

多くの医師が使用していた。risperidone は、小児の PDD を対象とした報告では、PDD の中心症状は改善しないが、攻撃性、癲癇、気分不安定、自傷、多動・衝動性、常同行動、強迫症状などに効果がみられるとされる^{5,6,7)}。成人の PDD に対しても、反復行動、攻撃性、不安、抑うつなどで改善が認められ、社会性や言語では変化がなかったという報告⁸⁾がある。また、中川⁹⁾の医師を対象とした小児の自閉性障害の薬物療法に関するアンケート調査においても、未就学児、就学児ともに risperidone が最も多く使用されており、risperidone は興奮性、自傷他害、衝動性、睡眠障害に対して使用されていた。今回の調査で aripiprazole は小児で 11.3%、成人で 12.5% であったが、これまでの報告では aripiprazole にて興奮性、常同行動、多動、強迫症状などが改善したとされる¹⁰⁾。

抗てんかん薬では、valproate に関する小規模な二重盲検試験¹¹⁾やオープン試験¹²⁾の報告があり、PDD の反復行動、気分不安定、衝動性、攻撃性に効果がみられた。今回の調査でも比較的多く使用されていたが、これらの症状に対して医師は使用している可能性がある。この他、valproate や carbamazepine といった抗てんかん薬は、てんかんが併存する PDD に使用され、双極性障害が併存する PDD にも使用される可能性があり、今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

抗うつ薬では、これまで clomipramine が PDD の攻撃性、自傷行為、強迫症状、対人的疎通性を改善することがいわれ、使用されてきたが、心血管系の副作用の出現頻度などから近年は SSRI の使用頻度が多くなっている。このことは、今回の調査で小児の PDD への SSRI 以外の使用が 9.7%（成人では 10.3%）であったのに対して、SSRI の使用が 81.6%

（成人では 73.8%）であったことからもわかる。また、SSRI の中では fluvoxamine が比較的多く使用されていた。これまでの報告で、fluvoxamine が PDD の反復行動、攻撃性、不適応行動、社会関係性を改善したとされる^{13,14)}。このような症状に対して使用されている可能性があるが、この他にうつ病、強迫性障害、社交不安障害が併存する PDD にも SSRI が使用される可能性があり、今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

PDD の 70~80% 程度に他の精神疾患が併存するといわれ、てんかんが PDD に併存する割合は 5~44% と報告³⁴⁾されている。また気分障害では、高機能 PDD を中心として、年齢が上がるほど併存率が高いとされ、PDD と気分障害の併存は 10~30%^{15,16)}といわれる。成人の PDD において気分障害が 53%，不安障害が 50%，強迫性障害が 24%，物質使用障害が 16%，精神病性障害が 12% に併存したとする報告もある¹⁷⁾。これらの併存障害に対しては、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬などの使用が考慮される。PDD に対しては、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬などの向精神薬は適応外使用であるものの、併存障害を考慮し、症状に応じて、患者の個別性にも配慮し、有効性や忍容性を確認しながら薬物治療を慎重に行う必要がある。

今回の調査の限界点としては、薬物治療の標的症状が明確となっていない点、30.0% という回収率から未回答者バイアスを十分に考慮しなければならない点があげられる。

E. 結論

PDD の薬物治療に関する現状をアンケート調査で明らかにした。

F. 研究成果

学会発表

松浦広樹, 太田豊作, 飯田順三, 岩坂英巳, 盛本翼, 中野哲志, 山室和彦, 上田昇太郎, 岸本直子, 岸本年史: 広汎性発達障害の診断・治療に関するアンケート調査. 第 108 回日本精神神経学会学術総会 (札幌), 2012.5

Yamamuro K, Ota T, Iida J, Shimizu S, Nakanishi Y, Onishi T, Iwasaka H, Hirao F, Sakiyama S, Kishimoto T: Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test. The 20th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Paris), 2012.7

清水里美, 飯田順三, 岩坂英巳, 太田豊作, 松浦広樹, 後藤晴栄, 山室和彦, 末廣佑子, 中西葉子, 浦谷光裕, 岸本直子, 岸本年史: 広汎性発達障害の薬物治療に関するアンケート調査. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会 (東京), 2012.11

松浦広樹, 飯田順三, 太田豊作, 澤田将幸, 田中尚平, 末廣佑子, 岸本直子, 岸本年史: Atomoxetine 治療前後の注意欠如・多動性障害の事象関連電位 (ERP). 第 53 回日本児童青年精神医学会総会 (東京), 2012.11

末廣佑子, 飯田順三, 太田豊作, 田中尚平, 松浦広樹, 岸本直子, 岸本年史: Atomoxetine 治療前後の注意欠如・多動性障害の近赤外線スペクトロスコピイ (NIRS). 第 53 回日本児童青年精神医学会総会 (東京), 2012.11

太田豊作, 飯田順三, 根來秀樹, 末廣佑子, 松浦広樹, 岸本直子, 岸本年史: Dexamethasone methylphenidate 治療前後の注意欠如・多動性障害の近赤外線スペクトロスコピイ (NIRS). 第 53 回日本児童青年精神医学会総会 (東京), 2012.11

文献

- 1) Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M: Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Autism Dev Disord* 30: 245-255, 2000
- 2) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry* 62: 1266-1274, 2005
- 3) Arnold LE, Aman MG, Cook AM et al: Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45: 1196-1205, 2006
- 4) Posey DJ, Wiegand RE, Wilkerson J et al: Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16: 599-610, 2006
- 5) McCracken JT, McGough J, Shah B et al: Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med* 347: 314-321, 2002

- 6) McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, et al. Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the Autism Network of the Research Units on Pediatric Psychopharmacology. *Am J Psychiatry* 162: 1142-1148, 2005
- 7) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Risperidone treatment of autistic disorder: longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. *Am J Psychiatry* 162: 1361-1369, 2005
- 8) McDougle CJ, Holmes JP, Carlson DC et al: A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55: 633-641, 1998
- 9) 中川栄二：発達障害に対する薬物治療の実態と問題点—小児自閉症症状の薬物療法調査から. *教育と医学* 60 : 838-846, 2012
- 10) Marcus RN, Owen R, Kamen L et al: A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48: 1110-1119, 2009
- 11) Hollander E, Soorya L, Wasserman S et al: Divalproex sodium vs. placebo in the treatment of repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 9: 209-213, 2006
- 12) Hollander E, Dolgoff-Kaspar R, Cartwright C et al: An open trial of divalproex sodium in autism spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 62: 530-534, 2001
- 13) McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ et al: A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1001-1008, 1996
- 14) Sugie Y, Sugie H, Fukuda T et al: Clinical efficacy of fluvoxamine and functional polymorphism in a serotonin transporter gene on childhood autism. *J Autism Dev Disord* 35: 377-385, 2005
- 15) Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J: Depression in persons with autism: Implication for research and clinical care. *J Autism Dev Disord* 32: 299-306, 2002
- 16) 並木典子, 杉山登志郎, 明斎光宣：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* 46 : 257-263, 2006
- 17) Hofvander B, Delorme R, Chaste P et al: Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 9: 35, 2009

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

子どものチック障害・強迫性障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 金生由紀子¹⁾²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

2) 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部

研究協力者 河野稔明²⁾³⁾、野中舞子²⁾⁴⁾、松田なつみ²⁾⁴⁾、藤尾未由希²⁾⁴⁾、桑原斎¹⁾²⁾、

島田隆史²⁾⁵⁾、原郁子²⁾⁶⁾、濱田純子²⁾、小平雅基⁷⁾、遠藤季哉⁸⁾

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

4) 東京大学大学院教育学研究科

5) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野

6) 横浜市総合リハビリテーションセンター

7) 国立国際医療センター国府台病院

8) 東京都立小児総合医療センター児童思春期精神科

研究要旨

我が国の実態を踏まえて子どものチック障害及び強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）の診断・治療の標準化を行うことを目指した。昨年度実施した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査を踏まえて詳細調査を行って、「ガイドブック」が使用可能となってからの半年間に医師が診察したチック障害患者について、その治療や転帰を後方視的に検討した。また、昨年度の調査で、患者や家族が直接読んでチック障害について理解できるようなブックレットの作成を希望する声が多く聞かれたため、患者や家族の意見を参考にしながら小学校高学年程度の患者自身も理解できるようなブックレットを作成した。

質問紙調査では、24名の医師が質問紙調査に回答し（回収率：56%）、57名分の患者データが得られた。その結果、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」で示した、チックと併発症の重症度を組み合わせた治療方針におおむね準じた治療・支援が行われていること、半年後に「悪化」の転帰をたどった患者の多くは初診時にすでに重症であり、かつ併発症を有していること、OCDを併発する患者でも「軽快」の転帰をたどったものは少なくなかったが、そうした患者は（児童）精神科で治療を受けていることが分かった。また、小学校高学年でもわかるような表現で、チックが起る原因、予後、治療法、チックとの付き合い方がわかるような内容で全12ページからなるブックレットを完成させた。（国府台病院ホームページ児童精神科で公開予定）

A. 研究目的

子どもの強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder: OCD) の 60%が何らかのチック障害を伴っており、トウレット症候群 (Tourette syndrome: TS) に限っても 15%との報告もある。発症年齢にかかわらずチックを伴う OCD は、チック関連 OCD (tic-related OCD) とまとめられ、独自の臨床特徴を有するとされる。一方、TS の 30%が OCD を併発しており、OCD の診断基準に達しない強迫症状を含めるとその頻度は 50%を越えるという。このように相互に密接にかかわりあう子どものチック障害と OCD について、診断・治療に関する情報の収集と検討を進め、可能な範囲で実証的な検討を加えて、我が国の実態に対応する診断・治療の標準化を目指す。

今年度は、昨年度に実施した「トウレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査（金生ら、2012）を踏まえて詳細調査を行った。「ガイドブック」が活用可能となってからの半年間に医師が診療したチック障害患者の状態、治療、転帰に関するデータを後方視的に集積して検討を加え、チック障害及びチック関連 OCD の診断・治療の標準化の充実を図った。また、昨年度の調査では、患者・家族に直接読んでもらえるリーフレットやブックレットを望む意見が多数認められたので、患者・家族の意見も参考にしながらチック障害に関するブックレットを作成した。

B. 研究方法

1. チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査

「ガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査に回答して詳細調査に協力すると回答

した医師 43 名に対して、平成 24 年 8 月に調査への協力を依頼した。

「ガイドブック」を送付した後の平成 23 年 7 月～12 月に初診したチック障害を有する各患者について、初診時と半年後（平成 24 年 1 月～6 月）の状態、治療法を中心にカルテ記載に基づいた回答を求めた。施設及び回答者の属性についても尋ねた。

各患者に関する主な調査項目は以下の通りであった。

●基本情報：年齢、性別、チック発症年齢、チック障害診断、併発症、医療機関情報

●初診時情報：チックの種類、チック重症度、併発症重症度、不適応重症度、チックに対する治療、併発症に対する治療、薬物の内容

●6 ヶ月後の転帰（初診のみ、中断、治療終了、転院、通院中）

●6 ヶ月後の情報：チックの種類、チック重症度の変化、併発症重症度の変化、不適応重症度の変化、初診以後に開始したチックに対する治療、初診以後に開始した併発症に対する治療、薬物の内容、6 ヶ月間の薬物の変化

容易に回答できるようにできるだけ選択式とし、しかも重症度関連以外はほとんど有りか無しの 2 者択一とした。重症度は、1（なし）から 7（非常に重度）までの 7 段階評価とした。重症度の変化は、1（著明改善）から 7（著明悪化）までの 7 段階評価とした。

調査の実施に先立って、43 名の勤務する医療機関を含めて平成 24 年 6 月末までの診療で得られた臨床情報を後方視的に収集し連結不能匿名化して解析することについて東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た。

2. チック障害に関する患者・家族向けのブックレットの作成

小学校高学年の子どもが読んでも内容が理解できるように、チック障害にかかわる児童精神科医と心理士が協働してブックレットを作成した。その際には、子どもの読者が、チックと併発症の特徴を理解して、上手に付き合っていけばよいというイメージを持てるよう意図した。試作品を小学6年生のトウレット症候群の男児に読んでもらって感想を聞き、それに基づいてチックが起こる原因、予後、治療法についての内容を充実させた。こうして改良した試作品を、小学校高学年のトウレット症候群の子どもを持つ親3名に渡し、意見を求めたところ、内容、構成共に高い評価を得た。そこで、表現をより分かりやすくする工夫を加えた。

C. 研究結果

1. チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査

24名の医師が質問紙調査に回答した（回収率56%）。診療科別では小児科（小児神経科等も含む）15名、児童精神科7名、精神科8名であった（重複含む）。そのうち、該当期間に初診患者がいた医師は20名であった。57名の患者（男性43名、女性14名；平均年齢11.8歳）の情報が得られ、そのうち43名がトウレット症候群を含む慢性チック障害であった。また、37名が何らかの精神疾患を併発しており、そのうちOCDは11名であった（表1）。半年後の転帰は、通院継続29名、初診のみ15名、通院中断9名の順であった。

初診時における治療については、チックへの心理教育が54名（95%）、併発症への心理教育が30名（53%）と高率であった。一方、

チックへの認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy:CBT）は1名（2%）、併発症へのCBTは2名（4%）と低率であった。また、チックおよび併発症の重症度得点について3点以下を「軽症」、4点以上を「重症」として集計した結果、チック軽症／併発症軽症20名、チック軽症／併発症重症5名、チック重症／併発症軽症14名、チック重症／併発症重症18名であった（表2）。これらの4群別で初診時の治療を検討した結果、チックの重症度に関わらず、チックに対する心理教育が行われていることが分かった（80-100%）（表3）。また、チック重症／併発症軽症の場合において、学校への介入が多くなされていた（43%）。抗精神病薬を用いた薬物療法は、チック重症／併発症軽症およびチック重症／併発症重症の患者に多く行われていた（71%、89%）。チックの重症度にかかわらず併発症が重症な場合には、併発症に対する心理教育は80%以上に行われていたが、CBTの導入はほとんどなかった（表4）。

半年後のチックの重症度変化が3点以下を「軽快」、4点を「変化なし」、5点以上を「悪化」として集計した（表5）。その結果、「軽快」に至った患者は18名であり、併発症についてみると、OCD5名（28%）、ASD2名（11%）、気分障害3名（17%）、不安障害2名（11%）であった（表6）。一方で、「悪化」の転帰をたどった患者は7名であり、併発症についてみるとOCD3名（43%）、ASD2名（29%）、気分障害3名（43%）、不安障害2名（29%）であった。また、初診時の重症度得点について、半年後に「軽快」に至った患者では4.4（SD=1.2）であったのに対して、「悪化」の転帰をたどった患者では5.1（SD=1.6）であり、有意差はないが、「悪化」の方が初診時に

重症であった。「軽快」に至った患者について、初診以降初めて導入した治療の割合は、心理教育 6%、薬物療法 50%、学校への介入 17%、CBT 6% であった（表 7）。一方で、「悪化」に至った患者については、心理教育 0%、薬物療法 57%、学校への介入 29%、CBT 14% という結果であった。有意差は見られないものの、「悪化」の方がわずかに学校への介入、CBT の導入が多かった。

OCD の併発の有無で検討したところ、OCD を併発していない場合（N=46）には、チックに対する薬物療法は 18 名（39%）に、併発症に対する薬物療法は 5 名（11%）に対して行われていた（表 8）。それに対して、OCD を併発している場合（N=11）には、チックに対する薬物療法は 9 名（82%）に、併発症に対する薬物療法は 7 名（64%）に対して行われていた。また、OCD を併発している 11 名のうち、6 カ月後も通院中であった患者は 9 名であり、チックの重症度変化は、平均 3.7 ($SD=1.4$)、併発症の重症度変化は平均 3.3 ($SD=1.2$) であり、やや改善傾向が見られた。半年後も通院中の患者 9 名のうち 7 名は精神科または児童精神科、2 名は小児科に通院していた。そのうち転帰が「軽快」であったのは、（児童）精神科 5 名、小児科 0 名であった。

2. チック障害に関する患者・家族向けのブックレットの作成

ブックレットは、『「チック」や「くせ」をよく知ってうまくつきあっていけるように』と題して A5 版で作成され、目次を含めて 12 頁になった。

1 頁が 1 項目に対応しており、以下のような項目立てとなっている：「0. はじめに」、「1. 「チック」って？」（チックの種類の紹

介）、「2. こんなことはありますか？」（チックの特徴や前駆衝動）、「3. パターンを知ろう」（チックの変動しやすさ）、「4. チックと一緒に出てくるいろいろなこと」（併発症状）、「5. チックのある子の特徴の 2 つの面」（いい点に注目する大切さ）、「6. いろいろな子どもがチックで相談に来ます」（主訴の多様さ）、「7. チックはなぜ起こるの？」（チックの原因）、「8. チックはいつよくなるの？」（予後）、「9. チックで困ったときの治療法」（治療法の簡単な紹介）、「10. さいごに」、「もっとチックやくせについて知りたいひとに」（参考となる文献の紹介）。詳しくは末尾に付録として掲載した。

D. 考察

チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査の結果、チックに対する心理教育は重症度に関わらず行われていること、チックが重症な患者に対しては学校への介入が多くなされていることが明らかになった。また、チックが重症な患者に対しては、抗精神病薬による治療が定着していた。このように、チック障害で受診した患者の治療は、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」で示した、チックと併発症の重症度による 4 群別での治療方針におおむね基づいて行われていた。しかし、CBT については、いずれの患者もほとんど受けておらず、治療の定着には至っていないことが明らかになった。岡田（2011）は、チックに対する行動療法について、専門治療の提供が不足していることを指摘しており、本調査の結果も先行研究の結果を支持するものであった。

また、半年後も継続通院していた患者の半数以上が軽快に至っていたことから、ガイドブックに基づく治療は、一定程度有効である

と示唆された。一方で、半年後も継続通院していた患者のうち、「悪化」の転帰をたどった患者は、初診時にすでに重症であり、ASD、気分障害、不安障害の併発が多い傾向にあつた。本調査では、これらの患者については、学校への介入、CBT を導入しても軽快しにくいことが示唆された。併発症が予後に与える影響を指摘する先行研究もあるため (Hassan & Cavanna, 2012)、今後は、ガイドブックに基づく治療方針で軽快に至らない、これらの患者への治療方針の検討を進めることが課題であるだろう。

さらに、OCD を併発していた患者は、OCD に対する治療に加えて、チックに対しても薬物療法を受ける割合が高かった。このように、OCD 併発のチック患者は、チックについても重症であることが示唆されたが、一定の割合で「軽快」の転帰をたどっていることが明らかになった。こうした患者は、精神科および児童精神科で治療を受けていたことから、ある程度重症な患者であっても薬物療法をしっかりと受けられ、一定の割合で軽快することが予想される。そのため、薬物療法をはじめとするチック関連 OCD の治療指針を今後さらに整備していく必要がある。

また、チックについての患者や家族向けのブックレットが作成された。チックに対しての心理教育は重症度に関わらず多くの患者に対して行われていることが、本調査の結果からは示唆されており、本研究で作成したブックレットの有用性は高いと考えられる。

E. 結論

チックおよび併発症の重症度に従った群分けによる治療を行って、半年間の経過を終えた過半数で、軽快に向かっており、「ガイドブ

ック」の中の「治療ガイドライン」の有用性が示唆された。しかし、チック関連 OCD は、治療が困難な場合が少なからずあると思われ、今後治療法の整備が重要であると考えられる。また、多くの患者や家族が、チックに関する分かりやすい心理教育を求めており、それに応えるブックレットの作成ができた。

F. 研究発表

学会発表

Kano Y, Nonaka M, Matsuda N, Kono T, Kawakubo Y, Todokoro A, Ishii A. Impulsivity and related features of Tourette's disorder: comparison with attention-deficit/hyperactivity disorder and typical development. The 59th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, 2012/10/23-28, San Francisco.

金生由紀子、野中舞子、松田なつみ、河野稔明、川久保友紀、戸所綾子、石井礼花. トウレット症候群の衝動性及び関連症状に関する ADHD 及び定型発達との比較研究. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会. 2012/10/31-11/2, 東京.

松田なつみ、河野稔明、野中舞子、桑原斉、島田隆史、金生由紀子. トウレット症候群患者の前駆衝動とチックへの対処の関連発達的变化に着目した横断調査の報告. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会, 2012/10/31-11/2, 東京.

野中舞子、金生由紀子、松田なつみ、河野稔明、下山晴彦. トウレット症候群への認知行動療法の効果の予備的検討—2 事例の比較を通して—. 日本行動療法学会第 52 回大会, 2012/9/21-23, 京都.

その他

- 金生由紀子：チック障害. 小児科 . 53(5):559-565, 2012
- 金生由紀子:前編 未成年者における向精神薬の使用状況. 心の健康ニュース.385: 2-3, 2012
- 金生由紀子:後編 大人が正しい知識を持つことの必要性. 心の健康ニュース.386: 2-3, 2012
- 金生由紀子：トウレット症候群に対する治療について. 発達が気になる子の子育て支援情報誌. 4:6-10. 2012
- 金生由紀子：発達障害. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科. 84(12):939-943, 2012
- 松田なつみ, 金生由紀子: トウレット症候群の支援と治療. 最新精神医学 18(1):39-47, 2013.
- 齊藤万比古, 金生由紀子(編). 子どもの強迫性診断・治療ガイドライン. 星和書店, 2012.

文献

- Hassan, N. and Cavanna, A. E. (2012). The Prognosis of Tourette Syndrome: Implications for Clinical Practice. Department on Neuropsychiatry, 27(1):23-27.
- 金生由紀子(2011). 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「トウレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」. 平成 20-22 年度総合報告書.
- 岡田俊(2011). トウレット症候群に対するプライマリケア拡充に向けての課題—医師調査の結果をもとに—. 金生由紀子(2011). 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「トウレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」. 平成 22 年度総括・分担報告書. 25-47.

表 1 患者基本情報

全 体 (N = 57)		通院中(N = 29)	初診のみ(N = 15)
初診時 年齢	平均11.8歳 (SD = 7.6)	平均13.0歳 (SD = 8.3)	平均9.4歳 (SD = 6.0)
チック発症 年齢	平均7.3歳 (SD = 3.6)	平均7.8歳 (SD = 3.8)	平均6.1歳 (SD = 3.4)
性 別	男性:43名(75%) 女性:14名(25%)	男性:21名(72%) 女性: 8名(28%)	男性:11名(73%) 女性: 4名(27%)
慢性チック 障害	43名(75%)	27名(93%)	9名(60%)
併発症	37名(65%)	23名(79%)	3名(20%)
OCD	11名(19%)	9名(31%)	0名(0%)

表 2 チック・併発症の重症度による 4 群分け

	併発症軽症	併発症重症	人 数
チック 軽 症	20名 8.8 (5.2)歳 5.6 (3.1)歳 男15/女5	5名 10.2 (3.1)歳 5.2 (4.9)歳 男4/女1	初診時年齢: 平均 (SD)
チック 重 症	14名 13.4 (8.7)歳 7.8 (4.5)歳 男9/女5	18名 14.3 (8.9)歳 8.2 (4.0)歳 男12/女6	チック発症年齢: 平均 (SD) 性別(男/女)

表 3 4 群ごとの主な治療法 (チック)

	心理教育	薬物療法	学校への 介入	認知行動 療法
チック軽症 併発症軽症	19 (95%)	1 (5%)	3 (15%)	0 (0%)
チック軽症 併発症重症	4 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)
チック重症 併発症軽症	14 (100%)	10 (71%)	6 (43%)	0 (0%)
チック重症 併発症重症	17 (94%)	15 (83%)	4 (22%)	1 (6%)

表 4 4群ごとの主な治療法（併発症）

	心理教育	薬物療法	学校への 介入	認知行動 療法
チック軽症 併発症軽症	4 (20%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
チック軽症 併発症重症	4 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)
チック重症 併発症軽症	6 (43%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)
チック重症 併発症重症	16 (89%)	10 (56%)	4 (22%)	2 (11%)

表 5 半年後の転帰（群分け）

		軽快	変化なし	悪化
	人 数	18	4	7
初診時年齢	平均 (SD)	11.7 (6.1)	8.3 (3.2)	14.4 (8.7)
	中央値 [範囲]	11.0 [4-28]	8.5 [5-11]	13.0 [5-30]
チック発症 年齢	平均 (SD)	7.4 (3.2)	6.3 (2.6)	7.7 (2.9)
	中央値 [範囲]	7.0 [3-16]	5.5 [4-10]	8.5 [3-10]
性別(男/女)		12/6	2/2	5/2

表 6 半年後の転帰（初診時）

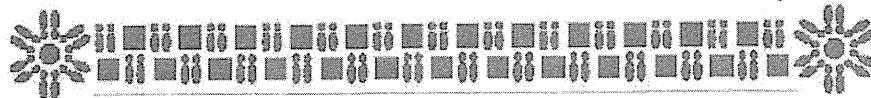
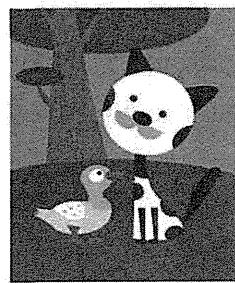
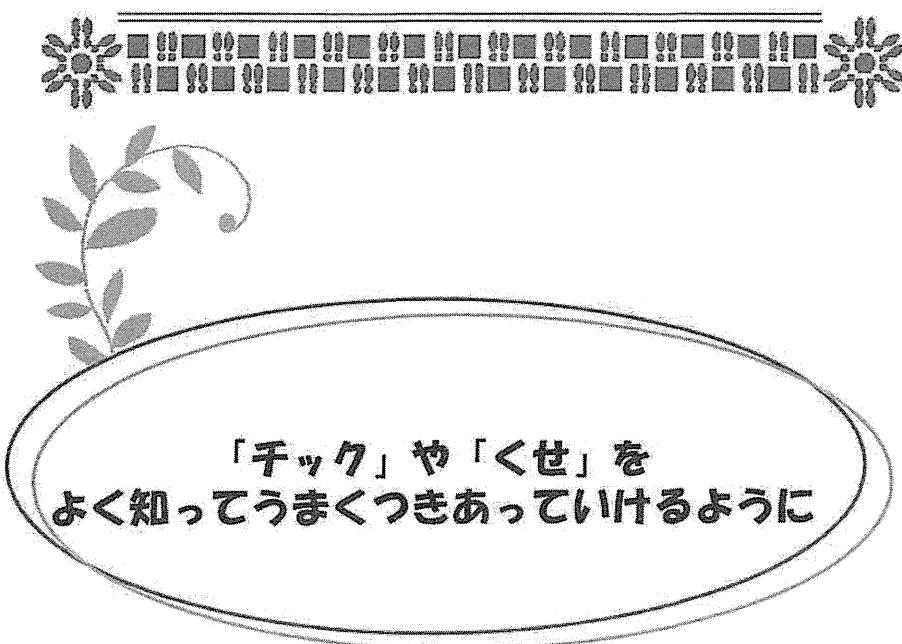
		軽快	変化なし	悪化
あり		12 (75%)	4 (100%)	7 (100%)
OCD		5 (28%)	1 (25%)	3 (43%)
ADHD		5 (28%)	2 (50%)	3 (43%)
併発症 ASD		2 (11%)	0 (0%)	2 (29%)
気分障害		3 (17%)	0 (0%)	3 (43%)
不安障害		2 (11%)	1 (25%)	2 (29%)
その他の精神疾患		4 (22%)	2 (50%)	1 (14%)
チックの種類	単純運動チック	14 (78%)	3 (75%)	5 (71%)
	複雑運動チック	7 (39%)	2 (50%)	4 (57%)
	単純音声チック	10 (56%)	3 (75%)	5 (71%)
	複雑音声チック	5 (28%)	0 (0%)	3 (43%)
	コプロラリア	2 (11%)	0 (0%)	2 (29%)
初診時の状態	チック	4.4 (1.2)	3.8 (0.5)	5.1 (1.6)
重症度	併発症	3.5 (1.8)	3.5 (0.6)	4.4 (2.1)
	不適応	4.4 (1.8)	3.3 (0.5)	4.8 (1.8)

表7 半年後の転帰別チックへの主な治療法

		軽快	変化なし	悪化
初診時	心理教育	17 (94%)	4 (100%)	6 (86%)
	薬物療法	11 (61%)	2 (50%)	4 (57%)
	学校への介入	7 (39%)	1 (25%)	2 (29%)
	認知行動療法	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)
半年後	心理教育	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
	薬物療法	9 (50%)	2 (50%)	4 (57%)
	学校への介入	3 (17%)	0 (0%)	2 (29%)
	認知行動療法	1 (6%)	0 (0%)	1 (14%)

表8 OCD併発の有無による主な治療法（初診時）

[OCD併発あり群] (N = 11)			[OCD併発なし群] (N = 46)		
<u>チックへの治療</u>			<u>チックへの治療</u>		
心理教育	11名	(100%)	心理教育	43名	(93%)
薬物療法	9名	(82%)	薬物療法	18名	(39%)
学校への介入	1名	(9%)	学校への介入	13名	(28%)
認知行動療法	0名	(0%)	認知行動療法	1名	(2%)
<u>併発症への治療</u>			<u>併発症への治療</u>		
心理教育	10名	(91%)	心理教育	20名	(43%)
薬物療法	7名	(64%)	薬物療法	5名	(11%)
学校への介入	1名	(9%)	学校への介入	6名	(13%)
認知行動療法	1名	(9%)	認知行動療法	1名	(2%)



もくじ

0. はじめに.....	1
1. 「チック」って?	2
2. こんなことはありますか?	3
3. パターンを知ろう.....	4
4. チックと一緒に出てくるいろいろなこと	5
5. チックのある子の 特徴 の2つの面	6
6. いろいろな子どもがチックで相談に来ます.....	7
7. チックはなぜ起るの?	8
8. チックはいつよくなるの?	9
9. チックで困ったときの治療法	10
10. さいごに.....	11
もっとチックやくせについて知りたいひとに.....	12

0. はじめに

わざとやろうとしているのではないのに、
動きや声をくり返してしまう子どもはよくいます。

10人に1人の子どもが、動きや声をくり返してしまうことがあるといわれています。

1年以上そういう動きや声が続く子どもも、100人に1人いるといわれています。

そのため、このような子どもは
めずらしく珍しくはありません。



1. 「チック」って？

わざとではないのに動きや声をくり返してしまうことを
「チック」といいます。

たとえば、

- 目をパチパチさせる
- 鼻をヒクヒクさせる
- 口を開けたり曲げたりする
- 首をふる
- うでをピケンとする
- 足をバタンとする
- おなかをヒクヒクさせる

などです。

このように、動きをくり返して
しまうことを、
特に「運動チック」とよびます

たとえば、

- カゼでもないのにコンコンと
せきをしたり、エヘンエヘン
とせきばらいをする
- 鼻をクンクン鳴らす
- 「ア」とか「オ」とか言う
- 「バカ」など、言つては
いけないような言葉を言う

などです。

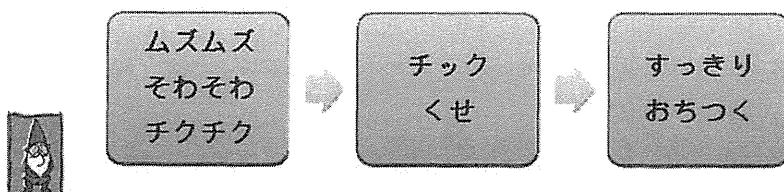
このように、声をくり返して
しまうことを、
特に「音声チック」とよびます

2. こんなことはありますか？

- 動いたり声を出したりしないといられないという感じがすることがありますか？
- 動いたり声を出したりすると、すっきりすることがありますか？
- 体のある部分やのどが、ムズムズしたりチクチクしたりすることがありますか？

このような感じはチックといっしょによく起こります。

このような感じそのものがチックの特徴です。



だからといって、チックはわざとやっているわけでもなければ、子どもが悪いわけでもありません。

3. パターンを知ろう

● 突然、チックが変わることがあります。

からだのどこが動くか、どのような動きをするか、動きの回数
が多いか少ないかなどが、変わることがよくあります。

● 気持ちや体調、生活の様子が影響することもあります。

チックが学校ではあまり出ないのに、家でたくさん出る子が
います。家に帰ってきてほっとすると、チックが出るのかもしれません。

チックが家ではあまり出ないのに、学校でたくさん出る子も
います。学校で緊張してチックが出るのかもしれません。



自分のパターンがわ
かると、
チックとつきあいやすくなります。

4. チックと一緒に出てくるいろいろなこと



こだわり: かぎを閉めたか何回も確認したり、服がぴったりと感じじるまでぬいだり着たりをくり返します

不注意: うっかりミス、忘れ物、なくし物などをよくします

落ち着きのなさ: じっとしているのが苦手だったり、よく考えないで動き始めたりします

くせ: つい爪をかんだり、かさぶたをはがしたり、かみの毛をぬいてしまうことを止められなくなります

友だちとうまくいかない: 友だちと仲良くしたいのに、相手の気持ちがよく分からずにしつこくしたりして嫌がられます

こわがり・心配しよう: 夜中にひとりでトイレに行けなかったり、お母さんを家に残して出かけるとお母さんに何か起こるのではないかと気になったりします

これらが一つもない子もいれば、いくつもある子もあります。

5. チックのある子の特徴の2つの面

困った点

細かいことを気にして
何回も確認をくり返し、
し、先に進めない

良い点

約束を守ったり、作業をきちんとしたりして
信頼される

こだわり

落ち着きのなさ

気がちりやすく、じっくり一つのこと取り組むことが苦手で、最後までやりとげられないことがある

他の人が考えないようなアイデアを思いついたり、やる気になつたらどんどんと進んでいく

困った点だけでなく、良い点にも注目して
活かしていきましょう