

第103回日本精神神経学会総会

専門医のための特別講座

児童思春期精神障害（摂食障害を含む）の疾患概念と病態
——発達危機という文脈での理解——

齊藤 万比古（国立精神・神経センター国府台病院）

はじめに

これまで児童青年期精神障害の疾患概念を理解することはしばしば難しい課題とされてきた。これは児童青年期、特に児童期の精神障害の表現形（phenotype）が極めて未分化で、かつ流動的であることによるところが大きい。子どもの特異性が承認され、子どもは小さな大人ではないという今では当然の常識が市民権を得た近代市民社会の開始以来、子どもの心は発達途上の流転の中に置かれ、子どもと環境との相互作用の影響下に常に変化する過渡的なものであると考えられるようになった。こうした通常の子どもの心の在りようと同じように、子どもの心の障害の表現形もまた、年齢要因や環境の影響もあいまって、極めて流動的なものとならざるをえない。そのため、疾患概念の多くは「子ども特有な障害」という未分化で過渡的なものとならざるを得ず、この流動性を織り込んだ障害理解のためには児童期および青年期の心理的発達過程の諸特性と、それが環境との相互作用によってどのような変化を強いられることになるかを深く理解しておかねばならない。

子どもの精神障害における環境との相互作用による二次障害（DSM-IV-TRに従えば「併存障害の発現」）の付加しやすさは、子どもが本来持っていた精神障害の加齢による症状論的变化と

もに、精神障害の表現形に顕著な流動性を付与する主要因であると思われる。加えて、近年注目を集める発達障害は児童青年期の精神障害を理解するうえで忘れることのできない要因である。そもそも、ある年齢で深刻化したために臨床例となった子どもの精神障害は、必ずしもここまで述べてきた子どもの精神障害の表現形が変化していく過程の起点とは限らないのである。それまで診断されていなかった発達障害が、二次性障害としての併存障害の深刻化によって初めて事例化することは決して珍しいことではない。この発達障害の発見により、二次性障害の出現に関与した子どもの体質的、かつ心理社会的脆弱性の根拠がその発達障害にあることを理解でき、その子どもに対する治療・支援の展望が一挙に開けるといってもよくあることである。

ここでは児童青年期の精神障害の疾患概念および病態について以上のような視点から検討を加えたい。なお後に述べるように児童青年期の精神障害とはけっしてF8やF9、あるいは摂食障害（F5）や精神遅滞（F7）を加えた4グループの疾患にとどまらない。老年期特有な疾患をのぞけばほとんどすべての疾患が児童青年期の子どもにも生じうることを意識しておきたい。

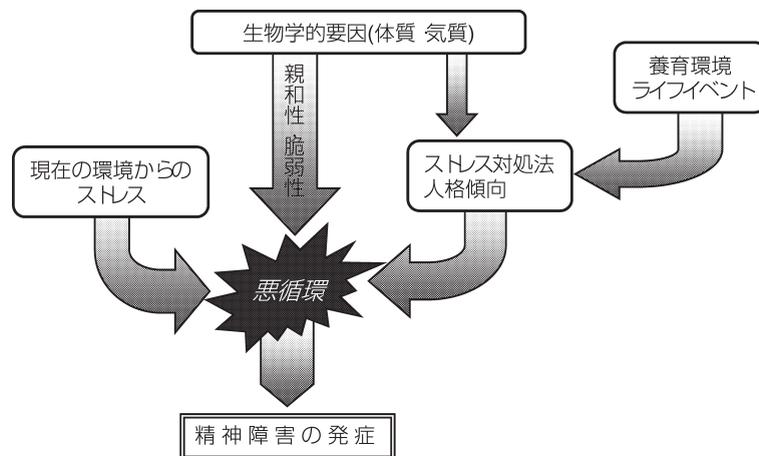


図1 精神障害の発症仮説

I. 精神障害の発現仮説

精神障害の発症仮説として、現在は bio-psycho-sociological な病因論が多くの精神疾患の発症を説明する合理性を認められている。筆者は図1のような模式図が子どもの精神疾患における bio-psycho-sociological な障害観を図式化して表現するのに適当と考えており、二次性障害が併存していない純粋な発達障害と器質性精神障害を除いた大半の疾患の病因論ないし発現機序はこの模式図に従って理解することが可能である。

一人一人の子どもは生来的な脳の体質的特性およびその人格的表現形である特有な気質を持っており、それが各々の個性を形成するとともに、ある種の精神疾患への親和性や脆弱性を形成すると考えることができる。そのような特性を持って生まれた子どもが人生のある時点で偶然にも重大な環境的ストレスに遭遇すると、それまでの発達過程で蓄積してきた養育者との関係性や様々なライフイベントとの遭遇を含む多くの経験を通じて培ったストレス対処法（筆者はこのストレス対処法の様式が人格傾向を織り成す主要な構成要因の一つと考えている）を動員してストレスに対応しようとする。子どもに限らず一般に人間の心は、こうした諸要因のダイナミックな、そしてデリケートなバランスの上に成り立っているものであり、

心の健康とはまさにそのようなバランスの維持された状態を意味しているのであろう。

しかしながら、もしもストレス要因の量や質が限界を超えて苛烈であったり、たまたま精神的に不安定性が際立ち、脆弱性ないし過敏性が亢進する発達の一局面（例えば第二次性徴発現の直前から始まる思春期）にあたっていたり、ストレス対処法そのものが機能的ではない場合、例えば人格障害的であったり発達障害であったりした場合には、その心のバランスを崩す方向への悪循環が生じ、ついには精神疾患の発症に至る。もちろん、このような悪循環には体質、ストレスの内容、ストレス対処法のいずれもが発現要因としてかかわっていると考えべきであり、いずれか一つに限定されるような精神疾患はほとんどないといつかまわないだろう。

この発症仮説を理解する際に留意すべき点は、bio-psycho-sociological な観点とは生物学的要因としての脳、心理学的要因としての子どもの自我機能、社会学的な要因としての環境的ストレスや外傷的経験という3領域の要因の単純な加算として精神疾患の発症を想定しているわけではないということである。脳機能や環境要因は子どもの内と外から加わる環境的圧力として自我機能に影響を与え、自我機能や脳機能は子どもの気質や人



図2 国府台病院児童精神科初診時診断の動向（2004年）

格として環境に影響を与え、環境と自我機能の間の相互作用は脳機能に発達促進的あるいは破壊的な変化をもたらすといった3要因間の複雑な相互作用が展開するシステムとして子どもの自己をとらえるべきであり、精神疾患は子どもの脳と自我、そして環境からなる自己システムの悪循環的相互作用、あるいはシステムの部分的破綻の結果として発現してくると想定すべきである。このようなダイナミックな精神疾患の発症機序や疾病構造に関する理解こそ bio-psycho-sociological な観点と呼ぶにふさわしいものではないだろうか。

II. 子どもの精神障害の実態

子どもの精神障害の実態について2004年度の国立精神・神経センター国府台病院児童精神科における初診統計（全初診患児703名）から見てみたい。

図2のグラフが示すように、DSM-IV-TRの疾患概念に準拠した分類を行うと際立って多いのが「通常、幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害」という大きな括りの障害グループで390名と全体の56%を占め、全般性不安障害、

社会不安障害、強迫性障害などからなる不安障害82名（12%）、不安や抑うつ感情を主症状とする適応障害77名（11%）、身体化障害や転換性障害からなる身体表現性障害46名（7%）、大うつ病や気分変調性障害からなる気分障害30名（4%）、各型の統合失調症と妄想性障害などの関連障害19名（3%）、神経性無食欲症をはじめとする摂食障害17名（2%）と続いている。さらに、この「通常、幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害」に含まれる諸障害の内訳は、図3に示したように自閉性障害とその関連障害からなる広汎性発達障害（以下「PDD」）が231名（全初診児703名の33%）を占め、個別の障害概念の第一位を占めており、次いで注意欠陥/多動性障害（以下「AD/HD」）が77名（同11%）であり、この2障害がこのグループの中の目立って多い障害であることがわかる。その他では反抗挑戦性障害16名（同2%）、トゥレット障害を含むチック障害16名（2%）、選択性緘黙11名（2%）、分離不安障害8名（1%）、行為障害6名（1%）と続いている。

これらのDSM-IV-TRの診断概念で診断した

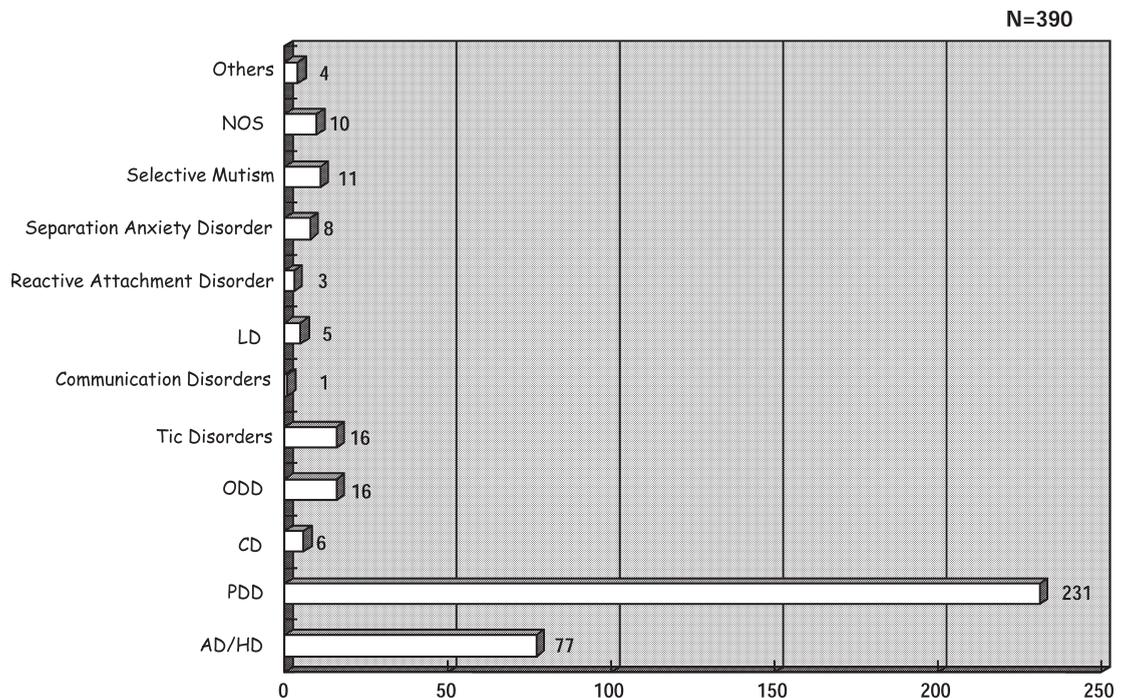


図3 “Disorders Usually First Diagnosis in Infancy, Childhood, or Adolescence” の内訳

2004年の初診統計をICD-10の二桁表記による障害群単位で再分類すると、図4のような分布となる。目立って多い障害群は広汎性発達障害が含まれる「F8心理的発達の障害」(34%)、不安障害など成人型の神経症性疾患を中心とする「F4神経症性、ストレス関連、および身体表現性障害」(30%)、AD/HDや行為障害(ICD-10では反抗挑戦性障害も一下位分類として行為障害に含んでいる)が属している「F9小児期および思春期に通常発症する行動および情緒の障害」(22%)である。これらに比べるとかなり少なくなるが、成人と共通の障害概念である気分障害のF3(4%)、統合失調症のF2(3%)、摂食障害を中心とするF5(3%)と続いている。また、主診断を挙げたこの初診統計には表面に現れないが、「F7精神遅滞」も子どもの年代で注目すべき精神障害概念として忘れるわけにはいかない。

以上のような子どもの精神障害の受診状況から、子どもにはDSM-IV-TRの「通常、幼児期、小

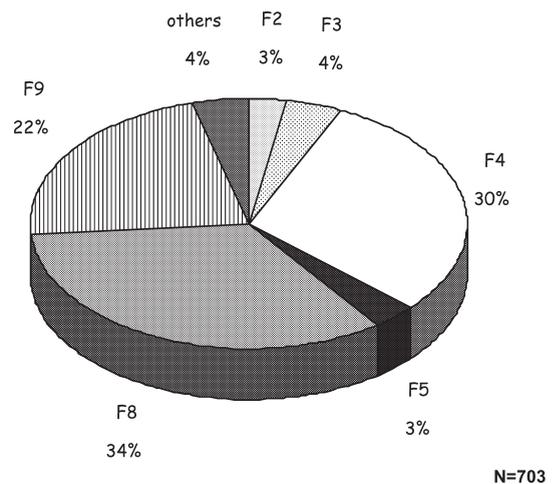


図4 2004年国府台病院児童精神科初診時のICD-10診断

児期、青年期に初めて診断される障害」すなわちICD-10のF8とF9に分類されるような子ども特有とされる特定の障害群に限定して発現する

というのではなく、成人に比較して比率的には小さくはなるものの、成人型の精神障害を含む多様な精神障害が発現していることがわかる。したがって、子どもの精神障害を理解するためには特定の子ども型の障害に固執することなく、広く精神障害概念の広がりを見出した視点が必要となる。その上で、子どもの精神障害を診断し評価するために特別に必要なことは、その子どもの年代に規定される未熟で未分化な経験様式とその派生物たる子ども特有な心性の厚い地層を通して地表に現れ出たものとして、精神障害の表現形を理解するための発達論的観点であるだろう。このような子どもの精神障害の病態をより具体的に解説するため、以下では子どもの精神障害の特異性をより明確に示していると考えられる発達障害、身体機能の発達性障害、神経症性情緒と行動の障害の3種類の障害群を対象にして述べてみたい。一見して理解できるとおり、この「障害群」は国際分類の規定によるそれとは異なり、ここでの検討に限って用いる独自の区分である。

III. 発達障害の病態について

発達障害は、ICD-10の「F8 心理的発達の障害」の定義で「(a) 発症は常に乳幼児期あるいは小児期である。(b) 中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害あるいは遅滞である。(c) 精神障害の多くを特徴づけている、寛解や再発が見られない安定した経過である。」と記載されている3条件を満たす精神障害と仮定すると、F8に含まれるPDDと各種の学習障害に限らず、「F7 精神遅滞」と、「F9 小児期および思春期に通常発症する行動および情緒の障害」の多動性障害（DSM-IV-TRではAD/HD）を含んだ大きな障害群が浮かび上がってくる。わが国では、ここで挙げたようなPDD、学習障害、AD/HD、精神遅滞をすべて含めて発達障害とする立場が、関連する領域の専門家間で広く支持されており、発達障害者支援法も基本的にはこのような考え方に準拠して法の対象となる主な障害をPDD、学習障害、AD/HDとしている。蛇足で

はあるが、精神遅滞は既存の知的障害者福祉法によってすでに支援対象とされているため、発達障害者支援法の対象からは除外されたのである。

発達障害に分類される上記の諸障害はそれぞれ特有な生来性の脳機能障害を背景に出現するものと理解されている。この脳機能障害については、例えばPDDの場合には心の理論（theory of mind）の障害、中枢性統合（central coherence）の欠陥、実行機能（executive function）の障害などが関与していると考えられており、またAD/HDではworking memoryの障害をはじめとする実行機能障害、dopamine神経系やnor-adrenalin神経系の機能不全などの多様な脳機能障害仮説が指摘されている。したがって、発達障害における基本的な症候ないし臨床像とは個々の発達障害特有な脳機能障害の諸側面に他ならない。

しかし実際の児童精神医学的な現場においては、このような「ピュアな発達障害」に出会う機会は決して多くはないのが現実である。これは、発達障害がしばしば反社会的あるいは非社会的な問題行動、あるいは気分の落ち込みや不安などの一般的な精神症状を伴い、それらの症候が前景に立ちふさがるため発達障害としての本来の（すなわちピュアな）特徴を認めがたくなっている場合が普通だからである。筆者は発達障害を、生来的な脳機能障害による主症状を純粋な形でいつまでも保持するという静的で固定的な障害像でとらえるよりは、脳機能障害を出発点に、遺伝学的-生物学的-環境的-心理的な諸要因との相互関係の中で多様に変化していくダイナミックな時間的過程と理解し、個々の時点の臨床像を表現形（phenotype）としてとらえることを推奨したい。

図5はある時点における発達障害の臨床像をあらわした模式図である。図の核にあたる部分に、焦点をあてた発達障害（PDD、学習障害、AD/HDなど）を位置させている。しかし発達障害は、例えばAD/HDが三分の一ほどの確率で学習障害を併せ持つように、あるいはPDDの子どもの中に典型的なAD/HDの障害像を見出す場合がある（DSM-IV-TRもICD-10もPDDとAD/

HDの併存を認めていないが)ように、しばしば他の発達障害を併存していることが知られている。さらには排泄性障害やチック障害などのような身体調節機能の発達をめぐる体質的な要因を背景に出現する諸障害(かつて“神経性習癖”と呼ばれた)の併存も発達障害には珍しくない。このような本来の発達障害とは別の発達障害や神経性習癖

などを一次性併存障害とここでは呼び、核となっている本来の発達障害を半透明に覆う第二層として表現した。このような核とそれを覆う第二層で構成される部分が一人の発達障害者の生来の姿、すなわちピュアな発達障害の表現形(図7のphenotype-1)である。

このphenotype-1であらわされる状態像は生後まもなくより、体質的脆弱性と養育環境と外界から受けるストレスとの相互関係による影響を受け始める。すなわち、発達障害の子どもは、しばしばこうした諸要因との相互関係を通じて徐々に自己像や自尊感情の変形を強いられ、自信喪失、環境に対する不信感、あるいは孤立感を蓄積する悪循環に陥っていく。そのような悪循環の結果として二次性の精神障害が併存してくる経過を、AD/HDにおける反抗挑戦性障害の発現過程を実例として模式図化したのが図6である。多動性、衝動性、不注意というAD/HDの本来の主症状は二次性精神障害に対する体質的脆弱性の主要因となっており、しかもそれらの症状は養育環境の主体である親に対して影響を与え、しばしば虐待的でさえある強い叱責を幼い頃から与え続けてしまうという状況が生じやすい。そうした養育環境

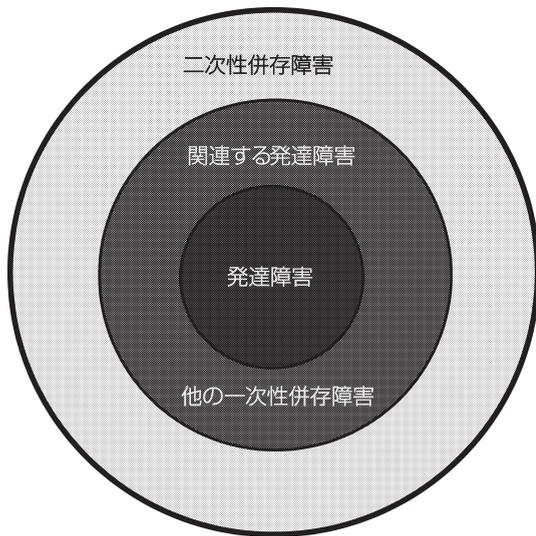


図5 発達障害の表現形

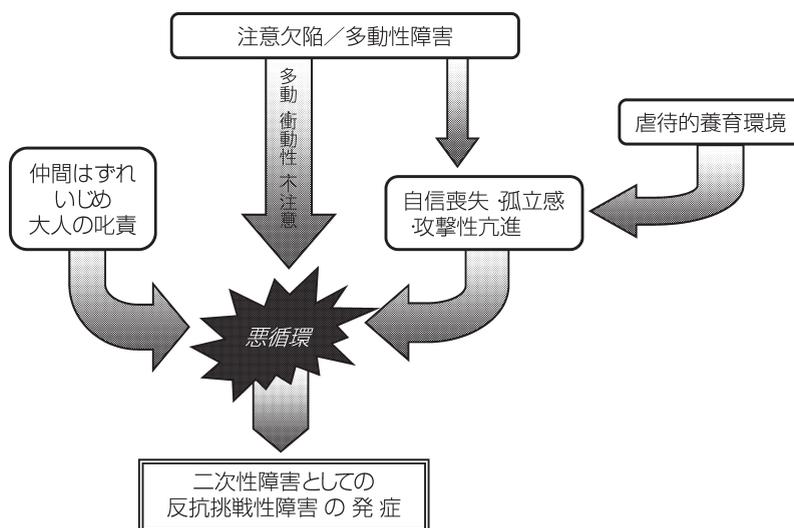


図6 AD/HDにおける二次性障害の発症の一例

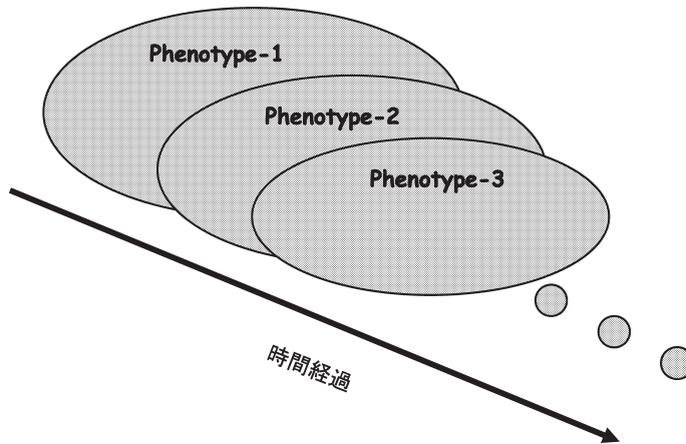


図7 発達障害における表現形の時間的展開

と本来の衝動性（気質といってもよい）があいまってAD/HDの子どもは自信を喪失し、孤立感を深め、怒りによる攻撃性の亢進した状態となりやすい。そこへもしも仲間によるいじめや、大人からひどく叱責されることがたび重なると、子どもはかろうじて保たれていた平静を失って、怒りと孤立感を伴う両面的な心性を回復不能なほど高め、反抗的言動を繰り返すようになる。これがAD/HDにおける反抗挑戦性障害の一般的な発現機制であろう。

発達障害ではこうした悪循環の結果として二次性併存障害を複数示すようになることも珍しくない。このような二次性併存障害を図5では発達障害の症状構造における最外層（第三層）に位置させた。この第三層が発達障害とそれに関連する一次性併存障害を包みこむ最も表面に近い半透明の層を形成し、中心をなす本来の発達障害や一次性併存障害の特性を厚く覆う形となっているため、外からはこの3層構造が渾然一体に見えてしまう。臨床家が二次性併存障害の加わった発達障害の診断・評価に困難を感じるのはまさにこのような表現形の構造によるところが大きい。

発達障害の時間的展開とは、ここまで述べてきたような併存障害に代表されるような機能不全を増加させていく障害的側面だけで構成されるわけ

ではない。経験を重ねながら獲得していく環境への有効な対処法（coping strategy）や適切な自己統制機能などの適応的能力もまた、時間的展開が与えてくれる大切な派生物である。二次性併存障害とこのポジティブな適応的能力の総和が時間的展開の中で様々な臨床像を作り上げる主要因となっており、表現形は phenotype-1 から phenotype-2 へ、phenotype-2 から phenotype-3 へ、そして phenotype-3 から…といった具合に、時間の流れに沿って次々と変化し続けていくことになる（図7）。言い換えれば発達障害における表現形とは、発達障害児が環境との相互作用によって生じる各年代特有な発達上の危機を通過していく過程で獲得した、心の成長と傷跡としての障害とを混合した状態像の全体に他ならないのである。

IV. 身体機能の発達性障害の病態について

本章では、子どもの精神障害の特異性を典型的にあらわしている疾患群の二番手として「身体機能の発達性障害」と筆者が仮に呼んでいる障害群について述べてみたい。いうまでもなくこの障害群はいわゆる発達障害とは次元を異とするもので、排泄障害やチック障害などかつて神経性習癖と呼ばれた障害の多くが含まれる。これらの障害は、子どものストレスへの身体化された反応すなわち

心身症と理解されたり、衝動・願望に対する代替的発散法や防衛機制ととらえる神経症的な病態理解をされたりしてきたが、今では排泄障害なら尿生成の生理学的機制や不随意的な括約筋統制機能の発達遅延ないし障害として、チック障害なら運動の錐体外路系調節機能の発達遅延や停滞として理解されるのが普通となった。しかし一方で、これらの障害はストレス量の変化に敏感に反応して症状の増減が生じたり、支持的な介入やプレイセラピーなどの治療によって症状が改善したりするケースが数多く存在することもよく知られた事実である。この領域の諸障害の病態を理解するためには、生物学的な発現要因と、心身症的ないし神経症的な症状形成の機制とを包括した観点が求められることになる。

身体機能の発達障害についての現時点の病態理解としては、その疾患としての一次性が生物学的な機能障害の水準にあることはいうまでもない。しかし、チック障害にしる排泄性障害にしる、その症状そのものと、それをめぐる親子の特殊な関係性（子どもの習癖が気になってたまらない親の気持ちを中心に展開する関係性）が年余にわたって持続すると、事情は少しずつ変化し始める。チックや遺尿症が子どもの真の願望（例えば関心を向けて欲しいなど）を非言語的に表現する一種のコミュニケーション手段となったり、現実的なストレスの発散法となったりするという二次性の症状形成が、親子関係を中心とする主要な人間関係に影響を与えながら展開し始めるのである。すなわち、図1の最終到着点を「身体機能の発達性障害の心理的防衛機制への組み込み」と読み変えることで、一次性障害としての身体機能の発達性障害が二次性に心身症化ないし神経症化する経過を理解することができる。

このような精神障害の「二次性障害化」は、身体機能の発達性障害以外の様々な子どもの精神障害においてもしばしば見出さるものである。そしてまさにこの特徴こそ、子どもに発現する精神障害の概念的枠組みを曖昧にし、結果として成人に発現する精神障害概念に比べて、その輪郭がア

モルファスでとらえがたいとされがちな原因の一つではないかと筆者は感じている。

V. 神経症性情緒と行動の障害の病態について

ここでは不安、気分の落ち込み、強迫症状、身体化症状や解離症状などを主症状とする神経症性諸障害や、反抗や非行などの行動上の問題を症候とする行為障害など、児童思春期の子どもに発現する主として情緒上あるいは行動上の症候を呈する非精神病性の精神障害群に共通する病態について述べる。この多彩な障害群の発現機制は、以前はもっぱら心理的防衛機制の観点や幼児期心性の葛藤への固着といった観点や、ある種の偏った、あるいは誤った感情や対処法の学習の結果といった単一の成因論から理解されてきた。しかし、この群の諸障害をめぐる生物学的知見や認知行動療法的な治療経験などが急速に増加してきた近年の成果を見るにつけ、この群こそbio-psycho-sociologicalな包括的病態論（図1）が最もよく障害理解に適用できる障害群なのではないかと思えてくる。

すなわち、これらの障害にもある種の生物学的な脆弱性ないし親和性（例えば強迫、不安、あるいは抑うつへの親和性など）という体質的な要因が関与していることに関しては、近年多くの知見が蓄積されつつある。さらに、乳幼児期における養育上の困難な状況、例えばネグレクトをはじめとする虐待的養育や、統合失調症やうつ病性障害などの母親の精神障害が、愛着障害を介して低い不安耐性や見捨てられ抑うつへの親和性などを形成する可能性の高いことも容易に推測できる。こうした生来の特性や人生の最早期に形成された不安や抑うつなどへの脆弱性ないし親和性は、それらを回避したり、抑え込んだり、様々な策略によって受容できるものへと変形させたりするための特殊なそして無意識的な対処法（そのような心理的過程を力動心理学では防衛機制 defense mechanismと呼んでいる）の動員を求める。しかし、受け入れがたい感情がいつまでも持続し、ある対処法が反復的に動員され続けると、やがてそれが

優勢な防衛機制として自動的で変化しにくいものへと変化していく。それが人格傾向を構成する主成分の一つとなることはいうまでもない。

思春期年代の開始とともに増大する親離れや自分作りをめぐる発達課題の展開は、家族や家庭外の人間関係や活動をめぐる葛藤を亢進させ、この年代特有な能力と脆弱性を二つながら強めることになる。こうした特性が思春期年代の子どもに情緒や行動の問題を引き起こしやすくしている条件であることはいうまでもない。実際、神経症性情緒と行動の障害は前思春期や思春期前期と呼ばれる10代前半の年代に初発するケースが多いとされており、この点は中枢神経系の発達における脆弱性の臨界点という生物学的背景から理解されることが多い。しかし、この年代は第二次性徴の進行と親からの分離をめぐる両価性の亢進に伴い攻撃性や性衝動などからなる衝動量の爆発的な増加という内的環境の急激な変化を迎えているときであり、ストレスとりわけ親や友人などの関係性をめぐるストレスへの脆弱性が最も高まる時期である。このような観点も病理理解に組み込まないと、この年代の精神障害の全体像が見えてこないだろう。

上記のような過程を通じてある人格傾向と体質を与えられた子どもがある発達段階にさしかかったところに、転校、いじめ、両親の不和、家族の病気や死、父親の単身赴任など大小様々なストレス要因が降りかかる。子どもは、これら bio-psycho-sociological な諸要因・諸条件のもとで、自己機能の均衡を崩さないよう本能的・自動的かつ意識的に努力するのであろう。しかし一向に事態が改善せずストレス状況が持続すると、この均衡が悪循環的に崩れていき、子どもの心は神経症性情緒と行動の障害の発症へと大きく傾いていくことになる。

このような発症仮説が想定される神経症性情緒と行動の障害の大半は、その発症時点では外傷的事象あるいはストレスの強い状況に対する反応性精神障害、すなわち DSM-IV-TR や ICD-10 でいう適応障害の特性を色濃く帯びてあらわれる。

そして、その障害の症状の改善が、ストレス要因の解消ともななって速やかに生じるような場合には、それは『適応障害の水準』の障害と評価することができる。

しかし残念ながら、適応障害的に開始した情緒と行動の障害の多くは慢性化し年余にわたって持続することになり、もはや一時的に付け加わった常ならざる情緒や行動、すなわち適応障害の水準の精神障害ととらえることは適当とはいえなくなる。適応障害的に発現し、その後年余にわたって持続した優勢かつ異常な情緒や行動は、それらをもたらし病理的な防衛機制への親和性を増大させていき、やがて些細な刺激でパターン化された情緒と行動上の症状を生じせしめる反射性ないし自動性の亢進状態に到達するからである。これは従来の疾病論における神経症概念に近いものであり、『神経症性障害の水準』と表現することが妥当だろう。

神経症性障害の水準にある精神障害の多くの症例は治療による治癒や自然治癒が生じるが、一部とはいえさらに症状が持続するケースもある。そのような場合、子どもは不安、強迫、抑うつ気分、解離、身体化、あるいは反抗や非行といった情緒と行動の異常がきわめて身近な心理的状态に置かれ続けるということであり、そこから計り知れない影響を受けることになる。その最も重要な影響として、このきわめて偏った心理的状态や心的機能に対する違和感が徐々に減少していき、それらが徐々に人格構造へと取り込まれていくこと、すなわち神経症性の症状とそれに関連し優勢となった防衛機制こそが通常の自己の心理的状态であるという同一性の感覚が成立していくことをあげるべきであろう。その結果、障害の自我親和性は強まり、相対的に本人よりは周囲の人間がより強い違和感を持つような類の障害になっていくのである。これを筆者は『人格障害の水準』と理解すべき精神障害と規定したい。

図8は神経症性情緒と行動の障害の障害水準を適応障害、神経症性障害、そして人格障害の3水準に分類し、それらを時間軸と障害の自我親和性

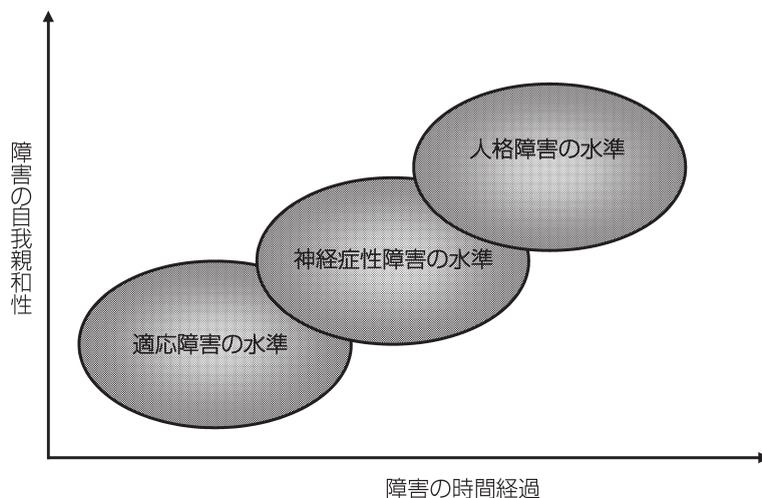


図8 「神経症性情緒と行動の障害」の自我親和性の時間的展開

の軸との関連によって二次元的に配置した図である。精神障害の病態水準とえば、人格構造をその機能的諸側面から神経症性、境界性、精神病性の3水準に分類する Kernberg のパーソナリティ論が知られている。それはおおむね上記の順に障害の病理が重症化することを前提に定義されているが、筆者の示した「適応障害の水準」以下の3水準は必ずしも病理の重症度の変化をあらわしてはならず、純粋に子どもの神経症性情緒と行動の障害における病態の質的な差（ここでは時間経過と自我親和性の変化）を表現したものである。蛇足ながら、この障害の水準という考え方は、ある特定の精神障害カテゴリーが3水準のどれかとして規定される（「解離性障害＝人格障害の水準」のように）という意味ではなく、ある障害が適応障害の水準でも、神経症性障害の水準でも、人格障害の水準でもありうるという発想であることを強調しておきたい。この観点は、ある患児の強迫性障害（OCD）が13歳の評価時点では神経症性障害の水準の障害と診断できる一定の自動性ととも、未分化ながら自我違和感を伴っていたのに、17歳の評価時点での強迫症状は人格障害の水準の障害と評価するにふさわしいほど、他者との社会的関係性の展開を著しく制限し、かつ未熟な自

己愛性の維持に奉仕する違和感のない策略と化していたといった具合に、発達に伴う精神障害の病態のダイナミックな展開を理解するのに適している。また、OCDのように生物学的発現要因がかなり明らかになっている障害では、適応障害の水準があまり顧みられず、いきなり神経症性障害の水準で発症してくると理解されていることが多い。しかし、OCDにおいても注意深く生育歴や現病歴を聴取すれば、その発症前に例えば思春期的な友人関係の葛藤や学校生活での重大な挫折体験、あるいは性衝動が刺激されるような家族状況の変化などへの暴露が生じていることを稀ならず発見することができる。このようにたとえ目立たないにしろ、経過の初期に現実的なストレスへの反応としての適応障害の水準が存在するという病態を、神経症性情緒と行動の障害の開始段階として想定すべきではないだろうか。

VI. ま と め

ここまで発達障害、身体機能の発達性障害、神経症性情緒と行動の障害の3障害群を対象に述べてきた子どもの精神障害の病態を総括するとすれば、その流動性にこそ特徴があると言ってよいのではないだろうか。子どもはけっして小さな大人

ではなく、子どもの心は変化し発達しつづけていることにこそその意義がある。したがって、通常のものであろうと病理的なものであろうと児童・思春期に現出するあらゆる心的現象は流動的かつ過渡的なものと理解すべきである。当然ながら、子どもの精神障害の症状もまた流動的であり、精神障害の水準の推移に代表されるような質的变化が生じやすい。そのため、児童・思春期に診断された精神障害の多くは「子ども特有な障害」という未分化で過渡的な概念とならざるをえないことを承知しておくべきだろう。子どもの精神障害の病態理解にあたっては、精神発達の展開過程に関する理解とともに、こうした児童思春期の発達過程の中間性と流動性をも織り込んだ視点が必須である。

なお本論は、専門医資格取得を目指す若い精神科医を中心に、児童・思春期精神障害の病態に関する基本的な知識と感覚、すなわち常識を伝えることを目標に述べてきた。その目標のために、筆者は文献的な根拠を挙げて実証的に述べるという形式ではなく、児童精神科医としての筆者自身の学習と研究を含む臨床経験の結果であるある種の感覚をできるだけそのまま述べるような形式を採

用した。したがって、引用文献は挙げず、こうした筆者の持つ感覚や筆者のとらえている常識を出発点に、さらに理解を深めようとする際に、あるいは批判的に本論と対しながら自らの常識を模索しようとする際に、まず参照すべき教科書をいくつか挙げることにしたい。特に各書の総論部分のいくつかの章からは、筆者が本論で述べたかった病態論に関する示唆に富んだ記述を多数見出すことができることだろう。

文 献

- 1) Barkley, R. A.: Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd ed. The Guilford Press, New York, 2006
- 2) Lewis, M. (ed.): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002
- 3) Rutter, M., Taylor, E. (ed.): Child & Adolescent Psychiatry, 4th ed. Blackwell Science Ltd., Oxford, 2002 (長尾圭造, 宮本信也監訳: 児童青年精神医学. 明石書店, 東京, 2007)
- 4) Wiener, J. M., Dulcan, M. K. (ed.): Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C., 2004