

待や自殺など積極的介入を要する主題と PLEs との関連性の存在が示唆された。特に妄想よりも幻覚体験と自殺企図の関係が強いこと (Evensen et.al. 2011)は知られており要注意である。PLEs 陽性例では家族と問題を共有できぬまま来院する者が比較的多く存在することを踏まえ、自記式問診票を利用し、状況により分離面接を実施し関係作りを行うなど PLEs やその周辺症状の慎重な評価が求められる。

E. 結論

児童精神科外来に受診した 10 歳から 15 歳の

患者の初診時間診票より精神病様体験を中心とした項目の調査を行った。その結果、1つ以上の精神病様体験を認めた患者は約 15%存在した。その診断は統合失調症に限らず多岐にわたり、自殺関連症状などとの関連の深さは、精神病様体験は様々な疾患で出現していた。PLEs 陽性者あるいは精神病発症危険状態 (ARMS) といわれる子どもの診療において、統合失調症に限らず幅広い精神障害を念頭に入れた診療が求められると思われる。

表 1. 対象患者背景および精神病様体験の頻度

性別(男子) N=228	n(%)	117 (51.3)
平均年齢 (SD)	歳	12.4 (1.6)
ICD-10分類 (重複あり) N=228	n(%)	
F2:統合失調症を含む精神病性障害		11(4.8)
F3:気分障害		12(5.3)
F40: 恐怖症性不安障害		7(3.1)
F41:他の不安障害		5(2.1)
F42:強迫性障害		6(2.6)
F43:重度ストレス反応および適応障 害		17(7.5) 5(2.2)
F44:解離性障害		39(17.1)
F45:身体表現性障害		31(13.6)
F5:身体行動症候群(主は摂食障害)		30(13.2)
F84:広汎性発達障害(PDD)		14(6.1)
F90:多動性障害		14(6.1)
F91:行為障害		8(3.5)
F92:行為および情緒の混合性障害		18(7.9)
F93:情緒障害		16(7.0)
F94:社会的機能の障害(主はひきこ もり)		11(4.8) 13(5.7)
F95:チック障害		
その他の診断群		
その他の背景因子 N=228	n(%)	
受診時点の不登校		76(33.3)
受診希望		117(51.3)
家族への秘密		73(32.0)
被虐待歴		24(10.5)
暴力行為		42(18.4)
自傷行為		23(10.1)
自殺企図		24(10.5)
PLEs “あった” 1つ以上		35(15.4)
“あった” 2つ以上		3(1.2)
PLEs 1) 心を読み取られる		11(4.8)
PLEs 2) 特殊なメッセージ		2(0.9)
PLEs 3) 言動を見張られる		10(4.4)
PLEs 4) 幻聴が聞こえる		18(7.9)

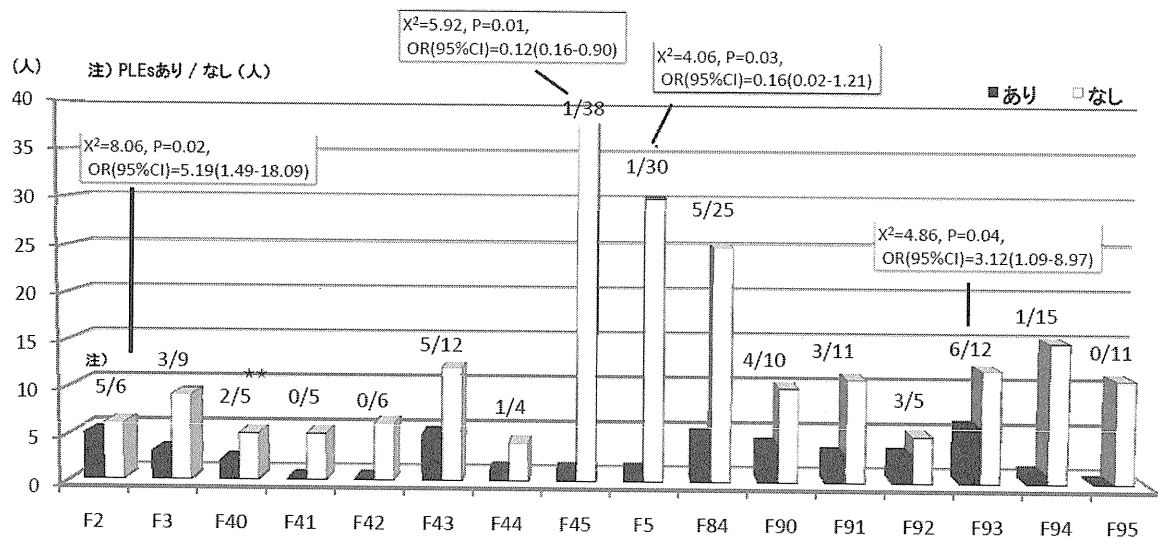


図1. 診断別のPLEs陽性(“あった”1つ以上)数

表2. その他の患者背景とPLEsの関係

n(%), N=228		PLEsあり	PLEsなし	χ ² ; OR(95%CI)	P値
不登校	あり	14(18.4)	62(81.6)	0.83; 1.41(0.67-2.95)	0.24
	なし	21(13.8)	131(86.2)		
受診希望	あり	21(17.9)	96(82.1)	1.25; 1.52(0.73-3.15)	0.18
	なし	14(12.6)	97(87.4)		
家族へ秘密	あり	21(28.8)	52(71.2)	14.87; 4.07(1.93-8.59)	0.00
	なし	14(9.0)	141(91.0)		
被虐待歴	あり	8(33.3)	16(66.7)	6.68; 3.28(1.28-8.39)	0.02
	なし	27(13.2)	177(86.8)		
暴力行為	あり	10(23.8)	32(76.2)	2.84; 2.01(0.88-4.96)	0.08
	なし	25(13.4)	161(86.6)		
自傷行為	あり	10(43.5)	13(56.5)	15.57; 5.54(2.20-13.96)	0.00
	なし	25(12.2)	180(87.8)		
自殺企図	あり	11(45.8)	13(54.2)	19.18; 6.35(2.56-15.75)	0.00
	なし	24(11.8)	180(88.2)		

表 3. 患者背景と PLEs 下位項目との関係

PLEs 1) ; 心を読み取られる

n(%), N=228	PLEs 1)あり	PLEs 1)なし
被虐待歴 あり	4(16.7)	20(83.3)
** なし	7(3.4)	197(96.6)

$\chi^2=8.19, P=0.02, OR(95\%CI)=5.63(1.52-20.90)$

n(%), N=228	PLEs 1)あり	PLEs1)なし
家族へ秘密 あり	7(9.6)	66(90.4)
** なし	4(2.6)	151(97.4)

$\chi^2=5.31, P=0.03, OR(95\%CI)=4.00(1.13-14.14)$

PLEs 3) 言動を見張られる

n(%), N=228	PLEs 3)あり	PLEs 3)なし
自傷行為 あり	4(17.4)	19(82.6)
** なし	6(2.9)	199(97.1)

$\chi^2=10.32, P=0.01, OR(95\%CI)=6.98(1.81-26.93)$

PLEs 4) 幻聴が聞こえる

n(%), N=228	PLEs 4)あり	PLEs 4)なし
F2 あり	3(27.3)	8(72.7)
** なし	15(6.9)	202(93.1)

$\chi^2=5.97, P=0.05, OR(95\%CI)=5.05(1.21-21.04)$

n(%), N=228	PLEs 4)あり	PLEs 4)なし
自殺企図 あり	7(29.2)	17(70.8)
** なし	11(5.4)	193(94.6)

$\chi^2=16.69, P=0.00, OR(95\%CI)=7.26(2.48-21.05)$

** $P<0.05$ (ロジスティック回帰分析)

参考文献

Evensen J., Rossberg J. I., Haahr U., et al. Contrasting monosymptomatic patients with hallucinations and delusions in first-episode psychosis patients: A five-year longitudinal follow-up study. *Psychopathology*. 44; 90-97, 2011.

Freeman D., Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res*. 169;

107-112, 2009.

Kinoshita Y., Shimodera S., Nishida A., et al. Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*. 126; 245-251, 2011

Nishida A., Sasaki T., Nishimura Y., et al. Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*. 121;

301-307, 2010

田中英三郎, 市川宏伸. 思春期外来を受診した広汎性発達障害者が呈する精神病様体験の頻度についての横断調査. 臨床精神医学. 39; 1097-1102, 2010

Yoshizumi T., Murase S., Honjyo S., et al. Hallucinatory experiences in a communication sample of Japanese children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 43; 1030-1036, 2004.

F. 研究発表

<紙上発表>

藤田純一、西田敦志、高橋雄一他：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 53; 891-897, 2011
新井卓：統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療—前駆状態と初回エピソード精神病を中心に—小児科臨床 64; 864-869, 2011

<学会発表>

藤田純一、新井 卓、高橋雄一：児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査、第 52 回日本児童青年精神医学会総会、徳島、2011

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⁾ 中里容子¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾

飯島崇乃子¹⁾ 牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 青木桃子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

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験（RCT）デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法（主に認知行動療法：CBT）を併用して行われた臨床試験をレビューする。臨床試験の結果は、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、②子どもの全般性不安障害（GAD）、分離不安障害（SAD）には venlafaxine ER が有効であること、③CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPPstudy では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害への SSRI の有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、安易に薬物療法に導入することには慎重な判断が必要であろう。

また当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害（PDD）や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉が話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。Liebowitz と Kernberg、そして Gupta らは、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であった。

A. 研究目的

初年度は、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」を中心にして標準的な評価・治療技法に関してのレビューを行った。さらに、Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based

Treatment Manuals for Children and Adolescents」では、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearney ら¹⁾）、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child

and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら²⁾)を紹介した。そして、現在「The Coping Cat Program」の翻訳を行っている。

2年度は、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法 (CBT) を併用して行われた臨床試験をレビューする。当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害 (PDD) や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。Liebowitz と Kernberg³⁾、そして Gupta ら⁴⁾ は、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。

B. 研究方法

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法 (CBT) を併用して行われた臨床試験について、Bloch ら⁵⁾、Watson⁶⁾ の総説を中心にレビューを行う。

選択性緘黙の子どもに対しては、これまでにさまざまな治療が試みられてきたが、彼ら独特の緊張感の高さからプレイセラピーを含む個人精神療法は困難な場合が多いという印象を

筆者らはもってきた。そこで、当科では、H23年4月より、『国府台シャイネス』と称し、選択性緘黙の子どもを対象としたグループ・プレイセラピーを開始した。

①『国府台シャイネス』の治療構造

対象は当院児童精神科に外来通院中の選択性緘黙と診断された子どもである。『国府台シャイネス』は2～3週ごとに1回1時間という設定で行った。子どものグループ・プレイセラピーは、臨床心理士2名が担当し、外来の最も広いプレイルームにて実施している。遊びの内容は参加者が自発的にはじめたものに沿うかたちをとることとした。また、2歳以上の健常児であるきょうだい同伴での参加を積極的に受け入れている。これは、自分のきょうだいが一緒に参加することによって保護者から分離する緊張感を軽減できるのではないかということ、そして同年代の健常児がグループに参加することによって患児の動きと健常児の動きとを比べながら観察できることをねらいとした。

セッションの流れは、保護者と分離して待合室からプレイルームに移動し、プレイルームでは毎回ルールの確認をした後、自由に遊び、最後は片づけをして退室をするというものである。

このグループ・プレイセラピーの構造は、Gupta ら⁴⁾ の「Diagnostic Groups for School-Age Children : Group Behavior and DSM-IV Diagnosis」を参考にした。Gupta ら⁴⁾ は、①45分のセッションを2回行う (別の日に行う)、②プレイルームにおもちゃやゲームを用意しておき、自由に遊んでもらう、③終了時に片付けの時間を設定する、④自分や他の子どもを傷つけない、⑤おもちゃやプレイルームを破壊しない、⑤ビデオ撮影や one-way mirror で観察するという構造で診断グループを行っている。観察は、1) 場面のアセスメント:①グループの設定、②グループの構成、2) 個々のアセスメント (Individual

assessment) : ①精神状態の所見、②親、あるいは親しい成人から分離できるかどうか、遊具やおもちゃとの関係、③ひとつひとつの遊びのテーマ、3) 相互関係のアセスメント (Interactional assessment) : ①他の子どもとの関係、②グループリーダーとの関係、③グループへの子どもの影響、④子どもへのグループの影響 といった観点で行う。

また、子どものグループ・プレイセラピーを実施している間に、別室で児童精神科医による保護者への選択性緘黙という疾患についてのレクチャー、保護者同士の近況報告等を行っている。

C. 研究結果および考察

1) 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法 (CBT) を併用して行われた臨床試験についてのレビュー

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の急性期薬物療法の効果については表 1 に示した。そして、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) による薬物療法の効果については表 2 に示した。不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の三環系抗うつ薬 (TCA) による薬物療法の効果については表 3 に示した。それぞれの薬物の effect size、薬物の治療効果発現必要症例数 (numbers needed to treat : NNT <1つの薬物が何人に 1 人有効かを示す数値>) を示した。Gittelman-Klein and Klein は、学校恐怖症の子どもを対象に imipramine を投薬しプラセボよりも有効であることを示した。子どもの不安障害に対する SSRI の RCT デザインの臨床試験が行われたのは 2001 年以降である。RUPP Anxiety Study Group が代表的な試験

であり、社交恐怖、分離不安障害、全般性不安障害の 6 ~ 17 歳の子どもを対象に fluvoxamine の有効性について検討した 8 週間の多施設研究である。その結果は、プラセボ群での改善が 29% だったのに対して fluvoxamine 群では 76% が改善し、fluvoxamine がプラセボに対して有意な改善率を示した。さらに 6 ヶ月の open label phase では、fluvoxamine responder の 94% は改善が持続していたと報告されている。

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の薬物療法と精神療法 (主に CBT) による治療の効果については表 4 に示した。Bernstein らは、12 ~ 18 歳の不登校の子どもを CBT + imipramine 群、CBT + プラセボ群に分け、CBT + imipramine 群が有意に有効だったことを報告した。1 年後の follow-up では、対象の 64.1% は不安障害、33.3% はうつ病性障害の診断基準を満たしていたという。Beidel らは、7 ~ 17 歳の社交恐怖の子どもを対象に Social effectiveness therapy for children (SET-c) 群、Fluoxetine 単独群、プラセボ群に分け、SET-c 群、Fluoxetine 群はプラセボ群よりも有意に有効であり、SET-c 群は Fluoxetine 群よりも有意に有効だったと報告している。そして 1 年後も治療効果は持続していたという。Walkup らは、7 ~ 17 歳の分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖の子ども 488 名を対象に、sertraline 群、CBT 群、sertraline + CBT 群、プラセボ群に分け、治療群である 3 群ともにプラセボ群よりも有意に有効だったこと、sertraline + CBT 群は sertraline 群、CBT 群よりも有意に有効だったことを報告した。そして sertraline + CBT 群の治療効果は 36 週後も有効だったという。

2) 『国府台シャイネス』の治療経過

今回報告する第 10 回までのセッションにおける登録メンバーは、患児 11 名、そのきょうだいが 6 名で、毎回健常児を含め 10 名前後が

参加している。メンバーの年齢層は、幼稚園児から中学生と幅広くなっている。以上のような設定で、H23年に実施した10回のセッションを、小学2年男児A君、小学3年女児Bさんを中心に報告する。

A君は、幼稚園入園後、園ではしゃべれないことが指摘され、年長時に初診となった。こだわりが強いなどの成育歴から、主治医はPDDを疑ったが、本人は診察室では寝てしまっていることが多いため、確定診断には至っていない状況であった。

Bさんは、幼稚園時代から友達と遊ぶことは出来たが、話すことは出来ずにいた。小学校1年生の冬休み明けから登校を嫌がるようになり、不登校の状態で当院初診し、個別のプレイセラピーを導入したが、強い分離不安から母親と離れるのが困難なセッションが多く、26回目以降キャンセルが続きプレイセラピーは中断した。

経過

第1回、子どもたちは、なんとか保護者と別れてプレイルームに移動した。しかし部屋に入っても入口付近で固まっており、静まり返った中でTh2人と、2歳の健常児の声だけが聞こえている時間が続いた。治療者（以下、Th）が、事前に用意していた1つ1つ絵柄の違うネームプレートを紹介し、好きな絵柄を選択するよう促しても選べず、やっとのことで年下のきょうだい達を先頭に自分の好きな絵柄を手にとれても、今度はペンで名前を記入する事が出来ず、何かするごとにジリジリとした緊張感が漂う状態であった。Thは、年下のきょうだい達はまだ字が書けない事を理由に、患児に＜弟の名前を書いてあげてくれる？＞とペンを差し出した。すると、下の子のためになら名札に記入することができ、ついでのように自分の名前も書く事が出来た。このように、動いては止まり、動いては止まりを繰り返した結果、入室してネームプレートを作るだけで、30分もの時間が過ぎていた。

しかし、後半になると、まずはきょうだいで来ている子どもは、そのきょうだいにひっぱられる形でそれぞれのきょうだいごとに遊び始めた。ただし、1人で参加している子は、未だ動き出せずにいる。Thが、ボールプールに入っている子達にボールをかけたり、軽く投げ合ったりしていると、小さい子中心に声をあげてはしゃぎだし、だんだんと賑やかになってきた。すると次第に患児達もボール投げに参加し、いつの間にか、Th2人に向かって子ども達全員が結託してボールを投げつけるという遊びとなり、最終的にはThの背後から剛速球が飛んできたり、巨大なボールが投げつけられたりと、全員入り乱れて激しいボールの投げ合いとなった。ボールプールの中にあつた大量のボールはほとんど外にまき散らされ、ぬいぐるみやおもちゃなど、ボールでない物もお構い無しに飛び交う大騒ぎとなり、終了時刻を迎えた。そこでThは、終了を伝えるべく＜今日はお終い！＞と叫ぶのだが、その声は大騒ぎにかき消され、子ども達は口々に「帰らない、2時間遊ぶことにして」と退室を渋り、物を片付けるどころか棚に置いてあるものをわざわざ散らかした。子ども達が退室した後のプレイルームは嵐が去った後のような状態であった。

この回、A君はじめ、ほとんどの患児が声を上げてはしゃいだり、やりたい放題に部屋を散らかした。周りの子よりもやや緊張感が高く、あまり声は聞かれなかったBさんも、元気よくボールを投げて、最後は名残惜しそうに何度もふり返って手を振って帰り、緊張感漂う最初の姿とは別人のような印象であった。Thは、元々緘黙の子に抱いていたイメージやセッション前半のなかなか動き出せない姿と、後半の溢れ出して収まりの付かないエネルギーとのギャップに驚き、緘黙の子ども、抑えることと発散することの極端さに圧倒された初回となった。

第2回目以降もボール投げは続き、それが発展して、子どもチームは大きなソファーやホワ

イトボードを使ってバリケードのような物を作りだした。それに対抗して大人チームも向かいに基地を作り、暗黙のうちに“子ども”対“Th”の構図となったのだが、A君はその状況を理解できず、暗黙のルールに反してTh側に味方したり、両者の基地を行き来してしまっていた。また、小さい子に向かって大きいボールを強く投げてしまうなど、やや危険になってしまうことが多く見られた。このようなA君の様子から、やはりA君にはPDDの特徴があるのではないかという事がセッション終了後のスタッフによるレビューで検討された。

一方Bさんは、子どもチームの一員として、Thがよそ見をしている隙をねらって背後から攻撃するなど、緊張感は和らいで、非常に活発に遊んでいるように見受けられた。しかし、女の子達がThに言葉を使ってクイズを出題するなど、言語的な遊びを始めると、Bさんもそれが気になって近くに行ってはみるものの、様子を窺うだけでどうしても参加できずにいた。このような、言語的交流場面での強い緊張感や硬さから、多少言語性知能の問題もあるのではないかという事がスタッフ間で話題となった。

第5回目以降、Thは、それまでに見えてきた子どもそれぞれの特徴に沿った関わりを意識するようになった。A君に対しては、遊びの中での危険な行動が見られた際には、Thが<小さい子にはボールはそーっと投げる！>など具体的に注意を促し、逆に適切な行動をとれている時には、<よくできたね><ありがとう>等、その行動を強化する事を目的とした肯定的な声かけを心がけた。Bさんの場合には、ボールを投げる、イタズラする等、積極的でやんちゃな行動に対して、Thは<イタズラって面白いよね！>というメッセージを込めて、笑って驚いて見せたり、時には関心したりしながら、能動性を発揮することへのポジティブな捉え返しを心がけた。

第10回目になると、A君は年下のメンバーが飛び交うボールに当たってしまわないよう

「ここは危険だよ！」と声をかけてあげたり、終了時には率先して「片付けをしよう！」と部屋中に散らばったボールを集める等、お兄さんの振る舞う姿が目立つようになった。学校でも特別支援級に在籍し、毎日元気に登校しているとのことである。Bさんは、真っ先にプレイルームに駆け込み、記録用カメラの前で飛び跳ねてから物陰に隠れ、後から入室したThや他の子に探されるなど、注目を浴びようとする姿が見られるようになった。遊具を積み上げ、みんなで「せーの！」と一斉に登る等、体を動かす遊びに積極的に参加する中で、時々「危ない、危ない！」等と声が聞かれるようになっている。日常生活でも、友達と公園で遊んで、話もするようになり、学校には母親同伴で通っているとのことである。

D. 考察

1) 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT) デザインの臨床試験のまとめ

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT)の結果を、薬物ごとにまとめたものが図5である。この結果から、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合のfirst choiceはSSRIであること、②子どもの全般性不安障害(GAD)、分離不安障害(SAD)にはvenlafaxine ERが有効であること、③CBTと薬物療法の併用療法は、CBT単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPPstudyでは、fluvoxamineが有効でない時には次にfluoxetineを選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害へのSSRIの有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、子どもは状況によって不安状態に陥りやすいこと、不安状態の子どもが環境調整や養育者との情緒的関係を強化することで比較的容易に不安状態が軽減することもあることから、安易に薬物療法に導入することには慎重な判断が必要であろう⁷⁾。

Bernstein ら⁸⁾ は、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもにおけるベンゾジアゼピン系薬物の位置づけについて次のようにまとめている。Simeon et al らは、過剰不安障害 (OAD : 21 名)、avoidant disorder (9 名) を対象に、alprazolam (0.5-3.5mg/day) を 4 週間の二重盲検比較試験を行った。Graae らは、分離不安障害 (SAD : 15 名) を対象に、clonazepam (0.5-2.0mg/day) を 4 週間の double-blind crossover study を行った。このふたつの研究では、ともに有意な有効性を認めなかった。ベンゾジアゼピン系薬物の副作用としては、鎮静、集中力低下、協調運動がうまくいかない (poor coordination)、activation、脱抑制などがあげられる。子どもでは、ベンゾジアゼピン系薬物の忍容性や依存について十分な研究は行われていないのが現状である。しかしながら、依存を生じる可能性は十分にあり、子どもへの臨床試験は短期間で行うべきであり、不安の強い子どもに対しては、①ベンゾジアゼピン系薬物を短期間単独で投薬するか、あるいは②SSRI や TCA と併用し、その治療用量に到達するまで投薬をすることでしている。

2) 『国府台シャイネス』の治療経過についての考察

『国府台シャイネス』では、①きょうだいの参加を可能としたこと、②広いプレイルームを使用したことにより、以下の効果が認められた。まず、きょうだいの参加についてである。これは当初、患児の緊張を下げることを目的としたが、それ以上に、集団内において患児にお兄ちゃん・お姉ちゃんという“役割”を与える結果となった。この、自分に1つ“役割”があるという事で、緊張感の高い緘黙の子達であっても、動き出しやすくなるということが今回の経験から明らかとなった。また本グループでは、図らずも参加者の年齢に幅があったことにより、次第にきょうだい間のみならず、年上の子はグループ全体の中でスタッフに近い役割を

とるようになり、これを通じて集団参加のきっかけを得ることもつながったと考えられる。

次に、大きい遊具のある広いプレイルームを使用するという設定である。本グループにおいて、子どもたちは、ゲームやお絵かき等、静かに出来る細かな遊びよりも、投げる／引っ張る／積み上げる／陣地を取る等、体を使った大きい遊びを選択する傾向にあった。我々が緘黙の子に対して、個別でのプレイセラピーを実施する際、何となく小さなプレイルームで静かに出来る遊びをする、というイメージを持っていたようにも思うが、今回のグループを実施して、彼らは広いスペースを使った大きな遊びの中で、隠れたり、遠くからちょっかいを出したりしながら、Th や他の子どもと関わりをもつことを好んでおり、緘黙の治療では、広い部屋や大きい遊具を使うことも望ましいのではないかと考えられた。ただし、このことが全てのケースに適用かどうかは検討が必要で、病態水準等との関係も慎重に考えていく必要があると思われる。

また、グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であったと思われる。A 君の場合には Th や子どもとの関係でのコミュニケーションや状況に合わせた行動の苦手さが浮き彫りになり、PDD という診断が明確になっていった。B さんの場合には、前景に立つ不安の高さと集団内でも活発に体を動かして遊ぶ大胆で素朴な姿がみられた。その一方で、言葉を使った遊びにはとても消極的で、関心は高いものの参加ができない姿もみられ、知的能力として言語性知能の問題が存在し、全体的には境界知能水準にあるのではないかと考えられた。

最後に、グループ・プレイセラピーを通じて、言葉やエネルギーを抑えること、そして発散することが非常に極端な現れ方をするというのが緘黙の子どもひとつの特徴であるように

思われた。人前でのパフォーマンスが苦手で、いつも小さくなって緊張している子どもが、ひとつたび能動性を発揮し出すと、初回のボール投げで Th が圧倒された時のように、周りの人達を驚かせ、時には危険であると思われるほどのものとなるのかもしれない。グループ・プレイセラピーのよさとして、他の子どもと Th が向き合っている隙に、横からひょいっとボールを投げたり声をかけるという距離感の中で、上手にどさくさに紛れながら、それぞれ自分のタイミングでこっそりと動きだせるということがあったように思われる。そのような、どさくさ紛れに表出される彼らの能動性を、Th がほどよくキャッチし、それをおもしろがったり、驚いたりしながらポジティブなものとして捉え返してあげることが、能動性の発揮が困難であると考えられる緘黙の子どもだからこそ、特に Th が意識していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法 (主に認知行動療法: CBT) を併用して行われた臨床試験をレビューする。臨床試験の結果は、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、②子どもの全般性不安障害 (GAD)、分離不安障害 (SAD) には venlafaxine ER が有効であること、③CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPP study では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害への SSRI の有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、安易に薬物療法を導入することには慎重な判断が必要であろう。

また当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安

障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害 (PDD) や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。Liebowitz と Kernberg、そして Gupta らは、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であった。

F. 研究発表

なし

文献

1) Kearney CA, et al: Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth. Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents (Lecroy CW). Oxford University Press, New York, 286-313, 2008

2) Beidas RS, et al: Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program. Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents. (Lecroy CW). Oxford University Press, New York, 405-430, 2008

3) Liebowitz, JH., Kernberg, PF.: Diagnostic Play Group for Children: Their Role in Assessment and Treatment Planning. Child

Group Psychotherapy:Future
Tense.International University
Press,Madison,71-79,1986

4) Gupta,MR.,Hariton,JR.,Kernberg,PF:
Diagnostic Groups for School-Age Children :
Group Behavior and DSM- IV
Diagnosis.American Psychiatric
Press,Washington DC,79-96,1996

5) Bloch,MH.,McGuire,JF.:Pharmacological
Treatment for Phobias and Anxiety
Disorders. Handbook of Child and
Adolescent Anxiety Disorders. Springer,New
York,339-354,2011

6) Watson,HJ.:Combined Psychological and
Pharmacological Treatment of Pediatric
Anxiety Disorders. Handbook of Child and
Adolescent Anxiety Disorders.Springer,New
York,379-402,2011

7) 松本英夫：不安障害の薬物療法。子どもの
心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑
うつ(総編集 齊藤万比古、責任編集 松本英
夫、傳田健三)。中山書店、東京、124-129、
2010

8) Bernstein,GA.,Layne,AE.:Separation
AnxietyDisorder and Generalized Anxiety
Disorder. Textbook of Child and Adolescent
Psychiatry. American Psychiatric
Press,Washington DC,557-573,2004.

表1 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の急性期における薬物療法の効果

	Study	Design	Results	Follow-up
School refusal OAD SAD	Gittelman-Klein and Klein (1971)	N=35 6-14歳 (6週間)	Imipramine (100-200mg/day) >placebo(P<0.05)	N/A
	Berney et al. (1981)	N=51 9-14歳 (12週間)	Clomipramine (40-75mg/day) =placebo	N/A
	Klein et al. (2001)	N=21 6-15歳 (6週間)	Imipramine (75-275mg/day) =placebo	N/A
	Bernstein et al. (1990)	N=24 7-18歳 (8週間)	Alprazolam (0.75-4mg/day) =Imipramine (50-175mg/day) =placebo	N/A
Social phobia	Wagner et al. (2004)	N=322 8-17歳 (16週間)	Paroxetine (10-50mg/day) >placebo (P<0.01)	N/A
	March et al. (2007)	N=293 8-17歳 (16週間)	Venlafaxine ER (37.5-225mg/day) >placebo (p=0.01)	N/A
GAD	Rynn et al. (2001)	N=22 5-17歳 (9週間)	Sertraline (25-50mg/day) >placebo	N/A
	Rynn et al. (2007)	N=320 6-17歳 (8週間)	Venlafaxine ER (37.5-225mg/day) >placebo	N/A
Multiple Anxiety Diagnoses	Rupp Anxiety Study Group: Walkup et al. (2001)	N=128 6-17歳 (8週間)	Fluvoxamine (50-300mg/day) >placebo (P<0.01)	6ヶ月のopen label phaseでは、FLV responderの94%は改善が持続していた。
	Birmaher et al. (1998)	N=74 7-17歳 (12週間)	Fluoxetine (20mg/day) >placebo (P=0.003)	1年後のfollow-upでは、Fluoxetineの responderでは改善が持続していた。

OAD:過剰不安障害 SAD:分離不安障害 GAD:全般性不安障害

表2 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) による薬物療法の効果

	Medication	Ages/ Diagnoses	Effect Size /Number Needed to treat (NNT)	Notable Side Effects
Rupp Anxiety Study Group: Walkup et al. (2001)	FLV 8週間 128名	6-17歳 GAD SoP SAD	1.1/2	腹部不快感、 活動性亢進
Rynn et al. (2001)	SER 9週間 22名	5-17歳 GAD	1.9/1	特になし
Birmaher et al. (2003)	FLX 12週間 74名	7-17歳 GAD SoP SAD	0.4/4	腹痛、焦燥感
Wagner et al. (2004)	PAR 16週間 322名	8-17歳 SoP	/2	不眠、食欲低下、 嘔吐、 Agitation
Black&Uhde (1994)	FLX 12週間 22名	5-17歳 Elective mutism	0.67/	特になし
Walkup et al. (2003)	SERT 12週間 488名	7-17歳 GAD SoP SAD	COMB 0.86/1.7 SERT 0.45/3.2 CBT 0.31/2.8	不眠、疲労、 落ちつかない
March et al. (2004)	VFX 16週間 293名	8-17歳 SoP	0.46/5	食思不振、 無気力、 嘔気
Rynn et al. pooled study (2007)	VFX 8週間 320名	6-17歳 GAD	0.42/	頭痛、腹痛、 食思不振

GAD:全般性不安障害 SoP:社交恐怖 SAD:分離不安障害

NNT:numbers needed to treat

表3 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の三環系抗うつ薬 (TCA) による薬物療法の効果

	Medication	Ages/ Diagnoses	Effect Size /Number Needed to treat (NNT)	Notable Side Effects
Gittleman- Klein and Klein (1971)	IMI 6週間 34名	8-17歳 学校 恐怖症	/3	口渇
Klein et al. (1992)	IMI 6週間 20名	6-17歳 分離不安 障害	/100	怒りの爆発 口渇
Bernstein et al. (2000)	IMI 8週間 63名	7-18歳 School refusal	0.3/100	口渇、便秘、霧視、めまい
Berney et al. (1981)	CMI 12週間 51名	9-14歳 School refusal		None noted

IMI:Imipramine CMI:Clomipramine

NNT:numbers needed to treat

表4 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の薬物療法と精神療法による治療の効果

	Study	Design	Results	Follow-up
School refusal	Bernstein et al. (2000)	N=63, 12-18歳 (8週間)	CBT+Imipramine (Mean182.3mg/day) >CBT+Placebo (p<0.001)	1年後、64.1%は不安障害の基準を満たす。33.3%はうつ病性障害の基準を満たす。
Social phobia	Beidel et al. (2004)	N=122 7-17歳 (12週間)	Social effectiveness therapy for children (SET-c) >Fluoxetine (10-40mg/day) >placebo (P<0.001)	1年後も効果は持続している。
Multiple Anxiety Disorders	Child anxiety multimodal study (CAMS): Walkup et al. (2008)	N=488 7-17歳 (12週間)	CBT+Sertraline (25--200mg/day) >CBT=Sertraline >placebo	36週にて combined treatment の有効性は持続。

CBT:認知行動療法

表5 薬物療法の効果のまとめ

Drug	Disorders	Dosage (mg/day)	Effect size	NNT	Time of significant response (weeks)
Fluvoxamine	SoP,SAD, GAD	50-300 (2.9/kg)	1.11	2.1	3
Sertaline	GAD	25-50	1.93	1.2	4
Fluoxetine	SoP,SAD, GAD	20 (20)	0.41	3.8	9
Paroxetine	SoP	10-50 (33)	0.52	2.6	3
Fluoxetine	SoP	10-40	0.35	3.3	4
Sertraline	SoP,SAD, GAD	37.5-225	0.45	3.2	4
Venlafaxine ER	GAD	37.5-225	0.48	4.8	2
Venlafaxine ER	SoP	37.5-225 (142)	0.46	3.3	Baseline

SoP:社交恐怖 SAD:分離不安障害 GAD:全般性不安障害

NNT:numbers needed to treat

素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 榊屋二郎¹⁾

研究協力者 奥村雄介²⁾ 吉永千恵子³⁾ 富田拓⁴⁾ 飯森眞喜雄⁵⁾ 丸田敏雅⁵⁾ 松本ちひろ⁵⁾ 宮川香織⁵⁾

1) 関東医療少年院 2) 府中刑務所 3) 東京少年鑑別所

4) 国立きぬ川学院 5) 東京医科大学

研究要旨：子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、児童青年期精神科臨床に携わる医師に対するアンケート調査を行った。

アンケート調査は平成 23 年 4 月より同年 6 月にかけて施行し、調査対象は日本児童青年精神医学会会員より無作為に抽出した 150 名に郵送にて行った。回収率は 59%であった。

調査より、素行障害と診断することに医療的意義を見出せないという医師が存在していることや、診断に用いられている診断基準も障害概念や下位分類が乖離している DSMIV-TR と ICD-10 が混在していることが判明した。平成 22 年度の 1 年間で素行障害と診断して治療に当たったケースは平均 4.6 例であり、その内平均 1.6 例が並存する他の精神障害の診断がつかない純粋な素行障害であった。素行障害少年の治療・処遇においては調査に回答した全ての医師が地域の機関との連携を望んでいるものの、連携に不十分さを感じていた。また、調査に回答した全ての医師が治療や処遇についての有用なガイドラインの必要性を感じていた。

A. 研究目的

障害の診断・治療の標準化を行うためには障害が現状において、どのように診断され、どのように治療されているかを知ることが必要である。前年度の研究で指摘したように、子どもの外在化障害においては、世界保健機関 (World Health Organization : 以下、WHO) が作成した I C D (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) と米国精神医学会の作成した D S M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) という世界的に有力な二つの操作的診断基準で障害概念や下位分類が乖離している。歴史的にも両診断基準における子どもの外在化障害の障害概念は診断基準の改定ごとに変遷してきており、現在公表されている次期 DSM の改定草案を検討すると、今後、数年以内に改定される両診断基準においても障害概

念が変わる可能性が非常に高いと考えられる。このことは本邦における外在化障害概念の定着や活用の阻害になっているとともに外在化障害の診断・治療の標準化への阻害にもなっていることが予想される。この予想の実証のためと、現状で児童青年期精神科臨床に携わる医師が子どもの外在化障害をどう捉え、どう扱っているのかを知るために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害 (conduct disorder : 以下、CD) の診断・治療の現状について、医師に対するアンケート調査を行った。

B. 研究方法

日本児童青年精神医学会の会員医師より無作為抽出した 150 名に対し、平成 23 年 4 月より同年 6 月にかけて郵送にてアンケート調査を行った。アンケートの調査項目は以下の通りであり、分析にあたっては単純集計による記述的分析を

行った。

☆アンケート調査項目

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか？(選択式)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか？(記述式)

②平成 22 年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあたられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか？(選択式)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか？(選択式)

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか？(選択式)

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか？(選択式・複数回答可)

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか？(選択式・複数回答可)

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取れる地元機関はどちらですか？(選択式・複数回答可)

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか？(選択式)

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか？(選択式)

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必要性を感じていますか？(選択式)

C. 研究結果

150名に行ったアンケート調査の有効回答数は89であり、回収率は59%であった。

☆アンケート調査結果

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか？(選択式)

→・有る 79名(89%)
・無い 10名(11%)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか？(記述式)

→・「素行障害と診断することに医療的意義を見出せない」(6名；60%)
・「診断対象に素行障害者が居なかった」(3名；30%)
・未回答(1名；10%)

②平成22年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあたられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか？(選択式)

→・DSM : 51名 (65%)
・ICD : 28名 (35%)
・その他： 0名 (0%)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか？(選択式)

→・10例以上 : 2名
・9例 : 2名
・8例 : 2名
・7例 : 6名
・6例 : 5名
・5例 : 22名
・4例 : 19名
・3例 : 12名
・2例 : 6名
・1例 : 3名

→ 平均 約 4.6 例

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか？(選択式)

→・10例以上 : 0名
・9例 : 0名
・8例 : 0名
・7例 : 0名
・6例 : 1名
・5例 : 2名
・4例 : 6名
・3例 : 11名
・2例 : 20名
・1例 : 13名
・0例 : 26名

→ 平均 約1.6例

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・ウェクスラー知能検査 : 94%
- ・その他の知能検査 : 83%
- ・ロールシャッハ検査 : 36%
- ・その他の投影法検査 : 33%
- ・子どもの行動チェックリスト(CBCL) : 39%
- ・行為障害チェックリスト(CDCL) : 1%
- ・反抗挑戦性評価尺度(ODBI) : 21%
- ・その他 : 34%

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・脳波検査 : 43%
- ・脳画像検査 : 45%
- ・血液検査 : 31%
- ・その他 : 17%

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取れる地元機関はどちらですか?(選択式・複数回答可)

- ・児童相談所 : 96%
- ・保健所/精神保健福祉センター : 82%
- ・その他の公的福祉機関 : 71%
- ・学校 : 87%
- ・警察 : 64%
- ・矯正機関 : 31%
- ・その他の施設/機関 : 43%

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか?(選択式)

- ・十分に機能している : 21%
- ・十分に機能していない : 45%
- ・ほとんど機能していないか、連携が無い : 31%

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか?(選択式)

- ・必須である : 100%
- ・有る程度必要である : 0%
- ・必要ではない : 0%

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必

要性を感じていますか?(選択式)

- ・有用なガイドラインがあれば活用する : 100%
- ・不要である : 0%

D. 考察

約9割(89%)の医師が素行障害診断を年間の日常臨床で使用していることは、本邦の児童青年期精神科臨床において素行障害診断が一定程度根づいていることを表している。一方、約1割の医師が素行障害診断を使用していないことが分かった。その理由として最も多かった理由が「素行障害と診断することに意義を見出せない」ことであるのは、日常臨床において素行障害の診断を下すことが有効な治療に結びついていない例が少なからず存在することを示唆する。そしてこのようなアンケート調査結果となった背景にはやはり、歴史的に今日まで素行障害を含む外在化障害の障害概念が大きく変遷し続けていることや診断・治療の標準化が十分になされてこず、有効な対応が提示されてこなかったことが一因と考えられた。

素行障害診断を行った医師が使用した操作的診断基準については、DSM(65%)とICD(35%)が混在しており、障害概念や下位分類の微妙に乖離している診断基準が日常臨床の中で併存している現状では混乱が生じていることが予想された。DSMとICDについては数年以内の次期改定が予定されており、改定に際してはより一層のharmonizationの実施が期待される。

素行障害診断の年間平均診断例が約4.6例である内、従前から医療の対象として馴染みにくいと思われてきた併存障害の無い純粋な素行障害が約1.6例含まれたことが分かった。このことは素行障害を扱う医療機関にとって、司法機関や福祉機関、教育機関との連携がとても重要であることを意味すると考えられた。

素行障害診断に用いられている診断ツールとして平成16年度から平成18年度にかけて齊藤万比古を主任研究者として厚生労働科学研究