

小児科診療 UP-to-DATE

2020年3月24日放送

思春期を迎えた神経発達症への心身医学的支援

獨協医科大学さいたま医療センター
子どものこころ診療センター長 作田 亮一

【はじめに】

思春期の神経発達症の子どもたちは、生活のいろいろな場面で壁にぶちあたり本人にしか分からない「心の痛み」を感じています。

例えば、不登校の問題を考えてみましょう。文科省は、小中学校における児童生徒数の推移を公表しています。平成27年度不登校の割合は小学校0.42%（237人に1人）、中学校2.83%（35人に1人）、小中学校合計1.26%（80人に1人）です。ここで、特徴的なのは中学生になると小学生の約8~9倍も不登校率が上昇することです。思春期に達する子ども達の抱える問題が大きいことに気づかされます。さらに自閉スペクトラム症における不登校、引きこもりは7~15%とされ、神経発達症の子どもが学校環境に不応を来しやすい現状が分かります。

神経発達症の子どもはさまざまな困難を抱えて医療機関を受診します。

知的障害やADHDは就学前から早期に気づかれますが、知的な遅れのない自閉スペクトラム症は小学校高学年から思春期にかけて、周囲の環境や人との関わりの問題などから医療機関を受診します。いわゆる二次的精神症状が認められます。この、二次障害には外在化障害と内在化障害があります（齊藤万比古(発

さまざまな困難を抱えて医療機関を受診します

環境への不応が生じる時期

	就学前	小学校 低学年	小学校 高学年	中学生
知的発達症	■	■	■	■
自閉スペクトラム症	■	■	■	■
注意欠如・多動症	■	■	■	■
限局性学習症	■	■	■	■
チック症・トゥレット症	■	■	■	■
発達性協調運動症	■	■	■	■
二次的障害	■	■	■	■

達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート、学研による)。

二次障害とは「発達障害の子どもが、生育していく過程の中で、環境との相互作用を通じて出会った特有な発達上の危機や、偶発的な重大なできごとによってもたらされた精神障害」とされています。

外在化障害は、内的な怒りや葛藤を「極端な反抗、暴力、家出、放浪、反社会的犯罪行為など行動上の問題」として表現されます。

内在化障害は、怒りや葛藤を「不安、気分の落ち込み、強迫症状、対人恐怖、引きこもりなど情緒的問題」として表現されます。これらは、併存することもしばしばです。

【神経発達症の主な精神的な併存症】

- ① 心身症
(起立性調節障害、過敏性腸症候群など)
- ② 摂食障害
- ③ 抑うつ障害
- ④ 統合失調症
- ⑤ 強迫性障害
- ⑥ 不安障害
- ⑦ 選択性緘黙
- ⑧ てんかん
- ⑨ 睡眠障害

神経発達症の子ども達の多くは、何らかの不定愁訴と呼ばれる身体的症状を訴えて病院を受診します。

心身症の定義は「日本心身医学会」が1991年に定めたもので、以下の通りです。

狭義の心身症とは、身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し(心身相関)、気質的ないし機能的障害が認められる病態です。

ICD-10、DSM-IV および DSM-5 には心身症はなく、「身体表現性障害」「身体症状症および関連疾患」として分類されているが、日本では精神疾患として理解するよりも身体疾患として対応する方が現実的であると考えられています。

小児心身症の主な身体症状

気管支喘息、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患

起立性調節障害

チック

消化器系(自家中毒、過敏性腸症候群、胃潰瘍)

摂食障害

過換気症候群

夜尿症

肥満

機能的視覚・聴覚障害

円形脱毛症、抜毛症

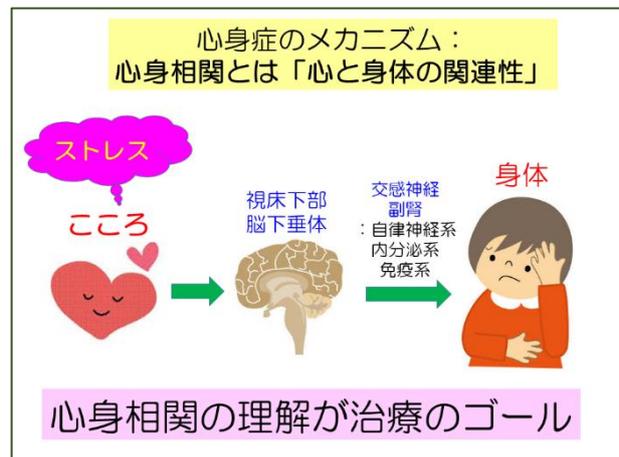
など、様々です。

心身症のメカニズムを知ると治療に直結します。それは、「心と身体の関係性」心身相関です。心身相関の理解が治療のゴールとなります。

【元気☆生活プログラム】

ここで、私たちの治療プログラムを提示します。

長期不登校・起立性調節障害など心身症が併存し、ゲームがやめられず昼夜逆転など生活リズムが乱れる、そのような子どもへの「生活リズム改善を目的とした短期入院プログラム」です。題して『元気☆生活プログラム』と名付けました。



入院期間は3週間です。

患者が主体的に起床・就寝時間を考える

本人に生活計画を作ってもらう

できたことの自己評価（認知行動療法）

院内学級の導入（他児とのコミュニケーション・学習の遅れの評価）

（利点）は？

朝確実に起きることができる……自信回復

ゲーム三昧からの脱出

退院後の生活目標を時間をかけて作ることが可能

家族と子どもが向き合う機会を設定できる

（荒川明里、作田亮一他. 子どもの心とからだ 28(3):298-303, 2019）

【抑うつ障害群（うつ病）】

・小児でもうつ病の発症に注意すべきです。10歳くらいから発症します。

特に思春期に入ると増加します。

・小児うつ病は、成人と症状が異なり、いわゆる抑うつ状態よりも「いらいら感・焦燥感」などが目立つ場合があります。

・予後は治りやすいが再発も多いと言われています。双極性障害への移行も問題です。

・自閉スペクトラム症で一番多い精神的な併存症で、併存率は16～37%です。逆に気分障害

第1 からだの症状

頭痛、腹痛、めまい（心身症、OD、過敏性腸症候群、摂食障害など）。朝、起きようとしても頭が痛くて起きられない、朝登校しようとして外にでると直ぐにお腹が痛くなってトイレに駆け込んでしまう、などです。

第2 登校状況

学校へ元気に行けているのか？ 登校しぶり？ 不登校状態になっているのか。保健室や相談室登校、学校は行っても授業中ずっと寝ている場合もあります。

第3 生活リズム

朝起きられない（概日リズム睡眠障害など）。不登校状態が長期化すればするほど、日中にゲームやインターネット・スマホの使用がやめられず睡眠相が遅れ、その結果として朝起きられない状態に陥ることは稀ではありません。

第4 学校・家庭環境（いじめ、虐待、経済的貧困、両親の離婚や不仲、非行など）

環境には物的環境と人的環境の2つに注目することが大切です。学校環境は児にとって落ち着いた教室の設定だったり、担任・生徒間の人的関わりの問題があるかもしれません。家庭でも同様に環境は重要で、両親の不仲（面前DV）、心理的虐待、経済的貧困による劣悪な生活環境なども検討する必要があります。

第5 こころ

不安感、友達の目が気になる（不安障害、抑うつ状態など）。特に思春期年齢では精神疾患の発症には常に留意すべきです。

以上の5つ以外にも、神経発達症の子どもを取り巻く要因は複雑に絡み合っていると考えられますが、どの項目が現在の子どもにとって大切な問題であり、焦点を当てて対応したら良いのか？ 考えてみてください。

思春期に至った神経発達症は、周囲の環境によって、二次的精神症状を訴える場合があります。ストレス要因に目を向けて、環境調整を行うことが重要です。



「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>