

(4) F94.1 : 小児期の反応性愛着障害

(1) 概要

5歳未満に始まり重症の虐待や劣悪な施設養育などの病的な養育によって、特定の愛着対象を子どもが得られていない状態で、著しく障害された対人関係を示す。

(2) 疫学

- i) 有病率：不明、1%以下との推測あり、ii) 性差：不明、推測としては無し
- iii) 発症年齢：月齢10ヶ月より小児期早期まで、iv) 遺伝・家族性：研究なし

(3) 成因

重症の虐待・ネグレクトや劣悪な施設養育などの「病的な養育 (DSM-IV-TR)」により、乳幼児が特定の愛着対象を持っていないという最重症の愛着の問題・病理が発生

(4) 基本症状：診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

確立されたエビデンスは少ないが、症例研究から、i) 外傷後ストレス障害、ii) 哺育障害、iii) 発達の遅滞（非器質性の発達不全を含む）など

(6) 診断 (DSM-IV-TR、2000)

A. 5歳未満に始まり、ほとんどの状況で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(i)または(ii)によって示される。

(i) 対人的相互作用のほとんどで、発達の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、または非常に両価的で矛盾した反応という形で明らかになる。

(ii) 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のみで説明されず、広汎性発達障害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：

(i) 安楽、刺激および愛着に対する子供の基本的な情緒的欲求の持続的無視。

(ii) 子供の基本的な身体的欲求の無視。

(iii) 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、養父母が頻繁にかわること）。

D. 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。

(7) 経過

確立されたエビデンスは少ないが、小児期以降の予後は、発見以降の養育環境に左右されるようである。病的養育が放置されるとその後の心理・社会的予後は悪いと考えられる。

(8) 対応

- i) 緊急介入：虐待の通報を受ける機関（児童相談所など）への報告
- ii) 情緒的および物理・身体的に児を世話できる養育者を提供する（里親、施設など）
- iii) 虐待家族との再統合が行われる場合：多機関・他職種によるチームアプローチ
- iv) 身体的強制・抑制を伴う「治療的抱擁」は是認されない

(9) 専門機関への紹介

(8)の i) に示したように児童相談所への報告が必要。身体的問題がある場合小児科医に紹介する必要がある。

(青木 豊)

(5) F95 : チック障害

(1) 概要

チックとは、突如として起こり、素早くてリズムなく繰り返される運動または音声であり、ある程度は随意的に抑制できても抵抗できない不随意運動である。チック障害は、チックを主症状とする症候群である。

(2) 疫学

- i) 有病率 子どもの 10～20%が何らかのチックを経験。
- ii) 性差 男性に多く、医療機関受診例でその傾向が強い。
- iii) 好発年齢 4～11 歳頃の発症が多く、6～7 歳頃が最多。
- iv) 遺伝性・家族性 関与が指摘。

(3) 成因

複数の遺伝子と環境要因とが関与する多因子遺伝が想定されている。

親の育て方を始めとする心理社会的因子はチックに影響することがあるが、根本的な原因ではない。

(4) 基本症状

運動チックと音声チックがあり、典型的な単純チックと目的性があるように見える複雑チックに分けられる。運動チックには、瞬き、顔しかめ、首振り、肩すくめなどがある。音声チックには、咳払い、鼻鳴らし、ほえるような声などがある。複雑音声チックには、社会的に不適切な言葉を言ってしまうコプロラリア(汚言症)が含まれる。

チックは刺激に誘発されやすく、やらずにいられないとの感覚に伴って起こることがある。緊張が高まる時、緊張がほぐれた時、興奮した時などに増加しやすく、集中して作業している時に減少しやすい。睡眠中にはほとんど見られない。

(5) 合併症・併存症

強迫性障害、注意欠陥多動性障害(AD/HD)を併発しやすい。衝動性や攻撃性、不安、うつなどもしばしば認める。吃音症や抜毛癖など多様な習癖異常も伴いやすい。

(6) 診断

主なチック障害は、チックの種類と持続期間によって、一過性チック障害、慢性運動性または音声チック障害及びトゥレット障害に大別される。一過性チック障害は持続期間が1 年未満である。慢性運動性または音声チック障害は、運動チックまたは音声チックの一方のみを有する。トゥレット障害の診断基準は以下の通り(DSM-IV-TR, 2000)。

- A. 多彩な運動性チック、および1 つまたはそれ以上の音声チックが、同時に存在するとは限らないが、疾患のある時期に存在したことがある (チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声である)。
- B. チックは1 日中頻回に起こり (通常、何回かにまとまって)、それがほとんど毎日、または1 年以上の期間中間的にみられ、この期間中、3 か月以上連続してチックが認められない期間はなかった。
- C. 発症は 18 歳未満である。

D.この障害は物質(例:精神刺激薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例:ハンチントン病またはウイルス脳炎後)によるものではない。

(7) 経過

大多数は1年未満で消失するが、その期間内にもチックの種類、頻度などが変動したり、消失と再出現を繰り返すことがある。

トゥレット障害を含めて1年以上持続する場合、チックは変動しながら10歳~10歳代半ば頃をピークとして軽快に転じることが多い。

(8) 対応

① チック自体、② チックによる悪影響、③ 併発症状の観点から総合的に重症度を評価して、一人ひとりに合わせた治療を行う。重症であれば薬物療法を行う。

i) 家族ガイダンスや心理教育及び環境調整

家族を始めとする周囲の人々及び本人に適切な理解と対応を促すことが基本である。伝えるポイントは以下の通り: ①チックの原因は親の育て方や本人の性格ではない。②チックの変動性や経過の特徴を踏まえて、些細な変化で一喜一憂しない。③家族はチックをやめるように叱らず、チックを本人の特徴の一つとして受け入れる。

ii) 薬物療法

保険外適用だが抗精神病薬(ハロペリドール、ピモジド、リスペリドンなど)少量がチックにしばしば有効である。例えばリスペリドンであれば0.5~4mgくらいまで漸増可能だろう。併発症にはセロトニン再取り込み阻害薬などを併用することもある。

(9) 専門機関への紹介

複数の薬物療法を行っても全く軽快しない場合、発達の観点から家庭や学校との連携を進める必要がある場合は、専門医へ紹介する。

(金生由紀子)

Ⅲ. 注目すべき現象

1. 不登校

1) 概要

1941年にJohnsonらが始めて報告した症例では学校に対する恐怖症があるとみなされて「学校恐怖症」と呼ばれていた。しかし、その後の研究で、すべてが恐怖症のメカニズムで説明できるわけではないので「学校恐怖症」という名称は適当でないとして、「登校拒否」と呼ばれるようになった。さらに最近では怠学との区別が困難な症例が増加しており、登校拒否の質的拡散と内容的な多様化が認められ、総括して「不登校」と呼んでいる。齊藤はBergの定義を用い、不登校を「学校に参加することに恐れや拒否感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像を伴う長期欠席」と定義している。

2) 疫学

わが国で不登校が増加し始めたのは、1960年代前半である。その後様々な分野で研究さ

れてきたにも関わらず、約40年間増加傾向の一途をたどっていた。その後2001年度をピークにほぼ横ばい状態である。文部省の学校基本調査によれば、2005年度に不登校で年間30日以上学校を休んだ小中学生は、小学校では22709人、中学校では99546人で、これはつまり小学生で317人に1人、中学生で36人に1人が不登校であることになる。

3) 発現要因

登校とは発達的に見ると、親もとを離れ、家を出て学校へ行き仲間に加わり、その中に身をおき試行錯誤していくことに他ならないため、不登校の要因は親を含む家族、学校、子ども自身を総合して理解していかなければならない。

4) 不登校をもたらす疾患

不登校は疾患概念ではないため、当然のように診断基準はないが背景に基礎疾患が存在することがある。不安障害群、適応障害群、身体表現性障害群の順に割合が多い。社会不安障害(SAD)(社会恐怖)は教室で発言することが苦手で、人前で活動することに不安を強くもつ場合などに診断される場合があり、その社会的場面の回避症状として不登校が出現する。

なおうつ病、統合失調症、アスペルガー障害を含む高機能広範性発達障害も経過中に学校を欠席することがよくあるが、それを不登校概念に当てはめるべきかどうかは意見の分かれるところである。しかし不登校を主訴に来院した患者に以上の三疾患をもつ場合も多いので鑑別診断には加えるべきであろう。

5) 併存症状

かなり高率で身体症状を伴う。いわゆる登校前の腹痛、嘔気、嘔吐、発熱や頭痛などが多く学校が終わる時間や休日には症状が無いことも多い。はっきりとした不登校が始まる前に身体症状が出現している場合も多いし、逆に不登校が長期になればなるほど身体症状は消失する傾向にある。

6) 経過

齊藤は不登校についてのわが国の予後研究をまとめ「大まかに長期経過を見てみると70%から80%以上で社会適応が良好だが、20%から30%は社会適応が困難な状態にある」と述べている。後者にはひきこもりが含まれており、ひきこもりの前段階としての不登校にも注目が集まっている。

7) 対応

①基礎疾患がある場合

背景にある基礎疾患の治療を優先させることで比較的スムーズに再登校できる場合も存在する。特にうつ病、SADにはその印象が強い。症状が軽減すれば②の対応に準ずる。

②基礎疾患がない場合

早急な登校刺激はもちろん良くないが「時を待つ」対応のみで再登校することは少ない印象がある。学校はもちろんのこと公的機関、適応指導教室、フリースクールなどと連携する。そのような場が学校の出席扱いとなる制度が整いつつあり不登校の子ども達の「居場所」となっている。

8) 専門機関への紹介

アスペルガー障害などの発達障害の診断で困難なもの、家庭内暴力が激しい場合、不登校が長期化するものは専門機関へ紹介すべきであろう。(根来秀樹)

2. ひきこもり

1) 概要

広く共有された定義はないが、一般に、対人関係を回避して孤立し、社会生活の範囲が著しく限定されている状態を「社会的ひきこもり」と呼ぶ。

2) 疫学

全国で、おおよそ 30～40 万人の青年がひきこもり状態にあるものと推測されている。多くの調査から、男性が多いことが指摘されている。

3) 成因

本人のもつ生物学的・心理的要因（個人精神病理）と家族要因や文化・社会的要因（環境要因）などが関連していると考えられている。ひきこもりが長期化している事例では、家族同士の緊張が高く、本人が受診・相談する必要性や、今後の生活などについて話し合えるような関係は失われていることが多い。

4) 併存する問題

全体の 2 割ほどに本人から親・兄弟などへの暴力がみられる。いわゆる母子密着型の家庭内暴力が多く、犯罪性を伺わせるものはごく一部であると考えられる。

5) 診断と対応

社会的ひきこもりには、以下のような精神医学的背景がある。

(1) 第一群

一般的な精神科医療の対象となる一群。つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるグループ。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入・支援を要することもある。社会恐怖（社会不安障害）についても、近年、薬物療法の有効性を示す多くの研究報告がある。

(2) 第二群

軽度知的障害や広汎性発達障害などの発達障害を背景とし、発達臨床や発達支援の視点が必要なグループ。過去の出来事への固執や新しい体験への抵抗感のためにひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは、気分障害、不安障害、適応障害などの併発例も多い。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要。

(3) 第三群

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害（ないしはその傾向）や同一性の問題などが付与され、精神療法的アプローチが重視されるグループ。

6) 経過

本人が治療を拒否したり、治療を中断することが多い。治療・援助の経過はしばしば変化に乏しく、長期化することも多い。

7) 専門機関への紹介

本人が受診しようとしなくても、多くの精神保健福祉センターや保健所において、家族を対象とした相談・支援活動が行われている。精神保健福祉センターでは、本人を対象としたグループ支援などを実施しているところもある。保健所や児童相談所などによる自宅への訪問、医療機関からの往診が有効な場合もある。

(近藤直司)

3. 児童虐待

1) 概要

子どもよりも力の強い者が、弱者である子どもに対して力を乱用し (Abuse)、子どもの権利を侵害するすべての行為をいう。「しつけのため」など保護者側の意図に関係なく、子どもにとって有害な行為は虐待ととらえる。

2) 疫学 (平成 12 年度小林らの全国調査による推定)

- (1) 発生率：0～17 歳 1000 人中 1.54 人。
- (2) 被虐待児の年齢：乳幼児が 6 割。13 歳以上の児への虐待も約 1 割存在する。
- (3) 虐待者：実親が全体の 8 割強を占める。実母が約 6 割。性的虐待の 4 割強は実父。

3) 成因(リスク要因)

(1) 保護者側の要因

望まぬ妊娠、若年出産、マタニティーブルーや産後うつ病、知的障害・アルコールや薬物乱用・人格障害などの精神障害、慢性の身体疾患、被虐待経験など。

(2) 子ども側の要因

未熟児、先天異常、知的発達の遅れ、発達障害、育てにくい子どもなど。

(3) 養育環境の要因

単親家庭、合成家族、親族や地域社会からの孤立、経済不安、夫婦不和、配偶者間暴力など。

4) 被虐待児の基本特徴

(1) 身体面

不自然な身体の傷・不潔、身体発育の遅れ、排泄障害、慢性の皮膚疾患、繰り返す感染症、さまざまな身体化症状など。

(2) 精神面

知的発達の遅れ、愛着障害、衝動制御困難、自尊感情の低下、感情表出力の低下、睡眠障害・抑うつ症状・不安症状、解離性障害、PTSD、摂食障害、アルコールや薬物乱用、対人関係障害など。

(3) 行動面

多動・集中困難、学習上の問題や学校への不適応、家出・非行などの反社会的行動、年齢不相応な性的言動や行動、性的攻撃行動など。

5) 虐待の判断

児童虐待防止法第 2 条には次のように定義されているが、いくつかのタイプの虐待が複合していることが多い。子どもの状況、保護者の状況、生活環境等から総合的に判断する必要がある。また、虐待の定義に厳密に当てはまらなくとも、子どもに悪影響があると思われる場合は、速やかに支援すべきである。

- (1) 身体的虐待：児童の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。
- (2) 性的虐待：児童にわいせつな行為をすること又はさせること。
- (3) ネグレクト：児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、その他保護者としての監護を著しく怠ること。保護者以外の同居人による同様の行為や

放置。

(4) 心理的虐待：著しい暴言又は著しく拒絶的な対応など、児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。児童が同居する家庭における配偶者間の生命又は身体に危害を及ぼすような暴力や心身に有害な影響を及ぼす言動など。

6) 経過

身体的虐待やネグレクトによって、子どもが死亡したり重篤な身体障害を残す場合がある。また、慢性反復性に繰り返される虐待は、子どもの心身の成長及び人格形成に重大な影響を与える。約3割に世代間伝達が認められ、被虐待児が将来の虐待者になるといわれている。また、虐待者が何らかの精神障害を有する率も高い。

7) 対応

虐待症例への支援は、多くの機関連携によって包括的になされるべきである。支援チームの一員としての精神科には、虐待を受けた子どもの精神医学的評価・治療とともに、虐待者の養育機能や精神医学的評価およびその治療が求められる。この際、子どもの心身の安全を第一に考えることが重要である。また、一般外来で出会う子育て中の症例の養育状態について常に気を配っておくことは、虐待の予防にもつながる。

8) 専門機関への紹介

児童虐待防止法第6条で、「虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、福祉事務所・児童相談所に通告しなければならない」とされている。疑いの段階であっても、保健・福祉領域のいずれかの機関への連絡はするべきである。この通告によって、刑法の守秘義務違反となることはない。

(亀岡智美)

4. いじめ・いやがらせ

1) 概要

- (1) どの子どもも、安全で世話の行き届いた大事にされている環境で(いじめや嫌がらせのない環境で)授業を受ける権利があると思うこと。
- (2) いじめはしてはいけないといったことではない。いじめはトラウマを引き起こし自殺にまで追いやる犯罪である。脳内の海馬の萎縮やそのほかの変化が生じることが判っているが、さらにはっきりと証明するために、研究が進んでいる。いずれ確実になれば傷害罪が適用される可能性が高い。
- (3) いじめ・嫌がらせは隠れてわからない様にするので、ないとは思わないこと。しかし防止・予防はできるので、絶えず予防策を考えていることが大事。

2) 疫学

- (1) 有病率、1985-2001年では、小・中・高等学校で年間21,598件から155,066件である(文部省)。ただし結果には大きな変動がある上に、その信頼性と妥当性の検証はない。
- (2) 性差、不詳。ただし静かないじめ、陰湿ないじめは女兒に多いといわれている。
- (3) 好発年齢、中学生、小学生、高校生の順で多い。
- (4) 遺伝性・家族性、不詳。しかし加害児のメンタルヘルスが悪いこと、被害児の家庭

は非暴力的な環境であることが多い。

3) 成因

支配・被支配という人間関係の病理である。したがって、その過程は多様である。その行為には、子どもがいやだと思ふこと・傷つくこと・やめてほしいこと・攻撃的な行動すべてが含まれる。自分と違うものを取り除く排除の病理が中心のこともある。子どもにはいじめ防止力がないか乏しいので、教育により強化するしかない。

4) 基本症状と合併症・併存症

加害児：蹴る・叩く暴力、使い走り・見張りなどの使役、お金やものを出させる・要求すること、落書き・持ち物を貸させる・隠す、「キモイ・死ね・あっちへ行け」などの汚いことばや揶揄、家族や個人的な嫌なことを（皆の前で）言う、傍を通るとスーと避けたりわざとらしい視線、仲間はずしや無視などがある。体のことを言う（ブタ・ブス・チビ）とか、性的な嫌がらせ（スカートを覗くようなしぐさ・異性に体の特徴をいう・待ち伏せする）、「言うな・しゃべるな」という脅しも含まれる。

被害児：PTSD 症状である呆然自失、侵襲的再想起、フラッシュバックと（無意識の）

感情爆発・パニック、回避（不登校）、恐怖・そわそわ緊張の過覚醒、病理の再演（自分のされたことを他の妹・弟・弱い子にする）や弱いものいじめ、感情的退行（甘えたようになる、「これしていい？」などなんでも聞く、親の側を離れない、添い寝をして欲しがる）、行動・行為の退行（勉強、塾、クラブなどできること・していたことをしなくなる、ことば数が減り断片的・単語会話となる）が見られる。そしていずれ、気分が沈み、落ち込み、悲しくなり、希望がなくなり、未来が見えずうつ状態となる。加えて、自責の念（相手が悪いにもかかわらず、同時に自分のほうも悪いと思う気持ちになる）が出現しだす。こうなると他者に話（相談）もできなくなる。自尊感情は傷つき、生きているのが嫌になる・苦しくなる、死んだほうがましと自殺を考えるようになる。自分を傷つけたり、自損・自殺をする。

6) 診断

面接により出来事の内容を聞き出すことだが、面接技法があり経験がいる。時に本人以外からの情報の確認が要る。確認できれば症状から容易。

7) 経過

対応次第である。最初の面接が大事。こじれると事例性が高くなる。

8) 対応

いじめられた児に対しては、いじめの聞き出し、症状の評価、自尊感情の評価、全般的な治療指針のオリエンテーションと説明、除反応（模擬裁判など）、個人的な復帰目標設定、今回のいじめメカニズムの説明、今後の対人関係のあり方、環境調整療法、薬物療法を、必要に応じ行なう。

対応の基本は発生の予防である。予防には、学校として、クラスとして、個人として、また家庭に対して、その方法がある。予防策は段階を踏んで順番に進める方法があり、それに従うと誰でもできる。

いじめ・嫌がらせを予防せず気づかず、または無視したり放置する（させる）と、助長

される。クラス単位としては学級崩壊に至る。傍観者は、消極的いじめ参加者である。子どもとは、無意識のうちに学校の方針を探り、教師の存在を常に窺っているものである。

9) 専門機関への紹介

①子どものトラウマ治療ができない場合、②保護者・学校関係者との話し合いが嫌なとき、③警察が介入するような事件性のある場合、紹介がよい。

(長尾圭造)

5. 家庭内暴力

1) 概要

昭和 50 年頃より青年期の深刻な社会問題として注目されている日本独特の現象で、児童期から青年期に至る子どもの発達経過のなかに生じる、家族を対象とした直接的あるいは間接的な暴力行為である。

2) 疫学

平成 16 年度の警察庁統計によると、全国で 1186 件発生しているが、年度によってばらつきがあり特に増加傾向とはいえない。

3) 成因

家庭内暴力の成因に関しては、両親の人格や家族内力動など家族要因が大きく取り上げられているが、本人の抱える要因や社会の要因も重なっている。

(1) 家族の要因；母親についてはその子どもへの養育態度の特徴として、密着性、支配性、過干渉など子どもとの心理的距離が過剰に近く、子どもへの支配願望が強い。父親については子育てに無関心、無理解である一方で過度に厳格であったり、強迫的傾向がみられる。また衝動的、爆発的な傾向がみられる。

(2) 本人の要因；小心、過敏、几帳面で完全主義、強迫的な傾向があり、要求水準が高く妥協できない特徴がある。これらの性格傾向を持つと些細なつまづきに弱く、ちょっとした挫折で大きな衝撃を体験する。

(3) 社会の要因；最も重要なのは学校に関するもので、特に不登校状態に陥った子どもに登校の督促をしたり叱責した結果、子どもが暴力を振るうことが多い。

4) 基本症状

不登校、成績不振、入試失敗、交友の決裂などの挫折体験を契機に出現し、暴力の対象は母親が圧倒的に多い。これまで母親に支配され、母親の意図を先取りして良い子として振舞っていた子どもが、母親との密着した関係を打ち破ろうとする思いと暴力によって母親を操作し、これまでの密着した関係にしがみつこうとする思いが存在し、母親に両価的となる。父親に対しては回避的である。

家族や器物への暴力以外にも身体的不定愁訴、不安、強迫症状などの神経症様症状を示すことが多い。また被害的で他罰的な思考となり、母親に添い寝を求めるなどの退行もみられる。

5) 診断

家庭内暴力という用語をそのまま診断名として採用することは不適當である。ICD-10であれば「家庭内に限られる行為障害」であり、DSM-IVであれば行為障害か反抗挑戦性

障害もしくは行為の障害を伴う適応障害となる。

6) 対応

(1) 家族カウンセリング；両親が一致して子どもの問題に立ち向かう協力体制を作り、患児のことは患児に任せ、甘えは受け入れるが適切な limit setting が必要である。父親の関わりを増やすことも必要である。

(2) 精神療法

(3) 薬物療法；子どもの暴力が激しい場合、非定型抗精神病薬、感情調整薬を用いる

*暴力が激しい場合、躊躇せずに、警察を呼んだり、家を出ることも必要である。

(飯田順三)

6. 自傷行為

1) 概要

不快気分に対処するために、自分の身体に意図的に非致命的損傷を加える行動である。

2) 疫学

(1) 有病率 予備的調査によれば、中高生の 10%前後に少なくとも 1 回以上、「刃物で身体を切る」という様式の自傷行為の経験があり、そのうちに約半数が 10 回以上の習慣的な自傷経験者である。

(2) 性差 医療機関を訪れるのは圧倒的に女性に多いが、一般人口では性差がない。

(3) 好発年齢 青年期に好発するが、一部で学童期より呈している者もいる。

(4) 遺伝・家族性 家族成員の自己破壊的行動はリスク要因の 1 つであるが、これは心理社会的次元での影響である可能性が高い。

3) 成因

以下の各要因が複合的に影響している。

(1) 現在の心的ストレスの存在: 重要他者との葛藤・喪失体験。

(2) 過去の体験に起因するストレス脆弱性: 身体的・性的・精神的虐待やネグレクト、価値観の押しつけや過干渉・他同胞との差別的待遇などの不適切な養育、家族内の暴力場面への反復的曝露、学校でのいじめ被害。

(3) 行為発現閾値を低下させる環境的要因: 自傷行為に関するインターネットサイトやメディア報道、自傷行為を行う友人・知人の存在。

(4) セロトニン受容体機能不全 (?)

4) 基本症状

怒り、恥の感覚、孤立感、不安・焦燥、緊張、抑うつ気分などの不快気分を緩和する目的から、「切る」「殴る」「焼く」「突き刺す」などの方法で自分の身体を意図的に損傷する。自傷行為は、不快気分を緩和する効果ゆえに対処行動として習慣化しやすいが、反面、繰り返すうちに不快気分を緩和する効果が減弱すると、頻度・程度がエスカレートする。通常、自殺の意図から自傷行為を行う者は少ないが、エスカレートする過程で意図に反して致命的損傷を行うことがあり、また、日常より漠然とした希死念慮や虚無感を抱いていて、あるとき自傷行為とは別の方法で自殺企図をする者も少なくない。なお、自傷行為は孤立した状況で行われ、傷は医学的処置がなされず、行為自体も秘密にされることが多い。

5) 合併症・併存症

- (1) うつ病エピソード・持続性気分障害
- (2) パニック障害・全般性不安障害
- (3) 解離性障害
- (4) 摂食障害
- (5) 外傷後ストレス障害
- (6) 精神作用物質の有害使用・依存症候群
- (7) 行為障害

6) 診断

現状では、単一症候的な自傷行為に対応した診断カテゴリーはない。中核群では、幻覚・妄想の影響によらず、明確な自殺の意図を欠き、身体表面に直接的かつ非致命的な損傷を加える行為が見られる。頻度は挿話性～習慣性まで幅があるが、精神遅滞や脳器質性障害の一部で見られる、日に数十回以上にもおよぶ単調・律動的な行為とは峻別される必要がある。また抜毛症や爪噛みのように、行為に先行する不快感情が自覚されていない行為とも区別すべきである。

7) 経過

一部の慢性化例を除けば、数年の経過で改善することが多い。しかし、自傷行為とは別に、過量服薬などの方法による自殺行動をとる者は多く、自殺防止が重要な課題である。

8) 対応

自傷行為の肯定的側面と否定的な側面の双方を話し合い、その誘因と対処方法を共働的に模索できる治療関係の構築が望まれる。そのうえで、通院による認知行動療法的なアプローチをしながら、言語的な感情表現を促す働きかけを行い、あわせて、家族介入による環境調整を行う。また、自殺の危機に際しては危機介入的な短期入院も検討する。

なお、薬物療法は対症療法的に行うが、つねに過量服薬のリスクを念頭におく必要がある。とりわけベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入剤は、乱用のみならず、解離症状や衝動制御能力の悪化をもたらすので、投与には慎重を要する。

9) 専門医療機関への紹介

精神作用物質の依存症候群の併発例では、専門機関での解毒治療が優先される。また、重篤な摂食障害併発例、あるいは、脱感作療法を要する外傷後ストレス障害併発例では、それぞれを専門とする医療機関・医師への紹介が望まれる。

(松本俊彦)

7. 自殺

1) 概要

子どもの死の概念は4歳頃から芽ばえ、段階的に進む。早期小児期には絶対に再会できないことを理解し、前思春期頃より時間的永久性を認識していく。自殺と自殺企図は、密接に関連するものの、現象としての特徴は異なる。

2) 疫学

自殺は、思春期以前には稀であるが、わが国においては青少年の死因の上位を占める。

思春期以降の特徴として、自殺既遂は男子に多く、自殺企図は女子に多い。

平成 15 年度厚生労働省自殺死亡統計による人口 10 万対自殺死亡数を以下に示す。

- ▶ 10 歳～14 歳：男子 1.0、女子 1.1 死因順位 3 位
- ▶ 15 歳～19 歳：男子 8.8、女子 5.6 死因順位 2 位
- ▶ 20 歳～24 歳：男子 21.5、女子 9.9 死因順位 1 位

手段は、わが国では全年代を通じて縊首が最も多いが、青少年では飛び降り、飛び込みが比較的多くみられる。尚、米国ではライフルや猟銃などの小火器によるものが多い。

3) 成因

平成 15 年度の警察庁による動機・原因別自殺数の 19 歳以下 613 件の統計では、遺書ありのうち学校問題 39 件、健康問題 35 件、男女問題 27 件、家庭問題 14 件、経済・生活問題 7 件、その他 21 件、不詳 14 件、遺書なし 456 件と示されている。

青少年の自殺企図者では 1/3 ではっきりとした原因を同定できない。背景に、本人自身の精神障害、認知と衝動性の問題、家族因（親の精神障害、養育の問題、親子の不和、被虐待）、性の志向性（ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル）を考慮する必要がある。

生物学的には、セロトニン調節不全などが指摘されるが、明確な知見は得られていない。

4) 自殺に先立つ症状

学童、思春期年代の自殺者の特徴は、精神科的に問題を抱えているが自殺しない子ども達の特徴と共通し、精神医学的診断や症状に突出した傾向は見当たらない。ただし、危険因子には男女差があり、男子では自殺企図の既往があること、女子では現在うつ病に罹患していることが指摘されている。一般に、自殺直前の危険徴候として、自殺のほめかし、別れの準備、過度な危険行為（事故傾性）、突然の態度の変化、自傷行為などがあげられるが、子どもでは様々な言動が未分化なまま表出されることに配慮して判断する必要がある。

5) 自殺にいたる経過

子どもに希死念慮が生じた場合、周囲の適切な支援環境の有無、その支援を受ける子どもの受動性能動性のバランス、社会的許容度（タブー視やスティグマの問題を含む）などが関与して、さらなる精神状態の悪化や孤立感・絶望感をもたらし、解決の方法が狭まり短絡的手段として自殺行動を選択すると考えられる。

6) 併存する問題

群発自殺は青少年の自殺にも生じる。安易な報道過多などには注意を要する。

7) 対応

▶ 希死念慮を訴える子ども：現実的な支援者があり、その支援は社会的にも十分に容認されており相談すべき状況にあることを提示し、その上で、子ども自身の認知や判断の偏りを修正したり、抑うつ気分や衝動性をコントロールする治療的アプローチを要する。保護者に教育的ガイダンスを行うこと、手段となりうる危険物を子どもの生活環境から取り除くことも重要。

▶ 自殺行動（その子どもの死の概念を持って、死ぬ意図によって引き起こされた行為）をとった子ども：直後の安全な保護と、継続可能な支援体制の確立・強化を速やかに行う。治療的アプローチは、薬剤投与にせよ精神療法にせよ、その子どもの安全が確保されて始めて可能になることを心得る。

▶ 自殺後の遺族や仲間の心理的ケアも重要である。

8) 専門機関への紹介

背景の問題に不適切な養育や虐待がある場合、あるいは、その子どもの状況に保護者から適切な対応を得られない場合、その子どもの居住する市町村長の窓口や管轄の児童相談所（18歳未満が対象）や保健センターに相談することが必要となる場合がある。

（笠原麻里）

8. 多動

1) 概要

「多動」という言葉が意味する言動とは、おおよそ「じっとしてない、落ち着きがない、気が散りやすい、集中力がない」といった否定的表現を意味していると思われる。

しかし、その言動は年齢相応の活動性から、並外れた激しさを示すものまでいる。

2) 多動のバリエーション

(1) 年齢相応の多動

3歳児健診で「よく動き、じっとしてない」という項目に40%以上が該当したという資料もあり、この言動の頻度は高い。また明らかに男の子に多く認める。さらに長期の経過では男女とも加齢によりゆるやかに下降し、8歳前後で男児は若干上昇し、女児はより強く下降する、という資料もある。

しかし、加齢による低下は夜尿や指しゃぶりと比較しても、著明でなく、ある程度の気質、あるいは後述する部分的な発達の課題と考えることも出来る。

(2) 多動性障害 (F90)あるいは注意欠陥/多動性障害

原因の特定は出来ないが、不注意、過活動、衝動性が年齢不相応の顕著なレベルで、さまざまな生活状況において、広汎かつ持続的に認められる障害で、7歳以前に発症する。

(3) 広汎性発達障害(F84)

相互的な社会関係と社会生活のためのコミュニケーションのパターンにおける質的障害、および限局した常同的で反復的な関心と活動の幅によって特徴づけられる発達障害。生後5年以内には明らかになる。

診断基準に明記されていないが、多くは乳幼児期に激しい多動を認めることが少なくない。これは本人の狭義の興味対象の獲得のためであったり、内在する極度の不安感などが影響していると思われるが、多くは加齢とともに動作は緩徐になっていく。

(4) 精神遅滞

比較的重度な精神遅滞では、多動や注意の維持に課題を認め、多くは常同行動も示す。古くから「興奮過程の優勢な精神遅滞」とも呼ばれ、現在は「精神遅滞および常同行動に関連した過動性障害(F84.4)」と呼ばれる。通常の臨床では、決して重度の精神遅滞だけでなく、中度から軽度でも「多動」を認めることが少なくない。この過動あるいは多動は、興奮にしやすい、および抑制の欠如として認められやすく、環境状況からの刺激との関連が強い印象をもつ。

多動性障害 (F90)は、その意味で「状況に無関係に多動」であり、じっと椅子に座っていてもシャープペンシルをノックし続けていたり、椅子を前後に揺さぶっていることがある。

(5) 英才児・天才児 (Gifted child)

知的に高い子どもを意味する。知的機能として IQ がおおよそ 130 以上の子どもを指す。欧米では英才児を対象とする特殊教育もある。

知的に高いため理解が早く、通常の授業の進度に退屈してしまうとき、状況依存的に多動、注意散漫さを示すことがある。

(6) 器質性障害

古くから脳炎後遺症 (F07.1) などの中枢神経系における脳機能障害、あるいは「てんかん(G40)」のある子どもたちに多動が認められる、ということが指摘されている。

(7) 適応障害としての多動

上記した英才児のように、状況に適応できないことで「多動」を示すことに、学習障害 (F81) も含まれる。こちらは努力しても学習の獲得が出来ないということで二次的に無気力を示したり、抑うつ的になり、学習に参加しないで、無目的に動き回ることがある。

ほかにも、家庭内での不安材料などからじっとしているところでじっとしてられないことを見ることもあるが、こうした状況は一過性であることが少なくない。

より家庭あるいは養育状況における課題から出現する「多動」としては、虐待を受けた子どもたちに認めやすい。これは時に多動性障害と見誤ることもある。同時に虐待における脳損傷の有無も点検する必要がある。いわゆる「虐待」により、安定した養育環境を保持することが出来なかった子どもに、愛着障害を認めることがある。これは5歳以前に形成された養育者との異常な関係パターンを中核にし、他者に対する過剰な接近と拒否という両価的な言動を特徴とする。なかでも相手への激しいしがみつき、注意を引こうとする態度は、時に落ち着きを欠くことになりやすく、多動と判断されることもある。これを愛着障害のなかの「小児期の脱抑制性愛着障害(F94.2)」とよぶ。

(8) 精神障害からの多動

古くから統合失調症 (F20) の症状の一つである幻聴や妄想体験から出奔することが認められている。自分の部屋を始終徘徊することも認められる。これらも落ち着きを欠く態度として「多動」を示す。

また気分障害 (F30) でも、多動を認めることがある。躁状態だけでなく激しいうつ状態のときの衝動性や易刺激性は、言動としては「多動」さとなる。

3) 留意点

このように一概に「多動」といっても、その成因や症状としてのバリエーションの幅は広い。昨今の発達障害、とくに ADHD ブームに臨床医は「落ち着いて」対応することが求められる。

(田中康雄)

9. 非行

1) 非行と非行少年

非行とは、社会規範にはずれた不正な行為を意味する言葉であるが、一般には青少年の犯罪行為や反社会的行為をさして用いられる。少年法の定義にもとづいて青少年の非行を分類すると次のようになる。

- (1) 14 歳（刑事責任年齢）以上 20 歳未満の少年による犯罪行為
- (2) 14 歳未満の少年による触法行為（刑罰法令に触れるが、刑事責任年齢に達しないための刑事責任を問われない行為をいう）
- (3) 20 歳未満の少年の虞犯

- ①保護者の正当な監督に服しない性癖のあること
- ②正当な理由がなく家庭に寄り付かないこと
- ③犯罪性のある人若しくは不道徳な人と交際し、いかがわしい場所に入出入りする
こと
- ④自己又は他人の徳性を害する行為をする性癖のあること

以上のうちいずれかの事由があつて、その性格又は環境に照らして、将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をする恐れがあると認められる行状

また、前述の分類に照らして、(1)の行為を犯した者を犯罪少年、(2)の行為を犯した者を触法少年、(3)の行状のある者を虞犯少年とよぶ。さらに犯罪行為ではなく、(3)の行為の一部に相当する行為、例えば深夜徘徊や喫煙等の不良行為を犯した少年を不良行為少年と呼ぶ。

2) 少年非行の変動と成因

近年、少年非行の増加が世間で喧伝されるが、平成 15 年以降の少年刑法犯検挙人員の少年人口は減少し、必ずしも少年非行は増加していない。だが、犯罪少年の人口比（14～19 歳の人口 1,000 人当たりの検挙人員）は、平成 17 年 20.1 人で、10 年前（平成 8 年 18.6 人）から減少することなく毎年 20 人前後で推移している。また、不良行為少年は 15 年から 3 年連続 7 万人を超え増加傾向にある。このように犯罪少年の率がいっこうに低下しないことと非行の予備軍ともいえる不良行為によって補導される少年の増加は憂慮すべきことである。

少年非行の発生率の年次変化を見ると、昭和 26 年をピークとする第 1 の波、39 年をピークとする第 2 の波、58 年をピークとする第 3 の波があり、それらはそれぞれ戦後の経済的貧困、昭和 30 年代から 40 年代の経済の高度成長、昭和 50 年以降の物質的に豊かな経済社会など、経済の変化と呼応している。このように非行と社会変動は密接な関係があり、非行の原因は非行少年自体の特性とその生活環境、またそれをとりまく社会環境の影響など複合的な要因によって生じると考えられる。

3) 少年非行の処遇および精神疾患との関連

非行少年の処遇は犯罪少年と虞犯および触法少年によって異なる。犯罪少年の場合はその行為の軽重によって、検挙後に裁判所の審判を経て少年刑務所に收容される者と家庭裁判所の審判によって少年院に收容されるか保護観察処分のなる者に分かれる。また虞犯少年および触法少年の場合は児童福祉法上の措置が優先され、家庭裁判所の審判を開始せず児童相談所で家庭保護や児童自立支援施設への入所等の処遇が決定される。しかし、平成 17 年の少年法の改正によって、14 歳未満の触法少年でも重大な罪を犯した者は家庭裁判所へ送致されることが義務付けられた。この改正は近年多発した 14 歳以下の子どもによる重大犯罪への対応が背景にあり、少年犯罪の若年化の抑止効果を狙ったものである。

この近年世間の耳目を騒がせた重大犯罪の中には、精神障害をもつ子どもによって為されたものが含まれており、非行と精神障害の関連については看過できない。DSM-IV-TR

を例にとれば非行少年の行為は反抗挑戦性障害や行為障害の診断基準を満たすことが多い。これらの精神障害を有する少年には医療少年院での治療的処遇が行われる例もあり、矯正教育的処遇にあわせて医療的処遇が重要である。またこれらの精神障害と併存率の高い注意欠陥多動性障害あるいは広汎性発達障害の一部についても、少年非行の予防の観点から早期発見・早期介入が重要であると考えられる。

(中田洋二郎)

資料12

テキスト「子どもの心の診療医専門研修テキスト」

子どもの心の診療医専門研修用テキスト

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局母子保健課

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究（主任研究者 柳澤正義）」

編集

執筆者一覧（執筆順）

前垣義弘	鳥取大学医学部脳神経小児科
横井公一	関西福祉科学大学
長尾圭造	榊原病院
青木豊	相州メンタルクリニック
十一元三	京都大学医学部保健学科
塩川宏郷	自治医科大学小児科
桜川宣男	北里大学
相原正男	山梨大学医学部小児科
汐田まどか	鳥取県立総合療育センター小児科
西村良二	福岡大学精神科
山崎透	静岡県立こころの医療センター
岩坂英巳	奈良教育大学
岡田俊	京都大学精神科
高橋脩	豊田市子ども発達センター
清家洋二	神奈川県立こども医療センター
神尾陽子	国立精神・神経センター
山内秀雄	独協医科大学小児科
本田秀夫	横浜市総合リハビリテーションセンター
稲垣真澄	国立精神神経センター精神保健研究所知的障害部
小野次郎	和歌山大学教育学部障害児教育
帆足英一	ほあし子どものこころクリニック
星加明德	(宮島祐) 東京医科大学小児科学
野邑健二	名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療部
山崎知克	国立病院機構天竜病院精神科
小石誠二	名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療部
若子理恵	豊田市子どもの発達センター
渡部京太	国立精神・神経センター国府台病院
近藤直司	山梨県立精神保健福祉センター
富田和巳	子ども心身医療研究所
田中英高	大阪医科大学小児科学教室
島田章	福岡病院心療内科
赤坂徹	社会福祉法人岩手愛児会子育て医療支援センター
小柳憲司	長崎県立こども医療福祉センター小児心療科
安島英裕	市立小野市民病院
竹中義人	たけなかキッズクリニック
岡田あゆみ	岡山大学医学部歯学部附属病院小児科
石崎優子	関西医科大学滝井病院小児科
稲垣由子	甲南女子大学人間科学部
氏家武	北海道こども心療内科氏家医院
村山隆志	東京弘済園
二宮恒夫	徳島大学医学部保健学科

佐々木征行	国立精神神経センター武蔵野病院小児神経科
藤本保	大分子ども病院小児科
原 仁	横浜市中心部地域療育センター
井口敏之	星ヶ丘マタニティ病院 小児科
生田憲正	国立成育医療センター
白波瀬丈一郎	慶應大学医学部
神山潤	東京北社会保険病院小児科
飯田順三	奈良県立大学看護学部
小平雅基	国府台病院児童精神科
朝倉聡	北海道大学精神科
渡辺京太	国府台病院児童精神科
猪子香代	東京都精神医学総合研究所
笠原麻里	国立成育医療センター
小林繁一	静岡県立子ども病院
田中 哲	東京都立梅が丘病院
村瀬聡美	名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター
傳田建三	北海道大学精神科
棟末俊夫	金沢大学精神科
松田文雄	松田病院
大高一則	大高クリニック
横山富士男	埼玉医科大学神経精神科
村上佳津美	近畿大学医学部小児科
井上洋一	大阪大学保健センター
河野政樹	広島県立障害者コロニーわかば療育園医療科
近藤直司	山梨県中央児童相談所
牧 真吉	名古屋市児童福祉センター
奥山眞紀子	国立成育医療センター
杉山登志郎	あいち小児保健医療総合センター
石崎朝世	(社) 発達協会王子クリニック
大石聡	大阪府立精神医療センター (松心園)
佐藤真理	千葉県立こども病院精神科
北山真次	神戸大学大学院医学系研究科成育医学講座小児科学