

図1 思春期やせ症は恐ろしい

ホルモンシステムの沈没が示される。やがて脳が萎縮し、感情鈍麻、思考力、判断力の低下が生じる。将来の不妊症、骨粗鬆症、精神障害、育児障害、脳梗塞、痴呆、心筋梗塞のリスクが高まり、最も死亡率の高い（約10%）思春期の心身症となる。食欲中枢に隣接する自律神経機能や情動中枢まで混乱し、生体リズムが障害され、情緒不安定に陥る。身体面のみ治療しても、柔軟な適応力をもつ心に成長しなさいないと、将来出産、育児やその他のストレスで再発し、産後うつ病や育児障害に苦しみ、わが子の心の発達にまで悪影響を及ぼすことが懸念されている。

2. 思春期やせ症は早期発見できる（図2参照）

過激なダイエットや少食は既に初期症状であるといえる。成長期の子どもの食事量がやけに少ない、変だ、と気づく常識が大切である。「思春期のダイエットは危険がいっぱい」と伝えるだけでも難治例を防ぐことができる¹⁾。多くの親は、食事量



図2 思春期やせ症は早期発見できる

が減り体重が減少しても、平気で子供を学校に行かせ、受診を遅らせる。いよいよ目に見えてやせ細り、月経が止まり、脈もゆっくりになって初めてあわてる。飢餓状態に陥ってからの治療は難しく、予後も不良である。そうなる前に、小児科医が早期に積極的に不健康なやせを発見したい。

Ⅰ. 主訴

顔色が悪い、体重が増えない、やせてきた、食欲不振や小食、過食嘔吐、やせ願望、過激なダイエット、初潮の遅れ、月経障害、低体温、徐脈、疲れやすさ、体力の低下など。

Ⅱ. 診察所見

診察所見は、1) ほぼ健康、2) 不健康やせ、3) 病気進行期、4) 難治性病型と病状の進む段階により異なる。

摂食障害の診療における小児科医の役割（表1参照）に示すように、なおしやすい病初期の1)、2)

摂食障害の診療における小児科医の役割

ケア	一次ケア 予防・早期発見	二次ケア 早期診断治療	三次ケア 専門治療	フォローアップ 再発予防
病期	発症前	初期	中期	治療後
病状	ハイリスク ストレス・ダイエット	体重増加停止・減少 食行動異常	体重減少・月経障害 食行動異常・器器障害	心身の回復状態の維持 学校生活に復帰
中心	小児科医・ 親・保育士・教師	小児科医・ 親・教師	小児精神保健専門チーム (小児科医+精神科医)	専門家・小児科・親・ 学校
場	家庭・学校・小児科	家庭・学校・小児科	入院・外来治療	診察・心理・家族治療

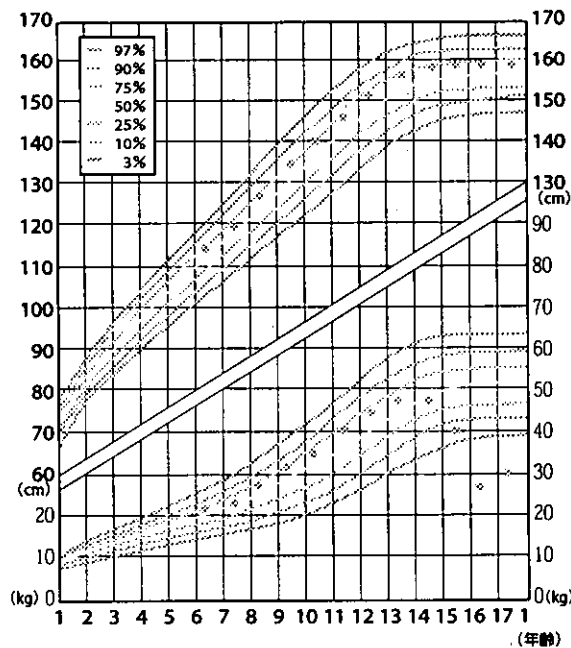
は小児科医が早期発見（一次ケア）、早期治療（二次ケア）をする。病状進行例には、率直に身体の危機兆候を伝え、まず身体治療を優先する必要性を説明し、三次ケアのできる専門治療機関に紹介する。紹介先がない場合には、小児科医が精神科医と協力し、身体面と精神面の治療を分担しつつ、慎重に長期戦で治療する。

IV. 診察順序

問診→診察→検査→身体疾患の鑑別→精神疾患の鑑別→確定診断→病気の状態診断（身体的問題、心理的問題、社会心理的問題）の順に進める。

①問診 食べ方がおかしくなりはじめた時、体重が横ばいになり減りはじめた時の前後の出来事や生活上のストレス、身体発育変化（初潮発来の時期など）を詳しく尋ねる。生育歴では、周産期、新生児期の母子家族関係、乳児期の気質、1～2歳の母親への甘え、分離不安、自己主張の程度、幼稚園・保育園や学校への集団適応を尋ねる。

成長曲線：早期診断の決め手は、自然な体重増加の停止である。乳児期からの身長体重データを成



成長曲線と実際の体重・身長の変化の比較 (例)

長曲線上に記入し、体重の横ばいや減少の程度と時期を調べる（図3 成長曲線参照）。体重増加率の悪化は第1の診断項目であり、成人期の体重減少に等しい。個人差の大きい子どもの体重を、集団の標準値と比べず、その子自身の本来の健やかな体重と比べ、客観的成長データの悪化により早期発見をする。成長発達学的には、身体疾患のない子が、成長曲線が下降する時は社会心理生理的ストレスが考えられる。

②診察 バイタルサイン、二次性徴、神経学的診察を含む基本的診察を手抜きせずに行う。

③検査 鑑別診断と栄養障害による臓器機能不全の診断のため行う。血液検査では、白血球減少、ALP低値、電解質異常、IGF-1低値、T3、TSH、free-T3低値、E2低値などは飢餓状態の兆候である。尿検査では尿比重により脱水の有無をみる。EKG、胸部X線では心機能不全の兆候をみる。

④身体疾患との鑑別（悪性腫瘍、血液疾患、結核、SLE等の膠原病、脳腫瘍、変性疾患、消化器等）

⑤小児・思春期精神障害との鑑別（心因反応、うつ病、境界人格、強迫神経症、統合失調症等）

V. 病状別所見、診断基準、治療（表2参照）

1. 横ばい線：早期診断と一次ケア

子どもが急に食べなくなった、食事も忘れて部活や勉強に熱中し心配、と親が訴えてくる。診察所見では異常はなく健康そう。BMI (Body Mass Index：体重/身長²) は20以上でやせてはおらず、生理もあり、末梢血液や尿検査も異常なし。ここで小児科医は「問題ない。親の心配しすぎ」と安易に発言しないよう気をつける。医者の言葉から、「ほらみろ、お母さんがうるさい」と子どもが拒食にまい進することがある。

小食の子どもを見たら放置しないこと。成長発達期の子どもの、身体疾患がないのに体重が増えない場合は、思春期やせ症の初期症状を疑う。患者の疾病否認は強く、受診は遅れるので、小児科医から積極的に見つけていく。

具体的にはまず、図3のように成長曲線をつける。体質的なやせなら、もともと体重が平均より低い線の上昇する。成長曲線の自然な体重増加が止ま

病気の状態					
病状/回復程度	ほぼ健康 ほぼ回復	不健康やせ 不完全回復	病気進行 未治療	難治性 予後不良	死亡*
活動度	学校フル参加	学校部分参加	休学/自宅安静	入院/自宅臥床	
体重 (過去6ヶ月)	BMI 20以上 本来の体重	BMI 20-18 -5%~15%	BMI 18-16 -15%~25%	BMI 16未満 -25%以上の減少	
月経(過去6ヶ月)	排卵性・6回	2~5回	0~1回	0回	
脈・体温・血圧	正常	昼夜の脈 > 60	昼の脈 > 60 夜の脈 < 60 低体温・低血圧	脈: 昼 < 60, 夜 < 50 末梢循環不全 低体温・低血圧	
臓器・機能不全	なし	軽度 骨減少症・ 下垂体機能不全・ 甲状腺機能低下他	中度 間脳下垂体機能不全 骨粗鬆症・脳萎縮 子宮卵巣萎縮・他	重度 汎血球減少症・間脳下垂体機能不全 骨粗鬆症・脳萎縮・子宮卵巣萎縮 その他	
食行動	ほぼ正常	偏食・ダイエット	拒食・過食嘔吐	拒食・過食嘔吐・下剤・ 利尿剤乱用・捨食他	
自己像・性格 親子/対人関係	自信・適応的 甘え上手	劣等感 対人緊張	肥満恐怖・痩せ願望 強迫的・完全癖	精神病的・妄想・被害念慮 肥満恐怖・痩せ願望	

*不整脈, 電解質異常, 心・腎・肝不全, 飢餓死, 感染, 急激なやせ・refeeding syndrome, 自殺, 事故死

り減少していたら, それはその子のデータの悪化であり, 見過ごしてはならない。「食べなくても元気だと油断すると, 身体の成長が止まり, 治りにくい摂食障害になる」と伝え, 心身のめりはりのある生活(食事, 睡眠, 活動のリズム, 本音で生きること)の大切さ, 成長期のダイエットの危険を説明する。体重の増加率が回復するまで, 経過観察をやめないことが大切である。

2. 不健康やせ: 初期治療と二次ケア

成長曲線上1チャンネル以上の体重下降が続いたら, 成長発達に有害な「不健康やせ」と診断する。「不健康やせ」に身体疾患と他の精神障害が伴わない時は, 思春期やせ症とみなす。BMIは20~18でやせはまだ顕著ではない。二次性徴の遅れ, 月経出血の減少, 骨密度の低下, 身長増加不良など, 栄養障害による生体機能低下や内臓発達不全が始まりかけている。持続する体重減少は身体ストレスとなり, ストレス反応としてコルチコトロピン・リリーシングホルモン(CRH)や脳内麻薬のペクターエンドルフィンが分泌する。夜は眠れず, 昼間はじっとしてられず, 目先の勉強や仕事に熱中し, 成績は上がり, 万事好調と錯覚する。やせることが快感となったダイエットハイのせいで

ある。小児の早期の診断基準には以下を用いる。

<Laskらの小児期診断基準>²¹⁾

15歳未満は以下の1. 2. 3. を満たせば神経性食欲不振症と診断する。

1. 頑固な拒食および減食
2. 思春期の発育スパート期に身体疾患・精神疾患がなく体重増加の停滞・体重減少がある場合
3. 以下の症状が2つ以上ある場合
 - 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. 過度の運動
 - g. 下剤の乱用

明らかなやせに対し, 毎週診察と身体計測を行い, 本症の身体徴候の改善をはかる。血清T3, IGF-1などの代謝機能値を検査し, 体重(初潮発来後無月経の子は月経の再開も)と食生活が回復するまで, 十分な睡眠と食事をとり, 塾や部活や学校を休み, ゆっくりさせる。病識がなく, 治療抵抗や精神的混乱を示す子どもと家族に, 飢餓による心身の消耗状態と多臓器機能不全の危険を具体

的に示す。ダイエットハイのいい気分にはまっている間に食欲中枢が混乱し、栄養失調から脳や他の内臓が萎縮する。異様な精神状態になり、病識が持てないまま、餓死、不整脈、徐脈などの突然死の危険が増す。もう身体をこわすのをやめよう、こんこんと働きかける。

③. 病氣進行：専門治療と三次ケア

BMIが18未満になると飢餓状態が進む。本人はけるっとして病識がないが、目に見えてやせている。成人用のDSM-IVの診断基準を満たす晩期病型である。食欲は失せ、胃袋は萎縮し、空腹は感知できなくなり、嘔吐しやすくなる。脳は萎縮し正常な判断ができず、飢餓状態から徐脈やむくみがきても、身体の危機感がない。医者も信頼せず異様な精神状態に陥り、自力の回復は困難で、飢餓死のリスクが高まる。

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、無月経・月経障害など、飢餓状態の所見が強まる。血液検査では、白血球減少、ALP低値、電解質異常、IGF-1低値、T3、TSH、free-T3低値、E2低値が認められる。胸部X線と心肺係数は低下し、MRI上脳は萎縮し、エコー上卵巣子宮發育不全が見られ、その他に骨粗鬆症等が認められ、全身臓器の機能不全（循環不全、甲状腺機能低下症、間脳下垂体機能不全、卵巣子宮發育不全、造血機能不全など）に陥る。

DSM-IV診断基準

<神経性食慾不振型>

- ①身体疾患がなく、標準体重85%よりもやせていようとする
- ②やせていながら太ることをこわがり、体重回復に抵抗する
- ③歪んだ身体像と容姿へのこだわり
- ④3ヶ月以上の無月経

<神経性過食症>

- ①繰り返す過食、やけ食い
- ②嘔吐、下剤、利尿剤の乱用や過度の運動
- ③上記①、②が週2回、3ヶ月以上続く
- ④容姿と体重にこだわる

⑤拒食期には過食がない

治療初期：混乱した生体のリズムと心身の機能を回復するため、まず休養し、3度の食事摂取、睡眠覚醒のパターンを作る。安静臥床を基本に、規則的にカロリー摂取を促し、離乳食を与えるように柔らかいもの少量から硬い食物に移行していく。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する。チューブ栄養や投薬は最後の手段で、熱意を持って説得すると、ほとんどの子どもは自分で口から摂取する。不安緊張の強い、「心の未熟児」とみなし、スキンシップをはかりながら、心のこもったケアを積み重ねる。自宅療養では母親が医師の細かい指導下で治療的役割を果たす。幼児期からひそかに抱いてきた見捨てられる不安や治ってしまったら無視される不安などを、言葉で語れるように支援する。過食嘔吐は、母親が暖かく食事に付き添い、適量を吐かないで食べる練習をさせる。不安や苛立ちは身体ごと受け止める。一緒にお風呂に入ったり、添い寝をしたりするのも有効である。

治療中期：摂食練習を進め、段階的に食事の種類と量を増やし、普通の食べ方に導く。周期的に月経が回復する（半年に6回）まで過激な運動や勉強は控える。親に本音をだして甘えなおし、自然体で家族や人とふれあうよう練習する。喜怒哀楽の感情がよみがえり、抑うつ、不安、怒りや絶望が湧き、万引き、盗み、過食嘔吐、捨食などの衝動行動が生じやすい。治療者と家族が一枚岩で、子どもの不安や苛立ちをしっかりと受け止める。

治療後期：見た目にも元気で内分泌代謝機能、骨密度低下や脳MRI上の萎縮の改善や、体力の回復までにはかなり時間がかかる。急に学校にフルに戻ると、再発、慢性化しやすい。学校の協力を得て、慎重にスモールステップで、子どもにも無理のないペースで学校生活に復帰していく。

4. 進行状態

飢餓状態が進行し、長期化した症例である。心身の悪循環に陥り、なおりにくい。体重極少期には餓死、回復期にはrefeeding syndromeや自殺、危険な衝動行動による突然死などのリスクが生じ、

経験のない小児科にはお手上げである。三次ケアのできる経験ある小児科医、精神科医、児童精神科医に紹介する。

VI. 摂食障害の診療姿勢

摂食障害の患者は病識が乏しく、やせへのこだわりやとらわれが強く、病気を激しく否認し、治療に抵抗するので、小児科医には以下の基本的な診療姿勢が必要である。

- ①患者にふりまわされず、外柔内剛の、誠実で毅然とした粘り強い態度で、摂食障害の危険を伝え、治療していく。
- ②小児科医が治療のキーパーソンとなり、看護師や学校と治療方針を共有した安定した連携チームを組む⁹⁾。
- ③父親を参加させ、父母が一枚岩となり、わが子の不安と甘えなおしを受けとめられるよう支える。
- ④患児が病識をもち主体的に治療に取り組めるよう、患児と仲良くしながら、分かりやすい図表、写真、比喩や具体例を用いて、身体の破壊（異化作用）と回復（同化作用）のメカニズムを教育していく。

VII. 診察のしかた⁹⁾

病気を否認する子どもに、不健康なやせの身体兆候を分かりやすく丁寧に示し、一緒に考えていく。

①やせの身体兆候：さりげなく暖かく触れながら、髪の毛がかかさなこと、顔色が悪いこと、爪が白っぽいこと、皮膚の色がくすみ、産毛が密生していることなどを一緒に確認していく。肩や背中や臀部にそっと手を置いてみれば、手の平の感触で、どれほどやせているかが分かる。

②バイタルサイン（脈、体温、血圧）：手を握る。「今手を握られてどう？どっちが暖かい？」と尋ねると、子どもは「先生の手」と答える。そこで「あなたよりも年寄りの先生の方が体が燃えている。車にガソリン入れないで走っているのと同じで、あなたは燃える力の弱い体になっているよね」と伝える。脈がゆっくりで体温が低く、生理

がなければ、体重が減って内分泌代謝機能は低下している。脈を子ども自身に計らせ、考えさせる。「普通、脈はいくつかな」と尋ねると「60とか70」と答える。「あなたの脈は50。心臓の力が出ないし、食べないで体力が弱っているから、動かないで、といっているのでしょうか。前よりどきどきしなくなって、自分が強くなったと勘違いしているかな。心臓は冬眠のくまさんのようにじっとしていないと危ないと訴えているよう」と伝える⁹⁾。

腕の筋肉をそっとつまみ、「腕もこんなにやせているから、心臓も他の内臓もやせているかも知れない」「燃えるものがない体は、だんだんエンジンも擦り切れてきているかな。外から見てスマートに見えても、体は大変。」と説明する。次に「いつ最後のおしっこが出た。」と問い、「あまり出ない。黒っぽい色」と答えたら、「水分を十分に取らないと、血液量が減り、水の枯れた水車と同じで、腎臓がさぼってしまう。洗濯もすすぎ水を節約すると汚れが落ちないように、水分を飲まないで血液中に老廃物がたまっていく」と説明する。また「体重が減った分、血液も減り、運べる酸素も減るから、動くとき筋肉ばかりに血がめぐり内臓は後回し。でも脳、心臓、腎臓や肝臓は大事な臓器で血液が必要。動きたいでしょうけれど、横になって寝ると、弱った心臓が脳、心臓、腎臓、肝臓のどれにも無理なく血を送れるし、体も休むことができ、脈も増えてくる。そしてこれ以上身体を壊すのは止めなければならない」と告げ、安静を促す。ほとんどの子どもは、治ると1人ぼっちになると内心おびえており、反抗的態度とはうらはらに自分を肥満の恐怖から救い守ってくれるしっかりした大人を求め、耳を傾け協力してくる。

親と家族への働きかけとして、拒食に駆り立てられる背景には、乳幼児期からの見捨てられる不安や自信のなさなど、隠された心の問題があることを話し合う。ほとんどの子どもが敏感な性質で、人目を気にする。ありのままの自分の不安を出しても受け止めてもらえるような、でんとした親子の信頼関係を作りなおしたい。家族中でも特に母親をしっかり支え、父母のコミュニケーションを良くし、家庭の雰囲気暖かくのんびりした雰囲気

気にしていく。患児は淋しさを隠し我慢して育ってきている場合が多く、母親に一度甘えなおすことで、不安定な気持ちから脱皮していくことができる。

VIII. 治療の共通点

思春期やせ症と過食嘔吐症には小児科医や小児精神科医により多様な治療アプローチがあるが、有効な治療には以下の共通点があると思われる⁹⁾。

- ① やせや過食嘔吐を放置しない。異常な食行動の危険を伝え親身なかかわりで食い止めていく。
- ② 子どもと親の両方に〔同時かつ別々に〕病気の恐ろしさを具体的に伝え教育する。
- ③ 普通の食べ方を練習しなおすために、少量から焦らずに着実に食べさせ、気長に段階的に増量する。
- ④ 睡眠、食事、規則的な月経などの生体リズムの回復を図るため、丁寧な身体管理を持続していく。
- ⑤ 低年齢の心身の成長発育スパート期には、一刻も早く異常なやせ状態から脱出させ、健康な成長発達の軌道に戻したい。それには安心してありのままの自分が出せるよう、和やかな親子関係を応援する。
- ⑥ 治療には身体治療、心理治療、家族治療、学校との連携の4本柱を調和させる。

身体機能が正常化し、体重が約8割回復すると、健康な情緒反応がよみがえり心理治療も実りやすい。また親子関係で、弱音や恨みや怒りの本音が一過性に出ることは、ほぼ治療の必須過程であり、親があわてずに受け止められるように支援していく。その子の体力の回復程度と対人関係の能力に応じた無理のない学校参加が、再発や慢性化防止には必要で、学校と密に連絡をとりつつ、子どもと一緒に考えていく。

IX. 専門治療機関への紹介

専門治療機関が少ないため、軽症、中症は小児科で、病気の説明と安静と段階的な食事摂取を中

心とした治療を行う。やせが進み意識障害や行動障害が認められたら精神科医に紹介する。小児科医が初期指導と身体治療により少しでも飢餓状態や循環不全を回復すると精神科医は治療しやすい。心理治療と家族指導は心理臨床家や精神科医と連携し、気長に行う。

X. 社会への働きかけ

小児科医は、テレビや雑誌の行過ぎたダイエット情報、無理な塾通い、部活などが本症の引き金になることを世に警告していく。ロンドンでは15歳の15人に1人が神経性食欲不振症を発症し、英国政府はやせすぎの女優のテレビ出演とやせすぎのスーパーモデルの雇用を法律的に禁じている。

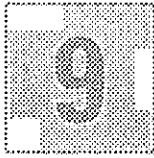
XI. 予後

表2のように、一歩ずつ粘り強く、着実に病気の状態を改善に向けていく。治療目標は、食べることへのこだわりが消え、自然体の健康な心と体重と食生活になることである。排卵性規則性の月経が確立できていることが改善の目安になる。最低3年から5年くらいフォローしていく。

文 献

- 1) 福岡秀典. 危険がいっぱい、思春期のダイエット 東京 芳賀書店 2001
- 2) 福島裕之, 徳村光昭, 小口恵子他. 摂食障害とチーム治療, 小児看護, 1997; 20 (1) : 81-86
- 3) Bryant-Waugh R, Lask B, Eating disorders in children. J Child Psychol Psychiat. 1995; 36 (2) :191-202
- 4) 渡辺久子. 拒食症と小児科医の役割, 小児科診療 1995; 58 (6) : 1029-1034
- 5) 渡辺久子. 思春期の摂食障害, 学校保健の広場 2000; 19 : 70-71
- 6) 渡辺久子. 神経性食欲不振症 小児看護 2001; 24 (13) : 1839-1844

(渡辺 久子)



精神科、児童精神科疾患とその近縁

子どもの心の問題の中には、児童精神科領域の問題も含まれる。本稿では、児童精神科疾患とその近縁の問題について疾患概念と経過を概説し、専門家に紹介する場合の鑑別のポイントを述べる。

強迫神経症、統合性障害、減退、うつ、統合失調症、境界性人格障害、不登校、身体症状、行動障害

◆強迫神経症◆

I. 主訴

何度も行ったり来たりするなど同じ行動を繰り返す、戸締まりなどの確認を周囲にしつこく要求する、手洗いやシャワーの回数が多いなどがある。このような強迫神経症を疑わせる症状ではなく、睡眠や食欲が乱れる、疲れて体調が悪そう、いらいらしている、学校に行けないなどを主訴とすることもある。

II. 症状

中心となるのは強迫症状であり、自分ではやりたくないし、ばかばかしいと思っているのにもかかわらずやらざるにはいられないというものである。強迫症状には、考えたくないのに繰り返し考えずにいられないという強迫観念と、やりたくないのに行動を繰り返さずにはいられないという強迫行為がある。手にばい菌がついて悪い病気になるという心配が取れずに手洗いを繰り返すというのが、最も典型的な強迫観念と強迫行為である。

しかし子どもでは、強迫行為だけが前景に立つ傾向があり、繰り返しの「くせ」であると思われ

ていたり、周囲に確認や代理の行動を求めることが多く、「わがまま」と受け取られていることがある。また、子どもが強迫症状を訴えなかったり隠したりするために、それにとまなう行動や情緒の変化の方が目立つことがある。

III. 身体所見および検査結果

手洗いを繰り返していると皮膚ががさがさになっていることがある。

IV. 診断基準

強迫観念や強迫行為をばかばかしいと思って抵抗しようとしても難しく、生活に大きな支障をきたしている場合に強迫神経症と診断される。子どもではばかばかしいとの自覚が不十分でもよいとされている。

なお、最近の診断基準（WHOのICD-10やアメリカ精神医学会のDSM-IV）では、強迫神経症ではなくて強迫性障害（Obsessive-Compulsive Disorder: OCD）という言葉を用いるが、ほぼ同じ意味である。

V. 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

強迫症状が統合失調症のはじまりのこともあり注意を要する。自閉症のこだわり行動とは、ばかばかしいという自覚の有無で鑑別される。チック症、特にトゥレット症候群ではチック同様の強迫行為を認めることがある。

強迫神経症の可能性が高ければ、精神科医に紹介する。特に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ともなう場合は、児童精神科医への紹介が望ましい。

VI. 治療

強迫神経症が疑われたら、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ともに、子どもを安心させるようにすすめる。薬物療法を含めて治療で改善する可能性があるとして伝えて、子どもと家族の不安を和らげて専門医を紹介する。

VII. 予後

治療は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSR) を含めた薬物療法、認知・行動療法、精神療法、家族療法などを適宜組み合わせを進められ、子どもでは治療への反応は必ずしも悪くない。特に発症のきっかけが明確なものは、比較的予後良好である。発達上のぎくしゃくのある場合には、強迫症状も適応も良好でないことがある。時に統合失調症や気分障害に発展することがある。

◆ 転換性障害 ◆

I. 主訴

主訴は人によってさまざまだが、歩けない、手や足に力が入らない、声が出ない、黒板など遠くが見えない (心因性視覚障害)、聞こえが悪い (心因性聴覚障害) などが多い。過呼吸、喉が詰まる感じ、吐気、腹痛、頭痛、発熱などもある。

II. 症状

運動性の症状、感覚性の症状、けいれん、自律神経症状など多様である。疾病利得、つまりその症状によって困難な場面から逃れることができた、周囲の注目を集められるなどの利益が得られることが認められることがある。暗示にかかりやすいのも特徴である。身体疾患のみを想定してさまざま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。

III. 身体所見および検査結果

症状や検査結果の変動性、神経学的な所見の矛盾、訴えられる症状に比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る。たとえば、視力が低下していても、休息をほさみつつ安心できるような暗示を与えて視力検査を繰り返すと改善することがある。

身体症状に対応するような器質性の疾患がないのが転換性障害であるが、別に身体疾患があるうえで転換性障害を合併することもある。

IV. 診断基準

身体症状を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。

V. 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

統合失調症や気分障害の発病時などに身体症状が目立つことがあり、鑑別を要する。また、嫌なことから逃れようと症状を意図的に作り出す詐病、そういうきっかけな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。

感情を剥き出しにしたり赤ちゃん返りをしたりして普段と全く異なる言動をするが、その間の記憶が空白であるなどの解離性障害をとともなうこともあり、専門医の関与を要する。重大または複雑な心理的要因が認められたり、初期治療への反応が乏しかったりして、精神療法、家族療法などを組み合わせて十分に行う必要があると思われる場

合にも、専門医に紹介する。

VI 治療

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の類似の身体疾患の有無などについて聴取する。そうして関連する要因の検討を進めるとともに、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。

精神科医と併診とする場合には、患者側が身体面のケアをきちんと受けていると感じ、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、治療者同士の情報交換を密に行う。

VII 予後

比較的予後のよい場合が多いようであるが、治療が長期にわたる例、身体症状の消失から数年たって別の精神症状をきたす例などがあり、一律には言えない。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が、良好な予後と関連する。

◆緘黙◆

I 主訴

学校で全くしゃべらないなどのためコミュニケーションが取れないことが主訴となるだろう。多くの場合、話は分かっているが家庭では話しているのに変だと、受診時には気づかれている。

II 症状

緘黙という言葉どおり、話さないことが主症状である。正確には、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）緘黙症とがあるが、ほとんどが選択緘黙症である。家庭外での緊張が高く、人見知りが高い、引っ込みがちななどの傾向を認める。

III 身体所見および検査結果

身体所見や医学的検査で特に異常を認めない。

IV 診断基準

話す能力があり、たと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選択緘黙症と診断される。

V 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

聴覚障害、脳炎などの器質性障害、自閉症、統合失調症、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。しかし、それらのために話すことへの緊張が高まり緘黙になることもある。

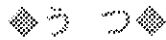
初期治療への反応が乏しいなど、精神療法、家族療法などを組み合わせて十分に行う必要があると思われる場合には、専門医に紹介する。

VI 治療

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できればよしとすることをすすめる。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ことを確認する。

VII 予後

緘黙には、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、しかもその比重が子どもによって異なっている。それに対応して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く、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、発達の障害を有して遺伝負因の関与が大きく人格の歪みがあり、予後が不良である。



I. 主訴

子どもでは、悲しいや心細いといった抑うつ気分を訴えずに、多様な不定愁訴で現れることがしばしばある。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、不登校という行動の障害を主訴とすることも多い。

II. 症状

年齢が低いほど、特に10～12歳以下では、不定愁訴、気力が減退して考えが進まず、てきばき行動できないことなどが前景に出る。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。

死にたいという気持ち（希死念慮）や自殺企図のある場合があり、治療上で極めて重要な症状である。

III. 身体所見および検査結果

身体所見や医学的検査で特に異常を認めない。

IV. 診断基準

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、うつ病性障害と診断される。

V. 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

さまざまな身体疾患にともなううつを生じ得るため、それらとの鑑別が重要である。

うつは、不安性障害のように、不安感やそれにとまなう身体症状を中心とする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に、攻撃的な行動の目立つ障害を併発する場合もある。

自殺企図をした者は早急に専門医に紹介する。希死念慮のある者の中でも、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、やはり専門医に紹介する。

VI. 治療

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すすめる。併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と伝える。

うつの可能性が高ければ、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。

VII. 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。しかし子どもでは、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。

経過中に躁状態に転じて双極性障害（従来の躁うつ病）であると明らかになることもある。

◆統合失調症◆

I. 主訴

幻覚や妄想のように統合失調症を疑いやすい症状ではなく、行動上の問題で現れることが多い。攻撃的態度、自傷行為や自殺企図などの外向性の問題、長期にわたる無気力・引きこもり、不登校などの内向性の問題のどちらもあり得る。

子どもでは、長期にわたって前駆症状が続き、いつの間にか統合失調症が始まっていたとしか言えないこともある。前駆症状としては、学業低下、引きこもり、活力低下、抑うつ気分、対人過敏、不機嫌・易刺激性、強迫症状、心気症状、不登校などがあり、これらを主訴として受診することもある。

II. 症状

統合失調症は、意欲障害、思考障害、感情障害、自我障害、人格障害など広汎な症状を示し得る。

幻覚や妄想などの陽性症状は年齢によって異なる。11, 12歳以下では、怪物などの空想のものが自己の中に存在して、命令や話しかけてきたり、見えたりするという形を取りやすい。また、幻覚や妄想が感情と結びついて状況反応的に出現して、不安や情動の不安定が前景に出ることがある。

III. 身体所見および検査結果

身体所見や医学的検査で特に異常を認めない。描画をさせると、年齢や発達に比べてまとまりが悪かったり奇妙なことがあったりする。

IV. 診断基準

妄想、幻覚、全くまとまりを欠いた会話、全くまとまりを欠いた行動、陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）のうちで2つ以上を認め、社会生活の機能が低下している場合に診断される。

V. 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

鑑別対象としては、陽性症状を示し得る以下の疾患が挙げられる。知的な遅れのない自閉症とその近縁疾患、とりわけアスペルガー症候群でまれならず精神病症状を示すが、多くは反応性である。精神病症状を呈する気分障害（特に双極性障害）、解離性障害（児童虐待にともなうものなど）、脳炎などの器質性精神病、SLEなどの身体疾患にともなう症状性精神病、中毒性精神病、てんかん発作にともなう朦朧状態なども含まれる。

また、著しい無気力・引きこもりを示す不登校では、前駆症状や陰性症状を示す統合失調症との鑑別が必要となることがある。

VI. 治療

幻覚妄想状態を呈する時に統合失調症と決めつけず、特に身体疾患にともなうものとの鑑別を確実に行う。前駆症状や陰性症状が疑われる場合には、子どもと家族の不安を受けとめ、子どもに対

する負荷を減らすように働きかけるとともに、統合失調症の可能性を考慮して情報を集める。慎重に経過を追ってその可能性が高まれば、陽性症状が明確でなくとも専門医に紹介する。

VII. 予後

統合失調症は、治療法の進歩などにより予後が改善してきている。しかし子どもでは、予後不良の割合が成人よりも高い。若年発症、低い知能指数、長い罹病期間が予後不良に関連する。

◆境界性人格障害◆

I. 主訴

著しく情緒不安定で周囲が困るなど、子どもの行動上の問題の相談で親が来院する可能性がある。親はしばしば自信喪失して自責的となり、不安や抑うつを示す。

II. 症状

親など身近な特定の人に好かれたいという気持ちが強く、独占しようとする。一方、相手が受け入れてくれないと感じると、突如として反発して攻撃的な行動をする。自殺をすると脅かしたり、実際に手首を切るなどの自傷行為をすることもある。まわりを振り回して自分の要求を通そうとする。気分が変わりやすく、ニコニコしていたかと思うと一見すると些細なことで泣き出したり怒り出したりする。

III. 身体所見および検査結果

身体所見や医学的検査で特に異常を認めない。

IV. 診断基準

境界性人格障害は他の人格障害と同様、成人期早期に診断が可能となる。見捨てられるのを恐れてそれを避けようと躍起になること、相手が100%よいか100%悪いかを決めつけ、しかもその間で揺れ動くことなどで特徴づけられる。この境界性人格障害を小児に延長したものとして境界例児童

(borderline child) が考えられているが, 成長して全員が境界性人格障害になるわけではない。

境界例児童は, 精神と行動の機能の激しい動揺性, すなわち自我コントロールと人との関係の不安定さ, 衝動性をともなった行動の激しさ, 過剰な不安と気分の恒常的な不安定さ, および現実味の乏しさに注目することで診断が可能である。

V. 鑑別診断および専門機関に送るべき重症例の鑑別ポイント

行為障害, 反抗挑戦性障害, AD/HD, 気分障害, 適応障害, 外傷後ストレス障害などとの合併があり得る。神経発達上の問題のあることが多く, 認知面では特異的発達障害 (あるいは学習障害) をともなうこともある。

強い希死念慮や自己破壊的行動が認められたら, 入院治療を想定して精神科へ紹介する。激しい反社会的行動が認められたら, 児童相談所へ紹介する。

VI. 治療

親に対してはまず気持ちを受けとめて悩みをよく聞く。子どもの素因の関与が大きく, 親の育て方や性格が一次的な原因ではないと伝え, 親の苦勞をねぎらう。これにより, 親の精神状態を改善させることが重要である。

子どもが受診した場合には, その気持ちを受けとめて関係を形成し, 治療軌道に乗せるようにする。

少なくとも親には, 複数の機関や治療者が共同して長期的にかかわっていく必要があるだろうということを説明しておく。

VII. 予後

成人すると, 境界性人格障害ではなく他の人格

障害, 気分障害などに変化することがある。境界例児童の男児は, 反社会性人格障害に移行しやすいかも知れない。統合失調症への移行は比較的まれである。安定した家族を持つ場合は, 予後が良好である。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association., 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳. DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 第1版. 東京: 医学書院, 1995.)
- 2) 弟子丸元紀, 樋口康志. 小児期の統合失調症. 精神医学 1996; 38: 686-698.
- 3) 花田雅憲, 山崎晃資編. 臨床精神医学講座11 児童青年期精神障害. 第1版. 東京: 中山書店, 1998.
- 4) 前川喜平, 松尾直武, 柳澤正義. 主題 子どもの心身症をめぐる. 小児科診療 1998; 61 (2).
- 5) 大井正己. 児童期・青年期の感情 (気分) 障害. 精神医学 2001; 43: 352-366.
- 6) 精神科治療学編集委員会. 精神科治療学 Vol.16 増刊号 小児・思春期の精神障害治療ガイドライン. 2001.
- 7) 小児内科編集委員会. 特集 子どものこころとからだ: 小児科医に求められる心身医学的アプローチ. 小児内科 1999; 31 (5).
- 8) 小児内科編集委員会. 特集 小児科医が知っておきたい精神障害. 小児内科 2000; 32 (9).
- 9) 矢田純一, 柳澤正義, 山口規容子他編. 今日の小児治療指針 第12版. 東京: 医学書院, 2000.
- 10) World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. (融道男, 中根允文, 小宮山実訳. ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院, 1993.)

(金生 由紀子)

10

小児型慢性疲労症候群

小児型慢性疲労症候群（CCFS）とは、子どもの日常生活を支える活動エネルギーが消耗あるいは枯渇した状態である。この状態では視床下部を中心とした生命維持にかかわる脳機能低下と、それに引き続く高次脳機能低下が確認される。すなわち著しい易疲労性と学習・記憶機能障害が中核症状となる。初期にはだるい、疲れるという訴えと同時に、頭痛、腹痛などの自律神経症状が出現し、エネルギー低下の状態にもなって活動性が

低下する。結果として学校社会生活が破綻しはじめ、週に1日、月に数日の休養日が必要となる。重症化するにつれ休養日が増加し、ついには全く登校できなくなる。疲れやだるさの行き着く先が生命力低下としてのCCFSなのである。したがって、まだ日常生活が持続できている初期の段階でCCFSの概念を適用し、休養を与えることによって予防につなげることが極めて重要となる。

小児型慢性疲労症候群（CCFS）、易疲労性、不安、緊張、自律神経機能、視床下部機能、生体リズム、高次脳機能、前頭葉機能

はじめに

強い疲労あるいは易疲労性および勉強がほとんど頭に入らない学習・記憶機能障害をとめない、重症例では日常生活が50%以上も障害される病態を小児型慢性疲労症候群（Childhood Chronic Fatigue Syndrome = CCFS）という。CCFSでは、子どもから生き生きと生活するエネルギーが消え不定愁訴が増加し、日常生活に陰りが生じる。その結果納得のいく学校生活を送ることが難しくなるため、学生・生徒にとって重大な問題となる。しだいに朝起きることができなくなり、午前中の不調と午後からの持ち直し、うつ状態などほぼ共通した精神・身体症状が確認される。さらに部活や学校生活を維持するエネルギーが足りなくなり、新しい知識が頭に入らなくなってくる。重症化すると登校どころではなく、しばらくの間全く活動性が損なわれ、1日中ゴロゴロと横になる状態が現

れる。すなわち不登校状態となって学校社会から「引きこもる」ことになるが、その期間はさまざまである。元気で夜遊びしているように見える場合でも、自らの生活時間と学校社会生活時間の食い違いが明らかになり、万全な体調とはほど遠い。全く登校できない状態はCCFSの最重症型に近く、「登校できない状態」のほぼすべてが「小児型慢性疲労症候群 = (CCFS)」として世界の小児科医の間で認識されはじめている。もちろんこの状態は休養により改善しはじめ、時間が経つと疲労状態は外見からは確認できにくくなってくる。

しかし、外出後や、親しい友人であっても人との接触後に疲れ果ててしまう極端な易疲労性や、学習・記憶機能障害の2つの中核症状は、長期間残り続ける。学習・記憶がスムーズに行われ、まる1日しっかりと社会活動ができるような完全な治癒には、少なくとも数ヶ月から年単位の月日を要す

Performance Status による疲労／倦怠の程度

(厚生省特別研究事業、本邦における慢性疲労症候群の实体調査ならびに病因、病態に関する研究=平成3年度研究業績報告書：1991年)

0. 倦怠感なく平常の学校（社会）生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
1. 通常の学校（社会）生活ができ、勉強（労働）も可能であるが疲労感を感じる時がしばしばある。
2. 通常の学校（社会）生活ができ、勉強（労働）も可能であるが全身倦怠感のため、しばしば休息が必要である。（欠課の増加、保健室訪問回数の増加）
3. 全身倦怠感のため、月に数回は学校（社会）生活や勉強（労働）ができず、自宅にて休息が必要である。（何となく週1日の休みが始まる）
4. 全身倦怠感のため、週に数回は学校（社会）生活や勉強（労働）ができず、自宅にて休息が必要である。（何となく休む日の増加）
5. 通常の学校（社会）生活や勉強（労働）は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
6. 調子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
7. 身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常の学校（社会）生活や勉強（労働）は不可能である。（登校できず勉強も全く頭に入らない）
8. 身の回りある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。（ほぼ1日中ごろごろしている）
9. 身の回りもこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要とする。（ひきこもり）

※不登校とは、PS：3. 以上が当てはまる。

この状態では年間30日程度の休みとなる。全く登校できない状態は7. 以上である。疲労の行き着く先が不登校でありしたがって大半はCCFSと考えておく必要がある。

予防を考えると、PS：2. ～3. の段階で休息を取らせれば、引きこもりの不登校状態に至るほどの重症のCCFSを未然に防ぐことができるはずである。CCFSとは子どもの疲労の早い段階をも含めてとらえ、メンタルヘルスの立場から子どもたちの健康維持に活用できる概念と考える。

る。したがって、本症の予防の意味から、不定愁訴を持ちながら必死で登校している軽症例を本症に含めて理解しておくことが重要である。微熱や自律神経症状を訴えながらも何とか学校生活を維持している学生・生徒の中にも、軽症例あるいは予備軍として本症が存在するのである。

Ⅱ. 病態および背景

典型的にはまず、起床後に頭痛、腹痛、気分不良など自律神経症状を訴え、あるいは午前中の不調から登校後に保健室を訪れる回数が増える。体育祭の練習など、周囲に気を配る必要のある集団行動を嫌いはじめ、苦手な教科や体育時間の出席がおっくうになる。集団行動でも、修学旅行のような緊張をとまなわない行動は比較的参加できる一方、緊張をとまなう日常生活に参加できな

いため、ある意味矛盾と受け取られ、周囲の理解が得られにくい。疲れやすさや集中力の低下から学校での活動にかげりが現れ、部活をやめることになる。さらに勉強も手につかなくなり、疲労が目立つようになり、週1日の休みが出現しはじめる。

このころから自分自身への自信がなくなり、被害意識の出現などから、友人間を中心として人間関係に問題が起こりやすくなる。後述するように、この時期すでに医学生理学的な異常がさまざまな形で認められる。このような心身の疲労状態が二次的な精神症状をもたらすものであり、いわゆる「うつ」と臨床症状は似ているものの本質的には異なると考えられている。本症の発症には以下のような要素が大きい。

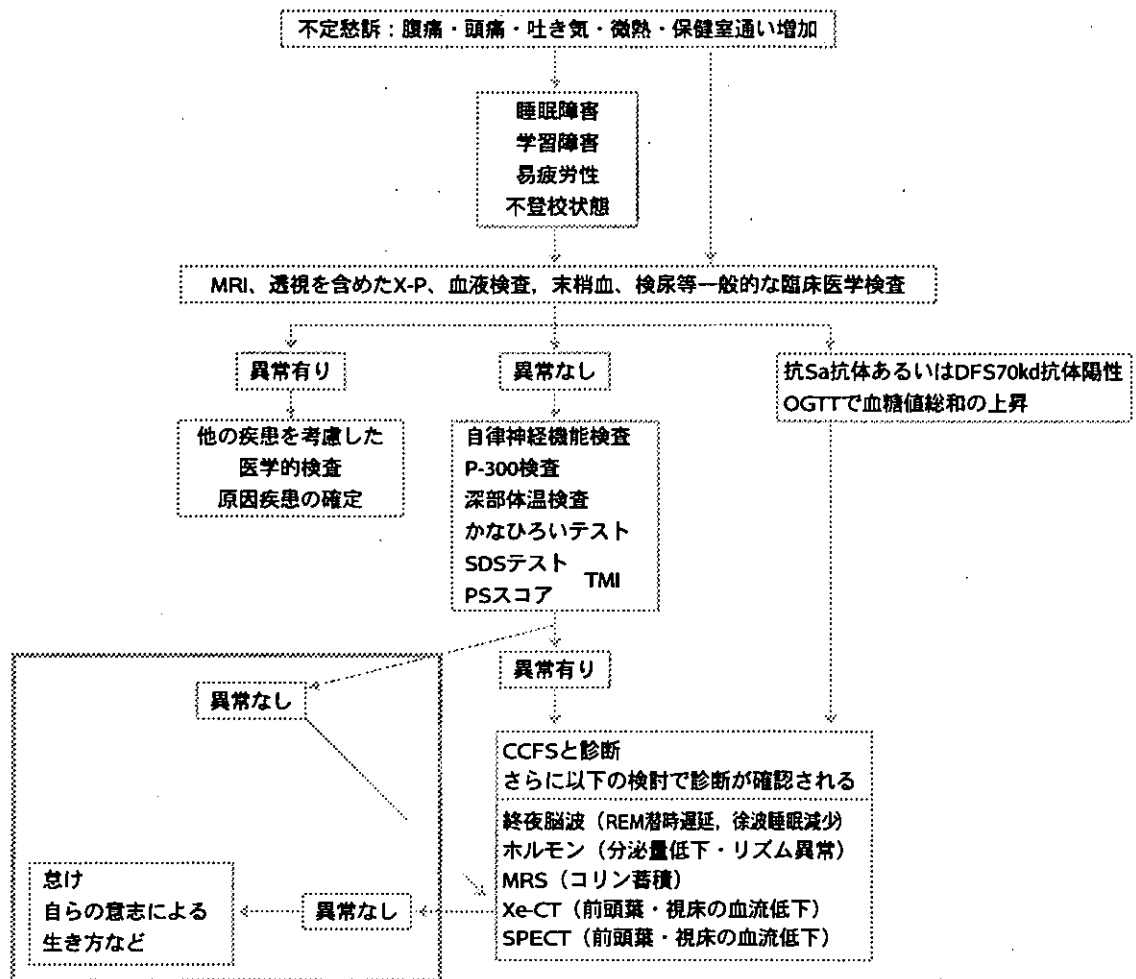
まず日本の若者に共通して存在する生活背景として、①夜型生活による日常的睡眠不足状態、②

情報量の多さにもなう競争社会での緊張と頑張り、および③偏差値知育教育の元での「自己抑制的よい子生活」がある。持続する不安をともなう緊張状態を意味するこれらの条件を共通条件と呼ぶ。

この状態に、①重圧となる責任が与えられる(部活のキャプテンや代表になるなど)、②受験勉強での頑張りや休みのないハードな部活練習、③交通事故や自然災害など強い不安経験への遭遇、④発熱をともなう感染症でのエネルギー消耗、⑤

人間関係のトラブルなどにより、さらなる不安・緊張・エネルギー消耗が負荷された時、神経均衡状態が破られ慢性疲労を作りはじめる。時間経過的にはまず、①緊張・不安の持続、②自律神経機能の偏り、③生活時間のリズム混乱と睡眠障害、④生活エネルギーの枯渇(生命維持脳機能低下)、⑤集中力低下・易疲労性、⑥学習・記憶機能低下(高次脳機能低下)、さらに⑦学校社会からの引きこもり(不登校)へと進んで行く。

病態として、①疲労・易疲労性を中心として精



※太線枠内の現象は私たちには経験がない

1. 極めて疲れやすい状態(易疲労性)
2. 勉強がほとんど頭に入らない(学習・記憶機能障害)

この両方が見られない不登校状態はほとんどない。(まれに片一方のことがある)

不登校(小児慢性疲労症候群)診断フローチャート
Childhood Chronic Fatigue Syndrome=CCFS

神症状をともなわない型、②易疲労性に精神症状が加わった型、③精神症状が早期に現れ主体となる型、に大きく分類される。ちなみに①、②、③の順に予後はよいといわれている。

III. 受診時主訴

小児科医を訪れる際は以下のような症状が中心となる。

- ① 微熱（発熱）
- ② 筋肉・関節痛、腹痛・頭痛、気分不良
- ③ 手掌発汗、立ちくらみ、意識消失発作
- ④ 朝起きられない、眠れない、1日中眠たい、疲れる、だるい
- ⑤ 幼稚園、学校に行きたがらない・行けない

IV. 理学的所見

手足が冷たく、手掌の発汗が著明、顔脈傾向、低めの血圧、生気のない表情、などを認めることが多いが、その他の理学的な所見に乏しいのが特徴である。時には全く問題のない明るい表情さえ示す者がいる。

V. 診断基準

成人例における診断基準を参照いただきたいが、医学生理学的な検査所見を背景とした診断基準の制定に至っておらず、臨床症状を中心として診断されている。しかし実際には診断フローチャートに示すように、さまざまな生物学的問題が明らかになっている。したがってCCFS確定診断には現時点でかなり専門的な検査が必要であるが、臨床的には頭痛・腹痛・朝方の気分不良、吐き気などを訴える子どもをCCFS軽症例と診断することによって、重症化を防ぐことが可能である。本症ではしばしばODをともなう。自律神経症状は本症の重要な位置を占めるが、何とか学校生活を続けたい、あるいは学校生活に復帰したい思い（執着心）が持続している時に自律神経症状が著明であり、いったん学校社会からの引きこもりの生活に入ると減少する傾向がある。この自律神経機能を含め、視床下部の機能はすべて影響を受けている。したがってODがある場合、その他の体温調節機能、ホ

ルモン分泌機能、食欲調節機能などにも問題があると考えておく必要がある。CCFSは不定愁訴および幼稚園や学校生活リズムの乱れあるいは登園・登校ができない状態として現れる。CCFSのフローチャートを示す（図1参照）。このチャートに示すように、医学生理学的検査によりさまざまな脳機能異常が確認される。詳細については紙面の都合上、各報告を参照いただきたい。

ちなみに、持続的に全く登校できない状態は、厚生省研究班によるPerformance Status (PS: 0~9度) の7より上の重症度に当たる。（表1参照）

PS2~3程度の軽症例では、何とか朝からあるいは午後から登校できるため、現時点での不登校診断基準にあてはまらない状況も存在する。しかし、不登校状態にある学生・生徒で易疲労性や学習・記憶機能障害を示さない例を私たちは経験していない。

また、二次的に引き起こされる精神症状は「うつ」と極めて似ている。しかし、本症はまず身体症状にはじまり、その回復に長い年月を要することによる不安・緊張を背景として、二次的に出現するものである。したがって抗うつ剤が効果を示す例があるものの解決には至らない場合も多い。また、「うつ」では一般にコルチゾール分泌が増加しているといわれているが、本症ではむしろ低下している点や、抗Sa抗体など免疫異常が出現することなど、異なる点も多い。本症は中枢神経機能、ホルモン分泌機能、免疫機能を巻き込んだ総合的な病態を持っており、「うつ」とは異なると考えられている。また、本症では診断のフローチャートに示すように、医学生理学的にもさまざまに異常を認めることが確認され、精神科的疾患とは異なると考えられている。

VI. 臨床経過

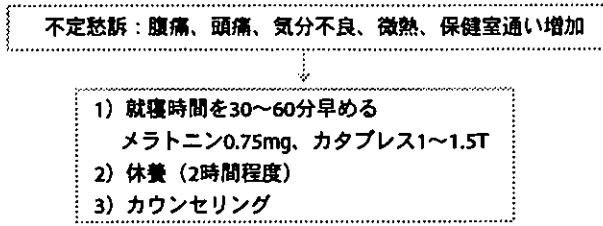
1. 顕症（行き過ぎ）期 (PS: 2~3)

重症化を防ぐことのできる大事な初期段階である。

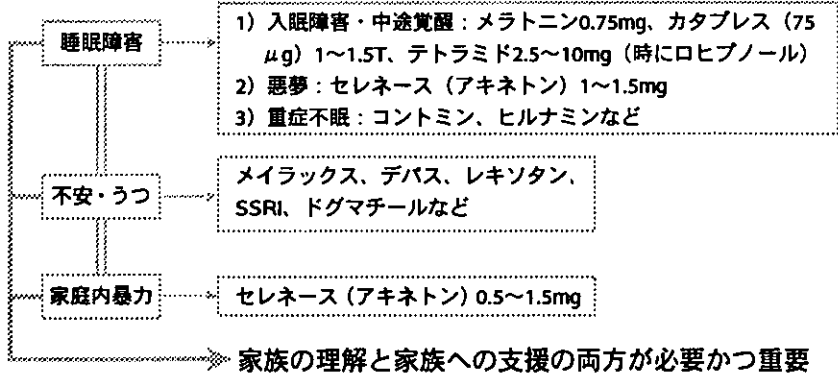
エネルギー低下が徐々に進行しており、(学校生活が順調にできていた頃の、気力・体力・学習意欲など感覚的・主観的なエネルギーを100%とした

I：対症療法

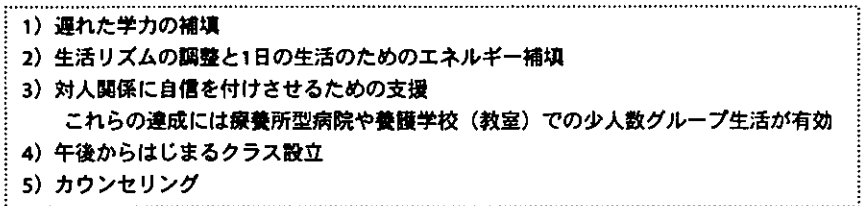
A：初期



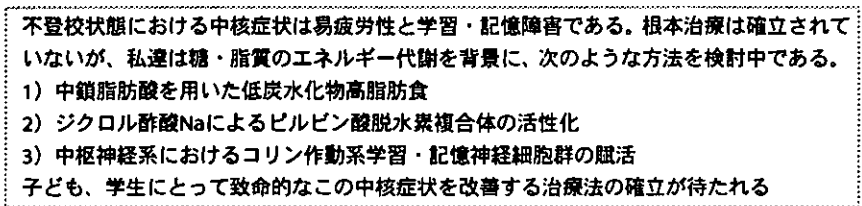
B：日常生活困難期



C：回復期



II：易疲労性と学習・記憶障害の根本治療



小児型慢性疲労症候群に対する根本治療への試み

場合、現在はどの程度で生活していると思うか、との問いに）本来のエネルギーの80%以下の状態と答える時期である。

- ①気分不良、吐き気、トイレに時間がかかる、頭痛、腹痛、微熱、遅刻、早退、保健室受診回数増加

- ②強い疲労、帰宅と同時の睡眠、寝つき不良、不眠
③特定教科欠席、なぜ勉強が必要かと疑問を口にする、成績低下、部活をやめる。
このような症状をともないあるいは明確な理由がなく、1日/週、3～4日/月の休みが出現した場合、

CCFSと考える。この時期は10～14日間程度十分に睡眠を取らせるだけで回復する可能性が高いため、極めて重要な時期である。

2. 発症期 (PS : 4～6)

急激なエネルギー低下があり、本来の60%程度になる。

- ①前夜、登校準備をするが朝起きられない、起きて食事を取った後再度入眠、腹痛・頭痛などがしばしば出現する。
- ②気分のよい日には登校できる日もあるが、結果として登校できない日が増加する。
- ③家族が送り迎えするなど無理を重ねる。

送り迎えは禁忌である。休養を取らせる以外解決の方法はない。睡眠を十分に取らせ、早寝早起きの生活を送りながら休養を取る。この時期は無理に起こさないようにする。精神科的治療の必要が出てくるため、この時点からは専門医がかかわる必要がある。

3. 遷移期 (PS : 7～8)

無理を重ねる生活の後に訪れるエネルギー枯渇状態で、本来の活力の30%以下と認識される最悪状態に落ち込む。

1日中、ほとんどベッドでごろごろしていて全く登校できない。

4. 混乱期 (PS : 4～7)

最悪状態を脱した時期であるが、混乱のため苦悩に満ちた生活となる。本来の50%以下と感じられるエネルギー状態であり、不登校状態である。

- ①生活時間がずれ、昼夜逆転傾向をとまとう過眠(10時間睡眠)が生じる。
- ②テレビ、ゲーム、音楽、漫画だけで1日がすぎる。
- ③風呂、洗面、一定時間の食事など、日常活動ができない。
- ④勉強は全く手につかず、部屋は雑然としている。
- ⑤集中力・記憶力、持久力などほぼすべての能力が低下し、顔つきも頭の中もボンヤリとして混乱状態であり、考えがまとまらず、い

うことがころころ変わる。

- ⑥なぜ学校に行けないのか、行きたいのか行きたくないのかさえ分からない。
- ⑦午前中から昼にかけて独特の「だるさ」が、午後には比較的回復する。
- ⑧先生や同級生に会うこと、家族と顔を合わせることが苦痛になる。
- ⑨うつ状態で毎日「死」を考える。
- ⑩すぐキレるのでまともな話し合いができず、否定的に扱われると発作的な暴力傾向が出現する。
- ⑪食行動の問題(過食、拒食など)が出現する。

5. 回復期

混乱の中でも家族の支えで休息が得られ、少しずつエネルギー回復が見られる。60%以上と感じられており、やや上昇した感覚を持つ。この時期になると、自宅でリラックスしている状態では活動力もあり、周囲には全くの健康状態と見えてしまう。しかしいったん何らかの緊張が起これると手のひらを返したように心身の硬直が出現する。「ニコニコと元気で不登校している」などと誤解されるのはこの時期である。

- ①学校に戻ることを考えはじめ、同時に学校へのこだわりが強くなる。結局足が向かず復帰は困難である。
- ②すぐキレる状態が改善し、親と顔を合わせて話し合いができる。
- ③リラックスしていると元気に見えるが、緊張するとさまざまな症状がぶり返す。片づけ、食事・入浴が規則的になる。

6. 給養期

自らバイトを探したり塾を探したりなど、動きは始める。活力が70%程度と認識される。起きる時間が安定し疲労回復機能が働きはじめる。

- ①午後から外出、バイトが可能になる。
- ②家の中、塾の少人数の場所で勉強が可能になる。
- ③学校に復帰する者も出てくるが、早期に再発するためリハビリ生活が重要である。

7. 学校社会復帰期（リハビリ生活）

社会復帰のためにはほぼ健康時のエネルギーと認識される状態。本来の活力の80～95％程度の回復が得られる必要があり、

- ①遅れた学力の補填
- ②体力・気力への自信
- ③対人関係への自信

が、学校社会復帰への必須要素である。このことにより睡眠時間が短縮され、学校復帰が可能な状態となる。このリハビリ生活は、国立療養所入院と附属養護学校での生活が有効であり、家庭でのリハビリは難しい。日本の教育関係者はこのシステム作りを早急に考える必要がある。

しかし現時点では、以下のような道を通って何とかエネルギー回復の時間稼ぎを考慮することがダメージを大きくしない方法である。

- ①定時制・通信制通学
- ②大検による大学進学

リハビリがスムーズに達成できると、社会人として仕事・バイトを続けることができる状態となる。

8. 予後

数年前に施行した、筆者のPS7以上（不登校状態）本症症例調査（5年以上経過観察）によれば、約70％が自分本来の生活に復帰しているが、その約半数に疲れやすさが残存している。残りの15％にはまだ日常生活に制約があり、最後の15％は引きこもり状態が持続している。外国の報告（5～10年経過観察）によれば、60％程度は社会復帰し日常生活が可能となっている。しかしフルタイムで生活している者は30％にとどまり、回復に要した年月は平均3年6ヶ月、ハーフタイムでの社会生活復帰が同じく30％で、平均所要年月は4年6ヶ月であり、残り40％は自宅での療養が続いていることになる。このように、CCFSは成人における引きこもりと密接に繋がることが明らかになり、不登校状態になったCCFSの予後は決して甘くはないことが分かる。また、いじめや事故を背景とする症例だけでなく、原因が特定できない症例にも、学校と

いう場を中心としたDSM-IVの定義にあてはまるようなPTSDが見られる症例がある。このことは、本症が生命の危機として体験されていることを示す。これまで不登校は軽く扱われ過ぎてきた。本症は、いわば中枢神経系の疲労状態であるから確かに3～5年という長い年月をかけて休養を取ることにより70％は元気になる。しかし、だから心配しなくてもよいなどというものではない。残りの30％にはさらに長い気の遠くなるような闘病生活が待っている。特に小児科医はこの事実から目を背けてはいけぬのである。小児科医はCCFSの発症の流れを学校社会に訴え、初期軽症例で休養を取らせることの重要性について、理解を得なければならない。しかし現時点では、むしろ無理な登校を子どもに強いてさらにダメージを与え続けているのが学校社会である。また、確かに現在のところ治療法が確定されていないが、だからといって医学的に放置してよいものではない。本症にかかわる研究者が全力を上げて治療法の開発に向かっており、近い将来有効な治療法が開発できると考えられる。最も重要な問題である易疲労性と学習・記憶機能の改善に対する治療法開発こそが重要であるが、最近の小児科医の治療成績は向上していると実感している。

9. 継続症状

70％程度に何らかの精神症状をともなうが、先に述べたように、前頭葉機能の障害および長期の闘病生活にもとづく二次的要因が大きい。

VII. 初期対応

CCFSの予後がよくないのは、これまでの医療および学校現場の対応のまずさが大きな原因の1つと考えられる。前駆（行き渋り）期（PS：2～3）の時期には、睡眠時間を30～60分早め10～14日休養させるだけで奏功することが多いため、この時期にしっかり対応しておけば大事には至らないと考えられる。したがって、この時期に無理に登校を促すのではなく、休養と休養後の学力補填のシステム作りこそが学校社会の急務である。

医学的には、処方例として以下のようなものが

ある^{11,12)}。

1. メラトニン 0.75mg¹³⁾

インターネットで簡単に手に入れることができるが、筆者は厚生省の研究班で用いたものを使っている。伝統的には時差ぼけ防止薬として飛行機のクルーが用いてきたが、現在アメリカでは健康食品、スイスでは医薬品として用いられはじめたと伝えられており、今のところ副作用は報告されていない。

2. カタプレス (75μg)

メラトニンで睡眠時間が前進しない場合、血圧が正であることを確認して、1~1.5Tを追加、血圧が低ければマイスリー (5mg) などを用いる。

3. デトラミド (10mg)

上記を使用し、さらに中途覚醒がある場合、0.25~0.5Tを追加、夜9時の睡眠を促し朝7時に覚醒させる (10時間睡眠)。

各時期における対応は他の文献を参照していただきたい^{13,14,15)}。

フローチャートにおける医学生理学的検査については以下の報告を算していただければ幸いである。

1. 自律神経機能異常^{16,17,18)}
2. 自己抗体DFS70kd測定⁹⁾
3. OGGTにおける異常反応¹⁰⁾
4. 終夜脳波による睡眠リズム障害¹¹⁾
5. 高いうつスコア¹²⁾
6. かな拾いテスト異常¹²⁾
7. P-300異常所見 (未発表データ)
8. 深部体温異常^{13,14)}
9. 脳血流低下 (前頭葉, 視床)
Xe-CT, SPECT^{15,16)}
10. MRSでコリン高値, まれに乳酸のピーク^{17,18)}
11. コルチゾール日内分泌低下¹⁹⁾

VIII. おわりに

本症は、重症化すれば成人における「引きこも

り」に繋がるなど、不幸な転帰を示すものもあることを明らかにしてきた。しかし初期の段階で適切な対応をすれば、子どもの人生における重大事には至らないはずである。このことにしっかりと目を向け、広く学校社会に訴えていかなければならない。

① 初期対応 (休養) の重要性の認識

② 休養後の学力補填システムの整備

この2点の確立により、小児型慢性疲労症候群は激減すると考えられる。

文 献

- 1) Tomoda, A., Miike, T., Uezono, K., et al. A school refusal case with biological rhythm disturbance and melatonin therapy. *Brain Dev* 1994;16:71-76.
- 2) 三池輝久. 不登校とメラトニン. *神経内科* 1997; 46: 466-471.
- 3) 三池輝久. 生体リズムと不登校 (不出社). 川崎晃一編. *生体リズムと健康*. 第1版. 大阪・東京: 学会センター関西, 学会出版センター, 1999: 39-64.
- 4) 三池輝久. 小児の睡眠障害と疲労感. *日児誌* 2000; 104: 1-4.
- 5) Ninomiya T, Iwatani N, Jhoudoi T, et al. The effects of exogenous melatonin on the release of pituitary hormones in humans. *Clinical Physiology* 2001;21:287-291.
- 6) 友田明美, 三池輝久著. 不登校児と自律神経障害. 川崎晃一編. *生体リズムと健康*. 安藤正幸監修, 安東由喜雄編. *自律神経障害と疾患—基礎と臨床からのアプローチ*. 第1版. 大阪: 診療新社, 1995: 113-24.
- 7) 三池輝久, 友田明美. *学校過労死*. 第1版. 東京: 診断と治療社, 1994: 1-131.
- 8) Tanaka H, Yamaguchi H, Tamai H, et al. Haemodynamic changes during vasodepressor syncope in children and autonomic function. *Clinical Physiology* 1997;17:121-33.
- 9) Itoh Y, Fukunaga Y, Igarashi T, et al. Autoimmunity in chronic fatigue syndrome in children. *Jap J Rheumatol* 1998;8:429-437.
- 10) Iwatani N, Miike T, Kai Y, et al. Glucoregulatory disorder in school refusal students. *Clinical Endocrinol* 1997;47:273-278.
- 11) 梅津亮二, 大谷智子, 草川三治. 登校拒否児の終夜脳派. *臨床脳波* 1986; 28: 476-480.
- 12) 吉川裕子, 永田純代, 興梧文美他. 不登校児の現状