

神疾患の負因を認めない。



胎生期に問題はなく、満期産であったが、微弱陣痛のために鉗子分娩にて出生した。出生時体重は3,100gであった。

定顎が4ヶ月、お座りが7ヶ月、這い這いが8ヶ月、一人歩きが1歳1ヶ月であり、運動発達に大きな遅れは認められなかった。

乳幼児期には、あやされると喜ぶものの、意味のわからない泣きをしばしば認めた。人見知りが激しい一方で、母への後追いがみられなかった。1歳過ぎに公園に行くようになると、他児がそばにくるのを嫌がった。

1歳半頃には指さしが出現していたが、欲しいものを指すことが主であり、他者の注目を引いて他者に対してものを指し示すということはなかった。指さされた方向をみるようになったのもこの頃であった。

1歳7ヶ月で「マンマ」といったのが初語であった。1歳10ヶ月にはこの他に「ワンワン」「ニャンニャン」くらいしかいわなかった。2歳2ヶ月で「おかあさん、おはよう」というようになったものの、その後も2語文の数はなかなか増えなかった。この頃は母親の口調そっくりに話していた。3歳でリトミックに参加したが、名前を呼ばれても返事をする事ができず、指示にも従えなかった。

3年保育で幼稚園に入園した。年少では他児のなかに混ざろうとせずに特定の先生の手を握り締めていて不安そうであった。また、発語はあっても聞かれたことをその場で繰り返す即時エコラリアが多かった。しかし、徐々に指示に従うようになり、集団活動からは大きくはずれなかった。

転居に伴って年中から転園すると、話をまったくせずに立ったまま動かない、他児のなかに入っていないとの指摘を園から受けた。そこで、A病院を受診し、自閉症と診断され、言語・コミュニケーションの指導に定期的に通った。一人遊びが多く、コミュニケーションも一方的であったが、年長になると他児に誘われれば、かけっこに少し参加するようになった。

就学前に再び転居し、それに伴ってB病院に転院した。

小学校は通常学級に就学し、同時に複数の民間の療育機関に通って言語・コミュニケーションや対人行動などの指導を受けはじめた。この頃に、「はく、いい子？」と繰り返し母親に確認を求めることが出現した。また、予定時刻どおりにものごとが進むように努める傾向がやや目立っていたが、変更があっても混乱することはなかった。家庭ではブロックで作った人形を用いて一人二役で会話する遊びにふけていることがとても目立っていた。

小学1年で怖い体験をした直後に瞬目が出現したことがあったが、1ヶ月で消失した。

小学3年で首を軽く振ることを繰り返すようになり、B病院でチックと診断されてハロペリドール 0.75mgを夜に服用したところ、3~4ヶ月で軽快した。

歓声などを含めて子どもが活動している場の雰囲気嫌がり、親と自分だけの時だけ公園で遊ぶことができる場合もある。

パターン的な言い方にとどまっていたためと思われる。例えば、名詞+動詞の構造でいろいろな言葉を組み合わせることはなかなかできるようにならなかったという。

ハロペリドールがチックに有効であるとのエビデンスが明確となり、ドパミン系の過活動が想定され、抗精神病薬がチックの治療において一定の効果を上げてきた。ハロペリドールは過鎮静や錐体外路症状などの副作用を起こしやすいためリスペリドンなどの非定型抗精神病薬が使用されることも少なくない。

学校では集団活動からはずれることはなくむしろ指示にはよく従っていたが、気を許せる友人はいないままであった。しかし、話の合う少数の同級生とはおしゃべりをしたり、誘われて一緒にドッジボールをしたりすることはあった。

小学5年になったときに、本児自らの希望で、それまで通っていた療育機関の利用を一時中断して、中学受験のための塾に通いはじめた。

1学期の後半になり、急に首振りが出現した。B病院で小学3年のときと同様にハロペリドール0.75 mgを処方されたが、1週間後には首振りはさらに激しくなるとともにうねるような動きも混ざり、首の骨が折れるのではと信じられるほどになった。その後も就床後に激しく首を振りながら足をけいれんさせ続けるようになり、ハロペリドール12 mgとピペリデン2 mgまで増量したが変化はなかった。むしろそれまでとは異なる身体をくねらせる動きが出現して、それを止めてほしいと本児が泣いて求めるほどであったので、リスベリドン2 mgとピペリデン3 mgに処方の変更された。それでも状態は大きく変わらず、クロミプラミン<sup>44</sup>やフルボキサミンの追加も効を奏しなかった。身体の動きを止めようとするかのように「ウォッ」という叫び声をあげるようにもなった。「ほく、がんばってる?」、「ほく、いい子?」などと両親に確認を求めることが頻回になり、大丈夫だと保証しても「いわずにいられない」と述べていた。「こんな子でごめんなさい」と母にいうこともあり、全体的に以前よりも親に依存的になっていた。

薬物の増量や変更によっても改善がみられないために家族の要望で薬物を漸減し、2学期半ばの当科初診時には向精神薬の服用を中止していた。

強迫症状に対してはセロトニン再取り込み阻害薬(SRI)がしばしば有効とされる。有効性ではクロミプラミンが優れているともいわれるが、副作用との兼ね合いでフルボキサミンをはじめとする選択的SRI(SSRI)が使用されることが多い。しかし、チック関連性強迫性障害にはSRI単独では必ずしも有効とはいえない。

case  
11

脳波(11歳時)では、過呼吸でbuild upを認め、時にburst様になったが、その他には明確な異常所見はなかった。CT(11歳時)では、異常が認められなかった。

WISC-III(11歳時)では、言語性IQが101、動作性IQが80、全検査IQが90であった。言語性IQと動作性IQとの差が大きいのみならず、下位尺度間のばらつきも大きかった。言語性課題のなかでは、最も評価点が低い項目は理解(5点)であった。最も評価点が高い項目は知識(13点)であり、類似(12点)が次いでいた。動作性課題のなかでは、最も評価点が低い項目は絵画完成、絵画配列、組合せ(各6点)であった。最も評価点が高い項目は迷路(14点)であり、積木模様(10点)が次いでいた。

LDT-R(11歳時)では、LDT-R5の数の保存の課題で黒の基石と白の基石が同数であっても狭い間隔で並べてあるほうが数が多いと答えたり、包含の課題で黒の基石が白の基石より多いと黒の数が全部の数より多いと答えたりして、みかけに判断が左右されがちであった。ただし、数を数えてみるように促すとそれに応じて最終的には誤りを訂正することができた。

1) 首振りや身体をくねらせるなどの動きはすべてチックとして対応してよいか、該当するものを以下から選択する。

- ①てんかん発作が混じっている
- ②周囲にアピールするための随意的な動きが主である
- ③転換性障害に伴う“ヒステリー発作”が主である
- ④薬物誘発性の不随意運動が混じっている
- ⑤上記①～④のすべてが該当せず

→ 脳波異常は認められたものの、意識消失はなく部分的に動きを抑制することが可能であり、てんかん発作は否定的である。同時に、動きを完全に抑制することはできず随意的とはいいがたい。また、激しい症状を呈するほどのストレス因は確認できない。

動きの大部分は後述するようにその性状からチックと考えられるが、ハロペリドール 12 mg とピペリデン 2 mg まで増量した際に出現した、それまでとは異なる身体をくねらせる動きは抗精神病薬の副作用である急性ジストニアが疑われる。確定はできなくてもその可能性を考慮して対応することが望ましく、B 病院の主治医もこのような判断のもとに薬物の変更を行ったと思われる。→ ④

2) 「ほく、いい子？」などの確認の増加はどのように考えて対応したらよいか、該当するものを以下から選択する。

- ①複雑音声チックであり、Tourette(トゥレット)障害である
- ②パターン化されており、典型的な自閉症状である
- ③強迫症状への発展が疑われる
- ④自己評価が低下しており、うつ病である
- ⑤親に依存的になっており、親子関係の要因が大きい

→ 「ほく、いい子？」は今回の激しいチックの出現に伴って増加しているが、親に向かって確認を求めているものであり、会話の合間などに口をついて出てしまうということではなく、チックとは考えにくい。この症状は小学 1 年から散見されていたが、「いわずにはいられない」との自覚が出現しており、チックの増悪に伴って“こだわり行動”が強迫的になってきたと考えられる。現時点では強迫症状とみなして対応し、経過をみて強迫性障害の併発といえるか検討していくとよいと思われる。

また、不安の高まりや自己評価の低下があるが、チックや強迫症状の出現・増悪との因果関係は単純ではなく、悪循環に陥っている可能性が高い。そのような折に親に依存的になることはしばしばあり、親子関係の要因が大きいなどと誤解に基づいて介入すると家族全体の不安を高めていっそう状態が悪化するので、十分に留意する。→ ③

### 診断名・鑑別診断

全身の震えはかなり激しい症状であるが、素早い動きの反復であり、首振りや性状が類似していた。また、首振りはどうしても抑えきれずに行ってしまう一方で、短時間ならば抑制することも時に可能であり、しかも他のことに集中していると出現しにくい傾向があった。全身の震えは就寝前に横になったときに特に目立っており、日中ではある程度抑制されている可能性があった。これらの特徴を総合して、首振りも全身の震えもチック

と考えられた。

チックは小学1年で発症しており、その後に再発しているが、小学1年、小学3年、小学5年(今回)のいずれも持続が1~4、5ヶ月であり、1年以上持続したことはなかった。以上より、激しいチックを有するものの初診時には一過性チック障害(反復性)の診断が該当すると思われた。

また、自閉症の3主徴のうちで、対人的相互反応における質的障害およびコミュニケーションの質的障害は幼児期から明確に認められた。行動、興味、および活動の限定された反復的で常同的な様式は幼児期には顕著ではなかったが、ブロックで作った人形を用いた一人遊びへの没頭は、その表れの一つと思われた。以上より、広汎性発達障害の範疇であることは確実であり、症状の強さから、特定不能の広汎性発達障害の診断が該当すると思われた。Wing(ウイング)による自閉症の対人関係分類でみると、3つの主要な型(孤立型、受動型、積極奇異型)のなかで受動型と考えられた。

### 周囲への説明のポイント

#### 1 保護者

(1) 保護者は、本児には広汎性発達障害としての配慮が必要との理解の下にできるだけ対応をして比較的よい適応を得たと思っていたのに、激しいチックが出現して数ヶ月以上も持続することに強い不安をもっていた。しかも薬物療法によって副作用が出現こそすれ改善がみられなかったことで、治療の手立てがないのではとの危惧を深めていた。さらに、独自に情報を収集して Tourette 障害や強迫性障害への発展についても案じていた。

そこで、チックおよび強迫症状<sup>1)</sup>の特性を述べるとともに、本児の状態に照合せつつ Tourette 障害および強迫性障害の診断基準について説明した。現時点では Tourette 障害の診断基準を満たしてはいないが、「ウォッ」という叫び声が音声チックであると思われ、今後も数ヶ月以上チックが持続する可能性があるため、Tourette 障害に準じて対応してよいただろうと伝えた。すなわち、チックを抑制しようと多大な努力をしている本児の気持ちを受け止めるとともに、チックがあるなりに本児が前向きに取り組んでいることを評価することを勧めた。その際に、本児はがまんの限度がわからない傾向があるので、無理をしすぎないように配慮するように促した。なお、Tourette 障害であれば、コプロラリア(卑猥なことなどを口にしてしまう複雑音声チック)、自傷行為、“怒り発作”<sup>\*7</sup>などが必ず認められるわけではなく、それらについて過度に心配しないようにとも述べた。

また、「ほく、いい子？」などの確認の増加について、チックの出現・増悪に伴って元来の“こだわり行動”が強迫症状に発展してきたと考えて、不安の高まっている本児をそばでしっかり見守るとのスタンスを重視して、これ以上は巻き込まれないように留意することを勧めた。

(2) チックや強迫症状の出現・増悪と本児の精神状態との関係は単純ではないが、少なくとも本児の感じ方や考え方の特徴を再確認して発達に伴

case  
11

- 1) 金生由紀子, ほか(編): 特集  
子どものチックとこだわり。  
こころの臨床 à-la-carte,  
27(1): 3-142, 2008

\*7  
普段は攻撃的ではないのにもか  
かわらず、状況にはとても過度  
または不適切にひどく腹を立て  
てコントロールできなくなり、  
暴言や暴力に及んでしまう。  
“怒り発作”がおさまってから  
深く後悔して謝罪することも多  
い。

う変化を考慮することが大切であることも伝えた。すなわち、知的に遅れがなく受動型の広汎性発達障害の本児は、通常学級での生活に懸命に適応しようと努めてきたが、小学5年になり療育機関への通所を嫌がり中学受験のための塾に通うことを好むようになったのは、他児と異なる自分によりやく気づいたことの表れと思われる。そして、自分と他児との違いに気づいたもののどう受け止めてよいかわからず戸惑いを深めたと思われる。LDT-R5で数の保存の課題や包含の課題の出来が不安定であることからもうかがわれるように、本児は関係の概念を十分に身につけておらず多面的に考えることの困難さがあり、一方的に自分は他児よりも劣っていると考えた可能性がある。

そこで、本児の得意と不得意を改めて確認し、本児にわかりやすい枠組みや見通しを提示したり、本児の不得意な課題について具体的な支援を考えていくことが大切と伝えた。また、受動的にがまんをし続けるだけでなく嫌なことを拒否することを含めて適切な自己表現を促すことも状態を見ながら行うとよいだろうとも話した。簡単なことでよいので本児が気分転換をしたり、自信を回復できるような活動がないか心がけることも勧めた。

例えば、集めている模型類を整理したり眺めたりすること、好きな武将の名前や地名を書くことなど、本児の興味に合うことであったり自分なりの達成感が得られたりすることであれば何でもよいと伝えた。

#### 学校関係

本児はチックを同級生に知られて奇異な目でみられることを恐れており学校では抑制に専念するために疲弊しきっていた。そのために本児の支えとなっていた学業成績も振るわなくなり、本児の自己評価はますます低下して悪循環をきたしていた。

そこで、母親を介して担任教師に本児の状態を伝えるとともに、「首振りなどの動きはわざと行っているわけではなくて本児も止められずに困っている」という趣旨を同級生に話して理解を促すように依頼した。

また、複雑化する友人関係に本児が十分に参加できずに孤立感を深める可能性を伝えて、気の合うおとなしい同級生からの誘いかけが引き続き望ましいと伝えるとともに、学級のなかでの本児なりの立場や役割を認めて安心を図ることを依頼した。

さらに、本児が中学受験のための塾に通うことを好んでおり、その場面に限った他児との触れ合いはむしろ楽しみにしていたので、母親を介して塾講師にもチックを中心に説明を行って受け入れを依頼したが、塾では大きな問題はないとのことであった。

#### 治療経過

チックおよび強迫症状に対する薬物療法が十分な効果を上げず、むしろ服用量を漸減するにつれて若干の改善をみただけであったので、当面は薬物療法を行わずに経過をみることにした。

本児との面接では、本児が強い困り感をもっていて具体的に話題にしやすい首振りなどの症状を中心に提起して、たいへんさに共感しつつ症状を一定の時間に出して場面ごとに切り替える工夫などについて相談して本

チックや強迫症状に対して薬物療法の開始や服用量の増加が有効なことはもちろんあるが、漸減後の中止や服用量の減少でむしろ症状の改善をもたらすこともある。自然経過としてのチックの変動性も考慮に入れて、症状や状況を慎重に検討していくことが必要である。

児の対応を評価して不安の軽減を目指した。

保護者との面接では、チックや強迫症状に振り回されずに対応して本児の安心感を増すように勧めた。同級生などとの対人関係について情報を収集して本児の孤立感がこれ以上深まらないような対応も検討していくこととした。

また、必要に応じて、担任教師、養護教諭、塾講師などとも連携することとした。

さらに、担当医の診察とは別に、社会的な場面の意味や自他の感情を適切に認識することや日常生活場面で有用な対処行動を身につけることなどを目指す心理士による治療教育を定期的に行うこととした。

### 初診時の対応の経過

初診時は最悪時よりもチックが若干軽快していたが、その後、再び増悪に転じた。1ヶ月後の受診時には、担当医に少し慣れてチックを出しやすくなった面もあろうが、診察室のベッドを蹴りまくり、しきりに地団駄を踏み、さらに首を高速で振り続けていた。母親が本児のほうに手を差し出すと、それを目がけるかのように手や足を伸ばしてきた。「大きな音を出したり痛くなったりするほどいいのかな？」との問いに強くうなずいており、やってはいけないと思えば思うほど行ってしまうという強迫性と衝動性がうかがわれた。チックは学校ではほとんど出ない一方<sup>10)</sup>で、家庭では激しくなり特に就床時にはそのために入眠できず、学校と家庭との差がむしろ広がったとのことであった。家族および本児の意向を確認して薬物療法を再開することにしたが、副作用への不安が拭いきれないようなので、錐体外路症状や過鎮静などの心配が少ないアリピプラゾール<sup>11)</sup> 3 mg から試みることにした。

アリピプラゾールを6 mgまで増量し、さらにクロナゼパム0.25 mgを追加したが、情動不安定になったために、クロナゼパムを中止して、チアプリドを追加した。その後も塾に向かう車のなかで首を激しく振って手足をばたつかせたり、就床時に首を振って布団を叩きつつ「死ね」「消えろ」と叫び続けたりすることが認められたが、アリピプラゾール6 mgとチアプリド67.5 mg～75 mgの服用を約2ヶ月持続するうちに軽快傾向が明らかになってきた。春休みと時期が重なったので、学校生活に伴う負担が軽減したためかと思ったが、小学6年になってからもその傾向に変わりはなかった。首をすくめて舌を突き出したり、全身に力を入れて小刻みに震えたりすることはあったが、チックの抑制が以前より可能となった。しかし、同時にチックを出すのはいけないこととの思いが強まり、チックの抑制が十分でないと自責的になる様子がうかがわれたので、無理矢理すべてをがまんする必要はないと本児と確認した。

1学期の終わりになり、小学6年になってから同級生のいじめがあったことが判明した。実技科目で作業が円滑にできない本児に教師がつききりて指導をするのをひいきと思われたためらしい。いじめが解決して夏休み

※  
本児の場合には学校で抑制を継続していたと思われる。また、学校では一定程度の緊張が持続しているためにむしろチックが出にくくなることもある。最悪時よりもいくらか軽快して、抑制しやすくなったことや、意識して抑制しようとしなくても学校で出にくくなったことが考えられる。

アリピプラゾールは単にドパミン系を抑制するだけではなくドパミンスタビライザーであり、セロトニン系にも作用する抗精神病薬である。チックに対する効果を示すオープン研究が複数あり、より確実なエビデンスが求められている。

Case  
11

に入ってからチックがやや軽快したが、秋の修学旅行に向けての心配を訴えた。就床時に声を出しながら身体を震わせておかないと安眠することができない状態が続いており、旅行中は別室で寝るか、または一定の時間だけ別室でチックを出してから同級生と一緒に寝たいとのことであった。担当医から学校宛に本児の病状と希望を伝えて理解を求める手紙を出したが、個別対応は不可とされて実現しなかった。それでも本児の強い希望があり、日中のみの参加を果たした。それによって達成感が得られるかと思ったが、「死ぬ」などと叫んだり首をすくめて舌を突き出して身体を震わせることが再び目立つようになった。中学受験が迫ってストレスが高まっているためかと考えていたが、再びいじめがあったと判明した。同級生が教師に叱られるなどしている際に本児が笑っているのをとがめられたという。笑ってはいけないと思うとよけいに笑ってしまうと本児も自覚していた。この特徴を母親から教師に伝えたが、本児の行動によってトラブルが起こっているとして理解を得るのが難しかった<sup>12)</sup>。抗不安薬の追加を試み、タンドスピロン5mgに落ち着いた。

本児の症状に一定の理解があり本児の学力相当の中学に合格が決まった後、笑いが激しくなり、本児が「学校にはもう行きたくない」と診察室で述べた。自分の気持ちをきちんと表明できたことを評価して、本児の意向を受け入れた。その後、首振りなどのチックも「ほく、いい子？」と確認することも消失はしていないが、強さも頻度もかなり軽減して中学生生活を開始できた。その際の薬物療法はアリピプラゾール6mg、チアプリド50mg、タンドスピロン5mgであった。

\*12

一人ひとりの特性の理解やそれに合わせた対応が得られにくいことは、残念ながら、実際にはしばしばあろう。専門知識の児童や教師とのコミュニケーションのとり方へのアドバイスをする一方で、家族や本人が学校側と正面切って対応して疲弊しないように配慮したい。家族や本人が本当に求めていることを改めて確認し、対応を確認する。教師が個別の状態を理解しているもののクラスの集団への対応に苦慮している場合には、家庭などの了解の下で教師と具体的な対応について相談することが考えられる。

## 本症例のポイント

### 1 診断

知的遅れを伴わない特定不能の広汎性発達障害に Tourette 障害を併発してきたと考える。Tourette 障害は重症なチック障害であるが、発達障害の一つとして理解できる(表1)。Tourette 障害はさまざまな併発症を有し、広汎性発達障害との併発もまれでなく、その際に強迫性と衝動性の高まりが特徴的とされ、本症例でもそれが認められた(図1)。

### 2 治療

チックに対しては、アリピプラゾールとチアプリドを中心とする薬物療法が一定の効果を上げた。チックに対するエビデンスが豊富なハロペリドールやリスペリドンでは副作用が生じたこともあり効果が認められなかった。また、強迫症状を認めたが、セロトニン再取り込み阻害薬(SRI)もやはり無効であった。

本児の認知水準やプロフィールおよび自己認識の発達も考慮して発達支援を行うとともに、チックや強迫症状への対処法の相談を進めた。

**図 10** Tourette 障害とその併発症

Tourette 障害の診断基準

- ・多彩な運動チックと1つ以上の音声チック
- ・1年間以上の持続
- ・18歳以前の発症

高率に併発する疾患

- ・強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder : OCD)
- ・注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD)
- ・学習障害 (learning disabilities : LD)

“習癖異常” や強迫スペクトラム障害に含まれる疾患

- ・吃音症
- ・抜毛症
- ・身体醜形障害
- ・摂食障害
- ・広汎性発達障害

その他の疾患, 症状

- ・分離不安障害
- ・パニック障害
- ・その他の不安障害
- ・気分障害
- ・睡眠障害
- ・“怒り発作”

- ・広汎性発達障害では Tourette 障害の頻度が一般より高い
- ・Tourette 障害の併発は遅滞の有無や程度にかかわらない
- ・Tourette 障害が併発しても広汎性発達障害の発達が促進されることはなく、適応を悪くする

(自閉症の3主徴) 対人的相互反応	(典型的な自閉症) 質的な障害 <	(典型的な Tourette 障害) むしろ良好
コミュニケーション	質的な障害 <	むしろ良好

興味と活動の偏り

やっではいけないと思えば思うほどやってしまうという特徴(衝動性)をもつ強迫様症状を有する点での共通性

**図 11** 広汎性発達障害と Tourette 障害

3 その他、特記事項

初発時は顔面のチックであり、その後も診断しやすい首振りのチックが認められているが、急性増悪時にはより全身の激しい震えなどが目立ち、重大な脳器質的疾患を疑わせるほどであった。

知的遅れを伴わない受動型の本児は通常学級への適応にずっと努めてきており、不安の強さとともにプライドの高さもあり、チックや強迫症状について周囲に理解を求める際にも配慮を要した。

金生由紀子(東京大学医学部附属病院こころの発達診療部)

case  
11



# 1

## 一般外来における 発達障害受診の動向

たとえばアスペルガー障害が国際的診断基準に正式に掲載されたのは1990年代のことで、それからまだ20年も経過していないことを考えると、一般社会はもとより、臨床家の間でも十分に一致した見解が浸透しているとはいえない。それでも今まで周囲から「少し変わった子（人）」という扱いを受け、精神科や児童精神科につながらなかった彼らがアスペルガー障害と診断を受けるケースが増えているのは事実である。同様に注意欠如多動性障害 attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) や学習障害 learning disorder (LD) などの精神遅滞を伴わない発達障害の受診が増加傾向にある。

### 1 奈良県立医科大学精神科の外来統計から

岸野ら<sup>1)</sup>がまとめた奈良県立医科大学精神科外来統計によると、2003年4月1日～2004年3月31日の1年間で受診した18歳未満の初診患者は210名で、そのうち診断名などがカルテで確認できたものは188名であった。

DSM-IVによる診断では、適応障害が診断全体の34%（62名）と最も多く、次が身体表現性障害で12%（21名）であった。また広汎性発達障害 pervasive developmental disorder (PDD) が10%（18名）、ADHDが8%（15名）であった。その他では精神遅滞が4%（8名）、LDが2%（3名）を占めていた。

この結果を岩坂ら<sup>2)</sup>が過去に発表した同病院における1987年度の統計と比較すると、適応障害などのいわゆる神経症レベルの割合はほとんど変化がなく、統合失調症が1987年度の10%（12名）から2003年度の3%（6名）

に減少し、PDD と ADHD の合計は 1987 年度の 2 % (2 名) から 18 % (33 名) と大きく増加していた。

また同病院の 2006 年度の成人の新外来患者の統計では、成人の新外来患者 1,034 名のうち、成人になってはじめて PDD と診断された者が 8 名、ADHD が 8 名であった。どちらも 5 年ほど前の統計では 0 ~ 1 名であったので、成人になってから診断されている症例もここ最近増加しているのがわかる。

## 2. 小児科を受診する場合

高宮ら<sup>3)</sup>は受診までは一切軽度発達障害には気づかれずに身体症状を主訴に来院する小児について報告しており、アスペルガー障害を伴った神経性無食欲症や ADHD を伴った過敏性腸症候群など診断は広範囲に及んだと述べている。

また小枝<sup>4)</sup>は心身の不適応行動の背景にある発達障害の頻度について「経験的には約 2 割」と述べている。

木村ら<sup>5)</sup>は小児科心療外来を 10 年余りで受診した 691 名について、発達障害を有するものは 10.1 % (70 名) であったとしているが、興味深いのはこの 70 名について、受診時にすでに発達障害の診断がついていた既診断群と受診後に発達障害と診断された未診断群に分け、比較検討している点である。それによると発達障害児 70 名中、既診断群は 31 例 (全体の 4.5 %) で、未診断群は 39 例 (同 5.6 %) と未診断群が多かったという。既診断群は自閉性障害が多く、未診断群は軽度の精神遅滞、高機能 PDD, ADHD が多かったとも述べている。また発達障害の 30 % に心身症がみられ、そのうちの約 85 % が未診断群だったという。つまり身体症状がみられた群は圧倒的に受診までに発達障害とは気づかれなかった群である。木村らはこれらについて、背景にある発達障害に気づかれなかったことで、不適応を起こし、身体化・行動化が起きやすくなっていたと考察している。

筆者は遺糞症を主訴として来院した小学校一年生で受診後にアスペルガー障害と診断した症例を報告しているが、遺糞症をアスペルガー障害の一症状

としての「こだわり」ととらえ、支援することで遺糞症を治癒させることができた。もしそのような対応がなければ、この児は遺糞症に関し、周囲からただ叱られるだけで、ますます不適応を起こし悪循環を断ち切れなかったのではないかと考えている。

アメリカの代表的な精神医学の教科書である Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry の自閉症の項には「自閉症の幼児は健常児より高率に、上気道感染や他の感染症にかかりやすい。また自閉症児によくみられる胃腸症状には過度のおくび、便秘、腸の動きの鈍さがある」と記載されている。

発達障害をもつ児が小児科を何かしらの身体症状で受診する場合、特に知的な発達の遅れがない場合や軽度な場合はそれまで発達障害に気づかれていない場合も多く、その場合には詳細な発育歴を伴う病歴を聴取しなければならない。そうでないと身体症状にのみ目を奪われ、本来その子どもに本当に必要なサポートを提供できず、またサポートのタイミングを逃す可能性が高い。

### 3 耳鼻科を受診する場合

ADHD をもつ子どもで、「耳が聞こえていないのではないかと」と両親に心配され、耳鼻科で聴覚検査を受けたことのある子どもは少なくない。これは ADHD の一症状である不注意からくるものであろうが、ADHD の聴覚情報の処理の弱さからきているとも考えられる。DSM-IV の診断基準にも [不注意] の項に「直接話しかけられてもしばしばきいていないようにみえる」との記載がある。

また PDD 圏の子どもはある刺激には非常に強く反応し、他の刺激にはほとんど反応しないことがよくある。たとえば通常の会話の声には反応しないため、耳が聞こえないのではと思われるのに、一方で蛇口から水滴が落ちるような非常に小さな音には強く反応する場合などがこれにあたる。このような場合も耳鼻科を受診している場合がある。

#### 4. 一般精神科を受診する成人の場合

ここ数年アスペルガー障害と ADHD については自らその診断を疑って一般精神科を受診する成人が増えている。

後者に関しては、Sari Solden 著の「片づけられない女たち」の日本語訳が話題になってから爆発的に受診者が増えたように思われる。筆者もこの本を読んだが大人の ADHD の特徴をよくとらえた良い本である。ただ余りにも「片づけられない」という言葉が一人歩きし、[片づけられない＝ADHD]といった図式が勝手にできあがった感もぬぐえない。当然受診する人のなかには実際 ADHD と診断される者もいるが、なかにはそうでない者も多数存在する。アスペルガー障害のこだわりや ADHD の片づけられないという主訴をその時の症状としてだけとらえるのではなく、詳細な発達歴を聴取することによって発達障害かどうかを判断することが重要である。

また自分では発達障害と気づかず、それらから生じている二次障害としての「抑うつ」、「不安」、「社会でうまくやっていけない」等を主訴に来院する場合もあるので注意が必要である。

#### 5. 一般身体科を受診する成人の場合

身体症状を執拗に訴え、個性的にみえたり、少し変わった人と思われている人達の中に一定の割合でアスペルガー障害をはじめとした PDD 圏の人が含まれている。そのような人の場合、明らかに器質的に異常がないと何度説明してもその症状自体が「こだわり」から生じている場合、なかなか納得しないことが多く、専門機関との連携が必要となる。

##### まとめ

発達障害をもつ児や成人が専門外来以外を受診するケースについて述べた。いずれにせよ今そこにある症状だけに目をとられずに詳細な発育歴を聴取する必要がある。もし診断がつけば、二次的な障害を防ぐためにもそれぞれの発達障害児・者にあった支援を行う必要がある。

●文献

- 1) 岸野加苗, 他. 奈良県立医科大学精神科児童思春期外来における最近の患者動向について. 奈良医学雑誌. 2005; 56 (1): 15-21.
- 2) 岩坂英巳, 他. 奈良医大精神科外来における児童および思春期の患者の現況. 奈良医学雑誌. 1990; 41 (4): 344-53.
- 3) 高宮静男, 他. 軽度発達障害に気づかれず身体症状を理由に紹介された患児. 子どもの心とからだ. 2005; 14 (2): 109-15.
- 4) 小枝達也. 心身の不適応行動の背景にある発達障害. 発達障害研究. 2002; 23: 258-66.
- 5) 木村未夏, 他. 小児科心療外来受診者の背景にみられた発達障害について. 心身医学. 2006; 46 (4): 309-17.

〈根来秀樹, 飯田順三〉

## 広汎性発達障害と児童思春期統合失調症

飯田順三  Junzo Iida

### はじめに

子どもの統合失調症の概念はこれまで非常な混乱を体験しており、時代によってその意味するものがかなり異なっている。1911年にブロイラー (Bleuler, E.)が早発性痴呆を統合失調症として概念化し直した際に、5%は児童期に発症するとしているが、症状論的には成人期発症例と特に差異を見出していない。児童期統合失調症概念を最も混乱させたのは1943年にカナー (Kanner, L., 1943)によって提唱された早期幼児自閉症概念である。カナーは早期幼児自閉症を児童期統合失調症症状が最も早期に出現したのと考えてもよいかもしれないと述べ、自閉症と統合失調症の異同が議論となり、混乱が続いた。しかし1960年代後半になりラター (Rutter, M., 1968)は自閉症の言語認知障害説を唱え、自閉症が統合失調症とは異なる病態であることを主張した。さらにコルビンら (Kolvin, I. et al, 1971)は発症年齢の違いから両者は別の病態であることを示唆した。こうした研究に基づき1980年に発表されたDSM-IIIにて自閉症は発達障害と定義され統合失調症とは明確に区別されることとなった。このように一旦問題は解決されたかに見えたが、近年アスペルガー症候群が脚光を浴びるに従ってこの問題は再び浮上することとなった。これまでは自閉症といえばカナー型の自閉症、いわゆる自閉症の中核群しか念頭になかったのであるが、1994年に発表されたDSM-IVで初めてアスペルガー障害が登場した。このアスペルガー障害という概念が飛躍的に発達障害の概念を拡大することとなった。これまでは違和感を覚えながらも統合失調症としていた症例を発達障害の視点で捉えなおすと見事にアスペルガー障害に合致する症例に遭遇する機会が増加してきたのである。

しかし、そうなると今度は逆にアスペルガー障害の過剰診断の可能性が出現してきた。乳幼児期における発達上の問題が認められることが発達障害と診断する大前提であるが、アスペルガー障害のような場合には乳幼児期には行動上の問題が目立たず、思春期以後になって問題化してくることが多い。そのため乳幼児期の詳細な情報が得られず、現在の症状のみで診断することとなる。縦断的な視点を持っていないために、発達障害であれば乳幼児期からの問題であり、統合失調症であればある時点から発病するというきわめて明解な鑑別方法を用いることが困難となっている。

さらに状況を混乱させていることに自閉症スペクトラムや統合失調症スペクトラムという概念である。アスペルガー症候群や特定不能の広汎性発達障害といわれるものと統合失調質パーソナリティ障害や統合失調型パーソナリティ障害と診断されるものに重なりがみられることがある。実際 DSM-IV-TR(2000)にはそれらを区別するのは非常に困難であると記載されている。われわれは同じものを視点の違いによってあるときは発達障害として捉え、あるときは統合失調症スペクトラムとして捉えているのであろうか。現在考えられている広汎性発達障害(pervasive developmental disorder : PDD)と児童思春期統合失調症の関連性や鑑別について精神病理学的、生物学的の両面から検討してみる。

## I 児童期発症統合失調症(childhood-onset schizophrenia : COS)と広汎性発達障害(PDD)の関連性と鑑別

### 1. 症例提示

10年以上前の症例であるが、筆者自身が当初統合失調症と診断し、その後広汎性発達障害に診断を訂正した症例を提示する。児童期であれば統合失調症と広汎性発達障害の鑑別は容易ではないかと一般的に思われるが、必ずしもそうではない場合もある。

#### 【症例A】12歳 女児(小学6年生)

主訴：机の壁に頭を打ちつける、両親への暴力、被害的言動。

家族歴：祖父母、両親と本児の5人暮らし。一人っ子。父は統合失調症、母は知的障害。

発達歴：満期正常分娩。2,660gにて出生。定頸3カ月，始歩14カ月，始語12カ月。親の後追いは不明，視線は合った。1.5歳，3.5歳健診では特に異常は指摘されなかった。

現病歴：小学校入学後，成績は中の上で内向的で友人は少なく，ほとんど一人で過ごしていた。小学6年1学期中頃より母の髪を引っ張ったり，父の頭を叩くようになった。小学4年の通知簿に行動が遅いと書かれたのは母が何をするのも遅いからだと思腹が立つ。教室でクラスの子が「アホ」と言う。皆が私をかまいにくる。教師にも腹が立つと訴えた。また突然昔の嫌なことを思い出していららし，机に頭をぶつけた。成績も低下し，字も雑になった。見られているようにも感じ，2学期には家で暴れるようになった。初診時話し方は紋切り型で，標準語であり，単調な感じで表情も乏しかった。幻聴は否定し，心因となる出来事も見当たらなかった。

脳波検査：全般性徐波化が著明であった。

鈴木・ビネー知能検査：IQ95。数唱はよくできるが，推理する課題は苦手。抽象語の定義や類似点をあげる課題も困難で能力に偏りがあった。

SCT（文章完成テスト）：周囲はがさがさしていたり，ごちゃごちゃ言ってきたりと侵襲的なものとして感じられている。両親に対して依存したいが侵襲されることへの不安があり，安定した関係が持ちにくいと推察される。

ロールシャッハテスト：紋切り型で常同的，同じ反応の繰り返し，色彩に対する反応は非常に乏しい。

経過：当初は統合失調症様状態と診断し，チオリダジン20mgを処方した。その後も頻回に家庭内暴力が続き，警察沙汰になったためカルバマゼピン200mgを追加したところ暴力は軽減した。中学2年に膠原病になり不安が亢進し，手を噛む自傷行為が増悪した。短大入学後も友人ができないこと，実習がうまくできないことで悩み，時折自傷行為がみられた。また服薬を中断して症状が増悪し，友人をたたいたり，ノートを破る，机に頭をぶつけるなどの行為が出現した。

短大2年時の就職活動で面接がうまくいかず，就職が決まらなかった。短大卒業後，障害者職業センターに相談に行き，高機能広汎性発達障害の診断書により職業訓練を受け，就職が決まり，市場で働くこととなった。

本症例では当初注察念慮や理解不能の暴力，自傷行為，紋切り型で常同的な



反応、父親の遺伝負因などから統合失調症圏と診断した。明確な病的体験は見られず、統合失調症と確定診断するには疑問が残ったが、COSでは潜在性発症が多く、陰性症状が中心で、幻覚が明確でなく、妄想が一過性で発展性が乏しいという特徴があった。その頃は発達障害という概念もまだ一般化されていなかった。しかし短大生の頃には高機能PDDであろうと診断を訂正した。

## 2. PDDの症状とCOSの病前徴候

近年、COSの病前徴候としてさまざまな症状が取り上げられている。レムシュミット(Remschmidt, H.)は病前兆候として神経学的ソフトサインや会話／言語の障害そして認知障害が見られると報告している。ニコルソンら(Nicolson, R. et al., 2000)は会話／言語の障害に加えて男児では運動機能障害を挙げている。シルバースタインら(Silverstein, M. L. et al., 2003)は病前徴候として注意機能障害を取り上げ、ライヘンベルグら(Reichenberg, A. et al., 2006)は低い知能指数(IQ)をそしてモンテら(Monte, R. C. et al., 2008)は学業成績の悪化を挙げている。また会話／言語の障害や読字障害、書字障害に加えさらに社会機能障害を取り上げている報告も見られる(Vourdas, A. et al., 2003)。しかしこれらの多くはまさにPDDの症状でもある。つまりCOSの病前徴候はPDDの症状でもあるのである。

そこでCOSの発症前に存在するPDD症状が特殊なCOSのリスク要因となるかを明らかにするために、NIMH研究の一環として全米規模でリクルートした症例が調べられた。スポーンら(Sporn, A. L. et al., 2004)は75名のCOSのうち19名(25%)が過去にPDD(自閉症1名、アスペルガー障害2名、PDDNOS16名)の診断を受けていたことを見出し、PDD併存群と非併存群を比較した。その結果、発症年齢、IQ、薬物の反応性、家族負因、脳容量、候補遺伝子群では有意差は見られなかった。つまりCOSの病前のPDD症状はCOS発症のリスク要因として付加的に作用するという仮説は否定され、重篤な早期の神経発達障害を反映する非特異的なマーカーであると結論付けられた。

このようにCOSの乳幼児期の早期徴候に注目するとPDDと症状が重なる部分が見られる。DSM-IVでは過去にPDDの診断があっても1カ月以上著明な幻覚や妄想があれば統合失調症を追加診断できる。しかし一般的にPDDに統合失調症が併存するのは2～3%程度であろうとされている。安易に併存

症例とせずに丁寧に観察して鑑別する必要があるであろう。そのためには今後乳幼児期の神経発達障害について精査し、特に模倣や共同注意などについて差異を検討しなければならない。また脳画像研究や遺伝子研究を進めることも重要である。さらに診断があいまいになり、さまざまなものが混在してきた PDDNOS 群についての研究も必要となるであろう。

## Ⅱ 思春期発症統合失調症 (adolescent onset schizophrenia : AOS) と PDD の関連性と鑑別

### 1. 思春期の PDD の特徴

PDD 児も心の理論を通過すると、他人との違いに気づくようになり他者から見た自分という観点が成立する。そうなるとこれまでのいじめ体験も重なり、被害的に考えることが多くなり、被害関係念慮から妄想にまで発展することもある。また自閉的ファンタジーへの没頭により独語や空笑が見られることもあり、こだわりが強迫症状類似の形を呈するようになる。さらに解離症状を呈したり、過去の記憶が鮮明に想起されパニック症状を呈するタイムスリップ現象が妄想と混同されることもある。平山ら(2006)の報告によると青年期以降の PDD の初診時に認められた症状として、抑うつ状態、不安・焦燥感、パニック発作、ひきこもり、睡眠障害などが見られ、幻覚や妄想も 18.4%に認められた。つまり思春期以降の PDD では統合失調症様症状が多く見られるのである。しかし PDD に統合失調症が併存する頻度はおおむね 2～3%であり、PDD の呈する幻覚や妄想はストレスに対する一過性、反応性の精神病状態と考えられる。

### 2. AOS と PDD の鑑別

#### 1) 症状による鑑別

##### a. 妄想

石井(2004)は PDD の妄想が統合失調症の妄想と異なる点として、①着想は発病という文脈で捉えるよりもむしろ、生育歴上のこだわり史とも言える遍歴の延長線上にある。② PDD の人にしばしば見られる相対的な価値判断の困難さや思考の柔軟さの不足による。③奇妙な着想と思い込みに基づく習慣をさしたる契機もなく唐突に放棄すると述べている。つまり PDD における妄想は生

育史を通して認められ、状況依存的で体系化せず、一過性であり、状況の変化で急激に症状が軽快することがある。薬物療法への反応は少量で著効する場合と効果を感じられない場合とに分かれる。

#### b. 自我

自我の差異によって AOS と PDD を鑑別することもできる。広沢ら(2008)によると AOS の場合、自我の成立不全を核とする自我障害であり、その際の自我とはいわゆる健常者の持つ自我構造を基本に考えられるものである。一方 PDD は自我そのものが健常者や統合失調症患者の発達とは、そもそも異なった経過を辿っており、健常者とは異質な自我であると考えられる。つまり統合失調症患者では健常者と同じように間主観性の形成と関連しながら自我が成立していくが、PDD 患者では間主観性とは別様の自我構造を形成していくと推測される。この異質な自我のために PDD では、作為体験、思考伝播、思考吹入、自我漏洩体験などの自我障害はまれである。

### 2) 評価尺度による鑑別

#### a. 自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)

英国のバロン・コーエン(Baron-Cohen)らによって開発された 50 項目からなる正常知能成人を対象とした自記式質問票であり高機能 PDD のスクリーニング尺度としての機能がある。栗田ら(2003)により日本版の信頼性と妥当性も検討されており、高機能 PDD のカットオフは 32 点とされている。

#### b. 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PARS)

幼児期から成人期のいずれの年齢段階でも対応可能で、あらゆる認知発達水準の PDD 者の行動を捉え得る尺度である。専門医以外の臨床家がスクリーニングとして用いることができる。神尾ら(2006)により思春期から成人期を対象にした場合の信頼性と妥当性が検証されている。57 項目から成り、思春期成人期項目のカットオフは 20 点とされている。

### 3) 脳画像研究による差異の検討

脳画像所見による PDD と統合失調症の最も異なる点は脳体積の変化である。PDD では生後数年の間に前頭葉、頭頂葉、側頭葉の白質が増大し、児童期以後は徐々に健常群と差がなくなる(Hazlett, H. C. et al., 2005)。統合失調症では全脳体積は病前より減少し、発病後も減少するといわれている。

前頭葉の機能障害については PDD も統合失調症も SPECT にて前頭葉の血

流低下が報告されている(桑原, 2008)。前頭葉は実行機能や社会性あるいは言語機能、模倣などに関わる部位であると言われている。実行機能を要する課題においてPDDも統合失調症も前頭葉の賦活が低下するという報告が多数見られている。社会性の障害に関する部位についてはPDDではmirror neuron systemが存在するとされる右下前頭回で活性が低下しており(Dapretto, M. et al., 2006)、心の理論が関与する部位とされる上側頭溝でも血流の低下が報告されている(Zilbovicius, M. et al., 2006)。また表情認知課題において扁桃体で賦活低下し、顔の認知課題において紡錘状回で賦活低下が見られた(Schultz, R. T. et al., 2000)。

社会性の障害とその背景にある生物学的基盤についてはPDDと統合失調症とでその異同が長らく議論されてきた。その疑問を明らかにするためにピンクハムら(Pinkham, A. E. et al., 2008)はfMRI研究で表情認知を課題としてPDDと統合失調症の直接的な比較を行った。この研究ではPDD群、妄想のある統合失調症群、妄想のない統合失調症群と健常群の4群を対象とし、測定を行っている。その結果、妄想のある統合失調症群ではPDD群と同様に前頭葉、扁桃体、紡錘状回における賦活の低下が認められ、PDDと統合失調症の社会性の障害が一部共通の生物学的基盤を持つことが明らかにされた。

### 3. 症例

筆者が経験した症例で側頭葉てんかんと誤診した症例を提示してみる。

#### 【症例B】18歳 男性(定時制高校3年生)

主訴：意識消失発作、家庭内暴力。

家族歴：父との2人暮らし、一人っ子。

発達歴：Bが12歳のとき母親が病死しており、父親のみからの聴取では不明なことが多い。父親の話では発達上の問題はなかった。

現病歴：小学時代より友人はいなくて無口な少年であった。細かいことにこだわり、予定通りに進まないといらいらすところがあった。物の置き場所にこだわり、前日と少しでも移動していると誰が動かしたと怒ることがあった。成績は悪かった。中学卒業後、定時制高校に入学するが、数分間の意識消失発作が出現し、気がつくとき教室から出ていてトイレにいるようなことがあっ