

目 次

総論

1. 理論

- 1) 子どもの発達
 - (1) 神経発達
 - (2) こころの発達
- 2) 子どもの発達の定型と異常
- 3) 家族の関係性および機能（愛着、母子相互作用を含む）
- 4) 子どもの精神障害に関する生物学的要因と心理・社会的要因

2. 診断

- 1) 診断面接
 - (1) 子どもへの面接法
 - (2) 親への面接法
- 2) 神経学的な診察
- 3) 所見のまとめ方
- 4) 医学的補助検査（小児神経）
- 5) 知能検査・発達検査の種類とその利用の仕方
- 6) 診断体系（DSM、ICD など）と鑑別診断の重要性

3. 治療

- 1) 治療の選択
- 2) 心理・社会的治療
- 3) 親ガイダンス
- 4) 薬物療法（主な薬物の作用・副作用）
- 5) 療育
- 6) 入院治療の適応

各論 I 障害の分類（診断基準・鑑別診断・疫学・治療・予後）

1. 発達障害

- 1) 発達障害総論
- 2) 精神遅滞
- 3) 広汎性発達障害
- 4) 特異的発達障害・学習障害
- 5) ADHD

2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害

- 1) 排泄の障害
 - (1) 遺尿症・夜尿症
 - (2) 遺糞症
- 2) チック障害
 - (1) トウレット障害
 - (2) 慢性運動性または音声チック障害
 - (3) 一過性チック障害
- 3) 哺育・摂食の障害
 - (1) 異食症・その他の哺育・摂食の障害
- 4) 分離不安障害
- 5) 選択性緘黙
- 6) 反応性愛着障害
- 7) 常同運動障害
- 8) 破壊的行動障害
 - (1) 反抗性挑戦性障害
 - (2) 行為障害

3. 心身症および身体化

- 1) 心身症（総論）
- 2) 個別の心身症
 - (1) 起立性調節障害
 - (2) 過敏性腸症候群
 - (3) 気管支喘息
 - (4) 過換気症候群
 - (5) 慢性頭痛（片頭痛、緊張性頭痛など）
 - (6) 消化性潰瘍
 - (7) 心因性嘔吐
 - (8) 非器質性視力障害
- 3) 身体表現性障害
 - (1) 転換障害
 - (2) 心気症
 - (3) 身体醜形障害
 - (4) 疼痛障害
 - (5) 身体化障害

4. 身体疾患による精神症状

- 1) 神経疾患による精神症状
- 2) その他の身体疾患による精神症状
- 3) 治療による精神症状

5. 摂食障害

- 1) 神経性食欲不振症【神経性食欲不振症】
 - (1) 若年期発症
 - (2) 思春期発症
- 2) 神経性大食症【神経性大食症】
- 3) その他の摂食障害

6. 睡眠障害

- 1) 睡眠異常
 - (1) 不眠・過眠・ナルコレプシー・睡眠リズムの障害
 - (2) 呼吸関連睡眠異常
- 2) パラソムニア
 - (1) 睡眠時遊行、夜驚症、悪夢

7. 不安の障害

- 1) 全般性不安障害（小児の過剰不安障害）
- 2) 強迫性障害
- 3) 恐怖障害
- 4) 社会不安障害
- 5) パニック発作・パニック障害
- 6) 外傷後ストレス障害・急性ストレス障害

8. 衝動制御の障害

- 1) 抜毛癖
- 2) 放火癖

9. 適応障害

10. 解離性障害

11. 感情の障害

- 1) うつ・感情調整障害
- 2) 双極性障害

12. 統合失調性障害

- 1) 統合失調症
- 2) 短期精神病反応

13. 子どもの性同一性障害

各論Ⅱ 注目すべき子どもの問題および状況

1. 不登校・いじめ・引きこもり
 - 1) 不登校の早期対応
 - 2) 不登校・引きこもりの鑑別診断
 - 3) いじめ問題への対応
 - 4) 引きこもりへの対応

2. 子ども虐待および養育上の問題への対応
 - 1) 子ども虐待の種類
 - 2) 子ども虐待対応の制度(法律解説を含む)
 - 3) 子ども虐待の発見と通告
 - 4) 養育問題家族のアセスメント
 - 5) 虐待などの成育環境による子どものこころの問題とそれへの対応
 - 6) 親・家族への支援
 - 7) 子ども虐待の予防

3. その他のトラウマおよび喪失への対応
 - 1) 災害時の対応
 - 2) 一般犯罪被害を受けた子どもと家族への対応
 - 3) 性被害を受けた子どもと家族への対応
 - 4) 喪失体験をした子どもと残された家族への対応

4. 発達障害者支援法と発達障害の早期発見・介入
 - 1) 発達障害者支援法および制度
 - 2) 発達障害の早期発見・介入
 - 3) 発達障害の療育

各論Ⅲ 連携

- 1) 医療間連携 児童
 - (1) 一般小児科・精神科との連携・子どものこころの専門診療機関との連携
 - (2) 他科との連携・チーム医療
- 2) 他機関と連携
 - (1) 他機関との連携の方法保健機関
 - (2) 療育機関、学校、保育園・幼稚園

<総論 1.理論 1)子どもの発達(1)神経発達>

こどもの発達の基礎は、遺伝子に規定された生得的な遺伝情報と胎内および生後の外的刺激（環境）であることは明白である。神経活動の主体である神経細胞のほか、それを支えるグリア細胞の機能も発達には不可欠である。出生時には既に神経細胞の遊走は完了しており、基本的な神経経路も形成されている。生後の最も大きな構造的な変化は、シナプス形成と髄鞘化である。シナプスは、生後急速に増加し乳児期後半に最大となることが知られている。その後 10 歳くらいまでは比較的急激に減少し、以後は極めてゆっくり減少してゆく。乳幼児期のシナプスの増加は、この時期の急速な発達の基礎をなしていると考えられる。一旦形成されたシナプスのうち不必要なものが消失し、有効な神経回路網のみが残存し強化されると考えられている。髄鞘化は、生後急速に進み 2 歳頃にはほぼ成人に近くなるが、大脳皮質間の連絡繊維などはその後もゆっくり進むことが知られている。

子どもの発達の見方には、種々の側面がある。乳児期は、運動発達と反射の発達の變化が著しい。乳児期以降は、運動発達のほか、言語や社会性の発達が著しい。

1, 運動発達と反射の発達の變化 (図 1)

独歩獲得までの乳幼児期に、発達に直接関連する重要な反射には原始反射と姿勢反射がある。原始反射は、脳幹・脊髄に反射中枢があり、出生時より存在し生後徐々に消失してゆく。原始反射の消失は、上位中枢の成熟によると考えられ、次第に中脳や皮質レベルの反応としての姿勢反射が優位となり、運動発達が飛躍的に伸びる。たとえば、手の把握反射が消失する時期に随意的に手を操作することが可能となり、足の把握反射が消失する時期に歩行が可能となる。視性立ち直り反射と側方パラシュート反射が出ることで座位保持が可能となる。

2, こどもの発達 (表 1、図 2)

こどもの発達を運動と社会性、言語に分けて捉えると理解しやすい。表 1 に、遠城寺式乳幼児分析的発達検査や日本版デンバー式発達スクリーニング検査 (図 2) などでの通過率を元にして、それぞれの項目別の標準的な発達過程を簡単に示した。どの項目とも相互に関連性があるので、独立しているわけではない。

1) 運動機能の発達

粗大運動機能の発達は、寝たきりの状態から、這い這い、伝い歩きを経て安定して 2 足歩行できるまでの過程である。重心が低位から高位になり、支持面積が広範囲から小範囲になることで自由度と敏捷性が得られる。随意運動の発達は、独立した運動ができるようになることと同時に種々の運動を協調して行えるようになることである。標準的には、独歩は 1 歳 2 ヶ月であり、短時間の片足立ちは 3 歳、片足飛びは 4 歳、スキップは 5 歳である。

1) 言語・社会性の発達

運動発達と異なり、乳児の精神機能の発達は人やものに対する反応で判断せざるを得ない。追視は、生後 2 ヶ月にはほとんどの乳児に見られるようになり、社会的笑いである「あやし笑い」は 3 ヶ月には見られるようになる。「バイバイ」や「ニギニギ」などの単純な動

作模倣は、10ヶ月頃から見られるようになるが、意味をもった動作となるのは1歳過ぎてからである。ことばの表出も同様で、乳児期前半の意味を伴わない発声から、1歳頃になると言語模倣としての「口まね」となり、その後に意味を伴った有意語となる。乳児期より、家族と他人との区別はできているが、乳児期後半より「人見知り」が強くなる。1歳半を過ぎると単語の理解が飛躍的に増加し、2歳過ぎると2語文をほとんどのこどもがしゃべるようになる。2歳半頃になると、大小などの比較概念が理解でき、3歳以降は色などの抽象概念が形成され始める。4歳になると、成人に近い4-5語文での会話が可能となり、5歳では、数やひらがなの理解ができるようになる。単語の理解も一つのかたまりとして捉えていたものが、5歳過ぎるとひとつひとつの語音から構成されることがわかるようになる。この時期に、しりとりやなぞなぞが分かるようになる。

3, 正常発達のバリエーション

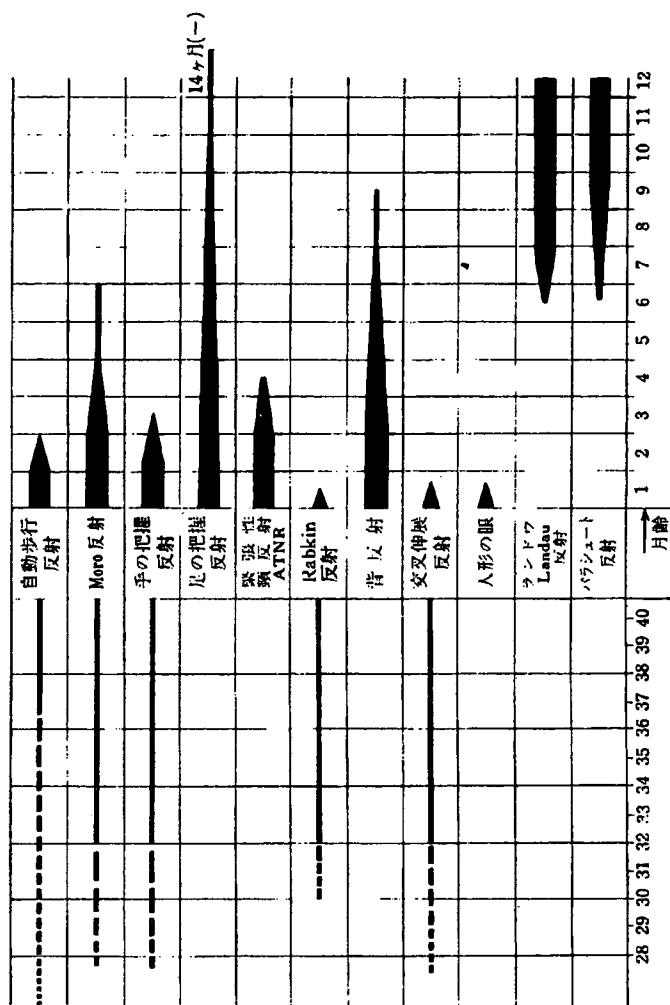
正常発達の子どもでも、全ての発達項目が平均であるとは限らない。発達過程には、幅があり、ある項目のみが遅いからといって異常であるとは限らない。こどもの発達の順序性はある程度は決まっているが、個人差も大きく、多少のばらつきはあることのほうが多い。そのうち、shuffling baby と表出性言語発達遅滞は比較的よく見られる。shuffling baby とは座位までの発達は遅れないが、うつ伏せを嫌い、這い這いをしないで、座位のまま移動するようになる子どもたちのことである。神経学的には軽度の筋緊張低下を認めることが多く、立たせようとしても股関節を屈曲して、足を地面につこうとしないことが特徴的である。他の発達は良好であり、1歳半前後に歩行を獲得することが多い。最終的には、運動機能は正常となる。表出性言語発達遅滞は、言語理解や聴力・口腔機能に問題なく、表出言語のみが遅れる場合で男児に多い。2歳過ぎてから急激に表出言語が増えることが多い。図の説明

図1 原始反射と姿勢反射 (坂本吉正、小児神経診断学 pp107より引用)

自動歩行反射から人形の眼反射までが原始反射、ランドウ反射とパラシュート反射が姿勢反射である。図の左半分が在胎週数で右が生後月齢である。

図2 日本版デンバー式発達スクリーニング検査

(前垣義弘)



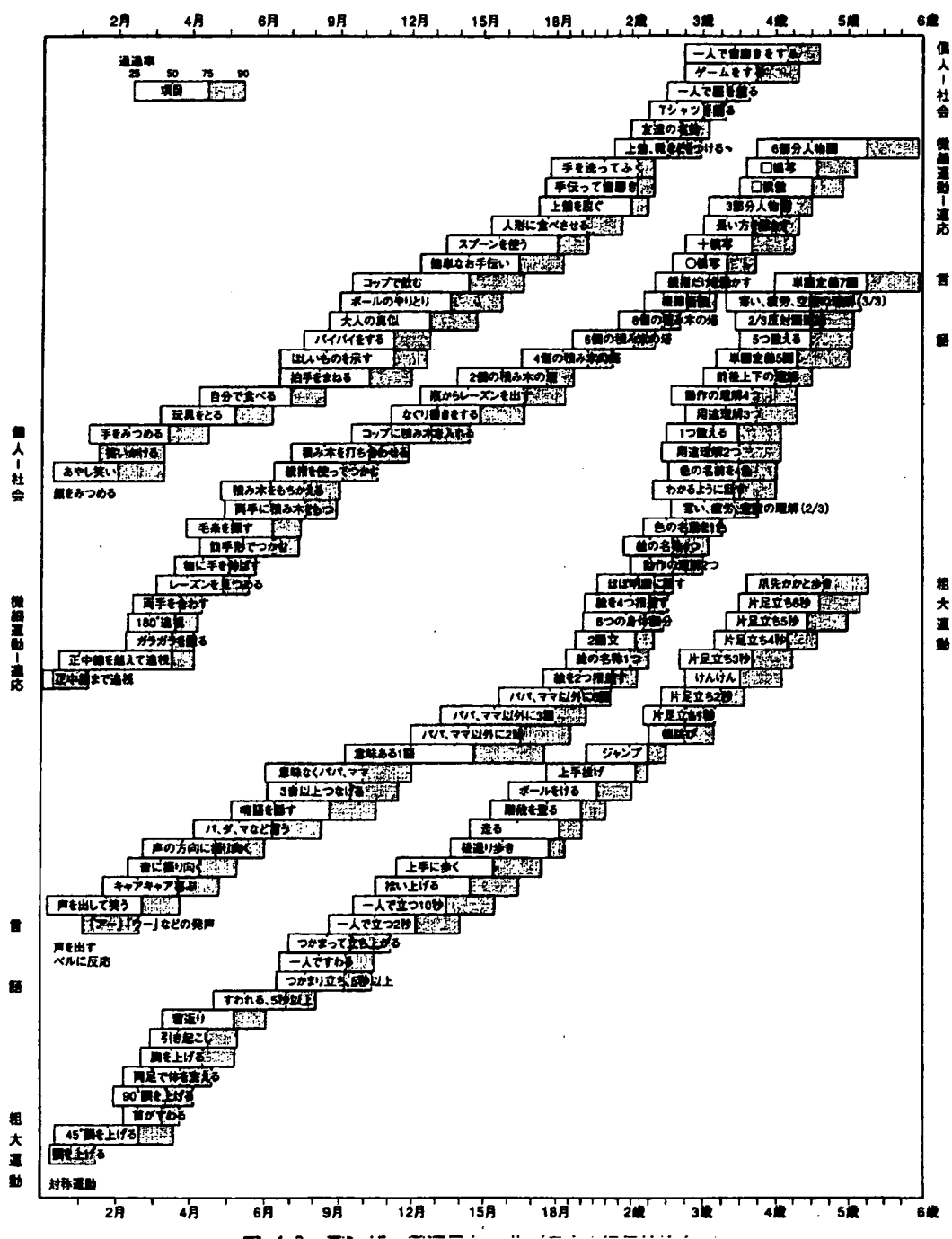


表 標準的な乳幼児の発達

	粗大運動	微細運動	社会性	認知	発語
3-4ヶ月	首がすわる	おもちゃをつかんでいる	あやすと声を出して笑う	おもちゃを見ると活発になる	キヤーキヤー声を出す
6-7ヶ月	座位保持(数秒)	おもちゃの持ち替え	人見知りする	イナイイナイパーを喜ぶ	マ、バなどの声を出す
9-10ヶ月	つかまり立ち	積み木を打ち合わせる	身振りをまねる		喃語
1歳	数秒立っている	なぐり書きする	親の後追いをする	「おいで」「ちようだい」を理解	意味のあることば(1つ)
1歳半	走る	コップからコップへ水を移す	困った時に助けを求め	簡単なお手伝いをする	意味のあることば(3つ)
2歳	ボールをける	積み木を横に並べる	親から離れて遊ぶ	指示した体の部分を指差す	二語文を話す
3歳	片足立ち(2秒)	まねて○を書く	ままごとで役を演じる	色の理解(4色)	三語文を話す
4歳	ケンケンできる	人物画(3つ以上の部位)	簡単なゲームを理解	用途の理解(5つ)	四一五語文を話す
5歳	スキップできる	人物画(6つ以上の部位)	友達と協力して遊ぶ	ジャンケンがわかる	自分の住所を言う
6歳		紐を結ぶ		左右が分かる	自分の誕生日を言う

<総論 1.理論 1)子どもの発達(2)こころの発達>

こころを精神機能の活動としてとらえるならば、こころの発達にはさまざまな側面がある。それは認知の発達、言語の発達、感情の発達、人格の発達、自己の発達などである。こころのそれぞれの側面については、多くの研究者によってさまざまな発達の理論が提出されている。またひとつの発達理論が、こころのいくつかの側面を包括的に説明する理論となっている場合もある。ここではこころの発達についての、代表的なグランドセオリーを取り上げることとする。

まず認知の発達についてはピアジェ (Piaget, J.) の発達理論がある。ピアジェは認知発達を、同化と調節によるスキーマの構造の高次化の発達としてとらえ、その発達段階を感覚運動期 (0~1歳ごろ)、前操作期 (2~7歳ごろ)、具体的操作期 (8~11歳ごろ)、形式的操作期 (12歳ごろから) に分けた。感覚運動期には外界の認識は感覚と運動に基づいている。自分の身体の動きや感覚器からの知覚に基づいて世界が構成されていく段階である。やがて物の永続性や心的表象が成立するにいたって、前操作期が始まる。前操作期には、外界の特徴を抽象した言葉や数といったシンボルを使用するようになる。しかしまだ自分の視点を離れた思考は困難であり、世界は自己中心性のなかで構成される。具体的操作期に入ると保存概念が獲得され、表象の論理的な操作が可能になる。しかし、「今、ここ」での世界を離れた抽象的な思考はまだまだ困難である。仮想的な状況や可能な世界についても論理的な表象の操作ができるようになるのはおよそ12歳以降の形式的操作期に入ってからのことである。

ピアジェの認知発達理論は発生的な理解をもちながらも生物学的な発想を根底にもった制約説であるとの批判もある。それに対しては、認知発達を個体内の認知構造に還元することなく、個体を越えた共同性のなかでの表現体としてみていくワロン (Wallon, H.) らの立場もある。またヴィゴツキー (Vygotsky, L. S.) は、認知機能は元来社会的なものであり、それが次第に個人的なものへと内面化されていく過程が認知の発達であるとして、個体が独力で解決可能なレベルとガイダンスの下で可能となるより高度なレベルに囲まれた発達可能水準を発達の最近接領域と呼んで、教育は成熟に依存しながらも常に先導的な役割を果たすと主張した。

言語の発達についてもまた記述的、実験的、教育学的、行動科学的、社会学的なさまざまな研究が行われているが、言語獲得の発生的な理解の礎となる理論にも、生物学的な個体要因を基に置くものと環境的社会的要因を基に置くものがある。言語学者であるチョムスキー (Chomsky, N.) は生成文法理論を提唱し、言葉の獲得を言語獲得装置 (LAD: Language Acquisition Device) という仮説的構成概念によって説明した。子どもはほぼ一様に母国語の複雑な文法を一気に習得してしまうが、これはスキナー (Skinner, B. F.) らの行動主義心理学では説明できないことから、人には言語獲得のための装置が生得的に備わっていると考えたのである。それに対してブルーナー (Bruner, J. S.) は、言葉の習得は社会的なやり取りの機能的な文脈のなかで学ばれ、その際には養育者からの援助が重要であると考え、言語支援習得システム (LASS: Language Acquisition Supporting System) の重要性を唱えて環境的社会的要因を強調している。

感情の発達、人格の発達、自己の発達の理論に大きな貢献を果たしたのは、精神分析学

的な発達理論である。精神分析の創始者であるフロイト (Freud, S.) は欲動を身体と精神の境界をなす概念として位置づけて、身体の機能と精神の機能と結びつけることで精神的発達理論を打ち立てた。フロイトは欲動の変遷に応じてこころの発達段階を口愛期 (0～1歳ごろ)、肛門期 (2～3歳ごろ)、男根期 (4～6歳ごろ)、潜伏期 (7～12歳ごろ)、性器期 (13歳ごろから) に分けた。口愛期は吸ったり嘔み付いたりといった口の活動が、取り入れや破壊といった心理的活動と結びつき、依存や拒絶といったテーマが優位となる時期である。肛門期は排出や保持といった肛門括約筋の機能が確立する時期で、トイレット・トレーニングをめぐる心理的には支配と服従・反抗のテーマが優位となる時期である。男根期は自らの性器に自覚が及ぶ時期で、ペニスの有無をめぐる優越感や劣等感が葛藤として高まる時期である。この時期にエディプス・コンプレックスは頂点を迎える。その後エディプス・コンプレックスの解消とともに、欲動はいったん表舞台から姿を消し潜伏期に入る。この時期には自我の活動が知的活動に振り向けられ、また超自我の確立が道徳感の発達に寄与する。思春期に入り生物学的な成熟とともに幼児性欲は再活動するが、その統合を成し遂げることで性器期に到達し、そこでは生殖性がテーマとなる。フロイトはこの精神的発達の各段階に欲動が固着した場合に、それぞれに特有な人格傾向が残存すると考えた。

フロイトの発達理論は生物学的に規定される欲動の変遷にその基礎を置いていたが、エリクソンはフロイトが描き出した発達を社会・文化的な課題という側面からとらえ直した。エリクソンは乳児期の課題を「基本的信頼」対「不信」、幼児期前期の課題を「自律性」対「恥」と「疑惑」、幼児後期の課題を「自発性」対「罪悪感」、児童期の課題を「勤勉性」対「劣等感」、青年期の課題を「自我同一性」対「同一性拡散」、成人前期の課題を「親密」対「孤独」、成人後期の課題を「生殖性」対「停滞感」、成熟期の課題を「統合」対「絶望」で表し、これらの発達課題は漸成的に積み上げられる生涯にわたる成長の過程であると描き出した。

こころの発達の諸側面を理解しようとするうえで、生物学的な個体要因を重視する理論と環境的・社会的要因を重視する理論の系譜は、発達という概念の成立の当初から存在し、現在も続いている。実際のところ、こころの発達とその変異をめぐる議論は、この二つの系譜の織りなす弁証法的な発展のなかで形成されてきたようにも見える。

最近の発達理論においても、たとえばバロン・コーエン (Baron-Cohen) らによって自閉症理解のために応用された「こころの理論」についての理論は、基本的に他者理解の問題を個体の精神的活動の側から見る認識論の系譜にあるように思える。そこではある成熟段階において、個体発生的にも系統発生的にも、構造的に新たな認知能力が発達する生得的な潜在可能性が仮定されているように見える。その一方で、近年興隆してきている乳幼児精神医学においては、間主観性の成立や自己の発達にとっての養育者の側の機能や相互交流の質が論議されている。また心的外傷が及ぼす精神機能への影響は近年大きな注目を集めている。

人が個としての存在を生物学的に所有しているかぎり、またそのように同等の特権的な個が他者として存在する世界に人が住まうかぎり、こころの発達に関して、この困難な議論は免れない。子どもの心の診療の現場においてもまた、われわれは常にこの困難な議論を臨床的に、すなわち弁証法的に乗り越えていく努力を要請されるのであろう。

(横井公一)

<総論 1.理論 2)子どもの発達の定型と異常>

1. はじめに

子どもの実際の発達に合うような適切な理論を求め、たくさんの理論が出されている。理論とは、事実から意味を引き出し、事実を意味づけるもので、多くの事実がどのように統合されるかを説明するツールである。したがって臨床の作業は、事実を理論に照らし合わせ、理論の型にそれらを当てはめてみることにより、解釈が可能となる。定型的な発達とは、その理論に事実を当てはめた際に、よく合うということであり、発達の異常とはその理論に合わないことに過ぎない。

そこで、重要なことは理論の特性を知ることである。ここでは理論の特性の知り方を紹介し、子どもの発達を解釈する際の可能性と限界を知ることが目的とするが、詳細は、「児童発達の理論」トーマス著、小川捷之他訳（新曜社、1985）を参照されたい。

2. よい発達理論と悪い発達理論

よい理論とは、1. 子どもの現実世界を正確に反映していること、2. 明確に理解できる論理的明晰性があること、3. 過去の出来事を説明すると同時に、未来の出来事をも正確に予測できること、かつ集団より特定の1人の子どもの行動を正確に予測できること、4. 子どもの関係する人たちが養育上、日常の問題を解決してゆくのに、実際の指針を与えられること、5. 理論に内的な一貫性があること、6. なるべく少ない前提の上に成り立ち、現象を説明するのに必要なメカニズムが簡単であること、7. 理論は反証が可能なこと、8. 新しい研究方法を創造し、新しい知識を発見するよりどころとなること、9. 自己完結性を持ち発達の様相を納得ゆく形で説明できることである。

3. 発達理論がカバーする領域

発達理論にはその理論が提唱する内容や領域がある。それには、1. 年齢、文化、どのような発達の様子かなどの範囲、2. 遺伝要因と環境要因がどのように発達に影響しているとみなしているか、3. 発達の方向をどのように示しているか、4. 連続的発達か段階的発達か、5. 基本的な道徳状態の獲得に関して、6. パーソナリティ構造の要素に関して、7. 動機付けと学習過程について、8. 個人差、9. 望ましい発達と望ましくない発達、正常な発達および異常な発達、10. どのような哲学的源泉および仮定によるか、11. どのようなデータを集めて分析したかの研究技法、それを理論化した内容および構造の妥当性、12. 支持を受けるための理論の魅力、13. どのような用語が新しく用いられているか、などが含まれる。

4. 個々の発達理論

子どもの発達に関しては、長い歴史や時代背景や、子どもの観察や臨床の積み重ねなどがある。数多い中で、ここではトーマスに従い、次のように紹介する。子どもの本性への適切な働きかけを求めたものとして、1. ピューリタンの「罪深い頑固な子ども観」（神学者が書いているものが多い。アメリカで1687年から1800年中期にかけて600万部売れたほど読まれていた）、2. ルソーの「道徳的で好奇心の強い子ども」観（すべてのものは

創造主の手になるものであるから、すべて善である。しかし、人の手にかかってすべて墮落するのである)がある。一般人の常識的な発達観の隠れた構造を求めたものとして、3. ハイダーの常識心理学(個人的能力と努力と課題困難度で子どもの行為は変る)がある。発達の里程碑を基に典型的な子どもの発達段階を求めたものとして、4. ゲゼルの発達勾配(運動発達、健康、情動、恐怖と夢、自己と性、個人間関係、遊びと娯楽、学校生活、倫理観、哲学的観念の10領域、計35項目)、5. ハヴィガーストらの発達課題(それぞれの年齢段階で発達課題がある。それを解決しながら進む)がある。発達の一般原則を求めた成長パターンとしては、6. レヴィンのトポロジー心理学というアプローチ(各年齢による発達状況とそこから形成される発達原理を地図に描き、ある状況での行動を生起させる力を描写した)、7. ウェルナーの定向進化理論(知的発達とは諸器官の生物学的進化と、原始社会からより高次な社会への発達と同じパターンを繰り返して発達する)がある。行動の遺伝的規定因がどのように進化するかを記述する原理を求めた発達生物学的起源の理論として、8. ウィルソンの社会生物学(環境に対して社会的適応を行いうる特定の遺伝的性質は何であるかという社会行動の生物学的な基礎に関するもの。児童の発達目標は遺伝的系列体が生き残ることにあるとする)がある。神経症の発達の要因とその治療から、精神分析的方法による、9. フロイトの精神分析(前項参照)および娘アンナフロイトの児童精神分析(超自我の地位、児童の直接観察、養育の実践で父の理論を補填)や、10. エリクソンによるフロイト理論の展開(心理社会的段階を経て自我同一性を獲得する)がある。子どもの認知と言語技能の発達パターンとそのメカニズムから、思考や言語の発達理論を立てた、11. ピアジェの発生的認識論(前項参照)、12. ヴィゴツキーの思考と言語の理論(概念思考と会話言語発達の相互関係)、13. 言語獲得の生成に関するブラウンの見解(チョムスキーの理論を基に、言語獲得の一般化の理論を立てた)、14. コールバーグの道徳性発達理論(社会性のひとつである道徳性の発達を行動、罪の意識、道徳判断から3つの水準と6つの段階を立てた)がある。発達の様子を明らかにする学習の原理を求めた行動主義的アプローチには、15. スキナーのオペラント条件付け(人間の行動は多くはオペラント条件付けの結果による)や、16. バンデューラ、シアーズ、ケンドラーによる社会的学習理論(スキナーとは異なり、S-O-R 行動主義と呼ばれOである個人の機能、これを媒介変数ないしは思考または情報処理過程と呼び重視する)がある。深奥の自己の発達を求めたヒューマニスティックなアプローチには、マズローとビューラーのヒューマニスティックな観点(欲求には欠乏性の欲求、成長欲求、自己実現欲求など階層がある)がある。

5. 特殊教育への応用に関する理論

障害児の特殊教育に対する教授法と評価法の確立のための理論的基礎を求めたものでは、モンテッソーリ(ルソーやペスタロッチの考えの伝統を引き継ぎ、子どもの敏感期に物理的・社会的世界と接触する望ましい機会が自由に与えられること)は知的障害児の教材や活動方法を考え出した。ダーキンは読字能力には個人差が大きいことから、学習のレディネスを重視する指導法を読み学習プログラムに用いた。ケパートは学習困難の子どもは知覚-運動組織の障害という理論から、特殊な教授法、薬物療法により治療される見込みがあるとした。コピッツは描画発達の理論を、人物画から各要素とその要素の書き方と子ど

もの周りの人に対する子どもの心理的態度から評価した。

6, 今後必要な理論

今後期待される理論もある。人間だけが持つ能力、たとえば、抽象的な思考や象徴的な表現に対する、その認知過程・獲得過程についてのメカニズムである。人類学者で記号学者でもあるダン・スペルベル(象徴表現とは何か・一般象徴表現論の試み, 紀伊国屋書店, 1979)は、人間の持つ象徴化の能力について提案している。今後の発展が期待できる。また愛着に関しても、チャウシエスク政権下のルーマニア孤児やエリトリアでの戦後研究からは、従来の愛着形成理論が当てはまらない。新たな愛着理論が出されるかもしれない。

7, 障害の理論

障害にも理論が要る。ある障害が独立した疾患であるとするには、最初の特異例の発見である。ついでその特徴からその疾患の基本的な状態像を作り出し類型化した典型例を示す。最近の発見ではカナーの幼児自閉症がそうである。その類型化されたものは、それ以外の疾患とは、重なり合わないものでなければならない(たとえば小児期に発症する統合失調症とも重なり合わない)。その類型化から、さらに基本病理が推定され、その疾患の理論ができる。しかし、別の方法論により再検討され、別の概念が得られる(たとえば、ウイングの広汎性発達障害の三つ組症状の発見)。そうするとその概念(基本病理)に見合う診断基準が作られ、その基準を満たせば、その疾患であると診断する。このようにして調査されると、たとえば最近の広汎性発達障害の有病率の増加のような変化が生じる。

つまり障害にも理論があり、段階を踏むことによって変遷する。その方向は常に明瞭な方向に進んでいるとは限らない。典型例から、概念化を経ることにより、その障害は明瞭になるどころか、かえって広範な対象にまで広がることもある。上記のカナーの自閉症から、広汎性発達障害への変遷が最も当てはまる。

8, まとめ

詩人と理論家は、ある現象の一部を捉えて観察し、それを他の側面で生起する現象へ借用するという点では似かよっているといわれる。理論化の道筋を知ることが子ども理解への道となる。

(長尾圭造)

<総論 1.理論 3) 家族の関係性および機能(愛着、母子相互作用を含む)>

1, はじめに

子どもの正常な発達や精神病理にいたる道筋は、生得的な遺伝的素因と環境とが時間軸に沿って相互に力動的に作用しあいながら決定されていくと考えられている。環境側からの影響は、大きく3つに分けることができる。すなわち文化(コミュニティを含む)の影響、家族の影響、親個人の影響、の3つである。そのため家族の評価は子どもの心理・社会的発達や精神病理を理解する上で欠かすことができない。この項では、家族が子どもに影響を与える、1) その影響のあり方、2) 経路、3) 内容あるいは領域について概観する。

2, 家族と子どもとの相互影響

子どもは家族の重要な成員であり、家族と子どもとの影響のあり方は、すでに述べたように相互的・力動的なものである。家族が一方的に子どもの発達に影響を与えるわけでもなく、子どもがまた一方的に家族のあり方に影響を与えるわけでもない。また子どもを持った家族内での成員間の影響も相互的・力動的であって、家族成員間の関係性は複雑で豊かなネットワークの様相を呈している。また総じていえば、子どもが成長するにつれ、子どもの能動的な家族への影響は増してゆく。

影響の個々の面を取り上げてみると、まず家族成員1人の子どもへの影響が挙げられよう。例えば愛着研究などを通して、母親の養育や精神病理は子どもの精神・心理・社会的発達に影響を与えていることが示されている。また父親の存在も子どもへの養育を通して直接的に、母親を支えることを通して間接的に、子どもの発達に影響を与えている。夫婦間の関係もまた、子どもの発達の保護因子ともなれば危険因子ともなる。祖父母は親を支えること(あるいは両親間の葛藤を引き起こすことなど)によって間接的に、あるいは孫に接することによって直接的に、更には祖父母の親への養育が親の子どもへの養育を左右するという面から間接的に(世代間伝達)、子どもの発達に影響を与える。一方子ども自身も家族に影響を与える重要な成員である。例えば子どもの気質は養育に影響を与えるし、発達障害や重症の身体的障害は、親の虐待の危険因子となり、家族に深刻で陰性な影響を与えることもある。

家族と子どもとの影響のあり方がより相互的である例として、子どもの不服従としつけのあり方との悪循環が挙げられよう。ある3歳男児は活動性が高く、じっとしていることが苦手な子どもであった。この子は食事の時間に食卓を離れることが多かった。母親はそれを見ると焦燥感とともにしつけの必要を強く感じ、その子を叱り付けることがしばしばであった。父親は「男の子なのだから、それぐらいは自然である」と感じ、妻が子どもをしかることを制止しようとした。そのために食事に際して夫婦間葛藤がしばしば生じ、食事の時間は陰悪なものとなり、その子の食卓を離れる行動は家族にとって苦痛の原因と認知されるに至った。それらが複合してこの家族の場合、食卓を離れる児の行動に対するしつけは一貫性のないものとなった。すなわち母親がその子を激しくしかりつけることもあれば、反対に放置されることもある、というこのしつけのパタンのである。そのため摂食時の落ち着きのない行動はより強くなり、母親に対する児の反抗的な行動も表れた。結

果さらに母親の焦燥が増し、両親間の葛藤が増え、しつけはより困難となった。

このように子どもと家族は、子どもの発達という時間軸に沿って相互的・力動的に影響を与え合いながら、そのライフサイクルをたどる。

3、家族が子どもに影響を与える2つの経路

では、家族は子どもにどのような経路で影響を与えるのであろうか？ 2つの経路が考えられる。

1つは、家族がもつ家族成員に対する期待、認知、意味など（例えば、家族物語として表れる）を通してであり、今1つは、実際の目に見え耳に聞こえる家族の相互交渉のパターン、生活のパターン、生活習慣などを通してである。そのため個々の子どもを臨床的・発達の理解するためにこれら2つの経路についての情報が必要となる。

前者を構成する要素として、例えば親が抱く子ども認知やイメージがある。これらが子どもの発達に影響を与えていることは、愛着研究や乳幼児の研究で明らかとなっている。すなわち親が子どもにたいしてどれぐらいバランスの取れた豊かなイメージや認知を持っているか、子どものその親への愛着の適応度を予想できるとの研究などである。

発達に即してみれば、早期乳幼児期には一般に家族は、親が親密に子どもの面倒をみて、親と子どもがお互いがより身近にいることを期待する。幼児期を越えて小児期、青年期に近づけばそれだけ、子どもがより自律的であることや、外界をマスターするように家族は期待する。ある家族ではより早期から子どもが自律的・自立的であることを期待するであろうし、ある家族では永遠に子どもが自立することを期待しないかもしれない。これら家族の期待や認知も、子どもの自律・自立をめぐる成長や葛藤・精神病理に影響を与えると考えられる。

家族が子どもの発達に影響を与えるもう1つの経路は、実際の生活方法、習慣や、家族成員間の相互交渉・交流を通してである。この経路は例えば、食事や睡眠の習慣、週末の過ごし方、誕生日の持ち方などに表れる。ある家族では皆で朝食・夕食をともにし、ある家族は、子どもに母親が食事をさせた後、母親は1人で食事をとり、他の家族成員は別々にすませるかもしれない。また例えばある家族では怒りが表出されるであろうし、ある家族ではそれが避けられるかもしれない。子どもが他者や自分の怒りをどのように処理し対処できるようになるかについて、これら家族の相互交渉のパターンは影響を与える。

4、家族が児に与える影響の内容とその関係の領域

家族が子どもに与える影響について、その内容や領域はいかなるものがあるであろうか？ これらについて、発達に沿ってその概要を述べる。

0歳から1、2歳の乳幼児期において、①家族特に主要な養育者は日常の基本的なケアを与える。例えば子どもに栄養を定期的に加え、生活の空間を与え、睡眠覚醒リズムを調節する（寝かせつけなど）。これらを通して、生きていく上で必要な物理的・時間的な枠組みを家族は提供する。乳幼児はこのことにより、生き続けることが出来ると共に、世界の成り行きをある程度予想できることや、自分自身の生物学的な調節能力（過量な哺乳から顔をそむけたり、指をしゃぶりながら寝ついたり）を獲得してゆく。この時期に家族はまた、②物理的な危険に対して乳幼児を守る。例えば外界の暑さ寒さ調節して子どもを保

護し（家屋、空調、衣服の使用など）、家内における転落、やけどや、外出時の交通事故から子どもを守る。これらにより、子どもは物理的な安全を得ると共に、自分でも物理的な危険を回避する力（例えば、慎重に段差を降りるなど）を得てゆく。またこの時期に、親は、③子どもに情緒的に共感したり、怖がっているときに身体的に抱いたり声をかけて慰めたりして、子どもを情緒的に滋養する。それと同時に、子どもを養育する喜びを通して、子どもの存在に対する肯定的な価値付けを行う。親の側の共感、慰め、児への肯定的価値付けにより、子どもは他者に対する基本的信頼感や自己肯定感という自信を得て行く。これら両親と子どもの関係性の領域は、広義に愛着関係と呼ばれている。また家族は親、同胞とあいまって、④子どもと遊ぶ。乳幼児は遊ぶことにより、創造性や他者との情緒的共有や象徴機能などを発展させる。

これら1, 2歳までに環境が乳幼児に与える内容や親子の関係性の領域は、その関係における子どもの能動的役割や調節能力を増しながら思春期まで続くが、ある領域は一部一生涯持続する。

2, 3歳から就学前の時期において、家族は⑤子どもに外界の種々のことごとを教える。例えばドアの開け方、人やものの名前、太鼓の叩き方などを教える。子どもは外界に興味を持って学び、種々の技能をマスターしてゆく。またこの時期に、⑥子どもがやりたいことが社会的に許されない場合、子どもをしつけることが親の重要な課題となる。子どもはしつけられることを通して、自分の欲求を制御すること、自分のやりたいことに反対する他者と交渉し協力すること、などを学んでゆく。

学齢期になると家族は、それまでに子どもに与えてきたものを維持しながら、小学校という家族外の環境に子どもを送り出し、そこで学習すること、友達を作ることなどを支持する。

思春期・青年期には、本格的な自立に向けて子どもを支えることが家族の大きな役割になるが、一方子どもは家族の習慣や価値・認知により能動的な役割を担うこととなる。

5, まとめ

家族は、子どもと相互的・力動的に影響をあいながら、子どもの発達や精神病理の発展に影響を与えると考えられている。この発達のモデルは、子どもの発達や発達病理を理解しようとする際に、原因と結果、リスクと病理を単純に直線的を結んで理解することに慎重でなければならないことを教えてくれる。また家族は、自身の持つ家族に対する認知・期待という心理的経路と日常的相互交流のパターンや生活習慣という行動的な経路をとおして、子どもに影響を与える。これら両方の要素を臨床的に評価する必要がある所以である。更に子どもの発達段階によって、家族は種々の異なった領域で子どもに影響をあたえる。そのため子どもを臨床的に理解する際、どの発達段階でどの領域にリスクがあり問題が生じたのかを評価することも重要となる。

(青木豊)

<総論 1. 理論 4)子どもの精神障害に関する生物学的要因と心理・社会的要因>

精神疾患の原因について、その由来に注目すると、「心理社会的要因」と「生物学的要因」に大別できる。前者は、生育環境や心理的ストレスなど個人をとりまく状況の影響に関する問題を指すのに対して、後者は、遺伝性疾患における遺伝的素因や症状性（または症候性）精神病における基礎疾患のように、心理社会的要因によらない生物学的特徴や病態を指す。いわゆる神経症圏（心因性）の疾患の原因は心理社会的要因、精神病（内因性疾患）の原因は生物学的要因に相当すると考えられる。原則として、心理社会的要因による精神疾患では認知行動療法や心理療法が重要な役割を果たし、生物学的要因による精神疾患では薬物療法やリハビリテーションをはじめとする医学的治療や介入が不可欠といえる。実際には、精神疾患に直接由来する症状に限らず、疾患を背景にした周囲の環境との相互作用をもとに臨床的問題や新たな精神症状が生じていることが多いため、通常の治療過程では両要因に配慮することになる。

精神医療が対象とする問題はこれら2つの要因をもとに以下のように整理することができる（図1参照）。

1. 心理社会的要因にもとづく問題

災害・事故・犯罪被害などによる心的外傷後ストレス障害（PTSD）、虐待、家族のアルコール依存や家庭内暴力、その他の心理的ストレスに起因する精神症状などを指す。心理社会的要因と関連する具体的問題（必ずしも診断名ではない）の例としては、反応性のうつ状態、パニック障害（一部）、不登校（一部）などが挙げられる。心理社会的要因にもとづく問題であっても、身体症状を伴うことや、薬物療法が適用となることは稀ではない。また、心理社会的要因がもたせた精神疾患が生物学的変化（脳組織の萎縮など）をもたらす場合があると推測されている。

2. 生物学的要因にもとづく問題

1) 脳機能の障害

A. 機能性精神疾患（内因性精神病）

中枢神経の肉眼的な形態変化、病変、あるいは基礎疾患はないが、神経組織の機能障害によると思われるものを指す。統合失調症や気分障害などがこれに相当する。

B. 器質性精神疾患

CTやMRIのような脳画像検査で明らかとなる中枢神経の病変を背景に精神症状が出現した場合を指す。原因として、脳炎、脳腫瘍、局在関連てんかん、脳変性疾患、脳血管障害、頭部外傷や一酸化炭素中毒による脳損傷などがある。

C. 発達障害

発達障害とは、恐らく脳発達上の問題を背景として、幼少期より兆候が現れ、それが発達過程を通じて持続しやすい精神疾患を指す。精神遅滞、自閉症・アスペルガー障害をはじめとする広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、学習障害、チック障害などがその例である。

2) 身体疾患によるもの

代謝性疾患（フェニルケトン尿症など）、自己免疫疾患をはじめとする内科・小児科疾患にともなって精神症状が現れることがある。いわゆる症状性精神病の一部はこれに相当

する。

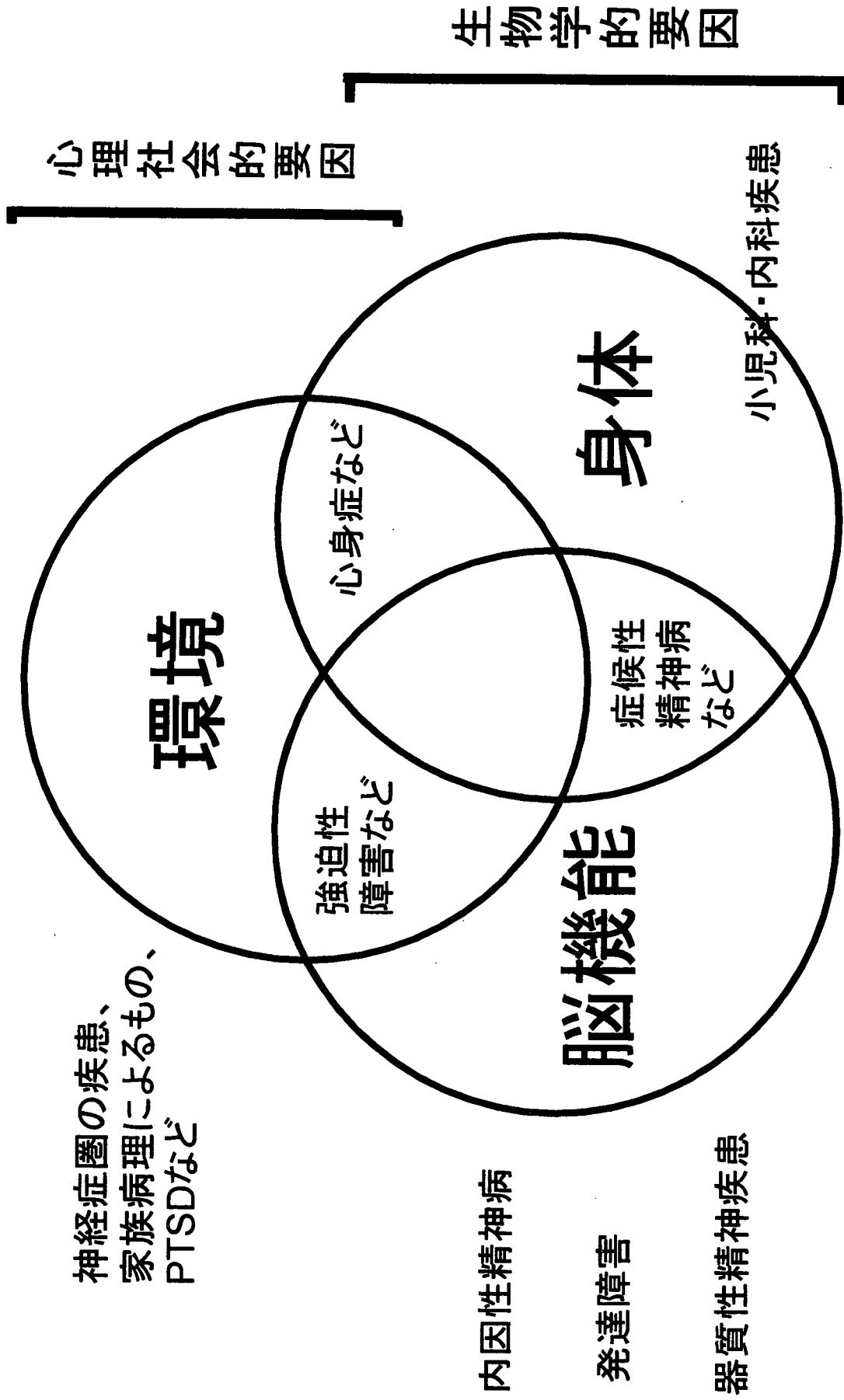
3) 境界領域にあると考えられるもの

パーソナリティ障害や不安障害（とくに強迫性障害）などについては、心理社会的要因と生物学的要因の双方が関与する可能性が指摘されている。また、身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与するものは“心身症”と呼ばれ、呼吸器・消化器・皮膚疾患など多数が含まれるが、この症状形成についても心理社会的要因と生物学的要因がともに関与すると考えられる。

(十一元三)

図1 タイトル？

神経症圏の疾患、
家族病理によるもの、
PTSDなど



内因性精神病

発達障害

器質性精神疾患