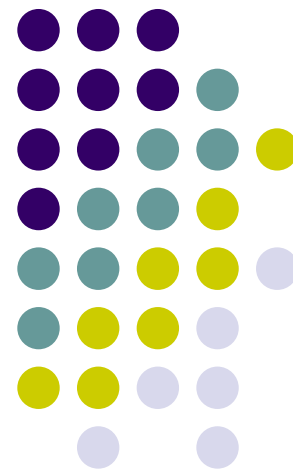


H.18年度 教育学部専門科目
臨床心理学(8)
(臨床精神医学)

教育臨床心理学ゼミ

教育学研究科付属子ども発達臨床研究センター

田中 康雄





本日の流れ

- 前回の意見への返答
- 不登校・摂食障害, その他



前回の意見への返答(1)

- 障害を起こしやすくする性格はあるのか, どのように作られるのか
 - 性格は, おそらく遺伝的素因と環境的影響から育つのでしょ
 - 生来性の脆弱性は個々に異なる
- 子どもの期待する治療者像は理想的すぎる
 - モデルとして目指すことは必要であろう



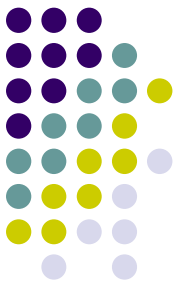
前回の意見への返答(2)

- 情緒的サインを出している子どもたちに教師はどのような関与ができるか？
 - 直接的にサインに対応することではなく、日常の応援をしていくこと
 - 日々の当たり前前の行為を認め、評価する



前回の意見への返答(3)

- ナルコレプシーの4つの症状はなかなか子ども時代に認めにくく, 大人になってから発症するのではないか?
 - 1) 睡眠発作(いきなりNREM睡眠)
 - 以下はREM関連症状
 - 2) 情動性脱力発作
 - 3) 睡眠麻痺
 - 4) 入眠時幻覚
 - 睡眠発作が最初, 他の症状が出そろうまで10年以上もかかる場合がある
 - 治療はリタリン(塩酸メチルフェニデート)などの神経刺激薬



前回の意見への返答(4)

- チックとトゥレット障害の違い
 - 複合的な場合をトゥレットと呼ぶ
- ホスピタリズムはどの世代でもあるのか？
 - 乳幼～小児期は「愛着」形成に
 - 成人とくに老人の場合は環境変化からうつ症状(偽痴呆)に
- 睡眠障害は何科で診るのか？
 - 精神科, 心療内科



前回の意見への返答(5)

- 上のきょうだいに対する陰性感情が引き起こす情緒障害は？
 - 嫉妬, 自己評価の傷つきなどから様々な情緒障害は生じる可能性あり, 性別でも様々であろう
- 睡眠障害の原因は
 - 不明
- 情緒的障害の原因としての家族, 家庭
 - 初期の養育状況としては, 無視できない
 - リカバリーあり



対人関係から見た発達課題

● 幼児期

- 快適さの重要性, 不安を最小限度に食い止める
- 摂食活動, 身辺の快適さ, 環境の快適さが重要
- 良い気分で世話されることの大切さ(感情の伝染)
- 母子関係に生起する「やさしさ」(調和した関係性)



対人関係から見た発達課題

● 小児期

- 影響力ある人の拡大(母から父, きょうだいへ)
- 対人関係が複雑化してくる
- 健康へと向かう傾向
 - 幼児期に良好な成長を遂げた子どもは, 小児期における情緒的苦痛をかなりの程度, 耐えることができる。
 - 幼児期に有害な対人関係にあった場合でも, 小児期に良好な対人関係が営めれば, 良い方向への改善が期待できる。



対人関係から見た発達課題

● 児童期

- 影響力ある人の拡大(家庭外へ)
- 対人関係がより複雑化してくる
- 健康へと向かう傾向
 - さまざまな人との交流を通して、健全な方法へ改変していくことができる
 - 少年集団が独自の社会文化を営み、親密な関係を生み出していく
 - 孤立感や、苦痛と不安を強く生み出すため留意する必要がある



対人関係から見た発達課題

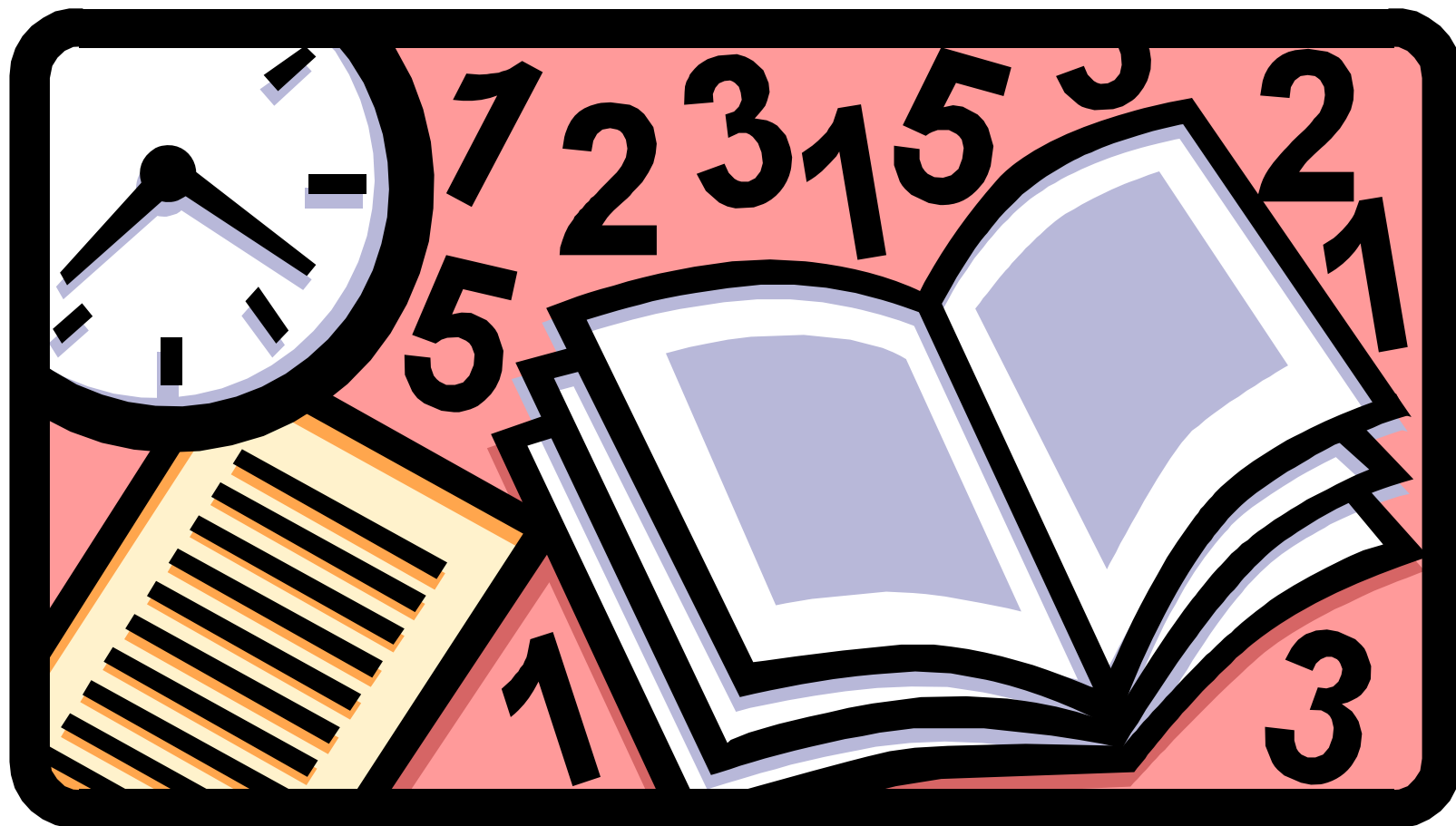
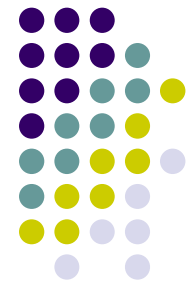
- 青春期
 - ストレスがもっとも強く認められる時
 - 対人関係がより複雑化してくる
 - 健康へと向かう傾向
 - 親密さ
 - 異性の登場



愛着のタイプ

- **安全型**
 - 養育者が安全基地, 再会時に積極的に接触をもとめる
- **不安定／抵抗型**
 - 用心深い, 再会時に接触を求め, またもがく(混乱)
- **不安定／回避型**
 - 見知らぬ人にも親和性あり, 再会時に積極的に回避
- **Disorganized/disoriented型**
 - まとまりなく, 方向性ない, 何を考えているのか?

不登校について





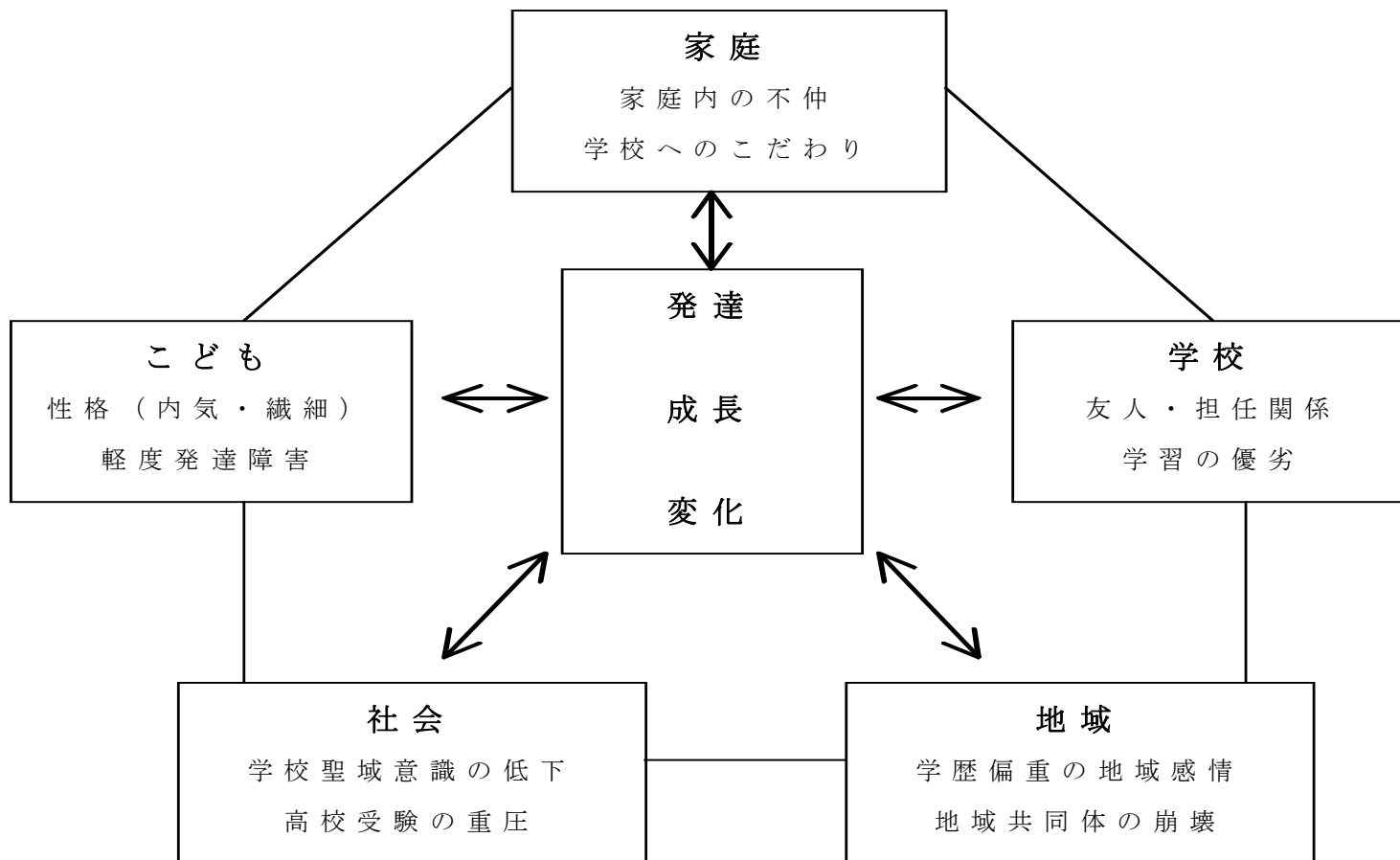
不登校の定義(意味ある行為)

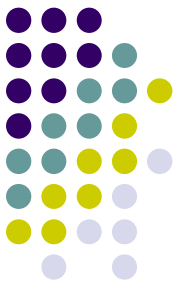
- 学校に行かないことで様々な精神的困難を持っていることを周囲に示して(自己アピール)おり、また、同時に適応行動(自己防衛反応)でもあり、身体的、精神的症状をあわせもつ(心身症的)状態



不登校に追いやる5つの不利な条件

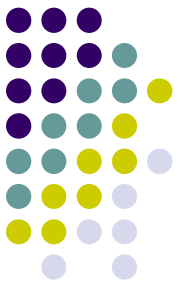
図 1 登校に関する不利な 5 条件





1) 家庭側の不利な条件

- 親子関係を巡る問題: 叱責,
- 不用意な言葉, きびしすぎるしつけへの反発
- 親の思考: 学歴へのこだわり, 世間体
- 生活環境の変化: 急な転居, 不慮の事故(死), 母親の就労家族内の不仲: 別居, 離婚, 祖母とのトラブル
- 発達課題との関係: 基本的信頼感, 自律, 積極性, 自信



2) 学校側の不利な条件

- 学校機能失調
 - 1) 友人関係: いじめ, なかまはずれ
 - 2) 環境変化: 転校, クラス替え, 席替え
 - 3) 学習不振: 高学歴主義への圧力, 劣等感, 無気力などの二次的情緒障害へ
 - 4) 教師との関係: 皮肉, 叱責, 一貫性のなさ



3) 子ども側の不利な条件

- 軽度発達障害: ADHD, LD, 高機能自閉症, 軽度知的障害など



4) 地域側の不利な条件

- 地域共同体の崩壊：孤立，個人主義
- 地域感情：学歴偏重，お受験主義，エリート指向，孤立傾向



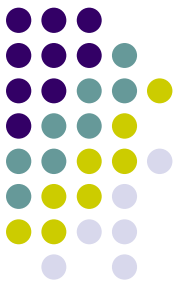
5) 社会側の不利な条件

- 学校を聖域とする社会的意識の低下
- 制度理念の崩壊（公教育の崩壊，大人社会のモデリングの失敗）
- 「学校」へ向かわせる力の衰退（なぜ学校へ行くのか？）



不登校の特徴

- 学校へ行きたいが行けない, という感情的混乱がある
- 登校刺激によって混乱が激しくなり, 内閉あるいは乱暴を呈する
- 交友関係が少なく, 友人と外出することがない
- 非行が少ない
- 断続的でなく, 続けて休むことが多い
- 欠席開始前の成績が比較的よい
- 親が子どもの欠席に悩んでいる
- 医療関係機関を訪れることが多い

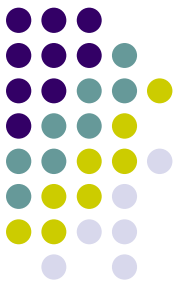


摂食障害

- 摂食障害, いわゆるやせ症, あるいは過食症は, 思春期・青年期に多くみられる
- 精神科領域における食の異常は神経症的領域から人格障害, 精神病領域と全野にまたがり, 加えてダイエットをめぐる文化社会的要因, また問題発現時の発達段階的要素, 母子を中心とする家族の問題など多次元的に問題を把握する必要がある

診断チェックリスト

(Great Ormond Street HP, England)

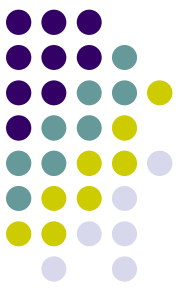


- 「食べ物」を避ける決意
- 他の身体的あるいは精神的疾患が見られない中で、前青春期における成長期(10~14歳) に本来あるべき体重が減少したり、本来あるべき体重に達しない
- 以下の内2項目以上を満たすこと
 - (a) 体重への執着
 - (b) エネルギー摂取への執着
 - (c) 歪んだ身体イメージ
 - (d) 肥満への恐怖
 - (e) 自ら誘発する嘔吐
 - (f) 過活動
 - (g) 浄化行為(下剤の乱用)

歴史



- Morton (1694年): 最初の報告者
 - 「心の悩みや苦しみから、彼女の生理は7月に完全に止まってしまった。...その時から食欲はなくなり消化も不良になった。体の肉は落ちてたるみ、顔色も蒼白になった。...夜間に勉強したり、読書に没頭するのをやめず、昼夜の区別なく不健康な空気に身を置いていた。.....私は医師になってから、このような例を未だかつて経験したことはない。生活することには夢中で、高度にやせて(ただ皮を被った骸骨のように)極度に消耗し、しかも熱はなく反対に全身は冷たく.....ただ食欲のみが減退し、消化は頻回に起こる失神発作のために容易ではない」
 - この18歳の女性例は薬物を拒み、3ヵ月後に死亡した



歴史

- W.Gul: 1874年に“神経性食欲不振症”(anorexia nervosa) (すでに過食を指摘している)
- Lasegue : 1873年に特徴的な否認, 認知の障害, 身体像の障害 から“ヒステリー性食欲不振”
 - 「限りない楽観主義. 懇願や脅かしは一切通用しない. 『私は病気ではありません. だから大丈夫です……』私はこの言葉を患者さん達から繰り返し聞かされ続けてきたので, 現在では1つの症状, 徴候に近いと考えている」
 - 「全体像は知的倒錯という言葉にまとめられる. 患者は, 幼児でも足りない食物の量しかとっていないといわれた時, 自分には十分の栄養がとれていると答え, さらに自分は変わっていないし, やせてもいないと答えた」



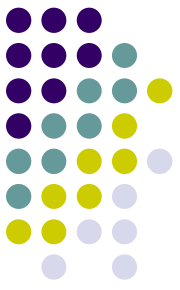
歴史

- 神経性無食欲症の初期の論文に自発性嘔吐の存在が記載
- 文献上，神経性大食症の最初の症例は Binswanger (1944) の症例 Ellen West
 - 深刻な過食と嘔吐と下剤乱用
- そして国際診断基準へ



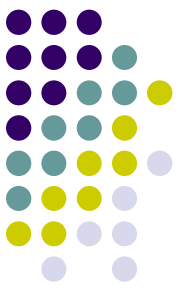
疫学

- 圧倒的に女性に多い，男女比は約25:1(1982年)
- 若年例では男子の比率が高くなるという告報も
- 発症年齢は思春期に深く関連し，14歳と18歳に2つのピークが
- 神経性大食症の発症年齢は神経性無食欲症に比べ若干高いと言う報告も
- 誘因不明



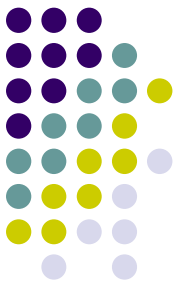
症例

- 摂食障害は、典型的には思春期以後の女子に見られる。
- その子はそれまでの成長・発達に全く問題がなかった。それどころか、両親は彼女を安心して見てこれて、全く申し分のない子どもであったと述べるのが少なくない。実際彼女たちはまじめで、几帳面、よく気をつく子どもである。しかもそれを苦痛なく行っているようにしか思えない。
- ダイエットは、心ない友人の一言、気にしている異性の言葉から始まることが多い。最初は甘いものを控えたり、小食になったりするが、まじめで完璧を求める彼女たちは次第に強迫的とも呼べるような態度でダイエットに没頭し始める。さらに、ひとときもじっとせず美容体操、ランニング、深夜までの勉強、過剰労働、などを自分に課してゆく。また、やせようやせようとしながら、時に彼女たちは驚くほどの食事量を短時間に一気に食いをしては、直後自ら指を使って一気に吐いたり、下剤を乱用するようになる。気分にはむらがあり、怒りっぽかったり、憂鬱鬱になったりする。



症例(続)

- はじめ親はそれほど気にとめず,あるいは全く気づかないことが多い.しばらくして,親は彼女の裸を見る機会があつて驚く.そのころにはすでに生理も止まっていることが多い.
- 極度のやせから,頬骨は目立って,目は落ちくぼみ,胸は薄く,肋骨が目立つ.手足は冷たく,青白く,皮膚は乾燥していて,髪は赤茶けてパサパサになる.脈は弱々しくて遅く,低血圧を示す.このような身体的状況に直面していても,彼女たちは「元気です,身体は軽く,調子もよい」という.
- 彼女たちの多くは母親,あるいは両親とともに精神科外来に現れる.はじめ,彼女たちは用心深く,打ち解けず,話もしたがらない.ハイ,イエで答えられるような質問には比較的答えてくれるが,自発的に語ることや,自分の情緒的な内容はあまり述べようとしない.
- 神経性大食症のやや年上の患者は,どちらかというところ,よく話し,一見協力的にも見える.



治療

- 身体治療
- 心理療法（個人および集団療法）
- 家族療法
- 自助グループ
- 認知行動療法
- 行動制限（入院治療）
- W.Gul: 治療について”看護と食物の方が大切であり、私は今は薬を処方していない”

手首自傷症候群（リストカット症候群）



- 臨床的特徴
 - 10～20歳代の若者に多く、特に未婚女性に多く見られる
 - 自傷部位は、ほとんどが手首内側の表皮で、1～3カ所の浅い切創または開放創。まれに上肢、下肢、顔面、腹部を切るものもある
 - 自傷回数は1回に留まらず頻回に切り、習慣化するが、自殺に及ぶものは少ない。時に仲間内で流行しやすい
 - 誘因となる出来事は、ほとんどが対人葛藤である。家族や友人との些細な対立周囲に受け入れてもらえなかったという誤解、親しく重要な人物の不在や別独に追いやられたと感じる状況や別離にまつわる出来事など
 - 家族や友人の眼前で、行うことは少なく、自室一人になったときに行われやすい
 - 行為者は、行為について「よく覚えていない」と答える。動機を言語化できることも少ない
 - 精神医学的診断では、人格障害が多い。自己愛的で未熟な性格傾向をもち、自己評価に傷つきに容易に攻撃性をあらわにする傾向を認める。自我のもろさ、対人関係での孤立傾向、破壊的な方向に至りやすいなどの特徴がある

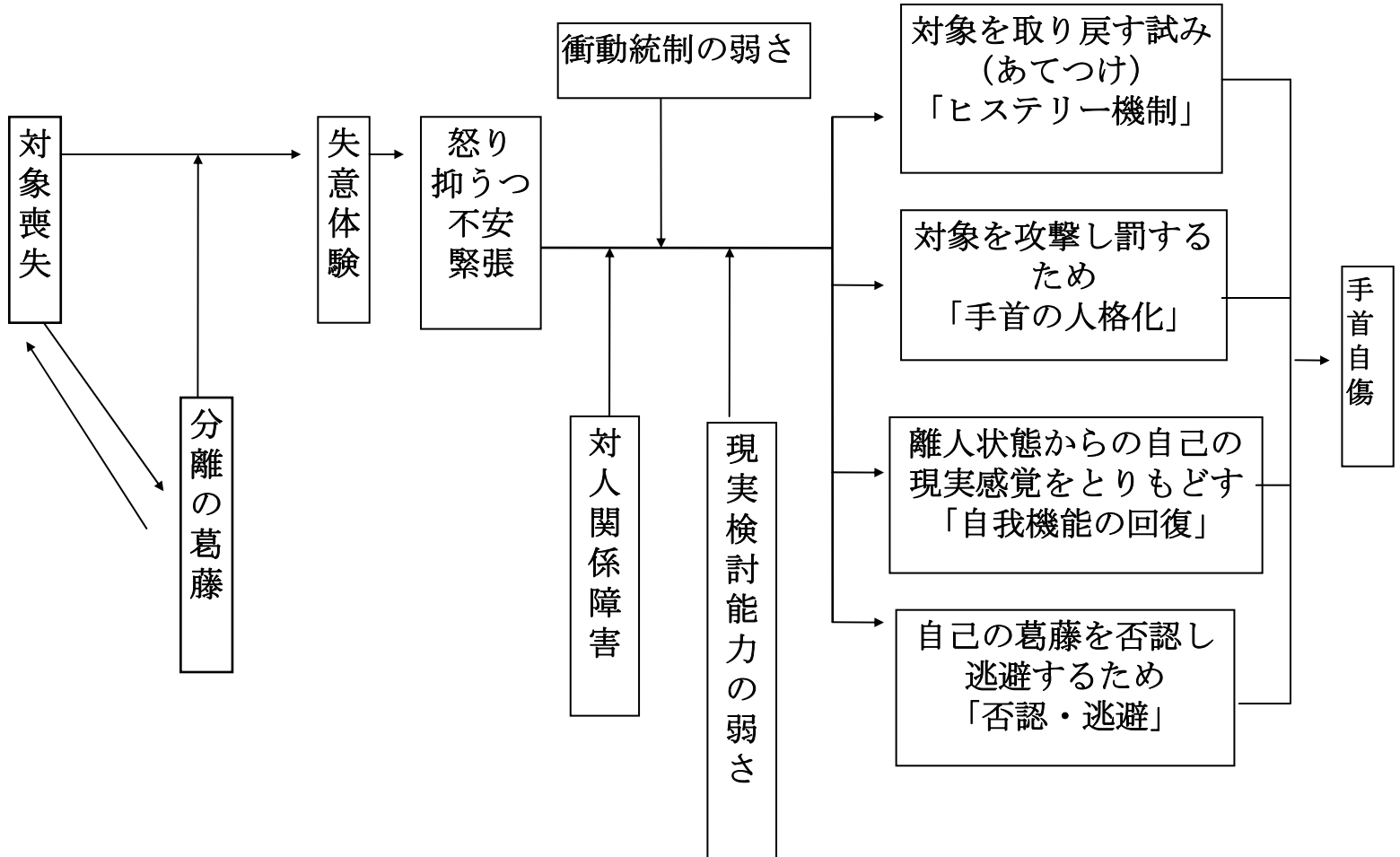
手首自傷症候群（リストカット症候群）



● 臨床的特徴

- 感情基調は抑うつ的で、引きこもり、登校拒否、混乱や興奮、摂食障害、薬物乱用など多彩な問題行動を随伴しやすい。
- 生活史的には、過去に見捨てられた体験や拒否、剥脱、排斥がある。
- 幼少期より母親との関係が不安定で、分離・個体化の課題が達成されていないことが多い。
- 治療関係の確立が困難であり、患者のもつ「救いのない無力感」への共感が求められる。
- 家族的には、支配的で神経症的な母親と無力で影の薄い父親というパターンが少なくない。
- 対応は支持的精神療法で、予後は良いものが多い。ほとんどがそのうち自傷行為を止んでいる。人格の発達の一過程と捉えゆっくりと見守りながら支え続けることである。

手首自傷症候群 (リストカット症候群)





強迫性障害

- 強迫観念と強迫行為で構成される
 - 強迫とは、意志に反して過剰に、不合理あるいは無意味に思われるものとして体験されるものを追い払えずにいる状況を指す
- 発達過程において正常あるいは準正常と思われる強迫と連続線にある
 - 儀式的集団遊びや1人遊び、収集癖、限られた興味などは正常あるいは準正常と呼ばれる



強迫性障害

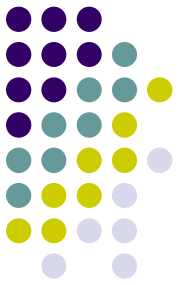
- 頻度
 - 一般人口の2～3%
- 発症年齢
 - 15歳以前に発症: 20～35%
 - 30歳までに70%
- 成因
 - 生物学的要因(神経伝達物質, 免疫異常, 遺伝)と心理・家族的要因(几帳面, 男児で過干渉, 女児で放任)



強迫性障害

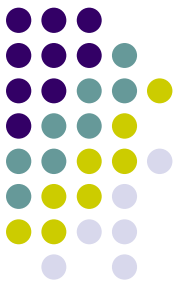
- 他の障害
 - チック障害(60%)
 - 登校拒否
 - 家庭内暴力
 - 薬物依存
 - 気分障害
- 治療
 - 精神療法
 - 暴露－反応妨害法(exposure & response prevention)
 - 力動的療法
 - 傾聴, 家族療法
 - 入院
 - 親子分離
 - 薬物療法
- 予後
 - 治療困難(改善:20~30%, 軽快:40~50%, 継続・悪化:20~40%)

習慣性自己否定癖 (Confirmed Negativity Condition: CNC)



「あなたの大切な人が拒食症になったら」(新潮社、1998年)より

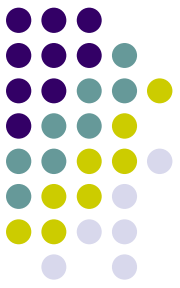
- 習慣性自己否定癖(CNC)とは摂食障害, 強迫性障害, 恐怖症, 身体不調などの症状を呈する患者たちの思考プロセスで, 「症状」の原因である



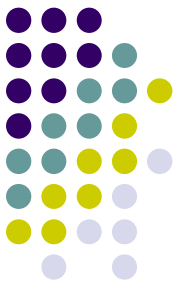
ネガティブ・マインド

- 患者の理不尽な行動を裏で促す「マイナスの心」
- 自分は存在してはいけないのだ, だれも自分が回復することを願ってなどいない, 生きていくのがつらい, 誰かに見られるのが恥ずかしい, 私は役立たずだ, 自分は罰せられて当然の存在であるといった考え
- 患者を支配している「(誤った)心」

本来の意志としてのアクチュアル・マインド

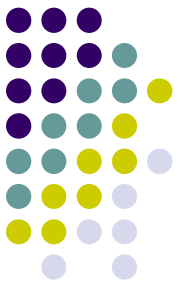


- CNCに支配される前の健康な, 前向きな心
- CNCを克服したときに戻ってくる意志
- CNCは, アクチュアル・マインドの力を弱める寄生虫のようなもの
- 患者は, ネガティブ・マインドとアクチュアル・マインドの二つの意志に分裂されている..
- 患者が生きていること, 治療を受けているという事実がアクチュアル・マインドの存在の証で, 回復のきっかけである



CNCが生まれる原因

- もともと陥りやすい素質
 - 周囲の人々や状況に敏感に反応し、自分がかなり広い範囲において責任を負っていると感じやすい。すなわち、よく気がつく子、責任感の強い子、我慢のある子
- 家庭がその傾向を強める
 - 自己犠牲的精神で自我の確立よりも「人のため」に頑張ってしまう。自分自身の内面を育てる時間をもてないまま、成長してしまう
- 社会がさらに追い打ちをかける
 - 一定の秩序や原理原則がはっきりしない世の中に対して、こうした傾向のある子どもは過剰適応してしまう



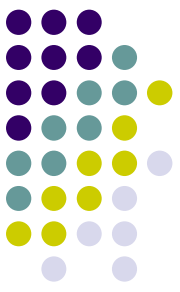
関わりの難しさ

- 徹底的な完璧主義
 - 自分を責めてしまう
- 言語的交流が難しい
 - 悪く取るクセが出来てしまっている
- 他人の評価に敏感
 - 失敗をおそれる



対応のヒント

- 心から助けを求めている
- 症状とその人を切り離して考える
- 二つの心を理解
- 愛情と肯定
 - 安全策, 励まし, 束になって支える
- 一見前向きな言葉にも迂闊に乗らない
 - 「本当はどっち？」と尋ね, メッセージの裏を読む



青年期の精神病理学的特徴

- 現代人はより未熟で退行した病態を示しやすい
- 幼稚で独りよがりな情緒的に不安定で、葛藤や欲求不満に対して容易に混乱し、被害的・攻撃的になりやすい
- 外に向かうと破壊的行動、内に向くと抑うつ、自己破壊的行動となる
- 青年期男性の家庭内暴力と、女性の手首自傷症候群の類似性