

気を配らなければなりません。

利用者の了解をとる

でき得る限り本人の了解をとって連携します。その際は利用者が理解できるように簡潔に図や絵に書いて呈示することも大事な視点です。あくまでも、利用者本人の社会参加のための支援ですので、本人の意向をできる限り尊重しながら各機関との連携をとらなければなりません。

●参考文献

- 太田昌孝・永井洋子編著『自閉症治療の到達点』日本文化科学社、1992年
太田昌孝・永井洋子編著『認知発達治療の実践マニュアル』日本文化科学社、1992年
武藤直子・太田昌孝「Q42. 自閉症における「認知発達治療」はどのように行うのですか?」『小児内科』第39巻、290～292頁、2007年
『自閉症の人たちへの援助システム——TEACCHを日本で生かすには』朝日新聞厚生文化事業団、1999年
座間市手をつなぐ育成会キャラバン隊DVD『みんなちがってみんないい』

演習15 発達障害の世界の体験



写真2-12 特別なめがねをのぞいている体験者

(1) 全体が見えず部分から世界を見る体験

下の図のようにペットボトルでめがねをつくる。切ったほうを目にあてて視野を狭くして、指導者が指定した人や物を探す。どんな感じがするか、皆で話し合ってみよう。あった、ない、という0か1のデジタル的な思考になりがちなこと体験できるかもしれない。

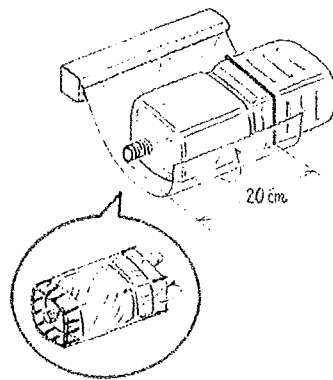
(2) 不器用さの体験

指先1cmくらい残して軍手をはめ、折り紙をする。指導者が机間巡視して、わざと「下手だね」「もっときちんとやりなさい」などと声かけする。どんな感じがするか皆で話し合ってみよう。

(3) 嫌な感覚刺激の体験

感覚に偏りがある場合は、いろいろな刺激に不快を感じている。その不快を体験しよう。窓やガラスを発泡スチロールで擦ってみよう。ガラスの種類をいろいろ変えて試してみよう。どんな嫌さなのか、話し合ってみよう。同じ音でも人によって堪えられる程度が違うことも気づくことができる。

図 見え方を疑似体験するための特別なめがねのつくり方



2lのペットボトルを注ぎ口から20cmくらいのところでカットしてラップでぐるぐる巻きにする。カットした側はラップに切り込みを入れて内側に折り込む。この特別なめがねはカットした側から狭い注ぎ口を通して外を見るのだが、視野が制限されるうえ、ラップで周囲がぼやけるので非常に見づらい。

演習16 ロールプレイ — パニックを起こした子どもへの対応

「小学2年生で言葉は2,3語文(太田ステージⅢ-2)程度で、自由に会話ができないレベル。ファミリーレストランで待つうちにパニックを起こした。「ハンバーガー、ジュース、ジュース」と騒ぐ。だんだんエスカレートして、いすの上でピョンピョンしたり、手をかむ自傷行為が始まりそう。」

どんな対応ができるか実演してみよう。

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

チック障害との関連による OCD の検討

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)

チック障害は一過性チック障害からトゥレット症候群まで幅広いが、一つのスペクトラムと考えられる。チックは“半随意”と考えられるようになっており、やらなくてはならないとの感覚(前駆衝動)に伴って起こることもある。チックに伴う“まさにびったり”を求める感覚もしばしば問題になる。

チック障害にはしばしば強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder : OCD) を併発するが、OCD の診断基準を満たさない強迫症状はより高率である。チック障害における強迫症状の特徴としては、強迫観念に伴う不安はあまりなく、強迫行為が自動的に起こる傾向がある。“まさにびったり”にせずにはいられない衝動性の高さを伴ってチック様と言えよう。チック障害における強迫症状をディメンション別にみると、「傷害、暴力、攻撃性あるいは天災による危害に関する強迫観念及び関連する強迫行為」が社会適応への影響を含めて重要かもしれない。

チック関連 (tic related) OCD は、発症年齢が低く、男性に多く、感覚症状を伴うことが多い。抗精神病薬の併用が有効とされるが、セロトニン再取り込み阻害薬をまず十分に使用することも重要である。

チック障害との関連でさらに OCD の検討を進めることは有意義と思われる。

はじめに

チック障害はとても幅広く、軽症なものまで含めると子どもの 5~10 人に 1 人は該当するとされる。そのチック障害のスペクトラムの中で、最も重症な側にあるのがトゥレット症候群である。トゥレット症候群の名前の由来となったジル・ド・ラ・トゥレットによる 1885 年の報告には、典型的なチックに加えて、外的な刺激に誘発されてやりたくないことをやってしまう、考えたくないことを考えてしまうとか、言葉や表象が頭の中に半自動的に浮かんでしまい、気がついてやめようとしても止まらず、それどころかかえってとらわれてしまうという特徴が既に分かりやすく記載されていた⁵⁾。このような強迫性と衝動性に着目して、トゥレット症候群をはじめとするチック障害と強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder : OCD) との関連について検討したい。

1. チック障害とは

1) チックの定義と主なチック症状

チックは、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と定義されている。一般的に抵抗できないものと感じられるが、ある程度の時間であれば制御でき、その時間は様々である。不随意運動とされてきたが、このように部分的でも随意的抑制が可能であることから、“半随意”と考えられるようになっている⁶⁾。

運動チックと音声チックは、それぞれが素早い典型的な単純チックとややゆっくりで目的性があるように見える複雑チックに分けられる。複雑運動チックには、人やものに触る、自分を叩くなどが含まれ、外見だけからでは強迫行為との鑑別が難しい場合がある。複雑音声チックには、コプロラリア (coprolalia, 汚言症: 社会に受け入れられない、しばしば卑猥な単語を言うこと)

と) やエコラリア (echolalia, 反響言語: 他人の言った言葉などの繰り返し) が含まれ, 言うてはいけないと思うとかえって言うてしまうという傾向が認められる。

2) 前駆衝動と“まさにぴったり”感覚

チックをせずにはいられないという抵抗しがい感覚があり, チックをするとすっきりしたりほっとしたりしてこの感覚が軽快・消失することが少なくない。この感覚は, 前駆衝動 (premonitory urges) または感覚チック (sensory tics) と呼ばれる¹¹⁾。すべてのチックが前駆衝動を伴うわけではないが, チックよりも前駆衝動の方が生活上で問題になる場合があり見逃せない。

前駆衝動の発達的变化をみると, 10歳を過ぎると前駆衝動の質問に応じる割合が増え, 14歳以降で前駆衝動を認識する割合が大きく増大していたという¹¹⁾。一方, チックを随意的に抑制できるとする割合は14歳ではなくて10歳を境に増加していた。前駆衝動の認識には認知発達も関連している可能性があり, チックの随意的な抑制に必須かの検討はさらに必要だろう。

チックに伴う感覚としては, “まさにぴったり (just right)” とするまで行為をしなくてはならないという感覚もしばしば問題になる¹²⁾。前駆衝動を含めたチックに伴う感覚の大半はOCDの併発の有無で差がなかったが, “まさにぴったり” 感覚のみはOCDの併発に特徴的であったという⁹⁾。一方, すべてのOCD患者がこの感覚で悩むとは限らず, 衝動性を伴うチック親和性の高い強迫症状と言えるのかもしれない。

3) チック障害の診断分類

チック障害はチックで定義される症候群である。チックの持続が1年未満であれば一過性チック障害である。チックの持続が1年以上であれば慢性のチック障害であり, その中で多様性の運動チックと一つ以上の音声チックを有すると, トウレット症候群となる。ジル・ド・ラ・トゥレットの報告で強調されたコプロラリアとエコラリアはトゥ

レット症候群の強迫性と衝動性をよく表しているが, 診断に必須ではない。

4) チック障害の併発症

しばしば併発する障害・症状があり, その中でもOCDは注意欠如/多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) と並んで高率に認められる。その他に, 吃音症, 抜毛症, 身体醜形障害, 摂食障害, 自閉症圏障害などの, 習癖異常や強迫スペクトラム障害に含まれる疾患, 分離不安障害を含めたOCD以外の不安性障害, 睡眠障害なども問題になることが多い。

5) チック障害の経過中のチックと強迫症状

チック障害の発症年齢は4~11歳頃が多く, 平均発症年齢が約7歳である。OCDは早ければ3歳頃に発症することもあるが, 通常は, 5~6歳頃から徐々に発症が認められ始め, 10歳前後から急激に頻度が増加する。従って, チック障害よりもOCDの方がやや遅く発症することが多いと言えよう。

慢性のチック障害であるトゥレット症候群では10~15, 6歳にチックが経過中で最悪を迎えることがほとんどであり, その後にはチックよりも強迫症状が前景に出ることがしばしばある (図1)。

2. チック障害における強迫症状の特徴

1) 衝動と知覚現象

チック障害における強迫症状の特徴としては, 強迫観念に伴う不安はあまりなく, 強迫行為が自動的に起こる傾向があげられる⁹⁾。チックと強迫症状との境目とも言える症状が, 衝動 (impulsion) としてまとめられている。衝動には, 暴力的でない衝動や思考や発想であるメンタルプレイ (mental play) と共に, コプロラリアやエコラリアなどが声に出すものも頭の中のものも合わせて含まれる。当然ながら衝動の頻度はOCDの併発の有無にかかわらずトゥレット症候群でOCD単独よりも高いのだが, 衝動の重症度はトゥレット症候群とOCDの併発でトゥレット症候群単独よ

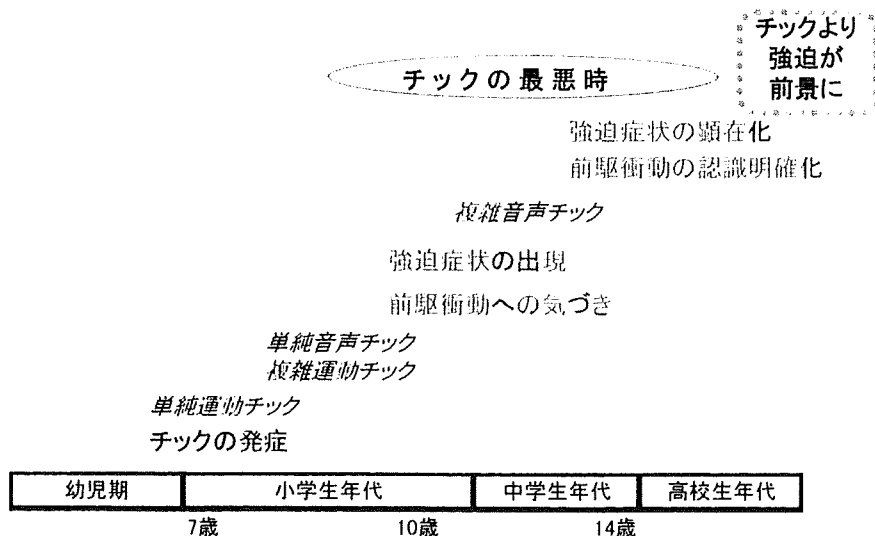


図1 トウレット症候群におけるチックと強迫症状の典型的な経過

りも大きかったという。

また、反復行動に伴う主観的体験を、認知現象（思考、発想、イメージ）、自律神経不安（不安の身体感覚）、知覚現象（身体知覚、精神知覚）に分けて検討すると、認知現象と自律神経不安は、トウレット症候群の併発の有無にかかわらず OCD でトウレット症候群単独よりも高率であったが、反復行動を行おうという衝動や“まさにぴったり”感覚を含めた知覚現象は、OCD の併発の有無にかかわらずトウレット症候群で OCD 単独よりも高率であったという。

チック障害では、“まさにぴったり”にせずにはられない衝動性の高さを伴うチック様強迫症状が特徴的であり、OCD の診断基準をも満たす場合にはそれがより重症になると思われる。

2) ディメンジョン別検討の試み

最近では強迫症状を複数のディメンジョンに分けて検討することがしばしばあり、少なくとも 1. 攻撃的、性的、宗教的などの強迫観念及び確認に関する強迫行為、2. 対称性に関する強迫観念及び整理整頓に関する強迫行為、3. 保存に関する強迫観念及び強迫行為、4. 汚染に関する強迫観念及び掃除と洗浄に関する強迫行為という 4 つには分けられるとされる¹⁵⁾。Yale-Brown Ob-

sessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) を用いた因子分析研究から、チック障害を伴う OCD ではチックのない OCD と比べて、これらの中で 1. ~3. の 3 つのディメンジョンが高得点との結果が得られた¹⁰⁾。

Y-BOCS を基にディメンジョン別アプローチ用に改訂した評価尺度に Dimensional Y-BOCS (DY-BOCS) があり、強迫症状を 6 つのディメンジョンに分けて評価する¹⁰⁾ (図 2)。自験例で DY-BOCS の全般的合計得点をみると、トウレット症候群患者 40 名 (男 29 名, 女 11 名; 平均 18.8 歳) で 30 点満点中で平均 9.1 (SD: 7.7) であり、健常対照 23 名 (男 17 名, 女 6 名; 平均 16.9 歳) で平均 1.0 (SD: 2.2) であるのと比べて有意に高得点であった。ディメンジョン別重症度得点をみると、身体感覚への執着や衝動の問題を含む「その他」が 15 点満点中で平均 3.1 (SD: 3.7) で最も高く、「対称性」が平均 2.4 (SD: 3.2), 「攻撃」が平均 2.3 (SD: 3.2) で次いでいた。また、GAF 得点とディメンジョン別重症度得点との相関をみると、いずれも有意水準に達しなかったものの、「攻撃」で最も強い負の相関を得た ($r = -0.295, p < 0.1$)。トウレット症候群において、「傷害、暴力、攻撃性あるいは天災による危害に関する強迫観念及び関連す

- Y-BOCSを基に、ディメンショナルアプローチ用に改訂
- DY-BOCSでは、強迫症状を6つのディメンジョンに分類：
 - (1) 傷害、暴力、攻撃性あるいは天災による危害に関する強迫観念及び関連する強迫行為
 - (2) 性的及び宗教的な強迫観念及び関連する強迫行為
 - (3) 対称性、配列、数えること及び整理整頓に関する強迫観念及び強迫行為
 - (4) 汚染に関する強迫観念及び掃除に関する強迫行為
 - (5) 保存と収集に関する強迫観念及び強迫行為
 - (6) その他の強迫観念及び強迫行為(身体感覚への執着、衝動の問題など)

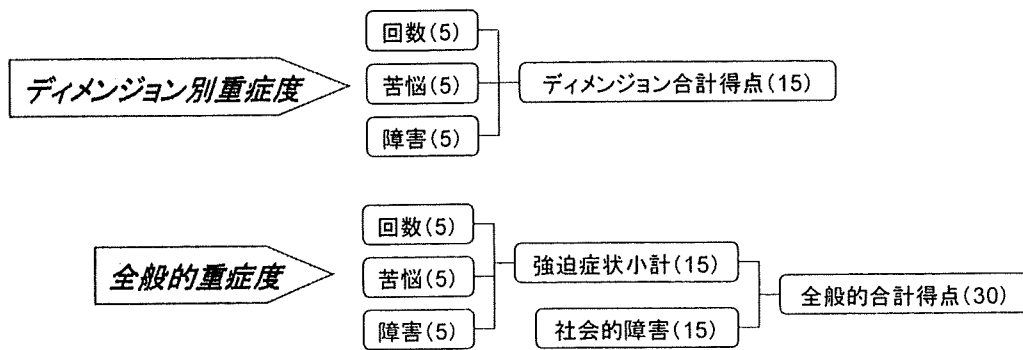


図2 Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) の構成

表1 チック関連 OCD (tic related OCD) の特徴

発症年齢	早発が多い
性別	男性が多い
知覚現象	有りが多い
汚染に関する強迫症状	無しが多い
家族性	有りが多い
SSRI の効果	不十分が多い
抗精神病薬の併用	有効が多い

る強迫行為」が社会適応への影響を含めて重要と示唆された。

3. チック障害との関連からみた OCD

1) チック関連 OCD の特徴

これまで述べてきたように、チック障害の併発で強迫症状の性状をはじめとする臨床特徴が異なるとの知見が重なり、OCD をチック関連 (tic-related) OCD と非チック関連 (non tic-related) OCD とに分けるとの提案がされている。OCD の中でより均質な亜型を得ようとして、チックに加えて発症年齢や性別による検討もされている。チック障害との関連を中心にとると、表1

のようにまとめられよう。但し、チックと発症年齢や性別や薬物療法との関係については後述するようにさらなる検討が重ねられている。

2) チックと発症年齢及び性別とのさらなる検討

OCD の成人患者 186 名 (平均 32.0 歳；チックの併発 25 名) で強迫症状のディメンジョン別に検討したところ、チックの併発については対称性のディメンジョンとの関連が示唆された。発症年齢については対称性及び性的/宗教的なディメンジョンが早期発症と関連しており、性別については汚染/洗浄のディメンジョンが女性で多い一方、性的/宗教的のディメンジョンが女性で少なかったという¹⁰⁾。

OCD の成人患者 330 名 (平均 32.9 歳；チックの併発 91 名) についてチックの併発の観点からみると、チックの併発は早期発症、短い罹病期間、ADHD 及び不安障害の併発と関連していたという。また、均質な群に分けるカットオフとなる発症年齢は決定できなかったが、10 歳または 17 歳

を境に大きく異なると示唆された³⁾。

OCDの小児患者74名(平均9.7歳;チックの併発46名)についてチックの併発の有無で検討した研究では,チックを併発した場合には,男性が多く,数える強迫行為や汚染に関する強迫観念や性的な強迫観念が少なかったという¹⁷⁾。

これらの最近の研究からも,チックの併発で,早期発症が多く,男性が多く,ADHDの併発が多いことが確認された。強迫症状のディメンジョンとしては,対称性が多く,汚染が少ないことは確実だろう。OCDの小児患者と成人患者とでいくらか異なる所見が得られたのは,OCDの小児患者がすべて成人まで強迫症状を持ち続けるとは限らないからかもしれない。

3) チックと薬物療法とのさらなる検討

抗精神病薬の併用に関する二重盲検プラセボコントロール研究9件に参加したOCD患者278名(実薬143名)のデータをメタアナリシスした結果,最大量のセロトニン再取り込み阻害薬(serotonin reuptake inhibitor:SRI)を少なくとも3ヶ月服用した後に抗精神病薬の併用を検討すべきと示唆された。一方,治療抵抗性のOCDの1/3で抗精神病薬が有効で,チックの併発でその傾向が強かったという。抗精神病薬の中ではhaloperidolまたはrisperidoneの有効性が明確であった²⁾。

OCDの成人患者74名(平均34.3歳;チックの併発13名)でのfluoxetineの8週間のオープン研究についてチックの併発の観点から検討すると,Y-BOCS得点の減少でみた強迫症状の改善は,併発の有無で差がなかったという。しかし,Y-BOCS得点が25%以上低下した者の割合はチック無しで高率であった(チック有りで38.5%,チック無しで70.5%)¹⁴⁾。

OCDの小児患者112名(7~17歳;チックの併発17名)でのsertraline,認知行動療法の4種類の組み合わせによる12週間の二重盲検研究についても,チックの併発の有無で検討されている。sertralineと認知行動療法の両方,認知行動

療法単独,プラセボの場合には併発の有無で差がなかったが,sertraline単独の場合にはチック有り投与後のChildren Y-BOCS(CY-BOCS)得点が高く,効果が乏しかった。また,臨床的寛解がチック有りで少なかった(チック有りで17%,チック無しで32%)¹⁴⁾。

チック関連OCDでは抗精神病薬の併用の有効性が強調されがちであるが,まずSRIを十分に使用する必要があると確認された。同時に,SRI単独では効果が不十分で抗精神病薬や認知行動療法との併用で有効なことも少なくないと言えよう

おわりに:OCDにおけるチック障害との関連の意義

本稿では,OCDにおけるチック障害との関連について,症状や治療を中心に述べたが,病因・病態を含めて多方面にわたって重要と思われる。

病因・病態についてはここでは触れなかったが家族研究からOCDの一部はトゥレット症候群と共通する遺伝的要因を有するとの指摘があり,また,OCDもチック障害も皮質-線条体-視床-皮質回路上の異常が想定されている⁷⁾。遺伝研究や脳機能研究などを進める上でチック障害との関連は無視できない。

また,予後との関連でみると,約60%がチックを伴っているとされるOCDの小児患者には,長期にわたって強迫症状が持続する場合もあれば軽快したり他の精神疾患へ発展したりする場合もあるだろう。その中で,成人になっても一定以上の強迫症状を認めて治療を要する場合にはチック関連OCDである可能性が高いと思われる。OCDの成人患者はチック関連OCDの小児患者の中で軽快しなかった者と遅発OCD患者で主として構成されるかもしれない。少なくとも予後を考える上でもチック障害との関連での検討は有意義と言えよう。

文 献

- 1) Banaschewski, T., Woerner, W., Rothenberger A.: Premonitory sensory phenomena and suppres

sibility of tics in Tourette syndrome: developmental aspects in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol*, 45; 700-703, 2003

2) Bloch, M.H., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., et al.: A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 11; 622-632, 2006

3) de Mathis, M.A., do Rosario, M.C., Diniz, J.B., et al.: Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry*, 23; 187-194, 2008

4) Husted, D.S., Shapira, N.A., Murphy, T.K., et al.: Effect of comorbid tics on a clinically meaningful response to 8-week open-label trial of fluoxetine in obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res*, 41; 332-337, 2007

5) 金生由紀子: Gilles de la Tourette: Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée, d'écholalie et de coprolalie. *こころの臨床 à la carte*, 22 (増刊号); 38-40, 2003

6) 金生由紀子: トウレット障害の強迫. *児童青年精神医学とその近接領域*, 47; 135-141, 2006

7) 金生由紀子: トウレット症候群に伴う強迫性障害, 強迫性障害の研究, 7; 129-138, 2006

8) 金生由紀子: トウレット障害～「不随意」と「随意」の間～. *精神の脳科学* (加藤忠史編). 東京大学出版会, 東京, p. 35-69, 2008

9) Kwak, C., Dat, Vuong, K., Jankovic, J.: Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome.

Mov Disord, 18; 1530-1533, 2003

10) Labad, J., Menchon, J.M., Alonso, P., et al.: Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety*, 25; 832-838, 2008

11) Leckman, J.F., Walker, D.E., Cohen, D.J.: Premonitory urges in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*, 150; 98-102, 1993

12) Leckman, J.F., Walker, D.E., Goodman, W.K., et al.: "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*, 151; 675-680, 1994

13) Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., et al.: Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 154; 911-917, 1997

14) March, J.S., Franklin, M.E., Leonard, H., et al.: Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 61; 344-347, 2007

15) Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F.: A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162; 228-238, 2005

16) Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatrano, S., et al.: The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*, 11; 495-504, 2006

17) Storch, E.A., Stigge-Kaufman, D., Marien, W. E., et al.: Obsessive-compulsive disorder in youth with and without a chronic tic disorder. *Depress Anxiety*, 25; 761-767, 2008

金生 由紀子*

発達障害

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号) ; 130—136 (2009)

I. はじめに

発達障害という用語はアメリカの法律上で1963年に初めて現れた(稲垣, 2008)。当初は精神遅滞とほぼ同義であったが, 法律上では1970年に精神遅滞, 脳性麻痺, てんかんおよびそれに準じて発達期に生じる神経学的障害と規定され, その後も何回かの法改正に伴って概念が拡大してきた。1975年には自閉症が含まれると明記されたが, 1978年以降は疾患名は特定されなくなっている。

一方, 日本では実際には発達障害の検討や治療・支援はされてきたのだが, 法律上で発達障害との用語が規定されたのは2005年4月1日に施行された発達障害者支援法が初めてである。同法における発達障害は, 「自閉症, アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害, 学習障害, 注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されており (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H16/H16HO167.html>), 上記のアメリカの法律における発達障害の概念よりも幅の狭いものである。

このように発達障害の概念や位置づけは日本でも海外でも過去50年間で大きく変動してきた。そこで, この間の発達障害関連の論文の数やテーマを調査して発達障害の臨床と研究の推移について国内外を比較しつつ記述する。そして, それらを踏まえて, 発達障害をどのように理解したら今後の治療・支援や研究に有用かについて検討を加えたい。

II. 方法

日本の論文については, ひとつには, 「児童青年精神医学とその近接領域」(以下, 学会誌と略す) で1960年度～2007年度発行の総説, 原著, 症例報告, 研究資料および総会特集の中で, 発達障害関連の題名の論文数の年次別推移を調べた。論文の題名に, 発達障害, 自閉症または自閉的, 精神遅滞または精神薄弱を含む場合に検討の対象とした。

もうひとつには, 医学中央雑誌で1982年～2007年の期間における発達障害関連の論文数の年次別推移を調べた。“発達障害”を検索語として, “ヒト”, “診断及び/または治療”, “会議録を除く”, “日本語”で絞り込みをした。同様に, “自閉症”, “精神遅滞”, “注意欠陥多動性障害(または多動症候群)(以下, ADHDと略す)”を検索語として検索を行った。

海外の論文については, PubMedで1960年～2007年の期間における発達障害関連の論文数の年次別推移を調べた。“developmental disorder”を検索語として, “human”, “English”, “Core clinical journals”で絞り込みをした。同様に, “autism”, “mental retardation”, “ADHD or hyperkinetic disorder”を検索語として検索を行った。

また, 論文に基づいて発達障害とその研究の実態に触れるために, 50年間の前半の期間の代表として1960年度～1984年度発行の学会誌で発達障害を題名に含む論文について可能な範囲で内容を検討した。一方, 最近の代表として, 上述のように“発達障害”を検索語として医学中央雑誌で検索された論文で2007年発行のものについて可能な範囲で内容を検討した。さらに,

*東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部
e-mail: kano-tky@umin.ac.jp

海外の状況との比較を目指して、上述のように“developmental disorder”を検索語としてPubMedで検索された論文で約25年前の1984年及び直近の2007年発行のものについて可能な範囲で内容を検討した。なお、2007年は論文数が多数のため、総説31編を主な対象として、精神科系雑誌に掲載された論文も合わせて検討した。

III. 結果

1. 日本における発達障害関連の論文数の推移

1960年度～1984年度発行の学会誌に掲載された論文で題名に発達障害を含むものが43編であった。同様に、自閉症または自閉的を題名に含む論文が211編、精神遅滞または精神薄弱を題名に含む論文が67編であった。発達障害と題する論文数は2004年以降に急増しており、4年間で23編と全体の53%であった。自閉症と題する論文数は1970年代前半、1980年代前半、1990年代後半にそれぞれピークを示す分布をしていた。精神遅滞と題する論文数は1960年代前半の5年間で39編と全体の58%を占め、以後は少数で推移していた(図1)。

医学中央雑誌で検索した1982年～2007年発行の論文をみると、発達障害をキーワードに含む論文が532編であり、同様にして自閉症に関する論文が713編、精神遅滞に関する論文が1119編、ADHDに関する論文が660編であった。発達障害に関する論文数は2000年以降に急増しており、8年間で482編であった。ADHDに関する論

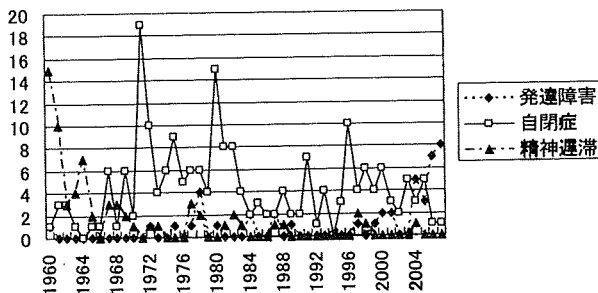


図1 「児童青年精神医学とその近接領域」に掲載された論文数の推移

注) 自閉症には自閉的も含み、精神遅滞には精神薄弱も含む。

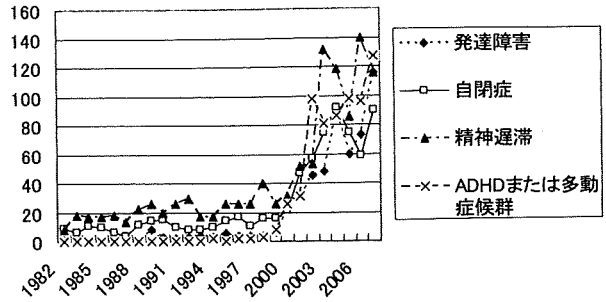


図2 医学中央雑誌で検索した論文数の推移

文数も全く同様であり、2000年以降で643編であった。自閉症に関する論文数は当初から年間10編前後のことが多かったが、2001年以降の増加が著しく、7年間で495編であった。精神遅滞に関する論文数は当初から年間20編前後のことが多かったが、2001年以降の増加が著しく、7年間で696編であった(図2)。

2. 海外における発達障害関連の論文数の推移

PubMedで検索した1960年～2007年発行の論文をみると、発達障害をキーワードに含む論文が2555編、同様にして自閉症に関する論文が884編、精神遅滞に関する論文が7123編、ADHDに関する論文が1443編であった。発達障害に関する論文数は1982年に年間50編を越え、2001年からは年間100編以上になっていた。自閉症に関する論文数は1968年から年間10編前後のことが多かったが、2001年に年間50編を越えた。精神遅滞に関する論文数は一貫して年間100編以上であるが、1960年代後半～1970年代前半は年間200編以上であった。ADHDに関する論文数は1971年から年間20編前後であったが、1996年以降は年間50編を越えている(図3)。

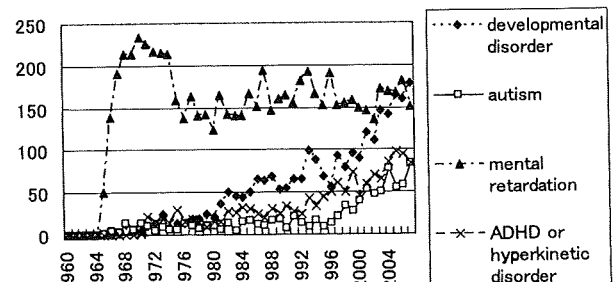


図3 PubMedで検索した論文数の推移

3. 日本及び海外における発達障害関連の論文の比較検討

1) 1960年度～1984年度発行の学会誌掲載論文
該当する論文は11編あり、その最初の論文は、精神年齢が5歳以下の小児を対象にして、指示に応じてものを叩くなどの5つの課題を施行し、その〈できかた〉から「原因の実験心理学の立場から発達過程的な探索をする」ものであった(村井ら, 1960)。

また、「重症発達障害児」3名を対象にして、「外界に対する情動的な関わりと感覚運動的な関わりという対極的な2つの基礎的系列を取り出し、さらにそれぞれの系において能動性と受動性という志向の質を区別」して療育を検討し、「能動性を培い発現させ自律化させる」状況の設定が必要と述べた論文があった(松山ら, 1975)。ここでの「重症発達障害児」はいずれも小頭症であり、2名は點頭てんかんを伴っていた。

発達障害幼児に対して、「人格発達をめざすという点で心理療法的なアプローチを基盤にしつつ、発達障害そのものを克服していくためのアプローチとして感覚—運動面の治療教育の重視、という両者のアプローチを統合した感覚—運動療法的心理療法という立場」から治療教育活動が発達評価でもあるように課題を整備して検討した論文もあった(宇佐川, 1978a, b)。ここで症例として例示されていたのは、ダウン症児であった。

このように発達障害とは、精神遅滞、自閉症を中心としつつ、主として知的な遅れを伴う場合を指していた。そのような理解が一般的であった折に、登校拒否を主訴として13歳で初診した知的に高い男児について多側面から緻密に検討したケースカンファレンスの詳細が紹介されているのは極めて興味深い(牧田ら, 1984)。厳密な診断分類のどこにあてはまるか多少の議論があるかもしれないが、例えば相手の肩書きによって態度を変えろという字義通りの理解に基づく行動をするなど最近ではアスペルガー症候群の行動特徴の例としてあげられるようなエピソード

がいくつも含まれている。しかし、この時点では、このケースを発達障害としてよいか重要な論点だったのである。

2) 1984年発行の海外論文

44編の論文の内容は多彩であり、染色体異常などの明確な生物学的基盤を有する場合の心身の発達の問題に関する症例報告もあれば、感情障害との関連で子どもの情動や社会性の発達の問題を検討した論文もあった。また、出産時に胎児低酸素症であった子どものフォローアップ調査から低酸素症が1時間以内であれば運動や認知の発達に障害を残さないとする論文もあった。

特に、医師の診療のあり方や研修について論じた論文が複数含まれていたのは印象的であった。非定型な発達の子どもの発見、評価、対応について小児科のレジデントに体系的に教育するカリキュラムを実施したことの有効性が示されていたり(Bennett et al., 1984)、発達障害を持つ小児を発見して家族を教育する上でプライマリケア医の果たす役割は大きく、そのトレーニングを充実させる必要性が示唆されていた(Fischler et al., 1984)。最近になり日本で整備を検討されていることが既に25年前に実施されつつあったのである。

3) 2007年発行の国内論文

行動上の問題や運動面の問題を中心とする論文もあったが、発達障害者支援法に名前が明記されている障害で知的な遅れがないまたは軽いものを対象とする論文が多数を占めていた。その中では「軽度発達障害」との用語を使用している論文も少なくなかった。

早期発見・早期介入を図っても、知的な遅れや運動発達の遅れがない場合には発見が遅れがちであるし、また家族が早期には受け入れにくいことも少なくない(金井ら, 2007)。乳幼児健診後の二次相談、早期診断、早期療育の流れを整備して早期支援と行動障害の予防を一貫して目指す地域での実践(土岐ら, 2007)など具体的な報告が散見された。

知的な遅れがあってもさまざまな学校不適応

を生じるのであるが、従来、発達障害は不登校の鑑別対象とされてきた。しかし、「軽度発達障害」が着目されるにつれて、不登校や学校不適応との関連で検討されることが増してきた。不登校を主訴とする外来受診者の約20%が発達障害と診断可能であると同時に、「軽度発達障害」の初診時主訴で不登校は15%であったとの報告もある(塩川, 2007)。発達障害の特性及び特異的に出現しやすい精神医学的合併症を踏まえた支援が学校適応を向上する上で有効であると同時に、医療と教育との連携を深めて厳密な医学的支援を待たずに早期に介入できるようにすることが大切との指摘もある(吉川, 2007)。

なお、「軽度発達障害」は2007年4月から全国で本格的に開始された特別支援教育で新たに取り組み対象とほぼ重なることもありしばしば使用されていたが、障害が軽度という誤解を生む、範囲が明確でないなどがあり、文部科学省も使用をしないこととした(http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/002.htm)。そして、特別支援教育の対象について発達障害者支援法の発達障害であると表明して、「以前から「LD, ADHD, 高機能自閉症等」と表現していた障害の範囲と比較すると、高機能のみならず自閉症全般を含むなどより広いものとなるが、高機能以外の自閉症者については、以前から、また今後とも特別支援教育の対象であることに変化はない」と述べた。

4) 2007年発行の海外論文

論文の内容は日本と比べて多彩であったが、自閉症スペクトラム障害, ADHD, ディスレキシア, 発達性協調運動障害という日本で発達障害の中核とされる疾患に関するものが多数あった。複数の論文が早期介入の重要性を強調しており、自閉症スペクトラム障害は稀な疾患ではないのでプライマリケアの小児科医も体系的な評価と地域資源の活用を習得する必要があるとの提言もあった(Johnson et al., 2007)。自閉症スペクトラム障害については、100名以上の幼児の精密な前方視的研究から14カ月で診断される群と24カ月で診断される群では発達の経

過が異なると示唆する論文もあった(Landa et al., 2007)。

前方視的研究としては長期間にわたるコホート調査に基づく論文も複数あった。その中には、行為障害を発症年代によって分類すると、小児期発症でも軽快する場合があります成人後の健康問題は地域の標準と異ならない一方で、小児期発症で持続する場合には青年期発症と比べても成人後の健康問題が大きいとの報告も含まれた(Odgers et al., 2007)。後方視的であっても発達早期の問題がその後の精神疾患などに関連するかを多数例で検討した論文もあり、低出生体重の女児では児童思春期にうつを発症する頻度が高いとの報告もあった(Costello et al., 2007)。

環境要因と関連する論文も複数あり、環境毒素と発達障害との関連を検討する必要があると指摘するものもあれば、胎児性アルコール症についてアルコール代謝酵素遺伝子を検討して遺伝的要因との相互作用に言及する論文もあった(Green et al., 2007)。

さらに、トラウマについて児童期から思春期まで1000名以上を対象に縦断的に調査したところ、トラウマ体験はしばしばあるが外傷後ストレス症状をきたすことは少なく、症状の出現には複数のトラウマの曝露、不安障害がかかわると指摘する論文もあった(Copeland et al., 2007)。

IV. 考察

50年間の発達障害に関する論文数の推移をみると、学術誌の発行部数や掲載論文数の全体的な増加を考慮しても、国内外共に2000年代に入ってから増加は明確であった。しかし、論文数の推移が日本と海外では若干異なっており、日本では発達障害者支援法をめぐる議論の進展に対応した増加の側面が強かった。日本では2000年代には自閉症に関する論文数も増加していたが、それ以上にADHDに関する論文数の増加が著しかった。海外ではADHDに関する論文数が1970年代から一定の水準を保っていた

こととの相違は大きく、日本では2000年前後に ADHD がマスメディアに広く取り上げられるようになるまでは受診数も少なかった臨床上の経験に合致する結果であった。それ以上に国内外での差が大きかったのは、精神遅滞に関する論文数であった。日本で精神遅滞が発達障害の中心としてとらえられていた時期であっても、論文数は決して多くはなかった。1984年および2007年の論文の内容から海外での精神遅滞に関する研究には遺伝子解析も含めた生物学的研究が多く含まれて論文化されやすかったのかもしれない。たとえそうであったとしても、生物学的な研究も含めた精神遅滞に関する研究の蓄積が、海外の幅広い発達障害の研究の基盤にあると推察された。

発達障害に関する論文の内容をみると、発達障害として検討される範囲が、国内外でまた時期によって異なることが改めて確認された。50年間の前半25年間は日本での発達障害は主として精神遅滞であり、知的な遅れを伴う自閉症がそれに加わってきたと思われる。海外でも中核となる疾患は同様であったが、発達障害をキーワードとしてより多様な精神機能の発達の問題やその生物学的基盤についての検討が定着していたと思われる。

日本ではその後に発達障害者支援法の施行という制度上の大きな変化があったが、2007年の論文では国内外共に同法に名前が明記されている障害がかなりの部分を占めていた。典型的な自閉症よりもかなり幅広い自閉症スペクトラム障害の概念が受け入れられるなどの変化が国際的に起こってきたことの表れであろう。同時に、海外では発達の観点からより幅広い対象への検討が行われていることが改めて示された。

発達障害者支援法で発達障害は「脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」との記述があり、これには精神遅滞も脳性麻痺も該当する。しかし、それらが知的障害者福祉法、身体障害者福祉法の対象としてこれまで支援を受けてきたのに対して、知的な遅れがない自閉症、学習障害、ADHDなどは長

らく福祉的支援を受けられずにいた。また、知的な遅れを伴う自閉症についても自閉症の特性に焦点を当てた支援が得られにくかった。そこで、自閉症、学習障害、ADHDなどを発達障害であると強調して支援を目指す法律が制定されたのである。同法では、「脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」に加えて、「ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)における「心理的発達の障害(F80—F89)」及び「小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90—F98)」に含まれる障害」であることを発達障害の条件にしている(<http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1e.html>)。これによると、慢性の重症なチック障害であるトゥレット症候群も発達障害としての支援の対象になるとと思われる(桑原ら, 2006)。同法に関連して、「学術的な発達障害と行政政策上の発達障害とは一致しない」(http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/002.htm)と明言されているが、日本では、治療・支援やその研究でも、知的に遅れない自閉症スペクトラム障害または広汎性発達障害、学習障害、ADHDに重点が置かれがちと思われる。海外のように精神遅滞や多様な精神機能の発達の問題も総合して発達の観点から検討することによってより豊かな成果が得られるのではと思われる。また、臨床実践で問題となる事例では軽度精神遅滞または境界知能でしかも複数の精神医学的問題を併せ持つことがしばしばあり、知的な遅れがあっても十分な検討が大切と思われる。

最近の日本では発達障害が上述のように知的に遅れない場合に限定されがちであると同時に、成人の精神疾患の基盤にそれらが存在するのではないかとの関心が高まっている。しかし、発達の経過と現在の状態をつなげて統合的な理解を目指すということよりも、発達歴及び現在症から、知的に遅れない自閉症スペクトラム障害、学習障害、ADHDの特徴と合致するエピソードや検査所見を抜き出して診断を当てはめることに重点が置かれがちな印象がある。

以上のように発達障害の範囲は必ずしも一定しないが、発達期に機能の障害が始まって長期的な治療・支援を必要とする場合をまとめる意義は大きい。その有用性を高めるためには、医療のみならず、心理、教育、福祉、労働、司法などのさまざまな関係者の連携が重要なはいうまでもない。児童青年精神医療のかかわれる部分は必ずしも大きくないからこそ、どこまでを分担してどのように連携していくのかをさらに検討していく必要がある。医師に限っても、児童精神科医の絶対数が不足していることもあり、一般小児科医や一般精神科医などのいっそうの関与が求められる。それらの医師の研修に関する検討が最近行われているが、さらなる充実が望まれる。一般精神科医にとって発達障害を意識することは、発達の観点に立って精神病理を検討しなおす機会になると思われるが、小児や知的な遅れがある場合の経験が乏しいと、従来の知見を表層的にしか理解できない恐れがあり、この面でも児童精神科医の関与が必要であろう。

発達障害という包括的な概念は、厳密に対象を診断分類して行う本態解明の研究には不向きだろう。しかし、発達の観点の定着を促すことになり、新たな軸からの検討が深まることは研究の進展にも有意義だろう。そのひとつに、長期にわたる前方視的研究の重要性が認識されることがあげられよう。

V. おわりに

自閉症やADHDなど個別の疾患については他の章で詳しく述べられているので、ここでは、発達障害という包括的な概念の50年間の推移について国内外の学術論文の概略に基づいて検討した。発達障害は治療・支援の必要性を示す概念であり、その範囲は社会の状況によって異なると同時に、精神機能の発達に関する研究に影響される面もあるだろう。いずれにしても、発達障害を幅広くとらえると同時に、発達の観点からの検討を進めることは、治療・支援の充実のためにも研究の進展のためにも重要であ

る。

文 献

- Bennett, F. C., Guralnick, M. J., Richardson, H. B. et al. (1984): Teaching developmental pediatrics to pediatric residents: Effectiveness of a structured curriculum. *Pediatrics*, **74**, 514-522.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. et al. (2007): Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 577-584.
- Costello, E. J., Worthman, C., Erkanli, A. et al. (2007): Prediction from low birth weight to female adolescent depression: A test of competing hypotheses. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 338-344.
- Fischler, R. S. & Tancer, M. (1984): The primary physician's role in care for developmentally handicapped children. *Journal of Family Practice*, **18**, 85-88.
- Green, R. F. & Stoler, J. M. (2007): Alcohol dehydrogenase 1B genotype and fetal alcohol syndrome: A HuGE minireview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **197**, 12-25.
- 稲垣真澄(2008)：発達障害の最近の考え方と課題. 小児科臨床, **61**, 3-7.
- Johnson, C. P., Myers, S. M.; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities (2007): Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, **120**, 1183-1215.
- 金井優実子, 田中康雄, 室橋春光(2007)：軽度発達障害の疑われる子どもの養育者がもつ困難の特徴と支援のあり方についての検討. 小児の精神と神経, **47**, 101-107.
- 桑原斉, 金生由紀子(2006)：発達障害としてのチック障害. 発達障害医学の進歩, **18**, 19-28.
- Landa, R. J., Holman, K. C. & Garrett-Mayer, E. (2007): Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 853-864.
- 牧田清志, 山崎晃資, 猪股丈二他(1984)：思春期に初

- 診した発達障害児の一例. 児童青年精神医学とその近接領域, 25, 182-204.
- 松山國裕, 谷村覚, 柴田長生他(1975): 重症発達障害児の発達と療育課題. 児童精神医学とその近接領域, 16, 282-295.
- 村井潤一, 田中昌人(1960): 発達障害における極性化過程の研究(1) 精神薄弱児研究を通じての問題提起. 児童精神医学とその近接領域, 1, 135-149.
- Odgers, C. L., Caspi, A., Broadbent, J. M. et al. (2007): Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 476-484.
- 塩川宏郷(2007): 不登校と軽度発達障害. 子どもの心とからだ, 16, 11-14.
- 土岐淑子, 諸岡美知子(2007): 早期診断・療育モデル 1 地域中核都市での展開. 発達障害研究, 29, 71-73.
- 宇佐川浩(1978a): 発達障害幼児の治療教育における方法論と診断論の検討 I—臨床方法論を中心として—. 児童精神医学とその近接領域, 19, 125-136.
- 宇佐川浩(1978b): 発達障害幼児の治療教育における方法論と診断論の検討 II—診断・評価を中心として—. 児童精神医学とその近接領域, 19, 201-214.
- 吉川徹(2007): 軽度発達障害と学校適応. 児童青年精神医学とその近接領域, 48, 111-117.

チック障害

金生由紀子

Tic disorders

Yukiko Kano

Department of Child Psychiatry, The University of Tokyo Hospital

Abstract

Chronic tic disorders including Tourette syndrome are defined as disorders with tics continuing for over a year. Although a substantial portion of patients with chronic tic disorders have improvement or remission of their tics until adulthood, some of them still have necessity to receive treatment for tic disorders in adulthood. Regardless of age and severity of tics, basic treatment for tic disorders consists of psycho-education and family guidance which encourage patients and people around them to understand, accept and cope with tics appropriately. In most of the adult cases with tic disorders who require aggressive treatment, tics and/or comorbidities including obsessive-compulsive symptoms are so severe that they usually have medication including antipsychotics.

Key words: tic disorders, Tourette's disorder, obsessive-compulsive disorder, comorbidity, adult

はじめに

チックは幼児期の後半から児童期に生じやすく子どもの10-20%が経験するというが、多くの場合で持続期間が1年未満である。持続期間が1年以上の慢性チック障害であっても、成人までにはチックが軽快・消失していることが多い。それにもかかわらず成人期にも引き続いてチック障害の治療を要する場合が一定数存在することも事実である。チックの基本的な特徴を踏まえたうえで、成人期への移行について検討したい。

1. チックの定義と特徴

チックは、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と定義されている。一般的に抵抗できないものと感じられるが、ある程度の時間であれば制御でき、その時間は様々である。不随意運動とされてきたが、このように部分的でも随意的抑制が可能であることから、'半随意'と考えられるようになって¹⁾。

運動チックと音声チックは、それぞれが素早い典型的な単純チックとややゆっくりで目的性があるようにみえる複雑チックに分けられる。単純運動チックは最もよく認められ、そのなか

東京大学医学部附属病院「こころの発達」診療部

でも瞬きなどの目のチックが最も多い。複雑運動チックは体のいろいろな部分が一緒に動くチックである。単純音声チックでは、咳払いが最も多い。複雑音声チックでは、状況に合わない単語や句の繰り返しが一般的である。

チックにはやらずにはいられないという抵抗しがたい感覚を伴い、チックをするとすっきりしたりほっとしたりして、この感覚が軽快・消失することが少なくない。この感覚は、前駆衝動(premonitory urges)または感覚チック(sensory tics)と呼ばれる²⁾。

チックは心理的な影響で変動することが多い。不安や緊張が増大していくとき、強い緊張が解けたとき、楽しくて興奮したときなどに増加しやすい。一方、一定の緊張度で安定しているとき、集中して作業をしているときなどに減少する傾向がある。心理的な理由だけでなく、疲労で増加したり発熱で減少することがある。更に、自然に変動することもしばしばある。

2. チック障害の分類

チックを主症状とする症候群がチック障害である。18歳以下で発症して4週間以上持続するチック障害は、チックの特徴と持続期間から、一過性チック障害、慢性運動性あるいは音声チック障害、Tourette症候群(Tourette syndrome: TS)の3つに分けられる。持続期間が1年以上の場合が慢性とされる。なお、TSについては、Gilles de la Touretteの報告でエコラリア(echolalia, 反響言語:ほかの人の言った言葉などの繰り返し)およびコプロラリア(coprolalia, 汚言症:社会に受け入れられない、しばしば卑猥な単語を言うこと)という複雑音声チックが重要な特徴とされたが、それらは現在では診断に必須ではない。

3. チック障害の併発症

チック障害、とりわけTSには様々な精神神経障害を併発する。以下ではTSを中心に述べるが、慢性チック障害にほぼ共通すると思われる。

a. 強迫性障害(obsessive-compulsive disorder: OCD)および強迫症状

チック障害とOCDや強迫症状とは密接な関連がある。特にTSでは約30%がOCDを併発する。

OCDや強迫症状を伴うTSでは、TS単独と比べて、チックの発症時から複雑運動チックを認める率が高く、チックの発症年齢がやや高く、チックがより重症であるとされる。自傷行為がより高率になるともいう。OCD以外の精神科的併発症の数が多くなるともいう。

また、典型的なOCDでは強迫観念が起こって不安になるのでそれを打ち消そうと強迫行為を行うのに対して、TSとOCDの併発ではこのような不安はあまりなく、強迫行為は自動的に起こる傾向があるとされる。TSにおける強迫症状は、‘まさにぴったり(just right)’にせずにはいられないという知覚に伴って起こるチック様強迫症状であり³⁾、衝動性の統制の悪さで特徴づけられていると思われる。

b. 注意欠陥/多動性障害(attention-deficit/hyperactivity disorder: AD/HD)

AD/HDはOCDと並んでTSに併発する頻度が高く、50%以上に及ぶとの報告すらある。一方、AD/HDにはチックを伴いやすい傾向もあり、チックの頻度はAD/HDの成人(12%)で一般の成人(4%)よりも高いとの報告がある⁴⁾。ただし、TSとAD/HDとの併発例と思われる一部にはチックのためにAD/HD症状を呈している者がいるのではとの指摘もある⁵⁾。TSにAD/HDを伴うと、チックそのものが重症になるとはいえないが、衝動性や攻撃性がかなり増加し、社会適応も障害される⁶⁾。

c. その他

生活に支障をきたす併発症状としては、‘怒り発作(rage attack)’もある。‘怒り発作’とは、状況に比べ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ることである。元来の性格には似つかわしくない行動であり、まさに‘きれる’という表現がぴったりである。‘怒り発作’と不安やうつとの関連が示唆されており、治療上は自己評価の低下に配慮が要るだ

ろう⁷⁾。

不安やうつ傾向は TS で健常対照よりも高いとの報告もある⁸⁾。精神科を受診する TS では不登校を呈することもしばしばある。

また、TS に広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders: PDD) を併発することもあり、その頻度は 1-9% と報告されている。一方、PDD に TS を伴う頻度は 2.6-50% とされており、調査方法によってかなりの幅があるが、少なくとも一般人口よりは高頻度といえよう⁹⁾。TS と PDD との併発は発達水準にかかわらず起こる。

4. チック障害および併発症の経過

a. チックの経過

チックは 4-11 歳頃に発症することが多く、6-7 歳頃に最もよく認められる。通常は単純運動チックで発症する。複雑運動チックや単純音声チックが出現する場合には、これに次いで平均 9-10 歳頃であることが多い。更に、コプロラリアなどの複雑音声チックの出現年齢については、平均 11-13 歳頃となる。前駆衝動は 10 歳頃から報告されるようになり、14 歳以上で頻度が大きく増加する。

TS が運動チックで発症する場合には上記のとおりであることが多いが、音声チックで発症する場合には運動チックや複雑音声チックへの進展が速かったとの報告もある¹⁰⁾。

TS でも、10 歳から 10 歳代半ば過ぎくらいを極期としてそれ以降はチックが軽快の方向に向かうことが多い。90% が成人期の始まりまでに軽快・消失の方向に転じているとされている。ただし、少数では成人まで重症なチックが続いたり、成人後に再発したりすることがある。そのような場合には、人生のうちで最も激しい症状を成人後に体験することがある¹¹⁾。

b. 併発症の経過

TS に強迫症状を伴う場合は、10-20 歳の間に出現することが多いとされる。TS の追跡研究から、チックが最も重症な年齢の約 2 年後に強迫症状が最も重症となったとの報告もある¹²⁾。チック障害では思春期頃に OCD や強迫症状が発症しやすいと思われる。

一方、AD/HD はチックに先立って発症していることが多いだろう。AD/HD を伴うと、より早く受診してチック障害と AD/HD の併発と診断されやすいかもしれない。

5. 成人期のチック障害の特徴

先述したように慢性チック障害でも成人までにはチックが軽快していることが多いが、一部には成人期も治療を要する場合がある。チック自体の特徴はそれまでと変わらないが、長期の経過に伴って、本人のチック障害に対する構えの変化、筋力の増強、社会の受け入れの問題などのために異なった様相を呈することになる。

自験例では成人チック患者は治療の主な標的に基づいてチックのみ群、チックと併発症群、併発症のみ群の 3 群に分けることができた¹³⁾。チックと併発症群ではチックの最悪時に 3 群中で最もチックが重症で社会適応も最も不良であった。また、経過中の OCD と自傷行為が最も多かった。併発症のみ群は評価時にチックが最も軽症になっているにもかかわらず就労している割合が最低であり、社会適応上の困難を有していた。

音声チックの方が運動チックよりも社会的機能への影響が大きい¹³⁾のは想像するに難くない。同時に、動きが激しくかつ頻回であったり全身に及んだりする運動チックは痛みや疲労を引き起こす可能性がある。チックと強迫行為の境界にあるような症状として、壊したくないと思うと余計にものを叩いたり投げつけたりしてしまうとか、傷つけてはいけないと思うと余計に自分の顔面や体を叩いたり壁にぶつかったりしてしまうことが時にあり、大きな苦痛をもたらす。また、チックがかなり軽快しているように見えても、前駆衝動によって落ち着けないことが問題になることもある。

6. 成人期を含めたチック障害の治療

a. チック障害の治療の基本

治療にあたっては、①チック自体の重症度(チックが直接的に生活に支障をきたす度合い)、②チックによる悪影響の重症度(自己評価や社会適応に対するチックの悪影響の度合い)、③

併発症状の重症度(チックと密接に関連して伴いやすい併発症が生活に支障をきたす度合い)の軸から重症度を総合的に評価して、優先順位をつける¹⁴⁾。また、本人および家族をはじめとする周囲の人々がチックをどのように認識しているのかも把握しておく。

重症度にかかわらず家族ガイダンスや心理教育および環境調整を行う。チックや併発症状があっても本人が発達し適応していくことができるように、本人および家族や教師などの周囲の人々の理解と受容を促して適切な対応のための情報を提供する。この枠組みの中でチックや併発症状が重症であれば薬物療法が検討されるが、最近ではその比重がやや軽くなっているようである。

家族ガイダンスや心理教育では、チックは親の育て方や本人の性格に問題があるために起こるのではないと確認したうえで、チックの変動性や経過の特徴について伝えて、些細な変化で一喜一憂せず前向きに生活することを勧める。慢性チック障害であっても変動を繰り返しながら極期を経て軽快に転ずることが多く、チックと上手に付き合っただけで思春期を乗り越えることが大切と話す。治療法としては、限界と副作用はあるものの有効な薬物療法が複数あり、症状を軽減できる可能性があることを必ず伝えておく。

薬物療法は主な標的症状がチックか併発症かで大別される¹⁴⁾。チックに対する薬物の中心は抗精神病薬であり、チックおよびAD/HD症状などの併発症状に対する薬物としてはclonidineがある。併発症状に対する薬物としては抗うつ薬などがある。

アメリカトウレット協会医療アドバイスコミッテがエビデンスの程度を加味してまとめた薬物療法のガイドラインによると、我が国で使用できる薬物のなかで、チックに対して十分にエビデンスのある抗精神病薬は、haloperidol, pimozide, risperidoneであり、チックに対して幾らかのエビデンスがある抗精神病薬は、fluphenazine, tiaprideであるとされた。最近では、ドパミン以外の神経伝達物質に作用する非定型抗精神病薬が試みられることが増えており、

特に、ドパミン系とセロトニン系に作用してしかもドパミン系についてはその活動性の水準に合わせて安定化を図るという aripiprazole が注目されている。非抗精神病薬の中で幾らかエビデンスがあるとされた clonidone は α_2 ノルアドレナリン受容体作動性薬の降圧薬である。抗精神病薬よりも有効性が低く、効果の出現まで数週間かかることがあるとされるが、抗精神病薬よりも副作用が軽度であること、AD/HD 症状に有効であることから使用される。

併発症状の中で薬物の標的となり得るものには、強迫症状、AD/HD 症状、情動不安定、‘怒り発作’を含めた攻撃性などがある。強迫症状や OCD に対しては、セロトニン再取り込み阻害薬(SRI)が使用されることがある。選択的SRI(SSRI)単独よりも少量の抗精神病薬を追加して強迫症状が改善することがある。AD/HD 症状に対しては、中枢刺激薬が有効でしかもチックに必ずしも悪影響を及ぼさないとの海外の報告があるが、我が国では禁忌である。我が国でも小児のAD/HD治療に使用可能となった選択的なノルアドレナリン再取り込み阻害薬 atomoxetine は、チックを増悪させずむしろ幾らか改善させる可能性が示唆されている¹⁵⁾。

最近、薬物療法の限界と副作用がより意識され、前駆衝動とその基盤にある脳機能への関心が高まるにつれて、チックの随意的抑制を目指した認知行動療法的アプローチが改めて注目されている。そのなかでも、チックをしたくなったときに拮抗する運動を行ってチックを軽減させようとするハビットリバーサル(habit reversal)という方法の報告が蓄積されつつある。

慢性のチック障害をもつ本人や家族が孤立感をもたずに前向きに生活するうえで、患者・家族グループの果たす役割も大きい。

b. 成人期の治療へ

成人期の治療への移行の前提として、それまでに本人や周囲の人々がチック障害について適切に理解して受け入れるようにすることが重要である。小児期に受けた説明から成人までにはチックが必ず消失すると思込んでしまい、成人後もチックが持続することに怒りや失望など