

しておればなおさらである。石井らによるとAD児の性格は精神発達の未熟、自我が弱い、情緒的な負荷に弱い、過度に人目を気にして自己表現が消極的といった特徴がある⁵⁾。片岡は外来通院患者では年間30日以上欠席をしているAD児は小学生ではほとんどなかったが、中学生で10%、高校生で17%であり、またADと関連して嫌な思いをした経験は、小学生の38%、中学生の22%、高校生の17%にみられ、学校外でも行きずりの他人から嫌な思いを受けた者が各年代とも19%にみられた。またADのために入院している患者のうち、不登校の割合は小学生7%、中学生20%、高校生23%であり、心身医学的治療を併用すると社会適応のみならず、ADの経過も良好であったと報告している⁶⁾が、現実にはADだから仕方がないと放置されていることも少なくない。これらの報告は必ずしもAD児全体の傾向を示すものではないが、日常診療で常に配慮すべき項目であろう。十川は、心理的に親からの自立が成長の課題となる思春期において怒りの表出が出来ずに親に反抗できないことは、自立をさまたげる可能性があり、結果的に社会的適応が困難になると指摘している⁷⁾が、このことは幼児期にも当てはまる。

患者家族への配慮も重要である。岡部らはAD児の家族に症状への不適切な対応の他に、過干渉、親の子離れ・子の親離れがスムーズでない、慢性的な両親の不仲などの問題が見られると報告している⁸⁾。筆者の経験でも母親が我が子をAD児に生んでしまった罪悪感にさいなまれる、短期間で改善しないことに苛立ち、一方でステロイド薬の副作用に不安を持って十分に治療を継続できない、子どもの感情表出(怒りで身体をかきむしる、泣きじやくって眼周囲をこすりつける)がAD増悪につながることを恐れて腫れ物に触るかの如くに接している、といったことは少なからず見受けられる。

筆者は家族に対して、ADを鎧甲をまとった武士に例え、いかつい鎧甲(AD)に感わされず、それをまとった人そのものを見る必要性

を強調している。どんなに重症のADであっても成長過程にある子どもであることに変わりはない。そして疾病にだけとらわれていては成長への支援は困難であることを伝えている。同時に治療を継続するために疾病の説明を繰り返し、家族には不安や疑問を内にためないよう話している。

7. 専門機関への紹介

ADが重症なほど心身医学的対応が必要とされるのは言うまでもないが、残念なことに皮膚疾患、心理的問題双方に精通した医師は極めて少ないのが現状であろう。皮膚症状からだけで心理的問題をとらえることは困難であるが、増悪因子の詳細な検討と共に両親・本人の疾病のとらえ方、治療への反応性、疾病と離れての日常生活における積極性などの点に注目すると、明確になりやすい。特に昼夜逆転といった生活リズムの乱れ、不登校など社会的不適応を示す症例には心理治療的介入が必要となる。現状では極めて少数のADを専門とする小児科医を除けば、ADを専門とする外用治療に長けた皮膚科医と、成長発達を専門とする小児科医が密に連携をとって対応するのが現実的であると思われる。

文献

- 1) 日本皮膚科学会学術委員会:日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の診断基準」、日皮会誌 104:1201-1210,1994.
- 2) 平成8年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業アレルギー総合研究および平成9-12年度厚生科学研究・分担研究「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2001」(冊子)
- 3) 山本昇壯:アトピー性皮膚炎の治療ガイドライン、アレルギーの臨床 20:516-525,2000.
- 4) 太田展生:アトピー性皮膚炎の治療、精神神経系の関与とその対策、小児科臨床 51:2014-2022,1998.
- 5) 石井春子ほか:アトピー性皮膚炎と心身医学、皮膚病診療 12:841-852,1990.
- 6) 片岡葉子:学齢期アトピー性皮膚炎と不登校、日医雑誌 126:52,2001.

- 7) 十川博：ストレスとアレルギー、皮膚疾患を中心に：アレルギーの臨床 21,613-617 2001.
8) 岡部俊一ほか：アトピー性皮膚炎の治療, 牧野荘

平(監)アレルギー疾患治療ガイドライン, p98-101,
ライフサイエンスメディカ 1993.

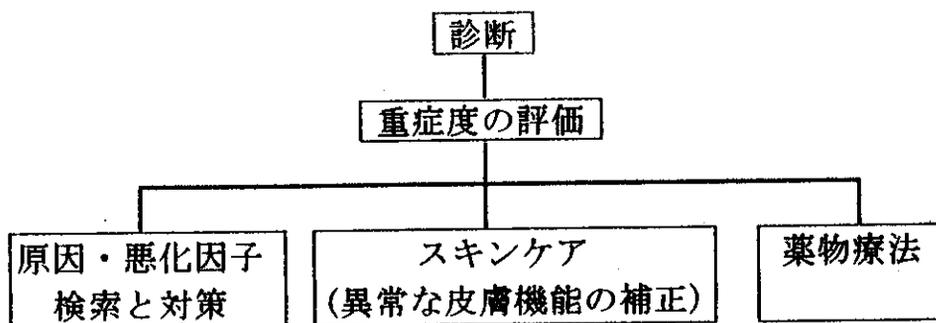


図1 治療ガイドラインの概要

表 1. アトピー性皮膚炎の定義・診断基準 (日本皮膚科学会)

<p>アトピー性皮膚炎の定義 (概念)</p> <p>「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。」</p> <p>アトピー素因：①家族歴・既往歴 (気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患)、または②IgE抗体を産生し易い素因。</p>	
<p>アトピー性皮膚炎の診断基準</p>	
<p>1. 掻痒</p> <p>2. 特徴的皮疹と分布</p> <p>①皮疹は湿疹病変</p> <p>●急性病変：紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹、鱗屑、痂皮</p> <p>●慢性病変：湿潤性紅斑、苔癬化病変、痒疹、鱗屑、痂皮</p> <p>②分布</p> <p>●左右対称性 好発部位：前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、体幹</p> <p>●参考となる年齢による特徴</p> <p>乳児期：頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降。</p> <p>幼小児期：頸部、四肢屈曲部の病変。</p> <p>思春期・成人期：上半身 (顔、頸、胸、背) に皮疹が強い傾向。</p> <p>3.慢性・反復性経過 (しばしば新旧の皮疹が混在する)</p> <p>：乳児期では2カ月以上、その他では6カ月以上を慢性とする。</p> <p>上記1、2、および3の項目を満たすものを、症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する。そのほかは急性あるいは慢性の湿疹とし、経過を参考にして診断する。</p>	
<p>除外すべき診断</p> <p>●接触皮膚炎</p> <p>●脂漏性湿疹</p> <p>●単純性痒疹</p> <p>●疥癬</p> <p>●汗疹</p> <p>●魚鱗癬</p> <p>●皮脂欠乏性湿疹</p> <p>●手湿疹</p> <p>(アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため)</p>	<p>臨床型 (幼小児期以降)</p> <p>●四肢屈曲型</p> <p>●四肢伸側型</p> <p>●小児乾燥型</p> <p>●顔・頸・上胸・背型</p> <p>●痒疹型</p> <p>●全身型</p> <p>●これらが混在する症例も多い</p>
<p>診断の参考項目</p> <p>●家族歴 (気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎)</p> <p>●合併症 (気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎)</p> <p>●毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚</p> <p>●血清IgEの上昇</p>	<p>重要な合併症</p> <p>●眼症状 (白内障、網膜剥離など) ：とくに顔面の重症例</p> <p>●カボジ水痘様発疹症</p> <p>●伝染性軟属腫</p> <p>●伝染性膿痂疹</p>

6. 神経・筋疾患

星加明徳

東京医科大学小児科学教室

キーワード：チック、トゥレット障害、大脳基底核

1. チック

1. 一般小児科を受診する際の主訴

瞬きで発症することが多い。そのほか頭をふる、咳ばらいなどで発症することもある。この3種で初発症状の70-80%を占める。またこれらは初発症状でなくても経過のいずれかの時点でみられることが多い。

2. 理学的所見・検査所見

小児科的な通常の理学的所見では異常がみられない。時に神経学的徴候がみられることがある。

覚醒時脳波、頭部CT、MRI検査では、通常異常を認めない。睡眠脳波では、学童期に約10%で入眠期の全般性棘徐波や、中心-側頭部の焦点性棘波を認めることがあるが、チックの臨床像との関連はない。

3. 診断基準および評価方法

チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声と定義(DSM-IV)される。またチックはその種類と持続期間により3種に分類される(表)。

運動性チックでは、瞬き、口角を引く、顔をゆがめるなどの顔面の動きが多く、頭をふる、回転させるなどの頸部の動き、肩をびくっとさせる、回す、上肢をびくっとさせる、躯幹を反らせる、歩いていて急にジャンプするなどがある。

音声チックでは、鼻をすする、咳ばらい、奇声(アッ、アッという甲高い叫び声など)、汚言などがみられる。

診断は臨床症状から行うが、チックが疑われた症状が発現してきた年齢や、発現した順序、身体部位における広がりなどが、通常のチックの経過かどうか注意する。

複雑な四肢のチックがみられるときには、それまでに瞬きや、頭をふるなどの、頻度の

高いチックがみられていることが多い。四肢末梢のチック様運動から始まって、その後の経過においても顔面や頸部の一般的なチックがみられないときは、他の疾患との鑑別を考えなくてはならない。

経過中、チックはその種類や頻度が変化する。症状がいつも同じである場合や、いつも同じ早さの律動的な動きはチックでない可能性が高い。

チックは不随意運動の一種であるので、緊張で増強することがある。またチックが軽度の時には、登校や外出などでわずかに緊張することにより、逆に抑制されることがある。

併存症として注意欠陥/多動性障害がみられることがある。また高機能自閉症が併存することがあるが、小児科外来を受診するものではきわめてまれである。

発症の誘因は1/3の症例でみられる。頭部打撲などの物理的刺戟が誘因となることがある。また心理的ストレス(学校でのいじめ、友人関係のトラブル、両親の不和、離婚など)が誘因となることもある。他の2/3は、誘因なく発症する。誘因が疑われたことが消失すると、チックは軽減することもあるが、変化しないことも多い。

チックに心身症と考えられるものがどのくらいあるかについては、もし学校での運動会や学芸会などの行事で増強することまで含めると、100%心身症ということもできるが、それだけであれば本人に対するカウンセリングなどの特別の治療は必要ない。四肢のチックのため日常生活に支障をきたすような場合は服薬が必要になるし、子どものチックは軽くても母親の不安が強い場合など、母親が治療の対象となる。服薬や母親に対する支援が必要になるのは、トゥレット障害で20-30%、

その他のチックで5-10%程度であろう。

4. 転帰

チックが出現してまもなく受診し、チック症状が瞬きや頭をふるなどの頻度の高い症状であれば、大部分は一過性チック障害の経過をとり1年以内に消失する。トゥレット障害の経過をとるのは、チックの発症初期に受診した子どもの中で1%以下である。

トゥレット障害の経過をとる場合でも、4-5歳の運動性チックから始まり、7-8歳から音声チックが加わり、9-10歳がピークとなり、その後15歳くらいまでに軽減あるいは消失する事が多い。思春期になると、一部の症例で強迫傾向がみられることがあるが治療を必要としない軽度のものが多い。

5. 予後判定の基準

予後の判定には、チックの発現部位を、顔面、頸部、肩、上肢、躯幹、下肢の6部位に分けて評価する。発症は顔面か頸部が多いが、経過を追って末梢に広がるものほど、長期に持続する傾向がある。しかし多発性チックの経過でも10歳で受診したなら、自然経過で数年間のうちに軽減していくことが多い。

また幼児期に発症するものの方が、学童期に発症するものより重症化しにくい。また男児より女児の方が軽症である。

6. 一般小児科医で可能な治療（初期対応）

チックは不随意運動であり、短時間の抑制は可能だが長時間止めることは出来ない。家族にはチックを止めるように言わないよう説明する。

小児科を受診する母親は遺伝的に不安が強く強迫性を持つ場合が多く¹⁾、母親に対する心理的支持が心身医学的治療の主体となる。受診時、母親は、自分の育て方が悪かったのではないかと罪悪感を持っていることが多いので、母親の育て方ではないことを説明する。

他の母親からよくきかれることについての回答を表2²⁾に示した。

7. 専門機関紹介時に必要な説明事項および紹介方法

チックがあるために食事をこぼす、歩行時に倒れるなど、日常生活に支障があるなら、専門外来への紹介を考慮する。

複数のチック症状が出現しているならばその経過、発達歴、既往歴など、一般的な内容でよい。家族が不安に思っていること（たとえば遺伝性や予後など）や解釈モデルがわかれば記載しておく、専門機関での初診時の説明に有用である。

11. 頭痛

小児が頭痛を訴えて受診した場合、もし頭痛以外の症状を伴っていないければ、偏頭痛か筋緊張性頭痛の可能性が高く、対応、治療は難しくはない。また心身医学的治療が必要になることもまれである。

頭痛以外に腹痛、嘔気、めまい、微熱、倦怠感などを伴っている時は、小児科的には起立性調節障害の臨床特徴を持つことが多く、精神医学的には、分離不安障害、適応障害、転換性障害などの診断となることが多く、また心身症として対応が必要なことが多い。

文献

- 1) 金生由紀子：トゥレット症候群と遺伝、有馬正高、大田昌孝（編）：発達障害医学の進歩 10、診断と治療社、東京、26-33、1998.
- 2) 星加明徳、三輪あつみ：チックについての母親への説明と家庭での対応、こころの臨床アラカルト、星和書店、東京、373-382、2001.
- 3) 坂田保隆：心身医学的アプローチの対象となる症状、反復性頭痛、小児内科、31:721-724、1999.

チック障害の分類

	一過性チック障害	慢性運動性または音声チック障害	トゥレット障害
チック	1種類または多彩な運動性および/または音声チック	1種類または多彩な運動性または音声チック	多彩な運動性チックおよび1つまたはそれ以上の音声チック
持続	4週間以上12か月未満	12か月以上 3か月以上連続してチックが消失することはない	

(DSM-IV)

表2 チックの母親からの質問と回答集

Q. お母さんの完璧主義のせいでチックになったといわれましたが、本当ですか？

A. ちがいます。以前、子どもがチックになるのは育て方に原因があるという意見もありました。またお母さんが神経質で完璧主義で、干渉しすぎるから子どもがチックになるという意見もあったようです。

ただ、チックをおこしやすい脳の体質は、男の子ではチックを出しやすく、女性の体に入るとチックではなく少し神経質な完璧主義の女性を作る可能性があるといわれています。つまり親子で同じ脳の体質を持っていると、お母さんは神経質で完璧主義になり、お子さんは同じ脳の体質のためにお母さんの育て方とは関係なくチックが出てしまう、という考えもできます。昔、脳の仕組みがよくわかっていなかった時には、このためにあたかもお母さんが神経質に完璧主義で育てたからチックになったようにみえたのかもしれない。

Q. チックのある子どもへの接し方や育て方はどうすればよいのでしょうか？

A. 今までどうりでかまいません。接し方や育て方については、基本的には今までどうりでかまいません。ただ生活を振り返ってみて、干渉しすぎるようなところがあるようでしたら、干渉を少し控えるようにすればよいと思います。

Q. 叱るとチックが増えるのですが、叱らない方がよいのでしょうか？

A. 悪いことをしたときには叱ってかまいません。叱ることも社会的なルールをおぼえさせたりするためには、必要なことがあります。叱った時にはチックは増えるのですが、一時的な現象ですぐもとにもどります。そのためにチックがひどくなったり、治るのが遅くなったりすることはありません。

Q. 運動会や学芸会などの学校行事の時にチックが強くなるのですが、どうすればよいのでしょうか？

A. あまり気にしないでください。チックは緊張するような行事があると2-3日前から増加し、それが終わると半日から長くても1-2日で以前の状態にもどります。

Q. チックがあるために、学校でいじめられないか心配です。

A. いじめられることは、ほとんどありません。チックのお子さんに学校のことを聞いてみても、最初のころ「おまえ何やってんだよ」などと言われることはあるようですが、意外にチックのためにいじめられることはありません。おそらく友達は最初は変に思うかもしれませんが、時間がたつとその動きを見慣れてくるせいか、気にしなくなります。

Q. いじめられて登校拒否にならないでしょうか？

A. 登校拒否になる可能性は、チックのない子どもと、あまり変わりません。

Q. テレビをみている時にチックが増えるのですが、テレビを見せない方がよいのでしょうか？

A. テレビは見せてかまいません。確かにテレビをみている時にチックが増えるお子さんがいるのですが、これはその時だけでテレビを見るのが終わるともとに戻ります。私どもの経験でも、テレビを見る時間が長いからといってひどくなることはありませんし、いつ治るかということにも影響しないと思います。テレビを見せる時間はそのお家の教育方針で決めてかまいません。

7. 注意欠陥／多動性障害 (AD/HD) とその辺縁疾患

小枝 達也

鳥取大学教育地域科学部人間教育講座障害児病理学

キーワード：注意欠陥／多動性障害、学習障害、高機能広汎性発達障害、学校不適応、心身症

I. はじめに

注意欠陥/多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorders ; AD/HD) は、小児科が関与すべききわめて今日的な疾患となったが、その存在そのものは以前から知られており、多動性症候群や微細細障などの呼び名で診療の対象とされてきている。今日のようにメディアに取り上げられるようになった背景には、学校教育との絡みが大きい。通常の学級に在籍しているが、特別な支援を必要とする子どもたちと位置づけられ、また治療の対象であると教育関係者や保護者が認識し始めたことによる。

ここでは一般小児科医家がAD/HDを診療する際に必要な事項を、とくに心身症との関係から概説する

II. AD/HD

1. どのような主訴で来院するのか

主訴の多くは「落ち着きがない」、「物事に集中できない」、「乱暴な言動がある」など後述するAD/HDの主症状そのものである。ときには「宿題をしない、勉強ができない」といった学業との関連を強調したものや、「学習障害ではないか」といった直接的な表現の主訴まである。

2. 心身症との関係

平成11年度に行われた全国病院調査から、小児科一般外来の受診者 (5歳以上) の中でAD/HD児は0.58% (内訳：男児83%、小学生63%) であることが判明している。この調査によればAD/HD児の心身症合併率は58%、家族・友人・教師と何らかの対人関係上の問題を有するものが67%、不登校 (保健室登校、または適応指導教室等を含む) は27%であった。もちろん、これら

の合併率はAD/HD児全般における数値よりも高いと思われる。心身症を合併しているからこそ小児科外来を受診するからである。しかし、小児科の外来担当者としては意識しておくべき数値である。学校調査 (鳥取県で実施) では、AD/HDの小学生で2.3%が、中学生では39.4%が不登校となっている¹⁾。

以上から、「AD/HD児は小学生の男児に多く認められ、中学生になると約4割が不登校の状態である。そして、小児科外来を訪れるAD/HD児の約6割が心身症を合併している」とまとめることができる。

3. 症状と診断

AD/HDの症状は、過活動、不注意、衝動性の3つに分類される。過活動とは、いわゆる「落ち着きのないこと」で、おとなしくしておくべき場所でも、ウロウロと動き回ったり、多弁であったりすることを指す。たとえ座っていてもよく手足を動かしているなども過活動に該当する。不注意とはいわゆる「ケアレスな状態のこと」で、日々の活動で注意力が足りなかったり、話を聞いていなかったり、必要な物をよくなくす、あるいは宿題など集中力を必要とする活動を嫌うなどが挙げられる。衝動性とはいわゆる「予期せぬ行動をとること」で、順番が待てなかったり、人を遮って話しかけてきたり、他人の活動を邪魔したりすることを指す。

しかし、これらの行動は、小児であれば多少なりとも普通に認められるものである。そのため、病的と判断する目安に苦慮する時もある。これらを症状として考えるには、以下のような要件を念頭に置く。①生活年齢や発達年齢に比し、明らかに頻度が多かったり、程度が強かったりすること、②その行動のために周囲や本人

自身に不利益が生じていること、③状況に依存せずにその行動が出現し、ある程度の期間（通常は6カ月以上）持続して認められること、の3点である。さらに、自閉症ではないこと、環境による反応性の症状ではないことも付帯条項として重要である。

4. 一般小児科での対応

小児科医がもっとも留意すべきことは、行動評価もせずに「元気がいいだけで、心配いらない」と断定しまわらないことである。とくに保育所、幼稚園、学校などからの紹介で来院した場合には、どんな行動があり、誰が、どの程度困っているかを聴取すると、AD/HD診断のきっかけとなる。

治療的介入には生活指導、環境整備、薬物療法の3つがある。まず、生活指導や環境整備を優先させる（図1、2）。生じている問題の大きさにもよるが、数ヶ月間は生活指導と環境整備による変化を待ちたい。とくに生活指導は、子育ての延長上にあり、小児科が積極的に関わるべき領域である^{2、3}。

改善が見られない場合には、薬物療法の併用を考える。通常、中枢神経刺激剤を第一選択薬、抗うつ剤を第二選択薬として用いることが多い。参考として図3に薬物療法の処方例を記載した。しかし、AD/HDを薬で治すという感覚で取り組むとうまくいかない。薬物療法はあくまで症状の緩和が主目的である。薬物療法により症状が緩和し、生活指導や環境整備の進展が得られ、そしてAD/HD児自身が行動統制や人との協調性を学ぶというのが本来の治療であろう。生活指導や環境整備をおろそかにして、安易に薬物療法に頼ることは慎むべきである。薬物療法が必要と思われたら、身近な精神科（思春期外来など）あるいは機関病院の小児科（小児神経外来、発達外来など）や療育センター、発達相談センター等の小児科に紹介する、あるいはアドバイスを得ることをお勧めする。

学童期後半以降では過活動は低下し、一見するとAD/HDとは思えなくなることも多い。そんな場合でも、不注意や衝動性は残っており、とくに衝動性が強い場合には、いわゆる「キレル」

という行動に出る。AD/HDの一部では、思春期に行為障害や人格障害を合併してくる。幼児期から適切な対応を行い予防することが何よりも重要である。行為障害を合併してしまつたら、小児科だけで対応することは困難になる。積極的に精神科や児童相談所、警察の生活安全課と相談すべきである。

III. 関連する疾患

1. 学習障害

学習障害（Learning Disorders ; LD）とは、脳機能障害によって生じるある種の認知能力の歪みを主体とする発達障害で、読字障害、書字障害、算数計算障害が代表的なタイプである。AD/HDとの合併は約40%と高率であるため、両者はよく混同されるが、AD/HDは、行動異常という軸で見ると、LDは認知障害という軸で見ると別の疾患であることに留意する。

幼児期より多動などの行動上の問題があつて、学業成績が低下してきた場合は、原則としてAD/HDである。最近になって落ち着きがなくなった学童の場合では、二次的な反応性の多動であることが多く、その背景にLDが隠れていたりする。AD/HDを合併しているLDでは、学習態度そのものが損なわれるだけでなく、えり好みをして学習する傾向があり、学業成績の凹凸がいつも顕著になる。両者が併存している場合には、まずAD/HDに対する治療的介入を行う。

LDでも心身症の合併が多く、不登校はAD/HDよりも早い時期から認められ、小学校低学年で約20%、高学年で約50%、中学校では約60%と増加する。LDそのものに対する薬物療法はない。環境整備や心身症予防が重要課題である⁴。

2. 高機能自閉症とアスペルガー（Asperger）症候群

高機能自閉症とは知的能力が正常範囲内（IQが70以上）の自閉症をいう。アスペルガー症候群とは大まかには、言語発達に遅れのない高機能自閉症のことをいう。ともにコミュニケーションの障害を基盤とする広汎性発達障害に分類されている。両者共に多動があり、集中不良が

あり、衝動的に行動したりするので、行動評価のみではAD/HDに見えることが少なくない。独特な感覚へのこだわり（回るものや直線が好きなど）や新規の事柄に対する不安や恐れ、会話のずれなどを特徴としている。方言を使うことが少なく、丁寧な言葉遣いなども特徴的である。DSM-IVでは、AD/HDとの合併を認めておらず、広汎性発達障害の方を優先診断とする。

幼児期から学童期前半ではAD/HDと診断された児が、その後、クラスで孤立するなどの状態を経て学校不適応になり、児童精神科や小児神経科を受診し、アスペルガー症候群と判明することもある。一般小児科としては、留意しておくべき点であろう。また、こうした高機能広汎性発達障害では、視覚的な理解力は良好であるのに、聴覚的な理解力は劣っているなど認知障害も合併するためLDに見えることもある⁵⁾。

こうした広汎性発達障害では、とくに思春期以降になると強迫症状や不安症状などが顕著になったりする。この場合は、児童精神科医などの専門家に相談する。

IV. 終わりに

AD/HD、LD、高機能広汎性発達障害などの軽度発達障害に共通する重要事項は、幼児期から行われる「できる貴方はいいけど、できない貴方はだめ」という育て方をやめ、「できない貴方も大切な人だ」というメッセージを送り続け、自己肯定感 (Self-esteem) を育てることである。

参考文献

- 1) 小枝達也: 心のケアと小児保健 ⑧学習障害. 小児科臨床 第53巻増刊号 1123-1126, 2000.
- 2) 小枝達也: シンポジウム4 小児の心身症 発達面からみた心身症および学校不適応の病態. 日本小児科学会誌(印刷中).
- 3) ラッセルA. パークレー: ADHDのすべて. 海輪由香子訳, 山田寛監修 VOICE, 東京, 2000.
- 4) 榎原洋一: 集中できない子どもたち. 小学館, 東京, 2000.
- 5) 杉山登志郎: 発達障害の豊かな世界. 日本評論社, 東京, 2000.

コラム 「豆知識」

AD/HDの薬物療法について

AD/HDの治療薬として、厚生労働省の承認を受けているものは一つもないのが現状である。図3に記載したmethylphenidateや抗うつ薬に限らず、その他にときどき使用されるcarbamazepineなども同じである。したがって、そのことを保護者に伝え、了解を取った上で処方しなければならない。methylphenidateは過半数以上の症例で確かによく効く。しかし、年長児や成人では高揚感が得られることがあるらしく、インターネット上で、Vitamine Rという隠語で取り引きされていたり、簡単に処方してくれる病院の情報が出回っていることも同時に承知しておくべきであろう。年少児では考えにくいですが、年長児の場合「ふり」をしてmethylphenidateを入手しようとする者がいることを、今や小児科医も熟知しておくべき時代なのである。

AD/HDの診療を志す者は、「AD/HDの診断と治療ガイドライン (平成14年中に発刊予定)」を参考にすることをお薦めする。

- 家庭内でのルール作り(保護者が決め、みんなが守る)
- 興奮しているときには怒らない
- 別の場所へタイムアウトさせる
- 落ち着いてから諭す
- 怒鳴らず、威厳を持って叱る
- 叱る言葉は短く明瞭にする
- タイミングよく褒める

図1 生活指導

- 治療の対象であることを家族全員が理解する
- 幼稚園や学校に正しく認識してもらう
- 本人に治療が必要であることを説明する
- 教育環境の整備をおこなう(情緒障害通級など)

図2 環境整備

第一選択薬 中枢神経刺激剤	第二選択薬 抗うつ薬
<p>例</p> <p>Methylphenidate 5mg 朝一回投与。のち5mgずつ増量し、最少有効量を維持。昼の投与は可。夕方以降の投与は不可。年長児でも30mg/dayを越えない。行動の増悪、チックが出たら中止。てんかん合併例では慎重に投与。</p>	<p>例</p> <p>Fluvoxamine 25mg ター一回投与。のち25mgずつ増量し、最少有効量を維持。朝夕投与可。胃腸障害は高頻度に出現。テオフィリンとの併用は慎重に。</p>

図3 薬物療法の処方例

8. 摂食障害

渡辺久子

慶應義塾大学医学部小児科学教室

キーワード：摂食障害、神経性食欲不振症、生体リズムの障害、多臓器障害、骨粗鬆症、月経障害、早期発見治療、心身の育てなおし、学校との連携

I. はじめに

摂食障害 (Eating disorders) はストレスを感じた時、率直に本音で悩み、訴え、解決していく代わりに、拒食や過食の食行動異常に逃避する心身症である。拒食が中心の神経性食欲不振症 (Anorexia Nervosa、俗称：拒食症、以下AN) と過食嘔吐が中心の神経性過食症 (Bulimia Nervosa) が急増し低年齢化している。思春期の発育スパート期の発症はライフサイクルにわたる心身の発達障害を引き起こす。小児科医が予防と早期発見 (一次ケア)、早期治療 (二次ケア) を学校保健と精神科医と連携して行うことが必要である (表1)。

II. 一般小児科受診時の主訴

やせ、食欲不振、食事量の減少、過食嘔吐、やせ願望、ダイエットに夢中、過活動無月経、顔面蒼白、低体温、徐脈、無月経、遅発性月経。

III. 心身症の割合

身体疾患を除外し診断が確定すれば100%心身症である。しかし多臓器障害 (循環不全、甲状腺機能低下症、間脳下垂体機能不全など) を伴い、最も難治性で死亡率の高い (10-20%) 思春期の心身症であり、身体治療は欠かせない。

IV. 理学的所見

食行動異常、体重減少や人格発達の問題の度合いにより理学的所見は異なる。表2 (神経性食欲不振症：病状レベル) のA、B、C、D群を参照。A、B群ではやせがめだためまま生体機

能不全が続き、二次性徴の遅れ、骨密度低下、内臓発達不全が見過ごされる。C、D群では、BMIが16以下のやせ、顔面蒼白、手足の冷感、低体温、低血圧、徐脈、乏尿、腱反射低下・消失、皮膚の角化、うぶ毛密生などの飢餓状態と循環不全に加え、無月経・月経障害など甲状腺機能低下症、間脳下垂体機能不全、卵巣子宮発達不全などが認められる。

血液検査では、白血球減少、ALP低値、IGF-1低値、T3、TSH、free-T3低値、E2低値。胸部X線上心肺係数低下、MRI上脳萎縮、エコーにて卵巣子宮発達不全、骨密度低下、骨粗鬆症骨等が認められる。

V. 診断基準および評価方法

①問診→②診察→③検査→④身体疾患の鑑別→⑤精神疾患の鑑別→⑥確定診断→⑦病状レベル診断 (身体的問題、心理的問題、社会心理的問題) と進める。

病識がなく元気と主張する患者に対し、問診、身体測定、緻密な診察により生体機能不全の兆候を把握し、正確に患者に伝える。(産毛の密生は内分泌機能不全、徐脈は自律神経機能不全など)。乳児期からの成長データを成長曲線に記入し、体重の横ばいや体重減少を確認する (図1)。身体疾患 (悪性腫瘍、血液疾患、結核、SLEなどの膠原病、脳腫瘍、変性疾患、消化器など) を除外し、次に小児期、思春期精神障害 (心因反応、うつ病、境界人格構造、強迫神経症、精神分裂病など) を鑑別する。15歳未満の成長発達のスパート期の発症を、飢餓状態の進行する前に診断するには、18歳以上用のDSM-IVの診断基準は不適

切で、以下の診断基準 (Laskら) を用いる。

<若年発症(15歳未満)神経性食欲不振症診断基準>

15歳未満は以下の①②③を満たせば神経性食欲不振症の診断とする。

- ① 頑固な拒食、減食
- ② 思春期の発育スパート期に、はっきりした身体疾患や精神疾患がないのに体重増加の停滞や体重減少がある。
- ③ 以下のうち2つ以上の症状があること、
 - a) 体重へのこだわり
 - b) カロリー摂取へのこだわり
 - c) 歪んだ身体像
 - d) 肥満恐怖
 - e) 自己誘発嘔吐
 - f) 過剰の運動
 - g) 下剤の乱用

VI. 初期対応

発症直後の一次ケア、病初期の二次ケア、病状進行期の三次ケアに対する初期対応は以下の通りである。

一次ケアは、食事、睡眠、活動のめりはりの大切さ、成長期のダイエットの害を説明し、家族の理解協力をえて、安心したゆとりある生活を送らせる。

二次ケアは体重増加不良と食欲不振の初期に対し、毎週診察と身体計測を行い、血清T3、IGF-1などの代謝機能値を検査する。健康な体重と食生活の回復をめざし、十分な睡眠、食事、本音をだしてのんびりする生活を指導する。

三次ケアは上記診断基準に該当する状態に実施。ANの専門機関が少ないため、まず小児科医が身体治療の常識を駆使して取り組む。一般の身体疾患の患者と異なる点は、病識が無く、病棟スタッフをふりまわし、治療を無効にするので、小児科医が内柔外剛の姿勢で、他のスタッフと一枚岩になり、病気と治療法の初期指導を徹底して行ない、患者の協力をとりつける。

<初期指導> ANは深刻な病気で、心不全、低血糖、衰弱死の危険、脳萎縮、骨粗鬆症、不妊、不育症のリスクがあり、30%以上のやせ、脱水、循環不全、低血糖は入院の適応。静かな環境で身体を休める。

やせることが快感(ダイエットハイ)になり、病気にはまってしまう。栄養失調が進むと、全身の臓器が萎縮し、脳も萎縮し徐脈や浮腫がでて、自分では病気と認識できない。異様な精神状態に陥り、自力の回復は困難となる。餓死や不整脈、徐脈などによる突然死がおきる。身体破壊をくい止めねばならない。敏感な資質、現代のスリム志向、受験、過激なスポーツ、初潮発来などの社会心理生理的要因が絡みあい発症している。男女比はおよそ1:10。十代の発症は、思春期の発育期に身体、脳と人格構造の土台を作り損ね、低身長、二次性徴の遅れ、卵巣・子宮成長障害、骨粗鬆症、精神障害など、多様な心身の発達障害をひきおこす。拒食から体重減少が進み無月経が長びいたり、過食嘔吐症ほど治りにくい。徐脈、低体温、抹消循環不全などを実際に本人に示して患者に理解させる。

VII. 治療

治療には①身体的治療②心理的治療、③家族治療、④学校による支援体制の確立の4つの連携が必要。身体機能と食行動が正常化し、体重が8割まで回復しないと心理治療は無効。また本音を受けとめてもらえる親子関係の信頼関係や慎重な学校復帰が、再発や慢性化防止には必要。

治療目標: 混乱した生体のリズムをたてなおし、心身を育てなおす。三度の食事摂取、睡眠覚醒のパターン、周期的な生理の回復。親に本音をだして甘えなおし、愛されている自分という自己肯定感を獲得し、対人機能や社会的スキルを獲得すること。

治療の段階: 治療段階には、①飢餓状態をくいとめる②栄養摂取をすすめる回復期、③身体的な回復とともに、心理治療や家族治療を

すすめ現実生活に復帰するよう再適応期の3段階がある。全治療を通し、①飢餓、心不全、自殺などによる死の危険の防止 ②過食、嘔吐、下剤・利尿剤の乱用などを併発したり、慢性化することの防止、③性的逸脱行動、万引き、窃盗、器物破壊などの自己破壊的な行動と、精神障害の発病の防止を常に念頭におく。またどの時期も、子どもを支えるために、親と家族を支え、身体管理と心のケアの両面からアプローチしながら、学校が気長に治療を見守れるような協力体制を作る。

1) 急性期：

病識の欠如、強い治療抵抗、精神的な混乱を示す患者と家族に、飢餓による心身の消耗状態と多臓器障害の危険を伝え、信頼関係を作りながら、まず身体治療を開始する。

安静臥床を基本に、規則的にカロリー摂取を促し、少量から漸増し、柔らかいものから硬い食物に移行させる。低体温、徐脈、低血圧などバイタルサインを慎重にモニターしつつ、睡眠覚醒、規則的摂食のリズムがよみがえることをめざす。チューブ栄養や投薬は最後の手段。ほとんどは熱意ある説得により、自らの口で摂取することができるようになる。

複雑な思春期発達の軌道にのれぬくらい不安緊張の強い、「心の未熟児」とみなし、看護婦、主治医による心のこもったベッドサイドケアを行いつつ、信頼関係を深め、健やかな身体感覚を刺激し促していく。自宅療養の場合は母親がこの役割を医師の指導を受けながら行う。

2) 回復期：

食欲中枢や消化管のリハビリテーションとして規則的な摂食練習を進める。身体機能の回復にともない、飢餓時の生態防御反応が消失し、喜怒哀楽の感情がよみがえると、マスクされていたよくうつ、不安、怒りや絶望が湧き、感情が揺れ、混乱しやすい困難な時期になる。万引き、盗み、過食加速、嘔吐、捨食など、衝動的な行動が生じやすく、周囲はあわてぬこと。安心して治療スタッフ（あ

るいは母親）に本音をだし、愛着を向けながら、不安や苛立ちを乗り越え、自己感覚や自己表現を育てていけることが大切である。変化をこわがり、不安を先取りし、失敗をおそれる患児の心を、親も治療者も教師もよく理解し受け止めることが必要である。大人一枚岩の親心こそ、子どもが求めているものである。子どもは感情起伏のままに、周囲の大人をふりまわそうとし、大人が弱気でうわべのご機嫌をとる態度にでると、事態は悪化する。大人同士が暖かくきめ細かく連絡をとりながら、一枚岩になり子どもを支えよう。

3) 再適応期：

学校に戻る時期は、家族や対人関係のストレスが急増し、焦りと不安が増す。時期早尚の学校復帰は、拒食と体重減少の再発につながりやすい。どの時期どの範囲から段階的にもどるかを慎重に判断し、スモールステップで実施する。母親を支え父母関係を改善し、家庭を暖かい雰囲気にする。親が子の要求を理解し、幼児から育てなおすつもりで本音をだし甘えられるよう導く。回復期の抑うつ、自殺等の危険を防ぐ。

VIII. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

できる限り小児科で身体の回復をはかるが、意識障害、衝動行動などが認められたら、迷わず精神科医に相談し、精神面のケアの協力を仰ぐ。飢餓状態と循環不全の回復が少しでもある方が精神科医は治療しやすい。

IX. 予後

体重の回復と維持、健康な食生活、体重、身長、頭囲の増加、排卵性規則性生理の確立、臓器障害の改善、母親や家族に安心して本音をだし、集団の中でも自然体の自分で行動できることをめざし、最低3年はフォローアップする。

長期予後は、発症20年間に20%死亡といわれ、対人関係、受験、就職などのストレス

で再発しやすい。自分のペースで無理の無い生活を着実にしていくよう長期にわたり応援する。多臓器障害の治療をしないと、将来の骨粗鬆症、低い身長、精神障害、不妊症、育児障害・虐待等のリスクがある。精神障害は万引き、窃盗、性的逸脱、薬物乱用、家庭内暴

力、ひきこもり、抑うつ、自殺企図、幻覚妄想状態など多様である。

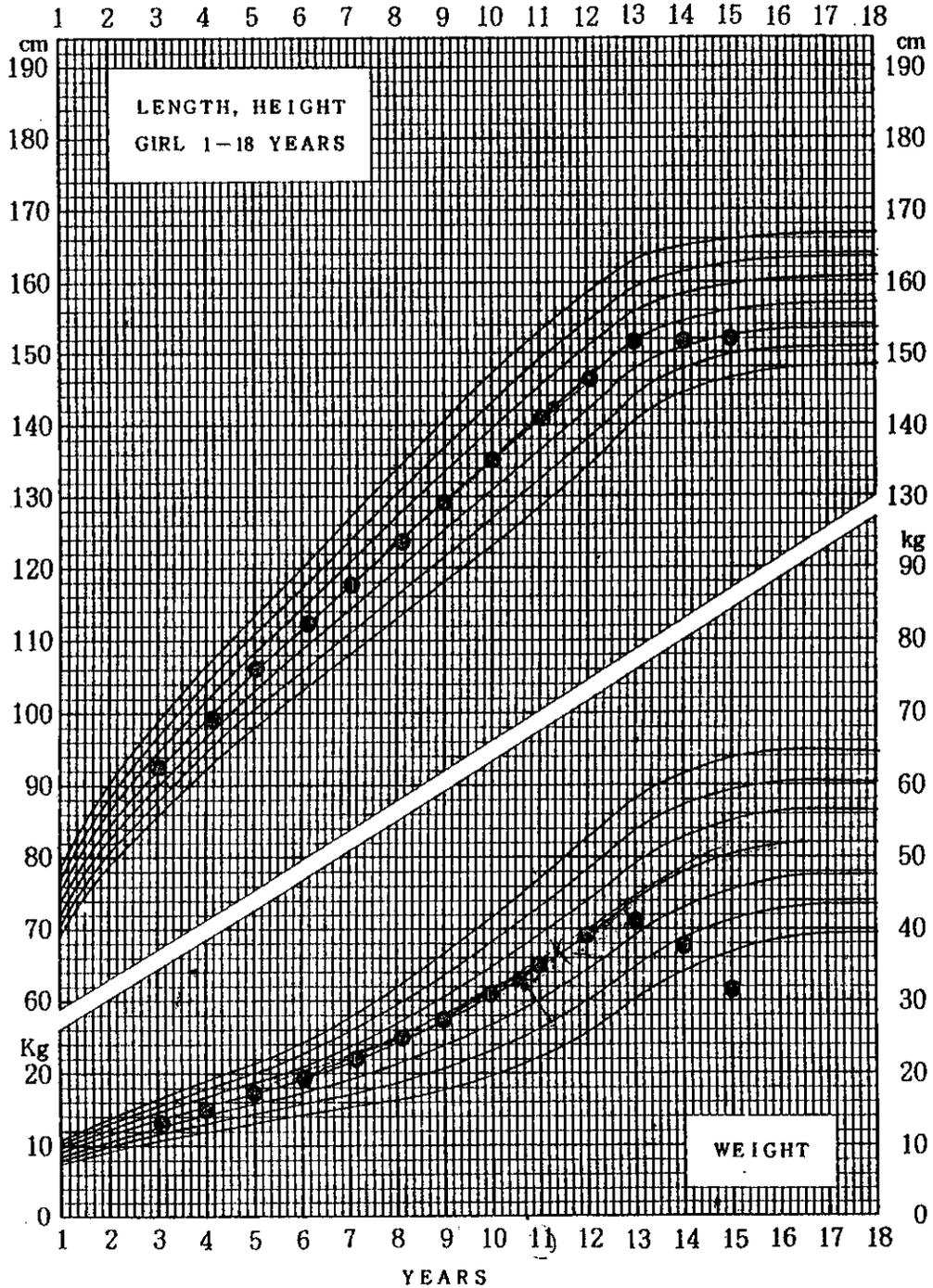


図1 成長曲線

表1 神経性食欲不振症対策案

ケアの種類	予防・教育 (一次ケア)	早期診断・介入 (二次ケア)	治療 (三次ケア)	フォローアップ
病気の時期	発症前	発症初期	発症中期	治療後
状態	リスク要因	体重増加の停滞 食行動異常	体重減少・月経障害 食行動異常・臓器障害	回復状態の維持 治療レベル別モニター
ケアの内容	育児・保健指導 リスクの発見	食生活指導 体重管理 親子関係改善	包括的専門治療 身体治療 心理治療 家族指導 社会復帰	再発危機 生活管理 心理・家族治療の継続 再発危機への対応
ケアの場	家庭・学校	家庭・学校・ 小児科	病院(入院・外来)治療	定期検診 心理・家族治療所
ケアの中心	親・担任	親・担任・小児科医	専門治療チーム	専門医・小児科医と 親・学校の連携チーム
ケアの 指導責任者	小児科医・教師・ 養護教諭・校医他	小児科医・担任 養護教諭・校医他	小児精神保健専門医	小児精神保健専門医

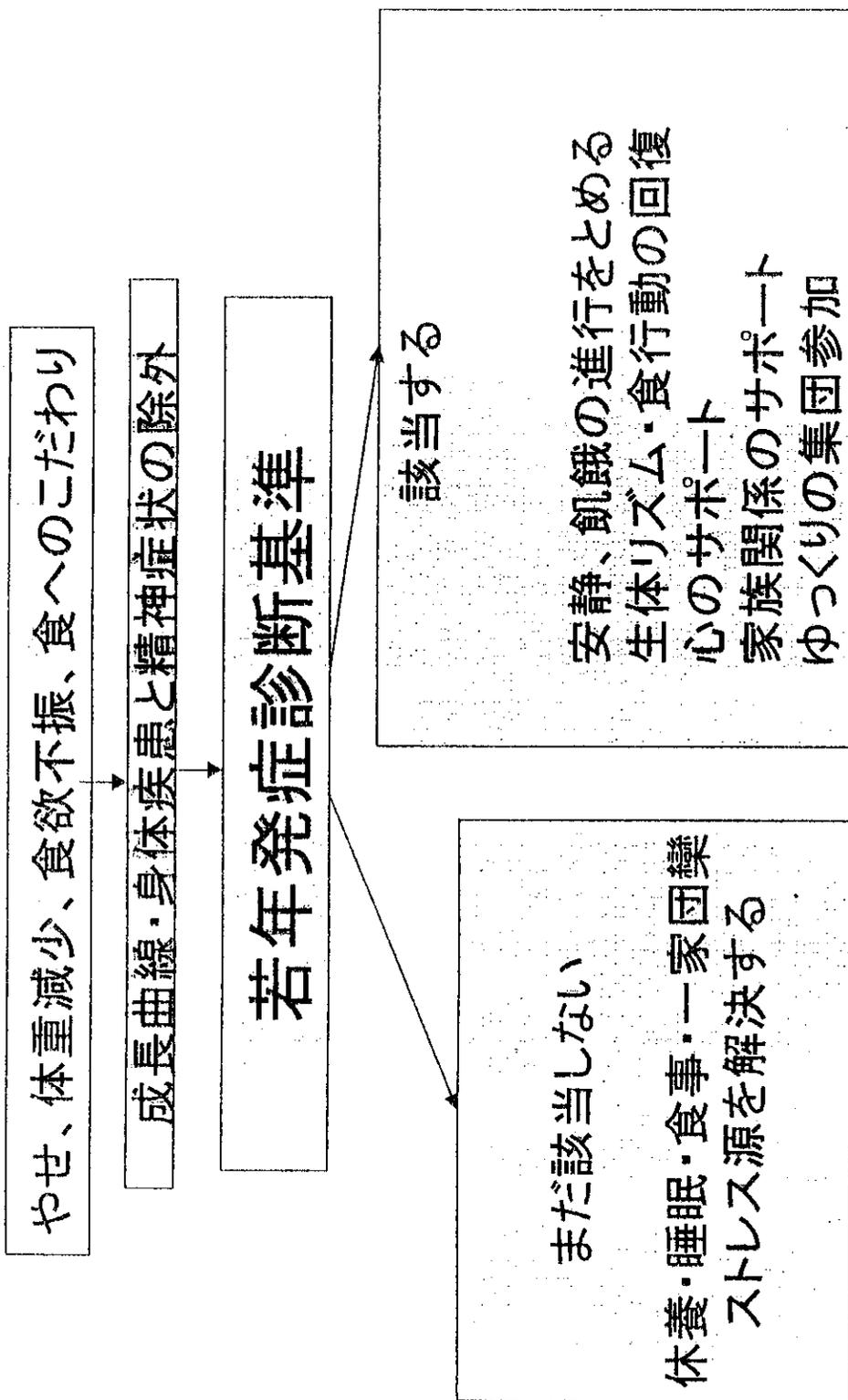
表2 神経性食欲不振症：病状レベル表

名前： _____ 年齢： _____ 歳 記録日： _____ 年 月 _____ 発症年齢： _____ 歳 治療開始年齢： _____ 歳

病状レベル	A群 完全治療状態	B群 不完全治療状態	C群 未治療状態	D群 予後不良	E群 死亡*
活動度	加齢に合わせた 学校参加	学校慎重参加	学校部分参加 /休学/自宅安静	入院治療 /自宅臥床	
体重 過去6ヶ月間	BMI: 20 BMI: 18-19.9	BMI: 20 ~ 18 5% ~ -15%	BMI: 18-16 -15% ~ -25%	BMI < 16 体重 < -25%	
月経過去6ヶ月間	規則的 1回	2 ~ 5回	0 ~ 1回	0回	
脈 体温 血圧	正常	昼夜脈 > 60 正常体温・血圧	昼脈 > 60 夜脈 < 60 低体温・血圧	昼脈 < 60 夜脈 < 50 低体温・血圧	
臓器障害	なし	軽度	中度	進行	
食行動	正常	偏食	拒食	拒食・過食 嘔吐・下剤	
自己像 親子/対人関係 甘え・本音・自己主張	自立 甘え上手	自信欠乏あり 対人緊張あり まだ甘え下手	肥満恐怖・ やせ願望 完全癖 強迫的	妄想的 肥満恐怖 精神病的 こだわり	

*不整脈、電解質異常、心・腎・肝不全、飢餓長期化、感染、急なやせ・refeeding syndrome, 自殺・事故

神経性食欲不振症フローチャート



9. 精神科、児童精神科疾患とその近縁

金生 由紀子

東京都立北療育医療センター 精神科

キーワード：強迫神経症、転換性障害、緘黙、うつ、精神分裂病、境界性人格障害、不登校、
体症状

I. 強迫神経症

1. 概念

強迫性障害(Obsessive-compulsive disorder: OCD)にはほぼ相当する。考えたくないのに繰り返し考えずにいられない(強迫観念)、または、やりたくないのに行動を繰り返さずにはいられなくて(強迫行為)、その不合理性に悩む。現在では生物学的要因の大きい障害と考えられている。

2. 一般小児科医受診時の主訴

同じ行動を繰り返したり周囲に確認を要求したりする、過度に几帳面やきれい好きであるなどの強迫症状に加えて、それらに伴う行動や情緒の変化も主訴となろう。強迫症状で疲労する、睡眠や食欲が乱れ、体調が悪い、いらいらするなどが含まれる。「ぴったりそろえなければ気がすまない」などの強迫行為で登校の準備に手間取る、学校が汚いという強迫観念があることにより不登校になることもあり得る。家族は強迫症状を単なる「くせ」や「わがまま」と思っている可能性がある。

3. 診断

強迫観念や強迫行為があり、その繰り返しの不合理性に悩んで、苦悩したり日常生活の障害を生じている場合に診断される。但し、子どもでは不合理性は十分に自覚されないことがある。また、子どもでは、強迫観念よりも強迫行為が目立つこと、周囲に確認や代理の行動を求めたりして巻き込むことが多い。診断の際にはこれらの特徴も参考となろう。

トゥレット症候群をはじめとするチック症との併存がしばしばあり、注意欠陥/多動性障害(AD/HD)でも一般より多く併存する。治療的観点から、精神分裂病や自閉症とは鑑別

をした方がよい。

4. 一般小児科医での初期対応

強迫症状の可能性を考慮し、子どものつらさに共感しつつ情報を集める。家族に対しては、過度に振り回されないようにすると共に、子どもを安心させるように勧める。薬物療法を含めた治療で改善する可能性があることを伝え、子どもと家族の不安を和らげ、専門医を紹介する。

5. 専門機関への紹介

前項で述べたように患者と保護者に伝え、診断の確定や薬物療法の実施には専門医への受診が望ましいことを説明し、精神科医に紹介する。学習能力の不均衡や不器用などの発達上のぎくしゃくが伴う場合にも児童精神科医への紹介が望ましい。

6. 予後

発症のきっかけが明確なものは比較的予後が良好である。選択的セロトニン再取り込み阻害薬(Selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)の導入で本症の改善の可能性が高まっているが、常に有効とは限らない。上述のような発達上のぎくしゃくのある場合には、強迫症状も周囲への適応も良好でないことがある。時に強迫症状が精神分裂病や気分障害の始まりである場合がある。

II. 転換性障害

1. 概念

その症状に対応する器質性の疾患がないのに、運動神経系(随意神経系)と知覚神経系が支配する身体部位の機能に関連する症状を示し、その背景に心理的要因の関与が推測される障害である。心理的要因が身体症状に転

換したと想定されている。

2. 一般小児科医受診時の主訴

運動症状、感覚症状、けいれんなど多様であるが、失立失歩、上下肢の一部の麻痺、失声、視覚障害、聴覚障害などが比較的多い。子どもでは心因性疼痛を伴う場合も多い。過呼吸、呼吸困難・咽頭圧迫感(ヒステリー球)、咳漱、嘔気、腹痛、頭痛、発熱などの自律神経症状も含まれる。疾病利得、つまりその症状によって困難な場面からのがれられたり、周囲の注目を集めることができるなどの利益が得られることが認められることがある。

3. 診断

身体症状が認めて、心理的要因の関連が考えられ、しかも身体疾患や薬物の作用などによらない場合に診断される。従って、診断には身体疾患の除外が必要だが、身体疾患のみを想定して様々な検査を繰り返すと医原的に症状が形成される恐れがある。症状や検査結果の変動性、神経学的な所見の矛盾、訴える症状に比較して全身状態が良好なこと、周囲の状況による症状の変化などが認められたら、転換性障害を疑う。

とはいえ、転換性障害は身体疾患と合併することもあり、注意が必要である。また、精神分裂病や気分障害の発病時に身体症状が目立つことがあり、転換性障害と鑑別を要する。さらに外的誘因があつて症状を意図的に作り出す「詐病」、及び外的誘因無しに症状を意図的に作り出す「虚偽性障害」も鑑別の対象となるが、子どもでは詐病との鑑別は困難である。

4. 一般小児科医での初期対応

転換性障害を疑ったら、家庭や学校の状況、生活史、身体疾患の経験や身近な人に類似の身体疾患がないかなどについて聴取する。このように関連する要因の検討を進めると共に、身体症状を出さずにいられない子どもの状況を受けとめ、家族に子どもの気持ちへの理解を促す。軽症な場合にはこのような対応のみで改善する。

5. 専門機関への紹介

転換性障害としての積極的な治療が必要であるが、身体面のケアも必要であると小児科医あるいは子どもや家族が思う場合、精神的な問題に詳しい小児科医に紹介もしくは精神科医と併診とする。特に併診する場合には、患者側が身体面のケアをきちんと受けていると感じてしかもさらなるケアを期待して身体症状を増やさないように留意して、治療者同士の情報交換を密に行う。

6. 予後

比較的予後の良い場合が多いが、治療が長期にわたる例、身体症状の消失から数年を経て別の精神症状をきたす例などもあり、一律には言えない。良好な予後と関連する因子は、年少、健康な人格、健全な家族機能、家族の病気に対する理解である。

III. 緘黙(かんもく)

1. 概念

緘黙には、すべての生活場面での緘黙(全緘黙症)と特定の生活場面のみでの緘黙(選択(場面)緘黙症)とがある。大部分が選択緘黙症であり、言語の理解と話す能力は明確に持っているが、特定の社会的な場面で長期にわたって持続的に言葉を話さないのが特徴である。

選択緘黙症には、家庭の養育環境、子どもの素因や発達の障害などが関与しており、しかもその比重が一律ではない。

2. 一般小児科医受診時の主訴(心身症的な表現の可能性にも言及)

学校で全くしゃべらないため、コミュニケーションが取れないことが主訴となる。

3. 診断

話す能力があり、例えば家庭では話すにもかかわらず、学校などの特定の社会的な場面では一貫して話すことができず、日常生活の障害となっている場合に診断される。

聴覚障害・脳炎などの器質性障害・自閉症・精神分裂病・うつ・転換性障害などが鑑別の対象となる。精神遅滞、表出性言語障害のように言語の発達に問題がある場合との鑑別が

必要であるが、それらに伴って緘黙が生じることもある。

4. 一般小児科医での初期対応

しゃべらせようと焦らないこと、言葉での返答を要しない働きかけを通じてコミュニケーション出来ればよしとすることを勧める。特定の社会的な場面で話せないことだけが問題ではなく、未熟な人格の発達を促したり不適切な環境を調整したりする働きかけが大切である。

5. 専門機関への紹介

遊戯療法を含めた精神療法、家族療法、環境調整などを組み合わせて行う必要がしばしばあり、その際には精神的な問題に詳しい小児科医か精神科医に紹介する。

6. 予後

疾患の異質性に伴い予後も一律ではない。家族以外の人とのコミュニケーションを自発的に求めるような例では、環境要因の関与が大きいため、比較的予後は良好である。家族以外の人とのコミュニケーションを拒否するような例では、発達の障害を伴う遺伝負因の関与が大きく、人格の歪みもあるため、予後は不良である。

IV. うつ

1. 概念

うつは、抑うつ気分を特徴とする気分の障害とされるが、思考、意欲、身体機能も含めて抑制される障害である。主に大うつ病性障害と気分変調性障害（従来の抑うつ神経症にほぼ相当）からなる。うつは従来考えられていたよりも子どもに多いことが分かってきた。

2. 一般小児科医受診時の主訴

抑うつ気分は不安と結びつきやすく、多様な不定愁訴で現れることがある。それらには、睡眠障害（不眠または睡眠過多）や食欲不振、頭痛や腹痛やめまいなどが含まれる。集中力低下や多動、学業不振、不登校などといった行動の障害として現れることもある。

3. 診断

抑うつ気分や興味・喜びの減退という気分

の障害に加えて、無価値感・罪責感などの思考の障害、易疲労感・気力減退などの意欲の障害、食欲障害や睡眠障害などの不定愁訴を認めて、強い苦悩や日常生活の障害を生じている場合に診断される。

年齢が低いほど、特に10～12歳以下では行動抑制や不定愁訴が前景に出るが、精神症状としては焦燥感が目立つ。年齢が高くなるにつれて絶望感や不快感が表現されてくる。これらの特徴も考慮して診断を行う。

様々な身体疾患に伴ってうつを生じうるので、それらの疾患との鑑別が重要である。

OCDを含めた不安性障害のような内向性の（情緒面の）障害を併発する場合もあれば、反抗挑戦性障害や行為障害のような外向性の（行動面の）障害を併発する場合もある。

希死念慮や自殺企図の有無は治療上で重要な情報であり、その評価を心がける。希死念慮を有する者の中でも、自殺の方法を具体的に考えている場合、自殺企図の既往のある場合、希死念慮以外のうつ症状を複数認める場合には、特に注意が必要である。

4. 一般小児科医での初期対応

うつの可能性がある場合には、まず十分に休養を取ることを勧める。あわせて身体疾患の鑑別を行う。子どもにとって負担となっている家庭や学校の状況の改善を図ることも大切であることを伝える。

5. 専門機関への紹介

行動の障害や身体症状が前景に出ている、これは気分障害によるもので、それを含めた治療が必要かつ有効であると伝え、精神科医に紹介する。低年齢の場合には児童精神科医への紹介が望ましい。自殺企図や強い希死念慮のある場合には、入院設備のある方がよい。

6. 予後

うつ病性障害は、通常は寛解期があり予後は悪くない。子どもでは、病相期が長く、再発率が高い。成人後もうつ病性障害になりやすいのみならず、他の心理社会的障害になりやすい。家族に問題があると病相期が長くなりやすい。