

解した上で、食欲低下などの副作用のリスクとベネフィットのバランスを常に考慮しながら使用すべきである。なお、コンサータが処方可能な医師は、コンサータ錠登録医師のみである。

【処方例】 11歳 ADHD 男児，反抗挑戦性障害がある場合。

コンサータ錠(18 mg) 1錠 分1 朝食後からスタート(食前でもかまわない)。漸増する場合は，27 mg, 36 mg, 45 mg と増量し，至適用量で維持する。1日投与量は，54 mg を超えないこと。コンサータは 18 mg 錠と 27 mg 錠がある

【処方例】 チックを伴う 10歳 ADHD 男児，体重 40 kg の場合。

ストラテラカプセル(10 mg) 2カプセル 分2 朝・夕食後からスタート 1日 0.5 mg/kg から開始し，その後1日 0.8 mg/kg とし，さらに 1.2 mg/kg まで増量した後，1日 1.2~1.8 mg/kg の至適用量で維持する。1日量は 1.8 mg/kg または 120 mg のいずれか少ない量を超えないこと。ストラテラは 5 mg, 10 mg, 25 mg カプセルがある



第 8 章

乱暴な子どもをどう診るか

「乱暴な子ども」というのは、おそらく家庭内暴力、反抗、非行といった問題行動を示す子どもととらえられるだろう。家庭内暴力 (family violence) や非行 (delinquency) という問題は切迫しており、緊急的な対応も迫られることもあるので治療者側の覚悟も必要になるだろう。家庭内暴力、非行は精神医学的な診断ではなく、あくまでも状態像である。

家庭内暴力として海外で問題とされるものは、親の子どもへの虐待 (child abuse) や夫婦間の暴力 (domestic violence) であり、一方わが国では「子どもによる親への暴力」が深刻な社会問題として注目されてきた。小倉は1980年に「親に乱暴する子どもたち」という論文を書いた。その論文は当時の国際学会での発表をまとめたものであるが、日本に若者による家庭内暴力というものがあるということは外国の研究者には驚きを持って迎えられたと述べている¹⁾。子どもによる親への暴力により家族関係が変化し、子どもが自立への一歩を踏み出すことがみられ、その家庭内暴力の背景には“親からの子どもの自立”というテーマが精神病理として存在していることがいわれている。その一方で、川畑は思春期前の子どもにも家庭内暴力がみられるようになり、その背景には社会の時代的変容に伴う家族関係の変化や養育環境の変化と関連した現象があると思われるが、そこには“自立への闘い”という意味合いは薄れ、家族関係の不安定さや母子密着に対する警告が隠されていると指摘している²⁾。児童・思春期では不登校 (ひきこもり) と親和性の高い精神疾患、たとえばうつ病、不安障害 (なかでも強迫性障害は家族を強迫症状に巻き込むことが多いといわれている) が家庭内暴力の背景疾患として挙げられるだろう。反抗、非行といった問題行動に関連する精神疾患は、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、反抗挑戦性障害 (ODD)、素行障害 (CD)、自閉性障害やアスペルガー障害を含んだ広汎性発達障害 (PDD) が挙げられるだろう。家庭内暴力の精神病理についての総説、ODD、CDの疾患概念に関する総説は数多く存在するが、本章では乱暴な子どもをどのように診立てていくかを中心に述べたいと思う。

乱暴な子どもの背景にあるもの

1 | 家庭内暴力、反抗挑戦性障害(ODD)、素行障害(CD)、非行の概念をめぐって

乱暴な子どもは、さまざまな分野で対応されている。司法や児童福祉の分野では、“非行少年”の定義が用いられる。法律に違反する行為を行った子どもは“犯罪少年(14歳以上20歳未満)”あるいは“触法少年(14歳未満)”と分類されるが、学校の規則や家庭や社会の標準的な規範についても虞犯少年⁸⁾として少年非行の中に含まれる。

不登校(ひきこもり)の子どもの中には家庭内暴力を伴う例がある。このような例は、本人が受診に至らないことも多く、家族からの情報によって本人の精神医学的問題を考えながら対応する必要がある。齊藤らが作成した「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)の子どもの多軸評価を推奨している³⁾。多軸評価は、第Ⅰ軸：背景精神障害の診断、第Ⅱ軸：発達障害の診断、第Ⅲ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：①過剰適応型、②受動型、③受動攻撃型、④衝動型、⑤混合型)などからなる。多軸評価によって、不登校児の子どもの全体像をとらえることができるのである。家族への援助によっても深刻な暴力が持続する場合には、危機介入が必要になる。ガイドラインでは、ひきこもりの緊急時の対応についての考え方が記載されているので参考にされるとよい。

ODDとCDは、ADHDとともに米国精神医学会によるDSM-IV-TRにおいて「注

表1 反抗挑戦性障害(ODD)の診断基準(DSM-IV-TR)

<p>A. 少なくとも6ヶ月以上持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、少なくとも4つ(またはそれ以上)が存在する。</p> <p>(1)しばしばかんしゃくを起こす。</p> <p>(2)しばしば大人と口論をする。</p> <p>(3)しばしば大人の要求や規則に従うことを反抗または拒否する。</p> <p>(4)しばしば故意に他人をいらだたせる。</p> <p>(5)しばしば自分の失敗、不作法な振る舞いを他人のせいにする。</p> <p>(6)しばしば神経過敏、または他人からイライラさせられやすい。</p> <p>(7)しばしば怒り、腹を立てる。</p> <p>(8)しばしば意地悪で執念深い。</p> <p>注：その問題行動がその対象年齢及び発達水準の人に通常認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ、基準が満たされたとみなすこと。</p> <p>B. その行動上の障害は、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。</p> <p>C. その行動上の障害は、精神病的障害または気分障害の経過中のみ起こるものではない。</p> <p>D. 素行障害の基準を満たさず、またその者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準は満たさない。</p>
--

〔高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸(訳)：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版、医学書院、2004より作成〕

⁸⁾ 虞犯少年：虞犯少年とは、家出や不良交遊など問題行動が顕在化し、犯罪や触法行為を行う虞(おそれ)が認められる少年である。

表2 暴行障害 (CD) の診断基準 (DSM-IV-TR)

<p>A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ(またはそれ以上)が過去に12ヶ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6ヶ月の間に存在していたことによって明らかとなる。</p> <p>(人や動物に対する攻撃性)</p> <p>(1)しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。</p> <p>(2)しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。</p> <p>(3)他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある(例:バット、煙瓦、割れた瓶、ナイフ、銃)。</p> <p>(4)人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。</p> <p>(5)動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。</p> <p>(6)被害者の面前での盗みをしたことがある(例:人に襲いかかる強盗、ひったくり、強奪、武器を使っでの強盗)。</p> <p>(7)性行為を強いたことがある。</p> <p>(所有物の破壊)</p> <p>(8)重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。</p> <p>(9)故意に他人の所有物を破壊したことがある(放火以外)。</p> <p>(嘘をつくことや窃盗)</p> <p>(10)他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。</p> <p>(11)ものや好意を得たり、義務を逃れるためにしばしば嘘をつく(すなわち、他人をだます)。</p> <p>(12)被害者の面前ではなく、多少価値のある物品を盗んだことがある(例:万引き、ただし破壊や侵入のないもの:偽造)。</p> <p>(重大な規則違反)</p> <p>(13)親の禁止にも関わらずしばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる。</p> <p>(14)親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった(または、長期にわたって家に帰らないことが1回)。</p> <p>(15)しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。</p> <p>B. この行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。</p> <p>C. その者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準を満たさない。</p> <p>発症年齢に基づいて病型にコード番号をつけよ</p> <p>小児期発症型:10歳になるまでに暴行障害に特徴的な基準の少なくとも1つが発症。</p> <p>青年期発症型:10歳になるまでに暴行障害に特徴的な基準はまったく認められない。</p> <p>重症度を特定せよ</p> <p>軽症 診断を下すのに必要な項目数以上の暴行の問題はほとんどなく、および行為の問題が他人に比較的軽微な損害しか与えていない(例:嘘をつく、無断欠席、許しを得ずに夜も外出する)。</p>

[高橋 裕, 大野 裕, 染矢俊幸(訳): DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 2004より一部改変]

意欠如および破壊的行動障害(attention-deficit and disruptive behavior disorder : DBD)」という概念にまとめられており、関連深い疾患である(表1, 2)⁴⁾。ODDと診断される子どもの心性で留意すべきは、その攻撃的な怒りに満ちた反抗的な言動の内側に依存欲求とそれが承認されない悲しみが濃厚に混ざり込んでいるという点である。CDは単発の非行や重大犯罪と異なり、多様性と反復性を有した反社会的問題行動で規定された精神疾患である。このため、突然に攻撃的な反社会的問題行動を起こしたからといってCDという診断がなされるわけではない。DSMでは発症年齢によって、①小児期発症型、②青年期発症型の2つの病型が設けられており、小児期発症型は、青年期発症型と比較して成人になっても反社会的な行動が持続する危険性が

高く、予後が不良であること、小児期発症型が将来反社会性パーソナリティ障害⁹⁾に発展しやすいことが記載されている。

乱暴な子どもを診立てるうえで頭の片隅に入れておきたいのはサイコパス(psychopath)という概念であろう。Cleckleyは「The Mask of Sanity(狂気の仮面)」を著し、この著書は米国におけるサイコパスあるいは反社会性パーソナリティ障害の研究に大きな影響を与えた⁵⁾。Cleckleyはサイコパスの特質として、①表面的な魅力とよい「知能」、②妄想や他の不合理な思考の欠如、③「神経質」や他の精神神経症的な症候の欠如、④信頼できないこと、⑤不誠実さと言行不一致、⑥良心の呵責や恥の感覚の欠如、⑦不適切な動機による反社会的行動、⑧低い判断能力と経験から学ぶことができないこと、⑨病的な自己中心性と愛する能力の欠如、⑩一時的な感情反応の乏しさ、⑪特徴的な洞察力の欠如、⑫一般的な人間関係における無責任さ、⑬飲酒時(ときには非飲酒時)の風変わりな歓迎されない行動、⑭自殺の遂行は稀、⑮性生活は、非人間的で貧しくてまとまりがない、⑯人生計画に従って生きられないを挙げている。最近ではサイコパスの概念は、情動の浅薄さ、他者への共感能力の欠如といった情動的対人関係的側面と非行、犯罪、攻撃性といった問題行動的側面の大きく2つにまとめられ、情動の欠如という病理を有する集団の独特な認知神経科学的障害についても理解することが可能になってきている⁶⁾。おそらく乱暴な子どもの中には将来反社会性パーソナリティ障害に発展する者もいるだろう。そのような子どもには、子どもではあってもサイコパスの特質を認めることができるかもしれない。サイコパスでないパーソナリティ障害や犯罪者ならば、治療的な働きかけに反応しやすいと言われており、サイコパスの概念の有効性はここにある⁷⁾。どうして目の前の子どもが乱暴な問題行動を起こさなくてはならなかったのかを考え、その背景にある問題に共感すると同時に、子どもがどのような成人に成長していくのかを冷静にイメージをするような作業が必要になるのであろう。サイコパスを直感的に見抜く“サイコパス・センサー”ともいうべき臨床感覚は磨いておく必要があるだろう。

2 | 乱暴な問題行動と情緒の問題の関係について

齊藤らは、多くのADHDの子どもが後期幼児期から学童期にかけて著しく反抗的になってODDの診断が可能となり、その一部は後期学童期から思春期にかけての年代でCDと診断されるに至り、さらにそのごく一部が青年期の段階で反社会性パーソナリティ障害を示すに至るという反社会性が前景に立つ外在化障害の展開過程を想定し、DBDマーチと呼ぶことを提案した^{8,9)}。DBDマーチは、ADHDの子どもがこの展開を必ずたどるということを意味しているのでは全くなく、いかにその途中である

⁹⁾ 反社会性パーソナリティ障害：①社会的規範に適合しないこと、②人をだます傾向、③衝動性、将来の計画を立てられないこと、④攻撃性、⑤安全を考えない向こう見ずさ、⑥無責任であること、⑦良心の呵責の欠如といった傾向を認め、反社会的な問題行動を繰り返すパーソナリティ障害である。DSMの基準では、15歳以前に発症した素行障害の証拠が必要であるとされている。

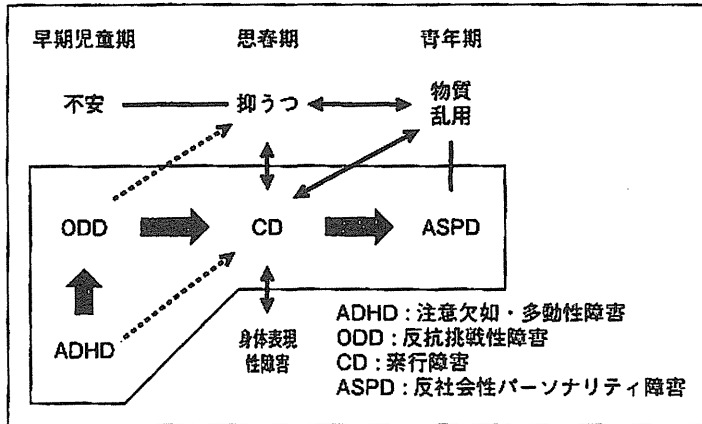


図1 破壊的行動障害と合併症の発達上の連続性

(Loeber R, Burke JD, Lahey BB, et al: Oppositional defiant conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 1468-1484, 2000 より一部改変)

ODDの段階で適切に対処し、その先への展開を停止させるということに、支援者が注目すべきであるということを確認するための概念である。Loeberらは、DBDマーチの進行に伴う情緒面の障害にも触れ、ODDの出現時期である早期児童期に不安が現れやすく、思春期には抑うつに変化していくこと、CDはこの抑うつおよび身体表現性障害に結びつきやすいこと、抑うつとCDの双方が物質乱用と結びつきやすいことなどを指摘している(図1)¹⁰⁾。これらの考え方は、ODDやCDに不安や抑うつといった感情、そして不安障害やうつ病性障害が伴いやすいということだけでなく、不安障害やうつ病性障害などがODDやCDと診断されるような問題行動の主たる発現要因になっている場合もあることを示唆している。

PDDの人が持っている非社会的特性が、反社会的問題行動を招いたと考えられる例が報告されるようになり、その一部は社会的注目を集めている。PDDでCDが併存している割合は1~3%という数字になり、PDDの人が違法行為を行った報告はあるもののPDDの人に違法行為が一般よりも多いという根拠はない¹¹⁾。知的障害を伴わない、いわゆる高機能PDD児では対人的相互交流(社会性)の障害のハンディキャップが目立ちにくい。高機能PDD児は「ある程度の対人相互性を持ちつつも、健常児の認知・行動・感情にみられる相互性が理解できない」という状態で、健常児が織りなす複雑なやりとりの場面を体験する。言葉を字義通りに理解しやすいPDD児にとって、思春期という年代に至った健常児の隠語やほのめかしに満ちた仲間内のコミュニケーション、本音と建て前の使い分け、阿吽の呼吸で実行する小さなルール違反などは、謎にあふれた理解の外にある世界である。これらの状況は健常児には自然と察知できるものであるが、PDD児が状況に巻き込まれ当事者となったときには、不安や困惑状態、恐怖や抑うつ、あるいは反対に強い好奇心や過覚醒状態を惹起し、一種独特の混乱状態に陥ることがある。PDD児が同世代の仲間集団から孤立し不安や抑うつを強めていくと、ひきこもりや社会的問題行動へと発展していくこ

ともあり、問題の背景に高次対人状況が存在していないかを確認する必要がある¹²⁾。また思春期を迎えた発達障害の子どもでは、「授業になっても教科書も開かない」といった大人の指示に従わない、前向きな取り組みを放棄するといった自虐的な反抗がみられ、「受動攻撃的反抗」と呼ばれる。

3 | 乱暴な子どもへの対応をめぐって

乱暴な子どもへの治療は、子ども、子どもの周囲の環境に対する働きかけを、子どもとその親の実情に合わせて統合的に行うことが必要である。心理社会的な介入を十分に検討すると同時に、原疾患に対する薬物療法を含めた治療をしっかりと行う必要がある。CDに対する心理社会的治療を図2に示した¹³⁾。乱暴な子どもの治療は、本人が受診に至らないことや、通院が継続しないことも多く、医療機関だけでは対応は難しいと考えられる。繰り返される重大な犯罪行為などでは医療機関が単独で治療にあたるよりも、他の医療機関によって従来“非行”として扱われてきた問題と同様に法的枠組みの中で、警察や児童相談所と協働して扱っていくべきなのかを慎重に判断していく必要がある。児童期、思春期の間を途切れることなく、地域の関係諸機関で連携をとりながら支援・援助できるシステムが必要になる¹⁴⁾。家族の養育機能が低い場合には、養護施設への入所を検討しなければならない場合もある。また、小学校高学年から中学生の常習的な反社会的問題については、自立支援施設や矯正教育を利用することが望ましい場合もある。

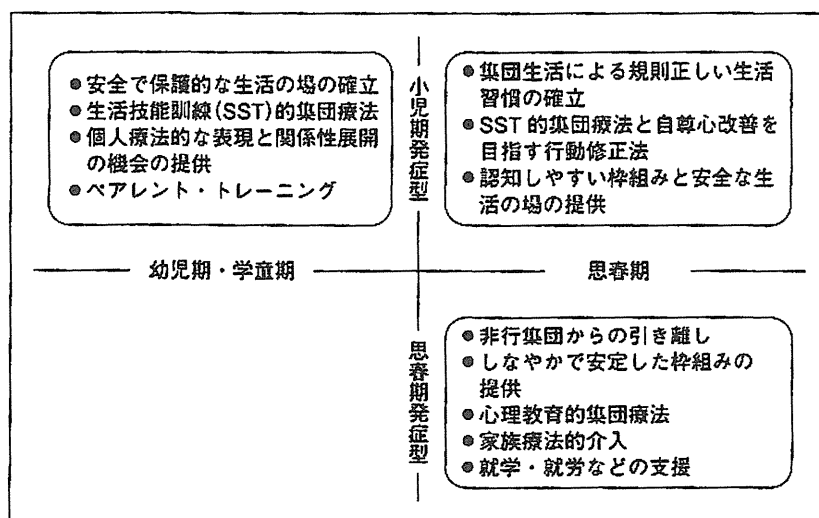


図2 CDに対する年代および下位分類による心理社会的治療
 (齊藤万比古：行為障害概念の歴史的展望と精神療法。精神療法 34：265-274, 2008 より一部改変)

◎ 症例を通して「乱暴な子ども」の診立てと対応を考える

3つの症例を挙げ、診立てと対応について、さらにこれまで述べてきたことを補っていききたいと思います。

〔症例1：初診時小学3年，男児A，分離不安障害〕

Aの母親は中学の頃からシングル・マザーになって子どもを育てたいと思っていたという。母親は流産の後、Aを妊娠した。男性と入籍するつもりはなく、シングル・マザーになろうと考えていて、母親はお腹の中にいたAに「父親はいないから」と話しかけていたという。妊娠中に流産しかけて入院した。母親は看護師に入籍を勧められ、その男性と入籍することにした。Aが生まれたとき、母親、父親、母方祖父母で暮らしていた。父親は定職につかないため、母親は飲食店で働き始め、Aは1歳から保育園に預けられた。祖父には愛人がいて家に寄りつかず、祖母は家政婦をしていた。母親は離婚を考え、Aが2歳頃に別居し、3歳時に離婚が成立した。母親は寂しくて泣いてしまい、Aに「2人で死のう」と語りかけることがたびたびあったという。Aの夜泣きはひどく、救急車を要請するほどだった。Aは2年間保育園に通い、母親から離れることを嫌がったが、次第に友達ができ、保育士からは「おとなびている」と言われた。Aは小学校に入学したが漢字の書き取りが苦手で、担任の教師に叱責されることが多かった。また祖父は飲食店で多額の借金を作り、その取り立てが厳しくなったため、小学1年時に祖父母は夜逃げをした。Aは小学1年の秋から不登校になり、母親は飲食店を辞めた。母親は児童相談所に相談し当院を勧められ、小学3年春に初診した。Aは分離不安障害[♯]と診断され、Aは2回だけの受診で来院しなくなったため入院を勧められた。Aは母親に「再婚をしたらいい」と話し、母親は交際相手との再婚を考え働くようになった。しかし母親の再婚話はなくなり、母親の体調不良やAが嫌がるために通院は不定期になった。Aは昼夜逆転の生活を送り、食事をとりすぎて嘔吐した。母親が仕事に行くと、「家に戻ってきてほしい」と電話をして、母親が戻ってこないと母親にあたり、次第に暴力をふるうようになった。次第に母親の抑うつ感は強くなり、精神科クリニックを受診した。小学4年春に主治医が転勤になり、筆者が主治医を引き継いだ。Aは来院しないため、筆者は母親面接を続けた。Aは自身が「遊んでいて転んだ」と話していた小学1年時の骨折はいじめによるものだったことを母親に打ち明けた。筆者は、Aの家庭訪問を継続していた教育委員会と連絡をとり、母親と教育委員会と合同面接を行い、筆者は母親に再度Aの入院を勧めた。母親はいったん入院に同意したものの、母親は結局入院を拒否し、筆者は母親面接を続けた。Aの母親に密着した生活は続き暴力もひどくなり、母親もついに入院に同意し、小学5年の秋に入院になった(医療保護入院)。Aは髪の毛が伸び

♯ 分離不安障害：母親などの愛着をもっている人から離れたときに、過剰な分離不安反応を起こし、さまざまな身体的、精神的な症状を起こすようになり、社会的にも障害を受けるような状態である。精神症状としては、執拗な甘え(子ども返り)、夜尿、乱暴行為などがみられ、学童期以降の頻度は減少するものの、抑うつを伴い不登校の原因となることもある。

放題で、肥満体だった。筆者が入院を勧めると、Aは「どうせどうにもならない」という表情を浮かべ、「入院したくない」と言うのみだった。筆者がAの手を引っぱり病棟へ連れて行こうとすると、Aは抵抗したが、次第に息切れし、病棟まで歩けなかった。

Aの家族の情緒的な交流はばらばらで、将来の生活設計といった見通しはなく、それぞれが自分の好きなことを勝手にしているようで、Aにはモデルになる大人の存在はなかった。Aの母親がシングル・マザーになりたいと思っていたのは、自分の両親(Aの祖父母)に頼ることができないと感じていたため、母親の手に置いて頼ることができる子どもがほしいということだったと思われる。抑うつ状態の母親はAに愚痴をこぼすことが多かったという。母親の愚痴の聞き役になったAは、母親の不安や抑うつを受け皿になり、母親がAから離れると母親は不安や抑うつのためどうにかなってしまうという不安をかきたてられて母子密着が強まり、Aの「どうにもならない」という無力感が強まり母親に暴力をふるうことが生じたと考えられた。母親はクリニックではうつ病と言われているが、筆者はおそらく依存性パーソナリティ障害の傾向があり、母親にAの入院を勧めたが、母親にとってはAから離れて1人取り残されるという不安が強まったため、母親はAの入院を拒否したと考えられた。Aは中学卒業まで児童精神科病棟で入院治療を行い、その後順調な高校生活を送っている。Aの治療では母親との面接も重要であり、Aが自立していくとAがそのまま離れていってしまい自分が1人になってしまうという母親の不安は軽減していき、Aと母親はお互いに適切な距離をとれるようになった。

家庭内暴力に入院治療が必要になることは数多くの報告がある。家庭内暴力で入院が求められるときはその多くは親からの要請であり、子どもの意志に反するものである場合が多い。入院によって家族に何が起き、入院治療で何を提供すべきであり、実際に何を提供できるかなどについて見通しのない入院決定をすべきではないことは重要である¹⁵⁾。治療者と親が面接を通して入院治療のイメージを作り上げていく作業は重要であり、親も腹をくくり、治療者も覚悟を決めるというプロセスが必要になると考えられる。入院治療では、精神療法や薬物療法などの治療技法、治療スタッフとの交流、ルールをはじめとする病棟生活の枠組み、仲間との交流、病院内学級での教育との再会などが、母親と共生関係に陥っていた子どもを思春期本来の道筋に立ち戻らせ、前進を再開することを援助する強力な支持となるのである。

〔症例2：初診時中学2年、男児B、ADHD(不注意優勢型)、ODD〕

Bは、一流大学を卒業した両親のもとに、39週、2,200gで生まれた。特に発達の遅れを指摘されたことはないが、幼稚園の3年間は母親から離れることを嫌がり、母親はBを無理矢理連れて行き、Bは嫌なことがあるとかんしゃくを起こしたという。小学校では、教師からは多動、忘れ物が多いことを指摘された。ルールを守れず

集団行動がとれずに、仲間から注意されると不機嫌になり、集団から孤立してしまうことが多かった。中学では柔道部に入部して入賞するなど活躍していた。一方で、学業成績はふるわず、宿題も提出せずに教師からは叱責されるようになり、部の練習も真面目に取り組まなくなり、部の顧問に「絞められる」ことが続いていた。部には素行の良くない仲間が数人いて、中学2年の2学期からつまむようになり、喫煙、無断外泊、学校も遅刻が目立つようになった。エリートの父親からも激しく叱責され、殴り合いをしたり、親をいらだたせるよう行動はエスカレートし、登校もしなくなった。中学2年の冬に当院を初診し、筆者が担当することになった。初診時のBは体格がよく、金と銀で龍の描かれた黒いトレーナー姿で、診察室のソファに座るなり腕を組み治療者を下から睨みつけ、「困っていることは何1つない」と言い放った。母親はため息をつきながら、このままでは高校進学ができなくなることが心配なこと、Bは臆病で人の顔をよく見て優しいところもあるが、失敗したり叱責されると情緒不安定になりやすいことを語った。筆者はふてくされたような表情を浮かべていたBに、「教師から叱責されることが続いて学校や柔道が面白くなって、素行の良くない仲間とつまむようになったのでしょうか。自分でも何とかしたいと思っているけど、注意されるとますます悪ぶってしまうところもあるのでしょうか。君の状態を“朱に交われば赤くなる”というのかもしれない」と伝えた。母親は「その通りです」と納得したが、Bは「何を言っているのかさっぱりわからない」と治療者と母親の顔を不思議そうに見た。治療者が「わからなかったら、少しは勉強しないとイケないな」と言うと、Bは「その通り」と答えた。治療者は、学校は休んで早めに春休みをとって仲間から距離をとり、母方祖父母の家に行って祖父母の手伝いをすることを提案した。春休みが終わって受診したBは祖父母の手伝いを熱心に手伝ったことを報告し、もう少し仲間とは距離を置いておきたいと語った。その後Bは病院内学級に転校した。忘れ物や遅刻、喫煙といった行動は続いていたが、人を笑わせる明るいキャラクターは病院内学級の仲間から受け入れられたようだった。Bは中学の卒業式終了後に治療者に「教師や父親から怒られてばかりでほんとにだめになると思っていた。お前のおかげで高校に合格できて、やっと父親とも話すことができたよ」と男泣きをして卒業を報告した。

BはADHDにODDを併存し、CDに展開しかけていた例である。ADHD児は思春期になると、仲間集団からひんしゅくを買って孤立したり、大人から叱責され続けるという事態に飲み込まれていく。そして不注意や軽率さなどの短所を埋めあわせるものとして、自分にはどのような能力に持っているのかという問題に直面することになる。筆者はADHDの診療においてADHD児が持っている良いところ(長所、特技、そしてそれをどのように活かせばいいのか)を見つけ出してあげることが大切だと感じるようになってきている。もう少し詳しく述べると、自尊心の低下ゆえに自分自身の良いところをみつけにくかったり、見通しを立てるといった意思決定が難しい

という特徴を持っている ADHD 患者の苦手さを援助するというに、治療者が意識的に関わっていく必要があるということである。また、思春期の ADHD では、男性患者に対しては同世代の仲間集団の提供、女性患者には前思春期から女性の治療者が関わるが必要で、特に母親に ADHD 傾向を認める場合には女性の治療者は「成人の女性のモデル」の提供になると感じている。

〔症例3：初診時小学6年，男児C，アスペルガー障害，CD〕

Cは幼少期から多動，衝動性が高く，兄とはけんかが絶えず，母親が「兄かCのどちらかが死ぬのではないかと怖くなるほど激しかったという。腕力のある父親は，Cと兄をねじ伏せて制止していたようだったが，次第に制止できなくなった。Cは小学6年の夏に家からのお金の持ち出し，放浪，万引き，強いこだわりが問題になって当院を初診した。Cはあっけらかんとした様子で，「ゲームをしたいから家に置いてあったお金を持ってください。ゲームしたいときにゲームをして何が悪いの?」と語った。筆者はCをアスペルガー障害，CDと診断したが，Cはしばらくして通院しなくなった。中学2年になったCは万引きで警察に逮捕されて再び通院するようになった。Cの衝動統制は著しく不良で，学校では仲間から孤立していた。Cは「悪いことをすると，どんどん面白くなって悪ぶっていつてしまう」と語った。筆者は，Cがいつキレて爆発するかわからないという怖さを感じた。Cはゲーム店であからさまにゲームソフトを万引きし，追いかけてきた高校生を負傷させて警察に逮捕された。Cは取り押さえられるまで，ゲームや漫画のキャラクターになりきって「○○拳」と叫びながら得意技を高校生に浴びせ続けていたという。Cは警察に拘留後，少年鑑別所に収容され，家庭裁判所の審判の結果，医療少年院に入院した。退所後のCは親元から離れ，全寮制の高校に通学した。運動部に入部し周囲から認められるようになってきている一方で，部活の時間に遅れそうになり自転車を借りようと思いつ見知らぬ人の家に侵入して警察に通報されるという事件を起こした。Cは「後から自転車は返そうと思っていた」と話した。学校はCを退学させずに，親，学校，保護司や関係機関が協議を行い，Cの行動を見守る体制を整えてくれることになった。ところが，再び学校で些細なことから他の生徒に暴力をふるい，退学になって自宅に戻った。筆者はCとの面接，そして親ガイダンスを行っている。Cは予備校に通い受験を目指しているが，Cは衝動のコントロールの悪さを悩むようになり，筆者との診察時に薬物療法をしっかりと受けたいと話したり，認知行動療法(CBT)を受けたいと話し，自らクリニックを探してCBTを受けるようになった。家族の印象によると，CBTを受けるようになってからキレることは少なくなったという。

Cは前思春期になって初診しPDDと診断された例であり，医療だけではなく強い枠組みや特異的なプログラムを持った矯正機関での治療を必要とした。CDの治療では，どのような治療技法を選択すべきかではなく，どのような治療構造のもとで治療を行っていくかということが重要になってくる。さらに矯正機関での治療を終えた後

は、外来での治療を継続しているが、そうなる必要となるのは学校や地域との連携である。Cでは学校や保護司がCの生活の細かいところまで支援してくれることになったが、このような成人が多く見守る中で同世代の仲間との交流の仕方を学んでいくことは自尊心を高めることにつながると思われる。ところがCは退学することになり、さすがにCも自分自身で悩むようになり、自らCBTを受けるようになった。また攻撃的問題行動には、抗精神病薬、気分安定薬、プロプラノロール、クロニジンといった薬物療法、年少児を対象とした社会技能訓練(SST)、思春期の子どもを対象とした問題解決訓練、アングーマネジメントトレーニングといったCBTが有効といわれている。多動といったADHD症状を認めるときにはメチルフェニデートを試してみることも必要になる。CはADHD(混合型)の診断基準も満たしており、メチルフェニデートを投与したがあまり効果はなく、ぜんそくの既往があったためにプロプラノロールは投与できなかった。Howlin¹⁰⁾はPDDの違法行為への基本的対処として、①早期に(介入を)始めること、②一貫したルールを作ること、③社会性を伸ばす訓練をすることを挙げているが、いわゆる高機能PDDはハンデキャップの目立たなさをために診断や支援がなされないまま成長し、早期に介入を始めることは困難なことが多い。もう1つ重要なことは、PDDの人が反社会的問題を示したときに、単に事件と扱われないように奔走することに終始せず、事例によっては事件としての扱いを介入の契機とするという発想も必要ということである¹²⁾。

乱暴な子どもに対して、医療機関だけの対応では困難な場合が多い。医療機関だけでなく、保健機関(保健所、精神保健福祉センター)、福祉機関(児童相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター)、教育機関(教育センター、学校)、警察などとの連携が必要であり、精神科医にはそのネットワークを立ち上げたり、ネットワークの中でのリーダーシップが求められる。

●文献

- 1)小倉 清：親に乱暴する子どもたち：小倉清著作集2—思春期の臨床。pp 157-173。岩崎学術出版社、2006
- 2)川畑友二：家庭内暴力—不登校によって何を訴えようとしているのか。中根 晃、牛島定信、村瀬嘉代子(編)：詳解 子どもと思春期の精神医学。pp 154-161。金剛出版、2008
- 3)齊藤万比古：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン、2010(http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf)
- 4)American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed Text Revision: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000(高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸(訳)：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版。医学書院、2004)
- 5)Cleckley H: The Mask of Sanity 5th ed. CV Mosby, 1976
- 6)福井裕輝、西中宏史：パーソナリティ障害。齊藤万比古、本間博彰、小野義郎(編)：子どもの心の診療シリーズ7—子どもの攻撃性と破壊的行動障害。pp 82-99。中山書店、2009
- 7)生地 新：反社会性人格障害。牛島定信、福島 章(編)：臨床精神医学講座7—人格障害。pp 77-85。中山書店、1998
- 8)齊藤万比古、原田 謙：反抗挑戦性障害。精神科治療学 14：153-159。1999
- 9)原田 謙、篠山大明：反抗挑戦性障害。齊藤万比古、本間博彰、小野義郎(編)：子どもの心の診療シリーズ7—子どもの攻撃性と破壊的行動障害。pp 38-53。中山書店、2009
- 10)Loeber R, Burk JD, Lahey BB, et al: Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the

- past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1468-1484, 2000
- 11) 渡部京太：広汎性発達障害と素行障害. *児童青年精神医学とその近接領域* 52:114-127, 2011
 - 12) 十一元三：発達障害と反社会的行動—児童青年期に陥りやすい混乱としての非行. 齊藤万比古, 宮本信也, 田中康雄(編)：子どもの心診療シリーズ2—発達障害とその周辺の問題. pp 133-142, 中山書店, 2008
 - 13) 齊藤万比古：行為障害概念の歴史的展望と精神療法. *精神療法* 34:265-274, 2008
 - 14) 宇佐美正英：素行障害. 清水將之(監), 高宮静男, 渡邊直樹(編)：内科医, 小児科医, 若手精神科医のための青春期精神医学. pp 71-78, 診断と治療社, 2010
 - 15) 齊藤万比古：家庭内暴力. 不登校の児童・思春期精神医学. pp 183-197, 金剛出版, 2006
 - 16) Howlin, P: *Autism and Asperger Syndrome: Preparing for adulthood*. 2nd ed. Routledge, 2004

● Further reading

- 本間博彰, 小野善郎(責任編集), 齊藤万比古(総編集)：子どもの心の診療シリーズ7—子どもの攻撃性と破壊的行動障害. 中山書店, 2009
子どもの攻撃性と破壊的行動障害について幅広く記載されている。
- 下坂幸三(著), 中村伸一, 黒田章史(編)：「家庭内暴力」に対する応急の対応について. *心理療法のひろがり*, 金剛出版, 2007
常識的な「家庭内暴力」に対する応急の対応がきめ細かく書かれている。必読である。

(渡部京太)

3

子どものひきこもり(不登校)の精神医学的診断・評価

子どものひきこもりでは不登校という現象が生じる。平成22年に出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、齊藤はひきこもりの多軸評価を行っている。第1軸が背景精神障害の診断、第2軸が発達障害の診断、第3軸が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)、第4軸がひきこもり段階の評価、第5軸が環境の評価、そして第6軸が診断と支援方針に基づいたひきこもり分類である。この第6軸のひきこもり分類では大きく3群に分類している。以下に述べるこの3群では推奨する治療・支援の方法が異なるという点が重要である。

まず第1群は、統合失調症、気分障害、不安障害などの精神障害と診断され、かつ発達障害を併存していない群であり、薬物療法を含め、医療が重要な役割を果たすと考えられる群である。第2群は、広汎性発達障害や知的障害と診断される群で、この群には発達特性に応じた精神療法的アプローチやソーシャル・スキル・トレーニングが必要である。発達障害では、二次障害となる精神障害(社交不安障害や強迫性障害、慢性の適応障害など)も併存しやすく、こちらもターゲットにした治療が必要になることも多い。その場合は第1群に準じた医療の治療・支援が必要になる。しかし、発達障害の特性が原因と考えられる適応上の問題には、特別支援教育など、教育的配慮も重要になる。第3群は、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群で、この場合は精神療法的アプローチや生活支援が中心となる。薬物療法は付加的に行われる場合もある。

この分類をふまえたうえで、ひきこもり(不登校)の背景になっているおもな疾患の診断・評価について述べる。

1 適応障害

いじめなどの出来事を契機に不安や抑うつ気分が出現し、不登校・ひきこもりに至ることがある。米国精神医学会の診断基準 (DSM-IV-TR) や ICD-10 などの操作的診断基準のなかで、適応障害の最も特徴的な項目はストレス誘因と症状に関する時間的な基準である。ストレス要因の始まりから3カ月以内に症状が出現し、持続期間は (その要因の終結から) 6カ月を超えないとされている。

適応障害による不登校の子どもは、いじめや家族の病気や死、過度な学校 (勉強) 活動、両親の不仲や離婚、大災害、事件の被害者など明らかな誘因 (ストレス因子) に続いて生じた抑うつや不安によって不登校に至っている。誘因となった出来事に対する反応として理解できる抑うつ症状、不安、行為の問題 (自傷行為、非行など) は、この疾患の中核である。適応障害は不登校の最も一般的な原因疾患であるが、その回復には手間取ることも少なくない。不適応となった環境が改善すれば、症状も消失するはずであるが、環境が改善しても症状が長期にわたることがあり、この場合は、不安障害やうつ病など他の精神障害に移行している可能性も検討しなければならない。

広汎性発達障害や注意欠如・多動性障害 (ADHD)、チック障害、精神遅滞などが併存障害として存在することもある。また、ADHD、反抗挑戦性障害、素行障害などの破壊性行動障害も併存することがある。

操作的診断基準に定められた症状に加えて、子ども自身の精神発達の水準、病態水準、発達障害の有無、環境要因、親機能など多岐にわたる要因について評価、理解しなければならない。その予後を規定する因子については、環境要因が最も重要な因子であり、同時に本人の病態の変化に注目していく必要がある。DSM の定義からすると、症状は6カ月以上継続してはならず、環境要因が改善すれば速やかに症状は改善することになっている。すなわち、予後は環境要因の改善に大きく左右されることになる。このことは適応障害の治療上、重要である。たとえば学校でのいじめを契機に不登校になった子どもには、まずは環境調整が第一選択肢になる。そこで学校との連

携が重要になる。実際の治療場面では、環境要因へのアプローチと個人へのアプローチが同時に行われるべきである。再び仲間集団のなかに傷ついた子どもを迎え入れるために、教師を中心に医療機関との連携は必須である。また、親ガイダンスも重要である。子どもに対しては、まずが関係性を作ることの基本とし、支持的な精神療法や、薬物療法を行っていく。言語的なやりとりが不十分である場合には遊戯療法も有効である。

2 不安障害

不登校では、不安の存在が大きく関与していると考えられる。ただし、子どもが発達成長していくうえで不安を感じることは必ずしも異常とはいえず、時に重要な内的体験となることもある。したがって苦痛の強さ、機能障害の範囲と深さ、症状不変性の3つをもって正常なレベルか病的なレベルか診断していくことが重要である。それらを評価したうえでDSMなどの診断ツールを用いて診断することが望ましい。

治療としては、薬物療法と精神療法、あるいは行動療法などを合わせて用いる。また、親のサポート機能の向上を目指す親ガイダンスや家族療法も重要である。そして、段階によっては教育機関との連携を図り、同世代の仲間集団への参加を調整していくことも重要になる。

a. 分離不安障害

分離不安障害は、親や家庭から離れることに対して、年齢不相応に強い恐れが生じ、社会的機能が低下する障害である。この障害は、特に年少児に多くみられる。分離不安により子どもは学校を含む様々な社会活動が障害されるため、未成熟が引き起こされる。治療としては、両親へのカウンセリングや、本人への力動的、または行動療法的観点での支持的な精神療法が重要である。また、遊戯療法や箱庭療法、描画療法なども有用である。

b. 社交不安障害

社交不安障害は、他者の注視を浴びているかもしれない状況において持続的な恐怖感を持ち、恐怖刺激に対し不安反応を誘発してしまい、結果的に社会的状況からの回避を引き起こす障害である。その恐怖は過剰であり、また

被害者であると認識していることも条件となる。すなわち、「人前で話す」などにおいて「緊張する」「手が震える」「赤面する」といった不安反応を引き起こし、結果「ひきこもりのようになる」「人前を極端に嫌う」といった展開をする障害である。治療としては認知行動療法 (CBT: cognitive behavioral therapy) や自律訓練法、SSRI などの薬物療法がある。

c. 全般性不安障害

全般性不安障害は慢性的に漠然とした不安感が続いている障害である。明確な原因もなく、動悸、発汗、窒息感、めまいなどの自律神経症状を呈する。また筋肉のこわばり、筋緊張性頭痛、震えなどの症状も認める。また慢性的な不安感やいらだたしさや集中力の低下を引き起こす。思春期後期頃から増加するといわれている。治療は、認知行動療法、自律訓練法や SSRI などの薬物療法がある。

d. パニック障害

パニック障害は、自律神経症状を中心とする発作が突然に出現し、数分で消失する。感覚麻痺や現実感の消失、離人症状、死への恐怖といった精神症状も認める。診断に当たっては、まず身体疾患を除外することが必要である。治療としては曝露法や薬物療法がある。

e. 急性ストレス障害、PTSD (post-traumatic stress disorder: 外傷後ストレス障害)

ストレス障害は予期しない重大な身体的・精神的な外傷を体験した後に生じる不安や恐怖などの精神・生理反応群と定義されている。恐い体験を思い起こして再体験する「侵入」、外界に対する反応性が低下し、感情の麻痺や精神活動全体の麻痺が生じる「回避」、過度の緊張状態が持続する「過覚醒」がある。辛い体験が成長を促す側面ももっているが、これらの症状が強くて現実適応できない場合や、長期化する場合が問題になる。子どものストレス反応の特徴としては、身体症状に出やすい、過度の罪悪感や無力感をもち、自傷行為を行うことがある、また退行的になり両親から分離できなくなることがあるなどがあげられる。また外傷体験を親や友人に話すことも苦痛に感じていて、親が気づかないこともしばしばある。治療としては、受傷直後の

治療的介入、認知行動療法、その他の精神療法、集団療法、薬物療法などがある。まずは安全感を保障できる物理的環境と、対人環境を整える必要がある。

3 強迫性障害

強迫症状には、強迫観念と、強迫行為がある。強迫観念とは、意思に反して考えずにはいられない、不合理な内容の考え、言葉、文章などのことである。これは本当は考えたくないのに浮かんでくる、違和感の強い考えで、そのためしばしば強い不安や恐怖感を伴う。最も多くみられるものは不潔恐怖に関連した強迫観念で、そのほかにも攻撃的な強迫観念（自分や他人を故意に傷つけるのではないかなど）、物を集めてため込む（完全に収集しなければならないなど）、魔術的・迷信的な強迫観念（不吉な数字を避けるなど）などもある。しかし、言語化や、抽象化能力が未熟な子どもは、強迫観念が伴わず、強迫行為のみ目立つ傾向がある。また、子どもは症状の不合理性に対する自覚があいまいで、違和感が乏しい面がある。

強迫行為とは、ある行動に駆り立てられ、行わないと気がすまずに行ってしまう行為である。不安や苦痛を緩和したり、予防するために行われる反復行動（手を洗う、確認するなど）または心の中の行為（祈る、敬を敬えるなど）であり、現実と関連していないか、または明らかに過剰な行為である。目安として、1日1時間以上費やすようになったら病気と考え受診する必要がある。頻度の多いものは、不潔恐怖に関連した洗浄・清掃の強迫行為（手を洗う、何時間もシャワーを浴びるなど）や、確認行為（戸締り、ガスの元栓を何回も見直すなど）、儀式的な強迫行為（部屋の出入りや椅子の立ち直りを何度もし直すなど）などである。子どもの場合、母親を巻き込む強迫行為が多くみられる。ほかの家族にも手洗いや入浴や着替えなどを強要し、家族の行動が制限されることもある。

治療としては、まずは子どもとの信頼関係を確立し、本人と保護者への疾病に関する教育を行うことが肝要である。現在では、SSRIなどの薬物療法と認知行動療法が治療の主流である。認知行動療法として、曝露反応妨害法

(exposure response prevention: ERP) がある。これは、不安の引き金になっているものにあえて直面し（曝露）、不安を和らげるためにこれまで行っていた強迫行為をしない（反応妨害）方法である。たとえば、手洗い行為を含む不潔恐怖に対する治療では、汚いと感じる対象にあえて触り、その後一定時間手を洗うことを我慢するということを、当たり前になるまで繰り返していくという方法である。

子どもの強迫性障害は、思春期の親子関係や仲間関係の葛藤の増大に対する、本人なりの対処行動（防衛）であることがある。治療者から親に、発達論に基づく心理教育を行うのが有効なことがある。また、プレイセラピー（遊戯療法）が有効な場合もある。

強迫症状が激しく、家族が巻き込まれて家族機能が著しく低下している場合、また家庭内暴力を認める、またうつ病などもあり希死念慮を認める場合、また強迫症状が長期化し、ひきこもりになっている場合などには積極的に入院治療を考慮する必要がある。入院により、再び同年代集団と交流できるようになったり、院内学級を利用することで、教育への参加ができるようになることがある。

4 気分障害

気分障害は、自殺企図や重度のひきこもりを引き起こす可能性があり、見逃してならない疾患である。明らかな気分障害を認める子どもは少なからず不登校となっている。したがって、慎重に評価し、十分な治療を行う必要がある。

DSM-IV-TRでは、うつ病性障害、双極性障害の2つが診断カテゴリーとなっている。軽躁または躁病エピソードがあれば双極性障害、それがなければうつ病性障害に分類できる。

うつ病エピソードとしては、抑うつ気分、興味や喜びの著しい減退、食欲の減退または増加、睡眠障害（不眠、または睡眠過多）、精神運動性の焦燥または制止、易疲労性または気力の減退、無価値感または罪責感、思考力や集中力の減退または決断困難、希死念慮や自殺企図などがあげられる。

児童の大うつ病エピソードでは、抑うつ気分がイライラした気分でもよいという点が特徴的である。場合によっては、言語化もできずに行動上の問題（かんしゃくを起こすなど）だけが観察されることもある。子どもの内的な訴えの評価と、保護者からの行動上の問題の評価を合わせて行っていくことが重要である。

また、躁病エピソードについては、気分の高揚が異常かつ持続的にみられる、または開放的でいらだたしいことが続く。また、以下のうち3つ以上の症状が認められる。肥大した自尊心、睡眠時間の減少、多弁、いくつもの観念が競うように浮かぶ、注意散漫、活動の増加または焦燥、快楽的活動に熱中すること。

併存障害については、うつ病性障害における素行障害および反抗挑戦性障害、不安障害、注意欠如・多動性障害（ADHD）などがある。

思春期においては、Blos¹⁾のいうように、幼児期に認めた分離個体化の思春期版としての新たな個体化過程を歩まねばならず、それまでの慣れ親しんだ家族システムから分離し、親離れし、自己を確立しようとする過程を歩まねばならない。その際に反抗（分離、独立への入れ込み）と依存（過敏な見捨てられ感）の両面性が亢進する。そして見捨てられ不安から悲哀感が出たり、また同世代との関係に没頭しようとするがうまくいかなかった時にも悲哀感が出ることもある。こういった心性はある程度正常なことであるという発達論的な観点は知っておく必要がある。

うつ病性障害については、集中力の低下や意欲低下を認め、学習や友人との交流が困難となる。成績は低下し、それまで楽しみにしていたことに興味を示さなくなる。そして不登校になり、病院を訪れることになる。

治療は信頼関係を確立し、本人と家族に疾病の教育を行ったうえで、薬物療法や精神療法的アプローチを行う。双極性障害では、薬物療法の導入を早期から検討する。うつ病性障害における薬物療法では、第一選択薬は選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、第二選択薬は三環系抗うつ薬である。また、双極性障害では第一選択薬に炭酸リチウムとバルプロ酸ナトリウムがあげられ、他にもカルバマゼピンが用いられる。躁病相の時は、抗精神