

知能障害児・者の自傷行動の研究 II —知能障害児・者の自傷行動の臨床像—

肥 後 祥 治*・小 林 重 雄**

知能障害児・者の自傷行動の臨床像を記述することを目的に、調査が行われ122名の対象者のデータが分析された。調査項目は、年齢、性別、知能障害以外の障害、自傷行動の行動型、生起頻度、実行中の状況、自傷行動に対する印象等であった。結果は、概ね英語圏における先行研究と同様の結果を示したが、一人の持つ自傷行動の種類に関しては異なる傾向を示した。また、自傷行動からえる印象に関しては、その行動を行うこと自体本人が痛みを感じていないとの評価を受けているケースが全体の約86%にあたることが明らかになった。これらの背景には、自傷行動自体が痛覚をさほど喚起しない形で行われている可能性、高い痛覚閾値の存在の可能性の2つが考えられた。

キー・ワード：自傷行動 知能障害 実態調査

I. はじめに

自傷行動は、知能障害児・者が持つ問題行動の中でも取り分け問題性の高いものの1つであるとの評価を受けている(野口、1976¹³⁾；肥後・小林、1990⁴⁾)。また、この行動は精神薄弱者関係施設における強度行動障害に関する全国規模の調査において出現頻度が高いものとして挙げられている(飯田、1989⁹⁾)。このように、その問題性の高さが指摘されてきたにもかかわらず本邦における自傷行動研究に対する取り組みは、盛んであったとは言い難い。またその研究方法論も事例報告を中心としたものが多かった(岡崎、1976¹⁵⁾；三嶋、1979¹²⁾；安永、1982²⁶⁾；阿部、1979¹⁾；石井、1989⁷⁾；小林・肥後、1989¹⁰⁾；松井、1989²⁴⁾；内田、1990²³⁾)。Repp, Singh, Olinger and Olson (1990¹⁶⁾) は、近年の自傷行動の研究の方向性が行動の機能的な分析よりも、応用行動分析のテクノロジーに基礎

をおく傾向があることを指摘している。このことは、内外を問わず現在の自傷行動研究の方向性が対処法研究を中心に進められていることを示している。

自傷行動を有する個に対する研究の必要性は取り立てて強調する必要がないことは自明なことであるが、またこれと同様に自傷行動を有する集団の特性の記述は、この問題行動への総合的対応を考慮する上で等しく重要な作業であると思われる。これに類する国内における報告では星野・安藤・金子・矢島・熊代(1983⁵⁾)、川崎・水島・三島(1989⁹⁾)を挙げることができる。しかしながらこれらも自閉症児の自傷行動への調査であり、厳密な意味での自傷行動を有する者の母集団の記述とは言えない。

そこで、本研究は、本邦でこれまであまり行なわれてこなかった自傷行動を行う精神発達遅滞児・者の母集団の記述を、トポグラフィー、実行時の状況、知能障害以外の障害の有無および自傷行動に対する印象といった視点で行ない彼らの自傷行動の臨床像を明かにすることを目

*心身障害学研究科

**心身障害学系

的とした。

II. 自傷行動の定義

現在、自傷行動 (self-injurious behavior) と呼ばれている行動群は、かつてマゾヒズム (masochism)、自己破壊 (self-destruction)、自動攻撃 (auto-aggression)、自己攻撃 (self-aggression)、自己毀損 (self-mutilation)、自罰行動 (self-punitive behavior) などの各称で呼ばれ (Tate and Broff, 1966²¹)、研究者間でも一致を見なかった。Tate and Baroff (1966²¹) は、解釈や主観的表現を避けより正確にこれらの行動を表現するために自傷行動 (self-injurious behavior) の用語を採用した。近年の自傷行動研究においては、彼らの捉え方をさらに発展させた形で以下の様に定義されている。「自傷行動とは、自己の身体に損傷を現実的に生じさせたり、あるいは生じさせる恐れのある行動であり限定された明確なトポグラフィーをもち観察可能な行動である」(Schroeder, Schroeder, Rojahn, and Muck (1981¹⁹))。

本研究における自傷行動の定義は、従来の行動論的自傷行動研究の流れを踏襲し上記の定義に従った。

III. 方法

1. 対象者

T 大学行動情緒障害研究室において治療教育を受けている者、3つの精神薄弱児・者施設 (I 地区)、6つの養護学校 (I 及び H 地区)、に

措置されていれ者の中で自傷行動を行う者122人。男子72人 (59.0%)、女子49人 (40.2%)、未記載1人 (0.8%)であった。平均月齢は、275.5カ月 (約22歳10カ月)、標準偏差11.58カ月であった。彼らの測定知能水準 (MIL) ごとの人数分布を Table 1 に示す。知能指数の情報を確認できた者 (106人) の中で、軽度が2.8%、中度8.5%、重度30.2%、最重度58.5%であった。

2. 質問紙および手続き

質問紙は、I. 本人の属性、II. 本人の自傷行動の特性に関する情報を収集するように構成された。「I. 本人の属性」は年齢、性別、知能障害以外の障害 (視覚、聴覚、移動様式)、知能指数に関する質問項目から構成された。「II. 本人の自傷行動の特性」は自傷行動の行動型、生起する状況、頻度、実行中の状況及びそれに関する指導責任者 (対象者担当の施設、学校関係者、以後指導責任者とする) の印象についての質問項目から構成された。またほとんどの質問項目は、選択枝から選ぶものであり、質問項目及び選択枝は具体的な行動レベルで記述されるように配慮がなされた。また、行動型の選択は東海 (1984²²) の資料をもとに選定した。

I 地区調査の実施に関しては、留め置き法が用いられた。調査紙は、指導責任者に配布され、各施設・養護学校ごとの回収責任者に集めてもらいそれを回収した。また、調査者がこの時点で調査紙の記入もれを発見した場合は、該当者に関する情報をその場で収集し欠損値を少なくするよう努力が払われた。H 地区は、遠隔地で

Table 1 測定知能水準 (MIL) ごとの人数分布

MIL	程度	IQ の 範囲	具体値	人数
0	普通	$IQ \geq 100 - 1SD$	(SD = 16)	
I	境界線	$100 - 1SD > IQ \geq 100 - 2SD$	(68 ~ 83)	
II	軽度	$100 - 2SD > IQ \geq 100 - 3SD$	(52 ~ 67)	3
III	中度	$100 - 3SD > IQ \geq 100 - 4SD$	(36 ~ 51)	9
IV	重度	$100 - 4SD > IQ \geq 100 - 5SD$	(20 ~ 35)	32
V	最重度	$100 - 5SD > IQ$	(~ 19)	10 + (52)
	欠損			16

() : 測定不能

Table 2 視力障害・聴力障害の頻度分布

障害の程度	人数	割合(%)	障害の程度	人数	割合(%)
(視力障害)			(聴力障害)		
正 常	112	92.5	正 常	116	95.8
軽 度 弱 視	1	0.8	軽 度 難 聴	0	0.0
中 度 弱 視	2	1.7	中 度 難 聴	2	1.7
盲	4	3.3	聾	3	2.5
方眼のみ障害	2	1.7	方耳のみ障害	0	0.0
欠 損	1		欠 損	1	
計	122	100.0	計	122	100.0

Table 3 日常生活における移動様式

様 式	該当数	割 合(%)
補助具（松葉杖等）を用いずに自力で移動	105	86.1
補助具を用いて自力移動	1	0.8
車椅子での自力移動	0	0.0
車椅子で移動要介助	0	0.0
四つばい	0	0.0
いざり	1	0.8
自ら移動不能	15	12.3
計	122	100.0

あるため、回収責任者に質問紙を郵送し、記載後に返送してもらった。また、T大学に通っているケースについては母親に直接記入してもらった。

3. 調査期間

1988年 10月～11月

IV. 結 果

回収された122名のデータは、筑波大学情報処理センターにおいてSPSSプログラムパッケージの“頻度分布”を用いて集計された。

1. 重複障害の有無

自傷行動を有する者のなかでなんらか視力障害を有する者は、7.5%で92.5%が視覚に異常がないと評価されていた。また聴力に関しては、正常が95.8%、なんらかの異常が見られるものが4.2%であった。また、両方の感覚モードになんらかの障害があるものが2名おりこれを考慮すると上記の値は、視力障害のみ5.8%、聴力障害のみ2.5%、二重の感覚障害を持つ者1.7%と

考えることができる。調査結果の詳細は Table 2 に示した。

日常の移動様式に関する結果は、Table 3 に示した。補助具を用いずに自力で移動可能である者が105名（86.1%）、補助具を用いて自力移動する者が1名（0.8%）、いざり1名（0.8%）、自ら移動不能15名（12.3%）であった。

2. 自傷行動の行動型及び一人の持つ自傷行動の種類数

自傷行動の行動型に関しては Table 4 に示す頻度分布を得た。自傷行動の中で多くの個体が行っているものは、頭叩き（顔以外）、かさぶた・ささくれをむしる、四肢を噛む、顔叩き、ひっかく、物体に身体部位をぶつける、爪をむしる、頭・顔以外の身体部位を叩くといったものであり、これらはいずれも対象者の16.4～27.9%に観察された。その他の項目で記述されていたトポグラフィは11あったが、設定された選択枝に含まれ得ると考えられるものもあった。そうでないものの中で行動型の例として特記すべき

Table 4 行動型の頻度分布

順位	トポグラフィー	該当者	割合(/122)
1	頭叩き(顔以外)	34	27.9 (%)
2	かさぶた、ささくれをむしる	32	26.2
	四肢を噛む	32	26.2
4	顔叩き	27	22.1
5	ひっかく	22	18.0
6	物体に身体部位をぶつける	21	17.2
	爪をむしる	21	17.2
8	頭、顔以外の身体部位を叩く	20	16.4
9	髪抜き	9	7.4
	つねる	9	7.4
11	水等の多飲	8	6.6
12	嘔吐	6	4.9
13	眼球をおしつける	3	2.5
14	異食	2	1.6
	唇、舌を噛む	2	1.6
16	その他	12	9.8
		(260)	

ものに「指しゃぶり」、「針金で腹部を刺す」、「はさみで舌を切る」、「かぎ針で目をつつく」、「鼻に指を突っ込む」、「他人の手を捕り頭を叩かせる」、「唇の皮をむく」などがあつた。一人が持つ自傷行動の行動型の種類は、平均2.13種類、最大値8種類であつたが1種類のみであるものが62名であり全体の50.8%を占めた。自傷行動の種類数別の頻度分布を Fig. 1 に示した。

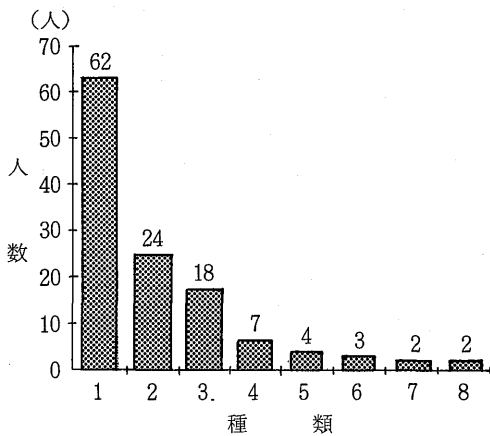


Fig. 1 種類数別の頻度分布 (人)

3. 自傷行動の頻度

自傷行動の頻度は、毎日見られる者が、全体の45.1% (55人)で最も多く、1月レベルで観察される者、1週間レベルで観察される者がそれぞれ18.0% (22人)、17.2% (21人)という結果であつた。その他が19.7% (24人)であつた。また4ケースに関し複数の回答があつた。

2つの回答をするケースが2つあつたが、いづれも2つ目にその他を挙げて内容に関する記述を書いてあつたため、もう一方の回答を採用した。また、その中には、「半年に1回躁状態の時」、「不安定な時」などの記述があつた。

4. 自傷行動の実施状況・身体的影響及び自傷行動に対する印象

自傷行動実行状況・身体的影響に関する結果と、それらに対する指導担当者からの印象に関する結果の頻度分布の結果はそれぞれ Table 5 と Table 6 に示した通りである。自傷行動の実行状況・身体的影響に関しては該当するものすべてにチェックを行ってもらつた。複数の自傷行動を有する者には“一番ひどい”ものについて回答してもらつた。また、自傷行動への印象についても複数の自傷行動がある場合は同様に、“一番ひどい”ものに関しての印象を回答してもらつた。ただし回答数に制限を付けなかつた。

Table 5 自傷行動実行状況及び身体的影響

順位	内 容	人 数	割合(/122)
1	声をあげながら行う	70	57.4 (%)
2	以前行った傷跡が残っている	65	53.3
3	パニックを伴うことが多い	55	45.1
4	外出血が観察できる	45	36.9
5	自傷行動を行っている部位に外見上変形が見られる	44	36.1
	たこができています	44	36.1
7	かさぶたが観察できる	41	33.6
8	自傷行動を行う時大きな音がする	35	28.7
9	涙を流しながら行う	33	27.0
10	自傷行動を行う時小さな音がする	25	20.5
11	行っている最中や終了後痛がる様子がある	21	17.2
12	内出血が観察できる	20	16.4
13	自傷行動を行っている部位に欠損が見られる	13	10.7
14	その他	4	3.3
		(511)	

(“涙を流しながら行う”項目はmiss case 1)

Table 6 自傷行動への印象

順位	内 容	人 数	割合(/121)
1	痛そうに見えるが本人はそうでもない様子	83	68.6 (%)
2	暇つぶしにやっている(悦に入っている)	21	17.3
3	周囲が見ても痛そうだし、本人も痛がる様子がある	11	9.1
4	見るに耐えない	6+(11)	5.0(14)

(全項目に関してmiss case 1)

(): 2つ選択したケース

たため、「暇つぶしにやっである(悦に入っている)」、「痛そうに見えるが本人はそうでもない様子」、「周囲が見ても痛そうだし、本人も痛がる様子がある」の項目を選択した上で「見るに耐えない」をも選択する場合もあった(11ケース)。

V. 考 察

1. 精神発達段階及び性比

今回の調査の対象者の精神発達段階は、重度と最重度をあわせると88.7%になり、Alt-meyer, Locke, Griffin, Ricketts, Williams, Mason and Stark (1987²¹⁾)の90.0%、Maisto, Baumeister and Maisto (1978¹¹⁾)の76.1%もいった結果同様、彼らの精神発達段階が非常に低いことが再確認された。自傷行動と遅滞の程

度の関連は、Maisto, Baumeter and Maisto (1978¹¹⁾)によって報告されているが、今回の調査結果を踏まえ対象者と同程度の遅滞を持っている人達における自傷行動の所持率を明らかにしていくことが、遅滞と自傷行動の関係をより明確にしていく上では重要になってくると思われる。

性比は、男女それぞれ59.0%、40.2%となりMaisto, Baumeister and Maisto (1978¹¹⁾)の55.8%、44.2%といった値とほぼ一致する結果になった。

2. 自傷行動以外の障害の有無

今回の調査で、視力、聴力のいずれかに問題があると見られるものはそれぞれ、5.8%、2.5%であり、二重の感覚障害を持つものが1.7%で

あった。Altmeyer, Locke, Griffin, Ricketts, Williams, Mason and Stark (1987²⁰) の行った調査の視力障害8.7%、聴力障害1.9%、視覚・聴覚の重複0.8%と比べると視力障害の割合が低く、他の2つが高い値を示した。この差異は彼らの先行研究のサンプル数が1,352人と本調査の約11倍に及ぶことにも原因があると思われる。移動に関しては86.1%が補助具等を用いずに自分で移動することができた。Altmeyer, Locke, Griffin, Ricketts, Williams, Mason and Stark (1987²⁰) の報告では、79.6%という結果であった。

自傷行動を有する母集団と他の障害との関係は、この母集団を含むより大きな母集団である精神発達遅滞群との比較の中で検討する必要がある。今回は、母集団同士の比較がテーマではなかったため、自傷行動を有しない精神発達遅滞への調査は行われなかったが、今後の課題とすべきであろう。

3. 自傷行動の行動型と頻度

自傷行動のトポグラフィーの中で最も多く出現したのは、頭叩き (27.9%)、次にかきぶた・ささくれをむしる (26.2%)、四肢を噛む (26.2%) であった。この結果は、Whitney (1966²⁵)、Soule and O'Brien (1974²⁰) の結果とほぼ同様な傾向を示していた。また日本でおこなわれた同様の調査では、「頭打ち、手かみ、かきむしり、髪むしり、たたき」が主要5形態であるとの報告 (沼尾、1983¹³) があるが「髪むしり」が上位にきているところが本研究での結果ときわだった相違点であった。しかし、沼尾 (1983¹³) の調査研究は、標本数は本研究の3.5倍であるがその抽出分析方法が本研究とは若干異なっていた。

各個人が持つ自傷行動の種類に関しては、50.1%が1種類の自傷行動しか持っていなかった。自傷行動を行う精神発達遅滞者それぞれは、比較的小数の自傷行動のパターンしか持っていないことが明らかになった。このことは、Rojahn (1986⁷) の自傷行動を示す者の大半が2～3の自傷行動を有するという結果とは異なる

ものであった。多くのバリエーションを持つ者とそうでない者とは、どの様な部分が異なってくるのかを前者の例をさらに収集して集団的特性を明らかにする必要があると思われる。

自傷行動研究における頻度の測定は、研究者や行動型の違いにより測定方法が異なっている。また、測定に正確を期すためには、技術的、人的及び経済的な問題を解決する必要があり質問紙法を用いた研究では限界がある項目であった。そこで今回は概要を知ることが主目的とし、質問紙で用いたような4つのカテゴリーを用いて調査した。結果は、毎日あるいは一週間の内に自傷行動が観察される者が全体の60%に及び、中でも毎日観察されるものが全体の約40%にのぼるというものであった。このことは、彼らの身体的な損傷形成において頻度の高さが大きな要因になっている可能性を示唆するデータであると考えられる。逆に言えば、自傷行動の強度は弱くても高い頻度さえ有していれば身体的損傷を形成する事は可能であるということである。これらの事を考えると自傷行動を検討する際、頻度と強度の相互の関係を見ていく必要があることがわかる。しかしながら、自傷行動の強度に関しては、その客観的な評価法が確立しておらず、最近のIwata, Pace, Kissel, Nau, and Farber, (1990⁸) の研究においても強度の評価は主観的な物を用いているのが現状である。自傷行動の頻度がいかなる意味を持つかを考えていく上でも自傷行動の強度の評価法の検討を行うことは重要なことであろう。

4. 自傷行動の実行状況及び身体的影響

実行状況の中で多かったのが、「声をあげて行う」、「パニックを伴う」であり、身体的影響では、「傷跡が残っている」、「外出血」、「外見上の変形」、「たこ」が上位に挙げられていた。実行状況の結果から、精神発達遅滞児・者の行う自傷行動は、その行動単独で行われることよりむしろ、かんしゃくやパニックと併せて表出する傾向が高いことが示された。したがってこのことは、自傷行動研究を進めるにあたっては、その辺縁の問題行動であるかんしゃくやパニック

についてもその実態を把握する必要があることを示唆しているものと思われる。

実行状況に関する質問項目で最も被選択数が少なかったものは「行っている最中や、終了後にいたがる様子がある」であった。自傷行動を有する精神発達遅滞者の痛覚の異常性の問題は、これまでも Goldfarb(1958³⁾)によっても指摘されてきたが現在の所これに対する厳密な実験手続きによる研究はあまり行われてきていない。もし、痛覚の閾値が異常に高くなっているならばそれがどのような条件のもとで、生起しどうすれば低減させていけるのかについて検討を重ねる必要があろう。

5. 自傷行動への印象から動機づけ研究への示唆

自傷行動を行っている者に対して指導責任者はどのような印象を持つのであろうか。結果を見ると「痛そうに見える本人はそうでもない様子」が全体の68%を占め、次に「暇つぶしにやっている(悦に入っている)」(17.2%)、「見るに耐えない」(13.9%)、「周囲が見ても痛そうだし、本人も痛がる様子がある」(9%)の順になる。

精神力動学派は、自傷行動のことを“神経症のパラドックス”と呼んでいた(齊藤、1976¹⁰⁾)。「周囲が見ても痛そうだし、本人も痛がる様子がある」、「見るに耐えない」との印象を与えるケースはまさにこの範疇にはいるのであろう。このようなケースがどのような強化因子により痛覚刺激を凌駕しているのを分析していくのが自傷行動の動機づけ研究の主たる目的である。しかしながら、このように痛がりながら自傷行動を行うケースが全体の14%程度に過ぎないという結果は自傷行動の問題性の高さ(野口、1986¹³⁾; 肥後・小林、1990⁴⁾)からは推測しかねる結果であった。

これとは対照的に第3者から見て本人が痛がっていないと評価しうるものが85.2%にも及ぶ。これらの結果からは、自傷行動の動機づけを考える上で次のような視点を提供してくれると考えられる。1つは、「本人が実行している自傷行動自体がさほど正常な痛覚を喚起せず同一

行動パターンの繰り返しにより身体的な変化が形成される」というものであり、2つめは、「本人の痛覚閾値が高いため、通常痛覚を喚起するともわれるような状態でも第3者から観察して痛がっていると評価を受けるような反応を示さない」と言うものである。これらのことは、自傷行動の強度を客観的に評価する方法が得られるまでは推測に過ぎないが、彼らの自傷行動を考える際に念頭におくべき事柄であると思われる。

VI. おわりに

本研究は、これまであまり明らかにされてこなかった本邦における知能障害児・者の自傷行動の実態を記述することを主眼として行われた。結果は概ね英語圏で行われてた調査結果と類似したものが得られたが、なかには一人の持つ自傷行動の種類の数といった異なった結果を示すものがあった。また、実際に見ている自傷行動がどのような印象を与えるかといったこれまであまり関心を示されなかった内容について調べた結果、約86%のケースが自傷行動をやること自体あまり痛そうでないとの印象を与えていることが明らかになった。今後これらの実態調査の知見を生じて、動機づけ及び分類の研究に取り組んでいく必要があろう。

文 献

- 1) 阿部秀雄(1988)：抱っこ法による自傷行動への取り組み。発達障害研究, 11 (2), 14-17.
- 2) Altmeyer, B.K., Locke, B.J., Griffin, J.C., Ricketts, R.W., Williams, D.E., Mason, M., and Stark, M. (1987)：Treatment strategies for self-injurious behavior in large service delivery network. American Journal of Mental Deficiency, 91 (4), 333-340.
- 3) Goldfarb, W. (1954)：Psychological privation in infancy. American Journal of Orthopsychiat, 15, 247-255.
- 4) 肥後祥治・小林重雄 (1990)：知能障害児・者の自傷行動の研究—施設での実態及び適応行動尺度による行動特性の分析—。心身障

- 害学研究, 15 (1), 35-47.
- 5) 星野仁彦・安藤ひろ子・金子元久・八島祐子・熊代 永(1983): 自閉症児の自傷為について, 小児の精神と神経, 23 (1), 27-32.
 - 6) 飯田雅子(1989): 強度行動障害を見せる子どもたちのとらえ方と取り組み(2). 愛護, 385, 77-84.
 - 7) 石井哲夫(1989): 心理療法の立場から「自傷」への取り組み. 発達障害研究, 11 (2), 8-13.
 - 8) Iwata, A.A., Pace, G.M., Kissel, R.C, Nau, P. A., and Farber, J.M. (1990): The self-injury trauma (SIT) scale: a method for quantifying surface tissue damage caused by self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 99-110.
 - 9) 川崎葉子・清水康夫・三島卓穂 (1989): 自閉的な発達障害児(者)にみられることのある自傷と攻撃的行動. 発達障害研究, 11 (1), 26-31.
 - 10) 小林重雄・肥後祥治 (1989): 自傷行動と行動療法. 発達障害研究, 11 (2), 22-27.
 - 11) Maisto, C.R., Baumeister, A.A., and Maisto, A.A. (1978): An analysis of variables related to self-injurious behavior among institutionalized retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research*, 22, 27-36.
 - 12) 三嶋国幸(1979): T児のカンシャク行動を消去した3年間の指導. 実践障害児教育, 70, 34-3.
 - 13) 野口正信(1976): 問題行動のアンケート調査—施設の場合—. 精神薄弱児研究, 219, 14-16.
 - 14) 沼尾孝平(1983): 重度精神薄弱児の自傷—施設収容児の調査(3)—. 日本教育心理学会第25回大会発表論文集, 784-785.
 - 15) 岡崎喜子(1976): 自傷行為のある子どもの指導実践例. 精神薄弱児研究, 219, 33-37.
 - 16) Repp, A.C., Singh, N.N., Olinger, E., and Olson, D.R., (1990): The use of functional analysis to test causes of self-injurious behavior: rationale, current status and future directions. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 95-105.
 - 17) Rojahn, J. (1986): Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91 (3), 268-276.
 - 18) 斉藤 繁(1976): 精神薄弱児の自傷行動の制御. 精神薄弱児研究, 219, 65-71.
 - 19) Schroeder, S.R., Schroeder, C.S., Rojahn, and Muck, J.A. (1981): Self-injurious behavior: An analysis of behavior management, In Matsor, J.L., & Mc Cartney (eds), *Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded*, New York & London: Plenum Press, 61-115.
 - 20) Soule, D. and O'Brien, D. (1974): Self-injurious Behavior in a state centre for the retarded: Incidence. *Research and the Retarded*, Spring, 1-8.
 - 21) Tate, B.G., and Baroff, G.S. (1966): Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behavior Research and Therapy*, 4 (4), 281-287.
 - 22) 東海良興(1984): 自傷行為の発生過程の解析と制御に関する基礎研究. 兵庫教育大学大学院修士論文.
 - 23) 内田一成(1990): 自閉症児の自傷行為. 高木俊一郎編, 行動療法ケース研究8, 自閉症児の行動療法, 岩崎学術出版社, 110-131.
 - 24) 松井紀和(1990): 発達障害への音楽療法への適用. 発達障害研究, 11 (2), 18-21.
 - 25) Whitney, L.R. (1966): The effect of opernt conditioning on the self-destructive behavior of retarded children. Paper presented at American Nursing Association, Reported in Paul M. Smeets, *Training School Bull.*, 1971, 68, 131.
 - 26) 安永啓司(1982): 精神遅滞児の自傷行動の変容における行動対比の効果—目標勾配仮説を応用して—. 特殊教育学研究, 20 (1), 56-61.

A Study on Self-Injurious Behavior in Mentally Retarded II : Real State of Self-Injurious Behavior

Syoji HIGO and Shigeo KOBAYASHI

This study was designed to describe clinical figures of mental retarded persons who had self-injurious behaviors (SIB). To accomplish this purpose, 122 subjects were investigated of their daily conditions. The investigation of this study consisted of below survey items, subject's attributes, topographies, frequencies, conditions of SIB, impressions for their SIBs, and so on. In spite of differences of number of SIB which subjects have, the results supported outcomes of previous studies in a broad sense. Concerning about impressions for subject's SIB, 86 percent of subjects were judged that they did not feel a pain toward their SIB. This result suggested two possibilities. The first possibility was the weakness of their SIBs, second one was the existence of the high threshold of pain sensation.

Key Words self-injurious behavior mental retardation investigation