

## 成人精神医学からみた児童精神医学の役割

長尾 圭造

児童精神医学の存在意義は、その子どもの将来の成人期のためにある。発達をその視点で見据えた臨床的な態度が必要である。このような視点から、発達を捉え、児童期の精神障害が、成人期にどのように展開するかを述べた。言い換えれば、成人の精神障害は、子ども時期の精神発達ないし精神障害に対する対応の不十分さの反映でもある。成人期をみる精神科医が、その患者をそういった視点で見れば、子どもの精神医学への関心をうまく示してもらえるだろう。

<索引用語：キャリアオーバー、児童青年期精神医学、成人精神医学>

### はじめに

子どもはいずれ大人になる。このため、子どもの診察は将来の大人を診察することであり、将来を見越した診察姿勢が求められる。それは、①長い将来を見据えた予測、②いずれ成人してからも遭遇するであろう事態へのコメント、③今の接し方を子どもとしてではなく、できるだけ尊厳をもち大人扱いをすること、④予後は決まりきったものではなく変動が大きいこと、⑤将来を見据え自立・独立を目指した治療や対応法を身に付けること、などである。実際には、今の状態はいつまでも続かないことから、今・この問題をうまく乗り切ること（大きな不測の事態を招かないように注意すること）、子どもの精神障害は大人の理解も乏しくわかってもらえないことも多いが、その状況に応じて身近なところから理解を求めることなどを、子どもとともに工夫している。

ここではまず子どもの精神医学の特性を述べ、子どもから成人へのキャリアオーバーのいくつかのパターンを示し、成人精神医学における児童精神医学の存在意義を示す。

### I. 子どもの精神医学の特性

子どもの精神医学の特性は、①子どもが成人に発達成長する時期にあたるために、発達成長を視野に入れること、②子ども時期固有の臨床課題があること、③成人期精神障害は、乳幼児青年期にその端を発すること、④このため臨床を進める際には、方法論、技術論、知識ともに別の視点から確立する必要があること、⑤診断閾値に達しない精神障害の多さ、にある。本稿では、子どもの精神医学を「乳幼児青精神医学」と表記することとした。

#### 1. 子どもの発達成長とは

乳幼児青精神医学は子どもが成人になるための条件整備をしなければならない。成人精神医学はその準備された条件で歩む成人の精神医学である。言い換えれば、子どもを一人の成人に作るためのデベロッパーの役割をもつ。成人精神医学はその成人がうまく人生を送れるようにするユーザーの役割ともいえる。デベロッパー、ユーザーのどちらが不十分でも、快適な人生とはならない。

その発達成長の難しさはよく知られたことであ

るが、乳幼児青年期のそれぞれが、人格発達の重要な時期にあたるために、その特性や課題に合わせた視点で子どもをみる必要がある。これには例えば Erikson の人格発達の各段階<sup>4)</sup>を考えるだけでも、その大変さがわかる。

## 2. 子ども時期固有の臨床課題

子ども時期は、人としての全ての課題を獲得する時期である。歩く走るといった運動能力だけではなく、コトバの獲得（音韻、構音、語彙、文法、意味、運用のいずれも）、人間関係の獲得（親子、家族、同年代、地域で）、社会性の獲得（社会的慣習の認知とその意味理解、共同作業や役割分担などの遂行能力、その社会からみた自我同一性の獲得など）、倫理道徳観の獲得（神を見る前に神の声を聞くといわれる好い悪い感覚の内的発生など）、読み書き計算といったリテラシー能力の獲得、その他（感情の分化、記憶能力、視・空間・数・量・時間感覚などの認知能力の発達、そのメタ認知）など課題は山のようにある。これらの精神機能器官の発達と、その背景にある神経の発達（髄鞘化、シナプス・レセプター形成、ネットワーク形成など）と、この時期の精神障害の3者の関係は、理論的にはほとんどわかっていない。経験的に、一部関連性が知られているにすぎない。このため乳幼児青精神医学における関心事や主要テーマと成人精神医学でのそれとは同じところもあろうが、かなりの開きがある。

## 3. 成人期精神障害は、乳幼児青年期にその端を発する

ほぼすべての成人期精神障害は、乳幼児青年期にその端を発する。いわば、乳幼児青年期のなれの果てに成人精神医学は対応しなければならない。統合失調症、気分障害もその視点のエビデンスが整いつつある。統合失調症は神経発達障害からなる疾患という見方が、この20年来、遺伝学、神経発達学、幼児期発達課題、生活環境の影響、青年期の神経組織の再構築学、青年期の社会性の課題の視点からのエビデンスが整いつつあ

る<sup>13,14)</sup>。したがって、ARMS (at risk mental state) といった臨床課題やエンドフェノタイプの特徴が知られるようになり、現在および今後は、成人期の発症前の予防に力点が置かれている。

## 4. 乳幼児青精神医学と成人精神医学は方法論、技術論、知識が基本的に異なる

子どもが発達途上にあるために、発達という視点からの方法論、技術論、知識が必要だからである。例えば、対人関係形成のメソッドロジーとしては、乳幼児期に十分なケアと養育者との関係が最も重要とされる。これが保証されないと自閉症と間違ふような臨床症状のみられることが旧ユーゴスラビアでの子どもの施設養育で知られている<sup>16)</sup>。成人の対人関係形成は主としてその人が他者との関係を形成する技術（論）に出発点がある。子どもの精神医学の技術（論）としては臨床面接では、子どもと面接し、親と面接し、親子同席で面接しなければならない。さらに学齢期であれば、学校からの情報がないと子どもの様子さえわからず、本当のことが判断できない。このようにして得られた知見はたくさんあり知識は異なる。成人の面接では本当のことを聞き出すだけでなく、本音を聞き出すことが面接技術といえる。

このように、成人精神医学とは似て非なるものである。その違いは成人精神医学の一分野といえるほど近くはないのではないかと思う。

## 5. 診断閾値に達しない精神障害の多さ

乳幼児青精神医学では、診断閾値以下の臨床症状がかなり認められるとされている。しかし、こういったメンタルヘルス問題はほとんど手が付けられていない。例えば、わが国では、この数年間以上、不登校児童生徒が年間約12万人、学校での暴力行為が6万件、いじめが8万件、中高校生の自殺が150人など学校場面、家庭場面での不適応行動が多い。この背景には子どもの感情面のコントロールのできなさや、気分変調、抑うつ、不安などによる精神的ゆとりのなさが背景にある。しかし、このうちどれだけが精神医学との連携で解

決が図られているであろうか。文部科学省調査では、不登校に関しては「病院等の医療機関と連携して指導に当たった」のは全小中学校の 13.1% でこの年の効果があった学校の措置の 15 番目で最下位であった (文部科学省, 平成 23 年度)<sup>12)</sup>。一方、登校不能状態を主訴ないし主訴の 1 つとして受診し、私が診察した児童生徒は何らかの精神症状を有し、100% に精神医学的診断がつけられた (表 1, 2)。このことから、登校不能状態になって

も精神医学的配慮や介入を受けていない児童生徒が多いことを示している。それより多いと思われるいじめ嫌がらせに対しても、当然ながらまだまだ系統的に子どもに介入サービスができていないと言いはし難い。

この背景には、子どもの行動上の問題を子どもの内面的な問題の表出とみなさない大人社会の気づきの悪さ、校医に精神科医がいないこと、医学部に児童青年期精神医学講座がないため人材が育っていないことなどが考えられる (例外的に浜松医科大学には杉山登志郎教授の児童精神医学の冠講座があるが)。

表 1 登校不能状態を主訴または主訴の 1 つとして受診した症例 146 例の抑うつ症状、不安症状、PTSD 症状の発現人数

	抑うつ (%)	不安 (%)	PTSD (%)
A : 診断可能	81 (55)	41 (28)	33 (23)
B : 症状あり	33 (23)	50 (34)	39 (27)
C : なし	32 (22)	55 (38)	74 (51)
合計	146	146	146

対象：平成 14 年 4 月より平成 22 年 3 月までの NHO 榊原病院受診児 419 例中の 146 例。

A : 抑うつは ICD-10 の F32, 不安は F41, PTSD は F43 の診断基準を満たすもの。

B : 診断基準に達しないが症状としては認められるもの。

C : 症状が認められないもの。

## II. キャリーオーバーの多様性

子ども時代に始まる精神障害がそのままの状態ですべて成人期にキャリーオーバーすることは少ない。その多様な有様を以下のように整理する。

### 1. 乳幼児青年期から始まるが必ずしも連続性を単純に予測できないキャリーオーバー

自閉症スペクトラム障害では IQ50 以下の低い方は社会生活の低い予後を示し<sup>15)</sup>, IQ70 以上は転帰が良いが IQ の高さ和社会生活の予後は相関し

表 2 うつ症状、不安症状、PTSD 症状の 3 症状の組み合わせの多い人数順

症状				診断名										合計
抑うつ	不安	PTSD	人 (%)	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Z	G	
あり	あり	あり	44 (30)	4	24	32	2	5		2	2	3		74
あり	あり	なし	34 (23)	3	27	19	1	1		1	3			55
あり	なし	なし	23 (16)	1	21			1	1		1	3	1	29
あり	なし	あり	13 (9)		9	4		1		1		1	1	17
なし	なし	なし	11 (8)	2	6			3	2	1	3	2		19
なし	なし	あり	8 (5)	1		2		2		1	2		1	9
なし	あり	あり	7 (5)	1		5				1	1			8
なし	あり	なし	6 (4)		1	7					2			10
			146 (100)	12	88	69	3	13	3	7	14	9	3	221

注：ICD-10 の診断には症状として併存する場合は、重複診断として数えている。

3 つの症状がいずれもない群の 11 例 (8%) では、6 例が F3 の躁病による登校不能、3 例が F6 の衝動性など行動上の問題、2 例は F2 の統合失調症による登校不能。

ない<sup>6)</sup>。受容性言語障害では、知能は正常範囲でもその予後は対照と比較し言語機能、読み書き機能の遅れだけではなく、社会性認知機能の遅れ(独居困難, 就労困難, 乏しい友達関係, 乏しい恋愛関係)や精神障害(17名中4名)がみられる<sup>2)</sup>。読字障害では、読み書き能力の低下は持続するが、社会的要因により社会経済的状況(SES)がよいと予後が良い。適所選択, 例えば、読み書きの少ない仕事では予後がよい<sup>9)</sup>。読字障害は素行障害(CD)を併存しやすいが、その理由はCDは読字習得を阻害し、読字障害は破壊傾向を悪化させる相互因果関係にある。このため、成人後の犯罪、反社会的行為のリスクはほとんどなく、時間限定的影響のみである<sup>10)</sup>。注意欠如多動性障害では反抗挑戦性障害(ODD)/素行障害(CD)の併存が多く持続する。しかし、この併存がなくても反社会性パーソナリティ障害、物質乱用が増加するが、その要因は不明である<sup>8)</sup>。

## 2. 乳幼児青年期から残遺するが、予後は治療介入の影響を受けるキャリアオーバー

精神遅滞(F70)の予後に関しては、基本的には知的障害は残遺する。しかし定義により、訓練・教育次第で知的障害はあっても社会性機能が獲得されると精神遅滞ではなくなる。被虐待症候群は予後にばらつきが多い。世代間伝達は、多いとはいえない<sup>21)</sup>ことから、虐待の事実以外に子どものレジリエンス能力が関係すると考えられる。選択性緘黙(F94)は多次元障害疾患である<sup>23)</sup>が、認知能力が高いと予後はよい。チック・トゥレット病(F95)はほとんどの例が15歳頃までに消失する。多動性障害(F90)は幼児期をピークに年齢とともに軽症化するが、治療をしないと予後は悪く、治療をしていても成人期に問題は残遺する<sup>18)</sup>。分離不安障害(F93.0)は幼児期に特異的である。予後は、将来の不安障害に関係が乏しい。

## 3. 子ども時代から成人期へは異種障害となる連続性のないキャリアオーバー

統合失調症は神経発達障害として知られる<sup>13)</sup>。

この神経発達障害仮説には早期神経発達障害と後期神経発達障害が知られている。早期神経発達障害としては、遺伝子の影響による胎芽期からのシグナリングに影響を及ぼし、微細な異常を生じ、その結果ないしは別リスク要因として出生前・周産期リスク(冬春出産, 母体の糖尿病, 胎盤剥離, 生下時体重2,000g以下など)、幼児期障害(言語障害, 読字障害, 排尿障害, 社会性障害, 運動障害の高い頻度)、成育環境(乏しい母子関係, 都会育ち, 移民, 友達の少なさなど)のあることが、後期神経発達障害としては遺伝子の影響により青年期の神経構造とその機能変化(DLPFC体積減少, 樹状突起・ミエリン化の減少, 神経の刈込と再構成, 特にD<sub>2</sub>レセプター機能やCOMT-val<sup>158</sup>metの遺伝多型性の影響)を生じ、その結果ないし別リスク要因として青年期の強いストレス(自我同一性を期待され獲得しなければならないこと)が、それまでの一般的リスクであるARMS・前駆症状・前駆状態を統合失調症発症に導くと考えられる<sup>14)</sup>。つまり子ども時代の神経および精神の障害と成人期になってからの障害はその症状がかなり異なる。

## 4. 子ども時代から成人期への連続性がはっきりしないキャリアオーバー

児童期うつ病と青年期うつ病と成人期うつ病の関係がこれにあたる<sup>7)</sup>。児童期うつ病は自殺企図, 双極性障害, 物質使用, 素行障害などと関連するが将来のうつや不安ははっきりしない<sup>20)</sup>。一方, 青年期うつ病と成人期うつ病との関連の強さはよく知られている<sup>22)</sup>。しかし青年期には三環系はじめ最新の抗うつ薬の効かなさが相違点として知られている。また, 成人期うつ病は小児期逆境(性的虐待)がリスク要因であるが, 成人期のパートナーとの良好な愛情関係はネグレクトによるうつ病リスクを低下させる<sup>5)</sup>。不安障害とうつ病リスクは同じ遺伝子によるもので, このリスク要因をもつ子どもが恐怖体験を経ると不安障害に, 喪失体験を生じるとうつ病に至ると考えられている<sup>3)</sup>。そうすると, エンドフェノタイプは同じで

あるが、キャリアオーバーとしては体験の種類により成人期での精神障害が異なってくる。

#### 5. 同種障害の異種経過となるキャリアオーバー

反社会的行動の発達の多様性として、反社会的行動には異種原因があるとされている<sup>11)</sup>。ODD/CDを示す一部の人には小児期から成人期まで強い持続性がある。一方、中学生や高校生早期の非行である反社会的行動は10歳代に著明に増加するが、青年期後期、成人期早期以後には急激に減少がみられる。同じ素行上の問題であっても、予後は異なる。さらに持続するとされている小児期からの素行障害を含むパーソナリティ障害も、予後に及ぼす要因としてパートナーとの良好な関係は強い抑止因子となることが知られており、予後は一定ではない。

### Ⅲ. 臨床上の姿勢、戦略の立て方

子どもの精神医学は、子ども期からみれば成人精神医学に対してリスクの提供となる。やることはやったつもりだが完成を目指した成長過程で、これだけの心配・問題があったのだから、あとは成人精神医学の分野でよろしくご配慮くださいという気持ちになるキャリアオーバーである。成人期からみれば精神障害の早期ルーツがわかっていることになる。それだけのことがわかっていたのなら、何とか、もう少しましなように予防精神医学的対応ができなかったのかということになる。これらの違いを踏まえ、以下の治療姿勢と治療戦略が考えられなければならない。

- 1) 子どもの精神医学の対象は、その子ではなく、その子が成人になったときのことを考えて治療計画を立てる。例えば、車を作っているときに、この部分をこのようにしておくと、将来あのオフロードを走るときには、うまく行けるかなという思いに似ている。
- 2) 発達障害に関しては乳幼児青年期から課題のある場合は、成人期に二次障害をキャリアオーバーしないための方策を考えておく。そ

のためには発達障害なりの典型的な発達を設定し（定型発達の主流に乗ろうとしないで）、その軌跡をたどれるように維持することを考える。まわりの人や社会資源はそれをサポートすることになる。つまり過剰適応をさせず、過大な期待をせず、その子どもなりの人生設計を想定した教育的、社会的介入を見つけ提供できるようにする（ただしこれとて、両親には定型発達をするはずの子どもの喪失体験を意味するので、両親対応には熟練を要する）。

- 3) 児童青年期の精神障害が、成人期に大きく変わる可能性のある疾患に関しては、特に“その子ども時期”の疾患に対しての理解、対応を大事にする。例えば、青年期の反抗（家出、登校不能状態、引きこもり、家庭内暴力、非行、犯罪など）、気分障害にみられる抑うつ希死念慮、躁状態の逸脱行動（喧嘩、乱費、衝動買い、性的逸脱行動、援助交際、など）は、そのときをうまく予防的に対処し事例化しない一次予防することで成人期に至る予後は著しく変わる。対処の注意点は問題行動に関して、①後遺症を残さないこと（完全回復を目指しトラウマ化しない、自尊感情の低下をきたさない）、②そのときに外在化を少なくすること（二次的・三次的影響を防ぐこと）、③まわり（クラスメート、きょうだい、地域の理解）がそれを当人の履歴にしない工夫などを行うことである。
- 4) 成人の精神障害とは異なる臨床経過をとるものがある。Multi Dimensional Disorderの概念で知られる臨床症状が、時期により違う病像を示すことがある。状態は混乱が強く、小児期発症統合失調症との鑑別診断が必要とされるが、予後は異なり4年後の予後調査では38%が双極性障害、12%が大うつ病、3%が統合失調感情障害で、残り16%は予後良好（治療必要なし）、32%が同じく重度の精神障害状態<sup>19)</sup>となる。このために、その時期により、色々な臨床像を示すので、疾患を横断的に決めつけないで、縦断的視点をもつことと、その時々

表3 当院クリニック受診例の受診回数の分布

	20歳以上 (人)	%	20歳未満 (人)	%	合計 (人)
初回のみ	112	20.8	115	16.4	227
1ヵ月以内	34	6.2	66	9.4	100
3ヵ月以内	67	12.5	81	11.5	148
6ヵ月以内	44	8.2	84	12.0	128
12ヵ月以内	62	11.5	103	14.7	165
13ヵ月以上	219	40.7	253	36.0	472
合計	538	99.9	702	100	1,240

対応がいる。

- 5) 児童青年期の精神障害のうち、気分障害、不安障害、物質使用、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) などは、成人期での再発が多い。このために、再発を見通した疾患理解と対応が必要で、疾患教育、再発・症状悪化時の対処法の原理原則の理解、レジリエンスの強化、自尊感情の強化は必須となる。
- 6) 子どもの外来受診には特徴がある。予約は必須であるがキャンセルが多い。来院して、少なくとも予約に1時間、質問紙回答に30分、診察に30分はかかるが、1回のみ受診が16%あり、1ヵ月以内で約26%が来ない (表3)。成人と比べ診察コンプライアンスがいいわけではない。しかし、将来の精神科受診機会に抵抗なく受診してもらうには精神医学医療との接点はこの機会しかないとの思いで、経済性を無視して丁寧に取り組んでいる。

### おわりに

このように高い理想のもとに治療を進めはしているが、限界は明白である。現在のところ、次のように児童精神医学を理解していただきたい。

- 1) 成人精神医学が専門の医師がキャリアオーバーの患者を診たときに、その人の子ども時代を思い描いていただければ、子どもの精神科医の努力のし加減がおのずとわかると思われる。
- 2) ところが、児童精神医学ではまだわからない

ことが多い。基礎神経医学 (生化学、生理など) と精神発達と発達期の精神障害の3つの関連知識・情報が必要であるが、理論化よりも経験の積み重ねをしている最中といえる。そのため、臨床姿勢としては応用科学的な考え方<sup>17)</sup>をとっている。つまり、精神障害の成り立ちまでのメカニズムを、できるだけ蓋然性のある考えで知るようになっている。

- 3) 子どもの精神医学はこのような事情を抱えながら、成人期に送り出す準備を考え、奮闘中である。とはいえ極めて不十分な治療のまま成人期を迎えている。キャリアオーバーを、このような目でみていただきたい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Blonigen, D. M. : Explaining the relationship between age and crime : contributions from the developmental literature on personality. Clin Psychol Rev, 30 ; 89-100, 2010
- 2) Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., et al. : Developmental language disorders—a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. J Child Psychol Psychiatry, 46 ; 128-149, 2005
- 3) Eley, T. C., Stevenson, J. : Exploring the covariation between anxiety and depression, symptoms : a genetic analysis of the effects of age and sex. J Child Psychol Psychiatry, 40 ; 1273-1282, 1999
- 4) Erikson, H. E. : Identity and the Life Cycle. Inter-

national Universities Press, Inc., New York, 1959 (小此木啓吾訳編: 自我同一性 アイデンティティとライフサイクル, 誠信書房, 東京, 1982)

5) Hill, J., Pickles, A., Burnside, E., et al. : Child sexual abuse, poor parental care and adult depression : evidence for different mechanisms. *Br J Psychiatry*, 179 ; 104-109, 2001

6) Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., et al. : Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 45 ; 212-229, 2004

7) Kaufman, J., Martin, A., King, R. A., et al. : Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biol Psychiatry*, 49 ; 980-1001, 2001

8) Mannuzza, S., Klein, R. G., Abikoff, H., et al. : Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD : a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Psychol*, 32 ; 565-573, 2004

9) Maughan, B. : Annotation : long-term outcomes of developmental reading problems. *J Child Psychol Psychiatry*, 36 ; 357-371, 1995

10) Maughan, B., Pickles, A., Hagell, A., et al. : Reading problems and antisocial behaviour : developmental trends in comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 37 ; 405-418, 1996

11) Moffitt, T. E. : Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : a developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100 ; 674-701, 1993

12) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課 : 平成23年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について. 文部科学省, p.53, 2012

13) Murray, R. M., Bramon, E. : Developmental model of schizophrenia. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 8th ed (ed. by Sadock, B. J., Sadock, A. V.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p.1381-1396, 2005

14) 長尾圭造 : 統合失調症と神経発達障害. 子どもの

精神病性障害 : 統合失調症と双極性障害を中心に (松本英夫, 飯田順三編). 中山書店, 東京, p.19-40, 2009

15) Nordin, V., Gillberg, C. : The long-term course of autistic disorders : update on follow-up studies. *Acta Psychiatr Scand*, 97 ; 99-108, 1998

16) Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., et al. : Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 48 ; 1200-1207, 2007

17) Rutter, M., Yule, W. : Applied scientific thinking in clinical assessment. *Child and Adolescent Psychiatry 4th ed* (ed. by Rutter, M.). Blackwell Science Ltd., Oxford, p.103-116, 2002

18) Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., et al. : A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder : effects of treatment and non-treatment. *BMC Med*, 10 ; 99 ; doi : 10.1186/1741-7015-10-99, 2012

19) Stayer, C., Sporn, A., Gogtay, N., et al. : Multidimensionally impaired : the good news. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15 ; 510-519, 2005

20) Weissman, M. M., Wolk, S., Wickramaratne, P., et al. : Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 56 ; 794-801, 1999

21) Widom, C. S. : Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychol Bull*, 106 ; 3-28, 1989

22) Wittchen, H. U., Beesdo, K., Bittner, A., et al. : Depressive episodes—evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 18 ; 384-393, 2003

23) Wong, P. : Selective mutism : a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgmt)*, 7 ; 23-31, 2010

## The Role of Child Psychiatry from Viewpoint of Adult Psychiatry

Keizo NAGAO

*Nagao Mental Health Clinic*

The raison d'être of child psychiatry is the child's future adulthood. A clinical attitude that focuses on a child's development from this viewpoint is required. Development is understood from such a viewpoint ; how a psychiatric disorder of a juvenile progresses to adulthood is described.

In other words, an adult's psychiatric disorder reflects insufficient progression during mental development or a latent psychiatric disorder during childhood. The psychiatrist who looks at an adult patient from such viewpoints, would have insight into child psychiatry.

< Author's abstract >

< **Keywords** : carry-over, child and adolescent psychiatry, adult psychiatry >

---