

(指定の取消し)

第十八条 都道府県知事は、発達障害者支援センターが第十六条第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは同項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、若しくは質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした場合において、その業務の状況の把握に著しい支障が生じたとき、又は発達障害者支援センターが前条の規定による命令に違反したときは、その指定を取り消すことができる。

(専門的な医療機関の確保等)

第十九条 都道府県は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認める病院又は診療所を確保しなければならない。

2 国及び地方公共団体は、前項の医療機関の相互協力を推進するとともに、同項の医療機関に対し、発達障害者の発達支援等に関する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

第四章 補則

(民間団体への支援)

第二十条 国及び地方公共団体は、発達障害者を支援するために行う民間団体の活動の活性化を図るよう配慮するものとする。

(国民に対する普及及び啓発)

第二十一条 国及び地方公共団体は、発達障害に関する国民の理解を深めるため、必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(医療又は保健の業務に従事する者に対する知識の普及及び啓発)

第二十二条 国及び地方公共団体は、医療又は保健の業務に従事する者に対し、発達障害の発見のため必要な知識の普及及び啓発に努めなければならない。

(専門的知識を有する人材の確保等)

第二十三条 国及び地方公共団体は、発達障害者に対する支援を適切に行うことができるよう、医療、保健、福祉、教育等に関する業務に従事する職員について、発達障害に関する専門的知識を有する人材を確保するよう努めるとともに、発達障害に対する理解を深め、及び専門性を高めるため研修等必要な措置を講じるものとする。

(調査研究)

第二十四条 国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとする。

(大都市等の特例)

第二十五条 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市(以下「指定都市」という。)においては、政令で定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

附則

(施行期日)

1 この法律は、平成十七年四月一日から施行する。

(見直し)

2 政府は、この法律の施行後三年を経過した場合において、この法律の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な見直しを行うものとする。

〈教育講演〉

齊藤 万比古*

児童精神科における入院治療**

児童青年精神医学とその近接領域 46(3); 231—240 (2005)

I. はじめに

平成11年厚労省患者調査によれば、精神および行動の障害の患者数はおよそ1,818,000人、うち男性800,000人、女性1,018,000人であったが、その中の20歳未満の患者は64,000人であり、さらにそのうち15歳未満のものは36,000人であった。また、「平成14年精神保健福祉の手引き」によれば、全国精神科医療機関における2001年6月現在の在院患者総数は332,714名であり、そのうち20歳未満の患者数は2359名であった。

現在わが国で15歳までの子どもを中心に入院治療を担っている児童精神科専用病棟を持つ病院の大半は、全国児童青年精神科医療施設協議会（以前より「全児研」と呼ばれてきた）に加盟する正会員施設13カ所とオブザーバー施設9カ所を合わせた22の国公立病院である（2001年当時）。この全児研施設のうち正会員施設13カ所では、2001年1年間の新入院患児数は計1243人であった。その主な疾患は「統合失調症」、強迫性障害などの「神経症性疾患」、広汎性発達障害を中心とする「心理的発達の障害」、多動性障害など多彩な疾患が含まれる「小児期・青年期の行動・情緒の障害」の4疾患群であり、ついで摂食障害を中心とする「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」であった。

次に、筆者の臨床の場である国立精神・神経センター国府台病院児童精神科の新患統計（図1）を見ると、7、8年前と比べ新患数の近年

の増加は目を見張るものがある。もちろんこれは児童精神科診療機能を持つ医療機関の一般的な動向と思われるが、この時間的変動の経過を見ていると興味深い傾向が見えてくる。まず各種の神経症性疾患や摂食障害からなる「神経症・人格障害水準の疾患」は図1で示したようにこの10年来ごくわずかな増加しか示していない。同じく統合失調症などの「精神病性疾患」でも毎年の新規受診者数には大きな変化は見られない。この6年間ほどの新患数急増を支えているのは、図1のとおり精神遅滞、広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害（ADHD）などの「発達障害」であり、特に広汎性発達障害とADHDが目覚ましい増加を示している。しかも、この広汎性発達障害のうち実際に急増しているのは典型的な自閉性障害ではなく、アスペルガー障害を含む広汎性発達障害の軽症高機能群であり、ADHDとともに児童精神科受診が急速に増加している疾患が、もっぱらこれら軽度発達障害であることがわかる。また、2003年初診の771名における年齢および性差は図2で示すような結果となった。年齢分布は以前から指摘されているように幼児期と思春期の二つの年代に山がある二峰性の分布がある程度見られるが、2003年では学童期の谷が浅くなり、幼児期との差が少なくなっている。また、12歳までの低年齢群は男子が圧倒的に多いのに対して、13歳以降はむしろ女子の受診数が男子を追い越していくという年齢による性差も注目すべき特長である。このような年代による性分布の逆転が生じる理由は、低年齢では男子の罹患率が圧倒的に多い発達障害が受診の中心になり、思春期では

*国立精神・神経センター精神保健研究所

**2004年11月3日、名古屋国際会議場において開催された第45回日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

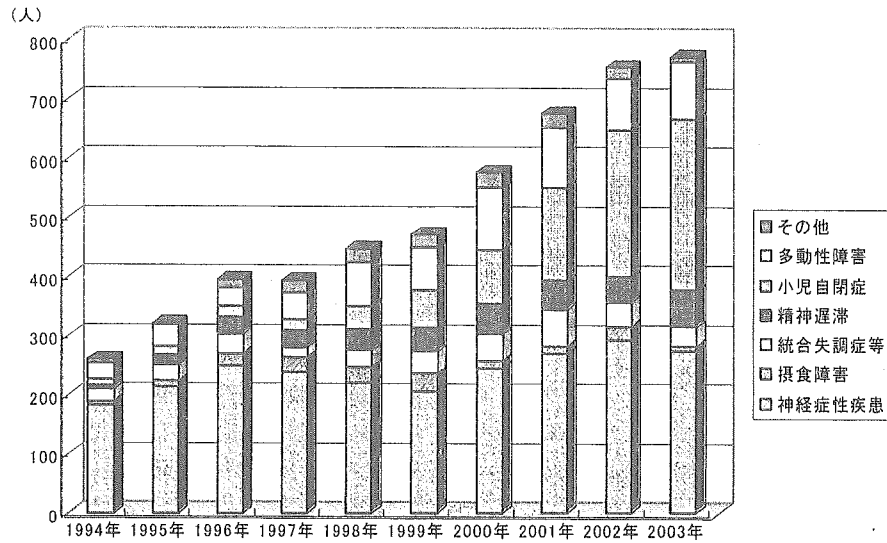


図1 国府台病院児童精神科新患統計 (1994~2003年)

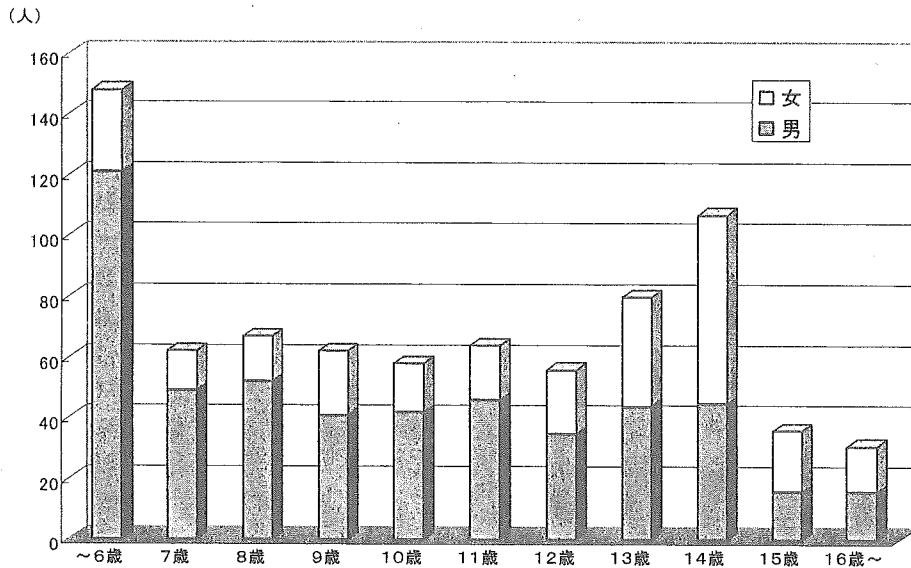


図2 国府台病院児童精神科2003年初診者の年齢と性の分布

発達障害の受診は減り、男女差はない、もしくは女子にやや多いとされる神経症性・人格障害性疾患の受診が中心になるからと思われる。

次に、図3は国府台病院児童精神科の年間新入院統計であるが、外来新患統計と異なり、摂食障害と強迫性障害を中心とする神経症性・人格障害性の疾患群が約半数、残った半数を精神病性疾患と発達障害が二分しているという疾患

比率であった。また、2003年の新入院児61名の年齢分布は、図4で示したように14歳を頂点とする単峰性の分布となっている。また性分布を見ると、女子が38人で全体の62%を占めている。

II. 児童精神科入院治療の適応

筆者は児童精神科の入院治療について、その適応を以下のような4項目にまとめてとらえて

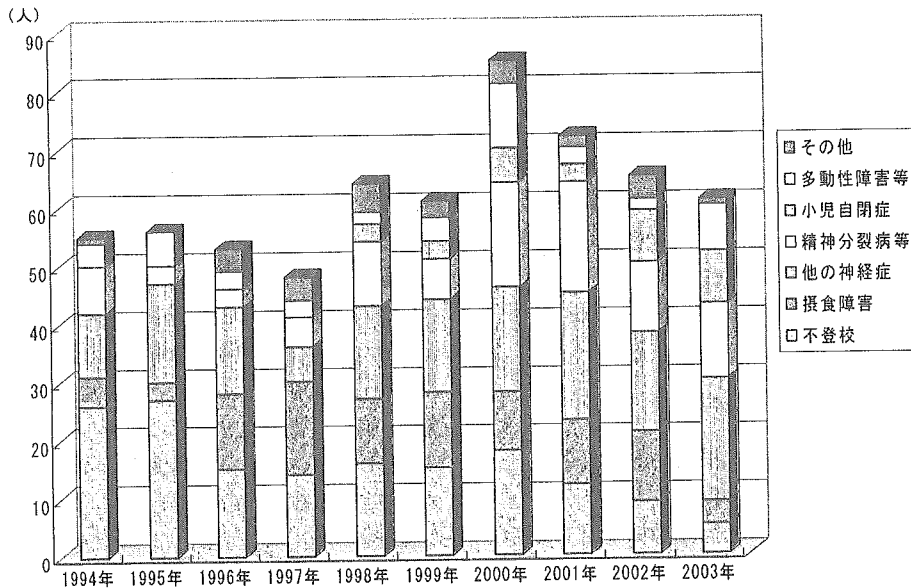


図3 国府台病院児童精神科病棟新入院統計 (1994～2003年)

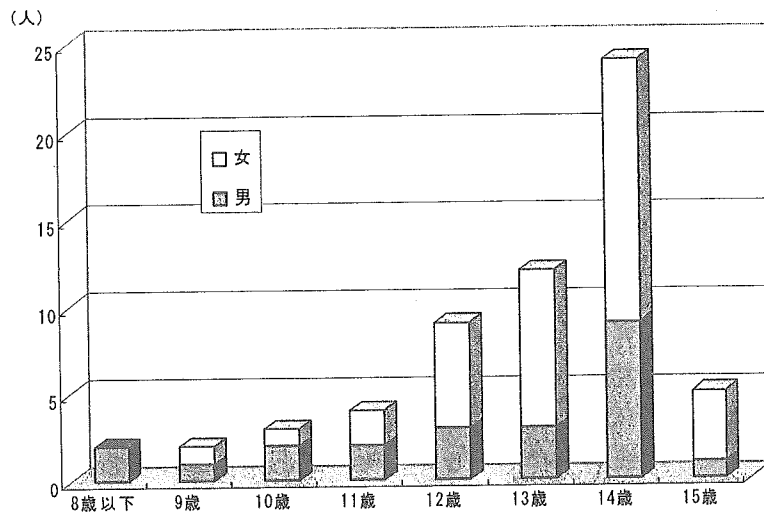


図4 国府台病院児童精神科病棟2003年新入院者の年齢と性の分布

いる。第一の入院適応は、急性症状の深刻化への危機介入が必要な場合である。これは希死念慮や自殺行動の深刻化、その結果として自殺の切迫性が生じている状態、家庭内暴力の暴力性が家族が耐えがたいほど深刻化したり、家庭内暴力による家庭生活の破綻状況が長期にわたって続く場合、強迫症状による制縛状態や家族の巻き込みの深刻化が進んだ場合などである。第

二の入院適応は、非社会的症状の長期化への介入が必要な場合である。これは主として不登校状態やひきこもり状態の遷延化が進んだ場合や、義務教育期間の残り時間がわずかになってくるなどの理由で、今後の治療・支援の困難性が際立って高くなると予測できる場合などである。第三の入院適応は家庭の保護・支持機能に重大な問題がある場合である。身体的虐待、心

理的虐待、性的虐待やネグレクトが行われている家族の中で精神疾患に追い込まれた子どもを入院させる場合がその典型である。これには児童相談所との連携の下で、医療として必要な援助を医療機関が担うことになる。そして第四の入院適応は、外来では診断確定・治療方針決定が難しい場合である。これはやや副次的な水準の適応であり、他の3適応のどれかと重なり合うことで入院の必要性を医師が感じるという場合が多い。

Ⅲ. 入院治療の構造

治療構造は、入院治療に導入された子どもを守り彼らの成長を保障する保護的な場を意味するとともに、同時にそれは治療環境を守る枠組みを意味し、そして治療の推進力そのものでもある。すなわち、治療構造とは入院治療を成立せしめる主要因に他ならない。筆者は入院治療の構造をひとまず以下のような諸要因の集合体としてとらえておきたいと思う。これらはけっして、そのうちの一種類の要因だけで治療を形成し推進するというものではなく、互いに影響を与えあいながら、総体として子どもの抱えた症状形成をはじめとする悪循環を改善させ、子どもを育み、家族との関係性を修正する力となるのではないだろうか。

(1) 病棟の物理的・社会的構造

児童精神科入院治療の治療構造の第一に挙げたのは『病棟の物理的・社会的構造』である。病棟の物理的構造とは建物や設備の特徴のことであり、その第一は「その病棟は精神病床かあるいは一般病床か」という点である。この違いは生活の枠組みや入院仲間の特性など多くの違いを生み、入院治療の内容を決定する重要な要因となる。物理的構造の第二は「その病棟は精神科開放病棟かそれとも閉鎖病棟か」という問題である。入院する子どもの病態の違いや、入院経路の違い、あるいは入院生活の枠組みの広さとその硬軟といったいくつかの点で両者には無視できない相違がある。そして物理的構造の

第三は「児童精神科の専用病棟かそれとも精神科成人部門を含む他の診療科との混合病棟か」という問題である。これは精神科の開放病棟か否かという構造の違いよりも大きな影響を、入院児の病態や疾病構造、あるいは入院生活の内容に及ぼすことになるであろう。

次に病棟の社会的構造であるが、これにはさまざまな切り口があると思われる。そこでここでは基本的な法律との関係と考えておきたい。例えば、児童精神科の入院治療においても、そこが精神病床である以上、精神保健福祉法の規定する治療手続きや枠組みはすべて遵守しなければならない。個室や保護室の施設や身体抑制が患児の保護を目的に行われることは児童精神科医療においてもけっして稀ではないが、こうした患児の人権の一時的な制限はあくまで精神保健福祉法の規定と手順にしたがって行うべきであり、「子どものため」という感情論や道徳論のみでそれに代わりうると考えるのは危険であるといえよう。また、児童福祉法に基づく子どもの保護のための処遇に可能な限り協力する必要があると同時に、児童福祉法に基づく子どもの保護を医療側から児童相談所に求めることもしばしば生じる事態である。もちろん虐待防止法の規定するように、虐待を察知したら医療機関は児童相談所に通告する義務を負っており、児童相談所と共同で被虐待児の保護と治療に取り組むことが求められている。これらの法律によって児童精神科病棟は地域社会とつながり、社会に規定されていると考えることができるのである。

(2) 治療技法

いうまでもなく治療技法とは治療を規定する最も中心的な要因であることに間違いはないが、筆者は児童精神科の入院治療がけっして治療技法だけで成立するものではないことを強調したい。治療技法は子どもを症状改善に向わせしめる機能を持っているが、子どもの心の発達に寄与するには治療技法単独では十分な能力を発揮することはできない。治療技法を含んだす

すべての治療構造が有効に組み合わせられたとき、初めて子どもの心を育む環境とその能力は発揮されることになるのではないだろうか。

筆者の所属する国府台病院児童精神科病棟での入院治療で実際に行われている治療技法は以下のように多岐にわたり、実際にはこれらを複数組み合わせた形で実施されている。

1. 個人精神療法(認知行動療法, 遊戯療法, 力動的療法など)
2. 集団療法(男女別の思春期グループ, 病棟ミーティング, SST など)
3. 身体的治療(薬物療法, 強制的栄養補給など)
4. 家族への介入(親ガイダンス, 病棟家族会, 心理教育, 家族療法など)
5. 環境療法(擬似家族の関係性, 規律ある生活, 隔離・身体抑制など)
6. 治療教育(病院内学級における教育活動, 原籍校との連携など)
7. 社会体験(夏季キャンプなどの病棟行事, 学校行事など)

こうして治療技法を並べていると、筆者は次のような思いが沸きあがるのを禁じ得ない。すなわち、「結局のところ児童精神科医療における入院治療とは、治療者側が持てるもののすべてを投入して、子どもの心の保護、回復、そして発達に寄与しようとする心意気と覚悟に拠るところが大きな、精神医学的医療技術の特異的領域である」と。

(3) 治療スタッフ

治療スタッフは治療構造の中で以下のような機能を持つことで治療の主要因の一つとなる。第一に、多職種の大人が治療環境に参加し、社会的に安全かつ堅固な保護的シェルターを子どもに提供するとともに、子どもの行動の安全性を確保する枠組みの穏やかで柔軟な、しかし断固とした執行者たらねばならない。第二に治療スタッフは、各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両価性の矢面に立たねばならない。すなわち拒みながら求める、怒りながら

甘える、あるいは依存しながら憎むといった子どもの両価的な心性を、嫌わず、憎まず、たじろがずといったセンスで受けて立つということである。この「受けて立つ」ということは、けっして子どもをねじ伏せることではなく、子どもと共にその状況を生き延びるということの意味している。第三に思春期年代では、健康度の高い子どもにも転移の分裂が生じやすく、治療スタッフを『よい人』と『悪い人』に分裂させてコントロールしようとする。治療スタッフはこれに耐えて、常にチームの統合性を保持しなければならない。そのためには複数の職種スタッフが集まった大小の規模の事例検討を繰り返し行っていく必要がある。第四に、治療スタッフとは子どもの心の発達過程における過渡的・中間の対象として、子どもの日々の活動への良き参加者、彼らの苦悩の柔軟な受容器、そして彼らの成長の感性豊かな伴走者たらんとする者でなければならない。そして第五に治療チームは、子どもが大人との関係を通じて取り入れていくことのできる自我機能の素材を提供し続ける存在でなければならない。

(4) 仲間集団

仲間集団は入院治療における重要な推進要因であると共に時に重大な妨害要因ともなりうる大切な治療構造の一つである。仲間集団は、入院したばかりの子どもに、精神疾患発症前後の学校における葛藤を再現させ、入院治療の最初のハードルとなる。やがて、同性仲間集団との再会は、男子に gang への退行を、女子に二人組みへの執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。この gang の集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、chum 的な親友の獲得、peer 的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に援けられて子どもの自我は成熟していく。しかし、自然発生的な仲間集団にはイジメを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面を必ず持っているものである。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大

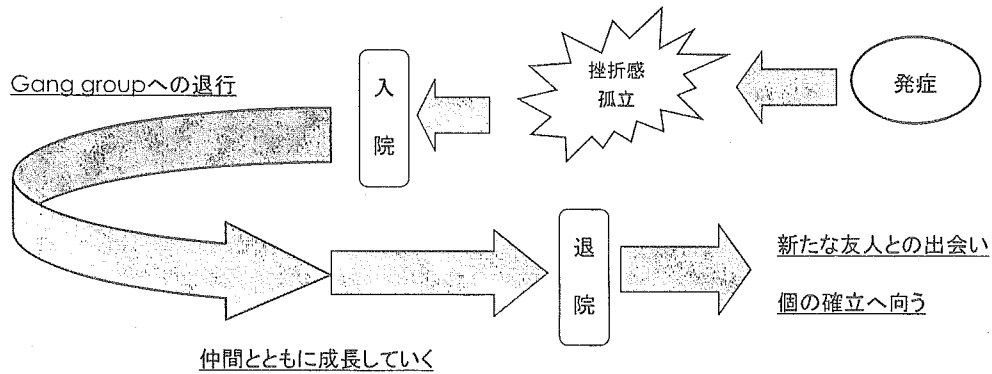


図5 入院治療における仲間体験の展開

人（すなわち治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなりうる。入院前の子どもは孤立感を強く持ち仲間関係から遠く離れた位置に存在することになっていた場合が多い。そのような子どもが入院によって仲間集団と出会い、やがて gang group の活動に合流する退行が生じる。入院治療の進行の中で子どもの自我は仲間集団と共に発達し、ついには年齢相応の仲間体験が可能な自我機能を獲得して、本来の世界へと退院していくという経過は入院治療の成果のひとつといえる（図5）。

（5）病棟規則

病棟規則をはじめとするさまざまな取り決めは、入院児の安全と、治療側の恒常性を確保する上で必須である。しかしながら、規則は子どもの行動を統制しようとする機能を持っているため、必然的に子ども、特に思春期年代の子どもの主体性を奪われる恐れを刺激し、反抗の対象となるのである。子どもの、あるいは子ども集団の挑戦と反撥に対して、治療スタッフは受容と制限のバランスとタイミングのよい処方をおこなうことで、枠組みは治療のための力強いアイテムとなる。この「受容と制限のバランスよい処方」は、子ども—スタッフ間の関係性の観点からいえば、「子どもたちに押され押されて押し返す、押され押されて押し返す」という反復

作業」を希望を失わずに引き受けることのできる、辛抱強く柔軟なスタッフの感覚によってはじめて実現しうるものであるといえよう。一方、注意欠陥／多動性障害（ADHD）や高機能広汎性発達障害など発達障害の子どもには、以上のような神経症水準の子どもの入院治療における枠組みをめぐる治療スタッフの柔軟な姿勢とは異なる姿勢が必要となる。すなわち規則などの枠組みは何を行うべきか、何を行ってはならないかを明確に示す安全な行動指針という明確な機能を発揮しなければならない。発達障害の子どものためには、規則をはじめとする枠組みはできるだけ具体的な表現でなければならず、病棟内に明確に掲示され、例外は必要最小限にとどめ、変更は前もってわかりやすく予告するという姿勢が必要である。

IV. 入院治療の時間経過

入院治療は、当然ながら、時間軸に沿って展開していくものである。もちろん個々の子どもはすべて異なった展開を示すものであるが、それらをいくつかの典型的な経過に類型化して整理してみることは、治療的介入を調整し、組み立てを変化させるうえで役立つのではないだろうか。ここでは時間経過として『過剰適応型経過』『受動型経過』『衝動型経過』の三経過を示し、それぞれの導入期、作業期、終結期の特徴を簡単に解説しておきたい。

1) 過剰適応型経過

このタイプの『導入期』は過剰適応的な平気さの強調や強がりが目立つ時期であり、それはしばしば大人目からは生意気な印象やプレッシャーに強そうな印象を与えることになる。しかし、そのような生意気そうな印象もしっかり者らしさも、治療スタッフは背景に潜む繊細な傷つきやすさを心得て、そのまま受容しサポートしなければならない。そのような姿勢は、まぎれもなく虚勢を張った砂上の楼閣にすぎず、その背後には間違いなく傷つきやすいデリケートな心性が隠されている。これこそ、その子どもが現実生活で行き詰り挫折した過剰適応的姿勢の再現に他ならない。このタイプの子どもは、『作業期』に入ると仲間とともに活動性が亢進していき、大人への挑戦と反抗が開花する時期をむかえる。これは子ども自身の超自我不安への挑戦に他ならず、治療スタッフはこのような反抗を受け止め、胸を貸し、迫力を増す彼らの要求や挑戦に押され押されながら、いずれ押し返すためのタイミングを計りつつ子どもの横を伴走し続ける。子どもが押し返され制限されることに耐えられるタイミングに至ったと感じたら、治療スタッフは制限を実行する。こうした支持されつつ処方される制限との直面こそ、彼らを鍛え、超自我不安に圧倒されない自我機能を育てることが出来ると筆者は考えている。やがて『終結期』を迎えると、子どもは退院後の進路を考え始め、gang的な騒々しい団結よりも、将来を語りあい別れを惜しむしみりとした仲間やスタッフとの関係（仲間関係としてはchum、およびpeerの色を濃くし始めた関係性）が優勢になって行く。そして現実との直面の時をむかえ、入院生活への入れ込みは急速に脱充当されることになる。治療スタッフはこのように子どもの作業を暖かい視線で支え続け、静かに別れのときを迎える。

2) 受動型経過

受動型の経過における『導入期』は圧倒されることへの警戒心と、そのような環境の迫力に

圧倒された萎縮した姿勢が目立つ段階であり、この時期には治療スタッフはひたすら子どもを保護し、支え、ささやかなその活動性の表現を評価する姿勢が特徴的な段階である。やがて、いくぶんたりとも親離れが進行していくと『作業期』に入っていくことになる。この段階では受動型の子どもも、その多くが大人の保護下を出ようとする挑戦を、合流した仲間集団の勢いに後押しされながら、たとえささやかにでも見せてくれる段階である。そして、『終結期』に入り現実と直面することになった受動的な子どもは、再び無力感が高まる経験をすることになるが、かつて情緒的に追い詰められていった経過とは異なり、今度は親や治療スタッフ、そして仲間集団に支えられながら希望を持って通過していくことができる。

3) 衝動型経過

衝動型の子どもの『導入期』は、しばしばその馴れ馴れしさ、あるいは境界の感覚の乏しい他者への接近が目立つことが特徴といえよう。またこの型の子どもには、入院後まもなくから攻撃行動や自傷行為などの行動化が出現することも珍しくない。これは、過剰適応型における強気な姿勢の後ろの傷つきやすさ、あるいは受動型の萎縮した心とは明らかに異なり、体質レベルの衝動性や、早期の養育環境の問題から発生する愛着障害、あるいは強い空虚感と見捨てられ抑うつなど二次的に発展してきた心性に由来するものである。これに対して治療スタッフは、早期から暖かくもゆるぎない姿勢で行動化をとどめ、子どもの行動を統制することに努めることを通じて、それ以上自己の心身を傷つけることから保護する必要がある。治療スタッフが早期から「保護と制限」の処方に特に心を砕かねばならないというのが、この型の導入期の際立った特徴である。『作業期』に入った子どもは行動化をさらに頻発するようになるのが普通である。治療スタッフは、子どもからの「分裂」という防衛機制に基づく対象コントロールや、それに反応した自らの逆転移的な感情（子ども

への嫌悪感や怒り、そして子どもへの同一化やその理想化)に混乱することなく、行動化への言語的あるいは物理的制限と、望ましい行動や反応への支持と賞賛を一貫して提供し続ける必要がある。こうした治療スタッフの姿勢はやがて子どもの心に取り入れられ内在化していくことが期待できる。そして、やがて入院治療の『終結期』がやってくるが、その段階では衝動型の子どももすでにその衝動性を以前よりは統制できるようになっている。少なくとも直接的な対象攻撃や自己破壊行動で表現せずすませるようになっているはずである。しかし、別れと新たな生活が近づき現実と直面し始めると、衝動型の子どもは不安と当惑を持って自らの「衝動性」と直面する局面を迎える。治療スタッフは以前よりずっと衝動コントロールが上手になったことを支持的に伝えたり、適切な適応的行動に対しては惜しむことなく賞賛したりするとともに、それでも生じてくる衝動的な言動(以前のような直接的暴力ではなくっている)に対しては言語によって制限しながら、子どもがほどほどに良好な自己像を形成する手助けをする必要がある

V. 入院治療モデル

前章で示した入院治療の時間経過が治療を貫く縦軸であるとすれば、横軸にあたるものが本章で述べる入院治療モデルである。入院治療モデルは基本的には各疾患による治療の特異性によって規定されるべきであるが、それではあまりに膨大な種類のモデルを作成しなければならなくなり、合理的とはいえない。そこで、ここでは筆者がその臨床経験から典型的経過として選び出した6種類の治療モデル(不安・恐怖モデル、強迫モデル、ヒステリー・モデル、境界例モデル、発達障害モデル、精神病モデル)をあげて解説したい。

1) 不安・恐怖モデル

不安・恐怖モデルの主な適応対象は「全般性不安障害」「分離不安障害」「社会恐怖」などの

不安性障害が主な疾患である。このモデルはもともと不登校の子ども入院治療を通じて筆者がイメージしてきたもので、その意味でこの治療モデルは単に不安・恐怖症状の克服というだけでなく、子どもが「引きこもりから外の世界へ」という課題に恐る恐る直面し始め、やがて実際に社会へと踏み出していくまでのプロセスを支えるサポート技法とすることができる。これは内面的には、不安・恐怖症状に圧倒され家庭に引きこもる子どもの背景にある強大な超自我不安を緩和し、自己同一性と理想に支えられたバランスよい柔軟な自己の確立を支援するプロセスに他ならない。この治療モデルにおいては特に『仲間集団』の意義が大きい。不登校状態にある子どもは、イジメをはじめとするさまざまな原因によって仲間集団の活動に挫折し孤立した子どもであるといえる。したがって、この治療モデルの適応となる子どもは仲間集団を嫌悪し恐れるという面を必ず持っているものである。不登校状態にはない不安障害の子どもにおいても、多くは何らかの仲間集団に対する違和感を、例えば対人緊張、仲間の前で失敗し恥をかきことを恐れる予期不安、過度の内気さ・恥ずかしがり屋といった形で示している。入院生活は、このような子どもが苦手なはずの仲間集団の真只中に飛び込むという側面を持っている。彼らが仲間集団と出会い、それと折り合い、そして仲間とともに幼児期由来の強大な超自我不安を克服し、より自由な内的世界を獲得する作業に取り組み始めること、この作業を支援することこそ不安・恐怖モデルの入院治療にかかわる治療スタッフの主な活動目標であるといえよう。

2) 強迫モデル(摂食障害を含む)

強迫モデルの主な適応対象は「強迫性障害」の重症例や「神経性無食欲症」である。強迫は自己の生々しい性的ないし攻撃的な衝動や願望を隠蔽し、神経性無食欲症は食欲と同一視された依存欲求とそれが与えられないことへの深い怒りを隠蔽し、どちらも反動形成的に正反対の

清潔さや秩序、あるいは活動性と共にあらわれる過度の自己統制を前面に出してくる子どもが多い疾患と理解できる。そしてどちらも、自己の内的衝動への強い否認と退行的で自己愛的な肥大した自己像へのしがみつきが優勢な病態でもある。強迫モデルは、受容的な観察期間の後に、暴走する症状への他者の巻き込みや、あるいは症状そのものの悪化に対する、治療スタッフによるさまざまな形態の「抑制」が重要な治療の転回点となるころにその特徴がある。なお、この抑制の形態には約束、個室施錠、身体拘束などさまざまな形がある。このような制限を処方するタイミングはケース・バイ・ケースではあるが、例えば入院後も拡大する強迫儀式への他者の巻き込みが子ども-スタッフ関係を煮詰まらせているとき、あるいはあの手この手で頑固に継続する拒食行動がいつに取まらないとき、一定の準備的期間の後に、それらの症状的行動に歯止めを加えるといった呼吸で実施することになるだろう。これは病的な自己愛の暴走をとどめ、「まだ君は子どもだから、自分で決めなくてもいいんだよ」「大人に任せておいていいんだよ」と抱えとめることに他ならない。そしてこの抑制によって始まる次の局面は、多かれ少なかれ幼児から思春期までの発達過程の「やりなおし」であり、治療スタッフや親の側からすれば「再養育」という性格を持つ段階になる。このような退行的な作業の中で育てられるべきは、健全な自己愛に支えられた「本当の自分」である。この治療モデルは、強迫性障害や神経性無食欲症の子どもが以上のような仕事をある程度前進させ、仲間集団に本当の関心を示すようになった段階でその特徴的な幕を閉じ、そこから先は不安・恐怖モデルと同じような「自己の確立」へと向うプロセスとなるだろう。

3) ヒステリー・モデル

ヒステリー・モデルの適応対象は「転換性障害」や「解離性障害」の大半である。これらの疾患は依存欲求や怒りといった「(本当の自分

の) 本当の気持ち」を顕在化させる替わりに、身体症状や記憶障害などで表現する病態と理解しておいてもよいだろう。このモデルにおいては、子どもの本当の気持ちを保護・支持するために、表面に現れ周囲を振り回すヒステリー症状に「騙される」ことに傷つかないという治療スタッフの姿勢が最も大切な治療の推進要因である。騙されたことに対する怒りにまかせてその症状の疾病利得や、これらの疾患では必ず見え隠れする詐病性を暴露・攻撃するという治療スタッフの反応は、治療を破壊しこそすれ、治療上何の成果も得られないことを忘れてはならない。子どもの転換症状や解離症状が身体疾患の回復過程に準じて回復していくことを、治療スタッフは「本当の自分の修復過程」とであると理解し、かつそれを口にせず、伴走するように焦ることのない支援を継続することが大切である。

4) 境界例モデル

境界例モデルの適応対象は、空虚感や孤立感に耐えられず、攻撃性(すなわち「怒り」と自己破壊性(すなわち「見捨てられ抑うつ」)の間を激しく動揺するといった病態である。この治療モデルは「境界性人格障害(18歳未満でもそれが最も適切な疾患概念なら診断可能)」のみならず、非常に多くの精神疾患に適応しうるものであり、その対象は疾患概念を単位としてとらえるよりは、病態水準の単位でとらえるべきものといえよう。そのような中でも、被虐待児の「愛着障害」はこのモデルの最も深刻な対象といえるだろう。この治療モデルは、依存と怒りが両個性の緩衝帯を通過することなくストレートに表現されること、良いスタッフと悪いスタッフへの対象分裂がさかんに生じること、著しく孤独に耐えられないことなど、患児と治療スタッフ双方にとって直面する課題が山積みの治療モデルであり、治療スタッフは十分な受容・支持と限界設定という矛盾に満ちた治療構造を一貫して保持するという困難なかかわりを続ける必要がある。この治療モデルが成立するため

に必須の要因は、動じすぎること無関心すぎることもない母性と、しなやかで自己愛的過ぎない父性をもって、しかもチームとしての統合性を失うことなく子どもの治療経過にかかわり続ける治療スタッフの存在である。なお、この治療モデルにしたがった治療を通じた印象としては、10代前半の境界例は大人の境界性人格障害へ必ずしも展開していかないように感じている。

5) 発達障害モデル

発達障害モデルの適応対象は、「注意欠陥／多動性障害 (ADHD)」や「アスペルガー症候群 (AS)」をはじめとする、いわゆる軽症高機能発達障害であり、その主な病態は、各疾患に特有な認知障害に基づく対人関係や社会性の問題と、それに由来する不適応状態の深刻化であるといっていよう。すなわち、環境が求めるものが理解できない、あるいは環境の望むようにふるまえないことへの困惑と混乱、その結果としての自尊心の低下と他者の評価に対する被害的過敏さの亢進などが、問題行動と精神症状の出現およびその深刻化にかかわっているのである。この治療モデルは物理的構造、人間関係、日課および病棟規則などを、ADHD や AS の各疾患に応じた認知しやすいものへと構造化することにその特徴がある。また、メッセージの伝達法にも疾患特有な工夫、例えば ADHD には衝動を統制した望ましい行動の賞賛と望ましくない行動の無視、AS には他者の気持ちの伝達などに視覚刺激を上手に利用するなどが必要である。

6) 精神病モデル

精神病モデルの適応対象は「統合失調症」「双極性障害」「非定型精神病」などによる精神病状態である。急性期の危機介入は青年期以降の対応となら変わるところはない。急性期精神病の子どもにとって、同年代の子どもだけで構成

される児童思春期病棟の生活は刺激が強すぎるという側面があることを、治療スタッフは知っていなければならない。実際に筆者の臨床現場では、急性期精神病の中学生は大人の精神科病棟での入院治療を選択するが多い。しかし亜急性期や慢性期に至り、子どもの家庭復帰や学校復帰のための準備、あるいは学校不適応がすでに生じている場合のリハビリテーションを目的とした入院治療においては、院内学級と連携して支援することができ、同年代の仲間関係にも参加できる児童精神科病棟の利用が望ましくなると筆者は考えている。

VI. おわりに

最後に、筆者が児童精神科における入院治療の際立った特徴と考えているいくつかの点を簡条書きの形で挙げて本論のまとめとしたい。

1. 患児への治療介入は成人に比べ非言語的交流が中心となる。思春期の高まった両働性はしばしば言語的交流を阻む要因である。
2. 親の支持機能を引き出し、親を支えることを常に心がける。
3. 治療スタッフは各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両働性の矢面に立ち、彼らの「依存と反撥」に対して、受容と制限を処方しつつ子どもに伴走する。
4. 思春期患児の仲間集団の形成とその活動を支え治療的に利用する。
5. 段階的な学校教育との再会を支持する(院内学級利用など)。
6. 治療スタッフには他職種と連携して患児の問題解決と発達を息長く待てる柔軟さと適度な楽観主義が求められる。

ここまで読み進んでくれた若い読者が、本論で解説した入院治療をめぐる児童精神科的発想に、いささかなりとも関心と共感を持ってくれるならば、筆者にとってこれに勝る喜びはない。

思春期：集団と個の桎梏を越えて

齊藤万比古*

抄録：筆者は本論文で、1962年に発表された“On Adolescence”の中でPeter Blosが提示したアドレッセンスの諸段階論のうち、その前半部分にあたるプレアドレッセンスと前期アドレッセンスの子どもの心性に関するBlosの考察の跡をたどってみた。筆者がこの年代の子どもの心性、特にその男女差に関心を強く持ったのは、子どもが親の引力圏から離脱し独立した自己を確立する以前に、Mahler, M. S.が幼児期で発見した分離-個体化過程のアドレッセンス版ともいうべき新たな個体化過程を経なければならず、その過程を支えるものとして仲間集団への合流や自己愛の高まりがあること、さらにその過程には明確に男女差があることなどのBlosの思考に導かれたからである。現代のわが国の子どものアドレッセンスについての筆者の考察も本文で提示しているが、これは筆者の臨床活動の中で出会った諸現象をBlosの思考とつき合わせながら理解しようとしてきた過程で徐々に形を成してきたものである。Blosのアドレッセンス論は、現代の子どもの心性を理解するうえで、十分に鋭く明るい光を放ち続けている。

Key words：前思春期、思春期前期、仲間集団、Blos、両価性

はじめに

本シンポジウムは「思春期青年期の発達論とその臨床への応用」という非常に壮大なテーマを掲げて企画された。筆者は、思春期青年期すなわちアドレッセンスの前半部分についてBlos, P.の発達論を軸に考察してみたい。

ところで、筆者が「アドレッセンスの前半部分」と呼んだ年代についてであるが、もちろん

これは確立した概念ではないが、筆者は10歳から15歳くらいの5年間ほどの年代をその時期としてとらえておきたいと考えている。なお、ここでは思春期ないし青年期を表すのに「アドレッセンス」という表記を行なっているが、これは英語の“adolescence”の確定した日本語訳がないのが現状であり、以前から「思春期」、「青年期」、「青春期」などがばらばらに用いられてきているものの、そのどれかを用いることで無用の混乱をひき起こすことを避けるために、本文では「アドレッセンス」とそのまま片仮名表記を用いることにした。

Blosは“On Adolescence”¹⁾というアドレッセンス心性に関する教科書的著作でわが国でもよく知られている精神分析的なアドレッセンス

Development to individual through preoccupation with group activity during the preceding part of adolescence
* 国立精神・神経センター精神保健研究所
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1
Kazuhiko Saito: National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

研究者であるが、そのBlosが提唱した思春期の諸段階の概念を示す。

I. Blosの思春期分類

Blosは、10歳頃に子どもはもはや潜伏期とはいえない心性が出現するとして「プレアドレッセンス」という段階(表1参照)を設定した。いわば真のアドレッセンスへの導入期というわけであるが、もはや潜伏期の学童ではないという意味で、この段階はすでに思春期の領域に踏み込んだ段階であると理解してよいと筆者は考える。13歳頃に子どもはアドレッセンスの早期を意味する「前期アドレッセンス」に踏み込み、その段階は15歳頃まで持続するとBlosは指摘している。それに続く16歳頃から18歳にかけての時期は、Blosが本来のアドレッセンス、すなわちアドレッセンスらしいアドレッセンスという意味を込めて、「固有のアドレッセンス」と呼んだ年代であるが、ここでは前後の段階の呼称との均衡を考慮して「中期アドレッセンス」と呼んでおきたい。その後、19歳から22歳頃までの「後期アドレッセンス」と、23歳頃に始まりその後のどこかで終了となる「ポストアドレッセンス」を経て、アドレッセンスは終了するとBlosはしているが、アドレッセンスとは終わりなく我々成人の心に潜

在し続けるものであり、きっかけさえあればアドレッセンス心性は一過性に、しかし確かに再現してくるものであるらしい。だとすればアドレッセンスという時期はオープンエンドなものであり、人間の内面にあって、いつまでもある程度の影響力を発揮し続けるものであるらしい。

ここでは、わが国で日常的に用いられる「思春期」という言葉が曖昧に示している年代である10歳から15歳、すなわちプレアドレッセンスと前期アドレッセンスの年代の心性をBlosの概念を中心にいままじ検討しておきたい。

II. 潜伏期からプレアドレッセンスの到来まで

アドレッセンスを理解するためには潜伏期の意義をよく理解していなければならない。Blosは幼児期とアドレッセンスという心の発達をめぐる二つの激動期をつなぐ架け橋として潜伏期を規定している。

Blosは、「潜伏期の間に、価値と重要性の感情を与えてくれる両親の保障への依存は、客観的で社会的に是認されるような成就と熟達による自尊心の感覚へと次第に交代していく。……自我機能は退行に対する抵抗力をますます身につけ、……知覚、学習、記憶、思考といった重要な自我活動が葛藤外の自我領域でいっそうしっかりと強化される (原文54頁)」と潜伏期の意義を規定した。

潜在期は、単に幼児期葛藤がいったん影を潜めるという意味で名づけられた用語ではあるが、幼児期的葛藤が目立たないか否かという問題には議論が多く、実際この時期にも神経症性疾患は稀ならず存在する。潜伏期を葛藤の質と量という側面から見ると、潜伏期の前半は通過したばかりの幼児期由来の葛藤の余韻を引きずっており、また潜伏期後半はそこまで近づいてきた思春期の葛藤の影響を受け始めており、潜伏

表1 思春期の諸相

(1)	Preadolescence (プレアドレッセンス)	10歳～12歳
(2)	Early Adolescence (前期アドレッセンス)	13歳～15歳
(3)	Adolescence Proper (中期アドレッセンス)	16歳～18歳
(4)	Late Adolescence (後期アドレッセンス)	19歳～22歳
(5)	Postadolescence (ポストアドレッセンス)	23歳～open ended

Blos, P.¹⁾より改変

シンポジウム

期という段階は、幼児期と思春期を結ぶきわめて中間的・過渡的な年代と理解しておくのが妥当であろう。

潜伏期の最も特異的な特性は、自我機能の拡大と発展であり、Blosが言うような葛藤外自我領域にある諸自我機能（Blosは知覚、学習、記憶、思考を挙げている）を中心とする自我機能全体の強化なくして健全な思春期の幕開けはありえないと理解しておいてよいだろう。もちろんBlosの用いた葛藤外自我領域 the conflict-free sphere of the egoの自我機能という概念は、Hartmann, H. が「一次的自律的自我機能 primary autonomy」と呼んだ体質的、遺伝的な基盤に発する知覚、思考、言語、記憶、運動機能、知能などの自律的自我機能とほぼ同義と考えてよいだろう。

Blosは、「前思春期の間、本能圧力の量的増大は、人生の早期には役立つことのできた満足のリビドー的様式や攻撃的様式の全てにみさかいのない充当をもたらす（原文57頁）」と、10歳過ぎにプレアドレッセンスが開始するやいなや出現する新たな事態について記載した。これは、初潮や精通へ向けて体格と身体機能（運動機能と内分泌器などの内蔵機能）の目覚ましい発達が生じるプレアドレッセンスの子どもの内面で、いったい何が生じているのかを適格に示唆した表現といえることができるだろう。

プレアドレッセンスに入り、質的・量的な身体発達が加速され、運動機能と内蔵機能からなる身体機能が急速に成熟し始めると、身体的エネルギーと心的な衝動エネルギーはともに増大していく。その急速に増大するエネルギーが流れ込む先は、プレアドレッセンスでは新たな対象や新たな活動であるよりは、むしろ幼児期の対象選択に従った過去の対象であり、幼児期に経験してきた諸活動である。したがって、プレアドレッセンスが開始してまず賦活される攻撃性を含んだ衝動は、幼児期のそれと同質のもの

であり、その結果強まる葛藤もまた幼児期に経験した葛藤と同質である場合が多いはずである。

プレアドレッセンスの葛藤がある面で非常に危機的であるとすれば、このような「幼児的衝動と葛藤の再現」と呼ぶべき状況が内面で急激に拡大していく事態を、この段階の子どもはすでに親の体格や迫力に近づいた存在（ときにはすでに追いついた存在）として経験しなければならないことにあるのではないだろうか。

III. 衝動増大へのプレアドレッセンス的対処

「直接的な本能の満足は超自我の不承認に出会う（原文59頁）」とBlosがいうように、口唇期からエディプス期までの幼児的衝動や攻撃性の増大は、幼児期を通過してきた証（あかし）ないしは成果ともいえるべき超自我の強い禁止を受けることになる。そのため、「この葛藤下で自我は、たとえば抑圧、反動形成、置き換えなどの防衛を復活し強化する……（原文59頁）」というBlosの言葉のように、各種の幼児期由来の防衛機制が賦活されることになる。それはたとえば「このことは、子どもが仲間の承認や仲間の中の威信を維持する技術と興味を発達させ、不安を縛りつけておくために多くの過補償行動や強迫行為や強迫思考にふけらせる（原文59頁）」といった状態を現出させる。

確かに、私たち精神科医は、プレアドレッセンスの段階に至ると、急速に強迫性障害をはじめとするさまざまな神経症性疾患の発現数が増加してくるといふ実感を持っている。そればかりではなく、統合失調症の顕在発症ががぜん増加し始めのもこの段階からである。まさにそれは、プレアドレッセンスに出現する前述のような特異的な心性と、破瓜期へ向けて各種身体機能のバランスに急激な変化が生じることがあいまって生じてくる、プレアドレッセンスという年代の持つある種の脆弱性、もしくは

過敏性を反映しているといっただろう。そしてその脆弱性・過敏性の本態は、プレアドレッセンスには「肛門期」を中心とする、あるいは、Mahler, M. S. 風にいえば「再接近期 rapprochement subphase」を中心とする幼児期心性への部分的退行が生じることにあると理解してよいことを Blos は教えてくれた。これは後に述べる理由で男子により典型的に生じるようである。

プレアドレッセンスにおいてこのような幼児的攻撃性や衝動の増大が生じ、幼児期由来の防衛機制が賦活されている状況、すなわち幼児期への部分的退行が生じているということは、いわば古い皮袋（幼児期心性）に新しいワイン（プレアドレッセンス心性）を入れる事態が生じてしまっていることに他ならない。退行だけで対処するにはプレアドレッセンス心性のうねりは強大すぎるのである。しかし幸いにも、10 年余におよぶ脳と自我の発達、そして積み重ねた経験が織り出した多くの知恵は、子どもをもはや幼児とはいえない存在に成長させている。

このプレアドレッセンスの子どもが持つ新たな防衛手段ないしは新たな対処法 coping strategy を Blos は「罪の社会化 socialization of guilt」という概念で規定した。すなわち、「集団一般に、あるいはもっと正確に言えば違反行為の扇動者たるリーダーに罪の重みを託して楽になる（原文 59 頁）」ために、プレアドレッセンスの子どもは仲間集団を形成するというわけである。

さらに Blos は「罪悪感が共有されたり投影されるとい現象は、この時期に集団に加入する意義が増大する主な理由の一つである（原文 59 頁）」と強調している。これは現代の感覚で言えば、母親像から離れはじめた子どもの見捨てられ孤立無援であると感じる一種の抑うつ感、それに由来する無力感と空虚感、さらには罪悪

感と自尊感情の低下、これらのプレアドレッセンス特有な心理的苦痛をひとまず受容し、回避させてくれるサポート・システムとしての機能がプレアドレッセンスの仲間集団の存在意義であるということになるのではなかろうか。

IV. プレアドレッセンスの様態をめぐる男女差

Blos は「少年と少女はそれぞれ異なったやり方で破瓜期の衝動増大に対処するため、前性器的衝動の復活は男女で同じようなあらわれ方はしない（原文 58 頁）」として、プレアドレッセンスの発現とその進行には男女差が大きいと指摘している。以下ではエディプス期の葛藤、性器体制への経路、行動および仲間集団の様式という 3 種類の観点からその男女差について Blos の見解をまとめてみたい（表 2 参照）。

1. エディプス期の葛藤の推移（表 2, a）

プレアドレッセンスの男女差はその前史ともいえる幼児期経過の男女差と深い関連を持っており、特に関連の深いエディプス期をめぐる男女の違いについて、Blos は概ね次のように指摘している。

男子において男根期の到来とともに増大してきたエディプス葛藤（父親を母親への愛着をめぐるライバルとして意識すること）は、圧倒的に強大な父親と小さくて幼い自分という父子の物理的関係性から直接派生するエディプス的、去勢不安の圧力によって決定的に衰微し、逆にエディプス的ライバルである父親像を取り入れ、「お父さんのような男になりたい」といった愛着を伴った同一化と理想化を妥協的な防衛手段とすることでエディプスの願望とそれをめぐる葛藤を押さえ込むのが一般的なエディプス期の経過である。

これに対して女子は男根期の到来とともに、母親への依存を中核とする前性器性に対する大

シンポジウム

表2 Blois, P.¹⁾が記載したプレアドレッセンス心性の特徴

	男子	女子
a) エディプス期の葛藤の推移	エディプス葛藤は去勢不安により決定的に衰微し、父親の同一化・理想化へ向う	前性器期性の大規模な抑圧が生じる；エディプス葛藤は男子のように衰微することなく持続する
b) 性器体制への経路	性器体制に向かうに、前性器期衝動の充当、去勢不安との格闘を経る；退行は顕在的に生じる	男子よりはるかに力強く、かつ決定的に異性愛へと向かう；退行は防衛され不顕性である
c) 行動の典型様式	人間関係を確立しようとするよりは、むしろ不安を否認する	前性器的母親への愛着に退行せず、能動的男根的母親像に同一化した行動が優勢となる（おてんば）
d) 仲間集団の形・機能	冒険仲間；集団化；前エディプスの去勢不安の同性愛的防衛	秘密を共有するひそひそ話の仲間

規模な抑圧が生じると Blois が指摘しているように、女子は前エディプスの母親像への愛着を抑圧し、むしろ前エディプスの母親像、特にその男根的母親像 phallic mother に同一化することでエディプス葛藤に対処しようとする。そのため少女では、エディプス期に入ってもエディプス葛藤が男子のような徹底的な抑圧を受けずに持続している。それは、エディプス期の女子が母親の目を盗んで行なう父親への愛着の表明や、男根を持っているという幻想と持っていないという現実の間を揺れ動く心性に見て取ることができる。

このような男女における幼児期の終結様式の相違が、プレアドレッセンスにおける両者の様態の相違と関連してくるという Blois の指摘は妥当なものといえるだろう。

2. 性器体制への経路をめぐって (表 2, b)

Blois に従えば、プレアドレッセンスを通じて男子はエディプス葛藤の再現と直面することになるが、そのような性器体制に向かう前に、男子は前性器的な衝動の充当とその結果生じる前エディプスの去勢不安（すなわち男根的・太古的母親に対する去勢不安）との格闘を経由

しなければならない。その葛藤に対応するため、男子の幼児期心性への部分的退行は、女子に比べ非常に明確な形で顕在化することが多い。

一方、女子は、前性器期性の徹底した抑圧を経由したということ（一方でエディプス心性はいくぶんなりとも意識しながらすごしてきたということ）を前提として、プレアドレッセンスでも幼児期心性への退行は男子ほど顕在的には生じず、Blois の表現によれば逆に「(男子より) はるかに容易に、力強く、異性に向う (原文 61 頁)」という。

3. 行動の典型様式、および仲間集団の形と機能 (表 2, c, d)

プレアドレッセンスにおいて、男子は人間関係を確立しようとするよりは、むしろ不安を否認することを直接に志向する活動が優勢であると Blois は指摘している。すなわち、男子の仲間関係は、大胆な行動への挑戦といった不安・恐怖に立ち向かう「冒険仲間 companion-in-adventure (原文 77 頁)」をめざして集団化するという特性を持っている。その際の彼らは排他的で、均質であろうとし、不安を掻き立てるような異端の存在をけっして容認しない。まさ

に前エディプスの・太古的母親像由来の去勢不安に対抗するに同性愛的防衛を持ってする仲間集団というわけである。

それに対して女子の行動は、男子に見られる前性器的母親への愛着へ退行することなく、むしろ幼児期にそうであったように「前エディプス期的母親を愛情対象とせず、一時的に能動的男根的な母親像へ同一化しようとする（原文 70 頁）」のである。その結果、プレアドレッセンスの女子は一般に能動かつ活動的なお転婆であろうとし、女子の友人関係は「秘密を共有するひそひそ話の仲間 the secret-sharing whispering partner（原文 77 頁）」という形をとることになると Blos は指摘している。

V. プレアドレッセンス心性と環境の相互作用

以上 Blos の記述を中心にプレアドレッセンス心性の概略を示してきたが、少し Blos から離れて、子どもと環境の関連について検討してみたい。図 1 は、子どもの自我と家族システムおよび外界との関係性を図示した模式図である²⁾。子どもは家族システムにより生み出され、そこで生まれ、本能の命じるままに外界へと家族システムから分離していこうとする存在である。その子どもが顔を出していく外界とは、学校社会や仲間集団、あるいは地域社会などであ

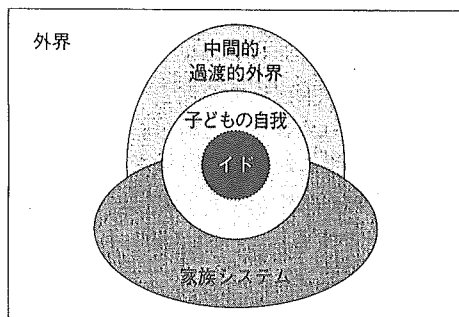


図 1 子どもの自我と環境の布置

り、真の外界へ向かう前に必要な経験と発達の機会を供給してくれる中間的・過渡的な外界である。さらに、子どもの「自我 ego」というシステムは、内部に無意識的、本能的、かつ身体的な世界、すなわちより自動的で反射的なシステムを内包しており、それをここでは古典的な精神分析用語にならって「イド id」という用語で呼んでおきたい。

このように子どもの自我は、家族システムと、中間的・過渡的外界と、そして自らの内なるイドの世界という三種類の環境に取り巻かれた存在と考えることができる。子どもの自我は、この三種類の環境から心理的・身体的圧力（これは「ストレス」と呼んでもよい）と支援をともに受けている存在である。さらに子どもの自我は、外界のストレスが高まれば家族システムからの支援を求め、家族内の葛藤が高まれば中間的・媒介的外界の支援を求めるといってほぼ自動化された心理的安定機構を持っており、このホメオスタシスが保たれているときに、子どもの成長が保障されているといえる。

しかし、プレアドレッセンスという年代は、それまでの潜伏期と異なり、このような外界への前進運動を葛藤少なく進めることができない年代である。内面ではこれまで述べてきたようなダイナミックな心の動きが続いているものの、家族システムを離れ外界へ向うという方向性を持つ心の成長運動がプレアドレッセンスでは急激にとらえがたくなり、表面的には発達運動が停止しているように見えてしまう。いや正確には、激しいエネルギーを孕んだ細かな前進・後退運動を繰り返しながら、遠目にはあたかもそこに停止しているかのように見える。これがプレアドレッセンスの子どもと環境の布置の特徴である。牛島³⁾が Winnicott, D. W. の青年期ドルドラムの概念にならって「前青年期ドルドラム」と概念化したのは、子どもが母親像から分離を開始したプレアドレッセンスに顕

シンポジウム

在化させる、母親像をめぐる反抗（すなわち分離・独立への入れ込み）と依存（すなわち過敏な見捨てられ感の出現）の両価性が充進し、「進むもならず、退くもならず」となっている心理的状况についてである。牛島は、子どもがこのようなドルドラム（無風帯）を乗り越える格闘を支援する存在として「前エディプスの父親」に注目した。Blosは“On Adolescence”をあらわした後、主に1960年代から70年代にかけて、この前エディプスの父親像についての考察をさかんに行なっている。

VI. 前期アドレッセンスの心性

Blosに従えば、前期アドレッセンスの特性はプレアドレッセンスまで優勢であった母親像へのこだわり（筆者は「マザー・コンシャス」と呼んできた）に対する明確な決別、すなわち「近親相姦の愛情対象からの脱充当（原文75頁）」に取り組むことにある。対象充当の撤退は自動的に超自我の効力を弱めていく。一方近親相姦の愛情対象である親から分離した子どもの自我は不毛となり、子どもはそれを「空虚感 a feeling of void（原文76頁）」として体験するとBlosはいう。そうした超自我の弱体化と空虚感に対応するために、前期アドレッセンスの子どもは「“友人”へと向う（原文77頁）」ことを選択する。この仲間関係はもはやプレアドレッセンスの男子でBlosが「冒険仲間（原文77頁）」と呼んだ仲間関係ではなく、前期アドレッセンスにおける対象選択はいまや「自己愛的モデル（原文77頁）」を求めるものであり、仲間関係はそうしたモデルを供給しあう仲間集団なのである。

この自己愛的モデルは「自我理想 ego ideal（原文77頁）」と呼ばれており、前期アドレッセンスはまさに自我理想の形成をもたらす年代といえよう。このような前期アドレッセンスの心性は、Blosの記述が男子により典型的に

あらわれるように筆者には感じられるので、ここではまず男子の仲間関係についてBlosの“On Adolescence”における記述を追ってみたい。

1. 前期アドレッセンス男子の心性と仲間集団

Blosに従うなら、男子のこの時期の交友は自我理想をめぐる自己愛的対象選択であり、そこには同性愛的心性が介在するであろうことは想像に難くない。まさに男子は、プレアドレッセンスと前期アドレッセンスにおける各々内容の異なる二つの同性愛的対象選択優勢な時期を経て、外界へ非近親相姦的・非同性愛的対象選択を求めることが可能になっていくのではないだろうか。その第一の同性愛期であるプレアドレッセンスには、高まった前性器性に基づく不安（その典型的なものは前エディプスの・太古的母親像由来の去勢不安）を回避する手段として、ギャングと呼ばれる加盟メンバーの画一性・均一性を追及する同性愛的仲間集団によるバカ騒ぎ的・冒険的な活動に没頭するという現象が現れる。まさに、質的に均一な同性の仲間集団への愛着と没頭によって、母親からの分離に起因する見捨てられ感や、分離が必然的に伴なう罪悪感由来の去勢不安に耐えようというわけである。

一方、前期アドレッセンスの男子で優勢な同性愛性とは、Blosによれば自己愛的な対象選択それ自体をあらわしており、幼児期後半のエディプス期が衰退するときに理想化した父親との同一化を通じて超自我を強化したように、ここでは理想化された同性愛的な友人に同一化し内在化させた自我理想によって超自我の衰微に退行しようとする。この点に関してBlosは以下のように記載した。

「少年の自我理想の形成においては、以前、エディプス期が衰微するときに父親との同一化

を通じて超自我を強化した過程が繰り返されるようである。どちらの場合も、人生に新しい方向と意味を与える統制的な力が確立される。同時に、この力は自己評価の維持（自己愛的な均衡）を調整することができる。幼児の誇大妄想は、親の否定しがたい特権的な地位と力によって粉碎される。その残存物は超自我に受け継がれ、それゆえに超自我は親の『壮大さ』を分かち合う。子どもが両親の一部である限りにおいて、子どもに完全性の感覚を許していた幼児期の誇大妄想は、前期アドレッセンスには自我理想によって受け継がれる（原文 78 頁）。

このようにして前期アドレッセンスの男子は自我理想としての友人を求めて仲間集団を形成するのである。しかし、実際には仲間集団のプレアドレッセンスの特性と前期アドレッセンスのそれは、Blos の記載ほどクリア・カットに区別できるものではない。前期アドレッセンス段階に入っても、男子が作る多くの仲間集団はプレアドレッセンス的ギャングの特性を保持しているものであり、ギャング的な仲間集団が徐々にギャング性を薄めていき、かわって自我理想を投影しあう同性愛的対象選択という質が濃厚になってくるという、二つの色のグラデーション的移行経過となるのが一般的であろう。

2. 前期アドレッセンス女子の心性と交友

女子の前期アドレッセンスにおける友人関係の質が男子のそれとは異なるものであることを Blos は強調している。Blos は「少女は、少年の発達と近い平行関係は示さない。確かに、交友は少女の生活において同様に重要な役割を果たす。女子にとって同性の友人がいないことは、彼女を渇きにも似た絶望に投げ込み、友人を失うことは抑うつと生活への興味の喪失を促進する（原文 82 頁）」と記載し、さらに「女子の理想化の典型的な雛形は“夢中”である。女子では性愛化された愛着は男性・女性の両者に及

ぶが、女性との関係においてのみ、それは混じり物のない形であられる。選ばれた対象は親との多少部分的な類似点があるか、あるいは著しい相違点を持っている（原文 82 頁）」と続けている。この時期の女子がまるで来るべき異性との恋愛の予行演習のように同性の友人との関係、たいていは「二人組」的な友人関係であるが、これに入れ込み、この友人関係が壊れたときには残された側の女子がしばしば不登校に陥ったり、激しい愁嘆場を演じることはきわめて一般的な出来事である。注目すべきはこのような対象選択が男性にも及ぶにしても、傍から見ると“恋愛”を直接に連想させるような性愛化された入れ込みぶり、Blos のいう「夢中 crush」は、受動的役割を受け持つ関係性も容認できるという関係であり、同性の対象選択においてのみ純粋に出現するものであることは Blos の指摘のとおりであろう。また、前期アドレッセンスの女子が選んだ対象は親との部分的類似点があるか、あるいは著しく相違しているかであると Blos が述べたように、同時期の男子の同性愛的な「自我理想」とはいくぶん質を異にする対象選択、すなわち異性愛的対象選択の中間的・過渡的な予行演習という文脈から理解できる側面が見て取れる。

3. 前期アドレッセンス女子の「両性性」について

上記のような女子の前期アドレッセンス心性は、男子の「同性愛性」に対して、私は男の子か？ 女の子か？ という考えにとられる「両性性」と理解すべきであると Blos は主張した。そして「前期アドレッセンスの少女の両性的な態勢は自己愛の問題と関連している。思春期では自己愛的対象選択が優勢である。他方、中期アドレッセンスの間には自己愛的な防衛が拡大する。幻想上のペニス自己愛の枯渇から少女を守るために心的現実として維持されるが、

シンポジウム

少年と互角であることは依然として生死の問題である（原文 86 頁）」と前期アドレッセンスの女子の葛藤の特性について論じている。

この時期の女子は、未だ前エディプスの・太古的な母親像、すなわち幻のペニスを持った男根的母親像への同一化によって万能的な自己愛を保持することができるという心性にとどまっております。受動性の持つ創造的な側面を受容した女性性を確立していく中期アドレッセンス以降の発達の準備段階にあるといえよう。

したがって、この時期の女子の異性に対する姿勢は、あくまで男根的な能動性に彩られたものとなるのである。前期アドレッセンスの女子は、受動性を大幅に受け入れねばならぬ現実的な女性性を受容すべき時の近づく足音に対抗するかのように、さまざまな能動的存在に次々と同一化する「代理によって生きるための顕著な能力、すなわち試行としての一時的な同一化をもたらず能力（原文 86 頁）」を見せてくれると Bloss は指摘するとともに、それゆえに時として女子を準備なしの早すぎる性交という行動化へ接近させることがあると警告している。

こうした危険と隣り合わせの前期アドレッセンスの女子を守ってくれるのは「交友、夢中、空想、知的興味、体育活動、身だしなみへの没頭（原文 87 頁）」であるという指摘につづけて、Bloss は「少女が正常に前期アドレッセンスを通過するための最高の防御は両親、特に母親、もしくはそれに代わる人物の情緒的供給である（原文 87 頁）」という重要な指摘をしている。プレアドレッセンスから前期アドレッセンスの終結まで一貫して、母親による男根的でない、すなわち能動的でありすぎない情緒的な受容と支持こそ、女子を最も力強く支えているのである。まさに、何気なく近づいてきた娘と何気ない世間話ができ、娘の愚痴を批判や性急すぎる行動なしに聞いてくれる母親に支えられて前期アドレッセンスを過ごすことのでき

る娘は幸いである。女子のこうした両性性が減衰しはじめると、それはすでに中期アドレッセンスが開始しているサインなのであると Bloss は指摘している。

VII. 前期アドレッセンス心性と環境

ここでは、前章までのような Bloss のプレアドレッセンスおよび前期アドレッセンスの諸概念を筆者なりに応用して、この時期の子どもの自我の危機の様態について述べてみたい。

図 1 でプレアドレッセンスの子どもの自我と環境の布置を模式図として示したが、前期アドレッセンスの布置は自我がプレアドレッセント・ドルドラムを通過し、再び外界への前進運動を顕在化させる段階として理解してよいだろう。その前進を支えるために中間的・媒介的な外界である学校や仲間集団による支えがより一層重要になるが、そのためにはそれら外界での活動や人間関係に適応ないし成功することが必須である。したがって前期アドレッセンスの子どもは多かれ少なかれ無理をした過剰適応の傾向を示すものである。当然このことが外界でのストレスに対する過敏性・脆弱性を高めることになる。

その一方で、前期アドレッセンスの子どもの家族システムへの依存度は減少し、家族への大幅な依存は本能的な禁止にあうのが普通である。以下ではプレアドレッセンスおよび前期アドレッセンスの子どもの心の危機の様態を三種類に分類して検討した。

1. ストレスと緊張の高まり

図 2 で示すように、外界での仲間関係を含む人間関係や、学業をはじめとする外界での活動における挫折、周囲の人間やその活動の迫力に圧倒された結果としての萎縮、あるいは仲間集団からの孤立といった外界でのストレスが急速に高まる状況が生じたり、両親の不和をはじ