

July, Paris, France.

4) Narishige R and Saito T: The Characteristics of Suicide Attempts in Japanese Youth after the Great East Japan Earthquake. IACAAPAP 20th World Congress, 2012, July, Paris, France.

5) 大高靖史, 成重竜一郎ら: 救急医療機関退院後の自殺未遂者に対する地域フォローアップ体制の構築—保健師と救急医療機関との連携による取組事例の報告—. 第36回日本自殺予防学会総会, 9月, 東京

6) 齊藤卓弥 小児・思春期における双極性障害の早期発見 第9回日本うつ病学会 東京 9月

7) 成重竜一郎: 単科精神科病院における地域医療としての児童精神科医療の試み. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京

8) 鈴木砂由里, 成重竜一郎ら: 児童思春期精神医療における学校訪問を利用した地域コミュニティへのアプローチ. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京

9) 齊藤卓弥 精神疾患の診断と統計マニュアル第5版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition : DSM-5) における児童思春期精神疾患の診断基準の展望 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京

10) 柴崎哲, 成重竜一郎ら: 児童思春期精神科入院治療における作業療法の評価手法に関する予備的検討. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京

11) Sawaya A and Saito T. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and mood disorder in Japan. The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea

12) Recent Findings of Positron Emission

Tomography and ADHD The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

1. Abbott Laboratories: Protocol No. M01-342:A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of Depakote ER for the Treatment of Mania Associated with Bipolar Disorder in Children and Adolescents 2006. Available at: www.clinicalstudyresults.org

2. Biederman J et al. Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the young. J Child Adolesc Psychopharmacol. 10(3):185-92. 2000

3. Bowden CL et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 60(4):392-400 2003

4. Calabrese JR et al. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. J Clin Psychiatry 60(2):79-88 1999

5. Chang et al. An open-label study of lamotrigine adjunct or monotherapy for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 45(3):298-304. 2006
6. DelBello et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 41(10):1216-23. 2002
7. DelBello MP et al. A pilot controlled trial of topiramate for mania in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44 (6):539-547 2005
8. Delbello et al. Efficacy of quetiapine in children and adolescents with bipolar mania: a 3-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The 54th annual meeting of the AACAP. Boston, MA. October 2007
9. Dubicka B et al. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 17(3):153-61. 2008
10. Findling RL et al. The Collaborative Lithium Trials (CoLT): specific aims, methods, and implementation *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2(1)21-34 2008
11. Fristad MA et al. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1013-21 2009
12. Geller Bet al. Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(2):171-178 1998
13. Kafantaris V et al. Lithium treatment of acute mania in adolescents: a large open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(9):1038-1045 2003
14. Kafantaris V et al. Lithium treatment of acute mania in adolescents: a placebo-controlled discontinuation study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(8):984-993 2004
15. Kowatch RA et al. Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(6):713-720 2000
16. Kowach RA et al. Pharmacotherapy 3: medication strategies and tactics 173-200, (ed)Kowach RA et al. In ; *Clinical Manual for Management of Bipolar disorder in children and Adolescents* American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2009
17. Pande AC et al. Gabapentin in bipolar disorder: a placebo-controlled trial of adjunctive therapy. *Gabapentin Bipolar Disorder Study Group. Bipolar Disord.* 2:249-55 2000
18. Pandina et al. Risperidone for the treatment of acute mania in bipolar youth. The 54th annual meeting of the AACAP. Boston, MA. October 2007

19. Papatheodorou G et al. The efficacy and safety of divalproex sodium in the treatment of acute mania in adolescents and young adults: an open clinical trial. *J Clin Psychopharmacol* 15(2):110-116 1995
20. Patel NC et al. Open-label lithium for the treatment of adolescents with bipolar depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45:289-297, 2006
21. Pleak RR et al. Mania and neuropsychiatric excitation following carbamazepine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 27(4):500-3. 1988
22. Soutullo CA et al. Gabapentin in the treatment of adolescent mania: a case report. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 8(1):81-85 1998
23. Strober M et al. A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord* 15(3):255-268 1988
24. Strober et al. Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness: a naturalistic study. *Am J Psychiatry* 147:457-461, 1990.
25. Tohen et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. *Am J Psychiatry*. 164(10):1547-56. 2007
26. Wagner KD et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 163(7):1179-86. 2006
27. Wagner et al. Acute efficacy of aripiprazole for the treatment of bipolar I disorder, mixed or manic, in pediatric patients. American College of Neuropharmacology. Boca Raton, FL, December 2007.
28. Weisler RH et al. multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for bipolar disorder patients with manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatry* 65(4):478-484 2004
29. Weisler RH et al. Extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for acute mania in bipolar disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 66(3):323-330 2005

資料 (アンケートのビニエット)

症例 1: 急性の躁病エピソード

背景及び受診時の情報

11 歳女児。通常級所属。年齢は思春期にさしかかっているが潮はまだきていなかった。両親からの情報では家庭外で認められる躁病の明らかな既往はなかったが、多動・衝動性は認められていた。両親によると、幼児期から過活動であり、限度を知らず、脱抑制的な行動があった。小児科医は幼いうちに ADHD と診断した。彼女は 8 歳から中枢刺激薬を服用し始めた。彼女は学業面で遅れがあったが、IQ は正常域であった。ソーシャル・スキルが低く、容易にかんしゃくをおこした（ただし PDD の症状はない）。学校では反抗的で怠惰であったが、授業の妨害はしなかった。

8 歳時に施行した心理検査では、頻繁な衝動性、仕上げようとしている作業とは無関係な事柄について話す傾向、怒りや不安の間欠的な表出、身体活動の著明な上昇、じっと座っていることの

困難さ、どんなものにも触れてしまうことが記載されていた。

昨年を通じて、彼女はとても易怒的でいらだっており、破壊的で移り気だった。彼女は挑発的で、ペットや小さい子どもに対して残酷なふるまいをした。彼女は友人や家族との間で性的にも不適切な言動があり、インターネット上の猥褻なコンテンツや性的内容の雑誌、友人を抱きしめたりキスしたりへの関心を述べていた。彼女は誇大的に見え、家族に対して将来医学部へ行くと言ったり、音楽プロデューサーかプロレスラーか曲芸師になりたいと言ったりしていた。今学期を通じて家族内のストレスや騒ぎの結果として両親の間で実際に夫婦間の問題が生じていたが、彼女の同胞はそのことでほとんど影響を受けていなかった。

教師達は彼女が宿題をやらず、無秩序で注意散漫であると報告していた。しかし、それは前年度同様の ADHD 症状であり、それ以外には何も報告していなかった。

家族歴

近親者にうつ病、軽躁病、ADHD の家族歴がある。

精神状態

両親が言うには、彼女は甘やかされて過活動で脱抑制的な 4 歳児のようにふるまっていた。彼女はソファの上に身を投げ出し、魅惑的に見せようとしているようだった。情緒的に彼女は挑発的かと思えば過度に親しげにしたり、適切にふるまったり、ばかげたことをしたり、いらだったり、不機嫌になったりした。彼女は極端に反抗的で論争好きでどんなことでも交渉しようとした。彼女は自分が望むことであれば集中したが、答えたくないことがあるときには無関係な質問に集中し、会話の流れを都合よく変えようとした。しかし自制できないような観念奔逸や思考障害は認められなかった。彼女は注意を払うこと、指示に従うこと、物事を覚えておくこと、じっと座っていること、途中でやめることが難しいことを自分から認めた。彼女はかんしゃくと反抗的行動、友人から受け入れられることや学業への不安や心配、悲哀や不幸せさを感じることで、怒っている時に時々生じる自暴自棄さ、同時に現れる無反応さと活発さ、落ち着くことの難しさ、理由もなくかつとなること、理由もなく幸せになったり悲しくなったりすることについても述べた。多幸感については否定した。彼女は注意があることから他のことへ飛んでしまうこと、あまりに早く話すので他の人は彼女の話についていけないことを話した。彼女は不眠（1 時まで眠れない等）について述べていた一方で、そうした日の午後は 3 時まで寝ているとのことだった。

彼女は彼女に何をすべきか言ってくる声（最近亡くなった母方祖母の声等）がどのように聞こえるかについても述べた。声は彼女が年上の友人と煙草を吸い、ビールを飲むことや、インターネットで性的な好奇心に身をゆだねるように仕向けるとのことだった。彼女は声が彼女の良心だとは思っていなかった。将来については、進級できたら法科大学院に進みたいと考えていた。

症例 2：幼児の急性躁病

背景及び受診時の情報

5 歳 6 か月の男児。急性躁病として紹介されてきた。彼は 18 か月までしゃべらず、3 歳 6 か月まで単語しか話せなかった。発音がうまくいかず、話す際に過度に繰り返しが認められ、反響言語が認められた。睡眠や摂食の問題は認められず、さしこみを起こしたこともなかったが、幼少期から多動で衝動的であり、事故やけがが多かった。痛み鈍感で、しばしば出血や切り傷に無関心なように見えた。

彼は恐れを知らない行動が目立ち、監視が必要であった。彼は以前に見ず知らずの人に自分の父親になってほしいと頼んだことがあり、招かれてもいないのに他人の家に上り込むことがあった。学校ではかつて脱走して誰かがキーをさしたままにしておいたトラクターを乗り回したことがあった。彼は『車より速い』と言ったから車の正面を走れると最近祖父母に言っていた。彼は恐れることなく木から飛び降り、海に飛び込もうとしてほとんど溺れかけた。

彼にはドリーと言う名のイマジナリーフレンドがおり、何か悪いことをすると、大抵ドリーがやったかドリーが彼にやらせたと言った。

彼はしばしば死について話し、祖母には『僕が守ってあげるから大丈夫』と言っている。彼は激しい雷雨と家が火事になることを恐れていた。

彼は股間をつかんで握り続けていることが少なからず見受けられた。この行動は彼が不安な時や退屈な時、あるいは特に理由がないときに現れた。

学校において、彼は多動さと不注意に関する重篤な問題を抱えており、担任は彼が論争好きで挑戦的であり、奇妙な信念や不適切な感情を持っており、仲間に興味を持たず、コミュニケーション能力が低く、興味が固定的で、ステレオタイプで、予定の変化にうまく対処できないと述べた。

家族歴

うつ病、摂食障害、薬物・アルコール関連障害、ADHD の家族歴あり。

認知機能検査

WPPSI-R にて VIP97、PIQ94 でほとんどばらつきはなかった。言語受容：SS85（16 パーセントイル）、言語表出：SS66（1 パーセントイル）、語用論：50 か月時点で 18-24 か月相当。彼は付随的な質問に答えること、一つ的话题を続けること、役割を演じること、婉曲的な表現を使うことができなかった。社会機能・情緒的機能：SS82（11 パーセントイル）、適応能力 94（34 パーセントイル）。母親が情報提供者。

精神状態

視線が合いにくく、ほとんど終始飛び跳ねじつとしていなかったが、遊びでは落ち着いていた。想像的な遊びや相互的な遊びもできた。彼の思考は時についていくのが難しかった。彼は彼の友人のドリー彼自身の想像が生み出したものと分かっているようであり、『彼女はいいんだ。僕の想像上の友達なんだ』と語った。

いかに車よりも速く走れるかを話していた時の彼は誇大的に見えた。車がとても遅く走っている場合のことなのか尋ねられると、彼は『違う』と答え、本当にできるのか想像の話なのかを尋ねられると『本当にできる』と答えた。海を泳いで渡れると言った時にも、『僕は泳ぎの名人だから』と答えた。

周りに誰もいない時に声が聞こえることがあるかと尋ねられた時、彼は時々『頭の中の声』が人を叩く等の悪いことを彼に言うように言うのだと話したが、彼は『もういい』と言うことで自分の『脳』を止めることができるとのことだった。彼は『頭の中の声』が『自分自身の考えが自分に話しかけている』ということを確認していた。

廊下でボールを投げたり蹴ったりしたことについて尋ねられた際は、彼は朗らかで、易刺激的で、思慮がなく、騒々しく、脱抑制的でさえあった。自分のおもちゃが違う場所におかれていたり、サンタクロースがプレゼントを持ってこなかったりしたら、彼は気が狂ったように感じるとのことだった。彼には恐れるものは何もなく、ずっと以前は火が怖かったが、今は『おじいちゃんが火を消すことができるから大丈夫。大きくなったら僕にだってできる』と言った。時々彼は『燃えて溶ける』悪夢を見た。彼は雷が怖いことは認めた。他の心配や不安は認められなかった。

症例 3：重度の自殺企図

背景及び受診時の情報

12 歳男児。入水を試みた後に評価目的で紹介となった。問題は両親が別居し、父親が 18 か月前にオーストラリアに転勤したことから始まった。それ以降父親とは全く連絡がとれていなかった。母親はかつて彼を『かわいらしい子』と表現したが、最近ではいつでも非常に活動的で、おしゃべりで、面倒を起こす子であると表現した。彼は壁や木から飛び降りる等ではよっちゅう小さな怪我をしていた。彼の父親は厳格な人であり、子ども達のよくない行動に対しては父親が対処することが多く、母親がうつ病を繰り返すようになってからは特にそうになっていた。母親によると小学校では目立った行動上の問題は認められなかったとのことだったが、教師は非常に落ち着きがなく一人で課題を最後までこなせないことが多かったことを指摘していた。そして今や家でも学校でもコントロールができない状態となっていた。母親は彼の気分の波に対処できなくなっていた。彼は何かやりたくなければ、怒り出して物を打ち壊し、時には兄弟や母親を叩くこともあり、かつて棒を使ったこともあった【いらだたしさ？】。彼は簡単にのせられて他児と問題を起こし、例えば過去にはお菓子を盗むよう仕向けられたり、火をつけるよう仕向けられたりした。最近では、彼はインターネットから爆弾の作り方の情報を得て、台所で爆発を起こした。彼は嫌いな人への仕返し（一見してこの行動の隠された意味はわからないだろうが）のために、何時間もコンピューターに向かってウィルスを作って彼らに送ったことも認めた。

車にレンガを投げたことで叱られた後、衝動的に入水を試みたことがあった。彼は逃げ出し、かっとなって近くの川に身を投げた。幸運にも通りすがりの人が若干の困難はあったもののなんとか彼を引き上げた。

怒りがある時期の合間は、引きこもって涙ぐみ、部屋で過ごす時間が多くなった。そういう時の彼はけんかの後の仕返しを恐れて外出したがらなかった。そうした時期を除いて、彼は非常に多弁で彼の母親がもはや対処できず、彼の前で泣き崩れるほど落ち着かない状態になった。彼は家中母親について回り、しよっちゅう彼女を悩ませ、ずっと話し続けてゆっくりテレビも見られない状態になった。彼の行動は幼く、しばしば過度に母親にまわりつき、兄弟に対しては易怒的であった。基本的に 1:1 の方がうまく振る舞える傾向があった。

睡眠に関しては、いつも夜遅くに寝ていたが、最近になって母親がいないと寝るのを拒むようになり、夜に何度か目が覚めるのを彼は非常に怖がっていて、母親の部屋で寝たいのだと言っていた。時には朝起きられないこともあった。

学校では、口答えやけんか度何度も停学になっていた（小学校時にそのような問題はなかった）。彼はこのところ学校から追いつ出される寸前となっており、学校は彼の行動を抑えることができなくなっていた。彼は行動上の問題のある子ども達のための小グループに入ったが、破壊的などころ（片時もじっと座っていられず、教室を歩き回り、絶え間なく話し、毒づく）は変わっておらず、学業を拒絶していた。学校での成績は平均以下であった。

家族歴

母親がうつ状態で投薬を受けている。兄にも行動上の問題がある。

精神状態

最初の面接の間、彼はそっけない返答で、視線は合わせず、涙ぐんでいた。面接の間ずっとそわそわしていた。彼は父親が恋しいことや母親が泣くのを心配していることを認めた。

続く数回の面接の後、彼はずっと明るくなり、全体に非常に落ち着きがなくなり、続けざまに落書きをしたりおもちゃで遊んだりし、頻繁に立ち上がって数分以上話を聴くことができず、しばしば部屋から出ていった。絶えず話を遮り、話題を変え、特に気分について尋ねた時にそれが顕著だった。言語受容の問題があり、年齢よりも幼く見えた（幼児のようにおもちゃで遊び、頻繁にくすぐす笑い、ボールや紙飛行機を部屋のあちこちで投げ、しばしばおかしい顔をしたり鼻におもちゃをぶら下げたりといったばかげたことをした）。時々いくらか脱抑制的となり、例えば面接者のノートを読もうとしつこく試みたり、何度も個人的な質問をしてきたりした。母親に対して繰り返し怒りを向けた。

しかし、面接を繰り返す中では、再び非常におとなしく、そっけない返答となることが何度かあり、大抵は叱られた後か、父親がいなくなった日の周辺だった。面接中に眠ってしまったことも一度あった。

他に希死念慮や精神病症状は認められなかった。

症例 4：反復行動のある少年

背景及び受診時の情報

10歳男児。家での気難しく融通のきかない行動と中学校に進級した後うまくやっていけないのではないかと心配を主訴に彼の両親に伴われて児童精神科の診療所に来院した。

過去6か月間にわたって、彼はどんどん反抗的になり、特に就寝時に強いかんしゃくを起こすようになった。彼はドアを勢よく閉め、物を投げ、母親を叩き、その間激しく怒った。彼はいつも気が短い、そうした気の短さにどンドン対処しにくくなっていると両親は感じていた。彼は深夜に寝る両親より先に寝るのを拒んだ。彼は寝付くのに時間がかかり、両親の部屋に頻繁にやってきた。ほぼ一晩中起きていることも時々あった。

彼の習慣を巡っても口論が起きていた。その習慣のために彼は学校や約束に遅れることが多かった。彼には幼児期から普通でない興味や手順が認められていたが（例えばトイレの色や女性のストッキング）、それらがさらに強く認められるようになった。最近彼は過剰に長い時間トイレですごすようになり（身体的精査では全く異常はない）、1時間ごとに20分かけて繰り返し手を洗おうとした。また、彼は毎晩何時間もかけて寝室の様様替えをし、邪魔されると怒りをあらわにした。

彼はいつも非常におしゃべりだったが、両親から見るとそれがどンドン不快な程度にひどくなってきていると感じており、特に両親がテレビを見ているときに邪魔することをやめられなくなっていた。

学校においては読み書きに関して数年遅れが認められていた。彼はいつも簡単に注意がそれ、落ち着きがなく、繰り返し離席していた。最近彼はトイレに行くために30分ごとに退室を願っていた。大声を出したり、警察のサイレン等の音を立てたりしていつも授業を混乱させた。

彼には親しい友達がいたことがなく、一人で遊ぶことを好み、ここ2、3か月は彼の行動が原因でいじめられていた。彼は他児を遮り、過度に出しゃばって、人のものに触ろうとした。休み時間に彼は一人で過ごすことが多く、戦車やロケットのふりをして全速力で競争し、他児を捕まえようとした。彼は大きな音を立て、異常に興奮してくすぐす笑った。教師によると、彼は注目の中心にいたいことを好み、教室への正面玄関を作ってみんなが入れないようにすると言い張っていた。学校で短気さについては大きな問題となっていないが、彼の机に物が置かれるといらだつことがあった。

心理検査

WISC-IIIにて、言語性IQ86、動作性IQ85。

家族歴

母親がうつ病。父親が強迫的で友人が少ない。いとこがADHDで学習上の問題がある。

精神状態

変わった外見の少年。はじめのうちは座ってひきつった笑顔でこちらをじっと見ていた。視線の合いにくさは当惑を感じさせるもので、彼は面接者の向こう側に視線を向けていた。不安げに見え、質問に応じない一方で、母親が彼のかんしゃくについて述べていた時には何度もすすす笑っていたその後椅子の上で落ち着かなくなり、様々なおもちゃの車や飛行機を手に取り、繰り返して大きな音を立てた。彼は年齢に比べて幼く見えた。

母親が部屋から出た際に、彼は非常におしゃべりになったが、一方でしばしば質問を理解していないように見え、ただぼんやりと視線を向け、適切に答えることができなかった。例えば学校での様子を尋ねられ、水漏れのするトイレについて詳細に語り、それを止めることができなかった。話題は唐突に変わり（ノートパソコン、陸軍、お金、車の座席等）、彼の思考の流れについていくのが難しかった。時に差し出がましく、どこに住んでいるか、どんな種類の車を持っているか等、個人的なことを尋ねてきた。いくらか脱抑制的で、社会的規範を気にしない様子であり、例えば面接者に急ぐよう言ったり、車の座席を見せてくれるよう頼んだりした。

明らかな精神病症状の所見は認められなかったが、文章の途中で話すのをやめてしまい、しばらく何かに夢中になっているように見えることが何度もあった。

症例 5：制御できない行動のある少女

背景及び受診時の情報

12歳女児。最近の行動の変化を理由に緊急の評価目的で紹介となった。両親はこの2、3週間で彼女の性格がすっかり変わってしまったと述べた。以前の彼女はいつも内気で進んで手伝いをし、トラブルとは無縁の子どもであり、違法な薬物を使用した兆候は認められなかった。彼女は学校でいつもまよくやっており、成績は上位で、他の生徒や教師から非常に好かれていた。発達についても正常であった。しかしながら、10歳の頃、祖母の死後に大うつ病エピソードを呈し、精神療法による治療を受けた。

彼女は中学校への進級をストレスに感じており、特に彼女は常に成績が優秀であったため、成績が落ちることを心配して予習に何時間も費やしていた。さらに、彼女の両親は不仲で、別居について話し合っていた。

両親は今や彼女と一緒に住むのは不可能であり、彼女の安全が心配だと語った。彼女は明るい色の非常に露出の多い服を着てお

り、短期間ですぐに買い換えていた（以前の彼女はファッションに全く興味がなかった）。彼女は全く知らない人に対しても長々と話し、インターネットのチャットルームを介して大勢の男子とデートの約束を取り付けていた。そのチャットルームで彼女はあけすけな言葉を使い、何時間もそこで時間を費やしていた。

彼女の気分は一日の中でも急速に変化した。ある瞬間は興奮気味に笑っていたかと思うと、次の瞬間には非常にいらだち、悪態をつき、物をたたいていたこともあった。また別の時には、簡単に悩みこみ、感情を抑えきれずに泣きじゃくっていた。

睡眠のパターンも変化し、夜遅くまで起きて朝方までチャットルームでチャットをしていた。彼女は2、3時間しか寝ていなかったが、朝早くに起きて家を掃除し始め、朝の6時に掃除機をかけて近所の人たちを起こしていた。

家族歴

両親ともうつ病で治療を受けていた。

精神状態

面接に先立ち、彼女は待合室から彼女が大声で笑っているのが聞こえた。彼女は外見について失礼なことを言い、他児を悩ませていた。彼女が入室した時、面接者の机に腰掛け、携帯電話で話し、大声で笑った。彼女は早口で話し、彼女の思考の流れについていくのが難しく、まるで関係のないようなものに話題がころころと変わった。彼女はテレビシリーズに出ているある俳優に特に夢中になっており、かつて彼と連絡を取ろうとしたこともあったのだが、彼女は彼と付き合うのも時間の問題だと言っていた。彼女は話している最中に、鮮やかな色の様々な渦巻きを矢継ぎ早に描いていた。しばらくして、彼女の気分は劇的に変化し、非常に疑い深く敵意を示すようになった。それは特に彼女が断固として否定した薬物の乱用について尋ねられた時に認められた。彼女は面接者が両親とだけ会うことを許さず、同様に彼女一人だけで面接を受けることも望まなかった。彼女は食べ物に添加物が入っていて、それが彼女にとって有毒で、彼女の脳の働きを妨げることに對する恐れを述べた。

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、前駆状態を広くハイリスク群として捉え、支援を検討すること、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、治療的介入を行うこと、さらにはその後続く慢性期、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。こうした背景に基づき、平成 22 年度の本研究では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検討課題の抽出を行った（平成 22 年本研究総括・分担研究報告書）。

【研究方法】前年度抽出された検討課題の中の「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」に関する研究として、＜研究①＞神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の初診患者について、後方視的に精神病発症危険状態（at-risk mental state: ARMS）の患者を抽出し、初診時診断名、受診理由、被虐待歴、および広汎性発達障害の有無などの背景因子を調査し検討した。さらに、この ARMS 症例の初診後 1 年の状況を調査した（研究①：児童精神科受診者における At risk mental state 症例の後方視的検討）。＜研究②＞平成 23 年度に報告した研究の調査期間を延長し、対象患者を 228 名から 470 名広げた調査研究である。神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の初診患者 470 名を対象に初診時における問診票から精神病様体験（PLEs）の有無を初めとする項目を調査し、児童精神科の臨床における精神病様体験に関する検討を行った（研究②：児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査）。【結果および考察】研究①では、対象 310 名（平均 12.3 歳）のうち ARMS と診断されたのは 20 例だった。ARMS と診断された 20 例の主訴は不登校 8 例、情緒不安定、暴力・粗暴行為、希死念慮・自殺企図がそれぞれ 4 例、および不安症状が 3 例だった。また、20 例中 10 例が養育過程での非虐待体験を有していた。初診後 1 年の状態が調査可能だった 13 例は、いずれも精神病性障害の診断には至らなかった。また、初診後 1 年の時点での治療方針は、＜統合失調症に準じた治療＞＜気分障害への治療＞＜発達障害特性を考慮した治療＞＜愛着障害や人格特性への治療＞への分類が可能だった。研究②では、結果として、児童精神科外来初診者のうち、1 つ以上の PLEs が陽性の患者は約 20% 存在した。小学生 24.7%、中学生 17.1% で低年齢が多かった。また、診断は統合失調症に限らず、適応障害、広汎性発達障害あるいは特定不能の情緒障害など多岐にわたっていた。また、小学生で暴力および自殺企図歴、中学生で自傷行為歴と自殺企図歴に有意な関連があった。家族への秘密を抱えている場合、PLEs 陽性例が有意に多かった。児童精神科外来初診者において自殺関連事象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。

<研究①>

児童精神科受診者における At risk mental state 症例の後方視的検討

A. 研究目的

近年、世界的に統合失調症を中心とする精神病性障害の早期段階を早期精神病という枠組みで捉え直し、未治療期間の短縮を目指し早期介入を行う取り組みが新しい潮流となってきた。さらに、明らかな精神病症状が出現し、精神病性障害の診断が可能となる以前に多くの患者が前駆症状といわれる前触れの諸症状を呈することは古くから知られている。早期精神病の早期介入という流れの中で、初回精神病エピソード前の前駆状態を精神病発症危険状態 (At risk mental state for psychosis: ARMS) として概念化し、顕在発症前に早期介入を行う試みが最近盛んに行われるようになった。その中で、メルボルンの McGorry らが中心となり、これまでの前駆期研究や統合失調症のハイリスク児研究などを参考に精神病を発症するリスクが極めて高い群を効果的に同定するために①微弱な精神病症状 ②短期・間欠型精神病症状③遺伝負因、素因および社会的機能に関する状態、といった複数のリスク因子を組み合わせた診断基準を作成した (Yung, 1998)。その後、これらの3項目を柱として、ARMS の診断を行うための診断ツールが開発され、ARMS 群の診断後1-3年の間に10-40%が精神病性障害を発症するといった調査報告もされている。一方、これらのARMS 概念は、その対象を精神病発症の好発年齢である青年期以上の患者とすることが、前提とされていることから青年期年齢以下の児童精神科領域の患者に関する検討はされていないという現状がある。今回、我々は、15歳以下の児童精神科受診者の中で、このARMS 基準に該当する患者を後方視的に抽出し、その臨床像および経過の検討を行った。

B. 研究方法

平成22年4月から平成23年3月までに神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科を初診した患者のうち、初診時年齢が10歳~15歳の

患者のうち中等度以上の知的障害を有する患者を除く310名を調査対象とした。これらの対象について、後方視的に初診時の診療録、患者自記式の間診票および主治医からの情報をもとに精神病症状、精神病の遺伝負因を調査した上で、初診時の社会的機能の状態を判定しARMS 症例を抽出した。加えて、精神病性障害の発症に関連するといわれる発達早期の環境要因として被虐待歴、およびARMS との関連が指摘されている広汎性発達障害 (の有無を診療録より調査した。ARMS の診断には、ARMS の包括的評価尺度であるCAARMS (Comprehensive Assessment of ARMS) 日本語版 (Miyakoshi, 2009) を参考にARMS①群 (第一親等の精神病性障害の遺伝負因および社会的機能の低下) ARMS②群 (閾値下の精神病状態および社会的機能の低下) ARMS③群 (短期精神病状態および社会的機能の低下) を診断した。

3. CAARMS (ARMS の包括的評価尺度) によるARMS の診断

CAARMS (ARMS の包括的評価尺度) とは、精神病のリスクを包括的に評価する半構造化面接による評価尺度であり、<陽性症状>、<認知機能の変化>、<情動面の障害>、<陰性症状>、<行動の変化>、<運動/身体の変化>、および<全般的精神病理>の7項目について2~7個の下位項目について7段階の評価を行う。ARMS の診断は以下のA, B, C, Dの4つの陽性症状の下位項目のスコアと第一親の精神病性障害の遺伝負因および最近1年間の社会的機能の推移および現在の水準から操作的に行う。A. 普通でない思考内容 (妄想気分、させられ体験、考想伝播など) B. 軽微であれば奇異ではない観念 (疑念・被害念慮、罪責念慮、嫉妬念慮など) C. 知覚の障害 (視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚などの変化) D. 解体した会話 (まとまりのない会話、的外れの会話など)

上記の操作的診断基準により以下の3グループからなるARMS が診断できる。

①脆弱群 (精神病遺伝負因あるいは失調型パーソナリティ+機能低下) ②閾値下精神病群 (強度か頻度が閾値下の精神病症状+機能低下)、③短期

間欠性精神病症状群（中等度以上だが1週間以内に自然消退+機能低下）。①または②または③でARMSと診断される。本研究は後方視的調査であるため、初診時にCAARMSの半構造化面接を行ったわけではなく、CAARMSの評価方法や基準を参考に診療録および主治医の意見からARMSの診断を行った。

C. 研究結果

a. ARMS症例の特徴

対象310名（平均12.3歳）のうちARMSと診断された（以下ARMS群）のは20例（男子8例、女子12例、平均年齢は12.7歳）、精神病性障害と診断された（以下Psychosis群）のは13例（男子6例、女子7例、平均年齢12.8歳）だった（表1）。ARMSのグループの内訳は①脆弱群9例および②閾値下精神病群13例で③短期間血性精神病症状群はみられなかった。ARMSと診断された20例の受診理由は不登校8例、情緒不安定、暴力・粗暴行為、希死念慮・自殺企図がそれぞれ4例で、不安症状が3例だった（表2）。ARMS群20例の初診時ICD-10診断は表3に示す通りで、20例中12例がF9コードに該当し、その内訳はF91（行為障害1例）F92（行為と情緒の障害）4例、F93（小児期の情緒障害）3例およびF94（小児期の社会的機能の障害）4例だった。また、背景因子として調査した被虐待体験および広汎性発達障害の合併はARMS群20例中4例で広汎性発達障害、10例で養育過程で明らかな被虐待体験を有していた。精神病群（Psychosis群）、ARMS、Psychosisいずれでもない群（non-A non-P群）との比較を表4に示す。

b. 初診後1年時点でのARMS症例の治療状況

ARMS群20例中1年後まで外来通院により経過観察されていたのは、13例中統合失調症に診断確定あるいは変更された症例は無かった。13例の初診後1年時点での治療状況は<診断確定されないものの統合失調症の発症を最も念頭においた治療が行われていた群><発達障害特性に主眼を置いた治療・指導が行われていた群><人格形成上の問題・解離症状への治療が行われていた群>

<気分障害への治療が行われていた群>に分かれた。各群の例数、被虐待体験、広汎性発達障害合併の有無、および初診後1年の時点でのARMS診断を表5に示す。<発達障害特性に主眼を置いた治療・指導が行われていた群>において4例中2例、<人格形成上の問題・解離症状への治療が行われていた群>4例中2例でARMS診断ではなくなっていた。

初診後1年の時点でのARMS群13例中7例で抗精神病薬が投与されていたが、リスパダール換算で1日量3mg以上使用していた3例はいずれも興奮や暴力などの非精神病症状の沈静目的の使用だった。

D. 考察

児童・青年期前期の統合失調症を中心とする精神病性障害の発症率は15歳未満で全統合失調症約4%ともいわれておりその発症率の低さからもARMSの精神病移行率は低いと思われる（Hollis 2008）。近年のARMS研究のメタ解析でも対象年齢が低いほど精神病への意向率は低くなっている（Fusar-Poli 2012）。今回の調査でもARMS症例はARMS診断後1年の時点で観察可能だった13例いずれも精神病の顕在発症はしておらず、児童青年期前期の症例はARMS診断後の長期の観察期間が必要であると思われた。また、今回の結果からARMSの診断がなされる症例には、広汎性発達障害患者における思考障害症状や解離性障害患者におけるや幻覚症状が、多く含まれる可能性が示唆され、特に児童・青年期前期のARMS症例に関しては標的疾患を精神病性障害に限定しない捉え方が求められる。今回の調査研究の限界として、紹介制の児童精神科外来への受診患者が対象であるため、緊急の受診者が対象や閾値下の精神病症状のみで他の精神症状を持たない事例が対象から漏れている可能性があり、今後の課題であると思われた。

<研究②>

児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査

A. 研究目的

近年行われている疫学研究 (Nishida, 2010, Kinoshita, 2011, Yoshizumi, 2004)によれば、における日本の児童期から青年期にかけての精神病様体験 (Psychotic Like Experiences ; 以下PLEs) は約 15-20%存在しており決して稀とはいえない。さらにこれらの研究結果は PLEsを体験している場合に将来的な精神病性障害発症の可能性 (Poulton, 2000) や自殺関連行動や暴力行為など精神保健上の問題を合併する可能性を示唆している (Nishida, 2010, Kinoshita, 2011)。しかし、本邦の児童精神科外来を訪れる患者の PLEsとその周辺症状および患者背景に関する知見は広汎性発達障害を対象にした研究成果 (田中, 2010) に限られ十分検討がなされていない。本調査ではこれらをさらに明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

【対象】平成 22 年 12 月～平成 24 年 11 月の 2 年間、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科を受診した 623 名の 10～15 歳の患者のうち、初診時明らかな精神遅滞を有する者 59 名、本人が受診しなかった者 10 名、精神医学的診断がつかなかった者 5 名、さらに精神科初診時間診票に必要事項を記載できなかった 79 名を除いた 470 名を対象とした。

【方法】当院では外来初診患者が 10 歳以上である場合、患者の主観的苦痛や受診希望の有無などを把握するために患者自身に直近 2 週間前後の状態について初診時間診票に記載するよう求めている。この初診時間診票の記載より①受診希望、②家族への秘密、③自傷行為④自殺の試み、⑤抑うつ気分および意欲低下⑥飲酒・喫煙・違法薬物使用、⑦PLEs およびその 4 つの下位項目の有無につき情報を得た。さらにカルテ記載および初診時台帳より⑧被虐待歴、⑨暴力行為、⑩不登校の有無、⑪ICD-10 診断、⑫性別、⑬年齢、⑭学年について情報収集し、直接担当医に内容を再確認した。以下に示す初診時間診票に含めた PLEs に関する

質問項目は、三重県津市の中学生を対象とした疫学調査 (Nishida, 2010) と同様に 4 項目で作成し“あった”、“あったかもしれない”、“ない”の 3 件法によって回答を求めた。これも上記調査と同様に“あった”と回答したものを PLEs ありと判断した。

PLEs に関する質問項目は以下の通りである。

Q: 最近 (ここ 2 週間)、以下の 4 つにあげるような不思議な体験をしたことはありますか？

PLE s 1) 自分の心を誰かに読み取られたことがある

PLE s 2) テレビやラジオからあなただけに暗号やメッセージが送られてきたことがある

PLE s 3) 誰かに後をつけられたり、こっそり話を聞かれたりしたことがある

PLE s 4) 他の人には聞こえない声を聞いたことがある

各患者背景と PLEs に関する解析には二項ロジスティック回帰分析を用いた。統計解析については SPSS11.0J を使用した。

本研究を実施するにあたっては神奈川県立こども医療センターの倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

a. 対象患者背景

全対象患者 470 名中男子は 241 名 (51.3%)、女子は 229 名 (48.7%) であった。また小学生は 190 名 (40.4%)、中学生は 280 名 (59.6%) であった。平均年齢は 12.4 歳、初診時 CGAS 中央値は 42.5 であった。

初診時主診断は ICD-10 分類で F2 が 16 名 (3.4%)、F3 が 42 名 (8.9%)、F40 (恐怖症性不安障害) が 12 名 (2.6%)、F41 (パニック障害もしくは全般性不安障害を含む他の不安障害) が 13 名 (2.8%)、F42 (強迫性障害) が 12 名 (2.6%)、

F43 (重度ストレス反応および適応障害) が 24 名 (5.1%)、F44 (解離性障害) が 12 名 (2.6%)、F45 (身体表現性障害) が 77 名 (16.4%)、F5 が 52 名 (11.1%)、F63 (抜毛癖) が 11 名 (2.3%)、F8 が 21 名 (4.5%)、F90 (多動性障害) が 34 名 (7.2%)、F91 (行為障害) 21 名 (4.5%)、F92 (情緒と行為の障害) が 9 名 (1.9%)、F93 (情緒障害) が 43 名 (9.1%)、F94 (社会機能の障害) が 38 (8.1%)、F95 (チック障害) が 12 名 (2.6%)、その他の診断に該当したものが 20 名 (4.2%) であった。なお F8 の発達障害群は受診理由が主に発達に関する相談に限られたものとした。

その他の背景として、受診希望のある者は 254 名 (54.0%)、家族に打ち明けられないことがある者は 160 名 (34.0%)、何らかの暴力行為がある者は 76 名 (16.2%)、何らかの被虐待歴を有する者は 57 名 (12.1%)、何らかの睡眠障害を有する者は 303 名 (64.5%)、抑うつ気分および意欲低下を併存する明らかな抑うつ症状を呈する者は 104 名 (22.1%)、自傷行為を行っている者が 75 名 (16.0%)、自殺を試みたことがある者が 53 名 (11.3%)、不登校状態の者が 188 名 (40.0%)、アルコール、違法薬物、喫煙を行ったことがある者が 22 名 (4.7%)、ADHD を併存する者が 45 名 (9.6%)、PDD を併存する者が 79 名 (16.8%) であった。

PLEs に関しては何らかの PLEs について“あった”と回答している者が 95 名 (20.2%) 存在し、“あった”が 1 つの者は 75 名 (16.0%)、“あった”が 2 つ以上の者は 20 名 (4.2%) であった。小学生 190 名中 47 名 (24.7%) が何らかの PLEs について“あった”と回答した。さらに中学生 280 名中 48 名 (17.1%) が何らかの PLEs について“あった”と回答した。

下位項目については PLEs 1) に“あった”と回答した者が 31 名 (6.6%) 存在し、PLEs 2) に“あった”と回答した者が 3 名 (0.6%) 存在し、PLEs 3) に“あった”と回答した者が 31 名 (6.6%) 存在し、PLEs 4) に“あった”と回答した者が 57 名 (12.1%) 存在した。

b. 診断別 PLEs 分布

b-1. 《小学生の PLEs 分布》

診断別では頻度の高い順に F3 の 6 名中 5 名 (83.3%) が何らかの PLEs について“あった”と回答した。さらに F2 で 4 名中 2 名 (50.0%)、F40 で 4 名中 2 名 (50.0%)、F44 で 4 名中 2 名 (50.0%)、F92 で 5 名中 2 名 (40.0%) と続いた。その他の詳細は図 1 に示す。

b-2. 《中学生の PLEs 分布》

診断別では頻度の高い順に F2 の 12 名中 8 名 (66.7%) が何らかの PLEs について“あった”と回答した。さらに F93 で 27 名中 11 名 (40.7%)、F40 で 6 名中 2 名 (33.3%)、F92 で 4 名中 1 名 (25.0%)、F8 で 9 名中 2 名 (22.2%) と続いた。その他の詳細は図 2 に示す。

c. 患者背景と PLEs との関係

c-1. 《小学生の患者背景と PLEs との関係》

小学生 190 名のうち広汎性発達障害を併存しない者が 151 名 (79.5%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 30 名 (19.9%) であった。一方で広汎性発達障害を併存する者が 39 名 (20.5%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 17 名 (43.6%) であった。OR2.8 (95%信頼区間 1.2 - 6.2, $p < 0.05$) と有意な関連を認めた。

小学生 190 名のうち受診時点の暴力行為を併存しない者が 150 名 (78.9%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 29 名 (19.3%) であった。一方で暴力行為を併存する者が 40 名 (21.1%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 18 名 (45.0%) であった。OR3.2 (95%信頼区間 1.4 - 6.6, $p < 0.01$) と有意な関連を認めた。

小学生 190 名のうち受診時点で自殺を試みたことはないと回答した者が 169 名 (88.9%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 35 名 (20.7%) であった。一方で自殺を試みたことがあると回答した者が 21 名 (11.1%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 12 名 (57.1%) であっ

た。OR3.7(95%信頼区間 1.3 - 10.1, $p < 0.05$)と有意な関連を認めた。

c-2. 《中学生の患者背景とPLEsとの関係》

中学生 280 名のうち CGAS40 以上の者が 170 名 (60.7%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 19 名 (11.2%) であった。一方で CGAS40 未満の者が 110 名 (39.3%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 29 名 (26.4%) であった。OR2.3(95%信頼区間 1.1 - 4.5, $p < 0.05$) と有意な関連を認めた。

中学生 280 名のうち家族にうちあけられないことはない と回答した者が 174 名 (62.1%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 16 名 (9.2%) であった。一方で家族にうちあけられないことがある と回答した者が 106 名 (37.9%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 32 名 (30.2%) であった。OR2.5(95%信頼区間 1.2 - 5.2, $p < 0.05$) と有意な関連を認めた。

中学生 280 名のうち受診時点で自傷行為を行ったことはない と回答した者が 225 名 (80.4%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 27 名 (12.0%) であった。一方で自傷行為を行ったことがある と回答した者が 55 名 (19.6%) であり、うち何らかの PLEs が “あった” と回答したものは 21 名 (38.2%) であった。OR2.7(95%信頼区間 1.2 - 5.8, $p < 0.05$) と有意な関連を認めた。

以上のまとめを図 3 に示す。

d. 幻聴体験と PLEs との関係

PLEs の中でも体験の割合が最も高かった PLEs 4) 他の人には聞こえない声を聞いたことがある (以下幻聴体験) について解析を行った。幻聴体験は小学生で 190 名中 26 名 (13.1%)、中学生で 280 名中 31 名 (11.1%) が体験していた。

d-1. 《小学生の患者背景と幻聴体験との関係》

小学生において幻聴体験と暴力行為は OR4.0(95%信頼区間 1.5 - 10.6, $p < 0.01$)、さ

らに幻聴体験と自殺の試みは OR6.6(95%信頼区間 1.9 - 23.1, $p < 0.01$)、つづいて幻聴体験と広汎性発達障害の併存で OR3.2(95%信頼区間 1.2 - 8.8, $p < 0.05$) と有意な関連を認めた。

d-2. 《中学生の患者背景と幻聴体験との関係》

中学生において PLEs4 (幻聴体験) と抑うつ気分および意欲低下は OR3.6(95%信頼区間 1.6 - 8.3, $p < 0.01$)、さらに PLEs4 (幻聴) と自傷行為は OR4.8(95%信頼区間 2.1 - 11.0, $p < 0.01$) と有意な関連を認めた。

以上のまとめを図 4 に示す。

D. 考察

児童精神科外来初診者のうち、1 つ以上の PLEs が陽性の患者は約 20% 存在し、幻聴体験が約 12% 存在した。小学生では約 25%、中学生では約 17% であった。

各診断において精神病性障害、気分障害、恐怖症性不安障害、解離性障害、小児期の情緒障害もしくは情緒と行為の障害に PLEs が多く分布し、摂食障害および身体表現性障害といった心身症には PLEs は比較的少なかった。また分布のあり方は小学生、中学生で若干異なった。PLEs が多く分布する疾患群は従来、統合失調症前駆期の非特異的症状とこれらの疾患群が呈する症状との鑑別が長年議論されてきている。これらの疾患群で PLEs および全体的な機能低下が持続する場合は後々の精神病性障害への展開も念頭に置きながら診療を継続する必要がある。一方で、心身症関連疾患群では自らの症状を率直に訴えることが少ない疾患特性が背景として存在する可能性もあるが、PLEs が他疾患群と比べて低率であったことは興味深い。

次に各患者背景と PLEs の関係を述べる。小学生においては、広汎性発達障害の併存する場合、暴力行為がある場合、自殺の試みを経験している場合に有意に PLEs が存在した。中学生においては、CGAS が 40 未満で全体的機能が低下している場合、家族にうちあけられないことがある場合、自傷行為を行ったことがある場合に有意に PLEs

が存在した。

さらに各患者背景と PLEs の下位項目のひとつである幻聴体験の関係を述べる。小学生において暴力行為がある場合、自殺の試みを経験している場合に有意に幻聴体験が存在した。中学生においては抑うつ気分および意欲低下を認める場合、自傷行為を経験している場合に有意に幻聴体験が存在した。

本結果からは小学生が中学生よりも PLEs を多く体験している可能性が示唆されるが、一般的にも低年齢層でより多く PLEs が存在し多くは成長とともに PLEs が消失して一部は精神病性障害へ発展する現象が知られている (van OS, 2008)。本結果において中学生の PLEs 頻度と下位項目の内訳および暴力行為や自殺関連事象と PLEs の関連についても近年実施された疫学研究 (Nishida, 2010, Kinoshita, 2012) と同様の結果だった。

さらに年代別の患者背景と幻聴体験を中心とする PLEs の関係より臨床的意義について考察するならば、小学生ではこのような体験が暴力行為や自殺の試みといったストレスを外在化させる破壊的行動に関連する可能性があり、中学生では機能低下を来し、周囲へ援助を求めずにストレスを内在化させて抑うつや自傷行為を生じる状態に関連する可能性が示唆された。また従来の広汎性発達障害と精神病性障害の異同についての議論 (飯田, 2009) はより低年齢に着目して行う必要も示唆された。

PLEs は通常の間診の中で患者からその体験を語ることは稀であるが、PLEs を積極的に把握し臨床症状との関連について理解を深めることでよりよい治療を実施できる可能性がある。例えば幻聴を対象とした認知行動療法などが援用できるかもしれない (Byrne, 2006)。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。

本研究の限界は第一に当院が有床の小児総合病院精神科であり、一般児童精神科外来に初診す

る患者層を代表していない可能性があること、第二に本調査が自記式問診票に基づいており診察時に過剰/過少報告の可能性があること、第三に拒否感が強く問診票記載が困難な例、病棟併診例や予約外受診など急を要した例の多くが対象外となったこと、第四には暴力行為や被虐待歴の評価は担当医の主観的判断によっており過剰/過少評価の可能性があることなどである。今後は複数施設で研究を実施して対象数を増やし検討を重ねるとともに、これらの症例の縦断的評価も予定している。

F. 研究成果

学会発表

「精神疾患早期介入を意識した児童精神科医療における精神科作業療法の試み」

(第 53 回日本児童青年精神医学会)

「児童精神科受診者における At risk mental state 症例の後方視的検」

(第 53 回日本児童青年精神医学会)

参考文献

Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. (2012): Predicting Psychosis Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 220-229.

Hollis C. (2008) : Schizophrenia and allied disorders, Rutter M, Taylor E ed., Child and adolescent psychiatry fifth edition, Oxford, Blackwell Publishing Ltd. pp737-758.

Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y, et al. (2010): Psychotic experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*, 121, 301-307.

Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, et al. (2000): Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform

disorder, *Arch Gen Psychiatry*,
57, 1053-1058.

Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, et al.
(2010) : Psychotic-like experiences are
associated with violent behavior in
adolescents. *Schizophr Res*, 126, 245-251.

Yoshizumi T, Murase S, Honjo S, et al.
(2004): Hallucinatory Experiences in a
Community Sample of Japanese Children. *J Am
Acad Child and Adolesc Psy*, 43, 1030-1036.

田中英三郎, 市川宏伸. (2010) : 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.

Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et
al. (2008): A systematic review and meta-an-
alysis of the psychosis continuum: evidenc
e for a psychosis-proneness-persistence-imp
airment model of psychotic disorder.
Psychol Med, 39, 179-195.

Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, et al.
(2010) : Psychotic-like experiences are
associated with violent behavior in
adolescents. *Schizophr Res*, 126, 245-251.

飯田順三. (2009) : 統合失調症と発達障害. 齋
藤万比古 編, *子どもの心の診療シリーズ 8 子
どもの精神病性障害* (pp. 41-51), 東京, 中山書
店.

Byrne S, Birchwood M, Trower PE, et al. 菊地
安希子監訳. *命令幻聴の認知行動療法*. 東京,
星和書店.

表 1. 各群の男女比および年齢（研究①）

	男：女比	平均年齢
ARMS 群 20 例	8：12	12.7±1.4
Psychosis 群 13 例	6：7	12.8 ±1.7
non-A non- P 群 277 例	142：135	12.3±1.6

表 2. ARMS 群 20 例の初診時受診理由（研究①）

受診理由	例数（重複あり）
不登校	8
情緒不安定	4
暴力・粗暴行為	4
希死念慮・自殺企図	4
不安症状	3

表 3. ARMS 群 20 例の初診時主診断（研究①）

F21：統合失調型障害	1
F28：非器質性精神病性障害の疑い	2
F3：気分障害	1
F4：神経症性障害	3
F8：発達障害ほか	1
F9：小児期青年期の行動と情緒の障害	12

表 4. 各群の背景因子 (研究①)

	被虐待体験	広汎性発達障害
ARMS 群 20 例	10 (50.0%)	5 (25.0%)
Psycho 群 13 例	1 (7.7%)	3 (23.1%)
non-A non-P 群 277 例	28 (10.1%)	44 (15.9%)

表 5. 初診後 1 年の時点での ARMS 症例の治療状況 (研究①)

治療状況	例数	被虐待体験+	広汎性 発達障害	1 年後も ARMS
統合失調症に準じた治療	4	2	—	4
発達障害特性に主眼を置いた 治療・指導	4	1	4	2
人格形成上の問題・解離症状への 治療	4	3	—	2
気分障害への治療	1	—	—	1

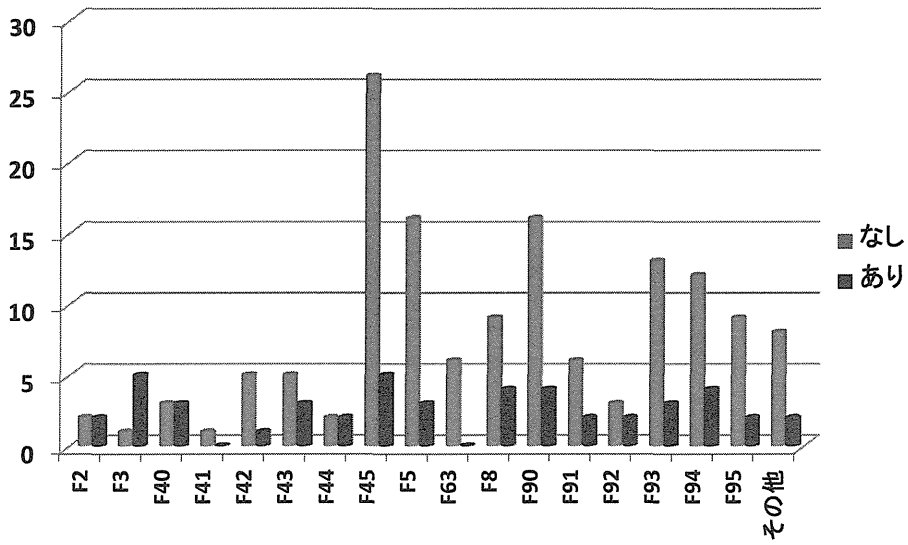


図1. 小学生の診断別PLEs分布

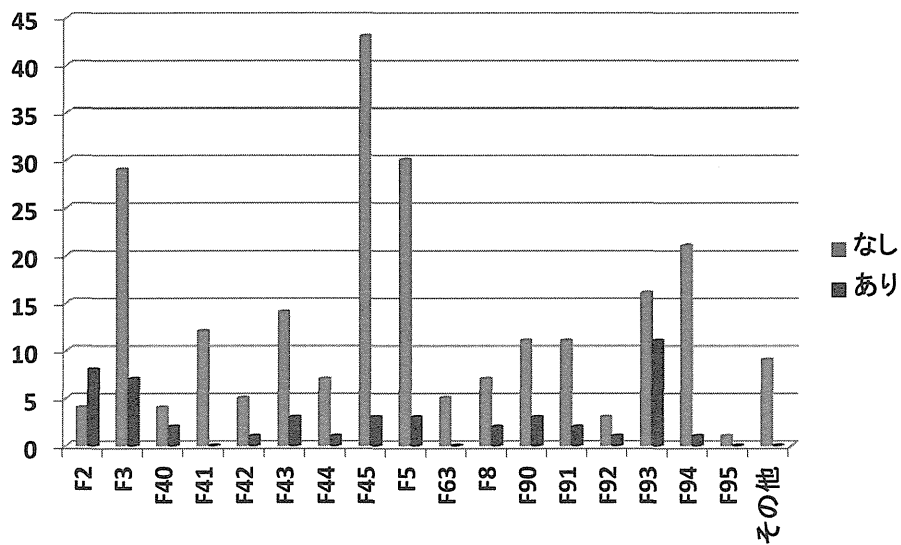
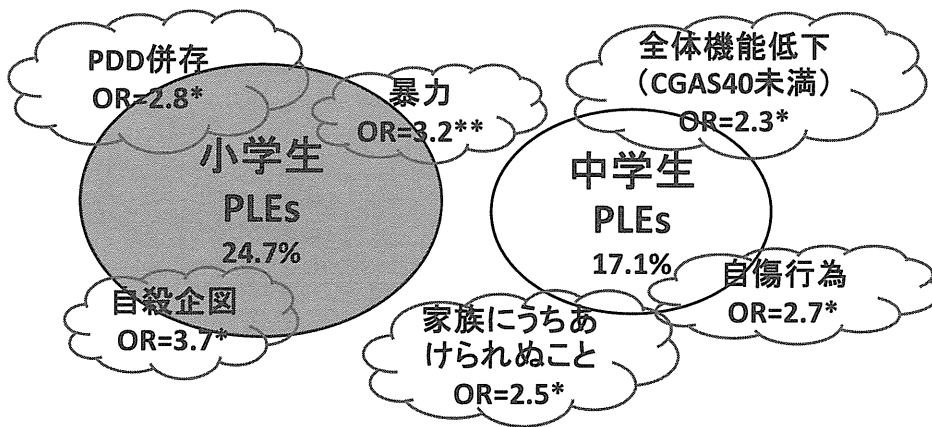
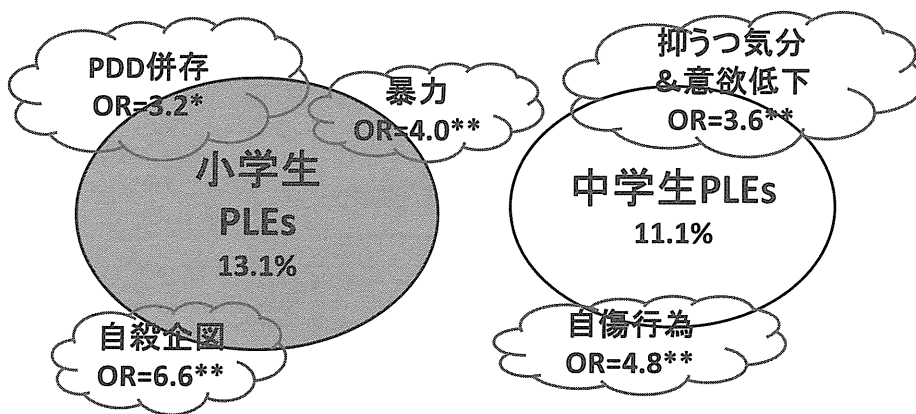


図2. 中学生の診断別PLEs分布



* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

図3. PLEsと関連した精神保健上の問題



* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

図4. 幻聴体験と関連した精神保健上の問題

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⁾

牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 佐々木祥乃¹⁾ 田中徹哉¹⁾ 田中宏美¹⁾ 原田真生子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

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。88名から回答が得られた。調査結果から、①評価尺度としてCBCL、TRF)、YSR、DSRS-C、SCASが用いられていること、②構造化面接はあまり行われていないこと、③ICD-10やDSM-IV-TRといった診断基準に沿って診断がなされていること、④医学的検査として脳波検査、頭部画像検査（CTやMRI）が多く行われていること、⑤心理検査として知能検査、描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト（SCT）が多く行われていることが示された。実際に行われている治療は、本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SSTの順で多かった。子どもの不安障害の治療技法としてCBTが注目を集めているが、今回の調査では29.5%がCBTを行っているという回答だった。薬物療法を行わないと回答した対象は4.5%で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRIがfirst-lineの薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。最近では子どものCBTが数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になってきている。子どもへのCBTが広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

A. 研究目的

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、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearney