

「病院におけるこどものBGT検査小林法」

小林 俊雄

The BGT test of Kobayashi's assessment system of the children

Toshio KOBAYASHI

Abstract

A sample of the BGT group of Kobayashi's system is composed of 87 children (boys N=48 , girls N=39) aged from 3years 2months old to 18 years 9 months old (table 2) in the hospitals. The mean of the Kobayashi's system score of the BGT of the 48 boys is 3.41 point (SD 2.82) in the hospitals. The mean of the Kobayashi's system score of the BGT of the 39 girls is 3.56 point (SD2.82) in the hospitals. There is no statically significant difference in the Kobayashi's system score of the BGT of boys and girls ($\chi^2=0.30$ df=1 p>0.05). The data of the Kobayashi's system of the BGT score of the normal children(N=17) is revealed increasing curve like as the development of the normal children's increasing curve (table 7) in the hospitals. There is -0.62 point of Pearson's correlation coefficient between of the Kobayashi's system score of the BGT and Pascal& & Suttell's the Bender Gestalt Test system score (table 8) in the hospitals. The practical utility of the Kobayashi's system of the BGT of the children is proved to be right in the hospitals.

Key words : BGT, Kobayashi's system, rehabilitation, child

キーワード : BGT検査、小林法、リハビリテーション、こども

1. 研究の目的

(1) BGT 検査のはじまり

「ベンダー図形検査」の原著者は、アメリカの精神

医学者ローレッタ・ベンダー (Lauretta Bender、1898-1987)¹⁾である。ベンダー, L. のやり方は、はじめに子どもにグッドイナフの人物画知能検査²⁾³⁾を施行して、子どもとラポールを形成したり子どもの知能

を測定してから、「ベンダー図形検査」を実施した⁴⁾。

「ベンダー図形検査」は、患者に「ベンダー図形」のカード9枚⁵⁾を1枚ずつ見本として見てもらいながら、患者に見本の「ベンダー図形」と同じ図形を鉛筆でかいてもらう（原語では「copy」してもらう）心理検査である。ベンダー, L. は「ベンダー図形検査」の発達基準表⁶⁾を作成した。ベンダー, L. が作成した「ベンダー図形検査」の発達基準表を用いると、受検者の作画のできばえを分析して受検者の精神年齢 mental age を推定することが出来る⁷⁾。

ベンダー, L. が作成した「ベンダー図形検査」の発達基準表⁶⁾によると「ベンダー図形検査」は受検者の精神年齢が12歳になると成人レベルの作画になることが分かる。ベンダー, L. のやり方は、精神科病院では問題が少ないが、リハビリテーション病院では患者の身体が不自由なので問題であることが分かった。5分間しか座位の取れない身体のリハビリテーションの患者には、原著者ベンダー, L. のやり方の「ベンダー図形検査」は過酷で職業倫理的に問題である。「なぜ手の不自由な患者に同じような図形を9枚も描せるのか」ということで、リハビリテーションの患者が医療に不信感を抱くことがあるので問題である。

（2）BGT 検査の判定法

「ベンダー図形検査」の作画を判定するための判定法として、児童用のコピッツ法^{8) 9)}の判定法と、成人用のパスカル・サッテル法^{10) 11)}の判定法が知られている。パスカル・サッテル法の判定法は「ベンダー図形検査」の作画を、105項目の分類採点項目¹¹⁾で採点して粗点を求めて、その粗点をZ得点に換算して、Z得点を4段階で判定するので複雑である。

コピッツ法⁶⁾のやり方とパスカル・サッテル法¹¹⁾のやり方は、どちらも「ベンダー図形」のカードを9枚全部描いてもらう点で、原著者ベンダー, L. の「ベンダー図形検査」のやり方と同じである。身体の不自由なリハビリテーションの患者の場合には、いずれも問

題である。

（3）日本におけるBGT 検査の歴史

日本では、高橋省己が日本語に翻訳した児童用の「BGT コピッツ判定法⁹⁾」と成人用の「BGT パスカル・サッテル判定法¹¹⁾」がある。1950年代には沖野博^{12) 13)}、岩井勤作¹⁴⁾、斉藤芳子¹⁵⁾他などが「ベンダー図形検査」の紹介をした。1960年代に隠岐忠彦¹⁶⁾、住田勝美・一谷彊¹⁷⁾などが知的障害児を「ベンダー図形検査」で研究した。1970年までの精神鑑定¹⁸⁾の場合には「ベンダー図形検査」は使用率6.3%で利用されている。1980年代の調査では、日本の病院に勤務する心理カウンセラー62名¹⁹⁾の内4名(6.4%)が「ベンダー図形検査」を利用している。小林俊雄は2008年に、「ベンダー図形検査」で交通事故のリハビリテーション患者の男女差について研究した²⁰⁾。小林俊雄は2012年aに、「小林法の心理評価システム」でリハビリテーション病院における「ベンダー図形検査」の開発研究をした²¹⁾。小林俊雄は2012年bに「ベンダー図形検査」の心理分析の見本文を掲示した²²⁾ので、「ベンダー図形検査」の心理分析がしやすくなった。

（4）精神科領域における「BGT パスカル・サッテル判定法」

小林俊雄は、児童用のコピッツ法⁹⁾の判定法を、1975年4月から臨床心理士として精神病院の成人患者に使い始めた。小林俊雄は、コピッツ法⁹⁾の判定法を成人患者に実施すると、成人患者の測定値が児童用の判定基準を振り切ってしまう事例が多いことを体験した。小林俊雄は、1975年6月からは精神病院の成人患者に、高橋省己の成人用の「BGT パスカル・サッテル判定法¹¹⁾」を使った。精神病院では、「BGT パスカル・サッテル判定法¹¹⁾」の判定基準を振り切ってしまう重篤な成人患者が多い。1976年から小林俊雄は、重篤な精神科の患者の作画も判定できるようにZ得点の上限(100点)の上にさらに2段階のZ得点(Z 101点~150点、Z 151

点以上)を追加設定するという修正を加えて「BGT パスカール・サッテル判定法 (6 段階法)」²³⁾を使用するようになった。

(5) リハビリテーション病院における「BGT 検査小林法」

小林俊雄は 1981 年 8 月から非常勤の心理カウンセラーとして 3 つの病院で勤務した。小林俊雄は、1982 年 4 月から常勤の心理カウンセラーとしてリハビリテーション病院で勤務した。リハビリテーション病院の臨床では、精神病院で実施されていた心理検査の方法がリハビリテーションの患者にとって負担が重いことが分かった。9 枚のベンダー図形を全部実施する「BGT パスカール・サッテル判定法」のやり方もリハビリテーション病院の患者には負担が重過ぎるのである。リハビリテーション病院の患者には、負担の軽い心理検査のやり方が必要である。

小林俊雄は身体の不自由な患者の耐久性に合わせてカードの枚数を減らして行う「BGT 検査小林法」を考案してリハビリテーション病院で使い始めた (1988 年)²⁴⁾。

「BGT 検査小林法」は患者に個別法で実施する。「BGT 検査小林法」の施行法には 7 つの特徴がある²⁵⁾。「BGT 検査小林法」は、「ベンダー図形検査」が終了したら患者に感謝の言葉をいってねぎらう。患者を尊重しながら応接する点が長所である。「BGT 検査小林法」は従来の心理検査に欠けていた接遇接客の職業理念がある。

(6) 「BGT 検査小林法」の長所

小林俊雄は 1990 年に、作画のようすが容易に記録できる「ベンダーゲシュタルト検査の記録用紙小林法」²⁶⁾を作成した。「ベンダーゲシュタルト検査の記録用紙小林法」は、各図の特徴が略記されているので使いやすい。「ベンダーゲシュタルト検査の記録用紙小林法」は、作画のようすを記録するための記入欄がある。「ベンダーゲシュタルト検査の記録用紙小林法」は作画の経過時間が記録できる記入欄がある。「ベンダー図形検査」

の分析が容易にできるように小林俊雄は 1990 年に、「ベンダーゲシュタルト検査小林法の分析の手順シート」²⁷⁾を作成した。心理カウンセラーが、「ベンダーゲシュタルト検査小林法の分析の手順シート」に書き込んでいくと、患者の作画が自動的に分析される仕組みである。「ベンダーゲシュタルト検査小林法の分析の手順シート」²⁷⁾は、患者のベンダー図形を分析していくことができる画期的な心理検査技術である。

小林俊雄 (2012 年 a) は、「小林法の心理評価システム」²¹⁾で「BGT 検査小林法の判定表」²⁸⁾を作成した。

「小林法の心理評価システム」は、ADL 検査、長谷川認知症検査、コース知能検査、ベンダー図形検査、HTP 描画検査、ロールシャッハ検査など 6 種類の心理検査を行う。「小林法の心理評価システム」の心理検査を行う所要時間は合計 30 分間である。患者に負担をかけないように配慮して行う。

「小林法の心理評価システム」の心理技術では 6 種類の心理検査の結果を、どれも 5 段階で評価判定を行うことが長所である (「1 点重病」「2 点中病」「3 点軽病」「4 点正常」「5 点優秀」)。「小林法の心理評価システム」の心理技術で 6 種類の心理検査の結果を単純に相互比較することが可能である。

「小林法の心理評価システム」の 6 種類の心理検査の判定得点は、「評価シート」¹⁹⁾に記入すると一個の総合点になる。「小林法の心理評価システム」の心理技術で、患者の状態像を一個の総合点に集約することが可能である。小林俊雄 (2012 年 b) は、「心理検査の心理報告書」が容易に作成できる心理技術を開発した。「小林法の心理評価システム」で使う 6 種類の心理検査の 5 段階のすべてについて、「心理分析の 5 段階評定の例文」¹⁸⁾を具体的に掲示したのである。心理検査者はパソコンで心理分析の例文を貼り付けると、容易に「心理検査の心理報告書」を作成することが出来る。

(7) 「BGT 検査小林法」の記入のやりかた

「BGT 検査小林法」の分類採点項目²²⁾は 4 項目 (abcd)

だけである(表1)。「BGT検査小林法」の4項目(abcd)は、「a ベンダー図形全体の印象」、「b 患者が描いたベンダー図形の枚数」、「c 患者のベンダー図形の精神発達レベル」、「d 患者の署名のようす」などである。4項目(abcd)は、どれも5段階で判定する(「1点重病」「2点中病」「3点軽病」「4点正常」「5点優秀」)。

判定した4項目の得点を「BGT検査小林法」の判定表(表1)に記入して結果を総合的に判定する。「c 患者のベンダー図形の精神発達レベル」の判定をするときは、ベンダー, L. が作成した「ベンダー図形検査」の発達基準表⁶⁾を利用する。

(8) 研究の目的

本研究は、「BGT検査小林法」について研究をおこなう。満19歳未満のこどもの臨床心理カルテに記載されている「ベンダー図形検査」の臨床心理記録が研究対象である。

- 1 「BGT検査小林法」の心理技術を使って、こどもの発達的な特徴を調査研究する。
- 2 「BGT検査小林法」の心理技術を使って、こどもの診断別の特徴を調査研究する。
- 3 「BGT検査小林法」の心理技術を使って、こどもの男女差の特徴を調査研究する。
- 4 「BGTパスカル・サッテル法」と「BGT小林法」の対応関係について調査研究する。
- 5 これらの4つの研究調査から「BGT検査小林法」の心理技術の有効性を検証する。

2. 研究の方法

(1) 調査対象

本研究の調査期間は、1975年4月1日から2000年3月31日現在迄の25年間である。本研究の調査対象は、私が勤務した病院の通常の心理業務で面接したこどもの全ての臨床心理ファイルから抽出した「BGT検査」の臨床心理記録である。調査対象のこどもの年齢は19

歳未満である。

(2) 調査方法

本研究では「BGTパスカル・サッテル法」を行ったこどももいるので、本研究(2014)の調査ではもう一度すべてのこどもの「BGT検査」の臨床心理記録を「BGT検査小林法」の判定表(表1)で再判定して研究調査表を作成する。

3. 研究調査の結果と考察

(1) 研究調査の臨床心理記録

調査の結果、調査期間(1975年4月1日~2000年3月31日)の間に、私が病院の心理カウンセラーおよび臨床心理士として心理業務で個人法の心理面接をした患者は3527名である。患者の年齢は2歳~93歳である。私が心理面接した患者3527名の中で19歳未満の全てのこどもの「BGT検査」の記録の数は87名である。本研究で研究対象とする19歳未満のこども87名の「BGT検査」の臨床心理資料は、「精神科病院」「総合病院の精神科」「リハビリ病院」などで得られた。

(2) こどもの「人数」の調査結果と考察 n=87

本研究のこどもはn=87である(表2)。こどもの年齢別の人数について調査した。こどもの年齢は、5分類で整理した(表3)。「幼児」(0歳以上~7歳未満)・「小学校低学年児童」(7歳以上~10歳未満)・「小学校高学年児童」(10歳以上~12歳以下)・「中学生」(12歳以上~16歳未満)・「高校年齢」(16歳以上~19歳未満)などである。

こどもn=87の年齢別の出現人数は、「幼児」n=7(出現率8.04%)、「小学校低学年児童」n=15(出現率17.24%)、「小学校高学年児童」n=19(出現率21.83%)、「中学生」n=18(出現率20.68%)、「高校年齢」n=28(出現率32.18%)などである(表3)。こどもn=87の年齢別の平均人数は17.4人(出現率平均20.00%)で

表1 「BGT 検査小林法」の判定表

「ベンダー図形検査」の「判定」	a ベンダー図形全体の印象	b 患者が描いたベンダー「図形の枚数」	c 患者のベンダー図形の精神発達レベル	d 患者の署名のようす	患者の獲得判定数 () 個
判定「5点優秀」	a「優秀」印象のベンダー図形です。	b 患者はベンダー図形を「9枚」描いています。	c「特に優れた写実画」水準のBGT作画です。MA10歳以上。	d「漢字できれいに署名」しています。	獲得判定数は () 個です。
判定「4点正常」	a「正常」印象のベンダー図形です。	b 患者はベンダー図形を「9枚」描いています。	c「写実画」レベルのBGT作画です。MA8歳-10歳。	d「漢字で署名」しています。	獲得判定数は () 個です。
判定「3点軽病」	a「軽病」印象のベンダー図形です。	b 患者はベンダー図形を「6枚-8枚」描いています。	c「写実画」レベルのBGT作画です。MA6歳-7歳。	d「漢字で署名」しています。	獲得判定数は () 個です。
判定「2点中病」	a「中病」印象のベンダー図形です。	b 患者はベンダー図形を「3枚-5枚」描いています。	c「図式画」レベルのBGT作画です。MA4歳-5歳。	d「ひらがなで署名」しています。	獲得判定数は () 個です。
判定「1点重病」	a「重病」印象のベンダー図形です。	b 患者はベンダー図形を「0枚-2枚」描いています。	c「錯画」レベルのBGT作画です。MA0歳-3歳。	d「署名できません」。	獲得判定数は () 個です。

(引用：小林俊雄 (2012a) 「表4 小林法の心理評価システムの「ベンダー図形検査」分析表」7頁, 「リハビリテーション病院における小林法の心理評価システムの開発研究」1頁-12頁, 『吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要』第9号.)

ある。

本研究のこども n=87 で一番多いのは、「高校年齢」 n=28 である (出現率 32.18%)。本研究のこども n=87 で一番少ないのは「幼児」 n=7 である (出現率 8.04%) (図1)。

こども n=87 の年齢平均について調査した(表3)。本研究のこども n=87 の年齢平均は、12.85 歳である (SD11.01)。「幼児」 n=7 の年齢平均は、4.89 歳(4歳11月)である (SD2.00)。「小学校低学年児童」 n=15 の年齢平均は、8.59 歳(8歳7月)である (SD2.05) (図2)。「小学校高学年児童」 n=19 の年齢平均は、11.08 歳(11歳1月)である (SD1.29)。「中学生」 n=18 の年齢平均は、14.16 歳(14歳2月)である (SD2.29) (図3・図4)。「高校年齢」 n=28 の年齢平均は、17.47 歳(17歳6月)である (SD1.94)。

病院の場合、「高校年齢」(16歳以上~19歳未満)の

こどもは「無職」など「高校生」になっていない事例が多い。「高校年齢」 n=28 のこどもが、どのような暮らしをしているか3分類で調査した。「高校生」・「在職中」・「無職(在学も在職もしていない)」などの3分類である。一番多いこどもは「高校生」 n=12 である(出現率 42.85%)。「無職(在学も在職もしていない)」 n=11 のこどもも多い(出現率 39.28%)。「在職中」 n=5 のこどもが一番少ない(出現率 17.85%)。「在職中」のこどもは、左官店・新聞店・鉄筋店・工務店・整備工場などに在職している。調査の結果、本研究では「高校生」ではなくて「高校年齢」のこどもとして表記することが妥当であると考察される。

表2 「病院におけるこどものBGT検査小林法」 n=87

No	発達	男女	年齢	診断	診断	病院	小林法の判定	a 印象点	b 枚数点	c 発達点	d署名 点	
1	幼児	女	3歳2月	a	ノーマル	「リハビリ」	2中病	2	1	2	2	
2	幼児	女	4歳0月	b	鑑別	「精神科」	1重病	1	1	1	1	
3	幼児	女	4歳8月	a	ノーマル	「リハビリ」	2中病	2	4	2	2	
4	幼児	女	5歳2月	a	ノーマル	「リハビリ」	2中病	2	4	2	2	
5	幼児	男	5歳4月	f	癲癇疑	「精神科」	2中病	2	2	2	1	
6	幼児	男	5歳11月	d	自家中毒	「総合病」	3軽病	3	4	3	2	
7	幼児	女	6歳0月	a	ノーマル	「リハビリ」	2中病	2	4	2	2	図1
8	小低	女	7歳0月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	3	2	
9	小低	男	7歳4月	b	鑑別	「総合病」	4正常	4	4	4	4	
10	小低	女	7歳7月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	3	4	
11	小低	男	7歳7月	c	精神発達遅滞	「リハビリ」	4正常	2	4	4	1	
12	小低	男	8歳2月	c	精神発達遅滞	「リハビリ」	2中病	2	2	1	2	
13	小低	女	8歳4月	c	心身障害児指導	「精神科」	3軽病	2	4	3	2	
14	小低	女	8歳5月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
15	小低	男	8歳8月	b	鑑別	「総合病」	3軽病	3	4	3	3	
16	小低	女	8歳10月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	2	
17	小低	女	8歳10月	b	鑑別	「精神科」	5優秀	5	5	5	5	
18	小低	女	9歳3月	a	ノーマル	「リハビリ」	3軽病	3	4	4	3	
19	小低	女	9歳6月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
20	小低	女	9歳8月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	2	
21	小低	男	9歳10月	f	痙攣	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
22	小低	女	9歳11月	a	ノーマル	「リハビリ」	3軽病	4	4	4	4	図2
23	小高	男	10歳2月	b	鑑別	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
24	小高	女	10歳3月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
25	小高	男	10歳4月	e	登校拒否	「総合病」	4正常	4	4	4	4	
26	小高	女	10歳5月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
27	小高	女	10歳5月	b	教育相談	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
28	小高	女	10歳8月	e	問題行動	「総合病」	3軽病	3	4	3	3	
29	小高	男	10歳10月	e	暴れる	「精神科」	3軽病	3	4	3	無	
30	小高	女	10歳11月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
31	小高	女	11歳1月	a	ノーマル	「リハビリ」	5優秀	5	4	4	4	
32	小高	男	11歳2月	f	脳挫傷	「リハビリ」	2中病	2	4	2	3	
33	小高	男	11歳3月	e	行動異常	「精神科」	3軽病	2	4	3	3	
34	小高	男	11歳5月	f	癲癇	「精神科」	3軽病	3	4	3	3	
35	小高	男	11歳5月	c	oligo, MBD	「リハビリ」	1重病	1	2	1	3	
36	小高	男	11歳6月	e	非行	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
37	小高	男	11歳6月	f	脳外傷	「総合病」	5優秀	5	5	5	5	
38	小高	男	11歳7月	e	登校拒否	「精神科」	5優秀	5	5	5	5	
39	小高	男	11歳8月	c	oligo	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
40	小高	男	12歳0月	f	脳挫傷	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	
41	小高	男	12歳0月	b	鑑別 小6	「精神科」	5優秀	5	5	5	5	
42	中学	男	12歳7月	c	心身障害児指導	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
43	中学	男	12歳8月	c	心身障害児指導	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
44	中学	男	12歳10月	f	癲癇	「精神科」	3軽病	3	4	3	2	
45	中学	男	12歳11月	c	oligo, MBD	「リハビリ」	1重病	2	1	1	1	
46	中学	男	13歳0月	f	癲癇疑	「精神科」	4正常	3	4	4	4	
47	中学	女	13歳6月	a	ノーマル	「リハビリ」	4正常	4	4	4	4	図3
48	中学	男	13歳8月	e	頭痛	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
49	中学	男	13歳10月	e	頭痛	「精神科」	3軽病	3	4	3	3	
50	中学	男	14歳1月	f	頭部外傷	「リハビリ」	3軽病	2	3	3	3	
51	中学	男	14歳2月	e	非行	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
52	中学	男	14歳4月	e	夜尿	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
53	中学	男	14歳10月	f	脳萎縮	「精神科」	2中病	2	4	2	2	図4
54	中学	女	15歳2月	e	登校拒否	「リハビリ」	3軽病	3	4	3	3	
55	中学	女	15歳2月	e	HY.	「精神科」	4正常	4	4	4	4	
56	中学	男	15歳5月	f	有機溶剤中毒	「総合病」	4正常	3	4	4	4	
57	中学	女	15歳5月	e	過換気症候群	「精神科」	3軽病	3	4	3	2	

58	中学	女	15歳7月	f	シンナー乱用	「総合病」	5 優秀	5	5	5	無	
59	中学	男	15歳10月	c	oligo	「総合病」	3 軽病	3	4	3	5	
60	高校	女	16歳0月	c	oligo, S.	「精神科」	4 正常	4	4	4	4	
61	高校	女	16歳1月	e	膝内症	「リハビリ」	4 正常	4	4	4	4	
62	高校	男	16歳3月	f	痙攣発作	「総合病」	4 正常	4	4	4	4	
63	高校	女	16歳5月	f	脳梗塞	「リハビリ」	3 軽病	3	4	3	3	
64	高校	女	16歳5月	c	oligo, S.	「精神科」	3 軽病	3	4	3	3	
65	高校	男	16歳9月	f	シンナー	「精神科」	4 正常	4	4	4	4	
66	高校	女	16歳10月	b	鑑別	「リハビリ」	4 正常	4	4	4	4	
67	高校	女	16歳11月	d	S 疑	「精神科」	4 正常	3	4	4	4	
68	高校	男	16歳11月	b	教育相談	「精神科」	4 正常	4	4	4	4	
69	高校	男	17歳3月	d	S.	「リハビリ」	4 正常	4	4	4	4	
70	高校	男	17歳4月	f	脳脊髄膜炎	「リハビリ」	2 中病	2	4	2	1	
71	高校	男	17歳5月	f	シンナー	「総合病」	4 正常	3	4	4	4	
72	高校	女	17歳5月	d	MDI.	「精神科」	4 正常	3	4	4	4	
73	高校	男	17歳6月	f	脳挫傷	「リハビリ」	4 正常	3	4	4	4	
74	高校	男	17歳7月	e	不眠	「総合病」	4 正常	4	4	4	4	
75	高校	女	17歳7月	e	腰痛症	「リハビリ」	4 正常	4	4	4	4	
76	高校	男	17歳8月	f	頸髄不全損傷	「リハビリ」	4 正常	4	4	4	4	
77	高校	男	17歳8月	f	硬膜外血腫	「リハビリ」	4 正常	3	4	4	4	
78	高校	男	17歳10月	f	脳挫傷	「リハビリ」	4 正常	3	4	4	4	
79	高校	女	18歳1月	d	S.	「精神科」	4 正常	3	4	4	4	
80	高校	女	18歳1月	d	MDI.	「精神科」	4 正常	3	4	4	4	
81	高校	男	18歳3月	f	脳挫傷	「リハビリ」	1 重病	1	1	1	1	
82	高校	男	18歳4月	f	脳挫傷	「リハビリ」	3 軽病	3	4	3	3	
83	高校	男	18歳4月	f	脳挫傷	「リハビリ」	3 軽病	3	4	3	3	
84	高校	男	18歳5月	f	頸髄損傷	「リハビリ」	3 軽病	2	3	3	3	
85	高校	女	18歳6月	f	頸髄損傷。	「リハビリ」	2 中病	2	2	3	2	
86	高校	女	18歳9月	d	S.	「精神科」	4 正常	4	4	4	4	
87	高校	女	18歳9月	e	登校拒否	「精神科」	5 優秀	5	5	5	5	

略称の説明：幼児は「幼児」。小低は「小学校低学年児童」。小高は「小学校高学年児童」。中学は「中学生」。高校は「高校年齢」のことである。「リハビリ」は「リハビリ病院」。「精神科」は「精神科病院」。「総合病」は「総合病院の精神科」のことである。

(3) こどもの「診断別」の調査結果と考察

本研究の子ども n=87 は、どのような診断が多いか調査した(表 4)。医師カルテには、本研究のこどもの診断が 40 種類も記載されている。本研究では、臨床心理学的に見て 6 分類の診断で整理した。a「ノーマル」・b「鑑別」・c「知的障害」・d「内因性精神障害」・e「心因性問題行動」・f「脳器質性問題行動」などである(表 4)。

本研究の子ども n=87 で一番多い診断は「脳器質性問題行動」 n=26 である(出現率 29.88%) (表 4)。「脳器質性問題行動」 n=26 のこどもの診断について具体的に上げると、頭部外傷 n=1、脳萎縮 n=1 (図 4)、脳外傷 n=1、脳梗塞 n=1、脳挫傷 n=7、脳脊髄膜炎 n=1、痙攣 n=1、痙攣発作 n=1、癲癇 n=2、癲癇疑 n=2、硬膜

外血腫 n=1、シンナー n=2、シンナー乱用 n=1、有機溶剤中毒 n=1、頸髄損傷 2、頸髄不全損傷 1 などである。頸髄損傷 2・頸髄不全損傷 1 については、診断カテゴリーが増えないように「脳器質性問題行動」に入れて集計した。

本研究の子ども n=87 で一番少ない診断は、「内因性精神障害」 n=7 である(出現率 8.04%) (表 4)。「内因性精神障害」 n=7 の診断は、躁うつ病 2、統合失調症 3、統合失調症の疑い 1、自家中毒 1 などである。

こどもの診断別の年齢平均について調査した。本研究でこどもの年齢平均が一番高い診断は「内因性精神障害」 n=7 である。「内因性精神障害」 n=7 の平均年齢は 16.07 歳(高校 2 年生)である(SD9.07)。本研究でこどもの年齢平均が一番低い診断は「ノーマル」 n=17

である。「ノーマル」 $n=17$ のこどもの平均年齢は 8.54 歳 (小学 2 年生) である (SD7.30) (図 1・図 2・図 3)。

(4) 「病院別」の特徴の調査結果と考察

本研究のこども $n=87$ が出現している 3 つの病院の特徴について調査した (表 5)。本研究のこども $n=87$ が一番多く出現している病院は、「リハビリ病院」 $n=40$ である (出現率 45.97%)。「リハビリ病院」 $n=40$ のこどもは、年齢平均が 12.54 歳で一番低い (SD3.71)。「リハビリ病院」 $n=40$ で、一番多い診断は「ノーマル」 $n=17$ である (出現率 43%)、「リハビリ病院」 $n=40$ で 2 番目に多い診断は「脳器質性問題行動」 $n=14$ である (出現率 35%)。

本研究のこどもが 2 番目に多い病院は、「精神科病院」 $n=35$ である (出現率 40.22%)。「精神科病院」 $n=35$ のこどもの年齢平均は 13.24 歳で一番高い (SD10.42)。しかし「精神科病院」と「リハビリ病院」のこどもの年齢平均に有意差はない ($\chi^2=0.30$ $df=1$ $p>0.05$)。「精神科病院」 $n=35$ で一番多い診断は「心因性問題行動」 $n=11$ である (出現率 31%)。「精神科病院」で 2 番目に多い診断は「脳器質性問題行動」 $n=7$ である (出現率 20%) (図 4)。「精神科病院」には、「ノーマル」の診断のこどもがいない (出現率 0%)。

本研究のこどもの出現数が一番少ない病院は、「総合病院の精神科」 $n=12$ である (出現率 13.79%)。「総合病院の精神科」 $n=12$ のこどもの年齢平均は 12.71 歳

(SD7.01) である。「総合病院の精神科」のこどもで、一番多い診断は「脳器質性問題行動」 $n=5$ である (出現率 42%)。「総合病院の精神科」も「ノーマル」のこどもがいない (出現率 0%)。

(5) 「知能検査」の IQ データについての調査結果と考察

通常の心理業務で私が「BGT 検査」を実施した本研究のこども 87 名の中には、私が通常の心理業務で知能検査も実施したこどもが 72 名いる (知能検査の実施率 82.75%)。

本研究のこども 72 名に実施した知能検査は、コース立方体組み合わせ検査 55 名 (実施率 63.21%)、大腸式精神薄弱児用知能検査 1 名 (実施率 1.14%)、WAIS 知能検査 7 名 (実施率 8.04%)、WISC 知能検査 1 名 (実施率 1.14%)、田中ビネー知能検査 4 名 (実施率 4.59%)、乳幼児発達診断法検査 4 名 (実施率 4.59%) などである。本研究で知能検査を実施していない子供は 15 名である。

知能検査の IQ データがある子ども $n=72$ の知能指数 intelligence quotient について調査した (表 6)。知能検査の IQ データがある子ども $n=72$ の IQ は IQ 平均 94.37 である (SD38.89)。知能検査のデータがある子供 $n=72$ の知能指数 IQ と生活年齢 CA について年齢群別に調査した。

表 3 こどもの出現数と年齢平均の調査結果 $n=87$

年齢分類	人数	出現率	年齢平均	年齢区分
「幼児」	7	8.04%	4.89 歳 SD2.00	0 歳以上～7 歳未満
「小学校低学年児童」	15	17.24%	8.59 歳 SD2.05	7 歳以上～10 歳未満
「小学校高学年児童」	19	21.83%	11.08 歳 SD1.29	10 歳以上～12 歳以下
「中学生」	18	20.68%	14.16 歳 SD2.29	12 歳以上～16 歳未満
「高校年齢」	28	32.18%	17.47 歳 SD1.94	16 歳以上～19 歳未満
こどもの合計	87	99.98%	12.85 歳 SD11.01	0 歳以上～19 歳未満

表4 こどもの診断別の調査結果 n=87

「診断」	出現数	出現率%	詳しい「診断」
a ノーマル	17	19.54%	ノーマル 17。
b 鑑別	9	10.34%	鑑別 7。教育相談 2。
c 知的障害	11	12.64%	oligo・MBD 2。oligo 2。oligo・S 2。心身障害児指導 2。精神発達遅滞 2。oligo 1。
d 内因性精神障害	7	8.04%	MDI 2。S 3。S疑 1。自家中毒 1。
e 心因性問題行動	17	19.54%	HY 1。過換気症候群 1。行動異常 1。腰痛症 1。登校拒否 4。頭痛 2。非行 2。膝内症 1。不眠 1。暴れる 1。問題行動 1。夜尿 1。
f 脳器質性問題行動	26	29.88%	シンナー2。シンナー乱用 1。頸髄損傷 2。頸髄不全損傷 1。硬膜外血腫 1。頭部外傷 1。脳萎縮 1。脳外傷 1。脳梗塞 1。脳挫傷 7。脳脊髄膜炎 1名。有機溶剤中毒 1。痙攣 1。痙攣発作 1。癲癇 2。癲癇疑 2。
合計	87	99.98%	
平均	14.5	16.66%	

(注1 : oligo, MBD は oligo と MBD の合併症。MBD 微細脳障害。oligo 知的障害。oligo, S は oligo と S の合併症。MDI 躁うつ病。S 統合失調症。HY ヒステリー。)(注2 : 「頸髄損傷」2名と「頸髄不全損傷」1名については麻痺を伴うことから「脳器質性問題行動」に入れて集計した)

表5 3つの病院の特徴についての調査結果 n=87

病院	人数	こどもの出現率	年齢平均 (SD)
「リハビリ病院」	40	45.97%	12.54 歳 (SD3.71)
「精神科病院」	35	40.22%	13.24 歳 (SD10.42)
「総合病院の精神科」	12	13.79%	12.71 歳 (SD7.01)
合計	87	99.99%	12.85 歳 (SD8.95)

表6 知能検査のデータがあるこどもの調査結果 n=72

知能検査のデータがある こども	n=72	CA 平均	IQ 平均	MA 平均
「幼児」	6 名	CA 5.15 歳	IQ 111.66	MA 5.83 歳 (SD1.53)
「小学校低学年児童」	13 名	CA 8.64 歳	IQ 115.69	MA 10.23 歳 (SD5.42)
「小学校高学年児童」	19 名	CA 11.49 歳	IQ 98.05	MA 10.45 歳 (SD1.47)
「中学生」	11 名	CA 14.70 歳	IQ 90.36	MA 13.00 歳 (SD9.19)
「高校年齢」	23 名	CA 17.41 歳	IQ 76.69	MA 11.83 歳 (SD1.00)

「幼児」の場合は、知能検査のデータがある「幼児」
n=6 は IQ 平均 111.66 (SD 23.33) で生活年齢の平均
は CA 5.15 歳 (SD 1.41) である (図 1)。

「小学校低学年児童」の場合は、知能検査のデータ
がある「小学校低学年児童」n= 13 は IQ 平均 115.69
(SD 32.52) で生活年齢の平均は CA 8.64 歳 (SD 2.05)

である (図 2)。本研究の「幼児」 (IQ 平均 111.66) と
「小学校低学年児童」 (IQ 平均 115.69) の IQ 平均は、
どちらも正常知能水準の上限 (IQ 110) を超えていて
知能水準が高い。知能検査のデータがある「小学校高
学年児童」n= 15 は IQ 平均 101.53 (SD 13.43) で生活
年齢の平均は CA 11.16 歳 (SD 1.23) である。「小学

校高学年児童」になるとIQ平均が低下する現象が見られる。「中学生」になると、IQの平均はさらに低下してくる。知能検査のデータがある「中学生」 $n=15$ のIQは平均88.93 (SD54.44) で正常知能水準の下限 (IQ90) を割っている。知能検査のデータがある「中学生」 $n=15$ の生活年齢の平均はCA14.18歳 (SD0.29) である (図4)。知能検査のデータがある「高校年齢」 $n=23$ のこどものIQは平均76.69 (軽度知的障害) (SD19.79) である。知能検査のデータがある「高校年齢」 $n=23$ の生活年齢の平均はCA17.41歳 (SD0.82) である。

病院で、障害のあるこどもは、「小学校高学年児童」になるとIQが低下することが、本研究の調査で検証された。「中学生」になるとIQはさらに低下 (IQ88.93) して正常知能水準を割る。「高校年齢」になると、病院で、障害のあるこどもは発達が遅滞して知的障害レベル (IQ76.69) になっていることが検証された。

(6) 「知能検査」のMAデータについての調査結果と考察

本研究のこども $n=87$ の精神年齢 mental age について調査した (表6)。本研究で精神年齢MAデータがある子供は72名である (実施率82.75%)。MAデータがない子供は15名である。本研究でMAデータがある子ども $n=72$ の精神年齢は平均がMA10.85歳 (約10歳10月) である (SD5.60)。

精神年齢データがある「幼児」 $n=6$ はMA平均が5.83歳である (SD1.53)。精神年齢データがある「小学校低学年児童」 $n=13$ の精神年齢の平均はMA10.23歳で

ある (SD5.42)。

精神年齢データがある「小学校高学年児童」 $n=15$ の精神年齢はMA平均11.15歳である (SD0.46)。

精神年齢データがある「中学生」 $n=15$ は精神年齢の平均がMA12.28歳である (SD4.77)。こどもの精神年齢MAは「中学生」までは少しずつ上がっていることがわかった。

「高校年齢」のこどもの精神年齢はMA平均11.83歳 (SD1.00) で、「中学生」のMA平均 (12.28歳) よりも低くなっている。本研究の調査で、病院で障害のあるこどもの場合は、「高校年齢」になると精神年齢の発達が停止していることが検証された。

(7) 「BGT 小林法」についての調査結果と考察

「BGT 小林法」の判定は、5段階で評価判定を行う。判定「5優秀」・「4正常」 (図3) ・「3軽病」 (図2) ・「2中病」 (図1) (図4) ・「1重病」などの5段階である。「BGT 小林法」の5段階判定の判定について調査した (表2)。調査の結果こども全体 $n=87$ の「BGT 小林法」の5段階判定の平均は、3.48点「軽病」である (SD2.82)。

ノーマルのこども $n=17$ だけを取り出して、「BGT 小林法」の5段階の判定について年齢別に調査した (表7)。ノーマルの「幼児」 $n=4$ の「BGT 小林法」の判定平均は2.00点「中病」である (図1)。ノーマルの「小学校低学年児童」 $n=8$ の「BGT 小林法」の判定平均は3.75点「軽病」である (図2)。ノーマルの「小学校高学年児童」 $n=4$ の「BGT 小林法」の判定平均は4.25点「正常」である。ノーマルの「中学生」 $n=1$ の「BGT 小林法」の

表7 ノーマルの子供の「BGT 小林法の判定平均」の調査結果 $n=17$

ノーマルの子供	人数	「BGT 小林法の判定」の平均点「段階」
「幼児」	$n=4$	2.00点「中病」
「小学校低学年児童」	$n=8$	3.75点「軽病」
「小学校高学年児童」	$n=4$	4.25点「正常」
「中学生」	$n=1$	4.00点「正常」

表8 「BGT 小林法の判定」と「BGT パスカル・サッテル法」の対応関係の調査結果

「BGT 小林法の判定」	「BGT パスカル・サッテル法の Z 得点」 Z 得点最低値—平均値—最高値	人数
「5 点優秀」	Z 得点 33.00—46.16—68.00	n=6
「4 点正常」	Z 得点 33.00—58.00—110.00	n=29
「3 点軽病」	Z 得点 57.00—89.7—144.00	n=10
「2 点中病」	いない—いない—いない	n=0
「1 点重病」	いない—いない—いない	n=0
小林法の判定平均 3.91 点 (SD0.70)	Z 得点平均 63.46 (SD 15.55)	

「BGT 小林法の判定」と「BGT パスカル・サッテル法」のピアソンの相関係数は -0.62

判定は4.00点「正常」である(図3)。ノーマルの「高校年齢」のデータはありません $n=0$ 。調査の結果、ノーマルの子供は年齢が上昇すると「BGT 小林法」の判定結果も2点「中病」から4点「正常」などに上昇することが検証された。「BGT 検査小林法」の心理技術は子供の発達に対応しているのが有効であることが検証された。

本研究のこども $n=87$ の「BGT 小林法の判定」について、年齢別に調査した。「幼児」 $n=7$ の「BGT 小林法の判定」は平均2.00点「中病」である(SD0.70)(図1)。「小学校低学年児童」 $n=15$ の「BGT 小林法の判定」は平均3.66点「軽病」である(SD2.12)(図2)。「小学校高学年児童」 $n=19$ の「BGT 小林法の判定」は平均3.73点「軽病」である(SD2.82)。「中学生」 $n=18$ の「BGT 小林法」の判定は平均3.44点「軽病」である(SD2.82)(図3・図4)。「高校年齢」 $n=28$ の「BGT 小林法の判定」は平均3.60点「軽病」である(SD0.70)。

本研究のこども $n=87$ の場合、「幼児」の「BGT 小林法の判定」は平均2.00点で「中病」であるが、その後は「小学校低学年児童」は3.66点で「軽病」である。

「小学校高学年児童」は3.73点で「軽病」である。「中学生」は3.44点で「軽病」である。「高校年齢」は3.60点で「軽病」である。つまり「小学校低学年児童」から上の学年の場合にはどれも3点台で「軽病」である。病院のこどもの場合には、順調に発達していないことが「BGT 小林法の判定」の調査で実証された。

本研究のこども $n=87$ の「BGT 小林法の判定」について、診断別に調査した。本研究のこども $n=87$ で「BGT 小林法」の判定平均の高い順に列挙すると、「内因性精神障害」のこども $n=7$ の「BGT 小林法の判定」が平均3.85点で「軽病」である(SD0.70)。「鑑別」 $n=9$ のこどもの「BGT 小林法の判定」の平均は3.77点で「軽病」である(SD2.82)。「心因性問題行動」 $n=17$ のこどもの「BGT 小林法の判定」の平均は3.76点で「軽病」である(SD1.41)。「ノーマル」 $n=17$ のこどもの「BGT 小林法の判定」の平均は3.47点で「軽病」である(SD2.12)(図1・図2・図3)。「脳器質性問題行動」 $n=26$ のこどもの「BGT 小林法の判定」の平均は3.30点で「軽病」である(SD2.82)。「BGT 小林法の判定」の平均が一番低い診断は「知的障害」 $n=11$ のこどもで「BGT 小林法の判定」の平均は3.00点で「軽病」である(SD2.12)。

こども $n=87$ の「BGT 小林法の判定」について、診断別に調査すると、「BGT 小林法の判定」の平均はどれも3点台で「軽病」なので診断別には大きな差が発生していないことが検証された。

(8)「男女差」についての調査結果と考察

本研究のこども $n=87$ の「男女差」について、調査した。本研究のこども全体 $n=87$ の男女比は1:0.81である。本研究のこども $n=87$ は男子 $n=48$ が女子 $n=39$ よりも多いが、有意な男女差ではない($CR=0.96$ $df=1$,

$p > 0.05$)。男子 $n=48$ の年齢平均は 13.40 歳である (SD9.25) (図 4)。女子 $n=39$ の年齢平均は 12.17 歳である (SD11.01) (図 1・図 2・図 3)。本研究 $n=87$ の男女の年齢差は 0.87 歳である。本研究のこども $n=87$ の年齢平均は 12.85 歳である (SD10.78)。

本研究のこども $n=87$ の「BGT 小林法の判定」の平均は、3.48 で「軽病」 (SD2.82) である。男子 $n=48$ の「BGT 小林法の判定」の平均は 3.41 点で、「軽病」 (SD2.82) である。女子 $n=39$ の「BGT 小林法の判定」の平均は 3.56 点で「軽病」 (SD2.82) である。有意な男女差ではない ($\chi^2=0.30$ $df=1$ $p > 0.05$)。

本研究 $n=87$ で知能検査のデータがあるこども $n=72$ の精神年齢の平均は MA10.99 歳 (SD6.09) である。知能検査のデータがある男子 $n=40$ の精神年齢の平均は MA10.35 歳 (約 10 歳 4 月) である (SD6.38)。知能検査のデータがある女子 $n=32$ の精神年齢の平均は MA11.80 歳 (約 11 歳 10 月) である (SD0.91)。知能検査のデータがあるこども $n=72$ の精神年齢について、有意な男女差はない ($\chi^2=3.04$ $df=1$ $p > 0.05$)。

本研究のこどもの人数の「男女差」について「年齢別」に調査した。「幼児」 $n=7$ の人数について有意な男女差はない ($CR=0.75$ $p > 0.05$) (図 1)。「小学校低学年児童」 $n=15$ の人数について、有意差はないが女の子が多い ($CR=1.03$ $p > 0.05$) (図 2)。「小学校高学年児童」 $n=19$ は男子が多い (男女比 1:0.46) が、5%の有意な男女差はない ($CR=1.37$ $p > 0.05$)。「中学生」 $n=18$ は男子が多く (男女比 1:0.38)、5%水準の有意な男女差がある ($CR=1.65$ $p < 0.05$) (図 3・図 4)。「高校年齢」 $n=28$ は男子が多い (男女比 1:0.86) が、「高校年齢」 $n=28$ のこどもの人数に有意な男女差はない ($CR=0.18$ $p > 0.05$)。

本研究のこどもの「診断」について「男女差」を調

査した。

本研究の男子 $n=48$ で一番多い診断は「脳器質性問題行動」 $n=23$ である (出現率 47.91%)。「脳器質性問題行動」の人数については 1%水準の有意な男女差がある (男女比 1:0.13 $CR=3.92$ $P < 0.01$)。本研究の女子 $n=39$ で一番多い診断は「ノーマル」 $n=17$ である (出現率 43.58%) (図 1・図 2・図 3)。本研究の女子 $n=39$ で一番少ない診断は「知的障害」 $n=3$ (出現率 7.69%) と「脳器質性問題行動」 $n=3$ (出現率 7.69%) である。「知的障害」の人数について男女差は大きいですが、5%水準の有意差はない (男女比 1:0.37 $CR=1.20$ $p > 0.05$) (図 6)。

(9) 「パスカル・サッテル法のデータ」についての調査結果と考察

本研究のこども $n=87$ のなかには、「BGT 検査パスカル・サッテル法」が実施されているこども $n=45$ がいる (パスカル・サッテル法の実施率 51.72%) (パスカル・サッテル法の実施日 1977 年 5 月 31 日～1994 年 8 月 26 日)。「BGT パスカル・サッテル法」を実施したこども $n=45$ (年齢 7 歳 4 月～18 歳 9 月) が「BGT 小林法」で見るとどの様な判定結果になっているか、こども全員 $n=87$ の「BGT 検査」の臨床心理記録を「BGT 検査小林法」の判定表で再判定して、「BGT 検査パスカル・サッテル法」と「BGT 検査小林法」の相関関係について調査した (表 8)。「BGT 小林法」の判定結果と「BGT パスカル・サッテル法」の判定結果は、ピアソンの相関係数 -0.62 で十分な相関が見られることが検証された。判定結果の表記は「BGT 小林法」の場合には昇順で記載するタイプであるが、「BGT パスカル・サッテル法」は降順で記載するタイプなので相関係数が負 (－) になっている。

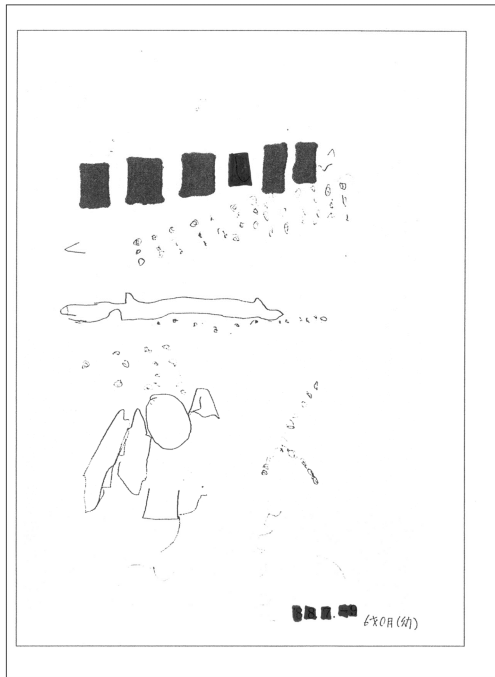


図1 「幼児」6歳0月。診断a「ノーマル」。MA6歳3月。IQ104。BGT検査小林法の判定「2点中病」(a印象2点。b枚数4点。c発達2点。d署名2点)。

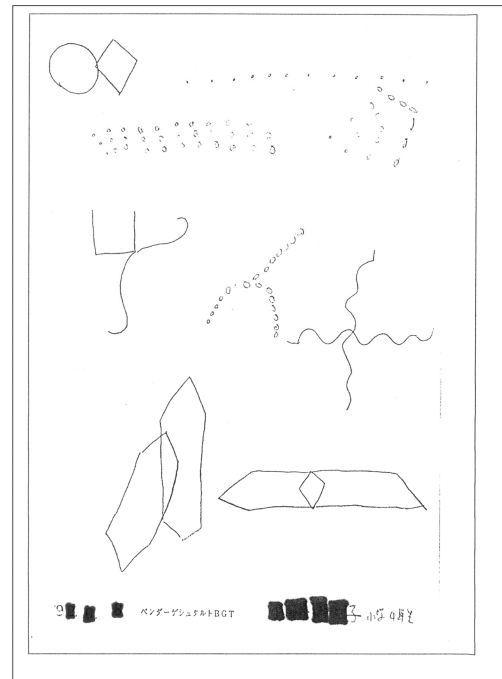


図2 「小学校低学年児童」9歳11月。診断a「ノーマル」。MA15歳8月。IQ158。BGT検査小林法の判定「3点 軽病」(a印象4点。b枚数4点。c発達4点。d署名4点)。

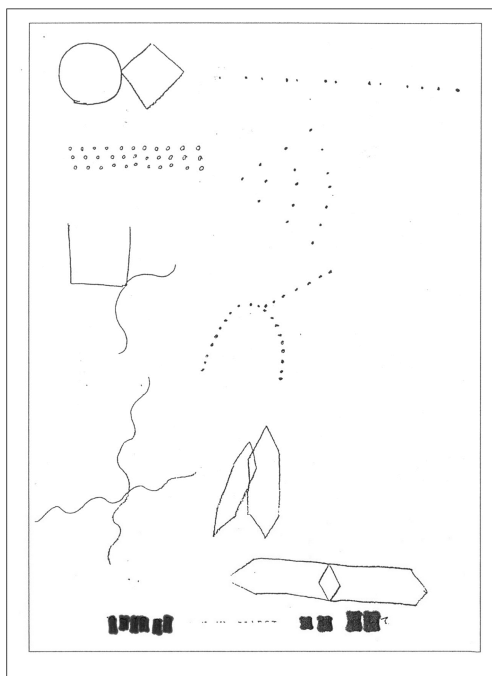


図3 「中学生」13歳6月。診断a「ノーマル」。MA19歳3月。IQ142。BGT検査小林法の判定「4点 正常」(a印象4点。b枚数4点。c発達4点。d署名4点)。

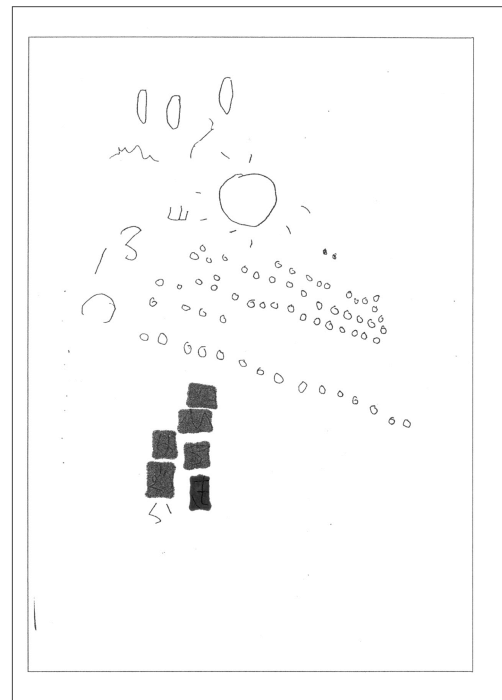


図4 「中学生」14歳10月。診断f「脳萎縮」。MA3歳9月。DQ26。BGT検査小林法の判定「2点 中病」(a印象2点。b枚数4点。c発達2点。d署名2点)。

4. 研究の結論

本研究は、満 19 歳未満のこどもの臨床心理カルテに記載されている「ベンダー図形検査」の臨床心理記録 n=87 の BGT 検査の臨床心理資料を用いて、「BGT 検査小林法」の有効性を検証した。こども n=87 の臨床心理資料は「精神科病院」「総合病院の精神科」「リハビリ病院」など、3 つの病院で収集した。

1 「BGT 検査小林法」の心理技術を使って、こどもの発達のな特徴を調査研究した。「BGT 検査小林法」の心理技術は子供の発達に対応しているので有効であることが検証された。こども全体 n=87 の「BGT 小林法」の 5 段階判定の平均は 3.48 点「軽病」である (SD2.82)。

2 「BGT 検査小林法」の心理技術を使って、こどもの診断別の特徴を調査研究した。「ノーマル」でない病院のこどもの場合は、順調に発達していないことが、「BGT 小林法の判定」の分析でわかった。

3 「BGT 検査小林法」の心理技術を使って、こどもの男女差の特徴を調査研究した。

男子 n=48 の「BGT 検査小林法」の判定結果は、平均 3.41 点で「軽病」(SD2.82)である。女子 n=39 の「BGT 検査小林法」の判定結果は、平均 3.56 点で「軽病」(SD2.82)である。本研究 n=87 の男女の「BGT 検査小林法」の判定結果に有意な男女差は無い ($\chi^2=0.30$ df=1 p>0.05)。

4 「BGT パスカル・サッテル法」と「BGT 小林法」の対応関係について調査研究した (表 8)。「BGT 小林法」の判定結果と「BGT パスカル・サッテル法」の判定結果のピアソンの相関係数は -0.62 で十分に高いことが検証された。

5 これらの 4 つの研究調査から「BGT 検査小林法」の心理技術の有効性を検証した。「BGT 検査小林法」の心理技術は子供の発達に対応しているので有効であることが検証された。

引用文献

- 1) Takebayashi, S. editor in chief (2002) Bender Gestalt Test. 231 6 sixth edition Tokyo Kenkyusha Japan. Kenkyusha's New English-Japanese Dictionary.
- 2) Goodenough, F. L. (1926) Measurement of Intelligence by Drawings. World Book Company.
- 3) グッドイナフ, F. L. (1976) 「小林・小野改訂グッドイナフ人物画知能検査 D AM 記録用紙」, 三京房.
- 4) 高橋省己 (1980) 「4. グッドイナフの人物画テスト併用法」96 頁, 『ベンダー・ハンドブックベンダー・ゲシュタルト増補版』, 三京房, 3 版.
- 5) ベンダー・ゲシュタルト・テスト図版 三京房.
- 6) 高橋省己 (1980) 「第 17 図 視覚・運動ゲシュタルト・テストのための標準表 (転載, 複製を禁ず)」143 頁, 『ベンダー・ゲシュタルト・テストハンドブック』, 三京房, 増補 3 版.
- 7) 高橋雅春 (1969) 「発達基準表との比較」87 頁, 『臨床心理学講座第 2 巻人格診断』, 片口安史ほか編, 誠心書房.
- 8) Koppitz, E. M. (1963) The Bender Gestalt Test for Young Children. New York, Grune & Stratton.
- 9) 高橋省己 (1980) 「コピッツの児童用発達の B G テスト」97 頁-120 頁, 『ベンダー・ゲシュタルト・テストハンドブック』, 三京房, 増補 3 版.
- 10) Pascal, G. R. & Suttell, B. J. (1951) The Bender Gestalt Test : It's quantification and validity for

adults. New York, Grune & Stratton.

- 11) 高橋省己(1980) 「パスカル・サッテルの施行法と整理法」 32 頁-88 頁, 『ベンダー・ゲシュタルト・テストハンドブック』, 三京房, 増補 3 版.
- 12) 沖野博(1953) 「ベンダー・テストに関する研究-小学校・児童のテスト成績」 『第 50 回日本精神神経学会』.
- 13) 沖野博(1955) 「ベンダー・テストに関する研究」 735 頁-742 頁 『大阪大学医学雑誌』 第 7 卷, 第 6 号.
- 14) 岩井勤作 (1956) 「覚醒アミン中毒者のベンダー・ゲシュタルト・テストに関する研究」 『精神神経雑誌』 第 58 卷, 9 号.
- 15) 斉藤芳子 (1959) 「健常老人および老年精神障害者のベンダー・ゲシュタルト・テスト研究」 『大阪大学医学雑誌』 第 11 卷, 第 11 号.
- 16) 隠岐忠彦 (1960) 「器質性脳障害児と知能低格児の心理特徴についての比較研究 I : Bender Gestalt Test を中心に」 『児童精神医学とその近接領域』 第 1 卷, 第 2 号.
- 17) 住田勝美・一谷彊(1968) 「精神薄弱児に実施したベンダー・テスト」 『京都教育大学紀要』 A : No. 33.
- 18) 内村祐之・吉益脩夫監修 (1973) 『日本の精神鑑定』, みすず書房.
- 19) 藤土圭三・小林俊雄他編集 (1987) 『心理検査の基礎と臨床』, 星和書店.
- 20) 小林俊雄 (2008) 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁 - 96 頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 21) 小林俊雄 (2012 年 a) 「リハビリテーション病院における小林法の心理評価システムの開発研究」 1 頁-12 頁 『吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要』 第 9 号.
- 22) 小林俊雄 (2012 b) 「リハビリテーション患者の心理評価-小林法の心理評価システムの臨床事例」 1 頁 - 13 頁, 『吉備国際大学研究紀要医療・自然科学系』 第 22 号.
- 23) 小林俊雄 (2008) 「表 1 パスカル・サッテル法 Z 得点の 6 段階システム」 87 頁, 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁 - 96 頁 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 24) 小林俊雄 (2008) 「表 2 ベンダーゲシュタルト検査小林法の歴史」 87 頁, 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁 - 96 頁 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 25) 小林俊雄 (2008) 「表 3 ベンダーゲシュタルト検査小林法の施行法の特徴」 87 頁, 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁-96 頁 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 26) 小林俊雄 (2008) 「表 4 ベンダーゲシュタルト検査記録用紙小林法」 87 頁, 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁 - 96 頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 27) 小林俊雄 (2008) 「表 5 ベンダーゲシュタルト検査小林法の分析の手順シート」 89 頁, 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」 85 頁 - 96 頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』 第 13 号.
- 28) 小林俊雄 (2012a) 「表 4 小林法の心理評価システムの「ベンダー図形検査」分析表」 7 頁, 「リハビリテーション病院における小林法の心理評価システムの開発研究」 1 頁-12 頁, 『吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要』 第 9 号.