

## 【構成要素5】トラウマナラティブ

---

トラウマナラティブは、TF-CBTの重要な要素である。全体のセッションのうち、約3分の一を占める。例えば、全9セッションであれば、トラウマナラティブは約3セッション、全15セッションであれば、そのうち5セッションが相当する程度である。

子どものトラウマナラティブは、段階的なエクスピージャー (gradual exposure : GE) である。TF-CBTにおけるナラティブは、記憶を思い出して語ること(馴化)を目的としていない。心理教育をし、特定されたトラウマ性の認知を「プロセッシングすること」が主眼である。子どもが、トラウマ性の記憶によりよく向き合えるように支援する。

トラウマナラティブに先立ち、ラポールを確立させておく。子どものコミュニケーションスキルやトラウマ刺激に対する不安反応のアセスメントを行う。段階的な不安階層表を作成し、まず、練習として最近あったよいできごとについて詳細なナラティブを作成させるとよい。

どんなふうにナラティブを作るかは、子どもの希望に合わせてさまざまな形態から選ぶ。年少児の場合、リポーターとしてできごとを報告してもらったり、俳優としてやりとりを再現してもらったりするのでもよい。できごとについて絵を描き、メッセージをつけてポスター風のものを作成してもよいし、キャッチコピーを書いてもらうのでもよい。

子どもは「覚えていない」と言うことがあるが、多くの場合、自責感のために話すことができないだけである。少しずつ取り組んでいくと、話せるようになる。また、子どもが話すには、セラピストとの信頼関係があることが前提になる。

複数のトラウマを体験している子どもの場合、どのエピソードについて話すかを子どもに尋ねる。子ども自身がエピソードを選んで取り組むことが大切である。通常、もっとも恐ろしいエピソードについて最初から話すことはできないので、より話しやすいものから始めて、語ることで自信をつけていく。

状況の説明、その時の気持ちや考え、身体感覚などについて話してもらいながら、セラピストは子どもの発達や能力についても確認し、徐々に不安階層を挙げていく。感情がうまく表出できない子どもには、セッション中の感情や虐待を受けていた時の感情を、感情のリストから選び、○をつけてもらうこともある。

セラピストの問い合わせは、最初はオープンな質問から、次第に細かい点について質問するようとする。子どもが沈黙しているときは、トラウマ記憶を思い出しているときなので、邪魔をせずに子どもとその時間を共有する。

例) オープンな質問：<何を考えていたの?>

<心の中で、何と言っていた?>

<どんなふうに感じていたの?>

<それから、何が起きたの?>

具体化する質問：<それについて、もう少し話してくれる?>

<私はそこにいなかったから、説明をしてほしいの>

<それについて、すべて知りたいの>

<その場面について、もう一度話してくれる？>

<そう、あなたの伯父があなたの臍を触り始めたのね…>

また、トラウマティックな死別を経験している子どもに対しては、子どもが死についてどの程度の知識があるのかを確認し、さらに追加のセッションが必要となる。例えば、カトリーナ・ハリケーンの時は、家族のアルコール依存症、薬物依存症、DV、身体症状、家族の離散などの問題が多く起きた。事件や災害後のTV視聴率が長い子どもは、より PTSD のリスクが高いため、視聴を制限するよう保護者や教師への支援をすることが求められる。保護者に対しては、子どものトラウマナラティブの課題について次のような説明をする。

例) <ケガを放置すると、傷口のばい菌が増えてしまいますね。ケガを治すには、傷口を洗って、消毒をする必要があります。放っておくと、かえって悪化してしまいます。最初はちょっと痛いかもしませんが、傷をやさしく洗って必要であれば薬をつけることが大切です。トラウマも同じなのです。>

#### 段階的な曝露の階層の例

- ① 子どものトラウマについての一般的な情報
- ② 加害者との非虐待的な関係
- ③ 開示と調査
- ④ 最初の、または、最も近いトラウマ体験のエピソード
- ⑤ トラウマの他の特別なエピソード
- ⑥ 最もひどいトラウマ体験

セラピストは、<何が起きたの？><そのとき、どう感じた？><体の感覚はどんなふうだった？>などと質問をし、そのあと<今、どんな気分？>と現在の気持ちを尋ねる。

楽しい活動についてのナラティブを練習し、思考・感情・身体感覚について話す準備をする方が良い場合がある。短いエピソードについて話すことは、子どもの達成感を強化する。「あなたが今お話をしてくれたということはすごいことね！」と子どもを誉める。それから、セラピストはそのできごとに関連した質問をする。

例) <最近あつたいいことについて話してくれる？>

「テストでいい点がとれたよ」

<そう、そのときどう感じた？>

「うれしかった！ ャッターって思った」

<そういうときは、からだがどんなふうになるの？>

「ああ、よかったです、ほっとする」

<ほとしたのね。それから？>

「うれしくて、心臓がドキドキした。家に帰ってお母さんに話したいと思った。」

<心臓がドキドキしたのね。それからどうなったの？>

「放課後家に帰って、お母さんのところに飛んで行って、テストでいい点取ったよって言った」

<次に何が起きたの？>

「お母さんがハグしてくれた。すごくうれしかった」

<あなたのお母さんがハグしてくれて、あなたはとてもうれしかったのね。そのことをお話しして  
くれてありがとう。私もそこにいたみたいに感じたわ。あなたがどんなにうれしかったかわか  
るわ>

<じゃあ、最後に性的虐待を受けた時のことをお話してくれる？それとも、最初に、被害のこと  
をお母さんに話したときについて話してくれる？>

(※セラピストは、子どもの協力を強化し、2つの選択肢を与えることで子どもにコントロール  
感を持たせる)

「お母さんに話した時のこと」(※たいていの子どもは不安の少ない、母に話した場面を選ぶ)

<じゃあ、虐待についてお母さんに最初に話した時どんなふうだったか正確に話してね>

「言いたくなかったけど、言わなくちゃ、と思って言ったの」

<どんな気分だった？>

「ドキドキしたし、お母さんにどう思われるかわからなくて心配だった」

<どんなふうに？>

「怒られるかもしれないとか、お母さんがショックを受けたらどうしようって」

<何が起きましたか？>

「お母さんはちょっとびっくりした顔をしていたけれど、話を聞いてくれた」

<そのとき、どう感じた？>

「安心した」

<どんなことを考えたの？>

「ほっとして、言ってよかったです」

<そう、話したら…？>

「よかったです」

<今、話してみて、どんな気分？>

「よかったですと思う」

<そう、よかったですのね>

### 段階的な曝露

子どもが再び、トラウマの場面を再現できるように援助する。<覚えている？>という質問は用いない。ナラティブを読み返しては、進んだり戻ったりする。子どもが止まつたり中断した間も、待つようとする。最後は、ポジティブな内容や楽しい儀式で終えるようにする。

段階的なエクスポージャーのやり方として、①遊びを用いた再演 ②考え方や感情、身体感覚の描写 ③実生活内曝露 ④絵画や詩、本などで、虐待を表現したり記述したりする ⑤音楽や映画、TV番組などのポップ文化 などがある。

(段階的な曝露の例)

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきました。伯父さんは布団をはいで、

「私は怖かったです。終わると、彼は出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい？』と言ったので、私は『いいわよ』と言って、学校へ行きました。」

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきました。私はいい気分でした。伯父さんは布団をはいで、私に触り、私の臍を触りました。私はとても怖くて、いやな気持ちがしました。そして、どうして彼がこんなことをするんだろうと考えていました。私は伯父が好きでした。私は寝たふりをしていました。彼は私の臍を触ると、部屋を出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい？』と言ったので、私は『いいわよ』と言いました。内心では、私は怖くて、何といつていいかわかりませんでした。私は学校へ行きました。」

#### (ナラティブをまとめる)

トラウマナラティブにタイトルをつけ、それぞれの章を時系列に並べるように支援する。もう一度読んで、適切な思考と非機能的な思考を特定する。結末は肯定的なものにする  
(例 ; このプログラムで学んだこと、個人の強さ、将来への期待など)。

#### (最終章の例)

「私は伯父から性虐待を受けて、ここにきました。私は怖かったし、いやな気持ちがしていました。今は、私は自分のからだは何の問題もなくて、打ち明けることができた勇敢な子だと思っています。なぜ、彼はあんなことをしたのかわからないけれど、それは彼の問題であって、私の落ち度ではありません。

私は性虐待について、何といつていいか分からなかっただし、どうすべきかもわかりませんでした。自分では何もできないと思っていました。でも、そうではありませんでした。私はすごく勇気があったと思います。私はお母さんに打ち明けて、できごとについて、この本にまとめることができました。それはとても誇らしいことだと思います。

もし、あなたに同じことが起きたら、『いや』と言いましょう。そして、逃げて、誰かに言うのです。『いや』と口にするのはすごく難しいことだけど、とにかく言うのです。それは何よりも大切なことです！ 信用できる人に話して。おしまい。」

ナラティブが終了したあとに、プロセッシングを行う。途中で非機能的な思考がみられても、指摘せずに最後までナラティブを作成させることが重要である。途中で子どもを中断してはいけない。

回避を減らすために、子どもの努力をよく讃め、繰り返し治療原理を説明することが求められる。ゆっくり進めたり、しばらく待ったりすることが必要である。子どもが対処スキルを学ぶように支援していることを伝え、励ます。セラピストはとても創造的で忍耐強いことが求められる。このことは、治療を通じて非常に重要であるが、特にこの要素では重要である。

#### プロセッシング

トラウマナラティブをよりよいものにし、効果的なプロセッシングを行うためには、ソクラテス式問答によって、バランスのよい認知（思考）ができるようにすることが重要で

ある。過度に楽観的でもなく、悲観的でもない、現実的で役に立つ思考にしていく。

例) 「私がセクシーな格好をしていたから、レイプされたんだわ」

<セクシーな服装の女の子は、みんなレイプされるの?>

<以前、同じ服装をしていたときも、レイプされたの?>

<あなたのほかにも、セクシーな格好をしていた女の子は、レイプされるの?>

例) 「僕が 110 番通報をしたから、家族がバラバラになっちゃったんだ」

<本当にそうなのかなあ？あなたはなぜ警察を呼んだんだっけ？>

<お父さんがお母さんに暴力を振るったから、あなたが警察通報をしてお母さんを助けたのよね>

<あなたの行動とお父さんの行動と、どちらが家族をばらばらにしたのかな？>

<あなたのしたことは勇気のあることだと思うわ>

例) 「地震はこれからもおさまらない」

<世界中で他に地震がずっと続いているところはあるかな?>

<他の地震はおさまりましたか?>

<この避難所は余震が起ったとき安全ですか?>

<この建物が安全かどうかを確かめるためにどうすればいいですか?>

<確かに、まだ余震は続いているけれど、今はこうして避難しているから大丈夫>

### ナラティブづくりに役立つ書籍

- Maybe Days: A Book for Children in Foster Care.
- Please Tell!: A Child's Story about Sexual Abuse.
- A Safe Place to Live: A Story for Children Who Have Experienced Domestic Violence.
- Helping Families Heal. ※身体的虐待

### 【構成要素 5】トラウマナラティブ 《資料》

巻末資料を参照してください。

T-1 (あなたのことを話してくれますか?)

## 【構成要素6】実生活内の段階的曝露

ナラティブを作成することで、ほとんどの子どもは、トラウマ記憶やその他のリマインダーの回避を克服すると予想される。しかし、ナラティブの技法だけでは不十分な場合、実生活内曝露は、子どもが、日常生活機能を障害するような環境の中のトラウマ・リマインダーの回避から回復するのを支援する可能性がある。

実生活内曝露は、治療前には、ほとんどの子どもも保護者も取り組んでこなかったことである。恐怖に向き合えずにきたことで、回避症状が長期化してしまう。トラウマナラティブと同様に、段階的曝露でも、子どもが恐怖やリマインダーに徐々に慣れていき、圧倒されることが無くなるように支援することが重要である。

まず、実際には危険ではないのに子どもが恐怖を感じるような状況を確認する。それから、保護者と子どもと協力して、恐怖を引き起こす状況に向き合えるよう、段階的な計画を作成する。最終的に、その計画への保護者の信頼と同意、積極的な関与が不可欠である。保護者の賛同が得られるもののうち、子どもや協力してくれる機関（学校など）と話し合いながら課題を決定していく。

例）自宅の母親が気がかりで学校に行けなくなってしまった子どもの計画

第一週目 月曜日・火曜日…家に電話を入れずに2時間だけ登校する

水曜日・木曜日…同じ条件で、3時間登校

金曜日 ……同じ条件で、4時間登校

※気分が悪くなったら、5分間だけ保健室に行って呼吸法とリラクセーションをして  
もよい。決めた時間よりも長く学校にいれたら、家に一度だけ電話をしてもよい。

目標を達成したら★のマークを一つ、目標以上に取り組めたら★★をもらえる。

★が10個たまつたら、週末に2本のDVDを借りて母親と観ることができる。

第二週目 月曜日 ……4時間登校

火曜日・水曜日…5時間登校

木曜日・金曜日…6時間登校

※条件は第一週と同じ。

第三週目・第四週目 一日中、学校にいる。

子どもが帰宅して★をもらっていたら、母親はすぐに子どもをよくほめて、安心感を与えるようにする。学校にいる間も、子どもの計画を教職員やスクールカウンセラーが理解していて、サポートしたりリラクセーションの練習を強化してあげるのが望ましい。

実生活内の段階的曝露によって、確実に大部分の回避症状は軽減される。大切なことは、子どもが自分の能力や克服する自信を持つことである。それによって、子どもは自己効力感を高めることができる。

【構成要素 6】実生活内の段階的曝露 《資料》

巻末資料を参照してください。

I-1 (生活の中での練習：不安階層表)

I-2 (生活の中での練習：不安階層表チェック表)

\* “イライラ日記”も参考資料としてお使いください

## 【構成要素7】親子合同セッション

---

初期の親子合同セッションは、保護者が、ほめる・選択的注目・reflective listeningなどの効果的なペアレンティング技術を練習できるように実施されることがある。親子は、クイズやゲームと一緒に参加し、これまでに学んだ対処法を練習し、トラウマの衝撃や特性についてこれまで学んだことを復習する。これらのゲーム形式のワークの目的は、ゲームを楽しみながら感情を表現したり、トラウマの心理教育で学んだ知識を復習することである。子どもが質問に回答し保護者が子どもをほめると得点が追加されるなどのルールにすると、ペアレンティングの練習にもなる。

子どもが保護者の前でナラティブを読み上げる前に、保護者セッションで、保護者に先に読んでもらい、または、セラピストが読むのを聞いてもらい、説明をしておく。どちらにするか、保護者に選んでもらう。保護者にとっては苦痛を伴う課題になるので、子どもとの合同セッションの前に練習をしておく必要がある。そして、合同セッションで保護者がどのように反応したいのか、あらかじめ打ち合わせておくことが大切である。ポイントは、①しっかり聞く ②褒める の2点である。保護者は、子どもの話を注意深く聞いて、子どもの感情が当然のことであることや、子どもが成し遂げたワークを誉めていることを子どもに伝える必要がある。

また、子どもが合同セッションの前に、親の前でナラティブを発表したくないと言った場合、その理由を子どもに尋ねる。子どもは、ナラティブを読むと保護者が混乱するのではないかということを恐れていることが多い。セラピストは、保護者がそのできごとについてだいたいのことをすでにセラピストから聴いて準備ができているし、その体験を共有することをとても誇りに思っていることを伝え、子どもを安心させる。セラピストは、保護者がナラティブを聴きたがっていて、わが子がナラティブを書いたことを誇りに思っていると子どもに伝えてよい。回避を軽減させるために、心理教育を行うことも必要である。例えば、性的虐待のケースで、ナラティブを読むのを嫌がっている子どもには、「性的虐待は、個人の性的体験ではなくて犯罪である」ことを説明する。また子どもが、「お母さんには見せてもいいけど、お父さんはダメ」などと言うときは、たいてい子どもの恥の気持ちが関連しているので、その感情や思考に注意を払うことが重要である。

保護者の前でのナラティブの発表が終わったら、保護者と子どもに「どんな気持ちがしますか?」「お母さんはどう思っていると思う?」など、自分やお互いの気持ちについて質問する。保護者には、事前に説明しておいたように、子どもに共感して話を聴いてもらい、子どものことを誇りに思うということを言葉で伝えてもらう。

性虐待のケースで母親が被害者である娘を責めている場合や、保護者もPTSDになっているような場合は、親子合同セッションの実施が難しい。このようなケースでは、ナラティブの共有は禁忌である。また、セッションで作成したナラティブは、司法における資料や証拠として用いるべきではない。ナラティブはあくまでも子どもとセラピストが作成した物語であり、回復やより健康な信念と結論を反映するようにデザインされたものである。

## 【構成要素 10】将来の安全感と発達の強化

---

標準的な安全のルールを再確認し、OK タッチと not OK タッチについて学ぶ。ストレスに対して、どんな問題解決スキルを身につければよいかを考えたり、気づきの力を高めたりする。自信のあるふるまいをすることで、恥の感覚を軽減させることができる。

個人的な安全スキルとして、アサーション（「あなたが～な時、私は…」「私は～を感じた」「私は～と思う」「私は～したい」など自己主張ができること）や、重要なからだの安全スキルとして覚えておくべき「NO, GO, TELL（声を上げて、逃げて、誰かに相談する）」のスキルを身につけさせる。これらは、子どもの安全を守るために非常に有用な方法である。子どもたちは、1セッション以上をかけて少しづつ学んでいく。さらに、治療が終わった後、子どもが異なる発達段階に到達した時にも、保護者は個人的な安全についての会話を続けるように支援される必要がある（例；子どもが青年期になったとき、デート・レイプについて話すなど）。

DV 家庭のケースにおいて、セッション時にまだ現実的な危険性がある際には、安全スキルを教える必要がある。一方、性的虐待のケースでは、安全スキルについて早くに取り上げると、子どもの自責感（「私がやるべき対処をしなかったから、被害を受けたのだ」）を高めてしま恐れがある。だから、身体の安全スキルは、トラウマナラティブとプロセッシングが終わり、子どもが認知のプロセッシングの知識を獲得した後に、取り組む。

ボディイメージに関するワークは、「自信があるよう見えるためにはどうしたらいいか？」などのゲームをしながら、顔や視線を上げたり、背筋を伸ばしてしっかり歩いたり、笑顔の表情をつくるなど、自信のある肯定的な態度やアサーティブなコミュニケーションスキルを学ぶことを支援する。子どもが、アサーティブ・受動的・攻撃的な行動の違いを学ぶように支援する。ロールプレイを通して、子どもは、相手の目を見て話すことや、自然な表情、自信に満ちた態度、しっかりした口調、してほしいことを言葉で伝えることなど、アサーション技術を使用することを学ぶ。

性的虐待を受けた子どもにとっては、思春期について・セックスと性的虐待の違いについて・対人関係上の問題などのテーマを含む、適切な性教育は非常に役に立つものである。性についての絵本や教材を用いてもよいが、子どもの年齢に合わせて、内容を選択する。就学前の子どもにはよりわかりやすいものを用いる。

### 修了式

最終セッションでは、これまでに学んだスキルや学習内容の振り返りをし、今後、生活のなかで何かにつまずいたときにどうするかを話し合い、子どもが何かあったときにも対処できるという自信を持たせ、保護者は今後も引き続き治療上大きな役割を果たすことを再確認する。その後、治療の修了についてのお祝いをする。

TF-CBT の終了時には、クリニックやその他の場所において、修了パーティをする。子どもの年齢や趣味に合わせて、例えば、サルサ・ダンスパーティ、ミュージック、クッキング・食事、親がクッキーを持参してのお茶会など、いろいろなやり方がある。子どもと保護者が、成果を共有したいと思う祖父母や他のゲストをを招いてもよい。

## プログラムのおもな内容

### ◆回数や期間

プログラムは基本的に毎週1回、親子一緒に通っていただきます。親子が別々に課題に取り組む回と、親子が一緒に話し合う回があります。

通常、8~16週間、定期的に通っていただきます。

### ◆内容

#### 【心理教育】

トラウマのあとに生じるさまざまな心身の変化や不調を学び、安心感を高めます。

#### 【リラックス法】

落ち着く方法を身につけます。

#### 【気持ちの調整】

いろいろな気持ちを理解します。

#### 【考え方の調整】

ネガティブな考えを、前向きでバランスのとれた考え方へ変えていきます。

#### 【できごとのお話】

できごとをふりかえり、話しながら整理していきます。

#### 【安全プラン】

安全で健康的な生活をめざして、生活上の留意点や今後の課題をまとめます。

保護者の方にも、お子さんが学ぶ内容をお伝えします。お子さんの状態を理解しながら、適切なサポートができるように、支援者と話し合います。

このリーフレットは、平成24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業H22-精神一般-004(研究代表者 齋藤万比古)「児童青年期の心的外傷関連症状(PTSDなど)の診断・治療の標準化による研究」(分担研究者 鶴岡智美)により作成されました。

## トラウマ・フォーカスト認知行動療法(TF-CBT)とは?

このプログラムは、事件や事故、虐待、災害などによって“こころの傷(トラウマ)”を受けた子どものための心理療法です。諸外国では高い効果が実証されており、安全な心理療法のひとつです。

次のような症状があったり、生活場面でさまざまな支障が生じているお子さんが対象となります。

- できごとを思い出させるようなことができない、するのをいやがる  
(例:交通事故のあと車を怖がるなど)
- 寝つきが悪くなったり、よく眠れなくなる
- 気分が変わりやすく、イライラしたり不安がる
- 集中力が下がり、落ち着いて過ごせない
- 攻撃的になったり、問題行動が増える
- 自信がなくなり、自分を責め続けているなど

これらの症状や行動は、お子さんの健全な生活を妨げるものになり、お子さんの持っている力を十分に発揮させることができなくなります。プログラムでは、こうした症状について説明し、具体的な対処法を学ぶワークなどがあこなわれます。お子さんが楽しく取り組めるような工夫がなされています。

## 親子で受けるプログラム

お子さんの回復を支えていくために、保護者の方と一緒にプログラムを受けていただきます。お子さんの症状について理解し、家庭でのコミュニケーションの取り方などを学ぶことが目的です。

# 子どもの こころのケア プログラム のご案内

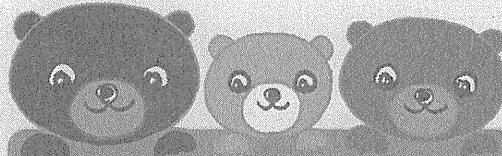
事件や事故、虐待、災害を経験した  
子どもや若者のための  
**トラウマ・フォーカスト認知行動療法  
(TF-CBT)**



元気がでない、  
イライラ、そわそわ…

そんなふうになっちゃうと、毎日、  
楽しくすごせなくてつらいよね。

そんなあなたのためのプログラムです。



こわくて、つらかったできごとのあと、  
こんなことで、こまつていなかな?

- 元気がでない、しんどい、具合がわるい
- ちょっとしたこと、すぐイライラする
- 不安になって、そわそわしてしまう
- ねむれない、こわい夢を見る
- おちついで勉強ができない
- 以前のように、友だちと遊べない
- こわい場所や、さけているところがある
- こわかったできごとを急に思い出す
- なにをやっても、おもしろくない
- なにをやるにも、自信がもてない など

## こころとからだが 元気になるための プログラム



ひとりでやるのは不安だけれど、  
おうちの人や施設の人もいっしょに通って  
サポートしてくれるから安心!

プログラムは毎週やります。  
あなたのこころやからだが元気になるための  
学習やゲームをしていきますよ。

どんなことをするの?

つらい体験を  
の乗りこえていくための練習です。

- こわいできごとや、つらいできごとを体験すると、  
どんなふうになるのか学びます。
- イライラや不安な気持ちを  
おちつかせる方法を身につけます。
- 「自分のせいで」  
「またわるいことが起るにちがいない」など、  
自分をつくらせる考え方をかたを変えていきます。
- これからのお安全な生活について  
考えます。

ごちゃごちゃしている  
こころのなかを  
少しずつ、整理していくんだ!  
こころのなかをのぞいても、  
こわくなくなるよ。

もう、だいじょうぶ。



## 子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 齊藤卓弥<sup>1)</sup>

研究協力者 成重竜一郎<sup>1)</sup>

1) 日本医科大学

### 研究要旨

目的：22–24年度は子どもの双極性障害の診断・治療の標準化に必要なデータおよび情報についてエビデンスの収集およびアンケート調査を行い、本邦での子どもの双極性障害の診断、治療の標準化を行った。

方法：調査対象は、子どものうつ病および双極性障害を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用いた。有効な薬物療法および精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneを用いて行われた。データ収集をより包括的なものにするため児童思春期の専門誌、子どもの双極性障害のガイドラインの引用文献にてデータを補完した。また、本邦での気分障害の診断・治療の実態について調査するために、児童精神科医による診断・治療の実践について調査した。

結果：子どものうつ病、双極性障害とともに大人のうつ病、双極性障害の診断、治療と異なる点が認められた。子どものうつ病、双極性障害の診断では、非定型的な病像を示すことが多く、特に双極性障害の診断においては、双極性障害に広義の双極性障害を含むか、狭義の双極性障害のみを双極性障害と捉えるかは児童精神科医の間に差が認められた。しかし、本邦では欧米に比べて狭義の双極性障害のみを双極性障害と捉える傾向が強かった。

子どものうつ病、双極性障害は、ともに治療への反応性は大人と異なっている。特に、薬物療法に関しては本邦ではプラセボ対照二重盲検臨床試験の結果がない、海外の臨床試験でも、大人に有効な薬物療法が子どもではプラセボ対照二重盲検臨床試験にて有効性を示さないことが多いと報告され、かつ大人より自殺行動などの有害事象も多く認められ慎重な薬物の投与が必要とされる。心理・精神療法のエビデンスも大人より少ないが、子どものうつ病に関しては認知行動療法、対人関係療法が発達のレベルに応じて修正した上で有効性が認められている。

考察・結語：本邦でも子どものうつ病、双極性障害への認識が高まってきているが、現時点では本邦でのエビデンスは極めて少なく、海外のエビデンス・ガイドラインを参考に慎重な診断・治療が必要である。

### A. 研究目的

近年、子どもの気分障害が従来考えられていたよりも多いことが明らかになってきている。本邦でも、中学生の約5%の子どもにうつ病の診断がされたと報告され、重大な問題と考えられているが、未だに診断・治療において混乱が認められる。さらに、

子どもの双極性障害においては本邦では疫学的な調査も行われておらず、診断・治療の実態も明らかではない。本研究の目的は、子どもの気分障害の診療の標準化を行い日常臨床で子どもの気分障害を治療するためのガ指針を作成することにある。

## B. 研究方法

治療に関するエビデンスに関する調査：調査対象は、児童期うつ病の患者を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、有効な精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneを用いて行われた。過去15年間の医学雑誌に掲載された論文を対象に“bipolar”あるいは“depression”および“Child”あるいは“adolescent”を第一の検索キーワードとして用い文献検索を行った。児童期うつ病の患者を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、有効な精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneおよびPsychInfoを用いて行われた。選択された文献に対して「evidenced based treatment」あるいは“psychotherapy”あるいは“double blind”を検索キーワードとして掛け合わせ絞り込みを行った。また医学中央雑誌データベースで“うつ病”“双極性障害”“抗うつ剤”“診断”“気分安定薬”“精神療法”“児童”“思春期”を検索キーワードとして邦文論文に対しても同様の検索を行った。同時に、J Am Acad Child Adolesc Psychiatry、Archives of General Psychiatry、Journal of Affective Disorders、Biological Psychiatry、Bipolar disorder、American Journal of Psychiatry、British Journal of Psychiatry、Psychol Bull、J Consult Clin Psychol の過去15年間の児童のうつ病および双極性障害の診断治療について原著論文および総説を手動で検索した。また、海外での子どものうつ病および双極性障害の

ガイドライン、治療アルゴリズムに関する調査対象とした。

また、気分障害の本邦での診断・治療について、ビニエットを用いたアンケート調査を行い気分障害の診断、治療の実態についての調査を行い、指針の作成の参考とした。

(倫理面への配慮)

文献検索び児童精神科医へのアンケート調査に関しては、倫理的問題は発生しない。

## C. 研究結果

### 1) 子どものうつ病の診断・治療の指針：

#### a) 子どものうつ病の特性

児童期と大人のうつ病の症状の比較では、無快楽、精神運動抑制、日内変動が年齢ごとに増える、一方で、年齢とともに抑うつの表情の表出、身体的症状、自己価値の低下が増える。また、成人の患者は自責の念は少なく、早朝覚醒、体重の減少が児童期よりも多くみられる。特に、低年齢層では、身体化症状を訴えることが多く、抑うつの表情をしていても主観的な抑うつの症状は訴えられることが多い。年齢が上がるにつれ、しばしば過眠を訴え、年齢が上がるにつれて、無快楽、精神運動抑制、日内変動、早朝覚醒、体重減少などの症状が増し、抑うつの表情表出、身体化、罪悪感、自己価値の低下などの若年期に特徴的な症状は減少し、成人期のうつ病に近づいていく。子どものうつ病では精神病症状を伴うことが多いと報告される。一方で、妄想は児童・思春期では少ないと報告されている。自殺に関連する行動も大人のうつ病よりも多く見られ、約60%のうつ病の子どもが自殺念慮をもっていたと報告されている。

### b) 子どものうつ病の診断・評価

アメリカ精神医学会による操作的診断基準である精神疾患の診断・統計マニュアル第4版用修正版(DSM-IV-TR)では、子どもうつ病および成人うつ病の診断は、基本的に同一の診断基準が用いられる。大人と子どもの診断上の違いは、1)「抑うつ気分」の代わりに子どもでは「いらいら気分」を診断基準に含めていること、2)体重の減少の代わりに期待される体重増加が見られない場合も、子どもでは体重の障害とみなされることである。診断学的には、児童期と成人とでは同様の診断基準により診断が可能という考え方があつてはいる。障害として考えられるためには、個人の機能が障害されており、年齢や性別や文化的な背景によって「うつ病」の表現型は異なるものの「抑うつ症状」が連續して存在していることが「うつ病」の診断のためには不可欠である。

診断時の評価には、我が国では*Mini-international neuropsychiatric interview for children/ adolescents*(MINI-KID)を構造化面接法としてバールソン自己記入式抑うつ評価尺度(Deprssion Rating scale for children: DSRS-C)を抑うつ症状の自記式尺度として、用いられる場合が多い。治療の効果判定にも評価尺度を適切に用いることは不可欠である。DSRS-Cには子どものうつ病に特徴的な「いらいら気分」についての評価項目がなく、臨床場面ではこの点を補っていく必要がある。DSM-5では、診断時にディメンジョン的な評価の一環として2段階の抑うつ症状のスクリーニングのための質問紙が導入される予定となっている。

また、評価時には自殺行動の有無につい

て聴取することは不可欠である。

### c. 治療介入のポイント

軽症のうつ病(あくまでもDSM-IV-TRで大うつ病を満たす軽症うつ病)では、疾病教育、家庭・学校での環境調整を行いながら一定期間の経過観察を行うことが推奨される。中等度・重症うつ病では、前述の介入に加えて精神療法あるいは薬物療法が選択肢として推奨される。現時点では、精神療法と薬物療法のいずれかを選択するかについての明確なガイドラインは存在せず、患者・家族とにそれぞれのリスクとベネフィットを十分に説明の上で、相互に決定していくことが推奨されている。重症なうつ病の方が薬物への反応が高いとの報告もある。

### d. 精神療法

複数の臨床試験から、子どものうつ病に精神療法が有効であることが報告されている(表1)。

認知行動療法と対人関係療法は複数の予約待ち群や一般的な治療を対照とした臨床試験で対照群よりも有効性が示されている。

認知行動療法では、うつ病を、認知の障害と考え、うつ病者の認知の歪みに治療の焦点をあて、うつ病の寄与する思考や行動パターンを明らかにすることを治療の中心に置く。一方、対人関係療法では、うつ病は対人関係上の問題によって説明できるという基本概念に基づき対人的葛藤を解消し、患者の対人関係の質の向上によって、うつ状態の改善および健康な対人関係を構築することに焦点をあてる。

しかし、子どもは、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、個々の認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考える能力)や社会的要因を精神療法の実施に

当っては考慮していくことが必要である。大人で実施されている治療技法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含め、視覚的な技法を用い非言語的なアプローチを加えるなどの修正を加えることが推奨されている。

表1:精神療法の対照群を用いた有効性の比較

|   | 参加数  | 対象年齢   | 対象群                  | 治療薬   | 結果 <sup>a</sup>                                       |
|---|--|--------|----------------------|-------|---|
| 認知行動療法  |  |        |                      |       |   |
| Vestase(1995)   | CBT 29<br>NFI 28   | 13-19歳 | MED                  | セラピスト | CBT>NFI (RR=1.33)                                     |
| Wood(1990)  | CBT 35<br>ST 27  | 9-17歳  | MED+DIS <sup>b</sup> | セラピスト | CBT>ST (RR=1.31)                                      |
| Bast(1997)  | CBT 33<br>SST 35   | 13-19歳 | MED                  | セラピスト | CBT>SST (RR=1.04)                                     |
| Clark(1999)   | CBT 45<br>CPT 42<br>WT 36  | 14-18歳 | MED+DIS              | セラピスト | CBT>WT (RR=1.08)                                      |
| Reinke(1990)  | CBT 25<br>PT 23<br>WL 23   | 10-18歳 | MED+DIS              | セラピスト | CBT>PT>WL   |
| TADS(2004)  | FL109<br>CBT111<br>CPT107<br>WL 112  | 12-17歳 | MED***               | セラピスト | Com (71.8%) > TADS (69.0%) > CPT (62.0%) > WL (48.0%) |
| 対人関係療法  |  |        |                      |       |   |
| Milner L.<br>1998   | PT-A3<br>CBT-A3<br>CBT-B3  | 12-16歳 | MED                  | セラピスト | PT-A3>CBT-A3>CBT-B3                                   |
| 2004  | PT-A3<br>TAU 29<br>CBT 29  | 12-18歳 | MED+DIS              | セラピスト | PT-A3>TAU>CBT   |
| Reinke(1999)  | CBT 29<br>PT-A23<br>WL 23  | 12-18歳 | MED+DIS              | セラピスト | PT-A3>CBT>WL  |
| 合計 療法 法<br>Reinke(1999) <sup>c</sup>  |  |        |                      |       |   |
| 対人関係療法<br>CBT:認知行動療法<br>PT:対人関係療法<br>TAU:無治療<br>CBT-A3:Interpersonal psychotherapy modified for depressed adolescents<br>TAU: treatment as usual NST: nontoxic supportive therapy<br>SST: systemic behavioral family therapy<br>NFI: nonfocused intervention<br>WL: waiting list<br>DIS:気分改善型 大きなうつ病 STT: Structured Learning Therapy<br>ASFT: student-based family therapy TL: Fluoxetine<br>Com: Fluoxetine + CBT+DIS | PT-A3<br>CBT-A3<br>CBT-B3<br>PT-A3<br>TAU 29<br>CBT 29<br>PT-A23<br>WL 23<br>PT-A3<br>CBT 111<br>CPT 107<br>WL 112 | 12-18歳 | MED+DIS              | セラピスト | SLT>Com <sup>d</sup>                                  |

\* Woodと以下の試験はDISが用いてなされた。\*\*は、DISとセラピストの比較。

<sup>b</sup> 内ではこれらの試験で対比された改善率 \*\*\*は改善率が記載なし。

CBT:認知行動療法

PT:対人関係療法

TAU:無治療

CBT-A3:Interpersonal psychotherapy modified for depressed adolescents

TAU: treatment as usual NST: nontoxic supportive therapy

SST: systemic behavioral family therapy

NFI: nonfocused intervention

WL: waiting list

DIS:気分改善型 大きなうつ病 STT: Structured Learning Therapy

ASFT: student-based family therapy TL: Fluoxetine

Com: Fluoxetine + CBT+DIS

### e. 薬物療法

現在、子どものうつ病の治療に抗うつ薬が使われることが多くなってきている。しかし、大人と比べて抗うつ薬の効果・副作用の出現に関して違いが認められ、慎重な使用が求められている。

プラセボを用いた二重盲検試験では大人で有効な抗うつ薬が子どもでは有効性がないことが報告されている。子どものうつ病への抗うつ剤薬物治療 30 の臨床試験をプールしたメタ解析では、抗うつ薬群のrate ratio (RR) は 1. 22 であり、抗うつ薬群

はプラセボ群より有効であることを示していた ( $p<0.001$ )。また、抗うつ薬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)は9.35であり一定の効果が示された。しかし、症状の50%以上の改善を示した群を反応群とした場合に、抗うつ薬群では反応率の平均は60.1%、プラセボ群では49.2%と10.9%の差しか認められなかった。

成人では一定の有効性が認められる抗うつ薬であるが、児童思春期では抗うつ薬の種類により有効性が異なることが報告されている。従来から三環系抗うつ薬は児童思春期では有効性がないことが報告されている。最新の14の臨床試験からのメタ解析でも三環系抗うつ薬は児童思春期うつ病ではプラセボと比較し有効性が認められなかつた。一方、SSRIはプラセボ群に比べて中程度の有効性 (RR=1.27,  $p < 0.001$ ) を示しており、またRRも一部重複がみられるものの三環系抗うつ薬よりも高いことから児童思春期うつ病の治療薬として有効性が高いと考えられる。SSRIの13の臨床試験の結果をプールしてメタ解析を行うと、SSRIの有効性は認められるが、個々のSSRIの臨床試験の結果をみるとすべてのSSRIが児童思春期うつ病に同等に有効性を示しているわけではないことが明らかになった。過去に13のSSRIとプラセボとの二重盲検試験が行われたが、プラセボに比べて有意に反応率が高かったと報告のあるSSRIは、fluoxetine、citalopram, escitalopram, sertralineである。現在、アメリカ連邦医薬品局 (FDA) からfluoxetineが8歳以上、escitalopramが12歳以上のうつ病の治療薬として認可されている。

現在までの児童青年期の三環系抗うつ薬

以外の抗うつ薬への二重盲検試験の結果について表2にまとめた。大人では有効性が示されている paroxetine, mirtazapine, venlafaxine duloxetinは、二重盲検試験でプラセボと比較し有効性が示されなかつた。fluvoxamineおよびmilnacipranに関しては臨床試験のなく、有効性に関して明確なデーターはない。

## 表2. 抗うつ薬の二重盲検試験の結果

|     |            | 检测器    | 检测年龄    | 基因型      | 检测结果 | 结果                       |
|-----|------------|--------|---------|----------|------|--------------------------|
| -46 | Fluorolite | PL20   | 10-10 岁 | DP-00mg  | +    | PL/PL                    |
|     | Glossy     | PL20   | 7-17 岁  | DPmg     | +    | PL/PL > PL (2%)          |
|     | Smile      | PL40   | 10-10 岁 | DPmg     | +    | PL (41%) 2PS (2%)        |
|     | Smile      | PL40   | 7-17 岁  | DP-00mg  | 12 例 | GW (71%) 1PL (28%)       |
|     | Munch      | PL50   |         |          |      | >PL/PL >PL/0 (0%)        |
|     | PL50       | PL10   |         |          |      |                          |
| -47 | Q2T111     |        |         |          |      |                          |
|     | Q2T112     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 112     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 112     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 112     |        |         |          |      |                          |
| -48 | Q2T113     |        |         |          |      |                          |
|     | Wagner     | PL 15  | 10-10 岁 | F-00mg   | 12 例 | PL (3%) >PL (2%)         |
|     | Von Koenig | PL 124 |         |          |      | GW/PL > PL/2PS           |
|     | PL 125     |        |         |          |      |                          |
| -49 | Q2T114     |        |         |          |      |                          |
|     | Wagner     | PL 137 | 8-17 岁  | DP-00mg  | 10 例 | GW (8%) >PL (2%)         |
|     | Von Koenig | PL 137 |         |          |      |                          |
|     | PL 137     |        |         |          |      |                          |
| -50 | Pax 93     |        | 10-10 岁 | DP-00mg  | 6 例  | Pax (6%) >PL/2PS/PL/2PS  |
|     | Keller     | PL 93  | 7-17 岁  | DP-00mg  | 6 例  | Pax (6%) >PL/2PS         |
|     | Smile      | PL 93  | 10-10 岁 | DP-00mg  | 12 例 | Pax (6%) >PL/2PS         |
|     | Pax 94     |        |         |          |      |                          |
| -51 | PL 105     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 105     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 105     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 105     |        |         |          |      |                          |
| -52 | Duchenne   | PL 113 | 8-17 岁  | DP-00mg  | 6 例  | Excl (6%) >PL (2%)       |
|     | Wagner     | PL 113 | 10-17 岁 | DP-00mg  | 6 例  | Excl (6%) >PL (4%)       |
|     | Wagner     | PL 113 |         |          |      |                          |
|     | PL 113     |        |         |          |      |                          |
| -53 | Masselotte | PL 114 | 9-10 岁  | DP-00mg  | 6 例  | Wc (6%) > PL (6%)        |
|     | Stacy T    | PL 114 | 9-10 岁  | DP-00mg  | 6 例  | PL (6%)                  |
|     | Stacy T    | PL 114 |         |          |      | GW/PL/2PS                |
|     | PL 114     |        |         |          |      |                          |
| -54 | Vandebilt  | PL 115 | 8-17 岁  | DP-00mg  | 6 例  | PL/PL                    |
|     | Wendell    | PL 20  | 9-17 岁  | DP0mg±PS | 6 例  | Stacy T Vandebilt/PL/2PS |
|     | Smile      | PL 115 |         |          |      | Stacy T Vandebilt/PL/2PS |
|     | PL 115     |        |         |          |      |                          |
| -55 | Smile      | PL 117 | 7-17 岁  | DP-00mg  | 10 例 | PL/PL/2PS/PL/2PS (6%)    |
|     | PL 117     |        |         |          |      |                          |
|     | PL 117     |        |         |          |      |                          |

本邦では子どもへお臨床試験の結果はなく、海外の臨床試験の結果を考慮しながらリスクとベネフィットを十分に説明したうえで、処方をすることはが推奨される。少なくとも薬剤の処方に關しては海外のエビデンスであることを説明した上で、そのエビデンスを説明することは不可欠と考えられる。

一つの薬物が有効でなかった場合には、他の有効性が示されている薬物に変更することを考慮する。抗うつ薬の併用、多剤による増強療法に関してのエビデンスはなく避けるべきである。

#### f. 抗うつ薬と自殺行動

イギリスでのparoxetineの子どもの大うつ病に対する自殺行動の増加が報告されて以来、複数の子どもへのSSRIの使用による危険性に対する分析がなされた。過去の未発表の臨床試験データを含めた再分析では、抗うつ薬が児童期の自殺に関連した行動を増加させることが明らかになった。服薬開始後1-9日までの自殺行動のodds ratioが、最も高く、時間が経過するにつれ減少し、投与開始後90日以降ではodds ratioは、1.00まで低下し、プラセボ群との間に差が認められなくなった。一方で、疫学的な調査ではSSRIの使用と子どもの自殺率の減少に相関が認められ、子どものうつ病への薬物治療の効果への傍証として捉えられている。子どもへのSSRIを含めた抗うつ薬の使用に関しては、処方時には正確な副作用についての情報を子どもと保護者に伝えることが重要であり、自殺行動に関してのインフォームド・コンセントをきちんと行い、慎重な経過観察を要する。

### g. 薬物療法と精神療法の比較

臨床場面では、薬物療法・精神療法が併用されることが多いが、併用療法の有効性、あるいは精神療法と薬物療法の有効性を比較した臨床試験はなかった。最近、薬物 (fluoxetine)・精神療法(認知行動療法)併用、薬物治療 (fluoxetine)、精神療法(認知行動療法)、プラセボの4群間の大うつ病に対する治療効果の比較がアメリカ連邦政府の研究補助によって行われた。この研究では、併用療法と抗うつ薬群は、プラセボ群と比較し有意な改善を示した。この結果は、併用療法が単独療法よりこどものうつ病の治療に効果があったこと、fluoxetineが認知行動療法よりも有効であ

った。認知行動療法についてはこの報告では、抑うつ症状の軽減に関してはプラセボ群と有意差はなかったが、自殺に関連した行動の削減に関して効果が認められた。この研究は、子どものうつ病には、薬物と精神療法の併用が最も有効であることを evidenceとして示している。

#### h. 治療のまとめ

子どものうつ病に関して有効な治療についての知見は増えてきている。しかし、知見は、成人に比べて十分ではなく、抗うつ薬や精神療法に対する有効性についても一貫していない。従って、現時点では、最も evidenceがあるとされる薬物療法、精神療法とともに家族への介入、学校などの環境への介入など複合的なアプローチを行っていくことが必要である。もし、薬物治療が選択された場合には、処方量は大人より少量を開始し、年齢に合わせて增量をおこない、有効であった場合には6-12か月薬物を維持し、その後寛解が続いている場合には漸減中止する。

### 2) 子どもの双極性障害の診断・治療の指針 :

#### a. 子どもの双極性障害の特性

子どもの双極性障害の頻度は0.6-1.0%と推定される。従来、子どもの双極性障害は成人の診断に準じて行われていたが、近年子どもの双極性障害への認識が高まるにつれて子どもの双極性障害の概念に変化が表れている。海外では児童期の双極性の診断の増加が報告されているが小児期の双極性障害には未だ概念が定まっていない。思春期の双極性障害は、うつ病で発症することが多く、55%が混合状態、87%が急速交代型、50%が誇大妄想、25%が自殺に関連した行動を示し、気分と無関係な精神病症状、

Schneiderの一級症状や思考障害が成人より頻回に認められることが特徴である。18歳以前に発症した双極性障害は18歳以降の発症群と比較し、自殺に関連行動、他のI軸診断の合併（とくにADHD）、薬物関連障害の合併、急速交代型への移行が高いこと、予後が不良であることが報告されている。

#### b. 子どもの双極性障害の診断

アメリカ精神医学会による操作的診断基準である精神疾患の診断・統計マニュアル第4版用修正版（DSM-IV-TR）では、子どもうつ病および成人双極性障害の診断は、基本的に同一の診断基準が用いられる。子どもの双極性障害はADHDなど合併疾患も多く鑑別が問題となる。子どもの双極性障害の診断は、国ごとにばらつきがあるが、気分の高揚や多幸感が認められる狭義の双極性障害においては日欧米間で一致した傾向が認められる。広義の双極性障害を双極性障害として捉えるかどうかは国ごとに違いが認められる。狭義の双極性障害をもって双極性障害と捉えるのが現時点では最も一致した見解と考えられる。双極性障害は周期性がある疾患であることが重要な特徴であり、またエピソードは原則I型であれば1週間、II型でも4日以上持続することが診断上重要である。

子どもの双極性障害の病状の評価には Young Mania rating scale、診断には前述のMINI-KIDを使用することができる。

#### c. 治療介入のポイント

躁病相については、日常生活、学業に影響が出る時が治療介入の時期となる。うつ病相に関しては大うつ病に準ずる。

#### d. 精神療法

双極性障害の精神療法の重要性が、見直されてきているが、系統だった有効性の評

価は乏しい。精神療法に関しては、心理教育を中心とした家族を含めた介入が推奨されている。症状の寛解期には、認知行動療法が有効という示唆もある。

#### e. 躁病エピソードへの治療

成人の臨床体験から多くの薬物が躁病エピソードへの治療薬として使われ、現在まで気分安定薬や非定型抗精神病薬の単剤の使用が多くて治療アルゴリズムやガイドラインで推奨されている。アメリカでは非定型抗精神病薬 (risperidone, aripiprazole, quetiapine, olanzapine) がFDAの双極性障害躁病相の適応を取得している。

最近は海外では、臨床治験のエビデンスから非定型抗精神病薬を第一選択にするアルゴリズムが推奨されている。もし、非定型抗精神病薬の単剤で効果がない、あるいは副作用で薬物服用が困難である場合は、気分安定薬と非定型抗精神病薬の併用を試みる。さらに、十分な反応が認められないときには修正型通電療法 (ECT) が考慮されている。子どもの躁状態に対して気分安定薬の単独療法が効果を認めなかった場合が多い。結果的には、気分安定薬の併用あるいは気分安定薬と非定型抗精神病薬の併用の必要が成人より高いとされている。Kowatchらは、lithium、carbamazepine、divalproexを服用している双極性障害の子どもの40%にしか有効性を認めないと報告し、気分安定薬の単独療法はeffect sizeが小さく、気分安定薬の2剤の併用がしばしば必要であるとしている。しかし、本邦では、気分安定薬・非定型抗精神病薬のいずれも子どもに対しては適応外である。子どもへの非定型抗精神病薬の投与は脂質代謝、糖代謝において大人以上に影響を及ぼすことが報告されておりリスクとベネフィ

トについて十分に説明を行ったうえで処方をする必要がある。

#### f. 双極性うつ病の治療

双極性障害が、しばしばうつ病相で始まり、単極性のうつ病との鑑別は困難である。双極性うつ病の子どもは、抗うつ薬により躁転する危険性があり、特に10-14歳の子どもが躁転する危険性は最も高くは双極性うつ病が疑われる症例では気分安定薬を併用すべきである。また、子どものうつ病には三環系抗うつ薬は効果がないと報告されている。さらに、三環系抗うつ薬は躁転の危険性が高く、子どものうつ病が双極性の始まりか単極性うつ病なのか鑑別が困難なことから子どもに三環系抗うつ薬は避けるべきである。子どもの双極性うつ病の治療に関するevidenceは乏しく、Lithiumとlamotrigineでopen studyが報告されているのみである。急性期の双極性うつ病にはSSRIが効果があるとの報告もあるが、一方で躁転や気分の不安定化を招く可能性もある。

#### g. 予後

5年間の双極性障害患者の追跡調査では、73%が躁病相あるいはうつ病相を体験し、約3分の2が複数の再発を体験する。病相を繰り返すことにより再発率も高くなり治療抵抗性を示すことも報告されており再発予防が治療上重要である。まだ明確なエビデンスはないがアメリカ児童思春期精神医学会では最低2年間の薬物療法の継続を推奨している。

#### h. 治療のまとめ

子どもの双極性障害の治療は複数の要因が関わり込み入った判断が必要である。そのため、治療アルゴリズム、ガイドラインはしばしば判断の際に重要な役割を持つ。

多くのガイドラインは、薬物の選択の際に包括的な患者の評価を行い、1) 診断の確定、2) 疾患の病相、3) 並存する症状(すなわち 急速交代性、精神病症状)、4) 合併疾患、5) 副作用と安全性、6) 患者の過去の薬物への反応、7) 患者や家族の薬物への好みを考慮しながら、8) 有効性のエビデンスを加味して薬物を選択することを推奨している。

#### E : 結語

子どもの気分障害への注目度が高まるにつれて治療へ期待も高まってきている。しかし、気分障害の診断・評価は子どもにおいてはしばしば困難なことが多く安易に治療を開始することはせず、経過観察を行なながら治療の必要性を的確に判断していく必要がある。

#### F . 健康危険情報 なし

#### G . 研究発表

##### 1 . 論文発表

- 1 ) 齊藤卓弥 ADHDの薬物療法の効果と限界精神科治療学25 (7) 875-88
- 2 ) 齊藤卓弥 児童期の大うつ病性障害の非定型性 精神医学52 (5) 433-438
- 3 ) 川島義高, 伊藤敬雄, 成重竜一郎, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗 思春期の自殺 救命救急センターでの取り組み 臨床精神医学39 (11) 1397-1404
- 4 ) 齊藤卓弥 児童青年期双極性障害に対する抗うつ薬の使用とその影響：臨床精神薬理13 (5) 907-912
- 5 ) 齊藤卓弥 成人期の発達障害と心身医療 気分障害と発達障害、および米国における成人発達障害の取り組み 心身医学 )50 (4) 303-311
- 6 ) 齊藤卓弥 子どもの気分障害 小児科

臨床 64 (5) 845-852 2011

- 7 ) 宇佐美政英、齊藤万比古, 傳田健三, 齊藤卓弥, 岡田俊, 松本英夫, 山田佐登留 : 児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査児童青年精神医学とその近接領域 52 (1) 21-35 2011
- 8 ) 齊藤卓弥 気分障害に対する薬の知識教育と医学 60 (10) 78-885 2012
- 9 ) 成重竜一郎, 川島義高, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討. 児童青年精神医学とその近接領域, 53(1), 46-53, 2012
- 10) 成重竜一郎, 川島義高, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 東日本大震災後における自殺未遂者の特徴. 臨床精神医学, 41(9), 1255-1261, 2012
- 11) Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-. BMC Psychiatry, 2012, 12: 191 (doi:10.1186/1471-244X-12-191)
- 12) 齊藤卓弥他 米国多発テロ事件に外傷後ストレス障害を発症した児童症例 児童青年精神医学とその近接領域 53 (2) 118-127 2012
- 2 . 学会発表
- 1 ) Takuya Saito Models of training in child and adolescent psychiatry in Japan The 19th World Congress of IACAPAP 2010年5月 北京
- 2 ) 齊藤卓弥 精神科外来での発達障害併存症例へのアプローチ 精神科外来における発達障害併存例への治療的なかかわり 第10回日本外来精神医療学会総会 2010年10月 東京

- 3) 齊藤卓弥 子どもの精神疾患の薬物療法の将来第51回日本児童青年精神医学会総会2010年10月 群馬
- 4) 齊藤卓弥, 山田佐登留, 市川宏伸, 牛島定信 児童思春期精神科における専門医療従事者の養成のための実施研修プログラム開発 第42回医学教育学会2010年7月 東京
- 5) 齊藤卓弥 児童青年精神科と精神科の接点: さまざまな疾患を中心に 気分障害について 第106回日本精神神経学会 2010年5月 広島
- 6) 齊藤卓弥 小児のせん妄の診断と診断アルゴリズム 第23回日本総合病院精神医学会 2010年11月 東京
- 7) 齊藤卓弥 子どものうつ病とその背景 第8回関東子ども精神保健学会 2011年3月 東京
- 8) Yoshitaka Kawashima, Takao Ito, Ryuichiro Narishige, Takuya Saito, Yoshiro Okubo. 2011. Gender differences in suicide attempts among adolescents in Japan. XXVI International Association for Suicide Prevention World Congress, September, in Beijing, China.
- 9) 川島義高 伊藤敬雄 成重竜一郎 大高靖史 齊藤卓弥 大久保善朗 2011 精神科未治療の自殺未遂者の特性—思春期症例を対象として— 第35回日本自殺予防学会総会, 2011年12月, 沖縄。
- 10) 齊藤卓弥 シンポジウム3 成長と発達から見た気分障害 第52回日本児童青年期医学会総会 2011年11月、徳島
- 11) 寒河江亜衣子、大島希、大御均、齊藤卓弥 地域に出ていくこと—予防：早期介入をめざして—第52回日本児童青年期医学会総会 2011年11月、徳島
- 12) 澤谷篤、成重竜一郎、齊藤卓弥 総合病院における小児精神リエゾンの展開 第52回日本児童青年期医学会総会 2011年11月、徳島
- 13) 鈴木砂由里、成重竜一郎ほか 児童思春期専門ユニットを用いた治療のあり方の検討 第52回日本児童青年期医学会総会 2011年11月、徳島
- 14) 大島希、成重竜一郎ほか 児童・思春期における有機的サポートにむけたアプローチの検討 52回日本児童青年期医学会総会 2011年11月、徳島
- 8) 成重竜一郎 ほか 地域医療としての児童思春期精神科医療を目指す取り組み 第2回日本児童青年期医学会総会2011年11月、徳島
- 9) 齊藤卓弥、成重竜一郎 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』 第24回日本総合病院精神医学総会 2011年11月 福岡
- 10) 齊藤卓弥 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』の作成について 第107回 日本精神神経学術総会 2011年10月 東京
- 11) 齊藤卓弥 児童青年期の統合失調症と気分障害に見られる関連性 第9回日本統合失調症学会 2012年3月 名古屋
- 12) 齊藤卓弥 成人の精神障害における発達障害傾向の評価と対応 日常臨床での成人期気分障害における発達障害の評価と治療 第108回日本精神神経学会学術総会 2012年5月 札幌
- 13) Saito T and Narishige R: ADHD and QoL in Japanese children. The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 20th World Congress, 2012, July, in Paris, France.