

図2 危機の様態(1)ストレスと緊張の高まり

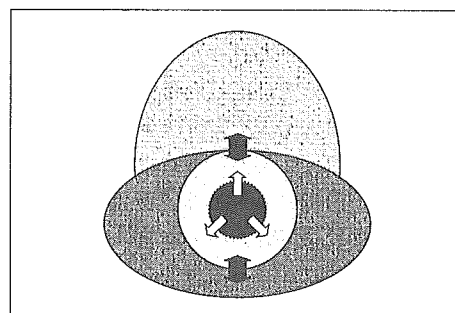


図3 危機の様態(2)社会的ひきこもり

めとする家族システム内の葛藤が高まった状況の発現は、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イドに属する攻撃性をはじめとする内的衝動を賦活し、その結果として内的葛藤を強め、主観的には環境との関係における緊張感を亢進させる。

また、こうした外界や家族システムのストレスの増強がなくても、プレアドレッセンスや前期アドレッセンスの発達段階特有な内的葛藤が悪循環的に強まり持続するような事態は、子どもの成長を支える自我と環境のホメオスタシスを崩し、外界や家族システムへの子どもの適応力を弱める。このような苦痛に満ちた病理的な布置のもとで、身体化症状、各種の不安、強迫症状、拒食・過食などの多くの神経症性症状形成や、自己破壊的あるいは他害的な問題行動による行動化、あるいは関係念慮などの精神病症状が発現してくるものと思われる。

しかし、この時期の子どもはこの苦痛からすぐさま外界を回避し家族システムへのひきこもりへと動き始めるわけではなく、むしろそのまま現在の布置にとどまろうとする強い傾向が存在する。この状態にとどまる間に、家族システムや中間の外界からの心理的支援が適切に提供されるならば、あるいは凌いでいる間に自身の内面で何らかの自我機能の発達が生じてくるならば、この葛藤状況を通過できることを本能が

教えているのかもしれない。

2. 社会的ひきこもり

図3に示した自我と環境の布置は、子どもがついに図2の状況にとどまることができなくなり、家族システムの中へと退却した状況を意味しているもので、いわゆる社会的ひきこもり状況を表している。もちろんこの布置への移行は、直接には外界からのストレスを減少させることを目標に行なわれるわけであるが、この変化によって得られた心の平安は一瞬のものにすぎない。本来支援システムであった外界、自己実現につながり自尊心を育むはずであった外界から一人孤立してしまったという思いを伴う、母親に近づきすぎたこの新たな布置は、前エディプス的な去勢不安やエディプス的な父親の罰への恐れをはじめとするこの年代の子ども特有な激しい葛藤を刺激する。

その結果、ひきこもり状況の中でもやはり不安や強迫をはじめとするさまざまな神経症性症状や、家庭内暴力や社会的回避などの問題行動が悪化もしくは新たに現れる。同時にひきこもり状況にある子どもは、この時期の通常のをはるかにしのぐ広範かつ強度の幼児期心性への退行を示すことが多い。この退行は男子の場合には、前エディプス的母親像への愛着と暴君的支配という両価的姿勢を示す一方で、エド

シンポジウム

イプスの父親の怒りによる報復を恐れて父親を回避するというあらわれかたをするであろうし、女子なら前エディプスの母親像への同一化の悪循環的失敗の姿として、母親を暴力的に支配しようとする一方で、内面的にはこの強大な前エディプスの・男根的母親像に屈服して母親に固着し、結果的に病的状態にとどまることで母親の自己愛のために奉仕し続けるというあらわれ方をする。こうした病理的な方法を通じて子どもの側も太古的・万能的な自己愛を保持しようとしているのである。

3. 擬似家族システムへの接近

前期アドレッセンス以降の子どもや青年には以上の二通りの危機の他に第三の危機の形が存在する。それは図4に示したような「擬似家族システム」に接近し所属することで、前期アドレッセンスや中期アドレッセンス特有な葛藤を解決しようとする方策である。これは、帰るべき(すなわち、ひきこもることのできる)家族システムの機能に障害があり、危機を家族システムへの退却によって表現できない子どもに生じるものが一般的であるが、前期アドレッセンス以降のある局面で、家族システムには問題がなくても、子どもがたまたま家族システムへ退却することに非常に強い抵抗を感じる段階に合わせた場合にも生じるものである。

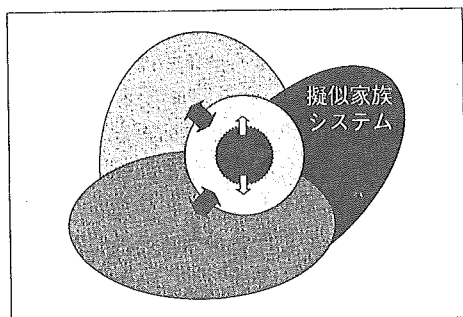


図4 危機の様態(3)擬似家族システムへの接近

擬似家族システムに所属すると、子どもはそれによって強力に支えられるが、擬似家族システムに所属することは親や担当する教師の自己評価を著しく脅かすため、しばしば学校や家族との激しい対立が発生することになる。しかし子どもは、擬似家族システムに支えられることによって、図に示したように内的にはひとまず葛藤が沈静するのを感じることができる。この擬似家族システムとしては、非行集団や犯罪組織、そしてカルト的宗教集団や政治団体などが代表的であるが、女子に見られる性非行にも擬似家族的なかりそめの温もりを求める心性が濃厚に感じられる場合が多い。擬似家族システムはこうした否定的な集団や現象ばかりではなく、フリースクールのような健全な居場所や自助組織、あるいは治療、特に入院治療もまた強力な擬似家族システムなのである。プレアドレッセンスや前期アドレッセンス以降の子どもには、このような肯定的な擬似家族システムによる支援なしに葛藤や人間関係の悪循環を停止できない場合が稀ならず存在することを忘れてはならない。

おわりに

ここまでBlosのプレアドレッセンスと前期アドレッセンスに関する“On Adolescence”中の記述を中心に考察を進めて来た。すでに述べてきたようにBlos的観点は思春期の子どもの心の病理を理解する上で、そして治療・支援の方法と姿勢を組み立てる上で、たくさんのヒントを与えてくれるという実感を筆者は臨床経験の中で持っている。しかし、Blosが観察し考察したアドレッセンスとは半世紀前の米国の子どものアドレッセンスに他ならない。果たして現在の子どもの達にもBlosのアドレッセンス論は通用するのだろうか。私はその問いには迷わず「Yes」と答えたい。しかしそう答えるには、いくつか現代のアドレッセンスの特徴に関

表3 現在のプレアドレッセンスと
前期アドレッセンスの特徴

(1)	仲間集団・友人関係の意義の低下
(2)	社会的価値観の相対化
(3)	多様化の一方で画一化と無力感
(4)	幼児期の親の受容機能の貧困化と 相補的親子共生関係の遷延化
(5)	“ひきこもり”への抵抗感の減少

する見解を表明する必要があるだろう。

表3は筆者が現代のアドレッセンスの特徴と考える諸点を上げたリストである。このリストが示唆する現代の若者の特性は、仲間集団への愛着が明らかに以前より低下し、社会的価値の相対化によって真に没頭できる目標を奪われて白けており、早くから成功者と失敗者の二分化が進み、そのため成功者も失敗者も深い怒りを貯め、母親も働く豊かな社会の中で忙しく働く母親への幼児期の過剰適応の経験を多くが持っており、その結果ともいえる万能的自己愛を相補的に備給しあう強い母子の結びつきが思春期まで遷延しがちである、といったところであろうか。

かくして、アドレッセンス年代に至った子どもや青年の家族システムへのひきこもりは以前よりずっと容易に選択できる選択肢となったのであり、プレアドレッセンスや前期アドレッセンスの年代に至って、これ以上良い子の過剰適応を続けることができないという悲鳴を、精神症状や問題行動で表現している子どもも確実に増加してきた。このような現代のアドレッセンスの子どもの心性を理解し、支え、癒すためにBlos的観点は今でも十分に強力で生産的な指針であると筆者は考えている。そして、アドレッセンスの精神医学や心理学などを学ぼうとす

る者はBlosの理論を知らずには済ますことができないだろう。Blosのアドレッセンス論には、現代の若者の特性に合わせて若干の修正を加える必要があることを頑なに否定するつもりは筆者にはないが、アドレッセンス全体をかくもダイナミックな一連の流れとしてとらえ、しかもその中に明らかな共通の特性を持つ相期を見出し段階化して見せたBlosの豊かな思考とセンスには学ぶべき点が多々あると考えている。なお、この論文をBlosの“On Adolescence”をわが国に紹介した功労者であり、筆者を児童思春期精神医学へとその初歩から導いてくださったとともに、その醍醐味を伝授して下さった今は亡き師・野澤栄司先生に捧げる。

追記

本論文中に引用した“On Adolescence”中の文章の日本語訳は、野沢訳の誠信書房版が長く絶版状態にあり入手不可能なことから、時代を経て、現代の日本語表現にそぐわない点も見られるため、筆者が同僚らと独自にその一部を翻訳した日本語訳のほうを用いた。そのため文中で示した引用頁はすべてFree Press版の原文の頁である。

文献

- 1) Blos P: On Adolescence. The Free Press of Glencoe Inc., New York, 1962. 野澤栄司訳: 青年期の精神医学. 誠信書房, 東京, 1971.
- 2) 齊藤万比古: 児童精神科医からの学校への提言. 思春期青年期精神医学, 10(1):21-31, 2000.
- 3) 牛島定信, 福井 敏: 対象関係からみた最近の青年の精神病理—前青年期ドルドラムと前エディプスの父親の創造—. 青年の精神病理2 (小此木啓吾編), pp.87-114, 弘文堂, 東京, 1980.

DEVELOPMENT TO INDIVIDUAL THROUGH PREOCCUPATION WITH GROUP
ACTIVITY DURING THE PRECEDING PART OF ADOLESCENCE

KAZUHIKO SAITO

(National Center of Neurology and Psychiatry)

Abstract : In this paper, I traced the Blos' thought, which was described in "ON ADOLESCENCE (1962)" , about psychological growth during adolescent period, especially the preceding part of it, in order to reconsider psychosocial traits of modern Japanese adolescents. I focused discussion mainly on quality of "group activity" in preadolescence and early adolescence and its differences between boys and girls. I also discussed transition of ambivalence and narcissism during adolescence. Blos taught us that mind and behavior of adolescent should be understood as the outcome of dynamic interactions between adolescent and environment, such as family, school, friends and community. In conclusion, I believe that Blos' theory of adolescent psychological growth doesn' t become old-fashioned yet and is providing us with sufficiently fruitful ideas to establish a therapeutic relationship with adolescent.

Key words : *preadolescence, early adolescence, group, Blos, ambivalence*

思春期の病態理解

齊藤万比古*

I アドレッセンスについて

アドレッセンスの子どもや青年の心の治療に関わることを、アドレッセンスの人間特有な扱いにくさや交流の難しさから嫌う専門家が多数存在する一方で、このようなとらえ難さがあるからこそアドレッセンス治療に強い関心を持つ専門家も少なくない。この魅力でもあり欠点でもあるアドレッセンスの心性の矛盾した側面は、そのままアドレッセンスに発現する精神疾患の病態のとらえ難さに通じる要因となっている。この点に関して Masterson は、(a) 青年の精神症状は曖昧で明確になりにくい、(b) ある疾患概念から別の疾患概念に移行しやすい、(c) 病像が精神病理の結果だったのか、単にアドレッセンスの問題が誇張されていただけなのかが後にならないとわからない、(d) アドレッセンスの精神症状は多くの場合、ごくありふれた一過性のものである、という4点の特徴をあげて解説している (Masterson, 1967)。換言すれば、アドレッセンスの精神病理は非常に流動的で重症度が変化しやすく、症状は存在する

精神疾患の結果と必ずしも言えず、アドレッセンス発達の諸段階の特徴を反映した一過性・反応性の現象か精神疾患によるものかは経過を追わないと確定できないということになる。40年ほど以前の Masterson のこのような示唆は、現在の精神医学においてもそのまま通用するものである。本文はこうしたアドレッセンス、特にその入り口にあたる10歳から15歳までの時期に子どもの精神病理を形成する諸要因について考察することを目的としており、まずその心の世界の発達段階特有な特徴に触れ、次いで代表的な精神疾患の思春期的意味を考えてみたい。

なお、本文で「アドレッセンス」という表記を採用している理由は、adolescenceにあたる日本語には「思春期」「青年期」「青春期」などの用語があり、そのいずれも確定した訳語としての地位を占めていないためである。アドレッセンスとは10歳過ぎから25歳過ぎまでの約15年間を指して呼ぶ用語と理解でき、Blos (1962) はこの期間を表1に示したような5期に分類しているが、筆者はそのやや細分化しすぎている観のある Blos

Some Aspects for Understanding Psychopathology in Preadolescence and Early Adolescence

* 国立精神・神経センター精神保健研究所, Kazuhiko Saito: Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

表 1 思春期の諸相

筆者の分類	Blos (1962) の相期分類	年 代
前期アドレッセンス	Preadolescence	10 歳～ 15 歳
	Early Adolescence	
中期アドレッセンス	Adolescence Proper	16 歳～ 20 歳
	Late Adolescence	
後期アドレッセンス	Postadolescence	21 歳～ (25 歳)

の相期分類を約 5 年間ごとに「前期アドレッセンス」「中期アドレッセンス」「後期アドレッセンス」の 3 期に組み替えて本文で用いていきたい。前期アドレッセンスとした 10 歳過ぎから 15 歳までという約 5 年間は、人生の中でも幼児期と並んで、わずかな年月の間に劇的な心的世界の展開を逃げる時期にあたる。この前期アドレッセンスにおける心的発達の発達課題は、要約すれば「母親像からの分離」であるといっていよう。アドレッセンスが「両親像からの分離」と「自分探し・自分作り」という二大目標を達成して世界へと旅立つための準備期間であると考えれば、前期アドレッセンスの約 5 年間は主として両親像、とりわけ母親像からの分離に取り組むことになり、それに続く 15 歳過ぎから 20 歳過ぎくらいまでの中期アドレッセンスには自己の独自性と独立性の確立が目標となり、20 歳過ぎから 25 歳前後までの後期アドレッセンスには実社会における社会的活動の予行演習を通じて独立した生き方の経験を積み、25 歳過ぎのどこかでアドレッセンスを脱していくと考えられている。表 1 でアドレッセンスの終了年齢である 25 歳に小括弧をつけて記載したのは、アドレッセンスの出口に当たる年齢の幅が大きく、「25 歳過ぎから 30 歳頃までに」としかいえないからである。思春期心性とは成人の心の構造物の一つとして生涯にわたって存在し続け、事あれば頭をもたげようとするものである。その意味では、アドレッセンスの出口は“open ended”と表現したほうが適切なのかもしれない。

II 前期アドレッセンスの心的世界の特徴

母親像からの分離を確立しようとする前期アドレッセンスの子どもの心性を鮮やかに特徴づけているのは、第 1 に幼児期の心性が部分的に再現している（すなわち部分的退行が生じている）ということにある。この年代の子どもをとらえがたいと感じる

のは、年齢相応の大人びた言動と幼児的な甘えの欲求や自己中心性が当然のように同居し、大きななりをした幼児と言いたくなるような矛盾した言動をたれながすといった特徴が色濃く見て取れるからではないだろうか。この退行により顕在化してくる幼児期心性とは主として 2 歳から 3 歳過ぎ頃の心性、すなわち Freud のいう肛門期心性、Mahler (1975) のいう分離—個体化過程の“rapprochement subphase”の心性である。この心性を中心に、さらに 4 歳から 6 歳にかけてのエディプス期的心性や、0 歳から 1 歳過ぎくらいまでの口唇期的心性も混入してくると考えていよう。この rapprochement 的心性の特徴をあげれば、自分の願望や衝動へのコントロールをめぐる、そして母親への愛着をめぐる矛盾した願望の両価性にある。さらに、口唇期心性はミルクを求める欲求と関連した貪欲さの出現と、その出現に対する過剰な恐れが思春期心性に混入してくることで気づかれ、エディプス期心性は母親への愛着の増大に関連して目立ってくる父親に対する回避傾向として現れる。アドレッセンス前半期の心性の第 2 の特徴といってもよい極めて高い両価性の存在はこうした退行的心性の結果と言ってもよいと思われる。

この年代の心性の第 3 の特徴は、こうした発達退行が親と同じ迫力や体力を持つようになって経験せねばならないということの危機性にある。大半の子どもの場合には、親子の関係性が大きな崩れを示すことなくアドレッセンス前半期を通過していくことができ、その間に親に支えられながら

親離れを果たすという矛盾に満ちた発達課題に取り組んでいる。その間、親もまた子どもが向け続ける両働性によく耐え、両親像からの独立に向けた子どもの心的発達を支えているのである。しかし、もしも環境要因として親子の関係性における不均衡が存在する場合、例えばアドレッセンス前半期の男子でエディプス的父親像が存在しない、女子で支配的でない受容的母亲像が存在しない家族状況にあるとすれば、それはこの年代の子どもを悪循環的に幼児期心性のよりいっそう優勢な状況に追い詰めていく可能性がある。あるいはまた、幼児期心性が優勢なまま「潜在期」と呼ばれる小学校低学年を過ごした子ども、すなわち幼児期におけるある種の重要な葛藤がまったく未解決のまま潜在期の日々を過ごしてきた子ども（例えば被虐待児）の場合には、親と同等の力を持って圧倒的に優勢な幼児期心性を抱えるという親子の関係性の前期アドレッセンス特有な変化により、際立った破壊的状況と直面させられることになる。

第4の特徴としてあげるべきは、前期アドレッセンスの子どもは幼児と異なり、その10年におよぶ中枢神経系の発達と社会的経験の積み重ねから、外界の支持機能を親離れの支えに利用するという能力を獲得しているということである。親から離れ始めるとき、子どもは必然的に親から見捨てられ、無力なまま世界に孤立しているという思い（すなわち「見捨てられ抑うつ」[Masterson, 1972]）を持つものである。これに対抗する手段として前期アドレッセンスの子どもは、“gang”と呼ばれる一体感を追求する画一的仲間集団や、“chum”と呼ばれる理想化した親子関係を外在化した、あるいは異性との恋愛の模擬体験のような親友関係に入れ込んだり、学校での勉強やスポーツ、あるいは芸術活動などで周囲から認められたり、教師との親子関係にも似た強い情緒的結びつきを求めるのである（保坂, 2000; 齊藤, 2001）。しかし、この外界での関係性を利用して親離れに耐えるという方策は文字通り諸刃の剣であり、必然的により多くの支援を求める外界への「過剰適

応」を強化することになる。この過剰適応という姿勢は、社会的失敗への感受性を過度に高めるため、しばしば外界での些細な失敗の過大評価を生むことになり、驚くほど決定的な挫折となって大人たちを驚かせることが多い。こうした前期アドレッセンスの子どもの過敏性や脆弱性は大きな個人差があるものの、この発達段階特有な共通の心性でもあることを忘れてはならないだろう。

そして第5の特徴としてアドレッセンスの子どもや青年に特異的な自己愛性をあげておきたい。Blos (1967) が, Mahler の幼児期における分離-個体化理論を継承して「第二の個体化過程 (second individuation process)」と呼んだ前期アドレッセンスの母親離れに始まる子どもの自立過程は、自らの存在を自ら支えて生きることができるという最終目標を目指した発達過程に他ならない。しかし、その課題を達成するまでの過程はけっしてなだらかで容易な道ではない。その達成まで続く、相対的に過敏で傷つきやすい心を支える機能を担うのが、相対的に高まった自己愛性である。アドレッセンスの年代で自己愛性が最も高まり顕在化するのは16歳以降の中期アドレッセンスと筆者が呼んだ5年間であるが、10歳過ぎのある時点でアドレッセンスが開始したとき、おそらくそれと機を一にして、子どもの自己愛性は潜在期の水準から亢進し始める。前期アドレッセンスを通じた親離れの進行により促進される仲間集団への入れ込みは、当初メンバーの質が同一であることによる一体感に支えられた孤立感の防衛という意義が大きいのに対し、徐々に仲間のある種の資質を理想として同一化しようとする結びつきへと発展していく。このような前期アドレッセンスの仲間集団の発達を支えているものの一つが高まりつつある自己愛である。この前期アドレッセンスにおける自己愛性は、ヨチヨチ歩きの幼児が母親からはなれて探索行動に没頭しているときの万能感に根ざしたものであり、幼児が親から離れすぎたことや親の不在に気づいた際の無力感や落ち込みと同じように、前期アドレッセンスの子

表 2 前期アドレッセンスの精神症状と精神疾患

	症状の種類 (具体例)	代表的な疾患
1.	不定愁訴, 身体疾患の増悪 (腹痛, 気管支喘息 etc)	身体表現性障害, 心身症
2.	不安・恐怖 (分離不安, 予期不安, パニック発作 etc)	全般性不安障害, パニック障害, PTSD
3.	対人恐怖 (不登校・ひきこもり, 視線恐怖 etc)	社会不安障害, 妄想性障害
4.	強迫症状 (不潔恐怖, 洗手強迫, 確認強迫 etc)	強迫性障害
5.	転換・解離症状	転換性障害, 解離性障害
6.	抑うつ症状 (無気力, 悲哀, 自己否定, 自殺願望 etc)	大うつ病性障害, 気分変調性障害
7.	問題行動	
	a. 自己に向かう攻撃性 (自傷行為, 拒食, 過食 etc)	摂食障害, 境界例
	b. 家族に向かう攻撃性 (反抗, 家庭内暴力 etc)	反抗挑戦性障害, 境界例
	c. 社会へ向かう攻撃性 (反抗, 非行, 少年犯罪 etc)	反抗挑戦性障害, 行為障害
8.	精神病症状 (自我障害, 幻覚・妄想, 躁状態 etc)	統合失調症, 双極性気分障害

もも仲間集団における孤立や失敗によって自己愛を傷つけられると、無力感や空虚感と共に分離不安が急激に高まって、母親の元に駆けもどり、家庭にひきこもろうとする。すなわち、外界で傷ついた自己愛を母親との一体感に基づく幼児的な自己愛性に退行して防衛しようとするのである。これに対して中期アドレッセンスの自己愛性は、より母親から分離した状況で発現するものであり、自己の独立性が完全なものであるか否かという点をめぐる過敏性として現れるという特徴があり、当然ながら自己愛を傷つけられそうな危機に対しては自己へひきこもることで対処しようとする。

Ⅲ 思春期の心の障害について

表 2 に示したリストは前期アドレッセンスの子どもに見出すことが多い精神症状と精神疾患である。もともと幼児期から前期アドレッセンスまでの子どもは、ストレスの増大による内的葛藤の高まりを言語 (すなわち精神症状) よりも、身体の生理的变化 (すなわち身体症状) や行動 (すなわち問題行動) を通じて表現する傾向がある。子どもが内面で増大する違和感や進行している危機を、最も敏感に、そして最も早期に表現するのは腹痛、頭痛、めまい、嘔気といった不定愁訴であり、以前から持っていた機能性の疾患やアレルギー疾患の唐突な増悪である。問題行動もまたしばしば精

神疾患の重要なサインであり、心を病む子どもの救難信号である。問題行動は表 2 で示したような攻撃性の方向による 3 種類のグループに分けている。その第 1 グループは「自己へ向かう攻撃性」と理解できるもので、手首自傷、薬物乱用、拒食、過食、女子の性非行などがこれに含まれる。この自己へ向かう攻撃性がもたらす問題行動は、いずれも自己破壊的行動と理解できる一方で、快感を追求してやまない耽溺的、依存的な側面を併せ持っているところに特徴がある。前期アドレッセンスの境界例は、この年代特有な母親離れによって刺激された孤立感や空虚感が常軌を逸して高まってしまう病態に対する診断概念 (DSM-IV では採用されていないが) であり、上記のいずれの自己破壊行動にも親和性が高く、またそれらの行動に対して耽溺的・依存的になりやすい (Masterson, 1972)。第 2 グループの問題行動は「家族に向かう攻撃性」と呼べるもので、子どもから家族への反抗や家庭内暴力がこれにあたる。家庭内暴力は単独に生じているもの、不登校に伴うもの、強迫儀式への巻き込みから始まるもの、精神病症状を伴うものなどがある。いずれにしても家庭内暴力は、前期アドレッセンスに生じる母親との退行した共生関係において亢進した両価性が原動力であると思われる。また、親や外界の権威的人物に対する前期アドレッセンスの反抗も両価性の命ずる

ままに甘えたり逆らったりをくりかえして内的な危機を大人にアピールしている姿と理解できる側面を持っている。境界例はこの分野での問題行動にも親和性が高い。第3グループの問題行動は「学校・社会へ向かう攻撃性」と呼ぶべきもので、これは学校および地域社会の特定の人物や状況に対する反抗や、それがもっと拡大した非行、あるいは少年犯罪を意味している。なお、不登校はこの3グループのいずれか一つに定めがたい複雑な問題行動であり、自己へ向かう攻撃性、家族に向かう攻撃性、学校・社会へ向かう攻撃性のうちの複数が重なり合った特徴を持つと同時に、攻撃性が直接的に表現されるだけでなく、自らを駄目にすることで親や社会に抗議するといった受動攻撃的な表現も加わってくる。

前期アドレッセンスに見出すことのできる精神症状には、さまざまな不安や恐怖、強迫症状、転換・解離症状、抑うつ症状、精神病症状などが代表的なものといえよう。この年代の不安・恐怖は表2に示したような予期不安、分離不安、パニック発作などが一般的であり、母親像からの分離をめぐる直接的な恐れや、自立的であることに過剰適応気味な失敗や恥をかくことにまつわる予期不安などが代表的なものである。対人恐怖的な傾向はこの年代では社会恐怖の主症状である過度の内気さとして見出すことはあるが、自己視線恐怖や自己臭恐怖などは中期アドレッセンスほど一般的ではない。強迫症状も前期アドレッセンスの開始と共によく出会うことになる症状だが、思春期の強迫症状の多くは母親を「清め」の儀式に巻き込んだ不潔恐怖である。転換症状とは心の葛藤が身体症状に置き換えられたと理解できる「身体疾患なき身体症状」であり、朦朧状態や記憶喪失などの解離症状とともに、以前はヒステリー症状と一括りにされていたものである。抑うつ症状は、無気力になる、悲哀感が増し涙もろくなる、希望を失う、死にたくなるといった症状であり、思春期でもけっして稀なものではない。さらに精神病症状であるが、急性の精神運動興奮状態や錯乱状態

のような激しい表現も含まれるが、自分の考えが他者へ漏れていく、自分の思考や行動が他者にコントロールされているといった自我障害も、幻聴や被害妄想などとともに前期アドレッセンスを通じて徐々に発現が増加してくる精神病症状の一種である。

こうした諸症状に対する精神医学的診断は、ICD-10によるにしろDSM-IVによるにしろ、症状の組み合わせがある疾患概念の診断基準に当てはまった場合に下されるものとされている。しかし、疾患の診断名だけでは治療に結びつく十分な情報とは言いがたい。そこで、例えばDSM-IVは、5軸にわたる多軸診断によって個々の患者の特性を具体的に描き出そうと工夫している。さらに、アドレッセンスの子どもの病態を理解するうえで特に留意すべき点は、Mastersonが指摘したようなアドレッセンスにおける疾患の流動性である。同じ不潔恐怖を呈しながら、ある子どもは強迫性障害を克服して健康な青年へと育っていくのに、別の子どもは長く母親を巻き込んだ強迫症状にいつまでもこだわり、家庭内暴力的な自己中心性を発揮しながら家庭にひきこもり続ける。中には、やがて幻覚や妄想を顕在化させ統合失調症であることが明らかになる者もいる。このような事態を、前期アドレッセンス段階では症状や疾患がまだ十分に区別されない原始性にとどまっているという観点、一定の症状の背景で病態の深さが変化していくという観点の両者からとらえ、注意深く経過を追跡し、折々に再評価・再診断をくりかえすという姿勢が求められるところである。

さらに前期アドレッセンスの病態理解にあたって忘れてならない点は、さまざまな精神疾患の背景要因を評価していくと稀ならず浮かび上がってくる軽度発達障害の存在である。反抗挑戦性障害や行為障害を呈したり、強迫症状に縛られたり、受動攻撃的な頑固さで不登校を続ける前期アドレッセンスの子どもが、衝動性や多動に由来する不適応行動を幼い時期から叱責され続けるという成育史をもっており、アドレッセンスに入る頃には

自尊心は修復困難なほど傷つき低下しているといった背景が明らかになる場合がある。あるいは、中学生になる頃から周囲のからかいや無視にたいして非常に被害的になり刃物を準備して復讐の準備を行ったり、あるいは低学年の子どもや幼児に性的な関心を持って接近するといった問題行動を繰り返す前期アドレッセンスの子どもに、奇妙なこだわりや他者の感情への無関心のために小学校入学後まもなくから孤立し、級友のからかいの対象であり続けた過去が明らかになる場合もある。こうした状態の起源を説明できる有力な観点が、前者は注意欠陥/多動性障害 (ADHD)、後者は広汎性発達障害 (PDD) の子どもではなかろうかという発達障害の関与を想定することである。ADHD, PDD, あるいは境界知能児のような軽度発達障害の子どもは、アドレッセンスを通じて独特な発達課題を持っており、特に前期アドレッセンスにおいて仲間集団との関係が形成しにくいこと、自尊心の低さが適切な自己像の形成を阻害する傾向があることなどの理由で、親からの分離と個体化に重大な問題が生じやすいというリスクを持っている。そこで、前期アドレッセンスの子どもの精神疾患を評価する際には、軽度発達障害が背景に存在するか否かという点の査定を必ず意識しなければならない。

おわりに

以上、前期アドレッセンス (10歳～15歳) の子どもの心の発達とその病理について解説してきたが、この年代特有な心の在り様をいささかなり

とも伝えることに成功しているとしたら幸いである。この年代の子どもを治療することの魅力は、子どもから大人へと向かう心のダイナミックな展開点で示す症状の多様性と、意外なほど回復しやすい反面、表面的な重症度がその判断の基準となりにくいという症状の流動性に取り組むことにあるのではないだろうか。加えて、一筋縄ではいかない前期アドレッセンスの子どもたちの両価性を、辛うじて支えることに成功した際に私たちが感じる心の弾む思いは、この年代の子どもの治療に関わる者のみが知る手応えといつてよいだろう。

文 献

- Blos P (1962) On Adolescence: A psychoanalytic interpretation. The Free Press, New York, London. (野沢栄司訳 (1971) 青年期の精神医学. 誠信書房.)
- Blos P (1967) The second individuation process of adolescence. In: The Psychoanalytic Study of the Child 22. International Universities Press, New York, pp.162-186.
- 保坂亨 (2000) 学校を欠席する子どもたち—長期欠席・不登校から学校教育を考える. 東京大学出版会.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳 (1981) 乳幼児の心理的誕生—母子矯正と個体化. 黎明書房.)
- Masterson JF (1967) The Psychiatric Dilemma of Adolescence. Brunner/Mazel, New York.
- Masterson JF (1972) Treatment of the Borderline Adolescent: A developmental approach. John Wiley & Sons, New York. (成田善弘, 笠原嘉訳 (1979) 青年期境界例の治療. 金剛出版.)
- 齊藤万比古 (2001) 思春期の仲間集団体験における“いじめ”. 思春期青年期精神医学, 11; 107-114.

発達障害と児童虐待 (Maltreatment)

田中 康雄⁽¹⁾

はじめに

「発達障害と児童虐待 (Maltreatment)」というテーマは、それ自体ひじょうな難しさを持っている。こうして並記することが、すでに何らかの因果関係や関連を自明のこととしているかのようであるが、当然これらが証明されているわけでもなければ、発達障害のある子どもの多くが虐待されているという確証もない。

しかし、なぜこのようなテーマが求められているのだろう。

ささやかな経験であるが、私は虐待を受けて育った子どもたちに、病院の診察室や保護されている施設で出会う。そこで診る子どもたちは、あたかも発達障害がすでにあったかのような言動を示す場合が少なくない。一方で、発達障害のある子どもたちの面接場面に同席する養育者の言動に不適切な関係を読み取る場合もある。日々の臨床場面から、虐待 (Maltreatment) は、なにかしら子どもの発達を阻害する大きな要因と呼べるのではないだろうかと仮定してみたり、発達障害の存在は、子どもへの向き合い方それ自体を困難にするのではないだろうか、思わされたりする。ところが、このニワトリが先か卵が先かの論争は、

果たしてその卵はニワトリの卵かという根本的な部分からつまずいている。

改めて、この両者の位置づけについて再検討するのが、本論文の目的である。はじめに断っておきたいが、検討のなかで、あたかも養育者の態度が、発達障害を生むかのような印象を読者に抱かせるようなことがあれば、単純に私の筆力不足である。私は子どもの発達に影響を与える要因は様々であり、虐待 (Maltreatment) の誘因も重層化しているものという理解に立つことを明らかにしておきたい。

虐待 (Maltreatment) が発達に与える影響

本文では、虐待 (Maltreatment) と表記する。本来、児童虐待という用語には、虐待 (Abuse) と放任 (Neglect) という両極の子どもへの対応という意味が含まれている¹⁹⁾。しかし、児童虐待という表記からは、放任がどうしてもイメージされにくい。常時「児童虐待と放任」と表記する方法もあるが、今回のテーマには、大人と子どもの関係性を重視するという視点⁵⁾が不可欠のように思われる。そのため、「不適切な養育」と訳されることの多いMaltreatmentという用語を付記し、虐待 (Maltreatment) と表記することにした。

子どもの発達に影響を与える要因を、Mussenら¹⁷⁾は5つに分類した(表1)。それによると、虐待 (Maltreatment) が発達に与える影響は、4)の直接の社会的・心理的影響を主に、5)の

Developmental disorders and maltreatment

(1) 北海道大学大学院 教育学研究科

Yasuo Tanaka: Graduate School of Education and Faculty of Education, Hokkaido University

表1 発達に影響する要因

- | |
|---|
| 1) 遺伝的に決定された生物学的要因
2) 非遺伝的な生物学的要因
3) 子どもの過去における学習
4) 直接の社会的・心理的影響
5) その中で子どもが育つ総合的な社会的・文化的な環境 |
|---|

総合的な社会的・文化的な環境を従としているように思われる。

1952年に、乳幼児期における母性的養育は、精神の健康にとって不可欠であると主張した Bowlby は、少ない事例研究ではあるが、「施設で育てられた子どもたちの発達には概して悪く、言語の習得が遅れ、成長するにつれて他者との安定した人間関係を形成する能力を欠く」という結論を得た。これは、同じく Bowlby の「悪い家庭といえども良い施設に勝る」という言葉とともに、ある意味先駆的な見解といえるかもしれない⁹⁾。

実際には、Bowlby の発見の前の 1934 年に Hildegard²⁸⁾ は、入院した子どもの様子を観察し「献身的で愛情に満ちた母親に世話されることで、子どもが元気になる」ことを明確にした。1945年に Spitz²³⁾ は、同様の現象を深刻な事態として強調した形で「ホスピタリズム」という用語を用いて報告した。Spitz は、愛情の欠如を経験した子どもは、事実上例外なく落伍者になるといい、ホスピタリズムの影響として「非社交性、犯罪行為、精神薄弱、狂気、神経症が例外なく認められる」とした。現代から読み直すと、ひじょうに扇動的で社会的な不安を駆り立てる意見である。しかし、1938年に、すでに Margaret は、「自分をよく受け入れてくれない母親に対して、一時的な呼吸停止を示した」新生児の事例を報告している²³⁾。これも強い印象を与える報告といえよう。

われわれがよく知るところでは、1958年に Harlow によるアカゲザルの報告がある。出産直後に母子分離されたアカゲザルは、代償的に差し出された針金製のあるいは布製の代理母親にしがみついた。次に針金製の母親にミルクを取り付け、

布製のほうにはなにも取り付けなくとも、アカゲザルは布製の母親を好む、という結果を得た。さらに、しがみつくものもないままに孤立した状況で育てられると、成長後に情緒的混乱と抑うつの特徴を示したという。

近年こうした観察実験から得た過去の知見を、脳科学的視点あるいは精神生物学的な見解から読み解こうとしている。実際、虐待 (Maltreatment) が発達に与える影響として、成長障害¹¹⁾ や、運動、言語、認知力の遅れ¹⁶⁾、不注意、多動性¹³⁾、社交性の欠如¹²⁾、愛着性障害¹⁸⁾、さらに自閉症類似の言動 (autistic-like behaviors)²⁾ などの状態像が示唆されてきている (表 2)。これは、環境が脳の発達に対し、なにかしらの影響を与えるという仮説の支持に役立っている⁸⁾。

環境を前提にした研究として、1980年、Belsky³⁾ は親と子どもの特性と社会的・文化的要因、家族状況を視野に入れた環境相互作用モデルを作成した (図 1) これは、支援策を考える時にひじょうに役立つ。育てる者と育てられる者との間に生まれる関わりを養育 (Parenting) と呼ぶとき、それは、親のこれまでの育ちの歴史から育まれた親のパーソナリティと子どもの発達状況や子どもの示す言動との相互の交わりから生まれる。しかし、この両者を支えあるいは追いつめる要因として、夫婦・家庭状況や、仕事・経済状況、社会的ネットワークといったものが重要な役割を果たすというわけである。

一方、De Bellis⁷⁾ は、ネグレクトによる精神生物学的見地からの発達性外傷学 (Developmental Traumatology) を提唱している (図 2)。これは、生物学的視点から、相互関係性について明示したものである。

子育ての領域では、虐待 (Maltreatment) と親の精神的病状や薬物の乱用を危険因子として挙げている。環境の領域では、Belsky にならい生態学的見地に立ち、社会経済的地位、栄養状態、コミュニティや社会からの支援、家庭内暴力、教育機会の付与などを重視している。

Belsky がない視点として、De Bellis は以下のよ

うな項目を検討した。神経伝達物質や免疫機能の失調として認められる生物学的なストレスの調整不全や前頭前頭野機能や辺縁系機能の異常、神経認知機能のつまずきとしての知能指数の低値、学習能力不全、ネグレクトの世代間伝達、遺伝因子などをそれぞれ危険因子とした。一方で、弾性力としての健全な脳の機能的発達にも注目している(図2)。

1900年代初め、小児科医による入院幼児の成長

障害と感染による死亡率の高さが報告された。いずれも社会的理由により養育者から離別した子どもたちであったという。De Bellis & Putnumは、虐待(Maltreatment)という慢性のストレスラーが引き起こした免疫力の低下であろうと再検討している⁷⁾。さらにこうしたストレスが脳の発達に対してなにかしら有害な影響を与える可能性を示唆した。

虐待(Maltreatment)と神経伝達物質の検討

表2 虐待を受けた子どもたちに見られる症状

身体面	行動面	精神・神経面
1) 低身長・低体重・成長障害	1) 過食・盗食・異食・食欲不振	1) 運動発達の遅れ
2) 皮膚外傷	2) 便尿失禁	2) 情緒発達の遅れ
3) 骨折・脱臼・骨端破壊	3) 常同運動	3) 言語発達の遅れ
4) 火傷	4) 自傷行為	4) 抑うつ
5) 頭部外傷	5) 緘黙	5) 不眠
6) 内臓損傷	6) 虚言	6) 過敏
7) 脊椎損傷・麻痺	7) 盗み・万引き	7) 体が硬い
8) 網膜剥離などの眼症状	8) 家出徘徊	8) 無表情
9) 栄養障害・飢餓	9) いやがらせ	9) 無気力
10) けいれん・てんかん	10) 集団不適応	10) 頑固
11) 下痢・嘔吐・消化不良	11) 火遊び・放火	11) 気分易変
12) 循環障害	12) だらしなさ	12) おちつきがない
13) 凍傷	13) いじめ	13) 人との距離がない
14) 歯牙脱落・舌損傷	14) 器物破損・暴力	14) 大人の顔色をうかがう
	15) 性的逸脱行動	15) 転換・解離現象
	16) 自殺企図	16) パニック
		17) 心因性疼痛
		18) チック
		19) 不定愁訴
		20) 希死念慮

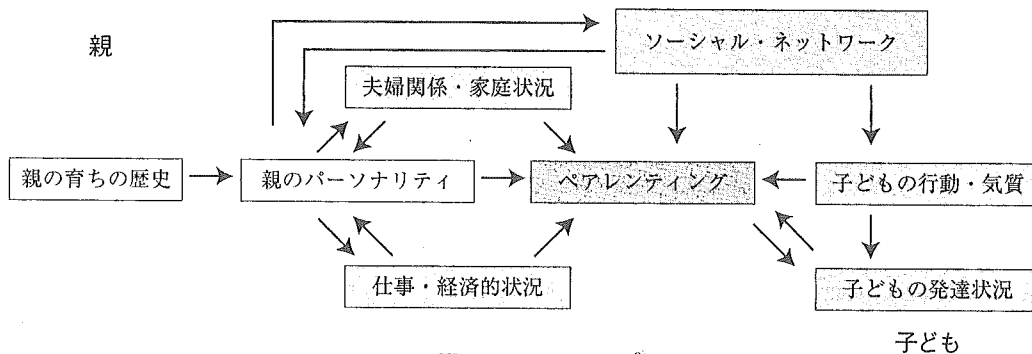


図1 Belsky model³⁾

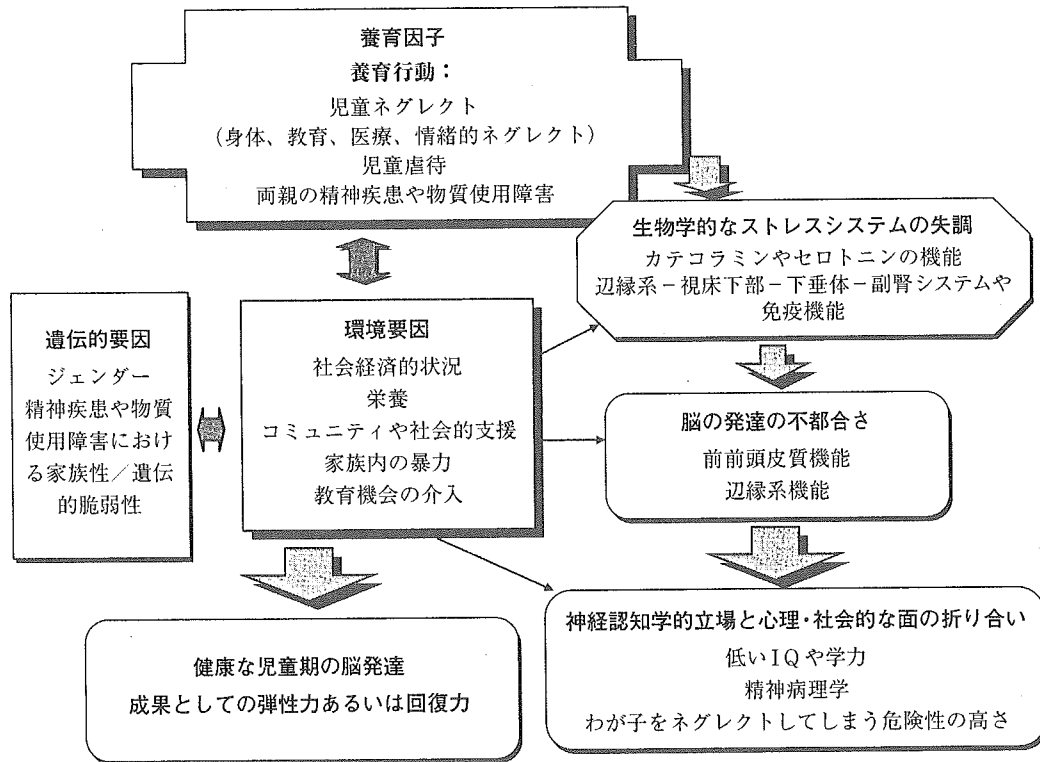


図2 A Developmental Traumatology for the Psychobiology of Neglect¹⁵⁾

では、セロトニンやドーパミンに変化が認められているという。セロトニンニューロンは、視床下部の攻撃動因系を抑制するだけでなく、大脳皮質にある攻撃抑制系の機能促進に関与するといわれている。ストレスにさらされた動物の研究では、扁桃核、前頭前頭野などのセロトニンレベルが減少を示したという。一方でドーパミンは前頭前頭野にまで影響を及ぼし、注意欠陥/多動性障害のある子どもたち同様に、不注意、過覚醒、新規場面への集中困難などを示し、時に妄想状態を引き起こす可能性も示唆された。

さらにAppelbaumら¹⁾は、虐待 (Maltreatment) を受けた子どもたちの発達には、認知面、運動面に遅れがあり、デンバー発達検査法では、4つの観察項目のうち3つ (個人-社会、微細運動-適応、言語) に遅れを認めた。

今後は、免疫機能との関連に加え、認知発達面、

画像診断面での説明が急がれる。

歴史的な見解から先端的な研究を概括すると、虐待 (Maltreatment) が子どもの発達、特に脳の発達になにかしら負の影響を及ぼしている可能性は否定できないと思われる⁸⁾。しかし、大切なことは、これらが不当に強調されすぎてしまわないように監視することであろう。

発達障害が養育状況に与える影響

発達障害とは、発達時期に多くの要因が絡み合い、その人にあるべき本来の機能に障害が与えられたものと理解される。本質的な特徴は、主要な障害が認知・言語・運動あるいは社会的技能の獲得におけるアンバランスさの存在ということになる。

発達障害学の進歩は、高い医療介護度を必要と

する重症心身障害から軽度の機能障害までへと、両極に広いすそ野を作り出している。本論では、高機能広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、学習障害、発達性協調運動障害、軽度知的障害などの、いわゆる「軽度発達障害」を主に想定している²⁵⁾ (図3)。大きな理由は、軽度発達障害のある子どもたちと親との出会いに比べて、機能的に重度の障害といわれる重度発達障害のある子どもたちとの接触が極めて少なかった、という私の個人的事情からである。そのため幾分偏った経験

からの見解になることを断っておきたい。

この軽度発達障害グループは、発達のアンバランスさの特性は個々に異なるも、なんらかの発達のみずきがあるとは思われにくく、わざとしていたりとか、親のしつけがなっていないといった誤解にさらされやすく、正しい診断を求めて医療や相談機関を訪れても、時には判断や診断が明確になりにくいという、発達のアンバランスさの確認が難しいという特性をもっている。さらに、子どもたちの年齢や保育・教育的支援といった環境の

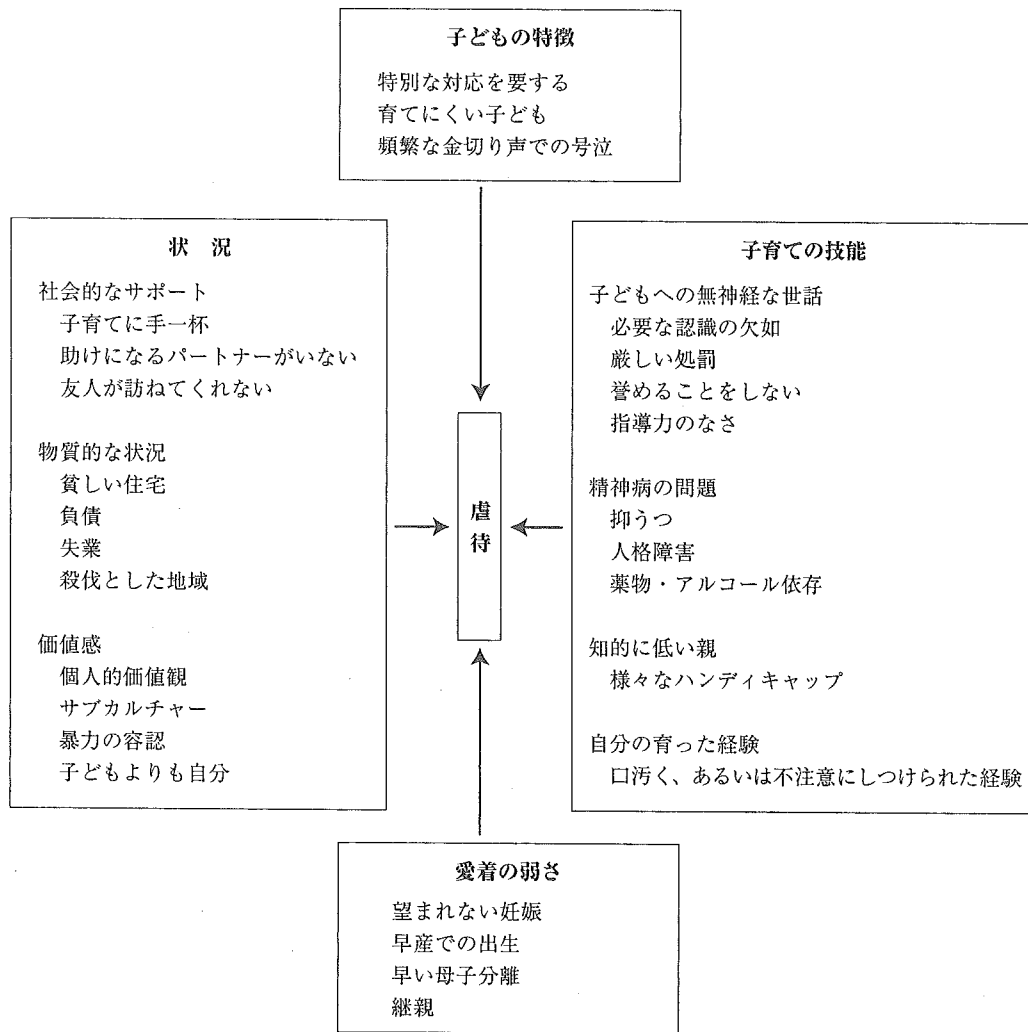


図3 児童虐待が生まれる要因

Robert Goodman, Stephen Scott: Maltreatment of Children. In Child Psychiatry, 1997.

影響を受けやすく、ここでも当人や養育者が責められるという誤解が生じやすい²⁵⁾。

正しく理解される機会が少なく、一方的に責められることから、当人や養育者は傷つき、周囲への不信感や、自己評価の低下といった二次的な問題を抱えてしまうことになりやすい。

軽度発達障害は、発達面からは軽いアンバランスさでもあるが、日常生活を送る上では、大きな生きにくさを抱えてしまいやすいという特徴をもっている。

私は、臨床の現場で軽度発達障害のある子どもにどう向き合ったらよいのだろうか、途方に暮れ、不安でいっぱいの子育て者とよく出会う。なかには「この子が小さい頃は、私は鬼のように叱っていました」、「きっと今なら虐待といわれるような関わりをしてきたように思います」、「わかっているのです。この子がそれが出来ないということがわかっていても、どうしてもイライラして叩いてしまうのです」といった話を聞くこともある。

「子育てが辛く思える、子どもがかわいく思えない」と答えた母親が8割以上を超える、という育児雑誌の調査結果²⁰⁾から示される元来の子育ての困難性に加え、なかなか理解しがたい「軽度発達障害」の特性は、親子間に「不適切な関係」を生じやすくする可能性があるのかもしれない。

一方で、Cowenら⁶⁾は、保健師による初期介入の必要な母子、特に虐待 (Maltreatment) が疑われるあるいはハイリスクな家族のタイプを以下の4つに分けている。

- 1) 環境的に不利な子ども (社会経済的危機、独り親、思春期の母、不適切な支援を受けストレスにさらされている親)
- 2) 生物学的に不利な子ども (低体重児、極小未熟児、急性、慢性疾患のために新生児集中治療室を利用する子ども)
- 3) 発達の遅れ、偏り、障害のある子ども
- 4) 環境と生物学的両面に危機をもつ子ども

育児に困難さを感じる養育者、家族が、発達障害のある子どもの養育者だけではないことは、あまりにも自明である。

そもそも、虐待を生み出すリスク要因については、これまで親側²¹⁾、子ども側²⁷⁾からの精神医学的検討や、家庭・地域などを視野にいれた社会学的モデル^{3, 4)}など、様々な視点で検討されてきた (図3)。しかし同じようなリスク因子をもっている、虐待が発生する時としない場合がある。その違いはなんだろうか。少なくともリスク因子=虐待の発生と規定することはできない²²⁾。

この問題への仮説的な回答として、発達生態学的モデル⁴⁾を援用した虐待発生モデルに、暴力のサイクル論²⁹⁾と段階的発生理論を統合したモデル³⁰⁾を提案した²⁶⁾ (図4)。

このモデルは、子どもを取り巻く環境としてのマイクロシステム (家族)、エクソシステム (地域)、マクロシステム (社会・文化) という発達生態学的理論を援用し、リスク因子と補償因子の存在を想定している。さらに各システムに生じるリスク因子と補償因子には、それぞれに永続的なものと、一時的なものがあり、一時的なものは永続的なものを強化・増強する役割をもつ。これらは日常生活上で常にバランスよく維持されているとは限らない。特に子どもと大人の関係は、育てられる者であった大人が、育てる者へと、コペルニクスの転回をするとき¹⁴⁾でもある。育てる者になるためには、大人自身が「ほどほどに良く育てられた」歴史を持っていることが大切である。育てる者になるときに、その歴史がフラッシュバックするという。

養育者が育てられたように育てるとき、子どもが育てられたように育つと安定した関係が成立する。思うように育たないことは、自己否定に近い経験となる。軽度発達障害の有無が負担になるとしたら、このときかもしれない。軽度発達障害の特徴と生じやすい誤解について、簡単に示す (表3)。

発達障害のある子どもとない子どもにおける虐待遭遇率は、細川ら¹⁰⁾の報告では、ネグレクトを受けている割合が高く、知的障害のある子どもに多いと言われている。Sullivanら²⁴⁾の調査によると、障害 (知的障害、身体障害、学習障害、広

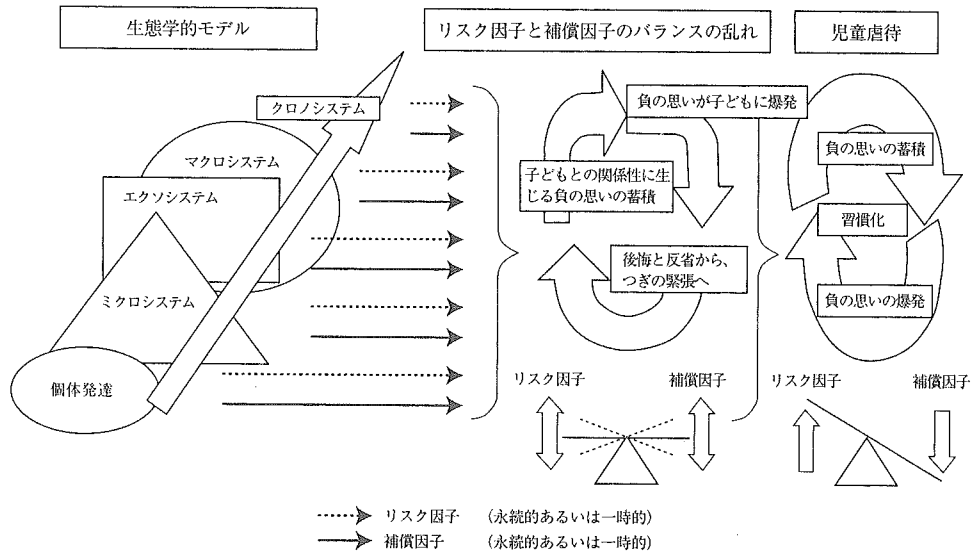


図4 生態学的見地に立つ児童虐待の発生・慢性化モデル

表3 軽度発達障害の特徴と生じやすい誤解

軽度発達障害	特徴	誤解
広汎性発達障害 (自閉症、アスペルガー症候群 などの総称) 自閉症スペクトラムとも呼 ばれる IQが70以上を高機能という	1) 関わり合いの拒否 (社会性の 障害) 2) 言葉・雰囲気のやりとりがう まくいかない (コミュニケーション の障害) 3) 本来の遊びかたができない、 こだわり (想像力の障害)、同じ行 動の繰り返し (行動の障害)	<保護者への批判> 人との関わりが取れないのは、 愛情をもって育てられていな いから 言葉かけや関わりが希薄、大 切にされていない <子どもへの批判> わがまま、自分勝手
注意欠陥/多動性障害 (ADHD)	1) 多動 2) 注意散漫・不注意 3) 衝動性	<保護者への批判> 社会的ルールなどきちんとし つけていない <子どもへの批判> わがまま、自分勝手
学習障害 (LD)	読み、書字、算数 (計算) などの 学習能力が、年齢、知能レベル、 受けている教育により、期待でき る程度よりも低い状態	<保護者への批判> 日頃の学習指導をしていない <子どもへの批判> やる気がない
発達性協調運動障害	協調運動の発達が、年齢、知能レ ベルに比べ劣る、粗大運動の遅れ、 不器用	<保護者への批判> 手をかけていない <子どもへの批判> やる気がない

汎性発達障害)のある子どもへの虐待は、障害のない子どもの3.4倍という。

おわりに

虐待 (Maltreatment) が子どもの発達、特に脳の発達になにかしら負の影響を及ぼしている可能性は否定できないが、その逆を明らかにすることはできない。虐待 (Maltreatment) が生まれるときは、相互関係のつまずきと、それぞれの資質と、運とタイミングの絡み合いと、その悪循環を阻止できない状況を想定するしかない。

くれぐれも短絡的に結論を急がないことである。しかし、子どもと養育者が支援されるために最終的に必要なフィールドとは、一般の日常生活場面である。

虐待問題を防ぐ方向性を国家的に導き出せないこと、導き出すために真剣に対策を練らないことは、国家的虐待であると、最後に主張しておきたい。

文 献

- 1) Appelbaum, A. S. : Developmental retardation in infants as a concomitant of physical child abuse. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5; 417-423, 1977.
- 2) Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., O'Connor, T. G., Rutter, M., et al. : Behavior patterns associated with institutional deprivation : A study of children adopted from Romania. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23; 297-303, 2002.
- 3) Belsky, J., Vondra, J. : Lessons from child abuse : the determinants of parenting. In Chiicchetti D, Carlson, V. (Eds), *Child Maltreatment*, 153-202, Cambridge University Press, USA, 1989.
- 4) Bronfenbrenner, U. : *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press. USA, 1979.
- 5) Chiicchetti, D., Toth, S. L. : A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34; 541-565, 1995.
- 6) Cowen, P. S., Reed, D. A. : Effects of respite care for children with developmental disabilities: evaluation of an intervention for at risk families. *Public Health Nursing*, 19 (4): 272-283, 2002.
- 7) De Bellis, M. D., & Putnam, F. W. : The psychobiology of childhood maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3; 663-677, 1994.
- 8) Giardino, A. P., Hudson, K. M., Marsh, J. : Providing medical evaluations for possible child maltreatment to children with special health care needs. *Child Abuse and Neglect*, 27; 1179-1186, 2003.
- 9) Holmes, J. : *John Bowlby and Attachment Theory*, Routledge, London, 1993.
- 10) 細川徹, 本間博彰 : わが国における障害児虐待の実態とその特徴. 平成13年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書, 382-390, 2002.
- 11) Johnson, D. E., Miller, L. C., Iverson, S., Thomas, W., Franchino, B., Dole, K., et al. : The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association*, 268; 3446-3451, 1992.
- 12) Kaler, S. R., & Freeman, B. J. : Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35; 769-781, 1994.
- 13) Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees Study Team : Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29; 513-528, 2001.
- 14) 鯨岡峻 : 〈育てられる者〉から〈育てる者〉へ, 日本放送出版協会, 東京, 2002.
- 15) Michael, D. De Bellis: The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10; 150-172, 2005.
- 16) Miller, L. C., Kiernan, M. T., Mathers, M. I., & Klein-Gitelman, M. : Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149; 40-44, 1995.
- 17) Mussen, P. H. : *Child Development and Personality*, Longman Higher Education, USA, 1990.
- 18) O'Connor, T. G., Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees Study Team : Attachment disorder behavior following early severe deprivation.

- tion : Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39; 703-712, 2000.
- 19) 奥山眞紀子 : 用語と概念の整理. *小児内科*, 34; 1330-1334, 2002.
- 20) 大日向雅美 : 子育てと出会うとき, 日本放送出版協会, 東京, 1999.
- 21) 斎藤学 : 小児虐待のリスク因子: 親側の要因. *小児内科*, 27; 1589-1594, 1995.
- 22) 坂井聖二 : 子ども虐待の背景と発生メカニズム. *小児内科*, 34; 1345-1354, 2002.
- 23) スピッツ (古賀行義訳) : 母-子関係の成り立ち—生後1年間における乳児の直接観察, 同文書院, 東京, 1965.
- 24) Sullivan, P. M., Knutson, J. F. : Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24; 1257-1273, 2000.
- 25) 杉山登志郎 : 軽度発達障害. *発達障害研究*, 21; 241-251, 2000.
- 26) 田中康雄 : 発達障害と児童虐待 (Maltreatment), *臨床精神医学*, 32; 153-159, 2003.
- 27) 谷村雅子, 松井一郎 : 小児虐待のリスク因子: 子ども側の要因. *小児内科*, 27; 1595-1598, 1995.
- 28) ヴァン・デン・ベルク (足立叡, 田中一彦訳) : 疑わしき母性愛—子どもの性格形成と母子関係, 川島書店, 東京, 1977.
- 29) Walker, L. E. : *Battered Woman Syndrome*, Springer Publishers, USA, 1999.
- 30) Wolfe, D. A. : Child abuses. In *Implications for Child Development and Psychopathology*, 2nd ed, 57-79, SAGE Publications, USA, 1999.

日常の生きやすさの支援は、日常に棲む環境の総体にある

— ADHDのある子どもへの精神療法 —

田中 康雄*

抄録：軽度発達障害のある子どもたちに対する、精神療法的対応の意義について検討するため、注意欠陥多動性障害があり、中学校入学後に逸脱行動が目立ちはじめ、二次的に行為障害を示した女子への治療状況を報告した。

女子が示した行為障害は、この子にとって生きる上での「あがき」であり、他者とのつながりを求めた結果と考えた。そのため治療者は、思春期の戸惑いのなかにいる女子が、自己に向き合う一瞬の時間を共有することに力点をおいた。

私は、注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的接近は、特に障害の克服や解消を目指すことではなく、特性と付き合いながらおおきな躰きをすこしでも回避できるような期待をもち、その方策を伝えていくことではないだろうかと考えている。そのためには、生活のしやすさ、生き延びる力に気づかせ、信頼関係の改善を図ることに尽きると思っている。

Key words：軽度発達障害、注意欠陥多動性障害、行為障害、精神療法

はじめに

最近、児童思春期・青年期の精神医療の現場では、軽度発達障害のある子どもたちの相談件数が増えてきているように思われる。

従来、発達障害の世界に棲む子どもたちは、小児神経科領域で検討されることが多かったと

思われる。児童精神科領域にいる者たちが、そこに参入し向き合える機会が増したことの意義は、単に相談窓口の広がりだけではないと考える。個々が抱えているさまざまな困惑や悩みについて、精神療法的接近を試みる場面を設定できるようにしたことこそが、重要な事柄のように思われる。Kanner, L.¹⁾は、子どもの精神療法の過程を、Relief (苦悩の軽減を目標に)、Relationship (良好な治療関係を築き)、Release (情緒の解放を目指し)、Relearn (再学習への援助を行ない)、Relax (緊張・不安からの解放を行なう)と述べている。すなわちReborn (再生)の物語の創造を、ともに目指すことにあるのだろうと、私は理解している。

その意味では、軽度発達障害のある子どもたちの治療経過を提示しながら、見立てや治療内

The supports that enhance the quality of life exist in a whole system that consists of each environment that children are involved: The psychotherapeutic approach for child with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

* 北海道大学大学院教育学研究科教育臨床講座
〒060-0811 北海道札幌市北区北11条西7
Yasuo Tanaka: Human Development and Educational Practice RG, Graduate School of Education, Hokkaido University