

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

- 齊藤万比古(2005)：思春期・青年期の精神医療行政の現状と今後の課題。坂田三允，根本英行；精神看護エクスペール 15，思春期・青年期の精神看護。中山書店。東京。136-143.
- 齊藤万比古(2005)：子どもの診察・診断の仕方。上島国利，市橋秀夫 他；精神科ニューアプローチ 7，児童期精神障害。メジカルビュー社。東京。2-13.
- 齊藤万比古(2005)：不登校。萱間真美，櫻庭繁 他；精神看護エクスペール 12，子どもの精神看護。中山書店。東京。202-213.
- 奥村雄介（2006）：非行精神医学。医学書院。東京。
- 奥村雄介（2006）：少年犯罪。司法精神医学 第3巻，犯罪と犯罪者の精神医学。中山書店。東京。pp138-145.
- 犬塚峰子，安達由喜子，伊藤くるみ他（2005）：虐待を受けた子どもの心理診断のための半構造化面接法の開発。厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「児童福祉機関における思春期児童における心理的アセスメントの導入に関する研究」平成 16 年度分担研究報告書；5-11.
- 犬塚峰子（2006）：「家族再統合のための援助事業」を利用した事例。子どもの虐待の予防とケア研究会編，子どもの虐待の予防とケアのすべて追録第 5 号。第一法規。東京。pp4459-4473.
- 原田 謙，今井淳子，酒井文子（2005）：反抗挑戦性障害と行為障害。上島国利（監修）；精神科臨床ニューアプローチ 7，児童期精神障害。メジカルビュー社。東京。pp102-109.
- 原田 謙（2005）：ADHD における反抗挑戦性と大脳辺縁系に関する研究。平成 14～16 年度科学研究費補助金（基盤研究 C-2）研究成果報告書。
- 富田 拓（2005）：供述心理学。中谷陽二編；司法精神医学 2，刑事事件と精神鑑定。中山書店。東京。

雑誌

- 齊藤万比古(2005)：精神科医療と発達障害。日本精神科病院協会雑誌 24 巻 11 号；11-19
- 齊藤万比古(2005)：児童精神科における入院治療。児童青年精神医学とその近接領域 46 巻 3 号；231-240
- 齊藤万比古(2005)：思春期：集団と個の桎梏を越えて。思春期青年期精神医学 15 巻 1 号；2-14
- 齊藤万比古(2005)：思春期の心の発達とその問題。小児科診療 68 巻 6 号；989-998
- 齊藤万比古(2005)：思春期の病態理解。臨床心理学 5 巻 3 号；355-360
- 宇佐美政英，齊藤万比古(2005)：注意欠陥／多動性障害の薬物療法－9 才男児の治療経過と治療ガイドラインの現状について－。臨床精神薬理 8 巻 6 号；899-903

- 渡部京太, 齊藤万比古 (印刷中): ADHD の長期転帰. そだちの科学 6, ADHD—軽度発達障害とそだち 2. 日本評論社.
- 奥村雄介 (2005): <座談会> 矯正施設における精神医療の実際. こころの臨床アラカルト第 24 巻 3 号特集, 司法精神医療の臨床. 星和書店. 東京. 277-294.
- 犬塚峰子 (2005): 児童相談所における非行相談—非行相談に関する全国調査から. 現代のエスプリ 462; 117-129.
- 近藤直司, 小林真理子, 有泉加奈絵ほか (2004): 思春期・青年期における不登校・ひきこもりと発達障害. 精神保健研究 17; 17-24.
- 小林真理子, 近藤直司 (2005): 発達障害とひきこもり. 現代のエスプリ別冊, ひきこもり若者たち. 至文堂. 54-64.
- 蓮舎寛子, 市川宏伸 (2005): 児童青年期における双極性障害—青少年の攻撃性との関連—. 精神科治療学 20 (11); 1121-1126.
- 加藤進昌, 杉山登志郎, 市川宏伸, 青木省三, 十一元三, 小林隆児 (2005): アスペルガー症候群をめぐる—症例を中心に—. 臨床精神医学 34(9); 1103-1116.
- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子 (2005): 反抗挑戦性障害と行為障害の精神医学. 思春期青年期精神医学 15; 59-70.
- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子 (2005): 反抗挑戦性障害と行為障害. 臨床精神医学 34; 1082-1084.
- 原田 謙 (2005): 反抗挑戦性障害と行為障害. 児童青年精神医学とその近接領域精神科 46; 285-295.
- 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子 (2005): 行為障害. 精神科治療学 20 (増); 286-287.
- 吉川和男 (2005): 書評 Conduct and Oppositional Defiant Disorders – Epidemiology, Risk Factors, and Treatment (行為と反抗挑戦性の障害—疫学、危険因子、治療). Cecilia A. Essau 編. 犯罪学雑誌 71(4); 125-131.
- 富田 拓 (2006): 児童自立支援施設. 現代のエスプリ 462, シリーズ非行の現在, 非行臨床の課題. 至文堂. 東京.

V. 研究成果の別刷

〈教育講演〉

齊藤 万比古*

児童精神科における入院治療**

児童青年精神医学とその近接領域 46(3) ; 231—240 (2005)

I. はじめに

平成11年厚労省患者調査によれば、精神および行動の障害の患者数はおよそ1,818,000人、うち男性800,000人、女性1,018,000人であったが、その中の20歳未満の患者は64,000人であり、さらにそのうち15歳未満のものは36,000人であった。また、「平成14年精神保健福祉の手引き」によれば、全国精神科医療機関における2001年6月現在の在院患者総数は332,714名であり、そのうち20歳未満の患者数は2359名であった。

現在わが国で15歳までの子どもを中心に入院治療を担っている児童精神科専用病棟を持つ病院の大半は、全国児童青年精神科医療施設協議会（以前より「全児研」と呼ばれてきた）に加盟する正会員施設13カ所とオブザーバー施設9カ所を合わせた22の国公立病院である（2001年当時）。この全児研施設のうち正会員施設13カ所では、2001年1年間の新入院患児数は計1243人であった。その主な疾患は「統合失調症」、強迫性障害などの「神経症性疾患」、広汎性発達障害を中心とする「心理的発達の障害」、多動性障害など多彩な疾患が含まれる「小児期・青年期の行動・情緒の障害」の4疾患群であり、ついで摂食障害を中心とする「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」であった。

次に、筆者の臨床の場である国立精神・神経センター国府台病院児童精神科の新患統計（図1）を見ると、7、8年前と比べ新患数の近年

の増加は目を見張るものがある。もちろんこれは児童精神科診療機能を持つ医療機関の一般的な動向と思われるが、この時間的変動の経過を見ていると興味深い傾向が見えてくる。まず各種の神経症性疾患や摂食障害からなる「神経症・人格障害水準の疾患」は図1で示したようにこの10年来ごくわずかな増加しか示していない。同じく統合失調症などの「精神病性疾患」でも毎年の新規受診者数には大きな変化は見られない。この6年間ほどの新患数急増を支えているのは、図1のとおり精神遅滞、広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害（ADHD）などの「発達障害」であり、特に広汎性発達障害とADHDが目覚ましい増加を示している。しかも、この広汎性発達障害のうち実際に急増しているのは典型的な自閉性障害ではなく、アスペルガー障害を含む広汎性発達障害の軽症高機能群であり、ADHDとともに児童精神科受診が急速に増加している疾患が、もっぱらこれら軽度発達障害であることがわかる。また、2003年初診の771名における年齢および性差は図2で示すような結果となった。年齢分布は以前から指摘されているように幼児期と思春期の二つの年代に山がある二峰性の分布がある程度見られるが、2003年では学童期の谷が浅くなり、幼児期との差が少なくなっている。また、12歳までの低年齢群は男子が圧倒的に多いのに対して、13歳以降はむしろ女子の受診数が男子を追い越していくという年齢による性差も注目すべき特長である。このような年代による性分布の逆転が生じる理由は、低年齢では男子の罹患率が圧倒的に多い発達障害が受診の中心になり、思春期では

*国立精神・神経センター精神保健研究所

**2004年11月3日、名古屋国際会議場において開催された第45回日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

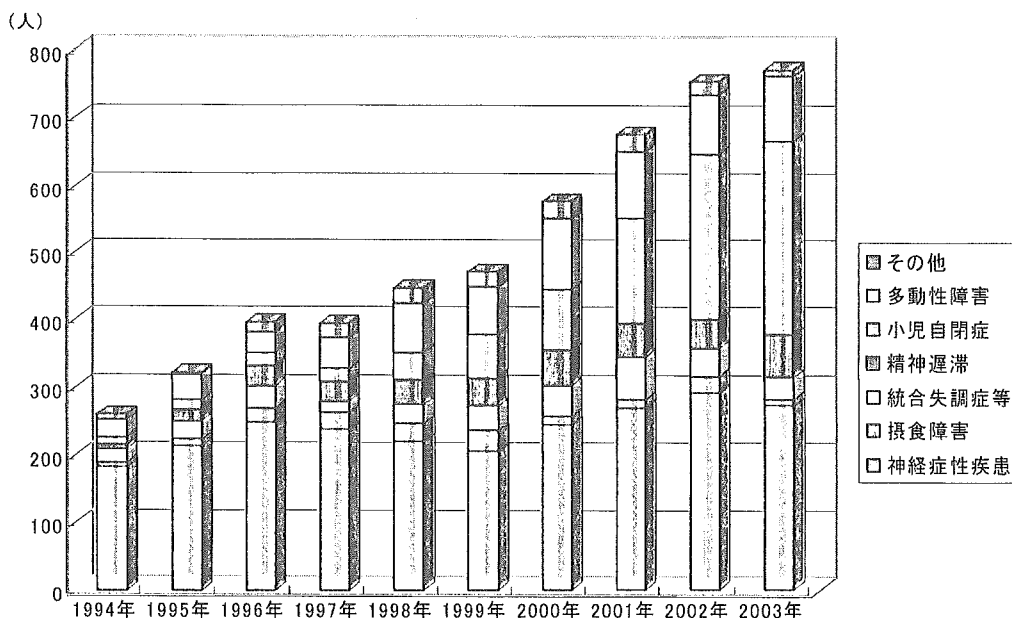


図1 国府台病院児童精神科新患統計 (1994~2003年)

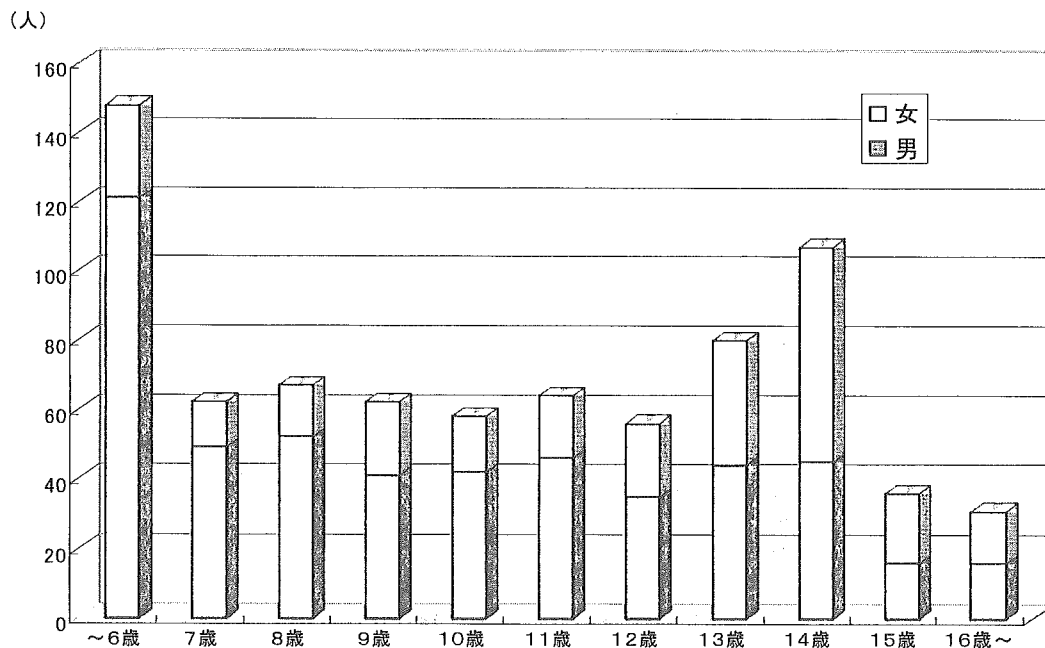


図2 国府台病院児童精神科2003年初診者の年齢と性の分布

発達障害の受診は減り、男女差はない、もしくは女子にやや多いとされる神経症性・人格障害性疾患の受診が中心になるからと思われる。

次に、図3は国府台病院児童精神科の年間新入院統計であるが、外来新患統計と異なり、摂食障害と強迫性障害を中心とする神経症性・人格障害性の疾患群が約半数、残った半数を精神病性疾患と発達障害が二分しているという疾患

比率であった。また、2003年の新入院児61名の年齢分布は、図4で示したように14歳を頂点とする単峰性の分布となっている。また性分布を見ると、女子が38人で全体の62%を占めている。

II. 児童精神科入院治療の適応

筆者は児童精神科の入院治療について、その適応を以下のような4項目にまとめてとらえて

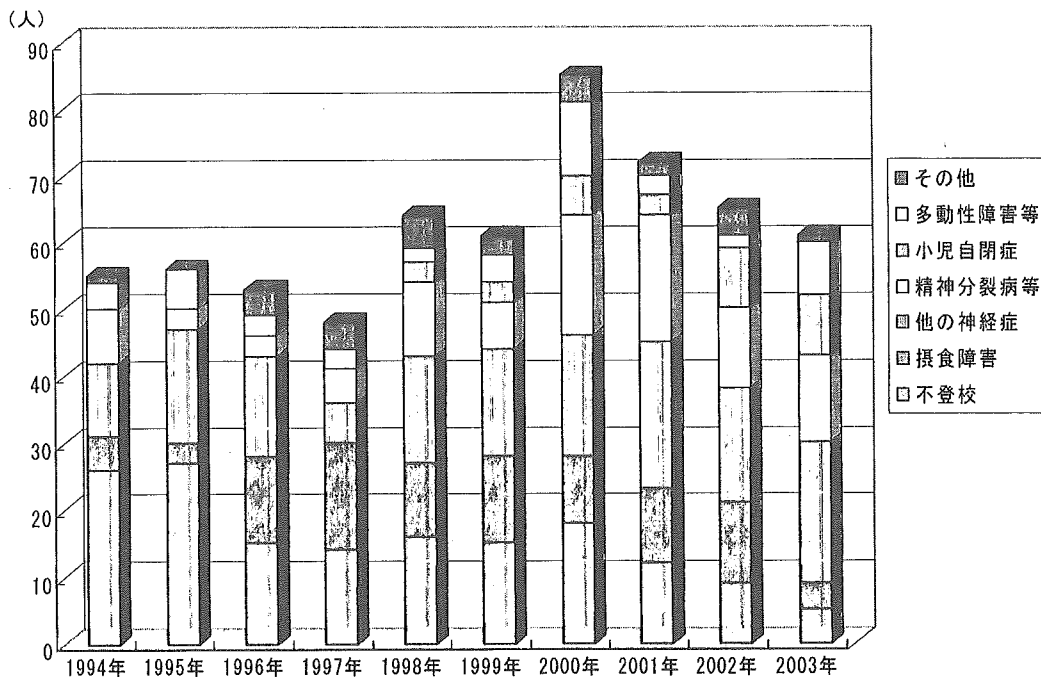


図3 国府台病院児童精神科病棟新入院統計 (1994~2003年)

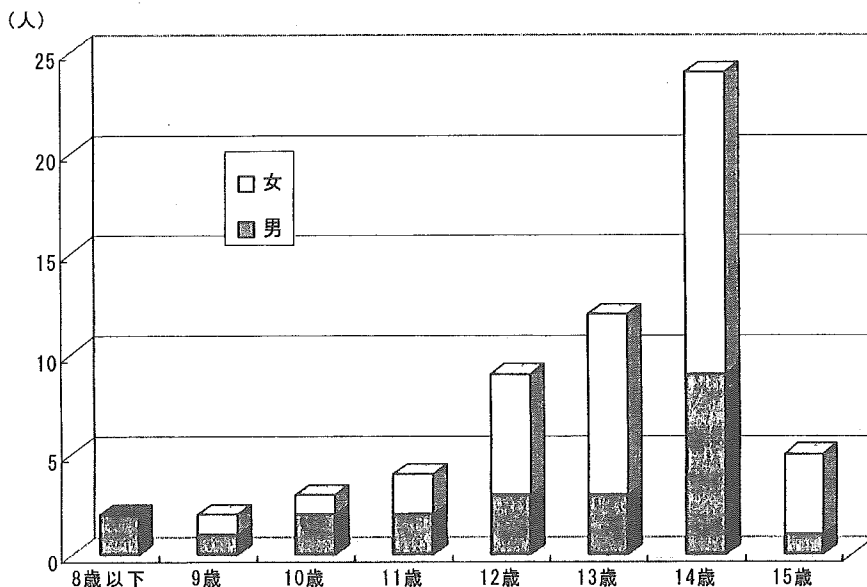


図4 国府台病院児童精神科病棟2003年新入院者の年齢と性の分布

いる。第一の入院適応は、急性症状の深刻化への危機介入が必要な場合である。これは希死念慮や自殺行動の深刻化、その結果として自殺の切迫性が生じている状態、家庭内暴力の暴力性が家族が耐えがたいほど深刻化したり、家庭内暴力による家庭生活の破綻状況が長期にわたって続く場合、強迫症状による制縛状態や家族の巻き込みの深刻化が進んだ場合などである。第

二の入院適応は、非社会的症状の長期化への介入が必要な場合である。これは主として不登校状態やひきこもり状態の遷延化が進んだ場合や、義務教育期間の残り時間がわずかになってくるなどの理由で、今後の治療・支援の困難性が際立って高くなると予測できる場合などである。第三の入院適応は家庭の保護・支持機能に重大な問題がある場合である。身体的虐待、心

理的虐待、性的虐待やネグレクトが行われている家族の中で精神疾患に追い込まれた子どもを入院させる場合がその典型である。これには児童相談所との連携の下で、医療として必要な援助を医療機関が担うことになる。そして第四の入院適応は、外来では診断確定・治療方針決定が難しい場合である。これはやや副次的な水準の適応であり、他の3適応のどれかと重なり合うことで入院の必要性を医師が感じるという場合が多い。

Ⅲ. 入院治療の構造

治療構造は、入院治療に導入された子どもを守り彼らの成長を保障する保護的な場を意味するとともに、同時にそれは治療環境を守る枠組みを意味し、そして治療の推進力そのものでもある。すなわち、治療構造とは入院治療を成立せしめる主要因に他ならない。筆者は入院治療の構造をひとまず以下のような諸要因の集合体としてとらえておきたいと思う。これらはけっして、そのうちの一種類の要因だけで治療を形成し推進するというものではなく、互いに影響を与えあいながら、総体として子どもの抱えた症状形成をはじめとする悪循環を改善させ、子どもを育み、家族との関係性を修正する力となるのではないだろうか。

(1) 病棟の物理的・社会的構造

児童精神科入院治療の治療構造の第一に挙げたのは『病棟の物理的・社会的構造』である。病棟の物理的構造とは建物や設備の特徴のことであり、その第一は「その病棟は精神病床かあるいは一般病床か」という点である。この違いは生活の枠組みや入院仲間の特性など多くの違いを生み、入院治療の内容を決定する重要な要因となる。物理的構造の第二は「その病棟は精神科開放病棟かそれとも閉鎖病棟か」という問題である。入院する子どもの病態の違いや、入院経路の違い、あるいは入院生活の枠組みの広さとその硬軟といったいくつかの点で両者には無視できない相違がある。そして物理的構造の

第三は「児童精神科の専用病棟かそれとも精神科成人部門を含む他の診療科との混合病棟か」という問題である。これは精神科の開放病棟か否かという構造の違いよりも大きな影響を、入院児の病態や疾病構造、あるいは入院生活の内容に及ぼすことになるであろう。

次に病棟の社会的構造であるが、これにはさまざまな切り口があると思われる。そこでここでは基本的な法律との関係と考えるおきたい。例えば、児童精神科の入院治療においても、そこが精神病床である以上、精神保健福祉法の規定する治療手続きや枠組みはすべて遵守しなければならない。個室や保護室の施設や身体抑制が患児の保護を目的に行われることは児童精神科医療においてもけっして稀ではないが、こうした患児の人権の一時的な制限はあくまで精神保健福祉法の規定と手順にしたがって行うべきであり、「子どものため」という感情論や道徳論のみでそれに代わりうると考えるのは危険であるといえよう。また、児童福祉法に基づく子どもの保護のための処遇に可能な限り協力する必要があると同時に、児童福祉法に基づく子どもの保護を医療側から児童相談所に求めることもしばしば生じる事態である。もちろん虐待防止法の規定するように、虐待を察知したら医療機関は児童相談所に通告する義務を負っており、児童相談所と共同で被虐待児の保護と治療に取り組むことが求められている。これらの法律によって児童精神科病棟は地域社会とつながり、社会に規定されていると考えることができるのである。

(2) 治療技法

いうまでもなく治療技法とは治療を規定する最も中心的な要因であることに間違いはないが、筆者は児童精神科の入院治療がけっして治療技法だけで成立するものではないことを強調したい。治療技法は子どもを症状改善に向わせしめる機能を持っているが、子どもの心の発達に寄与するには治療技法単独では十分な能力を発揮することはできない。治療技法を含んだす

すべての治療構造が有効に組み合わせられたとき、初めて子どもの心を育む環境とその能力は発揮されることになるのではないだろうか。

筆者の所属する国府台病院児童精神科病棟での入院治療で実際に行われている治療技法は以下のように多岐にわたり、実際にはこれらを複数組み合わせた形で実施されている。

1. 個人精神療法(認知行動療法, 遊戯療法, 力動的な精神療法など)
2. 集団療法(男女別の思春期グループ, 病棟ミーティング, SST など)
3. 身体的治療(薬物療法, 強制的栄養補給など)
4. 家族への介入(親ガイダンス, 病棟家族会, 心理教育, 家族療法など)
5. 環境療法(擬似家族的関係性, 規律ある生活, 隔離・身体抑制など)
6. 治療教育(病院内学級における教育活動, 原籍校との連携など)
7. 社会体験(夏季キャンプなどの病棟行事, 学校行事など)

こうして治療技法を並べていると、筆者は次のような思いが沸きあがるのを禁じ得ない。すなわち、「結局のところ児童精神科医療における入院治療とは、治療者側が持てるもののすべてを投入して、子どもの心の保護、回復、そして発達に寄与しようとする心意気と覚悟に拠るところが大きな、精神医学的医療技術の特異的領域である」と。

(3) 治療スタッフ

治療スタッフは治療構造の中で以下のような機能を持つことで治療の主要因の一つとなる。第一に、多職種の大人在治療環境に参加し、社会的に安全かつ堅固な保護的シェルターを子どもに提供するとともに、子どもの行動の安全性を確保する枠組みの穏やかで柔軟な、しかし断固とした執行者たらねばならない。第二に治療スタッフは、各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両価性の矢面に立たねばならない。すなわち拒みながら求める、怒りながら

甘える、あるいは依存しながら憎むといった子どもの両価的な心性を、嫌わず、憎まず、たじろがずといったセンスで受けて立つということである。この「受けて立つ」ということは、けっして子どもをねじ伏せることではなく、子どもと共にその状況を生き延びるということを意味している。第三に思春期年代では、健康度の高い子どもにも転移の分裂が生じやすく、治療スタッフを『よい人』と『悪い人』に分裂させてコントロールしようとする。治療スタッフはこれに耐えて、常にチームの統合性を保持しなければならない。そのためには複数の職種スタッフが集まった大小の規模の事例検討を繰り返して行く必要がある。第四に、治療スタッフとは子どもの心の発達過程における過渡的・中間的対象として、子どもの日々の活動への良き参加者、彼らの苦悩の柔軟な受容器、そして彼らの成長の感性豊かな伴走者たらんとする者でなければならない。そして第五に治療チームは、子どもが大人との関係を通じて取り入れていくことのできる自我機能の素材を提供し続ける存在でなければならない。

(4) 仲間集団

仲間集団は入院治療における重要な推進要因であると共に時に重大な妨害要因ともなりうる大切な治療構造の一つである。仲間集団は、入院したばかりの子どもに、精神疾患発症前後の学校における葛藤を再現させ、入院治療の最初のハードルとなる。やがて、同性仲間集団との再会は、男子に gang への退行を、女子に二人組みへの執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。この gang の集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、chum 的な親友の獲得、peer 的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に援けられて子どもの自我は成熟していく。しかし、自然発生的な仲間集団にはイジメを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面を必ず持っているものである。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大

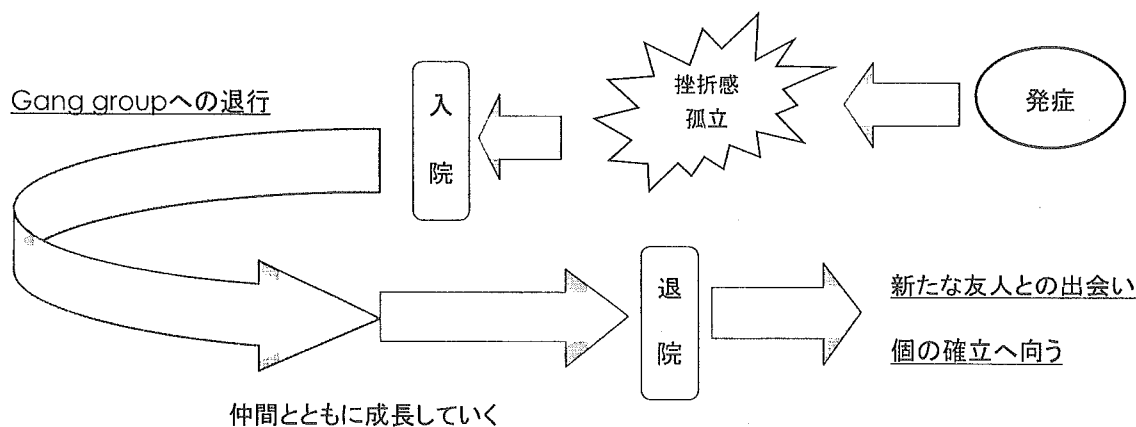


図5 入院治療における仲間体験の展開

人（すなわち治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなりうる。入院前の子どもは孤立感を強く持ち仲間関係から遠く離れた位置に存在することになっていた場合が多い。そのような子どもが入院によって仲間集団と出会い、やがて gang group の活動に合流する退行が生じる。入院治療の進行の中で子どもの自我は仲間集団と共に発達し、ついには年齢相応の仲間体験が可能な自我機能を獲得して、本来の世界へと退院していくという経過は入院治療の成果のひとつといえる（図5）。

（5）病棟規則

病棟規則をはじめとするさまざまな取り決めは、入院児の安全と、治療側の恒常性を確保する上で必須である。しかしながら、規則は子どもの行動を統制しようとする機能を持っているため、必然的に子ども、特に思春期年代の子どもの主体性を奪われる恐れを刺激し、反抗の対象となるのである。子どもの、あるいは子ども集団の挑戦と反撥に対して、治療スタッフは受容と制限のバランスとタイミングのよい処方をおこなうことで、枠組みは治療のための力強いアイテムとなる。この「受容と制限のバランスよい処方」は、子ども—スタッフ間の関係性の観点からいえば、「子どもたちに押され押されて押し返す、押され押されて押し返すという反復

作業」を希望を失わずに引き受けることのできる、辛抱強く柔軟なスタッフの感覚によってはじめて実現しうるものであるといえよう。一方、注意欠陥／多動性障害（ADHD）や高機能広汎性発達障害など発達障害の子どもには、以上のような神経症水準の子どもの入院治療における枠組みをめぐる治療スタッフの柔軟な姿勢とは異なる姿勢が必要となる。すなわち規則などの枠組みは何を行うべきか、何を行ってはならないかを明確に示す安全な行動指針という明確な機能を発揮しなければならない。発達障害の子どものためには、規則をはじめとする枠組みはできるだけ具体的な表現でなければならない。病棟内に明確に掲示され、例外は必要最小限にとどめ、変更は前もってわかりやすく予告するという姿勢が必要である。

IV. 入院治療の時間経過

入院治療は、当然ながら、時間軸に沿って展開していくものである。もちろん個々の子どもはすべて異なった展開を示すものであるが、それらをいくつかの典型的な経過に類型化して整理してみることは、治療的介入を調整し、組み立てを変化させるうえで役立つのではないだろうか。ここでは時間経過として『過剰適応型経過』『受動型経過』『衝動型経過』の三経過を示し、それぞれの導入期、作業期、終結期の特徴を簡単に解説しておきたい。

1) 過剰適応型経過

このタイプの『導入期』は過剰適応的な平気さの強調や強がりが目立つ時期であり、それはしばしば大人のみからは生意気な印象やプレッシャーに強そうな印象を与えることになる。しかし、そのような生意気そうな印象もしっかり者らしさも、治療スタッフは背景に潜む繊細な傷つきやすさを心得て、そのまま受容しサポートしなければならない。そのような姿勢は、まぎれもなく虚勢を張った砂上の楼閣にすぎず、その背後には間違いなく傷つきやすいデリケートな心性が隠されている。これこそ、その子どもが現実生活で行き詰り挫折した過剰適応的姿勢の再現に他ならない。このタイプの子どもは、『作業期』に入ると仲間とともに活動性が亢進していき、大人への挑戦と反抗が開花する時期をむかえる。これは子ども自身の超自我不安への挑戦に他ならず、治療スタッフはこのような反抗を受け止め、胸を貸し、迫力を増す彼らの要求や挑戦に押され押されながら、いずれ押し返すためのタイミングを計りつつ子どもの横を伴走し続ける。子どもが押し返され制限されることに耐えられるタイミングに至ったと感じたら、治療スタッフは制限を実行する。こうした支持されつつ処方される制限との直面こそ、彼らを鍛え、超自我不安に圧倒されない自我機能を育てることが出来ると筆者は考えている。やがて『終結期』を迎えると、子どもは退院後の進路を考え始め、gang 的な騒々しい団結よりも、将来を語りあい別れを惜しむしんみりとした仲間やスタッフとの関係（仲間関係としてはchum, および peer の色を濃くし始めた関係性）が優勢になって行く。そして現実との直面の時をむかえ、入院生活への入れ込みは急速に脱充されることになる。治療スタッフはこのような子どもの作業を暖かい視線で支え続け、静かに別れのときを迎える。

2) 受動型経過

受動型の経過における『導入期』は圧倒されることへの警戒心と、そのような環境の迫りに

圧倒された萎縮した姿勢が目立つ段階であり、この時期には治療スタッフはひたすら子どもを保護し、支え、ささやかなその活動性の表現を評価する姿勢が特徴的な段階である。やがて、いくぶんたりとも親離れが進行していくと『作業期』に入っていくことになる。この段階では受動型の子どもも、その多くが大人の保護下を出ようとする挑戦を、合流した仲間集団の勢いに後押しされながら、たとえささやかにでも見せてくれる段階である。そして、『終結期』に入り現実と直面することになった受動的な子どもは、再び無力感が高まる経験をするようになるが、かつて情緒的に追い詰められていった経過とは異なり、今度は親や治療スタッフ、そして仲間集団に支えられながら希望を持って通過していくことができる。

3) 衝動型経過

衝動型の子どもの『導入期』は、しばしばその馴れ馴れしさ、あるいは境界の感覚の乏しい他者への接近が目立つことが特徴といえよう。またこの型の子どもには、入院後まもなくから攻撃行動や自傷行為などの行動化が出現することも珍しくない。これは、過剰適応型における強気な姿勢の後ろの傷つきやすさ、あるいは受動型の萎縮した心とは明らかに異なり、体質レベルの衝動性や、早期の養育環境の問題から発生する愛着障害、あるいは強い空虚感と見捨てられ抑うつなど二次的に発展してきた心性に由来するものである。これに対して治療スタッフは、早期から暖かくもゆるぎない姿勢で行動化をとどめ、子どもの行動を統制することに努めることを通じて、それ以上自己の心身を傷つけることから保護する必要がある。治療スタッフが早期から「保護と制限」の処方に特に心を砕かねばならないというのが、この型の導入期の際立った特徴である。『作業期』に入った子どもは行動化をさらに頻発するようになるのが普通である。治療スタッフは、子どもからの「分裂」という防衛機制に基づく対象コントロールや、それに反応した自らの逆転移的な感情（子ども

への嫌悪感や怒り、そして子どもへの同一化やその理想化)に混乱することなく、行動化への言語的あるいは物理的制限と、望ましい行動や反応への支持と賞賛を一貫して提供し続ける必要がある。こうした治療スタッフの姿勢はやがて子どもの心に取り入れられ内在化していくことが期待できる。そして、やがて入院治療の『終結期』がやってくるが、その段階では衝動型の子どももすでにその衝動性を以前よりは統制できるようになっている。少なくとも直接的な対象攻撃や自己破壊行動で表現せずにはすませるようになっていくはずである。しかし、別れと新たな生活が近づき現実と直面し始めると、衝動型の子どもは不安と当惑を持って自らの「衝動性」と直面する局面を迎える。治療スタッフは以前よりずっと衝動コントロールが上手になったことを支持的に伝えたり、適切な適応的行動に対しては惜しむことなく賞賛したりするとともに、それでも生じてくる衝動的な言動（以前のような直接的暴力ではなくなっている）に対しては言語によって制限しながら、子どもがほどほどに良好な自己像を形成する手助けをする必要がある。

V. 入院治療モデル

前章で示した入院治療の時間経過が治療を貫く縦軸であるとするならば、横軸にあたるものが本章で述べる入院治療モデルである。入院治療モデルは基本的には各疾患による治療の特異性によって規定されるべきであるが、それではあまりに膨大な種類のモデルを作成しなければならなくなり、合理的とはいえない。そこで、ここでは筆者がその臨床経験から典型的経過として選び出した6種類の治療モデル（不安・恐怖モデル、強迫モデル、ヒステリー・モデル、境界例モデル、発達障害モデル、精神病モデル）をあげて解説したい。

1) 不安・恐怖モデル

不安・恐怖モデルの主な適応対象は「全般性不安障害」「分離不安障害」「社会恐怖」などの

不安性障害が主な疾患である。このモデルはもともと不登校の子どもの入院治療を通じて筆者がイメージしてきたもので、その意味でこの治療モデルは単に不安・恐怖症状の克服というだけでなく、子どもが「引きこもりから外の世界へ」という課題に恐る恐る直面し始め、やがて実際に社会へと踏み出していくまでのプロセスを支えるサポート技法ということができる。これは内面的には、不安・恐怖症状に圧倒され家庭に引きこもる子どもの背景にある強大な超自我不安を緩和し、自己同一性と理想に支えられたバランスよい柔軟な自己の確立を支援するプロセスに他ならない。この治療モデルにおいては特に『仲間集団』の意義が大きい。不登校状態にある子どもは、イジメをはじめとするさまざまな原因によって仲間集団の活動に挫折し孤立した子どもであるといえる。したがって、この治療モデルの適応となる子どもは仲間集団を嫌悪し恐れるという面を必ず持っているものである。不登校状態にはない不安障害の子どもにおいても、多くは何らかの仲間集団に対する違和感を、例えば対人緊張、仲間の前で失敗し恥をかきことを恐れる予期不安、過度の内気さ・恥ずかしがり屋といった形で示している。入院生活は、このような子どもが苦手なはずの仲間集団の真只中に飛び込むという側面を持っている。彼らが仲間集団と出会い、それと折り合い、そして仲間とともに幼児期由来の強大な超自我不安を克服し、より自由な内的世界を獲得する作業に取り組み始めること、この作業を支援することこそ不安・恐怖モデルの入院治療にかかわる治療スタッフの主な活動目標であるといえよう。

2) 強迫モデル（摂食障害を含む）

強迫モデルの主な適応対象は「強迫性障害」の重症例や「神経性無食欲症」である。強迫は自己の生々しい性的ないし攻撃的な衝動や願望を隠蔽し、神経性無食欲症は食欲と同一視された依存欲求とそれが与えられないことへの深い怒りを隠蔽し、どちらも反動形成的に正反対の

清潔さや秩序、あるいは活動性と共にあらわれる過度の自己統制を前面に出してくる子どもが多い疾患と理解できる。そしてどちらも、自己の内的衝動への強い否認と退行的で自己愛的な肥大した自己像へのしがみつきが優勢な病態でもある。強迫モデルは、受容的な観察期間の後に、暴走する症状への他者の巻き込みや、あるいは症状そのものの悪化に対する、治療スタッフによるさまざまな形態の「抑制」が重要な治療の転回点となるところにその特徴がある。なお、この抑制の形態には約束、個室施錠、身体拘束などさまざまな形がある。このような制限を処方するタイミングはケース・バイ・ケースではあるが、例えば入院後も拡大する強迫儀式への他者の巻き込みが子ども-スタッフ関係を煮詰まらせているとき、あるいはあの手この手で頑固に継続する拒食行動がいっこうに収まらないとき、一定の準備的期間の後に、それらの症状的行動に歯止めを加えるといった呼吸で実施することになるだろう。これは病的な自己愛の暴走をとどめ、「まだ君は子どもだから、自分で決めなくてもいいんだよ」「大人に任せておいていいんだよ」と抱えとめることに他ならない。そしてこの抑制によって始まる次の局面は、多かれ少なかれ幼児から思春期までの発達過程の「やりなおし」であり、治療スタッフや親の側からすれば「再養育」という性格を持つ段階になる。このような退行的な作業の中で育てられるべきは、健全な自己愛に支えられた「本当の自分」である。この治療モデルは、強迫性障害や神経性無食欲症の子どもが以上のような仕事をある程度前進させ、仲間集団に本当の関心を示すようになった段階でその特徴的な幕を閉じ、そこから先は不安・恐怖モデルと同じような「自己の確立」へと向うプロセスとなるだろう。

3) ヒステリー・モデル

ヒステリー・モデルの適応対象は「転換性障害」や「解離性障害」の大半である。これらの疾患は依存欲求や怒りといった「(本当の自分

の) 本当の気持ち」を顕在化させる替わりに、身体症状や記憶障害などで表現する病態と理解しておいてもよいだろう。このモデルにおいては、子どもの本当の気持ちを保護・支持するために、表面に現れ周囲を振り回すヒステリー症状に「騙される」ことに傷つかないという治療スタッフの姿勢が最も大切な治療の推進要因である。騙されたことに対する怒りにまかせてその症状の疾病利得や、これらの疾患では必ず見え隠れする詐病性を暴露・攻撃するという治療スタッフの反応は、治療を破壊しこそすれ、治療上何の成果も得られないことを忘れてはならない。子どもの転換症状や解離症状が身体疾患の回復過程に準じて回復していくことを、治療スタッフは「本当の自分の修復過程」であると理解し、かつそれを口にせず、伴走するように焦ることのない支援を継続することが大切である。

4) 境界例モデル

境界例モデルの適応対象は、空虚感や孤立感に耐えられず、攻撃性(すなわち「怒り」と自己破壊性(すなわち「見捨てられ抑うつ」)の間を激しく動揺するといった病態である。この治療モデルは「境界性人格障害(18歳未満でもそれが最も適切な疾患概念なら診断可能)」のみならず、非常に多くの精神疾患に適応しうるものであり、その対象は疾患概念を単位としてとらえるよりは、病態水準の単位でとらえるべきものといえよう。そのような中でも、被虐待児の「愛着障害」はこのモデルの最も深刻な対象といえるだろう。この治療モデルは、依存と怒りが両面性の緩衝帯を通過することなくストレートに表現されること、良いスタッフと悪いスタッフへの対象分裂がさかんに生じること、著しく孤独に耐えられないことなど、患児と治療スタッフ双方にとって直面する課題が山積みの治療モデルであり、治療スタッフは十分な受容・支持と限界設定という矛盾に満ちた治療構造を一貫して保持するという困難なかかわりを続ける必要がある。この治療モデルが成立するため

に必須の要因は、動じすぎること無関心すぎることもない母性と、しなやかで自己愛的過ぎない父性をもって、しかもチームとしての統合性を失うことなく子どもの治療経過にかかわり続ける治療スタッフの存在である。なお、この治療モデルにしたがった治療を通じた印象としては、10代前半の境界例は大人の境界性人格障害へ必ずしも展開していかないように感じている。

5) 発達障害モデル

発達障害モデルの適応対象は、「注意欠陥／多動性障害 (ADHD)」や「アスペルガー症候群 (AS)」をはじめとする、いわゆる軽症高機能発達障害であり、その主な病態は、各疾患に特有な認知障害に基づく対人関係や社会性の問題と、それに由来する不適応状態の深刻化であるといっていよう。すなわち、環境が求めるものが理解できない、あるいは環境の望むようにふるまえないことへの困惑と混乱、その結果としての自尊心の低下と他者の評価に対する被害的過敏さの亢進などが、問題行動と精神症状の出現およびその深刻化にかかわっているのである。この治療モデルは物理的構造、人間関係、日課および病棟規則などを、ADHD や AS の各疾患に応じた認知しやすいものへと構造化することにその特徴がある。また、メッセージの伝達法にも疾患特有な工夫、例えば ADHD には衝動を統制した望ましい行動の賞賛と望ましくない行動の無視、AS には他者の気持ちの伝達などに視覚刺激を上手に利用するなどが必要である。

6) 精神病モデル

精神病モデルの適応対象は「統合失調症」「双極性障害」「非定型精神病」などによる精神病状態である。急性期の危機介入は青年期以降の対応となら変わるところはない。急性期精神病の子どもにとって、同年代の子どもだけで構成

される児童思春期病棟の生活は刺激が強すぎるという側面があることを、治療スタッフは知っていなければならない。実際に筆者の臨床現場では、急性期精神病の中学生は大人の精神科病棟での入院治療を選択するが多い。しかし亜急性期や慢性期に至り、子どもの家庭復帰や学校復帰のための準備、あるいは学校不適応がすでに生じている場合のリハビリテーションを目的とした入院治療においては、院内学級と連携して支援することができ、同年代の仲間関係にも参加できる児童精神科病棟の利用が望ましくなると筆者は考えている。

VI. おわりに

最後に、筆者が児童精神科における入院治療の際立った特徴と考えているいくつかの点を簡条書きの形で挙げて本論のまとめとしたい。

1. 患児への治療介入は成人に比べ非言語的交流が中心となる。思春期の高まった両個性はしばしば言語的交流を阻む要因である。
2. 親の支持機能を引き出し、親を支えることを常に心がける。
3. 治療スタッフは各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両個性の矢面に立ち、彼らの「依存と反撥」に対して、受容と制限を処方しつつ子どもに伴走する。
4. 思春期患児の仲間集団の形成とその活動を支え治療的に利用する。
5. 段階的な学校教育との再会を支持する(院内学級利用など)。
6. 治療スタッフには他職種と連携して患児の問題解決と発達を息長く待てる柔軟さと適度な楽観主義が求められる。

ここまで読み進んでくれた若い読者が、本論で解説した入院治療をめぐる児童精神科的発想に、いささかなりとも関心と共感を持ってくれるならば、筆者にとってこれに勝る喜びはない。

注意欠陥/多動性障害の薬物療法

— 9 歳男児の治療経過と ADHD 治療ガイドラインの現状について —

宇佐美 政英* 齊藤 万比古**

抄録：注意欠陥/多動性障害（以下 ADHD）は多動・衝動性および不注意を主症状とする疾患であり、生物学的な要因と同時に心理社会的な要因までが複雑に絡み合った病態である。ADHD の治療において methylphenidate（以下 MPH）を中心とする薬物療法は、心理社会的アプローチや行動療法的アプローチとともに重要な治療技法の 1 つとなる。しかしながら MPH が無効もしくは効果不十分のケースでは、MPH 以外の薬剤の選択に苦慮することが多い。そのため今後わが国においても MPH 以外の薬物については十分な議論を行った上で、薬物療法および心理社会的なアプローチや行動療法的アプローチを組み合わせた包括的な治療ガイドラインが必要である。本稿でははじめに ADHD の治療ガイドラインおよび薬物治療アルゴリズムの現状を述べ、次いで MPH と carbamazepine との併用療法を心理社会的な治療とともに行った 9 歳男児の治療経過について若干の考察を加えて報告する。

臨床精神薬理 8 : 899-903, 2005

Key words : attention-deficit hyperactivity disorder, guideline, algorithm, medication, methylphenidate

I. はじめに

注意欠陥/多動性障害（以下 ADHD）は多動・衝動性および不注意を主症状とする疾患であり、生物学的な要因と同時に心理社会的な要因までが複雑に絡み合った病態である。ADHD の治療において methylphenidate（以下 MPH）を中心とする薬物療法は心理社会的アプローチ、行動療法

的アプローチとともに重要な治療技法の 1 つとなる。

本稿でははじめに ADHD の治療ガイドラインおよび薬物治療アルゴリズムの現状を報告し、その上で MPH の効果が不十分であった 9 歳男児の治療経過について若干の考察を加えて報告する。

II. ADHD の治療ガイドラインの現状

はじめに ADHD 治療ガイドラインについて齊藤の報告¹²⁾をもとに述べる。1997年に米国児童青年精神医学会の示した臨床指針⁵⁾は薬物療法を第 1 に挙げており、行動修正法、行動療法的観点からの学校での介入、ペアレント・トレーニング、家族療法、ソーシャル・スキル・トレーニング (SST)、個人精神療法、認知行動療法などの心理社会的治療・援助法についてもその治療的意義を認めている。しかしどのような組み合わせで治療

Drug treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder : case report and review of guidelines and algorithms for ADHD.

*国立精神・神経センター国府台病院児童精神科
〔〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1〕

Masahide Usami : Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所児童思春期精神保健部
Kazuhiko Saito : Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

を行うべきかについては触れられておらず、MPHを中心とした薬物療法のコンセンサスガイドラインに到達したものとは言えない。次いで1998年にTaylorほかにより発表された「多動性障害の臨床ガイドライン」¹³⁾では心理社会的な治療・援助技法により多くの注意が払われたものとなっている。それによれば学校との連携、親ガイダンス、個人精神療法を行った上で、それでも重大な障害を生活にきたす際に、薬物療法を行うことを推奨している。さらに明確な治療指針として2001年に米小児医学会が発表した「ADHDの臨床的・実践的治療ガイドライン」¹⁴⁾においては、治療技法の選択と組み合わせについて明らかにした治療アルゴリズムが示されている。そこでは中枢刺激薬を第1選択薬とする薬物療法と行動修正のための行動療法が主たる治療技法とされている。

わが国においては2003年に「注意欠陥/多動性障害(AD/HD)評価・治療ガイドライン」⁹⁾が発表された。そこでは薬物療法およびペアレント・トレーニングに重点が置かれおり、特に薬物療法ではMPHが大きく取り上げられている。しかしながら、MPHが第1選択薬とは記載されておらず、その他の薬物としてpemoline, 抗うつ薬, 気分安定薬, 抗精神病薬, clonidineが挙げられているだけで、MPHを含む薬物治療アルゴリズムについて言及されていない。

薬物の選択基準についての報告を見てみるとGreenhillら⁷⁾が「ADHDにおけるMPH使用ガイドラインおよびアルゴリズム」で心理社会的な治療とともにMPHの初期投与量からMPH徐放剤の使用まで含めたMPH薬物療法アルゴリズムについて述べている。MPH以外の薬物を含めた薬物療法に関してはPliszkaら¹⁰⁾が発表したADHD薬物療法アルゴリズムがある。それにおいても第1選択薬は中枢刺激薬となっている。さらにMPH無効例や十分な効果を示さないケースにおいて①併存障害を認めないADHD, ②気分障害を伴うADHD, ③チック障害を伴うADHD, ④間歇性爆発性障害を伴うADHDに分類して、それぞれの治療アルゴリズムを示している。MPH以外の薬物としてはpemoline, 抗うつ薬, α Ago-

nists, 抗精神病薬, 気分安定薬の使用をそれぞれのアルゴリズムにおいて推奨している。

このように諸外国におけるガイドラインの多くは「中枢刺激薬による薬物療法と行動療法的な行動修正を中心とする心理社会的な治療法を組み合わせた治療・援助ガイドライン」と言え、MPH以外の薬物療法まで示す治療アルゴリズムも少なからず認める現状である。わが国においてもMPH以外の薬物については十分な議論が必要であり、その上でADHD治療・診断ガイドラインが、より実践的で具体的な指針となるように検討をしていく必要がある。

Ⅲ. 症例提示

年齢：初診時9歳(小学校4年生)

主訴：落ち着きがない、車にひかれそうになる、「集中力の欠如がひどい」と教師に言われた。

家族歴：父, 母, 姉, 祖母の4人暮らし。父親は厳格な人で本児に対しても厳しく接する。精神科遺伝負因なし。

既往歴：2歳の時に髄膜炎。

発達歴・現病歴：普通分娩で出生時異常は認めなかった。始語, 始歩などの精神運動発達に遅れは認めず, 健診などで発達上の異常は指摘されなかった。視線は合い, 人見知りは少なかった。他の兄弟に比べて迷子になることが多く, 3歳から幼稚園に入るとすぐに落ち着きのなさが目立った。強く叩いて友達を泣かすこともあったが, 年下の子どもの面倒見がよく, 愛嬌があると保育士からの評判は悪くなかった。

小学校に入ってから変わらず, 授業中の立ち歩きやお喋りが続いた。友人関係で自分が中心でないときにすぐに喧嘩になった。小学校2年生になると徐々に周囲の子どもから外されるようになり, 「学校がつまらない」と言うようになった。小学校3年生になると担任教師が替わり, 厳しい担任教師となった。最初は教師の指摘にも従ったが, 5月になると授業中に自分のやりたいことをするようになった。またこの頃から級友との喧嘩が絶えなくなった。母親が教師の勧めで訪れた地域の教育センターでADHDの可能性を指摘さ

れ、当院をX年4月（小学校4年生）に紹介受診となった。教育センターで施行したウェクスラー式知能検査（WISC-III）の結果は言語性知能（VIQ）：95，動作性知能（PIQ）：101，全体的知能（FIQ）：98であった。

治療経過：

（1）初診時の様子と診断（X年4月からX年9月まで）

待合室に居るときから落ち着きはなく、名前を呼ばれてからも「これ何」と連呼しながら、置いてあるおもちゃや文具などを触っていた。着座はできず、絶えず喋りながら診察室内を動き回っていた。質問には関係ないことを答え、その都度母親に窘められていた。母親が注意をすると反抗的になり大声で怒鳴った。学校でも怒られると、教師に向かって「なんで僕ばかりおこられるんだ」と反抗したと母親は語っていた。DSM-IV-TRにおけるADHDの診断基準に沿って初診時の状態像を評価すると、多動・衝動性および不注意についてはすべての項目を満たし、ADHD混合型と診断した。血液検査・脳波検査・頭部MRI上に異常所見は認めなかった。

母親に対してADHDの症状やその病理について説明を行った上で、Token Economy System^{3,4}を応用した行動療法的アプローチを指導した。学校との連携を図り自宅および学校で試みたところ、本児はご褒美を目指して課題に取り組んだ。しかしながら徐々に「約束事」以外のことに関しては集中力が続かず、他児との些細なことで口論となり、暴力的になることを繰り返した。母親の指示にも従わず、父親から強く叱責されることが多くなった。ここで薬物療法を提案したが、母親に「子どもに薬をのませたくない」と拒否された。治療者は薬物療法の必要性を伝えていくとともに、行動療法的アプローチを行いながら学校との協議を重ねていった。しかしながら、本児の行動はさらにエスカレートしていき、母親の制止を振り切って自宅から飛び出し夜遅くまで遊び続けるなどの問題行動を頻回に認めるようになった。母親はその都度本児に言いきかせたが効果はなく、さらに父親が厳しく叱責するようになった。叱責されると最初は「悪いことしてない」と怒

るが、最後には「ごめんなさい」と謝ることを繰り返した。それでも同じような問題行動を繰り返す本児に対して両親ともに行き詰まりを感じ、薬物療法を用いることに同意した。

（2）MPHの使用から入院治療を要するまで（X年9月からX年10月）

本児と母親にMPHについて、その効果と副作用について書面を用いて説明し、内服の同意を得た。MPH投与は1日朝1回、5mg/日投与から開始し10mg/日まで増量した。開始直後から午前中の早い段階に限られたが、授業中のお喋りや立ち歩きは目立たなくなり、教師から叱責されることも少なくなった。しかし給食の時間にはほぼ内服前の状態に戻っていた。そのためMPHを20mg/日まで漸増したところ、午前中の学校では集中して課題に取り組めるようになった。このときの状態像をDSM-IVのADHDの診断基準に当てはめると、多動・衝動項目は2項目を認め、不注意項目は1項目であった。以後MPHを20mg/日を維持量として投与した。しかしながら、MPH投与開始1ヵ月後のX年10月頃に他児から「クスリ男」と呼ばれたことに、腹を立てて喧嘩が絶えなくなった。この際にMPHを25mg/日に増量したが、著しい食欲低下、チック症状を認めたため、再びMPHを20mg/日に減量した。すると、その翌日に級友と些細なことで口論となり、興奮した本児はハサミでそばに居た関係ない女兒の髪を切り大騒ぎとなった。そのため治療者は外来治療の限界を感じ、衝動コントロールを目的に入院治療を開始した。

（3）入院治療およびMPHとcarbamazepine（CBZ）の併用療法（X年10月からX+3年3月）

児童病棟入院後は、他児と顔を合わせるだけで喧嘩になるなど落ち着きはなく、MPHに加えてrisperidone 1mg/日を開始した。しかし眠気が強くアカシジア症状も目立ったため、risperidoneのみを内服中止とした。次にfluvoxamineを150mg/日まで用いたが状態は変わらなかった。そこでfluvoxamineを中止として、MPHの併用薬としてcarbamazepine（以下CBZ）を100mg/日から開始したところ、開始後2週間で衝動的な言動

が若干軽減したため、CBZは200mg/日まで漸増し、投与した。すると衝動的な言動は少なくなり、スタッフの注意にも耳を傾けるようになり、病棟や院内学級での行動療法的アプローチにも積極的に取り組むことができるようになった。

X+1年4月（小学校5年生）に退院となり、退院後は学校生活での落ち着きのなさは目立たなくなった。「自分でも気をつけている」と本児自らが言うようになった。また多少の困難や課題に対しても「やらないといけないでしょ」と言いながらも、自ら取り組む姿勢を見せるようになった。

X+2年4月にはCBZを漸減中止としたところ、多少の不注意や衝動性はあるものの、落ち着いて学校生活を送ることができるようになった。X+2年11月からMPHを漸減したが、多動・衝動性に変化はなかった。X+3年3月小学校を卒業すると同時にMPHの内服を中止したが、現在は安定して過ごしている。

IV. 症例考察

本児はADHD症状のみならず、何事にも投げやりな態度がよく見られ、自尊心の低さが窺えた。ADHD児は幼少期からその症状を抱え、それ故に周囲の大人から叱責され自尊心を傷つけられてくることが多く、その一部が反抗挑戦性障害や行為障害へと展開していく可能性が指摘されている^{3,8,11)}。このような展開を予防するためにもADHD段階での治療的介入が重要であると言われている^{6,9,11)}。その際にガイドラインが示すような中枢刺激薬を中心とした薬物療法は症状の緩和という点では重要な治療戦略の1つとなり得るが、薬物療法だけでは彼らの傷付いた自尊心を回復し、彼らの成長を支えていくことはできない。そのため薬物療法に加えて親ガイダンス、学校との連携、個人精神療法など心理社会的な治療を行うことも、それまで自尊心を踏みにじられてきた彼らの自我機能に健康的な能動性を獲得させ、自尊心の回復に繋げていくことにとって重要である。本症例においても、親ガイダンス、学校との連携、行動療法的アプローチから治療を開始した

が、それだけでは十分な効果を得ることができなかった。それらの治療に加えてMPHを中心とした薬物療法、入院治療、MPHとCBZの併用療法を用いたことでADHD症状の軽減を得ることができ、行動療法的アプローチを通じて成功体験を得ることに繋がったと言える。さらに薬物療法についてはMPHだけではその衝動性を十分に抑えることができず、MPHとCBZとの併用療法が他剤と比較して効果的であった。わが国のガイドライン⁸⁾ではCBZについては多動・衝動性が強く、情動統制が困難な症例に適していると述べられており、Pliszkaらのアルゴリズム¹⁰⁾においては、間歇性爆発性障害を伴うADHDでの気分安定薬の使用が推奨されている。CBZはてんかん、躁うつ病もしくは攻撃性などに用いられることが一般的だが、本症例でもその効果を認めるようにADHDの薬物療法においても重要な薬物の1つと言える。

本症例における薬物療法では結果的にMPHに加えたCBZが効果的であったが、ADHDの薬物療法を行う際に、MPH無効ケースもしくは本症例のように十分な効果を得ることができないケースにおいて、MPH以外の薬物の明確な使用指針がなく、その治療に苦渋する現状と言える。今後は、抗精神病薬や気分安定薬などのMPH以外の薬物を含んだ薬物治療アルゴリズムがわが国にも必要と言える。

V. まとめ

ADHD治療において薬物療法は重要な治療戦略の1つとなる。今後わが国においてもアルゴリズムのような薬物療法の展開に応じた薬物の階層化を行い、「どれから始めるべきか」「つぎは何か」といった実際的な治療指針を明確に示す必要はないだろう。特にMPHの乱用、無定見な処方、そして違法流通などに対する指摘も多いことを承知した上でADHDへの使用を推奨するからには、十分慎重な処方ガイドラインを示す必要があると言える。その際にCBZをはじめとする気分安定薬、抗うつ薬、抗精神病薬などMPH以外にADHDに用いられている薬物の効果とその

使用アルゴリズムについて明確にしていくことが、MPHの闇雲な処方減らしていくものと考ええる。また様々なガイドラインが指し示すように薬物療法だけでなく心理社会的な治療を含めた包括的治療が、児童思春期における健康的な自我発達を促す契機になると考えられ、わが国においても今後そのような治療指針を示すガイドラインの登場が期待される。

文 献

- 1) American Academy of Pediatrics : Clinical practice guideline : Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108 : 1033-1044, 2001.
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth edition. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996.)
- 3) Barkley, R. A. : Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition. The Guilford Press, New York, London, 1998.
- 4) Barkley, R. A. : Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J. Clin. Psychiatry*, 63 (Suppl. 12) : 36-43, 2002.
- 5) Dulcan, M. : Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder.

der. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36(suppl. 10) : 85s-121s, 1997.

- 6) Eddy, J. M. 著, 藤生英行訳 : 行為障害—キレる子の診断と治療・指導・処遇. 金子書房, 東京, 2002.
- 7) Greenhill, L., Beyer, D. H., Finkleson, J. et al. : Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Atten. Disord.*, 6(suppl. 1) : S89-S100, 2002.
- 8) 上林靖子, 齊藤万比古, 北 道子 : 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2003.
- 9) Loeber, R., Lahey, B. B., Thomas, C. : Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 100 : 379-390, 1991.
- 10) Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., Crismon, M. L. et al. : The Texas Children's Medication Algorithm Project : Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40 (9) : 991, 2001.
- 11) 齊藤万比古, 原田 謙 : 反抗挑戦性障害. *精神科治療学*, 14(2) : 153-159, 1999.
- 12) 齊藤万比古 : 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の診断・治療ガイドラインについて. *精神神経学雑誌*, 17(2) : 167-179, 2005.
- 13) Taylor, E., Sergeant, J., Doepfner, M. et al. : Clinical guideline for hyperkinetic disorder. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 7 : 184-200, 1998.

り、CDのなかで、ADHDと診断されるものは55%とも85%とも言われている。

ではなぜ行為障害児にはADHDが多いのであろうか。

まず、ADHD児は、診断基準項目にもなっているように衝動統制が悪いことがあげられる。これは、感情面でいえば些細なきっかけから怒りの抑制がきかなくなることにつながる。

また、ADHD児は多かれ少なかれ社会的な認知障害を併せ持っている。すなわち、対人関係で相手の曖昧な表現や表情を誤って認知し、「自分ばかりがないがしろにされている」と被害的に解釈する可能性がある。

さらにBarkleyはADHDの基本障害として実行機能の障害を想定している(Barkley, 1992)が、ADHD児は未来を予測して計画を立てることが難しかったり、過去の行動を振り返り今後の行動を修正することが難しいといわれている。このため新しい問題解決能力が低く、また、一旦身に付いた反社会的行動もなかなか変えられないと考えられる(Spitz, 1998)。

第二型は言語性知能の低いものである。調査の結果では、IQ70未満の精神遅滞(MR)と診断された症例は10名(27%)、IQ70以上だが、言語性IQが動作性IQに比べて有意に低いものは8名(22%)であった。

古くから、反社会的行動を起こすものの中に、精神遅滞者が含まれることは注目されてきた。Zagarら(1989)は、約2000人の非行少年を対象に発達障害と破壊的行動障害を調査し、IQ70以下は15%、70-79は26%に認められると報告した。ちなみに、注意欠陥障害の子どもは55%に認められたという。また、精神遅滞や注意欠陥障害の子どもはそれらを併存しない子どもに比べ、読み、書き、算数の到達度が低いことも見いだされている。

言語能力は自己制御や感情調整に重要な役割を果たすと考えられている。すなわち、自分の思考や感情にラベルし分類すること、行動戦略を選ぶために他者とコミュニケーションすること、論理的に物事を考えることなどは言語能力が大

きく影響する。言語能力に制限のある子どもは、柔軟に、率直に、適応的な方法で他者と接することが難しい。例えば、「むかついたから火をつけた」というように自分の感情や意志を的確に表現できないために、短絡的な行動に走ったり、「金を貸さないあいつが悪い」などと利己的な論理の元に反社会的行動を展開すると考えられる(Greene, 1999)。

第三型は広汎性発達障害の併存である。

このタイプは数こそ36名中4名(11%)と少なめであったが、問題行動が広汎性発達障害症状の延長線上にあることが特徴的であった。すなわち、ある例は、特定のものに対する独特のこだわりがあり、強盗、窃盗を繰り返していたし、別の例は、対人関係上のトラブルから、しばしば興奮して暴力を振るっていた。

杉山ら(2000)は、アスペルガー症候群と暴力行為の関連を報告している。彼らによれば、アスペルガー症候群の中のごく一部の子どもは、ファンタジーと現実の切り替えが困難であること、对人的過敏性やいじめ体験から暴力行為に至るとしている。

十一(2004)は、広汎性発達障害に観られる症候を医療的観点から分類するとともに、基本契機に基づいて触法行動をa. 従来型、b. 性衝動型、c. 理科実験型、d. 高次対人過負荷型に分類している。

このタイプは、数が少ないためこれまであまり注目されてこなかったが、その行動を予測し難いこと、罪悪感が欠落し内省が難しいこと、適切な診断がなされていない場合、周囲から誤解されやすいことなどから看過できない一群であると考えられた。

III. 生物学的要因と心理社会的要因

無論、行動・発達障害がCDの単一の原因であるわけではない。これは、行動・発達障害全体から観れば、CDを呈さない子どもの方が大多数であることから明らかである。それではなぜ一部の行動・発達障害児が行為障害に至るのであろうか。

ここで注目すべきは心理社会的要因である。先述の調査 (Harada, 2002) では、行為障害児 36名中24名 (67%) に何らかの心理社会的問題を認めた。このなかでは、実父母が離婚しているもの26名 (72%), 虐待を受けていたもの18名 (50%), 母親に統合失調症, 精神遅滞などの精神障害を持つもの7名 (19%) などが主なものであった。図1は、これらの心理社会的問題と行動・発達障害との関係を表したものである。丸は、何らかの重篤な心理社会的問題を持つ子どもを示している。一つの問題が有意に特定の行動・発達障害に偏って認められることはなかったが、行動発達障害を持つ児の多くが同時に心理社会的問題も抱えていることが理解できる。

表3は、CD のリスクファクターである (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Dodge, 2003; Spitz,

1998)。これらのリスクファクターは、生物学的要因と心理社会的要因、そしてその両者が関与

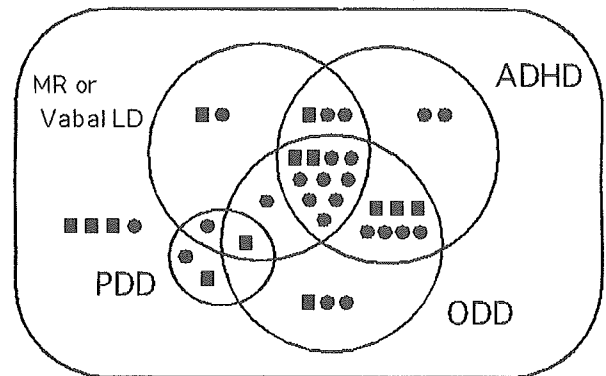


図1 行為障害児における行動・発達障害と心理社会的問題の関係

●は重篤な心理社会的要因を持つことを意味する。

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ODD: Oppositional Defiant Disorder, CD: Conduct Disorder, PDD: Pervasive Developmental Disorder, MR: Mental Retardation, Vabal LD: FIQ \geq 70かつVIQがPIQに比べて危険率5%未満で有意に低い。

表3 行為障害のリスクファクター

A. として生物学的に規定されると考えられる因子
<ul style="list-style-type: none"> ・ 遺伝 ・ 胎内での毒物 (麻薬, アルコール, 煙草, 鉛など) への曝露 ・ 周産期障害 ・ 男性 ・ 多動・衝動性, 不注意 ・ 認知機能の障害 ・ 低い言語機能
B. 心理社会的因子
<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティの特徴 (暴力への親和性, 貧困, 失業) ・ メディアによる暴力への過剰な曝露 ・ 貧困な親機能 (拒絶, 一貫性の無さ, 厳しすぎる) ・ 虐待 ・ 不適切な行動の教育 ・ 家庭の貧困 ・ 夫婦間の葛藤 (含 DV) ・ 離婚 (片親) ・ 家庭内の物質乱用や精神障害の存在 ・ 家族の犯罪 ・ 友人関係の障害
C. 両者が関与すると考えられる因子
<ul style="list-style-type: none"> ・ 気質 ・ 低年齢での不適切な攻撃性 ・ 中枢神経系のセロトニン活性の低下