

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—

牧 正 興

Attachment Disorder and A Consideration about Special Support Education of Developmental Disorder.

— From an Example of Reactivity Attachment Disorder (Inhibition Type) —

Seikoh Maki

そのほかの軽度発達障害との判別が困難な、小学生の反応性愛着障害（抑制型 inhibition type）の1事例をもとに、その診断基準や成育要因、行動特性について検討した。教育現場では反応性愛着障害についての認識は皆無に等しく、そのほとんどがより一般化し、認知度の高いADHDやアスペルガー症候群等の範疇で対応している場合が多い。本ケースにおいてもその範囲での対応からか、学年を重ねるごとに緩快に向かうどころか、より深刻さを増していた。

反応性愛着障害、特に抑制型の子どもに対するその場限りの対応はかえってネガティブな行動を刺激しやすく、その問題行動を増強させることも少なくない。その理由もよく分かる。DSM-IVの診断基準Cにも挙げている通り、その根底には基本的な情緒的欲求の持続的無視や、基本的な身体的欲求の無視、安定した愛着形成の阻害があるからである。ほとんどの対人的相互反応を、発達的にみても適切なやり方で開始したり、反応したりできないことが持続している状態でもある。それだけに、特別支援教育等におけるその支援のあり方は、本障害への相当の理解と適切な関係性への十分な検討が重要であることが確認された。

Key Word：反応性愛着障害、抑制型、ADHD、虐待、ネグレクト、養育態度、特別支援教育

I はじめに

反応性愛着障害（Reactive Attachment Disorder; RAD）の抑制型（withdrawal）と高機能PDD（Pervasive Developmental Disorder; PDD；広汎性発達障害）は最も鑑別が困難な組み合わせの一つとされている（杉山ら2006）。また、時としてその状態像からして、社会的認知度の高い注意欠陥／多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder；以下AD/HD）として診断されることも少なくない。愛着についての実証的研究はBowlby（1969/1982）以来、Ainsworthら（1978）の愛着の分類、Mainら（1990）の愛着分類におけるDisorganized/Disoriented型の発見など、特に発達心理学の領域を中心に多大な成果が提示されている。さらには成人の愛着を分類する方法（アダルト・アタッチメント・インタビュー Adult attachment interview）の開発（Main et al., 1985）、等の研究報告もある。これら発達心理学の領域における莫大な量の研究により、主要な養育者への乳幼児の愛着形成が、その後の

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てきている。Carlson（1998）は、月齢12ヶ月児の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であることを実証している。

このような研究成果から「愛着障害（Attachment Disorder）」は臨床的介入の方向性へと発展してきたものの、正式な診断分類に「愛着の障害」が登場するに至ったのは、1940年代のBowlby（1944）、Spitz（1945, 1946）の研究から約30年以上が経過した。すなわち1980年のDiagnostic and Statistical Manual Disorders, 3rd（DSM-III）による反応性愛着障害 Reactive Attachment Disorder（以下RAD）の登場が初めてであった（American Psychiatric Association, 1980）。その後分類は改変され、DSM-III-R（American Psychiatric Association, 1987）、DSM-IV（American Psychiatric Association, 1994）のRADに引き継がれた（表1）。

表1 DSM-IV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、または非常に両面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、回避およ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する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明らかになる。

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1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、養父母が頻繁に関わること）。

D A. 診断基準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

本表にも示されている通り、反応性愛着障害の基本的
特長は、5歳以前に始まり、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、ひどく
病的な養育と関連があるものである（基準A）。またそ
の病型には抑制型と脱抑制型があり、その1つを特定す
ることによって示される。抑制型では、対人関係におけ
る優勢な障害は、ほとんどの対人的相互反応を、発達の

にみて適切であるやり方で開始したり、反応したりでき
ないことが持続することであるとされ、脱抑制型は、対
人関係における優勢な障害が、無分別な社交性、または
愛着を持つ人物を選ぶ選択力のなさである場合に用いら
れるとされている。

一方、AD/HDの代表的な特徴としては、①不注意②
多動性③衝動性があげられる（表2）。

表2 注意欠陥/多動性障害 DSM-IV

A. (1) (2) のどちらか：

(1) 以下の**不注意**の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月持続したことがあり、その程度は不適応的で発達の水準に相応しないもの：

<不注意>

(a) 学業、仕事またはその他の活動においてしばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。

(b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。

(c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。

(d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない。

（反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく）。

(e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。

(f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。

(g) 課題や活動に必要なもの（例：おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具）をしばしばなくす。

(h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。

(i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

(2) 以下の**多動性-衝動性**の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月間持続したことがあり、その程度は不適応で、発達水準に相応しない：

<多動性>

(a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。

(b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。

(c) しばしば、不適応な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする（青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない）。

(d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。

(e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。

(f) しばしばしゃべりすぎる。

<衝動性>

- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。
 - (h) しばしば順番を待つことが困難である。
 - (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例: 会話やゲームに干渉する)。
- B. 多動性-衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が2つ以上の状況[例: 学校(または職場)と家庭]において存在する。
- D. 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、または他の精神病的障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(例: 気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害)ではうまく説明されない。

関連する特徴は年齢および発達段階によって異なり、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、表面的行動としては反応性愛着障害との類似性は高く、その区別は困難を要する。学業成績はしばしば明らかに障害されたり低く評価されることで、家族や学校当局と衝突することにもなる。努力の持続を必要とする課題に十分集中できないことが、しばしば他人から、怠け、責任感の欠如、反抗的態度を示すものと解釈されることでも一致している。

以下の事例は、筆者の直接的観察と各学年担任の報告によるものであるが、行動上はAD/HDの傾向とよく一致しながらも、その行動特性は衝動性が若干見受けられるとしても、不注意、多動性が顕著であるとはいえず、対人関係においては反応性愛着障害の抑制型とよく一致した。学校現場でもその対応に翻弄させられ、家庭との摩擦も生じ始めていた。腎臓疾患で月1回の割合で通院している病院(小児科)においても、その他の特別な異常は見当たらないとの報告を得ていた。しかし、本児の学校生活は以下に述べるように、さまざまなトラブルや混乱を引き起こし、教育的営みにも大きな障害となっていた。

II 事例

N君 10歳(小学4年生)男児

家族構成:

父、母、弟(小2)、妹(3歳・保育園児)、祖父、祖母、曾祖母の8人家族

現在の主な問題行動等:

- ・教室に入らない(無理に入れてもすぐに飛び出してしまう)。
- ・校内で何の理由もなく、通りがかりの子どもに急に暴力を振るい逃げる。
- ・逃げるときに石を人に向かって投げることもあった。
- ・誰かが(教師も含めとくに大人に対し)近づいて話しかけたりすると、「うるさい!」「バカ!」「死ね!」「クソ!」「あっち行け!」等の罵声を発し、人を近づけようとしなない。

・母親の言うことはあまりきかないが、「お父さんに言う」とか「お父さんに電話する」とか言う態度が急変し、大人しくなる。

などが主なものであったが、本児の問題行動についてはその他にもさまざまなことがあり、クラス内の指導上も困惑しているという感じであった。

知能検査:

WISK-R IQ65(小学1年生時)

WISK-III 言語性IQ75 動作性IQ66 全検査IQ68

(小学3年11月)

生育歴:

出生時体重2870g、先天性の腎臓疾患があり、乳児期に右腎臓摘出手術を受けた。年中(4歳)から保育園入園。入園当時はまだ紙パンツをはいており、年齢にしては全般的な幼さが見られたが、保育士が付き添うほどではなかった。排尿トレーニングも行ったが、遺尿は変わらず多かった。6月くらいから自分より弱いものを叩く、からかうような素振りをわざとする、始めてのことに對して抵抗を示す等の行動が目立った。9月、妹の出産の頃から排泄の失敗が目立ち、周囲への迷惑行動、突発的な離席、友達を叩くなどがより頻繁になった。12月、保育士が腹部の腫れに気づき、病院受診、人工肛門の手術を受け、1月後半に再登園したが、保育室から逃げ出すようになり、2月中旬まで午前中保育となった。

教育関係という家柄もあり、姑らも躰等について母親は口うるさく言うことが多く、ボタンのかけはずしから身の回りのすべてを母親が行っていた。3月になっても登園後、母親から離れることを嫌がり、大泣きして抱っこされ、3月卒園式の練習にもまったく参加しようとしなかった。

小学校入学後も、文字練習や、図工、体育(着替え等の問題もあり)のときに離席や教室飛び出しが頻繁に見られた。着替えや片付け、食器の持ち方など、身辺自立が未熟で、係や当番等の役割意識も低かった。

家庭訪問時に、オムツ1枚で指しゃぶりをしながら担任と母親の会話の割り込んでくる場面もあった。入学後2ヶ月の6月頃から登校班とともに登校できるようになり、補助教員がつくことで、離籍や飛び出しもなくなり、落ち着きを見せた。しかし、ほとんど毎日大便をもらすようになった。名前が書けるようになり、1~10までの

足し算、引き算はマスターした。学習の可能性が見え、夏休みの家庭学習を母親に要望したが、母親自身が手がけているか、ほとんどの課題に手をかけている様子であった。読み聞かせは大好きで、教室を飛び出しては補助教員にねだっていた。

2学期、運動会の練習は逃げ回り、保健室を居場所にするようになった。以後保健室登校となり、この頃から「お父さん」という言葉に極端に反応するようになった。「お父さん」というその言葉だけでビクッとし大人しくなるようになっていたが、父に叱られた後の反動も大きく、学校では暴れ回ることも多かった。学習のすべてを拒否し、教科学習はまったくできない状況となった。3学期前からは、休み時間や給食時間はクラスの友人とのかかわりが見られるようになったが、授業中は教室に入ることはなかった。

その頃、学校側からの勧めもあり、初めて某・小児精神科を受診したが、集団学習は困難と思われるため、個別指導または学校の状況に合わせ、それに近い状況の中での学習が保障されるよう、学校としての体制を整えることの必要性が述べられた。その後の継続通院が求められていたが、3・4回の通院で終わっている。医師の報告では、ADHD、アスペルガー症候群、養育障害のいずれかの見極めが必要であることも述べられていた。

2年生になり、学習内容に自信が持てる教科についてはクラス内で一緒に学習できるようになった。筆算や掛け算は得意で、若干の遅れはあるものの、個別指導ではそれなりの受け入れは可能となった。生活の場も保健室から教室に移り、一日のほとんどの時間を教室で過ごすようになった。相変わらず情緒的にはむらがあり、不安定なときは自ら興味を持っていることしかしない。指示しても頑として動かなかったり、逃げ回ったり、他児に暴力を振るったりもする。再度補助教員を配置することとなった。

3年生時には、教科の学習にはほとんど参加しなくなった。プライドの高さから、クラス内で自らの進路、レベルに見合った学習には抵抗を示した。1・2年生時の復習をかねたドリルなどを準備しても、周りと異なる学習は嫌がった。したがって授業中は、ただ席に座って他児のノートを写したりすることに終始したり、それにも飽きると鉛筆や消しゴムを使って手遊びをすることが多くなった。

教科学習で、算数は割り算の学習が入ってからは掛け算と混乱し、一人で学習することができなくなった。国語は漢字の書き取りに強い抵抗があり、宿題でも連絡帳に漢字の課題は記入しようとせず、担任が書き入れると、一応書いてはくるものの、ドリルを見て書いている様子はなく、ただ形を真似て書いている。体育は、リレーやボール運動等、体力的には参加できるものであっても、逃げ回って参加しようとしなかった。

学習全般に集中度が乏しく、週1回他校で行われてい

ることばの教室に通っているが、頑張り過ぎたときには、その後登校して荒れることが多く、奇声をあげたり、友だちの学習を邪魔する。このまま教室で同じ学習を進めることに限界を感じるのと担任からの訴えも出た。

しかし、学校での生活状況は徐々にではあるが、係りの仕事や当番の仕事を級友と協力してすすめることができるようになった。場を考えずに大声を出してしまうこともあるが、注意すると素直にやめることができるようになった。休み時間もクラス内で過ごし、友だちとの関わりも多くなり、遊びを中心としたグループには喜んで参加するようになった。登校も地域の登校班でできるようになったが、自分勝手に走ったり、班長に悪態をついたりしてトラブルは多かった。下校は母親が家用車で迎えに来ている。給食はほとんど好き嫌いなくよく食べるが落ち着いてかむことができず、食べすぎで時として嘔吐することがあった。

健康状態もよく、月1回の膀胱機能検査のための病院受診のための欠席以外は休むことはない。手術後は尿袋は腹部につけており、1日に1回、袋に溜まった尿を捨て、濡れた紙オムツを取り替えなければならなかった。介助員とともに保健室で清掃終了後に行なうことが多かった。取り替えを嫌がることもあるが、特に夏場ではそのままにしておくことと異臭を放つために、つねに声かけをする必要があった。水泳や腹部を圧迫する器械運動は禁止されている。

3学期の担任所見によると、生活面では徐々に友達と協同活動が可能になっており、特別に混乱することもなくなったとのことであったが、反面、学習面では本人の能力を十分に伸ばすためには、現在の環境では無理がある。これから上学年に向けて本人のストレスも増し、生活面での破綻が危惧されるとのコメントがあった。

4年生に進級し、介助員なしの状態でのスタートであったが、4月中は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態度を見せることもあった。しかし、本学年の学習にはほとんどついてこれる状況ではなかった。自らにとって状況が悪くなると図書館で借りた本を勝手に読み始める。計算はいくらかできるが、計算ドリルなどは答えを見ながらただ写すことが多い。字を書くことは苦手であり、漢字の宿題は時々提出することもあったが、読み取れる字ではなかった。

6月ころからはほとんど教室に入ることはなく、図書館に逃げ込んだり、廊下でウロウロすることが多くなった。運動会の練習にはなかなか参加する意欲は見せなかったが、ある日を境に、突然参加するようになった。しかしそれも3日間のみで、その後は本番まで一切参加することはなかった。生活状況においても、気が向けば掃除を手伝ったり、配り物を手伝ったりすることができた。給食は介助員教師の声かけがなければ席に着かず、食後の歯磨きを済ませると、後片付けもせずそのまま図書室などへいってしまうことが多かった。

登校のときも、最初は地区の登校班とともに登校していたが、1学期後半より班長の指示を聞かず、自分勝手な行動が続いたため、弟と二人で登校することになった。下校は母親が車で迎えに来ることになった。友だち関係では、関わりたい気持ちは見受けられるものの、自分から積極的に入ることはできず、逆に嫌がらせをしたり、暴言を吐いたりすることが多かった。その行動がエスカレートし、誰かれかまわず通りすがりの者を叩いたり蹴ったりすることもあった。それを注意しても受け入れることはなく、強く注意するとパニック状態となった。健康状態も、月1回の検査で欠席するが、食欲も旺盛で、特に自分の好きなメニューでは何度もおかわりをしていた。

担任所見では、特に教室での全体学習はほとんどできる状態になく、1学期末には授業への母親同席を要請したが、学習等無理に強要すると、その反動で友だちへの暴言・暴力が益々エスカレートした。その時、「お父さんに電話する」というと大人しくなり、行動が急変した。その他、自分のしたいことだけは参加するが、苦手なことになると一切参加しようとしないう。落ち着いた環境で、1対1の個別指導の必要性が提案されていた。

Ⅲ 考察

医学的診断においてもAD/HDないしはアスペルガー症候群、養育障害（反応性愛着障害）のいずれかの間で揺れ動いたケースである。前述したように、行動特性としてはそれぞれ間のオーバーラップはあるものの、これまで述べてきた生活歴等から、「ほとんどの対人的相互反応を、発達的にみて適切であるやり方で開始したり、反応したりできないことが持続することである（DSM-IV-TR）」の病形と一致し、概ね幼児期または小児期早期の反応性愛着障害の抑制型（inhibition type）と捉えることができる。関連する記述的特長においても、ある状況（子どもの入院遷延、極度の貧困、または親の経験のなさ）が、病的な養育を発現させる素因となることがあると述べている。本事例がそのすべてを満たすわけではないが、生来に腎疾患による入院遷延や第一子目の長男であることから予測できる親としての経験のなさは一致する。母親との面接過程においても、そもそも持ち合わせる貧しい感情表出や、祖父母からの教育的要求度の高さによる無言の圧力等を考え合わせると、本児に与えるその素因としての影響に矛盾はないと考えられる。

そもそも反応性愛着障害は、著しい無視や虐待がその根源をなすことが指摘されているが、本児の入院遷延に加え、感情表出に乏しい母親の養育は結果的に極端な無視一特に選択的な愛着を形成する機会が制限されるような施設での世話—はこの障害の危険率を増加させる、にも相当する。

その経過においても、反応性愛着障害は通常、生後数

年の間に発症し、定義により5歳以前に始まるとされているが、本事例も4歳で保育園に入園し、担当保育士の報告にもあるように、その時すでにこれらに相当する行動傾向は確実に存在していた。その後の経過も、感情表出の乏しい母親と、常識的ではあるが、本児の行動を体罰によって押さえ込もうとする父親の養育態度は「お父さん」のこぼしを聞いただけでも行動が急変することからも「心理社会的欠陥、および干渉の性質によって異なるようである」ことを支持する。

前述したように、愛着障害は虐待・ネグレクトに特異的な病理の1つと考えられている（Cicchetti et al., 2000; Kaufman et al., 2000）。つまり、青木ら（2005）が指摘するように、「虐待などの非適応的な環境におかれた乳幼児が、この時期にもっとも重要と思われる心理・社会的発達課題の1つである愛着の形成の領域で、すでに障害を負っている」と捉えることができる。

杉山（2004）は、「子ども虐待症例に認められた問題」に関する一連の研究で、その231例中118例（51%）が反応性愛着障害であったことを認めている。また、5歳以下で広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder; PDD）の診断を除外した53名に限定すれば、そのうち39名（74%）に反応性愛着障害が認められ、幼児期の最も一般的な問題であることを指摘している。加えて49名中、愛着障害を伴うと診断されたものは25名であったことを報告している。

子どもが養育者に対して、愛着を持たずに育つことはできない。虐待を受けた子どもの親への気持ちは複雑に入り乱れている。親側も援助を必要とする弱者であり、その親への援助なくして子どもを支えることはできない。となれば、できるだけ早期に愛着障害と考えられる乳幼児への治療・介入を行い、学校教育における特別支援教育等を通して適切な支持的環境が与えられることも今後の重要な課題となろう。

※付記：本稿執筆に際し、事例掲載に快諾いただいたN君の両親、当該小学校に深謝します。

参考・引用文献

1. 杉山登志郎、海野千畝子 反応性愛着障害と高機能広汎性発達障害の鑑別に関する研究 第16回日本乳幼児医学・心理学学会抄録集 2006
2. Bowlby, J.; *Attachment and loss: Vol.1, Attachment*. New York, Basic Books. (Original work published 1969) 1982
3. Ainsworth, M., Blehar, M. & Water, E. et al.; *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum Associates. 1978
4. Main, M. & Solomon, J.; *Procedur for identifying infants as disorganized/disoriented during the Aisworth strange situation*. In M. Greenberg & E. Cummings (eds.): *Attachment in the Preschool Years* (pp.121-160). Chicago, The University of Chicago Press. 1990

5. Main, M., Caplan, N. & Cassidy, J.: Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In Bretherton & Waters (eds.): *Growing Points of Attachment Theory and Research in Child Development*, 50, 66-104. 1985
6. Carlson, E.: A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128. 1998
7. Bowlby, J.: Forty-four juvenile thieves. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-53. 1944
8. Spitz, R.: Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74. 1945
9. Spitz, R.: Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood II. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342. 1946
10. American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association. 1980
11. American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association. 1987
12. American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., rev.)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association. 1994
13. Cicchetti, D. & Toth, S.: Child maltreatment in the early years of life. In Osofsky, J. & Fitzgerald, H. (eds.): *WAIMH handbook of infant mental health*, Vol.4, Infant mental health in groups at high risk (pp.255-294). New York, Wiley. 2000
14. Kaufman, J. & Henrich, C. (2000): Exposure to violence and early childhood trauma. In Zeanah, C. (ed.): *Handbook of infant mental health* (pp.195-208). New York, Guilford.
15. 青木 豊、松本英夫、寺岡菜穂子、他 乳幼児の愛着障害—3症例による診断基準の検討— 児童青年精神医学とその近接領域 46 (3) ; 318-337 2005
16. 杉山登志郎 子ども虐待は、いま そだちの科学 No.2 ; 2-9 2004