

している要因に分けることができよう。このうち心理社会的要因は、かつて反社会的行動を生じる主要な原因と考えられてきた。子どもの反抗的行動の発現要因に関する研究(Gard, 1986; Patterson, 1989)は、過度に制限や要求の多い養育、不十分な親のしつけや監督、制限と自立を巡る適切に解決されない親子間の葛藤などを子どもの反抗の促進要因としてあげている。いわば、「氏より育ち」を原因として重視するのが、これまでの心理学的立場であった。しかし、後方視野的研究は、統計学的な相関を示すことによって、養育と反抗的行動の関係を説明したに過ぎないし、良くデザインされた前方視野的研究であってもすべての生物学的・心理社会的要因をコントロールしているわけではない。従って、養育と反社会的行動の因果関係は科学的に証明されたわけではない(井口ら, 2002)。これに対して近年、生物学的要因と心理社会的要因の相互作用を破壊的行動障害の原因として重視する考えが強調されている。

Cloningerら(1982)は、養子研究において犯罪を犯していない親から生まれ、社会経済的に安定した親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は3%であるのに対し、犯罪を犯した親から生まれ、社会経済的に不安定な親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は40%にも上ることを示した。

Maziadeら(1990)は、7歳時の養育困難な気質(新しい刺激からの引きこもり、低い適応性、気性の激しさ、不機嫌)の子どもを思春期(12歳と16歳)まで前方視野的に追跡した。この結果、こうした子どもは、親が子どもの行動を適切に制御できない家庭においては、精神疾患、特に反抗性障害を発症したという。

Dodgeら(2003)は、乳児期の攻撃的気質と後年の仲間からの拒絶との関係を調べた。かれらによれば、乳児期の攻撃性が中央値以下の子どもは後年仲間からの拒絶にあっても反社会的行動を起こさないのに対し、中央値以上の子どもは高率に反社会的行動を起こしたという。

神庭ら(2002)によれば、気質の分散におい

ては、遺伝の効果が33~65%、共有環境(双生児双方に共通している環境)の効果は0~11%、非共有環境のそれは44~55%であり、遺伝と環境は相互に影響し合って個々の精神病理を発現させるという。

#### IV. 行動・発達障害が行為障害に至る経過

それでは、行動・発達障害と心理社会的要因はどのような影響を与え、どのような経過でCDに至るのであろうか。小学校入学前後に分けて考えてみたい。

##### (1) 就学前までの経過

図2は行為障害に至る経過でのリスクファクターの関連を示した仮説である。

遺伝や周産期障害、胎内でのアルコールや薬物への曝露は、未解明の脳内の神経伝達の異常をもたらし、多動・衝動性、不注意、認知障害、言語機能の障害などが生じると考えられる。これも未解明であるが、攻撃性を含む養育困難な気質も周産期までにある程度規定されるかもしれない。これらの脆弱性をもつ子どもは、親からのしつけや監督が不十分になったり、体罰を含む過度に厳しい養育、あるいは虐待を受ける可能性が高くなる。ありのままの自分が受け入れてもらえない彼らは、内面的には自己評価が下がって抑うつ的となり、外面的には他罰的となって周囲に対する怒りを抱く。衝動性故にこの怒りはすぐに表出されることが考えられる。また、この怒りは受け入れられない甘えの裏返しであり、養育者の反応を求めて為されているとも考えられる。

さらに、言語機能が低ければ、うまく表出されない怒りは余計に反抗的態度や行動として現れるであろう。また、低い認知機能は、周囲の状況をうまく把握できないがゆえに養育者の怒りを招いたり、言動を曲解するがゆえに自らの怒りを増加させる方向に働こう。これらの結果、子どもはさらに不適切な養育を受けることになり、さらに反抗的となる。また、親が暴言を浴びせたり、暴力を振るうことが多ければ、それに同一化した子どもは、より攻撃的・暴力的と

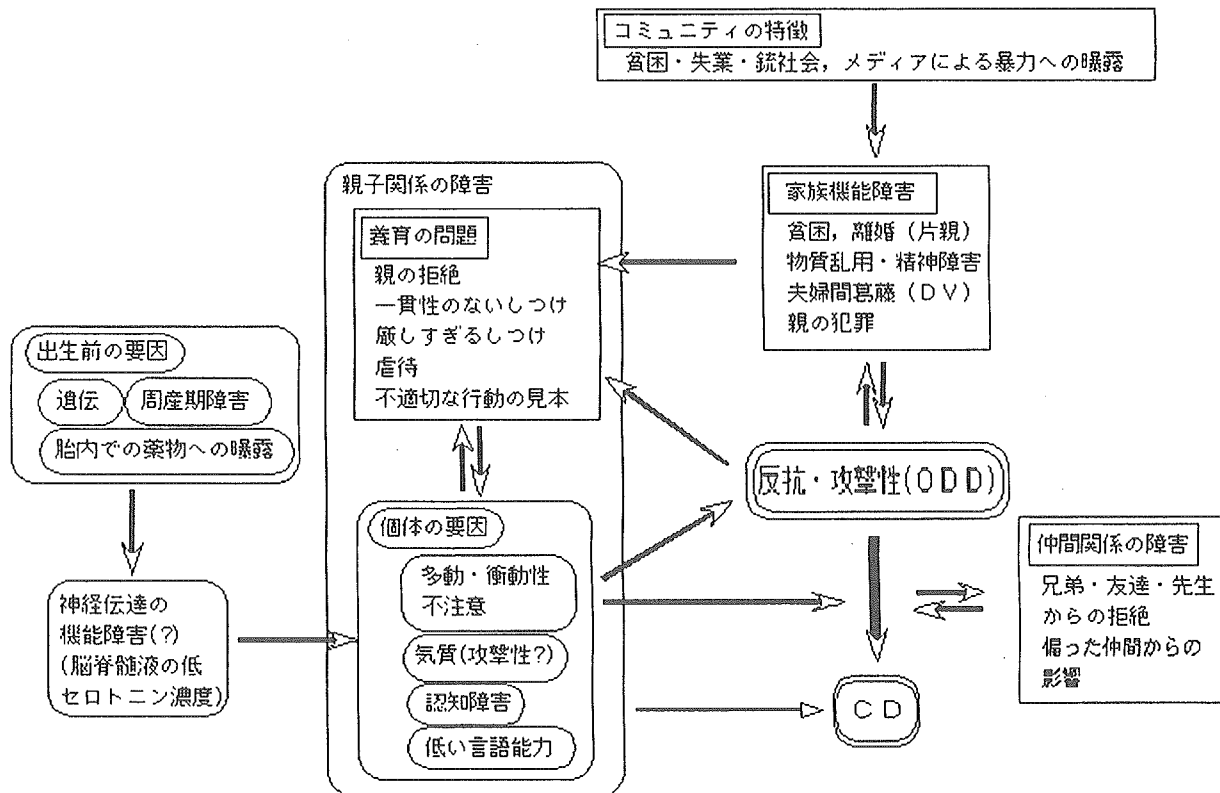


図2 行為障害の発現過程

なる。このように、個体の要因と養育の問題は互いに刺激しあい、親子は怒りと反抗の悪循環に陥る。こうした状態が ODD と呼ばれる状態であり、反社会的行動を取る準備状態にあると考えられる。また、この段階で超自我形成が乏しければ、反社会的行動を開始し、行為障害を呈することもあり得よう。

現在の DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) では、CD は10歳以前に発症する小児期発症型とそれ以降に発症する青年期発症型に分けられる。DSM-IV の解説では、「小児期発症型の行為障害は、通常男性にみられ、身体的攻撃性が伴い、仲間関係が破綻している。より早期に ODD と診断されるかもしれない。成人後も問題が持続しやすく、後に反社会性人格障害に発展するリスクが高い。青年期発症型は比較的攻撃性が少なく、正常な仲間関係（ただしこの仲間とともに反社会的行動をとる）を保ちやすい。小児期発症型に比べて反社会性人格障害に発展することは少ない」とされ

る。ちなみに Loeber ら (2000) によれば、7 歳児の CD の罹患率は5.6%、13歳児の CD のそれは8.3%であり、軽快するものを考慮すれば、小児期発症型と青年期発症型の CD はほぼ同数と考えられる。

(2) 学童期以後の経過

親子関係の障害の背景にはさまざまな家族機能の障害が存在することが多い。こうした場合、それらは親子関係をさらに悪化させる方向に働くと同時に、子どもの怒りを増幅させる。このような家族機能不全への怒りに基づく反社会的行動は、家族の崩壊を防ぐための方策の意味も持っているであろうが、それでも悪循環が止まらない場合には反社会的行動は次の段階に進む。

ODD 児はこうした経過全般において、通常の友人に受け入れてもらえず孤立しがちとなる。この時、彼らを受け入れてくれるのは同じような境遇の子どもたちである。このため彼らは思春期に入る頃から反社会的な集団に属する

している要因に分けることができよう。このうち心理社会的要因は、かつて反社会的行動を生じる主要な原因と考えられてきた。子どもの反抗的行動の発現要因に関する研究(Gard, 1986; Patterson, 1989)は、過度に制限や要求の多い養育、不十分な親のしつけや監督、制限と自立を巡る適切に解決されない親子間の葛藤などを子どもの反抗の促進要因としてあげている。いわば、「氏より育ち」を原因として重視するのが、これまでの心理学的立場であった。しかし、後方視野的研究は、統計学的な相関を示すことによって、養育と反抗的行動の関係を説明したに過ぎないし、良くデザインされた前方視野的研究であってもすべての生物学的・心理社会的要因をコントロールしているわけではない。従って、養育と反社会的行動の因果関係は科学的に証明されたわけではない(井口ら, 2002)。これに対して近年、生物学的要因と心理社会的要因の相互作用を破壊的行動障害の原因として重視する考えが強調されている。

Cloningerら(1982)は、養子研究において犯罪を犯していない親から生まれ、社会経済的に安定した親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は3%であるのに対し、犯罪を犯した親から生まれ、社会経済的に不安定な親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は40%にも上ることを示した。

Maziadeら(1990)は、7歳時の養育困難な気質(新しい刺激からの引きこもり、低い適応性、気性の激しさ、不機嫌)の子どもを思春期(12歳と16歳)まで前方視野的に追跡した。この結果、こうした子どもは、親が子どもの行動を適切に制御できない家庭においては、精神疾患、特に反抗性障害を発症したという。

Dodgeら(2003)は、乳児期の攻撃的気質と後年の仲間からの拒絶との関係を調べた。かれらによれば、乳児期の攻撃性が中央値以下の子どもは後年仲間からの拒絶にあっても反社会的行動を起こさないのに対し、中央値以上の子どもは高率に反社会的行動を起こしたという。

神庭ら(2002)によれば、気質の分散におい

ては、遺伝の効果が33~65%、共有環境(双生児双方に共通している環境)の効果は0~11%、非共有環境のそれは44~55%であり、遺伝と環境は相互に影響し合っって個々の精神病理を発現させるという。

#### IV. 行動・発達障害が行為障害に至る経過

それでは、行動・発達障害と心理社会的要因はどのような影響を与え、どのような経過でCDに至るのであろうか。小学校入学前後に分けて考えてみたい。

##### (1) 就学前までの経過

図2は行為障害に至る経過でのリスクファクターの関連を示した仮説である。

遺伝や周産期障害、胎内でのアルコールや薬物への曝露は、未解明の脳内の神経伝達の異常をもたらし、多動・衝動性、不注意、認知障害、言語機能の障害などが生じると考えられる。これも未解明であるが、攻撃性を含む養育困難な気質も周産期までにある程度規定されるかもしれない。これらの脆弱性をもつ子どもは、親からのしつけや監督が不十分になったり、体罰を含む過度に厳しい養育、あるいは虐待を受ける可能性が高くなる。ありのままの自分が受け入れてもらえない彼らは、内面的には自己評価が下がって抑うつ的となり、外面的には他罰的となって周囲に対する怒りを抱く。衝動性故にこの怒りはすぐに表出されることが考えられる。また、この怒りは受け入れられない甘えの裏返しであり、養育者の反応を求めて為されているとも考えられる。

さらに、言語機能が低ければ、うまく表出されない怒りは余計に反抗的態度や行動として現れるであろう。また、低い認知機能は、周囲の状況をうまく把握できないがゆえに養育者の怒りを招いたり、言動を曲解するがゆえに自らの怒りを増加させる方向に働こう。これらの結果、子どもはさらに不適切な養育を受けることになり、さらに反抗的となる。また、親が暴言を浴びせたり、暴力を振るうことが多ければ、それに同一化した子どもは、より攻撃的・暴力的と

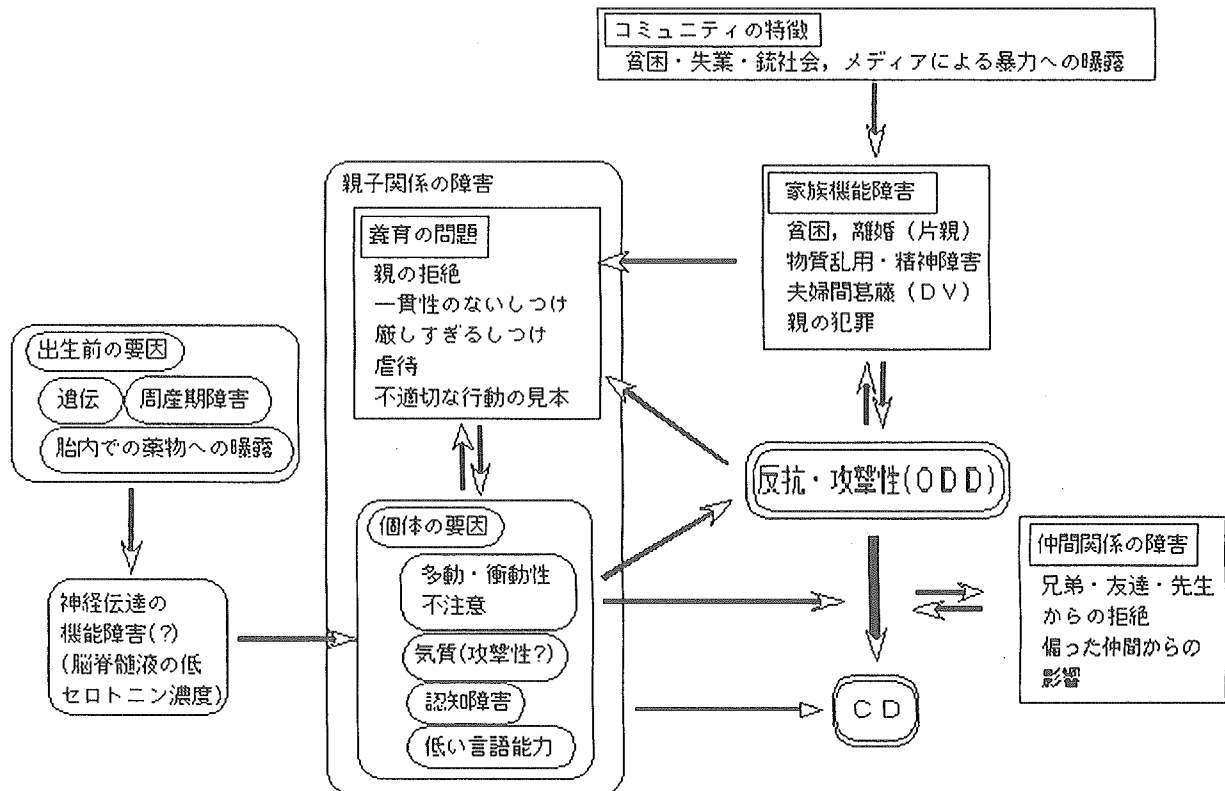


図2 行為障害の発現過程

なる。このように、個体の要因と養育の問題は互いに刺激しあい、親子は怒りと反抗の悪循環に陥る。こうした状態が ODD と呼ばれる状態であり、反社会的行動を取る準備状態にあると考えられる。また、この段階で超自我形成が乏しければ、反社会的行動を開始し、行為障害を呈することもあり得よう。

現在の DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) では、CD は10歳以前に発症する小児期発症型とそれ以降に発症する青年期発症型に分けられる。DSM-IV の解説では、「小児期発症型の行為障害は、通常男性にみられ、身体的攻撃性が伴い、仲間関係が破綻している。より早期に ODD と診断されるかもしれない。成人後も問題が持続しやすく、後に反社会性人格障害に発展するリスクが高い。青年期発症型は比較的攻撃性が少なく、正常な仲間関係（ただしこの仲間とともに反社会的行動をとる）を保ちやすい。小児期発症型に比べて反社会性人格障害に発展することは少ない」とされ

る。ちなみに Loeber ら (2000) によれば、7 歳児の CD の罹患率は5.6%、13歳児の CD のそれは8.3%であり、軽快するものを考慮すれば、小児期発症型と青年期発症型の CD はほぼ同数と考えられる。

## (2) 学童期以後の経過

親子関係の障害の背景にはさまざまな家族機能の障害が存在することが多い。こうした場合、それらは親子関係をさらに悪化させる方向に働くと同時に、子どもの怒りを増幅させる。このような家族機能不全への怒りに基づく反社会的行動は、家族の崩壊を防ぐための方策の意味も持っているであろうが、それでも悪循環が止まらない場合には反社会的行動は次の段階に進む。

ODD 児はこうした経過全般において、通常の友人に受け入れてもらえず孤立しがちとなる。この時、彼らを受け入れてくれるのは同じような境遇の子どもたちである。このため彼らは思春期に入る頃から反社会的な集団に属する

ことが多くなる。一方、家族機能の障害はしばしば、同一化するべき適切な男性像が得られないことにつながる。これらの結果、実行機能や言語・認知機能の低い彼らは、容易に反社会的な男性像に同一化し、CDを呈すると考えられる。

## V. 破壊的行動障害と EDM

ODD や CD に対してはこれまで精神療法、薬物療法、集団療法、認知行動療法、親訓練を含む家族療法、これらを組み合わせた統合的治療などさまざまな治療法が提唱されてきた。Brestan & Eyberg (1998) は過去29年間の82の心理社会的治療研究をレビューし、実験的に確立された治療法を同定した。彼らが破壊的行動障害の子どもに対して「確立された」と認めた治療法は、2つの親訓練法 (Patterson, 1968; Webster-Stratton, 1984) だけであり、2つ以上の追試によって、対照群よりも有効と認められた治療法は、親子相互作用療法、各種の認知行動療法、そしていくつかの治療法を組み合わせた統合的治療法であったと述べている (表4)。

これに対して、Greene & Doyle (1999) は「実験的研究に参加する親子は、その時点で偏りが

あり、全体を正しく反映していない」と実験的研究結果を批判している。確かに、親訓練が有効なのか、親訓練に参加し、完遂するような親を持つ子どもだから治療効果が高いのかは議論のあるところであろう。例えば、児童自立支援施設に入所している行為障害児の大多数は、機能不全家族の中で育てられており、親訓練など望むべくもなかった。彼ら自身も言語化能力をはじめとする能力的問題から認知行動療法も困難であると推測された。しかし、これこそがCDの実態なのである。Greeneらは、「異なった型の親子不適合は異なった型の介入を必要とするため、治療成績はいかに介入の内容が個々の親子の必要性にマッチしているかにかかっている」と主張している。

## VI. 予後と予防

Storm-Mathisen ら (1994) は、75例のCDを20年追跡し、その1/2は、社会的に適応しているものの、1/3は反社会性人格障害と診断され、1/4がアルコールや薬物を乱用し、1/4が不安障害を生じていたと報告している。また、Zoccolillo (1992) によれば、不安障害の併存は7.1~30.5%、うつ病の併存は、15~31%とされる。この

表4 実験的に確立された治療法 (Brestan と Eyberg (1998) による)

### 実験的に確立された治療法

1. Parent Training based on living with children  
Patterson and Gullion (1968)  
親に標的となる偏った行動を監視させ、適切な行動に報酬を与え、偏った行動を無視したり罰することを教えるようデザインされている
2. Videotape Modeling Parent Training  
Webster-Stratton (1984)  
ビデオテープによる親訓練

### 実験的にほぼ確立された治療法

(少なくとも2つの追試によって対照群よりも有効と認められた治療)

1. Parent-Child Interaction Therapy
2. Problem Solving Skills Training (Kazdin, 1987)
3. Anger coping therapy
4. Anger control Training with Stress Inoculation
5. Assertiveness training
6. Delinquency Prevention Program
7. Multisystemic Therapy

ように CD の予後は決して楽観できるものではない。

齊藤ら (1999) は、一部の ADHD が、ODD の診断基準を満たし、その一部が CD に移行し、さらにその一部が反社会性人格障害となって予後不良の経過を辿るといふ行動障害の変遷を “DBD マーチ” と概念化することが臨床上有用であるという知見を示した。また、Loeber ら (1991) は、CD 治療の有効性の低さを指摘し、可逆性のある ODD 段階での治療の重要性を主張している。すなわち、ODD は DBD マーチを停止させる臨界点であると考えられ、ADHD 児の中で ODD を適切に診断し治療することによって、CD を予防ないし軽症化する可能性が存在する。この点こそ ODD という臨床概念が必要とされる最大の理由であると筆者は考えている。近年、破壊的行動障害の予防効果の報告がなされ始めており (Bennett, 1998; Patterson, 1989; Reid, 1999)、今後この分野での研究が発展することが期待される。

## Ⅶ. ODD・CD の治療

以上を踏まえると、破壊的行動障害に対する治療は、生物学的視点に立った治療、言い換えれば、個体の持つ脆弱性に対する治療と、心理社会的視点に立った治療、すなわち養育や環境に対する働きかけを、その子どもや親の実情に合わせて統合的に行うというのが現実的であろう。しかも、その治療効果を考えるとなるべく早期から介入を開始したい。

前者として、現在のところ考えられるのは、薬物療法と認知行動療法であり、後者としては、親訓練法と子どもにかかわることの多い学校への介入があげられる。

(1) 薬物療法 ADHD をともなう ODD・CD に対しては、methylphenidate の投与が考慮される。攻撃性や反社会的行動そのものに対する有効性の報告もある。脳波異常を伴い、爆発性、衝動性、攻撃性が目立つ場合には、Carbamazepin などの抗てんかん薬が選択される。攻撃性そのものに対して、Haloperidol や Risper-

idon、炭酸リチウム、降圧剤であるクロニジンやβブロッカーであるプロプラノロールの有効性も報告されている。ただし、どの薬剤も多数例を対象に長期間フォローし、有効性が確認されたものはない (Lavin, 1993)。

(2) 認知行動療法 認知行動療法としては、年少者を対象とした SST と年長者を対象とした問題解決訓練があげられる。SST は、遊び、勉強、スポーツなど構造化された状況において、好ましい行動は、声かけや報酬などによって強化し、好ましくない行動にはタイムアウトや罰則 (楽しい行事に参加させない) などを設けて、これを減じていく。この反復によって、適応的行動を学んでいくといった内容が主である (Frankel, 1997)。

問題解決訓練とは、問題が生じた状況を詳しく聴き、その時の対応のデメリットを話し合い、他の解決策を考え実行する。実行後にその結果を話し合い、解決策を修正するという方法である。治療者はその状況を聴く中で、相手の言動に対する認知や、その時の自動思考を尋ね、誤った認知に基づいて行動していると判断される場合には、別の角度からの視点を提示して認知の修正をはかる (Kazdin, 1987a, b)。

(3) 親訓練法 親訓練法は、適応的な行動には報酬を与え、不適応行動は無視をしたり、罰則を与えたりするオペラント条件付けを用いて、子どもの監督方法を教えるものである (Patterson, 1968)。また、ビデオテープを見せて、子どもの行動に対する対応の仕方についてグループで討論するものもある (Webster-Stratton, 1984)。どのような形のもので、親に対する集団療法的効果も兼ねている。

本格的な親訓練ができなくとも、親ガイダンスは必須である。まず両親に対して、幼児期以来のこどもの特徴を発達障害を含めた個体の脆弱性の観点から説明する。これまで自分たちの子育てを非難され続けてきた親は、こうした説明によって無用な罪悪感から開放され、子どもに対する陰性感情を減少させることができる。

子どもに改善を期待する行動やルールは、ス

モールステップで目標を定め、明確に示すことを勧める。そして、以前できなかったことができるようになったら、完璧でなくとも必ずそれをほめるようにする。小学生であれば、好ましい行動1回につきシールを1枚貼り、それが一定数たまったらご褒美（例；おやつが1つ増える）を与えるといったトークンエコノミーも有効である。

良くない行動や反抗的態度については、公正、明確、非暴力的な態度で注意を与える。期限を決めても改善がなかったり、破壊的な行動をとる場合には、子どもの特権（例；ファミコン）を制約する。この制約は例外なく、感傷なく実行することが肝心である。

子どもはこのような親の監督の強化や新しいルールに反発してくる。これに対しては、両親が一致して常に同じ対応をすることが大切である。理屈を並べる子どもに対しては、議論をせず穏やかに指示をくりかえし、相手の土俵に乗らない態度が要求される。また、往々にして父親は、殴って言うことをきかす“しつけ”を通して、「自分の要求を通すには暴力を用いてもよい」という誤った認識を教えていることが多いので、非暴力的態度は徹底する必要がある（原田，2002）。

（4）学校への介入 学校は外部からの干渉やそれによる変化を嫌う傾向が強いため、学校内のヒエラルキーや運営方法は尊重する必要がある。その上で、治療者、親、教師、養護教諭、スクールカウンセラーら学校スタッフとのミーティングを開く。学校スタッフにも、発達障害を含めた個体の脆弱性の観点から患児の特徴を説明し、対応を協議する。

まず、学校に子どもの居場所を確保する。この場所は、その子がこころを寄せている大人がいる場所（相談室、保健室など）がよい。反抗的態度には学習障害による低い学力や低い自己評価が影響していることがあるので、親や教師は子どもの成績に対する要求水準を引き下げ、その学力に見合った目標を設定し、結果よりも努力に対して賞賛を与えるべきである。さらに

その子の勉強以外の得意分野で子どもの能力を引き出すこと、クラスの係や委員会活動において子どもに役割を与え、達成感を味わえるような配慮も必要である。部活動、特に運動部への参加は、身体を動かすことが気分転換につながる上、反社会的な仲間との交流を減らす効果もあるため積極的に勧めたい（原田，2002）。

#### （5）地域社会との連携

親ガイダンスや治療によっても親機能の改善が見られない場合や、崩壊家庭など家族機能に重大な欠陥があり、家庭での養育が困難である場合には、児童相談所との連携をはかり、状況に応じて情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設の利用を考慮すべきである。

### VIII. まとめ

以上、ODDとCDについて概説した。CDに至るルートとしての3型の行動・発達障害が基盤に存在しうるが、単純にこれらの障害がODD、CDの原因と言える訳ではなく、心理社会的要因との相互作用によって発症に関与すると考えられる。

過去においては、心理社会的要因、特に親の養育がCDの原因として強調されてきたが、ODD、CDの理解や治療のためには、基底にある行動発達障害の的確な診断は必須であり、治療も個々の子どもの実状に合わせて行うべきであると考えられる。

### 文 献

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (Suppl. 10), 122S-139S.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth-edition*. Washington D. C., American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A., Grondzinsky, G. & Dupaul, G. J.

- (1992) : Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **20**, 163-188.
- Bennett, K. J., Lipman, E. L., Racine, Y. et al. (1998) : Annotation : Do measures of externalizing behavior in normal populations predict later outcome? Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **39**, 1059-1070.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998) : Effective psychological treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, **27**, 180-189.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. et al. (1982) : Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees, II : Cross-fostering analyses of gene-environmental interactions. *Archives of General Psychiatry*, **39**, 1242-1247.
- Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2003) : A biopsychosocial model of the chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, **39**, 349-371.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. et al. (1991) : Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder : Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine*, **21**, 109-21.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P. et al. (1997) ; Parent-assisted transfer of children's social skills training : Effects on children with and without attention-Deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1056-1064.
- Gard, G. C. & Berry, K. K. (1986) : Oppositional children : Taming tyrants. *Journal of Clinical Child Psychology*, **15**, 148-158.
- Greene, R. W. & Doyle, A. E. (1999) : Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder : Implications for assessment and treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **2**, 129-148.
- 原田謙 (2002) : ADHD と反抗挑戦性障害・行為障害. *精神科治療学*, **17**, 171-178.
- Harada, Y., Satoh, Y., Sakuma, A. et al. (2002) : Behavioral and developmental disorders among conduct disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **56**, 621-625.
- 井口浩登, 田亮介, 工藤耕太郎他 (2002) : 脳・行動の発達と養育環境. *臨床精神医学*, **31**, 489-499.
- 神庭重信, 杉山暢宏 (2002) : 精神病理の進化・発達論的観点. *臨床精神医学*, **31**, 481-487.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H. et al. (1987a) : Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **26**, 416-424.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H. et al. (1987b) : Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 76-85.
- Lavin, M. R. & Rifkin, A. (1993) : Diagnosis and Pharmacotherapy of conduct disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, **17**, 875-885.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B. et al. (2000) : Oppositional defiant and conduct disorder : A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **39**, 1468-1484.
- Loeber, R., Lahey, B. B. & Thomas, C. (1991) : Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 379-390.
- Maziade, M., Caron, C., Cote, R. et al. (1990) : Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 1531-1536.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. (1989) : A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, **44**, 329-335.
- Patterson, G. R. & Gullion, M. E. (1968) : *Living with children : New methods for parents and teachers*. Champaign, IL., Reaserch Press.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E. et al. (1992) : Teacher ratings of DSM-III-R symp-



- toms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 210-218.
- Reid, J. B., Eddy, J. M., Fetrow, R. A. et al. (1999) : Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, **27**, 483-517.
- 齊藤万比古, 原田謙(1999) : 反抗挑戦性障害. *精神科治療学*, **14**, 153-159.
- Spitz, M. L., Coy, K., Deklyen, M. et al. (1998) : Early-onset oppositional defiant disorder : What factors predict its course? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, **3**, 302-319.
- Spitzer, R. L., Davies, M. & Barkley, R. A. (1990) : The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 690-697.
- Storm-Mathisen, A. & Vaglum, P. (1994) : Conduct disorder patients 20 years later : A personal follow up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, **89**, 416-420.
- 杉山登志郎, 辻井正次, 石川道子他(2000) : 暴力的な噴出を繰り返す Asperger 症候群の症例検討. *小児の精神と神経*, **40**, 303-312.
- 十一元三 (2004) : 広汎性発達障害を持つ少年の鑑別・鑑定と司法処遇—精神科疾患概念の歴史的概観と現状の問題点を踏まえ—. *児童青年精神医学とその近接領域*, **45**, 237-245.
- Webster-Stratton, C. (1984) : Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **52**, 666-678.
- Zagar, R., Arbit, J., Hughes, J. R. et al. (1989) : Developmental and disruptive behavior disorders among delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **28**, 437-440.
- Zoccolillo, M. (1992) : Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depression and anxiety disorders : A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 547-556.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての  
行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」  
平成17年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成18(2006)年 3月  
発行者 主任研究者 齊藤万比古  
発行所 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  
TEL: 047-372-3501 FAX: 047-318-4622