

第 1 章

起立性調節障害とは何か

起立性調節障害の概要

起立性調節障害の病態を最初に報告したのは、1826年のフランスの医師ピオリらしい。立位で意識消失する症例の報告である。1925年には、ブラッドベリにより「postural hypotension」の語が初めて使用された。

起立性調節障害の体系的な研究の歴史は、1950年代のドイツに始まる。循環器系の自律神経機能障害と捉えられ、急速に発育する前思春期、思春期にみられる生理現象と病的状態の中間に位置する病態と考えられてきた。

ドイツでの研究成果を踏まえ、我が国に初めて起立性調節障害が紹介されたのは1958年で、第1回起立性調節障害研究会を主催された日本大学の大国真彦先生がその先駆的役割を果たした。その翌年、大国先生により診断基準が作成され、同研究会は、1973年に日本自律神経学会に吸収される形で発展的に解消した。以後、鳥取大学の本多和雄先生、浜松医科大学の永田勝太郎先生などによって研究が推し進められ、今日では日本小児心身医学会がガイドラインを作成するに至った。

起立性調節障害は、近年増加傾向にある。好発年齢は10～16歳、有病率は小学生で約5%、中学生で約10%である。病院を受診しないまでも、「朝が起きづらい」「午前中に体調が悪い」などを訴える子供、つまり起立性調節障害の予備軍と呼べる子供は、健康な小学校4年生から中学校3年生までの間で40～60%ほど存在するといわれている。つまり、相当数の患者および予備軍の存在する裾野の広い疾患である。小児科外来を受診する5人に1人が、起立性調節障害の何らかの症状を持っているともいわれる。男女比は1対1.5～2の比で女子が多い。

起立性調節障害の何が問題か

さて、common disease ともいえる起立性調節障害であるが、その何が問題か。

私のクリニックには、日本全国から起立性調節障害の子供がやってくる。多くの子供たちは、すでに前医で治療を受けている。そういう子供たちを診ていると、起立性調節障害の治療の問題点が透けてみえる。

多くの医師は、起立性調節障害を身体疾患としてしか治療していないようである。低血圧に対する昇圧剤、頭痛に対する鎮痛剤、下痢に対する整腸剤といった対症療法である。

そこが最大の問題であるのだが、そうなるのも無理はない。起立調節障害の子供がまず訪れる小児科は基本的には身体科であるし、そもそも小児心身医学会の提示した「小児心身医学会ガイドライン集」の冒頭に「OD（起立性調節障害）は身体疾患である」と書いている。

起立性調節障害は、心身症としての要素が強いというのが実情であるのだから、この文言は誤解を与える。もちろん、純粋に身体疾患として扱える症例もあり、それはそれで重要な疾患単位であるのだが、長引く遅刻や欠席など、学校生活に支障を生じ、病院の受診を余儀なくされるようになると、自ずと心身症としての様相を帯びてくる。

「小児心身医学会ガイドライン集」にある「ODは身体疾患である」とは、本来は「ODには身体疾患としての一面があり、器質的なメカニズムが存在するが、その背景には心理・社会的背景のある場合が多い」とすべきはずである。ガイドライン全体の論調は心身症であることを否定していないので、冒頭の言葉が言葉足らずなのである。我々臨床家は、まずこの点を誤解しないようにしなければならない。決して、「起立性調節障害は身体の病気である」などと患児や親に向かって公言してはならない。

受診した子供に付き添っている親も、「ODは身体疾患である」と思い込んでいることが多い。彼らは我が子の窮地を救おうと、インターネットを使ってあらゆる情報を無秩序に取り入れている。そこには、「身体疾患なのだから、怠け扱いしないでしっかり治しましょう」というニュアンスの、心

理的側面を否定したものが多い。親も誤解してしまう所以である。

このように、近年、起立性調節障害は、身体疾患としての側面が強調され過ぎている。これは一体何なのか。「朝、起きられない」を単に「怠け」としかみて来なかった過去に対する反動であろうと思われる。

今まで、「朝、起きられない」は、精神論、根性論に結びつけられ、起きられないで辛い思いをしている子供たちを大人たちが無理やり叩き起こして登校を強いてきた歴史がある。それが、「起立性調節障害」の登場によって覆った。「朝、起きられない」という現象は、精神論などで片付けられるものではなく、身体の病気だとされるようになった。すると、今までの対応がさも悪しきことだったかのように片付けられ、精神論に基づく登校の強制は間違っているといった風潮が醸成され、結果、起立性調節障害の持つ心理的な側面が削がれていったのである。

精神論や根性論を復活させようというのではない。起立性調節障害の子供を「怠け」といって一蹴してはいけない。いまさらそれは論を待たない。だが、結果的に「怠け」といわれても否定できない心理的問題を内包していることもまた事実なのである。ここから目を背けてはいけない。

重要なことは、起立性調節障害の身体的なメカニズムが明らかにされることとともに、今まで「怠け」といわれてきたものとは一体何なのか、その心理ダイナミズムはどういうものなのかということを明確にすることである。

「身体型」と「心身症型」

まず重要なことは、起立性調節障害には、①身体疾患として扱ってよい「身体型」と、②心身症として扱うべき「心身症型」が存在するということがある。

①「身体型」は、一言でいうと軽症例である。

起立性調節障害は一般中学生の一割を占めるといわれ、病院を受診しない者を含めれば軽症例の絶対数は多い。一方、病院を受診する軽症例は決して多くないと思われる。

②「心身症型」は、中等症以上の起立性調節障害であると考えて差し支え

ない。病院を受診する者は、「身体型」よりもこちらの方が多い。心療内科や精神科を訪れる患者ならなおさらである。

なぜこれを「中等症以上」としてよいかというと、病院を受診する例は、遅刻や欠席など、ほとんどの例で学校生活に支障をきたしているからである。そうした場合、何らかのストレスが背景にあるものであるし、たとえそれがなくても、学校生活に支障をきたしているということ自体が心理的ストレスとなる（詳細は後述）。

この点は、「小児心身医学会ガイドライン集」の「診断アルゴリズム」の描く起立性調節障害の病態像と一線を画する。

「小児心身医学会ガイドライン集」の「診断アルゴリズム」では、あくまで①「身体型」が起立性調節障害のメインであり、心身症としての要素は付加的なものとして扱われている。

このガイドラインは、身体科である小児科医が起立性調節障害の身体的な側面の研究を積み重ねてきた結果のものであるから、それは無理もないのかもしれない。しかし、心療内科や精神科において、これをそのまま無批判に運用することには慎重であらねばならない。

なぜなら、こと心理的な問題にフォーカスしてみると、そこには心身症としての問題のみならず、思春期の心理特性、欠席や遅刻という行動のもたらす心理的影響が存在し、治療面ではそこを避けては通れないからである。

こうした問題は、厳密に言えば「身体型」と「心身症型」の境界を曖昧にするし、また、「心身症」という言葉で心理的な問題のすべてを代弁することにも疑問を生じさせる。このあたりの問題は後に詳述するとして、ここでは①「身体型」と②「心身症型」の典型例を提示しておく。

症例

①

「身体型」の典型例

小学校6年生 男児 A

主訴 朝起き不良, 易疲労, めまい, たちくらみ

既往歴 特記すべきことなし

病歴 このところ身長伸びがめざましい。Aは地域のサッカーのクラブチームに所属し、リーグ戦の得点王を期待されるくらいに運動能力が高い。成績もよく、友達関係や家族関係にも問題はない。

Aは、夏休みの期間中にサッカーに励み、親からみて頑張り過ぎではないかと心配するほどであった。次第に疲労感を訴えるようになり、夏休みを過ぎたころからすっかり元気をなくしてしまった。立ちくらみやめまいを訴え、家に帰るや、食事もそこに倒れ込んで寝てしまう。そんな状態が何日も続き、練習にも満足についていくことができなくなった。レギュラーも危うくなり、朝、なかなか起きることができなくなった。厳格な父親は、「たるんでいる」「怠けだ」といっては、首根っこをつかんで強引にベッドから引きずり起こすことが度々であった。心配した母親に付き添われ来院した。

現症 神経学的所見、胸腹部、頭頸部に異常は認められない。

検査所見 血液生化学、末梢血液検査、心理テストは異常なし。

起立試験は、起立直後性低血圧のパターンであった。

	前	1分	3分	5分	7分	10分
血圧	102/52	81/61	86/64	84/66	88/66	92/68
脈拍	62	92	96	90	84	78

本例は、疲れている感はあるものの受け答えもしっかりしており、気分障害や認知の歪みも認めず、また、心理テストも正常であった。炎天下のサッカーがオーバーワークとなって発症したと思われた。昇圧剤と漢方薬の服用のみで、3カ月ほどの通院で改善した。