児童・思春期の精神疾患

～気づきと対応～

防衛医科大学校精神科学講座　講師
高橋　知久

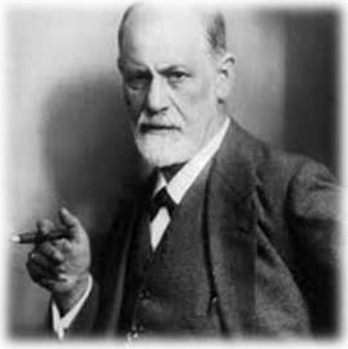
本日の内容

- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

本日の内容

- こころの発達について
  - フロイトのリビドー発達段階
  - マーラーの分離個体化研究
  - ピアジェの発生的認識論
  - エリクソンの発達課題
  - こころの発達と分離
  - こころの発達と大人の行動
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

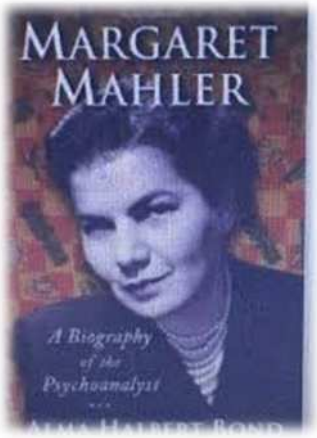
フロイトのリビドー発達段階



- 口唇期：0~1歳半。リビドーの対象は乳房。
  対照を取り込み同一化する。
- 肛門期：1歳半~4歳。大便の保持と排出が快感となる。
  受動性/能動性の葛藤。
- 男根期：2歳半~5歳。性にまつわる事柄への興味関心。
  エディプス葛藤が形成。
- 潜伏期：6歳~12歳。エディプス葛藤が解消。幼児性欲の抑圧。

- 性器期（思春期）：二次性徴の始まりとともに幼児性欲も活性化
  され、成人としての全体的対象への性器性欲へ。

マーラーの分離個体化研究



- 未分化期：1~4ヶ月。正常な自閉期・共生期。
  全能感に満たされる。母と二者単一体。
- 分化期：5~8ヶ月。母を非自己と認識。顔を探索。
- 練習期：9~14ヶ月。身体発育に伴い自由に動き始める。自分の世界の大きさに酔いしれる。安全基地としての母、情緒的エネルギー補給、母の情緒応答性。
- 再接近期：15~24ヶ月。分離不安、飲み込まれる不安。万能と失敗で行ったり来たり。母との間で高度な相互作用が合成。象徴遊び「いないいないばあ」
- 固体化期：24~36ヶ月。母親不在への耐性獲得
- 情緒的対象恒常性確立期：36ヶ月以降。自己表象と他者表象が全体的なまとまりをもって成立

ピアジェの発生的認識論

- 感覚運動期：0~2歳。知覚と運動の協応により外界に適応する時期。結果から少しずつ行動を修正して適応行動パターンを獲得する。
- 前操作期：2~7歳。言語の獲得、象徴機能の活性化自己中心性。相手の視点に立てない。
- 具体的操作期：7~12歳。具体的な事物に対して論理的思考ができる。保存の概念。算数ができる。
- 形式的操作期：12歳~　抽象的概念操作ができる。数学ができる。あたまでっかち。現実離れ。

エリクソンの発達課題と危機

時期	年齢	発達課題	危機
乳児期	0~1歳6ヶ月	基本的信頼	不信感
幼児前期	1歳6ヶ月~4歳	自律性	恥・羞恥心
幼児後期	4歳~6歳	自発性	罪悪感
児童期	6歳~12歳	勤勉性	劣等感
青年期	12歳~22歳	同一性	同一性の拡散
成人期	結婚するまで	親密性	孤立
壮年期	子どもを育てる時期	世代性	停滞性
老年期	退職後	自己統合	絶望

こころの発達と分離

- 乳児期：母子の一体化
- 幼児期：分離一個体化。愛着行動の発達
  行動のよりどころは「親」

- 学童期：仲間関係における練習・訓練。保護されながらの自立
  行動のよりどころは「仲間」へ

- 思春期：自己同一性の模索と確立。分離一個体化危機の再現
  行動のよりどころは「自分自身」へ

こころの発達と大人の行動

- 乳幼児期：子どもの心身の安全を守り、大人は行動のよりどころとしての基準となる

- 学童期：子ども自身の物差しを試す機会を与えるとともに、子ども自身の判断に枠組みを与えて保護する

- 思春期：子どもが内面を見つめることを尊重し、相互の社会的交渉力を持つ

本日の内容

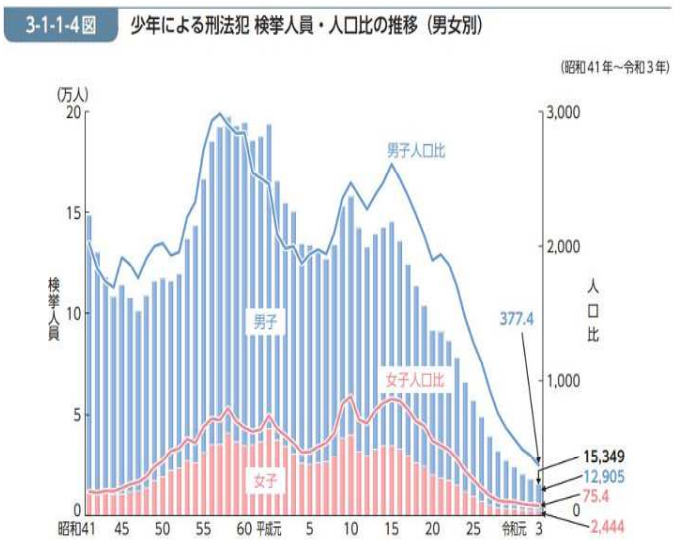
- こころの発達について
- 思春期について
  - 思春期の特徴
  - 最近の思春期の子どもたちの傾向
  - 思春期の子を持つ親の対応
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

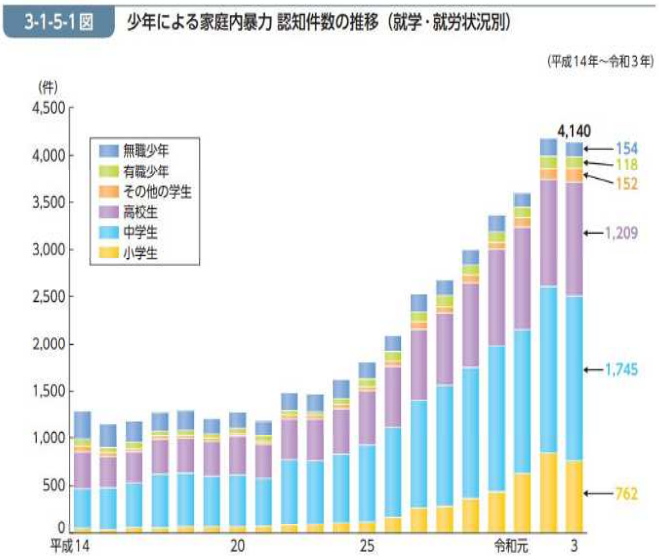
思春期の特徴

- 第二次性徴が現れ、精神的にも大きな変化の現れる時期
- 心理的にも社会的にも自立して大人の仲間入りするまでの期間
- 通常12歳から17歳ごろまで
- ピアジェ「あたまでっかち、現実離れ」
- エリクソン「同一性 vs 同一性の拡散（アイデンティティ）」
- 不安と動揺に満ちた危機的時期
- 生物学的・心理的に不安定
- 女子：女性性の受容、見捨てられ、孤独への過敏さ、ライバルとなる母、父への愛着の否認

- 先進国では思春期が長くなる傾向がある。
- 多くの大学生が、思春期後期に当たる。
- 猶予期間としての思春期後期：高学歴社会になり長くなる傾向
- 今や30代の思春期も存在するような時代

統計的推移





令和4年版　犯罪白書

最近の思春期の子どもたちの傾向

- 低い自己評価
  容易に自己否定につながり、衝動的な自傷行為に陥りやすい。逆にちょっとしたことで評価されたと感じる（最近の事件の傾向）
- 表現力が乏しい
  「スゴイ」、「カワイイ」、「ムカつく」、「別に」、「まあまあ」
  気持ちや要求を正確に表現したり、他人に理解できるような丁寧な表現ができない（LINEスタンプで間に合ってしまう）
- ネット上の人間関係に依存
  ウラが見えにくい世界。脆い人間関係を繰り返す。「切る」
- 狭い価値観
  学業ができないのは落ちこぼれ。可愛くないと生きていけない。他の価値を見出せない
  …特に中学生女子の「カワイイ」ことに対する絶大な信頼はすごい
  （コンカフェ　地雷系・量産型　美容整形　二次元のようなメイク）

親が感じること

- 何を考えているかわからない。言動が全く理解できない
- ネットや悪い友達のせいで悪いこと（リスカ・OD）を覚えてしまっている
- 勉強をしないといけないのにゲームばかりしている。ゲーム依存？
- どうすれば学校に行けるようになるのだろう
- 体調が悪いというが学校を休んでゲームばかりしている
- 嘘をついて逃げ回っている

…なんとかしないと…！（夫は頼りにならない！）

⇒

- 携帯没収・ゲーム禁止
- 友達（ネット上の友達を含む）とのかかわりの禁止
- 金銭面を含め管理的・支配的な対応（信用できない）

⇒

親子関係の悪化/自室への引きこもり/親子喧嘩（家庭内暴力）

思春期の子を持つ親の望ましい対応

- 自律性の尊重（放っておく。ご飯食べなさい、寝なさい、起きなさい、学校早くいきなさい、勉強しなさいと言わない）
- 親は子をコントロールする力を持たないと知る
  （子は親の思うようには育たず、親のように育つ　神田橋條治）
- 親と寝室を分ける。小遣いは自己管理させる
- 親子喧嘩は、子どもが耐えられない地雷を親が踏んでいる
- 両親間で対応を一致させる

⇒

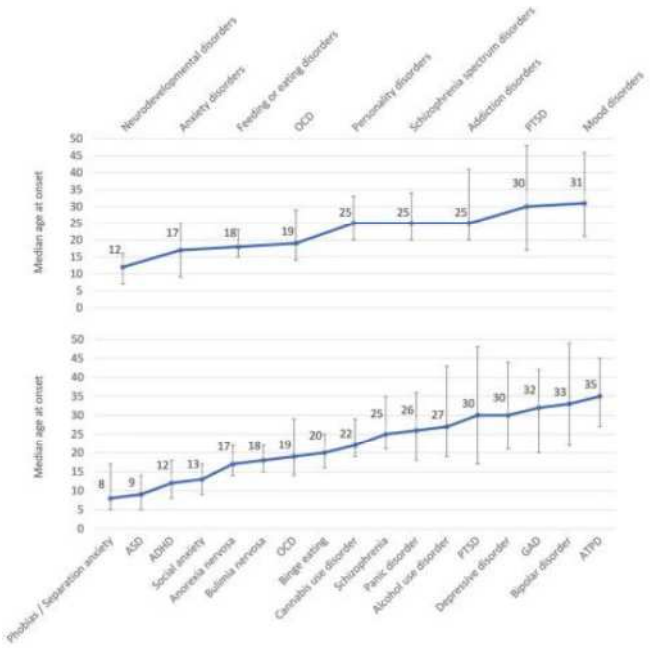
- 子どもが頼ってくれる関係性を維持。受け皿になる
- 傷ついた子を支える親の心と家族機能は保たれているか
- 守られた環境、育つ時間、自己管理の支援、自己の受容の促進

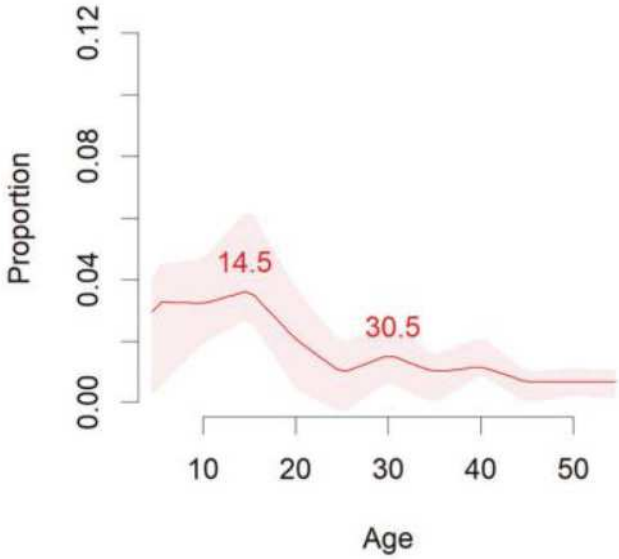
本日の内容

- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
    - 自閉スペクトラム症
    - 注意欠如多動症
    - 学習障害
    - 知的障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

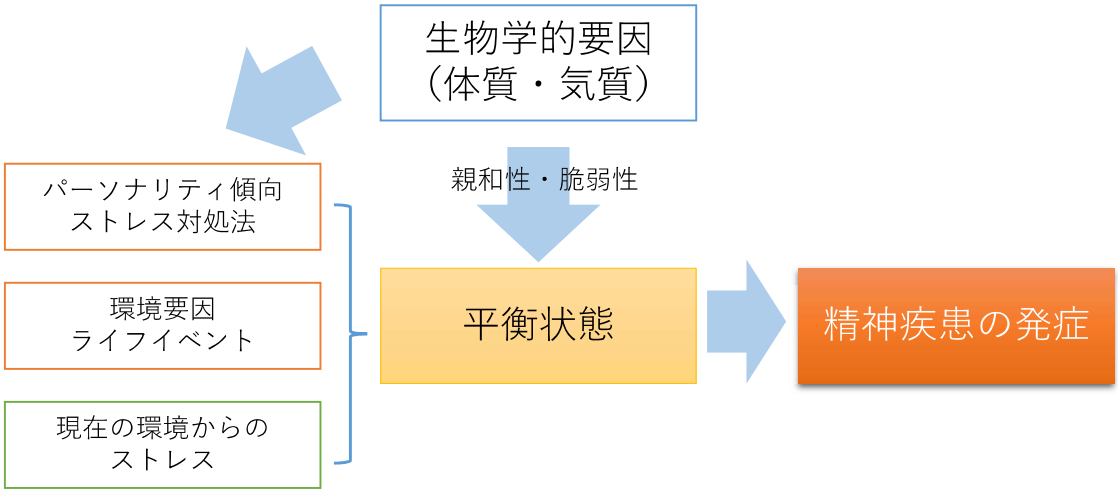
人生の早期に困難は訪れる
192の疫学研究 meta-analysis

M. Solmi. Nature, 2022





人生の早期に困難は訪れる

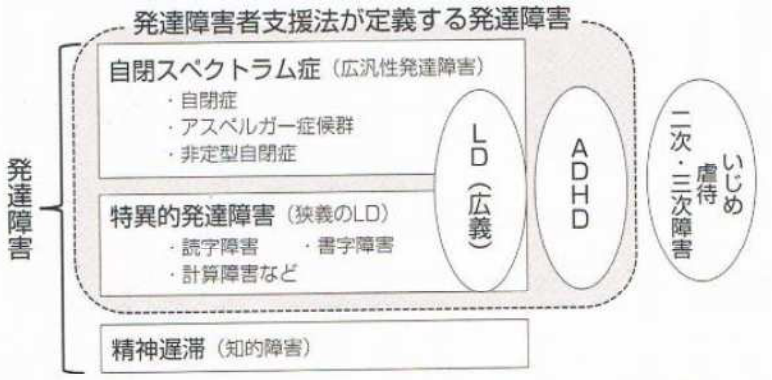


齊藤. 子どもの精神科臨床, 2015

発達障害の概念

- 「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」

発達障害者支援法　2005年



我が国の発達障害者支援法が定義する発達障害は点線で囲んだ範囲。高機能自閉症、アスペルガー症候群、軽度精神遅滞、LD および ADHD を「軽度発達障害」と呼ぶこともあるが、この呼称は行政では用いられていない。

自閉スペクトラム症とは

- 対人社会性、コミュニケーション、想像力の領域にわたって、「定型発達」と異なる特性を持ち、生活上の困難をきたしたり、不利益をこうむることのある発達の偏りのひとつのタイプ。
- おおむね１％くらい
- 男性が女性の３－４倍
- 個性であって育て方など環境によるものではない。

診断基準

- １．複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な困難
- ２．行動、興味、または活動の限定された反復的な様式
- その症状によって社会的、職業的、その他の領域に意味のある障害を引き起こしている。
- その症状は発達早期から存在している。

DSM-5　精神疾患の分類と診断の手引きより

１．複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な困難

（１）相互の対人的ー情緒的関係の困難

- 決まり文句・冗談を本気にとってしまう。「ちょっと待ってて」「気をつけて」
- 自分の感情がうまく伝わらない
- そのつもりはないのに相手を怒らせる

１．複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な困難

（２）対人的相互反応で非言語的コミュニケーション行動を用いることの困難

- 身振りで伝えられてもわからない
- 相手の口調、表情、しぐさの意味がわからない

１．複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な困難

（３）人間関係を発展させ、維持し、それを理解することの困難

- いいたいことを一方的に話す
- 相手に合わせて会話を待つことができない
- 相手がその会話に退屈している様子が目に入らない
- 友達とままごと、戦いごっこ等で相手に合わせて柔軟に役割を交換することができない
- 自分本位、わがままに見える

２．行動、興味、または活動の限定された反復的な様式

（１）常同的または反復的な身体の運動、物の使用、または会話

- おもちゃを一列に並べる
- 同じことを繰り返す。くるくる回る、ぴょんぴょん飛び跳ねる

（２）同一性への執着、習慣への頑ななこだわり、または言語的、非言語的な儀式的行動

- 小さな変化に対する苦痛、儀式的な習慣
- 変化を知らず知らずに最小化し、結果としてルーチン化・パターン化
- ルールに厳格

２．行動、興味、または活動の限定された反復的な様式

（３）強度または対象において異常なほど、極めて限定され執着する興味

- 一般的ではない対象への強い愛着または没頭
- 標識やマーク、文字や数字が好き
- 特定の領域での達人、専門家と呼ばれる（〇〇博士）

２．行動、興味、または活動の限定された反復的な様式

（４）感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または環境の感覚的側面に対する並外れた興味

- 花火、運動会のスタート、トイレの乾燥器、騒がしい場所が苦手
- 砂場を使えない、洋服のタグを嫌がる、いつも同じ服を着ている
- 偏食がひどい

その他の特徴
易刺激性

- かんしゃく、攻撃性
- 切り替えなければならないとき、動きたいときにできないときなど、「目的の達成を阻止された際の感情的反応」が強い
- 周りから見て明らかなきっかけがないのに攻撃的になることがある

その他の特徴
不器用

- 協調運動（目と体の動きの一致）が苦手
- いったん運動を習得すると得意

その他の特徴
身体感覚のずれ

その他の特徴
二つのことを同時にできない

- 人の話を聞きながらノートが取れない、など

生じやすい問題
いじめ、虐待

- ８０％がいじめを体験
- 本人はいじめと認識していない場合もある

- コミュニケーションの難しさ、問題行動、自尊心の低下、愛着の持ちづらさ
- 親自身の発達障害の特性、問題行動が解決されない

社会性から見た三分類

- 孤立型

  相手が存在しないかのように振舞う。一人遊びに没頭。相手を道具のように扱う
- 受身型

  周囲にとても従順で、いつも笑顔。世話好きな子にかわいがられる。遊んでもつまらないと徐々に放置される
- 積極・奇異型

  一方的に話しかけ、相手の反応に無頓着。一見自閉的に見えないが、相互的ではない

…グレーゾーンの子は「相手が何を考えているか直感的に分かりにくく」、嫌悪記憶が残りやすいため、対人的に過敏で傷つきやすい。「繊細な子」と評される子が多い

一般的な対応

- 二次障害の治療・予防が重要：失敗体験を減らし、成功体験を増やす。「木登りをさせられた魚」
- 薬物療法：小児の易刺激性に対して、リスペリドン、アリピプラゾールが適応。ただし副作用は出やすい。抗うつ薬の有効性を示すエビデンスはない
- 個別性が大きいため、個々のアセスメントに基づいて環境設定、トレーニングを設定
- 周囲には病態理解と協力のための具体的なアドバイスをする
- 刺激の少ない、わかりやすい環境を設定（遊ぶ部屋と勉強する部屋を分ける）

一般的な対応

- 急激な変化は対応できない。見通しを伝える
- 抽象的であいまいな話、内省を促す対応は混乱をきたしやすい。指示は具体的に
- 必要に応じて通級教室、特別支援学級を推奨
- 本人の特性を理解したうえで本人の体験をなぞる。本人なりの傷つき、頑張りを拾い上げる

「きっとあなたにとっては大変なことだったと思うよ」

「あなたがここまで頑張れたのはすごいことだと思う」

得意・不得意を知る　ざっくりいうと

- <u>曖昧なものがわからない</u>
  - 相手の気持ちを察するのが苦手⇒空気を読めない、悪意はなくても自分本位な視点しか持てずわがままに見える
  - 言葉の内容以外をくみ取れない⇒皮肉、冗談、言葉の裏、暗黙の了解がわからない（常識や羞恥心がない）、プロソディー（口調・抑揚の表現）、身振り手振りがわからない
- <u>変化が苦手</u>
  - こだわりが強い⇒興味のあることに熱中、興味のないことに無関心
  - ルール、ルーチンへの固執⇒マイルールがある、例外を許容できない
  - 切り替えができない⇒予定が狂うとパニックになる
- その他
  - 感覚過敏：好きな刺激と苦手な刺激がある
  - 記憶：整理が出来ず嫌悪記憶が残りやすい
  - 注意：焦点的になり視野が狭くなる

本人が工夫（成長）することと、周囲が工夫（支援）すること

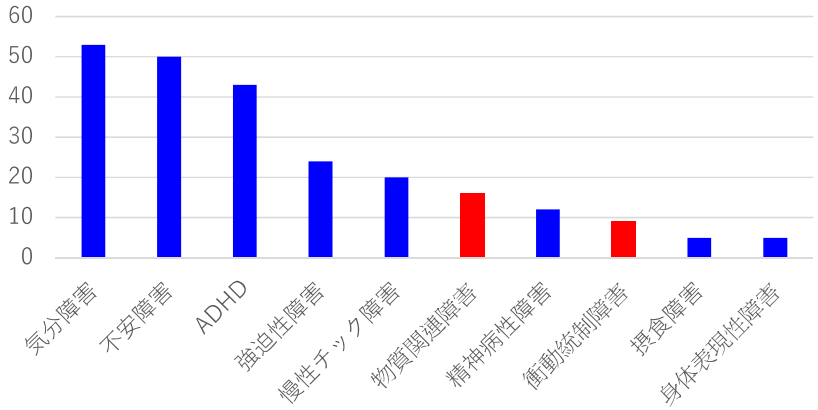
- 本人が工夫（成長）すること
  - まずは自分の不得意を理解する（自己分析）⇒出来ないことに執着しない、得意なことでカバーする
  - スキルを身につける
    - 常識（社会のルール、マナー、謝る、相手を傷つけない言い方など）
    - 仕事への取り組み方（全体の把握、視覚化、フローチャートの活用）
    - クールダウン（パニック、癇癪）、リラクゼーション（好きな刺激）
  - 関心のないこと、苦手な刺激にも取り組む練習
- 周囲が工夫（支援）すること
  - まずは本人の不得意を理解する⇒一定の受容、要求水準を上げない
  - 本人の工夫（成長）を支援する（自己分析、スキル獲得、練習）
  - 具体的、明確に伝える（すべきこと、してはいけないこと、してよいことを伝える。視覚化の活用、復唱させる）
  - 予定を事前に伝える（全体像をとらえる練習）
  - 時間・場所を構造化する
  - 感覚過敏への対応（話し方、まぶしさ）

それらがうまくいかなかったとき

- ASD児は、乳幼児期から母子関係に特別な意味を感じず、愛着や共感に乏しい。養育者が「この子のことがわからない」と困惑し、お互いの心の交流が乏しくなる（メンタライジング不全）。また親からの指示に動機づけられない傾向もある
- 周囲にいじめられ、親や無理解な教師により叱責が繰り返され、情緒的な疎外感、傷つきを経験する
- 思春期に入る直前には他者からの悪意に過敏になり（周囲の同世代集団は緊密なギャング的な仲間集団を形成し、異物をはじき出す排他性に満ちた関係性が盛り上がっている）、自らが異物とみなされ、排除されていくことを被害的に認知するようになる
- 発達障害特性とトラウマ関連症状が影響しあい複雑化することがある。さらに他者との愛着形成に困難を抱えやすくなり悪循環を生む

それらがうまくいかなかったとき

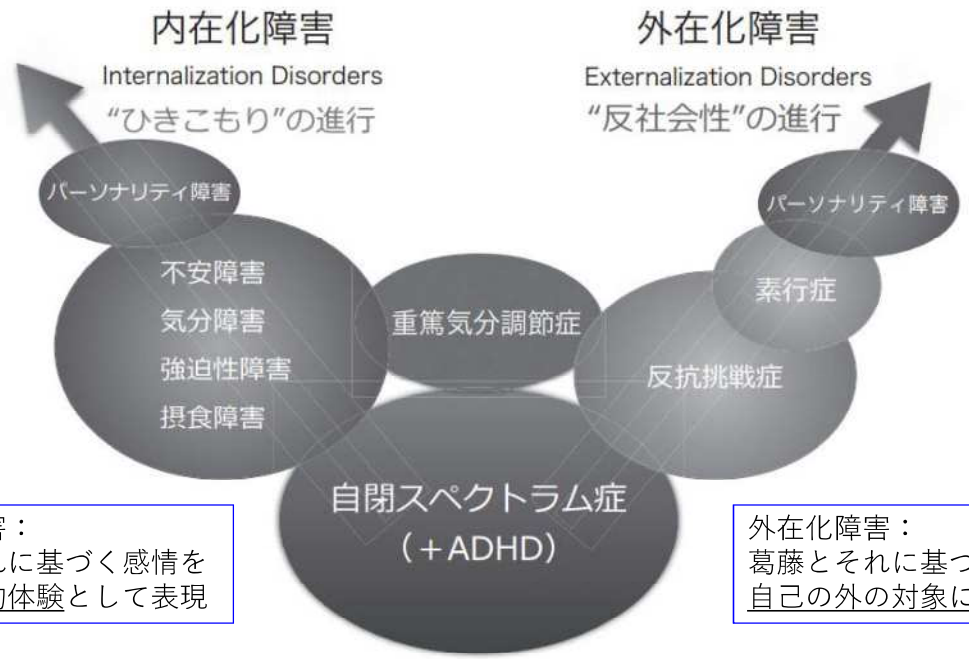
- 失敗体験の積み重ね、周囲からの叱責、柔軟な視点の持ちづらさなどから自己や世界に対して悲観的になる
- 特性の度合い、気質、環境、成熟度、防衛機制などにより内在化障害/外在化障害（二次障害）に至る



ASD成人患者における合併精神障害の生涯有病率（%）

Hofvander B, BMC Psychiatry, 2009

内在化障害と外在化障害



内在化障害：
葛藤とそれに基づく感情を
自己の内的体験として表現

外在化障害：
葛藤とそれに基づく感情を
自己の外の対象に向けて表現

図1　自閉スペクトラム症の外在化障害と内在化障害

宇佐美政英：児童青年精神医学とその近接領域 vol. 57: 2016

二次障害を抱えるASD児の治療と成長

- 二次障害の症状は発達特性よりも日常生活に支障を来すため、二次障害の治療を優先する
- 当事者や家族、パートナーと連携をとる
- 思春期年代では、適度な自尊心、社会への適応、適切な同一性の確立を通じて、ポジティブな自己感と自己像を獲得し、均衡の取れたパーソナリティを育むことを支援する
- そのためには、成長していくために足りないことを補い、メンタライジング機能（相手の心を想像する力）を育て、本人の力を発揮しやすい（得意を活かす）ような進路や職業の選択を一緒に考え環境を整えるようなマネージメントを行う
- …ことができるといいなあと思っています

どこからが障害？

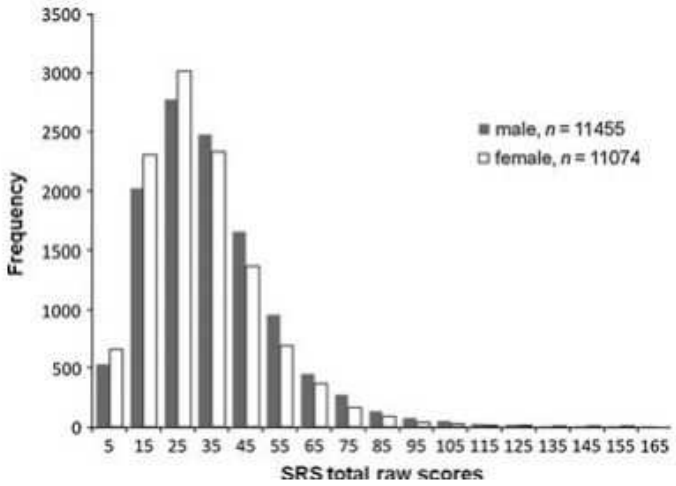


Fig. 1. Distribution of Social Responsiveness Scale (SRS) total raw scores rated by caregivers in the general sample of 6- to 15-year-old children.

・22,529名の6歳から15歳の児童
・SRSというASDスケールの結果
・二峰性ではなかった
・みんなグレーゾーン

Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22529 Japanese schoolchildren
Kamio, et al. Acta Psychiatr Scand 2013

注意欠如・多動症とは

- 不注意さや衝動性において、年齢あるいは発達に不釣合いな特徴を有することで、生活上の困難をきたしたり、不利益をこうむることのある発達の偏りのひとつのタイプ。
- おおむね１～２％くらい
- 男性が女性の約３倍
- 自閉スペクトラム症と同様、育て方など環境によるものではない。

診断基準

- 不注意症状
- 多動・衝動性の症状
- それらの症状は１２歳までに存在
- ２つ以上の環境でおこる。
- 症状が、社会、学業、職業機能を損ねている。

DSM-5　精神疾患の分類と診断の手引きより

不注意症状

- こまやかな注意ができずケアレスミスをしやすい
- 注意を持続することが困難
- 話を聞けないように見える（注意散漫、うわのそら）
- 指示に従えず、宿題などの課題が果たせない
- 課題や活動を整理できない
- 精神的努力を要する課題を嫌う
- 課題や活動に必要なものを忘れがち
- 外部からの刺激で注意散漫になりやすい
- 日々の活動を忘れがち

多動・衝動性の症状

- 着席中、手足をソワソワ、モジモジ
- 着席が期待されている場面で離席
- 不適切な状況で走り回ったりよじ登ったり
- 静かに遊んだり余暇を過ごすことができない
- 「突き動かされるように」じっとしていられない
- しゃべりすぎる
- 質問が終わる前に答えはじめる
- 順番待ちが苦手
- ほかの人の邪魔をしたり、割り込んだりする

一般的な対応

- 気が散りやすい：余計な刺激をできるだけ少なくする。勉強や作業をする場所の視覚的な刺激を少なくする
- 集中できない：むやみに長い時間集中しようとするのではなく、自分の集中しやすい時間を決めて、繰り返す
- 物をなくす：持ち物を最小限に減らす、置く場所を決める
- 対人トラブル：してはいけないことを常識的に提示、どうしたらよかったかを教える
- 失敗したあと：頭ごなしに怒ったり従わせるのではなく、本人も落ち着いているときに、静かに、できるだけ具体的に、簡略に教える
- 得意なことを見つける、伸ばす
- 薬物療法　アトモキセチン（ストラテラ®）、グアンファシン（インチュニブ®）、メチルフェニデート（コンサータ®）、リスデキサンフェタミンメシル酸塩（ビバンセ®）は著効する可能性がある
- 非行に走る確率は高い（後述）
- 激昂している姿ではなく、そのあとに後悔してしょんぼりしている姿が本当の姿

学習障害

- 全般的な知的発達には問題がないのに、読む、書く、計算するなど特定の学習のみに困難が認められる。
- 中枢神経に何らかの機能障害があると推定されるが不明。視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害、環境要因が原因ではない
- 読字障害（ディスレクシア）：文字を読む際の正確さや流暢さ、意味理解の困難
- 書字障害：文字のつづりの正確さ、文法や句読点の正確さ、文を書く際に思い浮かぶことをまとめることの困難
- 算数障害：数の感覚や数的事実の記憶、計算の正確さと流暢さ、数学的な推論の困難

⇒

割り切り、二次障害の予防、個別の教育的プログラム

知的障害

- 有病率は約１％、そのうち軽度85%、中等度10%、重度4%、最重度1~2%
- DSM-5では、IQではなく、概念的領域、社会的領域、実用的領域の３領域において軽度、中等度、重度、最重度に区分される。ICD-10では、軽度:50-69、中等度:35-49、重度:20-34、最重度:20未満と評価される（境界知能:70-84; -1SD）
- 療育と教育が中心となる。周囲の人の対処能力の向上、親子の愛着形成なども重要
- 教育虐待が発生しうる。親の要求水準に苦しむ
- 検査結果を見てほっとする親子も多い
- 二次障害の予防、療育期間、保育所、幼稚園、学校との連携を必要に応じて行う

本日の内容

- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
    - 場面緘黙症
    - チック
    - 吃音症
    - 起立性調節障害
    - ゲーム障害
    - 強迫性障害
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

場面緘黙症

- 他の状況で話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会的状況で話すことが出来ない
- その障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨げている
- DSM-5では不安障害に分類
- 評価が困難であるが、発達障害の合併も多い
- 対応：言語に頼らないコミュニケーション手段を用いて、対人的コミュニケーションを保証し、自我の発達を促す

チック

- 概念：突発的、急速、反復的、非律動的、常同的な運動ないしは発声
  - 単純運動チック：まばたき、肩すくめ、顔しかめ
  - 単純音声チック：咳払い、鼻を鳴らす、奇声を上げる
  - 複雑運動チック：顔の表情を変える、地団太を踏む、物の匂いをかぐ
  - 複雑音声チック：状況に会わない語句の繰り返し、汚言症、反復言語
- 心因性ではなく、素因的なものも含めた要因で起こってくるものであり、多くは治癒することを前提に親へのガイダンスや環境調整を行う。「親のせいではありません」「子どもが悪いのでもありません」
- 一過性であれば薬物療法は行わない場合が多い
- 薬物療法としてハロペリドールやリスペリドンが用いられる

吃音症

- 発症は発達期早期
- 音声と音節の繰り返し、子音と母音の音声の延長、単語が途切れる、無言状態の停止、過剰な身体的緊張とともに発せられる言葉、単音節の単語の反復
- 話すことの不安、効果的なコミュニケーション、社会参加、学業的又は職業的遂行能力の制限を引き起こす

押見修造　「志乃ちゃんは自分の名前が言えない」

起立性調節障害

- 小学生の5%、中学生の10%。不登校の３～４割に併存
- 症状：たちくらみ、失神、朝起き不良、倦怠感、動悸、頭痛などの自律神経機能不全
  - 日常の活動量低下→ 筋力低下と自律神経機能悪化→ 下半身への過剰な血液移動→ 脳血流低下→ 活動量低下というdeconditioningが形成されるとさらに増悪
- 対応：
  - 坐位や臥位から起立するときには、頭位を下げてゆっくり起立、
  - 水分摂取は1日1.5～２リットル、塩分を多めにとる
  - 毎日30分程度の歩行を行い、筋力低下を防ぐ
  - 「起立性調節障害は怠けではなく身体疾患であり，受容的に対応し原則として学習刺激や登校刺激は控える」という姿勢が推奨
  - その場合の復学率は1年間で約30%

日本小児心身医学会ＨＰ

ゲーム障害

- アクセスしやすさ、コミュニケーション性の登場、アップデート、ガチャというギャンブル性、各種イベントやレアキャラの登場などの要素により依存性が強化されている
- 発達障害の傾向があるとはまりやすい
  - ASD（10.8%）<ADHD（12.5%）<ADHD+ASD（20%）
  - 空想上のプレーヤーになれる、ルールが明確であり、やり取りの裏を読む必要がない、非言語的コミュニケーションが不要
- 診断：とらわれ、離脱症状、耐性、制御困難、興味の消失、嘘をつく、逃避的使用、大事なものを失う
- 対応：枠組みの設定、本人と話し合ってルールを決める（書面に残し、家族もルールを守る）、一貫した態度をとる、ネットについて学ぶ、家族で同じ対応をする
- 受診の勧め：反社会的行動（暴力、窃盗）、本人が「ゲームから解放されたい」と考えている、昼夜逆転、学校に通えないことを辛く思っている。

強迫性障害

- 「強迫観念」と「強迫行為」により生活に支障をきたす
- 強迫観念：頭から離れない考えで、「不合理」だとわかっていても頭から追い払うことが出来ない
- 強迫行為：強迫観念から生まれた不安にかき立てられて行う行為。「やりすぎ」「無意味」だとわかっていてもやめられない
- 主な強迫症状：不潔恐怖と手洗い、加害恐怖、確認、儀式行為、数字へのこだわり、配置・対称性へのこだわりなど
- 発症時期は小児期と成人と二峰性。小児期は7.5歳~12.5歳。小児期では1-2%
- 治療：認知行動療法、薬物療法、心理教育など
- 受診の勧め：
  - 「馬鹿馬鹿しいとわかっているけど止められない」考えと行動で苦しむ
  - 生活に大きな支障が出ている場合

本日の内容

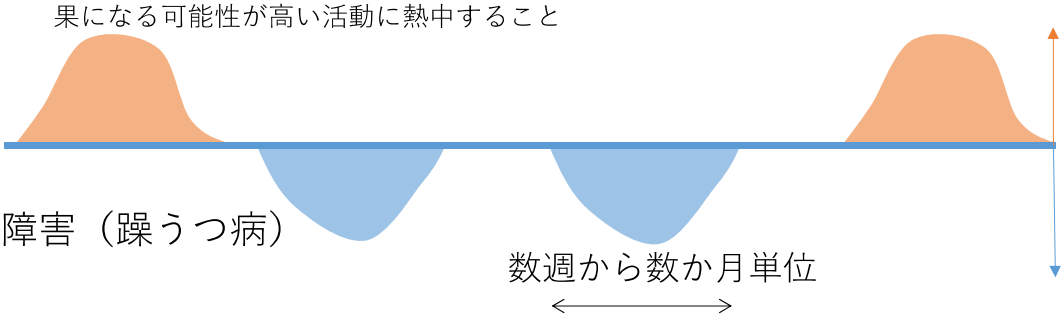
- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
    - 統合失調症
    - 気分障害（うつ病・躁うつ病）
    - 摂食障害
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

統合失調症

- 20代から30代に発症する、幻覚・妄想を主体とした慢性進行性の病気（いわゆる精神病）。10代からの発症もまれではない
- 症状：幻聴、被害妄想ではじまり、まとまりのない発言や興奮が見られる。心理的には了解できない
- 治療ガイドラインが確立しており、早期治療であれば予後がよい。多くは入院を要する
- ただし、再発率が高く、長期的な予後はよくない
- 小児では幻覚は不鮮明で、妄想をしっかりと持つのはまれ
- 受診の勧め：
  - 幻聴：本人にしか聞こえない声が聞こえるという
  - 妄想：事実とは異なることを信じて訂正できない
  - 「怖い」というが何が怖いか説明できない
  - ある時期を境に対人関係を断ち、人目を避け、外出しなくなる
  - 元気がない、体重が減る、不眠

気分障害（うつ病・躁うつ病）

(1)自尊心の肥大、または誇大、(2)睡眠欲求の減少、(3)多弁、(4)観念奔逸、(5)注意散漫、(6)目標指向性の活動の増加。または精神運動焦燥、(7)困った結果になる可能性が高い活動に熱中すること

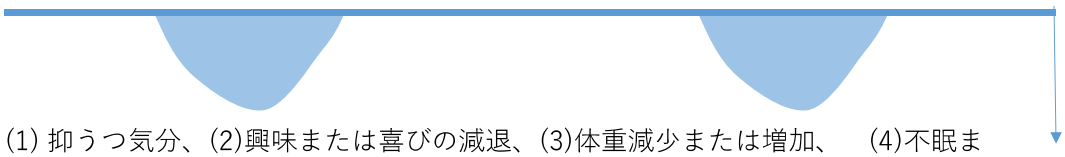


双極性障害（躁うつ病）

数週から数か月単位

うつ病

躁はない



(1) 抑うつ気分、(2)興味または喜びの減退、(3)体重減少または増加、　(4)不眠または過眠 、(5)精神運動焦燥または制止、(6)疲労感、気力の減退、(7)無価値観、不適切な罪責感、(8)思考力や集中力の減退、決断困難、(9)死についての反復思考

気分障害（うつ病・躁うつ病）

- 生涯有病率は10％以上。寛解するが再発する病気
- 薬物療法が主体となるが、心理教育や家族、学校との連携が不可欠となる
- 家族歴を有する場合が多い。双極性障害では若年発症が多い
  10代22%、20代29%、30代24%、40代以降25%
- 児童のうつ病では、落ち込みよりもイライラや身体的訴えが多く、それまで楽しめていたことを放棄する
- 受診の勧め
  - 不調の要因がはっきりしない
  - ある時期から人が変わったように、元気がなくなる、表情が乏しくなる、あるいは元気すぎる、しゃべりすぎる
  - 食べれない、眠れないなどの身体の症状が続く、悪化する
  - 死にたいという、自傷行為等の死に関する言動が見られる
  - 遺書を書く、部屋の片づけをするなどの死ぬ準備をする

摂食障害

- 神経性やせ症：肥満恐怖、身体イメージの歪みを伴う食事の制限、低体重
- 神経性過食症：自己誘発性嘔吐や下剤濫用などを行い、過食を抑制できない
- 経過：精神疾患で最も死亡率が高い（やせ症）
- 症状：低体温、浮腫、無月経、徐脈、思考力の低下
  ⇒脳萎縮、骨粗鬆症、うつ状態、突然死
- 治療：初期治療が最も重要。「安静」と「栄養の摂取」
- 受診の勧め：BMI15を切ると生理も止まり、後遺症を残す。入院の適応となる。自己誘発性嘔吐、下剤の乱用、過剰な運動、絶食などの行為が持続し、客観的に見てコントロールできていない、ダイエットにすべてを注ぎ込み、家族、友人関係や学業など大切なものを損なっている

※　150cmの場合、標準体重49.5kg　最重度：BMI15＝33.75kg

摂食障害こころ版　摂食障害『アノレッキー』のはなし
国立病院機構長崎病院　小児科・小児心療科　錦井友美

- 極端な摂食を通して日々痩せていくことに自己の拠りどころを求めている。
- 挫折体験を希薄化させると同時に、自己をコントロールすることが出来るという力感・達成感と身体的な存在感覚の強化とに裏打ちされた「かりそめの自分らしさ」の樹立がある

摂食障害治療のこつ　下坂幸三

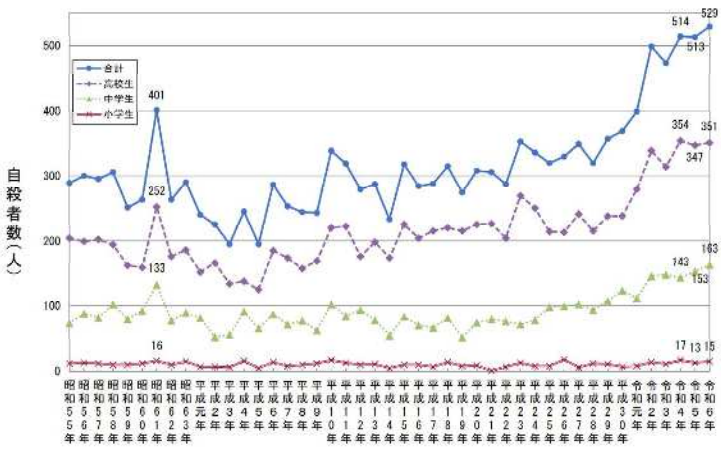
本日の内容

- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
    - 自傷行為
    - 不登校・ひきこもり
    - 子ども虐待について
- 診察と診たて

自傷行為について

- 「身体の痛み」によって「こころの痛み」にふたをする行為
- 中学・高校生の約1割に自傷行為の経験あり
- 摂食障害の合併、将来の飲酒、喫煙、薬物使用の問題（嗜癖の問題）
- 「生きづらさ」を自覚。自尊心が低い。親や教師、友人など周囲の人間が信用できない（愛着の問題）
- 「人に迷惑をかけてるわけじゃないのに自分の体を傷つけることがどうしていけないの」（周囲との隔離、孤立）
- 自殺企図とは違うのか？　自傷行為は死ぬためではなく、生きるための行為？　リストカットする人は死なない？
- 自分を傷つけないと生き延びられない。自傷以外に手段がない　→　一時しのぎでは効果がない　→　次第に明確な自殺企図へ移行する

図表３－１　小中高生別自殺者数の年次推移



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

子どもの自殺
危険因子：
- 精神疾患：60~90%
- 自殺未遂歴：30倍リスク
- 家族歴（特に母の自殺歴）
- 虐待等逆境体験（後述）

保護因子
- 家族の凝集性
- 学校での良好なつながり

Schaffer, 1996, Agerbo, 2002, Johnson, 2002, Borousky, 2001, Resnick, 1997

図表３－４　小中高生別自殺の原因・動機の前年比較

（件）

			家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	交際問題	計	学校問題								その他	不詳
									学業不振	入試に関する悩み	進路に関する悩み（入試以外）	いじめ	学友との不和（いじめ以外）	教師との人間関係	性別による差別	学校問題その他		
令和６年	小学生	総計	5	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4
		男性	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
		女性	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	中学生	総計	52	41	1	0	7	81	14	12	9	5	23	2	0	16	18	25
		男性	24	11	0	0	5	28	7	7	3	2	3	1	0	5	7	13
		女性	28	30	1	0	2	53	7	5	6	3	20	1	0	11	11	12
	高校生	総計	51	119	4	3	37	189	51	21	42	4	37	6	0	28	35	44
		男性	23	40	3	2	23	98	29	10	20	0	17	5	0	17	20	22
		女性	28	79	1	1	14	91	22	11	22	4	20	1	0	11	15	22
	合計	総計	108	164	5	3	44	272	65	33	51	9	60	8	0	46	54	73
		男性	50	54	3	2	28	127	36	17	23	2	20	6	0	23	28	37
		女性	58	110	2	1	16	145	29	16	28	7	40	2	0	23	26	36

（件）

自傷行為について

- 対応：
  - 頭ごなしに「自傷をやめなさい」といわない
  - 取り巻く状況を理解する
  - 自傷の肯定的な面を確認する
  - エスカレートに対する懸念を伝える
  - 援助者、仲間を作る。チームであたる
- 家族としての推奨される対応：
  - 自傷行為を無視しない
  - 怒りに駆られて説教しない
  - 挑発的な態度をとらない　「死ぬ気もないくせに」「誰かの真似だろう」「関心を引きたくてやっているんだろう」
- 受診の勧め：
  - コントロールできない：服で隠れない場所への自傷
  - エスカレートしている：自傷場所、方法の増加
  - 解離：痛みを感じない。記憶がない
  - 自己破壊行動：大量服薬、アルコールなどの物質乱用を伴う

不登校・ひきこもりについて

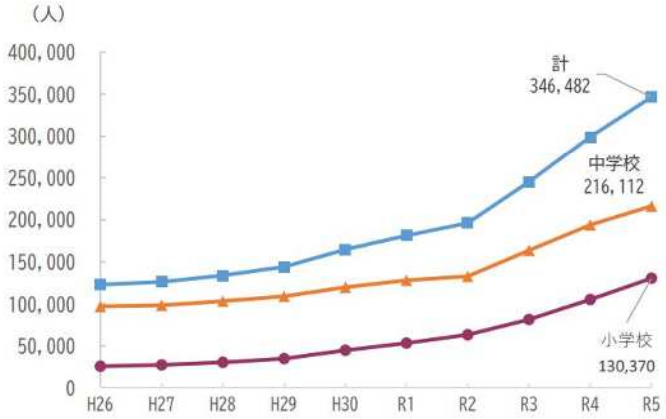
- 不登校：学校に参加することに恐れや拒否感、あるいは怒りとともに強い罪悪感をもち、家庭にひきこもる生活は総じて葛藤的であるといった状態（文部科学省の基準「年間30日以上」の欠席）
- ひきこもり：さまざまな要因の結果として社会参加を回避し、原則的には6ヶ月以上にわたっておおむね家庭にとどまり続けている状態

- 思春期を通じて高まっている同性集団からの脱落の恐れは、子どもを集団への過剰適応に向かわせる。
- そこでの適応上の危機の増大や現実に生じた失敗は、たとえそれが些細なものであったとしても、子どもに強い挫折感と恥の感覚を経験させ、同時にそれが生じた現場である仲間関係や学校生活を回避させ、子どもを家にとどめる強力な原動力として作用する

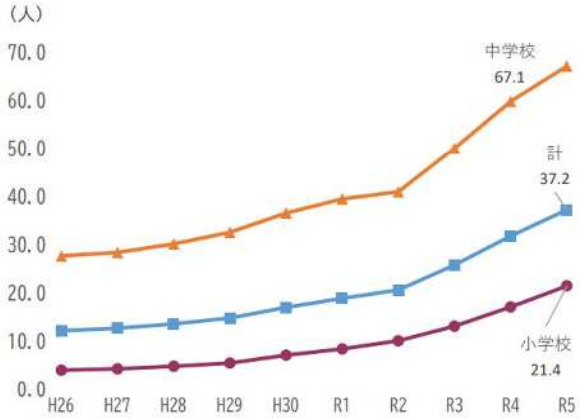
小・中学校における不登校の状況について

- 小・中学校における長期欠席者のうち、不登校児童生徒数は346,482人（前年度299,048人）であり、児童生徒1,000人当たりの不登校児童生徒数は37.2人（前年度31.7人）。
- 不登校児童生徒数は11年連続で増加し、過去最多となっている。

不登校児童生徒数の推移



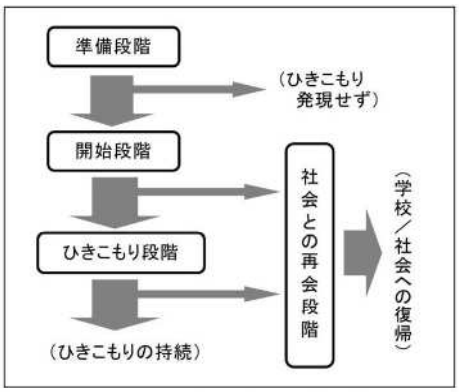
不登校児童生徒数の推移（1,000人当たり不登校児童生徒数）



不登校児童生徒数（上段）と1,000人当たりの不登校児童生徒数（下段）

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
小学校	25,864	27,583	30,448	35,032	44,841	53,350	63,350	81,498	105,112	130,370
	3.9	4.2	4.7	5.4	7.0	8.3	10.0	13.0	17.0	21.4
中学校	97,033	98,408	103,235	108,999	119,687	127,922	132,777	163,442	193,936	216,112
	27.6	28.3	30.1	32.5	36.5	39.4	40.9	50.0	59.8	67.1
計	122,897	125,991	133,683	144,031	164,528	181,272	196,127	244,940	299,048	346,482
	12.1	12.6	13.5	14.7	16.9	18.8	20.5	25.7	31.7	37.2

不登校・ひきこもりの諸段階と対応



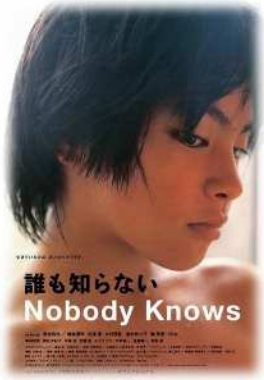
準備段階：身体症状や精神症状や問題行動
　　などの一般症状が前景に立つ時期
　　→　症状のケアなど子どもの心の訴えに耳を傾ける

開始段階：激しい葛藤の顕在化、家庭内暴
　　力などの不安定さが目立つ時期
　　→　当事者に休養が、家族に余裕が必要な時期

ひきこもり段階：回避と退行が前景に出て、葛藤は目立たない
　　徐々に回復していくこともある
　　→　焦らずに見守る。性急な復帰の要求は避ける

社会との再会段階：試行錯誤しながら外界との接触が生じ、
　　活動が始まる時期
　　→　子どもの変化に一喜一憂せず安定した関わりを心がける

子ども虐待について



- ネグレクト：衣食住の世話をしない、病気の治療を受けさせない、学校へ行かせない
- 身体的虐待：子どもの体に外傷や疾病を負わせる
- 心理的虐待：暴言や差別など心理的外傷を負わせる言動（DVの目撃を含む）
- 性的虐待：性的暴力、近親姦、性的搾取

- 虐待のサイン
  - 外傷と受傷機転の不一致、基礎疾患のない多発骨折、体表のアザ
  - 子供が体を触られることを著しく怖がる、表情がひどく乏しい、固まっている
  - 子どもの衣服や首回りなどがひどく汚れている
  - 著しい痩せ、体重増加不良など

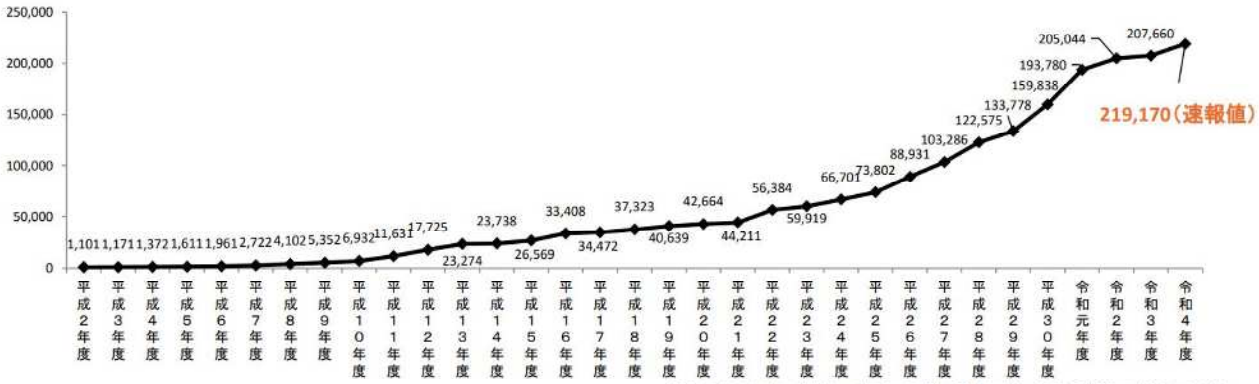
児童相談所における虐待相談対応件数とその推移

○令和4年度中に、全国232か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は 219,170 件（速報値）で、過去最多。

※ 対前年度比＋5.5%（11,510件の増加）（令和3年度：対前年度比＋1.3%（2,616件の増加））
※ 相談対応件数とは、令和4年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】
・心理的虐待に係る相談対応件数の増加（令和３年度：124,724件→令和４年度：129,484件（＋4,760件））
・警察等からの通告の増加（令和３年度：103,104件→令和４年度：112,965（＋9,861件））

〈令和３年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体への聞き取り〉
・関係機関の児童虐待防止に対する意識や感度が高まり、関係機関からの通告が増えている。



（注）平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

年 度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度（速報値）
件 数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

逆境体験がもたらすもの

18歳までの心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、家庭内暴力、家庭内での薬物濫用、家庭内の精神障害、親との離別や離婚、家族の収監といった逆境体験（Adverse Childhood Experiences; ACE）が、PTSDのみならず、抑うつや不安障害、精神病症状、薬物乱用などの精神疾患ばかりでなく、知的な発達や学習能力へ影響し、慢性身体疾患のリスクを高めること、これらは逆境体験数に比例していることが明らかとなっている。

田中究：児童青年精神医学とその近接領域 vol. 57: 2016

表3 ACE 質問紙の結果

NO	質問項目	対照群（一般高校生）男性 N=99 該当	非該当	%	対象群（A少年院）男性 N=185 該当	非該当	%	対象群／対照群 倍数
1	くり返し，身体的な暴力を受けていた。（なぐられる，けられる，など）	1	98	1.0%	36	149	19.5%**	19.1
2	くり返し，心理的な暴力を受けていた。（暴力的なことばでいためつけられる，など）	1	98	1.0%	22	163	11.9%**	11.8
3	性的な暴力を受けていた。	0	99	0.0%	1	184	0.5%	
4	アルコールや薬物乱用者が家族にいた。	2	97	2.0%	41	144	22.2%**	11.0
5	母親が暴力を受けていた。	2	97	2.0%	26	159	14.1%**	7.0
6	家庭に，慢性的なうつ病の人がいたり，精神病をわずらっている人がいたり，自殺の危険がある人がいた。	3	96	3.0%	15	170	8.1%	2.7
7	両親のうち，どちらもあるいはどちらかがいなかった。	7	92	7.1%	105	80	56.8%**	8.0
8	家族に服役中の人がいた。	0	99	0.0%	18	167	9.7%**	
9	親に保護されていた。（学校に行かせてもらえない，食事をちゃんと作ってもらえない，など）	1	98	1.0%	9	176	4.9%**	4.8

** $p<.01$

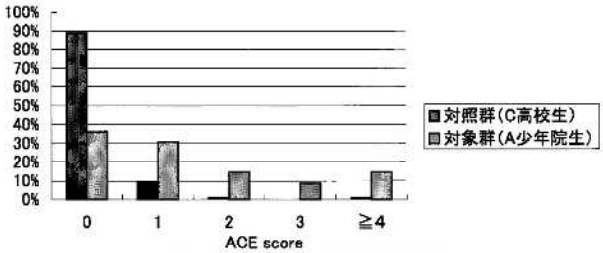
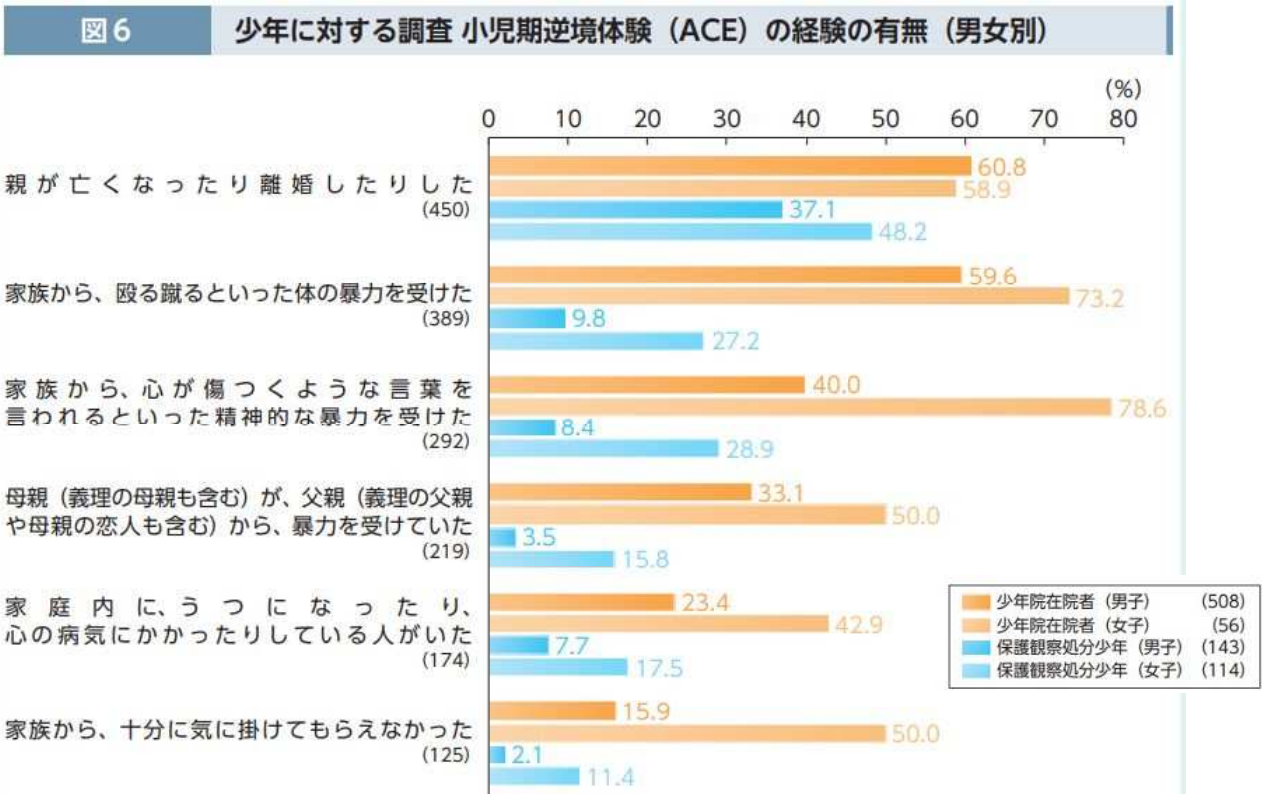


図1 ACE score の累積度と各群の比較

松浦直己：児童青年精神医学とその近接領域 vol. 48: 2007

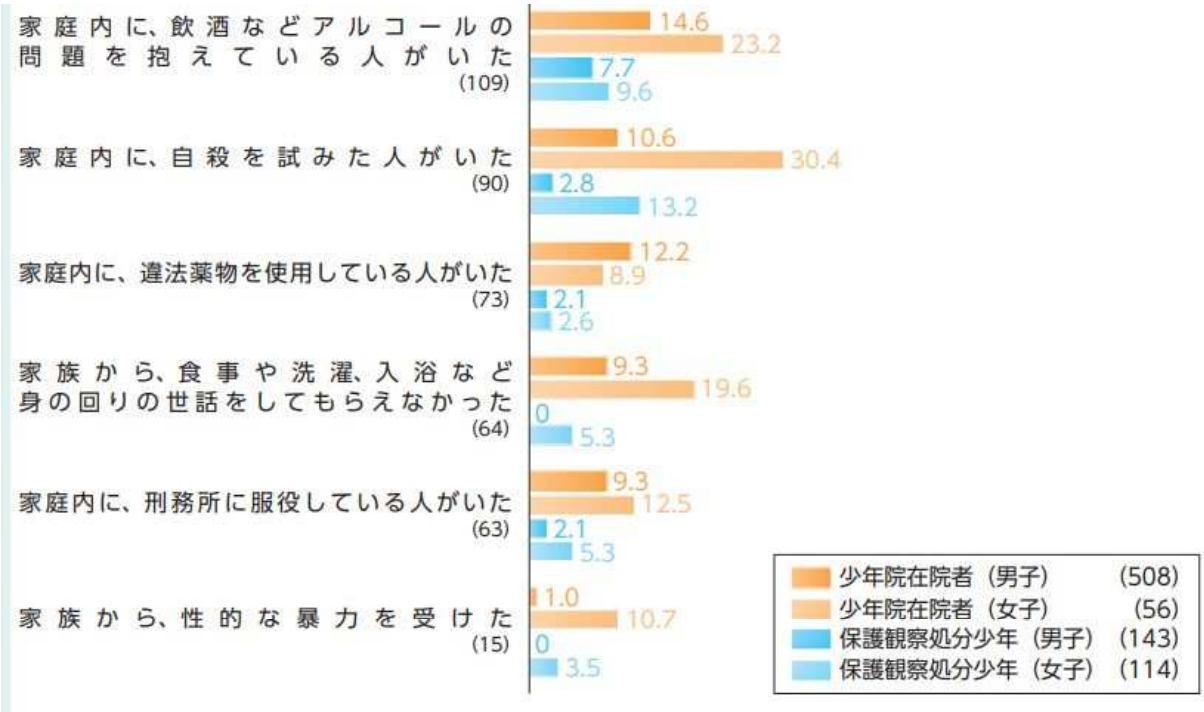
少年院在院者　ACE経験

令和5年版　犯罪白書



少年院在院者　ACE経験

令和5年版　犯罪白書



心的外傷が与える影響

- 乳児期：育児環境が危険に曝される。安定した母子関係を築くことができず、基本的信頼が育たない

  → 栄養不良、不安定な愛着関係
- 幼児期：安全基地としての親機能が揺らぐ。分離－個体化に際して、十分なエネルギーを与えられない

  → 成長障害、哺育障害、反応性愛着障害
- 学童期：集中して物事に取り組めない。周囲を気にして過ごす。トラウマ要因を刺激しないように振舞う/果敢に向かっていき、さらに傷つく

  → ADHD様多動、衝動性、行動の問題、学習困難、早すぎる思春期化、うつ、解離など
- 思春期：内面へのひきこもりができない/極端にひきこもる。自己選択の価値基準がない、揺らぐ、偏る。トラウマの元となった人やその性への蔑み、嫌悪、奇妙な同一化

  → 自己価値や同一性の揺らぎ、不登校、抑うつ不安障害、家庭内暴力、素行障害、解離性障害など

複雑性PTSD

- 多くの場合逃れることが出来ない長期間にわたる反復性の出来事（拷問、奴隷化、大虐殺、長期間の家庭内暴力、繰り返される児童虐待など）によって引き起こされる
- PTSDの診断基準を満たす
  - 侵入症状（悪夢、フラッシュバック）
  - 過覚醒症状（過度の警戒心、不眠）
  - 回避症状（人、場所、行動、状況の回避）
- 自己組織化の障害　Disturbances in Self Organization: DSO
  - 感情調整障害
  - 自己に対する否定的信念とトラウマ的出来事に関連する否定的感情
  - 対人関係障害

ICD-11

子どものトラウマへの対応（急性期）

- 安心感、安全感の確保。子どもを一人にしない。叱らない。小さい子には遊ぶ場を。思春期年代には干渉されない場を
- 日常生活リズムを回復させる。ディズニーランドよりお風呂
- 出来事の状況を無理やり聞き出さない
- 事実把握が必要な時は、保護者などが付き添う
- 子どもが問わず語りに話すことには耳を傾ける
- 子どもの捉え方を否定しない。現実離れした捉え方にはある程度の修正を
- 心理的教育。誰にでも起こりうる反応だと教える
- 行動療法、薬物療法の一定の効果が確立している

虐待を受けた子どもの治療

- 「虐待環境からの切り離し」と「安全感の提供」が最優先
- 被虐待児のADHD様症状（落ち着きがない、衝動的、気分のむらがある）に対してはADHDの治療薬は効果が乏しい
- SSRIや少量の抗精神病薬が過覚醒やフラッシュバックに有効
- 二次障害（気分障害、アルコール・薬物の問題、PTSD）の治療を優先する
- TF-CBT、PCIT、PE、EMDRなどのトラウマ治療がある
- 個別心理療法は退行やこれまでの関係性の反復が生じやすく枠組みが維持できないことが多い
- 自傷他害行為や激しい解離症状を伴う場合は入院を要することがあるが、児童精神科の閉鎖病棟は限られている
- 新たな関係性の中で信頼関係を構築し、愛着関係の修復をはかり、自己効力感を高める

本日の内容

- こころの発達について
- 思春期について
- 思春期の精神疾患
  - 発達障害
  - 児童・思春期特有の精神疾患
  - 見逃したくない精神疾患
  - 児童・思春期特有の現象
- 診察と診たて

診察の手順

- 本人のみの診察
  - どの年代でもまずは本人のみの診察を試みる
  - 「来るんじゃなかった」と思わせないこと、波長を合わせる。出会いを大事に、関係性を重視
  - 必ずこたえられる質問から（何歳ですか？　何年生ですか？）
  - ここは心の病院なんだけど、今日はどんなことで来たのかわかりますか？
  - （小学生低～中学年なら）神様に3つのお願いをするとしたら何をお願いしますか？　（小学生高学年以降なら）将来の夢とかこういう仕事につきたいとかありますか？
  - 話せそうならなるべく本人の口から情報を取る。深追いはしない
  - 褒める。笑っていい時は笑う
  - 遊びの雰囲気
- 家族のみの診察
  - ご家族として一番心配なことはどんなことですか？

    【主訴】【現病歴】一番の問題は何か、何が起こって、いつ頃始まり、どうなったのか

    【家族歴】出来れば三世代のジェノグラム

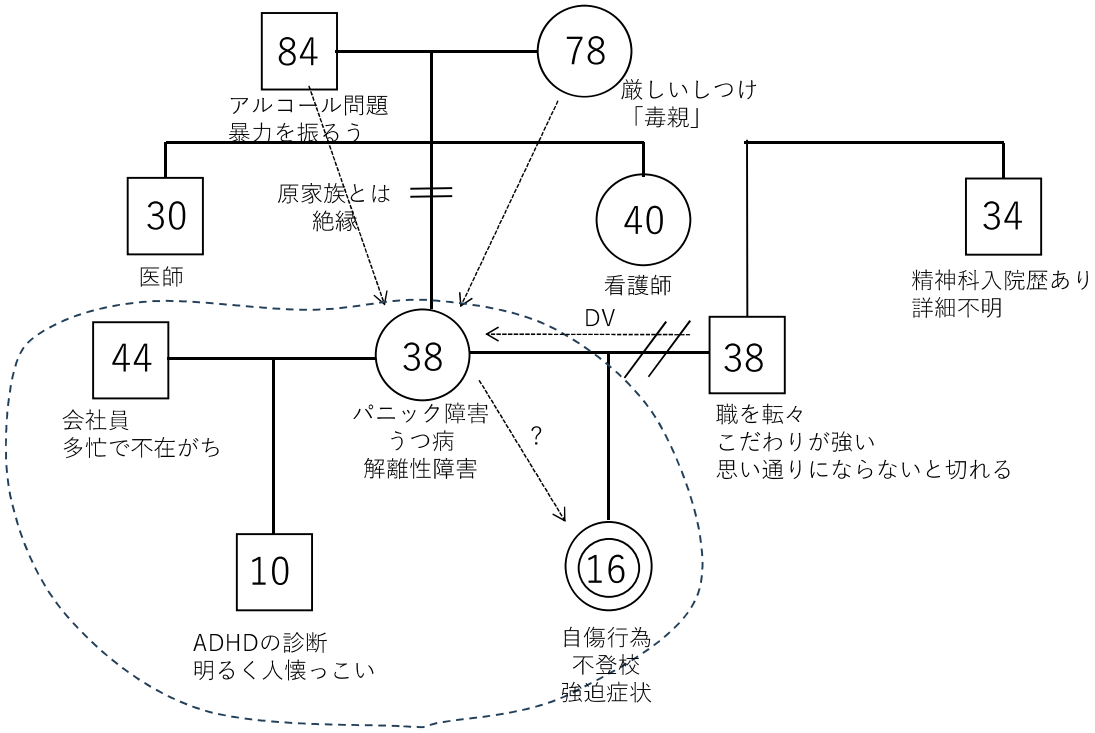
    【既往歴】アレルギー、身体疾患、てんかんなど

    【生活歴】成長・発達、生活状況

    【発達特性】ASD傾向、ADHD傾向

ジェノグラム

・知りえた情報を記入
・手書き（完璧を目指す必要はない）
・可能なら三世代分
・関係性についても追記しておく

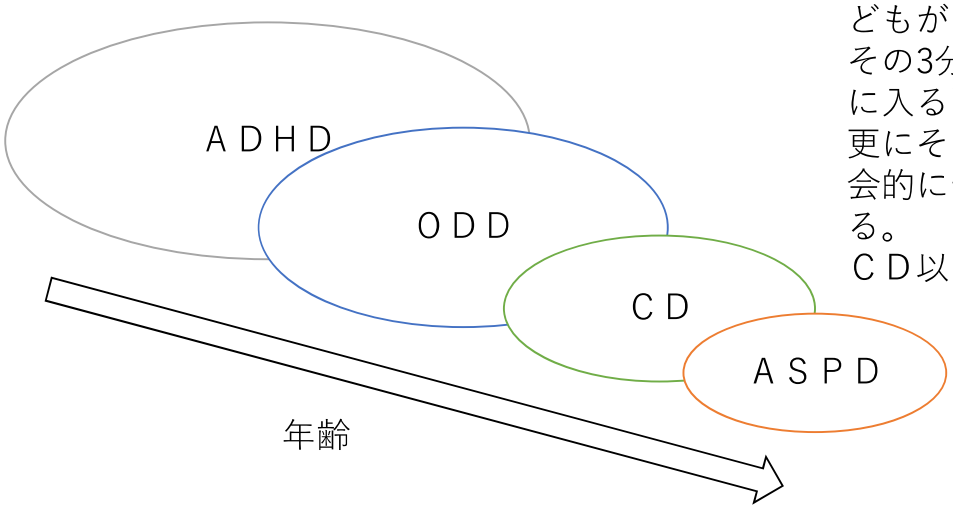


子どもの精神医学的診断

包括的な診断フォーミュレーション（診たて）：今（これまで）どんな環境で生活している、どんな子なのか。

- 生物学的要因：てんかんや発達障害、先天性後天性の中枢機能障害
- 養育の関与：虐待やＤＶなどの逆境的養育環境、親の精神障害、離婚、死別、子ども側の愛着障害の存在など
- 子どもの人格傾向とストレス対処法の質と量：依存性、回避性、外罰性、内罰性、強迫性、衝動性、攻撃性、受動攻撃性、演技性、境界性、自己愛性、スキゾイド性などの評価
- 養育環境以外の外的環境からのストレス：いじめや犯罪被害、災害
- 治療・支援の維持に関与する要因：経済状態、家族形態の安全性、治療必要性に対する親の理解、治療動機など

ＤＢＤマーチ



ＡＤＨＤの中で約3分の1の子どもがＯＤＤの診断を満たし、その3分の1の子どもは思春期に入る頃からＣＤを呈する。更にその一部は成人以降、社会的に予後不良な経過をたどる。
ＣＤ以降は予後不良となる。

ＤＢＤ　：disruptive behavior disorder（破壊的行動障害）
ＡＤＨＤ：attention-deficit/hyperactivity disorder（注意欠如多動症）
ＯＤＤ　：oppositional defiant disorder（反抗挑戦性障害）
ＣＤ　　：conduct disorder（素行障害）
ＡＳＰＤ：antisocial personality disorder（反社会性パーソナリティ障害）

最後に（まとめにかえて）

- 生来の性格、発達特性という個人に、親子関係をはじめとする家族の関りがあり、学校という社会へ参加していく中で子どもは成長していく。縦糸（個人）と横糸（環境）で一枚の布が織り上がる。

- 出来ることと出来ないことがあるのは当然である。ただし、その子どもが持てる最大限の力を発揮させることが出来れば、その子どもの精神発達は促進され、その子どもの真の自由意志が働くようになり、判断し、考え、行動できるようになる。
  → 子どもの尊厳を保つということ

ご清聴ありがとうございました