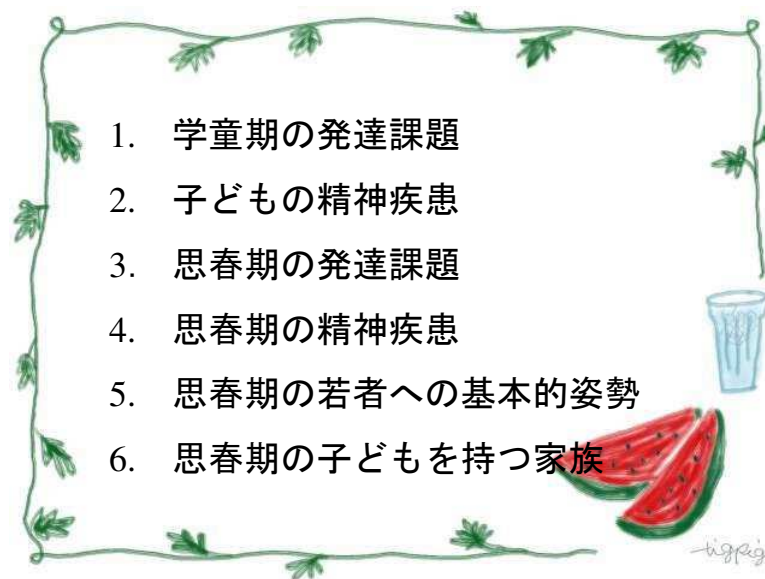


## 児童期及び思春期のメンタルヘルスの理解と対応

福岡大学医学部名誉教授

福岡病院理事長

西村 良二



### 学童期の発達課題

#### 学童期の発達課題

1. 母親との（段階的）分離
2. 同性の大人との同一化の強化
3. この社会を生きていくためのスキルの基礎を身につける
4. 同性の友達の作り方、維持の仕方を身につける
5. まもなく訪れる思春期への心の準備

— 第二性徴の訪れへの期待と不安 —

#### 児童期によく見られる発達上の問題

- ① 心身症・・・気管支喘息、夜尿症など
- ② ADHD（注意欠陥多動性障害）
- ③ 自閉症スペクトラム症
- ④ 不登校

## ①心身症

■心身症とは身体疾患であり、

その病気の発病や経過に心理社会的要因（ストレス）が密接に関係している身体の病気のことをいう。

•同じ病名（たとえば気管支喘息）であっても、心理的な影響が強い場合と、そうでない場合があるので、心身症という特定の病気があるわけではない。

乳児期；皮膚粘膜が過敏  
皮膚や消化器の症状  
幼児期；気管支喘息、夜尿  
学童期；骨、筋肉系  
関節痛、チック  
思春期；多様

- 学童期では、ストレス状況下では一過性に心身症症状を呈しやすいが、一方、家庭内のストレスがとれると、すみやかに症状がおさまるといのが特徴。
- 子どもの心身症の発生には、家族環境、とくに母子関係が強い影響をもつ。  
幼児期には兄弟葛藤もおこりやすい。  
学童期では競争心や嫉妬も。

注意欠陥/多動性障害  
(AD/HD；DSM-IV314)

注意欠如・多動症/注意欠如  
・多動性障害 (DSM-5)

多動性障害 (ICD-10 F90)

## 症状

脳の生物学的障害

基本的な症状

- ①不注意・・・1つのことを続けてやることができない
- ②多動性・・・落ち着きのなさ
- ③衝動性・・・待つことができない、  
思いどおりにならないと腹を立て 攻撃的

## 疫学

✦7歳以前に発症

✦ADHDの遺伝性

ADHDの同胞：	ADHDが5～7倍
親がADHD：	子どもの50%がADHD
一卵性双生児の一致率：	55～92%
学齢児：	3～7%
♂対♀=4(～9)対1	男児に多い

## 臨床的特徴

1. 2,3歳頃から落ち着きのなさ、なれなれしさ、  
かんしゃくなどで気づかれ
2. 学齢期になると学業成績不良、気分の不安定、  
自分勝手な行動、不器用さなどが目立ってくる
3. 視覚・運動系の不統合、脳波異常、  
神経学的微細徴候などが認められる

## 行動評価上の留意点

- ✦状況および場面によって行動が著しく変わり、  
評価者によって異なる結果となる。
- 複数の場面における多動・注意散漫・衝動性の有無、  
診察場面での行動を数度にわたり慎重に評価する。

## 治療

1) 療育

2) 薬物療法

①注意の障害に対して

メチルフェニデート長時間作用薬（コンサータ）

小児用リスデキサメフェタミンメシル酸塩（ビバンセ）

アトモキセチン（ストラテラ）

②過活動、衝動性に対して

guanfacine（インチュニブ）

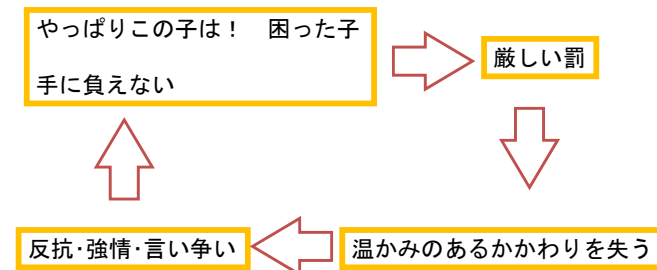
— 交感神経の働きを抑える作用による

ペアレント・トレーニング

## ADHDの薬物療法

コンサータ (持続性メチルフェニデート)	ストラテラ (アトモキセチン)
中枢神経刺激薬	非中枢神経刺激薬
ドパミン調整	ノルアドレナリン調整
比較的速効性	4～6週間後に効果
1日1回朝服薬	1日2回朝夕服薬
朝、夜には効果が切れている	1日中同じ効果
思春期以降では依存性に注意	依存性はない
外在化障害の併存に有効	内在化障害の併存に有効
チック・てんかんの増悪の可能性あり	チック・てんかんの増悪はない

### ADHD児をめぐる悪循環



### 経過&予後

2,3歳から認められる

4,5歳～小学校低学年に顕著

多動・・・学齢期頃までに改善することが多い

不注意・衝動性 → 思春期にも続く

学業不振、抑うつ、  
薬物依存、反社会的行動へ

↓  
成人の反社会的行動へ

DSM-IV  
299.00 自閉性障害

ICD-10  
F84.0 小児自閉症

DSM-5 自閉スペクトラム症

## 自閉症

1943年 カナー・L 情緒的接触の自閉性障害

1944年 カナー・L 早期幼児自閉症

これは現在の小児自閉症とほぼ同じ

1944年 アスペルガー・H

似たような症例を報告し、

自閉性精神病質

後年

アスペルガー症候群

## ③自閉症スペクトラム障害

- (広汎性発達障害とほぼ同義語)
- 1940年代に小児自閉症の存在を確認。
- 現在は、以下の3つの症状をもつものを広く自閉症スペクトラム障害と言う、
  1. 社会性の障害
  2. コミュニケーションの障害
  3. イマジネーションの障害 (興味や活動が限定される、反復されるこだわり行動)
- 早い段階から治療と教育を合わせた「療育」が必要。

- 広汎性発達障害

- 小児自閉症

1943年 L.Kanner 「早期幼年自閉症」

①生後の早期から母親やその他の家族、周囲に正常な感情反応を示さず、極端な自閉と孤立の状態。

②コミュニケーション手段としての言語機能が著しく障害されており、通常の会話ができない。

③身の回りの状況の変化を極度に嫌い、同じ状態を保つことを強迫的に執拗に要求したり、機械的物体に異常に執着する。

+

④感覚過敏

⑤パニック (かんしゃく発作)

⑥視覚優位

⑦カタトニア

男児 3~4 対 女児1

一般人口での頻度 0.2%、近親者の発症頻度は一般の5~10倍

75%に精神遅滞が伴う（知能が正常な場合を**高機能自閉症**と呼ぶ）

✚高機能自閉症とは、

IQ>85の自閉症。広義ではIQ>70の自閉症のこと

➤知的障害をとまなわないPDDのこと

➤自閉症はその75~80%が精神発達遅滞をとまなう

➤社会的常識が通じない、集団行動困難



しばしば激しいいじめ

➤特定のものへの 興味の限局、

ファンタジーへ没頭\*

タイムスリップ\*\* する

\*ファンタジーへの没頭は、

ファンタジーへの逃避ともいう。

高機能児に一般的にみられるもので、

現実世界に困難が大きな場合に、ファンタジー世界が広がる。ファンタジーと現実との区別が不鮮明になる。

\*\*タイムスリップとは、

昔のことを思い出して突然怒り出すなど、過去の出来事を突然想起し、あたかも先ほどのことのように扱う現象。

自閉症でも起こる。

✚アスペルガー症候群とは

自閉症 — 言語障害 のもの

➤知的障害はないが

自閉症と同質の社会性の障害とこだわり行動をもつ

➤アスペルガー症候群：

自閉症と同様の対人関係の障害および制限された常同的な行動、

興味、活動性のパターン

早期の言語、認知能力の発達は遅れず

（2歳までに単語、3歳までに2語文使用）

身辺処理、適応行動および周囲への関心は

生後3年間：正常レベル

- ・ 治療とリハビリテーション、経過と予後

療育（医療教育の略語）

認知と情緒の障害の改善、適応的技能の獲得、不適応行動の減弱を目的。具体的には感覚統合療法や遊戯療法、行動療法など、発達促進的なアプローチ。

#### 体系化された療育 (TEACCHプログラム)

Treatment and Education of Autistic and Related  
Communication Handicapped children

1. 療育場面の構造化
2. 安定したスケジュール
3. 学習や作業の手順を具体的に示す
4. 視覚的にわかりやすい支持を与える
5. 決まった手順を作る
6. 実際の作業の流れを身につけさせる

#### ④不登校（登校拒否）

##### 症状

学校に行くことを躊躇したり、  
学校にいることに関連した不安、恐怖、  
パニックのために通学できないとか、学校におれないこと

##### 精神力動

登校したいという意識的願望がある。

怠学ではない。

学校に成績に関しては、よく勉強する傾向があり、

通常、成績は優秀。

おとなたち（両親や教師）を喜ばせたいと願っている。

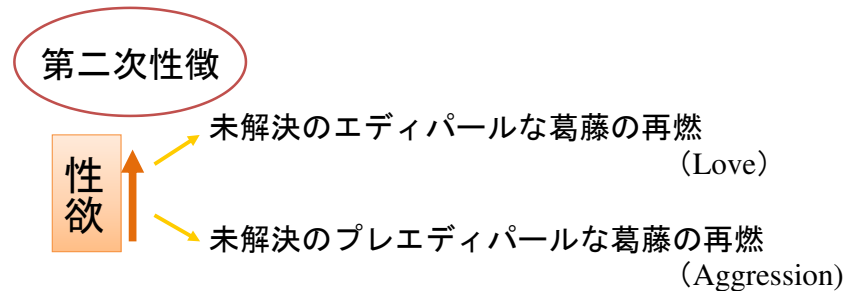
## 家族の相互作用

- ① 親が慢性的な不安をもっている場合、意識的に、もしくは無意識的に、子どもに（親の友達として）家にとどまっていたほしいと願う。
- ② 親が「もし学校におれば、子どもに何か恐ろしいことが起こるかもしれない」と恐れるために、子どもは家にいなければならない。しばしば家族の中に喪失の歴史がある。
- ③ 子どもが「何か恐ろしいことが自分に起こるかもしれない」と恐れること。背景には分離不安がある。
- ④ 子どもが「家を離れると、何か恐ろしいことが家族に起こるかもしれない」と脅え、それで家にとどまっておかなければならない。両親による脅威の存在。離婚、親が家を出て別居など。

- ① 症状の軽減
  - ② 行動療法的アプローチ
  - ③ 精神療法的アプローチ
- ・ 基本的には、否認の機序にアタックする。
  - ・ そこに横たわっている情緒的問題、傷つきやすさ、もしくは歪んだ家族の相互作用に焦点をあてる。
  
  - ・ 一度、子どもが学校へ戻れば、多くの家族はさらなる面接治療を望まない傾向にある。
  
  - ・ 家族療法的アプローチ  
歪んだ家族の相互作用を扱う。

## 遊戯療法の基本原則 (Axline, VM)

1. ラポールの確立
2. 子どもを完全に受け入れること
3. おおらかな気持ちをつくりあげること
4. 感情の認知と反射
5. 子どもに尊敬心を持ち続けること
6. 子どもが先導するということ
7. 治療はせかせせられないこと
8. 制限の意義



これらの課題に取り組み、“新しいからだ”になじむこと、そこから、新しい自己概念を形成し、またそれを土台に異性との親密な関係をつくりあげていく。

エリクソン, EH. のいう

自己同一性 VS 同一性拡散



新しいからだにフィットした、  
新しい心（精神）をつくりあげていくには

### ① 親との関係

—— 親離れ、子離れがスムーズに進むか

- ・ 同世代の同性の友人関係
- ・ 自分のからだとの関係

この3つの領域における変化が必須である

この3つの領域は、連動して成長していくもの

## 両親との関係

1. 異性の親の愛のしるしに緊張感（親離れの第一歩）
2. 背反性同一化
  - ・ 女子・・・初経周辺症候群（家の中での対人関係の変化）
  - ・ 男子・・・家庭内暴力（母親を釘付けにする心理）  
母親の接近→自分がなくなる不安  
母親が去る→寂しさがつのる
  - ・ 同性の友だちとの関係に影響する  
親との関係を友達関係にもちこむ  
親との関係をモデルにしているため

## 同世代の同性の友だち関係の重要性

1. 親離れの寂しさを共有する体験  
仲間が寂しさの受け皿となる
2. 傷ついた自尊心の回復の体験  
うたれ強い自尊心を育む、競争の原理・妥協の原理
3. 嫉妬、こころならずもしてしまった小さな裏切りを  
どのように克服していくのかという体験
4. 性的なことに関する罪悪感の希釈化作用
5. 早過ぎる性的体験（性交）を防ぐ

自分のからだとの関係

自分のからだの所有者意識（Ownership）

前思春期の女子では、無意識のうちに  
自分のからだを仲の良い友達に投射しあう。  
精神的な存在、ピュアな存在、成熟してくると、  
自分のからだを受け入れていく。  
そして、自分のからだは自分のものだという  
確かな感覚を手に入れていく。

## 摂食障害

### 定義

内的、外的な適応の問題を解決しようとして、からだのサイズや食物摂取を操作しようとしている状態

セカンドベストの自己治癒の試み

現代においては、若い女性が思春期につまずくと、この摂食障害という形を借りてあらわれる

その意味では、final common pathwayとしての摂食障害

### 摂食障害

神経性無食欲症 anorexia nervosa

思春期やせ症ともいう。若い女性に多い。女性：男性＝10：1

食事をとらずに極端なやせ。しばしば無月経になる。食欲がないのではなく、いつも頭の中は食べ物のことではない。

### 3徴候

①やせにこだわり、さらにやせようとする。

②太ることへの極端な恐怖

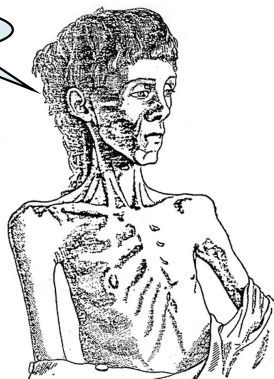
過活動、下剤使用、指をのどにいれて吐くなど

③身体イメージの歪み

やせとは思わない。むしろ魅力的なボディだと認識している

点滴道具も病棟も精神療法もない時代にはどうやって治していたのか？

I'm quite well.



Photographed April 21st, 1887.

William Gull

Miss K.R. 14歳  
162.6cm 28.6kg  
BMI 10.6  
1887年4月21日

脳や子宮の萎縮も生じる。可逆的だが、長期にわたると戻らないこともある。

内面的には強い空虚感

### 診断基準

BMI 17.5以下（ただし、16歳以下は除く）

## 1. 神経性無食欲症 (AN)

### 特徴

- ① 肥ることへの圧倒的な不安
- ② やせへの熱狂的な追及
- ③ 内面の空虚感
- ④ たいへんな過活動
- ⑤ カヘキシー状態の容貌の否認 (ボディイメージの歪曲)
- ⑥ 満足をあとに延ばすことができない → 現実吟味能力が損なわれる
- ⑦ 標準体重から15%以上の体重の減少

## 身体所見/検査データ

無月経・希発月経

徐脈

低血圧

低体温

うぶ毛の密生

浮腫

貧血

白血球減少

血清たん白量の低下

高コレステロール血症

血清アミラーゼ値上昇

電解質異常 (低カリウム血症)

## 神経性無食欲症

### 病型

**摂食制限型** ; 食べる絶対量が少ない。

過去3か月間、過食または排出行為 (自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸の乱用) を行ったことがない。

**過食/排出型** ; 時に大量に摂食

→ 嘔吐・下剤使用

過去3か月間、過食または排出行為を行ったことがある。

### 精神力動的理解

① からだとセルフの分離 (ブルックH)

② 同一性の感覚の欠如 (マスターソン)

自分のからだは自分のものという、自分の身体の所有者意識の確立の失敗

キーワードとしての“食欲さ”

・典型的な両親の特徴

娘を“自己-対象” (コフォート) として扱う

・発病のきっかけ

思春期という新しい状況に直面して、

“無力感”をおぼえることがきっかけ

## 家族

ミニューチン — 無食欲症の家族にはエンメッシュメントのパターン

パラゾーリ — 患者は心理的に母親から分離していない



自分自身のからだの安定した感覚が得られない  
あたかも悪い母親を取り入れて、それで、  
からだの中に住んでいるかのよう。

## • 精神力動のまとめ

- 1) 特別でありたい、ユニークでありたいという絶望的な試み
- 2) 両親の期待に沿って育てられた偽りの自己の感覚への攻撃
- 3) 芽生えかかっている本当の自己の主張
- 4) 自己のからだ ≡ 敵意ある母親
- 5) 貪欲や無力を感じるよりも、やせようとする努力

## 治療

### (1) 教育的アプローチ

- ① 健康で適切な体重はどのようにあるべきかを患者に説明し、どの程度の体重回復が必要かを伝える。
- ② 患者の身体感覚を配慮したかわりが大切。
- ③ 患者は自身の身体状態に無知であることが多い。血液検査（肝機能障害、低タンパク、**低K血症**など）、多毛（うぶ毛）や抜け髪、骨量の低下や**脳萎縮**など、現在の身体状況と今後に予想される合併症について医学的に説明することも、彼女たちの健康な心の部分に働きかけることになって有効。

### (1) 健康な食事習慣の回復と認知行動療法的アプローチ(外来)

- ① 治療では、ダイエット傾向を弱めることを最重要課題と位置づけ
- ② 具体的には1日3回の食事と、4時間以上の空腹をつくらないように間食を計画することを指示し、食事記録をつけて患者自身に食事状況を含めた生活態度や行動をモニタリングさせ、患者がダイエットと過食との関係や体重の問題を理解するのを助ける。
- ③ 過食衝動に襲われたとき、積極的に食べ物のある場所を離れる行為など。

## (2) 体重の回復

(行動修正アプローチと力動的アプローチとの統合: 入院)

- ① 体重を回復させる過程は患者には思春期危機の再現になるということをスタッフは銘記すべき。  
→ 治療過程で体験する葛藤や不安に共感し、  
患者が危機を克服できるように援助
- ② 痩せへのこだわりは、自分の身体を自分自身でコントロールすることで自律した自己感覚を獲得しようとする試み(Bruck)。  
→ 患者の抵抗が自己の防衛であることについての共感が治療者側に必要
- ③ 摂取する食事カロリーを段階的に設定し、  
理想的には1週間に1Kg前後の体重回復が望ましいと治療のペースを患者に説明する。

## 食事と体重の正常化のための治療設定

- I. 目標体重の設定 (標準体重の90% or 生理が回復する体重)
- II. 食事カロリーの段階的設定 (1200~1400K calから2200~2600 Kcal)
- III. 食事後の行動についての監督: パージング(自己誘発的嘔吐)の防止  
レベル1: 食事後1時間デイ・ルームに留まる  
レベル2: 食事後30分間デイ・ルームに留まる  
レベル3: 食後の監督(-)  
  
・ トイレ使用についての監督: パージング(自己誘発性嘔吐、下剤乱用)の防止  
レベル1: 看護師の監督下でのトイレ使用  
レベル2: トイレを使用するときナースコール  
レベル3: 自由なトイレ使用

## ・ 治療

第一段階; 体重を増やすために食べることの回復

第二段階; 精神療法的介入 — 家族療法と個人療法の併用が望ましい。

- 1) 摂食行動を過度に変えようと努力しない
- 2) 関係を築きあげること
- 3) 逆転移をモニターする
- 4) 認知の歪みを吟味する

## 2) 神経性大食症

いわゆる食べ吐き(むちゃ食いと自己誘発性嘔吐)を繰り返す。発作的な過食を繰り返し、体重のコントロールに過度に没頭する。体重は正常であることが多い。

• 神経性大食症

起源

乳幼児期；親側と子ども側の双方において

- 1) 分離が難しかった
- 2) 移行対象の欠如
- 3) 食べる — 母との合体、吐く — 分離

家族

過食家族 bulimic family

家族メンバーは融合の感覚を維持。過食の子は、家族の食欲さと衝動性のすべてを担う人。

• 治療

過食患者の一人ひとりに応じた治療プラン

- 1) 認知行動療法的アプローチ
- 2) 繰り返し治療者の努力を無にってしまう
- 3) 生命への脅威 — 自己誘発性嘔吐、下剤の使用 → 低カリウム血症 → 心停止
- 4) シビアな自傷のリスク
- 5) 患者が病気であることが家族のホメオシスターシスのバランスを保つ
- 6) グループ療法

過食の克服をめざす入院での認知行動療法的アプローチ  
(入院: 健康な食事習慣の育成とパーキング防止)

- ①より構造化した治療設定
- ②過食の防止に加えて、不安回避の手段である嘔吐を禁止する設定
- ③パーキング防止のための治療設定  
治療プログラムでは、自己誘発性嘔吐や、下剤の乱用などのパーキング行為を防止するために、食事後の行動やトイレ使用について責任レベルの設定

## 予後のまとめ

### 予後良好因子

若年発症

発症から治療開始までの期間が短い

良好な親子関係

### 予後不良因子

嘔吐、過食

下剤、利尿剤の乱用

低い自己評価

パーソナリティ障害の併存

## 予後（欧米）

- ① 神経性無食欲症:死亡率 5~22%(日本では10年以内に10%死亡の報告がある)
  - ✦ 死亡原因: 合併症 50%
  - ✦ 自殺: 20~30%
  - ✦ 体重・月経回復: 50~70%
- その多くは発症後4~5年経過で回復  
10年経過; 80~90%の回復率
- ・ 神経性大食症 死亡率
- ・ 死亡原因: 合併症 17%
- ・ 体重・月経回復: 社会的機能を含めた回復率 約80%
- ・ むちゃ食い / 排出型 体重回復率: 33%
- ・ 過食やパーキング行為の残存率: 42%

# 社交不安障害

ICD : 社交恐怖

DSM-IV-TR 社交不安障害  
(Social Anxiety Disorder ; SAD)

DSM-5 社交不安症、社交不安障害

## 社交不安障害

- ◎ 日本では従来から「対人恐怖症」として注目され、文化結合症候群として我が国特有の病態と考えられていたものと同様のものである。
- ◎ 人前で緊張した自分の姿にとらわれることを特徴とする。
- ◎ 人前で感じた緊張をひどく異常に感じ、その緊張した自分の姿を相手がおかしいとか、不愉快だと思っているのではないかと悩み、自分は人間としての価値もないとまで思い込むことがある。

## 社交不安障害

### 症状

- ◎ 人前で会話したり字を書いたり、よく知らない人との面談や会食などの場面において、恥ずかしい思いをするのではないかと強い恐怖、苦痛を感じる。
- ◎ このような場面では不安症状が生じ、顔のこわばり、震え、動悸、発汗、嘔気、尿意頻回、赤面または青くなるなどがみられる。
- ◎ パニック発作のようなかたちをとることさえある。
- ◎ 他人の視線を気にする傾向が強く、恐怖している対人場面や社会的(社交的)状況を回避しようとする。
- ◎ あるいは、強い不安や苦痛を感じながら耐えている。
- ◎ このようなことのため、毎日の生活や仕事、学業、他者との関係に支障が生じる。



### 精神力動的背景、発達の背景

### 社交不安障害

- ④ 自分のことがどう思われているかを非常に気にすることの背後には、特別に大事にされたい、可愛がられたい、かまわれたいという依存的な気持ちが潜んでいることがある。
- ④ 精神力動的には、対象(相手)の愛を受身的に期待するが、満たされないときに生じる心性が絡んでいると考えられている。
- ④ 発達上の起源として、人生早期の母子関係のなかで育まれる誇大自己(万能感)が指摘されている。
- ④ 幼児期においては、新しい状況に直面して強い警戒心を示したり、ひきこもったり、などの行動抑制が報告されており、生物学的には幼児期からの行動抑制と扁桃体の過活動のかかわりなどが注目されている。

## 社交不安障害の経過と治療

10歳代半ばでの発症が多い。

慢性の経過をとるが、成人期には重症度が軽快したり、寛解したりする。

障害の強さは生活上のストレスにともなって変動することがある。

治療

抗不安薬、SSRI

認知行動療法

### 思春期の若者に対する基本的姿勢

1. 子どもをありのままに受け入れること(中立性の保持)
2. 子どもは必ずしも自発的には受診しない
3. 子どもが話題にしない問題や症状を無神経に話題にしない。
4. 治療者はもっぱら感情表出を奨励する一方で、限界設定がなされなければならない
5. 秘密が守られる一方で、限界の説明もしておくこと
6. 社会的な自分の世界を拡大させること

### 親ないしは家族への接近

1. 依存と自立をめぐる葛藤のさかんな思春期症例を持つ家族は、それまでは抑圧できていた病理性を表在化してくる。  
それが問題行動の原因となっているのか、それを維持、増幅させるものなのかを判断すること。
2. 家族の罪悪感を取り扱い、  
重要な治療のパートナーであるという認識をもつこと。
3. 場合により家族療法、ただし共同治療者の必要性。