

学術集会記録

平成21年度子どもの心の診療拠点病院機構推進事業

第1回神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科セミナー

- 日時 平成21年8月22日(土) 15時～18時
場所 ウィリング横浜(ゆめおおおかオフィスタワー5階)
主題 子どもの心の問題についての基礎講座 -小児科診療との連携を考える-
司会 児童思春期精神科 庄 紀子
演者 ①子どもの心の問題をどう捉えるか -発達障害と反応性疾患の理解-
児童思春期精神科 新井 卓
②神経性無食欲症への対応 -初期治療のポイント-
児童思春期精神科 南 達哉
③子どもの身体不定愁訴をどう捉えるか -起立性調節障害と心の問題-
児童思春期精神科 庄 紀子

はじめに(庄)

小児科と児童精神科は、子どもの疾病を治療することのみでなく、子どもの健やかな成長発達を援助することを重視しているという共通点がある。それぞれの援助方法は異なるものの、問題意識を共有する。しかしながら、小児科医と児童精神科医との交流は多いとは言えず、お互いにその現状を十分には理解していないと思われる。

平成20年度に国が始めた子どもの心の診療拠点病院機構推進事業において、当センターが診療拠点病院に指定された。その事業の一環として啓発活動を行うことになった。まず我々に求められていることは小児科医との交流および意見交換であると考え、本セミナーを企画した。本セミナーの目的は、①小児科の先生方に児童精神科の診断および治療技法を紹介し、小児科診療の一助にさせていただくこと、②小児科の先生方に児童精神科診療の実際を知っていただき、お互いの実情に合わせた適切な連携が出来るようになること、である。具体的には、発達障害の概念と診断方法、および子どもの精神疾患全般の捉え方を概説した上で、小児科への受診が多いと思われる摂食障害と身体不定愁訴について児童精神科医の診療内容を紹介した。

この研究会は初の試みであったが、神奈川県内

から60名(事前申込82名)の小児科医に参加していただいた。質疑応答が活発になされ、アンケート調査においても内容が具体的で分かりやすかったと好評であった。

子どもの心の問題をどう捉えるか

-発達障害と精神疾患の理解-(新井)

筆者は、子どもの心の問題の理解のために、「発達障害に関する疾患概念と臨床場面での診断の難しさ」と「子どもに多く見られる精神疾患の症状発現に関連する要因および精神疾患の診断名と病態の乖離」という2つのテーマを取り上げた。

「発達障害に関する疾患概念と臨床場面での診断の難しさ」

1) 多動性障害の概念

多動性障害は注意欠陥多動性障害(Attention deficit hyperactivity disorder, AD/HD)と同義である。図1に示すように不注意・多動・衝動性を主症状とする子どもにみられる行動の障害である。各症状の出現の仕方から不注意優勢型および多動・衝動型に下位分類されることがある。基本的には神経生物学的障害であり、複数の中枢神経部位のネットワークの機能障害が想定されており、病態として「状況や出来事への反応を抑制す

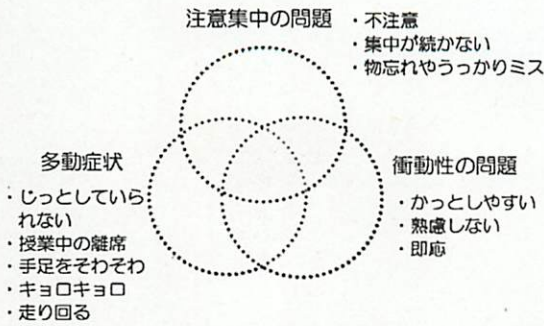


図1 多動性障害の主症状

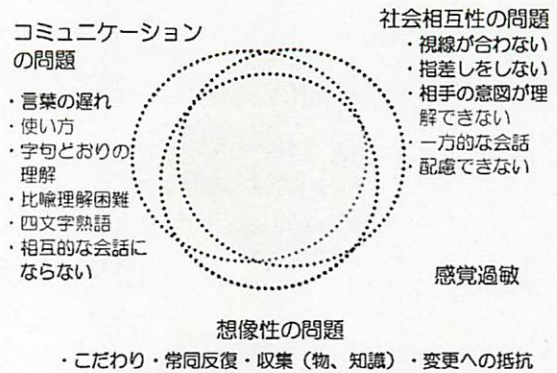


図2 広汎性発達障害の主症状(Wingの三つ組み)

る力の障害」あるいは「セルフコントロールの発達障害」ともいわれている。薬物療法などによる主症状への治療に加え、障害のために損なわれた自己イメージや反社会的傾向へのケアが重要である。また、養育者をはじめとする子どもに関わる大人の本障害の理解が必要である。

2) 広汎性発達障害の概念

広汎性発達障害(Pervasive developmental disorder, PDD)とは、図2に示すようにWingの三つ組みと呼ばれるコミュニケーションの障害、社会性の障害および想像力の障害により診断される心理的発達の障害である。各々の内容は発達段階によって発現様式はさまざまである。また、臨床的にはこれらの3つの障害に加えて、感覚の過敏さが障害を抱える多くの子どもに見られることも特徴とされる。言語面の問題が軽微であるアスペルガー症候群や障害全体の重症度が軽度の場合、学童期までその問題に気づかれずに経過し、その後対人関係障害や集団適応上の問題として表面化することも少なくない。その時々によって変わる人間関係、他者理解、あるいは状況判断が難しい。他者のイメージをイメージする能力(メタ表象機能)の障害はPDDの病態の中心ともいわれている。こうした子どもたちが特徴的に抱える対人関係障害を理解する上で、心理的機能「心の理論」の理解が重要である。心の理論とは、他者がどのように思ったり考えたりしているかを自己の知識と区別して理解する能力であり、自己の考えと他者の考えが相違することの認識を意味する。

3) 発達障害の診断にまつわる諸問題

AD/HDにしてもPDDにしても、診断の際に正常範囲との境界は常に問題となるテーマである。一般の子どもであれ、大人であれ不注意症状が全

くない人や他者の意図理解が完璧な人はいないわけである。また、発達障害の子どもに見られる諸症状は、常に個人の気質と言われるような性格傾向、参加する集団、あるいは環境要因によりその表現型が大きく変動する。また、精神疾患の診断のために、DSM-IVあるいはICD-10といった診断基準が広く使われているが、あくまで診断のガイドラインとして使うことが望ましい。さらに、発達障害を診断する際に、診察室など大人との一对一の限られた場面のみで子どもの社会性などを評価することは難しいことを心得ておく必要がある。また、幼児期に落ち着かずじっとしてられない子どもを見た場合は、AD/HDのみならず、PDDあるいは被虐待を中心とした養育上の問題が関連した愛着障害も考慮に入れる必要がある。最後に、臨床場面でしばしば問題となるAD/HDとPDDの合併の可能性であるが、診断基準上両者の併存診断は不可能であるが、実際には双方の診断を考えざるを得ない場合がしばしばあることを付け加えておく。

「子どもに多く見られる精神疾患の症状発現に関連する要因および精神疾患の診断名と病態の乖離」

子どもには成人に準じたさまざまな精神疾患がみられる。その中でもとくに、子どもに多く見られる精神疾患は表1に示すとおりである。各々の診断によりその症状は様々であるが、これらの疾患の病態の理解や治療を検討する際に、各疾患に共通する「症状形成に関連する要因」を以下に示す。これらの諸要因は多くの子どもの精神疾患を理解する上で有用であり、診断名からは導くこと

表1 子どもに多くみられる精神疾患

うつ病（反応性うつ状態）
不安障害
強迫性障害
適応障害・重度ストレス障害
解離性障害
身体表現性障害
摂食障害
行為障害
愛着障害
選択性緘黙
チック障害
特定不能の情緒障害

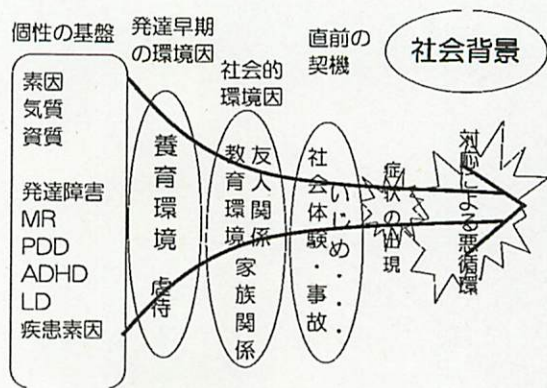


図3 精神疾患の症状形成に関連する要因

ができない治療・対応の選択にも役立つ（図3）。

1) 子どもの個性の基盤

一般に資質、素因などといわれる子どもが生まれながらに持っている性質である。性格面での素因となれば気質といわれる。また、生まれながらの発達上の問題である精神発達遅滞、多動性障害、広汎性発達障害、あるいは学習障害などさまざまな発達障害も個性の基盤の要素である。また、忘れてはならないのが様々な精神疾患への「なりやすさ」とも捉えられる精神疾患の素因である。この「なりやすさ」は各疾患で均質ではなく、素因の影響が大きい疾患もあれば、少ない疾患もある。

2) 発達早期の環境要因

いわゆる愛着形成に関連した要因である。生直後から養育者との間で作り上げられる基本的信頼関係を基盤とし、愛着が形成される。特に生後3-4歳前後までの養育者との関係は重要で、その後の対人関係機能に強く影響を与える。こうした時期の母子関係不調やいわゆる被虐待体験は基本的信頼感や愛着形成の障害に繋がる。成人に至るまでの対人関係機能の問題はさまざまな精神疾患の発症の基礎となりうるのである。

3) 幼児期以降の社会的環境

幼児期以降、子どもは継続的に家庭で生活しながら、学校参加あるいは友人関係など広く社会参加をすることとなる。その中で社会体験は、自尊感情をはじめとするさまざまな情緒的機能に影響するのみでなく、協調性や問題への対処行動などより具体的な社会的機能の獲得に欠かすことができない。この時期のさまざまな体験がその後の人格の成長に強く影響し、多くの精神疾患の症状

形成の大きな要因となる。

4) 直前の契機と出現した症状への対応

精神疾患が発症する際にその発症の契機となる出来事は多かれ少なかれ存在する。その契機が精神疾患の発症要因の1つであることには間違いない。時に、その契機がすべての原因であるかのように取り扱われることもあるが、疾患によってはあくまで契機であって、その精神疾患の病態をすべては説明できない場合も多い。むしろ、出現した症状に対する本人および保護者をはじめとする大人の対応の仕方が症状の悪化に影響を与えることを見逃してはならない。

実際の例として、同じ不安障害という診断名がついたとしても、その内容は、生まれながらの不安傾性が高く、日常生活上の些細な契機から発症した不安症状、養育上も問題を抱え、基本的信頼感の乏しい子どもが友人関係のこじれから発症した不安症状、あるいは基盤に広汎性発達障害を抱えた子どもが学校場面での失敗体験を契機に発症した不安症状などさまざまである。それぞれの子どもたちに一様に薬物療法と受容的なカウンセリングを行えばよいわけではない。それぞれが抱える問題に即した治療が求められるのである。

このように、精神疾患の治療を進めていく上では、診断名のみならず、症状形成にいたるさまざまな要因の検討を欠くことができない。さらに、子どもの場合、自身の治療動機が不明確ながらも治療や対応が求められる場合があること、治療を進めていく上で家族の関与が無視できないこと、あるいは発達特性を考慮に入れた対応が必要であること、など成人領域の精神疾患とは異なる留

意点がある。さらに、我々がその必要性を考えさせられる点は、精神疾患の発症とその子どもの人格形成上の問題である。人格の問題は成人の精神科医療ではとかく切り離されて取り扱われているが、子どもの精神科治療ではその治療過程で子どもの人格形成を促すという重要な機能を常に求められていると考えている。

神経性無食欲症への対応

—初期治療のポイント— (南)

当日は神経性無食欲症の基礎知識について少しふれた後、初期治療の実際について説明した。

前半では初めに神経性無食欲症の症状、やせによる全身症状、やせによる精神症状について述べた。やせによる影響は全身にみられるが、精神面では記憶力・集中力の低下、高次脳機能の障害、意識障害といった認知の障害が生じ、治療への抵抗が強まるため、早期の介入が望ましい。

次に発症の契機・病前のあり方が多様なことを示し、摂食障害の成因仮説である多元的モデルについて説明した。これは摂食障害の素因を持つ個体が非特異的なストレスにさらされた結果、摂食調整機能に障害を生じ、やせ、身体・精神症状を引き起こして悪循環に陥るといえるものである。

後半では初期治療の実際について架空の症例を用いて説明した。初診時、その後の外来、入院適応、および入院初期の対応について具体的に述べた。外来では具体的な身体症状を取り上げ、やせの結果であることを説明すること、生命の危険について触れること、子どもは治療に抵抗することが普通なので親の理解を得ること、体重が減った場合の対応について予め説明しておくこと等が特に重要である。入院治療では初期には身体管理が第一である。心理的対応としては身体状況や疾患の説明の他、食事摂取に伴う不安を受け止めることがあげられるが、特別な精神療法を行うわけではないこと、担当医は家族に頻回に面接し動揺を防ぐこと等が重要である。

次に精神科病棟でなければ対応困難な例、小児科病棟でなければ対応困難な例を挙げ、小児科医と児童精神科医の役割分担について若干の提言を行った。神経性無食欲症は身体・精神症状の内容・程度が多様であり、小児科の外来受診や入院で十分改善する子どもがいる一方、児童精神科紹介を

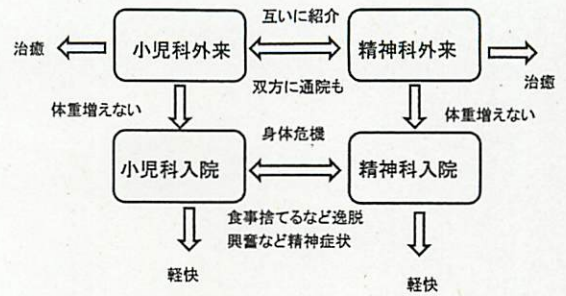


図4 小児期の神経性無食欲症の治療の場

要する子どももいる。一人の子どもでも病期により、小児科・児童精神科のいずれか或いは双方による加療が必要なこともある(図4)。現在、県内で小児期の神経性無食欲症の入院治療を行う医療機関は少ない。当科は神経性無食欲症の緊急入院に柔軟に対応しているが、満床のため待機が必要な場合がある。当日説明した初期治療で対応できる症例については小児科の外来・入院で対応しつつ、対応困難な場合には当科への紹介をお願いしたい。

子どもの身体不定愁訴をどう捉えるか

—起立性調節障害と心の問題— (庄)

身体症状の訴えが続いた時、心理社会的問題が関与している場合がある。しかし、親子ともに心理社会的問題の可能性を示唆されることに抵抗を持つ場合も多く、その介入は容易ではない。筆者は身体症状の訴えが続く場合に想定される病態とその対応方法について症例を提示しつつ概説した。なお、副題を起立性調節障害と心の問題としていたが、起立性調節障害は自律神経機能障害の一つであり、他の身体症状と分けて議論する必要がないと考え、起立性調節障害のみに着目せず身体症状全般の捉え方について概説した。

身体症状を訴える子どもの病態には、身体症状が出現しやすい生物学的特性、不安や抑うつなどの精神症状、および心理的問題が主に関係する。特に心理的問題の存在が問題を複雑にする。身体症状は社会的に許容され、自らも受け入れやすい症状であるが故に、抱えている心理的問題に直面しないで済むため、大人の関心を得るため、恣意的・反抗などに、意識的にも無意識的にも使用される場合がある。つまり、子どもが自分を守るた

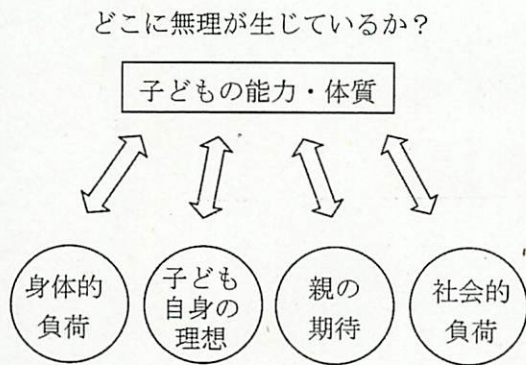


図5 身体症状を訴える子どもの病態

めに身体症状を必要としている場合がある。よって、身体症状をすぐに心因と結びつけるアプローチは避けた方が多い。身体的診察および精査、身体症状に対する対症療法、精神症状の評価を行いつつ、心身に対するストレスを軽減するように生活環境を調整することがまず必要である。身体症状の変化に一喜一憂しすぎることにより身体症状の訴えが強まる場合があるため、身体症状に過剰に反応しない態度を心がけることも望まれる。

前述のような初期評価および対応を行いつつ、子どもの性質との間に無理を生じさせている負荷は何であるかを検討する(図5)。その負荷は、身体的な疲労や、いじめなどの心的外傷体験など比較的捉えやすい場合もあるが、日常生活そのもの、子ども自身が持つ理想、親が潜在的に持つ期待、およびそれらが複合する場合もある。無理が生じている部分を同定し、子どもの性質との間に無理が少なくなるように調整する必要がある。この際、肝要なのは、子どもと親が自分たち自身で考えてゆくことを援助するという姿勢である。子どもが特に感情や状況を言葉で表現することが苦手な場合は、まずは親と子どもの性質について考

え、親のtry and errorを支えることが大切である。いずれは、子どもと親が子どもの性質を知り、無理が生じていた部分を理解し、その性質に合わせた生活の選択が出来るようになることを目標に援助する。

登校という負荷を取り除くとすぐに身体症状が軽減する子どもの場合には、症状の軽減か社会適応かのどちらを優先すべきか迷う場合もある。時代によってもその価値観は大きく左右される。現状のところ、何を優先すべきかを選び取るのは子どもと親であり、我々はその迷いを支える役割をとらざるを得ないように考える。

治療を続ける中で徐々に明らかになった子どもの性質が、社会的な期待に応えにくい場合や子どもと親にとって受け入れがたいものである場合もある。時に身体症状の訴えが続く子どもの治療が長期にわたって展開が乏しいままである場合があるが、抱えている心理的問題に直面する準備ができていない故とも理解できる。よって、子どもと親が問題に直面する準備ができるまで身体症状をそのまましておく配慮があつて良く、延々と身体症状のやりとりにつき合うことも無駄にないと思われる。複数の小児科や精神科を受診しながら徐々に心理的問題を受け入れる場合もあるため、各医療者はその過程を引き受けていると考えると良いだろう。

子どもと親が精神科受診を拒否する場合もあると思われるが、焦らず子どもと親のタイミングを大切にすることが必要である。精神科に繋がっても「身体が悪くなったらまた来てね」と言ってもらえると子どもも親も精神科医も心強い。

質疑応答

講座毎に5分、最後に15分間の質疑応答を行った。臨床での困った場面を想定した実践的な質問が多くなされ、各医師が答えた。