

*** 事業報告 ****

令和3年度 神奈川県立こども医療センター こどものこころのネットワーク事業 児童思春期精神科 WEB セミナー

日 時 令和3年10月9日(土) 14時～16時半

(インターネット動画配信)

司 会 児童思春期精神科 部長 新井 卓

テーマ「症例を通して児童精神科臨床を考える」

演 者 (1) 特性故に困難が重なり、顕著な情動不安定を呈した高機能自閉スペクトラム症の小学生

神奈川県立精神医療センター 精神科 医師 鈴木 悠

(神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科非常勤医師)

(2) 心の葛藤に悩むクライアントとソーシャルワーカーの7年間(中学～成人まで)の関わり

児童思春期精神科 ソーシャルワーカー 堀内 亮

(3) 器質的に説明できない身体症状が遷延する、先天性心疾患の中学生

児童思春期精神科 医師 廣内 千晶

(参考) 当センターにおける緩和ケアサポートチームの活動

児童思春期精神科 医師 庄 紀子

(4) 発達障害を疑われ初診となり、経過中に精神病性障害を発症した中学生

児童思春期精神科 医師 新井 卓

はじめに

子どもに関わる専門職を対象に平成21年から本セミナーを開催して13年目となった。昨年から続く新型コロナウイルス感染拡大の影響から、今年度もWEB開催とした。今回はテーマを「症例を通して児童精神科臨床を考える」とし、当機関での経験症例を紹介し、事前にスタッフ間で行った検討を考察としてまとめて配信する形をとった。実際の症例を紹介することに関しては、事前に患者・家族の方に専門職対象のセミナーで発表させていただくという旨を伝え同意を得た上

で、個人情報特定できないように発表の主旨を損なわない範囲で内容を改変している。さらに、セミナーを視聴するにあたっては、参加者に事前に「視聴した内容の守秘に関する誓約書」を記載させる、という手続きをとった。郵送またはメールで送られた誓約書を確認できた申し込み者にアクセスコードを送り当日インターネットを介して動画を配信した。加えて、当日も表示氏名の確認などを行った。煩雑な手続きがあったにもかかわらず事前登録者は約200名で、当日のアクセス数は170名と多くの専門職の方に視聴された。視聴

する端末により画像や音声の再生ができなかったという報告もあったが、ほぼすべての方に概ね準備した内容を配信することができた。今回、セミナー当日は4症例を提示して考察および解説をWEB配信したが、症例および発表内容の主旨から本稿では(1)、(2)、(3)では症例を詳細に記載し、(4)では解説を中心に記載した。

(1) 特性故に困難が重なり、顕著な情動不安定を呈した高機能自閉スペクトラム症の小学生 (鈴木 悠)

1. はじめに

自閉スペクトラム症の特性が強くなり、集団不適応の経験や外傷体験が重なった結果、興奮・情動不安定などの二次的な精神症状を呈した小学生男児Aの1年半にわたる入院治療の経過を紹介した。

Aの突発的な興奮や衝動行為は、その頻度は減ったものの退院まで続いたため、Aが自室外で活動するには医師・看護師・ソーシャルワーカー(以下スタッフ)が付き添った。日常的なやりとりでは、Aが主導して一方的に話すことが多かった。他者とのトラブルがみられた際には、Aは問題とされる行動を、「していない」「覚えていない」と認めながらも、考えや気持ちを話すことは難しかった。そこで、Aとの「非言語的な関わり」を重視し、Aが良い体験を積めることを意識して接した。退院後にきわめて情動が安定していることから、Aにとって非言語的な関わりが大きかったと考えられた。入院中に多職種がさまざまな方法でAと関わった。医師は主治医と担当医の2名体制であり、主治医は主にAの生活上の約束事や行動の範囲を決定し、父母との定期的な面接を行った。本稿では、主に鈴木医師(担当医)の関わりを概説した。

2. 入院までの経過

幼少期から集団での活動が苦手であった。就学後、学校や学童で興奮して暴れるようになった。近医で自閉症と診断された。他児からの嫌がらせなどもあり、小学3年からさらに激しく暴れるようになり、別室対応を受けた。小学4年では教師

に暴力を振るうようになり、父が登校を控えさせた。家庭内でも母に暴力を振るうようになり、父はやむなく力でAを抑えた。近医で薬物療法が開始されたものの効果不十分で、入院加療目的で当センター児童思春期精神科を受診した。WISC-IV知能検査では、能力のばらつきはあるものの標準範囲の知能であった。興奮、易刺激性、衝動行為の治療を目的として、小学5年の秋に当科に入院した。

3. 入院後経過① スタッフとの個別の関わり

Aにとって肯定的な声かけをすると被害的に受けとめて怒るため、担当医を含む治療スタッフは日常的な対応に窮した。入院1週間後、些細な出来事から興奮して粗暴行為に至り、保護室隔離を要した。その後、一般個室での隔離を継続しながらスタッフとの個別対応を開始し、しばらくして院内学校教師の訪問授業も行った。担当医はAが好きな将棋を毎日行った。日常的なやりとりでは怒ることが続いたが、遊びの中では自身の融通の利かなさへの困り感を素直に吐露する場面もあり、遊びを通してポジティブな経験を積み重ねることに意味があると思えた。

3ヶ月後から、屋外や体育館でのスポーツを開始した。Aが遊ぶことを心地よく感じているようにはみえたが、共通のルールで他者と喜びを共有することはまだ難しかった。Aの一方的でころころ変わるルール設定に受容的に付き合い続けた。遊びの中で徐々にAは、いじめを受けた傷つきや対人関係での満たされない思いなどを素直に話すようになった。日常的にスタッフに向ける怒りの背景には、Aのこだわりや変化に対する強い不安など発達特性による困難だけでなく、怒りや不安全感などがあると感じられた。

入院6ヶ月を過ぎた頃から、設定したルールを守りながらスポーツを行うようになった。自身や担当医のミスに怒らなくなった。8ヶ月頃にはバトミントンのラリーを楽しむようになり、遊びがA本位のものから他者と目標や喜びを共有できるものに変化した。不快な気持ちを、怒りではなく要望や提案という形で表現する場面もみられるようになった。遊びの安定とともに、病棟生活での興奮の頻度や程度も減じたが、スタッフがAの

主張やこだわりを察知して柔軟に対応することができない場合には、興奮して地団駄を踏みながら大声をあげて一方的な主張をすることが続いた。

4. 入院後経過② 集団の活動に参加

入院後1年1ヶ月、集団プログラム(週2回、1回1時間:3-5名の患者と6-7名のスタッフが遊びやスポーツを行う集団精神療法)に参加を開始した。最初は同世代の他患者と協調して活動することは難しく、見学という形をとりながら、少しずつA自身ができると言った活動のみに参加した。徐々に参加する活動が増えたが、不安緊張の高まりからか、担当医やスタッフへの衝動行為が増えた。1年3ヶ月で、プログラム中に問題行動がみられ、一旦参加を中止とした。Aはその行動を当初は「覚えていない」と認めなかったが、プログラム参加を終了せざるを得ないことを伝えると、一転して自らの行動を認めた。次に同じ行動が見られたら参加を中止することを伝えた上で、参加を継続した。Aは以前にも増して積極的に参加するようになった。徐々に他患者からも存在を認められ、交流を楽しむ場面もみられた。小集団に順調に参加できるようになったように感じられたが、自分の参加したくない内容であったことに、人前での失敗という不快な出来事が重なった時、2回目の問題行動がみられ、プログラム参加は終了となった。この時は「最初からプログラムなんて参加したくなかった」と他責的で、自分の行動は最後まで認めなかった。Aにとって負荷が大きい活動は衝動行為の誘因となり、A自身も傷つく結果になると考えられたため、以後、退院まで病棟スタッフとの個別対応のみを継続した。

5. 地域関係機関との会議

入院初期から、退院後の生活を見据えて、2、3ヶ月に1回は地域関係機関との会議を実施した。Aの発達障害の特性の強さ、さまざまな外傷体験が影響している情動不安定、集団での活動における困難さなどについて伝えるとともに、個別の遊びの場面でみせるAの素直さや真面目さなどポジティブな面を共有した。退院後は、地元中学校支援級や放課後等デイサービスで支持的な個別対応を受けながら、きわめて緩やかに集団参加の可

能性を検討する方針となった。退院後は、地域関係者との個別の関わりが継続されており、興奮や衝動行為なく穏やかに過ごすことができている。

6. 担当医の関わりについての考察

担当医が非言語的な支持的な関わりを続けることでAの警戒感や被害感が少しずつ癒えるとともに、興奮や衝動行為でしか表現できなかったAの傷つきが語られるようになった。病棟ではスタッフに激高することが続く中でも、担当医は、遊びを通して知ったAのポジティブな面を、Aと両親、スタッフ、地域関係者に伝え続け、Aの成長を信じて見守り続けた。Aはそれに応えるかのように、長い入院期間の中で徐々に成長した。担当医はAのこだわりや行動パターンが理解できるようになるにつれ、Aを怒らせるスタッフの対応に不満を感じた時があった。担当医とスタッフが話し合いながら、すれ違いの無いように協力を続け、スタッフはAのSOS(興奮、衝動行為)に、説諭をすることなく、その背景にある困り感を理解しようと心がけ続けることができた。その結果、Aが大人への安心感を取り戻せたのかもしれないと考えた。

1年半の入院治療を通し、担当医は、安心を保証して粘り強く変化を待ちながら支持的かつ誠実に関わり続けることが、子どもの成長につながることを実感した。

(2) 心の葛藤に悩むクライアントとソーシャルワーカーの7年間(中学～成人まで)の関わり(堀内 亮)

1. はじめに

自宅における興奮・暴力、家族関係の悪化、不登校等により入院した中学生男児Bとソーシャルワーカー(以下SW)との関わりを報告した。関わりは、入院治療から始まり、退院後から成人に至るまで7年にわたった。

2. 入院までの経過

Bは小学校入学後、離席・集中困難・飛び出し・他児との喧嘩があり、連日のように叱責を受けた。母は学校から問題行動を伝えられてはB

を注意していたが、癩癩が激しく対応に苦慮した。知的障害は認めず、多動性障害（ADHD）の診断にて小学校低学年より不定期に児童精神科を受診した。中学校に入学後、興奮・暴力がさらに激しくなり、登校せず自宅で恣意的に生活した。対応に苦慮した家族が入院治療を希望し、中学2年で当科に入院した。

3. 入院後経過（中学2-3年）

主治医には反抗的な態度を見せ、日常生活のやり取りをめぐるのは看護師に他罰的な言い訳を繰り返すため、医師や看護師とは対立する関係になった。一方で、SWとの面接では礼儀正しい態度を見せ、「自分が悪いのは自覚しています。ただ、子どもがルールを守れないのはいいけど、大人が守れないのは許せない」などと気持ちも語った。Bがスタッフに見せる態度の違いにより、スタッフ間の分裂が生じやすい状況であった。チームが分裂せずにBを支える構造を作ることを目標に、Bと家族、関係スタッフ（主治医、看護師、院内学校教諭、SW）が一堂に会したケア会議を月1回継続的に開催した。会議では、現状を共有した上で、スタッフそれぞれの役割の整理をしつつ今後の取り組みを決めた。“チームを分裂させるB”から、“Bがチームの中心になる構造”を目指した。当初はケア会議の参加に難色を示していたBも回を重ねる中で、参加に意欲的な姿勢を示すようになった。また、自ら決断せずに他罰的な言動をしては回避することの背景について「小3までは自分で決めても全然うまくいかなかったんで、大人に決めてもらうことにしたんです。相手に決めてもらう方が失敗を指摘されないから楽じゃないですか。でもいつまでも決めてもらっている場合じゃないですよ」と語った。スタッフの受容的な対応を受け、同年代集団における社会的体験を重ねる中で、Bの自尊心の回復が促進され、家族関係の一定程度の改善が見られ、中学卒業と同時に退院となった。

4. 退院後経過（高校生-20歳）

高校1年は、“登校できる時期”と、“不登校になり家族関係も悪化する時期”を繰り返した。Bが外来に来ない時期には、入院中にできたSWと

の関係が基盤となり、電話による相談を継続できた。また、母のみが来院してSWとの面接を重ね、母子それぞれの想いをSWが間に入って整理するよう心がけた。SWは互いの想いは理解できるものの、特別な解決策が提案できるわけではなかったが、見守りを続けた。

高校2年から、通院・服薬をせず、学校にも行けず、家族関係も悪化して母子ともに疲弊することが続いた。SWとしても、現在の高校に登校できるように支えるべきか、別の可能性を探るべきか悩む時期が続いた。母との面接を重ねる中で、母は高校退学後の生活を検討し始めたため、SWよりBにさまざまな可能性を探ることを目的に、若者サポートステーションを利用することを提案した。Bは福祉サービスの利用に対して「それって”逃げ”って思われませんか？」とためらいを見せたが、SWは共感的に接した。その後、若者サポートステーションで、通信制サポート校への転校の案内やアルバイトをサポートできる可能性などの説明を受け、若者自立講座、就職前の心構えなどの講座を受けるために定期的に通うことになった。高校2年の終わりに高校を退学した。この頃より、家族内でのトラブルはほとんどなくなり、Bもある程度の家事を行い、母もBに要求しない関係となった。SWに家族で外食に行った話などをB・母の双方が楽しげに語った。母子による定期的な通院が安定した時期でもあった。

その後、スーパーの品出しアルバイトを開始。アルバイト面接採用の時には、自身のADHD傾向や通院の必要性などを伝え、勤務形態について店側に理解を求めることができた。同世代への葛藤が強いこともあり、早朝から昼過ぎまでの勤務形態を選んだ。遅刻や品出しのミスなどはある程度見られたが、比較的 understandingのある社員と相談しながら勤務を継続できた。初めての給料で母親にボールペンをプレゼントした。アルバイトを継続する中で、母からの評価も「高校に行かなくても何かしていてくれればそれでいいと思えるようになりました」「本人には20歳までに自立して家を出るように言っていますが、まあそれは建前です」と変化していった。アルバイトが続いている理由を尋ねると「働くのは大変ですけど生きてい

る感じがします」と答えた。当センターの外来通院の年齢制限から、転院が近づく中で、「SWさんみたいな人が近くにいるにこしたことはないですから」と身近で相談に乗ってもらえる存在として、地域生活支援センターにおける定期的相談の利用を始めた。また、「俺には薬が必要ですから」と話し、自宅近くの医療機関への転院手続きをSWと行い、20歳で当センターを卒業となった。

5. 考察

Bは、幼少期から積み重なる失敗体験、不登校、家族関係の悪化などにより自己効力感や自尊心が育まれにくく、興奮・暴力、自己防衛としての他罰的な言動、体調不良などが生じていたと考えられた。自宅（家族）から離れ、生活上の負荷が少ない入院生活によって悪循環から脱し、スタッフが受容的に支える中で、Bが回復し成長することを目指した。SWは、医師のように生活上の制限や行動の範囲を決定することはなく、看護師のように食事や入浴、登校などの日常生活には関与しないため、Bの他罰的で攻撃的な言動を受けることはなく、Bと良好な関係を維持できた。関係スタッフの中でもその役割の重要性が認識されたため、SWは一貫してBの視点に立った関わりを継続できた。これには、SWの専門性（本人主体、本人の視点に立って支援を展開することなど）が、より良い関係の形成に役立ったと考えた。入院中にできた関係を基に外来でも関わりを続け、孤立しがちなBが安心して話ができることを意識した。良好な関係に基づく安心感がBの高校退学の決断や福祉サービスの利用につながったと考えられた。また、Bを支える上で、母をエンパワーすることも大切であり、Bの成長の背景には母の関わり方の変化が重要であった。

6. おわりに

「強がるのは相手がいるから成り立つんですよ。強がっているその子を誰かが見ていなくてはいけません。じゃないと強がれないから。周りから言われても多分だめです。自分で気づかないと。気づける時には、周りに認めてもらえる人が1人でもいるかいないかが大きいと思いますよ」と当センター卒業の頃に語ったBの言葉が印象的であった。

(3) 器質的に説明できない身体症状が遷延する、先天性心疾患の中学生（廣内千晶）

1. はじめに

先天性心疾患を抱え、器質的に説明できない身体症状を訴え続ける身体表現性障害の中学生の症例Cを紹介した。一般病棟での入院において、多職種で連携しながら身体科、精神科的治療を行った。その中で感じた、身体疾患を持つ児への精神科的介入や多職種連携の難しさについて述べた。身体表現性障害とは簡潔に言うと、器質的に説明できない身体症状を訴える精神疾患である。現在のところ確立された治療法はないが、原因をピンポイントに断定、または追及するよりも、多面的な視点で診療するのが良いとされる。また、症状は慢性的に続くため、症状を消失させるよりも、対処法を身につけることを治療の目標に置くことが多い。

2. 先天性心疾患患者の精神・心理的問題¹⁾

先天性心疾患患者は、成長発達に伴いさまざまな心理社会的問題に直面することが多い。幼少期より持続する低酸素状態、手術時の人工心肺利用の影響などにより、さまざまな神経認知機能障害を呈することがある。また、過保護にならざるを得ない親との関係や、ライフステージの進行と病状にまつわる不安、身体機能や運動制限への健常児に対する劣等感など、さまざまな心理社会的ストレスを抱えやすい。これらの困難に対し、友人と話すなどの感情表出の場は乏しく、学童期以降の対人関係や社会適応、精神的健康に支障を来すことがある。

3. 症例C

先天性心疾患を抱える中学生。小学生の頃より倦怠感や疼痛による入退院を繰り返していたが、元来の心機能の増悪はなく、症状が器質的疾患によるものとの説明ができず、当科の介入に至った。繰り返す入院の中、Cに関わる多職種がそれぞれ役割分担し関わりこととなり、他職種連携が開始された。関わったスタッフは循環器内科医（主科主治医）、緩和ケアチーム医師・看護師、臨床心理士、精神科医（著者）、病棟看護師

などであり、適宜合同カンファランスを行い、情報や各部門の見立ての共有、および全体的な支援方針の検討を行った。支持的な対応を基盤に関わると、Cと各支援者との関係が次第に構築されていき、次第に本人の内面の表出が増えた。心疾患を抱える苦悩を多く吐露するようになり、それに伴い母子の緊張関係が生じたり、いらいら感を行動で表現したりするなど言動の変化が見られた。そういった精神症状への対応に、身体科のスタッフも難渋したため、著者や臨床心理士ら、精神科スタッフが適宜助言を行ったり、治療構造の見直しを行ったりしながら、多職種が治療促進的に機能するように支援した。Cの症状は持続しているが、以前よりも明確に意思を表現できるようになり、治療に主体的に関われるようになるなどの、好ましい変化が生じている。

4. おわりに

本症例は身体疾患が合併しており、身体症状の心因的側面に着目するのがより困難であった。また、一般病棟において精神科的支援を行うことの困難もあった。慣れないことに対応しなければならないスタッフが無力感を強めないよう、精神科の立場からサポートすることの大切さ、多職種連携の重要性を学んだ症例であった。

文 献

- 1) 日本循環器学会「成人先天性心疾患診療ガイドライン(2017年改訂版)」(<https://www.j-circ.or.jp>)

(参考) 当センターにおける緩和ケアサポートチームの活動 (庄 紀子)

当センターの緩和ケアサポートチーム(以下PCT)は、疾患の種類や時期を問わず、当センターを利用する全ての子どもと家族のあらゆる苦痛を緩和することを理念としており、主治医から依頼を受けた患者に対応している。2名の専従メンバー(医師・看護師)がおり、児童思春期精神科医と心理士は兼務で活動している。

原因不明の身体症状が持続する場合、患者と家族の不安が高まり、身体症状への対応を希望することが多い。そのため、精神科医や心理士が関

わっていたとしても、当初は身体科を専門とするPCTメンバーの関わりが主になることも多い。関わりを継続する中で、徐々に患者や家族が心理的問題を自覚するようになった場合には、精神科医や心理士の治療に重点を移していく。

一方で、精神科医や心理士でなければ身体表現性障害の患者に対応できないということでもない。患者や家族が、医療者に支えられることで、安心したり心理的課題を自覚するようになることが症状の改善に繋がる場合もある。つまり、医療者が患者や家族の気持ちに寄り添おうと真摯に関わるプロセスそのものが心理的な治療になり得る。但し、患者や家族の心理的課題によっては、どのような関わり方が治療的に作用するかの判断が難しい場合があり、専門的見立てを多職種で共有しながら関わり方を検討している。

(4) 発達障害を疑われ初診となり、経過中に精神病性障害を発症した中学生女児例 —「精神発症危険状態」および「統合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別と併存」— (新井 卓)

1. はじめに

セミナーでは、幼少時期には目立たなかった頑なさの強まりとともに不登校となった患者Dを紹介した。Dは地域医療機関から自閉スペクトラム症(以下ASD)が疑われ初診となり、診療経過中に漠然とした不安感、誘因が不明確な緊張感の増悪があった。また「自分の腕が自分のものではないような感じ」といった離人症状に引き続き作為体験(自分の行為が何者かに操られていると感じる、あるいは思う体験)や思考吹入(他者の考えが自分の頭の中に入り込んでくるといった思考の障害)などに加え、人の声の幻聴体験などの精神病症状が持続し統合失調症の診断に至った症例の診療経過を紹介し、精神発症危険状態 at risk mental state (ARMS) およびASDと統合失調症における精神病症状の鑑別とこの両者の合併に関して解説した。

2. 精神発症危険状態 ARMSへの治療・支援¹⁾

統合失調症の発症に関しては、精神病症状の顕在発症に先立ち全般的な不安感や緊張感など

の非特異的な精神変調が見られる時期 (Duration of untreated illness) を経て精神病様体験などが散発的に出沒し、その後微弱な精神病症状や短期間の精神病症状、あるいは社会的機能の低下など、精神病発症危険状態 ARMS といわれる時期があることを紹介した。この ARMS は精神病性障害の早期介入の視点からも、精神障害ではないが支援の対象となることから、以下のような診断ガイドラインが提唱されている。主として精神病発症が高率となる青年期 (15 歳以上) において、①【微弱な精神病症状 (一過性の幻覚体験、病的意義が曖昧な知覚異常体験、一過性の被害念慮、時折生じるまとまりの乏しい思考など)】②【短期・間欠型精神病症状 (1 週間未満で自然軽快する短期間の精神病状態)】③【素因と状態のリスク因子 (第一親等に精神病を有するか統合失調症型パーソナリティ障害などの素因をもち、かつ過去 1 年に社会的機能の低下がみられる状態)】これら①②③のいずれかを満たし、苦痛を感じ援助を求めている人々に対し ARMS と診断する。精神病性障害の発症を踏まえた人々への支援、および発症をしないことも念頭に置いた支援を検討する。この時期に最も求められるのは患者・家族と医療者との信頼関係に基づく治療・相談の継続である。過剰な投薬などにより中断や医療不信となり、精神病性障害の発症時の対応の遅れにもつながりかねないことに留意する。以下に支援・治療の具体的な内容を挙げる。

1) 発症の予防的支援

ストレス/抑うつ/不安対処のための面接や生活の中での具体的な問題を解決する認知療法的治療を念頭に置き、診療を行う。

2) 疾患心理教育・自殺リスクへの対応

精神病性障害や精神病症状の理解を事前にしておくことで、発症時の対処能力の向上を目的とする。また、社会的偏見、本人・家族の偏見や疾患理解の低さ、および家族、本人の社会機能の低さは治療中断のリスクを高めることを念頭に置き、疾患心理教育などを行う。さらに、この時期の自殺リスクの高まりが指摘されており、この点にも十分配慮する。

3) 薬物療法

原則として、不眠、不安、あるいは抑うつなど

の精神病症状への対症療法的薬物療法を行う。精神病性障害の発症予防を目的とした抗精神病薬の使用は、副作用などから治療中断を招きかねないため、使用する場合でも最少量にとどめる。

4) 精神病が発症しないことも想定した支援

ARMS 事例には ASD や解離性障害をはじめとする非精神病性の精神障害が含まれる可能性を考慮する。特に ARMS (=精神病発症) というレッテルが貼られてはならないように配慮し、精神病性障害を含む精神的不調として対応する。

3. 自閉スペクトラム症と統合失調症の鑑別と併存

ASD と統合失調症は、精神病症状や社会的相互性 (対人関係における他者の心情理解の困難さ) の障害などから、横断的にはその診断が難しいとされている。

藤田は児童精神科の外来患者に関する精神病様体験の調査について、広汎性発達障害 (以下 PDD, ASD とほぼ同義) を併存する患者の 30.7 % に何らかの精神病様体験を認め PDD が併存しない群 (19.5 %) にくらべて有意に高かった、と報告している²⁾。また、広沢 (郁) らは自験例の解説の中で、PDD にみられる精神病症状と過去の被害体験などが、あたかもつい最近のことに想起されるタイムスリップ現象との関連性を指摘している。さらに、PDD 患者では成長に伴い、論理的・物質的存在でとらえる認知様式のみでは対処できないような状況に遭遇する機会が増え、情動・認知・思考あるいは行動の混乱をきたし、時に妄想発展の形をとるが、その状況の解消とともに何事もなかったかのように自我の構造は無傷のまま安定するとし、統合失調症との違いを論じている³⁾。Lempp は統合失調症患者においても ASD 患者においても「自分自身を見る能力の障害」は共通するが統合失調症発病に伴う後天的な障害と生得的な ASD 特性という意味でその成り立ちが違うことを解説している⁴⁾。さらに、広沢 (正) は、両疾患の混同がなぜ生じやすいのかについて興味深い考察を述べている。彼は、前医から統合失調症として引き継いだ成人患者の診療録を検討する中で、臨床家が両疾患のどちらを念頭に置いて問診や診療を行うかにより、同じ状態像でも異なった解釈に至る可能性があるとしている⁵⁾。

ASD と統合失調症の鑑別について、大西らは ASD では①思考伝播や思考吹入などの自我障害が疑われる訴えが認められず、障害の本質が自我境界の脆弱性ではない、②興味ある話題などでは現実検討や疏通性が良好である、③病的体験の訴えがあっても切迫感を欠く、④被害感や関係づけは認知の歪みによることが多い、⑤猜疑心などは集団内での被害体験などから獲得された可能性がある、といった特徴を挙げている⁶⁾。また、阿部は逆に統合失調症では病的体験が①その出現に状況依存性がない（どのような状況でも出現する）、②さまざまな場所でみられる（遍在性）、③無名の他者からなど対象の未知性が特徴である、④言語表象優位で全体性といった性質がある、と述べている⁷⁾。

最後に、ASD の発達特性を抱えた子どもの成長過程で、統合失調症が発症するという両者の併存に関しては、いくつかの総説で触れられているが、「統合失調症患者の背景の ASD も、ASD 患者に発症する統合失調症の発症も少なからず認められるが、それぞれの中核群は例外的である」とまとめることができる⁸⁻¹⁰⁾。

文 献

- 1) 新井卓. 統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療—前駆状態と初回エピソード精神病を中心に—. 小児科臨床 2011;64:861-869.
- 2) 藤田純一. 児童精神科外来での精神病様体験. 最新精神医学 2014;19:5-12.
- 3) 広沢郁子, 広沢正孝, 市川宏伸. 小児統合失調症とアスペルガー症候群. 精神科治療学 2008;23:155-163.
- 4) Reinhart Lempp. Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten:eine entwicklungspsychologische Erklärung der Schizophrenie und des Autisms. Hans Huber, Bern, 1992.
- 5) 広沢正孝. 統合失調症と広汎性発達障害. 臨床精神医学 2008;37:1515-1523.
- 6) 大西雄一, 三上克央. 児童の統合失調症と ASD の鑑別は?. 精神科治療学 2018;33 巻増刊;132-133.
- 7) 阿部隆明. 横断面の症状から見た統合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別. 児童青年精神医学とその近接領域 2017;58:54-60.
- 8) 岡田俊. 精神病症状を伴う思春期・成人期の自閉スペクトラム障害の診断と介入. 臨床精神薬理 2013;16:345-355.
- 9) 本田秀夫. 広汎性発達障害と統合失調症. Schizophrenia Frontier 2008;9:188-192.
- 10) 新井卓. PDD と統合失調症の鑑別と併存. 小児科診療 2014;77:1771-1776.