

合う集団のみに自己の居場所を求めるとき、問題行動への抑制がはずれ迷惑行為や非行（虞犯）が生じやすい心理的環境が整うことになる。冒頭で述べたとおり、地域社会の機能が低下している傾向は社会全体の問題であるものの、教育的、心理的介入という視点からはそうした意識を顕著に持ちやすい彼らの環境にも配慮する必要がある。周囲の大人たちが、彼らを積極的に受け入れ、何らかの役割を与え、地域社会での活躍が自分たちに一定のメリットをもたらすという認識を与えることが必要である。地域社会の機能が低下しつつあるからこそ、

若年層も参加する甲斐のある魅力的な地域的集団の形成を、大人たちが積極的に進めてゆくことが一つの重要な課題となるのかもしれない。

資料1 公共場面での行動基準

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
24. 仲間と考えが違ったりしても、それぞれの意見を大切に	0.861	0.034	-0.032	0.006	-0.111
25. 多数の人の意見だけでなく、少数の意見にも耳を傾ける	0.747	0.056	-0.052	-0.041	0.070
23. どんな人に対してでも人権を尊重する	0.709	0.023	0.037	-0.030	0.015
22. なるべく多くの人の立場を考えて行動する	0.696	-0.057	0.028	0.044	0.081
21. みんなで話し合って決めたことは守らなければならない	0.648	-0.108	0.063	0.070	-0.053
3. 人に怒られなければ何をしてもよいと思う	-0.021	0.876	0.060	-0.051	-0.022
2. 法律に違反さえしなければ、あとは個人の自由だ	0.099	0.795	0.003	-0.035	0.009
5. 何をしようが自分の勝手だと思う	-0.009	0.751	-0.004	-0.016	-0.013
4. 悪いことをしても、バレなければよい	-0.008	0.748	-0.016	0.060	-0.040
1. お金さえはらえば何をしても許される	-0.087	0.813	-0.011	0.021	0.061
10. 世間から笑われるようなことだけはしたくない	0.083	0.004	0.776	-0.043	-0.096
8. 周りに実な人と思われぬように気をつけている	-0.074	0.025	0.763	0.039	0.067
9. 警察につかまったら、恥ずかしくて世の中に顔向けできない	-0.070	-0.063	0.689	-0.023	0.021
7. 何か問題をおこして近所の噂になるのは嫌だ	0.055	0.015	0.838	0.046	0.034
6. いつ誰が見ているか分からないので行動には気をつけたい	0.092	0.094	0.367	0.004	0.145
13. 友だちがみんなで悪いことをしているのに自分だけ裏切れない	0.022	-0.088	-0.079	0.850	0.014
12. 仲間はずれになるくらいなら一緒に悪いことをしてしまう	-0.050	0.018	-0.024	0.822	0.027
14. 悪いことでもみんなで一緒にやれば平気でできてしまう	0.024	0.185	-0.160	0.702	0.016
15. 仲間がみんなやっているのに自分だけやらないのは恥ずかしい	-0.012	-0.014	0.144	0.649	-0.026
11. 友だちのみんながやっていることに乗り遅れたくない	0.061	-0.016	0.295	0.485	-0.039
18. 他人に迷惑がかりそうなら身勝手な行動は慎む	-0.008	-0.024	-0.010	-0.022	0.768
16. 自分が誰かの迷惑になっていないか常に気を遣う	-0.065	0.017	0.156	0.088	0.652
19. 人に迷惑になるかどうかを、まず第一に考えて行動すべき	0.172	-0.074	-0.020	-0.027	0.623
17. 見知らぬ人に対してでも相手の立場になって考える	0.157	0.049	0.000	-0.013	0.594
20. 大勢の人がいる場所ではお互い同士もって気を遣うべき	0.314	0.033	0.001	-0.046	0.492
累積寄与率	27.367	42.549	48.563	52.233	54.908

厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

分担研究報告書

子どもと家庭を対象とした総合評価票の開発に関する研究

—乳幼児期の精神障害の評価について—

分担研究者 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

児童精神医学分野 本城秀次

1. はじめに

子どもの精神障害については、国際的にはWHOのICD-10やアメリカ精神医学会のDSM-IVによって診断されることが多いが、これらの診断基準も乳幼児期の精神障害の診断については必ずしも十分とは言えない。そのため、主としてアメリカの乳幼児精神医学の専門家を中心とするグループが、乳幼児期の精神障害の分類に関する試案を提案したりしている。しかし、いずれにしろ、この時期の精神障害については、専門家の間でもまだはっきりとした意見の一致を見ていないというのが実際のところである。

それゆえ、乳幼児期の精神医学的問題については診断、治療的介入が困難であることを理解しておくことが必要である。

まずここでは乳幼児期における精神障害の概略について見ておくことにする。

2. 乳幼児期の精神障害について

子どもの精神医学の診断には、成人と同様にアメリカ精神医学会のDSM-IVを用いるのが一般的である。表1にDSM-IVにおける「通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害」の項を示した。

この診断分類を見ると、発達障害圏に属する障害については比較的まとまっているように見える。しかし、それ以外の障害については必ずしも十分には検討されていないように思われる。

さらに、ここに記載されている障害以外にも乳幼児期に成人期の精神障害が起こってくるものがしばしばある。例えば、強迫性障害が3歳頃に起こってくることも時に見られる。

このように乳幼児期の精神障害の診断分類については、まだ十分には確立されていないが、乳幼児精神医学の専門家集団によって、乳幼児期の精神医学の診断分類について試案が示されており、一般にZero to Three(ゼロ・ツー・スリー)と呼ばれている。乳幼児の精神障害を取り扱う上で重要と思われるので、ここに挙げておく。

Zero to Threeは、以下の5軸から構成されている:

第1軸は一次診断、第2軸は関係性障害の診断、第3軸は医学的、発達の障害と状態、第4軸は心理社会的ストレス因子、第5軸は機能的情緒発達水準、である。ここでは、診断の主要な側面である第1軸と第2軸について紹介することにする。(ここでは診断名だけを挙げておく。詳細については翻訳が出版されているので、それを参照されたい。)

第1軸は一次診断であり、障害のもっとも顕著な特徴を表しているものである。次のような診断が挙げられている。

100.心的外傷ストレス障害

200.感情の障害

201 乳幼児期と小児期早期の不安障害

202.気分障害:長期化した死別/悲哀反応

- 203.気分障害:乳幼児期と小児期早期のうち
- 204.感情表出の混合性障害
- 205.小児期の性的同一性障害
- 206.乳幼児期の反応性愛着剥奪/不適切な養育障害
- 300.適応障害
- 400.統制障害
- 401.タイプ1:過敏
- 402.タイプ2:過小反応性
- 403.タイプ3:運動の不調和、衝動性
- 404.タイプ4:その他
- 500.睡眠行動障害
- 600.摂食行動障害
- 700.かかわりとコミュニケーションの障害
マルチシステム発達障害
- 701.パターンA
- 702.パターンB
- 703.パターンC

第2軸 関係性障害の分類

- 901.過剰な関係性
- 902.過小な関係性
- 903.不安/緊張
- 904.怒り/敵意
- 905.混合性の対人関係障害
- 906.虐待的
- 906a.言語による虐待
- 906b.身体的な虐待
- 907c.性的な虐待

Zero to Three は、DSM-IVなど既存の枠組みを補うことを目的にしており、そのためすべての種類の発達障害やメンタルヘルスの障害を含めようとはしていない。それゆえ、より適切な診断であれば、DSM-IVなどの診断基準を用いてもよいことになっている。

しかし、先に述べたように、DSM-IVの乳幼児期の診断に関する記述は極めて不完全なものである。ここでは、これまでの診断基準と比較して Zero to Three に特徴的と思われる点をいくつか挙げておく。

まず、最初に統制障害というこれまであまり聞き慣れない診断名が採用されていることである。

統制障害は、乳幼児期と小児期早期に明確になる障害で、行動と生理、感覚、注意、運動、情緒のプロセスを統制することや、落ち着いた、注意深い、情緒的に好ましい状態を組織化することが困難な状態に名付けられたものである。行動上の症状に加え、以下の特徴のうち、一つの感覚、感覚-運動、または処理の困難を伴うものである。①大きな音あるいは高音、低音への過剰反応性、あるいは過小反応性、②明るい光や新奇で強い視覚的イメージへの過剰反応性あるいは過小反応性、③触覚的防衛と/あるいは口腔部の過敏性、④筋緊張低下と口腔部の接触過敏性によって影響される口腔運動の困難または不協調、⑤接触や痛みに対する過小反応性、⑥重力に対する不安定性、⑦においに対する過剰あるいは過小反応性、⑧温度に対する過剰あるいは過小反応性、⑨筋緊張と筋肉の安定性の低下、⑩運動計画能力の質的欠陥、⑪運動活動を調節する能力の質的欠陥、⑫微細運動能力の質的欠陥、⑬聴覚-言語処理の質的欠陥、⑭構音能力の質的欠陥、⑮視覚-空間処理能力の質的欠陥、⑯注意、注目する能力の質的欠陥。

このような統制能力の障害が、睡眠あるいは摂食の問題、行動制御の困難、恐怖や不安、会話と言語発達の問題、そして一人あるいは他児と遊ぶ能力の障害などの形で乳幼児

期と小児期早期の子どもに現れる。これらの問題はこれまで様々な領域の問題として分類されてきたが、ここでは統制能力の障害という名称で纏められた。今後、このような概念が有用であるかどうか、検討されて行くことになるであろう。

次に、マルチシステム発達障害という診断項目も Zero to Three に特有のものである。

DSM-III-R や DSM-IVにおいて、自閉性障害の概念が拡張され、自閉性障害のすべての基準を満たしているわけではない子どものために特定不能の広汎性発達障害 (PDD-NOS) という診断項目を含むようになっていく。広汎性発達障害という概念は、関係性の障害を一次的で、比較的永続的な障害と捉えている。それに対して、ここで提唱されているマルチシステム発達障害という概念は、幼い子どもには様々な程度の関わりに関する問題が見られるかも知れないが、それらは関わりの一次的欠陥とは必ずしも連続線上にある訳ではないという考え方に基づいている。つまり、非常に幼い子どもに焦点を当てている Zero to Three では、DSM-IVの広汎性発達障害に加えてマルチシステム発達障害という概念を提唱することによって、コミュニケーションと運動、感覚処理に顕著な障害を示すが、他者との関わりにおいて、親しさや近しさのある程度の能力や潜在力を示す子どもにこの診断を考慮すべきであるとしている。

3. 乳幼児期の発達障害について

DSM-IVにおける広汎性発達障害は表1に示すような障害からなっているが、その代表は自閉性障害である。DSM-IVの自閉性障害の診断基準を表2に示すが、診断項目を見ただけではどのような症状を指しているか、分かり

にくいと思われる。そこで、自閉性障害に見られる症状を簡単に説明する。自閉性障害の症状は簡単にいえば、①言語発達(コミュニケーション能力)の遅れ、②対人的な関わりの持ちにくさ、③こだわり傾向、とまとめることが出来る。ところで、アスペルガー障害は広汎性発達障害の中で、言語発達の障害がほとんど見られないものを言う。

それぞれの症状について簡単に説明すると、①の言語発達の遅れは、通常では、始語の遅れという形で見られる。その程度は様々で始語がわずかに遅れる程度から、3歳、4歳になっても一言も有意味語がないこともある。また、一語文は出たのに、3歳になっても二語文が出ないといったこともある。自閉性障害にかなり一般的に見られるものにオウム返し(反響言語)という現象が見られる。これは自閉性障害の子どもが、言葉をしゃべり出した当初、話しかけられた言葉を全く同じように繰り返す現象をいう。また、コミュニケーションの役には立たないが、テレビのコマーシャルや歌などを一人で何度も繰り返していることがある。このような現象も反響言語の一種と考えられ、遅延性反響言語と呼ばれることがある。また、自閉性障害の子どもの中には非常に甲高い調子で単調な話し方をする子どももいる。また、「鶴の一声」といった言い方をする研究者もいるが、自閉症児の中には、それまで言葉がしゃべれなかったのが、急に大人がしゃべるような言葉使いでしゃべり出す子どももいる。また、それまである程度順調に言語が発達していたのに、1歳半から2歳頃にかけてそれまでしゃべっていた言葉をしゃべらなくなり、言葉が消失してしまうケースがあり、折れ線型の自閉症と呼んでいる。

次に、対人関係の関わりの障害であるが、こ

の症状でもっともよく見られるものは視線が合わないという症状と、呼んでも知らない顔をして振り向かないというものである。このような症状は子どもが歩き始めた1歳ぐらいの時にもっともよく見られるものである。呼んでも振り向かないため、親は子どもの耳が聞こえないのではないかと考え、耳鼻科を受診することがしばしばである。もう少し大きくなり、外に出かけるようになると、通常年齢の低い子どもは一人で駆けていってもある程度親から離れると、親を振り返り、親を確認するものでそれ以上無茶苦茶に駆けていくことはしない。しかし、自閉症児は親からはなれても気にせず、自分の関心ある方に一目散に駆けていき、しばしば、迷子になってしまったりする。しかし、迷子になってもそのことにあまり懲りていないようである。すなわち、母親あるいは父親が愛着対象としての意味を有していないと考えられる。また、遊びも一人遊びが多く、やりとりのある遊びをすることが困難である。ままごとなどのごっこ遊びなどを母親とある程度の時間続けることは困難である。

このように、大人との関係を持つことも困難ではあるが、より困難なのは同年輩の子どもとの関係を持つことである。1, 2歳頃子どもを公園に連れて行くと、他の子どもに全く関心を示さず、自分一人で黙々と砂場で遊んでいたりと、一人で滑り台を滑っていたりすることがある。また、保育園や障害児の療育に出かけると、一人だけ、部屋の中をくるくると駆け回っており、他の子どもと一緒にプログラムに参加することが難しいといったことがよく見られる。

次に、こだわり傾向であるが、これも人により様々な現れ方をする。水遊びが好きで何時間も一生懸命水道の水が流れていくのを楽しんでいたり、あるいは車のタイヤや扇風機など回

るものが好きでそれをじっと眺めていたりする。また、テレビのあるコマーシャルが好きでそれがかかると飛んできてみたりする。また、道順にこだわって、あるところに行くときは必ずこの道を通らないと気が済まないといった子どももいる。また、カレンダーが好きでそればかり見ていたり、電車が好きで電車の名前をすべて知っているとか、駅名を全部知っているといった子どももいる。また、服にこだわりがあり、いつも同じ服を着たがる子どももいる。食事に対するこだわりがあり、極端な偏食が見られたり、新しい食材に対して非常に警戒心が強く、なかなか新しい食べ物に手をつけようとしない子どももいる。

以上、自閉性障害に見られる症状を述べてきた。自閉性障害を診断するためにはこのような症状を詳細に聞いていくが必要になる。しかし、自閉性障害の症状の現れ方は年齢によってかなり異なっている。

乳児期に自閉症を診断することはかなり困難である。自閉症の生育歴を振り返ってみると、通常は乳児期にはおとなしくて、手のかからない子どもが多く、放っておいても静かに一人で寝ている子どもが多いようである。その逆に、非常に過敏で、母親が抱いている間はおとなしくしているが、少しでも母親が寝かそうとして布団の上に置くと、激しく泣き出して母親がずっと抱いていないといけないといった過敏な赤ちゃんもいる。また、エピソード的ではあるが、あやしてもあまり笑わなかったとか、母親が赤ちゃんを抱くと、丸太ん棒を抱いているような感じがしたというような訴えが聞かれることがある。

自閉症の症状がもっともはっきりするのは、子どもが歩き始める時期より3-4歳頃までの

時期である。この時期に自閉症状が最もはっきりするので、この時期の症状を家族から詳細に聴取することが重要である。小学生年代になると、自閉症状が次第に目立たなくなっていく、直接行動を観察しても、もはや自閉性障害と診断することが困難なことがしばしばある。

4. 広汎性発達障害とADHDとの鑑別と治療

小学校時代になると、学校で落ち着きがないとか、授業に集中しない、友達とトラブルを起こしやすい、といったことを学校あるいは親が問題にして、ADHD(注意欠陥多動障害)ではないかといって受診してくることがある。

この場合、しばしば広汎性発達障害(自閉性障害)をADHDと誤診してしまうことがある。ADHDと診断するためには広汎性発達障害を除外しておくことが必要である。ADHDに比べ広汎性発達障害は対人関係の持ちにくさ、こだわり傾向など、より広汎な障害を持っていると考えられるので、ADHDとは異なった対応が必要になる。

それゆえ、乳幼児期からの生育歴を詳細に聴取し、正確な診断に心掛けることが必要である。

広汎性発達障害の治療については、現在のところ有効な薬物等は存在しない。問題のある子どもを早期に発見し、療育的活動を早期より開始することが最も有効な治療法であると考えられている。子どもと養育者との関わりを増やし、豊かな言語的環境や、親子の愛着的関係を促進する環境を整えることが重要であると思われる。

5. 乳幼児期におけるADHD

ADHDは、注意集中の困難、多動性、衝動性を主とする障害である。ADHDのDSM-IVに

おける診断基準は表3に示すとおりであるが、DSM-IVではADHDを3つのタイプに区別している。つまり、不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、混合型である。

DSM-IVではADHDは7歳未満に出現することになっているが、実際にADHDが問題になるのは、小学校に入学してからで、それ以前の乳幼児期に問題になることはあまりない。その理由としては、小学校入学前までは、子どもたちは椅子に座ってひとつの作業に集中することを要請されることが少なく、また、子どもが動き回することは通常元気がよくて、好ましいことと考えられており、その行動が問題にされることが少ないからである。また、臨床的にも子どもの落ち着きのなさが病的なものかどうか判断することがこの年齢では困難であるという事情がある。

また、ADHDにはメチルフェニデート(リタリン)がかなりのケースに効果があることが知られているが、これらの薬物の使用を考慮するのは小学校年代に入ってからが一般的であるので、ここではあまり触れないことにする。また、この薬物の適応症としてADHDが含まれていないことも事態を複雑にしている。

ひとつここで触れておきたいことは、ADHDには何らかの脳の機能障害が存在すると考えられており、生物学的な背景が想定されている。しかし、落ち着きがなく、多動で衝動的である子どもの中には、自身が虐待を受けていたりするなど様々な情緒的な問題を背景に持っているケースも存在している。そういったケースを生物学的基盤の比較的はっきりしているケースと適切に鑑別していくことが必要である。

6. 幼児期または小児期早期の反応性愛着性障害

乳幼児期から小児期早期に様々な虐待を受けた子どもが他者との関係で示す特徴的な行動様式から、これらの子どもを2つのタイプに分けている。抑制型の子どもと脱抑制型の子どもである。

しかし、これらの行動だけから子どもの虐待等の問題を見いだすことは困難である。

虐待を受けている子どもは十分なケアを受けておらず、栄養状態が不良であったり、服装などに十分な配慮が行き届いていなかったりする。さらに身体的虐待を受けている子どもは、怪我の状態と怪我をしたときの状況についての親の説明が一致しないなどの特徴が見られる。親は虐待をしていますが、子どもを家に連れて帰ろうとするので、取り敢えず、病院に入院させるか、あるいは、児童相談所の一時保護所に入所させるなどして、親子の分離を計るのが賢明である。

虐待が行われている場合、親はもちろん虐待されている子どもも虐待の事実を自分から訴えることは一般にはない。虐待の事実を話したことが親に知れると、親からまた虐待を受ける危険が高いからである。

虐待を受ける子どもは、遺糞、遺尿などの様々な習癖上の問題を呈することもある。さら

に、虚言や家出等なども幼児期といった早い時期から見られることがある。また、虐待を受けている子どもがしばしば過食症状を呈すると親が訴えることがあるのを経験する。

いずれにしろ、虐待の事実を親や子どもから明らかにするのはなかなか困難な作業である。身体的虐待の証拠など具体的な証拠がある場合は問題ないが、虐待のはっきりした証拠がない場合には多様な状況を考慮に入れて虐待の可能性を検討していくことが必要である。

7. 最後に

これまで乳幼児期に見られる子どもの精神的問題の主要なものについてその概要を述べてきた。

乳幼児期の子どもにはここで述べた問題以外に Zero to Three や DSM-IV に記載されているような問題が生じてくる。これらの問題を適切に診断して、対処することが必要になる。その際、言うまでもないが、子どもに対してのみでなく両親あるいは家族に対する対応が極めて重要となる。

表1. DSM-IVにおける子どもの精神障害

○通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害

精神遅滞

学習障害

- ・ 読字障害
- ・ 算数障害
- ・ 書字表出障害
- ・ 特定不能の学習障害

運動能力障害

- ・ 発達性協調運動障害

コミュニケーション障害

- ・ 表出性言語障害
- ・ 受容-表出混合性言語障害
- ・ 音韻障害
- ・ 吃音症
- ・ 特定不能のコミュニケーション障害

広汎性発達障害

- ・ 自閉性障害
- ・ レット障害
- ・ 小児期崩壊性障害
- ・ アスペルガー障害
- ・ 特定不能の広汎性発達障害

注意欠陥および破壊的行動障害

- ・ 注意欠陥/多動性障害
- ・ 行為障害
- ・ 反抗挑戦性障害
- ・ 特定不能の破壊的行動障害

幼児期または小児期早期の哺育障害

- ・ 異食症
- ・ 反芻性障害
- ・ 幼児期または小児期早期の哺育障害

チック障害

- ・ トウレット障害
- ・ 慢性運動性または音声チック障害
- ・ 一過性チック障害

排泄障害

- ・ 遺糞症
- ・ 遺尿症

幼児期、小児期または青年期の他の障害

- ・ 分離不安障害
 - ・ 選択制緘黙
 - ・ 幼児期または小児期早期の反応性愛着性障害
 - ・ 常同運動障害
 - ・ 特定不能の幼児期、小児期または青年期の障害
-

表 2. 自閉性障害の診断基準

A.(1)、(2)、(3)から合計6つ(またはそれ以上)、うち少なくとも(1)から2つ、(2)と(3)から1つずつの項目を含む。

- (1) 対人的相互作用における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる。
 - (a) 目と目で見つめ合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互作用を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。
 - (b) 発達水準に相応した仲間関係をつくることの失敗。
 - (c) 楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること(例:興味のあるものを見せる、もつて来る、指さす)を自発的に求めることの欠如。
 - (d) 対人的または情緒的相互性の欠如。

- (2) 以下のうち少なくとも1つによって示される意志伝達の質的な障害
 - (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如(身振りや物まねのような代わりの意志伝達の仕方により補おうという努力を伴わない)。
 - (b) 十分会話のあるものでは、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語。
 - (d) 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如。

- (3) 行動、興味および活動の限定され、反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる:
 - (a) 強度または対象において異常なほど、常同的で限定された型の、1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
 - (b) 特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
 - (c) 常同的で反復的な、衝動的運動(例えば、手や指をぱたぱたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き)。
 - (d) 物体の一部に持続的に熱中する。

B.3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常:

- (1) 対人的相互作用、
- (2) 対人的意志伝達用いられる言語、または
- (3) 象徴的または想像的遊び。

C.この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明できない。

表 3. 注意欠陥／多動性障害の診断基準

A. (1)か(2)のどちらか:

- (1) 下の不注意の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6カ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しないもの:

不注意

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- (c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える。
- (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない(反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)。
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
- (f) (学業や宿題のような)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またいやいや行う。
- (g) (例えばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
- (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

- (2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6カ月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しない:

多動性

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、または椅子の上でももじもじする。
- (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上がったりする(青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)。
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされている”ように行動する。
- (f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答えてしまう。
- (h) しばしば順番を待つことが困難である。

(j) しばしば他人を妨害し、邪魔をする(例えば、会話やゲームに干渉する)。

B.多動性-衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。

C.これらの症状による障害が2つ以上の状況において(例えば、学校[または仕事]と家庭)存在する。

D.社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。

E.その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(例えば、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害)では雨なく説明されない。

▲病型に基づいてコード番号をつけること:

314.01 注意欠陥／多動性障害、混合型:過去6カ月間 A1とA2の基準をともに満たしている場合。

314.02 注意欠陥／多動性障害、不注意優勢型:過去6カ月間、基準A1を満たすが基準A2を満たさない場合。

314.03 注意欠陥／多動性障害、多動性-衝動性優勢型:過去6カ月間、基準A2を満たすが基準A1を満たさない場合。

表 4. 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害

A. 5歳未満で始まり、ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係で、以下の(1)または(2)によって示される:

- (1) 対人相互作用のほとんどで、発達的に適切な形で開始したり反応したりできないことが持続しており、それは過度に抑制された、非常に警戒した、または非常に両価的で矛盾した反応という形で明らかになる(例えば、子供は世話人に対して接近、回避および気楽にさせることへの抵抗の混合で反応する、または固く緊張した警戒を示すかもしれない)。
- (2) 拡散した愛着で、それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如(例えば、余りよく知らない人に対しての過度ななれなれしさ、または愛着の対象人物選びにおける選択力の欠如)を伴う無分別な社交性という形で明らかになる。

B. 基準 A の障害は発達の遅れ(精神遅滞のような)のみではうまく説明されず、広汎性発達障害の基準も満たさない。

C. 以下の少なくとも1つによって示される病的な養育:

- (1) 安楽、刺激および愛着に対する子供の基本的な情緒的欲求の持続的無視。
- (2) 子供の基本的な身体的欲求の無視。
- (3) 第1次世話人が繰り返しかわることによる、安定した愛着形成の阻害(例えば、養父母が頻繁に代わること)。

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害の原因であるとみなされる(例えば、基準 A にあげた障害が基準 C にあげた病的な養育に続いて始まった)。

▲ 病型を特定すること:

抑制型: 基準 A1 が臨床像で優勢な場合

脱抑制型: 基準 A2 が臨床像で優勢な場合

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

子どもと家庭を対象とした総合評価票の開発に関する研究

—児童・思春期の精神障害の評価について—

分担研究者 東京都精神医学総合研究所 猪子香代

児童・思春期は、この時期特有の疾患も少なくないが、乳幼児期からの疾患が児童期にも継続してみられる。しかし、同じ疾患が継続しているとしても、子どものもつ症状や問題はこの時期には、また、特有のものである。

また、以前は、青年や成人を中心に考えられていた疾患が、児童・思春期にもまれでないことが、最近はいわれている。

ひとりの子どもの評価をするときに、鑑別する疾患や合併する疾患についても考慮し、また、それに対する本人の認識や、家族の理解や援助、また学校での理解や援助についても把握する必要がある。

1. 乳幼児期からの疾患

学童期になると、期待される社会生活が、それまでの乳幼児期のものとは違ってくる。家族とのかかわりが主要なものであったのが、集団生活への適応、同年齢の友人との交流、学習などがくわわってくる。発達によって明らかになる症状も違い、社会生活によって問題となる行動がかわってくる。

1-1 精神遅滞

精神遅滞の定義は、知能検査でのIQが70以下であることだけでなく、適応機能の障害（社会的機能や自己管理能力、自律性）によって診断される¹⁾。軽度の精神遅滞は、特別なサポートを受けずに普通学級で教育

されることが多いが、かれらに学業の面のサポートだけでなく、生活の自立や友人関係の習得についても適切な教育がなされることが必要である。

1-2 自閉症および広汎性発達障害

対人的相互反応の問題、コミュニケーション問題、常同的な行動・興味・活動によって診断される¹⁾。

学童期のかれらは、対人関係に興味をもつようになり、対人関係を望むようになる。しかし、対人関係の持ち方は、特有であり、同じことを訊ねて同じように答えを引き出すことを期待していたり、ときには相手の感情を考えずにしゃべり過ぎてしまったりということがあ

1-3 その他

幼児期および小児期早期の哺育障害の基本的特徴は十分に食べられないことが持続することである¹⁾。多くは子どもの発達過程の一時的なことである。その中に哺育の問題を引きずってしまう子どもたちがいる。これらの子どもたちのさまざまな原因によっている。環境の問題、養育者の育児能力の問題、子どもの気質の問題、および心理学的要因であったりする。子どもの気質と社会的環境が相互に影響しあって、親と子どもの葛藤の準備状態となってしまう。哺

育は、社会的な環境のなかで行なわれるものである。周囲の社会的状況が子どもの気質にそぐわないものであると、哺育の問題が起こってくる。親が子どもの気質、発達レベル、そしてどのように哺育されると喜ぶかを理解すると、親子関係は好転し、相互に満足した食事の時間を過ごすことができるようになる。同じ環境でも問題なく哺育される子どもたちはいるし、うまく食べられない子どももいる。子どもは食事について、発達するにつれて自分の好みをいうようになるが、問題のない親は適切に対応できるものである。このような子どもの変化に対応することのできない親もいるだろう。子どもがきちんとした食事をしないと不安になったり、ゆっくり食事することができなかつたりする。親子の相互関係の問題がその幼児の哺育の問題に関係し悪化させているものもある。幼児虐待または無視が関連することもある。

ひどく病的な養育と関連しほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係を特徴とするものを反応性愛着障害という¹⁾。反応性愛着障害は発達遅滞とも関連する。発達遅滞は、また、幼児期および小児期早期の哺育障害と関連がある。反応性愛着障害は、幼児期または小児期早期の哺育障害と関連することがある。摂食障害の幼児を報告し、かれらの自立と依存のあいだの葛藤があるとした。かれらの母子関係は分離と自立の葛藤であるとしている。その母親と子どもの相互作用は、²⁾青年期の Anorexia nervosa の症例の母親の行動パターンと同じであると言っている。このような母親は、柔軟性がなく、子どもの様子を見て世話をするというをしな

い。そして、このような母親は、感情的な表情も、悲しそうで苦しそうで、時には、怒っているようでもある。このような感情は、母子相互に、鏡のように映しあっている。

2. 学童期に明らかになることが多い疾患

学童期になると、それまでの幼稚園や保育園という集団生活で主体であった同年代の子ども同士の関係も重要であるが、学業の問題も、また、かれらはこなしていかななくてはならない。授業中に理解しなければならぬ課題、こなさなければならぬ課題、そして宿題といったことが問題となる子どもたちもいる。

2-1 注意欠陥多動障害

注意欠陥・多動障害(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) は、最近では、マスコミでいわれることが多いために、多くの人が ADHD ということばや概念について知っている。子どもは、注意を向けることをうまくコントロールすることができず、よく動き回り、元気が良すぎるという特徴をもっているものである。ADHD は、不注意・多動が同程度の発達年齢にある子どもに比べてより頻繁で重症であるときに診断する。また、症状のいくつかは、7歳以前に発症し、特定の状況に反応しておこっている症状ではなく、友人関係もしくは学業がうまくいっていないということを引き起こしているときに診断する。

鑑別診断は、症例によっては、容易ではなく、広汎性発達障害、気分障害および不安障害などは、いつも念頭においておこななくてはならない。また、学習障害、もしくはその他の学習困難、そして、境界知能は、

2 次的に集中困難を起こしてしまうことがある。また、落ち着きがないことも、子どもたちが教えられている内容が理解できずに退屈であることが理由であることがある。

養育環境に問題と ADHD の関連は、一様ではない。ADHD の子どもは、挑発的であるために虐待のリスクファクターとなることもある。養育環境の不安定さは、子どもの行動上の問題の引き起こすといわれている。そのようなときの行動の問題は、ADHD のように集中困難があり落ち着きがないことがある。また、挑発的で反抗的であることがある。

子どもの双極性障害と ADHD は、合併することもある。双極性障害の症状が ADHD の症状のように見えることがある。

DSM-IV では、不注意型と多動型の症状を分け、どちらかにあてはまっても ADHD と診断するので、以前は注目されることのなかった女兒や成人の ADHD についても注目されることとなった。

ADHD の不注意型は、学業がうまくいかないことが多い。課題に取り掛かることができず、課題を続けることも難しく、課題を終えることにも困難がある。あちこちに気が散り、上の空で、人の話を聞いていない。指示に従うことができず、課題をしようとし、課題ができないことが多い。テレビゲームに何時間も没頭してしまうというのは、集中力をうまくコントロールすることが難しいとも考えられる。

ADHD の多動の症状は、普通の子どもの元気がよいことと区別することは難しい。活動の過剰さではなく、意味ある行動、目的にあう行動が多いかどうかで決められるとよいだろう。

また、初めて来た診察室で、子どもが多動でなくても、それは多動でないとはいええない。子どもは、不安で、初めての場所、初めて会う医者に緊張している。そういうときに多動でないときがある。このように、ADHD の子どもの多動の状態は変動が大きい。こういう状況による不安定さも ADHD の特徴と考えられる。

多動は、発達によって改善されていく。しかし、成人になると、他の人からはわからなくても本人は落ち着かない感じがしているという。

衝動性は、見通しをもった行動ができないうで、相手からの刺激にすぐに反応してしまうことをいう。幼少時は、友だちを叩いたり押したりということは活発な子どもには多少はあるかもしれない。しかし、ADHD の子どもたちは、学校では、友だち関係でも問題が起きることが少なくない。友だちの邪魔をし、友だちがしゃべっているのに話してしまい、順番を待つのが難しい。友だちとは、うまく遊べることがない、といった特徴をもつ子どもたちがいる。³⁾

2-2 反抗挑戦性障害

反抗挑戦性障害は、目上の者に対して拒絶的、反抗的、不従順、挑戦的な行動を繰り返すことを特徴とする¹⁾。

反抗的な行動は、発達段階の中での正常なものもあることは、一般に知られていることである。また、うつ病の子どもの気分は、いらいらしたものが少なくなく、周囲からは、反抗と受け取られてしまうこともある。

ADHD と反抗挑戦性障害との関連はいろいろあるが、安易に合併と判断するべきでは

ない。指示に従えないことは、ADHDの診断のための症状としてもあげられている。友人の邪魔をしてしまうのが、衝動からくるものなのか、挑発からくるものなのか判断が難しい。ADHDの衝動性と考えるか、反抗挑戦性障害の他の人をいらだたせる行動なのか、その合併なのかを判断しなくてはならない。

行為障害または反社会性人格障害の診断がされたときは、反抗挑戦性障害とは診断しない。反抗挑戦性障害の特徴のすべてが通常、行為障害でみられる。¹⁾

2-3 行為障害

行為障害は、他者の基本的人権または主要な年齢相応社会的基準や規則を無視する行動が繰り返されることが特徴である。これらの行動は、攻撃的行動、他の人の財産に損失または損害を与える行動、嘘をつくことや窃盗、重大な規則違反と4つに大きく分けられる。軽症なものは、嘘をつく、怠学、夜の外出といった症状であり、中等症のものは、学校での器物破損や万引きなどが問題であり、重症のものは、暴行などの身体的暴力、強盗などの問題があり、他の人に対して相当な危害がある。行為障害は、一時、重症なものがマスコミで報道されたために、多くの方は重症なものを行為障害と考えてしまいがちである。しかし、万引きや嘘や怠学といったことが問題となる子どもは少なくない。

行為障害の子どもは、他者の感情、希望、幸福に対して感情移入や思いやりがほとんどない。攻撃的な子どもは、他の人の意図が敵意あるものであると考えてしまう。そして、そのとき感じた攻撃性で応じること

を正しいことと考えてしまう。罪の意識や良心の呵責を適切に感じることができない。¹⁾

2-4 不安障害（分離不安障害を含む）

学童期の子どもたちが、社会的ひきこもり、不安、孤立、過敏、抑うつ、自意識過剰をもっていることは、稀ではない。不安障害は、低い自己評価、社会的孤立、社会的スキルの未熟さ、学業の問題などに影響があるだろう。

不安自体は、危険や脅威への正常な反応である。子どもの不安の正常と異常の違いは、はっきりとさせることは難しい。不合理な不安で、臨床的に著明な苦痛または、社会的機能の障害を引き起こしているときに不安障害と判断する。発達についての考慮も重要である。小さい子どもの分離不安と年長の子どもの分離不安は、同じようには考えられない。⁴⁾

恐怖 (Phobia) は、ある対象への特定の不安である⁵⁾。不安 (Anxiety) は、対象が特定されない。

不安障害は、複数のものが合併することがすくなくない。うつ病は、また、不安障害に合併することが多い。外向障害、すなわち、ADHD、行為障害、反抗挑戦性障害などに不安障害が合併することもある。

分離不安障害は、家や愛着のある人からの分離に対する、過剰な不安が特徴である。7か月から6歳までの年齢に応じた正常な不安と鑑別することが必要である。

分離不安障害は、その他の不安障害やうつ病と合併することが多い。全般性不安障害、特定の恐怖症が、不安障害では多い。特定の恐怖症と診断されない子どもも、お化けがこわい、暗いところがこわい、犬が

こわいなどという。

子ども時代の分離不安障害は、後にパニック障害や場面恐怖となるといわれている。分離不安障害の子どもは、大人になってからうつ病や対人恐怖になることが少なくな

い。特定の恐怖症は、動物恐怖、閉所恐怖、高所恐怖などの特定の対象への不安である。正常な子どもも不安をもつということはいわれている。子どもが発達過程で正常にもつ不安と「特定の恐怖症」とは区別しなくてはならない。

全般性不安障害の特徴は、過剰でコントロールすることのできない心配である。心配が持続し非現実的なものであると全般性不安障害の不安ということが出来る。不安は多岐にわたり、子どもは自分の行動が認められているかどうかといった心配が多い。時間を守ることに過剰に心配することもある。新しい場所に行くということも心配の種である。

2-5 不登校および学校への不安

学校への不安から登校できない子どもたちの特徴は、以下のようにいわれている。

①子どもは学校を欠席したときには家において、そのことを親は知っている。

対照的に、非行で登校しない子どもたちは学校を欠席するだけでなく、夜遅く外出したり無断で外泊したりし、学校を欠席したことを親に隠そうとする。

②反社会的行動がみられない。

このことも非行で登校しない子どもたちと対照的である。

③親は子どもを登校させるように努力している。

親の放任で子どもが登校しないわけではない。

④登校しなければならないときに感情的に動揺する。

学校に行かなければならないとき、家から外出しようとするときに感情的な動揺がみられる。これは、登校しなければならない朝に頭痛や腹痛といった身体症状であられることもある。

このような特徴をもっている子どもたちの中から、うつ病やそのほかの神経症（不安の対象は学校だけではなく、そのほかの不安症状がみられる）を除いた子どもたちを不登校（登校拒否）と考える。

2-6 その他（校内暴力、学級崩壊、集団非行など集団としての病理）

校内暴力は、学校という特定の状況でのみ暴力がみられることもあるが、怠学などの規則違反を伴い暴力が学校内に限定されないものも多い。行為障害に含まれることも少なくないと考えられる。暴力の背景には、行為障害のところでもふれたが、共感性の無さと他者の感情への関心の無さがいわれている。それとともに、知的能力が境界域であったり、また読字や言語能力の低さがいわれている。かれらは、感情や体験を言語的に表現することが難しい。さらに、認知障害や学習障害が気づかれずに放置されることによって、学校を挫折と屈辱の場と感じている。また、養育環境も不安定であることが少なくない。

学級崩壊については、教育関係からの報告が多く、精神医学的にみるとさまざまな子どもたちが一様に議論されてしまっている。学級崩壊は、担任教師、学級崩壊の核

になる子ども、そして学級崩壊に同調する子どもたちによる集団力動と考えられる。学級崩壊の核になっている子どもの心理、教師との関係、教師の病理をまず考える必要がある。そして、それが、同調する子どもたちを巻き込んで集団力動へと発展していく要因を考えなくてはならない。

3. 青年・成人にもみられるが、学童期・思春期にもみられる疾患

従来は、子どもについては、独自の診断体系が考えられてきた。それは、精神医学診断についてかれらの精神病理を考えてきたからであろう。最近では、操作的診断基準が主流であり、子どもにも成人と同様の症状がみられると考えられている。

3-1 子どものうつ病

子どものうつ病は、おとなのうつ病とは違った特徴をもつことやおとなのうつ病への連続性や、また最近では薬物療法の適応などについても注目されている。また、子どもの精神保健上の大きな問題でもある。子どものうつ病の臨床的特徴としては、抑うつ気分の代わりにイライラした気分を示すことがありうることを DSM-IV ではあげている。また、抑制や過眠の症状が少ない。頭痛や腹痛などの身体症状やいらいら感、社会的ひきこもりがとりわけ一般的にみられる。こういう特徴がおとなのうつ病と違った印象をもたれ、うつ病と診断されにくい傾向のひとつの要因であると思われる。また、以前より思春期危機といった判断がされ、思春期はこんなもの、時期がくればよくなるだろうと考えられてきた。臨床の場での診断・評価には、子どもとラポールを

とり、感情の変化について話してもらうことが重要である。経過の長い子どもについては、周囲から、「そんなふうには考えてはいけない」などと繰り返し言われていることがあり、子ども本人が自らの感情を話すことに積極的でないことがある。子どものうつ病の治療では、本人や家族をはじめ周囲のおとなが、うつ症状を理解することが重要である。そして、うつ症状から起こっている自責感、自己評価の低下などについて理解し、そのような認知から一定の距離を保てるように自覚していけるとよい。また、うつ病は回復していくものであることを理解し本来の自分のもっていた健康さを取り戻していくことを確認していくとよい。

子どもの特徴として、いくつかの疾患と関連が深いことがあげられる。うつ病は、行為障害との関連がいわれているし、内向的症状と外向的症状との関連も見逃してはならない。

不安・うつといった内向的症状は、子どもの場合には見逃されやすい。行動の問題にのみ注目するのではなく、内的に子どもたちがどのように感じているかということを見出さなくてはならない。子どもは、内的症状は、積極的に訴えないことが多い。

3-3 統合失調症

子どもの統合失調症は、病前から社会機能の障害（社会的ひきこもりや親しみのなさなど）、言語（言語表現や言語理解）運動機能（運動発達の遅れや協調運動の拙劣さなど）の問題がみられることが多い。また、集中力の問題や多動が病前の問題としてあげられることがある。うつ症状や行動の問題も注意すべき症状である。広汎性発達障

害の症状を幼いころに観察されていることもある。友だち関係や学業成績、学校での適応などにおいて、病前より問題のあった子どもたちは少なくない。

子どもの統合失調症は、5歳以下ではほとんどみられない。10歳近くにならないと症状がはっきりとしないことが多い。はっきりした発症よりも潜在的な発症が多い。症状として、最も多いのは幻聴である。魔術的・不合理な考え、支離滅裂、連合弛緩は、しばしばみられるもので、診断のためには重要な症状である。⁶⁾

3-4 解離・転換症状

解離は、外傷体験からの適応的な防衛と考えられている。外傷後ストレス障害との関連がいわれる。また、乳幼児期からの虐待との関連は注目されている。⁷⁾

転換症状は、随意運動または感覚機能についての説明できない症状または欠陥で、神経疾患または他の一般身体疾患を考えさせるものである。症状の始まりまたは悪化に先立って葛藤や他のストレス因子が存在しており、心理的要因が関与していると考えられる。小児には、歩行の問題、心因性視力障害、けいれんなどがよくみられるものである。⁸⁾

3-5 摂食障害

最近、より若年に神経性食思不振症がみられるようになった⁹⁾。摂食障害には年齢により違いがあることが知られている。子どもの体重をコントロールしようとする行動の一般的なものは、食べることの制限と過剰な運動である。神経性食思不振症の子どもの中には栄養状態が急激に悪くなる子

どもがいる。重症の低栄養状態や急激な体重低下は、救命のために入院させなければならない¹⁰⁾。

子どもの摂食障害は、おとなの摂食障害と症状が違うといわれている。下剤や利尿剤の乱用はこの年齢には、一般的でない。むちゃ食いや排出行動がない¹¹⁾。うつ症状の多くは、飢餓から2次におこっている可能性がある。食物に関する強迫も低栄養によって強調されてしまうことが多い^{12) 13)}。半飢餓状態の実験を受け入れた人たちの研究では、食物へのこだわりとともにうつ症状、強迫、無気力、いらいら感、そしてその他の性格変化をしめした¹⁴⁾。したがって、精神療法だけでは治療は有効ではない。患者の中には飢餓に関連した症状が栄養を回復するだけで良くなる患者もいる。

3-5 子どもに personality disorder を診断すべきかどうか

子どもに Personality disorder の診断をするときは、子どもからおとなへの連続性があるかどうか、診断が子どもにとって有益であるかどうかという問題がある。

Personality disorder とは、広汎で持続的な personality 機能の異常が、社会機能の障害もしくは自覚的な苦痛を引き起こしている。一時的な精神疾患でない。分裂病ののちの慢性障害は含めない。

Episodic disorder との関連としては、personality disorder をもつ人は episodic disorder を合併しやすい。ストレスの coping が適切でない、心理社会的ストレスが大きくなるということからも、ふたつが大きく関連することはいうまでもない。

このふたつの違いを明確にしておくことは

臨床的には重要である。Episodic disorder のときに、社会生活機能が障害され、一時的にストレスへの対処に柔軟性を失くしているときもある。そういうときに、その人のそれまでの Personality 機能をよく見ないで、持続的な経過をもつものであると考
えてしまうのは早計である。Personality disorder は治療への反応がよくない、予後
がよくないと考えられてしまい、十分な治
療を受けられない結果になってしまう。し
かし、思春期の症例の場合は、personality
の問題という持続的な機能障害の最初の生
活の破綻であるのか、一時的なものである
のかを判断することが難しいことが少なく
ない。

Borderline personality disorder は、
不安定な対人関係、自己イメージ、感情、
衝動コントロールという特徴がある。親の
行動が不適切であること、養育者がかわる
こと、転居、性的虐待と関連があるといわ
れている。親との愛着の問題、問題のある
愛着関係がみられることが多く、早期の体
験が対人機能に関係がある。

- 1) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994
- 2) Chatoor I, Egan J, Gatson P, Menvielle E, and O'donnell R: Mother-infant interaction in anorexia nervosa. J Am Acad Child Psychiatry 1987; 27:535-540
- 3) Weiss M and Weiss G: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. "Child and adolescent psychiatry" ed Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp645-670, 2001
- 4) Freeman JB, Garcia AM, and Leonard HL: Anxiety Disorder. "Child and adolescent psychiatry" ed Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp821-834, 2001
- 5) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:69S-84S
- 6) Volkmar FR and Tsatsanis KD: Childhood Schizophrenia. "Child and adolescent psychiatry" ed Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp745-754, 2001
- 7) Yeager CA and Lewis DO: Dissociative Identity Disorder. "Child and adolescent psychiatry" ed Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp858-875, 2001
- 8) Fritz GK and Campo JV: Somatoform Disorders. "Child and adolescent psychiatry" ed Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp847-858, 2001
- 9) van Hoeken D, Seidell J, Hoek HW: