

健やか親子21

「子どもの心の診療医」指導医研修

目的：子どもの心の診療に関する基礎知識や技能、対応方法、小児科医と児童精神科医が連携する必要性を学ぶことを目指す。

対象：子どもの心の診療や問題に携わる一般小児科医、一般精神科医などの医師（特に学んだことを地域の小児科医などに伝達できることが望ましい）

※本資料は当日参加ができなかった方にも講義内容が理解しやすいように、実際の講義と当日配布した資料を元に事務局において作成した資料となります。詳しい内容は、特設HP内の終了報告に掲載の資料をご覧ください。

1. 発達障害（特にASD）への支援

★小児科医の立場から

- 診断に必要な観察行動
 - ・スクリーニングや診断のための問診、チェックリストを知る
 - ・どんな症状や経過に注目するか
 - ・児の特徴を知って支援に活かす
- リスク児をどのように見極めるか
 - ・人見知りがない
 - ・新規場面が非常に強い。こちらのあいさつ等の働きかけなどに反応はするが、しっかりと目を見ているわけではない。
 - ・何回も診察で会っているのに、いつになっても大泣きをして診療が難しい。
 - ・睡眠リズムが確立していない。
 - ・偏食が強く、子育ての困り感が非常に強い。
- 保護者の心情とその対応
 - ・具体的に聞かないと誤解を生じる
 - おもちゃで遊んでもらう等の実際の行動で確かめる
 - ・気になる症状を伝える
 - 診断を伝えるのは慎重に
- 症状の出現や持続に注目する
 - ・どの年齢でも逸脱といえる症状
 - ・成熟に左右される行動
 - ・特定の年齢で最も観察される行動
- 診断の意義
 - ・児の正確に客観的に評価をする
 - ・診断後の適切な介入を検討出来る
 - 療育担当者は、診断を保護者が知っていないと指導がしにくい
- 診断のための工夫
 - ・日常生活での児の行動を、特に困っていることを中心に聞く
 - ・診察場面で児の行動特徴やそれに対する保護者の対応などを観察する
 - ・これらの症状がチェックリストの中のどの行動にあてはまるのかも含めて評価する
 - ・診断の受け入れには時間がかかることもあるので、構造化面接などを行い、診断を受けるといふ保護者の意識作りが必要な場合がある。

★児童精神科医の立場から

- 子どもの心のケ河野問題は従来考えられていたものよりも早期対応が重要
 - ・5人に1人の児童がメンタルヘルス問題を抱えている
 - ・児童期に不安症状は珍しくない
 - ・うつ病や不安障害に罹患している成人の約半数は児童期から症状が続いていた
 - ・児童期の心の問題（不安、いらいら、おちこみ）は成人後の社会的機能全般にダメージを与え、自殺リスクを高める。
- 周囲の大人は子どもの心の問題に十分、気づけているか
 - ・子どもは自分から心の悩みを話さない（話せない）
 - ・大人が子どもの行動を一面からしか見えていない→不登校や問題行動としてしか見ない
 - ・不登校や問題行動が慢性化してようやく医療機関の受診を考える（かといって医療機関では予防はできない）→心の問題に早く気づくことが大切
- ASDの不安の特徴
 - ・ことばや表情などで表現されにくく、周囲に気づかれにくい。
 - ・ASD児の不安はたいてい感覚と関係している。
 - ・「問題行動」とされる行動や回避的な行動に不安が隠れていることが多い。
 - ・不安症状は幼児期から始まり、自然な回復は期待しにくく、何年間も子どもの生活の質を下げる（不登校に至ることも）。
- ASD児の不安障害の治療
 - ・家族や本人に心理教育をする
 - ・家族や本人と治療ゴールを話し合う
 - ・理解に応じた修正を加えた認知行動療法を行う
- 小児科のプライマリケアは「心の問題への介入」のファーストコンタクト
 - ・小児科を受診児の身体症状の背景、あるいは発達障害児の問題行動の背景にある不安症状に気づく。
 - ・不安症状を認めた場合、保護者に早期対応の必要性を説明する（必要があれば専門家相談）。
 - ・児童精神科や他機関を紹介する場合、その必要性とかかりつけ医との関係性が絶たれるものではなく、安心して前向きに一步進む後押しをする。
 - ・保護者との情報共有のため、また紹介先との情報共有のため、標準化された質問紙を用い、症状程度の評価を行う。

2. 小児心身症の診断と治療

★不登校について

○不登校児と家族へ医療として最初にどのような対応をするか？

- ・「ここは、お子さんを学校に行かせるための相談場所ではありません」とはっきり伝える
- ・不登校状態になった原因探しは最初に行わない
- ・抱えている身体症状に焦点を当てて診療を開始する
- ・2つの課題を提示：
 - ①生活リズムのチェック（睡眠表の作成）...子ども自身が自分の生活状況を認知するため
 - ②「できたことカレンダー」に、毎夜一日を振り返って「行動できたこと」を記入（母が子どもを評価）
- ・登校していない罪悪感への配慮を優先する。不安感の高い子どもに対しては、あえて「登校してはいけない」とドクターストップをかける

★起立性調節障害について

- ・自律神経機能障害によって起立時に全身への血流が悪化する。脳血流の低下によって、立ちくらみ、倦怠感、思考能力の低下、いらつきなど出現する。
- ・脳の自律神経中枢（大脳辺縁系、視床下部など）の機能障害。交感神経と副交感神経の機能バランスが崩れている。遺伝的体質や精神的ストレスが影響する。
- ・中学生の1割が症状を持っているといわれる。心身症の一つであるが、身体機能異常が中心となる。心身症としての気管支喘息と類似している。

★過敏性腸症候群について

- ・大腸を中心とした消化管機能異常により、排便に伴う腹痛・腹部不快感・下痢・便秘などの便通異常を慢性的に訴える症候群である。排便頻度と便性により、便秘型、下痢型、下痢・便秘混合型、分類不能型の4群に分類される。
- ・頻度はきわめて多く、世界の有病率は約10%、小学生1～2%、中学生2～5%、高校生5～9%であり年齢とともに増加するという報告もある。

★摂食障害について

- ・前思春期発症例の増加→低身長や骨粗鬆など身体的後遺症の可能性
- ・自閉スペクトラム症（ASD）との併存で神経性やせ症の約10%との報告
→ASDの固執性といった発達特性が体重やカロリー量へのこだわりを生じ拒食症状
- ・特に子どもでは「やせ願望の明らかでない摂食障害」がある

○小児期発症摂食障害の診断基準

- ・食物回避性情緒障害...いつも不安で悲しい
- ・選択的摂食...いつも同じ種類の食べ物
- ・機能的嚥下障害...塊や硬い食べ物が怖い、嘔吐するのではないかと心配

★マルチトリートメントが子どもの心身与える影響

- ・身体的影響：身長伸びに関わる要因は、遺伝や体質、各種のホルモン、栄養などの他にも睡眠や運動、心理状態（愛情やストレス）などの環境要因がある
- ・知的発達への影響
- ・心理的影響
- ・対人関係の障害
- ・低い自己評価
- ・行動コントロールの問題
- ・多動
- ・PTSD（心的外傷後ストレス障害）等

3. 不登校・引きこもりの子への支援

★小児科医の立場から

○心の葛藤

- ・疾患を持っている子どもたちだけでなく、不登校の子どもたちにも「なぜ自分だけがこんなことに…」などの心の葛藤・叫びがある。この視点を持って児やその家族を支えていくことが大切

○患者とその家族の心理

- ・「対象喪失」（不登校の場合は目標や自分の描くイメージの喪失）と「喪の仕事（モーニングワーク）、悲嘆の仕事（グリーンワーク）」という視点が子どもやその家族たちを支援していく上で重要なキーワード

○親のモーニングワーク

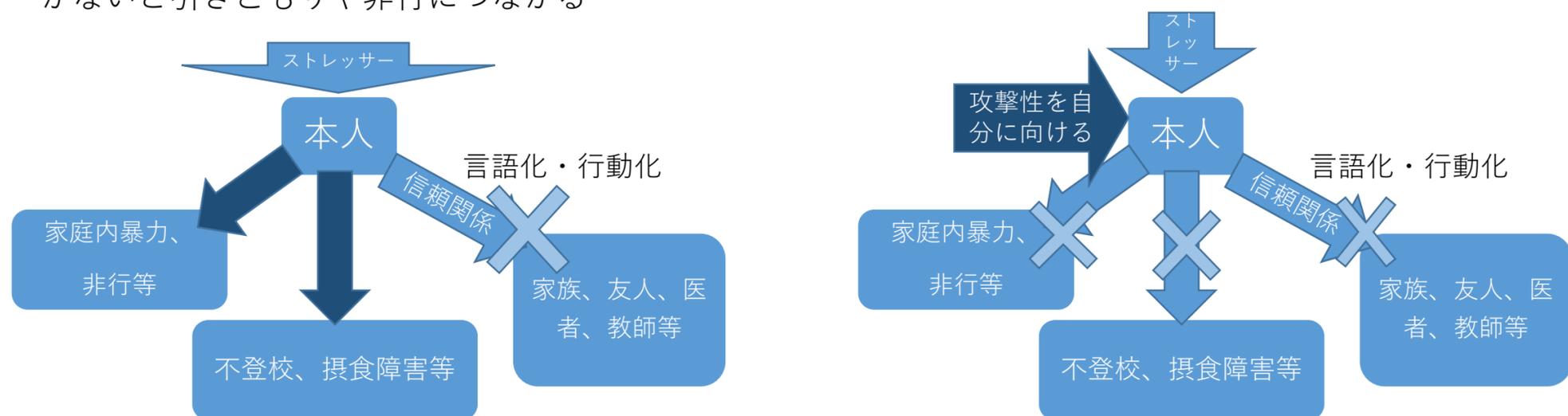
- ・親にとっては、自分たちの描いている家族ストーリーの書き換えを余儀なくされる。
- ・自分たちの描いていた家族イメージの崩壊（喪失）と家族ストーリーの書き換えにまつわるストレスを親としてどう乗り越えていくか、それに援助者はどう寄り添っていくか。
- ・モーニングワークが円滑に進まないと、子どもの育てにくさや将来への不安から子どもへの虐待を生むこともある。

○親のモーニングの四段階

- ・第1段階 感情麻痺の時期：ショック、否認（子どもが不登校になった時）
- ・第2段階 思慕と探索の時期：悲しみ、探索行動（子どもの不登校を否認する時期）
- ・第3段階 混乱と絶望の時期：怒り、恨み、抑うつ（子どもが不登校になったことを認める・承認時期）
- ・第4段階 脱愛着と再起の時期：諦め、受け入れ（不登校になった子どもを受け入れる・適応の時期）

○子どものストレッサー

- ・原因は、家庭・社会・本人の中で様々
- ・ストレスを信頼関係のある相手に言語化・行動化できるとポジティブな行動につながるが、それが上手くいかないと引きこもりや非行につながる



★児童精神科医の立場から

○対人支援におけるアセスメント

- ・一つ一つの情報を自分なりに解釈し、それらを組み立て、生じている問題の成り立ちを構成し、支援課題を抽出すること・・・問題のアセスメント
- ・その人がどんな人で、どんな支援を必要としているのかを明らかにすること・・・その人のアセスメント

○引きこもり問題の成因

- ・生物的要因：生物学的基盤の明確な精神疾患、発達の遅れや偏り
- ・心理的要因：不安、恐怖感、怯え、不信感、幻滅、自己愛的な傷つき、抑うつ、自己否定、希望の喪失、厭世感
- ・社会的要因：家族状況、友人関係、学校・職場、社会・経済状況

これらをアセスメントで検討する際、幅が広すぎて絞り込みが難しい

○新たに提案したい評価のシステム

- ・第1軸：引きこもったことに直接影響している情緒体験や症状
- ・第2軸：パーソナリティ（認知と思考と行動の特性）と発達の症状
- ・第3軸：心理的な資質（考える力と語る力）
* 資質は年齢には関わらないもので、IQにも必ずしも直結しない
- ・第4軸：引きこもりに関連する身体的問題（アトピーがひどくて人に会いたくない等）
- ・第5軸：引きこもりに関連する環境要因
- ・第6軸：社会的機能水準の評価（学校に適應することを目標にするのが難しい場合がある）

○治療支援の目標

- ・領域に目を向け、色々なその人の成長発達を支える
- ・問題を解決する事ばかりにと捉われてはいけない