

心理学と小児医学のインターフェース：小児医学的心理学 (pediatric psychology) のすすめ

その他のタイトル	Interface between psychology and pediatrics : An invitation to pediatric psychology
著者	村尾 能成
雑誌名	教育科学セミナー
巻	28
ページ	1-11
発行年	1996-12-15
URL	http://hdl.handle.net/10112/00019437

心理学と小児医学のインターフェース

－小児医学的心理学(pediatric psychology)のすすめ－

村尾 能成

はじめに

前任校で、1952年に研究室内に児童相談室を開設し心理相談を開始したが、1961年に独立した施設が別棟に建設されたのを機に、児童心理、小児医学、社会福祉を含む臨床チームで相談を進めることになった。この経験は子どもの問題をbio-psycho-socialに総合的にみる態度を身に付けさせた。

その後、当時の相談スタッフで、小児診療における児童心理学とその有効性の理解の深かった小児医が開業し協力を求められ、パートで検査や相談を手伝った。その医院は1966年に小児専門病院と発展し、開設と同時に児童心理室を併設し、専任の心理職員による臨床業務を行った。私立の小児病院で専任の心理職を置いたのは近畿では最初であったが、その後内容を充実させ、現在は病院に近接する3階建の施設の児童心理研究所と発展して、スタッフも常勤5～3人、非常勤3～5人と移動はあるものの、これも近畿最大の人員で心理臨床が行われている。この病院における心理臨床の1974年から1991年末迄の活動状況は西谷他(1993)が発表した。

1980年代半ばに小児医学的心理学(pediatric psychology、小児科心理学、以下PP、と略記)の存在を知り、関連する文献の収集を始めたが、活動と研究の領域の広さを知るとともに、多大の示唆を受け裨益されることが多かった。3年前までの断続的ではあるが、長い小児科臨床とのかかわりの経験から、臨床児童心理学と

異なるPPの活動内容とその有効性を紹介し、この領域への関心を喚起したい。

1. 小児医学的心理学(PP)の定義と活動

小児科医は、その診療の現実から日常取り扱う問題の情緒的、心理的側面の理解の重要性を認識するようになり、他方、心理学者は器質的、身体的疾患に関連した各種の精神病理の理解の必要性と、同時にある種の医学的障害に対する心理学的介入の有効性を認識してきた。ここに両者の接点があり協力の可能性が生まれてきた。Kagan(1965)は早くに心理学と小児医学との新しい結びつきを提唱したが、心理学におけるこのインターフェイスの領域での活動家であるpediatric psychologistの最初の定義はWright(1967)によるもので、本質的に非精神医学的な医療現場で子どもを主として処置する心理学者であるとした。PPの述語は、小児医学的問題と子どもの健康のための心理学の適用の実際と研究の包括的領域をカバーするために用いられた。両専門職の結びつきは時代とともに強まったが(Wright, 1985)、その結びつきはスムーズにおこなわれたのではない。ある場合は両者は子どものためにと称して、お互いに協力するのではなく、共存しているだけのこともあった。しかし、両者の協力関係は多様な方面においてお互いに専門職として有益であり、多くの患児とその家族にとっても好都合であることが認識されてきた(Roberts, 1986)。米国におけるPPの学会の創設は古く、1968年にSociety of

Pediatric Psychology が創設され、すぐに Section I (Section on Clinical Child Psychology) of Division 12 of the American Psychological Association に加入が認められた。PP学者は、広範囲の子どもと親に対する専門的援助を与えることに努力を注ぎながら、発達に基礎を置いた学際的モデルを統合しようとしてきた (Kenny, 1975)。PPは子どもの心理的と身体的な福祉の多様なトピックに関連しており、疾病の行動的、情動的随伴状態、小児医学における心理学の役割、健康な子どもの健康の増進と病気の予防などを含んでいる (Roberts, Maddux & Wright 1984)。

PPは次のようなユニークな特質、①臨床的実際の診療、多くは健康維持状況 (health care setting) において行われる。②医学的に基礎づけられた照会 (移送 referral) 機構と clientsの source。③子どもの発達を増強するための健康増進と問題行動の予防への志向、また子どもを正常な発達の方向へ戻すことを志向する。④発達の考察の強調。⑤患儿へのなんらかの直接的処置を伴う医師や親との相談。⑥実際面で確実に効果的で、時間効率的で、経済的な処置テクニックへの志向などを、含みながら発展してきた (Roberts, 1986)。

PPは、以上のように伝統的な小児医学と臨床児童心理学それぞれの枠組みの中では、重要な子どもの問題に対処できないことを実感した実践家の体験の結果として発展してきたものである。小児科医は彼らの診療の実際の要求に合致する心理学的サービスを必要としており、心理学者は心理学的介入を必要とする子どもと家族に対して、より接近可能な有効なサービスを提供する目的をもっている。両者の創造的な協力がPPの専門性をもたらすが、この専門性はすぐに出来たものではなく、長い間個々の専門家がお互いに他の助力を求め合う日常の診療の実際から生まれてきた。

2. PP関連領域

PPの関心と活動を含む類似したいくつかの学問領域がある。医学的また健康の問題について、とくに児童発達と小児医学に適用される心理学の各種の特性を記述するために多くの術語が提起され、術語と名称について多くの過剰な論議がなされた。用語法の明確化は研究者間のコミュニケーションを助けるために必要だが、単に特異な意味や強調を主張するためだけの術語が提唱されたこともあった。これらの術語は、各領域の専門性と、その専門家の活動についての混乱をもたらす結果となった。PPの役割と活動範囲を明確にするために、学術的な吟味としては厳密ではないが、各種の名称とその代表的定義を併記してみよう (Roberts, 1986 ; Tuma, 1982)。

多くの実践家や研究者が、医学的や健康問題における心理学の関与の在り方や程度によって、包括的な名称からより特殊なものへと言及している。

医学的心理学 (medical psychology) 「身体的健康、疾病とその個人的、集団的、システム水準における処置のすべての側面に関係する心理学的要因の研究」 (Asken, 1975)。彼は「医学的心理学はどのような期待される方向からの問題も概念化でき、またなんら特定の理論的方向づけを提示しないし、それは研究、臨床的介入、適用、教授を含む全ての学問的関心の領域を内包している。」と主張している。医学的心理学と伝統的心理学の主要な差は、それらの身体的疾病と非精神科医とに対する関係の在り方であり、医学的心理学を構成する主要な領域として、心身医学、身体・心理学、行動医学、健康看護学を挙げている (Asken, 1979)。

行動医学 (behavioral medicine) 「行動的科学与生物医学的科学的知識、健康と疾病に対応する技術、これらの知識と技術の予防、診断、処置、リハビリテーションへの適用の発達と統

合に関する学際的分野」(Schwartz & Weiss, 1978a; Schwartz & Weiss, 1978b)。Askenの行動医学を医学的心理学の領域とする定義とは矛盾する。行動医学の名称が行動療法の適用との混同をまねく恐れがあるが、より一般的な行動科学を志向するもので、Masur (1979) は行動医学を各種の生物医学的学問領域と行動的学問領域の輻輳点として概念化している。前者は看護学、物理療法、歯学、薬学、医学（とくに臨床精神医学）であり、後者は心理学、人類学、疫学、社会学、栄養学であるとした。この概念化は、心理学と、全ての行動的と生物医学的領域とのinterfaceを可能にする。これらのinterfaceにおいて互いに関連している知識的基礎と技術の多くの交差結合の可能性が存在すると述べている。

健康心理学 (health psychology) 「健康心理学は、健康の維持と増進、疾病の予防と処置、健康疾病・関連する機能障害の病因論的・診断的相互関係の確認、健康保護システムや健康政策の決定分析と改善に対する心理学の各分野の特異的な教育的・科学的・専門的貢献の集合体 (aggregate) である」(A.P.A. Division of Health Psychology, p. 1.)。

行動健康学 (behavior health) 「各種の自発的な個人の活動や参加活動による健康維持、疾病や機能障害の予防についての行動的・生物医学的科学的知識と技術の適用における、個人の責任を強調する健康の哲学の助長に貢献する学際的分野である」(Matarazzo, 1980)。

行動小児医学 (behavior pediatrics) 「行動小児医学は、児童・青年の身体的疾病と欠陥 (disabilities) の多次元的また総合的診断、予防、処置、リハビリテーションを強調する生物行動科学と小児医学の学際的統合をいう」(Varni & Dietrich, 1981)。また「行動医学は、特に各種の児童期の疾病（例えば喘息）の病因、各種の医学的問題（例えば心臓外科手術、

白血病）の心理学的後遺症 (sequelae), 適切な医療看護（例えば若年性糖尿病をもつ子どもの服従率 [協調性 compliance]）の維持などに関与する心理学的因子のような問題を集中的に扱う。」(LaGrece & Stone, 1985)。

発達・行動医学 (developmental and behavior pediatrics) 「発達小児医学は、それ自身大きく児童期の認知的能力 (competence) とその機能の抑制に関係する身体的精神的欠陥に関心がある。行動小児医学は、personality の障害の予防と処置や家族機能と社会的適応の効果を強調する。発達・行動医学は、共有される諸テーマ、競合する使命、児童期健康と機能に関する一般的な小児医学とその他の学問領域への相互補足的な貢献を強調するために、これら上記の諸要素 (strands) を一緒に統合する (Levineら編、1983 : Asken, 1975)。

これらに対してPPは、「小児医学的問題と子どもの健康に対する心理学の適用の実践と研究についての総体的分野をカバーするために用いられる述語」(Wright, 1967) であり、「研究と実践の領域としてのPPは、子どもの心理学的福祉と身体的福祉の間の各種の広範なトピックに関与し、普通の病気や重病の行動的、情緒的随伴現象、小児医学における心理学の役割、健康児の健康の増進や病気の予防を含んでいる」(Roberts ら、1984) と考えられている。具体的な対象項目として、PPの専門化の初期では、発達の検査や考察、予防的基準における両親の教育、身体的病気の子に対する病気やホスピタリゼーションの影響などであったが、心理学者の健康維持や健康関連行動の理解に対する貢献の可能性を、心理学社会や一般社会が認識するに伴い心理学と医学の統合への概念化が明瞭になってきた。とくに、小児心身症の問題はPPの主要領域となっているが本稿では紙数の都合上省略する。同書および石川ら (1987)、河野 (1980)、鈴木 (1975) などを参照されたい。

Wrightら(1979)は、そのEncyclopediaで114項目の医学的・心理学的問題をリスト・アップしており、これらの問題の多くが多数の子どもで経験されていることを指摘している。この文献の出版後、PPが問題の理解の促進と効果ある介入で、その有効性を示す多くの問題が生じてきた。

関連する領域としてその他に、Ksrolyら(1982)の児童健康心理学、Varni(1983)臨床行動小児医学、Green(1980)の生物社会小児医学、Williamら(1981)の小児医学的行動医学、Wright(1979)の児童健康看護心理学、Krasnegorら(1985)の児童健康行動学、Matarazzoら(1984)の行動健康学、McGrathとFirestone編(1983)の小児医学的・青年行動医学、Miltonら編(1982)の臨床健康心理学、WalkerとRoberts編(1983)の臨床児童心理学などがあり、それぞれ固有領域やその特定の側面を強調しカバーするために多くの名称が用いられてきた。

3. PPの実際

小児科の診療所、小児専門病院、病院の小児科に来院する子どもの疾患の実態についてのわが国の資料は入手できないが、米国での資料では、実際に純粋に身体的と考えられるものもつ患者は12%、心理的なものと考えられるもの36%、残りの52%は心身両面に起因するケースであった。小児医学の現場で出会う問題のタイプは、多くの心理学的、発達の、行動的、教育的や、子どもの取扱いの問題であった(Duffら, 1973)。小児科医を訪れる健康な子どもの37%は、子育てと行動の取扱いの問題についての指示やカウンセリングを求めるものであった。親の医師に対する質問の19%は学業成績に関するものであった(McClellandら, 1973)。このような身体疾患の医療以外の問題、多くは心理学的問題の増加の傾向が見られ、PP者の課題の拡大

が予想される。

4. PPの役割

Roberts(1986)によれば、米国ではPPの専門家は、例外はあるが医学施設やプライマリヘルスケアの施設で多くが勤務している。病院、医院、小児科診療所、発達センター、健康維持の組織などで活躍して、介入は施設外でも行っているが、その活動は基本的には精神医学的な医療施設においてではない。彼らの主要な関心は精神的健康よりも身体的健康に向けられている。その役割を概念化するための各種の枠組みが多数のPPによって述べられているが、それらはコンサルタント、情報提供者、教育者、カウンセラー、相談的診断者、治療者、研究者、改革者などとしての役割である。PPの専門家は一つの役割だけでなく、状況により多様な役割を担わねばならない。

5. 小児科診療の実態

PPの方針と実践には何よりも小児科の診療の現在の特質自体が影響を与える。

小児科の外来診療では、病気による来院に加えて、前述のように健康な子どもの身体検査や発達検査、学業成績や学習障害、子どもの行動の取扱いなどが増加している。これには、障害の早期発見、免疫学、栄養学などの医学的処置の進歩とそれに対応する小児科診療の変化により、子どもの死亡率と罹患率の減少と、他方少子化傾向による一人の子どもへの過度の関心や配慮などがその要因となっていると考えられる。このような医療以外の問題、多くは心理学的問題の増加の傾向が続くと見られる。

多くの患児が診られる所である小児科診療所(医院)で、小児科医が一人の子どもにかけられる時間は短い。また総合・専門病院の小児科医や関連する医師は、慢性疾患や急性の重度の疾患の治療や医学的問題へのサービスに向けら

れている。入院患者の診療では医学的評価や処置も時間的に制約がある。小児科医や病院所属の医師は、一日に多くの患児を積極的な関心を持つ身体-医学的問題に注意して、同時に診断し治療しなければならない。これらの点で、入院と来院の患者の小児科診療は、費やす時間とエネルギーの面で、心理学的側面についての注目は同じように制約されている。

多くの小児科医は、長い教育・訓練により患児の身体的な部分を臨床的に強調するように方向づけられている。現実的には診療所診療やプライマリー・ケアにおける小児科医は、増加する健常児の発達の問題、予想される問題のガイドランス、子どもの扱い方の問題などに時間をさくことが多くなってきて、純粋に身体的問題に費やす時間は比較的短い。しかし小児科医や他の医師は、心理的-行動的な問題よりも、患者の医学-身体的側面により関心をもち、またそれが得手であり楽である。たとえばBernsteinら（1969）は、病院の医療関係者は医学的問題に関心を示すのみで、処置の心理学的考察については無関心の傾向があると述べている。子どもの火傷の処置部門では、医学スタッフは脱水や移植の失敗の原因となる飲食の拒否を生じる鬱や分離の問題よりも、皮膚移植片の上皮形成や脱水について論議することを指摘している。

これらすべては、小児科医はその診療における心理学的問題に興味が無いということを示唆するものではない。実際、多くの心理学者は小児科医は他の医学専門家よりも、これらの問題について意識しており注意深いと信じている。実際に比較的少数であるが発達の-行動的小児医学を診療に生かそうとする小児科医は存在している。このような状況において、PP専門家の活躍できる職務は拡大していく可能性がある。また現状では心理学者は、小児科医を非難するよりも、彼らの状態に合わせて心理学的問題の認識と処置について啓蒙し、PPの専門的知識や

情報を広げていくべきであろう。また反対に児童心理学者も児童の身体発達と小児医学の理解を要求されることになる。

6. PPの活躍の実際

現在米国においては多くの小児科心理学者が病院や医療施設で勤務しているが、外来患者専門の小児科診療所での小児科心理学者の役割も増大して、将来は外来患者専門の診療所での実践の役割がより多くなるとみられている。

(Roberts, 1986)

Roberts (1986) は各種の小児医療施設における心理学者のコンサルティングやサービス提供は下記の事態に意義があるという。①小児科医は自由な時間が無く、診療の諸要求を維持するよう強制されている。②小児科医-患者の接触の短さは、その診療は多数の健常児についてものであることを反映している。③小児科医の要求する心理学的相談も同様に短時間で要点のみであることが要求される。④心理学的介入はしばしば手短に、ほとんどのケースで極めて短時間で遂行する必要がある。後の二つは、とくに広範な診断的展開や長期の処置に関する場合は、心理学者がもつ伝統的な臨床児童心理学の業務に関する考えを撤回する必要がある。これらの点で、小児医学的心理学者はより経済的で効果の明瞭な技法を用いることができる。行動的技法や危機介入は最もしばしば用いられる方策である。

PP者の活動は、測定・検査、処置・治療、予防と臨床児童心理学の手法と変わらないが、PPに特有の活動がある。

①心理検査・測定

PPの職務として各種の心理検査の実施があるが、臨床児童心理学で用いられるもの加えてPP特有の検査がある。Brazelton (1973) の新生児行動検査のような神経学的検査があるが、心理・社会的スクリーニング (screening) 検査

が広く用いられている。小児科医にとってスクリーニングは熟知のもので、その医学的問題の重要な指標によって患児を分けている。

スクリーニング手続きによるデータは、全体的な診断は無理としても問題の指標が得られる。傷害の指標が見られたら詳細な徹底した検査が必要となる。代表的なものとしてFrankenburgら(1981)のデンバー発達スクリーニングがあり、この検査で発達の遅滞が見られたら、より診断的な方法の検査を施行する。

その他に多面的側面(Metz, 1976)や特異的な障害、例えば児童虐待、成長障害、発達障害、社会的または学校の適応問題などの危険のある子どもの確認を目的としたスクリーニング技法が開発され、また開発中である(Roberts, 1986)。

②評価・処置のためのプロトコル、チェックリスト

心理学者は尺度構成や調査についての知識と経験から小児科医を援助するために、問題に適したプロトコル、チェックリストや質問紙を提供できる。スクリーニングと移送のために1～2ページの評価表を用いて、スタッフの面接か親の記入により潜在的な問題を素早く確認できる。これらの診断的、処置のプロトコルは数字計算法の形式をとればさらに有効なものとなる。たとえば、小児科医はすでに子どもの成長を成長曲線の基準に照らして判定するための標準的な手続きとしてのプロトコルを用いている。

子どもの素質的特性についても、過敏性体質など体質の個体差を知るための体質傾向検査票(九大小児科)、神経質傾向調査票(高木)や新しい気質概念(Thomas・Chessら)によるCareyの気質調査(東北大・佐藤俊昭訳)などがあり、よく用いられている。

その他、すでに心理学の領域では標準化が確立している発達や個別行動の評価プロトコルが数多くあるが、これらから得られるの情報は小児科医にとってもスクリーニングとして有効な

ものとなろう。

③診断的面接 (diagnostic interview)

診断に必要な項目について面接するのは当然であるが、ReichとWeloner (1989)のThe Diagnostic Interview for Child and Adolescents, Revised, DICA-Rのような高度に構造化されたものがあり、テストと同様に採点化されている。その他構造化されたものを含め多数が作成され面接の実際でもちいられている。他の標準化された尺度やプロトコルはより診断的で予測的である。多動の程度の定量(Barkley, 1981; Conner, 1969)、児童虐待の決定(Friedmanら、1981)、児童の行動障害の測定(Achenbach, 1978; AtkesonとForehand, 1981)、学習障害の評価(Katz, 1984)恐れと恐怖症の測定(Barriosら、1981)などが挙げられる。これらはPPの実践の中から案出されたものである。その他、心理学者が開発可能なスクリーニング、予備的診断表やプロトコルが考えられる。子どもの摂食障害、登校拒否、くせ(習慣行動)、脅迫行為や小児医学の現場で多く見られる障害について可能であろう。

④標準化されたプロトコル

標準化されたプロトコルは標準化した処置手続きの遂行によって小児医学の実践を引き上げることができる。小児医学は多くの心理学的処置を行っている。確立された手続きの使用により、再発の多い問題に対してコントロールされた処置がスタッフや親によって可能となる。Christophersenら(1980)は、処置プログラムに変化があったときのために、枝分かれした意思決定のツリーを含んでいる1～2ページのプロトコルに、問題行動についての処置手続きを圧縮可能とした。標準化された手続きプロトコルは、①処置についての合理性と処置や必要なコンプライアンスを与える。②患児または親と臨床家の相互作用の輪郭を描いたり記録するための標準的メカニズムを与える。③コンプライア

スの程度の評価や増進のための手段を与える。

④臨床家の関与（involvement）の構造化を与えるなどの利点がある（Roberts, 1986）。

診断・治療面接ともに子どもに直接行っても十分な情報が得られず、言語的交流もうまくいかないといわれてきたが、技法如何により有効であることが確認された（山中・野沢、1980；Barker, 1990；Hughes・Baker, 1990）

7. 小児科医との協力関係

いくつかの協力関係のパターンが考えられるが、現実的には次の3つであろう。

①独立的機能関係

心理学者が小児科医から送られたの診断と処置を独立に行う専門家として活動する場合。患児の移送前後の情報の交換を除いて小児科医と心理学者は協力なしで独立に活動する。2人の専門家がそれぞれ独立して活動しており、必要に応じてお互いに移送する型

②間接的協力関係

患児の取扱いについての主たるは責任は小児科医がもち、彼が患児と家族に心理学的サービスを提供する形で、心理学者が協力する場合。心理学者は現実の患児と接触しないか、または限られた接触で、小児科医の集めた資料だけで考察する。

③協力的チーム関係

小児科医と心理学者が責任の分有と合同の意思決定を行いながら一緒に活動するパターン。ケースの取扱いは、各自独自の見通しと能力により、互いに問題に貢献出来る専門家として一緒に行う。この形態が理想的なものであるが、ケースの内容によって関与の程度が異なってくる。

なおわが国では、心理学者には法的に診断や治療を行う権利が認められていないので、小児科医の役割が重視される。

8. 小児科臨床への協力

協力パターンの在り方にかかわらず、心理学者が病院や診療所における小児科診療を充実できる方途がある。前述の心理社会的スクリーニングや測定と処置のためのプロトコルとチェックリストの作成や実施、標準化された処置手続きの供給などをはじめ、心理療法や親のカウンセリング、患児の生活指導なども行うが、その他に小児科医の医学的処置をより効果的にしたり、不利な心理学的結果をもたらすことのないよう援助し、小児医学的介入の促進をはかることができる。

①医療に対する恐怖の改善

小児の医療に対する不安や恐れが処置を決めることがあり、これらの改善や除去が医学的処置の安全や効果を高めたり、遂行を容易にする。また、恐れが過大視されるもの、非合理的なものであり過度に強くなると、不適応を起こしたり、子どもの親、医師、看護婦などとの間でコンフリクトを起こすようになり、医療の阻害要因となる。不必要な恐れや不安を減少したり除去する手続きを心理学者は提供できる。ビデオによるモデリング、適切な情報提供、情緒的支持、予期されるストレスに対するコーピング方略の教示などが、これまでの研究で有効とされている。

②医学的養生法についてのコンプライアンスの改善

患児が勧告された処置方法に従わない、守らないというコンプライアンスのないことは小児科医が頻繁に直面する重要な問題である。

何らかの医学的介入が効果的であるためには、その療法の手順は厳密に遵守すべきである。大人に比べて子どもは親や看護婦に見守られコントロールされているので少ないとみられがちだが、現実には以外に多い。小児糖尿病の食事療法やインシュリンの自己注射、てんかんの発作を抑えるための決められた服薬など、治療スケジュールや取り決めが守られないことが多い。

非コンプライアンスは明らかに行動の問題であり、心理学的介入が有効である。心理学者は医学的養生法についての子どもや親のコンプライアンスの強化に有効な援助を与えることができる。

③身体疾患の心理的影響の緩和

病気になる、入院することは平常とは異なる心理状態をもたらす。困惑、不安、恐れ、不満などの情緒不安定状態、依存性、心気症的傾向、鬱傾向の増加や、特定の防衛機制の発生などはコンプライアンスはもとより治療効果にも影響を与える。慢性疾患児の場合はさらに深刻になるだろう。心理学者は安定をもたらすための方法を持っている。

その他、育児法、養育方法の相談、家族関係の調整、学習障害の治療、ソーシャルサポートの設定、関連する図書の手引と相談、医師への助言など活躍できる領域は広い。

9. 協力関係における問題点

心理学者と小児科医の協力を有効に進めるにあたって若干の問題がある。

①専任領域の問題

心理学者が医療施設で勤務するとき、彼は心理学的背景と多分に異なる文化の中に入っていく。多くの医療スタッフとの対人関係の中で仕事を進めていくが、それぞれの役割と領域があり、その枠内で患児の福祉のために協力していくべきである。医療施設において力構造のトップは医師であり、心理学者への移送や実践の機会を決定する。公（法）的な義務、権利と責任を有するのはかれである。

②述語の差

それぞれの学問領域は、その内容となる専門述語以外に、その領域特有の略語や言葉を用いるが、これが領域が交差するときのコミュニケーションを阻害する。小児医学領域で通常使用される語句、略語も十分理解して、医師の書いたカルテの記載が理解できることが望まれる。

小児医学のテキストやカルテ用語辞典などにより習得しておくべきである。

③概念化の差

医師と心理学者は特有の訓練の結果として問題に対する接近の仕方や概念化が異なることが多い。たとえば患児の問題をどのように考えるかという症例の概念化の過程で差がみられる。医師は医学的症候についての可能な原因を診断学の説くところに従い鑑別診断の方法を用いる。臨床心理学における診断は、個人の特異性の理解を目的に、反応はどのようなものか（不安反応、ヒステリー性発作、鬱状態）、反応を示した患児はどのような性格か（ヒステリー性格、依存的性格、受動的攻撃性格）、その性格を持つ人が、どんな内的な機序で上記の反応型を示すに至ったかの説明（逃避的機序、脅迫的機序、ヒステリー性機序）という一連の過程を含む。Kanner（1972）や牧田（1981）のいう診断フォーミュレーション（diagnostic formulation）に近い。具体的な介入・処置の合理的基礎付けとしての診断の性格を持つ。性格研究においては、診断は疾病の確認よりも、持続的な過程の記述に関係するものである。心理学的には診断はけっして完了しない連続的な過程である。概念や接近方法の違いは心理的症状形成過程、治療過程、予後などケースの取扱いの各面でみられるが、対話による相互理解を深めていく必要がある。

以上簡単であるがPP特質、意義、内容にいてのべてきたが、検査や介入だけが活動の主体ではなく、研究活動も積極的に進められている。

おわりに

以上PPの性格と活動の概要を述べてきたが、少子化傾向が親の子どもへの関心を強め、養育、健康、病気について関心が高まってきているなかで、小児医療機関において心理学が貢献でき

る領域も多様で拡大している。将来のPPの実践は、挑戦すべき研究と応用の刺激に満ちた領域を提供するものである。この領域に関心あるひとは、Burnsら(1984)、Lavigneら(1981)、Roberts(1986)、Tuma(1982)などにより詳しい情報を得られ、さらに進んでこの新しいが意義ある分野で活躍されることを期待している。

最後に貴重な実践の機会と熱心な指導を頂いた中野こども病院元院長・現理事長中野博光博士に感謝申し上げます。

引用文献

- Achenbach, T. M. 1978 The child behavior profile. I. Boys aged 6-11. *Jour. consult. clin. Psychol.*, 46, 478-488
- Asken, M. J. 1975 Medical psychology: Psychology's neglected child. *Professional Psychology*, 6, 155-160.
- Asken, M. J. 1979 Medical psychology: Toward definition, clarification and organization. *Professional Psychology*, 10, 66-73.
- Atkeson, B. M. & Forehand, R. 1981 Conduct disorders. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 185-219). Guilford.
- Barker, P. 1990 *Clinical Interviews with Child and Adolescents*. (大瀧和男監訳 1994 子どもの臨床面接 金剛出版)
- Barkley, R. A. 1981 Hyperactivity. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 127-184). Guilford.
- Barrios, B. A. Hartman, D. P., & Shigetone, C. 1981 Fear and anxieties in children. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Behavioral assessment of childhood disorders* (pp. 259-304). Guilford.
- Bernstein, N. R., Sanger, S., & Fras, J. 1969 The functions of the child psychiatrist in the management of severely burned children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 8, 620-635.
- Brazelton, B. T. 1973 Neonatal Behavioral Assessment Scale. (鈴木良平監訳1983 プラゼルトン新生児行動評価医歯薬出版,) 2nd ed., 1984.
- Burns, W. J., & Lavigne, J. V. (Eds.) 1984 *Progress in pediatric psychology*. Vol. 1. Grune & Stratton.
- Christophersen, E. R., & Rapoff, M. A. 1980 *Pediatric psychology: An appraisal*. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 3, pp. 311-332). Plenum.
- Duff, R. S., Rowe, D. S., & Anderson, F. P. 1973 Patient care and student learning in a pediatric clinic. *Pediatrics*, 50, 839-846.
- Frankenburg, W. K. et al. 1981 The newly abbreviated Denver Developmental Screening Test. *Jour. of Pediatrics*, 99, 95-999. (上田礼子 1980 日本版デンバー式発達スクリーニング検査医歯薬出版)
- Friedman, R. M., Sandler, S., Hernandez, M., & Wolfe, D. A. 1981 The newly abbreviated and revised Denver Developmental Screening Test. *Jour. of Pediat.*, 99, 995-999.
- Green, M. 1980 The pediatric model of care. *Behavioral Medicine Update*, 2 (4), 11-13.
- Hughes, J. N., & Baker, D. B. 1990 *The Clinical Child Interview*. Guilford Press.
- 石川憲彦 他 1987 子どもの心身症 岩崎学術出版社
- Kagan, J. 1965 The new marriage: *Pediatrics*

- and psychology. *Amer. Jour. of Dies. of Childhood*.
- Kanner L. 1972 *Child psychiatry*, 4th ed.
- Katz, K. S. 1984 Attention deficite and learning disorders. In P. Magral (Ed.) *Psychological and behavioral assessment* (pp. 191-233). Plenum.
- Ksroly, P., Steffen, J. J., & O' Grady, D. J. (Eds.) 1982 *Child health psychology*. Pergamon.
- Kenny, T. J. 1975 *Pediatic psychology: A reflective approach*. *Pediatic Psychology*, 3, 8.
- Kenny, T. J., Bergey, S. F. A., & Young-Hyman, D. 1983 *Psychosomatic problems of children*. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.) *Handbook of clinical child psychology*. Wiley-Interscience. (pp. 437-452.)
- 河野友信 1980 小児の心身症 医歯薬出版
- Krasnegor, N. A., Cataldo, M. F., & Arasteh, J. D. (Eds.) 1985 *Child health behavior: Research and priorities in behavioral pediatrics*. Wiley.
- LaGreca, A. M., & Stone, W. L. 1985 *Behavioral pediatrics*. In N. Schneiderman & J. Tapp (Eds.) *Behavioral pediatrics: The biopsychosocial approach* (pp. 255-291). Lawrence Erlbaum.
- Lavine, J. V., & Burns, W. J. 1981 *Pediatic psychology: An introduction for pediatricians and psychologists*. Grune & Stratton.
- Levine, M. D. et al (Eds.) 1983 *Developmental behavioral pediatrics*. Saunders.
- McClelland, C. Q. et al. 1973 *The practioners' role in behavioral pediatrics*. *Jour. of Pediatrics*, 82, 325-331.
- McGrath, P. J., & Firestone, P. (Eds.) 1983 *Pediatic and adolescent behavioral medicine*. Springer.
- Magrab, P. R. (Ed.). 1978 *Psychological management of pediatic problems: Vol. 1. Early life conditions and chronic diseases. Vol. 2. Sensorineural conditions and concerns*. University Park Press.
- Magrab, P. R., & Lehr, E. 1982 *Assessment techniques in pediatic psychology*. In J. M. Tuna (Ed.) *Handbook for the practice of pediatic psychology*. Wiley-Interscience
- Masur, F. T. 1979 *An update on medical psychology and behavioral medicine*. *Professional Psychology*, 10, 259-264.
- Matarazzo, J. D. 1980 *Behavioral health and behavioral medicine: Frontier for a new health psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, j. d., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E., & Weiss, S. M. (Eds.). 1984 *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley-Interscience.
- 牧田清志 1981「診断について」 白橋・小倉編 治療関係の成立と発展. 児童精神科臨床 2、星和書店.
- Meisels, S., & Shonkoff, J. P. (Eds.) 1990 *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge Univ. Press.
- Metz, J. R. et al. 1976 *A pediatic screening examination for for psychosocial problems*. *Pediatrics*, 58, 595-606.
- Milton, T., Green, C., & Meagher, R. (Ed.) 1982 *Handbook of clinical health psychology*. Plenum.

- 西谷佳子 他 1993 小児病院併設臨床児童心理研究所における最近の動向 日本病院会雑誌、40、(1)、125-129.
- Roberts, M. C. 1986 Pediatric psychology: Psychological interventions and strategies for pediatric problems. Pergamon Press.
- Roberts, M. C., Maddux, J. E., & Wright, L. 1984 The developmental perspective in behavioral health. In J. D. Matarazzo et al (Eds.) Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention. pp. 56-68. Wiley-Interscience.
- Russo, D. C., & Varni, J. W. (Eds.) 1982 Behavioral pediatrics: Research and practice. Plenum.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. 1978a Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goal. Jour. of Behavioral Medicine, 1, 3-12.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. 1978b Behavioral medicine revisited: An amended definition. Jour. of Behavioral Medicine, 1, 249-251.
- 鈴木栄(編) 1975 特集「小児の心身症」小児医学、8巻、5号
- Tuma, J. M. 1982 Pediatric psychology: Conceptualization and definition. In J. M. Tuma (Ed.) Handbook for the practice of pediatric psychology. Wiley-Interscience.
- Tuma, J. M. (Ed.) 1982 Handbook for the practice of pediatric psychology. Wiley-Interscience.
- Varni, J. W. 1983 Clinical behavioral pediatrics: An interdisciplinary biobehavioral approach. Fergamon.
- Varni, J. W., & Dietrich, S. L. 1981 Behavioral pediatrics: Toward a reconceptualization. Behavioral Medicine Update, 3, 5-7.
- Walker, C. E., & Roberts, M. C. (Eds.) 1983 Handbook of clinical child psychology. Wiley-Interscience.
- William, B. J., Foreyt, J. P., & Goodrick, G. K 1981 Pediatric behavioral medicine. Praeger.
- Wright, L. 1967 The pediatric psychologist: A role model. American Psychologist, 22, 323-325.
- Wright, L. 1978 Primary health care physicians to assume expanded role. Feelings and their medical significance, 20, 1-4.
- Wright, L. 1979 Health care psychology: Prospects for well-being of children. American Psychologist, 34, 1001-1006.
- Wright, L. 1985 Psychology and pediatrics: Prospects for cooperative efforts to promote child health: A discussion with Morris Green. American Psychologist, 40, 949-952.
- Wright, L., Schaefer, A. B., & Solomons, G. 1979 Encyclopedia of pediatric psychology. University Park Press.
- 山中康裕・野沢栄司編 1980 初回面接 児童精神科臨床1 星和書房