発達障害のプラクシス②

発達障害と反応性愛着障害の鑑別的見立て

鹿児島純心女子大学大学院　吉田ゆり
鹿児島純心女子大学大学院　若本純子

和文要旨

発達障害への注目が高まる中，反応性愛着障害（ADあるいはRAD）との鑑別診断の難しさが指摘されている。本稿では，先行研究1事例をとりあげ，発達障害の可能性を除外する鑑別的見立てと積極的に愛着障害を認める鑑別的見立ての二つのプロセスより，支援における鑑別診断の重要性を明らかにした。

キーワード：発達障害，愛着，反応性愛着障害，愛着障害，鑑別的見立て

はじめに

我が国においては特別支援教育の開始に象徴されるように，発達障害への注目が高まり，近年急速に理解と社会啓発が進んだ。これに伴い，発達障害の行動特性をもつ子どもを単純に「愛情不足」や「親の育て方の問題」として養育態度や環境要因に直結させてとらえる傾向は激減した。その反面，多くの“気になる”子どもを発達障害としてとらえることで，不適切な養育等によって発達障害に非常によく似た症状をもつ子どもの問題との混乱が生じている。特に愛着障害，反応性愛着障害と発達障害の鑑別診断の難しさが存在することが知られている。特別支援教育の推進，虐待の社会問題化等を背景に，子どもへの適切な支援のためには，発達障害と愛着の問題あるいは障害の鑑別が必要であることが指摘できよう。

本稿の構成　本稿では，発達障害の鑑別の困難さには愛着障害に対する理解の不足が一因になっているとの考えから，まず愛着障害の概念整理を行う。

さらにこの考えにのっとり，一見発達障害と思われるものを愛着障害と認めていく見立てはどのような観点で行うのかについて検証を行う。手法として，同じ事例を，２つのプロセスにより見立てを行い検討する。見立て(1)では，事例が発達障害の可能性を除外する鑑別的見立てを行う。これを，発達障害を研究領域とする第一著者が行う。見立て(2)では，積極的に愛着障害を認める鑑別的見立てを行う。これを，精神分析的発達臨床を主たる手法とする第二著者が行う。

Ⅰ．愛着とその問題あるいは障害の注目と混乱

1. 愛着障害の研究動向

愛着研究は，Bowlby(1969/1982)によって，ヒトに普遍的に存在する愛情を求める行動として定義され，人生早期に形成された養育者との温かく持続された関係性が乳幼児期の基本的対人関係として重要であるにとどまらず生涯を通した精神的健康を支えるとされ，わが国でもさまざまな実証研究が進められてきたが（数井・遠藤，2005），子ども虐待・不登校・発達障害・DVなど臨床領域においてその研究成果が活かされ始めている（数井・遠藤，2007）。数井（2007）によれば，愛着障害という言葉そのものが日本では頻繁に使われてきたものの，それらがアメリカ小児・思春期精神科学会（AACAP）の指針とは異なり，拡大され，さまざまな関係性の問題や障害までをも

包括的にとり入れた疾病概念として存在することを指摘し，日本のいわゆる愛着障害と呼ばれる行動パターンが「安全基地行動の歪曲」の程度差によるところが大きいとした。すなわち，疾病としての愛着障害というより関係性や環境の問題に起因して，子どもが愛着を健全に持っていないことを示すものであるとし，disturbance（外的要因で問題となっている状態）の問題行動であるとした。

青木（2008）も同様に，研究や臨床における愛着障害の概念的な混乱を指摘し，乳幼児期の愛着について二つの大きな流れを示している。第一に，発達心理学における愛着研究が示したのは主に「愛着の問題」であり，ストレンジシチュエーシ

表１ DSM-Ⅳ-TR 反応性愛着障害の診断基準

A　５歳未満に始まり，ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係で以下の（１）（２）によって示される。 （１）対人的相互作用のほとんどで，発達的に適切な形で開始したり反応したりできないことが持続しており，それは，過度に抑制された，非常に警戒した，または非常に両価的で矛盾した反応という形で明らかになる（例えば，子どもは世話人に対して接近，回避及び気楽にさせることへの抵抗の混合で反応する，または固く緊張した警戒を示すかもしれない） （２）拡散した愛着で，それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如（例えば，余りよく知らない人に対しての過度のなれなれしさ，または愛着の対象人物選びにおける選択力の欠如）を伴う無分別な社交性という形であきらかになる。
B　基準Aの障害は発達の遅れ（精神遅滞のような）のみではうまく説明されず，広汎性発達障害の診断基準も満たされない。
C　以下の少なくとも１つによって示されるある病的な愛着 （１）安楽，刺激および愛着に対する子どもの基本的な情緒的欲求の持続的無視 （２）子どもの基本的な身体的欲求の無視 （３）第一次世話人が繰り返しかわることによる，安定した愛着形成の阻害（例えば養父母が頻繁に変わること）
D　診断基準Cに挙げた養育が基準Aにあげた行動障害の原因であるとみなされる（例えば，基準Aにあげた障害が基準Cにあげた病的な養育に始まった）。
病型を特定すること 抑制型　基準 A1 が臨床像で優勢な場合 脱抑制型　基準 A2 が臨床像で優勢な場合

表２　ICD-10 小児期の反応性愛着障害の診断基準

A　５歳以前の発症 B　いろいろな対人関係場面で，ひどく矛盾した，両価的な反応を相手に示す（しかし間柄次第で反応は多様である） C　情緒障害は，情緒的な反応の欠如や人を避ける反応，自分自身や他人の悩みに対する攻撃的な反応，および／またはびくびくした過度の警戒などにあらわれる。 D　正常な成人とのやり取りで，社会的相互関係の能力と反応する能力があるのは確かであること。 E　広汎性発達障害の基準を満たさないこと

表３　ICD-10 小児期の脱抑制型愛着障害の診断基準（DCR 研究用診断基準から）

A　広範囲な愛着が，５歳以前の（小児期中期にまで持続していなくてもよい）持続的な特長として見られること。診断には，選択的な社会的愛着を十分に示せないことが必要であり，次の項目に明らかとなる。 (1) 苦しいときに，他人から慰めてもらおうとするところは正常であり (2) 慰めてもらう相手を選ばない（比較的に）というところは異常である B　なじみのない人に対する社会的相互関係がうまく調整できないこと C　次のうち１項目以上があること (1) 幼児期では，誰にでもしがみつく行動 (2) 小児科の初期または中期には，注意を引こうとしたり無差別に親しげにふるまう行動 D　上記の特徴については，状況特異性のないことが明らかでなければならない。診断には，上記の A，B の特徴が，その小児の経験する社会的な接触の全範囲に及んでいる必要がある。

ョンの分類でいえば非安全型の愛着形成を意味するとした。すなわち，非安全型は概念的に精神障害や疾患を示すものではなく，乳幼児の愛着形成に問題を生じさせ，将来の危険因子としてとらえるものである。第二に「愛着の障害」と言われる場合には精神障害・疾患を意味するもので，現段階ですでに精神病理の症状を示す乳幼児については，愛着の障害と位置づけることができるとした。

この「愛着の障害」とする立場によって評価・診断を行い，治療・介入を必要とする臨床的な方向性が，反応性愛着障害（Reactive Attachment Disorders ; RAD　以下RAD）の診断名となったと考えられる。RADが診断基準として初めて明記されたのはアメリカ精神医学会の精神疾患診断・統計マニュアル（DSM）の第３版(DSM－Ⅲ，1980)である。その後，DSM-ⅢR，DSM-Ⅳそして現在のDSM - Ⅳ-TR（表１）に記載され続けている。

一方，WHOの診断基準であるICDにおいてもほぼ同一の概念で記述されているが，ICD - 10においては，反応性愛着障害と脱抑制型愛着障害の二つに明確に分けて考えられている。

２．DSMのRADへの批判

Zeanahらの研究グループは，DSM及びICDにおけるRADの再概念化の研究（Zeanah,1996）やルーマニアの孤児たちを対象とした研究（Zanah, Smyke・Koga Carlson, 2005）などの成果の蓄積から，DSMにおけるRADの見直しと新しい愛着障害（Attachment Disorder:AD,以下AD）の診断を提唱した。表４にそれを示す。

表4　Zeanah によるアタッチメント（愛着）障害（Attachment Disorder）の診断基準

障害			行動の特徴
disorders of non-attachment アタッチメント未成立障害*	non-attachment with emotional withdrawal 感情的にひきこもったアタッチメント未成立障害	A	養育者への愛着の証拠が認められない。 慰めを求める様式が存在しない。 情緒が制限されている。 社交的な喜びや探求がほとんどない。
	non-attachment with indiscriminate sociability 無差別的な社交性をもったアタッチメント未成立障害	B	ほぼ未知の人物に近づくこと，抱かれること，かかわることについての，年齢に相応な注意深さの欠如。 見知らぬ人に慰めを求める。 浅くおそらく不安定な情緒。
secure base distortions 安全基地行動の歪曲*	disordered attachment with inhibition 抑制されたアタッチメント障害	C	特定の愛着対象は持つが，養育者のいるときに（養育者の不在時にはこのような特徴をあまり示さない）見知らぬ人がいると情緒が制限され養育者に不安げにしがみつく。もしくは，恐れによって特徴づけられた抑制と，過剰な服従と喜びの欠如した強度の警戒。
	disordered attachment with self-endangerment 自己を危険にさらすアタッチメント障害	D	特定の愛着対象は持つが，この対象を危険察知のためには用いない。すなわち，無鉄砲で，事故を起こしやすく，関係性の文脈では攻撃的な行動を示す。
	disordered attachment with role reversal 役割の逆転をともなうアタッチメント障害	E	特定の愛着対象は持つが，養育者の幸せ・安寧に強く早熟な関心を示す。自分自身や他者の世話を良くすると思うと，命令的で懲罰的な行動を示すかもしれない。
disrupted attachment disorders 中断された愛着障害		F	一連の行動の前に継続した養育者との分離がある。たとえば他社からの慰めを受け入れない。情緒的ひきこもり。睡眠や接触の障害。発達の退行。

Lieberman&Ze　anah(1995)の原文を，数井(2005)・青木ら(2005)の訳をもとに第一筆者が再訳し，表を作成した。
ただし disor ders　of non-attachment を“アタッチメント未成立障害”，secure bas　e　disto rtions　を“安全基地行動の歪曲”との訳については，数井(2005)の先行研究に従った。表中の第3列A～Fについては，本稿の便宜上，記号を添えた。

彼らの批判の根拠としては，以下の4点が挙げられている。

①RADには，愛着の実証研究が反映されていない。

②よって愛着行動が記載されず，一般的な社会的行動の異常によって診断することになる。

③RADは特定の愛着対象を持たない，最も重度の愛着の問題を持つ乳幼児の行動特性を記述している。そのため愛着の質については問題視されていない。

④DSMの基準Cに障害の原因として“病的な養育”が挙げられているが，病的な養育の存在の判定の困難が想定される。

これらの検討は，DSM－Ｖへの提案（Zeanah &Gleason，2010）へと現在も続いている。
一方，我が国におけるRAD研究では，杉山（2004）が，子ども虐待症例に認められた問題のひとつとして，外来を受診した被虐待児の231例中181例（51%）がRADと診断されたことを報告している。しかしこのように，RADと診断しての研究は，杉山らの研究・臨床グループに散見されるのみである。

Ⅱ. RADの事例検討

このようにRADは，概念そのものが未確定であり，研究の歴史も浅いことから診断の困難が生じている。その困難の一つが発達障害との鑑別の難しさである。ここでは事例検討を行うことで，RADの鑑別的見立ての一助とする。

事例分析の概要

手続き　2010年12月～2011年1月の期間，インターネットCiNii-NII論文ナビゲータ及びJ-GLOBAL科学学術総合リンクセンター・科学技術文献情報データベース）を利用し，「反応性愛着障害」「愛着障害」をキーワードとして，文献検索を行った。その結果得られたリストから，事例研究論文であること，反応性愛着障害の診断もしくは見立てが明記されていることの2点を基準とし，成育歴・学校での状況などの情報が詳細であることから，牧(2005）の論文に掲載された事例を選定した。

選定事例の概要

N君　10歳（小学校4年生）男児

家族構成　父・母・弟(小2)・妹(3歳)・祖父・祖母・曾祖父の8人家族

知能検査結果　WISC-Ⅲ（小3・11月）全検査IQ 68（言語性75・動作性66）

事例は，筆者の直接的観察と各学年担任の報告で構成されている。主たる問題行動としては，教室に入らない，暴力，暴言，態度の一貫性のなさなどであり，行動観察上はADHDに一致するが，衝動性が若干，不注意，多動性が顕著と言えず，対人関係においては反応性愛着障害の抑制型に一致するとされ，学校現場で対応に苦慮したとされている。より詳細な事例情報を表５に示す。

見立て(1)：発達障害の可能性を除外するアセスメントプロセス

ここでは，発達障害のうち，先行研究においてRADとの混同が指摘される高機能広汎性発達障害（以下HFPDD）と注意欠陥多動性障害（以下ADHD）の二つをそれぞれ検討する。

①　HFPDDとの鑑別

事例の見立てに先んじ，その前提条件について示す。

表1～3に示した通り，RADの診断基準においては，HFPDDの診断基準を満たさないことが明記されている。さらにICD-10のRADの診断ガイドラインにおいては，以下の５点が示されている。

①社会的な相互関係と反応性の正常な能力を持つ。

②継続的に責任をもった養育が行われる環境に育てられれば，大幅に改善する。

③言語発達が障害されることはあるが，コミュニケーションの質的な異常は示さない。

表5　牧(2006)による事例の概要

発達期	主な出来事	月	本人の行為・行動の記述	両親の行為・行動等の記述	園・学校の支援の記述
乳児期	右腎臓摘出手術		先天性の腎臓疾患，乳児期に右腎臓摘出手術		
幼児期	保育園入園		入園当時：紙パンツ使用。全体的に幼い印象。		
			排尿トレーニング実施，遺尿頻度多。		排尿トレーニング実施
		6	弱いものを叩く，からかうそぶりをわざとする。		
			初めてのことに対しての抵抗。		
	妹誕生	9	排泄失敗が目立つ。		
			周囲への迷惑行動，突発的な離席，友達を叩くが頻繁		
	手術(人工肛門)	12	手術後再登園時　保育室から逃げ出す	母親は口うるさくしつけ	午前中保育
		3	登園時母親から離れずに大泣きし抱っこ	身の回りすべて母親が行う	
			卒園式練習に全く参加せず		
学童期	小学校入学(1年)	4	文字練習・図工・体育時の離席，教室飛び出しが頻繁		
			着替え・片付け・食器の持ち方など身辺自立が未熟		
			係や当番などの役割意識が低い		
		5	家庭訪問時にオムツ1枚，指しゃぶりをしながら会話に割り込む		
		6	登校班とともに登校できるようになる		
			補助教員がつくことで，離席や飛び出しがなくなり，落ち着きを見せる		補助教員をつける
			ほとんど毎日大便を漏らす	母親自身が手掛けているか，ほとんどの課題に手をかけている	学習の可能性が見え，夏休みの家庭学習を母親に要望
			名前が書けるようになる		
			1～10までの足し算，引き算をマスター		
			読み聞かせは大好き，教室を飛び出して補助教員にねだる	「お父さん」という言葉に極端に反応	
		9	運動会の練習を逃げ回り，保健室を居場所に。	父親に叱られた後の反動大，学校では暴れまわること多	
			以後保健室登校。		
			学習のすべてを拒否，教科学習は全くできない状況。		
	小児精神科受診	12	休み時間や給食時間はクラスの友人とのかかわりがみられる		小児精神科受診
	2年生		筆算や掛け算は得意。個別学習での受け入れは可能		教科によってクラス内で学習
			保健室から教室へ生活の場が移る		
			情緒にむらがあり不安定なときは自ら興味を持っていることしかしない		
			指示をしても動かない，逃げ回る		
			他児に暴力をふるう		再度補助教員を配置
	3年生		教科学習にほとんど参加しない		
			プライドの高さからクラス内で自らの進路，レベルにあった学習に抵抗		
			授業中は他児のノートを写すことに終始		1・2年時の復習を兼ねたドリルなどを用意
			飽きると鉛筆や消しゴムを使って手遊び		
			算数・割り算と掛け算が混乱。一人で学習できなくなる		
			漢字の書き取りに強い抵抗，宿題も漢字は記入しない，形をまねるのみ		宿題の支援
			体育・リレーやボール運動など，体力的には参加できるものも逃げ回り参加しない		ことばの教室(他校)に通う
			集中度が乏しい		
			ことばの教室で頑張りすぎると，登校して荒れる。奇声を上げる，友達の学習を邪魔する		
			徐々に係の仕事や当番の仕事を級友と協力して進める		教室で同じ学習を勧めることは限界，と担任から訴え
			場を考えずに大声を出してしまうが注意すると素直にやめることができる		
			休み時間もクラス内で過ごし，友達とのかかわりも多くグループ遊びに喜んで参加		
			登校　地域の登校班でできるようになるが自分勝手に走り回ったり班長に悪態，トラブルは多い		
			給食　好き嫌いなくよく食べるが落ち着いて噛むことができない。		
			給食　食べすぎで時として嘔吐することがある		
			健康状態良く，月一回の膀胱昨日検査通院以外は欠席なし		
			術後尿袋を腹部につけ，1日に1度交換必要		介助員とともに尿袋の交換。
			水泳や腹部を圧迫する器械運動は禁止		夏場は異臭を放つためつねに声かけが必要
		1	徐々に友達と共同活動が可能。特別に混乱することもない		
			学習面では無理があると判断		
	4年生	4	自分の席に着き，教科書，ノートを開き学習に取り組もうとする姿勢	「お父さんに電話する」というと大人しくなる	介助員なしのスタート
			学習にはほとんどついてこれる状況ではない		授業への母親の同席を要請
			計算はいくらか，計算ドリルは答えを写すのみ		
			字を書くことが苦手		
			漢字の宿題はときどき提出，読み取れる字ではない		
			自らにとって状況が悪くなると図書館の本を勝手に読み始める		
		6	ほとんど教室に入らない。図書館に逃げ込む，廊下でウロウロする		
			運動会の練習になかなか参加しない，突然参加の後参加せず		
			気が向けば掃除を手伝ったり配り物を手伝う		
			給食は介助員の声かけがないと席に着かない		介助員をつける
		7	登校　登校班と登校するが班長のきかず自分勝手な行動をとる		
			弟と二人で登校，下校は母親が車で迎え	下校は母親が迎え	
			友達　関わりたい気持ちは見受けられるが積極的に入れず		
			友達　嫌がらせや暴言を吐く。エスカレートし無差別にたたくける		
			注意すると受け入れずパニック状態		
			健康状態は良い		
			食欲旺盛，自分の好きなメニューは何度もおかわり		

④環境変化に反応を示さないような，持続的で重篤な認知上の欠陥を伴わない。

⑤行動・関心・活動に見られる，持続的な，限局した，反復性で，常同的なパターンは示さない。

このことから，RADは生得的で環境的要因を持たないことが前提の広汎性発達障害と全く異なるものであり，社会的相互作用の質的障害と限局的なこだわり行動によって診断基準が構成されるHFPDDとも異なるものである。にもかかわらず，HFPDDとRADの鑑別診断の困難さが指摘されている。杉山（2004）は，いくつかの特徴を持ちながらも広汎性発達障害と診断できなかった5歳以下の子ども53名のうち39名（74%）に反応性愛着障害が認められたと報告し，さらに反応性愛着障害抑制型と広汎性発達障害の鑑別としては，575名のうち22名が鑑別が問題になったとしている。この点を踏まえて，HFPDDの主な障害特性を中心に見立てに入るものとする。

社会的相互作用の質的障害　N君の叩く行為，からかい・嫌がらせ，暴言などの一方的な攻撃行動は社会的文脈を理解できないことによる。情緒的相互性の欠如とも考えられ，保育園在籍時より小４まで継続している。しかし一方で，小3時には友達の関わりが増加，小４でも関わりたい気持ちがあってもかかわるスキルを持たないためにうまくいかない。PDDは社会的関わりの障害のパターンがほぼ同様のままで成人に達しても持続することが前提となるため，社会的相互作用の質的障害とは言い難い。

行動・興味・活動の限局（こだわり行動）　初めてのこと，学校行事への参加がスムーズでないことについては，イレギュラーの学校スケジュールへの拒否であり，HFPDDの特徴であるこだわり行動とも思える。さらに教室での通常授業への拒否は，就学前から続く教室から逃げ出す行為がパターン行動そのものになった可能性も考えられるであろう。しかし，補助教員がつくことで学習の可能性が見え，補助教員の指示には従えることが記述されている。補助教員の，個別で視覚化されたわかりやすい支援により行動が変化されるのはHFPDDにおいても指摘されるところであるが，本事例の場合には補助教員との情緒的関係を作ることが可能であることがうかがえる。また，特定の習慣・儀式へのこだわりが見られないこと，常同行動の記述がないことなどから，行動・興味・活動の限局があるとは言えないと思われる。

家庭要因・養育上の問題　HFPDDの診断基準には，環境要因，養育上の要因によって行動特性が生じるものではないことが明記されている。よってHFPDDは，その発生機序において家庭要因・養育上の要因は除外されている。N君は，乳幼児期に先天性腎臓疾患による入院のための養育上の困難と，「感情表現の乏しい母親と，本児の行動を体罰によって押さえ込もうとする父親，祖父母からの教育的要求度の高さによる無言の圧力」(p. 63)といった家庭要因が想定され，よってこの時点でHFPDDとはいえないことがわかる。さらに，HFPDDは年齢齢に相応した自己管理能力，対人関係以外の適応行動に障害がないことが基準となっており，N君が示した基本的生活動作の獲得の未熟さや遺尿などからも，HFPDDとの見立てはできないといえる。

②　ADHDとの鑑別

杉山（2009）は，子ども虐待症例に認められた問題のひとつとして，外来を受診した被虐待児の817例中125例（26.9%）にADHDが併存症としてみられるとし，さらにRADの脱抑制型との鑑別が非常に難しいことを指摘，虐待児の学童の8割がADHDの特徴である多動，衝動性，不注意を持つという報告を行っている。さらに，ADHDは，特に学童期においては破壊的行動障害，不安障害，遺尿症，チック障害が一般的な依存症であることも報告されており（鈴木，2005），ADHDは診断そのものの難しさが存在することが指摘できる。

ADHDにおいては，その発生機序において，家庭や環境要因，養育上の要因を想定してはいない。しかしHFPDDのように診断基準上で除外されてはおらず，精神疾患（例：気分障害，不安障

害，解離性障害，または人格障害）などとの鑑別の必要を述べたのみである。よって，行動特性の検討に限ればRADの症状と混同することも起こりえよう。

ADHDの診断基準は，DSMにおいては注意欠陥多動性障害の名称，不注意，多動性・衝動性の2分類であり，ICDでは多動性障害と不注意，過活動，多動性の3分類である。しかし，基準の内容は非常に酷似している。さらに本事例では各項目の検討を行うには情報が限られ，また状況や背景が不明であるため，3つの分類で考察する。

以下N君の見立てを示す。

不注意　N君の，注意できない，注意が持続しない，集中度の乏しさはまさしくADHDの診断基準に合致する。しかし，教科学習への参加拒否や図書館への駆け込みが，精神的努力の持続を要する課題への従事からの逃避なのか，RADの関係の断ち切りといえるのか定かではない。

多動性　多動性については，牧も指摘しているとおり，最もADHDとRADとの鑑別を困難にした点であろう。突発的な離席は頻繁で小3まで継続している。こうした多動さは保育園や学校においては非常に目立ち，教員らの意図に反する行為は，集団行動がとれないとして問題行動になりやすい。しかし，小4時には席に着き学習に取り組もうとする姿も見られることから，教員の関わりや介助員の指導等により変化するともいえる。特別支援教育的対応の効果であろうともいえ，一方で可変性をもつゆえに，ADHDとしての臨床的証拠と言い難い。

衝動性　衝動性については，会話への割り込みや友達の学習の邪魔などが基準に合致するが，多動性と同様，学年や場面に大きく変化がみられる部分である。また，友達への干渉も衝動性と言うよりも，気分の不安定さや関わりたいのにうまくいかないなどの対人関係の未熟さによるものとの印象を受ける。

その他　その他，不注意・多動性・衝動性の3つに該当しないが特徴的な点として，一つには父親への極端な恐れと態度の急変が挙げられる。ADHDは，症状による障害が2つ以上の状況において存在することが前提であり，場面選択的な行動の判断は慎重を期する必要がある。

また，食べ過ぎで時には嘔吐するという行動は，多動性もしくは衝動性によるものと考えるよりも，情緒的な問題を感じさせる（この点の検討は見立て2に譲る）。

見立て(2)：精神分析的な発達臨床の観点から

ここでは牧(2004)の事例N君に対する第二著者による見立てを記す。第二著者は，精神分析的な発達臨床の訓練を受けてきた。本事例のN君に関しては，愛着の不全に起因する社会情緒面の問題および統制の困難を想定した。

現時点での臨床像の特徴は，攻撃的・暴力的な対人関係の様式，衝動性，集中力の欠如，情緒と興味関心の不安定性などがあり，「欲求不満に対する耐性の低さ，怒りの爆発，いばりたがり，頑固さ，過剰で頻回に要求をかなえるように主張すること，気分易変性，意気消沈，不機嫌，友人からの拒絶，低い自己評価等，RADとADHDの類似性は高く，その区別は困難を有する」(p.61)との牧の指摘は納得できる。その一方で，現在の臨床像に家庭環境と生育歴を併せて考慮すると，この事例はやはり愛着の不全に起因する社会情緒的発達に問題を抱えるケースと思われるのである。

事例情報をテーマ別に整理していく中で，見立ての過程を示していきたい。家庭環境の情報に関してまず目に入るのが，父親に対する恐怖反応と母親への過度の依存である。この点は，牧も「感情表現の乏しい母親と，本児の行動を体罰によって押さえ込もうとする父親，祖父母からの教育的要求度の高さによる無言の圧力」(p.63)として示している。この家庭環境の中で育つN君にとって，家庭がもつはずの養護的機能が十分に機能していないことは明白であろう。

中でも気になるのが，母親の情緒性の欠如である。子どもの心理的発達を促す養育態度の必要条件として，敏感性，応答性，共感性が挙げられる。N君の母親がどのような事情から感情表現が乏し

いのか（たとえばそれが性格的なものなのか，表現上のことなのか，うつのような病理性が想定できるのか）については情報がないため言及できないが，この母親のN君へのかかわりが，社会的情緒を育むのに十分であったかは疑わしい。彼女は，N君の身の回りの世話に加え，小学校への送り迎え，苦手な勉強の手伝いなど，やや過保護とも見えるくらい献身的にN君の世話をしている。しかし，実のところ，祖父母の圧力の下，父親のN君への体罰が起こらないよう，萎縮し，ルーティンをこなしているだけの，情緒的な意味では形骸化したかかわりのように思えてならない。その傍証として，小児精神科への継続通院が促されたにもかかわらず中断した点などは，型どおりの“育児”以外には動機づけを維持できない，無力で養護性に乏しい母親像が見てとれる。父親の暴力と恐怖に加え，N君の不適応をめぐって家の中に満ちているであろう緊張感と圧迫感。にもかかわらず，N君の恐怖や不安を取り除き，安全感をもたらすキーパーソンは不在である。これらから，N君の養育環境は，広い意味でのmaltreatmentと考えることができ，愛着の不全が推測される。

一方，N君の生育歴は苦難に満ちている。先天性の疾患をかかえ，乳児期に手術を受けている。幼い身体と心には，文字通り外傷的な経験である。NICU等での入院生活には，一時的な愛情関係の剥奪という側面もあったろう。

そして，N君のテーマのひとつとして，排尿・排便をめぐる不適応がある。N君は年中時には排尿の問題があり，紙パンツをはいての保育園入園であった。トレーニングを受けても遺尿は変わらず，妹の誕生とからんで排泄の失敗が目立つようになる。そして，幼児期に人工肛門の手術を受けるに至り，小学校入学時には大便をもらすトラブルも起こしている。これらのヒストリーから，N君が情緒的に不安定になる時，排泄の問題が顕在化すると考えられる。精神分析的観点ではいわゆる肛門期固着と言われるものである。肛門期固着を示すクライエントは，強迫的なこだわりと窮屈さ，自律感の欠如，暴露による恥の感情，その結果としての罪悪感などの特徴をもつ。N君に関して言うと，手術等の侵入的経験による自律性の破壊がもたらした，自己と情緒の統制regulationの欠如あるいは困難が，冒頭に記した衝動性と見える問題につながっていると思われる。

N君が呈している食の問題も，統制の困難と無縁ではない。食は排泄と同様，人間が人生の最も初期に身につけることが求められる社会的習慣であり，彼の場合，とめどない大食から嘔吐に至るという，まさに統制が欠如した状態像として表現されている。このように，N君のテーマは，身辺自立の問題にとどまらず，情緒や興味のむら，頑張りすぎた後の荒れ，友人関係においてストレスがかかった際の暴言や暴力，文脈を読めない侵入的な他者関係への介入やかかわりの強要など，社会情緒的な問題にまで波及しており，それらは自律性の獲得の失敗に関連する統制の困難として説明できるというのが著者の見立てである。

上述した諸要素は，統制の困難による問題を外在化externalizedされ表出されるのに対し，N君の場合，問題を内在化internalizedさせる抑制型inhibitionの問題性を推測させる部分もある。集中力の欠如と表面的な適応がそれにあたる。学習場面においてそれは顕著であり，ただ形をまねて漢字を書いたり，ドリルの答えを見ながら写したりしているという。WISC-ⅢによるIQが68であったことから，学習場面や課題解決場面での困難は想像に難くないが，その対応の仕方には「いい子」のふりをするvigilance/hyper-complianceの一面もうかがえる。いずれも養育環境に常態的な“secure base distortion(安全基地の歪曲)”（表4参照）が見られる場合の状態像であり，やはりN君は，愛着の不全による社会情緒的問題をもつと考えられる。

愛着概念には，個人と環境との相互作用によって形成されるという前提がある。N君は，学校の保健室(と養護教諭)や介助員教師など養護的なかかわりを提供する者との交流によって，情緒的安定を得たり，他の活動にも参加できているように見受けられる。愛着対象は親に限らないことは愛

着研究者には共有されている。したがって，学校側に多大な努力と配慮，そして時間と労力を求めることにはなるが，学校での支援体制次第で，N君の状態は少なからず改善すると考える。事例中に示された「落ち着いた環境での個別指導(p.63)」は彼に適した対処法である。加えて，常時同じ教員を配置し，養護的かかわりを主としてもらえれば，相応の改善を見込めるであろう。

Ⅲ　考察
—鑑別的見立てと支援—

N君の事例検討において，発達障害であるという見立ては成立しなかった。しかしN君のような特異的な行動，いわゆる問題行動が目を引き保育や学校教育の場において，発達障害として支援されることもあり得よう。N君の事例は，HFPDDあるいはADHDとして考えることは難しいにも関わらず，診断基準にはかなりの項目で合致がみられた。しかし，行動特性は発達障害の障害特性に非常に似ているものの，事例全体を通して受けるN君の幼い印象，基本的生活動作の未確立や他者への暴言・暴力，突発的行動の意味を考えると，記述された家庭環境，特に父親の強い圧力と母親への愛着形成の不全さの問題を考えざるを得ない。つまり，行為や行動そのものは非常に似ているものの，その発生機序の検討，行為や行動の背景や意味を検討する必要があることが指摘される。「表面的行動としては類似性が高く区別が困難である」(ｐ60)こと，その表面的行動の例として「欲求不満に対する耐性の低さ，怒りの爆発，いばりたがり，頑固さ，過剰で頻回に要求をかなえるように主張する，気分易変性，意気消沈，不機嫌，友人からの拒絶，低い自己評価等」(P61)が挙げられているように，N君の養育上の問題による愛着の不全に着目することが本事例の鑑別的見立ての鍵となると考える。ADHDを含む発達障害への支援とは根本的な相違があり，発達障害とされることがADやRADの子どもへの適切な支援とは言い難いであろう。

RADは，継続的に責任をもった養育が行われる環境により症状は大幅に改善する。N君は通級の可能性の検討や介助員の配置により，落ち着きを見せ，友達との共同学習等にも参加の可能性を示している。この点は個別支援を柱とした特別支援教育の支援がこの場合有効であったことが伺える。しかし，N君を発達障害と捉えての支援手法，例えば視覚的構造化やプロンプト等の活用などを中心とした支援には限界があると思われる。愛着不全の改善をねらうのであれば，担任や介助員の配置を考慮し，一貫した関係を築けるような環境作りを中心に支援を行うことが望まれる。同じ個別支援とは言え，発達障害を対象としたわかりやすい環境を構成する特別支援と，RADを対象とした養育環境の安定では目指すものが全く異なるのである。

おわりに

第一著者より　本稿は，発達障害と反応性愛着障害の鑑別の必要性と愛着の不全としての研究の重要性を，先行研究事例を二つの視点から見立てを行うことで検討した。

鑑別とはその事例をどう見立てるかの基礎であり，その見立てによって個別の心理療法や問題行動への対応の指針が選択され，適切な教育的対応が可能となることである。よって，子どもの見立てには，個々の診断基準を理解し，鑑別のポイントをつかんだ上での鑑別的見立てが必要不可欠であるといえる。

第二著者より　本稿におけるN君の事例検討を異なるアプローチから行ったことは大変に意義深かった。広い意味での情緒障害のクライエントに対する精神分析的なアプローチの支援を行ってきた著者にとっては，子どもの臨床において愛着障害を第1選択肢として考えることは，むしろ一般的である。よって，今回，第一著者による，発達障害の診断を基盤にした鑑別的見立ての過程は非常に興味深く，また納得されるものであった。情

緒障害の支援においては，このように合理的かつ明確な手続きによるアセスメントを行っているケースはあまり多くないと感じている。著者自身，情緒障害と見立てたケースが，実は発達障害であったという経験もある。今回の試みは，他の，同様の経験をもつ支援者にとっても，また子どもの支援にかかわる人々全般にとっても，多くの示唆を与えるであろう。

注　本稿では，障害者自立支援法の定義により，DSMⅣ-TRの広汎性発達障害（自閉性障害・アスペルガー障害など），学習障害，注意欠陥多動性障害らを発達障害とした。

付記　本稿は，著者両名の研究関心をもとに企画した。構成や論旨についての議論を重ね，第1筆者がそれをまとめて全体の構成とⅡ部見立て（2）以外の執筆を担当した。第2著者はⅡ部の見立てと総合考察を執筆した。

引用文献

青木豊(2008)：子ども虐待と関連する精神医学的診断　斎藤万比古（総編）子どもの心の診療シリーズ５　子ども虐待と関連する精神障害　中山書店

Bowlby, J.(1969) : Attachment and Loss. NewYork: Basic Books.

池弘子(2006)：心理的虐待の定義に関する検討，聖学院大学論集，19，1，33-46.

数井みゆき・遠藤利彦　編著(2005)：アタッチメント　生涯にわたる絆　ミネルヴァ書房.

数井みゆき・遠藤利彦　編著(2007)：アタッチメントと臨床領域　ミネルヴァ書房.

牧正興（2004）：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?,福岡女学院大学研究紀要　臨床心理学，4，59-64.

杉山登志郎(2004)：子ども虐待とそだち，そだちの科学，2-10.

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

鈴木太(2005)：学童期の注意欠陥多動障害児における併存症，児童青年精神医学とその近接領域，46，1,35-48.

高橋三郎・染矢俊幸・大野裕 訳(2003)：DSM－IV－TR 精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院

融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士　訳（1994）：ICD精神および行動の障害-臨床記述と診断ガイドライン　医学書院

中根允文・岡崎祐士・藤原妙子・中根秀之・針間博彦訳(1994)：ICD-10精神および行動の障害?DCR研究用診断基準　医学書院

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M.(2010): Reactive attachment disorder: A review for DSM-Ⅴ. American psychiatric Association.

Zeanah, C. H. (1996): Beyond Insecurity: A Reconceputualization of Attachment Disorders of Infancy. *Journal of consulting and Clinical Psychology,* 64, 42-52.

Zeanah, C. H, Smyke, A. T, Koga, S. F (2005) : Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development,* 76, 1015-1028.

Abstract

A Study of The diagnosis assessment on Developmental Disorders and Reactive attachment disorders.

Developmental disorders and Attachment disorder were found the difficulty of differential diagnosis. For a case of previous study, We examined from two assessment prosess, this case isn't developmental disorders, and this case is reactive attachment disorders.

KeyWords：Developmental Disordes, Reactive attachment disorders, Attachment disorders diagnosis assessment