

その他の職種のチーム医療の実践が望ましい。

7. 包括的対応

教育の保障や福祉的な配慮など多面的、包括的な対応も考えなければならない。

8. 治療者の柔軟性と技法の使い分け

さらに、子どもの状態の変容に応じて、用いられる治療技法や連携の輪は柔軟に工夫が加えられなければならない。治療者は子どもの反応に合わせて、そのつど治療的働きかけを修正する柔軟性を持っていることが望まれる。

(西村良二)

<総論 3. 治療 2) 心理・社会的治療>

1, はじめに

子どもの情緒と行動の障害の治療において、子どもと面接せずに治療が展開することは、ひきこもりや家庭内暴力などで子ども本人がなかなか来院しないような特殊な場合を除けばほとんどない。したがって、専門的な治療技法は別として、「治療的な面接」の技術を磨くことは、子どものこころの問題に取り組む臨床家を志すものにとっては必要不可欠である。

なお、専門的な心理的治療には、主に以下のような治療技法がある。

1) 個人を対象としたもの

①個人精神療法 ②遊戯療法 ③箱庭療法 ④行動療法 ⑤認知療法

2) 家族療法

3) 集団精神療法

誌面の都合上、専門的な治療技法については各専門書に譲るこことし、ここでは子どもと面接していく際の基本的な考え方や治療者のこころ構えなどについて述べることにする。

2, 治療者として心がけるべきこと

上述したような治療技法には、子どもの見立てや症状の理解も内包されているので、まず、自分の感性にあった治療技法に習熟することが大切である。そしてそれを基盤にしながら、その他の治療技法を取り入れて、「子どもの特徴に合わせて」柔軟に修正できる治療者になれるよう心がけるべきである。一つの治療技法に固執して、自分のスタイルに「子どもが合わせる」ことを強要する治療者になってしまうと、成功例が増える一方で、増悪したり脱落したりする症例も増えてしまう、ということを中心に留めておくべきである。

また、スーパーバイズや症例検討会への症例提示などの機会を積極的に活用し、自分と子どものやり取りをまとめたり、指導者や他機関の臨床家の考えを取り入れていく姿勢も、治療者としての力量を高めていく上で不可欠である。

3, 治療者の基本的な姿勢

1) 子どもの視点に立って、その子どもの苦悩や葛藤に共感できる。また、それと同時に親の罪悪感や苦悩にも共感できる。両者の立場に立てる柔軟さとバランス感覚が必要である。

2) 子どもが向けてくる依存や反発といった様々な感情を、ゆとりをもって受けて立てる。

3) 子どもが取り入れる「モデル」として存在する。但し、それは理想的な人間として存在することを意味しているわけではない。例えば、強迫的な子どもにとって、「程々に適当でだらしなくても生きていける」モデルにも大きな意味がある。

4) 「転移」「逆転移」という現象を正しく理解し、治療的に取り扱える。

5) 治療者は、子どもとの交流の中で、①自分の性格や行動上の特徴と直面する、②自分の子ども時代の葛藤（親との葛藤、学校体験、仲間との関係、恋愛など）を再体験する、③親としての自分の葛藤が重ね合わさる、といったことが起こりやすい。子どもとの交流の中でこれらを意識できなければ治療者とは言えず、かといって自分の葛藤に圧倒されて

しまつては日々の治療どころではなくなってしまう。したがって治療者には、「自分を見つけることができる謙虚さと健康さ」が必要となる。

4. 初回面接の大切さ

初回面接には「診断のための面接」と「治療関係を結ぶための面接」という二つの目的が内包されている。したがって、待合室で最初に会ったときから治療は始まっていると考えなければならない。治療を必要とする子どもの中には、様々な大人に出会い、傷つき、大人に対して「警戒心」や「不信感」を抱いていることが少なくない。自分の前に現れた治療者がどういう大人か、信頼できるかどうか、極端に言えば「敵か味方か」を一瞬で見抜こうとしており、彼らに「認められて」初めて治療が展開するのである。したがって初回の面接では、子どもが「この人は自分のことを尊重し、応援してくれる味方だな」と感じてくれることを最優先しなければならない。時にはそのことに時間を要し、保護者からの生育歴の詳細な聞き取りなどは後日にまわさなければならないこともある。

以下、筆者が行っている初回面接の手順について、治療的観点を中心にその要点を述べる。

1) 挨拶

まず、子どもの目線に合わせて屈んだりしゃがんだりして挨拶している。口調は小学生以下の子どものみであっても「～です」「よろしく願います」といった「ですます」調で話しかけるが、礼儀正しさの中にもフランクさを含んだ態度で接している。ちなみに小学生以下場合には子どもが緊張しないように、白衣を脱いで会うことにしている。

2) 最初に誰と面接するか

まず、子どもと治療者の二人だけで面接するか、親（同伴者）も一緒に面接したいかを、子ども本人に選んでもらう。子どもが二人だけでの面接を了解してくれる場合が多いが、その場合でも簡単な問診票をあらかじめ親に記入してもらうなどの工夫をしておけば、ある程度の情報は前もって得られる。このように最初に誰と会うかを子ども本人に選んでもらうのは、たとえ不本意ながら病院に連れてこられていたとしても、子どもに「あなたが主人公である」というメッセージを伝えたいためである。

3) 来院した労をねぎらう、受診に伴う気持ちを汲む、来院の理由について聞いてみる

次に、ここは何をすることで簡単に説明する。筆者は「ここは、からだのことや困っていることなどについて気軽に相談にきてくれるところ」「困っていることが少しでもよくなるように、一緒に作戦会議をしていくところ」などといった説明をしている。

子どもの多くは、自らの意思というよりも保護者が心配して連れてきたり、学校や他の医療機関から紹介されてしぶしぶ来院したりする。したがって、受診に伴う気持ちを汲んだり、来院した労をねぎらったりしながら話をすすめていくことが治療関係を築く前提になる。

その上で、子ども自身が困っていることについて尋ねてみる。前もって保護者から得た情報と異なっていたり、「困っていることはない」と答えたりする場合には、子どもの考えを認めつつも、問診票を読みながら「親御さんはこんなことを心配しているみたいだね」と話題にして話をすすめていく。

4) 問診（身体症状、精神症状、家族状況、学校生活、その他）

問診では、症状など診断に必要な項目に質問を集中しすぎないで、趣味や好きな食べ物など、年齢に応じて彼らが話しやすい話題を織り交ぜながらすすめていくことが面接をス

ムーズにすすめるコツである。また、話したくないことは話さなくてよいこと、保護者に秘密にしてほしいことは原則として守ることなども保証することも大切である。ただし、自殺してしまいたい気持ちなどは、「あなたを守るためにはお父さんお母さんにもわかってもらおう」と保護者に伝えるよう促す。

5) 見立てと今後の方針についての説明

一通りの問診が終わったところで、現段階の見立てと今後の方針について簡単に説明する。保護者の情報がないと説明が十分できないと判断したときには「親御さんの話を聞いてから一緒に説明します」と伝える。

6) 今後の来院についての確認

この段階で「これから少しでもあなたの生活が楽になるよう応援していきたいと思うので、また気軽にここに来てくれるかな？」などと、通院についての子ども本人の考えを確認する。もちろん症状の重篤度によっては、通院の必要性を明確に伝えることも少なからずあるが、その場合には最後の合同面接で強調する。

7) 改めて来院の労をねぎらう

「病院に来るのは大変だったと思う」「ごくろうさま」などと改めて来院の労をねぎらって子どもとの面接を終了する。

8) 親面接

子どもが同席を希望する場合には同席面接にする場合もある。一人で待っていることが不安そうな子どもの場合には看護師が付き添うなどの配慮をする。また、待合室に本やビデオなどを備えておくとよい。

9) 合同面接

最後に子どもに再び入室してもらい、両者に話しかける形で見立てと今後の方針を確認して初回の面接を終了する。

10) 挨拶

一緒に待合室に出て、別れの挨拶をする。

こうした初回面接の中で、様々な不安を抱きながら来院した子どもが、「まあ来てよかったかな」「また来てみようかな」と少しでも思ってくれれば、治療の何割かが既に成し遂げられたことになる。

5. 心理的治療で取り扱うこと

子どもは「症状」を持って我々の所を訪れるが、面接で取り扱うテーマは「症状を改善すること」に限られるわけではない。

まず、現実の学校や家庭での生活で行き詰まっていることを話題しながら、どうやっていけばしのいでいけるか、少しは「生きやすく」なるか、子どもが自ら考えて工夫していく力が育つように支援していくことが基本となる。また、そのプロセスの中で、子どもが物事の捉え方や考え方を修正してけるような支援も重要になってくる。

そして、こうした「現実生活への対処」を取り扱う中で、子どもが、親子関係や過去の外傷体験など、症状の背景にある心理的葛藤を表出してくることがしばしばある。治療者はこうした葛藤を受け止め、子どもがそれを乗り越えていけるよう支援していくことになる。さらに、それに伴って、「転移」や「逆転移」といった感情が、子どもと治療者の中に出現してくる。こうした感情の持つ意味を正しく理解し、治療的に取り扱えるか否かが治

療の成否の鍵を握ることも少なくない。

6. 治療の終結をめぐる

症状が改善し、面接の中で取り組んできた課題が整理され、家庭や学校での生活が軌道に乗ってくると、終結に向けた準備が始まることになる。そして、子どもや家族が定期的に「相談」しなくても日々の生活を何とかやっていけると考えたときに治療は「終結」を迎えることになる。ただし、これは「とりあえず」の終結であり、困ったときには気軽に相談に来ようという気持ちを子どもや家族が持てるような終結のしかたを心掛けなければならない。

(山崎 透)

<総論 3.治療 3)親ガイダンス>

1, なぜ子どもの治療に親ガイダンスが必要か

(1) 症状のとらえ方の困難さ

子どもは自らの症状を言葉で周囲の大人に伝えることが困難である。例えばうつ病の初期の段階にて、抑うつ感よりも、焦燥感や不安感を訴えたり、あるいは倦怠感や腹痛、熱発など身体症状を訴えたりする。リストカットなど問題行動としてまず親に気づかれることも少なくない。親が症状の本質的な意味を理解し、動揺せずにかかわっていくためには、治療者が子どもの症状の意味を明確に親に伝えていくとともに、ガイダンスという複数回のセッションにて症状理解、さらに子ども理解をすすめていくことが重要である。

(2) 経過の見通しのわかりづらさ

医学的治療には当然インフォームドコンセントがかかせない。子ども自身にももちろんであるが、保護者に対しても病名、症状重症度、治療の方向性、そして経過の見通しを説明した上で、治療法について同意を得てすすめていくことが必要である。

(3) 親の対応の大切さ

子どもの精神症状の発現は、単一要因よりも、本人の生物学的要因、家庭や学校など環境因などさまざまな要因が重なり合ってみられることが多い。したがって、症状発現に対して「親の育て方が悪い」など犯人探しすることは無意味である。しかし、子どもは親に生活のいろんな面や心理面で依存し、影響を受けながら発達していくものであるから、症状経過に対して親の対応が大きな影響を与えてしまうことが多いのは事実である。親子のやりとりが悪循環<親の叱責⇨子の反抗、意欲欠如など>になってしまっていることもよく経験される。子ども自身の経過を良好のものとするためには、親ガイダンスにて親の対応を治療教育していくことは大切である。なお、親自身の葛藤や夫婦の問題などが治療経過で明らかになってくることがあるが、その部分に直接治療的働きかけを行うのではなく、あくまでも子どもとの関係性の中で親自身が成長していけるように促していく。

2, 親ガイダンスの基本

(1) 個別の場合

精神症状を呈した子どもの親と出会うと、決して子どもに無関心なわけでもないのに、子どもとのやりとりが悪循環に陥っていたり、両親で意見がかみ合っていないことがあることがよく経験される。個々のケースに関して親ガイダンスを行う際には、できるだけ「両親同伴」を心がけ、母親父親双方に働きかけることが望ましい。なお、両親同伴の場においては、決してどちらか一方の肩をもつのではなく、中立的な立場で具体的なエピソードをとりあげて、その理解と対処法についてガイダンスを行っていく。

(2) 集団の場合

正式には親ガイダンスとはやや異なるが、発達障害圏の子どもの理解と対応の仕方を学ぶために、ペアレントトレーニングとして体系化したプログラムを複数の親による小集団で行っていくことがある。「見えない障害」として受容が困難で、対処法も複雑であることから、子どもの行動を理解し、行動変容を試みるさいに、グループトレーニングのような形にて親同士で共感しながら進めていくことは極めて有効である。グループで進めていく

関係上、全プログラム（5～10回程度）の毎回のセッションはあらかじめテーマが設定されていることが多い。また、前回セッションで話しあったことに関する子どもとのエピソードから、新たなセッションで解決法を探っていくことは親ガイダンスの基本であるが、ペアレントトレーニングの場合は明確に「ホームワーク」として設定されるので、セッション中に習ったことが確実に自宅で実践されるので、身についていきやすい。

（3）親ガイダンスの基本的姿勢

実施するうえでの基本は、子どもの具体的言動に目を向けて親の理解、それに対する反応、その結果どのような状態に陥っているかを気づかせることである。これらを実際に記述させ、普段の生活で客観的に行動観察する習慣と自分の対応を振り返る姿勢をもたせていく。そのうえで、子どもの言動に対して、親がどのように対応していくかについて、親自身が考え、実行していけるように援助していくのである。また、悪い面だけでなく、極力子どもの良い面に親が気づき、伸ばしていけるような助言、そして親が上手く対応できた時のフィードバックが大切である。すなわち、親が子どもへの対応のテクニックを習得するだけでなく、子どもの良い面がみえるようにすることと、親自身が不安を減らし、子どもとのかかわりの自信を持てるように導いていくのである。まず、親が変わって対応を工夫していき、その対応が功を奏して子どもが成長していくことを確認できることで、親子で関係が悪循環になっていたものが、<ほめる（親）⇔ほめられる、もっとがんばる（子）>という好ましい、前向きな関係に変わっていくのである。

3、親ガイダンスの実際例

（1）発達障害の場合

ペアレントトレーニングは、その有効性が認められており、病院だけでなく、NPO団体（親の会など）などでも行われはじめている。5～10回の体系化されたプログラムのうち前半部分では、子どもの行動観察を徹底し、ちょっとした好ましい行動に目を向けてほめていくことで、子どもの行動理解の促進と親子関係の悪循環からの脱却を目指す。後半部分では、子どもに応じた指示の出し方や注目を外す（無視）テクニックなどをマスターしていく。治療者側だけでなく、メンバー同士でお互いの話を聴き、ねぎらい、そして提案しあっていけるようなグループ運営が望ましい。

（2）心身症の場合

単なる腹痛や喘息など身体症状だけでなく、不登校を合併していたり、ヒステリー症状としてとらえやすかったりする場合があり、親は子どもの身体症状にふりまわされがちである。身体症状の意味について、できるだけ専門用語を使わずにわかりやすく説明し、経過の見通しがもてて、不安感がへるようにしていくことが第一である。身体症状の経過に影響を与える可能性のある子どものストレスを減じるような環境調整のアドバイスも大切であるが、例えば腹痛があっても受験当日をどう乗り切ればよいかなど、問題解決型のアプローチを具体的にすすめていく。

（3）いわゆる問題行動

リストカットや非行など、思春期の子どもは様々な問題行動を呈しやすい。子どもの問題行動は親を混乱におとしめている。まず子ども自身も困っていることを説明し、子どもも、親である自分も責めないように支えていく。長期的な見通しを伝えること、次の問題行動を予想することで、親がゆとりをもって対応できるようにしていく。特に、両親で

責任の押し付け合いにならないよう中立的な助言を続けていく。

4. 親ガイダンスで留意すべきこと

(1) 告知

発達障害では、「障害告知」という面も出てくるので、詳細な評価に基づく的確な診断を行った上で、現状の説明と今、そしてこれからできることを具体的に説明していく。なお、発達障害はその障害部分が見えにくいので、一度の診察の場での告知だけでは、親自身頭で理解しようと思っても、気持ちの上で納得しきれない、認めきれないことがよくみられる。親ガイダンスの中で子どもの言動をじっくり観察して、子どもの特性に応じた対応を試みていくことの積み重ねが、親の障害受容につながることは多い。

(2) 親の大変さを知る

子どもの不適応状態は親のせいではない。しかし、親が対応を変えていくことが大切である。それを伝えるためには、障害やこころの病気をもった子どもの親の大変さは当事者にしかわからないものであるということをふまえたうえで、治療者は親に考えをおしつけるのではなく、親自身が自分の考え方、やり方を身につけていけるように援助していく。

(3) 包括的治療を開始、維持するために

包括的治療のためには、評価に基づく治療計画をひとりひとりに立てて、親と共同作業で実践し、そして効果を評価する。そして必要に応じて、治療計画を再設定する。その繰り返しが大切である。親が子どもの良い面を伸ばし、発達促進的にかかわれることがポイントであり、そのためには親自身のセッション中、セッション外（家庭など）でのがんばりを治療者側が評価して親にフィードバックしていくことが大切である。

(岩坂英巳)

<総論 3. 治療 4)薬物療法（主な薬物の作用・副作用）>

1, 中枢神経刺激薬

本邦では、速放型のメチルフェニデートのみがナルコレプシーおよび難治性・遷延性うつ病の治療薬として上市されている。朝の服用で夕刻まで効果を期待できるメチルフェニデート徐放剤が承認申請中である。

薬理作用 脳内のシナプス前ニューロンからカテコラミンを放出させ、シナプス間隙におけるドパミンとノルアドレナリンの濃度を上昇させる。

<臨床効果>

年齢を問わず、注意欠陥/多動性障害、広汎性発達障害にみられる多動性・衝動性、不注意に対する有効性を示す。

<有害作用>

食欲不振、不眠、頭痛、消化器症状、チックの増悪、常同行動の増加、けいれん閾値の低下、依存性、成長抑制、血圧上昇、易刺激性、情緒不安定、リバウンド現象

<臨床ガイドライン>

薬物療法に加えて、行動療法などの介入が、二次障害の発生を予防する。6歳未満の小児、心疾患、てんかん、チックがある児童に対する処方は避ける。医学的に厳密なコントロールのもとに可能な限り低用量を必要最小限の期間だけ投与し、依存の形成、耐性の出現に注意を払う。顕著な食欲低下、成長抑制が疑われた場合には、休薬期間を設ける。非刺激薬（ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）のアトモキセチン（本邦では治験中）には依存性がないことから、本剤にて効果が得られる場合、中枢刺激薬からの切り替え、併用によるメチルフェニデートの減量も考慮される。

2, 抗精神病薬

1) 従来型抗精神病薬

ブチロフェノン系：ハロペリドール、チミペロンなど

フェノチアジン系：クロルプロマジン、フルフェナジン、ペルフェナジンなど

2) 新規抗精神病薬

セロトニン・ドパミン・アンタゴニスト（SDA）：リスペリドン、ペロスピロン

多元受容体標的化抗精神病薬（MARTA）：オランザピン、クエチアピン

ドーパミン・パーシャル・アゴニスト（DPA）：アリピプラゾール

<薬理作用>

従来型抗精神病薬がドパミン D2 受容体拮抗作用を薬理作用の主体とするのに対し、SDA では、それを上回るセロトニン 5-HT_{2A} 受容体拮抗作用を持つ。MARTA ではドパミン経路のうち中脳辺縁系ドパミン経路に選択性を持つほか、多様な受容体への親和性を有する。DPA は、ドパミン D2 受容体への親和性は極めて高いが、部分アゴニスト作用をもつ。新規抗精神病薬は、従来型抗精神病薬に比べて、抗ヒスタミン作用や抗コリン作用が弱い。

<臨床効果>

統合失調症以外にも、発達障害、とりわけ破壊的行動障害のある児童に対する易刺激性、攻撃性、多動、かんしゃくへの有効性が示されている。また、トゥレット障害への有効性も確立している。

<有害作用>

(1) 錐体外路性副作用と遅発性ジスキネジア

仮面様顔貌、流涎、呂律困難、振戦、小歩などのパーキンソン症状、口頬部、舌の不随運動、歯ぎしりなど。従来型抗精神病薬の使用、高用量の抗精神病薬使用で出現しやすい

(2) 高プロラクチン血症

無月経、乳汁漏出、性欲低下、勃起障害、骨粗鬆症の原因となる。従来型抗精神病薬や新規抗精神病薬ではリスペリドンで出現しやすい。

(3) 代謝系副作用

肥満、高脂血症、耐糖能障害。フェノチアジン系抗精神病薬や MARTA で出現しやすい。

(4) 抗コリン性副作用

口渇、便秘、排尿障害、霧視など。フェノチアジン系抗精神病薬で出現しやすい。

(5) 過鎮静

抗ヒスタミン作用や $\alpha 1$ 遮断作用を持つ抗精神病薬で出現しやすい。

(6) 低血圧

$\alpha 1$ 遮断作用を持つリスペリドンやクエチアピンで投与初期に出現する。

<臨床ガイドライン>

児童において、ドパミン受容体を長期にわたり遮断することは脳神経系の発達に好ましくない影響を与える可能性がある。リスクとベネフィットのバランスに常に配慮しつつ使用しなければならない。ごく低用量の新規抗精神病薬を、可能な限り単剤で、必要最低限の期間に限り使用することが求められる。

3, 抗うつ薬

三環系/四環系抗うつ薬：ノルトリプチリン、イミプラミン、クロミプラミンなど
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)：パロキセチン、フルボキサミン、セルトラリン

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)：ミルナシプラン

<薬理作用>

セロトニンやノルアドレナリンの再取り込みを阻害する。三環系/四環系抗うつ薬は、抗コリン作用が強く、心毒性がある。

<臨床効果>

児童を対象にした二重盲検試験では、三環系抗うつ薬は、プラセボよりも有意な抗うつ作用が確認されていない。SSRI および SNRI についても、フルオキセチンを除いて、児童では比較臨床試験が行われていないか、一貫した有効性が示されていない。SSRI 広汎性発達障害における強迫・反復的行動、攻撃性、かんしゃく、パニック、注意欠陥/多動性障害に合併する強迫、抑うつ、トゥレット障害における強迫や怒りへの効果を示唆する報告もある。強迫性障害の児童に対するフルボキサミン、セルトラリンの有効性は確立しており、FDA はそれぞれ 8 歳以上、6 歳以上の小児に対する使用を認可している。三環系抗

うつ薬では夜尿にも使用される。

<有害作用>

- (1) 抗コリン作用：口渇，便秘，排尿障害，霧視，眼圧上昇など
- (2) 抗ヒスタミン作用：眠気
- (3) セロトニン関連の副作用：悪心，嘔吐，性機能障害，セロトニン症候群
- (4) 賦活症候群 (activation syndrome)：SSRI/SNRI の投与，または増量により，不安・焦燥，自傷，不眠，易刺激性，敵意，衝動性，軽躁などが出現。
- (5) 退薬症候 (withdrawal symptom)：SSRI の中止，または減量後 1~3 日以内に出現

めまい，ふらつき，嘔気，嘔吐，倦怠感，頭痛，歩行障害，不眠，抑うつ，焦燥，希死念慮が出現

(6) 自殺関連事象の増加：SSRI/SNRI の投与開始，増量，減量，または中止時に，情動不安定自殺念慮，自殺企図，情緒不安定，自傷などの自殺関連行動が増加することが示されている。

<臨床ガイドライン>

三環系/四環系抗うつ薬は忍容性が低いことから SSRI/SNRI を使用する機会が増えているが，児童青年期のうつ病，強迫性障害を除く不安障害への有効性は確認されていないので，リスクとベネフィットのバランスを考慮する。投与に際しては，自殺関連自傷，不安，焦燥，睡眠障害，易刺激性などの発現を注意深く観察する（特に治療初期）。突然投与を中止した場合，めまい，睡眠障害などの退薬症候の危険性があるため，数週間あるいは数ヶ月かけて漸減する。

4，高血圧治療薬

<薬理作用>

クロニジンやグアンファシンは α_2 受容体を刺激してノルアドレナリンの遊離を抑制する。

<臨床効果>

血圧降下剤としての使用は極めて稀。トゥレット障害におけるチック，広汎性発達障害，注意欠陥/多動性障害における多動性・衝動性や攻撃性，睡眠障害に使用される。

<有害作用>

鎮静，倦怠感，鎮静，低血圧

<臨床ガイドライン>

過鎮静，血圧低下に注意する。鎮静作用をもつ他の向精神薬や β ブロッカーとの併用で副作用が増強するので注意を要する。

5，気分安定薬

本邦では，リチウム，カルバマゼピン，バルプロ酸，ガバペンチンが上市されている。

<薬理作用>

リチウムは，神経細胞内のシグナリング機構に作用することが分かっているが詳細は不明。カルバマゼピンは，バルプロ酸は GABA の遊離を促進，ガバペンチンは GABA 輸送

担体に作用して GABA 濃度を上昇させる。

<臨床効果>

気分障害のエピソードのほか、攻撃性、かんしゃく、多動、感覚過敏に対して使用されることもある。カルバマゼピン、バルプロ酸、ガバペンチンは、抗てんかん薬としても使用される。

<有害作用>

リチウムでは、悪心、嘔吐、振戦、眠気、口渇、多飲、多尿、甲状腺機能低下など。カルバマゼピンでは、眠気、悪心、嘔吐、めまい、霧視、複視、運動失調、白血球減少、スティーブンス・ジョンソン症候群など。バルプロ酸では、鎮静、悪心、めまい、体重増加、高アンモニア血症、白血球減少、多嚢胞卵巣症候群など。ガバペンは忍容性が高いが、傾眠、めまい、頭痛などを生じることがある。

<臨床ガイドライン>

気分安定薬は、高用量では毒性をもたらすことから、副作用の出現や血中濃度について適切なモニタリングを実施しながら使用することが求められる。

(岡田 俊)

<総論 3. 治療 5)療育>

1, 療育とは

療育という言葉は、高木憲次（東京京大学医学部整形外科学教授、1888-1963）の造語である。高木は、療育とは、現代に科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも恢復したら「肢体の復活能力」そのもの（残存能力ではない）をできる丈有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである、と定義している。障害のある児童へのリハビリテーションと言えよう。ちなみに1947年に制定された児童福祉法では、療育指導の実施機関は保健所、対象は身体に障害のある児童及び疾病により長期にわたり療養を必要とする児童とされている（第12条の6）。

その後、対象は拡大され、心身に障害のある児童（以下、障害児）への包括的発達支援の意味で用いられるようになり、現在に至っている。

2, 療育の目的と方法

療育の目的は、障害児を治療・訓練し定型発達児にすること、我々の社会に順応させることではない。子ども達のユニークな育ちを支え、自己実現を図ることである。例えば、自閉症のある子（自閉症児）であれば、健やかに自閉症として成長するのが、無理がなく幸せであろう。従って、それぞれの発達のマイノリティーとしての機能特性・発達経過・発達段階を踏まえた継続的な支援が基本的方法論となる。

3, 療育と家族

現在の障害者福祉は、ノーマライゼーション社会の実現を目指している。障害児も他の子どもと同様に、家族の下で愛情に包まれ健やかに育ち、地域社会の一員として成長することを目標としている。障害児の家庭療育は、子どもの特性と発達段階を踏まえた育児と言える。育児の主体は言うまでもなく親である。保護者が子どもの特性を理解し、安心と希望を感じながら子育てができるよう支援をすることも、療育の重要な目的である。

障害児の存在によって家族は様々な試練に直面し、希望を失いかける。兄弟姉妹や祖父母も含め家族への配慮も怠らず、障害児との生活を通じてお互いが育ち合い、絆が深まるよう支援したい。

4, 保護者への障害説明

医師の最も重要な役割の1つに障害説明がある。障害説明は医師の義務である。説明の目的は宣告ではなく、子育てに有益な情報の提供である。情報が共感的に共有されることが大切である。そのためには、提供すべき情報と並んでどのように説明するかも重要である。2時間程度は時間を取り、分かりやすい肯定的な日常語で説明したい。辛い現実と直面する保護者の心情への配慮も大切である。

説明のキーワードは納得と希望である。説明すべき情報は、7項目（子どもの特徴的行動、診断名、原因、障害程度と予後、治療・療育の原則、当面の具体的課題と関わり方、社会的支援）である。これらを順次説明すると、納得と仄かな希望を抱いて子育てのスタ

ートが切れるようだ。初診で診断が確定できないこともある。そんな場合には、その理由を説明し、いつ頃確定できるかを伝えておくと納得される。

障害説明後の再診は、一般的には2ヶ月後が適当である。再診時には、説明に納得できたかどうか確認しておきたい。祖父母などの同伴者があれば、親よりもさらに分かりやすい日常語で再説明を行い、祖父母も含めて子育てのスタートとなるよう配慮する。

5, 具体的助言

家族が最も知りたいのは、子どもの気持ちであり、子どもに何をしてやればよいのかである。なぜ、いつまでも物を口に入れるのか、いつ止むのか。言葉が出るようになるにはどうすればよいのか。毎日が疑問と不安の家族である。1つ1つは、些細な事柄であることも多いが、暗中模索の中で子育てを始めた親にとっては、切実な悩みである。

一方、医師が最も苦手なのがこれらの問いである。小さな、しかしながら切実な疑問や願いを大切に扱い、共に考え続ける医師でありたい。子どもの理解しがたい行動の意味が分かったとき、努力によってささやかでも成長が認められたとき、親は子どもを愛おしく思い子育てへの仄かな自信が生まれる。そして、そのような機会を与えてくれた医師に深い信頼を寄せることであろう。

6, 地域社会資源の活用

子どもの発達支援と家族支援は、個人の力、1つの機関でなし得るものではない。多くの地域機関が相互補完的に有機的に連携し、総合的で継続的・一貫性のある支援を行い、はじめて達成できるものである。発達障害者支援センターや障害児等支援事業を行っている事業所などから、各自治体別に関連社会資源情報を集め、子どもの障害・発達段階、家族のニーズなどに応じて、地域の療育・福祉資源を効果的に活用したい。療育機関については一度は見学し、施設の特徴を把握しておきたい。取り寄せたパンフレットなどを示し、説明すると親切である。療育機関、保育機関、自助グループ（親の会）は取り分け重要な機関であるが、機関と子ども・保護者との相性についてよく吟味する必要がある。

自閉症や注意欠陥／多動性障害など子育ての困難性が高い障害では、虐待のリスクも高まることが知られている。その可能性が示唆される場合には、児童相談所や各自治体の担当課への通知も怠らないようにしたい。

7, 関係機関への支援

障害児の診療に関わる医師は、地域にあっては数少ない専門家である。関係者は、医師の障害者観・福祉観・療育観などに大きく影響を受ける。影響力が大きいことを自覚したい。通園施設の囑託医、校医などとして関係機関と関わることも多い。講演や保育園への巡回相談なども依頼されるようにもなる。実施に当たっては、参加者の職業や関心、巡回に出掛ける保育園等の実情について事前に情報を集め、現実のニーズに即した講演や相談を行いたい。関係機関を支援する際に求められる重要な専門性の1つは、難しい内容を分かりやすく説明する技術である。絶えず新たな知見を学ぶと同時に、その研鑽にも努めたい。

(高橋 脩)

<総論 3. 治療 6)入院治療の適応>

1, はじめに

入院治療の適応に関して絶対的な基準はないが、硬直した病状の改善に入院治療が有効な場合がある。入院治療は疾患や症状の重症度と日常生活への影響、本人及び家族の意向、小児科病棟と精神科病棟の構造の違いなどを考慮した上で選択される。

2, 入院治療の適応となる症状

1) 興奮

病的体験を伴う統合失調症の精神運動興奮や躁病における興奮は自制困難であり、興奮の激しさや持続性を考えると入院治療を要する。統合失調症では減裂思考のため行動の統制が困難な場合も入院の適応となる。

精神遅滞や発達障害などでも、いわゆるパニックと表現をされる興奮が生じることがあるが、一過性であったり断続的であったりする場合は入院治療の適応になりにくい。その他、神経症性障害などにも興奮を伴うことがあるが、それらに関しては別に記載する。

2) うつ状態・自殺企図

いわゆる古典的な意味でのうつ病は多いわけではないが、自殺の可能性を考慮し、入院を念頭におく必要がある。操作的診断ではうつ病の範囲が広がるので、うつ状態が即座に入院適応になるわけではない。

思春期の自殺企図においては、単にうつ症状に起因するというより衝動性や自己不全感が問題になることがある。大量服薬では身体的な治療のために入院を要するが、繰り返される大量服薬行為が必ずしも入院で改善するわけではない。リストカットの大部分は習慣性で致命的でない場合が多く、自殺念慮や自殺企図がない場合は外来での対応となる。

3) 神経症性障害—強迫症状、解離症状—

神経症性障害の中でも、強迫性障害と解離性障害は時に入院治療が選択される。

強迫性障害では、洗浄行為、反覆行為、儀式様行為、確認行為などがみられるが、これらの行為が顕著で、日常生活や社会生活に支障をきたす場合は入院も考慮される。入浴時に家族に身体を洗わせる、家族に執拗な確認を繰り返すなど周囲を巻き込む場合は、巻き込みに応じないことで興奮が生じることが多く、このような場合も入院適応となる。

転換・解離症状の中でも歩行障害、健忘や遁走などは入院も考慮される。歩行障害では精神科病棟への入院を通して精神的背景から生じているという視点をもてる場合がある。繰り返す解離性の意識消失は必ずしも入院の必要はないが、頻繁に救急外来を受診することは予想される。

4) るいそう

神経性無食欲症では、著しい体重減少がみられ、入院を要することがある。BMI で 12 を切るような体重減少は入院を考慮すべきであるが、概ね身長 140cm で体重 20kg、160cm で 30kg を切るような事態は入院の適応である。それ以上の体重でも短期間で体重が減少している場合や脱水が著しい場合、改善が見込めない場合には入院が必要になる。

神経性無食欲症では、本人の治療拒否は珍しくないが、親も入院治療に躊躇することが

ある。ただ、神経性無食欲症では数～10%前後の死亡率の報告があり、一方児童思春期の神経性無食欲症は改善する可能性も高いので、必要な場合に本人や親を説得し入院治療に導入することは治療の第一歩である。

神経性無食欲症の一部は過食嘔吐に移行するが、体重減少が著しくない場合は外来治療を継続する。ただ、自己破滅的な行動や粗暴行為などの合併は入院の適応になりうる。

5) 暴力

暴力を主体にした症状を有する場合は行為障害と診断されるが、家庭限局性行為障害、非社会性行為障害、反抗挑戦性障害、行為および情緒の混合性障害、さらに多動性行為障害は精神科治療の対象になりうる。暴力は入院を要請されることも多いが、暴力を直接改善する有効な方法があるわけではないので、入院治療には慎重にならざるをえない。

入院には、本人が暴力に困惑し何とかしたいと思っている、葛藤や不安など心理的・精神的問題を有し、その問題に対応することで暴力の軽減を図れる見通しがあるなどの条件が必要である。ただ、治療上行動制限を要する場合もあるので、病棟の構造を考えた上でどの年齢層までを対象に入院させるか、入院が最善の方法かなどの判断が必要である。

6) 愛着障害

被虐待児など愛着障害を有するこどもは、衝動の統制が悪い、対人関係が不安定で被害的になりやすいなどから攻撃的な言動を呈する。そのため、家庭や集団生活で破綻をきたし、入院治療が選択されるが、行動の統制と同時に信頼関係の改善が求められる。

7) その他

広汎性発達障害では対人関係がうまくいかなくなり、神経症性障害を呈する、被害感などから攻撃的な言動を呈するなどの二次障害に対する入院治療も考えられる。

その他、トゥレット障害 (Tourette)、選択性緘黙も場合によっては入院治療が考えられる。

3. 入院への導入

身体科では症状が苦痛の元であり、通常それを軽減するための治療に協力的である。精神科も同様のはずであるが、逆に症状が消失することでさらに困難な心理的状況に追い込まれることが想定され、本人が自ら入院治療を希望することは多くない。よって、症状を中心に入院治療を勧めながらも、常にその背景に何があるかを推測し、症状が消えただけでは解決にならないし、その先を見越し治療の目標が何であるかを伝える必要がある。ただ、被害感の強さは人との信頼関係の希薄さを意味し、入院への導入には慎重を要する。

一方、家族は直面している問題の解決に終始しがちである。本人同様、問題となっている症状の意味を伝えることが必要であるし、症状の変遷や行動化など入院中予測される事態を伝えておくことも治療を進める上では欠かせない。なかには、神経性無食欲症の身体的危機状態でもなかなか親が入院治療を受け容れない、両親間で治療に対する不一致があるなどの事態が生じることがあり、そのような場合医療機関を代えるのも一方法である。

4. 医療機関の特性

広範囲の精神疾患の入院治療に対応できるのは精神科病棟である。一方、身体症状が中心の精神疾患においては小児科病棟への入院がスタートになることが多いので、身体疾患

を否定するといった診断に徹するのか、引き続き治療を進めていくのかは、各医療機関の特性を踏まえた上で選択される必要がある。

併設の教育施設は対人関係や社会生活に支障をきたした患児の社会復帰に活用され、その有無は入院治療の選択に影響を与える。

5、他機関との連携

暴力や集団生活が困難な愛着障害などに関しては医療への期待も大きいですが、必ずしも医療機関での対応が最善ではない。医療的対応の限界もあるし、内容によっては情緒障害児短期治療施設や自立支援施設などの児童福祉施設での対応が適切な場合もあり、児童相談所と連携を取りながら対応する必要がある。

6、まとめ

精神科医療、特に児童思春期の領域では、診断がつけば一つの治療法が選択できるわけではない。診断と同時に個々の病態を考え、先々予想されることや入院治療に至る可能性があるかなどの見通しを立てる必要がある。

また、入院治療に関しては、個々の医療機関の持つ特性を無視できない。児童思春期精神科においては症状が消失してもすべてが解決とはいかず、それは治療への足がかりに過ぎない場合すらありうることを念頭に置きながら、入院治療でどこまで担えるかを意識し、限界がある場合は他の医療機関や福祉機関に依頼することが求められる。

(清家洋二)

<各論 I 1. 発達障害 1) 発達障害論>

1. 発達障害とは

発達障害は、神経発達異常を基盤として早期児童期から行動を通して明らかとなる障害を総称する。代表的なものに、精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHDがある。WHOによる国際疾病分類ICD-10では、精神遅滞はF70-79に、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害はF80-89「心理的発達の障害」に、ADHDは「児童期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」のうちF90に該当する。米国精神医学会によるDSM-IV-TRでは、いずれもF90-98「通常、幼児期、児童期、または青年期に初めて診断される障害」に分類されるが、DSM-IV-TRの多軸評定システムでは、精神遅滞だけ第II軸（通常は発症後の寛解や増悪がなく、大人になっても持続する障害）に残して、その他の発達障害は第II軸から第I軸（原則的には寛解や増悪を伴う治療介入の対象となる障害）へと変更された^註。このことは、広義の発達障害のうち、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHDと診断された子どもの症状は固定しておらず変化するということを含意しており、「発達障害は治らない」という従来の考え方が変わったことのあらわれと言える。これはこれまでの治療法の開発や自然経過などに関する臨床データの蓄積の反映と考えられる。

近年、発達障害についての研究はますます活発に行われるようになり、特異的言語障害や一部の精神遅滞では病因遺伝子が特定され、病態発現のメカニズムの理解がすすんできた。一方、広汎性発達障害やADHDでは複数の遺伝子が関与すると考えられ病態発現のメカニズムはあまりに複雑で、解明までまだ時間がかかるだろう。発達障害の行動や脳の発達を調べてきた研究からわかってきたことで、臨床をしていくうえで重要なことが二つある。第一に、発達障害として括られている個々の障害（広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHD）は普通、教科書にはそれぞれ症状も治療法も異なると書かれているが、実際には厳密な診断評価を行っても鑑別が難しいことは稀ではない。脳の機能や構造も、それぞれ障害に特異的な特徴とともに、障害間で共通する特徴もあることがわかってきた。第二に、一つの障害をとってもみても、同じ診断名の人々は行動特徴が似ているが、症状プロフィールや認知特性、知能水準は人により実にさまざまである。つまり、発達障害という強い遺伝的な制約のもとにおいてもなお、子どもたちは環境から影響を受けたり逆に与えたりしながら多様な個性を形成するポテンシャルを秘めていることを意味している。したがって治療の基本とも言える診断行為において、診断名のみを決定してもその子どもに役立つ情報はまったく充分ではなく、発達検査や家庭機能の評価など包括的に調べてはじめて、ひとりひとりの子どものニーズを把握し治療計画を立てることができるということを再確認しておきたい。

2. 発達障害の子どもを支える医療という柱

発達障害の症状の多くは、人生の早くから子どもの様々な生活場面で顕在化し、子ども自身だけでなく、家族や学校や地域で出会う人々との関係にも間接、直接に影響する。さらに児童期という限定された時間枠を越えて生涯にわたって、普通ならたいしたことがな

いと思うような状況でも困難を感じて問題に立ち向かっていかななくてはならないであろう。現在のところ、そうした問題をすべてクリアできる医学的治療法はない。子どもの長所短所を含めた特性をよく理解し、子どもが暮らす環境をよく知ったうえで「敵を知り己を知らば百戦危うからず」ではないが、その子どもに最適な対処法を子どもや家族と一緒に探していくことが大切だろう。どのような選択肢があるかについては、各論で紹介されているので参考にしていきたい。

これまで精神遅滞は児童福祉法や知的障害者福祉法の対象とされていたが、その他の発達障害（DSM-IV の第 I 軸）については未診断ケースが多かったという事情に加えて、診断を受けても法律上は障害と認定されずに福祉との連携がスムーズに運ばないことが少なくなかった。平成 16 年 12 月に発達障害者支援法が公布され、はじめて広汎性発達障害、学習障害、ADHD などの早期発見・早期支援と、就学前、学校生活、就労などライフステージを通して一貫した発達支援の確保が明確に法的に謳われた。これからは、医療を含む保健、福祉、教育、労働などの領域が相互に連携して支援体制を構築しようという段階にようやく来たと言えるだろう。

たとえばクリニックでの健診で発達障害が疑われる子どもをフォローするなかで、次第に感覚過敏や睡眠・偏食の問題など日常生活に影響する問題が明らかになったとする。これらは母親の主訴ではなかったかもしれないが、時間をかけて母親と信頼関係を築くことで得られた貴重な情報なので、家族の同意を得て地域の保育園・幼稚園やデイサービスとの間で共有することが大切である。就学後は進級時はもちろん進学時にも引き継ぎがスムーズに行われ就労支援へも引き継がれる、そのような他職種との連携を前提にしてはじめて医療が力を発揮するのだと言える。発達障害児の医療は、生涯に及ぶマルチディシプリナリーな発達支援の連携の中で、一本の丈夫な縦糸となる必要がある。医療に求められる支援の第 1 歩は、発達異常の兆候を見逃さないこと、可能な限り早期に精度の高い診断を行うことである。

早期介入の際の医師の重要な役目に、親への説明がある。多くの親は漠然とですが児の発達や育児に不安を抱いているので、可能な範囲で情報を共有したうえで発達支援の方向づけを行い、具体的な育児の助言を行う。その際、親指導という視点の他に、親もまた支援を必要としていることを心に留め、子どもの障害と向き合おうとしている今ある親の姿をありのままに見つめる謙虚さが医師にも求められる。親が児の障害をありのままに受容するには、大変な心の作業と時間を必要とする。発達障害はわかりにくい障害だということ、親の性格、家庭背景、ソーシャルサポートなどの要因に加えて、医師の説明の仕方などの医療側の要因も親の心理に大きく影響する。

思春期になると、精神障害の併発、特に衝動性の高まりが攻撃的行動や自傷行為としてあらわれることがあるため、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬などを処方する機会が増える。常に何を治療目標とするかを明確にして薬物治療を始めないと、成人になったときに量や種類が増えてしまうケースが少なくない。

発達障害という非定型発達のライフステージを一段一段進みながら、各段階で様々な問題と出会い、取り組もうとする子どもたちとその家族に対して、医療が果たする役割は診断や医学的治療にとどまらず、**generalist** として、そして包括的な発達支援のチームの一員として医師ならではの助言などが求められており、そうした役割を積極的に果たすこと

が期待されている。

注) DSM-IV-TR では、「II 軸の疾患に対する治療も I 軸の疾患に対する治療と基本的に異なると意味すると決して考えてはならない」という但し書きがある。

(神尾陽子)