

健康課題としての重要性

強迫性障害(Obsessive Compulsive Disorder:OCD)とは止めたいのに止められない(自我違和性)¹⁾ことにより特徴づけられる問題である。自分でもおかしいと思ひ、考えたくないのに考えが心に浮かんでしまう『強迫観念』、したくないのに手を何度も洗う、鍵閉めを何度も確認するといった『強迫行為』のいずれかの存在により、診断される。

わが国における有病率は1~2%であり²⁾、発症年齢は10歳前後と21歳前後の2つのピークを持ち、過半数が18歳以下で発症する³⁾とされる。性差は思春期を境に男女比が異なり、思春期までは男女比は2~3:1であるが⁴⁾、思春期以降は1:1.35とされる。⁵⁾つまり、小児期と成人期とでは病像が異なっており、小児のOCDをみる目を持つ必要がある。

OCDの症状、すなわち外出先の病原体による感染を恐れたり、持ち物の確認や儀式的行動で外出できなくなったり、といったことにより、子どもの日常生活が著しく障害される場合がある。また本人の日常生活に支障をきたすだけでなく、子どもの行う儀式的な行為や外出できない子どもに付き合わされたり、子どもができないことを代わりにせざるを得なかったりと家族(特に母親)や周囲の人も巻き込むことも多く、家族が疲弊してしまう場合がある。このような面で早期の発見並びに適切な介入が必要である。

健診での注意点(問診と診察)

子どもの強迫症状の内容は成人と同様、最もよく認める強迫観念は「汚染への不安」(例:妹の触ったものが汚い)、「自分もしくは他人に危害を及ぼすことへの不安」(例:ナイフを見ると誰かを刺し殺してしまうんじゃないかと不安になる)、「対称性や完全さへの欲動」(例:本を全部覚えていないといけない)である。強迫行為では「完全な洗浄」と「清掃」が多く(例:手洗いの反復、机をピカピカになるまで何度も磨く)、「確認」(例:同じことを「大丈夫?」と何度も母に確認する)、「数かぞえ」(例:目の前のものをそろっているのは分かっているのに何度も数える)、「繰り返し」(例:同じ行為を繰り返す)が続く。²⁾

症状の現れ方は年少児では、止めたいのに止められないという自我違和感が少なく、不安や変なくせ(例:何かを触ってからでないと登校できない、道路の白線を通らなければならない等)といった保護者の訴えの場合がある。思春期前後では学校など子どもを取り巻く社会への不適応のサインであることもある。⁶⁾

OCDの併存症については、自閉症スペクトラム障害(Autistic Spectrum Disorder:ASD)においてOCDと同様のこだわりや繰り返し行動がある。⁷⁾この両者を比較すると、ASDの行動はOCDに比べて自我親和的で苦痛が少ないとされる一方、治療抵抗性で難治のOCDの中にASDが基盤にあるともされる。⁷⁾実際に一般の小児科臨床の中では、強迫症状がASDの症状としてのこだわりか、あるいはASDとOCDとの合併なのか、OCDなのか判別が難しい症例もあり、まずはOCDとASDとの関係を念頭に置くことが重要である。

健診で所見があった際のフォローアップ方針

子どもの強迫症状が発達の過程において生理的、または正常の子どもとしてみられることがあり²⁾、子どもが儀式的なゲームをしたり、寝る前に儀式的な行為を行ったりすることは珍しくない。よって強迫症状はただちに治療をしなければならない訳ではなく、まずは正常範囲内の強迫症状もあるということを保護者に説明し、安心させることを心掛ける。保護者の安心に加えて、子どもが強迫症状にとらわれないよう、別のことを考える・注意を向けること等(気晴らし)を勧める。

日常生活への支障が大きければ、専門的治療を考慮する。治療としては、認知行動療法を主とする非薬物療法とSSRIを中心とした薬物療法とが推奨される。認知行動療法は小児・成人ともに各種の心身症に用いられるが、OCDに関しては、成人で用いるのと同様の認知行動療法を小児に実施することは困難である。⁸⁾

子どもの強迫性障害に用いられる薬物を表1に示す。²⁾このうち小児のOCDに適応のあるものはフルボキサミンのみであり、用法は添付文書に基づき、漸増漸減による使用を行う。注意すべき点として、往々にして主作用が出る前に眠気、悪心や嘔吐等の副作用は投与の早い時期から出現すること⁹⁾、SSRIの投与初期や増量時に不安、焦燥、攻撃性、不眠、躁状態などを呈する賦活症候群、SSRIを8週以上服用し中断した後、1~3日にめまい、嘔気、頭痛、倦怠感、筋肉痛などの身体症状と不安、衝動性、などを呈する退薬症候群について、知っておくことが必要である。

<表1>小児の強迫性障害に対する薬物療法²⁾

| | 開始量(mg/日) | 用量範囲(mg/日) | 小児への適応 |
|--------------|-----------|------------|--------|
| Fluvoxamine | 25 | 25~150 | 有 |
| Paroxetine | 10 | 10~150 | 無 |
| Sertraline | 10 | 10~40 | 無 |
| Clomipramine | 25 | 25~100 | 無 |

本人と家族に対して今後注意すべき点などのアドバイス(Anticipatory Guidance)

症状発現の初期には、強迫症状が発達の過程において生理的にも見られることがあることを伝え、本人と家族の不安を掻き立てないように心がける。また気晴らし等、子ども自身の工夫により症状を克服する方法があることも伝える。増悪し、日常生活への支障が大きく、子どもや家族が辛くなっている場合には、小児に保険適応があり安全性の確認されている薬物療法という選択もあることを伝え、必要であれば専門機関を紹介する。

【参考文献】

- 小平雅基. 強迫性障害. 児童青年精神医学とその近接領域. 2014; 55: 152-159.
- 太田豊作, 飯田順三. 児童・思春期の強迫症/強迫性障害. 臨床精神医学. 2015; 44: 1477-1484.
- 斎藤万比古, 金生由起子編. 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン. 星和書店, 東京, 2012.
- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, et al. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. Am J Psychiatry. 1992; 149: 1244-1251.
- Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. Aust N Z J Psychiatry. 1995; 29: 114-117.
- 今井淳子. 強迫性障害. 小児科診療. 2014; 別冊: 875-876.
- 松澤大輔, 中川彰子. 強迫と自閉. 分子精神医学. 2014; 14: 104-111.
- 石崎優子. 小児の強迫性障害. 伊藤秀一編. 小児コモン60疾患. 実践的ガイドライン活用術. 中山書店, pp274-277, 2019.
- 石崎優子. 小児心身精神領域で新しく承認された薬物と承認への道のり—小児の強迫性障害を中心に—. 日本小児臨床薬理学会雑誌. 2018; 31: 171-172.