

リカレント教育センター—2026年度市民大学講座

みんなで学ぶ思春期の心と身体  
—心身症と不安症を中心に—

かねはら小児科 金原洋治

令和8年6月6日（土） 13：30～15：30

下関市立大学

# 今日の講演内容

1. 思春期と思春期危機
2. ストレスと自律神経
3. 思春期に多く見られる心身症
4. 思春期の不安症

# 青年期と思春期

## 青年期

- 12歳前後～24歳前後 児童期（依存した存在）から成人期（自立した存在）への移行期

## 思春期

- 12歳前後～18歳前後
- 第二性徴初来から完成まで
- 無性的存在から性的存在への移行期

青年期をルソーは「第二の誕生」と呼び、ホールは「疾風怒濤の時代」レビンは「境界人」と呼んだ

# 思春期あるある

- 心と体が不一致、不安や衝動が強くなる
- 人の目を必要以上に気にする、万能感の揺らぎ
- 自分探し、反抗的態度、自信喪失、自己卑下
- 第二次性徴や性衝動に伴う悩み

・ 性的成熟にともなう急激な身体的変化

・ 心理的には内省的傾向、自我意識の高まりがみられる

・ 不安・いらだち・反抗など精神の動揺が著しい。

# 青年期・思春期の発達課題

青年期前期（思春期）：集団同一性 \* 何よりも大事

- ・ 同世代の文化に従属しているという意識
- ・ 同世代の基準から外れていないという意識
- ・ 同世代から受け入れられているという意識

発達課題を乗り越え自分くずしと自分づくりをする

(竹内常市)

\* 第2の誕生（ルソー）

青年期後期：個の同一性

- ・ 同世代とは違っていても、自分はあるという意識
- ・ 違う部分を持つ自分を受容、さらに、自信
- ・ 違う部分を持つ他人を受容

# 思春期の心の特徴

- 抽象的・理想的思考、自己内面への思考
- 自己中心性と自己卑下の共存、両価性と極端性
- 大人や社会への価値観への批判と反感
- 同世代からの評価に敏感
- 性衝動の亢進とその自覚、性衝動統制の葛藤

揺れ動く心、感情の激流に翻弄、もがき苦しみ

- 羞恥心、嫉妬、虚無感、不安、傷つき、絶望・・・

# 若者の意識に関する調査

平成22年7月(ひきこもりに関する実態調査): 内閣府 **2010年**

○ 狭義のひきこもり23.6万人 + 準ひきこもり46万人 = **広義のひきこもり人口69.6万人**

(※狭義: 近所のコンビニなどには出掛ける15.3万/ 自室から出るが家から出ない3.5万/自室からほとんどでない4.7万  
準ひきこもり: 自分の趣味に関する用事の時だけ外出する)

足立 匡基

→ひきこもりの**23.7%**が不登校経験者

→ひきこもりの**42.4%**がいじめ被害の経験者

→ひきこもりのスタート時期は、15歳から19歳が25.4%で最も多く、14歳以下の8.5%と合すると、**10代でのスタートが3割強。**

○ ニート人口(若年無業者25歳から34歳) **60万人**

→**40%**が不登校経験者

→**55%**がいじめ被害の経験者

ひきこもりは、思春期に根を持つことが多く、  
その多くは、不登校やいじめ被害の経験者

児童思春期のこころの問題は、  
児童思春期の問題に留まらない一生の問題となりうる



# 小・中学校における不登校の状況について

● 中学進学時に大きく増加。

● 近年、低学年での増加率が大きい。最終学年では増加が緩やかになる傾向。

カタリバ

## 学年別不登校児童生徒数

## 2021年～2023年の学年別動向



# 広義の「ひきこもり」全国推計2022

146万人。約10年で倍増！

(内閣府調査を受けた全国ひきこもり家族会連合会HJ の見解)

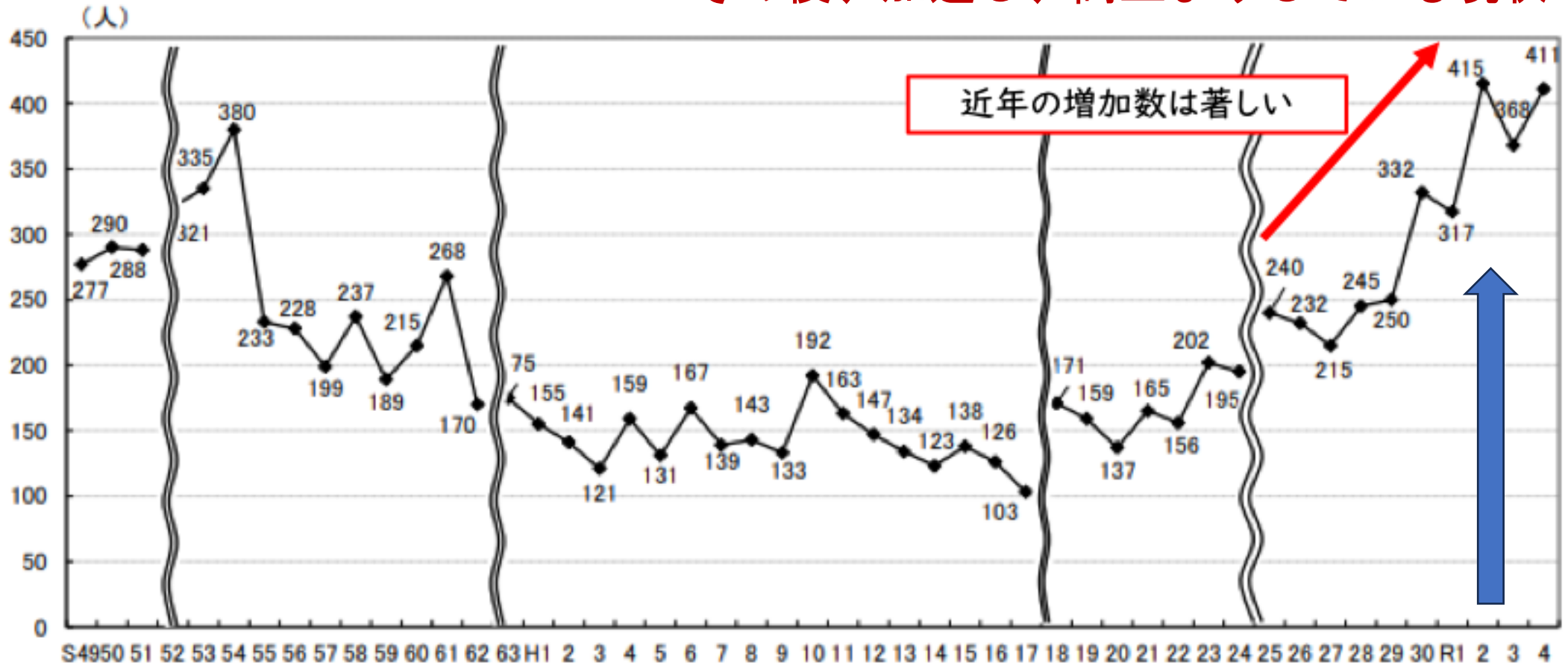
15歳から39歳の2% (50人に一人)

\* こども・若者の意識と生活に関する調査。オンラインアンケート調査、無作為抽出1000人

- 5人に1人がコロナ禍の影響を理由、きっかけは「退職」と答えた人が比較的高い
- 就業経験は、15歳～39歳で62.5%、40歳～69歳で90%。多くは社会に出て何等かの就労を経験後、ひきこもり状態になっている。努力しても希望の職業にはつけないと思っている人も6割を超える(61.1%)。背景に「うまくいくかわからないことは取り組みにくい(失敗による叱責、過去の職場での傷つき体験など)」と考える人が63.9%。チャレンジしたくても諦めざるをえなくなる社会的状況がある
- 「相談したくない理由」は、全世代で「相談しても解決できないと思うから」という回答が5割以上。15歳～39歳は「相手にうまく伝えられないから」が24.2%、40歳～69歳は「嫌なことやできないことを言われそう」が25%。「自分ひとりで解決すべきだと思うから」は、両世代で21.4%
- 従来の「解決ありきの相談」体制の限界を当事者自らが感じていると思われる
- つながり続ける支援(継続的支援、伴走支援)、個々に合った支援(オーダーメイド支援)を望んでいる声が非常に多い

<参考> 児童生徒の自殺の状況推移グラフ

コロナ禍が始まる前から子どもの自殺増加傾向  
その後、加速し、高止まりしている現状



近年の増加数は著しい

子どもの自殺はなぜ増えているのか？  
原因と動機は何か？私たちにできることは何か？

コロナ禍が始まったのは令和2年（年度）

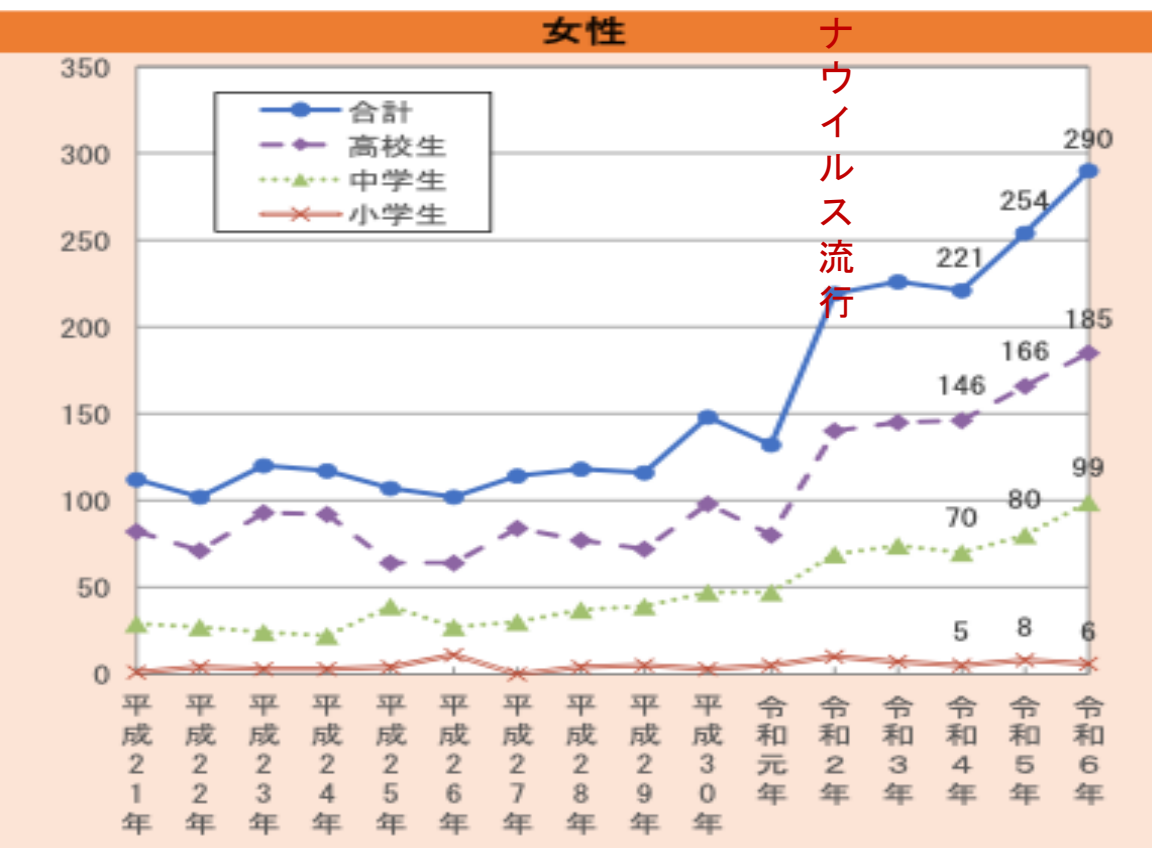
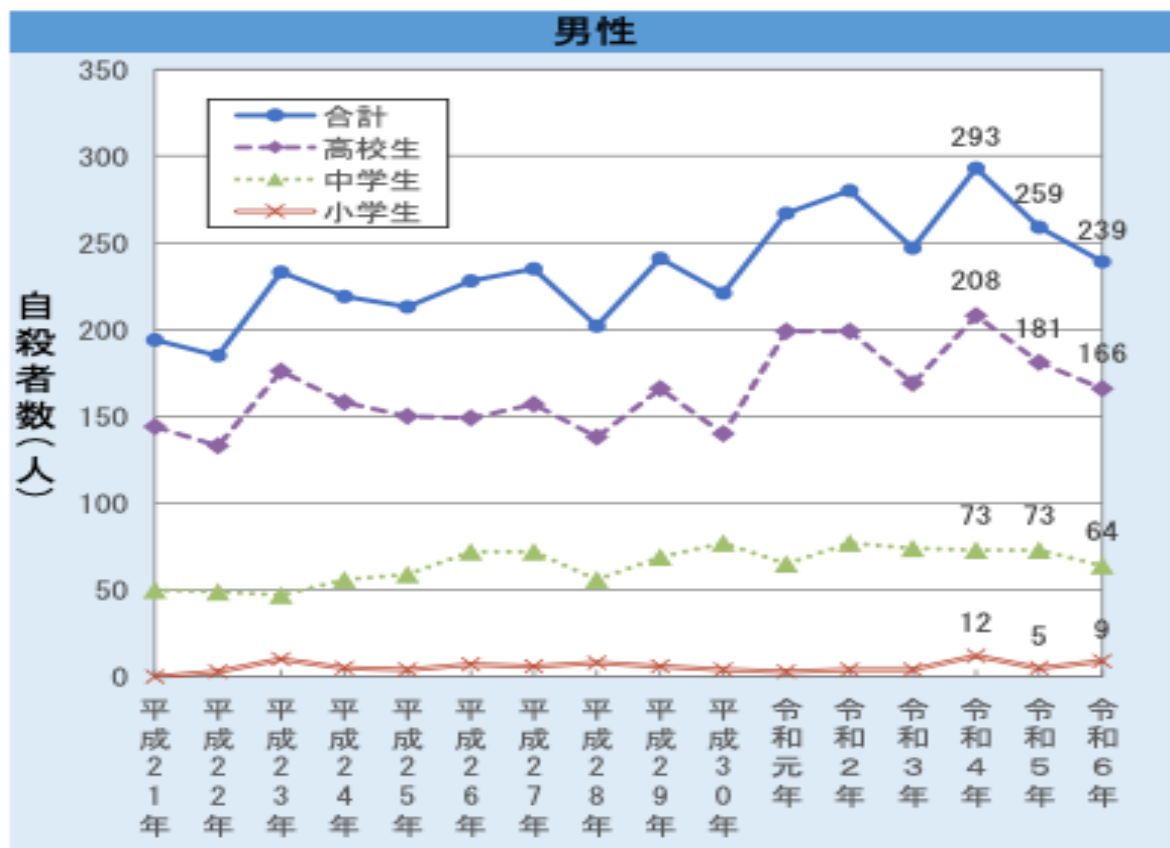
- (注1) 昭和51年までは公立中・高等学校を調査。昭和52年からは公立小学校、平成18年度からは国私立学校、平成25年度からは高等学校通信制課程も調査。
- (注2) 昭和49年から62年までは年間の数、昭和63年以降は年度間の数である。
- (注3) 令和2年度総数の内訳は、国立4人、公立305人、私立106人である。
- (注4) 学校が把握し、計上したもの。
- (注5) 小学校には義務教育学校前期課程、中学校には義務教育学校後期課程及び中等教育学校前期課程、高等学校には中等教育学校後期課程を含む。

# 日本の小中高生は1週間で約10人自殺しており女子は年々増加

令和6年

図表3-2 小中高生別、性別自殺者数の年次推移

新型コロナウイルス流行



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

# 表1. 10代の男女別自殺者の変化と相関が高い年間指標

令和6年 厚生労働省、文部科学省、総務省、経済産業省の統計データより筆者作成 太刀川 弘和

指標	女性との相関	男性との相関	解釈
OTC医薬品の年間販売額	0.780	0.615	女性は有意に相関
いじめ重大事態件数	0.824	0.545	女性で強い正の相関
小中学生の不登校者数	0.939	0.675	双方で有意、特に女性で強い相関
高校生の不登校者数	0.545	0.174	いずれも有意な相関はない
スマホ利用率	0.838	0.758	男女ともに有意な正の相関
自殺未遂歴	0.893	0.627	女性で強い正の相関

注) 1に近いほど相関が高い

**市販薬ODの危険性**：**コンタック・メジコン**（デキストロメトロールファン）：呼吸停止  
 指定乱用防止医薬品に **レスタミンコーワ**（ジフェンヒドラミン）：房室ブロックによる心停止  
 （令和8年5月1日） \* 他の薬剤との相互作用で急激に血中濃度が増加し中毒量に達する

\* リストカットは加減できるがODはコントロールしにくい（動機：死にたい割合が多い）

**OD急増の背景**：若者が市販薬にアクセスしやすくなった：ドラッグストアの増加。ネット販売利用増加など



大半が非行や犯罪歴のない良い子（女性）・様々なメンタルヘルス問題（自傷・摂食障害が多い）  
 （危険ドラッグが主体だった頃のODは、非行や犯罪歴がある男性が大半だった）

全国の精神科医療施設における薬物関連疾患症例の実態調査、2025（松本俊彦他） **85%が10代～20代女性**  
 2025年9月10月に治療を受けた患者が対象の調査

### 10代における「主たる薬物」の推移



図2 10代薬物関連精神疾患症例数の経年推移

国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究部の調査から。

# ODの子どもを救うために、私たち大人は 何をすれば良いのだろうか

ODは全日制高校生の1.6% (2021. 松本)

10代の1~2割にリストカットの経験あり

96%は誰にも知られていない。氷山の一部。6割は10回以上

リストカットにODが加わると死に近づく

ダメ！ゼッタイでは救えない

背後にある見えない傷を考える

早急な変化は求めない！

子どもたちに必要なこと

・子どもたちの声を聴く

・居場所づくり

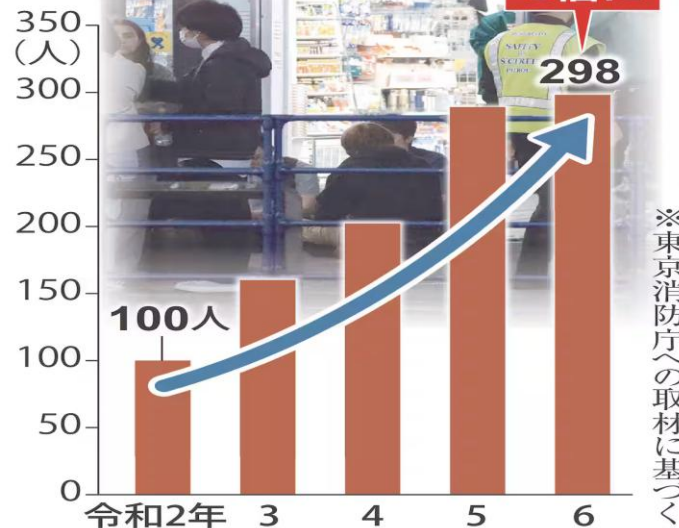
(診察や相談の場も居場所)

・相談より雑談

(松本俊彦)

東京消防庁管内ではオーバードーズ疑いで救急搬送される10代が増えている

東京・歌舞伎町の「ト一横」に集まる若者ら



合同出版. 2025

# 自殺リスクのある児と支援への接続

足立 匡基

➤ 自殺念慮・企図について、

「週に数日以上ある」は、1113名：全体の17.5%

「ほとんど毎日自殺について考える」は、129名：全体の2.0%

➤ これらのうち支援に繋がっている児の割合は、

「週に数日以上ある」：4.4%、

「ほとんど毎日自殺について考える」：12.4%

➤ 重症の抑うつと推定される児、自殺の可能性が憂慮される児においても心理的・医療的支援の接続率は2割未満

➤ 十分な支援が提供されていない現状が示唆された。

# 思春期の脳の発達

Richard A. Friedman: professor of clinical psychiatry and the director of the psychopharmacology clinic at the Weill Cornell Medical College.

A version of this op-ed appears in print on June 29, 2014, on page SR1 of the New York edition with the headline: [Why Teenagers Act Crazy](#). Today's Paper

従来、人間の脳は青年期までに完成すると考えられてきた。  
しかし、近年MRIやfMRIなどの装置が開発されたことによって、  
脳の各部位の成長具合や思考中の脳の活動状況を画像化できるようになったことに伴い、

足立 匡基

**「脳の成長は10代にとどまらず部位によっては20代になっても成長し続ける」**

ことが明らかになった。

前頭前野は脳の中でも最も成熟が遅い。20代後半から30代でようやく完了に近づく

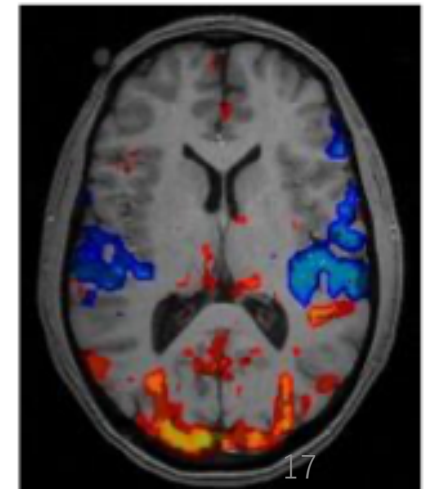
これによって、10代の思春期に特に理由がないのに恐怖や不安を感じることは、

**「脳が部位ごとに成長する速度が違うから」**

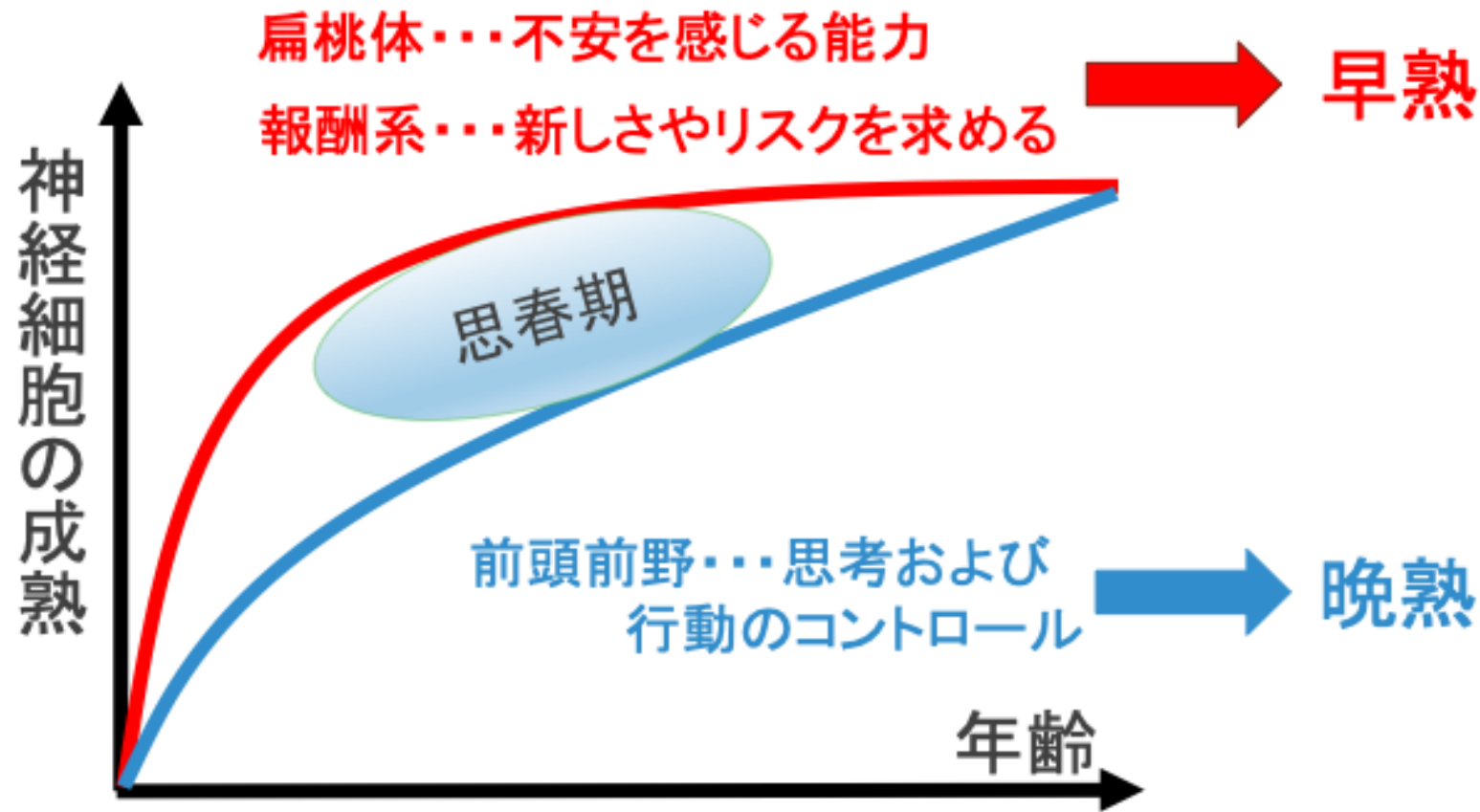
ということが明らかになってきた。

0歳から90歳までの約4000人の脳をスキャンした  
ケンブリッジ大学の研究によると

脳は30代前半まで「思春期」のまま



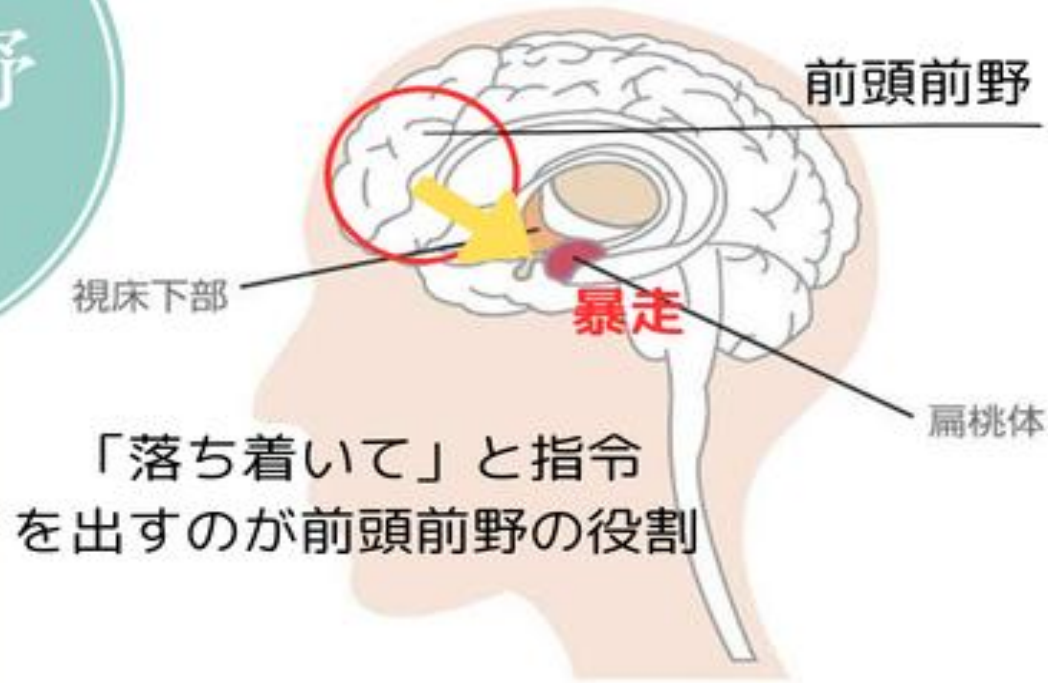
# 脳科学的視点から捉える、思春期におとずれる危機



思春期とは:

生物学的に、思考やコントロールの機能が未熟で、  
リスクのある行動をとりがち、さらに不安も感じやすい時期

# 前頭前野 扁桃体



## 前頭前野の働き

考える／行動や感情をコントロール  
コミュニケーションをとる／記憶  
応用／集中する

扁桃体は「嫌！楽しい！不安…恐怖」などの本能的感情を司り、感情が強くなると暴走…



# 心理学的観点から捉える、思春期におとずれる危機

なぜ思春期に問題  
が行動化するのか？

## 『自己肯定感の推移』

「自尊感情や自己肯定感に関する研究」報告書  
慶応義塾大学 平成22年

自分の視点だけ（自己中心の視点）ではなく、  
他者の視点(見えている世界や考え方)を理解でき  
るようになること（ピアジェ）

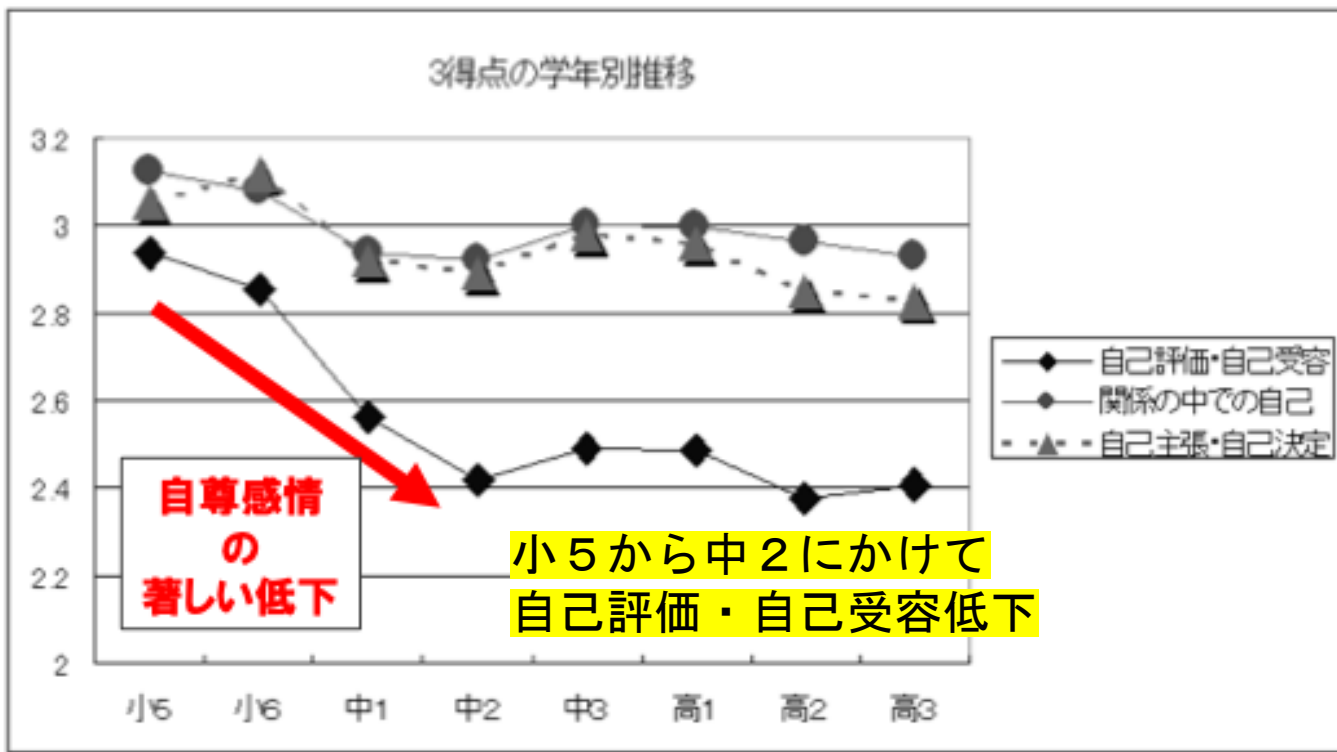
## 脱中心化

認知的発達により、「他者から見た自分」といった、客観的な自己把握が可能に

足立 匡基



危機的状況程、安全基地の質が問われる  
乳幼児期からの積み重ねが大事



# 小学生5・6年生の16%、中学生の13%が、直近1週間に自傷を行ったと答え、数%が毎日自傷していると答えた

(国立成育医療センター,2023,「新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査報告書」  
松本 俊彦, 2023, 『「助けて」が言えない子ども編』より、一部抜粋)

## TALKの原則 \* 寄り添う。説教は✕

**Tell:** 言葉に出して心配していることを伝える。 **どんな時に死にたいと思うの？**

**Ask:** 「死にたい」気持ちについて率直に聞く。 **死にたいぐらいつらいんだね！**

**Listen:** 絶望的な気持ちを傾聴する。 **ひとりにしないよ！**

**Keep safe:** 安全を確保する \* **保護者に伝えることに同意しない場合どうする？**

## どのように声をかけますか？ \* **○～しているのは悪くないよ！**

**✕** ①自分を傷つけるのだけは絶対にやめてほしい

②そんなことをしたら私（先生）は悲しいよ——— **✕ ▲ ○**？

**◎** ③ **そのくらいしんどい思いをしながら頑張ってきたんだね。本当に大変だったね！**

# 思春期における自傷行為についての研修用資料

いのちを支える自殺対策推進センター（厚生労働大臣指定法人・一般社団法人JSCP）  
地域連携推進部地域支援室・こども・若者自殺対策室 2025

<https://jscp.or.jp>

①「思春期における自傷行為について」（パワーポイント教材）

②教職員の先生方のためのゲートキーパー研修（動画型教材）

希死念慮のある児童生徒の適切な対応について（前編、後編）

# 街の保健室・居場所づくり（警固キッズ）

困った時傘を貸してくれるのも嬉しいけど

一緒に雨に濡れて欲しい時もある（キッズの言葉）

合同出版 2025



長い階段をのぼる時、  
その階段の全てが見えてなくても  
良いのです。  
大事なものは目の前にある  
一段をのぼることです。

*Martin Luther King, Jr.*

マーティン・ルーサー・キング・ジュニア [牧師]

キング牧師は、「I Have a Dream（私には夢がある）」の一節で知られる有名な演説を行った人物で、1964年にノーベル平和賞を受賞した方です。リンカーンの奴隷解放宣言100年を記念する大集会では、参加者が20万人を超え、公民権運動家や芸能人など多くの著名人も参加しました。この集会においてキングは、リンカーン記念堂の前で有名な「I Have a Dream」（私には夢がある）を含む演説を行い、人種差別の撤廃と各人種の協和という高邁な理想を簡潔な文体で訴え広く共感を呼びました。

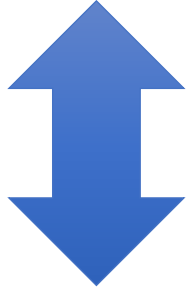
# 思春期の子どもの相談外来の主訴・診断名 (かねはら小児科)

- ①発達障害関連：自閉症、ADHD、学習障害、知的障害、吃音、チック症
- ②心身症：反復性腹痛、慢性頭痛、起立性調節障害、摂食障害、過換気症候群
- ③精神疾患：不安症（場面緘黙含む）、強迫症、うつ病、適応障害
- ④学校の問題：不登校、いじめ、学力や進路の問題
- ⑤生活習慣などの問題：ゲームネット依存、睡眠障害
- ⑥行動上の問題：暴力、素行症、自傷、自殺念慮、自殺企図
- ⑦トラウマ関連障害：愛着障害、PTSD、複雑性PTSD
- ⑧性に関する問題：PMS（PMDD含む）、思春期早発症、性的問題行動、性別違和
- ⑨身体の問題や病気：身体の病気、低身長、肥満

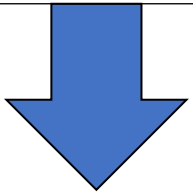
心や身体が大きく変化する思春期には様々な悩みや問題が顕著になる

# 心の問題や心身症の起こり方

生物学的素因



成育環境



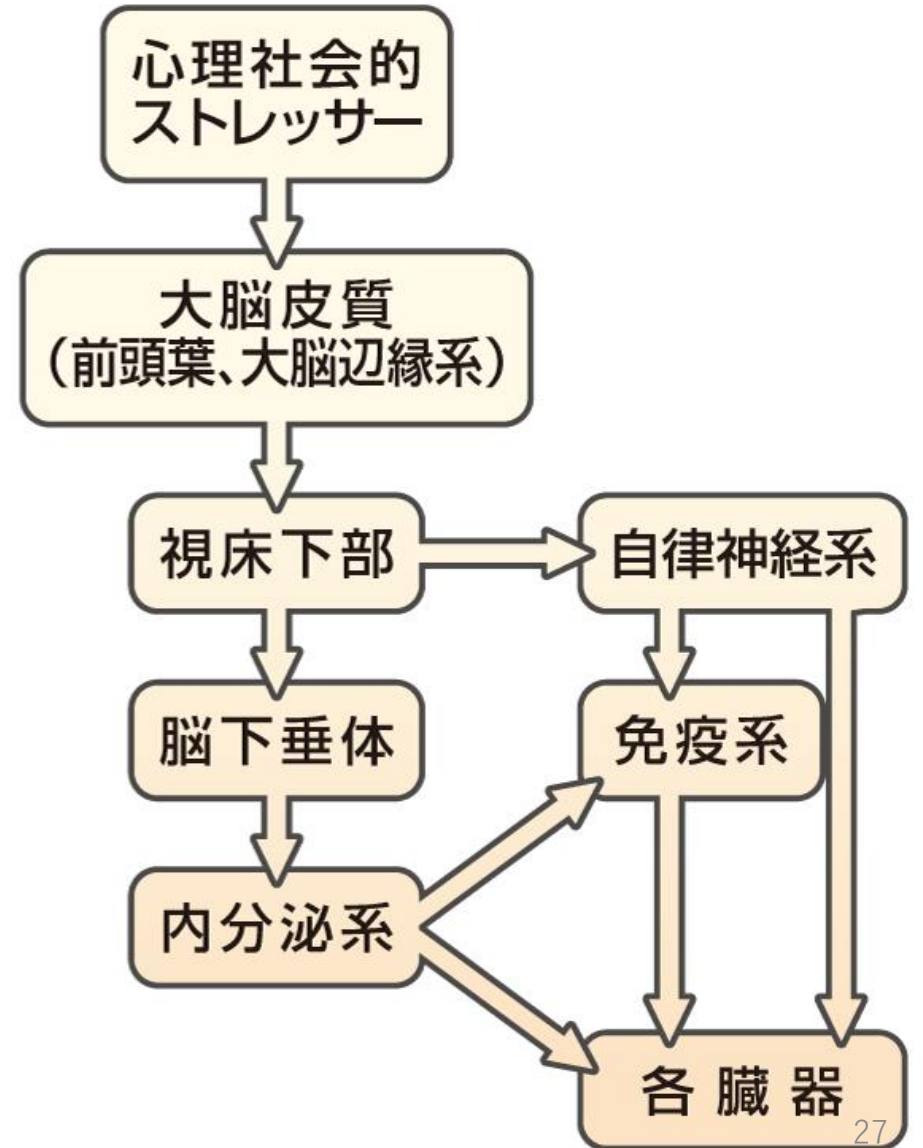
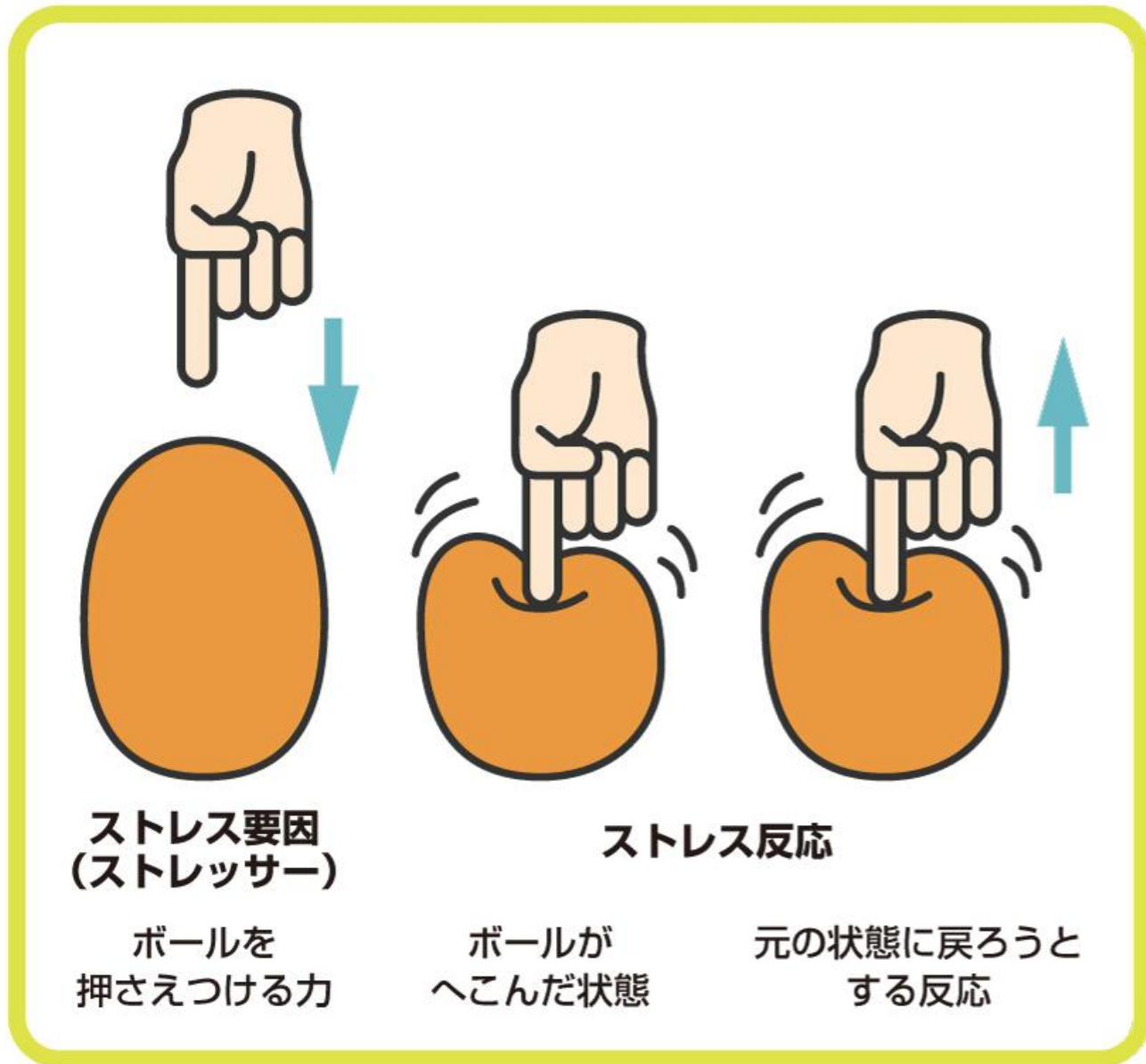
発達障害的気質・抑制的気質・神経症的気質  
体質・生まれつきの病気など

家庭内逆境的環境（DV・虐待・ネグレクトなど）  
引き金となる体験（いじめ・事故・災害など）

ストレス・トラウマ体験

心の問題・心身症

# ストレスが及ぼす身体への影響



# ストレスの種類

## 5つのストレス

物理的ストレス

暑さ、寒さ、気圧差、騒音、混雑、光、振動など

化学的ストレス

公害、薬物、化学物質、香辛料、汗など

心理的ストレス

不安、緊張、怒り、悲観など

生物学的ストレス

細菌、感染、ダニ、アレルギー物質など

社会的ストレス

家族関係、友人関係、人間関係など

(出所) 日本医師会

# ストレス反応は個人差が大きい

感受性：ストレスと感じるか・感じないか  
(認知)

許容量：どれだけのストレスに耐えるか・  
耐えられないか (ストレス耐性)

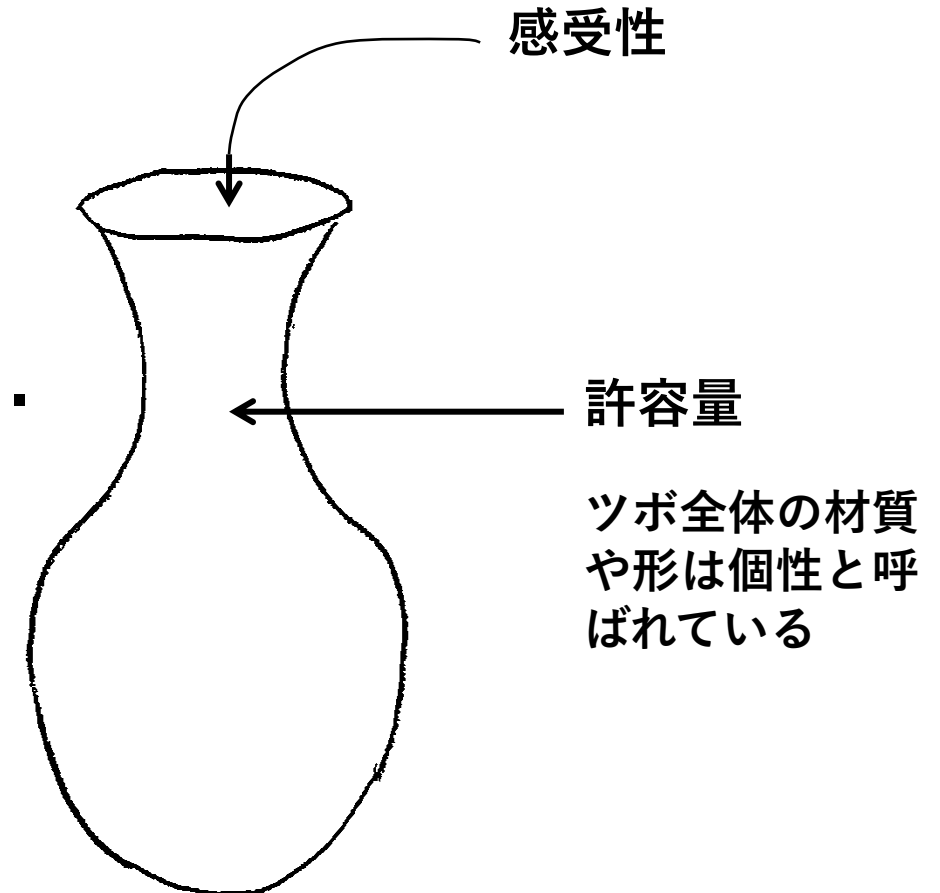
処理の方法：上手に処理できるか・できないか  
(ストレスコーピングスキル)

適度なストレスは必要・成長のバネでもあるが・

ストレス反応が強い子

- ・ 体質 (身体的)
- ・ 敏感気質 (HSC) ・ 感覚過敏気質
- ・ 行動抑制的気質 ・ 不安気質
- ・ 発達障害的気質

ストレスの壺 (石谷)



# 私たちは自律神経のバランスをとって生活している

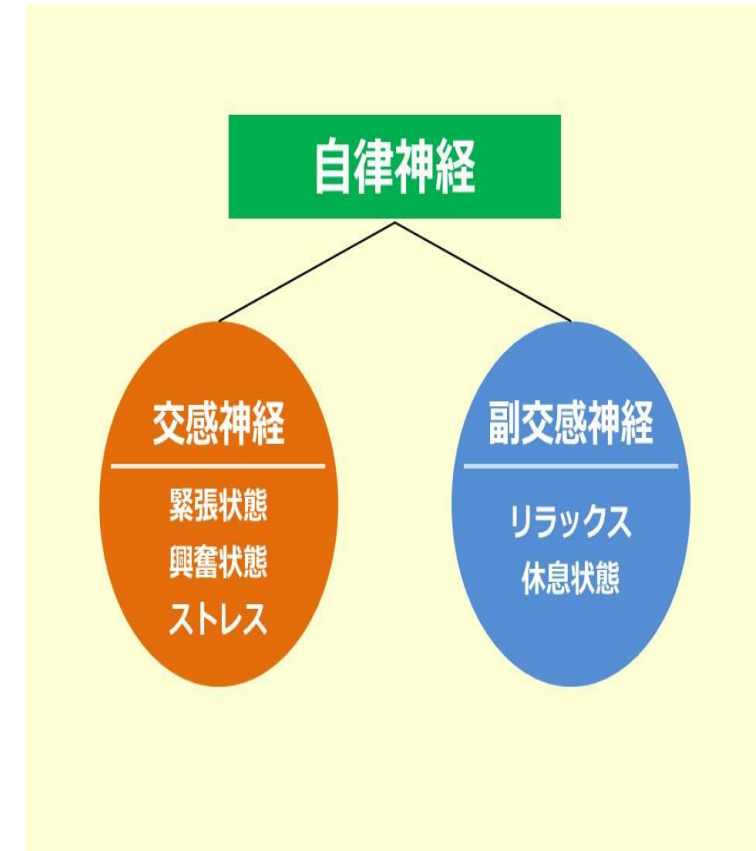


# ストレス状態が続くと 自律神経が失調状態になる

ストレスを受けると交感神経が制御する副腎皮質からコルチゾールが分泌され、同時に副腎皮質内でアドレナリンなどが分泌される。コルチゾールとアドレナリンは血糖値や血圧の上昇・免疫抑制・胃酸の分泌促進などを引き起こす

- ・ 幼少期は交感神経（覚醒モード）優位
- ・ 成人期は副交感神経（リラックスモード）優位
- ・ **思春期は過渡期のためバランスを崩しやすい**

ストレス状態が続くと交感神経優位が続くため副交感神経とのバランスが崩れ自律神経失調状態になる



# 自律神経失調状態の時に見られる症状

自律神経失調状態になると全身の臓器に症状が出る

## 身体的な症状：心身症

\* 不定愁訴と受け止められやすい

- 腹痛、便秘、下痢、頭痛、めまい、耳鳴り
- 頻尿や残尿感、過呼吸、口や喉の不快感など
- 手足のしびれ、疲労やだるさ・動悸・息切れ


## 精神的な症状：不安症・うつなど

- イライラ・不安感・疎外感・落ち込み・やる気が出ない
- 憂鬱・感情の起伏が激しくなる・焦燥感

▪ 身体症状が続く場合が心身症

▪ 精神症状が続き生活に支障が出た場合が精神疾患

# 小・中・高校生によく見られる心身症

- 
- ①気管支喘息・アトピー性皮膚炎の悪化
  - ②頻尿・遺尿症・遺糞症
  - ③チック・トゥレット障害
  - ④抜毛症
  - ⑤心因性視覚障害・心因性難聴（聴覚障害）
  - ⑥反復性腹痛（機能的ディスぺプシア・過敏性腸症候群など）
  - ⑦慢性頭痛（片頭痛・緊張性頭痛など）
  - ⑧起立性調節障害（OD）
  - ⑨過換気症候群

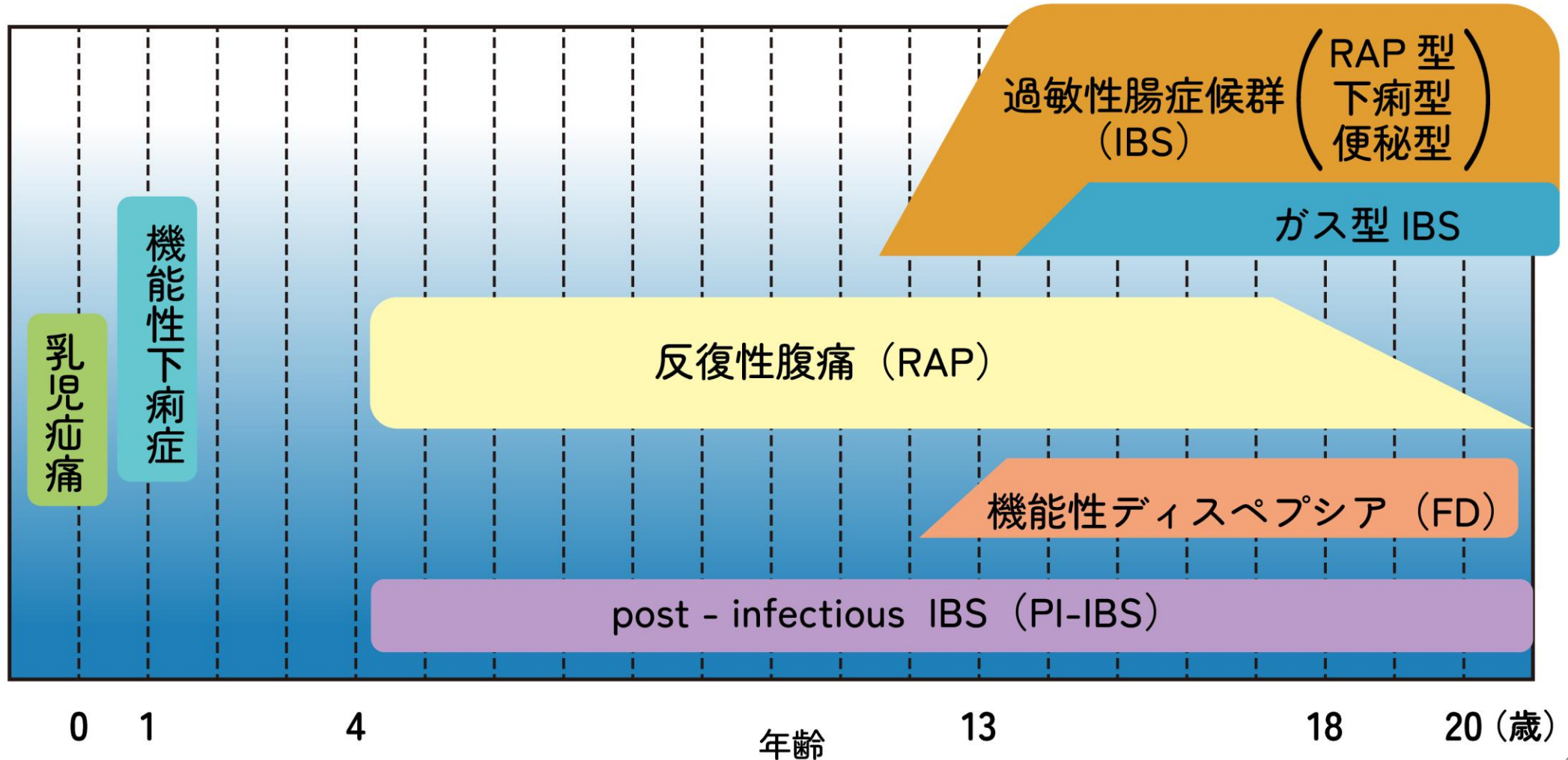
心身症：ストレスや自律神経との関係がある身体疾患の総称  
（正式な病名ではない 例：心身症としてのOD）

# お腹が痛い小学校6年生の花子さん

- 小学校5年生の夏休み明けから、朝、お腹が痛いというようになった。痛む場所は、おへそから胃のあたりで、食事に関係なく痛む。休日は少し軽くなるが痛みがある。
- 胃もたれがして、少し食べるとお腹が一杯になり、以前の半分くらいしか食べれない。体重が3ヶ月で2kg減少した。
- 学校では、成績もよく、友達も多く、クラス委員も務めており、ストレス要因はないと言う。
- 総合病院の小児科を受診し、胃薬と痛み止めを貰い経過を見るように言われたが、痛みが続くため受診した。

# 腹痛関連機能的消化管障害の年代別表現型

島田章、他：心身医学 30、1990 一部改変 作田亮一



# 機能性消化管障害 (FGID)

**定義**：慢性的再発的に消化管症状が続くが器質的な疾患がないもの

①非びらん性胃食道逆流症 (潰瘍性大腸炎、クローン病など)

②機能性ディスぺプシア (FD)

(神経性胃炎・ストレス性胃炎・慢性胃炎と言われていた)

③過敏性腸症候群 (IBS)

\* ②③の合併が30～60%。相互に移行する場合もある。

**有病率** \* 中高校になると増える

・ FD : 約20% (男性約10%・女性約20%)

・ IBS : 10～20% (女性が約2倍。男性は下痢型・女性は便秘型が多い)

# 機能的消化管障害（FGID）の特徴

- ・ FD（機能的ディスぺプシア）：食後の胃もたれ、早期満腹感、心窩部痛。灼熱感
- ・ IBS（過敏性腸症候群）：排便で軽快する腹痛、下痢、便秘、その交代

## 病態

- ・ 内臓感覚過敏：わずかな刺激（ガスや食べ物の通過）を痛みとして過剰に感じる
- ・ 脳腸相関の破綻：副腎皮質ホルモンが過剰に分泌・消化管運動の異常・知覚過敏という悪循環
- ・ ウイルス性胃腸炎に罹患後：しばらくの間、微細な炎症が持続する場合もある
- ・ 胃腸の運動機能異常：胃排出機能遅延（胃もたれ）と結腸通過異常（下痢・便秘）が起こる

**治療**：単独薬剤では症状が改善せず多角的アプローチが必要  
食事療法、認知行動療法など

**予後**：慢性に経過し症状の増悪・寛解を繰り返しやすい  
オーバーラップ例は重篤でQOLが低い傾向

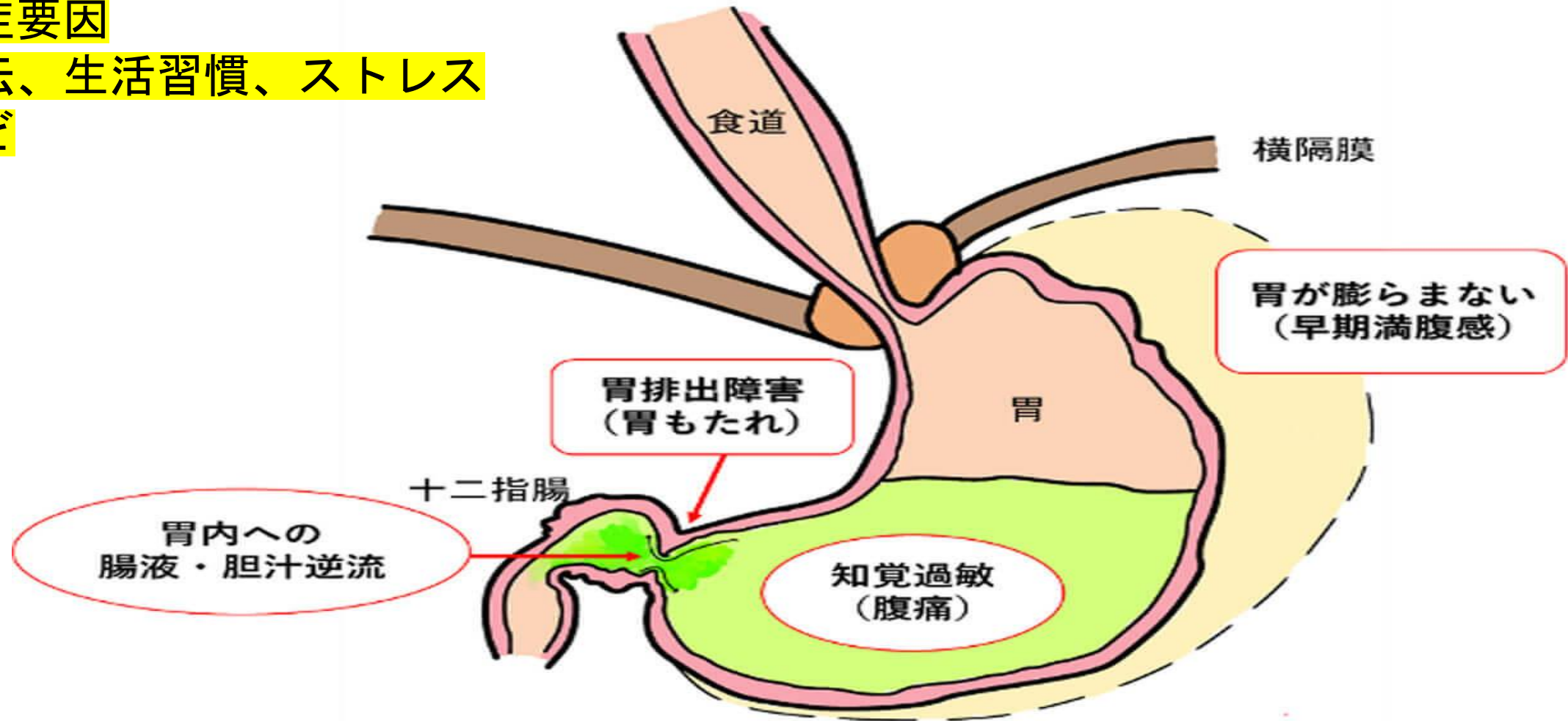
**FD**：数年後に約半数は症状消失、**IBS**：1年後に約40%が診断基準以下

# 機能性ディスペプシアの病態と発症要因

(作図：細野智子)

## 発症要因

遺伝、生活習慣、ストレス  
など



# 機能的ディスペプシアの治療

生活習慣・食生活の改善：大食いしない、回数を多く、高脂肪食を避ける  
治療薬

## 1. 胃酸分泌抑制剤

- ①プロトンポンプ阻害薬（PPI）：オメプラール、タケプロン、ネキシウムなど
- ②ヒスタミンH<sub>2</sub>受容体拮抗剤：ガスター、ファモチジン、シメチジンなど

## 2. 消化管運動改善薬

- ①ドパミン受容体拮抗剤：ドンペリドン、スルピリド、ナウゼンリンなど
- ②セロトニン5-HT<sub>4</sub>受容体作動薬：ガスモチン、モサプリドなど

## 3. 鎮痛剤

- ・ブスコパン（頓服）

## 4. 漢方薬

- ・六君子湯：胃運動機能改善、ストレスによる食欲不振、心窩部のつかえ

## 5. 抗うつ薬・抗不安薬

## 何度もトイレに行く・トイレにこもる中学校2年生の翔君

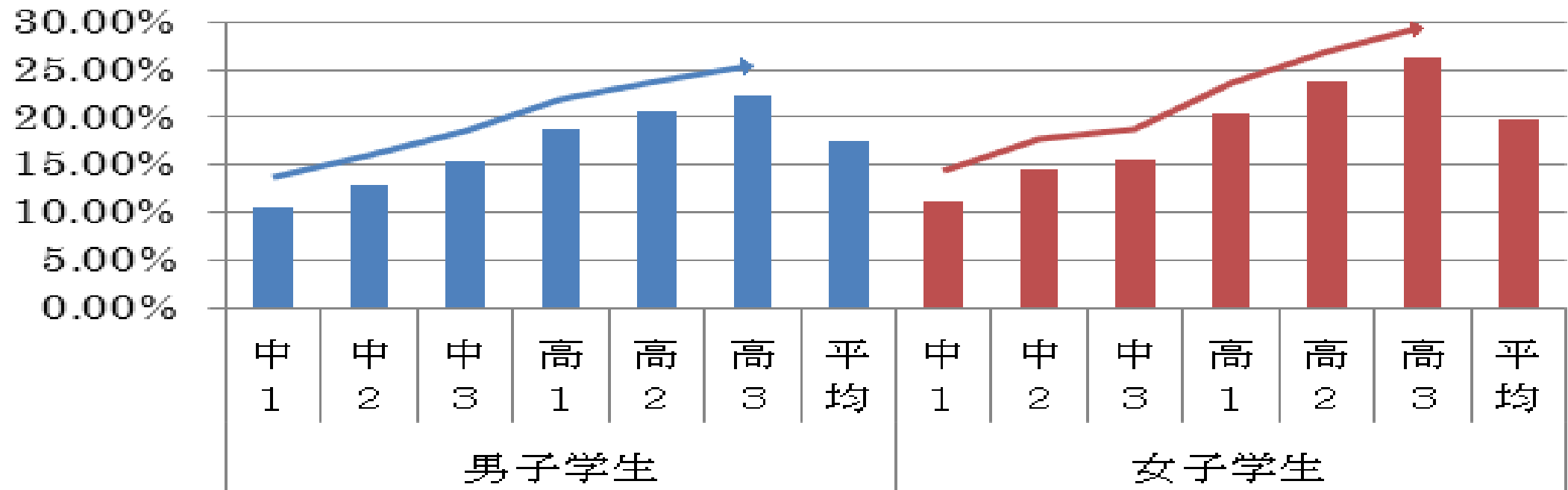
- 中学校入学後、登校前の慌ただしい時間帯に、下痢をするため何度もトイレに行くようになった
- 2学期になると朝30～60分トイレに籠り、遅刻したり、時々、学校を休むようになった。土日祭日など学校が休みの時は症状は軽い。
- 3学期に消化器内科に受診し、過敏性腸症候群の診断で内服薬を処方され服用していたが改善しなかった
- 2年生になっても、症状が続き、学校を休むことが増えたため養護教諭の勧めで受診した
- 最近バスや列車に乗れないし、家族が誘っても外出できなくなっている

# 中高校生の過敏性腸症候群の頻度

[Irritable bowel syndrome among Japanese adolescents: A nationally representative survey.](#)

全国の中高生99,416人を対象にした大規模調査では、**中学1年生の時点では約10%に**  
**高校3年生の時点では20%を超える子どもが過敏性腸症候群の症状を有していた**

## 過敏性腸症候群 年齢別有病率



# 過敏性腸症候群の困難

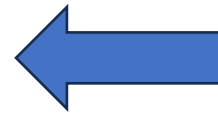
過敏性腸症候群が原因で  
高校生活に悩んでいる方が少なくない

通学が困難な腹痛下痢



痛みが心配で

学校の給食が食べられない



人間関係に悩みがないのに  
学校に行けない  
過敏性腸症候群の大半の理由

# 子どもの過敏性腸症候群のタイプ

- **腹痛型**：起床時に腹痛が多いが午後はおさまる低年齢の子に多いタイプ
- **便秘型**：下剤を使わなければ全く便意がない・便意はあるが排便がない。女の子に多いタイプ
- **下痢型**：起床時に下痢や腹部不快感が強くなる。思春期の男の子に多いタイプ
- **ガス型**：お腹の張り・お腹の鳴り・おならが多いなどの症状があり、静かで狭い教室の中では特に気になる。  
思春期の女の子に多いタイプ

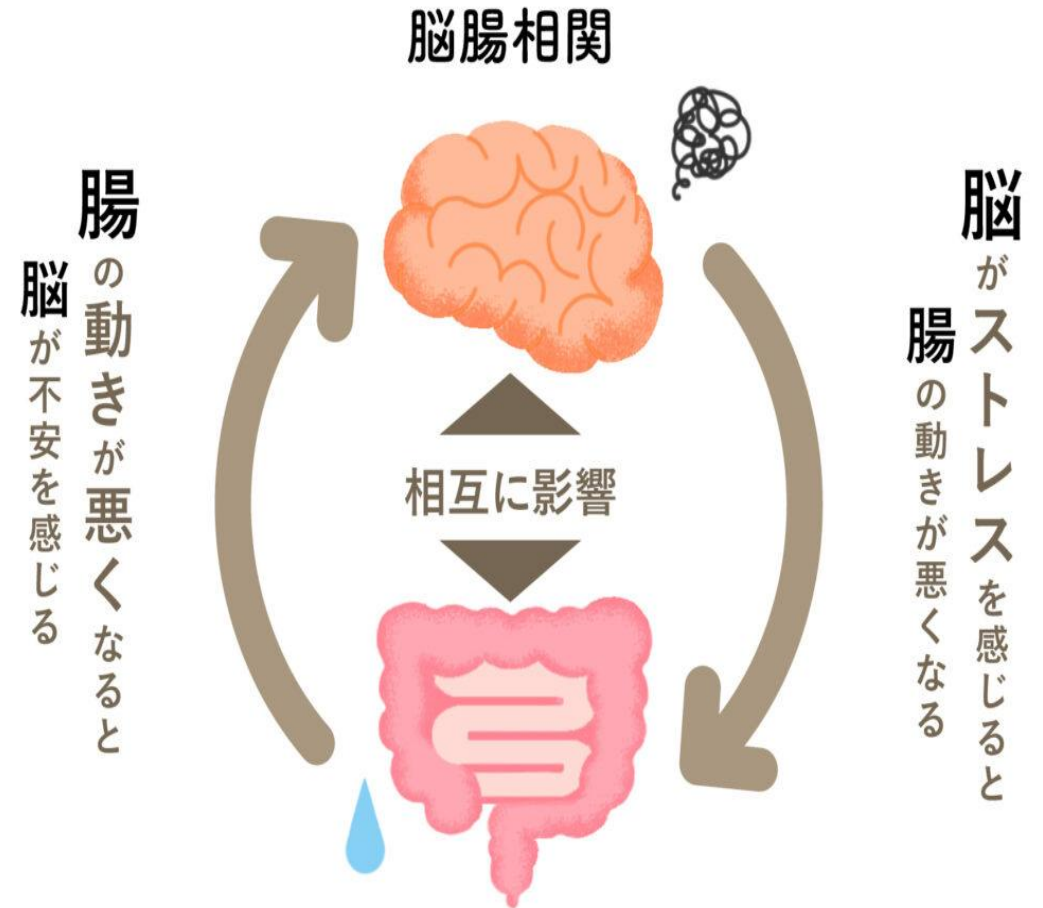
# 脳と腸が相互作用する「脳腸相関」のメカニズム

一般社団法人EAメディカル研究会

脳と腸は自律神経を介して、相互に情報を送り合っている。腸は第2の脳

栄養素や腸内細菌の代謝物、腸で生成されたホルモンなどの情報も、腸管の細胞の働きや血流を介して脳に影響を与えている

双方向の通信により、腸の不調が脳に影響を与え、精神的なストレスや不安感を引き起こすことがある。逆に、精神的なストレスが腸の動きを悪化させ、便秘や下痢といった症状を誘発することもある



# 過敏性腸症候群の治療の基本

## 食事の工夫

- 発酵しやすい糖質を減らす
- 食物繊維を調整する
- 合わない食品を見つける



## 生活習慣の見直し

- 食事時間を整える
- 適度に運動する
- 十分な睡眠を取る



## ストレスの管理

- リラックスマethodを見つける
- 心理的なサポートを受ける



## 薬物療法

- 症状に合わせた薬を使う  
整腸剤、鎮痙薬、  
便秘調整薬 など



\* ガス型へのおなら消臭パンツなど

# 過敏性腸症候群の治療薬

整腸剤（ビオフェルミン、ミヤBM）がベース

下痢が強いタイプ：イリボー、ロペミン（頓服的）

便秘：酸化マグネシウム、モビコール

下痢と便秘の繰り返し：コロネル

腹痛：ブスコパン（頓服）

お腹が張る、下痢する前のようにキリキリ痛む、

トイレに行ってもすっきりしない：桂枝加芍薬湯

便秘、お腹が冷えて痛む、ガスが溜まる：大建中湯

•抗不安薬：SSRI

# 頭痛が続く中学校 1 年生の太郎君

- 小学校 6 年生の 3 学期頃から、頭が痛くなり学校を休むことが増えてきたが、春休みの間は、頭痛は軽くなっていたので様子を見ていた。
- 5 月の連休明け頃から、頭痛の回数が増えてきており、保健室を利用することが増えてきた。養護教諭の勧めで脳神経外科を受診してMRI検査をしたが問題ないと言われ、
- 頓服薬を処方されて飲んでしているが頭痛のため学校を休むことが増えてきた。朝起きれないことが増えてきたため受診した。

頭痛の問診票記入・頭痛日誌に記入を依頼する

# 主な一次性頭痛の特徴

## 片頭痛



- ・ズキズキと脈を打つ
- ・ギザギザ、ピカピカ光るような模様
- ・吐き気や嘔吐
- ・音や光に敏感

## 緊張型頭痛



- ・後頭部に鈍くだるい痛み
- ・首や肩のコリ

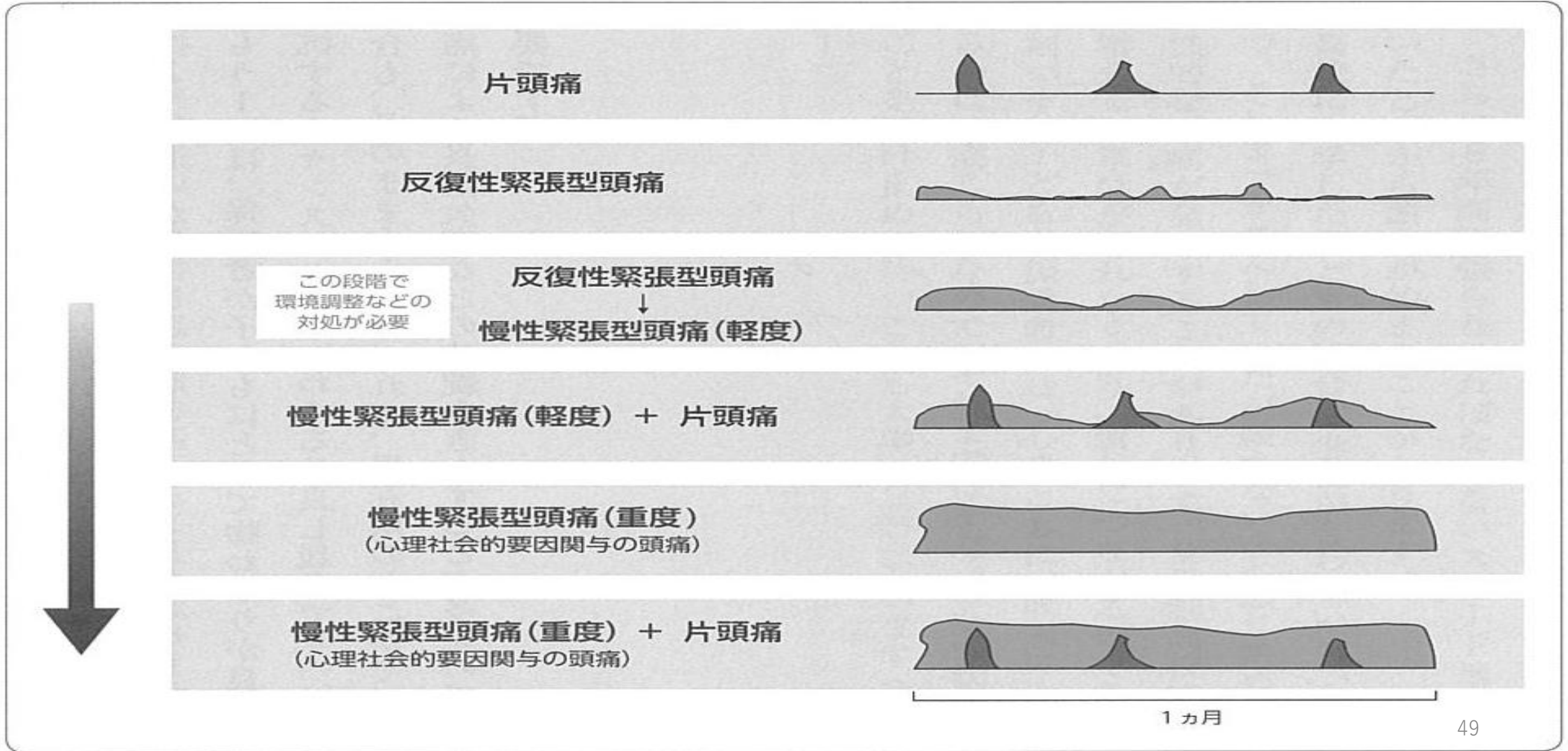
## 群発頭痛



- ・片側の目の奥がえぐられるような頭痛
- ・決まった時間帯に集中的
- ・目の充血や鼻水

# 子どもの慢性頭痛：片頭痛と緊張性頭痛の起こり方と違い

(藤田光江：子ども思春期の頭痛, 南山堂)



# 子どもの片頭痛

- 片頭痛は子どもの慢性頭痛の中でも一番多い
- 特定の家族、特に、母親が片頭痛をもつことが多い
- 小学生1~2%、中学生5%
- 男児より女児が2~3倍頻度が高い
- 一次性頭痛の女児の27%、男児の20%くらいにみられる

# 片頭痛の症状の特徴（典型例）

- 平日も休日も関係なく頭痛が起こる。月に数日
- 頭痛の程度は強いが1日以内に治ることが多い
- 頭痛の前に目の前がチカチカしたり、見えにくくなったりすることがある（前兆）
- 低気圧と関連して頭痛が起きることが多い（天気痛・気象病）
- 月経期間に頭痛が悪化することも多い
- 頭痛が起こると動けなくなるが眠ると頭痛が改善する
- まぶしい光や大きな音を避ける（暗い部屋で寝たがる、テレビやゲームの画面を見てられない、など）

# 気象病：10人に1人

気候や天気の変化が原因でおこる心身の不調の総称

気圧は身体にかかる空気の重さは約15トン！

体内では様々な場で気圧に負けないように圧力が発生しているが  
少しの変化で敏感に感じる場合に発症

内耳から脳に信号を送り自律神経が不調になり症状が起こる

- めまい、耳鳴り、疲労感、吐き気、低血圧、頭痛、関節痛
- 肩こり、手足のしびれ、うつなど精神的な不調、集中力低下
- 持病の悪化（メニエル病や喘息発作など）

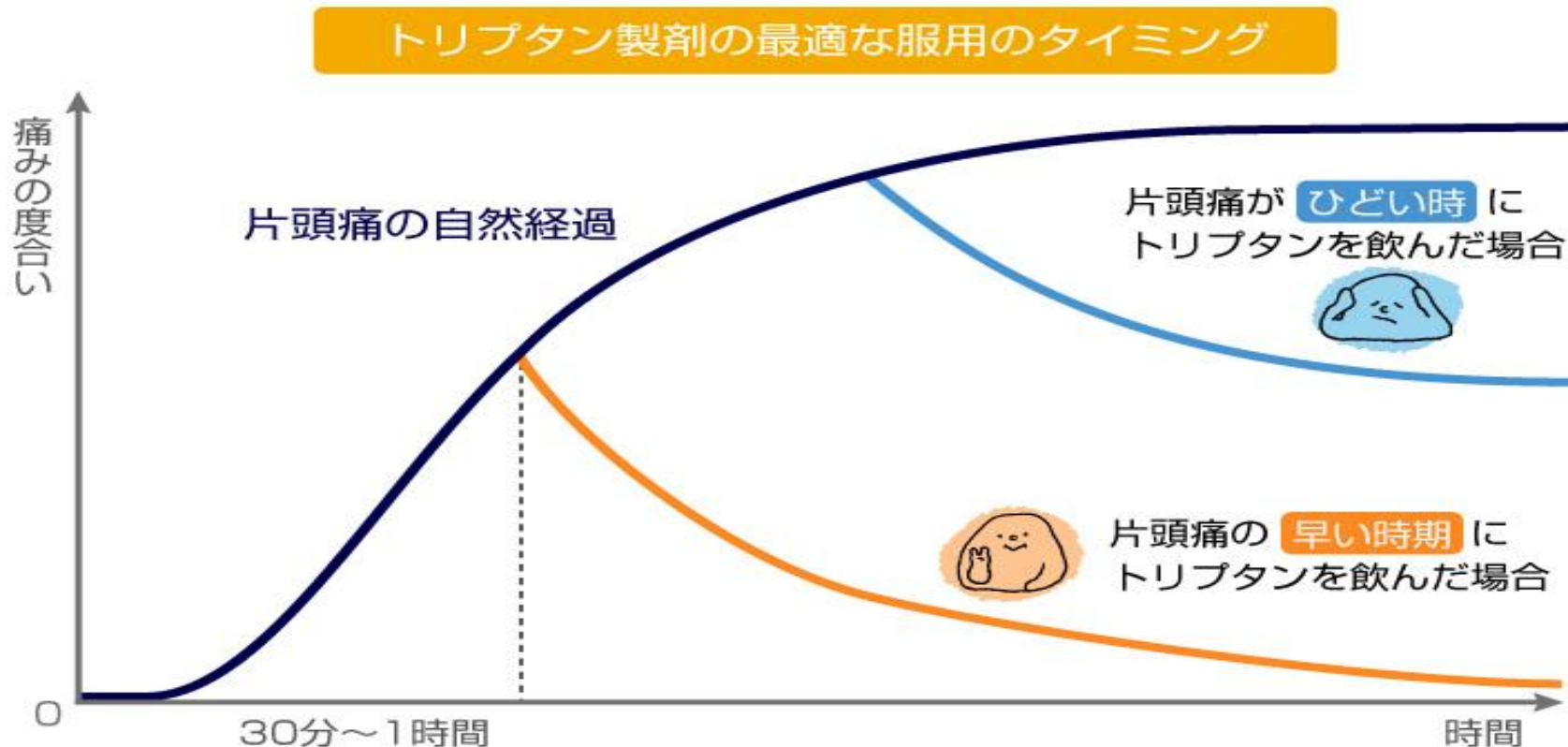
気象アプリなどでこまめにチェックし対策を立てる<sup>52</sup>

# 子どもの片頭痛の治療薬と使用時期

急性期治療の第一選択薬：アセトアミノフェンとイブプロフェン  
効果がない場合（8歳以上）：トリプタン製剤（内服、点鼻）

痛む時は早期に！ 予防にも使用

OD、心身症の場合の頭痛：それぞれの治療併用



# 朝起きれないので起立性調節障害（OD）を疑って 受診した中学校1年生のようじ君

入学後4月は、嫌がらずに登校していた。5月の連休明けから朝起きるのが遅くなった。何回起こしても起きず、朝の支度もゆっくりで、食事あまり食べない。2時間目くらい登校していたが、だんだん遅くなった。給食は完食し、午後の授業は出席し、

部活には参加するし塾にも行く。1学期は成績は上位だったが夏休み明けから、起きるのが遅くなり、登校できない日が多くなったため、保護者がODを疑い受診した。

# ODの主要症状とは？

めまい、立ちくらみ	食欲不振
立位で気分不良、倒れる	腹痛（疝痛）
入浴時や嫌なことで気分不良	倦怠感、疲れやすさ
動くと動悸、息切れ	頭痛
朝起きられない、午前中調子が悪い	乗りもの酔い
顔色が青白い	

主要症状が3つ以上で、ODの可能性を考える  
症状が2つの場合でも可能性あり

# 起立性調節障害 (OD: Orthostatic Dysregulation)

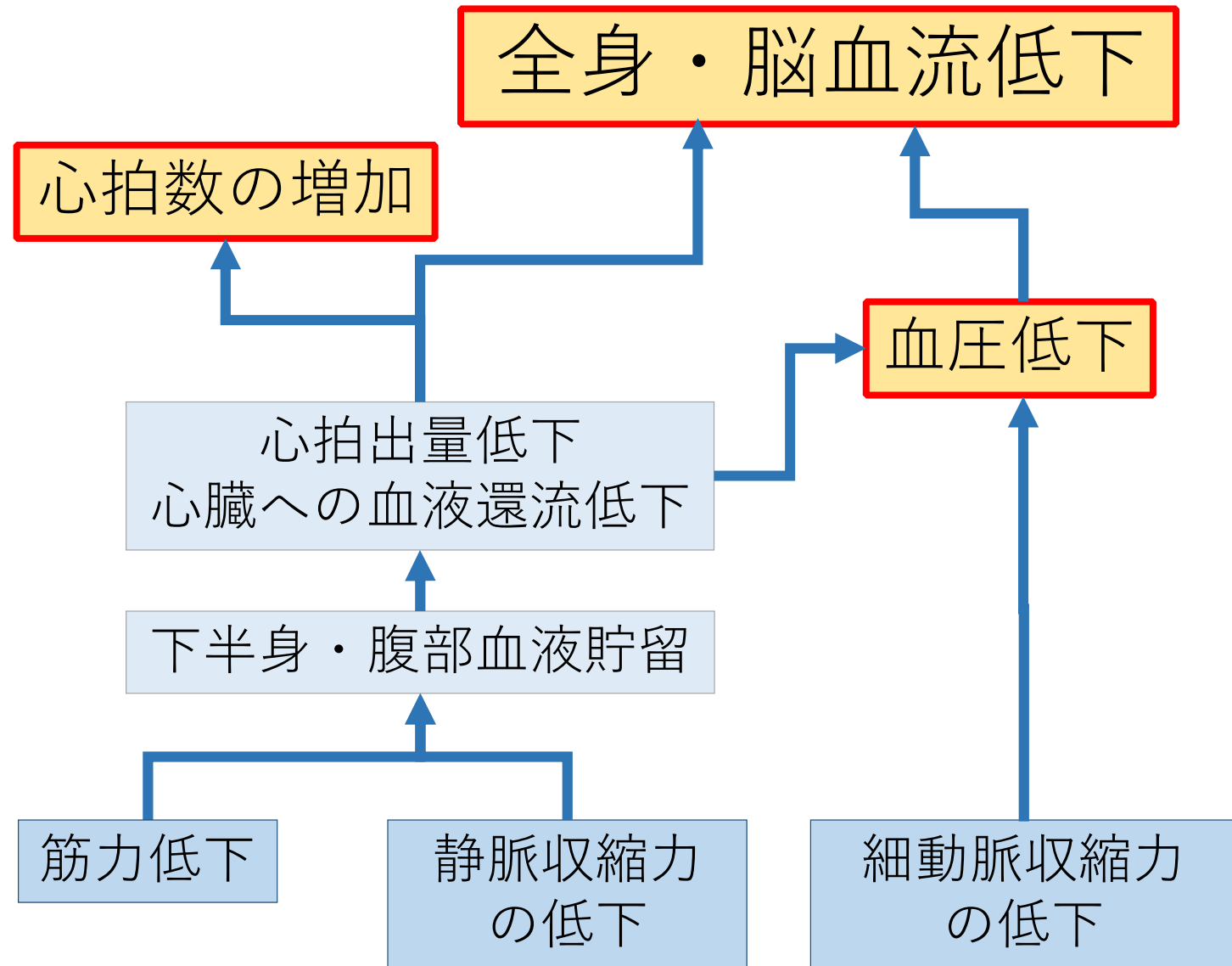
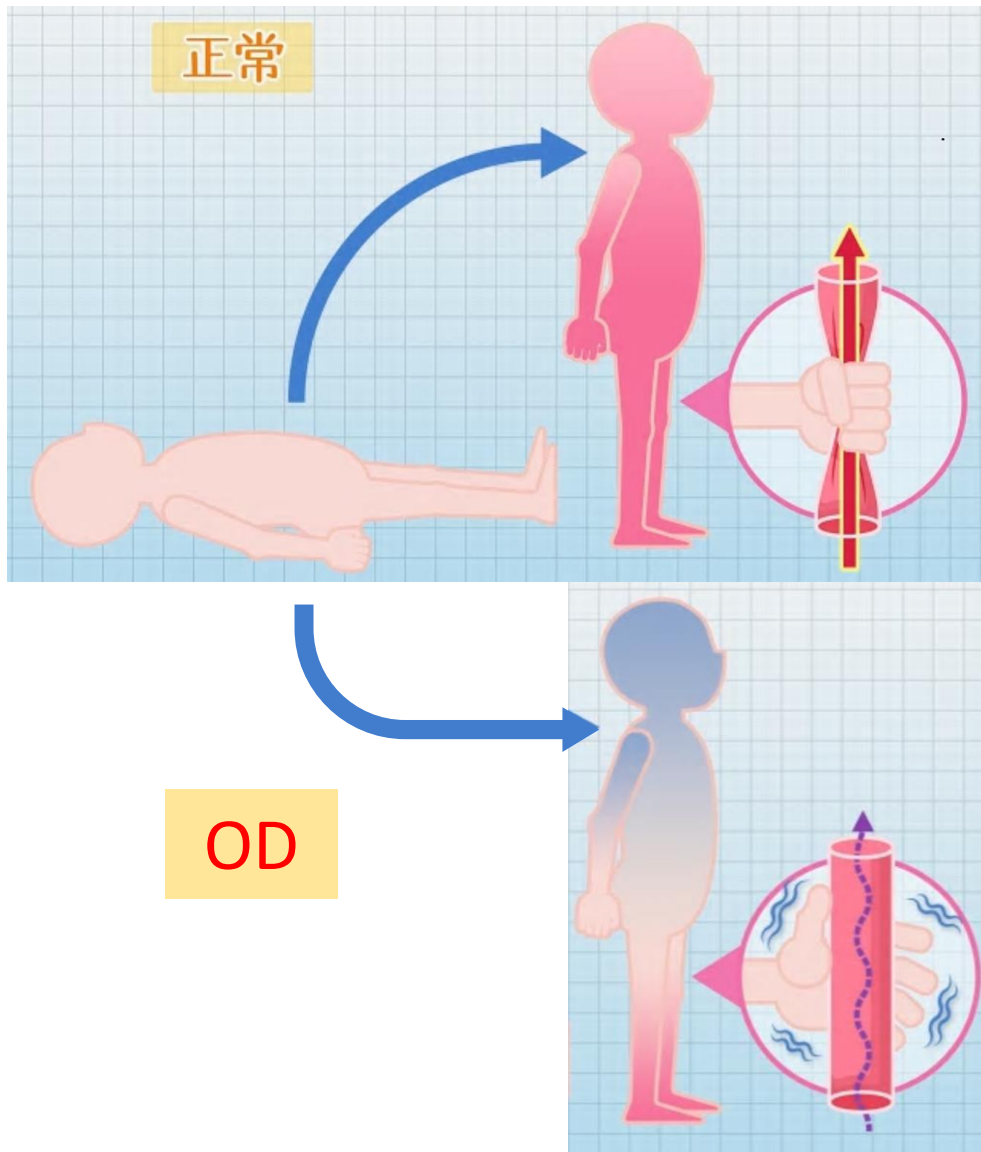


- ✓自律神経系による起立時の循環制御機構の障害
- ✓中高校生の約1～2割に疑いあり
- ✓約5割に不登校合併
- ✓不登校の3～4割が本疾患
- ✓朝に症状強く、低血圧、脳血流の低下
- ✓約8割に心理社会的ストレス
- ✓両親から遺伝することも



# ODの病態生理

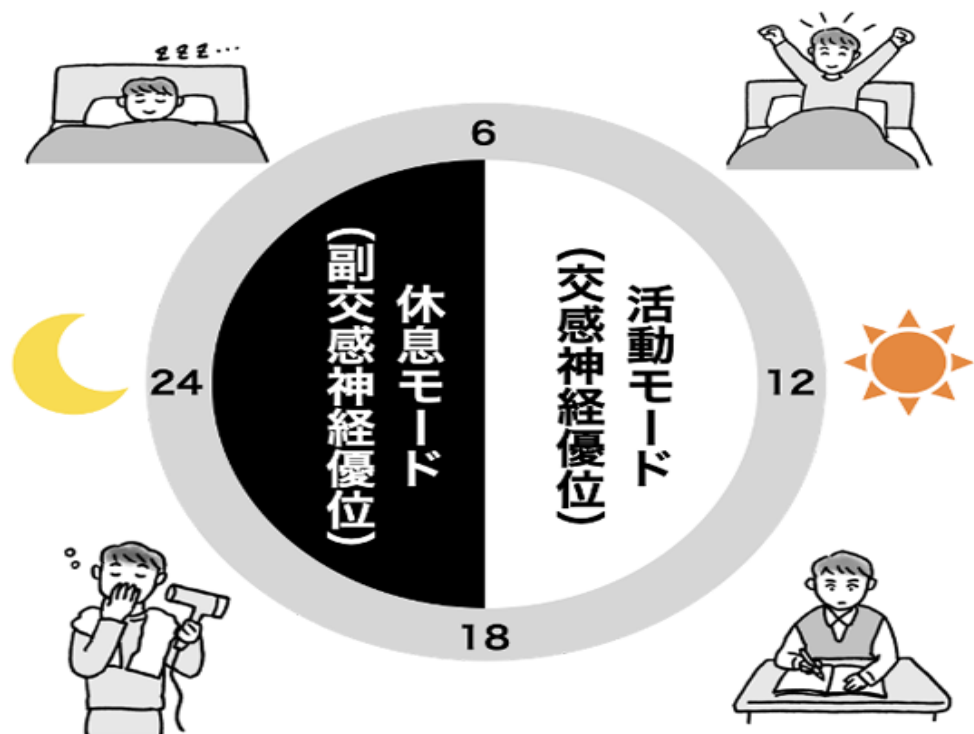
日本小児心身医学会編 小児心身医学会ガイドライン集. 2015



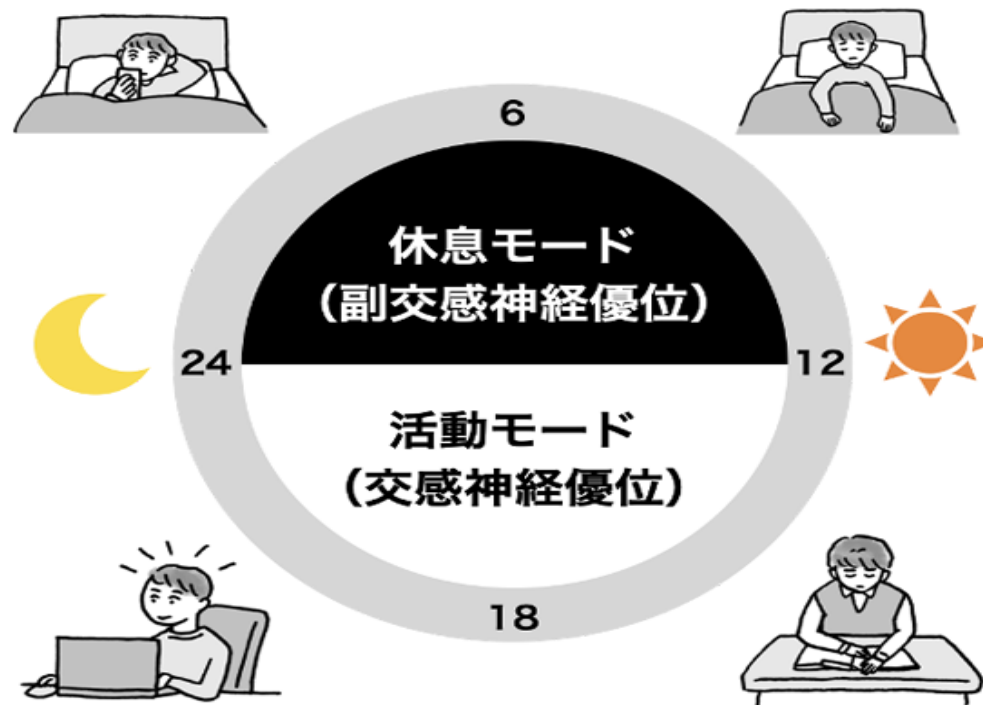
## 起立性調節障害の生活リズムの特徴

午前中は休憩モード  
にズレている

〈普通の生活リズム〉



〈起立性調節障害の生活リズム〉

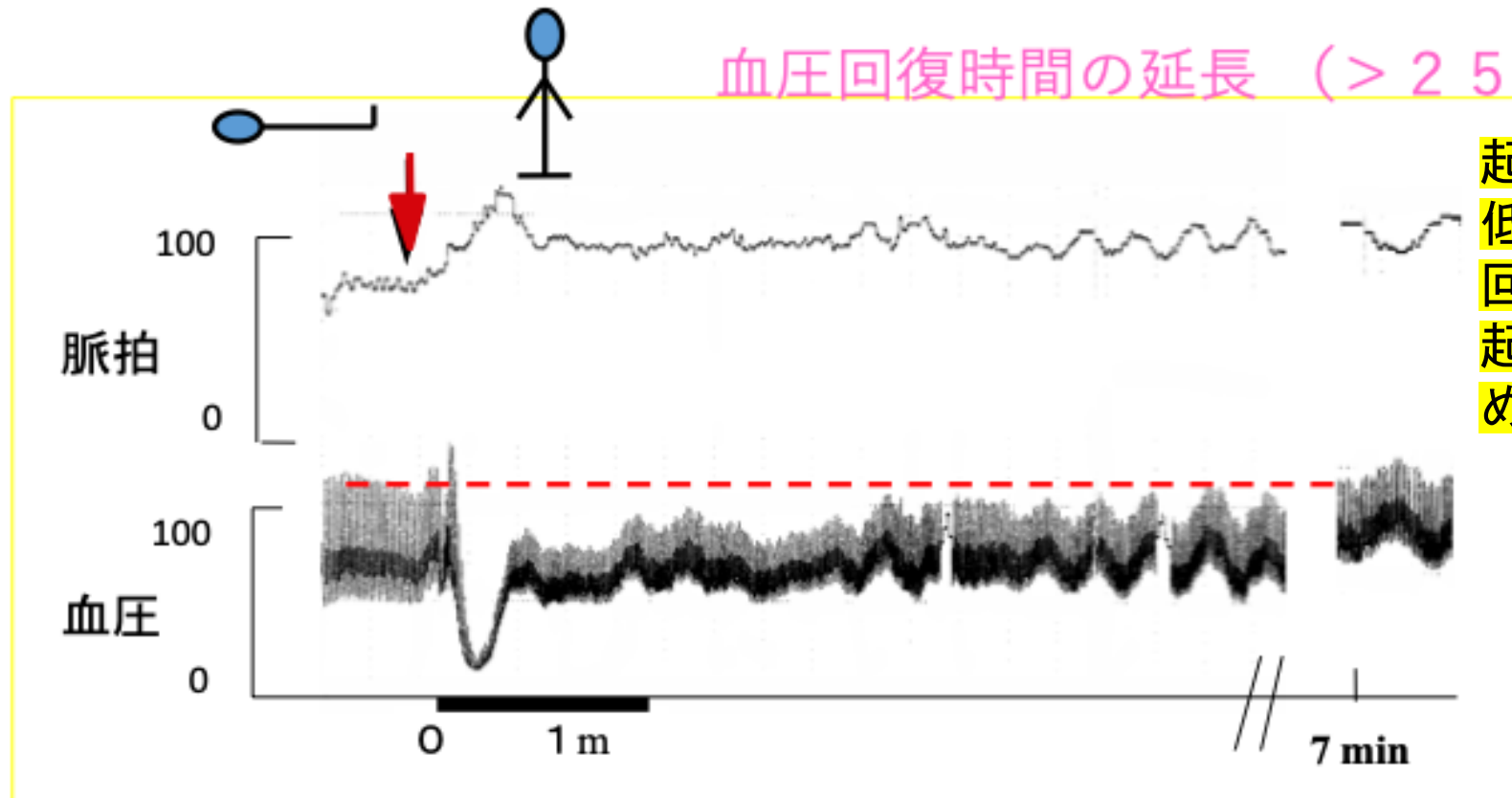


起立性調節障害の子どもは、体内時計が崩れているが、自律神経の調節がうまく働かず、ずれの修正が困難になる。

起立性調節障害  
4つのサブタイプ

- 起立直後性低血圧 (INOH)
- 体位性頻脈症候群 (POTS)
- 血管迷走神経性失神
- 遷延性起立性低血圧

吉田誠司先生スライド  
一部改変

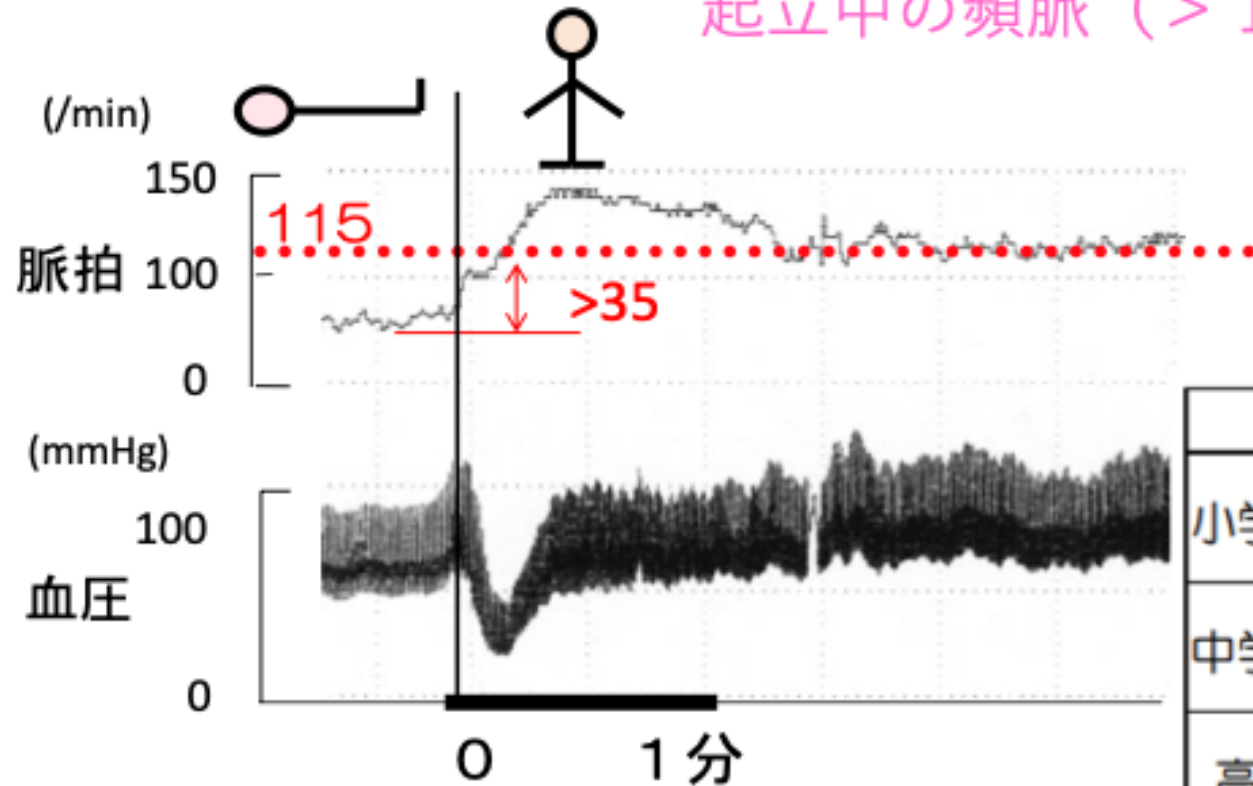


起立直後に収縮期血圧  
低下 (15%以上)  
回復遅延 (25秒以上)  
起立直後立ちくらみ・  
めまい

# 起立性調節障害 4つのサブタイプ

- 起立直後性低血圧 (INOH)
- 体位性頻脈症候群 (POTS)
- 血管迷走神経性失神
- 遷延性起立性低血圧

起立中の頻脈 (> 115/分)

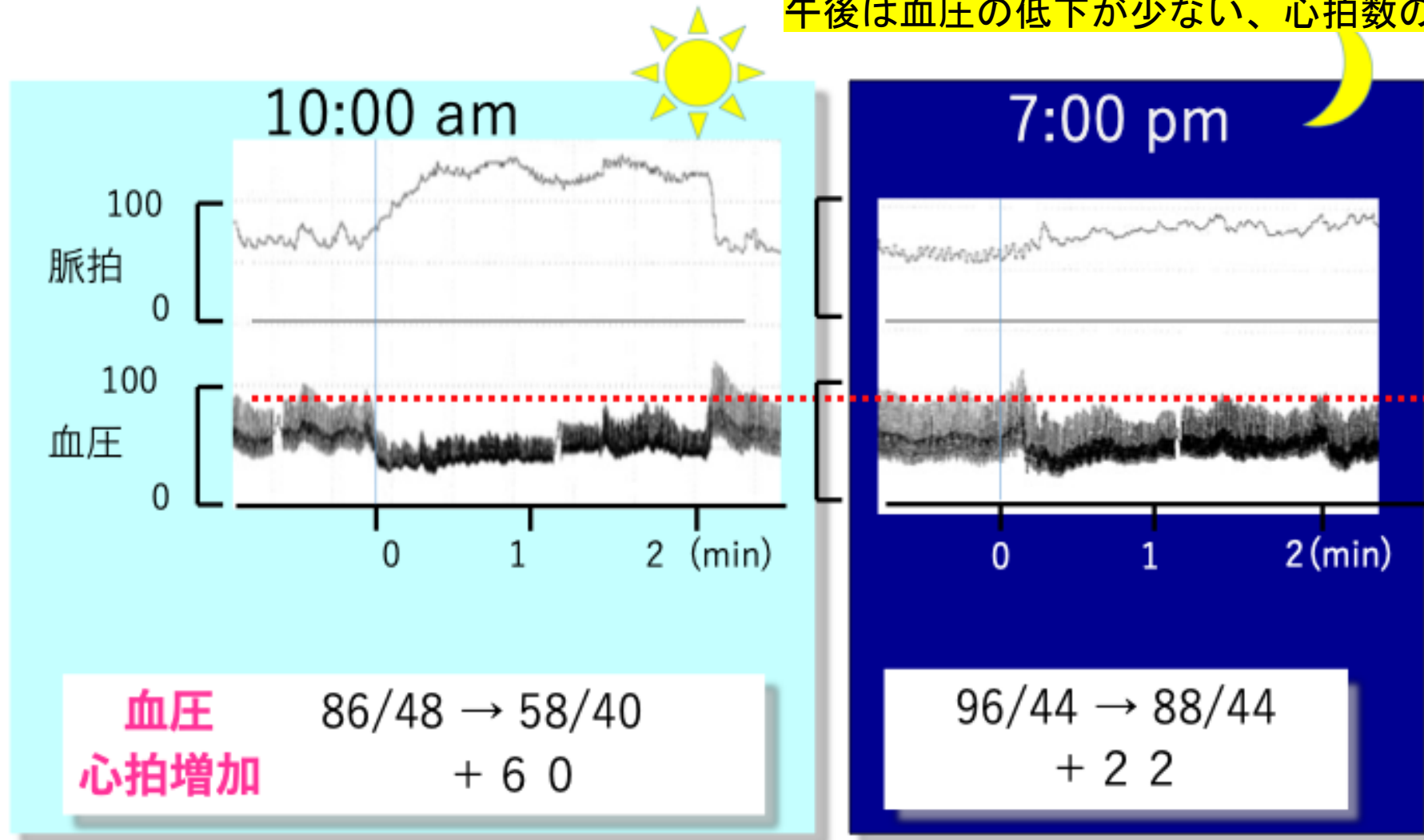


- 立ち上がった時増加した心拍数が  
血圧回復後もなかなか戻らない
- 起立3分後の心拍数が115/分以上  
または、35以上増加

		例数	平均	SD	最小値	最大値	mean + 2 SD
小学校	女	23	16	8.0	-2	34	32.0
	男	30	16	8.1	-1	28	32.2
中学校	女	17	15	8.1	2	35	31.2
	男	23	18	6.2	6	33	30.4
高校	女	28	15	7.1	-1	32	29.2
	男	28	13	5.5	1	22	24.0

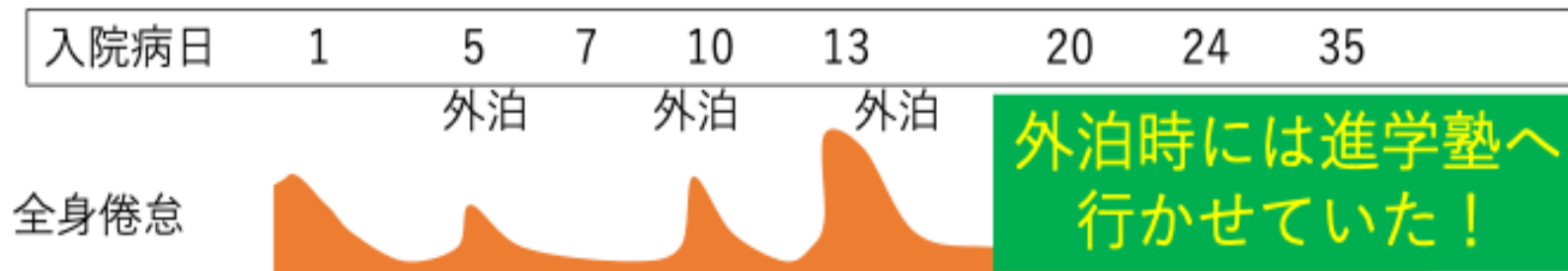
# OD児は朝起きられないのに、夕方は元気！

午後は血圧の低下が少ない、心拍数の増加も少ない



# 楽しい行事には早起きできるけど、嫌なことでODが悪化するM子さん

吉田誠司先生スライド  
一部改変



## 本児への治療

生活リズム改善療法	→
水分摂取1500ml/日	→
薬物療法	→
Tilt training	→
院内学級参加	→

テンションが上がっている時は  
血圧も上がり体調も良くなり、  
交感神経の働きが活発になる。

ワクワクして頑張る時（ドーパミン）、不安に感じながらも頑張る時（ノルアドレナリン）

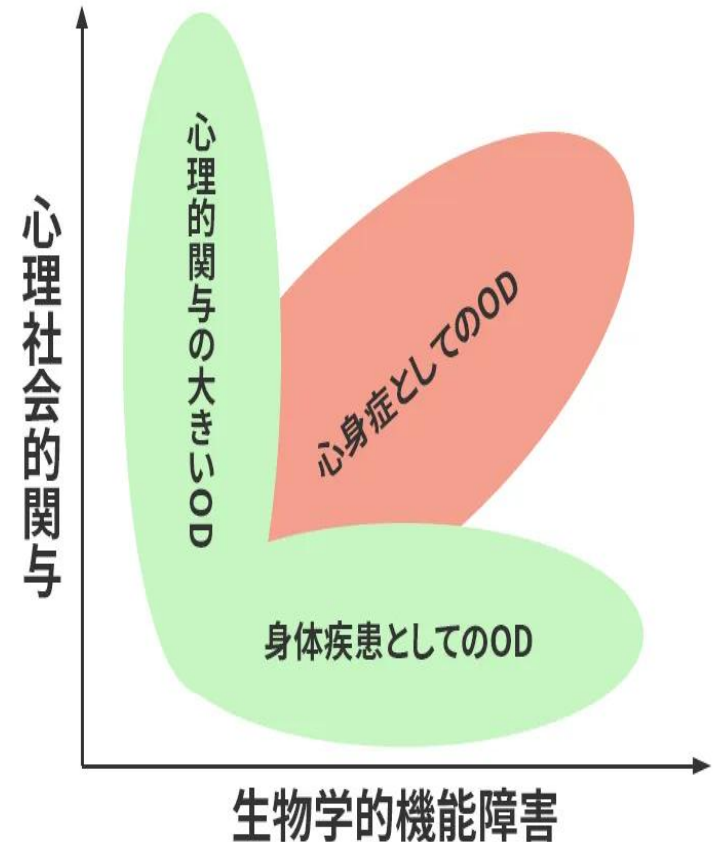
# 心身症としてのOD診断チェックリスト

ODは基本的には自律神経の働きが悪くて起こる身体疾患だが

- ①学校を休むと症状が軽減する
- ②身体症状が再発・再燃を繰り返す
- ③気にかかっていることを言われると症状が増悪する
- ④1日のうちでも身体症状の程度が変化する
- ⑤身体症状の訴えが二つ以上ある
- ⑥日によって身体症状が次から次へ変わる

\* 4項目が週1～2回以上見られる場合は「心身症としてのOD」として治療する

(日本小児心身医学会ガイドライン集 改訂第3版)



# ODの悪化要因としてのデコンディショニング

田中英高、中央法規出版、2023

- ODでは、日常生活の活動量の低下により体力が低下し、自律神経機能・身体機能が悪化し、さらに活動量が低下するというデコンディショニングの形成が症状の増悪につながることを指摘
- ゴロゴロ寝そべりによって発生するデコンディショニングが、起立時の脳血流低下を生ずるという研究成果を世界で初めて紹介（田中英高）
- 最近、昇圧薬にも反応せず不登校が長期化する例が多くなったが、その理由の一つに、身体不活動によるデコンディショニング（Deconditioning）が考えられる
- 循環器系デコンディショニングによって心臓容積が減少、起立耐性の低下が生じる。運動不足による筋力低下も起立耐性の低下を悪化させる（石崎優子）



# 起立性調節障害の治療の内容

①**疾病教育**：本人と保護者に「ODは身体疾患、根性や気持ちの持ちようだけでは治らない、以下の治療を行うと軽くなる・治る」と説明して不安を解消

## ②**非薬物療法**

- ・頭を下げた状態で30秒以上かけて、ゆっくり立つ、規則正しい生活
- ・軽い運動と横にならず座って過ごす、軽い運動、水分・塩分など

③**学校への指導と連携**：診断書（校長&担任宛がお勧め）

④**薬物療法**：自律神経調整薬・漢方薬・睡眠薬・抗不安薬など

⑤**環境調整**：家・学校環境、居場所づくり

⑥**心理療法**：ストレス軽減。必要に応じてSCや病院の心理士による面接

軽症：①②、必要に応じて③④、中等症：①②③④⑤

重症：①②③④⑤⑥

# 「焦らず、根気強く、そして何よりも寄り添うこと」

## 家族ができること

無理強いをしない

安心して休める環境を整える

- 生活リズム調整、水分、内服などを家族で協力して実践する
- 朝、起きるまでの声掛けのルールを決めておく
- スモールステップで少しずつ実践する
- 通院や内服を開始する時点で、本人はかなり頑張っている
- 焦らず、少しでも頑張ったことはきちんと認めてあげる
- 投薬に対する過度な期待や抵抗感を持たないようにする
- ODや不登校により支配的な親が大人しくなったため、逆戻りを心配する子も



**専門家と積極的に連携すること**

# 親から子どもへの声の掛け方や対応 (吉田誠司)

前日から起きる時間や方法を決める (目標の見える化)

予定通りに行かなくても大丈夫! のスタンス!

「今、8時だよ」 (命令ではなく情報として声掛け)

- ・カーテンを少し開けて光を入れる (一気に全開にしない)
- ・反応がなければ「また30分後に来るね」と伝えその場を離れる
- ・起きられた日は「起きられたね」と言うポジティブフィードバック
- ・カーテンを開けて光を入れ横にならずに過ごすように言う
- ・好きな飲み物・好きな音楽やYoutubeなど (起床後のモチベづくり)

## NG

- ・『いつまで寝ている』のという命令口調の繰り返し
- ・『他の子は行けているのに、なんであなただけ』という比較
- ・布団を剥がす、カーテンを一気に開ける、などの強引な行動
- ・『気合いが足りない、甘えるな』という叱咤激励
- ・朝起きれないのに夜になると元気になることを責めない

# Q：ODは治りますか (岡田あゆみ先生スライド)

- ・ 軽症例では数ヶ月以内に改善するが、翌年の好発時期に再発する可能性がある
- ・ 日常生活に支障のある中等症では、1年後の回復率は50%であり、2～3年後は約70%
- ・ 不登校を伴う重症例の1年後の復学率は30%程度で、短期間での復学は困難である。社会復帰に2～3年はかかる
- ・ 体力に合わせた高校に進学し2～3年生になると7割以上が改善し一定の生活が可能になる
- ・ 身体症状の残存率は、数年後でも20～40%であり、軽い症状は成人でも続く可能性がある

## 山口県内の当事者交流の場

『親の会カフェ山口～起立性調節障害と不登校を考える～』

(山口支部・岩国和木支部・周南支部) (会長：坂井芳浩さん)

下関支部もあればいいなと思います

手を挙げる方はおられますか？

●開催日時等：ホームページにてお知らせ（「親の会カフェ山口」で検索可）

<https://oyanokaicafe0.wixsite.com/my-site-2>

●連絡先はリーフレット参照

H29～

当事者や支援者の交流により、気持ちを  
受け止め合い、対応や進学などの情報交  
換などを行っている。

ODが改善するには時間がかかる

親同士のピアサポートが大切

日々の生活のこと、困ったこと、うまく行った  
ことなどの「ODあるある」を家族や当事者から  
学ぶことも大切（当事者研究）

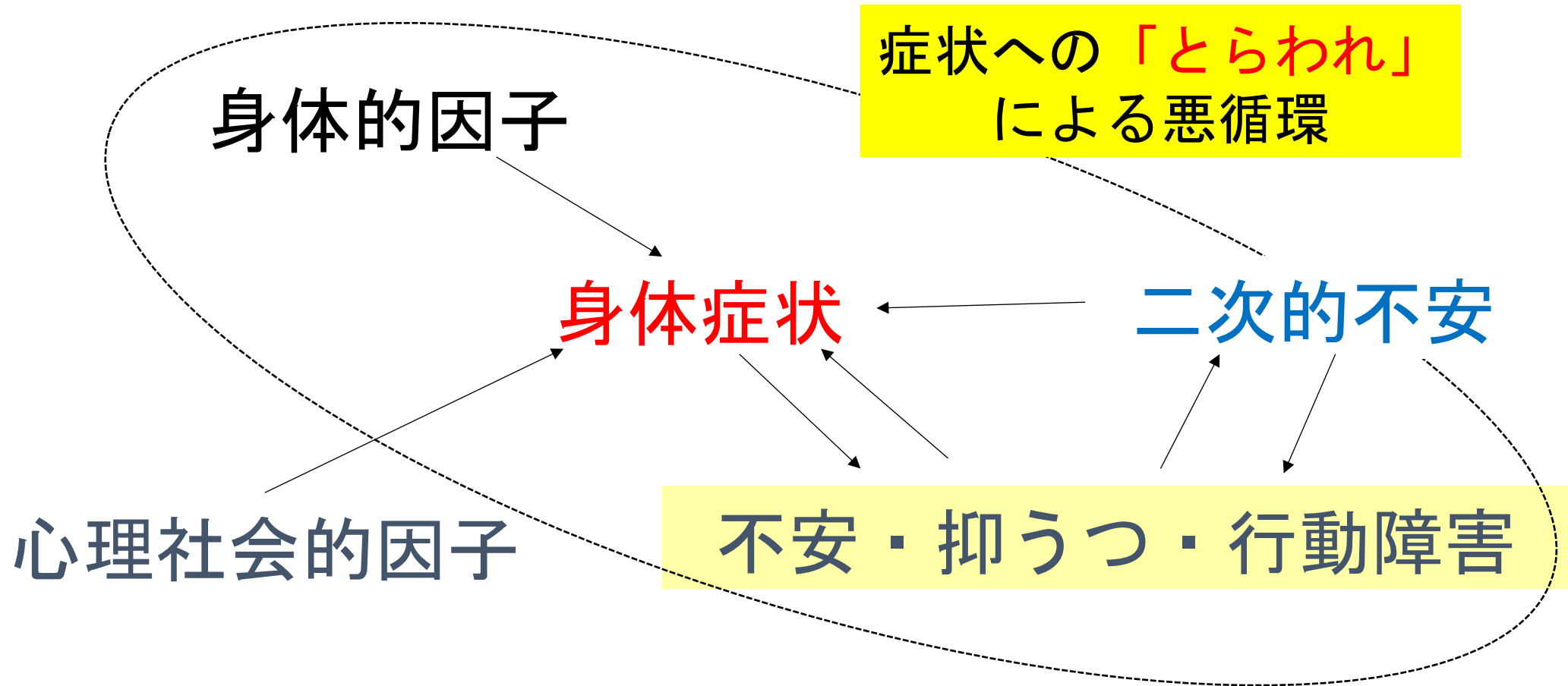


ホームページ



# 心身症の初期治療において 注目すべき心と身体の関係

(小柳憲司:心身医療をすべての子どもたちに. 日児誌118:456-481. 2014)



# 心身に不調を訴える子どもへの 理解と関わり方 大切なこと

- ① ストレス体験がきっかけになって発症している場合が多いが  
発症するかどうかは気質、性格、体質などの個人差が大きい
- ② 本人も周囲の人にも気づきにくく怠けやさぼりなどと誤解され  
やすい。精神論は通じないばかりか悪影響
- ③ 心の病気ではなく身体の病気として対応する
- ④ 症状は信号・入場券・安全弁・問題解決手段の役割もある
- ⑤ 子どもの話に耳を傾け体調に合った安全な生活を保障する
- ⑥ 心と身体を自らコントロールできる方法を教える
- ⑦ 時間はかかるが必ず改善する。回復を信じ続ける。あせらない！  
(伴走型支援)

人生の嵐が訪れたときは、状況が好転するのを待つのもひとつの手です。  
ただ、受動的に待っているだけだったら、心が折れそうになりますし、退屈だと感じるでしょう。  
好機を逃さないためにも「この状況（環境）で自分はどう振舞おうか？」  
「どう動こうか？」はては「**どう楽しもうか？**」と思索することが大切です。

人生とは嵐が過ぎ去るのを  
待つことではない。  
雨の中で、どんなふうにも  
ダンスをするかを学ぶことだ。

*Vivian Green*  
ヴィヴィアン・グリーン [歌手]

# 子どもの不安と不安症

- ・不安は身を守るものでもあり成長過程で強くなったり弱くなったりする。正常と不安症の間の境界はない
- ・日常生活に支障が大きい場合が不安症で程度は様々
- ・不安症は素質・環境・体験が影響し合って発症する
- ・成長に伴い改善することも多いが他の不安症に移行することや重なることもある。成人期にも長期に続くこともある

乳児期



不安気質

分離不安症  
場面緘黙症  
限局性恐怖症  
社交不安症  
広場恐怖症  
全般性不安症  
パニック症

思春期・青年期

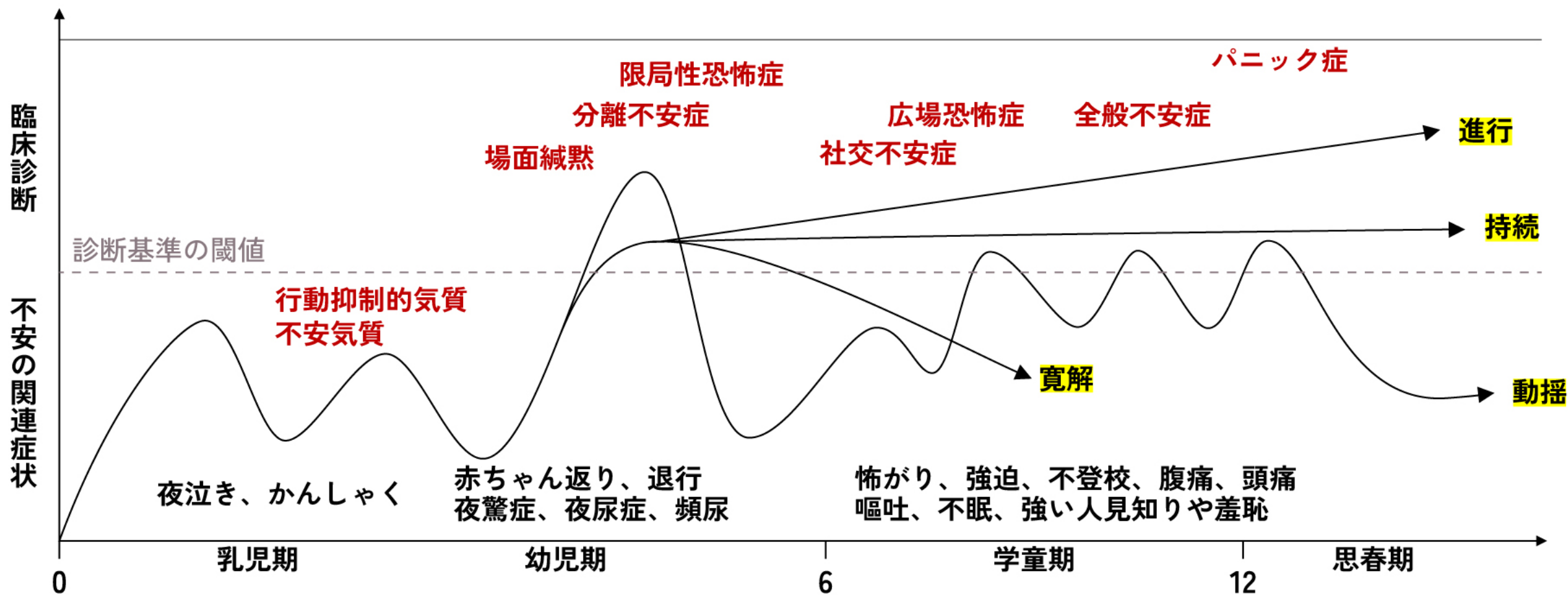
日常生活に支障が出る場合が不安症

不安症の子は不安の木を育てている



# 子どもの不安症の発症と経過

(黒木俊英：子どもの神経症はどこに消えた：育ちの科学45(10)、p12-25、2025を参考に金原が作図)



不安症は気質・環境・体験によって発症。発達段階によって異なり、さまざまな経過をたどる。経過中に他のタイプの不安症やうつ病が併存することや移行する場合もある。

# 不安症の氷山

氷山の下の部分  
に思いを馳せる

不安症

遺伝的素因  
養育・成育環境  
ストレス体験  
トラウマ体験  
感覚過敏  
学習の問題  
発達障害  
など

# 場面緘黙の診断基準 (DSM-5-TR)

- A) 他の状況で話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会状況（例：学校）において話すことが一貫してできない  
（ある場面（人・場所・活動では）で話せない）
- B) その障害が、学業上、職業上の成績、または対人コミュニケーションを妨げている
- C) その障害の持続期間は、少なくとも1ヶ月（学校の最初の1ヶ月だけに限定されない）である
- D) 話すことができないことは、その社会的状況が要求されている話し言葉の知識または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない
- E) その障害は、コミュニケーション症（例：小児期発症流暢症）では説明されず、また、自閉スペクトラム症、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない（経過中の一時期だけに起こるのではない）

- ・ 子どもの有病率は0.2～0.8%。発話の程度は人・場所・活動によって変わり程度も様々
- ・ 幼児期発症が80%であるが思春期まで症状が続く例も多い
- ・ 話せるようになってからも不安症やうつ病で苦しむ例も少なくない

# 分離不安症の診断基準 (DSM-5)

A. 愛着を持っている人物からの分離に関する、発達的に不適切で、過剰な恐怖または不安で、以下のうち少なくとも3つの証拠がある

- ①分離が予期される、または、経験される時の反復的で過剰な苦痛
  - ②失うかもしれない、または、その人に病気、負傷、災害、死など危害が及ぶかもしれないという持続的で過剰な心配
  - ③分離される、運の悪い出来事（迷子、誘拐、事故、病気）を経験するという持続的で過剰な心配
  - ④分離からの恐怖のため、家から離れ、学校、行事、または、その他の場所へ出かけるについての持続的な恐怖または抵抗
  - ⑤1人でいること、または、近くにいないで、家または、他の場所で過ごすことへの持続的で過剰な恐怖または抵抗
  - ⑥家を離れて就寝する、または、近くにいないで就寝することへの持続的な抵抗または拒否
  - ⑦分離を主題とした悪夢の反復
  - ⑧分離される、または、予期される時の、反復する身体症状の訴え（頭痛、胃痛、嘔気、嘔吐）
- B. 6ヶ月以上持続。C. 機能の障害がある、D. 他の精神疾患では説明がつかない

\*正常な分離不安は8ヶ月から3歳頃まで。不安症は何歳からという規定はない。12歳未満では最多の不安症寛解増悪の時期があり。子どもの6～12ヶ月有病率は約4%。成人まで持続する例もある  
依存的・過保護な親子関係も要因に・・・

# 限局性恐怖症の診断基準 (DSM-5)

A. 特定の対象または状況への顕著な恐怖と不安

(例：飛行、高所、動物、注射、血を見ること) への顕著な恐怖と不安

\* 子どもでは、泣く、痙攣を起こす、凍りつく、まといつくなどで表現されることもある。複数の恐怖を持つことはよくある (75%は

複数、平均3つ以上) B. **ほとんどいつも、即時に、恐怖や不安を誘発する**

C. **対象や状況を積極的に避ける、感じながら耐え忍ぶ**

D. 恐怖の対象や状況は、実際の危険性や社会的文化的状況に**釣り合わない**、E. **持続的で6ヶ月以上続く**

F. 臨床的に苦痛、社会的、職業的、重要な領域での機能障害を起こしている

G. 他の精神症状ではうまく説明できない

**子どもの有病率は約5%、発症年齢は5歳から12歳 (中央値8歳) が多い**

# 色々な限局性恐怖症がある

醜形恐怖症は強迫症に分類

ここあすクリニック市谷



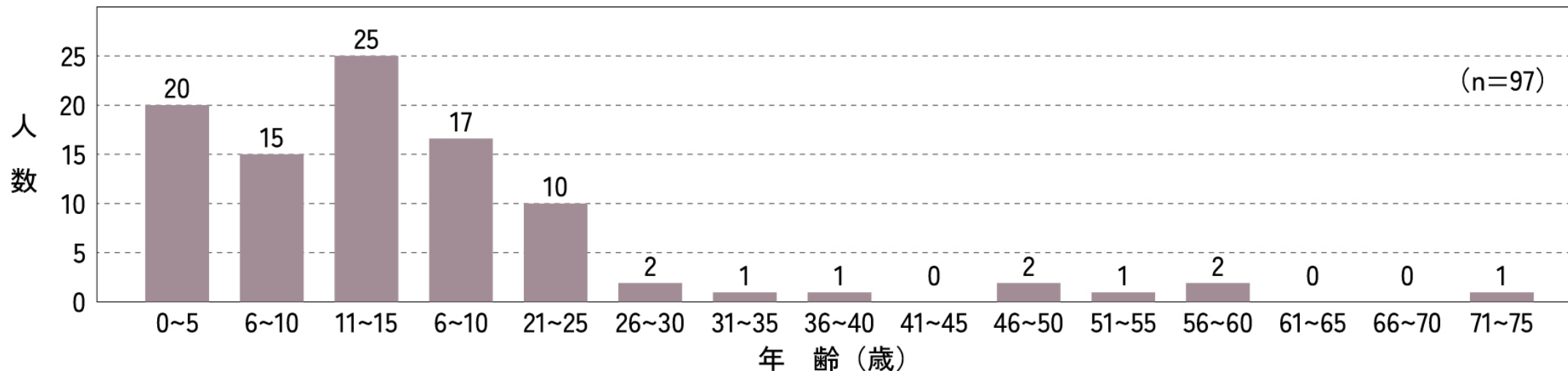
# 社交不安症の診断基準 (DSM-5)

- A. 他者の視線を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に対する著しい不安  
例として社交的なやりとり（例：雑談すること、よく知らない人に会うこと）  
見られること（例：食べたりに飲んだりすること）、他者の前で何らかの動作を  
すること（例：談話すること）が含まれる
- B. ある振る舞いをするか、または不安症状を見せることが、否定的な評価を受けることになると恐れている（すなわち、恥をかいたり恥ずかしい思いをしたりするだろう、拒絶されたり、他者の迷惑になるだろう）
- C. その社会的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する（子どもの場合、泣く、痙攣、凍りつく、まといつく、縮み上がる、または、社会的状況で話せないという形で、その恐怖または不安が表現されることがある
- D. その社会的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる
- E. 危険や社会的状況に釣り合わない。 F. 6ヶ月以上続く。 G. 生活機能の障害がある
- H. 物質や医学的疾患によるものではない。 I. 精神疾患では説明できない。
- J. 他の医学的疾患が存在している場合、医学的疾患とは、無関係または過剰である

# 社交不安症の経過

- 遺伝・環境・体験が関与（**遺伝の関与大**）
- 生涯有病率約3%~13%。**多くは幼児期から症状あり**
- 対人恐怖・うつ・ひきこもりなど精神科的合併症を起こしやすい
- **子どもの場合、強い人見知り、極端な引っ込み思案、選択性緘黙**  
**登園拒否、不登校などの形を取ることが多い**

（伝田健三著：小児のうつと不安-診断と治療の最前線. 新興医学出版社. 2006）



# 広場恐怖症の診断基準 (DSM-5)

A. 以下の5つの状況のうち2つ（またはそれ以上）について著明な恐怖または不安がある

- ①公共交通機関の利用（例：電車、バス、船、飛行機など）
- ②広い場所にいること（例：駐車場、市場、公園、ショッピングセンターなど）
- ③囲まれた場所にいること（例：店、劇場、映画館、エレベーターなど）
- ④列に並ぶ・群衆の中にいること
- ⑤家の外に一人で出ること

B. パニック様の症状や、その他耐えられない、または当惑するような症状が起きた時に脱出は困難で、援助が得られないかもしれないと考え、恐怖し回避する

C. 広場恐怖症の状況は、ほとんどいつも恐怖や不安を誘発する

D. 積極的に避けられ、仲間の援助を必要とし、強い恐怖や不安を伴って耐えられている

E. 恐怖や不安は、状況によってもたらされる危険やその社会文化的背景に釣り合わない。

F. 6ヶ月以上続く、G. 社会的、職業的、重要な領域の機能障害を起こしている

H. 他の医学的疾患が存在する場合、恐怖・不安・回避が明らかに過剰である

I. 他の精神疾患では、うまく説明できない

\* 生涯有病率は2～6%。青年期以降に多いが学童期にも見られる。遺伝率は61%

\* 広場恐怖症はパニック症の存在とは関係なく診断される

# 全般性不安症の診断基準 (DSM-5)

- A. 多数の出来事または活動についての過剰な不安と心配（予期憂慮）が起こる日の方が起こらない日より多い状態が少なくとも6ヶ月間以上続く
- B. その人は、その心配を抑制することが難しいと考えている
- C. その不安や心配は、以下の6つのうち3つ（またはそれ以上）を伴っている（過去6ヶ月間、起こる日の方が多い） \* 子どもの場合1項目でもOK
- ① 落ち着きのなさ、緊張感、神経のたかぶり、
  - ② 疲労しやすい
  - ③ 集中困難、または、心が空白になること、
  - ④ 易怒性、
  - ⑤ 筋肉の緊張
  - ⑥ 睡眠障害（入眠または睡眠維持の困難、落ち着かず熟眠感のない睡眠）
- D. その不安、心配、身体症状が苦痛、社会的、職業的・重要な領域の機能障害を引き起こしている。
- E. 物質乱用、または他の医学的疾患の生理的作用によるものではない
- F. その他の精神疾患ではうまく説明できない（パニック症、強迫症、社交不安症、分離不安症、PTSD、神経性やせ症、身体症、醜形恐怖症、統合失調症など）

\* 生涯有病率3～5%。成人期に多いが学童期は約3%。1/3は遺伝要因

\* 完全寛解率は低く表現型は生涯を通じて比較的一貫している（内容は状況により変化）

過度に同調的で完璧主義者で自信がなく課題をやり直す傾向。2/3は女性

# 全般性不安症の病態

- 何が心配なのかわからないが、いつも何となく不安・すべてが不安
- もし～だったらどうしよう、人からどう思われるだろう？（**予期不安**）
- 対象がわからず・解消できない気持ちを抱き続けているので心の中の不安は過剰になる（**過剰不安**）
- 常に不安を抱えているので心身に症状が出現する

**身体症状**：肩こり、頭痛、震え、息苦しさ、めまい、頻尿、下痢、倦怠感、不眠

**精神的な症状**：神経過敏、緊張、落ち着きのなさ、いらだち、集中力欠如、心配、離人感

子どもは発達の過程で発達課題を持ち、乗り越えようとする際には不安を伴うが、それを解決しながら成長する

# パニック症の診断基準 (DSM-5)

A. 繰り返される予期しないパニック発作。突然、激しい恐怖または不快感の高まりが数分以内でピークに達し、その時間内に、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が起こる。突然の高まりは、平穏状態、不安状態両方から起こりうる

- ①動悸、心悸亢進、心拍数の増加、②発汗、③身震い・震え、④息切れ感・寝苦しさ、⑤窒息感
- ⑥胸痛・胸部不快感、⑦嘔気・腹部不快感、⑧めまい感・ふらつく感じ・頭が軽くなる感じ・気が遠くなる感じ、⑨寒気・熱感、⑩異常感覚（感覚麻痺・疼き感）、⑪現実感喪失・離人感（自分自身から離脱）、⑫抑制力を失う・どうかなってしまうことに対する恐怖、⑬死ぬことへの恐怖

B. 発作のうち少なくとも一つは以下に述べる一つまたは両者が1ヶ月以上続いている

- ①さらなるパニック発作またはその結果について持続的な懸念または心配（例：抑制力を失う、心臓発作が起こる、どうかなってしまう）
- ②発作に関連した行動の意味のある不適応的変化（例：運動や不慣れな状況を回避するといったパニック発作を避けるような行動）

C. 薬物や医学的疾患によるものではない

D. 他の精神疾患ではうまく説明できない（例：社交不安症、限局性恐怖症、強迫症、分離不安症、PTSDなど）

1年有病率は3～4%。青年期・成人期に多く学童期は少ないが、診断されていないだけかも？

# パニック症の病態

こうファミリークリニック  
鍋倉大介

## パニック発作



急に不安に駆られる・動悸  
発汗・手足の震えなど

## 予期不安



またあの発作が  
出たらどうしよう…

## 広場恐怖症



人混みや電車で  
発作が出たらどうしよう…

# 不安症の治療薬

**抗不安薬**：SSRI（小児例では：ジェイゾロフト、レクサプロなど）

## 桂枝加竜骨牡蛎湯（けいしかりゅうこつぼれいとう）

体質の虚弱な人で疲れやすく、興奮しやすい場合  
ストレスのため神経が高ぶったり、消耗している状態に効果的

## 半夏厚朴湯（はんげこうぼくとう）

気分がふさいで、咽喉・食道部に異物感、動悸、めまい、嘔気を伴う場合  
何かがつかえた感じや息苦しい感じがする時に効果的  
とくに、ヒステリー球とよばれる喉の違和感に使われることが多い

## 甘麦大棗湯（かんばくたいそうとう）

比較的体力の低下した人で、精神的興奮、不安、不眠、などのある場合  
漢方薬の中では即効性が期待できるので不安への頓服としても使える

# 不安が強い子どもへの関わり方・対応

- ①行動の背景に不安があるかもと考える
- ②クールダウン後気持ちを受け止めゆっくり話を聞く。「そうなんだ」がお勧め
- ③ハードルを下げて成功体験を重ねる（楽しく場数を踏む） \* 暴露法など
- ④叱咤激励は心や身体を固まらせ萎縮させる
- ⑤「不安が強いので〇〇させない」と言うのも考えもの
- ⑥「心配だと思っていたら大丈夫だった・今度からは大丈夫だ」と感じるように
- ⑦「怖いけど勇気を出してやってみよう」という気持ちにさせ、背中を押す
- ⑧一定の「時」とタイミングが必要。あせらない！

**認知行動療法的対応がお勧め！**

**（低年齢の子どもには行動療法）**

# 不安症や強迫症に用いる認知行動療法or行動療法

- **暴露療法**：パニック障害や社交不安障害、恐怖症、場面緘黙など不安の対象がはっきりしている不安症の治療に用いる  
不安の対象に暴露することで不安に慣らせていく治療法
- **刺激フェイディング法**：場面緘黙では、少しずつ刺激を入れたり（fade-in）刺激を取り除いたり（fade-out）しながら、話せる場面を増やしていく方法
- **暴露反応妨害法**：強迫症に用いる。暴露した時に不安を軽減する安全行動を妨害する治療法

# 子どもの不安症への認知行動療法参考図書

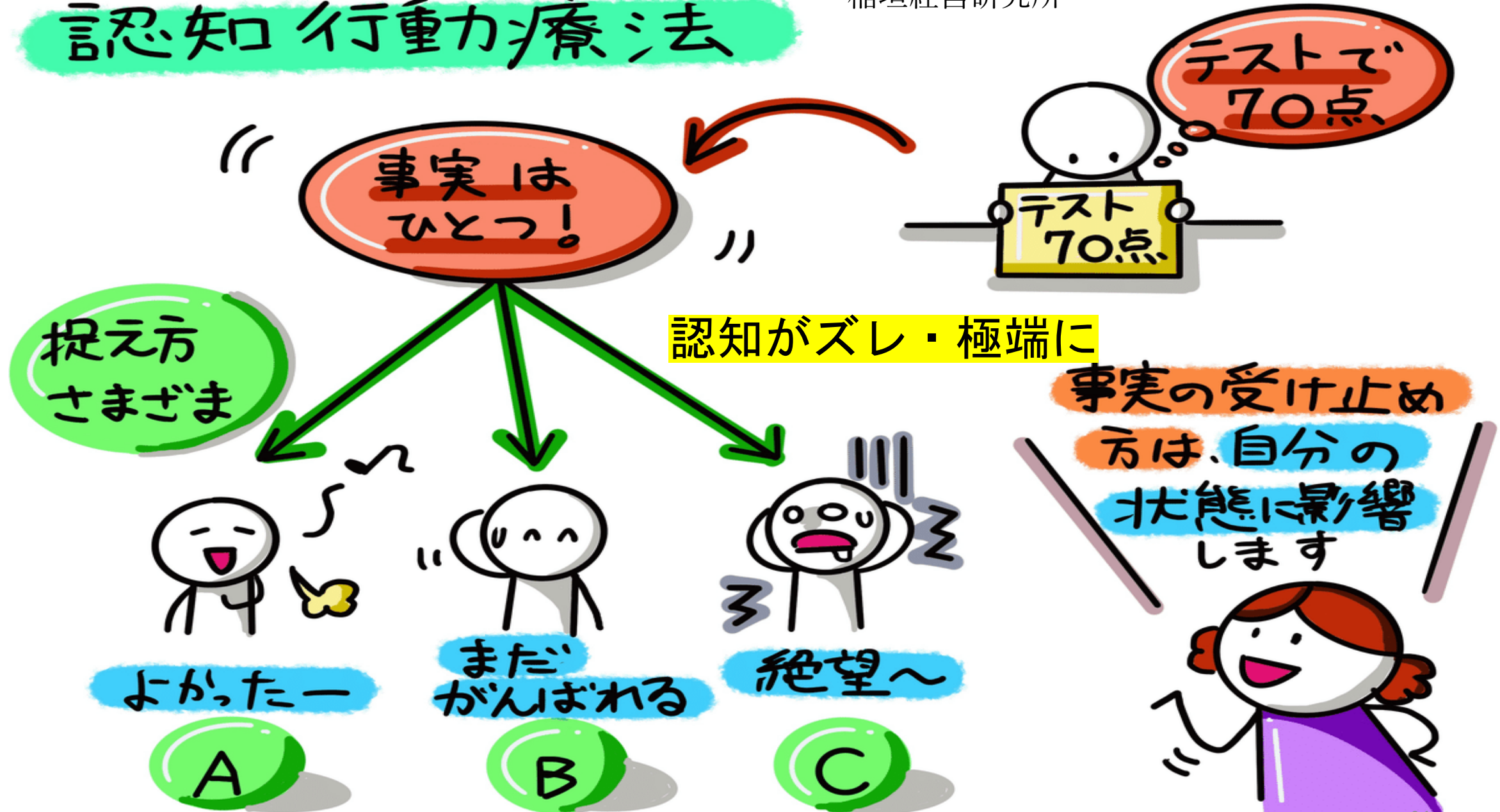
石川信一、合同出版 2018

ドーン・ヒューブナー，訳上田 勢子 明石書店 2009

園山繁樹. 学苑社. 2022



# 認知行動療法

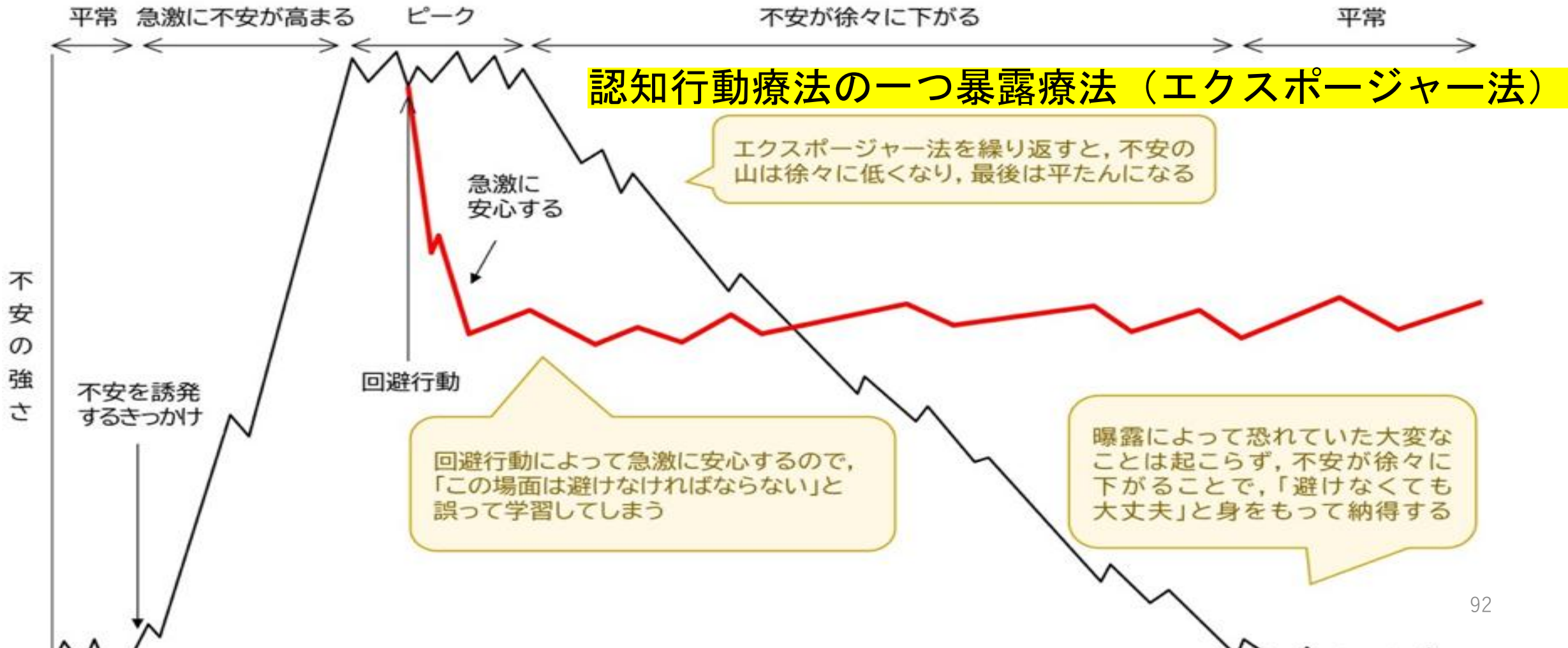


# 不安刺激と不安レベルの経過

5~10分

5~15分

~90分



# 認知行動療法的な関わり方の提案（資料を提供・目標の決め方）

- ・ 不安は100人100様。人・場所・活動で大きく変わる
- ・ カウンセリング（受容・共感）で強い思い込み（認知）を変えるのは難しい
- ・ 行動を起こして試みることで認知を変える方がやりやすい
- ・ 「～できるはずはない」から「意外とできるかも」になるように
- ・ 不安階層表で不安のアセスメントを行い不安を見える化する：目標を決める



100	駅などのトイレを使う
90	
80	自宅のトイレを使用後、手洗いは1回にする
70	
60	
50	自宅のトイレを使用後、シャワーをあびない
40	
30	自宅のトイレのドアノブを素手で触る
20	
10	
0	

# 見方を変えて自分の味方になれるように！ リフレーミングしながらできること探しする 「自分のトリセツづくり」をサポートする

7～8割できそうなことを目標に定めて不安を乗り越える **スモール・スモール・スモールステップのスタンス**で！

（不安でない人には不安のレベルがわかりにくい）  
想像以上の小さなステップで！ステップの踏み方を相談  
**本人の決断で一気に飛び越えることもある**  
背中を押すことも必要。うまくいかない場合は目標や方法をアップデートする。3日坊主もOK

**「～したい」が自分の中に生まれれば長続きする**  
**支え続けることができる相談の場を確保し時期を待つ**

松丸未来、ナツメ社、2019



# 思春期は嵐のような時期

- 思春期はとても不安定な時期
- 成長するにしたがって予期せぬ体の変化が起こり、感情がかき乱され、自分の存在自体にも疑問をもつようになる（揺らぎ）
- 思春期の心の中は嵐のような状態で、これまでは誰かがやっていたことを、自分でかじ取りをする・しようとすることによって、自分が大人に向かって一歩成長できたように感じている
- 自分がどういう人間なのかを確信していく
- 複雑な感情や自我への不安をコントロールするための手段にもなる
- 反抗的な態度をとることで友達との絆を強化する

みんな悩んで大きくなる

話を聞いてもらえる誰かが必要！

過去を思い返す日が来たときには、  
「もがき苦しんだ日々こそが、  
最も素晴らしい」と気がつくだろう。

*Sigmund Freud*

ジークムント・フロイト [精神分析学者]