

見ることが重要です。さらに、学校での学習の様子や成績などを含めて、総合的に判断する必要があります。

### ABC心理・教育アセスメントバッテリー

・K-ABC心理・教育アセスメントバッテリーは、診断を目的とするというより、子どもの認知活動の特徴を捉えて、一人ひとりに適した教育的働きかけの方向性を示唆することを主眼としています。

・適用年齢は2歳半から12歳で、14種類の下位検査と4種類の総合尺度（継次処理、同時処理、認知処理過程、そして習得度）から構成されています。IQ表示はありません。

・継次処理とは、情報を時間的な順序に従って1つずつ、連続的に処理していく能力のことです。同時処理は、一度に与えられた多くの情報を、空間的、全体的に統合して処理する能力です。認知処理過程は、問題解決のために用いられる認知機能の全体的水準を示す心理学的指標で、習得度は、知識・言語概念・教科学習に関するスキルを表す教育的指標です。

・継次処理と同時処理の成績の違いによって子どもの情報処理能力の特徴を把握し、認知処理過程と習得度の差によって、その子がもともと持っている問題解決の能力に比べて、学習や経験によって得られたものがどの程度なのかを知ることができます。

K-ABC心理・教育アセスメントバッテリーとWISC-IIIは、目的はやや異なりますが、検査の構成はよく似ています。子どもの情報処理の特徴を把握する上で、両者を併用すればより効果的といえます。

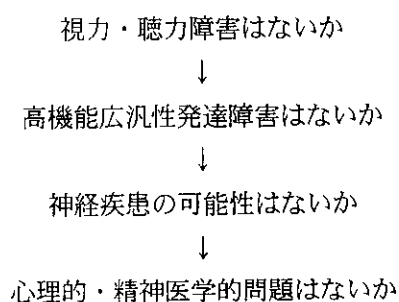
### ITPA 言語学習能力診断検査

・ITPA 言語学習能力診断検査は、自分の考えを他の人に伝えたり、他の人の考えを理解したりするコミュニケーション過程に必要な心理的機能を測ろうとするもので、3歳から9歳の子どもに適用できます。

・この検査では、子どもの認知発達の全体的な水準を知るだけでなく、個人内差にも注目し、視覚・聴覚という入力系と音声・運動という出力系を組み合わせた4つの指標から、発達の特徴を分析的に捉えます。

・とくに、認知能力に遅れや偏りをもつ子どもの情報処理特性の理解に役立つため、学習障害児の支援プログラムの作成に用いられることが多いようです。

### 鑑別診断の手順



### 学習障害と鑑別すべき神経疾患

	見誤りの主な背景			
	①	②	③	④
脳腫瘍	○	○	○	○
てんかん性失語症候群	○	○	○	○
脳血管障害（もやもや病など）	○	○	○	○
脳変性疾患	○	○	○	○
内分泌疾患（甲状腺機能低下症など）	○	○	○	○
慢性・亜急性脳炎 （亜急性硬化性全脳炎、AIDS脳症など）	○	○	○	○
脳炎・脳症後遺症	○	○	○	○
頭部外傷後遺症	○	○	○	○

①：その疾患の程度が軽い場合

②：その疾患の初期である場合

③：その疾患の症状として学習困難を生じることを医療側が知らない場合

④：その疾患を、医療側が全く考慮していない場合

#### 学習障害を似た知的障害を示すことがある神経疾患

染色体異常	：Turner 症候群、Klinefelter 症候群
神経皮膚症候群	：結節性硬化症、神経線維腫症
その他	：水頭症、てんかん、脳性麻痺など

#### 学習障害と鑑別すべき発達障害

精神遅滞	：軽度精神遅滞
広汎性発達障害	：高機能自閉症、アスペルガー症候群

注：ここでは、高機能広汎性発達障害とが学習障害を鑑別すべきものという視点に立っています。しかしながら、高機能自閉症に関しては、学習障害とは別の疾患概念とする専門家が多いのですが、アスペルガー症候群に関しては、意見が一致しないことが少なくありません。

### 学習障害と鑑別すべき心理的・精神医学的問題

	見誤りの主な背景			
	①	②	③	④
低い学習意欲	○	○	○	○
抑うつ状態	○	○	○	○
不安性障害	○	○	○	○
ストレス関連性障害 (心的外傷ストレス障害など)	○	○	○	○
精神分裂病	○	○	○	○
薬物乱用 (シンナー、覚醒剤など)	○	○	○	○
緘黙	○	○	○	○

- ①：その疾患の程度が軽い場合  
 ②：その疾患の初期である場合  
 ③：その疾患の症状として学習困難を生じることを医療側が知らない場合  
 ④：その疾患を、医療側が全く考慮していない場合

### 学習障害にみとめられる合併症

身体面	てんかん
心身両面	睡眠障害 (夜驚、夢中遊行、悪夢) チック障害 (トゥレット症候群、慢性チック障害)
行動面	崩壊性行動障害 (反抗挑戦性障害、行為障害) 適応障害としての問題行動 (不登校、攻撃的行動)
情緒精神面	適応障害としての精神面の問題 (不安状態、抑うつ状態) 行為異常 (緘黙・抜毛・自殺企図) 神経症性障害 (不安障害・対人恐怖・強迫性障害)

\* 学習障害の合併症は多彩です。その概要を上にも示しました。

一般に、こうした合併症は、年長児や思春期以降に出現しやすくなります。学習障害児が、思春期に行動面や情緒面で不安定さがみられたならば、こうした疾患を鑑別することになります。

### 母子保健との関わり

・学童期に学習障害と診断された小児を振り返って見ると、その幼児期には、

- ① 軽い言葉の遅れ、 ② 会話のすれ違い、 ③ 落ち着きのなさ  
 ④ 集中不良 ⑤ 身体運動のぎこちなさ、 ⑥ 手指の不器用さなどを

示していたという報告や記載が多くみられます。これを見ると、発達が軽く遅れている幼児は、学習障害予備軍ではないかと考えたくなるものです。しかし、幼児期に見られる軽度の遅れは、個人の発達上で普通に見られるズレであることも少なくありません。実際に上記に示したような軽い発達に遅れのある幼児を、3歳児健診から前方視的に学童期まで追跡したところ、健常児・学習障害

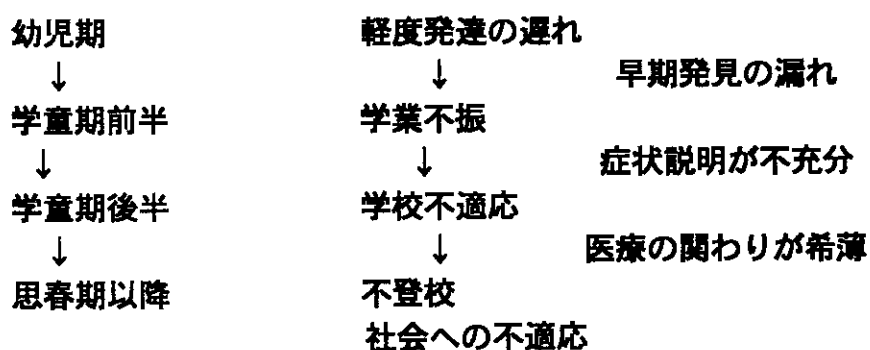
児・軽度精神遅滞児が、均等に3分の1ずつであったという報告があります。幼児期に見られる軽度の発達遅滞は、その予後において幅の広い可能性を秘めています。これを念頭に置きながら、保健指導することが望まれます。

・学習障害の中で中核となる読字障害や書字障害などは、幼児期にまったく発達の遅れを示していないことが多いこともわかっています。文字の取り扱いに関連して現れる症状は、小学校に入るまでその存在が明らかにならないのは、むしろ自然なことと考えられます。学業不振をきたすかどうかすらわからない段階の幼児期に、学習障害という診断名やその疑いを保護者に伝えることは慎重にすべきでしょう。

・対人関係上の問題点や集団の中での関わり、落ち着きのなさなどは集団生活を経験するまで、周囲の大人には見えてこないものです。3歳児健診で何ら心配がなくても、その後保育園や幼稚園に入ってから、上述した問題点が浮上してくることも少なくありません。

・幼児の保健指導は、3歳児健診で終了ではありません。・その後も保育所や幼稚園から相談を受けた場合には、母子保健に関わるスタッフが適宜、対応することが望まれます。とくに就学を一年後に控えた時期になると、保育園や幼稚園、保護者から発達の相談が増えてきます。適切に医療機関や療育機関に紹介することが求められます。

### 幼児期から思春期までに想定される学習障害児に関する問題点



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究  
分担研究報告書

6. トウレット症候群の遺伝的素因に関する研究

6-A. トウレット症候群及び近縁疾患の患者・家族のニーズの検討

分担研究者：金生由紀子・東京大学医学部附属病院精神神経科、助手  
研究協力者：太田昌孝・東京学芸大学附属特殊教育研究施設、教授  
永井洋子・静岡県立大学看護学部、教授  
米田衆介・都立松沢病院、医員

研究要旨

トウレット症候群及び近縁疾患の患者・家族がどのようなニーズを持っているかを探って、トウレット症候群へのよりよい対応を検討する材料を得るために、2000年4月～2001年1月に寄せられたトウレット症候群及び近縁疾患に関する相談のEメール62通を整理して解析した。

相談者は北海道から九州まで広く分布していた。

相談者は、親が過半数であったが、治療者や教師も20%近くおり、より専門的な情報が求められていることが示された。

相談対象の年齢は、小学生年代が半数近くで最も多く、次いで、18歳以上で約20%であった。

相談内容は、広義の治療に関するものが30件で最も多く、次いで、具体的な受診に関するものが24件、診断に関するものが16件の順であった。トウレット症候群やチックの情報が少ないので、診断や治療についての基本的な情報を得たいというニーズが高いことが示唆された。

また、行動上の問題の少ないトウレット症候群では、たとえチックが重症であっても医療の対象と認識されずに放置されてきたことが稀ならずあると思われた。

トウレット症候群やチックに関する情報の普及とそれらの専門家の必要性が強く示唆された。

A. 研究目的

トウレット症候群の頻度は調査によって差があるものの、地域での疫学調査では約3%という予想以上に高率の報告もあり（Mason et al., 1998）、我が国でも0.5%との報告がある（Nomoto and Machiyama, 1990）。また、トウレット症候群が発達障害を含めた様々な精神障害に随伴することも知られてきており（Kano et al., 1987; Baron-Cohen et al., 1999; Kadesjo et al., 2000）、丁寧な観察・評価を心がけるとさらに頻度が上がる可能性がある。しかし、例えば頻度が500人に1人とされる自閉症と比較した場合に、社会での知名度が低く、適切な診断を受けている可能性がより低いと思われる。昨年度に報告した

「医療機関におけるトウレット症候群患者の実態調査」の結果では、小児科6機関、精神科9機関の外来における初診に占めるトウレット症候群の割合が0.6%であり、その重要性が示唆されたものの、疫学調査から期待されるよりは低率であると思われた。従って、適切な診断・治療を受けていないトウレット症候群が多数いると想像される。

そのような状況においてトウレット症候群及び近縁疾患の患者・家族がどのようなニーズを持っているかを探って、トウレット症候群へのよりよい対応を検討するための材料を得るのが、本研究の目的である。このために、トウレット症候群と自閉症を中心に小児・思春期精神医学を簡単に紹介した我々の

ホームページ宛に寄せられた、トゥレット症候群及び近縁疾患に関する相談のE-メールを整理して解析した。

## B. 研究方法

対象としたのは、2000年4月～2001年1月に届いた相談のE-メールの中で、トゥレット症候群かチックに関する相談と述べられていたり、相談内容がチックと判断される62通であった。そのうちの28通は、トゥレット症候群という診断名に何らかの形で言及していた。

メールによって情報量がかなり異なっていたので、大多数のメールに書かれていた以下の項目を解析することとした：相談者の住所、相談者と相談対象との関係、相談対象の年齢、性別、主なチック症状、チック以外の行動上の問題、治療、相談内容。

## C. 研究結果

相談者は北海道から九州まで広く分布しており、住所に関する情報の得られた49名中で、東京を除く関東地方が17名、近畿地方が10名、東京が9名の順であった。

相談者と相談対象との関係をみると、親が39名で最多であり、次いで、本人8名、教師6名、配偶者・友人等5名、治療者4名の順であった（表1）。

相談対象についてみると、年齢は、小学生年代が29名で最も多く、次いで、18歳以上13名、高校生年代7名、中学生年代6名、幼児6名の順であった（表2）。

性別は、男性が40名、女性が17名、不明が5名であった。

主なチックは、具体的な情報の得られた50名中で、運動チックが37名、音声チックが36名であった。コプロラリアなどの複雑音声チックは5名であった（表3）。相談したいチックは、瞬きのみの場合から、多様で目立つ運動及び音声チックの場合まで幅が広がった。トゥレット症候群と言われたという場合と運動チックと音声チックの両方を有する場合とを合わせると、44名がトゥレット症候群の可能性があると思われた。

チック以外の行動上の問題の有無については、62名中31名で言及されており、強迫症状、不登校や保健室登校等が各々8名で最も多く、次いで、不安が6名、不注意や多動や衝動的が5名、学業不振、怒りのコントロールの困難、身体症状が各々3名であった。抜毛症を含めたその他の種々の訴えが7名であり、3名が問題無しと明記してあった（表4）。これらの問題を含めて相談したいという場合もあれば、本人の特徴として記載してあるという場合もあった。

現在またはこれまでの治療をみると、医療機関での治療歴有りが34名、無しが23名、不明が5名であった。医療機関に加えて他の機関での心理療法を受けている者が2名であった。診療科が明記してあった22名について内訳を見ると、精神科が10名、小児科が5名、眼科・耳鼻科が4名、その他が3名であった。少なくとも18名が薬物療法を受けていた。

主な相談内容をみると、どのように接したらよいかとかどのように援助したらよいかということも含めた広義の治療に関するものが30件で最も多く、次いで、どの科を受診したらよいかとか専門医を紹介してほしいという受診に焦点化した相談で24件であった。どのように症状を理解したらよいかトゥレット症候群のようなので詳しく知りたいということも含めた診断に関するものも16件あった。その他に、経過や予後に関するものが4件、遺伝に関するものが2件あり、これらは成人の本人や配偶者等からの相談であった。治療に関するものの中では薬物療法の相談が7件あった。なお、これらの相談は複数に分類されていることがある（表5）。

多様なニーズについて検討を進めるために、治療歴が無い23名と医療機関での治療歴が有る34名について比較した。解析を始める前には、治療歴が無い場合では相談者は多くは親であり相談対象は低年齢でチック症状が軽症なものが多いと予想していたが、実際には治療歴が有る場合と大差が無かった（表1、表2、表3）。一方、チック以外の行動

上の問題は、治療歴が無い場合ではほとんど認められず、これらの問題が受診の有無に大きく関わっていると思われた(表4)。主な相談内容は両群で大差が無く、治療歴が有る場合にも、よりよい治療、よりよい専門家、よりよい情報を求める意識が強いことが伺われた(表5)。

#### D. 考察

本研究で解析したE-メールによる相談者は全国に分布しており、我が国のトゥレット症候群やチックに関するニーズを広く探る上で有用なデータと思われた。

相談者は、治療者と教師で合計16.1%となり、本人や家族だけでなく専門職の人々もより専門的な情報を求めていることが示された。その場合には、相談対象が比較的重症と思われるトゥレット症候群であることが多く、周囲へ理解を求める方法や薬物療法を含めて様々な治療的働きかけに関する相談が主であった。

相談対象の年齢は小学生年代が46.8%を占め、トゥレット症候群やチック症がその年代に最も顕著であるという自然経過によく対応していた。

同時に、18歳以上が21.0%と比較的高率であったのも目を引いた。相談の中には、チック症状が軽快しないあるいは軽快したが消失しないために困惑しているというものが複数あった。チックは子どもの病気ということが強調されているので、慢性化した場合に理解に苦しむということと思われた。また、少数ながら子どもへの遺伝が心配という相談もあった。

相談内容としては、広義の治療に関する相談(48.4%)、受診に関する相談(38.7%)、診断に関する相談(25.8%)の頻度が高く、トゥレット症候群やチックの情報が少ないので、診断や治療についての基本的な情報を得たいというニーズが高いことが示唆された。受診に関する相談の中では、治療歴が無い場合にはそもそも何科を受診したらよいかとの相談が複数認められた。治療歴が有る場合には、

それに加えて専門家のセカンドオピニオンを求めたい等より専門的な診断や治療を求める相談が多かった。中には、眼科医や耳鼻科医を受診してチックとか精神的なものだけと言われて不安という相談も複数あった。チックに関する医師全般の理解、このような不安も気楽に相談できるかかりつけの小児科医の存在が必要と思われた。

治療歴の有無で最も異なっていたのは、チック以外の多様な行動上の問題の有無であった。行動上の問題が早期に受診を促す大きな要因であると思われた。治療歴の無い場合にはこれらの問題がほとんどないのが大きな特徴であった。しかし、チック症状を見ると過半数がトゥレット症候群と思われ、治療歴の有る場合と比べて著しくチックが軽症とは言い難かった。行動上の問題の少ないトゥレット症候群では、たとえチックが重症であっても医療の対象と認識されずに放置されてきたことが稀ならずあると思われた。

相談のためのE-メールを解析しているので、本研究には様々な制約がある。一つには、相談者がより熱心でより意識の高い方向に偏っている可能性がある。しかし、E-メールが急速に普及している社会状況を考えると、このような相談に対する数居が低くなっていると思われ、トゥレット症候群全体のニーズを探る上で参考になると思われた。また、相談者が相談上で必要と考えたことのみがE-メールに記されてあるので、相談対象に関する情報が不十分であったり、偏っていたりする可能性が高い。しかし、相談対象の年齢、性別、主訴はほとんど全例で記載されており、ニーズに焦点を当てて検討する上では大きな支障とはならないと思われた。

これらの制約を考慮に入れても、本研究の結果からは、トゥレット症候群やチックに関する情報の普及とそれらの専門家の必要性が強く示唆された。

#### E. 結論

トゥレット症候群及び近縁疾患の患者・家族がどのようなニーズを持っているかを探

って、トゥレット症候群へのよりよい対応を検討する材料を得るために、トゥレット症候群及び近縁疾患に関する相談の E-メールを整理して解析した。

相談者は、親が過半数であったが、治療者や教師も 20%近くおり、より専門的な情報が求められていることが示された。

相談内容からは、トゥレット症候群やチックの情報が少ないので、診断や治療についての基本的な情報を得たいというニーズが高いことが示唆された。また、行動上の問題の少ないトゥレット症候群では、たとえチックが重症であっても医療の対象と認識されずに放置されてきたことが稀ならずあると思われた。トゥレット症候群やチックに関する情報の普及とそれらの専門家の必要性が強く示唆された。

#### 文献

Baron-Cohen S, Scahill VL, Izaguirre J, Hornsey H, Robertson MM: The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: A large scale study. *Psychological Medicine*, 29: 1151-1159, 1999.

Kadesjo B and Gillberg C: Tourette's disorder: Epidemiology and comorbidity in primary school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 548-555, 2000.

Kano Y, Ohta M, Nagai Y: Two case reports of autistic boys developing Tourette's disorder: Indication of improvement? *J Am Acad Child Psychiatry*, 26: 937-938, 1987.

Leckman, J.F. and Cohen, D.J.: Tourette's syndrome-Tics, obsessions, compulsions: Developmental psychopathology and clinical care, John Wiley & Sons, New York, 1999.

Mason A, Banerjee S, Eapen V, Zeitlin H, Robertson MM: The prevalence of Tourette syndrome in a mainstream school population. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40: 847-848, 1998.

Nomoto F, Machiyama Y. 1990. An epidemiological study of tics. *Jpn J Psychiatry Neurol* 44: 649-55.



表1 相談者と相談対象との関係

	治療歴無 L(n=23)	治療歴有 り(n=34)	全体 (n=62) <sup>a)</sup>
親	14	24	39
本人	3	4	8
教師	3	1	6
配偶者・友人等	3	2	5
治療者	0	3	4

表2 相談対象の年齢

	治療歴無 L(n=23)	治療歴有 り(n=34)	全体 (n=62) <sup>a)</sup>
幼児	4	2	6
小学	11	17	29
中学	2	4	6
高校生年代	1	4	7
18歳以上	5	7	13
不明	0	0	1

表3 相談対象の主なチック

	治療歴無 L(n=23)	治療歴有 り(n=34)	全体 (n=62) <sup>a)</sup>
運動チック	19	17	37
音声チック	15	20	36
複雑音声チック	1	3	5
不明	2	8	12

表4 相談対象のチック以外の問題

	治療歴無 L(n=23)	治療歴有 り(n=34)	全体 (n=62) <sup>a)</sup>
強迫症状	1	7	8
不登校等	0	7	8
不安	1	5	6
不注意、多動、衝動的	0	4	5
学業不振	0	2	3
身体症状	0	3	3
怒りのコントロールの困難	0	2	3
その他	2	5	7
無し	3	0	3
不明	16	13	31

表5 主訴:主な相談内容(複数分類可)

	治療歴無 し(n=23)	治療歴有 り(n=34)	全体 (n=62) <sup>a)</sup>
治療	12	16	30
薬物療法	1	6	7
受診希望	9	14	24
診断(症状の理解、疾患の知識)	5	8	16
経過や予後	1	2	4
遺伝	1	1	2

a): 表1から表5までにおいて治療歴の有無不明の5名を含む

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究  
分担研究報告書

6. トウレット症候群の遺伝的素因に関する研究  
6-B. トウレット症候群への対応の日米比較  
及び日本におけるトウレット症候群の対策の提言

分担研究者：金生由紀子・東京大学医学部附属病院精神神経科、助手  
研究協力者：太田昌孝・東京学芸大学附属特殊教育研究施設、教授  
永井洋子・静岡県立大学看護学部、教授  
米田衆介・都立松沢病院、医員

研究要旨

アメリカと日本におけるトウレット症候群への対応を比較して、日本におけるトウレット症候群の対策について提言した。

比較検討に当たっては、出版物、ホームページに加えて、アメリカで直接に取材した情報も対象にした。トウレット症候群への対応がアメリカで進んでいることには、以下の4点が関係すると思われる。すなわち、第一には、トウレット症候群の認知・理解が社会に浸透しているということである。第二には、トウレット症候群と関連疾患の専門家が少なからず存在するということである。第三には、専門性がはっきり確立していると同時に専門家間の連携が大変に密であるということである。第四には、トウレット症候群のために活発に活動しているトウレット協会という団体が存在するということである。

専門家のあり方や教育のあり方を含めた日米での社会状況の相違を踏まえた上で、この4点に対応する対策を講じることが必要と思われる。すなわち、第一には、トウレット症候群の理解を促すということである。第二には、トウレット症候群と関連疾患の専門家の存在である。第三には、トウレット症候群に関わる多職種間での連携の強化である。第四には、本人及び家族と治療者の双方がパートナーシップを築いていこうという姿勢である。

これまでの検討を踏まえてトウレット症候群に関するマニュアルを作成した。

A. 研究目的

トウレット症候群への対応としては、診療面でも研究面でも最も充実している国はアメリカであると言って間違いなからう(Shapiro et al., 1988; Leckman and Cohen, 1999)。そのアメリカと日本の現状とを比較して、それに基づいて日本におけるトウレット症候群の対策を考えることが、今回の目的である。

なお、ここでは、対象を広くチックとはせずトウレット症候群としている。その理由は、一つは、トウレット症候群では様々な随伴症を伴う場合が少なからずありそれを含めて検討することが必要と考えたためである。もう一つは、後述するようなアメリカの現状から、重症なチック

症であるトウレット症候群への対応が充実することはチック全体に直接に反映するので、チック全体についてもカバーし得ると考えたためである。

B. 研究方法

ここでの検討の対象としたものには、雑誌、書籍等の出版物の他、Yale Child Study Centerを初めとするトウレット症候群及び関連疾患の診療・研究を行っている複数の施設等で直接に取材した情報、アメリカのトウレット協会(Tourette Syndrome Association: TSA)で直接に取材した情報と同協会発行の多数の資料、TSA やアメリカ児童青年精神医学会(American Academy of Child

and Adolescent Psychiatry: AACAP)やアメリカ心理士協会(American Psychological Association: APA)のホームページから得られた情報などが含まれている。

### C. 研究結果

トゥレット症候群の診療・研究がアメリカで進んでいることには、大きく分けると、以下の4点に関係すると思われた。

第一には、トゥレット症候群の認知・理解がアメリカでは浸透しているということである。これは、医療関係者のみならず、本人及び家族、教育関係者、社会全体なども含めて言えることである。疾患の告知という点でも、家庭内での率直な意見交換という点でも、日本よりも明確であることも関係するのであろうが、10歳前後の子どもであっても、自分の“トゥレット”について相談するために連れてこられたと初診時に述べるのが稀ではない。音声チックがあり、強迫性障害(Obsessive-compulsive disorder: OCD)や注意欠陥多動性障害(Attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD)らしき行動があると、トゥレット症候群ではないかと疑われることが多いようで、その理解が充分とは限らないものの、その診断名は日本よりはるかに身近なものようである。同時に、トゥレット症候群の情報が比較的多くあるために、日本であれば精神科はもちろんのこと小児科を受診することもなさそうな軽症のチックであっても症状の発展を案じてトゥレット症候群の専門外来を受診することもある。アメリカのトゥレット症候群におけるコプロラリアの頻度の減少が報告されているが、DSM-IIIからDSM-IVに至る診断基準の広がりの影響はあるにしても、受診の閾値が下がってきていることが関係しているようである(APA, 1994)。トゥレット症候群を初めとするチックは医療で対応するあるいは対応できるという認識が日本よりも強く、結果的には早期にまた軽症で受診することが多いと言えよう。

なお、子どもの生活に大きな比重を占める場所としては家庭と並んで学校があり、学校におけるトゥレット症候群の認知・理解を促すこと

が重要である。後述するようにTSAも力を注いでおり、日本よりも情報が浸透しているようであるが、一律に良好な理解が得られているとまでは言えないようである。しかし、アメリカの教育制度や教育に関する姿勢自体がトゥレット症候群にとってたいへん助けになっていると思われる。すなわち、クラスの人数は20名前後のことが多く、教室の構造や授業の進め方も柔軟性が高い。また、常勤とは限らないが、一般の学校であっても、学校看護婦(school nurse)、学校心理士(school psychologist)、学校ソーシャルワーカー(school social worker)、言語病理士(speech pathologist)、作業療法士(occupational therapist)等が関わっている。飛び跳ねるとか人や物に触るなどの運動チック、大声で叫ぶとかコプロラリアなどの音声チックのために通常の授業への参加に困難がある場合にも工夫の余地があるように思われる。強迫症状や注意散漫のために課題が円滑に出来ない、学習障害を中心とする認知の不均衡がある等に対しても専門家による評価に基づいて対策を立てることが出来る。そして、アメリカでは一人一人が異なっているということが当然のことであるので、例えばテストの時間を延長するとか計算機の使用を許可するとか本人に合わせた対応を実行しやすい。

第二には、アメリカにはトゥレット症候群と関連疾患(OCDやADHD等)の専門家が少なからず存在するということがある。その職種は、小児科医、児童精神科医、神経内科医、精神科医、心理士等々と多様であり、そのバックボーンによって活動の場は児童精神科におけるトゥレット症候群/OCD外来であったり、神経内科における運動障害外来であったりする。実質的なトゥレット症候群の専門外来がいくつもあり、先述したような軽症な場合を含めてであろうが各々が数百名の患者さんをフォローしているようである。純粋な診療行為であっても大学病院の専門外来であれば、初診に1~2時間、再来に30分くらいかけて診療している。本人及び家族が専門外来を自ら受診する場合もあるが、かかりつけの小児科医等から紹介されることが多い。医療保険の問題も絡んでいるようだが、対応の筋

道をつけた上でかかりつけ医に戻し、専門外来では数週間から数ヶ月に1回程度のフォローとしている方がむしろ標準的なようである。もちろん不適切な診療をしている医師がいないわけではないが、本人及び家族がチックを早期に認識したら専門家の診断や治療を早期に受けて適切な対応を進める可能性が用意されているという点が重要であろう。

さらに、これらの専門家はトゥレット症候群に関する臨床研究にも携わっていることが多く、それが診療にも還元されている。直接の還元としては、薬物療法を初めとする治療研究などがその典型であろうし、縦断的研究で自然経過を調査して診療の枠組みを考える上で重要な情報を提供したりもしている。

第三には、アメリカでは専門性がはっきりと確立していると同時に専門家間の連携が大変に密であるということがある。トゥレット症候群に限らず、小児の認知・情緒・行動の問題に関しては小児科医、児童精神科医、心理士がチームで仕事をしていることが多く、同じ部署にそれぞれのポストがあることも稀ではない。例えば、トゥレット症候群と関連して最近注目されているものに、A群β溶連菌感染症後の自己免疫疾患(pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal (group A β-hemolytic streptococcal) infections ; PANDAS)があるが(Swedo et al., 1998)、身体面からチック、強迫、多動までを見渡すことが出来るチームが存在して初めて考えられるものであろう。また、一口に心理士と言っても、神経心理士(neuropsychologist)が認知の不均衡について詳細な評価を行い、病態の理解や学習等の働きかけを助ける情報を提供したり、行動心理士(behavioral psychologist)がOCDの認知行動療法を行ったりと、より高い専門性をチームの中で発揮していることもある。トゥレット症候群に関しては神経学的観点からの検討が必要になることもあり、小児神経科医、神経内科医との連携も円滑に行われているようである。トゥレット症候群の専門外来をこれらの医師が中心となって行っていることがあり、その場合には必要に応じて、小児科医、児童精神

科医、心理士にコンサルトや紹介することになる。小児科医、児童精神科医、心理士、神経内科医または小児神経科医でチームが組まれていることもある。成人で重度のOCDを伴う場合にはtranscranial magnetic stimulationなどが検討されることすらあるようで、特殊な診療及び研究においては脳外科医と連携することもあるとも言えよう(Advances in Neurology Vol.85, 2000)。このように小児の心身の発達及び中枢神経系の問題に関わる様々な専門家が必要に応じて比較的容易に連携できる状況にあるということがトゥレット症候群にとって大変助けになっている。

さらに、この状況の背景には、専門家の養成課程の充実があると思われる(AACAP; APA;堀越, 2000)。例えば、児童精神科医についてみると、まず精神科での3年以上の研修後に精神科の認定医の資格をとってから2年間の児童精神科の研修を受けて児童精神科の認定医の資格をとることになっている。また、臨床心理士(Clinical psychologist)についても、Ph.D.を取得した上で3,000時間以上の臨床経験を積んでからAPAの認定試験に合格することが必要とされている。もちろん児童精神科医についても心理士についてもminimum requirementが整備されており、研修期間に基本的なことを広範囲に学ぶようになっている。こうして資格を取得した児童精神科医が約6,500名、臨床心理士が約159,000名、アメリカでは活動しているという。また、看護、ソーシャルワーカー等々のコメディカルスタッフがより専門的な教育を受ける道も用意されている。こうして専門家としての技能に加えて誇りと自信を獲得しているからこそ、他の専門家を尊敬し、自分の専門外のことについては率直に意見を求めることができるのではないかとも思われる。

第四には、アメリカではトゥレット症候群のために活発に活動しているトゥレット協会(TSA)という団体が存在するということがある(TSA)。

TSAは、1972年にニューヨークの何家族かによって始められたが、現在は全米で54の支部を持っており、20,000~25,000組のトゥレット症

候群の本人とその家族を把握しているという。その使命としては、「原因の同定」「治癒の発見」「トゥレット症候群の影響のコントロール」が掲げられている。家族を中心に専門家を含めてボランティア活動が原則ではあるが、ニューヨークにある協会本部では約 20 名の専従職員が働いている。トゥレット症候群に関する情報の提供が TSA の重要な仕事であり、ニュースレターを年 4 回発行して、40,000 名の関係者に送付している。様々な症状別、学校看護婦用とか学校心理士用とか様々な対象別の説明冊子を多数作成しており、ビデオ、テープ等も含めてこれらの資料を注文に応じて販売している。その中には教師向けの講演会のためのプリントや OHP シートからなるキットもあり、実際にそれを用いた講演会を開いて教師を啓蒙したりもしている。また、各地域の専門医を把握しており、そのリストを会員に提供している。アメリカでは医療保険の問題がありしかも州ごとに法律が違うからであろうが、医療保険とそれに関わる法律相談の斡旋も行っているようである。さらに、トゥレット症候群の原因と治療に関わる研究の援助も重要な仕事である。今年は総額 370,000 ドルの研究助成を行っており、TSA として最近力を入れている研究分野は、基底核の生理学、行動神経科学、臨床試験、神経化学、神経画像、神経病理である。独自の研究助成だけでなく、TSA 国際トゥレット症候群遺伝組織として NIH から 8,500,000 ドルの助成も受けている。例えばこの遺伝研究への協力の呼びかけがニュースレターに載せられているなど、死亡後の脳組織の提供までも含めて会員の研究参加を促している。医療助言委員会が医療に関する情報を提供しており、それとは別の科学助言委員会が研究助成の審査をするというように専門家の参加のシステムも整えられているが、TSA の基本姿勢として専門家任せではないし、専門家側も最新の情報を提供して TSA の協力を仰いでいる。そういう点では、本当の意味でのパートナーシップが TSA と専門家との間に結ばれていると言えよう。

なお、TSA に加えて、アメリカには、強迫財団

(Obsessive-Compulsive Foundation: OCF)、注意欠陥障害の小児と成人(Children and Adults with Attention Deficit Disorder: ChADD)という、やはり活発に活動している団体があり、OCD や ADHD を伴うトゥレット症候群の患者の援助に一役買ったり専門家と協力して研究を推進したりしている。

#### D. 考察

アメリカにおけるトゥレット症候群への対応で最も特徴的なことは、本人及び家族と専門家、異なる領域の専門家同志の連携が充実しているということであろう。それを基盤としてトゥレット症候群の認知・理解が広がると共に、診療・研究が進歩していると思われる。

その背景として、養成課程を含めた専門家のあり方を初め、教育に関する姿勢や学校のあり方、さらには、社会状況や国民性が日米で異なっていることが影響している面があると思われる。そのような背景の相違も踏まえた上でトゥレット症候群の対応の日米の相違を検討することが必要であると共に、それらも含めて日本が学ぶべき点は何かを検討することも大切であるように思われる。

近年、日本においても、インターネットの普及なども関連して患者本人及び家族が大量で未整理の医学・医療情報を入手できるようになり、患者側の医療に対する意識が大きく変化してきている。例えば、トゥレット症候群の関連疾患の一つである ADHD ではその傾向が明確に認められると言えよう。専門家がこの変化に対応しつつ本人及び家族と望ましいパートナーシップを築いていくことは、トゥレット症候群に限らず重要なことであり、そのための示唆もこの日米の比較から得られるように思われる。

以上に基づいて、日本におけるトゥレット症候群への対応を改善するための対策の柱立てを述べたい。

第一には、トゥレット症候群の理解を促すということがあげられる。トゥレット症候群は複数の運動チックと一つ以上の音声チックが1年以上持続するチック障害と定義されているが、

その重症度の幅が広く、OCDやADHDを初めとする随伴症の有無によっても臨床像が大きく異なる上に、他の運動障害との鑑別を要する場合も時にはある。このために本人及び家族が困惑するのみならず、必ずしも適切な診断・治療が行われていない可能性がある。患者側、医療側ですらこのような状況なので、学校、地域を含めた社会全体での理解はきわめて不十分であると言える。

トゥレット症候群と関連疾患の治療においては薬物療法を初めとする治療が一定の効果を上げることが知られていると共に、その限界及び副作用の経験や長期的にはチックが軽快していく自然経過の情報も蓄積されてきている。その結果、ある程度の症状を持ちながらもそれらと折り合いをつけて発達課題を達成していくことが望ましいと考えられるようになってきており、適切な見通しの元にそれを援助することが治療者に求められるようになってきている。従って、学校、社会等のトゥレット症候群に関する理解を促す必要性はむしろ増大してきていると言えよう。

第二には、トゥレット症候群と関連疾患の専門家の存在が必要であると思われる。一般の小児科医を初めとしてトゥレット症候群の患者本人及び家族にまず接する治療者がトゥレット症候群の理解を深めることで、軽症例の一部分に関しては医療の場ではそれ以上の対応が要らないかもしれない。しかし、その場合ですらもセカンドオピニオンを求めることのできる専門家の存在が望まれる。まして、重症例、複雑な例の診療には専門家の存在は必須であろうし、臨床研究を担ってよりよい診療を目指すということでも専門家の存在は重要であると思われる。

第三には、トゥレット症候群に関わる多職種間での連携の強化があげられる。これは、トゥレット症候群と関連疾患を専門とする小児科医、児童精神科医、小児神経科医、心理士等の間についても、トゥレット症候群の患者本人とまず接する一般の小児科医や教師等とこれらの専門家との間についても、必要なことであると思われる。その際には、多側面からの検討がしばしば必要となるトゥレット症候群の患者本人に合わせ

て各自が知恵を集めるという発想が大切である。例えば一人のかかりつけ医や担当教師や専門家が丸抱えにするのではなく、本人の実態に合わせて役割を分担すると共に、双方向に情報をやり取りすることが必要であろう。また、経過に沿って各自の関与の仕方や度合いが変化し得るということも念頭に置くといえよう。

例えば、初めにかかりつけの小児科医が診察して器質的障害の検索のために小児神経科医を紹介し、神経学的問題が否定されてしかも行動上の問題があるために児童精神科医に紹介されるという場合があるだろう。さらに、心理士によって知能検査等が行われて認知の不均衡等が確認され、それも踏まえて本人及び家族に問題への対処の仕方が児童精神科医から伝えられると共に薬物療法が開始されるかもしれない。場合によっては教師の理解を積極的に求める必要があり、児童精神科医さらには心理士と教師とが意見交換することがあるかもしれない。そして、チック症状もその他の行動上の問題も軽快して、薬物療法が必要ないか一定の少量の薬物を当面持続するかになった場合には、基本的にはかかりつけ医がフォローをして、症状が悪化した場合に児童精神科医を再受診するということになるのであろう。

第四には、本人及び家族と治療者の双方がパートナーシップを築いていこうとする姿勢が重要と思われる。治療者は、症状を持ちながら生活している本人及び家族を支えると共に、その対処の工夫等を謙虚に学んで臨床に生かしていくことも大切であろう。残念ながら現時点ではTSAのような組織は日本にはないが、自助グループの活動の試みを援助していくことも専門家の仕事の一つであろう。

以上の対策は、トゥレット症候群に限らず、小児の心身症、神経症の中で慢性化するものに共通する要素のようでもある。トゥレット症候群では、チック症状という目に見える症状があつて一見分かりやすいようであるが、多側面からの検討を要するために、ここでまとめたような点がより明確になったとも言える。そういう意味では、トゥレット症候群は、小児の心身症、神経症

の対策を考える際の一つのモデルになるのかもしれない。

なお、これまでの検討を踏まえて作成したトゥレット症候群に関するマニュアルを附録として添付した。

## E. 結論

アメリカと日本におけるトゥレット症候群への対応を比較して、日本におけるトゥレット症候群の対策について提言した。

トゥレット症候群への対応がアメリカで進んでいることには、以下の4点が関係すると思われる。すなわち、第一には、トゥレット症候群の認知・理解が社会に浸透しているということである。第二には、トゥレット症候群と関連疾患の専門家が少なからず存在するということである。第三には、専門性がはっきり確立していると同時に専門家間の連携が大変に密であるということである。第四には、トゥレット症候群のために活発に活動しているトゥレット教会という団体が存在するということである。

専門家のあり方や教育のあり方を含めた日米での社会状況の相違を踏まえた上で、この4点に対応する対策を講じることが必要と思われた。すなわち、第一には、トゥレット症候群の理解を促すということである。第二には、トゥレット症候群と関連疾患の専門家の存在である。第三には、トゥレット症候群に関わる多職種間での連携の強化である。第四には、本人及び家族と治療者の双方がパートナーシップを築いていこうという姿勢である。

## 文献 & URL

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: <http://www.aacap.org>

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) DSM-IV. APA Washington D.C., 1994

American Psychological Association: <http://www.apa.org>

Cohen DJ, Jankovic J and Goetz CG (eds.): Advances in Neurology Vol.85 Tourette syndrome, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.  
堀越勝: 米国における統合的な心理療法の実践、精神療法, 26: 367-374, 2000.

Leckman, J.F. and Cohen, D.J.: Tourette's syndrome-Tics, obsessions, compulsions: Developmental psychopathology and clinical care, John Wiley & Sons, New York, 1999.

Shapiro, A.K., Shapiro, E., Young, J.G., et al.: Gilles de la Tourette syndrome, 2<sup>nd</sup> edition, Raven Press, New York, 1988.

Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK: Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. Am J Psychiatry, 155: 264-271, 1998.

Tourette syndrome association: <http://tsa.mgh.harvard.edu>



厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究  
分担研究報告書

6. トウレット症候群の遺伝的素因に関する研究  
6-C. トウレット症候群に関するマニュアル

分担研究者：金生由紀子・東京大学医学部附属病院精神神経科 助手  
研究協力者：太田昌孝・東京学芸大学附属特殊教育研究施設 教授  
永井洋子・静岡県立大学看護学部 教授  
米田衆介・都立松沢病院 医員

### トウレット症候群に関するマニュアル

本マニュアルは、本人及び家族にきちんとした情報を伝えるということに重点を置いて作成してあります。

15項目からなる〈本人及び保護者用〉には、医師、学校も含めて理解することが望ましい基本的な情報を盛り込んであります。保護者向けの表現となっていますが、本人の年齢や理解力に合わせながら本人の理解を促すことも重要との観点から、〈本人及び保護者用〉としてあります。

3項目からなる〈医師用〉及び5項目からなる〈学校用〉は、トウレット症候群の本人及び保護者に対応する際の留意点をまとめたものです。これらを念頭におきながら〈本人及び保護者用〉の情報を活用するという趣旨であり、治療や教育のガイドラインではありません。〈医師用〉は特に断らない場合には一般の小児科医を、〈学校用〉は担任教師を念頭に置いて書かれていますが、医師全体や学校全体に通じることです。

### 〈本人及び保護者用〉

#### 1. トウレット症候群とは何か

トウレット症候群は、チック症の一種です。チックとは、ピクピクッと形容されるように素早くていれん的な運動や発声の不随意的に反復するものです。

トウレット症候群は、多様性の運動チックと一つ以上の音声チックが1年以上続くもので、18歳以前に発症するとされています。

その重症度は個々の人によって大きく異なります。

社会に受け入れられないとりわけ卑猥な言葉を言うてしまうという音声チック（コプロラリアまたは汚言症と言います）が特徴の一つと考えられていましたが、すべての人がこ

の症状を持つわけではありません。

進行性の病気ではなく、だんだん知能が低下するなどということもありません。

#### 2. トウレット症候群はどうやって診断されるか

トウレット症候群は、その症状の特徴と経過から診断されます。典型的な場合には症状を観察して本人や家族から経過などを詳しく聞くことでほぼ診断可能です。また、主として他の神経の病気との鑑別のために、腱を叩いた時の反応から反射が亢進しているかどうかを調べるというような神経学的検査が行われます。やはり、他の病気との鑑別のためや治療の参考にするために、血液検査や脳波検査、頭部のCTやMRIをすることもあります。特に薬物療法を行う場合にはあらかじめ血液検査や脳波検査を行っておくということがよくあります。標準的な知能検査を含めた心理検査をすることもあります。これはトウレット症候群の診断のためではなくて、治療的な働きかけをする上で本人の認知・情緒の特徴をよりよく把握するためであり、時に随伴する学習障害の診断と助けとなります。

#### 3. チックにはどのような種類があるか

チックには、運動チックと音声チックがあり、それぞれが単純チックと複雑チックとに分けられます。

単純運動チックでは、まばたきが最も頻度が多く、その他に、首振り、肩すくめ、顔しかめなどがあります。

複雑運動チックには、跳び上がる、人や物に触るなどが含まれます。

単純音声チックでは、咳払いが最も頻度が多く、その他に、鼻鳴らし、甲高い声などがあります。

複雑音声チックでは、状況に合わない単語や句を言うてしまうことが一般的であり、特殊なものとしてコプロラリアなどがあります。

複雑チックは、単純チックより動きはやや遅く、一見すると目的性があるかのようです。このために、意図的にやっていると誤解される恐れもありますし、動きの異常を示す他の病気と紛らわしいこともあります。こういうチックもありうるということを頭に置いておくといよいでしょう。

#### 4. チックは時と場合によって違うことがあるのか

(1) チックは、通常は睡眠中に消失したり著明に減少します。これは特徴の一つで、他の病気との鑑別点とされています。

(2) チックが自然経過として増えたり減ったりを繰り返すのがトゥレット症候群の特徴の一つとされています。チックの部位、種類数、頻度、複雑性、重症度が時と共に変動することがあります。ですから、チックの変化で一喜一憂しない方がよいと思われます。

チックの部位が変化する場合には、顔面から始まって首、肩、さらに四肢に広がるということが多いようです。逆に、軽快してくると顔面だけになることもあるようです。

(3) チックは心理的な影響でしばしば変動するというのも大きな特徴です。

一般に、チックは何かの活動に集中している時には減少します。但し、同じ集中といっても、じっくりと制作をしている時には減少するのに、興奮してテレビゲームをしている時には増加することがあります。これはテレビゲーム自体の問題ではなくて気持ちが高ぶっているためと思われます。チックがひどくなるからとテレビゲーム等を全く禁止してしまうのも極端で、状態を見ながら加減をするといよいと思われます。

また、チックはストレスや疲労でしばしば増悪します。ほどよい緊張が続いている時はあまり目立たずに、緊張が高まっていく時や緊張がほぐれた時に増加する傾向もあるようです。例えば、学校ではあまりチックが出ないのに家に帰ってくると増えるということがよくあります。これは家庭に問題があるからではなくて、家庭が安心できる場であるということだと言えましよう。長期の休暇に入った時や休暇の終わり頃にチックが増加することがありますが、これも学校生活の緊張と関係があるように思われます。

これらの特徴を逆手にとって、心身の疲労や緊張のパロメーターとしてチックを活用するというのも考えられます。

#### 5. チックは自分でコントロールできるのか

チックは抵抗できないと感じられるが、ある時間は抑制できるとされています。つまり、意図的に行っているわけではないが、部分的には自分でコントロールができるということです。

このために、チックは意図的に行っていると思われるかもしれませんが、そうではありません。また、コントロールできる度合いは個々の人によってまた状態によって違います。

さらに、チックが起こる部位にチックをやらずにいられないという感覚を持ったり、チックを出して一種の解放感を持ったりする場合があります。チックが部分的にコントロールできるということに通じる特徴と思われます。しかし、この特徴があるからといってチックがコントロールできるとはかぎりません。

コントロールをすると、そのために疲労して集中力が低下することがあったり、後から反動がくることがあるようです。社会生活上ある程度のコントロールが必要なことがあるかもしれませんが、すべてを抑制しようとはせず、差し支えない場所であるいはあまり目立たない形でチックを出しながら全体としてひどくならないようにしていくといよいでしょう。

#### 6. トウレット症候群は将来治るものなのか

チックは増えたり減ったりを繰り返しながら、10歳過ぎまでは全体として重症度が強まることが多いのですが、10歳代後半以降はだんだん軽くなっていくのが標準的です。大人になった時にはチックがなくなっていたりあっても生活の支障にならない程度になっていることがほとんどです。残念ながら少数の方では大人になってからも比較的重症なチックが残ったり再発したりするのですが、それを予測するのは現時点では困難です。

従って、チックがすっかりなくなるという意味では必ずしも治るとは言えませんが、積極的な治療が不要となり普通に社会生活が送れるという意味では多くの場合は大人になるまでに治ると言えるかもしれません。

#### 7. トウレット症候群にはチック以外に行動上の問題を伴うことがあるのか

トゥレット症候群では他の行動上の問題を伴う場合もあれば、そうでない場合もあります。一口にトゥレット症候群と言っても、チックの重症度に幅がある上に、行動上の問題の有無やその種類、重症度が個人で異なるので、理解しにくいという側面があるようです。

トゥレット症候群で比較的良好に認められるものとしては次のようなものがあります。

#### (1) 強迫症状

考えたくないとかばかばかしいとか思ってもある考えが頭から離れない場合があり、これを強迫観念と言います。例えば、自分や家族が事故に遭うというように何か悪いことが起こるのではないかと繰り返し考えてしまうなどです。

したくないとかばかばかしいと思ってもある行動を儀式的に繰り返さざるを得ない場合があり、これを強迫行為と言います。例えば、火事にならないようにとガス栓を繰り返し確認しなくてはならないとか、ものがまさにびったりと並んでいると実感するために何度も触らなくてはならないなどです。年齢が低い場合には、親などに対して大丈夫かどうかを繰り返し尋ねたり、悪いことをしてしまった気がするると繰り返し訴えたりすることがあります。

これらの症状のために生活に障害をきたしている場合には、強迫性障害と診断されます。

#### (2) 不注意、多動、衝動性

不注意とは一つの活動に集中できずに途中で他の活動に移ってしまうことです。多動とは動き回ったり座っていてもそわそわすることです。衝動性とは考え無しに行動して待つべき時に待てないことです。

これらの症状が学校と家庭などの2つ以上の状況で認められ、生活に障害をきたしている場合に、注意欠陥多動性障害と診断されます。

#### (3) 学習能力の不均衡

厳密な学習障害の診断基準に当てはまるとは限りませんが、言語的な能力は優れている一方で、非言語的な能力がやや劣っていることがあります。つまり、言葉で考えたり会話をしたりすることは得意であるのに対して、読むとか書くとか計算するとかが苦手な場合があります。頭が悪くないのに真面目に勉強していないと誤解される恐れがあるので、気をつけましょう。

#### (4) 怒りや攻撃性のコントロールの困難

些細なことで“きれて”しまって、一区切

りつくまではどうしても止めようがないという場合があります。“根性が悪い”などと誤解しておさえつけようとするともますます悪化する恐れがありますので、こういう特徴を伴うこともあると頭に置いておくとういでしょう。

## 8. トウレット症候群は親の育て方の問題で起こってくるのか

そんなことは決してありません。

トゥレット症候群では基底核といって脳の奥の方にある運動を調節する部分の働きに不具合があるのだろとうと考えられています。なお、基底核と特定の大脳皮質を含めた回路を想定してそのどこかに不具合があると行動上の問題を含めて説明できると考えられていますが、まだ十分な確証はありません。

但し、脳の働きの不具合が基本にあるにしてもチックは心理的な影響を受けるので、親の態度や家庭の雰囲気とその表われ方が変化することがあると思います。例えば、チックを止めるようにしつこく注意したり、逆にチックについて一切触れないようにして緊張感が高まったりすると、チックが増えるかもしれません。

心身の疲労や緊張でチックは悪化しますので、チックが増えてきたら何か負担がかかっていないか気を配ったり、そうやって気をつけてあげていることを自然に示したりするとよいでしょう。

## 9. トウレット症候群は遺伝するのか

トゥレット症候群には遺伝が関わっているのは確かなようですが、その関わり方はかなり複雑なようです。ごく最近までは、トゥレット症候群やその他の1年以上続くチック症や強迫性障害になりやすい素因が確実に親から子へ伝わっていく（専門的には常染色体優性遺伝と言います）と考えられていましたが、どうもそう単純ではないようです。

例えば、糖尿病には遺伝が関わっていますが、親が糖尿病ならば子どもが必ず糖尿病になるわけではありませんし、糖尿病になるかどうかには肥満や食事や運動などの遺伝以外のいろいろな要因が関係します。トゥレット症候群もそれに近いようです（複数の遺伝子と環境要因とが複雑に関わっているだろうという意味で、多因子遺伝と呼ばれるものです）。さらに、親族の中にトゥレット症候群や関連疾患が全く認められず遺伝の関与があまり大

きくないと思われる場合もあります。

遺伝的要因と環境要因との関わりが分かることによって、糖尿病のように環境要因を調節して治療や予防が可能になるのではとの考えから盛んに研究が進められています。

## 10. トウレット症候群の治療法はあるのか

トウレット症候群の根本的な原因を取り除いて完全に治癒するという方法はありませんが、症状を軽くしたりなくしたりして生活しやすくする治療法はあります。

トウレット症候群の治療を考える際には、大人になるまでにチックが軽くなって生活の支障にならなくなることが多いので、それまでの期間をどのようにして乗り切っていくかという考え方が大切です。一刻も早くすべてのチックをなくそうと懸命になって疲れてしまったり周囲の人の目を気にするようになっては何の意味もありません。

ですから、治療の基本は、本人及び家族や教師などの周りの人がトウレット症候群についてよく理解してうまく付き合っていくということです。トウレット症候群を受け入れると同時に、それに甘えすぎずに本人なりのペースで発達することを目指すということでもあります。

また、チックだけでなく、行動上の問題や長所を含めて本人全体を考えていくことが大切です。例えば、いくつかのチックがあっても素直で真面目な子どもで周りの人から好かれていたら、チックを悪化させるかもしれない不必要な負担を避けつつ本人の長所が発揮できるようにすることに重点を置くということでもよいかもしれません。また、トウレット症候群ではあっても、強迫性障害や注意欠陥多動性障害を伴っていてそれによる生活の支障の方が大きい場合はそちらの治療を優先した方がよいかもしれません。

より積極的な治療法としては、チックについても行動上の問題についても有効な薬物があります。

## 11. どういう薬物が効くのか、副作用の心配はないのか

### (1) チックに対する薬物

チックに対する薬物療法で、いちばん効果が確実なのは、ハロペリドール（商品名セレネースなど）という薬です。この薬はもともとは精神病の薬（神経遮断薬とか抗精神病薬と言います）で、その中でもドーパミンという神

経と神経の間で情報を伝える物質を抑える作用の強い薬です。チックでは、このドーパミンの活動が高まっている可能性があり、そのためこの薬が使われます。ですから、精神病になったと勘違いして驚かないで下さい。神経遮断薬の中では、ピモジド（商品名オーラップ）という薬もしばしば使われます。いくらか効果が弱くても副作用がいっそう少なくて総合的には利益の大きな薬物を求める傾向が強いアメリカではリスパデル（商品名リスパダール）という薬を初めに試みることが増えているようです。

また、クロニジン（商品名カタプレスなど）という薬もチックに対して使われることがあります。この薬はもともとは高血圧の薬ですが、チックや多動に有効とされています。ハロペリドールと比べると効き方が弱いようですが、作用の仕方が違うのでハロペリドールで効かなくてもこの薬が効くことがあります。

これらの薬に限らず効果があるような治療で副作用がないということはありません。これらの薬の副作用もその対策もよく分かっていますので、不必要に心配することはありません。

神経遮断薬の副作用としては、眠くなったりだるくなったり気力がなくなるというものがあります。これは薬を減らしたり止めたりすることで治ります。また、体が硬くなったり突っ張ったりする、手が震える、じっとしてられないというものもあります。これはやはり薬を減らしたり止めたりすることで治りますし、副作用止めの薬（パーキンソン症候群の薬と同じものです）を一緒に使うことで防げます。

クロニジンは神経遮断薬よりも副作用が弱いようですが、やはり眠くなったりだるくなったり気力がなくなるということがあります。チックに効く範囲の量では血圧が下がってしまうという心配はあまりないようです。

これらの薬は少量から始めて最も効果があり最も副作用が少ないようにバランスを見ながら徐々に量を増やしていくのが基本です。医師の指示に従って服薬をした上で、効果や副作用についてきちんと報告して調節してもらって下さい。

### (2) 行動上の問題に対する薬物

行動上の問題にも有効な薬がありますが、その薬自体がチックに影響を与えることがあり、なかなか判断が難しい場合があります。

強迫性障害に対しては、抗うつ薬の一種で