

愛着障碍と発達障碍

小林 隆 児

Attachment Disorders and Developmental Disorders

Ryuji Kobayashi

はじめに

最近、講演会や研修会で話をしていると、参加者からよく受ける質問のひとつに「愛着障碍と発達障碍の違いをどのように考えたらよいか、鑑別したらよいか」というものがあります。このような質問の背景には、従来の発達障碍にみられる病態と虐待やネグレクトを経験した子どもたちにみられる発達障碍類似の病態との違いをどのように見分けたらよいか、どのような視点から考えたらよいか、現場の人たちの大きな戸惑いと混乱があるように思います。

昨年11月のある学会で講演した折に、虐待を受けた子どもの脳研究で有名な学者（友田、2015）の話聞いて強く疑問に思いました。発達障碍と愛着障碍の区別はとても難しいと言いながら、その一方で両者の鑑別は大切であると強調していました。ではどのように明確に鑑別するのか、期待をしながら聞いていたのですが、肝心のその点は曖昧なままでした。どう考えても矛盾した話で納得がいきませんでした。

このような混乱を招いたひとつの要因に、子ども虐待を発達障碍としてとらえようとする主張があることは確かでしょう（杉山、2007；小林、2007）。これまで（勿論現在もなお）発達障碍は生得的な脳（機能）障碍によるものだと考えられていますし、子ども虐待は養育者によるもの、つまりは養育環境によるものだと当然のごとく理解されています。生得的な脳障碍という素質（nature）に原因を求める器質因説と、養育環境（nurture）に原因を求める環境因説というまったく正反対の原因によるものだとの通説が流布していますから、

子ども虐待も発達障碍だとみなすと、両者の関係はどうなるのか、誰でも混乱するのは当然でしょう。

このように発達障碍に関する議論は、ややもすると「障碍か個性か?」「治るか治らないか?」「遺伝か環境か?」という二者択一的なものになりがちでしたが、そのようなこれまでの流れに対して、先天的要因（遺伝要因）か、それとも養育環境（環境要因）か、という従来のどちらか一方に決めつけようとする考え方から脱皮し、双方の要因のダイナミックな絡み合いの解明こそ、今求められている課題だとする考え方もやっと主張されるようになってきました（鷺見、2015；小林、2015）。

しかし、この鷺見聡著『発達障害の謎を解く』（日本評論社、2015）で、著者は素質と環境とのダイナミックな絡み合いの解明こそ今後の課題だと主張しているにもかかわらず、なぜか乳幼児期早期における<子ども-養育者>関係の内実にはまったく触れていません。子どもの心の成長「発達」とその「障碍」がどのようにして生まれるのか、その成立過程こそ、素質と環境のダイナミックな絡み合いの所産です。そこに目を向けるべきであって、それなくして「発達」とその「障碍」の解明は不可能です。それまでの発達過程で何が起こったのか、そのことがこれまでブラックボックス化され、誰も積極的に見ようとしてこなかったことが最も大きな問題なのです。

そこで乳幼児期早期、とりわけ0歳から2歳までの生後3年間の発達過程でどのようなことが親子のあいだで起こっているのか、そのことを取り上げて考えてみたいと思うのですが、その前に「愛着障碍」や「発達障碍」という診断名について考える必要があります。

「愛着障碍」と「発達障碍」という診断名について

（臨床）診断名として用いられている「愛着障碍」や「発達障碍」がどのようにして概念化されたのか、作られたのかということです。

身体医学において疾患単位 clinical entity（ひとつの独立した疾患 disease であること）を確立するためには、病巣（身体のどこに病気が発生したのか）、病理（その病気はどのような仕組みで起こったのか）、病因（その病気は何が

原因で起こったのか)が明確であることが必須条件です。

しかし、精神医学では大半の疾患が原因不明です。そして「心」あるいは「精神」という目に見えない、誰の目にも客観的に示すことのできないものを対象とするため、その臨床診断はこれまでいろいろと試みられてきたにもかかわらず、なかなか世界で統一したものは生まれませんでした。しかし、ご承知のようにアメリカでDSM-Ⅲ (1980)が生まれてから、国際診断基準として世界的に用いられるようになりました。わが国はアメリカからみれば優等生ですから、いち早くその導入に取り組み、今では精神科医に限らず医療従事者であれば誰もが用いるほどになっています。

この国際診断基準に端的に示されているのですが、精神医学における臨床診断は、「客観的」に示すことのできる言動(患者の語る内容と行動特徴)の列挙によって行われるようになりました。主観的なもの(診断医が患者に対して感じることなど)はほとんど取り上げず、誰にでも同じように捉えることができる(と思われる)言動に特化した内容になっています。そして、もうひとつ忘れてならないのは、臨床診断は子どもであっても「個体(個人)」に焦点を当てて、その行動特徴から診断を行うという考え方で貫かれていることです。「愛着障害」も「発達障害」もそうした考え方に基づいて生まれた病名です。

精神医学における臨床診断名は、身体医学のような病巣、病理、病因に基づいて作られたものではありません。こんな行動特徴がある子どもたちをこのように呼びましょと、いわば理念的に(頭の中で考えて)人為的に作り上げられたものです。このことはとても重要なポイントですので、ぜひとも頭に置いておいてください。時々、子どものこだわり行動を取り上げて、「この子どもは自閉症だからこだわり行動を示す」などと発言する人がいますが、とんでもない考え違いです。「こだわり行動(その他にもいくつかの行動特徴を加えて)を示す子どもを自閉症と呼びましょ」との約束事になっているだけであつて、これでは本末転倒と言わざるをえません。「愛着障害」や「発達障害」という病名はそのようなものでしかなく、けっして明確な原因をもとに概念化されたものではないのです。したがって、そのような基準に基づく臨床診断を後生大事にして両者の違いを論じて、結局は表面的な違いを議論するばかりで、

「群盲象をなでる¹」類の議論になりかねません。

「愛着障碍」と「発達障碍」、ともに「関係」の問題である

ではどのように考えていけばよいのでしょうか。ここで私は次のように考えてみようと思います。どちらも親との関係の問題で、そこに「愛着」の問題があることは確かです。そこで「愛着障碍」ないし「発達障碍」とみなされる子どもたちは本当のところ乳幼児期早期においてどのような状態であったのか、あるいはどのような経緯（過程）を辿ってこのような状態になるのかを考えてみましょう。

私はもともと自閉症という不思議な病気（当初はそのように感じていました）を自分なりに解明してみたいとの思いから精神科医になりました。したがって、長い間「自閉症」を対象に彼らの成長過程を治療的に関与しながら追いかけていきました。そのような仕事も一段落したところで、つぎに私が手がけたのが乳幼児期に母子関係がうまくいかない子どもたちの実態把握とその治療への挑戦でした。その際私が重要視したのは、自閉症という病気はそもそも母親が子どもに対して、関係がうまくいかない（なつかない、視線が合わない、しっくりこないなど）という違和感から始まります。私はその「関係」とは一体どのような質的問題を持っているのかを明らかにしたいと強く願うようになりました。そこで私は新たに赴任した大学で、母子ユニット（Mother-Infant Unit: MIU）という治療室を作り、母子の「関係」を見ることを大切にしたい臨床研究を開始しました。事の起りこりが「関係」の問題ですから、「関係」を見ずしてその内実はわかるはずありません。このような当たり前のことがこれまでなぜ行われてこなかったのか、なぜ私だけがこんなことを始めたのか、今でもよくはわかりませんが、このような試みを始めて、「関係」を見ることは誰にとっても馴染みのない、とても難しいことだということがよくわかってきました。

私が母子関係の観察で用いた枠組みは新奇場面法（ストレンジ・シチュエー

¹ この故事については障害者差別の観点から批判があることは承知しているが、敢えて使用している。表現法はともあれ適切な内容を示していると考えているからである。

ション法) (Strange Situation Procedure: 以下 SSP) といわれるもので、世界中でアタッチメント研究において用いられていたものです。これによって私が14年間で母子「関係」を評価した事例は55組でした。その関係の特徴を抽出して纏めたのが、拙著『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』(ミネルヴァ書房、2014) です。

ここで一言お断りしておかねばなりません。私も新奇場面法を用いましたので、私の問題意識は言葉を換えて言えば、「愛着(アタッチメント)」の問題ということにもなりますが、従来の愛着の視点とはまったくといっていいほど異なっていることは強調しておく必要があります。「アタッチメント attachment」は原語をみればすぐにわかるように、attach+ment です。attach-は「くっつく」という行動を示す用語です。もとは動物行動学で生まれた概念です。そこには「心」という視点はありませなし、動物自体の行動を捉えたものです。(実は「心」を扱わなくても「行動」だけを扱えばよいからこそ「アタッチメント」研究は世界的に流行したのですが) それと比較した時、私の観点は「甘え」という情動(気持ち)を捉えようとしたものです。さらに強調しておきたいのは、「甘え」は相手があって初めて享受できるものです。相手次第で甘えられたり甘えられなかったりする。だから「甘え」の問題に迫るためには「関係」の視点が不可欠なのです。

乳児期の母子関係の病理—甘えのアンビヴァレンス

幸い、MIUには、0歳、1歳段階で、うちの子どもは自閉症ではないかと心配して受診する親子が少なからずいましたので、私は予断偏見なく丁寧に観察することから始めました。するとわかってきたのは、子どもに焦点を当てると確におかしな行動をとる、これは自閉症らしい特徴だと思うのですが、親子関係という視点から観察していくと、おかしな行動と思っていたものすべてが、親子関係の中で生まれたものであることがわかったのです。さらに重要な発見は、子どもたちの気になる行動はすべて母親への「甘え」にまつわるものだという事です。

0歳台の後半から1歳台において、母子関係の問題はつぎのような特徴とし

て描き出すことができました。

母親が直接関わろうとすると回避的になるが、いざ母親がいなくなると心細い反応を示す。しかし、母親と再会する段になると再び回避的反応を示す。

子どもの気持ちに引き寄せていえば、「甘えたくても甘えられない」心理状態といえるものです。このような心理は臨床心理学（精神医学）の世界では「アンビヴァレンス ambivalence」といいます。日本語では「両価性（りょうかせい）」と訳され、個人の中に相反する感情や思い（たとえば愛と憎しみなど）が併存し同時に働く心理を意味します。「アンビヴァレンス」はもともと人間の心理として記述されてきたものですが、私は母子ユニットでの臨床研究から「アンビヴァレンス」を母子の「関係」の特徴として描き出すことができたのです。そこで私はこのような独特な「関係病理」を私たち日本人に馴染み深い「あまのじゃく」と表現するのがふさわしいと思い立ち、昨年上梓した本で『あまのじゃくと精神療法』（弘文堂、2015）というタイトルにしました。子どもが母親に対して「甘えたくても甘えられない」という心理状態、つまりアンビヴァレンスが生まれているのですが、それは「あまのじゃく」ともいえる関係の特徴を示しているということです。この名称についてはつい最近わが国の著名な精神療法家である成田善弘氏から「実に適切な命名である」と評価していただきました（成田、2016）。

専門用語「アンビヴァレンス」と日常語「あまのじゃく」

「アンビヴァレンス」は精神医学の世界の専門用語（つまりその業界で概念規定された言葉）ですが、「あまのじゃく」は日常語です。そこに大きなそして重要な違いがあります。日常語で考えると、誰でも自由に発想することができ、かつそのような説明には患者（ここでは親子）も腑に落ちるように理解することができるからです。

「あまのじゃく」は「ああ言えば、こう言う」という捻（ひね）くれた態度を言いますが、「拗（す）ねている」心理をここに見てとることができます。さ

らにここで注目してほしいのは、子どもの反応が母親の動きとの函数で生じていることです。けっして子どもがひとり勝手に不可解な行動を示しているわけではないのです。母親が子どもとどのように関わるかによって、独特な子どもの反応が誘発されているのです。当然その逆に、子どもが母親にどのように関わるかによって、母親にも予想もつかないような反応が誘発されることもあります。さらに大切なことは、このような互いの反応は、母子関係のみならず他の対人関係においても類似の反応を引き起こしやすいことです。私たち臨床従事者も例外ではありません。

この母子関係の病理の原型を私は母子関係の直接観察によって得ることができたことは、その後の私の臨床実践において中核的な役割を果たしていることを日々実感しています。「アンビヴァレンス」という心性を、**関係の病理**として捉えることの重要性を発見できたからです。「個」の心理特性とされてきた「アンビヴァレンス」を発達の観点からみると、**関係の病理**として捉えることができるということです。すると、いかなる年齢層の患者であっても、いかなる病態の患者であっても、私は面接で患者との関係に類似の関係病理を容易に見出すことができるようになりました。

甘えのアンビヴァレンスへの対処行動としての多様な病理的行動

ついで私がMIUで見出した重要な知見は、1歳台まで（その母子関係の有り様を観察した者であれば）誰の目にも明らかであった関係病理が次第に背景に退き、2歳台になると、それに代わって多様な病理的行動が前景に出現することです。その主なものを具体的に述べたのが**表1**です。

ここではひとつひとつ具体的に解説する時間はありませんので、その要点だけを説明しましょう。ここで対象となっている子どもたちはすべて母親に対して常に（!）「甘えたくても甘えられない」状態にあります。本来であれば、子どもは心細い状態になると母親に甘えることで不安は和らぎ、安心するのですが、彼らにはそれができません。よって彼らの不安は非常に強く、未知な状況に置かれたならば、不安は増強の一途を辿り、そこに悪循環が生まれます。不安が強いと刺戟に敏感に反応しますが、そこで知覚（とともに情動も）はより

過敏になります。そのことがより一層不安を強めることになるからです。このような事態は大変なことですから、彼らは少しでも不安を和らげようとして必死にもがくことになります。その試みがこの表1に示された内容です。これらは子どもたちの不安への対処行動です。これまで精神医学（臨床心理学）において心理的防衛機制と言われてきたものにあたります。具体的に見ていくとすぐに気づくのですが、それぞれの対処行動は、われわれも同じような状況に追い込まれたならばそうするであろうと想像できるようなものが多いことがわかります。このことは私たちにとても大切なことを教えてくれます。それは何かと言いますと、発達障害、愛着障害などといわれる子どもたちの心理も私たちと同じような次元で理解することができるということです。彼らの行動は一見すると不可思議で、不可解なものに見られがちですが、けっしてそんなものではありません。

表1：幼児期に見られるアンビヴァレンスへの多様な対処行動

(1) 発達障害に発展するもの

- ①母親に近寄ることができず、母親の顔色を気にしながらも離れて動き回る
- ②母親を回避し、一人で同じことを繰り返す
- ③何でもひとりでやろうとする、過度に自立的に振る舞う
- ④ことさら相手の嫌がることをして相手の関心を引く

(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの

- ①母親の意向に合わせることで認めてもらう

(3) 操作的対人態度に発展するもの

- ①母親に気に入られようとする
- ②母親の前であからさまに他人に甘えてみせる

(4) 解離に発展するもの

- ①他のものに注意、関心をそらす

(5) 精神病的病態に発展するもの

- ①過度に従順に振る舞う
- ②明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒される
- ③周囲を無視するようにしてひとりで悦に入る
- ④ひとり空想の世界に没入する

これらの対処行動は大きく分けるとつぎのようになります。

従来「発達障害」と言われてきたものの行動特徴が「(1) 発達障害に発展するもの」に該当します。発達障害と診断されてきた子どもたちは、発達障害

あるいは自閉症だからこのような行動を取るわけではありません。母親に対して「甘えたくても甘えられない」関係にあったがゆえに、仕方なくこのような行動に出て、それが固定化あるいは恒常化していくと発達障碍あるいは自閉症と診断されるような状態になるのだということがわかります。

つぎの「(2) 心身症・神経症的病態に発展するもの」に示した内容「①母親の意向に合わせることで認めてもらう」は、一時的には適応的なものですから、親から見れば問題視されるようなものではなく、好ましい行動に映ります。よってその時は発達障碍とは診断されないことが多くなります。しかし、母子関係が改善しないまま子どもにアンビヴァレンスが蓄積し肥大化していけば、近い将来、心身症・神経症の状態に発展する可能性が高いと言わざるをえません。

本日は「虐待」問題に関心の高い人たちの参加が多いと聞いていますので、「(3) 操作的対人態度(人格障碍)に発展するもの」を特に詳しくお話しましょう。これは具体的には「①母親に気に入られようとする」、「②母親の前であからさまに他人に甘えてみせる」などを指しますが、これらの対処行動は、虐待がらみの事例に多く見られるものです。

私はMIUを開始した当初は、自閉症(スペクトラム)に強い関心を持っていたため、そのような目で見えていたのですが、それらの事例の中にも虐待が絡んでいると判断せざるをえないものが少なからずあることに気づきました。彼らは発達障碍あるいは自閉症と診断されたり疑われたりして私のところに紹介されてきたのですが、MIUで「関係」を見ていくと、虐待やネグレクトが絡んでいることが推測される事例が少なからずあることがわかりました。彼らのみせる対処行動を見ていると、それは私たち日本人には「取り入る」、「媚(こ)びる」、「当てつける」、「見せつける」と表現できる行動であることがわかりました。このように表現すると皆さんにもすぐに子どもの振る舞いを想像できるでしょう。なんとかして少しでも母親の気を引こうとする、あるいは母親への怒りを間接的に示そうとする、そんな子どもの思いを感じずにはいられません。実に痛々しい振る舞いです。

ここでひとつ事例を取り上げましょう。

● 2歳9カ月 男児（『「関係」からみる乳幼児期の自閉症スペクトラム』事例22、pp.129-133より）

頭突き、衝動的行動などを主訴に祖母と母子三人での受診。満期出産。陣痛開始は早かったが、分娩に時間がかかり鉗子分娩で出産。仮死状態で傷だらけだったというが、母親は子どもをじかに見ていない。特に発達に気になることはなかったが、1歳5ヶ月、てんかんを発症。通院中の病院で2歳半のときに自閉症といわれた。以来、母親は気分が落ち込み、うつ病として他院で治療中である。子どもと付き合っていると、どうかなりそうで、叩きたくなる。子どもは母親が嫌がることを好んでやるので、母親のイライラは募るばかりだという。以下 SSP の特徴である。

子どもは見るからに面白くなさそうに動き回っている。子どもは椅子に座っている母親にさりげなく近づき、背を向けて寄りかかるが、母親は戸惑っている。そうかと思うと、急にドアに背を向けながら後頭部をドアに打ち付ける。母親は「痛いよ」と注意をするが、ことさら注意されることをねらってやったようにみえる。ストレンジャー（以下 ST）が入室して母親の前に座ると、子どもはすぐ近寄って背を向けて寄りかかる。あからさまに ST に甘えて見せて母親に当てつけている。母親が退室しても特に反応することなく、子どもは ST の手を引いて動き始める。しかし、相変わらず無気力で気の向くままに動いているだけで、楽しい雰囲気は生まれない。再び母親がドアを開けて入室しそうになると、すぐに気づいてドアに駆け寄る。しかし、母親が入ってくると、母親を避けてドアに直接ぶつかるように両手で当たる。その後も相変わらずの動きで、母親が退室しても何事もないかのような態度で、ひとりで過ごす。ST が入室しても変わりなく、代わって母親が入室しても母親に目を向けることなく、ひとりで遊び続ける。

初診時の病歴聴取で虐待またはネグレクトが強く疑われた事例です。母親の前で思わせぶりに甘えて見せるかと思うと、見知らぬ女性に甘えては当てつける態度を取る。そうかと思うとわざとらしく頭をドアに打ち付けて母親に心配させて関心を引こうとする。あの手この手を使って母親の関心を繋ぎ止めようと必死な様子が見えます。

ついで重要なものとして「(4) 解離に発展するもの」があります。具体的には「①他のものに注意・関心をそらす」といえるものです。SSPでは捉えることができなかったのですが、よくよく考えてみると、1歳台ですでに一人ぼっちになった後の母子再会場面で母親と触れ合うほどに接近した途端に目を逸らす反応が認められていましたし、2、3歳台になると、SSPではなく治療経過の中で類似の反応として捉えることができることに気づきました。どのような場合にこのような反応が誘発されるかと言いますと、子どもの情動興奮、とりわけ快の情動が高まっていくと、それを回避するようにしてこのような行動が誘発されているのです。快の情動興奮に身を委ねることに対する恐怖、つまりは「甘え」の心地よさを経験していないがために、それを回避するための反応ではないかと思われるのです。のちのち発達障害、子ども虐待事例でよく指摘される「解離」の萌芽のかたちをここに見てとることができます。

そのほか、最も深刻なものとして「(5) 精神病的状態に発展するもの」があります。「①過度に従順に振る舞う」、「②明確な対処法を見出すことができず周囲に圧倒される」、「③周囲を無視するようにしてひとりで悦に入る」、「④ひとり空想の世界に没入する」などです。「③周囲を無視するようにしてひとりで悦に入る」は軽い躁状態といってもいいものですが、虐待事例でよくみられるのではないのでしょうか。

以上、乳幼児期早期の生後数年間に、母子関係になんらかの問題が生じた場合、母子関係の困難はどのような内実を孕んだものになっていくのか、そのおおよその概略がわかったのではないかと思います。「愛着障害」と「発達障害」の違いを云々（うんぬん）するのではなく、ともに「関係の病理」という視点から捉えていくと、すべて統一的に理解する道が拓かれていきます。「個」ばかりに注目することによって生まれた混乱は「関係」に視点を移すことによって視界が開けてくるのです。

愛着障害—抑制型と脱抑制型について

ここで「愛着障害」についてももう少し考えてみましょう。愛着障害について

論じる際によく取り上げられるのが**抑制型**と**脱抑制型**のふたつに分ける考え方です（参考資料を参照）。これらは、先のアンビヴァレンスへの対処行動としてみていけばすぐに理解することができます。

「抑制型」は母親との関係を志向せず（母親を直接求める行動をとらずに）、ひとりで不安に対処しようとする反応です。したがって、自閉症類似の反応になります。「脱抑制型」はそれとは逆に、なんとか母親や他者との関係を志向して（誰でもいいから相手を求めて）対処しようとする反応です。これは「(3) 操作的対人態度（人格障害）に発展するもの」で取り上げたものに該当します。このような対処行動が身につくと、成人になって人格（パーソナリティ）障害 personality disorder と診断されることになります。相手に対して操作的態度が顕著になるからです。皆さんにとっても医療現場でも一番厄介で難しい事例の多くはこのような特徴を持っています。

以上取り上げた行動は、日頃皆さんが児童養護施設などで虐待やネグレクトを受けて育った子どもたちと接する中でよく出会う子どもたちの反応だろうと思います。

まとめ

さてここで本日の講演のテーマに戻ってみましょう。「愛着障害」と「発達障害」の違いは何か、という問題ですね。両者の鑑別（医学の世界ではこのように表現しますが）、違いがどこにあるか。前者の「愛着障害」は虐待問題から生まれてきた概念ですから、どうしても環境因を念頭に置いて研究されてきた経緯があります。「発達障害」は自閉症を中心に、初期の頃は心因、そしていまでは器質因を念頭に置いて研究されています。したがって両者の異同が問題とされてきたのですが、ここで示されている原因に関する考え方（原因論）はすべて今のところ仮説の域を出ていません。

「愛着障害」も「発達障害」も、ともに母子関係において「甘えたくても甘えられない」心理状態にあって必然的に取り始めた行動特徴をもってそのように診断しようと取り決めているだけです。ともに「関係障害」の一亜型として捉えていけばすっきりと理解することができます。子ども虐待に発達障害類似

の病態が見られることを大々的に取り上げて両者の異同を論じる人がいますが、それでは両者の本質的な違いに行き着くことはできません。そこでもっとも大事なことは、両者ともどのような「関係」の中から生じたものかを見ていくことなのです。そのような視点こそ「発達」の「障碍」理解において最も大切なものです。縦断的な視点なくして「発達」など論じることはできません。できるだけ乳児期早期段階から観察することです。「ヒト」が「人」になるには養育者という人が介在することが不可欠だからです。なぜ私がこのようなことを強調するかといいますと、この視点はいかなる病態の患者の面接（精神療法）であれその本質を捉えることに繋がっていくからです。

おわりに

本来であれば治療（精神療法）についてもお話したいのですが、時間もまいりました。その点に興味をお持ちの方は参考文献をお読みいただければと存じます。ご静聴ありがとうございます。（拍手）

本稿は、科研費研究成果研究会（主任研究者：筑紫女学園大学益満孝一）における基調講演（2016.03.13.春日市クローバープラザにて）として発表された内容に加筆したものです。このような機会を与えていただいた筑紫女学園大学人間科学部人間科学科益満孝一教授にお礼申し上げます。

引用文献

- 小林隆児（2007）. ほんとの対話 杉山登志郎著『子ども虐待という第四の発達障害』, 心の科学, 8, 115-117.
- 小林隆児（2015）. ブックガイド 鷺見聡著『発達障害の謎を解く』, そだちの科学, 25, 108-109.
- 成田善弘（2016）. 書評『あまのじゃくと精神療法』, 精神療法, 42(1); 120-121.
- 杉山登志郎（2007）. 子ども虐待という第四の発達障害. 学習研究社.
- 鷺見聡（2015）. 発達障害の謎を解く. 日本評論社.
- 友田明美（2015）. 脳科学から見た子ども虐待. FOUR WINDS 乳幼児精神保健大会第

18回全国学術集会弘前大会（2015.10.31.）講演資料集、pp.33-40.

参考文献

- 小林隆児（2015）. あまのじゃくと精神療法—「甘え」理論と関係の病理—. 弘文堂.
小林隆児（2016）. 発達障碍の精神療法—あまのじゃくと関係発達臨床—. 創元社.

西南学院大学人間科学部社会福祉学科

参考資料 <DSM-5 の診断基準>

●反応性愛着障害 Reactive Attachment Disorder (RAD)

A. 以下の両方によって明らかにされる、大人の養育者に対する抑制され情動的に引きこもった emotionally withdrawn 行動の一貫した様式：

- (1) 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽 comfort を求めない
- (2) 苦痛かときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽に反応しない

B. 以下のうち少なくとも 2 つによって特徴づけられる持続的な対人交流と情動の emotional 障害

- (1) 他者に対する最小限の対人交流と情動の反応 social and emotional responsiveness
- (2) 制限された陽性の感情 positive affect
- (3) 大人の養育者との威嚇的でない交流の間でも、説明できない明らかないらだたしさ、悲しみ、または恐怖のエピソードがある

C. その子どもは以下のうち少なくとも 1 つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している

(1) 安楽、刺激、および愛情 affection に対する基本的な情動欲求 emotional needs が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪

(2) 安定した愛着 stable attachment を形成の機会を制限することになる、主たる養育者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）

(3) 選択的愛着 selective attachment を形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：養育者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害 disturbed behavior の原因であるとみなされる（例：基準 A にあげた行動障害が基準 C にあげた養育の欠落に続いて始まった）

E. 自閉症スペクトラム障害（自閉スペクトラム症）autism spectrum disorder の診断基準を満たさない

F. その障害は 5 歳以前に明らかである

G. その子どもは少なくとも 9 ヶ月の発達年齢である

▶該当すれば特定せよ

持続性：その障害は 12 ヶ月以上存在している

▶現在の重症度を特定せよ

反応性愛着障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときには**重度**と特定される

●脱抑制型対人交流障害 Disinhibited Social Engagement Disorder

A. 以下のうち少なくとも2つによって示される、見慣れない大人に積極的に近づき交流する子どもの行動様式：

- (1) 見慣れない大人に近づき交流することへのためらいの減少または欠如
- (2) 過度に馴れ馴れしい言語的または身体的行動（文化的に認められた、年齢相応の社会的規範を逸脱している）
- (3) たとえ不慣れな状況であっても、遠くに離れて行った後に大人の養育者を振り返って確認することの減少または欠如
- (4) 最小限に、または何のためらいもなく、見慣れない大人に進んでついて行こうとする

B. 基準Aにあげた行動は注意欠如・多動症で認められるような衝動性に限定されず、社会的な脱抑制行動を含む

C. その子どもは以下の少なくとも1つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している

- (1) 安楽、刺激、および愛情に対する基本的な情動欲求が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪
- (2) 安定した愛着を形成の機会を制限することになる、主たる養育者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）
- (3) 選択的愛着を形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：養育者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準Cにあげた養育が基準Aにあげた行動障害の原因であるとみなされる（例：基準Aにあげた行動障害が基準Cにあげた養育の欠落に続いて始まった）

E. その子どもは少なくとも9ヶ月の発達年齢である

▶該当すれば特定せよ

持続性：その障害は12ヶ月以上存在している

▶現在の重症度を特定せよ

脱抑制型対人交流障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときには**重度**と特定される

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition: DSM-5™. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 日本精神神経学会監修・高橋三郎・大野裕監訳 (2014) 『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』(医学書院)からの引用。