

概念であることと同様に、広汎性発達障害とは「対人関係・社会性機能」の発達が正常群に比して遅延してくる子どもたち、という概念であるという。認知・知的機能の発達をY軸に、対人関係・社会性機能の発達をX軸にとり、その両軸にそって発達する子どもたちを二次元上に展開すると、精神遅滞、広汎性発達障害、健常児は境界のはっきりしない漠然とした群として図示されることを滝川は示し（図1参照）、そのような分布理解を推奨している。

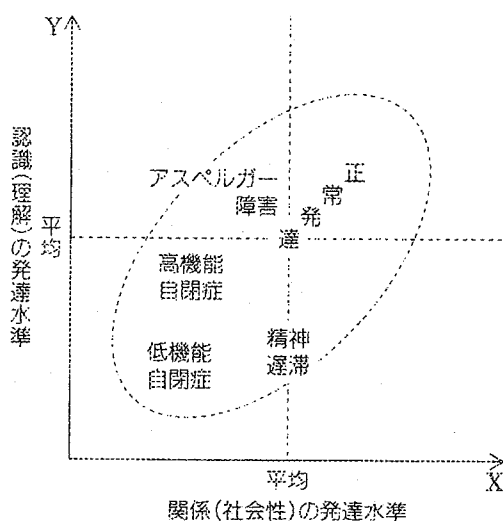


図3 正常発達と発達障害の連続性

さて、ここでいう「対人関係・社会性機能の発達」とは、幼児期早期においては、ボウルビィの提唱<sup>11)</sup>したところの「愛着(Attachment)の形成・発達」と言い換えることが出来る。広汎性発達障害がいわば「先天的・生物学的要素」によって、つまり子どもの側から愛着形成の遅延を呈している状態だと考えたとき、被虐待児というのはこれに対して、いわば「後天的・環境的要素」によって、つまり養育者の側から愛着形成の遅延

(或いは障害)を呈している状態だと考えることが出来る。つまり、広汎性発達障害と被虐待というのは、「愛着形成遅延」という概念に関して共有しているのであり、その成因において鏡の左右のような対称を成しているということであるだろう。臨床の現場で良く知られているように、広汎性発達障害と最も鑑別が問題となるのは、被虐待による反応性愛着障害とその類似群である。両者は一見して相似しており、しばしば容易に区別できないのである。

一般にその成因の違いから、広汎性発達障害と被虐待児は「まったく異なる病態」あるいは「正反対の病態」と考えられがちである。しかし、実際には彼らの呈する病態には類似性があり、即ちその対処についても、その類似性を意識においておくほうがよりうまくいくように考えられるのである。そのような観点から今回、平成13年度から平成16年度にかけての4年間に松心園病棟へ入院した、のべ122ケース(症例として94例)を対象群として研究を行った。

#### (1) 松心園入院病棟の全体像

松心園は大阪府の精神科基幹病院である府立精神医療センターの中で、思春期病棟と協力して児童・思春期の精神科治療を分担している。松心園は年齢的には主に就学前から小学生学童を対象としており、中学生・高校生を中心とする思春期病棟と住み分けている。また、第1種自閉症施設として指定を受けており、児童福祉法に基づく施設運用が為されてい

ることも特色であり、広汎性発達障害を中心とした知的発達障害の児の受診が多く、また児童相談所と連携して被虐待児の対応に当たることが多いことも特色となっている。

今回の研究では入院児平均年齢が9.2歳であった。小学生学童が中心で、就学前児童や精神遅滞のある中学生が入院することもある、という病棟の特色が現れている。性別比は約2.5対1で男児が多く、これは広汎性発達障害をはじめとする知的発達障害に男児が多いことをそのまま反映していると考えられる。虐待を受けている児の比率は74.5%と約4分の3を占めており、松心園病棟は実質、被虐待児の対応病棟として機能していることが良くわかる。診断分類割合については広汎性発達障害が半分強を占めていることが、第1種自閉症施設たる松心園の特色といえるであろう。

## (2) 3群比較に関する考察

対照群から「被虐待体験を伴わない広汎性発達障害」の群、「広汎性発達障害の診断のつかない被虐待児」の群、「被虐待体験を伴う広汎性発達障害」の群の3群を抽出した。正確には「被虐待体験がなく、広汎性発達障害の診断もつかない」という群を加えて検討したかったが、松心園にはそうした入院児は殆ど存在しない。

これらの3群について、8つの症状項目を挙げてその有病率の検討を行った。これらの8つの症状項目は、広汎性発達

障害の児と被虐待児に共通してみられると筆者が臨床的に感じるものを列挙した。

### ①「過覚醒と多動・興奮、衝動性の亢進」

AD/HDの児にみられるそれが、いわば「ナチュラル(彼ら本来のもの)」であるのに対し、自閉症児や被虐待児にとってのそれは「異常なハイテンション」なのであって、一見彼らは機嫌良く興奮に身を委ねているようにも見えるが、しかし実際にはそれは、焦燥感・切迫感を含んだ紙一重の状態なのであって、些細なきっかけでパニックや激しい喧嘩、泣きわめき等へ移行してしまうなど、不安定な状態である。杉山ら(2004)の研究<sup>IV</sup>によると、生来のAD/HDによるものと、こうしたAD/HD様の状態は、その際の意識、覚醒水準、感情などに着目することで判別が可能であるという。

被虐待児に於けるこうしたハイテンションの背後にあるのは「過覚醒」と呼ばれる状態であるとvan der kolk(2001)<sup>V</sup>は述べており、安全感の乏しい中で常に緊張を強いられていることが、このような状態をもたらしているのだと推察される。広汎性発達障害の児についても「安全感」が乏しいことは同様であろう。自閉症児の脳波や皮膚電気反応からは、安静時の交感神経亢進が報告されており、総じて「過覚醒」の状態にあると十一(2001)<sup>VI</sup>はまとめている。

過覚醒と多動に関する結果を見ると、PDD群と被虐待群では、その有症率が6割程度と類似しており、内容まで踏み

込んで評価すると、やや被虐待群の方が「過覚醒」に伴う症状が重く、合併群ではさらに著しく症状が重いことが示されている。

## ②睡眠覚醒リズム障害

いうまでもなく「過覚醒」の状態にいる子どもたちは、穏やかに入眠することが難しく、病棟での生活を維持するために入眠導入剤を必要とする子どもは多い。

広汎性発達障害児は入眠困難を呈するほかに、浅眠と中途覚醒、早朝覚醒といった睡眠覚醒リズム障害が多く認められる。おそらく知覚の過敏性が災いしているのであろう。

一方で被虐待児にも入眠困難が見られるが、彼らはむしろ入眠への不安と回避を見せることが多く、これは「入眠恐怖」とでも呼ぶべきであろうか。悪夢や夜驚、夜尿による中途覚醒、結果としての起床困難、といった睡眠覚醒リズム障害が多く見られるのである。

睡眠障害に関する結果を見ると、PDD群と被虐待群での有症率は7割強で殆ど同じであり、合併群の有症率はそれをやや上回っている。特に中途覚醒については、PDD群<被虐待群<合併群と有症率がはっきり上昇していることが注目される。

## ③摂食・排泄に関する障害

自閉症児の多くで排泄自立は遅れる。自閉症の子どもに多く見られる特定の感覚刺激への没頭行為は、自閉症の子ども

にとっての有害・不快な刺激を遮断してくれる効果があることが、多くの自閉症者の手記で証言されている。しかし同時にそれは、食欲や排泄感覚、痛みなどの必要な生理的感覚まで遮断してしまうことも証言されているのである。そのことは排泄自立の遅れにも大きな影響を与えているに違いない。また、自閉症には感覚の特異性と関連した強い偏食を示す例が多く、食欲に応じた摂食が困難であるための過食・一気喰いも伴いやすい。

一方、被虐待児では夜尿が一般的に認められ、生活場面でのお漏らしとしての遺尿・遺糞も多い。被虐待児に特有の過覚醒状態は、子どもにとっての不安や不快さを覆い隠すための躁的防衛としての側面があり、そのハイテンションさは解離的な生理感覚の分断をもたらしているに違いない。だから彼らは、本来生理的感覚の鈍さがあるわけではないだろうに、夢中で遊んでいるうちにお漏らししてしまうのである。偏食も多く、やはり食欲のコントロールの困難としての過食や盗食の問題も見られる。

摂食に関する障害の結果を見ると、PDD群では4割弱の有症率であるのに比べて被虐待群では3割弱とやや少なく、排泄に関する障害の結果では、PDD群では1割7分ほどの有症率であるのに対して、被虐待群では3割弱とやや多くなっている。合併群での有症率は、いずれについても最も高くなっていた。

## ④自傷や痒みといった皮膚症状

広汎性発達障害では幼児期早期から触覚的な過敏さや耽溺といった兆候が見られることが知られており、適応が悪くなるにつれて、強い（痛み感覚を伴う）自傷行動が見られることも少なくない。

一方、被虐待児では皮膚の痒みやムズムズ感を訴えることがよく見られ、掻きむしりからかさぶた剥がしのような自傷行動へ進展することも少なくない。海野ら（2005）<sup>VII</sup>によると、解離性障害の治療においてその回復に先立って痒み症状が現れ、その対処をおこなうことは治療促進的効果がみられたという。身体的虐待のある子どもでは、痛覚に対する鈍感さが目立つことも多い。また、他者に触れられることを極端に嫌ったり、接触感覚そのもの異常な過敏さに（入浴や洗浄の拒否という形をとることもある）悩まされる者も少なくない。

皮膚症状に関する結果を見ると、PDD群と被虐待群では有症率が7割程度と類似している。さらに内容まで踏み込んでみると、PDD群では自傷行動が多く、被虐待群では痒みの症状が多い。さらに合併群では自傷行動の比率が増し、接触拒否などのその他の皮膚症状が多く見られることがわかる。

#### ⑤注意や学習における障害

広汎性発達障害の児は知的に高機能であっても、注意集中にはムラがある（過剰ないしは散漫）ことが多く、また基本的に学校集団内では過覚醒であり、ハイテンションであるため、学習の取り組み

そのものに困難があるケースは少なくない。また、辻井ら（1999）<sup>VIII</sup>によると、こうした学習面での障害の現れ方については、いわゆるLDの子どもとの相違があり、PDDに特有の特色がみられるという。

一方、被虐待児は過覚醒状態が常態であり、AD／HD類似の徴候が見られる。物音や動きに過敏で、静的なものに集中・持続できない子どもが多く、不注意による怪我や事故もよく見られる。

ここでは各群から、生育史的に明瞭な精神遅滞群を排除したが、PDD群、合併群では精神遅滞を合併するものが55～60%を占めたのに対し、被虐待群では27%に過ぎなかったため、各群の母数に大きな差が出た。全般的に、PDD群での有症率が6割強なのに対して、被虐待群の方は8割5分と学習障害を呈しやすく、合併群では9割強とさらにその傾向が強いことが示されている。

#### ⑥侵入的記憶想起

杉山によれば<sup>IX</sup>、広汎性発達障害児の記憶は言語化・抽象化の度合いが低く、具象的・絵画的であり、状況依存性にフラッシュバックを起こしやすいとされる。不快記憶の自動再生によるパニックの頻発はタイムスリップ現象と呼ばれる。

一方でvan der kolk(1996)<sup>X</sup>によると、被虐待児のトラウマ記憶は、言語化・物語化されないまま意識から切り離されて保存され、しばしば状況依存性にフラッ

シュバックを起こす。夜驚や悪夢が見られることが多く、重篤例では解離性夢遊や解離性人格交代を来す。

対人関係発達の遅延や不良は、安全感の欠落そのものを招くのであろう。安全感の欠落はそのまま外界への不安、緊張を呼び覚まし、それが体験知覚の鮮鋭化を引き起こすのだと考えられる。こうした状況下でのインパクトの強い体験は、言語化・物語記憶処理が困難であり、それが結果としてこのような侵襲的記憶想起を引き起こすようになるのだろう。

ここでの結果を見ると、侵襲的記憶想起はPDD群でも被虐待群でも5割前後の有症率となっており、合併群の有症率は6割程度とそれを上回る。内容まで踏み込んでみると、明瞭な侵襲的記憶想起はPDDよりも被虐待児のほうに生じやすく、不明瞭ながら突然のパニックの様な形で生じるものについては、PDDで多く見られることがわかる。虐待のような慢性的なトラウマ体験では、災害や事故のような急性のトラウマ後に発生するPTSDと比較して、明確なフラッシュバックは生じにくいとされるが、それでも身体的虐待の記憶を中心に、4割の被虐待児に明瞭なフラッシュバックが見られていることが印象的である。

### ⑦強迫・嗜癡的傾向

強迫とは、不安に対処するための無意識的な防衛機性の発動と捉えることができ、病的なものに限らず広く人間一般の行動の中にも見出すことが出来るもので

ある。

広汎性発達障害の児は幼年期に、スイッチや標識といったものへの固執傾向を示すことがよく見られ、同じパターンの遊びを飽くことなく延々と繰り返し続けることも多い。知的に発達し、認知が向上するにつれて「こだわり」と呼ばれる確認強迫や強迫観念、強迫行為に進展するケースが多く、生活に於ける各種の手順や予定、道順といったものに執着しやすい。彼らにとって、世界を見慣れた状態に「同一性保持」しておくことは、安全感を確保するための欠かせない作業なのだろう。いわゆる強迫神経症者と異なり、多くはケースではこうした行動は自我親和的である。

一方、被虐待児においては、盗癖や火遊び、性的非行のような、逸脱行為の繰り返しが見られ、これらがむしろ反復強迫的・嗜癡的な色彩を帯びることが多い。対人関係の発達が阻害され、他者に依存することによって不安に対処できない安全感の乏しい子どもたちは、自らの万能感を保つために、魔術的ファンタジーを頻用して安心感を保全しようとする傾向が強まるのではないだろうか。また、被虐待体験があるケースでは、トラウマの再演としての強迫的行動傾向も観点として重要ではないかと考えられる。

強迫的・嗜癡的傾向の結果では、PDDでは強迫行動としての表出が多く見られ、被虐待児では反復強迫・嗜癡的な行動パターンが中心に見られるという、傾

向の相違が明らかである。強迫観念的なものの割合は3群で有症率の差があまりない。全体として強迫的傾向の定義を幅広くとったこともあるが、こうした傾向は入院児の7割～9割に見られることがわかり、どの群でも相当に高い有症率となっている。

### ⑧解離的傾向

解離もまた、強迫と同様に、不安や耐え難い不快な状況に対処するための無意識的な防衛機性の発動と捉えることができ、病的なものに限らず、広く人間一般の行動の中にまでそのバリエーションを見出すことができるように思われる。

広汎性発達障害者の手記を読むと、彼らが幼児期、実は強い意識の変容状態のなかに漂っており、痛みや空腹のような不快に感じられる刺激を遮断して逃れている様子が記されている。自閉症者であり、同時に母親から厳しい虐待を受けていたドナ・ウィリアムスが、空中に漂う塵に光が当たる様子に視覚的に没頭することで、母親に叩かれた痛みや、食事をしないことの苦痛から見事に逃れている様子を記している<sup>XI</sup>のは、その一つの典型でもある。

被虐待児においては、特に日常的に暴力による虐待を受けている児が、痛み感覚に鈍感であることは、良く知られていることである。彼らの多くにヒステリー性の健忘や朦朧状態が見られ、特に性的虐待の例では人格交代のような激しい解離が見られることも少なくない。

解離的傾向に関する結果では、PDDでは「意識変容による知覚遮断」が中心となるのに対し、被虐待児では「解離性健忘や失神、解離性人格交代」といった種類の症状を引き起こしやすいことが示されており、やはり現れ方に相違があることがわかる。全体としてはPDD群・合併群で8割強の有症率であるのに比較して、被虐待群では7割程度とやや差がある。

解離については男女で有症率に差があることも知られている。女性ではいわゆる解離性の健忘や失神、人格交代が多いとされているが、今回松心園の被虐待児の群で男女別に解離症状の有無を検討してみると、男女差は殆ど認められなかった。

以上をまとめる。

「過覚醒」；PDD群＝被虐待群＜合併群

「睡眠障害」；PDD群＝被虐待群＜合併群

「摂食排泄」；PDD群＝被虐待群＜合併群

「皮膚症状」；PDD群＝被虐待群＞合併群

「学習障害」；PDD群＜被虐待群＜合併群

「侵入記憶」；PDD群＝被虐待群＜合併群

「強迫傾向」；被虐待群＜PDD群＝合併群

「解離傾向」；被虐待群＜PDD群＝合併群

## 併群

### (3) 症例治療に関する考察

松心園の病棟への入院児は、殆どが自宅や他の施設で対処不能な行動化を有しているため、とりあえずはその行動の沈静化が入院当初の目標となる。松心園の病棟での治療方針は、PDD児、被虐待児、その合併児のどのタイプであっても、大体次のように一定している。

#### 1. 行動逸脱への対決と安全確保

適応の不良となったPDD児も被虐待児も「慢性的過覚醒」の状態にあることからAD/HD様の（しかし、ナチュラル・テンションとしてのAD/HD児のそれとはまた違った不安定な）多動・衝動性の亢進の状態が認められる。病棟は、先ず何よりもそのような激しいエネルギーに満ちた行動逸脱との対決を迫られる。子どもたちは、自分の行動がどこまで許容され、通用するのか破壊的に繰り返し試みてくるため、我々はその全てを一度は、完全に制圧することを余儀なくされる。

メラニー・クラインの理論<sup>XII</sup>によれば、安定した愛着形成が行えない場合、「良い」母親対象表象と「悪い」母親対象表象は統一されないまま、妄想的・分裂的ポジションに留まっており、抑うつポジションに達することができない。このような子どもの場合、精神的な安定を保つためには破壊的・応報的なこの心的世界の中で「勝ち続ける」しか方法がない。安全に「うつ」に陥り、やさしさに満ち

た母親対象表象に寄りかかりながら無力感に浸る（まったりする、ゆったりする）というような「癒し」を受けることはできない。常に母親をスプリッティングしつつ、「良い母親」には素早く接近して際限なくものをねだり、母親が怒り始めて「悪い母親」に変じると、今度は悪態をつきつつ攻撃して距離を取る、といったことを彼らは繰り返すのである。このような状態のこどもの場合、万能感はむしろ戦いに「勝ち続ける」ための攻撃的エネルギーである「羨望」から不適切なエネルギー供給を受けており、このために「万能感の病的な肥大」が起こるとされる。これがクラインによってイメージ化された「愛着形成できない子どもの心的世界」である。

愛着形成の不全の原因が子どもの側のユニットにある（PDD）にせよ、親の側のユニットにある（虐待）にせよ、我々は先ず、こうした子どもたちの行動逸脱を引き起こしている「病的に肥大した万能感」と全面对決するより他無いのである。多くの場合、それは個室での閉扉と全身の抑制という形、それに薬物による鎮静という形をとる。

#### 2. 無力感の出現と退行、抱きかかえ

抑制や薬物によって躁的な爽快感を伴う過覚醒の状態から引きはがされ、行動逸脱によって大人たちに万能感の優位を示せなくなったとき、子どもたちは恐慌に陥り、泣き叫ぶ。そして、多くの場合急激な退行が起こるのである。

だから、我々は「やれやれ、やっと静かになった」「これでちょっとは懲りるだろ

う」などと呟きながら、子どもに適切な「罰」を与えたつもりで、わらわらとベッドを離れて詰め所に戻ってしまっただけではないのである。我々が彼らを病的な万能感から引きはがして無力感に晒したのは「思い知らせる」ためでは決してない。その無力感に満たされた子どもを、しっかりと抱きかかえるためである。

万能感の無力化に成功し、強い不安の中で解離と退行が起こっているこの状態は、新たな抱きかかえ（ホールディング；この場合は D. ウィニコットの定義<sup>XIII</sup>するところの意味。）が行えるまたとないチャンスなのである。抑制した状態のままではよいので、身体接触を持って（手を握って）側について声をかけてやる。もうろうとしてやり取りのない状態であっても構わない。むしろ新生児を扱うように、そこでやり取りを持ってやる必要がある。しばらく待つうちに解離状態が融けてきて、少し甘えと退行が残っている状態で、いつもからは考えられないリアルな調子で不安や不快さを訴えたり、過去の思いがけない記憶を語ったり、ということが顕れてくることは多い。怯えたり逃げたりしてはならない。介入する必要はないし、解釈も必要ないので、ただ全部受け止めて聞いてやれば良いのである。

このような無力化と抱きかかえは、一回切りのドラマティックな展開で終わるわけではなく、もう少し不顕在な感じでだらだらと長く起こることもあるし、何度かのエピソードの中で繰り返して起こってくるのが普通である。子どもの側にも実感として「甘えられた」という満足感が残ることが多く、スタッフの側に

も「初めて本当のこの子と向かい合えた」という満足感が醸し出されてくることが多い。

### 3. 個別の対人関係の促進と適応的万能感の再育成

どの程度で、という指標はなく、子どもとスタッフの「満足感」を指標にするしかないのだが、無力感の中でのホールディングが何度か積み重なってくると、今度は少しずつ規制を解除する方向に向かう。不思議なことにうまくホールディングできている場合には、制限の解除を子どもは喜ぶよりも、むしろ不安がることが多いものである。

有能感は、子どもの一般的な生活の中の当たり前のことから積み上げていくしかないわけだが、こうしたことを促進するために、わかりやすく賞を設定した行動療法を組んでやると良い。病棟でのちょっとしたお手伝い、小さな生活自立度の低い自閉症児のちょっとしたお世話、きちんとした生活自律課題（歯磨き、着替え、手洗いなどなど）等で充分だと思われる。シールを貼ってわかりやすく目標設定し、賞を与える。賞は即物的なものではなく、なにか「してあげること」「かかわってもらふこと」が良い。お散歩や虫取りに連れて行ってもらう、ゲームしてもらう、そんなようなことである。もちろん、賞は子どもの興味の有り様によって設定するしかないわけで、その子どもが喜ぶのであれば「そんなことが？」ということでも一向に構わないのである。筆者は「肩車してあげる」ことを賞に設定するようせがまれ、実際もの凄くそれ



を励みにして頑張り、喜んでもらった経験がある。

考えてみれば、こうした賞を用いる行動療法は、TEACCHプログラムの中で自閉症の子どもの世界を構造化し、適応的な行動を伸ばしていくときの基本でもある。自閉症児にとっての「構造化」とは、何よりも「わかりやすく」で「安心できる」世界の構築を意味しているのであり、そうして安全感が確保されれば、はじめて一対一の個別の関わりが子どもの前に立ち上がってきて、その関係の中で「賞を用いる行動療法」が展開できるようになるのである。そして、松心園の病棟はこうしたことに実に習熟しており、被虐待児に違和感なく実施できるのである。

#### 4. 病棟外への適応の拡大

このようなことが促進してきたら、教育機関（院内分教室）などに生活範囲を拡大し、できれば有能感の課題もそちらへ移行してゆく。そこまでくれば、退院や別の施設への移行を視野に入れた外部との折衝や話し合いを開始しても大丈夫である。

#### V. まとめ

平成13年度から平成16年にかけて松心園病棟へ入院した、のべ122ケース（症例として94例）について、「被虐待のない広汎性発達障害(PDD群)」「広汎性発達障害ではない被虐待児(被虐待群)」「虐待体験を持つ広汎性発達障害児(合併群)」の3群を抽出し、これらの3

群について、「①過覚醒と多動・興奮、衝動性の亢進」「②睡眠覚醒リズム障害」「③摂食・排泄に関する障害」「④自傷や痒みといった皮膚症状」「⑤注意や学習における障害」「⑥侵入的記憶想起」「⑦強迫・嗜癖的傾向」「⑧解離的傾向」の8項目について、それぞれの有症率を比較検討し、その類似性を調査した。

結果的に広汎性発達障害と被虐待児は、症候的に類似性があり、しかしまた一方で、それぞれに特徴的な症状的あらわれの傾向を持っていることを示した。

また、3群それぞれから一例ずつの症例報告を行い、その入院治療の基本構造が変わらないことについても触れた。その際、安定した愛着形成ができない子どもたちの心的理解のあり方の一例として、メラニー・クラインの理論に準拠した理解のあり方を例示した。

## VI. 参考文献

<sup>I</sup> 杉山登志郎「自閉症に見られる特異な記憶想起現象—自閉症の time slip 現象」精神神経学雑誌 96 巻、281～297(1994)

<sup>II</sup> 滝川一廣「精神発達とは何か」,そだちの科学第 1 号、日本評論社 p.2～9(2003)

<sup>III</sup> Attachment and loss volume1: Attachment. London: Hogarth Press. New York: Basic Books. Harmondsworth :Penguin Books(1969)

<sup>IV</sup> 杉山登志郎、遠藤太郎「子ども虐待と注意欠陥多動性障害に関する臨床的検討」、平成 16 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究報告書、p117～126

<sup>V</sup> van der kolk BA 他; 記憶する身体外傷後ストレス障害への精神生物学的アプローチ/P T S D およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて、誠信書房, pp243-277(2001)

<sup>VI</sup> 十一元三「発達障害と脳」、こころの科学第 100 号、日本評論社 p78～87(2001)

<sup>VII</sup> 海野千畝子ほか「被虐待児童に於ける自傷・怪我・かゆみについての臨床的検討」; 小児の精神と神経 45(3):261-271(2005)

<sup>VIII</sup> 辻井正次ほか「学習障害と高機能広汎性発達障害との臨床的比較」; 発達障害研究 ,21(2),152-156(1999)

<sup>IX</sup> 杉山登志郎「発達障害の豊かな世界」; 日本評論社 p 15～38(2000)

<sup>X</sup> van der Kolk, B.van der Hart,O.& Marmar,C.R.,op.cit.,” Traumatic

Stress-The Effects of Overwhelming Experience on Mind,Body,and Society” ,NewYork,The Guildford press,1966,p.307.

<sup>XI</sup> Williams,D.(1992); Nobody nowhere. Times Books,New York.

<sup>XII</sup> Klein,M.,「犯罪行為について(1934)」メラニー・クライン著作集 3、誠信書房

<sup>XIII</sup>北山修、「ウィニコットの holding についての覚書(1985)」日本精神分析協会誌