適応上の問題を呈する子を育てるために

（役割を意識した連携）

みどりクリニック
鈴木基司

目次

・はじめに(発達期の問題への対処の視点)

・順調に育った子の事例紹介
・発達障害の典型事例と軽度発達障害私論
・発達期の問題への心理社会的対応と医療的対応

不快・不 安→不安障害

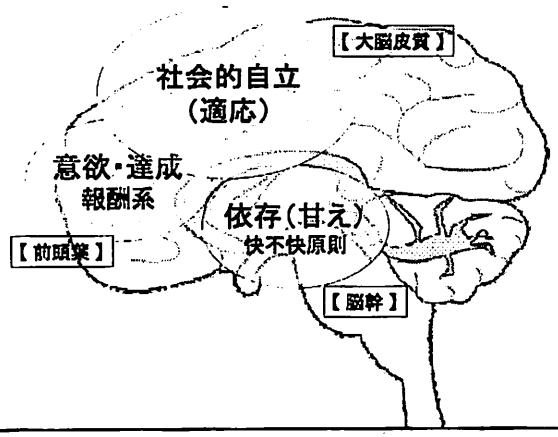
▶少なくとも数週、通常数ヶ月、連続してほとんど毎日「不安」が続く。通常、以下の要素を含む。
▶ a) 心配（将来の不幸に関する気がかり）
▶ b) 運動性緊張（そわそわ、落ち着かない、緊
▶ 張性頭痛、振戦、寛げない）
▶ c) 自律神経性過活動（発汗、頻脈や呼吸促
▶ 拍、上腹部痛・不快、腹痛・下痢、不眠）
@ 不安は動物としては自らの危機的状況の感知

う つ 状 態

抑うつ気分、興味と喜びの喪失、活力減退、
易疲労感、活動性の減少、イライラ感、他に以下
a) 集中力と注意力の減退
b) 自己評価と自信の低下（どうせ僕なんか、ふてくされる）
c) 罪責感と無価値感→死にたい・消えたい
d) 将来に対する希望のない悲観的な見方
e) 自傷あるいは自殺の観念や企図行為
f) 睡眠障害（入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒）
g) 食欲不振　@ うつは不安よりも高次の反応が絡む

自己を構成する要素（イメージ図）

（各要素間で生ずる矛盾や葛藤→ストレス）



問題行動や身体症状

（生理的反応として理解する）

ストレス状態（不快・不安が強く生ずる状態）では
不安解消反応が起こる。（その子が出し易い反応）

1） 行動：回避、逃避、虚言、拒否、非難、攻撃、
2） 症状：常同行為（チック、抜毛、爪噛み）
身体症状（自律神経失調・ホルモン分泌失調）
精神症状（不安、パニック、うつ）
摂食障害（拒食、過食、過食・嘔吐）
強迫症状（洗浄強迫、強迫観念）
乖離（欠神、失歩、失声、遁走）

＊行動は程よいレベルを越えると問題行動とされる。
＊生じ易さ：行動は学習的、症状は生物学的脆弱性と絡む。
（身体的貢献度と心理的貢献度の比率）

ストレスと反応

⇨ 行動 ⇨ 抑制
（伝統的躾
→悪循環）

言語化
（わかってくれる人が
いる、と思えること）

症状→受診
（身体疾患の鑑別
→医原的要因）

小児期の精神医学的障害に関する臨床診断的定義（ラター）

行動や情緒、あるいは関係の異常があり、
それが十分に顕著で長引いているために、
子ども自身にとって不利となっているか、
家族や周囲の者にとって悩みの種、となって
いる状態。（程度評価が課題：複数の情報源）

→ 支援を必要としている状態（医療・教育・心理・福祉）

「handicapであり、必ずしもdiseaseやillnessを意味しない」「必ずしも精神科医が障害を有する子への支援の適任者とは限らない」（ラター）

発達期に認められ易い精神医学的障害
（国際疾病分類から）

F93　小児期に特異的に発症する情緒障害
（非特異的不安、うつ気分、あるいは身体症候）

F92　行為および情緒の混合性障害（行為障害とうつ等）

F91.3　反抗挑戦性障害（DBDマーチ）

F91　行為障害（家庭内限局性、非社会性、社会性）

F84　広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）

F90　多動性障害（AD/HD, ADD）

F95　チック障害（トゥレット症候群）

F50　摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症）
選択的緘黙、抜毛症、乖離性障害、統合失調症、うつ状態

簡易集計（平成26年度）

心理士：常勤1、非常勤8
メンタルフレンド：16

	男	女	計
発達障害	111	16	127
不安障害 うつ状態	117	103	220
その他	22	9	31
計	250	128	378

26

【その他の内訳】

	男性	女性
混合障害（行為障害と情緒障害）	0	0
適応障害	4	3
チック障害（トゥレット障害も含む）	12	3
強迫性障害	3	1
常同行為	2	0
睡眠障害	1	0
乖離性障害	0	1
選択的緘黙症	1	1
摂食障害	2	5
反抗挑戦性障害	2	0
抜毛症	0	2

発達に関するイメージ

1）発達というと、その社会・文化への適応という視点が中心となり易い。その視点では予約外来受診の約70%が順調な発達歴。

2）依存（甘え）の保障という視点（できれば、家族関係で、言語を用いて）。不安の表出が表現（言語化など）に・・・（聞いてもらえると思える関係＝双方向的関係を保証）。

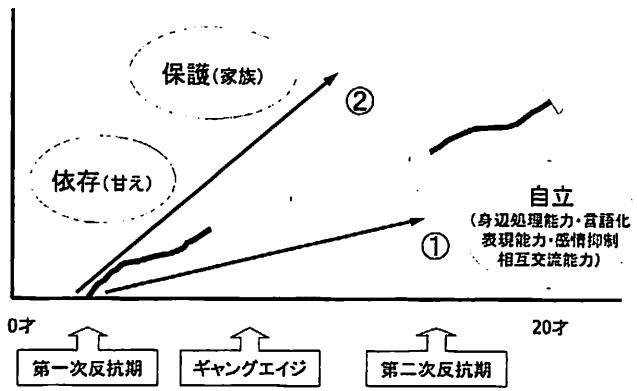
＊　年齢不相応に依存を保障することの困難さ
＊　家族の保護機能成立が困難な場合（母親代理）
＊　問題発現は調和（自立と依存）のとれた発達への修正機会

目次

- はじめに(発達期の問題への対処の視点)

- 順調に育った子の事例紹介
- 発達障害の典型事例と軽度発達障害私論
- 発達期の問題への心理社会的対応と医療的対応

発達についてのイメージ図



対応目標は、適応力を伸ばすことと不安を発信する力をつけること

役割を意識した連携(一人二役は不信を買う)

① その子の不安を受け止める人(保護者):
健康に生きていることが最大の価値

② 程よい促しをする人(学校スタッフ):
当初は外から、本人の状態を観ながら

③ 第三者的存在(心理士など):保護者の不安緩和から

④ 医療的介入(児童精神科、心療内科):
薬剤の適切な使用も考慮(拒否的な場合も)

困難な状態を生じさせ易い因子(1)

環境側因子

A) 家族の保護機能不全(依存保障が不十分)
1)社会・文化的価値基準からの期待が過剰(家庭の背景や同胞との比較も・・)、一方向的対応が中心の保護者。
2)時間的余裕が不十分(仕事、手のかかる同胞・家族員)
3)精神的余裕が不十分(強度の家族内葛藤、保護者の精神的不安定状態:精神疾患等):三代遡って検討
4)相性(組み合わせ、例えば、母子共に強い執着傾向)

B) 社会・文化的因子:
1) 自然や子ども集団での遊び不足(執着傾向の持ち越し)
2) 単一的価値基準による評価への早期曝露(執着助長)

困難な状態を生じさせ易い因子(2)

個体側因子(個性ということでは片づけられない特性

A) 持ち合わせた気質(程度問題ゆえに評価困難)

1) 執着傾向:一度、思い込んだり、感情を持った後の可変性の程度。(働きかけ受け入れ度:柔軟性)

2) 強い執着傾向と因子1)の要素、及び比較的高い能力が重なると完璧主義的志向を早期に形成。

B) 社会文化への適応能力の偏倚(発達障害:程度の問題)

1) 情報記銘力(知能や学習達成力に主として関連)

2) 情報統合:処理(外部入力処理の円滑性・併行処理:相互交流の質に主として関連)

目次

- はじめに(発達期の問題への対処の視点)

・順調に育った子の事例紹介

・発達障害の典型事例と軽度発達障害私論

・発達期の問題への心理社会的対応と医療的対応

「軽度」発達障害

(知的障害は認められない障害)

＊広汎性発達障害(自閉スペクトラム障害)

＊注意欠陥多動性障害 (ADHD、ADD)

＊学習障害

(処理におけるばらつき:極端に困難 な領域がある)

(把え方についての私論)

「知能」に加え、「相互交流の質における困難度」という評価軸(例えば X・Y・・・軸) を想定。

この困難度は、外部入力を処理する力(実行機能レベルでの統合:神経伝達物質の作用度)と多いに関連する。

広汎性発達障害(ICD-10)

相互的な社会関係と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一群の障害。程度の差はあるが、これらの質的異常は、あらゆる状況において、その人の機能に広汎に見られる特徴である。(生後5年以内に明らか・・・、行動的特徴に基づいて診断・・・)

下位分類、小児自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群、レット症候群、他の広汎性発達障害。→自閉スペクトラム症に

① 多くの錯綜した情報から優先順位を意識した選択が困難

② 一般(普遍)化や概念(抽象)化が困難

③ 認知対象との適切な距離がとれない(感情や興味が絡む)

注意欠如多動症

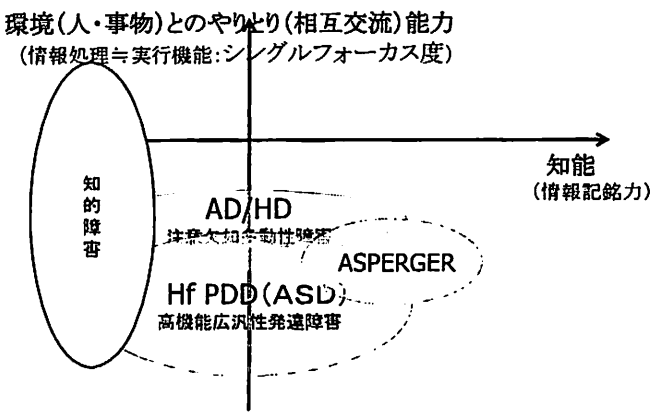
▶ 以下の1)、2)のどちらかで、6項目以上が6ヶ月継続、（その程度は不適応的で発達水準に相応しない。）

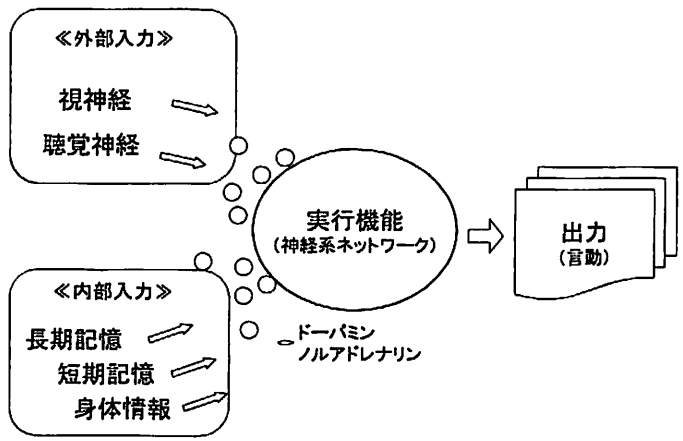
1) a:綿密な注意ができない、不注意な過ちをおかす
b:活動で注意持続困難 c:話しかけられた時、聞いてないように見える e:順序立てが困難 g:必要なものをなくす h:外部刺激で容易に注意をそらされる
2) a:手をそわそわと動かし、椅子の上でもじもじする。
b:座っていることを要求される状況で席を離れる。
e:じっとしていない。 f:しばしばしゃべりすぎ。
3) 衝動性：出し抜けに答、順番待ち困難、妨害や邪魔

平成20年9月予約外来受診者

	ADHD(71)	PDD(73)
言葉の遅れ	22(31%)	51(70%)＊
人見知り歴なし	55(77%)	54(74%)
迷子歴あり	33(46%)	28(38%)
没頭歴あり	42(59%)	36(49%)
いつも一人遊び	27(38%)	60(82%)＊
徐放剤使用	53(75%)	26(35%)
他の薬剤使用	29(41%)	40(55%)

適応するための能力から見た分布(私論)





ADHDへの薬剤（メチルフェニデート徐放剤）

向精神薬の中ではかなり効果的（純粋なADHD）

内服による：　宿題が早くできるようになった。

違いを自覚　　勉強に集中できる

- ▶　先生に怒られなくなった
- ▶　何か楽になった気がする
- ▶　友達と喧嘩することが減った
- ▶　縛られている気がする
- ▶　自分じゃない感じ
- ▶　頭が疲れる感じ

思春期に生じ易い問題

（とくに発達障害を有する子ども）

個体特性と環境との相互交流の蓄積＝個性。

@　執着傾向強度（思いこみ、頑迷→周囲の感情惹起）

@　被害感が強くなりがち → 不安亢進

@　外向的な子 → 攻撃的に自己防衛

@　内向的な子 → うつ的反応 や乖離症状

@　とくに、知的能力の高い子の場合、悩ましい心性が生ずる（他者と自分が違う）。

@　年齢がいってから他者に関心や愛着を抱く。（皆と同じようになりたい）

注：執着傾向強度→言語化がそもそも苦手（100か0）

注：伝統的教育・躾（問題行動抑制型、100負荷型）は将来の問題行動や完璧主義の助長因子となりかねない。

目次

- はじめに(発達期の問題への対処の視点)

- 順調に育った子の事例紹介
- 発達障害の典型事例と軽度発達障害私論
- 発達期の問題への心理社会的対応と医療的対応

早期対応について

できれば、ストレス ⟹ 症状・行動 ⟹ 周囲の不安 ⟹ 抑制 ⟹ ストレス という悪循環に早期介入したい。

（日常生活の中では「意志的行動」と見えるが、「症状」として理解していただく。この視点では、医療の役割は大きいはずなのだが・・・）

1）早期症状：自立神経失調症状（身体症状）、常同行為
強迫行動、不安亢進、うつ、食欲不振

2）生育歴：過剰適応傾向か？　＊執着傾向は強い方か？
完璧主義的志向は？感情表現はできるか（まずは肯定的に聞く）
＊言葉の発達は？人見知り歴は？迷子歴は？

3）持ち合わせた＊能力間のギャップは（知的能力だけで判断しない）

＊乳幼児健診の活用、5歳児就学前健診（就学時健診との連携）
＊執着傾向緩和：遊び（子どもに「群れ」を、叱られるまでの時間）
自然体験（偶然性、不可知性、限界感）

対応システム（現状は診断がないと・・・）

（ 問題発現を安定的発達保障＝言語化能力獲得の機会に ）

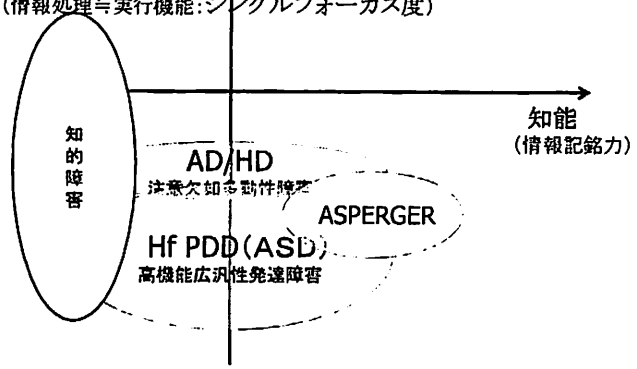
1）居場所・そこでの安定的人間関係（言語的交流）の保障
（困難さへの理解 → 環境的ストレス軽減策：家庭での対応工夫、
適応教室、情緒特別支援活用、T&T制度：せめて小学校低学年は）

2）地域に第三者的機能を設置：制度の問題
（養護教諭：複数化、相談員、スクールカウンセラー「常駐」）

3）保護者と専門家との連携：共通理解・役割分担
（受け止めと適応促し＝依存と適応を共に保障：甘えを年齢
不相応に保障することの困難→時に避難場所要：児童病棟、
情緒障害児短期入所施設、児童養護施設）

4）専門的スタッフ相互の連携：困難度は大（閾が高）
（教育、医療、福祉、さらには各分野内での連携）

＊言語化は敵対モードでは不可、自立モードとも違う、依存モードの延長。
＊保護機能不全の程度によっては社会的に代行（入所施設）

適応するための能力から見た分布（私論）

環境（人・事物）とのやりとり（相互交流）能力
（情報処理≒実行機能：シングルフォーカス度）