」、「悪化」)に分けた二群を外的基準として、林の数量化Ⅱ類を用いた改善度の要因分析を行った。その結果得られたカテゴリウエイトを表7に示す。改善群に顕著に寄与した項目(カテゴリウエイトが3.0以上)は、「入寮中適応レベルが最高時に寮内活動への参加がほとんどない」と「入寮一週間後にスタッフへの言葉による攻撃性が強い」であった。逆に、非改善群に顕著に寄与した項目(カテゴリウエイトが-3.0以下)は、「入寮一週間後に他の寮生への言葉による攻撃性が強い」と「入寮中適応レベルの最高時に生活が極めて不規則」とであった。

V 考察

寮内適応状態のパターンと改善度との関係は五種類に分類できたが、「右上がり型」と「二相性改善型」が、「単一ピーク型」、「右下がり型」と「多相性改善型」に比して改善度が高かった。この結果から、あまり複雑な経過をたどらず、退寮時の適応状態が入寮時よりも改善していることが予後のよさと関連しているといえよう。

Gossettら(1973)は¹⁾、著者らのグループホームとは違うが、思春期入院患者の長期的予後に関連した因子を次の6点あげている。①精神病理の深さ、②精神症状の発現が過程性が反応性が、③知能、④特殊な思春期治療プログラム、⑤入院プログラムの達成、⑥退寮後の個人精神療法。特に、①と②が重要で、そのうち②は、例えば反応性の分裂病は過程性の分裂病より予後がよい、という。著者らが得た結果についてもそれはいえることで、反応性の準神経症の状態とも考えられるアパシー群は、精神分裂病、ボーダーライン・人格障害、その他に比べて退寮後の改善度が高かった。これは一見重篤にみえる場合でも、アパシー群の精神病理学的な病態レベルが狭義の精神病性疾患と比較して必ずしも深いわけではなく、本報告の対応などにより、本人が立ち直るきっかけをつかみ、周囲が粘り強くかつ周到に対応す

ればそれなりの成果は得られる、ということを示唆している。

発症年齢による改善度の違いについては統計学的に有意な差はなかったが、若年に発症して何度も再発を繰り返す事例もあれば、さまざまな問題を潜在的にはらんでいて青年期後期にそれが発現する事例もあり、各事例を詳しく吟味して比較する必要がある。ただ、初診時までのひきこもり期間と改善度の関係は比較的明瞭で、6か月以上ひきこもっていた事例ではそれ未満の事例より改善度が低かった。この結果は本人の病理性の深さとも関係するが、適切な治療的アプローチの乏しさや、長期間ひきこもり、他人との生き生きとした情緒的交流を欠いたための二次的な変化、とりわけ活動意欲と自発性の減退、無感動などのいわば「精神の退行性萎縮」とでも呼び得るような状態、人生や将来に対する希望のなさあるいは家族関係のこじれなどが大きく影響しているものと考えられる。

在寮期間と改善度の関係については、治療中断がほとんどであった在寮期間1か月未満の事例を除いて、在寮期間5か月前後で比較したが、統計学的に有意な差はなかった。やはり入院方式の場合だが、Finebergら(1980)¹³⁾は、最も治療的に効果のある入院期間については議論の分かれるところであるが大多数のプログラムでは半年から一年だという。Feinsteinら(1986)¹⁴⁾は、最近では入院期間が「短いほどよい」、「外が内よりよい」という傾向があるとしながらも、短期入院が適応されるのはアフターケアのプログラムがきちんとしていて、入院当初より入念な退院計画が練られている場合だけであると強調する。著者らの経験では、ハウス開設当初は在寮期間3か月を目標にしたプログラムが考えられていたが、次第に長期化する傾向が強くなっている。もちろん長期化すればそれだけ人間的な触れ合いが深まり、単なる行動学的レベルからみた社会適応状態の改善のみでなく、自我の成熟や自己同一性確立などの人格面の成長が期待できるわけだが、治療そのものがマンネリ化したり、Palmerら(1983)¹⁵⁾の指摘するように、本人が家族のもとに戻りづらくなる“Adoption Process”の問題も必然的に

生じてくる。これは今後の対応において十分に検討しなければならない課題である。

Whittakerら(1988)¹⁶⁾は、思春期問題事例のresidential treatmentが成功する指標についてインテーク時、また治療中、退寮時、退寮後の四時点に分けて論じている。それらを列挙すると、インテーク時には、より規制的でない治療施設に移ったこと、治療中には、利用者の満足、乱暴な行動化の減少、家族とのより頻繁な接触、向社会的技術の習得、さらに退寮時には、計画的退寮、より規制的でない治療施設に移ること、治療目標の達成度、家族・紹介機関を含めた利用者の満足、そして、退寮後には、常習犯でないこと、学業・仕事の安定、地域社会への受け入れと適応、治療目標の維持度、などである。著者らは、入寮一週間後、入寮中適応レベルが最高時、退寮一週間前の寮内適応状態項目の程度を評価し、それらの退寮後の改善度への寄与度を多変量解析の手法で分析した。改善に顕著な正の寄与を与えた項目は、「入寮中適応レベルの最高時に寮内活動への参加がほとんどない」ことと「入寮一週間後にスタッフへの言葉による攻撃性が強い」ことであったが、前者は入寮中の適応レベルが最高時には学校、アルバイト(または職場)やボランティアなどの社会的活動に参加しているため日中の寮内活動に参加できなくなることを示しており、後者は入寮早々にスタッフへの言葉による活発な働きかけを行えるほど心的エネルギーが低下していないということを示している。特に入寮初期のスタッフへの感情の向け方は、両親像の移し替え、あるいは既成の価値観や権威に対する態度と関係しており、その感情をスタッフに向かって強く表現できることが以後の治療関係を構築していくうえで重要であるといえよう。反対に、改善に顕著な負の寄与を与えた項目は、「入寮一週間後に他の寮生への言葉による攻撃性が強い」ことと「入寮中適応レベルの最高時に生活が極めて不規則」なことであった。後者については、退寮後は大部分の事例において一時的に適応レベルが低下することを考慮すると、入寮中適応レベルの最高時にさえ生活が不規則であった事例では退寮後の改善度が低いのは当然といえる。前者は、初対面の同世代の人

間に対する攻撃的感情表出が退寮後の改善度の低さと関連していることを示しているが、おそらくは劣悪な自己イメージの投影の機制と友人形成能力の低さが予後に大きく関与しているものと思われる。

VI むすび

杉山(1990)¹⁷⁾は、情緒障害児短期治療施設において、子どもが体験し、受け取っているものを次の6点に要約している。①距離の確保、②猶予の保障、③理解の会得、④欠落体験の補充、⑤試行錯誤やリハーサル、⑥自律や自治への挑戦。著者らの行っているグループホーム形式的宿泊療法においても大筋においてそれとかわらない。問題はそれらの体験をいかにメンバーの心にしみ込ませ、社会的適応をはかりながら自我の成熟の中に統合してゆくかであり、今後とも治療実践の中で試行錯誤を繰り返しながら最も適切な取り組み方を模索してゆく必要がある。

無気力・ひきこもりを主訴とし遷延化している事例では、治療相談の対応が難しく、通常の方法では成果があげにくい。それを克服するためにさまざまな試みをするなかから、グループホーム形式的宿泊療法がかなり有効であることが実証されたので、その概要を報告した。その運営には困難も多く、技術的にも今後改善すべき課題は多いが、広く応用可能で、とくに従来盲点ともいえる比較的高年齢の青年期にも有効な点が特筆される。

文 献

- 1) 近藤卓：見つめられ欲求と子ども、114-128、大修館書店、東京、1990。
- 2) 倉本英彦、斉藤環、打木悟、池上恭司、中島聡美、岩橋公晴、藤光純一郎、関川俊男、稲村博：思春期青年期事例における短期合宿療法、思春期学、7(4)：359-365、1989。
- 3) 稲村博：若者・アパシーの時代、90-128、NHKブックス、東京、1989。
- 4) 池上恭司、他：不登校の長期化・無気力化要因の分析とその対策に関する研究、第9回日本思春期学会総会講演抄録集：68、1990。
- 5) 稲村博：登校拒否の克服、234-241、新曜社、東京、1988。
- 6) 真下テル：宿泊療法による改善過程、現代の青少年問題の背景と対策に関する研究、155-162、伊藤忠記念財団調査研究報告書、1989。
- 7) Walters, P. A. : Student apathy. In "Emotional problems of the student" (Eds. G. B. Blaine & C. C. McArthur), Appleton Century Crafts, New York, 1961.
- 8) 笠原嘉：退却神経症、8-15、講談社、東京、1988。
- 9) 広瀬徹也：「逃避型うつ病」について、躁うつ病の精神病理2、私文堂、1977。
- 10) DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : 29-30. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980.
- 11) 斉藤環：長期に遷延化した無気力状態に対するグループホーム形式による治療的試み、第30回日本児童青年精神医学会総会抄録集：27、1989。
- 12) Gossett, J. T., Lewis, S. B., Lewis, J. M., Phillips, V. A. : Follow-up of Adolescents Treated in a Psychiatric Hospital: I. A Review of Studies. Am. J. Orthopsychiat., 43(4) : 602-610, 1973.
- 13) Fineberg, B. L., Sowards, S. K., Kettlewell P. W. : Adolescent Inpatient Treatment, Adolescence, 15(60) : 913-925, 1980.
- 14) Feinstein, S. C., Uribe, V. : Hospitalization of the Young Rationale and Criteria, Pediatric Annals, 15(12) : 861-865, 1986.
- 15) Palmer, A. J., Harper, G., Rivinus, T. M. : The "Adoption Process" in the Inpatient Treatment of Children and Adolescents, J. Am. Aca. Child Psychiat., 22(3) : 286-293, 1983.
- 16) Whittaker, J. K., Overstreet, E. J., Grasso, A., Tripodi, T., Boylan, F. : Multiple Indicators of Success in Residential Youth Care and Treatment, Am. J. Orthopsychiat., 58(1) : 143-147, 1988.
- 17) 杉山新作：「構短」そのアウトライン、子どもの心を育てる生活 チームワークによる治療の実際(杉山新作編)、21-22、星和書店、東京、1990。

西欧における邦人精神障害者の実態とその対策

倉本 英彦* 池上 恭司* 打木 悟^{2*}
田村 毅^{3*} 倉林るみい^{4*} 太田 博昭^{5*}
稲村 博^{6*}

近年の日本人の海外進出は、旅行者・長期滞在者を問わず活発な勢いで進んでいる。それに伴って、海外で精神状態を悪化させて、現地の在外公館で取り扱われる事例も増加している。

著者らは、1989年4月中旬に、邦人精神障害者への対応に苦慮している西欧3か国（イギリス・スペイン・フランス）の在外公館を訪れ、邦人精神障害者の発生状況を調査して次の知見を得た。

1. 昭和63年度に欧州の在外公館が取り扱った精神障害の件数は37件で、これは同年度の全世界の在外公館の取り扱い件数の25%にあたる。
2. そのうち、在連合王国大使館領事部（ロンドン）が7件、在スペイン大使館領事部（マドリッド）が5件、在フランス大使館領事部（パリ）が11件で、いずれも対応困難な事例であった。
3. 海外における邦人精神障害者への対策として、領事館での対応、その他の対応（海外日本人組織、巡回医師制度、帰国付き添い医師、海外保険、電話相談）と発生予防の必要性が痛感された。

Key words: 精神障害, 海外不適応, 邦人援護, 海外邦人, 長期滞在, 本国送還

I はじめに

近年、日本人の海外進出はめざましく、それに伴って海外における日本人の事故、犯罪、疾病なども目立って増加している。外務省は、「海外安全ハンドブック」¹⁾などを通じて海外における邦人の安全確保を図っているが、海外で発生した邦人の精神障害への対策については、いまだ十分に手がつけられていないのが現状である。

日本人の海外不適応に関しては、稲永²⁾、島崎³⁾、上田⁴⁾、稲村^{5,7,21)}、森山⁸⁾、海老原⁹⁾、大西^{10,11)}、榎本¹²⁾、福田¹³⁾、小原¹⁴⁾などにより主に事例紹介の形で報告されており、また海外での不適応を未然に防ぐための啓蒙書¹⁵⁻¹⁸⁾もいくつか出版されているが、海外で発生した事例に実際に対応する在外公館の側からみた報告はなく、具体的な対策についてはほとんど触れられていない。

著者らは、1989年4月8日から19日にかけて、邦人精神障害者への対応に苦慮している西欧3か

国（イギリス・スペイン・フランス）の在外公館を訪れ、邦人精神障害者の発生状況の調査、現地の精神科医療施設の視察などを行う一方、欧州で発生した精神障害者の日本への送還の任に当たったので、今回その結果を報告し、今後増え続けることが予想される海外での邦人精神障害者への対策について若干の提言を試みたい。なお、報告する事例はすべて現地の領事館員より聴取したものである。

II 海外邦人と在外公館

1. 海外渡航者統計

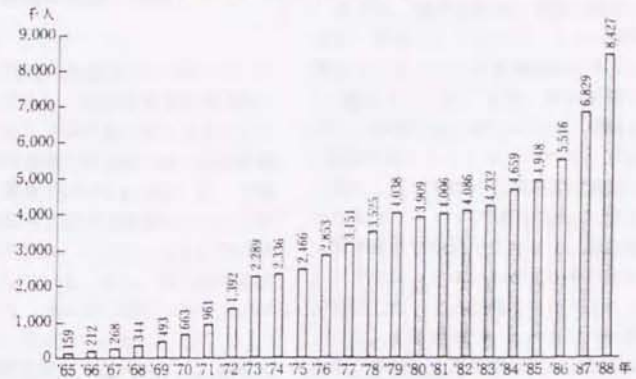
法務省の資料¹⁹⁾によると、図1のごとく、1981年以降の海外渡航者数の増加は著しく、1988年は史上最高の843万人（対前年比23%増）を記録した。主な渡航先はハワイ、香港、韓国、台湾などのアジア・太平洋地域が多いが、フランス・イタリア・西ドイツ・英国・スイス・スペインを合わせた西ヨーロッパへは、海外渡航者の延べ人数の24%にあたる2,342,147人（1988年）が訪れている。

2. 海外在留邦人統計

外務省の資料²⁰⁾によると、図2のごとく、1988年10月11日現在の海外の永住者は245,894人、3か月以上の長期滞在者は302,510人を数え、前者

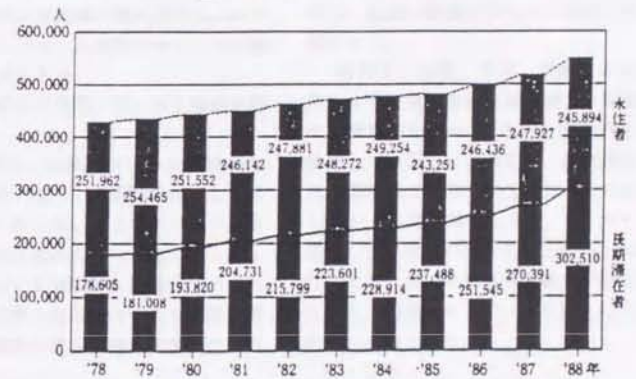
* 筑波大学医学研究科
¹⁾ 浦和神経サナトリウム
²⁾ タピストッククリニック
³⁾ 労働省産業医学研究所
⁴⁾ サンタンス病院
⁵⁾ 筑波大学社会医学系

図1 日本人海外渡航者数の推移



(注) 観光白書（平成元年版）をもとに作成した。

図2 海外在留邦人数の推移



(注) 海外在留邦人数調査統計（平成元年度版）をもとに作成した。

が減少する傾向にあるのに対して、後者がそれを上回るペースで増加しているため、全世界の在留邦人数は対前年比5.8%増と増加している。また、表1に示すように、国別では、米国とブラジルが圧倒的に多く、次いで英国、西ドイツと続き、他の西ヨーロッパ諸国では、フランス（7位）、ベルギー（17位）、イタリア（20位）、スイス（21位）、オランダ（22位）、スペイン（24位）などが目立つ。西ヨーロッパ全体の在留邦人は、全世界の在留邦人の16.5%にあたる90,331人（永住者10,238人、長期滞在者80,093人）で、対前年比12.1%増と高い増加率を示している。

3. 邦人援護関係統計

在外領事館または在外大使館領事部の任務は、当該国における日本国と日本国民の利益の保護であり、海外渡航者・在留邦人の重大事件・事故などに関する邦人援護は最も大切な業務のひとつである。昭和63年度の総邦人援護数は8,354件（対前年度比42%増）、9,771人（対前年度比38%増）と急増した。そのうち精神障害は昭和62年度78人、63年度152人と2倍近く増加した。また、自段は昭和61年度35人、62年度25人、63年度31人と再び増加した。

昭和63年度の西欧の在外公館における邦人援護

表1 地域別在留邦人数(1988年10月1日現在)

地 域	在 留 邦 人	長 期 滞 在 者	永 住 者
ア ジ ア	70,074人 (12.8%)	62,662人 (20.7%)	7,412人 (3.0%)
大 洋 州	3,905 (2.5)	9,372 (3.1)	4,533 (1.8)
北 ア メ リ カ	211,972 (38.7)	125,965 (41.6)	86,007 (35.0)
アメリカ合衆国	189,856 (89.6)	117,607 (93.3)	72,249 (84.0)
中央アメリカ	5,393 (1.0)	3,244 (1.1)	2,149 (0.9)
南アメリカ	143,066 (26.1)	8,098 (2.7)	134,968 (54.9)
ブラジル	112,979 (79.0)	4,461 (55.1)	108,518 (80.4)
西ヨーロッパ	90,331 (16.5)	80,093 (26.5)	10,238 (4.2)
英 国	31,162 (34.5)	29,404 (36.7)	1,758 (17.2)
西 ド イ ツ	19,827 (21.9)	17,973 (22.4)	1,854 (18.1)
フ ラ ン ス	14,761 (16.3)	13,052 (16.3)	1,709 (16.7)
ベ ル ゲ ー	4,184 (4.6)	4,184 (5.2)	0 (0.0)
イ タ リ ア	3,925 (4.3)	3,366 (4.2)	559 (5.5)
ス イ ス	3,819 (4.2)	2,151 (2.7)	1,666 (16.3)
オ ラ ン ダ	3,328 (3.7)	3,212 (4.0)	116 (1.1)
ス ペ イ ン	3,078 (3.4)	2,799 (3.5)	279 (2.7)
そ の 他	6,249 (6.9)	3,952 (4.9)	2,297 (22.4)
東ヨーロッパ	2,082 (0.4)	1,929 (0.6)	153 (0.06)
中 近 東	5,576 (1.0)	5,353 (1.8)	223 (0.09)
ア フ リ カ	5,968 (1.1)	5,757 (1.9)	211 (0.09)
全 世 界	548,404人 (100%)	302,510人 (100%)	245,849人 (100%)

注) 海外在留邦人数調査統計(平成元年版)をもとに作成した。()の斜体数字は、各地域における各国在住邦人の百分率を示す。

表2 在外公館取り扱いの精神障害と自殺(昭和63年度)

地 域	精 神 障 害				自 殺 ・ 同 未 遂			
	件 数	人 数	死 亡	負 傷	件 数	人 数	死 亡	負 傷
ア ジ ア	41(28%)	42(28%)	0	2	16(32%)	16(32%)	13	1
大 洋 州	5(3)	5(3)	0	1	1(3)	1(3)	1	0
北 米	47(32)	49(32)	0	2	10(32)	10(32)	9	0
中 南 米	12(8)	12(8)	0	0	0(0)	0(0)	0	0
欧 州	37(25)	39(26)	0	0	3(10)	3(10)	3	0
中 近 東	2(1)	2(1)	0	0	1(3)	1(3)	0	0
ア フ リ カ	3(2)	3(2)	0	0	0(0)	0(0)	0	0
全 世 界	147(100%)	152(100%)	0	5	31(100%)	31(100%)	26	1

注) 昭和63年度海外邦人保護関係統計(外務省邦人保護課資料,平成元年8月)をもとに作成した。

関係の取り扱い件数をみると、在ロンドン総領事館485件(世界第3位、全世界の総取り扱い件数の5.8%)、在フランス大使館449件(6位、5.4%)、在イタリア大使館293件(8位、3.5%)、在スペイン大使館247件(9位、3.0%)、在ミラノ総領事館198件(12位、2.4%)などが主なもので、欧州全体では2,761件(33%)、3,005人(31%)

に及んだ。そのうち精神障害については、表2に示すように、欧州全体で37件(全世界の25%)である。また、把握された範囲の自殺については、欧州全体で3件(全世界の10%)で、既遂率は100%である。

Ⅲ 各国の状況と症例

1. イギリス

1988年10月1日現在、在留者は31,162人で、そのうち永住者が1,758人、長期滞在者が29,404人いるが、それに加えて未届け者が約1万人いると推定される。長期滞在者の職業別では、民間企業関係者およびその家族が67.5%を占め、次いで留学生・研究者・教師およびその家族が24.3%である。在留者の地域別では、ロンドンおよびその周辺に約7割が集中している。また、邦人旅行者は1986年に20万5千人、1987年に29万7千人、1988年に35万人と急速に増加している。

在連合王国大使館領事部(在ロンドン)が昭和63年度に取り扱った事例は7例で、大部分に精神分裂病の既往歴があった。英国は、邦人数が多い割には精神障害者の発生が少ないが、その理由としては、民間企業などの組織の後ろ盾がしっかりした滞在者が多いことと、入国時のチェックが厳しいことなどがあげられる。

次に、精神分裂病の妄想型が疑われる事例を紹介する。

〈事例1〉中年男性:在英アメリカ大使館に世界平和を訴えに出かけたが、「言動がおかしき何をやっているのかわからない」ということで、警察を経由して領事部に連れてこられた。クレジットカードを所持して金銭的な問題はなかったが、なかなか日本に帰りたいがらないので帰国説得が難しく、さらに機長の面接で搭乗許可がおりるまで時間がかかった。

2. スペイン

1988年10月1日現在の在留邦人は3,078人で、そのうち永住者が1,709人、長期滞在者が13,052人である。長期滞在者の職業別では、留学生・研究者・教師およびその家族が40.6%、民間企業関係者およびその家族が33.3%、自由業関係者およびその家族が9.8%、その他およびその家族が9.0%と、イギリスに比べて民間企業関係者が少なく、留学生・研究者・教師、自由業、その他が多い特徴がある。つまり、フランス、とりわけ在留者の約82%が集中しているパリおよびその周辺には、何らかの組織に所属するよりも、いわば「一匹狼」的な人々が多く在住しているといえる。

また、邦人旅行者は1986年に50万8千人、1987年に57万2千人と急速に増加している。

次に、おもな事例を紹介する。

まずは、精神分裂病の増悪が疑われる事例であるが、病状がよくならないうちに無理に飛行機に乗せようとしたため搭乗拒否にあった。

〈事例2〉24歳、女性、語学研修中:語学習得のため語学学校に来ていたが、滞在10日目頃から「言動がおかしき」になったので、同室の人が学校に連絡して、学校から領事部に連絡が入った。ただちにプロビンシア病院に連れてゆき、スペイン人精神科医の診察を受けさせ、緊急措置入院とした。その後、日本から両親を呼び寄せたが、病状が好転しないまま空港に赴いたところ、奇声を発したり、父に抱きついたりしたので搭乗を拒否された。やむなく再び同病院に入院させ、発症以来約1か月後に、父とスペイン人医師の付き添いで帰国させた。

次は、精神分裂病の幻覚妄想状態が疑われる事例で、出国の動機そのものに病的体験の影響が推測される。

〈事例3〉35歳、男性、無職:日本を出国する前に中学教諭を辞め、退職金で外国旅行に出発した。領事部を訪れ、「自分を国際的痴漢だと街頭放送している」などの幻聴、被害関係妄想を訴えた。領事部で帰国を促し、日本への直航便を手配したが、搭乗直前になって、「スペイン滞りに問題なしとの放送があった」といい、出国しなかった。その2日後に領事部の職員が空港まで見送りに行き、両親にロンドンまで迎えに来てもらって何とか帰国させた。

3. フランス

1988年10月1日現在の在留邦人は14,761人で、そのうち永住者が1,709人、長期滞在者が13,052人である。長期滞在者の職業別では、留学生・研究者・教師およびその家族が40.6%、民間企業関係者およびその家族が33.3%、自由業関係者およびその家族が9.8%、その他およびその家族が9.0%と、イギリスに比べて民間企業関係者が少なく、留学生・研究者・教師、自由業、その他が多い特徴がある。つまり、フランス、とりわけ在留者の約82%が集中しているパリおよびその周辺には、何らかの組織に所属するよりも、いわば「一匹狼」的な人々が多く在住しているといえる。また、邦人旅行者は1986年に50万8千人、1987年に57万2千人と急速に増加している。

在フランス大使館領事部（在パリ）の精神障害の取り扱い件数は伝統的に多く、在外公館中第一位で、昭和63年度は111例を数えた。その原因としては、前述のイギリスと比べて入国が比較的容易であること、「一匹狼」的な人々が多く、彼らが住みやすい条件が揃っていることや、交通の要地であり、アフリカ在留・旅行者の邦人の支援拠点になっていることなどがあげられる。また、著者らの1人がサンタンス病院および自宅で診ている邦人の精神障害者は、領事部が把握している数の2倍以上はつねにいて、領事部を訪れない潜在的な精神障害者はかなりの数にのぼるものと思われる。

次に、おもな事例を紹介する。

まずは、病院で自殺を図った事例である。

〈事例4〉20歳代、大卒女性、在仏2年：心身の調子を崩したので、領事部で帰国を促したが聞き入れない。ホテルを紹介しても男性客を怖がりたり落ち着かず、食事をとろうとしないので、邦人精神科医の面接を受けさせ、サンタンス病院に入院させた。ところが夜間に看護婦が巡回したすきをみはからって、シーツで首を吊ってしまった。ただちにICUに運び一命はとりとめたが、いわゆる植物人間になってしまった。3週間後に両親と医師の付き添いで帰国し、そのまま病院に

入院したが、状態はほとんど変わっていない。

次は、精神障害に対する家族の認識の問題がある事例である。

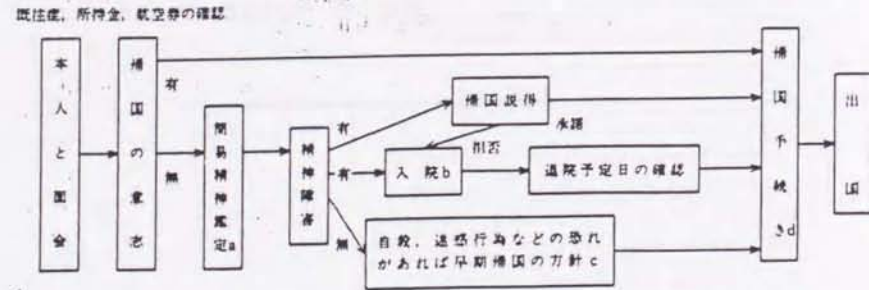
〈事例5〉20歳代、女性、芸術家志望：寝巻のまま歩道に寝ていたところを警察に保護され、そのまま強制入院となった。領事部で両親を呼び寄せたが、両親は精神病であることを認めず、帰国3か月後には再び1人でフランスに来させてしまった。

N 対 策

1. 領事館での対応

図3は、海外で邦人精神障害者が領事館を訪れた場合に、領事館がとる対応方法を図式化したものである。まず本人に帰国の意思を確かめ、その意思があれば帰国手続きを手伝い出国させる。ところが本人に帰国の意思がない場合は、精神科医（邦人医師が望ましいが、無理ならば通訳をつけて現地の医師）の簡易精神鑑定を依頼し、その結果精神障害ありと判定されても、帰国説得に応じればそのまま帰国させるが、入院の必要があれば入院させて、状態が落ち着いた時点で出国させる。そのさいに、家族はもちろんのこと、その他に医師や看護婦の付き添いが必要なことがある。また、たとえ簡易精神鑑定で精神障害なしと判定

図3 邦人精神障害者への領事館の対応



注) a: 家族の同意を取り付けてから精神科医に鑑定を依頼するが、家族の同意が得られない場合は、「地元の警察の助け」という形をとる。また、できるだけ邦人医師に鑑定を依頼する。
 b: 家族の同意を取り付けてから、要すれば強制入院させるが、家族の同意が得られない場合は、「警察の依頼により」という形をとる。また、強制入院について家族・警察の同意がなく、自殺の恐れがない場合は、本人及び家族に帰国説得を続ける。
 c: その際、在外公館近くのホテル等にのりなどとして、できるだけ用台官の目が届くようにする。
 d: 本邦随訪者と連絡を取り帰国手続きを進める。航空機予約、付き添いの看護婦または家族の費用を精神科医と検討する。本邦受け入れ先の確保など。

(1988年6月付け外務省領事第二課資料「海外不適応邦人その対応法」中の図を改変)

されても、自殺や迷惑行為の恐れがあれば、早期帰国の方針を立てる。

こうした応急的な対応法の問題点とそれらへの対応策としては、次の諸点があげられる。

第一に、領事館への親近感を強めることである。領事館というだけでいかめしいイメージがあり、精神障害へのアレルギーが伝統的に根強い日本人が気軽に相談に訪れることは少ない。したがって、領事館またはその外郭団体で、邦人がいつでも気軽に安心して訪れることができる相談窓口を設定することが望まれる。

第二に、精神障害の初期判断である。領事館の職員はメンタルヘルスの専門家ではなく、しかも他の日常業務をこなしながらの忙しい合間に面接するので、精神障害の程度の軽重や緊急度などの初期判断が適切でないことがある。したがって、領事館員にメンタルヘルスの基礎知識を啓蒙教育するとともに、カウンセリングマインドを持つ人材を積極的に配置する必要がある。

第三に、精神科医療へのアクセスである。著者らの1人である太田は、1988年7月よりパリの自宅を「医療相談室（仮称）」として開放し、同年10月よりサンタンス病院に邦人専門外来を開設して邦人の相談・治療にあたってきた経験から、次の諸点を骨子とする構想を提示している。①欧州地域の邦人渡航者・精神保健対策本部をパリに設置して、外務省の管轄とし、実際に現地での問題に取り組んでいる精神科医を「顧問医」として常駐させる。②「顧問医」を中心にして精神的なトラブルのための「医療相談室」を設置する。③欧州に留学中の精神科医との連絡網を整備し、事例発生時に協力を依頼するとともに、欧州各地の医療情報を収集する。

第四に、帰国手続きと送還方法である。これには、航空機の座席の確保、必要ならば家族、医師・看護婦などの付き添いの手配、帰国時の出迎えや病院との連絡などがあるが、安全で確実な送還方法を実行すべきである。

2. その他の対応

1) 海外日本人組織

日本人会や日本クラブなどの海外の日本人組織が中心となって、メンタルヘルスに関する相談窓口や予防のための広報活動を展開していく必要がある。

2) 巡回医師制度

長期滞在者の検診に渡航前、滞在中、帰国後のメンタルヘルスの項目を加えるとともに、精神科医を含む巡回医師団を派遣することが望ましいが、精神科アレルギーが強い日本人がそのような派遣医師団の面接に素直に応ずるかどうかが疑問は残る。

3) 帰国付き添い医師

海外で発生した精神障害者を日本に送還するためには、家族はもとより医師、看護婦などが付き添うことが望ましいが、経費や日程の都合から、そのような付き添い医師を必要時に確保することは極めて困難である。まずは海外不適応の問題に関心が深い医師が中心となって、いつでも求めに応じて海外に赴くことのできる医師の用意をする必要がある。

4) 海外保険

現地の医療機関においては、ほとんど自費扱いになり、高額な医療費を支払わなければならない。また、民間保険による保証は身体の傷病に限られていて、精神障害には適用されないのが普通である。したがって、精神障害にも適用できる海外での健康保険ないしは民間保険の創設が必要である。

5) 電話相談

すでにニューヨークでは、1979年よりWISH日本語相談室が¹⁸⁾ self-help, non-professional services and peer counseling, 匿名性を3本の柱にして、カウンセリングや関連情報サービスの提供を開始しており、相当の効果をあげている。また、ロンドンでも著者らの1人の田村が関わって、1989年12月より日本語の電話相談を開始しており、メンタルヘルスの相談とそれによる予防効果が大いに期待される。

3. 発生予防

企業や官公庁の派遣者、正規の留学生などは出国前のある程度の選抜が行われているが、旅行者、短期・中期の滞在者などは出国前のチェックが十分でないことが多く、領事館を煩わせる事例は後者に属していることがほとんどである。したがって、出国前に精神科の既往歴を有する人などをチェックすべきであるが、本人の人権と自由意志に関わることなので、みだりに行ってはならない。そのかわり、海外不適応に関する知識を、精

神障害者自身とその家族や、医師・カウンセラーなどの専門家にもさまざまなメディアを通じてよく啓蒙する必要がある。そして、一般の人々にも、海外駐在に先だって日本航空が行っている「海外生活セミナー」や海外子女教育財団の「派遣者セミナー」などのような研修を通じて、異文化適応に対する具体的で役に立つ情報と心構えを伝える必要がある。

この論文の概要は第48回日本公衆衛生学会総会で発表した。
(受稿 1989. 12. 7)

文 献

- 1) 外務省監修。トラベルジャーナル編。海外安全ハンドブック '90. 1989.
- 2) 稲永和豊。他。米国における日本人留学生の生活適応。一精神医学的立場よりの考察一。精神医学, 1965; 7(5): 413-418.
- 3) 島崎敏樹, 高橋 良。海外留学生の精神医学的問題(その1)。精神医学, 1967; 9(9): 20-27.
- 4) 島崎敏樹, 高橋 良。海外留学生の精神医学的問題(その2)。精神医学, 1967; 9(9): 669-672.
- 5) 上田重子。西ドイツにおける日本人留学生の精神状態について。兵庫医科大学誌, 1976; 4: 234-240.
- 6) 稲村 博。海外在留邦人の不適応現象—文化摩擦の精神医学的研究。精神医学, 1980; 22(9): 983-1010.
- 7) 稲村 博。日本人の海外不適応。東京: 日本放送出版協会, 1981.
- 8) 森山成杉, 榎本雅治。言語遮断状況におけるパルノニアと精神分裂病—パリで強制入院になった邦人2例をもとに。九州神経精神医学, 1981; 27(2):

212-217.

- 9) 海老原英彦, 是恒正達。海外移住者の精神医学的問題—精神分裂病を中心として—。臨床精神医学, 1984; 13(9): 1049-1054.
- 10) 大西 守。フランスにおける邦人不適応現象。慈恵医大誌, 1984; 99: 339-354.
- 11) 大西 守。海外渡航者の妄想反応。臨床精神医学, 1986; 15(6): 805-806.
- 12) 榎本雅治。他。パリ地区における邦人の精神障害—“病的旅”および放浪について—。精神医学, 1983; 25(6): 597-605.
- 13) 福田一彦。旅行精神病について。精神医学, 1987; 29(7): 691-695.
- 14) 小原 博。他。熱帯・亜熱帯地方滞在者に発生した精神疾患に関する研究。日本熱帯医学雑誌, 1987; 20: 113-120.
- 15) 星野 金編。カルチャーショック。現代のエスプリ。東京: 至文堂, 1980.
- 16) 近藤 裕。カルチャーショックの心理—異文化とつきあうために—。大阪: 創元社, 1981.
- 17) 海外駐在員のメンタルヘルス研究会編。外国でノイローゼにならない本。東京: 保健同人社, 1984.
- 18) 大西 守, 編。カルチャーショック。内山喜久雄, 他監修。メンタルヘルス・シリーズ。京都: 同朋舎出版, 1988.
- 19) 総理府編。観光白書。平成元年版。東京: 大蔵省印刷局, 1989.
- 20) 外務大臣官房領事移住部編。海外在留邦人数調査統計。平成元年版。東京: 大蔵省印刷局, 1989.
- 21) 稲村 博。海外在住から帰国した邦人および在日外国人の不適応現象とその対策に関する研究。昭和56-58年度科学研究費補助金研究成果報告書, 1984.

MENTAL DISORDERS OF JAPANESE PEOPLE IN WESTERN EUROPE

Hidehiko KURAMOTO, Kyoji IKEGAMI

(Doctoral Program in Medical Science, The University of Tsukuba)

Satoru UCHIKI

(Urawa Shinkei Sanatorium)

Takeshi TAMURA

(The Tavistock Clinic)

Lumie KURABAYASHI

(National Institute of Industrial Health)

Hiroaki OHTA

(C.H.S. Sainte-Anne)

Hiroshi INAMURA

(Institute of Community Medicine, The University of Tsukuba)

Key words: Mental disorder, Overseas maladjustment, Protection of Japanese people, Japanese people abroad, Japanese of long-term stay abroad, Returning patients to Japan

As the number of Japanese going abroad has increased in recent years, so has there been an increase in the number of Japanese who seek for help at the Consulate of Japan due to problems relating to mental disorders.

Three Consulates in Europe (London, Madrid, Paris), that had experience dealing with mental disorder cases, which had been brought for various reasons, were visited in order to investigate the state of the situation among Japanese with mental disorders in Europe.

The following findings were obtained:

1. The number of mental disorder cases treated by the Consulates of Japan in Europe from April 1988 to March 1989 was 37 out of the total 147 in the whole world or 25%.
2. Among them were 7 cases in Great Britain (London), 5 cases in Spain (Madrid), and 11 cases in France (Paris), all of which required tremendous effort to resolve.
3. Among possible additional measures that are needed are support by local Japanese Organizations, development of a system of medical care manned by Japanese physicians on a rotationed basis, a medical escort system for returning patients to Japan, overseas insurance and telephone counseling as well as measures to prevent manifestation of mental disorders overseas.

西欧における邦人精神障害者の実態とその対策 (第2報)

—航空機による搬送を中心に—

倉本 英彦* 池上 恭司* 打木 悟^{2*}
田村 毅^{3*} 倉林るみい^{4*} 太田 博昭^{5*}
稲村 博^{6*}

1989年4月から5月にかけて、西欧において現地の領事館の取り扱いになった精神障害の2症例 (いずれも精神分裂病) の航空機による日本への付き添いを経験したので、その事実経過を報告した。また、旅行の精神病理学、搬送時の精神障害の評価、現地精神医療との関わり、付き添い者との信頼関係、薬物等の使用方法、航空会社との連携の諸点より2症例を比較検討して、海外で発生した邦人精神障害者の航空機による搬送時に留意すべき点を次の3点にまとめた。①患者と付き添い者との十分な信頼関係の確立、②十分な向精神薬の投与による鎮静化、③航空会社との緊密な連絡・協力体制の構築。

Key words: 海外不適応, 精神障害, 航空機による搬送, 本国送還, 付き添い医師

はじめに

海外で精神障害の事例が発生した場合、言語、精神医療、経費、家族の助けなど諸要因が関係し、そのどれをとっても治療対応は日本でよりむしろはるかに困難を伴う。そのため多くの事例は適切な対応がなされず、放置されたままであることは極めて遺憾なことである。前回、著者ら¹⁾はそうした邦人精神障害者の動向を西欧3か国において簡単に紹介し、当面必要と思われる対策について若干の提言を行ったが、今回は海外で精神病の増悪をきたしたため航空機で日本まで送還せざるを得なかった典型的な2症例について詳しく報告し、特殊な技術が要求される精神障害者の航空機による搬送方法を中心に具体的な対応方法について検討したい。

症 例

〈症例A〉35歳、男性、精神分裂病。
主訴：幻聴、被害妄想、拒絶、寡黙。
入院理由：1989年4月中旬にP市内のホテル

で従業員の自家用車を破損したため警察に連行されたが、警察署から「フランス語が通じず、様子もおかしい」という連絡が領事館に入った。そのため領事部の手配で著者らの1人が面接したところ、寡黙で表情が固く、脂顔で、疲弊し、幻覚妄想状態の疑いがあったため、S病院に緊急入院させた。

現病歴：大学卒業後、26歳時に製造業の会社に入社したが、数年後に転職した頃から意味不明の言辞を口走るようになった。33歳時に幻聴、被害妄想などが出現したため、都内の精神科病院に半年間入院した。退院後は自宅療養しながら、コンピューターの会社に就職したが、1-2か月後に海外旅行のための休暇を申し出て断られると直ちに辞職し、1988年12月末(34歳)には「1週間の予定で香港に行く」と言って離日した。1989年2月4日には香港の友人からA氏が失踪したとの連絡が母宛てにあり、2月末日にはモスクワの日本大使館から東京の外務省に本人がソ連に亡命を希望しているという連絡が入った。また、3月初旬には北京から「しなければならぬ仕事があるので当分の間日本に帰れない」という内容の手紙が母宛てに届いた。そして、3月5日にロンドンに到着したが、空港の係官に精神病の疑いがあるという理由で入国を拒否されたため、バンコク、カイロなどを経て3月17日にフランスに入国した。その後、フランス国内を回ったりしているうちに、

先の事件を起こしたのである。

入院後経過：4月13日の入院後、興奮状態ではないが、寡黙、拒絶が強く、被害妄想があるため水薬以外は服用しようとしなかった。ハロペリドール1日5.5~9.0mg程度で経過を観察していたが、「もういいから帰って下さい」、「いつ出してくれますか」などの簡単な要求をする程度であった。その後、日本への搬送の依頼を受けた著者らの2人が加わって4月17日に面接したが、ひどく疎通性を欠き、耳を時々おさえては“Who disturb me?”などと幻聴を疑わせる言葉を英語で喋り出し、内容のかみ合わない一方通行の会話が続いた。翌日、退院の手続きを行い、レボメプロマジン水薬40mgを飲ませ車で空港まで赴いた。

空港での顛末：出発カウンターで、著者らの1人が「機内での自傷他害等の恐れがない」ということを誓約書に記入し搭乗待ち合いロビーに移動してアナウンスを待っていたが、この頃からすでに「喉が乾いたから、水が欲しい」といって落ち着きを失ってきていた。飛行機は満席で中央最後部の座席に本人を扶んで著者らの2人が着席した。出発までの短い間にオレンジジュースかシャンパンの機内サービスがあったが、スチュワーデスが近くにやってくると、本人は興奮した面持ちでシャンパンを注文した。そこで著者らの1人が飲酒で興奮しないかと警戒して、“Not alcohol in the airplane”と飲酒を制限しようとしたところ、“You don't understand me. Don't disturb. I'm not a child!”と言い張るや、突然テーブル上のジュースがはいったコップを通路に向かって投げ捨て、他の乗客にジュースを浴びせてしまった。その光景を後ろから監視していたパーサーが直ちに機長に連絡をとり、機長の判断で搭乗を拒否された。

その後の経過：搭乗拒否にあったその日に、著者らの1人が本人をS病院に連れ戻し再入院としたが、その後、5月の連休中に著者らの1人とS病院の看護士の付き添いで本人を無事成田空港に搬送し、C県内の精神病院に入院させた。

〈症例B〉29歳、男性、精神分裂病。

主訴：幻聴、被害関係妄想、注察妄想、不穏。
入院理由：4月16日G国でのクルージングの最中に、周囲に怯え、視線を気にして、「スパイだと思われる」となどと言いつつ。不安で片時も妻を離そうとせず、急にうずくまったりした

のでA市の救急病院を受診した。そこでは「身体的疲労」と診断され、点滴を受けただけでホテルに戻ったが、翌日ホテルのチェックアウト時に急に行方不明になり、数時間後に市内の5mほどの高さの崖の下に倒れているところを発見され、頭部裂傷のため外科病院に入院して縫合手術を受けた。

現病歴：大学卒業直前の22歳時に叔父が自殺したさいに、「叔父は自分のために死んだのではないか」とひどく不安で落ち着かなくなった。このため近くの神経内科に約2か月間通院したが、その後内服は中断していた。1989年4月8日に結婚式をあげたが、その頃から落ち着きがなくなり、一晩中眠れない日が続いた。

入院後経過：入院時に、「俺は日本人や」と大声を出したり、「カラスに飛び降りろ、そのくらいの勇気がないのかといわれた」となど、絶えず怯えてそわそわした。また、夜間もすぐに動き出そうとしたため、手足を拘束された。食事をとることも一切拒否したので4月18日に精神科病棟に転科したが、そこにはたまたま精神科医が不在で、当直医にいきなりハロペリドールの10mg錠を投与されたため頸部硬直などのacute dystonic reactionが出現して、気管内挿管まで受けてしまっていた。4月19日には日本より父親が、4月23日には義兄が現地へ赴き、さらに4月26日には現地領事館を介して家族から依頼を受けた著者らの1人が病院へ急行した。その時はすでに一般病棟の6人部屋に移されていたが、表情は固く、視線も全く動かさない亜昏迷状態で、周囲の外人に怯え、「俺は日本人や。何で俺を見張るんや」と小声でつぶやいたり、急にベッドから起き上がり外へ出ようとしたりするので、付き添いの家族も目が離せず、家族は1週間の看病に疲れ切ってしまった。担当医の許可を受け、日本から持参したハロペリドール1日4.5mg、クロロプロマジン1日150mgを経口投与し、少し落ち着いたので4月26日の夜退院させ、ホテルで様子を見ることにした。

日本送還までの経過：退院後ホテルにおいて2日間ほど3人が交替で付き添ったが、やはり急に外に出ようしたり、薬を吐き出すなど不穏な点があったので、ハロペリドール5mg、塩酸プロメタジン25mgの筋肉注射をたびたび行った。そ

* 筑波大学医学研究科
^{2*} 浦和神経サナトリウム
^{3*} タビストッククリニック
^{4*} 労働省産業医学研究所
^{5*} サンタンス病院
^{6*} 筑波大学社会医学系

の間に、領事館が航空会社との折衝、帰国後の病院の手配などを済ませ、4月28日に旅行会社がチャーターしたバスで空港に赴き、車イスに乗せて飛行機に搭乗した。飛行機内では、本人をファーストクラスの窓際に座らせ、前後周囲の座席を空席とし、スチュワーデスに頼んで飲み物、食事等のサービスを運ばせないことにした。A市からロンドンへは3時間ほどの搭乗時間で特に問題はなく、ロンドンでの乗り継ぎの間に航空会社の産業医の面接を受け、飛行機の運行に支障をきたさないことや他の乗客に迷惑をかけないことなどを明記した書類に家族と付き添い医師が署名をして、次の飛行機に搭乗した。飛行機内では前機と同じような配慮してもらったが、本人が内服を拒否して吐き出してしまったため、8時間おきにハロペリドール5mg、塩酸プロメタジン25mgの筋肉注射を行った。トイレには父親と義兄が付き添った。機内では途中で座席の上に立ち上がろうとした以外はほとんど眠っていた。成田空港での乗り継ぎの間は空港内診療所を利用し、再びO空港まで飛行機で搬送し、空港からは家族の用意した寝台車でH県内の病院まで直行し、無事入院させた。

帰国後の経過：その後、同病院の保護室にて数週間の治療を受け、結局7か月後に退院した。現在は外来に通いながら通動している。

考 察

現在57万人以上の海外在留邦人と年間1,000万人を超える海外渡航者の中で、どのくらいがメンタルヘルスの問題を抱えているかについては、正確な実態をつかむことは困難だが、宗像²⁾が行った世界各国における民間企業の海外勤務者1,099人(無作為抽出)のGHQ(=General Health Questionnaire, 精神健康調査票)を用いたアンケート調査(1989)によると、男性勤務者の25%、その妻の43%に強い神経症症状やうつ症状がみられたという。海外赴任前の研修や物的・心的準備が比較的整っているはずの海外勤務者とその家族でさえ、海外での生活習慣、言語環境、対人関係、医療、教育などの違いから相当のストレスを受けていることは確実であり、ましてや渡航前の準備が十分でない短期・中期の旅行者や語学研修目的の私費留学生などでは、組織のしっかり

した後ろ盾が期待できないので、一旦精神状態を悪化させたら現地の領事館の取り扱いにならざるを得ないことが多い。著者らが経験したのはその最も極端な場合で、できるだけ早期に日本での入院治療の必要があると関係者間で一致して認められたので、著者らの付き添いにより航空機で日本に搬送したのである。以下、まず先の2症例について旅行の精神病理学と精神医学的診断を検討し、ついて精神障害者を航空機で搬送する方法について諸点から考察を進めてゆく。

1. 旅行の精神病理学

症例Aはおそらく病的体験に支配されて日本を出国し、約4か月間世界中を放浪しているうちに精神病症状の増悪をきたして、刑事事件を犯し、領事館の取り扱いとなったものと思われる。また、精神医学的診断ではSchizophrenia, Undifferentiated type (DSM-III-R)に該当しよう。

Foville(1875)³⁾は、体系的な妄想に従って旅行に出る症例を、旅行性あるいは過歴性狂人 aliénés voyageur sou migrants と命名し、迫害妄想のみの群と、それに誇大妄想が加わった群の2群に分類した。前者は想像上の敵から逃れるために国外逃亡するのに対して、後者は自国では正しさを認められなかった架空の野望を実現するために外国に旅行するのである。ついで、BriandとMorel(1914)⁴⁾は、妄想を基にして旅行に出る症例を病的旅 voyage pathologique と命名し、衝動性と意識の乱れが特徴的な遁走 fugue とははっきり区別した。さらに、CaroliとMasse(1981)⁵⁾は、病的旅を妄想との関連性から次の3型に分類した。

① 単純性病的旅 v.p. simple: 妄想に従うが、その妄想には旅が組み込まれていない。

② 二次性病的旅 v.p. secondaire: 旅が妄想内容に組み込まれている。

③ 純粋性病的旅 v.p. pur: ①と②の結合。

したがって、病的旅とは妄想を直接または間接の契機として過歴や旅を何度も繰り返す症例についてのフランス精神病理学に特徴的な症候論的記述であり、その基礎疾患としてはSchizophrenia, Delusional disorder, Mood disorder, Personality disorder (DSM-III-R)などの幅広いスペクトルの裾野を持つといえよう。

症例Aは、被害妄想の存在より迫害観念を

抱いていたことは確実であり、また母に宛てた手紙に「しなければならぬ仕事がある」等のことを記していたことや、英語でしか話さなかった点を考えると、何らかの誇大的観念を有していたことが推測される。したがって、症例Aの旅行はFovilleの第2群、あるいはCaroliとMasseの純粋性病的旅に相当するものと思われる。

症例Bはもともと過敏、繊細、小心で未熟な性格特性を持っていて、結婚—新婚旅行という心理的かつ身体的に負荷の多い出来事に加えて、過密なスケジュールの海外旅行による時差ぼけ、不眠、疲労などの生理的変動が重なったために、反応的に被害関係妄想、注察妄想、幻聴、不穏状態などの「旅行精神病」様の状態に陥ったものと思われる。また、精神医学的診断では、疾患のエピソードが6か月以上続いたことと、Mood disorder (DSM-III-R)が同時に存在しなかったことなどより、Brief reactive psychosis, Schizophreniform disorder および Schizoaffective disorder (DSM-III-R)は否定的で、Schizophrenia, Catatonic type (DSM-III-R)の急性増悪に該当しよう。

Nilsson(1966)⁶⁾は、旅行のために外国に短い期間滞在中に精神病症状を発展させる一群を「旅行精神病 Reisesychosen」と命名し、その重要な病因として、①不十分な語学知識、②疲労、睡眠不足、食物と飲料の不足、感染症などの身体因、③分裂気質 Schizothyme、ヒステロイド hysterioide、精神無力性 psychasthenisch の性格傾向の3点を強調した。その精神症状としては、幻聴、迫害妄想、意識の減弱、錯乱などが特徴的で、現地では分裂病あるいは分裂病型の精神病と診断されることが多いが、しばしば振り子様の経過をたどり、予後は良好であるという。

平山(1971)⁷⁾はこの旅行精神病を非定型精神病群の範疇でとらえ、疾患の発現には旅行出発前の精神的・身体的誘因ないし負荷および特有の性格構造が準備因子として働き、旅行という状況および空間的变化が形成因子として働くとした。これらの他にも、Singh(1961)⁸⁾、Flinn(1962)⁹⁾、Prokop(1965)¹⁰⁾、稲村(1981)¹¹⁾、植本ら(1983)¹²⁾、大西(1984)¹³⁾、福田(1987)¹⁴⁾、小原ら(1987)¹⁵⁾などが、旅行中あるいは外国での短期滞在中に急激に精神症状を発現させた症例を報告している。

2. 精神障害の評価

StricklandとFerris(1954)¹⁶⁾によると、第二次大戦時に約3,000名の精神病患者を飛行機で搬送した経験から、すべての患者を次の4段階に分類できるといふ。

Class I: すべての精神科あるいは精神の患者。

Class II: 精神科を除くすべての担送の患者。

Class III: 精神科を除くすべての歩行可能な患者で、途中で病院、看護や医学的ケアを必要とする。

Class IV: 精神科を除くすべての歩行可能かあるいは投薬中の患者で、障害が軽度なので、途中で看護や医学的ケアを必要としない。

さらに、Class Iは次の3群に分けられる。

Class I-A: 重篤な精神病。病勢が活発かあるいは自殺、他殺、乱暴の恐れがあるので、薬物による鎮静化と拘束が必要である。

Class I-B: 閉鎖病棟の患者。病勢は軽度かあるいは回復期で、普段は拘束する必要はないが、鎮静化して搬送する。

Class I-C: 精神神経症かあるいは行動異常が軽度で、鎮静化と行動の必要はない。

症例Aは、閉鎖病棟内では一時壁を叩いたことがあったくらいで、とりたてて乱暴することはなかったものの、活発な幻覚妄想状態と拒絶は短期間の入院治療では十分に改善しておらず、しかも入院前のホテルでは器物損壊を犯していたことも考え合わせると、Class I-Aに相当しよう。症例Bにおいてもやはり幻覚妄想状態は顕著で、退院後のホテルにおいても、急に外に出ようとしたり、薬を吐き出したり、また突然大声を出すなど、絶えず誰かがそばに付き添っていかなくてはならなかった。しかも入院前に幻聴の命ずるままに崖から飛び降りたことを考え合わせると、症例Aと同様にClass I-Aに相当しよう。

3. 現地精神医療との関わり

症例Aは、幸いにも著者らの1人が主治医となって入院から退院まで深く関わる事ができた。第1回目の搬送では病状がまだ十分に回復し

ていない時期なのに、搬送手続きを急ぎ過ぎたためうまくいかなかったが、第2回目では特に問題なく搬送し終えている。これに対して症例Bでは、初期において明らかに不適切な治療を受けていた。これは、現地に邦人の精神科医が存在しないこと、通訳を介してもうまく言葉の意味が通じなかったこと、外国での抗精神病薬の種類と使用方法の違いや外国人ばかりの精神病棟の雰囲気などが要因と思われる。そのために、本人ばかりでなく、日本から精神科医が到着するまでの付き添い家族の精神的身体的な疲労度は極限にまで達していた。

4. 付き添い者との信頼関係

Jones(1980)¹⁷⁾は、①飛行は不安をかき立て、②飛行は数々の予期せぬ内的かつ外的刺激を伴い、③別な土地に移動するという事実が患者にとって個人的な意味と重要性を持つと指摘する。したがって、飛行機による搬送にさいしては、患者を薬物で十分に鎮静化させるとともに、患者と信頼関係ができていない者が付き添うことが必要である。また、FavazzaとSchaefer(1970)¹⁸⁾は、米国の7つの航空会社にアンケートを送り、精神病患者を飛行機に乗せる基準を調査し、付き添い者に関して次の点を強調する。すべての精神病患者はできれば医者や看護婦(士)などの付き添い者が必要で、まれに家族でもよい。また、付き添い者は患者と同姓でトイレに同行でき、必要時には患者の体を支えられなければならない。

症例Aの第1回目の搬送では、2人の精神科医が付き添ったが、出発前日に短時間会ったのみで会話は全くできなかったことから、信頼関係はほとんど形成されていなかったといえる。これに対して症例Bでは、家族2人が1週間以上つきっきりで看病した上に、精神科医がホテルで2日間ほとんど寝ずに付き添ったので、本人と付き添い者との信頼関係はある程度確立されていたといえる。

5. 薬物等の使用方法

飛行機における向精神薬の使用法に関しては、Jones(1980)¹⁷⁾の総説に各薬物ごとに触れられている。彼によれば、副作用を避けるために飛行機に搭乗以前に使用していた薬物をできるだけ使用するとともに、過度の鎮静化のための呼吸循環系の抑制や消化器系、泌尿器系、神経系の症状など

に注意すべきことはもちろんだが、それらの有害な作用を恐れて、自傷他害や飛行機の運行を阻害する行為を防ぐための十分な薬物の投与を怠ってはならないという。また、FavazzaとSchaefer(1970)¹⁸⁾は、患者の行動が制御不可能になった場合にシートベルトを固定するために、粘着テープを用意しているという。

症例Aの第1回目の搬送時には、出発前に重篤な精神病状態に対する有効な抗精神病薬量に達していたとはいえず、また搭乗直前あるいは離陸直前に薬物を投与すべきところを他の乗客への配慮から適切な薬物投与のタイミングを逸してしまったといえる。これに対して症例Bでは、付き添いの精神科医が日頃使い慣れた薬物を日本から持参しており、本人に経口投与を拒否されてもホテルにいる時から筋肉注射を何度も行って、その効果のほどを確認できていた点が大きいといえる。

6. 航空会社との連携

FavazzaとSchaefer(1970)¹⁸⁾は次の点を強調する。患者に満員だと感じさせないで、隣りにいる医者が唯一の乗客となるようにするために、ファーストクラスを用意する。朝のフライトにして医者がゆったりとくつろげるのがよく、12時間を越えるフライトでは2人目の付き添いが必要である。また、患者と医者双方ともアルコール飲料は慎むべきである。

航空会社が心配するのは、他の乗客に迷惑をかけるか、トイレにこもって自殺しないか、飛行機の運行そのものを妨害しないかなどで、それらの1つでも抵触すると機長の判断で搭乗拒否にあらうか、寄港地で降ろされてしまうかのいずれかである。症例Aの場合は、離陸直前に他の乗客にジュースを浴びせてしまって、即座に搭乗を拒否されたわけだが、搬送手続きを急いでいたために航空会社との打ち合わせはほとんどなく、座席は満員であわただしい雰囲気が漂っていた。逆に症例Bの場合は、症例Aの教訓をいかして航空会社との事前の打ち合わせを十分に行い、ファーストクラスで座席の周囲を広くあけてもらい、食事と飲料のサービスを省いた。そして2回の乗り継ぎ地では診療室で休みをとるなど、万全の体制で臨めたのである。

以上の2)~6)をまとめると、海外で事例として発生した精神障害者の航空機による搬送に当たっては、次の3点が重要であるといえる。

- ① 患者と付き添い者(医師、看護士または看護婦、できれば家族)との間に十分な信頼関係を形成すること。
- ② 航空機内ではささいなことが刺激となりうるので、十分な向精神薬の投与によって鎮静化すること。
- ③ 事前に航空会社などとの緊密な連絡・協力体制を築き、機内での不測の事態に対処できるようにすること。(受稿 1990. 11. 9)

文 献

- 1) 倉本英彦、他：西欧における邦人精神障害者の実態とその対策。日本公衛誌、1990; 37(6): 418-425.
- 2) 宗像恒次：海外ビジネスマンとその妻のストレスとメンタルヘルス—全世界調査より—。第6回日本精神衛生学会大会抄録集、1990: 18.
- 3) Foville A. Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique de certains cas de lypémanie. Ann méd-psychol, 5, tX IV, 1875; 5-45.
- 4) Briand M, Morel, Livet: Trois voyages pathologiques. Ann méd-psychol, t II, 1914; 238.
- 5) Caroli F, et Masse G. La notion de voyage pathologique. Ann Méd-Psychol, 1981; 139: 828-832.
- 6) Nilsson L. Über Reisepsychosen. Nervenarzt, 1966; 37: 310-313.
- 7) 平山正美：旅行中に発生した精神障害について。精神医学、1971; 13(4): 363-371.

- 8) Singh H. A Case of Psychosis Precipitated by Confinement in Long Distance Travel by Train. Am J Psychiat, 1961; 117: 936-937.
- 9) Flinn D E. Transient Psychotic Reactions during Travel. Am J Psychiat, 1972; 119: 173-174.
- 10) Prokop H. Das Problem des Aufenthaltes im Ausland in psychiatrischer Sicht, im Speziellen gezeigt an den Ausländeraufnahmen der Universitäts-Nervenkl. Innsbruck 1948-1957. Nervenarzt, 1965; 36: 212-218.
- 11) 稲村 博：日本人の海外不適応。東京：日本放送出版協会、1981.
- 12) 植本雅治、他：バリ地区における邦人の精神障害“病的旅”および放浪について。精神医学、1983; 25(6): 597-605.
- 13) 大西 守：フランスにおける邦人不適応現象。慈恵医大誌、1984; 99: 339-354.
- 14) 福田一彦：旅行精神病について。精神医学、1987; 29(7): 691-695.
- 15) 小原 博、他：熱帯・亜熱帯地方滞在者に発生した精神疾患に関する研究。日本熱帯医学雑誌、1987; 20: 113-120.
- 16) Strickland B A, Ferris C C. Air Transportation of Psychiatric Patients. Am J Psychiat, 1954; 740-747.
- 17) Jones D R. Aeromedical transportation of psychiatric patients: Historical review and present management. Aviation, Space, and Environmental Medicine, July, 1980; 709-716.
- 18) Favazza A R, Schaefer D L. Arranging for Air Transportation of the Mentally Ill. Am J Psychiat, 1970; 127: 93-96.

THE SECOND REPORT ON JAPANESE ABROAD WITH
PSYCHIATRIC PROBLEMS:
AIR TRANSPORTATION OF JAPANESE WITH MENTAL
DISORDERS IN WESTERN EUROPE

Hidehiko KURAMOTO, Kyoji IKEGAMI

(*Doctoral Program in Medical Science, The University of Tsukuba*)

Satoru UCHIKI

(*Urawa Shinkei Sanatorium*)

Takeshi TAMURA

(*The Tavistock Clinic*)

Lumie KURABAYASHI

(*National Institute of Industrial Health*)

Hiroaki OHTA

(*C. H. S. Sainte-Anne*)

Hiroshi INAMURA

(*Institute of Community Medicine, The University of Tsukuba*)

Key words: Overseas maladjustment, Mental disorder, Air transportation, Returning patients to Japan, Escorting physician

This is to report on airline travel processes experienced with two Japanese psychotics (schizophrenic) abroad who were treated by the local consulates of Japan, and escorted by Japanese psychiatrists from April to May in 1989. A comparative analysis was made of the two cases from the following six points of view: psychopathology concerning travel, psychiatric evaluation at the time of travel, access to local psychiatric medical services, trust between the patient and escorting physician, method of administering drugs, and cooperation in strategy with the airline company. Results indicate that the following three points are crucial in the air transportation of Japanese psychotics:

- ① Establishment of patient-escorting physician trust relationship,
- ② Adequate sedation through sufficient administration of tranquilizers,
- ③ Establishment of communication and close cooperation with the airline company.



inches
1 2 3 4 5 6 7 8
cm
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Kodak Color Control Patches

© Kodak, 2007 TM: Kodak

	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
1	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
2	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
3	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
4	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
5	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
6	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
7	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
8	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
9	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
10	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
11	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
12	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
13	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
14	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
15	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
16	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
17	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
18	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black
19	Blue	Cyan	Green	Yellow	Red	Magenta	White	3/Color	Black

Kodak Gray Scale



© Kodak, 2007 TM: Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19