

病薬も検討すべきである。

5 身体表現性障害

子どもは、成人に比べて認知能力や言語化能力がまだ十分に発達していないため、精神的ストレスや内的葛藤を身体症状として表現することが多いと考えられている。一般的には頭痛や腹痛など反復性の疼痛が最も多く、そのほか倦怠感、嘔気、嘔吐などが多い。

身体表現性障害とは、身体医学的には十分に説明できない身体症状からなる障害の一群である。DSM-IVでは転換性障害も含んでいる。

齊藤ら²⁾の調査では、不登校を主訴に児童精神科を受診した小中学生の約70%が身体症状を訴えていた。不登校が始まる2カ月前から不登校発現時までに約80%が出現しており、身体症状はストレス状況や葛藤の高まりを表現するサインとして理解できると報告している。しかし、身体症状を長期間にわたって訴え続け、治療や援助が展開しない症例も少なからず存在する。

山崎³⁾は、身体症状を訴える不登校児を、不安型、抑うつ型、不安感や抑うつ感よりも身体症状へのとらわれの強い身体表現型の3つに分類して検討したところ、身体表現型は、身体症状が遷延しやすく不登校も長期化しやすい特徴が認められた。また、身体症状の持続期間と不登校期間は正の相関関係にあり、身体症状を訴えている時期の関わり方が不登校の治療・援助において重要な位置を占めていることが示唆された。

a. 身体化障害

身体化障害は身体の検査や診察を行っても十分に説明できない多彩な身体症状を長期間訴える障害である。身体症状としては少なくとも4つの疼痛症状（頭痛、腹痛、関節痛、四肢痛など）、2つの胃腸症状（嘔気、下痢など）、1つの性的症状（月経不順、月経過多など）、1つの偽神経学的症状（部分的な脱力、嚥下困難、失声などの転換症状や解離性症状など）が経過中に認められなくてはならない。症状が多彩であること、症状を訴える期間が数年間でなければならないことから、不登校の子どもでこの診断基準を満

たすことは少ない。また、身体疾患の可能性も念頭において診断することが肝要である。

b. 鑑別不能型身体表現性障害

鑑別不能型身体表現性障害は、身体化障害の軽症型と考えられ、身体的愁訴が1つ以上であること、持続期間が6カ月以上であることなどから、この診断基準を満たす不登校の子どもは多い。

c. 転換性障害

転換性障害は、神経疾患や身体疾患では説明のできない運動機能や感覚機能を損なう症状を示す障害である。症状としては嚥下困難、失声、歩行困難などの運動性のものや、見えない、聞こえない、痛みを感じないなど感覚性のもの、けいれんなどがある。

d. 疼痛性障害

疼痛性障害とは、身体的障害では十分に説明できない疼痛が臨床像の中心を占めており、投薬など臨床的に関与しなければならないほど疼痛が重い障害である。疼痛の発症や悪化に心理的要因が関与している。

e. 心気症

心気症は、自分が重篤な病気にかかるのではないかと、またはかかっているという観念にとらわれている障害である。その可能性がないことを医学的に説明されても、病気であると頑固にとらわれている。

不登校の子どもたちの訴える身体症状への対応については、まずは身体疾患が合併していないか、一度は身体的検査を行い、鑑別をしておく。

身体疾患がないことを確認したら、まずは身体症状の存在を認め、本人の辛さを汲むように努める。しかし、身体症状を認めつつも、そこにあまり大きな関心を払わず、体調を気にしながらも、日常生活をいかに工夫して送れるかを一緒に考えるようにする。そして、経過のなかで身体症状の背後にある葛藤に焦点を当てたり、現実生活の工夫について一緒に考えるなかで、身体症状を徐々に手放してゆけるように支援していく。

6 反抗挑戦性障害

児童思春期の反抗行動は、以前は司法・矯正の分野で「非行」としてとらえられていた。しかし、DSM-IIIで反抗挑戦性障害 (oppositional defiant disorder: ODD) の診断基準ができてから、反抗を主とする行動様式によって規定された精神障害として認知されるようになった。しかし、思春期は「反抗期」とよばれる時期で、同様の行動をとることはあり、また不登校児はさらに、そういった行動が目立つことがある。したがって ODD 概念を明確にしておく必要がある。

ODD は、DSM-IV-TR では以下の 8 つの項目のうち 4 つ以上を 6 カ月以上持続することとなっている。①しばしばかんしゃくを起こす、②しばしば大人と口論する、③しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗または拒否する、④しばしば故意に他人をいらだたせる、⑤しばしば自分の失敗、無作法なふるまいを他人のせいにする、⑥しばしば神経過敏または他人からイライラさせられやすい、⑦しばしば怒り、腹を立てやすい、⑧しばしば意地悪で執念深い。また、これらの行為の障害は、重大な社会的障害を伴うこと、という診断基準がある。こういったことから、思春期の一般的な反抗とは異なった障害として明確化された。

ODD は DSM-IV-TR において、破壊性行動障害 (disruptive behavior disorder: DBD) に含まれる。DBD は ODD の他に注意欠如・多動性障害 (ADHD)、素行障害 (conduct disorder: CD)、特定不能の破壊性行動障害 (DBD-NOS) を含む疾患群である。わが国では、齊藤らが ADHD 児の一部が年齢とともに ODD、CD へと展開し、反社会性人格障害に展開していくという DBD マーチという概念が重要であると提唱している。

思春期は、自立をめぐる葛藤が優位になり、両面的な心性が活発になる。そのため自立を妨げる大人を疎ましく感じて反抗に至ることは、当然生じる現象である。しかし、いわゆる反抗期のなかから、ODD とその併存障害を見つけ出し、さらに ODD から CD や反社会性人格障害に展開するのを予防していくことが重要である。併存障害としては ADHD が最も多くみられる。

反抗の裏側のきわめて強い依存欲求と、それを否定されてきた悲哀といった両面的な心性が ODD の本質であり、その悲哀感に共感して、関係を築いていくことが肝要である。

7 妄想性障害

妄想性障害は、統合失調症でない人で、奇異でない内容の妄想（たとえば追跡される、病気をうつされるなど）が現れ、一定期間以上、年余にわたって持続するものをいう。しかし、児童思春期の不登校と関連の深い対人恐怖症や醜形恐怖症のすべてが、DSM-IV-TR の妄想性障害と診断されるわけではなく、むしろ関連は薄い。

不登校と関連の深い妄想的対人恐怖症（確信型対人恐怖、重症対人恐怖、思春期妄想症）には、自己臭妄想、自己視線恐怖、醜形恐怖など様々なタイプがある。その症状の構造は、何らかの自分の身体的欠陥（体臭、視線、表情、態度など）が周囲の人々に不快感を与え（加害妄想）、そのため周囲から避けられる（忌避妄想）という共通の構造がある。たとえば、自分の体から嫌な臭いが出て周囲の人に迷惑をかけ、そのため周囲から嫌われ、避けられると確信して対人接触からひきこもろうとする（現実回避）などである。どれほど周囲や医師からその欠陥はあり得ないと説得しても、その確信は揺らがない。そして「他人が咳払いしたり、鼻をすすったりするのは、自分の変な臭いのせいだ」など、他人の挙動から直感的に確信する（関係妄想）。また、症状は友人など中間的・同質的關係の人と一緒にいる状況や、電車の中など人がいる状況で一定の時間と空間を拘束される状況において出現しやすい（状況依存性）。一方、醜形恐怖では、醜形については妄想的に確信していても、加害・忌避・関係妄想が認められないことはしばしばある。

対人恐怖症は、思春期から青年期に好発する。対人恐怖症の症状や心性が、不登校と深い関連をもっている。そして、不登校が続くと、症状の回復が遅れ、またひきこもっていることでさらに問題が深刻になっていく。絶望感や厭世感から家庭内暴力や自傷・自殺行為に至る可能性もある。

治療は、薬物療法、精神療法を中心に、必要に応じて環境調整や生活指導

などを加えた多次元的アプローチとなる。いずれにしても症状に伴う現実回避（対人関係の回避）傾向をなるべく最小限に抑えることが大切である。

治療は、まず個人療法から始めるが、治療が進んで社会への一歩が踏み出せるようになったところで、再び同世代との交流が積めるよう、集団療法やデイケアなどに参加を促し、徐々に社会参加が可能になっていくよう努めることが肝要である。

8 統合失調症

統合失調症は、認知、情緒、そして社会機能の欠陥と関連した神経発達障害である。齊藤⁴⁾が追跡調査を行った不登校児 106 人のうち青年期になって新たに統合失調症と診断されたものは 6% と報告しており、不登校児をみていくうえで、統合失調症は無視できない疾患である。

児童の統合失調症の診断には、成人と同じ診断基準（DSM-IV-TR や ICD-10）を用いる。DSM-IV-TR の診断基準を要約すると、①妄想、幻覚、解体した会話、ひどく解体したまたは緊張病性の行動、陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如）以上の 5 項目の中の 2 つ以上が 1 カ月以上存在し、②社会的（対人的）または職業的（学業的）機能の著しい低下が認められ、③前駆期、残遺期も含め障害の持続的な徴候が少なくとも 6 カ月以上存在する、というものである。

松本⁵⁾は児童期発症の統合失調症を成人の統合失調症と比較し、発症初期の臨床症状について、①同胞順位は第一子に多い、②前駆症状がみられる症例が多く、潜伏性発症が多い、③幻視のみみられるものがある、④幻聴内容が不鮮明なものや一過性のものが多い、⑤妄想構築はまれである、⑥感情易変性を示すものが多い、⑦強迫行為を示すものが多い、と特徴をあげている。児童期の統合失調症では、妄想や幻覚は認められても成人に比べて対象や内容が不明確であることが多い。これは、子どもが精神発達途上にあること、体験の乏しさや言語能力の未熟さが影響していると考えられる。

統合失調症と鑑別すべき疾患としては、気分障害や、ストレス状況下の広汎性発達障害の子どもなどがある。この場合、ストレスがなくなると速やか

に通常の状態に戻り、明らかな幻覚や妄想がないことで、広汎性発達障害と診断できる。また、統合失調症に親和性のある疾患として、強迫性障害、選択性緘黙があげられる。子どもの強迫症状の特徴で、強迫性障害なのか統合失調症の前駆症状なのかを区別することは困難である。社会機能の低下が生じているのか、また被害的な色彩が強い「こだわり」なのかなどで、より統合失調症を疑っていくが、このように統合失調症の診断は経過を追いながら再評価していく必要がある。

児童期の統合失調症の治療の目標は、急性期には薬物療法を中心にして精神症状を速やかに軽減させ、長期間の病的状態を減らし、回復期には薬物療法とともに精神療法的なアプローチを含めた心理社会的治療を合わせて行い、再発を防ぎ、復学の支援をすることになる。小・中学校年代の統合失調症の子どもでは長期に及ぶ不登校のため、学習の遅れや子どものなかでの経験が乏しくなることが大きな問題となる。そのためその子どもの能力にあわせて情緒障害学級、適応指導教室、知的な能力の低下が認められる時には特殊学級、養護学校など特殊教育を利用することになる。

統合失調症の子どもから受ける切迫感や、消耗しきったような疲労感や抑うつ感、「なんとなく危ない」感覚は、統合失調症の診断の一助になると思われる。注意してみていくことが必要である。

9 不登校と発達障害

以下に、不登校児のなかで、発達障害をもっている場合について述べる。これは、この章で初めに述べたひきこもり分類の、3群の分類のなかの第2群にあたる。彼らをサポートするには、医療が必要な場合もちろんあるが、教育や療育などの分野でのサポートが非常に重要と考えられる。発達障害をもつ子どもは、そうでない子どもに比べると、より不登校への親和性は高いといえる。学習と集団行動を目的とする学校という集団生活のなかで、各種の発達障害の子どもは学習能力のハンディキャップのために、または他者の気持ちへの共感性の乏しさや、集団生活の調和を乱しがちなために、大人から叱責されたり子ども集団から仲間はずれにされたりしやすい。その結

果不登校に追い込まれやすくなる。したがって、学校や周囲の大人は、各発達障害の特性を十分に理解し、対応を心得て関わること、そして環境を調整していくことがとても重要である。そうすることにより、子どもは意欲を再び取り戻すことができる。

特に、わが国では軽度発達障害とよばれてきたアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害など広汎性発達障害（PDD）の高機能群、注意欠如・多動性障害（ADHD）、そして学習障害（LD）の子どもは、一般の子どもと同じ場で学校生活を送ることが普通なため、集団行動における不適応反応として不登校のリスクが高まりやすい。また、知的障害の周辺概念である境界知能の子どもも、特有なストレスへの過敏性、あるいは脆弱性をもっているため、彼らの抱える生きにくさへ注意を払う必要がある。

10 注意欠如・多動性障害（ADHD）

表1は、DSM-IV-TRの診断基準である。診断の条件は、ここに提示されている多動性、衝動性または不注意のそれぞれの症状のいくつかが7歳未満に、2つ以上の状況において存在していることである。そして、その症状をもつ者が、その症状により社会的、学業的、または職業的機能につまづきを認めていること、すなわち日常生活を送るうえで生きにくさを自覚している必要がある。

病型としては、過去6カ月間において、不注意の症状が6つ（またはそれ以上）と多動-衝動性の症状が6つ（またはそれ以上）認めた場合、ADHD混合型とよび、不注意症状のみが6つ（またはそれ以上）の場合を不注意優勢型、多動性-衝動性の症状のみが6つ（またはそれ以上）の場合を多動性-衝動性優勢型と分類している。

ADHDの子どもは、迷子になったり、道路への飛び出しがあったりと親は目が離せないことが多い。また対人場面では一方的なふるまいや乱暴な行動をとりがちで、注意されやすい。しかし、悪びれずに同じことを繰り返すため、叱責されやすく、結果的に自己評価を低下させやすい。学童期には、対人場面でいじめやからかいにあい、劣等感や孤立感をもちやすく、また学

表1 ADHDの診断基準 (DSM-IV-TR)

A) (1)か(2)のどちらか:

(1) 以下の不注意の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しないもの:

<不注意>

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な間違いをする。
 - (b) 課題または遊びの活動で注意を集中し続けることがしばしば困難である。
 - (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
 - (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での職務をやり遂げることができない (反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく)。
 - (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
 - (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
 - (g) 課題や活動に必要なもの (例: おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具) をしばしばなくしてしまう。
 - (h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。
 - (i) しばしば日々の活動を怠ける。
- (2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない:

<多動性>

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、または椅子の上でもじもじする。
- (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする (青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)。
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (e) しばしば "じっとしていない"、またはまるで "エンジンで動かされるように" 行動する。
- (f) しばしばしゃべりすぎる。

<衝動性>

- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。
 - (h) しばしば順番を待つことが困難である。
 - (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する (例: 会話やゲームに干渉する)。
- B) 多動性-衝動性または不注意の症状のいくつかは7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。
- C) これらの症状による障害が2つ以上の状況 [例: 学校 (または職場) と家庭] において存在する。
- D) 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E) その症状は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患 (例: 気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害) ではうまく説明されない。

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text Revision, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸, 訳, DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 東京: 医学書院: 2002)

習障害から成績の悪さもあると、ますます自己評価は低下する。その結果、同級生への攻撃性が強まったり、不登校がみられるようになる。また、反抗的になったり、嘘をついたり、家族への暴力がみられたり、金品の持ち出しなど認められることがあり、反抗挑戦性障害や、素行障害へ移行していく「DBD マーチ」とよばれる病態になることもある。このように、徐々に二次障害へ移行していくことに注意が必要である。不登校に至った場合、それは彼らの危機回避行動、また自己防衛行動であることがある。まずは子どものADHDの特性、徴候に気づくことから始め、評価した後は、親も教師もADHD児にあった対応を心がけていくことが重要である。彼らは一見人懐こく、深刻味に欠け、幼く見える。本当は辛いことでも笑顔で話すこともあるが、彼らの生きにくさに同調し、生活改善の方法を一緒に考える。また、環境調整を上手に行うことが重要で、親や学校の先生に理解を求める。叱責よりも多くの励ましが、元来、注目されることがパワーになりやすい子どもたちには有効であることを念頭におき、子どもたちを援助していく。親ガイダンスを行う、また親がペアレントトレーニングを受けることで、ADHDの子どもへの対応がわかりやすくなることもある。ADHDの基本症状に対しては、薬物療法も有効である。

11 広汎性発達障害

この項では、おもにウイングの言う、アスペルガー症候群と不登校について述べる。ウイングはアスペルガー症候群を、自閉症スペクトラムのなかに位置づけ、自閉症と連続した障害であるとした。自閉症スペクトラムとは、社会性・イマジネーション・コミュニケーションの3つの領域（ウイングの3つ組）に障害があると定義される。社会性の障害とは、他者との関わり方が奇妙であること。コミュニケーションの障害とは、単なる言語の遅れではなく、年齢にそぐわない大人びた会話や、回りくどい、または冗談が通じないなどである。また、イマジネーションの障害は特定の事柄に関心が強い、蒐集癖がある、パターンを好み予想外の事態に苦痛を感じるなどである。その他、感覚過敏や不注意、また学習障害を合併していることもある。

ウイングは、自閉症スペクトラムを、対人交流の質から3分類した。人への関心がきわめて乏しい孤立型、自分からは対人関係を開始しないが人が関わってくると拒否はしない受身型、積極的に対人関係をもとうとするが不適切にしか関われない積極奇異型に分類した。

アスペルガー症候群の子どもたちにとって、学校という社会はひどく苦痛なことを強いられやすい環境である。そのため、不登校に至った子どもに対して、まずは診断と評価が大切である。そのうえで、子どもにとって学校を意味あるもの、苦痛のない環境にすることが基本的な対応となる。環境の調整なしに登校を促すことは子どもを追いつめるだけで解決にならない。学校の側にアスペルガー症候群の特性に対する理解が必要になる。たとえば集団が苦手な子どもには保健室や校長室など、安心して利用できる居場所を確保することを考慮する。友人の中に入りたがる場合も、教師など学校にいる大人の保護下におき、さりげなく目を配り問題が生じる前に適切な介入を行う必要がある。

受身型の子どもは、拒否ができずに、苦痛でも登校し続け、いじめがあっても誰にも告白できず、ある日急激に不穏、自傷、攻撃的行動になることがあり、注意が必要である。

また、予定の急な変更に対応することが困難な場合があり、予定の変更はあらかじめ伝えるようにする、またパニックになったらクールダウンできるような部屋を用意する、などの工夫が必要な場合もある。

12 学習障害

学習機能の障害は、容易に学校適応の障害につながる。教育用語としての学習障害 (learning disabilities: LD) は、精神遅滞を除いたうえで「聞く、話す、読み、書き、計算、推論」の6領域のいずれかの障害を指し、医学における学習障害 (learning disorders) よりも広い概念である。

学習機能の障害のある子どもを医学的立場で整理すると以下のようなになる。①読み障害、算数障害、書字表出障害 (医学的学習障害)、②体育や書字と関連した発達性協調運動障害、③「聞く」「話す」に対応したコミュニ

ケーション障害（表出性言語障害、受容-表出混合性言語障害、音韻障害）、そして④広汎性発達障害、⑤ ADHD などである。

学習障害のある子どもは、学校で常に自己のハンディキャップに直面せざるを得ない。学校で要求されることは、学習障害の子どもにとって無理な要求であることが多く、子どもたちは失敗体験を積み重ね、自己評価を低下させることになりやすい。したがって、学習障害の子どもが不登校になった時には、学校の環境を再検討することが必要になる。それぞれの発達障害への理解と、障害特性に配慮した対応が必要である。

たとえば、書字障害のある子の場合、どんなに子どもなりに努力しても書字が上達しない。板書が難しい場合は、プリントを配る配慮が望ましい。また、中学生になれば、ワープロの使用を認めてもよいのではないかと思われる。また、提出物を忘れやすい場合は、宿題提出の確認を親に依頼するなど柔軟な方法も検討したい。認知機能の偏りがある場合、単純に反復練習を行うことはかえって自己評価を低下していく場合もあり、そのような時には子どもの自己評価が改善するような方法を考える必要がある。そのためには、子どもの認知特性を WISC-III や K-ABC などの認知テストを用いて評価し、個々の子どもにあった学習スタイルを把握し、指導することが大切であろう。

13 軽度精神遅滞と境界知能

DSM-IV-TR において、精神遅滞の診断基準は、発症が 18 歳以前であり、知的機能が、知能検査での分類で、IQ 50～55 から 70 までを軽度、また 71 から 84 までを境界知能とよんでいる。精神遅滞は、平均以下の知的機能と同時に、現在の適応機能の欠陥または不全、つまり社会的、学業的、または職業的機能につまづきを認め、この両者によって初めて診断される。知的機能に比べて、適応上の問題は治療的努力で改善しやすい。そのため、日常生活を送るうえでの困り感、生きにくさへの対応こそが求められている。

より良い環境と、社会で生きていく力を育む教育を提供することが大切で

ある。つまり、不登校を呈している子どもには、参加してもらえような居場所作りを学校という社会が創造する必要がある。

文献

- 1) Blos P. On adolescence. New York: The Free Press of Glencoe Inc; 1971.
- 2) 齊藤万比古, 山崎 透, 笠原麻里, 他. 国府台病院児童精神科外来における身体症状の現状および登校拒否に伴う身体症状について. 厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」平成4年度研究報告書. 1993. p.23-32.
- 3) 山崎 透. 不登校に伴う身体化症状の遷延要因について. 児精医誌. 1998; 39: 420-31.
- 4) 齊藤万比古. 不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡調査. 児精医誌. 2000; 41: 377-99.
- 5) 松本英夫. 精神分裂病. 山崎晃資, 他編. 現代児童青年精神医学. 大阪: 永井書店; 2002. p.233-42.

<青木桃子 渡部京太>

7

乳幼児における
臨床的なアセスメント

Stanley I. Greenspan, M.D.

渡部京太 訳

乳幼児における正常、および障害された情緒の機能についての最近の理解は、早期の発達を理解すること、そしてアセスメント、治療、予防を行う新しい包括的なアプローチを探求することを可能にしている (Greenspan 1992; Greenspan and Wieder 1998; Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Clinical Practice Guidelines Workgroup 2000)。適応的であれ非適応的であれ情緒のマイルストーンの記述を、よく知られた感覚運動や認知のマイルストーンに加えることができる (Greenspan 1979, 1981, 1987, 1989, 1992, 1997b; Greenspan and Wieder 1998; Greenspan et al. 2001; Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Clinical Practice Guidelines Workgroup 2000)。早期のアセスメントの重要性は、累積リスクの研究によって示されている。乳児期の家族との相互作用のパターンは、後の4歳時における認知や行動の成績と関連することが示唆されている。例えば、乳児期のリスクファクターが4つ以上である児童は、リスクファクターが1つあるいは2つだけの児童と比較すると、境界知能である可能性が24倍に増加するとされている (Sameroff et al. 1986)。

情緒のアセスメントのための以下のアプローチは、スクリーニングのために、あるいは包括的な評価のためのアウトライン(概括評価)として使用することができる指針を含んでいる。乳児のアセスメントに関連した基本的な構想には、1) (身体や認知だけということと比較して)多様な発達ラインを考慮することの重要性、2) 包括的なアプローチの構成要素、3) 正常および障害された情緒の発達の連続性を含んでいる。

多様な発達ライン

1つのライン(つまり、身体的、認知的、社会情緒的、家族的)よりも、むしろ多様なラインに沿って発達していくという乳児の見方は、おそらく自明なことである。しかしながら、このアプローチの含蓄は必ずしも明白ではない。例えば、栄養が十分ではなかった乳児が、栄養が十分に社会的な相互作用とともに与えられると、はるかに効果的に身体的に改善し、体重も増加する。ひきこもりがちな乳児を活気づけるために認知の刺激にのみ焦点を当てたアプローチは、乳児の感覚の過敏さが診断されていない場合には、さらにひきこもりに導くことになるかもしれない。対照的に、漸進的で苦痛を和らげる個々の児童に合わせたアプローチはもっと有効かもしれない。

包括的な臨床的アプローチの
構成要素

包括的な臨床的アプローチは、多様な発達ラインだけでなく、両親、他の家族、そして貧困を含んだ社会構造に関連した変数も含めた文脈の中で乳児を見るところである。包括的なアプローチは、例えば、親の支配的な態度と感覚、家族関係、そして健康や精神保健のサービスや関連したコミュニティの構造などのような重要な状況要因を含めて考える。より孤立した介入の戦略は、乳児の認知の能力を刺激するように作用するものであるが、両親の関わりを食物、そして住居、あるいは認知の刺激のような問題点のみを援助することに限定してしまうかもしれない。

包括的な臨床的アプローチでは、多くの概念的に関連したカテゴリーのアセスメントを始めなければなら

ない。以下で論じるように、臨床的な現象の多大な複雑さを反映した多様な発達ラインを考慮しなければならない。

■ 胎生期そして周産期の変数

特に風疹、母親の薬物やアルコールの使用、母親の栄養不良のような胎生期や周産期の変数はすべて、乳児の体質の状態や発達の傾向に影響を及ぼしている。胎生期の変数は、家族の遺伝的パターン、栄養、身体的健康や病気、パーソナリティの機能、メンタルヘルス、そしてストレスの程度を含んだ母親の妊娠中の状態、家族や社会的なサポートの特徴、妊娠の特徴、合併症や妊娠の時期といった妊娠の経過、そして生後の乳児の状態が含まれる。周産期の変数は、母親の乳児の認知、毎日の手順で表れてくる母親の報告、そして乳児や母親-乳児の相互関係が含まれる。

■ 両親、家族、そして環境の変数

両親や他の家族、そして家族に関係している人への評価は多くの次元に沿って行われる。それぞれのパーソナリティ構造、発達上のニーズ、児童養育能力、家族の相互作用を含めて考える。家族が利用している、あるいは利用できるサポートシステム(拡大家族、友人、コミュニティの機関)、そして家庭環境全体(活性化させる構成要素と不活性化させる構成要素)の評価も含めて考える。乳児をなだめたり調整すること、愛着を伸ばしたり育てること、快や不快の基本的な状態を理解すること、バランスのとれた共感をもって応えること(つまり、過剰な同一化と感情の隔離のどちらもない)、乳児のサインを柔軟に理解しさまざまに応えること、まとまりのあるそして複雑な相互作用を育てること、表象の精緻化や分化をサポートすることといった、両親および家族の能力は特別に重要である。

■ 主要な養育者と養育者-乳児・児童関係の変数

乳児とその重要な養育者との相互作用が評価される。養育者の状態(例:ティーンエイジャーの母親、片親の家族)、注意の共有や慰安・調節の質、共同の喜びや親密さの能力、緊張に耐えて、そして親密な状況に戻ることができる柔軟性が含まれる。さらに、複雑な情緒や行動のパターンを形作ったり、心的表象を構成したり、分化したりする相互作用の力を評価することは重要である。

■ 乳児の身体的・神経学的・生理学的・認知的な変数

乳児の変数には、乳児の遺伝的な背景や生後まもなくの状態が含まれる。これには、乳児の全般的な身体的統合(身長、体重、全般的な健康)、神経学的統合、生理学的な傾向、リズムのパターン、警戒や活発さのレベルを含んでいる。乳児の個人差に特別な注意が払われるべきである。これには、感覚の過小反応あるいは過大反応、運動の調子、運動の企図、感覚の処理(DeGangi et al. 1993; Porges and Greenspan 1990)、そして認知のレベルとスタイルを含んでいる。これらの要因が、刺激を経験すること、経験を調整し組織化すること、人間関係を発展させること、原因と結果という相互のパターンの中で関与すること、複雑な行動や、情緒、認知のパターンを形作ること、行動、感情や思考を導く表象を構成することなど、児童の能力をどのように育てたり、妨げるかということにも注意を払わなければならない。

■ 乳児の変数：情緒のパターンや人間関係の形成と精緻化

乳児と養育者の関係は、乳児の変数に追加される。これらは、一連の組織化段階という文脈において、乳児が情緒(依存から主張へ)と関係性のパターンを広げるための能力を発達させることに役立つ。組織化段階は、注意や興味を共有すること、意図を持った相互作用、複雑な、そして組織化された社会的情緒的パターン、表象の組み立て、非自己対自己を、時間、空間のディメンジョンに沿って内的な表象として分化させることといった能力を含んでいる(Greenspan 1981, 1989)。

適応性／非適応性の情緒の発達連続性

乳児と家族の発達の多様な見地からの診察は、乳児の社会的そして情緒の機能に焦点を合わせた発達段階のフォーミュレーション(定式化)を可能にする。異なった年齢の乳児や幼児の障害された感情のパターンの大規模な研究は存在しないけれども、正常と思われる乳児の情緒の発達に関する広範囲な文献は存在する。興味深いことに、1980年代以来、おそらく他の年齢集団よりも乳児の正常な情緒の発達のかかなり多くの文献が存在している。

現在では、乳児は生後まもなく、あるいはその後すぐに、適応性のあるやり方で経験をまとめる能力があることがよく報告されている。乳児は快や不快に反応することができ(Lipsitt 1966)、行動の結果に関連して行動を変化させること(Gewirtz 1965, 1969)、親密な絆を形成し、視覚的に識別すること(Klaus and Kennell 1976; Meltzoff and Moore 1977)、睡眠-覚醒のサイクルや警戒状態のようなサイクル・リズムを組織化すること(Sander 1962)、多様な感情や生得的感情傾向のエビデンスがあること(Ekman 1972; Izard 1978; Tomkins 1963a, 1963b)、神経生理学的な組織化とともに組織化された社会的な応答を示す(Emde et al. 1976)。早い月齢から、乳児は複雑な社会的で感情的な相互作用に入る独自の能力を示す(Brazelton et al. 1974; Stern 1974a, 1974b, 1977)。人生早期の間に経験の組織化が広がることは、社交上の相互作用や個人の状況に対する安定した反応を含んだ、刺激を経験する能力や耐える能力の増加を反映することになるが、それは、経験的なデータと矛盾しない(Brazelton et al. 1974; Emde et al. 1976; Escalona 1968; Murphy and Moriarty 1976; Sander 1962; Sroufe 1979; Stern 1974a, 1974b)。

複雑なパターンが、乳児のさらなる発達として、続いて現れる。驚き(Charlesworth 1969)と友好関係、慎重さや恐れ(Ainsworth et al. 1974; Bowlby 1969; Sroufe and Waters 1977)、探索や補給のパターン(Mahler et al. 1975)、対象の機能を理解していることを示唆する行動(Werner and Kaplan 1963)などのような複雑な情緒の反応として示されるものが現れ、そして結果として象徴化の能力が続いて現れる(Bell 1970; Gouin-Decarie 1965; Piaget 1962)。

正常な乳児の情緒の発達に関する研究に加えて、障害された発達についての重要な観察は、早期の情緒の発達の姿に肉付けをしている。早期の関係性のパターンの形成に影響する体質上のそして成熟のパターンは、1990年代に言及されている。それは、「母親をくたくたに疲れさせる神経質な遺伝形質を持った赤ん坊」という表現であったり、「過剰な神経活動や機能的に未成熟な」神経システムを持った乳児と表現されてきた(Cameron 1919)。

小児科医である Winnicott(1931)は、早期の関係性問題における環境の役割について記述し始めた。現在までよく知られている彼の1940年代の業績は、施設で、あるいは他の情緒の剥奪の状況下で成長した乳児の重症な発達の障害を記述している(Bakwin 1942; Bowlby 1951; Hunt 1941; Lowery 1940; Spitz 1945)。Spitz(1945)のフィルムは、米国において施設

に乳児を永続的に置くことを禁じるといった法律を生むことになった。

BurlinghamとFreud(1942)の報告や、BergmanとEscalona(1949)による「異常な過敏性」を持つ乳児についての記述、MurphyとMoriarty(1976)の脆弱性についての記述、ThomasとChess(1977)による気質についての研究、CraviotoとDeLicardie(1973)の栄養失調における乳児の個人差の役割についての記述、乳児についての観察に基づいた印象的な各々独立した論文(Brazelton et al. 1974; Emde et al. 1976; Gewirtz 1961; Lipsitt 1966; Rheingold 1966, 1969; Sander 1962; Stern 1974a, 1974b)に示されているように、生まれつきの成熟パターンや早期の相互作用パターンによる個人差の役割も、Rachford(1905)とCameron(1919)が記述した「神経質な」乳児もどちらも再び研究の中心となった。乳児の障害を理解するためのさらに統合されたアプローチは、選択された障害や臨床症例の研究の記述において強調されている(Fraiberg 1979; Greenspan 1987; Provence 1983)。

適応的な、そして障害された乳児の機能をさらに理解することに向かって、乳児における正常、そして障害された発達パターンの深い研究は乳児と家族のパターンの体系的で包括的な分類の開発に着手されたところである。表7-1に、これらのパターンの観察を要約している(Greenspan 1979, 1981, 1989)。

はっきりしたガイドラインを用いて発達の前進をモニタリングすることは、最適ではないやり方で前進していつている乳児、児童、家族の早めの識別を容易にする。例えば、自分の状態を調整したり、間近な環境のなかで興味を集めるための能力を発展させていくことに困難を持ち続けている乳児、あるいは養育者の肯定的な情緒的関心を発展させていくことができない乳児を評価することが、現在可能になってきている。原因と結果の相互作用や、情緒そして社会の複合したパターンを習得していくことの乳児の困難さ、あるいは乳児が2, 3歳までに表象や象徴を作りあげることができないことや、3, 4歳までに情緒や行動を導くための表象や象徴を区別することができないことのアセスメントも可能になっている。

最適レベルに達しない発達のパターンをもたらす要因を調べるときには、発達のさまざまな側面に焦点を当てることは多くの利益をもたらすことになる。例えば、ある乳児は運動の遅れを細かく診察することや運動系の訓練が行われなかったために家族性の運動の遅れであることが明らかになるかもしれない。他の乳児では運動の遅れの一因となるのは、家族性ととも成熟の変異があるかもしれない。他の症例では、遺伝的

表 7-1 乳幼児期における精神病理と適応のための発達上の基礎

段階に特異的な課題と能力	能力		環境(養育者)	
	適応性のある	適応性のない(病的)	適応性のある	適応性のない
ホメオスタシス(0~3 ヶ月)(自己調整と世界への関心)	内的調整(調和)と世界へのバランスのとれた関心	調整されていない(例:過度に興奮しやすい);内気な(無感情の)	精力を注ぎ込み、献身的で、保護的で、元気づけるように慰め、意外性がない;興味を引き、興味を起こさせる	人の手があいていない、無秩序で、危険で、虐待的である;刺激が少ない、あるいは過度に刺激する;鈍感である
愛着(2~7 ヶ月)	生きた世界における(特に、最初の養育者との)豊かで、深い、さまざまな感覚の、情緒への傾注	生きた世界との関わりが完全に欠如している、あるいは感情的ではなく、浅く、感情を交えない(例:自閉パターン)	愛情の中にあり、乳児が「好きになる」ように努める;感情の多様な様式、楽しい関わり	情緒的に距離があり、よそよそしい、そして/あるいは感情を交えない(非常にアンビバレント)
身体心理的に分化(3~10 ヶ月)(目的のある、原因と結果を合図で伝えること、あるいはコミュニケーション)	適応性のある、幅広い、感情のさまざまな(システムの)偶発的な相互作用(特に、最初の養育者との間で)	手当たり次第の、そして/あるいは狭い、硬直した、そしてステレオタイプな行動や感情	さまざまな感覚や感情のシステムの間で乳児のコミュニケーションに従ってそれを読み取り、反応する	乳児のコミュニケーションを無視したり(例:非常に侵入的であったり、気をとられていたり、あるいは抑うつ的だったりする)、あるいは乳児のコミュニケーションを読み違える(例:投影)
行動の組織化、イニシアティブ、そして内在化(9~24 ヶ月)	複雑な、組織化された、積極的に自分を主張し、革新的な、統合された行動や情緒のパターン	断片化した、ステレオタイプで、そして分極化した行動や情緒(例:内気であったり、人に迎合的であったり、過度に攻撃的であったり、あるいは組織されていない幼児)	幼児のイニシアティブや自主性を利用できるもの、耐えられるもの、しっかりしたものと称賛する;幼児の先導についていき、幼児がさまざまな行動や感情の要素を組織化することを手伝う	明らかに侵入的で、支配的;断片化していて、恐れている(特に幼児の自立性);不意にそして早すぎる「分離」

(次頁に続く)

表 7-1 乳幼児期における精神病理と適応のための発達上の基礎(続き)

段階に特異的な課題と能力	能力		環境(養育者)	
	適応性のある	適応性のない(病理的)	適応性のある	適応性のない
表象の能力, 分化, そして地固め(1歳6ヵ月~4歳)(言葉, ごっこ遊び, そして行動, そしてついには思考や計画を導く考えの使用)	内的表象(想像)の形成と練習; 自己と非自己に関係している想像の組織化と分化; 認知のうえで洞察の出現; 気分の安定, そして基本的なパーソナリティ機能の漸進的な出現	表象(象徴的)の練習がない; 具象的で, 浅く, そして分極化した行動や感情; 自己感や他者の感覚は断片化し, 分化しておらず, あるいは心が狭く, 硬直している; 現実検討, 衝動の調整, 気分の安定は危うく, あるいは傷つきやすい(例: 境界性の, 精神病的な, そして重症の性格の問題)	情緒的に利用できる段階に合った退行や依存のニーズ: 読んだり, 反応したり, そして情緒や行動の領域のいたるところでの象徴の練習を促す(例: 愛, 喜び, 主張); 一方, 漸進的な現実の方向づけや境界の内在化を育てていく	段階にあったニーズを恐れたり, あるいは否定する; 概してあるいはある領域において(例: 喜びを中心に), 子どもに具象的な(非象徴的な)モデルのみで携わる, そして/あるいは, 生じているコミュニケーションを読み違えたり, それに沿わない反応や非現実的な反応をする(例: 現実検討を妨害する, あまりにも寛容すぎるか, あるいは懲罰的すぎる)
表象のシステムを限定したり, 多様に広げる能力(児童中期~青年期まで)	発展した関係性のパターンや段階に期待されている発達の課題の文脈で, 複雑な組織化された経験の表象を保存したり, 変えるために, 融通性を高めたり, ついには最適にする	派生的な表象能力は限定されおり, あるいは欠けている。潜伏期や青年期の関係性やコーピングの能力も同様である	複雑な, 段階そして年齢に合った経験の, そして対人関係の発達を支える(例: 三者のパターン, そして三者以降のパターンに入っていく)	児童の年齢に合った性向に葛藤をかかえている(例: 競争, 喜びに対する適応性, 能力を持つようになること, 自己主張するようになること, そして自己充足感を感じるようになること); よそよそしくなったり, あるいは象徴的な結びつきを維持する; ひきこもる, あるいは競争や楽しい抗争に過度に携わる

[出典] Greenspan(1981) より改変。

な要因、および／または成熟の要因が、遅れの説明になるかもしれない。運動の遅れと同じようによく見られる症状でさえも、あらゆる寄与している因子のあらゆる側面が調査されなければ、寄与している重要な因子ははっきりとわからないことになる。はっきりと描かれた発達そして情緒の指標という文脈の中で、発達のさまざまな側面に焦点を当てることは、包括的なアセスメント、診断、予防的介入の戦略への新しいドアを開くことになる。そのような包括的なアプローチは、自閉症や広汎性発達障害を含んだ幼い児童の重症な疾患、素行障害、不安障害、注意欠如障害のような軽度から中等症の疾患、違った形態の認知の全体的な遅れ(例：精神発達遅滞)、言語の受容、あるいは表出、運動の調整、感覚の反応や処理における特定の遅れなどの多くに関して発達の見方を提供する(Greenspan 1989, 1992, 1997a, 1997b; Greenspan and Wieder 1998)。

発達の個人差と関係性に 基づいたモデル

乳児期や幼小児期の臨床的なアセスメントにおいて扱わなければならないさまざまな変数は、発達の個人差と関係性に基づいたモデル(developmental, individual difference, relationship-based, DIR)として記述されてきたものによって概念化するのが最もよいであろう。DIR モデルは、必要不可欠な機能の発達能力を確認し、系統立て、統合することによって、児童とその家族を理解することを容易にする試みである。これらには、1)児童の機能的な情緒発達のレベル、2)その児童の感覚の反応性、処理、そして運動の企図における個人差、3)その児童の養育者、家族、そして他の人との関係や相互作用を含んでいる。

■ 機能の発達能力

機能的な情緒の発達レベル

児童の機能的な情緒の発達レベルは、児童が情緒的に意味のある目標を成し遂げるために、あらゆる能力(運動、認知、言語、空間、感覚)をどのように統合するのかを調査するのである。これらの機能的な情緒の発達レベルへの支持は、他のところでレビューしている(Greenspan 1979, 1989, 1992, 1997b)。これらの能力は、次のことができることを含んでいる。

- 多くの感覚的、感情的な経験に注意をして、そして

同時に、おだやかな落ち着いた状態を組織する(例：見る、聞く、そして養育者の動きを追う)。

- ぴったりとかみあい、そして感情的に好意や喜びを養育者に示す(例：楽しいほほえみ、しっかりした養育者との愛情)。
- 二者間の前象徴的な身振りのコミュニケーションを始めて、応答する(例：ほほえみや声を前後に使用する)。
- 二者間の社会的問題解決のコミュニケーションの連鎖を組織し(連続して多くのコミュニケーションの環を開いたり閉じたりする)、空間を超えてコミュニケーションを持続し、感情の両極を統合し、そして自己と他者の前表象の組織化が起こっていることを統合する(例：棚の上にあるおもちゃを取るために父親の手を引いていく)。
- 創造的あるいは想像的思考、象徴に意味を与えるための基礎として、創造的・機能的に考えを使用すること(例：ごっこ遊び、ニーズを満たすために「ジュース!」と言葉を使用すること)。
- 論理、現実検討、思考、判断の基礎として考えの間に橋渡しをすること(例：討論をする、意見に合わせた会話をし、計画された空想の劇を作りあげる)。

感覚の調整、感覚の処理、および運動の企図における個人差

これらの生物学に基づいた個人差は、遺伝的、胎生期や周産期の、そして成熟の変異および／または欠陥の結果として生じる。そして、少なくとも4つの方法で特徴づけられる。

1. 感覚の調整には、感触、聴覚、嗅覚、視覚、そして空間を移動することを含むそれぞれの感覚の様式における過少な、そして過度な反応性を含んでいる。
2. それぞれの感覚の様式における感覚の処理には、聴覚の処理、言葉、そして視覚空間の処理を含んでいる。順序や抽象的なパターンを登録し、解説をし、そして理解する能力を含んでいる。
3. それぞれの様式における感覚-感情の処理(例：感情を処理し反応する能力、これには「意思」あるいは感情を、運動の企図と序列化、言葉、象徴と結びつける能力を含んでいる)。この能力は特に自閉症スペクトラム障害と関連があるかもしれない(Greenspan and Wieder 1998)。
4. 運動の企図と序列化には、行為、行動、象徴を順番に配列する能力を含んでいる(思考、言葉、視覚

的なイメージ、そして空間の概念といった形態における象徴を含んでいる)。

関係性と相互作用

関係性と感情の相互作用のパターンは、発達上適切な、あるいは不適切な養育者、親、家族のパターンとの相互作用を含んでいる。児童と養育者、そして家族のメンバーとの間の相互作用のパターンは、児童の生物学的な側面により大きな発達の前進をもたらすし、児童の機能発達の能力をうまく進めることに貢献することができる。発達上適切な相互作用は、児童の意図や感情を結集し、児童に発達のそれぞれのレベルにおける経験の範囲を広げることが可能にし、ある機能発達のレベルから次のレベルへと移す。対照的に、児童の機能発達レベル、あるいは個人差を扱わない相互作用は、前進を損なうことになる。例えば、打ち解けない養育者は、反応性の低い、そして自分のことで一杯の乳児を扱うことができなくなるかもしれない。

DIR モデルは、児童特有の生物学に基づいた処理のプロフィール、家族の関係、そして相互作用のパターンの文脈で、児童の発達の能力を調査する。機能へのアプローチなので、生物学的な側面と行動を説明する経験の間の複雑な相互作用を用いている。関連のある機能の全領域の適切なアセスメントを実行することは、子どもと家族との多くのセッションを必要とする。これらのセッションは、討論と観察で開始されなければならない。

そのアセスメントのプロセスについて、その詳細は他文献を参照してほしい(Greenspan 1992; Greenspan and Wieder 1998)。アセスメントのプロセスは、次のことを含んでいる。1) 2回、あるいはそれ以上の臨床観察を行うこと。45分間で、児童-養育者および/または臨床家-児童の相互作用のそれぞれの観察を行うこと。2) 発達歴、そして最近の機能を吟味する。3) 家族や養育者の機能を吟味する。4) 最近のプログラムと相互作用のパターンを吟味する。5) 言語療法士、作業療法士、理学療法士、教育関係者、メンタルヘルスの同僚と話し合うこと。ここには、ルーチンの基準としてよりはむしろ、必要に応じて、構造化されたテストを使用することを含んでいる。6) 生物医学的な評価。

■ 機能発達のプロフィール

アセスメントは個人別の機能のプロフィールを導く。機能のプロフィールはそれぞれの児童の特有な発達の特徴を捉え、個人に適合させた介入プログラム(例：一般的なプログラムに児童をはめこむのではな

く、むしろ児童にプログラムを適合させる)を作成する基礎として役に立つ。そのプロフィールは、児童の機能発達の能力、寄与している生物学的な過程の変異、そして環境の相互作用のパターン(家庭や学校場面、仲間と一緒にいる時、そしてその他の場面での子どもから得られる違った相互作用のパターンも含まれている)が記述されている。そのプロフィールは、あらゆる領域の努力や意欲を呼び起こすことを含んでいるべきであり、単にその領域が1つあるいは他の症候群や病気の症状と明らかに関連しているというだけのものではない。例えば、就学前の児童のごっこ遊びや会話における広範囲の情緒的な関心やテーマを象徴化する能力の欠如は、より重要でないとしても、同じ就学前の児童の執拗に繰り返す、あるいは自己刺激する傾向と同じくらい重要である。実際に、臨床的には児童の象徴の表現の範囲が広がってくるにつれて、執拗な繰り返しと自己刺激的な傾向は減少してくるということがしばしばある。

プロフィールを作成する機能アプローチは、臨床家に次のようなことを可能にする。それぞれの機能の努力や意欲を呼び起こすことを分けて考慮すること、それに対する違った解釈を探索すること、そして(あらゆる代わりとなる解釈が除外できないかぎり)困難を必ず症候群の一部として結びつけることを決めてかかる誘惑に抵抗することを可能にする。例えば、手を上下に揺れ動かすこと(hand flapping)はしばしば運動の問題と関連しており、さまざまな運動の問題を持っている児童が興奮したり、負担をかけすぎた時に見られる。脳性麻痺、自閉症、筋トーン低下、そして失行症(dyspraxia)を含んだ多くの状態では、運動の問題や時々手を上下に揺れ動かすこと(hand flapping)を伴う。それにもかかわらず、この症状はしばしば自閉症スペクトラムに特有な一部分とされている。同じように、感覚の過剰反応や乏しい反応は、多くの疾患や発達の変異の中で存在するが、それにもかかわらずそれらもしばしば自閉症に特有の部分とされている。この機能アプローチは、存在している症候群の理解を減らすのではない。実際に、時間を超えて、このアプローチはどの症状がある特定の症候群に特有であるかを明らかにし、新しい分類に導き、さらには生物学的、そして機能のパターンを解きほぐすようになるかもしれない。

児童の機能の能力プロフィールを適切な臨床的アセスメントを通して作成することは、広範囲ではあるが非特異的な診断基準に基づいて児童をプログラムに適合させるよりも、児童と家族の特有な特徴に適合した介入プログラムを作成することを臨床家に対して可

表 7-2 乳幼児の情緒発達の評価のためのアウトライン

I. 一般的な親のパターン(家族歴, そして/あるいは直接観察によって)	
1. 関係性において, 乳児を無視する傾向(例: 抑うつ的にさせたり, 打ち解けなかったり, うわの空であったり, 引っこみがちだったり, 無関心だったりする)よりもむしろ, 乳児をうれしそうに扱う傾向(例: 見つめたり, 声をかけたり, やさしく触れたりする)である。	はい/いいえ/不明
2. 特に乳児が混乱しているときに, 乳児をさらに緊張させる傾向(例: 過度に心配しすぎたり, 緊張したり, あるいは不安になったり, 機械的になったり, あるいは不安そうに過度に活気づけたり, 活気づけなかったりする)よりもむしろ, 乳児をなくさめる傾向(例: リラックスして, やさしく, しっかりと抱っこして, リズミカルに声や視線で触れ合う)である。	はい/いいえ/不明
3. 過度に刺激的になったり侵入的になること(例: つついしたり, 小突いたり, あるいは注意を得るために過度に乳児を揺すったりすること)よりもむしろ, 乳児の周りの世界への興味を刺激する適切なレベルを見つけ出す傾向(例: 興味を起こさせ, 機敏に, すぐに反応する。それには適切なレベルの声, 視覚, 接触を提示すること [養育者の顔を含む] 適切なゲームやおもちゃ)である。	はい/いいえ/不明
4. シグナルを読み違えたり, あるいは1つだけの情緒のニーズに応えること(例: 赤ん坊が手を伸ばしたけれども頭上で停止した時に抱きしめると, 主張的な探検を促すことはできなくなる, その逆も起こりえる)よりもむしろ, たいいていの情緒の領域において乳児の情緒のシグナルやニーズを読み取ったり, 応答する傾向(例: 主張したり, 探検したり, 依存しないというニーズと同じように乳児の近づきたいという願望に応答すること)である。	はい/いいえ/不明
5. 過保護にしたり, 「すぎりついたり」, 子ども扱いをするよりもむしろ, 乳児が発達上前進していくように促す傾向である。例えば,	はい/いいえ/不明
a. 乳児のニーズを過剰に先読みして処理したり, 乳児に何でもすることよりもむしろ, 乳児のイニシアチブや励みとなるものに積極的に応えることによって, 赤ん坊が這ったり, 声を出したり, ジェスチャーで話すことを手伝う。	はい/いいえ/不明
b. 幼児に近い身体的な依存(例: 抱っこされること)から, 依存していない間も安心感を感じること(例: 幼児が部屋の向こう側にタワーを作る時に幼児との声や視覚での接触を維持する)に移行することを手伝う。	はい/いいえ/不明
c. 2, 3歳の児童が, ごっこ遊び(想像), そして情緒的なテーマに基づいた言葉(例: 床に座って人形とお互いに抱きしめて遊んだり, あるいはお互いに離れて遊んだり, 兵隊とお互いに戦う遊びをする)を促すことを通して, 運動の発散から「思考」の使用に関連した身ぶりのやり方を変えることを手伝う。	はい/いいえ/不明
d. 3, 4歳の児童が行動に責任を持ち, そしていつも「与える」のではなく現実を扱うように手伝う。	はい/いいえ/不明
II. 一般的な乳児の傾向(あらゆる年齢)	
1. 落ちついていることができるか, そして/あるいは気持ちを静めることができるかどうか, そして過度にいらいらしたり, ぴったりくっついたり, 活動的であったり, あるいは恐怖を起こしたりしないかどうか。	はい/いいえ/不明
2. 見えたもの, 音, 人に興味を持つことができるかどうか, そして過度に内気であったり, 無感情であったり, 反応しないということがないかどうか。	はい/いいえ/不明
3. 注意を集中できるかどうか, そして過度に注意をそらされることはないかどうか。	
4. 高い, 低い調子, そして騒々しい, 静かな音域, そして異なったリズムを楽しんだり, 音によって動転したり, 混乱することがない。	はい/いいえ/不明 はい/いいえ/不明
5. 適度な明るい光, 視覚的なデザイン, 表情, 動いている対象を含むさまざまな見えた物を楽しんだり, さまざまな見えた物によって動転したり, 混乱することがない。	はい/いいえ/不明
6. 触られること(顔, 手, 足, 胃, 胸, そして背中)や入浴, 着ることを楽しみ, 皮膚に触れる物によって悩まされることがない。	はい/いいえ/不明
7. 空間の移動(例: 抱っこされたり, 上下や横に移動する)を楽しみ, 移動に動転したり, 過度の動きを欲しがることはない。	はい/いいえ/不明
8. 年齢にふさわしい食べ物を楽しみ, 年齢にふさわしいバランスのとれた食事の一部として健康な食べ物に悩まされたりしない(例: 腹痛, 皮膚の発疹やその他の症状)。	はい/いいえ/不明
9. 家の臭いや材料が快適で, 症状が出ることなく, クリーニングの原料, ペンキ, 油やガスの煙, 殺虫剤, プラスティック, 合成の木材(例: 合板), 合成品(例: ポリエステル)のような家の臭いの日常のレベルに悩まされたりしない。	はい/いいえ/不明

(次頁に続く)