

- behavioural adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 30 ; 752-761, 1991.
- 4) Beck, L., Langford, W. S., Macky, M., et al. : Childhood chemotherapy and later drug abuse and growth curve. *J Am Acad Child Psychiat*, 132 ; 436-438, 1975.
- 5) Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., et al. : Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psychiat*, 34 ; 1495-1503, 1995.
- 6) Bremness, A.B., Sverd, J. : Methylphenidate-induced Tourette syndrom. *Am J Psychiat*, 27 ; 88-89, 1979.
- 7) Gadow, D.K., Nolan, E.E., Sverd, J., et al. : Methylphenidate in hyperactive boy with comobid disorder. II. *J.Amad Child Adolesc Psychiat*. 31, 462-471, 1992.
- 8) Garfinkel, B.D., Wender, P.H., Slomon L., et al. : Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. *J. Amad Child Adolesc Psychiat*, 22 ; 343-348, 1983.
- 9) Garfinkel, B., Klee, S.H. : Behavioral and personality characteristics of adolescents with a history of childhood ADD. In : L. M. Bloomingsdale (Ed) : *Attention Deficit Disorder*, Spectrum Publications, pp.17-31, New York, 1985.
- 10) Gasterfield, B.D., Biederman, J., Jellinek, M.S. : Desipramine in the treatment of adolescents with attention deficit disorder. *Am J Psychiat*, 22 ; 343-348, 1983.
- 11) Goyer, P.F., Davis, G.C., Rapoport, J.L. : Abuse of prescribed stimulant medication by a 13-years-old hyperactive boy. *J Am Acad Child Psychiat*, 18 ; 170-175, 1979.
- 12) Levy, F., Hobbes, G. : The action of stimulant in attention deficit disorder with hyperactivity : Dopaminergic, noradrenetic, or both? *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 27 ; 802-805, 1988.
- 13) Mannuza, J.S., Gitterman-Klein, R., Konig, P.H., et al. : Hyperactive boys almost grown up. IV. Crimilarity and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiat*, 46 ; 1073-1079, 1989.
- 14) Mannuza, J.S., Klein, R.G., Bonagura, N., et al. : Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiat*, 48 ; 77-83, 1991.
- 15) Mannuza, J.S., Klein, R.G., Bessler A., et al. : Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiat*, 50 ; 565-576, 1993.
- 16) WHO : *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria dor research.* World Health Organization, Geneva, 1993 : ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準, 医学書院, 1994. (中根允文・岡崎祐士・藤原妙子訳)

児童・思春期精神医療

——子どものうつ病・自閉症を中心に——

小林 隆児

はじめに

本稿では児童・思春期精神医療の現状を子どものうつ病と自閉症を中心に論じたいと思うが、それぞれの領域の今日の研究動向を踏まえながら、特にわが国の精神医療の現場の臨床医に多少なりとも役立つような点を中心に論じてみたい。

I. 子どものうつ病

1. この30年間の世界とわが国の動向

成人のうつ病の増加はいまや常識化し、その病態も多様化の一途を辿っているが、それとともに、うつ病の低年齢化が叫ばれるようになってきた。特に学童期の子どもの中にいじめを契機に自殺を

遂げる例が急増している今日、子どものうつ病に対する取り組みは精神医療の現場でも深刻な課題になりつつある。

ただ30年ほど前には国際的にみても、子どもにうつ病が存在することには否定的な考え方が支配的であった。当時主流を占めていた精神分析的考え方によれば、うつ病は超自我の病であるが、子どもには自責感や罪業感を形成するほどの超自我は育っていないので、子どもにはうつ病は起こらないということがその主な根拠であった。

しかし、70年代に入ると、欧米の児童精神医学の教科書には必ずといっていいほど子どものうつ病は記載されるようになってきた。当時わが国においてははまだこの領域についての関心は極めて低く、子どもにうつ病はほとんどないとされていた。

80年に日本児童精神医学会において筆者が子どものうつ病について発表した際に、わが国の児童精神医学会の重鎮から子どもにはうつ病はないとの指摘を受けたことは今でも忘れられない体験であるが、こうしたエピソードに当時の状況が如実に表現されていたように思う。しかし、その2年後の同学会のシンポジウムでは「児童期のうつ状態をめぐって」のテーマが選ばれ、急速にこの領域についての関心がわが国でも高まってきた。これを契機にうつ病に関する報告はわが国でも毎年のように散見されるようになるとともに、最近では疫学的調査も行われるなど活発な研究が行われるようになってきている。

2. 子どものうつ病に関する考え方の変遷

子どもの精神障害すべてにわたって問題とされる点ではあるが、成人にみられる疾患が子どもにも同じように見られるか否かを巡ってうつ病についても盛んに論議されてきた。

先に述べたように当初はその存在さえ否定的にみられていたが、次第にその存在を積極的にみようとす立場の研究者が現れてきた。それでも子どもには成人と同じような病態が出現するとは考えられておらず、子どもでは発達段階によってその表現型も異なってくるといわれてきた。すなわち、仮面うつ病といわれるもので、子どもにもうつ病は存在するけれども、発達段階の違いに

より、他の症状（身体症状、非社会的行動など）によって抑うつ感情が被い隠されるとされていた。その後、子どもにも成人と同じようにうつ病が存在するという考え方が次第に広まり、今日では国際的に成人のうつ病の診断基準を子どもにも積極的に適用していこうという考え方が一般的になってきた。このようにして今日の国際的な診断基準では年齢による症状（表現型）の相違点も考慮されている。

3. 発達段階による表現型の相違

Katz (1979) は各々の発達段階でのうつ病の症状の特徴を次のように述べている。

乳児では、しばしば食欲や睡眠の障害、疝痛、泣き叫び、頭を打ちつける行為などによって示され、学童期前の子どもでは、悲しみやイライラ感、引きこもり、周囲に対する興味の喪失、退屈で不満そうに見え、楽しむことができないように見えたり、遺尿症、遺糞症、爪かみ、いつもじっとしておれない状態などを呈しやすく、学童期で仮面うつ病ないし抑うつ代理症の形をとり、抑うつ感情は被い隠され、問題行動（学業成績の低下、怠学、家出、自己破壊的行為など）といった表現型をとりやすいとし、発達段階によって抑うつの表出には大きな差異があるという。

筆者の実際の臨床経験から考えてみると、学童期も後半に入り、前思春期に差しかかると、成人と同じような抑うつ感情が前景に認められるよううつ病ははっきりと認められるようになる。

子どものうつ病について、現段階ではいまだ疾病論その他について過渡的段階であることを認めながらも、現象学的に「抑うつ」と思える感情障害を呈する子どもが現実に増加しているという臨床現場での実感と、実際の子どものうつ病の症例の発達歴の検討を行ってみると、成人と同様に「対象喪失」がその精神病理に認められることなどから、子どもの治療を最優先に考えなければならない臨床家の立場からすれば、子どものうつ病を積極的に認めていくことが現実的には重要なことのように思う。

4. 抑うつの評価

成人のように自らの感情を言語化するという能力は、幼い子どもであればあるほど乏しいため、

子どもの抑うつ病の存在の把握には困難な点が少なくない。そのため、直接的な設問ではなく、質問紙を使用して彼らの気持ちを把握していこうとする方法が積極的にとられている。その中で国際的にもわが国においても汎用されているのが、Kovacs (1981) が作成した CDI (Children's Depression Inventory 子どもの抑うつ自己評価尺度) である。これはうつ病の認知・感情・行動などのサインに関する27項目から構成されているもので、7歳から17歳の子どもに適用され、日本版も作成されている (村田ら, 1989)。

5. 治療

子どものうつ病ではその契機となる生活上の出来事が存在することが多く、かつその把握も比較的容易なように思う。多くの場合、家庭内や家庭外とりわけ学校内でのストレスが関係している。ただ、そうしたストレスのみを発症要因とみなすことは危険であり、乳幼児期からの生活史においてなんらかの対象喪失を思わせるエピソードが存在しないかどうか、これまでの子どもの発達歴を詳細に検討していくことが治療を考える上からも大切になる。聴取した発達歴の中で子どもはどのような気持ちで生きてきたのか、彼らの気持ちに可能な限り共感的な思いを込めながら、子ども本人との面接を行っていくことが大切である。言語的交流は困難である場合が多いので、非言語的な手法を用いた遊戯療法などを取り入れなければならない。

薬物療法では、双極性感情障害 (躁うつ病) であれば、炭酸リチウムが比較的效果を示すことが多い。抑うつ状態に対する抗うつ剤の効果は成人ほどには明確でないことが多いように思う。

6. 予後

子どものうつ病と成人のうつ病との間には連続性があるとみなす考え方が今日では一般的になりつつあるが、成人のうつ病の発達歴にうつ病の既往をもつ例が多いとは一般的にはいえないことから、さほど両者の関連性は単純ではない。

ただはっきりといえることは、子ども時代にうつ病を経験した子どもは、極めて低い自己評価しか持つことができず、自己が容易に傷つきやすい。そのため、このような自己像を持ちながら成人に

なっていくため、うつ病のみならずより深刻な人格上の病理を呈するようになる例が少なからず存在する。したがって、子どものうつ病への精神科医の取り組みは彼らのその後の健全な人格発達を願う意味からも切実な今日的課題であると思われる。

II. 自閉症

自閉症は20年ほど前までは子どもの精神病の1つとされていたが、その後発達障害と位置付けられ、中枢神経系の成熟過程におけるなんらかの異常を基盤にもつ脳障害の一種であるとみなされている。そして、自閉症のもつ障害は生涯にわたってなんらかの形で持続していくために、従来使用されていた小児自閉症 (幼児自閉症) という用語に代わって自閉症と称されることが多くなってきた。彼らへの治療は、彼らに認められる言語・認知面の種々のハンディキャップに対して代償機能を高めたり、ハンディキャップを軽減するための環境調整などを行うことを主とするリハビリテーションが中心的役割を果たしている。ここでは自閉症研究の最近の話題を中心に述べてみよう。

1. 臨床診断

自閉症の診断は、対人関係の質的障害、言語性、非言語性コミュニケーションや創造的活動の質的障害、行動や興味の明らかな制約の3つの特徴で行われ、発症年齢が3歳未満とされている。ここでいわれる「質的」障害とは、その子どもの発達年齢から考えても推測可能な範囲を越えた障害の内容を示し、発達の単純な遅れ (量的障害) では説明がつかないことを指している。

2. 早期診断と早期療育

わが国では世界に先駆けて乳幼児期健診が開始され、乳幼児医療において世界に誇るべき成果を上げてきたことは周知の事実である。そのことは自閉症などの発達障害の治療においても当てはまり、自閉症の早期発見と早期療育がわが国において急速に広まり、今では多くの自閉症児が3歳未満に療育を受けられるようになってきている。その成果もあって、昨今の自閉症児は軽症化が顕著となり、従来から典型とされてきたような自閉症児は稀になってきた。

最近では自閉症の早期診断が検討され始め、何歳で自閉症の診断は可能か、その診断の指標となる行動特徴は何か、が検討されている。1歳6カ月の時点では自閉症の診断もかなり可能になるため、3歳児健診ではすでに遅く、できれば1歳半健診で可能な限りスクリーニングしていこうとする動向にある。

確かに早期診断と早期療育は子どもにも利する点が多い。しかし、今後検討しなければならないことも少なくない。今日、自閉症は脳障害を基盤にもつ発達障害とされてはいるが、自閉症の症状形成過程については脳障害との関連性でも十分に解明されていない。そのため、早期診断を行うための早期兆候についてはいまだ検討段階でしかない。自閉症の中核的障害は対人関係の成立困難という特異なコミュニケーション障害にあることを考えると、彼らが最初に対人関係を結ぶ主たる養育者（主に母親）との間でその関係がどのようなプロセスで生じてくるのか、その内実を詳細に検討する必要がある。

さらに心しなければならないことは、早期診断が盛んになればなるほど、親子は障害児というラベリングを乳幼児期の早い段階で受けることになる。そのようなラベリングがその親子関係に好ましくない影響を与えることが十分に考えられることである。果して自閉症の病態はどこまで非可逆的なものなのか、もし可逆的な病態である可能性があるとすれば、何歳までその可能性が高いのか、といった問題についても今後さらに検討しなくてはならない。その解明なくして早期診断と早期療育を進めていくことには慎重でなくてはならないだろう。

3. 成因

自閉症の成因を巡ってはこれまで極端なまでに大きな変遷を辿ってきた。自閉症の概念(Kanner, 1943)が提唱された当時は精神分裂病の最早期発症型であるとみなされ、内因説で語られていた。その後親の養育の問題とみなされ心因論の時代を挟んで、1960年代には言語認知障害仮説という脳障害説が台頭しはじめ、今日までそれが主流を占めている。言語認知障害仮説では自閉症の一次的障害は言語認知機能の障害であって、自閉性（対

人関係障害）は二次的障害であるとされてきたが、最近の長期追跡調査などから言語認知機能の改善によっても期待されたほどには自閉性は改善しないことが明らかになってきた。そのため、最近では言語認知面の障害と自閉性（社会情緒面の障害）の関連性について再検討の時期に入っている。そこでは人間が言語認知的機能を獲得する際に、対人交流がどのような役割を果たしているのかさらに詳細な検討が行われるようになってきた。

4. 治療と療育

先に述べたように自閉症は発達障害の範疇で捉えられるようになるとともに、彼らのハンディキャップを詳細に検討しながら、療育プログラムを立てて発達援助を行っていかうとする考え方が一般的になっている。それまでの心因論の時代での彼らの心を開かせることを主たる目標としていた遊戯療法を中心とする精神療法主流の時代に比べれば、このような療育の流れは大きな進展であった。

しかし、最近自閉症の一次的障害が言語認知面の障害か否かの再検討が行われるようになるにつれ、単に彼らの障害像を外から見るのみではなく、彼らの内面の精神世界を見ていくことの重要性が指摘されるようになってきた。その大きな契機になったのが、自閉症者自らが綴った手記の刊行であった(Williams, 1992)。今後は彼らの心を大切にしながら療育的援助をどのように行ったらよいかを検討されなくてはならない時代になるであろう。

5. 転帰と予後

わが国の自閉症療育は30年余りの歴史を持つが、それ以前に義務教育を受けた自閉症児を第一世代、それ以後の自閉症児は第二世代と言われている。2つの世代の自閉症児の社会的転帰を比較してみると大きな違いがある。第一世代では70%強が不良な転帰を辿っていたが、第二世代では50%程度に減少するとともに、およそ4分の1は良好な転帰を辿り、就労可能な状態になっている。現在のわが国の療育体制の進歩を考えると恐らく今後はさらに予後の改善が期待される。

自閉症の診断では精神発達の遅れの程度は特に

考慮されないために、遅れの程度は様々で、非常に優れた知的能力を示す子どももいれば、最重度の発達の遅れを示すものまで存在する。したがって、そのような幅のある子どもをすべて一括して予後を語ることは困難であるが、自閉症の予後で特に今日話題となっていることは、知的障害の程度が軽い例の方が就労困難な場合が多く、知的障害の程度と就労の可能性とは単純な関係にはないことである(杉山, 1994)。ここにも言語認知障害と社会性障害の関係の複雑さが示されている。

6. 分裂病の関連性について

自閉症が発達障害の中で語られるようになってからしばらくは分裂病との関連性についてはほとんど取り上げられることはなかったが、最近になって、児童期の分裂病のカタムネーゼ調査から発達歴を振り返ると自閉症の診断に該当する例が少なからず存在することが示されたり(Watkins, 1988)、青年期・成人期自閉症の中に精神的症状(妄想など)を呈する例も報告されるようになるにつれ(小林, 1994; 小林, 1995)、両者の関連性について再び注目が集まるようになってきた。

生まれてから長期間、言語機能の獲得に著しい障害を持っている自閉症と一定程度の言語機能は獲得した後に発病するとされる分裂病を同列に並べてその関連性を論じることはそもそも無理なことである。両者の症候学的ないし疫学的差異を論じることのみならず、分裂病の発病前の準備性や発病に至るプロセスがこれまでの分裂病研究の中では回顧的手法でもってしか研究することができなかったことを考えてみると、今後は自閉症研究の中で、分裂病状態を呈した例を前方視的手法でもって検討する中で、分裂病に至るプロセスをより詳細に検討できるのではないかという期待を抱かせる。

おわりに

以上、子どものうつ病と自閉症を中心に今日の児童・思春期精神医療の今日的動向を述べてきた。子どもの精神医療はいまだ社会的に認知されておらず、大部分の児童精神科医は成人の精神医療を行いながらその合間に子どもの診療を行っている

のが実情である。しかし、現実に精神科医の援助を必要とする子ども達の潜在的な人口は決して少なくない。少子化傾向にある今日の時代にあっても心の発達に問題を抱える子どもの数は減少することはなく、占有率からすれば上昇の一途を辿っている。

成人期の精神障害と子どもの精神障害の関連性については随分と新たな知見が蓄積されてきつつある。子どもの精神障害への早期対応が後の重篤な精神疾患の予防につながることを考えると、精神医療現場で今後子どもの精神医療への関心が少しでも深まっていくことを願ってやまない。そのことが長い目でみると、精神医療の質的向上にも大きく貢献していくと思われるのである。

(神奈川・東海大学健康科学部社会福祉学科 教授)

参考文献

- Katz, J.: Depression in the young child. (Howells, J. G. ed. Modern perspectives in the psychiatry of Infancy, pp. 435-449, Brunner/Mazel, New York.) 1979.
- 小林隆児: 自閉症にみられる相貌的知覚と妄想知覚. 精神医学, 36; 829-836, 1994.
- 小林隆児: 自閉症にみられる妄想形成とそのメカニズムについて. 児精医誌, 36: 205-221, 1995.
- Kovacs, M.: Rating scale to assess depression in school-aged children. Acta Psychiatrica, 46; 305-315, 1981.
- 村田豊久ら: 思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究. II. CDIを用いての検討. 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3 児童・思春期精神障害の成因に関する研究, 昭和63年度研究報告書, pp.69-76, 1989.
- 杉山登志郎ら: 就労に挫折した自閉症青年の臨床的検討. 発達障害研究, 16; 198-207, 1994.
- Watkins, J.M., et al.: Symptom development in childhood onset schizophrenia. J. Child Psychol Psychiat, 29; 865-878, 1988.
- Williams, D.: Nobody nowhere. Times, New York, 1992. (河野万里子訳: 自閉症だったわたしへ, 新潮社, 1993).