

第6章

思春期精神疾患の プライマリケアにおける診療 ～診立て・治療・連携～

横浜市立大学附属病院 児童精神科 藤田 純一

1. 思春期における精神保健上の課題

思春期における精神障害に注目することは健全な思春期の生活だけでなく、生涯にわたる健康を保障する意味でも重要である。児童思春期年齢の約5人に1人が精神的不調をきたしており、成人期の精神疾患罹患者の約2人に1人は思春期年代から既に精神的不調が始まるといわれている (Greenberg et al. 2015)。しかし、思春期年代で精神的不調を経験していてもその大多数は精神医学的評価や治療を受けていない (Kessler et al. 2005)。思春期の精神的不調が見過ごされたままになると、結果的には健康全般に支障をきたす。例えば、望まない妊娠や非行、タバコや大麻使用などにはじまる物質乱用、長期ひきこもりによる不規則な生活や運動不足による肥満、拒食や自己誘発性嘔吐、下剤乱用による電解質異常や痩せなど、一部のプライマリケア医がこのような健康問題を契機に精神保健上の問題に関わることも少なくはないだろう。

実際、一般小児科や内科などの一般医療機関は精神科医療機関よりも敷居が低いため、うつ病や摂食障害による食思不振、体重減少、身体症状もしくは不登校などの行動上の問題に関する相談先となることが多い。また学校保健に関わる学校医は一般小児科医や内科医がほとんどである。また通院中の気管支喘息やアトピー性皮膚炎、膠原病や一型糖尿病などの慢性疾患患者においてもメンタルヘルスの問題が並存することは稀ではない。起床困難を呈して診断される起立性調節性障害や身体の節々の疼痛を訴えて診断される線維筋痛症の患者にも抑うつをはじめとする精神疾患が並存する症例が数多く含まれている。

本稿では思春期の子どもたちの精神症状の特徴を紹介し、思春期にみられる疾患群の治療と連携の留意点について紹介する。

2. 思春期の子どもたちの精神症状

思春期年代の変化や成長が学校や家庭生活、友人関係との摩擦を引き起こし葛藤が生じる。通常はこのような葛藤を乗り越えながら、重要な学びを得てさらに成長をする。しかしこの葛藤を本人が処理できず、さらにそれを周囲が支えきれない状況が続くと精神症状として心の問題が生じてくる。

10代を迎え、それ以前よりは言葉も達者になって成長しているとはいえ、思春期の子どもが自らの問題を相談することは大人に比べて不得手である。このため、解決できない心の問題が行動上の問題として外在化されるか、身体症状として内在化される形で表現されることが多い。つまり、心の問題が外在化されると反抗的態度や暴力、破壊的行動などの攻撃性として表現される。さらにその攻撃性が自分に向かう場合、自傷行為や薬物乱用をはじめとする自己破壊的行動として展開することもある。また、心の問題が内在化された場合、漠然とした不調による不登校、もしくは頭痛や腹痛などの身体化症状、食行動異常などの行動上の問題として表現されるのである。

また、新学期や休み明けには一念発起頑張れるものの、まもなく全く動けなくなるというように、好不調を繰り返す例がある。移ろいやすい子どもの経過が病的なものなのか、一過性で思春期の誰にもみられる正常の範疇なのか、親は子どもの対応に日々迷っている。

このように、思春期の子どもはまだ発達途上であり変化が大きく曖昧で移ろいやすいことが特徴としてあげられるに留意したい。華々しい身体症状や行動上の問題ばかりに目を奪われずに、子どもにかかるストレスと苦痛に常に着目し、本人や親の語り双方に慎重に耳を傾けて評価する姿勢が重要である。

3. 思春期にみられる精神疾患の治療

物質使用障害

乱用される物質はアルコール、有機溶剤、大麻、危険ドラッグ、覚せい剤などがあがる。日本では海外に比べて、思春期年代で物質乱用による精神障害にて医療機関を訪れる患者は少ない。横浜市の子どもの心の診療を行っている主要医療機関の当該疾患患者の受診率は1%に満たない。しかし、少年鑑別所などの司法機関に収容される子どもの中には物質乱用によって精神症状を呈する子どもが一定数存在している。これらは医療機関の統計上は暗数となっている。周囲の大人や医療機関に助けを求める前に、精神的苦痛を自己治療的に物質乱用によって緩和している例が多くある。これらの子どもと医療機関で出会う場合は、頭ごなしに叱るもしくは

は、物事の是非を論ずる態度よりも、相談に訪れたことを労い、物質使用に至らざるを得なかった背景に耳を傾けることが肝要である。その上でそれとなく専門医療機関の受診をすすめることよい。

身体疾患に併存する精神症状

全身状態不良、脳炎や脳症、頭部外傷により脳の予備力が低下することで、せん妄をきたすことがある。治療としては、全身状態の回復、せん妄の原因となっている内科的問題の改善がまずは必要である。病棟管理上やむを得ない場合は、抗精神病薬を少量用いるなどの方法で鎮静を行う。

I型糖尿病や気管支喘息、アトピー性皮膚炎、自己免疫性疾患、血液疾患などの内科的慢性疾患は厳格な自己管理や病状悪化時の度重なる入院などが必要となるときがある。医療的介入は時に子どもや家族に精神的負担を強いる。これらの負担を背景に抑うつ状態や意欲低下をきたして、不登校や自己管理不良などの問題が起きることがある。小児医療の中では、家族の希望と医師の治療方針が合致している場合は、子どもの意向とはやや食い違う形で治療が進むときがある。このような場合、再度本人、家族、担当医などの医療関係者の意向を聞き取ったうえで、精神科医が子どもにとって一番精神的負担の少ない方法を模索し、提案する役割をするときがある。

統合失調症を中心とする精神病性障害

一過性の幻聴体験や幻覚体験などの精神病体験が児童思春期年代観察されることは珍しくない。多くの場合は一過性であり、生活に悪影響を与えるものは一部である。ただし、精神病体験によって生活に支障をきたしている場合は、自殺のリスクも高く、後の社会的予後にも影響するために速やかな精神医療的関与が必要である。また一定期間精神病体験が持続し、不登校や引きこもりなどの状態を呈して社会機能の低下、認知機能低下がみられる場合は統合失調症と診断される。この診断を受ける患者が増加するのも思春期年代である。初期治療としては、病状に応じて学校や家庭生活の負担を軽減する

ために家族や関係機関と調整をして休養を促すこと、副作用に配慮しながら抗精神病薬を少量から開始する。

気分障害

気分障害は大きく分けるとうつ状態を中心の病状とする大うつ病性障害と、躁状態とうつ状態を反復する双極性障害の二つがある。

大うつ病性障害は抑うつ気分（気分の落ち込み）、意欲低下（やる気が出ない）という2つの中核症状と、不眠、身体愁訴、自責感、焦燥感、希死念慮の随伴症状がみられるのは成人と同様である。ただし、不登校や怠学、インターネットやゲームに依存した恣意的生活、自暴自棄的な非行など思春期特有のあり方と病状が峻別されず、精神医療につながるまでに時間がかかることがある。プライマリケア診療においてはPHQ-9（村松、2014）のような自記式問診票を用いてスクリーニングを行うとよい。ストレスを軽減し、家庭や学校と調整の上休養を保證することによって、数か月で軽快する例もあるが、症状が遷延する場合や希死念慮が切迫するような場合は早めに精神医療的支援と治療を提供することが望ましい。

双極性障害は躁状態とうつ状態を数週から数年単位で反復する病状である。思春期においては、新学期やテスト期間など一念発起で奮闘する時期や友人関係や恋愛でうまくいかず落ち込む時期など正常範囲でもめまぐるしく状態が変化することもあり、双極性障害の厳密な診断は数年余の経過を追わないと難しいことがある。しかし、この時期の抑うつや持続的な不機嫌といった症状は将来的な双極性障害の端緒となっている例も臨床的には多く観察される（長尾、2016）。病歴上、軽躁状態と抑うつを繰り返しているような場合は、安易な医療中断を勧めるよりは気分が変調する契機となるストレスについて十分話し合い、経過観察を勧める方がよい。

不安障害

思春期におこる不安障害としては、不合理であると感じているのに繰り返し浮かんでくる思考（例、人を傷つけるのではないかなど）や、それにまつわる不安を打ち消すための反復行動

(例、度重なる手洗いなど)を主症状とする強迫性障害、新規場面や集団場面で自己表現を求められた時にどのように評価されるのか極端な不安が生じる社交不安障害、友人や恋人など他者が自分のもとを離れていくことを恐れる分離不安障害、満員電車や人が大勢集まる体育館、高所や閉所など自分に逃げ場がないと感じた時に呼吸苦や動悸などの自律神経症状が生じるパニック障害があがる。プライマリケア診療においてはGAD-7(村松、2014)のような自記式問診票を用いるとある程度スクリーニングが可能である。どの不安障害においても、不安状況に耐えられずに安易に不安を回避する行動を取ることで耐性が下がって悪循環をきたしている。不登校や引きこもりなどを主訴にプライマリケア診療の場にも比較的よく訪れる疾患群である。生来の不安を感じやすい特性、柔軟性のない性格傾向、環境的なストレスが関与しており、不安への対処スキルや耐性を向上させる認知行動療法や不安軽減を目的とする薬物療法などが有効である。

身体化障害・転換性障害

心理的ストレスが身体症状として表現される病態である。小児科や内科、整形外科などに頭痛や腹痛、身体の痛み、易疲労感、感覚鈍麻、視力・聴力の低下などを主訴に受診する。身体症状に焦点をあてて診察・診断を行う一般診療科では例えば慢性疲労症候群、起立性調節障害、複合局所疼痛症候群、線維筋痛症、髄液漏出症候群、心因性聴力・視力障害などと様々な診断が付与されることが多い。複数の診断科にまたがり受診や検査を繰り返した上で最終的に精神科を受診するため、診断までに時間がかかることもしばしばである。感情を言葉で伝え、問題解決を図る力に乏しい子どもに起こりやすい病態であり、さらに家族が心因に目を向けず症状の原因究明に捉われていることが多い。一般的な対応としては、実際に身体症状に苦しんでいる患者や家族に“心因性”のレッテルを貼るような態度や症状の真偽を問う態度は患者・家族が症状を理解することに抵抗を生みやすい。医学的精査で明らかにできる範囲・限界を伝え、患者の生活背景を再度聞き取りながら

ストレス因、症状のもつ意味を一緒に考えていく。家族が同席する場面では、家族に遠慮して子どもがストレスを明らかにしない場合もあるため、時には分離面接を試みてよい。このような中で、ストレス因に心当たりが出てくる場合は精神科受診につながることも多いが、患者や家族に自覚がない場合には精神科を受診しても通院を継続できない場合も多々ある。

ストレス関連障害

個人の許容範囲を超えるストレスによって起こる精神障害である。ストレスがかかった直後から1か月以内に起こるものを急性ストレス障害、ストレスがかかった3か月以内に起こり1か月以上持続するものを心的外傷後ストレス障害(PTSD)と呼ぶ。また、ストレスがかかった3か月以内に起こり、ストレスが消失して6か月以内に消失するものを適応障害としている。後から当該のストレスさえ無ければ、精神症状を発症することは無かったであろうと想定される場合に診断される。ストレス関連障害の症状はストレスを想起する場面での不安症状、慢性的な抑うつ症状や身体化症状、ストレスを想起する場面からの回避傾向、悪夢やフラッシュバックなど意図せずストレス体験が想起される侵入症状などがみられる。東日本大震災による一連の被害によって、多くの人々が不安や抑うつをはじめとするストレス関連症状を呈し、精神医療的支援の必要性が強調された事は読者の記憶に新しいと思われる。自然災害や犯罪被害など誰もが生命の危険を感じるようなストレスによって引き起こされるものが典型的なストレス関連障害と言えるが、学校場面における担任教諭からの不適切な対応や仲間からの疎外やいじめられ体験、家族からの被虐待体験、暴力場面の目撃など、学校や家庭、友人との生活で起こる内容が思春期ではよくみられる。ただし、精神疾患はストレス因が発症に関与していることがほとんどである。患者の病歴を聴取する際に、患者や家族の語りの中でストレス因子が強調された場合に精神科医が適応障害などのストレス関連障害の病名が付与されることが多い。このため、児童精神科医療施設の診断統計では“適応障害”が最多の病名となっている

のが実情である。本来診断にあたっては、併存する不安障害やうつ病などの存在も注意深く鑑別し、個人の脆弱性を評価することも重要である。プライマリケア領域における対処としては、いじめや虐待などが持続している状況であれば、家族や学校、児童相談所などとも連携しながら、子どもの安全・安心を確保するために積極的な助言を行い、子ども自身にも保証を与えることが何よりも重要である。症状が持続する場合は、専門医療機関に紹介の上、認知行動療法をはじめとする精神療法や抗うつ薬などによる薬物療法を併用しながら、子どものストレス軽減を図るよう継続的に関連機関と連携を取りながら支援を続けるべきである。

摂食障害

思春期におこる摂食障害は神経性やせ症（拒食症）と神経性大食症（過食症）に大別される。新規診断基準である DSM-5 に追加された嘔下・嘔吐恐怖を主体とする回避／制限性食物摂取障害はこの時期には少なくなる印象がある。

神経性やせ症は極端なやせと体重が回復することへの恐怖感（肥満恐怖）、病状に対する深刻味の無さ（否認）、無月経をはじめとする周辺の身体機能異常を特徴とする病状である。軽症例では適正な食事や思春期の成長過程について、養護教諭や栄養士、校医などが教育的に関わることで軽快する例もある。しかし、極端にやせが進行し医療受診に至る例では肥満恐怖や否認が障壁となり、体重回復に強い抵抗を示し一般医療機関ではほとんどの場合治療は難航する。背景に学校や家庭での不適応や併存するうつ病・不安障害が存在していることも多く、これらの問題を解決すること無しに患者が自らの病状を手放して回復の道を歩むことは困難である。精神科的背景因子に目を向けた治療が必要であり、専門医による治療が必要となる。重症例では小児科／内科との連携も必要であるため、総合病院での外来もしくは入院診療が行われる。実際、横浜市立大学附属市民総合医療センター／横浜市立大学附属病院の思春期年代の入院患者の半数以上は神経性やせ症である。神奈川県では県立こども医療センター児童思春期精神科が窓口となり、入院を必要とする症例の

相談業務を行っており本特集でもその詳細が紹介されている。

神経性大食症は適切な食事摂取量でとどめておくための自己コントロールの喪失、その結果による無茶食いのエピソード、それを代償するための過剰な運動や自己誘発嘔吐、下剤／利尿剤乱用（代償行動を取らない患者も存在する。）、自己コントロールができない自分に対する強い葛藤を特徴とする病状である。思春期後半より増加する傾向にあり、経過を追う中で神経性やせ症から神経性大食症に移行する例もある。過食と排出行動を繰り返す中で病態は慢性化している。下剤／利尿薬乱用のために極端な電解質異常や脱水をきたしても入院治療は神経性やせ症と比較すれば短期間にとどまり、主な治療の場は外来となる例がほとんどである。患者の多くは不安障害やうつ病などの病態を併存しており、これらの併存症状を認知行動療法などの精神療法や抗うつ薬による薬物療法によって治療する例が多い。

発達障害

横浜市では発達障害への早期療育と教育機関との連携など積極的支援が地域療育センターを中心に行われている。とはいえ、支援は精神遅滞や自閉症スペクトラム障害児に比べ、注意欠如多動症や書字・読字障害を中心とする学習障害への支援は十分とは言えず十分に評価がなされないまま思春期を迎える例も散見される。発達障害特性を踏まえた支援が十分に提供されていない場合、思春期年代になってから学校・家庭環境に対する不適応を生じて医療機関を訪れる例もみられる。思春期は周囲と自分の格差を強く意識して、家庭・学校・社会・仲間の中で自分のあり方について意識する年代である。発達障害特有の弱点や問題点を指摘する態度よりも、子どもたちの悩みに耳を傾けながら、強みや希望を共に探し本人や家族を勇気づける態度が肝要である。

4. 児童精神科医とプライマリケア医の連携における課題

多くの精神疾患の端緒は思春期にあり、精神科医療関係者はこの時期のメンタルヘルスに注力す

べきである。しかし児童思春期専門外来の数は乏しく、初診予約にあたっては数か月単位の待ち期間を余儀なくされている。このような現状から国は平成17年より子どもの心の診療医養成に関する検討会をスタートさせ、専門医養成だけでなく一般医師への知識普及をめざす方向性を打ち出している（厚生労働省，2007）。また一般医師もしくは若手医師向けに子どもの心の診療のためのテキストが作成され、各地で子どもの心の診療医のための研修会が開催されるようになった。さらに、今回の特集における神奈川県立こども医療センターを中心とした子どもの摂食障害診療に関するネットワークづくりに代表されるような子どもの心の診療ネットワーク事業（神奈川県立こども医療センター子どもの心のネットワーク事業，2016）により一部の地域では医療と周辺機関の連携が活性化されてきた。プライマリケア医の間にさらに子どもの精神保健に関する知識が普及し、地域ネットワークの活性化することで精神医療と一般医療の円滑な連携体制が築いていけることを期待したい。

参考文献

- 1) Greenberg MT., and Nathaniel RR. Prevention of mental health disorders and promotion of competence. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Ed. Thapar A. et al., Chap.17, 215-226.
- 2) 神奈川県立こども医療センター子どもの心のネットワーク事業ホームページ（2016）. <http://kcmc.jp/kkskbj-hp/index.html>
- 3) 厚生労働省（2007）. 「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会報告書（概要）. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html>
- 4) Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2005) Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 593-602.
- 5) 村松公美子. (2014). Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder -7 日本語版 - up to date -. 新潟青陵大学大学院

臨床心理学研究, 7, 35-39.

- 6) 長尾圭造. 子どものうつ病 - その診断・治療・予防 - (2016), 明石書店（東京）.