



子どものメンタルヘルス

宇佐美政英[†]

IRYO Vol. 73 No. 3 (158-161) 2019

【キーワード】 児童思春期, 子ども, メンタルヘルス, 児童精神医学

はじめに

この20年ほどで注意欠如・多動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) や自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder: ASD) などの発達障害を中心に子どものメンタルヘルスへの関心が急激に高まった。同時に児童期特有の疾患として重篤気分調節症, 反抗挑発症, 素行症など, 児童期に発症する精神疾患も操作的診断基準の更新と共に続々登場してきた¹⁾²⁾。しかしながら, 臨床医は発達障害論だけでなく, 思春期心性を含めた子どものメンタルヘルス全般について成人期を勘案しつつ見渡していく必要があるだろう。本稿では, 子どものメンタルヘルスについて, いくつかの図とともに概観したい。

児童期から成人期へと連続した病態

当然のことだが, どんな子どもであっても必ず成長する。その過程の中で未分化な精神症状が消退する場合もあるだろうが, その一部は成人期の主な病態である統合失調症, 双極性障害, うつ病, さらにパーソナリティ障害などの病態へと移り変わる

(図1)。われわれ児童精神科医は統合失調症の前駆症状としてのうつ症状や強迫症状を一時的に診ているだけかもしれない。一方で, それまで児童期に発症すると考えられてきたADHDだが, 成人期になって初めてADHD症状を認めるLate-onset ADHD概念が登場するなど, その連続性に関する疑問は以前よりも複雑になってきた³⁾⁻⁵⁾。

子どものメンタルヘルスに関わる専門家は, 「この子はどんな大人になるのだろうか」と思いを馳せながら, 児童期に確定した病態が可塑的であると同時に, 成人期まで見据えた精神医学的な見立てを常に忘れてはならない。

思春期の集団性と時間の流れ

思春期の子どもの治療を考えると, 集団論を含めた思春期心性は切り離せない。前思春期に入った子どもは身体の急激な変化, 親からの分離・自立, 仲間集団との交流, 異性との交流, 社会参加の方向性の模索などのさまざまな発達上の課題に直面し, 自己の同一性の確立への道筋を進んでいく(図2)。この時に前思春期の子どもに生じる不安に対する防衛に寄与し, 発達の強力な推進力になるものとして仲間集団がある。両親との葛藤的な関係の中で孤立

国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科 †医師

著者連絡先: 宇佐美政英 国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

e-mail: usami.masahide@hospk.ncgm.go.jp

(2018年11月5日受付, 2019年1月18日受理)

Children's Mental Health

Masahide Usami, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

(Received Nov. 5, 2018, Accepted Jan. 18, 2019)

Key Words: adolescent, child, mental health, child and adolescent psychiatry

幼児期で身体症状が出現し、児童期から思春期にピークを迎える
 児童期から思春期にかけて多彩で未分化な症状の出現を呈し、典型的な病像を認めにくい

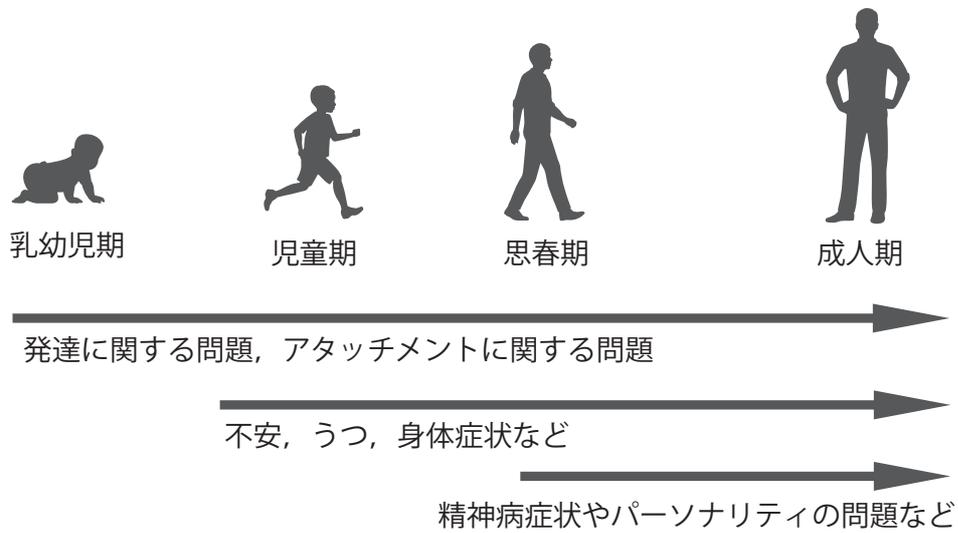


図1 子どものメンタルヘルスと成長

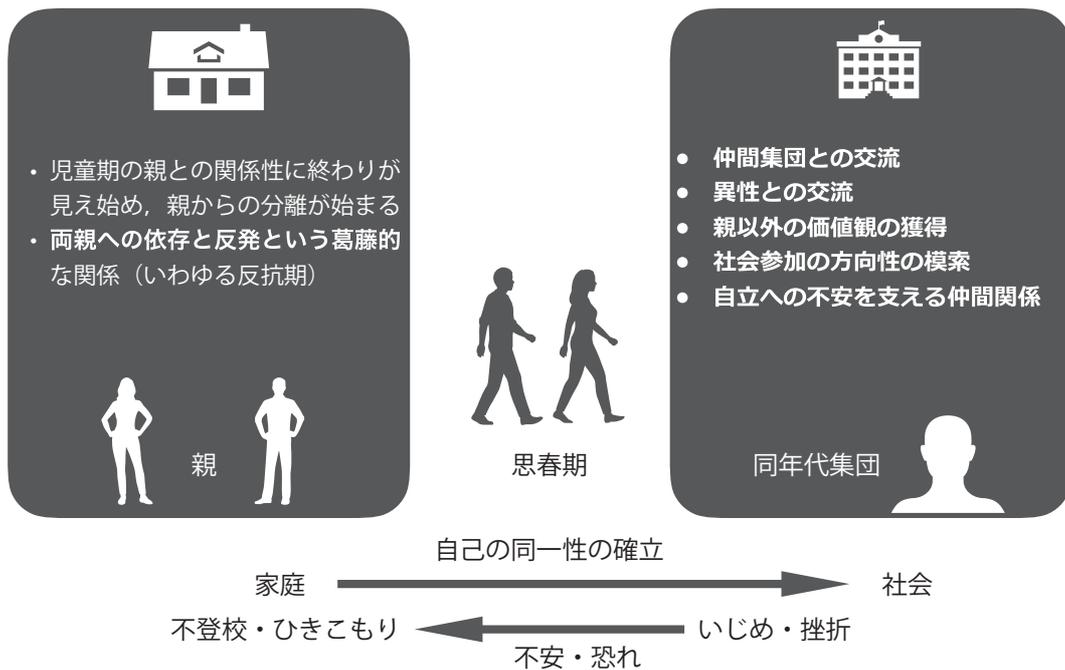


図2 思春期の子どもの心

に陥りやすい子どもの心の^よ拠り所になり、価値観や視野を広げると同時に対人関係の練習の場にもなる。前思春期の子どもははまだ内的な体験を観察し言語化する自我の機能が十分に育っていないため、言語的交流を中心とした個人精神療法の展開には限界があることや、それ以前の年齢に比べて増大する反抗のために遊戯療法の有効性も過大には期待できない。

不登校状態にあるなど発達上のつまずきが長引いたときには、仲間集団との交流の体験の不足を補い、その子どもの社会的発達を支援するための治療環境が求められる。

もう一つの視点として、子どものメンタルヘルスに対する治療は医療的な時間の流れだけでなく、学校生活（学期制や長期休みなど）も考慮すべきであ

薬物療法の前に説明すべきこと

- ・ 症状と診断・薬物療法の必要性
- ・ 服薬の負担感（内服回数など）
- ・ 薬物療法の目的
- ・ 効果と副作用の説明（効果の発現時期、どの症状に有効か、増量や変更計画、副作用の内容・発現時期、持続期間、副作用が発現した時の対処方法）
- ・ 内服予定期間（いつまでの飲むのか？）

（諸川 & 柳田. 臨床精神薬理 8, 635-640, 2005 一部改変）文献 8）

薬物療法開始前の行うべきこと

- ・ 家族歴（遺伝負因）
- ・ 身体疾患に関する既往歴・治療歴
- ・ バイタルサイン（身長・体重・血圧）
- ・ 血液検査・心電図・脳波などの身体的評価
- ・ 現在の心理社会的な問題点
- ・ 現在内服中の薬剤と前医の処方

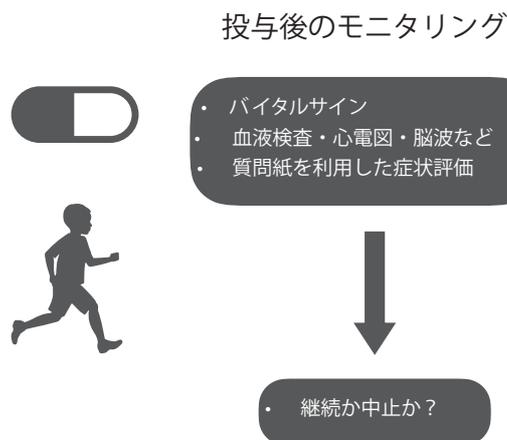


図3 子どものメンタルヘルスにおける薬物療法

る。学年が変わる時や学校が変わる時などは、子どもたちがそれまで苦しんできた過去に別れを告げ、仲間たちと一緒に新たな世界へと向かっていくことができる時期である。この時期にしか現れない子どもたちの勢いを治療に生かしていく感覚が求められる。子どもたちの治療の目的やゴールは、病気の治癒ということだけでなく、学校生活を含めた同年代集団に参加していくことも含む。すなわち、病態の評価だけでなく退院する時期や学校に復帰する時期についても治療計画に含むべきである。

親へのエンパワーメント

子どものメンタルヘルスの治療において、親へのエンパワーメントは必須である。親が子どもともっと多くの時間を共に過ごす治療者になることを目指して、わが子がメンタルヘルスに問題を抱えてしまったという罪悪感に押しつぶされそうな親を支えていくべきだろう。治療者の子どもへの過度な入れ込みは、親との対立を招き、治療阻害的な関係性へと展開していく。治療者は子どもと親のいずれにとっても中立的な立場であると同時に、子どものメンタルヘルスの改善を目指していくために、親を支えつつ治療同盟を結んでいかななくてはならない。

子どものメンタルヘルスに対する薬物療法

子どものメンタルヘルスに対する薬物療法は、きわめて限定的な使用が求められる現状といわざるを得ない。なぜなら、わが国で有効性と安全性が認められた適応内使用ができる薬剤は、ADHDに対する Methylphenidate, Atomoxetine, Guanfacine, 自閉症に対する Pimozid, 自閉症の易刺激性に対する Risperidone, Aripiprazole の5剤しかない。この5剤以外はいわゆる適応外（オフラベル）使用となる⁶⁾。それゆえに、いずれの場合も子どもと親に十分な説明と同意を得た上で使用していくことが望ましい。とくに抗うつ薬に関しては、自殺念慮を含むアクチベーション症候群を喚起することから、24歳未満のうつ病患者への投与は慎重投与とされている。それでも臨床医は必要に応じて投与する際には、その適応を慎重に検討した旨を診療録に記載しておくべきである。

児童思春期に対して抗精神病薬を使用する際に、薬物療法が必要とされる精神医学的現象と包括的な診断ができ、オフラベル使用を含めたりリスクとベネフィットを親と子どもに説明し、同意を得るべきである。初めての投与前には、標的症候を明確にして、投与前の検査（身長、体重、血圧、血液、心電図など）を施行する（図3）。可能な限り少量から投与

初診からの流れ

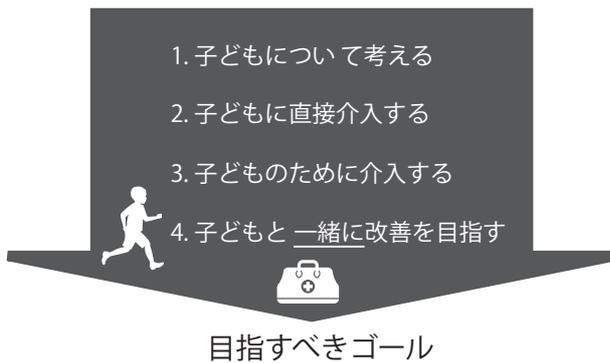


図4 児童精神科医の役割

を開始し、標的症状の変化を含めた効果と副作用をモニタリングしながら、薬物療法の継続か否かを常に検討すべきである⁷⁾。

まとめると児童思春期に薬物療法を行うためにも、患児およびその親との十分な信頼関係が基本となる。また、薬物療法の効果を客観的に評価できる視点が必要であり、子どもと親に過度な期待を持たせないように気をつけるべきである。そして薬物療法の効果を認めた時に、共によろこびを分かち合い、薬物療法の効果の影に隠れているかもしれない子どもや親の努力にそっと注目することを勧めたい。

児童精神科医の役割

児童精神科医の役割は、親と共に問題を抱えた子どもが大人に成長する過程に並走することである(図4)。まずは、目の前に現れた子どもがどんな子どもなのか考えるところから始まる。次に子どもに直接介入することになる。たとえば、心理的な介入かもしれないし、薬物療法かもしれない。さらに、その子どものために必要なことを考え、親や学校などの環境にも介入する。そして、子どもと一緒に問題の改善を目指すべきであろう。

児童精神科医は、子どもが抱える目の前の問題だけに固着し、拙速な薬物療法や学校復帰だけを目指した安易な治療に手を出さないようにしなくてはならない。子どもの話をよく聞き、その考えを理解し、一緒に目指していけるゴールを考えていくことこそ、児童精神科医に求められる姿勢となる。

おわりに

子どもと向き合う臨床家たちは、子どもから大人に向かう心のダイナミックな展開や多様性と、意外なほど回復しやすい反面、表面的な重症度がその判断の基準になりにくいという症状の流動性に取り組むことになる。思春期の子どもたちの両価値性を、かろうじて支えることに成功した時の心が弾むような思いは、子どものメンタルヘルスに携わる児童精神科医だけが知る手応えといってもよいだろう。

[引用文献]

- 1) Loeber R, Burke JD, Lahey BB et al. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1468-84.
- 2) Copeland WE, Shanahan L, Egger H et al. Adult Diagnostic and Functional Outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 668-74.
- 3) Caye A, Rocha TB, Anselmi L et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 705-12.
- 4) Moffitt TE, Houts R, Asherson P et al. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 967-77.
- 5) Mackie S, Shaw P, Lenroot R et al. Cerebellar development and clinical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 647-655.
- 6) Tsujii N, Saito T, Izumoto Y et al. Experiences with Patient Refusal of Off-Label Prescribing of Psychotropic Medications to Children and Adolescents in Japan. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016; 26: 642-5.
- 7) Okumura Y, Usami M, Okada T et al. Glucose and Prolactin Monitoring in Children and Adolescents Initiating Antipsychotic Therapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018; 28: 454-62.
- 8) 諸川由実代, 柳田 浩. 思いやりのある精神科薬物療法. *臨精薬理* 2005; 8: 635-40.