

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歳から成長を成熟が完了する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、親との内的な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、この時期は「思春期危機」という言葉があるように、普通の発達においても心理的退行や行動面の問題が生じやすい。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4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2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 2005年度初診患者数

2005年度初診患者数は107名である。年齢別では、小学生低学年5%、同高学年14%、中学生48%、および高校生以上34%である。性別では、女子53%および男子47%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54%、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12%、F7/F8(精神遅滞/発達障害)分類9%、F2/F3(統合失調症/感情障害)分類12%、およびその他の分類11%であった。

2.2 思春期外来

週半日の外来2回で、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。

「思春期外来(心理)受診者の年齢は、小学生高学年から中学生年齢が中心である。診断分類は、摂食障害群と神経症性障害群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(摂食障害とその関連疾患)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。

2.3 若年発症の摂食障害に関する入院チーム医療

当センターでは、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。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)を対象としていることが挙げられる。2002年3月から2005年12月までに、摂食障害の診断・疑いにて当院摂食障害の治療チームが担当して入院治療を行った者の中で、初診時年齢が16歳以下の女性患者は35例であり、そのうち、16例が月経未発来であった。このような若年(小児期)

発症の摂食障害には、次のような特徴や問題点がある。

第1点は、発症経過が従来言われていた経過と異なることである。従来言われている発症機序は、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。

第2点として、このような小児期発症の摂食障害に関して、学校保健室から体重減少を指摘されたり、医療機関への受診を勧められることがむしろまれであり、このような症例の発見が遅れてしまうという問題がある。すなわち、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3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態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。

2.3 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。

第1点は、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である。先天性心疾患を持つダウン症の中学生の例では、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」の問題は、その人の心の成長・作り替えを促す大きな契機になる。その一方で、それがなかなか進まず、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、親一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。

第2点は、成人期への移行に関する問題についてである。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的になる。「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、様々な不安と現実的問題が生じる。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

と考える。

3. 研修および講演

3.1 東京精神療法研究会

- ・ 2005年7月4日 講義：「対象恒常性について」

3.2 大阪精神療法研究会

- ・ 2005年7月23日 講義：「マラーの分離個体化過程について」
- ・ 2005年9月17日 講義：「Freudの本能欲動論について」

3.3 第21回日本精神分析学会教育研修セミナー

- ・ 2004年10月21日 研修テーマ：「エディプス葛藤の扱いをめぐって」

3.4 成育医療臨床懇話会

- ・ 2005年10月29日 講演：「思春期の心の発達」

3.5 成育医療研修会

- ・ 2005年11月17日 講演：「こころの診療部活動状況」

4. 社会的活動

4.1 2005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。