

児童青年期の精神障害

阪南病院

澤田 将幸

児童青年期の精神障害

- 幼児・小児または青年期に通常、最初に診断される障害
- 成人型精神障害の小児・思春期発症

成人型精神障害の小児・思春期発症

- 統合失調症
- 気分障害
- 不安障害
- 解離性障害
- 身体表現性障害
- 適応障害
- 物質乱用・依存
- 摂食障害
- 睡眠障害

幼児・小児または青年期に通常、最初に診断される障害

- 精神遅滞
- 学習障害
- 運動能力障害
- コミュニケーション障害
- 広汎性発達障害
- 注意欠陥および破壊的行動障害
- チック障害
- 排泄障害
- 乳児・早幼児期哺育・摂食障害
- 他の乳児期、小児期または青年期の障害
- 分離不安障害
- 選択的緘黙
- 乳児期または早幼児期反応性愛着障害
- 常同運動障害
- 特定不能の幼児期、小児期または青年期の障害

今日お話ししようと思っている内容

- 幼児・小児または青年期に通常、最初に診断される障害
- チック障害
- 排泄障害
- 分離不安障害
- 選択的緘黙
- 乳児期または早幼児期反応性愛着障害
- 虐待
- 不登校

チック障害

- チックとは突発的で急速であり、かつリズムなく繰り返されるパターン化した運動あるいは発声を指す。
- チックは一定の時間は意図的に止めておくことができるが、抵抗できない不随意なものである。

チックの分類

- 一過性チック障害
- 慢性運動性あるいは音声チック障害
- 音声および多発運動性の合併したチック障害 (Tourette Disorder)
- 特定不能のチック障害

チック障害

- **合併する障害**
 - 強迫性障害
 - 注意欠陥多動性障害
- **病態・病因**
 - 遺伝的要因
 - 脳機能的要因
 - 社会・心理的要因
- **治療**
 - 単発性チック
 - 環境調整のみで改善することが多い。
- **重症の場合**
 - 薬物療法を使用する。ハロペリドールやピモジドが効果的

排泄障害

- 遺尿症

- 遺糞症

遺尿症

- 遺尿症とは衣服や寝具の中で反復して排尿することで、診断の条件として暦年齢あるいは発達水準が5歳以上で、しかもその行為が週2回以上最低3ヶ月以上続いている。
- わが国の専門家の遺尿症に対する認識は異なり、5～6歳を過ぎても月1～2晩以上の遺尿がある場合を遺尿症とするという暗黙の了解がある。

夜尿症

- 夜間睡眠中の不随意排尿を夜尿症としている。発生頻度は夜尿症単独が83%である。
- 夜尿は乳児期から幼児期前半にかけてごく当たり前にみられる生理現象で、排尿・蓄尿に関与する神経内分泌調整機構の未熟性に起因している。
- 学童初期の児童で少なくとも月1回以上夜尿を持つ率は10～15%、さらに学童後半には5～7%といわれ、計算上1クラスに平均2～3人はいる計算になる。

治療

- 本人および保護者に対して、遺尿症に関する情報と生活指導の意義・重要性について説明する。
- 必要ならば自律神経調整薬・三環系抗うつ薬・抗利尿ホルモン製剤を組み合わせで行う。

生活指導

- 安定した生活リズムの確立
- 適度な水分・塩分制限
- 夜尿行為を叱らない
- 夜中に起こさない
- 排尿抑制訓練
- 排尿中断訓練
- 寒さ対策
- 治療中のおむつは禁止

遺糞症

- 「不適切な場所（例：衣服または床）に大便を反復して出すこと」と定義している。つまり、この定義では意図せずに失禁してしまうことも、故意に便を不適切な場所に排泄したり擦りつけたりする行為も遺糞症に含まれる。
- 遺糞症の診断は少なくとも4歳以上とされており、それ以前は排便訓練を焦らなくても良いことを親に伝える。

遺糞症

- 遺糞症は、小学校2年生年齢で1.5%の子どもに存在するといわれ、頻度の高い障害である。
- 遺糞症の原因としての便秘が注目され、最近では便秘の治療が主体となり、心理療法は2次的なものと考えられる傾向が出てきた。
- ただし、多くの場合は、遺糞症は長期にわたって存在し、2次的な心理的問題も大きく、それによる悪循環も多く存在する。

治療

- 説明と生活指導
- 便秘への生理学的治療

説明と生活指導

- 遺糞症は稀なものではない
- 遺糞症は子育ての失敗によるものと考えられることは少ない
- 排便機構の生理的な未熟性によることが多い
- 治癒率が高いもので時間がかかっても必ず治る
- 叱っても治らず逆効果である
- 治療は自分に対するコントロールを高めることであり意欲が必要
- 繊維の多いものを食し、便秘を改善させる
- 排便のための生活習慣をつける
- トイレを楽しくする
- 怒られることにより自己評価が下がり、2次的な心理的問題の危険となる
- 教師に対しても遺糞に関する十分な説明を行い理解してもらう

分離不安障害

- 分離不安障害（SAD）は、愛着をもっている重要人物から引き離されることに伴い、発達的に不適切で過剰な不安が生じることが特徴である。
- SADの子どもは、学校に行く前の朝の日課の遅延から親のそばから離れることへの拒否（例：学校に行くことまたは1人で寝ることへの拒否）の範囲にまで、回避行動を表現する。

治療

- 家族の不和、夫婦間の不和、個々の家族間の不和、不適切な役割または境界、そして感情的または身体的虐待のような、起こる可能性がある問題を評価するために、家族の評価を行うことが大切である。
- 一般的に、子どものための精神社会的そして精神薬理的な治療を融合するために、多面的なアプローチがしばしば作られた。
- 第一選択は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）であり、第二選択は、三環系抗うつ薬（TCA）である。
- 子どもにおける不安障害を治療するために、たくさんの精神社会的方法が存在するが（例；CBT、精神力動的療法、遊戯療法、支持療法）、CBTは、無作為に調整された研究によるデータにより有効性が支持されたただ一つの方法である。

選択的緘黙症

- 言語能力や知的能力がほぼ正常な子どもが、幼稚園や学校など特定の場所で言語による他者との交流を拒み、比較的長期にわたって沈黙を続けるという病態を示している。
- 少なくとも1ヶ月以上障害が持続している。

治療法と予後

- 治療としては、精神療法、行動療法、家族療法、環境調整療法などがなされている。
- 最も一般的に行われているのは、非言語的な精神療法である遊戯療法である。
- 予後は、本邦では必ずしも良くない。

反応性愛着障害

- 乳幼児期に子どもが適切に形成すべき対人関係を形成できていない状態で、しかも子どもを養育したり、世話したりする人が子どもの情緒的要求や身体的要求を無視したり、持続的で安定した関わりを持たないという特徴が子どものいる環境にある場合に生じる。

分類

- 対人関係を持つことへの過度の抑制、あるいは対人への接近と回避という矛盾で特徴づけられる態度（抑制型）
- はっきりとした依存対象を持ち得ていない対人様式（脱抑制型）

治療

- 子どもをもう一度乳児期の愛着関係形成の可能な状態に退行させ、子どもと養育者との間の愛着行動の表出と授受を促す試みが主になる。
- 愛着関係の確立障害は、後の対人・対社会関係の発展の上で無視できない影響を及ぼすものであるから早期発見と早期介入が必要である。

子ども虐待

- 虐待とは
- 本邦における虐待の実態
- 虐待が子どもに与える影響
- 虐待を受けた子どもへの基本対応
- 親への治療的アプローチ
- 虐待を疑った時

虐待とは

- 虐待とは：保護者がその監護する児童（18歳に満たないものをいう）に対し、次にあげる行為をすることをいう。
 - ①身体的虐待
 - ②ネグレクト（保護の怠慢、拒否）
 - ③性的虐待
 - ④心理的虐待

日本での虐待の実態

- 日本での実態（平成13年度児童相談所統計）
- 平成13年度での処理件数：23274件
- 虐待者の割合：父 29.0%
- 母 64.5%
- その他 6.4%
- 虐待の内容：身体的虐待 46.5%
- ネグレクト 37.8%
- 性的虐待 3.3%
- 心理的虐待 12.3%
- 被虐待児の年齢 小学生 35.8%
- 3歳～学齢 29.4%
- 0歳～3歳 20.4%
- 中学生 10.4%
- 高校生その他 3.9%

虐待が子どもに与える影響

- **愛着障害**
 - 基本的信頼感が持てない。無差別な愛着。
- **自己調整不全**
 - 過剰覚醒。低覚醒。気分・行動・衝動の制御困難。
- **自尊感情の低下**
 - 自責感・恥の気持ち
- **学習上の問題**
 - 注意集中困難・能力の個人内較差
- **病的解離**
 - 記憶・身体感覚・感情。同一性などの障害。
- **身体面への有害作用**
 - 免疫機能の低下。様々な疾患のリスクを高める。生命予後の低下

虐待を受けた子どもへの基本対応

- **安全な環境を保障する。**
 - 身体面・心理面
- **感情の共有と表出を支援する。**
 - 遊びの中での感情表出
 - トラウマ反応の穏やかな修正
- **症状がひどい場合は薬物療法の検討**
- **様々なスキルトレーニングと心理教育**
 - 健全な人格発達促進

親への治療的アプローチ

1. 基本的に、虐待したことを非難したり、虐待したという告白を否定したりせず、親のありのままの姿を受け止める。
2. 親のプライドを大切にして、傷つけないように配慮する。
3. 親が自分自身を受け入れ、大切に思うようになると、子どもと自分との関係の悲しさに気付き、子どもへの憎しみや拒否感が薄れていく。

虐待を疑った時

- 児童福祉法第25条
- 虐待を発見した場合関係機関に通告する義務がある
- 児童虐待防止法第6条
- 虐待の通告は守秘義務違反にあたらない
- 児童虐待防止法平成16年改正
- 通告義務が疑いでもなされる

不登校

- 疫学
- 病因
- 臨床的特徴
- 診断
- 治療

疫学

- 小学生は1980年頃から比較的平坦な不登校発現率を示していたが、近年漸増傾向になる。1991年からは「年間30日以上欠席」という基準での集計が始まり、1991年には0.14%であったが、2001年には0.4%であった。
- 中学生は「年間50日以上」という基準で1980年には0.3%であった不登校発現率が、1980年頃から急速に増加し始め1991年からは「年間30日以上欠席」という基準での集計が始まり、1991年には1.04%であったが、2001年には2.8%であった。

病因

- 発現要因を歴史的にみると、母子間の分離不安、失敗への予期不安、学習された回避反応、父性の不在、管理教育やいじめといった学校要因などの多彩な発現メカニズムに関する仮説が存在する。
- 現在のところ不登校は子ども本人、家族、学校の3領域に存在する諸要因の総和、ないし相互作用として発現してくると考えておくのが実際的かつ妥当である。

臨床的特徴

■ 不登校準備段階

- 内的には不登校に至ることになる葛藤が増幅しつつあるものの、表面的には子どもの学校適応に破綻は生じていない時期である。

■ 不登校開始段階

- 不登校が始まり激しく情緒が揺れ動く時期である。

■ ひきこもり段階

- 家庭へのひきこもりが中心症状となる時期である。

■ 社会との再会段階

- 次第に社会的活動への関心を育てていく時期である。

診断

- 不登校は現象ないし症状概念であり、疾患単位でない。
- したがって不登校における診断とは不登校の背景精神疾患の診断である。
- 不登校はあらゆる精神疾患に伴う可能性がある症候であるが、最も一般的であるのは不安障害群と適応障害群である。

治療

- 不登校の治療目標は、不登校という事態を悔やみ呪うのではなく、不登校を生きることによって新たな自己・真の自己を確立することにある。