

*** 事業報告 ****

令和2年度 神奈川県立こども医療センター こどものこころのネットワーク事業 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科WEBセミナー

日時 令和2年10月10日(土) 14時～17時
(インターネット動画配信)

司会 児童思春期精神科 部長 新井 卓

演者 (1) 子どもの精神疾患の基本的な考え方

児童思春期精神科 医師 新井 卓

(2) 病院受診に至るまでのソーシャルワーカーの役割

児童思春期精神科 ソーシャルワーカー 永井 直子

(3) 心理治療(カウンセリング)について

発達支援部 臨床心理科 臨床心理士/公認心理師 高橋 未央

(4) 発達障害の二次障害とはなにか?

児童思春期精神科 医師 南 達哉

(5) 子どものトラウマ反応について

児童思春期精神科 医師 廣内 千晶

(6) 心からくる体の症状 身体表現性障害について

児童思春期精神科 医師 豊原 公司

(7) 慢性疾患・身体疾患を持つ子どもへの心理的支援

児童思春期精神科 医師 庄 紀子

はじめに

子どもに関わる専門職を対象に平成21年から本セミナーを開催して12年目となった。世界的に新型コロナウイルスの感染拡大が起これ、日本国内でも緊急事態宣言のもと、ソーシャルディスタンスを確保できない可能性がある集会やイベントが開かれなくなった。一方でインターネットを介した情報交換など新しい形のネットワーク作りや情報共有が進められてきている。厚生労働省が進める「子どもの心の診療ネットワーク事業」の神奈川県からの委託が終了し、平成30年

度から病院事業として継続することとなった「こどものこころのケアネットワーク事業」でも、これまで1つの会場で開催してきた児童思春期精神科セミナーを今年はWEB開催する運びとなった。WEB開催するにあたっては確実な配信の確保やセキュリティ上の問題など未経験の課題を検討した結果、事前に作成した講演内容を動画で配信することになった。これまで本セミナーで取り扱った内容を改変した講演と他のセミナーなどで発表した講演に新しく作成した講演を加え、計7題を配信した。事前に専門職対象に案内を送付

し、登録をされた方にアクセスコードを送り、当日インターネットを介して動画を視聴していただいた。事前登録者は約 450 名で、当日のアクセス数は 339 と多くの専門職の方に視聴していただいた。初めての開催であり、各端末のマイク設定やアクセスの際のお知らせ音など聞き苦しいところもあったが、概ね準備した内容を配信することができた。これまでのセミナーに比べ参加申し込み者の内、医師の登録が 450 人中 70 人と高率だったことは WEB セミナーならではの特徴かもしれない。

(1) 子どもの精神疾患の基本的な考え方(新井 卓)

本項では総論として子どもの精神疾患に関して共通して考えられる症状形成に関連する要素、治療に関する基本的な考え方を紹介する。

1. 診断名にみる成人との違い(表 1)

子どもに出現する精神疾患において成人と比較して明らかに異なる特徴として F2 (統合失調症圏) および F3 (気分障害圏) の少なさが上げられる。逆に、比率が高い順に F8 (主として広汎性発達障害)、次に F4 (神経症性障害)、F9 (小児期・青年期の行動および情緒の障害) と続く。この疾患分類の特徴はそのまま児童精神科が対象とする患者の特異性を示しており、専門性が求められる大きな要因といえる。特に F8 の主な診断名である広汎性発達障害 (自閉スペクトラム症とほぼ同義) あるいは F9 の中の多動性障害 (注意欠如多動症とほぼ同義) は DSM5 の診断分類では神経発達症としてまとめられており、さまざま

な精神科的問題の背景としてもその特性の有無が検討されることが多い。

2. 症状形成に関連する要素(図 1)

筆者は日ごろの診療を通して、以下のような症状の成り立ちに関連する要素を挙げて病態の理解を行っている。

生まれながらの素因として、性格傾向の基盤となる気質および認知面の特性としての知的発達に加え、自閉スペクトラム症 (ASD) や注意欠如多動症 (ADHD) の特性なども個性の基盤の要素である。また、疾患脆弱性とも捉えることができる精神疾患の素因も個性の基盤として位置づけられる。生後早期の養育環境は特に子どもの愛着形成に大きく影響し、さらにその後の成長過程における心理社会的体験と合わせて、個人の対処能やストレス耐性など子どものパーソナリティの基盤が形成される。そこにさまざまなイベントが体験さ

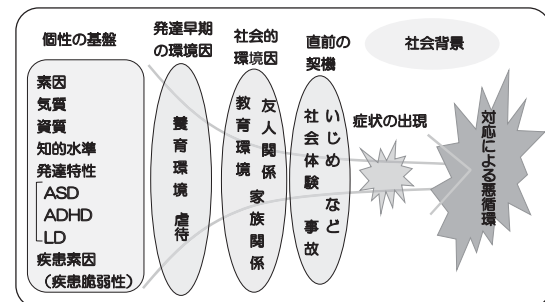


図 1 子ども心の問題に関連するさまざまな要素

ASD: 自閉スペクトラム症 (広汎性発達障害)

ADHD: 注意欠如多動症 (多動性障害)

LD: 限局性学習症 (学習障害)

表 1 児童精神科を受診した中学生以下の患者の第 1 診断 (30 施設の合計)

ICD-10 診断	男	女	男女計	割合 (%)
F2 統合失調症ほか	38	84	122	1.3
F3 気分障害	78	155	233	2.5
F4 神経症性障害	1,082	1,396	2,478	27.0
F5 摂食障害ほか	40	196	236	2.6
F7 知的障害	278	170	448	4.9
F8 広汎性発達障害ほか	2,547	1,031	3,578	39.0
F9 小児期・青年期の行動及び情緒の障害※	1,314	542	1,856	20.2
その他	112	113	225	2.5
合計	5,489	3,687	9,176	100.0

全国児童青年精神科医療施設協議会報告集より抜粋 (2018 年度集計)

※このカテゴリーには多動性障害、素行障害、愛着障害、チック症など小児期・青年期にみられるさまざまな疾患が含まれている

れるわけであるが、個人の対処能を超える大きな体験や持続的なストレスが続くことで何らかの精神的・身体的不調が出現する。この際にどのような症状が出現するかには個体の疾患脆弱性が関連する。さらに子どもの場合、こうしたストレス状況下で出現した不調や症状に保護者を中心とする周囲の大人がどのように対応したかにより、症状が悪循環的にエスカレートすることが少なからず観察される。症状形成には社会背景なども関与することがある。さまざまな精神症状に対応する際に、上記の要素が複合的に関与しているという理解の元にその治療に臨むことで、症状そのものや直前の契機にとらわれない病態の理解が可能となる。

3. 疾患によって異なる各要素との関連性

上記に上げた要素がどの程度症状や疾患の出現に影響を及ぼしているかは疾患によって異なると考えられる。例えば比較的生得的問題や遺伝要因などの関連性が大きいとされる神経発達症、精神病性障害、強迫性障害あるいはチック症、発達早期の環境因の関連性が大きいと思われる愛着障害、解離性障害あるいは複雑性心的外傷後ストレス障害（複雑性 PTSD）、直前の契機との関連性が多いと思われる適応障害あるいは PTSD、といった具合に各要素の関連性は異なる。しかし、重要なのは関連性の多寡はあるにしても、出現した症状や疾患に「素因や個性の基盤」「発達早期の環境因」「社会的環境因」「直前の契機」すべての要因が関連しているということである。

4. 子どもの精神疾患の治療の考え方

児童青年期に出現する精神的問題を考える際に重要なことは、その病態に「素因や生得的問題がどの程度関与しているのか」、「発達早期の環境の影響をどの程度強く受けているのか」、「発症時期に先行する社会体験の影響がどの程度強いのか」といった視点で子どもの生まれ、育ち、を通して子どもの「ありよう」を細かく理解することが重要である。治療としては子どもに生じてきた問題の悪循環を止めて、子どものもつ健康さを見つけて伸ばすにはどうすればいいのかを考える。治療の大枠として、①家族が本人の状態の把握と理解

をすることが主たる目標（病気の性質を知る）、②症状そのものへの対応、③症状の背景にあるものを知り、その症状の意味を理解する（精神力動的アプローチ）としてまとめることができる。

① 家族が本人の状態の把握と理解をすることが主たる目標（病気の性質を知る）

発達特性や本人の気質傾向の理解や把握をすることで悪循環的な関わりを減らしたり、環境調整を検討することにつながる。軽症のチック症などの症状の性質を理解することで不必要な症状の指摘をやめることにより、症状の悪循環的悪化がなくなるといった具合である。本人の特性や気質に合わせた環境調整が行われ、状態の安定につながることも多い。

② 症状そのものへの対応

表面に現れている症状をさまざまな方法により減らすことで、悪循環をなくすという考え方である。さまざまな精神症状に対する薬物療法や問題行動に対する行動療法などがこれにあたる。一見物事の本質とは異なる治療方法であるようにみえるが、症状の改善や緩和により悪循環的な症状のエスカレートがなくなり、親子関係の悪化が改善したり、本人の治療動機が芽生えるといった方向に進むこともしばしば経験される。

③ 症状の背景にあるものを知り、その症状の意味を理解する（精神力動的アプローチ）

幼少期からの子どものさまざまな体験が子ども自身にはどのように受け止められてきたのかを検討することは、子どもの精神疾患の治療としては、極めて重要であり、かつ容易ではない。治療には常にその子どもが置かれてきた状況や現在の環境、あるいは自身の症状をどのように受け止めているかに視点を置き、それぞれの症状の背景にあるもの、悪循環に至っている要因などを包括的に検討していくことで、その解決策がおのずと見えてくることも多い。特に精神力動的視点は児童精神科治療においては中心的な位置づけとなる。一見了解困難なさまざまな子どもの精神的や行動上の問題、あるいは治療への抵抗や拒否といった姿勢には、言葉では表現されることがないその子どもの持つ歴史や背景が関連していることも少なからず認められる。

動画配信では最後に個々の精神疾患に関して児

童思春期に出現した際の特徴を簡単に触れたが、ここでは紙面の関係上割愛させていただいた。

(2) 病院受診に至るまでのソーシャルワーカーの役割 (永井直子)

平成30年度児童思春期精神科セミナーでの講演を再演した。その内容はこども医療センター医学誌第48巻第1号45-47pを参照。

(3) 心理治療(カウンセリング)について (高橋未央)

平成29年度児童思春期精神科セミナーでの講演の一部を再演した。その内容はこども医療センター医学誌第47巻第1号43-45pを参照。

(4) 発達障害の二次障害とはなにか? (南 達哉)

1. 二次障害とはなにか

発達障害を持つ子どもが、成長の過程で周囲からのさまざまな影響を受けて発達障害本来の症状とは違った症状を呈することを発達障害の二次障害と呼ぶ¹⁾(以下、二次障害)。反抗や興奮、暴力など行動として外に現れる症状を外在化症状、不安感、気分の落ち込み、意欲低下、強迫症状、不登校/引きこもりなど主に内面に生じる心理的な症状を内在化症状と呼ぶ。

ここで気を付けておきたいのは発達障害以外の症状が出た場合、その症状が発達障害との関連性が強いのか、あるいは発達障害とはあまり関連性はないのかの判断は難しい、ということである。発達障害の子どもに発達障害以外の症状が生じて、その症状が周囲の影響はあまり関係がなく、子ども自身が持っている問題から生じたのではないかと推測される場合も、周囲の影響だろうと強く疑われる場合も、どちらかわからない場合もある。このためなぜその症状が出てきたかを問わない「併存症」という名称もある。なぜ二次障害が注目されるかというと、周囲の環境や対応を変えることで、病状の改善や予防ができるからである。本稿は二次障害が起きるときのこころの変化を中心に解説する。

2. 二次障害はどのようにして起きるのか

発達障害は乳児期あるいは小児期に出現し、脳

の成熟に関連した発達の障害または遅れであり、一生を通じて持続、安定しているといわれ、主なものに自閉スペクトラム症(ASD)、注意欠如多動症(ADHD)、限局性学習症(LD)、知的能力障害がある。これらはそれぞれの症状/特性によって社会生活や学習に支障をきたすことがある。ASDであれば、社会性の障害により集団行動がとれない、円滑な対人関係を築けない、コミュニケーション障害により友達や教師の言っていることがわからない、常同行為によってその場にあった柔軟な対応ができないということがありうる。ADHDでは多動、不注意のために集団行動が難しい場合があるし、衝動性のために友達とのいざこざが多くなるかもしれない。LDでは書字や読字、算数能力の障害のために成績不振に陥りやすい。結果として大人からの叱責の連続、友達からの孤立、学習困難といった状況に陥り、失敗体験を繰り返しやすい。発達障害特性は持続的なものであるため、「頑張ってもなかなか成果があがらない」という状況となり、自尊心の低下や学習性無力感が生じる。学習性無力感とは、長期にわたってストレスの回避困難な環境に置かれた人や動物が、その状況から逃れようとする努力すら行わなくなるという現象を指す。このような子どもは言い訳が多く、他罰的な態度をとりやすく、「頑張れない子ども」になってしまう。これが二次障害の最も大きな問題である。

次に個々の二次障害の症状形成について述べる。外在化症状は、もともと強い衝動性を持っていた発達障害の子どもに不適応が生じ、衝動性が強まることによって生じると考えられる。同様に内在化症状はもともと強い不安を持っていた発達障害の子どもに不適応が生じ、不安が強まることによって生じると考えられる¹⁾。

この「もともと持っていた」個性は気質と呼ばれている。アメリカの発達心理学者 Thomas, Chess が1950年代から調査研究を行った。彼らによると気質とは乳児の生まれつきの生物学的個人差のことで、生後2、3ヶ月からの乳児の行動特徴とされる。さまざまな行動を「どのように行うか」という面に着目したもので、活動水準、周期性、(新奇刺激に)接近か回避か、順応性、反応の強さ、反応の閾値、気分の質、転導性、注意

の範囲と持続性の9項目からなる。この気質を基盤に生活体験を通して、性格が形成されると考えられる。子どもは気質や発達障害特性などのさまざまな特性を持って生まれ、(多くは家庭での)早期の養育の影響を受け、その後、学校や友人関係など社会に参加するようになり、そこでの体験の影響を受け、何かしらの契機があって精神疾患が発症すると考えられる。発達障害特性や気質はこのような生来の特性として注目される。

3. もし二次障害が起きたら

二次障害らしき症状が見られたら、まず何が起きたのかを知るのが重要である。学習、友達関係、あるいは家庭での養育の状況を知りたい。客観的な情報が集まったら、子どもにどう感じているのか、何に困っているのかを聞く。発達障害の子どもたちにはそれぞれ独特なものとらえ方や考え方があるので、本人に直接聞いてみる必要がある。二次障害に陥っている子どもは何かしら辛い思いをしているので、辛さを想像しながら聞くのがよい。情報が集まったら、それを整理し、それぞれの認知特性を持つ子どもからみると事態がどう見えるのかを想像すると、子どもの辛さが理解できる。子どもに「つらかったんだね」と共感を伝え、その時に負担になっている事柄を取り除いて、子どもが情緒的に安定するのを待つ。子どもが落ち着いたら、今後どうしていきたいかを聞き、集めた情報をもとに対応を話し合う。その際は発達障害特性に合わせた対応、苦手な部分を補う対応が望まれる(具体的な対応については本稿の範囲を超えるので割愛する)。ここで大事なのは子どもが今後の生活について「こうなっていきたい」という目標を持てるのか、生活改善の動機を持てるのか、という点である。自己評価が下がり、「頑張れなくなった」子どもが目標を持つのは容易でないが、その子どもの得意な事柄や趣味が支えになることがある

4. 二次障害の予防

筆者は一介の臨床医のため、調査研究に基づいた見解は示せない。あくまで経験から得た見解を述べるに留まる。まず子どもの特性(発達障害、気質)を把握しておくことをお勧めする。学習の

領域、交友の領域、家庭の領域での子どもの姿をおおまかに把握し、特性に対して配慮しておくことよい。そのためには学校、習い事、地域活動の指導者との情報交換が必要になる。学習や友達関係につまずいたとき、自分の楽しみや、他者とながらる機会を持っていることは重要である。趣味や自信を持てる活動を作っておくことをお勧めする。人の世で暮らす以上、他者や社会の影響を避けることは難しい。ある程度の気持ちが落ち込みや、自尊心の傷つきは生じるので、それにどう気づくか、どう支えるかを考えておく方が現実的だと考える。

文献

- 1) 齊藤万比古. 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート. 学研, 東京 2009:12-39.

(5) 子どものトラウマ反応について(廣内千晶)

1. トラウマ(心的外傷)とは何か

さまざまな心理的な打撃や重圧は、広く「ストレス」と呼ばれている。トラウマとは、ストレスの中でも特に重大であり、その影響が長期に渡って残るような体験のことをいう。われわれは重大な事件や事故に遭遇すると、一時的に強い恐怖や不安を感じるが、通常は時間的経過とともに落ち着きを取り戻していく。しかしながら、時にその体験がトラウマとなり、さまざまな身体症状、精神症状、社会生活上の困難などを引き起こし、治療的介入を要する状態になる。

2. PTSD/複雑性PTSDについて

PTSD(心的外傷後ストレス障害)とは、トラウマ反応の一種であり「生命が脅かされるほどの強大なトラウマ体験にさらされた後に生じる、3つの特徴的な症状(フラッシュバック、回避・麻痺、過覚醒)が発現した状態」である。子どもの場合はフラッシュバックが遊びで再演されたり、過覚醒がかんしゃくやイライラで表現されたりすることもあると言われている。

複雑性PTSDとは「逃れることが困難と感じられるような、強烈かつ長期間(または反復的な)トラウマ体験にさらされた後に生じるPTSD症状、および自己組織化の障害(感情制御の困難、

否定的な自己概念、対人関係の問題)」と定義されている¹⁾。

3. さまざまなトラウマ反応について

PTSD、および複雑性 PTSD においては、上記のような診断基準が明確に存在する。しかしながら、たとえ PTSD や複雑性 PTSD と診断される状態ではなくとも、治療経過中、諸症状に過去のトラウマ体験が強く関連していると思われることは、臨床においては少なくない。トラウマ体験が明白であり、その体験に直接的に関連した症状が出現していれば、病態の見立ても比較的容易であるが、例えば複雑性 PTSD における複雑なトラウマ体験などは、単回のそれに比べると時に見過ごされたり、軽視されたりしている、ということが時にある。

また、客観的に見ればさほど重大ではないような被害体験でも、本人の感受性によっては深い傷つきがもたらされ、その後にトラウマ反応様の症状をきたすこともある。さらには、トラウマ反応が痙攣や興奮、攻撃的な言動など、問題行動として表出されてしまうこともあり得る。このような事例においては、周囲の援助が受けにくく、本人や家族が孤立してしまいやすい。そのため支援者は、本人にとって被害体験はどの程度の衝撃をもたらすものであったのかを、詳細に見立てる必要がある。そのためには、治療経過の中で家族歴、生育歴を仔細に、可能であれば繰り返し聴取し、見立ての精度を高めることが重要である。

4. 子どものトラウマ治療について

トラウマ体験から数週間～1、2ヶ月間の比較的急性期においては、苦悩を軽減させ、ストレス状況により良く適応できるようになることを目標に、安心感を与える、安心できる他者とのつながりを促進させる、日常生活リズムを安定させるなどの、非特異的な関わりを行うことが勧められる²⁾。一方、トラウマ反応が慢性化している場合は、症状や状態に応じた治療を行う。中でも、トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) は、トラウマ体験が明確であり、かつ PTSD 症状を有し、機能障害を認める子どもと家族に対して、有効性が示されている治療プログラムである。

5. 症例提示

被害体験後にトラウマ反応をきたした症例の治療経過を2例紹介する。なお、症例においては個人が特定されないよう、発表の意図が損なわれない範囲で内容を変更している。

【症例 A】8歳、男児。両親との3人家族。生来健康であった。ある日、母と自家用車に乗っている際、対向車と衝突した。母子ともに救急搬送されたが、いずれも軽傷であった。ところが事故直後より、自動車に乗ることを極端に怖がり、母のそばを離れたがらず、夜の就寝をいやがり、登校を渋るようになった。また、テレビの自動車のシーンで泣き出したり、自動車の玩具を何度も衝突させたりする様子も見られた。事故から2ヶ月後、児童精神科外来を初診した。

救急搬送を要する程度の重大な交通事故後、フラッシュバック(事故の再演)、回避(乗車を嫌がる)、過覚醒(夜の不安)の3症状が続いており、PTSDと診断し、まずはAが安心を得られる環境を整えることを助言した。Aは学校を休むこととなり、外出や自動車への乗車を怖がる際は、ひとまずは無理に連れ出さないようにと伝えた。すると、徐々に母への甘えや不眠は軽減し、生活リズムが安定してきたため、母の送迎で短時間、徒歩での登下校を開始した。

しかし、依然として自動車への乗車は怖がり回避することが続いた。そこで、不安についての心理教育を行い、徐々に自動車に乗れるようになることを目標に、Aと家族の同意のもと、段階的な曝露(症状が再燃する可能性がある状況に敢えて置くこと)を実践した。まずは交通量の少ない道の散歩や、車のおもちゃで楽しく遊ぶなど、安心してリラックスできる状況での曝露を少しずつ行い、次に短時間のドライブを始めた。Aは反応的に少しぐずりやすくなったが、大きな不調に発展することなく馴れていくことができた。初診から半年後、おおむね問題なく自動車に乗ったり、外出したりできるようになり、不安を訴えることもなくなったため、終診となった。

【症例 B】14歳、女児。6歳時に両親が離婚し、母、妹、母方祖父母の5人家族。離婚した父は、母へのDV、Bへの暴力を繰り返して、Bは母をかばったり、なぐさめたりしていた。離婚後は多忙

な母に代わり、躰に厳しい祖父母が主に養育を行い、Bも従順であった。中学2年生時、友人との不和を契機に保健室登校となると、妹との諍いが増え、母の仲裁に対し「もう死ぬから！」と自棄的になった。さらに、学校で手首を自傷していたことが判明し、母の叱責で母子の緊張関係はさらに高まり、養護教諭の勧めで児童精神科初診となった。外来で母子分離面接を行うと、Bは母への不満を語るようになったものの、幼少期については「覚えていない」と深まらなかった。母子の衝突や自傷行為は続き、希死念慮が強まったため、児童精神科入院となった。

Bは入院直後は落ち着いていたが、院内学級への登校が増えると、再びイライラ感や自傷行為への渴望を語るようになった。Bの思いを傾聴する面接を続けると、徐々に幼少期に父から受けた暴力のことや、必死で母をかばったが、母の方は自分をかばってくれないと感じていたことなどを想起し、語るようになった。それに伴いイライラ感は悪化し、母やスタッフへの反抗、爪による自傷が出現した。個室安静とし、院内学級の登校も停止すると、家族はBに、早く院内学級に復帰するよう発破をかけるようになった。

Bの諸症状はPTSDの診断基準を満たさなかったものの、幼少期のトラウマ体験が、現在の症状や機能障害に強く関連しているものと考えられた。主治医はBや家族に、負担の少ない入院環境下で、それまで目を向ける余裕がなかった幼少期のトラウマに向き合い始めていること、それに伴い症状は動揺していることを説明した。すると、母は戸惑いつつも「私も必死だったが、Bにはもっと辛い思いをさせていたかもしれない」と涙ながらに当時を顧みた。主治医は母子関係の再構築を支援し、Bにとっての負担の少ない生活について話し合った。また、Bの語りについては共感的に聴くとともに、自らの体験やその時の思いを話せたことを評価し、語りに伴う罪悪感が緩和するよう努めた。すると、Bは徐々にイライラ感や自傷行為が減り、自室でのんびりと過ごす時間が増え、家族との面会も穏やかな雰囲気となっていった。数ヶ月後、登校再開に自然に前向きになれたところで、院内学級を短時間で再開、継続した。試験外泊を行い、地元の教育機関とも

連携し、Bの状態を共有した。Bは退院後、適応指導教室に通うことを決め、母や祖父母もその決定を受容し、入院から約1年後に退院した。

おわりに

本稿では、子どものさまざまなトラウマ反応について述べた。提示した各症例からも分かるように、トラウマ反応の表出のあり方は子どもによって大きく異なっており、症例Bのように、治療が経過しなければ、諸症状が過去のトラウマ体験と関連していることを見出すことが、より困難である事例もある。支援者は、常にトラウマについての視点を持ちながら、柔軟な姿勢で援助に当たることが重要と考える。

文 献

- 1) 鈴木太, 牧野拓也. 複雑性PTSDのこれまでとこれから. 精神科治療学 2020;35:573-578.
- 2) 熊崎博一. 年齢・性別における子どものトラウマ反応と心のケア. 友田明美・杉山登志郎・谷池雅子編 子どものPTSD—診断と治療—. 診断と治療社, 2014

(6) 心からくる体の症状 身体表現性障害について (豊原公司)

1. はじめに

児童思春期精神科診療においては、家族から以下のような相談がなされることが多い。「数ヶ月前から子どもが、『おなか痛い』と言っています。色々な病院に行って検査を受けたのですがどれも異常がなく、『心配するような怖い病気はない、心の問題ではないか』と言われてこちらを紹介されました。こころの問題なのでしょうか？ 治るのでしょうか？」

この相談の特徴をまとめると、『身体疾患では説明できないからだの症状があり、生活に支障をきたしており心理的要因が関連する(と予測されている)』ということになる。この特徴を満たすときわれわれはこれを『身体表現性障害』と診断し、精神科診療の対象として診療にあたる。ここでは、その特徴・治療方法について述べたい。

2. 特徴・治療方法

正確な診断基準には、上記に加え詐病ではない

ことも付け加えられる。しかし、詐病でないことの証明、並びに上記心理的要因が関連するということを証明するのは非常に困難である。『身体疾患では説明できない』=『心の問題』と決めつけてしまうこと自体が性急であり、危険である。なぜならば、現在の医学で解明できない病気があるかもしれないし、前の病院が見落としている可能性も否定できないからである。

しかしだからと言って「こころの問題かどうかは誰にもわかりませんお引き取りください」というのもおかしい。症状があり本人・家族が困っているからこそ相談に来られたわけであるから。

そこで、われわれは次のような姿勢・方針でこの問題に臨む。『身体疾患では説明できないからだの症状』=『こころの問題』とは言い切れない。しかし異常値が見つかってないことも大事な所見である。現状、他の科で診断がつかず有効な治療法がない。そこで仮に身体症状に心理的な要因が関連しているとしたら何が想定できるかという仮説を家族・本人とたてる。そしてその仮説に基づき家族・本人に環境調整などの対応をしていただく。そして症状に変化がないかを観察し、再度この仮説が正しいかを検証する。これを繰り返して行く。

具体的には「もしこころの問題だと考えるならば、どんなことが原因だと思いますか？」という言葉で本人・家族に投げかけていく。例えば学校の負担が心因だと仮定するならば登校を調整して症状が変化しないかみていく。家族の対応が心因と思われたケースでは家族に対応を変えていただくか、本人に家族と距離をとるように勧めてみることもある。全例ではないが、こういった繰り返してから主訴であった身体症状が消失することも多い。しかし、主訴が解決したからと言って、診察が終了にならないケースが多く存在する。主訴が改善後、親子関係の問題、同世代との対人関係の問題、本人の知的な問題、などさまざまな問題が浮上してくる。これらの問題がこの症例の本質に思えることがほとんどである。こういった際、

「主訴の身体症状が治ったのでお引き取りください」という姿勢をわれわれはとらない。新たに浮上した問題に対して本人・家族と対峙していくこととなる。そして、本人にとって、より本質的な問題は何かと考え続けていく必要がある。例えば一見、学校の負担が本質的な問題と思えたケースでも、実はその背景に本児の発達特性の問題があったり、さらには発達特性をめぐる親子の葛藤があるかもしれない。早急にこれが本質であると決めつけるのではなく、より本質は何かと考えていく姿勢は捨ててはならない。そして、より本質的な問題に対して親子が乗り越えていくのを支援することがわれわれの仕事であり、本人・家族が本質的な問題を乗り越えるまで診療を継続する必要があると考えている。

3. 最後に

身体表現性障害に対するわれわれの姿勢・治療方針を述べたが、これは他の精神疾患にも通じる面を持ち合わせると思う。手首自傷、家庭内暴力、過食・嘔吐などなどわれわれは多くの精神疾患に対して症状で出会う。症状があるから受診するのであり当然である。しかし、この症状は、あくまでも症状であり、その背景にはよりその症例の本質的な問題があることが多い。症状のみにとらわれず、本質を見抜いていく姿勢、これが児童思春期精神科臨床にとって必要であると思われる。

(7) 慢性疾患・身体疾患を持つ子どもへの心理的支援 (庄 紀子)

平成 25 年度児童思春期精神科セミナーでの講演の一部を再演した。その内容はこども医療センター医学誌第 42 巻第 4 号 160-162p を参照。

参考文献

- 庄紀子. 慢性疾患・身体疾患を持つ子どもへの心理的支援. こども医療センター医学誌 2018;47:82-84.
- 庄紀子. 身体疾患を持つ子どもの精神的問題. 医学と薬学 2018;75:93-98.