

小中学校でいじめられた体験を有する者の成人での心理社会的特徴

—地域住民に対する精神保健学的疫学調査—

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

北村 俊則
小泉 智恵

自治医科大学

海堀 友美

親和女子大学

山添 正

調布市教育相談所

北原 知典

山梨県立精神保健センター

藤原 茂樹

はじめに

最近、中学校において他の生徒からのいじめを理由にした自殺例の報道から、いじめが社会問題となつてゐる。自殺に至らないまでも、教室におけるいじめに関して、当事者たちの体験がテレビ、新聞、雑誌等で取り上げられることが多く目に付くようになつた。また、いじめを対象とした少なからぬ数の研究が既に行

われている。しかし、これらは、いじめの被害者生徒、加害者生徒、教員、両親を情報源として、いじめの実態の把握、いじめ状況の特性、いじめられた直後の心理状態などを研究したものである。

しかし、学童期に体験したいじめが、その後の児の心理的・身体的発達や、成人に達してからの性格・社会適応・夫婦関係・精神症状など広範な精神保健学的側面に影響を与え

るのか、与えるとするればどのようなものであるのかについては、ほとんど研究が存在していない。児童虐待(多くはその両親のいざれから)を受けたものが成人に達した際に、心理面において様々な望ましくない現象がみられることはよく知られている。そうであれば、教室におけるいじめもまた、精神保健上の問題を生起させる可能性が想定できよう。

また、明らかに刑事犯罪行為に該当すると思われるような一部の著しいいじめ行為を除けば、日常的に認められるいじめ行為が、児の発達の過程でみられるいわば「生理的」現象であるのか、あるいは即刻の介入や事前の予防が必要とされる「病理的」現象であるのかの判断は、中長期の経過の中で、望ましくない影響が惹起されるか否かで判断されよう。

我々は、某地域における住民を対象とした直接面接を実施し、精神保健と精神疾患に関する疫学研究を行った。この調査では、被検者の一五歳以前のさまざまな体験についても構造化面接で確認しており、その項目中にはいじめられ体験も含まれていた。そこで、我々は学童期に体験したいじめが、成人に達してから

の広範な精神保健学的側面に影響を与えるのか、与えらるればその内容はそのようなものであるのか、について解析したのでここに報告する。

対 象

某県庁所在地の一地区に在住する一八歳以上の全住民五〇八人(一八二世帯)に目的を説明した上で調査面接への参加を求め、同意の得られた二〇七名に初回面接を実施した(第一波調査)。その後、第一波調査から約九カ月を経た後、この対象者に対する追跡面接(第二波調査)を施行する際に、第一波調査に参加しなかった対象住民に再度参加を呼びかけたところ、新たに一三名が初回面接に応じた。本報告の対象は、第一波調査に応じた二〇七名と、第二波調査で初回面接に応じた一三名を合わせた二二〇名である。第一波調査の対象者の特徴についてはすでに報告した。

対象被検者は、男性九六名(四四%)、女性一二四名(五六%)、その年齢幅は一八〜三四歳が二九名(一三%)、三五〜四四歳が三八名(一七%)、四五〜五四歳が三一名(一四%)、五五〜六四歳が五一名(二二%)、六五歳以上が七一名(三二%)であった。

方 法

対象被検者に対する調査は、非受診住民の精神保健に関する疫学調査を目的とし、精神保健研究所社会精神保健部が中心となって作成した「TOSHI」の健康調査「Time Ordered Stress and Health Interview (TOSHI)」という構造化面接を用いて施行した。

面接者は臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、心理学を専攻する大学院生、精神科医などである。調査前に、平均一日六時間、延べ四日間のロールプレイと症例要旨法による訓練を施行した。

TOSHIは(1)一般情報、(2)家族と住環境、(3)職業、(4)ストレスと対処行動、(5)社会適応、(6)社会的援助、(7)生活史、(8)現在症、(9)既往歴、(10)家族歴の節から構成されている。この中で、生活史は早期喪失体験、早期ライフイベント、早期虐待体験に分かれており、早期ライフイベントでは一八個のライフイベントが記載されている一覧表を被検者に示し、一五歳以前に一回でも体験したものと、体験した年齢を回答させた。早期ライフイベントの一つがいじめであり、今回の解析はこの部分を基準変数とした。

精神科既往歴については(1)米国精

神医学会²⁰⁾が編集したDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Revised (DSM-III-R)、(2)ICD-10の日本語改訂版として藤縄²¹⁾が作成したJCM、(3)研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC)²²⁾の三種の診断基準の診断を同時に下した。本報告の診断はDSM-III-Rに準拠した。

また、TOSHIでは、各診断名は現在挿話と過去挿話を別個に評価するが、本報告では現在挿話もしくは過去挿話のいずれかに認められた診断を精神科既往歴とした。さらに、既往が認められた診断名についてはその病態が最初に出現した年齢(初発年齢)を確認した。

調査時点における被検者の主観的健康度については、身体的健康感、生活満足感、自信の三項目で確認した。

性格については、自記式調査票であるEysenck Personality Questionnaire (EPQ)²³⁾を面接の前に配布し記入させた。EPQは一〇〇項目から構成され、「はい」か「いいえ」で回答させるものである。外向性を示す extraversion (E) 尺度、情緒的不安定性を示す neuroticism (N) 尺度、孤立傾向を示す psychoticism (P) 尺度、回答の信

頼性の低さを示す lie (L) 尺度の四つの下位尺度に分けられて得点される。いずれも高得点ほどその傾向が強いことを示す。

社会適応は Social Adjustment Scale-II (SAS-II)²⁴⁾を改変して用いた。SAS-IIは、うつ病患者の社会適応を測定するための構造化面接である。我々はSAS-II項目のうち、世帯での適応(夫婦適応を除く)の総合評価、親族との適応の総合評価、職業上の適応の総合評価、余暇・社会活動・友人・恋愛の適応の総合評価、一般的適応の総合評価を用いた。さらに、社会的活動については、その頻度、活動の程度、社会的安心感を、友人については、その接触(交際)の頻度、コミュニケーション、摩擦、感受性を評価した。

社会的援助は Interview Schedule for Social Interaction (ISSI)²⁵⁾を改変し、「自由に感じる人間」「理解してくれる人間」「感情を分かちあえる人間」「喜びを分かちあえる人間」「助言をしてくれる人間」「手伝ってくれる人間」「情緒的に援助してくれる人間」のそれぞれについて、そのような人の数と、そのような状況に対する満足度を質問した。満足感については、七種類の社会的援助の得点の加算を、社会的援助満

表 1 いじめ体験群の事例

番号	年齢	結婚歴	いじめ体験時年齢	精神科既往歴とその初発年齢	現在の自信
[女性]					
76202	24	独身	14		不良
63102	29	既婚	7~15	反復性大うつ病(4歳)	不良
37102	37	既婚	9		不良
6102	47	既婚	6		不良
57102	47	既婚	12	気分変調症(34歳)	不良
12102	57	既婚	8		良好
64102	58	既婚	14		良好
68102	58	既婚	12	大うつ病(47歳)	良好
10102	63	既婚	7		不良
23102	65	既婚	6	強迫性障害(30歳)	良好
13101	73	独身	10		良好
3102	85	既婚	8		良好
[男性]					
64201	24	独身	14		良好
69301	25	独身	9	大うつ病(20歳)	良好
89202	25	独身	9		良好
33201	44	既婚	14	恐慌性障害(42歳) 大うつ病(42歳)	良好
53101	58	既婚	12	全般性不安障害(45歳)	良好
23101	67	既婚	13~14	強迫性障害(13歳)	良好
121101	70	既婚	10		良好
79201	72	既婚	8		良好
120101	75	既婚	14		良好
95101	78	既婚	10		不良

表 2 いじめ体験と DSM-III-R 精神疾患

診断名	いじめ体験群 (22名)	対照群 (198名)	オッズ比
全般性不安障害	4.5%	1.5%	3.1
恐慌性障害	4.5	0.5	9.4
大うつ病	18.2	13.1	1.5
気分変調症	4.5	2.9	2.3
抑うつ性疾患	22.7	14.6	1.7
躁病	0.0	1.0	0.0
恐怖症	0.0	4.0	0.0
強迫性障害	9.1	3.0	3.2
上記のいずれか	36.4	20.2	2.3

足感の総合点とした。
配偶者を有するものについては、結婚年齢、結婚様式(見合い・恋愛)、結婚期間(年)、結婚前の交際期間(月)を確認した。さらに、結婚適応については自記式調査票である Locke 等の Short Marital Adjustment Test を構造化面接に改変して用いた。結婚適応の項目は、その因子分析から五つの因子が認められ、それぞれの因子に高い因

子負荷量を示す項目の得点の総和を下位尺度得点とした。下位尺度は dyadic consensus, satisfaction, flexibility, home-loving, interest-sharing の五つである。²⁷⁾
被検者の回答が社会的に望ましいと思われる方向へ意識的もしくは無意識的に偏る傾向を確認するため、自記式調査票である Crowne 等の Social Desirability Scale (SDS) の日本語版²⁸⁾を被検者に配

布し、回答させた。
解析はいずれもいじめ体験群とそうでない対照群の群間比較を行った。精神科既往歴、精神保健指標のように二つの値(〇-1)を取る変数が説明変数の場合は、logistic regression を、結婚時年齢のように連続量を取る変数が説明変数の場合は t 検定を施行した。
統計解析は SPSS-X プログラムを用いた。

結 果

(1) いじめ体験の頻度
二二〇名中二二名(一〇

%)が一五歳以前にいじめられた体験を有すると報告していた。この内二〇名は特定の学年にいじめられた経験を有していたが、一名は二年間にわたり、もう一名は九年間にわたりいじめを受けたと報告していた(表1)。

(2) 人口統計学的特徴

いじめの体験を有していたものは男女ともその一〇%であり、性差はなかった。年齢階層別には、一八〜三四歳で一七%、三五〜四四歳で五%、四五〜五四歳七%、五五〜六四歳で一〇%、六五歳以上で一%がいじめの体験率であり、年齢による差は認めなかった。したがって、以降の解析では性差と年齢については分割せずに解析した。

既婚者の占める率はいじめ体験群(二二名)の七七%、対照群(一九八名)の七〇%であり、有意の差をみなかった。

(3) 精神科既往歴

いじめ体験群のうち八名(三六・四%)に非器質性・非物質性・非精神病性の何らかの DSM-III-R で定義される精神疾患(軽症精神疾患)の既往が認められた(表1)。その内訳は、全般性不

表 3 いじめ体験と精神保健指標

精神保健指標		いじめ体験群 (22名)	対照群 (198名)	オッズ比
身体的健康感	良好	68.2%	80.8%	2.0
	不良	31.8	19.2	
生活満足感	良好	77.3	70.1	1.5
	不良	22.7	29.9	
自信	不良	36.4	62.3	2.9*
	良好	63.6	37.6	

* P<0.05.

障害一名、恐慌性障害一名、大うつ病四名、気分変調症一名、強迫性障害二名であった。内一名の被検者は同時期に恐慌性障害と大うつ病を有していた。

いじめ体験群ならびに対照群における各診断名の既往歴の出現頻度を表2に示した。さらに、各診断名の既往歴の頻度について、対照群を基準にした際のいじめ体験群のそのオッズ比を求めたところ、いずれも有意の値には達しないものの、オッズ比は恐慌性障害で九・四、強迫性障害で三・二、全般性不安障害で

表 4 いじめ体験と結婚適応 [既婚者のみ]

項目名	いじめ体験群	対照群	t	p
結婚時年齢(歳)	27.8± 5.8	27.5± 8.3	0.13	0.893
結婚期間(年)	31.6±14.8	27.8± 13.6	1.07	0.288
結婚前交際(月)	9.1± 9.2	45.9±160.6	2.59	0.011

±は標準偏差。

差はなかった(表3)。しかし、自信については、いじめ体験群における自信良好を示す者の率が有意に高かった。

EPOのE尺度得点、N尺度得点、P尺度得点、L尺度得点は、いずれも両群間で有意差をみなかった。SAS-IIの各項目得点についても、両群間で有意差をみなかった。ISTの各項目の人数および満足度、さらに満足感の総合得点について、両群間で有意差をみなかった。結婚上の適応については、調査時

三・一と(広義の)不安障害で高い値が示された。一方、大うつ病や気分変調症の抑うつ性疾患ではそのオッズ比は高くなかった。

(4)精神的健康度

調査時点における被検者の身体的健康感、生活満足感はいじめ体験群と対照群の間で有意の

点で配偶者を有している者(一五六名)のみを対象として解析した。なお過去に結婚歴があり現在は配偶者のいないものは一名のみであったので、この被検者は対象から除外した。

結婚時の年齢、結婚期間については、両群はほぼ同一であった(表4)。また、恋愛結婚の率はいじめ体験群で五三%、対照群で四三%で、有意の差ではなかった。結婚前の交際期間(月)は、いじめ体験群では平均九カ月と短く、一方、いじめを体験しなかった対照群では平均四六カ月と長く、両者間には有意の差をみた。LockeのShort Marital Adjustment Testを構造化面接に改変した結婚適応の五つの下位尺度得点については、両群間に有意の差をみた尺度はなかった。

SDS得点は、いじめ体験群で五・三(標準偏差二・三)、対照群で五・六(標準偏差二・六)であり、両者はほぼ同得点であった。

考 察

今回の調査の結果、地域住民の約一〇%は一五歳以前にいじめられた経験を有し、いじめ体験者は成人になつてから(統計学的には有意水準には達しないが)恐慌性障害、強迫性障害、全般性不安障害などの精神

疾患を発症する傾向にあり、精神的健康度では自己に対する自信が有意に高く、また結婚にあたっては結婚前の交際期間が短いという特徴があった。

これまでに発表されたいじめの頻度に関する研究は、学校あるいは都道府県の教育委員会に報告されたものか、もしくは当事者(生徒あるいは親権者)に直接問合わせる方式をとっている。今回の研究は、すでに学童ではない成人の被検者に対し、過去の体験を問合わせる方式をとった。

公的機関における統計はかなりの脱落例が含まれると思われる。文部省が各県の教育委員会から取得した統計をまとめた報告では、一年間のいじめ件数は生徒一〇万人に一〇、二〇人となつている。小学校と中学校を合わせ九年間の累積率に単純換算してもその率は今回の報告をはるかに下回る。現時点でいじめを受けている生徒にとつては、いじめを学校に報告することはいじめを増強するものであり(あるいはそのように認識し)、報告することを強く躊躇するであろう。

さらに、公的機関における統計の増減は、実数の増減と逆行する可能性がある。米国における児童虐待の実地聞き取り調査を継続的に施行し

た Strauss⁹⁾ は、実数は減少しているのに公的機関への報告数はむしろ上昇していることを指摘している。児童虐待に対する様々な予防的対応や介入が進むにつれ、その実数は減少し、国民の意識が向上することで報告率も上昇するための所見であろう。学校でのいじめについても同様の現象が発生することは十分考えられよう。

次に当事者である生徒に、いじめを受けたり行ったりした経験について直接問合わせる方式では、たとえ匿名性を保持すると保証しても、事実を隠蔽する可能性が高いと予測される。

今回のように、すでに学童期を過ぎており、いじめについて語ったとしても何ら精神的・身体的な不利益が発生しない成人を対象にした研究方法は、上記のような隠蔽的報告は少ないという長所がある。事実、社会的に望ましい方向（「建て前」）での回答の程度をみた SDS 得点は、いじめ体験群と対照群でほぼ同得点であった。一方、今回の対象者は平均年齢が五〇歳代であり、いじめられた時点からの時間経過が長いための忘却によっていじめの率が低く現れる可能性も否定できない。しかし、今回の対象者を年代で細分してそのいじめ体験率を比較したが、顕

著な年齢の影響はみられなかった。このことから、忘却による影響は、存在してもそれが年齢群によって顕著に異なるものではないと推定できよう。

いじめ体験群は不安障害を中心とする精神疾患の既往がやや高く認められた。表 1 からわかるように、一例（この一例は、現在二九歳の女性で、酒乱の父親からの暴力のため四〜一八歳まで大うつ病に該当する症状を呈し、さらに二九歳時点で、夫の失職を契機に二回のうつ病挿話を認めた）を除き、すべての例で精神疾患の初発はいじめ体験の後にみられる。したがって、学童期に不安障害を有する生徒が特にいじめの被害者になりやすいという仮説は否定できる。

いじめ体験による精神疾患発生のオッズ比が一を下回る診断名は、躁病と恐怖症であり、これらの疾患はいじめ体験を有するほうがなりにくいことを示唆する。一方、オッズ比が最も高かったのは恐慌性障害であった。

同じ対象群について Aoki¹⁰⁾ は、恐慌性障害を有する者は、一五歳以前の親からの身体的しつけ（拳で叩く、火傷をおわせる等）の頻度が有意に高いことを報告している。幼少期の心理的外傷体験が成人にな

つてからの不安障害の危険因子である可能性が推定できよう。しかし、いずれも有意水準には達しておらず、今後対象数を増やした上での解析が必要である。

いじめ体験群は調査時点で自分に関してより高い評価を行っていた。いじめとといった心的外傷体験が成人になってからの自己評価を高めることは、直観的予測に反する。一方では不安障害の頻度が高い傾向にあり、その一方で自己評価が高いことは一元的解釈を困難にしている。恐らくは、いじめの体験が、不安障害発生の素地を作る一方で、そのような状況を克服した事実が個人に自信を与えているのかもしれない。いじめ体験群において、不安障害の既往と低い自信の存在が必ずしも一致していないことは、両者の発生機構におけるいじめ体験の関与が単一のものでないことを示唆する。また、いじめられた体験を有する生徒が、成長のどのような段階で自信を獲得して行くのかは、今後の発達心理学・性格心理学・教育学・児童精神医学の領域における重要な研究課題であろう。

既婚者について、いじめ体験は結婚適応には何ら関与がみられない。しかし、いじめ体験者は結婚に至るまでの（将来の配偶者との）交際期

間が明らかに短い。いじめの経験のないものは交際が始まって結婚する結論を出すまでが慎重であるのか、いじめ体験者はいったん交際が始まると、何らかの理由で、結論を早急に出すのであろう。結婚の直前は自己同一性について模索体験が高まる時期であるといわれている。いじめ体験の有無が、この時期の自己同一性の形成に何らかの影響を与えていると想定できるが、今回の調査は適及的なデザインであり、この点の検討は年齢の若い被検者を対象にして、自己同一性形成の過程を測定する研究が必要である。

今回の調査のもう一つの所見は、いじめ体験群が対照群に比較して、人格傾向、社会適応、社会的援助の形成において何ら差をみなかったことである。一〇％にみられたいじめ体験が、成人になってからの人格形成、対人関係の維持、職場や地域における適応においてみるべき変化を発生させていないことは、一つにはいじめ体験がさほど懸念すべき事象ではないとも解釈できる。しかし、恐らくは自己評価の高まりに現れるように、いじめを体験した個人は、心理的にさまざまな対処を行っているのであろう。今後は、いじめ体験について、どのように行動面や心理面で対応したかの研究を行うことが

必要である。不安障害の既往がやや高いことは、いじめを受けるという体験が看過できる事象でないことを示しているであろう。過去にいじめられる体験をしたものが、その発達の過程でどのようにそうした心的外傷を処理しているのかの研究は、学校や家庭におけるいじめに対する適切な介入方法に有益な示唆を与えるであろう。

ところで、今回の研究にはいくつかの方法論上の欠点が存在する。

第一に、すでに述べたように対象者の年齢が比較的高齢であることは、社会的望ましきによる回答の變形は少なくなるが、記憶の歪みが発生し得る。精神疾患の既往については遠い過去の挿話ほど想起が低下することが知られている。一般的なライフイベントについても一年を超えた以前のそれは忘れられやすいことが報告されている。学校を卒業して時間的経過の少ないものを対象にした同様の調査が必要であり、現在我々が施行中である。

第二に、いじめの定義が与えられていない。いじめは、他から観察できる現象であるので、学校の教師や他の生徒による観察の結果を資料とすることも可能である。しかし、どこまでが通常の（ふざけながらの）遊びで、どこからがいじめであるか

について、客観的基準を設定することは非常に困難である。いじめの内容が身体的暴力であればこれも不可能ではないが、言語的ないじめや、グループで特定の生徒を無視するなどの行為は他者の観察だけで評価するのは不可能に近い。そこで、主観的にいじめられたと感ずる場合をいじめと規定することが主張される。特に、その後の心理的影響を研究する場合には、この方法が意味を有するであろう。

本人の主観的判断を評価の基礎とする方法は、例えば小児期の親の養育態度の測定にしてしばしば用いられており、こうして評価した親からの養育が成人に達してからのうつ病の発生に関与していることが認められている。いじめ体験については、その客観的側面と主観的側面がともに重要であろう。今後は、両面の評価を同時に行う方法論の開発が重要となる。

第三に、今回の調査の本来の目的が、広く精神保健全般に関する調査であったため、各事例におけるいじめ体験の詳細な内容が不明である。ちようど児童虐待が心理的虐待と身体的虐待に分類され、さらに身体的虐待もいくつかに細分されているように、学校におけるいじめ体験も、その内容分析を行い、成人になって

からの精神保健に影響を及ぼすいじめとそうでないいじめの区別が行われなければならない。

第四に、小学校や中学校時代のいじめ体験が数十年間隔を置いて精神症状や精神健康指標に影響を及ぼすとすれば、何が時間を隔てた両者の間に介在しているのが研究の対象となるべきである。また、いじめを受けた生徒が全員精神疾患を発病しているわけではない。

不安障害の発生には、当然のことながら多数の要因が関与していると考えられる。いじめの側面からこれをみれば、同様ないじめ体験を有しているも、それが不安障害を惹起させることを阻止する何らかの防御因子が存在すると考えられる。今後の研究では、この介入因子と防御因子の同定を行わなければならない。

第五に、特定の生徒がいじめの被害者となる要因について、今回の研究は何ら回答を与えるものではない。いじめの発生状況に関する詳細な研究は、まったく別の方法論を必要とするであろう。例えば、児童虐待については世代間伝播が起きることが知られているが、いじめ体験についてはこうしたことはないであろうか。我々は、八歳児とその母に直接面接する疫学研究を施行中である。この調査結果がこうした問

題に一定の回答を用意することが期待できる。

今回の研究は、疫学的調査としては対象被検者が少数であり、結論を出すには慎重でなければならない。しかし、学校におけるいじめ体験がその時だけの一過性の問題ではなく、成人になってからの心理状態に少なからぬ影響を与える可能性を有した重大な問題であることは推論できる。今後は、精神医学、小児科、教育学、発達心理学、教育行政、厚生行政など多方面の専門家による学際的研究が必要であろう。一領域のみの方法論による研究だけでは、はじめに触れたような悲劇的な事例の再発防止にはつながらないであろう。

いじめの事例が単に学問の材料になるのではなく、その成果がいじめの予防と治療的・教育的介入に貢献できる研究が行われなければならない。

〔謝辞〕本研究の一部は、厚生省精神・神経疾患研究委託費（3指3）、平成五年度財団法人上原記念生命科学財団研究助成金、平成五年度厚生科学研究費補助金（精神保健医療研究事業）、平成五年度中富健康科学振興財団研究助成金によって行われた。

以下の研究協力者のご援助に深謝いたします。青木裕子、青木実花、宇良

千秋、岩田昇、大賀英史、大野裕、川上憲人、邸敏麗、坂本真士、住山孝寛、高土直子、高良信枝、田中江理子、谷川誠、友田真十、平岡崇哉、松山正寿、藤原真子、好高朋郎、山内慶大、古林公雄、藤原隆子、坂口真仁。

〔文 献〕

- 1) 新井浩二：特殊教育研究，24：67，1986。
- 2) 細井八重子：明治学院論叢，445：81，1989。
- 3) 井上建治，他：東京大学教育学部紀要，26：89，1986。
- 4) 稻村博：法律のひろば，41：29，1988。
- 5) 鈴木康平：熊本大学教育学部紀要，39：285，1990。
- 6) 滝 充：宮崎大学教育学部紀要社会科学，60：61，1986。
- 7) Burgess, R. L., et al.: Child Development, 49：1163，1978。
- 8) Egeland, B., et al.: In Rizley, R. and Chicchetti, D., eds., Developmental Perspectives in Child Maltreatment, Josey Bass Inc., San Francisco, 1981。
- 9) Egeland, B., et al.: Child Abuse and Neglect, 7：459，1983。
- 10) George, C., et al.: Child Development, 50：306，1979。
- 11) Grusec, J. E., et al.: Developmental Psychology, 30：4，1994。
- 12) Kaufman, J., et al.: Developmental Psychology, 25：516，1989。
- 13) Salzinger, S., et al.: Criminal Justice and Behavior, 18：64，1991。
- 14) Salzinger, S., et al.: Child Development, 64：169，1993。
- 15) Salzinger, S., et al.: Journal of American Academy of Child Psychiatry, 23：458，1984。
- 16) Straus, M. A.: Social Problems, 38：133，

- 1991。
- 17) 藤原茂樹，他：日本医事新報，No. 3618：47，1993。
- 18) Aoki, Y., et al.: Journal of Affective Disorders, 32：51，1994。
- 19) 北村俊則：こころの健康調査面接法，国立精神・神経センター精神保健研究所，1992。
- 20) American Psychiatric Association: Quick Reference to the diagnostic Criteria from DSM-III-R, American Psychiatric Association, Washington D. C., 1987。
- 21) 藤畑昭，他：厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」平成元年度報告書，1990。
- 22) Spitzer, R. L., et al.: Research Diagnostic Criteria, Biometrics Research New York State Psychiatric Institute, New York, 1987。
- 23) Eysenck, H., et al.: Manual of the Eysenck Personality Questionnaire, Hodder & Stroughton, London, 1975。
- 24) Weismann, M. M.: Social Adjustment Scale II, Depression Research Unit, Connecticut Mental Health Center, New Haven, 1978。
- 25) Henderson, S., et al.: Neurosis and Social Environment, Academic Press, Sydney, 1981。
- 26) Locke, H. J., et al.: Marriage and Family Living, 21：251，1959。
- 27) Kitamura, T., et al.: Journal of Community Psychology, 23：117，1995。
- 28) Crowne, D. P., et al.: Journal of Consulting Psychology, 24：349，1960。
- 29) 北村俊則，他：社会精神医学，9：173，1986。
- 30) Farrer, L. A., et al.: Journal of Psychiatric Research, 23：35，1989。
- 31) Thu-

low, H. J.: Journal of Psychosomatic Research, 15：73，1971。
- 32) Parker, G.: British Journal of Medical Psychology, 52：1，1979。
- 33) Parker, G.: Parental Overprotection: A Risk Factor of Psychosocial Development, Grune & Stratton, New York, 1983。
- 34) Kaufman, J., et al.: American Journal of Orthopsychiatry, 57：186，1987。