

2) 手順

各々の症例について初診日からできるだけ早期に多角的な検査を施行して初期評価とした。それらのうち Working Model of the Child Interview (以下 WMCI) を1名が評価し、Clinical Problem Solving Procedure (以下開発者の名前から Crowell procedure) を2名が独立して評価した。WMCI の評価者については既に米国において WMCI を開発した Zeanah, H. の専門の研修を受けており評価の信頼性が高いことが期待されるため、その評定を各症例の評定値とした。Crowell procedure についても同様に研修を受けた1名の評定を各症例の評定値としたが、もう1名の評価者を得たため、その2名の評価について評価者間一致度の検討を行った。他の初期評価のうち信頼性・妥当性の確立されている CES-D、STAI、CBCL、PSI の各数値と前述の WMCI および Crowell procedure の各評定値との相関を調査することにより、WMCI および Crowell procedure による評価の妥当性を検討した。

WMCI と Crowell procedure について評定システムの概要を以下に示す。

まず WMCI においては①物語の構成 ②語りの特徴 ③情緒のトーンの3点を評価する。

①物語の構成：養育者の語りから、養育者における乳幼児の表象について以下の3つの型に分類する。

- a. 均整のとれた表象
(balanced representation)
- b. 気持ちが入っていない表象
(disengaged representation)
- c. 歪んだ表象
(distorted representation)

②語りの特徴：以下の8つの指標について各々1～5点の数値化を行う

- a. 知覚の豊かさ b. 変化への開放性
- c. 関与の強さ d. 一貫性
- e. 養育上の感受性 f. 受容

g. 乳幼児の困難さ h. 喪失への恐れ

③情緒のトーン：以下の7つの指標について各々1～5点の数値化を行う

- a. 喜び b. 誇り c. 怒り d. 失望
- e. 不安 f. 罪悪感 g. 無関心

また Crowell procedure においては、乳幼児について7つ(①陽性情緒 ②引きこもり/抑うつ ③怒り ④養育者の指示への不服従 ⑤養育者に対する攻撃性 ⑥課題への熱中度および ⑦持続性)、養育者について5つ(乳幼児と共通の3指標①②③、加えて乳幼児に対する④行動的援助と⑤情緒的援助)の指標についてそれぞれ1～7点の数値化を行う。また養育者ではさらに⑥乳幼児への身体的攻撃性 ⑦陽性のしつけ ⑧陰性のしつけの3指標についても3段階の評価を行う。

C. 仮説

CES-D、STAI、CBCL および PSI の各検査(以下、諸検査)は得点が高いほど乳幼児と養育者との関係性は困難になることが予想される(CES-Dでは養育者の抑うつが強く、STAIでは養育者の不安が強く、CBCLでは子どもの問題行動が多く、PSIでは親の育児ストレスが強い)。そのため WMCI および Crowell procedure の両評価において関係性がより適応的であることを示す指標では前記諸検査の得点と負の相関を、関係性が非適応的であることを示す指標では正の相関を示すことが予想される。

D. 結果 (別頁)

(1) WMCI 評定 (表2-1、表2-2)

(2) Crowell procedure 評定 (表2-3)

(3) Crowell procedure の評価者間一致度
(表2-4)

2名の評価者による評定の一致度を検討するために重み付けカッパ係数を算出した。

(4) 表象の型別にみた諸検査の得点の比較
(表2-5-1、表2-5-2)

表象の型によって諸検査の各得点に差があるかどうかを検討するために、1要因3水準の分散分析およびTukey法による多重比較を実施した。差のみられた検査を中心に、表2-5-1と表2-5-2に結果の一部を示した。

(5) WMCIの評定値と諸検査との相関

(表2-6-1、表2-6-2)

WMCIの各指標と諸検査との関連を検討するために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

(6) Crowell procedureの評定値と諸検査との相関 (表2-7-1、表2-7-2)

(5)と同様の検討を行った。

E. 考察

1) WMCIについて

養育者における乳幼児の表象の型は3つの分類ともほぼ均等にみられた。Clinical sampleであることを考慮すると適応的な表象である「均整のとれた表象」がやや多いような印象もある。今後さらに症例を重ねて検討する予定である。

表象の型別にみた諸検査の得点の比較ではCBCLおよびPSIの下位尺度のいくつかに得点の差が認められた。しかし今回の検討では各々の型の症例数が8-9例と少ないため、結果の解釈には限界がある。

語りの特徴及び情緒のトーンの各指標における評定値とCBCLおよびPSIの各得点との間には多くの相関が認められ、前述の仮説に矛盾する結果はなかった。このことはWMCIの妥当性に貢献する結果であるといえる。一方CES-DおよびSTAIの得点とは、WMCIのすべての指標で相関が認められなかった。例えば指標の「不安」とSTAIの得点との間に相関がないこと等には疑問も残る。しかしこれらは、養育者の抑うつや不安が強くてそれによって乳幼児に対する表象に問題が生じるとは必ずしも言えないことを示す可能性もあり、今後の検討が必要である。

CBCLの「反抗」「外向」の各得点は「均整のとれた表象」と「歪んだ表象」で差を認め、かつ相関を示す指標も多い。このことから乳幼児の問題行動のうち反抗的・攻撃的な行動は養育者の表象により強い影響を与える可能性が示唆される。

2) Crowell procedureについて

評価者による評定のばらつきがきわめて少ない指標がいくつかみられた(例;乳幼児の「養育者に対する攻撃性」と養育者の「身体的攻撃性」については2名とも全例を1と評定)。症例数を増やしても同様であった場合、その意味するところについては検討を加える必要があるだろう。今回それらの指標は統計的な分析の対象から除外している。しかしそれらを除外しても評価者間一致度はほぼすべての指標で高い水準を示した。このことはCrowell procedureの信頼性に貢献する結果である。

各指標における評定値と諸検査の各得点との間には多くの相関が認められ、前述の仮説に矛盾する結果はなかった。このことはCrowell procedureの妥当性に貢献する結果であるといえる。

評価の指標のうち養育者の「陽性情緒」「行動的援助」「情緒的援助」「陽性のしつけ」は、他の指標に比べて相関する項目が明らかに多い。それらのうち「行動的援助」「情緒的援助」「陽性のしつけ(褒めながら片付けさせるなど)」はいずれも育児のスキルに関する指標である。即ち育児のスキルが高い養育者は育児ストレスが低く(逆相関を示すPSIの項目が多い)、その子どもの問題行動は少ない(逆相関を示すCBCLの項目が多い)傾向があると言える。

一方、評定値の高い方が非適応的である指標(即ち適応的でないと思われる行動を示す指標)のすべてが今回検討した諸検査と全く相関を示さなかったことは指摘しておく必要

があるだろう。行動を観察される検査であることから被検者は極端なひきこもりや攻撃性などを表出しにくいのではないかという臨床的な印象はあるが、今後症例を重ねてさらに検討する必要がある。

F. まとめ

Working Model of the Child Interview、Clinical Problem Solving Procedureともに他の検査との相関を調べたが、いくつかの妥当性に貢献する関連が見出されたものの、仮説にたてた多くの関連性が否定された。サンプル数が少なかったこともあり、今後より多くの症例を重ねて分析する必要がある。

Clinical Problem Solving Procedureでは高い評価者間一致度が得られた。しかし本研究ではWMCIの評価者間一致度を検討できなかった点も今後の課題である。

症例を重ねたあとに、WMCIとClinical Problem Solving Procedureとの関連を分析することは、大きな意義を持つと考えられる。さらに背景因子（養育者の経済状況や被虐待歴の有無など）や他の検査との関連についても今後検討を加える予定である。

文献

- Clark, R., Paulson, A., & Conlin, S. (1993) : Assessment of developmental status and parent· infant relationships : The therapeutic process of evaluation. In C. H. Zeanah, Jr.(ed.) : *Hand book of infant mental health*(pp. 191-209). New York : Gilford Press
- Cramer, B. (1987) : Objective and subjective aspects of parent·infant relations: An attempt at correlation between infant studies and clinical work. In Osofsky(ed.) : *Handbook of infant Development* (pp.1037-1057). New York: Wiley.
- Crowell, J. A., & Feldman, S. S.(1988) : Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273-1285.
- Lieberman, A. F. (1993) : The emotional life of the toddler, New York: Free Press
- Lieberman, A. F. & Pawl, J. H. (1993) : Infnat-parent psychotherapy. In C. H. Zeanah, Jr.(ed.), *Hand book of infant mental health*(pp. 427-442). New York, Gilford Press
- McDough, S. C. (1993) : Interaction guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance . In C. H. Zeanah, Jr.(ed.), *Hand book of infant mental health* (pp. 414-426). New York, Gilford Press.
- Sameoff, A. J., & Emde, R. N. (eds.) (1989) : Relationship disturbances in early childhood. New York, Basic Books.
- Sroufe, L. A. & Freeson, J. (1988) : The coherence of family relationships. In Hinde, R. & Stevenson-Hinde, J. (eds.) ; Relationships within families: mutual influences (pp27-47). New York, Oxford University Press.
- Stern-Brushweiler, N., & Stern, D. N. (1989) : A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother·infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10, 142-156.
- Stern,D.N.(1985):The interpersonal world of the infant. New York, Basic Books
- Stern, D. N.(1995) : The motherhood constellation. New York, Basic Books

Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995) : Clinical applications of a parent perception interview. In K. Minde (ed.), *Infant psychiatry : Child psychiatric clinics of north America*(pp539-554). Philadelphia, W. B. Saunders.

Zeanah, C. H. , Larrieu, J.A., Heller, S.S, et al. (2000) : Infant-Parent Relationship Assessment. In C. H.

Zeanah, Jr.(ed.), *Hand book of infant mental health* (pp. 222-235). New York, Guilford Press.

青木豊ら(2008) 平成 17・19 年度総合研究報告、厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究 pp475・484.

井上美鈴、青木豊、松本英夫ら(2003) 乳幼児―養育者の関係性の総合的評価法について 児童青年精神医学とその近接領域、44, 293-304.

3. 症例検討による乳幼児期精神医学・保健における特定の関係性評価(Working Model of the Child Interview と Clinical Problem-solving Procedure)の有用性・必須性について

A. はじめに

乳幼児精神医学・保健における評価は、乳幼児以降の評価と同様に多角的・包括的な評価が必要である。H20 年度のわれわれの分担研究による文献レビューにより以下の点が示された。すなわちその多角的・包括的評価の中で、乳幼児期に特異的で必須な評価があり、それは乳幼児―養育者の関係性評価であるということである。また同文献レビューにおいて、関係性の評価法について欧米で行われている主要な方法を報告し、考察した。その結

果、臨床に最も応用可能な方法の1つとして Zeanah らの方法論が挙げられた(Zeanah et al. 2000)。彼らはスターンのモデルを理論的な根拠として、観察可能な目にみえる乳幼児と養育者の相互交渉と養育者の主観的体験、即ち表象を組み合わせて、評価するための具体的な方法を開発した。われわれの相州乳幼児チームもその方法を紹介し、本邦においても、応用可能であることを示唆した(井上ら、2003)。実際われわれ相州乳幼児家族心療センターでは、多角的・包括的評価にこの評価法を組み入れ、臨床実践を行っている。

しかし、これら評価法について本邦において、実証的研究(信頼性・妥当性の研究)も質的な症例検討もまだ行われていない。1. では、関係性評価以外の評価について、その有効性を調査した。更に 2. において、関係性評価の上記 2 方法の実証的研究を試みた。そしてこのセクション 3 では、症例報告を通して同方法がどのように用いられるかを示し、その結果として臨床に価値ある評価を与えてくれることを明らかにすることを目的としている。

この目標のために、初めに相州家族乳幼児心療センターについて紹介し、次に同センターで行っている、他次元的・包括的について紹介し、第 3 に本題である関係性の評価について特に焦点を当てて症例を報告し、最後に考察を加える。

B. 相州家族乳幼児

心療センターについて

相州家族乳幼児センターは、あつぎ心療クリニックに属し、本邦には 4 歳未満の乳幼児とその家族を対象とした稀有な専門外来である。ここでは、精神科医 2 名と臨床心理士 3 名、精神保健福祉士兼保育士 1 名がチームを組み、乳幼児の臨床に従事している。クリニックの特質、検査施設の限界、近隣に発達障害を専門とする治療機関があることを理由に、

発達障害は治療の対象とはしていない。

そのため、センターを訪れるクライアントの主訴は、睡眠障害、摂食の問題、問題行動、愛着障害、外傷後ストレス障害などであり、親の側では軽度の育児困難から乳幼児虐待にいたる問題が中心である。

来談したクライアントは、まず精神科医による初診の後、治療担当者との初回面接を行う。来談経路は、地域の母子保健に関わる機関による紹介が多い。評価は、初回面接の後に数回にわたって行われ、担当者から評価のフィードバックがなされる。その後、治療方針や治療方法を治療担当者が提示し、クライアントが合意すればそれら治療が開始される。‘関係性に方向づけられた’アプローチが同センターのプリンシプルであるために、乳幼児と養育者が同席する乳幼児－親治療がわれわれのアプローチの中心である。具体的には、介入の入り口を親の乳幼児に対する行動や感受性に働きかける Interactional Guidance(MacDonough,2000)、養育者の世代間伝達をめぐる葛藤を扱う乳幼児－親心理

療法などである。養育者の内省力、重症度、家族の状況などを総合的に考慮し、アプローチを選択している。そのほかにも、必要に応じて、養育者への薬物療法、養育者や家族への心理教育的アプローチ、夫婦関係の調整、地域の資源の情報提供、保健所や児童相談所などの多機関連携などを行っている。

C. 評価

1) 多元的・包括的評価

乳幼児期の子どもの評価は、多元的・包括的評価である必要がある。そのために、乳幼児個人のレベル、養育者個人のレベル、子どもの養育者との関係性のレベル、家族のレベル、地域レベルにおけるリスク因子と防御因子の評価を含めた。また、より豊かな文脈における子どもの発達・メンタルヘルスの状況を評価するために、面接、質問紙、観察などの方法を組み合わせて用いている。主なものを表3-1に示した。また、主訴や経過などについても、担当者が面接により聴取している。

表3-1 多元的・包括的評価の概要

評価の次元	評価内容	方法	測度名など
乳幼児個人	発達	質問紙 行動観察	お子さんの成長・発達の質問紙 (発達検査:K式※必要に応じて)
	情緒・行動上の問題	質問紙	CBCL 幼児版 (Achenbach,1991)
養育者個人	親の精神医学的評価	半構造化面接 質問紙	精神科医による初診 CES-D (Radlof,1977) STAI (Spielberger et al., 1983)
	生活歴・家族歴 最終学歴	非構造化面接 質問紙	担当者による非虐待歴等の聴取 お母さんのための質問紙
乳幼児－養育者の関係性	親の乳幼児についての表象	構造化面接	Working model of Child Interview
	親子の相互交渉	観察	The Clinical Problem-Solving Procedure
	育児ストレス	質問紙	日本版 PSI (奈良間ら,1999)
家族	経済状況 (年収)	質問紙	お母さんのための質問紙
	同居状況	質問紙	同上
	夫婦関係	質問紙	同上
地域社会	社会的サポートの利用状況	質問紙	お子さんの成長・発達の質問紙
	近隣との関係	非構造化面接	治療担当者による聴取

2) 評価手続き

The Clinical Problem-Solving Procedure のコーディングは、本報告書の関係性評価チームにおいて評定している1名によってなされた。また、Working model of child interview のコーディングは、米国で研修を受けたセンター長の青木によって行われた。

D. 事例

1) 事例の概要

クライアント：A君（3歳7カ月、男）幼稚園年少。B（35歳、女）無職。

主訴：母親であることがつらい、育児がつらい、子どもに手をあげてしまう。

来談経緯：当クリニック関係施設からの紹介。

家族構成：祖父（63歳、無職）、祖母（68歳、無職）と同居。父親（38歳、自営業）とは、X-1年12月から別居中。離婚は未定で、A君が幼稚園卒園までは、Bが祖父母と一緒に育てる予定でいる。Bには、二人の弟がおり、中の弟はBが14歳の時に病死、末の弟は、Bが25歳の時に自殺している。

現病歴：X-4年12月にA君出生。出生直後より、Bは育児困難感、抑うつ気分、焦燥感を覚えた。A君が3ヶ月、8ヶ月時に、BはA君の首をしめようとするエピソードがあった。A君が17ヶ月頃から、しつけと称してA君の手の甲や頭を叩くことが日常的に始まり、月に1回程度、Bのストレスが高まると、顔を叩いたり、背中を蹴飛ばすなどの行為が行われるようになった。X-1年12月には、Bは、A君の父親と別居し、A君と二人でBの実家に同居を始めた。この頃、実家近くの精神科を受診し、現在も通院中である。X年1月には、「薬が効かず、死のう」と思い、首に紐をかけるが、怖くなりやめるといふ自殺企図があった。X年6月に、カウンセリングを希望し、当クリニックに紹介となった。

同意：本事例の報告については、紙面を用

いて説明し、両親からの同意が得られている。

2) 評価手続き

信頼性の高い評価結果を得るために、面接法、観察法、質問紙法を用いたテストバッテリーを組んでいる。評価は4回に渡り行われ、4種類の質問紙が二回に分けて配布、回収された。質問紙は、クライアントのBが自宅に持ち帰り、自宅で記入した。さらに、一連の評価と評価のためのビデオ録画については、セラピストとの初回面接時に説明し、両親から紙面による同意を得た。

3) 評価の結果

本稿では、特に関係性の評価に焦点を当てるため、まず、乳幼児個人の次元、養育者個人の次元、家族の次元、地域社会の次元について要点を述べ、最後に関係性の次元について詳細に述べる。

3-1 乳幼児の評価

(1) 発達面の評価

妊娠時・出産時のトラブルはなかった。首座り4ヶ月、腰座り7ヶ月、始歩1歳5ヶ月、初語2歳3ヶ月。定期健診にて、言葉の遅れを指摘され、地域の言葉の教室に通うが、半年間フォローアップされる。現在は、幼稚園に通園しており、集団行動にも適応している。Bさんによる“Aは発達が遅めだった”という報告、“始語が2歳3ヶ月”と標準よりも遅れ気味であること、“言葉の教室に半年間通ったこと”から、A君には、広範性発達障害の存在が疑われた。そこで、Bさん以外の大人とのフリープレイを評価に補助的に組み込み、相互交渉の様子を観察した。その結果、文脈に即した情緒の表出、年齢相応の相互交渉が観察された。その他母親への面接内容からも、広汎性発達障害の疑いは除外された。

(2) 情緒・行動面の評価

CBCLの結果を表3-2に示す。回答者は、養育者Bであった。総点、内向得点、外向得点、各下位尺度の得点は、全て正常域に入り、情緒・行動上の問題は見出されなかった。

3-2 養育者の評価

(1) 養育者の精神医学的評価

精神科医の初診により、気分障害（意欲低下、易疲労感、軽度の抑うつ気分）と診断された。また、CES-D、STAIの結果は表3-2のとおりであり、CES-Dの結果より、気分障害群に分類され、特性不安は5段階中4段階、状態不安は、5段階中5段階と、気分の落ち込み、現在の不安、生来の不安になりやすさが非常に高い結果となった。

(2) 養育者の生活歴

生活歴：Bは、真面目だが、根暗で感情を出さず、家庭的なタイプとはいえない祖父（Bの父）と、前向きで明るく、情が深い反面で、ヒステリックな面もあり、しつけに厳しく禁止事項も多い祖母（Bの実母）との間に育った。幼少時から祖父母の仲は良くなかった。Bは「とりあえず、母（祖母）に従っておけば大丈夫だろう」と、祖母からの禁止を破った時など、誤魔化すために嘘をついたりして、表面的には祖母に従っていた。しかし、内心では反発心を抱いていた。

また、祖母から無条件に愛されているという感じが、物心ついてからなかった。実際両親に離婚話が出た時、祖母に『弟たちは私が引き取るから、あなたはお父さんのところに行きなさい』と言われている。中学2年生のときに、中の弟が病死。その後、両親はBへの厳しさは和らぎ、比較的自由に大学まで過ごした。

就職後、お金を貯めて家を出ようと思っていたが、Bが25歳のときに、末の弟が自殺を貫徹した。そのため、残された両親のために家を出ることを諦め、「目標を失った」とい

う。27歳の時、仕事を辞め、家を出ることも出来るという理由で、10年間交際していた現夫と結婚した。Bは、祖母との葛藤を理由に子どもを望まなかったが、結婚2年目で、想定外の妊娠、早期流産したことを切掛けに、今度は両親のために、子供を産むことを考え、A君を妊娠した。Bは妊娠中から不安が高く、出産後すぐに母親であることに違和感があり、家族になることが気持ち悪いと感じた。祖母は育児をサポートしていたが、A君が3歳になるまで「母親であることが辛い」とは、両親に言えなかった。

出産後、夫婦関係も変化し、Bは仕事優先の夫に対する不信感を募らせた。Bの体調が悪く、早く帰って来て欲しいと思っていた日、夫から「今日は帰れない」と言われ、何も言えず、「何かがブツンと切れた」と言う。「夫を当てにするからいけないのだ」と思い、夫を他人のように感じるようになった。夫とのすれ違いから、精神的なバランスを崩し家出までした（A君3歳）。その後、幼稚園卒園まで実家で暮らすことにしたが、祖母と喧嘩になることも多く、ある時には祖母に『甘えている』と言われた。Bは「子育てが辛い」と正直に言ったら、祖母がショックを受けると思い、「私がない方がいい」と思い、首をつって死のうと考えたが未遂におわった。

祖父母との関係性のテーマ：以上の生活歴から、祖父母との関係性における2つの葛藤的テーマが推測された。1つは、アタッチメントのテーマである。特に祖母との関係において、辛い時に、「辛い」と言えない。隠したいと感じる。そもそも祖母が自分を可愛いと思っているとは信じていなかったと考えられる（離婚話の際、自分は父方に行くよう祖母に言われている）。もし辛さを伝えても、それを祖母が受け入れると感じていず、実際「甘えている」と叱責され、死のうとまでしている。そのため母親は祖母との情緒的絆を、空虚で冷淡なものとし、情緒的距離をとる（あ

るいは情緒を感じない) ようにして、あきらめているようであった。このアタッチメントをめぐる葛藤は、母親の人生でただ1人暖かく接してくれた夫との関係が破たんした時にも、現れている。すなわち、手助けを得ようと電話し、それを話す前に、「今日は帰れない」との夫の反応に「プツンと切れて、他人と感ずるようになった」と語っていることから伺われる。

2 つ目は、しつけ-コントロールのテーマである。祖母のコントロールが強く、Bさんは、それに表面上は従っているけども、内心は反発していた。

3-3 家族の評価

(1) 家族の状況 (社会経済的状況含む)

A君は、現在Bの実家で、Bと祖父母と暮らしており、父親とは別居している。A君の家庭の年収は、400万円以上600万円以下であり、平均的な所得といえる。両親の最終学歴は、二人とも四大卒であり、A君の父親の職業は、自営業である。

(2) 夫婦関係

結婚への満足度、配偶者としての夫への満足度、夫との関係への満足度はいずれも、「どちらでもない」(非常に不満～非常に満足の5件法)と答えている。事実、Bさんは、夫と別居中であるが、離婚することは決めておらず、A君の幼稚園卒園までその決定は保留にしたいと語っている。

(3) 父子関係

A君と父親の関係性は良好であると推測される。父親は幼稚園の行事などにも、積極的に参加していた。別居前は、休日には父親が主にA君を世話し、別居後も、月に1,2回は父親宅へ外泊している。

(4) 祖父母との関係

Bは、A君が祖父母から「甘やかされている」と語り、A君は叱られることもあるが、要求はある程度受け入れられている様子である。Bが一人でA君と向き合い煮詰まるような状況はなく、祖父がA君と一緒に散歩に出かけたり、Bに気持ちの余裕がなければ、泣いているA君を祖母が抱きしめてなだめ、祖母もBも余裕がなければ、祖父がなだめるなど誰かがA君に応えるように努めていた。

3-4 地域社会

夫と別居するまでは、地域の言葉の教室に半年ほど通園。地域の児童館、親子広場を利用し、ママ友達との交流があった。転居後は、月に1回程度、ママ友と連絡を取り合う程度である。また、実家近くの医療機関を利用している。子育てに関しては、A君は実家近くの幼稚園に通園。保健センターなど子育て関連機関とのつながりは現在のところない。

3-5 関係性の評価

(1) 育児ストレス

PSIの得点を表3-2に示す。育児ストレスは、237点(90パーセントイル)、子の側面は94点、親の側面は143(95パーセントイル)点という結果であった。各下位尺度において、90%タイル以上であった得点は、子の側面では、「子が期待通りに行かない」「子に問題を感じる」であり、親の側面では「親としての有能さ」「退院後の気持ち」「子どもに愛着を感じにくい」「親の健康状態」であった。

表 3-2 乳幼児の問題行動 CBCL と

母親の精神状態 (CES-D; STAI)

関係性の母親の育児困難尺度 (PSI)

	尺度	得点	評価
乳幼児(情緒・行動上の問題 (CBCL))	総得点	46	正常域
	内向	11	正常域
	外向	23	正常域
	依存分離	5	正常域
	引きこもり	2	正常域
	不安神経質	4	正常域
	発達	1	正常域
	睡眠・食事	6	正常域
	攻撃	5	正常域
	注意集中	3	正常域
	反抗	15	正常域
その他	5	正常域	
養育者	抑うつ (CES-D)	23	16
	不安 (STAI)		
	状態不安	49	高い (4/5段階)
	特性不安	55	非常に高い (5/5段階)
乳幼児-養育者の関係性(育児ストレス(PSI))	総点	237	90-95%ile
	子どもの側面	94	70-75%ile
	親を喜ばせる反応が少ない	12	75%ile 以下
	子どもの機嫌の悪さ	20	80%ile
	子どもが期待通りに行かない	14	75%ile 以下
	子どもの気が散りやすい/多動	16	75%ile 以下
	親に付きまとう/人に慣れにくい	9	75%ile 以下
	子どもに問題を感じる	13	90-95%ile
	刺激に敏感/ものに慣れにくい	10	75%ile 以下
	親の側面	143	95%ile 以上
	親役割によって生じる規制	22	75%ile 以下
	社会的孤立	21	80%ile
	夫との関係	15	75%ile 以下
	親としての有能さ	33	95%ile 以上
	抑うつ・罪悪感	12	75%ile 以下
	退院後の気落ち	16	95%ile 以上
	子どもに愛着を感じにくい	12	95%ile 以上
健康状態	12	95%ile 以上	

表 3-3 Clinical Problem-Solving Procedure の結果

	Child Scales	Parent Scales
Positive affect	2	1
Withdrawn/Depressed	1	1
Irritability/Anger	1	1
Aggression toward parent	1	
Enthusiasm with task	4	
Persistence	5	
Noncompliance toward parental instructions	3	
Behavioral Responsiveness		4
Emotional Responsiveness		2

母子ともにあらゆる情緒の表出が極めて少なく、情緒の相互交流がほとんどなかったことが第 1 の特徴である。例えば、A 君はシャボン玉遊びでは声を立てて笑う場面も見られたが、B の笑顔はほとんど見られなかった (Positive affect)。母子とも、抑うつ的であったり (Withdrawn/Depressed)、いらいらしていたり (Irritability/Anger)、攻撃的であったり (Aggression toward parent) ということはなく、情緒的に平板である。B は、パズルにヒントを出すなど行動的な援助はできるが (Behavioral Responsiveness)、パズルがひとつできると褒めたり、励ましたりなどの情緒的な援助はわずかにしか行われていなかった (Emotional Responsiveness)。

A 君は、遊びや課題にはそれなりの興味を持ち (Enthusiasm with task)、既定の時間内は大きく逸脱することなく取り組んでいる (Persistence)。しかしながら、B の言葉がけに対して毎回「なんで？」と応答し、また難しい課題になると B が促しても取り組もうとしない場面が観察され、指示には必ずしも従わない (Noncompliance toward parental instructions)。直接的な言葉で反抗はしないものの、「なんで？」と問い返したり、無視をすることで、B の指示に従わないことが第 2

(2) Clinical Problem-Solving Procedure

評定結果を表 3-3 に示す。

の特徴である。

また、最後のエピソードの母子の分離・再会場面の観察は子どものアタッチメントを評価する上で臨床的に重要である。3 分間の分離場面で、A 君は、不安な表情や落ち着かない行動が観察され、アタッチメントシステムの活性化が確認された。続く再会場面では以下のようなアタッチメントの非適応的な行動が観察されたが第3の特徴である。即ち B が部屋に戻ると不自然な表情を浮かべて一瞬立ちつくしてからうろうろと歩いたり、B を中心とした大きな円を描いて (B に近づかず、かと言って遠ざかりもしない結果である) 無目的な動きを示したり、右腕が凍りついたような奇妙な姿勢を示すなどである。

以上より、A 君と B の可視的な行動上の相互作用の特徴は、①情緒的な相互交流が著しく少ないこと、②子どもが親の指示に従わないこと、③アタッチメントの非適応的な行動が見られることの3点であった。

(3) Working model of child interview

語りの特徴、情緒のトーン、物語の構成について評価された結果を表3・4に示す。

表3-4 WMCiの結果

語りの特徴	情緒のトーン		
変化への開放性	1+	誇り	1
関与の強さ	1+	怒り	4+
一貫性	2	落胆	
養育の感受性	1+	不安	3
受容	1+	罪悪感	2
子どもの難しさ	4	無関心	5-
子どもの安全への恐れ	2		
物語の構成	不毛な表象		

語りの特徴：8つの指標において、非常に低いと評定されたのは、「関与の強さ」及び「養育の感受性」であり、低いと評定されたのは

「認知の豊かさ」「一貫性」であった。

情緒のトーン：Bの情緒のトーンの特徴は、冷たさであり、情緒的距離であった。しかし、怒りについては、A君がBに従わないことが続いたと、ストレスから殺意を感じると平然と語り、冷たさや情緒的距離の一方で、怒りの情緒も高いことが特徴的である。また、喜びのトーンはインタビューを通して、ほとんど見られなかった。まとめると最も特徴的であったのは、「冷たさ」「情緒的距離」、「怒り」の強さであり、「喜び」のなさであった。

物語の構成：語りの特徴、情緒のトーンから、物語の構成は、乳幼児への情緒的距離や冷たさ、乳幼児への関わり方の少なさ、無関心さによって特徴づけられる「気持ちの入っていない表象」へ分類された。

表象の内容：A君はBにとって「未知の生物」であり、情緒的つながりがほぼ欠如しており、A君が苦悩していても、それに対する感受性が著しく低いことが一つの特徴である。そのため、Bは、A君に暖かな気持ちや、可愛さをまったく感じておらず、アタッチメントの問題がテーマとして存在している。

またA君を「マイペースで、頑固で、いうことを聞かない子」とかなり一面的に認知している（内容としては：しつけ—コントロールの問題・テーマⅡ）。先に述べたように情緒的距離をとっているにも関わらず、この領域では、強い怒りを表す。表象の混乱も、この領域に表れており、これは、「人によって態度を変える」ことと「人に合わせずマイペースで頑固」との間の矛盾で示されている。

さらに、Bの中で、テーマⅠとテーマⅡが未分化であると推測された。「Bは女性には甘えていうことを聞かない」という語りは、テーマⅠとテーマⅡのかけ橋になっており、内容的には、この2つのテーマが、関係性の問題に関わっている可能性が推測された。

3-6 総合的評価と介入の方針

A君自身に発達上の問題はなく、他の大人との相互交流では、年齢相当の交流、情緒的交流も見られていることから、「母親であることがつらい、育児がつらい、子どもに手をあげてしまう」というBの主訴には、BとA君とお関係性に特異的なものとして、Bの特に祖母との以下の2つの葛藤が、A君との関係性の問題に世代間伝達した結果であると考えられた。

アタッチメントのテーマ（テーマⅠ）：Bは小さいころから弟2人と比べて祖母から（祖父からも）可愛がられている感じがなかった。実際離婚話の際、父方に行くようにと言われている。「辛さ」を話しても受け入れられないと感じていたため、Bは自分の「辛いこと」（アタッチメントの活性化因子）を話さず隠し、祖母との情緒的距離を取るという方略（回避的）を用いている。この際、往々にして「辛い」との感情は抑圧・否認されていると推測される。また受け入れてくれない祖母への怒りは、言語化されておらず、否認・抑圧されている可能性が高い。

この方略・防衛のため、感受性が低くなり、BはA君のアタッチメント欲求に気づかず、また、子どもを他の生物と語っているように、情緒的距離を取ることで対処している。そのため相互的な情緒的交流はほぼ見られず、冷淡な関係に陥っている。

しつけ・コントロール協力のテーマ（テーマⅡ）：祖母はBを厳しくしつけ、制限も多かったと語られている。テーマⅠである、祖母に可愛いと思われていないということを基盤に、Bは祖母に従い、嘘をつき、取り繕い、内面では反発していた。自分がいつもコントロールされることへの怒りは、激しいものだと推測される。A君との関係において、Bは子どもを今度はコントロールしよう、コントロールしたいとの気持ちは無意識的に強く、A君の反発によって、Bは逆にコントロ

ールされているように感じていた。この気持ちが、時に殺人的な怒りまで生みだし、実際、暴力的な虐待に及んでいたとも推測される。

A君の表象：以上から、A君の気持ち（表象）について推測すると、A君はBが自分に対し情緒的応答がほとんどなく、温かみを感じることもなく、そういった繋がりを持つことが出来ないと感じているだろうと思われた。それは広範な領域の情緒的絆の切断であり、その中心にアタッチメント関係も位置付けられる。即ち自分が辛い時、母親は道具的にはサポートしてくれるが、情緒的なサポートは得られないと感じていることが推測された。

またA君は、母親が自分を強くコントロールしようとしていることを感じており、そういった関係性が始まると、はじめA君はBを無視し、次に指示に応えないといった形で反発する（この場合もA君の感情や欲求をBは無視）。しかし、A君は、Bの顔色を伺って、Bの怒りが急激に上昇することをモニターしており、そうなったときには従う。しかしそれも時にうまくいかず、手痛い目にあっている。Bの怒りとA君の反発という関係のみが、ほとんど2人の情緒的関係である。

こうしてみると、A君はBが祖母に感じていたことを、ほとんどそのままBに感じ、世代間伝達されていることが推測される。

介入の方針：A君は、現在Bの両親が育児に関わっており、Bの実家の収入はある程度あり、生活には困窮していない。Bは、地域に育児のことを相談できるような友達はいないが、A君は幼稚園に通い、集団行動にも適応しており、生活支援が必要であるほど、A君の育っている環境がハイリスクであるとは考えられない。

むしろ、A君と父親、A君と他の大人との相互交渉の観察とBとの関係性の評価を照らし合わせて考えると、A君とBの関係性においてのみ問題が明らかであると考えられる。そして、A君とBの間に世代間伝達された葛

藤とそれにまつわる幼少期から深く抑圧されてきた怒りが、A君を妊娠したときからの母親になること、母親であることの不安や困難感に影響しているものと考えられた。

したがって、母子の関係性について焦点づけた、アプローチを行うことが有効であろうと考えられた。Bは、4年制大学を卒業しており、語りからもB自身に知的な問題は考えられず、また内省の能力も期待された。現時点では、Bは、A君や家族に対する温かさをほとんど感じることは出来ないが、祖母は厳しい一方で情の深い人であったこと、A君の父親と10年以上の恋愛関係を持っていたこと、“子どもは好きだといってくれるが、私は好きでも嫌いでもない”と話しながらも、戸惑ったような表情を見せていることから、B自身が温かさを感じる力は潜在的にあるのではないかと考える。これらから、技法的には、乳幼児—親心理療法が第1の治療の選択肢となった。

この技法をとおして、Bの現在の困難や怒りと過去にTh自身が共感的に応答し、情緒的な温かさをBに供給することで、B自身がそれを取り入れることができるようになることを目指しつつ、A君との特に葛藤的になっている世代間伝達された、しつけ・コントロールのテーマに焦点をあてた関りを目指すこととした。また、積極的に巻き込んでいくかどうかは、慎重さを要すると思われるが、BとA君の父親との間で親密な関係が10年間続いていたことを考えると、父親とのつながりをつけることをセラピストは念頭に置いておく必要もあるだろう。

最後に、今回は主要なテーマとして出てきてはいないが、Bが二人の実弟を亡くしていることは、Bだけでなく、祖父母も、無意識的に、A君に弟を投影している可能性もあり、この点についても注意を払っていく必要があるであろう。

E. まとめ

乳幼児へのアプローチには、発達精神病理学などの実証研究に基づいた包括的・多元的アプローチが求められている。本報告では、多元的・包括的評価の実際について、1事例を提示し、特に、乳幼児期における養育者との関係性の評価の重要性について示した。より具体的には、母親の生活史と、関係性の2つの側面（相互交渉と母親の持つ表象）とを繋ぎ合わせることにより、母子の間に世代間伝達されたテーマも明らかとなった。乳幼児と養育者の関係性の評価を包括的・多元的な評価の中心におくことで、介入すべきテーマがより早期に明らかとなることは、治療者にとっても、クライアントにとっても役立つものである。

しかしながら限界もある。一つは、施設設備の問題である。われわれセンターでは、関係性の評価に必要な機材（ビデオカメラ等）が整っている。したがって、この評価手法をそのまま他の乳幼児の虐待やメンタルヘルスの問題に取り組む臨床現場に適用するには限界があるかもしれない。ただし、乳幼児が、養育者との関係性の中にしか存在しないという知識を持つこと、関係性を捉える視点を養うこと、さらにそれらを包括的な視点に位置づけて、目の前の親子を理解することは、包括的な介入が求められる乳幼児に対する最善の介入を組み立てる上で有益な視点を与えてくれる。

文献

- 青木豊, 2003, 乳幼児—親臨床—“関係性に基礎付けられた”多元的評価・介入の試み—特集 母子臨床—乳幼児期の精神療法—, 精神療法, 29 (5), 518-524.
- 井上美鈴・青木豊・松本英夫・内田良一・石原真理・寺島みどり・小石誠二・中村優里・山崎晃次, 2003, 乳幼児—養育者の関係性の総合的評価法について, 児童青年精神医学とその近接領域, 44(3), 293-304.

奈良間美保・兼松百合子・荒木暁子・丸光恵・中村伸枝・武田淳子・白畑範子・工藤美子
1999 日本版 Parenting Stress Index(PSI)の信頼性・妥当性の検討 小児保健研究, 5, 610-616.

Spielberger,C.,Gorsuch,R., & Lushene,R.
1970 STAI manual. Palo Alto,Calif
Consulting Psychologist Press. pp.23-49.

吉田敬子・武井庸郎・山下洋, 2002, 精神医学領域における児童虐待に関する多元的評価の意義—被虐待児とその養育者への適切な心理社会的介入のために—, 児童青年精神医学とその近接領域, 43(5), 498-525.

Zeanah,C.H.,Boris.N.W.,Heller,S.S.,Hinshaw-Fuselier,S.,Larrieu,J.A.,Lewis,M.,Palomino,R.,Rabaris,M.,and
Vallire,J.,1997,Relationship assessment in infant mental health,*Infant mental health journal*,18(2),182-197.

II. 乳幼児期の精神障害の研究

乳幼児期 PTSD の存在の本邦における

確立・確認

本研究は、本邦において特に研究の遅れている乳幼児精神医学の評価、診断、治療などについて、エビデンスをいくつかでも示すことが課題となっている。このセクションでは、特定の診断 PTSD について症例研究を行った。既に記したように、欧米においても発達障害を除いては、診断基準の比較的確立されている障害は反応性愛着障害と PTSD の2つのみと言ってよい。本邦においては、以下に示すように乳幼児期の PTSD についての研究も遅れている。症例のスケッチや総論があるのみである。そこで本研究では、本邦で初めて乳幼児期の PTSD の存在を、症例ベースでエビデンスを持って示すことを試みた。

A. はじめに

深刻な心的外傷を受けた乳幼児の反応や病態について、欧米においては 1977 年の MacLean(MacLean, 1977) をはじめとして症例報告の集積がある。症例研究における外傷の内容は様々で、天災 (Azarian, et al, 1996 など)、動物からの攻撃 (MacLean,1977 など)、交通事故 (Drell et al. 1993 など)、暴力の目撃 (Zeanah & Burk, 1984 など)、身体的虐待 (Gaensbauer, 1995 など)、性的虐待 (Terr, 1990 など) などが報告されている。これらの症例検討から、深刻な外傷の後に乳幼児がさまざまな症状や問題行動をおこすことが示され、これら乳幼児を対象とする治療法に関する研究も始められている (Gaensbauer & Siegel, 1995 ; Scheeringa et al, 2007)。

更に近年 Scheeringa らはこの病態を外傷後ストレス障害 (Posttraumatic stress disorder、以下 PTSD) と位置付け、その診

断基準や評価法についての研究を進めている(1995ab, 2000, 2005, 2010)。換言すれば、彼らの研究は「乳幼児期にも PTSD が存在するのか否か」という根本的な疑問について、診断の可能性に関する検討をとおして実証的に研究しているといえる。彼らはまず、深刻な心的外傷(養育者の殺害場面の目撃、深刻な交通事故など)により精神科に紹介された乳幼児を対象として研究を行った(1995b, 2000, 2005)。その結果、それら乳幼児がさまざまな症状や問題行動を示していたにも関わらず、DSM-IVの診断基準によっては PTSD と診断されることが困難であるとの所見を得ている。彼らは乳幼児期に「PTSD が存在するか否か」という問題を更に検討するために、乳幼児期の発達により感受性のあると考えられる診断基準を提案し、その信頼性・妥当性を検討した(1995b, 2000, 2005)。この彼らの新しい PTSD の診断基準では、第1に DSM-IV診断基準のアイテムで心的状態を言語化することによって表現されるアイテムを消去するか、行動の評価に焦点をおいた表現に変更し、第2に乳幼児に特異的と思われる症状群(新しい恐怖症と攻撃性)が加えられている(表4-1)。これら研究により、乳幼児期においても新しい診断基準を用いれば、PTSD が信頼性・妥当性をもって診断できるとの知見が積み重ねられている。これら実証的研究の積み重ねを経て Scheeringa らによる PTSD の診断基準は the Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, Revised edition (DC:0-3R) に採用されている(2005)。ちなみに DC:0-3R は乳幼児精神保健におけるほぼ唯一の国際的診断基準である。

さて本邦における乳幼児期 PTSD の心理学的な側面についての研究は遅れている。PTSD の疑いのある症例についての報告(鎌田ら, 1998; 大島ら, 1997 など)、評価の事例

検討(青木, 2004, 2005)、概論(青木, 2004)、発症機序についてのレビュー(中島ら, 2007)、セラピーについての概論および短い提示(竹山ら, 2000; 青木, 2008, 2005)、セラピーについての比較的詳細な症例検討(吉松・青木, 2010)などが散見されるのみといった現状である。更にはこれらの報告は心的外傷の内容は災害や事故の研究が多い。このように本邦では、乳幼児期の PTSD についてその診断・評価について十分に検討した報告がないために、乳幼児期 PTSD の存在が公式に認められたとは言えない状況と言えよう。また暴力への曝露によって引き起こされた PTSD 症例を対象とした評価・診断に焦点をあてた報告は少ない。暴力が乳幼児に与える影響およびその予防と介入についての研究は、現在わが国の精神保健の重要な課題の1つである。実際暴力への曝露が乳幼児に与える特異的な病態としては、外傷後ストレス障害(PTSD)とアタッチメント障害とがあげられている(Kaufman & Henrich, 2000; De Bellis, 2001)。

これらの状況を総合すると、本邦においても乳幼児期の PTSD、特に暴力の曝露により発症したと考えられる症例について、まず治療研究以前に、その臨床像の検討と診断に関する問題に焦点を絞った症例研究により乳幼児期 PTSD の存在確認が必須であると考えられる。そこで本研究では、暴力に巻き込まれた乳幼児症例を検討することにより、以下2つの目的を達成した、すなわち、第1に我が国において乳幼児期 PTSD が症例として存在することを示唆し、第2に虐待が乳幼児期においても PTSD と思える病理を生む外傷となりえることを示すこと、の2つの目的である。

本研究の対象は、月齢18か月時に家庭内暴力にまきこまれ月齢20か月で来院した女児の1例である。同症例を臨床像と診断に焦点を絞って検討した。検討の方法は、客観性

を加えるために主治医以外の評価者が診断に参加した。更にこの方法で DSM・IV と Scheeringa らの診断基準とを比較した。

B. 方法

1) 対象

症例は乳幼児期に暴力に曝露された 1 症例である。なお、本論文の症例は、保護者に論文発表について文書による同意を得ている。

2) 方法

①サマリーの作成

症例の主訴・現病歴と評価段階および治療初期の行動観察から、主治医がサマリーを作成した。同サマリーの内容は C. に記載する。現病歴は養育者への面接によるものである。この段階で主治医のバイアスを可能な限り少なくするため、養育者からの面接内容と行動観察から得られた情報からのみサマリーを作成する努力をおこなった。

②主治医による診断

主治医が同サマリーを用いて、DSM・IV と Scheeringa らの 1995 年版の PTSD 診断基準 (表 4・1) で診断した。他の評価者 3 人も同じ 2 つの診断基準を用い診断した。Scheeringa らの診断基準についていえば、より新しい前学童期を診断基準のバージョン (2005) を用いていない。その理由は、本評価が行われたのが 2003 年以前であったためである。また本症例が月齢 18 か月であるため、2005 年発表の前学童期バージョンを持ちず、乳幼児を対象とした 1995 年版診断基準を用いたことは、本研究の大きな限界にはならないと考えられる。

③評定者による診断

診断に客観性を与えるために研究の目的に blind な 3 人の経験のある児童精神科医が以下の順序で評定を行った。3 人の評定者に DSM-IV の PTSD 診断基準と Scheeringa らの診断基準 (この資料は表 1 である) を配布

して、サマリーのみを資料とし独立して同症例を DSM-IV と Scheeringa の診断基準により診断した。

C. 症例サマリー

1) 症例

女児 A 子 (初診時 20 か月) と母親 B (30 代前半)

2) 主訴：(母親 B の聴取)

自分 (B) も不眠で気分が落ち込む、男の人が怖い。

A 子も、寝つきが悪く、しがみつきが強く暗闇を恐がるなど、精神が不安定ようである。

3) 現病歴：(母親と一部父親からの聴取)

A 子は乳幼児検診において早期の発達に特に異常を指摘されたことはない。B の夫婦関係は、結婚当初より夫が支配的であることから良くなかった。結婚後 3 年目から月に 1 度程度、B は夫からの暴力を受け始めた。暴力の内容は、平手で身体や頭部を叩く、髪を引っ張るなどの行為である。母親によると 4、5 回に 1 度くらいの割合で、A 子はその光景を見ていた可能性があるという。この暴力が少しずつ頻度を増していき、A 子が 18 か月のある日、A 子は父母間の家庭内暴力に巻き込まれた (この事実は父母ともに認めている)。その夜父親が母親の髪をつかんで引きずり回したが、そのとき A 子はその場において母親の背中にしがみつき母親と同じように振り回された。そのときに A 子は冷蔵庫で頭を打ってしまった。A 子はその前から泣いていたが、この打撃で更に泣き声を強くし、その後両親のけんかが収まった。A 子の頭部に外傷痕は残らず、翌日小児科に受診し神経学的所見、脳波ともに異常はなかった。しかしその後、0—3 週の間 A 子の行動に以前には見られなかった次のような行動が現れた。

大きな音を聞くと「こわい、こわい！」と言って母親にしがみつく。男性を見ると避け

るあるいは母親に飛びつく。昼間ボーとしており呼びかけても反応しない。全体に元気がなく母親に働きかけることも少なくなり、公園に行っても同世代の子の中に入らなくなった（以前は同世代の子と遊ぶことは楽しみにしていた）。言葉については、「オイシイ、マンマ」「チーシタ」などの 2 語文が始まっていたが、「ママ」と言う 1 語も正確に出せず「マ……マ……」などとなり、単語しか話さなくなった。また何かやろうとしてもすぐに嫌になるようで、他のことをやる。寝るのを拒み母親にしがみ付くが、寝付いてから 1 時間前後で大声を出して叫び、手足を震わせ息も荒くなっている。この状態は 2、3 分続するが、その間は母親が何をしても治まらない。これが 2 日に 1 度ぐらいの頻度で起こる。また夜中に起きてボーとしながら歩き回ることが 3 日に 1 度くらいある。小さな音などでも、ビクッとするようになった（ドアの音など）。更に買い物に行ったときなど、スーパーで同世代の子にいきなり噛み付いたり叩いたりする。母親を叩くことも頻繁になった。しかし一方で、母親から離れることを以前より恐がり、トイレにもついてくるようになった。またテレビで黒い画面を見ると「こわい、こわい！」と言ってパニックになる、暗いところも同様に恐がるなどの行動である。

一方、母親も同時期よりフラッシュバック、悪夢、男性が恐いので避ける、抑うつ、不眠などの症状が出現した。2 か月後、B が寝ているところを夫から突然頭部を殴られたため、その夜 B は A 子連れて実家に帰った。しかし、上記の A 子と B 自身の症状は改善せず、更に一部の症状は悪化してきたため母子がわれわれの外来を初診した。初診時 A 子は 20 か月であった。

4) 直接観察：

以下の記載は、われわれのクリニックの標準的評価過程と、治療初期（初診以後 3 か月

以内）に観察されたもののなかで A 子の特徴と典型的な行動をまとめた記録である。

主治医（男性）が A 子（当時 20 か月）と母親 B と乳幼児室で初めて会った時、A 子の年齢相応なおもちゃが部屋の中央に置かれていた。主治医と母親のちょうど中央におもちゃが置かれている形で面接を行った。A 子は、45 分間の面接で主治医が部屋を出た 2 分間を除いては母親の膝の上を離れなかった。A 子は、主治医の様子を不安げに見て、次におもちゃに興味深げな視線を送ったりしていたが 45 分間まったく発声しなかった。母親は、時に A 子をおもちゃで遊ぶよう励ましたが、A 子は母親から離れなかった。母親 B へのこの時の面接から、こんなにも長くしがみつるのは主治医が男性であるからだとのことであった。新しい場所、新しい人とでも女性であると 10 分から 15 分程度で母親から離れるとのことであった。主治医が次回の予約の確認のためスケジュールノートを観察室にとりに行った 2 分間（治療開始後約 40 分）、A 子は母親の膝を離れおもちゃを探索し始めた。しかし主治医が戻ってくるや否や、すぐ A 子は飛びつくように母親の膝に戻った。

われわれが用いている標準的な評価の 1 つ Crowell Problem Solving Procedure は約 40 分程度を要する母子の相互交渉を計る評価法で（井上ら, 2003）、自由遊びに始まり、分離・再開に終る（Zeanah, et al. 2000; 井上ら, 2003）。この評価法で、A 子は母親と多くはないが相互に交流はするものの、全体に陽性の情緒が低く、本来最も喜びの情緒が観察できるシャボン玉遊びのエピソードですら少し微笑む程度であった。またすぐにシャボン玉から注意がそれて、おもちゃが置かれているキャビネットの鍵の方に行っては、またシャボン玉に戻るといった行動が見られた。同評定法のタスクを行うエピソードでも、すぐにタスクから離れてしまう行動が目立った。

Crowell Procedure の他の評価場面で母親

と2人になるときもA子は静かにしており、時に母親の働きかけ（たとえば本を読んであげようとの行動）に対してぼんやりとして、反応が遅いことがしばしば観察された。

通院を始めて2か月後、A子が23か月から主治医が母親とA子と同席で面接すると、次のような遊びが頻繁に観察された。A子は、母親の背中にくっついて楽しそうに母親に動くように身体を左右する。母親がそれに応えて動き回ると、A子は壁のほうに母親を誘導して明らかに自ら頭を白い壁にぶつけた。この背中にくっついて動き回り何度も頭をぶつけるという遊びを嬉々として繰り返した。

D. 結果：A子の診断について

1) 主治医（評価者1）による

A子の診断

1-1 DSM-IV診断（表4-2）

主治医（評価者1）はPTSDを疑ったためまずDSM-IVのPTSD診断基準にA子が該当するかを検討した。まず外傷的な出来事の同定Aクラスターについては1のアイテムは満たすと判断した。すなわち自分または他人（この場合A子自身と母親）の身体の保全に迫る危機と考えられたためである。一方A-2は該当しないと判断した。少なくともサマリーからは外傷と思われる出来事の直後A子がまとまりのない行動あるいは興奮した行動をしたことが記載されていないためである。主治医が筆頭著者であったため母親への面接を更に詳しく記載すれば母親はA子が泣いていたことを覚えてはいるが、それ以上のA子の行動については記憶になかった。母親自身が極度の不安状態にあったためと考えられる。いずれにしろアイテムA-2が十分には確認できないことから、Aクラスターがネガティブとなり、A子はこれだけでDSM-IVによるPTSDに該当しないと判断された。

ちなみにその他のクラスターの主治医による評価は以下のとおりである。B-1 アイテム

は外傷のテーマを繰り返す遊びがあると評価し、Bクラスターはポジティブと評価した。C-2（成人男性に対する回避行動）、C-4（重要な活動の減退：全体に元気がなく母親に働きかけることも少なくなり、公園に行っても同世代の子の中に入らなくなった）、C-6（感情の範囲の縮小：全体に元気がなく母親に働きかけることも少なくなった）を当てはまると判断しCクラスターをポジティブと評価した。D-1（睡眠障害：夜驚と夢中遊行）、D-5（驚愕反応：小さな音などでも、ビクッとするようになった）を当てはまると判断しDクラスターもポジティブとした。また症状は1か月以上経過しておりE基準も該当した。しかし、Fの臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的または他の領域における機能の障害については、「苦痛」の判断が困難なことなどから該当しないと判断した。

したがって主治医はB、C、D、Eクラスターをポジティブと評価したが、第1に母親からA-2 アイテムを確認できていない点、第2にFクラスターで本人が苦痛であるかどうかを判断するのが困難であること（言語化の困難）の2点から、A子を「PTSD」に非常に近い病態と疑ったもののDSM-IVによるPTSDを満たさないと評価した。

次にDSM-IVによる他の診断について検討した。結果は、#1 特定の恐怖症（Specific Phobia）：男性、トイレ、黒いテレビ画面についての恐怖症、#2 夜驚症（Sleep Terror Disorder）、睡眠時遊行症（Sleepwalking Disorder）である。

1-2 Scheeringa らのPTSD診断基準

（表4-3）

次に主治医（評価者1）はScheeringa らによる乳幼児のPTSD診断基準（1995）を適応してみた。Aクラスターは同診断基準ではA-1 アイテムのみで、このアイテムはDSM-IVのA-1 アイテムと同一なため該当すると判

断して、A クラスターをポジティブと評定した。B・2 の再演遊び、B・4 の悪夢を該当するとして B クラスターをポジティブとした。C・1 の遊びの制限、C・2 の以前より社会的に引きこもる、C・3 の感情の範囲の制限、C・4 の発達の退行（A 子の場合言葉の退行が見られた）を該当すると判断し C クラスターをポジティブとした。D・1 の夜驚、D・2 の入眠困難、D・3 の睡眠時遊行、D・4 の集中困難、D・5 の過剰な警戒、D・6 の驚愕反応を全て満たすと判断し D クラスターをポジティブとした。また E・1 の新しい攻撃性（同世代の子にいきなり噛み付いたり叩いたりする。母親を叩く）、E・2 の新しい分離不安（母親へのしがみつき）、E・3 の Fear of toilet alone（1人でトイレに行くことを恐がる）、E・4 の暗闇恐怖、E・5 の他の新しい恐怖（黒いテレビ画面）を該当すると評定して E クラスターをポジティブとした。症状は1か月以上を経過していたので F クラスターがポジティブであった。したがって A から F クラスター全てを満たすと判断して Scheeringa らの PTSD の診断に該当すると評定した。ちなみに DSM-IV の F クラスターは除外されている。

2) 研究の意図にブラインドな3人の 評定者（評価者2、3、4）による A子の診断

2-1 DSM-IV診断（表4-2）

3人の評定者の全てが DSM-IV で PTSD と診断した。A クラスターは A・1, 2 とも3人が共通してポジティブと評定し、暴力に巻き込まれたエピソードを外傷的出来事とした。評価者1は B・3, 4 アイテムをポジティブに、評価者2、3はともに B・1, 3 をポジティブとして、3人の評価者全てが B クラスターをポジティブに評定した。C クラスターは評価者1、2、3がそれぞれ、2, 4, 5, 6 アイテム、2, 4, 6 アイテム、1, 2, 4, 6 アイテムをポジティブと

し C クラスターをポジティブに、D クラスターでは評価者1が全てのアイテムを該当するとし、評価者2、3がそれぞれ、1, 4 アイテム、1, 3, 4, 5 アイテムをポジティブとし D クラスターをポジティブと評定した。3人全てが E、F ともにポジティブとしたため、結果的に3人の評定者全てが A 子を DSM-IV による PTSD に該当すると評定した。

2-2 Scheeringa らの PTSD 診断基準

（表4-3）

3人全てが Scheeringa らによる診断基準で A 子を PTSD と診断した。3人全てが A-1 クラスターはポジティブと判定した。評価者1、2、3はそれぞれ B・2, 6、B・2, 4、B・2, 3, 5, 6 アイテムをポジティブに評定して、全ての評価者が B クラスターを該当するとした。C クラスターについては、評価者1、2、3がそれぞれ C・1, 2, 3, 4、C・3, 4、C・2, 3, 4 をポジティブとして C クラスターを当てはまると判断した。D クラスターは、評価者1、2、3がそれぞれ D・1-6 全て、D・1-6 全て、D・1, 3, 4, 5, 6 をポジティブと評定して D クラスターをポジティブと判定した。新しいクラスター E については、評価者1、2、3がそれぞれ E・1, 2, 4, 5、E・2, 5、E・1-5 全てをポジティブと判定し E クラスターを該当すると評定した。また3人の評価者全てが F クラスターをポジティブと判定した。この結果上記のように3人全てが Scheeringa らによる診断基準で A 子を PTSD と診断した。

E. 考察

A 子は、暴力の目撃と暴力に巻き込まれたことにより頭部に打撃を受けた乳幼児期の症例である。本論文の目的は診断に焦点を絞っているため、A 子の診断についてまず考察し、次に PTSD について DSM-IV 診断基準と Scheeringa らの診断基準との比較について検討する。

1) A子の診断について

上記のように主治医を含めた4人の評価者の内3人がA子をDSM-IVによるPTSDと診断し、4人全てがScheeringaらによる診断基準でPTSDと診断した。この結果はA子が乳幼児期のPTSDである可能性が強いことを示唆している。より詳しく考察すれば、A子の精神病理がPTSDと強く疑われる理由は、第1に研究の意図にブラインドな3人の評価者全てが、A子を成人や小児のPTSDの研究から作られたPTSDの疾患概念を規定したDSM-IV診断に合致すると判断しているためである。第2にDSM-IVのPTSDに該当しないと判断した主治医もA-2アイテムで母親の記憶がなかった点と、FアイテムがA子の言語化能力から判定不能と判断した点を除いてはA子を「DSM-IVが示すPTSDの病態」に近似していると判断しており、DSM-IVアイテムの修正を試みているScheeringaらの診断基準では、主治医もAクラスターをポジティブとしA子をPTSDと診断しているためである。第3にScheeringaらの基準で研究の意図にブラインドな3人の評価者全てがA子をPTSDと診断しているためである。

まとめるとこの症例によって、本邦において少なくともScheeringaらの診断基準による乳幼児期PTSD症例が存在することが示めされ、本邦においても乳幼児期PTSDという精神病理の単位が存在することが強く示唆された。

2) PTSDについてDSM-IV診断基準と

Scheeringaらの診断基準との比較

3人の評価者がDSM-IVを用いてもScheeringaらの診断基準を用いてもA子をPTSDと診断し、筆頭著者のみが、両診断基準で診断を異にしている。これら結果のみから両診断基準の信頼性や妥当性を検討することは困難である。筆頭著者(主治医)が診断を異にした理由は既に、結果1)主治医によ

るA子の診断で述べた。それら理由は概ね児童あるいは成人では聴取による面接で確認できることが、乳幼児期では困難であるという点にある。Scheeringaらが新しい診断基準を作成しようとした所以である。

F. 本研究の限界

本症例研究の限界の1つはPTSDを疑った主治医が症例のサマリーを作成したこと起因している。そのために第1に、PTSDの問題行動を記載する際のバイアスが生じている可能性がある。将来Scheeringaらの診断の過程(2000)のように、PTSDの問題行動に焦点を絞った養育者への半構造化面接と、それら問題行動を観察しやすい構造化された検査法とのセットを用いることによって、この限界を乗り越える研究が待たれる。第2の限界は作成したサマリーにPTSD以外の診断・精神病理を判定するための行動の記載が不足している可能性が否定できない点である。以下に述べるように、治療経過を含めた経時的な症例提示を行うことにより、より包括的な検討を将来行う必要があろう。

G. 結語

児童期のPTSDも乳幼児期のPTSDも適切な治療が行われなければその後の改善が望みにくいとの報告があり(Famularo et al. 1994; Scheeringa et al., 2005)、また乳幼児期における心的外傷が広範な領域の発達に悪影響を与える可能性が高いことが報告されている(Pynoos et al., 1995; Terr, 1991; Scheeringa et al., 1997; DeBellis, 2001)。さらに近年、より早期に虐待によりPTSDを発症した場合、より年齢が増してそうなった場合よりも、より広範で重篤な脳の発達の障害をあたえとの実証的研究が積み重ねられている(DeBellis, et al, 1999b 2002; Carrion, 2001; DSM-IV Prelude Project など)。

わが国においても乳幼児の暴力への曝露

は、精神科医療・精神保健の重要な課題となっている。このような状況において、暴力の曝露を含めた心的外傷を受けた乳幼児については、外傷後の病理の存在を十分に考慮して評価・介入に当たる必要がある(青木,2008)。

本研究はわが国における乳幼児期 PTSD 研究の第1段階の1つとして、1症例を提示し症状と診断とに絞って検討した。今後さらなる症例検討の蓄積が必要であることは言うまでもない。具体的には本研究の限界を改善するためにも、次の一步として標準化・構造化された診断法を用いた乳幼児期の PTSD の症例検討が期待されよう。更には既にH21年報告書に掲載し、治療を含めた症例提示と検討を行ったが、虐待による乳幼児期 PTSD についての症例の集積を行う必要がある。また複数のサンプルを用いた実証的研究が本邦でも期待される。

文献

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

青木豊 (2004) 乳幼児期における外傷後ストレス障害 (PTSD) . 児童青年精神医学とその近接領域, 45 ; 130-139.

青木豊 (2005) 乳幼児の心的外傷.世界の児童と母性,59, 40-43.

青木豊 (2008) 被虐待乳幼児に対するトラウマ治療と愛着治療. 日本トラウマティック・ストレス学会誌, 6 ; 15-23.

Azarian, A., Lipsitt, L., & Skripchenko, V. (1996) Behavioral psychopathology in infants of disaster. Paper presented at the 10th Biennial international Conference on Infant Studies. Providence, RI.

Carrion,V.G. Weems, C.F., Eliez, S., et al.

(2001) Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* , 50; 943-951.

De Bellis, M. D.(2001) Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology* , 13 ; 539-564.

De Bellis, M.D., Keshavan, M.S., Clark, D.B.,et al. (1999) Developmental Traumatology Part II : Brain Development. *Biological Psychiatry*, 45;1271-1284.

De Bellis,M.D. Keshavan, M.S., Shifflett, H, et al. (2002) Brain structures in pediatric maltreatment-related PTSD: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52; 1066-1078.

Drell, M.J., Siegal, C.H., & Gaensdauer, T.J. (1993) Post-traumatic stress disorder. In C.H. Zeanah, Jr. (Ed.) : *Handbook of Infant Mental Health*, pp.291-304, Guilford Press , New York.

DSM-IV Prelude Project (米国精神医学会公式サイト) <http://dsm5.org/index.cfm>

Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M.,et al. (1996) Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse and Neglect*, 20 ; 1245-1248.

Gaensbauer, T. & Siegel, C. (1995) Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal*, 16 ; 292-305.

花田雅憲 (2002) 子どもの臨床におけるトラウマ. 児童青年精神医学とその近接領域, 43 ; 369-374.

本間博彰 (2002) 児童虐待と親の問題—ハイリスクマザーと治療的アプローチを中心に— . 児童青年精神医学とその近接領域,