

第一には母親を抱きとめること（Holding）であるが、スキルとしては丁寧に母親の育児にまつわる想いをよく聴くことである。自分の育児をめぐって吹き出てきた怒りの感情や圧倒された感情を外に出すのに手を貸してくれる援助者がいること、自分のこうした聞きづらい痛みや葛藤に対して耳を傾けてくれること、これらは抱きかかえるということであり、攻撃性の対応にとって必要なことである。

(3)母子保健担当者や保育士のサポートシステム

いたいけな子どもが傷つく姿に接するのは大変心を痛めることである。親にどのような事情があるにせよ、傷ついた子どもを前にしてふつうの感情でいることは難しい。悲惨な親子関係であれば、幼いなりに怒りや腹立たしさを秘める子どもの感情や、親の無力感、抑鬱などさまざまな感情に触れてゆかざるを得ない。向けどころのない激しい感情をぶつけられ、驚き、あきれ、時にあわてふためきながら、母親たちの問題に巻き込まれてゆく担当者も少なくない。母親や子どもと一緒に傷ついたり、一緒に恐怖におののくことも少なくない。危機介入や治療に当たりながら、担当者も知らず知らずのうちに心に傷を受けることになる。多くのエネルギーを要し、かつ、自らも傷つくことの多い仕事であるから、このような業務に関わる担当者はどのようにして自分自身のエンパワーメントを図るか、自分自身の健康さを保つかという課題にも取り組んでおかななくてはならない。自分たちのバックアップ体制も論じられなくてはならない。スーパービジョンやカンファランスが不可欠となるところである（Lieberman,A.,2000）。

実際の保健婦指導の場面では、母親から反撥されたり、逆に依存されたり、様々な反応に出会い、援助者として混乱したり不安に駆られることが少なくない。母親ではなく、まるで大きな子どもを相手にしているかのような思いにかられることもある。その結果、保健婦自身があたかも育児不安の母親の役回りをさせられることもある。保健婦は自分がサポートされることによって、母親たちをよりよくサポートするという治療的な構図を準備することが必要になろう。その方法として、コンサルテーションの場やスーパービジョンの場が必要になる。ウィニコットが言うように、母親は夫や家族から支えられて程良い母親の役割を果たすのであるが、このことと同じように難しい局面に立たされた時、コンサルテーションやスーパービジョンによってサポートされることを通して保健婦は母親たちを支えることができるのである。

保育士もまた同じような問題に遭遇する。目の前で激しい叱責を浴びせる母親に対して、園児であるその子どもを守ってあげなくてはと、保育所の生活での良いところを取り上げて、母親の不適切な育児から守ろうとする。そのことは正しいのであるが、母親のなかには責められているという感情を強め、かえって叱責が激しくなる場合もある。子どもの側に立ちすぎて、母親を責めてしまうことがよく起きる。乳幼児期や幼児期は親子が一对の関係を強くしながら日々を送っていることにもっと意識しなくてはならない。母と子どもの双方に対する援助者であるような関わりが望まれるのである。

IV. 考察

本研究は、乳幼児期の虐待事例や育児不安の母親と子どもの治療的介入の臨床経験を検討し、総括的に実践的な対応のあり方をまとめたものである。そのつど考察を加えて作成したが、乳幼児期の虐待防止および育児不安の母親に対する治療的な介入について、いっ

その理解を得るためには、特に育児期の母親のメンタルヘルスの有り様を理解しておかなくてはならない。そのためにはまず第一に、児童虐待に関するハイリスクな母親という考え方、ついで産後うつ病に関する理解を、第三番目に家族のライフサイクルという視点から育児期の母親のメンタルヘルスの有り様を押さえておく必要がある。以下に、それぞれについて文献的な考察をする。

1. ハイリスクな母親という考え方について

児童虐待に陥りやすい母親が把握できるのであれば、早期から虐待予防的な対応の道が開ける可能性が高くなる。児童虐待に対してハイリスクな母親というカテゴリーを設けることが可能であろうか。この点について考察をするに当たって、まずハイリスクな母親という考え方について、文献的な考察をしたい。

児童虐待に対する危険因子を同定することは、児童虐待の予防活動、早期発見に重要な要因であり、これまでに多くの研究が報告されている。しかしながら、安易な危険因子の認識は、特定の親や家庭に対する偏見やスティグマの要因ともなり、慎重な取り扱いが求められる。ここでは文献的に報告されている児童虐待の危険因子についてレビューし、児童虐待に対してハイリスクな母親の特徴について、特に児童虐待の予防活動との関連から検討する。

(1) 児童虐待の危険因子の概観

これまでに報告されている児童虐待の危険因子は、①家族の因子、②母親の因子、および③子どもの因子に分類され、それぞれの因子のリスクマーカーとしては以下に挙げるようなものが指摘されている。

① 家族の因子

- 若年の母親
- 母親の低学歴
- 低収入
- 単親家庭
- 子どもの人数が多い、双生児
- 混乱した夫婦関係、夫婦不和
- 望まぬ妊娠・出産
- 妊婦検診や乳幼児検診の未受診
- 社会的孤立
- 頻繁な転居
- 反社会的な生活

② 親の因子

- 身体的疾患
- 精神疾患（うつ病）、人格障害
- 知的障害
- 物質乱用・依存
- 厳格なしつけ、体罰によるしつけ
- 親自身の被虐待体験

③子どもの因子

出生低体重、先天異常など医療が必要な状態での出生
精神遅滞、発達障害
親子の分離体験
育てにくい気質、問題行動

以上のような児童虐待の危険因子として指摘されている家族、親、子どもの特徴は、児童虐待に特異的な特徴というよりも、母子保健や乳幼児精神保健だけでなく、広く社会的な援助の必要性が高い家庭や親子の特徴とも共通する面が多い。社会経済的な困難を抱える若年の母親をおしなべて児童虐待の危険が高い母親として取り扱うことは、もともと社会的に弱者であるこれらの母親たちを、児童虐待防止という国民的キャンペーンの中で、さらに偏見を助長する危険もある。したがって、これらのリスクファクターに対して、児童虐待との関連性について、より明確にする努力が必要と考えられる。

(2)方法論的問題点

児童虐待の危険因子については、1970年頃から児童虐待の背景を検討する多くの疫学的研究のなかで報告されてきた。初期の疫学的研究の多くは、横断的な調査で虐待が発生した家族の特徴を対照家族と比較したものである。これらの疫学的研究が明らかにしてきた虐待家族の特徴としては、主に人口学的 demographic な項目で、若年の母親、未婚の母親、経済的困窮、低学歴の親などが含まれる。これらの人口学的特徴は今日でも一般的に児童虐待のリスクが高い家庭の因子として認識されており、これらの人口学的特徴を持つ家庭を児童虐待のハイリスク家庭として定義して、そうでない家庭を対照とする疫学的研究も数多く行われてきている。

しかしながら、児童虐待が発生する家庭の要因は複雑なものであり、人口学的特徴についても研究により差異が認められる。たとえば、若年の母親はもっとも一般的に認識されている虐待のリスクマーカーであるが、ティーンエージの母親の子どもでの虐待のリスクが有意に高いことを示す研究が数多くある一方で、否定的な研究も報告されている。このような問題は、社会心理的要因などでも認められる。研究間の不一致の要因としては、さまざまな方法論的問題がある。

①社会文化的背景の問題

児童虐待は家族の機能や子育てにおける病理現象であるが、家族の機能や子どもの養育にはそれぞれの国や地域による社会文化的な差異があり、虐待の危険因子についてもこの点を考慮する必要がある。したがって、既存の研究で指摘されている危険因子を実際の子防活動に適用する際には、その地域の社会文化的背景の文脈を考慮して適用しなければならない(Agathonos-Georgopoulou, H. and Browne K.D., 1997)。

②虐待事象の把握の仕方の問題

いずれの研究方法においても共通する方法論的問題点として、児童虐待の定義と事実認定の問題がある。多くの研究は身体的虐待とネグレクトを中心に調査が行われているが、どのような問題を虐待として捉えるかにより、結果に差が生じる可能性がある。たとえば、警察、病院、児童福祉機関などの公式な記録による虐待事例であるのか、親からの報告による虐待的養育であるのかによる違いや、死亡例を対象とした研究と死亡例が含まれない

研究による差異などがある。また、性的虐待については、家族の要因や被虐待児の特徴が、身体的虐待やネグレクトと異なる点が多く指摘されており、その取り扱いも児童虐待の危険因子について論じる際に注意しなければならない(Brown ら、1998)。

③研究デザインの問題

初期の疫学的研究はおもに横断的研究デザインで実施されたものが多く、その危険因子は子どもを虐待した家族の特徴として抽出されてきたものであり、これらの特徴がある家族において将来児童虐待が起こる可能性が高いという意味での危険因子とは性格が異なる。児童虐待を予防し、より有効な介入を適切に提供するためには、虐待を予測する危険因子を同定する必要がある、そのために縦断的で prospective な研究デザインが近年行われるようになってきた。このような方法による研究では、ロジスティック回帰分析などを用い、それぞれの危険因子がどの程度虐待の発生に寄与するかなど、より定量的な危険因子の同定が試みられてきている(Altemeier ら、1984; Chaffin ら、1996; Brown ら、1998)。また、人口学的変数だけでなく、虐待者の心理社会的要因などを含めた危険因子を同定するために Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1986) のようなチェックリストや抑うつ、ストレス、パーソナリティ特性などに対する心理測定尺度などを用いた研究も行われてきている(Cadzow ら、1999; Coulton ら、1999; 加固、今関、1999)。より有効で簡便な尺度の開発は、実際の予防活動に寄与するものと思われる。

④危険因子の相互作用

児童虐待の発生する要因は、必ずしも単一のものではなく、さまざまな要因が複合的に関与しているものと考えてのが合理的である。したがって、初期の横断的疫学調査から得られた危険因子のリストから虐待の危険度を推定するだけでは十分とはいえず、いくつかの危険因子の組み合わせの相対危険度を検討することも有用で、近年そういった研究も報告されてきている(Brown ら、1998; Kotch ら、1999)。

(3) 予防活動と危険因子

児童虐待の予防活動においては、ハイリスクな母親を適切に同定することは重要なことであるが、それに加えてハイリスクな母親に対する効果的な援助・介入につながるものが求められる。たとえば、母親の社会的孤立は従来から虐待の危険因子として指摘されているが、このような母親を援助し児童虐待を予防する活動を行うには、社会的支援 social support として理解することが有用と考えられる。社会的支援には、家族の協力体制、友人関係、その他の社会資源の利用状況などだけでなく、母子関係、夫婦関係のストレスや社会経済的な要因などとの関連もあり、より実質的なハイリスクな親への支援との接点があると思われる。また、若年の母親や知的障害のある母親での虐待予防にも社会的支援の観点が、予防活動に有効であることも報告されている。

児童虐待や不適切な養育の発生を適切に予測する予測因子 predictor としての危険因子の認識も、効果的な予防活動には不可欠な課題である。児童虐待を予測することを目的とした最近の縦断的、前向き研究では、以下のような予測因子が指摘されている。

Chaffin ら(1996)は、物質乱用障害が虐待とネグレクトの発生に強く関連し、うつ病は身体的虐待の強力な危険因子であったのに対し、社会的および人口学的変数は予測因子としての意味が少ないことを報告している。

Brown ら(1998)は、人口学的変数、家族関係、親の行動、親と子どもの特徴についての

情報を分析し予測因子を検討した。その結果、身体的虐待、性的虐待、ネグレクトの発生を予測する危険因子は3つの虐待のタイプで異なっていたが、若年の母親と母親の社会病質 sociopathy はすべてのタイプの虐待に共通する危険因子であることを示した。また、児童虐待の有病率は危険因子がない場合は3%であるのに対し、危険因子が4つ以上ある場合には24%に上昇することを示し、危険因子の複合的な影響についての定量的な危険度についても言及している。

より早期に虐待の危険を予測する研究として、Kotch ら(1999)は新生児期の危険因子と4歳になるまでの間の虐待の発生との関係を調査した。抑うつ、心身症状の訴え、高校を卒業していない、アルコールを摂取する、生活保護を受けている、一人以上の乳幼児を養育している、14歳の時点で自分自身の母親と別れていた母親で、有意に虐待の頻度が高いことが認められ、分娩直後に把握した危険因子が、子どもが4歳になるまでの虐待の発生を予測する有意な因子であることを示した。

(4)まとめ

児童虐待に対してさまざまな危険因子が指摘されてきているが、その中でも母親や家族の要因が多く含まれている。これらの個々の危険因子の多くは、縦断的な疫学的研究から得られたもので、虐待が発生した家族や母親の特徴を示しているものが多い。より効果的な児童虐待の防止活動のためには、母親の社会的支援に関する要因はハイリスクな母親への援助・介入と密接に関連した要因として重要性が高いと考えられる。また、縦断的、前向き研究による児童虐待の予測因子が最近報告されてきており、実際の予防活動に有用な情報を与えるものと思われる。現時点では、うつ病や物質・アルコールの使用が予測因子として複数の研究で指摘されているが、今後さらにハイリスクな母親の有効なスクリーニング法を確立するために研究が期待される。

2. 産後うつ病について

産後うつ病については、英国の周産期精神医学者である Brockington.I.F が「母性とメンタルヘルス」の中で、詳細な記載を行っているが、産後うつ病の最初の記載は1551年という。その後1950年からの精神医学の新しい段階に入った後、その報告や研究が相次いでおり、日本での研究報告も近年多くなっている。

(1)産後うつ病とは

産後うつ病とは、出産後数カ月以内に発症するうつ病をいい、広義の産褥期精神病に含まれる。産後2週間から3ヶ月に発症のピークがあり、いわゆるマタニティブルーズ（産褥期早期に生じる一過性の軽うつ状態）との連続性や関連性については、一定の見解は得られていない。発症頻度は、研究によってばらつきがある。これは、うつ病の定義、評価や閾値には様々なものが使用され、出産後の評価時期も異なっているためだが、うつ病が出産後の女性に多いという点では一致しているという。欧米では10～15%、日本では3～9%と報告されている。様々な報告をまとめると、10～20%の母親が産後1年間のある時期に抑うつとなるが、実際にプライマリーケアサービスに至る数は低く2～4%であり、医師の代わりに保健婦や助産婦が症例の発見に関与すると、その数は高くなると予想されている。

(2)発症要因

発症に関わる要因として、内分泌学的因子、心理社会的因子、産婦人科学的因子があげられている。心理社会的因子としては、うつ状態の既往、ライフ・イベント、社会的支援基盤の欠如、セルフ・エスティームの低さ、養育に関するストレス、役割構造の変化、パーソナリティの問題や夫婦間の問題、等の関与が指摘されており、O'Hara らは、産後うつ病の予測因子として、うつ病の既往、妊娠中の抑うつが存在、個人のぜい弱性とライフストレスの相互作用の三つが重要と報告している。

子どもの誕生自体をライフイベントと捉えた研究については後述する。

(3)症状の特徴

産後うつ病の病態や症状は、うつ病と基本的相違はないが以下に述べるいくつかの特徴がある。

①症状が多彩

②狭義の産褥精神病像を示すことがある

③自然寛解までの経過が長く、それは母子関係に影響する。つまり、褥婦は妊娠出産という大きな状況の変化に加えて、育児による仕事の負担も増加しており、少々の気分の変調に自らは気づかない。また、産褥早期のうつ状態は、いわゆる産後の肥立ちが悪いものと考えて、周囲もあまり注意を払っていないことが多い。そのため産後うつ病は明らかな重症の経過をみるまで放置される傾向がある。一般の未治療のうつ病では、3～6ヶ月で自然寛解することが多いが、未治療の産後うつ病は、数年にわたり症状が持続することが多いといわれている。そして、このことは母子関係への障害をもたらし、子どもの発達に悪影響を与えることが指摘されている。

④希死念慮は少ない、といわれているが、それが一旦生じると、子どもを巻き込んだ母子心中に発展することがあり、危険である。

⑤再発率が高い

⑥症状に内分泌学的背景が関与している可能性がある。

(4)子どもの誕生というライフイベント

子どもの誕生をめぐるライフイベントと産後うつ病との関連については、英国を中心に研究が進められている。Brown らは、諸研究から、うつ病を経験した約83%が発症前にライフイベントを経験していること、さらにライフイベントを経験した女性5人のうち1人のみがうつ病を発症していることから、女性の側の脆弱因子(vulnerability factor)がうつ病発症に関与することを想定している。Brown らは脆弱性 vulnerability として、低い自己評価と社会的サポートの欠如等を挙げている。

Murray らは、Brown らの研究を踏まえて、“妊娠出産自体がうつ病発症の契機となりうるか”について、出産や育児に特異的に伴ってくる困難な状況や女性自身の脆弱性とうつ病との関連を考えて研究を行った（ここでいう脆弱因子とは、幼小児期の両親との死別、離別や母親の精神疾患等の経験、今回の妊娠や出産に心理的にも実際的にも関わりをもとうとする構えの欠如、パートナーや母親との間で何でも打ち明けることができる親密な関係の欠如等）。その結果、Murray らが脆弱因子と考えた要因は、産後うつ病の発症に有意な関連が認められている。

また、Murray,D らは、産後うつ病の女性では自分の母親との関係の貧困さとの関連がみられると報告している。すなわち“自分自身の母親との関係の貧困さ”という、育児に関連した脆弱性をもつ女性では、子どもの誕生が契機となり産後うつ病を発症することを示唆している。

日本では、吉田、山下らが各々在英日本人妊産婦と日本に住む妊産婦との比較研究をおこなっており、産後うつ病の関連要因として過去12ヶ月のライフイベントについて質問票を用いて調べている。両者の調査結果は、産後うつ病の頻度は各々12%、17%と欧米と同程度であり、ライフイベントとの関連は吉田らの調査では関連が認められたが、山下らの研究では認められなかった。この結果の差は、各々の調査対象のもつ社会経済的背景、属しているコミュニティ等の文化的背景の違いであると考えられ、これを検証するためには、系統的な面接法によるライフイベントと脆弱性の評価が必要であると考察している。

(5)診断

診断は、一般のうつ病の診断に準じ、その発症時期が出産後数週間もしくは数カ月以内であることが、必要条件である。また、症状と経過とともに、母親の生活史、性格、環境背景を探り出す正確な精神科的診断を要する。配偶者、赤ん坊、他の子ども、親類と母親の関係を調べる必要がある。そして、その際重要なことは、その母親にとってどのようなサポート必要であるかを明らかにすることであり、以下に述べるように、母親を受容し共感する支持的アプローチが要求される。

(6)早期発見、予防と治療

治療で最も重要なことは、産後うつ病の発見であると言われているように、産後うつ病は①予防および発見、と②症状の治療という二つの柱からなる。母親が援助を求められない理由は、この病気が十分理解されていないことである。ある母親はすぐに治ると思い、他人は自分たちが病気であると理解しない。そして、自分達が症状を言うことを恥じたり取越苦勞をする母親もいる。精神疾患に関するタブー、赤ん坊を取り上げられることへの恐怖という理由からも、母親は黙り込み苦しむ。

①予防および発見では、産科医と精神科医とが連携をとって、発症リスクを確認し、軽症の精神症状をフォローアップすること、つまり産科、精神科、そして母子保健に関連する社会資源の三者が連携できるシステムを確立する必要がある。その際、誰が母親に介入するにしても、精神療法的アプローチは必須であり、母親の経験に対する共感的なあり方が求められる。産後うつ病がよくみられるということや、治療ができることを知らない母親は孤独と自責の念に襲われるが、産後うつ病に関する知識や治療や援助によって他の母親が克服できたという情報によって、母親は大きな安心感を抱く。この初期の治療的介入の後で、次の段階の治療が可能になるのである。

②症状の治療では、精神療法、従来の抗うつ剤による薬物療法、重度のうつへの電気けいれん療法、環境調整等がメインとなる。イギリスでは、地域ナースによる家庭訪問、デイ・ホスピタルでのサポートが行われ、後者では、プログラムとして、プレイ治療、赤ん坊のマッサージ、リラクゼーション治療、母性クラス、作業療法、ドラマ治療（サイコドラマ）等があり、それらの価値は論証されている。デイ・ホスピタルは母親が最小限の混

乱で十分な範囲の介入をうけられ、うつ病の母親を援助する理想的な場所であるという。また、赤ん坊の父親がともに携わることが、全体のアプローチの重要な役割となることが指摘されており、父親が参加すれば情動的な問題は半分以下に減るだろうといわれている。父親が立ち会い分娩を行った産婦には、産褥期のねむけ、だるさ、注意集中の困難等がいずれも低いという日本の産婦人科医の報告もあり、ここにどのような意義があるかを今後検討していく必要があるだろう。

(7)経過、予後

経過・予後については、早期発見による早期治療が行なえれば、予後は悪くないが、産後うつ病を発見治療できない場合は、以下に述べるように、母子関係や子どもの精神情緒発達に大きな影響を与え、子どもの発達の遅れや虐待、子殺しと、二次的・三次的影響は計り知れないものがある。現実的には、現段階の日本の医療福祉システムの中での早期発見は難しいものがあるといわざるを得ないが、早急に何らかの手をうつ必要があるだろう。

吉田は産後うつ病においてはライフイベントと女性のもつ脆弱性の両方が、子どもとその養育に関わる人が多いこと、このことから、母親の育児を情緒的にも实际的にもサポートしていくことが、産後うつ病の治療と予防の両面で重要となること、医療スタッフが女性の心理的脆弱性についての知識をあらかじめ持っていることによって妊娠出産の過程で起こりうる反応を理解しやすくなり、そのことが治療への導入につながるであろう、と指摘しており、まずは、現在存在するシステムの中で、産科領域や乳幼児検診に携わる助産婦や看護婦、保健婦への啓蒙が有効であろうと思われる。

(8)母子関係への影響

産後うつ病や、それを引き起こし易くするライフイベントや困難な状況が母子相互作用および子どもの発達にどのような影響を与えるかは様々な議論、報告されている。Murrayらの縦断研究では、ライフイベントや困難な状況自体が、独自に早期（出産後2ヶ月）の母子相互作用に否定的影響を与えているという結果が出され、しかも早期の母子相互作用の障害は生後18ヶ月の時点での子どもの認知発達の遅れと関連があったという。Steinらも、産後うつ病において母子相互作用に障害がみられた中でも、社会的生活や夫婦関係などでの困難な状況をかかえた母親では、母子の相互作用に否定的な影響がみられたと報告している。一方、Wrateらは、軽症のうつ状態の母親から育てられた子ども達の方がむしろ高率の障害がみられたと報告しており、これらの母親にライフイベントやストレスは存在していないが、母親としての役割への同一化に問題が多いことを指摘している。

うつ病の母親が子どもを虐待したり、その果てに子殺しに至るという報告も散見される。前者の報告では、悲惨なものも少なくはないが、地域ネットワークの協力を得ながら母親と子どもへの治療を行い、虐待も子どもに生じていた諸問題も解決の方向へ向かうという可能性を感じさせる。一方、子殺しの検討では、母親側の自殺念慮や自殺企図が子殺しに先行しており、計画性はなく、子殺しの行為は短絡的、衝動的であるという。心因性の意識変容が子殺しに先行していることが多く、母のうつ病への迅速でしっかりした治療や対応、場合によっては保護が求められるであろう。また、多くの例ではうつ病患者の子殺しは愛他的殺人であるといわれており、うつ病に苦しみ子どもへの愛情の結果道を過っていく母親の姿が想像される。

3. 家族ライフサイクル論から見た育児期の母親のメンタルヘルスの理解

ライフサイクルという用語は保健領域にはすでになじみ深い用語であるが、家族ライフサイクルという用語も精神保健にとって有用な考え方を提供してくれる。家族ライフサイクルのそれぞれのステージを越えるのに困難であるとき家族構成員に様々なメンタルな問題が出現するが、これをどう越えるかによって家族が大きく成長発達する機会ともなる。家族は生き物にたとえられるような存在である。家族にも始まりがあり終わりがある。一組の男女が家族を作り、彼らの死をもってその家族は終わる。家族の概念や役割を考えるのにミルトン・エリクソンの指し示した家族のライフサイクルという考え方は大いに参考になる。

家族のライフサイクルには、家族のそれぞれのステージに発達課題があり、その課題にうまく取り組みず何らかの困難が生じたとき、家族の中に問題が発生する。出会った一組の男女が作る家族は、結婚のステージ、子どもの誕生のステージ、子どもが思春期に至ったステージ、子どもが巣立つステージ、配偶者が仕事から引退するステージ、老後のステージのそれぞれのステージにおける課題に取り組むことになる。

以下に家族ライフサイクルのうち、結婚とその結果をめぐるステージと子どもの誕生のステージの二つのステージを取り上げ、そのステージの課題と発生しかねない問題について彼の考えを以下に紹介する。

(1)結婚とその結果をめぐるステージ

結婚式を挙げない青年が増えるにつれて、若い二人だけでなく、家族全体にとっても結婚の儀式は重要であるということがますます明らかになりつつある。青年にとって儀式は形式的なものに思われるかもしれないが、それは発達段階において重要な境目になりうるものである。結婚式はお互いが新しい仕方に関わりあうように全ての人を変化させる。ほとんどの文化において、誕生、思春期、結婚、死にまつわる儀式は安定した生活に重要なものとして守られている。

求婚期間における二人の関係がどのようなものであれ、儀式はその関係の性質を予測し得ない仕方に変化させる。多くのカップルにとっては、ハネムーンや子どもが生まれる以前の二人の時間は喜ばしいものである。しかし、そうではないカップルも存在する。すなわち、戸惑いにつながるようなストレスが生じ、結婚の絆を断ったり、結婚生活がうまくゆく前にどちらかに症状が出現したりする。

結婚によっては、その目的のために最初からうまくゆかない結婚がある。例えば、もっぱら家族から逃れる目的のために結婚した二人は、結婚してしまうと結婚した理由が無くなってしまったことに気づく。彼らは家族からなんとか逃れることができたにしても、他に目的を持たない結婚へ逃れたのであり、結婚を続けるのであれば、他の理由を見いださなければならないということになる。結婚が与えてくれるものに関する幻想は、しばしば実際とはかけ離れたものである。

結婚の持つ象徴的行為は、全ての人にとってそれぞれ異なった意味を有するが、二人が互いを生涯委ね合うものであるということには基本的には意見が一致している。離婚が容易に行われる今の時代において、試行として保留付きで結婚が始められることがある。しかし、それが拘束である限り、二人は、自分達が新たなやり方でお互いに反応し合っているのに気づくであろう。時に彼らは罫にかかったように感じて反抗的な行動をとり、権威の問題をめぐる争ったり、あるいは「自分自身」になる自由があると感じて配偶者が予

想しない仕方で行動する。

結婚して二人が一緒に暮らし始めると、彼らは二人が生活するのに必要な多くの合意をなさなければならない。彼らは原家族、同輩、一緒に暮らしていくうえでの実際的なとりきめ、そして、個人としての二人の間に横たわる大きな違いから些細な違いまでをどの様に扱うかということについて合意しなければならない。暗黙にせよ公然とにせよ、彼らは非常に多くの問題を解決しなければならない。それらの問題のいくつかは結婚前には予想されなかったものである。彼らがどこに住むか、夫の仕事に妻がどの程度干渉するか、妻は働くべきか家に居るべきか、その他の多くの問題が、一誰が誰の服を片付けるかというような余りに些細なことまでも一、含まれる。彼らの結婚についての事前の情報と実際の経験は別物である。

彼らが苦心してお互いに新しい関係を作るにつれて、彼らはまた意見の不一致を処理する方法をも工夫しなければならない。しばしばこの時期には新婚の優しい雰囲気のために、またお互いの感情を傷つけないために、公然とした反論や批判的な言動を二人とも避けている。時が経つうちに、彼らが避けていた不一致の領域が大きくなり、彼らは自分達がいつも喧嘩をしそうになっていることやお互いに不思議な苛立ちを覚えていることに気づく。時に議論することが出来ないような問題が結婚生活の中に生じてくる。もっと普通には一人が小さな問題を持ち出し、もう一方が同じやり方で仕返しをして、その後公然と争うことになるのであるが、それによって、それまでは間接的にのみ伝達し合っていた問題が明らかになる。予期しなかった感情が起こるために、このような争いはしばしば恐ろしいものであると感じ、二人は仲直りをして、再び争うというやり方はなくなる。しかし、徐々に議論することの出来ない問題が再び大きくなり、別のことで燃え上がったり、別の争いが起こることになる。そうするうちに彼らは意見の不一致の解決やその事柄の鎮め方を手掛けることになる。時にその解決事態が満足のゆくものではなく、不満を拡大し、それが結婚後の、のちの時期に現れてくる。例えば二人が、自分の方が妥当であると思う以上に、相手が自分に譲歩しなければ解決しないということに気がつくことがある。この時期に妻あるいは夫が暴力による力と同じように、弱さや病氣といった症状が相手进行操作するような力を持つことを学びとることになる。

新たに結婚した二人によってなされる決断のほとんどは、彼らが各々の家族の中で学んだことだけでない。両親との現在のしがらみにも影響を受けるのである。それは結婚というものが持つ不可避的な側面である。青年は一個人として、両親への依存から独立した大人として両親と関わるように変化しなければならない。

新たに結婚したカップルがなすべき決断は、両親の影響から簡単には切り離されえない。例えば、妻が働くべきかどうか、どこに住むべきかということには両親の意見が影響する。青年は両親の影響からある程度独立した関係を確立しなければならない。一方、両親は子どもの結婚後は子ども達への扱い方を変えなければならない。過剰な援助は、無闇に叱責することと同様に若い二人を損ないかねない。両親が経済的援助を続けると、暗黙にあるいは公然と、両親の支持と引き換えに、自分達の生活様式を保つ権利の安売りが行われてしまう。金を与えることは、提供しようとしている援助にも良からぬ影響を与えるし、それらに関した問題が起こるのである。例えば、現金で与えるのか、贈物で与えるのか、さらには、どちらの方に与えるのか、それとも二人に与えるのか。無条件で与えるのか、それとも与える必要がないという非難を込めてか。両親がその中に巻き込まれるため、

新しい結婚にはある種の分裂が生み出されるのである。しばしば、何が後味の悪い感情を生み出している原因なのかを気づくこともできないままに。結婚が拡大家族との葛藤の中に取り込まれる時に、症状が出現しうるのである。例えば、母親の干渉を防ぐことができない夫を持つ妻が、そのような状況に対処する一つの方法として症状を発現することがある。

(2) 子どもの誕生のステージ

結婚という冒険は、一部は次のようなものである。つまり、一つの段階の問題が解明されるにつれて、次の段階の問題が新たに頭をもたげる。結婚の初期段階に、二人だけの気楽な生活を押し通した若夫婦は、子どもの誕生によって新たな問題が発生し、以前からの問題が再び自分たちを不安定にすることに気づく。ほとんどの夫婦にとっては、子どもの誕生は相互に関わり合い、子どもを歓迎するという喜ばしい時期なのであるが、ある夫婦にとっては、そうではなくて、いろいろな形をとる苦悩の時期なのである。妻は妊娠中にひどく取り乱したり、妊娠終結期まで子どもを育むのを困難にするような不可思議な身体的問題が持ち上がることもありうるし、あるいは、子どもの出生直後から歪んだ奇妙な行動を取り始めるかもしれない。あるいはまた、その代わりに、夫や他の拡大家族構成員（祖父母や叔父伯母など）が子どもの誕生と合致して苦悩を示すようになるかもしれない。

この時期に問題が持ち上がると、子どもの到来と共に家族システムにおける種々の取り決め事があまりにも多く改変されるため、その「原因」というものは、容易に特定できない。自らの結婚を一つの試みとみなす若い夫婦は、離別はほとんど有り得ない事だと考える。お互いに他方に関与し合っていると思っていた夫婦は、子どもの到来に捕らわれた感じを抱き、初めて、結婚当初の契約の脆さを思い知らされる。

子どもの誕生以前に夫婦の行っていた一種のゲームは、二人の親密なゲームである。そのゲームを通じて、彼らは相互の付き合い方を学び、多くの問題の解決方法を見出す。子どもの誕生と共に、彼らは自動的に三角関係の中におかれる。それは第三者や拡大家族の構成員との三角関係ではない。すなわち、配偶者の一方が、もう一方の配偶者に対するよりも子どもに密着すると、子どもに対する嫉妬が出現するのである。子どもがスケープゴードとなり、子どもが新たな問題や未解決の古い問題の弁明者となるため、夫婦の直面する多くの問題は子どもを通じて現れ始める。離別の瀬戸際に立つ夫と妻は、とにかく訣れないのであれば、子どものために一緒に暮らさなければならないということで合意に達する。それに不服な妻は夫との問題に直面するよりも、むしろ子どもが問題なのだと考えることがある。例えば、18歳になる精神病の娘をもつ母親は、かつて、娘がいつも自分と夫の間を行き来すると言って抗議した。母親は、娘が2-3カ月の年齢の折りに母親自身が書いた手紙をその証拠として持ち出した。その中で母親は夫に対して、夫と娘がいつも自分に対してグルなっているとして記載していた。幼児がこのようにして三角関係の一部となるならば、その女の子が家を離れる年齢に達した時、ひとつの危機が訪れる。夫婦は二人の間の緩衝装置としての子ども無しでお互いの課題に直面せざるをえないからである。すなわち、それ以前、子どもの誕生以前に何年もの間未解決であった問題が再び活性化されるのである。

多くの場合、結婚は妊娠によって急がされ、そのような若い夫婦は二人の共同関係としての生活を体験しないことになる。その結婚は、三角関係として開始され、かつ持続され、子どもが家を離れるまで続く。このようにして急がされた結婚も、たいていは問題となる

ことはない。問題になる場合には、子どもが結婚の弁明者となり、夫や拡大家族のあらゆる困難の原因として責められてことになる。

子どもの誕生は、二つの家族の来訪を呼び、二つの家族に祖父母や叔父叔母を作ることになる。孫が出現すると、訪問という簡単な取り決めまでが変わる。二つの家族は様々なことを巡って争う。子どもの名前はどうか、育児と教育はどうか、どちらの家族がその子どもの成長に影響を及ぼすか等など。子どもが欠陥を持つという可能性や現実性は、その家族の枝葉にまで疑いが及び、家族争議の弾薬となることがある。

子どもの到来によって、若い夫婦は自らの家族は別として、家族システムの中に巻き込まれることとなる。親となることによって、彼らは今や成人として、より一層個別的な人間となり、もはや子どもではなくなる。しかし古い絆は性質を変え、新たな絆が形成されるため、生まれた子どもは夫婦を親族のネットワークの中へ導き入れることになる。

この時期に苦悩が生じると、それはしばしば一方の配偶者の症状や障害の形をとる。しかしながら、苦悩を示す人物は、必ずしも治療の焦点ではない。症状を呈している妻は、子どもに捕らわれているがためといった感情を抱いている夫に対して反応していることもあろうし、あるいは、妻は拡大家族における危機に反応していることもあろう。

若い夫婦は、子どもの誕生を通り越えるにつれて、幼児の世話をする時期に強く専念させられることになる。どの子どもの到来も、状況の性質を変え、旧来の問題と同じように新たな問題を引き起こす。育児の楽しみは、概して自ら処理の仕方を学ぶべき複雑な問題に関与している親にとってのストレスと平衡を保っていることがある。というのも、この変化の時期に、彼らは自分達の親が行った育児の方法を用いたがらないからである。

婦人に特別な問題が持ち上がるのは、子どもの世話をしている段階においてである。赤ん坊を持つということは、自己充足として彼らが待ち望んだことである。しかし、乳幼児の世話は個人的なフラストレーションの源ともなり得る。婦人は、大人になるにしたがい、自分の特別な能力を活用し得る日に備えるべく教え込まれてきていながら、今や自分が大人の生活から切り離されて、再び子どもの世界に住んでいることに気づく。これに対して、夫といえばたいしては自分の仕事の世界において大人と関わることができ、子どもの事も自分の人生に一次元が加わったものとして楽しむことが出来るのである。自分がもっぱら子どもとの会話に制約されていると思う妻は、「単なる」主婦かつ母親であるというラベルを貼られているという感じを抱く。自分が備えていた大人の世界での参画を一層望む気持ちが、妻に夫への不満や夫の活動への羨望の感情を引き出す。夫にとっては、妻のことが負担になりつつあり、仕事の妨げともなっているのだが、妻としては育児に夫の一層の手助けを求めたり、大人の活動を求めるが、結婚は次第に腐食し始める。時には、妻は子どもに情緒的問題を起こさせて育児の重要性を誇張すべく試みることもあろう。そうすれば、彼女はそのことに注意を集中できるわけである。治療者の仕事は、母親が子どもから分離するのを助けることによって子どもの問題を解決し、母親自身の一層充実した生活を見い出させることである。

以上、育児期の母親のメンタルヘルスの理解をする上で役に立つ概念や考え方について、文献的な紹介と考察をした。育児期という時期は、その後に引き続く家族としての発達にとっても如何に重要な時期であるかが理解される。当然のことであるが、母親にとつてのみならず、父親にもこの時期をどのように受け止め、家族としての成長発達を先に進めて

ゆくかが重要であろう。この時期に問題があれば、あるいはその問題が適切に取り組まなければならない、子どもの情緒的な発達や社会性の発達にも影響が及ぶ。虐待が発生しなくとも、産後うつ病や育児期の家族ライフサイクルの問題は、子どものより健康な心身の発達に影響を与えるであろうことは理解される。虐待はこうした問題が極端な形で現れる事態として理解されよう。

V. 引用文献

1. Agathonos-Georgopoulou, H. & Browne K.D. (1997): The prediction of child maltreatment in Greek Families. *Child Abuse and Neglect* 21.
2. Altemeier W.A., O'Connor, S. et al.(1984): Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility. *Child Abuse and Neglect* 8.
3. Brown J., Cohen P., et al. (1998): A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: finding of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect* 22.
4. Cadzow S.P., Armstrong K.L. & Fraser J.A. (1999): Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse and Neglect* 23.
5. Caplan G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc., Publishers.新福尚武監訳(1970): 予防精神医学. 朝倉書店.
6. Chaffin M, Kelleher K, & Hollenberg J. (1996): Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect* 20.
7. Coulton C.J., Korbin J.E., & Su M. (1999): Neighborhoods and child maltreatment: a multilevel study. *Child Abuse and Neglect* 23.
8. Declan M. et al(1995): Childbirth; Life Event or Start of a Longterm Difficulty ?. *British Journal of Psychiatry*.
9. Fonagy P.(1998): Prevention, The Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* Vol.19.
10. Fonagy, P(1999): Attachment in Infancy and The problem of Conduct Disorders in Adolescence, Plenary address to the International Association of Adolescent Psychiatry, Aix-en-Provence, July 1999.
11. 郷久欽二(1998): 産婦人科領域におけるうつ病の実態と留意点. 心身医学.
12. Haley ,J (1973): *Uncommon Therapy,-The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, M.D., W.W.Norton & Company.
13. 本間博彰 (1998): 育児不安と母親のトラウマ、一乳幼児期の虐待と母親のトラウマとの関連およびその治療について－. 安田生命社会事業団研究助成論文集 34.
14. 本間博彰 (1999): 児童相談所における児童精神科医療の現状と課題. 精神医学.
15. 本間博彰 (2000): 乳幼児期の親子関係と児童虐待. 精神療法 25. 金剛出版.
16. 本間博彰 (2000): 早期介入で児童虐待を予防する. 保健婦雑誌 56.
17. Hopkins J. (1998): *Introduction to Attachment Theory* 乳幼児精神保健; アタッチメント臨床的応用、安田生命社会事業団主催外国講師招聘講座.
18. 生田 孝(1999): 家の継承を主題とする女性うつ病患者について、－奥三河地方における

考察－．日本社会精神医学．

19. Haley ,J (1973): Uncommon Therapy,-The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D., W.W.Norton & Company.
20. 加藤正子、今関節子 (1999) : M 市在住の幼児・学童をもつ両親における身体的虐待の傾向 ー日本語版「児童虐待」リスク調査票(CAPI)」試用の結果よりー。群馬保健学紀要 20.
21. Kotch J.B., Browne D.C. et al (1999): Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. Child Abuse and Neglect 23 .
22. Lieberman, A.(2000) : Modeling an Attitude of Protectiveness Bulletin of ZERO TO THREE, Volume 20.
23. Milner J.S. (1986): The manual of child abuse potential inventory; Manual (2nd ed.). Webster,
24. 丸山知子(1998) : 産褥期女性の心理・社会的リス保健所を把握するためのスクリーニング用質問紙の開発．心身医学．
25. 水越三佳(1999) : 母親のうつ病治療中に明らかになった児童虐待の外来治療例．精神医学．
26. 中谷陽二(1999) : うつ病者の破壊的行動、一子殺し再考ー．臨床精神医学．
27. 大阪児童虐待研究会 (1993): 大阪の乳幼児、一被虐待児の予防・早期発見・援助に関する調査報告ー虐待．
28. 吉田敬子(2000) : ライフイベントとしての子どもの誕生．精神科治療学．
29. ZERO TO THREE (1994): Diagnostic Classification: 0-3 : National Center for Infants, Toddlers, and Families.

**思春期精神保健を視座においた母子保健に関する研究
ワークショップ「深刻化する子どもの心の諸問題と対策を考える」**

分担研究者 本間博彰 （宮城県保健福祉部技術副参事兼中央児童相談所次長）

研究班メンバー

主任研究者	宮城県保健福祉部	技術副参事	本 間 博 彰
研究協力者	山梨県精神保健福祉センター	所 長	近 藤 直 司
	二本松会上山病院	副 院 長	五十嵐 善 雄
	北海道立緑が丘病院	医 長	田 中 康 雄

研究要旨

乳幼児期の育児や親子関係をめぐる問題、例えば、虐待や育児不安という問題は、諸家が指摘しているように、子どもの成長発達に様々な影響を与える。思春期の子どもの諸問題を理解するために乳幼児期の育児や親子関係のあり方と関連させて検討することが不可欠であり、このため、こうした問題に対処するための母子保健のあり方、特に予防的対策の中心的な活動となる母子保健のあり方を検討した。乳幼児期は人間の最も基本的なテーマに取り組む時期であるが故に、思春期のメンタルヘルスは乳幼児期の発達の中身に左右される。とりわけ思春期は第二の分離個体化期（心理的乳離れの時期）となり、乳幼児期に取り組まれる分離個体化期の内容がこの時期に繰り返されるものと考えられる。ひきこもりや ADHD（注意欠陥多動障害）そして外国人の母親を持つ子どものメンタルヘルスなどの問題に造詣の深い児童青年精神医学の専門家を講師にして、思春期の精神的問題を持つ子どもに対して今後どのように対応することが必要かという設定でワークショップを行い、予防的な母子保健のあり方を検討した。以下にワークショップの内容を記載する。

I. はじめに

宮城県副知事 坂 井 秀 司

今日は、深刻化する子供の心の諸問題と対策を考えるということで、中央児相の本間次長の紹介で、まさに現場で毎日子供の問題に向き合って、大変先進的な取り組みをさせていただいております3名の児童精神科の先生をお招きいたしまして、このワークショップを開催するということにいたしましたところでございます。

3名の先生方には、大変遠方よりおいでをいただきまして、誠にありがとうございます。

また、参加をされた皆様方は、大変ご苦勞さまでございます。長時間にわたるワークショップでございますけれども、最後までゆっくりお聞き届けをいただきたいと思っております。私もこのワークショップをやるに当たって若干相談にあずかった身として、趣旨説明等に若干の時間をいただきたいと思っております。

このワークショップの企画の直接のきっかけは、いわゆる 17 歳問題ということでございます。特に、5 月の連休中に連続して発生いたしました二つの事件がございました。ご案内のように西鉄バスのハイジャック事件、そして殺人を犯してみたかったという名古屋の事件というのがございました。その後、子供たちの異常とも言えるような事件が相次ぎまして、何か緊急に手を打つことは必要ではないかということで話し合っている中で、本間先生からこういう企画の提案があったものでございます。

ということで、この経過からいたしまして、このワークショップでは、そういった一線を超えて犯罪に至るところまで追い詰められてしまうようなたぐいの子供たち、引きこもりとか、行動障害とか、反抗性障害とか言われているような。あるいは、その原因となっている虐待というものを抱えているような子供たち、そういった心の問題を抱えた子供たちに焦点を当てているということになろうかと思っております。

平成 9 年の神戸の事件以来、少年犯罪の凶悪化というだけではなかなかカテゴライズできないような事件が相次いでおります。その原因や対策が、少年法のレベルから心の教育のレベルまで、いろいろなレベルで論じられておりますけれども、今や子供の問題というのは、いじめとか、引きこもりとか、不登校、学校崩壊に児童虐待と次々と戦線が拡大をしております。そのすべての課題を解決できる一つの方策というのは、恐らくないであろうと思っております。

そういう意味で、今日論じられるであろう精神医学の手法、あるいはそれに近い方法で解決できるというケースというのは、恐らく一握りのケースではないかと思っております。ただ、最近の子供たちの問題、精神構造といったものに同じような課題を抱えているということであれば、こうした取り組み、先生方のやっておられるような取り組みの中から子供たちの個別のケーススタディにとどまらずに、必ず多様なアプローチ、例えば幼児期の早期対応とか、あるいは子育て期の母親の支援とか、学校でのカウンセリングとか、警察の少年補導の問題とか、そういった取り組みの参考になるものは得られるのではないかと思いますし、そうした成果をこの問題にかかわる関係の皆様方に咀嚼をして活用していただくのが鍵ではないかというふうに思っております。

また、中央児相では、この 4 月からメンタルクリニックというのを始めておりまして、先生たちの大変な頑張りで大きな成果を上げつつあるわけですが、それはそれで大変素晴らしいことであります。

けれども、いつも本間先生には言っているのですが、問題行動児がだんだんふえてまいりますと、とても先生方が個別ケースにずっと寄り添っていくというわけにはいかないのではないかと、幼児期からの予防的な対応というのも一つ大きな可能性を秘めていると思いますけれども、問題児の個別のケースについては、児童精神科医のスクリーニングみたいなものを経て、そしてその知見を借りながら関係機関のチームによるケースワークみたいなものやっていると、なかなかパンクしてしまうのではないかと。そして、いろいろな立場の人が協力して取り組むようなシステムがあって初めて、より幅の広い対策がと

れるのではないかなというようにも思っております。

残念なことには、本県で、例のあの中央児相の一時保護所での問題というのがございました。この事件そのものは、今回のワークショップの企画に当たって直接のきっかけになったわけではありません。この事件は、性的虐待を受けた児童のような、一時保護所が設置された当時、そういう制度ができた当時とははるかに次元の異なった問題を抱えた子供たちというのがあらわれてきていて、それに組織として十分対応できていなかったという反省はありますけれども、この事件が発覚した際には、そういった個別の問題の対応に目を奪われて問題が矮小化されるというようなことが、むしろ怖いというような印象がございました。

その点で、来年創設を予定しておりますこども総合センターにつきましても、同様に事件への対応みたいなことで近視眼的な対応をするということでは困ったものだと思っておりますけれども、幸いセンターのあり方につきましては、いろいろ健全育成から問題児への対応まで幅広く、大きな観点からの検討が今なされておるところであります。

ただ、趣旨、目的だけあってもなかなか組織は動かないのでありますので、センターがきちっと動くように、これから関係機関との連携等、いかに組み立てていくかというのがかぎであろうというふうに思っております。

それから、このワークショップの企画に当たって本間次長の方には、問題状況を出し合って嘆き合うというそういう会議は、今まで随分やられてきております。そうした会議は大分やってきましたから、このワークショップでは、ぜひとも、この問題に携わっている児童福祉とか、保健とか、教育とか、あるいは警察といった実際にその子供たちと向き合っている皆さん方が、あるいは家族の皆様方が次の行動を起こせるようなきっかけになるようなものにしてもらわなければ困る、一步でも前進できるものにしてほしいということをお願い申し上げます。その意味でお集まりの皆さんにも積極的に参加をしていただいて、今後につながるような建設的な議論というものを、ぜひお願いしたいと思っております。

いずれにせよ、子供たちの問題というのは、私たちの社会の将来を決める問題でありますし、その健全な育成というか、成長を支えていくのは我々の責務であるというふうに思っております。そうした取り組みに向かって前進するような、少しでも意義のあるようなワークショップになりますように、この企画に携わった者の一人としてお願いを申し上げます。よろしくお願いいたします。

II. ワークショップ

これからのワークショップは、深刻化する子どもたちの心の問題に対する当面の課題と中長期的な課題を、3人の方にそれぞれプレゼンテーションをしていただきます。それを受けて、私も加わりディスカッションをします。

後半は、皆様方と一緒に、これから私たちがどのように子供の問題にかかわっていくかということについて考えていくようなワークショップにしたいと考えております。

それでは、最初にお話をさせていただき近藤先生をご紹介します。

近藤先生は、今現在山梨県の精神保健福祉センターの所長をしております。彼は精神分析を専攻し、特にここ何年かはひきこもりの研究、臨床をしております。私は、近藤先生

と行為障害の子供のことを含めて、これから予防的にどんなふうに我々是对応していったらいいのかということは何回か話をしたことがありまして、とても将来に目を向けた取り組みをして、すばらしい精神保健福祉センターの所長だと思っております、今回来ていただくことにしました。それでは、近藤先生、お願いします。

プレゼンテーション（１） 「ひきこもりについて」

山梨県精神保健福祉センター所長 近藤直司

大変丁寧なご紹介をいただきましてありがとうございます。

山梨県の精神保健福祉センターに勤務しております近藤と申します。よろしくお願いいたします。本題に入ります前に、先ほど副知事の方からも、このワークショップに至るまでの経緯を伺いましたけれども、宮城県の皆様がこういった取り組みを始めておられるということ、大変すばらしいなと思って拝聴しておりました。こういった展開をどんどん進めておられる宮城県の皆様に敬意を表したいと思いますし、私たちも見習っていききたいというふうに考えております。（レジュメは巻末に掲載）

１．予防という概念

限られた時間ですので、余りたくさんお話しできませんけれども、私の最近の関心は予防に向いています。起こった問題にどう対応するか。例えば、もう 20 歳になって、25 歳になって引きこもっているという相談が上がって、その相談にどう対応していくかというのは非常に重要なんですけれども、もっと早く手が打てたのではないかなと思うことがしばしばあるものですから、予防ということに関心を持っております。予防というのは、ご承知だと思いますけれども、発生を防止する。何とかという蚊をやっつけると何とかという病気が起きなくなるというのが、一番予防らしい予防なんです、起こった問題をこじらせないと、なるべく早く見つけていい介入をしようとか、風邪だったものを肺炎にしないように早目に養生しようとか、そういった観点も含まれてまいります。この後、予防ですとか、早期介入支援という言葉を使いますが、幾つかそういった意味合いが含まれていることをご承知ください。

きのうは大分というお話もありましたけれども、きのうは、行為障害の予防的な早期介入のことをやっておりました。予防的なメンタルヘルス活動のことを検討していくときに、今一番検討材料にしやすいのが行為障害だと思っています。行為障害、日本でも大分深刻になってまいりましたけれども、特にアメリカ、カナダ、イギリスあたりでは学校で銃を乱射する子供がいたり、かなり深刻な問題として取り扱われていて、なおかつ精神科治療がなかなか難しいということも明らかになってきている。現在、研究のテーマというのは、予防、早期介入の方に移っているようでして、いろいろな実践が既に始まっております。

また、行為障害に至るプロセス、形成過程というモデルが幾つか出てきております。形成過程モデルがはっきりしていると、いつ、どう介入できるのかという可能性が探れるものですから、そういった意味でも行為障害が予防的な活動を検討する上でいいテーマではないかと思えます。

一方、きょうの私のテーマはひきこもりケースの方から見た予防なんですけれども、こっちはなかなかまだ頭が整理できません。と申しますのは、このひきこもりという現象、青年期に至っても人とかかわれないとか社会に出ていけないという現象ですが、背景が実にさまざまです。決して均質な問題ではありません。背景が実にいろいろありまして、その個別のケースを一つ一つ見ていかないと、サービスとしては非常に危なっかしいものになってしまうようなんですね。

それだけ多様性があるので、形成過程も幾つも幾つも、多分道筋があるんだろうと思うんですね。こういう形成過程のモデルで考えればひきこもりがかなり予防できるぞというほどシンプルなものではなさそうですし、ひきこもりの方から予防を考えるのは、ちょっとまだ、正直に申しまして自信がないんですけれども、できる範囲でお話しさせていただきたいと思います。

2. 社会的なひきこもり

お配りしました資料の2番目、社会的なひきこもりには精神医学的な多様性があると申しました。例えば、うちの子供が引きこもってしまってもう何年たつというご相談に、大体親御さんが見えるわけですが、ご相談に見えたケースのうち、10ケースのうちやはり精神分裂病という精神病を背景にしているケースが2割ぐらいはあるようです。この精神分裂病を背景にしているケースの援助方針というのは、とにかく薬物療法を中心にした精神科治療へ何とかうまくつないでいく。そこで薬物療法を中心にした治療を提供する、これ以外に選択肢がありません。その過程ではいろいろ、どうやって病院につながかなんていうこと、現場では困るわけですが、それにしてもご本人さんに病院に行ってもらって治療を受けてもらうという以外に選択肢がありませんので、方向性としてはきわめてシンプルです。

それから、こんなケースもありました。これは30代前半ぐらいの方でしたけれども、大学卒業間際からずっと閉居していたという方です。何かのはずみで、私が当時勤務をしていた外来にお見えになったんですね。初めて会いましたら、その方は典型的なうつ病でした。抗うつ剤といううつ病の薬を飲んでいただきましたら、1カ月もしないうちにすっかり回復しまして……。もうちょっと本当はいろいろな事情があるんでしょうけれども、ご本人はもうこれで大丈夫だとおっしゃって、実際に就職をして、あっという間に働いてしまった。ですので、ひきこもりという状態を示している方の中には、分裂病を背景にしている方、あるいはうつ病を背景にしている方、いろいろな人がおります。

特に、今、うつ病と分裂病をさきにお話ししたのは、こういった方たちは精神科治療、薬物治療が非常に有効だからですね。その辺を分けて考えていかないと、サービスが危なっかしいものになります。愛はなくても薬で治るものを、心の問題として、ああでもないこうでもないというのは、サービスとしては結局、余りうまくないですね。

それから、精神医学的な多様性ということをもう少しお話ししておこうと思いますが、10ケースのうちに3ケースぐらいあるのでしょうか。ここにも書きましたが、広汎性発達障害と言われるような問題を持った方がいらっしゃいます。余り細かいご説明は省きますが、広汎性発達障害の中で一番中心的なのは自閉症というやつですね。典型的な自閉症というのは、大体1歳ぐらいまでに、お母さんが「うちの子は何か変だ」といってお気づきにな

ります。あやしてもちっとも笑わないとか、顔をのぞきこんでも視線が合わないとか、正面から抱っこしてあげようとしても身をよじってしまうとかですね。それから、言葉の発達がおくれていたり、知的な発達もおくれていたり。乳幼児検診でも大体引っかかってきます。典型的な自閉症の方がそのままずっと学校生活を送って、青年期になってから引きこもるということは余りありません。

ただ、その周辺に知的障害を伴わない方がいらっしやったり、むしろ成績は非常によかったり、特に理数系が強い方がいます。理科と数学の成績は抜群であったりする。でも、仲間集団にはうまく入れなくて、ずっと小学校時代から変わり者で通っていたとか、そんな方が中学、高校、大学、あるいは就職してから適応ができずに破綻して、引きこもるという方もいらっしやいます。

なぜこういう方たちを分けて考えておかなければいけないかと申しますと、これはやはりある種のハンディキャップ、障害でございまして、それを全部解決して治そうというふうにはこちらは考えない、そういうスタンスになります。コミュニケーションの上での重大なハンディキャップを持っていらっしやる方を、人と関われ、外へ出ていけと余り無理しますと、思わぬ反応が起こったりすることがありまして、時には突発的な暴力行為に至ったり、衝動行為が出現したりということもありますので、やはりこういう方たちに対する対応も、少しまた違ったものになると思います。

こうした人たちは知的障害を伴っておりませんので療育手帳の対象者になりません。なかなかサービスが難しいのですか、中には精神障害者の方の作業所に通ったりする方もいらっしやいます。どっちにしても福祉的なサービスの方で中心になっていくのかなというふうにも思います。これもやはり問題の性質が違うし、サービスの仕方も違うし、目標も違ってくる。そういう一群の方たちです。

今、10 ケースのうち2 ケースが薬の治療第一選択になる人たち、やはり2～3 ケースが生来的なハンディキャップをもつ人たちであるとして説明しました。その残り、5～6 ケースくらいが、このところマスコミでも取り上げられているような、精神病でもない、障害をもっているわけでもないのに、引きこもってしまう方たちですね。こういう方たちの中にも、やはりいろいろな人がいて、家庭内暴力を繰り返している人も、ただひっそりと引きこもっている人など、いろいろです。「外へ出ようとする、強い恐怖心が湧きあがってきて、自分ではどうすることもできない」「以前は、外へ出る練習をしていたけれど、今はそれもできない」「こんなことは、誰も理解してくれない」といった状態が、10 年以上に及んでいる人もいます。一方そうかと思うと、三度のご飯には不自由なく、お小遣いもらって、何一つ不自由ないようにみえて、結構なご身分だなど思うような人もいますが、すでに「気のもちよう」ばかりではどうしようもない状態になっている人が多いと思います。

では、次に進みたいと思います。このひきこもりという状態像を示す人たちに、例えば19 歳になった方に、これから援助をどうやって始めるかということは大変重要なんですが、ここに行きつく前に何かできることがあるのかということを考えていきたいと思います。

3. ひきこもりの形成過程モデル

それ以前にできることというのを検討するときには、やはりひきこもりというのがどうやって形成されているのかというモデルが欲しいんですね。あとは、1 例1 例のケースの