

4-1-7-3 思春期心理科

1. 概要と特色

1.1 思春期の精神発達の特徴

思春期は小児から成人への重要な橋渡しの時期であり、心身両面において成長と共に成熟が始まり、完成する時期である。思春期の定義については議論があるが、一般に二次性徴が進んでくる10歳から成長・成熟が完了する20歳までと言われている。この期間における精神発達課題を、乳幼児期の分離 - 個体化過程に比較して、第二の個体化過程と呼ぶことがある。最初の分離 個体化過程において、子どもは親とは別個の存在である自己という意識を確立するが、第二の個体化過程では、親との依存関係を断ち切り、一人の個としての人格を確立し、社会参加(親密な二者関係から様々な社会集団への関わりまでを含む)を果たしていくことになる。従って、思春期診療では、病的現象に対する治療だけでなく、個としての発達を促進する働きかけが必要である。

1.2 思春期診療の概要

国立成育医療センターこころの診療部には、育児心理科、発達心理科と共に、思春期心理科が設置されている。思春期心理科では、不登校・引きこもりや摂食障害など、思春期に特有な問題や他科との協働による思春期医療に取り組んできた。思春期心理科の診療活動としては、通常の初診(週1日)および再来(週5日)、総合診療部思春期診療科と合同して行う思春期外来(週1日)および入院治療、特殊外来としての不登校外来(週1日)、および専門他科とのコンサルテーション・リエゾン診療(外来・入院)が挙げられる。

2. 診療活動

2.1 2004年度初診患者数

2004年度初診患者数は134名である。平均年齢は15.3歳で、中学生50%、高校生以上38%、小学校高学年6%、その他6%である。性別では、女子60%、男子40%である。診断分類(ICD-10)としては、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)分類51%、F5(生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群)分類13%、F7/F8(精神遅滞/発達障害)分類10%、F2/F3/(統合失調症/感情障害)分類7%、その他の分類19%であった。

診断分類(ICDコード)	n
F0: 症状を含む器質性精神障害	0
F1: 精神作用物質使用による精神および行動の障害	0
F2: 精神分裂病、分裂性障害および妄想性障害	4
F3: 気分(感情)障害	6
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	69
F5: 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	18
F6: 成人の人および行動の障害	6
F7: 精神遅滞	7
F8: 心理的発達の障害	7
F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	17
合計	134

年齢グループ	n	性別	n
乳児	0	男	54
幼児	4	女	80
年	4	合計	134
年	8		
中学生	67		
高校生以上	51		
合計	134		

2.2 思春期外来

週半日の外来で、原則として院内からの紹介による特殊外来である。「思春期外来(総合)」は、総合診療部思春期診療科医師1名と内分泌科医師1名が担当している。「思春期外来(心理)」は、こころの診療部思春期心理科医師1名が担当している。この特殊外来では、身体面と心理面を同時に診療していく体制になっている。

2.2.1 「思春期外来(心理)」初診患者の診断分類

「思春期外来(心理)受診者の年齢は中学生年齢が中心である。診断分類は、摂食障害群(42%)と神経症性障害群(36%)が大半を占めている。神経症性障害群の中には、様々な身体化症状やいわゆる自律神経症状を示すものが含まれている。すなわち、思春期外来全体として多いのは、摂食に関する問題(摂食障害と肥満)を持つ者、様々な身体化症状を示す者、および様々な慢性身体疾患を持つ者である。

2.2.2 思春期外来のまとめ

思春期に特徴的な精神的問題を大きく3つ、すなわち **身体化**、**行動化**、**および 社会的ひきこもり(不登校を含む)**に分けることができる。当センターでは、小児総合病院という性格上、身体化症状の問題(摂食障害や肥満を含む)を持つ者の診療が中心となる。この身体化症状は、時に生命の危険性が生じる程の重症度に達する場合がある。行動化の問題(自傷行為や非行・暴力など)を持つ者の診療には、精神科病床がないために対応できない。不登校を含む社会的引きこもりの問題を持つ者の診療は、こころの診療部思春期心理科不登校外来で扱われている。身体化症状の背景にある問題としては、思春期の精神的発達課題における行き詰まり、家庭環境の問題(夫婦不和、別居・離婚、世代間葛藤、頻回の転居、きょうだい間葛藤や親・きょうだいの慢性疾患など)の存在、喪失・離別体験や被虐待体験などの心的外傷の存在、および地域の社会環境の問題など多岐に渡っている。

2.3 摂食障害の入院チーム医療

当センターでは、2002年3月の開設以来、総合診療部、こころの診療部、および看護部が協働して、摂食障害の入院チーム医療を行ってきた。現在までの貴重な治療経験の積み重ねから、「体重・安静度・栄養」治療計画を個別に作成し、それを入院治療の中心に据える治療法が確立してきている。また、当センターの特徴として、神経性無食欲症の最も低い年齢層(小学校高学年から中学生)を対象としている。

2.3.1 治療計画

チーム医療を円滑に行うためには、共通言語を持つことが必要である。そのためには、明確な治療計画を作成し、それを共有するという方法を取っている。表1に、「体重・安静度・栄養」治療計画の1例を示す。

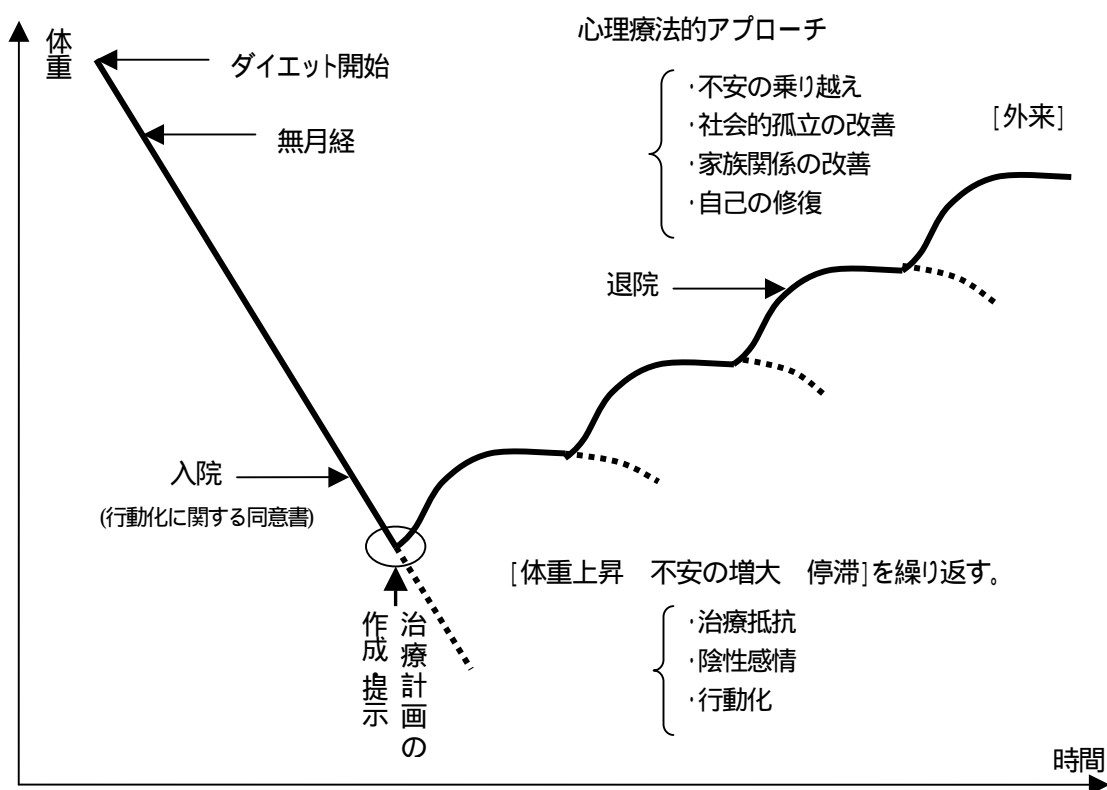
表1 .「体重・安静度・栄養」治療計画の例

体重	安静度	食事	点滴	総カロリー
現在 32kg (- 42%)	ベッド上安静 トイレ歩行可	学童 2(1850Cal)	ST3G 1200ml/day (360Cal)	2210Cal
34kg	食後1時間ベッド上安静 病棟内フリー	学 2	継続	2210Cal
36kg	食後1時間ベッド上安静 30分病棟外散歩可	学 2/常 1 経口栄養剤	36kg 維持できれば 2段階で中止	2210 ~ 1850 (2000 以上)
38kg	外出可	学 2/常 1 経口栄養剤	なし	同じ
40kg	外泊可	同じ	なし	同じ
42kg (- 24%)	退院			

2.3.2 治療経過図

図1は、この治療計画に基づいた治療が行われた場合の経過図である。治療計画の呈示が最初の大きな山になる。この際には、本人および両親と治療スタッフ(総合診療部医師、こころの診療部医師、および看護師)が一堂に会し、十分な説明と議論を行った後に治療契約(同意)を結ぶことになる。この時点以降、体重は上昇に転じるが、その経過は「体重上昇 不安・治療抵抗の増大 体重増加の停滞」を繰り返すようになる。

図1 . 神経性無食欲症の入院治療経過図



2.3.3 摂食障害治療の問題点

これまでの若年発症の神経性無食欲症症例を対象とした入院治療の経験から、以下の二つの問題点が明らかになっている。

第1点は、発症経過が従来言われていた経過と異なる症例が存在していることである。実証的に明らかになっている従来の発症機序は、思春期に伴う体の変化に対して、多くの女子は「肥満感」を抱くようになり、「やせ願望」などのダイエット心理を持つようになる。このダイエット心理/行為が、摂食障害の入り口となる。多くの女子は、途中でダイエットをあきらめることになるが、その一部の者に何らかの個人的な心理社会的要因が働いた場合に、摂食障害を発症するものと考えられてきた。しかしながら、これまでに経験した症例の中には、すでに体重増加の停滞が7歳時から始まっている者などを認めた。このような「潜在性」の発症例に関して、今後身体・精神両面の病態の把握や発症要因の解明を行う必要がある。また、家庭や学校保健室で、このような症例の発見がなされていなかったという問題があり、改めて早期発見と予防に関する具体的方法の確立が課題として浮かび上がってくる。

第2点は、摂食障害治療の施設間連携の問題である。従来は、それぞれの医療機関において、身体的病態や精神的病理が軽症の者から重症の者まですべてを対象とし、長い治療経過の全期間を一施設で治療するという形態が取られてきた。特に、小学校高学年から中学生年齢に関しては、積極的に入院治療を行っている医療機関の数が限られており、従来の形態では各施設に大きな負荷がかかることになる。従って、今後、それぞれの医療機関が摂食障害の外来・入院治療に関して機能分化を行い、連携を取りながら治療していくという方向性を考える必要がある。

2.4 慢性身体疾患を持つ患者の思春期診療

小児期からの慢性的な身体疾患を抱えながら思春期年齢に達した患者の思春期診療経験から、次の2つの問題点を提示する。

2.4.1 慢性の身体疾患を持つことから生じる精神的問題について

ある先天性心疾患を持つダウン症の中学生は、自殺企図とも受け取られるような危険な行動を突発的に取るようになった。「病気のことが、よく分からない」という訴えを、当初は、医師からの病気の説明を受けても、理解が難しいという意味に考えた。しかしながら、その後の関わりの中で、この訴えは「病気を受容することができない」という意味であったことが明らかになった。高等養護学校に進み、2年生になる頃には、自分の体重や体調管理にも気をつけるようになるという変化が生じた。思春期における「個の確立」に際して、慢性身体疾患の存在とそれに伴う治療・管理の遵守と、生活上の様々な制約やハンディをどのように位置づけるかという課題は極めて大きい。この「受容」の問題がなかなか進まず、親や周囲に任せたままになる場合もあれば、むしろ極端な方向性に進み、必要な親からの援助も受け付けず、社会的に孤立していく場合も見られる。従って、慢性身体疾患を持つ患者に不登校などの問題が生じた場合、その二次的影響は大きくなるものと考え、迅速な対応が必要になる。社会的孤立を回避していくことは、親・子間の依存関係が行き詰まり状況に陥ることや、重篤な精神病理を生じさせることを予防するものとする。

2.4.2 成人期への移行に関する問題について

思春期から成人期に移行する時期の精神的問題としては、将来の人生設計に伴う様々な不安が現実になる。「職につき、結婚し、子育てをする」という一般的に多く見られる(ある患者の言葉によれば「普通の生活」という)将来設計に関して、様々な不安と現実の問題が生じる。また、病状悪化とそれに伴う入院や、生命的予後に関する恐れなどを乗り越えていくには、多くの心理的作業と時間を必要とする。このような思春期からの「出口」(あるいは成人期への「入り口」)に際して何が必要かという問題は、今後の検討課題であるとする。また、成人期への移行に伴い、その後の医療として何が必要かを各個人毎に見直し、適切な医療機関や体制を本人自身が選択し直すという「仕切り直し」を行うことも重要であるとする。

3. 研修および講演

3.1 東京精神療法研究会

- ・ 2004年7月26日 講義：フロイト理論「不安、自我論」
- ・ 2005年3月7日 講義：フロイト症例「ねずみ男」

3.2 大阪精神療法研究会

- ・ 2004年6月19日 講義：摂食障害の入院チーム医療
- ・ 2004年9月18日 講義：自己愛とその病理

3.3 第20回日本精神分析学会教育研修セミナー

- ・ 2004年10月1日 研修テーマ：「精神分析的アプローチの治療作用を捉える」

3.2 武蔵野市医師会学術講演

- ・ 2004年11月24日 講演：摂食障害について

4. 社会的活動

4.1 2004年度安田精神保健講座

「摂食障害治療の実際を学ぶ」(全4回)の企画を行う。