

アタッチメント理論に基づいた発達性トラウマ障害に関する研究

研究分担者 山崎 知克（浜松市子どものこころの診療所）

研究協力者 野村 師三（浜松市子どものこころの診療所）

研究要旨

逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences, ACEs）がその後の心身の健康に大きな影響を与え、自殺リスクを高めることについて、フェリッティにより 1998 年に報告された。

ACEs が長期にわたると持続的なストレスによって脳が変化し、発達性トラウマ障害

（developmental trauma disorder, DTD）と呼ばれる重篤な臨床像を呈することがヴァン・デア・ヨーク（2005）の報告により知られるようになった。DTD の治療では通常 of 精神科治療に加えてトラウマ治療が不可欠となるが、我が国ではこうした治療の体制がまだ整っていない。我が国の自殺者数は年間 2 万人を超えており、特に 19 歳未満の若年者の自殺は減少しておらず、その一因として ACEs の影響が推測されている。

ボウルビィが提唱したアタッチメント理論はトラウマ治療の基礎として重要な示唆に富むため、本稿ではアタッチメントパターンを中心に詳説した。最後に、浜松市における子どものこころの診療の現状を踏まえて著者らが実践している親子並行治療について説明を加えた。

1. 逆境的小児期体験

我が国の少子高齢化による人口減少は急速に進んでおり、2017 年の特殊合計出生率は 1.43 と人口再生産に必要な 2.08 を大きく下回っている。2010 年の総人口 1 億 2,806 万人のうち、労働人口（20~64 歳）と高齢人口（65 歳以上）の比率は 2.5 : 1 であったが、2060 年では総人口 8,674 万人となり労働・高齢人口比は 1.2 : 1 になると試算されている。さらに労働人口の 40 歳以下における死因 1 位は自殺であり、2017 年の自殺者数は 21,321 人と毎年減少傾向ではあるが、2016 年の自殺死亡率は 19.5（人口 10 万人あたり）は世界ワースト 6 位に相当し、国際比較においても依然として高い水準である。その中でも 19 歳未満の若年者の自殺率は減少し

ておらず、我が国の自殺対策が奏功しているとは言い難い現状である。

自殺に至る原因の一つとして、フェリッティ（Felitti VJ, 1998）の提唱する逆境的小児期体験^{1A)} (Adverse Childhood Experiences, ACEs) の考え方が注目されている。ACEs とは、小児期や思春期に経験した精神的または身体的なストレス要因（親による侮辱、暴言、暴力、性的虐待、ネグレクトの他に、家族の誰からも大事にされていない、家族どうしの仲が悪い、誰も守ってくれないと感じた経験）と、子どもの家族における機能不全（別居や離婚による親との別離、母親に対する暴力や暴言の目撃、家族に薬物・アルコール依存やうつ病など精神疾患の罹患があること、家族に自傷行為や自殺企図をする人がいる、または服役中の人がいるなど）の逆境的境遇のことであり、今日では子ども虐

待および機能不全家族により歳月の経過によって自然に癒されることができない影響をもたらすと考えられている。表1に ACEs スコアを示すが、高い ACE スコアは高度な肥満・喫煙などの生活習慣や、心筋梗塞・何らかの癌・脳卒中などの疾病罹患リスクなどにおいてオッズ比上昇を認め、特に薬物注射や自殺企図においては10倍以上と顕著であった。

表1 ACE スコア (Felitti VJ, et al. Am J Prev Med 1998;14 より意識・引用)

① 心理的虐待	あなたの親または成人した家族が、あなたを罵る、非難する、嫌がらせをいうことが頻繁にありましたか。
② 身体的虐待	あなたの親または成人した家族が、あなたを押す、掴む、突きとばす、叩くことが頻繁にありましたか。
③ 性的虐待	あなたよりも5歳以上上または大人が、性的にあなたに触れる、性交渉を試みる、または実際にされてしまうことがありましたか。
④ 物質中毒	家族にアルコールまたは薬物中毒の人はいましたか。
⑤ 精神疾患	家族にうつまたは精神疾患の人はいましたか。
⑥ 母親(または義母)への暴力	あなたの母親または義母は、押されたり、掴まれたり、叩かれたり、物を投げつけられるなどの行為を頻繁に受けていましたか。
⑦ 家庭内での犯罪行為	家族に刑務所に収監された人はいましたか。

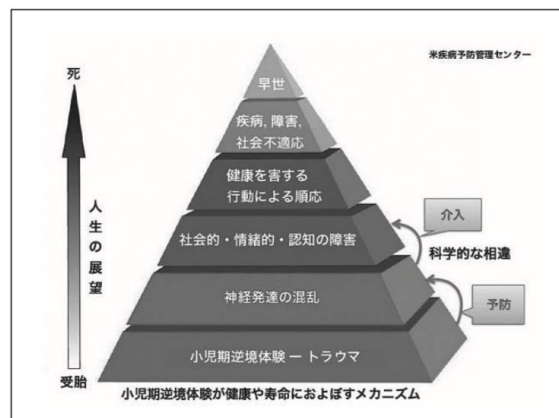
※ 各カテゴリーは1~4項目から構成されているが、そのうち一つでも「はい」と回答があれば、そのカテゴリーは「1」となり、一つもなければ「0」となる。

小児期に逆境の体験が多いほど、人は社会的、情動的、認知的な問題を抱える可能性が高まり、その結果として喫煙、暴飲暴食の生活習慣の乱れや、薬物依存などの危険行動が増加し、疾病罹患や事故、犯罪による社会不適応をきたして早世 (early death) の可能性を高めてしまうことについて、フェリッティらは逆境の小児期体験が健康や寿命に及ぼすメカニズム (図1) として報告した。これら一連の研究は ACEs 研究と呼ばれて世界的に受け入れられ、フェリッティの後継者や各国の研究者により現在も取組みが継続されている。

一方、我が国では ACEs 研究に関連する報告

は見受けられず、特に ACEs が小児期に及ぼす影響については、ひとり親家庭²⁴⁾や乳児院研究³⁴⁾などが散見するのみであり、今後の報告が期待される。

図1 逆境的小児期体験が健康や寿命に及ぼすメカニズム (子どもの虹紀要 2017;13⁵⁾ より引用)



2. アタッチメント理論とアタッチメント障害

ボウルビィ (Bowlby J) はアタッチメント理論⁶⁷⁾において、アタッチメント行動システム、アタッチメント行動の発達段階を報告し、その後エインスワース (Ainsworth MDS) とメイン (Main M) によりアタッチメントパターンについての報告がなされた。

アタッチメント行動システムとは、子どもが不安と感じた時には不安警戒システム (養育者に自分を守ってもらうための信号行動や接近・接触行動を増やす)、安全な時には探索行動システム (子ども自身が環境から情報を知って対処する技量を身につけ、自立しようとする) を活性化させるというものである。ちょうどエアコンのサーモスタットのように環境が安全か危険かによりアタッチメント行動が切り替わる。

アタッチメントパターンの判定には新奇場面法 (Strange Situation Procedure, SSP) という検査法が用いられる。検査室に母子が一緒にいる状態から、分離・再会させたり、母親ではない人が関わったりする際の子どもの反応や行動を評価する内容で、1~2歳の子どもの判定に適した方法となっている。

アタッチメントパターンには安定型 (B型, secure type)、回避型 (A型, avoidant type)、アンビバレント型 (C型, ambivalent type)、無秩序・無方向型 (D型, disorganized/disoriented type)、メインらが提唱) の4つがある。

◆安定型 (secure type) 一番望ましいアタッチメントの型で、SSP では分離後の母子再会の場面で子どもは喜んで母親に接近する。



◆回避型 (avoidant type) SSP のセッション全体を通じて母親にまるで無関心のように振舞う。分離不安や新奇性不安もあまり示さず、母子再会では母親を無視するように振舞う。



◆アンビバレント型 (ambivalent type) 母親に全ての関心と注意を奪われており、探索行動は非常に乏しい。母子分離の際に激しく抵抗し、その不安定さが全く改善しない間に母親との再会となると、強く接触を求めると共に激しい怒りと抵抗行動(母親への攻撃的行動と強いむずがり)を示す。



◆無秩序／無方向型

(disorganized/disoriented type) 子ども虐待の場合など、母親が子どもにとっての脅威となっているため、分離・再会の際に「顔をそむけつつ母親に接近する」「強い分離抵抗を示しドアの傍らにより母親を求めるが、再会時には回避する」「見知らぬ人の存在に対して明らかに不安を示しているが同時に母親からも離れている」などの行動を示す。

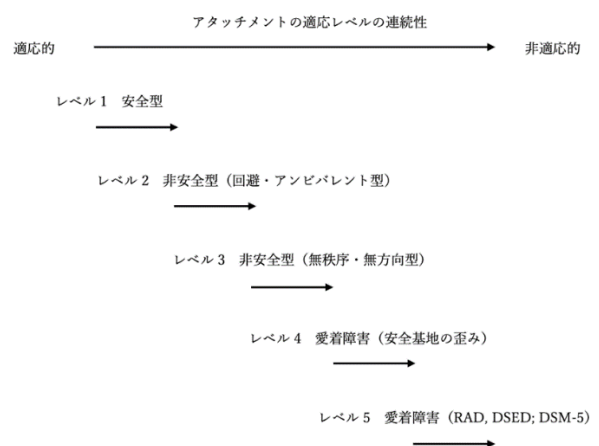


回避型やアンビバレント型は、いずれも養育者の感受性や応答性の低さに由来している。養育者への近接や接触によって子どもが心理的に安定できないため、不安定型のアタッチメントパターンとなる。この状況を子どもの側から見ると、例えば回避型の場合には、拒否的な親にアタッチメント行動を拒否されることを最小限に抑制することで養育者との関係を維持しようとするパターンと捉えることができる。アンビバレント型の場合では、養育者からの応答の一貫性が得られず、子どもが期待と予測を持つことができないため、アタッチメント行動を最大限に表出して注意を引き続けることで養育者との関係を維持しようとするパターンとも解釈できる。非応答的な養育者であっても、真に保護と養育が必要な危険・危機状態では適切な養育行動を行うので、そうではない日常の場面における乳幼児の前述のような適応戦略は、そうした養育者との関係を維持するための理にかなった方法と考えられる。しかし、こうした人生初期からの誤認識と誤学習の産物とも言える不安定型アタッチメントパターンは、子どもの次の段階の発達における重大なリスクとなりうる。

無秩序・無方向型は、メインらの行動観察により身体的虐待児における他児との関わりや保育者との関係において観察された。本来は安心感の源泉となる養育者が、同時に恐怖の対象

となっているという解決不能な矛盾を乳幼児が抱えることにより、アタッチメント行動が組織化されずに行動システムが崩壊する。SSPの場面では、「強い分離抵抗を示してドアの傍らに母親を求めるが、再会時には回避する」「顔をそむけながら母親に接近する」「見知らぬ人の存在に対して明らかに不安を示すが、同時に母親からも離れている」など、乳幼児は無秩序・無方向な行動に至ってしまう。被虐待児の60～80%がこのD型アタッチメントを示す。また、虐待などの直接的な外傷体験（以下、トラウマ）をもたなくても15%の乳幼児はD型を示すが、この場合には養育者自身（特に母親）のトラウマが未解決であることが指摘されている。

図2 アタッチメントパターンと愛着障害との関係 (Boris & Zeanah, 1999)



それでは愛着障害とは何を指すのか。精神科の診断・統計マニュアルであるDSMでは診断基準の変更があった。DSM-IVでは反応性愛着障害(抑制型・脱抑制型)という分類だったが、2013年に刊行されたDSM-5では反応性愛着障害(従来の抑制型, reactive attachment disorder; RAD)と脱抑制型対人交流障害(disinhibited social engagement disorder; DSED)に再分類された。前述のアタッチメン

ト理論については膨大な研究がなされているが、愛着障害はラター (Rutter M) によるイギリス・ルーマニア養子研究 (the England and Romanian Adoptees study) という代表的な研究報告がある反面、量的には研究が少なく DSM-5 の記載でも有病率は不明であるなど、今後の科学研究が期待されている。我が国の臨床現場でも、愛着障害は診断する医師によって差異が大きいのが現状である。我が国の愛着障害研究において第一人者である目白大学の青木氏が師事した愛着障害研究の世界的権威であるジーナ (Zeanah CH) は図 2 に示すアタッチメントパターンと愛着障害の関係について提唱している。不安定型アタッチメントパターン (図 1 では非安全型) は正常な親子関係でもみられるため先述のように正常範囲となるが、これを愛着障害と分類していることが我が国では多いように思われる。

はっきりとした愛着障害の症状は DSM-5 の診断基準で判断すればいいのだが、それよりも微細な親子の状況を見ていく上で、ジーナが提唱した愛着障害の診断基準は臨床的に役立つため、表 2 に引用する。選択的なアタッチメントを持たない障害という分類は重度のものであり DSM に記載されている状況と同様となるが、「安全基地の歪み」「中断されたアタッチメント障害」はそれぞれ中程度、軽度の障害と理解して良いだろう。ジーナの分類はたいへん示唆に富んでいる。

表 2 ジーナらの愛着障害の診断基準 (青木豊 2008, 著者一部改訂)

障害の程度	行動の特徴	DSM-5 への該当	
選択的なアタッチメントを持たない障害	感情的に引きこもった With emotional withdraw	養育者へのアタッチメントの証拠が認められず、慰めを求めるパターンが存在しない。情緒が制限されている。社交的な喜びや探求がほとんどない。	反応性愛着障害
Disorder of non-attachment	無差別な社交性を持った With indiscriminate sociability	ほとんど知らない人に対して近づくこと、抱かれること、関わることについての年齢に適した注意深さの欠陥がある。見知らぬ人に慰めを求める。浅く、おそろしく不安定な情緒。	脱抑制型対人交流障害
安全基地の歪み Secure base distortions	抑制された With inhibition	特定のアタッチメント対象を持つが、養育者がいるときに (養育者が不在のときはそう) 特徴をあまり示さない。見知らぬ人がいると情緒が制限され養育者にしがみつく。もしくは恐れによって特徴づけられた抑制と、過服従と喜びの欠如した強度の用心深さ (警戒) がある。	
	自己を危険にさらす With self-endangerment	特定のアタッチメント対象を持つが、この対象を危険のモニターのためには用いない。すなわち、無鉄砲で事故を起こしやすく、関係性の文脈では攻撃的な行動を示す。	
	役割逆転 With role reversal	特定のアタッチメント対象を持つが、養育者の幸せ・安寧に強く早熟的関心を示す。自分自身や他者の世話をよくすると思うと、命命的で懲罰的行動を示すかもしれない。	
中断されたアタッチメント障害 Disrupted attachment disorders		以下の一連の行動の前に継続した養育者との分離がある。他者からの慰めを受け入れない。情緒の引きこもり、断絶や摂食の障害、発達の遅行。	

ジーナ分類の安全基地の歪みの中で「抑制された」では、自信がなく怯えている子どもが過度に大人を警戒する様子がよく捉えられており、この子どもはもっと幼少期にはおそらく不安定型アタッチメントの回避型を生じていて、適切な手当てがなければこの先は反応性愛着障害 (抑制型) へと辿ってしまうだろうと想像することができる。同じように「自己を危険にさらす」の子どもは幼少期にはアンビバレント型か無秩序・無方向型を呈していて、この先は反応性愛着障害 (脱抑制型, DSM-5 では脱抑制型対人交流障害) になってしまうであろう。つまりジーナ分類では不安定型アタッチメントから選択的なアタッチメント対象を持つ水準での障害 (安全基地の歪み)、さらには選択的なアタッチメント対象を持たない障害 (反応性愛着障害) への連続性がよく説明されている。我が国における幼児期の子どもでは選択的なアタッチメント対象を持たない愛着障害になっていることは児童養護施設などの入所児でも少ないため、安全基地の歪み (抑制された・自己を危険にさらす・役割逆転) と中断されたア

タッチメント障害に該当する状況であるかを見ていくこととなる。

一方で、発達障害の中で自閉スペクトラム症 (ASD) や注意欠如多動症 (ADHD) と愛着障害には臨床的に類似することが多く、その見分けかたが難しいことは周知の通りである。例えば、先ほどのジーン分類で「抑制された」には ASD の特徴を持つ子どもの一部はおそらく当てはまり、「自己を危険にさらす」には ADHD 児の多くは該当するであろう。発達障害は先天的 (遺伝的要因) なもので、愛着障害は環境要因が大きく影響するのに、その両方で症状が似てくるのはなぜだろうか。この一つの考え方として、発達性トラウマ障害という概念の理解が役立つので説明を加える。

3. 発達性トラウマ障害

発達性トラウマ障害 (Developmental Trauma Disorder) はヴァン・デア・コーク (van der Kolk BA) により 2005 年に提唱された概念である。診断基準を表 2⁸⁾に示す。小児期の子ども虐待により反応性愛着障害と呈した後、情動制御 (恐怖や怒りが極端で調整できない)、生理的制御 (生活リズムの調整ができない、感覚過敏など)、注意と行動の制御 (危険認識の低下、自暴自棄、自傷など)、自己と関係性の制御 (自責感、大人への極端な不信感、反射的な他者への暴力など) が障害され、生活に支障をきたしてしまう。発達性トラウマ障害における問題行動のあらわれは一見すると ADHD 症状に見えるが、ADHD への通常の治療ではなかなか改善できずに難治性の経過を辿ることが多い。つまり治療者が子ども虐待やトラウマの存在に気づき、トラウマ治療や親子関係の治療をしなければならぬのだが、そうした対応が可能な医療機関が少ないため問題はより困難なものになってしまうのである。

一つの結論として、愛着障害と発達障害を子どもの症状だけを見て判断することは難しいため、子どもと保護者にトラウマ歴や被虐待歴があるかを尋ねて把握していくことが両者の判断のために必要となる。もう一つ反対の意見として、愛着障害 (子ども虐待をした母親もまた祖父母から虐待されて育ってきた場合が多いこと) も発達障害 (遺伝率が約 9 割と高く、子どもの保護者も発達障害である場合が多いこと) も世代間連鎖しやすいため、両者が併存していることも多く、そのどちらが鶏か卵かが区別しにくくなり、結局両者の鑑別は難しいという結論もある。

表 2 発達性トラウマ障害の診断定義 (van der Kolk 2009. 紀平省吾訳)

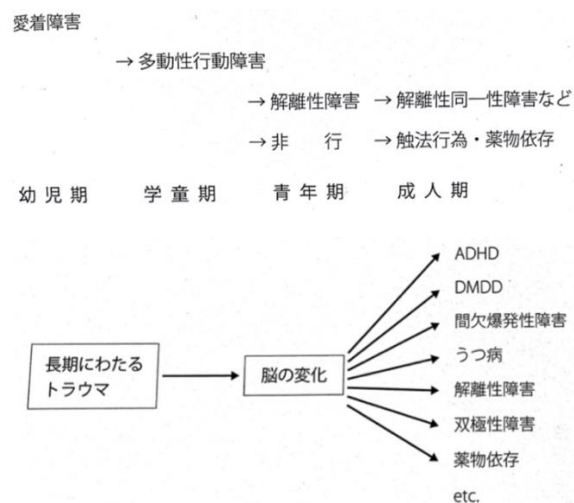
A. 曝露	小児期もしくは思春期早期に始まり 1 年以上続く複数回または持続的な有害体験
	1. 対人暴力をくり返し経験、目撃
	2. 保護的養育の破綻 (反復的な養育者の交代、分離、情緒的虐待)
B. 情動制御の困難、生理的制御の困難	発達相応の覚醒制御能力がなく、以下の 2 つ以上に該当
	1. 極端な情動 (恐怖、怒り、恥など) の調整や、堪えることの困難
	2. 身体機能の制御困難 (睡眠、摂食、排泄面における問題; 摂食や音への過敏、鈍感; 日常における切り替え困難)
	3. 感覚、感情、体調への気づきの低下、解離
	4. 感情や体調についての表現力低下
C. 注意および行動制御の困難	発達相応の注意持続、学習、ストレス対処の能力がなく、以下の 3 つ以上該当
	1. 脅威へのとらわれ、認識能力低下 (安全や危険のサインを誤認するなど)
	2. 自己防衛能力低下 (自暴自棄、スリル探求)
	3. 自己慰撫を目的とした不適応な企図 (身体を揺る等の律動的な動き、強迫的自慰)
	4. 習慣性 (故意または無意識) あるいは反射的自傷
	5. 目的を持って行動を開始、持続することの困難
D. 自己および関係性の制御困難	発達相応の自意識や対人の関わり能力がなく、以下の 3 つ以上に該当
	1. 養育者その他の大切な人の安全について拘泥 (早熟な世話焼きなど) したり、それらの人物と分離した後の再会が我慢できない
	2. 自責感、無力感、無価値感、無能感、欠陥があるという感覚など、否定的自己感が連続
	3. 大人や仲間との親しい関係のなかで、極端な不信感や反抗が続く、あるいは相互交流を欠く
	4. 仲間、養育者、その他の大人への反射的な身体的暴力、言葉の暴力
	5. 親密な接触 (性的あるいは肉体的親密さに限定しない) を持つとすると不適切な (過剰、あるいは見境のない) 意図、または安全や保証を求めて仲間や大人に頼りすぎ
	6. 共感の気遣いを制御する能力のないことが以下で証拠づけられる、他者の苦痛の表現に対して共感しなかったり、堪えられなかったり、過剰反応を起こす
E. トラウマ後症状スペクトラム	PTSD の 3 症状群 (B、C、D) のうち少なくとも 2 つ以上の各群において、1 つ以上の項目に該当する症状を呈する
F. 障害の期間	上記基準の B-E が 6 ヶ月以上持続
G. 機能的障害	上記は、臨床的に優位な苦痛、あるいは以下の領域 (学習、家族関係、仲間関係、法的領域、身体的健康面、就労面) の 2 つ以上にわたる機能的な支障の原因となっている

臨床的な一定の判断として、愛着障害では養育者や保育者など大人が変わると子どものあらわれが比較的速やかに (2~3 ヶ月くらいの期間で) 改善する場合が多く、家と園・学校における子どもの不適応行動が変化することも見られる。しかし発達障害の際には子どもの変化に年単位の機関が必要で、家でも園・学校で

も行動にそれほど差が見られないという両者の違いがあるように感じられる。

発達性トラウマ障害では、その臨床像が極めて多彩となることと同時に、一人の子どもが発達に伴い複数の診断カテゴリーを渡り歩く異型連続性 (heterotypic continuity) を示すことが特徴である。幼児期の反応性愛着障害に始まり、学童期の多動性行動障害を経て、思春期・青年期以降に解離性障害や非行から解離性同一性障害や触法行為などに変化していく経過を図 2⁵⁾に示した。

図 2 子ども虐待により生じる異形連続性と多彩な症状出現



4. 子どものこころの診療における親子並行治療

著者が勤務する浜松市子どものこころの診療所 (以下、当院) では、よい親子関係の構築、自閉スペクトラム症への早期介入、トラウマ治療の積極的導入により、発達性トラウマ障害の予防と治療を行なっている。乳幼児期からの継続した心身共に健康な親子関係により、様々な困難に直面しても長期的な不適応に陥らないようにすることが子どものこころの健康のために重要である。

治療を要する保護者には積極的に親子並行治療を実施している。2017 年度の保護者の診断内訳 (表 3) では、PTSD 20.2%、複雑性 PTSD 13.2%であり、子どもにおける PTSD の診断割合 2.9%を大きく上回った。

表 3 親子並行治療における保護者 (129 名) の診断内訳

診断名 (保護者)	人数	割合
PTSD	26名	20.2%
複雑性PTSD	17名	13.2%
うつ病	38名	29.5%
神経症	16名	12.4%
注意欠陥多動障害	15名	11.6%
自閉症スペクトラム障害	14名	10.9%

H29年度子どものPTSD診断は19名 (2.9%)

当院を受診する子どもの約 6 割は発達障害 (自閉スペクトラム症 40%、注意欠如多動症 17%、知的発達症 6%) である。発達障害は遺伝的素因が高いため、子どもが発達障害である場合にその両親の一方または双方が発達障害であることが多い。保護者が発達障害であっても未診断と未治療による大人からの迫害や傷つき体験を経ていることが多く、こうした ACEs による影響から家庭不和や子ども虐待を呈してしまう場合や、保護者自身の不調を認めるなどの際には子どもと並行して親治療を行なっている。

トラウマ治療ができる専門家の不足など課題は多いが、我が国における虐待連鎖を予防し、自殺者数を減少させるためには全国的にこうした治療が浸透して広がっていくことを願ってやまない。

【引用文献】

1) Felitti VJ, Robert FA, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. Am J

Prev Med 1998; 14:4:245-258.

- 2) 山崎知克, 他: 子どものこころの診療における「ひとり親家庭」の現状と課題. 子どもの心とからだ 27: 332-339. 2018.
- 3) 山崎知克, 他: 乳児院入所児における精神障害の有病率調査と診断スクリーニングの検討. 子どもの心とからだ 25: 2-8. 2016.
- 4) 山崎知克: 逆境的小児期体験が子どものこころの健康に及ぼす影響. 日本小児科学会雑誌 123: 824-833. 2019.
- 5) 友田明美: 公開講座「子ども虐待と脳科学」. 子どもの虹紀要 2017;13
- 6) 庄司順一, 他: アタッチメント—子どもの虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐる—. 42-64. 明石書店. 2008.
- 7) 山崎知克: 発達障害とアタッチメント障害—親子の関係性障害の視点から. 小児の精神と神経 52(2): 107-115. 2012
- 8) 友田明美: いやされない傷—児童虐待と傷ついていく脳. 136-139. 診断と治療社. 2011.
- 9) 杉山登志郎: 発達性トラウマ障害と複雑性 PTSD の治療. 11-24. 誠信書房. 2019.
- 10) 杉山登志郎, 他: 発達性トラウマ障害と複雑性 PTSD—その病理と簡易型トラウマ処理アルゴリズムによる治療—. 小児の精神と神経 59: 15-30. 2019.

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・山崎知克, : 逆境的小児期体験が子どものこころの健康に及ぼす影響. 日児誌 123(5): 824-833, 2019
- ・山崎知克, : アタッチメント理論に基づく発達性トラウマ障害における親子並行治療の必要性. 日小医会報 58: 76-80, 2019

・山崎知克: ADHD (小児期). XIV発達障害と児童・思春期精神疾患. 精神科 35 特別増刊号: 516-523. 科学評論社.

・山崎知克: 発達性トラウマ障害. 第2章 各分野における 2018 年度の動向. 発達障害白書 2020 年版: 50-51. 明石書店.

2. 学会発表

・山崎知克: 逆境的小児期体験が子どもに与える影響. 浜松市子どものこころの診療所における子ども虐待の介入と治療—精神科訪問看護システムとトラウマ治療の現状と課題. シンポジウム. 日本小児心身医学会 第 18 回東海北陸地方会 (会頭: 山崎知克). 浜松市. 2019. 3.

・井上恵里, 山崎知克, 他: ことばの遅れを有する子どもの初回 K 式と認知・言語機能促進の関連性について. 一般口演. 日本小児心身医学会 第 18 回東海北陸地方会 (会頭 山崎知克). 浜松市. 2019. 3.

・山崎知克: 「多動」を主訴とする症例の診断と鑑別および注意欠如多動症児への支援について. 発達障害診療 update 2019. シンポジウム. 第 61 回日本小児神経学会. 名古屋市. 2019. 6.

・山崎知克: アタッチメント (愛着) の機能とその状態. 子育ての精神保健—子育てに悩む親とともに—. シンポジウム. 第 30 回日本小児科医会総会フォーラム in 京都. 2019. 6.

・山崎知克, 他: ADHD に対して Guanfacine を用いた薬物療法の臨床経験. 一般口演. 第 115 回日本精神神経学会学術総会. 新潟市. 2019. 6.

・山崎知克, 奥山眞紀子, 他: 子どものトラウマおよび子ども虐待に関する日本小児精神神経学会の取り組み. ポスターセッション. 第 115 回日本精神神経学会学術総会. 新潟市. 2019. 6.

・永光信一郎, 山崎知克, 他: 親子の心の診療マップ (女性版・子ども版・親版) の作成—「気づき」と「つなぐ」。一般口演. 第 37 回日本小児心身医学会学術集会. 広島市. 2019. 9.

・永光信一郎, 山崎知克, 他: 小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大に向けた実態調査 (秋のアンケート). 一般口演. 第 37 回日本小児心身医学会学術集会. 広島市. 2019. 9.

・岩崎美奈子, 山崎知克, 他: 養育者の心理的特徴が ADHD 児の治療経過に及ぼす影響についての検討. ポスターセッション. 第 122 回日本小児精神神経学会. 福井市. 2019. 11.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし