



図6 AD/HDにおける治療ゴールとしてのQOLの重要性

親・教師の評価が異なる傾向にあることが報告された(図5)³¹⁾。これらの結果は、QoLの改善は必ずしもADHDの症状の改善と関連せず、治療によるQoLを別途評価していく必要性があることを示唆している。さらに患者と周囲のQoLへの評価が異なる可能性があることを示唆し、今後ADHD患者のQoLを考える上で重要である。

ま と め

Atomoxetineは、非中枢刺激薬として新しい作用機序および特徴を持った薬物である。Atomoxetineは、一旦効果が発現すると一日効果が持続する点で中枢刺激薬と異なる。従来、中枢刺激薬だけでは症状の消失が困難であった朝や夕方にも効果が認められ、教育現場と家庭で一貫した改善を認めることができる。このことがatomoxetine治療によるQoLの改善に寄与するものと考えられる。従来の中枢刺激薬との違いを十分理解し使用することで、より高いQoLの達成を可能とする薬物として期待できるものと考えられる。従来の症状の改善を目指す治療からQoLの改善を目指す治療へ、ADHDの治療の目標をシフトさせていくときと考えられる(図6)。

文 献

- 1) Andreasen, N. C., Carpenter, W. T. Jr., Kane, J. M. et al. : Remission in schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus. *Am. J. Psychiatry*, 162 : 441-449, 2005.
- 2) Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P. et al. : National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). Design challenges and

choices. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54 : 865-870, 1997.

- 3) Barkley, R. A., Cox, D. : A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *J. Safety Res.*, 38 : 113-128, 2007.
- 4) Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. : Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder : impact of remission definition and symptom type. *Am. J. Psychiatry*, 157(5) : 816-818, 2000.
- 5) Brown, R. T., Perwien, A., Faries, D. E. et al. : Atomoxetine in the management of children with ADHD : effects on quality of life and school functioning. *Clin. Pediatr. (Phila)*, 45 : 819-827, 2006.
- 6) Buitelaar, J. K., Michelson, D., Danckaerts, M. et al. : A randomized, double-blind study of continuation treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder after 1 year. *Biol. Psychiatry*, 61(5) : 694-699, 2007.
- 7) Cheng, J. Y., Chen, R. Y., Ko, J. S. et al. : Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents-meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology (Berl)*, 194 : 197-209, 2007.
- 8) Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S. et al. : Multimodal treatment of ADHD in the MTA : an alternative outcome analysis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40 : 159-167, 2001.
- 9) Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A. et al. : Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116 : e364-e369, 2005.
- 10) Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. et al. : Attention-deficit / hyperactivity disorder in adults : an overview. *Biol. Psychiatry*, 48 : 9-20, 2000.
- 11) Goodman, D. W., Ginsberg, L., Weisler, R. H. et al. : An interim analysis of the Quality of Life, Effectiveness, Safety, and Tolerability (QU. E. S. T.) evaluation of mixed amphetamine salts extended release in adults with ADHD. *CNS Spectr.*, 10 : 26-34, 2005.
- 12) Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. : Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactiv-

- ity disorder. *Pediatrics*, 114 : e541-e547, 2004.
- 13) Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, M. A. et al. : Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37 : 695-702, 1998.
 - 14) Leibson, C. L., Long, K. H. : Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. *Pharmacoeconomics*, 21 : 1239-1262, 2003.
 - 15) Mannuzza, S., Klein, R. G., Addalli, K. A. : Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers : a prospective follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30 : 743-751, 1991.
 - 16) Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A. et al. : Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36 : 1222-1227, 1997.
 - 17) Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A. et al. : Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50 : 565-576, 1993.
 - 18) Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A. et al. : Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am. J. Psychiatry*, 155 : 493-498, 1998.
 - 19) Mannuzza, S., Klein, R. G., Bonagura, N. et al. : Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48 : 77-83, 1991.
 - 20) Mannuzza, S., Klein, R. G., Konig, P. H. et al. : Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46 : 1073-1079, 1989.
 - 21) 松田智大, 野口真貴, 梅野裕子 他 : 小児保健とQOL研究. 現状と今後の課題. *日本公衛誌*, 5 (11) : 805-813, 2006.
 - 22) Nierenberg, A. A., Wright, E. C. : Evolution of remission as the new standard in treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 60(Suppl. 22) : 7-11, 1999.
 - 23) Pelham, W. E., Foster, E. M., Robb, J. A. : The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Ambul. Pediatr.*, 7 : 121-131, 2007.
 - 24) Perwien, A. R., Kratochvil, C. J., Faries, D. E. et al. : Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder : what are the long-term health-related quality-of-life outcomes? *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 16 : 713-724, 2006.
 - 25) Pelham, W. E. Jr., Fabiano, G. A., Massetti, G. M. : Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 34 : 449-476, 2005.
 - 26) Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W. et al. : Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J. Subst. Abuse*, 7(3) : 373-378, 1995.
 - 27) Ray, G. T., Levine, P., Croen, L. A. et al. : Attention-deficit/hyperactivity disorder in children : excess costs before and after initial diagnosis and treatment cost differences by ethnicity. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 160 : 1063-1069, 2006.
 - 28) The MTA Cooperative Group : A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56 : 1073-1086, 1999.
 - 29) Varni, J. W., Burwinkle, T. M. : The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder : a population-based study. *Health Qual. Life Outcomes*, 4 : 26, 2006.
 - 30) Visser, S. N., Lesesne, C. A., Perou, R. : National estimates and factors associated with medication treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 119 : S99-S106, 2007.
 - 31) Wehmeier, P. M., Dittmann, R. W., Schacht, A. et al. : Effectiveness of atomoxetine and quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder as perceived by patients, parents, and physicians in an open-label study. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 17(6) : 813-830, 2007.
 - 32) Weiss, M. D., Gadow, K., Wasdell, M. B. : Effectiveness outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (Suppl. 8) : 38-45, 2006.

成人の発達障害

—発達障害と精神医学

杉山登志郎
あいち小児保健医療総合センター

今、精神科外来で

昨今、わが国の精神科外来で次のような現象が生じていることを、成人を主たる対象とした臨床活動を行っている何人かの精神科医から聞く。

青年、ときとして成人の発達障害患者が診断と治療を求めて受診するようになった。これは、今日の発達障害の広がりを見れば、領けることである。ところが、どうみても境界性人格障害と思える成人が、自分はアスペルガー障害（あるいは注意欠陥多動性障害）だと自称して受診するようになった。これも、これまで成人の臨床で、幼児期、学童期の状況を丹念に聞き取ってこなかったため、やむを得ないことである。境界性人格障害様の患

者に対しては、それもあるかもしれないというところで納得をする。

ところが、どうみても統合失調症と思える成人が他のクリニックで発達障害と診断を受けたと言って受診した、さらに自分のクリニックで「うつ病」「境界性人格障害」「強迫性障害」「統合失調症」などの診断をした症例が他のクリニックで発達障害と診断されたとなると、これはただ事ではない。

さらに、自分の外来に受診している統合失調症診断の患者が、処方した薬をきちんと服用しない。これはこれまでもあったことだから目をつぶるとして、困るのはインターネット上で怪しげなグループから勝手なアドバイスを受け、一部のみを服用したり、自分の知らない怪しげなサプリメントを使ったりしているらしいことだ。

この密かに広がる状況は、「成人の精神医学も発達障害の基本的な知識と臨床経験を備えていたほうがよい」といったレベルの問題ではない、何か大きな妙なことが、発達障害というキーワードに絡んで進んでいることを示すものである。統合失調症は、精神医学のメインテーマとしてあり続けてきた。今日の状況は、精神医学の根幹にかかわる問題と考えられる。

今日、成人の精神科臨床においても、発達障害に向き合わざるを得なくなった。成人精神科臨床からの展望は三好論文および大村論文に任せ、この小論では、児童青年精神医学の立場から、発達障害臨床が精神医学にもたらした問題提起について、臨床的な視点によるまとめを試みる。

発達障害から発達凸凹へ

今日、大多数の発達障害は多型遺伝子モデルが適合できることが明らかになった。多型遺伝子あるいは多因子遺伝とは、一つの遺伝的形質がメンデル遺伝という形で現れるのではなく、多くの遺伝子が関与し、その一部は非常に日常的な突然変異を含んでおり、その多くの遺伝子による身体的素因と環境因とのかけ算によって疾患の発現が生じる、というモデルである。ここでいう環境因とは、エピジェネティック (epigenetic) と呼ばれる遺伝情報、メッセンジャーRNAを介した酵素の発現に転写される過程でさまざまな環境の干渉を受けるという現象である。

この多因子遺伝モデルの場合、遺伝的な素因や環境因は、原因結果という単純な因果律を形成するのではなく、リスクの積算という形をとる。たとえば糖尿病の素因をもつ個人は非常に多いが、糖尿病を実際に発病する者はそのうちのごく一部であるように、素因をもつ者の割合は実際に発現する者の五〜十倍ということが定説となっている⁽¹⁵⁾。

このような身体的素因と環境因のかけ算で生じる障害とは、一般の慢性身体疾患と同一の機序である。さらに、糖尿病の素因に肥満

が加わったときに発病リスクが五倍になるなど、発病のリスク因子を同定することによって、予防や重症化を軽減させることが、発達障害においても可能である。

こういった素因とリスク因子との関係を明らかにするための科学が、発達精神病理学 (Developmental psychopathology) である。児童の精神科疾患を、発達に沿って、病理の展開を明らかにし、それによって顕在化や適応障害の発生を防ぐことを目的としている。児童の精神科疾患の発達の過程でしばしば生じる現象が、異型連続性 (heterotypic continuity)⁽¹⁴⁾ である。筆者はこれをわかりやすく表現するため、「出世魚現象」と呼んでいる。わが国において有名なものを一つあげれば、齋藤によるDBDマーチ⁽¹⁶⁾である。

DSM-IIIにはじまる操作的診断基準は画期的な意義があった。しかし操作的診断基準は、現症のみを扱うことを徹底したがために、まったく異なった病因の問題を判別できず、とくに児童においてさまざまな問題を抱えることが当初から指摘されてきた。

一例をあげれば、注意欠陥多動性障害と虐待系多動症候群との識別ができないことである⁽¹⁹⁾。診断を行うのは治療を組むためであるが、この両者はほぼ同一の症状を示すにもかかわらず治療はまったく異なるのである。さ

らに発達における相互作用を明らかにできない。先の素因プラス環境因というモデルにおいて、どのような要因が関与したときに、疾患あるいは症状としての発現が生じるのか、あるいは併存症に展開するのかというきわめて根本的な問題が示されない。

こうしてみると、カテゴリー診断学を用いた従来の精神科診断学は、発達という視点が完全に欠如していたということにも気づかざるを得ない。むしろ、それ以前を含めて、精神医学全体に、大きな見落としが存在したのではないか。

発達障害は、全か無かといった問題ではなく、素因をもつ者は健常児にまたがる一連のスペクトラムを形成しているということが近年明らかになった。ここで、素因をもつ健常児・者と疾患レベルに属する者との関係をより明確にするために、発達障害に至らないカテゴリーを発達凸凹 (developmental differentiation) と最近筆者は呼んでいる。発達障害と発達凸凹の関係は、発達凸凹に適応障害が加わった状態が発達障害である。

発達凸凹とは、生来の認知特性に峰と谷がある凸凹をもつ子どもとおとなのことである。これまでこの児童は、2E (twice exceptional child: 二重に例外的な子ども) と呼ばれることもあった。この2Eの大半

は、自閉症スペクトラムに属する児童で、その割合は全人口の二割にもなるのではないかと考えられる。世の天才や偉人にこのタイプは多いのである。⁽⁴⁾⁽⁷⁾

筆者は広汎性発達凸凹のレベルの、適応障害をきたしていない群をA型 (Adjustable type)、適応障害の有無の境界にいる群をO型 (Odd type) およびB型 (Bothersome type)、迫害的になった群をAB型 (Abused type) と分けたいのではないかという提言をした。⁽²⁾ この後の議論は、ここでいうA型の発達凸凹も広義の発達障害に含めて論じる。

成人の高機能広汎性発達障害

表1に、高機能広汎性発達障害五五〇名に認められた精神医学的問題の一覧を示した。

このうち、一八歳以上の者は一〇一名(男性六七名、女性三四名、平均二七・三十九・一歳)である。うち既婚者二六名である。一〇一名の現在の状況を表2に示す。

この一〇一名は実は二群に分けられる。一群は児童年齢に受診し、その後もフォローアップを続けて成人年齢にいたった七二名であり、もう一群は成人年齢で初めて診断を受けた二九名である。後者は市民病院の院長から

表1 高機能広汎性発達障害に認められる精神医学的問題の一覧

	N	%
気分障害	94	17.1
不登校	68	12.4
解離性障害	47	8.5
強迫性障害	30	5.5
統合失調症様病態	15	2.7
行為障害、犯罪	37	6.7

紹介されて受診したレジデント(ちなみにたしかにA型アスペの方であった)といった例外はあるが、大多数は、子どもの相談からその父親、母親に何らかの精神科的問題が見出され、カルテを作ったという場合である。

つまり広汎性発達凸凹のレベルであれば、もっと多くの親がその範疇に入り、この三〇名弱は一部に過ぎない。このうち、心療内科を含む精神科への未受診者は実に三名のみで、うつ病、統合失調症、対人恐怖、社会不安障害、境界性人格障害、強迫性障害、摂食障害など、多彩な診断をすでに受けていた。うつ病、強迫性障害、摂食障害などはしばしば認められる併存症であるため、誤診とは言いにくいのであるが、いずれも発達障害について指摘されたことはなかった。

さて、これらの成人例を中心に、先の全体の併存症一覧で示した中で、気分障害と統合

表2 18歳以上の現状

	大学・ 大学院	専門 学校	企業就労・ パート	福祉 作業所	主婦	在宅	合計
男性	11	1	32	3	0	20*	67
女性	4	0	12	2	15	1	34
合計	15	1	44	5	15	21	101

*昨年度からの不況で失職をした2名を含む

失調症様状態について取り上げてみよう。

(1) 広汎性発達障害と気分障害

広汎性発達障害にうつ病が併存しやすいことは、これまでも数々の指摘があった。さらに、家族に広汎性発達障害診断ではなくとも気分障害をもつ者が少なくないことが指摘されており、この両者は内的な関連をもつのではないかと指摘されてきた。それは、セロ

トニン系の脆弱性という問題である。

広汎性発達障害にみられる気分障害は、年齢があがるにつれ増える傾向があり、一八歳以上の対象では一〇一名中、実に五三名（五二％）に気分障害の併存が認められたのである。この気分障害において、双極性障害が少なからず認められることは、棟居ら¹¹⁾によつて指摘された。筆者の経験でも、双極性障害は少なからず認められる。しかし、その大多数は双極II型である。

具体的な数字を示す。一〇一名中、気分変調性障害のレベルの者が一四名、二三名が大うつ病、一六名が双極性障害で、うち双極I型と診断される者は三名のみである。ただし平均年齢をみると、抑うつなし二〇±一・八歳、気分変調性障害二五・五±三・五歳、大うつ病三七・〇±二・〇・五歳、双極性障害三三・八±六・九歳と、有意に $(F(3)11.455, p<.01)$ 年齢があがるにつれ、気分変調性障害から大うつ病もしくは双極性障害に発展する傾向が認められる。

また、大うつ病と双極性障害とは、どうやら年齢的な要因以外の問題が絡んでいると推察される。臨床的には、児童期から双極I型を示す広汎性発達障害は、重度の知的障害を伴う自閉症に比較的多く認められ、児童から双極性障害を示す高機能広汎性発達障害は散

見されるが、その大多数が双極II型あるいはその他の双極性障害に属する。

ここで具体的な比較のため、成人の大うつ病の症例と、双極性障害の症例を、それぞれ簡単に紹介する。

〔症例1〕初診時三五歳女性、PDDNO
S・大うつ病

幼児期から対人関係は苦手で、場の雰囲気を読むことができず、友人は少なく、孤立していた。おの過敏性が今もある。両親からもあまりかわいがられた記憶がないという。小学校年代にいじめを受けた。高校卒業後仕事に就き、職場で知り合った男性と結婚した。彼女は片づけが極端に苦手である。ちなみに夫も、アスペ系の人である。

子どもがいずれも高機能広汎性発達障害とすることで、筆者による定期的なフォローアップを受けていた。気分の落ち込みは以前からあったが、三二歳を過ぎたあたりから気分の落ち込みが強まる時期があり、三五歳時、涙が止まらなくなったという事で相談を受け、カルテを作成した。きっかけとしてはとくに思いあたることはないというが、末子が小学校に入学したことが一つの契機のようにあった。

PDDNOSとうつ病と診断し、フルボキ

サミン二五mgを服用した。抑うつは速やかに軽快し、一年間で服薬は中止した。その後、子どもたちの学校でのいじめ、夫の病氣などさまざまな問題が次々生じたが、服薬なしで問題なく生活を送っている。ちなみに子ども一人はクロミプラミンの服用で躁転し、アスペルガー障害と双極性障害と診断を受けているが、こちらも現在のところ服薬なしでとくに問題なく生活を送っている。

〔症例2〕初診時三七歳女性、PDDNO
S・双極性障害

彼女の母親は気分の上下が著しく、幼児期には親からの激しい体罰があったという。また、男性のきょうだいに統合失調症診断で長年治療を受けているが寛解に至っていない者がいるという。

幼児期から対人関係は苦手で消極的であり、また周囲の雰囲気を読むことが困難であった。孤立しがちで、学校ではいじめを受けた。高卒後、仕事に就き、職場で夫と知り合い結婚した。

子どもが生まれた後、抑うつに陥った。子育ての過程で、子どもに対して虐待と言わざるを得ない体罰を繰り返した。三二歳頃クリニックを受診し、うつ病の診断で治療を受けたが、その後、気分の上下が著しくなり、ま

た多弁、強引で精力的な行動が目立つようになった。夫によれば、この頃から性格が変わったという。しかし、時々寝込んでしまう時期があり、そんな折には数週間寝たきりになることもあった。

子どもたちが小学校年代になると、パニックを頻発するようになり、当センターを受診し、いずれも高機能広汎性発達障害と診断された。子どもたちの治療経過の中で、母親である彼女の躁うつエピソードが明らかにになり、これまでのクリニックから紹介状をもらい、治療を開始した。ちなみに紹介状には、うつ病、境界性人格障害とあった。

感情調整剤に切り替えを行ったが、炭酸リチウムのみでは気分の上下は止まらず、カルバマゼピンの併用で軽快が得られた。しかし過去のトラウマに対してフラッシュバックが頻発するようになり、対フラッシュバックのための薬物を服用し、それによって気分の変動はようやく軽減した。因果律がどちらに向くのかよくわからないが、おそらくフラッシュバックがとくに躁的なエピソードの引き金となっているのではないかと推測された。

ちなみに彼女のきょうだいも母親も、気分の上下と他者の気持ちの読み取りができないなど対人関係の問題を有し、加えて興味の限界が認められるという。

症例1と症例2の違いは何だろうか。症例1も症例2も発達凸凹の基盤に精神科疾患が重なった、衣笠らの¹⁰⁾いう重ね着症候群である。

症例1にしても、SSRIの使用を続ければ躁転を起こした可能性が十分にあることは、症例1の子どもがそのような状況を生じていることを見れば推測できる。おそらく、用いたSSRIの量が少量で有効であったため、また継続的な服用を行わなかったため、それ以上の病態の変化をきたすことなく大うつ病の病状のみで終息したのであろう。また抑うつ¹¹⁾の程度も重症ではなく、単極性のうつ病の治療経過を示した。

それに対し、症例2の場合は、当センターでの治療が始まるはるか以前から気分の上下(hood swing)が生じていたものと考えられる。症例2において際立っているのは、彼女自身の子ども虐待の既往である。幼児期や学童期の状況がわからない者が少なからず含まれているが、前記の双極性障害を示した一六名についてみると、少なくとも九名において子ども虐待の既往があった。もう一つ注目すべきは、症例2の肉親に統合失調症診断の者がいることである。彼は本当に統合失調症なのだろうか。この問題については次に取り上げよう。

当あいち小児センターは子ども虐待の治療センターでもある。子ども虐待臨床からのデータを提示する。子ども虐待の治療経過の中で、必要に応じて親の側にカルテを作成した一三六名のうち、気分障害が一二〇名であった。このうち双極性障害を示す者は三一名にのぼる。この三一名の中で発達障害が認められる者は一三名で、内訳は高機能広汎性発達障害九名(つまりこのグループの親とは、高機能広汎性発達障害で双極性障害を示し虐待の既往があった成人と完全に重なる)、アダルトADHD三名、精神遅滞一名である。アダルトADHDのうち二名は薬物依存の既往がある。発達障害といっても単一の問題ではないが、一%水準の有意差(χ²(1)=8.15, p<.05)で、発達障害の既往の者に双極性障害が多くみられることが示された。

つまり、もともとの発達障害に虐待が加わった時に双極性障害が生じやすいのではないかと考えられる。ただし保留が必要である。この三一名中一九名は、性的虐待もしくは性被害の既往がある。性的虐待、性被害の既往ということでは、広汎性発達障害において二名、アダルトADHDおよび精神遅滞の四名全員に認められる。

つまり広汎性発達障害においては、性的虐待の既往がない者が含まれることがむしろ特

徴ではないかと考えられる。この性的虐待の既往をもつ者において、重度の解離性障害を併存する者が少なからずおり、三一名中発達障害の既往をもたない三名に解離性同一性障害が認められる。

重症の解離を主症状とする複雑性トラウマあるいは特定不能の極度ストレス障害 (DESNOS)⁽²²⁾ においてしばしばみられる感情の抑圧と噴出は、臨床的には極端な気分の上下と同一であり、非定型的な双極性障害類似の状態を示すことが少なくない。発達精神病理学的にこの原型となる症状とは、子ども虐待の、とくに学童期の子どもたちに普遍的に認められる、多動および気分の高揚であり、解離を背後にもつ気分の上下⁽¹⁸⁾ であると考えられる。

これは臨床的には、逆に、従来双極性障害と診断された中に、発達凸凹の者を含む汎性発達障害の既往をもつ者と、性的虐待の既往を代表とする複雑性トラウマを抱える者がともに含まれているということを示唆する。この点が先に保留が必要と述べた理由である。

一連の双極性障害臨床の中で、最近注目されているグループが重度感情調整不全症 (sever mood dysregulation: SMD)⁽¹⁾ である。これは病態としては双極性障害類似の気

分の上下があるが、双極性障害よりもむしろ DESNOS に近縁がある可能性が高いグループである。

いまだに決着がつかない問題であるが、重度の虐待体験という強烈な脳への慢性的刺激にさらされた個体において、海馬、扁桃体、帯状回などの記憶や感情の中核に異常が生じ、その一部は気分の上下の形をとると考えれば、汎性発達障害に加えて被虐待の既往がある者に、双極性障害類似の病態が生じやすいことは頷けることである。また、若年から双極性障害類似の強い気分の上下の臨床像を呈する汎性発達障害が知的障害を伴った自閉症に比較的多く認められる理由も、知的障害を伴った自閉症において、生物学的な感情調整の不調と、知覚過敏性や愛着の障害といった、強烈なトラウマにさらされ続けるのと同等の体験世界の中に生きていることを考えれば、了解できることである。

この SMD を双極性障害に加えるべきかどうか、少なくとも児童精神医学のレベルでは決着がつかない。しかし、成人にいたった症例において、感情調整剤 (および対フラッシュバックの治療) が有効かつ必要であることは、症例 2 を見れば明らかである。

(2) 汎性発達障害と統合失調症

とくに高機能汎性発達障害において、さまざまな多彩な併存症が認められる。それらが重症の緘黙、摂食障害、強迫性障害などと多彩であることは、これまでにも指摘してきた。つまり、従来の精神医学においてスキゾイド (schizoid) と呼ばれていた人格傾向は、汎性発達凸凹を含む汎性発達障害と読み替えてはば問題はないものと考えられる⁽²⁰⁾。さらに統合失調症型人格障害の一部にも、汎性発達障害が含まれていることは疑いない。

さてそれでは、統合失調症そのものはどうなのだろうか。有名な統合失調症症例の中に高機能汎性発達障害とも考えられる症例が散見され、またかつて統合失調症の精神病理学に関する記述には、統合失調症よりも高機能汎性発達障害にむしろよく適合するものがあった。筆者はブランケンブルクの名著『自明性の喪失』に登場するアンネ・ラウの症例を検討してみた結果、高機能汎性発達障害を基盤にもつ症例と考えられることを指摘した⁽¹⁸⁾。

表 1 において、統合失調症の診断基準を機械的にチェックすると、それを満した高機能汎性発達障害は一五名 (男性一二名、女性三名) であった。いずれも青年期の症例である。この一五名について検討してみると、被

害念慮は一五名全員に認められたが、一五名全員がいじめなど現実の迫害体験をしていた。また、全員において幻聴様訴えがあった。しかしそのうち九名は、一見幻聴様であるが、持続時間がきわめて短く、フラッシュバックであることが明確であった。統合失調症特有の病理という視点から検討してみると、コンラートの⁽²⁾というアポフェニーは一三名に認められたが、アナストロフェーまでいたった者は皆無であった。一五名中五名に生活の著しい退行がみられ、当初筆者は、これらの症例は高機能広汎性発達障害に統合失調症が併存した症例と考えていた。しかし継続的に経過を追っていくと、うち四名は急速に改善がみられ、著しい退行が認められた残り一名も、数年をかけて徐々に改善し、典型的な統合失調症の経過とは異なることが明らかになつた。

以下に症例を紹介する。もともとこの症例は、高機能広汎性発達障害に多重人格の併存がみられた症例として筆者がフォローアップを行ってきた青年である。

〔症例3〕二四歳男性、高機能自閉症

家族歴に特記すべき問題はない。三歳にて自閉症の診断を受けた。母子通園施設にて療育をスタートし、保育園で言葉が急速に伸び

るようになって、通常クラスに入学した。

彼の作文には、すでに小学一年生頃から兄が登場している。ちなみに彼は長男で、兄は存在しない。小学校五年生頃になると、明確な他人格、「もう一人の僕」が出現するようになった。中学校特殊学級に進学した頃は、「もう一人の僕」との間の葛藤が最も激しかった時期である。「もう一人の僕」の指令を受け、それに対し喧嘩をすることもあったという。またこの頃には、頻々と自動書字が認められ、「もう一人の僕」から「いじめに遭いたくなかったら、〇〇は徹底的に無視しろ」といった指示が、自動書字によって書かれていた。

養護学校高等部に進学した頃から、「もう一人の僕」と彼自身との間に適切な距離が保てるようになった。その後、彼は大企業に就職し、問題のない就労を続けていた。その頃には、「もう一人の僕」は何かと彼の相談相手になつており、たとえば彼が、高卒の同僚との付き合いに苦労をし、「もう辞めたい」と愚痴ると、「もう一人の僕」からは「せっかく大企業に勤めたのだから、もったいないので、頑張り」と励まされているといったことが報告されていた。

二二歳を過ぎて軽度の抑うつが生じ、フルボキサミン二五mgを断続的に服用した。この

状況が軽快したと思われる二三歳を過ぎた頃から、唐突に幻聴を訴えるようになった。「自分を操ろうとする奴がいて、自分をおちよくつてくる」と、一年以上前から時々聞かえていたという。「もう一人の僕」ではないのかと尋ねると、明確に否定し、「もう一人の僕」も「あいつの声に惑わされるな、無視しろ」と励ますそうである。リスペリドン1mg以下のごく少量の抗精神病薬の服用で声は遠ざかったが、完全に消えてはいないようである。会社での仕事に関しては、この抑うつ時期も幻聴が生じた後も、問題なく働けているようである。

この症例をどのように考えればよいのだろうか。彼は抑うつ前後に、中学、高校の頃のいじめ体験のフラッシュバックに悩まされた時期があり、数回のEMDR⁽¹⁷⁾によつて軽快を得た。時期的には、幻聴はその前後から生じていたものと考えられる。

臨床で出会う症例にはさまざまな組み合わせが認められる。先の症例2のきょうだいもその一例である。現在外来でフォローをしていく軽度の知的障害を伴う自閉症児の母親は、統合失調症と診断されている。しかし彼女は本当に統合失調症なのだろうか。父親の話では、定型的ではないので、これまでの治

療には難航してきたという。この方は大量の抗精神病薬を継続的に服用しており、治療の見直しをするとなると、入院治療下でなくてはリスクが高い。こういった例を散見するのであるが、この方のようにすでに長年の治療を経ている場合、その対応を子ども病院の外で行うのは困難が大きい。

成人のADHDと虐待後遺症

成人のADHDが存在することは疑いない。筆者自身を含めて、多動系の人間は自分の周りにもたくさん存在するからである。しかし一般にADHDの場合、児童精神科外来で成人年齢までフォローアップする例はそれほど多くない。二次的な問題に展開していかない限り、落ち込みやすいところや、また不注意が残遺していても、社会的な適応にそれほど大きな問題を残さないことが多いからである。

ところが、これに子育て不全 (maternal heat) が加わると、にわかに適応が不良になる。このような症例は、多動そのものが生来のものか、虐待によって生じた二次的なものか、判別が非常に難しい。すでに成人になっている症例の場合、広汎性発達障害以上に基盤となる問題の「ニワトリ・タマゴ」は判

然としないことが多い。精神科外来への受診歴がある場合には、気分の上を伴った境界性人格障害と診断されていることが多いように思う。

すでに述べた虐待臨床の中で、親の側にカルテを作った症例のうち、ADHD診断の二例を紹介する。

〔症例4〕三三歳女性、アダルトADHD・双極性障害

この症例は、子どもの治療経過の中で親である患者にカルテを作る必要性が生じて、治療が開始された。ちなみに子どもは、チックを伴ったADHDである。

患者は幼児期から多動で、興味に従って突進する傾向があつた。一歳を過ぎた頃から多動が目立ち、両親は大変に苦労して育てたという。道路への飛び出しで交通事故になりかけたことがあると話す。一方、患者の側からは、両親は多忙で、患者は幼児期に親からの十分な世話を受けなかつたと述べる。また出来のよいきょうだいの差別を受けて育つたという。

自分の要求が通らないと衝動的に乱暴をすることがあつた。小学校高学年頃から徐々に落ち着いたという。しかし「うっかり」が多く、忘れっぽいので、徐々にスケジュールを

非常に気にするようになった。集団行動は問題がなく、成績はふるわなかつたが、なんとか高校を卒業した。高校で、万引きをして捕まったことがあるという。それ以後は懲りて、非行はない。

二〇歳で結婚し、子どもができたが、二九歳で離婚した。その子どもは幼児期から多動で、さまざまなトラブルがあつた。小学校高学年になると学校での不適応が目立つようになり、当センターへ受診した。初診の時に、その子どもの忘れっぽいことが許せずに、母親である患者が体罰を繰り返していることが明らかにになり、勧められてカルテを作成した。

治療開始後、患者に小学校年代の記憶がごつそりと欠落していることが明らかになった。またスケジュールへのこだわりは「予定を忘れてしまうので、それを書き出しておくのだけれど、それに沿って生活しないと忘れると思い、少しでもスケジュールからずれると怒ってしまう」という。子どもがスケジュールを乱すので、患者は激怒し、自分でも後で思い出せない、記憶が飛ぶような衝動的な体罰を繰り返していたのである。患者はまた、自分の過去を見るようで、子どものさまざまな失敗や不適応行動に対しても、毎日のように激しい体罰を加えていたことが明らか

になった。

患者に対して、生育歴の作り直しをしながら過去のトラウマ処理を行った。これは容易な作業ではなかった。患者は小学校卒業時に、それまでの写真を全部焼いてしまったという。患者のきょうだいに写真を提供してもらい、それを手がかりに記憶を引き出し、そこから先はEMDRを用いて、解離を生じないで想起するという作業を続けた。その中で、小学校中学年で火遊びからぼやを出し大騒ぎになった件など、さまざまな事件が思い起こされ、徐々に小学校年代の記憶がつながるようになった。彼女の問題行動に対して、両親と祖父が激しい体罰を加えていたことが明らかにしたが、一方患者も、祖父を故意に怒らせることを繰り返すなど、反抗挑戦性障害の状態であったことが判明した。

これらの治療によって、子どもに対する虐待的な対応は劇的に改善したが、一方、今度は気分の上下が明確になってきた。軽度の強迫および軽度の摂食障害もいまだに併存している。フラッシュバックもあるので、桂枝加竜骨牡蠣湯二・五gを服用し、いくらか安定した状態が得られた。

この症例はもともADHDの既往をもつことは疑いなくであろう。それに、虐待とまて言わずとも、少なくとも子育て不全の影響

が加わった症例と考えられる。現在の状態で、ADHD不注意優勢型の診断基準を満たすが、問題は解離が存在することである。解離の存在によって、ADHDの診断基準の不注意項目が陽性になることは、以前われわれが指摘したことである⁽³⁾。

では次の症例はどうだろうか。

〔症例5〕二七歳女性、アデルトADHD・

薬物中毒・境界性人格障害

両親は患者が二歳にて離婚した。母親はすぐに再婚したが、義父からの激しい体罰があったという。幼児期から落ち着かず、後先を考えず衝動的に行動するところがあった。その一方で暗い場所を異常に怖がるなど、不安になりやすいところがあった。

勉強は苦手で、小学校高学年から授業についていけなくなった。小学校高学年で、万引きなどがあった。中学では不登校になり、中三にて情緒障害児短期治療施設へ入所した。一五歳にて退所し、その後一六歳で初婚、すぐに離婚し、一九歳にて再婚したが、夫からのDVがあり、二三歳で離婚。二六歳で再々婚したが、二七歳でまた離婚した。それぞれの夫との間に設けた子どもが計四人いる。子どもの多動や衝動的な問題行動によって受診し、患者みずからの希望で患者にもカルテを

作成した。子どもたちは祖母が主として養育してきており、長男はADHDの診断基準を満たすが、解離症状もあり、反応性愛着障害も認められる。

患者は、一五〜一六歳、一八〜一九歳に週二日以上習慣的にシンナーを用いていた時期があり、その後、睡眠薬の依存症、さらにアルコール依存もある。不眠、抑うつ、気分の変動、衝動的乱暴や衝動的な行動傾向、被害念慮、他者への操作傾向、自傷、自殺未遂などが認められ、子どもへのネグレクト、身体的暴力も続いている。そのため長男は、かつて母親が入所した情緒障害児短期治療施設に入所した。親子二代の入所は初めてであるという。患者への治療はなかなか継続せず、少し続いて切れることを繰り返している。長男以外の子どもたちは祖母が養育している。ちなみに、長男もADHDの診断基準を満たすが、入所してからの状況は比較的落ち着いており、服薬なしで経過している。

症例5もまた、現在の状態でADHD混合型の診断基準を満たす。しかし同時に解離、抑うつ、気分の変動、自傷、薬物依存などがみられ、もし診断を当てはめるとすると、複雑性トラウマとして知られる症状群が最もよく患者の状態に合致する。この症例は、児童

期において先のSMDに含まれることもまた疑いない。

病因をめぐる議論を棚上げすれば、症例5の患者もADHDの症状を幼児期に示していた。欧米からのレポートを丹念にみると、ADHDにおける子ども虐待の問題は、いづれも過半数において存在している。成人のADHDは——そのような成人が存在することは疑いないが——幼児期からもう一度発達歴をたどり直し、その生来の問題とその後の環境による修飾を分けるという地道な作業を必要としている。

臨床的視点からの整理

これまで述べた諸点から浮かびあがるのは、気分障害や統合失調症という診断の中に、発達障害を基盤にもつ場合が少なからず混在しているという事実である。正直なところ筆者は現在、うつ病や統合失調症とは何なのか、すっかり混乱してしまっている。

筆者はこれまで、児童や青年の臨床の中で、統合失調症はその本格的な発症前の状態において診断が十分に可能と考えており、また実際に超早期の診断と対応を実践してきた。その際に最も有効な手がかりと考えてきた症状は、周囲の変容感である。

だが、いわゆる初期統合失調症レベルの病態において、発達障害、とくに広汎性発達障害が基盤にある場合に、横断的な症状レベルでは初期統合失調症の症状を示すものの、統合失調症への突入にいたらず、比較的速やかに軽快をする、あるいは足踏み状態を歩き来する青年を、最近になって何度も経験するようになり、統合失調症診断に関する確信が揺らぐようになった。これは臨床精神科医としてのアイデンティティにかかわる状況である。発達障害が基盤にある場合、従来とはいくらか異なった対応をするほうが無難なのではないかと現在は考えている。

臨床的に重要と思われることをまとめておきたい。

第一に、発達障害の可能性を見逃さないためには、生育歴をしつかりとるということに尽きる。本人のみならず、親や子どもの様子も確認することが好ましい。とくに高機能広汎性発達凸凹のレベルの場合、他者を完璧に取り込むことで社会的機能の代償を計るので、まったく表面的には問題がないという場合が少なくない。とくに女性はそうである。発達障害は強い素因をもつため、親族に関する情報が非常に有用なものとなる。

第二に、トラウマ歴の有無である。子ども虐待、DVの既往、そしてとくに女性におい

ての性的虐待、性被害の有無。性的虐待や性被害は、予想以上に多いものである。これらのトラウマの問題と発達障害とは相互に絡み合い、臨床像に少なからぬ影響を与える。トラウマが絡む症例の場合、トラウマの治療を優先して行う必要がある。

高機能広汎性発達障害症例の、双極性障害と激しい虐待に基づくフラッシュバックがともみられる成人男性は、統合失調症という診断であった。この患者の被虐待に基づく被害慮は時として被注察感として訴えられた時期もあり、フラッシュバックが幻覚として受け取られた可能性がある。この男性は、EMDRによる過去の虐待をめぐるトラウマの処理が終わったところ、双極性障害の病相が明確になったのであった。臨床症状をきちんとみる限り、統合失調症という二重の誤診がなせ生じたのか、首を捻らざるを得ないが、トラウマに基づく修飾が加わったときには、横断的な診断では十分に病態を把握できないことを示唆しているのではないだろうか。

第三に、その症状の把握である。単相性のうつ病か双極性障害かという問題は、発達凸凹の基盤がある場合には、長期的に後者に移行する可能性を常に念頭に置いて治療的対応を行う必要があるものと考えられる。先に述べたSMDはADHDとも虐待とも関連が指

摘されている。これらの成人症例において、抗うつ薬の使用は非常に慎重に行わなくてはならないだろう。また幻覚と安易に決めつけずに、フラッシュバックの可能性を常に考える必要があるだろう。幻覚は持続的な現象であるのに対し、フラッシュバックは一瞬の出来事であるという時間的な違いが最も容易な鑑別点である。そもそも薬剤抵抗性が高い幻覚はフラッシュバックである可能性が高いとは、中井久夫⁽¹⁾や神田橋條治⁽⁸⁾が指摘してきた重要な臨床的知見である。

最後に、薬物療法についてである。発達障害の基盤がある場合には、少量処方を中心がけることが大原則である。一般の精神科診療で用いられるよりもごく少量の組み合わせが安全であり、また有効という印象をもつ。使用量は、抗精神病薬も抗うつ薬も感情調整剤も、まずは半錠からスタートするのを筆者は原則としている。筆者の臨床経験の中で、広汎性発達障害の成人におけるうつ病に躁転がそれほど起きなかった理由は、この少量処方によるのではないかと考えられる。

フラッシュバックに対して有効な薬物治療は、筆者の経験では、漢方薬の桂枝加芍薬湯と四物湯という、いわゆる神田橋方以外に見あたらない。EMDRは有効であるが、幻覚様にまで内在化したフラッシュバックの処

理は、さまざまな工夫を要するようで、筆者自身試行錯誤のただ中にある。それにしても、神田橋⁽⁸⁾の慧眼には敬服の念を禁じ得ない。子どもの臨床の延長に、よたよたとどり着いた問題を、成人中心の臨床の中で神田橋がすべてすでに指摘していることに、今回、改めて気づいた。

おわりに

さて、カテゴリー診断学には画期的な意義があった。しかし、これまでの診断学体系には明らかに二つの欠落があった。一つはトラウマの軽視であり、もう一つの根源的な問題は、発達障害とその関連する病態に関して、十分に把握ができていなかったことである。

おそらく、統合失調症の診断を受け、しかし治療の進展が不十分な非定型例において、発達障害の見逃しは少なくないのではないかと。統合失調症から発達障害とトラウマを除外くと、何割が残るか。筆者はかつて、統合失調症診断の三割程度は、誤診が含まれるのではないかと考えていた。しかるに成人精神科臨床に従事する複数の友人から、統合失調症のほうに三割程度ではないかと最近になって聞くようになった。

もう一つ。力動精神医学もまた見直しを迫られている。言い間違い、転移、取り込み、

投影など、防衛メカニズムとして括られてきた少なくともその一部はフラッシュバックである。否認とはトラウマへのおびえであり、解離はトラウマの切り離し、タナトスをはじめとする自己破壊衝動は否定的認知のフラッシュバックに他ならない。言語機能における隠喩、換喩の働きそのものが象徴性を担うことが近年の発達言語認知学で示された。力動精神医学から発達障害とトラウマを除くと、果たして何が残るのであろうか。

一つ確かなことは、今後の精神科臨床に、発達障害の経験とトラウマへの対処技法が必須になるということである。われわれは一〇〇年に一度の、精神医学大系の変革期に立ち会っているのではないかと思う。

〔文献〕

- (1) Brotman, M.A., Schnajuk, M., Rich, B.A. et al.: Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 60: 991-997, 2006.
- (2) Conrad, K.: *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. George Thieme, Stuttgart, 1971. (吉永五郎訳『Conrad精神分裂病—妄想のゲシュタルト分析試論』医学書院一九七三年)
- (3) Endo, T., Sugiyama, T., Someya, T.: Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychia-*

try *Clin Neurosci* 60: 434-438, 2006.

(4) Fitzgerald, M.: *The genesis of artistic creativity: Asperger's syndrome and the arts*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2005. (石坂好樹他訳『アスペルガー症候群の天才たち―自閉症と創造性』理和書店'二〇〇八年)

(5) Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., Greden, J.: Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord* 32: 299-306, 2002.

(6) Herman, J.L.: *Trauma and recovery*. Basic Books, New York, 1992. (中井久夫訳『心的外傷と回復』ちちち書房'一九九六年)

(7) James, I.: *Asperger's syndrome and high achievement: some very remarkable people*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2006. (草薙ゆり訳『アスペルガーの偉人たち』スペクトラム出版社'二〇〇七年)

(8) 神田橋條治「P.T.S.D.の治療」『臨床精神医学』三六巻'四一七-四三三頁'二〇〇七年

(9) 神田橋條治「難治症例に潜む発達障害」『臨床精神医学』三八巻'三四九-三六五頁'二〇〇九年

(10) 衣笠隆幸、池田正國、世木田久美他「重ね着症候群とスキゾイドパーソナリティ障害―重ね着症候群の概念と診断について」『精神神経学雑誌』一〇九巻'三六一-四四四頁'二〇〇七年

(11) Munese, T., Ono, Y., Mutoh, K. et al.: High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disord* 111(2-3): 170-175, 2008.

(12) 中井久夫「微候・記憶・外傷」みすず書房'二〇〇四年

(13) 並木典子、杉山登志郎、明鏡光宣「高機能広汎性発達障害にみられる気分障害に関する臨床的研究」『小児の精神と神経』四六巻'二五七-二六三頁'二〇〇六年

(14) Reinke, W.M., Ostrander, R.: Heterotypic and homotypic continuity: the moderating effects of age and gender. *J Abnorm Child Psychol* 36: 1109-1121, 2008.

(15) Rutter, M., Moffitt, T.E., Caspi, A.: Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry* 47(3-4): 226-261, 2006.

(16) 斎藤万比古「注意欠陥／多動性障害 (ADHD) とその併存障害―人格発達上のリスク・ファクターとしての ADHD」『小児の精神と神経』四〇巻'二四三-二五四頁'二〇〇〇年

(17) Shapiro, F.: *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. 2nd ed. Guilford Press, New York, 2001. (市井雅哉監訳『EMDR―外傷記憶を処理する心理療法』二瓶社'二〇〇四年)

(18) 杉山登志郎「Asperger 症候群と高機能広汎性発達障害」『精神医学』四四巻'三六八-三七九頁'二〇〇二年

(19) 杉山登志郎「干渉も虐待も発達障害―第4の発達障害としての子ども虐待」『小児の精神と神経』四六巻'七一-七頁'二〇〇六年

(20) 杉山登志郎「Asperger 症候群の周辺」『児童青年精神医学とその近接領域』四九巻'二四三-二五八頁'二〇〇八年

(21) 杉山登志郎「高機能広汎性発達障害 (その

1) 高機能広汎性発達障害の歴史と展望」『小児の精神と神経』四八巻'三二七-三三六頁'二〇〇八年

(22) van der Kolk, B.A. et al.(eds): *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press, New York, 1996. (西澤哲監訳『トラウマティック・ストレス―PTSDからトラウマ反応の臨床と研究のすべて』誠信書房'二〇〇一年)

(すぎやま・としろう／精神医学)

杉山 登志郎*

子ども虐待

児童青年精神医学とその近接領域 50(50周年記念特集号)；161—173 (2009)

I. はじめに

わが国における子ども虐待への取り組みは、他の先進国に比べ大きく遅れた。全国の児童相談所へ寄せられた子ども虐待通報の統計を取り始めたのが1991年、「日本子どもの虐待防止研究会」の発足が1996年(2004年「日本子ども虐待防止学会」に名称変更)、児童虐待の防止等に関する法律(通称児童虐待防止法)の制定は2000年である。わが国における子ども虐待への本格的な取り組みは21世紀を迎えた後である。そしてその後、わずか16年間に、1991年には約1100件であった通報件数は、2007年には40600件へと増加し、さらに2005年からは市町村等自治体も虐待通報を受けるようになり、重複があるとはいえ約3万件余りの通報が毎年寄せられる状況となった。児童相談所への通報のみを見ても実に37倍である。さらに後述するように、性的虐待は、この公的な通報件数のわずかに3%程度であり、実態から大きく乖離している。かつてアメリカ合衆国や西欧諸各国で起きたように、性的虐待を巡る問題の噴出は、近い将来においてわが国においても起きるに違いないが、その為の準備は全くといって良いほど出来ていない。

このような子ども虐待の件数増加は、行政にとって全くの想定外であったと思われる。わが国の対応は完全な後手に回った。さらに後述する社会的養護自体の破綻をはじめとして、わが国の子どもの生存権と人権を守るためのシステムは現在、目を覆うばかりの破綻を示しており、現在もその状況がさらに進みつつある。しかも

そのことが、ごく少数の子ども虐待に直接かわる者以外には知られていない。子ども虐待を巡る今日のわが国のこのような状況に対して、児童青年精神科医およびその専門家集団である日本児童青年精神医学会は、子どもの人権とメンタルヘルスを守る立場の者として責任を免れ得ないであろう。子ども虐待への対応は、医療モデルのシステムだけでなく、医療を含む対応の為の社会システムを必要とする。この点こそが正にわが国において子ども虐待への対応が一向に進む気配を見せない主たる要因である。

この小論においては、これまで「児童青年精神医学とその近接領域」に掲載された子ども虐待関連の論文や報告の展望を行い、その作業を通して、現在わが国が直面する子ども虐待を巡る状況を鳥瞰し、その対応の課題をまとめ、未来への提言を行う。

II. 子ども虐待を巡る論文の展望

児童青年精神医学とその近接領域に掲載された子ども虐待を巡る論文を、2000年発行の第41巻以後全て拾い、その概要を表1にまとめた。著者(連名の場合3名までそれ以上は他と記す)、タイトル、発表年、巻数とページ数、その概要などを報告年順に一覧にしている。2000年以後としたのは、先に触れたように児童虐待防止法の制定と施行が2000年であり、その前とその後ではわが国の状況は、全く異なるからである。この作業において、直接子ども虐待を扱ってはいない論文でも、関連するものは極力拾うようにした。内容の概略は非常に短くまとめたため、十分に論文について触れることが出来ていない。個々について興味を持たれた方は、直接、論文をお読み頂きたいと思う。

*あいち小児保健医療総合センター
e-mail: eptsugi@kd5.so-net.ne.jp

表1 子ども虐待に関連する論文一覧

#	著者	年	巻(号)	ページ	タイトル	種類
1	McGookin, C. M.	2000	41(3)	260-274	「子ども保護」における ACPC (地域子ども保護委員会) の役割と他機関連携	特別講演紹介
2	河村雄一, 本城秀次, 杉山登志郎他	2000	41(5)	505-513	児童思春期に解離症状がみられた18例の臨床的研究	原著論文
3	石黒大輔	2000	41(5)	528-538	解離性同一性障害への入院治療: その集団力動に及ぼす影響と治療状況の混乱	原著論文
4	田中 緑	2000	41(5)	539-552	解離性(転換性)障害に対する解決志向的アプローチを中心とした行動療法の試み: 青年期女子の1症例を通して	症例研究
5	家村昭矩	2000	41(5)	554-558	児童相談所の現状と当面する課題	委員会セミナー: 抄録
6	松本伊智朗	2000	41(5)	558	「児童虐待防止市町村ネットワーク事業」と連携のこれから	委員会セミナー
7	前橋信和	2000	41(5)	559-564	児童虐待の現状と厚生省の取り組み	委員会セミナー
8	梶山有二	2000	41(5)	570-575	身体的虐待とネグレクト: 施設入所を余儀なくされる子どもたちをとおして	委員会シンポジウム 紹介論文
9	本間博彰	2000	41(5)	575-580	心理的虐待 (Psychological abuse) について: 他の形態の児童虐待との関連および最近の動向	委員会シンポジウム 紹介論文
10	奥山真紀子	2000	41(5)	580-586	性的虐待	委員会シンポジウム 紹介論文
11	亀岡智美	2001	42(2)	110-113	被虐待児の治療	ワークショップ紹介
12	西口 裕	2001	42(3)	200-205	児童虐待を考える: 児童相談所の立場から	市民公開講座紹介論文
13	中野直美	2001	42(3)	206-210	児童虐待を考える: 保育士の立場から	市民公開講座紹介論文
14	多田 元	2001	42(3)	210-216	児童虐待を考える: 弁護士の立場から	市民公開講座紹介論文
15	坂本正子	2002	43(2)	171-174	児童相談所の現状と厚生労働省の取り組み	委員会セミナー: 抄録
16	犬塚峰子	2002	43(2)	174-176	児童養護施設での被虐待児の養育への支援	委員会セミナー: 抄録

#	概要（児童虐待との関連を中心に）	備考
1	イギリスにおける子ども虐待への対応と ACPC の役割を紹介	1999年総会特別講演，屋代通子，松本伊智朗による訳，松本の参考資料を付す
2	9-17歳の解離性障害18例の症例に関する臨床的検討。うち9例の父親が暴力的と帰されるが，虐待に関する言及は乏しい。重症例が少ないことに関連すると考察	解離性障害特集への応募論文
3	父親からの激しい身体的虐待とネグレクト，13歳で複数の男性からのレイプ被害を持つ19歳 DID 男性患者への入院治療報告，退院後症例は死亡	同上
4	両親からの身体的虐待，ネグレクト，ポルノを見せるなどの性的虐待にて施設入所し，解離性てんかんを生じた17歳女兒への行動療法による治療報告	同上
5	1990-1998年の児童虐待の増加を踏まえ，介入，ケアが困難であることを指摘	1999年福祉と法に関する委員会セミナー：子どもの虐待，門眞一郎，田中哲の司会のことばが付されている
6	児童虐待への人手不足を指摘，一理（スライド）のモデルを紹介	同上
7	子ども虐待対応の手引きの作成，スタッフの増員，研修の強化など，厚労省の取り組みを紹介	同上
8	身体的虐待，ネグレクトによって生じる児童の心理的な問題をまとめ，分離に際しての留意点をまとめ，インフラの不足を指摘	1999年広報・福祉と法に関する委員会合同シンポジウム：小倉清，河合洋の司会のことばおよび討論の要約が付されている
9	心理的虐待の紹介，児童虐待が啓発から介入や治療への段階になったことを指摘，母子保健の課題としての対応を提言	同上
10	性的虐待がわが国で未だに対応が遅れていることを指摘，早期対応の具体策を提言	同上
11	松心園における治療経験から入院の法的な問題，問題行動の対応困難，システムの不足などを指摘，他の報告者のまとめと討論を含む	2000年総会，ワークショップ「被虐待児の治療」の亀岡によるまとめ
12	三重県の児相の現状を報告，被虐待児の非行行為や親の対応の困難さを指摘	2000年市民公開講座「児童虐待を考える」シンポジウム：高岡健，門眞一郎による趣意文が付されている
13	児童自立支援施設における被虐待児へのケアを紹介	同上
14	愛知県 CAPNA の紹介，死亡事例の検討から現在の法や対応の不備を指摘	同上
15	子ども虐待の現状を踏まえ，広報・啓発，発生予防，早期発見，早期対応，保護，保護者への指導援助等について厚労省の取り組みを紹介	2000年総会福祉に関する委員会セミナー：児童虐待と治療的介入をめぐる 本間博彰の紹介文が付されている
16	被虐待児における情緒・行動上の問題は8割に達し，東京都として医療との連携を強化し，児童養護施設のケアの強化を実施していることを紹介	同上

17	八木修司	2002	43(2)	176-179	児童福祉施設での治療における現状と課題	委員会セミナー：抄録
18	河南俊康	2002	43(2)	179-181	石川県における児童虐待相談の現状	委員会セミナー：抄録
19	花田雅憲	2002	43(4)	369-374	子どもの臨床におけるトラウマ	特集論文
20	幸田有史	2002	43(4)	375-388	被虐待児の診断と病理の理解に到るまで	特集論文
21	本間博彰	2002	43(4)	389-394	児童虐待と親の問題：ハイリスクマザーと治療的アプローチを中心として	特集論文
22	亀岡智美	2002	43(4)	395-404	性的虐待とそのケア	特集論文
23	吉田敬子, 武井庸郎, 山下 洋	2002	43(5)	498-525	精神医学領域における児童虐待に関する多元的評価の意義：被虐待児とその養育者への適切な心理社会的加入のため	概説
24	武井庸郎, 山下 洋, 吉田敬子	2003	44(5)	456-468	児童虐待症例の多元的評価の意義：自験例での検討	原著論文
25	小野善郎, 石田芳久, 井出浩他	2004	45(5)	411-423	児童相談所における精神科医療の関与の状況	原著論文
26	原田 謙	2005	46(3)	285-295	反抗挑戦性障害と行為障害	教育講演論文
27	杉山登志郎, 海野千畝子, 河邊真千子	2005	46(3)	296-306	子ども虐待への包括的治療：3つの側面からのケアとサポート	教育講演論文
28	青木 豊, 松本英夫, 寺田菜穂子他	2005	46(3)	318-337	乳幼児の愛着障害：3症例による診断基準の検討	症例研究
29	吉村奏恵	2005	46(4)	377-380	学校での児童虐待の発見と児に対する支援について	委員会セミナー
30	山本恒雄	2005	46(4)	380-387	教育と福祉の連携のポイントについて	委員会セミナー：抄録
31	牧 真吉	2005	46(4)	387-390	児童相談所における地域ケア	委員会セミナー：抄録
32	大高一則	2005	46(4)	391-396	精神科クリニックの立場から	委員会セミナー：抄録

17	情短における被虐待児へのケアについて紹介，被虐待児の占有率が上がると施設の運営が困難となることを指摘	同上
18	石川県での児童虐待への取り組みを紹介	同上
19	子どものトラウマの研究の歴史，要因となる問題，解離性障害との関連をまとめる	子どもに見るトラウマ特集論文，全体の総論
20	児童虐待とトラウマ反応，関連する精神医学的問題を整理し，行政執行型の介入を要することを指摘し，多岐的なアセスメントと治療の必要性を呈示	子どもに見るトラウマ特集論文
21	被虐待児の5割が就学前であることを指摘し，加虐のハイリスクとなる母親の特徴的な問題を取り上げ，介入の具体例を呈示した	同上
22	性的虐待が未だ膨大な陰数を抱えること，性的人権への侵害であることを指摘し，性的虐待の心身への影響，その治療についてまとめる	同上
23	身体的虐待を中心に文献展望を行い，破壊的行動障害の割合の高さや，様々な精神医学的障害が頻発することを示し，精神医学的診断と心理社会評価とを組み合わせた多元的評価の必要性を呈示	
24	6歳の被虐待児に対して，CDC, CBCL, TRF, WISC9R, SPCCなどを実施し，また母親にもGHQを行い，患児が示すさまざまな病理を解析した	#23論文に呈示した内容の実践報告である
25	全国児相180カ所に調査を行い，精神科医の配備と精神科医療実態を調査，常勤は18児相のみ，非常勤の勤務時間は短く，治療的な関与はほとんど行われていなかった	
26	行為障害の基盤となる問題として，ADHD，言語性知能の低い児童，PDDの三者を分け，それぞれに対する治療方や予防をまとめる	2004年総会における教育講演
27	被虐待児342名とその親60名の資料を示し，児童への心理評価と治療，家族への治療，他の機関との連携の3つの側面からのケアの具体例を呈示	2004年総会における教育講演
28	Zeanahの愛着障害に該当するもののDSM-IVの反応性愛着障害診断に到らない3症例を呈示した	
29	学校内で児童虐待を対応することの困難さをまとめる	2004年福祉に関する委員会セミナー：児童虐待と地域ケア：福祉と教育の連携を考える 飯田順三，平田美音による解説が付されている
30	いわゆる岸和田事件を踏まえ，大阪府の学校調査の資料を示し，府の教育委員会と福祉との虐待通報に関する合意や連携の実態と課題を呈示	同上
31	子ども虐待を子育て失調として捉えるという視点を示し，支援や介入の具体的な方法を提示	同上
32	精神科クリニックにおける児童虐待へのケアや関与を症例を通して紹介し，地域での関わりを核とした対応を考察	同上

33	田中 究	2005	46(5)	511-516	虐待と解離性障害	シンポジウム紹介論文
34	石黒大輔	2005	46(5)	516-521	解離性障害の病理：解離性同一性障害の病態水準の考察を通して	シンポジウム紹介論文
35	木村宏之	2005	46(5)	521-527	解離性障害の治療：困難な状況をどう乗り切るのか	シンポジウム紹介論文
36	浜田恵子	2005	46(5)	561-571	米国における児童虐待	紹介
37	小野善郎	2006	47(4)	355-361	被虐待児の治療	教育講演論文
38	桐野由美子	2006	47(5)	396-399	児童虐待における家族の再統合について	委員会セミナー：抄録
39	金井 剛	2006	47(5)	399-400	児相における家族の再統合に向けた支援活動	委員会セミナー：抄録
40	野口啓示	2006	47(5)	400-402	ペアレントトレーニングを用いたアプローチ	委員会セミナー：抄録
41	中山 浩	2006	47(5)	402-403	新しい時代のこどものメンタルヘルスシステムについて	委員会セミナー：抄録
42	小野善郎	2007	48(1)	1-20	子どもの心理的虐待の概念・定義と精神医学的意義	総説
43	亀岡智美	2007	48(4)	447-456	子ども虐待と精神科臨床	教育講演論文
44	伊藤かほり, 武井 明	2008	49(1)	14-24	性的虐待を受けた女子10例の臨床的検討	原著論文
45	浅野恭子	2008	49(3)	300-301	児童自立支援施設での支援の実際：子どもたちの性問題行動の理解と支援	委員会セミナー：抄録
46	澤田史香	2008	49(3)	301-302	情緒障害児短期治療施設での取り組み：総合環境療法の視点から	委員会セミナー：抄録
47	生地 新	2008	49(3)	303-304	児童養護施設での心理ケアとコンサルテーション	委員会セミナー：抄録
48	岩佐嘉彦	2008	49(3)	317-318	子どもの司法面接	委員会セミナー：抄録
49	藤川洋子	2008	49(3)	318-320	子どもの司法面接 (Forensic Interview)	委員会セミナー：抄録
50	奥山真紀子	2008	49(3)	320-321	司法面接：性的虐待を中心に	委員会セミナー：抄録