

発達障害と愛着障害との関係性に関する研究動向の概観と 両者が併存する事例への支援に関する一考察

Research Trends in the Relationship Between Developmental and Attachment Disorders and Support for Cases Involving Both

松田真正¹・水田有美²・松田光恵³・瀬戸山 悠³・

Naomasa MATSUDA・Yumi MIZUTA・Mitsue MATSUDA・Yu SETOYAMA・

居川寛子¹・向本裕子¹・児玉真寿美¹

Hiroko IKAWA・Hiroko MUKAIMOTO・Masumi KODAMA

Abstract

In recent years, researchers have started to gain a better understanding of developmental disorders; however, there is still little understanding of attachment disorders. Attachment disorders and developmental disorders share many similar characteristics. However, the support required is different. Unless proper support is provided, the situation may deteriorate.

Developmental disorders, which are inborn, and attachment disorders, which are acquired, may coexist. However, few studies have examined support methods for patients with both types of disorders.

In this study, we explored the trends in the research on the relationship between developmental and attachment disorders, and then examined the methods of support for parents with children who have both types.

Japan is a society with a declining birthrate, and, consequently, mothers with childcare difficulties may not be adequately supported. In addition, social factors such as changes in family structure after war are strongly related. Furthermore, it was speculated that developmental disabilities are a risk factor for abuse and tend to cause attachment disorders.

This study indicates that it is necessary to enhance training opportunities for supporters of children with both developmental and attachment disorder. From a preventive point of view, it is necessary to establish a system that supports parents in society.

Keywords: 発達障害、愛着障害、保護者支援

I. はじめに

近年、発達障害者支援法の施行や特別支援教育の実施等により、社会的に発達障害に対する注目が高まり、脚光を浴びる機会が増えている。それに伴い、発達障害の理解を促すような論調を目にすることが多くなった。しかしながら、“発達障害”というキーワードが注目を浴びるあまり、特性の側面のみが注目され、正確な理解となっていないことも事実である。

子どもは、乳幼児期に、安全や安心、保護への欲求を抱き、それらの欲求を満たしてくれる保護者とのやりとりを積み重ねるうちに、保護者への愛着を形成していく。そのことが、心理的発達に大きな影響を及ぼすものである。しかし、子ども自身の皮膚感覚の過敏により身体的接触が難しい場合や、他者への関心の低さから愛着関係の形成が難しいケース、保護者からのネグレクト等の虐待により愛着関係の形成が難しいケースなどがある。子どもの育ちにおいて、愛着の形成が不可欠な一方で、発

¹ 作陽短期大学 Sakuyo Junior College

² 社会福祉法人松園福祉会あすなろSmile Social welfare corporation Shoen fukushikai Asunaro Smile

³ くらしき作陽大学 Kurashiki Sakuyo University

達障害があることにより難しいケースがあることが推察される。また、発達障害と把握されているケースでも背後に保護者との愛着関係がうまく形成されていない事例が散見される。

このように、発達障害と把握されているケースと愛着関係は切り離せない関係にある。山村・杉山(2013)¹⁾は、愛着障害と発達障害との鑑別は最も困難な組み合わせであることを指摘している。

本稿では、自閉症スペクトラム、注意・欠如多動症、限局性学習症を発達障害として取り上げ、歴史と特徴を概観するとともに愛着障害の特徴を概観し、両者の相互的關係性について述べ、それらの関係が子どもの対人コミュニケーション、社会性、親子関係の発達を踏まえた理解の一助となるよう考察を加える。

II. 発達障害の歴史とその特性について

1. 自閉症スペクトラム (以下ASD)

ASDの歴史はアメリカの児童精神科医 Kanner (1943)²⁾の「早期幼児自閉症」の報告に始まり、変遷をたどっている。Kannerは、その臨床像について、「人との意思疎通がほとんどみられず、こだわりが強く、常同行動、オウム返しなどの言語的特徴がみられるが、優れた記憶力をもつ」と記述した。1944年には、オーストリアの小児科医Asperger (1944)³⁾が、共感能力の欠如、一方的な会話、特定の興味への没頭、ぎこちない動作を示す症例を報告し、「子どもの自閉的精神病質」と名づけた。これらの報告によって自閉症の理解がされ始めた一方で、当時は子どもの統合失調症として理解され、両親の性格や養育などに起因する心因性の情緒障害であると考えられていたように、生得的なものではなく、環境因によって作り出される状態であるとの理解が一般的であった。

英国のRutter (1968)⁴⁾は、「自閉症は先天性であり、脳の器質性障害である」という脳障害説を提唱した。また、自閉症児の親であり児童精神科医でもあった英国のWing (1981)⁵⁾が、言葉の発達の遅れは伴わないが、それ以外は自閉症と同じ特徴をもち、学校・社会で困難を抱えている子どもが少なくないことを報告した。これはかつてあまり注目されることのなかったAsperger (1944)³⁾の報告による状態像と一致することから「アスペルガー症候群」と呼ばれることとなった。Wingの報告は、言語発達に遅れが認められないアスペルガー症候群と、Kannerが報告したカナ型自閉症は、同じカテゴリーにあることを示唆した。これにより「自閉症スペクトラム」の概念が拡大した。それまでは知的障害を伴うASD者が多いと推測されていたが、1990年代以降、診断基準・診断技術の進化に伴い、知的障害を伴わないASD者が多く存在することも明らかになっている。

DSM-5 (American Psychiatric Association,2013)⁶⁾において、新たな診断基準が示され、広汎性発達障害がASDに変更された(表1)。下位分類はなくなり、臨床像を各カテゴリーにあてはめるカテゴリー診断から、症状を連続的で明確な境界線をもたないスペクトラムとするASDに統一され、診断の在り方がディメンション診断へと大きく方向転換した。ASDは段階に境目がなく、ASDと診断される者とそうでない者の境界も曖昧である。ASD者の中には、言語コミュニケーションに困難を示す者と、言語能力に問題はなく周囲から性格の要因であると理解されている者とが存在する。こうした状況から、ASD者のニーズは個別性が大きく、多様である。長期にわたる生活の質の向上の観点からも、専門家はASD者のニーズを的確に把握し、ニーズに応じた支援を行う必要があると神尾(2013)⁷⁾は指摘している。そのためには、診断情報を支援の計画に適切に用いることが重要である。ASDの原因については、発達期の脳機能不全に起因するものであり、大隈(2016)⁸⁾は、発達障害について、「発生発達障害」であり、母体で脳ができあがるまでの「発生」のプロセスに主な原因があると説明している。

表1 DSM-5における自閉症スペクトラムの診断基準 (DSM-5 日本語版)⁹⁾

(以下のA, B, C, Dを満たしていること)	
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障害 (以下の3点)	
A	[1] 社会的・情緒的な相互関係の障害
	[2] 他者との交流に用いられる非言語的コミュニケーション (ノンバーバル・コミュニケーションの障害)
	[3] 年齢相応の対人関係の発達や維持の障害
限定された反復する様式の行動、興味、活動 (以下の2点以上の特徴)	
B	[1] 常同的で反復的な運動動作や物体の使用、あるいは話し方
	[2] 同一性へのこだわり、日常動作への融通の効かない執着、言語・非言語上の儀式的な行動パターン
	[3] 集中度・焦点づけが異常に強く限定的であり、固定された興味がある
C	[4] 感覚入力に対する過敏性あるいは鈍感性、あるいは感覚に関する環境に対する普通以上の関心
	症状は発達早期の段階で必ず出現するが、後になって明らかになるものもある
D	症状は社会や職業その他の重要な機能に重大な障害を引き起こしている

2. 注意欠如・多動症 (以下AD/HD)

英国の小児科医であるStill¹⁰⁾ が1902年にLancet誌にAD/HD症状を有する子どもの症例を43例報告した。この報告が、医学的記載の最初の報告であると考えられている。Stillはこの43例の症例について道徳的統制の欠如と抑制意志の欠陥と表現した。その後、英国人のTredgold¹¹⁾ は1908年の「心理的欠陥」の中で反社会的行動について考察し、道徳的抑制の欠如は「脳障害に起因する」とした。この当時、社会ダーウィニズムの観点から発達障害をとらえる機運があった中で、こうした行動特徴を示す症例群を医学的原因による疾患であると位置づけたこれらの報告は意義深い。

1917年から18年に北米大陸で爆発的に流行したエコノモ (嗜眠性) 脳炎による後遺症研究を通じて、脳炎後の行動障害として多動、衝動性、不注意や攻撃性が起こることが報告された。これにより落ち着きがなく、易興奮性で攻撃的な行動は中枢神経系の障害によって引き起こされることが明らかとなり、AD/HDは脳損傷が背景にある病態であると考えられるようになる。その後、1947年にはStrauss¹²⁾ らが出生前後に脳の損傷を受けた小児が多動などの様々な障害を呈すると報告し、「脳損傷児: brain injured child」の概念を提唱した (Strauss症候群)。しかし脳損傷について確固たる証明ができず、一部否定的な意見もあった。そこでKnoblockとPasamanick¹³⁾ が「微細脳損傷: minimal brain dysfunction」という概念を1958年に発表した。1962年には損傷の明確な根拠がないとして「微細脳機能障害: minimal brain dysfunction (以下、MBDと略す)」が用いられるようになった。MBDは一時的に、広い概念としてよく用いられていたが、病態として様々な症状があるにもかかわらず、広範囲の症状を安易にまとめることへの批判が生じた。1970年代には疾患概念として徐々に衰退していった。その代わりに、MBDの内の認知的障害を学習障害、不器用な病態を発達性協調運動障害、対人的なコミュニケーション障害を自閉症スペクトラム、多動性・衝動性などの行動障害をAD/HDなどというように主な障害の症状に着目した概念の整理がなされていき、診断名としてのAD/HDが登場するようになる。MBD概念が提唱され始めた同時期に報告されたLaufer (1957)¹⁴⁾ による「多動症的衝動障害」説、やChess (1960)¹⁵⁾ による「多動症候群 (The hyperactive child)」という主症状に着目した概念がより注目されるようになった。

これらの研究成果はDSM (American Psychiatric Association,1952)¹⁶⁾ へ引き継がれ、精神医学的診断のための概念として初めてDSM-II (American Psychiatric Association,1968)¹⁷⁾ に「児童期障害の多動性反応 (Hyperkinetic reaction of Childhood disorder)」が報告された。その後、ICD-9 (WHO,1975)¹⁸⁾ に「児童期の多動症候群 (hyperkinetic syndrome of childhood)」としてDSM-IIと同様に多動を前面に出した分類がなされ、ようやく概念化された。DSM-III (American Psychiatric Association,1980)¹⁹⁾ では、「注意欠如障害: Attention Deficit Disorder (以下ADD) として①多動を伴うもの (ADD with hyperactivity)、②多動を伴わないもの (ADD without hyperactivity)、③注意欠陥障害残遺型 (ADD residual type: ADD-RT) の3つに分類され、多動の傾向よりも、不注意の傾向が強く表現された。しかし、DSM-III-R (American Psychiatric Association,1987)²⁰⁾ では「注

意欠如多動性障害：Attention Deficit Hyperactivity Disorder」として多動と不注意と衝動性を区別しない14項目の症状が採択された。その後、ICD-10 (WHO,1989)²¹⁾では「多動性障害：hyperkinetic disorders」を規定するものとして「様々な状況を通じて、広範かついつの時点でも持続するような不注意、多動、落ち着きのなさ、衝動性などが異常なレベルで明らかとなっている」状態であり、これが自閉症や感情障害などといったその他の障害に起因するものではないと規定されている。

1994年に発刊されたDSM-IV (American Psychiatric Association,1994)²²⁾では、ADHD (注意欠陥多動性障害)となり「多動・衝動」と「不注意」の2つの概念の両者を中核とした定義に変更されている。その後、DSM-IV-TR (American Psychiatric Association,2000)²³⁾では「不注意および／または多動・衝動性の持続的な様式で、同程度の発達にある者と比べてより頻繁に見られ、より重症なもの」と定義されている。不注意の9項目中6項目以上が該当した場合を「不注意型」、多動性6項目と衝動性の3項目、計9項目中6項目以上が該当した場合を「多動・衝動型」とし、さらに両者を満たす「混合型」の3つの下位分類が設定された。また、7歳以前までに引き起こされるいくつかの症状を確認する必要がある。このようにDSM-IVではDSM-IIIのように不注意が再び疾患概念の中核を担うことになった。その後、2013年にはDSM-5 (American Psychiatric Association,2013)⁶⁾、翌2014年にはDSM-5日本語版⁹⁾が出版された。DSM-5の日本語版では「注意欠如・多動症」とする用語の統一も行われた。「注意欠如・多動症／注意欠如・多動障害」と記載される場合もある。DSM-5での最も重要な変更点は経発達症候群という診断カテゴリーが設けられ、AD/HDが発達障害のカテゴリーに位置づけられたことはすでに述べた。その他に下位分類が撤廃されたことが主な変更点である。不注意症状と多動性-衝動性症状の状態像を把握し、固定的な下位分類を避け、現在の問題点を重要視する傾向がある。また、表2に示すとおり、7歳未満であった症状の発症が12歳未満に変更され、かつ年齢によらず6項目かそれ以上の該当で診断基準を満たしていたものが17歳未満ではDSM-IVと変わらず6項目であるが、17歳以上では「不注意型」、「多動-衝動型」ともに5項目というように該当項目数が削減されている。この変更は、先行研究から加齢による優勢症状の変化が明らかにされたためである。さらに、DSM-IV/IV-TRではASDをAD/HDの上位概念、あるいは対立概念としていたがDSM-5ではASDとの合併を認めている。両者の関係性についてはまだ不明な点も多く、今後も医学的、神経科学的な研究知見をもとにした整理が必要である。

表2 DSMにおけるAD/HDの主な疾病概念の変化

診断基準	年	主な疾病概念
DSM-IV	1994	・注意欠陥/多動性障害 3分類(下位項目) 1)不注意優勢型 2)多動-衝動優勢型 3)混合型
DSM-IV-TR	2000	・優先診断の考え方 ASDを優先的に診断(ASDはADHDの上意概念)
DSM-5	2013	・神経発達症/神経発達障害の中の注意欠如・多動症 3分類などの下位項目を撤廃 ・診断基準の変更 発症年齢 : 7歳未満から12歳未満へ変更 症状項目数 : 17歳以上は6項目から5項目へ軽減 ・優先診断の否定 ASDとの合併を認める

3. Learning Disabilities (学習障害)

学習障害という用語が広く使われるようになったのは1960年代に入ってからである(長畑・上村, 1993)²⁴⁾。本邦においては、1992年に「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」が設置され、「学習障害児に対する指導について(報告)」としてまとめられた(文部科学省, 1999)²⁵⁾。

それによると、学習障害は、「基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すもの」と定義されている。全般的な遅れではなく、発達の偏りがあるという特性により、幼少期に気づかれることが少ない。つまり、学齢期以降の集団学習時に、初めてその困難さに気づかれることが多い。こうした健常とされる児童生徒との見分けのつきにくい、いわば「中間的」な子どもたちへの教育ニーズが潜在的に高まりつつあったことが、LDやADHD、知的に遅れのないASDなどの発達障害のある子どもたちを特別支援教育の対象とすることの背景となった(上野, 2017)²⁶⁾。また、特別支援教育が、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けてその一人ひとりの教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである(文部科学省, 2003)²⁷⁾と定義されたことからLD児に対する支援ニーズが高まっていたことが窺える。こうして、特殊教育から特別支援教育に転換を図ることで、通常学級で学んでいることの多いLD特性のある子ども達への教育が、個別の指導計画に基づき本格的に実施されるようになった。

以上のように、特殊教育から特別支援教育の転換期にあって大きく捉え方が変わってきた学習障害であるが、DSM-5日本語版⁹⁾においては、「学習や学業的技能の使用に困難があり、その困難を対象とした介入が提供されているにもかかわらず、症状が少なくとも6ヶ月持続していること」と示されている。「歴年齢から推定される習得度との間に量的に顕著な乖離を示し、日常や学業及び職業を遂行する際に障害を認める水準であることが限局性学習症の条件」となり、それまでの「学習障害」から神経発達症(障害)群のなかに、知的発達症(障害)やコミュニケーション症(障害)、自閉スペクトラム症(障害)、注意欠如・多動症(障害)らとともに、限局性学習症(障害)として整理された(上野,2017)²⁶⁾。その中で、読字の障害(読字理解、速度、正確性における特定の問題)、書字表出の障害(文法、文構成、文章作成における特定の問題)、算数の障害(計算、数字、記号の模写、それらの理解における特定の問題)の3つに分類された。

上記のように、学習障害の国際的な診断基準は整理され、国内においても教育現場を中心に多くの研修が実施されるようになったが、全ての学習障害のある子ども達に対する適切な理解・支援が実施されているとは言い難い状況である。例えば、当事者の体験(NHKスペシャル取材班,2018)²⁸⁾として、音読ができないことに対して、「怠けているからだ」「ふざけているんだろう」と容赦ない言葉があげられたことや、ディスレクシアと言っても分かってもらえないことから伝え方に工夫が必要であることなどが紹介されている。このことから、教育現場において、さらに個別のニーズに応じた適切な指導及び支援に関する啓発・研修を実施することが喫緊の課題である。

Ⅲ. 特別な支援を要する子どもの割合について

特別な支援を必要とする児童生徒数の割合の推移については、図1(文部科学省,2018)²⁹⁾に示すとおりである。近年続く少子化により、義務教育段階の児童生徒数は減少傾向にある。一方で、特別支援学校児童生徒数は10年前に比べると1.2倍、特別支援学級の児童生徒数は10年前に比べると2.1倍、通級による指導を受けている児童生徒数は10年前に比べると2.4倍となっており、いずれも著しく増加傾向にあるといえる。また、2012年(平成24年)の文部科学省の調査「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」³⁰⁾によると、発達障害(LD・ADHD・高機能自閉症等)の可能性のある児童生徒数は小学校及び中学校の通常の学級に6.5%在籍するといわれており、特別な配慮が必要な児童生徒の数は確実に増えているといえる。

また、このデータから、就学前の幼児期においても同様に、特別な支援を必要とする子どもも増加していることが推測される。しかし、この調査対象の子どもの中には、発達障害のある子どもだけでなく、愛着障害が認められる子どもも混在する可能性があるかもしれない。

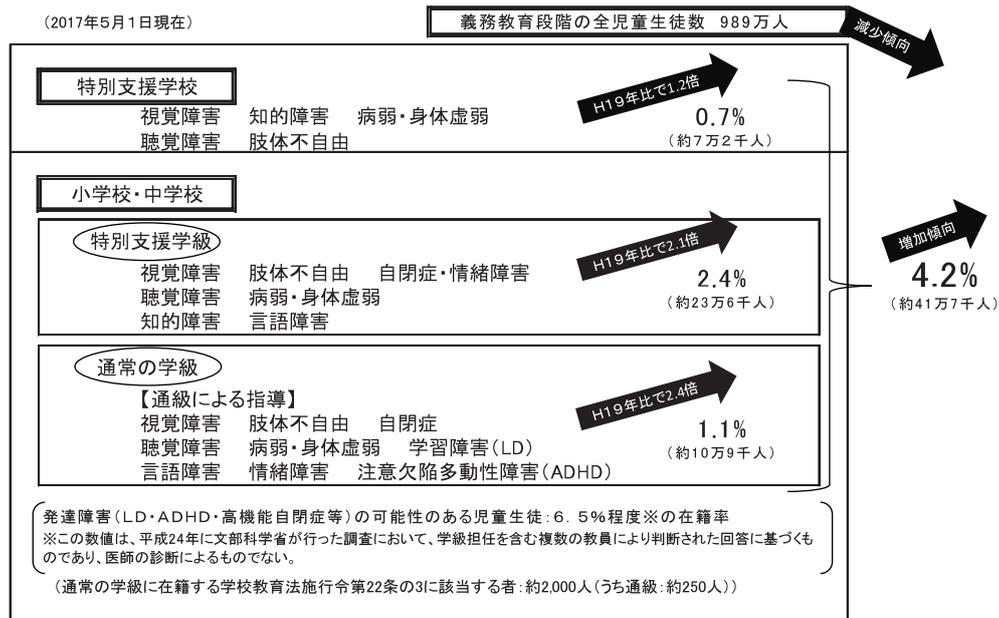


図1 特別支援教育の対象の概念図(義務教育段階)(文部科学省, 2018)²⁹⁾

IV. 障害受容に関する心理的変遷

発達障害があるということをも本人、あるいは保護者に伝えることにはきめ細かな配慮が求められる。本邦においても少しずつ関心が向けられ始め、告知の在り方を考える専門家が増えてきた。その一方で、診察室等において小学校高学年の子どもが隣にいる状況で、保護者に診断名の説明をする医師の存在など、専門家のなかに無関心、無頓着な人たちがいることも問題視されている(吉田, 2011)³¹⁾。

保護者に対するアンケート調査(中田・上林・藤井・佐藤・石川・井上, 1997)³²⁾からは、告知の時期について、早期の告知を望む場合と、時期や保護者の希望を考慮して告知することを望む場合とが混在しており、告知の時期に関して保護者の意見は必ずしも一致していない一方で、現実には診断と告知は確実に早くなっていることが指摘されている。背景には、診断技術の進歩に伴い、早期の診断が可能になっていることと同時に、障害のある子どもを治療や療育へと早期に繋げるようになってきていることが挙げられている。しかし、同時に、診断までの親の悩みや迷いを訴える意見や早い時期の告知による心理的衝撃が、保護者の療育への意欲を削ぐことを示唆する内容も含まれることが示されている(中田ら, 1997)³²⁾。さらに、保護者は自分の子どもが障害を有する可能性を指摘された場合、「障害児を産んでしまったのかもしれない」という罪責感などからその可能性を否認し、専門機関への来談、その中でも特に医療機関への受診をためらうことがあることも指摘されている(辻河, 2005)³³⁾。

障害のある子どもの保護者の障害受容については、図2のようにDrotarら(1975)³⁴⁾が先天的奇形をもつ子どもの誕生後の正常な保護者反応に関する5段階モデルを報告している。図2から、初期の「ショック」から「否認」を経て「悲しみと怒り」を経験することを報告した。これらの期間に保護者が感じる強いストレスは、周囲の支援者の適切な支援により減少し、その後、障害受容に向けて「適応」、「再起」に至ることを示した。

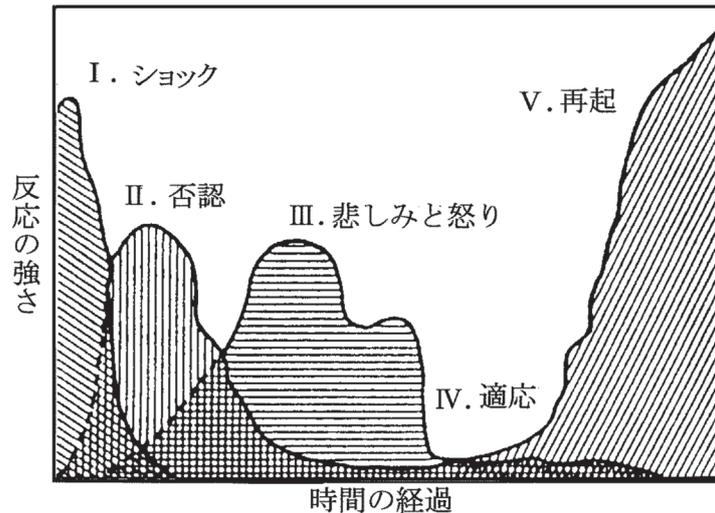


図2 保護者の障害受容の過程 (Drotar,1975)³⁴⁾

また、中田 (1995)³⁵⁾ は、図3のように螺旋形モデル (包括モデル) を示し、障害受容とは段階ではないことや障害を肯定する気持ちこそが障害への適応であると報告した。さらに、保護者の内面にある相反する感情もすべてが受容に至る過程であることを示した。この中田の螺旋形モデルは、促進と退行を繰り返しながら進んでいく子どもの発達に寄り添いながら、保護者の障害受容も行きつ戻りつを繰り返しながら障害受容へと向かうことを示している。

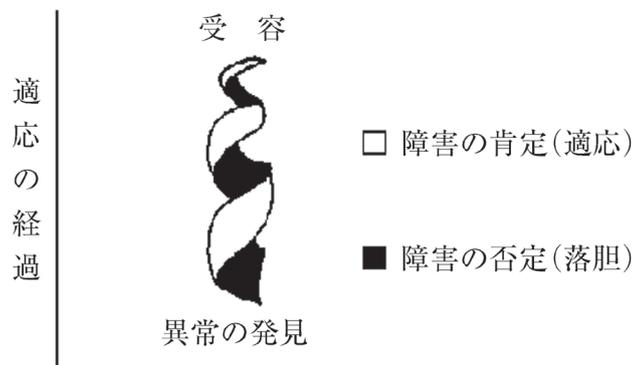


図3 螺旋形モデル (包括モデル) (中田, 1995)³⁵⁾

発達障害のある子どもの保護者は、様々なマイナス行動をしてしまう我が子を目の当たりにして、自らの子育てをめぐる自責の念に苦しんでいることが少なくないことや、他の子どもに危害を加えたり、授業妨害行動のために学校に呼び出されたりすることで、保護者としての自己評価が低下することが指摘されている (知名, 2015)³⁶⁾。子どもの問題行動・不適応行動は、保護者にとっては即自分の問題として捉えるなど過剰な自責感を引き起こすことも報告されている。

子吉・田村 (2013)³⁷⁾ は、保健師の視点から保護者への援助方法を検討し、受容できない段階にある保護者に対しては、発達障害児とその保護者を含めた家族に対して、その家族のニーズを把握し、家族全体が抱えている問題を捉えた上での関わりが重要であることを示している。また、保護者自身も持っている解決能力をエンパワーメントするような関わりが重要であることを示した。その上で、発達障害児とその保護者を含めた家族に対して、家族を巻き込んだ子育て環境の整備や意識への働きかけができるような関わりによって子どもの発達障害を保護者が受容できるような支援を行うことが重要であることも報告した。つまり、家族全体を支援することが重要であり、このような包括的な支

援は、知名（2015）³⁶⁾ が指摘している保護者の自分の子育てを責める気持ちから解放されることに繋がる。

こうした、発達障害をめぐる親子関係の理解において、門（1999）³⁸⁾ が、「虐待を誘発しやすいリスクファクター」として発達障害をとらえていることや、白石（2005）³⁹⁾ が、発達障害が「虐待のハイリスク」の要因となることを強調しており、さらに、先天的な発達障害が保護者の虐待行為を誘発する危険性があることも指摘されている（増沢・大川・南山・大塚・長尾・土岐，2009）⁴⁰⁾。上記の先行研究から、保護者への早期支援が重要であることが推察される。

V. 愛着障害について

1. 愛着障害と発達障害の分類について

愛着障害と発達障害との関連においては、以前より「PDD様」「ADHD様」と表現されるように共通している部分が多くある。

愛着障害を理解するにあたっては、愛着理論の理解が不可欠である。Bowlby（1969⁴¹⁾ /1982⁴²⁾）は、愛着を「特定の対象との情緒的な結びつきを指し、乳幼児が母親との情緒的な相互作用を通して形成される、母親との確固たる絆である」とし、人に普遍的に存在する愛情を求める行動として定義した（数井・遠藤，2005）⁴³⁾。米澤（2015）⁴⁴⁾ は、愛着とは「特定の人に対する情緒的きずな」のことでありと述べている。また、愛着にとって特別に重要なのが、生後半年から1歳半までの1年間で、その時期は、愛着形成の臨界期（critical period）と報告している。この時期に、愛情深く世話をしてくれた存在との間で特別な絆（愛着）が生まれるだけでなく、安定した愛着を獲得することによって、社会性やストレス耐性などが高まり、その後の人生における生存を容易にする。つまり、愛着という現象は、後天的な体験により獲得されながら、半永久的に持続するという特徴をもっている。

この時期に、養育者が不在だったり機能しなかったりすると、愛着形成がうまくいかず、不安定な愛着を抱えることとなる。一旦安定した愛着が形成された場合でも、養育者が交代したり、さまざまな事情で愛情や世話が注げなくなったりすると、愛着が不安定になる。不安定な愛着は、養育者との不安定な関係となってあらわれるが、それが対人関係全般や発達、情緒、行動の面にまで支障をきたす時、愛着障害と呼ばれる。対人関係において困難さをきたし、対人交流の乏しさや過度の緊張、攻撃性の表出などの常同障害を伴う場合や、無差別に愛着行動を示す一方で、協調的な対人交流の困難さが示される場合などが挙げられる。

先に述べたように症状が、発達障害様と表現されていることや、山村ら（2013）¹⁾ が、反応性愛着障害の抑制型と高機能PDDは最も鑑別が困難な組み合わせであることを指摘していることから分かるように、発達障害は併存障害や二次障害などの横断的な複雑さに加え、虐待的な養育などの縦断的な複雑さも絡み合っており、一人ひとりの子どもの人生の縦軸と障害の横軸を丁寧に見極めて評価し支援していかなければならない問題（小野，2010）⁴⁵⁾ であり、多面的な理解が必要なことから愛着関係の丁寧なアセスメントが求められる。

2. 発達障害と愛着障害の合併事例報告について

発達障害と反応性愛着障害（reactive attachment disorder）に代表されるような愛着の問題は、多くの共通点を挙げるができる。

反応性愛着障害の示す特徴は、DSM-5日本語版⁹⁾ によると、「大人の養育者に対する抑制された情動的に引きこもった行動の一貫した様式で、持続的な対人交流と情動の障害」であり、ネグレクトや主たる養育者の頻繁な変更があったか、アタッチメント形成が極端に制限される環境だったかなど、養育の極端な様式を経験しているかどうか診断基準となる。

反応性愛着障害と診断された子どもは、本来は選択的な愛着を形成する能力を持っているが、発達の早期にその機会を制限されるため選択的な愛着行動が顕現しないものとされている（DSM-5日本語版）⁹⁾。これに対して、自閉症スペクトラムのある子どもにおける社会的コミュニケーションの障

害や限定された興味や儀式的な行動は、自閉症スペクトラム特有のメカニズムによるものであり、反応性愛着障害を主因として生じるものではない。しかし、近年、自閉症スペクトラムと反応性愛着障害を併せ持つ発達障害の存在が指摘されている。杉山(2007)⁴⁶⁾は、それを「第四の発達障害」と分類し、自閉症スペクトラム児は虐待のリスクが高く、反応性愛着障害と解離性障害を引き起こしやすいことを指摘している。愛着障害の状態を改善するためには、大人との間で安心・安全な心地よい身体感覚を体験し直すことによって、自分自身と他者に対する安心感を育む必要がある。加えて、養育者との間で心地よい身体感覚の共有体験を通して愛着関係の修復を援助する必要がある。さらに増沢(2009)⁴⁷⁾は、「虐待を受けた子どもを理解するためには、現在の子どもの様子を、把握された成育歴や家族の状況等、関連する情報に照らし合わせて、虐待等不適切な環境に置かれたことの影響を検討しつつ、その子のあり様を理解していくという個別的な作業が求められる」ことを指摘している。

児童養護施設に入所してくる子ども達の多くが虐待を受け、発達障害と言われるような様相を呈し、器質的な要因によってか環境因によるものか判然としないケースが多いと報告されている(安形, 2010)⁴⁸⁾。また、堀場(2010)⁴⁹⁾は、児童養護施設に入所する子どもに関する調査において、「知的障害」と「発達障害」のある子どもは21.8%存在していたことを明らかにしている。このことについて、家庭で適切なケアを受けていない結果として発達の遅れや、落ち着きがないなどの言動により、児童相談所の心理検査で障害とされるなどの、環境的な要因により、そうした状況に至ったケースがあったことを紹介している。

これまでに挙げたように、愛着の問題と発達障害は密接な関係にあり、双方を十分に理解したうえで子どものアセスメントを行うことが適切な支援につながることは容易に想像できる。しかしながら、実態は、器質的な要因か環境因か判然としないことが多いと報告されていることや、不適切な養育環境に置かれた子どものなかに発達障害を有する子どもが多く含まれることなどから切り分けて考えることは困難である。

松田・樋口・居川(2018)ら⁵⁰⁾は、保育所等への巡回相談の経験から、発達障害の特性と愛着障害の特性の両方が認められる幼児の相談に応じることが多いが、支援者らは発達障害を優先的に考慮した支援方法を検討し、母子間の愛着形成支援を重要視しない傾向が散見されたと述べている。

こうした現状においては、堀場(2010)⁴⁹⁾が指摘するように、子どもを親との生活歴、経済状況、近所づきあいや親族・友人関係、地域の環境条件を含めて、その全体像を把握したうえでケアしていくという視点が欠かせない。そのうえで、保護者の苦労や生きにくさを理解しながら、保護者と協力して子どもを育てていくという営み(安形, 2010)⁴⁸⁾の姿勢が支援者に求められているのであろう。

3. 愛着障害の子どもが増加する社会的背景

周知のとおり、日本社会は、戦後の急速な復興から高度経済成長期に入り、他国からは経済大国として認識されるまでに発展してきた。それと同時に、女性の社会進出・高学歴化も進んできた。一方で、婚姻率は、図4に示すとおり戦後から現在まで著しく低下しており、さらに離婚率も緩やかな上昇傾向にある。つまり、日本社会は少子化社会へと進んでいる。この状況の中で、近年、「シングル・マザー」の増加も注目されるようになっている。

総務省の平成27年(2015年)国勢調査⁵²⁾から、我が国の「シングル・マザー」の総数は、表3に示すとおり約106万3千人となっており、100万人を上回っている。これを世帯の区分別にみると、「母子世帯」の母が75万5千人(71.0%)及び「他の世帯員がいる世帯」の母が30万8千人(29.0%)となっており、約7割強が「母子世帯」で暮らしている状況である。なお、「他の世帯員がいる世帯」のほとんどは3世代世帯で、「母子世帯」とその祖父母の両方またはいずれかが同居している世帯である。「シングル・マザー」を配偶関係別にみると、表4から離別が81万9千人(77.1%)となっており、4分の3以上が離婚により「シングル・マザー」になっていることが理解できる。次いで、未婚が17万7千人(16.6%)と6分の1に達しており、死別が6万7千人(6.3%)となっている。

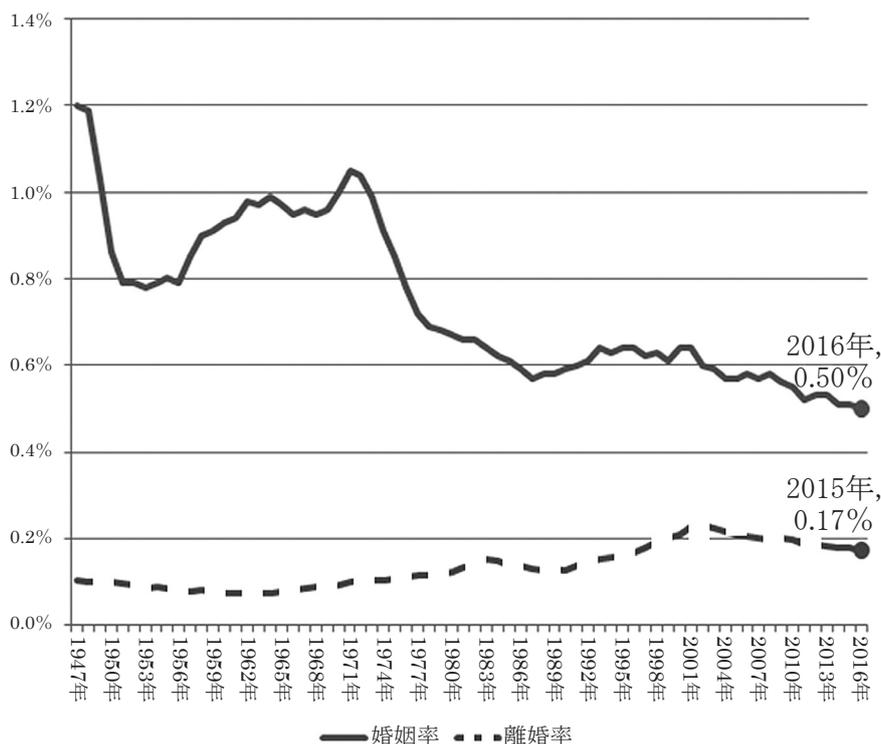


図4 戦後の婚姻率・離婚率 (参考資料：厚生労働省 人口動態統計)⁵¹⁾

以上のように、「シングル・マザー」家庭の7割強が「母子世帯」のみで生活していることから、これらの家庭では生活に困窮することも少なくないと考えられる。さらに、児童虐待や子どもの貧困などの社会問題に繋がる可能性もある。また、「シングル・マザー」は、仕事と家事に追われ、子どもとゆっくり向き合う時間的余裕がないことから、愛着形成が不十分になる可能性もある。そこで、「シングル・マザー」家庭に焦点を当てた充実した子育て支援策や経済支援策を講じていくことが必要不可欠である。

表3 世帯の区分(2区分)別 シングル・マザー数— 全国(2015年)

世帯の区分(2区分)	実数(人)	割合(%)
総数	1,062,702	100
母子世帯	754,724	71
他の世帯員がいる世帯	307,978	29

表4 配偶関係(3区分)別 シングル・マザー数— 全国(2015年)

配偶関係の区分(3区分)	実数(人)	割合(%)
総数	1,062,702	100
未婚	176,681	16.6
死別	67,014	6.3
離別	819,007	77.1

参考資料 (総務省統計局 平成27年国勢調査)⁵²⁾

VI. 考察

ここまで述べてきたように、発達障害と愛着障害とは密接な関係がある。発達障害と愛着障害とはよく似た特徴を示すため、はっきり区別することが難しいというえに支援方法が異なり、支援を間違えるとその問題が余計に悪化し、対応に困難を極めることから様々な領域の現場で注目されている（米澤、2020）⁵³⁾。

発達障害と愛着障害が類似した症状を呈することの背景として、友田（2015）⁵⁴⁾ は虐待経験がこころや脳へ及ぼす影響の観点から説明している。それによると、児童虐待によって受けた計り知れない大きさのトラウマは子どもたちに重篤な影響を与え、その発達を障害するように働くことがあり、それによって従来の「発達障害」の基準に類似した症状を呈する場合があるとされている。

加えて友田（2016）⁵⁵⁾ は、愛着障害を発症した青少年らは自己肯定感が極端に低く、褒め言葉がなかなか心に響かない特徴があり、感情制御機能に困難な問題を抱えているため、しばしば深刻な社会不適応に陥る場合があることも指摘している。つまり、愛着障害は、発達の過程において社会的不適応につながる可能性が高いことが示唆された。

発達障害と愛着障害とは類似の症状を示すが、支援のあり方が異なる一方で、発達障害は虐待のリスクファクターとなりうるということが指摘されている。その背景にある子どもの障害の受容という視点において、西田（2017）⁵⁶⁾ は、S.Olshansky（1970）⁵⁷⁾ の精神薄弱（知的障害）のある子どもの保護者の障害受容の慢性的悲哀モデルについて、「障害受容とは悲しみからの解放であるが、親が子育て上の悲しみから解放されることはない」と報告した。つまり、発達障害のある子どもと保護者の愛着関係の形成のためには、早期から医療・福祉・教育・行政等が連携をして、保護者支援を実施していくことが望ましい。そのことが、愛着障害に対する予防的な支援に繋がると考える。

愛着の機能として安全基地の形成が挙げられるが、これは、子どもは保護者のことを安全基地、すなわち困った時や不安・恐怖を感じた時に守ってもらえる拠り所として認識するようになることである。この機能が獲得されていないと、他者に相談したり、協力し合ったりするという子どもの社会的コミュニケーションの発達に支障を来すことが考えられる。こうした発達上、重要な要因である安全基地形成の困難さの背景として、保護者自身も誰かに相談したり、助けられたりする経験が不足していることが推測される。これらの経験不足は、保護者の未熟な社会的コミュニケーションスキルに繋がる可能性が考えられる。

以上のような保護者の未熟な社会的コミュニケーションスキルは、保護者が子どものことを適切に理解することの困難さを招くことに繋がる。例えば、筆者らの療育機関への巡回相談の経験から、保護者からは子どもの発達障害的な特性が強く語られたとしても、専門家から見ると、発達障害の特性よりも保護者と子ども間の愛着形成の方に問題を感じることもある。つまり、発達障害の特性に応じた支援よりも保護者へのカウンセリングや家族調整支援の方が重要である事例も散見された。そのような事例の場合、子どもの行動上の問題は、家庭内で強く顕在化することが推察される。発達障害は他者との関係性の障害ではないので、対人場面などによる違いは見られない。このことから、愛着障害が強く疑われるということになるが、その背景には、家庭内において子どもの社会性を育むことができる環境が整っていない可能性が考えられよう。また、保護者から発達障害が適切に理解されていないために、保護者と子どもの関係性を含む環境要因に原因を帰属せず、発達障害であると決めつけてしまう危険性も考えられる。

このように、療育機関等の現場では、先天的な認知・行動の障害である発達障害と、後天的な関係性の障害である愛着障害とを併せ持つ事例と向き合っている支援者が多い現状がある。そこで、支援者が医療機関の医師・心理士や行政機関の児童福祉司・心理士・保健師等との連携の中で、発達障害のみならず愛着障害の部分にも焦点を当てた支援を展開していくことが必要不可欠である。そのためには、支援者に対する発達障害と愛着障害の特性を併せ持つ事例に関する研修機会を充実させることが重要である。

また、育児の社会的背景としては、上記で言及した通りシングル・マザーの増加や少子化が進んで

いることが示された。友田 (2016)⁵⁵⁾ は、育児困難に悩む母親たちは、なかなか支援を受けることもなく、ますます深みにはまっていることが多いことを指摘している。こうした現状において、予防的観点から子どもの身辺自立の助けになるサービスの利用やレスパイトケア等を利用しやすいことなど、保護者を社会で支える体制を整えていくことが求められているといえよう。これらのことは、発達障害が虐待のリスクファクターとなることを抑制することに繋がる。

今後、発達障害と愛着障害を併せ持つ子どもの事例研究を積み重ね、子ども及び保護者に対する包括的な支援体制が構築されることが望まれる。

引用文献

- 1) 山村淳一・杉山登志郎. 2013. 環境要因, 特に養育環境が発達に及ぼす影響, 厚生労働省平成24年度障害者総合福祉推進事業発達障害児者支援とアセスメントに関するガイドライン, 特定非営利活動法人アスペ・エルデの会, Pp36-39.
- 2) Kanner, L.1943. Autistic Disturbances of Affective Contact (pdf), Nervous Child,2, Pp.217-250.
- 3) Asperger, H.1944. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archivfür Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117, Pp76-136.
- 4) M.Rutter, 1968. Concepts of autism: a review of research. J Child Psychiat. 9 (1968), Pp 1-5.
- 5) Wing, L.1981. Asperger's syndrome: A clinical account, Psychological Medicine 11, Pp115-129.
- 6) American Psychiatric Association.2013.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. American Psychiatric Association Pub.
- 7) 神尾陽子. 2013. 自閉症スペクトラム障害の診断の根拠とは何か, 教育と医学, 第61巻4号, Pp4-14.
- 8) 大隈典子. 2016. 脳から見た自閉症—「障害」と「個性」のあいだ—, 講談社Pp14-26.
- 9) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引, 日本精神医学会. 2014. 医学書院Pp17-34.
- 10) Still, G.F.1902.Some abnormal psychological conditions in children: The Goulstonian lectures. Lancet, 1, Pp1008-1012.
- 11) Tredgold, A. F.1908. Mental Deficiency (amentia), NY, W.Wood (cited by Barkley, 1998).
- 12) Strauss, A.A. & Lehtinen, L.E.1947. Psychopathology and education of the brain-injured child. Vol.II Progress in theory and clinic. New York.
- 13) Knobloch,H.& Pasamanick,B.1959.Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. J.A.M.A.70, Pp1384-1387.
- 14) Laufer, M.W.and E.Denhoff.1957.Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children,Journal of Pediatrics.50, Pp38-49.
- 15) Chess,S.1960.Diagnosis and treatment of the hyperactive child.New York State Journal of Medicine 60, Pp2379-2385.
- 16) American Psychiatric Association.1952.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM . American Psychiatric Association Pub.
- 17) American Psychiatric Association.1968.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II. American Psychiatric Association Pub.
- 18) The ICD-9.1975.Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostics guidelines. World Health Organization Pub.
- 19) American Psychiatric Association.1980.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. American Psychiatric Association Pub.
- 20) American Psychiatric Association.1987.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R. American Psychiatric Association Pub.
- 21) The ICD-10.1989.Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and

- diagnostics guidelines. World Health Organization Pub.
- 22) American Psychiatric Association.1994.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. American Psychiatric Association Pub.
 - 23) American Psychiatric Association.2000.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. American Psychiatric Association Pub.
 - 24) 長畑正道・上村菊朗. 1993. 学習障害の概念および定義の検討, 平成5年度厚生省心身障害研究「親子の心の諸問題に関する研究」Pp204-207.
 - 25) 文部科学省. 1999. 学習障害児に対する指導について(報告).
 - 26) 上野一彦. 2017. 特集限局性学習症(学習障害)総論:教育より, 児童青年精神医学とその近接領域, 58(3), Pp343-350.
 - 27) 文部科学省. 2003. 今後の特別支援教育の在り方(最終報告). 第1章特殊教育から特別支援教育へ.
 - 28) NHKスペシャル取材班, 2018, 発達障害を生きる, 集英社.
 - 29) 文部科学省. 2018. 特別支援教育の対象の概念図, 平成30年版障害者白書(全体版), 第3章, 図表3-1.
 - 30) 文部科学省. 2012. 通常の学級に在籍する発達障害のある可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について.
 - 31) 吉田友子. 2011. 自閉症・アスペルガー症候群「自分のこと」のおしえ方—診断説明・告知マニュアル, 学研教育出版Pp10-11.
 - 32) 中田洋二郎・上林靖子・藤井和子・佐藤敦子・石川順子・井上僖久和. 1997. 障害の告知に親が求めるもの—発達障害児者の母親のアンケート調査から—, 小児の精神と神経37(3) Pp187-196.
 - 33) 辻河昌登. 2005. 障害を有する可能性のある子どもの親に対する「受診前後カウンセリング」, 心理臨床学研究, 22(6), Pp 628-636.
 - 34) Drotar,D, Baskiewicz,A, Irvin,N, Kennell,J, & Klaus,M. 1975 The adaptation of par-ents to the birth of an' infant with a con-genital malformation. A hypothetical model. Pe-diatrics, 56(5), Pp710-717.
 - 35) 中田洋二郎. 1995. 親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀, 早稲田心理学年報, 第27号, Pp83-92.
 - 36) 知名孝. 2015. 発達障害の「診断」による思わぬ副作用とは?—教育の医療化(2), 沖縄タイムスプラスコラム.
 - 37) 子吉知恵美・田村須賀子. 2013. 発達障害児の保護者の発達障害に対する受容状況および発達障害児とその保護者への保健師による援助方法, 家族看護学研究, 第18巻, 第2号, Pp83-94.
 - 38) 門眞一郎. 1999. 発達障害と虐待—情緒障害児短期治療施設でのケア, 世界の児童と母性. 通号47, Pp32-34.
 - 39) 白石雅一. 2005. 発達障害と児童虐待—予防と早期介入に関する実践報告と考察, 宮城学院女子大学発達科学研究, 第5号, Pp31-43.
 - 40) 増沢高・大川浩明・南山今日子・大塚斉・長尾真理子・土岐玲奈. 2009. 平成21年度研究報告書児童虐待に関する文献研究(第6報)子ども虐待と発達障害の関連に焦点をあてた文献の分析, 社会福祉法人横浜博萌会子どもの虹情報研修センター.
 - 41) Bowlby, J.1969.Attachment and Loss, New York:Basic Books.
 - 42) Bowlby, J.1982. Attachment and Loss:Retrospect and Prospect. American Journal of Orthopsychiatry.Vol52. Issue4. Pp664-678.
 - 43) 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.
 - 44) 米澤好史. 2015. 「愛情の器」モデルに基づく愛着修復プログラム, 福村出版Pp11-16.
 - 45) 小野善郎. 2010. 発達障害をどうとらえるか, 木全和美・吉村譲・堀場純矢・安形元伸編著, 児

- 児童養護施設でくらす「発達障害」の子どもたち理解と支援への手掛かり, 福村出版, Pp186-197.
- 46) 杉山登志朗. 2007. 子ども虐待という第四の発達障害, 学研Pp8-82.
- 47) 増沢高. 2009. 虐待を受けた子供の回復と育ちを支える援助, 福村出版, Pp96-118.
- 48) 安形元伸. 2010. 実践で大切にしたいこと～学習・見立て・集団作り～, 木全和美・吉村譲・堀場純矢・安形元伸編著, 児童養護施設でくらす「発達障害」の子どもたち理解と支援への手掛かり, 福村出版, Pp160-185.
- 49) 堀場純矢. 2010. 子供と親の健康・生活問題～児童養護施設6カ所の調査から～, 木全和美・吉村譲・堀場純矢・安形元伸編著, 児童養護施設でくらす「発達障害」の子どもたち理解と支援への手掛かり, 福村出版, Pp247-264.
- 50) 松田真正・樋口好美・居川寛子. 2018. 愛着障害と発達障害の特性のある幼児の支援について, くらしき作陽大学作陽音楽短期大学研究紀要, 第51巻第2号, Pp155-161.
- 51) 厚生労働省. 人口動態統計.
- 52) 総務省統計局. 平成27年国勢調査.
- 53) 米澤好史. 2020. 「愛着障害」と発達障害の違い・見分け方と支援の在り方, 月刊「実践障害児教育」, Pp12-15.
- 54) 友田明美. 2015. 脳科学が解き明かす発達障害・愛着障害の謎, 小学館, 小四教育技術, 1月号, Pp3-6.
- 55) 友田明美. 2016. 子育て困難を支援する「愛着障害の診断法と治療薬」の開発～発達障害や愛着障害の脳科学的研究～, 薬学雑誌, 136(5), pp711-714.
- 56) 西田宏太郎. 2017. 障害ある子どもを育てる親の障害受容に関する研究—発達障害児を育てる親の支援を考える—, 四天王寺大学大学院研究論集, 11集, Pp163-193.
- 57) Simon Olshansky. 1970. 絶えざる悲しみ: 精神薄弱児を持つことへの反応, E. Younghusband 編, 松本武子訳, 家政教育社, 家庭の福祉, Pp133-138.