

V. 児童・思春期の心の病気

知的障害	130
学習障害	134
発達性協調性運動障害	138
コミュニケーション障害	140
広汎性発達障害（PDD）	142
AD／HD（注意欠陥／多動性障害）	146
分離不安障害・選択性緘黙・反応性愛着障害	150
てんかん	154
児童・思春期の「うつ病」	158
児童・思春期の「統合失調症」	160
チック障害	162
少年非行	165

知的障害

知的障害って？

ここでいう知的障害とは知的機能の発達の障害のことを指します。すなわち①発達期(18歳まで)に発現し、②一般的な知的機能が明らかに平均よりも低く、③意志伝達、自己管理、家庭生活、社会的／対人技能、地域資源の利用、自律性、学習能力、仕事、余暇、健康、安全といった適応行動が、同時に少なくとも2つの領域において障害されている場合です。

成人期以後にはじめてみられる知的機能の障害や認知症の意味ではありません。原因はさまざまで、結果として生じる知的機能と生活技能における困難によって明らかになります。

● 知的障害をもつ人はどのくらいいるの？

知的障害の頻度は、0.86～5.6%（1%程度）と報告されています（男女比 1.5：1）。しかし、療育手帳所持または施設利用者は、一般人口に占める割合は0.33%しかいません。

軽度・中等度の障害の方で、療育手帳を申請していない方がたくさんいらっしゃると思われます。就労対策や地域生活支援体制の充実などの結果、福祉施設を利用する「軽度」知的障害者数は減少し、その分施設利用の知的障害の重度化現象がみられています。



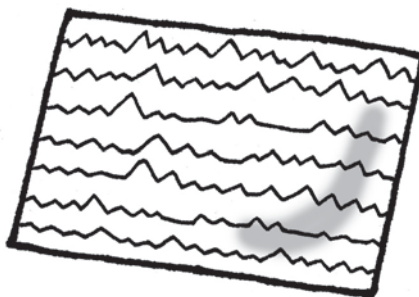
● 知的障害はどうやって診断するの？

まず、生育歴・発達過程を検討し、適応行動の障害についての日常生活場面での情報を収集します。さらに、原因になる疾患を調べるために、身体的所見、X線やCT・MRIなど頭部画像検査、脳波検査、血液生化学検査、尿検査、染色体検査などの検査をします。そして、知的機能を測定します。

頭部画像査



脳波検査



なぜ知的障害になるの？

原因には以下のようなものがあります。
軽度知的障害では半数程度が原因は特定されませんが、重度・最重度知的障害で原因が特定可能であることがほとんどです。

- ・ 遺伝要因（5%）：染色体異常，先天代謝異常，など
- ・ 早期胚発達異常（約30%）：妊娠早期の脳形成発達障害など
- ・ 妊娠中および周産期の問題（約10%）：胎児の低栄養，低酸素，外傷など
- ・ 幼児期，小児期の身体疾患（約5%）：感染症，外傷，毒物摂取など
- ・ 環境の影響，精神疾患（約15～20%）：養育・社会的接触・言語などの剥奪，自閉性障害といった重度の精神疾患など

妊娠中の異常

低栄養や低酸素，その他母親の体調異常
などから胎児に障害が起こる



感染症による異常

幼児期，小児期の発熱などにより
異常が起こる



外傷による異常

頭部のけがなどにより障害が起こる



知的機能はどうやって測定するの？

知的機能の測定は、標準化された知能検査を個別に用いて検査します。知能検査としては、ビネー式、ウェクスラー式がよく用いられます。知能指数（IQ）を測定し、IQ がほぼ 70 以下を平均より有意に低いとみなし、IQ が 70 ～ 50 で軽度（85%）、49 ～ 35 で中等度（10%）、34 ～ 20 で重度（4%）、20 以下で最重度（1 ～ 2%）の障害があると考えられます。

● 軽度知的障害をもつ場合

一般に小学 1 ～ 2 年になるまで特定されず、成人の多くは適切な支援を受けて生活することができ、家族を育むこともできるでしょう。

● 中等度知的障害をもつ場合

青年期にしばしば社会生活が困難になり、多くの社会的・職業的支援が必要となりますが、適切な監督下であまり難しくない仕事をする事が可能になります。

● 最重度の知的障害をもつ場合

重い知的障害があっても適切な訓練によって、自分の要求を伝える方法をことを学ぶことができます。



知的障害にはどう対応するの？

早期発見・早期対応が重要です。軽症の方でも、知的障害の可能性が考えられたら、早めに児童精神科、児童思春期外来、精神保健センターでご相談ください。

妊娠・周産期の対処

母子手帳制度によるハイリスク母子への周産期管理システムを利用して知的障害の発生を予防するよう努めます。

障害の克服

発達の促進、障害の克服という観点からは、乳幼児健診などで知的障害を早期発見し、早期治療・早期療育へ導入することが重要です。先天性代謝疾患への早期治療やダウン症での心臓手術など、原因疾患や合併する身体疾患の治療を早期に開始できれば、重症化するのを防ぐことができたり、生命予後がよくなります。

リハビリテーションへの取り組み

リハビリテーションとして、言語療法、作業療法、心理療法などを行うことのできる医療機関もあります。地域の療育機関での指導や障害児保育との連携も重要です。

◆ 精神科の役割

知的障害をもつ人では、情緒や行動面の障害や精神疾患などの合併が高率に認められます。その背景には、生物学的、心理的、社会的要因が相互に関連し、個々のケースについて問題を複合的視点から十分に分析し、医療だけでなく、環境調整、対人関係、教育などほかの領域と連携する必要があります。

精神科では情緒や行動を評価し、統合失調症、感情障害といった精神疾患あるいは注意欠陥多動性障害、自閉症および広汎性発達障害といった発達障害が伴っていないかを検討します。そして、必要があれば薬物療法を行うなど対応を検討します。



詳しくは
児童精神科、
児童思春期外来、
精神保健センターで
ご相談ください

学習障害

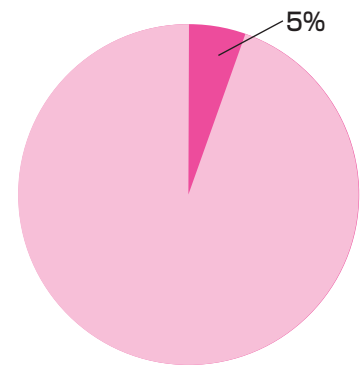
学習障害ってどんな病気？

学習障害とは、読む、書く、話す、聴く、あるいは推論することについて、同年齢、同じ知能の人と比較して、技能獲得の面での到達度が著しく低い状態のことです。

学習障害は、読字障害、算数障害、書字表出障害、特定不能の学習障害に分類されます。

● 学習障害の患者さんはどれくらいいるの？

学童の少なくとも5%が学習障害にあたるという報告があります。読字障害、書字表出障害は男児に多く、算数障害は女児に多いといわれています。



■ 学童の5%が学習障害

● なぜ学習障害になるの？

遺伝素因、出産時の外傷、慢性耳炎、環境的特質が学習障害の原因になると想定されていますが、はっきりしたことはわかっていません。

● 学習障害はどうやって診断するの？

障害の程度と、全般的なIQの成績との不一致により診断されます。

読字障害：読みの到達度がその小児の年齢、教育、知能から期待される水準より低く、その障害が読字を含む学業成績や日常の活動を著しく妨げる状態。

算数障害：算数の能力がその小児の年齢、教育、知能から期待される水準より低く、その障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著しく妨げる状態。

書字表出障害：書字表出能力がその小児の年齢、教育、知能から期待される水準より低く、その障害が書字表出能力を必要とする学業成績や日常の活動を著しく妨げる状態。

他に特異的な身体的徴候または特異的な検査所見が存在しないことも診断の要素となります。

学習障害の症状は？

学習障害の症状は、①音読の時の読み違いや②算数学習時のさまざまな困難、③文字をつづったり自分の考えを表現したりすることの困難といったかたちで現れます。

読字障害

読字障害児は7歳までにわかることが多いです。音読の際に、語の省略、付加、変形によって特徴づけられる読み違いをすることが多くあります。また印刷された文字の特徴や大きさを区別することが困難であるとされ、読みは遅く、しばしば理解力は最小限度にとどまるといわれています。


算数障害

ほとんどが小学2～3年の間に発見されるといわれ、特徴としては、算数を学習すること、足し算や引き算の記号を覚えること、九九表を覚えること、計算の問題を写すこと、期待される速度で計算を行うこと、などさまざまなことに困難があります。

一般に同年齢の子どもと比べて、たった1桁の数をかぞえたり加えたりするような基本的な数の概念の操作についても、著しい問題を抱えています。算数が、空間と数との関係を区別して取り扱うような複雑な段階になると、障害の存在がより浮き彫りになるといわれています。

書字表出障害

小学校早期より、文字をつづることや、その年齢にふさわしい水準の文法を用いて自分の考えを表現することに困難を示します。文章には、つづり間違い、句読点の間違い、貧弱な段落構成など著しく多くの文法的誤りがあり、字が下手であるとされています。

イラストレーション 

絵でみる心の保健室。アルタ出版、2007。



イラストレーション 

絵でみる心の保健室。アルタ出版、2007。

学習障害の治療は？

学習障害の治療は、①読字障害、②算数障害、③書字表出障害などそれぞれの障害に応じて異なります。

● 読字障害

読む能力のさまざまな構成要素を直接的に指導することに焦点を当てます。効果的な治療計画の多くは、文字と音を正確に結びつけることを子どもに教えることから始めます。

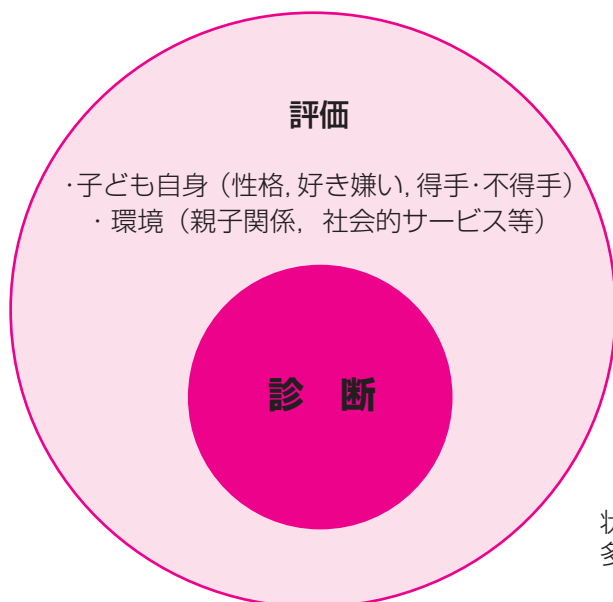
文字1音の結合が獲得できれば、音節と単語のような、読字のより大きな構成要素を目標とすることが可能となります。望ましい対処法には、個別的配慮のもとに、子どもが簡単に援助を求められるよう、小さい構造化された集団ごとに指導することも含まれます。

● 算数障害

数学的概念の教育と練習問題を連続的に解かせることの組み合わせが、現在もっとも効果のある算数障害の治療法とされています。フラッシュカード、語彙集およびコンピューターゲームなどをこの治療に活用することができます。

● 書字表出障害

書字表出障害の治療では、文法上の規則の復習と同様に、つづりや文章を書くことの練習をさせます。表出的な創造性を促す治療を1対1で集中的に持続して行うことが、もっともよい結果をもたらすと考えられている。



子どもの全体像を捉え、より詳しい状態を知るには、診断よりもはるかに多くの情報を集めることが必要である。

まわりの人ができること

学習障害は、学校生活にうまく適応しようとする子どもをひどく苦しめ、場合によっては、意欲喪失、自尊心の低下、慢性的な欲求不満、そして仲間からの疎外感をもたらすといわれています。それを防ぐためには、その子にあった教育を行い本人に自信をもたせることが大切です。そのためにはまわりの人の支援が欠かせません。

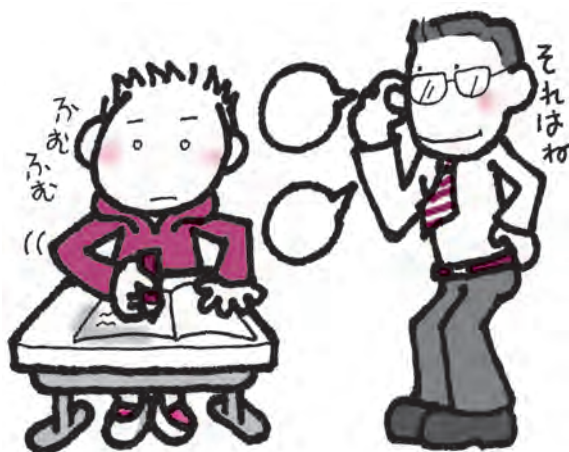
治療の予後は、障害の重症度、治療的介入を開始した年齢または学年、治療期間の長さ、継続性、情緒または行動面での二次的な問題を伴うかどうかなどに左右されます。

それぞれの子どもに合わせた教育

徹底的に調整した教育を行うことが重要です。

子どもに自信をもたせる

その子の弱点を包み込むような方法をとることで、子ども自身が自信をもつことができます。



参考文献

井上令一, 四宮滋子編: カプラン臨床精神医学テキスト, DSM-IV TR 診断基準の臨床への展開. 第2版. メディカルサイエンスインターナショナル, 2003年.

詳しくは
小児精神科,
神経科の専門医に
ご相談ください

発達性協調性運動障害

発達性協調性運動障害って どんな病気？

日常の運動は、1つの筋肉だけではなく、いくつかの筋肉が協調して動くことで行われます。

このような協調運動の発達が遅れていて、日常生活の身体運動に困難が生じる障害のことを発達性協調性運動障害といいます。ただし脳性まひ、知的障害などの子どもたちは除きます。

● 身体運動の困難は、大きく2つに区分されます

粗大運動：全身運動のことで、走る、自転車に乗るなどの運動。

微細運動：細かい運動のことで、はさみを使うなど器用さを要求される活動

● 患者さんはどのくらいいるの？

学童の6%という海外での報告がありますが、参考程度で発症頻度や経過について十分に信頼できる報告はありません。

というのも、この障害をもつ子どもたちは他の発達上の問題（例えば言語）を抱えていることが多いからです。

平均かそれ以上の知能をもつ子どもでは、運動上の欠陥をうまく補うことで生活上の困難がさほどでもなく、好ましい経過をみせることもあるようです。

● 発達性協調性運動障害の診断は？

一見すると普通にみえることもあり、専門機関によって診断名が異なったり、複数の障害が重複していたりするため、診断が難しい障害です。

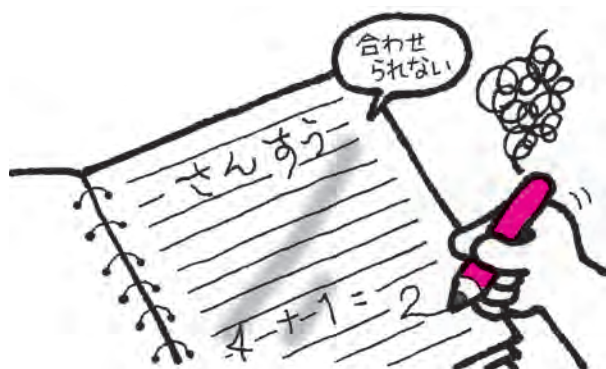
● 発達性協調性運動障害の治療は？

確立された治療法はありませんが、不器用なために仲間とうまく交われなかったり、いろいろな失敗を繰り返してしまったりすることがあります。このために自信を失い、引きこもりがちになったりしてしまうという点には、周りが気をつけてサポートすることが大切でしょう。

発達性協調性運動障害の症状は？

この障害をもつ子どもたちは、とても不器用であるといえます。
具体的には、這う、歩くに始まり、ボール遊び、ボタンはめ、はさみを使う、
字を書くことやお皿の扱いなどにも問題が生じます。

文字が下手



食事で困る



ボールをあつかえない



自転車に乗れない



コミュニケーション障害

コミュニケーション障害って どんな病気？

アメリカ精神医学会が発行している「DSM- IV」という精神疾患マニュアルの分類によると、「コミュニケーション障害」には以下の4つのグループが含まれています。①言葉の意味はわかっているけれどおしゃべりが少ない「表出性言語障害」、②言葉の理解もおしゃべりもどちらも水準より低い「受容表出混合性言語障害」、③発音に問題がある「音韻障害」、④いわゆるどもりである「吃音症」、という4つのグループです。

● コミュニケーション障害の4グループ

① 表出性言語障害

お母さんや周りの人の言葉はわかるのですが、言葉や身振りで思うように自己表現ができない状態のことです。

3歳までの言葉の遅れは10%以上の子どもにみられますが、多くは自然に改善して就学時には5%程度に減少します。

自然に改善しない子どもたちは、幼稚園などでもAD/HD（注意欠陥多動障害）、学習障害などを示すことが多く、早期からの療育が必要になりますが、自然に治癒するグループとの早期の区別はなかなか難しいです。神経学的徴候（ソフトサイン）がみられる場合は自然な改善はあまり期待できません。

② 受容表出混合性言語障害

表出性言語障害に加えて、言葉の理解にも問題がある状態です。この障害をもつ子どもは、就学前で5%、学童期で3%といわれています。当然ですが、表出性言語障害よりも予後は悪く、広汎性発達障害との鑑別も必要になります。日常会話などに問題がないレベルの達しても、対人交流が少なくなりがちです。

③ 音韻障害

声を正しく出せない状態です。タ行とサ行が入れ替わったり、言葉を略したり（ライオン→ライ、ライオ）します。

就学前で2~3%の子どもがこの障害をもつといわれています。器質的な問題がない場合は、6歳までに4分の3が自然に治るといわれています。

④ 吃音症

いわゆる「どもり」です。幼児期のものの60%は自然に治るといわれています。

● なぜコミュニケーション障害になるの？

いずれのグループも生まれつきで原因不明のことが多いのですが、なかには頭の（脳の）ケガや炎症などによるものもありますので、CT、MRIなどの画像検査や脳波検査が必要となる場合もあります。また、耳鼻科や口腔外科で、耳や鼻や口の診察が必要となることもあります。

コミュニケーション障害の 症状は？

言葉の障害は最も気づかれやすいものです。実際、3歳児検診なども含めて精神科に紹介されてくる子どもたちの大部分の相談は言葉の遅れです。

その多くは、成長に従って改善していきますが、なかなかよくならない子どもたちもいます。いずれも、両親やお友達との意思疎通がうまくいきにくく、ある程度の年齢になると子どもたちもこれを自覚して、大きなストレスになる場合があります。

表出性言語障害



受容表出混合性言語障害



音韻障害



吃音症



● コミュニケーション障害の治療は？

いずれのグループに関しても、多くが自然に治るという点と、子どもに意識させることでストレスが増してしまうという点から、積極的な早期治療が必ずしもよい経過をもたらすとはいえない、というのが難しいところです。しかし、受容表出性言語障害の多くや、その他のグループでも症状の強いものは早期からの療育、言語療法などが必要になります。

コミュニケーション障害はスムーズな対人関係を築く上で不利となるため、情緒障害、学習障害、適応障害などを現すことが多くなります。この点については家庭や学校での配慮が必要です。

詳しくは
児童精神科、
保健所で
ご相談ください

広汎性発達障害 PDD

広汎性発達障害ってどんな病気？

広汎性発達障害（PDD）は Pervasive Developmental Disorders のことで、①社会性、②コミュニケーション、③想像力および興味・関心、などの発達に大きな偏りが出て、社会生活に支障をきたす障害です。

「広汎性」という言葉は、1つの能力ではなく広い範囲の能力障害という意味です。とくに他者と関わり合う能力の欠陥が中心となります。
ここでは、広汎性発達障害の中核である自閉症を中心に解説します。

● 自閉症の人はどのくらいいるの？

人口 1000 人に対し 1 ～ 2 人です。このうち 50 ～ 70% が知的障害のない自閉症（高機能自閉症）だといわれています。男性では、女性の 3 ～ 4 倍多く発症します。なお、広汎性発達障害全体では、人口 1000 人に対し 3 ～ 6 人存在するといわれています。

● なぜ自閉症になるの？

原因として何らかの脳の発達異常が仮定されていますが、どのような異常かはまだはっきりわかっていません。このような脳の発達異常は生まれつきのものですが、こうした異常をもつ子どもは社会環境の悪影響を直に受けやすいので（二次障害）、一般に子どもの育ちにとって悪いとされている刺激には、一層の注意が必要と思われる。

● 自閉症はどうやって診断するの？

自閉症の診断は、生まれた時からの症状の詳細な聞き取りにより行われます。脳画像や血液などの身体的検査、知能検査などの心理検査も行われますが、自閉症自体を診断するものではありません。

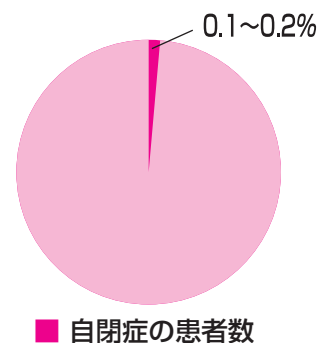
● 自閉症以外の広汎性発達障害（PDD）

アスペルガー障害：自閉症症状のうち、言語コミュニケーションの障害が軽く（2歳までに単語、3歳までに意思伝達的な句）、知能は正常範囲かそれ以上のもの。発症は 200 ～ 300 人に 1 人。

レット障害：生後 5 カ月から頭部の成長が減速し自閉症症状に加え重い知的障害や手の目的ある使用の喪失や四肢、体幹の失調が 4 歳頃までに発症します。発症は女児のみ、1 万 5000 人に 1 人。

小児期崩壊性障害：正常に発達していた精神機能が 2 ～ 5 歳くらいの間に、とくに言語の領域で退行します。発症は 10 万人に 6 人くらい

特定不能の広汎性発達障害（非定型自閉症）：自閉性障害やアスペルガー障害の診断基準を十分に満たさないが自閉性障害の特徴のうちいくつかをもっています。人口 10 万人当たり 15 人に発症するという報告がありますが、かなりの数の者が潜在していると予想されます。



■ 自閉症の患者数

自閉症の症状は？

大きくわけて、以下のような4つの症状が現れることがあります。

社会性の障害



- ・場の雰囲気、暗黙のルールが読めない。(図)
- ・他者や自分の気持ちに気付きにくく自己中心的。
- ・友人関係を作るのが苦手。
- ・人との距離が、離れすぎたり近づきすぎたりする。
- ・本人の気持ちとその表現が一致しないことがある。

コミュニケーションの障害



- ・相手の体を掴んで欲求を伝えようとする。(図)
- ・会話を始めたり、続けたりすることが難しい。
- ・一方的に話し相互的な対人交流が苦手。
- ・ある言葉に強く感情を刺激される。
- ・独特な話し方や言葉の使い方をする。

想像力の障害



- ・狭い興味に没頭し、決まった行動にこだわる。(図)
- ・急な変化に適応しづらい。
- ・多面的な考え方ができない。
- ・あいまいな言葉の理解や抽象的な考え方ができない。
- ・ごっこ遊びが苦手、できても何かの忠実な再現になる。
- ・言葉の裏の意味が読めず皮肉や冗談を真に受ける。
- ・何が大事で何が大事でないかを判断できない。
- ・自分1人で処理しようとするか全面的に頼る。

その他



- ・急に過去の記憶が蘇ってきて囚われてしまう。(図)
- ・音、光、臭い、味、触られることなどの特定の感覚刺激に非常に敏感であったり鈍感であったりする。
- ・動作がぎこちなかったり、手先が不器用。
- ・手の平を広げて繰り返し振るなど奇妙な運動や姿勢がみられる。
- ・気持ちの切り替えがうまくできず、嫌な感情を引きずりやすい。
- ・自発的に行動を起こすことができなくなる時がある。

自閉症の治療は？

自閉症は「治る」というものではありませんし、治す対象とみなすかどうかは考えさせられる問題です。ただ、自閉症による困難を和らげ、自閉症のままでいかに幸せに生きていくかを工夫することはできます。自閉症と社会との相互作用から生じるさまざまなトラブルを乗り越えていくために以下のような治療法があります。

● 生活上の相談

自閉症の特性を知ることは、日常生活の中で生じるトラブルへのよりよい対処とストレスの軽減につながります。自分自身やお子さんの考え方の癖や他の人との付き合い方のコツを自閉症のことをよく知る専門家とともに考えていきます。何かトラブルが生じた時や新しい環境に飛び込む前の不安な時のために、自分やお子さんのことをよく理解している相談相手と普段からつながっておくことが重要です。

◆ 相談機関リスト

(各地方自治体によって設置状況や施設の規模は異なります。)

- ・ 児童精神医学が専門の精神科医／小児神経学が専門の小児科医
- ・ 児童相談所(子ども家庭支援センター)／精神保健福祉センター／教育センター(教育研究所)
- ・ 発達障害者支援センター／日本自閉症協会

● 療育

子どもの障害への医学的配慮のもとに行われる育成活動のことです。集団や個別の活動を通して人とのやり取りの仕方や日常生活に必要な技能などを身につけます。さまざまな方法がありますが、お子さんの性格や時期、家庭の要望によって向き不向きは違います。どの方法がよいとは一概にはいえません。子どもの将来像を見据えて、そして今という瞬間も大切にしつつ子どもにとって必要な療育を考えていくべきだと思います。子どもが将来、幸せな生活を自分の意思で円滑に送れるように、世の中に対する信頼感や安心感、少なくとも人や自分自身を嫌いにならない心を育むことが重要なのではないかと思います。

● 薬物治療

こだわりや感覚の過敏性など自閉症特有の症状やてんかんなどの合併症、社会生活のストレスの中で生じた不安、うつ、興奮、自傷、不眠などの症状を緩和するために対症療法的に行われます。自閉症そのものを治すことはできません。

まわりの人ができること

まずは、自閉症や個人の特性をしっかりと理解することが重要です。自閉症の人が気軽に相談できる雰囲気を作りましょう。

以下に自閉症の特性に応じた対応の工夫の例を列挙します。

感覚の過敏性への対応

- ・原因となっている刺激（一般の常識では捉えがたいこともある）を除去する、刺激のない場所に移動する、カーテン、サングラス、耳栓、帽子などで刺激をシャットアウトする。
- ・お気に入りの小物をお守りとしてもたせる。

予測困難への対応

- ・動作の手順を明示して1つずつ順番にこなせば終わるようにする。
- ・これから行う活動のビデオ、写真、絵、場所をあらかじめみせる。（目で見てわかるようにすることで劇的理解がよくなることが多い。）

こだわりへの対応

- ・他人との関係上許容範囲内で本人に合わせる。
- ・それをやってもよい場所を明確にする。
- ・こだわりに付き合うことで、それをコミュニケーションや遊びの手段とする。
- ・本人が好きな別の活動に置き換える。
- ・変化を徐々につけて行ったり、ワンクッション置いて変化させたり、変更の前に予告を入れる。

あいまいなことや抽象的なこと、比喩、冗談、皮肉を理解することの困難への対応

- ・誤解されるような表現は避け、具体的にいう。
- ・その子が過敏に反応する言葉や、その子に伝わりやすい表現に配慮する。

パニック（自己制御不能の荒れた状態）への対応

- ・安全に配慮し、原因と思われるものを取り除く。
- ・できるだけ静かな刺激の少ない環境の中で本人の気分が落ち着くまで見守る。
- ・本人が好きな物や遊びをそれとなく与える。
- ・パニックが起こる予兆がないか考えておく。
- ・荒れていることを意識させない。
- ・本人なりのストレス解消法を見つけて、ストレスが溜まってきた時に自分で使えるように指導する。（数を数える、大丈夫だと心の中で唱える、深呼吸をする、一定のリズムで体を揺らす、好きな音楽を聴く、1人になる etc.）

言葉で表現することの困難への対応

- ・絵カードや具体物や写真を指差してもらう。
- ・適切な言葉が出てくるまで待ち、一方的にこちらのペースで話さない。
- ・要求がありそうならこちらから聞いてみる。
- ・基本的な要求の言葉（いや、取って、来て、ちょうだい）をまずは教える。
- ・しゃべることを意識させすぎない。

聞いて理解することの困難への対応

- ・注意をこちらに向けさせ、話しかけられていることに気付くようにする。
- ・簡単な文字や絵や具体物や写真で示す。
- ・ゆっくり落ち着いて、1つずつ要求する。
- ・うるさがられない程度に何度もいってみる。
- ・遅れて理解することもあるので待つ。
- ・気を逸らしている余計な刺激を除去する。

自由な時間を過ごすことの困難への対応

- ・単純な作業を与える。
- ・テレビ、ビデオ、ゲーム、本など、その人が興味ある物を常に用意しておく。
- ・自由時間の後のスケジュールを明示する。

自発的な行動が困難になることへの対応

- ・やりたいけどできないという気持ちを汲んで、焦せらせずに待つ。適度に後押しする。
- ・他のことにかこつけて、自分の欲求でないように思わせる。
- ・それとなく促がすか、動作のお手本をみせる。
- ・失敗しても何とかできるという安心感を与える。

いじめ被害への対応・学校の協力

- ・自閉症の特徴を学校や生徒に説明しておく。
- ・友達作りを援助する。
- ・目をつけられやすい性質を本人が理解できるように話して、よりよいい方や態度を指導する。
- ・得意な能力があれば伸ばす。
- ・卑屈でない毅然とした断り方や対処を教える。
- ・逃げ方、助けの求め方を教える。
- ・いじめそうな相手に近づかないように教える。
- ・加害者も交えて話し合い、時に本人の気持ちを代弁する。

詳しくは
児童相談所、
発達障害支援センター、
発達障害に詳しい精神科、
小児科で
ご相談ください

AD/HD 注意欠陥／多動性障害

AD/HD ってどんな病気？

AD/HD（注意欠陥／多動性障害）とは、Attention Deficit / Hyperactivity Disorder のことで、①不注意、②多動性、③衝動性の3症状を中心とする行動障害です。いずれの症状がまさっているかによって、不注意優位型、多動／衝動優位型、混合型の3つのタイプに分類されます。反抗挑戦性障害とは、拒絶的、挑戦的、敵対的な行動が「同じ年齢や発達段階の子どもよりもはるかに多く」、それが少なくとも6カ月以上認められるものです。

行為障害とは、「他者の基本的人権の蹂躪、または年齢相応の社会的規範・規則の侵害」が反復し持続するもので、人や動物に対する攻撃、嘘や窃盗、放火や所有物の破壊などがあげられます。

なお AD/HD に関わるその他の障害については、別の章を参照してください。

● AD/HD の患者さんはどのくらいいるの？

AD/HD の有病率（発生率）は、学童期の子どもの3～7%といわれ、男女比は2：1～9：1と圧倒的に男児に多くみられます（女兒は不注意優位型が多いために、発見されにくいという報告があります）。

●なぜ AD/HD になるの？

現在のところ、何らかの生物学的な原因が関与していると考えられていますが、原因は特定されたわけではありません。AD/HD は単一の原因で起こる障害ではなく、生物学的原因の上に心理社会的要因が重なって、発現しているのだろうと考えられています。



● AD/HD の診断は？

子どもたちに AD/HD があるかどうかを検出する生物学的指標（血液検査、脳画像）や診断テストはありません。あくまでも面接・診察から得られる情報や診察室での行動観察、養育者から生育歴を、関係者（幼稚園や学校の先生など）からは集団場面での様子を聞くなどして、総合的に判断します。

また学校と家など少なくとも2つの異なる状況で、7歳未満の時から症状が確認されることが必要です。3歳以前に AD/HD と診断できるかどうかは、専門家によっても意見が分かります。原則として軽度精神発達遅滞（IQ が50～70）の合併はあってもよいとみなしますが、中等度よりも重い（IQ：50未満）がある場合は、多動は知的発達障害の1症状と考えます。

AD/HD の症状は？その1

AD/HD の症状は、①不注意、②多動性、③衝動性の3つの症状にわけられます。

不注意

ケアレスミスが多い／忘れ物が多い／いわれたことを聞いていないようにみえる／必要な物をなくす／すぐに気が散る／義務をやりとげられない

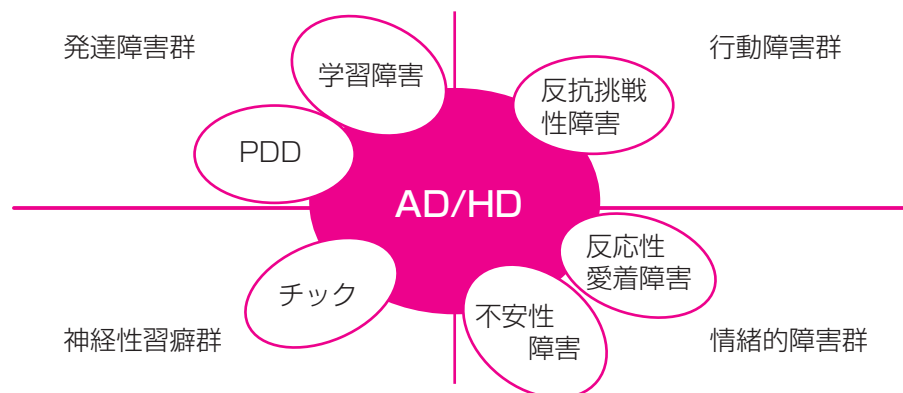
多動性

おとなしくするべき状況で、ひどく走り回ったりよじ登ったりする／座っていても手足をモゾモゾさせたり、身体をクネクネさせたりする

衝動性

順番を待てない／質問が終わる前に出し抜けにこたえてしまう／他人の邪魔をする（ゲームや会話に割り込むなど）

● さまざまな発達障害と AD/HD



● 落ち着きのない子 = AD/HD の子なの？

そうではありません。さまざまな身体的・精神的病気の時にも子どもは落ち着かなくなりますから、ていねいな診察が必要です。

身体的な病気

てんかん、脳腫瘍、気管支喘息、軽度の難聴、先天性代謝疾患や変性疾患など

精神的な病気

① 広汎性発達障害（PDD）

幼少期にはコミュニケーションの問題よりも多動が目立つ子どもがおり、病院にAD/HDと紹介されてくる子どもの中に、少なからずPDDの子どもが含まれていることがあります。

② 心因性疾患

不安障害、強迫性障害、PTSD（外傷後ストレス障害）など

③ 児童虐待

不適切な養育を受けた子どもは不機嫌で神経質になり、落ち着きがなくて気分がコロコロ変わり、パニックになりやすい。

④ 精神発達遅滞

⑤ チック

⑥ 感情障害



AD/HD の症状は？その2

下記のように年齢によって AD/HD 状態像は変化します。

乳児期 ハイハイしながら動き回る、気難しくよく泣く

幼児期 落ち着かない、目が離せない（迷子、車の前に飛び出すなど）、人見知りせず誰にでも馴れ馴れしく声をかける、待てない、何度注意しても同じ失敗をする、集団行動がとれない思ったことをすぐに口にする、言葉より先に手が出てしまう
歩き方、走り方、階段の昇降がぎこちない、よく転ぶ

学童期 多動、注意の集中時間が短い（常に注意集中が困難なのではなく、ゲーム中などは、呼びかけても返事がないくらい集中力を発揮）、整理整頓が苦手、忘れ物が多い、感情が不安定、協調性がなく、集団の規律に従わない

思春期 多動傾向は改善、注意集中困難は持続、学業成績は不振、自己像が貧困（劣等感、疎外感、無気力感、抑うつ感）

成人期 仕事が長続きしない、社会不適応、ストレス耐性が低い、対人関係のトラブルが多く孤立しやすい、気分が動揺しやすい、時に不安・薬物乱用・感情障害が合併、金銭・旅行・仕事など衝動的、自動車事故や大きな怪我が多い



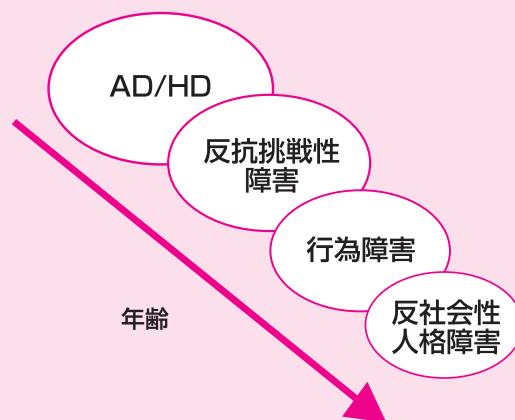
◆ DBD マーチについて

破壊的行為障害（Disruptive Behavior disorder）は、AD/HD、反抗挑戦性障害、行為障害の3つの病気疾患をまとめたものです。AD/HD の子どもの中には、幼少期より家庭内外で頻繁に叱られたために反動的になり、それに親がさらに反応して叱りつけるという悪循環が生じることがあります。この状態の子どもは反抗挑戦性障害と診断されます。

叱責の中で自分の存在を否定・拒絶されたと感じ、怒りや疎外感を募らせながらも、「認めて欲しい」、「関わりたい」という気持ちをまだ捨ててはならず、「反抗」という形で、周囲のおとなとの関係をなんとか引き出そうとしています。

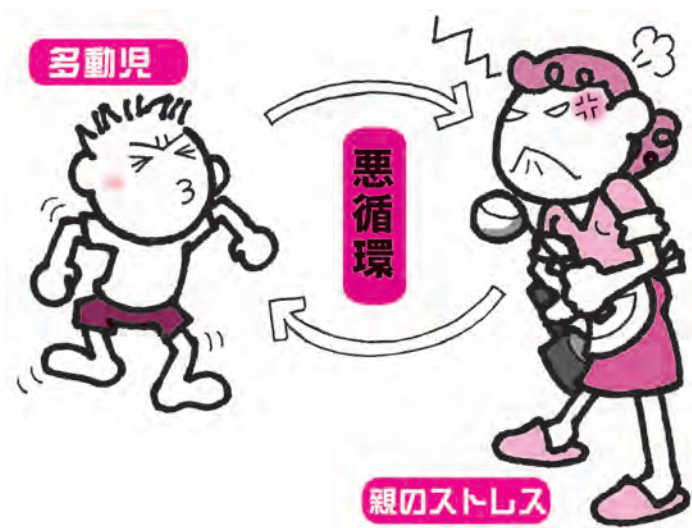
この段階の子どもが、集団もしくは単独で犯罪行為に手を染め出すと、行為障害と診断されます。これらの行為は思春期や青年期に落ち着くことが多いのですが、一部は犯罪行為を続け、青年期以降、反社会的人格障害と診断されます。

反抗挑戦性障害までは治療が可能で十分に回復できるのですが、行為障害まで進むと治療はとても難しくなります。



多動児の問題行動と親のストレス

多動児の問題行動に対して、親が無視したり命令口調で指示したりといった対応をすると子どもの問題行動が悪化し、再び親が対応をエスカレートさせて脅したり体罰を加えたりすると、さらに子どもの問題行動がひどくなるという悪循環に陥ることがあります。



◆二次障害

AD/HD のこどもは、叱責やいじめが重なり、また自分の短所を自覚するようになって、自己評価が傷つきやすくなります。その結果、学童期後半頃より、以下のような二次的な情緒・行動上の問題が主たる問題になってきます。AD/HD の基本症状を変化させるのは困難なことがありますが、これらの二次障害は予防可能です。

例) 非行、怠学、登校拒否、家庭内暴力、校内暴力、引きこもり、無気力で投げやりな態度、嘘、攻撃的言動、自傷行為、心気症状、など。

● 基本的なスタンス

治療のターゲットは AD/HD の基本症状それ自身ではなく、そこから生じる有害な影響を最小限にし、自己評価を低下させず、子どもの本来の能力を発揮させることです。

● 周囲の人が AD/HD 症状を認識する

まわりの人が AD/HD の正確な知識をもつことが大切です。

● 環境を調整する

注意散漫→邪魔なものは机や教室から排除し、シンプルな環境づくりをする。単純、明快、簡潔な指示（長々と説教やいい聞かせようとしない）、その子にあった学び方（興味や学業到達度）

衝動性→あらかじめ行動のルールを決める。タイムアウト（興奮した場合は、その場から離す）

多動性→授業にメリハリをつける。

● 必要に応じて薬物療法を行う

● 自分の問題に気づかせる

AD/HD 症状とそのコントロールの仕方を学ぶことも効果的です。

● 自己評価を回復させる

「幼児期は褒める、学童期は認める、思春期は勇気付ける対応」（田中 2002）

詳しくは
保健センター、
児童相談所、
スクールカウンセラー、
教育センター、
小児科、児童精神科で
ご相談ください

分離不安障害・選択性緘黙・反応性愛着障害

分離不安障害ってどんな病気？

幼児が母親など愛着をもった人と離れる時に不安や恐怖心が現れます。これを分離不安といい、発達過程においてある程度の時期までは誰にでもみられる正常の反応です。しかし、その程度が重度でいくつになっても分離不安を克服できず、不登校など社会生活に支障が出る場合を分離不安障害といいます。

● 分離不安障害の患者さんはどのくらいいるの？

学齢期全体で有病率は3%前後だと考えられています。男女差はありません。

● なぜ分離不安障害になるの？

親が子どもを甘やかし、過保護に育てている場合が多いようですが、肉親や友人、ペットの死、転居等もこの病気の引き金になることがあります。その他、遺伝的に不安になりやすい性質も大きな原因です。

● どうやって診断するの？

子どもの不安が1カ月以上持続して、ひどく悩んだり行動面に支障が出たりする場合は、分離不安障害が疑われます。

選択性緘黙ってどんな病気？

慣れ親しんだ環境では普通に話せますが、学校等ストレスのかかる状況では、全くあるいはほとんど話せなくなる状態をいいます。

● 選択性緘黙の患者さんはどのくらいいるの？

全児童に対し0.2%程度といわれています。男女比は1:1.6と女兒がわずかに多いようです。

● なぜ選択性緘黙になるの？

色々な要因が関与していますが性格的なもの、環境的な要因、発達障害などが考えられています。

● どうやって診断するの？

家では喋れるのに、特定の社会状況では喋れない場合は、選択性緘黙の可能性ががあります。

反応性愛着障害ってどんな病気？

虐待や育児放棄など不適切な養育が原因で、子どもがさまざまな対人関係上の問題行動を起こす病気です。

● 反応性愛着障害の患者さんはどのくらいいるの？

比較的新しい概念であり、細かい数字はわかりません。

● なぜ反応性愛着障害になるの？

育児放棄や虐待の他、共働きで子どもと接する機会が極端に少ない場合、頻繁の引越なども要因として考えられています。

● どうやって診断するの？

病的な養育環境のために、5歳以前に始まり、あらゆる状況で問題のある対人関係を示す場合は、この病気が疑われます。

分離不安障害・選択性緘黙・ 反応性愛着障害の症状は？

分離不安障害と選択性緘黙は、特定の社会的状況になる（もしくは、なることが予想される）と症状が出現します（このことから、社会恐怖（社会不安障害）の一種であると考えられています）。反応性愛着障害の子どもは他人と適切な距離を置いてつきあうことができず、外見的には虐待等による成長障害が多く認められます。

分離不安障害



母親などの依存対象者から離れるような場面で、強い不安や身体症状を訴えます。執拗な甘えや、夜尿、腹痛・頭痛・吐き気等がみられます。このため、時に不登校の要因になることもあります。

選択性緘黙



家族に対しては普通に喋ることができますが、学校など特定の社会状況では一貫して話すことができません。

反応性愛着障害



ほとんどの場面で大きな問題のある対人関係を示します。保護者からのひどく不適切な養育により、遊びに興味を示さなかったり、他人とのかわりを避けたりします。無感情や過度の警戒と攻撃性などもみられます（抑制型）。

一方であまり知らない人に対して、過剰な馴れ馴れしさを示し、無分別な社交性がみられるタイプもあります（脱抑制型）。

分離不安障害・選択性緘黙・ 反応性愛着障害の治療は？

分離不安障害と選択性緘黙の治療は、ストレスとなる社会状況に対する不安を和らげることが目標となります。不安に少しずつ慣らしていき、抗不安薬を用いたりすることなどです。反応性愛着障害は親と子の愛着を深める行動が治療につながります。したがって、子どもだけでなく親（養育者）の治療への参加が不可欠となります。しかし、多くの場合、虐待から子どもの安全を守ることが最優先事項となります。

分離不安障害の治療

● 認知行動療法

一番効果的で使用されている療法は、認知行動療法です。分離不安障害の子どもは不登校になりがちです。こういった子どもには登校を促すべきなのですが、少しずつ学校にいる時間を延長していくなど、段階的に不安対象と接していく方法や、行動目標を声に出していわせて目標達成に向けて努力させる方法等があります。

● 家族セラピー

親が子どもの不安障害を強化している場合、家族セラピーが有効です。子どもが不安がるために、親自身も別離を認められない場合、この障害が治る可能性は低くなります。子ども以上に親の言動が重要になりますので、家族セラピーはどのようなタイプの家族にもある程度の効果をもたらします。

● 薬物療法

不安を軽減するために、SSRI等の薬物療法も用いられます。

選択性緘黙の治療

多くの場合、家では喋るので「いずれは喋るようになるだろう」と楽観的に考えがちなのですが、年長になればなるほど緘黙の期間も長くなり、治療が益々困難になってしまいます。できるだけ早い時期に専門家を受診し、治療を開始することが大切です。

● 遊戯療法

● 親に対するカウンセリング

● 非言語的治療（描画や箱庭療法など）

反応性愛着障害の治療

● 第3者の介入

子育てのストレスや不安のために親に余裕がなくなり虐待にまで発展しているケースでは、一時的に子どもを施設に預けたり病院に入院させたりして、距離をとらせることも必要になる場合があります。そういった介入によって親の自覚と能力に訴え、また治療に参加させることで問題ある関係を改善させる必要があります。

● 愛着を深めるトレーニング

親としての自覚があるものの共働きなどで愛着を深めることができなかったケースでは、子どもと一緒に寝てあげたりお風呂に入ってあげたりして愛着を深めてあげます。歌を歌ってあげることもよいでしょう。

まわりの人ができること

分離不安障害、選択性緘黙、反応性愛着障害は、それが異常な状態であるということに早く気がつくことが大切です。

そしてその状態を治していくには、家庭だけでなく幼稚園や学校の協力が必要です。

分離不安障害

分離不安障害の子どもは不登校になりがちです。患児には登校を促すべきなのですが、患児の不安を和らげ、学校で過ごす時間を徐々に延長できる計画をみんなで話し合ってたてていくには、親だけでなく学校の先生や子どもの仲間たちの理解と協力が必要です。

選択性緘黙

本症の発生要因は、幼児期に起因することが多いようです。そこで、幼稚園や学校などの教育現場で、精神保健や心の発達の問題として、教育的な立場から早めに気づき、早めに対応することがポイントといえるでしょう。そして患児の不安を理解し、意思や感情を安心して表出できるような環境をつくることが重要になります。

反応性愛着障害

虐待が疑われた場合は速やかに、市町村、都道府県が設置する福祉事務所もしくは児童相談所、または児童委員を介して都道府県が設置する福祉事務所もしくは児童相談所に通告しなければなりません。

以前は明らかな虐待の証拠がなければ届出ができませんでしたが、児童虐待の防止等に関する法律の改正により、虐待が疑われただけでも通告ができるようになりました。

親へのケア

温かい支えと適切な援助

虐待をしている親も、いろいろなストレスから悩み孤立していることがあります。いけないことだとわかっているもつい手がでてしまう親に対して、まわりの人が声を掛けて悩みを聞いてあげることで、虐待を防ぐことができる可能性があります。

虐待に悩む親・児童の相談を受け付けている団体もあります。虐待をする親と子どもには周囲のあたたかい支えと適切な援助が必要です。

詳しくは
児童相談所で
ご相談ください

てんかん

てんかんってどんな病気？

てんかんとは、脳の神経細胞の異常な電氣的興奮によって発作が引き起こされる病気で、「ふだん元気な人が、時々発作を起こす」という点が特徴的です。日本には約100万人のてんかんの患者さんがいます。

発作の内容はさまざまで、意識を完全に失って、全身がつっぱったり手足がガクガクと動いたりするけいれんを引き起こす全般発作や、意識がぼんやりしたり、無意識のうちに手などが無目的な動作をしたりする部分発作があります。

● てんかんの原因は？

てんかんを脳神経細胞の機能異常によって分類すると、局在関連性てんかんのように脳の一部分に限られているものや、全般性てんかんのように脳全体に及ぶものに分けられます。

局在関連性てんかん（脳の部分的異常）／ 全般性てんかん（脳深部の異常が脳全体に波及）

てんかんの原因はさまざまですが、大きく2つに分類することができます。原因がわかる症候性てんかん（頭部外傷や脳腫瘍、脳やその血管の奇形、出産前後に生じた異常、脳梗塞など）と、原因がわからない特発性てんかんがあります。

症候性てんかん（原因がわかる）／ 特発性てんかん（原因がわからない）

一般的にてんかんは年齢が低いほど発症率が高いといわれ、子どもの患者さんが多いのです。しかし、成人になってからてんかんになることもあり、その場合は脳腫瘍や脳梗塞が原因の場合もありますので注意が必要です。

特発性てんかんについては、多くの場合、遺伝子の異常と考えられています。こうした分類は、予後や重症度、そして治療方法を判断するうえで重要です。

てんかん発作の症状は？

てんかんの主な症状は「てんかん発作」です。いろいろな発作がありますが、全般性てんかんでは主に全般発作、局在関連性てんかんでは部分発作が出てきます。しかし、おなじ類型でも、発作の重さによって日常生活の注意の仕方が異なりますし、発作の種類によっては入院による治療や手術が必要なこともあります。

全般発作

全般発作は最初から脳全体に発作が広がるもので、代表的なものは大発作（強直間代発作）です。大発作は突然意識を失い体を硬直させてけいれんを起こすもので、白目をむいたり、呼吸が停止して尿失禁を伴ったりすることもあります。全身を突っぱった後、体をガクガクさせるけいれんに移り（間代けいれん）、発作がおさまった後もしばらく意識がはっきりしません。他に、瞬間的に意識がなくなって動作が止まる小発作（欠神発作）、上下肢の筋肉の一部がピクピク震えるミオクローヌス発作などがあります。



部分発作

部分発作は、発作を起こす脳の場所によって症状は様々で、発作中も意識のある「単純部分発作」と、意識障害を伴う「複雑部分発作」にわけられます。



① 単純部分発作

体の一部がけいれんを起こす焦点運動発作や、痺れや幻聴などの感覚発作、急に恐怖を覚えるような精神発作、腹痛や頭痛を起こす自律神経発作などがあります。



② 複雑部分発作

意識を失って、口をもぐもぐさせたり、歩き回ったり、突然激しく動いたりします。最初は部分発作であったのが、全般発作に移行していく二次性全般化も起こります。

てんかんの治療は？

てんかんでは基本的には薬物治療が行われ、抗てんかん薬が用いられます。

抗てんかん薬は、てんかん発作の種類や検査の結果などから判断して選択され、なるべく少ない種類の薬を使うように勧められています。抗てんかん薬によって、発作を抑えることができた場合でも、しばらくは薬を続け、徐々に薬を減らしていきます。薬を飲んでもなかなか発作が治まらない場合には、発作の原因となる脳の一部分と取り除いたり、脳の異常興奮が伝わらないように脳の一部に切れ目を入れたりといった外科的治療が検討されることもあります。

基本的には抗てんかん薬、場合によっては外科的治療も検討

●てんかんの関連症状の治療はどうするの？

てんかんでは、怒りっぽくなったり、気分が沈みがちになったり、几帳面になったり、物覚えが悪くなったりといった、発作以外の症状が出てくることがあります。発作が長く続くほど、そして大発作のような大きな発作があるほど、こうした症状が出やすいと考えられています。

ほかに、発作が始まって10年くらいたったころに幻覚や妄想といった精神症状が出る人もいます。これらの精神症状の出方には、発作中や発作前後に出る場合と、発作とあまり関係なく出る場合があります。治療には、抗精神病薬を使うこともあります。

治療薬について

おもな抗てんかん薬

バルプロ酸（商品名：デパケン、セレニカ）、カルバマゼピン（商品名：テグレート）、フェニトイン（商品名：アレビアチン）、フェノバルビタール（商品名：フェノバル）、ゾニサミド（商品名：エクセグラン）、クロナゼパム（商品名：リボトリール）

●抗てんかん薬の副作用

バルプロ酸	めまい、傾眠、肝障害、血小板減少、食欲亢進、脱毛など
カルバマゼピン	眠気、肝障害、薬疹など
フェニトイン	めまい、運動失調、歯肉肥厚、眼振、肝障害など
フェノバルビタール	眠気、めまい、肝障害など
ゾニサミド	食欲不振、意欲低下、精神病様症状、肝障害など
クロナゼパム	眠気、ふらつき、筋緊張低下、呼吸困難など

新薬情報！

2006年7月に、ガバペンチン（商品名：ガバペン）が認められました。他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）に対して、抗てんかん薬との併用で用いる場合に効果を発揮します。副作用が少なく、安全性が高いことが特徴です。

まわりの人ができること

てんかん患者が発作を起こしたとき、家族やまわりの人は、手足のけいれんなどで怪我をしないように障害物を取り除いたり、楽な呼吸ができるように顔を横に向けたり、などの処置が大切です。たいていの場合には静かにしていると数分以内に発作が治まりますが、もし発作が治まらずに顔色が青くなるチアノーゼを起こしているときには、救急車をよぶことが必要になる場合もあります。

セルフケア

生活面の注意としては、まず過労やストレス、睡眠不足を避けることが大切です。また、一部のてんかんでは、テレビやゲームで発作が引き起こされることがあるので、近くでみたり、連続でみすぎたりしないということも大切です。意識を失う発作がある場合は、転倒してけがをしたり、運転中に事故を起こしたり、お風呂でおぼれたりする危険性があるので注意が必要です。

詳しくは
お近くの小児科、
神経内科、
精神科の外来で
ご相談ください

児童・思春期の「うつ病」

子どものうつ病って どんな病気？

子どものうつ病は、おとなのうつ病と同じものです。おとなの症状と同じく、意欲の低下、興味・喜びの喪失、食欲不振、体重減少、睡眠障害、イライラ感、疲れやすさ、罪責感、集中力の低下、自殺念慮などがありますが、一方で、おとなのうつ病とは違った症状や経過をとる場合があります。

以前は子どもにはうつ病は起こりにくいと考えられていましたが、最近では抑うつ症状をもつ子どもが多く存在することがわかってきました。

● 子どものうつ病はどのくらい起こるの？

発症率は、児童期で 0.5 ～ 2.5%，青年期で 2.0 ～ 8.0%の割合と考えられています。小学校で 1 ～ 2 クラスに 1 人，中学・高校で 1 クラスに 1 ～ 4 人程度です。

● なぜ子どもがうつ病になるの？

うつ病は家族研究や遺伝学的研究から、遺伝的な要因と環境的な要因が複雑に組み合わさって起こることがわかってきました。残念ながらはっきりと原因はわかりませんが、いくつかの遺伝子の候補があげられており、ストレスが発症の誘因になるといわれています。

● 子どものうつ病にはどんなタイプがあるの？

現在、一般的に使用されているアメリカ精神医学会の診断基準によると、子どものうつ病もおとなのうつ病と同じで、気分が落ち込む“うつ”だけがみられるうつ病性障害と経過中に“うつ”と気分が逆に高揚する“躁”の2種類がみられる双極性障害に分類されます。“躁”と“うつ”の混在した状態もみられます。

● 子どものうつ病の症状は？

おとなと比べて子どもは自分の感じ方や気持ちをことばで現す能力が十分に育っていないので、症状は、ぼうっとした感じ、不機嫌、おとなへの反抗、頭痛や腹痛といった身体症状の訴え、ひきこもりや学業成績の低下など、なかなか病気としてとらえ難い症状として現れます。もちろんおとなと同じような典型的な症状が出る場合もあります。



子どものうつ病は どういう経過をたどるの？

子どものうつ病は、おとなのうつ病とは違った非定型的な経過を示すことがあります。非常に早い周期で気分の波が現れたり、そうかと思うと完全に症状がなくなる間欠期がみられたりします。

時として統合失調症と同じように、幻覚、妄想や、言動がスムーズにいかなくなるなどの症状が現れることもあり、診断が決めにくかったり、途中で診断の変更を余儀なくされることも珍しくありません。正確な診断は子どもの成熟とともに経過中に徐々に明らかになることもあります。

● 子どものうつ病の治療は？

治療はおとなのうつ病の治療と基本的には同じで、薬物療法をメインに、精神療法や精神科リハビリテーションを行います。社会的、教育的支援を含めた治療法をあわせて行うことが望ましく、それがその後の社会適応を良好にし、再発の防止につながります。

● 子どもの抗うつ薬の副作用

2003年5月にイギリスで18歳未満のうつ病患者さんにパロキセチンという抗うつ薬が自殺念慮や自殺に関連した行動を増加させる可能性があるという調査結果が出ました。この結果を受けて、イギリス、アメリカ、日本において、次々と18歳未満のうつ病患者さんへのパロキセチンの投与が見直され、日本では原則的に使用しないことになりました。その後、アメリカでは抗うつ薬全般にわたり、18歳未満のうつ病患者さんへの使用にあたっては自殺念慮や自殺関連行動に十分に注意し、慎重に投与されるべきであるという警告表示が出されています。

日本の医師のほとんども同様の認識をもって治療に当たっていますが、実際にはこれらの抗うつ薬が有効な患者さんも多く、主治医の十分な配慮の下で必要に応じて慎重に投与されているようです。

まわりの人ができること

十分な休養によりよくなることをくり返し説明しましょう。調子が悪い時期は大切な決断は先送りにするようアドバイスしてあげてください。

病気の理解を促す

本人に病気についてきちんと説明し、治療によりよくなることを伝えましょう。

大切な決断はしない

本人の調子がよくなるまでは現状維持を心がけましょう。

自傷や自殺の予防

決して自傷や自殺をしないように約束させましょう。危険が切迫している場合は家族が十分に注意して見守り、危険な時期を乗り切りましょう。精神科を受診して積極的に相談しましょう。

十分な休養をとる

あせりは禁物です。本人はとにかく自分が怠けているとか、もっと頑張らないといけないと思っています。今は病気の為にいろいろなことができないのは仕方がないこと、十分に休養をとることが、病気が治る近道であることをいい聞かせ、安心して療養させてあげましょう。

児童・思春期の「統合失調症」

子どもの統合失調症って どんな病気？

大体 13 歳までに発症した統合失調症を児童期統合失調といいます。子どもの統合失調症もおとなの統合失調症と同じで、幻覚、妄想、話のまとまりの悪さや言動の硬さなどがみられたり、喜怒哀楽といった豊かな感情が失われたり、意欲がなくなるなどの症状が現れます。

おとなの統合失調症と同じものですが、子どもはおとなと違って未熟なために症状の現れ方が少し違います。

● 児童期統合失調症はどのくらい起こるの？

児童期の統合失調症は、非常に稀です。発症率は、約 100 人に 1 ～ 2 人の割合で発病する青年期の統合失調症に比べて、12 歳以下では約 10,000 人に 1 人の割合で発病すると考えられています。

青年期

1～2人

100 人

12歳以下

1人

10000人

● なぜ児童期統合失調症になるの？

家族研究や遺伝学的研究から、統合失調症は、遺伝的な要因と環境的な要因が複雑に組み合わさって起こることがわかってきました。ただし、おとなと比較して、子どもの統合失調症ではより遺伝的関与が大きいと考えられています。

● 児童期統合失調症の症状は？

幻覚はおとなでは幻聴が多いのですが、子どもでは幻視が多いといわれます。また症状の 1 つである意欲の欠如は、子どもではひきこもりや学業成績の低下として現れたり、あるいは機能の発達が期待されるほどに伸びない、などというかたちで現れることもあります。

● 児童期統合失調症の症状の現れかたは？

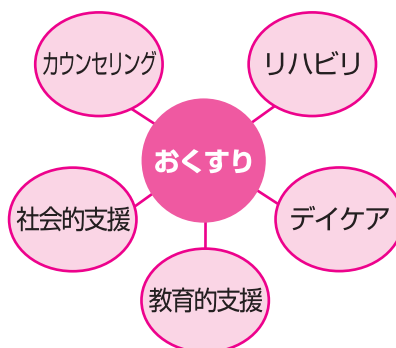
一般的に発症時期ははっきりしないことが多く、潜行性に徐々に進行し、診断基準に達するまでに数力月から数年かかる場合もあります。

5～7歳の児童は現実と空想の境界があいまいなので、統合失調症の症状である妄想や幻覚と、子ども特有のファンタジーとの区別を慎重に見定めることが大切です。



児童期統合失調症の治療は？

基本的には治療はおとなの統合失調症の治療と同じで、薬物療法をメインに、精神療法、精神科リハビリテーションを行います。社会的、教育的支援を含めた治療法をあわせて行うことが望ましく、それがその後の社会適応を良好にし、再発の防止にもつながります。



まわりの人ができること

家族は落ち着いた態度で接し、生活リズムを得られるように援助しましょう。

落ち着いた態度で接する

感情的な家族との接触は統合失調症の再発のリスクを高めるとい報告があります。

生活のリズムをつける

自宅での一般的な生活指導は大切ですが、適度な距離を保つことも必要です。家族関係の緊張の緩和のためにも、デイケアなどの利用は有効です。とくに不登校に陥った場合などに、生活のリズムが得られるだけでなく、対人相互関係を学び、健康な自尊心を育むことに役立ちます。

◆ 地域生活支援

生活支援センター・授産所・保健所などで、病状に応じた支援を受けたり、生活上の道筋を得ましょう。また、経済上の各種の援助についての情報もここで相談することができます。将来的には家族と離れて地域で生活していくことを念頭におき、長期的な展望をもって療養しましょう。

チック障害

チック障害ってどんな病気？

急に同じような体の動き（首を回すなど）や発声を無意識で続けてする癖が目立つ病気です。

手を焼く子どもでストレスがたまっている時によくみられます。多くの場合4週間以上症状が続くこともありますが1年以上続くことはあまりありません。ただ1年以上続くか、あまりにもひどいと子どもの成長の妨げ（集中できない、落ち着かないなど）になる場合があるので専門家にみてもらいましょう。

● チックの患者さんはどのくらいいるの？

子どもによくみられます。特に4～8歳の男の子に多く（女の子より男の子の方が3倍の割合でみられます）、児童の10～20%と結構多くの子どもにみられます。しかしおとなになっても続くことはまれです。

● なぜチックになるの？

大半の原因はストレスにあるようです。ただ最近の研究ではストレス以外に遺伝や脳の細胞に原因があるものもあることがわかってきました。

● 診断のポイント

- ・ 通常何回かにまとまって起こるが、決まった時刻に起こるものではありません。
- ・ 18歳までに発症します。
- ・ 4週間以上続きます。
- ・ 他の病気をもっていた場合、その病気とは関連がみあたりません。

◆ ジル・ド・ラ・チューレット症候群

何種類かの運動性チック（p163 ①, ②）と音性チック（p163 ③, ④）が1年間続く場合はチューレット症候群が疑われます。長い間続くと長い間集中できないため学習面の妨げになるかもしれません。1万人に5人ぐらいしかいませんが遺伝しますので両親が子どものときに同様なことがあったか聞いてみてください。この病気が疑われる場合は専門家に相談してください。

チックの症状は？

チックの症状は 4 つのパターンに分けることができます

① 単調な体の動きを繰り返す



例：何回も瞬いたり、鼻をくんくんさせる

② いろいろな運動の要素が組み合わさった動きが繰り返す



例：物を嗅ぐ、自分を叩く、飛び跳ねるといったもの

③ 単調な発声



ほえる。奇声。機械の出す音など

④ 単語を用いる発声



例：その場とは関係のない単語を繰り返す

誰かが以前いった言葉や人前では恥ずかしい（汚い）言葉を急に何回もいい出すこともあります。わざと子どもが親の手を焼かせるために叫んだり汚い言葉をいう事があります（子どもは親を困らせて喜んでいることが多々あります）が、チックはこれとは違い半ば無意識でこのようなことをします。

チックの治療は？

基本的に1年間以上続くものでなければチックに対しては特別な治療をする必要はありません。多くの子どもが自然にチックを出さなくなります。

● ストレスを緩和する

子どもがチックを起こすと親としては気が気ではないですが、子どもに我慢してやめるように注意するより（余計とストレスがたまってさらにひどくなる事があります）、放っておくかストレスを和らげるようにします。

● 心理療法

小さな子は言葉でうまく表現できないので、遊びを通して子どもを理解しストレスの解決を図ります。

まわりの人ができること

ストレスとなっていることを減らしてあげ、卑猥な言葉を連発しても気に留めないことです。

ゆったりとした気持ちで

子どもがチック症状を起こすと、親としては大変心配になります。しかしその心配し注意を払うことが子どもにとってストレスになり、チックがひどくなることもあります。1年以上続く場合はそう多くはありませんので、ひとまずゆったりとした気持ちで子どもを見守っていくことです。

心配な場合は
児童精神科の
専門医を
受診してください。

少年非行

非行の定義とは？

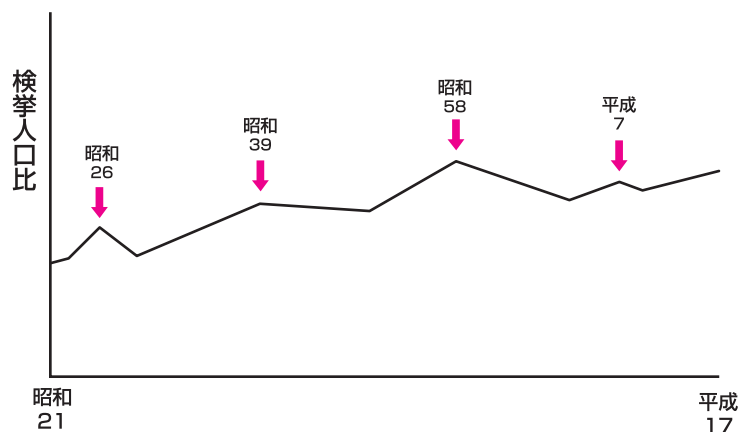
「非行」は法律用語ではないのですが、20歳未満の者（＝「少年」）によっておかされた法律に触れる行為をいいます。

● 非行は増えているの？

少年による衝撃的な事件がメディアを騒がせています。神戸連続児童殺傷事件、佐賀バスジャック事件、長崎小学生殺人事件、といった事件は記憶に新しいと思います。もっと身近なレベルで、「目つきの悪い少年が増えた」「コンビニ前に深夜たむろしている少年が目につく」と感じておられる方もいるでしょう。

統計をみると、昭和26年、39年、58年の3つのピークを経て減少傾向にありましたが、平成7年を境に増加傾向に転じ、平成11年以降は確実に増加がみられ、憂慮すべき事態であるといえます。

■ 戦後の少年刑法犯の動向



現代の非行の特徴とは？

最近の非行の特徴は、次のように分析されます。

- ①少年犯罪の増加
- ②低年齢化
- ③女子少年の進出
- ④粗暴・凶悪化

低年齢化

14～17歳の少年の検挙比が増えています。



女子少年の進出

売春（援助交際）、覚せい剤使用によって検挙される女子少年が増えています。



粗暴・凶悪化

暴行・障害・強姦など凶悪犯の検挙人員が増えており、平成8年からは殺人が前年比50%以上の増加で、以後も高い数字を保ち、粗暴・凶悪化がめだちます。

少年犯罪の増加

前ページのように少年犯罪は増加傾向にあります。

※家庭内暴力、いじめによる被害は実情を把握するのが困難ですが、増加していると考えられます。

非行防止のために

我々は非行防止に向けて何ができるのでしょうか？

誰でも思いつくのは家庭の問題です。非行少年を対象にしたアンケートでは、実に6割が家族との不和、疎外感、情緒的交流なしなど、家族関係に問題を抱えています。さらに、保護者の指導力では7割に問題がみられ、内訳はほぼ半数が放任、次いでいいなり・一方的・一貫性なしと続きます。

学校・職場への適応が悪いのも特徴です。無職少年が4割を占め、登校ないし出勤できている少年は2割に過ぎませんでした。このように、家庭の崩壊と学校・職場での不適応が、非行少年の増加に重大な影響をもたらしているのです。

平成12年に少年法が改正され、厳罰化が打ち出されました。その是非については議論がありますが、厳罰による抑止効果だけでは非行を減らすことは困難とおわかりいただけるかと思います。家庭と学校をとりまく状況を変えていかないと、変化はみえてこないでしょう。

● 発達障害と非行

広汎性発達障害（p 142）の少年による非行が近年クローズアップされています。この障害の少年たちは、その特徴であるこだわりや興味への没頭のため、周囲に理解できない思いがけない行動をとることがあります。一部には非行につながる場合があり、特別な教育の必要が近年注目されています。

非行は病気か

少年非行をどう理解するかについて、精神医学は1世紀にわたる議論を繰り返してきましたが、結論は出ていません。かつては、非行少年には何らかの脳の障害がある、病気であると信じられたり、非行は母子関係の問題が原因である、と信じられたりもしました。

現在は、いずれの場合もありうる、という中間的な立場が中心です。発達障害やADHDの少年のすべてが非行を犯すわけではありませんし、母子関係に問題があってもたくましく育つ少年もいるわけです。

したがって非行を病気ということはできませんが、彼らがなぜ反社会的な行動をとるのか、精神医学は心理学や社会学、犯罪学などいろいろな分野と協力して、研究を続けています。たとえば英国においては、貧困・親のアルコール中毒・片親などが非行のハイリスク家庭である、との研究結果に基づき、そうした家庭への育児指導や援助の社会システムを立ち上げつつあります。

わが国は伝統的に行政が家庭に介入することを避ける風土がありますが、社会構造の変化に伴い、育児や養育という家庭の機能が弱まるばかりの現在、これまでにない施策が求められるのではないかと考えます。



精神医学、心理学、社会学、犯罪学が協力して、非行少年の研究に取り組む必要があります。

詳しくは
児童精神科
精神保健センターで
ご相談ください