

歳)で病識と臨床特徴との関連を調べたところ、45% (35名)が病識に乏しかったという (Storch et al, 2010a)。病識に乏しい患者の親はOCD関連の機能障害及び家族の巻き込みを高率に訴えていた。また、OCDの若者71名 (平均11.7歳)を対象にして、病識と人口統計学的、認知的、臨床的な因子との関連を調べた研究がある (Lewin et al, 2010b)。病識に乏しい若者では知的機能が低く、環境を統制しているという認識が低く、さらに、より年齢が低く、抑うつ症状がより高度であり適応的機能がより低いと報告されがちであった。このように病識を検討すると、やはり子どものOCDの特徴となる家族の巻き込みとの関連が指摘された。OCDの若者99名でOCDにおける機能障害と関連する因子を検討したところ、強迫症状の重症度、抑うつ症状、家族の巻き込みが機能障害と直接関連しており、病識が負の相関を示したとの報告がある (Storch et al., 2010b)。病識、家族の巻き込み、抑うつ症状が、強迫症状の重症度以上に機能障害を予測していた。

4) 強迫症状のディメンジョン別アプローチ

OCDには異質性があるためより均質な群の抽出を目指す中で、ディメンジョン別アプローチが、併発症のパターン、遺伝研究所見、脳画像所見、治療反応性などとの関連で有意義であることが示されてきた。Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)の症状チェックリストを用いた因子分析から4因子構造または5因子構造が得られており、Bloch et al (2008)は21研究の5124名のデータをメタ解析して、汚染、禁じられた思考、対称性、保存の4因子を同定した。Y-BOCSの強迫観念及び強迫行為のほとんどは子どもでも成人でも同じように4因子に分かれたが、一部に相違が認められた。すなわち、確認に関する強迫行為は成人では禁じられた思考に分類されたが、子どもでは対称性であり、身体に関する観念は成人では禁じられた思考に分類されたが、子どもでは汚染であった。

このディメンジョン分けと同様にOCDの小児257名 (平均13.6歳)の臨床特徴を4つの表現型

の観点から検討した報告がある (Masi et al, 2010)。性別では、整理整頓/対称性は男児で多く、汚染/洗浄は女児が多かった。併発症からみると、整理整頓/対称性はチックの併発が最も多く、汚染/洗浄及び性的・宗教的は不安及びうつとの併発が多く、保存は社会恐怖と双極性障害の併発が多かった。また、OCDの若者99名で機能障害と強迫症状との関連をみると、汚染/洗浄及び攻撃/確認のディメンジョンのみが機能障害と有意に関連していた (Storch et al, 2010b)。

2. 治療

1) チック障害に対する認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) 及び薬物療法

TSまたは慢性チック障害の小児患者126名 (9-17歳)に無作為統制試験 (RCT)を行い、10週間で8セッションの包括的な行動療法 (n = 61)または支持的治療と教育からなる対照の治療 (n = 65)を行ったところ、ベースラインから最終時点までに行動療法では対照群と比べて有意に改善を示し、しかも行動療法に反応すると治療の6ヶ月後でも効果が持続していたという

(Piacentini et al, 2010)。また、TSを含めた慢性運動チックの小児患者10名でチックの抑制に関する強化子の有無の影響を検討したところ、抑制の強化子があると有意にチックが少なく、様々な文脈での強化子の履歴がチックの表出の多様性を説明する可能性が示唆された (Woods et al, 2009)。破壊的行動を伴うTS 小児患者26名 (平均12.7歳)を10セッションの怒りのコントロールトレーニング (ACT)または通常の治療に無作為に割り振ったところ、ACT群では通常の治療群よりも臨床全般印象 (Clinical Global Impressions: CGI)による著明改善または中等度改善の割合が有意に高率であり、ACT群では3ヶ月後のフォローアップ時にも効果が継続していた (Sukhodolsky et al, 2009)。

薬物療法については、デンマークのTSの小児314名で調査したところ、約60%が薬物療法を受けており、治療はチックまたはADHDのために

開始する場合はほとんどで、ADHDまたはOCDを有すると薬物療法を受けやすかつ異なる種類の薬物を試みられていた (Debes et al, 2009)。最近では新規抗精神病薬の検討が行われており、薬物療法抵抗性のTS小児・青年患者 (9-19歳) を対象にアリピプラゾールを10週間使用したオープン研究ではCGIで著明改善または中等度改善が91%であり (Lyon et al, 2009)、TS小児・青年患者 (7-14歳) を対象にオランザピンを6週間使用したオープン研究ではCGIで著明改善または中等度改善が約2/3であった (McCracken et al, 2008)。一方、定型抗精神病薬であるピモジドの6つの臨床試験を再検討すると、プラセボと比較した3つの研究で有意差を認めるなどチックに有効なことが再確認されたという (Pringsheim et al, 2009b)。非抗精神病薬の中で、トピラマートについて、後方視的なカルテ調査からTS小児・青年患者367名中41名で服用しており薬物反応性を4段階で評価すると著明改善または中等度改善が75.6%であったとの報告 (Kuo et al, 2010)、TS患者29名 (平均16.5歳) でRCTをしたところ20名で10週間で完了してプラセボよりもトピラマート (平均118mg/日服用) でチックや前駆衝動が有意に改善したとの報告 (Jankovic et al, 2010) がある。

2) OCDに対するCBT及び薬物療法

ガイドラインとしては、OCDと身体醜形障害に対するNICE(National Institute for Clinical Excellence)ガイドラインによる段階的ケアモデル (Lovell & Bee, 2008) がある。6段階に分けられており、第1段階は気づきと認識、第2段階は認識と評価、第3段階は軽度の機能障害の成人及び小児に対する簡易なCBT、第4段階は中等度の機能障害の成人及び小児に対する強力なCBT (と成人ではselective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)、第5段階は重度の機能障害の成人及び小児に対する強力なCBTとSSRI (小児では心理介入が無効な場合のみSSRI)、第6段階は治療抵抗性の成人及び小児に対する入院治療であった。

子どものOCDの治療のRCTをメタ解析したところ、薬物療法の有効性が確認されたが、CBTのエフェクトサイズが薬物療法よりも大きかったという (Watson et al, 2008)。このようなエビデンスから、軽症～中等症の子どものOCDであれば、CBTが第一選択という方針がアメリカなどでは確立している。オーストラリアの民間のクリニックでも、OCDの小児・青年33名に対して、個別または小集団で家族も関与してマニュアルに沿ったCBTを行ったところ、63%で改善が認められ、地域での臨床実践への活用が支持されたという (Farrell LJ et al, 2010)。

マニュアルに沿いながらもCBTの工夫と検討は重ねられている。2つ以上の薬物試験への反応が乏しいOCDの小児・青年30名 (7-19歳) に家族ベースのCBT14セッションを実施したオープン研究の結果、80%が治療終了時及び3ヶ月後に改善しており、過半数が3ヶ月後に寛解していたという (Storch et al, 2010c)。OCDに関連する社会的障害、抑うつ症状、行動上の問題、家族の巻き込みが改善していた。また、認知に焦点を当てて典型的な外来診療において若者を対象とするCBTのRCTを行った報告がある (Williams et al, 2010)。9-18歳のOCD患者21名について、マニュアルに沿った12週間で10セッションのCBT群と待機群に分けて比較したところ、CBT群で有意な改善を認めた。さらに、CBTに動機づけ面接 (motivational interviewing: MI) を追加した場合の有効性を評価するために、OCDに対する強力な家族ベースのCBTに参加している16名 (6-17歳) を対象とした予備的なRCTも行われた (Merlo et al, 2010)。CBT+MI群ではCBT+心理教育群と比較してChildren Y-BOCS(CY-BOCS)による強迫症状が有意に軽く、改善度が有意に大きかったという。この効果は時間が経つにつれて減少したが、MI群は平均3セッション早く治療を終了しており、MIは早期の改善を促進して家族の負担を軽減すると示唆された。

薬物療法については、先述したメタ解析研究 (Watson et al, 2008) によると、クロミプラミンのエフェクトサイズが0.85で薬物療法の中で最高であったが、CBTには及ばず、SSRIのエフェクトサイズは0.31~0.51で大差なかった。

3) OCDの治療反応予測及び転帰

(1) 治療反応予測因子

子どものOCDの治療反応性の予測因子に関する最近の総説では、ベースラインが重症であると反応不良であること、家族機能障害があるとCBTへの反応不良であること、チック障害の併発でセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor: SRI) のみへの反応不良であること、外向性の障害の併発で反応不良であることが強調されていた (Ginsburg et al, 2008)。子どものOCDのCBTに焦点を当てて反応性を検討した総説もあり、反応不良に関する要因としては、病識の乏しさ、家族の巻き込み、併発症、症状の表れ、認知の障害が認められたという (Storch et al, 2010d)。

家族の巻き込みが治療転帰に関連するかを調べるために、OCDに対する家族ベースのCBT14セッションに参加した49名 (6-18歳)を対象にして、治療前後について評価をしたところ、家族の巻き込みはOCD小児患者にしばしば認められ、治療前の症状重症度と関連すると共に、治療中の家族の巻き込みの軽減は治療転帰を予測していたという (Merlo et al, 2009)。また、神経心理機能が子どものOCDの治療転帰に及ぼす影響を明らかにするために、63名を対象としてRey-Osterrieth複雑図形 (ROCF) 及びWISC-IIIの特定の下位尺度を実施した研究もある (Flessner et al, 2010)。治療前に実施したROCFの5分後想起の正確性及び想起パーセントが、治療反応性の予測因子である可能性があり、不良な反応性に実行機能の障害が関与すると示唆された。

SRIで治療されたOCDの小児・青年における薬物療法への反応を記載するために、イタリアのOCD患者257名 (平均13.6歳) のうちで精神療法

で改善した37名を除外した220名について検討したところ、89名がSRI単剤で、131名がSRIと他剤との組み合わせで治療されていた (Masi et al, 2009)。SRI単剤治療を受けた者は、初診時により年齢が低く、ベースラインで症状がより軽症であり、不安障害及びうつ病性障害をより多く併発しており、一方、多剤治療を受けた者は双極性障害、チック障害及び破壊的行動障害の頻度が高かった。135名が反応者とされ、ベースラインでより軽症であり、初診時年齢がより低く、汚染/洗浄表現型がより多く、保存表現型がより少なかった。治療抵抗性は素行障害及び双極性障害がより高率であること、全般性不安障害及びパニック障害がより低率であることと関連していた。

(2) 長期転帰

子どものOCDの長期転帰に関する文献に基づく22の研究の16研究サンプル (合計521名; 1-15.6年間フォロー) に関するメタ解析がある (Stewart et al, 2004)。平均持続率はOCDについて41%、OCD及び閾値以下のOCDについて60%であった。早期のOCDの発症、OCDの罹患期間の長さ及び入院患者であることが、より持続しやすいことを予測しており、併発する精神障害及び不良な初期治療への反応は不良な予後因子であった。

OCDの小児62名のうちの45名について平均9年後の成人期に再評価したところ、44%がフォローアップ時に閾値以下の強迫症状を有していたという (Bloch et al, 2009)。チック障害の併発のないこと及び顕著な保存の症状の存在が強迫症状の持続と関連していた。女性、小児期における早期の評価、OCD発症の遅さ、小児期における強迫症状がより重症であること、反抗挑戦性障害の併発も強迫症状の持続と関連していた。また、OCDの小児・青年患者の転帰を明らかにするためにモーズレー病院の専門外来を受診した患者を9年後に調査したところ、連絡がついた222名中142名 (61%) から回答が得られ、41%でOCDが持続しており、40%がフォローアップ時にOCD以外の精神障害の診断を受けていたという

(Micali et al, 2009)。OCDの持続の主な予測因子は評価時の罹患期間であり、ベースラインの精神病理はフォローアップ時における他の精神障害を高率に予測していた。約50%が治療を受け続けており、約50%が将来的な治療の必要性を感じていた。

個別または集団の家族ベースのCBTのRCTを受けた小児OCD患者38名(13-24歳)を治療7年後に評価したところ、個別治療を受けた79%及び集団治療を受けた95%がOCDとは診断されず、同じサンプルの12及び18ヶ月フォローアップ時とほぼ同じ結果であった(O'Leary et al, 2009)。また、抑うつ症状は個別治療群及び年長者(19-24歳)で有意に顕著であった。

D. 考察

診断面については、子どものチック障害でもOCDでも併発症は高率であることは従来から知られており、チック障害の併発症としてADHD、OCDまたは強迫症状が重要なことが再確認されたが、チックに伴う前駆衝動との関連からも併発症の検討が必要と思われた。

子どものOCDで併発症が臨床特徴に影響を与えることは多く、チック障害、衝動統制障害、ADHDに加えて双極性障害の検討も必要と思われた。病識及び家族の巻き込みが機能障害と密接にかかわり、しかも両者が絡み合ってより機能を損ねていることが確認された。チックとの関連も含めて強迫症状のディメンジョン別アプローチの重要性も確認された。

治療面については、TSを中心とする子どものチック障害に対するCBTの明確なエビデンスが得られており、我が国での検証や導入が必要と思われた。

子どものOCDに対するCBT及びSRIを中心とする薬物療法のエビデンスが蓄積されていた。CBTについては、マニュアルに沿いながらも、家族ベースの取り組み、動機づけ面接の追加などさらなる改良が進んでおり、我が国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

OCDの治療反応予測及び転帰には併発症、家族機能などが関連することが示唆された。

E. 結論

我が国の実態を踏まえて子どものチック障害及びOCDの診断・治療の標準化を行う際に拠り所になるように、最近の国際的に標準的な情報の収集と検討を行った。

診断面では、両疾患共に併発症の重要性が再確認されると同時に、併発症に関してさらなる検討をすべき点が示唆された。強迫症状について、病識、家族の巻き込み、ディメンジョン別の観点からの検討が重要なことが確認された。

治療面では、両疾患共にCBTの重要性が確認された。特に、チック障害については、我が国での検証や導入の必要性が示唆された。OCDについては、CBTの改良が進んでおり、我が国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

文献

- Bloch MH et al., *Am J Psychiatry*, 165(12), 2008
- Bloch MH, et al., *Pediatrics*, 124(4), 2009
- Cutler D, et al., *Child Care Health Dev*, 35(4), 2009
- Debes NM, et al., *J Child Neurol*, 24(12), 2009
- Farrell LJ, et al., *Behav Res Ther*, 48(5), 2010
- Flessner CA, et al., *J Anxiety Disord*, 23(6), 2009
- Flessner CA, et al., *Depress Anxiety*, 27(4), 2010
- Ginsburg GS et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 2008
- Grant JE, et al., *Psychiatry Res*, 175(1-2), 2010
- Jankovic J, et al., *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81(1), 2010
- Janowitz D, et al., *Depress Anxiety*, 26(11), 2009

- Joshi G, et al., *Bipolar Disord*, 12(2), 2010
- Kuo SH, et al., *Clin Neuropharmacol*, 33(1), 2010
- Lewin AB, et al., *Psychiatry Res*, 178(2), 2010a
- Lewin AB, et al., *J Child Psychol Psychiatry*, 51(5), 2010b
- Lovell K & Bee P, *Psychol Psychother*, 81(Pt4), 2008
- Lyon GJ, et al., *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 19(6), 2009
- Masi G, et al., *CNS Drugs*, 23(3), 2009
- Masi G, et al., *Psychopathology*, 43(2), 2010
- McCracken JT, et al., *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 18(5), 2008
- Merlo LJ, et al., *J Consult Clin Psychol*, 77(2), 2009
- Merlo LJ, et al., *Cogn Behav Ther*, 39(1), 2010
- Micali N, et al., *Br J Psychiatry*, 197, 2009
- O'Leary EM, et al., *J Anxiety Disord*, 23(7), 2009
- Piacentini J et al., *JAMA*, 303(19), 2010
- Pringsheim T, et al., *Dev Med Child Neurol*, 51(6), 2009a
- Pringsheim T, et al., *Cochrane Database Syst Rev*, 2009b
- Sheppard B, et al., *Depress Anxiety*, 27(7), 2010
- Steinberg T, et al., *J Neural Transm*, 117(2), 2010
- Stewart SE, et al., *Acta Psychiatr Scand*, 110(1), 2004
- Storch EA, et al., *Psychiatry Res*, 160(2), 2010a
- Storch EA, et al., *J Anxiety Disord*, 24(2), 2010b
- Storch EA, et al., *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(2), 2010c
- Storch EA, et al., *Bull Menninger Clin*, 74(2), 2010d
- Sukhodolsky DG, et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 2009
- Watson HJ et al., *J Child Psychol Psychiatry*, 49(5), 2008
- Williams TI, et al., *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(5), 2010
- Woods DW, et al., *Behav Res Ther*, 47(1), 2009

児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の 診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 亀岡智美¹⁾²⁾

研究協力者 飛鳥井望³⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金吉晴⁴⁾ 田中究⁵⁾ 元村直靖⁶⁾ 兼平高子²⁾ 安部 紫²⁾

- 1) 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
- 2) 大阪府こころの健康総合センター
- 3) 東京都精神医学総合研究所
- 4) 国立精神・神経医療研究センター
- 5) 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野
- 6) 大阪医科大学看護学部

研究要旨

【目的】

児童青年期に何らかの心的外傷を体験する人は、従来考えられていた以上に多いことが判明している。さらに、虐待を含む何らかの心的外傷を体験した子どもたちは、成人期の精神疾患や身体疾患のリスクが高まり、社会生活機能が低下することが報告されている。このため、早期の適切な評価と介入が急務とされているにもかかわらず、わが国で効果が実証されている児童青年期の心的外傷関連障害の診療は、ほとんど実践されていないのが現状である。そこで本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法)」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

【方法】

今年度は、①TF-CBT技術の習得 ②現在わが国で利用可能なPTSD評価ツールの有用性についての考察 ③TF-CBTを実践する際のプロトコール作成 を行った。

【結果】

診断評価について、ISTSS（国際トラウマティック・ストレス学会）が推奨している PTSD 評価尺度のうち、わが国でも利用可能な尺度を使用して、児童青年期精神科臨床場面での有用性について考察した。

PTSD 関連障害の治療に関して、Web 上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』を受講し、昭和大学精神医学教室特任助教の白川美也子医師より、Allegheny General Hospital で実施された『TF-CBT ワークショップ』の伝達講習を受けた。これらを集約し、わが国での実践にあたってのプロトコールを作成した。

A. 研究目的

児童青年期に何らかの心的外傷を体験する人は、従来考えられていた以上に多いことが判明している。欧米のいくつかの疫学調査では、一般人口における子どもの心的外傷の体験率は、概ね40%~80%となっている。たとえば、米国48州の18歳以上のnative speakerを対象とした調査において40%が13歳以前に一つ以上、米国ノースカロライナ州の地方都市で68%が16歳までに一つ以上、ナイロビ・ケニア・ケープタウン・南アフリカの10年生の80%以上が一つ以上の心的外傷を体験しているとされている。DSM-IVのA項目に合致する心的外傷体験に限定しても、14~24歳の男性26%、女性17.7%が該当したという報告もある⁷⁾¹¹⁾。わが国ではこのような疫学調査は多くないが、水田らによると、阪神地区の女子大学卒業生(18~29歳)を対象とした調査で、自然災害を除いた上でも、小学校時代に40.8%、中学高校時代に50.6%が何らかの心的外傷を体験していたと報告されている¹³⁾。

さらに、虐待を含む何らかのトラウマを体験した子どもたちは、成人期の精神疾患や身体疾患のリスクが高まり、社会生活機能が低下することは、いくつかの縦断研究で明らかになっている⁸⁾¹²⁾¹⁶⁾。このように、子ども期に何らかの心的外傷を体験することは、決して稀なことではなく、その後の長期的な悪影響を鑑みると、早期の適切な介入が急務で考えられる。

しかし、わが国では、児童青年期の心的外傷関連障害に対して、効果が実証されている診療は、ほとんど実践されていないのが実状である⁹⁾¹⁰⁾。そこで本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法)³⁾」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

B. 研究方法

今年度は、以下の3項目の検討を行った。

(1) TF-CBT技術の習得

- (2) 現在わが国で利用可能なPTSD評価ツールの有用性についての考察
- (3) TF-CBT導入のためのプロトコール作成

C. 研究結果

(1) TF-CBT技術の習得

技術習得にあたり、Web上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』を受講した。<http://tfcbt.musc.edu/index.php> また、昭和大学精神医学教室特任助教の白川美也子医師より、Allegheny General Hospitalで実施された『TF-CBTワークショップ』の伝達講習を受けた。

TF-CBTは、さまざまな心的外傷を体験した子どもとその保護者を対象としたトラウマ焦点化認知行動療法である。心的外傷により引き起こされた子どものPTSD・うつ・不安・恥の感情や問題行動を改善し、保護者のストレスやうつを改善することがいくつかのRCTで実証されている⁵⁾⁶⁾。また、喪失体験などに伴う悲嘆に焦点化した要素を追加することも可能である。TF-CBTには様々な治療原理が取り入れられており、いくつかの要素から構成されている。構成要素は下記の通り「PRACTICE」の頭文字で表されている⁴⁾。

- P; Parental treatment(保護者の治療)
Psychoeducation(心理教育)
- R; Relaxation and stress management skills
(リラクゼーションとストレスマネジメント)
- A; Affective expression and modulation s
(感情表現と調整)
- C; Cognitive coping skills(認知の修正)
- T; Trauma narrative and cognitive processing
(トラウマ物語作り)
- I; In vivo desensitization
(実生活内のリマインダーの統制)
- C; Conjoint child-parent sessions
(親子合同セッション)
- E; Enhancing Safety and future development
(将来の安全感と発達の強化)

プログラムは、少なくとも8セッション以上が必要とされているが、子どもの状態に合わせて柔軟に対応するべきであるとされている。子どもたちはまず、体験した心的外傷についての心理教育を受け、自分に何が起こったのかを適切に理解し、自責感や罪障感を軽減するように支援される。そして、自らの身体とところをコントロールすることが可能であることを、さまざまなリラクゼーション技法を通して学ぶ。また、自分の感情を同定し表出する練習や、思考・感情・行動の関係に気づき、非機能的な思考を修正することを習得する。これらのセッションにより、子どもの自尊感情や自己コントロール感がある程度回復した段階で、心的外傷の記憶そのものに向き合う段階に入る。恐怖や自責のために回避していた様々な感情や身体感覚・思考などを、安全な治療環境の中で再度体験しなおし、非論理的な認知を修正していくのである。TF-CBTでは、成人の認知行動療法に比べて、より漸進的に心的外傷の記憶にアプローチできるように配慮されている。

一方TF-CBTでは、保護者が治療に参加することで治療効果が上がることが実証されている³⁾。保護者に対しても心理教育がなされ、子どもの状態を適切に理解し対応することができるように支援される。保護者の心的外傷への曝露度や対応能力などを見極めながら、保護者の治療への関与の程度を柔軟に調節していくことが推奨されている。

(2) 現在わが国で利用可能なPTSD評価ツール

欧米のガイドラインでは、子どもの自発的な訴えを聴取するという方法では、PTSD症状の大部分が明らかにならないため、子ども自身に心的外傷体験やPTSD症状の有無や程度を直接聴取するように推奨されている。評価尺度の開発も進んでおり、それぞれに信頼性・妥当性の評価がなされている。欧米のガイドラインで推奨されている評価尺度のうち、現在日本語で利用できるものは、次のようなものである³⁾¹⁰⁾。

実際の臨床場面では、もちろん成人同様に顕著

なPTSD症状を表出しているケースにも出会うが、問題行動や身体化症状の方がむしろ目立つケースや、回避・麻痺症状のために一見健康そうに見えるケースすらある。これらのケースに、心的外傷体験の有無やPTSD症状の有無を一つ一つ確認していくと、重篤な症状が明らかになることも稀ではない。また、チェックリストはすべて自記式であるが、子どもと治療者がやり取りをしながら、具体的エピソードを確認していくことが重要であるとされている。

① CAPS-CA できごとチェックリスト

PTSD臨床診断面接尺度(Clinician Administered PTSD scale for Children and Adolescents, CAPS-CA。児童思春期用、DSM-IV版)で使用される。過去の心的外傷体験の有無についての質問は15項目。Naderら著¹⁴⁾。日本語版は、大澤智子・田中究訳。

② UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID)

対象は7~18歳。面接もしくは自記式47項目。子どもの心的外傷体験を同定し、PTSD関連症状を評価する。Pynoosら著¹⁵⁾。日本語版は、明石加代・藤井千太・加藤寛訳。

③ 子ども用トラウマ症状チェックリスト (Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC-A)

対象は8~16歳。自記式54項目。標準化済み。心的外傷体験後のPTSD関連症状を評価する。Briere著。西澤哲訳。金剛出版²⁾。

④ 改訂出来事インパクト尺度 (Impact of Events Scale Revised, IES-R)

対象は7歳以上。自記式22項目。成人での標準化済み。心的外傷体験後のPTSD関連症状を評価する。Weiss&Marmar著。飛鳥井望訳¹⁾。

(3) TF-CBT導入のためのプロトコール作成

来年度からの実施に向けて、Web上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』や、推奨図書である「Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents⁴⁾」で提供されている資料を翻訳した。また、より診

療で使用しやすいシートなども作成した。

TF-CBTは、子どもや保護者の状態に合わせて、柔軟に実施してもよいとされているが、いくつかの施設で実施する場合の最低基本ラインを確認するために、診療のプロトコールを作成した。

D. 考察

心的外傷体験は、子どもにとって非常に理不尽で圧倒的な体験であるために、子ども自身が自分に何が起きているのかを理解できない状況にある。欧米のガイドラインで推奨されているように、心的外傷を体験した子どもを丁寧に評価していくと、それまで誰にも気づかれなかった心的外傷関連症状が明らかになることが少なくない。

これらのケースを適切に評価し、診療できる体制を整えることが不可欠であると考えられる。

E. 結論

現段階で、心的外傷関連障害の治療法として最も有効性が高いと実証されている、TF-CBTのわが国への導入が急務である。

文献

- 1)Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and Validity of Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): For studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190:175-182, 2002.
- 2)Briere J.: Trauma Symptom Inventory Professional Manual. Odessa FL.: Psychological Assessment Resources. 1995. (西澤哲訳:子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル. 金剛出版, 2009)
- 3)Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Berliner L: Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective

Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.

- 4)Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006.
- 5)Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K: Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. Child Abuse & Neglect, 29: 135-145. 2005.
- 6)Deblinger E, Stauffer L B, Steer RA: Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. Child Maltreatment, 6: 332-343. 2001.
- 7)Fairbank JA& Fairbank DW: Epidemiology of Child Traumatic Stress. Current Psychiatry Reports, 11:289-295, 2009.
- 8)Felitti, VJ, Anda RF, et al: The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. Am J of Preventive Medicine, 14:245-258, 1998.
- 9)亀岡智美ら:子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究(主任研究者:奥山真紀子)」報告書, 2010.
- 10)亀岡智美ら:子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究(主任研究者:奥山真紀子)」報告書, 2009.
- 11)Koenen KC, Roberts AL, et al: The epidemiology of early childhood trauma. In Lanius RA, Vermetten E, Pain C: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease.

- Cambridge University Press, New York, 2010.
- 12) Massie, H & Szajnborg, M : Lives across time/growing up: Paths to emotional health and emotional illness from birth to age 30 in 76 people. 2nd edn. London: Karnac, 2008.
 - 13) Mizuta I, Ikuno T, et al : The prevalence of traumatic events in young Japanese women. *J Trauma Stress*, 18(1):33-7, 2005.
 - 14) Newman E, Weathers FW, Nader K, et al: Clinician-Administered PTSD scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Los Angeles: Western Psychological Services. 2004.
 - 15) Pynoos R, Rodriguez N, et al : UCLA PTSD Index for DSM- IV – Child Version. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Service. 1998.
 - 16) Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, et al : The development of the person: The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood. Guilford Press, New York, 2005.

子どもの統合失調症の診断と治療の標準化に関する研究

分担研究者 新井 卓¹⁾

研究協力者 高橋雄一²⁾ 藤田純一¹⁾

1) 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科

2) 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター 児童精神科

研究要旨

【背景】近年統合失調症を中心とする精神病性障害に関して、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、包括的初期治療を集中的に行うことができれば、かなり良好な予後が得られるのではないかと期待のもと前駆状態を広くハイリスク群として捉え、支援を検討する、あるいは初期段階の診断が確定する以前の精神病状態を呈した時点（初回エピソード精神病）から集中的な治療的介入を行い、その後続く慢性期、再発といった臨床病期に合わせた治療や支援を行うという考え方が一般的になっている。子どもの統合失調症の診断と治療の標準化を行う上でもこれらの考え方を取り入れていく必要があると思われる。【研究方法】現在、国際的に基準とされるガイドライン（早期精神病国際ガイドライン）を3名の児童精神科医で検討し、国内の児童思春期事例に対応したガイドラインを作成する上で補完あるいはより配慮を要する点の抽出を行う。【結果および考察】今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②ハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③ハイリスク群と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。今後、これらの項目に関する調査および検討が必要であると思われた。

A. 研究目的

近年統合失調症を中心とする精神病性障害に関して、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、包括的初期治療を集中的に行うことができれば、かなり良好な予後が得られるのではないかと期待のもと精神病早期支援サービスが世界各地で展開されるようになった。その背景として、精神病未治療期間の予後への影響¹⁾²⁾³⁾⁴⁾と臨界期仮説⁵⁾があげられる。これらの理由から前駆状態を広くハイリスク群捉え、支援を検討する、あるいは初期治療の統合失調症の診断が確定する以前の精神病状態を呈した時点（初回エピソード

精神病）から集中的な治療的介入を行いその後続く慢性期、再発といった臨床病期に合わせた治療や支援を行うという考え方が一般的になっている。子どもの統合失調症の診断と治療の標準化を行う上でもこれらの考え方を取り入れていく必要がある。本研究の目的は現在国際的に基準とされる早期精神病ガイドライン⁶⁾を検討し、国内の児童思春期の精神科臨床に対応するために必要な検討課題を抽出することである。

B. 研究方法

国際早期精神病協会 International early psychosis association group が作成した早期精神病ガイドライン⁶⁾を、3名の児童精神科医（日

本児童青年精神医学会認定医)で児童思春期の統合失調症を中心とする精神障害の診断・治療を進めていく上で追加・検討を必要とする点を抽出し考察を加える。さらに、今後診断・治療の標準化を進める上で調査および研究を必要とする課題を提案する。

C. 研究結果および考察

【国際早期精神病協会が作成した早期精神病ガイドラインの概要】

〈背景および総括〉初回エピソード精神病の治療は時に遅延しやすく不適切なものになりやすく、自殺をはじめとする合併症を減らすための早期発見・早期治療が必要である。精神病の早期発見と適切な早期治療により長期予後、有病率を改善させる可能性がある。さらに、地域への疾患教育により有効な支援と治療を受けることができる。薬物療法は最小限で最大の効果が得られるよう注意深く行う必要がある。また、心理社会的支援はケア継続、合併症予防、リカバリーの達成の上で重要である。さらに、治療技法の開発には実際精神病発症の過程を経験した患者家族も参加すべきである。

〈前駆期〉

引きこもり、学校などでの能力低下、了解不能な精神的苦痛や焦燥感を呈している若年者は精神障害の可能性を考慮する必要がある。"精神病危機状態 (ARMS: At Risk Mental State)" は後の精神病発症のリスクが高い一群であり、精神的苦痛や機能低下を伴って支援を求めた場合には以下の対応が求められる。十分な関わりと評価、継続的観察と支援、抑うつ・不安・物質依存に対する治療、個人・家族・社会生活上の支援、対処能力を向上させるために心理教育、家族心理教育、必要に応じた情報提供、若者が親しみやすい環境下でケアが行われること、などである。また、既存の診断基準により精神障害と診断されない場合は抗精神病薬の使用は以下の例外を除き推奨されない。

- ・急激な機能低下のエピソードがある場合
- ・抑うつへの治療が効果不十分で希死念慮が切迫

している場合

- ・周囲への敵意攻撃性が強まっていて他害の危険がある場合

精神病薬を使用する場合、低用量の非定型抗精神病薬から十分な同意と説明の上開始する。十分リカバリーが達成された場合、患者の同意の上に減量を試みる。また、当事者が"精神病危機状態 (ARMS: At Risk Mental State)" にあるにも関わらず支援の希望が無い場合、家族や周囲の友人といった関係者と接点を保つ必要がある。さらに、発症予防を目的とした治療介入 (認知療法、家族療法、薬物療法) のエビデンスは限られており未だ研究段階にある。

〈初回エピソード精神病〉

受診以前に有効な援助を受けるための知識提供、偏見解消を目的とした地域への啓発活動が必要であり、地域保健分野のスタッフは精神障害性疾患についての詳細を知っておく必要がある。また、医学教育に精神病のテーマを取り入れること、プライマリケア機関と専門医療機関との連携を構築することが必要であり、抵抗なく診断治療を受けられるような配慮が必要である。

自傷、暴力、物質依存といったことが起こり社会的孤立を招く前に治療がなされるべきであり、入院治療や鎮静といった手段を極力減らすためにも早期介入が必要である。また、家族は必ず評価と治療の過程に加わるべきである。

患者と家族の負担を軽減するために治療は極力外来もしくは家庭で行うべきであるが以下の状態では入院治療が考慮される。

- ・自傷他害の恐れがある場合
- ・地域で十分な支援が受けられない場合
- ・家族が病状を許容できない場合

以上のような危機的状況でも心理社会的な支援が必要である。入院治療環境としては年齢、発達段階に配慮し、小規模かつ隔離処遇が最小限になるよう適正な人員配置が望ましい。攻撃性のある患者や躁状態の患者を他患者に影響や被害を及ぼすことなく治療できるような保護室エリア、あるいは早期精神病治療ユニットの設置が難しい

場合は一般急性期治療病棟の中に若年者用の区画を設けるべきである。入院治療の代替としてデイサービス、ショートケアのようなサービスがあってもよい。なお、治療の多くはできるだけ任意で行われるべきである。

初期治療では治療開始前に精神病を呈する可能性のある身体疾患を鑑別し、治療アドヒアランスに影響を与える錐体外路症状の発現は避け、低用量の非定型抗精神病薬が第一選択となる。症状の評価は頻回に行われるべきであるが、増量の間隔は2〜3週ごとが望ましい。治療効果が不十分でやむなく定型抗精神病薬を使う場合もある。不眠、不穏といった症状には十分量のベンゾジアゼピンの使用が必要になる。2種類の非定型抗精神病薬による治療を合計12週ほど継続しても反応が無い場合には治療アドヒアランスの問題、家庭環境の問題、物質依存の問題など治療に影響する要因を再検討する必要がある。症状が遷延する場合、クロザピンの使用と認知行動療法が代替案となる。治療の受容とリカバリーの達成のためには支持的な治療プランの作成が必要である。

治療アドヒアランス不良、家庭環境の問題、自殺リスクが高い場合、物質依存の問題がある場合はこれらの問題に特化した心理社会的支援が必要になる。また、初期治療の段階では家族は共感的な支援と実践的なアドバイスが求められており、患者を取り巻く人々（友人や教師、雇用者）が精神病的疾患の特徴、治療経過について知っておく必要がある。回復の遅延、頻回の再発がある場合は家族への心理教育と支持的な介入を延長し、二次的に家族関係の問題を生じている場合には穏やかで前向きな助言が有効である。場合により、患者のニーズに応じた集団プログラム利用や家族への精神科的治療も必要である。

〈回復期（治療開始後6〜18カ月）と臨界期（治療開始後5年まで）〉

精神病発症により生じた個人、家族、社会生活上の問題の程度を評価し、ケースマネジメントを実施し、問題解決志向の支持的な精神療法、就労就学援助に加え、患者と家族、治療者が連携を保ち、

継続的な支援と情報提供が行われる必要がある。重症例では家族との関係がこじれやすく、治療意欲が損なわれぬよう支援する必要がある。心理社会的治療は精神病に起因する症状に耐える力を身につけさせ、リカバリーに導くことである。リカバリーとは患者が精神病体験の意味を見出し、症状に精通してコントロールできる状態である。そのために家族会が開催される必要があり、抑うつ、自殺リスク、物質依存、対人不安といった要素は積極的に治療されるべきである。また、体重増加、性機能低下、過鎮静といった副作用はいずれも回復を阻害するので継続的に評価され、寛解に至った場合、抗精神病薬の減量を試みてみるべきである。回復に向けた活動性の向上と再発のサインの見極めのバランスが重要である。また、統合失調症の診断の場合、特に発症後の抗精神病薬の継続は再発のリスク軽減に重要である。再発により治療抵抗性が生じる、患者を取り巻く偏見が強くなるなどの問題も生じる。抗精神病薬をどのくらいの期間継続すべきなのかは現時点ではわかっていない。投薬を中止する場合、再発の危険性と再発時の症状についてよく教育を行い頻回の観察を行い、再発した場合スムーズに治療再開ができる必要がある。重症であればあるほど薬剤減量は慎重かつゆっくりと行われるべきであり、症状の回復が不十分である場合は最低2〜5年治療継続を行うべきである。再発の早期兆候を患者、家族と共有すべきであり、治療に拒否的もしくは頻回の再発を繰り返して、自傷他害の恐れがあるようなリスクが高い患者の場合、終結ができるかどうか度々検討しながら、デポ剤使用も含めた非自発的治療も必要である。患者は回復後しばらくは専門機関との接触を維持しておく必要がある。人格面での問題や持続的な精神病症状があるような一部の患者では長期の心理療法が必要である。一方で専門機関に患者が集中しないように一般精神科医との連携が必要である。

【児童精神科医3名による検討項目】

上記に概要を示した早期精神病国際ガイドラインを基盤に3名の児童精神科医で子どもの統

合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療を検討する上で必要と思われる視点について、臨床的および文献的に検討した。

〈前駆期〉

精神病危機状態(ARMS: At Risk Mental State)については、McGorry らが①軽度の精神病症状②短期・間欠型精神病症状③遺伝負因・特定的人格傾向および最近の機能低下、という基準を提唱しており国際的にも最も一般的となっている⁷⁾。しかし、診断の基準はいまだ研究段階であり、臨床的な支援サービスも特に国内では数少ない機関での限られたものである。現時点でのこのARMS の概念は精神病発症の可能性が高い人々をハイリスク群として広く捉え、支援をしようとする考え方であり、ハイリスク群のすべての人が精神病を発症する訳ではなく、実際に精神病を発症しない人々も含めた患者全体に利益がもたらされなければならないという点が重要である。特に児童期では、これらのハイリスク群に広汎性発達障害、あるいは解離性障害を始めとする様々な精神病性障害以外の疾患が含まれる可能性がある⁸⁾⁹⁾。また、ハイリスク群の子どもに対しては、最も整理しなければならない課題としては、現実可能な急性発症時の受診経路の確保である。国内の児童思春期精神科の医療機関は初診までの待機時間も長い現状も勘案するとハイリスク群と判断される事例が緊急の介入を要する際の迅速な対応のためにも前もって児童精神科の受診を行えることが望ましい。そのためにも地域保健・医療・教育のネットワーク構築を含めた保健・教育関係者あるいは司法関連機関の関係者に対する疾患教育、親を含めた子どもを取り巻く社会への啓発などによる受診抵抗・偏見への対応がより重要課題となる。適切な対応システムが構築される以前にいたずらに不安を煽るような不完全な情報の発信は避けるべきである。重要なのは「早期の対応により、より健全な予後が期待できる」という啓発である。また、国内では前駆期への支援や対応についていまだ統一した理解がされているとは言えず、特に児童精神科領域の専門研修

などでの普及啓発が必要であろう。

〈初回エピソード精神病〉

近年学校精神保健の重要性が盛んに指摘されている¹⁰⁾¹¹⁾が、子どもの精神保健の観点からは、子どもたちを取り巻く支援者(家族、教師、養護教諭、保健師、施設職員、一般小児科医、民生委員、警察官など)への知識普及は未だ不十分である。さらに一般精神科医の臨床観も一律ではない¹²⁾¹³⁾。治療ニーズの高い初回エピソード精神病患者を迅速に治療するためにも子どもの心に関わる可能性のある職種への啓発活動と地域連携をさらにすすめるべきである。

初回エピソード精神病患者は自殺の危険性が高い¹⁴⁾ため迅速な評価と対応が必要である。現在国内での児童思春期精神科の予約待ち期間は約2カ月¹⁵⁾であるが、患者が精神病状態を呈する場合は例外的に優先的診察ができる体制をめざしたい。例えば精神科救急システムとの連携、専門外来の設置、24時間対応の相談窓口の設置などである。なおガイドラインでは子どもの精神病に特化した入院治療環境を推奨しているが、国内の現状では子どもの精神疾患を治療対象とする入院治療施設は小児専門総合病院、単科精神科病院など様々な形態が混在している。各治療施設がどのような形で最適な治療環境を提供できるか模索する必要がある。また同時に若年の精神病患者に特化したデイケアなどの外来診療¹⁶⁾のあり方も同時に検討されるべきである。

児童思春期の患者に対して保険適応が認可されている抗精神病薬は限られており、実際は保険適応外使用がなされていることが多い¹⁷⁾。ガイドラインに記載されている難治例に対するクロザピンは厳しい制限があり、使用することができない。薬物療法の選択肢は限られている。なお日本は以前より抗精神病薬の多剤併用大量処方傾向が指摘されている¹⁸⁾が、初回エピソード精神病患者の治療アドヒアランスの観点に立った場合、副作用へ配慮した薬物療法が必要である¹⁹⁾。近年刊行された小児の統合失調症を扱った児童精神科医向けのテキスト

トには薬物療法に関する明確な指針は示され
ておらず、症例によってはむしろ高用量の抗精
神病薬投与を推奨している²⁰⁾。児童思春期精
神科領域における抗精神病薬による薬物療法
は各臨床家によって相当のばらつきがあると
考えられる。児童思春期精神科領域の薬物療法
の質の評価と指針の作成が期待される。

なお、初回エピソード精神病患者へのケース
マネジメント、認知行動療法の実施が可能な児
童精神科治療施設は成人の精神科急性期治療
に携わる治療施設に比較して少ない²¹⁾。心理
社会的支援が充実している英国などに比べて
心理士や精神保健福祉士が具体的な手法につ
いて学ぶ機会もほとんどないのが現状である。
先駆的な取り組みを見せている英国では児童
思春期精神科領域で提供される精神病性疾患
の患者へのサービスと青年期から成人期以降
のサービスの格差が指摘されており、早期介入
サービス（EIS）と児童思春期精神保健サー
ビス（CAMHS）が相互で知識の共有と交流を深め
て連携がなされている²²⁾。日本でも成人領域
の臨床家と児童思春期領域の臨床家が交流を
深めながら知識を共有し、サービス拡充をめざ
すことが期待される。

〈回復期（治療開始後6～18カ月）と臨界期（治
療開始後5年まで）〉

家族支援、家族介入の必要性の根拠として、家
族介入の再発予防効果、家族自身の精神保健上の
問題を持つことが高率であること、家族抜きにし
て患者の生活は語れないこと等が挙げられる²³⁾。
したがって、患者自身と家族双方に対して治療
継続の動機の向上を図るべく、医療ケアの提供だけ
でなく、福祉制度の利用や教育支援など他職種連
携のシステムが必要であるが、国内の現状では若
年の精神病の治療継続に対するこうしたシステ
ムは確立されていない。

治療経過中に精神症状や行動障害が増悪した
場合に、患者や家族が迅速に適切な対応を受ける
ことが重要であるが、国内における精神科救急医
療体制は、地域にもよるが現状では十分に整って

いない点は初回エピソード精神病における課題
と同様である。また子どもに対する訪問看護や
ACTチームの導入も現状では少ない。今後、子
どもに対する精神科救急医療や訪問看護、ACTに
関する現状調査（システムのみならず、コストの問
題を含めて）を行い、ニーズを把握することが必
要である。

精神病の患者は集団参加に困難があり、デイケ
アなどでの同年代との交流のためにも高等教育、
就労に向けての支援が重要な課題であるが、現状
ではその体制は十分ではない。既存の精神科デイ
ケアや作業所といった精神科リハビリテーショ
ンの資源は、年齢層や病状の違い、活動内容への
興味の違いから、若年の患者が参加しにくい現状
があるため、若年の患者がアクセスしやすいデイ
ケアが考慮される。医療機関のみならず、地域の
青少年支援機関での精神病患者への対応の調査
が必要である。

教育支援については、現状では義務教育年齢で
は適応指導教室やフリースクールなどの不登校
児に対する教育資源や特別支援教育で対応する
ことが中心であるが、教育機関での精神病の理解
は発達障害に比べて限定的である。さらに高等教
育における教育支援は国内においては乏しく、医
療機関における高等教育支援の取り組みの報告
も少ない^{24) 25)}。今後早期介入を通じて回復期に
高等教育を受け、就労する患者が増加することも
予想される。したがって義務教育から高等教育に
かけての教育関係者への啓発活動や学習支援の
ためのシステムの構築が必要である。

精神病患者の治療は成人期以降も継続する必
要があるが、児童精神科診療に特化して、成人期
以降の診療が継続できない医療機関も少なくない。
切れ目のない精神科医療の提供には児童精神
科医療機関と一般精神科医療機関との密な連携
構築が必要であるが、地域による差異もあり、課
題は多い。

〈全体を通して〉

児童精神科医は15歳以下で頭在発症する事例
の少なさから成人精神科医と早期精神病に対す

る認識の違いがあると思われる。また、子どもの診断・治療を検討する場合、13歳未満のいわゆる very early onset 事例への対応の基準も検討課題の一つである。

子どもの統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療のためのガイドラインを作成する上で、現在国際的に汎用されている早期精神病ガイドラインを基盤に検討項目の抽出を行った。その結果、今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②ハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③ARMS と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。今後、上記の項目に関してモデルシステムの試みあるいは調査を進める必要があると思われる。

E. 結論

国内の現状に合わせた子どもの統合失調症を中心とした精神病性障害の診断・治療の標準化あるいはガイドラインの作成には既存の国際的なガイドラインに補完すべき課題や整備が必要なシステムがあり、今後実際の臨床現場での調査や運用可能なモデルシステムの検討が必要である。

F. 研究発表

なし

文献

- 1) Anzai N, et, al. Early neuroleptic medication within one year after onset can reduce risk of later relapses in schizophrenic patients. Annual Report Pharmacopsychiatric Research Foundation 19; 258-265, 1988.
- 2) Loebel AD et, al. Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry. 149; 1183-1188, 1992.

- 3) Yamazawa R, et, al. Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 58: 76-81, 2004.
- 4) 堀口寿広ら：統合失調症の未治療期間 (DUP) の発見とその後の研究, 臨床精神医学. 36; 359-368, 2007.
- 5) Birchwood M, et. al. Early intervention in psychosis, The critical hypothesis, Br J Psychiatry. 172(suppl133); 53-59, 1998.
- 6) International early psychosis association group: International clinical practice guidelines for early psychosis, Br J Psychiatry, 187(suppl. 48), s120-124, 2005
- 7) McGorry PD, et. al. The "close-in" or ultra high-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. Schizophr Bull. 29; 771-790, 2003.
- 8) Sprong M, et. al. Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". Schizophr Res. 99; 38-47, 2008.
- 9) Del Real A, Braban A, Tiffin PA. Pervasive developmental disorder and early intervention in psychosis services: a survey of care coordinators' experiences. Early Interv Psychiatry. 4; 93-96, 2010
- 10) Olin S, John RS, Mednick SA: Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia: A ROC analysis. Schizophr Res. 16: 53-66, 1995.
- 11) 西田淳志、石倉習子、谷井久志ら：早期の相談・支援につなげるための啓発活動 - 諸外国の現状と戦略 - . 精神経誌. 111: 278-281, 2009.
- 12) 辻野尚久、片桐直之、小林啓之ら：統合失調

- 症の前駆期に対する精神科医の治療観. 精神経誌. 111: 293-297, 2009.
- 13) Huffmann JC, Freudenreich O, Romeo S, et.al. Assessing clinicians' management of first episode schizophrenia using clinical case vignettes. *Early Interv Psy*. 4: 31-38, 2010.
- 14) Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, et.al. Suicide attempt in first episode psychosis: A 7.4 year follow up study. *Schizophr Res*. 116: 1-8, 2010.
- 15) 奥山真紀子. 平成 22 年度子ども心の診療拠点病院事業有識者会議資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/07/dl/s0730-4a.pdf>
- 16) 森田桂子, 武士清昭, 水野雅文. 早期精神病に対する専門外来～ユースクリニック～ 精神科治療学. 23:1059-1064, 2008.
- 17) 三宅誕実, 宮本聖也. 向精神薬の適応外使用(適応拡大)の現状と問題点. *臨床精神薬理*. 12: 623-632, 2009.
- 18) Chong MY, Tan HC, Fujii S, et.al. Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci*. 58: 61-67, 2004.
- 19) 広沢郁子, 牛島定信, 村瀬嘉代子, 中根晃(編). 学童期と思春期の統合失調症. 詳解子どもと思春期の精神医学. pp452-458 2008.
- 20) Robinson DG, Woerner MG, Alvier JM, et.al. Predictor of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizo-affective disorder. *Schizophr Res*. 57: 209-219, 2002.
- 21) 藤田純一, 西田淳志, 高橋雄一ら. 児童思春期精神科治療施設の初回エピソード精神病に対するサービス調査. *精神医学* (投稿中).
- 22) England E, Lester H, Birchwood M. Collaborating to provide early intervention services to persons in England with first episode psychosis. *Psychiatric Services*. 60: 1484-1488, 2009
- 23) 伊勢田堯, 長谷川憲一, 近藤智恵子: 統合失調症治療における家族支援. *こころのりんしょう à la carte*. 29: 257-262, 2010.
- 24) 武田隆綱. 精神障害者の援助つき教育. *最新精神医学*. 13: 383-389, 2008.
- 25) 武田隆綱. 青年期統合失調症患者の高等教育支援. *精神療法*. 36: 93-104, 2010.

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの 診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 渡部 京太¹⁾

研究協力者 齊藤万比古¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 飯島崇乃子¹⁾ 田邊尚¹⁾
牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 大西豊史¹⁾ 黒江美穂子¹⁾ 宮崎央桂¹⁾ 青木桃子¹⁾
永田真由¹⁾ 勝見千晶¹⁾

1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

研究要旨

2010年5月に公開された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、これまで青年期以降の問題とされていたひきこもりの心性は不登校に共通するものであり、不登校から直接ひきこもりにつながっていく事例も少なくないことから、不登校とひきこもりを一貫した問題としてとらえることが推奨され、不登校・ひきこもりの支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることがこのガイドラインの基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの大半は不安障害などのさまざまな精神障害を背景に出現してくるものと考えられ、ガイドラインでは不登校・ひきこもり者に第1軸：背景精神障害の診断、第2軸：発達障害の診断、第3軸：パーソナリティ傾向やその評価（子どもでは不登校のタイプ分類）、第4軸：ひきこもりの段階の評価、第5軸：環境の評価、第6軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類という多軸評価を行うことを推奨している。初年度は、子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関する情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ—保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的療法、家族療法、薬物療法—を組み合わせることが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。そこで、2008年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」のなかから、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearney ら）、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」（Beidas ら）を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。

A. 研究目的

2010年5月に公開された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』¹⁾では、ひきこもりを『様々な要因の結果として社会的参加(義務教育を含む就学, 非常勤職を含む就労, 家庭外での交遊など)を回避し, 原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしてもよい)を指す現象概念である。なお, ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが, 実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである』と定義している。ひきこもりと不登校の関連については, 義務教育年限の不登校から一定の比率, たとえば中学生年代での入院事例の10%ほどに青年期以降のひきこもりが出現していることが明らかとなっていることを踏まえ, ガイドラインでは, 不登校のうちにはガイドラインで定義したひきこもりと関連性が強い一群が確実にあると考えている。ガイドラインでは, これまで青年期以降の問題とされていたひきこもりの心性は不登校に共通するものであり, 不登校から直接ひきこもりにつながっていく事例も少なくないことから, 不登校とひきこもりを一貫した問題としてとらえることが推奨され, 不登校・ひきこもりの支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることがこのガイドラインの基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの大半は, 不安障害といったさまざまな精神障害を背景に出現してくるものと考えられる。初年度は, 子どもの不安障害(主に, 全般性不安障害, 分離不安障害, 社交不安障害)の文献レビューを行い, 標準的な診断・評価, 治療技法に関しての情報を収集することにした。

B. 研究方法

米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安

障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心に
して, 文献レビューを行った²⁾。「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では, 治療はさまざまなアプローチ—保護者・子どもへの心理教育, 教育関係者・家庭医との連携, 認知行動療法(CBT), 力動的療法, 家族療法, 薬物療法—を組み合わせる行うことが推奨されている。なかでも, 認知行動療法(CBT)に多くのページがさかれていた。そこで, 2008年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」(OXFORD UNIVERSITY PRESS)のなかから, 「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearneyら)³⁾, 「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」(Beidasら)⁴⁾を紹介し, 不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。

C. 研究結果および考察

1) 「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心にしたレビュー

米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」は, 1996—2004年の8年間における Medline, OVIDMedline, PubMed, PsycINFO におけるレビューであり, 対象としている疾患は DSM に基づいた分離不安障害, 全般性不安障害, 社交不安障害, 特定の恐怖症, パニック障害, 広場恐怖, 外傷後ストレス障害(PTSD), 強迫性障害, 選択性緘黙が含まれている²⁾。不安障害は児童・思春期の一般的な精神障害であるが, しばしば見逃され, 治療されていない。不安障害の早期の気づきと効果的な治療は, 学業などの社会機能を改善させ, 青年期への遷延を防ぐことにつながる。

①疫学

児童期の不安障害の有病率は6—20%といわれており, 女兒の方が男児よりも多く, 特に

特定の恐怖症、パニック障害、広場恐怖、分離不安障害で顕著といわれている。発症時期はさまざまであり、重症であるほど社会機能は悪く、新たな不安障害、大うつ病、薬物乱用に発展しうる。児童・思春期の不安障害は、二次的な問題として社会、学業、家庭での機能障害に陥り、低い問題解決能力、低い自己評価にも結びついていく。

②診断・評価および治療

診断・評価および治療の推奨度(recommendation)は、以下の4段階に分けられる。

i) **Minimal standards (MS)** : ランダム化比較試験(RCT)などで実証されているまたは臨床では圧倒的なコンセンサスが得られている、ほぼすべての例で用いられるべき(95%以上)。

ii) **Clinical Guidelines (CG)** : 経験的なエビデンスまたは臨床で強いコンセンサスが得られている、多くの例で用いられるべき(75%)。

iii) **Options (OP)** : 受け入れられうるが、経験的なエビデンスは不十分で臨床的にもコンセンサスが得られていない。

iv) **Not Endorsed (NE)** : 効果はないか禁忌である。

③不安障害の診断・評価について

児童・思春期の精神医学的評価は、不安症状についてのスクリーニングの質問を含める必要があること、スクリーニングにおいて不安症状を示している場合にはどの不安障害が現在あるのか、そして不安症状と機能障害の重症度を定める評価を行うこと、さらに併存障害は、併存している他の不安障害、うつ病、ADHD、薬物使用障害、ODD、学習障害、言語障害などを適切に評価・診断し、治療されるべきであるとしている(MS)。

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、不登校・ひきこもり者に以下のような多軸評価を行うことを推奨している¹⁾。

第1軸：背景精神障害の診断：発達障害とパー

ソナリティ障害を除く精神障害の診断を行う。

第2軸：発達障害の診断：発達障害があればそれを診断する。

第3軸：パーソナリティ傾向の評価(子どもでは不登校のタイプ分類)：パーソナリティ障害を含むパーソナリティ傾向の評価を行う。子どもの不登校では過剰適応型、受動型、衝動型といった不登校の発現経過の特性による分類を行う。

第4軸：ひきこもりの段階の評価。

第5軸：環境の評価：ひきこもりを生じることに関与した環境要因とそこからの立ち直りを支援できる地域資源などの評価を行う。

第6軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類：第1軸から5軸までの評価結果やそれに基づく支援計画の見直しなどを総合して、三群にわたるひきこもり分類(第一群：統合失調症、気分障害、不安障害を主診断とするひきこもり、第二群：広汎性発達障害や知的障害を主診断とするひきこもり、第三群：パーソナリティ障害や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とするひきこもり)のどれにあたるかを評価する。

表1には、児童・思春期の不安障害のスクリーニングや診断に用いられる評価尺度と半構造化面接を示した。半構造化面接であるK-SADSとM.I.N.I. KIDで診断可能な不安障害も表1には示したが、半構造化面接を行うことによって併存障害を評価することができるため、その子どもの全体像をより正確に把握できるという利点がある⁵⁾。

④治療

治療は不安障害の重症度と併存障害や機能障害を考慮して、さまざまなアプローチ(両親や子どもへの心理教育、教育スタッフや家庭医との連携、認知行動療法的アプローチ、力動的な精神療法、家族療法、薬物療法)を考慮する必要があるとしている(CG)²⁾。不安障害に対