

# 子ども理解のための精神病理

—愛着・精神疾患と自閉症スペクトラムの視点から—

青木智子<sup>1</sup> 水國照充<sup>2</sup>

## 1 はじめに

2006年3月、学校教育法施行規則の一部改正（同年4月施行）に伴い、同年6月、「学校教育法等の一部を改正する法律案」可決・成立・公布を経て、2007年4月から特別支援教育が実施されることとなった。これは、従来の「特殊教育」に代わる概念である。

「特別支援教育の推進について（通知）」2007年4月1日文部科学省初等中等教育局長通知では、①幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、幼稚園から高等学校にわたって行われる。②これまでの特殊教育の対象だけでなく、知的な遅れのない発達障害も含めた器質的な障害（視覚障害・聴覚障害・運動機能障害・知的障害等）に加え、発達障害者支援法（2004）に定義される学習障害（LD：Learning Disorder）、注意欠陥多動性障害（ADHD：Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）、高機能自閉症（PDD：Pervasive Developmental Disorders）等<sup>3</sup>も対象とする。③障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるもので、障害のない子供たちにとっても意味を持つ。障害を個性のひとつとして捉え、特別なニーズをもつ子ども（children with special needs）の成長、発達を支援し、障害を持たない子どもたちへも、障害を持つ者の多様性を理解し、受容し、尊重し、共存すべき、とする意図が示された。これを機に発達障害（＝自閉症スペクトラム）とされる子どもたちの存在が広く知られることになった。さらに、来年施行される障害者差別解消法を受けて、教育界でも日本学生相談学会が「発達障害学生の理解と対応について-学生相談からの提言-」（2014）

<sup>1</sup> 平成国際大学教授

<sup>2</sup> 平成国際大学学生相談室カウンセラー

<sup>3</sup> <自閉症、アスペルガー症候群（自閉症スペクトラム）>

◎特性：対人コミュニケーションが難しい（相手に気づき、気持ちを分かり、自分の気持ちを伝え、互いにやりとりができる）・場面に合わせた柔軟な対応が難しい（部分へのこだわり、パターン化傾向）、感覚過敏 ○対応：強みを認める（ごまかしが下手で誠実、行動が一定で信頼できる、感覚が独特で芸術的なこともある）：肯定的、具体的、視覚的な伝え方の工夫：音や肌触り、室温など感覚面の調整 <注意欠陥多動性障害（注意欠如・多動性障害）>

◎特性：注意力の問題（すぐ飽きる、じっくり腰を落ち着けて取り組む場面を避ける、先延ばしする）・多動性の問題（じっとしてられない、黙ってられない）・衝動性の問題（辛抱できない、社会場面での慎みに欠ける） ○対応：気の散りにくい座席の位置の工夫、守れそうなルール提示などの配慮：ストレスケア（傷つき体験への寄り添い、適応行動が出来たことへのこまめな評価） <学習障害（限局性学習症）>

◎特性：読みの障害（読む速度、正確さ、流暢さ、読んだとき文章の理解に困難さがある）・書きの障害（書字、英語のスペル、句読点、文章の構成などに困難さがある）・算数障害（数の概念、計算の速度、正確さ、流暢さに問題がある） ○対応：得意な部分を使って情報へのアクセスをし、表現できるようにする（ICTの活用など）：苦手な部分について、課題の量、質を適切に加減する。柔軟な評価をする。平成27年度相談支援従事者指導者養成研修会資料 国立障害者リハビリテーションセンター学院に加筆

を作成するなど、さまざまな動きが見られる。

2014年5月現在、公立小・中学校で通級指導を受けている児童生徒数は小学校75,364名、中学校8,386名で、発達障害者支援法で定義される「発達障害」に含まれるものは90%を越える。そもそも、発達障害とは脳の機能的障害で発達に凸凹が見られる障害、というより個性や傾向に近いものである。この凸凹を、例として5歳から16歳までの発達障害のアセスメントとして用いられるWISC-IVで説明すると、①自分自身が持つ言語的な知識を状況に合わせて応用する：言語理解、②視覚的な情報を取り込み、各部分を関連づけて全体としてまとめる：知覚推理、③注意を持続させて聴覚的な情報を正確に取り込み記憶する：ワーキングメモリー、④視覚的な情報を事務的に、数多く、正確に処理していく：処理速度という4領域それぞれの能力バランスの悪さ＝ディスレパシーが、子どもに発達障害をもたらしていることになる。他の3領域は平均を超えながら言語理解の得点が著しく低い場合、コミュニケーションが難しいなどの困難が生じる。

発達障害は、研究者によりその分類や名称については違いがあるものの、杉山（2007）の区分では、

- ① 学習に関して全般的な遅れがある知的障害
- ② コミュニケーション障害やこだわりの強さがある高機能自閉症 PDD（＝広汎性発達障害）。知的障害のないアスペルガー症候群
- ③ 脳のある領域と他の領域が連動しにくい、多動や不器用、不注意、学習の苦手さなどが目立つ ADHD、LD（＝軽度発達障害）

の3つに分類できる。なお、LD、ADHD、PDD等に代表される「発達障害」は、精神障害の分類のための標準的基準を提示するアメリカ精神医学会 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5（American psychiatric Association 2013）において、知的障害の有無を問わず、知的障害を伴わない PDD をも包括した「自閉症スペクトラム」としてまとめられた。DSM-5における「自閉症スペクトラム」は、従来のウイングによる3微候－①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害の各領域の機能の遅れや異常の有無で判定されてきたものが、①社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害、②限定された反復する様式の行動、興味、活動の2つの領域、にまとめられ、②の下位項目に臨床上の特徴として、よく観察される知覚過敏症・鈍感性など知覚異常の項目が追加された。

これとともに、DSM-5で「心的外傷およびストレス因関連症候群」のカテゴリーに分類された「反応性アタッチメント障害（DSM-4）／反応性愛着障害」「脱抑制型対人交流障害（DSM-4）／反応性愛着障害・脱抑制型」がにわかに脚光を浴びつつある。これら愛着障害は、自閉症スペクトラムに良く似た言動が観察され、自閉症スペクトラムとして診断されているケースが少なくないことなどから、幼児期の愛着形成の問題で生じる多動や解離などを「第4の発達障害」（杉山 2007）、「外傷性発達障害」（岡田 2011）として指摘したためである。これらを原因として発達に遅れがあると、不登校、心の問題、心身症、解離性障害などが起きやすい。この視点が、子ども支援に関わる者の間で発達障害とは、愛着とはなにかという問題を改めて投げかけることになった。

以上のことから、本稿では、

- ① 特別支援教育を考える際に求められる基本的な知識を整理する

- ② 養育者である母親の精神疾患や家庭環境、虐待など親の「愛着」中心として
- ③ 自閉症スペクトラムと類似した言動が見られる愛着障害について
- ④ 子どものケアについて教育関係者が知るべき知識について検討を試みる<sup>4</sup>。

## 2 問題のある子どもとその親の変遷

### (1) 愛着理論

「外傷性発達障害」(岡田 2011)、「第 4 の発達障害」(杉山 2007)、とは、2 歳、3 歳までの乳幼児期に、前者では母親がうつ病などの精神疾患により子どもに対して十分な関心や世話を与えることが困難な場合、後者では虐待や育児放棄等が見られる場合、愛着障害や不安定型愛着を生じやすく、子どもの愛着に問題を引き起こしやすいというものである。

具体的には、先にあげた DSM-5 で「心的外傷およびストレス因関連症候群」のカテゴリーに分類される「反応性愛着障害」においては発達の遅れ、特に認知・言語の遅れや常同症なども併発するため、子どもの持つ症状や言動からのみでは自閉症スペクトラム症や知的能力障害と区別がつきにくい。これらの障害は、親の精神疾患、育児放棄やネグレクト、養父母の頻繁な変化、養育者との過度の密着(一体化)など、病的な養育と関連した愛着行動の障害と持続的な社交、情緒の問題であるとされる。

では、愛着とはなんだろうか。1950 年代、小児科医であり、精神分析の中間学派<sup>5</sup>として知られるウニコットは、乳幼児期の子どもは母親からの全身全霊を傾けた関心と反応を必要とするという「原初的な母性的没頭」の重要性を述べた。小児科医である彼は、「幼児が育児に没頭する母親を必要とする段階にあるときに、母親が他のこと、母親自身の生活に属することだけに気をとられている姿に遭遇すると、幼児はひどく心を乱す(1965)」として、乳幼児期早期の子どもが母親との十分な関わりや愛情を得られなかった場合、後に深刻な問題が見られやすいと臨床経験から見出した。このような時、子どもの自我は安定した発達を遂げることが難しい。さらに子どもは、唯一頼りになる大人である「親の気分変動に対処できることがわかる」ようになるが、一貫性のない親の態度や不測の事態をたびたび経験することで親への混乱を一層深めていく。

第二次世界大戦で親を失った子どもに関わり、ホスピタリズムの研究で知られる児童精神科医のボウルビィも、親と離れ離れになった家庭環境が子どもの発達に大きな影響を与

<sup>4</sup> なお、以下、DSM-5 における疾患名の変更に伴い、発達障害を「自閉症スペクトラム」と表記することにする。杉山(2007)「第 4 の発達障害」、岡田(2011)「外傷性発達障害」に関しては、DSM-5 以前に提示された概念であるため、この語をそのまま用いることとした。

<sup>5</sup> フロイトの精神分析は、後に、自我心理学、対象関係論、中間学派の 3 つの大きな流れに分かれていく。自我心理学はフロイトの娘、アンナ・フロイトが自我の適応的な機能に注目して理論したものである。対象関係論は、フロイトのクライアントでもあったメラニー・クラインが、乳幼児期に感情を向ける重要な他者(特に母親)との関係(=対象関係)を重視し、子どもが自ら内的世界に母親イメージを取り入れる過程と、そのイメージ(=内的対象)との関係性を重視するのに対し、クラインの元で学んだウニコットに代表される中間学派は、実際の子どもの母親の養育関係に焦点をあてた。子どもの自我の発達を促す環境としての母親を考え、母親が子どもにあわせていく、順応する母親を想定している(=ほどよい母親)。

えることを「母性愛剥奪」という言葉で説明した。後に、この概念は親を失った子どもだけでなく、全ての子どもに該当する愛着理論についての研究を発展させることになる。ボウルビイは、動物の刷り込みや子育てなどローレンツに代表される動物行動学の視点をも踏まえ、環境因と生来的な要因の相互作用で発達の問題が生じるとするアプローチを続けた。

1970年代になると、アメリカの発達心理学者エインスワースが、子どもは親との信頼関係によって育まれる「安全基地」としての存在であり、子どもが外の世界を探索でき、戻ってきたときには喜んで迎えられるという確信が帰還に結びつくという考え方を示した。

愛着形成で重要とされるものに乳児期のスキンシップがある。ハーロウ(1958)は、サルの子どもの母親から離すとほとんどが育たずに死んでしまうが、母親に似せた人形を作って子ザルに与えると子ザルは人形にしがみついて育つことを見出した。人間も同様で、2歳以下の乳幼児はボディータッチが不足すると死亡率が非常に高くなる。愛着理論の研究者に一致するのは、子どもが乳幼児にある時から、母親に一貫した態度で関心と愛情を示され、世話をされることの重要性である。子どもの世話の放棄、無関心なネグレクト、親が精神疾患、症状や障害、抱えている悩みや問題に関心を奪われ、子どもの変化や行動に目を向ける余裕がないと、その成長に支障や困難さをもたらす。

母親と子の関わりと言語についてのある研究は、よく喋る母親の子どもは無口な母親の子どもに比べて1歳8ヶ月の時点で平均131語、2歳の時点で295語と語彙が豊富であると示している。このことから、親が子どもに適切に関われないことによる言語発達の遅れ、自発的なコミュニケーション等の社会性発達の遅れなどが自閉症スペクトラムとして診断が下される可能性が示唆される。しかしこれらは、環境調整で改善が見られることも多い。

若いアカゲザルの行動と養育環境の別の研究では、ザルのグループが親ザルから分離され、親がいないまま子ザルたちだけで育つ様子が観察された。親ザルに育てられたサルと異なり、子どもだけのサルの多くはいじめ行動を示し、衝動的、攻撃的、自己破壊的になった。これは、愛着に問題を抱えた人間の子どもの、ADHDや反抗挑戦性障害、反社会性パーソナリティ障害と診断されるのによく似ている。そのようなサルたちは「仲間指向性」にあると推測できる(Neufeld 2004)。人間の場合も、愛着に問題を抱える子どもたちが仲間同士で集まり不良集団を形成することがある。これらの研究もまた、養育態度、愛着が子どもにもたらす影響を示している。

## (2) 脳障害としての自閉症スペクトラム

一方、自閉症スペクトラムの歴史は、1945年、ボウルビイが戦災孤児の発育の遅れ、いわゆる愛着研究をスタートしたほぼ同じ時期の1943年、アメリカの児童精神科医カナーが言葉や知的な遅れを伴うタイプの「自閉症」を報告したことに始まる。1944年には、オーストリアの小児科医アスペルガーが、カナーの報告よりもやや軽度でありながら、共通点が見られる子どもたちについて報告した。そしてこの両者は、非常によく似た子どもたちを示すものであった。

カナー(1943)は、「これまでに報告されてきたことのない非常にユニークな症状を呈する一群のこどもたち」で、聡明な容貌・常同行動・高い記憶力・機械操作の愛好などの

特異な症状をもつ 11 例の子ども達を「情緒的交流の自閉症的障害」にあるとし、翌年、これを「早期小児自閉症：Autism」と名付けた。その語源は、ブロイラー（1911）が統合失調症の基本的症状を記述するために用いた言葉、Autismus に由来する。当時カナーは、自閉症の原因は後天的なもので、親の愛情不足による心因性の症状とみなし、愛情ある養育が治癒をもたらすと考えていた。また、カナーは自閉症児を統合失調症の幼児版であるとし、「小児分裂病」とも呼んだが、後に後天説を撤回している。

1950～60 年代、アメリカの精神分析・自我心理学派のベッテルハイムは、自閉症は親の愛情不足、親の拒否が子どもを自閉的な状態へと追い込むとして、「冷蔵庫マザー説」を広めた。日本でも、不登校など学校での問題が顕著になり、児童の身体的あるいは精神的な病気の多くは母親の子供への接し方に原因であるとする「母原病（久徳 1979）」という言葉が多用された。冷蔵庫マザー説は「母原病」の著者にも影響を与えたとされる。

ところが、70 年代、イギリスの児童精神科医ラターらが、「自閉症は、脳の発達に障害があつて起こる。その結果、脳の働きに歪みが起こり特異な言語障害、見たり、聞いたり、触ったりした事の意味や理解したり、応用したりする概念、認知能力に障害が見られるこれらの事が基本にあつて人との関係ができにくかったり、強いこだわりや常同行動が出たり等の特異な症状を示す。」とし、1970 年代に、家族研究から遺伝的要素があることを立証した。これにより自閉症が先天性の脳障害であることが示され、自閉症研究は大きな転換期を迎えた。1962 年には、英国自閉症協会を設立した社会精神科医ウイングが自閉症に共通する 3 徴候をまとめ、1981 年に自閉症スペクトラムとして位置づけた。そのとき、同類の障害としてアスペルガー症候群の概念も内包された。

### (3) 機能不全家族

クラウディア・ブラックの「機能不全家族」（斎藤 1996）という概念は、子育てや団欒、地域との関わりなど、一般的に家庭に存在すべき機能が健全に機能せず、虐待・アルコール・共依存・親不在など問題を有する家庭に育ち、その体験が成人になっても心理的外傷(トラウマ)として残る歪んだ家族文化・システムを総称する。ここでは、虐待や親のアルコール問題を抱える家族で育った子ども＝アダルト・チルドレン(AC: Adult Children)への影響が重視される。つまり、子どもの諸問題（大人になってからのものも含む）は、子どもが育つその家族システムに問題があるとする考え方である。機能不全家族内で育った子どもは、成長の過程でその環境や境遇から影響を受け、考え方や感じ方に偏りが生じ、大人になっても生き辛さを抱え、他者・社会と健全な関係を築くことに困難さを抱えやすい。これらの子どもが、養育環境の不健全さに気づいた時、過去に学んだ生活習慣から脱却するために回復への努力が強られる。しかしながら、問題視されるのは、①機能不全家族の中で育った子どもが養育環境の不健全さに気づかない場合、自身の配偶者に同様の歪んだ価値観を持つパートナーを選択する、②親は無条件に正しく、全てを子供の原因だと決め付け、子どもが傷つく場合が多い、ことにある。また、機能不全家庭は、その家庭を構成する親、または祖父母などが機能不全家族で育った「世代間連鎖」が見られる特徴を持つ。

以上のように、子どもの問題の問題は、親や家族が子どもに与える影響、脳障害という 2 つの視点から論じられてきた経緯を知る必要があるだろう。

### 3 子どもたちの問題と母親の問題

#### (1-1) 統合失調症：事例 1：中学校 2 年生女子 A 子

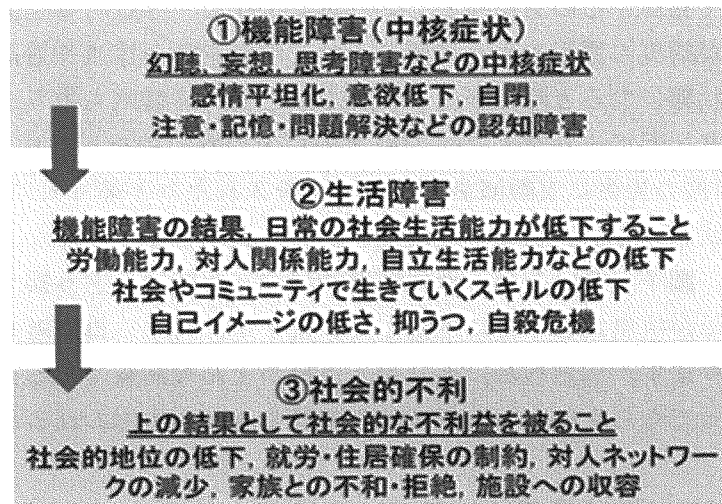
援助交際で補導される。母親は A 子が 4 歳の時に統合失調症<sup>6</sup>と診断され、入退院を繰り返してきた。小 3 時に両親が離婚し、A 子は母親に引き取られ、母子は母親の実家で生活をするようになった（祖父はすでに死去）。祖母は A 子の世話をしているが、娘（＝母親）の病気に対しては否定的であり、統合失調症であることを周囲にも打ち明けないまま A 子が小 5 時に他界してしまった。父親は再婚し、疎遠なままである。

A 子は小 4 時からいじめを受けて、不登校気味になり、後に地域で知り合った学年の異なる友人らと万引きや夜遊びを繰り返すようになった。母親の養育困難さも目立つため施設に入所することになった A 子は、自発的コミュニケーション、社会性の乏しさから WISC 検査を受け、広汎性発達障害と診断された。

#### (1-2) 統合失調症：事例 2：5 歳男児 B 男（保育園年少）

母親は出産後、統合失調症と診断された。B 男が 3 歳の時、父親の DV で両親が離婚している。働くことが難しい母親と共に T 県内の母子生活センターで生活をはじめ約 2 年経過した。B 男には多動傾向が目立つ。母親は投薬を止めると、カーテンを閉め壁に向かってぶつぶつと独り言を繰り返し、「周りの人が悪口を言っているから外に出てはだめ」「皇后陛下が迎えにくる」など理解不能な言動が目立つ。症状に振り回されているためか自分の身の回りのことのみならず子どもの世話が難しい。療養中は 1 日横になりがちで、家事や周囲との人間関係も困難な状態にある。男児を施設に入所させることを勧められるが、「児童手当がもらえなくなる」などを理由に頑に拒否している。

<sup>6</sup> 統合失調症：急性期に見られやすい陽性症状として、①妄想：「近所の人の咳払い自分への警告だ」（関係妄想）、「道路を歩くと皆がチラチラと自分を見る」（注察妄想）誰かがずっと見張っている、狙われている、自分の考えが外に漏れているような気がする（思考伝播）など、現実には起こっていないことを感覚として感じられること。②幻聴：「お前は馬鹿だ」など自分の悪口、「あっちへ行け」と行動を命令してくる、「今電車に乗りました」など監視しているような内容の他人には聞こえない声が聞こえる。幻聴に聴き入ってニヤニヤ笑ったり（空笑）、幻聴との対話でブツブツ言ったりする（独語）ため周囲に奇妙だと思われ、その苦しさを理解してもらいにくい。休息期に見られる陰性症状では、③生活の障害：感情の鈍麻・平板化による怒哀楽の表現が乏しさ、周りのことに興味や関心を示さなくなるなどの意欲や気力の低下、会話量の減少、他の人との関わりを避け、自室に引きこもるなどがあげられる。これらの症状が、家事や育児などの日常生活能力を低下させ、結果として就労や対人ネットワーク、家族との不和、拒絶を招きやすい。また、自身が病気であるという意識、すなわち「病識」がない場合も多く、抗精神薬の効果が期待できながら服用を拒否するケースが少なくない。このことが、再発および長期化を繰り返す要因にもなっている。

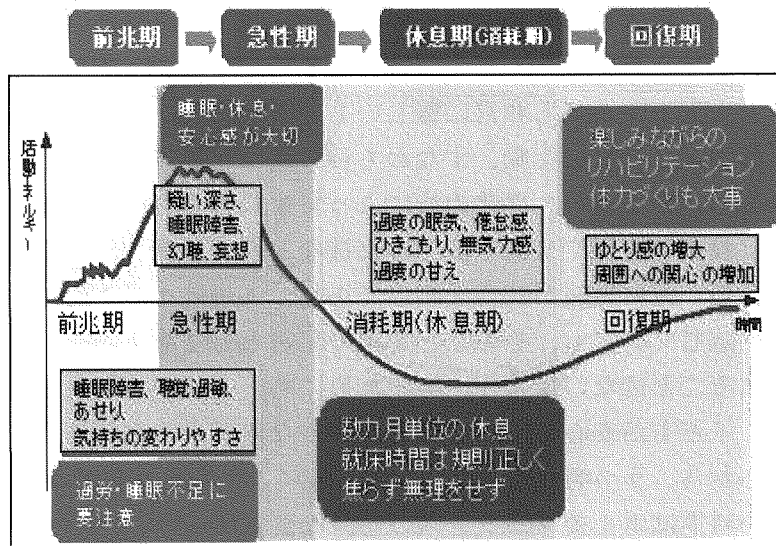


丹野ら 2009『医療心理学を学ぶ人のために』

図 1：統合失調症の中核症状と社会的困難さ

## 統合失調症の経過と症状

統合失調症は病気の経過により、大きく4期に分けられます。



(財)全国精神障害者家族会 統合失調症の心理教育テキスト当事者版、p5~6、あせらずのんびりゆーくら、2004(一部改変)

図 2：統合失調症の経過と症状

### (1-3) 双極性障害：事例 3：高校 2 年生女子 C 子

「母が「躁うつ病<sup>7</sup>」と診断されて 10 年経ちます。入院も数回繰り返しています。うつ

<sup>7</sup> うつ病 (単極性障害)：10～15 人に 1 人は生涯の内にうつ病を経験すると言われている。①自分で感じる症状：憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、不安、イライラする、元気がない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、悪いことをしたように感じて自分を責める、物事

になると、早起きしてお弁当を作るとか、家事はできないので全て父がやっています。母は寝てばかりで話をするのもやっという感じですし、学校行事や家族にも無関心です。そんな時、私が病気の原因のように感じられて学校を休み家事や看病をしてきました。

その上、躁状態になると時間ももったいないと食事や睡眠も取りません。ものすごいご馳走を作ったり、デパートで1日に100万円以上の買い物をしたり、男の人と泊まって帰ってきたり、担任の先生に支離滅裂なクレームを入れたりと違う人になったかのようです。ていうか、躁状態の方が迷惑なことが多いかもしれません。そんなふうにも母の症状に振り回されるので、調子が悪いか、急に感情的になった時に、どう接すればいいのかわかりません。父も母が病気だと十分に理解していますが、時々、母に離婚だ！と言って喧嘩になることもあります。もちろん、周りの人に母がそんな病気であると説明したこともありません。わかってもらえないし、やっぱり普通じゃないと思われるから。」

## (2) シック・マザーと愛着

2002年に川崎市が行った調査では、精神障害者福祉手帳を有する人の25%に、2004年に全国の患者会・当事者会に行った調査では対象者の内17.5%に子どもの存在が確認された。社会で“精神障害者の子ども”と認識されることはあまりないが、実際には、そうした子どもは想像以上に多いと予想され、その存在が認識されていないということは、子どもへの支援もほとんど実施されていないこと（土田ら2011）が示されている。

事例1、2に見られる統合失調症は、100人に1人の罹患率とされ、誰でも耳にしたことのある病名でありながら、具体的な症状は十分に認知されていないことだろう。幻聴や妄想などの症状に起因する理解不明な親の言動は、子どもを混乱させ、社会的スキルや他者との関わり、就学レディネスにまで影響を及ぼしかねない。そもそも、統合失調症患者への関わりは、大人であっても非常に難しいものである。あわせて、幼い子どもの場合、母親の症状に起因する奇異な行動、すなわち目の前に起きていることをどう理解すべきなのか判断できないことも多い。症状の波によって生じる養育者の態度に翻弄される子どもは、時として、投薬の管理や日常生活での支援など親の保護者としての振る舞いを強いられることすらある。仮に母親が統合失調症であり、入退院を繰り返し、その状況が他の家と違うようだと感じていても、そのことを家の秘密として抱え込み、あえて学校など外の場で積極的に語ることはないだろう。そのためにも、それが病気に由来するものであると説明できる者、子どもが安心して生活できるような場が求められることになる。

事例3に見られる、うつ病の有病率は女性で高く、生涯有病率は27%である。最もうつに罹患しやすい時期はホルモンバランスの急激な変化が見られる出産後で、40~70%の女

---

を悪い方へ考える、死にたくなる、眠れない、②周囲から見てわかる症状：表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着かない、飲酒量が増える、③身体症状：食欲がない、だるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、肩こり、動悸、胃の不快感、便秘、めまい、口が渇くなどの症状があげられる。くわえて、特徴とされる睡眠障害や日内変動（朝は調子が悪く、夕方に向けて回復する）が、日常生活に支障をきたす。

また、双極性障害（＝躁うつ病）とは、うつ状態に加え、激しい躁状態が起こる双極性障害を「双極Ⅰ型障害」、うつ状態に加え、軽躁状態が起こる双極性障害を「双極Ⅱ型障害」という。放置すると、何度も躁状態とうつ状態を繰り返し、その間に人間関係、社会的信用、仕事や家庭等、人生の基盤が大きく損なわれてしまう。双極性障害は、うつ状態では死にたくなるなど症状によって生命の危機をもたらす一方、躁状態ではその行動の結果によって社会的生命を脅かす重大な疾患である。



性が出産後抑うつを経験し、内 30%は症状が重く持続する。また、繰り返しやすい反復性の疾患であるため慢性的な経緯をたどることが多い。母親がうつ状態で出産や子育てをした場合、無気力で疲れやすい母親は、自分のケアに気を取られがちで子どもに対して愛情を抱きにくくなる。また、母親を必要とする子どものニーズを感じ取る余裕がなく、気分の変動から一貫した態度で接することが難しい。子どもは世話をされることが少なくなり、母親から関心や愛情表現を受け取ることができない。

生まれて最初に出会う大人である母親はロールモデルでもあるが、母親との関わりの少ない子どもは、先に示した言語発達にも代表されるように、適切な行動パターンなどの学習が困難になる。一方で、この学習は、うつ状態にある母親が抱きやすい悲観的な否定的な物事の受け止め方を無意識に取り入れてしまうことにも通じる。後に、親が元気を取り戻して、子どもに関わろうとしてもスムーズな関係をむすべし、お互いにうまく愛情のコミュニケーションをとることができなくなってしまう。これは、愛着のベースが生後 2 歳くらいまでに形成されるため、母親の不安定な状態が後の子どもとの関係に影響を及ぼすためである。また、うつだけでなく、身体的問題や夫婦間トラブル、家族の死などで母親の気が滅入っていたという場合も愛着問題を引き起こす原因になる。母親がうつ病、双極性障害、精神病で子どもが ADHD と診断されるリスクは 2.6 倍、5.1 倍、4.1 倍と増加する。岡田はこのような母親を「シック・マザー」、その影響を受けた子どもを「外傷性発達障害」（2011）と表現した。

愛着形成は、2 歳までが重要だと考えられているが、親がメンタルヘルスに問題を抱えている場合、親自身の問題に目が向けられ、子どものケアは後回しにされる。また、シック・マザーは、ネガティブな認知と感情的な過剰反応、子どもを自分の問題に巻き込む、潔癖さとあら探しの傾向、子ども自身への関心の乏しさ、ひきこもり傾向や社会的スキルの乏しさ、気まぐれで一貫性を欠いた対応、管理の欠如または過剰、ひきこもり傾向や社会的スキルの乏しさ、母性的なぬくもりや柔軟性の欠如などの特徴を有する。シック・マザーの子どもに共通する特徴として、低い自尊感情やネガティブな認知の傾向がある。幼児期に母親がうつであった場合、子どもは親に対して否定的なイメージを持つだけでなく自分自身に対しても否定的なイメージを持ちやすい。

### (3) 第 4 の発達障害と愛着

杉山（2007）は、特に虐待やネグレクトの視点から愛着について論じている。子ども虐待の影響は、幼児期には反応性愛着障害として現れ、次いで小学生になると多動性の行動障害が目立つようになり、徐々に思春期に向けて解離や外傷後ストレス障害が明確化し、その一部は非行に推移していく。これらの症状は、従来からの発達障害の症状と酷似している。子どもは選ばれた存在（多くは親）と特別な絆を育む。その絆、すなわち愛着がしっかりしていると、親と過ごすことでエネルギーを充填し、外の世界へ安心して飛び立つことができる。愛着の対象である母親が心にイメージされることで緊張がやわらぎ、見守られている安心感に支えられ、外の世界を探索できる。ところが、生後 5 歳未満までに愛着が育まれないと、心身にさまざまな影響が生じる。これらの障害は、虐待やネグレクトなど病的な養育と関連した愛着行動の障害と持続的な社交、情緒の問題であるとされる。

反応性愛着障害は発達の遅れ、特に認知および言語の遅れや常同症等も併発するため、

症状からだけで自閉症スペクトラムや知的能力障害と区別することが難しい。反応性愛着障害・脱抑制型は ADHD との鑑別を要し、多動は示さないものの、不注意と衝動があり、思春期以降は表面的な情動表出や馴れ馴れしさ、見境のない行動などで仲間とのいざこざや争いも多く、不注意優勢型の ADHD との区別が困難であるとされる。感情表現に関しても、ADHD は素直だが、愛着障害では解離<sup>8</sup>や抑圧が見られる。

	愛着障害	ADHD
特徴	不注意優勢型が多い(解離のため)	混合型が多い
多動の生じ方	ムラがある	比較的一日中多動
対人関係	逆説的で複雑	単純で素直
非行への移行	非常に多い	比較的少ない
解離	「切れる」など非常に多い	見られない
薬物療法	メチルフェニデート(中枢刺激薬)の効果なし	メチルフェニデート(中枢刺激薬)の効果あり

図 3：愛着障害と ADHD の特徴の違い (杉山 2007)

愛着障害と ADHD では、対人関係に違いが見られ、愛着障害は複雑で人を信頼できずいコントロールしようとする事さえある。さらには、ADHD が虐待の高リスク要因になることから、ADHD の素因に愛着障害を併せ持つ者も存在する。例として、生後数週間で生みの親から離され養子となったスティーブ・ジョブズは、幼い頃から多動で衝動的な傾向を示し、殺虫剤の「味見」やコンセントにヘアピンを差し込むなど、何度も病院に担ぎ込まれ、実際に本人が ADHD の診断を受けたと語っている。しかし、その背景には、明らかに愛着障害があり、彼の多動や衝動性は本来の発達障害によるものというより愛着障害によるもの (ヘネシー 2014) とする見方がある。このように、愛着障害と ADHD は区別が非常に難しい。

つまり、子どもの「発達障害」とみなされている状態は、①子ども自身の脳障害 (=自閉症スペクトラム)、②母親のメンタルヘルス、虐待やネグレクト、家庭環境 (機能不全家族など)、によるいずれかであると考えることができる。このことから幼児児童生徒と関わる際に、その問題行動は、自閉症スペクトラム症 (=発達障害) に由来するものなのか、母親との愛着、関わりに問題が原因なのではないか、という正確なアセスメント・生育歴把握が求められよう。

<sup>8</sup> 解離：病的解離ではない日常的解離は四つの側面から説明できる。耐え難い状況に直面してその状況から逃れるために①その出来事を忘れる：忘れっぽく、健忘状態になる、②空想に耽って現実を直視しない：実生活でやらなければならないことが滞るほどに空想に耽る。イマジナリーコンパニオン(想像上の友人)を持つ場合もある、③何かに没頭したり熱狂したりして逃避する：空想が内的な活動にのみこむのに対して、没頭、熱狂は外的な活動にのみこむ、④気持ちを切り替える：嫌な出来事での気持ちを切り離す失感情症的な状態。記憶はあるが感情が抜け落ちている。その結果、これらが重ね合わさると、「忘れっぽくて空想に耽りやすく、何かに熱狂しやすい」性格になる。(廣澤 2010)

#### 4 学校と子ども～愛着障害

問題を有する子どもが自閉症スペクトラムと診断された場合、苦手なこと、得意なことなど、いわゆるその子どもの特性に目を向けながらさまざまな場面での多様な指導の可能性がある。一方で、親の立場に転じてみると、子どもの障害を障害として認めたくない親、さらには、親の養育が原因で子どもに問題が生じているのではないことに安心する親など、子どもの問題に対する受け止め方も様々である。「母原病」という言葉の広まりにより、自閉症スペクトラムの的確な療育<sup>9</sup>の機会を逸した、逆に、自閉症スペクトラムの認識の広まりから、子どもの問題行動が家庭の問題を反映するものでありながら医療機関に関わっていたなど、的確なケアに結びついていないと思われるケースは臨床現場でもよく見受けられる。しかしながら、子どもへの適切なケアや支援をするためにも、まず、周囲の大人がその障害を見極め、障害に対する正確な知識を得なければならない。さらに、状態に応じて、どのような医療機関のみならず公的機関やNPO、ネットの情報等、外部リソースを把握し、どのように活用できるかを知っておくべきだろう。

例として、先の事例1のように母親が統合失調症である場合、やる気が起こらない（意欲低下）、考えがまとまらない（思考・集中力の低下）、イライラするなどは、身体に現れる症状と違って目に見えづらいため「怠けている」、「何を考えているのかわからない」といった周囲からの誤解を受けやすい。また、「誰かに悪口を言われているのではないか」という幻聴や妄想という症状から、人との交流の回避、相手の意図を汲み取る、空気を読むなどの臨機応変な対応を困難にし、対人関係や社会活動にも支障をきたしやすい。図4には、それらの症状にどう対応するか、子どもにできること、教員にできることを具体的に示した。母親の関わりの欠如は、症状や病気に由来するものであり、子どもの言動や存在とは関係ないことを強調する必要がある。

たとえば、心理教育（Psychoeducation）は、子どもだけでなく教師にとっても、保護者の精神疾患等を理解するためにも非常に有益である。心理教育はそれぞれの精神疾患について、病気の説明や服薬の効果と大切さ、各種リハビリテーションプログラムや社会資源などの紹介と積極的な利用の仕方等について正しい知識や情報を提供することを目的とする。その結果、病気に由来する本人の行動特性が理解でき、家族の接し方や態度に変化が生じる。このような観点から、家族に対して疾患教育がなされ、症状に対する適切な対応と接し方を学ぶことができる。これには、中村ユキ「我が家の母はビョーキです（2008）」<sup>10</sup>など精神障害の親を持つ当事者の声なども参考になることだろう。

細尾ちあき、北野陽子（2012）「ボクのせいかも…—お母さんがうつ病になったの—」  
プルスアルハ ゆまに書房は、家族のこころの病気を子どもに伝える絵本として出版され

<sup>9</sup> 療育：障害児の成長や自立支援のための医療、治療、育成、保育、教育。障害をもつ子ども達の社会的自立を促すことを目的とする。乳幼児健診で障害の診断を受けた場合は、自治体の療育施設で作業療法士や医師の指導により療育を開始できる。一般的な療育の内容は、食事、身支度、運動、読み聞かせ等であり、専門家との面談も受けられる場合が多い。また、保護者らは療育施設の専門家から療育方法、障害児への接し方を学べるだけでなく、同じ悩みを持つ障害児の親同士が交流をもつことができる。

<sup>10</sup> 当事者本：障害を持つ者による手記。ハウス加賀谷 松本キック 2013「統合失調症がやってきた」  
小林和彦 2011「ボクには世界がこう見えていた—統合失調症闘病記」文月ふう 2013「ママは躁うつ病  
んでもって娘は統合失調症デス」など漫画などで描かれた理解しやすいものもある。

ている。この本の内容には、「心の病気は家族にある呪文をかけます。「語っていけない」、「質問してはいけない」。そのせいで、家族は秘密を抱え込み、地域から——ときには親族からも孤立します。最も深刻な被害を受けるのは子どもです。子どもは、「どうして?」という言葉を読み込み、周囲に心を閉ざし、たとえば「ママが変になったのは、ボクが悪い子だからかな」とひそかに自分を責めつづけるのです。それは、暴力と同じくらい、子どもの自尊心を打ちのめします。呪文とは、理由を知らされない謎のルールです。呪文を解くには、子どもに心の病気のことをわかりやすく伝える必要があります」と記されている。このような本の活用で子どもの置かれている状況を理解しながら、子どもに母親の症状について説明することも可能である。

## 症状を自分や他の人と結びつけない、責めない

子どもの工夫	教員の工夫	
妄想や幻聴 怖い時にはすぐその場を 離れる(→症状であり、子 どものせいではない)	母・父が休んでいるときは そっとしておく	病気について学ぶ。その 病気の知識を周囲と共有 する
離れにくい時は距離を 取って見守る	自分の好きなこと(読書や ゲーム)をする	今の病気の状態や対応を 把握、共有する。
困ったとき(リソース)カード を作っておく	安心できるアイテム、人を 見つけておく	症状を自分や他の人と結 びつけない、責めない
緊急連絡先を確認する。 電話で最初に言うことを練 習する	病気の疑問を聞ける人 (たとえば、養護教員や SC)を見つけておく	学校での生活のリズム、 食事、日常の会話などや りとりを大切にす。
交番の場所を調べておく	家事や洗濯、学校のこと など困ったことは相談して おく	子どもを支援できる連携・ リソース・制度・サービス の確認しておく

図4：統合失調症の子どもと教員の工夫

あわせて、教員を含む大人の態度も重要である。家庭内では、配偶者や周囲の家族が病気を理解し、受け入れ、感情的な反応をぶつけるのではなく、理性的に接することが子どもへの悪影響を減らすことになる。症状のために母親が子どもを愛せない状況にあろうとも「母親は私のことを愛してくれているが、病気のせいで難しい」と感じさせてあげるのが、子どもに安心できる環境が保障されていることを示すことであり、大人の役割でもある。このことで、子どもは現実を肯定的に理解し安心できるだろう。現実にかけていることをどう理解して良いかわからない子どもたちに、ある種の道しるべを与えるのである。あわせて、病気や症状に対して解説者の役割を果たす人、子どもを理解し受け止める者の存在が重要になる。大事なものは、そこに母と子の関係の秩序を回復し安心を与えることであると言えるだろう。

## 5 おわりに

自閉症スペクトラムの知識が広まるにつれて、親と子どもの関係や家族に由来する子どもの問題や障害が見逃され、自閉症スペクトラムとして受け取られている、および、誤った対応をしている可能性について論じた。また、自閉症スペクトラムであったとしても、その障害に愛着障害が加わる場合も少なくない。子どもに関わるとき、いま、ここにいる子どもを大切に扱うだけでなく、その子どもの背景や生育歴を重視し、そこになんらかの理解のヒントを見つけるべきだろう。先入観や偏見を持つことなく、子どもひとりひとりの特徴を捉えて適切な対応ができるよう、常に子どもをめぐる問題について意識する必要があると言えるだろう。

### 【参考・引用文献】

- American psychiatric Association 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: : DSM-5
- Bettelheim, Bruno 1967 The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self (ベッテルハイム 1973 黒丸正四郎・岡田幸夫・花田雅憲・島田照三訳 自閉症 うつろな砦 I・II みすず書房)
- Gordon Neufeld 2004 Hold on to your kids : why parents need to matter more than peers (小野 善郎・関 久美子訳 2014 思春期の親子関係を取り戻す—子どもの心を引き寄せる「愛着脳」) 福村書店
- ヘネシー澄子 2014 子を愛せない母 母を拒否する子 学習研究社
- 久徳 重盛 1979 母原病—母親が原因でふえる子どもの異常 教育研究社
- 平井正三 2008 精神分析の立場から そだちの科学 N0.11 自閉症とこころのそだち 48-53
- 廣澤愛子 2010 「解離」に関する臨床心理学的考察—「病的解離」から「正常解離」まで— 福井大学教育実践研究 2010, 第 35 号, pp.217-224
- 北海道教育委員会 [www.dokyojoi.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=711816](http://www.dokyojoi.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=711816)
- Kanner, L 1943 Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2 (カナー, L. 十亀史郎・斉藤聡明・岩本憲訳 2001 情緒的交流の障害精神医学選書第2巻 幼児自閉症の研究 黎明書房)
- 子どもステーション 全国の精神障がい親とその子どもを支援している団体の情報 <http://kidsinfost.net/utility/organization-info/whole/> (2015年12月1日現在)
- 牧 正興 2007 愛着障害および発達障害の特別支援教育に関する一考察：反応性愛着障害(抑制型)の事例から 福岡女学院大学大学院紀要臨床心理学 4 59-64
- 舛田亮太 2008 青年期における日常的解離に関する調査研究 心理臨床学研究 26 84-96
- 森 則夫 杉山登志郎 岩田泰秀著 編集 2014 臨床家のための DSM-5 虎の巻

日本評論社

- 長江美代子 土田幸子 2013 精神障がい親と暮らす子どもの日常生活と成長発達への影響 日本赤十字豊田看護大学紀要 8-1 83-96
- 岡田尊司 2011 シック・マザー 心を病んだ母親とその子どもたち 筑摩書房
- 斉藤学 1996 アダルト・チルドレンと家族一心のなかの子どもを癒す 学陽書房
- 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス (厚生労働省)  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- 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
- 丹野義彦 利島保辺 2009 医療心理学を学ぶ人のために 世界思想社
- 土田幸子 長江美代子 服部希恵 鈴木大 甘佐京子 田中敦子 2011 精神に障害を持つ親と暮らす子どもへの支援 - 「精神障害の親との生活」を語る講演会の開催と参加者の反応 - 三重看護学誌 13 155-161
- Winnicott, D.W. 1965 The Family and Individual Development (牛島定信監訳 1984 子どもと家庭—その発達と病理 誠信書房)
- Winnicott, D.W. 1971 Playing and Reality. (橋本雅雄訳 遊ぶことと現実 岩崎学術出版社 1979)