

心療科病棟における性的安全の 文化の創造に関する研究, (その2) 性的虐待対応看護師チーム(SAR)による 性的安全プログラム

海野千畝子*1 小山内文*2 杉山登志郎*3

Key words : sexual abuse, institutional care, intervention of sexualized behavior

要旨：あいち小児保健医療センター心療科病棟において、心療科病棟内に性的に安全な文化を創造する目的で、性的虐待対応チーム(Sexual abuse response nursing team: SARチーム)を作り、一連の性的安全のためのプログラムを実施した。その内容としては、聞き取り調査といくつかのワークである。また病棟内で生じた性的な問題に対して、SARチームは事後対応システムを作った。2008年7月から2009年2月までの入院児38名に聞き取りを実施し、成育史における被害加害経験があるもの19人(50%)、被害加害経験の可能性のある者が12人、被害加害経験がないもの7人(18.4%)であった。また性的トラブルの総数は計30件であった。恋愛・告白11件、ボディタッチ9件、手紙のやり取り2件、キス2件、性的人形遊び2件、自慰行為の発覚2件、看護師へのボディタッチ3件であった。SAR看護師を中心に謝罪を相互に行い、トラブル後の対人距離のワーク、性的興奮を鎮めるワークなどを実施した。SARチームの活動によって、性的行動化は早期にみいだされ、治療的な対応が可能になった。SARチームの活動は、心療科病棟における性的安全の文化の創造に寄与していると考えられる。

I. はじめに

あいち小児センター心療科病棟は平成15年5月に開棟した小児科病棟である。全35床であり、被虐待の既往を持つ児童が常時7割以上を占めている。この心療科病棟において、子ども

間の性化行動が生じたという事件が何度かあった。特に2007年度において、看護スタッフ側の疲労が無視できないまでに高くなり、われわれは対応を見直さざるを得ない状況になった。特に性的虐待において、子どもたちはその開示後

Chihoko UNNO et al : Clinical Researches for the Creation on Sexually Safety Culture on a Children's Ward. II. Sexual Safety Program of Sexual Abuse Response Nursing Team (SAR)

*1 兵庫教育大学 [〒673-1494 兵庫県加東市下久米 942-1]

*2 名古屋大学大学院医学系研究科, *3 浜松医科大学

に、解離という防衛機制によって切り離されていたさまざまな感情や身体感覚がフラッシュバックとして蘇り、それによって混乱し大荒れの状況になる。このような、感情的行動噴出への対応として自らの感情コントロールを目的にしたコントロールルーム(ムーン)を創設した。

もう一つの取り組みが、性的安全のための文化作りである。今日のわが国において、子ども向けのマスメディアには性情報が溢れており、インターネットを介しての剥き出しの性情報も容易に入手できる。そうでなくとも、子ども達の中に、性的な要素を含む男女間の交際を容認する傾向が普遍的に存在する。しかし、われわれの病棟は、性的虐待の被害児の治療が常時実践されており、男女間の交際、男女を問わずキスや身体的接触などの行動は、容易に性化行動へと転じ、性被害、性加害、さらにフラッシュバックなど、子ども達にとって治療の基本である安全を守れない状況がもたらされてしまう。つまり心療科病棟は子ども虐待の治療の場として、子ども達の性化行動を防ぎ、性的な安全を守り続けることが重要な基盤になっている。このための実践としてわれわれが取り組んだものが、看護師による性的虐待対応チーム(Sexual abuse response nursing team: SARチーム)の創設と活動である。このSARチームを中心に、病棟の性的安全の文化作りが進められた。

Ⅱ. SARチームの設置と運営

1. SARチームについて

SARチームは虐待対応心理士(海野)と、心療科病棟看護師、さらに虐待対応医師(杉山)による話し合いから生まれた。心療科病棟内において、性的虐待への対応のリーダーシップをとる看護師チームである。創設が正式に認められた後、性的問題への対応はさまざまな繊細な問題を含むためSARチームへの参加は強制ではない

ことを徹底し、立候補をした4名の看護師によって最初のSARチームが結成された。

この4名に、虐待対応心理士が加わり、月1回の会議を設けた。準備期間において特に留意されたのはセルフケアの問題である。SARチームの活動を休憩することやギブアップすることも可能であることを保障し、相互に対等な立場で、意見交換できるように配慮を行った。次いで、子ども達へのチームとしての活動を決め、そのための実習を、海野が講師となって行った。

ここで準備期間に十分な時間をかけたのは、性的虐待への対応においては、認識のズレが起こりやすく、しばしばスタッフ間の分裂が生じやすいからである。またSARチームの活動の後には海野によるコンサルテーションを必ず行い、スタッフのケアを計るようにした。

2. 学習会の開催

まず、看護師を対象とした暴力や性的虐待に関する学習会を開催した。杉山による「子どもと暴力」についての公開での講義を行い、次いで看護師のみを対象として海野による「子どもの症状としての暴力のメカニズムとセルフケア」に関する講義とボディワークの実習を行った。後者においては、仕事の中での傷付きに関する分かち合いも行った。看護師らは病棟の開設以来、治療的な病棟文化を築きあげてきた。しかし被虐待児童が7割以上という病棟において、子どもからの暴力や暴言をあびることは日常的に生じ、その結果、何らかの傷付きがない看護師は存在しない状況になっていた。この分かち合いにおいて、看護の中で経験し、そのまま置き去りになっていたさまざまな感情を表出し、怒りや悲哀、罪悪感などをスタッフ間で話し合った。この学習会を通してわれわれは、子ども、スタッフ共に安全な病棟文化の創造すること、さらに自己への信頼、他者への信頼、そして病棟業務への誇りを取り戻すことの重要性を確認

した。

性的安全のための予防プログラムをSARチームで作成しマニュアルを作成した。プログラムの実施に関しては、子どもの入院が決まった段階でその保護者に文書で実施の許諾を得るようにした。

3. 性的安全予防プログラムの実際

1) 性的部位の教育と、性被害性加害の聞き取り

新たな入院児童に対し、SAR看護師は入院後できるだけ2週間以内に、性的部位の教育と、性被害性加害の聞き取りを実施する。看護師は、児童と1対1で、コントロールルームなど、子どもにとって安心が確保された病棟内の場所を用いて、まず絵本を見ながら性的部位(プライベートパーツとも呼ばれる)とは何かを子どもに教える。性的部位とは、口、(耳)、胸、性器、尻の各部位で、そこへの接触によって性的興奮を生じ、性的な接触になる可能性が高い部位である。その後、過去においてこれらの性的部位への侵襲をはじめとする、性被害性加害の有無について聴取をする。SAR看護師は家庭の外と中で、安全ではなかったことがあったかどうか、他者からの暴力やまた性被害、性加害があったかどうかを聞き取っていく。この中で、子どもの性的易刺激性の有無が理解できる。聞き取りに対する子ども達の態度はさまざまで、事実を克明に語るもの、すでに周囲は性的虐待の情報は入手しているが、子どもの側の準備ができず否認するもの、また初めて性的虐待の事実を開示するものも存在した。判定としては3段階で評価を行った。A:性的虐待が濃厚な者、B:性的虐待の可能性のある者、C:性的虐待の可能性がない者である。

2) 対人距離のワーク

この聞き取りから約2週間をおいて、SAR看護師は子ども達に対して、対人距離のワークを実施する。この対人距離のワークは、自己防衛

力を養うことが目的で行われる。

加害者に扮した動物パペットを持ったSAR看護師が、自己イメージの動物パペットを持った子どもと約5メートルの間隔で向かい合って立ち、最初に子どもの身体感覚や感情を確認する。その後子どもの「いいよ」の合図を待って子どもに向かって少しずつ近づいていく。子どもが不快感を覚えたところで「嫌」あるいは「ストップ」と表現してもらい、子どもが「嫌」といえたら、SAR看護師は拍手して「よくできたね」と大いにほめる。ここで再度、身体感覚と感情を確認する。

このワークであるが、特に性的虐待を受けた子ども達は自他の境界線を意識することが苦手で、他者の接近に適切な距離を取れないことが少なくない。その結果、少しずつ近づいて行くと、体がぶつかるまで「ストップ」といえなかったり、またぱっと解離状態に陥って朦朧としてしまったりという反応を生じることがある。このような場合でも看護師は叱ったりすることなく、必ず子どもをほめ、子どもの身体感覚を確認し、徐々にきちんと距離が取れるように回数を重ねて導くことが重要である。

ワークを実施する前の「ドキドキした」、「モゾモゾした」、「変な感じ」、「あたまごちゃごちゃ」、「心臓バクバク」、「わからん」といった身体感覚や感情の表出から、「嫌」あるいは「ストップ」がきちんと表出できた後に、「すっきりした」という感じに変化するのが理想である。しかし子ども達は、「嫌」と表出した反動でフラッシュバックが起き、まなざしが朦朧とし、心臓が高鳴る、落ち着かなくなるといった反応を呈することも頻繁にある。しかし適切に「嫌」と表現し、それを看護師から賞賛されるという体験を通して、しだいに子ども達は外傷体験を塗り替え、自分を正しく感じ取るという力を成長させることができる。

また、SAR看護師はこれらの性的安全教育やワークを実施する中で頻々と生じるフラッシュバックに対応するため、コントロールルームの使用によるさまざまなワークや、混乱を収めるためのボディワークを子ども達に指導している。この混乱を収めるためのボディワークとは、一緒に行う深呼吸、落ち着くための看護者による背中でのマッサージ、そして性的興奮を鎮めるためのワークである。

性的興奮を鎮めるワークとは、性的な刺激によって生じる性的興奮を生命エネルギーとして捉え直し、より建設的に児童の生きる力となるように変換するボディワークである。性的興奮に翻弄されてきた子ども達に対し優れた効果が認められ、子ども達にも好評であった。これは次のようなワークである。

SAR看護師は児童に向かって呼びかける、「性器(おまた、おちんちん)がモゾモゾしたりジンジンしたりすると思うけれど、それを自分のパワーにするために使う方法があるんだよ。」、「モゾモゾじんじんして性器を触ってしまう(マスターベーションをしてしまう)とエネルギーが流れてしまう。そして憂うつなどより気分になってしまうことがある。もし、もぞもぞしたり、ジンジンしたら、性器を触るのを我慢して、この方法をやってみよう。」、「性器の位置に手を置いて、時計回りにグルグルグルグルとエネルギーを上へ上げていって(手を時計周りに回していく)心臓を通して手を頭の上へあげて空に放つ。同時に「ふー」と息を大きく吐こう。」、「性のエネルギーを生きる力に変えていこう。」、「といいながら上へあげた手を降ろしてガッツポーズにして終わり。」、「それでもモゾモゾ、ジンジンが収まらない時は、今度は反対周りに手をまわそう。」、「反対周りにグルグルグルグルと手をまわしてフーと空に放って、性のエネルギーを生きるエネルギーに変えていこう。」、「それでも

モゾモゾジンジンしたら、一緒にトイレにいこう。」と一緒にワークをするのである。SAR看護師は、暖かく真剣に言葉にして行く。SAR看護師の姿勢をお手本に、子どもは自らの性的なエネルギーを大切に扱うことを学び、性的興奮への対処を身につけて行くことができる。

Ⅲ. 事後対応システム

事後対応システムとは、心療科病棟内で性的被害加害事件が発生した時の対応システムである。

SAR看護師は、事後対応システムへの準備として、過去に心療科病棟内で発生したさまざまなパターンや、その時々々の要因を視覚的に図示し、看護師用の「事後対応マニュアル」を作成した。このマニュアルの大きな特徴は、看護師が性的被害加害に直面した時に起きる内的な動揺にまでに配慮し、記述していることである。性的虐待に直面する中で看護師自身が二次的なトラウマ(大澤, 2000)に陥り、孤独感や孤立無援感に苛まれることは稀ではないからである。SARチームの看護師は、病棟において性的被害加害の事件が起きた時にはそのマニュアルに沿って対応のリーダーシップをとる。それは次のような過程である。

最初に、事件に関わった子ども達への聞き取りを行う。事実関係を突き合わせその整合性を整え、主治医、虐待対応臨床心理士へ連絡をとり、主治医との子どもとの面接を行う。次に、性的安全に関する取り決めに沿った対応を開始する。部屋の調整、事件に関わった子ども達と相互の分離を行う。入院の時に、病棟のルールとして性的な接触は禁止と通知されているので、そのルール違反があった子どもは、例えばスカイ(解放エリア)からレインボー(閉鎖エリア)への病室の移動を行うなどである。その後、ルールからの逸脱に関して加害者から被害者へ

IV. SARチームの成果

1. 性的安全予防プログラムの実施結果

2008年7月から2009年2月まで実施した性的安全教育の中で、聞き取り調査の実施結果としては、実施人数38名(男児21名、女児17名)で、このうちA(被害加害経験があるもの)19人(50%)、B(被害加害経験が曖昧で可能性が疑われる者)12人(31.6%)、C(被害加害経験がないもの)7人(18.4%)であった。内容としては、家庭外では、痴漢にあった、知らない大人に性器を触られた、などであり、家庭内の性的虐待については、すでに開示されていたもの他に、この聞き取り調査の中で、われわれが把握していなかった、姉に性器をさわられたことがあった、弟と浣腸遊びをした、(正確に表現できないが)お母さんに何かされたようだ、などの回答が得られ、新たな治療的な対応につながった子どもも存在した。

対人距離のワークの実施においては、2回のワーク実施の中で、ほとんどの子どもが嫌、ストップ、という断る表現が可能になり、自己防衛への足がかりになった。性的感受性がAと判定された子どもにおいては、身体感覚の表出を促した際、気持ちいい、という気分高揚を訴えた子どもや、反対にSAR看護師との距離を過剰にとり、一歩近づいたのみでストップを表出するなど、性的被虐待児の特徴的な反応が現れていた。

2. 事後対応システムの成果

2008年7月から2009年2月まで、事後対応システム発動した性的トラブルは30件、関係した子どもの延べ人数は35名であった。内訳は、恋愛・告白11件、ボディタッチ9件、手紙のやり取り2件、キス2件、人形遊び(マステリー)2件、自慰行為2件、看護師へのボディタッチ3件であった。子ども間のボディタッチの内訳は、浣腸遊び、くすぐり遊び、服めぐり、お尻タッ

の謝罪を行う。相互が巻き込み合うので加害被害が判然としないこともあり、謝罪はしばしば表面的になされ、心からのものではないことも多い。しかし謝罪のタイミングが失われないよう時間を置かずに実施するようにしている。さらにこの謝罪は、加害側の子どもを支援する看護師、被害側の子どもを支援する看護師の役割を分け、それぞれに謝罪の練習、謝罪を受ける練習を行った後で、実際の謝罪の場に臨むようにしている。この練習の意味は、事件の後で性的な感受性が高まった状態で顔を付き合わせると、治療の対象となっている過去の事件のフラッシュバックが生じ、大混乱に陥る可能性があるからである。このように、SAR看護師の指導の下、加害被害両者の子ども達への自立的機能、包容的機能の両方の支援が含まれたワークとして謝罪が実施される。

その後、加害被害後の対人距離のワーク、性的興奮のワークを再度、実施する。これは、性的安全教育時と手順は同じであるが、より治療的意味を持つ。ここでの対人距離のワークにおいて、防衛が弱いことが示されたという子どもの行動観察が得られた場合には、その後に引き続き、主治医の再診、さらに臨床心理士による解離の心理査定が行われることもある。子どもの中の外傷体験による性的衝動コントロールの不全を示唆するからである。ここから子どもへのトラウマの処理治療に繋がって行くこともある。

SAR看護師による事後対応システムの実施は、予防へのさまざまな対応システムを強化し、正の循環をつくる。事前予防システムと、事後対応システムとが両輪となって、病棟内の性的安全のための風土や文化が創られて行くことこそ、われわれが目的としたことである。

チ、胸タッチ、息を吹きかけるなどであった。すべての子ども達にSAR看護師を中心に謝罪を実施し、トラブル後の対人距離のワーク、性的興奮を鎮めるワークを行った。

3. SARチームへの評価

SARチームの4名と師長1名を除く心療科病棟の看護師19名に、2009年2月時点で、アンケート調査を行った。その結果、SARチームの活動に対し、続けて行きたい15名(78.9%)よくわからない2名(10.5%)どちらでもよい2名(10.5%)という結果であった。存続に賛成する立場からは、子どもたちからの開示が増え、早期の介入が増加している、事件が起きたときに専門性のある指導ができる、治療環境を安全なものにするために必要、という意見が寄せられていた。継続に迷う立場からは、心理士や医師との連携で初めて成り立ち看護師ができる限界がある、取り扱う内容が重たいので精神的負担が大きい、という意見が寄せられた。SARチームの活動は、このように看護スタッフによって、認められてきている。このことは、心療科病棟の性的安全な文化の創造が進んでいることに他ならない。

V. 考 察

1. 性的安全プログラムが子どもに与える意味

今日に至ってもわが国では、子どもの性的虐待や性的興奮を日常的にとり扱うことはタブーとされてきた。しかし、子どもの性的虐待や性的興奮に直面化しない限り、性的虐待を受けた子ども達の治療が困難であるだけでなく、多くの加害被害の連鎖を生み、次世代にまで及ぶ影響もたらされることになる(杉山ら、2007)。今回、あいち小児センターの心療科病棟において、生活を司る看護師による性的安全プログラムを実施した意味として次の諸点があげられる。

心療科の看護師は、入院した子どもにとって

親代わりの存在である。日常の世話をはじめ看護を通して肌理細かな支援が常になされている。看護師によって、性的安全プログラムが行われる中で、心と体の安全を保障する姿勢が看護師から子どもに伝えられる。また、あいち小児センターにおいて入院治療を受ける子ども達は、虐待によって心や身体が置き去りにされたままである者が少なくない。子ども達が自分の感情や身体感覚を大事に扱い、自己表現を主体的に行うことの大切さが、同じく看護師から子ども達に伝えられる。この活動を通して子ども達は、従来は秘密の領域とされてきた性的なさまざまな問題を看護師に相談しやすくなる。性的な被害加害は、一般の虐待以上に、先に述べたタブーによる抑圧が存在する。看護師チームによる取り組みは、これまで見逃されていた虐待の発見にも貢献するものである。しかし何よりも重要なことは、子ども達が生活する場に、安全の保障という子ども虐待の治療において基盤でありながら、最も実現が困難な問題が一步前進し、子ども達の治療に寄与しているという事実である。

2. 性的興奮への対応

今回、われわれが行った性的安全プログラムの特徴の一つは、子どもが持つ性的興奮を正面から取り扱っていることである。性的虐待や性被害を受けた子どもは、自らの性的興奮に対して混乱せざるを得ない。性的侵襲は性的興奮と快感をもたらし、このことが性的虐待において、快楽と嫌悪感、罪悪感が入り混じるといった大きな混乱を生じる基盤になる。この混乱は、汚辱感や、時としては希死念慮に発展することがある。これまでの対応は、支援者側が性的意識に対しての学習習得がなく、子どもの性的興奮に対して戸惑いと放置に終始していたといつて過言ではない。

SARチームによって実践された性的興奮を鎮

めるワークは、この性的虐待によって生じやすい性的興奮への対応法の一つである。子ども達はこのワークを通して、性的虐待の際に受けた外傷の身体感覚や情緒的混乱を、建設的に塗り替えることが可能になる。しかしながら、このボディワーク対象の子どもの状況で有効な場合も、無効な場合もまた存在する。特に思春期の男子の性的興奮に対して、十全に治めることは困難であることも多く、また、子どもが重度の解離性健忘を抱えているときには、やはり有効性に乏しい。このような場合は個別対応が考慮される。

3. 性的安全な文化、創造の長い道のり

心療科病棟内において、子どもの性的な逸脱行動が皆無になることはありえない。子ども達の性化行動は、心的外傷行為の再演としてのマステリーの一種とみなされる。子ども達は性的逸脱行動を通して、自らのフラッシュバックを捉えなおし、健忘していた外傷記憶を取り戻し回復につながる場合もある(白川ら, 2004)。また表面上トラブルがないということが、実は密かに性化行動が蔓延しているのに気付かないだけということはいくらにも多い。

トラブルを未然に押さえることよりも、何かあれば直ぐに子ども達が大人に相談できる文化を創ること、そして加害による被害を最小限にとどめ、双方にとって治療の進展につながる新規蒔き直しの契機とすることが、性的安全な文化の創造として優先される。実際に、SARチームの活動が始まってから、性的事項に関して看護師に相談する児童が増え、心療科病棟における性的安全の確立のために文化が創られて行っているというわれわれの実感がある。

VI. おわりに

SARチームは他の看護師に伝えて行き、看護師全体の対応が少しずつ広がるように努めている。

る。SARチームに参加した看護師の感想を尋ねると、実践してよかった、というものであった。子どもに支援し伝えながら、自身の子ども時代の、性に対する教育や対応不足の問題から解放されたという、性を扱うにはさまざまな困難が伴う。またそのことが当然である。性的虐待を治療する中で、時にスタッフ個人の内面が露呈され、個々のスタッフが自分の性的意識に向き合う必要が迫られてくることも稀ではない(杉山ら, 2007)。スタッフの個々の性を巡る傷付きから、相互不信という負のエネルギーにつながり、それが集団の混乱に至る可能性も常に意識する必要がある。性は繊細な扱われ方が求められる問題である。SARチームのような活動は、ゆっくり焦らずに、バランスをみながら抜けて行くことが必要と思われる。

謝 辞

立ち上げから共に奮闘してくれたSAR看護師チームである垣内真治看護師、虫賀智子看護師、伊藤環看護師、そして32病棟棟長である林義久看護師、コントロールルーム担当看護師、背後から支援してくれた病棟臨床心理士である河邊真千子臨床心理士に深く感謝いたします。

この研究は、厚生労働科学研究、こどもの心の診療に冠する診療体制確保専門の人材育成に関する研究(H19-子ども-；主任研究者奥山真紀子)の分担研究として行われた。

文 献

- Family Service Prevention division, Health Canada (1994) : A Guide For Young Girls, A Guide For Young Boys : グループ・ウィズネス訳 (2004) : 性虐待を生きる力に変えて2. 小さな女の子・男の子のためのガイド. pp.44-52, pp.82-95
Putnam FW (1989) : Diagnosis and treatment of multiple personality disorder (安克昌・中井久夫訳 (2000) : 多重人格障害, その診断と障

- 害.) 岩崎学術出版社, pp.229-269
- 宮地尚子 (2005) : 男性の性暴力から見えてくるもの, 訳者解説にかえて, ガートナー「少年への性的虐待」作品社, pp.428-457
- 白川美也子 (2004) : 研究5総合病院一般病床における被虐待児と加虐する親への入院治療の取り組み, その可能性と限界, 平成16年度厚生労働科学研究報告書, pp.143-161
- 杉山登志郎編 (2008) : 厚生労働科学研究:児童虐待等の子どもの被害, および子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究 (H17-19総合研究報告書:総括・分担:主任研究者奥山真紀子) : 性的虐待のケアと介入に関する研究「児童養護施設における性虐待対応マニュアル」の作成, スタッフの精神衛生, pp.417-418
- 杉山登志郎, 海野千畝子 (2007) : 性的虐待の治療に関する研究 その1: 男児の性的虐待の臨床的特徴に関する研究, 小児の精神と神経 47 (4) : 263-272
- 海野千畝子, 杉山登志郎 (2007) : 性的虐待の治療に関する研究 その2: 児童養護施設の施設性的虐待への対応, 小児の精神と神経 47 (4) : 273-279
- 海野千畝子, 杉山登志郎, 加藤明美 (2005) : 被虐待児童における自傷・怪我・かゆみについての臨床的検討, 小児の精神と神経 45 (3) : 261-271
- 海野千畝子, 大館庸子, 藤田美樹, 他 (2008) : 性的虐待のケアと介入に関する研究, その3: 心療科病棟における性的安全の確立への対応と支援—コントロールルーム (ムーン) 設立, 厚生労働科学研究, 児童虐待等の子どもの被害, および子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究, 性的虐待のケアと介入に関する研究 (平成19年度総括・分担報告書1/2主任研究者: 奥山真紀子), pp.387-394

* * *

広汎性発達障害における双極性障害の臨床的検討

森本 武志*¹ 杉山 登志郎*² 東 誠*³

Key words : bipolar disorders, pervasive developmental disorders, drug-induced mania, mental retardation

要旨：広汎性発達障害に併存する双極性障害について、14歳未満でてんかんのない自験例について検討を加えた。知的障害を伴う自閉症を含めると27例あり、知的障害を伴う自閉症児において有意に多かった。さらに双極I型を呈するものは4例のうち3例は知的障害を伴っていた。また一卵性双生児2組の観察からは知的障害の重い者に双極性障害が併存していた。広汎性発達障害の経過観察中に双極性障害と診断された年齢は9歳前後が最も多く、被虐待既往をもつものが少なからず認められた。37%に薬剤誘発性と考えられる躁・軽躁への移行の既往がみられ、原因薬剤はSSRIおよび三環系の抗うつ剤であった。極少量の気分調整剤と抗精神病薬の併用および、フラッシュバックを伴うと考えられる症例において、漢方薬の使用が効果を示した。しかし、治療に非常に難渋する症例が2例に認められた。広汎性発達障害に併存する双極性障害については今後の研究の蓄積が必要である。

I. はじめに

広汎性発達障害の併存症に関する検討は、これまでも継続して行われてきた。その結果、最も多い併存症は気分障害であることに関して、すでに早くから指摘がなされていた(Lainhart et al, 1994)。しかしながら、その中で、双極性障害がどの程度存在するのかに関しては、十分な検討がなされてきたとは言えない。その理由として、小児の双極性障害そのもの

のが、大きな論争のただ中にあるからである。以前から前思春期周期性精神病(高木, 1959; 大塚ら, 2004; 岡田, 2008)をはじめとする、児童期のいわゆる非定型精神病に関しては、さまざまな検討と研究がなされてきた。しかし小児の双極性障害という問題が大きな注目を集めるようになったのは1990年代以後である。小児期の双極性障害は、この数年になってようやくわが国でも注目されるようになった(Papoulos et al,

Takeshi MORIMOTO et al : A Clinical Review Of comorbid Bipolar Disorders in Children with Pervasive Developmental Disorders: A Preliminary Overview of 27 Cases

*¹ 京都市児童福祉センター [〒 602-0067 京都府京都市上京区竹屋町通千本東入主税町 910-25]

*² 浜松医科大学児童青年期精神医学講座, *³ 愛知県心身障害者コロニー中央病院精神科

2002; 傳田, 2008). 研究が遅れた理由の1つは、この10年余りわが国においては、発達障害の臨床に大きな注目とエネルギーが集まっており、恐らくそのため相対的に双極性障害への注目が乏しかったためではないかと考えられる。

しかしながら、発達障害における双極性障害の併存という問題は、双極性障害そのものの病因論に直結するテーマである。かねてから、注意欠陥多動性障害(ADHD)類似の臨床像を呈する躁うつ病の存在が指摘されてきた(Biederman et al, 1991)。しかるにADHDの治療薬である中枢刺激薬の服用が双極性障害の悪化をもたらすことが知られるようになった(Lake et al, 1983)。わが国においては、ADHDよりも広汎性発達障害に臨床的な注目が集まっているという事情があり、この問題は十分に提起されてこなかった。高機能広汎性発達障害とADHDとがしばしば併存することはよく知られており(Goldstein et al, 2004)。当然、同様の事態が、広汎性発達障害においても生じる可能性を持つ。双極性障害の発症に関しても、抗うつ薬をはじめとする特定の薬物の服用が引き金となる、薬剤誘発があることはよく知られている(Geller et al, 2001; Kovacs, 1996; Rao et al, 1995)。

もう1つ重要な問題がある。それはこれらの臨床症候群の成立にmaltreatmentがどの様な影響を与えるのかという問題である。臨床的には、子ども虐待の小児において、ハイテンションをはじめとする激しい気分変動が普遍的に認められ、一方、複雑性PTSDとして知られる子ども虐待の重篤な後遺症においても、気分の大きな変動が特徴とされている。広汎性発達障害において、子ども虐待やトラウマの影響は看過できない重みを持つものである(杉山, 2008)。

これらの諸点を整理するためわれわれは、小児の広汎性発達障害における双極性障害に関する臨床的検討を行った。

II. 対象と方法

対象は、われわれが外来にて継続的なフォローアップを行っている18歳未満の広汎性発達障害620名である。うち知的障害を伴うもの173名、高機能群447名、男性479名、女性141名、平均年齢11(±4.3)歳である。このうち、臨床的に双極性障害の症状を呈するものを対象とした。双極性障害の発症は、中学生年齢以前のものに限り14歳未満とした。脳波異常のみの症例は含めたが、てんかん発作が明確に認められた者は除外した。

診断が曖昧になることを防ぐため、われわれはCOBY研究の双極性障害診断基準(Axelsson et al, 2006)を用い、その基準によって双極性障害の有無および、その下位分類を行った。DSM-IVでは特定不能の双極性障害(BP-NOS)の定義が曖昧で、また若年者にみられる躁または軽躁エピソードの持続期間は短いものが多いため、双極性障害の診断がなされ難くなることを考慮し作成されている。この基準によって評価すると、調査対象において双極I型は少なく、大多数の症例は双極II型もしくは特定不能のその他の双極性障害(BP-NOS)と診断された。本来この診断基準を始め米国では、IQ85未満のものは除外基準に含められていることが多いが、われわれの臨床経験から、知的障害を伴う自閉症グループにも、気分の著しい変動はしばしば認められるため、知的障害を伴う群にも同一の基準でチェックを行うことが必要とわれわれは判断した。双極性障害と診断されたおのおのの症例について、関係すると考えられる臨床的な特徴を検討し、その後の治療経過についてさらに調査を行った。

表1 広汎性発達障害に双極性障害を併存すると診断された症例

#	性別	IQ	遺伝素因	発症年齢	薬剤誘発	診断時の様子		
1	PDDNOS	m	85	BP-II		4歳	気分が激しい上下、 ハイテンション	
2	自閉症	f	32	BP-NOS	父親MDI	4歳	夜間不眠、パニック頻発	
3	自閉症	m	41	BP-II		5歳	挑発行為、気分の上下	
4	Asperger障害	m	88	BP-II	父親PDDNOS + MDI, 母方祖母にMDI	5歳	フルボキサ ミン	激しいパニック、気分の上下
5	自閉症	m	34	BP-I	母親BPD診断、気分変動あり、 双生児兄もMDI	6歳	クロミプラ ミン	激しい躁状態、気分の上下
6	自閉症、 精神遅滞	m	25	BP-I	母親脳性麻痺、 気分変動あり	6歳		挑発、ハイテンション、 気分の上下
7	自閉症	m	65	BP-II	母親軽度知的障害、 気分変動あり	7歳		気分の上下、ハイテンション
8	PDDNOS	f	87	BP-II	母親PDDNOS + うつ病	7歳		気分変動あり、 衝動コントロール不良
9	自閉症	m	73	BP-II	母親BPD診断、 気分変動あり、 双生児兄もMDI	8歳		気分の変動、ハイテンション、 8歳頃眠のエピソード
10	PDDNOS	m	81	BP-I	母親PDDNOS + うつ病、 父親MDIあり	8歳		激しい気分変動、 ハイテンション
11	自閉症	f	47	BP-II		8歳	フルボキサ ミン	8歳～多弁が止まらない、 躁状態
12	自閉症、 精神遅滞	m	20	BP-I		8歳		9歳～非常に激しい気分変動に
13	Asperger障害	m	71	BP-II	母親PDDNOS + うつ病あり	8歳	メチルフェ ニデート	8歳頃～気分の上下が目立つ、 脳波異常あり
14	自閉症、 精神遅滞	m	39	BP-II	母親うつ病 + パニック障害あり	9歳		9歳～気分の変動が激しくなる
15	自閉症	m	62	BP-II	母親PDDNOS + うつ病あり	9歳		9歳～被害的、気分の変動に
16	高機能自閉症	m	73	BP-NOS	父親MDI、DVあり自殺、 母親PDDNOS + うつ病あり	9歳	セルトラリ ン	9歳～気分変動あり
17	高機能自閉症	m	97	BP-II		9歳		9歳～気分変動著名に
18	Asperger障害	m	104	BP-II	母親PDDNOS + うつ病	9歳	クロミプラ ミン	9歳～被害的に、 その後躁状態に
19	自閉症	m	51	BP-NOS		10歳		元々挑発が多く、 10歳～気分変動に
20	自閉症	m	51	BP-II	母親病死、兄も自閉症	10歳		10歳～気分変動著明に
21	Asperger障害	m	79	BP-II		10歳	クロミプラ ミン	10歳～気分変動著明に
22	PDDNOS	m	118	BP-II		10歳	ミルナシブ ラン	10歳～落ち込みと死にたいが 交互に
23	自閉症	m	50	BP-II		11歳		11歳～気分変動、ハイテン ション、脳波異常あり
24	PDDNOS	m	98	BP-II	母親にうつ病	13歳	フルボキサ ミン	13歳～落ち込み、 その後気分変動に
25	自閉症	f	65	BP-II		14歳	フルボキサ ミン	14歳～気分変動が著明に、 強迫性障害あり
26	自閉症	m	68	BP-II		14歳		14歳～希死念慮とハイテン ション交代で出現
27	高機能自閉症	f	98	BP-II	祖父に大うつ病	14歳		幼児期から不安定、 14歳～気分変動明確に

PDD：広汎性発達障害、PDDNOS：特定不能の広汎性発達障害、BP-I：双極I型、BP-II：双極II型、BP-NOS：特定不能の双極性障害、MDI：躁うつ病、BPD：境界性パーソナリティ障害

Ⅲ. 結 果

双極性障害と診断された症例の一覧を表1に示す。調査時年齢7歳から17歳の27名が双極性障害と診断された(男児22名, 女児5名, 男女比について母集団との間に有意な偏り無し)。対象全体の4.4%であった。このうち, IQ70未満の知的障害を伴う広汎性発達障害が14例, 全員が自閉症であった。知的障害を持つ者と, 持たない者がほぼ同数であるが, 知的障害を持つ者の全体数が少ないので, 統計学的に有意差が認められた(χ^2 (f=1) =8.04, $p<.01$)。つまり, 知的障害を伴う自閉症において, 双極性障害は有意に多いという結果になった。この27名中, 一卵性双生児が2組おり, 知的障害を伴う自閉症男児1組(#5, #9)はいずれも双極性障害であるが, 程度は知的障害の重い方(#5)がより双極性障害は重症であった。女児のもう1組は学童期にはいずれも高機能自閉症と診断されたが, 1人は最も新しい知能検査(WISC-III)で軽度知的障害と判定された(#25)。知的に高いもう1人は双極性障害が認められず, 知的障害である女児のみ双極性障害を呈した。このように広汎性発達障害において, 双極性障害は知的障害を伴った自閉症に生じやすいことが示唆される。

このうち, 双極I型は4名で, そのうち3名は知的障害を伴っており, 双極I型と診断された高機能広汎性発達障害はわずかに1名のみであった。

ADHDの併存に関して, 気分変動が生じる以前にADHDの診断が可能であった症例は27症例中15例と過半数にのぼった(#1, #3, #5, #6, #7, #8, #9, #10, #11, #13, #16, #17, #20, #21, #23)。これらのADHD併存症例とそれ以外の症例を, 臨床像, 男女差, 知的障害の有無の程度など, 気付き得る臨床的特徴に関して比較してみたが, 特に差が認められなかった。ちなみに双極性障害の臨床像を呈した後は, 機械的なチェックを

行うと躁状態においては全員がADHDの診断基準をも満たしていた。

全員が, 発達障害の診断を先に受け, フォロアアップ中に気分の著しい上下が生じ双極性障害の併存と診断されていた。双極性障害に関する診断年齢は4歳から14歳までちらばり, 8歳, 9歳のものがそれぞれ5名と特に多かった。10歳も4名が認められ, どうやら9歳前後に, 双極性障害が始まる時期が1つのピークを持つようである。大うつ病など気分障害まで含め, 広義の素因を持つものが8名(30.0%)存在した。注目すべきは, 10名(37%)に薬剤誘発を疑わせる既往が認められたことである。いずれもうつ状態が先行し, それに対して比較的少量の抗うつ薬の服用を行ったところ, 気分の著しい上下に転じたというものである。誘発薬物としては, フロボキサミン4名, クロミプラミン3名, セルトラリンとミルナシプランがそれぞれ1名, メチルフェニデートが1名であった。いずれもフルボキサミン12.5~25mg, クロミプラミン5~10mgという少量処方であった。他に脳液異常が2名(7.4%)に認められたが, 臨床的にてんかん発作を生じた者は先に述べたように除外した。

この27名は, 抗うつ薬を服用していたグループは服用を中止し, 薬物療法は, Papolasら(2006)および, Axelsonら(2006)の報告を参考に全員が気分調整薬と, 抗精神病薬の服用を行った。最も多い組み合わせはカルバマゼピンとリスペリドンであった。調査時点での治療薬の状況と現在の状態を表2に示す。テキストおよび論文を元に, 薬物の処方を行ったが, 服薬の効果はさまざまであったが, 大多数においては気分変動が軽減した。しかし, 服薬中止が可能であったのは, わずかに薬剤誘発があった高機能群の1名のみであった。また2名において, アトモキセチンの服用が著効をした。4例において漢方薬を併用した。内容は, 桂枝加芍薬湯

表2 診断時点での治療薬反応性と現在の投薬状況

#	気分調整剤	調査時年齢	現在の処方と状況	備考
1	アリピプラゾール 1.5mg有効	7歳	7歳からアトモキセチン30mg使用し著効、 気分変動は残遺	
2	VPA有効	7歳	リスベリドン0.4mg, CBZ30mgにて軽快	
3	VPA有効	7歳	リスベリドン0.8mg, ピモジド0.3mg, CBZ30mgにて軽快	
4	VPA有効	7歳	リスベリドン2mg, VPA150mg, アリピプラゾール1.5mgにて軽快	父が被虐待児
5	VPA有効	10歳	リスベリドン3mg, VPA500mg, CBZ50mg, Li25mgにて幾らか躁状態は軽減	双子児(#9と), 母のリストカットなど
6	CBZ有効	13歳	CBZ200mg, リスベリドン10mg, ペルフェナジン6mgにて気分の上下は軽快	
7	CBZ有効	8歳	リスベリドン0.5mg, CBZ40mg, ペルフェナジン5mgにて気分の上下は軽快	
8	VPA幾らか有効	11歳	リスベリドン0.2mg, CBZ20mgにて気分変動軽快	
9	VPA有効	10歳	VPA200mg, リスベリドン0.9mgにて気分変動軽快	双子児(#5と), 母のリストカットなど
10	有効な処方無く、 治療に難航	11歳	Li400mg, アリピプラゾール1.5mg, リスベリドン3mg, アトモキセチン60mgにて軽快	虐待あり
11	VPA有効	10歳	その後9歳にてVPA中止, リスベリドン0.4mg, ピモジド0.3mgにて軽快	
12	有効な処方無く、 治療に難航	15歳	VPA350mg, リスベリドン1.7mg, CBZ100mgにて幾らか軽快	
13	CBZ有効	16歳	CBZ200mg, アリピプラゾール3mgにて気分変動は軽快	
14	VPA有効	14歳	VPA600mg, リスベリドン1.8mg, ペルフェナジン10mg, Li50mgにて軽快	
15	CBZ有効	16歳	CBZ50mg, リスベリドン0.5mg, 漢方薬にて軽快	
16	CBZ有効	10歳	CBZ25mg, アリピプラゾール1.5mgにて気分変動軽快	父親から母親への DV目撃
17	CBZ有効	11歳	CBZ,30mg, リスベリドン0.6mg, ペルフェナジン3mg	
18	アリピプラゾール 1.5mg有効	10歳	数カ月の服薬後, 服薬無しで軽快	
19	VPA有効	12歳	VPA150mg, リスベリドン0.6mg, ピモジド0.3mgにて軽快	
20	VPA有効	13歳	VPA400mg, リスベリドン1.5mgにて軽快	虐待あり
21	CBZ有効	17歳	CBZ40mg, アリピプラゾール1.5mgにて軽快	
22	抑うつには有効	12歳	CBZ25mg, アリピプラゾール0.6mgにて気分変動なしに	
23	CBZ有効	17歳	VPA600mg, リスベリドン1mgにて極端なハイテンションは軽快	
24	Li有効	15歳	Li50mg, 漢方薬にて軽快	
25	CBZ有効	17歳	CBZ50mg, ピモジド0.3mg	双子児の姉 (妹に気分変動無し)
26	CBZ有効	16歳	CBZ50mg, リスベリドン0.5mg, 漢方薬にて軽快	
27	CBZ有効	17歳	CBZ30mg, CNP0.3mg, リスベリドン0.8mg, アリピプラゾール2mg, 漢方薬にて軽快	

VPA: バルプロ酸, CBZ: カルバマゼピン, Li: 炭酸リチウム

と四物湯の併用というフラッシュバックに効果
があると報告されている薬物を処方した(神田
橋, 2007).

IV. 症例

非常に治療に難航した1例について記載する。
症例は報告の許可を得ているが、匿名性を保つ
ため、細部を大幅に変更している。

症例：A 初診時10歳 男児

家族歴族歴としては、父親は自営業であったが、無謀な業務拡大に伴う多額の借金があり、また賭博常習という経歴があるが精神科通院歴はない。父親から母親に対するドメスティック・バイオレンス(夫婦間暴力)の既往があり、母親には大うつ病のおよびパニック障害の治療歴がある。

両親は晩婚で高齢妊娠であったが胎生期周産期に特記すべき事項なし。38週、3,102gにて出生した。始歩13カ月、始語9カ月であったが2語文は1歳10カ月であった。また1歳半頃から多動であったが、1歳6カ月児健診、3歳児健診では特に指摘されなかった。4歳で就園時、幼稚園の担任から目が合わないことを指摘された。幼稚園に入園してから集団行動が困難で、しばしば他児を殴る突き飛ばすなど他害行為がみられ、地域の父兄から非難を浴び、母親は患児の問題を認識するようになった。

X3年4月、小学校入学後、子ども同士のトラブルが日に数回あった。9月「落ち着きがなく、ほかの子にけがをさせる」ことを主訴にB大学病院児童精神科を初診した。ADHD、境界知能と診断され、外来にてメチルフェニデート、リスペリドンを服用した。初診時のWISC-IIIでは、言語性IQ 85、運動性IQ 78、全検査IQ 79であった。当時の担任教諭の手記には「休み時間が終わり教室に戻る時、ものすごい勢いで走り、前を走っていた児童を突き飛ばす。突き飛ばされた児童は花壇の角で頭を打ちたんこぶと内出血。放課が終わってからの移動では、たびたび同様なことがある」、「同級生を遊ぼうと誘って、断られたら怒って目の辺りをげんこつで殴る」、「他児の目が合ったのを、睨まれたと受け取り殴りつける」などの事例が列挙され、衝動性が高く、フラストレーション耐性の低いことが、トラブルの背景にあると推測された。患児は学区

の小学校通常級に在籍し、一部のみ特別支援教育が実施されていた。しかし本人が個別の授業を極端に嫌って激しく興奮・抵抗し逸脱行為が頻発するといった状況が続いた。当時の主治医から特別支援学級への編入を勧められたが本人と父親は共に強い抵抗を示した。薬物療法の効果は、母親によると、メチルフェニデートが効いているときは無口で動きもおさまり、別人のようになり、学校でも他児に手が出るのが目立って減るとのことであった。

X2年、小学2年進学時から教頭が週3回程度、本児に個別で補習授業を行い、しばらくは順調に経過していた。しかし2学期になって、教頭が迎えにいくと個別授業を嫌がり、登校を渋るようになった。イミプラミン25mgが処方され幾分朝の機嫌の悪さは落ち着いたが、同時にこのころから他児の持ち物を勝手に持っていってしまう、教室の戸口にぶら下がっているクラス名を書いた札をジャンプして叩き割るといった挑発的なトラブルが毎日のようにみられるようになった。このため、衝突が頻繁に起きるようになった。校長は教育の限界を感じ、入院治療を目的にあいち小児保健医療総合センター心療科への受診を勧め、患児はX年2月受診した。

診察の結果、多動を伴うPDDNOSと診断された。初診時は瞬目・音声チックが併存していた。X年4月、小学校4年生の進級を機に、衝動コントロール、対人関係の改善を目標に心療科病棟での入院治療を開始した。学校では少人数クラスになったにも関わらず、被害的・反抗的であったが、5月になると病棟スタッフの指示に従って行動を修正することは可能になり、比較的落ち着いた生活を送り「学校が楽しい」と述べるようになった。

しかし6月同室の他児とのいさかが増え、学校では挑発行動が増えた。Aに対し教諭が指

導を行ったところ教諭を蹴飛ばし、怪我を負わせた。さらに興奮が続くためAは学校から病棟に戻ったが、対応した看護スタッフの腕に噛みついた。この事件をきっかけに、以後大荒れが続いた。本人の安全をはじめ、他児や教師の安全を守るため、Aが落ち着くまで抑制を要することも頻回に生じた。メチルフェニデート除放剤の増量やクロニジンの服用を行ったが効果がみられず、週末に行っていた外泊では母親に対して激しいしがみつくと多弁が続き、さらに外泊中に過食が見られるようになった。治療環境を整えるため、個室処遇とし、登校を2時間のみに制限した。この前後から、気分変動が徐々に明確になった。薬物治療の大幅な変更を実施し、炭酸リチウム、バルプロ酸ナトリウムなど気分調整薬を主剤に、リスベリドンを加えたが、気分変動を止めることは困難であった。さらに気分調整薬は種々を試みたが、患児はハイテンションの時期と、大人しく被害的抑うつ的な時期を交代性に繰り返した。

2学期を迎え、われわれは患児が被害的になりやすく、自尊感情が極めて低いことの改善から行うことにした。病棟生活・学校生活の規定を単純明快なものにし、衝動性に基づく暴力行為・挑発行動の軽減を計った。適切な行動があればその場で褒め、さらに「褒められ表」を作った。このような対応の中で、次第に暴力・挑発行動は本当に少しずつ落ち着きを見せるようになり、2学期の後半には段階的に登校時間を4時間、6時間と増やすことが可能となった。ここで地元校、児童相談所、市の担当者との協議を行い、環境調整を行った上で特別支援学級へ転籍し、11カ月の入院の後、退院することができた。

しかしこの治療に並行して、患児の母親の育児困難感は改善せず、抑うつがむしろ悪化した。当センターでの並行治療を勧めたが母親は拒否

し、他院を受診し、さらに何度か転医を繰り返した。母親は患児に対し回避的になった。再度、関係者会議が開かれ、患児は小学校5年生から情緒障害児短期治療施設に入所した。患児はその後、落ち着いて生活ができるようになった。外来でその後、気分調整剤(炭酸リチウム400mg)に、アトモキセチン60mgを追加したところ著効し、抗精神病薬を減らすことが可能になった(アリピプラゾール1.5mg、リスベリドン3mg)。

V. 考 察

1. 小児の広汎性発達障害と双極性障害

小児の双極性障害は、遺伝的な素因を抱えていることは疑いない(Tsuchiya et al, 2003; Biederman et al., 2004; Faraone et al, 2004)。だがそれだけではないこともまた明らかである。全体の4.4%という数が、多いのか少ないのか断定しがたいが、小児の双極性障害の資料は非常に少なく、臨床サンプルではあるが、比較的多くの症例を対象とした広汎性発達障害の併存症の検討として、小児のデータとしてはおそらくわが国において初めての調査ではないかと考えられる。

気分障害の併存は、年齢が上がるに連れて増えるという事実(並木ら, 2008)を考えると、恐らく成人に至った症例では、双極性障害の併存はもっと多いという可能性がある。Munesueら(2008)は、12歳以上の高機能広汎性発達障害44名中、12名(27.2%)に双極性障害が認められることを見いだした。われわれの調査(杉山, 2009)では、18歳以上の高機能広汎性発達障害101名のうち、53名に気分障害がみられ、うち双極性障害と診断された者は16名(うち双極I型3名)16%であった。この調査の中でもう一つ指摘されたのは、16名中9名に過去に子ども虐待の既往があったことである。

知的障害の有無を比較してみても、先に指摘

した。知的障害を伴う群に双極Ⅰ型が比較的多く見られること以外に、双極性障害そのものの臨床像に違いは認められなかった。知的障害が重度な自閉症と、子ども虐待の既往を持つ高機能広汎性発達障害との共通項を考えてみると、それはトラウマ的な体験であることに気づく。知的障害が重い自閉症は知覚過敏性が強く、また周囲の状況が分からず、怖い世界の中に生きていることが想定される。

提示した症例は、子ども虐待とあってよい生育歴が認められた。発達障害とトラウマとが複雑に絡み合うことは、最近になって指摘されたことである(杉山, 2008)。発達障害に限らず、小児の非定型的な気分変動に関して severe mood dysregulation (SMD) (Leibenluft et al, 2003; Dickstein et al, 2005; Brotman et al, 2006) という概念が近年登場した。これまでのところ、この群の小児が成人に至ったときに双極性障害に発展するのではなく、むしろ複雑性トラウマの臨床像の方に、類縁性が高いらしいという指摘がなされている。子ども虐待において、情動調律の問題が生じやすいことに関しては多くの指摘がある。広汎性発達障害児の場合は、生来、気分や情動の調律機能など、生理的なレベルのハンディキャップを抱えており、これにトラウマが重なったときに、気分変動という病態が生じることは頷ける。しかしながら、先に述べたように、SMDは成人の双極性障害に単直には繋がらないようである。提示した症例をはじめ、対象の症例が将来においても、双極性障害の臨床像を呈するのかどうか不明である。現時点において、明かに気分の変動が認められるため、被虐待の既往をもつ対象が双極性障害とは異なった病態なのか、現時点では識別が出来ない。しかし少なくともその多くは気分調整剤が有効である。診断の目的が治療を組むためと考えれば、現時点ではこれらの児童に双極性障害

の診断を付す意義があると考えられる。双極Ⅱ型、あるいはBP-NOSに属するグループにおいて、その病理に関して臨床の積み重ねが必要である。小児においては、議論が始まったばかりであり、今後の臨床的な検討をさらに加えて行くことが必要である。

最近になって、ADHDのみならず双極性障害やSMDの児童における認知科学の研究も進みつつある。表情認知がSMDはADHDとはどうやら異なっており、特定の表情を見たときにADHDと双極性障害では左の扁桃体が活性化されるが、SMDでは活性化されないことが示されている(Rich et al, 2006; Brotman et al, 2010)。症例が、同級生の表情を見て「睨まれた」と感じるのもこうした生物学的な基盤により発生している可能性がある。

2. 薬物療法を巡って

抗うつ薬による薬物誘導は、双極性障害の病因ではなく、引き金であることは疑いない(Geller et al, 1993; Geller et al, 1994)。しかしその割合は、本研究では3割と無視できない数である。広汎性発達障害全般に、抗うつ薬の処方を行う場合には、双極性障害の薬物誘導には細心の注意を払う必要があるだろう。中枢刺激薬による薬物誘発はわれわれの経験した症例においては幸い1例のみ認められただけであったが、そのような例が少なからず報告されている(Koehler-Troy et al, 1986)。鎮静と賦活の両方の作用を持つ薬物に関しても、注意が必要である。アリピプラゾールの比較的少量の処方では、賦活と考えられる行動の変化を対象のうち2例に経験しており、アリピプラゾールに関しては、1mg～2mgの少量を慎重に用いる必要があるものと考えられる。

薬物療法は、小児の気分障害のガイドブック(Papoulas et al, 2006)および、Axelsonら(2006)の報告を参考にして、気分調整剤を中心に行った。

しかしながら提示した症例に示されるように、非常に難治性で気分変動を止めることが困難なという症例が少なくとも2例あった(#10, #12)。

気分調整剤は、さまざまなものを用いているが、表2に示すように、てんかんに用いるよりも少量で気分変動には有効に働くようである。症例で示した双極Ⅰ型と診断される児童において、さまざまな薬物が十分に効かず、気分調整が著しく困難であったことと対比すると、やはり双極性障害といっても基盤となる問題にはさまざまなレベルがあると考えらるべきではないだろうか。極少量と考えられるカルバマゼピン10mgから25mg程度の服用でも、リスペリドンの極少量(0.2mg～0.3mg)の併用で十分に有効であった症例が少なくない。

この点に関して、フラッシュバックに対し、比較的少量の抗てんかん薬が有効であるという臨床的な知見と重ねると、先に触れたSMDの問題とも関連し、小児の双極Ⅱ型、あるいはBP-NOSと診断されるグループにおいて、気分変動とフラッシュバックは、因果律がどちらに向かうのか不明であるが関連する可能性がある。

提示した症例において、アトモキセチンが著効し、リスペリドンの減薬が可能であったという事実をどう解釈すればよいのであろうか。広汎性発達障害、ADHD、子ども虐待、双極性障害という状況はそれぞれ複合的な要因が絡み合って難治性の現在の状態が形成されたとしても、薬理的に説明が困難である。中枢刺激薬と異なり、このような場合にアトモキセチンが有効な場合もあるという以上のことを今のところは言いにくい。今後の神経科学・薬理学研究に期待したい。

VI. おわりに

今回の報告は、パイロットスタディという側面が大きい。症例の特徴をより絞った対象を用

いて、多面的に双極性障害の問題を再検討する必要があることは疑いない。今後、さらに臨床所見を積みあげ、継続的な検討を重ねて行きたい。

付 記

本研究は、厚生科学研究費補助金「発達障害の新しい診断・治療法の開発に関する研究」(主任研究者：奥山真紀子)の分担研究として行われた。本研究の要旨は、第101回日本小児精神神経学会総会で発表した。

文 献

- Axelsson D, Birmaher B, Strober M et al (2006) : Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry* 63 (10) : 1139-1148
- Baroni A, Lunaford JR, Luckenbaugh DA et al (2008) : Practitioner Review: The assessment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Child Psychology and Psychiatry* 50 (3) : 203-215
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al (1991) : Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 48 (7) : 633-642
- Biederman J, Faraone SV, Wozniak J et al (2004) : Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affective Disorders* 82 (suppl.) : S45-S58
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al (2006) : Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry* 60 (9) : 991-997
- Brotman MA, Rich BA, Guyer AE et al (2010) : Amygdala activation during emotion processing of neutral faces in children with severe mood dysregulation versus ADHD or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 167 (1) : 61-69
- 俣田健三 (2008) : 児童・青年期の気分障害の臨床的特徴と最新の動向. *児童青年精神医学とその近接領域* 49 (2) : 89-100
- Dickstein DP, Rich BA, Binstock AB et al (2005) : Comorbid anxiety in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *J Child and Adolescent*

- Psychopharmacology 15 (4) : 534-548
- Faedda GL, Baldessarini RJ, Glovinsky IP et al (2004) : Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disorders* 6 (4) : 305-313
- Faraone SV, Glatt SJ, Tsuang MT (2003) : The genetics of pediatric-onset bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 53 (11) : 970-977
- Geller B, Fox LB, Fletcher M (1993) : Effect of tricyclic antidepressants on switching to mania and on the onset of bipolarity in depressed 6- to 12-year-olds. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 (1) : 43-50
- Geller B, Fox LB, Clark KA (1994) : Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-olds. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (4) : 461-468
- Geller B, Zimmerman B, Williams M et al (2001) : Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American J Psychiatry* 158 (1) : 125-127
- Goldstein S, Schwebach AJ (2004) : The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism and Developmental Disorders* 34 (3) : 329-339
- 神田橋條治 (2007) : PTSDの治療 第2回HPNDA研究会講演記録. *臨床精神医学* 36 (4) : 417-433
- Koehler-Troy C, Strober M, Malenbaum R (1986) : Methyl-phenidate-induced mania in a prepubertal child. *J Clinical Psychiatry* 47 (11) : 566-567
- Kovacs M (1996) : Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (6) : 705-771
- Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A et al (2005) : Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders* 7 (6) : 483-496
- Lainhart JE, Folstein SE (1994) : Affective disorders in people with autism: A review of published cases. *J Autism Develop Disorders* 24 (5) : 587-601
- Lake CR, Tenglin R, Charnow B et al (1983) : Psychomotor stimulant-induced mania in a genetically predisposed patient: A review of the literature and report of a case. *J Clinical Psychopharmacology* 3 (2) : 97-99
- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE et al (2003) : Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 160 (3) : 430-437
- Munesue T, Ono Y, Mutoh K et al (2008) : High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients. *J Affective Disorders* 111 (2,3) : 170-175
- 並木典子, 杉山登志郎, 明詠光宣 (2006) : 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* 46 (4) : 257-263
- 岡田 俊 (2008) : 【精神疾患の周期性と時間生物学】思春期における周期性精神病 診断概念とその病態. *臨床精神医学* 37 (3) : 293-296
- 大塚公一郎, 加藤 敏, 阿部隆明, 他 (2004) : 思春期周期性精神病的経過と予後 約20年の長期観察症例をもとにして. *精神神経学雑誌* 106 (11) : 1469-1470
- Papoulos DF, Papoulos J (2006) : The bipolar child. 3rd ed. Crown Archetype, N.Y. (パポロス DF, パポロス J, 十一元三, 岡田俊訳 (2008) : 子どもの双極性障害 親と専門家のためのガイド. 東京書籍)
- Rao U, Ryan N, Birmaher B et al (1995) : Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (5) : 566-578
- Rich BA, Vinton DT, Roberson-Nay R et al (2005) : Limbic hyperactivation during processing of neutral facial expressions in children with bipolar disorder. *Proceedings of National Academy of Science USA* 103 (23) : 8900-8905
- 杉山登志郎 (2008) : 【自閉症のこころとそだち】治療・研究のフロンティア 広汎性発達障害とトラウマ. *そだちの科学* 11 : 21-26
- 杉山登志郎 (2009) : 子ども虐待への包括的ケア 医療機関を核とした子どもと親への治療. *子どもの虐待とネグレクト* 11 (1) : 6-18
- 高木隆郎 (1959) : 前思春期における周期性精神病について. *精神神経学雑誌* 61 : 1194-1208
- Tschiya KJ, Byrne M, Mortensen PB (2003) : Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders* 5 (4) : 231-242

広汎性発達障害における双極性障害の臨床的検討

森 本 武 志*¹ 杉 山 登 志 郎*² 東 誠*³

Key words : bipolar disorders, pervasive developmental disorders, drug-induced mania, mental retardation

要旨：広汎性発達障害に併存する双極性障害について、14歳未満でてんかんのない自験例について検討を加えた。知的障害を伴う自閉症を含めると27例あり、知的障害を伴う自閉症児において有意に多かった。さらに双極I型を呈するものは4例のうち3例は知的障害を伴っていた。また一卵性双生児2組の観察からは知的障害の重い者に双極性障害が併存していた。広汎性発達障害の経過観察中に双極性障害と診断された年齢は9歳前後が最も多く、被虐待既往をもつものが少なからず認められた。37%に薬剤誘発性と考えられる躁・軽躁への移行の既往がみられ、原因薬剤はSSRIおよび三環系の抗うつ剤であった。極少量の気分調整剤と抗精神病薬の併用および、フラッシュバックを伴うと考えられる症例において、漢方薬の使用が効果を示した。しかし、治療に非常に難渋する症例が2例に認められた。広汎性発達障害に併存する双極性障害については今後の研究の蓄積が必要である。

I. はじめに

広汎性発達障害の併存症に関する検討は、これまでにも継続して行われてきた。その結果、最も多い併存症は気分障害であることに關して、すでに早くから指摘がなされていた(Lainhart et al, 1994)。しかしながら、その中で、双極性障害がどの程度存在するのかに關しては、十分な検討がなされてきたとは言えない。その理由として、小児の双極性障害そのもの

のが、大きな論争のただ中にあるからである。以前から前思春期周期性精神病(高木, 1959; 大塚ら, 2004; 岡田, 2008)をはじめとする、児童期のいわゆる非定型精神病に關しては、さまざまな検討と研究がなされてきた。しかし小児の双極性障害という問題が大きな注目を集めるようになったのは1990年代以後である。小児期の双極性障害は、この数年になってようやくわが国でも注目されるようになった(Papolos et al,

Takeshi MORIMOTO et al : A Clinical Review Of comorbid Bipolar Disorders in Children with Pervasive Developmental Disorders: A Preliminary Overview of 27 Cases

*¹京都市児童福祉センター [〒 602-0067 京都府京都市上京区竹屋町通千本東入主税町 910-25]

*²浜松医科大学児童青年期精神医学講座, *³愛知県心身障害者コロニー中央病院精神科

2002; 傳田, 2008). 研究が遅れた理由の1つは、この10年余りわが国においては、発達障害の臨床に大きな注目とエネルギーが集まっており、恐らくそのため相対的に双極性障害への注目が乏しかったためではないかと考えられる。

しかしながら、発達障害における双極性障害の併存という問題は、双極性障害そのものの病因論に直結するテーマである。かねてから、注意欠陥多動性障害(ADHD)類似の臨床像を呈する躁うつ病の存在が指摘されてきた(Biederman et al, 1991)。しかるにADHDの治療薬である中枢刺激薬の服用が双極性障害の悪化をもたらすことが知られるようになった(Lake et al, 1983)。わが国においては、ADHDよりも広汎性発達障害に臨床的な注目が集まっているという事情があり、この問題は十分に取り上げられてこなかった。高機能広汎性発達障害とADHDとがしばしば併存することはよく知られており(Goldstein et al, 2004)。当然、同様の事態が、広汎性発達障害においても生じる可能性を持つ。双極性障害の発症に関しても、抗うつ薬をはじめとする特定の薬物の服用が引き金となる、薬剤誘発があることはよく知られている(Geller et al, 2001; Kovacs, 1996; Rao et al, 1995)。

もう1つ重要な問題がある。それはこれらの臨床症候群の成立にmaltreatmentがどの様な影響を与えるのかという問題である。臨床的には、子ども虐待の小児において、ハイテンションをはじめとする激しい気分変動が普遍的に認められ、一方、複雑性PTSDとして知られる子ども虐待の重篤な後遺症においても、気分の大きな変動が特徴とされている。広汎性発達障害において、子ども虐待やトラウマの影響は看過できない重みを持つものである(杉山, 2008)。

これらの諸点を整理するためわれわれは、小児の広汎性発達障害における双極性障害に関する臨床的検討を行った。

II. 対象と方法

対象は、われわれが外来にて継続的なフォローアップを行っている18歳未満の広汎性発達障害620名である。うち知的障害を伴うもの173名、高機能群447名、男性479名、女性141名、平均年齢11(±4.3)歳である。このうち、臨床的に双極性障害の症状を呈するものを対象とした。双極性障害の発症は、中学生年齢以前のものに限り14歳未満とした。脳波異常のみの症例は含めたが、てんかん発作が明確に認められた者は除外した。

診断が曖昧になることを防ぐため、われわれはCOBY研究の双極性障害診断基準(Axelsson et al, 2006)を用い、その基準によって双極性障害の有無および、その下位分類を行った。DSM-IVでは特定不能の双極性障害(BP-NOS)の定義が曖昧で、また若年者にみられる躁または軽躁エピソードの持続期間は短いものが多いため、双極性障害の診断がなされ難くなることを考慮し作成されている。この基準によって評価すると、調査対象において双極I型は少なく、大多数の症例は双極II型もしくは特定不能のその他の双極性障害(BP-NOS)と診断された。本来この診断基準を始め米国では、IQ85未満のものは除外基準に含まれていることが多いが、われわれの臨床経験から、知的障害を伴う自閉症グループにも、気分の著しい変動はしばしば認められるため、知的障害を伴う群にも同一の基準でチェックを行うことが必要とわれわれは判断した。双極性障害と診断されたおのおのの症例について、関係すると考えられる臨床的な特徴を検討し、その後の治療経過についてさらに調査を行った。