

学術集会記録

平成22年度子どもの心の診療拠点病院機構推進事業

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22年8月28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 12階)  
主題 子どもの心の問題についての基礎講座 ー小児科診療との連携を考えるー  
司会 児童思春期精神科 庄 紀子  
演者 ①子どものチック  
児童思春期精神科 新井 卓  
②子どもの食行動異常 ー少食・偏食・拒食ー  
児童思春期精神科 南 達哉  
③子どもの精神病エピソード  
児童思春期精神科 藤田 純一

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、問題意識を共有しうる。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年度に厚生労働省の事業として始まっ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、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できるようになることを目的に、児童思春期精神科セミナーを実施した。昨年度(平成21年8月)に第1回目のセミナーを実施したところ、神奈川県内から60名の小児科医に参加いただき、続けての開催を希望する声を多くいただいた。よって、本年度も同様の目的で、講義内容は変更した上でセミナーを開催した。神奈川県内から54名の小児科

医(+38名の福祉・教育関連の専門職)に参加いただき、好評を得た。以下は講演の要旨である。

子どものチック(新井)

チックとは随意的に機能する筋群が一見無目的に突発的、不随意に繰り返される運動あるいは発声をいう。具体的な症状としてはまばたき、額にしわをよせる、肩をすくめる、頭を振るなどの運動性チックおよびコンコン咳をする、鼻をククンならず、声を出すなどの音声チックが一般的である。しかし、なかには飛び跳ねる、しゃがむ、触るといった一連の動作が一見すると意識的に行っているように出現する複雑運動性チックや卑猥な言語など社会的に受け入れられない単語(汚言)を繰り返す複雑音声チックなどもあり、その症状の幅は広い。分類としては持続期間から一過性チックと慢性チック、チックの種類から運動性チックと音声チック、およびその形式の複雑性から単純性チックと複雑性チックなどの分け方がある。また、特殊な症状としてチックの前兆的症状として感覚的な違和感を訴える例もみられ、こうした症状を感覚チックという場合もある。慢性チックの中でも複数の運動性チックと音声チックがともに持続するタイプはトゥレット症候群として知られている。



チックの原因は不明である。これまでに心理的な疾患とされてきた歴史があるが現在はチックになりやすい遺伝的な素因があり、大脳皮質-基底核-視床-大脳皮質神経サーキットに関連した何らかの生物学的な基礎のある疾患と考えられている。症状の出現や悪化に心理的影響が大きく関与することは明らかであるがその関与の仕方も単純ではなく、個人差がある。また、症状を繰り返さないと気が済まない、チックを我慢しているとイライラするなどの強迫的構造がみられたり、強迫性障害 (Obsessive-compulsive disorder ; OCD) との症候学的、病因論的あるいは遺伝学的関連性も指摘されている。鑑別診断としては、ハンチントン舞踏病、てんかん、あるいは向精神薬による不随意運動などがあるが、脳波検査や小児期からの発症、突発的で発作性の出現、および自分の意思で短時間抑制できるなどの臨床像がチック以外の疾患でそろふことは稀であり、診断は比較的容易である。

治療は症状の種類や重症度により異なるが、基本は親に対する心理教育および患者に対する生活調整やストレスに関するカウンセリングである。重症例では薬物療法が組み合わされる。家族へのアプローチとしては、1) 家族の育て方が原因ではないが、対応によって症状は変化すること 2) {症状を指摘しない} ことからくる親子関係のゆがみに配慮し、ときには家族でチックをテーマに話し合ってもよいこと 3) 一般的には成長に伴い軽症化あるいは消失する経過をたどること、などのガイダンスとともに家族の対応を指導していくことで十分な場合も多い。場合により、学校の教師に症状の説明をしておくことも学校場面での悪循環を減らす結果につながる。患者本人へのアプローチとしては 1) 軽症であれば“心配ないよ、大丈夫”などの声かけ、2) 環境の調整として取り除いた方がよいストレスがあればその対処を相談する、3) 周囲の理解を求める方法として、学校集団などでの工夫を一緒に相談する、4) 症状の性質の理解、5) チックが生じたことによる心の問題へのケア (慢性例の場合はその受容など)、6) 重症でありながら治療動機が不明確な症例にはより多面的なアプローチが必要になること、などがポイントとなるだろう。薬物療法については慢性チックの中でも、チックによって

社会生活に支障を来しているなどの重症例で選択されるべきである。海外では数種類のドーパミン拮抗薬が認可されているが、国内ではチックあるいはトゥレット症候群に対して承認された薬剤はなく、適応外使用になることも忘れてはならない。さらに、ドーパミン拮抗薬は副作用からその使用は慎重に行うことが求められ、薬物療法が必要と思われる場合は専門医への紹介が望ましい。

最後に本セミナーではトピックスとして、国内でもトゥレット症候群に対する治療薬の臨床試験の準備がされていること、および薬物療法などの治療にも抵抗性の極めて重症な症例に対する治療として、脳内に電極を挿入して微弱な電流で神経活動を抑制する脳内深部刺激法の紹介も行った。

## 子どもの食行動異常 一少食・偏食・拒食一 (南)

精神科でみられる子どもの食行動異常を架空の症例を用いて紹介し、その特徴と初期対応について説明した。ここでは症例については省略する。

### 1. 神経性無食欲症

極度のやせ、肥満恐怖、やせの軽視、無月経、身体像の歪み等がみられ、非常に特徴的なため、診断に迷うことは少ない。治療に抵抗を示すため、強い印象を与える。初期対応としては身体面の評価が第一で、本人・家族に対して理学・検査所見を基に危険を強調するのが良い。この場合、本人が状況を受け入れやすいように、やせに伴う心身の変化を伝えるなど心理面の配慮をすることが重要で、これは心理教育的対応と呼ばれる。身体的危険があるにもかかわらず、本人が治療を拒む場合がある。外来対応では危険性が高いため、精神保健指定医が入院治療を要すると判断し、保護者が同意する場合には精神保健福祉法による医療保護入院が行われる。

### 2. 嘔吐恐怖・嚥下困難

「吐くのではないか」という不安から食事・飲水量が低下する。咽頭違和感を生じ、嚥下が困難になる場合がある。やせに困っており、治療への抵抗は少ない。やせ願望もなく太れば喜び、過活動もない。背景にあるのは不安の強さで、もともとの気質や自閉症などの発達障害により不安になりやすい場合が多い。これにクラス替えや行事などの誘因が加わって発症する。



神経性無食欲症とは異なり、身体的危険を強調することは不安を増強し、逆効果である。不安におびえるこどもに共感し、支持的に対応するのが望ましい。誘因から離れても症状が続く場合にはSSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) による薬物療法が有効である。

### 3. 自閉症の食行動異常

#### ①自閉症の偏食

偏食によって栄養障害に陥ることは稀である。偏食は頑固で、原則的に精神科で治療対象にすることはない。原因としては①味覚・嗅覚過敏②食感③見た目から来るこだわり④新しい食べ物への不安があげられる。一般的に家族は少しずつ食べさせたり、形を変える等して工夫している。療育センターでは週2-5日の通園療育を通して偏食に取り組んでいるそうである。はじめは本人に合わせて対応し、1年は様子を見る。家族に2, 3日分の食事を記録してもらい、栄養士が評価する。ほとんどは問題がなく、家族が安心する。多くの子はなんとなく食べられるようになるが、偏食が強い子の場合は直接観察して、上記①~④の偏食の原因を推測する。苦手なものは少量から食べ、食べたなら楽しいことを用意する。拒否のカードを出せるようにしておくことも重要である。

#### ②自閉症の不食

急に飲水・食事をしなくなる自閉症の子がいる。精神遅滞やコミュニケーション障害のため本人が理由を表現できず、きっかけがわからないことがある。誘因が除かれた後も不食が続くことがあるが、変化を嫌う自閉症の特性のため、症状が固定しやすいのかもしれない。不食に対する特異的な対応法はなく、全身状態を評価し、点滴、経管栄養等を行う。やや強引に食事を勧め、回復した例もあった。

#### ③自閉症の小食

自閉症の子どもの中でも小食の子がいる。親に「食べることに関心が薄い」と言われる。集中困難があり、遊び食べをして食事に時間がかかる。時間の観念がないことによる可能性もある。やせや低身長が高度な場合は内分泌の専門医に評価を依頼する。食事の時間や回数、内容など、どういう形なら食事を取りやすいのか考える。

### 4. うつによる食欲低下

抑うつ的になった場合に食欲が低下することは

一般によくみられることである。神経性無食欲症の初期や嚥下困難の初期などによく現れる。うつ病の症状としての食欲低下で入院を要することはまれであるが、上記のようにうつによる食欲低下を生じた後に他の症状が加わり、入院となることもある。個々の疾患に対する治療を行う。

### 5. まとめ

食行動異常を呈する子どもの中には心理的問題や発達障害を背景にもつ例があり、小児科医と精神科医の連携が欠かせない。精神科への受診や入院を検討する場合は気軽に相談していただきたい。

### 子どもの精神病エピソード (藤田)

#### 1. はじめに

精神病 (Psychosis) とは幻覚妄想状態・精神運動興奮状態・思考障害・病識欠如といった症候を特徴とする、知覚・思考・感情・認知・運動といった機能の異常を呈する状態である。精神病状態を呈する特徴的な疾患として、統合失調症 (Schizophrenia) があげられるが、その類縁疾患である統合失調感情障害、統合失調症型人格障害、さらに躁状態、うつ状態の極期に精神病を呈することも稀でない双極性障害に至るまで精神病を呈する疾患には広がりがある。近年の遺伝学的研究や疫学研究からこれらの疾患群の境界は曖昧であることがわかり、ひとつの連続体として捉えられるようになった。このような背景が今回のテーマを敢えて「子どもの統合失調症」とせず、「子どもの精神病エピソード」とした理由である。近年の研究成果により、発症脆弱性を持った個体に何らかのストレスが数度に渡って加わることで精神病が発症し、発症後は機能低下が進行性に経過していくという神経発達障害仮説が提唱された。経時的な臨床病期に応じて適時適切な治療と支援がなされることが望ましいとされ、特に精神病前駆期を疑う場合は注意深く観察し、患者が精神病状態を呈した場合は速やかに治療と支援を提供して治療継続を怠らないという原則のもと、諸外国では積極的に早期発見・早期治療の支援体制が整えられている。以降の各論では患者や家族の治療への糸口として小児科医の先生方が出会う可能性がある病期として、前駆期と急性期 (臨界期) を挙げて解説する。



## 2. 前駆期

幻覚妄想状態や精神運動興奮状態といった明らかな精神病症状を呈する前の段階である。子どもの場合、精神病を発症して14歳未満で統合失調症の確定診断を受けるケースは稀で0.002-0.009%と言われる。後の思春期～青年期までの経過で統合失調症と診断される例の多くは軽度の非特異的な症状か多少の機能上の変調を来たしている程度である。例えば不安や抑うつ、情緒不安定さの他、ひきこもりや成績不良といった機能低下、奇行や魔術的思考への傾倒が見られる。精神病前駆期は過去約100年に渡り研究がなされてきたが、発症を予測する決め手となる症候学的・生物学的指標は未だ同定されておらず、熟練した精神科医であってもその後の精神病発症の経過を予測することが難しい。強迫性障害や摂食障害、選択性緘黙という診断で初診したものの、数年の経過で病状を変え精神病状態に進展することはよく経験されることである。現時点では発症前診断を症候学的もしくは生物学的指標に沿って行うことが難しい状況にある。このため近年は一定の症状を呈する一群を定義してリスク症候群として捉え、この一群に対する注意深い観察と心理社会的支援、精神保健指導を積極的に行うべきという考え方がある。心血管イベントを占うメタボリック症候群と同様の考え方である。このリスク症候群は診断閾値下の微弱な精神病症状もしくは短期間か間欠的な精神病症状を呈する一群、親や兄弟が精神病で遺伝リスクが高い一群、不登校やひきこもりなど持続的な社会機能低下や魔術的思考への傾倒をみる一群と定義される。精神病危機状態 (At Risk Mental State) と呼ばれ、1-2年後に約40%が統合失調症およびその関連障害、躁鬱病などの感情障害へ移行するといわれている。現段階ではこの一群が精神病へ発展する前に抗精神病薬などの薬剤を予防的に投与することはエビデンスが十分積み重ねられていないため推奨されないが、患者と家族のストレス対処技能を向上させる認知行動療法や家族心理教育をはじめとする非薬物療法でも自殺リスクや不安抑うつ、社会機能の低下を軽減するといわれている。また精神病発症後に速やかに治療介入をはじめられるという意味からも前駆期の段階から精神科的関与は必須である。

## 3. 急性期 (臨界期)

患者の言動や生活を左右するほどの明らかで強い精神病状態が起こり続けている状態では、抗精神病薬をはじめとする薬物療法や患者と家族への心理的支援、他害行為や自殺企図が切迫しているような状況では緊急の入院加療を必要とする。この状態は急性期の状態であり、早期の精神科受診が必要である。前駆期の段階から明らかな精神病症状を呈して精神科治療が必要になった段階を初回エピソード精神病 (First Episode Psychosis) と呼ぶ。初回エピソード精神病を呈してから精神科治療を受けるまでの未治療期間の長さ、精神科治療開始後の再発回数が患者の予後を左右するとされている。またこの時期には約20%の患者が自殺企図歴を有しており、自殺企図歴と抑うつ症状を合併する患者はその後数年の自殺率も高い。この時期の治療と支援が患者の予後を占うという仮説から初回エピソード精神病以降の数年間の時期は臨界期 (Critical Period) と呼ばれるようになった。

未治療期間はそれが長いほど、その後の症状は重篤難治となり、再発しやすいことが知られている。難治重篤化してしまうと、治療も難航して過剰な抗精神病薬投与が過鎮静や機能低下を引き起こすこともある。患者自身の機能低下や病状による家族関係悪化のために家庭や社会復帰の機会が遠のいて長期入院を余儀なくされる例は稀でない。

また同様に予後を左右する再発については治療中断と過度なストレスへの暴露が大きな原因となる。臨界期における患者は治療継続の必要性が十分に理解され、患者の病状を十分に把握し、コミュニケーションを取りやすい医療者や家族に支えられる必要がある。例えば薬物療法の際に患者に治療の必要性が十分伝えられていなかったり、パーキンソン症状などの副作用が出た場合、本人や家族の偏見が強い、元々の機能が低いために精神疾患への理解が乏しい場合などに治療中断が起こりやすい。

このような問題を解決していくためには精神科医と地域福祉・教育機関・小児科医など子どもと密接に関わる職種との円滑な連携とともに、知識の普及による精神疾患への偏見の是正が必要である。本邦では近年、精神保健福祉改革ビジョンに



沿って国民意識改革や地域連携のあり方が検討されてきている。また精神分裂病 (Schizophrenia : Schizoは分裂, phreniaは心を意味する) が脳の情報処理機能の失調という本来の病態を端的にあらわした「統合失調症」に病名変更されたのは偏見解消の取り組みの一例である。また一部の地域では欧米諸国の取り組みにならって学校教育の中に精神保健の授業を取り入れる試みもなされるようになった。今後さらに精神疾患の偏見解消が進み、精神科医と地域の連携体制が整備されることにより多くの患者において精神病の早期発見・早期治療が実現されることを期待したい。

#### 4. おわりに

統合失調症をはじめとする精神病性疾患の従来のイメージは社会的な予後が不良で長期入院を余儀なくされるほどの重篤な疾患というものだった。特に人生早期に精神病を発症する一群はより重篤であると言われ悲観的なイメージが付き

まとってきた。しかし近年の知見によって患者に対して適切な治療が適時に継続的に行われることで将来の予後が改善される可能性が示唆されており、今後の研究や医療福祉の取り組み次第で疾患全体のイメージが変わる可能性がある。現段階では前駆期の時点で精神疾患の鑑別を行い予防的に治療することは難しいが、精神病状態は誰が見ても明らかな精神的変調であり比較的鑑別は容易である。この状態を少なくとも見逃してはならない。患者や家族が訪れた場合、本稿を参考に小児科医の先生方に希望の言葉をもって治療の励ましをいただくことができれば幸いである。

#### 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。