

- ⑥易疲労感、気力減退
- ⑦無価値感、罪責感
- ⑧思考力・集中力減退、決断困難
- ⑨自殺念慮、自殺企図

(5) 合併症・併存症

子どものうつ病性障害は、単独で出現するよりも他の精神障害と併存して出現することが多い。注意欠陥多動性障害、行為障害、不安障害、摂食障害と併存しやすい。

(6) 経過

子どものうつ病の経過は、発症後1～2年で多くが寛解するが、その後再発する症例が多い。軽症まで含めると大人になって60～75%がうつ病を再発すると報告されている。

(7) 治療・介入

子どものうつ病の治療のポイントは、心理教育、薬物療法、精神療法、家族療法の4つを総合的に行うことである。まず、子ども自身および家族に病気の説明と治療の方法について分かりやすくかつ詳しく説明する。治療の方針として、薬物療法と精神療法を行っていくこと、休養が不可欠なこと、叱咤激励はしないこと、焦らないこと、重大な決定は回復するまで保留することなどを説明し、決して自傷や自殺をしないことを約束する。

子どものうつ病に対して抗うつ薬のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）の有効性が報告されている。ところが最近、パロキセチンなどの新規抗うつ薬（SSRI, SNRI）を子どものうつ病に使用すると、情動不安定、自傷行為を増加させるとして、注意および警告が発せられている。抗うつ薬の使用方法としては、初期用量を最少量にし、少しずつ増量して、慎重に観察することにより、深刻な事態にいたる前に未然に防ぐ必要がある。

子どものうつ病に対する精神療法は、きわめて常識的なアプローチが最も適している。すなわち、心身ともに疲れ果てている子どもに休息をすすめる、干渉的にならぬように傍らに寄り添い、症状を確認しながら、つらかったこれまでの状況を理解し、元気が出てきたら、焦らずに少しずつ、これからできることをともに考えていくのである。

また家族に対しては、これまでの苦労をねぎらい、当面の対応の仕方を助言し、ともに情報を交換しながら協力関係を作っていくことが重要である。

(傳田健三)

4) 神経症性障害など

(1) F40：恐怖症性不安障害

(1) -1 F40.0：広場恐怖

(1) 概要

単に開放空間に対する恐怖のみならず、安全な場所に容易に逃げ出すことが困難であるなど、空間に関連する状況に対する恐怖。通常、パニック障害、パニック発作との関連で生じることが多い。

(2) 疫学

- i) 広場恐怖の生涯有病率は0.6～6%とされる。臨床例では広場恐怖を呈する患者の3/4はパニック障害を伴う。パニック障害の生涯有病率は1.5～3%、パニック発作の生涯有病率は3～4%とされる。

- ii) 広場恐怖を伴うパニック障害は女性で3倍多く診断される。
- iii) パニック障害の発症年齢は二峰性の分布を示すことがあるとされ、青年期後期、30代半ばにピークがある。また、小児期に発症する例も少数存在するとされる。
- iv) パニック障害をもつ人の第一度親族がパニック障害となる確率は8倍、発症が20歳以前場合は20倍になる。

(3) 成因

- i) パニック障害については、パニック誘発物質（二酸化炭素、乳酸ナトリウム、重炭酸塩など）があることから生物学的要因が指摘されている。
- ii) 認知行動療法などの精神療法の有効性から社会心理学的要因が指摘されている。

(4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

パニック障害と大うつ病性障害の合併率は10～65%、社会恐怖、全般性不安障害の合併率は15～30%、強迫性障害の合併率は10%以下とされている。小児の分離不安障害との合併も指摘されている。

(6) 診断

診断基準（DSM-IV-TR、2000）

A. 逃げるに逃げられないような場所や状況、またはパニック発作やパニック様症状が予期しないで、または状況に誘発されて起きたときに、助けが得られない場所や状況にいることについての不安。

B. その状況が回避されているか、またはそうしなくても、パニック発作またはパニック様症状が起こることを非常に強い苦痛または不安を伴いながら耐え忍んでいるか、または同伴者を伴う必要がある。

(7) 経過

パニック障害は症状の増強と減弱を繰り返す慢性の経過をとる。パニック障害は治療を受けて6～10年後に30%は良好、40～50%は改善しても症状は残り、20～30%は悪化するとされる。パニック障害が治療されると広場恐怖は時間とともに改善することが多い。パニック障害の既往のない広場恐怖は対応が困難で慢性的経過をとるとされる。

(8) 対応

i) 薬物療法

ii) 認知行動療法

薬物療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、三環系抗うつ薬（TCA）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が考慮される。児童・青年期のうつ病に対してSSRIであるパロキセチンが情動不安定性や自傷行動を増加させる可能性があるという警告が出ているためSSRI投与には本人、家族などに対する説明や注意が必要と考えられる。フルボキサミンであれば25mgからパロキセチンであれば10mgから投与することが望ましいと考えられる。フルボキサミンは50～75mgまで増量（中高生であれば体重に応じて150mgまで）して効果を確認する。TCAではイミプラミンかクロミプラミンの投与を考慮する。いずれも12.5mgから25mg程度から開始し、50mg～75mg程度まで（中高生であれば体重に応じて150mgまで）増量する。抗コリン性

の副作用に注意し、小児への投与は慎重を期した方がよいと考えられる。ベンゾジアゼピン系抗不安薬の投与は短期間にとどめ長期間の投与は避けた方がよいと考えられる。

iii) 精神療法的対応

精神療法的対応としては、パニック発作の恐怖、予期不安のつらさなどに十分に共感を示すようにし、不安発作が生じたときの対処法について一緒に検討し、必要に応じ環境調整をおこなう。段階的に不安に陥りやすい状況に慣れてゆく練習をしたり、恐怖場面に挑戦するように即してゆく。

(9) 専門機関への紹介

3 ヶ月間十分な薬物療法と精神療法的対応をおこなっても治療反応性がみられない場合、専門機関への紹介を考慮する。

(朝倉 聡)

(1) -2 F40.1 : 社会恐怖

(1) 概要

集団内で他の人から注視される恐れを中核とし、社交場면을回避するようになる。社会不安障害とも呼ばれる。日本の対人恐怖と類似の病態と考えられる。

(2) 疫学

- i) 生涯有病率は1～13%とされる。
- ii) 地域疫学調査では男性よりも女性に多いことが示唆されているが、臨床例では男女比が等しいか、男性が多いとされる。
- iii) 典型的には10代半ばで発症する。小児期にも発症することがある。
- iv) 特に全般性社会恐怖では第一度親族が社会恐怖となる確率は約10倍とされる。

(3) 成因

- i) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、モノアミン酸化酵素阻害薬 (MAOI) などの薬物療法の有効性や機能画像検査 (fMRI、PET、SPECT など) による扁桃体機能を中心とした機能異常が報告されていることから生物学的要因が指摘されている。
- ii) 認知行動療法などの精神療法の有効性から社会心理学的要因が指摘されている。

(4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

特定の恐怖症とは50%以上、大うつ病性障害、アルコール乱用とは15～20%の合併がみられるとされる。

(6) 診断

診断基準 (DSM-IV-TR、2000)

A. 人前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況に対する顕著で持続的な恐怖。

注：子供の場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会的関係を持つ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同年代の子供との間でも起こるものでなければならない。

B. 恐怖している社会的状況への暴露によって不安反応が誘発され、それは状況依存性または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。

注：子供の場合は、泣く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。

C. 恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している。

注：子供の場合は、こうした特徴のない場合もある。

D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されるか、または強い不安、苦痛を感じながら耐え忍ばれている。

E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、毎日の生活習慣、職業上の機能、社会活動または他者との関係が障害されており、恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。

F. 18歳未満の人の場合、持続期間は少なくとも6ヶ月である。

全般性：恐怖はほとんどの社会的状況に向けられている場合

(7) 経過

恥をかくような体験に続いて突然発症することも、潜在的に徐々に起こることもある。経過は持続性の場合が多い。

(8) 対応

i) 薬物療法

ii) 認知行動療法

iii) 森田療法

薬物療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が考慮される。児童・青年期のうつ病に対して SSRI であるパロキセチンが情動不安定性や自傷行動を増加させる可能性があるという警告が出ているため SSRI 投与には本人、家族などに対する説明や注意が必要と考えられる。フルボキサミンであれば 25mg からパロキセチンであれば 10mg から投与することが望ましいと考えられる。フルボキサミンは 50-75mg まで増量 (中高生であれば体重に応じて 150mg まで) して効果を確認する。効果が認められれば 1 年間は薬物療法を継続することが望ましい。ベンゾジアゼピン系抗不安薬の投与は短期間にとどめ長期間の投与は避けた方がよいと考えられる。

iv) 精神療法的対応

精神療法的対応としては、症状に対する悩みを十分に聴き共感を示すことが重要と考えられる。また、症状を性格の問題と思っている場合も多いため心理教育的対応も必要になる。そのうえで、恐怖感が強まり回避行動が多くなる状況に対し対処法を一緒に検討してゆく。また、段階的に不安に陥りやすい状況に慣れてゆく練習をしたり、恐怖場面に挑戦するように即してゆく。専門的には認知行動療法や森田療法などが行われる。

(9) 専門機関への紹介

3ヶ月間十分な薬物療法と精神療法的対応をおこなっても治療反応性がみられない場合、専門機関への紹介を考慮する。

(朝倉 聡)

(2) F 4 2 : 強迫性障害

(1) 概要

強迫観念(不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくること)と強迫行為(ある行動に駆り立てられて、それを行わないと気が済まないこと)によって規定されている。しかし子どもにおいては不合理さへの洞察は必須の条件ではない。

(2) 疫学

- i) 有病率 児童思春期の子どもの約 0.5～4%
- ii) 好発年齢 男子：前思春期 女子：思春期
- iii) 性差 前思春期には男子の方が多いが、思春期にはほぼ同率となる
- iv) 遺伝・家族性 強迫性障害やトゥレット障害を有する家族が多いと言われている

(3) 成因

強迫性障害を呈しやすい素因を持つ子どもが強迫症状を繰り返すことで症状を強化していき、重篤化かつ固定化すると強迫性障害としての診断を満たすこととなる。

(4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

併存がしばしば論じられる障害としては、チック障害、大うつ病性障害、他の不安障害、抑うつ気分を伴う適応障害、破壊的行動障害、分離不安障害、遺尿症、遺糞症などである。

(6) 診断

診断基準 (DSM-IV-TR、2000)

A. 強迫観念または強迫行為の存在

強迫観念：反復的、持続的な思考・衝動であり、一時期にせよ侵入的で不適切なものと体験されており、強い不安や苦痛を引き起こすことがある。

その思考・衝動は単なる現実生活の過剰な不安ではない。

本人は、思考・衝動を何か他の思考や行為によって中和しようとしている。

本人は、その思考・衝動が外部から強制されたものではなく、自分自身の心の産物と認識している。

強迫行為：反復行動(例：手を洗う)または心の中の行為(例：数を数える)であり、本人は強迫観念に反応して、それを行うよう駆り立てられていると感じている。

その行動は、苦痛を予防したり、緩和したりすることを目的としている。

しかし、この行動はそれによって中和したり予防したりしようとしていることとは現実的関連をもっていないし、また明らかに過剰である。

B. 強迫観念または強迫行為は、強い苦痛を生じ、時間を浪費させ(1日1時間以上)、また本人の正常な毎日の社会的活動、他者との関係性を著明に障害している。

C. パーソナリティ障害と精神遅滞を除いた他の精神障害が存在している場合、強迫観念または強迫行為の内容はその障害に限定したものではない(例：摂食障害における食物へのとらわれ)。

D. 薬物の作用や身体疾患によるものではない。

(7) 経過

基本的には慢性的な経過をたどる傾向が強い

(8) 対応

- i) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) を中心とした薬物療法
- ii) 曝露反応妨害法を中心とした認知行動療法
- iii) 家族療法
- iv) 入院治療

強迫性障害に陥った子どもに対する治療としては当然であるが、まずは患者・治療者間の信頼関係の確立、本人と保護者に対する疾病に関する教育の2つが何よりも優先されることとなる。

その上で認知行動療法や薬物療法を用いていくことが一般的である。認知行動療法としては強迫症状を形成している「先行刺激」「強迫観念」「強迫行為」を明らかとし、それらがいかに悪循環的を起しているのかということを理解共有した上で、「課題」を設定しながら本人が努力していけるように援助していく。

強迫症状に対する薬物治療としては SSRI が代表的である。三環系抗うつ薬の中で比較的セロトニン再取り込み阻害作用の選択性が高い **clomipramine** もその効果は実証されているが、安全性という点から考えると第一選択薬としては SSRI が望ましい。

そのような介入を外来で実施していくなかで、外来治療の限界を感じた場合は入院治療を導入する。

(9) 専門機関への紹介

一定の介入を実施しても改善がみられない場合や以下の場合には専門機関への紹介を検討する。

- ①強迫症状が遷延化し、ひきこもりなどが懸念される場合
- ②迷惑行為・攻撃的行動（万引きや器物破損、家庭内暴力など）が認められる場合
- ③併存障害の重篤化（うつ病の自殺念慮など）が懸念される場合

(小平雅基)

(3) F 4 3 : 重度ストレス反応及び適応障害

(1) 概要

例外的に強いストレスあるいは持続的な不快な境遇をもたらすような生活変化を原因とするもの。急性ストレス反応、外傷後ストレス障害 (PTSD)、適応障害が含まれる。

以下、外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder, PTSD) を中心に述べる。

(2) PTSD の概念と成因

- i) 概念：ほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすような例外的に著しく脅威的な、あるいは破局的な出来事 (心的外傷体験) に対する、遅延した、または遷延した反応。
- ii) 心的外傷体験の実例：自然災害、人為災害、事故、戦闘体験、他人の悲惨な死の目撃、拷問、虐待、いじめ、テロリズム、強姦をはじめとする性被害、その他の犯罪被害など。

(3) PTSD の疫学

国際的には PTSD の有病率は 1～8% とされている。

近年のわが国の調査 (WMH J, 2005) では、12 ヶ月有病率が 0.4%、生涯有病率は 1.6%。一般に若年成人で最も有病率が高く、男性より女性の有病率の方が高い。

子どもの PTSD の有病率に関する信頼できるデータは乏しい。

(4) PTSD の基本症状

i) いわゆる「PTSDの3大症状」

a) 侵入想起（再体験）

心的外傷体験の記憶が意図しないのに繰り返し生々しくよみがえる（いわゆるフラッシュバック）、悪夢。

b) 回避・まひ

その外傷体験に似た状況や関連する状況を意識的あるいは無意識的に避けようとする。また、それに伴って感情や感覚などの反応性がまひする。

c) 過剰覚醒

持続的な知覚過敏状態と警戒心の増大（睡眠障害、易怒性、過度の驚愕反応）、交感神経系の亢進状態。

ii) 子どものPTSD症状

言語的表現力が未発達な子どもは、

- ・ 外傷体験によってもたらされた戦慄や恐怖を、まとまりのない、あるいは興奮した行動や不機嫌によって表現する
- ・ 外傷体験の一側面を表現する遊びを繰り返したり（ポストトラウマティック・プレイ）、外傷特異的な再演を繰り返す
- ・ 内容のはっきりしない悪夢（黒い雲が全身を取り巻くなど）
- ・ 回避するかわりに、分離不安や退行、身体化（頭痛、腹痛など）をしめす

といった症状を呈しやすい。

(5) PTSDの合併症・併存症

抑うつ症状やさまざまな解離性症状を伴うことが多い。

長期反復性の外傷体験（児童虐待や拉致監禁被害など）は、解離性症状を生じやすい。

解離性症状（健忘、遁走、人格交代現象）が顕著な際には、「複雑性PTSD」と呼ばれることがある。

(6) PTSDの診断

i) ICD-10の診断基準

心的外傷体験を体験してから、通常は6カ月以内に侵入想起症状が出現すること。

ii) 子どもに特化した診断基準

DSM-IVの診断基準は低年齢児に適したは適用しにくいので、3大症状がそれぞれ少なくとも一つあればよいとする意見が強い。

(7) PTSDの経過と影響

小児期に発症したPTSDは半年から3年の間に30～60%が回復する。

発達期に外傷体験をこうむると、その後の社会性や道徳観の形成に重大な影響を及ぼすことがある。また、外傷体験の直後やPTSD罹患中には、学習障害が生じやすい。

(8) PTSDの治療と対処

i) 初期対応

外傷体験の直後には、とにかくその子どもが安心と安全を得られるような環境を確保することが最優先。保護的な人物ができる限りいつも近くにおいて、子どもの愛着行動を受け止めるようにする。外傷体験そのものについて不用意に問いただすことは避ける。

ii) 精神療法

目標は、日常生活の中で怒りのコントロールと外傷前の対人関係パターンの修復。
子どもが日常生活の中でポストトラウマティック・プレイをすることを承認する。
遊戯療法などを通して外傷体験の記憶を安全に表出していくことを推奨する。あるいは、
体験の言語化を促す。

必要ならば、曝露法などの認知行動療法的技法を用いて、体験の想起に対する恐怖感や
回避行動を取り除いていく。

iii) 薬物療法

成人に比して、適応と効用は限定的。

興奮や激しい行動化が見られる場合には、少量の抗精神病薬を用いる。

(9) PTSD以外の診断カテゴリーについて

i) 急性ストレス反応

例外的に強いストレスに対する反応として出現。重篤だが一過性。「眩惑(daze)」状態を
特徴とする。

ii) 適応障害

ストレスの多い出来事、あるいは生活上の変化に対する適応過程で生じる。不安、抑うつ、
苦悩、緊張、攻撃的行動のうちの一つあるいは複数が特徴的に出現。

(岩井圭司)

(4) F44：解離性(転換性)障害

(1) 概要

意識、記憶、同一性、周囲の知覚など通常は統合されている機能の破綻をきたす障害。

(2) 疫学

i) 性差

男性：女性 1：3~4 (18歳以下)

一般に年齢が高くなるとともに女性の割合は増大する。

ii) 好発年齢 約15歳

iii) 遺伝性 いまだわかっていない

(3) 成因

i) 親からの虐待やネグレクト

ii) 学校でのいじめ

iii) 親の精神不安定

iv) 両親の不仲、離婚など

(4) 基本症状

トランス様状態など意識変容が主であり、意識消失、もうろう状態、昏迷などが多い。
その他、抑うつ、健忘、幻覚、退行、情動・行動の急激な変化、自傷行為など多彩な症状
がみられる。健忘は中学後半頃からはっきりと訴えるようになる。学業不振、注意散漫な
などにも注意する。

(5) 合併症・併存症

i) うつ病、行為障害、不登校

ii) アスペルガー症候群、注意欠陥/多動性障害(ADHD)

(6) 診断

意識、記憶、同一性、周囲の知覚など通常は統合されている機能の破綻がみられ、解離性健忘、解離性遁走、解離性同一性障害、離人症性障害、特定不能の解離性障害などに分類される。

①健忘、②離人症状、③疎隔症状、④同一性混乱(自己の同一性についての主観的な不確実さと葛藤)、⑤同一性変容(異なった同一性の客観的行動)などに注目する。子ども版解離評価表(CDC)も参考になる。

- ・鑑別 てんかん、物質乱用、統合失調症など

(7) 経過

成年期に比較して、概して良好である。ストレスが持続している場合には、慢性化しやすい。

(8) 対応

i) 薬物療法

- ・過敏な反応や情動不安定、衝動性がみられる場合には、リスペリドンの少量(1～3mg程度)やバルプロ酸が有効である。
- ・頑固な不眠や悪夢にはトラゾドンやアミトリプチリンなどを眠前に処方する。

ii) 精神療法

- ・安全な環境と安心感の獲得が前提である。
- ・人格の統合や心的外傷への直面化にはあまりこだわらない。
- ・支持的に接し、生活一般について具体的に助言する。
- ・児童の自己評価を強化し、つねに希望がもてるように支える。
- ・ときに愛着欲求を満たす。
- ・破壊的行動や自傷行為などについては行動制限を設け、人格の発達を促す。
- ・遊戯療法や描画療法も有効である。

iii) 連携

- ・母親との面接を取り入れる。父親が面接に参加できればなおよい。
- ・学校でのいじめや不適応が認められれば、学校精神保健担当者と連携し対応する。
- ・虐待やネグレクトなど家族内の外傷が認められ、改善が困難であると判断されれば児童保護機関に通告し、連携をはかる。

(9) 専門機関への紹介

以下の場合には専門機関へ紹介することが望ましい。

- ・解離性同一性障害と診断され、明らかな交代人格が確認できる場合(幼ければ幼いほど一般的に予後は悪いとされる)
- ・自己破壊的行動が目立つ場合
- ・慢性化している場合(受診前に半年以上症状が持続している)

(柴山雅俊)

(5) F45：身体表現性障害

DSM-IVでは、この範疇に身体化障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症、身体醜形障害などが含まれる。これらの共通特徴は、器質的身体疾患を示唆する身体症状が存在するのに、医学的にそのような疾患が認められず、その症状は臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的な領域における機能の障害を引き起こすことである。また、虚偽性障害や詐

病とは対照的に、その身体症状は意図的（随意的な制御によるもの）なものではない。

(1) 身体化障害・鑑別不能型身体表現性障害

反復的で多彩な身体的愁訴が長期に続き、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じる。その長い経過中に、疼痛症状、胃腸症状、性的症状、偽神経学的症状などが必ず認められるが、鑑別不能型ではその身体的愁訴は倦怠感や食欲不振など一つの症状に限定していてもかまわない。これらの精神障害は成人期早期に発症することが多く、女性に多い。

(2) 転換性障害

随意運動機能または感覚機能の障害が認められるものである。そして、その症状には心理的要因が関与していると考えられるが、意図的なものではなく、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じるものである。小児期後期から成人期早期に出現することが多く、症状は短期間に解消することが多いが、再発を繰り返しやすい。

(3) 疼痛性障害

一つあるいはそれ以上の身体部位の疼痛が長期に続き、その症状には心理的要因が関与していると考えられるが、意図的なものではなく、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じるものである。どの年齢にも起こりうるが、女性に多い。

(4) 心気症

自覚する軽微な身体症状や身体感覚に対して、自分が重篤な病気にかかるのではないかと恐れ、既に重篤な病気にかかっているという観念にとらわれる。ただし、自分が重篤な病気であるという確信には妄想的強固さはなく、外見的な容姿についての悩みに限るものではない。発症に性差はなく、好発年齢は成人期早期である。自分自身や家族が重篤な病気になった、あるいは亡くなったというような強い心理社会的ストレスが発症と関連することがある。通常、症状の増強と軽減を伴い慢性に経過する。

(5) 身体醜形障害

自分の外見の欠陥に対すると強いとらわれがあり、その欠陥は想像上のものか、些細な異常に対する過剰な心配によるものである。顔、体格、性器などに関する訴えが多く、本人の強い希望で形成術を受けることもあるが、それによって障害が解消することは稀である。小児期後期から青年期に発症することが多く、慢性に経過する。

(6) 対応

器質的異常のないことを保証しても効果はなく、より深層にある不安を和らげる精神療法に加え、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ剤などによる薬物療法が必要である。

(氏家 武)

5) F 5 : 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

(1) F 5 0 : 摂食障害

(1) 概要

主に Anorexia nervosa (神経性無食欲症;以下 AN) と Bulimia nervosa (神経性大食症;以下 BN) に大別される。その大半は思春期・青年期の女性にみられるが、近年、前思春期や後年発症のものも含め急増している。身体合併症のみならず精神障害の comorbidity も多く、その予後は決して楽観できない。

(2) 疫学

- i) 有病率：特に欧米先進国で多く、若年女性において AN は 0.1～0.5%程度、BN は約 1～4%。AN に比して BN は約 10 倍である。
- ii) 性差：AN では男：女=1：10～20、BN では男：女=1：5～10
- iii) 好発年齢：10～20 歳代(10 代後半中心)。BN は AN に比べやや高年発症。
- iv) 遺伝性・家族性：時に家族集積性が認められることがある。

(3) 成因

精神発達の問題、思春期の自立葛藤、対人ストレス、瘦身願望などの心理社会的背景が複雑に絡み合うことによって摂食量が低下すると、身体的素因としての脆弱性を有するものでは、認知・情動-摂食行動制御系の機能異常が引き起こされる。このため生じた飢餓等により種々の生理的、精神的変化が生じ、摂食異常が悪循環的に維持されるという多元的モデルが推定されている。

(4) 基本症状

- i) 精神症状：痩せ願望、肥満恐怖、身体像の障害、病識欠如、活動性の亢進または低下などの他、抑うつや不安、強迫症状などをしばしば伴う。
- ii) 行動異常：不食や摂食制限、過食 (binge eating) などの摂食異常の他、自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の乱用などの排出行動 (purging)、自傷や自殺企図、万引き、アルコールや薬物乱用などの衝動行為。
- iii) 身体症状：低体重、無月経の他、徐脈、低血圧、低体温、浮腫など

(5) 合併症・併発症

- i) 身体面：低栄養状態、排出行動などにより皮膚、血液、電解質、消化器、肝臓、腎臓、脂質代謝、循環器系、骨・筋肉系、内分泌系、中枢神経系等に多彩な症状。
- ii) 精神障害の comorbidity：抑うつを主とする気分障害、社会恐怖、強迫性障害などの不安障害、薬物やアルコールなどの物質依存、境界性、演技性、回避性、強迫性など種々の人格障害を高率に合併。

(6) 診断

■ AN (DSM-IV,APA,1994)

- (ア) 年齢と身長に対する正常体重の最低限を維持することの拒否 (標準体重の 85%以下など)。
- (イ) 低体重であっても体重増加や肥満に対する強い恐怖が存在。
- (ウ) 体重や体型についての認識の障害。自己評価が体重や体型に過剰に影響されている。
- (エ) 初潮後の女性では少なくとも 3 ヶ月以上の無月経。

分類 制限型：規則的なむちゃ食いや排出行動を認めない。

 過食/排出型：規則的な過食や排出行動を認める。

■ BN (DSM-IV,APA,1994)

- A. 過食のエピソードを繰り返す。過食のエピソードは以下の 2 項目で特徴づけられる。(1)一定の時間内に大量の食物を摂取。(2)その間、摂食を制御できない感を伴う。
- B. 体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸薬、利尿剤の誤用、あるいは激しい運動などを繰り返し行う。

C. 過食と体重増加を防ぐ行為が最低週 2 回以上、3 ヶ月続く。

D. 自己評価は、体重や体型に過度に影響を受けている。

E. AN のエピソード中に生じていない。

分類 排出型：規則的に自己誘発性嘔吐や、下剤や浣腸薬、利尿剤を誤用。

非排出型：排出行動によらず、絶食や過度の運動により体重増加を防いでいる。

(7) 経過

単一の病型で慢性的に経過するものから、AN から BN などと病型移行するもの、一旦回復した後に再発するものなど経過は様々である。10 年の経過で過半数の患者が回復しているが、部分回復に留まるものが 3 割前後、残りはまだ症状が持続しているとする報告が多い。AN の場合、10 年間の死亡率は 5～10%に達する。

(8) 対応

疾患の心理教育を行いつつ治療関係の形成と維持に努め、治療の動機付けを行う。精神面・行動面・全身状態の評価を総合的に行い、身体面で重篤な症状があれば、飢餓状態の改善などの身体治療を優先する。合併精神症状に対しては、SSRI をはじめとした薬物療法を適宜行う。学校や家庭との連携のみならず、関連各科の医師や看護師、心理士、栄養士など多職種によるチーム医療体制を整える。

(9) 専門機関への紹介

特に AN では、体重減少が高度だったり合併症が著しければ、積極的な入院治療が必要である。その際には、患者の病態、許容度、医療者側の専門性に応じて入院環境をどこで行うのか慎重に選択する必要がある。

(北川信樹)

(2) F 5 1 : 非器質性睡眠障害

(1) 概要

小児での睡眠障害は成人の睡眠障害と共通する部分もあるが、成人では稀な症状が頻繁に見られることがある。これは、小児が発達過程にあり、発達過程で睡眠構築をはじめ睡眠の構造が大きく変化することが背景にあると考えられる。さらに、睡眠障害は多岐にわたり、症状・経過も一様でないため、すべてを包括する診断基準を示すことができない。しかし、診断の上で重要となる症状・病歴聴取については共通する部分が多いため、共通部分を中心に紹介する。

(2) 疫学

小児の睡眠障害の疫学についての研究は少ないが 15～18 才を対象に行った調査では、約 25%が不眠症状を訴え、約 4%が実際に不眠症の診断基準を満たし、0.5%が概日リズム睡眠障害の診断基準を満たすと報告されている。

(3) 成因

症状が多岐にわたると同様、成因も様々である。最近、注目されている成因のひとつとして睡眠衛生の不良、つまり不適切に短い睡眠時間や夜型生活が挙げられている。これらにより、行動誘発性睡眠不足症候群などが生じ日中の過度な眠気が引き起こされることがある。一方で、生物学的に生活リズムが後退する睡眠相後退症候群などでは、本人の意思によらず夜型生活となり、学校などに遅刻してしまう状態となることがある。

(4) 基本症状

小児の睡眠障害には「不眠症」のほか、睡眠中の呼吸が阻害され睡眠の質が低下する「睡眠関連呼吸障害」、日中の過度な眠気と極端に長い睡眠時間を伴う「過眠症」、生活リズムが極端な朝型・夜型になる「概日リズム睡眠障害」、睡眠中に不随意的な運動が生じる「パラソムニア」や「睡眠関連運動異常症」、そしてこれらに分類されない「その他の睡眠障害」に分けることが出来る。それらの細分類を含め以下に示す。

A. 不眠症

- 小児行動性不眠症
- 睡眠開始随伴障害
- しつけ不足睡眠障害

B. 睡眠関連呼吸障害

- 閉塞型睡眠時無呼吸症候群

C. 過眠症

- 行動誘発性睡眠不足症候群
- ナルコレプシー
- 特発性過眠症
- 反復性過眠症

D. 概日リズム睡眠障害

- 睡眠相後退症候群
- 非 24 時間型睡眠覚醒障害

E. パラソムニア（睡眠随伴症）

- 錯乱性覚醒
- 睡眠時遊行症
- 睡眠時驚愕症
- レム睡眠関連パラソムニア

F. 睡眠関連運動異常症

- レストレスレッグ症候群
- 睡眠関連律動性運動異常症

G. その他の睡眠障害

- 環境因性睡眠障害

(5) 合併症・併存症

睡眠障害と合併する身体疾患としては、非 24 時間型睡眠覚醒障害などでは脳器質疾患の合併が報告されており、レストレスレッグ症候群では鉄欠乏性貧血の合併が報告されている。さらに、閉塞型睡眠時無呼吸症候群では扁桃肥大・漏斗胸がみられる。

注意欠陥多動性障害では、レストレスレッグ症候群・睡眠関連律動性運動異常症・閉塞型睡眠時無呼吸症候群などの睡眠障害が合併しやすいとの報告もある。

(6) 診断基準

各睡眠障害の診断基準は多岐にわたるため、ここでは一般精神科で診断をする際に重要となる診察・病歴聴取の要点を紹介しておく。

日常生活の習慣としては、入床時刻と実際の就寝時刻の聴取が基本となるが、その他にも、就寝時の癖や習慣、朝の起床時の疲れ具合、昼寝の有無、睡眠・覚醒のために使用している薬剤の有無などを聴取する必要がある。また、学校のある日・ない日での起床時間の違いを聴取しておくことは日常的な睡眠不足を判定するうえで重要となる

睡眠中の状態について注意が必要なことは、睡眠の分断具合や寝小便のほか、持続的なイビキ、口呼吸、錯乱様の覚醒、起床時の恐怖、悪夢、などの有無およびその頻度を記載する必要がある。

身体的な特徴としては、身長、体重、BMI、頭蓋形成不全の有無、扁桃肥大の有無、舌基部肥大の有無、アデノイド顔貌を記載することで無呼吸症などの診断の助けとなる。

さらに、睡眠中の行動だけではなく、日中の激しい眠気、変動しやすく落ち込みやすい気分、注意欠陥など覚醒中の状態を聴取することは睡眠障害の診断の上で重要となる。

最後に睡眠状況が社会的な活動や学校生活にどのような影響を与えているかを聴取することが治療の方針を決める上で重要である。

(7) 経過

経過は、各障害により様々である。

(8) 対応

対応も、各障害により様々である。小児行動性不眠症・行動誘発性睡眠不足症候群などで睡眠衛生に問題がある場合には、適切な睡眠時間を確保するように指導することで改善が見られる。

パラソムニアに対する対応は、積極的な介入よりも錯乱覚醒中の行動で児童が怪我をしないような保護的な対応をすることが必要である。

このように非薬物療法が有効な場合もあるが、睡眠障害のなかには薬物療法が有効な場合も多い。

(9) 専門機関への紹介

小児の睡眠障害について、専門機関へ紹介する基準として一概に基準を設けることは出来ない。しかし、睡眠の質が低下して学業などに悪影響がある場合や、睡眠障害により患者本人だけでなく家族の不眠状態が続く場合など、児童の睡眠障害により社会的な障害が続く場合は専門機関への紹介が勧められる。

(大川匡子、松尾雅博)

6) F90～98

(1) F91：行為障害

(1) 概要

他者の基本的人権、または社会的規範・規則を侵害する行為が、反復し持続するもの。中核群は反社会性人格障害の幼若型と考えられている。

(2) 疫学

表面化しない事例が多く存在するため、統計学的詳細は不明である。

行為障害と非行は一致しないが、参考として

平成16年の少年刑法犯・触法少年の検挙・補導人員は193,076人で、10歳以上20歳未満の少年人口10万人当たり1,505.9人である。およそ3：1で、男子が多い。

(3) 成因

中核群については不明である。かつてYY個体が犯罪者集団に多いことが注目されたが、現在はあまり議論されていない。

併存する精神障害の一部分症状として行為障害がある場合がある。また問題行為の発現や、その頻度・程度の増悪に、環境因やストレスが関与することがある。

(4) 基本症状

DSM-IV-TR 診断基準「A」項目の問題行動があげられる。

(5) 合併症・併存症

行為障害は起こっている事象のみで診断される疾患概念であるため、あらゆる精神疾患が合併・併存しうるが、特に以下の疾患との併存について注意が必要である。

- ① 統合失調症
- ② 気分障害
- ③ 広汎性発達障害
- ④ 注意欠陥／多動性障害
- ⑤ 適応障害
- ⑥ てんかん等による軽い意識の障害
- ⑦ 精神作用物質等による精神障害

(6) 診断

診断基準 [DSM-IV-TR(2000) 医学書院版(2002)より抜粋]

A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ(またはそれ以上)が過去12ヵ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6ヵ月の間に存在したことによって明らかとなる。

<人や動物に対する攻撃性>

- ① しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
- ② しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。
- ③ 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある(例: バット, 煉瓦, 割れた瓶, ナイフ, 銃)。
- ④ 人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
- ⑤ 動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
- ⑥ 被害者の面前での盗みをしたことがある(例: 人に襲いかかる強盗, ひったくり, 強奪, 武器を使っての強盗)。
- ⑦ 性行為を強いたことがある。

<所有物の破壊>

- ⑧ 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
- ⑨ 故意に他人の所有物を破壊したことがある(放火以外で)。

<嘘をつくことや窃盗>

- ⑩ 他人の住居, 建造物, または車に侵入したことがある。
- ⑪ 物や行為を得たり, または義務を逃れるためしばしば嘘をつく(すなわち, 他人を“だます”)。

⑫ 被害者の面前ではなく、多少価値のある物品を盗んだことがある(例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの；偽造)。

＜重大な規則違反＞

- ⑬ 親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる。
- ⑭ 親または親代わりの人の家に住み、一晚中家を空けたことが少なくとも2回あった(または、長期にわたって家に帰らないことが1回)。
- ⑮ しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。

B. この行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。

C. その者が18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準を満たさない。

小児期発症型行為障害 10歳になるまでに基準の少なくとも1つが発症。

青年期発症型行為障害 10歳になるまでに基準症状がまったく認められなかった。

発症年齢特定不能の行為障害

軽症

診断を下すのに必要な項目数以上の行為の問題はほとんどなく、および、行為の問題が他人に比較的軽微な害しか与えていない(例：嘘をつく、無断欠席、許可なく夜も外出する)。

中等症

行為の問題の数および他者への影響が軽症と重症の間である(例：被害者に面と向かうことなく盗みを行う、破壊行為)。

重症

診断を下すのに必要な項目数以上に多数の行為の問題があるか、または、行為の問題が他者に対して相当な危害を与えている(例：性行為の強制、身体的残酷さ、武器の使用、被害者の面前での盗み、破壊と侵入)。

なおICD-10においては、他の重篤な精神疾患が合併・併存する場合はそちらの診断を優先し、行為障害の診断をしないとしている。また、家庭内に限られる〔家庭限局性〕行為障害(F91.0)、非社会性〔非社会化型〕〔グループ化されない〕行為障害(F91.1)、社会性〔社会化型〕〔グループ化された〕行為障害(F91.2)が下位分類される。

述べられる問題行為は、陳述者によって良くも悪くも修飾がなされていることがあり、診断確定のためには事実の確認が必要となる。

(7) 経過

中核群の予後は、良いとは言えない。反社会性人格障害に移行するものも含め、成人しても問題行動を繰り返すことがある。

併存する精神疾患がある場合は、その疾患の治療反応性や予後により異なる経過をとる。環境調整やストレスコントロールで軽症化が期待できる場合がある。

(8) 対応

合併・併存する精神疾患がある場合は、その治療を行う。治療の経過中に問題行為の質的量的変化を観察し、疾患が単に行為障害に合併しているだけのものなのか、あるいは行為障害の原因であったり問題行為を増幅させているのかについて評価しなければならない。

特に他の疾患を持たない場合、確立した治療法はない。本人に問題意識・治療意欲のな

い多くの事例に対する精神科医療機関の関わりは、家族など周辺の人物からの相談により始まることがほとんどであるが、その場合相談者への精神的サポートが主たる対応となる。本人に治療意欲がある場合には、イライラや衝動性などに対し対症的に薬物療法を行いながら、さまざまな心理的精神科的治療・働きかけを行うことができる。

矯正施設内では認知療法、行動療法、時に家族療法などいろいろな手法を組み合わせる処遇するが、再犯を抑止できない事例も多い。矯正教育の更なる発展と、法的整備が望まれる。

(9) 児童思春期精神科医療専門機関への紹介

合併・併存する精神疾患の治療について、必要があると考えられる場合には専門医療機関への紹介は有益である。

若年であるがゆえに、併存する精神疾患の有無が評価しにくい場合も専門医療機関への紹介が必要となる。

それ以外の事例については、専門医療機関での治療が必ずしも有効であるわけではない。治療の専門性よりも、治療者と本人あるいは相談者との信頼関係の強さが重要である場合も多い。ただし、本人あるいは相談者が興味を持ったときには、専門医療機関への紹介をためらわないでよい。

また、児童相談所などの相談機関については、早期から並行して関わりを持ってもらうとよい。

(関 渉)

(2) F93：分離不安障害

(1) 概要

子どもが、強い愛着を抱く人物（親や主な養育者）に対し、極端な分離不安を示したり、そのために、生活に支障をきたすような場合、これを分離不安障害と診断する。愛着対象に対する多少の分離不安は、発達のみにて正常な現象であり、それ自体は問題ではない。

(2) 疫学

- i) 有病率 子どもの4%程度。小児期から青年期にかけて減少する
- ii) 性差 男女差はない
- iii) 好発年齢 就学前にも発症するが、多くは7～8歳にみられる

(3) 成因

- i) 行動抑制的な気質（極度の引っ込み思案、不慣れな環境での引きこもりなど）
- ii) 母親の不安定さ（母親の不安障害、子どもへの不安定な愛着など）
- iii) 家族関係（家庭での甘やかし、過保護、強過ぎる家族の絆など）
- iv) 生活上のストレス（親族の死、子ども自身の病気、転居など）

(4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

- i) 不安障害（過剰不安障害、特定の恐怖症）、うつ病性障害
- ii) 登校拒否・登校困難、そのための成績不良、友人関係の広がりへの乏しさなど

(6) 診断

診断基準（DSM-IV-TR）

*DSM-IV-TR [精神疾患の診断統計マニュアル新訂版、2003 より転載]

- A. 家庭または愛着をもっている人からの分離に対する、発達的に不適切で、過剰な不安で、以下の項目のうち3つ（またはそれ以上）が証拠として存在する。
- ① 家庭または愛着をもっている重要人物からの分離が起こる、または予測される場合の反復的で過剰な苦痛
 - ② 愛着をもっている重要人物を失う、またはその人に危険がふりかかるかもしれないという持続的で過剰な心配
 - ③ 厄介な出来事によって、愛着をもっている重要人物から引き離されるのではないかと持続的で過剰な心配（例：迷子になる、または誘拐される）
 - ④ 分離に対する恐怖のために、学校やその他の場所へ行くことについての持続的な抵抗または拒否
 - ⑤ 1人で、または愛着をもっている重要人物がいないで家にいること、またはその他の状況で頼りにしている大人がいないことに対する持続的で過剰な恐怖または抵抗
 - ⑥ 愛着をもっている重要人物が側にいないで寝たり、家を離れて寝ることに対する持続的な抵抗または拒否
 - ⑦ 分離を主題とした悪夢の繰り返し
 - ⑧ 愛着をもっている重要な人物から引き離される、または分離が起こる、または予測される場合の、反復する身体症状の訴え（例：頭痛、腹痛、嘔気、または嘔吐）
- B. この障害の持続期間は少なくとも4週間
- C. 発症は18歳以前
- D. この障害は臨床的に著しい苦痛、または社会的、学業的（職業的）、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- E. この障害は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、青年期および成人期においては、広場恐怖を伴うパニック障害ではうまく説明されない。

該当すれば特定せよ

▶早発性 6歳以前の発症の場合

(7) 経過

軽快と増悪を繰り返しながらも、比較的良好な経過を辿ることが多いと考えられている。ただし、他の不安障害やうつ病性障害の合併例、高年齢初発例、家族に不安障害などの精神疾患の者がいる例などでは、長期にわたって問題を抱え続けることもある。

(8) 対応

親が適切に対応していると思われる場合（過度に混乱したり、不安になったり、子どもの症状に巻き込まれることなく、子どもの安全基地としての機能 [子どもの不安を受け止めながら、子どもが親から安心して分離していけるように、少しずつ励ましていく機能] を十分に発揮できていると思われる場合）は、親を支えながら経過を観察する。

(9) 専門機関への紹介

次のような場合には、専門機関への紹介を考える。

- i) 上記の対応にも関わらず、数ヵ月以上にわたって症状が持続したり、親が対応に疲

れて十分な機能を果たせなくなった場合

ii) 親が不安定であったり、家族関係が混乱しているために、親が、子どもの安全基地としての機能を十分に果たせていないと思われた場合

iii) 他の不安障害やうつ病性障害などの併存症がある場合

専門機関では、認知行動療法、家族教育・家族療法、薬物療法などが行われる。

(水田一郎)

(3) F94：選択性緘黙

(1) 概要

選択性緘黙は 19 世紀末に *Aphasia voluntaria* として記載され、1934 年に *Elektiver mutisms* と呼ばれ確立された診断単位で、ことばを話す能力があるにもかかわらず、ある特定の場面で話すことができないことを言う。分類と病因についてはまだ議論が続いている。その理由として他の子どもの疾患に比べ発症頻度が低く、大規模な研究が限定されており、初期はケースレポートがほとんどであったことも大きい。話すことに対する抑制あるいは拒否を選択するの意から *Elective mutism* とされていたが、現在はことばを話す場面が選択的であるの意として *Selective mutism* が用いられる。

(2) 疫学

まれな疾患で有病率は、精神科受信者の 1%以下とされる。1 万人あたり 3～8 人と推測されてきたが、最近の複数の調査では 1 万人あたり 50 人と、より一般的でありうると示唆されている。日本での疫学研究はない。男子より女子にやや多い。年長児よりも年少児に多く見られる。発症年齢は通常 5 歳以前だが、就学期までに臨床場面に現れることは少ない。

(3) 成因

確立された病因はまだない。初期のケース研究で強調していた病因は、反抗的挑戦的で、研究者によっては操作的、支配的、否定的、頑固、さらには、攻撃的とした。現在、心理学的には話すことに対する抑制あるいは拒否とされるが、その背景に家族の要因がしばしば指摘される。母親に不安、抑うつ、強い依存要求がみられ、これらが過度の密着と同時に両値的な母子関係および母親の過保護あるいは支配性をもたらすとされる。第一親等の 70%に社会恐怖、37%に選択性緘黙という報告もあり、その病態は不安障害、特に社会恐怖（社会不安障害）との関連がしばしば指摘されている。

(4) 基本症状

選択性緘黙の子どものきわめて多くが学校場面で話せない。ことばの発語や非言語行動によるコミュニケーションの取り方には子どもにより程度差がある。自宅でも特定家人と話せないあるいは特定家人とのみ話す子どもがいる。全緘黙または全場面緘黙は緘黙が生活の全場面におよぶ場合である。発症の遅い子どもで契機となった出来事が聞かれる場合がある。まだ議論のあるところであるが、外傷体験を始めとする背景となる体験を知ること重要である。

(5) 合併症・併存症

不安障害との関連を重視する研究では、回避性障害もしくは社会恐怖が全例に見られ、その他分離不安障害、過剰不安障害、単一恐怖の不安障害の併存が見られた。また、発達障害との関連をも重視する研究では、68.5%に発達障害の併存が見られ、その内訳として

受容－表出混合性言語障害、表出性言語障害、音韻障害を含むコミュニケーション障害、発達性協調運動障害、軽度精神発達遅滞、アスペルガー障害が含まれた。

鑑別診断として、適応範囲内の一過性のはにかみ、精神遅滞、広汎性発達障害、表出性言語障害、さらに転換性障害から二次的に生じる緘黙などがある。

(6) 診断

ICD-10 では小児期および青年期に発症する社会的機能の障害に分類される。A.言語表現および言語理解は、標準化された検査を個別に施行して、その小児の年齢での2標準偏差以内にあること、B.別の状況では話しているにもかかわらず、話すことを求められるような社会的状況した（例；学校）では一貫して話せないという、明白な根拠があること、C.少なくとも4週間以上は持続すること、D.広汎性発達障害がないこと、E.そのような社会的状況で必要な話し言葉についての知識がないために、話せないというわけではないこと。

DSM-IV-TR では、A.他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況（話すことが期待されている状況、例；学校）では、一貫して話すことができない、B.この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している、C.この障害の持続期間は少なくとも1ヶ月（学校での最初の1ヶ月に限定されない）、D.話すことができないことは、その社会的状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない、E.この障害はコミュニケーション障害（例；吃音症）ではうまく説明されないし、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中に起こるものではない。

(7) 経過

障害の持続の程度はさまざまで、2～3ヶ月しか持続しない場合もあれば、数年持続する場合もある。特に重度の社会恐怖を併発する者では、不安症状が慢性化しやすいとされる。緘黙が治っても、はにかみ、内向性は続くといわれる。なお、選択性緘黙として発症し、思春期とともに統合失調症に至る例の報告もあり、臨床場面ではその鑑別がきわめて困難であることの指摘もある。治療にあたっては、あらゆる病態水準を視野に入れておく必要がある。

(8) 対応

比較的まれな疾患で研究対象数が限られることもあり、対照研究は少なくエビデンスは得られていないが、行動療法、認知行動療法、力動的な精神療法、家族療法、心理社会的介入（教師・学校との連携を含めた）、言語療法、薬物療法などの多手法的な取り組みが有用とされている。近年、不安に焦点をあてた治療法が中心となっている。当初から話すことを治療の目標に定めること、話すことを強要するべきではない。発声への準備を急いだり、緘黙という防衛をとらざるをえない子どもへの顧慮を欠くことが治療中断にいたる危険性もある。

(9) 専門機関への紹介

比較的まれな疾患であり、多職種による多面的アプローチを要することから児童精神科に早目から紹介することが望ましいだろう。薬物療法についてはいくつかの選択的セロトニン再取込阻害薬の小規模対照研究があるが、第一選択ではない。

（廣常秀人）