

1. 入眠に手間がかかり、特別な条件を要求する。
 2. 寝入るための条件に大いに問題がある、あるいは過大な要求がある。
 3. 寝入るための条件がないと、入眠開始がかなり遅れる、あるいは睡眠が乱される。
 4. 夜間覚醒には、子供が再び眠りにつくために養育者の介入が必要になる。
- ii. しつけ不足型は、以下のそれぞれを含む。
1. 児に入眠困難か睡眠維持困難が認められる。
 2. 適当な時刻に床に就くのをぐずったり、いやがったりする。または、夜間覚醒の後、寝床に戻ろうとしない。
 3. 養育者の制限設定が不十分または不適切で、子供に対し寝入るまでの適切な行動を定着させられない。
- C. 睡眠障害が、他の睡眠障害、身体疾患や神経的疾患、精神障害、または服薬で説明できない。

<長時間睡眠者>

- A. 日々の総睡眠時間は 10 時間以上（小児では年齢相応の睡眠時間よりも 2 時間多い）。この睡眠時間を得られない場合には日中に過度の眠気が生ずる。
- 注意：睡眠ポリグラフィと反復睡眠潜時検査は診断に不要。成人で睡眠ポリグラフィを行った場合には 10 時間以上の睡眠時間を得る。反復睡眠潜時検査を行うと、平均の睡眠潜時は正常である。
- B. 睡眠習性は通常小児期から認める。
- C. 睡眠障害を他の睡眠病態、身体疾患、神経疾患、薬物等では説明できない。

5. 鑑別診断、合併症、併存症

睡眠呼吸障害の場合、夜間の睡眠の質の低下と睡眠不足がもたらす昼間の眠気が訴えとなることが多いが、夜間の不眠が訴えとなる場合もある。後者の場合、安易に睡眠導入剤を処方すると睡眠呼吸障害は悪化し、ときには致死的になる。また昼間の眠気は小児の場合、集中力低下から多動を呈する場合もある。さらに睡眠不足の症状として攻撃性の高まり、注意や集中力、意欲の低下、疲労、落ち着きのなさ、協調不全、倦怠、食欲不振、胃腸障害などを生じ、その結果さらに不安や抑うつが生じる場合もある。眠りの問題が様々な訴えへと繋がることは知っておきたい。無論メディア接触、養育者の生活習慣、考え方等によっても小児の眠りの状況は大いに影響される。眠りに関する訴えは必ずしも疾患名と 1 対 1 対応ではないことに留意するとともに、広く情報を得ることが診断にいたる近道であることを強調したい。なおナルコレプシーでは夜間の睡眠分断も多い。

6. 治療・介入・経過

ナルコレプシーは慢性の経過をたどる。眠気に対する精神刺激剤のほか、夜間睡眠を安定させるために睡眠導入剤も併用することが多い。各自の社会生活に合わせた服薬方法の工夫、生活習慣の確立が重要である。少数例の報告だが Klein-Levin 症候群は数年のうちに発作頻度、程度とも軽快するという。

不適切な睡眠衛生、小児期の行動性不眠症、夜泣き、夜ふかしでは睡眠衛生の教育が介

入の基本となる。行動性睡眠不足症候群、長時間睡眠者、特発性過眠症にも同様である。

<パラソムニア（睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症、悪夢）>

1, 概要

睡眠時遊行症と睡眠時驚愕症はNON REM睡眠からの覚醒異常で、基本的には入眠後数時間内に1回のみ生じる。睡眠時遊行症では、通常ごく普通に行われる行為を行う。時には、窓やドアに向かって歩いたり、外へ出ることもある。睡眠時驚愕症では叫び声特徴的で、自律神経系の症状（発汗、頻脈、呼吸促迫、筋緊張亢進）が強い。ともに多くは5-15分以内で終わる。悪夢は恐怖、不安感を伴って夢にうなされる状態。レム睡眠と関連し、レム睡眠量の増加する夜間睡眠の後半（明け方）に出現する。

2, 疫学

睡眠時遊行症の小児の有病率は17%で、5歳前後から見られ、8歳から12歳がピークとなる。睡眠時驚愕症は通常、4歳から12歳で発症する。小児の有病率は1%から6.5%で、成人では低下する。ともに性差はなく、家族性集積性が強い。悪夢は通常3歳から6歳に始まり、6歳から10歳でピークに達し、その後減少する。3歳から5歳までの小児の10%から50%が両親を心配させるほどの悪夢を見るという。成人の75%程度が小児期に少なくとも一回から数回悪夢を見たことを覚えている。性差はないが、遺伝的要因がある。

3, 成因

明確な成因は不明。睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症では環境の変化、発熱、昼間のストレスや興奮、さらには睡眠呼吸異常症を含む他の睡眠関連疾患が誘因となる場合もある。精神障害との明らかな関連性はない。

4, 診断基準（ICSD-2）

<睡眠時遊行症>

- A. 動き（歩行）は睡眠中に生ずる。
- B. 次のいずれかひとつのことで、睡眠の持続、意識が変容していること、動き（歩行）の最中の判断がおかしくなっていることがうかがわれる。
 - i. 覚醒させることが困難。
 - ii. 起こすと混乱している。
 - iii. 動き（歩行）のことの全部あるいは全てを覚えていない。
 - iv. いつも行っている行動を不適切なときに行う
 - v. 不適切あるいは理解できない行動
 - vi. 危険なあるいは危険性の高い行動
- C. 症状を他の睡眠関連病態、医学的あるいは神経学的な病態、精神疾患、薬物あるいは物質乱用によっては説明できない。

<睡眠時驚愕症>

- A. 睡眠中に突然、泣き叫び始め、非常な恐怖に苛まれているような自律神経症状や行動が生ずる
- B. 以下のうち少なくともひとつを伴う。

- i. 起こすことが困難。
 - ii. 起こすと混乱している。
 - iii. 症状のことの全部あるいは全てを覚えていない。
 - iv. 危険なあるいは危険性の高い行動
- C. 症状を他の睡眠関連病態、医学的あるいは神経学的な病態、精神疾患、薬物あるいは物質乱用によっては説明できない。

<悪夢>

- A. 激しく混乱した夢から目覚めることを繰り返す。その際しばしば恐怖、不安あるいは怒り、さびしさ、嫌悪あるいは他の不快な感情を伴っている。
- B. 目覚めた際にも当惑や混乱はほとんどなく、意識は清明。睡眠中の様子をすぐにはっきりと想起できる。
- C. 次のいずれかひとつを伴う。
 - i. エピソード終了後寝付くのに時間がかかる。
 - ii. 通常の睡眠時間の後半に生ずる。

5, 鑑別診断

いずれも一晩に複数回生じる場合には「てんかん」との鑑別が必要。

6, よくみられる合併症・併存症

睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症では自傷、または同衾者、同居人や同室者に傷害を加えること（重篤で致死的な場合もある）。悪夢でも同衾者の睡眠の妨げとはなる。

7, 経過

いずれも思春期にはほとんど自然消失する。

8, 治療・介入

いずれもなだめると興奮するので、危険防止に配慮して見守ることになる。自然治癒することを説明し、不安を取り除くことで症状の改善を見る場合も多い。睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症では頻度が高い場合には少量のマイナートランキライザーを就床前に使用する。ただしこの薬剤は睡眠呼吸異常症を悪化させるので、使用前の否定が重要である。睡眠時遊行症では扉の旋錠等が重要となる。悪夢が軽減しない時には、認知行動的療法も行われる。

(神山 潤)

<各論 I 7. 不安の障害 1) 全般性不安障害>

1, 概要

絶え間ない過剰な不安、心配を主要な特徴とするもので、その不安は年齢や発達段階に不相応であり、現実の状況とは不釣り合いなほど深刻である。子どもは成人と異なり、自分の内面や感情を言語化する能力が十分に獲得できておらず不安は身体症状として表出されやすい。そのため過剰な内科的検査がなされがちである。また身内が病気や事故にあうのではないかとの心配事や不吉な予感、しばしば慢性の環境的ストレスと関係する。

子どもの不安障害においては、認知および社会化の発達段階を考慮する必要がある。例えば5歳以下では大きな音、嵐、動物、暗闇、親からの分離、怪物、幽霊などは正常範囲内の恐怖の対象である。

全般性不安障害の子どもは恥ずかしがりやで自己懐疑的、自己批判的であることが多い。些細なことや学校での成績について過剰な不安を示したり、他人の評価を過度に気にするが、また完璧主義でもある。家族特性として親が子どもに高い達成水準を要求していることが多い。

小児の過剰不安障害は DSM-III-R までは掲載されていたが、DSM-IV では全般性不安障害に含まれることになった。

2, 疫学

1) 有病率 2～4%

2) 性差 思春期以前には等しいが青年期には女子の方が多くなる。

3) 好発年齢 青年期以降に多くみられるが、児童期に発症することもまれではない。

4) 遺伝・家族性 最近の研究で遺伝的因子の関与が示唆されていて、全般性不安障害患者の一親等者の 25%はこの障害に罹患しているとの報告がある。

3, 成因

心理社会的要因と生物学的要因の両方が関与していると考えられている。

1) 心理社会的要因

力動的に親の子どもに対する抑圧や親の不安への同一化に基づくものと考えられている。また最近では認知行動学的に誤って不正確に認知された危険に対して反応しているとの仮説がある。この不正確さは外界の否定的側面に対する選択的注意、情報処理時の歪曲、個人の対処能力に対する過度の否定的評価などによって生じると考えられる。

2) 生物学的要因

脳内のベンゾジアゼピン受容体の異常やセロトニン系の調節の異常が報告されている。

4, 診断基準 (DSM-IV、1994)

A (仕事や学業などの) 多数の出来事または活動についての過剰な不安と心配 (予期憂慮) が少なくとも 6 ヶ月間、起こる日の方が起こらない日より多い。

B 自分自身、その心配を制御することが難しいと感じている。

C 不安と心配は、以下の 6 つの症状のうち 3 つ (またはそれ以上) を伴っている (過去

6ヵ月間、少なくとも数個の症状が、ある日の方が無い日より多い。

注：子どもの場合は1項目だけが必要

- (1) 落ち着きのなさ、または緊張感または過敏
 - (2) 疲労しやすいこと
 - (3) 集中困難、または心が空白となること
 - (4) 易刺激性
 - (5) 筋肉の緊張
 - (6) 睡眠障害（入眠または睡眠維持の困難、または落ち着かず熟眠感のない睡眠）
- D 不安と心配の対象が第I軸障害の特徴に限られていない、例えば、不安または心配が（パニック障害のように）パニック発作が起こること、（社会恐怖のように）人前で恥をかくこと、（強迫性障害のように）汚染されること、（分離不安障害のように）家庭または身近な家族から離れること、（神経性無食欲症のように）体重が増加すること、（身体化障害のように）多彩な身体的愁訴、（心気症のように）重大な疾患があること、に関するものではなく、また、その不安と心配は外傷後ストレス障害の期間中にのみ起こるものではない。

5、鑑別診断

分離不安障害、パニック障害、恐怖症、不安を伴う適応障害、うつ病性障害、身体化障害、注意欠陥/多動性障害(AD/HD)を考慮する必要がある。内科的疾患では物質離脱や中毒そして甲状腺疾患を考慮しなければならない。

6、合併症・併存症と経過

多くの子どもは治療の有無にかかわらず改善するが、慢性の経過をたどり、不安障害、気分障害、身体化障害を合併することも多い。自己評価、学習、友人関係の障害を合併することも多い。

7、治療

1) 支持的療法

子どもと家族の心理的な個別化と自立性を育てることを目的とする。

2) 行動療法

リラクゼーション、不安を惹起するような状況設定のイメージングや暴露による脱感作モデリング、恐怖の対象に対する段階的な正の強化などがある。

3) 認知療法

自己敗北的で悲観的な信念を変更し、対処技法と自己強化を育て、実行することを目標とする。

4) 薬物療法

(1) 抗不安薬

ベンゾジアゼピン系薬剤が不安に有効であるが、子どもにおいて脱抑制と呼ばれる正反対の作用を及ぼす場合があり注意を要する。抗てんかん薬のクロナゼパムは小児期でも安全性が確立している。セロトニン作動性抗不安薬としてタンドスピロンが有効であることもある。

(2) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)

第一選択薬とされることもあるが、18歳以下の使用については自殺企図などの衝動行為に注意しなければならない。

(3) 三環系抗うつ薬

イミプラミンが有効である場合がある。

(飯田順三)

<各論 I 7. 不安の障害 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。しかし小児期においては必ずしも不合理なものとして体験されてはいないとしており、不合理さへの洞察は必須の条件ではないというのが現在の考え方である。

2, 疫学

児童思春期に限った場合以下のように考えられている。

- 1) 有病率 児童思春期の子どもの約0.5~4%
- 2) 好発年齢 男子:前思春期 女子:思春期
- 3) 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
- 4) 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

明らかな成因は解明されていないが、家族性が高いことなどから強迫性障害を呈しやすい生来的素因があるのではないかと考えられている。そのような子どもが強迫症状を形成していき、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。強迫症状に関してはそれを引き起こした理由や背景に関してはあまり重要視されておらず、むしろ強迫観念から強迫行為が引き起こされ、強迫行為によって一時的な不安の軽減は得られるものの、すぐに不安の増強をむかえ再び強迫行為を行ってしまうという悪循環システムにより症状が強化されていくことが障害の本質と理解されている。

4, 基本症状

診断基準の「A」項目が基本症状となる。ただし注意する点としては、子どもにおいては、発達過程にみられる正常の範疇に属する強迫から強迫性障害とされる強迫までスペクトラムとして理解することが可能であり、児童期にみられる正常レベルの強迫は子どもが発達するために経過しなければならない課題ともいえる側面を持っている点である。すなわち障害とは言えない強迫症状がありうるということになるので、「それが悩ましく、長時間続き、社会活動を害していること」をもって障害と特定している。

5, 合併症・併存症

強迫性障害は除外診断項目を持たないためしばしば複数診断となる。併存障害を持たず、強迫性障害の診断だけ満たすものは半数以下であるとも言われている。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、恐怖症、過剰不安障害、抑うつ気分を伴う適応障害、注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害、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、衝動または心像であり、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、衝動または心像は単なる現実生活の過剰な不安ではない。

本人は、思考、衝動または心像を抑制したり、何か他の思考や行為によって中和しようと試みている。

本人は、その思考、衝動または心像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学業機能、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

以下の対応を様々に組み合わせることで、ほとんど強迫症状を認めないレベルにまで改善するケースは少数存在する。しかし強迫というもの自体が先に述べたようにスペクトラム的な要素を持っているため、「強迫的ではあるが生活を障害するほどではない」というレベルで状態が安定し、治療終結となるケースの方が大多数である。また成人側からみた時に成人の強迫性障害患者の 1/2 から 1/3 が児童期に症状を形成していると言われている。そのような点から考えると基本的には慢性的な経過をたどる傾向の強い障害と言える。

8, 対応

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

曝露反応妨害法を中心とした認知行動療法

家族療法

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。多くの場合子どもは不合理とっていないまでも「何か変なことが自分の中で起こっている」とは感じており、その部分を「治療者に共有してもらっている」と本人が治療初期に感じることは後の治療の大きな助けとなる。

その上での治療計画としては認知行動療法と薬物療法の併用が最も効果的であると考えられている。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こしているのかということを理解共有した上で、ひとつひとつ「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ことが中心作業となる。

しかし実際には強迫症状を「何か変なこと」とは思っていないながらも、治療への動機付けが乏しい子どもも少なくない。よって治療動機付けが高い子どもに対しては認知行動療法を開始していくこととなるが、その導入が困難な子どもに対しては、支持的療法、集団療法、家族療法といった様々な介入も必要となってくる。年少の子どもの場合であれば遊戯療法を用いることもある。洞察的精神療法については否定的な研究報告が多く、その効果は実証されていないが、臨床場面では治療のある段階において有意義であることを時に経験する。

強迫症状に対する薬物治療としては SSRI が代表的である。成人では複数の SSRI が強迫症状に対する有効性を実証されており、その臨床的根拠を拠り所として子どもにも用いているのが我が国の現状である。海外では小児期におけるいくつかの SSRI の強迫症状に対する効果は実証されている。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、副作用の頻度が SSRI よりも高く、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。

薬物の反応はかなり個人差があり、おおよそセロトニン再取り込み阻害薬単剤の治療では 1/3 が反応しない。その一方で 8~12 週間経過しないと効果が出てこない一群もいるので一度投与した場合は 8 週、可能であれば 10 週は待つことが重要である。

そのような介入を外来で実施していくなかで、自身の強迫体系に他者を巻き込む行為が止まらず暴力的となってしまう場合や、あまりに治療への動機付けが乏しく外来治療の限界を感じた場合などは入院治療を導入することとなる。特に重症例などでは行動制限も含めたインテンシブな治療構造を設定しなければならないことをしばしば認め、そういった環境の中で初めて認知行動療法や薬物療法が可能となるケースもいることは理解しておくべきである。

9. 専門機関への紹介

基本的には一定の介入を実施しても改善がみられない場合は専門機関への紹介を検討する。以下の 4 項目の場合は積極的に検討することが望ましい。

- 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) 家族への迷惑行為・攻撃的行動（強迫行為の巻き込み行動や家庭内暴力など）が認められる場合
- 3) 家族以外への迷惑行為・攻撃的行動（万引きや器物破損など）が認められる場合
- 4) 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)

<各論 I 7. 不安の障害 3) 恐怖障害>

1, はじめに

恐怖症性不安障害では、通常危険ではない、ある明確な対象または状況によってのみ、あるいは主としてそれによって不安が誘発される。その結果、その対象または状況は特徴的な方法で回避される。他の人が問題となっている対象や状況を危険とも脅威ともみなしていないことを知っていても、その不安は軽減しない。恐怖症を生じる状況に入ることを考えただけでも通常、予期不安を生じる。恐怖症性不安障害は、広場恐怖、社会恐怖、特定の恐怖症、他の恐怖症性不安障害、恐怖症性不安障害特定不能のものに分類されると考えられる。広場恐怖についてはパニック発作・パニック障害との関連で、社会恐怖については社会不安障害として述べられると思われるので、ここでは特定の恐怖症について述べることにする。

2, 特定の恐怖症

1) 概要

はっきりと他と区別して認識される限定された対象または状況に対する著名で持続的な恐怖。動物型、自然環境型、血液・注射・外傷型、状況型、その他の型に分類される。

2) 疫学

(1) 地域疫学調査では生涯有病率は7.2～11.3%とされる。

(2) 男性と女性の比率はおよそ1:2とされる。動物型、自然環境型では75～90%が女性（ただし高所恐怖は例外で女性が55～70%）、状況型では75～90%が女性、血液・注射・外傷型では55～70%は女性とされる。

(3) 小児期または青年期早期に起こることが多く男性よりも女性の方が若い年齢で発症する。状況型では小児期と20代半ばの二峰性を示す。動物型、血液・注射・外傷型の発症年齢は小児期である。

(4) 動物型をもつ人の第1度親族は必ずしも同じ動物ではないが動物恐怖症にかかりやすい。また、状況型をもつ人の第1度親族は状況に対する恐怖症にかかりやすいなど家族集積性がみられる。血液・注射・外傷型では遺伝的に強い迷走神経反射が指摘されている。

3) 成因

特定の対象や状況と恐怖やパニックなどの情動が結びつくことによって生じると考えられている。恐怖や不安を体験しやすい非特異的傾向をもつ人が外傷的出来事（動物に襲われる、押入に閉じこめられるなど）、予期しないパニック発作が恐怖に結びつく状況で起こること、他の人が外傷を体験したり恐怖を示したりしているのを観察すること（他の人が高いところから落ちるのを見る、他の人がある動物を怖がるのを見るなど）、および情報伝達（ある種の動物の危険性を親が繰り返し警告する、飛行機事故の報道など）を誘因として発症することがある。

4) 診断基準

診断基準（DSM-IV-TR、2000）

A. ある特定の対象または状況（例：飛行、高所、動物、注射をされること、血を見ること）の存在または予期をきっかけに生じた、強く持続的な恐怖で、過剰または不合理なものである。

B. 恐怖刺激に暴露されると、ほとんどの場合ただちに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：子どもの場合、不安は泣く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、またはしがみつ়くことで表現さ

れることがある。

C. その人は、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：子どもの場合、こうした特徴のない場合もある。

D. その恐怖状況は回避されているか、そうでなければ、強い不安または苦痛を伴い耐え忍ばれている。

E. 回避、不安を伴う予期、または恐怖状況の中での苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の（または学業上の）機能、または社会活動や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。

G. 特定の対象または状況に関する不安、パニック発作、または恐怖症性の回避は、以下のような他の精神疾患ではうまく説明されない。例えば、強迫性障害（例：汚染に対する強迫観念のある人のごみや汚物に対する恐怖）、外傷性ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激の回避）、分離不安障害（例：学校の回避）、社会恐怖（例：恥ずかしい思いをすることに対する恐怖のために社会状況を回避する）、広場恐怖を伴うパニック障害、またはパニック障害の既往歴のない広場恐怖。

病型を特定せよ

動物型

自然環境型（例：高所、嵐、水）

血液・注射・外傷型

状況型（例：飛行機、エレベーター、閉ざされた場所）

その他の型（例：窒息、嘔吐、重い病気にかかることへの恐怖、子どもでは騒音、仮装した人への恐怖）

5) 鑑別診断

(1) 広場恐怖を伴うパニック障害：特定の恐怖症では、恐怖が特定の限定された対象または状況に限られているため広範な不安を示すことはない。ただし、特定の恐怖症の状況型では鑑別が難しいことがある。状況型では予期しないパニック発作の反復がないときに状況回避が認められるのが特徴である。臨床的判断は恐怖の対象、パニック発作の型と数、回避した状況の数、発作と発作の間の不安の程度を考慮してなされる。

(2) 社会恐怖：恐怖の対象が社会的状況かどうか、他の人からの否定的な評価を心配しているかどうかで鑑別する。

(3) 外傷性ストレス障害：生命を脅かすようなストレス因子に続いて起こっているか、再体験症状、感情の麻痺などが存在するかで鑑別する。

(4) 強迫性障害：回避行動が強迫観念に関連して起こっているかで鑑別する。

(5) 分離不安障害：回避行動が愛着を持っている人から分離する恐怖によるものだけに限られていれば特定の恐怖症とは診断しない。

(6) 心気症：心気症では病気にかかっているという恐怖にとらわれているが、特定の恐怖症その他の型（病気にかかることへの恐怖）ではすでに病気にかかっているとは確信していない。

(7) 摂食障害：回避行動が食物および食物に関連した手がかりのみに限られていれば特定の恐怖症とは診断しない。

(8) 統合失調症およびその他の精神病性障害：特定の恐怖症では妄想に基づいてある種の行動を避けるわけではない。

また、特に小児期には恐怖は一般的なものであり、社会的、学業的に著しく障害され、恐怖症による強い苦痛が存在していなければ特定の恐怖症とは診断しない。

6) よくみられる合併症・併存症

その他の不安障害、大うつ病性障害、身体表現性障害と併存することが多いとされるが、いまだ多くの検討はなされていない。また、特定の恐怖症と成人期の気分障害、アルコールおよび薬物依存との関連を指摘する報告もある。

7) 経過

特定の恐怖症は、通常、小児期あるいは青年期早期に発症するが、治療を受けなければその後、何十年も持続することがある。外傷的出来事または予期しないパニック発作の結果生じる恐怖症は、特に急速に発症する傾向がある。青年期の特定の恐怖症は、成人早期におけるその特定の恐怖症の継続や、新たな特定の恐怖症の発症を増加させるが、通常、他の精神疾患の発症を予測するものではないとされる。成人期まで続く恐怖症が軽快することは20%程度と稀である。

8) 治療・介入

(1) 認知行動療法

(2) 薬物療法

特定の恐怖症による社会的不利益の程度は、その対象や状況をどの程度現実生活で回避可能かによる。治療的介入としては、行動療法として暴露療法が用いられることが多い。恐怖刺激に対して調整をしながら暴露を繰り返し脱感作していく。暴露にはイメージによる暴露、現実暴露などがある。暴露療法の有効性は認められているが、暴露療法を希望しなかったり、途中で中断してしまうことも多いとされる。暴露療法にあわせて、リラクゼーション法や呼吸法、また、認知療法的にその対象または状況が事実として安全であることを理解し強化してゆく方法もあわせて行われると効果的かもしれない。

薬物療法としては、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が有効かもしれないが、検討は多くはなされていない。特定の恐怖症がパニック発作を伴う場合はパニック発作に対する選択的セロトニン再取り込み阻害薬などの薬物療法も有効かもしれない。

(朝倉 聡)

<各論 I 7. 不安の障害 4) 社会不安障害>

1, 概要

社会恐怖の基本的特徴は、恥ずかしい思いをするかもしれない社会的状況または行為状況に対する顕著で持続的な恐怖である。社会恐怖は、旧来の神経症概念の中では対人恐怖症、赤面恐怖症と分類されていた領域を含んでいる。

社会恐怖は DSM・III に初めて掲載されたが、DSM・III・R から回避性人格障害との併存が認められ、DSM・IV では全般性があげられるようになった。また DSM・III・R にあった小児の過剰不安障害、回避性障害も DSM・IV ではなくなり、小児の症例も含まれるようになった。さらに社会恐怖とともに社会不安障害の名称が併記されるようになった。

2, 疫学

1) 有病率

地域社会での生涯有病率 3～13%の幅で報告されている。児童・思春期での有病率はほぼ 1%、そして臨床例では 14.9%といわれている。

2) 性差

男性に多いといわれている。

3) 好発年齢

典型例では 10 歳半ばから 20 歳前半で発症することが多い。主に思春期に診断されることが多いが、8 歳で社会恐怖と診断される場合もある。強いストレス体験または恥をかくような体験に続いて発症することも、潜在的に徐々に発症することもある。

年少の子どもでは、頻繁なかんしゃくや親や養育者にまといつき、学校での活動を拒絶するという現れ方をする。思春期の子どもでは家族から離れることを恥ずかしがったり、社会的な集まりや仲間関係を恥ずかしがるという現れ方をする。

4) 遺伝・家族性：生物学的第一度親族に社会恐怖が多い。

3, 成因

1) 生物学的要因

2) 心理的要因

恐怖症や不安障害の成因に関しては、心理的要因だけでなく最近では生物学的研究がめざましい発展をとげている。社会恐怖は直接的に他者の評価にさらされる状況だけではなく、間接的に他者の評価を受ける状況でも恐怖感が出現する。したがって、対人関係が大きく拡大し、あわせて自我の確立が課題となる思春期、また受験などで他者の評価にさらされる機会を多く持つことから、思春期の発症が多いと考えられている。

4, 基本症状

診断基準 (DSM・IV・TR, 2000) の「A」項目の症状。

5, 合併症・併存症

1) 身体面

恥ずかしい思いをする可能性のある症状（例：パーキンソン病の振戦、吃音、肥満、斜視など）を伴う一般身体疾患がある時に社会的不安や回避を示す場合がある。

2) 心理・行動面

鑑別する必要がある不安障害としては、①広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、②分離不安障害、③全般性不安障害、④特定の恐怖症があげられる。なかでも分離不安障害の子どもは社会的状況を避けることがあるが、それは世話をしてくれる人から離れることに対する不安のためや発達的にみて適切ではない場合に親の存在を必要とすることに対する心配のためである。分離不安障害の子どもは、自分の家の中での対人的状況では気分は落ちついているが、社会恐怖の子どもは恐怖する社会状況が家の中で起こっても不安の徴候を示す。社会恐怖と近縁の症状として、「パニック障害」を合併したり、「自己臭恐怖」や「醜形恐怖」、さらには「ひきこもり」などでも、対人恐怖を背景に持つことに注目をする必要がある。このうち、自己臭恐怖や醜形恐怖は青年期に多発することから、その成因に「青年期危機」に関連するといわれている。さらに、「ひきこもり」に関してはすべてが対人恐怖とは限らないものの、その発生数の増加や、不登校との関連性などをめぐって今後さらに検討が必要な領域である。

選択性緘黙は社会恐怖と関連が深い疾患で、選択性緘黙の子どもはほとんど社会恐怖の診断基準を満たすといわれている。選択性緘黙は DSM-IV-TR で不安障害に分類されていないが、内気、決まり悪いことへの恐れ、ひきこもりが選択性緘黙の子どもによく認められ、社会的不安の表れであると強く示唆されている。

臨床的には、抑うつ気分や高い不安特性と関連しており、さらに物質使用の増加とも関連するといわれている。社会恐怖の子どもは社会的技能の欠陥があり、社会的および職業的に著しい障害を示す可能性もある。また発達的に適切な活動に参加することを拒否するため、反抗的な子どもとみなされることも多い。

3) 発達障害

広汎性発達障害も鑑別すべき疾患にあげられるが、広汎性発達障害で社会状況が回避されるのは他者と人間関係を持つことへの興味が欠如しているためである。

6, 診断

診断基準 (DSM-IV-TR, 2000)

A. よく知らない人達の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の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖、その人は、自分が恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動（または不安症状を呈したりすること）を恐れる。

注：子どもの場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会関係をもつ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人の交流だけでなく、同世代の子どもとの間でも起こるのでなければならない。

B. 恐怖している社会状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは状況依存性、または状況誘発性パニック発作の形をとることがある。

注：子どもの場合は、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. その人は、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：子どもの場合、こうした特徴がない場合もある。

D. 恐怖している社会状況または行為をする状況は回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を感じながら耐え忍んでいる。

E. 恐怖している社会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、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の（学業上の）機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその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。

G. その恐怖または回避は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではなく、他の精神疾患（例：広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、または統合失調質パーソナリティ障害）でうまく説明されない。

H. 一般身体疾患または他の精神疾患が存在している場合、基準Aの恐怖はそれに関連がない、例えば、吃音症、パーキンソン病の振戦、または神経性無食欲症または神経性大食症の異常な食行動を示すことへの恐怖でもない。

該当すれば特定せよ

全般性 恐怖がほとんどの社会的状況に向けられている場合（回避性人格障害の追加診断も考慮すること）

7. 経過

経過は持続性の場合が多い。社会恐怖の症状は生涯に渡って持続する 경우가多いが、生活上のストレス因子や要求に伴って変動することが多い。

8. 対応

- 1) 認知行動療法
- 2) 薬物療法
- 3) 子どもへの精神療法
- 4) 親ガイダンス

子どもの不安障害に対する治療プログラムでは、系統的脱感作療法を中心とする認知行動療法が有効といわれている。認知行動療法に組み合わせてソーシャルスキル・トレーニングが行われたり、さらに薬物療法がしばしば用いられる。薬物療法に関しては選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の効果と安全性は実証されており、第一選択薬といわれている。その他に、抗不安薬や三環系抗うつ薬が有効といわれている。

9. 専門機関への紹介

認知行動療法や薬物療法といった治療を開始して3～4ヶ月経過しても改善がみられない場合には、児童精神科などの専門機関へ紹介することが望ましい。

(渡辺京太)

<各論 I 7. 不安の障害 5) パニック発作・パニック障害>

1, 概要

パニック障害は、予期しないパニック発作を繰り返し経験することである。パニック発作は、ひとりで外出できなくなったり、場面恐怖を引き起こしたりすることがある。パニック発作とは強い恐怖であり、身体的症状（心悸亢進、息切れ、窒息感、発汗など）を伴なう。1)

パニック発作のある青年は、身震い、めまい/気が遠くなる、心悸亢進、嘔気、息切れ、および発汗がよく語られる症状であるように見える。3) 4) 5)

認知的な症状は、青年期に身体的症状に比較してすくないといわれる。3) 5)

知らない人の多く集まる場所を避けることが多い。3) 5)

2, 疫学 有病率 性差 好発年齢 遺伝性・家族性

パニック障害の始まりは、通常は、青年期後期もしくは青年期早期である。パニック障害が若年の小児にあるかどうかということは、議論のあるところである。若年者がパニック発作の身体症状を不安と認知することができないという仮説は支持されない。子どもにおいても不安や恐怖はパニック反応を起こす。1) 多くのパニック発作、パニック障害の症例報告が出され、現在では、児童青年期にパニック発作、パニック障害を体験することが起こりえるかどうかということよりも、児童青年期のパニック発作、パニック障害がどのような表現をされるかということが議論される。3)

地域サンプルの推定値は、パニック発作を経験したことのある青年の割合は、35.9%から63.3%である。0.6%から4.7%の青年が、パニック障害の診断基準を満たす。思春期前の子どもの有病率については分かっていない。しかし、青年や成人のパニックからのレトロスペクティブな報告によると、少なくともパニック障害の症例の中には、小児期発症の群があるだろうと考えられる。3)

3, 成因

児童の分離不安障害が成人の場面恐怖を伴うパニック障害と関連があるのではないかという仮説がある。7) しかし、児童の分離不安障害は、成人の場面恐怖を伴うパニック障害と特に関連するというよりも、その他の不安障害とも関連がみられることがいわれる。単一恐怖、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害などである。8)

4, 診断基準

診断基準は、児童青年期においても、成人でも用いられているDSM-IV2) が用いられることが多い。

パニック発作とは、以下によって定義される。

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、その時、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発言し、10分以内にその頂点に達する。

1. 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
2. 発汗

3. 身震いまたは震え
4. 息切れ感または息苦しさ
5. 窒息感
6. 胸痛または胸部不快感
7. 嘔気または腹部の不快感
8. めまい間、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
9. 現実感消失（現実でない感じ）、または離人症状（自分自身から離れている）
10. コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖
11. 死ぬことに対する恐怖
12. 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）
13. 冷感または熱感

パニック障害は、以下によって診断される。

A. (1)と(2)の両方を満たす。

- 1) 予期しないパニック発作が繰り返し起こる
- 2.) 少なくとも1回の発作の後1ヵ月間（またはそれ以上）は、以下のうちの1つ（またはそれ以上）続いていたということ：

- a. もっと発作が起こるのではないかという心配の継続
- b. 発作またはその結果が持つ意味（例：コントロールを失う、心臓発作を起こす、“気違いになる”）についての心配
- c. 発作と関連した行動の大きな変化

B. 場面恐怖の有無

C. パニック発作は、物質（例：乱用薬物、投薬）または身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理学的な作用によるものでない。

D. パニック発作は、以下のような他の精神障害ではうまく説明されない。例えば、社会恐怖（例：恐れている社会的状況に暴露されて）、特定の恐怖症（例：特定の恐怖状況に暴露されて）、強迫性障害（例：汚染に対する強迫観念のある人が、ごみに暴露されて）、心的外傷後ストレス障害（例：強いストレス因子と関連した刺激に反応して）、または分離不安障害（例：家を離れたり、または身近の家族から離れたりした時）。

5. 鑑別診断

予期しないパニック発作が、パニック障害の診断のためには前提となる。ある状況によって生じた発作は、他の不安障害のものである。この鑑別が若年者のパニック障害の診断には、最も難しい。子どもは、発作の誘因が何かというようなことを認知することが難しい。他の不安障害との違いは、誘因となる刺激があるかどうかということである。

また、小児科疾患によって、パニック発作が起こることがある。例えば、甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能亢進症、内耳に関連する前庭機能障害、そして心臓疾患である。動悸があれば、心電図検査が必要であろうし、また小児心疾患の鑑別が必要になる。適切な検査や小児科的診察をおこなったうえで、パニック障害と診断しなくてはならない。3)

6. よくみられる合併症・併存症

パニック発作は、ひとりで外出できなくなったり、場面恐怖を引き起こしたりすることがある。1) パニック発作の頻度と、パニック発作によって引き起こされている社会心理的状況や苦痛については区別して考えなければならない。不安が強くなると、いつもパニック発作が起こっているとかれらは語るが、いつもパニック発作が起こらないか不安でたまらないということ、そう表現することがある。

7, 経過

14歳以降にパニック障害が発症することが多いと考えられている。3) 6) 児童青年期のパニック障害については経過や予後については、分かっていないが、レトロスペクティブな成人のパニック障害の報告では、児童青年期のパニック障害は治療されずにおかれることが多く、成人まで持続する。

8, 治療・介入

パニック障害の子どもに対しても、臨床的には心理教育が有用なのではないかと思われる。これは、どのような状況になっているのかということの説明することで、かれらは、より不安と認知するような過程から脱することができることが多い。薬物療法については、アルプラゾラムを中心とするベンゾジアゼピン系の薬剤を短期にもちい、選択的セロトニン再取り込み阻害薬を中心に不安障害を治療していくことが主流であった。3) しかし、最近では、子どものうつ病への選択的セロトニン再取り込み阻害薬の使用に慎重にならざるをえない。

(猪子香代)

<各論 I 7. 不安の障害 6) 外傷後ストレス障害・急性ストレス障害>

1. 概要

非常に強い心的な衝撃的体験によってもたらされるその後の精神的傷つきを心的なトラウマ（外傷）という。それによる精神的変調をトラウマ反応と呼び、PTSDとASDはトラウマ後に生じるトラウマ反応の一型である。広義には、トラウマとは、個人が強い恐怖や戦慄・不快感を感じ続けるような主観的苦痛をもたらし続ける体験であり、些細な出来事でも原因にはなりうる。しかし、精神医学的にトラウマ反応を捉える場合には、その原因となる体験は、非日常的で多くの人にとって強い衝撃をもたらすような出来事とする。特に、PTSD、ASDの診断は、診断基準のA項目に示されるような外傷的出来事への曝露があったことが必要であり、両者は診断基準にのっとり厳密に診断される。ただし、いじめや虐待、家庭内のDVなどにおいては、個々の出来事の衝撃度にかかわらず、度重なる苦痛を伴う状況によってもたらされるトラウマが重大な精神的問題をきたす場合もある。

2. 疫学

発生率：外傷的出来事に遭遇した子どもの30%前後にPTSD、10%にASD（広義の急性ストレス反応は28%）

症状発生を予測する因子：トラウマへの曝露の程度、トラウマに関連した両親の苦悩

3. 成因

成人にとって外傷的である出来事の全てが子どもにもPTSD、ASDの成因になる。個人的な出来事に関しては、状況や出来事の意味を十分に認識できないあるいは説明できない場合もあるが、意味を認識できずとも衝撃を強く受ければPTSD、ASDに至ることはある。

子どもの心的トラウマとなりうる出来事：事故における被害者あるいは目撃者になること、犯罪（強盗、誘拐、人質、レイプなど）に巻き込まれることや身近に目撃すること、災害や戦闘に遭うこと、大切な人の死や別離に伴うトラウマティックな状況、児童虐待（身体的虐待、心理的虐待[DV目撃を含む]、ネグレクト、性的虐待）、心身へ強い衝撃を受けるいじめなど。

4. 診断基準

子どものトラウマ反応の症状は、発達段階によって異なる。診断基準においては、精神発達上の言語表現や内的洞察性に未熟により、トラウマ反応は明らかであってもDSM基準では条件を満たしにくいことが多い（特にC基準）が、現時点ではPTSDあるいはASDの診断は、診断基準にのっとり厳密に行うことが望ましい。DSM診断は成書をご参照願いたい。0歳から3歳までの診断基準として「精神保健と発達障害の診断基準」を示す。

心的外傷ストレス障害 Traumatic Stress Disorder（精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで—本城秀次・奥野光訳より抜粋、一部省略）

心的外傷ストレス障害は、ある1つの出来事、あるいは関連しあった一連の外傷的出来事、または慢性的永続的ストレスを経験してきた子どもにみられる症状の連続体を記述している。これには、実際の死やあるいは死の脅威、自分や他人への重篤な傷害、ある

いは自分や他人の心理的・身体的健全さへの脅威を、子どもが直接経験したり、目撃したり、直面化する場合が含まれる。外傷的な出来事とは、突然で予期せぬ出来事（例：地震、テロによる攻撃、動物に襲われる）、一連の関連した出来事（例：繰り返される空襲）、あるいは慢性的・永続的な状況（例：慢性的な身体的虐待、性的虐待）などである。

子どもの症状の本質は、トラウマ、子どもの人格特性、その経験を徹底操作することと、保護されており安全であるという感覚に子どもがうまく対処できるように援助する養育者の能力、という文脈で理解されなければならない。ある場合には、子どもがトラウマに再び取り組もうとする中で、子どもの報告する記憶が変化することもある。このように、幼い子どものトラウマの説明が変化するためとあって、単にトラウマが幻想だとは限らない。

特に家族の誰かが生命の危機にさらされるような負傷をするというようにトラウマが深刻な場合、診断をして、子どもや家族とすぐに治療的取り組みを始めるのがよい。たいていこの場合、効果的な介入がなければ、外傷的なストレス反応は持続することになるだろう。

心的外傷・ストレス障害の診断に関しては、臨床家は以下にあげるようなトラウマとなる出来事や現象の有無を探す必要がある。

外傷的な出来事の再体験（少なくとも1つ）

- a. 外傷後プレイ、b. プレイ外での外傷的な出来事の反復想起、c. 反復される悪夢、d. 外傷を想起させるものへの苦痛、e. フラッシュバック or 解離の客観的エピソード
2. 外傷的な出来事の後に現れる反応性の麻痺・発達力の妨害（少なくとも1つ）
 - a. 社会からのひきこもり増大、b. 感情の広がり制限、c. 既に獲得した発達スキルの一時的喪失、d. 外傷的な出来事以前と比較してプレイの減少あるいは制限
3. 外傷的な出来事の後に出現する覚醒亢進症状（少なくとも1つ）
 - a. 夜驚、b. 入眠困難、c. 悪夢や夜驚とは無関係な夜間覚醒、d. 著しい集中困難と集中力の減少、e. 過度の警戒心、f. 過剰な驚愕反応
4. 外傷的な出来事以前には存在しなかった症状（少なくとも1つ）
 - a. 仲間、大人あるいは動物に対する攻撃性、b. 分離不安、c. 一人でトイレに行くことの恐怖、d. 暗闇への恐怖、e. その他の新たな恐怖、f. 悲観あるいは自滅的行為、操作主義、マゾヒスティックな挑発性、g. 年齢にふさわしくない性的・攻撃的な行動、h. 身体症状、運動性の再演、皮膚の小斑、痛みあるいは特有の姿勢などを含む、心的外傷時に経験されたその他の非言語的反応、i. その他の新たな症状

5. 鑑別診断

詐病：子どもの場合、親による偽証や大げさな訴えに注意を要する。

統合失調症：解離や不安の極端な PTSD か、外傷的な出来事を誘因に統合失調症発症か。

6. 合併症・併存症

抑うつ、全般性不安障害、分離不安、空間恐怖、AD/HD、行為障害、反抗挑戦性障害、境界人格性障害、解離症状、二次受傷（事情聴取、マスコミ取材、誹謗中傷、スティグマ）

7. 経過

小さい年齢でトラウマを受けた人ほど、「特定不能の極度のストレス障害（DESNOS）」（感情制御の問題、注意・意識の変化、身体化、慢性的人格変化など）の問題を抱えやすい。