

診断的特徴

ICD-10による、F91「行為障害」の診断基準では、反復し持続する反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動パターンを特徴としており、最も極端なときには、年齢相応に社会から期待される行動パターンを大きく逸脱していなければならないと定義している。また、診断ガイドラインでは、小児の発達レベルを十分に考慮したうえで判断するよう求めており、たとえば、かんしゃくは3歳児の発達段階では正常範囲にある行動であるため、単にそれがあるというだけでは診断の根拠にはならない。同様に、暴力犯罪のような他人の市民権の侵害も、ほとんどの7歳児の能力範囲内にはないので、この年齢層にとっての必要な診断基準とはならないとしている。具体的な診断基準を表2に示した16)。これによると、診断の基礎となる行動として23項目があげられており、これらのうちのいくつかが、少なくとも6ヶ月間持続していることが条件となっている。発症年齢に関しては、DSM-IV-TRと同様に10歳前後の行為の問題の有無によって小児期発症型と青年期発症型に分けているが、あくまでも発症年齢の特定を推奨するにとどまっている。

このように、行動パターンの重篤性や持続性を重視していること、発症年齢を特定する場合には10歳を区切りとしていることという点においては、DSMによる行為障害の診断基準とほぼ合致していることがわかる。

下位分類

ICD-10の診断基準においてDSM-IV-TRと大きく異なる点としては、F91行為障害のカテゴリーのなかに、より社会生態学的な分類を重視したいくつかの下位群が定義されていることがあげられる。具体的には、表2に示した行為障害の全般的基準に合致するという前提のもとに以下のように分類されている。

F91.0 家庭内に限られた行為障害

F91.1 非社会化型行為障害

F91.2 社会化型行為障害

F91.3 反抗挑戦性障害

F91.8 その他の行為障害

主な類型についてそれぞれの特徴を簡単にまとめる。F91.0「家庭内に限られた行為障害」は異常行動のほとんどすべてが家庭環境の中で起こっており、攻撃行動は家族の構成員に限られている場合をさす。家族の中核的構成員と子どもとの関係になんらかの顕著な障害が背景に存在するとしている。F91.1「非社会化型行為障害」は、同年齢の仲間とうまくとけこめないことが最大の特徴で、他の子どもからの孤立や拒絶、グループ内での共感的、相互の関係が欠如しており、違反行為は単独で行われることが多いとしている。F91.2「社会化型行為障害」は、同年齢の子どもと持続的な友情関係を築くことができることが鑑別の鍵となり、しばしばグループを構成し集団非行のかたちをとる一群をさす。権威のある大人との関係は乏しいことが多く、行為障害の特徴は家族以外の環境で最も明白であるとしている。これは、DSM-III-Rでいう「集団型」に該当し、情緒障害の合併は通常少ないとされている。ICDではF91.3として「反抗挑戦性障害」を行為障害の一類型として含めている。DSMの診断基準では、他者の基本的人権や社会的規範あるいは規則を侵害する行動として15項目を規定しているのに対して、ICDでは23項目があげられているが、これは「反抗挑戦性障害」の症状である7項目が加わっていることに起因している。ICD-10の「反抗挑戦性障害」の診断基準によれば、およそ9、10歳未満の小児に特徴的にみられ、挑戦的で不従順な行動はあっても、法や他人

の権利を侵害する、より重大な反社会的あるいは攻撃的な行動が存在しないと定義している。したがって、診断基準も4項目以上の症状が6ヶ月以上持続するとしながらも、9)～23)の症状については2項目を超えないことを規定している。つまり、行為障害の軽度な型として、あるいは行為障害の前駆型として分類されており、行為障害の他の類型とは異ったものとなっている。

併存障害

DSMでは、2つの精神疾患の診断基準を満たすような場合には、両方の診断を併記することが認められている。行為障害は、年齢や知能から期待される水準よりも読字能力や言語能力が低いことや、平均以下の知能との関連も指摘されており、学習障害やコミュニケーション障害を追加診断とするほうが妥当なケースもあるという⁴⁾。しかし、行為障害で見られるようないくつかの行動様式は、ときにADHD、ODDの子どもにも該当することがあり、また、気分障害をもつ子どもの場合には行為の問題が前景となっていることもあるため、行為障害と診断するにあたっては慎重に判断する必要がある。

ICD-10でも同様に、行為障害を診断する場合には情緒障害などに該当する疾患とは十分な妥当性をもって区別するべきとしている。しかし、多動性障害とは明確に区別することが難しく、重複していることもしばしばあるという⁶⁾¹⁹⁾。ICDでは多動と行為障害の両方の特徴が存在するような場合には、F90多動性障害の下位分類にあるF90.1多動性行為障害を診断するように規定されており、多動性障害のほうに焦点をあてたものとなっている。また、ICDでは、行為障害と情緒障害が重複する障害としてF92「行為および情緒の混合性障害」という項目を設けている。このなかには、抑うつ症状や悲哀感、日常的活動への興味と喜びの喪失といった気分(感情)障害の症状を重複するF92.0「抑うつ性行為障害」、不安、恐怖、強迫行為などの神経症性障害の症状を重複するF92.8「他の行為および情緒の混合性障害」とF92.9「行為および情緒の混合性障害、特定不能のもの」が含まれており、かなり広い範疇の疾患がこのなかに該当することになる。たしかに小児にみられる精神症状はさまざまなかたちで表われてくるため、混合性障害はあらゆる現症を網羅した診断基準であるといえるが、一方で、臨床上の焦点を明らかにしないまま診断が下されてしまうといった危惧もある。

おわりに

行為障害の診断基準についてDSM-IV-TRとICD-10の比較を交えて論じた。診断にあたっては、行為の重症性や持続性を強調する点では両者に共通しているが、診断概念の範囲の拡大という根本の部分で相違がある。DSMでは版の改訂にともない、病型の分類については数々の変移を重ねてきたが、診断項目自体は「行為」に限定されたものになっている。一方、ICDでは家族内に限られた行為障害や反抗挑戦性障害などの情緒的問題の関与が大きいと思われる障害に関しても、この診断の範疇に含めている。つまり、ICDでは行為障害をより広い概念でとらえているため、疾病の中核がややあいまいになっている。

また、行為障害の亜型分類についても専門家の間での意見は一致しておらず、今後の重要な課題のひとつと考えられる。まずは、診断概念を明確にし、臨床家にとって理解しやすいものにしていく必要があると思われる。

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). APA, Washington DC, 1980 (高橋三郎, 藤縄昭訳: DSM-III精神疾患の分類)

- と診断の手引き．医学書院，東京（1982）
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.(DSM-III-R). APA, Washington DC, 1994（高橋三郎，大野裕，染矢俊幸訳：DSM-II IV-R 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京（1995）
 - 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.(DSM-IV). APA, Washington DC, 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（1995）
 - 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington DC, 2000（高橋三郎，染矢俊幸，大野裕，訳：DSM- IV -TR 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，(2002)
 - 5) 安藤久美子，岡田幸之：少年の非行と犯罪．思春期学 18(1): 58-67(2000)
 - 6) Bryan R. Loney and Elizabeth N. Lima: Part1.General Issues. 1.Classification and Assessment. 3-31, In Conduct and Oppositional Defiant Disorder Epidemiology, Risk Factors, and Treatment. Cecilia A. Essau(Ed), Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London, 2003
 - 7) Lahey B, Applegate B, Barkley RA, et al: DSM- IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry 151: 1163-1171（1994）
 - 8) Lahey B, Loeber R, Quay HC et al: Validity of DSM- IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 435-332,（1998）
 - 9) 岡田幸之、安藤久美子：犯罪精神医学と思春期精神医学の接点．思春期学 19巻3号(20周年記念誌) 107-112,(2001)
 - 10) Richters JE, Cicchetti D : Mark Twain meets DSM- III -R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. Development and Psychopathology 5: 5-29(1993)
 - 11) Robins LN: Conduct disorder. J Child Psychol Psychiatry 32(1): 193-212, 1991
 - 12) 齊藤万比古：非行臨床、児童精神医学の立場から．こころの科学 102: 28-35, 2002
 - 13) Stoolmiller, M.S. : Antisocial behavior, delinquent peer association, and unsupervised wandering for boys: Growth and change from childhood to early adolescence. Multivariate Behavioral Research, 29, 263-288, 1994
 - 14) World Health Organization: Manual of the Ninth Revision of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-9). World Health Organization, Geneva, 1978
 - 15) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992（融道男，中根允文，小見山実訳：ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン．医学書院，東京，1993）
 - 16) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva, 1993（中根允文，岡崎祐士，藤原妙子訳：ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準．医学書院，東京，1994）

b) 評価尺度および心理検査

① 子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Check List: CBCL)

国立精神・神経センター精神保健研究所 清田晃生

子どもの情緒や行動を適切に評価するには、専門家が子どもを直接観察して評価することが望ましいが、実際の診察や相談の場面では、子どもの限られた行動しか観察できない。そのため、何らかの行動評価尺度を用いて子どもの情緒や行動について評価することが現実的である。子どもは家庭や学校といった場面により異なる姿を示すことが多いため、行動全般について広範囲かつ組織的に項目が集められ、異なる場面で異なる評価者が記入できる行動尺度が望ましい。また具体的な行動の明確な記述であり、短時間で施行できる方が使用しやすい。

米国の Achenbach ら¹⁾が作成した行動評価尺度 (ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment) は、国際的に広く用いられ、また我が国で標準化されている²⁾唯一の行動評価尺度でもある。Achenbach らが作成した行動評価尺度には、養育者が評価する「子どもの行動チェックリスト (親用), CBCL」、教師による「子どもの行動チェックリスト (教師用), TRF」、思春期の子どもが自分自身で回答する「ユースセルフレポート, YSR」などがある。

日本語版 CBCL は、4 歳から 18 歳の子どもを対象に評価するように作成されており、社会的能力尺度 (Competence Scales) と問題行動尺度 (Problem Item Scales) の 2 つの尺度からなり、子どもの精神病理について養育者の評価を得ることができる。

社会的能力尺度は、子どもが好きなスポーツや趣味、子どもがしている家事の手伝い、親しい友達やきょうだい・家族との関係、学業成績などについて主に自由記述により調べる。

問題行動尺度は、現在および過去 6 ヶ月間における子どもの情緒や行動の問題に関する 120 項目の具体的な質問から構成されている。小学校 5 年生以上の読む能力があれば、15 分から 20 分で回答できる。たとえば、「行動が年齢より幼すぎる」「よく泣く」「よく言い争いをする」などであり、いずれも具体的で簡易な表現であり、その子どもと日常接している大人であれば、比較的容易に評価できる内容である。各項目について「よくあてはまる」場合は 2、「ややまたはときどきあてはまる」場合は 1、「あてはまらない」場合は 0 とする 3 件法で評価する。Achenbach らは、この 120 項目の因子分析から、「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安・抑うつ」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「非行的問題」、「攻撃的行動」という 8 つの症状群尺度 (Syndrome Scales) と、その上位因子としての内向尺度得点 (Internalizing)、外向尺度得点 (Externalizing)、総得点を設定している。(図 1)

TRF はおもに教師が子どもの行動を評価する。学業成績や学校での生活に関する自由記述項目と問題行動尺度からなっており、CBCL と同様の方法で評価する。TRF は一部の質問項目を除いて CBCL とほぼ同じ内容であり、CBCL と同様に 8 つの症状群尺度と内向尺度得点、外向尺度得点、総得点があるため、CBCL との比較が容易に行える。

CBCL と TRF はともに妥当性と信頼性が高い評価尺度である。各症状群尺度得点、内向性尺度得点、外向性尺度得点、総得点は T 得点に換算されて、正常域・境界域・臨床域を区分するためのカットオフポイントを設定している。図 2 の横線で示されているように、各症状群尺度得点では、T 得点 66 点 (累積度数分布の 94%) 以下を正常域、67 点から 70 点 (累積度数分布の 95% から 98%) までを境界域、70 点を超えた場合を臨床域としている。内向・外向の二つの下位尺度評価および総得

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

点では、T 得点 59 点（累積度数分布の 84%）以下が正常域、60 点から 63 点（累積度数分布の 85% から 90%）までが境界域、63 点を超えた場合が臨床域とされている。

各症状群尺度のプロフィールと、それぞれの症状群尺度が正常域・境界域・臨床域のどこにあるかにより、子どもの問題の特徴や深刻度を把握できる。内向・外向尺度は子どもの問題が内向性か外向性かを判断するのに有用であり、総得点は問題の深刻さを総体として概括することに役立つ。

CBCL は子どもの精神疾患の研究で広範に使用されており、行為障害についてもいくつかの報告がある。症状群尺度との関連では、攻撃的行動と非行的行動と行為障害の間に有意な相関を認めるという研究^{2) 3)}が多く、この両症状尺度を用いて行為障害の下位分類化を試みようとする研究⁶⁾も見られる。攻撃的行動を用いて行為障害のスクリーニングを試みた研究³⁾では、カットオフの T 得点を 55 にすべきとされ、両者の緊密な関連が示唆される。行為障害は疾患概念が十分に固まっていると言いき難く、臨床単位としてその概念を明確にしようとする研究が今後も行われると予想される。その際、子どもの情緒、行動の問題を広範にとらえる CBCL や TRF は有用なツールとして機能すると思われる。

図 2 に、実際の行為障害と診断された 14 歳男子の CBCL を示す。この少年は、落ち着きのなさや多動傾向を認めており、非行的行動や攻撃的行動に加えて注意の問題も臨床域にあった。さらに不安／抑うつも臨床域に達しており、非行や反社会的行動を示す子どもが意外に内的に脆弱な面を有しているという臨床経験に合致していた。

CBCL や TRF は、診察室だけでは観察できない多くの情報を与えてくれ、また親と教師のその子どもに対する認知スタイルも見ることができる。そして子どもを包括的にとらえることができるため、診断の補助にとどまらず、その後の治療的介入の手がかりをも提供することが可能である。ただし CBCL は診断に直結するものではない。評価尺度は、すべてその効用と限界を十分熟知して使用する必要がある点を最後に強調しておきたい。

参考文献

- 1) Achenbach TM (1991). Manual for the CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry.
- 2) Edelbrock C and Costello AJ (1988). Convergence Between Statistically Derived Behavior Problem Syndromes and Child Psychiatric Diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 16, 219-231
- 3) Hudziak JJ, Copeland W, Stanger C, et al (2004). Screening for DSM- IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 45, 1299-1307
- 4) 井濶知美, 上林靖子, 中田洋二郎 他 (2001). Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. *小児の精神と神経* 41, 243-252
- 5) Kasius MC, Ferdinand RF, vanden Berg H, et al (1997). Association between Different Diagnostic Approaches for Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 38, 625-632
- 6) Tackett JL, Krueger RF, Sawyer MG, et al (2003). Subfactors of DSM- IV Conduct Disorder:

Evidence and Connections With Syndromes From the Child Behavior Checklist. Journal of Abnormal Child Psychology. 31, 647-654

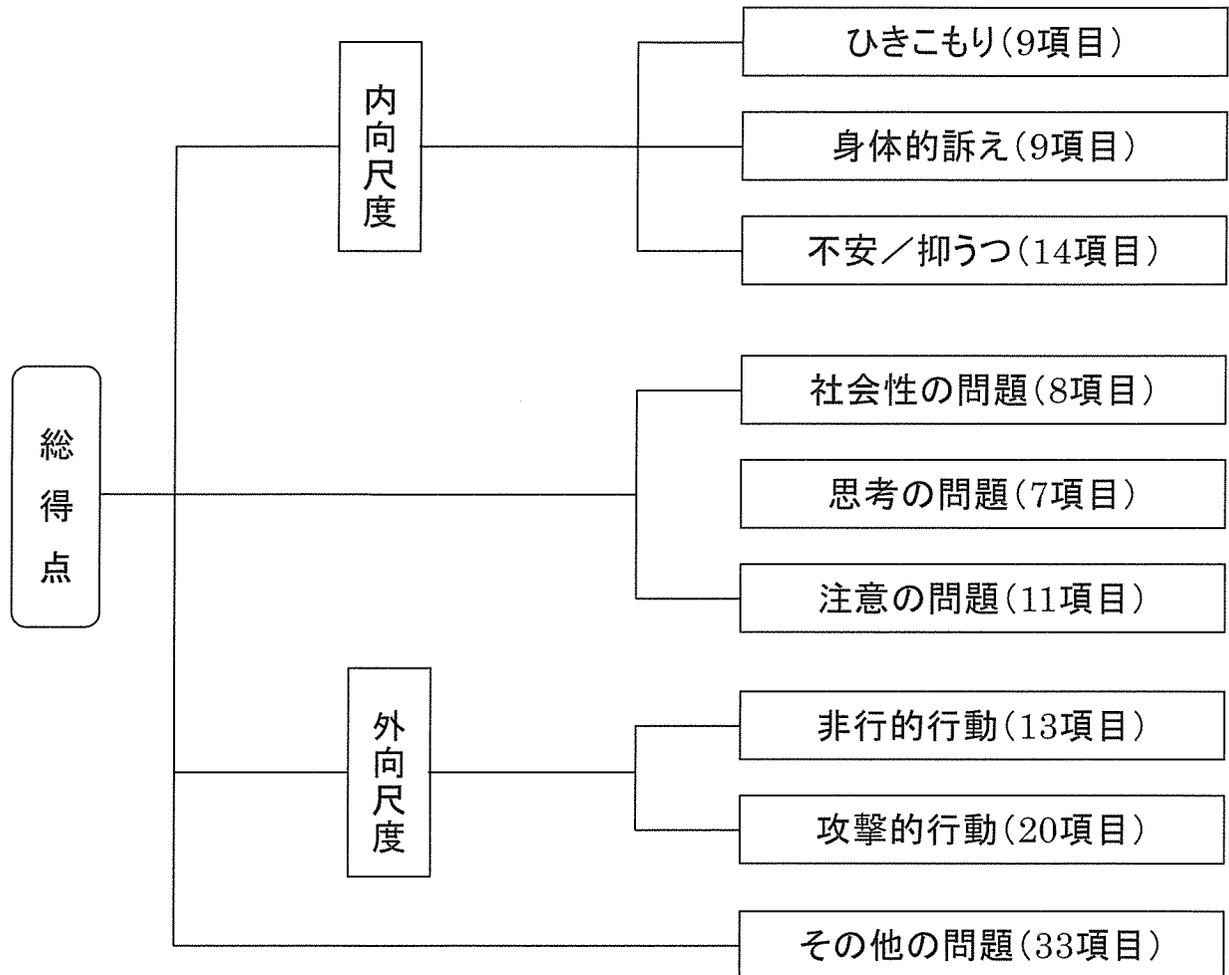
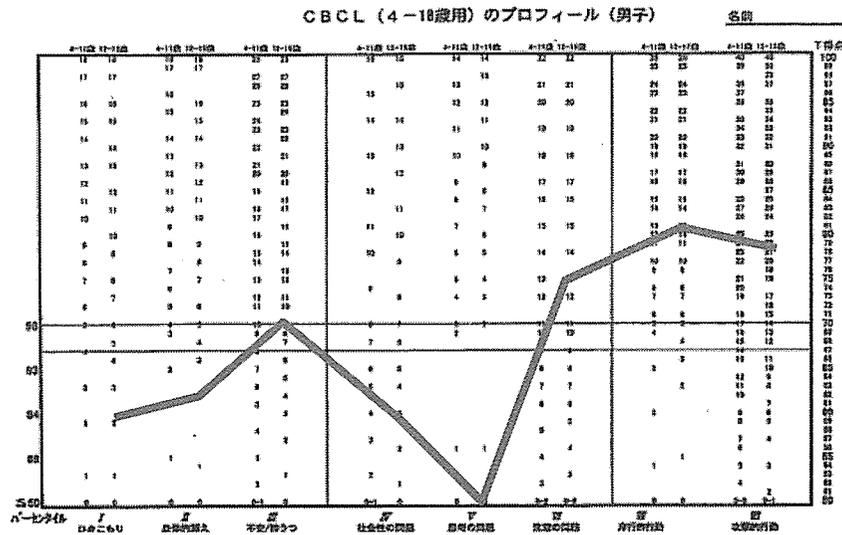


図1 CBCL, TRF, YSR の尺度構成

Ⅲ. 行為障害の評価・診断



下得点	4-11歳	12-15歳	16-18歳	4-11歳	12-15歳	16-18歳	4-11歳	12-15歳	16-18歳
総得点	70	81-82	80-82	75-83	82-84	82-84	72-78	72-78	72-78
内傷尺度得点	58	59-59	59-61	57-64	62-64	62-64	51-57	51-57	51-57
内傷下得点	59	58-58	57-58	56-57	56-57	56-57	48-51	48-51	48-51
外傷尺度得点	62	62-63	62-63	62-63	62-63	62-63	58-59	58-59	58-59
外傷下得点	64	64-64	64-64	64-64	64-64	64-64	58-59	58-59	58-59

図2 行為障害事例のCBCL (例)

② 行為障害チェックリスト (Conduct Disorder Check List : CDCL)

関東医療少年院 奥村雄介
帝京大学 元永拓郎

はじめに

CDCLは、conduct disorderに関連する80項目から構成されており、不適切なconductに関する明示的な質問を文章として対象者に示し、その反応をcheck listとして記入する自記式の心理検査であり、奥村ら(2004)がわが国で独自に開発したものである。

この検査では、感情や価値観については質問においてほとんどふれていない。CDCLは、社会的規範から逸脱したconductの有無をある程度反映する一方、社会的規範から逸脱したconductに関する質問に、被検者がどのようにcheckするかという反応行動を分析することで、conduct disorderの判別と類型を試みる検査である。なお、行為障害は男子に多いことから、男子を対象とした尺度の作成を試みた。行為障害の類型化では、①暴力型、②虚言型、③未分化型および①と②の両方の特徴を併せ持つ④混合型の4つの型に分類される。CDCLについては資料に添付した。

行為障害は必ずしも反社会性人格障害に発展するわけではないが、反社会性人格障害の診断基準には15歳未満の行為障害の既往が必須条件となっている。したがって行為障害の中で反社会性人格障害に発展するポテンシャルを持っているものを判別し、早期に対処することができれば、予防的観点からも意義深い。

CDCLの理論的背景

成人受刑者の犯罪類型をみると経験的に、第一に放浪、万引き、無銭飲食などを繰り返す意志薄弱・無力型の犯罪、第二に暴行、傷害、器物損壊などの粗暴犯、第三に窃盗、詐欺、横領などの知能犯の3つの類型が挙げられる。これら3つの類型に対して、それぞれ未分化、暴力、虚言の3因子の構造を考えた。ちなみに暴力型と虚言型の合併である混合型は反社会性人格障害の中核群と考えられ、HareのPCL-R (Psychopathy Check List Revised) で高得点者に相当すると予測される。

一般的に非行・犯罪は社会的規範からの乗り越え・逸脱であり、原理的には動因の亢進(アクセルの踏み込み過剰)または制御能の低下(ブレーキの故障)の2つの要素が挙げられる。制御能の低下は、社会化または規範の内化が不十分であることを意味することから、行為障害において未分化因子(U因子:undifferentiated)と命名した。一方、動因の亢進は、非言語的なものを暴力因子(V因子:violence)、言語的なものを虚言因子(L因子:lie)と命名した。因子分析の結果は、3因子の構造仮説と一致するものであった。

CDCLの紹介

1) 類型

暴力尺度(V尺度) 9項目 (α 係数=0.81)

7、19、24、36、38、45、51、65、73

虚言尺度(L尺度) 9項目 (α 係数=0.71)

5、9、22、28、40、41、44、49、61

未分化尺度(U尺度) 12項目 (α 係数=0.83)

1、3、6、12、14、15、20、39、47、50、54、59

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

作成された暴力尺度 (V 尺度;鑑別所平均 13.9)、虚言尺度 (L 尺度;鑑別所平均 15.4)、未分化尺度 (U 尺度;鑑別所平均 23.8) の各得点において、平均以上の得点の場合+、平均より低い得点の場合-とした。

表 1 鑑別所男子の行為障害の型 (男性 n=190)

型	人 (縦%)	説明
暴力型 (V + L - U ±)	41 (21.6)	他人や動物への攻撃、他人の財産に損失や損害
虚言型 (V - L + U ±)	47 (24.7)	嘘をつくことや盗み
混合型 (V + L + U ±)	39 (20.5)	暴力型と虚言型の両方を併せ持つ
未分化型 (V - L - U +)	22 (11.6)	重大な規則違反
その他	41 人 (21.6%)	

上記で、未分化群は、暴力型、虚言型、混合型の3つの型のどれにも含まれないもので、未分化尺度得点が平均点を越える型である。どの型にもあてはまらないものを、その他 = (V - L - U -) とした。その他は、道路交通法違反、薬物乱用、単発性非行、単一方向性の非行などに対応しているものと考えられる (奥村, 2004)。

2) 判別

非行群 (n=190) とコントロール群 (n=61) を判別する尺度 (判別 A 尺度)

7、12、14、25、30、54、65、79

非行群における行為障害 [+] 群と行為障害 [-] 群を判別する尺度 (判別 B 尺度)

45、46、52、54、57、68、73

全体集団において行為障害 [+] 群とコントロール群を判別する尺度 (判別 C 尺度)

7、12、25、30、65… (判別 A 尺度に含まれていた項目)

45、52、68、73 …… (判別 B 尺度に含まれていた項目)

23、59 …………… (新しく追加された項目)

ここでいう行為障害 [+] 群とは、非行群の中で鑑別技官の評価から行為障害に該当するものを抽出している。

全体集団 (男性 n=251)

	平均	標準偏差	cut-off 値	一致率
判別 A 尺度 (n=251)	16.9	3.1	14 点以上	78.9%
判別 B 尺度 (n=190)	10.3	2.8	11 点以上	70.0%
判別 C 尺度 (n=251)	18.7	4.1	18 点以上	66.5%

標準化の手続き

i) 対象と方法

・対象

対象は少年鑑別所 282 名 (平均年齢 16.42 歳 ± 1.51)、高校生 148 名 (平均年齢 17.0 歳 ± 0.74) の合計 430 名であった。

・調査方法

2005年9月から11月の期間、自己記入式質問紙法である改訂版CDCL調査票を用いて少年鑑別所および公立高校の2群を対象として本調査を実施した。特に少年鑑別所においてはDSM-IVを用いて心理技官による行為障害の客観的判定も行った。

・CDCL項目作成の方法

上記の3因子構造仮説に基づいて、病院、学校、福祉施設、矯正施設など各種のフィールドを持つ研究協力者のブレインストーミングにより、それぞれの因子に対応した社会的規範からの逸脱に関する質問項目を考案した。考案の際に、施設入所前の逸脱行動の記録や入所中の逸脱行動の記録を参考にした。それらの質問項目について予備調査を行い修正し改善した。

ii) 分析手順

・信頼性・妥当性の検討

まず、CDCLの因子分析によって3因子が抽出された。それらの因子をもとに、暴力尺度(V尺度)、虚言尺度(L尺度)、未分化尺度(U尺度)を作成した。各尺度について、信頼性を内的整合性の観点から検証するために信頼性係数(α 係数)を算出した。つぎに、各尺度の内容的妥当性を専門家の検討により検証した。また、DSM-IV-TRの該当項目との相関分析を行なうことで、CDCLの並存的妥当性を分析した。

・類型化について

各尺度得点において平均以上の得点の場合+、平均より低い得点の場合-とし、暴力型 = (V + L - U ±)、虚言型 = (V - L + U ±)、混合型 = (V + L + U ±)、未分化型 = (V - L - U -) と分類した。

・判別について

判別分析は、十分なデータ数のある男性においてのみ行なった。まず、コントロール群(高校生男子)と非行群(鑑別所男子)との2群とCDCL各項目との関連を χ^2 検定で分析した。 χ^2 検定で有意差がみられた項目で、肯定的自己像項目などを除いた35項目を判別分析に投入しStepwise法で項目選択を行なった。その際、正準判別関数係数0.1以上の項目を選別する基準とした。

次に、鑑別所男子における行為障害[+]群と行為障害[-]群の2群とCDCL各項目との関連を χ^2 検定で分析した。肯定的自己像項目などの変数を除き、行為障害[+]群と行為障害[-]群で有意差があった15項目を投入し、判別分析を行った。その際、正準判別関数係数0.1以上の項目を選別しStepwise法で項目選択を行なった。

また、「鑑別所の行為障害[+]群」と「鑑別所の行為障害[-]群およびコントロール群(以下、行為障害[-]合計群と略す)」の2群について、CDCL各項目との関連を χ^2 検定で分析した。肯定的自己像項目などダミー変数を除き、 χ^2 検定で有意差があった35項目を投入し、判別分析を行った。その際、正準判別関数係数0.1以上の項目をStepwise法で項目選択を行なった。これらの分析によって得られた尺度から得点を算出し、cut-offポイントを設定した。

iii) 分析結果

・信頼性と妥当性の検討

「暴力型」、「虚言型」、「未分化型」の3つの枠組みで因子分析を行ったところ以下の因子が抽出された。

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

- 第1因子（暴力） V尺度 9項目（ α 係数= 0.81）
第2因子（虚言） L尺度 9項目（ α 係数= 0.71）
第3因子（未分化） U尺度 12項目（ α 係数= 0.83）

・判別

<非行群とコントロール群の判別>

正準判別関数係数 0.1以上の項目を選別し、最終的に8項目（表一判別A尺度）を選択した。
これにより非行群とコントロール群は77.0%で判別された。

<非行群における行為障害[+]群と[-]群の判別>

正準判別関数係数 0.1以上の項目を選別し、最終的に7項目（表一判別B尺度）を選択した。
これにより行為障害[+]群と行為障害[-]群は73.1%で判別された。

<行為障害[+]群と行為障害[-]合計群の判別>

正準判別関数係数 0.1以上の項目を選別し、最終的に11項目（表一判別C尺度）を選択した。
これにより行為障害群と非行為障害合計群は74.9%で判別された。

表一判別A尺度

7. 見ず知らずの人に暴力をふるったことがある（暴力）
12. よく夜遊びをする（未分化）
14. 軽はずみな行動が多い（嗜癖、衝動性）
25. 友人に誘われると悪いことでも断れない（未分化）
30. 喧嘩をする時はタイマン（一対一の対等の喧嘩）が多い（暴力）
54. あとさきを考えずに行動することが多い（嗜癖、衝動性）
65. カッとなって暴力をふるい、後でやりすぎたと後悔することがある（暴力）
79. 嘘をついてもすぐばれてしまう（虚言）

7、12、14、25、30、54、65、79

表一判別B尺度

45. むかつく相手呼び出してリンチしたことがある（暴力）
46. 言葉巧みに相手をだまして金品をせしめたことがある（虚言）
52. 学歴や職歴などごまかしたことがある（虚言）
54. あとさきを考えずにお金を浪費してしまう（未分化）
57. 腹が立つと暴れたり物を壊すことがある（暴力）
68. 他人の家や車の中に許可なく侵入したことがある（暴力）
73. 暴力的手段で金品を奪ったことがある（暴力）

45、46、52、54、57、68、73

表一判別 C 尺度

(判別 A 尺度との共通項目)

- 7. 見ず知らずの人に暴力をふるったことがある (暴力)
- 12. よく夜遊びをする (未分化)
- 25. 友人に誘われると悪いことでも断れない (未分化)
- 30. 喧嘩をする時はタイマン (一対一の対等の喧嘩) が多い (暴力)
- 65. カットとなって暴力をふるい、後でやりすぎたと後悔することがある (暴力)

(判別 B 尺度との共通項目)

- 45. むかつく相手呼び出してリンチしたことがある (暴力)
- 52. 学歴や職歴などごまかしたことがある (虚言)
- 68. 他人の家や車の中に許可なく侵入したことがある (暴力)
- 73. 暴力的手段で金品を奪ったことがある (暴力)

(新たに選択された項目)

- 23. 家財や金品を勝手に持ち出したことがある (虚言)
- 59. なんとなく寄り道をして約束の時間を守れないことが多い (未分化)

7, 12, 25, 30, 65

45, 52, 68, 73

23, 59

考 察

このチェックリストは、行為障害の重症例が集積していると考えられる 14 歳から 20 歳までの非行群の特性を統計分析し、調査を繰り返して標準化したものである。ただし、性差があること、女子のサンプル数が十分でなかったことから、チェックリストの実際の使用に関しては男子を対象に用いるものと位置づけたい。今後の課題として女子の使用にも耐えうるチェックリストの補正が求められている。

類型化については、従来の行為障害研究に用いられた分類指標を考慮しつつ、新たな理論的観点から暴力型、虚言型、混合型、未分化型の 4 つに分類した。暴力型と虚言型は、どちらかといえば拮抗関係にあるが、両者の合併である混合型は悪性度が高く、将来的に反社会性人格障害へ発展する可能性が高いと推測される。

行為障害であるか否かの判別に関しては、閾値の設定が相対的なものにならざるを得ず、判別結果にある程度の変動がみられた。これは、そもそも DSM - IV の行為障害の診断基準が、該当する問題行動の項目数に依拠した定量的なものであり、スペクトラムをなしていることからくる不可避な結果と考えられる。

ほとんどの肯定的自己像の項目について、非行群の方がコントロール群より陽性率が高かったことから非行群の方がむしろ自己肯定感が強い傾向が認められた。この結果は、客観的には社会不適応であるにもかかわらず、主観的には自己肯定的であり、自己中心性、内省力の欠如、虚栄、願望充足的な構え、幼時的万能感などの特徴を反映していると考えられる。

回答パターンをみると、非行群ではコントロール群に比べてやや欠損値が多く、明らかに留保率が低いことから、非行少年は規範的枠組みから逸脱しやすく、短絡性、衝動性、極端さ、慎重さの欠如などの特徴を有している可能性があることが示唆された。

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

最後に、自己記入式質問紙法によるチェックリストの限界について触れる。第一に自己申告であること、第二に言語を媒介とした検査であることから、暴力因子、虚言因子、未分化因子の中でも、特に虚言因子に関する項目については再現性のある結果を求めるのは困難であり、さらなる工夫・改良を要することを付記しておく。

文 献

奥村雄介：行為障害の治療学。松下正明他編，新世紀の精神科治療 第5巻「現代医療文化のなかの人格障害」，中山書店，東京，2003。

奥村雄介、野村俊明、吉永千恵子他：少年非行と行為障害との関連について。

齊藤万比古。児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究。

厚生労働科学研究，2004。

奥村雄介：行為障害の定義と分類，特に少年非行との関連について。

こころの臨床 a・la・carte, 391-395, 2004。

奥村雄介、野村俊明：非行精神医学。医学書院，東京，2006。

③ 反抗挑戦性評価尺度 (Oppositional Defiant Behavior Inventory : ODBI)

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 原田 謙

はじめに

破壊的行動障害は注意欠陥/多動性障害 (ADHD) における深刻な併存症である。複数のコミュニティサンプルを用いた疫学研究によれば、ADHD の 18-23%には、行為障害 (CD) が併存するとされている。CD の併存は ADHD 児の社会的予後を左右する重要な要因である。一般に CD の治療は有効性が低く、思春期における重症の CD に対して単独で有効性が確認されている治療法はないと言われている (AACAP, 1997)。

一方、反抗挑戦性障害とは CD の発達の、階層的前段階とされる。Loeber (1991) は、CD 治療の有効性の低さは、子どもが成長するに連れて人格が固定化し、問題行動に変化が生じにくくなるからであると述べている。

この ODD 治療のためには、的確な診断が必要である。しかし、DSM-IV における ODD 診断基準は、具体性に欠け、基準を満たすか満たさないかは判断しにくい印象がある。とくに、こうした行動障害の診断は、ある行動の有無を周囲の大人 (主に母親) に医師が質問する形でなされることが多いが、回答者は専門家ではないがゆえに、同じ行動を観ているでも回答が異なる可能性が生じる。この際、具体的で判断しやすい評価尺度があれば、その可能性をかなり軽減できると考えられる。さらにこれが自記式であれば、診断に先立つスクリーニング検査としても有用である。

一方、過去の尺度は、反抗挑戦性を評価する項目が少なかったり、単に DSM の診断基準を並べただけで具体性に欠けるものであった。このため我々は、ODD 診断の補助となる具体的で判断しやすい反抗挑戦性の評価尺度の作成を試みた。

尺度の作成

予備面接を行い ODD と診断された症例からの聞き取りをもとに、臨床的経験や他の反抗・挑戦性を測定する評価項目を参考にして反抗挑戦性評価尺度 (Oppositional Defiant Behavior Inventory: ODBI) 試案を作成し、未治療の ODD 症例と、年齢構成、性別の割合をマッチさせた一般児童に ODBI 試案を施行した。尺度の各項目について頻度順に四件法で得点化し、2群を t 検定を用いて比較し、候補となった質問項目のうち危険率の小さかったものを中心に ODBI (資料参照) を完成させた。

この ODBI を新たな未治療の症例 102 例と一般児童 1404 名に施行し、統計学的に妥当性と信頼性を検討した。結果は以下の通りである。

(1) 対照の ODBI 得点は、年齢・性別による差を認めなかった。

(2) 妥当性

A. 基準関連妥当性 (併存妥当性) 対象の 2 回の ODBI 得点と、構造化面接における ODD 診断基準該当項目数との相関は順に $r=0.660, 0.659$ ($p<0.0001$)、ODD-scale 得点との相関は順に $r=0.725, 0.654$ ($p<0.0001$) であった。

B. 分類妥当性 ADHD 群の ODBI 平均得点は 20.5 (SD=10.2)、ODD 群の平均得点は 33.3 (SD=11.6)、対照 200 名の平均得点は 10.7 (SD=8.5) であり、全群間で有意差を認めた ($P<0.0001$)。

(3) 信頼性

A. 内部一貫性 対象の ODBI 得点の Cronbach の α 係数は 0.925 と良好な結果を得た。

B. 再現性 再テストを行い得た対象 52 例の一回目の ODBI 平均得点は 29.0 (SD=12.6), 2 回目の ODBI 平均得点は 25.8 (SD=13.1) であり, $r=0.820$ ($P<0.0001$) であった。

(4) スクリーニング尺度としての妥当性

ODBI のカットオフ値を 23-27 に変化させた時の感度と特異度の変化を図に示した。この両者の交差する点から、カットオフ値は 24 点とするのが最適であると思われた。23-27 点をカットオフとした場合の陽性的中率と陰性的中率およびその値を用いた場合、対照中で ODD と診断される割合を表に示した。

詳細については文献を参照されたい (Harada 2004)。

考 察

ODBI は ODD 診断の補助となり、また、同診断のスクリーニング尺度としても有用な評価尺度の開発を目指したものである。

この尺度の作成に当たっては、以下の三つの点に留意した。

一つ目は専門家ではない保護者が回答する際、判断しやすいことである。このため、質問項目は母親からの回答を元に具体的表現を心がけた。

二つ目は、頻度の判定がしやすいことである。DSM の ODD 診断は、ある反抗的行動が「しばしば」存在する場合に該当すると見なされることになっている。この場合、回答する人間によって判断する頻度の基準が異なることが推測される。本尺度は、行動の頻度をほとんどない、ときどきある、しばしばある、いつもあるという 4 段階で回答するスタイルをとっているが、Angold らの ODD 診断のための症状頻度カットオフ値に関する研究 (1996) を元に、順に月 1 回以下、週 1 回程度、週 2-3 回、週 4 回以上という具体的頻度が附記してある。

三つ目は、年齢による違いに配慮していることである。DSM の ODD 診断基準には「その問題行動が、その対象年齢及び発達水準の人に通常認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ基準が満たされたと見なされること」という注意書きがある。しかし、これも専門家ではない保護者が回答する際には基準が解りづらい。正常対照に行った本尺度の得点は年齢・性別による差違を認めなかったため、対象の年齢・性別に関わらず反抗挑戦性を評価でき、カットオフ値も一つで全年齢に対応できることが示された。

本尺度は、統計学的に併存妥当性、分類妥当性、内部一貫性、再現性が良好であることが示され、反抗挑戦性を計る尺度として適当であることが確認された。本尺度を臨床診断に併用することによって、ODD の診断がよりの確なものになることが期待される。

ODBI の使用法

本尺度の回答者は母親ないし母親代理者とする。これは、母親が一番患児の反抗挑戦性を判断しやすいと考えたからである。測定可能な年齢は 6 歳から 15 歳である。

使用者は、ほとんどない = 0 点、あまりない = 1 点、しばしばある = 2 点、いつもある = 3 点と配点し、単純に合計点を算出する。

本尺度の感度と特異度の検討から ODD と判断するカットオフは 24 点と定めるのが最適であると考えられた (下表)。ただし、本尺度はあくまでも診断の補助ないしスクリーニング検査として作成したものであり、24 点で 2 分するよりもある程度判断に幅を持たせたほうが、臨床的に使いやすいと考えられる。従って、23 点から 26 点は“ODD の疑い”があり、27 点以上では“ODD と判断される”とするのが臨床的には適当であると考えられた。

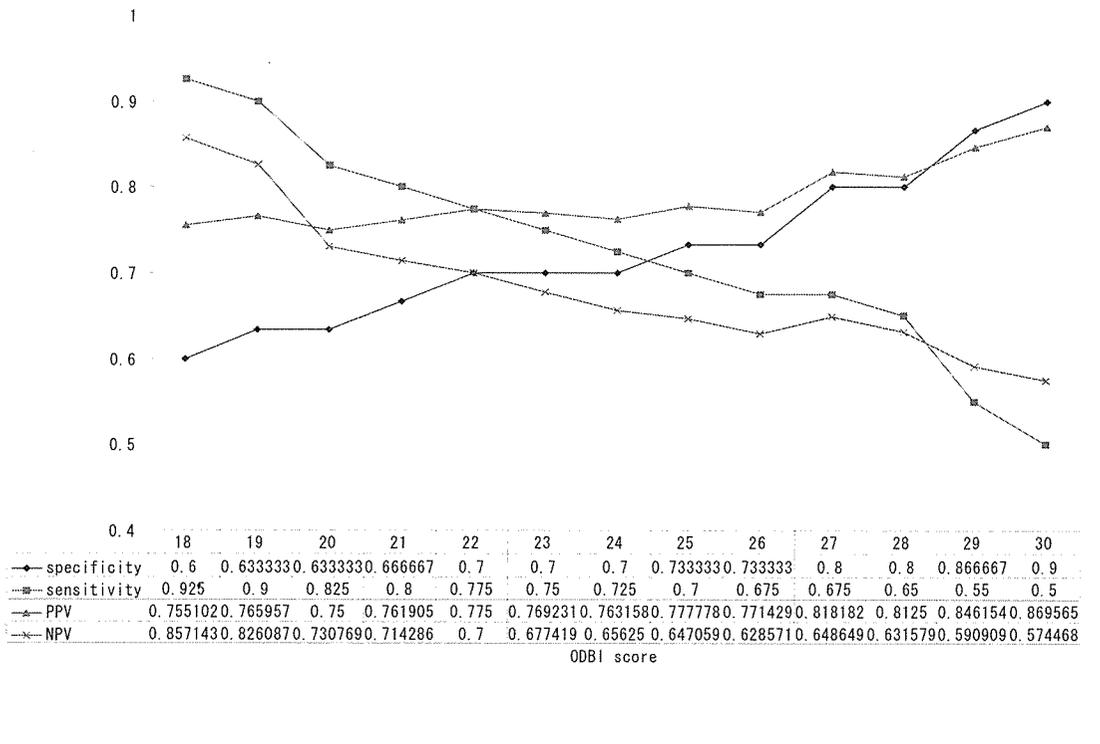
文 献

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. J Am Acad. Child and Adolesc. Psychiatry 36 (Suppl.):122S-139S

Loeber R, Lahey BB, Thomas C (1991) Diagnostic Conundrum of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. Journal of Abnormal Psychology 100:379-390

Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Imai J, Iwasaka H, Hirabayashi M, Hirabayashi S, Yamada S, Uchiyama T, Ohta S, Amano N : The Reliability and Validity of The Oppositional Defiant Behavior Inventory. European Child & Adolescent Psychiatry. 13 : 185-190, 2004

PPV=positive predictive value, NPV= negative predictive value



PPV=positive predictive value, NPV= negative predictive value

Ⅲ. 行為障害の評価・診断

ODBI

氏名 _____ 年齢 ____ 歳 性別 (男/女)

この6カ月間のお子さまの様子についてお尋ねします。以下の行動はどのくらいの頻度で認められるでしょうか。当てはまるところに○をつけてください。

	ほとんどない (月1回以下)	あまりない (週1回程度)	しばしばある (週2～3回)	いつもある (週4回以上)
1. 思い通りにならないとかんしゃくを起こす				
2. 注意されると口答えする				
3. 大人のいうことをきかない				
4. 他人が嫌がることをわざとする				
5. 自分の失敗を他人のせいにする				
6. ひがむ				
7. 兄弟や友達に意地悪する				
8. 考えや行動を否定されると口答えする				
9. 兄弟や友達をばかにする				
10. 劣等感を感じてイライラする				
11. 注意されると腹を立てる				
12. 意地悪されるとかんしゃくを起こす				
13. 自分の要求を通そうとする				
14. ひとの邪魔をする				
15. 自分が悪くても謝らない				
16. 思い通りにならないとイライラする				
17. 気に入らないと腹を立てる				
18. 恨みごとを言う				

④知能検査

東京都北児童相談所 田崎美佐子

逸脱行動があった場合その背景として知的能力の水準、学習到達度との差、認知構造の特徴等が考えられる。知能検査の結果わかった特徴から、それぞれの行動への関連が分析され、発達障害などの併存障害の診断の基礎となる。

診断のための情報としてだけでなく、今後の治療プログラムを決める上でも発達状況の診断は大きな要素となる。

知能検査の種類

知能検査の種類には、集団検査と個別検査があるが、集団検査は主にスクリーニングを目的として行われることが多い。知能検査実施の目的は知能の測定にあるのはもちろんだが、一定の課題による統制された条件下での行動観察をすることも大きな目的であり、個別検査を実施した方が得られる情報は多い。

主に使われている個別検査は以下のようなものである。

ビネー系	田中ビネー検査 (2歳～成人)
ウエクスラー系	WPPSI (3歳10ヶ月～7歳1ヶ月)
	WISC III (5歳～16歳11ヶ月)
	WAIS III (16歳～89歳)

ビネー法は知能の全体的発達水準を見るのに有効な検査である。精神発達年齢が出るので、被検査者の教育的処遇には役立つことが多い。ウエクスラー検査では言語性IQ、動作性IQ、全検査IQが算出される。下位検査ごとのばらつきや群指数を分析していくので、被検査者の知的構造を捉えることができる。行為障害の場合はWISC IIIを実施することが多い。

検査結果の解釈

1. 行動観察

検査中に行動観察を行い、検査に向かう態度や反応の仕方の特徴を記録する。

意欲、不安、自信の有無、テンポ(せっかち、のんびり)、時間の初めと終わりでの取り組みの差、注意集中度、粘り強さなどをみる。行動特徴をつかみ、力を十分発揮したと言えるか、検査結果が妥当であるか、などを検証する。

2. 誤答の分析

誤答の場合どんな間違い方をしているのかを見る。意欲や自信がなくあまり考えないですぐ「わからない」と答えてしまう傾向はよくみられる。緊張が強い場合は検査の初めに誤答が多く、集中が短いと後半の間違いが増えるということもある。時間制限の課題になると得点が低い場合もある。まったく違う回答をしている場合と惜しいところで正解には届かないが概ね理解はできていると思われる場合とでは、結果として出た数値は同じでも意味は変わってくる。

3. 測定数値の解釈

ウエクスラー検査は、各被検査者の成績をその被検査者が属する年齢群の中でその個人が取得した得点と比較してIQを求める、偏差IQである。被検査者が所属する年齢群における被検査者の相対的位置を示す。

WISC Ⅲでは各下位検査の粗点から年齢に応じて評価点を算出する。下位検査評価点を元に言語性IQ、動作性IQ、全検査IQが算出される。それぞれのIQについてパーセンタイル順位と信頼区間が示される。

4. WISC Ⅲ検査結果解釈の進め方

①全検査IQ 全体の知的水準は以下のようにとらえる。

IQ130 以上	非常に優れている
IQ120 ～ 129	優れている
IQ110 ～ 119	平均の上
IQ90 ～ 109	平均
IQ80 ～ 89	平均の下
IQ70 ～ 79	境界線
IQ69 以下	知的障害

言語性IQと動作性IQの差が大きい時は、単純に全検査IQの解釈をすることは出来ず注意を要する。

②言語性IQと動作性IQ

両者の差がおおむね13点以上の時は有意差があると考ええる。

差があった場合は、言語的知能と非言語的知能の差、聴覚音声処理過程と視覚運動処理過程の問題、時間切迫の影響等を考える。

③群指数

言語理解、知覚統合、注意記憶、処理速度の4つの群にわけ指数が算出される。言語性指数・動作性指数以上に重要で、個人内差の解釈が重要となる。

「言語理解」は言語の能力水準を表す。言語表現能力、言語概念化、抽象的概念の言語操作、言語概念形成、言語的推理などを含む。

「知覚統合」は視覚や視覚運動に基づく知覚や認知の能力である。視覚的処理、空間、図形の認知、同時処理を含む。

「注意記憶」は聴覚的短期記憶、実行処理、視覚化能力である。

「処理速度」は処理速度、視覚的短期記憶の能力である。数を扱う能力や継次処理の能力は、「注意記憶」「処理速度」の両方に含まれる。

④プロフィール分析

下位検査評価点の平均を出し平均より高い検査・低い検査を取り出し、それらの下位検査に共通する能力・影響因を見つける。影響因としては、動機付け、熟考性、不安、転導性、注意の範囲、集中、興味などがある。

以上の手順で個人内差の分析を行い、発達の特徴を明らかにしさまざまな行動への影響や関連性について解明していく。

行為障害によくみられるパターン

1. 従来の研究から

従来、行為障害と知能との関連では、低い知的能力や学習障害を有する子どもの確率の高さや、言語性能力や非言語的な推理する能力の低さを示す子どもの割合の多いことが指摘されている³⁾。例えば、知的能力に関しては、児童相談所の非行相談に関する全国調査⁴⁾では、普通知54%、境

界知 16%、精神遅滞 5%、不明 22%という値が示され、境界～遅滞域の確率の高さが窺われている。それらの IQ の特徴に加えて Andrews, D. & Bonta, J.⁵⁾は、社会的・実知的能の遅れを指摘しており、具体的には道徳的な理由づけの遅れ、対人認知スキル（自己コントロール、他者の理解、共感性など）の乏しさ、自己中心性があげられている。

2. 児童相談所での経験から

反社会的問題行動をもつ子どもの中でも主に 14 歳未満の低年齢の子どもを対象としている児童相談所では、知能検査結果において以下のようなパターンがよくみられる。

①指数全体が低い（境界線級から軽度障害）

推理力・概念形成が悪く判断力に限界がある。見通しや内省力が弱く逸脱行動にいたる経過も場当たりのか引きずられ行動が多い。

②言語性 IQ > 動作性 IQ

群指数で見ると言語理解より知覚統合が劣るタイプである。

動作性課題が苦手な理由は、非言語的推理の弱さ、有意味刺激の視知覚が弱く抽象的刺激的視知覚が強い、視覚的情報処理能力の弱さ、短期記憶の弱さなどである。例えば言葉の理解はよくても表情や語調など言外の読み取りが悪いことはよく見られる。

言語性が高い群の中でも知識の習得や抽象的概念理解は得意だが実際理解は悪く非言語的な力が低いタイプ（A）と、言語性 IQ の方が高いとは言っても具体的思考がよいため、言語概念形成や複雑な言語指示の理解は悪いタイプ（B）がある。

対人的トラブル（他人をいらだたせる、他人のせいにするなど）は A のタイプのことが多い。反社会的行動は B のタイプの方が多く見られる。

③言語性 IQ < 動作性 IQ

動作性優位で、答えること話すことが苦手、言語的知識の不足、視覚的手がかりが強いのが特徴である。学習の積み重ねがないために言語性課題得点が低くなることも多い。動作性優位でも非言語的推理は弱い場合もある。

従来非行少年はこのタイプが多く、言語的スキルが乏しいと言われている。

④言語性動作性に有意味レベルの差はない

言語性 IQ と動作性 IQ に差はなくても下位検査のばらつきが大きいことが多い。プロフィール分析を行い具体的行動との関係を見ていくと、以下のような例が多く見られる。

- ・短期記憶（聴覚）が悪いため言われたことをすぐ忘れてしまう
- ・社会的理解が弱いため場面の流れが読めない。集団行動が苦手である。
- ・言語概念化が弱いためことばのみでは十分にコミュニケーションが取れない。
- ・推理が弱いため初めての課題で戸惑うことが多い。
- ・流動性能力が弱いため状況の変化に臨機応変に対応することができない。

（流動性能力：過去の学習経験だけでは対応しきれないような新しい状況や未知の問題に対して柔軟に適応する能力）

- ・場依存型の認知様式のため、対象を認知する際に既存の枠組みや周囲の状況の影響を受けやすい。自発的に事態を構造化したり自分にとって処理しやすい状態に変換することが不得手である。