

コラム

強迫性障害

チック症をともなう強迫性障害では、典型的な強迫性障害と比べて、やつてはいけないと思えば思うほど本当にやつてしまつという衝動のコントロールの悪い強迫症状が特徴的です。典型的な強迫性障害では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）という抗うつ薬が有効ですが、チック症をともなう強迫性障害では、チックに有効な抗精神病薬（商品名：セレネース、オーラップ、リスバダールなどがあります）に切り替えるか、併用するほうがよいことがしばしばです。

原因

単語や句の繰り返しが一般的です。特異的な複雑音声チックとしては、コプロラリア（汚言・社会に受け入れられない、しばしば卑猥な単語を言つてしまふ）があり、トウレット症候群で認められます。チックは不安・緊張・興奮・疲労でしばしば増加します。学校から帰宅するなど緊張がほぐれた時にかえつて増えることもあります。心理的な影響のほかに、自然の経過として変動することもあります。また、睡眠中にはほとんど消失します。

チック症では強迫性障害（OCD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）を随伴することがあります。強迫性障害は、自分ではやりたくないし、ばかりしいと思っているのにもかかわらず、やらずにはいられないという強迫症状で特徴づけられます。ADHDは、7歳以下で発症して、不注意、多動性、衝動性という3つの行動症状を示す症候群です。

あります。強迫性障害は、自分ではやりたくないし、ばかりしいと思っているのにもかかわらず、やらずにはいられないという強迫症状で特徴づけられます。ADHDは、7歳以下で発症して、不注意、多動性、衝動性という3つの行動症状を示す症候群です。

うな環境調整も行います。

- (1)チック自体、(2)チックによる悪影響、(3)併発症状の軸でみて重症な場合には薬物療法などにより積極的な治療を行います。チックが強い場合には、抗ドバミン作用の強い抗精神病薬を中心とする薬物の使用を考えます。併発する障害や症状が強い場合にはそれに対する薬物を組み合わせることもあります。

チック症は生物学的な基礎のある疾患と考えられるようになっています。チックになりやすい素因が関与することが強く示唆されています。また、ドバミンを中心とする神経伝達物質のアンバランスの関与が指摘されています。運動の調節に深く関わる大脳基底核を含んだ脳内回路上の異常が想定されています。家庭や学校などにおけるストレスはチックの誘因として作用することがあります。

家族や周囲の人の対処法

多くのチック症は一過性で1年内に治ります。慢性チック症でも、10歳代前半くらいが最も重症で、それ以降は軽くなる場合が多いとされています。

治療の基本は、支持的な雰囲気の中で行われる心理教育や家族ガイダンスおよび環境調整です。育て方が悪かったのではなくなどの家族の思いを受け止めつつ、チック症の原因、経過および対応について説明して、不安の解消を図ります。本人に対しても「心配ないよ」と保証し、暗示をかけるのも有効です。緊張や不安が改善するよ

うな環境調整も行います。

- (1)チック自体、(2)チックによる悪影響、(3)併発症状の軸でみて重症な場合には薬物療法などにより積極的な治療を行います。チックが強い場合には、抗ドバミン作用の強い抗精神病薬を中心とする薬物の使用を考えます。併発する障害や症状が強い場合にはそれに対する薬物を組み合わせることもあります。

多くのチック症は一過性で1年内に治ります。慢性チック症でも、10歳代前半くらいが最も重症で、それ以降は軽くなる場合が多いとされています。

治療の基本は、支持的な雰囲気の中で行われる心理教育や家族ガイダンスおよび環境調整です。育て方が悪かったのではなくなどの家族の思いを受け止めつつ、チック症の原因、経過および対応について説明して、不安の解消を図ります。本人に対しても「心配ないよ」と保証し、暗示をかけるのも有効です。緊張や不安が改善するよ

予後と生活のアドバイス

慢性チック症でも、成人までに軽くなる傾向を示す人が8～9割といわれています。

チックをすべてなくそこだわらずに、う

まくつきあつていくという考え方も大切です。

間違いやすい病気

運動症状（舞踏様運動、アテトーゼ、ミオクロ

拔毛症

病気の特徴

毛髪を抜くことを繰り返してしまったという病気です。正確な頻度はわかりませんが、意外と多いようです。成人では女性に多いとされます。子どもでは性差はないようです。以前には心理的な葛藤によると考えられていましたが、子どもでは「くせ」的なことが多く、また、強迫的な色彩の強いこともあります。周囲が抜毛だけにこだわらずに対応することが大切です。

病気の定義

毛髪を抜くことを繰り返してしまい、目立つほど毛髪が失われるものです。毛髪を抜く前に緊張感の高まりがあり、抜いている時には快感や解放感があるとされています。このように毛髪を抜きたいとの衝動が必須とされていますが、子どもも、とりわけ発症したばかりの頃には、衝動を意識せずに、「くせ」として行っているこ

ースなど）を示す種々の神経障害との区別が必要なことがあります。実際には、運動の特徴から区別が可能です。

とがしばしばです。

よく発症する年代

幼児から成人までおこりますが、学童期、思春期に多いとされています。

症状

拔毛の対象は頭髪や眉毛が多いのですが、睫毛、脇毛、恥毛などを抜くことがあります。抜いた毛を食べてしまう行為（食毛）がまれに認められます。

拔毛はたいてい一人でいる時に行われます。

拔毛を隠そうとしたり、拔毛していることを認めようとしないこともあります。

原因

子どもの拔毛症では、ほとんど無意識に行っている「くせ」的なことも多く、その場合には、「くせ」のおこりやすい発達段階や素因、かま

つてもうれず手持ち無沙汰であつたり寂しかつたりするなど「くせ」を助長する環境要因が関係していると思われます。抜くことを意識するとよけいに抜いてしまう場合には、チック症にともなう強迫行為に類似した衝動のコントロールの悪さがあり、同じようなメカニズムの関係が想定されます。行動のコントロールに関する脳内回路上の不具合が基盤になり、不安・緊張が高まるような環境要因が加わって生じていると思われます。

治療と経過

拔毛のおこりやすい状況、拔毛に対する子どもの気持ち、拔毛が始まつた経緯などを聞いて、治療の重点を検討することから始めます。子どもの不安や不満が「くせ」として定着している側面が強ければ、その気持ちを受け止めるようになんかに働きかけます。軽症であればそれだけで軽快することもあります。

重症な場合にはいろいろな治療法を組み合わせることもあります。拔毛をしそうになつたら別の動作をするように練習することなどの認知行動療法が行われることがあります。遊戯療法を含めて子どもが自分を表現できるようにするという精神療法もあります。薬物療法が行われることがあり、チック症にともなう強迫症状と

コラム

発達障害

脳機能の障害であつてその症状が通常低年齢において発現するものと定義されますが、その範囲は必ずしも一定ではありません。精神遅滞、自閉症、学習障害、注意欠如・多動性障害（ADHD）などが一般的です。発達性協調運動障害（著しい不器用）やトウレット症候群（重症なチック症）も含むと考えられます。ただし、発達障害者支援法はこれまで特別な支援を受けてこなかつた障害を対象とするので、精神遅滞だけでは同法による発達障害には該当しません。

低年齢で「くせ」的であつたり、きつかけが高い場合には予後はほぼ良好です。年齢が高い場合や、気分障害などの他の精神障害、自閉症などの発達障害、あるいはパーソナリティ障害をともなう場合には、長期化することがあります。

本人も家族も抜毛だけに关心を向けすぎずに

習癖異常（狭義）

同様な薬物が考えられます。

家族や周囲の人の対処法

抜毛をやめさせることを第一とせずに、そのまましまう子どもの気持ちを受け止めることが大切です。自分を適切に表現することを促したり、「よくやれているね」と認めたりするのもよいでしょう。家庭や学校で子どもの緊張を著しく高めていることがあれば改善を図りましょう。

予後と生活のアドバイス

生活全体がより安心・安定できるように心がける」とが大切です。

間違いややすい病気

脱毛症や頭部白斑とは皮膚や毛髪の状態から区別が可能です。統合失調症で「毛を抜け」などの幻聴で抜毛している場合は抜毛症とはしません。

発達障害に対する働きかけをつづけることが大切です。

病気の特徴

習慣的に身体をいじるという「くせ」が持続しているものです。子どもの不安・不満が軽くなることがしばしばです。

症状

す。爪かみは3歳過ぎに始まり、10歳頃が最も多いとされます。性器いじりは、乳児期から学童期によくみられます。

抜毛をやめさせることを第一とせずに、そのまましまう子どもの気持ちを受け止めることが大切です。自分を適切に表現することを促したり、「よくやれているね」と認めたりするのもよいでしょう。家庭や学校で子どもの緊張を著しく高めていることがあれば改善を図りましょう。

病気の定義

習慣的に身体をいじる行為であり、それが目立つ場合に問題とされます。ここでは、指しゃぶり、爪かみ、性器いじりについて述べます。

原因

指しゃぶりは、乳児期から6歳頃にみられま

して「くせ」となったと考えられます。緊張し

よく発症する年代

197

やすいなどの性格特徴、言葉が遲めだつたり不器用だつたりという発達の不均衡などがあると、「くせ」が長引きやすいことがあるようです。周囲の対応によつて「くせ」が定着しやすくなることもあると思われます。

治療と経過

「くせ」そのものをやめさせようとするのではなくて、それによつて時間をつぶしたり不安・緊張をまぎらわせたりしなくともよいような周囲の対応を促すことが治療の中心です。

家族や周囲の人の対処法

「くせ」について心配しきりず、子どもにおおらかに接するようになるとが基本です。「くせ」にふけりがちな子どもの気持ちをわかつてあげて、手持ち無沙汰になつたり、ぴりぴりしだりしないでよしように配慮しましょ。子どもに不安や不満があるというサインかもしれないと前向きに考えて対応しましょ。

指しやぶりがつづく場合には、衛生上好ましくない面があることをわかりやすく話したり、「大きくなつたからやめられるよね」と励ましたりして、本人の自覚を促すとよいこともあります。

性器いじりが、湿疹やおむつかぶれによる痒

みをきつかけにしていることがあるので、清潔に心がけましょ。低年齢では性的な意味はまだないので、妙に心配したり騒ぎ立てたりせずにはりげなく他の活動に目を向けさせるようにしましょ。

予後と生活のアドバイス

指しやぶりはたいてい就学までに消失します。爪かみは10歳頃をピークにして減少しますが、

遺尿症(夜尿症、昼間遺尿症)

病気の特徴

遺尿症の中で夜間の排尿(いわゆるおねしょ)が問題になる場合が夜尿症です。遺尿症の8割以上が夜尿症のみであり、残りのほとんどが夜尿症と昼間遺尿症の合併ですので、ここでは夜尿症を中心述べます。夜尿症は5歳の子どもでは10%くらいに認められるとされ、決してめずらしくはありません。男子で女子よりも多く認められます。かつては、心理的要因が大きいたとされていましたが、生物学的要因のほうが多いとされています。かつては、生物学者のほうがあきくそれにストレスなども複合していると考えられるようになっています。

病気の定義

遺尿症とは、衣類や寝具の中に反復して排尿することで定義されます。暦年齢または発達水準が5歳以上であることが前提です。排尿の頻度は診断基準によつてやや異なりますが、少なくとも7歳未満では月に2回以上、7歳以上에서도月に1回以上とされています。

よく発症する年代

年齢が低ければ遺尿をするのは生理的なことですから、5歳で診断されるようになり、年齢が上がるにつれて頻度が減少していくます。

成人でも認められる場合があります。

発達の不均衡、さらには発達障害が基盤にあつて「くせ」が長引いている場合には、それ自身への対応が必要となります。

間違いややすい病気

性器いじりで、うつ伏せになつて息を弾ませて興奮しているとてんかん発作と間違えられる可能性があります。

症状

夜尿の全体の量、回数、濃さなどは個々の場合で異なります。それらを参考にタイプ分けをして治療の方針を出します。

原因

夜尿症は、尿を濃縮するホルモン（抗利尿ホルモン）の分泌に関連する神経・内分泌系の発達の問題、膀胱に尿を溜められる量が少ないという膀胱の機能の発達の問題を中心として、冷え症状などの自律神経系の問題、夜中に尿意を感じて目覚めないという睡眠の問題、ストレスなどが複合しておこると考えられています。また、素因の関与も大きいと考えられています。一度排尿が自立してから昼間遺尿が出現した場合には、ストレスの要因が大きいことがあります。

治療と経過

治療法としては、生活指導、行動療法、薬物療法があります。排尿記録をつけてもらい、診断のみならず治療の参考にもします。

生活指導によって、焦らず取り組みづけられるようになって、家族の理解を求めるとともに、本人の自覚も促します。

行動療法として有効性が明らかものは夜尿アラームです。夜尿直後にアラーム音で目覚めるので夜中に尿意を感じて目覚めるようになると考えがちですが、実際には睡眠中に尿を溜めつけられるようになつて夜中に目覚めずに朝までもつようになるとされています。

昼間遺尿症には、排尿の途中でいったん中断してその後再び排尿させるという訓練もあります。

薬物療法としては、夜尿全体の量が多くて特に尿浸透圧が低い（尿の薄い）タイプには、抗利尿ホルモンの点鼻薬を使うことがあります。抗利尿ホルモンが有効なこともあります。膀胱に尿を溜められる量が増えたり、抗利尿ホルモンの分泌が増えたり、夜中に目覚めやすくなるようです。

予後と生活のアドバイス

小学1年生で毎日夜尿があつた子どもでも中学生の終わりくらいまでには70%くらいが治ると言われています。さらに、大人になるまでにはほとんどが治ります。

個々人で成長のペースが違うことを本人も周囲も理解して、焦らないことが大切です。

間違いややすい病気

水分のとり方のリズムにも配慮して、午前中は十分にとる一方で、夕方からかなり制限するようにします。就寝前にトイレに行くことを習慣づけます。塩分のとりすぎにも注意しましょう。冷え症状をともなつて夜尿症を悪化させていることがあるので、就寝前に入浴するなど保温

年齢が上がると、夜尿を人に知られて自尊心が傷つかないような配慮が重要になります。夜尿のために宿泊行事への参加を不安がることへの対処も時に必要です。長所をほめたりして自信をつけるようにするとともに、宿泊行事の少し前に受診をして対策を立てておくとよいかもしれません。子どもの気持ちを尊重しつつ引率の教師と打ち合わせをして、宿泊行事の間は夜間にそつと起こしてもらつて失敗しないようになります。

遺糞症

病気の特徴

不適切な場所に排便を繰り返す障害です。小学校低学年で約1%に認められ、男子に多いとされています。身体的要因が大きいのですが、心理的要因も関与していたり、一次的に心理的な問題を生じたりするので、心身両面からの働きかけが大切です。

病気の定義

遺糞症とは、暦年齢または発達水準が4歳以上であり、衣服や床という排便には不適切な場所に繰り返し排便するものです。わざと排便する場合もそうでない場合も含まれます。

よく発症する年代

排便の自立が4～5歳で約90%とされるので、遺糞症と診断されるのはそれ以降となります。

症状

多くの場合には便秘があり、硬い糞便がコロコロ出します。便秘が著しい場合には、排便痛や肛門の裂傷をともなうことがあります。

一方、下痢軟便を漏らす子どももいます。

怒りをぶつけたり、注意を引こうとしてわざと排便している場合もあります。

原因

多くの場合には便秘が慢性化して腸壁がいつも引き伸ばされて、便が溜まつたことを感知していくくなっています。そのため、便意が伝わらずについに便があふれてしまうのです。

下痢軟便でもやはり腸壁に適切な圧がかからないことがあります。

このように、遺糞症は身体的な要因が大きいのですが、排便やトイレに不安・緊張をいだくと排便を避けてますます便の停滞をおこします。トイレット・トレーニングにおける親子の緊張

家族や周囲の人の対処法

遺糞を厳しく叱つて子どもの自信をなくしてしまうことがないようになります。生活を整えていくとそのうち治つていくと周囲も認識して、本人が前向きに生活できるように支えましょう。

予後と生活のアドバイス

遺糞そのものはほとんどが16歳までに改善すると言われています。それまでの間に叱られづけて二次的に心理的な問題を生じないようにしましょう。

治療と経過

遺糞症についての説明と生活指導が基本です。

間違いややすい病気

遺糞症の成り立ちを伝えて、親の育て方が原因ではないこと、治療によって治ることを確認します。

便秘が著しい場合には、下剤や浣腸によつて溜まっている糞便を取り除きます。纖維分の多い食事をとる、朝食後にトイレに座るなどの生活习惯の指導もします。

心理的要因によつて便秘が増強している場合、遺糞を叱られたりして自信を喪失している場合には、遊戯療法を含めて本人の不安を軽くする治療を行います。

腸管の神経細胞が先天的に欠如していて腸管の動きが悪くなつて巨大結腸となるヒルシユス

ブルング病との区別が必要です。

り、家庭内での不安・緊張が高まつてゐるなどの環境要因も関与します。

子どもの哺育、摂食障害(偏食、異食症、哺育障害、反芻性障害)

治療と経過

病気の特徴

多くは乳児期に始まるさまざまな食行動の異常です。発達の未熟さや発達障害が基盤にある場合もしばしばです。負荷がかかると食行動の異常をきたしやすい子どもととらえて、生活全体の改善を図ると、多くの場合にはやがて軽快します。

病気の定義

主に乳幼児期または小児期に認められる食行動の異常です。偏食とは、食事の内容が著しく限定されているものです。異食症とは、子どもが食べてよい物かどうかがわかるようになつても栄養にならないものを食べつづける障害です。哺育障害とは、身体疾患がないのに十分に食べられなかつたり、食べ物を吐き戻したり、噛み直したりして体重が増加しない障害です。哺育障害の中でも吐き戻しなどを中心にする場合に限つて、反芻性障害と呼ぶこともあります。

乳児期から始まる場合が多いとされています。
よく発症する年代

偏食では、数種類の食品しかほとんど食べない場合とか、同じ食品であつても特定の銘柄しか決して口にしない場合もあります。異食症では、土や砂、木の葉などさまざまなもの食べることができます。飲み込んだ異物によつて消化管閉塞をきたしたり、鉄欠乏性貧血や鉛中毒をともなうことがあります。

原因

何でもつまんで口にするとか、うまく飲み込めないというのは低年齢では一般に認められますが、発達の未熟さがあると、食行動の異常をおこしやすかつたり、他の活動に参加しづらいので「くせ」や「遊び」としての反芻にふけりやすいなどです。その場合には、食行動の異常がどのような場面でおこりやすいかの情報を参考にして、発達を考慮しながら行動を変更していく総合的な治療教育の一環としての取り組みが必要になります。

家族や周囲の人の対処法

負荷がかかると食行動の異常をきたしやすい。子どもとらえて、生活全体を見直しましよう。無理矢理に食行動を変えようとするとかえつて子どもの負担になるので、段階的に変更しましょう。

予後と生活のアドバイス

多くの場合には発達とともになって軽快します。

一過性視覚・聴覚障害

病気の特徴

心理的要因が関与して視覚または聴覚の異常をきたす障害です。女子で男子の数倍認められ、10歳前後の女子で最も多くされています。いくつもの要因が複合していると思われますが、本人が安心感をもてるようになってから受け止めてあげることが大切で、軽症の場合にはそれだけで治ります。心因性視覚・聴覚障害ともいいますが、このように治ることが多いので、ここでは、一過性視覚・聴覚障害としています。

症状

学童期から思春期にかけて発症しますが、10歳前後が最も多くされています。

治療と経過

本人も自覚症状がなく、学校検診で気づかれることがあります。視覚障害では、視力の低下のほかに、視野の異常や色覚の異常を認めます。

病気の定義

自閉症における強固な偏食でも、学童期には軽快することがほとんどです。

低栄養がつづいていないかぎりは、改善を急ぎすぎずに余裕をもつて取り組みましょう。ただし、低栄養がつづく場合には生命に関わることもあります。

間違いややすい病気

反芻性障害を含めた哺育障害では、胃食道逆流を含めた消化器疾患などとの区別が必要です。

原因

心理的要因が関与するとされていますが、さまざまな要因が絡み合っていると思われます。本人が未熟であつたり被暗示性が高いために、不安・緊張などが身体症状化しやすかつたり、身近な人の身体症状を取り込みやすいことがあります。家庭や学校の状況が本人に負担となつてしまい、周囲が本人の不安を受け止めていかつたりすることもあります。成長の過程でたまたま視力が動搖したことがあつたり、それについて周囲が心配してくれたことがあつたりするかもしれません。いずれにしても、本人にとって苦しい状況にあることの現れとして、視覚または聴覚の異常が生じているのです。

視野の異常としては、測定を進めるにつれて視野が徐々に狭くなつていくらせん状視野がよく知られています。視覚障害と聴覚障害の両方を示すこともあります。

疾病利得、つまりその症状によつて困難な場面からのがれられたり、周囲の注目を集められたりするという利益が得られることが認められる場合があります。

質的疾患がないことを確認します。発症に関連する要因を探りながら、それに合わせて本人や家族に働きかけます。本人に対しては、遊戲療法を含めて不安・緊張を軽くして自分を表現しやすくするような精神療法を行います。暗示にかかりやすいことを利用して、視力や聴力が回復していると感じさせるという方法もあります。

家族や周囲の人の対処法

本人は確かに視覚または聴覚の異常を体験しており、わざとやっているのではないことを理解しましょう。こういう症状を出さずにいられない本人の状況を受け止めることが大切です。心理的要因が関与するからといって、本人の性

選択減黙症

病気の特徴

減黙には、すべての生活場面での減黙（全減黙症）と特定の生活場面のみでの減黙（選択（場面）減黙症）とがありますが、全減黙症はまれなものです。

病気の定義

選択的な減黙と家庭外での緊張が特徴的で、家庭では話すのに学校では話さないというずれがあります。話すことにこだわらずにじつくりと対応することが大切です。

原因

子ども自身の要因と家庭環境の要因が関わっています。話すことにこだわらずにじつくりと対応していると思われます。

子ども自身の要因としては、生まれつき不安が強く内向的な場合、知能や言語の発達にいくらか問題があり、話すことに自信をもちにくい場合があります。つまり、不安になりやすさの観点に加えて、発達障害の観点から検討するこ

格が弱いとか親の育て方が悪いとか単純にはいえません。焦らずに見守りながら、本人の不安・緊張や負担を少し軽くできそうなところから調節していきます。

予後と生活のアドバイス

比較的予後がよい場合が多いようです。軽症な場合には、家族が本人の気持ちを受け止めてあげるだけでよくなります。

間違いややすい病気

視覚や聴覚の異常をきたす疾患との区別が必要ですが、実際にはさほど難しくないようです。

家庭のように安心できる場面では話すが、それ以外では話さないという選択的な減黙が主症状です。家庭外での緊張が高く、人見知りが強い、引っ込みがちななどの傾向も認められます。これらの程度は個々の場合で異なり、学校で話さなくとも身振りなどでコミュニケーションできる人もいれば、極度の緊張のため身の回りのこともできない人もいます。

症状

3歳前後、遅くとも5歳頃までに始まることが多いとされています。ただし、問題になるのは、多くは小学校入学後です。

よく発症する年代

日常生活の障害となつているものです。

とも大切です。家族の中に、極度に内気な人や選択減黙的な人がいて、素因が関与していると思われる場合もあります。

家庭環境の要因としては、さまざまな家庭内の葛藤の存在が指摘されています。

治療と経過

話すことにこだわらずに、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することから始めます。話すことに限らずに、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総合的な働きかけが大切です。

治療法には、遊戯療法を中心とする精神療法、行動療法、家族療法、環境調整などがあり、適宜組み合わせて行われます。

治療機関を訪れる例では治療に数年かかることもまれではないとされています。

家族や周囲の人の対処法

話させようと焦らないことが基本です。自発的に行動しよう、言葉でなくともよいから自分を表現しようという気持ちを本人がもちやすいように配慮します。これは家庭でも学校でも共通です。学校では、担任教師を含めて安心できる人、安心できる場所が確保されているとよいでしょう。また、特別扱いをしすぎず、しかも

話させようとしないように、同級生の理解を得ることも大切です。

本人の不安・緊張を高めているような家庭の状況があれば、その緩和を図ることも必要です。

予後と生活のアドバイス

原因が個々の場合で異なることに対応して予後も一律ではありません。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す。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、発達障害を有して素因の関与が大きい場合が少なからずあり、しば

しば予後が不良です。

間違いややすい病気

聴覚障害、脳炎などの器質性脳障害、統合失調症、うつ、転換性障害などとの区別が必要です。精神遅滞や自閉症のためそもそも話せない場合は、選択減黙症とはいいません。しかし、ある程度は話す能力のある精神遅滞で話すことへの緊張が高まり、選択減黙症になることはあります。また、選択減黙が出現して初めてその基盤に人とのやりとりの発達の障害があると判明し、広汎性発達障害と診断されることもあります。

吃音症

病気の特徴

改善します。

定義

吃音症は、主として幼児期に発症する話し言葉の流暢さの障害です。子どもでは数%に認められますのが、成人では1%弱とされます。男子では女子の3倍くらい多いとされています。複数の要因が組み合わさっておこると考えられており、親の育て方だけであるわけではありません。同時に、軽症の場合には、子どもの不安・緊張をやわらげるよう親が対応をすることで

よく発症する年代

3～6歳で発症することが多いとされ、遅くとも就学までに発症します。

症状

「は、は、はく」とか「わた、わた、わたし」

というように音や語の一部を繰り返すこと、「そおーれで」というように音が延長すること、「えーと」などの意味のない音をはさむこと、単語の途中で中断したり、会話が止まってしまふことがあります。うまく発音しようと身体に力が入り、時には顔をしかめたり手を振ったりすることもあります。発音しにくい音を避けて他の言葉を使うようになることもあります。

原因

十分に口が回らないのにたくさんのこと話をうながす口が回るようにならないなどの吃音になりやすい素因も関与しているようです。また、完璧主義で要求水準の高い親、神経質で几帳面な子どもという特徴が認められます。これらは吃音になる根本的な原因かどうかはわかりませんが、子どもの緊張が高くなり吃音を定着・持続させやすい要因とはいえましょう。

家族や周囲の人の対処法

吃音を注意したり、叱らないようにすることが大切です。「ゆっくり話してごらん」などの声かけもかえって吃音を意識させるので注意しましょう。口に出さなくとも「まだもつていい」というふうに眉をひそめたり、あえて無視

きちんと話すように「どう」とを含めて周囲の要求・期待が高いことなども、吃音を定着・持続する方向に作用するでしょう。このように、いくつかの要因が組み合わさっておこると考えられます。

治療と経過

治療の基本は、親をはじめとする周囲に適切な対応の仕方を伝えることと、子どもの不安や緊張をやわらげることです。

吃音症はそもそも自然に治っていくことがあります。かなりの場合で親や子ども

の不安・緊張をやわらげるだけで治ります。

年齢が上がつても吃音がつづいて本人がそれを気にしてよけい話しづらくなっている場合にはより積極的な治療を行うことがあります。リラックスして話す練習を言語聴覚士が行うこととか、遊戯療法を含めて不安をやわらげる働きかけを心理士が行うことなどが考えられます。

予後と生活のアドバイス

吃音は長期間つづいても思春期のうちに軽快するものがほとんどです。しかし、重症な場合には成人まで残ります。その場合には、吃音そのものを治すというよりも、吃音のために自信をなくさないようにするすることが目標となります。

間違いややすい病気

ゆっくり話すとどもらはないのに、早口になつてしまふので流暢さが損なわれる早口言語症、頭部外傷などによる脳器質性障害、軽度の脳性麻痺との区別が必要なことがあります。きっかけがあり、急激におこつてくる場合には、転換性障害ことがあります。

しようと緊張したりすることを子どもは敏感に察するものです。吃音をもつ子どもを受け入れて、どもつてもよいからどんどん話そうといふ雰囲気を作るとよいでしょう。

第 12 章 児童・青年期

I はじめに

強迫性障害（OCD）は子どもでは少ないとかつてはされてきたが、現在では1～2%程度の頻度があると考えられるようになっている¹⁰⁾。OCDの発症年齢は10歳前後と21歳前後に2つのピークを持ち、過半数が18歳以下で発症するとされる。また、11歳から32歳まで出生コホート調査を追跡したところ、11歳時の強迫症状は成人でのOCDの診断の危険性を強く予測していたという⁶⁾。それにもかかわらず、成人になつて初めて診断を受けることもしばしばあり、子どもがOCDになるという認識の浸透がまだ不十分であつたり、子どもでも強迫症状を奇異に思つて隠そうと努めたりすることが関連すると思われる。

児童・青年期OCDと言つても全く均一といふわけではない。OCDの発症年齢について併発症のパターンなどから検討すると10歳と17歳とが境目になる可能性が示唆されており、10歳以下を早発、18歳以上を遅発とする提案もある⁴⁵⁾。本稿では比較的低い年齢に重点を置きつつ18歳くらいまでを日安に述べることとする。

II 児童・青年期 OCD の特徴

児童・青年期 OCD で頻度の高い強迫症状としては、汚染の恐怖及び儀式的な洗浄、反復する確認行為が挙げられており、成人の場合と大差はない²⁾。児童・青年期 OCD の特徴としては、強迫行為が強迫観念よりも出現しやすいこと、自我違和的であることは限らないこと、親をはじめとする他者を症状に巻き込む傾向にあることが挙げられる²⁰⁾。

児童・青年期 OCD について男性が多いこと、チック障害、注意欠如・多動性障害（ADHD）、單一恐怖、広場恐怖、うつ病などの併発が多いことが指摘されている。チック障害とうつ病の併発について発症年齢と罹病期間を組み合わせて検討すると、うつ病は罹病期間の長さにより関連している可能性がある¹¹⁾。チック障害の中でも運動チックと音声チックの両方を有する慢性チック障害のトゥレット症候群は約 30% が OCD を併発し、50% 以上が強迫症状を有する。一方、児童・青年期 OCD の 60% が何らかのチック障害を伴っており、トゥレット症候群に限っても 15%との報告もある。

このように児童・青年期 OCD の過半数がチック関連 OCD (tic-related OCD) であるために、発症年齢とチックのどちらがより臨床特徴と密接に関連するか分かりにくいことがある。そこで、発症年齢が 10 歳以下の児童・青年期 OCD についてみると、男性が多く、強迫症状の家族歴が高率であり、Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (DY-BOCS) で攻撃性及びその他のディメンジョンの得点が高かったが、チック障害を伴わない患者に限ると DY-BOCS の総得点及び汚染のディメンジョンの得点が高かったという⁵⁾。反復行動や興味の偏りを三主徴の一つとする自閉症圏障害と OCD との関連も興味深い。自閉症障害の反復行動に対する citalopram の効性が確認できなかつたとの報告があり¹⁴⁾、強迫症状行動であつて

も生物学的基盤に相違があることがうかがわれる。一方、児童・青年期 OCD で自閉症状／症候群質問紙を用いて調べたところ、自閉症圏障害を併発した場合に当然ながら自閉傾向得点が最高であったが、チック障害や ADHD を併発した場合、さらには併発症のない OCD であつても標準データより有意に自閉傾向得点が高かつたという⁸⁾。

III 評価

そもそも定型発達の過程で幼児期から小学校の中学年くらいまでは儀式的な行動は珍しくない¹⁾。OCD の診断にあたって出現する状況、頻度、苦痛や生活の障害などの観点からそれらと鑑別するが、同時に、連續性の検討も望まれる。

先述したように強迫症状は児童・青年期で少なくないにもかかわらず見逃されがちである。主訴が他の症状であっても、主だった強迫症状について具体例を挙げて尋ねることが望まれる。強迫症状は恥ずかしいことではなくて病院で相談できることだと子どもが感じられるようにしてほしい。

強迫症状が確認されれば、児童・青年期でも DSM-IV-TR や ICD-10 の診断基準を満たすかを検討する。同時に、児童・青年期には強迫症状も含めた反復行動がしばしば認められるので、他の精神障害との鑑別及び併発の診断が重要であるが、必ずしも容易ではない。この検討にあたって、チック障害を含めた広義の発達障害が一つの柱になる。チック関連 OCD では、感覺現象の一つとして“まさにぴったり”という感覺を強く求めることがしばしばある¹²⁾。呴いたり触ったりする行動が複雑運動チックか強迫行為か紛らわしいことがあります。自我違和性の有無や運動の性状によって区別を図るが、時に困難である。自閉症圏障害では高率に反復行動を示すが、自我違和性や不合理性の認識を認めて典型的な強迫症状と判定できる場合は必ずしも多くないと思われる。中には、

知的な遅れやコミュニケーションの質的障害のために自我違和性などを言語的には確認できないが、楽しそうに没頭しているのではなくて苦痛や不安をうががわせる行動を示し、強迫症状に近似していると思われる場合もあり、いっそう判断が難しい。併発症のもう一つの柱は、不安障害であり、これらについては成人OCDと類似の傾向と思われるが、子どもでは不安障害の中でも分離不安障害が特徴である。出生コホート調査から、助力を求める行動は、不安／抑うつ及び攻撃性や恥すべき考えを中心とする強迫観念とは関連していたが、強迫行為とは関連していないかったとされており、併発症や症状ディメンジョンによって臨床場面に現れやすいか否かが少し異なるかもしれない⁶⁾。

強迫症状の最も標準的な評価尺度として、Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) の子ども版である Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) が用いられる。重症度の評価と共に症状チェックリストによって治療の標的となる症状を明らかにすることもY-BOCSと同様である。最近、ディメンジョン別に回避を含めた強迫症状の重症度を評価する DY-BOCS が開発され、成人と同様に子どもにも使用することができます¹⁹⁾。

認知発達の水準やプロフィールの評価は、併発症の診断を含めて子ども全体を把握して治療を組み立てる上で重要である。

子どもにおいては発達歴、生活環境についての情報 수집して、強迫症状や密接に関わる併発症がどのような時期に出現して、どのような場面で問題になっているかを把握することが重要である。特に、家族は、素質を共有すると同時に、しばしば強迫症状を助長させたり維持しやすくなってしまうことがあるので、特徴を把握することが必要である。

IV 治療

1. 治療の構成

児童・青年期 OCDにおいても成人と同様に治療の基本となるのは、認知行動療法と薬物療法である。CY-BOCS が 16 点以上の児童・青年期 OCD 患者（7～17 歳）を認知行動療法単独、sertraline 単独、両者併用、プラセボの 4 群に無作為に分けたところ、3 つのアクティヴァな治療法はプラセボよりも有意に優れており、かつ、併用治療は 2 つの単独治療よりも有意に優れていたという¹⁸⁾。CY-BOCS が 10 点以下を寛解とすると、併用治療の寛解率は 50% 以上で最も高く、認知行動療法単独と有意差はないが、sertraline 単独及びプラセボよりも有意に高かったことから、児童・青年期 OCD の治療は併用治療または認知行動療法単独で開始するのが望ましいとされた。とはいえ、このような治療軌道に乗せるまでがしばしば容易ではない。子どもが強迫症状を手放せない背景には家族の状況が関与していることも少なくなり、心理教育を含めた家族への働きかけは治療上でとても重要である¹³⁾。また、強迫症状によって学業や友人関係など学校生活に困難が生じてますます強迫症状に取り込まれやすくなっているのに、学校では強迫症状が十分に認識されていないことがあり、環境調整を要することがある。

2. 薬物療法

セロトニン再取り込み阻害薬 (SRI) の有効性は児童・青年期 OCDにおいても確認されているが、自殺関連行動や activation syndrome の危険性が児童・青年期では高いとされるので、十分な説明を行って同意を得ると共に、服薬開始及び服用量変更の直後には受診間隔を縮めて慎重に観察することが望まれる。児童・青年期 OCD の治療の無作

為化比較試験（RCT）をメタアナリシスしたところ、薬物療法の有効性が確認され、エフェクトサイズは clomipramine が最大であったが、選択的 SRI (SSRI) の間では大差がなかった²²⁾ とされる。とはいえ、clomipramine の心毒性や抗コリン性副作用から SSRI が第一選択になる。我が国では、日本児童青年精神医学会医師会員に対する調査を踏まえて、子どもに対する認容性、耐用性と臨床実績から fluvoxamine が推奨されているが²⁰⁾、より強固なエビデンスが求められている。SSRI を 12 週間くらいまで十分量使用して、それでも効果が得られなければ他の SSRI または clomipramine を使用する。このように SRI を使用しても効果が不十分であれば、併用薬が考慮され、特にチック障害を併発した場合に haloperidol, risperidone の効果が報告されている²³⁾。児童・青年期 OCD 患者（平均 13.6 歳）における SRI の使用実態を調べたところ、SRI 単剤で治療した患者は多剤併用を要した患者よりも初診が早く、ベースラインの強迫症状が軽症で、不安障害及びうつ病性障害の併発が多く、一方、多剤併用を要した患者は双極性障害やチック障害や破壊的行動障害の併発が多いかったという¹⁵⁾。単剤でも多剤でも薬物療法に反応した患者は、ベースラインの強迫症状が軽症で、初診が早く、汚染／掃除の表現型が多く、保存の表現型がより少なかつたといふ。

3. 認知行動療法

児童・青年期 OCD の治療の RCT をメタアナリシスしたところ、認知行動療法のエフェクトサイズが薬物療法よりも大きかったという²²⁾。このようなエビデンスから、軽症～中等症の児童・青年期 OCD であれば、認知行動療法が第一選択という方針がアメリカなどでは確立している。曝露反応妨害法を中心とし、必要に応じて他の技法を組み合わせる。20 セッションとブースターセッションからなる認知行動療法のマニュアルがあり、日本語版も出版されている⁹⁾。しかし、我が国で

はこれまでの実施は容易でなく、このマニュアルの日本語版の記者らも 3 日間の集団集中外来短期治療プログラムを実施している。我が国の現場での試みも始まっているが²¹⁾、その実践の中で曝露反応妨害法の適用が難しかったり実効性に乏しい場合が少なく必ず認められ、認知療法及び家庭を中心とする環境調整を取り入れると効果を高めることができるという。子どもの認知発達を踏まえつつ、前向きに取り組む課題として OCD を認識できるようになることが大切であろう。

4. 家族への働きかけ

家族への働きかけが必要な理由としては、子どもは強迫症状を隠したがって学校などでは我慢していくても家庭内では抑えようとせずむしろ家族に依存して家族を強迫行為に巻き込んでしまい、家族が疲弊すると同時に結果的に強迫症状を維持させてしまうことが挙げられる。したがって、家族への働きかけの目標としては、家族が OCD をよく理解し、本人に対して支持的になれるよう援助すること、家族がいたずらに OCD に巻き込まれないように線引きすることの 2 点が考えられる²⁰⁾。家族が OCD について細々とあげつらつたりせずに OCD を持ちながらがんばっている子どもを支持できるように促すのであるが、強迫症状に巻き込まれて余裕を失っている家族には受け入れにくいくこともあり、家族の苦労をねぎらいつつ強迫行為に巻き込まれることの重要性をきちんと説明することを心がけたい。

家族の不安が高まっていて強迫症状を増強させている可能性がある場合、家庭内で子どもの居場所がなく強迫症状の出現後にむしろ関心を持たれるようになつた場合など、家族関係をさらに調整することが必要なことがある。

海外での認知行動療法も家族ベースの集団治療の報告が複数認められ、7 年後の予後が個別の認知行動療法よりもよいとの報告¹⁷⁾ もあれば、治療中の家族の巻き込みの低下が治療前の重症度を統制した後でも

治療転帰を予測しており、家族の巻き込みの程度は治療転帰への重要な障害であると同時に予測因子とする報告¹⁶⁾もある。

V おわりに

小児期発症のOCDについて成人期の予測因子をみると、チック障害を併発せず保存のデイメンションが優勢な場合には強迫症状が持続しやすかったとの報告がある³⁾。女性、早い小児期の評価、遅いOCD発症、重症な小児期の強迫症状、反抗挑戦性障害の併発は、成人期までの強迫症状の持続と関連していたという。また、児童・青年期 OCD の治療反応性の予測因子について検討したところ、ベースラインの強迫症状及び家族の機能不全の重症度は認知行動療法への反応性の悪さと関連しており、併発するチック障害及び外向性の問題は薬物療法単独への反応性の悪さと関係していたといいう⁷⁾。

これらの中見も踏まえて、児童・青年期 OCD 患者について多面的な評価を行って標準的な治療法に基づきつつ一人ひとりに合わせた多面的な治療を進めることを通じて予後が改善して成人期の OCD の減少に結びつくようになっている。また、我が国でも出生コホート調査をはじめとする縦断的研究によって児童・青年期から成人期まで OCD の実態をより明らかにする取り組みを進めることができるものと望まれる。

- of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. *Pediatrics* 124 (4) : 1085-1093, 2009.
- 4) 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 (3) : 187-194, 2008.
- 5) de Mathis, M.A., Diniz, J.B., Shavitt, R.G. et al.: Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectr* 14 (7) : 362-370, 2009.
- 6) Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Caspi, A. et al.: Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry* 166 (3) : 329-336, 2009.
- 7) Ginsburg, G.S., Kingery, J.N., Drake, K.L. et al.: Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47 (8) : 868-878, 2008.
- 8) Ivarsson, T., Melin, K.: Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *J Anxiety Disord* 22 (6) : 969-978, 2008.
- 9) J.S. マーチ, K. ミュール著. 原井宏明, 岡嶋美代訳：認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム OCD をやっつけろ！ 岩崎学術出版社, 東京, 2008.
- 10) 中根晃監修, 広沢正孝, 広沢郁子編著：現代の子どもと強迫性障害. 岩崎学術出版社, 東京, 2005.
- 11) 金生由紀子：強迫性障害をめぐって チック障害との関連からみた強迫性障害. 児童青年精神医学とその近接領域 48 (3) : 240-243, 2007.
- 12) 金生由紀子：チック障害との関連による OCD の検討. 精神神経学雑誌 111 (7) : 810-815, 2009.
- 13) Keeley, M.L., Storch, E.A., Dhungana, P. et al.: Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. *Issues Mental Health Nurs* 28 (6) : 555-574, 2007.
- 14) King, B.H., Hollander, E., Sikich, L. et al.: Lack of efficacy of citalopram in children with autism spectrum disorders and high levels of repetitive behavior: citalopram ineffective in children with autism. *Arch Gen Psychiatry* 66 (6) : 583-590, 2009.
- 15) Masi, G., Milpiedi, S., Perugi, G. et al.: Pharmacotherapy in paediatric obsessive-compulsive disorder: a naturalistic, retrospective study. *CNS Drugs* 23 (3) : 241-252, 2009.
- 16) Merlo, L.J., Lehmkuhl, H.D., Geffken, G.R. et al.: Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 77 (2) : 355-360, 2009.

文献

- 1) 阿部和彦：子どものこころと問題行動. 日本評論社, 東京, 1997.
- 2) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 (suppl) : 27S-45S, 1998.
- 3) Bloch, M.H., Craiglow, B.G., Landeros-Weisenberger, A. et al.: Predictors

- 17) O'Leary, E.M., Barrett, P., Fjernestad, K.W.: Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *J Anxiety Disord* 23 (7) :973-978, 2009.
- 18) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team: Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 292 (16) :1969-1976, 2004.
- 19) Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatranio, S., et al: The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) : an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry* 11 (5) :495-504, 2006.
- 20) 齊藤万比古：厚生労働省精神神経疾患研究委託費「17指－2「児童思春期強迫性障害（OCD）の実態の解明と診断・治療法の標準化に関する研究」平成17～19年度総括・分担研究報告書。2008。
- 21) 下山晴彦, 西村詩織, 平林恵美ほか：特集：子ども們の強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発研究. 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要 32, 125-135, 2009.
- 22) Watson, H.J., Rees, C.S.: Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 49 (5) :489-498, 2008.

(金生由紀子・宍倉久里江)

6. チック障害

チック障害 (tic disorder) には多様性があり、チックの重症度の幅がとても広い。瞬きが短期間認められるだけの場合もあれば、全身を激しく震わせたり大声を上げたりすることが持続する場合もある。また、大きな精神・行動上の問題を伴わない場合もあれば、さまざまな精神神経障害を伴う場合もある。本項では、身体表現性障害および摂食障害との関連を念頭において、チック障害について概説する。

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发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、その時間はさまざまである。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。

運動チックと音声チックは、それぞれが単純チックと複雑チックに分けられる。単純チックは、持続時間が数百ミリ秒以内と短くて、明らかに無意味で突然に起こるが、一方、複雑チックは、持続時間が時に数秒に及ぶくらい長めで、意味があったり周囲の状況に反応したりしているように見えることがある。単純運動チックは最もよく認められ、顔面のチックが多く、そのなかでも瞬きなどの目のチックが最多である。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

IV. 関連する障害

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 urge) または感覚チック (sensory tic) と呼ばれる。すべてのチックが前駆衝動を伴うわけではなく、自動的なこともしばしばである。一方、年齢が上がると、チックよりも前駆衝動のほうが生活上で問題になる場合もある。

チックは自然の経過として、部位、種類、頻度が変動したり、軽快や増悪を繰り返したりする。また、心理的な影響で変動することも多い。不安や緊張が増大していく時、強い緊張が解けた時、楽しくて興奮した時などに増加しやすい。一方、一定の緊張度で安定している時、集中して作業をしている時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。

2. チック障害の診断

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、Tourette症候群については、Gilles de la Touretteの報告でエコラリア (echolalia <反響言語>)：他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ってしまうこと) 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. 痘学

ICD-10によると、子どもの5~10人に1人はある時期に一時的にチックを呈するとされており、チック障害全体の頻度は高い。一方、Tourette症候群については、DSM-IV-TRによると、子どもでは10,000人あたり5~30人以上、成人では10,000人あたり1~2人以上とされ、チック障害全体と比べるとかなり低率である。しかし、複数の国の14の疫学研究では5~18歳でのTourette

症候群の頻度は0.4～3.8%であり、合計すると420,312人中3,989人で0.95%になったという⁸⁾。

4. 病因・病態

チック障害は、Tourette症候群のみならず、全体として生物学的な基盤のある疾患と考えられている。チックになりやすい素質の遺伝が関与することが強く示唆されており、複数の遺伝子と環境要因とが関与する多因子遺伝が想定されている。

薬物療法への反応性などからドパミンをはじめとする神経伝達物質のアンバランスが示唆される。また、運動の調節に深くかかわる大脳基底核を含んだ脳内回路上の異常が想定されている。

5. チック障害の併発症

a. 併発症の広がり

チック障害、とりわけTourette症候群にはさまざまな精神神経障害を併發して、その頻度は90%に及ぶともいう²⁾。最も代表的な併発症は強迫性障害(obsessive-compulsive disorder: OCD)および注意欠如・多動性障害(attention-deficit / hyperactivity disorder: ADHD)であるが、強迫スペクトラム障害、さらには、気分障害、OCD以外の不安障害、睡眠障害などが含まれる。以下ではTourette症候群を中心に述べるが、慢性チック障害にはほぼ共通する特徴と思われる。

b. 強迫性障害と強迫スペクトラム障害

強迫性障害(OCD)

チック障害とOCDとには密接な関連がある。特にTourette症候群では約30%がOCDを併發し、OCDの診断基準に達しない強迫症状まで含めると過半数に達する。

OCDや強迫症状を伴うTourette症候群では、併発のない場合と比べて、チ