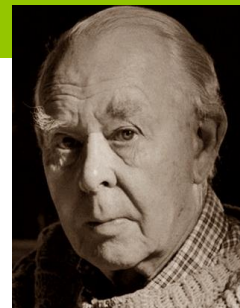


愛着形成の問題を抱える生徒への支援

第16回城南ティーンこころのメンテ研究会

東邦大学医学部精神神経医学講座

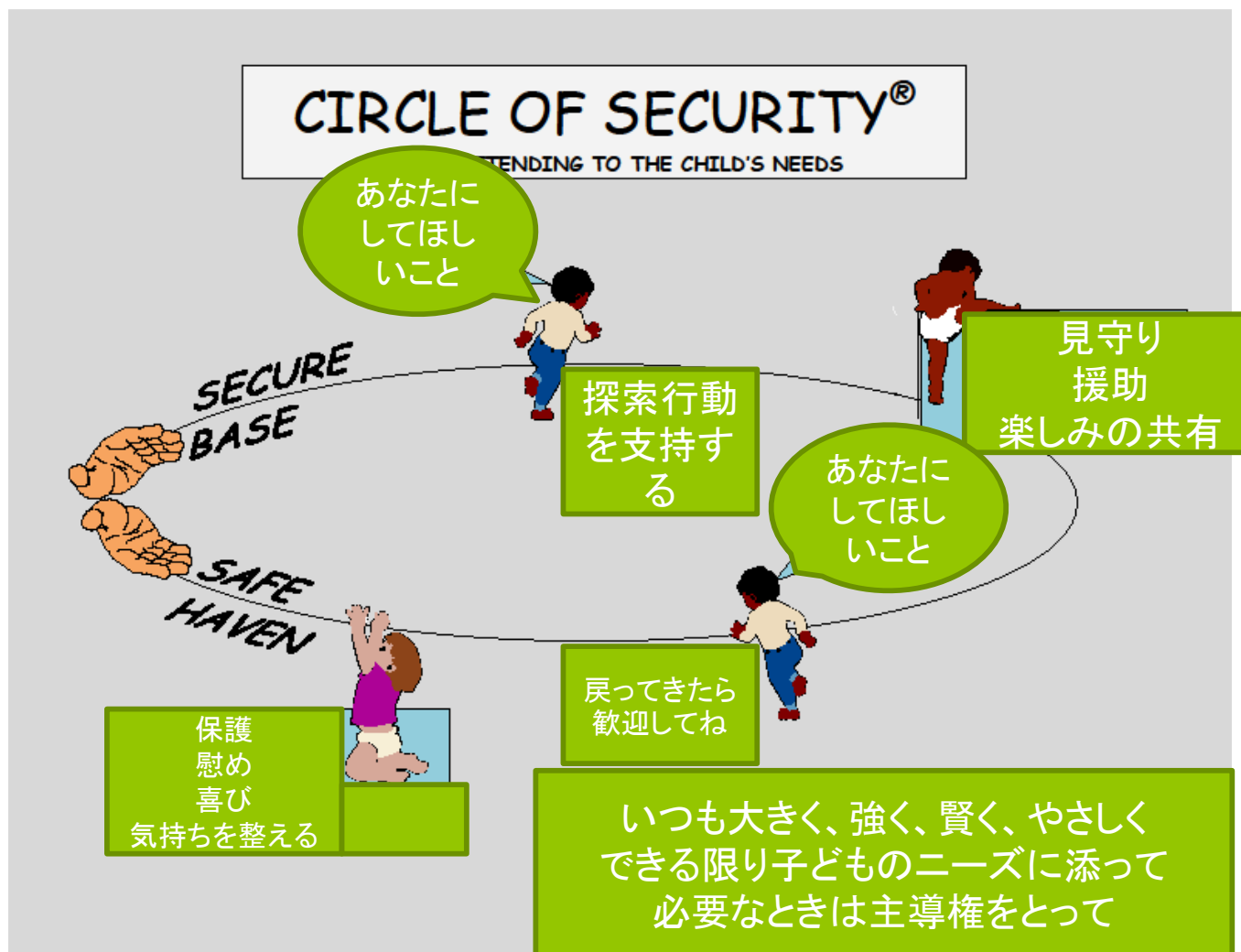
助教 船渡川智之



愛着とは

- 「愛着」: アタッチメント (attachment) : 付着する、くっつく
- ジョン・ボウルビィ (John Bowlby: 1907-1990年)
 - 広い意味: 「子どもと養育者の間で交わされる情緒的交流」
 - 狭い意味: 「子どもが不安を感じたり、危機的だと感じたりする状況で、特定の養育者との間で情緒的な安定を取り戻そうとする行為」
 - 「不安を感じたり、危機的だと感じたりする状況」≡ 「泣いている状況」
 - 「特定の養育者」≡ 親や保育士など、ある程度日常的に養育にかかわっている人
- 子どもが泣いている状態のときに、養育者との間で落ち着くことができる体験

安心の輪 circle of security (Marvin et al., 2002)



愛着障害 (Attachment Disorder: AD) の概観

- 「愛着の障害」(精神障害として)の診断基準に基づいた症例の検討や実証的研究は、1990年代から始まった
- 診断、評価についての実証的研究も、主に劣悪な施設養育による子どもたちの研究が主
- 虐待による狭義の愛着障害についての症例検討は少なく、実証的研究については、Zeanahらがわずかに行っている程度 (Zeanah et al., 2005)
- 疫学、確立された治療法、予後などのデータはほぼない

「愛着の障害」: 研究の歴史

- 「愛着の問題」≡ 乳幼児期の愛着の形成に精神-心理-社会的問題が生じた場合
- 2つの大きな研究の流れ
 - ① 発達心理学の領域において非安全型に分類される乳幼児の研究
 - ② 臨床研究における精神疾患としての「愛着障害」についての研究

①発達心理学の領域において非安全型に分類される乳幼児の研究

- Bowlbyが発見的・独創的な愛着理論を提出 (Bowlby, 1982)
 - 「Maternal deprivation hypothesis」
 - 「Attachment theory」
- スレンジシチュエーション法 (Strange Situation Procedure: SSP) (Ainsworth et al., 1978)
 - Ainsworthらの愛着の分類 (Ainsworth et al., 1978)
 - Mainらの愛着の分類におけるdisorganized/disoriented (無秩序・無方向) 型の発見 (Main and Solomon, 2000)
 - ① 子ども、母親、評価者が小さい部屋に入る
 - ② 評価者がでていき、子どもと母親だけになる
 - ③ 知らない人が入ってきて3人になる
 - ④ 母親がでていき、子どもと知らない人だけになる
 - ⑤ 母親が戻り、知らない人が出ていく
 - ⑥ 母親もでていき、子どもだけになる、
 - ⑦ 知らない人が戻ってくる
 - ⑧ 母親が戻り、知らない人がでていく

子どもと養育者のアタッチメントパターン

タイプ	子どもの行動の特徴	一般人口における割合	みられやすい養育スタイル	みられやすい養育者のアタッチメントパターン
Aタイプ Avoidant 回避型	探索時にほとんど社会的参照を行わない。分離の際しての苦痛も最小限。養育者との再開時に回避や無視。	15%	積極的にアタッチメント行動を拒絶するか、強度の侵襲的なかわり。やさしさの欠如、怒りの抑制。	Dismissing 愛着軽視型
Bタイプ Secure 安定型	探索時に養育者を安全基地として利用。分離時に苦痛を示す。再開時に積極的に養育者を迎え慰めを求めた後、探索を続ける。	60%	子どものサインに対して敏感。子どものニーズに応答的。子どもの苦痛に即座に反応し、否定的な感情の緩衝材となる。	Autonomous 自立型
Cタイプ Resistant/ Ambivalent アンビヴァレント・抵抗型	最小限の探索行動。分離時に落ち着かず、しがみつくと怒りの混合した両価的な態度。	10%	最小限で一貫しない応答性。	Preoccupied とらわれ型
Dタイプ Disorganized/ Disoriented 無秩序・無方向型	探索や再開場面でまとまりのある行動パターンが欠如。養育者のいる前での無秩序で無方向な行動から恐れや混乱が示唆される(例:体を揺する、顔を覆う、凍り付く、接近行動と回避行動が予期せず切り替わる)。	15%	脅かすような態度、予測不能。子どものキューに応答せず、子どものコミュニケーションや目標の無視。矛盾する二重のメッセージを出す(例:腕を差し出しながら後ずさる)	Unresolved 未解決型

※B以外のA、C、Dは非安全型と呼ばれる

(Goodman & Scott.2005より)

①発達心理学の領域において非安全型に分類される乳幼児の研究

- 親の養育感受性が乳幼児の愛着形成の一義的な要因
(Ainsworth et al., 1978; van IJzendoorn, 1995)
 - 月齢12か月における児のdisorganized/disorientedの愛着の型が、小学校・中学校での問題行動や青年期の精神病理および解離症状の危険因子 (Carlson, 1998)
 - 被虐待児の愛着の型: 約90%がdisorganized/disoriented型 (Carlson et al., 1989; Crittenden, 1985・1992; Lyons-Ruth, 1996)

→ 主要な養育者への乳幼児の愛着形成が、後の心理社会的発達に大きな影響を与えることが明らかとなった

②「愛着の障害」の研究

- SSPにより分類された非安全型(B以外)は、概念的にも精神障害・疾病そのものを指し示すものではない(O'Connor, 2002; Sroufe, 1988; Zeanah, 1996)
 - すでに精神病理の中核となっている乳幼児を、「愛着の障害」と位置づけて評価・診断し、治療・介入を行う臨床的な方向性
 - 施設児についての研究(Bowlby, 1944; Goldfarb, 1943・1945; Provence and Lipton, 1962, Skeels, 1966, Spitz, 1945・1946, Tizard and Ress, 1974・1978)
 - 被虐待・ネグレクト乳幼児についての研究(Gaensbauer and Sands, 1979; George and Main, 1979; Herrenkohl and Herrenkohl, 1981; Hoffman-Plotkin, 1984)
- DSM-III(1980)へはじめて「反応性愛着障害(Reactive Attachment Disorder: RAD)」が収載

②「愛着の障害」の研究

- DSMによるRAD診断基準への批判的な検討 (Boris et al., 1998・2004; Sroufe, 1988; Zeanah et al., 1993)
 - 愛着についての実証的研究が取り入れられていない点
 - 症状記載の中に愛着行動がふれられておらず、愛着対象以外の人間に対する一般的な社会的行動の異常のみが診断アイテムを構成している点
 - 特定の愛着対象をもたない最重度の愛着の問題をもつ乳幼児の行動特性を記述していると考えられる点
 - 病因論として「病的な養育」が、評価者間信頼性が低くなる可能性が高い点

②「愛着の障害」の研究

- Zeanahらが、新しい愛着障害 (Attachment Disorder: AD) の診断基準を提案し、改定を重ねた (Lieberman and Zeanah, 1995; Zeanah et al., 1993; Zeanah and Boris, 2000)
 - DSMのRADにあたる最重度の愛着障害 non-attachment に、愛着の問題をもった乳幼児の臨床記載である secure base distortions (安全基地のゆがみ) (Lieberman and Pawl, 1988・1990) を加える形で構成
- DSM-IV (1994) のRAD (ICD-10の反応性愛着障害と脱抑制性愛着障害)
- 下位分類:
 - 抑制型 with emotional withdrawal (感情的に引きこもった)
 - 脱抑制型 with indiscriminate sociability (無差別な社交性をもった)

愛着障害の概念の変遷

<DSM-IV-TR 反応性愛着障害>

- ・人との関係を形成すること(Social Relatedness)が発達からみて不相応に障害されている
- ・精神遅滞で説明できず、広汎性発達障害にも該当しない←ただちに除外する必要はない
- ・5歳前の発症←認知発達が少なくとも9ヵ月に達している
- ・重篤なネグレクトなど不適切な養育が明らかである(基本的な情緒的欲求の持続的無視、身体的な欲求の持続的無視、主要な世話人が繰り返し変わることによる安定したアタッチメント形成の疎外)←病理的な養育と不十分な(質の低い)養育についての具体的な記述

脱抑制型

<ICD-10 脱抑制性愛着障害(DAD)>

- ・拡散したアタッチメント、適切に選択的なアタッチメントを示す能力の著しい欠如を伴う無分別な社交性で明らかになる
- ・ウィリアムズ症候群・胎児性アルコール症候群の鑑別

<DSM-5 脱抑制型対人交流障害(DSED)>

- ・アタッチメント対象に苦痛を慰めてもらう正常な傾向と、対象を選ばないという異常(うまく調節できない)
- ・幼児期では誰にでもしがみつくと傾向、小児期では注目を引こうとしたり無差別に親しげに振る舞う
- ・仲間と親密な関係を作ることが難しい
- ・関連した情動・行動障害
- ・いったん形成されると持続しやすい
- ←里親養育への反応性の違い

抑制型

<ICD-10 反応性愛着障害>

対人相互反応のほとんどで適切に開始・反応できないことが持続する。過度に抑制され非常に警戒した、または非常に両価的で矛盾した反応

<DSM-5 反応性アタッチメント障害(RAD)>

- ・養育者との異常な(矛盾した・両価的な)関係パターン
- ・顔を背けて近づくなど、接近・回避・抵抗の混合した反応
- ・情緒障害(みじめさ)、情緒反応の欠如、ひきこもり
- ・自他の苦しみへの攻撃的な反応、過度の警戒(凍りついた用心深さ)
- ・陰性の情緒反応により仲間との相互交流が妨げられる
- ・アタッチメント対象の提供により軽減

反応性アタッチメント障害/反応性愛着障害 (Reactive Attachment Disorder: RAD) (DSM-5)

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を求めない。
- (2)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障害

- (1)他者に対する最小限の対人交流と情動の反応
- (2)制限された陽性の感情
- (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)安定したアタッチメント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)選択的アタッチメント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にあげた障害が基準Cにあげた適切な養育の欠落に続いて始まった)。

E.自閉スペクトラム症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か月の発達年齢である。

脱抑制性対人交流障害

(Disinhibited Social Engagement Disorder: DSED)
(DSM-5)

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(RAD(1)~(3)と同内容)

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にあげた障害が基準Cにあげた病理の原因となる養育に続いて始まった)

E.その子どもは少なくとも9か月の発達年齢である。

DSM診断基準の変遷のまとめ

- 1980年 DSM-III : Attachment Disorderを収載
- 1987年 DSM-III-R : 2つの病型の症状を記載 (病型については記載なし)
- 1994年 DSM-IV
- 2000年 DSM-IV-TR
 - 病因が養育 (養育者) にあることを明記
 - 2つの病型を設定 (抑制型、脱抑制型)
- 2013年 DSM-5 : DSEDをRADから分離

病理的ケアの発達転帰への影響の検討

- RADの子どもにみられる社会的行動障害の横断的な状態像は神経発達障害をもつ子どもの行動上の問題とも重なり合う
- 施設収容後に重篤な母性的ケアの剥奪を受けた子どもの思春期までの発達転帰を追跡
 - 驚くべき異種性 (Heterogeneity) (Rutter et al., 2009)
 - 否定的な発達転帰 (認知発達の遅れ、不注意・多動、自閉症様行動、無差別な親密さ)
 - 不注意・多動はとくに発達早期に施設収容による剥奪を経験した男児と特異的な関連があり、剥奪への曝露が長くなるほど出現率が高まる
- 剥奪環境への曝露に特異的な発達パターン (Deprivation Specific Psychological Patterns: DSPs):
 - 6歳以前からみられ、生後6カ月を超えて剥奪的環境に曝露されると明らかに増加
- 成人期ADHDと重度の剥奪体験の関連に注目した調査:
 - 一般人口のADHDの有病率は思春期で5.8%、成人期で3.9%であるが、重度の剥奪群では思春期19.0%、成人期29.3% (Kennedy et al., 2016)

不適切養育と子どもの精神保健の問題

- RADの地域一般人口における有病率
 - 英国で行われた貧困地域の小学生 (Minnis et al.,2013) : 1.4%
 - ⇔ 不適切な養育を受けた子ども (Zeanah et al.,2004) : 38~40%
- 学齢期の子どもたち : 受容性言語発達の遅れや語用論的障害、不器用さ、全般的な知能の低下 (Pritchett et al.,2013)
- 発達早期の段階 : 自閉スペクトラム症 (ASD) やADHDとRADが多くの神経心理学的症状を共有 (Gilberg,2010)

→ Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Examination (ESSENCE)

発達の観点からみたPTSD

- 病理的ケアを経験するという重篤なストレスによって生じる
 - DSM-5でストレス関連障害の1つに位置づけ
- 病理的な養育環境で獲得された適応戦略と自己制御機能は、差し迫った脅威や機能不全のない社会環境では非適応的
- その後のライフコースで新たなリスクの高い環境を選択
 - 外傷的ストレスへの再曝露のリスク

発達性トラウマ障害

(Developmental Trauma Disorder: DTD)

- 発達性トラウマ障害 (DTD) という診断概念がDSM-5に向けて提案 (van der Kolk, 2005)
 - 診断項目
 - 基準A: 反復性の対人暴力や、不適切養育への曝露などの外傷的ストレスの存在が含まれる。暴力や性暴力の被害、養育者との反復する別離、信頼できる養育者がいないこと、養育者による心理的虐待や心理的身体的ネグレクトなど
 - 基準B: 情動と生理学的制御の障害に関連する症状項目: 情動制御の問題として怒りの燥発や易刺激性、不快気分から回復しにくく肯定的な感情をもちにくいこと、感情表出の困難と回避があり、生理的調整の障害として摂食や排泄の問題、身体表現性の痛み、接触忌避
 - 基準C: 注意と行動の制御障害に関する項目
 - 基準D: 自己感(概念)と関係性の制御不全という心理的な問題
- RADや「安全基地の歪み」、無秩序型のアタッチメントパターンで見られる行動、RADの診断を受けた子どもと共通
- DSM-5へのDTDの採用の見送り

発達性トラウマ障害(参考資料)

基準A 以下の2つのタイプの発達性トラウマに、人生の同時期に曝露されていること

A1:対人関係の被害者:身体的または性的な暴行や虐待の被害者または目撃者。あるいは、家庭内の/成人の、親密なパートナー暴力の目撃者。

A2:主たる養育者の愛着の崩壊:主な養育者との長期にわたる離別、ネグレクト、言語的・感情的な虐待。

基準B(現在の情動または身体的調節障害4項目。診断には3つの症状が必要)

B1:情動調節障害(B1.a.極端にネガティブな感情の状態;またはB1.b.ネガティブな感情状態からの回復力の低下。以上のいずれか。)

B2:身体調節障害(B2.a.触れることを嫌う;またはB2.b.音に対する嫌悪感;またはB2.c.医学的に説明/解決できない身体的苦痛/不調。以上のいずれか。)

B3:感情や身体的感覚へのアクセス障害(B3.a.感情の欠如;またはB3.b.医学的に説明/解決できない身体麻痺。以上のいずれか。)

B4:感情または身体表現の障害(B4.a.アレキシサイミア(失感情症);またはB4.b.身体の感覚・状態を認識・表現する能力の低下。以上のいずれか。)

基準C(現在の注意力または行動の調節障害、5項目。2つの症状が必要)

C1:脅威に対する注意の偏り(C1.a.脅威について繰り返し何度も考える;またはC1.b.現実の、もしくは潜在的な危険に対する警戒心の強さ、または弱さ。以上のいずれか。)

C2:自己防衛機能の低下(C2.a.極端なリスクテイクや無謀な行動;または、C2.b.意図的に紛争や暴力を誘発する。以上のいずれか。)

C3:不適応な自己鎮静

C4:自殺を意図しない自傷行為

C5:目標達成のための行動を開始または継続する能力の低下

基準D(現在の関係性または自己調整能力、6項目。2つの症状が必要)

D1:取り返しのつかないほどのダメージを受けた自分、欠陥のある自分などといった自己嫌悪。

D2:愛着の不安と混乱(D2.a.親のように過保護になってしまう;またはD2.b.主な養育者から離れた後の再会に対する耐性の低下)

D3:裏切りを基本とした関係性のスキーマ(D3.a.裏切られるのではないかという予感;またはD3.b.反抗挑戦を基本とした強制や搾取の予感。以上のいずれか。)

D4:反応性の、言語によるまたは身体的な攻撃(主に危害/傷害の防止/対応を動機とする積極的な手段による攻撃を含む。)

D5:心理的境界線の障害(D5.a.個人の境界の無差別な拡散;またはD5.b.安心感への渴望。以上のいずれか。)

D6:対人共感能力の低下(D6.a.他人の苦痛に対する共感を欠いている、また不寛容である;またはD6.b.他人の苦悩に過剰に反応する。以上のいずれか。)

発達性トラウマ障害

- 治療実践における意義
 - 多くの診断を重ねて受けることで生じるスティグマを、統一された診断によって避けられる
 - 臨床症状が発達早期のアタッチメント対象との関係性において生じる心的外傷によるものであることが明確にされ、二者関係のアタッチメントに焦点づけた治療のフォーミュレーションが可能となる
- アタッチメントの破綻からの回復を促し、感情や対人関係の自己制御能力を高めることができる肯定的な生活環境の提供が不可決

発達性トラウマ障害への治療的介入におけるアタッチメントの意義

- 不適切養育による子どもの精神保健にもたらす否定的転帰の多くがDTDで説明可能
- PTSD症状の治療と、情動および対人関係の制御機能の回復または獲得が臨床的介入の大きな柱
 - 成人の複雑性PTSD:2相の治療過程、「安定化(Stabilization)」と「トラウマ処理に焦点化した介入」の2段階に分けた治療モデル
- 子どもにおいては、養育者あるいは代理となる養育環境から高い感受性と一貫性を備えたかかわりが提供されること
- 安全感や環境の予測可能性が高まり、脅威へのとらわれによって抑制されていた探索行動が増え、身体感覚への注目、楽しみや身体的な熟達(Mastery)を体験することを目標(van der Kolk,2005)

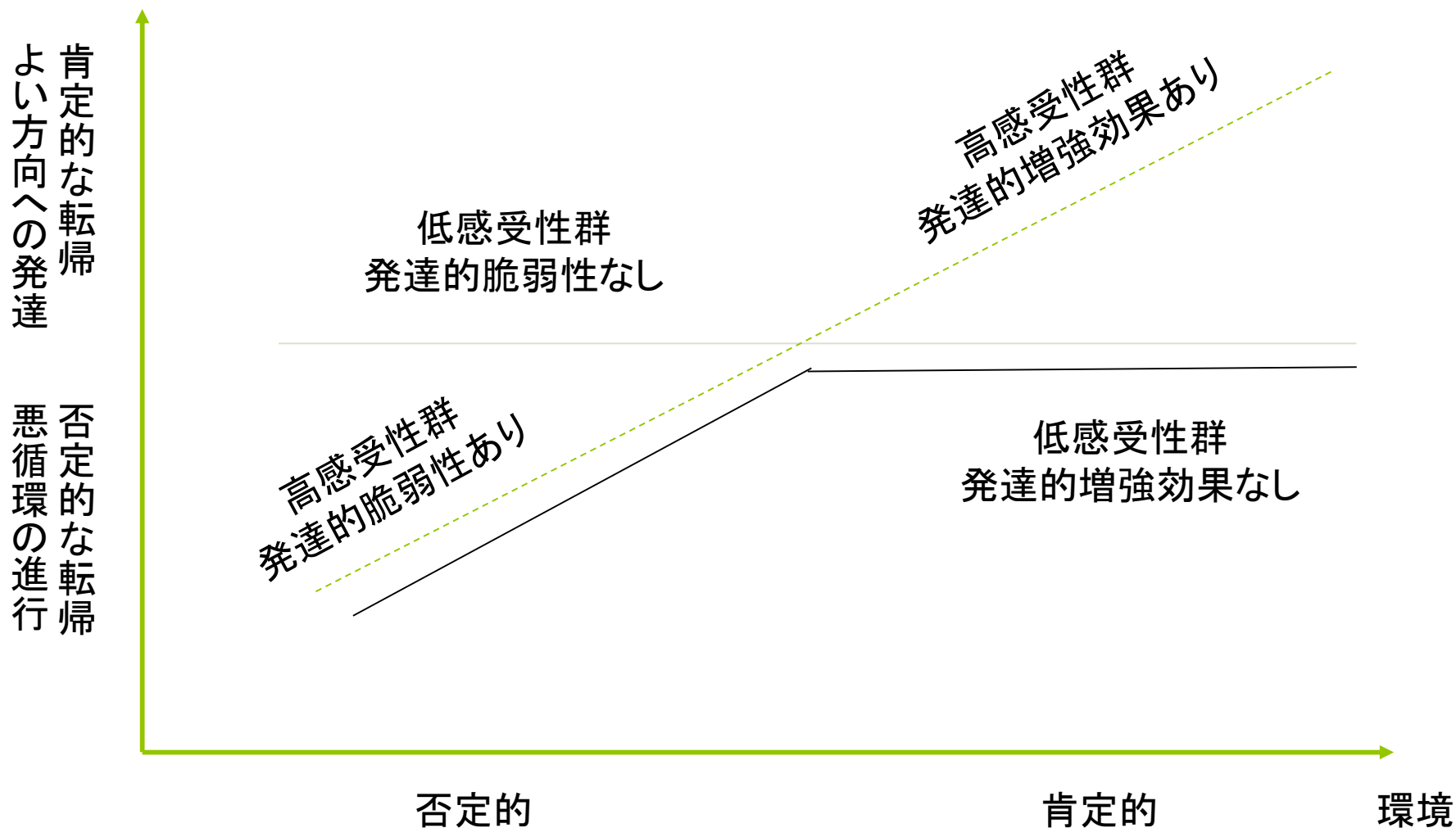
アタッチメント-自己制御-コンピテンシー(Arc)モデル (Arvidson et al.,2011)

- アタッチメント理論と心的外傷理論の双方に基礎づけられたコンポーネントから成る治療モデル
- アタッチメントの領域：
 - 主な治療のターゲットは、子ども自身よりも養育システム自体
 - 心的外傷に関する心理教育を通じて情動調律の能力を高め、肯定的なかかわりを増やす
- 自己制御の領域：
 - 治療コンポーネントには、感情体験を言葉にして、きっかけの出来事、自分の生理的状态、行動と対処法をつなぐことが含まれる
 - 子ども自身が内的状態とつながりを持ちながら感情を取り扱う方法を学び、安全な関係性のなかで感情を伝えられるような情緒的絆を養育者とのあいだに築く
- コンピテンシーの領域：
 - 子どもが自分の行為の結果を予測し効果的な選択ができることを助け、主体性の感覚を育む
 - 自分がユニークな存在であるという肯定的な自己感や体験のつながり・まとまりを獲得することで、自身の将来に方向性を見出せるようにする
 - 幅広いコンピテンシーの領域の発達経路においても、子どもが到達しているステージと暦年齢とのギャップを把握

差次感受性仮説(Belsky & Pluess,2009)

- 外在化行動を示すタドラー期(よちよち歩き期)の子どもに対して、親へのビデオフィードバックによる指導によって応答性のあるペアレンティングを提供するアタッチメントに基づく介入を行い、症状レベルやコルチゾール関連のストレス反応性の低下などを指標として介入効果をみた研究
- 就学前の子どもにPhonemic Awareness(音韻認識力)を促進するコンピュータ指導プログラムを提供し、発達早期の読み書き能力を高める研究
- DRD4で7回反復多型(ADHDの脆弱性遺伝子)がある子どもにおいて、双方の研究で抜きこんでた利益を得た
→環境に対する神経生物学的感受性の高い個体がおおり、リスクを増強する環境にも、発達を促進する環境にもそれぞれ高い感受性

ストレス-脆弱性モデルと差次感受性モデル (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2011)



愛着に基づく関係性障害の診断・評価 (Boris & Zeanah, 1999)

- レベル1(安定型、Bタイプ)
- レベル2(不安定型:AおよびCタイプ):
 - 選択的な絆、アタッチメント対象の存在を前提として、対象との分離など一時的ストレス状況における否定的な情動を制御する方略が機能している適応レベル
- レベル3(無秩序・無方向型、Dタイプ):
 - トラウマを生じるような危機状況での威嚇、逃走、あるいは混乱した無方向な行動や解離による凍りつきが生じる
- レベル4(安全基地の歪み):
 - 関係性の障害、著しい安全基地行動の歪みがみられる。「抑制された愛着」として不安、警戒、しがみつき、過服従、「自己を危険に曝す歪み」として無鉄砲さ、事故の起こしやすさ、攻撃的な行動、「役割逆転/混乱」として養育者に対する世話、命令的・懲罰的態度
- レベル5(医学的診断):
 - 選択的な愛着が形成されていない場合で、対人関係全般に機能不全が生じ、反応性アタッチメント障害(RAD)や脱抑制型対人交流障害(DSED)などの医学的診断が適用される病態水準

愛着の型分類と愛着障害の関係

愛着の適応レベルの連続性

適応的

非適応的

Level 1.安全型

Level 2.非安全型(回避・抵抗型)

Level 3.非安全型(disorganized)

Level 4.愛着障害(安全基地のゆがみ)

Level 5.愛着障害(non-attachment/RAD)

(Boris & Zeanah, 1999より)

愛着障害 (DSM-IV) : 症状 (問題行動)

- 安全基地のゆがみ (secure base distortions)
 - ① 抑制された: 特定の愛着対象はもつが、養育者がいるときに、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、おそれによって特徴づけられた抑制と、過服従と喜びの欠如した強度の用心深さ (警戒) を示す
 - ② 自己を危険にさらす: 特定の愛着対象はもつが、この対象を危険をモニターするために用いない
 - 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
 - ③ 役割逆転: 特定の愛着対象はもつが、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よくすると思うと、命令的で懲罰的行動を示す

愛着障害(DSM-IV):検査

① 一般的な評価の原則:

- 児の行動の観察(AACAP official action, 2005; O'Connor and Zeanah, 2003; Zeanah and Boris, 2000)
 - 主要な養育者への愛着行動や愛着パターン、見知らぬ人に対する反応(AACAP official action, 2005; 青木, 2005; Boris et al., 1999・2004; O'Connor and Zeanah, 2003; Zeanah and Boris, 2000)
- 児の養育歴(特に被虐待歴の有無)(AACAP official action, 2005; Zeanah and Larrieu, 1998)
- 発達、言語、医学的なスクリーニング(AACAP official action, 2005)
- 養育者の養育行動と児に対する認知の評価(AACAP official action, 2005; O'Connor et al., 1999; Zeanah and Boris, 2000)

② 診断に用いることのできる検査法

- その児を最もよく知っている成人(養育者・親)から児の行動について聴取:
 - 養育者に対する半構造化面接(disturbance of attachment interview; 愛着ディスターバンス面接, DAI日本語版(八賀ら, 2005))
- 乳幼児の行動の直接観察:
 - 乳幼児-養育者を直接観察するアプローチ(clinical observation assessment: COA(臨床観察評価法)):診断基準のアイテムを行動として可能な限り観察できるようにつくられており、自由遊びに始まり、Strangerの接近と抱っこから、怖い玩具の導入へと続き、養育者との分離再会で終わる各エピソードで構成

愛着障害 (DSM-IV) : 治療

- 分離を含めた安全な環境および感受性のある養育者の提供
 - 「病的な養育」がこの障害の病因→虐待の通報を受ける機関(児童相談所など)への報告が第一の緊急的介入 (AACAP official action,2005; Zeanah and Boris,2000)
 - 情緒的および物理・身体的に見を世話できる養育者を実際に提供 (AACAP official action,2005; O'Connor et al.,1999; Zeanah and Boris,2000)
- 効果研究: ルーマニアの劣悪な施設環境が病因となり生じたこの障害の子どもが、里親に児童が移されることによって症状が改善 (Zeanah and Smyke,2002; Zeanah et al., 2004)

愛着障害(DSM-IV):治療

- 養育者との安全な愛着形成の促進
 - 安全な環境が与えられた後も、反応性愛着障害の子どもは里親との関係に問題を生じやすい(Chisholm et al.,1995; Chisholm,1998; Goldfarb,1943・1945; Hodges and Tizard,1978・1989; O'Connor et al.,1999)
 - 被虐待乳幼児は施設の職員に対して非安全な関係を築きやすい(青木, 2006)
 - 代理養育者すなわち施設職員や里親を協同治療者としてその養育者との陽性の相互交流(関係性)を育て(AACAP official action,2005; 青木, 2006; Zeanah and Boris,2000)、安全な愛着形成を促進(Hart and Thomas,2000)
 - 虐待者(「病的養育」を与えた養育者)との再統合を目標とした多元的・包括的な介入(Zeanah and Larrieu,1998)
 - 養育者との愛着関係の改善を目標とした乳幼児-親治療(AACAP official action, 2005; 青木, 2006; Zeanah and Boris,2000)
 - 乳幼児-親治療の技法:乳幼児-親精神療法、心理療法(青木, 2005・2006; Lieberman and Zeanah,1999; Lieberman et al.,2000)、相互交渉ガイダンス(MacDonagh, 2000)
 - 乳幼児への個人治療は、付加的な程度の意味

愛着障害 (DSM-IV) : 治療

- AACAP (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) の practice parameter (AACAP official action, 2005)
 - 反応性愛着障害でかつ攻撃的行動を伴う場合は、反抗挑戦性障害や行為障害の治療モデルを加えることはある程度有効 (Brestan and Eyberg, 1998)
- 是認・推薦されない治療法 :
 - 身体的強制・抑制を伴う「治療的抱擁 (therapeutic holding) (Cline, 1992)」「再誕生 (re birthing) 治療」「再愛着のための退行の促進」

発達的かつ重層的なアタッチメントに基づく介入

- 主な治療的介入のターゲットは、子ども自身よりも養育システム
- 情動制御の障害への対処
 - ストレス状況で感情に圧倒されてしまうかシャットダウンするような心身の反応に対して、子ども自身が内的状態とつながりを持ちながら感情を取り扱えるような方法を学ぶ
- 養育システムの鍵となる実親や里親、入所施設のスタッフや治療者など子どもに生活環境で接する存在が、心理教育を通じて情動調律の能力を高め、子どもの示す愛着障害行動や非定型のアタッチメント行動に直面したときの自分自身の情緒的体験を認識し、みずからの反応と子どもとの相互作用などの状況を安全に制御できること

発達的かつ重層的なアタッチメントに基づく介入

- アタッチメントの障害の学齢期以降の心理社会的発達への転帰として、コンピテンシーの領域における主体性の感覚の乏しさや否定的な自己・他者概念
- 子どもの自己選択と成功体験を助けることが治療の目標
- 社会的スキルを含む幅広いコンピテンシーの領域の発達経路において、子どもが到達しているステージと暦年齢とのデイスクレパンシー(乖離)を個別の介入のフォーミュレーションに組み込む

愛着障害(DSM-IV): 予後

- 自然経過・予後についても証拠が不足
- 予後は不良と考えられている
 - 1970年代の施設児における反応性愛着障害と考えられる児たちの予後研究
 - 8歳時の教師の評価で外向性症状が多く、16歳では35～50%の児が反抗的で、いらつきが強く、同年代との暴力も多い。愛着障害が疑われる施設児は大人によりかかわりをもち、同年代とのかかわりに困難(Tizard and Rees,1974)
 - 1990年代のルーマニアの施設児の研究
 - 脱抑制型の反応性愛着障害の児は、反応性愛着障害ではなくなっても、里親との関係に障害(Chisholm et al.,1995; Chisholm, 1998; Goldfarb,1943・1945; Hodges and Tizard,1978・1989; O'Connor et al.,1999)
 - 里親に愛着しても11か月後、39か月後、11歳時の調査では、無差別的社交性が残る(Chisholm et al.,1995; Chisholm,1998; Herrenkohl and Herrenkohl,1981; Rutter et al, 2007)

愛着障害のアセスメント(米澤, 2019)

- 第1タイプ: 脱抑制対人交流障害(DSED)
 - 誰に対しても無警戒で馴れ馴れしく、過剰な身体接触をする
 - 不適切な行動をした場合に叱ると、叱られたことも関わってもらったと捉え、不適切行動が増加
- 第2タイプ: 反応性愛着障害(RAD)
 - 誰に対しても警戒をし、自らかかわろうとすることはなく、人が近寄ってくることも嫌がる
 - 正面からの接近を嫌がる
 - 不適切な行動をした場合に叱ると、関係が数週間、数か月、数年と長期にわたって一切遮断
- 第3タイプ: ASDと愛着障害併存タイプ(ASD+AD)
 - ADHDと誤って診断・理解されやすい
 - 自己の感情認知、他者の感情認知が苦手なASDの場合、愛着形成や感情発達の問題を持ちやすい
 - メンタライジング(mentalizing)機能の問題(上地, 2015)
 - 「籠る」: 普段の特徴として、室内でフードや帽子、タオル、上着などをかぶったり、風邪や花粉症でなく、まわりで着用しているわけでもないのに、不必要なマスクをいつも着用

愛着障害 第3タイプ

- 感情混乱をきたすと2つの反応パターンが生じる
- ① フラッシュバック的攻撃、執拗な攻撃、パニック的攻撃パターン
 - 突然、攻撃行動が起こる
 - あることがきっかけで、突然ネガティブな感情がよみがえってくるフラッシュバックから攻撃行動が生じる
 - 特定の対象(人やモノ)ばかり攻撃したり、暴言や暴力などの特定の攻撃行動を何度も繰り返したりして、なかなか止まらない
 - 制止するほど、感情的に混乱し大暴れ
- ② 固まる(一時的シャットアウト)パターン
 - 一時的に一切、かかわりを拒否してシャットアウトをする
 - 「そっとしておく」のが最良の対応

外に現れる行動特徴

- 愛着障害の特徴として、ポジティブな感情、安心感を求めて、いろいろなものに接触
 - 遺糞・遺尿：感情の不安定さ、こっちを向いて欲しいアピール行動、どうしようもない感情を紛らわせようとするなどがかかわっている行動
- 高所に登る、モノを投げる投擲、理由なく他者に危険な攻撃をするなどの危険な行動
 - 危険な行動を真正面から制止して止めさせようとしても、かえってネガティブな感情が増えて、なかなか止めることができない

愛着障害 3大特徴

- ① 愛情欲求行動:「注目をされたいアピール行動」
 - ・相手の対応を試す愛情試し行動(ポジティブな感情の維持のために必要な行動)
 - ・愛情欲求エスカレート現象
- ② 自己防衛:
 - ・不適切な行動を自分がしたと絶対に認めない
 - ・ネガティブな感情を起こさずに、わずかに確保しているポジティブな感情を固守して、自分を守るための行動
 - ・解離現象:追及すると、自分にとって不利な記憶が消える
 - ・他責行動:他人のせいにして自分を守ろうとする
- ③ 自己評価の低さ:
 - ・誰かと成功体験を共有したり、自分の成功体験を報告してポジティブな感情を増やすことができない
 - ・行動する前に無理だと拒否
 - ・自己高揚パターン:自己評価の低さを受け入れられないと、人を注意・指摘したり、モノを与えたりすることで、自己の優位性を渴望し、人に命令し、人を支配することでしか自己評価を上げられない

相補行動・昂進化現象

- 髪の毛を抜く抜髪・抜毛という習癖異常やゲーム依存
- 思春期以降の性的問題
- 万引き、窃盗(クレプトマニア)
- 性器いじり
- 摂食障害
- リストカット

主たる養育者の行動

- こどもが愛情を感じられていないことも愛着障害(米澤, 2015)
- こどもが欲しい愛情を与えていない場合、欲しいというタイミングとずれて愛情を与えている場合
- こどもの気持ちを考えずに養育者などが、自分の勝手な思いだけでかかわり、こどもが欲しくないときに欲しくない愛情を与えた場合

愛着形成の3基地機能

- 愛着を「特定の人と結ぶ情緒的な絆」と定義
- 3つの基地機能：
 - ① 安全基地
 - ② 安心基地
 - ③ 探索基地

①安全基地機能

- すべての愛着研究の専門家で共通理解されている愛着形成の基地機能 (Ainsworth et al., 1978)
- 恐怖や不安というようなネガティブな感情から「守る」ための特異的な適応行動システム
 - 多動: ネガティブな感情を誰もなくしてくれないから、落ち着きなく動き回る
 - 痛がらない、泣かない: ネガティブな感情から守られる安全機能がないために危険な行動をし、誰も助けてくれない(安全基地欠如感)
 - 自己防衛: 不適切な行動を自分がしたと絶対に認めない
- 抑制タイプの愛着障害 (RAD) は、この安全基地の問題を抱えている
 - 第3タイプ (ASD+ADタイプ) の愛着障害で見られる「固まる」現象も一種の自己防衛機能
- 別の場所で作られた安全基地の問題が、処理しきれずに、溜まってしまったネガティブな感情が出しやすい場所で表出することもある

②安心基地機能

- 愛情・感情の要素も明確に含む機能
- 誰とつながってポジティブな感情を感じられる
- 普段のかかわりの中で、一緒に行動をして、それを確認し、同じ気持ちであることを再確認することで形成

- 「安心」の感情をどこからも誰からも得られず、ポジティブな感情が枯渇することで起こる感情や行動の問題
- 脱抑制タイプ(DSED)の愛着障害
 - 静寂潰し

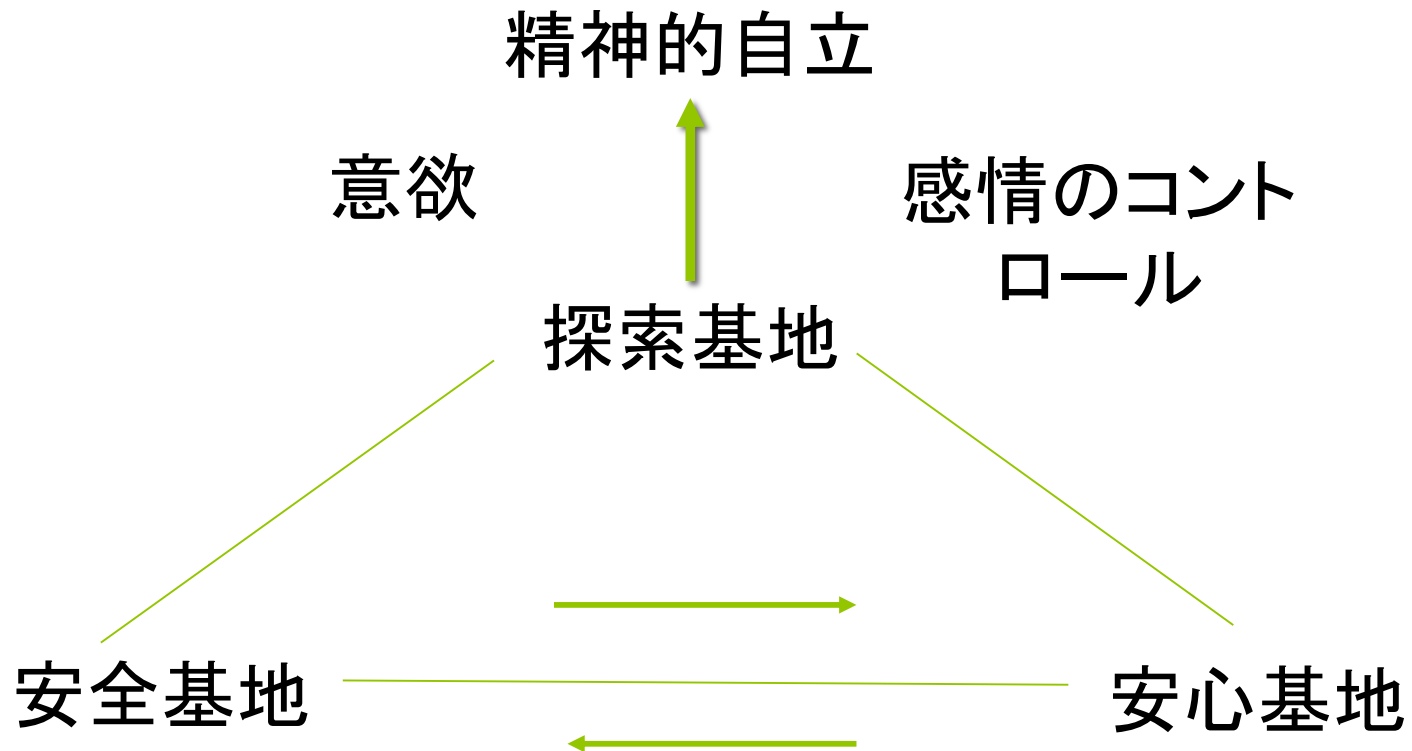
③探索基地機能

- 自分の行動・経験を「報告」し、自身の感情を変化させる
- 愛着形成のゴール
- 小学校、中学校以降で、安全・安心基地から離れると不安になり、離れられないという不登校のタイプ
- 「お迎え逃避」現象
 - 追いかければ追いかけるほど、追いかけてほしくて逃げる行動が増える

探索基地機能が機能しないと

- 自己防衛に失敗すれば、よくないことをした記憶を抹殺(解離)が起こる
- 成功体験を報告・共有してポジティブな感情を増やせなかったことで自己評価が低くなり、それをそのまま受け入れて、意欲や自信がなくなった状態が自己否定になる
- 自己評価の低さを受け入れられず、自己評価を一瞬だけでも高め、自己の優位性を渴望する(優位性への渴望)自己高揚が起こる

愛着形成のための3基地機能の関係 (米津, 2019)



愛着障害・愛着の問題を抱えるこどもに 「してはいけない対応」

①感情に期待した対応

②叱る対応、追い詰める対応

③腫れ物にさわる対応、無視する対応、取り上げない対応

④要求に応えるだけの対応、主導権を握られた対応、受容、傾聴

①感情に期待した対応

- 愛着障害は「感情の未発達」という状態
- 「どうしてそんなことをしたのか」という問いに答えるためには、自分を振り返り、そのときの感情をしっかりと自己理解する必要
- なぜしたのか、どんな気持ちでしたのかを問うのではなく、「嫌な気持ちになったんで蹴飛ばしちやったね～」と気持ちを言いあてる対応が基本

②叱る対応、追い詰める対応

- 「叱ればそれがよくないことだとわかるだろう」と安易に考えた結果、いくら叱っても行動が改善せず、かえってこどもを追い詰める対応になる
- 感情が混乱し、ネガティブな感情を抑えられず、どうしようもなくて、攻撃するか、関係性を遮断するかしかなくなる

③腫れ物にさわる対応、無視する対応、取り上げない対応

- 腫れ物に触るように命令や支配に服従しても、その命令・支配はどんどんエスカレートしていく
- 愛情欲求エスカレート現象：要求に応えてもその要求がエスカレートするのは、そのときは応えてくれたが次も応えてくれる保証がないから安心できない
- 今の命令には従ったとしても、次の命令に従う保証はないので、安心することができず、命令がエスカレートする

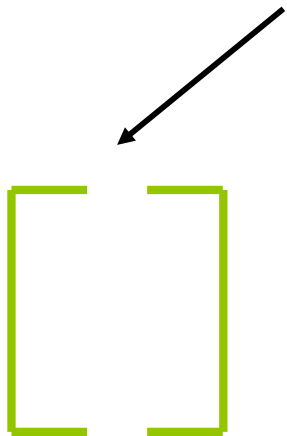
④要求に応えるだけの対応、主導権を握られた対応、受容、傾聴

- 愛情欲求エスカレート現象が示すように、要求に応えることは、安心感につながらないだけでなく、逆効果になって愛着の問題が増幅
- 主導権がこどもにあり、こどもが先手をとっている状態であることが原因
- 感情認知、感情のコントロールができない状態で要求に従い、応える対応は、コントロールがつかない状態に落ち込んでいく
- 受容、傾聴がうまくいかない

⑤かかわる人の無連携な勝手な対応

- 連携せずに勝手にかかると、愛着障害の症状が増幅
- 愛情試し行動: 厳しい対応をする人がいると、そのしわ寄せがそうでない対応の人に出る
- それぞれに勝手にやさしくかかると、どの人が愛着対象、安全・安心基地として期待できる人がわからなくなり、それぞれの対応に刹那的に反応するばかりで、愛情の摘み食い現象が起こる(米澤2015;2018)
- 愛着形成は特定の人と「1対1」で形成できるように、その特定の人との関係が強まるような連携が必要

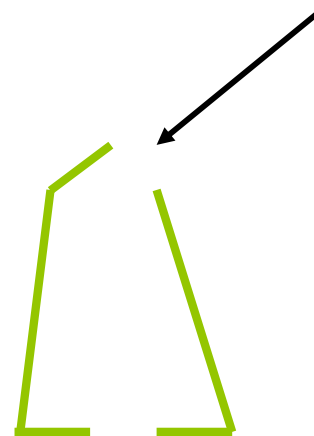
「愛情の器」モデル(米澤, 2014; 2015)



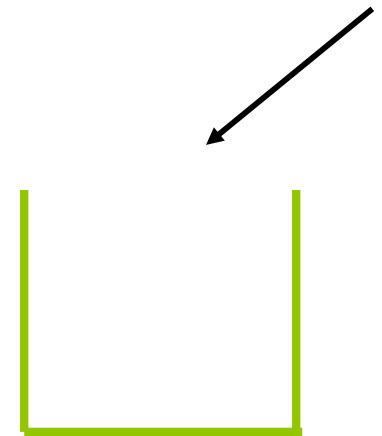
a: 脱抑制タイプ



b: 抑制タイプ

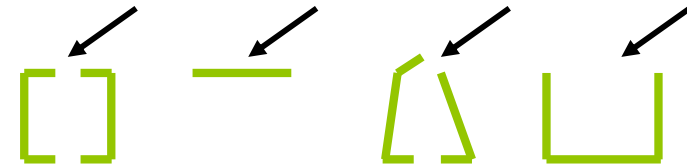


c: ASD+AD



d: 安定愛着

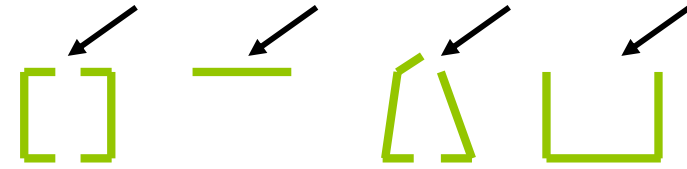
「愛情の器」モデル 入り口の特徴



- a 脱抑制タイプ(第1タイプ): 愛情として感じるためのかかわりの受け入れ口が狭く、そこに入ったかかわりだけが愛情として受け止められる
- b 抑制タイプ(第2タイプ): かかわりの受け入れを拒否
- c ASD+AD(第3タイプ): 狭い受け入れ口に蓋もついており、蓋が閉まっているときは一切かかわりは受け止められず、愛情として感じられない
- d 安定愛着タイプ: 愛着形成ができている

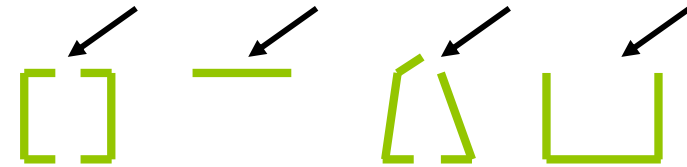
「愛情の器」モデル

器の底の特徴



- a 脱抑制タイプ(第1タイプ):
 - すぐにポジティブな感情・愛情がなくなり、持続的に愛情エネルギーを使うことができず、何事に対しても刹那的になりいろんな行動、習慣が積み上がっていかない
- b 抑制タイプ(第2タイプ):
 - 愛情の器そのものがなく、受け止めを拒否しており、愛情エネルギーを貯めることはできない
- d タイプ:愛情を感じ取り、貯めることができる
 - 一旦できたことを継続してしていくことが可能
 - 基地機能を担う人がいつもそばにいなくても、この愛情エネルギーを使って自立的行動ができる

刺激への馴化 (habituation) (米澤, 2015)



- 1のかかわりをしたことで、1の愛情を感じたとすると、次にまた同じ1のかかわりをしたら、0.8程度の愛情しか感じなくなる
- 底に穴のないdの安定愛着では、先に感じた1の愛情を貯めているため、併せて1.8の愛情を感じる
- aの脱抑制タイプ: 同じかかわりでは、馴化により、感じられる愛情が減ってしまったように感じるため、「もっとして!」「これもして!」という愛情欲求エスカレート現象が生じやすくなる

「愛情の器」モデルに基づく愛着修復プログラム (ARPRAM) (米澤, 2015)

- 誰がこどもの愛着対象、「特定の人」、キーパーソンになるかという決定が必要
 - 「特定の人」と一緒に、感情のラベリング支援で感情学習を行う
 - 「誰と一緒にだから」その感情が生じたかを確認する
 - 愛着対象意識によって、その人に対する安全・安心基地機能を意識できるように支援する
- こどもが欲しがる前に「先手」でかかわる支援 (キーパーソンの主導権を意識した支援)
 - 愛情欲求エスカレート現象や自己防衛を防ぎ、「愛情の器」の受け入れ口を広げる
 - 要求しなくても先に愛情を感じさせてくれる相手にこそ安心感を抱く
 - かかわりを受け入れていいのだとわかり、受け入れ口が広がっていく

まとめ

- 愛着の問題/障害の概念について歴史的な変遷
 - 発達心理学の領域において非安全型に分類される乳幼児の研究
 - 「愛着の障害」の研究
 - 精神障害としての診断基準の変遷
- 愛着障害の症状について
 - 発達性トラウマ障害との関係
 - 愛着に基づく関係性障害の診断・評価
 - 愛着の問題を抱えるこどもに「してはいけない対応」

ご清聴ありがとうございました