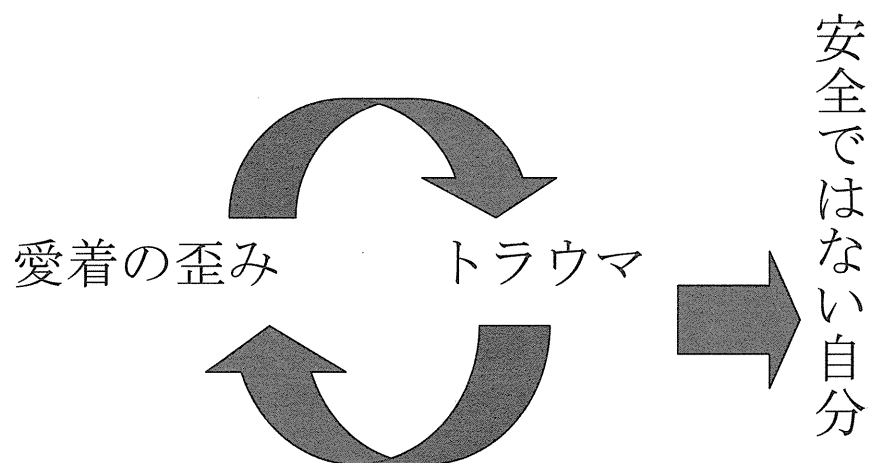
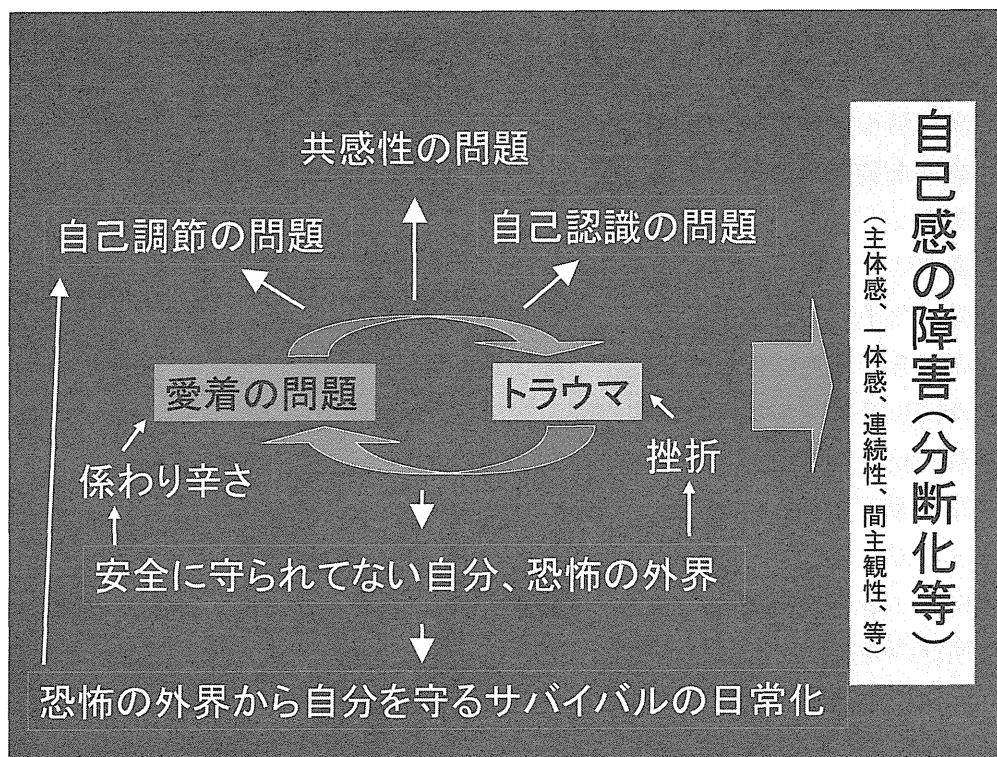


問題理解へのチェックリスト

- ☐ 子ども虐待（不適切な養育）の種類とその特徴に関する知識がある
- ☐ 子ども虐待がもたらす精神的な危険に関する知識がある
- ☐ 子ども虐待を疑うための不自然な傷、不自然な説明などの「不自然さ」に関する知識がある
- ☐ 子ども虐待に至る親・家族・子どもの危険因子に関する知識がある
- ☐ 虐待を受けた子どもの特徴に関しての知識がある
- ☐ 子ども虐待を疑った時の対応に関する知識がある
- ☐ 児童虐待防止等に関する法律および児童福祉法に関しての知識がある
- ☐ 乳幼児期の愛着の問題およびトラウマに関しての評価に関する知識がある
- ☐ 学童期及び思春期の行動の問題を評価するための知識に虐待を受けた可能性を含めることができる
- ☐ 福祉・保健・教育・警察・司法との連携の重要性を知っており、連携において子どもや家族の精神医学的状态を説明する方法を知っている
- ☐ 子ども虐待に至る親・家族へ支援に関しての知識がある
- ☐ 愛着に焦点づけられた親子治療、子どものトラウマ治療、環境療法に関する知識がある

問題理解のための自由ノート





研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

- ✓ 子ども虐待の種類を述べることができる
- ✓ 子ども虐待の通告先を知っている
- ✓ 子ども虐待を疑うことができ、それを上級医に報告することができる
- ✓ 子どもの行動の問題等では常に子ども虐待の可能性を考えて面接することができる
- ✓ 子どもの妊娠歴、発達歴、家族歴を聴取する際に子ども虐待も念頭に置き、親の被虐待歴、妊娠中の問題（望まれない妊娠、妊婦健診など）、出生後の親子関係などを聴取することができる
- ✓ 地域との連携会議に上級医とともに出席し、子どもの所見を述べることができる

研修中級（研修 proper）：

- ✓ 子ども虐待を疑って通告することができる
- ✓ 子どもや親に、誘導とならない形で虐待の可能性を確かめる面接を行うことができる
- ✓ 虐待の可能性を踏まえて子どもの評価、親の評価、家族の評価ができる

- ✓ 虐待の背景となっている親の病理や家族の病理を見立てることができる
- ✓ 親に対する告知をすることができる
- ✓ 地域との連携の会議で子ども・親・家族関係に関する精神医学的所見、見立て、見通しを述べるることができる
- ✓ 児童虐待防止等に関する法律および児童福祉法による虐待対応を知っている
- ✓ アタッチメントに焦点づけられた親子治療や子どものトラウマ治療に関しての知識があり、その必要性を判断することができる。
- ✓ 虐待によると考えられる解離症状、感情調節の問題、行動の問題、依存の問題などの精神症状の所見を取り、見立てることができる
- ✓ 親や家族への簡単な支援を行うことができる

研修上級（研修 master）：

- ✓ 子ども虐待への対応を指導することができる
- ✓ 司法に役立てるための事実聴き取り面接ができる
- ✓ 児童相談所や司法に向けて、意見書等の文書を作成することができる
- ✓ 地域連携での議論をリードすることができる
- ✓ 性的虐待への対応、代理ミュンヒハウゼンへの対応、医療ネグレクトへの初期対応をすることができる
- ✓ 乳幼児に対するアタッチメントに焦点づけられた親子治療やトラウマ治療を行うことができる
- ✓ 学童期以降の子どもの虐待による行動の障害、解離性障害、行為障害等へのちりょうを行うことができる
- ✓ 親や家族への総合的支援を組み立てることができる
- ✓ 児童福祉施設（乳児院、児童養護施設、母子生活支援施設、児童自立支援施設等）で、虐待による精神的問題に対するスーパービジョンを行うことができる

参考文献

- 1) 庄司順一、奥山眞紀子、久保田まり編（2008）：アタッチメント～子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐる～ 明石書店；東京
- 2) 日本子ども家庭総合研究所編（2009） 子ども虐待対応の手引き 有斐閣；東京
- 3) Fonagy P et al (2002) : Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press. New York
- 4) Stern, DN (1985): The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. Basic Books: New York

- 5) Bowlby J : 二木武 監訳(1993) : 母と子のアタッチメントーこころの安全基地ー、医歯薬出版、東京
- 6) Friedrich, W (2002): An Integrated Model of Psychotherapy for Abused Children. in Myers, JEB, Berliner L., Briere, J., et al eds: The APSAC Handbook on Child Maltreatment 2nd ed. pp141-157, Sage Publications: Thousand Oaks
- 7) Gil,E.(1991): The Healing Power of Play ~ Working with Abused Children~ . Guilford Press; New York

推薦図書

1. Cohen,J.A., Mannarino,A.P. & Deblinger E. (2006): Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. Guilford Press; New York
2. Jenny C. eds (2011): Child Abuse and Neglect; Diagnosis, Treatment, and Evidence. Elsevier
3. Kolko,D. & Swenson CC. (2002) Assessing and Treating Physically Abused Children and Their Families ~ A Cognitive-Behavioral Approach. Sage Publications; Thousand Oaks .
4. Myers, JEB, Berliner L., Briere, J., et al eds The APSAC Handbook on Child Maltreatment 2nd ed. Sage Publications: Thousand Oaks
5. Pearce, JW, & Pezzot-Pearce, TD (2007): Psychotherapy of Abused and Neglected Children 2nd ed. Guilford Press: New York
6. Solomon J. & George C. (1999) Attachment Disorganization. Guilford Press; New York
7. Reece, RM. ed (2000) 郭麗月訳 (2005) : 虐待された子どもへの治療。明石書店 ; 東京
8. 庄司順一、奥山眞紀子、久保田まり編 (2008) : アタッチメント～子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって～ 明石書店 ; 東京

Ⅱ-ⅱ) 子どもの心の診療特有の問題

2) 不登校・ひきこもり

要約

文部科学省は、不登校を「何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくともできない状況にあること（ただし、病気や経済的理由による者を除く）」と定義している。文部科学省「平成 21 年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によれば、小学校における平成 21 年度の不登校児童は 22,327 人で、全児童数の 0.32%に相当する。また、中学校では 100,105 人（2.77%）、高等学校では 51,726 人（1.55%）が不登校の状態にある。

また、ひきこもりについては、厚生労働省による「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」において、「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には 6 ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念である。」と定義され、「なお，ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが，実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである。」という但し書きが付記されている。

ひきこもりに関する疫学調査としては、厚生労働省による上記ガイドラインにおいては、約 26 万世帯に 20 歳以上、49 歳以下で現在ひきこもり状態の人がいるという推計値を採用している。内閣府による調査では、15 歳以上 39 歳以下の人口のうち、「ふだんは家にいるが、近所のコンビニなどには出かける」という「狭義のひきこもり」が 23.6 万人、「ふだんは家にいるが、自分の趣味に関する用事のときだけ外出する」という「広義のひきこもり」が約 69.6 万人という推計値が示されている。

不登校・ひきこもりの背景要因としては、第一に、生物学的基盤の明確な精神疾患や発達障害などの生物学的要因が考えられる。第二に、不安感、恐怖感、自己愛的な傷つきなどの心理的要因が考えられる。回避・ひきこもりを防衛機制として捉えることもできる。そして第三に、友人関係や教師との関係、家族状況などの社会的要因が考えられる。青年期のひきこもりに関しては、若者の雇用状況などの経済・社会状況などが関連している場合もある。これらの諸要因のうちある特定の要因の影響が強い場合と、いくつかの要因が関連し合っている場合がある。

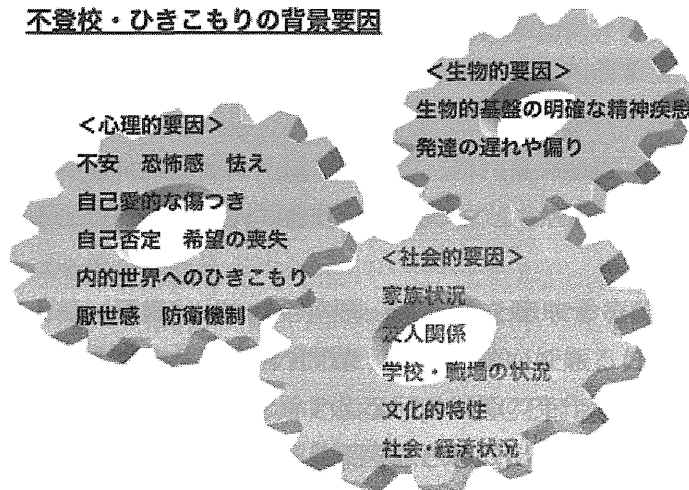
文部科学省は、「不登校に関する実態調査（平成 5 年度不登校生徒追跡調査）」において、不登校生徒の中学校を卒業した人の約 5 年後の状況などを調査しており、就学・就労ともにしていない者が約 2 割であったことが示されている。また、青年期のひきこもりケースの半数程度には過去に不登校歴があり、不登校と青年期のひきこもり問題には一定の関連がある。

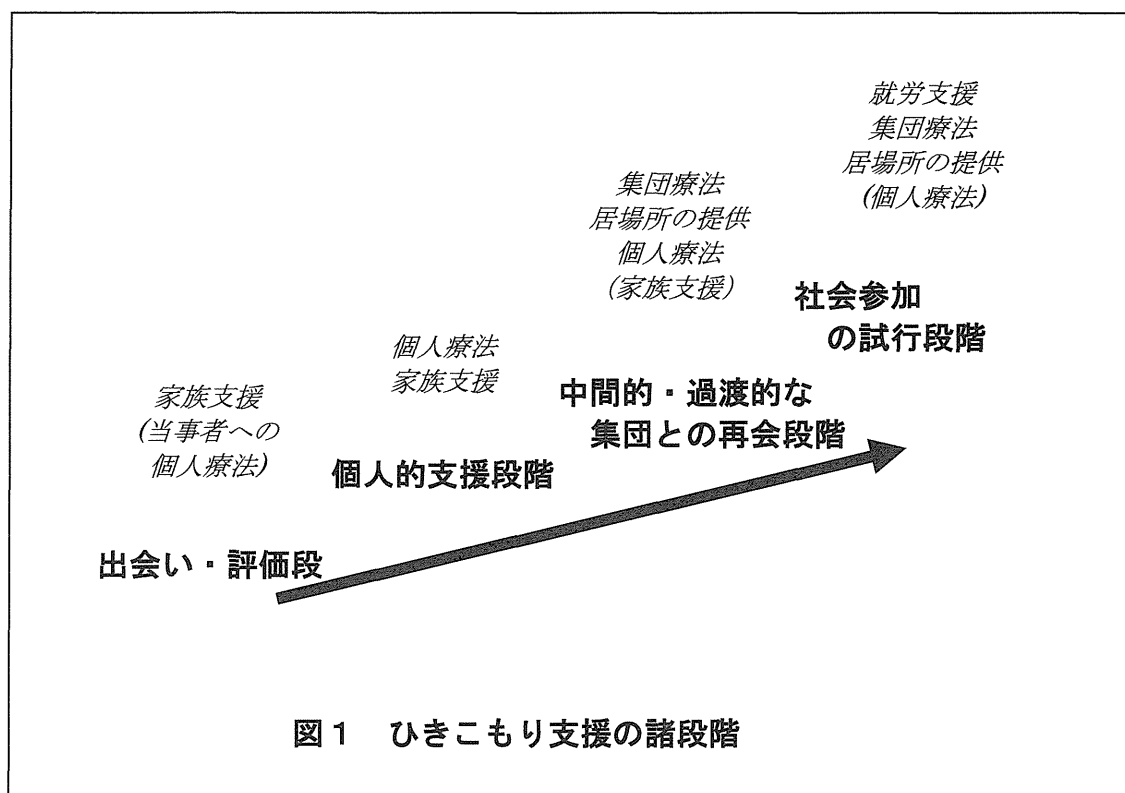
問題理解へのチェックリスト

- ☐ 不登校・ひきこもりの背景要因には、生物的要因、心理的要因、社会的要因があることを知っている。
- ☐ 生物的、心理的、社会的要因が相互に関連し合う場合があることを理解している。
- ☐ 不登校・ひきこもりには、不安障害、気分障害、統合失調症、パーソナリティ障害、広汎性発達障害、知的障害など多様な精神医学的問題が関与している場合があることを理解している。
- ☐ パーソナリティ特性や外界への適応様式の特徴をアセスメントできる。
- ☐ 発達障害ないし発達特性をアセスメントできる。
- ☐ 子ども・青年の気分障害や不安障害をアセスメントできる。
- ☐ 不登校・ひきこもりに関連する家族状況や家族機能をアセスメントできる。
- ☐ 包括的なアセスメントに基づいて実効性のある治療計画を立案できる。
- ☐ 本人が受診・来談しないケースにおける家族相談の目的や進め方を理解している。
- ☐ 著しいこだわりや執着、家庭内暴力、近隣への攻撃的言動などがみられるケースへの危機介入の必要性和タイミング、具体的な方法を検討できる。
- ☐ 著しいこだわりや執着、家庭内暴力、近隣への攻撃的言動などがみられるケースの入院治療をマネジメントできる。

問題理解のための自由ノート

不登校・ひきこもりの背景要因





厚生労働省：「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」より

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

不登校・ひきこもりの原因や背景要因について自分なりのイメージをもっており、それに当てはめてケースをみている。不登校の子どもやひきこもり状態の青年のつらさに共感することができるし、とくに年齢が若い医師は本人とよい関係を築くことができるが、本人に強く感情移入しやすい。一方、学校や家族の問題点に注目する傾向があり、家族の機能不全や本人への共感性の低さが気になり、批判的な感情を抱きやすい。問題が速やかに改善するケースを経験して自信をつけたが、問題が長期化してくるケースでは焦りを感じ、どのように対応したらよいかわからなくなる。本人が受診・来談しないケースの家族相談についても、まだ明確な方法論を見出せない。

研修中級（研修 proper）：

自分なりのイメージや経験則ではなく、個々のケースについて不登校やひきこもりの背景要因を明らかにしようという姿勢を身に付けはじめている。家族よりは本人との面接が得意だが、家族に批判的な感情を抱くことは少なくなってきた。本人に過剰適応の傾向がある場合などは、面接がうまく進んでいるように感じられても簡単に問題が解決しない場

合があることを理解しており、「自分の力で治す」という姿勢だけでなく、本人や家族と相談しながら治療を進めるような臨床感覚を持ち始めている。また、青年期ケースについては、就労支援のシステムや障害福祉サービスと連携できるようになった。

個人精神療法や集団精神療法、家族療法などを勉強する必要性を感じ、特定の治療技法に関心を持ち始めている。入院治療においては病棟内の対人関係に注目し、本人のパーソナリティや発達特性、適応様式をアセスメントすることを身に付けは始めている。

研修上級（研修 master）：

生物学的、心理的、社会的背景の関連を包括的にアセスメントできるようになっている。本人の精神医学的背景に応じた不登校・ひきこもりのメカニズムを把握できるようになり、個々のケースに応じた治療計画を立案ができるようになっている。また、本人と同時に家族や学校とも良好な関係を築き、本人を取り巻く環境を円滑に調整できるようになった。

ある程度、治療の見通しをもつことができるようになっており、再登校やひきこもり状態の改善を急ぐだけでなく、もう少し中長期的な視点をもつことができる。問題の解決に時間がかかっている場合でも、治療経過の中で新たに理解できたことを蓄積する姿勢を身に付けており、本人が成長している点や家族のもつよい面に気づき、そのことを本人や家族に伝えることができる。パーソナリティ障害圏の青年期ケースでは手強い治療の行き詰まりを経験し、そのメカニズムや介入の方法について検討できるようになっている。

参考文献

- 1) 厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン．2010
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000006i6f.html>
- 3) 中村 敬、塩路理恵子：対人恐怖とひきこもり．臨床精神医学 26:1169-1176,1997
- 4) 永田利彦、大島 淳、和田 彰ほか：社会不安障害に対する薬物療法．精神医学 46:933-939.2004.
- 5) 永田利彦、山田 恒：社交不安障害．「精神科治療学」第 26 巻増刊号 34-45,2011
- 6) 近藤直司、小林真理子、富士宮秀紫、萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて．精神科治療学 24(10):1219-1224,2009
- 7) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江：青年期ひきこもりケースの精神医学的背景について．精神神経学雑誌 109(9):834-843,2007
- 8) Naoji Kondo, Motohiro Sakai, Yasukazu Kuroda, et al : General condition of *hikikomori* (prolonged social withdrawal) in Japan : Psychiatric diagnosis and outcome in the mental health welfare center. International Journal of Social Psychiatry (now printing)
- 9) 小倉 清、下坂幸三、皆川邦直ほか：受診しない思春期・青年期患者と親への対応．思

春期青年期精神医学 3(1):1-47,1993

- 10) 近藤直司：ひきこもりケースの家族面接－本人に会える以前の家族支援について
－. 精神療法 37(6):706-710,2011

推薦図書

1. 齊藤万比古編著：発達障害が引き起こす不登校のケアとサポート. 学研、2011
2. 齊藤万比古編：不登校対応ガイドブック. 中山書店、2007
3. 門 眞一郎、高岡 健、滝川一廣著：不登校を解く. ミネルヴァ書房、1998
4. 松本英夫、傳田健三責任編集：子どもの不安障害と抑うつ. 中山書店、2010
5. 笠原敏彦：対人恐怖と社会不安障害. 金剛出版,2005
6. 狩野力八郎、近藤直司編：青年のひきこもり. 岩崎学術出版社、2000
7. 近藤直司編著：ひきこもりケースの家族援助－相談・治療・予防. 金剛出版、2001

Ⅱ-ii) 子どもの心の診療特有の問題

3) 周産期関連の問題とその後の発達

要約

近年の周産期医学の進歩と社会情勢の変化により、我が国の低出生体重児（出生体重 2500g 未満）の出生数は全出生数の 9.5%を占めるまでに増加している（2005 年）。なかでも極低出生体重児（出生体重 1500g 未満）は漸増傾向を示し、救命率は超低出生体重児（出生体重 1000g 未満）であっても 8 割を超えている¹⁾。救命された児の主な後障害は脳性マヒ・視力障害・聴力障害・発達遅滞と考えられるが、このいずれかを有する極低出生体重児の頻度は 10%前後であり、過去 15 年間では発達遅滞が増加傾向である²⁾。

しかしながら周産期分野における低出生体重児のフォローアップ体制は未だ全国規模では整備されておらず、さらに里帰り分娩や母体搬送などの要因も加わって、ハイリスク児であっても必ずしも出生した周産期センターあるいは専門医できちんとフォローされているとは限らないというのが現状である³⁾。従って児童精神科を受診する低出生体重児も、NICU 退院後のフォローアップ状況は様々であることを記憶されたい。

早産児の発育・発達を考える際は、原則的に全て「修正月齢（予定日から数えた月齢）相当かどうか」で判断する。在胎週数が小さいほど暦月齢（出生日から数えた月齢）との差が大きいため注意を要する。何歳まで修正月齢を使って評価するかという厳密な規定はなく、概ね就学前までが目安となっているが、上述のように在胎週数が極端に小さく（26 週未満）暦月齢との開き大きい場合、実際には就学前（6 歳）健診でも暦月齢に追いついていないと言い難い場合があり、特に早産のためにいわゆる早生まれ（1～3 月出生）になって本来より 1 つ上の学年に就学しなければならないケースでは深刻な問題となる。

低出生体重児の成長過程で起こる問題のうち児童精神科で関わる可能性の高いものは、発達障害と虐待と思われる。発達障害の発生頻度は一般人口に比し低出生体重児で高率であると言われているが⁴⁾、日本では上述のフォロー体制の問題もあって **population based** の長期予後データがなく正確な頻度や重症度は不明である。また虐待については、そのリスク因子が全て NICU 入院のリスク因子と一致する点から考えても、低出生体重児は虐待ハイリスク群である。特に周産期に特有の問題として多胎があるが、多胎児の約半数が低出生体重児であること、児の数が多いため育児負担が増大すること、児の間に体重差がある場合小さい方の児の育てにくさが強調されることなどがリスクとして挙げられる。

今後も低出生体重児は増加し、周産期に何らかのトラブルのあった児が幼児期以降に児童精神科を受診する率は上昇するものと推測される。周産期関連科（産科・NICU・小児科）と児童精神科の、さらなる連携が必要である。

問題理解へのチェックリスト

- ☐ （自由ノート図 1 に出てくるような）基本的用語、分類を理解している
- ☐ 修正月齢の意味を理解し、自分で計算できる

- 暦月齢で評価した場合とのズレを念頭においた上で、患者の発育・発達を修正月齢で評価できる
- 周産期に特有の医療システム（里帰り分娩、総合または地域周産期センター、母体搬送など）について、用語と概要を知っている
- 患者が児童精神科を受診するまでの発育・発達やフォローアップの状況については、一様でないことを知っている
- 低出生体重児には、発達障害や虐待の頻度が高いことを知っている

問題理解のための自由ノート

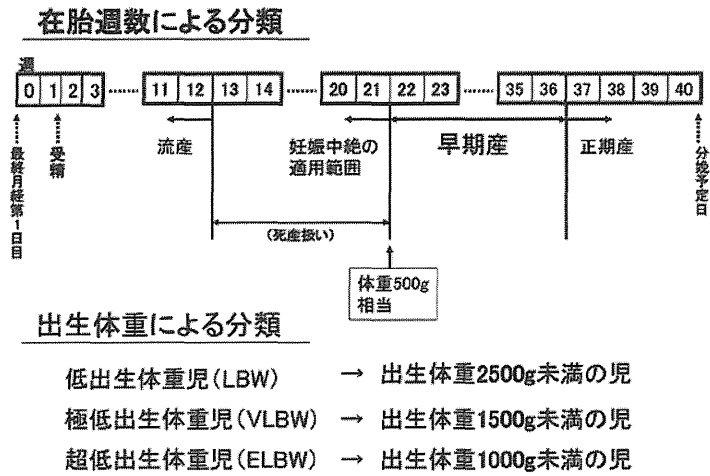


図1 早産児・低出生体重児の分類

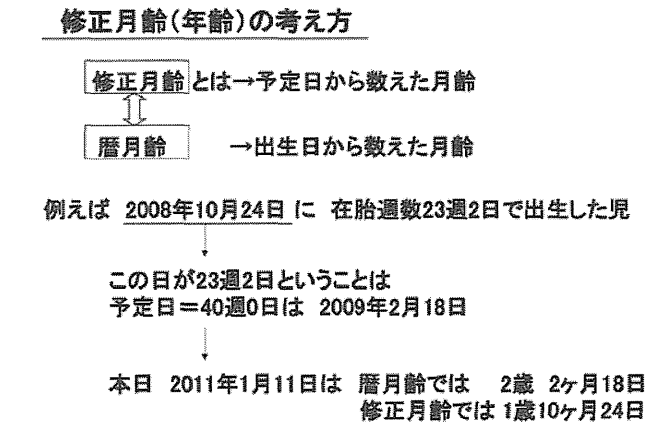


図2 修正月齢（年齢）の考え方

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

問診の中で、患者の周産期のバックグラウンドについて正しい情報を得る。用語やシステムについて理解できない部分は、適切な書物や情報源で確認することが出来るが、地域や個々のケースで周産期医療レベルやフォロー状況の違いがある事は深く考慮しない。修正月齢という概念は理解し自ら計算も出来るが、患者の評価場面での臨床的な活用についてはおぼつかず、一応暦月齢と両方を併記するのみ。暦月齢と修正月齢の間にかかなりの差が生じていても、その為に患者の実際の生活の場でトラブルが起こるかもしれないという意識は乏しい。周産期に起因する身体的合併症について、教科書的な理解はある。周産期サイドの主治医から紹介依頼があった場合に一通りの対応はできるが、相手方にどう返したらいいのか、実務的なところはよくわからない。

研修中級（研修 proper）：

暦年齢に比べた患者の体格や態度にやや違和感を覚え、問診で周産期の問題について確認する。周産期関係の用語やシステムについては一々何かを見なくてもほぼ理解できるが、地域ごと、或いは症例ごとの特殊な状況についての経験はまだ少ない。極端に在胎週数が小さいケースでは常に修正月齢を念頭において診察しなければならないことは意識しているが時折混乱し、しばしば確認を要する。診察や家族への説明時にも同様。集団生活においては暦月齢で対応しなければならないので、修正月齢とかなりのギャップが生じる点は承知しているが、その為に起こりうるトラブルを具体的に予測することは困難（特に早生まれで学年が繰り上がってしまうケース）。周産期に起因する身体的合併症について一定の理解があり、必要に応じてそちらの主治医とも連携が取れ、周産期サイドの主治医から紹介依頼があった場合にも対応はできるが、相手方のニーズや児童精神科に関する知識の程度にまで配慮した対応は不可能。

研修上級（研修 master）：

暦年齢と比べた体格や態度の落差から、問診前に低出生体重児である可能性を推察する。周産期システムの地域差や、症例ごとの退院後フォローの違いについても配慮した問診がとれる。極端に在胎週数が小さいケースでは常に修正月齢を念頭において診察することが出来、患者家族に対しても、暦月齢と修正月齢、両方の面からの評価をスムーズに伝える。しかし集団生活においては暦月齢で対応しなければならないので、その点に関する問題点や起こり得るトラブルについても予測でき、患者の入っている集団の特性を確認した上で、その予測と対応を患者や家族に説明する。児童精神科領域の問題だけでなく周産期に起因する身体的合併症についても一定の理解があり、必要に応じてそちらの主治医とも連携が取れる。周産期サイドの主治医から紹介依頼があった場合、相手方のニーズや児童精神科に関する知識の程度を考慮した情報のやりとりが出来る。

参考文献

- 1) 日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会（堀内勁，猪谷泰史，大野勉他）：わが国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状（2001 年 1 月）と新生児期死亡率（2000 年 1～12 月）． 日児誌 2002；106：603—613
- 2) 河野由美：分担研究報告書 周産期母子医療ネットワーク2003年出生極低出生体重児の3歳時予後 出生体重区分別、在胎週数区分別検討．「周産期母子医療センターネットワーク」研究班 主任研究者 藤村正哲．厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書 2009；69—74
- 3) 河野由美：分担研究報告書 総合周産期母子医療センターにおけるフォローアップ体制の整備：フォローアップ率への影響要因．「周産期母子医療センターネットワーク」研究班 主任研究者 藤村正哲．厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書 2009；63—68
- 4) 金澤忠博，安田純，北村真知子 他：超低出生体重児の精神発達予後と評価 —軽度発達障害を中心に—． 周産期医学 2007；37：485-487

推薦図書

1. 仁志田博司（2004）：新生児学入門 第3版． 医学書院
2. 厚生労働科学研究「周産期ネットワーク：フォローアップ研究」班（2007）：ハイリスク児のフォローアップマニュアル． メジカルビュー社
3. 周産期医学 41 巻 10 号（2011）：特集 How to Follow-up Q&A—フォローアップのコツすべて教えます—． 東京医学社
4. Chiara Nosarti, Robin M. Murray, Maureen Hack ed（2010）：Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Birth． CAMBRIDGE

Ⅱ-ii) 子どもの心の診療特有の問題

4) 自傷行為

要約

①広義の自傷行為の類型

広義における自傷行為は以下の3つに分類される¹⁾。第一に、重症型自傷であり、精神病的障害における幻覚、妄想の影響下で行われる、重篤でグロテスクな様式をとる自己身体損傷である。第二に、常同型自傷であり、これは、精神遅滞、発達障害、様々な先天性の脳器質性疾患で観察される常同的で単調な自傷である。そして最後に、表層型/中等度自傷であり、身体表層に非致命的な損傷を加えるものである。

なお、表層型/中等度自傷には、さらに強迫性自傷と衝動性自傷という下位分類がある。強迫性自傷には、抜毛や爪噛みなどがあり、先行する怒りなどを自覚しないまま、儀式的に日に数十から数百回反復されるのが特徴である。一方、衝動性自傷は、境界性パーソナリティ障害や摂食障害などに認められることが多い。一般に自傷行為といった場合には、この表層型/中等度・衝動性自傷を指す。

②自傷行為の定義と他の自己破壊的行動との関係

自傷行為とは、自殺以外の意図から非致死性の予測（「この程度であれば死なないであろう」という予測）をもって、故意に身体表面に直接的かつ即時的に軽度の損傷を加える行為である¹¹⁾。リストカットはその典型であるが、他にも、鋭利なもので皮膚を突き刺す、やけどをさせる、家具や壁に身体の一部を打ちつけるなどの行為がある。

なお、過量服薬については、欧州の研究者²⁾はこれを自傷行為に含める傾向がある。一方、米国の研究者¹¹⁾は、過量服薬の場合には非致死性の予測が十分とはいえないという理由から除外しており、拒食や過食・嘔吐、物質乱用についても、健康被害の発現に時間的遅延があることから、自傷行為には含めていない。

ただし、精神科通院中の自傷患者の6～7割に過量服薬の経験があり⁵⁾、食行動異常や物質乱用を併存する自傷患者も多い³⁾。また、顕著な食行動異常を呈する自傷患者は、3年以内における深刻な自殺行動のリスクが高い⁹⁾。

③自傷行為の意図

自傷行為の意図として最も多いのは、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感情を緩和することであり^{1, 11)}、その点で自傷行為は孤独な対処法といえる。操作的、演技的な自傷行為は、援助者が思い込んでいるほどは多くない。実際、自傷行為の9割以上は誰もいないところで行われ、しかもその後に誰にも告白されないという指摘もある^{2, 10)}。もちろん、操作的・演技的な自傷行為もあるが、その多くは、自傷行為の発覚を契機として、それが他者に対して持つ「パワー」を学習して、二次的に発症する。

解離症状に拮抗するために自傷行為におよぶ者もいる^{1, 10)}。自傷行為によって繰り返し身体的疼痛を加えることで現実感を取り戻すわけである。その一方で、解離状態のなかで自傷行為におよび、後に健忘を残す者もいる。解離を背景としている、あるいは、痛みを

欠く自傷行為は高度な反復性を持ち、自己制御を失いやすい^{4, 8)}。

なお、自殺の意図から、致死性の予測（「このくらいやれば死ねるはず」という予測）のもとに行った自傷行為は、たとえその身体損傷がいかに軽症であっても、自殺企図と理解すべきである¹¹⁾。また、自殺以外の意図にもとづく自傷行為では、それはとは別に自殺念慮が存在することもある。その場合、自傷行為はしばしば「自殺したい気持ち」を緩和する目的で行われ、行為自体は自殺企図にはあたらないものの、自殺の危険が切迫していると判断すべきである¹⁾。

④病因・背景

自傷行為を繰り返す者の臨床的特徴自傷行為を繰り返す者のなかには、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育してきた者が少なくない。それは、様々な虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、兄弟間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけなど、様々な形をとっている。実際、精神科通院中の自傷患者の67%が幼少期に深刻な虐待やネグレクトを受けた既往がある、という報告がある⁵⁾。

こうした過酷な生育環境は、子どもに「自分はいらない子ども、余計な存在である」と思い込みを植えつけ、援助希求能力を低下させる。自傷行為自体、人に助けを求めずに不快感情を軽減するという点で、彼らの援助希求能力の乏しさを反映している²⁾。

⑤疫学

首都圏12校の中学校・高校の生徒2,974名では男子7.5%、女子12.1%であった⁶⁾。欧州7ヶ国が共同して行った調査では、各国ともにおおむね男子の3~5%、女子の10~17%に自傷行為の生涯経験率であることが明らかにされている²⁾。

なお、一般の中高生で自傷行為の経験のある者は、早くより飲酒や喫煙といった精神作用物質の使用を経験している⁶⁾。

⑥予後・経過

自傷行為は、12~13歳頃よりはじまる者が最も多く⁷⁾、一部の者は自傷行為を反復する過程でエスカレートさせ、過量服薬や他の方法による自殺行動を併発する（図1・2）。自傷行為は、短期的には自殺とは峻別される行動であるが、長期的には自殺を予測する重要な危険因子である。事実、メタ分析によれば、過去1回以上の非致死的な自傷をした若年者の、10年以内の自殺死亡率は7%であり、自傷経験のない若者と比べて相対リスクが400~700倍の高いという¹⁰⁾。ただし、この自傷行為には過量服薬も含まれており、自己切傷に限定した場合の転帰については、信頼できる研究はない。

⑦治療のポイント

援助者の感情的に反応は、自傷行為を強化する危険性がある。冷静な態度であくまでも「医学的に」反応すべきである。また、対決的な態度で臨んだり、自傷の是非をめぐって議論するのも避けるべきである。むしろ共感しながら懸念を示す態度で、「自傷行為は、所詮、一時しのぎであって、困難な問題の根本的な解決策ではない」ことを粘り強く伝えて、

治療動機の掘り起こすのが望ましい¹¹⁾。

治療の導入にあたっては、自傷ログ（自傷記録や自傷日記など）をつけて協動的に自傷行為のトリガーを同定し、マインドフルネスなどの置換スキルを修得していくのがよい。こうした援助に併行して、背景にある現実的な困難を解決するために、重要他者との関係性に介入するなどの環境調整も必要である。必要に応じて抑うつ状態や衝動性・攻撃性を標的とした薬物療法を行うが、その際、benzodiazepine 系のように依存性や意識水準を低下させる作用をもつ薬剤の投与は慎重にすべきである。薬物依存を対したり、酩酊による衝動性の亢進、ときには解離の促進を引き起こすことがある。

なお、「自傷は絶対にしない」という限界設定よりも、「自傷したら必ず主治医に報告する」「自傷したら必ず傷の手当てをする」「他の患者や友人に自傷の傷を見せたり、自傷について詳細に話したりしない」という限界設定の方が、治療者—患者関係が不毛なパワーゲームになりにくい。

問題理解へのチェックリスト(以下理解できているか?)

- ☐ 広義における自傷行為の類型
- ☐ 自傷行為の定義
- ☐ 自傷行為と過量服薬との関係
- ☐ 自傷行為と摂食障害との関係
- ☐ 自傷行為と物質乱用との関係
- ☐ 自傷行為の意図
- ☐ 自傷行為と自殺企図の違い
- ☐ 虐待などの外傷体験との関係
- ☐ 解離症状の有無による自傷行為の臨床的特徴の違い
- ☐ 十代における自傷行為の生涯経験率
- ☐ 自傷経験者の長期的な自殺リスク
- ☐ 自傷患者に対する態度
- ☐ 自傷ログによるトリガーの同定
- ☐ 自傷行為に対する置換スキル
- ☐ 自傷患者に対する薬物療法の注意点
- ☐ 自傷患者治療にあたっての限界設定のあり方

問題理解のための自由ノート

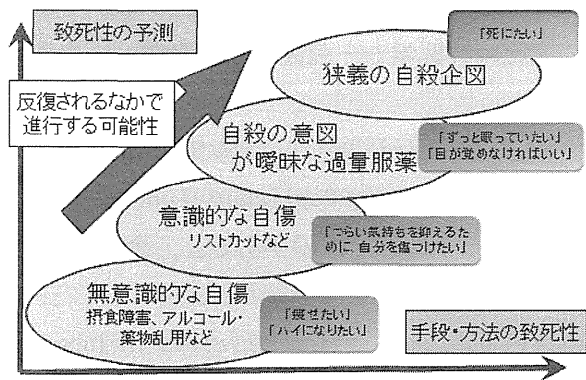


図2: 自己破壊的行動スペクトラム

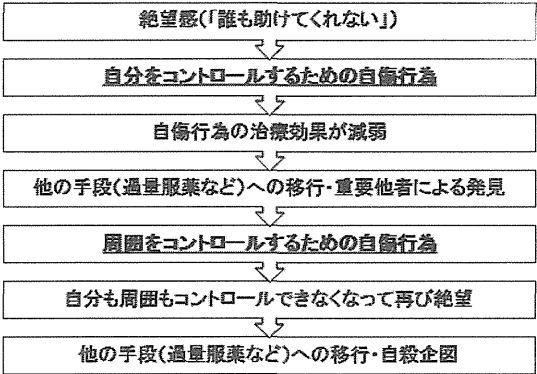


図1 自傷行為の増悪化プロセス

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

自傷行為を繰り返す患者に対して自らの陰性患者をコントロールして接し、感情的に反応せずに、あくまでも医学的に反応することができる。また、自傷行為の分類、意図、ならびに、自傷行為が持つ長所と短所を正しく理解、自傷行為と自殺企図との違いや、両者の密接な関係について、コメディカルに説明することができる。

研修中級（研修 proper）：

自傷行為と過量服薬、摂食障害、物質乱用との相違点、ならびに、これらの密接な関係について理解し、コメディカルに説明することができる。また、自傷ログを活用した患者との協動的な作業を通じて、自傷行為のトリガーを同定し、自傷衝動への対処方法について患者と話し合うことができる。さらに、自傷患者に対して薬物療法を実施する際に、薬物依存、あるいは脱抑制や解離促進といった点に配慮した処方を行うことができる。

研修上級（研修 master）：

自傷行為と外傷体験、さらには解離症状との関係について理解し、コメディカルにわかりやすく説明することができる。自傷行為の背景にある、患者が抱えている精神障害や現実的な困難（家族との関係性）を見きわめることができ、必要な家族介入や、他の関連する保健福祉機関と連携したケースワークができる。また、マインドフルネスをはじめとする様々な置換スキルのヴァリエーションを駆使して、自傷衝動に襲われた患者を支援できる。

参考文献

- 1) Favazza AR: Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, second edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996 (松本俊彦監訳「自傷の文化精神医学——包囲された身体」, 金剛出版, 東京, 2009)
- 2) Hawton K, Rodham K, Evans E: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. 21-39, Jessica Kingsley Publisher, London, 2006 (松本・河西監訳「自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き」, 金剛出版, 東京, 2008)
- 3) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A et al: Habitual self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 58: 191-198, 2004
- 4) 松本俊彦, 山口亜希子: 自傷行為の嗜癖性について—自記式質問票による自傷行為に関する調査—. 精神科治療学 20: 931-939, 2005
- 5) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治, 他: 過量服薬を行う女性自傷者の臨床的特徴: リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. 精神医学 47: 735-743, 2005
- 6) Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. Psychiat Clin Neurosci 62: 123-125, 2008
- 7) Matsumoto T, Imamura F, Katsumata Y et al: Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. Psychiat Clin Neurosci 62: 362-364, 2008
- 8) Matsumoto T, Imamura F, Katsumata Y et al: Analgesia during self-cutting; clinical implications and the association with suicidal ideation. Psychiat Clin Neurosci 62: 355-358, 2008
- 9) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭ほか: 自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因: 3年間の追跡調査. 精神神経学雑誌 110: 475-487, 2008
- 10) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry 181, 193-199, 2002
- 11) Walsh BW: Treating self-injury. Guilford Press, New York, 2005 (松本ほか訳「自傷行為治療ガイド」, 金剛出版, 東京, 2007)

推薦図書

1. 松本俊彦 (2009) 自傷行為の理解と援助～「故意に自分の健康を害する」若者たち. 日本評論社, 東京

Ⅱ-iii) 諸検査

1) 脳波検査

検査要約

脳波は、神経細胞の活動に伴って生ずる電気的变化を記録したもので、けいれん発作、不随意運動、意識障害などの神経症状を非侵襲的に評価できる検査である。

脳波は、一般に頭皮上から脳電位を記録し、2つの電極間の電位差を増幅器によって増幅して検出する。この電位差を記録することを導出といい、導出法は基準導出法(単極導出法)と双極導出法に大別できる(図1)。基準導出法では、左右の耳朶に置いた基準電極と測定したい部分の探査電極との電位差を測定する。耳朶の電位が高いと、探査電極の全記録に影響が出ることがある。双極導出法では、基準電極を用いず、隣接する2つの探査電極間の電位差を記録する。電位の高い部分をはさんで波形が反対向きになり、これを位相の逆転(phase reversal)と呼ぶ。この逆転が起こった電極の近傍に異常脳波原があると推定でき、焦点部位の検出に役立つ。また、双極誘導法では、心電図、交流障害などのアーチファクトが混入しにくい利点がある。

電極の配置には、解剖学的意味があり、国際電極配置法が広く使用されている(図2)。通常の安静時脳波で異常が出ない場合に、なんらかの刺激または内外環境の変化によって異常波を誘発することを賦活と言い、主に光刺激、過呼吸、睡眠賦活法がある。特に浅睡眠期と軽睡眠期ではてんかん波の検出に有用で、覚醒から睡眠に至る経時的記録を要する。その他の各賦活法についての記録または判読時に観察すべき項目については成書に譲る。

脳波では、一過性かつ単一の電位変化を「波」と言い、波は、周波数と振幅で表現される。また、周波数に基づいて「波」は分類されており、周波数がほぼ一致した「波」から構成されている脳波を律動と呼ぶ(図3)。ほぼ全般性、持続性に出現し、脳波の大部分を形成する脳波活動が背景脳波である。意識の評価では覚醒時の背景脳波が非常に重要である。これに対して、突然に始まり、急速に最大振幅に達し、突然に終わるような出現様式を示す脳波を突発性異常波と呼ぶ(図4)。

脳波判読の手順としては、①背景脳波における優位律動部位とその周波数、振幅、左右差、②非突発性異常波として、背景脳波の左右差、徐波の有無とその分布(全般性、局在性)、③突発性異常波の有無と、あればその分布④光刺激・過呼吸賦活法に対する反応、および異常波の誘発を評価する。てんかんの診断には突発性異常波の検出だけでなく、局在性の徐波にも注意する。てんかん性脳波異常は、必ずしも一回の脳波検査で出現するとは限らないし、ほとんど出現しない場合もある。繰り返す発作間歇期脳波、頬骨誘導や前頭眼窩電極を駆使した特殊誘導脳波、長時間脳波による発作時脳波の確認が必要である。

小児脳波では脳の発達過程が反映されるため、小児脳波には以下の特徴がある。①発達現象をみとめる。②内的、外的影響を受けやすい。③素因性波形を比較的好くみられる。④異常波にも年齢依存性が認められる。⑤異常所見の検出率が高い⑥臨床との関連性が高い。

検査理解へのチェックリスト

- ☐ けいれん性疾患以外の脳波検査適応疾患を知っている
- ☐ 基準電極導出法と双極導出法のそれぞれの特徴を知っている
- ☐ 脳波所見で表現する解剖学的名称を知っている
- ☐ 脳波賦活法の意義を知っている
- ☐ α 波、 β 波、 θ 波、 δ 波の分類と定義を知っている
- ☐ 年齢による背景脳波の周波数と出現優位部位を知っている
- ☐ 各睡眠段階での脳波特徴を知っている
- ☐ 健常小児でも突発性異常波が検出されることを知っている
- ☐ てんかん波の形態的特徴を知っている
- ☐ どんな時にアーチファクトが混入するか知っている
- ☐ 小児認める異常波と間違えやすい特殊波形を知っている
- ☐ 小児てんかん波の年齢依存性の特徴を知っている
- ☐ 特徴的なてんかん波からてんかん症候群を診断できる

検査理解のための自由ノート

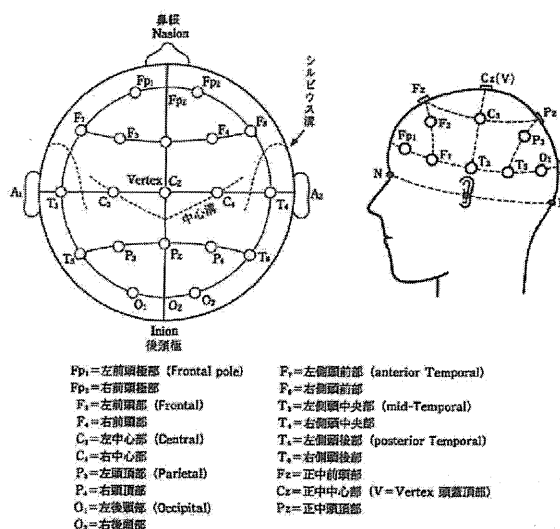


図1 基準電極波形と双極誘導波形