

医学生のためのもう少し知りたい人間の精神と行動の発達と人生

笠井清登¹⁾、柳下祥²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野

2) 東京大学先端科学技術研究センター

抄録

人間の精神と行動、そしてその基盤をなす脳は、ライフコース（人生）を通じて発達・変化する。当事者の望む生活や人生の回復にかかわるには、人間の脳と精神の発達の原理を学んでおきたい。人生の中でも思春期は、社会との相互作用が本格的に生じ、価値が主体化する重要なステージである。この時期のいじめ・移民状況などの社会的排除や都市居住などの地理的環境に伴うストレスが精神疾患のリスク因子となる。思春期は多くの精神疾患の発症が生じやすい時期であり、思春期精神保健は国際的に重要課題である。周産期は妊娠中の母体の生物・心理・社会的状況が児の脳発達にも影響を及ぼすことから、リプロダクティブヘルスの観点からの取り組みが必要である。小児期は、不適切な養育などの逆境体験が成人後の長期的な心身への影響をもたらす、精神疾患のリスク因子となる。更年期、高齢期も生物学的な衰えのみならず社会的孤立や心理的孤独感などの影響がうつ病や幻覚妄想症候群などのリスク因子となる。このように人間の精神機能を生涯発達の観点から支えていく視座を持ちたい。人間の生涯発達を固定した理論としてだけでなく、時代、世代、社会、文化、地理、ジェンダーなどとの相互作用による動的で変化する過程であるにとらえたい。さらに精神科医は、担当医としての長期にわたる関係性のなかで、患者の人生も、医師自身の人生も、個別で一回性であることに思い至る。そして、患者や家族の個別で一回性の人生こそ「普遍的な研究の成果である」ことを体験として学ぶ時が来る。なお、教科書においては、すでにわかっていることを述べるのが通常であるが、わかっていないこと、これから解明すべきことについても随所で触れた。

A. 人の精神発達の原理

人間の精神と行動、そしてその基盤をなす脳は、ライフコース（人生）を通じて発達・変化する。患者が困っている精神症候を切実に治したい、行き詰っている生活や人生を立て直したい、というニーズに医師はコミットすることになるので、人間の脳と精神の発達の原理を学んでおきたい。まず、人間の脳と精神・行動の発達を学ぶときの全体的なポイントを述べる。一般社会で素朴に考えられていることと一部異なったり、専門家でもよく考えれば当然であるが、普段あまり明確化していないことを述べるので、注意深く読み込んでほしい。

1. 知・情・意（事物・他者・自分についての情報処理）の発達

人間の情報処理機能を大まかに知・情・意に分類すると、それらはおおむね事物、他者（対人）、自分についての処理と対応する[1]。新生児や乳児は、母親の顔を見つめ、泣いたり微笑むことからこの世界での生活を出発させる。小児は身の回りのものを擬人化し、感情移入する。これらは事物としての処理より他者という人間としての処理の方が早期に発達する優勢な脳機能であることを示している。一方、自分自身を知ることは難しく、小児にとって、他人から自分がどう思われているかを想像することが難しい。こうした能力はメタ認知と抽象的な言語能力が発達する思春期以降に成熟する。したがって、人間の情報処理能力の発達は、他者-->事物-->自分の順となる。

2. 社会の中での発達、内在化（個体と社会の相互作用）

脳は生活をよりよく成立させるための身体器官である。環境や社会にある情報を入力したのちに処理して行動を出力するだけではなく、これまでの経験からおおざっぱに予測を立てたり、出力を優先させてその体験から次の出力を効率化させるのが脳機能の特徴である。これらのために脳は発達の過程で社会を内在化させる。このしくみが、思春期における自我の形成にもかかわってくる。

3. 体験の履歴の蓄積と発達段階

脳は外界の情報を内在化するが、とりわけ時間・空間的に明瞭に始点と終点を持つものは出来事（event）として認識され、個人ごとに異なった形で体験（experience）され、その履歴はシナプス可塑性や回路の変化として脳に影響を及ぼして（effect）いく。この三つの E で始まる英単語は、トラウマ（心的外傷）の 3E として知られている過程と対応する。そしてこのような脳・精神と環境・社会の相互作用の様式が大きく変わる時が、発達段階の切り替わりであると言える。そこで、前の発達段階における脳履歴の蓄積のあり方が、次の段階における脳発達・変化のあり方の基盤となる。

4. 分化と再統合

新生児に見られる原始反射が成長とともに随意的で精緻な運動に変化していくのを見ればわかるが、人間の認知・行動とそれを支える脳基盤は、全体的な処理から機能分化の方向へと移行する。そしてそれは思春期における前頭葉などの成熟にともなって、再統合される。前頭葉外側面の脳部位の活動を統合しているのは前頭極（Brodmann area [BA] 10）、また身体内部感覚や情動、自律神経系などを統合しているのは前頭葉内側面（帯状回、島回など）であるとされる。

B. 人間のライフステージ（発達区分）

人のライフステージ（発達区分）は、おおまかに、周産期（peri-natal period）、小児期（childhood）、思春期・青年期（adolescence）、成人期（adulthood）、高齢期（aging）に分けられる。医学、心理学などの

学術分野によっても、あるいは一つの学術分野のなかでも、さらには学術分野と法律・行政・教育制度と一般社会通念の間でも、呼称、区分、各区分の年齢の範囲（重なりあいもある）などが多様で、混乱が生じやすい。これは、人の発達を生物（身体・脳）・心理・社会のいずれの視点から捉えるかによる違い、個人の発達トラジェクトリーの多様性、社会が複雑になればなるほど成人期までに達成が要請される心理・社会的な成熟が高度となり、その達成に必要な期間が長くなっていくこと、現代社会における寿命の延長など、さまざまな理由がある。それぞれの発達区分において、それらの状況を含めて説明していく。また、思春期・青年期は、他の動物に比べてヒトで特に期間が長く、人間に特徴的な精神機能を成熟させる時期であり、精神疾患が発症しやすい時期でもあるため、特に詳しく述べる[2]。

精神医学や心理学の教科書でよく紹介されるのは、エリクソンの生涯発達段階である。エリクソンは、人間の発達を 8 つの段階に分類し、人間が一生発達し続ける存在であるとした。成人期以前の発達段階にはフロイトの心理性的（psychosexual）発達理論が反映されている。ライフサイクルの各段階には獲得と克服すべき固有の課題があり、前段階の発達の上に次の発達が生じるという漸成的発達論を唱えた。一方、こうした生涯発達理論は欧米で半世紀前に提唱された概念であり、現代日本の時代、社会の変化や、支援する当事者の生活史、パーソナリティ、文化的背景に合わせて柔軟にとらえたい。

周産期

妊娠開始からおおむね新生児期（生後 1 ヶ月）を指すが、医療や行政上は妊娠後期（22 週）から新生児早期（生後 7 日未満）までという狭い定義が用いられることもある。妊娠中のアルコール・タバコなどの物質摂取、高血糖、ウィルス感染、低栄養（やせ）などが、児の脳・精神機能に与える影響や、ひいては児の後の成人期における健康に関連するとされる。妊娠可能年齢にある若年女性の心身の健康は、リプロダクティブ・ヘルス(reproductive health)という国際保健上の重要課題である。精神科臨床においては、精神疾患をもつ人の周産期における治療薬剤の、胎盤や母乳を通じた児への移行の可能性を考慮した診療が求められる。日本においては近年、若年女性の低体重（やせ願望）の問題が指摘されている。児の胎内での低栄養や低出生体重につながり、ひいては生涯発達に長期的な影響をもたらしうることから、公衆衛生学的な影響が懸念される。

小児期

乳児期（おおむね一歳まで）、幼児期（小学校就学前まで）、児童期（中学校就学前まで）などの区分がある。なお、法律・行政・医療上の小児の定義は、15 歳まで（義務教育年齢、児童福祉法上など）、18 歳まで（法律上の未成年）など多様であるし、小児医療においては、10 代（思春期）を成人期医療との移行期（トランジション）として重視するようになってきている。

人間の脳機能を知・情・意に分けると、乳幼児期には、情、すなわち、とりわけ母親との情緒的な交流によるアタッチメント（attachment）の形成（ボウルビイの愛着理論[3]）が重要である。誕生から 6 か月くらいまでは充足・興味・苦痛といった原始的な情動が発達する。18 か月くらいまでにてれ・羨望・共感といった自己意識的情動、3 歳くらいまでに誇り・恥・罪といった自己評価的情動などが発達し、萌芽的な自我の発達と密接な関連をもつ。情動の発達は、これらはいわゆる安全、安心、信頼を感じられるこ

との基礎となる。

知の発達

知の発達については、知能と認知と言語の側面から整理して学びたい。知能とは、新しい問題を解決するためにこれまでの経験を効果的に再構成する思考能力としての精神機能である。本人に備えられた静的な能力の観点からとらえた概念であることで認知と区別される。概ね中心溝より後部の大脳皮質（頭頂、後頭、側頭皮質）の機能と対応する。一方、認知とは、実生活における行動に結び付く、動的な情報処理の側面からとらえたもので、中心溝より前の前頭皮質により担われている。知能の発達は、たとえ成人期のIQが同じだとしても、それまでのトラジェクトリーは千差万別であり、いわゆる「遅咲き」の子もいる。小学校中学年や中学入学などで勉強が急激に難しくなり不適応となる人は、境界域の知能や学習障害（たとえば算数障害や書字障害）のある人に見られやすい。知能の評価にはウェクスラー式などの検査が用いられるが、知能テストにより人間の能力を分類することの必要性和問題点は常に問い直したい。

認知の発達

認知の発達については、ピアジェが、感覚運動期（sensorimotor stage: 感覚・運動を通した外界との相互作用による認知枠組みの同化と調節；0～2歳）、前操作的思考期（stage of preoperational thought: 自己中心的な内的表象の発達；2～7歳）、具体的操作期（stage of concrete operation: 自分以外の視点での推論；7～11歳）、形式的操作期（stage of formal operation: 仮説演繹的思考、抽象的論理操作；11歳～成人）の4段階に分類する認知発達理論を提唱した[3]。その後、脳科学や発達コホート研究による個別の知見は多数得られているが、それらを統合する理論は確立されていない。

言語の発達については、乳幼児期の話す・聞く言語の獲得の段階についての知見が多い。大まかに、1歳で1語文、2-3歳で2-3語文、4-5歳で文法にもとづく複雑な文を話せるようになり、発達障害の診断面接等では詳しく聴取する必要がある。言語には、コミュニケーションの手段としての側面だけでなく、思考の道具としての側面がある。しかし後者については、思春期の自我の形成を支える基盤であるにもかかわらず、理論や知見が統合されていない。他者からの指示が外言を経て次第に内言として個人内に取り込まれるとする、ヴィゴツキーが唱えた過程や、メタ認知能力の発達に基づき、脳と精神機能の自己制御（self-regulation）能力を獲得し、自我機能が成熟すると考えられる。

意の発達

意の発達については、パーソナリティ（人格）や主体性の観点からとらえる必要がある。パーソナリティとは、人間の精神機能を知・情・意に分けたとき、情・意の持続的な特徴を指す。知能もそうであるが、人格においても、過去が現在へと影響する蓄積が重要である。その蓄積は神経心理学的には記憶に相当するが、体験と呼んでもよいものであり、前頭葉やそれと結びついた大脳辺縁系の機能が対応する。パーソナリティ理論は、欧米の心理学研究において、成人の一時点での質問紙データで仮説通りの因子に分かれることから確立してきたものであり、文化差もあると思われるので、絶対視しない方がよい。たとえばクロニンジャーの理論における気質とモノアミン系の神経伝達物質との対応関連は仮説に過ぎず、明確な実証はなされていない。また、パーソナリティの小児・思春期における発達研究も不足している。この一因は、小児と成人で言語発達の程度やパーソナリティの構造、社会との相互作用のあり方が異なり、

同じ質問紙を用いてパーソナリティを小児と成人で比較したり、小児から成人まで縦断的に測定したりすることが困難であることが考えられる。脳が社会・環境と相互作用する器官であることを踏まえると、人間が情報を入力しそれをどのように受けとめてから行動を出力するのか、あるいは情報入力とは独立に、内発的にどのように社会に向けて行動を出力するのかの特徴にもとづいてパーソナリティの分類やその発達を考えた方が、社会と相互作用する個人の精神や行動の支援を行う上ではよいように思える。

コラム(1)保育の目標から学ぶ乳幼児期の心理発達

乳幼児期の心理発達を知・情・意に分けて述べたが、乳幼児保育という現場の経験から作成された、厚生労働省管轄保育所における各年齢ごとの保育目標をみると、全体的な発達段階がつかみやすい（表1）。

表1 対人関係と自己の発達(福田正人博士の厚意による)

1 歳児	自己主張の開始 情動が分化 基本的信頼関係の確立
2 歳児	自己主張が強くなる時期 情動の揺れ動きにより自我が育つ
3 歳児	友達と一緒にいることが楽しい 自我が発達するがうまく表現できない
4 歳児	言語の発達 友達を意識 友との葛藤も 自己の意識や評価が発達
5 歳児	他者の情動を理解して、自分の行動を制御 自主性・自律性の成長 ルールの意識

小児期逆境体験（adverse childhood experiences [ACEs]）

小児期は、親子関係を通じて、情動や愛着の基盤となる脳機能が発達する時期である。この時期のネガティブな体験を小児期逆境体験（adverse childhood experiences [ACEs]）と呼ぶ。ACEs は短期的な精神の不調ばかりでなく、成人後を含めた長期的な脳・精神機能に影響を及ぼし、精神疾患のリスク因子ともなる。ヒトや一部の非ヒト霊長類に特異的な、7-9 歳ごろから DHEA、DHEA-S などの副腎皮質系のホルモンが上昇し始める性成熟の初期段階を adrenarche と呼ぶが、それが脳・精神機能の発達とどう関連するのか、まだ不明な点が多い。一方、ポジティブな小児期体験がどのように人の人生を支えるかについて、positive childhood experiences [PCEs] という概念も出てきている。小児期からの長期にわたる逆境のため、PCEs があってもかかわらず、本人の人生の物語の中にポジティブなエピソードとして位置付けられていないことがある。成人の当事者の治療過程（あるいは医療とは独立にその人の人生の過程）でそのような体験が初めて言語化され、人としての回復（パーソナルリカバリー）を促進することがある。

自律神経系・身体内部感覚の発達

小児期における自律神経系の発達や身体内部感覚の発達は、知・情・意の発達に比べて研究が立ち遅れ、不明な点が多い。小児の心身症は不登校につながるなど社会学習の機会を奪い、生活や人生への影

響が大きいですが、診断や治療は現場の試行錯誤によらざるを得ない。遺尿症は、心理社会的なストレスにもなって発症したり、小児期から思春期にかけて持続したりすることがある。

思春期

Adolescence は、世界保健機関（WHO）の定義によると 10-19 歳とされてきた。10-14 歳は前期、15-19 歳は後期と区分される。日本の学術分野では Adolescence を青年期と訳してきた。ただし、一般社会において 10 歳（小学校中～高学年）の児童を青年とは呼ばないことから、adolescence を思春期・青年期と呼ぶ場合もある。また、思春期を puberty（第二性徴）に限定して用いることもある。本稿では adolescence=思春期としておくが、異なる学術分野間で合意形成があるわけではない。思春期の年齢範囲をどのように定義するかは、思春期をどの側面からみるか（性・身体スパート、脳発達、心理社会的成熟）によって変わりうる。現代社会においては、生物学的成熟と心理社会的成熟の年齢的ミスマッチが拡大し、心理社会的に成熟を遂げる年齢が高くなってきていることを反映して、思春期を 10-24 歳に拡張すべきとの主張も国際思春期保健の研究者らからなされている。

AYA (adolescents and young adults)世代という言葉は、狭義の思春期よりは幅広いライフステージを指し、例えばガンのように、高齢期にかかることの多い病気が、社会に羽ばたこうとする若い時期に生じることによる様々な影響を、あえて強調する際に使われる。国際的に合意された定義はないが、10 代後半から 30 代くらいまでを指す。日本において死因の一位が自殺となる年齢階級も 15 歳～39 歳までである。

思春期における BA 10（前頭極）や BA45（下前頭回三角部）などの脳機能成熟は精神機能の自己制御（self-regulation）を可能にする。また、テストステロンなど性ホルモンの上昇により、仲間との関係における自己の位置付けに感受性が高まる。これらの過程により、社会で共有されている価値が自己のなかに内在化していき、主体として中長期的行動を繰り出す動因としての一人ひとりに個人化された価値が形成されていく。こうした過程は、人が長期的人生を送っていく上で極めて重要な基盤となる。逆に認知機能に脆弱性を抱えていたり、児童期までにトラウマの影響があったり、思春期に社会構造ストレスが強いかかったりすれば、脳機能の脆弱性は蓄積していき、精神疾患の発症リスクとなる。精神疾患に限定しなくても、思春期は第二性徴の発現とともに心身の状態が急速に変化し、社会から要請されることも増加するため、それだけで精神的な不調を抱えやすく、思春期危機と総称される。

WHO の世界精神保健調査によると、精神疾患の 1/2 は 14 歳までに、3/4 は 24 歳までに発症年齢を迎えるとされる。また、先進国においては若者の死因のなかで自殺が上位にランクされる。思春期に精神疾患の発症が多いことや精神疾患の脳病態と、思春期の脳とこころの発達の関連についてはまだ双方向的な研究が国際的に不足している。

自我とは、自己同一性（自他の境界線）、自尊心、自己能動感・主体感、自己効力感、自己認識、自己の感情の制御、自己の内部のドメイン化と統制などを含む、複雑な心理学的構成概念である。自我は、意識する作用の主体であり、自己は意識される客体であると区別される。自我意識の様式は、ヤスパースによると、能動性の意識、単一性の意識、同一性の意識、外界や他者と区別された自己（自我境界）とされる。しかしながら精神病理学、精神分析、一般心理学における自我や自己の理論の統合は十分ではない。自我の発達の機構については、脳科学研究での知見が不十分である。

メタ認知・精神機能の自己制御性の発達と綾を織りなす抽象的な言語の使用も思春期に発達する。しかし言語の発達の研究はもっぱら乳幼児～小児期の研究が多く、思春期を対象とした研究は少ない。たとえばヴィゴツキーの思春期の言語発達の理論を脳科学的に証明しようとする研究はほとんど手つかずである。

こうした言語を基盤とする思春期の自我の発達を踏まえて、その病理としての統合失調症の自我障害や思考障害、あるいは解離などの病態を理解していく必要がある。

ボディイメージの変化や摂食行動の変調も出やすい時期である。摂食障害は、時には生命予後をも悪化させる重大な行動障害である。メディアによるやせた女性のイメージへの暴露とやせ願望の増大が関連しているとの報告がある。摂食障害の患者には、自己効力感の低い人がみられるが、「体重は摂食を減らせば自分でコントロールでき、達成がわかる唯一のこと」といった思いが背景にあることがある。

思春期・青年期の性行動については、重要な発達課題であるにもかかわらず、日本においては文化的にあまり明示的に語られることが少なく、学校教育でも不足しがちである。医学教育でも、小児科学、産婦人科学、精神医学等で青年期の性行動についてその実態や対応について学習する機会が少ない。欧米の精神医学や行動科学の教科書との差が大きい。思春期の依存性薬物使用についても同様な傾向がある。精神科臨床においては、昨今、合法的な市販の風邪薬や鎮痛剤などの嗜癖が課題となっており、いつの時代にも、どのような社会でも、思春期は、行動上も脳の感受性上も、依存性薬物使用の課題が大きいことを認識する必要がある。性行動や物質使用は、「思春期特有の衝動性に由来し、そのコントロール（自己制御）の不全が問題行動と結びつく」という文脈で語られることが多いが、性についての欲求は正常な発達課題であるし、物質使用についても格差など社会的な文脈からもとらえたい。

コラム(2)教育的達成 Educational attainment

高度な社会性を求められる現代社会においては、学校教育の場面での社会体験は、その後の人生に大きな意味を持つ。学習という言葉は、日本の学校教育では知識を習得する意味で使われるが、心理学的、脳行動科学的な意味での学習（learning）、特に社会学習の重要な機会としての学校が果たす役割は本来大きい。とりわけ、核家族化、少子化、地域とのつながりの希薄化によって、同世代の集団の中でのふるまいを学習する機会が減少しているものと思われる。

必ずしも不登校、ひきこもりがよくないといった価値観に縛られる必要はなく、個別の教育が届けられるべきであるが、教育環境側の改善は重要である。健常者と比べたときの統合失調症当事者における教育年数の短さが長期にわたって解消されていないことが示されている。また、フィンランドのレジストリ研究では、統合失調症でニート（Not being in Education, Employment, or Training [NEET]）が多く、教育年数や職業達成に格差が生じているが、職業リハビリテーションが普及していないことを指摘している。近年、通信制高校などの選択肢が増えているが、精神科医療従事者としては、症状の改善のみならず、当事者の教育を受ける機会が保障されるよう、多職種での取り組みが求められる。

コラム(3)インターネット・SNS 使用、ゲーム障害

デジタル時代を迎え、低年齢からインターネットや SNS の使用などに、一方ではリテラシーが必要であり、他方では嗜癖に陥らないことが求められる。また、SNS の使用の仕方によっては他者との危険な交流につながることもあるし、サイバーいじめの問題もある。COVID-19 流行下の学校臨時休業期間中にオンライン授業を実施した場合の方が生徒のメンタルヘルスに好影響があったとする報告がある。

インターネット・ゲーム障害は、DSM-5 から嗜癖性障害群に加わっている。従来、ADHD 傾向のある児ではインターネット過剰使用が起こりやすいといわれてきたが、インターネット過剰使用が ADHD 傾向を悪化させるという双方向関係にあるとする報告が東京ティーンコホートを用いた研究でなされている。

成人期

現代は人間の生活について多様な価値観が尊重される時代であり、結婚、子育て、仕事などについて、従来の規範や文化などにもとづく固定観念（ステレオタイプ）は押し付けとなりかねず、とりわけ人の人生の重要な局面に立ち会う私たち医師は、そのことに自覚的である必要がある。その一方で、人種、性別、時代、文化、地理的環境などにより、それに属する多くの人に共通の価値観にも十分な配慮が必要である。

一般的には職業に就き、社会の中での役割や生きる目的（purpose in life）を感じる時期である。一方で、職業に就くという社会価値に支援者が同調しすぎる場合、精神疾患のある人の多様なパーソナルリカバリーを支援することとの間に軋轢が生じる。ひきこもりや NEET の当事者の支援に際して特に留意したい。

更年期：「閉経」とは、卵巣の活動性が次第に消失し、ついに月経が永久に停止した状態を指す。閉経前の 5 年間と閉経後の 5 年間で併せた 10 年間で更年期と呼ぶ。近年、男性における更年期についてもその存在が知られるようになってきている。テストステロン低下に起因する不安・抑うつなどの精神症状、易疲労感、倦怠感などの身体症状、勃起障害・性欲低下などの性機能症状を呈することを late onset hypogonadism (LOH 症候群)と呼ぶ。

高齢期

高齢期は、生物学的に老いが訪れる一方、長期間にわたる経験や学習から獲得する結晶性知能などの成熟が見られる。また、世代継承性といって、自分が亡くなった後の社会を想定して、次世代に託していこうとする、利他的な姿勢も見られる。一方、加齢にともなう脳機能の低下により、本人の元来のパーソナリティ特徴が際立ってみえることがある。成人期には社会適応への努力や自己制御能力によって代償されてきたと解釈しうる。少子高齢化に伴い、社会的孤立や孤独感等を背景とするうつ病や幻覚妄想症候群なども生じやすい。

終末期

死にゆくこと（dying）の受容の過程は、キューブラー・ロスの5段階がよく知られるが、実際は知的・パーソナリティ特徴や社会的状況によって多様である。死（death）や自己の死にゆくことの認識は、小児～高齢期までのライフステージによって異なる。遺される側の課題もあり、たとえば配偶者との死別に伴う悲嘆反応や抑うつ、乳幼児期・小児期における親の死についての認識、親との死別という ACEs の長期的影響について理解を深めておきたい。

C. ジェンダーと人生

DSM-5 で性同一性障害が障害（disorder）ではなくなり、精神障害の診断基準から除外されたように、現代のジェンダーは多様化しており、いわゆる「男性は～」、「女性は～」という性別役割割についてのステレオタイプは相対化する必要がある。それを前提としたうえで、ジェンダーによって社会構造や文化との間に生まれるストレスは異なりうる。例えば昭和後期時代の日本においては、家父長制の名残が色濃く、男性が夜遅くまで働き、女性は主婦として家事や子育てをするという像が一般的にみられた。その場合、学歴や職業上のストレスは男性に強いかもしれない。一方、女性はそうしたストレスから免れるかもしれないが、社会参加という主体的な人生の目的を持ちにくかったり、子育てにまつわるストレスを抱えやすいだろう。個人として体験するトラウマにもジェンダー差がある。このように、ジェンダーによって、どのような時代、社会環境かによって、ライフステージごとのストレスは異なる。女性の場合、妊娠・出産や閉経期にともなう女性ホルモンなどの生物学的変化によってストレス脆弱性が強まる。病気、死別などがもたらす影響にもジェンダー差がありうる。妊娠や出産についての価値観は多様であることを前提として、子供を持ちたいと思っていた女性が、それが実現しないまま閉経期を迎えたり、閉経期を迎えようとする時に乳がん、子宮がん、卵巣がん等に罹患することにまつわる心理的な苦悩なども深刻である。

コラム(4)周産期メンタルヘルス

女性の精神科患者で妊娠可能年齢の人を診療している場合、結婚や妊娠・出産についても本人の希望に合わせて支援することが求められる。また、総合病院精神科等に勤務する場合には、他院精神科に通院中の患者で、総合病院で出産をするために精神科医をコンサルテーションリエゾンとして来談するケースを診療する機会も多くなる。一方、これまで精神科にかかったことがない人が、出産後（postpartum）のうつ状態等で精神科を受診することもある。妊娠前、妊娠中や出産後の授乳に関連した向精神薬の使用についての予備知識を持っておきたい。時代との関連でいうと、従来よくみられた「里帰り出産」も、親世代の高齢化や女性の社会参加の拡大にともなって減少してきている。一方で、出産の高年齢化により、周産期の母体の心身の脆弱性は高まる。このように時代や社会の変化にともなう妊産婦のおかれる生活環境に対して感受性を高めたい。

D. 精神疾患と人生

精神疾患は、生物学的に完全に区別される医学疾患ではなく、症候群であるため、疾患別にライフコースの対応が明確に区別されるわけではない。一方で、おおまかに、統合失調症、双極性障害、不安症・うつ病圏、発達症圏などの、若年期にはじまり、時に長期にわたる薬物療法や精神療法を要する疾患のそれぞれにおいて、ライフステージ上で生じやすい状況とその対応を見通せるようになりたい。思春期・青年期における発症にともない、学業や職業を継続できるか、休学・休業からの復学・復職、あるいは就学・就労支援は大きな課題であり、医師はこうした生活・人生上の支援にも関与することとなる。もし発症にともなって自宅で療養する生活が続き、アルバイトを経験をしたことのない患者が、就労を思い立った場合、様々な困難が予想される。一方でその際、支援者側は、最初は短時間で軽度の仕事から徐々に負荷をあげるというステップアップモデルを採りがちであるが、エビデンスとしては、individual placement and support (IPS)、つまり行動ファーストで、そこでしっかり集中的に支援する、という方が就労継続率が高い。動機付けなどの理論が実際の人の行動に反映されるのである。したがって、支援者側が指示的・断定的に方向を決定してしまうのではなく、共同意思決定 (shared decision making) が求められる。主体としての当事者という観点が最も重要になるのが、このライフコースを見通した対応の際である。一方、主体としての当事者があるということは、支援する医師側も一人の主体としての人間であり、当事者と同じく、生活と人生を送り歳を重ねていく。一人の人を時に数十年診療することのある精神科医とは、その人の一回性でかけがえのない人生にとって、どのような位置付けだった (である) のだろうか、ということを考えざるを得ない、興味深い職であると思う。

E. 世代間精神医学

価値・価値観が個人の中で発達・発展していくなかで、まず家族内、特に親から子への影響がある。ここでもジェンダーの多様性を前提として述べるが、一般に、父親または母親と、男の子または女の子の関係には、さまざまな意識的、無意識的な価値や行動・態度の伝達がある。性別役割について、日本では、社会が性別に寛容な方向に進んでいるとはいえ、たとえば「男の子は弱音を吐くものではない」といった性別役割についての価値観を親や教員等が持っている場合があり、援助希求行動を阻害しうる。

このような家族を単位とした価値の世代間伝達は、精神科臨床においても非常に重要なテーマであるが、その心理・脳基盤については、不適切な養育態度や両価的な態度が発達に与えるネガティブな影響以外、十分研究がなされていない。思春期になると、仲間との関係にもとづく価値の共有が重視されるようになる。また、親のみならず、それ以外の大人を行動や規範のモデルとしようとする。こうした親との垂直関係や仲間や社会との水平関係の価値の伝達・共有は、成人期におけるその人の対人関係特徴やパーソナリティの基盤となる。

コラム(5)家族における疾患・障害とケア

先天性疾患、小児がんなど、医療的ケアを必要とする児を医療的ケア児と呼んでおり、それを支える家族のストレスが大きいこと、そのため本人と家族の双方の支援が必要とされ、child & family centered care という概念が広がってきている。米国の母子保健局は、医療的ケア児の概念を拡張して、children with special health care needs (CSHCN) という概念を定義し、全米で調査を行ったところ、全小児の 10-20% が該当するとしており、その割合はここ 20 年で増えている。公衆衛生の改善や医療の進歩により新生児・乳幼児死亡率が下がってくると、医療的ケア児は当然増加してくる。日本においても東京ティーンコホートの調査で、一般の 10 歳児の 12.5% が CSHCN に該当すること、CSHCN の該当する下位項目数が多いほど母親の心理的負担が大きいことが分かった。医療的ケア児において、親子関係が密着することは想像に難しく、思春期に至って、意思決定を本人の主体を尊重して行っていくことは、重要だが難しいことである。母子分離による自立ということに強く価値をおいた医療従事者との関係が、親にとって自分を責められているように感じられ、維持されないことがある。小児期に身体疾患を抱えていた「元医療的ケア児」の成人が、その生活歴とは直接関係なく抑うつ等を主訴に精神科医を訪れることがあるが、成長過程で医療的ケア児であったことが、成人期の対人関係の取り方やパーソナリティの形成に影響していることがある。

家族内に障害または疾患のある人がいれば、その成人の子どもや孫、あるいは障害のある人が子どもであればそのきょうだいの立場の子どもが、本来は大人がやるようなケアや家事などを担当している場合がある。これをヤングケアラーと呼ぶ。日本でも中高生の 4-7% 程度がヤングケアラーとされており、国や自治体、学校における支援体制の整備が進められている。

F. 時空間精神医学

精神医学や臨床心理学などは、基本的に個人の支援を中心に構築されてきた支援諸科学である。一方で、個人の心理や行動は、特に児童・思春期までの親からの価値の伝達や、社会に共有されている価値（規範、文化など）の影響を受ける。そして親という存在も社会も一定ではなく、時代や地理的環境によってそのあり方が変わっていく。

心理学や脳科学が進歩すると、人間の心理や行動が普遍的なものとしてモデル化され、評価や支援が具体的な手法・技法として確立されていく。そしていつしか、時代、世代、社会の変化への考慮が薄れ、役に立つ対象者が限られてくるだけならまだしも、社会側の変化を要請せず個人の心理側の改変に終始したり、専門職集団が想定している人間像に当事者を当てはめたりなどのトラウマティックなものになりかねない。

こうした精神医学に必然的に内包された課題に対して、私たちはどのように前向きに取り組んでいけばよいだろうか。人間の脳やこころのはたらきは、他者との関係、その集合としての社会の存在を前提としているため、心理と行動の普遍性を考えるうえでも、常に個人と社会の相互作用を前提に論じていく必要がある。

近年、ロンドンなどを中心として、大都市という人間が産業革命以降構築した社会構造・環境が翻って個人のメンタルヘルスに与える影響を脳科学、心理学、社会科学の連携により明らかにしようとするプロ

ジェクトが立ち上がっている[4]。統合失調症のような内因性精神疾患（生物学的要因が想定される）と考えられてきた疾患についても、思春期までの都市生育（urban upbringing）が発症リスク因子となることが知られるようになった。

架空ケース

- (a) 1941 年生まれ：毎年お盆の時期に胸がざわざわする、という高齢男性
- (b) 1935 年生まれ：毎年お盆の時期に胸がざわざわする、という高齢女性

なぜお盆なのだろうか。ケース（a）は、東京大空襲の時に 4 歳である。学童疎開の年齢に達せず親と東京に残ったため、親に手を引かれて焼夷弾の雨のなかを逃げ惑ったとする。トラウマの再体験までは想像できたとして、東京大空襲は春だったのに、なぜ夏に胸がざわざわするのだろうか？戦争をテーマとしたテレビ番組はいつ多いだろうか？といったことに、感受性を高めたい。ちなみに、ケース（b）のように、学童疎開の対象となった 10 歳前後の思春期前期の子どもたちはどうだっただろうか？空襲に遭わなくて済んで、トラウマから逃れたのだろうか？

精神・行動の支援と、時代と世代と社会ということは切り離せない。特にこの 100 年は東京でも、関東大震災、太平洋戦争、高度経済成長、バブル、経済停滞期、また、震災、台風、COVID-19 パンデミックなど、様々な自然・人的災害が続いている。この中で人間の寿命や教育年数は確実に伸び、女性の出産年齢は高まり、一人の女性が出産する人数は減っている。同世代の人口は、団塊世代と団塊ジュニア世代で他の世代に比べて最大で数倍多い。人が子供を育て、高齢の親の面倒を見ているとして、それらのライフイベントが順番にやってくるのか、同時なのか、仕事をしながらなのか、自分が退職後なのか、など。自分の人生のどういう時期にどういう家族や社会との関係性になっているかが時代とともにダイナミックに変化する。

親から子に対して、親自身が人生を送ってきて培った価値が伝達されるが、子供の世代には社会が変わってしまい、もう通用しないかもしれない。社会価値の変化の少ない時代に作られた、「思春期に親に対して疾風怒濤のように反抗するが後に丸くなる」という生涯発達モデルはもう古く、親や親の世代の社会から継承されようとする価値に対して、NO!とはっきり拒絶するほうが、もしかすると正しい選択なのかもしれない。今の若い人々は、Z 世代などと言われ、気候変動に対する社会運動を展開する人などもあるが、関連のある現象かもしれない。

G. 人生の一回性と普遍性への気づき

ある家族の立場の方の書かれたものである。

「ある年齢まで普通に生きてきて未来の絵模様が見えてきたころの冷酷ともいえる病の到来。大きく予想から外れた人生になってしまったけれど、医療を信じ、研究でいつかもっとよいものができてくことに願いと希望をもち、懸命に人生再出発のために、けなげに生活している当事者は、まさに、“精神医学の研究の成果”の体現者として次の時代への継承役を担っていると思えます」[5]

通常、研究の成果とは、専門家が当事者を対象として研究し、得られた結果であると考えられてきた。しかしここでは、当事者こそが、病という不条理な体験を受け止めながらどのように回復していくのかということ「研究」する研究者であり、その人生はまさに切実な「研究の成果」である。こうして研究の成果の体現者から人生や生涯発達とは何か、ということ学ぶ姿勢を持ちたい。末尾の参考図書[2][6]には、「研究の成果の体現者」の方々の「研究論文」が収載されている。

本稿を通読した後に、心理・行動の描写にすぐれた自伝やノンフィクションを読んでみてほしい[7-9]。いかに人の生涯が小児期・思春期の体験とつながっているか、また人はどう回復するのか、について、一回性の人生から普遍性を学べる生涯発達心理学の教科書としてかみしめたい[10]。

そして医師になったのち、患者との長い人生の付き合いのなかで、医師自身も前の発達段階から次の発達段階へ進み、これまでを振り返り再編しながら、これからを志向していく。患者と医師の生涯成達は独立ではなく、深い関係性の中で、お互いに軌跡を描いていくなかで、いつか、患者の人生も、医師自身の人生も、個別で一回性であることに思い至る。そして、患者や家族の個別で一回性の人生が「普遍的な研究の成果である」ことを体験として学ぶ時が来るだろう。

さらに理解を深めたい方のための文献

- [1] 福田正人：もう少し知りたい統合失調症の薬と脳。日本評論社、2012
- [2] 笠井清登、岡ノ谷一夫、能智正博、福田正人（編）：人生行動科学としての思春期学、東京大学出版会、2020.
- [3] カプラン臨床精神医学テキスト、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2016.
- [4] Rose N, Fitzgerald D: The urban brain: The mental health in the vital city. Princeton University Press, 2022.
- [5] 福田正人、藤平和吉：統合失調症について一般医・研究医に知ってほしいこと。医学のあゆみ 264: 917-924, 2017.
- [6] 笠井清登、藤井直敬、福田正人、長谷川真理子（編）：思春期学、東京大学出版会、2015
- [7] 夏莉郁子：心病む母が遺してくれたもの。日本評論社、2012.
- [8] 夏莉郁子：もう一つの「心病む母が遺してくれたもの」。日本評論社、2014.
- [9] 堀川恵子：永山則夫一封印された鑑定記録。岩波書店、2013。（書評：こころの健康図鑑 URL available at: <https://kokoro-zukan.com/archives/494#content> (accessed: 2026.7.8.)
- [10] 笠井さつき・笠井清登編：女性のこころの臨床を学ぶ・語るー心理支援職のための「小夜会」連続講義。金剛出版、2022.