

- ① 胸痛：部位は左胸部、胸骨部が多い。いわゆる特発性では、吸気時に鋭い痛みが瞬間的に生じることが多い。心因性では、持続時間が10分以上、ズキズキと表現する。
- ② 身体面：心因性では不定愁訴が多い。
- ③ 精神・行動面：心臓疾患との連想性からの強い不安のため、時に、外出ができなくなるなど日常生活が過度に障害される。

(5) 合併症・併存症

稀にパニック障害、うつ病がある。

(6) 診断

器質的疾患を鑑別診断するため、適切な身体診察と必要に応じての検査（心電図、胸部X線など）は必要である。身体疾患が否定的な場合、問診や行動観察より特発性や心因性の可能性を推測していくことになる。その際に、「痛い」という訴えを否定せず、本人に生じている事実として扱う。家族が成人での狭心症や心筋梗塞での胸痛を心配し不安が強ければ、身体的侵襲のない心電図などの検査により、除外して安心させることもある。

(7) 経過

心因性では短期間で改善するものが多い。

(8) 対応

- ① 本人、家族への十分な疾患の説明。
- ② 活動制限の段階的解除。
- ③ 薬物療法：ベンゾジアゼピン系抗不安薬（メキサゾラム、頓用でアルプラゾラム）、三環系抗うつ薬

安易に精神的なものだという説明に終わらないようにし、胸痛をなくすことだけを考えず、家庭や学校での社会生活を通常に送るようにすることを目標にする。「気のせい」「気にしすぎ」などを感じさせない話し方が肝要で、医療側が充分診察や検査をしても、信じてもらえないときにドクターショッピングを引き起こしたりする。

(9) 専門機関への紹介

初期対応だけで軽快せず、次第にうつ傾向が強くなったり、症状が持続する場合には専門機関に紹介する。

5) 四肢痛

(1) 概要

心因性は、理学的診察や適切な検査を行っても異常がみられず、その発症になんらかの心理的ストレスが関係したものをいう。

(2) 疫学

- ① 有病率：不明。
- ② 性差：男児にやや多い。
- ③ 遺伝・家族性：特にない。
- ④ 好発年齢：5～10歳。

(3) 成因

- ① 心因性：精神的退行、ストレス状況からの逃避傾向がみられることが多い。
- ② 機能性：いわゆる成長痛。

③ 症候性：ウイルス感染症（かぜ症候群を含む）に伴う筋肉痛・関節痛、筋肉炎、関節炎、骨疾患がある。

（４）基本症状

① 四肢痛：心因性では筋肉部、成長痛では関節部の痛み。

② 身体面：起立歩行障害。

③ 精神・行動面：心因では依存的、内向的な性格傾向。

運動障害の中でも歩行ができなくなる場合は心因性歩行障害といわれることが多く、その症状の重さに比し、子どもには比較的重病感がないのが特徴。

（５）合併症・併存症

子どもの素因として軽度発達障害がないか、発達歴や臨床特徴を確認する。また、家庭の背景に虐待やDV（ドメスティックバイオレンス）がないか経過をみる。その他、鑑別診断としてうつ病、パニック障害、解離性障害などがある。

（６）診断

一般身体診察、血液検査、X線検査などで器質的疾患を除外することは必須。発症以前に症状のモデルになるような疾患が子どもや家族にないか問診をする。痛みの強さや性状・部位など丁寧に聴くことによって心因性を疑っていく。

（７）経過

急性に発症し、あきらかなストレス因子があり、発症から治療開始までの期間が短く、知的に問題がなければ予後は良いといわれている。

（８）対応

① 本人、家族への十分な疾患説明。

② リハビリテーション：理学療法、作業療法。

③ 薬物療法：ベンゾジアゼピン系の抗不安薬、痛みの強い場合は副作用に注意しながら少量の三環系抗うつ薬を使用する。

④ 心理療法：箱庭療法、遊戯療法、家族療法

心理的誘因が推定されたときは症状との関係を丁寧に説明し、可能なら取り除く。家族には器質的疾患ではなくても、子どもがわざとやっているのではないことを説明する。症状の矛盾があっても（人が見ていないところでは普通に歩行するなど）追求せずに、子どもの症状が本当か嘘かは詮索しない。

歩行障害があるときは、理学的アプローチが効果があるとされている。家族が子どもに対してうまく関わりを持たない場合に、理学療法士による働きかけが効果をみた例が報告されている。

薬物療法は基本的には効果はないが、対症療法の薬や、抗不安薬を使用することもある。その際は薬剤に依存しないよう注意しながら使用する。

（９）専門機関への紹介

子どもや家族が納得するために十分外来時間が取れないときや、家族不安が強いときは専門機関へ紹介する。

6) 単純性肥満

（１）概要

単純性肥満は肥満の原因となる基礎疾患が除外され、脂肪が蓄積された状態をいう。

(2) 疫学

- ① 有病率：学童の5～10%。
- ② 性差：特にない。
- ③ 遺伝・家族性：家族内発生が高い。
- ④ 好発年齢：学童～思春期。

(3) 成因

原因は体質、環境、心理社会的要因の多因子であり、それぞれの因子が関係しあい、絶対的あるいは相対的なカロリーの過剰摂取により形成される。

① 体質的要因

遺伝的に肥満を生じさせやすい体質であるとわかってきた。レプチンという蛋白が体脂肪量のネガティブ・フィードバックを行っており、このレプチン抵抗性が肥満の背景にあると考えられている。

② 社会的要因

a. 食行動の特徴

生活のあらゆる場所に食物が置いてあり、どこでも、いつでも食べられ、また食べるスピードが速い特徴がある。

b. 運動不足を助長する環境

豊富な室内娯楽（テレビゲーム、漫画など）が一般化し、塾・習い事による多忙な生活により運動量が減少している。

c. 家庭環境

子どもへの対応の問題として放任、無視、甘やかしがあり、両親の食生活が同様に過食傾向（特に、親も肥満の場合）で、健康な食生活や生活リズムの乱れが肥満を起しやすくしている。児童虐待の一つネグレクトでは十分な食事を与えないことによる痩が知られているが、金銭のみを渡して食事を子どもに任せている例がある。精神遅滞（知的障害）のある子どもの中には、特定のお菓子ばかりを食べたがるなど、嗜好の偏りがあり、運動不足も重なって肥満につながる。保護者の中には、子どもにいうことを聞かせようとしてお菓子を報酬に使っている場合があり、肥満につながることもある。

③ 心理的要因

過食の心理的意味として、欲求不満の解消、失望の緩和、不安・緊張・心配の減少、快楽の達成、敵意の表出、罪悪感の減少、劣等感の減少、単調で空虚な生活からの気分転換、競争からの逃避、食物は愛情の代理物、などが考えられる。

(4) 基本症状

① 身体面

耐糖能低下、高脂血症、脂肪肝、呼吸機能低下（肥満性低換気症候群）。

② 心理面

- ・劣等感（特に、容姿・運動面に関して）
- ・不活発で消極的
- ・歪んだ欲求不満処理（不満や攻撃的感情を表現しないままに成長）
- ・いじめ・からかいの対象

・登校拒否

(5) 合併症・併存性

無月経や睡眠時無呼吸の有無を確認する。その他、高血圧、肝腫大、性早熟、甲状腺腫大、黒色表皮症、皮膚線状に注意する。精神遅滞、広汎性発達障害、人格障害。

(6) 診断

肥満児の判定は、18歳未満の小児で肥満度が20%以上、かつ有意に体脂肪率が増加（男児は25%、女児は11歳未満30%、11歳以上35%）した状態。症候性肥満の鑑別が必要で、食行動に偏りがある場合は肥満としてだけでなく神経性過食症として診断する必要がある。

(7) 経過

肥満の発症した時期により予後が異なり、学童の肥満は予後不良といわれている。

(8) 対応

- ① 食事療法
 - ② 運動療法
 - ③ 心理的対応
 - ④ 行動療法的対応（日課表の記録、食事内容の全記録、体重グラフ作成、食べる時間・場所の限定、食物保管場所の限定、母親への食事指導、咀嚼中ははしを置く、など）
- 治療の基本は生活指導と食事療法であるが、子どもと家族が肥満のリスクについて理解し、生活習慣の見直しが必要。実行可能な目標をたて、改善が治療への意欲を高めるような行動療法的アプローチが効果的。一般的に単純性肥満は薬物療法の対象にはならない。

(9) 専門機関への紹介

治療効果があがりにくい高度肥満や不登校を合併して悪循環を形成している場合は、入院治療を考え専門機関へ紹介する。

5. 習癖（指しゃぶり・爪かみ・性器いじり）

（1）概要

習癖は繰り返されることで身につき固定化された行動を指し、「癖」と同義。指しゃぶり・爪かみ・性器いじりは体をいじる癖（身体玩弄癖）の代表で、病的なものは少ない。

（2）疫学

- ① 出現率 指しゃぶり：1歳半 30%、3歳 20%、5歳 10%
爪かみ：5歳 4%、10～12歳 40%、成人 10%
性器いじり：3歳 8%、学童前半 2～3%
- ② 性差 指しゃぶり：なし
爪かみ：女兒にやや多いといわれるが一定しない
性器いじり：男：女 2：1
- ③ 好発年齢 指しゃぶり：3か月～5歳、爪かみ：6～12歳、性器いじり：3～6歳
- ④ 遺伝・家族性 遺伝性はないとされる。

（3）成因

成因に一定の見解はない。いずれも行動そのものに精神病理的な問題はなく、単なる獲得された習慣に過ぎない。発生・程度には下記が相互に関与。

- ① 精神心理的要因：養育者の几帳面さ・過干渉・潔癖性など
- ② 本人の体質的要因：過敏さ・頑固さ・神経質など
- ③ 発達の要因：脳の成熟や器質的要因など

（4）合併症・併存症

- ① 指の吸いだこ・歯並びの異常（4～5歳になっても指しゃぶりが続く場合）
- ② 指先や局所の出血・感染
- ③ 不安・緊張・退行などの精神的問題
- ④ 自傷・抜毛などの行動異常
- ⑤ 広汎性発達障害などの発達障害

（5）診断

程度・頻度・場所などが標準的でない場合、精神心理的問題を疑うきっかけに。

（6）経過

いずれも一過性のものであることが多く、良好な経過。重症・遷延化は稀。

（7）対応

いじり癖の基本対応は、過度に問題視せず、無理やりに禁止したり、叱責・からかったりしないこと。相談した家族の悩みを無下に一蹴するのではなく、一般的自然経過を伝え、安心させ、保護者が子どもたちのよきサポーターとなれるように援助することが大切である。癖だけをなくそうと働きかけることは慎む。

指しゃぶりでは、3歳まではなんら問題とならないことを伝えるとともに、程度・経過によっては、心理的問題の有無を疑い、そちらへの介入を考える。

爪かみも出血や感染がなければ、特に治療の必要はない。ただ、爪が変形したり噛んだ爪を食べるような場合、叱責や周囲からの拒否を受けやすく、それによる二次的な心理的影響を考慮する必要がある。

幼児期の性器いじりは、湿疹や炎症などなければ、優しく抱き上げたりして間接的にやめさせ、他の遊びに誘うことで十分である。学童期は、罪悪感を持っていることも多いので、行為自体は重視せず、「気づかない振りで用事を頼む」などの方法で自己有効感を育てながら中断させるのがよい。

(8) 専門機関への紹介

自然経過と著しく異なる程度・頻度のいじり癖には、背景に様ざまな心理・発達的問題が隠れていることがある。基本対応をしながら経過を追い、背景問題が大きい場合、専門機関に相談することを考える。発達障害では、その特徴によって介入の時期や方法が異なることがあり、紹介も必要になる。さらに、思春期以降の自慰行為で回数や場所が極端な場合も、紹介が望ましい。

6. 育児上の問題

養育者の悩みや不安に共感なくして育児上の問題を解決することはあり得ない。まず、親の気持ちに耳を傾け、その上で正しい情報を伝え、ともに解決していくという姿勢を示すのが望ましいかかわりかたである。

1) テレビ・ビデオ

(1) 電子映像メディアの歴史

テレビの本放送は1953年に開始、1967年にはほぼ全家庭に普及。1980年代にはビデオ機器の普及とテレビゲームの発売。90年代にはパソコン、ケータイが子どもたちの間に普及。子育ての現場がすっかり様変わりしており、心とからだの発達、心のありようへの弊害に危機感を抱く必要がある。

(2) メディア漬けの親たち

生まれたときから茶の間にカラーテレビがあり、子ども時代にテレビゲームを楽しんだ世代が親になり、子育てをしている時代。テレビ・ビデオを見ながら授乳している母親は6～7割。最近では授乳中や散歩中にケータイでメール交換という母親も珍しくない。乳児を膝に抱きながらテレビゲームをする父親、教育ビデオソフトや乳幼児向けビデオに子守をさせて自分たちの時間を確保している親の姿が日常化している。当然、子どものメディア接触時間のコントロールをする意識は希薄である。

(3) 接触の早期化

生まれたときから、メディア漬け（産科病棟の病室にもテレビがある）、帰宅してからも授乳中や子どもがいる部屋ではテレビ・ビデオがついている育児空間。そして親は子どもに意識的にテレビ、ビデオを見せる時期が生後6か月くらいから。2歳児の4割がビデオ機器の操作ができるようになっている。

(4) 接触の長時間化

テレビ・ビデオへの接触時間の長い親のそばで育つ乳幼児、さらに教育ソフト、子守機能などを持たせたビデオ商品の浸透で1日何時間もメディア接触している乳幼児、小学校高学年、中学生の1/2が平日4時間以上のメディア接触、1/4は6時間以上、さらに休日になると平日の1.5倍～2倍という長時間化の実態が報告されている。

(5) メディア漬けの影響

乳児期にあっては、メディア漬けの親により不十分な母子相互作用、そして愛着形成の問題、幼児期、学童期にあっては生身の人間との関わり時間が減少、外遊びの時間が減少、睡眠時間の減少が確実に起きている。このことが、言葉の獲得や人間に対する信頼、愛着の発達、社会化、体力・運動能力・視力・自律神経の発達、人格形成に影響を与える危険可能性（有害性が指摘されてきた分野もある）を考慮しなければならない。日本の3歳以下の乳幼児の約半数の就眠時刻が22時以降であり、先進国でもっとも夜更かし。小中学生の訴えでも眠い、疲れたと体や心の疲労感を訴えている子が激増している。早期に長時間接触するという生活習慣はのちのちまでも持ち越され、修正することが困難である。

(6) 対応

① メディア歴をとる

就寝・起床時刻、テレビ・ビデオの総接触時間の把握は大切。気になる場合は、より丁

寧に一日の生活時間を聞いてみる。

乳児の夜泣き、離乳食がうまく進まない、朝から不機嫌、幼児期の言葉の発達の遅れ、食欲不振、友達とうまく遊べないなどの問題、児童生徒の疲れ、頭痛などの不定愁訴などがメディア漬けを発端としていることも少なくなく、接触時間のコントロールをアドバイスするだけで改善することも日常経験されるようになった。

② 具体的なアドバイスをする

アメリカ小児科学会は小児科医は2歳以下の子どもにテレビは見せないように啓発すべきだと提言。2004年には日本小児科医会、日本小児科学会が相次いで同様の提言を出している。子育ての現場に取入れやすく、わかりやすい具体策を保護者にアドバイスする。

- ・食事中は消す（これを実践するだけで生活が変わる）。
- ・画面にカバーをかけて見たいときだけカバーをはずす。
- ・コンセントを抜いておく。
- ・見たい番組を選んで見る、見終わったら消す習慣をつける。
- ・ノーテレビデーなどテレビ・ビデオをつけない日を体験してもらう。
- ・親が見たい番組はビデオにとって子どもが寝てから見る。
- ・総接触時間を2時間以内にする。
- ・テレビ、パソコンを子ども部屋に置かない。
- ・家族でルールを作る。
- ・テレビ・ビデオなどの内容なども批判的に見る眼を親子で養う（メディア・リテラシー）。
- ・ゲームなど子どものやっていることを親も関心をもつ。
- ・2歳までの子どもにはなるべく見せない（見せるときには親も一緒にかかわりながら）。
- ・テレビ、ビデオがなくても子どもは親のそばで普通に過ごせることを知らせる。
- ・地域の子育て広場など、テレビ、ビデオに頼らない子育てが出来るような助言をする。
- ・親の生活と子どもの生活を切り離さない（受け取る情報は大人と子どもでは分ける）。

2) きょうだいげんか（同胞葛藤）

(1) 概要

けんかとは相手と冷静な話し合いでなく、力づくの解決を図ろうとするもので、しかも当事者の力関係は互角であることが基本。子ども同士のけんかは社会性の（自己主張をすることや上手なおりあいのつけかたや適格に相手を認識するいわゆるソーシャルスキル）発達のためのいい機会になる。

きょうだいげんかは、おもちゃの取り合いのような大人にとっては些細なことも原因で毎日のようにある。養育者が不適切にかかわることによって、嫉妬や不満が積み重なり、心身の訴えや行動上の問題に発展することがある。きょうだいげんかは、当事者同士でおさまっていくことも少なくない。養育者が大人の論理でおさめると双方に不満が残る場合が多く、きょうだいげんかに介入する場合は双方の言い分に耳を傾ける態度が必要。そして聞き手は自分の考え（結論や指示・命令など）を言わないことがコツ。きょうだいげんかが当事者同士で解決するのに、この言い分を聞いてくれる第3者の存在は大きい。けんかはソーシャルスキルを体験・学習する上でも大切なことなので、むやみに避けることはよくない。

しかしながら、きょうだい間で「けんか」ではなく「いじめ」が起きている場合がある。きょうだいは、親の愛を奪い合う同胞競争と嫉妬を生じさせる。下にきょうだいが生れたときの年長児の赤ちゃん返りや赤ちゃんなんかいないといった子どもの言動は典型的なものである。幼児や学童期の同胞葛藤や嫉妬は一般的には正常の反応であるが、養育者からの「男だから、女だから」「おにいちゃんだから、弟なんだから」といった親の価値観の一方的な押しつけが激しい場合や、同胞を常に比較対照させていると、指しゃぶり、チック、遺尿・遺糞、吃音、自尊感情の低下、暴力・非行などの問題を生じさせる。

(2) 養育者へのアドバイス

(子どもの心理発達を説明した上で行うことがコツ)

- ・拒否的、指導的で一方的な養育態度があればそれをあらためさせる。
- ・子どもも人格をもった一人の人間として認め、あるがままを受け入れる(子どものいいなりになることとは違う)。
- ・しつけにきょうだいの競争意識を利用しない。
- ・どの子も同じように可愛い、かけがいのない存在だというメッセージを伝える。

養育者の態度の変化が期待できない(養育者の成育歴に深い問題を抱えているなど)、子どもの症状が改善しない場合は専門機関への紹介が必要であろう。

3) 反抗〈幼児期〉

(1) 概要

1歳半頃から3歳頃を中心に親の言うとおりにならなくなる時期を第1反抗期と呼ぶ。

この時期には、自分で歩けるようになる、自分で食べられるようになるなど随意運動の発達、そして自分でやりたいという思いが芽生える時期。自己中心性(自分と他者の区別が未確立で認知の仕方が主観的)が高まる時期である。やろうと思ったことがうまくできなかったり、伝えたいことが十分に伝えられずにかんしゃくを起こすことも多くなる。それまでの成長発達が順調であったことを示す。しかし養育者にとっては、思い通りにならなくなった我が子を目の前に子どもの自我の成長を見守る思いと社会的なしつけをせねばならないという思いに揺れて育児困難状況を生み出し、虐待を含め子どもの心身の発達に影響を与える可能性がある。

(2) 養育者へのアドバイス

正常な自我の芽生えの結果であること、親を困らせるつもりのないこと、わがままではないことなどを説明し、日々の生活で具体的に養育者が困っていることを聞きだし、その気持ちに共感しながら、専門家として具体的なアドバイス(叱るのではなく教えてやるやりかた、どこまで見守るのかなど)を与えることが必要。適切な対応がとれない養育者は養育者自身が問題を抱えていることがあるので専門機関に紹介が必要。

4) 分離不安

(1) 概要

子どもが愛着対象(多くは母親)との分離に関して示す子どもの不安の反応を分離不安と呼ぶ。心身を保護してくれた愛着対象との分離はその保護を失うことの恐れを子どもに生じさせる。しかしながら、子どもは恐れつつも、成長に伴って心理的・物理的に自立、

その活動範囲を広げていく。乳幼児が一人の人間になる（自己の確立）までには常に不安がつきまとうものであるが、その不安を穏やかに上手になだめられる、あるいは処理することができるならば、心の発達は順調に進むことができ、このことは通常の場合普通にうまくいく（生後4、5か月頃から3歳頃までの期間）。

しかし、分離不安が過度の場合、母親と離れられない、泣きわめく、パニックになる、抑うつ的になる（元気がない、食欲が落ちる、睡眠障害を起こす）、乱暴になるなどの問題が生じる。長期化すればいつまでも見捨てられ不安が継続し、適切な心理発達がそこなわれることがある。

このような過度の分離不安が生じるのは、①分離すると、愛着対象を失うと子どもが感じる、あるいは②愛着対象への過度の依存心がある場合である。自分と母親との愛着形成がしっかりとでき、分離ということでその関係は失われないのだという確信が育っていれば病理的な問題は起こらない。愛着形成障害や年齢不相応の分離を急がせていないか見極めることが必要。

さらに親の子離れができていない（親側に分離不安がある）場合は、子どもが離れようとする親がそれを妨害するような行動を取りがちとなり、結果として、親と子どもがお互いに依存し合っただけで離れられないという状態を作ってしまう。

また、子どもに発達障害（知的障害や広汎性発達障害など）がある場合、状況理解の不良などから強い不安を生じ、一見、過度の分離不安と同じに見える状況を示すことがある。

（2）養育者への対応

① 子どもの分離不安が強い間は分離しないこと（分離という環境に慣れさせようと無理に分離するのは逆効果）。

② 安定した愛着の形成をすること（十分に子どもに甘えさせてやること）。

愛着形成が順調に行かない場合、養育者の成育歴に問題があることも多く、養育態度も指導通りには変化しないことが多い。分離不安の強い子どもには遊戯療法やその他の心理学的アプローチが必要になる。養育者のサポートにも専門家を必要とする場合があるので、その場合は適切な専門機関に紹介しつつ、その後もその家族、親子のフォローは継続することが必要である。

7. 性に関する問題

1) ポルノ・下着への関心

(1) 概要

潜在的なポルノ (pornography)・女性の下着への関心は、思春期の多くの男子にとっていわば通過儀礼といってもよく、病的なものとして対処することは少ない。

女子にとっては、わが国では女性用のポルノが一般的ではないこともあり、頻度や状況は不明である。

一般的には異性に対する関心の一環と考えられるが、同性への関心の場合には注意を要する。なおポルノの定義は社会状況により異なる。一般的には性的興奮を起こすようなあるいは性的欲求を満たすような図画、写真などと定義されるが、最近ではインターネットにも情報が氾濫している。ポルノについての法規制 (わいせつ基準) も社会や時代によって異なり、現在のわが国では、女性の乳房、陰毛までは規制されていないが、外性器については規制の対象となっている。しかしわが国のように一般の書店で、子どもたちの目に容易に触れる状況で規制対象内の写真が陳列されている国はまれである。幼児を対象とした場合には、全裸の時点で規制対象となっている国が多いが、わが国では明らかな基準はなく、国際的にも幼児ポルノの発信国として問題化している。また女性の下着についても広告を含めて、一般的に子どもたちも見ることができる。

(2) 好発年齢

男子では精通の頃より頻度が高まるので、10歳以上である。女子ではわが国では明らかではないが、性に対する意識の面では初潮開始後と考えられる。

(3) 成因

主に生理的なものと考えられる。精神疾患としての fetishism (生命のない対象物、たとえば女性の下着などへの執着) による社会生活上の困難は、18歳以下では少ない。

(4) 基本症状

多くは異性の性器、衣類への、時に実際の接触を試みようとする関心である。それ自体はいわば生理的であり、その多くは隠れてこれらを試みる。いわゆる下着泥棒は fetishism と考えられるが、先にも述べたように多くは18歳以上でみられる。同性への関心が強く、また隠れてではなく、日常生活上も出現する場合には、性同一障害も視野に入れる。こだわりの一環として Asperger 症候群や高機能自閉症などの広汎性発達障害の症状である場合も、まれではあるが存在する。行為障害の場合には、関心だけではなく実行行為が明らかになるため、社会生活上の問題となるが、問題行動は性の面のみには限らない。

(5) 合併症

合併症は特にない。

(6) 診断

多くは潜在性かつ生理的であり、病的な診断の対象とはならない。しかし fetishism、幼児性愛、性同一障害、高機能自閉症の場合にはそれぞれの診断を要する。

(7) 経過

多くは一過性であり、青年期以降消失する。

(8) 対応

特に必要はないが、背後に心理的に問題と思われる因子（性同一性障害、性暴力の被害者など）が介在すると考えられるときは、心理的治療の対象となりうる。また、反社会的行動（強制わいせつなど）に結びついたりすると、法的対応も必要な場合もある。

（9）専門機関への紹介

一般的には必要ないが、fetishism、幼児性愛、性同一障害、性暴力の被害者などについては疑い例も含めて、精神科など専門機関への紹介を要する。場合によっては警察への通報も必要となる。高機能自閉症の場合にも精神科を含めた専門機関に紹介することが勧められる。

2) 自慰

（1）概要

自慰は性器を自分で刺激することによって性的な快楽や欲求を満たすもので、思春期に多くみられる。精通後の男子では射精を伴うことが多い。性を隠れたもの、表に出さないものとする暗黙の了解は世界的にも歴史的にもあり、目に付いた場合には「懲罰」「揶揄」の対象となることが多い。幼児期にも性器を壁や椅子にこすりつけるなどの行動が男女を問わずみられることがあり、保護者からの相談の対象となることもあるが、性器いじりと解釈され、性的な行動とは医学的にも心理学的にも考えられていない。したがって一般的には性ホルモンの分泌の上昇する思春期以降の自慰を意味する。ただし、思春期前に陰に指を挿入する、他人の手や身体の一部を自分の性器に持っていくなどを伴う自慰の場合は、不適切な性的な刺激による性化行動の可能性があるので注意を要する。

（2）疫学

有病率、性差、好発年齢：多くは生理的な現象であり、疾患とは考えられないが、正確な有病率の算出には、アンケート調査ではなく訓練された質問者による聞き取りが必要である。わが国ではそのような形での大規模調査はなく、配布・記入・回収型のアンケートによる調査があるのみである。高校生の場合には男子で50～60%程度、女子では20～40%程度で、週に1回以上の自慰がみられるとされ、男子では性体験の有無との関連はないが、女子では性体験のある場合の方が自慰も多く行われている傾向がある。好発年齢は、男子では射精を伴うことから精通後、すなわち思春期以降にみられる。女子では初潮の発来により性への意識が高まるが、必ずしも初潮の後とは限らない。生理的な男性ホルモンのピークが男性では10代後半であるが、女性では20代であることにも関連していると考えられる。

（3）基本症状

男子では性的な刺激を自分で与え、多くは射精することによって得られる性的満足であり、女子では性器や乳房をいじる（思春期では道具の使用は少ない）ことによって得られる性的な充足感である。時に一過性の性的幻想を伴う。

（4）合併症・併存症

合併症は特になし。併存症については本人からの相談は精神疾患（強迫神経症、全般性不安障害など）が根底に存在する場合を除いて少ない。保護者、特に母親からは、特に男子の自慰について下着が汚れるなどの問題を通じ、依存性や性的な問題行動への移行についての質問を受けることがあるが、生理的であることを説明する。

(5) 経過

思春期以降、実際の性交渉の相手がいる期間を含めて長期に存在する。

(6) 対応

一般的には必要ない。問われれば、男子の場合には生殖に備えて古くなった精子を入れ替える作業であり、女子の場合には膣の湿潤化を促しているの、生理的なものであると解説することもある。性の問題については、暗黙の了解として「人前ではしない」ということがあり、実際に自慰の場面を目にすることは少ない。しかし知的障害の場合やまれではあるが高機能自閉症の場合に、状況の判断や場面の理解ができない、あるいは不十分であるために、人前でも気にせず自慰を行う場合が男女ともある。このような場合には、その子自身を守るためにも場面の理解を促すなどを含めた教育的な対応が必要となる。多くの場合、罰を与えるのではなく、説得することによって改善する。

(7) 専門機関への紹介

根底に強迫神経症や全般性不安障害がある場合、いたずらに経過を観察せず、精神科などの専門機関を紹介する。また知的障害や高機能自閉症では、教育的な対応によって効果が得られない場合にも同様である。

3) 性体験

(1) 概要

性体験は、わが国でも150年以上前には婚姻年齢も低く、思春期に体験することはまれではなかった。主に教育の拡大（義務教育の拡大や高等教育の普及）と、性規範の普及に伴って性体験の年齢は最近100年間の間に上昇した。しかし近年、主に性規範の社会全体の低下から、性体験の低年齢化が問題となってきた。思春期の性体験の倫理的可否を問う意見も数多く出されているが、医学的には性体験に伴う問題は3つに集約される。

- ① 妊娠で社会経済的基盤の乏しい年齢での妊娠は、出産にいたらず中絶となる場合が多いため、その後の心理的・身体的負担が主に女子にみられる。
- ② クラミジア、淋病からAIDSにいたる性感染症。思春期においても急増している。
- ③ 行為障害を含む反社会的行動や問題行動との関連。しばしば行為障害の一環としての性行動がみられたり、性行動から飲酒や喫煙を含む問題行動へと発展したりする場合もある。現在のわが国の性教育は「知識を供給して寝た子を起こす」ことを回避している傾向があり、正確な情報が子どもたちに届けられているとは言いがたいので、問題がおきやすくなっていると考えられる。なお上記は自分の意志に基づく性体験であるが、性的虐待やレイプなど合意のない体験もある。成人が18歳以下の青少年に金品を提供して性交渉を行うことは多くの都道府県で青少年健全育成条例が定められており、これに違反するが、青少年同士の性交渉には法的規制はない。性的虐待やレイプでは児童虐待防止法や刑法に抵触する。

(2) 疫学

有病率、性差、好発年齢：男子では精通後にみられるが、女子では必ずしも初潮後とは限らない。これまでのわが国の調査では、性的虐待などの場合を除いては小学校5年生以上でみられ、中学校卒業時点で約15～20%、高校卒業時点で40～55%の経験率と考えられる。いずれも女子の経験率が男子を上回る。援助交際といわれる金品の授受を伴う性交渉

は女子に多く、中学生以上で見られる。

(3) 成因

生理的な欲求という背景のもとに、性規範を含む社会規範の低下、正確な情報や知識の欠落が、思春期の性体験に結びつく。性的虐待やレイプは犯罪である。

(4) 合併症

合併症は先にも述べたように妊娠と性感染症、問題行動への移行である。詳細についてはそれぞれの項目を参照されたい。

(5) 対応

相談を受けた場合、経過にもよるが妊娠反応、性感染症のチェックが必要である。性体験についての相談は圧倒的に女子からで、多くは妊娠を恐れてであるが、正確な知識には乏しい。相談に来るといことは何らかの不安などが背後にあるので、受容的に、しかもある程度長期間（筆者は6か月以上）にわたる対応が望まれる。妊娠、性感染症が否定された場合、避妊、性感染症予防対策について、教育的な指導も行う。

(6) 専門機関への紹介

妊娠の場合には妊娠継続の可否に関わらず産科への紹介が必要である。自分の意志によらない性体験の場合、時間によっては強制避妊が可能な場合もあるので、対応できる医療機関を紹介する。性感染症の場合には治療を行い、A I D Sの場合には専門機関を紹介する。行為障害などの場合には精神科、警察、児童相談所などへの紹介や、それらとの連携が必要になる。

Ⅲ. 判断と初期対応ができることが望まれるもの

1. 心身症

1) 起立性調節障害 (OD)

(1) 概要

たちくらみ、失神、朝起き不良、倦怠感、動悸、頭痛などの症状を伴い、思春期に好発する自律神経失調症の一つである。日本小児心身医学会から、一般医家向けに「起立性調節障害ガイドライン 2005」が発行されているので、参考にされたい。

(2) 疫学

- ① 有病率：小学生の約 5%、中学生の約 10%。
- ② 性差：男：女 1：1.5 ～2。
- ③ 好発年齢：10 ～16 歳。
- ④ 遺伝・家族性：約半数に遺伝傾向を認める。

(3) 成因

- ① 起立に伴う循環動態の変動に対する代償機構の破綻
- ② 過少あるいは過剰な交感神経活動、自律神経活動の概日リズムの変調
- ③ 塩分ならびに水分の摂取不足
- ④ 精神的ストレス

(4) 基本症状

たちくらみ、失神、動悸、朝起き不良、倦怠感、頭痛などの症状が起立位や座位で増強し、臥位にて軽減する。重症では臥位でも倦怠感が強く、起き上がれない。起立試験の異常は午前中に強く認められ、午後には正常化するが、症状も午後に軽減する。夜はテレビを見るなど、機嫌がよい。

(5) 合併症・併存症

- ① 身体面：概日リズム障害
- ② 失神発作
- ③ 心理・行動面：認知力低下、学業低下、遅刻、ひどくなれば長期欠席。結果としての学校不適応を伴う起立性調節障害は稀ではない。
- ④ 発達障害

(6) 診断方法 (日本小児心身医学会ガイドライン 2005 年版による)

- A. たちくらみ、失神、動悸、朝起き不良、倦怠感などの起立失調症 (従来の起立性調節障害診断基準を満たす)
- B. 鉄欠乏性貧血、心疾患、てんかんなどの神経疾患、副腎・甲状腺などの基礎疾患を除外する。
- C. 新起立試験を実施する (詳しくはガイドラインを参照)。簡潔に述べると、安静臥位

10 分の後、能動的に起立し、血圧回復時間（詳細割愛）と 1,3,5,7,10 分毎の血圧と心拍を測定する。

- a. 起立直後性低血圧（軽症型、重症型）（血圧回復時間 20~25 秒で疑い、25 秒で確定）
- b. 体位性頻脈症候群（起立時平均心拍増加 ≥ 35 、または起立時平均心拍 ≥ 115 ）
- c. 神経調節性失神（起立中に突然の血圧低下と失神（失神前状態）をきたす）
- d. 遷延性起立性低血圧（起立 3~10 分を経過して、収縮期血圧低下 $\geq 20\text{mmHg}$, or $\geq 15\%$ ）を判定し、検査結果と生活機能から重症度を判定する。

D. 「心身症としての OD」チェックリスト（ガイドラインを参照）を行い、心理社会的関与を評価する。すなわち、(1) 学校を休むと症状が軽減する、(2) 身体症状が再発・再燃を繰り返す、(3) 気にかかっていることを言われたりすると症状が増悪する、(4) 1 日のうちでも身体症状の程度が変化する、(5) 身体的訴えが 2 つ以上にわたる、(6) 日によって身体症状が次から次へと変化する、の 6 項目のうち 4 項目が時々（週 1~2 回）以上みられる場合、心理社会的関与ありと診断する。

（7）経過

日常生活に支障のない軽症例では、適切な治療によって 2 ~3 か月で改善する。学校を長期欠席する重症例では 2 ~3 年を要する。

（8）対応

OD は頻度の高い病態で、一般中学生の約 1 割、小児科を受診する中学生の約 2 割を占める。心身症のひとつであるが、身体機能異常が中心となる病態であり、身体的治療によってかなり改善する。その意味では、「心身症としての気管支喘息」によく似ている。

まず最初に、本人と保護者に対して、「OD は身体疾患である」と十分に説明する。一般的に保護者は、朝起き不良や全身倦怠を「怠け癖」や、テレビゲームなどによる夜更かし、学校嫌いなどが原因だと考えている。これに対して、OD は身体疾患であり、「根性」だけでは治らないと説明する。もし可能であれば、学校の担任教師にも同じ説明をする。保護者と教師への説明によって子どもの不安が軽減することもある。

具体的な治療は、身体的重症度と心理社会的関与の有無によってバリエーションがある。治療アルゴリズムを参考にす。非薬物療法（水分・塩分摂取、日常生活リズムの改善など）を優先するが、中等症以上では薬物療法（ミドドリンなど）も併用する。1 ~2 週毎に診察する。薬物療法の効果判定は 2 週間を目途に、無効な場合には変更する。一般外来では心理カウンセリングの必要はない。保護者には「治療には時間がかかるので焦らないように」と伝える。

予後不良要因

- ① 家族要因：保護者が OD を「怠け癖」とみなして、受け入れない。
- ② 患児要因：身体的重症度が中等症以上。神経症や発達障害を伴い学校不適応を生じている場合

（9）専門機関への紹介

4 週間経過しても症状が全く改善しない場合、初診時にすでに 1 か月以上の不登校の場合、専門医に紹介する。

2) 過敏性腸症候群 (Irritable bowel syndrome: IBS)

(1) 概要

主として、大腸の運動や分泌機能の異常で消化器症状が持続する機能性疾患。

(2) 疫学

- ① 有病率：小学生1～2%、中学生2～5%、高校生5～9%、成人約10%。
- ② 性差：成人領域では女性に多い。小児科領域での性差は不明。
- ③ 遺伝性・家族集積性：発症に遺伝性・家族集積性あり（双生児の検討より）。

(3) 成因

明らかな成因は不明。消化管の知覚過敏と消化管運動の異常などの体質的・遺伝的要因に、身体的ストレス、食事による刺激、精神的ストレスが複雑に絡み合い発症する。

(4) 基本症状

腹痛、腹部膨満感、下痢あるいは便秘、ガス貯留症状などが主症状である。排便によって軽快する。

下痢型・便秘型：下痢または便秘のみが持続するもの。

交代型：便秘と下痢をくり返すもの。

ガス型：腹部膨満を主とし、ガスが貯留するもの。

発症・増悪要因

- ① 日常生活要因：昼夜逆転などの不規則な生活、カフェインや唐辛子などの刺激物摂取過多
- ② 身体的要因：胃腸炎などの感染症
- ③ 精神的要因：予期不安・抑うつ・極度の対人緊張

(5) 合併症・併存症

- ① 持続性の消化器症状のため、予期不安や抑うつ、対人緊張感が生じやすい。
- ② 不登校(医療機関受診例の約半数)・トイレに行きにくい状況の回避。早朝の症状増悪、トイレにこもるなどの行動制限のため不登校を合併しやすい。電車通学の回避。
- ③ 自己臭のこだわり。場合により妄想性障害(自己臭妄想)にまで発展。

(6) 診断

本症の診断基準は、除外診断に時間と経済的負担をかけすぎず、実用性のあるsymptom based criteriaとして変遷してきた。新しいRomeIII診断基準は、従来のRomII診断基準より病脳期間が短縮された。

RomeIII診断基準(2006年4月)

繰り返して起こる腹痛と腹部不快感が最近の3か月のうちで少なくとも1か月に3回以上発生し、しかもそれらの症状が以下の項目の2つ以上をみたすこと。

- ① それらの症状が排便により軽快する。
- ② 症状の発現が排便頻度の変化を伴う。
- ③ 症状の発現が便性状(外見)の変化を伴う。

(7) 経過

軽症例では、病態の説明や適切なガイダンスで改善する。しかし、極度の抑うつや対人緊張を伴う重症例では症状が遷延化することもある。

(8) 対応

- ① 病態生理の説明

② 日常生活指導（特に食生活）のガイダンス

③ 薬物療法

本症は機能的疾患であり、生命的予後は良好であることを説明し、同時に症状はすぐには消失しないことも多く、あせらずに治療することを指導する。また、患児の症状に伴う苦痛や不安について、十分に受容・共感した上で、患児・家族の不安の軽減をはかる。

日常生活上、特に食生活指導が大切で、カフェインや唐辛子などの刺激物摂取を控えさせる。下痢が主体の場合は、乳製品や冷たいもの、脂肪摂取を控えさせる。また、便秘が主な場合は、水分摂取や繊維質の多い食事摂取を指導する。ガス貯留や腹部膨満感が強い時は、繊維質の多い野菜や果物、炭酸飲料やガムは控えさせる。

日常生活指導で改善しない場合、薬物療法も考慮する。消化器症状に対しては抗コリン薬（臭化ブチルスコポラミン、臭化チメビジウムなど）、腸管機能調節薬（マレイン酸トリメプチン、ポリカルボフィルなど）、止痢薬や下剤などを適宜処方する。不安や抑うつ感が強い場合は、抗不安薬や抗うつ薬を使用する場合もある。

予後不良要因

- ① 家族要因：適切なガイダンスをしても家族の理解・協力がえられず、患児や患児の症状に対する否定的感情が強い。
- ② 患児要因：極度の抑うつ、予期不安・対人緊張感、強迫傾向（排ガスや体臭などへの強いこだわりなど）。
- ③ 学校要因：学校側の無理解・非協力、欠席・学習の遅れに対するとらわれ。

（9）専門機関への紹介

上記対応を実施したにもかかわらず、2-3か月しても改善がみとめられない場合は専門機関への紹介。

3) 過換気症候群

（1）概要

不随意に起こる過換気発作により、呼吸性アルカローシスを生じ、多彩な心身の症状が引き起こされる。心身症として単独に生じているものが多いが、転換性障害の症状として生じていることもある。

（2）疫学

- ① 有病率：中・高生1万人に1人。内科外来受診患者の1~3%。
- ② 性差：男：女=1:2
- ③ 発症年齢：学童期以降に発症し、思春期に好発する。
- ④ 遺伝・家族性：何もいわれていない。

（3）成因

- ① 交感神経β受容体の感受性亢進による呼吸中枢の反応性亢進。
- ② 情緒の不安定さ：心理的要因としては異性への感情や家族関係の関与がいわれている。

（4）基本症状

- ① 呼吸器系：呼吸困難、空気飢餓感
- ② 循環器系：胸部絞扼感
- ③ 中枢神経系：めまい、頭痛、意識低下、失神

- ④ 消化器系：口渇、悪心、腹部膨満感、腹痛
- ⑤ 神経・筋：四肢、全身の異常感覚（しびれ）、筋硬直、振戦、強直性痙攣（テタニー肢位）
- ⑥ 精神：不安、恐怖

（５）合併症

起立性調節障害、過敏性腸症候群、気管支喘息

（６）診断

本症候群には統一された診断基準はない。

- ① 症状の聞き取り：発作時の詳細な聞き取りを行い、症状から過換気症候群であることが確認できれば、以下の過換気テスト、痛みを伴う検査（動脈血ガス分析）は省くことができる。
- ② 発作時：血液ガス分析により、動脈血 CO_2 の低下、pH の上昇がみられる。
- ③ 非発作時：過換気テストが陽性であれば過換気症候群と診断する。過換気テストとは、正常呼吸の 2 倍の速さで最大限に深い呼吸をさせ、3 分以内に症状が再現されれば陽性と判断する。
- ④ 鑑別・除外診断：神経疾患（てんかん、脳腫瘍）、呼吸器疾患（気管支喘息）、心疾患、内分泌疾患（甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、低血糖症）、精神疾患（恐慌性障害など）

（７）経過

学校の保健室での対応と指導とで軽快する軽症例から成人まで症状が続く遷延例までさまざまである。運動後や身体疲労をきっかけとして発症し、他の心身症状を認めないものの予後は良好である。一方、多彩な自律神経症状や精神症状を合併するものでは、症状が遷延化しやすい。

（８）対応

① 発作時

- a. ペーパーバック法：紙袋（体格が小さいほど小さめがよい）を口と鼻にあて、袋の中の空気をゆっくりと再呼吸させる。低下した血中の CO_2 分画が高くなり、アルカローシスが改善すれば、症状は消失する。
- b. 抗不安薬の投与：ペーパーバック法にて症状が消失しないとき、抗不安薬（ジアゼパム 5-10mg）をゆっくり筋注、もしくは静注する。

② 非発作時

- a. 患者教育：症状の発現機序と過換気発作では生命の危険がないことを伝え、発作時のペーパーバック法を教える。
- b. 抗不安薬：不安が強く持続する場合、予備的には中～長時間作用型、発作が起こりそうな時には超短～短時間型の抗不安薬を投与する。
- c. 心理療法：本症候群における心因の関与は、軽いものから重度のものまでさまざまである。軽症では、医師が過換気症候群の発症機序と発作時の対応法を教えるとともに、患児の訴えの聞き役になるだけで軽快していくことも多い。まずは患児の訴えを傾聴しそれを支持する。本症候群に特異的な心理療法はないが、各種のリラックス法や自律訓練法などが行われる。

(9) 専門機関への紹介

- ① 初期の心理的対応にて症状が安定しないもの。
- ② 合併する精神症状への対処ができないもの：転換性障害、恐慌性障害、外傷性ストレス障害、全般性不安障害など。
- ③ リストカットティングなどの行動問題がみられるもの。
- ④ 児の訴えが過換気発作のようでありながら、血液ガス分析や過換気テストで過換気症候群と診断できないもの：安易に過換気症候群と診断をせず、専門医療機関を紹介する。

4) 心因性起立歩行障害（失立・失歩）

(1) 概要

起立や歩行などの運動障害を説明しうる原因が存在しないのにも拘わらず、運動機能が障害されるもの。

(2) 疫学

- ① 有病率：不明。児童精神科医の外来：3～6%。小児神経科医の外来：5～10%。
- ② 性差：男：女=1：2～4。
- ③ 発症年齢：10歳以上が大部分。
- ④ 遺伝・家族性：何も言われていない

(3) 成因

① タイプ別の成因

ストレスと症状の発現や増悪に密接な時間的な関連のある転換性障害によるものと、多数の器官に由来する症状が多く、思春期後半から青年期～若年成人にみられることが多い身体化障害によるものがある。

a. 転換性障害：無意識下のストレスが身体の機能障害として現れる、すなわちストレスを身体症状に置き換えて表現したものと考えられる。融通がきかず強迫的な気質、軽度発達障害、不安やうつ状態の存在、子ども虐待の既往などが転換障害を引き起こす患児自身の問題としてある。環境因子として、家族内ストレス、養育者から拒否されているという感情、家族内コミュニケーションの不足、未解決のままの深い悲しみ、いじめや学業不振、クラブ活動での挫折などにより学校生活を楽しめていないなどがある。

b. 身体化障害：多数の身体的愁訴の病歴が長期間にわたって持続しており、そのために治療を求め、日常生活を送れなくなっている状態。転換性障害に比較して出会う頻度は少ない。

② 関連事項

a. 強化：最初に生じた些細な症状を本人や周囲が注意集中することにより、症状を強化してしまうこともある。

b. 心理要因：心因の関与の大きなものから小さなものまでさまざまであり、転換性障害の場合、小学校の年齢までは早期にストレスの存在に気づき環境調整すると短期間に改善することがある。このような場合、心因を探しに時間をかけすぎると症状を長引かせることになるので注意が必要である。

(4) 基本症状

起立歩行障害の場合、多くは下肢が麻痺する、あるいは痛みのために運動機能が障害さ