

後年にその意味を理解することにより、激しい症状を表すものもある（性的虐待など）。

8. 治療・介入

1) 子どもの心身の安全を確保：最優先。2) 体験された出来事の聴取：できれば親子別。誘導尋問にならないよう注意。3) 心理教育：できれば親子別。4) 心理療法・精神療法：遊戯療法、力動的な精神療法、認知行動療法、EMDR、リラクゼーションなど。5) 薬物療法

(笠原麻里)

<各論 I 8. 衝動制御の障害 1) 抜毛癖>

1, 概要

抜毛を繰り返すことで脱毛斑が生じる場合を抜毛癖という。脱毛斑は境界が鮮明な場合も不鮮明な場合もあり、そのなかに正常な毛や折れた短い毛が存在する。脱毛斑は頭髪の、とくに手の届きやすい前頭～頭頂部にできることが多いが、頭髪の他の部位や、眉毛、睫毛、陰毛にできることもある。

2, 疫学

生涯有病率は 1%以下と考えられている。小児期から青年期に発症しやすい。成人では女性の方が多い。

3, 成因

抜毛には、意識して行われる抜毛と、あまり意識されず自動的に行われる抜毛とがある。前者の方が、感情障害や不安とより強く関係しているという研究結果がある。後者は小児期に多くみられ、神経性習癖 **nervous habit** の一つである。神経性習癖は、手持ち無沙汰なときや不安を感じている子どもが行う、指しゃぶり、爪かみなどの習慣化した癖をいう。このような自己刺激行為は何らかの効用（自分を落ち着かせるなど）のために自然に行われると考えられる。毛髪に関する神経性習癖としては、髪をいじる、毛先をなめる、髪を指に巻きつけて抜くなどがある。注意欠陥多動性障害に伴う場合、多動を抑制しようとする場面で、抜毛が生じることがある。

4, 診断基準

DSM-IV-TR (2000) による抜毛症の診断基準は、①抜毛による体毛の喪失、②抜毛直前の緊張感亢進、③抜毛時の緊張緩和、④抜毛をきたす他の疾患の除外からなる。ただし、ある研究によれば、②③のような緊張を伴わない抜毛例の方が多い。

5, 鑑別診断

円形脱毛症、頭部白癬、SLE などによる脱毛斑を鑑別する。これらの脱毛斑内は通常完全脱毛状態で、組織学的には炎症細胞の浸潤がある。鑑別困難例では皮膚科に診察を依頼する。

6, よくみられる合併症・併存症

脱毛を恥ずかしく感じ、その部位をスカーフ、帽子などで隠そうとすることが多い。抜毛した毛髪を飲み込むと、毛髪胃石を合併することがある。青年期以降の抜毛症の約半数に、不安障害、気分障害などの精神障害の併存を認める。

7, 経過

小児例の場合、自然に軽快することが多い。青年期以降の例では、程度が変動しながら慢性の経過をとりやすい。

8, 治療・介入

1) 問診で抜毛の経過、食毛の有無、不安症状、強迫症状、チックの有無、治療意欲を確認する、2) 診察で抜毛部位を確認する、3) 抜毛症の診断と合併障害（あれば）の診断をする、4) 神経性習癖の場合、抜毛に対して「やめなさい」と感情的に禁止することはかえって長引かせることが多いので、軽度の場合は無視するか、「髪の毛をそっとしておこう。」と穏やかに勧めて、別のことに関心が向くよう誘導する。5) 意識的な抜毛や、合併精神障害があるときは、環境的な不安要因の解消、薬物療法、心理療法を試みる。確立された治療法はないが、薬物でクロミプラミン、心理療法で認知行動療法が有効という報告がある。

(小林繁一)

1. 概要

放火癖は、火事を見たり引き起こすことへの興味や快感に基づいて、繰り返し放火することをいう。

2. 疫学

放火癖の有病率は不明である。

どのような原因でも、放火は刑法犯罪（放火罪）となる。警察庁の統計（平成8～17年）では、放火の検挙・補導人員は年間約900人で、そのうち20歳未満の割合は25%（14歳未満15%、14～20歳10%）である。米国では、放火罪の逮捕者の40%以上が18歳未満で、多くは15歳から18歳である。

3. 成因

多くの子は3歳から5歳の間に火に興味を持つ。5歳から9歳の間に、点火を大人のいるところで安全なやり方で経験する（ケーキのろうそくに火をつけるなど）。米国の研究では大人のいないところで火付けを経験する子どもは60%を越えるが、その多くは好奇心からの1回きりの行動である。一方、放火には、反復性、意図的、計画的である、火がついた後消そうとせず逃げるなどの特徴がある。放火を行う子の多くは、男児で、感情的になりやすい性格で、しばしば学業不振や学習障害があり、家族環境に両親の不和、過保護、懲罰的なしつけなどのストレスがあり、怒りを開放したり、注目を集める手段として、放火するもので、他の非行行為をしばしば伴う。

4. 診断基準

DSM-IV-TR（2000）による放火癖の診断基準は、①2回以上の意図的で目的のある放火、②放火直前の緊張感のたかまり、③火事への興味、④放火時の開放感、⑤放火の除外診断からなる。放火が、金銭的利益、イデオロギーの表現、犯罪の隠蔽、怒りや報復、生活環境の改善、妄想や幻覚への反応、判断の障害の結果であったり、行為障害、躁病エピソード、反社会性人格障害による場合は、放火癖から除かれる。

5. 鑑別診断

放火の他の原因を除外する。放火を伴う精神障害としては行為障害が多い。行為障害では、家や学校での違反行動、自己評価の低さ、欲求不満耐性の低さ、感情の爆発などがみられる。注意欠陥多動性障害の子が、火や火付けに強い興味を持つことがある。

6. よくみられる合併症・併存症

アルコール依存。

7. 経過

放火癖および放火の長期経過は不明である。

8. 治療・介入

放火行為の基礎にある精神病理を変化させ、放火を減少させるために、個別の心理療法（認知感情療法、行動療法）や家族療法を行う。認知感情療法は、放火にいたるまでの行動と感情を順にたどり、寂しさ—怒り—放火行為というような感情と行動のつながりに本人が気づき、きっかけとなる寂しさを感じたときにより建設的な行動で寂しさに対処することを身につけることを目標にする。

<各論 I 9. 適応障害>

疾患単位としての適応障害は、操作的な診断基準が採用されるようになってから、神経症概念を解体する過程で派生した残余カテゴリーではあるが、実際の子どもの心の臨床の領域で、「適応障害」が臨床的な疾患概念として用いられる機会は少なくない。特有の臨床症状をもつというよりは、独自の発生過程をもつ単位であるため、この診断を一定以上の精度で用いるためには、成育史を含む病歴の正確な聴取と、心理的プロセスへの洞察が求められる。

1, 概要

生活状況が大きく変化せざるを得ないような事態（ストレス因）に対して、個体が順応していく過程の反応として発生すると考えられる、大きな苦しみや社会機能の障害をきたすような一連の反応をさす。

反応のパターンは不安・抑うつ・苦悩・緊張・退行・行動化など特定されないが、より特異性の高い診断を下すほどには重篤ではなく、ストレス因がなければ発生しなかったと考えられることが条件である。

2, 疫学・有病率

病因によって規定される単位であるため、可能性としては男女いずれにもまたどのような年齢層にも等しく起こりうる。有病率は文化や社会的要因で大きく異なり、特定が難しいが、DSM では精神科外来を受診する患者の5%から20%の範囲と評価している。2005年度の梅ヶ丘病院の外来統計（年齢は20才未満）では、急性ストレス反応やPTSDを含む重度ストレス反応全体で男子の9.7%、女子の31.0%、全体では16.6%を占めていた。数値上は思春期女子の発生が高率であると言えるが、思春期申請との関連については後述することにする。

特定の家族性は証明されていない。

3, 成因

前述の通り、成因は個体にふりかかった環境の変化（ストレス因）だが、何がストレス因になりうるかについては個体差や文化社会的な異差が大きい。

個体差とは個々のストレス耐性であり、一般には性格的な要因に等しいと考えられるが、児童青年期の精神医学の特徴として発達要因すなわち年齢によるストレス耐性の変化を斟酌する必要もある。

文化社会的な異差とは、社会的な構造や文化的な行動様式がもたらすストレス因の修飾のことであり、たとえばストレス因としての学校環境には、日本社会の中での教育からの逸脱の難しさ、学級の構造の閉塞性、家族の社会的な期待、いじめ現象を含む級友関係など、評価しきれないほどさまざまな要因が関連しうる。

4, 診断基準

適応障害の診断は症状によってではなく、ストレス因との関連によって規定される。すなわち時間的には、ストレス因の発生から症状の発生まだが通常は1ヶ月以内、長くとも3ヶ月未満であって、逆にストレス因が消失してから6ヶ月以内に症状の消退を認めなくてはならない。ただし、こうした時間的な関連性は、必ずしも内的な関連性を証明するものではないし、診断基準には「それ（ストレス因）なしには障害は起こらなかったという証拠」が必要とされているが、これを証明する方法は明示されていない。

5、鑑別診断

発症にストレスが関連していても、症状が他の診断基準を満たす場合には、その診断が優先するので、ストレス因が発症に関連しうるあらゆる疾患が鑑別と対象となる。つまり、明らかに状況の変化に誘発されて統合失調症の症状が発生した場合、症状が統合失調症の基準を満たせば統合失調症と診断されるが、不十分であれば適応障害と診断されることになる。

6、よくみられる合併症・併存症

患者の病態の全体像が、ストレス因に関連しているかいないかに規定されるため、通常は他の精神疾患との合併はあり得ない。ただし、ストレスに関連して起ったと考えられる症状が、他の疾患の直接の結果でない場合には合併があり得るとされている。たとえば、環境変化に関連して抑うつと強迫症状が発生したような場合に、強迫性障害と適応障害が併記されることが起こりうるが、頻度的には高いものではない。

7、経過

重度のストレスに対する急性の反応ではないという点では、亜急性ないし慢性のストレス反応考えることはあながち誤りではなく、反応の様式は比較的寛恕である。

また定義から考えられるように、ストレス因が長期化すれば症状も遷延する。またストレス因が反復すれば症状も反復する。

ただし、異なるストレス因に対して反応のパターンが同じである場合があるので、同じ症状の反復を観て同じストレス因が反復していると断定はできない。たとえば、明らかにいじめによる不登校があり、その問題がいずれも解決を見たとして、時をおいて不登校が再燃した場合も、再びいじめが発生しているとは限らない。

逆に、同じストレス因に対して異なる反応が見られる場合もある。特に児童期には年齢やストレス耐性の変化にしたがって、形成されるストレス反応の様式は変化していくのが特徴である。

8、治療・介入

適応障害の治療は、表出される症状に従うのはもちろんであるが、特に児童期においては、いかに個体の適応能力なりストレス耐性を高めるかにも向けられなければ、将来的にも発生を抑制しようとする点では意味をなさない。

薬物は、症状の軽減をねらうには最も効果的な治療手段である。原因療法にはなり得ないが、多くの場合、適応障害による症状形成はその子どもの一般的な適応条件をさらに悪

化させているので、症状を軽減しておくことは悪循環に陥ることを防ぐ意味がある。

ストレス因となった事情に直面化は、精神療法などによる内的な作業を通じて行われることになる。その過程を詳述する余裕がないが、ストレス因に対するこころの態度のみでなく、現実そのものに対してより柔軟な態度で臨むことができるような姿勢を獲得させていくことが目標となる。言語を介してこうした作業を進めることが（必ずしも年齢的な要因だけでなく）難しい場合には、箱庭や描画など非言語的な技法によっても遂行されうる。

1) 学校環境と適応障害

現在の状況では学校環境は子どもたちにとって選択の余地のないものである。過半数の子どもたちにとっては適応に困難を覚えることはないにせよ、そうでない子どもたちにとっては、主体的な選択ができていないということによって、適応が二重に難しくなっている。

加えて、子どもたちの現実への対応能力がまだ十分ではないことを考えると、不登校の要因が大人には些細に見えることであったとしても、さほど不思議ではない。

集団適応が難しい場合などには、ごく軽度の発達障害の存在を想定せざるを得ない場合もある。この発達障害をめぐる問題は、かれらの集団適応能力、葛藤処理能力、自尊感情の低さ、情緒的反応の特異性などの点で学校環境への適応を大きく左右する要因となる。

逆に、発達バランスに問題の少ない子どもにとって、学校は過剰適応の場となることが少なくない。過剰適応の疲弊によって不登校となったこどもの学校適応上の問題を、適応障害の概念で扱うことがふさわしいのかは問題であるとしても。

2) 思春期と適応障害

思春期を自立を共通課題とする青年期の入り口であると定義するならば、この時期に社会、家庭、学校、友人関係などが従前とは異なる課題性を帯びて立ち現れるようになる。

思春期の情緒・行動の不安定の一部には、こうした現実への適応の困難であるケースがあり、この点を中心に考えれば適応障害診断が該当する。事象のストレス要因としての自明性にはやや乏しいものの、多くの思春期の臨床家がこの時期に特有の行動異常を適応障害と考えるのは、単に適応障害を神経症的であることの言い換えと考えてのことではない。

同時に思春期は二次性徴発来の時期とも定義されるように、身体的・精神的な変容の感覚を伴う年代でもある。彼らはこの変容する自己にも適応を強いられる結果となる。適応障害概念の本来からは多少外れるのかもしれないが、この時期の青年たちの適応障害の病態には、多少なりとも自己(再)受容の困難という要素が含まれていると考えられる。

こうしたケースの臨床像の特徴は、内的な葛藤がしばしば行動化されることで、自己再適応困難の要素の強いケースほど、リストカットなどの自己確認行動として表出されることが多い。

(田中 哲)

<各論 I 10. 解離性障害>

1, 概要

解離とは、意識、記憶、同一性、知覚、運動、感情などの通常は統合されている心的機能の統合性の喪失であると定義される。通常、解離はPTSD（心的外傷後ストレス障害）において見られるように、心的外傷から自らを保護するための心的防衛機制であり、その働きによって、圧倒されるような恐怖、痛み、絶望から自我は守られる。しかしながら、解離は、必ずしも異常な心的現象というわけではない。幼児における「想像上の友達（imaginary companion）」、スポーツへの没頭やコンサートでの熱狂といった些細な日常的現象、宗教におけるトランス体験等、正常範囲内の解離と呼ばれるものが存在し、このような正常範囲内の解離と解離性障害における解離には連続性があると考えられている。

従来、解離は、転換症状とともに、ヒステリーの主要な症状であるとされてきたが、DSMにおける疾病分類においては、従来のヒステリー概念が解体され、解離性障害、転換性障害、身体化障害等に細分化されるようになってきた。解離性障害の中には、解離性健忘、解離性遁走、解離性同一性障害、離人性障害、特定不能の解離性障害が含まれている。

2, 疫学

- 1) 有病率：成人における一般人口中の有病率は、約 3~5%との報告があるが、児童青年期における有病率は、明らかになっていない。
- 2) 性差：幼児期では男女差はないが、本邦では女兒に多いとの報告もある。青年期後期では男女比は、約 1 対 4 と報告されている。
- 3) 好発年齢：児童期には稀であり、発症は思春期前後のことが多い。離人性障害は、10 歳代後半から 20 歳代で発症する人が多い。
- 4) 遺伝・家族性：明らかになっていない。

3, 成因

重篤な心的外傷との関連性が言われている。すなわち、幼少時に身体的・性的虐待を受けたこと、戦災、大きな自然災害に罹災したこと、殺人現場や悲惨な事故現場等に遭遇する等暴力的な死に方を目撃したこと等である。

神経生物学的要因に関しては、PTSD や幼児虐待経験のある境界性人格障害等のストレス関連性疾患と同様、海馬および扁桃核の容積減少を指摘する報告もある。

4, 診断基準 (DSM-IV-TR, 2000)

解離性健忘

- A. 外傷的でストレス度の強い重要な個人情報の想起が不可能になり、それが広範囲にわたるため、通常のもの忘れでは説明ができない。
- B. 他の解離性障害、PTSD、身体化障害の経過中にのみ起こるものではなく、薬物または一般身体疾患（例：頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものではない。
- C. その障害は臨床的に著しい苦痛、社会的、職業的機能の障害を引き起こしている。

解離性遁走

- A. 突然、家庭または普通の職場から離れて放浪し、過去を想起できなくなる。
- B. 個人の同一性についての混乱、または新しい同一性を装う。
- C. 解離性同一性障害の経過中にのみ起こるものではなく、薬物または一般身体疾患（例：側頭葉てんかん）の直接的な生理学的作用によるものではない。
- D. その障害は臨床的に著しい苦痛、社会的、職業的機能の障害を引き起こしている。

解離性同一性障害

- A. 2つまたはそれ以上の、はっきりと他と区別される同一性または人格状態が存在する。
- B. これらの同一性または人格状態の少なくとも2つが反復的に患者の行動を統制する。
- C. 重要な個人的情報の想起が不能であり、通常之物忘れで説明できないほど強い。
- D. その障害は臨床的に著しい苦痛、社会的、職業的機能の障害を引き起こしている。

注：子どもの場合、その症状が、想像上の遊び仲間または他の空想的遊びに由来するものではない。

離人性障害

- A. 自分の精神過程または身体から遊離して、あたかも自分が外部の傍観者であるかのように感じている持続的または反復的な体験。
- B. 離人体験の間、現実検討は正常に保たれている。
- C. その障害は臨床的に著しい苦痛、社会的、職業的機能の障害を引き起こしている。
- D. 統合失調症、パニック障害、急性ストレス障害等、他の精神疾患の経過中にのみ起こるものではなく、薬物または一般身体疾患（例：側頭葉てんかん）の直接的な生理学的作用によるものではない。

特定不能の解離性障害

優勢な特徴は解離性症状だが、どの特定の解離性障害の診断基準もみたさないもの（例：洗脳を受けていた人に起こる解離状態、憑依トランス等の特定の地域、文化固有の解離状態等）。

なお、児童青年の解離性障害のスクリーニング用の質問紙としては、観察者評定式の CDC (Child Dissociative Checklist)、自己報告式の A-DES (Adolescent Dissociative Experience Scale) が開発されている。いずれも信頼性、妥当性が確認されている。

5、鑑別診断

器質性疾患、特に、てんかん、頭部外傷、神経系疾患、アルコールや薬物乱用等との鑑別が重要である。統合失調症や気分障害等、他の精神疾患との鑑別も必要である。さらに、児童においては、ADHD（注意欠陥多動性障害）と誤診される場合があるため、注意が必要である。

6、よく見られる合併症、併存症

気分障害、身体化障害、転換性障害、神経性大食症、境界性人格障害との併存がよく認められる。

7、経過

適切な環境調整、精神科治療が行われた場合、成人に比べて予後は比較的良好である。本邦において、解離性障害と診断された18歳未満の患者のうち、精神科治療を受けた18例中10例が改善または治癒した、との報告がある。

8. 治療・介入

精神科治療に先立ち、子どものために環境調整を行うことがまず重要である。心的外傷が虐待等、家庭内部に起因する場合には、子どもの心身の安全の確保をはかることをまず第一に考えなければならない。最初に行うことは、子どもが今後も心的外傷を受け続ける危険性がないかどうかの確認であり、児童相談所との連携が必要な場合も多い。

児童青年の解離性障害における心理療法の有効性に関しては十分わかっていないが、総体的に見て、児童の一部にはよい効果が期待できると考えられている。児童においては、プレイセラピーが適応となるが、象徴的プレイにより、外傷を顕在化させることなく、認知の混乱を鎮めることに意味があると考えられている。成人において適応となるカウンセリングであるが、児童青年の場合には、それだけでは上手くいかないことが多い。年長児童および青年においては、児童に用いるプレイセラピー等、非言語的精神療法と成人に用いる方法の中間の方法が用いられることが多い。また、認知行動療法が有効であるとの報告もある。重篤な精神病理を有する家族には、家族療法、個人精神療法が適応となる。

薬物療法に関しては、現時点では、重要ではあるが、補助的な介入方法と考えるべきである。しかしながら、解離性障害の児童青年に並存しやすい抑うつに関しては、抗うつ薬が適応になる場合がある。また、攻撃性や衝動性が強い場合には、カルバマゼピンが有効であるとの報告もある。

(村瀬聡美)

<各論 I 11. 気分の障害 1) うつ・感情調整障害>

1, 概要

抑うつを中心とする気分あるいは感情の障害である。この気分の障害は、通常全般的な活動性の減退や興味・喜びの喪失および食欲障害・睡眠障害などの身体症状をともなう。

2, 疫学

- 1) 有病率：6ヶ月有病率は、児童期では0.5～2.5%、青年期では2.0～8.0%である。
- 2) 性差：児童期には性差はほとんど見られないが、青年期になると女性が増えていき、次第に男女比1対2の割合に近づいていく。
- 3) 好発年齢：児童期のうつ病性障害は稀であり、10～12歳から次第に増加し、15～16歳頃にはほぼ成人と同じ発症率となる。
- 4) 遺伝・家族性：うつ病性障害は多因子遺伝疾患であり、遺伝的要因は存在する。

3, 成因

いまだにうつ病性障害の明らかな成因はわかっていない。1) 生物学的要因、2) 心理的要因、3) 社会文化的要因が相互に関連しあって発症すると考えられている。

4, 診断

大うつ病性障害の診断基準 (DSM-IV, 1994)

以下のうち5つ（またはそれ以上）が2週間以上持続し、病前の機能からの変化を起こしている。少なくとも1つは、(1)抑うつ気分か(2)興味または喜びの喪失である。

(1)ほとんど毎日、1日中つづく抑うつ気分

注 小児や青年ではイライラした気分もありうる

(2)ほとんど毎日、1日中つづく興味または喜びの減退

(3)著しい体重減少、ほとんど毎日の食欲減退（あるいは体重増加、食欲増加）

注 小児の場合、期待される体重増加がない場合も考慮せよ

- (4)ほとんど毎日の不眠（または睡眠過多）
- (5)ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止
- (6)ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
- (7)ほとんど毎日の無価値感、または過剰で不適切な罪責感
- (8)思考力・集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる
- (9)死についての反復思考、反復的な自殺念慮、自殺企図、自殺の計画

5, 鑑別診断

1) 気分の変化が一般身体疾患（多発性硬化症、甲状腺機能低下症など）の直接的な症状と判断されたら、身体疾患の治療が優先される。2) 薬物乱用や投薬（ステロイド、インターフェロンなど）が気分の変化の大きな要因であると判断されたら、原因薬物の調整を考慮すべきである。3) 双極性障害との鑑別は重要である。躁状態あるいは混合状態が認められた場合は、治療の変更が必要である。4) 小児のうつ病ではイライラ感が出現しやすいため、注意欠陥多動性障害（AD/HD）との鑑別が必要である。5) 心理社会的ストレスに反応して起こる適応障害や死別反応との鑑別も重要である。

6, 合併症・併存症

児童・青年期のうつ病性障害は、単独で出現するよりも他の精神障害と合併・併存して出現することが多い。児童期では、AD/HD、行為障害、不安障害と、青年期では行為障害、AD/HD、不安障害、物質乱用、摂食障害と合併・併存しやすい。

7, 経過

子どものうつ病の経過・予後は、発症後1～2年で多くの症例が寛解するが、その後再発する症例が多いと考えられている。例えば、20年後の転帰調査において、軽症まで含めると成人になって60～75%がうつ病を再発すると報告されている。

8, 治療・介入

1) 心理教育的アプローチ

子どもと家族に病気の説明および治療の方法について分かりやすく説明する。治療の方針として、薬物療法と精神療法を並行して行っていくこと、休養が不可欠であること、叱咤激励はしないこと、焦らないこと、重大な決定はうつ病が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。

2) 薬物療法

うつ病の治療は大人と同様に薬物療法が基本である。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。抗うつ薬の効果は1～2週間であらわれる。しかし副作用は投与直後に出現することが多い。現在のうつ状態が改善し、本来の状態まで回復するのに平均約3ヶ月かかる。症状がほとんど消失しても、抗うつ薬の量は減らさないでその後約6ヶ月は服薬を続けるべきと考えられている。服薬を早くやめてしまうと、再発する可能性が高くなる。その後、2～3ヶ月かけて徐々に抗うつ薬を減量していき、それでも状態が安定していれば服薬を中止し、治療を最終することができる。

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。いわゆる activation syndrome（不安、焦燥、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、衝動性、アカシジア、軽躁、躁状態）と呼ばれる中枢刺激様症状である。

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で、早めに副作用に気づき、深刻な事態にいたる前に未然に防ぐ必要がある。副作用が出現した場合は、その病態をきちんと把握し、それぞれの状態に応じた適切な対応（抗うつ薬の減量、中止、変更、気分安定薬の投与など）が必要である。

3) 精神療法

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、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。

治療が進むにしたがい、子どもの真の感情や考えを言葉で表現するように援助していく。また症状の改善に伴って、少しずつ行動範囲を広げながら、回復の度合いを慎重に確認していく。治療の終盤では、発症の契機となった出来事が患児にとってどのような意味をもったのかをともに検討する場合もある。

また、子どもであっても、認知行動療法が適応の症例もある。原理は大人と同じであるが、子ども自身が楽しく取り組めるように、わかりやすく、かつ遊びの要素を取り入れた工夫をしていく。年齢によっては、絵画療法や箱庭療法などが適応の場合もある。

4) 家族・学校との連携

子どものうつ病治療において家族の協力は不可欠である。両親には、これまでの苦労をねぎらい、当面の対応の仕方を話し、ともに情報を交換し、協力関係を作っていくようにする。子どもが何を感じ、何を考え、なぜそのような行動をとるのか助言していく。励ましたり、はっぱをかけたりすることは逆効果であることを説明し、温かく見守る必要性を伝える。家族が疲労困憊になっていたり、自責的になっていることがあるので、それを支え、家族自身の精神衛生にも配慮していくことが重要である。

学校との連携も重要である。うつ病が改善し家庭内では元気になったが、学校には行けないということは稀ではない。家族、学校、医療が協力して、その子に応じた段階的な学校復帰プログラムを作っていく必要がある。

(傳田健三)

<各論 I 11. 感情の障害 2) 双極性障害>

1, 概要

大うつ病エピソードと躁病エピソード（あるいは軽躁病エピソード）との両者を経過の中で認める病態である。躁病エピソードは入院を必要とするほど重症の場合であり双極Ⅰ型障害、軽躁病エピソードは入院は必要でないほどの場合であり双極Ⅱ型障害という。

2, 疫学

- 1) 有病率：青年期においてはよく分かっていない。
- 2) 性差：女性に多い。
- 3) 好発年齢：12歳以降の青年期。ただし注意欠陥多動性障害が存在する場合、学童期に類似の症状の見られることがある。
- 4) 遺伝性・家族性：第1度親族に同じ障害を認めることがある。

3, 成因

分かっていないが、環境因はほとんど関係がないだろう。

4, 診断基準 (DSM-IVを要約する)

1) 大うつ病エピソード

(1) 次の両者あるいはいずれかが存在：抑うつ気分あるいはイライラした気分。楽しいことへの興味の減退。

(2) 次の項目が4つ以上存在：食欲不振。不眠。落ち着きがない。疲れやすい。自責感。集中力の減退。自殺念慮。

(3) 上記の(1)および(2)がほとんど毎日、そして一日中存在し、しかも2週間以上持続する。

2) 躁病エピソード

(1) 次の全てあるいはいずれかが存在：高揚気分。開放的な気分。易怒的な気分。

(2) 次の項目が3つ以上（易怒的な気分だけの場合は4つ以上）存在：自尊心の肥大。睡眠欲求の減少。多弁。観念奔逸。注意散漫。過活動。快楽的活動への熱中。

(3) 上記のi)(1)およびii)(2)が1週間以上持続する。

3) 軽躁病エピソード

(1)とii)(2)は躁病エピソードと同じ。

(3) 上記のi)(1)およびii)(2)が4日間以上持続する。

5, 鑑別診断

大うつ病。特に軽躁病エピソードは軽症のために見逃され大うつ病と誤診されやすい。

6, よくみられる合併症・併存症

パニック障害。また注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害の経過中に認めることがある。

7, 経過

大うつ病エピソードおよび躁病（あるいは軽躁病）エピソードを繰り返すことが多い。

8, 治療・介入

1) 早期の確実な診断

中学生や高校生の時期に大うつ病エピソードで発症した場合、青年期では大うつ病は少なく、双極性障害の方が多いことを念頭に置き、また家族歴、病前性格（明るく活発）などを踏まえ、大うつ病として安易に抗うつ薬を処方することを控える。特に躁病エピソードを認めれば診断は難しくないが、軽躁病エピソードは見逃しやすい。

2) 精神療法

青年期心性に配慮した支持的精神療法がまず大切である。一人の人間として対応し、話を聴き、自らの体験を持ち出さず、親を批判せず、心因論に傾かないことが重要である。

3) 薬物療法

子どもや青年への有効性や安全性の定まっている薬剤は極めて少ないことをまず念頭に置く。気分安定薬（炭酸リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピン）と適応外使用になるが非定型抗精神病薬（クエチアピン、オランザピン）を組合せ、慎重投与である抗うつ薬をいつ併用するかしないかの判断が重要である。いずれの薬剤にも禁忌がある。

4) エピソードを繰り返しながらも、青年には成長の可能性がある。適切な対応により20歳代前半までに社会適応を果たしたい。

(棟居俊夫)

<各論 I 12. 統合失調性障害 1) 統合失調症>

1, 概要

小児期統合失調症は、成人の診断基準を用いて診断することが可能であり、10歳以前に発病し、治療は青年期発病の統合失調症の治療に準じる。

2, 疫学

1) 有病率

時点有病率、期間有病率、生涯有病率がある。

(1) 時点有病率は0.12~0.64%

(2) 期間有病率は0.17~0.7%

(3) 生涯有病率は0.09~1.7%である。

成人の有病率は0.5~1.5%である。

2) 好発年齢

4%は15歳までに発病。0.5~1.0%は1.0歳までに発病する。13歳以降の発病が多い。年間発症率は、0.014~0.12%である。診断基準に該当する5~6歳の発病報告があるが、45歳以降の発病もある。

3) 性差

男性の発病年齢は18~25歳が多く、女性は25~35歳が多い。女性に比べ男性の発病率がやや高いといわれるが、性差を発症年齢の違いによるという報告もある。14歳未満の発病は男性に多いと言われる。症状の性差として、男性の場合は、陰性症状（意欲低下、感情の平板化など）を呈する割合が高く、女性は陽性症状（幻覚、妄想など）を呈する割合が高いという報告がある。

4) 季節性と地域差

統合失調患者の出生は冬季から早春に多いとされる。地域差では都市部に少ないといわれるが、移動の問題もあり定かではない。

5) 遺伝・家族性

遺伝学的研究によると、一卵性双生児での一致率は、20~57%、二卵性双生児では4~16%。両親とも統合失調症の子どもの生涯危険率は40~68%、どちらかの親が統合失調症の場合9~16%である。第一度親族のうち同胞の生涯危険率は9%、子どもは13%。第二度親族の場合、孫は5%、甥や姪は4%、叔父や叔母は2%。第三度親族では、従兄弟が2%である。

3, 成因

統合失調症の成因研究には様々なものがあるが、統合失調症の成因は未だ明らかにされてはいない。主な研究としては、遺伝学的研究、脳器質性障害に関連する研究、神経運動機能に関する研究、脳生化学的研究、産科的合併症に関する研究、出生時の季節に関する研究、感染に関する研究、心理社会的環境によるストレス研究、多因子説などがある。

4, 診断基準

DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders fourth edition Text Revision) によると、統合失調症の診断基準は下記のように定められている。

A. 特徴的徴候：以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのは、1カ月の期間（治療が成功した場合はより短い）ほとんどいつも存在：

- (1) 妄想
- (2) 幻覚
- (3) まとまりのない会話（例：頻繁な脱線または破裂）
- (4) ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動
- (5) 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如

注：妄想が奇異なものであったり、幻覚がその者の行動や思考を逐一説明するか、または2つ以上の声互いに会話しているものであるときには、基準Aの症状を1つ満たすだけでよい。

B. 社会的または職業的機能の低下：障害の始まり以降の機能の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している（または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準にまで達しない）。

C. 期間：障害の持続的な徴候が少なくとも6カ月間存在する。この6カ月の期間には、基準Aを満たす各症状（すなわち、活動期の症状）は少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合はより短い）存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準Aにあげられた症状の2つまたはそれ以上が弱められた形（例：風変わりな信念、異常な知覚体験）で表されることがある。

D. 失調感情障害と気分障害の除外：失調感情障害と「気分障害、精神病性の特徴を伴うもの」が以下の理由で除外されていること

- (1) 活動期の症状と同時に、大うつ病、躁病、または混合性のエピソードが発症していない。
- (2) 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は、活動期および残遺期の持続期間の合計に比べて短い。

E. 物質や一般的身体疾患の除外：障害は、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い。

F. 広汎性発達障害との関係：自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1カ月（または、治療が成功した場合は、より短い）存在する場合のみに与えられる。

◆縦断的経過の分類（活動期の症状が始まってから少なくとも1年を経過した後初めて適用できる）

播散性でエピソードの間欠的に残遺症状を伴うもの（エピソードは顕著な精神症状の再出現として定義される） ◆以下も該当すれば特定せよ：顕著な陰性症状を伴うもの

単一エピソード、部分寛解 ◆以下も該当すれば特定せよ：顕著な陰性症状を伴うもの

単一エピソード、完全寛解

他のまたは特定不能の型

統合失調症の病型について、DSM-IV-TR では、

①妄想型

以下の各基準を満たす統合失調症の一病型：

- A. 1つ、またはそれ以上の妄想、または頻繁に起こる幻聴にとらわれていること
- B. 以下のどれも顕著ではない：まとまりのない会話、まとまりのないまたは緊張病性の行動、平板化したまたは不適切な感情

②解体型

以下の各基準を満たす統合失調症の一病型：

- A. 以下の全てが顕著にみられる
 - (1) まとまりのない会話
 - (2) まとまりのない行動

(3) 平板化したまたは不適切な感情

B. 緊張型の基準を満たさない

③緊張型

以下の少なくとも2つが優勢である臨床像をもつ統合失調症の一病型:

- (1) カタレプシー(痙屈症を含む)または昏迷として示される無動症
- (2) 極度の運動活動性(明らかに無目的で外的刺激に影響されないもの)
- (3) 極度の拒絶症(あらゆる指示に対する明らかに動機のない抵抗、あるいは動かそうとする試みに対する硬直した姿勢の保持)あるいは無言症
- (4) 姿勢(意図的に不適切なまたは奇異な姿勢をとること)、常同運動、顕著な衝動症、顕著なしかめ面などとして示される自発運動の奇妙さ
- (5) 反響言語または反響動作

④鑑別不能型

基準 A を満たす症状が存在するが、妄想型、解体型、緊張型の基準を満たさない統合失調症の一病型

⑤残遺型

以下の基準を満たす統合失調症の一病型:

- A. 顕著な妄想、幻覚、まとまりのない会話、ひどくまとまりのないまたは緊張病的な行動の欠如
- B. 陰性症状の存在、または統合失調症の基準 A の症状が2つ以上、弱められた形(例: 風変わりな信念、普通でない知覚体験)で存在することによって示される障害の持続的証拠がある

なんらかの精神症状の出現は4、5歳であり、精神病症状(行動面、精神症状)の出現の多くは6、7歳、診断可能な症状出現は一般的に9、10歳頃といわれる。小児期発症の精神症状としては、幻聴(約80%)>感情の平板化など>妄想(約60%)>思考形式の障害>幻視(約40%)という報告がある。また、陽性症状の出現は年齢や知能指数が高い程増加するという報告がある。陰性症状に関しては、年少児と青年期後期に多いとも言われる。小児期発症型の場合、幻聴の内容は宗教的な内容や被害的な内容が多く、会話形式や直接非難する内容は少ないという報告がある。しかし、一方では成人期の発症と比較し、症状の質的な差異はないとされる。

5. 鑑別診断

身体疾患による精神病性障害、脳器質性精神病性障害、物質誘発性精神病性障害、短期精神病性障害、感情障害などとの鑑別診断、発達障害(注意欠陥/多動性障害、広汎性発達障害、コミュニケーション障害など)の重複診断が必要である。注意欠陥多動性障害が約40%、広汎性発達障害が約26%の重複診断が報告されている。

6. 経過

小児期統合失調症は、青年期以降も約6割は診断基準を満たし、約半数が改善する18歳以降の発症に比べ予後は同様な不良である。予後は病前の発症年齢11歳以降では18歳以降の経過とほぼ同じ経過である。

7. 治療・介入

薬物療法、精神療法、家族相談、家族療法、リハビリテーションなどがある。抗精神病薬、非定型抗精神病薬の小児期統合失調症に関する適応や、小児期統合失調症の薬物療法

アルゴリズムは確立していない。ハロペリドールに関しては、平均至適用量として、0.057mg/kg/day、1.92mg/day という報告があるが、臨床治験結果には異論が多い。予後に関する研究では、10～60%が回復し、20～30%がほぼ自立した生活が可能であり、20～30%が中等度の症状が継続して認められる。14歳未満の発病、思春期青年期の発病の場合、予後が悪いが、急性発病で陽性症状（幻覚・妄想）が活発に認められる方が予後が良いといわれる。また、発病以前に活動性が高く、知的で統合された児童思春期の子どもは、内向的な子どもに比べ予後が良いといわれる。

(松田文雄)