

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
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>
- 2) Kondo N, Sakai M, Kuroda Y et al.: General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in the mental health welfare center. *Int J Soc Psychiatry* 59:79-86, 2011
- 3) Tantam D: Lifelong eccentricity and social isolation. I. Psychiatric, social, and forensic aspects. *Br J Psychiatry* 153:777-782, 1988
- 4) Gillberg C: A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press, 2002
 田中康雄・監：アスペルガー症候群がわかる本、明石書店，2003
- 5) 齊藤万比古：不登校の児童・思春期精神医学、

金剛出版，2006

- 6) 近藤直司，小林真理子，宮沢久江：ひきこもりを伴う自閉症スペクトラム障害とメンタライゼーションに焦点をあてた精神療法，*精神分析研究* 57:22-29, 2013
- 7) 近藤直司，小林真理子，宇留賀正二・他：在宅青年・成人の支援に関する研究－ライフステージからみた青年・成人期PDDケースの効果的支援に関する研究－，「平成20年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」（主任研究者・神尾陽子），2008

著者連絡先

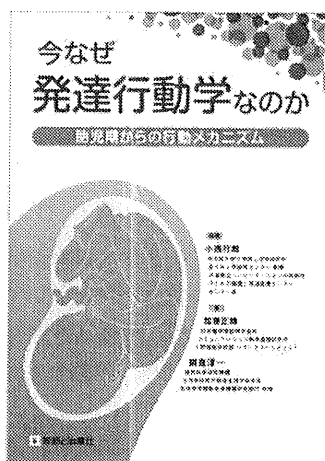
〒170-8470 東京都豊島区西巣鴨3-20-1
 大正大学人間学部臨床心理学科
 近藤直司

第21回日本胎児心臓病学会学術集会

会 期 平成27年2月13日（金）～14日（土）
 会 場 学術総合センター
 〒101-0003 東京都千代田区一ツ橋2-1-2
 会 長 左合治彦（国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター長）
 副会長 賀藤 均（国立成育医療研究センター病院長）
 テーマ 胎児の心臓を知る
 問合せ先 株式会社プロコムインターナショナル
 〒135-0063 東京都江東区有明3-6-11 TFTビル東館9階
 TEL:03-5520-8821 FAX:03-5520-8820
 E-mail:jsfc21@procomu.jp
 大会HP <http://www.procomu.jp/jsfc2015/>

今なぜ発達行動学なのか

—胎児期からの行動メカニズム—



「動く」ことから「こころ」が生まれてくる、という仮説に基づき、胎児期からの運動を起点に、乳児期までの運動発達や認知情動発達について解説。謎に満ちた発達のメカニズムについての考証を繰り広げ、近年、とくに問題となっている発達障害も、行動の出発点である胎児期から、その発生メカニズムを前方視的に観察研究する必要がある、という考えに基づき、現在の発達障害の臨床に警鐘を鳴らしている。既存の発達神経学を再考証し、新しい学問としての発達行動学を模索した1冊。

■編著

同志社大学大学院心理学研究科赤ちゃん学研究センター教授 / 兵庫県立リハビリテーション中央病院子どもの睡眠と発達医療センター長

小西 行郎

■著

日本電信電話株式会社コミュニケーション科学基礎研究所
人間情報研究部リサーチスペシャリスト

加藤 正晴

自然科学研究機構生理学研究所発達生理学研究室
生体恒常機能発達機構研究部門教授

鍋倉 淳一

■A5判 200頁 定価(本体3,800円+税)
ISBN978-4-7878-2033-4

■目次

はじめに—今なぜ発達行動学なのか

第1章 ヒトの行動の始まりを考える

- 第1節 胎動の研究の歴史
- 第2節 運動発達の俯瞰
- 第3節 胎動の出現・発達と中枢神経の発達

第2章 発達期における脳機能回路の再編成

- 第1節 神経回路の基本単位
- 第2節 神経ネットワークの形成
- 第3節 神経回路の再編成
- 第4節 今後の課題

第3章 視覚・聴覚・触覚とその統合・発達

- 第1節 視覚の発達
- 第2節 聴覚の発達
- 第3節 触覚の発達
- 第4節 嗅覚と味覚の発達
- 第5節 複感覚の統合

第4章 発達学の再構築

- 第1節 覆されたneural maturationist model(NMM)
- 第2節 神経ターウィニズム(neuronal group selection theory)

第3節 脳の可塑性とシナプスの過形成と刈り込み

第4節 発達学再考

第5章 新生児の運動

- 第1節 新生児の運動
- 第2節 原始反射の発達
- 第3節 general movement(GM)の発達と意義
- 第4節 随意運動は新生児期から?
- 第5節 運動と知覚の輪が認知を進める

第6章 運動発達の原則を見直す

- 第1節 自己の身体認知と利き手
- 第2節 自己の運動認知
- 第3節 ヒトはなぜ歩けるようになるのか
- 第4節 運動発達の順序性
- 第5節 発達の節目—運動発達と認知・社会性の発達の大きな変換点
- 第6節 全体の運動から個々の運動へ
- 第7節 運動の多様性を造る
- 第8節 ミラーニューロン発見の意味



診断と治療社

〒100-0014 東京都千代田区永田町2-14-2山王グランドビル4F
電話 03(3580)2770 FAX 03(3580)2776
http://www.shindan.co.jp/
E-mail:elgyobu@shindan.co.jp

子どもの自殺関連行動*

渡 辺 由 香** 尾 崎 仁** 近 藤 直 司**

Key Words : suicide, self-injury, self-harm

はじめに

警察庁の統計によると、国内の自殺者数およそ3万人のうち、20歳未満の自殺者数は、年間約600件と報告されている¹⁾。子ども人口が減少している割に件数は減ることがなく、割合としては増加傾向にあるといわれており、児童精神科医として、子どもの自殺関連行動への対応を検討することは急務である。

東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科(以下、当科)では開院以来24時間体制で緊急入院を受け入れているが、緊急入院の症例のうち約4分の1は自殺関連行動によるもので

あり、本稿では、当科での緊急入院症例を通して、子どもの自殺関連行動の現況と再企図の予防について検討したい。ここでは希死念慮の有無を問わず、自傷、自殺企図を含めて『自殺関連行動』として取り扱うこととする。

2010年3月～2013年3月までに、自殺関連行動を理由に緊急入院に至った112例について診療録から後方視的に検討した。性差は男児38例：女児74例であり、おおよそ1:2の割合で女児が多かった。年齢は10～18歳までに分布し、平均値・中央値ともに15歳、年齢分布に男女差はみられなかった。12歳、15歳、17歳にピークがあることから、中学・高校入学時の環境の変化や将来の進路選択が影響している可能性が考えられた(図1)。

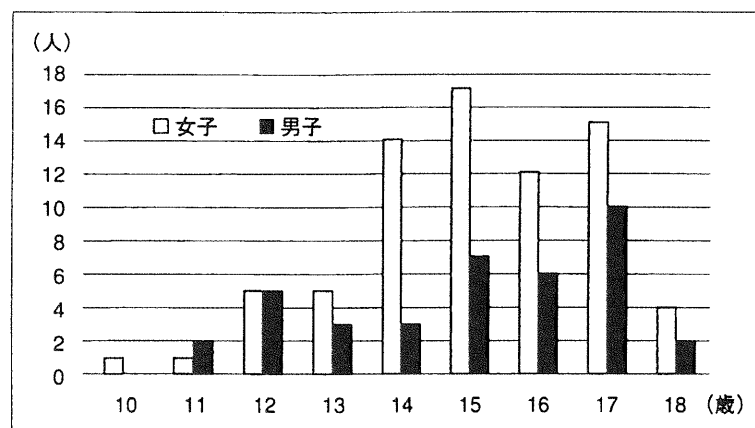


図1 性差・年齢

* Child and Adolescent Psychiatry③⑧—Suicidal behavior in children and adolescents.

** Yuka WATANABE, M.D., Jin OZAKI, M.D. & Naoji KONDO, M.D.: 東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科(〒183-8561 東京都府中市武蔵台2-8-29) ; Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Fuchu, Tokyo 183-8561, JAPAN

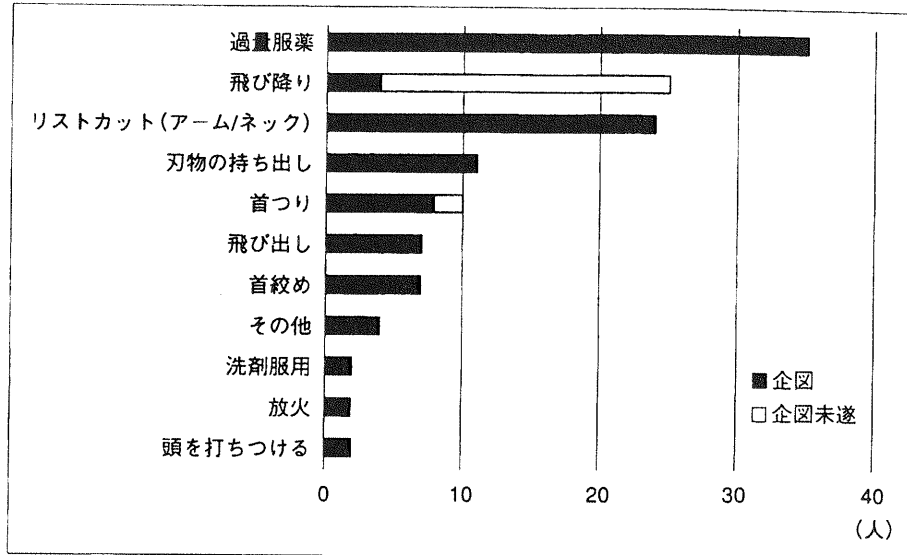


図2 自殺関連行動の手段

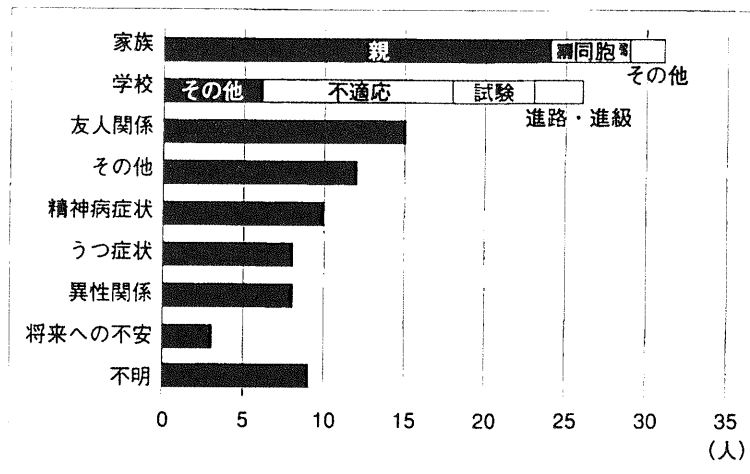


図3 直接的誘因

自殺関連行動の手段

図2に示したように、自殺関連行動の手段としては過量服薬が最多であった。当院、他院を含めてそれまでに精神科通院歴があったケースが全体の8割超を占めており、処方薬の過量服薬が大半であったが、数例は市販の解熱鎮痛薬など、自宅に常備してあるか、子どもでも比較的手に入れやすそうな薬物であった。リストカット(アームカット、ネックカットを含む)や刃物の持ち出しも多くみられていたことから、薬と

刃物の管理を徹底することである程度の予防ができる可能性があると考えられた。また少数ではあるが、放火、線路立ち入り、川に飛び込むなど致死性の高い手段をとる例もあった。

自殺関連行動の直接的誘因

図3に示したように、自殺関連行動の直接的誘因として主となるのは学校関係と家族関係であった。学校関係のなかで不登校や進級の問題で行き詰まったというケースに加えて、試験前日で試験を受けたくなかったといったケースが

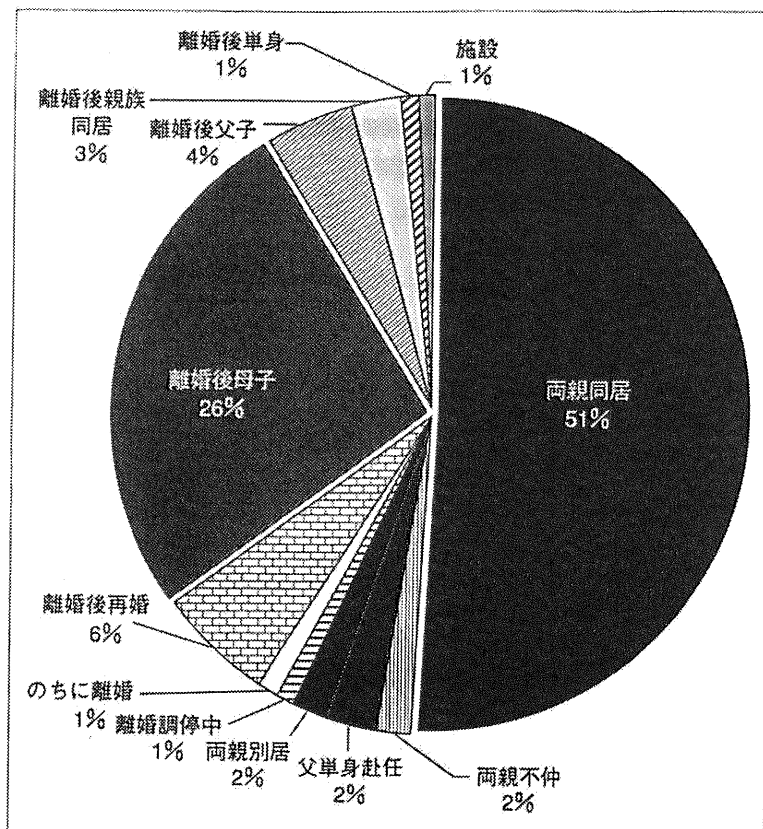


図4 家庭背景

5例認められ、子どもにとってははじめなどの対人関係の問題だけでなく、学業も大きな負担になっていることがわかる。その他としてアダルトサイトから高額請求や万引きの発覚、体重への固執など、客観的にみれば些細なことでも自殺関連行動の誘因となりうることもわかった。

家族や学校など心理社会的背景

家族背景としては図4のように、両親同居の家族が約半数、母子/父子家庭が3割を占め、ほかにも複雑な家族背景を抱えるケースが多い。過去に虐待を受けていたことが明らかであったものは、心理的虐待20例(全体の18%)、身体的虐待17例、ネグレクト10例、性的虐待5例、医療ネグレクト1例であった(重複あり)。

また、第3親等以内に精神疾患の家族歴を持つものがちょうど半数の56例であった。家族歴の内訳としては気分障害が多く、1親等に28例、2親等に6例、3親等に6例あり、3親等内に自

殺者がいるケースが5例あった。これらの結果からは、本人のみならず家族全体をサポートしていく体制の整備が必要と考えられた。

次に、学校の状況としてははじめられ体験が38%、不登校歴が71%、入院時の不登校が44%にみられた。登校できずに孤立していることが自殺関連行動の危険因子になりうることから不登校のケースが多いと予想していたが、過去の不登校歴が71%と高率であるのに比べて、入院時の不登校は44%にまで減少していた。このことから、もともと不適應であった子どもが登校できるようになると、子どもは登校だけで精一杯であるにもかかわらず、周囲からは成績や友人関係などでさらなるステップアップを求められ、追い詰められた状態で自殺関連行動に至ったのではないかと推測された。

精神医学的診断と治療

ICD-10に基づく主診断の内訳を図5に示した。

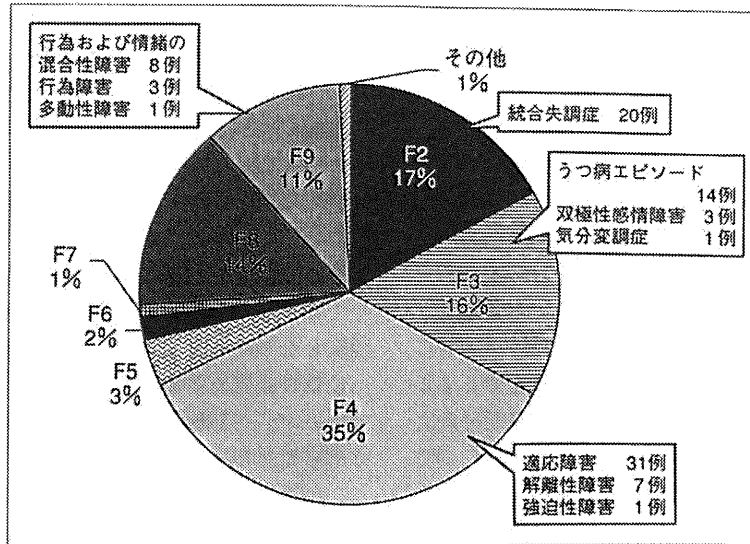


図5 診断

成人の先行研究では気分障害圏が多いとされているが、今回の調査では気分障害圏だけでなく、適応障害圏も多くみられた。発達障害圏も多く、広汎性発達障害を主診断とする16例に加えて、広汎性発達障害を併存するケースも多く、F2が3例/19例(16%)、F3が9例/18例(50%)、F4が17例/39例(44%)、F5が2例/4例(50%)であった。治療については、基本的に個々の疾患に応じた入院治療となるが、自殺関連行動に至った経緯を詳しく聞いていくような個人精神療法は全例に行っており、その他81%に薬物療法、46%に家族介入(家族療法的アプローチ、施設入所などのケースワーク、心理教育など)、46%に学校関係の介入(院内学級の利用、入院中の登校練習、学校の先生を招いて関係者会議を開催するなど)と、自殺関連行動の誘因となった環境の調整を図っている。

希死念慮の表出

緊急受診した子どもに、初対面の医師が「死にたい気持ちはある？」と質問しても、言語的に希死念慮が表現されることはそれほど多くない。特に、虐待を受けて育った子どもや自閉症スペクトラムの子どもは感情を表現することが苦手である。そのため自殺関連行動を起こしたとき、子どもに希死念慮があったかどうか、本当のと

ころが把握できないことがある。そのため、希死念慮の有無ではなく、以前、周囲に対して「死にたい」と訴えていたことがあるか、入院時に希死念慮に関する質問に対してどのように答えていたか、という2点について調査した結果、事前に表出があったものが57%、入院時に表出があったものが51%と、どちらも半数程度にすぎなかった。これは子どもが明らかな希死念慮を表出していなくても自殺関連行動を起こするということや、希死念慮を有していなくても突然の自殺関連行動に至るといった衝動性の高さを表しているのかもしれない。あるいは前述のように、表出が苦手な子どもが多いこと、不登校、複雑な家庭背景などがあって、表出する対象がおらずに孤立していたことが関連しているかもしれない。

診断別にみると、気分障害(F2)のケースでは事前/入院時ともに78%のケースで希死念慮の表出があり、他疾患に比べて有意に多いことがわかった。このことから、気分障害圏の子どもは抑うつ症状によって生じた比較的明確な希死念慮を背景として自殺関連行動に及んでいるものと推測される。

症 例

ここで実際に経験した症例を2例紹介し、考

察を加えたい。個人情報の保護に配慮して論旨を損わない程度に改変し、公表することは本人および保護者の許可を得ている。

〔症例 1〕12歳、男児、広汎性発達障害。

言語発達はゆっくりであったが、その他の精神運動発達に遅れを指摘されたことはなかった。幼少時から特定の物への関心が強く、収集に没頭し、好きなことに関しては話し出すと止まらなかった。小学校では特に問題は指摘されずに適応できていた。中学校に進学後、孤立するようになり登校を渋ったが、両親からは厳しく叱責されて断続的には登校していた。ある日、父親から学校に行くようにと説教された後、川に飛び込み自殺を図ったところを保護され、当科に緊急入院した。事前に希死念慮の表出はなく、入院時にも希死念慮に関してははっきりと答えることはなかった。

入院翌日には何事もなかったようにケロッとして、病棟での日課やルールについて質問してきていた。コミュニケーションは一方向的で感情表出に乏しかったために本人へは個別にSST(ソーシャルスキル・トレーニング)を行い、高機能自閉症として両親に心理教育を行った。病棟生活に慣れるに従い、正義感が強く、裏表のない正直な性格が他患から信頼され、病棟では人気者となった。思春期男子病棟で学校では体験できなかった仲間関係を作ることができ、自信につながったように思われた。ある日病棟の日課中に離院していなくなるという事件が起こった。病院職員で近隣を探し回り、数時間後に病院裏手の林で発見されたが、本人はケロッとして「天気がいいから蟬取りをしたかった」と述べた。両親の希望もあり薬物療法は行っていなかったが、衝動性の高さや想像力の偏りから見通しが立てにくいことが痛感された。離院の後、本人と両親の希望が強く退院したが、元の学校に登校できず、地域の適応指導教室ではプログラム中にいなくなってしまうことがあり、利用を中止された。当科で行っている思春期デイケアでは病棟と同じように集団に入ることができ、ユニークなゲームを自ら提案するなど適応は良好であった。しかし、学校に行っていないという一点で、

自宅では肩身が狭いらしく、毎日朝から夕方までをデイケアで過ごし、また夕食後に病院へ来て、主治医に「入院したい」と訴えることが半年ほど続いた。両親は本人の特性をユニークな個性として捉えながらも学校に行っていきたいという要求は変わらず、その後全寮制の中学校に転校した。本人に合った居場所ができたことで安定して過ごせるようになり、家族関係も改善し、今では長期休みのたびに外来に経過報告に来る程度となっている。当時、希死念慮に基づいて川に飛び込んだのかどうかはまだに明らかではないが、主治医は彼なりの援助希求のサインであったと捉えている。

このように、広汎性発達障害の場合、援助希求の苦手な子どもが突然大きな行動化に至り、翌日にはケロッとしているという場面にたびたび遭遇する。広汎性発達障害児の自殺関連行動の特徴について、主診断ないし併存診断として広汎性発達障害を含む群47例とその他の群65例に対して比較検討を行ったところ、過去の自殺関連行動歴は非広汎性発達障害群72%に比べて広汎性発達障害群49%と有意に少なく、入院加療後の再企図も非広汎性発達障害群40%に比べて広汎性発達障害群26%と少なかった。広汎性発達障害群では突然、1回きりの企図であることが比較的多いといえそうである。また手段に関しては、他の疾患と比べて広汎性発達障害群では道具を使うもの(リストカットや刃物持ち出し)が少なく、道路などへの飛び出しが有意に多かった。

先行研究では広汎性発達障害の児は、想像力の特徴から自殺企図をしたらどうなるかという葛藤が抑止力となりにくいことや、定型発達群と比較して致命的な手段を取りやすいこと、うつ病などの併存診断が自殺のリスクを高めるとともに、精神障害を合併していなくても自殺企図に及ぶ可能性が、定型発達者に比べて高い可能性があることが報告されている²⁾。さらに今回の研究からは、通院歴があつて診断を受けていた例が多かったことから、診断はされても支援が行き届いていなかった可能性があり、本人や家族に心理教育を徹底して特性の理解を進めることや、生活面全般への支援が必要であること

が示唆された。

〔症例 2〕15歳，女兒，うつ病，解離性障害。
幼少期の精神運動発達に異常を指摘されたこと
はない。3名同胞中第1子長女として生育し，
中学校までは我慢強い優等生タイプであった。
中学生時に性被害を受けたが，周囲に打ち明け
ることができなかった。同時期から慢性的な抑
うつ気分，希死念慮，睡眠障害，リストカット
が出現した。高校入学後に不登校となり，自傷
行為の増悪がみられた。解離性の健忘があり，
夜間徘徊し，気がついたら近所の川べりにいた
など安全が確保できなくなったために半年間の
入院加療を行った。

入院中もほとんど自室内で過ごしており，他
児と交流することはなかった。頭痛などの身体
症状がたびたび出現したが，医療者に訴えるこ
とができなかった。「死ぬ」などの解離性幻聴が
あり，気分の変動や身体症状はフラッシュバッ
クと関連していると思われた。両親はなかなか
本人の自傷行為を受け入れることができなかつ
たが，家族面接のなかで両親の不仲や父親の無
関心と母親の過干渉が明らかとなり，両親の一
致した対応と安全な距離を保ちつつも本人を受
容してもらうように働きかけた。薬物反応性は
不良であり，入院加療は危機回避の手段にすぎ
ず，病状の劇的な改善は得られないまま外来加
療へと移行した。

外来では週1回の個人精神療法を行っている
が，抑うつ気分や「自分は価値がない」という認
知は修正されないまま，以前よりは減ったもの
のリストカットが続いている。

本症例の自傷行為と自殺の関係について考察
したい。従来，慢性的な自傷行為は自殺とは無
関係であると捉えられる傾向があったが，思春
期症例の経過を追ってみると，リストカットか
ら始まって過量服薬や飛び降りなどのより致死
的な方法で再企図に至るケースも稀ではない。
先行研究では，過去1回でも自傷行為の経験が
あるだけで，将来の自殺既遂のリスクが数百倍
にまで高まると報告したのものや，自傷を繰り返
す過程で嗜癖化が進行すれば，行為を制御でき
なくなり，最終的には自殺行動へ傾斜してしま

うと警告されたものがある。さらに別の研究で
は，自傷者は，死ぬために自傷することは少な
いが，自傷していないときに死の観念にとらわ
れていることが稀でなく，あるとき，いつも自
傷をしているのは別の方法・手段(たとえば過
量服薬)で自殺を試みることがあるという³⁾。

今回の研究でも入院加療後に再企図に至った
ケースが38例あり，うち2例は既遂であった。
本症例においては本人の抱えるつらさは軽減せ
ず，主治医は無力感を抱くばかりである。しか
し，本人にとっては生きていくこと自体への支
えが必要であり，こうして孤立することなく医
療と「つながっていること」がより激しい自殺関
連行動を抑止しているのではないかと考えて
いる。

おわりに

子どもの自殺関連行動において，希死念慮の
表出があるものは半数程度にすぎない。言いか
えれば子どもが「死にたい」と打ち明けたときは
有効な介入を計るための貴重な機会であり，そ
の訴えを真剣に受け止めるべきである。ただし，
「死にたい」という言葉は必ずしも文字どおり「死
にたい」のではなく，つらい，苦しいなどの援助
希求の表現かもしれない。年齢や発達段階によ
って十分に死の概念を理解できていない可能性が
あり，子ども自身が死についてどう捉えている
かを話し合うことも重要である⁴⁾。同時に，「死
にたい」と打ち明けられなかった子ども自身の援
助希求のスキルを伸ばすことも必要である。子
どものレベルに合わせて文字でやりとりする，
非言語的交流を図るなど，聞き方を工夫するこ
ともできる。

昨今マスメディアではいじめによる自殺ばか
りがクローズアップされているが，子どもの自
殺関連行動は多くの要因が重なって起こるため，
子どもの自殺=いじめがあった，という単純な
図式では解決されない。まずは子ども自身の疾
患や特性のアセスメントをすること，次に家庭
背景や学校，対人関係などの子どもを取り巻く
状況を理解することが必要である。そのうえで
子どもの「居場所」を作ること，家族以外の相談
できる大人とつながっていることなど，個々に

応じた介入を要する。また、筆者(渡辺)は子どもが生きて大人になりたいと思えるような良きモデルでありたいと考えている。今後も臨床と研究を積み重ね、生きづらさを抱える子どもたちが少しでも生きやすい社会を作る取り組みについて考えていきたい。

文 献

1) 警察庁生活安全局生活安全企画課, 平成24年中に

おける自殺の状況資料, 2012.

- 2) 三上克央, 発達障害の自殺, 自殺—精神科医として何ができるか—, 精神科治療学 2010 ; 25 : 199.
- 3) 松本俊彦, アディクションとしての自傷「故意に自分の健康を害する」行動の精神病理, 東京: 星和書店 ; 2011. pp. 77-96.
- 4) シンシア・R・フェファー, 高橋祥友・訳, 死に急ぐ子供たち 小児の自殺の臨床精神医学的研究, 東京: 中央洋書出版部 ; 1990. pp. 45-69.

* * *

● 子どもの発達障害—家庭から教育現場でのかかわり

不登校・ひきこもりと発達障害

* 東京都立小児総合医療センター 児童・思春期精神科 ** 同 部長

近藤直司** 遠藤季哉*

要旨

本稿では、自閉症スペクトラム障害（ASD）と注意欠陥多動性障害（ADHD）を背景とする不登校のメカニズムについて述べた。また、“不登校が平気なタイプ”と“不登校を悩むタイプ”に分けて、治療・支援方針について論じた。さらに、青年期に至ったひきこもりケースへの通所型の支援と比較して、児童・思春期ケースを対象とした入院治療の有効性が高いことを示した。

児童・思春期の不登校・ひきこもりと発達障害

1. 不登校・ひきこもりのメカニズム

学校とは、毎日定時に同じ場所に行くこと、同世代と交流すること、それと同時に大人から指導を受けること、時には上級生など立場の違う相手とかかわること、などが求められる世界である。安定した登校は、自分の居場所を作り、人間関係や学業成果を維持する条件となることから、児童・思春期の子どもの発達・成長を考えると、学校という社会に参加できているかどうかを軽視することはできない。

同世代との交流では、ある程度共通の感覚や趣味・嗜好を持つ必要があり、状況に沿った立場の使い分けや、場に応じた発言が求められ

キーワード：自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動性障害、

児童・思春期、青年期

Developmental Disorders of Children and Young People:
Consideration at School Education and in Home Care

Masami Sasaki

Department of Medical-Welfare,
Kawasaki University of Medical-Welfare

る。また、授業や行事への参加においては、興味やセンスの有無にかかわらず、未知の対象に一定程度の意欲を持ち続けて取り組むことや、時には集団の前でその成果を発表することも必要になる。さらに、中学生以上になると、教師を始めとする大人への適切な振舞いや異性への接し方も重要である。しかも、それらの課題の多くを、与えられたペースでこなされなくてはならない。

こうしてみると、多くの子どもにとって学校に適應することは容易ではないように思われるし、実際にすべてがうまくいっている子どもは全体の一部に過ぎないのではないだろうか。むしろ、学校生活の維持において最も大切なことは、全部または一部が“あまりうまくいっていない”という状況に耐え、時には劣等感、無力感、怒りなどの感情と折り合いをつけながら、ある程度の見通しを持って（例えば、卒業でもクラス替えでもかまわない）、未来に希望を抱くことができることではないかと思われる。

自閉症スペクトラム障害（ASD）を背景とした仲間集団との交流の困難は、常識の獲得困難、状況判断の苦手さ、共感性の低さ、独特な趣味嗜好、奇異なコミュニケーション様式などによって生じる。また、ASDの子どもが素直に表現する、“損得への敏感さ”“自尊心の高さ”などは、日頃から適應的であることに腐心し自らの言動を調節している他児にとっては、ユングの言う“影”、つまり、自分の意識下にある触れたくない部分を脅かされるような体験になるため、周囲から攻撃・排斥されてしまうこともある。学業においても、興味・関心の狭さ、同級生からの情報収集の困難、感覚過敏の問題、しばしば合併する注意欠陥多動性障害（ADHD）症状などから、思うような成果が上がらず、意欲やモチベーションを失いやすい。また、想像力の障害のため、現実的・連続的に自分の将来に思いを馳せることが苦手²⁾。学校生活や学習、知識を身につけることなどが、将来・未来につながるととらえにくい傾向がある。このほか、一定の適應能力を持つ児であっても、生活リズムの乱れやすさから、安定した登校ができず、居場所を失ってしまうこともある。

いずれにせよ、ASD児はその発達特性から、不完全・不安定な状況を未解決のまま抱えていくことが難しく、“あまりうまくいって

ないこと”が前提となるような学校生活の維持に困難を伴うことが多い。また、身体的な変化を受け入れつつ、周囲の子どもたちもそれぞれに情緒不安定な状況で学校生活を乗り切り、他者との関係における自分のあり方に気づき²⁾、自分に必要なものと不必要なものを峻別し、自我同一性・アイデンティティを獲得していく作業は容易ではない。

本来的に学校生活が苦手な ASD 児が上記のような過酷な状況に身を置き、不登校に至った場合について、適応という観点から2つに分類してみたい。1つは“不登校が平気なタイプ”であり、もう1つは“不登校を悩むタイプ”である。近年、従来から把握されていた神経症圏の不登校と比較して、不登校であることを悩まないタイプの子どもの数が増えているという指摘があり³⁾、以下に述べる“不登校が平気なタイプ”と重なりがあるものと思われる。

“不登校が平気なタイプ”は、対人希求は乏しいものの、興味や関心のあることには積極的で、昼間でも外出したり、誘われれば放課後に同級生と遊んだりする。そのため、深刻なひきこもりに至ることはなく、家族からは気楽に生活しているようにも見える。苦手な刺激を回避しているため、強迫症状や不安などの精神症状を来すことも少ないが、登校を強く促されると、身体不定愁訴や精神症状、暴力が出現することがある。

再登校は必ずしも容易ではないが、何かのきっかけや、その子なりに区切りをつけることによって、あっさり登校を始めることもある。このタイプは、子どもたちが「(自分は ASD なので)今は問題に立ち向かえない」ということを無意識的・前意識的に受け入れていることが特徴的である。ASD 児が本来的に学校生活を苦手とすることを考慮すれば、不登校をある種の猶予期間や時間稼ぎとして利用することは、むしろ1つの適応様式として肯定的にとらえて良いのではないかと思われる。ただし、問題解決を先延ばしにしたまま不登校が長期化し、進路が決まらないまま中学校卒業を迎えると、その後、ひきこもりやニート状態が生じやすいことには、留意しなければならない。なお、思春期 ASD のひきこもりは、知的レベルにかかわらずに生じうることが指摘されている³⁾。

“不登校を悩むタイプ”は、一見平然としているように見えても、

表1 不登校の自閉症スペクトラム障害 (ASD) 児と家族のパターン

本人 \ 家族	不登校を許す (a)	不登校を許さない (b)
不登校が平気である (A)	<ul style="list-style-type: none"> ・穏やかな毎日 ・何かのきっかけで再登校 ・不登校が長期化するリスク 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊張した家族関係 ・家族の焦りから医療につながるが、本人は来院を拒否
不登校に困っている (B)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状あり ・ひきこもりや家庭内暴力のリスク 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状や家庭内暴力が増悪しやすい ・医療につながりやすいが、治療は難しい

本人の姿勢 (A, B) は、学校生活への関心、不登校のきっかけ、防衛機制などの点で異なるが、家族の姿勢 (a, b) が変化することによって現実には曝される程度が変化したり、時間の経過によって A⇄B と変化することがある。

同級生と会うことを嫌がり、視線恐怖や被害念慮を訴えて閉居することがある。強迫症状や昼夜逆転もしばしば見られる。いじめや教師の不適切な対応が不登校の原因であると訴え、タイムスリップ現象に基づくパニックを来すこともある。周囲に問題の解決を求めるが、環境調整を試みても実際には安定した登校は困難である。このタイプは、現実をいったん棚上げして猶予期間に逃げ込むことができないこと、前述の“平気なタイプ”と比べて想像力やメタ認知といった点で劣る子どもが多いこと、性急に問題を解決しようとし過ぎて裏目に出やすいこと、傷つきやすく他罰的な傾向が目立つこと、などが特徴的である。学校生活と折り合えなかったのと同様に、不登校状態になった自分についても妥協ができない。そのため、行き場を失ったかのように非現実的で万能的な空想に没頭しやすく、等身大の自分を受け入れられないまま、アイデンティティ形成に悪影響を及ぼすこともある。特に男児の場合は、母親との密着した enmeshed な関係によって心理的に退行しやすく¹⁾、家庭内暴力に至ることも多い。

この2つのタイプを分類してとらえることは治療方針を検討する際に有用である。さらに、家族が不登校をどのようにとらえているかという点も問題の表れ方に強く影響するため、その両者を変数とした4分類を表1に示す。

ASD とは異なり、ADHD で多動が目立つタイプのケースでは、小学校低学年からの立ち歩きなどのため、比較的早期に治療・支援の対

象となることが多い。また、授業や行事などに安定して参加できないことから、成績不振やクラス内での孤立を招きやすい。対人希求が満たされないことや self-esteem の低下から、他児への暴力や教師への反抗などにつながりやすい。しかし、居心地の悪さを感じつつも深刻な学校嫌いには至らず、登校の意欲を保ち続けることが多いようである。これは ADHD 児に特徴的なことであり、自然な形で登校の意欲を持ち続けている子どもを ASD と診断することには、慎重であるべきではないかと思う。

これに対して不注意型は、提出物を出せないことなどで、同級生から“ダメな子”として扱われることや、学業不振をきっかけに不眠や登校しぶりを訴えるようになって、初めて問題となることが多い。不登校に至っても環境調整の効果が得られやすく、長期の不登校・ひきこもりに至る事例は少ないと思われる。

2. 治療・支援

全体的に見ると、不登校の70%前後は長期的には良好な転帰を示すとされるが、発達障害の特性の幾つかはひきこもりに親和性があると言われ、ひきこもりの長期化を回避するために、早い段階から環境と個人それぞれに総合的な働きかけが必要である⁹⁷⁾。

“不登校が平気なタイプ”のASD児に対しては、まずは個人への働きかけが中心となる。学校生活に対する動機付けが低いため、登校できても本人の喜びは少ない。意欲を維持させるためには、登校に正の強化子をつけることが有効なことが多い。具体的には、登校のたびにトークンを与え、本人の興味関心のある物を購入することなどであるが、物を買って与えることが新たな悪循環を生じさせないように、トークンの量や強化子の内容を十分に吟味し、発達・成長促進な方向性を意識する必要がある。身体的な不定愁訴には、抗不安薬の頓用などで対処する。学校生活の意義はなかなか理解できないが、面接では登校していることを支持し、トラブルなどへの対処法を共に考えつつ、登校で得られる強化子以外の利益を確認しながら本人の成長を待つというのが、筆者らの基本的なスタンスである。登校が困難な場合は、家族との関係が重要となる。家族から叱責や登校刺激によって精神症状が出現することもあり、登校刺激は慎重に時期を見極めて行う必要が

ある。

“不登校に悩むタイプ”では、登校できない理由に無関心であることは少ないので、学校生活に参加しやすくするための環境調整が意味を持つことから、転校や転級が検討されることもある。本人が環境の変化を嫌い、拒否することも多いが、体験登校などで環境に慣れさせることが有効な場合がある。対人交流に困難を抱えるケースでは、social skill training なども導入する。しかし、自分自身や環境と折り合うことが困難な発達特性や、つらかった記憶が時間とともに薄らぐことがないために、環境調整の効果が得にくく、ひきこもりに至りやすい傾向がある。特に男児例では、母親との密着や激しい暴力が見られることもあるため、家族機能の回復を促し、生活の枠を決める必要がある。地域の関係機関と連携し、訪問なども積極的に依頼する。暴力に対しては抗精神病薬などを、その他の精神症状に対しても薬物療法を検討する。

不登校の長期化や深刻なひきこもり、ゲームやインターネットへの依存、激しい家庭内暴力などを生じている場合には入院加療を検討する。入院治療には、密着した親子関係をリセットし、安全に同世代との交流を再開する機会を持つことができること¹⁾、構造化された環境で、生活リズムを整えることができること、などの意義がある。また、院内学級への通学により、学習上の問題に関する評価や、地元の学校との連携などを進めることができる。

ADHD の不登校に対しては、刺激を減らすことなど、学校の環境調整が有効である。併せて、本人の自信喪失に支持的に対応できるよう、教師や家族に対する心理教育も重要となる。ASDと異なり、不登校前の出来事に執着することは少なく、再登校に成功すると、以後は比較的スムーズに回復していくことが多いように思う。本人には支持的に接し、必要に応じて中枢刺激薬などを処方するが、服薬にあたっては、家族全員が賛成していることを確認するなど、子どもが服薬を後ろめたく感じないで済むような環境づくりが必要である。

なお、不登校・ひきこもりのすべての状況で、親へのガイダンスは非常に重要である。治療が速やかに成果に結びつかないこともあり、治療者は徒労感を感じることもあるが、多くの家族が同じ思いを、ず

っと以前から、治療者よりも深く体験し続けてきたであろうことを忘れてはならない。

青年期以降のひきこもり

児童期・思春期ケースが小・中学校や高等学校への進学や適応が課題になるのに対して、青年期以降のケースでは大学進学やその後の社会参加が課題になり、連携する社会資源も異なってくる⁹⁾。ひきこもりの基本的なメカニズムは児童期・思春期ケースと大きく異なるものではないように思われるが、長期化したひきこもりケースでは、社会参加への動機付けや意欲を失っていることが多く、治療・支援への導入が難しいケースも少なくない。

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』¹⁰⁾では、個別から小集団の経験を経て社会参加や就労へ、といった段階的な治療・支援プロセスと、それぞれの段階における留意点が示されている。こうした支援によって、実際にどれくらいのケースが社会参加に至るのかという点については今後の検証が待たれるが、上記ガイドラインの作成にあたって、16～35歳までのケースを対象に実施された精神保健福祉センター（こころの健康センター）の共同研究¹⁰⁾では、1年半～2年程度の調査期間内に社会参加に至ったケースが15%程度にとどまったことから、青年期のひきこもりケースに対する治療・支援は、数年に及ぶケースが少ないことを想定しておく必要がある。

一方、上蘭ら¹¹⁾は、東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科において入院治療の対象となった6～17歳（平均年齢13.5歳）の症例を検討し、診断としてはF8（心理的発達の障害）が50人中24人（48.0%）と最も多く、次いでF2（統合失調症圏）が12例（24.0%）、F4（神経症圏）が10例（20.0%）であったこと、20～416日（平均137日）の入院治療によって、追跡できた45例中33例（73.3%）で改善を認めていたこと、そのうち12例（26.7%）は退院後、再びひきこもり状態となっていたが、5例は再入院によって改善していたことを報告している。診断別の治療成績や治療内容、長期的な予後など、さらに詳細な検討を要するものの、児童・思春期ケースの入院治療は、青年期・成人期の通所型の相談支援と比較すると格段

に治療成績が良いことが示唆され、早期支援の重要性と有効性を実感するデータである。

おわりに

本稿では、ASDとADHDを背景とする不登校のメカニズムについて述べ、ASDを背景とする不登校児を“不登校が平気なタイプ”と“不登校を悩むタイプ”に分けて、それぞれの治療・支援方針について論じた。さらに、青年期に至ったひきこもりケースへの通所型の支援と比較して、児童・思春期ケースの入院治療の有効性が高いことを示した。

文 献

- 1) 近藤直司: 社会的ひきこもりと自閉症スペクトラム障害. 自閉症スペクトラム研究 10: 37-45, 2013.
- 2) 白井利明: 自我に目覚める時期. 児童心理. 臨時増刊 939: 68-73, 2011.
- 3) 鍋田恭孝: 思春期・青年期の病像の変容の意味するもの. 精神療法 38: 164-171, 2012.
- 4) 渡部京太: 不登校にみる最近の子どもたち. 精神療法 38: 172-178, 2012.
- 5) Anderson DK, et al: Changes in Maladaptive Behaviors from Mid-Childhood to Young Adulthood in Autism Spectrum Disorder. Am J Intellect Dev Disabil 116 (5): 381-397, 2011.
- 6) 齊藤万比古: 発達障害としてみた不登校. こころの科学 73: 61-65, 1997.
- 7) 齊藤万比古 (代表研究者): 厚生労働省科学研究費こころの健康科学開発事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」総合研究報告書, 2011.
- 8) 厚生労働科学研究: 青年期・成人期の発達障害者に対する効果的なネットワーク支援のガイドライン, 2011. (<http://www/rehab.go.jp/ddis>)
- 9) 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. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>)
- 10) Kondo N, et al: General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in the mental health welfare center. Int J Soc Psychiatry 59: 79-86, 2011.
- 11) 上蘭 礼, 他: 東京都立小児総合医療センターで入院治療を行った引きこもり症例の検討. 第53回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 2012.

School Absenteeism and Social Withdrawal Based
on Developmental Disorders

Naoji Kondo, Toshiya Endo

Tokyo Metropolitan Children's Medical Center,
Department of Child Adolescent Psychiatry



私の初期面接：なにをどう聞き、どう伝えているか

My interview for the early phase of psychiatric disorders: What to ask and How to tell

注意欠如/多動性障害(AD/HD)の初期面接

近藤 直司* 森野百合子* 富永 卓男*

Key Words 注意欠如/多動性障害(AD/HD), 初期面接(initial assessment), 家族状況(family environment), 家族ガイダンス(family guidance and support), リスクマネジメント(risk management)

抄録：AD/HDが疑われる子どもが家族に連れられて児童・思春期精神科医療の初診に至るケースを想定し、その初期面接について述べる。特に、子ども本人との関係づくり、子どもの発達特性と家族関係・家族状況の把握、子どもが困っていることを共有し、家族の協力のもとに対応を検討するプロセス、薬物療法を始める際の説明や家族ガイダンスの方法に焦点を当てた。また、虐待や危険性の高い衝動行為などに関するリスクマネジメントについても言及した。

はじめに

初期面接の進め方は、どのような理由、どのような立場、どのような場所で子どもと出会うのかによって異なる。また、AD/HDの診断のもとに治療にあたる児童・思春期ケースの中でも初診時の顕在的・潜在的な主訴はかなり多様であり、初診時年齢も就学前から高校生にまでわたる。

本稿では、児童・思春期精神科医療における最も一般的な設定として、注意・集中力の問題、多動、衝動的な問題行動などを主訴として小・中学生の子どもが家族に連れられて初診に至る場面を想定する。

児童・思春期ケースの一般的な初診の進め方については成書に譲るが、診察の設定について

は簡単に触れておく。筆者らは、家族状況・家族関係の評価と家族全員が共有できる課題を明らかにすること、家族が子どもをcontainする機能を高めることを重視し、初診においてはほとんどの場合、本人・家族の同席面接を原則としている。小学校の高学年から中学生の場合には、家族と別々の方が話しやすいことがあるかを子どもに訊ね、子どもの反応によっては家族に席を外してもらうこともあるが、こうした対応は例外的である。以下、本人と家族が同席している設定でAD/HDが疑われるケースの初期面接について述べていきたい。

初診の導入における留意点

初期面接において念頭に置いておくべきことは、AD/HDを疑われて診察に連れてこられた

The first medical examination for AD/HD

* KONDO Naoji, MORINO Yuriko and TOMINAGA Takuo 東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科(〒183-8561 東京都府中市武蔵台2-8-29)