

子どものライフサイクルと心の問題

神谷 かつ江 (教育心理学)

はじめに

子どもが健やかに成長して、自らの自己実現が可能となるように援助していくことは、子どもの保育に携わる者の重要な課題である。しかし現実には児童虐待やいじめ、不登校、非行など子どもをめぐるさまざまな問題が発生している。

子どもの心の問題を考えると、生まれもった気質や遺伝的要因が養育者に与える影響は少なくない。トマスによれば、子どものパーソナリティには、育てやすい子、育てにくい子、出だしの遅い子の3つのタイプがあるという。育てやすい子とは生活のリズムが規則的でよく寝てよく食べて微笑が多く気分が安定している子をいい、そのような子どもをもった養育者は養育態度に肯定的態度場面が多くみられ、子どもが誕生したことを喜び相互活動も活発的なものとなるという。これに対して育てにくい子とは、生活のリズムが不規則でいつも機嫌が悪く、おちつきがなく怒りっぽい子をいい、このような子どもをもった養育者は子育てに対して不安や心配が募り否定的態度を起こさせてしまうこともあるという。このように生まれもった気質が養育者の子育てに影響することは否めないが、子どもは環境に左右されることが大きいので適切な対応が求められる。

本稿では実際の臨床場面によく見られる子ども心の問題を、ライフサイクルごとに乳児期、幼児期、児童期、青年期に分けてそれぞれの発達の特徴を概説しながら、ライフサイクルにあった対応の仕方について考えてみたいと思う。

1. 乳児期の心の問題と対応の仕方

1) 乳児期の発達の特徴

誕生から満1歳までを乳児期という。人間は他の哺乳類に比べてきわめて未熟な状態として生まれてくる。しかしそれだけに生後の1年間の発達は身体的にも精神的にもめざましいものがあり、身長は出生時の1.5倍、体重は3倍に成長して、脳神経系の発達が著しい。

乳児期はほとんどが養育者(母親)と子どもとの二者関係である。乳児は泣くことを通して自分の欲求を積極的に母親に伝え、母親がそれに応じるという相互関係のなかで信頼という感情を育てる(表1)。信頼は人間関係の基本となる大切な感情であり、子どもの人格形成の基盤となる。抱っこや授乳を中心とする母親からのほたつきかけは、単に空腹を満たすという生理的欲求だけでなく、信頼、あたたかさ、やさしさといった基本的な人間感情を培うことになる。

表1 エリクソンによる心理・社会的発達段階表(西山・山内, 1978より)

発達段階	A 心理・社会的危機	B 重要な対人関係の範囲	C 心理・社会的様式	D 基本的活力
乳児期	信頼 対 不信	母親またはそれにかわる人	得る お返しに与える	希望
幼児前期	自律性 対 恥、疑惑	両親またはそれにかわる人	保持する 手放す	意志力
幼児後期	積極性 対 罪悪感	基本的家族	思いどおりにする(追いかける) まねをする(遊ぶ)	目的性
児童期	生産性 対 劣等感	近隣 学校	ものを作る(完成する) ものを一緒に作る	自信
青年期	同一性 対 同一性拡散	仲間集団と 外集団 指導性のモデル	自分自身である(または自分自身でないこと) 自分自身であることの共有	誠実
成人前期	親密と連帯 対 孤立	友情・性・競争 協力の相手	他者の中で自分を失い、発見する	愛
成人期	生殖性 対 自己吸収	分業と協同の 家庭	世話をする	配慮
成熟期	安全性 対 絶望	人類 わが種族	過去からそうであったように存在する 存在しなくなる ことに直面する	英知

2) 乳児期の心の問題

乳児期は出産にともなう分娩時外傷、仮死産、超低出生体重児、生後の早い時期に気づかれる遺伝性疾患、先天性代謝障害などで精神遅滞が予想されるほかは精神保健上の問題が表に出てくることは少ない。ここでは分離不安をとりあげる。

3) 分離不安

分離不安とは乳児が養育者から引き離されたときに示す不安な気持ちをいう。人見知りをするようになる生後8か月ごろより始まり、幼児期全般になっても残ることが多い。乳児が分離不安をおこすころにはつかまり立ちや這うことができるため、泣き叫ぶだけではなく、養育者に追いつがろうとする行動もみられる。またこの時期は愛着が形成される時期でもあり、愛着と分離不安とは密接な関係にある。愛着とはJ. ボウルビーによって提唱された概念で乳幼児が特定の人と築く愛情の絆をいう。乳児が養育者と愛着を形成しているか否かはM. Dエインズワース (1963) が開発したストレンジ・シチュエーション法より明らかになる。

長期にわたる母子分離は乳児に深刻な心の動揺を与える。乳児が急に母親から引き離された場合、以下のような経過をたどるといふ。

- ①抗議の段階 必死に母親を探し求め、泣いたり叫んだりする。
- ②絶望の段階 いらだちが無気力、無感動に変わる。
- ③脱愛着の段階 母親への関心の喪失、退行がおこる。

女性の社会進出にともない長期出張にやむなく出かける母親も少なからずいる。その母親から乳児がすっかり元気をなくして、前は歩けたのに這っていると、か、体重が減少したということを目にする。愛着と分離不安は表裏一体であり、言葉で不安を表現できない乳児からの悲しみのメッセージと厳粛に受けとめるべきであろう。

2. 幼児期の心の問題とその対応

1) 幼児期の発達的特徴

1歳を過ぎ小学校就学前までを幼児期という。身長、体重などの身体的発達は乳児期にくらべて緩やかとなるが、中枢神経系の発達は著しく、4歳で成人の約80%までに発達する。これと並行して運動機能の発達はめざましく1人で歩くこと、跳ぶこと、投げることといった運動技能を身につけていく。

身体面では誕生時に約50cmであった身長が、1年後には約75cmとなる。一般的に体全体に対して頭の割合が大きく下肢は短くおなかが出ているが、幼児期後期になると、手足が長く引き締まった体つきとなる。

言葉は1歳ごろから初語が発現し、「マンマ」「ワンワン」「ブーブー」などの意味のある言葉がいえるようになる。2歳になると「オナカスイタ」「オウチカエル」などの二語文を用いることができるようになる。3歳になると主語や助詞を使った多語文を用いて日常会話が不自由なく話せるようになる。情緒の分化もめざましく、たとえば不快の感情は、おそれ、怒り、いらだち、恐怖などにわかれていく。

2歳から3歳にかけて幼児は自分と他の人という意識が強くめざめてくる。友だちを積極的に求めて、一人遊びから並行遊び、連合遊び協同遊びへと進展してくる。幼稚園、保育所などの集団の場が社会性の発達の重要な役目をはたしている。

2) しつけをとおしての問題

幼児期は食事、睡眠、排泄、清潔、着脱衣などの基本的な生活習慣を身につけていかなければならない(表2)。基本的な生活習慣は養育者からのしつけをとおして獲得していくが、その前提として中枢神経系の成熟が必要である。たとえば肛門括約筋を支配する中枢神経系が発達していないと、いくらトイレット・トレーニングを熱心におこなってもおむつがはずせるようにはならない。幼児がある技能を習得するには、成熟と練習が必要なので、一方的にしつけをおしつけても効果があがらない。このことを理解しないでなんでも早いほうがいいとばかりに子どもに無理をさせると正常な

発達をゆがめることになる。また自我が芽生える2歳ごろから、叱られるとふくれてだだをこねたり、かんしゃくをおこしたりする。なんでも自分でやりたがり、命令すると反発する姿がみられる。第1反抗期の始まりである。しかし子どもはこうした段階をへて発達していくのであるから根気よく接しなければならない。

「可愛くば二つ叱って三つほめ五つ教えてよき人にせよ」ということわざがあるようにほめることと叱ること（励ますこと）を上手に使い分けることが必要である。よい点はほめて、いけないことははっきりわかりやすくその場で教えることが大切である。

こうした遊びやしつけを中心とした養育者とのやりとりをとおして、幼児は自分の欲求をコントロールする規範を自らつくりあげていくのである。このことは幼児が自律性、社会性を獲得していくうえで重要な過程である。

表2 基本的習慣の自立の標準（西本、1974）

年齢	食 事	睡 眠	排 便	着脱衣	清 潔
1;0	スプーンの使用 茶碗をもって飲む		排便を 知らせる		
1;6			便意を予告		
2;0				ひとりで脱 ごうとする	
2;6	スプーンと茶碗を 両手で使う 食事のあいさつ		夜のおむつ 不要	靴をはく ひとりで着 ようとする	手を洗う
3;0	はしの使用 大体こぼさぬ				
3;6	完全に自立	昼寝の終 止	小便自立	靴下をはく パンツをはく	
4;0		ねるとき のあいさ つ	大便自立 夜そそを しなくなる	帽子をかぶる 前のボタン をかける 両腕とおす ひとりで脱ぐ	口をゆすぐ、 うがい、歯 みがき、顔を洗 う、鼻をかき、 髪をとく
4;6			大便完全自立 (紙の使用)		
5;0		寝まきに 着がえる		ひもを堅結 びする	
5;6					
6;0				ひとりで全 部着る	

3) 排泄の問題

精神分析学の始祖フロイトは幼児期前半を肛門期と名づけ、排泄としつけをめぐる葛藤が几帳面、わがまま、儉約家といった肛門期性格を形成するといっている。かれによれば執着的な傾向をもつおとなは、肛門期におけ

る大便のコントロールが長い間うまくいかなかった人に多くみられ、この段階のしつけの如何により、強迫神経症の素因が形成されると述べている。ここでは排泄をめぐる問題として夜尿症と遺糞症をとりあげる。

夜尿症

夜尿症は自分の意志で排尿をコントロールできる年齢になっても夜間の睡眠中に尿を漏らしてしまう状態をいう。昼間の尿失禁は遺尿と呼び分けているが、昼間遺尿は夜尿を伴うことが多い。また糖尿病、尿路感染、睡眠てんかんなどの器質的原因が認められているものは尿疾患と呼び区別している。一般に女児より男児に多くみられるが、年齢があがるにつれ自然に治っていくことが多い。

夜尿症の発生要因としては、精神発育遅滞や、生来的な遺伝的要因、早過ぎる排泄訓練の失敗、家庭的環境のストレスなどがあげられるが、いくつかの要因が複雑に絡みあって発症していると考えられる。

夜尿症の治療としては、尿路感染などの器質的原因が認められるものにはその治療をおこなうが、心理的な要因が強く働いている場合は、行動療法に加えて心理療法もあわせておこなう。行動療法には、就眠前に水分を控える水分摂取制限法、夜尿をした直後にブザーが鳴るアラーム・システム法などがあるが、いずれも子どものやる気と養育者の協力が必要である。

養育者に対する心理療法では厳しく叱責して子どもに劣等感を植えつけさせたり、逆に過保護になることがないよう家族関係を調整していくことが求められる。子どもには遊戯療法などで問題の背景にある欲求不満や、心理的緊張を理解するように努めることが求められる。

遺糞症

遺糞症は大便の自立がコントロールできる年齢になっても、下着や床に大便を放出することをいう。器質的原因を除き、通常大便の自立は遅くとも4歳ごろには完成するので、4歳以降の遺糞は問題となる。遺糞の頻度は毎日のものから月に1～2回のものまでさまざ

までである。

遺糞症の発生要因として、厳しすぎる排便のしつけや、早過ぎる排泄訓練のため、養育者が子どもの状態をうまくとらえられずに、タイミングを逸してしまうことがある。この背景には両親の不和や離婚、母親の不安、弟妹の出生などが引き金になることが多い。養育者と子どもとの関係が悪化した場合、子どもは素直に便意をつげようとせず、養育者も子どもの失敗ばかりを責めるといった悪循環がみられる。この悪循環を断ち切るにはまず親子関係の修復をはかるようにする。さらに遺糞という存在自体が子どもの自尊心を低下させるので情緒面への配慮は不可欠である。浣腸や下剤の内服で便秘をなくし、毎日規則正しい排便指導が大切である。根気を要する指導ではあるが、あたたかくやさしい気持ちで接することが大切である。

4) 発達に遅れがある子ども

○知的障害 (精神遅滞)

知的障害とは知的発達に遅滞があり、あわせて適応障害が存在し、それが発達期に顕在化する障害である。指標となるIQレベルによって、軽度精神遅滞：IQが50～55からおおよそ70まで、中等度精神遅滞：IQが35～40から50～55、重度精神遅滞：IQが20～25から35～40、最重度精神遅滞：IQが20ないし25未満の4レベルがある。下記の図はアメリカ精神遅滞学会 (AAMR) の知的障害の定義の構造である (図1)。

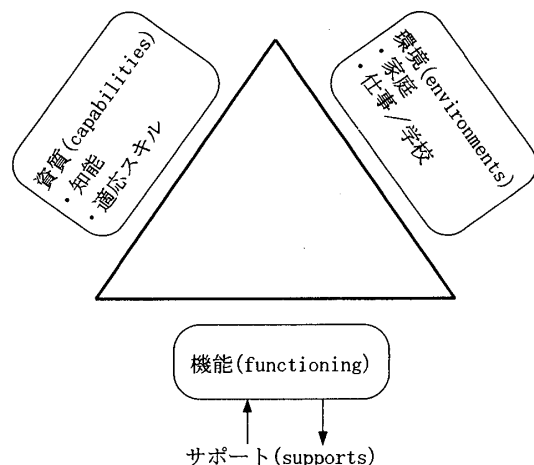


図1 AAMRの1992年の知的障害の定義の構造 (AAMR, 1992 (茂木監訳, 1999) より)

○自閉症

自閉症はカナリー (1943) により初めて報告された症状で、3歳以前に発症し、①人間関係の形成が困難である②言葉をコミュニケーションの目的で用いることができない③反響言語 (オウム返し) がみられる④同一性保持の欲求が強い、などの特徴がある。中枢神経系の障害に基づく発達障害であると考えるのが定説となっている。

5) 発達に遅れがある子どもの対応

発達に遅れがある子どもの早期発見は保健所の乳幼児検診でわかることが多いが、1歳6か月が過ぎても初語の発現がなく、2歳になっても言葉による会話が少ない場合に疑われることもある。しかし遅れているからといってすぐに異常だというわけでない。人間の発達には個人差があり何度も繰り返すことによって正常発達にたどりつく子どももいる。遅れが疑われる場合には、まず医学的な治療が必要かの検査が必要である。そして同時に発達の中の部分が遅れているのかを知り、遅れている要素を生活のなかで促すような働きかけをおこなう。

養育者のなかには子どもの障害を受容できずに、全般的な行動が遅れている子どもを抱えて心身ともに疲れ果ててしまう人もいる。また叱ることが多く養育態度が一貫していないと、子どもはおちつかなくなり、パニックをおこしてしまうこともある。このような場合でも環境を整え、養育者が子どもの障害を受け入れ、あたたかい一貫性のある養育をすることにより、子どもは驚くほどおちついて遊べるようになる。通園施設で仲間ができることは発達の遅れた子どもをもつ養育者にとって大きな励みとなる。専門家と保育者、養育者が連絡を取り合いながら子どもをいかに社会に適応させていくかが課題であろう。

3. 子どもの心身症

1) 心身症とは

日本心身医学会は、心身症を「身体疾患のなかで、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認

められる病態をいう。ただし、神経症、うつ病など他の精神障害の身体症状は除外される」と定義している。一般的な発症のメカニズムとしては体質や身体にそうなる基盤があって、そこに心理的な要因やストレスが加わり、身体に支障が現れるのである。その発症や経過に心理・社会的要因が密接に関係しているので、治療にはそれらの配慮が重要になる。ただし、アトピー性皮膚炎にしても、気管支喘息にしても、子どもによって心理的関与の度合いはさまざまであって、薬物療法のみで治ることもあれば、家族関係や園生活や学校での環境調整を必要とする場合もあり、その状態像によって治療法もかわってくる。

2) 子どもの心身症

発達過程にある子どもは、年齢が幼いほど、自分の感情を言葉で表現することは未熟である。子どもの心身症はストレスなどによって、精神的にパンク状態である心のサインを、身体や行動で表現していると考えられる。心の変化は身体の変化として表現されるので心身症は身体病であるといわれている。

子どもの心身症は発達段階や年齢層によってその特徴に微妙な差がある。心身症を関連領域まで含めると、乳幼児では偏食、夜尿症、遺糞症、気管支喘息、便秘、下痢、発熱、アトピー性皮膚炎などがある。また児童期では心因性嘔吐、多動、チック、気管支喘息、アトピー性皮膚炎などがある。思春期になると、起立性障害、過喚起症候群、神経性無食欲症・過食症などがある。

ここでは乳幼児にみられる心身症をあげてみる。

3) 乳幼児の心身症

○憤怒けいれん

泣き入りひきつけとも呼ばれるが、激しく泣いたあと、ときにはけいれんを起こしてしまうこともある発作をいう。このようになるのは、強く泣いて息を吐き続けた状態で息をとめるため、低酸素状態におちいってしまうからである。憤怒けいれんになる子どもは神経質で環境に影響されやすい子どもが多いという。友だち遊びをとおして、自分の欲求に

対する耐性を強めていくとともに、子どもに対して安定した養育態度で接するように、養育者に援助していくことも大切である。

○ミルク嫌い、吐乳、食欲不振

ミルク嫌い、吐乳、食欲不振は子どもによくみられる心身症である。さまざまな原因から起こるが、初めての子で母親が過度に心配をしたり、育児に自信がもてずに安定した親子関係が形成できないときにこのような身体症状が出現しやすい。また子どもにも生来的な要因があり、小食で、吐いたり下痢をしやすい体質であることが少なくない。このようなことが母親の不安をより煽ることもなる。したがって母親への心理的な援助をおこなうとともに、子どもの体質改善をはかっていくことも必要である。

○反復性腹痛

元気な子どもが急に腹痛を訴えて、苦しむ状態をいう。登園・登校前の朝食時に生じることが多い。両親が不仲であったり、幼稚園でいじめられていたり、子どもにストレスがあるときによくみられる。医学的対応も求められる。

○周期性嘔吐症

嘔吐が周期をおって繰り返しおこる状態をいう。脱水状態や飢餓状態が続くと子どもはぐったりして、傾眠状態となる。

感染などはっきりした原因がわかるときもあるが、はっきりした誘因がわからないことも多い。心理的要因も考慮にいれながら、医学的対応が必要である。

4. 児童期の心の問題とその対応

1) 児童期の成長発達の過程

児童期は6歳から12歳ごろまでの年齢をさし、小学生の期間をいう。身体的には、それ以前の乳幼児期に比べて緩慢な変化で発達していくが、児童期の終わりにさしかかると、再び急速に発育して第2次性徴期を迎える。とくに現代はこの時期が低年齢化して早熟傾向にある(発達加速現象という)。思考能力の発達は、言葉が記憶や思考の道具として役立てられるようになる。また幼児期までの自己中

心的で直感的な思考を脱却し、具体的で客観的な思考ができるようになる。そして児童期の終わりごろには抽象的で論理的な思考が可能になっていく。思考能力の発達にともない、自分を客観的にみることが可能になっていき、自分の行動を反省したり、反対に大人に対して理屈をいったり、反抗する態度がみられたりする。

2) 児童期と社会化

児童期は社会化に向けて一步踏み出す段階である。幼児期までの家庭生活と園生活という限られた人との関係から、友だちや他の大人たちのつくる集団へと拡大していく。集団での厳しいルールや規範をとおして子どもは我慢をして自分をおさえたり、人を理解していくことを学んでいく。

このように児童期は社会化が進む時期であり、その過程で自分という人間を意識しだしていく時期である。ここで大切なことは自分を客観的に評価し、肯定的に受け入れ信頼する能力を身につけることである。エリクソンがこの時期の発達課題を、勤勉性対劣等感としたようにこの能力が身につかないと、子どもはなにかにつけ劣等感を抱き、意欲をもって積極的に学習や活動に取り組むことができなくなる。

3) 児童期の心の問題

児童期はやがて迎える思春期を控え、さまざまな心の問題が表面化してくる。

①おちつかない子 注意欠陥/多動性障害(ADHD)

注意欠陥/多動性障害は1980年にアメリカ精神医学会に初めて登場した、不注意、衝動性、多動性の3つを併せ持つ障害名をいう。多動はすでに幼児期にみられるが、子どもの行動が制約される場面の多い小学校で明らかになることが多い。学校現場では、ADHDなのかLDなのか自閉症なのかよくわからない子どもがふえているという。それによって対応は異なってくるので、子どもの行動観察や情報収集をとおして障害に対する理解を深めることが必要である。

②LD(学習障害)

LDはlearning disabilityの略字で学習障害をいう。LDの特徴として①知能はおおむね正常範囲であるが偏りがある。②気が散りやすく注意が持続しない。③多動でじっとしてられない。④読み書き、算数につまづきがみられる。⑤手先が不器用で粗大運動が苦手であるなどがあげられる。

学級でおこなわれる一斉授業ではついていけないことが多いため、通級学級で特定の時間だけ個別指導をうけるなどの対応が必要である。また劣等感をもつことがないよう情緒面のケアも求められる。

③選択性緘黙

選択性緘黙とは、言語能力を獲得しているにもかかわらず、ある特定の場所(学校が多い)で話すことができなくなった状態が数ヶ月以上続く状態をいう。精神遅滞や吃音、嚙などの聴覚の障害、発声発語器官の異常など、器質的障害は認められず、心理的な関与が大きいといわれている。

また緘黙児の行動観察から、学校では言葉の発生がみられないだけではなく、一緒に遊んだり作業をする場面でも、非常に緊張してからだか硬直しているようすがみられることから、緘黙児は言葉だけではなく、行動を含めたコミュニケーション障害であると考えられる立場が優勢的である。

子どもへの援助に並行して、家庭環境を調整するために養育者の心理療法が必要である。また適切な時期に専門機関を利用して、専門機関と学校が連携しながら対応にあたる必要がある。

④不登校

不登校とは「学校にいけないすべての現象」をさし、登校拒否とほぼ同じ意味に用いられる。児童の多くは登校しなければいけないと思いながら、頭痛や腹痛の身体症状を訴えて、家から出られない状態が続く。学校を休むことに罪悪感や強い焦りを抱いているタイプを神経症的不登校と呼ぶこともある。また登校促進をおこなうと神経症的不登校と同様の身体症状を呈するが、それ以外はあまり悩んで

いる様子がみられない怠学傾向不登校児も増えている。時代の変遷とともに不登校のタイプも多様化している。

⑤神経症的食欲不振症

神経症的食欲不振症は、思春期以降の女子に多くみられるが、最近は児童期の子どもへも波及して、低年齢化が危惧されている。太ることへの強い恐怖があるといわれ、食行動が極めて低下する。また標準体重をはるかに下回っても、「食べると太る」という強迫観念にかられる。重篤なケースでは生命維持に危険な場合もあるので、早めに専門家に相談することが大切である。

⑥いじめ

森田(1994)の定義によれば、いじめとは同一集団内において優位に立つ一方が、意識的に、あるいは集合的に他方に対して精神的、身体的に苦痛を与えることである。

いじめは学級を中心とした人間関係のなかで発生するが、いじめが生じやすいクラスと生じにくいクラスがあることが指摘されている。いじめが生じやすいクラスは①クラスが閉鎖的である。②変化が少なく単調である。③慢性的なストレス状態が存在するなどである。この条件が重なるといじめが発生しやすいという。いじめの対応にあたっては教師のリーダーシップが重要な要素となっている。

5. 青年期の心の問題とその対応

1) 青年期の発達的特徴

中学生から大学生までの年齢を青年期という。身体的には小学校高学年から中学生にかけて、身長、体重、胸囲などに顕著な成長がみられる。また第2次性徴という性的成熟が発現する。この発現によって男子は、声変わり、陰毛、咽頭の隆起、ひげの発生、精通現象がおこり男らしい体つきになっていく。女子の場合は乳腺の発育、陰毛、骨盤の肥大、月経の開始を迎え、女らしい体つきに変化していく。このような身体的な変化は大人の仲間入りをしたという誇らしい気持ちが生じる一方で、児童期までの身体像を打ち破るものであるために、不安や恥じらい、驚きなどのさま

ざまな情緒的反応を引き起こすことがある。このような情緒的反応は自己嫌悪や劣等感を抱かせる原因にもなる。また性欲や性衝動、攻撃衝動のたかまりは、青年が自分自身にも目を向ける契機となる。

精神面では、児童期まで急速に発達していた脳神経系は青年期にはいり緩やかな発達となる。情緒面の特徴として、不安を感じやすく、環境に敏感で刺激に左右されやすい。また喜怒哀楽が激しく孤独感に苛まれ、その結果落ち込みが激しいなどの特徴があげられよう。

2) 青年期の発達課題

青年期は自分自身に関心を向けるとともに、他人を意識するようになる。同性の友人との親交は、人に対するやさしさと厳しさを学び、友情や連帯感を深めていく。一方、既存の社会や価値観に批判的になり、自分自身の価値観や判断基準を身につけようと試行錯誤を繰り返す。青年期はこの試行錯誤が許される期間であり、社会的に猶予される期間であるということからモラトリアムと呼んでいる。

青年期は身体的にも精神的にも大きな変化を迎え、社会的にも大きな課題を課せられた期間である。自分とはなにもものなのか、自分は何のために生きているのかということを経えず探し求めている。そして社会のなかでアイデンティティ(自我同一性)の確立をつかむことが青年期の課題といえる。

3) 青年期の心の問題

青年期は、さまざまな精神障害や不適応状態があらわれてくるが、その発生の契機には青年期の発達上の問題が密接に絡み合っている。

統合失調症(精神分裂病)

青年期に発症する精神疾患のなかで、統合失調症は最も重要なもの1つである。発症の原因は依然不明であるが、遺伝的要因と環境的要因の相互作用であるといわれている。病気の特徴としては、

①おもに青年期に発症する②長い治療を要する③再発しやすいなどがあげられる。

症状としては不眠、抑うつ、倦怠感、集中

力の低下などがみられこもりがちとなるが、本人は病気であるということに自覚していないことが多いため、治療に対して消極的である。また幻覚、妄想、幻聴がみられたり、昏迷状態や支離滅裂思考になる場合もある。こうした状態は家族にも理解されにくく、過干渉になったり本人に拒絶的になる場合もある。このような家族の対応が本人の焦りや不安を高めて、混乱をきたし悪循環に陥るというケースもある。

治療の基本は向精神薬による薬物療法と、自閉的な生活をさせないための生活指導的療法ならび本人への心理療法である。また治療の中断により再発することが多いため、治療を継続するよう働きかけることも大切である。また障害を理解するために家族に対する教育的な働きかけも重要である。

対人恐怖症

対人恐怖症とは他人と同席する場面で、不当に強い不安と緊張が生じて、そのため他人から嫌がられているのではないかと案じて、対人関係からできるだけ身を引こうとする神経症の一つである。親しい人という場合や、まったく知らない人の場合は、不安を感じることは少ないが、半知り状態の人に対して最も不安が高まる傾向にある。中学生後半から高校生前半にかけて発症し男子に多い。一過性のこともあるが、多くは慢性状態が続く。しかし中年期まで続くことは稀で、多くは自然治癒していくが、統合失調症の前駆症状として対人恐怖がみられることもあるので注意が必要である。対人恐怖の亜類としては、自分の顔が醜くて相手に不快感を与えてしまうのではないかとおそれる醜貌恐怖、相手の視線を恐れる視線恐怖、正視恐怖、りんごのように顔が赤くなる赤面恐怖、からだから嫌な臭いが発散しているのではないかと思う体臭恐怖などがある。

アパシー

アパシーという用語はウォルターズ (1961年) が、大学生にみられる特有の無気力・無関心の状態をスチューデントアパシーと命名

したことに由来する。現在では大学生に限らず、中学生や高校生、若いサラリーマンにも、大学生と同様の無気力状態が確認され、社会的関心が高まっている。

アパシーのおもな特徴は以下の通りである (笠原, 1984)。

- ①主観的に無関心、無気力、無感動、生き甲斐、目標、進路の喪失は自覚されるが、不安・焦燥・抑うつ、苦悶などは自覚しない。したがって自分から相談を求めようとしない。
- ②本業 (勉学) からは脱却するが、アルバイトなどの本業以外には意欲的である。これには優勝劣敗への過敏さが関係していて、予測可能な敗北と屈辱から回避するためである。
- ③かつては適応のよすぎるほどのよい人であり、強迫的完全主義的性格の持ち主である。
- ④人から評価されることを極端におそれるため、社会に出ていくことを先延ばしする。

リストカット

リストカットは思春期から成人初期の女性を中心にしばしばみられる。多くは日常の些細な対人関係の失意体験をきっかけに手首を切るが、自殺を目的としているものとは思われず傷も浅い。習慣化されやすく何回も繰り返す傾向にある。幼児期より養育者との関係が不安定であるとの指摘もある。支持的に接して、理解され支えられているという環境作りが重要である。

ひきこもり

ひきこもりとは対人関係を伴う状況から退いて、他人との交流を避けて閉じこもっている状態をいう。一言にひきこもりといっても様態はさまざまであるが、現在注目されているケースは、社会生活から全面的に退いて家庭に閉じこもっている場合である。またニート (Not in Education, Employment, or Training) と呼ばれる、学生でも訓練生でもない無業者が増加しているという。

引きこもりの発生要因として、養育者との共感性の欠如と傷つくことへの異様な怖れが指摘されているが、ひきこもりという症状を早期に解決するのではなく、なぜひきこもっ

てしまったのかを、共感的に理解していくことが大切である。

4) アイデンティティ確立の困難性

以上みてきたように、青年期の心の問題は青年期の発達課題であるアイデンティティの確立の困難性から苦しむ例が多い。このような状態のなかで、リストカットや摂食障害、自虐的傾向、薬物や自殺などの破壊的傾向、あるいは非行や犯罪といった反社会的な方向へ逸脱していく例も少なからずある。

5) 青年期の心の問題の対応

青年期は疾風怒涛の時代である。その時期をなんの不満もなく毎日を過ごしていたなら、そのこと自体が問題と考えていいだろう。

青年期はさまざまな試練を乗り越えていかなければならない。スポーツをしたり、友だちと語ることは、青年が受けるストレスから解消するために大いに役立つであろう。しかし、青年期は環境に左右されることが大きいので、周囲の対応にも工夫が必要である。青年期は他人と自分を比較して、自分の出来ない部分に焦点を向けがちである。しかしできないことをできるようにするだけでなく、なにができていのかということも常に並行して考えていかなければならない。この常に新しい課題に向かい続ける姿勢は、ともすれば失敗や挫折を経験させ、成功体験を得られないまま、劣等感だけをうえつけさせてしまう場合もある。

問題が家族のメンバーだけでは解決できない場合は専門家の協力も必要である。問題解決のパターンがよい対処法になっている場合はよいが、多くのケースではその問題を生み出す原因となっていることも少なくない。できるなら早めに専門家の協力を得ることが問題を複雑にせず解決に向かわせていくものと思われる。

おわりに

ライフサイクルからみた子どもの心の問題を概説した。紙面の都合上ごく限られたものしか紹介できなかったが、筆者が日常の相談業務で対応にあたったものを中心に述べてみた。子どもは生得的な成長要因と家族、園生活、学校といった環境要因の相互作用によって発達していく。めまぐるしく変化する環境との関わりのなかで、私たちはどのように対応をしたらよいかを考えてみた。本稿に記載できなかった睡眠障害、神経性習癖、食をめぐる問題、児童虐待、非行などについては次の機会に考察したいと考えている。

参考文献

- 橋本正己他『新看護学・基礎知識3』医学書院, 1998
 坂野雄二他『臨床心理学』有斐閣, 2002
 鐘幹八郎他『教育相談重要用語300の基礎知識』明治書院, 1999
 氏原 寛他『心理臨床大辞典』培風館, 1997
 上野一彦他『児童の心理臨床』放送大学教育振興会, 1999
 上里一郎他『メンタルヘルスハンドブック』同朋舎出版, 1989
 正木大貴他「ストレスによる子どもの身体症状と行動傾向」『児童心理』金子書房, 12月号, 2002

— 児童教育学科 初等教育 —