

学位論文要旨

氏名 金 樹英 印

論文題目

「Psychiatric comorbidities in adult patients with stuttering」

(成人吃音患者における精神科的併存症について)

指導教授承認印

生地 新



要旨

はじめに

吃音は、言葉によるコミュニケーションや流暢性の障害で、2～3歳をピークに幼児期に発症し、音節の繰り返し、音の延長、ブロックなどの症状を伴う。子どもの約5%～8%に見られるが、成人しても症状が続くのは成人の約1%と推定されている。

成長して吃ることを予測できるようになると、一時停止、省略、置き換え、迂回、または単語を避ける、あるいは、話す状況自体を避ける、といった吃音の『進展』現象がみられるようになり、明らかな吃音症状は目立たず他人からも気づかれにくくなるが、吃音者(PWS)には不安、自信喪失、恥、孤立感、無力感、自己否定、罪悪感などのネガティブな感情が生まれやすくなる。

社交不安障害(SAD)の一般人口における有病率は約4%～15%と推定されているが、吃音者(AWS)では40%に存在すると報告されている。

SADは、精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(DSM-5)に記載されている定義によると、パフォーマンスを他人に評価される可能性のある社会的場面での、否定的な評価に対する恐怖を過大評価し、極端であるとわかりつつも、著しい精神的苦痛により生活の質が低下する疾患である。PWSの話すことへの不安や恐怖は、吃音をからかわれたりした経験による了解可能な反応だが、それを考慮しても不安の程度が過剰である場合に診断される。

障害や病気による慢性的なストレスは、不安や抑うつなどの精神疾患のリスク要因である。¹⁰ また、慢性的な不安は、うつ病発症の高いリスク要因である。SADやその他の不安障害を併発することの多いPWSは、うつ病発症のリスクは高いと考えられる。PWSに併存する精神疾患についての研究の多くがSADに関連したもので、うつ病やその他の精神疾患に関するものは少ない。

本研究の目的は、AWSにおける精神医学的併存疾患について精神科医が診断をこころみ、関連する因子につき検討することである。

対象者および方法

本研究を実施するには、国立障害者リハビリテーションセンター(NRCD)の倫理委員会の承認を得た。2013～2017年の間にNRCD病院の成人吃音外来を初診で訪れた患者253人のうち、198人に研究協力を書面および口頭にて依頼したところ、全員から同意が得られ、初診への同席もできた。吃音と診断されなかった3名を除外し、合計195名の参加者を対象とした。

精神医学的診断

精神疾患の診断は、成人吃音外来の初診に同席した児童精神科医が、半構造化心理面接により、DSM-5に基づき行った⁸多くの場合、患者さんの親御さんが初診時に同伴していたため、成育歴などの情報を得ることができた。

医療機関にかかっておらず、新たに診断がついた患者には、暫定的な診断であることを伝えた上で精神科受診を勧めた。発達障害が新たに診断された場合、成人の発達障害を診断する医療機関はまだ多くないので当院の児童精神科クリニックも紹介した。当科では、親面接式自閉症評価尺度改訂版(PARS-TR)、ウェクスラー式知能検査(WAIS)、ヴァインランド社会適応行動尺度第2版、などの評価を用いる。他院ですでに治療中の患者であっても同様に診断を行った。双極性障害または統合失調症の既往がある場合は、その診断を採用した。疫学、病理学、症状学的な多くの報告を根拠に妥当であると考えたため、うつ病とSADを含む不安障害、またはこれら2つの障害が重複している場合は、1つのカテゴリーにまとめて抑うつ神経症(D/N)群と名付けた。

生物社会的背景

初診時カルテと質問票から年齢と発吃年齢、社会的状況、吃音の家族歴、医療機関への通院歴、吃音の治療歴、「ことばの教室」の利用の有無、などのデータを収集した。

吃音に関連した指標

吃音の重症度の評価は、成人吃音外来を担当する2人の言語療法士によって行われた。吃音の客観的評価は、「吃音検査法」を用いて測定した。吃音の評価には、吃った語句の割合、吃音の持続時間、吃音時の体の緊張の程度、随伴症状、について、モノローグ、自由会話、単語リストの読み上げ、音読、絵の説明など、さまざまな発話場面で重症度がプロフィール形式で示される。本研究では、観察された吃音語句の割合が最も高いものを吃音の重症度の指標とした。主観的な吃音の重症度は、吃音の重症度や治療結果を評価するための重要な指標である。自己評価による主観的な吃音の重症度は、「吃音ではない」、「吃音ではないかもしれない」、「軽度」、「中等度」、「重度」の5段階で評価したが、「吃音がない」と評価した患者はいなかった。

心理学的データ

エリクソン S-24 は、自己評価式の24項目の尺度で、コミュニケーション態度、言葉の回避、良い印象を与えるための行動、話している時の気分、発話中の自己制御感などについて問う。点数が高いほど、コミュニケーション態度が悪く、吃音に対する言語療法後の再発リスクが高い。吃音患者200名のエリクソン S-24 スコアの平均値は16.4(SD = 5.8)と報告されている。

Liebowitz Social Anxiety Score-Japanese version (LSAS-J)は社交不安症状を測定するための質問紙で、高い信頼性と妥当性が確認されている。日本では吃音のない929人の自己採点の平均は42.4(SD = 27.5)で、自記式LSAS-Jのカットオフは44点であることが報告されている。

本研究で、新たに The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) を追加した。PHQ-9は9つの質問から構成され、DSM-5においてうつ病の評価ツールとしての使用を推奨されている。日本のプライマリ・ケア患者521人においてカットオフ11点が中等度うつ病の検出に良好な感度と高い特異性を示した。

統計的分析

得られた生物社会的背景因子、心理学的指標、吃音に関連するデータを併存症による3群間で比較した。LSAS-Jは一元配置分散分析を、エリクソン S-24 および PHQ-9、吃音の重症度尺度については、Kruskal-Wallis 検定を実施した。カテゴリ変数については χ^2 検定を実施した。データ解析には SPSS v23 を使用し、P 値<0.05 を統計的に有意とみなした。

結果

精神医学的併存疾患

195名のうち、64名(32.8%)に精神疾患の治療歴があった。自閉スペクトラム症(ASD)の診断がついたのは52名(26.7%)で、そのうち16名(30.8%)には他の精神疾患も併発していた。吃音以外の精神疾患を伴わない93名(47.7%)を吃音のみ(SO)群とした。ASDに他の精神障害が併存した患者と、強迫性障害、知的障害、統合失調症、双極性障害の患者を除外し、169名の患者をSO群(n=93)、D/N群(n=40)、ASD群(n=36)に分けた。

生物社会的背景

初診時年齢、男女比、社会的状況、最終学歴の割合は併存疾患群で差が見られた。初診時年齢はASD群が低く、D/N群が高かった。男女比はASD群で高く、D/N群で低かった。ASD群は学生の割合が高く、D/N群では非就労の割合が高かった。

吃音に関連した指標

発吃年齢、吃音の家族歴、客観的および主観的吃音重症度の分布は3群で差はなかった。

心理学的指標

PHQ-9の平均スコアは、3群ともカットオフスコアの11点を下回っていたが、各群間では得点分布に差が認められ、D/N群とASD群は、SO群よりも平均点が高かった。

エリクソン S-24 の平均スコアは18.6 (SD=4.0) で、得点分布は、グループ間で異なっていた。

LSAS-J の平均点はD/NグループがSOグループに比べて高かったが、SO群の平均点47.5 (SD=23.8) は、日本人の自己採点によるカットオフ点の44点を上回っていた。

考察

今回の研究で195人のうち、先行研究の報告よりも高い割合で52人(26.7%)がASDと診断された。そのうち21名(40.4%)に精神科治療歴があったが、ASDと診断がされていたのは4名(19.0%)で、14名(66.7%)は不安障害などその他の診断がされていた。31人(59.6%)には精神科受診歴がなく、成人吃音外来を訪れなければASDと診断されることはなかったという点も注目される。大学で発話を要する講義に出られない、就職面接や職場での人間関係がうまくいかない、などの困難の原因がASDにあることにはなかなか気づかれにくい。吃音があれば、原因がそこにあると考え、より一層ASDには気づきにくくなることが考えられる。患者や臨床家による既知の明らかな診断による診断的バイアス

(Diagnostic overshadowing)が、PWSにおけるSADやASDなどの精神科的併存疾患の早期発見を妨げている可能性が考えられた。

D/N群、ASD群のPHQ-9のスコアは高かったが、SO群も含め、平均点は中等度うつ病のカットオフ以下であった。これも、AWSが自分のネガティブな感情を吃音があるからしかたない、とするdiagnostic overshadowingによると考えることも可能である。

今回の研究で、精神疾患の併存率が高かった要因として、欧米諸国と比べ、日本では吃音外来が乏しいため、より重症な人が集まりやすいこと、児童精神科医の診断によるASDの検出感度の高さ、が考えられる。一方で、重度のうつ病患者やSADの患者は、その症状のために行動できない、症状を自分の至らなさであると恥じて、治療を求めることが少ない。AWSにおいても同様の傾向は存在するであろうと考えられる。AWSにおいてASDの併存率が高いかどうかは不明だが、吃音外来を訪れる患者の中に未診断のASDが高率に存在し、ASDに適した対応が必要である人が含まれていることに留意しなければいけない。

結論

今回の調査で、吃音の治療を受診するAWSにおいてASDの有病率が高いことがわかった。吃音の治療の際には、併存する精神疾患、特にASDの存在に細心の注意を払う必要がある。ASDの患者に対しては、現行のガイドラインで推奨されているASDへの適切なアプローチがQOL改善のために必要となる。未診断のASDは、治療抵抗性の精神疾患のハイリスクである。一方で、吃音が完全には治らなくても精神疾患の治療がQOLを高める可能性が高いことを考えると、SADだけでなくASDの存在にも注意することが重要である。