

- 3) チック、爪かみ等の神経性習癖
- 4) 知的障害や広汎性発達障害

7, 経過

- 1) 幼児期の場合は、比較的良好
- 2) 結腸の部分的拡大をみる例は、便秘を改善させないと長期化の恐れあり

8, 対応

- 1) 便秘改善を目的とする食事療法
- 2) 便秘改善を目的とする薬物療法
- 3) 子どもへのストレスを軽減させる精神療法
- 4) 子どもへの受容的な接し方に向けての保護者のカウンセリング

- 便秘傾向を認める遺糞症の場合には、食事療法が重要である。寒天、わかめ、ひじき、昆布、ごぼう、にんじんなど、食物繊維を多く含む海藻類や野菜類、フラクトース（果糖）が豊かな果物や乾燥プルーン等を朝食、夕食に十分に摂取し、便塊の腸内滞留時間を短縮できるよう努める。
- 薬物療法としては、便秘が強度の場合は、ラクソベロン液を適当量、場合によっては高圧浣腸や浣腸を実施する。軟便・下痢傾向を認める場合には、便性が十分に改善されるまで乳酸菌製剤など整腸剤投与を続け、本人が便意を容易に感じられるように工夫していく。
- 遺糞による家族や学校でのいじめ等を認める場合には、本児への精神療法を併用するなど、心の傷を癒していくことが重要となる。特に家族は、遺糞を叱ることを極力抑え、拒否的な親子関係から、子どもとふざけて遊ぶなど子どもの好ましい愛着関係を改めて重視し、このましい親子関係の再構築に努力することが重要である。

(帆足英一)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 2)チック障害>

1, 概要

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である。チック障害は、一過性チック障害からトゥレット障害まで臨床的に連続性があり、基本的には1疾患であると考えられている。

2, 疫学

1) 有病率 (幼児期後半から学童期で)

チック障害 5—25%

トゥレット障害 0.05%

2) 性差 男児：女児 1.5—3：1

3) 好発年齢 5—15歳

4) 遺伝・家族性

トゥレット障害とその関連障害 (慢性運動性または音声チック障害、ある型の強迫性障害) の多くは、発現に共通の遺伝素因が関係していると考えられているが遺伝形式は不明である。

3, 成因

病態生理からみると、チック発現にはドパミンD₂受容体の過感受性が関与し、障害部位としては大脳基底核とそれに関連する前頭葉および辺縁系が推定されている。また経過中には、大脳辺縁系を刺激するような出来事、たとえば不快なストレスや楽しい興奮が短期間のチックの増強と関係することがある。

4, 診断基準

1) チック障害の分類

チック障害は、DSM-IV-TRでは、18歳未満で発症し4週間以上チックが続くもので、1種類または多彩な運動性および/または音声チックが4週間以上、12か月未満持続する一過性チック障害と、12か月以上1種類または多彩な運動性または音声チックが持続する慢性運動性または音声チック障害、12か月以上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が持続するトゥレット障害、さらに18歳以上で発症したり、持続が4週間未満のもの、1種の運動性チックと1種の音声チックだけのものは特定不能のチック障害とされる。

2) チックの種類

チックの種類は運動性チックと音声チックに分けられ、またそれぞれが単純性、複雑性に分類される。単純性運動性チックには、瞬きや頭をふるなど、複雑性運動性チックには物にさわる、飛び上がるなどがあり、単純性音声チックは、咳払い、鼻をならすなど、複雑性音声チックにはその場面に合わない単語や汚言、反響言語などが含まれる。

運動性チックの出現部位については、顔面、頸部、肩、上肢、躯幹、下肢の7部位に分

けて考えると、重症度や受診後の経過を予測しやすい。運動性チックは顔面から末梢に向かうほど発現の閾値が高く、末梢のチックがあるものの方が重症と考えられる。

音声チックは、鼻をすするや咳ばらいから奇声、反響言語や反復言語、汚言の順で重症になる。

5, 鑑別診断

臨床での診断は比較的容易であるが、他の大脳基底核疾患やてんかんの単純部分発作などとの鑑別が必要になる場合がある。

チックは初発症状としては強いまばたきが多く、それ以外でも口角の動きなど顔面の動きや、頭をふる頸部のチックから始まることが多い。上肢から始まることは少なく、躯幹、下肢から始まることはきわめて希である。また顔面や頸部以外の場所から始まったとしても、通常は経過中に発症閾値の低い、瞬きや顔面の動きや頭をふるなどのチックがいずれかの時点でみられる。

本来好発部位でない上肢、躯幹、下肢などから発症したチック様運動については、他の疾患との鑑別に注意する必要がある。特に上肢の動きは、広汎性発達障害の常同運動との区別が必要である場合がある。またてんかんの単純部分発作で顔面が律動的に動くときには意識があるためチックとまちがわれることがあるが、てんかんであればチックと異なり律動的な動きになる。

チックは意識的に短時間なら止めることができるが、長時間止めることは難しい。また通常睡眠中は消失するが、増強時には睡眠中、浅い睡眠段階で出現することがある。

トゥレット障害の経過中、急激に増強するときには、退行現象がみられることがある。母親の印象では年齢が半分の時の行動になるという。

診察室で医師が母親にチックの経過を問診し、症状の有無を確認していくとき「まばたき」「首をふる」などの言葉で、横にいる子どもにもチックが誘発されることがある。これはチックの増強時だけでなく比較的軽快している時にもみられる。

A群溶連菌感染による咽頭炎に引き続いておこる小児自己免疫性精神神経疾患(PANDAS)の一つとして、チック障害が起こることがある。これはA群溶連菌に反応して産生される自己免疫抗体が大脳基底核組織と交差反応をおこして症状が発現する。これは詳細な問診と抗ストレプトリジンO (ASO) 抗体価によって確認できる。

6, よくみられる合併症、併存症

トゥレット障害では、20-40%程度に注意欠陥／多動性障害が併存する。また同程度に学習障害を合併するといわれている。まれに高機能自閉症の併存がある。強迫性障害は小児科を受診するものの中では少ないが、思春期以後で、チックが軽減するころから認められるようになることがある。

7, 経過

1) 年齢依存的特徴

小児科を受診する小児のチックは、瞬きや頭をふるなど3-6歳で顔面や頸部の動きで発症し、1-2種のチックのまま1年以内に自然に消失するものが95%以上を占めると推

定される。つまり発症後1-2か月で受診したチックの子どもでは、ほとんどが何もしなくても2-3か月から数か月で消失する。

トウレット障害の経過をとるものの中で、運動性チックが全身にみられ、音声チックで汚言まで認めるものでは、一過性チック障害と同様の年齢で、顔面、頸部の運動性チックで発症し、学童期に運動性チックの種類が増加し、出現部位も上肢、躯幹、下肢と末梢に広がり、7-8歳以降で音声チックが加わり、多くは咳払いから始まり、一部は単純な音声、複雑な音声、汚言へと進展し、9-10歳前後が運動性、音声チックともに最も著明となる。その後運動性チックは末梢から、音声チックは汚言から消失してゆき、顔面や頸部のチックのみとなり12-15歳で消失するか、あるいは残存していても瞬きや口の動き、咳ばらいなど目立たないものだけで、学校や外出時には緊張のためか消失することが多い。このような経過の特徴から、受診後の経過をある程度推測できる。

8. 対応・治療

対応あるいは治療としては、初診時には一般の小児疾患と同様に、まずチックの病態生理や自然経過について説明し、家族や本人の不安を除去し、心理的支援を継続することが主体である。日常生活に支障があるなら薬物療法を行う。

チックのため学校や家庭での生活が障害される場合や、口腔内のチックで頬粘膜や舌をかみ切ったり、眼球を強くたたいて外傷性白内障が心配される時などは薬物療法を行う。

薬物としては、ハロペリドール、ピモジド、リスペリドン、塩酸クロニジン、クロナゼパム、L-dopaなどが使用される。その他クロルプロマジン、カルバマゼピン、イミプラミンなどでも時に効果をみる症例がある。ただこれらの薬剤は、いずれもチック障害、トウレット障害に対する保健適応はない。

(星加明德)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 3) 幼児期または小児期早期の哺育 (1) 摂食障害>

1, 異食症

1) 概要

通常食べないもの（非栄養物質）を持続的に少なくとも 1 ヶ月間摂取することである。2 歳未満の幼児が何でも口に入れるのは正常発達の中で見られるものである。児の発達段階から見て不適当な場合に診断される。精神遅滞、広汎性発達障害の児にはしばしば見られるが、その場合は特別な臨床的関与が必要である場合に診断される。

2) 疫学

疫学資料はほとんどない。性差は認められず、遺伝家族性も明らかな報告はない。

3) 成因

児の要因としては、広汎性発達障害や精神遅滞などに伴う理解力の問題や感覚鈍麻の問題がある。環境要因としては、親からの養育不全、過度のストレスなどがある。児自身の異食に対する抵抗のなさがある、環境要因が重なることで発症に至ると考えられる。

4) 診断基準

DSM-IV - TR によると

- (1) 養物質を食べることが少なくとも 1 ヶ月の期間持続する
非栄養物質を食べることが、その者の発達水準からみて不適当である
- (2) の摂食行動は文化的に容認される習慣ではない
- (3) その摂食行動が他の精神疾患（例、精神遅滞、広汎性発達障害、統合失調症）の経過中にのみ認められる場合、特別な臨床的関与が妥当なほど重症である

5) 鑑別診断

2 歳未満では、非栄養物質を口に含んだり食べたりすることはよく見られることであり、異食症とはみなさない。広汎性発達障害や精神遅滞、統合失調症、Kleine-Levin 症候群の経過中に異食が見られることがある。このようなケースでは、特別に臨床的な治療や関与や必要な場合のみ、異食症と診断する。鉄や亜鉛の不足が原因であるとされるケースもある。

6) よくみられる合併症・併存症

異食する物質により、身体的な合併症を起こしうる。絵の具の摂取による鉛中毒、毛髪や固まりや砂利などによる腸閉塞、ガラスなどによる腸管損傷、糞や不潔物による寄生虫などである。

7) 経過

幼児期に見られるものは、正常知能であれば大半が自然に消失する。広汎性発達障害、精神遅滞を伴うものは比較的長期間続くものもあるが、多くは発達とともに軽快する。重度の精神遅滞を伴うものでは長期にわたって続く場合もある。

8) 治療・介入

まず鉄や亜鉛などの栄養状況を確認し、不足があれば補うことを考慮する。食べ物とそうでないものの区別がついていないケースでは、異食の対象となるものを目の届かない場所に置くなどの環境面の配慮が主たる対処になる。その上で、他の遊びや関わりのやり方を指導する。心理的な負荷が関連しているようであれば、環境調整を行う。行動療法的ア

アプローチが有効な場合もある。

2, 反芻性障害

1) 概要

正常な食習慣が身についた後に、食後の吐き戻しおよび噛み直しを継続して繰り返すことである。部分的に消化された食物が、明らかな嘔気、むかつき、嫌悪感、消化器症状を合併することなく、口腔内に上がってくる。その後食物は口から排出されるか、大抵は再び飲み込まれる。

2) 疫学

有病率は明らかでないが、まれである。男性に多いと言われている。好発年齢は1歳以下の乳児や精神遅滞児・者である。遺伝家族性は何も言われていない。

3) 成因

自己刺激的行動である。精神遅滞のケースでは、感覚遊びの一種と考えられる。知的発達に遅れのないケースでは、養育不全、不適切養育（ネグレクト）などによる刺激の欠如や、ストレスの強い環境が関係することがある。

4) 診断基準

DSM-IV-TRによると

A、正常に機能していた期間の後、少なくとも1ヶ月間にわたり、食物の吐き戻しおよび噛み直しを繰り返す

B、この行動は随伴する消化器系または他の一般身体疾患（例：食道逆流）によるものではない

C、この行動は神経性無食欲症、神経性大食症の経過中にのみ起こるものではない。症状が精神遅滞または広汎性発達障害の経過中にのみ起こる場合、その症状は、特別な臨床的関与が妥当なほど重症である。

5) 鑑別疾患

幼児では、消化器系の先天奇形（幽門狭窄や胃食道逆流など）や消化器系の感染症などの身体疾患の除外が必要である。神経性無食欲症、神経性大食症の経過中に起こることがある。

6) よく見られる合併症・併存症

摂取した食物を嘔吐するため、栄養不良、脱水症状がしばしば起こる。長期になると体重減少・増加不良、成長障害を生じることがある。

7) 経過

乳幼児期に発症のケースは多くは自然軽快する。

8) 治療・介入

栄養状態が不良であれば、身体的な対処（非経口栄養など）が必要である。自己刺激行動に由来するものであれば、行動療法的介入が有効な場合もある。養育環境について聴取り、適度な刺激が与えられるように環境調整を行うことも必要である。

3, 幼児期または小児期早期の哺育障害

1) 概要

6歳以下の幼児・小児において、原因となる身体疾患や精神疾患がないにもかかわらず、

1 ヶ月以上にわたって十分に食べられないことが持続し、体重増加が全く見られないか、または著しい体重減少をまねくものである。

2) 疫学

有病率ははっきりしたデータはない。性差はない。好発年齢は1歳未満であるが、2-3歳に発症するケースもある。遺伝・家族性は何も言われていない。

3) 成因

子どもの気質、親の養育能力・養育態度、養育環境などの問題により親子の相互関係がスムーズにいかない場合がある。このことで哺育の問題が生じるとそれが葛藤となり、さらに親子の関係が悪化する悪循環となる。

4) 診断基準

DSM-IV-TR では

(1) 哺育の障害で少なくとも1ヶ月にわたって十分に食べられないことが持続し、体重増加がまったくないか、または著しい体重減少を伴うことで明らかになる。

(2) この障害は随伴する消化器系または他の一般身体疾患（例：食道逆流）によるものではない。

(3) この障害は他の精神疾患（例：反芻性障害）、または食物が手に入らないということではうまく説明されない。

(4) 発症は6歳以前である。

5) 鑑別診断

消化器系および一般の身体疾患に起因する摂食不良の精査は必要である。哺育上の多少の問題は一般に見られることがあるが、そのうち、明らかな体重減少や体重増加の欠如をきたしたものが診断される。養育者が変わることで改善するならばこの疾患が示唆される。

6) よく見られる合併症・並存症

栄養不良に伴う身体疾患が合併する可能性がある。背景に発達障害の合併があるケースも考えられる。

7) 経過

大多数のケースでは成長は改善する。しかし、経過が長くなると身体発達に影響がでるとの報告もある。

8) 治療・介入

子ども、親それぞれについて評価をした上で、親に対して養育指導を含めたサポートを行う。親の養育能力に重大な問題があったり、児童虐待やネグレクトが認められるときには、児相・保健所との連携が必要である。

(野邑健二)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 4) 分離不安障害>

1, 概要

分離不安障害は小児期に発症し、依存対象から年齢相応の分離ができないために自由な行動ができず、精神的な苦痛を呈するため、日常生活が阻害されている。つまり、保育園、幼稚園、小学校、中学校への登園、登校渋滞や、頭痛、腹痛、嘔気などの心身症的症状を認める。分離不安の背景は、本人が心の拠り所とする内的対象表象の不安定さがあり、乳児期からの愛着障害が原因となっている場合がほとんどである。

2, 疫学

1) 有病率

小児期・思春期・青年期における有病率は4%で、年齢の上昇に伴って有病率は減少する。

2) 性差

疫学的には女性に多いといわれているが、臨床的頻度としては男女比に差はないと思われる。

3) 好発年齢

年少児では、自分自身や親・家族への明らかな恐怖を予測できないが、成長するに従って心配や恐怖は誘拐や強盗など特定の危険に対する恐怖となり、不安と分離の予期は小児期中期に顕在化する。幼稚園、小学校へ通う場合など、本人が分離への不安を否定していたとしても、実際の行動において独立した活動を拒み、家を離れることを嫌がるなど、言動不一致を認める場合もある。

4) 遺伝・家族性

分離不安障害は一親等親族の中に多く、パニック障害や強迫的性格を持つ母親の子どもでは比較的多くみられる。

3, 成因

本疾患の根底には不安定な愛着があり、親子の関係性障害を認める。また、親自身の愛着障害と深く絡んでいる場合が多い。

4, 基本症状

診断基準 A の項目を参照されたい。

5, 合併症・併存疾患と鑑別診断

本疾患には、心身症や身体表現性障害(診断基準 A-8)、睡眠障害(診断基準 A-7)の他、分離不安に関係する強迫観念や確認強迫などが合併する可能性がある。

広汎性発達障害、統合失調症など他の精神病性障害の経過においては、分離不安障害と同様の症状を認めうるが、その場合は別個の診断として区別しない。全般性不安障害は依存対象との分離と無関係に生じる不安の状態であるため、除外される。

6, 診断基準

A. 家庭または愛着をもっている人からの分離に対する、発達的に不適切で、過剰な不安以下の項目のうち3つ(またはそれ以上)が証拠として存在する。

- (1) 家庭または愛着を持っている重要人物からの分離が起こる、または予測される場合の反復的で過剰な苦痛
- (2) 愛着を持っている重要人物を失う、またはその人の危険がふりかかるかもしれないという持続的で過剰な心配
- (3) 厄介な出来事によって、愛着を持っている重要人物から引き離されるのではないかという持続的で過剰な心配(例：迷子になる、または誘拐される)
- (4) 分離に対する恐怖のために、学校やその他の場所へ行くことについての持続的な抵抗または拒否
- (5) 1人で、または愛着を持っている重要人物がいないで家にいること、またはその他の状況で頼りにしている大人がいないこと、に対する持続的で過剰な恐怖または抵抗
- (6) 愛着を持っている重要人物が側にいないで寝たり、家を離れて寝ることに対する持続的な抵抗または拒否
- (7) 分離を主題とした悪夢の繰り返し
- (8) 愛着を持っている重要な人物から引き離される、または分離が起こる、または予測される場合の、反復する身体症状の訴え(例：頭痛、腹痛、嘔気、または嘔吐)

B. この障害の持続は少なくとも4週間

C. 発症は18歳以前

D. この障害は臨床的に著しい苦痛、または社会的、学業的(職業的)、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

E. この障害は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、青年期および成人期においては、広場恐怖を伴うパニック障害ではうまく説明されない

■該当すれば特定せよ 早発性：6歳以前の発症の場合

7, 経過

分離不安障害は何らかの喪失体験(親族またはペットの死など)や身近な人の病気、人生の転機(幼稚園または学校への入学、転校、引越しなど)を契機に発症することがある。症状の寛解と増悪の期間がある場合が多い。独立した活動(学校への登校など)から回避するため、長期間にわたり自宅に引きこもる場合もある。幼少時には依存対象者への極端なしがみついで表現される場合が多い。

8, 治療・介入

1) 本人の安全感構築

本人は依存対象から引き離されることで、自分に解決できない問題に直面させられ、困難な状況から回復できなくなることを極度に恐れている。多くの場合、本人は自分の気持

ちに気づけておらず、依存しているもの以外には自分を助けてくれないという否定的信念を強く抱いている。本人の安全感のために、自分の気持ちを言語化して、治療者との応答的な人間関係を築くことが不可欠となる。本人の言語性が未成熟の場合には、プレイセラピーなど非言語的な治療設定を必要とする場合もある。本人の不安を親へ伝えていくことで、双方の関係性障害を解消していく狙いもある。

2) 親・家族への心理教育、環境調整

本疾患の親の養育態度として、親が「こうあるべき」と考える状態に子どもを枠付けしており、子どもの精神年齢相応よりも厳しく仕付けている場合が多い。子どもの治療のために、現状の「あるがまま」の状態を受容し、言語化できない子どもの気持ちを理解してこうとする努力、すなわち養育態度の改善の有無が、治療上の重要な鍵となる。そうした親の多くが幼少時には自身の親から厳しく仕付けを受けている、あるいは現在でも祖父母の評価を気にして子どもの養育をしている場合もあるため、親の気持ちを理解して治療者と養育方法を一緒に考えていくことも必要となる。両親が不仲、または親と祖父母の不和がある場合には、家族それぞれへの理解と対応を要する。

9. 専門機関への紹介

1) 子どもの要因

家庭における子どもの心身の健康状態が不良(食事・睡眠のリズムが不規則、著しい情緒不安定、身体的愁訴が強いなど)の場合には、親子分離により生活を立て直すために入院治療を要する場合がある。また、子どもの言語性が未成熟であるため非言語的な取り扱いを要するも、その実施が不可能の場合には専門機関への受診が必要となる。

2) 親・家族の要因

親と子どもの疎通性が著しく不良であり、子どもが適応的に行動できないことで親が心理的に追い詰められてしまうにもかかわらず、家族の中で援助を得られず、環境調整を必要とする場合には入院治療を要する場合もある。また、親の精神状態が不安定であり、症状改善のために薬物療法など精神科的治療が必要な場合には、紹介が必要となる。

3) その他の要因

親子の関係性障害が極端な状況(身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待など)となっている場合には、児童相談所など関係機関への虐待通告が必要な場合もある。

(山崎知克)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 5) 選択性緘黙>

1, 概要

選択性緘黙は、言語や知能などに障害がないにも関わらず、特定の場面(学校など)では継続的に発語ができなくなる希な情緒障害である。話すことができないだけでなく、思うように動くことができない「緘動」の症状を認める場合もある。家庭外における不安定な対人関係や社会環境にて緘黙を認めるが、家庭内では多弁を認める場合もある。

2, 疫学

1) 有病率

比較的稀な疾患であり、有病率は 10,000 人に対して 18 人という報告がある。

2) 性差

女児にわずかに多いとされているが、詳細は不明である。

3) 好発年齢

選択性緘黙の発症は小学校入学以前であることが多く、3 歳前後の幼児期からとする報告が多い。自宅でのコミュニケーションには問題ないため、発見が遅れる場合もある。

4) 遺伝・家族性

詳細は不明である。

3, 成因

選択性緘黙の成因論に関しては、不安障害との共通性のある群と、発達障害の存在する群とがある。臨床像からは、病因として学校への過敏性と過剰な不安の存在が想定される。家庭内での異常な依存状態(祖母や母親からの過剰な溺愛、父親不在など)により、本人の精神発達が年齢相応でない場合と、本人が性格的に持っている特徴とに影響を受けている状況があるものと思われる。

4, 基本症状

多くの場合、家庭の外ではいつも極端に緊張している、笑わない、首を使ったコミュニケーション、自分に自信がない、などの特徴を有し、自発言語を認めなくなるのが特徴である。家庭内では普通に振舞える場合も多い。

5, 合併症・併存疾患と鑑別診断

社会不安障害は多くの場合に併存し、また強迫性障害を合併する場合も多い。知的能力は保持され、通常、極端な認知障害を認めないため、統合失調症など他の精神病性障害や広汎性発達障害とは区別される。音韻障害、表出性言語障害、コミュニケーション障害などの鑑別が必要となる。

6, 診断基準

- A. 他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況(話すことが期待されている状況、例：学校)では、一貫して話すことができない。

- B. この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。
- C. この障害の持続期間は少なくとも1ヶ月(学校では最初の1ヶ月に限定されない)
- D. 話すことができないときは、その社会状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない。
- E. この障害はコミュニケーション障害(例：吃音症)ではうまく説明できないし、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではない。

7. 経過

本疾患は通常5歳以前に発症するが、就学以前に臨床的関与が必要となる場合は少ない。持続の程度は様々で、2～3ヶ月しか持続しない場合もあれば、数年間持続する場合もある。特に重度の社会恐怖を有する場合には、症状は遷延化するかもしれない。選択性緘黙の数年間におけるいくつかの追跡調査では、過半数に症状の持続を認め、適応不良のままであることが報告されており、予後を楽観視することはできない。しかし、本人の興味の拡大や日常生活行動の渋滞が減少するなど専門的な視点でみていくなれば、着実な改善を認められるであろう。

8. 治療・介入

1) 発達・心理検査・非言語的交流などによる本人の評価

発達検査などにより本人の知的能力を把握するとともに、パズルなどの単純なゲーム、卓球など対面型のスポーツにより交流を図る治療者は多い。本人の興味や趣向に配慮しながら、治療関係を確立することから開始せざるを得ない。そもそも、家庭外の安定した対人関係の困難が病態の中心であるため、治療導入そのものが困難となる場合も多い。また、個別セッションにより治療者との関係を築けても、本人にとっては家庭のような場所が一つ増えただけに留まる場合も多い。そのため、治療介入そのものが本人を社会へと向かわせるものになるよう、工夫が必要となる。

2) 本人の自己肯定感を改善する取り組み

行動療法的な技法により、自分が生きていくために必要な「よい行動」を獲得し、自己肯定感を改善させることが必要となる。具体的には、入院環境などにより生活リズムを身につけ、身辺自立能力を高める工夫をし、困った場面で適切に看護師を頼ることができるよう仕向けていくことが必要となる。「自分でできた」という成功体験により本人のモチベーション(やる気)が育ち、衣食住の安定と人との疎通性ができることで「安全感構築」が可能となれば、家庭以外の場所で本人が力を発揮できるようになる。また、本人の強迫性を緩和していくためにSSRIなど薬物療法が有効な場合もある。

3) 親の心理教育と環境調整

本人が家庭外の緘黙状態へ依存する要因が家庭内にあることを想定し、それを治療者と率直に話し合った上で身長に除去することが不可欠となる。多くの場合、それは家族のあり方(強い共依存関係、家庭機能不全など)に原因があるため、本人の変化に対して、家族からの強い抵抗があることを想定し、心理教育をしなければならない。学校でも、本人が

そのまま経過させるような枠組みがある場合には、担当教師との綿密な相談が必要なる。

9. 専門機関への紹介

本人の非言語的な感情や考えを扱いにくい場合には臨床心理士による遊戯療法などを施行できる環境が必要であり、専門機関への紹介が必要となる。また、親の心理教育が難しく、親の人格的治療が必要な場合には精神科との連携が必要となり、本人の生活行動渋滞が激しく、在宅での治療が困難の場合には入院加療を必要とする場合もある。また、本人の強迫観念や強迫行為が著しく、睡眠や生活リズムに支障を来たす場合には十分な薬物療法が必要となることもあり、やはり精神科へのコンサルトを要する。

(山崎知克)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 6) 反応性愛着障害 (RAD)>

1, 概要

対人的相互作用と関係性の障害があり、それが不適切な養育によって生じているものと言う。基本的には、生後早期に主な養育者と児との間で愛着関係が良好に形成されなかったことの、児側への影響の部分を示す用語である。抑制型と脱抑制型に分けて捉えられるが、両者の症状がある程度混在している場合も少なくない。各種の精神病理において、愛着の障害は間接的な原因や症状形成の大きな要因になり得る重大な問題なので、RAD の予防や治療は重要な課題である。

2, 疫学

1) 有病率、2) 性差、4) 遺伝・家族性：疫学的データに乏しい 3) 好発年齢：DSM-IV-TR、ICD-10 共に診断基準上「5歳以前」である。

3, 成因

DSM-IV-TR の『幼児期または小児期早期の反応性愛着障害』の診断基準には、以下の少なくとも1つによって示される病的な養育が含まれる。

1) 安楽、刺激及び愛着に対する子供の基本的な情緒欲求の持続的無視 2) 子供の基本的な身体的欲求の無視。 3) 第1次世話人が繰り返し変わることによる、安定した愛着形成の阻害（例えば、養父母が頻繁に代わること）。

不適切な養育環境・状況にあった子どものうち約40%などとの報告脆弱性には生来的な個体差あり。

不適切な養育の時期や、それまでの養育状況もストレス脆弱性を左右。

4, 基本症状

下記の何れかのような、対人関係の質の障害が、ある程度持続的に見られること。

抑制型：ほとんど全ての対人的相互反応について、発達段階に相応しい形で開始したり反応したりできないことが持続。対人行動が過度に抑制された、非常に警戒した、または非常にアンビバレントで矛盾した反応様式（主な養育者との再会場面で、顔を逸らしつつ抱きつきに行くなど）である。

脱抑制型：愛着対象が拡散しており、適切な選択性無く、無分別な社交性を示す（初対面の大人に過度に馴れ馴れしく近付くなど）。

5, 合併症・併存症

1) 身体面：愛情遮断性小人症が有名（幼児期中期から目立つことが多い。典型的には、負荷試験へのGH反応はラロン型小人症のパターン）

低体重も多い。（実際には、しばしば実際の栄養状態も不良）

家庭から他へ移すのみで症状が消退することも多い。

筋緊張の異常や運動のバランスの悪さもしばしば見られる。

2) 心理・行動面：基本的信頼感の欠乏、他者の苦痛への共感性の欠乏、規範意識の獲得

の困難、過剰な攻撃性（または攻撃性の過剰な抑圧）、持続的な対人関係を形成できない、過覚醒状態または覚醒レベルの変動、多動、不注意、衝動制御困難、行為障害、各種の神経性習癖。その他あらゆる精神病理の一因になり得る。

成長後のストレス脆弱性：RADの成因になる養育状況が原因。

⇒ 動物実験の例：早期に母子分離したラット：海馬の糖質コルチコイド受容体（以下GR）発現量減少 ⇒ 視床下部-下垂体-副腎系（以下HPA-axis）の傷害 ⇒ 成長後のストレス脆弱性。

虐待の世代間伝達：愛着の内的ワーキングモデル（下記）が重要。

⇒ 評価方法：Mainのadult attachment interview（1985）など。

ラットでも被養育体験は養育行動に影響する。⇒ 分子モデル：十分な養育が、セロトニン系、海馬の神経成長因子やGRを介してHPA系に抑制的に作用し、その後のストレス耐性を高める。

中枢神経の反応性の在り方と愛着の表象は相互作用

⇒ 環境調整やそれを補助する精神療法と薬物療法等の身体的治療は、有機的に関連して捉えられることが必要である。

3) 発達障害：知的障害によって生じている場合や、広汎性発達障(pervasivedevelopmental disorder、以下PDD)の診断基準を満たす場合には、RADの診断カテゴリーに該当しない。

RADに伴って環境因子による知的障害を来すものもある。

PDDに類似した認知行動の特徴を呈することもあり、英国における『ルーマニア養子研究』（“チャウシエスクベビー”のフォローアップ調査）は有名。

RADとPDDの鑑別は困難な場合も多い。また、元々軽い自閉傾向を持ち、虐待的な養育状況を経てRADを生じるケースも稀ではない。

6. 診断

DSM-IV-TR(2002)では下記のA.～D.の基準を満たすものと定義される

A. 5歳以前に始まり、ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係（その内容の定義はそれぞれ、概ね上記の4.の抑制型または脱抑制型のパターンを満たすもの）

B. A.は発達の遅れのみでは説明がつかないものであり、広汎性発達障害の基準も満たさない。

C. 上記の3.に挙げた基準である。

D. C.がA.の原因であるとみなされる。

以上を診断基準とし、Aの内容から抑制型と脱抑制型の病型を特定する。

Zero to Three(1997)では、5つの軸のうち第1軸（臨床診断）の『感情の障害』のサブカテゴリーに『乳幼児期のRAD/不適切な養育の障害』があり、また、第2軸は親子の関係性の障害を評価するもの。

愛着の質の評価：Ainsworthのstrange-situation法(1978)が有名。これは、主な養育者との分離～再会の場면을4段階に分けて構造化し、児の反応のパターンを評価するもの。現在では、回避型、安定型、抵抗・両価型、解体型、の4型に分類することが多い。Zeanahらは、これを発展させたものを含めて乳幼児-養育者の関係性の評価方法を作成し、虐待事例で再統合の妥当性を評価するためにも用いている。本邦でも青木ら（2003）がこの評価方法を臨床で実践

し始めている。

7, 経過：確立した一定の治療法やその効果などについてのデータは無い。

人生早期に形成された愛着のパターンは、その後の人生における対人関係の型をある程度規定するものであり、発達によって行動や適応のパターンが変化して行く間も、そこに一貫して影響し続ける。愛着に関する表象が、自分自身や他者や物事との関わりをイメージする際に本人の内なる作業仮説として持続的に機能するものを「アタッチメントの内的ワーキングモデル」と呼ぶ。RAD は、このモデルの障害とも捉えられる。乳幼児期の実際の出来事自体ではなく、後の人生の各時点で、内的ワーキングモデルがどのように機能するかが、実際の情緒や行動に影響する。発達過程で、過去の体験がどのように位置付けられ、ライフストーリーに取り込まれるかが問題。援助や治療で問題を解決できる希望がある。

8, 対応

- 1) 環境調整：安全で安定した関係性の中で育てること。そのためには養育者自身が守られている感じを持てるサポート体制が必要である。
- 2) 精神療法：調整された環境の中で明らかになる行動や精神の病理に対して、患児本人の状態に応じて支持的なものや洞察志向的なものを使い分けることが重要で、特に後者は日常の状態への副作用に留意が必要である。
- 3) 薬物療法：RAD から派生する各種の状態像に対し、1) を促進するために、明確な目的を持って位置づけを鮮明にして行なう。

9, 専門機関への紹介

RAD への対応は環境調整が中心であるが、それだけでは愛着のパターンが適切に獲得される方向に向かない場合に、8. の2) や3) が有用な可能性を検討するために医療機関へ紹介する。

<予後不良要因>

- ① 家族要因：分離や、それに相当する処遇の後にも、患児が主に愛着を求める対象で有り続けようとして、実際には行なわない交流等について、患児に期待を持たせるような言動を繰り返し、実際に保護的役割を果たす人物と患児との情緒的交流の発展を阻害する家族。
- ② 患児要因：不信感が強く、表出が乏しい児。不適切な養育に晒された年齢が低いとストレス耐性の低下が強いことが予想されるが、人間での実証的なデータは乏しい。

(小石誠二)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 (7) 常同運動障害>

1, 概要

特別な意図や目的をもたず、ただ体の一部を日常的に繰り返し動かすことを「常同運動」と呼ぶ。常同運動は、特に知的障害を伴うさまざまな疾患に付随してよくみられるものでそれだけでは必ずしも病的とはいえない。入所施設などで重度精神遅滞の青年が座りながら身体を前後にゆっくりとゆすり続け、そのリズムを楽しむかのようにすごしている姿はしばしば見られるものである。この常同運動が、日常生活の妨げや重篤な外傷になるほど激しく、長期にわたって見られる場合に「常同運動障害」という。ひとつの疾患単位というよりも、原因疾患によらない著しい常同運動を示す場合をまとめて常同運動障害としているというべきであろう。

2, 診断基準 (DSM-IV)

- A 反復し、駆り立てられるように見え、かつ非機能的な運動行動である。(手を震わせたり振ったりする、身体を揺する、手をもてあそぶ、指をやたらと動かす、物をくるくる回す、頭を打ちつける、物を口に入れる、自分の身体を噛む、皮膚または身体の穴をつつく、自分の身体を叩く)
- B この行動によって正常な活動が著しく障害されるか、医学的な治療を要するような身体的自傷をおこす。(または予防的措置を講じなければ怪我をしてしまう)
- C 精神遅滞が存在する場合、常同行動または自傷行為は治療対象となるほど重篤である。
- D この行動は強迫行為(強迫神経症にみられるような)、チック(チック障害にみられるような)、広汎性発達障害の部分症状である常同症、抜毛(抜毛癖にみられるような)では上手く説明できない。
- E この行動は物質や一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない
- F この行動はすくなくとも4週間またはそれ以上持続する。

3, 臨床症状の実際

精神遅滞を持たなくとも、全般性不安障害で不安から体を揺する場合など診断基準を満たす場合もあるが、常同運動障害を呈するのは知的障害児者であることが多い。

知的障害者では、手をふったり体をゆすったりという反復運動は、自分の身体を使った遊び、自己刺激としての感覚遊び的な一面をもっていることがある。その運動自体に問題がなくても、没頭するあまり行動が切り替えられず集団行動や日常生活が円滑に進まなかったり、制止されるとかんしゃくを起こして攻撃的になったりする場合には治療の対象とする必要がある。

むしろ、たたく、噛むといった行為には、物に対して行われる場合と自身の体に対して行われる場合がある。物に対して行われるときには、扱うものの破損、危険、それによるからだの損傷、不衛生といった視点よりも、動作を通して得られる音や触感を求めることが優先され、中断が困難になっている。畳をむしり続けるので和室が使用できない、いつもひも状のものを噛んでいないと気がすまない、同じ家具を磨耗するほどとんとんとたた

くことを好んで手に舐めができていたといったケースなどがあてはまる。頻度や程度によって縫合を必要とするような挫傷や、打撲骨折、二次的な感染、異食につづく腸閉塞などにつながり医療的な対応が必要となることもある。

むしろ、たたく、噛む対象が物ではなく自身である場合は「自傷」となる。びらんや潰瘍になっても皮膚をむしりつづける、かんしゃくをおこすと拳で前頭部をたたき続けるといったケースが当てはまる。対象物が手近にあるため運動行為の頻度が高くなりやすく、身体損傷の程度も重篤化する場合がまれではない。例えば、眼球を日常的に強くたたいていた結果、網膜はく離や外傷性白内障から失明するといったことも起こりうる。痛覚鈍磨がある場合など自己制止がさらに効きにくく、周囲が気づかない間にひどい外傷となっていることもしばしばみられる。厚生省が「強度行動障害」と定義する基準で「自傷」が一番目にあげられているがこれに常同運動行動によるものが含まれている。

これらの常同運動の内容について知的障害を呈する症候群が関連する場合がある。例えば Lesch Nyhan 症候群では自咬症とよばれる行為が有名であるし、Prader Willi 症候群では skin-picking といわれる皮膚むしりが知られている。また、Down 症や脆弱性 X 症候群、Cornelia de Lange 症候群、5 p 症候群、視覚障害や聴覚障害と知的障害の重複障害でもしばしばみられる。

4, 疫学・予後

どの年代でもみられるが、強度行動障害の自傷として現れる場合には、思春期に始まり青年期で最もひどくなりその後軽減する傾向がある。予後としては、結果として起こる身体損傷によって致命的な場合もある。有病率ははっきりしないが知的障害が重度であるほど高いと推察される。頭突きは男性でかみつきは女性で多いとされている。

5, 鑑別診断

重篤でない反復運動、例えば知的障害の日常動作としての常同運動や子どもでみられる指しゃぶりやつめ噛みなどの習癖で生活上の支障とならないものは治療の対象ではなく診断基準を満たさない。また強迫性障害でみられる強迫観念への反応としての儀式的な強迫行為、人格障害に伴う自傷、妄想に基づいた反復行為など精神疾患に伴う反復運動や行為はそれぞれの確定診断によって除外される。チック障害では複雑性運動チックとの鑑別は困難な場合もある。ほかにも神経疾患による不随意運動や抗精神病薬の副作用としてのジスキネジアなどの鑑別が必要である。

D 項で除外項目となっている広汎性発達障害（以下 PDD）ではその診断基準の一つに常同運動をあげている。自閉性障害と Asperger 症候群では「常同的で反復的で衝動的運動（手をパタパタさせたりねじまげる、複雑な全身の動き）」、Rett 症候群では「常同的な手の動き（手をねじる、手を洗うような運動）」小児崩壊性障害では「運動性の常同症や衝動症を含む反復的、常同的な行動」と示されている。これらは常同運動障害の常同運動と同種の症状であるが、PDD の特徴があれば PDD が優先的な診断名となるのである。知的障害と合併する症候群では PDD の診断についての検討が充分されていないことがしばしば見られるので、常同運動障害と診断する前に PDD で説明できないか検討される必要がある。

6. 治療

常同運動があまりにも激しいときには、やめさせるためにその行為そのものにアプローチしようとしがちである。例えば、ミトンを着けさせて直接たたかないようにするという方法である。しかし、その行為の背景や原因がある場合には、まずその状況を改善することが症状の改善につながる。例えば感覚刺激目的で行われる場面では、刺激の少ない、手持ち無沙汰であるといったことが多い。適切な刺激のある環境に身をおくことや代わりとなる行為をさせることなどの対応が求められる。また、ストレスへの反応や不快の回避のために常同運動が増加する場合も多く、ストレスへの介入や不快の除去が必要となる。不快の原因としては体調不良や睡眠不足のような身体状況も見逃されないようにしなくてはならない。さらに注意喚起のために常同運動や自傷行為が手段としてとられている場合には、常同運動がなくても注目されているという意識を持たせるような接し方を検討すべきである。以上によっても軽減されない場合には、薬物治療が対症的に用いられる。種類としては、感覚過敏を和らげるような抗精神病薬を使用することが多い。知的障害がある場合にはパーキンソン症状や悪性症候群の発症に特に注意が必要である。

(若子理恵)

<各論 1 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 8) 破壊的行動障害(1)反抗挑戦性障害 (Oppositional defiant disorder : ODD) >

1, 概要

反抗挑戦性障害 (Oppositional defiant disorder : ODD) の基本的特徴は、通常18歳以前より認められる大人に対して拒絶的、反抗的、不従順、挑戦的な行動を繰り返す様式が少なくとも6ヶ月間持続するというものである。注意欠陥多動性障害 (ADHD) に始まり、加齢とともにODD、行為障害 (CD) と経過して最終的に反社会性パーソナリティ障害にたどるものがODDの一部には存在している。ODDはADHDとの合併例 (中核群) の他に、不登校や強迫性障害などの経過中に出現してくるものもいる。このようにODDをその過半数を占めるADHDとの併存例である中核群、非併存例である辺縁群の大きく2群に分けられる。CDの治療の困難さから、可塑性のあるODD段階での治療の重要性が指摘されている。治療上の枠組みや技法の選択にあたっては、中核群と辺縁群を区別して考えるのがよい。

2, 疫学

1) 有病率

2~16%といわれている。

2) 性差

思春期以前は女性より男性に多いが、思春期以降には性差はない。

3) 好発年齢

8歳以前に顕在化し、青年期早期以降に明らかになることはない。

4) 遺伝・家族性

ADHD、ADHDとODD合併例、ADHDとCD合併例などの家族を調査した結果、ADHDとODD合併例が家族性に生じる可能性が指摘されている。また、一卵性双生児と二卵性双生児の比較研究では、ODD症状は一卵性双生児に高い相関を示したと指摘されている。

3, 成因

1) 子どもの気質・体質：衝動性の高さ

2) 養育環境や学校環境などの社会的要因：

3) 心理的要因：

現在のところODDは遺伝、体質、社会的要因、心理的要因などの発現要因が単独で、あるいは混合して生じる症候群と考えられている。ODDは少なくとも片親が気分障害、ODD、CD、ADHD、反社会性パーソナリティ障害、または物質関連障害の既往歴をもつような家庭でより多く認められる。さらにうつ病性障害をもつ母親が反抗性の行動を示す子どもを持ちやすいといわれている。ODDは、両親の間に深刻な不和があるような家庭、次々に保護者が変わることによって子どもの世話が崩壊している家庭、厳格で一貫性のないまたは無視するような養育態度の家庭により多くみられるとされ、ODDの中には虐待的な養育状況との関連が深い症例も少なからずみられる。