

は△が描けるようになる。色を区別できるのは幼児期後半になってからである。

上下前後関係がわかるのは4歳、左右がわかるのは6歳である。

2歳になる少し前から目、鼻などの身体部位の理解が始まるが、指が区別できるのは6歳以降である。

(2) ことばの発達

2ヵ月の終わり頃から、乳児は機嫌の良い時、いろいろな意味のない声をだすが、これを喃語(bubbling)という。9ヵ月頃から大人の声の真似をするようになる。1歳頃になり、理解できることばが100語程度に達するとママ、マンマ以外のことばを1つ話せるようになる。1歳半以降になると単語数が急に増加し、動詞、形容詞も現われる。2歳頃には2語文が出現するようになる。他人の話した言葉を聴き、文脈に即した応答ができるようになり、会話が成立するのは3歳以降である。

(3) 数概念の発達

ことばの発達として見た場合、数詞はほぼ1歳9ヵ月頃に現われる。早い子どもは2歳を過ぎると、ひとつ、ふたつ、という数詞がものに対応するということが少しずつ理解でき、正しい数え方を習得できるようになり始めるが、大部分の子がいくらかできるようになるのは4歳を過ぎてからである。

(4) 思考の発達

幼児の思考は、具体的(実際の事物に即して考える)、自己中心的(物事を自分本位に考える)、情緒的(物事の把握は情緒的態度でなされ、矛盾が多い)という特徴を持つ。

(5) 情緒の発達

生後3ヵ月頃になると快・不快の感情が現われるようになる。6ヵ月頃には恐れが現われ、人見知りが出てくる。幼児期になるとさらに情緒は分化し、5歳頃には成人にみられる情緒の形がほとんど出そろふ。

(6) 社会性の発達

生後3週間目頃から人の声や顔に反応して社会的微笑が生じるが、生後5、6ヵ月目頃になると見慣れた対象を選択して微笑が向けられるようになる。この頃から養育者に対して、さまざまな愛着行動を発展させる。この時期、養育者の存在が自己とは分離したものと認識され、人見知りが生じたり、母親の意思と自分の意思が必ずしも一致しないことに気づき、分離不安が増強する。子どもは分離个体化期(5ヵ月~36ヵ月)に、安定した母親イメージを内在化させ、母親からの分離にある程度耐えられるようになる。自立性を確立する過程で第一次反抗期が見られる。

幼児期の仲間関係としては、3歳頃には母親のもとを離れ、次第に友達と一緒に遊べるようになる。4~5歳頃になると3人以上のグループ遊びもできるようになり、喧嘩も多いが、友好的な接触が増えてくる。

(7) 遊びの発達

2歳頃までは感覚遊び(見て喜ぶ、触って喜ぶ等感覚を機能させること自身に心地よさを感じるもの)が多いが、その後ごっこ遊びが増え、3~5歳頃にピークとなる。4歳頃からは、構成遊び(積木、プラモデル作り等組み立てたりしながら楽しみを味わう遊び)も増えてくる。絵本を見たり、お話を聞く等の受容遊びは1歳頃から始まるが、実際に楽しめるようになるのは幼児期後半である。

2) 児童期・青年期の発達

身体臓器は系統発生的・個体発生的に組み込まれているプログラムに従って成熟する。心の発達は身体の成熟に伴う適応として理解される。少年非行等は「血が悪い」という考え方、換言すれば適切な栄養さえ与えれば心は発達するという理解は、Spitz,R の乳幼児のホスピタリズム研究、および人生早期の母子分離体験が少年非行発生に関与するという Bowlby,J の研究によって覆り、以降、子どもの発達に与える母子・父子関係ならびに家族関係の重要性が認識されるようになった。また知能は児童期の始まる前後に Piaget の言うところの前操作期から具体的操作期に移行する。そして思春期の始まる前後に具体的操作期から形式的操作期に移行する。

(1) 児童期の発達

フロイトは児童期を潜伏期と呼んだ。それは欲動に駆り立てられる幼児の行動が6歳前後に次第におさまっていくからである。児童のころの中に自分を守り、励まし、制御する超自我が内在化して自動は自身の言動を制御することができる。超自我とは欲動発散の是非を判断して制御する親との同一化を意味する。そして児童は短時間ではあるが大人の監督なしに子ども同士で安全に過ごすことができる。これが児童期のころの発達課題であるが、超自我の安定した内在化の進まない子どもは、相変わらず稚拙な衝動コントロールのために教諭とのかかわりも、仲間とのかかわりも年齢相応にはできない。

子ども同士が大きな危険なく一緒に遊んで過ごすことができるようになると共に、児童の人間関係は親子関係を超えて拡大する。そして昇華のチャンネルは増加して自己表現は豊かになる。また、児童期を通して不安耐性や欲求不満耐性は増加する。しかし、児童期に子どもはあらゆる面で親への依存を必要とするので親離れが進むということではない。児童期の初めにでき上がる超自我・自我・欲動からなる精神構造は児童期を通して変化しない。

超自我の内在化が十分に進まないことによって病的行動は発生する。超自我が年齢相応に発達しないのは、広汎性発達障害や精神遅滞のような発達障害によるものと、剥奪的な環境下に発生する行為障害、あるいはより多くの生物学的な関与が想定される ADHD、およびこれらと比較して発達の可能性の高い神経症性障害などがある。行為障害や ADHD では超自我の内在化に問題があり、神経症性障害では超自我は内在化するが、それがもたらす自責感情が強すぎるなどの質的な問題がある。適応障害は外的なストレスによって発生するので、子どもの超自我の発達に問題があるということではない。

(2) 思春期の発達

思春期 (puberty) は、第二性徴の発現 (男児の精子形成と女児の初潮) から長骨骨端線の閉鎖までの期間であると定義される生物学的な用語である。この思春期の身体的な成熟に対するころの適応は青春期 (adolescence) と呼ばれる。更に現代では思春期後も成人とは見なされなくなり、成人に達する年齢は延長した。一般的に思春期と思春期の年代を含めて青年期と呼ぶことが多い。

第二性徴の発現によって子どもは何でも親に頼れるという感覚を失う。と言うのは親と同一化する子どもは、自己の増大する性的な興味や衝動のすべてを親に公開しなくなる

からである。かつて、赤ちゃんは何故生まれるの？という幼児の興味に対して親が真実を公開しなかったのと同様に、子どもも親と同様に近親姦禁止の不文律に従う。それによって子どもの親離れが始まる。と共に、性的な興味は同性仲間で共有する。そして同性の仲間の誰かに憧れるようになる。憧憬の念を抱くような仲間の価値観を取り入れつつ児童期までの幼児型の超自我と自我理想は改訂される。

超自我は第一に性的な興味に対する禁止を緩和しなければならない。それには同性同年代の仲間との交流が必須である。性に対する緩和の生じない子どもは、増大する性的なエネルギーを抑えこまなければならない。そこで皆で校則を破って下校時に店に寄る、本を買うなどの集団行動を避ける、女兒では仲間の服装やお化粧品への興味を批判して仲間から距離を置かれることにもなる。第二に、超自我の一部である自我理想の改訂がある。フロイトによれば、自我理想とは幼児が成長すると、他者から受ける忠告や自らに生じてくる自己批判によって悩みが生じるので、彼はもはや乳児期に保てた完全さをもち続けることができない。そのため彼は自我理想という新たな形で完全さを取り戻そうとする。今は完全さを失ってしまった自分の前に理想として投影するのは過去（早期乳幼児期）の理想的な彼自身であり、その代理物なのである、という。自我理想は幼児期の後半に自覚される。たとえば、僕は大人になったら何々になるといった理想である。児童期の間は幼児期の自我理想は原型のまま保たれる。Blos,Pによれば、思春期になって同性の親密な仲間関係を経験する子どもは仲間から取り入れる理想から幼児期の理想とは別のそれを作り出す。昔からの理想と思春期以降のそれは混合して自分自身の新たな理想が形成されるという。また自我理想は次第に現実との結びつきをもつようになって、それが将来の職業選択や愛情対象選択を照らし出す。

思春期に入って2 - 3年のうちに多くの子どもは親の理想的な部分と、決してあのような親にはなりたくないという部分を分別する。将来かくありたい自分を想定する能力は、いわゆるエディプス葛藤の解消によって発生する。登校拒否や神経症性障害の子どもでは自我理想が意識から一時的に消えることが多い。

(3) 青年期の発達

身長伸びの停止後の青年期は、生産性の高い社会が若者に高度の知識技術を求めるようになって発生したライフサイクルであり、現代では20代の半ばまでにパーソナリティはでき上がると考えられている。Erikson,EHは自我同一性(ego-identity)と自我拡散を提唱したが、これは過去から現在に至るまで同一で変わりなく連続する自分はこれだという認識の確立を意味する。それによって青年は固有の適応的な行動を取ることができるようになる。またBlos,Pは育児を自分の更なる発達に役立てることができるようになって初期成人期が始まるという。それには職業と愛情対象の選択が必要であろう。

(皆川邦直)

3. 家族や周囲との関係

1) 家族関係

(1) 概要

家族は社会通念によって規定され変容する。家族の一義的な定義は難しい。

近代家族の基本は、夫婦が対等の愛情で結ばれ、家族成員の情緒的な交流やこどもの養育を重視する、福祉・教育機能を求める最小の集団である。核家族が増加し、小規模化している。役割の固定性と閉鎖性のために、家族システムが自己完結的に陥りやすい。

(2) 現代の家族関係

豊かな社会においては、家族形態の「多様化」や「個人化」、の傾向が強まる。

家族機能は縮小し弱まり、さらに家族個人の自由度が拡大される。

離婚などにより、「ひとり親」家庭が増加するが、親権者は母親が多く、経済的に過酷な状況に陥りやすい。

家族機能は家事・養育・教育・介護機能など、社会資源は増えたが負担感は増加している。親子関係のなかでは、母親はこどもに影響を与えとはいえ、こどもの問題で母親だけが非難されることは間違いである。

家族成員のライフコース（転職、病気、受験、転居、介護など）で、家族関係は相互に影響を受ける。特に女性のライフコース（教育、結婚、就労など）をめぐる急激な社会の変化がある。

共働き家族では、女性への家事や育児負担の偏りがある。

(3) 家族の問題

世論調査によれば、「精神的な安らぎ」と「人間的成長の場」が家族機能に求められているが、逆に葛藤や問題を抱える場合がある。

子育ての負担やこどもの不適応などで、家族関係が葛藤状態に陥ると、どの家庭でも関係性の病理が二次的に顕在化しやすい。

以下にこどもに関連した問題を例示する。①家族の問題：出生率の低下による少子・晩産化。結婚の多様化や晩婚・非婚化。老親介護における女性の重い負担。②養育の問題：産褥期の母親の精神障害、地域から孤立した専業主婦の育児不安、養育困難や深刻な虐待など家族機能の危機、こどもの孤食。③教育問題：お稽古事、通塾などこどもの養育・教育費の増大。ゲームやインターネットの情報教育。発達障害のこどもの教育。④親のメンタルヘルス：就労（雇用、解雇など）に伴う精神的ストレス、自殺問題、ドメスティックバイオレンス、離婚の増加、家庭内離婚。⑤青少年のメンタルヘルス：家庭内暴力、不登校・いじめ問題、非行問題、引きこもり、フリーター。

(4) 家族への支援

こどもは未熟なために、家族の保護機能が重要である。こどもの発達における、「子育て」の側面とこどもが自ら育つ「子育て」の場所が、家庭と近隣地域である。

家族システムの問題への対応では、家族を治療する視座から、保育支援、レスパイトケア、自助グループなど、家族支援の方向に変化してきた。

自己完結的な家族は、家族の問題が深刻化しやすい。そのためにも地域・社会資源と連携できる地域のシステムが重要である。

社会からの個々の家族への介入には、人権に配慮して望むべきである。

(竹内直樹)

2) 学校および友達関係

(1) 乳幼児期

ほかの子どもと一緒に遊ぶといった子ども同士だけで交流を始めることが可能になるのは、幼稚園や保育園に入る頃であり、2歳から3歳にかけての時期と考えられる。この時期を過ぎると親や保護する立場の大人と離れて、おもちゃを共有して遊ぶことや、おしゃべりすることができるようになり、遊具を順番に使うこともできるようになっていく。しかし、幼稚園の時期の友達関係は、主に遊びを介したもので、大人たちに見守られた中で形成されるものである。この時期を過ぎてもおもちゃを共有できない、他の子と協力し合う遊びができないといった場合には、何らかの発達上の問題が想定される。

(2) 学童期

6歳を過ぎて小学校に入るということは、親との関係が相対的に小さくなり、教師や友達集団の中での生活が大きな意味を持ち始める方向に進み始めるということである。低学年では、教師の指示に従い、集団の中でルールを守り、周囲に合わせて行動することを学ぶ必要がある。低学年の子どもにとっては、担任教師の存在は特に大きなものになる。親から離れて、集団生活に中に入り、不安が高まっている低学年の子どもにとって、担任教師は頼りになる存在でもあり、自分の価値を認めてもらいたいと願う存在にもなる。この時期の友達関係はまだ幼稚園の時の遊び友達の延長線上のものであることが多い。

小学校3年から4年生くらいになると、単なる遊び友達ではなく、独自の世界を共有できる仲の良い友達仲間との交流が活発になる。そして、その交流の中で、冒険やいたずらと一緒にするという体験が重要になる。男子では、いわゆる「ギャング・エイジ」の時期に入ってくるし、女子では、お互いに好き嫌いが意識されて、仲間集団同士の葛藤も始まる時期である。高学年になると、思春期の入り口に立つとともに、秘密を共有できる親密な同性の仲間がさらに重要な存在になる。不安定な思春期の時期を乗り越えていく時に、この時期に形成された親密な同性の仲間と関係が支えになる。このような親密な仲間関係を獲得できないと、思春期になって挫折を経験しやすくなると考えられる。

(3) 中学の世代

中学校の時期には、教師は、親と同じように批判や反抗の対象にもなるが、場合によっては、親との関係とは異なった理想化された存在にもなり得る。中学校生活では、教師の指示に従うだけでなく、自分の判断や理想に沿って行動することが求められることになる。しかし、大人のように自由に行動することが許される訳ではないし、中学生自身もまだ親や教師に依存している。大人との関係は、より葛藤的になりやすい。そこでも、親密な仲間関係は子どもを支えることになる。また、中学生の時期は、異性への関心が急速に高まり、自己愛的な自己への関心も高まる時期でもある。そこで、異性への接近の試みを支えるためにも、過剰な自己愛を適度に調整するためにも、同年代の仲間や学校の先輩との交流が必要になる。もっとも、女子の場合、この時期までは仲間集団同士の集合離散や葛藤が起りやすく、友達関係は支えにもなるが、悩みのもとにもなる。友達関係での悩みが女子の方が男子よりも深いものがある。女子においては、そうした悩みを通り抜ける中で、対人関係のスキルが高まり、異性との交流の準備も整っていくのである。身体的な成熟の早さに加えて、そのような仲間集団の中で揉まれる体験の影響もあって、女子の対人関係の発達は男子よりも早く進むことになる。

(4) 高校の世代

高等学校の年代では、教師の存在は、職業同一性の模索に際しての援助者として位置付

けられるようになる。教師は、親と並んで大切な大人のモデルになると同時に、社会への橋渡しをしてくれる存在になる。高校時代の友達関係は、徐々に異性との関係に置き換わっていく。異性との親密な関係に入っていくことができる者も増えるが、まだ異性を1人の対等な人間として尊重できるようになるには、もう少し時間がかかるものである。同性との友達関係は、異性との関係が安定する青年期後期(大学生・若い社会人の時期)まで、異性との関係を補足する関係として引き続き一定の役割を果たし続ける。

(生地 新)

Ⅱ. 小児に心の問題が生じる原因

1. 遺伝

子どもの精神科臨床において、遺伝を意識するのは、子どもが家族を伴って受診し、家族歴をとり、知的障害、神経疾患、染色体異常、さらに、家族内集積が統合失調症やうつ病より多い、自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥多動性障害が疑われる場合である。そして臨床場面で遺伝という言葉は誤解を招きやすいので、家族に説明する時は、注意を要する。なぜなら子どもの精神科の場合、家族は“子どもの病気は自分のせいではないだろうか”、“遺伝したのではないか”と特に悩むからである。しかしながら子どもの精神科疾患のほとんどが多因子疾患で遺伝病ではない。ここで、遺伝について基本的なことを整理する。疾病を遺伝に関連して4つに分ける。1：遺伝子によるもの(遺伝病)一すなわち、常染色体優性遺伝、常染色体劣性遺伝、伴性優性遺伝、伴性劣性遺伝。例として先天性白皮症、フェニルケトン尿症、血友病、脊髄小脳変性症など多数ある。2：染色体異常によるもの。例としてダウン症候群やクラインフェルター症候群(性染色体のXの数が多)。3：先天奇形一遺伝的要因や環境要因によるもの。母親の服薬、被曝、周産期の環境条件による、例として口蓋裂、先天性関節脱臼など。4：体質性疾患(多因子)一体質というのは定義が難しいが、特定の要因に反応する体の素質というものを体質と考える。つまり遺伝と環境の相互作用であり、糖尿病、がんのような悪性腫瘍、精神科疾患では統合失調症やうつ病である。さらに詳しく述べる。遺伝が誤解を受けやすいのはある個体が疾患を起こさせるような遺伝子を持つと、必ずその遺伝子に対応した特定の変化が起こると考えがちだが、事実でない。疾患の原因は、個体の持つ遺伝子、その組み合わせと、その個体が遭遇した環境(外因)との相互作用によって起こるものである。遺伝病は、ある特定の遺伝子をもった個体ならどのような環境下にあっても、その遺伝子による特徴が現れる場合に、その特徴は遺伝病という。一方、どんな遺伝子の組み合わせの人でも、ある環境が与えられればそれによってある特定の反応が現れる場合、これを環境によるものとする。また複数の遺伝子座が環境要因と相互作用を及ぼしあいながら疾患の発症に関与する疾患をcommon disease(多因子疾患)という。統合失調症、うつ病は、親から伝えられた遺伝的素質があり、それに環境条件として、統合失調であれば胎生期の母親の環境など、うつ病であればストレス因子などが加わって、発症する多因子疾患である。子どもの精神科の多くは一般の精神科と同様多因子疾患である。多因子疾患の、原因遺伝子検索は難しい。

自閉症は一卵性双生児の一致率が統合失調症などより高く、遺伝性が大きいと推測されている。ゲノムワイド（染色体の1番からX染色体まで）スクリーニング研究が行なわれているが、確証ある遺伝子はまだ見つかっていない。

次に性格特性についてだが、ここでは遺伝的要因（heritability）、共通の環境（common environment）、特定の環境（unique environment）で説明する。Tsuangらによると例えば反社会的傾向について子どもと大人の違いを検討したが、子どもの反社会的傾向に関与するのはheritabilityが7%、common environmentが31%、unique environmentが62%である。一方大人の反社会的傾向に関与するのはheritabilityが43%、common environmentが55%、unique environmentが52%である。これらの結果より大人の性格傾向は遺伝的要因が高く、子どもの性格傾向はより環境的要因が大きいことが推測された。以上のように子どもについて遺伝を考える時は常に環境的要因を考慮する必要がある。

（中村和彦）

2. 器質因

1) 母体の感染症

(1) トキソプラズマ

初感染した母体からの経胎盤感染であり、高率に重度の知的障害を引き起こす。症状は妊娠初期に感染するほど重い。

(2) 梅毒

胎盤で病巣を形成後に感染することから、感染時期は妊娠5か月頃である。したがって、妊婦健診で調べて治療をすれば予防が可能である。先天性梅毒に感染した子どもは、角膜炎、難聴、ハッチンソン歯を呈する。また、知的障害の合併が多い。

(3) 風疹

妊娠20週までの経胎盤感染で、先天性心疾患、難聴、白内障に加え、網膜症、肝脾腫、血小板減少、糖尿病、発育遅滞、知的障害、小眼球などを呈する。

(4) サイトメガロウイルス

経胎盤感染が多い。感染した胎児の1割に症状が発現し、点状出血、肝脾腫、黄疸、網膜症、脳の石灰化、小頭症、知的障害を呈する。

(5) 単純ヘルペスウイルス

経産道感染が多い。皮膚症状が多いが、全身性に感染すると新生児死亡や脳障害が起きることがあり、知的障害や神経学的症状を呈する。

2) 母親の代謝性疾患

(1) 糖尿病

母体の糖尿病のコントロールが不良であると、出生後に過剰なインスリン作用のために低血糖を示すことがある。長期にわたると知的障害を来す。

(2) 甲状腺機能低下症

母体で産出される甲状腺ホルモンが少ないために、中枢神経系の発達が遅延する。

(3) 妊娠中毒症

妊娠中に高血圧、蛋白尿、浮腫を来す病態であり、重症の場合には子宮内胎児発育遅延

を来す。これらの子どもでは知的障害、注意欠陥/多動性障害の発生率が高い。

3) 母親の摂取する薬物

(1) アルコール

妊娠中に飲酒した母親から生まれた子どもに、特徴的な顔貌(不明瞭な人中、薄い上唇、短い眼瞼裂など)、発育遅延、中枢神経の機能障害(刺激への過反応・注意力の問題・変化への適応困難・学習障害・判断力の障害)、身体の形成異常(心疾患・関節の形成異常など)が出現する。

(2) たばこ

ニコチン摂取に伴う子宮胎盤循環不全、一酸化炭素による胎児の酸素欠乏により子宮内胎児発育遅延をもたらす。

(3) 水銀

胎児性水俣病では、知的障害、発育障害、言語障害、歩行障害などを呈する。

4) 放射線

妊娠8~25週、なかでも8~15週に被爆すると、知的障害を合併する。

5) 出産に関連した要因

(1) 早産・子宮内発育遅延

子宮内発達遅延を伴って早産した子どもでは、高率に知的障害を合併する。

(2) 分娩障害

胎児仮死、あるいは、鉗子分娩、吸引分娩などの物理的外力や低酸素状態のために頭蓋内血腫や出血が起こり、知的障害を来す。

6) 子どもの感染症

感染性髄膜炎(ヘモフィルス・インフルエンザb型桿菌(Hib)、淋菌、肺炎双球菌)、スピロヘーター感染症(梅毒スピロヘーター、ライム病)、ウイルス感染症(エコーウイルスやコクサッキーウイルス、ヘルペス、ムンプス、アルボウイルスなどの直接感染、はしか(麻疹)、水ぼうそう、風疹に続いて免疫反応が誘導され間接的に脳炎を来したり、はしか罹患後に亜急性硬化性全脳炎が出現)、結核性髄膜炎、真菌性髄膜炎などの後遺症として、知的障害が出現する。また感染性たんぱく質プリオンの感染によりクロイツフェルトヤコブ病やkuruが発症する。猩紅熱などのA群β溶連菌感染症では、トゥレット症候群が高率に出現する。

7) 子どもの代謝性疾患

アミノ酸代謝異常: フェニルケトン尿症(フェニルアラニン水酸化酵素の欠損によりフェニルアラニンが蓄積し、知的障害を引き起こす。新生児マススクリーニングの対象)。その他にも、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、チロシン血症などがあり、知的障害のほか、特徴的な身体的機能障害を伴う。

炭水化物代謝異常症: 糖原病、ガラクトース血症、遺伝性フルクトース不耐症

リポドーシス: ゴーシェ病、テイサックス病、ニーマンピック病、ファブリー病など

ピルビン酸代謝異常症: ピルビン酸脱水素酵素複合体欠損により、筋力低下。けいれん、協調運動障害、平衡障害、知的障害。

8) 子どもの摂取する薬物

子どもに投与される向精神薬、身体疾患治療薬により、精神症状が出現する。

9) 子どもの頭部外傷

頭部外傷により傷害された部位の機能障害, 知的障害, てんかんなどを伴うことがある。

(岡田 俊)

3. 心理社会的要因

1) 性格要因

(1) 概要

精神疾患の生物心理社会的モデルでは、精神疾患は生物学的要因と心理社会的要因との相互作用によって説明される。性格要因は精神病理の発現に影響する心理社会的要因のひとつとされているが、一人ひとりの性格傾向は遺伝的特徴などの生物学的な基盤と養育環境や対人関係などの環境的な要因による影響もあることから、きわめて複雑な要因でもある。性格要因は具体的には気質 *temperament* と人格 *personality* から構成される。

(2) 気質

気質とは生物学的な基盤を持つ性質 *trait* から成り、情緒的応答性や身体的活動性に関する行動上の個人差のことを言う。乳幼児期に現れる気質は年齢とともに環境、社会、文化的要因の影響を受けて変化していくものの、長期的に持続する傾向があることが知られている。乳幼児の気質についてはさまざまな類型化が行われている。ニューヨークでの長期にわたる縦断的研究を行ったトマスらは子どもの気質を「扱いやすい子ども *easy children*」、「扱いにくい子ども *difficult children*」、「エンジンがかかりにくい子ども *slow-to-warm-up children*」の3型に分類した。また、バスらは「情緒性 *emotionality*」、「活動性 *activity*」、「社会性 *sociability*」、「衝動性 *impulsivity*」の4つの要因を提唱している。カガンらは子どもの気質を「抑制的 *inhibited*」と「非抑制的 *uninhibited*」に分類している。

(3) 人格 (パーソナリティー)

人格とは気質で説明される素因的な要素に加えて意思と認知の要素が加わったものと考えられており、個人の思考、感情、行動、対人関係の特徴として表現される。成人の人格構造としてアイゼンクらは因子分析により「神経症的傾向 *neuroticism*」、「外向性-内向性 *extraversion-introversion*」、「精神病的傾向 *psychoticism*」の3つの要素を抽出した。また、5因子モデルと呼ばれているパーソナリティーの分類では、「開放性 *openness*」、「勤勉性 *conscientiousness*」、「外向性 *extroversion*」、「調和性 *agreeableness*」、「神経症性 *neuroticism*」の5要素が知られている。

(4) 精神病理との関連

さまざまな性格要因が精神病理と関連することが知られているが、いずれも非特異的な関連であって、特定の性格要因が特定の精神病理と直接的に関連している訳ではない。乳幼児の気質は個人と環境との適合の良し悪しで情緒的な問題の発現と関連しており、「扱いにくい子ども」の多くは家庭や学校、仲間関係に困難を来すことが多い。また、「抑制的」な子どもは後の不安障害、社会不安 (社会恐怖)、うつ病との関連が指摘されている。人格傾向と精神病理との関連については、神経症性の人格は不安障害、大うつ

病、身体表現性障害と関連があり、境界性人格は摂食障害や衝動制御の障害との関連が指摘されている。反社会的な人格傾向は物質乱用との関連が高い。また、人格そのものの発達的な精神病理として人格障害があるが、児童青年期での人格障害の診断は一般的ではない。

(5) 回復力としての性格要因

性格要因は精神病理に対する脆弱性やリスク要因になる一方で、精神疾患の発症を防ぐ防御的な役割も持っている。同じストレスを受けても精神症状の発現には個人差があり、また回復過程も個人個人で大きく異なる。たとえば、児童虐待などの逆境的な環境の中で育った人たちがトラウマの影響から回復するプロセスでは、レジリエンス *resilience* と呼ばれる回復する力が重要な要因となる。レジリエンスを構成する要素のプロフィールは個人によって差があり人格特性を反映している。

(小野善郎)

2) 環境要因

子どもの精神状態は、大人以上に環境からの影響を受けやすい。学習する力や順応性が高い一方、自我機能が未熟で、経験も乏しいため、子どもは様々な環境の影響をより直接的な体験として日々の生活の中で受けている。ただし、子どもの精神的問題には、前項まで挙げられたような素因や性格要因も大きく関わる。したがって、ここにあげる環境要因は、あくまでも子どもの精神状態や発達過程に影響を及ぼす可能性があるために考慮する必要があるものと心得る。つまり、これらの要因は精神症状発症のひき金を引いたり、その後の精神発達に何らかの作用をするかもしれないが、子どもの精神的問題に本質的に対峙するためには、それだけを悪者として躍起になり近視眼的あるいは短絡的なアプローチにならないように心がける必要がある。以上を踏まえた上で、子どもの精神状態に影響する環境要因を、子どもにとって身近な順に示す。

(1) 環境としての母子関係：乳幼児期には、母の心身の状態、子どもの身体的問題や発達の偏りなどがあると、育児は困難さを増し基本的な愛着形成を揺るがす。不適切な養育状況が顕著な場合、子どもには愛着障害が生じるかもしれない。さらに、人生早期の母親の喪失体験、何らかの理由で幼少期における親による子どもへの保護やコントロールに適切さを欠くことなどが、以後の子どもの精神状態に影響することもある。さらに、思春期の心理的自立の時期に母子関係の混乱が再燃すると、境界例心性などを特徴とした問題行動が顕在化するかもしれない。

(2) 家族の要因：家族形態の変化として、離婚、再婚、親との別離、祖父母との同居・別居、他人との同居などがあげられる。また、家族員各々のパーソナリティの問題や極端な行動形態（例：過干渉、過保護、DV、共依存、極端な無関心など）も、子どもの生活に様々な質の影響を与える。DV 家庭では、両親間の暴力目撃による心理的外傷体験や、食事や睡眠の妨害、権威を失った母親との母子関係が不安定になるなど、子どもの養育環境の基盤がゆらぐ。家庭の経済的問題も重要であり、母子家庭で母が就労している場合など、夜間子どもが一人で食事をしたり留守番を余儀なくされている場合などもある。

(3) 仲間関係の要因：発達水準によって仲間関係は発展するが、発達障害圏などでは幼児期から仲間うまく入れないこともある。学童期には、他者の視点にたつことで互いの

見方を理解できるようになるが、対人関係技能の発達の遅れや、多動・衝動性の遷延、抑うつ気分の出現などがあると、適応困難に陥る場合もある。思春期以降は親密な相互関係を持つようになり、親友や恋人との間で別離や裏切りなどの体験をする場合もある。いじめはどの年代にも生じうるが、加害・被害を問わず、子どもの心理状態にはさまざまな影響を及ぼす。

(4) 学校や習い事的环境：転校、クラス替え、学級の状況、教師との関係、学業不振、クラブなど課外活動の問題などは子どもにとっての社会的要素であり、心的ストレス因になりうる。

(5) 地域のコミュニティの特徴：都会か農村部か、コミュニティが開放的か閉鎖的か、親戚縁者や親以外に頼れる大人がいるか、活用できる社会資源はあるかなど、子どもの養育や問題への対処に潜在的に用意される環境として考慮する。

(6) 社会情勢：社会の政治的経済的情勢、戦闘、災害、地域を巻き込む事件事故など、大人の生活にも影響する要因は、子どもの精神状態にも影響を及ぼす。特に、親や身近な重要な人物、仲間などの喪失体験を伴う場合、環境因の影響は幾重にも考慮しなくてはならない。

以上の環境要因は、同じ事柄であってもその子どもの発達段階によって作用が異なる可能性、および、その要因同士が相互に関係しあうものでもあることを考慮することが必要である。

(笠原麻里)

Ⅲ. 小児の精神疾患の分類の概要

1. CD-10

一般に児童精神疾患とは、通常、児童期以前に発症し、その後の発達に持続的影響を及ぼしやすいものを指しており、児童期発症の統合失調症や双極性感情障害のように主に青年期以降に出現する疾患の早期発症型とは区別される。ICD-10 の分類システムでは、F7、F8、F9 のカテゴリーに含まれるものが児童精神疾患に相当している。概略を述べると、F7 は「精神遅滞」（いわゆる知的障害）、F8 は「心理発達の障害」というくくりのもとに、広汎性発達障害、学習と運動の特異的な発達障害などが主な項目となっている。F9 には「行動および情緒の障害」として、(DSM-IV-TR のいう) 注意欠陥/多動性障害、行為障害、選択性緘黙、分離不安障害、反応性愛着障害、チック障害のほか、遺尿症などの習癖異常が含まれている。

反応性愛着障害などごく一部の疾患を除き、F7-9 に含まれる疾患のほとんどは生物学的要因（中枢神経の何らかの機能障害）と関連するものであり、心理社会的要因から説明できるものではない。従って、F8 の見出しにある「心理発達の障害」とは、心理学的機序により発生した障害ではないことに注意する必要がある。以下、カテゴリーごとに概説する（それぞれに含まれる「特定不能のもの」については省略した）。

F7 が取り上げているのは精神遅滞であり、知的能力（いわゆる知能）および社会生活能

力が診断の中心となる点を含め、DSM-IV-TR の精神遅滞とほぼ符号する概念である。両診断基準とも、軽度・中等度・重度・最重度の段階を設けており、他の精神障害の合併が一般よりも高いことを指摘している。

F8 に含まれるもののうち「会話および言語の特異的発達障害」(F80) は DSM-IV-TR のコミュニケーション障害に相当している。その下位項目の内容をみると、構音(音韻の発音)、言語表出の障害、言語理解の障害、てんかん性の後天的失語(ランドウ・クレフナー症候群)などが含まれている。DSM-IV-TR では、言語理解の単独の障害は項目として設けておらず、ランドウ・クレフナー症候群を含めて受容-表出混合性言語障害に位置づけている。次に、「学力の特異的発達障害」(F81) は DSM-IV-TR の学習障害に相当しており、学力との関連が強い読字、書字、算数の能力が主な対象となっている。F80、F81 とも、運動機能や感覚器(視覚、聴覚など)、あるいは学習する機会の問題と関連して生じたものではなく、本人の年齢や精神発達を考慮したうえで明らかな遅れがみられる場合に診断されるものを指す。F82 の「運動機能の特異的発達障害」は DSM-IV-TR の発達性協調運動障害に相当しており、F83 の「混合性特異的発達障害」については DSM-IV-TR に該当する項目はみられない。F84 の「広汎性発達障害」は自閉症、アスペルガー症候群、レット症候群、小児崩壊性障害を中心に構成され、対人相互的反応、行動の限局化・反復傾向、および言語発達を主な診断項目とする概念である。これらは DSM-IV-TR による広汎性発達障害とその下位診断(自閉性障害、アスペルガー障害、レット障害、小児崩壊性障害)とほぼ一致している。以上に合致しない心理発達の障害は F88 あるいは F89 にコードされるが、この診断枠は DSM-IV-TR には設けられていない。

「行動および情緒の障害」という見出しを持つ F9 には多彩な疾患が含まれている。まず、F90「多動性障害」は DSM-IV-TR の注意欠陥/多動性障害(AD/HD)に相当する状態像とともに、行為障害の一部を含んでいる。ICD-10 では、不注意を多動と切り離せない特徴であるとみなし、AD/HD の不注意優勢型が該当する診断枠が F90 の中に設けられておらず、F98.8 を適用することになる。また、反社会的行動を主な特徴とする行為障害(F91)が併存する多動性障害に対して、多動性行為障害(F90.1)として F90 の中に位置づけている。次に、F91 の行為障害は DSM-IV-TR の同名診断に加えて反抗挑戦性障害を含んでいる。また、ICD-10 では行為障害に対して、家庭限局型、非社会化型(孤立しているタイプ)、社会化型(グループに適応しているタイプ)の下位分類を設けている。一方、F92 として「行為および情緒の混合性障害」という枠組みを設けたうえで、気分障害の抑うつ症状をともなう行為障害を抑うつ性行為障害(F92.0)として一応独立させている。F94 は選択性緘黙と反応性愛着障害、F95 はチック障害(ド・ラ・トゥレット症候群を含む)を中心に据えており、概ね DSM-IV-TR と対応している。F98「他の行動および情緒の障害」には、遺尿症、遺糞症、異食症などのいわゆる習癖異常のうち非器質性の(一般身体疾患によらない)もの、哺育障害、常同運動障害、吃音症などが含まれており、それぞれ DSM-IV-TR の同名診断に該当している。

(十一元三)

2. DSM

精神疾患を分類する際の診断基準体系としては、世界保健機関(WHO)による「国際疾病分類第10版(ICD-10)」と、米国精神医学会による「精神疾患の診断統計マニュアル第4版改訂版(DSM-IV-TR)」の2つが現在主に用いられている。

DSM-IV-TR では全ての精神疾患を操作的診断基準で診断し、また5つの軸を用いた多軸診断を採用している。精神遅滞と人格障害をⅡ軸で診断し、それ以外の精神疾患をⅠ軸で診断し、Ⅲ軸で一般身体疾患(身体合併症)を、Ⅳ軸で心理社会的および環境的問題を、Ⅴ軸で機能の全体的評定(GAF)を行う。GAF 尺度については小児用として、CGAS(Children's Global Assessment Scale)がある。この多軸診断はICDにないもので、DSMの特徴である。

DSM では、小児であってもうつ病や不安障害などの診断基準を満たせば、成人と同様に診断する。小児特有の精神疾患に関しては、DSM-IV-TR では「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」という群にまとめられている。そしてこれを「精神遅滞」「学習障害」「運動能力障害」「コミュニケーション障害」「広汎性発達障害」「注意欠陥および破壊的行動障害」「幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害」「チック障害」「排泄障害」「幼児期、小児期、または青年期の他の障害」の10項目に分類している。ICD-10と比較すると、各疾患の名称や分類される位置や診断基準などもいくらかの相違がある。例えば、精神遅滞はICD-10ではF7として独立した項目であるが、DSM-IVでは上記の群の1つとして扱われ、Ⅰ軸ではなくⅡ軸で診断される。

また、DSM-IV-TR には、疾患とは言えないが「臨床的関与の対象となることのある他の状態」という項目があり、その中には小児に関連したものとして「小児または青年の反社会的行動(V71.02)」「境界知能(V62.89)(Ⅱ軸に分類する)」「学業上の問題(V62.3)」「同一性の問題(313.82)」などが挙げられている。

DSM などによる操作的診断は、診断基準の各項目の有無を順次確認する形で診断を進めることができ、ある意味で便利である。操作的診断の道具として、面接で尋ねる事柄や順序までも完全にマニュアル化したものが構造化面接であり、小児用のものとしてはDISC(Diagnostic Interview Schedule for Children)などがある。いわゆる質問紙法は、構造化面接で尋ねることを紙に書いておき、本人が自分で書き込む形にしたものと言える。面接者に若干の自由度があるものは半構造化面接と呼ばれ、小児用のものとしてCAPA(Children and Adolescent Psychiatric Assessment)などがある。これらの日本語版はまだなく、臨床現場よりも主に研究のためのものが多いが、症状を系統的に把握する方法の1つと考えると役に立つ。例えばWingによる半構造化面接のDISCO(Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)は項目に沿って尋ねることで、乳幼児期の発達状況を詳細に知ることができる。もっと簡便な方法として、評価尺度や質問紙は様々なものが開発されている。これらも単に点数をつけるなどよりも、診察で尋ねる事柄の漏れの確認や、状態把握の助けとして用いたい。

精神科医はICDもDSMも内容を把握しておく必要がある。だが大切なことは、症例ごとに発達や環境など様々な要因を含めてその子供の病態を把握し、その上でICDやDSMではその病態はどこに分類されるかを考えることであろう。全てを診断基準で考えていると、診断基準が改訂されるごとに混乱して右往左往することになりかねない。

(青木省三)

IV. 子どもの心のとらえ方

1. 病歴のとりかた

1) 発達歴

近年、発達障害が子どものこころの問題の中で大きくクローズアップされています。同年代の集団の中で不適応を起こしやすいばかりでなく、思春期以降の反社会的行動や気分障害といった2次的な問題を起こすことも少なくないからである。発達障害を疑った場合、幼少時の多動・衝動性、不注意、社会的相互作用、コミュニケーションやこだわりに関する行動を丹念に聴取することが診断にとって重要である。表にその行動を列挙します。筆者は、診察の前にこれらの行動の有無を親にチェックしてもらい、診察でその行動を詳しく聴くようにしている。なお、幼少期はADHD症状が前景に立つPDDの子どももいるので、どちらを疑っても双方の特徴を聞くことが必要である。

表 問診で聴く発達障害を疑う行動

<周産期>

妊娠、分娩の異常、出生体重、仮死を含めた出生直後の異常の有無

《1歳半まで》

<社会的相互作用>

- ・視線が合わなかった
- ・あやしても笑わなかった
- ・抱っこされても抱きつかなかった
- ・イナイナイバーをしても関心を示さなかった
- ・人見知りをしなかった*
- ・人見知りが強かった

<コミュニケーション>

- ・有意味語がなかった

<その他>

- ・大きな音や声にも反応しなかった
- ・夜泣きが激しかった*

《1歳半から3歳まで》

<多動・衝動性>

- ・動きすぎるところがあった*
- ・よく迷子になった*

<社会的相互作用>

- ・母親に甘えることが少なかった
- ・母親が見えなくても平気で遊んでいた
- ・興味があると母親から離れていき名前を呼んでも振り返らなかった
- ・1人の方が機嫌が良かった
- ・他の子どもに関心がなかった
- ・大人しくて全く手がかからなかった
- ・オムツテンテン、バイバイなどの真似をしなかった
- ・指さした方向を一緒に見ようとしなかった
- ・「ちょうだい」に応じなかった

<コミュニケーション>

- ・簡単な会話も出来なかった

<その他>

- ・小さな音にも敏感だった
- ・身体に触られることを嫌がった

《3歳から就学まで》

<多動・衝動性, 不注意>

- ・片時もじっとしていなかった*
- ・よく迷子になったが、迷子になっても平気だった*
- ・遊びの順番が待てなかった*
- ・ボーっとしていることが多かった*
- ・よくものをなくした*

<社会的相互作用>

- ・視線が合わないことを他人から指摘された
- ・作ったものを親に見せたり自慢しなかった
- ・困った時に助けを求めることが少なかった
- ・ほめられても喜ばなかった
- ・他の子どもと遊ぶのを好まなかった
- ・集団で他の子どもと同じ行動が取れなかった
- ・誰にでも物怖じせずに話しかけた*
- ・ごっこ遊び・ふり遊びがなかった
- ・まわりの人の感情に対して共感を示さなかった*
- ・まわりの人の感情に対して無関心だった

<コミュニケーション>

- ・すごくおしゃべりだった*
- ・一方的に自分の言いたいことだけを話した*
- ・人の言った言葉をその通りに繰り返した
- ・会話が噛み合わなかった
- ・奇声を発した*

<常同運動やこだわり>

- ・いつもやる動作があった（例；身体をゆする，脚を叩く）
- ・ものの置き場所，動作の手順などいつもと同じでないととても嫌がった
- ・同じビデオを何回も繰り返し観ていた
- ・虫が大好きで大人顔負けの知識があった
- ・図鑑が大好きでいつも見ている
- ・特定のコマーシャルをすごく好んだ
- ・記号，マーク，看板に強い興味を示した
- ・水や砂を落とすといった単調な遊びを何時間も続けた
- ・ものを単純に並べて遊ぶことが好きだった
- ・食べ物の好き嫌いが激しかった
- ・予定の変更でパニックになった
- ・思い通りにならないとかんしゃくを起こした
- ・自分を傷つけた（例；頭や顔を叩くなど）

* は，ADHDでもPDDでも認める可能性のある行動を示す

一応，定期健診で異常を指摘されなかったかどうかは確認しておく。また家族，特に父親に同様の傾向がないか，親類における発達障害や精神・神経疾患，不登校や引きこもりの有無も，併せて確認しておくことが診断に役立つ。

（原田 謙）

2) 家族歴

子どもの診察では家族との対応や家族歴に関する情報の収集は初期の重要なステップとなる。子どもの診療は子どもの意思よりも親や家族の考えや意向によって開始されることがほとんどである。多くの場合、あの手この手で親が子どもを診察の場に連れてくるのであるが、時には子どもがかたくなに受診を拒否する場合でも親を通して診療をせざる得ないこともあるので、家族や家族歴に対する取り組みが重要な治療的な介入となる。家族歴の聴取に関する重要な視点とポイントを以下に記す。

（1）診療を最も必要としている人物は誰か

子どもの精神科診療は、多くの場合親のニーズによって診察が始まり、親が問題としている子どもの問題と、実際の子どもの問題の両方を診ることになる。親の理解がどれほど適切であるのかに注意して、家族にどんな問題があるのかを把握することで子どもが抱えている問題が判明してくる。例えば、子どもを常に身近に置いておきたいが故に子どもを心配している親、親に対する反抗や暴力など親に屈しない子どもに親の力を行使せんとして子どもが問題だとして診療に持ち込もうとする親などがおり、実際には親自身の問題意識を把握しつつ子ども自身の問題や親と子どもとの関係のあり方を詳しく把握することになる。

（2）子どもは家族の抱える問題の代弁者の役割をひっさげて診察の場面に登場している可能性がある。サチアの合同家族療法では患者をI P（Identified patient：問題を呈する人物）と称する。発達途上の弱い立場の子どもは家族の抱えている問題を

指し示すようなところがある。よって子どもの問題は家族の抱えている問題を明らかにし、或いは解決する糸口になる場合もある。子どもの問題を把握することは重要であるが、同時に両親の問題や両親とその親との関係さらには兄弟関係などについても聴取することになる。例えば、機能的な夫婦関係を維持している両親かどうか、自分の親から精神的にも自立した両親なのか、子どもの兄弟関係は未だ幼い時代の兄弟間葛藤を引っ張っているのか、等。

(3) 三世代くらいの幅でジェノグラムを押さえない

ジェノグラム（家系図）は子どもの問題を把握する上で役立つことが多い。同居している家族の規模と親族の中での位置づけ、三世代の規模で見たときの構成員の精神疾患の有無や各世代間のつながりと問題点はむろん、当該の子どもそれぞれの構成員との関わりを記載すると次第に家族的な問題が浮かび上がってくる。例えば、特異な才能を継承している家族あるいは家族的なさまざまな重さを背負っていることや、祖父や祖母の死去や命日が子どもの問題発生に一役買っていることも判明する場合もある。最近では自殺する親が増え社会問題になっているが、親や他の家族の自殺といったライフイベントも聴取しジェノグラムに記載する。

(4) 遺伝負荷との関連

家族の精神疾患あるいは発達的な問題は子どもに大きな影響を与えることが知られている。子どもの精神面の発達に視点を置けば、直近の親の精神面の問題はかなり大きな影響を与えると考えるべきであるので、遺伝負荷についてはしっかりと聴取する。またうつ状態の親の元で成育した子どもは子ども時代、特に思春期に嵐の時期を越える上でしばしば混乱をきたすことが知られているので、子どもの育児の過程における親の精神的な状態なども把握しておきたい。

(本間博彰)

3) 生育歴

子どもの生育歴は成人に比較すると短く、ライフサイクルで言えば、出生から新生児期、乳児期、幼児期、学童期、そして思春期・青年期までに限られる。ところで子どもの精神障害では発達障害が占める比率が高いばかりでなく、他の精神障害にしてもこの年代における事例化では、本人の持つなんらかの脆弱性を考慮する必要がある。さらに両親をはじめとする周囲の環境も、青年期以上に留意しなければならない。したがって生育歴とはいっても、①発達歴や②家族歴とも当然重なることを、あらかじめ付言しておく。

(1) 子どもの生育歴を聴取する際の留意点

i) 子どもの場合、全般的に言語化能力、抽象化能力の乏しさから、客観的な生育歴の陳述は得られにくい。とりわけ自分自身のもつ問題との関連で、秩序だった生育歴の陳述は得にくい。ここでは親からの聴取が重要な位置を占める。

ii) 子どもも両親も、さまざまな期待や不安とともに医療機関を受診する。したがって親であっても、客観的な生育歴を語れないことがある。しばしば親は、子どもの状態や病歴を自分自身で了解可能なものとするために、生育歴に種々の色づけをしがちである。精神科受診が学校などからの強い勧めに端を発している場合には、親も受診行為に納得しておらず、無意識に「正常」を強調するような生育歴を描いたり、なかには「病気で

ないという保証」を求めるために、ライフイベントを取捨選択して述べることもある。ここでは、母子手帳や通知表なども含めた、幅広い聴取が必要となる。

iii) ライフイベントには個人的な情報が多数含まれる。したがってやみくもな生育歴の聴取は、親子の緊張をあおりかねない。「なぜそこまで答えなければならないのか」という極度の苦痛を与えることもあろう。ここでは、答えたくない部分には無理して答えなくともよいという自由の保障と、信頼関係の樹立が重要になる。

iv) 子どもでも年長者の場合、往々にして、親と子の間に受診動機のアズレがみられる。相互に秘密にしておきたい事柄も少なくない。ここでは秘密にすべき生育歴上の情報は、漏れることのないよう、たとえばカルテ記載にも気を配る必要が生じる。

(2) 生育歴を聴取する際のポイント

以上を配慮した上で、以下のような内容の生育歴を聴取する。

i) 出生： ほぼ発達史と同じである。生育歴上の事項としては、たとえば出産前後の母親に生じた身体的、精神的問題や、それによる母子分離の状況などをチェックする。

ii) 両親との問題について： 親との死別、両親の離婚、親の入院、母親の仕事など物理的な分離を体験があれば、それをチェックする。また親の失業、親の身体・精神疾患への罹患など、家庭生活に大きな変化を生じる事柄があれば、その種類、時期なども記載する。

iii) 同胞との問題について： 弟妹の誕生時期、同胞の身体・精神疾患への罹患、同胞の就学など、本人の発達史や現病歴と関係のありそうな事柄をチェックする。

iv) 祖父母との問題について： 祖父母との同居、別居、そして死別体験があれば、それを記載する。これらは両親の心理状態を介して、本人にも影響を及ぼすこともある。

v) 家庭をめぐる問題： 転居があれば、それを記載する。家庭内の被虐待、家庭内暴力に関しては、家族歴や現病歴と重なる。

vi) 保育園・幼稚園の問題： 入園時期、通園の状況などを記載する。

vii) 小学校の問題： 通った学校の種類（通常学級・特殊学級・養護学校の種別など）、成績、得意・不得意科目、休み時間や休暇の過ごし方、転校があればその時期、不登校やいじめられ体験の有無と時期などを記載する。

viii) 中学校の問題： 中学受験の有無、通った学校の種類(小学校と同様)、成績、休み時間や休暇の過ごし方、部活動の種類、不登校、いじめられ体験、いじめ・非行・反社会的行動・性体験・薬物使用の有無と時期などを記載する。

ix) 高校の問題： 進学理由、入学した高校の特徴、その他中学校と同じ。

x) 塾・習い事： 種類と時期、本人の希望で通っていたか否かなどを記載する。

x i) 余暇活動、趣味： どのような趣味をどの時期にもっていたかを記載する。

x ii) 友人について： いつごろどのような友人ができたか、友人との離別体験など。

x iii) その他： 身体疾患への罹患とそれによる入院体験、事故(交通事故・外傷・骨折・捻挫・熱傷)の体験、天災への遭遇(地震、家事、水害など)を記載する。

以上の内容は、子どもの精神障害によって、強調すべきところとそうでないところがある。必要な箇所を絞って記載されたい。

(広沢郁子)

4) 現病歴

子どもの症状は大人との関係性から生じるといっても過言ではない。「いじめ」にしても、子どもの訴えで大人が的確な対応を迅速に行なっておれば、長期化や深刻化せずすんだのであろうし、そういう大人の対応は子どもの大人への信頼感を増したであろう。子どもにとっては、自分の訴えを大人が重要視し味方になってくれたことで自分が大切にされたという体験になり、いじめられ体験による自己イメージ低下を修復するものにもなる。そういう経過が症状化を防止することになるのである。

カナーは「親たちにとって煩わしい行為が症状とされる」とその教科書に記載した。子どもの症状が相手によって違うのであれば、特定の大人の影響が読み取れる。母親に対してだけ暴力を振るうということは、母子関係の問題を示唆することになり、その背景にある夫婦関係をも予測させることになる。

そういった意味で、子どもの診療を行なう時、初診時の現病歴の聞き取りは重要である。子どもの年齢が小さければ小さいほど、主に家族からの聞き取りとなる。自分で説明できる年齢であれば、子どもの表現と親の訴えの違いに隠れている意味が重要になってくる。

症状の経緯を聞くうちに、その背景や成り立ち、治療方略が予測できてくる。出来れば診察前に予診が取れば、予め情報を得ることでもう一度問題点や聞き漏らされた事柄について確かめることが出来る。

主訴となる症状について、いつから、誰が気づいたか、状況での変化が認められるか、本人の訴えはどうか、誰が一番困っているか、これまでどういう対応をしてきたか、誰に相談したか、受診を決断したのはだれか、本人に誰が説明したのか、その時の本人の反応はどうだったか、と聞き取っていくことが大切である。

これまでどう対応されたかは、今後の治療方略の参考になる。解決には必ず関係者の協力体制作りが必要である。両親はどういう場面では協力的になれるか、誰の援助が有効かつ可能なのかも具体的な治療手立てになる。

現病歴を聞きながら、診断的を絞り、治療の方略を立て、キーパーソンをさがし、薬物治療の必要性も検討する作業を行なわねばならない。

・発達障害の有無

症状がいつから認められたかは、背景に発達障害があるかどうかの重要な判断基準になる。「友達がつくれない」という訴えも3歳で幼稚園や保育園に入った頃から認められたのであれば、広汎性発達障害を疑うことになるし、就学後のある時期から友達が作れなくなったのであれば情緒的な引きこもりのサインとして理解でき、神経症的なレベルであるのか、精神病的なレベルかと聞き込んでいく必要が出てくる。

学習障害という主訴についても、小学校1年生時の学習到達度を詳しく聞く必要がある。小学校高学年での成績や学習意欲の低下は、情緒的な問題を疑う必要がある。

思春期や青年期に、対人関係や行動の奇異さと発達テスト結果のアンバランスさのみで、安易にアスペルガー症候群や高機能自閉症の診断をつけるべきではない。対人感情の共感性の無さは被虐待児でも生じ、社会ルールへの無頓着さは行為障害でも認められる。幼少期における発達障害の存在の有無に対して慎重に聞き取りを行う必要がある。

・精神病性の変化

思春期の人格の変化や日常生活能力の退行、学業成績の急激な低下の有無が精神的な症状なのかどうか判断する基準となる。病的症状発現前の日常生活面での変化についても聞き取っておくことが大切である。

(西田寿美)

2. 子どもの診察の仕方、ラポール

1) 乳幼児期

乳幼児期の診察の特徴

乳幼児期の子どもにうまくラポールをとり適切な診察を行うためには、養育者が同席し、子どもが安心できる場の提供が必要である。診察では、母親自身の精神状態や家族からのサポートも含めた育児機能、母子の関係性、および子どもの発達と情緒や行動の3つの観点からの総合的な評価が必要となる。以下、この3つの観点について診察の仕方を解説する。

(1) 養育者（母親）の診察

i) 「なぜ今」「この受診に至ったか」を念頭に主訴を聴く

乳幼児の受診は、養育者である母親の不安や心配か、子どもの父親や保育園・幼稚園の先生、あるいは小児科医師などからの懸念が反映されており、また主訴と受診動機は必ずしも同じではない。

ii) 初回は、誰が乳幼児とともに受診をしたかを記録にとっておく。

iii) 養育者（母親）の診察場面での行動観察

母親は子どもの安全に注意を払っているか、あるいは抱いているか、その場合抱き方がぎこちなくないか、声かけはやさしいか、叱責が多く威圧的か、また子どもの発声やしぐさに無関心かなどを観察する。

(2) 母子間の関係性に着目した診察

子どもの情緒や行動の問題は、母親の育児態度と母子間の相互交流に応じて変化する。乳幼児の母親の精神疾患は育児に影響を与えるので、診察上での注意点を述べる。

i) うつ病：産後1年間のうつ病発症は多いことを念頭において診察する。母子心中や自殺念慮については、診察場面で明確に聴取し、子どもの安全を考え、必要に応じて母子分離と母親の精神科治療を考える。現在、地域保健師や助産師を中心に産後うつ病のスクリーニングも施行されているので、彼らと連携するのがよい。

ii) 統合失調症：統合失調症の女性は産科合併症や低出生体重児の出産が多い。母親は遊びを通じた子どもへの刺激、感情や言葉かけのやり取りが少ない場合が多く、また乳幼児は、神経学的な発達や認知発達が障害されるリスクが高いため、子どもの発達歴は必ず聴取する。

iii) 摂食障害：摂食障害の女性から生まれた乳児は、出生体重が小さく、その後の身体発育が不良な場合があるので、子どもの計測が必要である。また母親は、子どもの食事量や内容、食事の態度に過度な関心や侵襲的な養育態度をとるので、食事を含めた育児の内容について聴取を行う。