

I - i) 子どもの精神発達

子どもの精神発達の要約

子どもの精神発達の過程を知っているということは、子どもの精神発達の標準的な経過を展望でき、同時に子どもの通常発達路線からの逸脱を認知できることである。その結果、子どもの年代特異的な葛藤と精神医学的問題の発現経過の相互関係が理解できるようになり、精神疾患からの回復過程についても、脳科学的、薬理学的理解などとは別に子どもの自我機能や関係性の発達という観点からとらえる能力を得ることができる。さらに、技法の相違を越えて、子どもの精神療法過程で生じている医師 - 患児関係や、子どもの象徴的表現の意味について発達路線の観点からとらえ、治療過程に反映させることができることにつながる。

子どもの精神発達は乳幼児期発達と青年期発達に焦点を当てたとらえ方が一般的である。青年期、とりわけ思春期と呼ばれるその前半期（10歳から17歳くらいまで）は幼児期発達の部分的再現を繰り返す年代とされている。

5歳くらいまでの乳幼児期は、葛藤の中心となる身体器官の違いという観点から口唇期、肛門期、男根期（あるいはエディプス期）と呼んだFreudの理論がよく知られている。Mahlerは幼児期発達を子どもの心が母親との共生状態から離れ、自立した個人として成立していく経過という観点でとらえ、出生直後の自閉段階と共生段階を経て、生後4ヵ月くらいから5歳くらいまでの期間を分離個体化段階と呼んだ。分離個体化段階（以下のカッコ内の数字はおおよその年代を示した）は分化期（生後4～7ヵ月）、練習期（8～13ヵ月）、再接近期（14～2歳半）、個性確立と情緒的対象恒常性の固定化期（2歳半～5歳）の4種類の下位段階から成り立っている。幼児期の精神発達の意義は、母子関係を基本とする早期幼児期に始まり、父親が加わる三人関係に至り、それを通過していく経過で、自尊心と他者への信頼感、衝動の統制力、両価性の認容力、ライバルと共存する能力などの基本的機能を開発していることにある。子どもは、出生後わずか5年ほどでこのような大きな仕事を終えて幼児期の幕を引くが、この幼児期の心は人の内面にいつまでもとどまり続ける。

子どもは学童期に入り幼児期でも青年期でもない数年間（Freudは「潜在期」と呼んだ）を経て、青年期に入っていくとされる。この潜在期もFreudがそう読んだ時に考えられたほど葛藤が背景に退いた静かな年代とはいえない。むしろ、その前半期はつい昨日まで現実であった幼児期の余韻を色濃く残しながら、学校という社会で生きることを求められ、その後半期はすでに青年期の足音が響き始めるという、あわただしい年代であるといえる。この数年間で子どもは身体の発達とともに、学習能力や運動能力を拡大し、さらには社会的体験を蓄積していくとされる。

青年期は adolescence の日本語として用いられる用語である。Blosにしたがえば preadolescence（高学年小学生）、early adolescence（中学生）、adolescence proper（高校生）、late adolescence（大学生）、postadolescence（25、6歳までの数年間）の5期に

分類される。子どもの精神発達という観点からすれば、adolescence proper までの 3 種類の時期からなる adolescence の前半期（10～17 歳：この期間を本稿では思春期と呼ぶ）が重要である。この 7 年間ほどにわたって、子どもは母親離れと自己の確立（自分探し・自分作り）という発達課題に取り組んでいく。

この思春期発達において友人関係や学校活動に適応することの意義は大きく、母親離れをめぐる不安や葛藤を支えてくれるとともに、自己形成上の目標ともいえる理想を提供してくれる。思春期の年代は幼児期の葛藤と取り組む部分的な退行が生じ、その際の母親への幼児的な依存もまたこの年代の子どもの支えの一つである。さらに、adolescence の 15 年ほど、とりわけ思春期と呼ばれるその前半期は自己愛性の高さが特徴とされる。これは退行的な親への依存と過剰適応的な外界との一体感という外からの思春期心性の支えとともに子どもの心を支える内的支えとして自己愛は機能するからである。思春期発達とは、これら 3 種類の支えのバランスの上に進行するものであるが、退行的依存は母親からの自立の放棄に、友人関係等への過剰適応はその挫折に、そして自己愛の肥大はプライドの傷つくことへの過敏性につながっていくリスクもはらんでおり、これらの均衡が崩れる過程で様々な問題行動や精神疾患が発現する。

このようなデリケートな過程を通過して、子どもは adolescence の後半である 18 歳以降の年代に移っていき、思春期に確立した諸機能の応用的な練習を行う段階を経て、25 歳頃 adolescence を終わるとされている。しかしおそらくこの終結はいったん仕舞いとしたいという終わり方であり、人は生涯にわたって、危機に直面するたびに何らかの形で adolescence 心性と再会することになる。

この他、子どもの心の発達については母子関係の相互性とも関わるアタッチメント理論、認知機能という観点からの Piaget の発達論も重要な理論体系である。

子どもの精神発達を理解するためのチェックリスト(以下説明可能か?)

- アタッチメントの機能とその機能障害
- 分離個体化段階 (Mahler) の下位段階について名称と各時期の特徴
- Mahler の分離個体化段階のうちの再接近期と関連が深いとされる両価性の意義について
- 基本的信頼とは何か、その意義は何か、そしてその形成不全がもたらす問題とは何か
- Freud の精神的発達論による口唇期、肛門期、男根期 (エディプス期) の各時期の特徴
- エディプス的三角関係とは何か
- 幼児期発達における父親の役割は何か。エディプス期におけるそれと、前エディプス期 (口唇期と肛門期) におけるそれについて
- 潜在期における子どもの精神発達の特徴は何か

- adolescence の精神発達が生には 10 歳から 15 年間も必要であることについて
- preadolescence におけるギャング集団的な友人関係が持つ意義は何か
- preadolescence における子ども - 母親関係の携帯および機能の性差は何か
- 中学生 (early adolescence) における友人関係の特徴とその意義。教師との関係はどうか
- 高校生 (adolescence proper) の友人関係の特徴。その、それ以前の友人関係との違いは何か
- 思春期(10~17 歳)の子どもの精神発達に果たす父親の役割について(男女差を含む)
- adolescence とりわけ思春期における自己愛の果たす役割
- 思春期のひきこもり (不登校) 状態における自己愛の様態の特徴
- adolescence を通過した時、人が身につけているべき精神機能 (男女差を含め)
- Piaget の発達論とその意義

子どもの精神発達理解のための自由ノート

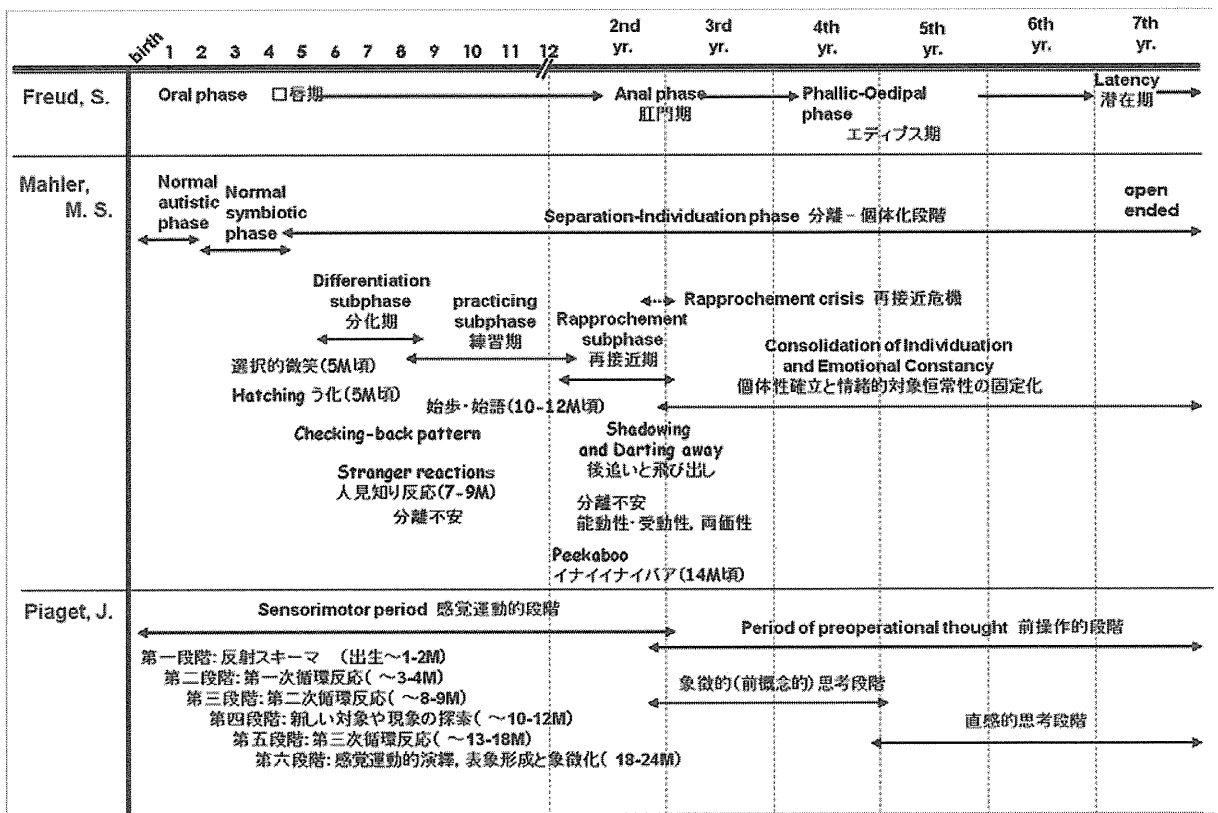


図1 乳幼児期発達の諸段階とマイルストーン

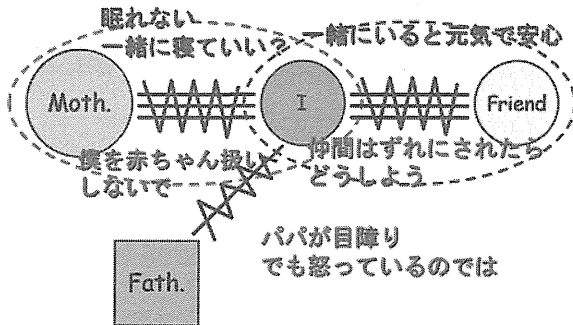


図2 思春期前半期男子の関係性の布置

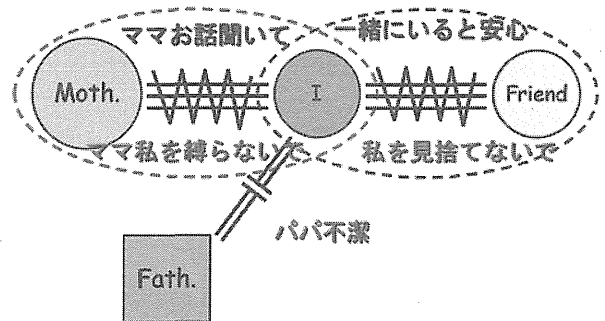
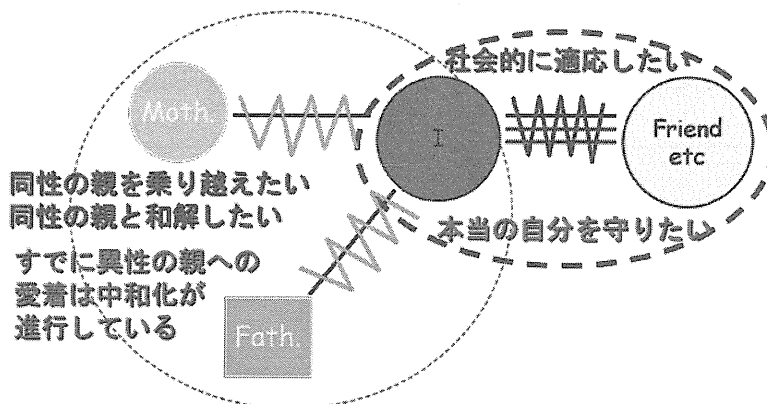


図3 思春期前半期女子の関係性の布置



(注) 図2, 図3, 図4の記号 ⇒ I (子ども自身); Fath. (父親); Moth (父親); Friend (友人・仲間); 直線の本数で両者の関係の強さを、波線は葛藤の存在をあらわし、色の濃さで葛藤の強弱をあらわしている。

図4 思春期後半期の関係性の布置

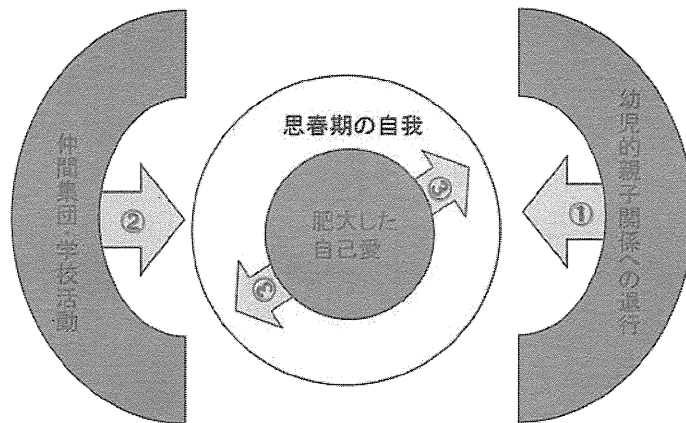


図5 思春期の心を支える3要

「母親離れ」の始まった思春期の子どもは孤立感、見捨てられ感、依存をめぐる両価性が高まる不安定な葛藤状態にあり、強力な支

研修レベルを評価するために

研修初級：子どもの乳幼児期，学童期，思春期（adolescence の前半期）にわたる年代（0～17 歳くらい）の精神発達に関する代表的な理論を学び，発達段階の名称と期間，およびメルクマールとなる発達課題との組み合わせによる年表形式にまとめた子どもの精神発達のスキーマ（③の図 1 は乳幼児期の例）を作成することに取り組む。この過程を通じて，幼児期の精神発達の意義，思春期の精神発達が幼児期発達の焼き直しという特徴を色濃く持っていることを理解する。

研修中級：ひとまず一貫した子どもの精神発達のスキーマと現実の患児の表す諸現象とを照合しながら，具体的現象の発達論的とらえ方に取り組み，それについて指導医と討論することで自作のスキーマを検討し，その修正を続ける。各精神障害の疾病理解にあたって，発達段階特有な心性との関係からその障害への親和性，症候の特性，障害の経過などについて理解を進めることができる。さらに，治療計画の作成において，発達の保証と促進という側面を取り入れたプログラムを作成しようと努める。障害の治療や生活支援において，年代ないし発達段階の特性を理解した介入をしようと努める。

研修上級：初級・中級者に対して自作のスキーマで発達論を解説し，指導できる。患児の親や他の領域の専門家などに子どもの発達を中心に置いた患児理解と疾病理解を具体的かつ明快に伝えることができる。この水準の終了時には子どもの精神発達のスキーマ何回もの修正を経て自家薬籠中のスキーマを持ち，子どもの通常発達の側面と精神病理的側面のいずれに注目する際にも，常に発達段階を意識した理解ができる。

参考文献

- 1) Blois P : On Adolescence. The Free Press of Glencoe Inc. , New York, 1962. (野沢栄司訳：青年期の精神医学. 誠信書房, 東京, 1971.)
- 2) Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳 (1981) 乳幼児の心理的誕生—母子矯正と個体化. 黎明書房.)
- 3) 齊藤万比古：思春期 —集団と個の桎梏を越えて—. 思春期青年期精神医学 15(1); 2-14, 2005.

推薦図書

1. Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳 (1981) 乳幼児の心理的誕生—母子矯正と個体化. 黎明書房.)
2. 小此木啓吾, 岩崎徹也, 橋本雅雄, ほか (編)：精神分析セミナー V 発達とライフサイクルの観点. 岩崎学術出版, 東京, 1985.
3. 齊藤万比古, 生地 新 (総監訳)：児童青年精神医学大事典. 西村書店, 東京, 2012.

I-ii) 子どもの神経発達

子どもの神経発達の要約

子どもの精神疾患の原因は、心理・社会的要因（PTSD、虐待等）と中枢神経の器質的、機能的障害（脳炎、てんかん、発達障害等）や身体疾患（遺伝子、代謝、内分泌疾患等）による生物学的要因、さらに双方が関与する“心身症”などが挙げられる。したがって医学的評価には、医学的診断と平行して胎生期、周産期、出生後のさまざまな発達段階における神経発達を評価できることが求められる。とくに、精神症状から身体疾患を診断できる意義は、脳機能の臨界期前に特異的治療法が存在すること、発達をおおよそ予想できるため医学的治療、心理療法、リハビリテーション、特別支援教育を適切な時期に導入でき、遺伝カウンセリングの実施が可能になることなど有利な点が指摘できる。精神障害を引き起こす身体疾患を表1に示す。先天性代謝異常症、奇型症候群、てんかんなど精神遅滞を引き起こす疾患を中心に挙げているが、自閉症状、注意障害、衝動性、学習障害、転換性症状を呈し診断上気をつけなければならない身体疾患に各々ルビを付している。各症例により障害部位、重症度は異なるため、あくまで参考として記述している。これらの疾患の特異的臨床検査に至るためには、一般身体診察、カフェオレ斑や白斑などの皮膚所見、高口蓋、眼裂斜上等の小奇形などを体表面から観察することが診断の手がかりとなる。神経発達を要素的に見るためには、脳の成長、成熟、発達の順序で診察することが重要である。脳の成長とは、脳が大きくなり安定した構造に近づくことであり、脳重量は3歳で成人の90%に至るため、その臨界期は3歳と考えられている。したがって乳幼児期は頭囲を継続的に測定することが肝要である。なお、ヒトの前頭前野の体積は年齢とともに増大し、8～15歳の思春期前後で急激に増大する¹⁾。脳の成熟とは、脳内情報処理過程が安定した機能になることで、神経科学的には情報処理速度が速くなること、すなわち髄鞘形成の進展として捉えられる。脊髄、脳幹、大脳皮質と下から上に、大脳皮質では視床、大脳表面と中心から外側に、感覚野から運動野と後方から前方に髄鞘は形成されていくことがMRIにより生体でも観察可能となった²⁾。したがって、神経発達の順序もこの様式で進展していくことになる。神経発達を診察する際重要な点は、成熟した脳部位は下位の脳機能をコントロール（抑制、促進）する階層構造であることを理解する点にある。たとえば、バビンスキー反射などの脊髄反射は脳幹部位の成熟により立ち直り反射が出現してくると抑制され消失していくことで運動発達は促される。神経系の階層性の原則は、大脳においても同様であり一次運動・感覚野から連合野に成熟が進むため感覚、知覚、さらに認知発達や感覚統合が進展され、さらに青年期を通して成人に至るまで髄鞘形成が認められる前頭前野は、長期期間をかけて成熟しながら下位脳部位である辺縁系、感覚・運動野を抑制、促進しながら社会脳が形成されていくことになる（図1）。前頭葉機能からみた神経発達は、まず自己抑制が出現し、次にワーキングメモリ、実行機能が順次認められてくる（表2）。実行機能は、将来の目的に向けて判断、計画、行動するためのオペレーティング機能のことで、

外の世界を自分の世界（脳）に取り込み目的指向的行動(行為)ができる能力である。この能力により、人は自己中心性文脈を獲得し、自己を形成し、自己実現という動機づけに向かえることができる。

子どもの神経発達理解へのチェックリスト

- 精神症状を引き起こす身体疾患を念頭に入れた問診、診察ができる
- 精神症状を引き起こす身体疾患を念頭に入れた神経生理学的検査が依頼できる
- 子どもの精神障害に関する心理・社会的、生物学的要因が挙げられる
- 子どもの発達（知能）検査結果が理解できる
- 精神症状を引き起こす身体疾患の血液・生化学的検査が実施できる
- 微細運動の神経学的診察ができる
- 各年齢における健診結果が評価できる
- CT、MRI、脳波などの神経生理学的検査の評価ができる
- WISC、K-ABC による知能指数、群指数、下位検査項目の量的解釈ができる
- 神経発達を遺伝子から高次脳機能まで評価できる
- 乳幼児期のロコモーション、共同注視が評価できる
- 認知機能検査バッテリーが組めるようになる
- 心理賦活時の神経生理学的評価ができる
- 脳血流(SPECT 等)、事象関連電位、脳波周波数解析、終夜睡眠ポリグラフの評価ができる

子どもの神経発達理解のための自由ノート

表1 精神症状を引き起こす身体疾患

先天性代謝異常症	アミノ酸代謝異常症 ^{1,2)} 、副腎白質ジストロフィー ^{2,4)} 、ミトコンドリア病 ⁴⁾ など
染色体異常	Williams症候群 ^{1,2,3)} 、脆弱X症候群 ¹⁾ 、Angelman症候群 ²⁾ など
奇形症候群	Sotos症候群、Cornelia de Lange症候群 ^{1,2)} など
脳形成異常	神経細胞遊走障害 ^{1,2,3)} 、脳梁欠損 ^{1,2)} 、クモ膜嚢胞 ^{2,4)} など
胎内環境	ウイルス感染症 ^{1,2)} 、薬物、環境ホルモン、放射線被曝など
脳内循環障害	水頭症 ^{1,2)} 、もやもや病 ^{2,3,4)} 、脳動静脈奇形 ⁴⁾ など
頭部外傷	脳挫傷 ^{2,3)} 、硬膜外(内)血腫など
内分泌疾患	甲状腺機能亢進症 ²⁾ 、偽性副甲状腺機能低下症 ²⁾ など
炎症性疾患	ヘルペス脳炎 ^{1,2,3)} 、脳症 ^{1,2,3)} 、SSPE ^{2,4)} など
脱髄疾患	多発性硬化症 ^{2,3,4)} 、ADEM ²⁾ など
脳腫瘍	視床下部腫瘍 ²⁾ 、結節性硬化症 ¹⁾ 、神経線維腫症 ²⁾ など
てんかん	前(側)頭葉てんかん ^{1,2,3,4)} 、CSWS ^{1,2,3)} 、Landau-Kleffner症候群 ^{1,2,3)} など
自己免疫疾患	CNSループス ^{2,4)} 、高リン脂質抗体症候群 ^{2,4)} 、Sydenham舞踏病 ²⁾ など
血液疾患	鉄欠乏性貧血 ²⁾ 、巨赤芽球性貧血 ⁴⁾ 、好酸球増加症候群 ²⁾ など
眼・耳鼻咽喉疾患	視・聴覚障害 ^{1,2,3,4)} 、アデノイド口蓋扁桃肥大 ²⁾ など

1)自閉症状を呈する疾患、2)注意障害、衝動性を呈する疾患、3)学習障害を呈する疾患、4)軽換性症状を呈する疾患
 SSPE: subacute sclerosing panencephalitis; ADEM: acute disseminated encephalomyelitis;
 CSWS: epilepsy with continuous spike-waves discharges during slow sleep

図1 精神機能に関わる脳回路

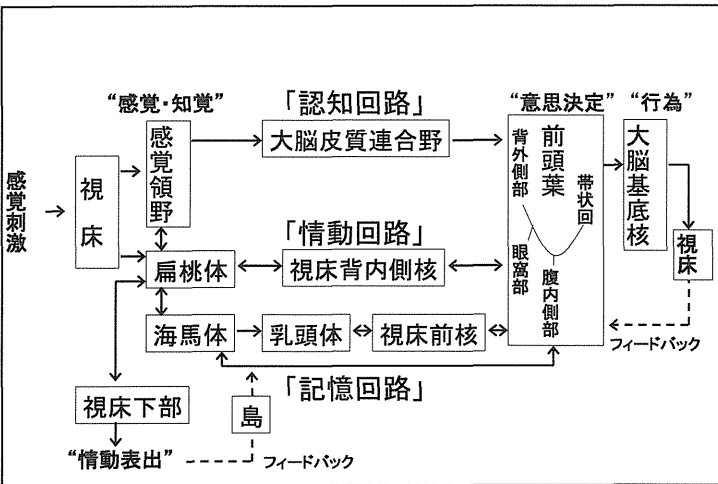


表2 認知行動発達と前頭葉機能発達の関係

年齢 (年)	認知行動発達	神経心理学的発達	前頭葉機能発達
1	反応を抑制	遅延反応	行動抑制 (behavior inhibition) 作業記憶 (working memory) 実行機能 (executive function)
2~4	現実からの解放	情動の抑制: 動機の形成	
5~6	時間知覚 (過去を思い出し、未来を認識する: 自己認識の形成)	非言語的表象能力 ソーシャルスキル	
7~	内言語 (言語で行動をコントロールできる: 自由意思の根拠、自己意識の芽生え)	言語的表象能力 セルフコントロール セルフモニタ	
7~	感覚的事実を分析し統合 (世界を自分の中に取り込む: 自己中心性文脈)	プランニング	

研修レベルを評価するために

研修初級：

精神症状を呈する身体疾患（表 1）を念頭において問診、診察が行える。器質性中枢神経疾患では、問診において知的退行、言語表出の減少あるいは消失、集中力や多動・衝動性が増強し、学習障害が途中で認められてくる。神経学的診察では、腱反射の亢進、病的（脊髄）反射の出現、筋緊張の異常、小脳失調、不随運動、視野狭窄や視力低下等の診察ができることが求められる。必要に応じて一次検査として、CT、MRI、脳波が依頼できる。すなわち先天性代謝異常や脳腫瘍を疑えば MRI による脱髄や占拠性病変を、けいれん疾患であれば脳波上の突発波が想定できる。さらに、特殊検査が必要な時小児科、眼科などに依頼できる。精神遅滞、ADHD、自閉性障害などの発達障害の診断では発達歴の正しい評価ができることが肝要である。子どもの発達（知能）検査である「遠城寺式乳幼児分析的発達検査法(0-4 歳 8 か月)」、「新版 K 式発達検査 (0-14 歳)」、「デンバー式発達スクリーニング検査(0-6 歳)」によるいずれかの検査結果の理解ができることが望ましい。

研修中級：

精神症状を呈する身体疾患の血液・生化学的検査（甲状腺機能、自己抗体、薬剤血中濃度等）の実施と評価ができる。染色体検査も必要であれば実施できる。診察においては、粗大運動だけでなく前腕の回内・回外、片足立ち、閉眼起立などの微細運動を神経学的検査に加えられる。これらの神経学的微細兆候は、発達障害児では半数以上に認められスクリーニング検査ともなっており、合わせ 1.6、3、5 歳児健診の意義も理解できるようにしたい。一次検査である CT、MRI の撮像条件も、疑う病変により依頼時に指定できるようになりたい。発達障害では高率に脳波異常を認め、とくに広汎性発達障害では 10 歳前後でてんかんを合併することが多いため、脳波の判読（てんかん性異常波）は治療に直結するのでこの時期に取得したい。子どもの知能検査である「WISC」、「K-ABC」による知能指数、群指数、下位検査項目プロフィールからの量的解釈から、心理・教育的配慮ができることが望まれる。

研修上級：

神経発達を、遺伝子診断から高次脳機能評価までできることが求められる³⁾。精神症状を呈する身体疾患の遺伝子診断が遺伝カウンセリングと平行して実施できる。自閉性障害、ダウン症では姿勢維持、はいはい、歩行などのロコモーションが早期より異常を認

めるため、移動運動の発達評価が早期療育への要件となる。模倣、アタッチメント、自己認識、他者認識、心の理論との関連が指摘されている共同注視の発達が評価できることで、子どもが他者の経験世界をいかに学習してきたかが理解でき早期発見・療育が可能となる。高次脳機能評価では、テストバッテリーが組めるようになる。知能、言語、認知機能、性格・人格検査、とくに認知機能検査では図3に示す前頭葉機能検査の実施が、ADHDをはじめとした発達障害の診断とその治療評価に有用である⁴⁻⁶⁾。さらに、心理賦活時のSPECT、f-MRI、事象関連電位、脳波周波数解析、終夜睡眠ポリグラフなどの神経生理学的手法の取得が望まれる⁷⁻⁹⁾。

参考文献

- 1) Kanemura H, Aihara M, Aoki S, Araki T, Nakazawa S. Development of the prefrontal lobe in infants and children: a 3-D magnetic resonance volumetric study. *Brain Dev* 2003; 25: 195-199.
- 2) 相原正男 (2009): 子どもの脳の発達. 齊藤万比古編. 1. 子どもの心の診療入門東京: 中山書店, 東京, pp. 31-37.
- 3) 相原正男. 認知神経科学よりみた心の発達と前頭葉機能—発達障害を通して心を考える—. *小児科* 2006; 47: 335-345.
- 4) Aihara M, Aoyagi, Goldberg E, Nakazawa S. Age shifts frontal cortical control in a cognitive bias task from right to left: part I. neuropsychological study. *Brain Dev* 2003; 25: 555-559.
- 5) 相原正男. 高次脳機能障害としての発達障害. *発達障害医学の進歩* 2004; 16: 1-9.
- 6) 相原正男. 小児の前頭葉機能評価法. *認知神経科学* 2009; 11: 44-47.
- 7) 青柳閣郎、保坂裕美、反頭智子、下山 仁、加賀佳美、神谷裕子、杉田完爾、相原正男. EEG, ERP, SPECT, NIRSによる前頭葉機能評価. *臨床脳波* 2009; 51: 491-498.
- 8) Goto Y, Hatakeyama K, Kitama T, Sato Y, Kanemura H, Aoyagi K, Sugita K, Aihara M. Saccade eye movements as a quantitative measure of frontostriatal network in children with ADHD. *Brain Dev* 2010; 32: 347-355.
- 9) Shimoyama H, Aihara M, Fukuyama H, Hashikawa K, Aoyagi K, Goldberg E, Nakazawa S. Context-dependent reasoning in a cognitive bias task: part II. SPECT activation study. *Brain Dev* 2004; 25: 37-42.

推薦図書

1. 鴨下重彦、二瓶健次、宮尾益知、桃井真理子、編 (2003): ベットサイドの小児神経の診かた. 南山堂、東京.
2. 永江誠司(2006): 脳と発達心理学. ブレーン出版、東京.
3. 富田和巳、加藤 敬、編 (2006): 多角的に診る発達障害. 診断と治療社、東京、2006.
4. 齊藤万比古、編 (2009): 子どもの心の診療入門. 中山書店、東京.
5. 久保田雅也、編(2010): 小児科臨床ピクルス 19: ここまでわかった小児の発達. 中山書店、東京.
6. Fuster JM (1997): The Prefrontal Cortex, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.

I - iii) 早期幼児期の精神発達

早期幼児期の精神発達の要約

従来、赤ちゃんは十分な感覚運動能力を有しておらず、その生存を養育者の存在に依存している無力な存在であると考えられてきた。しかし最近では、赤ちゃんは一方的に世話される無力な存在ではなく、自分からも外界に積極的に働きかける存在であることが明らかになっている。そのような赤ちゃんの発達を理解することが基本である。

その中でも、早期幼児期の精神発達について大きな貢献をなしてきたのはフロイトを創始とする精神分析学である。それゆえ、フロイトのリビドー発達理論は精神分析学の基礎的理論として知っておくべきである。さらに、精神分析的発達理論として、マラーの分離個体化理論やクラインの発達理論を理解することが基本的なことである。マラーの発達理論は境界例概念の発展に重要な役割を果たしたものであり、歴史的にも意義のあるものである。マラーは子どもの発達を①自閉期（0～1カ月）、②共生期（2～6カ月）、③分離個体化期（5カ月～36カ月）に区分しており、さらに分離個体化期を(1)分化期、(2)練習期、(3)再接近期、(4)対象恒常性への道程、に区分している。

さらに知っておくべき精神発達としていくつかのものがある。そのひとつは微笑反応の発達である。微笑反応は、出生早期から見られるもので、生理的微笑、社会的微笑、選択的社会的微笑と発達して行く。微笑反応の発達により、養育者との関係の発達を知ることができる。さらに、子どもにおける愛着行動の発達も重要である。愛着行動とは、子どもが愛着対象との距離を短くしておこうとして取る行動であり、①定位反応、②信号反応、③接近反応、からなるものである。愛着行動の在り方を知ることによって、子どもの養育者との関係を知ることができる。子どもの養育者との愛着関係を測定するものとして、strange situation 法が考案されている。この方法により、子どもの養育者に対する愛着スタイルは、安定的愛着タイプ（B型）、不安定・回避的愛着タイプ（A型）、不安定・抵抗的愛着タイプ（C型）、不安定・不統合タイプ（D型）に分けられている。子どもの認知機能の発達に関しては、ピアジェの認知発達理論が有名である。ピアジェは認知機能の発達を、0歳から2歳ぐらいまでの「感覚運動期」、「2歳から7歳までの前操作期」、「7歳から12歳ぐらいまでの具体的操作期」、青年期以降の「形式的操作期」の4段階に分けている。

これらの発達理論を駆使して、子どもの精神発達とともに、子どもと養育者の関係の発達を明らかにして行くのが臨床において重要である。

乳幼児期の精神医学的問題について診断分類はまだ十分に確立されたものとはなっていないが、現在のところ、最も広く承認されたものとして、Developmental Classification:0-3, Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3), およびその改訂版 DC:0-3R が出版されている。

早期幼児期の精神発達理解するためのチェックリスト(以下説明可能か?)

- フロイトの精神性的発達理論
- マーラーの分離個体化理論
- 微笑反応の発達
- 愛着行動
- strange situation 法
- ピアジェの認知機能発達

早期幼児期の精神発達理解のための自由ノート

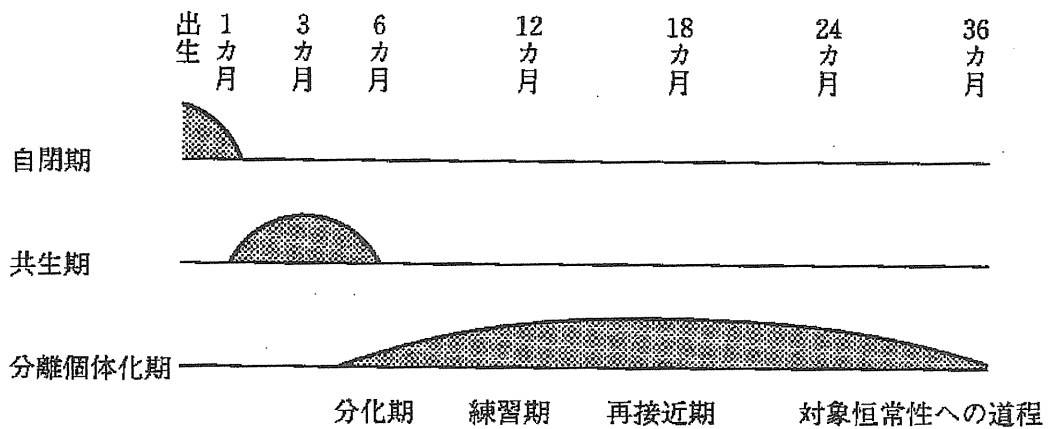


図1. マーラーの分離個体化課程 (本城, 2001)

研修レベルを評価するために

研修初級：

初級者としては、まず、早期幼児期の精神発達に関するこれまでの多様な研究成果を概観することが必要である。それまであまりなじみがない発達心理学的な理論なども必要となるので、まず、関連した領域についての概論的な知識を得ることが求められる。これまでの学問領域と違うため、最初はとまどいがあるかも知れない。

さらに基本的な学問領域として、精神分析学の学習が必要である。フロイトの精神分析学は古典的なものとなり、臨床にそのまま適用することは現実的ではないが、早期の乳幼児と養育者の関係などに心理的アプローチをしようとするとき重要な指針となる。これ以外に早期乳幼児期における認知機能の発達に関する理解が重要である。まず、ピアジェの認知発達理論についてその概略を知ることが求められる。

研修中級：

中級者としては精神分析的な発達理論について基礎的な理解を有していることが期待される。フロイトのリビドー発達理論について、その概略を理解していることが必要である。さらに精神分析理論の中で早期乳幼児期の発達について焦点を当てている発達理論、すなわち、マラーの分離個体化理論などについてある程度、その理論や意義を理解していることが求められる。

精神分析理論について、全般的に理解するとともに、その他の早期幼児期の発達研究についてもある程度の知識を得ておくべきである。なかでも子どもの示す愛着行動について理解をしておくことが望まれる。子どもの愛着行動を観察することによって、母子関係のあり方を理解する一助にするなど、臨床的な活用に向けた利用が出来るようになることが望ましい。

研修上級：

子どもの心の問題を取り扱う専門家として上級者であるためには、乳幼児早期の精神発達についてバランスの良い知識を有していることが必要である。まず、フロイトの精神分析学について全般的な知識を有していることが必須である。さらにそれに加えて、マラーの分離個体化理論、クラインの早期乳幼児期の発達理論などにかかなりの理解を有していることが必要である。

また、子どもの愛着行動の発達、および子どもの愛着スタイルの測定法である *strange situation* 法について十分な知識を有していることが求められる。そして、微笑反応の発達、ピアジェの認知機能の発達についても十分な知識を有していることが必要である。

このような発達理論についての十分な理解が必要であるが、上級者としては、これらの発達理論と子どもの心の問題を相互に関連づけて考えられることが望まれる。さらには、発達理論と子どもの心の問題との間だけでなく、種々の発達理論を相互に関連づけて重層

的に考えられるようになることが望まれる。

参考文献

- 1) 本城秀次編 (2009) よくわかる子どもの精神保健.ミネルヴァ書房.
- 2) 本城秀次 (2011) 乳幼児精神医学入門.みすず書房.
- 3) Stern,DN(1985) The Interpersonal World of Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. (小此木啓吾、丸田俊彦監訳 (1989) 乳児の対人世界 理論編、岩崎学術出版)
- 4) ZERO TO THREE/National Center for Infants, Toddlers and Families(1997) Diagnostic Classification :0-3, Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.(本城秀次、奥野光訳 (2000) 精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで、ミネルヴァ書房.

推薦図書

1. 渡辺久子 (2000) 母子臨床と世代間伝達.金剛出版.
2. 吉田敬子編 (2006) 育児支援のチームアプローチ—周産期精神医学の理論と実践.金剛集出版.

I-iv) 母子関係の精神保健

母子関係の精神保健の要約

乳幼児期の母子関係は、子どもの精神発達の基礎を築く重要な役割を担う。幼い子どもにとって、母親との関係性は最も身近な環境因と考えることができる。マーガレット・マラーの分離 - 個体化過程に照らせば乳児期に母子は一体化しており、この間に子どもにはもともと備わっている愛着行動 attachment behavior を示し、母親はこれに応じる。スターンによれば、乳幼児期の自己感の発達は生涯の個人の自己を作り上げる土台となる。乳幼児期の早期母子関係において、子どもの行動は母親の情緒応答性と相互に関与しあい、子どもの認知・情緒・知的発達に大いに影響する。

この母子関係を不安定にし、育児困難ないしは子どもへの虐待にあたる行為をもたらす要因には、母親の心身の不調や疾病（産後うつや統合失調症の合併、パニック障害や強迫、摂食障害などの神経症水準の問題、母体の発達障害、母体の慢性疾患など）、家族関係の問題（夫婦関係、DV、葛藤や確執、きょうだいの病気など）、社会的不利（未婚、望まぬ妊娠、経済的困窮、外国人や民族の問題、災害や戦闘など）と、子ども自身の疾病や発達障害など育てにくさの問題があげられ、これらは複雑に関与しあうことも念頭に置く必要がある。

支援においては、まず、育児困難に陥っている要因が何であるかを見立てるために、母親の心理社会的要因や子どもの問題について適切に評価する。その上で、現実に対応策を考慮し、必要かつ利用可能な社会資源（家族の援助も含む）の活用や連携を組み立て、育児の安全を確保し、安定した母子関係を維持できることを目指す。

母子関係の精神保健を理解するためのチェックリスト

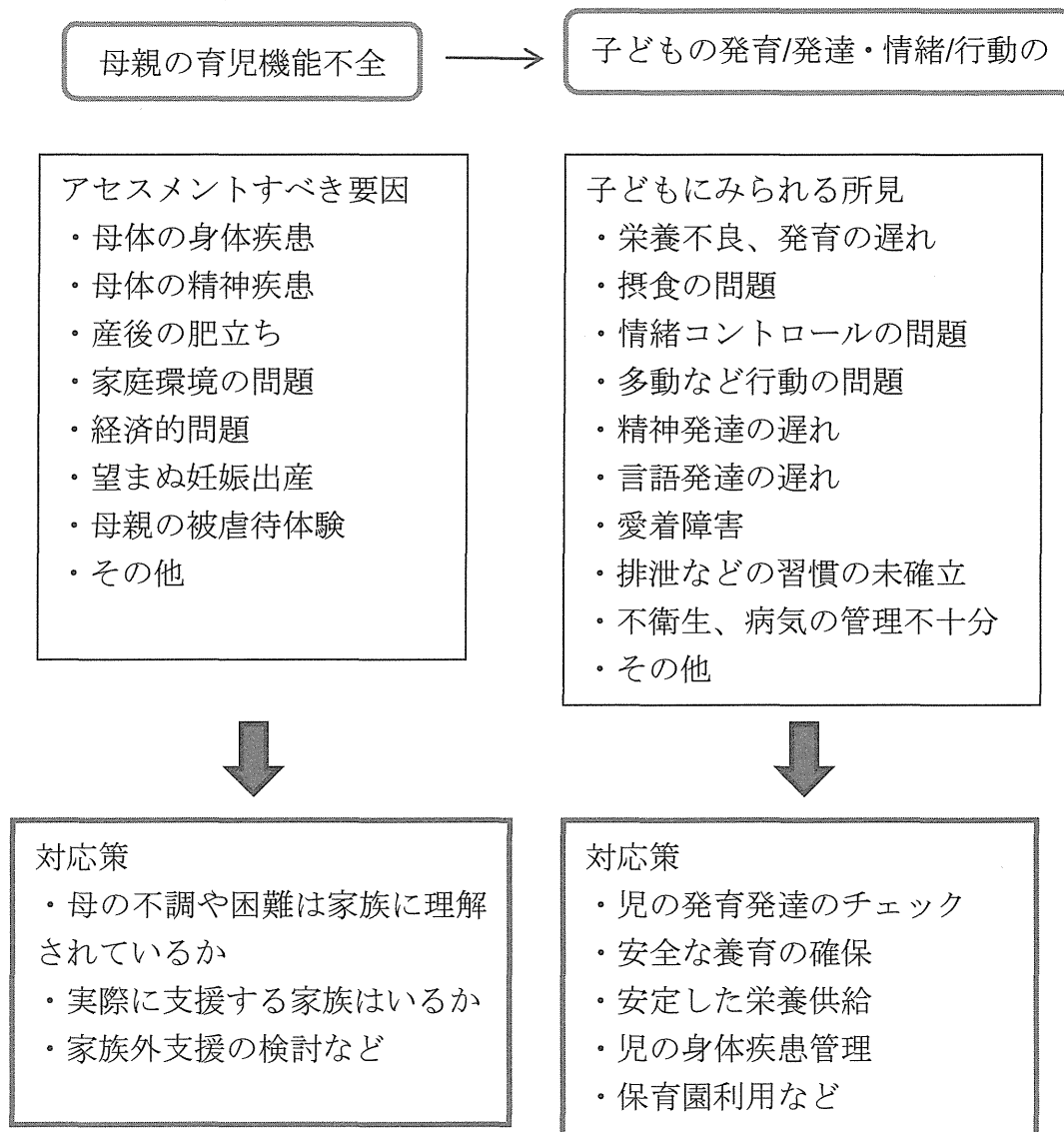
- 子どもの精神発達について、新生児期、乳児期、幼児期、学童期、思春期の時期ごとに重要な発達課題を理解している
- 愛着とは何か、乳幼児期の愛着行動、その段階的発達について述べることができる
- 親のボンディング機能と早期母子関係における親子の相互関係の発達について理解している
- マラーの分離 - 個体化の過程を説明できる
- 分離 - 個体化過程の再接近危機とは何か、思春期における意味も含め説明できる
- スターンの発達理論の概略を理解し、4つの自己感、無様式知覚、情動調律について説明できる
- エリクソンの8つの自我発達段階について説明できる
- ウィニコットのいう holding、good enough mother、primary maternal preoccupation の意味を理解している
- 母子関係のゆがみ（母親の育児困難や母子関係の不調）を生じる要因について、母親の

精神医学的問題、母親の身体的問題、心理社会的問題、生活環境の問題、子どもの発育発達の問題などをあげることができ、各視点を考慮して多角的・複合的に考察することができる

- 妊娠中の母体の心身の状態について、産後の養育困難あるいは子ども虐待を生じるリスク要因を検討することができる
- 不安定な養育環境で育った子どもの、乳幼児期、学童期、思春期にはそれぞれどのような問題が生じうるか、その問題の生じるメカニズムについて母子関係の観点から説明することができる
- 早期母子関係を支えるための、家族の支援力の評価ができる。
- 早期母子関係の困難を支援するために、活用可能な地域社会資源、連携可能な専門機関を知り、実践的に対応できる

母子関係の精神保健理解のための自由ノート

早期母子関係の支援のためのシエーマ



早期母子関係支援のポイント

- * 養育の困難をきたしている要因の正確なアセスメントを行うこと
- * 養育者側の問題があっても、支援によって子どもにとって安定的な養育環境が与えられていればよい
(養育者側の心身の問題や経済的問題を完全に解決しなくてよい)
- * 子どもの発育発達を促進することは、育児の困難感を軽減する

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

- ✓ 生育歴聴取において、乳児期の発育発達のマイルストーンを判断する機会をもつ
- ✓ 生育歴聴取において、愛着行動の発達について着目する訓練をする
- ✓ 子どもの年代を問わず、母子の相互関係を観察する経験をもつ
- ✓ 児童養護施設などの社会的養護の場を見学する機会を持つ

研修中級（研修 proper）：

- ✓ 生育歴聴取の中で、乳幼児期の発育発達の遅れや障害について判断する機会を持つ
- ✓ 生育歴聴取の中で、愛着障害の障害を判断する機会を持つ
- ✓ 反応性愛着障害の子どもを診察する経験を持つ
- ✓ 育児困難に陥っている養育者から実情を聴取する、あるいはその養育者を診察する機会を持つ
- ✓ 育児支援のために、連携できる地域資源について知識を持つ

研修上級（研修 master）：

- ✓ 乳幼児期の発育発達の状態について、実際に診察し、評価する機会を持つ
- ✓ 乳幼児期の愛着行動の発達について、実際に診察し、評価する機会を持つ
- ✓ 乳幼児期の母子観察の機会を持つ
- ✓ 早期母子関係不全による発育不全、哺育障害、母子関係に問題のある情緒コントロールの障害や多動、反応性愛着障害の子どもを主治医として治療する経験を持つ
- ✓ 養育困難に陥っている養育者を評価し、育児を実際に支援する経験を持つ
- ✓ 育児支援について、地域連携の経験を持つ

参考文献

- 1) 小此木啓吾, 渡辺久子編：乳幼児精神医学への招待. 別冊発達9, ミネルヴァ書房 1989
- 2) M・S・マーラー他：精神医学選書第3巻 乳幼児の心理的誕生 母子共生と個体化. 高橋雅士、織田正美、浜畑紀訳, 黎明書房 2001
- 3) D・N・スターン：乳児の対人世界 理論編, 小此木啓吾、丸田俊彦監訳：岩崎学術出版社 1989
- 4) D・W・ウィニコット：子どもと家庭 その発達と病理. 牛島定信監訳, 誠信書房 1984
- 5) A・J・ザメロフ, R・N・エムディ編：早期関係性障害 乳幼児期の成り立ちとその変遷を探る. 監修小此木啓吾, 監訳代表井上果子：岩崎学術出版社 2003
- 6) V・バート、V・ヘンドリック：コンサイスガイド 女性のためのメンタルヘルス. 島悟、長谷川恵美子訳：日本評論社 1999