

達障害としての子供の資質上の問題に環境因が絡みあって生じていることを説明して理解を求め、対応の変更を要請すると、行為障害を除く ADHD 12例中10例では、適応が改善し環境調整は有効であった。今後は、高年齢の行為障害合併例の対応を検討するとともに、二次的障害の合併や問題行動の深刻化を阻止するために、若年者に接する教育者や保育者などに ADHD の啓発を行ない、早期に問題行動に介入し、環境調整を行なうことが大切であると考えられた。

8) 神経性無食欲症に対する精神科・小児科連携治療の有用性の検討

橋本 道子	(長岡赤十字病院 精神科)
増澤 菜生	(新潟大学教育人間科 学部障害児教育科)
森本 芳典・鈴木由紀子	(新潟大学医学部 精神医学教室)
仲丸 恵	(村上是まなす病院)
稲月まどか	(黒川病院)
青山 雅子	(佐 潟 荘)
田先由紀子	(新潟信愛病院)
薄田 祥子	(新潟県中央児童相談 所)

摂食障害については、近年患者数増加と相まって年齢層のひろがり特に低年齢化が指摘されている。低年齢の患者の場合は小児科で対応される場合が多く、発症初期に適切なケアを受けて心身ともに回復する例もあるが、大部分の患者では治療経過中に何らかのかたちで精神科での対応が必要となる。従って双方の治療の連続性・連携が重要であり、今後さらに重要性が増すと思われる。本年ほぼ同時期に精神科・小児科で連携して治療にあたった12～14歳発症の神経性無食欲症の4症例について、発症契機・臨床症状・治療経過等を報告し、連携の必要性・今後の望ましいありかたについて検討した。

4例とも、やせ願望や肥満恐怖がはっきりせず、生活上の何らかの挫折体験を契機に腹部症状や食欲不振が生じ摂食量が低下して発症したと思われた。臨床像としても食事量低下・過活動等の食行動の異常が主体で、低体重の重大さの否認は認められたがやせ願望や身体イメージの障害ははっきりしなかった。

4例とも、小児科入院中に認知行動療法に基づき段階的な行動制限・食事摂取で体重増加と心身の安定を図った。精神科治療の受け入れについては4例とも(親も含めて)程度の差はあれ抵抗を示し、治療者には患者・親ともに治療を受け入れられるよう丁寧な対応が求められ

た。

さらに、小児科領域の患者においては「発達」という視点も治療上不可欠である。低年齢での発症状況にはそれ迄の(患者にとっては)育ちかた、(親にとっては)育てかたのゆきづまりが深く関わっており、「育ち直し・育て直し」のプロセスが治療上重要と思われる。その観点から4例の治療を考えると、小児科入院により彼女達・母親達が、自分より年少の患者や付き添い世話する親と接したり、時には同じ様に付き添いができたことは、治療上非常にプラスに働いたと思われた。

以上より、精神科・小児科が連携して治療にあたる場合、精神科医は小児科スタッフや家族が安心して治療やケアが出来るよう治療一患者(親)関係を良好に保ち、患者と親が治療経過を受け入れられるように働きかけることがまず重要と思われた。

9) 精神分裂病患者出生の季節変動(予備的研究)

渡部雄一郎・村竹 辰之	(新潟大学医学部 精神医学教室)
金子 尚史	(南浜病院)
鈴木 保穂	(河渡病院)
和泉 貞次	(松浜病院)
内藤 明彦	(群馬県立精神医 療センター)
桑原 秀樹・馬場 正彦	

1929年に Tramer が3100例の精神病患者の研究で、冬から早春の出生が多いことを発見して以来、多くの研究で精神分裂病患者出生の同様な季節変動が確認されてきた。

先行研究では臨床的特徴との関連が次のようにいわれている。家族歴のない者で冬の出生が多く、都会生まれの者では冬から春の出生が多い。しかし、発症年齢や性差による違いはない。

冬の出生が多い理由として以下の3つが考えられてきた。1つは遺伝要因説で、精神分裂病の素因を持つ者は、冬生まれが生存しやすく、夏生まれは死亡しやすいというものだが否定的である。次は両親の出産習慣説で、精神分裂病患者の両親は冬に出産するような性行動をとるというものだが、これも否定的である。最も注目されているのは環境要因説で、インフルエンザその他の感染症、妊娠・出産合併症、気温、栄養、日照時間など多くのものが考えられている。

我々は精神疾患の分子遺伝学研究の一環として家族歴調査を行っているが、併せて新潟地区で予備的な出生日調査を行ったので、以下にこれを検討し報告する。