

ん) など

6, 合併症・併存症

身体面：活動性出血と消化管穿孔

精神・心理面：疼痛再発への不安、夜間疼痛や予期不安に伴う睡眠障害

7, 診断

1) 血液一般検査（貧血の有無）、便潜血、便中ヘモグロビン

2) H. pylori 感染診断

非侵襲的検査法

尿素呼気試験（小児での感度、特異度は高い）

抗体法：H. pylori 特異抗体（一般に IgG 抗体を検出）

便中抗原検査：H. pylori 検出キット

3) 消化管侵襲的検査

消化管造影・内視鏡検査・粘膜生検・組織培養法・病理検査

8, 経過

小児の胃潰瘍に比較して、十二指腸潰瘍は再発しやすい。このため、除菌療法とともにストレス対策を実施すれば、再発の可能性を軽減しうる。

9, 対応

1) 日常生活の改善；不規則な生活や食生活の是正、H. pylori 陰性潰瘍では、プロトンポンプ阻害剤（PPI）や H₂ ブロッカーなどの攻撃因子抑制剤の内服

2) H. pylori 陰性潰瘍では H. pylori 除菌療法（プロトンポンプ阻害剤（PPI）、アモキシシリン、クラリスロマイシンの併用療法（PAC 療法））

3) ストレス対策：潰瘍児には成人同様いくつかの性格傾向がある。（1）周囲への過剰適応（2）自分自身の感情に気づきにくく、ストレスの影響を受けやすい（3）ライフスタイルの乱れなどである。このため、ストレスに対する心身医学的対応が消化性潰瘍の発症や再発への予防につながる。

具体的対策：1) 症状の発症や増悪のメカニズムの説明とともに、患児の訴えを傾聴し、家族や周囲への理解を求める

2) 患児の性格や特徴を評価し、ストレスとなる心理社会的要因を検索し、ストレス要因の除去や改善を図る。

3) 予期不安や不眠が強い例では、抗不安薬や睡眠導入薬なども処方する。ただし、プロトンポンプ阻害剤使用例ではベンゾジアゼパム系薬剤との併用でベンゾジアゼパム血中濃度の上昇に注意。

10, 専門機関への紹介

患児自身のストレスへの気づきが悪い場合や、症状の発症・増悪のメカニズムの説明にもかかわらず家族・周囲の理解がえられない場合などは、自律訓練法や精神療法などが可能な専門機関への紹介し連携を図る。

(竹中義人)

<各論 I 3. 心身症および身体化 2) 個別の心身症 (7) 心因性嘔吐>

1, 概要

心因性嘔吐（神経性嘔吐）は、器質的な疾患がなく、機能的・心理的要因によって発生する嘔吐を指す。単一疾患として明確な概念はなく、様々な病態が含まれる。小児の嘔吐の原因として多い周期性嘔吐も、心理的要因が誘因になるため、鑑別が難しいことがある。

2, 疫学

心因性嘔吐の頻度は不明である。周期性嘔吐は、幼児期から学童期前半に好発し、頻度は約2%で、片頭痛の家族歴を持つことが多い。

3, 成因

嘔吐は、延髄の外側網様体にある嘔吐中枢と隣接する chemoreceptor trigger zone (CTZ) への直接的・間接的刺激によって発生する。心理的ストレスを上手く処理できない場合に、大脳皮質を経由した精神的刺激が嘔吐中枢を刺激する。小児の中枢神経系は未成熟で、身体化がおこりやすいと推測されている。なお、特定の場所や時間に嘔吐する場合は、条件付けが発生していることがある。

4, 基本症状

嘔吐には、悪心が主で嘔吐をほとんど伴わないもの、持続性・反復性に出現するもの、食後など習慣性に出現するものなど様々なタイプがある。一般に数日から数ヶ月持続するが、腹痛や便秘異常など他症状に乏しく、体重減少や成長障害に至ることは少ない。不安や緊張を伴う場面で発生することが多いが、本人が心理的ストレスを自覚していない場合もある。

5, 診断基準

嘔吐の原因となる器質的疾患を除外し、症状の発現に心理社会的ストレスが関連している場合に診断される。なお、機能性消化器障害の診断基準である Rome III 基準では、嘔吐は周期性嘔吐症候群に分類され、典型的な嘔吐の急性発作が過去1年で3回以上発生し、発作の間には悪心・嘔吐がないものとしている。

6, 鑑別診断

周期性嘔吐：アセトン血性嘔吐，自家中毒ともいう。激しい嘔吐発作が数時間から数日持続し，自然軽快する。発作時は輸液を要することが多いが，発作間欠期は無症状である。感染症，心理的ストレス（行事など），食物（チョコレートなど）が誘発因子となる。随伴症状として，全身倦怠感，頭痛，頭痛などを伴い，病態として片頭痛との関連が注目されている。消化器疾患：上腸間膜動脈症候群，腸回転異常症など。内分泌・代謝異常：周期性 ACTH-ADH 分泌異常症，ケトン性低血糖症，尿素サイクル異常症など。神経系疾患：脳腫瘍，てんかんなど。精神疾患：摂食障害による自己誘発性嘔吐，詐病など。

7, 合併症・併存症

嘔吐を怖れて、拒食・食欲低下を来し、摂食障害へ進行する場合がある。また、予期不安により、不登校やひきこもりも発生しうる。条件付けが発生しやすい場合、精神遅滞や広汎性発達障害も念頭において評価する。嘔吐が頻回な場合、食道胃粘膜の障害や胃酸による齲歯発生に注意する。

8, 経過

本症は、一般的に予後良好とされる。一方、周期性嘔吐も思春期までに改善することが多いが、片頭痛への移行が約30%に認められる。

9, 治療・介入

器質的疾患を除外し、本症の特徴を説明して不安を軽減する。親子の辛さを理解するように努め、協力して嘔吐が減少する状況を探す(例外さがし)。背景の心理社会的ストレスが明らかな場合は、環境調整も行う。本人のストレス対処能力を改善するため、心理療法(遊戯療法・箱庭療法・カウンセリング)を併用することもある。条件付けが病態の主たる場合は、行動療法(脱感作療法など)が有効である。難治例、重症例では、薬物療法(鎮吐剤、抗不安薬など)や栄養状態の改善が優先されることもある。精神疾患、発達障害が背景にある場合は、専門医への受診を勧める。

(岡田あゆみ)

<各論 I 3.心身症および身体化 2)個別の心身症 (8)非器質性視力障害>

1, 概要

視力低下や視機能異常を説明しうる原因が存在しないのにも関わらず、機能性視機能低下をきたすもの。

2, 疫学

- 1) 有病率 小児眼科患者の1%。
- 2) 性差 男：女=1：2～4
- 3) 発症年齢 小・中学生に多く、好発年齢は9～11歳である。
- 4) 遺伝・家族性 何も言われていない

3, 成因

1) タイプ別の成因

視力低下の自覚症状を訴える転換型と、学校健診などで偶然見つかるが自覚症状のない非転換型とがある。転換型：非転換型=1：9とされる。

(1) 転換型：無意識下のストレスが身体の機能障害として現れる、すなわちストレスを身体症状に置き換えて表現したものと考えられる。

(2) 非転換型：神経系と感覚機能の発達過程による脆弱さが関連、すなわち視機能が完成に向かう時期で屈折異常や調節の変動も大きく視力が動揺しやすいことが関与する。

2) 関連事項

(1) 強化

最初に生じた些細な眼症状を本人や周囲が注意集中することにより、症状を強化してしまうこともある。

(2) 心理要因

心因の関与の大きなものから小さなものまで様々であり、非転換型の場合には心理的誘因を認めないことも多い。精神分析的には「見たくないもの」を回避するために転換症状を発症すると考えることもある。内容は家庭、学校での問題が主である。時に眼鏡願望もある。子どもの性格特性としては、内向的、自信がない、未熟な表現力、周囲の人の目を気にする過敏性があると言われる。

4, 基本症状

非転換型では学校健診で見つかるが自覚症状を訴えず日常生活に支障を来さないものがほとんどである。転換型では多彩な心身症状を認めることがある。

- 1) 眼科的検査：視力障害（検査ごとに動揺することもある）、視野障害（求心性視野狭窄、らせん状視野、管状視野）、色覚異常など
- 2) その他の症状：頭痛、腹痛、ふらつき、全身倦怠などの身体の不定愁訴、不登校など。

5, 合併症

頭痛、腹痛、過呼吸などの身体症状、難聴のような他の転換症状、不登校など。

6、診断

DSM-IV ののっとして診断すると、転換型は転換性障害もしくは身体化障害とされるが、非転換型は疾患単位としては認められない。いずれにせよ、診断には眼科的検査が有用である。

- 1) 視力検査：視力の変動を認めることが多い。
- 2) 打消し法：凸レンズと凹レンズの組み合わせで0ジオプリーにしたレンズで視力の改善が見られる。
- 3) 視野検査：求心性視野狭窄、らせん状視野、管状視野

7、経過

非転換型では病態を説明し、不安を軽減し、時間がたてば治ると保障すること、すなわち専門的な心理療法を要せずに視力の改善が見られるものが多い。しかし多彩な症状を伴う転換型では、心理療法が必要になる。一部では成人後に身体化障害や人格障害を呈する。

8、対応

1) 説明と保証

病名を告知し、脳や神経に重大な問題はなく機能性の問題であること、仮病ではないこと、成長に伴うもので時間がたてば軽快することを説明し、不安を軽減する。保護者に対しては、視力の変動に周囲が注意を向けすぎないように伝える。

2) 心理療法

症状が遷延する場合や、多彩な症状を呈する場合には心理療法が必要になる。

- (1) 遊戯療法・箱庭療法：患児の無意識下の葛藤を表現できる。
- (2) 行動療法（オペラント条件付け）：「目を大事にすると視力がよくなる」という暗示のもと、遠くを見る、TV やマンガを禁止する。その後、視力が上がればTV やマンガを短時間から見る事が出来るようにし、徐々に伸ばしていく（正のオペラント）。

(3) 薬物療法

特異的な薬物はない。不安やうつ気分など症状に併せて抗精神薬を用いる。

また他の症状が見られる場合にはそれらに対する対症療法が必要である。

9、専門機関への紹介

- 1) 上述の心理療法にて症状が遷延するもの。
- 2) 合併する精神症状への対処ができないもの。

(石崎優子)

<各論 I 3. 心身症および身体化 3) 身体表現性障害 (1) 転換性障害)>

1, 概念

身体表現性障害とは、一般に身体疾患を示唆するような身体症状が存在しているが、身体疾患やほかの精神疾患では完全に説明できず、心理社会的要因によって心身の調和を崩し引き起こされていると推測され、その症状が著しい苦痛や適応障害をきたしている場合である。

転換性障害はDSM-IVでは身体表現性障害の五つの下位分類の一つに属しているが、ICD-10では、解離性障害に含まれている。解離は「過去の記憶、同一性と直接的感覚の意識、そして身体運動のコントロールの間に正常な統合が一部ないしは完全に失われた状態」と定義されており、転換性障害も解離性障害の中に含まれている。

かつては「ヒステリー」や「転換ヒステリー」と呼ばれていたもので、発達段階にある小児では心理社会的な要因が身体表現として現してくるものとしていた。現在の一部混乱している状況も今後の研究成果によって再編されてくるであろう。

2, 疫学

診断するほどの重症なものでないものを含めると、発症率は生涯を通じて一般に3人に一人にもものぼるのではないかと考えられている。歴史的にも概念の変遷があり、発生頻度はその時々によってなされており、明確な疫学的なものはない。しかし、わが国での報告では、年齢が高くなるにつれ患者数は増えてくることが報告されている。年少児の報告は少なく、思春期以降に多く認められる。

性差としては、一般に女性に多く見られ、男性の2倍になるといわれており、思春期以降に発症するものが多い。しかし、思春期までは性差はあまり見られないという報告もある。

3, 成因

小児の場合、身体的にも精神的にも未熟であるため、心理社会的ストレス状態を言語化し内省する能力が未熟である。そのため、容易に行動化・身体化しやすく、身体疾患との鑑別が困難となることが多い。また、特に親や家族との結びつきが強く、自分や家族の病気の経験が転換症状のモデルとなっている場合もある。

転換症状をきたすことによって、自分と家族、家族と社会との結びつきを変えたり、強めたりするという働きがある。そのようなストレスの存在は大きな要因となる。

古典的にはフロイトは、症状によって精神的苦痛を意識しないで済むということを一次的疾病利得とし、症状によって現実的な利益を得ることを二次的の疾病利得と定義し、この利得の存在を重要視している。

4, 診断基準

受診してくる患者は、一見身体疾患を持っているように思えることから、関係する身体疾患の器質的異常を除外した上で診断される。

6、経過

年少児の場合には、急性の経過をとり、安心・安全感が確認されたと患児が感じられるとともに、良好な経過を取るものが多い。慢性になると日常生活を脅かしていない場合も多いが、一般身体疾患症状が続くことによって、様々な身体的不都合や社会適応の問題が生じる場合がある。運動性の症状を長期にわたって示すことにより、使わないことによって萎縮し、機能障害に陥ってしまう場合（たとえば、歩行障害）もある。学童期の小児においては、不登校におちいる場合があり、不登校の約18%に身体化障害がみられ、その中に存在しているという報告もある。

7、治療・介入

まずなんと言っても、身体症状から考えられる身体疾患の検索や鑑別、除外を行うことからはじめなければならない。しかしその過程がすでに治療に関わっている。身体疾患の検索や除外を行う医師に対してのコンサルテーションをしなければならない。あまりに、精神的なものであるとか、心の病気であるという思いをもって患児に接していると、敏感に反応して、病状がより悪化してしまうことになるので、あくまでも患児の表現している身体症状により沿いながら検索していく姿勢が大切である。そして、検査は必要最低限にとどめる。身体的ケアについても、続けていくことを保障し、精神的治療に導入する。その後の治療・介入としては以下に示す。

1) 精神療法 一般的な精神療法に準ずるが、発症要因（症状出現時の状況から引き起こした要因を考慮する）と持続させる要因や、増悪させる要因などが存在しないかを聞き取っていく。「本当は病気でない」と対応してもらえなかったり、周囲の反応が患児にとって冷たい対応をされたというように感じ取ると、症状は改善しない。あくまでも身体症状に対しては「あわてる必要がない」ことを保障し、不安や緊張が高まるようなストレス状況に注目することが治療的な示唆を得ることもある。

発作性の症状や、持続性の症状があっても、日常の生活に支障をきたしていない症状については森田療法的アプローチが有用である。つまり、症状を持続させながらも日常生活を続けていることに注目し、自尊感情を自ら感じさせられるように接する。現実の日常生活が症状の改善につながる場合もある。

日常生活に支障をきたしているような時には、その症状を改善できるような治療計画（例えば歩行障害などであれば、リハビリテーション計画）を立てる。

2) 薬物療法 薬物療法は、不安障害やうつ病の併存症として現れ、抗うつ薬（SSRI）や抗不安薬が有効な場合もある。しかし、明らかな有用性は確立されておらず、安全性についても不明であり、慎重になされるべきである。

3) 環境調整 年少児の場合は、養育者の対応が重要な要因となるため、養育者に対しての調整が大切である。症状とストレス要因とが関係するとわかってくると、ストレス状況に目を向けて対応できるようになると経過が改善していく。

（稲垣由子）

<各論 I 3. 心身症および身体化 3) 身体表現性障害 (2) 心気症>

1, 概要

心気症とは、医学的な診察や検査では明らかな器質的身体疾患がないにもかかわらず、自覚する軽微な身体症状や身体感覚に対して、自分が重篤な病気にかかる（かかっている）のではないかと恐れたり、既に重篤な病気にかかっているという観念にとらわれる精神障害の一つである。そして、そのとらわれは、適切な医学的評価または保証にもかかわらず長く持続し、本人に著しい苦痛をもたらし、学校や仕事、家族関係などの日常生活にさまざまな支障をきたす。ただし、自分が重篤な病気であるという確信には妄想的強固さはなく、外見的な容姿についての悩みに限るものではない。

2, 疫学

医療機関における有病率は4～9%で、性差はなく、好発年齢は成人期早期である。

3, 成因

自分自身や家族、親しい人が重篤な病気になった、あるいは亡くなったというような強い心理社会的ストレスとなる過去の経験が、心気症の発症と関連することがある。

4, 基本症状

重篤な病気に対する過剰な不安・恐怖と強迫観念が主体である。

5, 併存症

併存症としては、不安障害とうつ病性障害が非常に多い。

6, 診断 (DSM-IV)

- 1) 身体症状に対するその人の誤った解釈に基づき、自分が重篤な病気にかかる恐怖、または病気にかかっているという観念へのとらわれ。
- 2) そのとらわれは、適切な医学的評価または保証にもかかわらず持続する。
- 3) 基準1)の確信は(妄想性障害、身体型のような)妄想的強固さがなく、(身体醜形障害のような)外見についての限られた心配に限定されていない。
- 4) そのとらわれは、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域の機能における障害を引き起こしている。
- 5) 障害の持続期間が少なくとも6ヵ月である。
- 6) そのとらわれは、全般性不安障害、強迫性障害、パニック障害、大うつ病エピソード、分離不安、または他の身体表現性障害ではうまく説明されない。
- 7) 該当すれば、洞察に乏しいものを特定すること。

7, 経過

通常、症状の増強と軽減を伴い慢性に経過する。急性の発症、一般身体疾患の合併、人格障害を伴わないこと、2次利得が存在しないことが、予後良好を示す因子である。

8, 対応

通常、診察や検査を以って異常のないことを保証しても効果はなく、より深層にある不安を和らげるような精神療法に加え、マイナーあるいはメジャートランキライザーや抗うつ剤による薬物療法が必要である。

9, 専門機関への紹介

全般性不安障害、強迫性障害、パニック障害、うつ病、分離不安障害、統合失調症、妄想性障害などとの鑑別診断が困難な場合には、より早期に専門機関に紹介すべきである。

(氏家 武)

<各論 I 3. 心身症および身体化 3) 身体表現性障害 (3) 身体醜形障害>

1, 概要

自分の身体形状に客観的にはそれほどとは思われないのに、本人は極めて醜いと感じ、そのために他人に不快感を与え、軽蔑されてしまうとする病的な悩みである。

2, 疫学

- 1) 有病率 明確でない。
- 2) 性差 はっきりしないが、女性に多い印象がある。
- 3) 好発年齢 思春期～青年期
- 4) 遺伝・家族性 特に指摘されていない。

3, 成因

特定されてはいないが、幼少児期の成育環境（過剰な干渉、共感的体験の不足、愛着障害など）があげられている。また、身体的特徴に関わる「いじめ」が発症のきっかけになることもある。

4, 基本症状

客観的評価と大きくかけ離れて醜いと悩み、通常の世界生活に支障を来すこと。

5, 合併症・併存症

- 1) 他疾患の分症としても有ることがあり、うつ病の2～3%に同様の訴えがあるとする報告もある。
- 2) 広い意味では、摂食障害におけるボディイメージの障害も含まれよう。
- 3) 頻回の美容外科的手術。
- 4) 不登校・引きこもりの原因にもなり得る。

6, 診断

診断基準(DSM-IV-TR 200)

- A. 外見についての想像上の欠陥へのとらわれ、小さい身体的以上が存在する場合、その人の心配は著しく過剰である。
- B. そのとらわれは、臨床的に著しい苦痛、または社会的、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。
- C. そのとらわれは、他の精神疾患ではうまく説明されない（例：神経性無食欲症の体型及びサイズへの不満）。

7, 経過

治療には難渋する場合が多い。

8, 対応

彼らの中には、自分の容貌に関して深刻な問題を抱えていても、訴えることをせず一人悩んでいて、引きこもりを続ける場合もあり、自分の醜さのみを主訴として外来を受診してくることは少ない。むしろ、頻回に美容外科的手術を受けたり、皮膚科医や形成外科医のドクターショッピングを繰り返したりすることなどから周囲に心配されて来院することが多い。

中には、黒子やシミといったある程度、訴えを裏付ける事もあるが、たとえそうであっても一般的には許容範囲と見なされる程度であり、多くの場合、他者から容姿はむしろ優れていると見なされるものが多い。

しかし、患者の訴えを否定するだけでは、治療の意味をなさないのは当然である。彼らの訴えは、高すぎる自己理想のために、自分の容姿がそれに到達していないと悩む、あるいは、自分の容姿の中に容認出来ない部分があり、それを自他ともに認められる様に改善せねばならないと真名恣意努力を繰り返すといったことに集約されるが、その背景には、自己評価の低さがある。したがって、共感的に接しながら彼らの自己評価を高めるように配慮していくことが重要である。

薬物療法は、必要に応じて抗不安剤などを用いたり、うつ的な状態の場合は抗うつ剤を対症療法的に用いたりすることもあるが、治療者としては、まず彼らを裏切らない良き隣人として存在することが求められよう。しかし、頻回の美容外科手術を受けたり、訴えが執拗で妄想に近と考えられたりする場合は、統合失調症を含めて鑑別診断が必要であり、精神医学の専門的な対応が必要である。

(村山隆志)

<各論 I 3. 心身症および身体化 3) 身体表現性障害 (4) 疼痛性障害>

1, 概要

子どもは体の色々な部分の痛みを訴えることが多い。ただし、痛みの訴えは、成人のそれとでは異なる部分がある。心身が未分化な小児では、精神的なストレスが身体の症状として出やすい¹⁾。例えば、「おなかがいたい」という訴えは、腹痛の他にも、不安、不快、疲労感などのあらわれである可能性がある。ただし、いずれにしても、本人には「痛み」として自覚されているので、そのことに対する治療者の共感が大切である。

2, 診断・鑑別診断

DSM-III-TR では疼痛性障害は身体表現性障害のカテゴリーに分類されている(表1)²⁾。身体表現性障害は、身体の症状を訴えるが、その背景となる身体的機能障害や素因よりも精神的な脆弱性のほうが主である点が、心身症との違いである。¹⁾身体表現性障害のうち疼痛性障害は、身体の1つまたはそれ以上の部分の疼痛が生活上の支障を生じる程度にあり、心理的な要因が症状に影響をおよぼしている状態をいい、詐病とは区別される。子どもでは疼痛症状が単独で出るというよりも、不登校に反復する頭痛、腹痛を伴うなど他の精神的な病態を背景として疼痛症状が出る場合が多い。

身体的検索、検査は可能な限りまず必要最小限行い、臨床経過を観察しながら必要な検査を追加する。検査で身体疾患が特定できなくても本人の苦痛が減るわけではないので、本人に説明する場合は、単に検査で異常がないから精神的なもの、という言い方ではなく、心配な病気ではなさそうだが、どうしたら痛みが軽くなるかを一緒に考えていこう、という話しかたをすべきである。

鑑別すべき身体疾患としては、反復する腹痛の場合、消化性潰瘍、クローン病などの消化器疾患、尿路感染症などがある。³⁾四肢の痛みを訴える場合、繊維筋痛症、反射性交感神経性ジストロフィーなどは、まれではあるが場合により可能性を検討する必要がある。

また、不安障害、気分障害、統合失調症などの精神疾患が背景にあってしつこい疼痛を訴えることもあるので鑑別上注意が必要である。

3, 治療

治療のポイントは、症状の背景にある心理社会的ストレスを明らかにし、環境調整により軽減する、感情の表出を促す、症状の消失をめざすのではなく、ある程度症状があっても日常生活を可能な限り行っていくことを援助する、などである。疼痛性障害のみであれば、薬物療法を必要とすることはまれであると考えられる。

(汐田まどか)

<各論 I 3. 心身症および身体化 3) 身体表現性障害 (5) 身体化障害>

1, 概要

身体化障害は、器質的な病変の存在が証明されないにもかかわらず、多彩な身体症状を長期にわたり訴える障害である。以前はブリケ症候群と呼ばれていた。子どもは、不安の防衛のひとつとして身体化しやすいが、身体化障害の診断基準を満たす場合は少ない。

2, 疫学

- 1) 発症率：0.1～0.2%。
- 2) 性差：女性は男性の5～20倍。
- 3) 好発年齢：通常は10歳代に始まる。25歳ごろまでに発症することが多い。
- 4) 遺伝・家族性：しばしば家族性に発症する。

3, 成因

遺伝と環境からの心理的不安や葛藤の双方が発症に関与している。家族に身体化障害の患者がいる場合、子どもにも発症することが多い。子ども時代の愛情喪失体験・虐待などの関連が指摘されている。

4, 基本症状

診断基準を参照

5, 合併症・依存症

診療に不満を抱き、多くの医師を転々とし、鎮痛剤や鎮静剤などの常用、それに伴う薬物中毒や副作用の危険がある。うつ病、不安障害との合併も多い。演技性、境界性、反社会性などの人格障害が併存する。情緒的サポートを強く求めたり、自分に関心を向けさせるために自殺をほのめかしたり、実際に自殺を試みることがある。

6, 診断基準 (DSM-IV、1994)

- 1) 30歳未満で始まる多数の身体的愁訴で、数年間にわたって持続し、治療を求め、社会的職業的に障害を生じている。
- 2) 以下の基準の各々を満たし、個々の症状は経過中のいずれかの時点で生じる。
 - (1) 4つの疼痛症状 (少なくとも4つの異なった部位または機能に関連した痛み)
 - (2) 疼痛意外に少なくとも2つの胃腸症状
 - (3) 疼痛以外に1つの性的または生殖器症状
 - (4) 1つの偽神経学的症状 (疼痛に限らず神経学的疾患を思わせる症状または欠損)
- 3) (1) または (2)
 - (1) 適切な検索を行っても、既知の身体疾患 (全身的な多彩な臨床症状を示す多発性硬化症、全身性エリテマトーデスなど) または物質 (薬物乱用、投薬など) の直接的作用として十分説明できない。

(2) 身体的愁訴、または社会的、職業的障害が、既往歴、身体所見、臨床検査所見から予測されるものをはるかに越えている。

4) 症状は、意図的に作り出されたりねつ造されたりしたものではない。

(高橋三郎他:DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1997, p177-178 参照)

7, 経過

慢性に経過し、ストレスによって増悪ないし再燃する。1年以内に新たな症状が出現することが多い。経過中、実際に身体疾患に罹患することは珍しくないので注意する。

8, 対応

1) 身体疾患を見逃さないよう、経過中も検査を適切に行う。

2) 患者の訴えを正当なものと認め、身体症状は情緒的なコミュニケーションの一種と考える。

3) 定期的に診療し、安定した医師-患者関係を確立し、いつでも精神科へ紹介できる関係を作る。

4) 家庭・学校環境などにおける対人関係のストレスに気づかせる。

治療は困難であり、薬物も心理療法も明らかな効果が認められない。患者の訴えを受け入れたうえで、症状の経過と本人の対処能力を観察するために定期的に診療し、信頼関係の確立に努める。治癒よりもケアに主眼を置くことになり、医師の技能や相性が重要になる。

身体症状は、わかってほしい、気にかけてほしいと訴える情緒的コミュニケーションと理解しなければ、患者との信頼関係は得られにくい。

患者がストレスからくるものと自覚しないため、症状は思い込みかもしれないと話しても緩和効果はなく、かえって治療に抵抗する。どのようなときに症状が悪化するかなど、症状とストレスとの関連に少しずつ気づかせ、患者のストレス対処能力の向上、環境調整に努める。

9, 専門機関への紹介

症状が長期間にわたってなくなることはまれである。不安や抑うつがあれば、その治療に精神科へ紹介する。発症から長い年月がたつと、抑うつが悪化し自殺の恐れがある。

(二宮恒夫)

表1 疼痛性障害(Pain Disorder)

- A. 1つまたはそれ以上の解剖学的部位における疼痛が臨床像の中心を占めており、臨床的関与が妥当なほど重篤である。
- B. その疼痛は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、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。
- C. 心理的要因が、疼痛の発症、重症度、悪化、または持続に重要な役割を果たしていると判断される。
- D. その症状または欠陥は、(虚偽性障害または詐病のように)意図的に作り出されたりねつ造されたりしたものではない。
- E. 疼痛は、気分障害、不安障害、精神病性障害ではうまく説明されないし、性交時疼痛の基準を満たさない。

<各論 I 4.身体疾患による精神症状 1) 神経疾患による精神症状>

1, 概要

精神症状を呈する小児を診たとき、器質性中枢神経疾患が根底にある患者がいることを常に念頭に置く。器質性中枢神経疾患に伴いやすい精神症状としては、行動異常（集中力の低下、多動・落ち着きのなさなど）、性格変化（怒りやすい、多幸的など）、学習障害、言語減少あるいは消失、そして知的退行などがある。

2, 成因

1) 先天代謝異常

(1) 副腎白質ジストロフィー (ALD)

ペルオキシソーム膜に存在するALD蛋白質の異常により発症する性染色体劣性遺伝性疾患で、基本的には男児だけに発症する。主な障害部位は中枢神経白質と副腎である。後頭葉ないしは前頭葉の大脳白質の脱髄が始まることが多い。多くは後頭葉型で視野狭窄、視覚障害などが初発症状として出やすいが、本人が気づいていないこともある。怒りやすい(易怒性)・落ち着きがないなどの精神症状を伴うことが多く、回りから気づかれる。前頭葉型は、頻度は少ないものの進行が比較的緩徐であり、初期症状として、多動・いらいら・易怒性などの精神症状が前面に出やすく、学習困難・成績低下も出やすい。そのため本症は心身症や学習障害と誤られることもある。特に前頭葉型では注意が必要である。

本症の診断には、頭部MRI、極長鎖脂肪酸分析を行う。疑わしい場合は積極的にこれらの検査を行う。初期の骨髄移植・臍帯血移植・造血幹細胞移植などがある程度の効果を上げている。

(2) Sanfilippo 症候群

ムコ多糖症 III 型で常染色体劣性遺伝を呈する。他のムコ多糖症に比較すると、顔面や骨格系の異常が軽度であるため、初期には外観上からは器質性疾患が疑われにくい。通常は幼児期より知的発達遅れに加えて多動や乱暴な行動が見られることが多い。そのため発達障害として医療機関で経過を追われていることがある。幼児期に他児と遊ばず言葉の遅れがあって自閉傾向が指摘されていた4例を当科では経験している。疑わしい場合は、頭部MRIと尿中ウロン酸分析を行う。頭部MRIでは非特異的大脳萎縮が現れやすい。有効な治療法はない。

2) 脊髄小脳変性症

特に小児期に発症しやすい脊髄小脳変性症として歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症(DRPLA)がある。本症小児例では、小脳性失調、全身性強直けいれん、不随意運動を来し、進行性ミオクローヌステんかん(PME)と診断されることが多い。これらの症状出現前より、落ち着きのなさや集中力低下などが指摘されることが多い。

浸透率の高い常染色体優性遺伝性疾患であるので、家族歴が陽性であれば疑いやすい。しかし、親より先に発症する場合があるので注意が必要である。頭部MRIや脳波でも疑われるが確定診断は遺伝子診断となる。その際には遺伝相談をきちんと行うことが必要である。

3) 亜急性硬化性全脳炎(SSPE)

麻疹ウイルスによる遅発性ウイルス感染症である。小児期に集中力の低下、易怒性亢進、無関心などが初発症状となりやすい。まるで別人のように感じられるため「性格変化」という言葉が当てはまりやすい。通常は発症後数ヶ月以内に明らかな言語退行、知的退行などが現れる。その頃には運動障害や全身性の周期的ミオクロームスも出現するので、診断は困難ではない。

1歳前後に麻疹罹患の既往があることが診断上重要である。診断には髄液中の麻疹抗体価上昇が決め手となる。頭部MRIでも早期より異常を示す。inosine pranobex（イソプリノシン isoprinosine）やインターフェロンが使用されるが予後不良である。

麻疹は、ワクチンにより予防可能である。幼児期早期より積極的に接種を行うことがSPE予防のために重要である。

4) Landau-Kleffner 症候群

本症候群は後天性てんかん性失語とも呼ばれ、それまで出ていた有意語が減少し消失する獲得性失語を特徴とする。本症候群では、失語に加えて多動で落ち着きがないとか集中力に欠けるなどの行動異常も伴いやすいことが知られている。

本症では脳波異常が頻回に出現するために、聴覚性言語失認が起きることが原因と考えられている。側頭葉にある聴覚野や聴覚性言語中枢（Wernicke 中枢）が機能的に遮断されているという仮説が有力である。一旦言語を獲得してから2歳前後で言語を失う「折れ線型」を示す自閉症児に対しては、本症候群の鑑別のために必ず脳波検査を行う。

5) 脳腫瘍

本症の典型的な初期症状は頭痛、嘔吐、うっ血乳頭が三徴である。ときにこの三徴が目立たず多動、多幸症、不機嫌などが前面に出ることがある。

頭部CTスキャンやMRIを積極的に施行する。

6) その他の疾患

小児では稀な疾患である全身性エリテマトーデスや多発性動脈炎などの自己免疫性全身性血管炎や多発性硬化症などでも集中力低下、寡動などの行動異常、知的退行などが初発症状として出現する可能性がある。多発性硬化症では、頭部MRIが診断上有用である。中枢神経血管炎でも頭部MRIでなんらかの異常を呈することが多い。また自己免疫疾患では発熱や関節痛、発赤疹などの随伴症状を伴いやすいので、典型例では診断は困難ではない。

3. 器質性中枢神経疾患の鑑別診断

精神症状を呈する患児全てに対して器質性中枢神経疾患の鑑別を行う必要はない。しかし器質性中枢神経疾患があれば、それに対する根治的治療法がある場合があるので、早期診断が非常に重要である。とにかく疑うことが最も大切である。特にそれまであまり異常が目立たなかった小児で、AD/HDや軽度発達障害が疑われる症状が出現してきた場合には、積極的に器質性中枢神経疾患の鑑別診断を行う。まず病歴を詳しく聴取することが大切である。その上で、神経学的診察を行う。初診時に神経学的診察が難しい場合は、2回目以降の診察で順次神経学的所見をとるように努力する。

以前には大きな問題がなく、ある時点以降に急激ないしは徐々に精神症状が出現したことが病歴聴取から確認された場合には、器質性中枢神経疾患を強く疑う。言語退行や知的退行がみとめられる場合は、必ず器質性中枢神経疾患を疑う。また、神経学的異常、例え

ば筋緊張の異常、深部腱反射の亢進、病的反射の出現、小脳性失調、不随意運動、視力低下、視野狭窄などを認める場合も器質性中枢神経疾患を疑う。

4. 鑑別のための検査

何らかの器質性中枢神経疾患が疑われる場合は、頭部MRIと脳波検査を必ず行う。

ただし、多動などの症状がある場合はこれらの検査は睡眠下で行わないと困難である。経口薬や坐薬では睡眠が得られない場合がしばしばある。麻酔薬による鎮静を行う場合は、一般小児科医、小児神経科医あるいは麻酔科医のいる病院で検査を行う方が、安全・確実である。また、それぞれの疾患において確定診断に必要な検査があるので、疑わしい場合は選択して早期に施行する。

(佐々木征行)