

してではなくて“まさにぴったり”感覚を求めて行われることが特徴的とされる。併発症としては、双極性障害も含めた気分障害、不安障害、ASD も検討することが望まれる。

評価の構成にはチック障害と重複する部分がある。強迫症状の評価としては、子ども用 Yale-Brown 強迫観念・強迫行為尺度（Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale : CY-BOCS）が国際標準である。強迫観念と強迫行為に分けて 5 項目で重症度を評価する。また、ディメンジョン別強迫症状重症度尺度（Dimensional Y-BOCS: DY-BOCS）も使用されるようになっており、強迫観念と強迫行為を合わせて、攻撃性、性的及び宗教的、対称性、汚染、保存、その他という 6 個のディメンジョン別に重症度を評価する。

III 治療・支援の標準的な在り方

1. チック障害

1) 治療の構成

チック障害を持つ子ども全体の理解に基づいて治療の標的を定め、家族ガイダンスや心理教育及び環境調整を行う。チックや併発症があっても本人が発達し適応していくことを目指して、本人及び家族や教師などの周囲の人々の理解と受容を促して適切な対応のための情報を提供する。チックや併発症が軽症な場合にはこのような対応で十分なことも少なくない。

2) 家族ガイダンス、心理教育及び環境調整

本人や家族がチックをどのようにとらえているかを把握して、その思いを受け止めた上で、適切に情報を提供する。チックは特別なことではないこと、親の育て方や本人の性格に問題があつて起こるのではないことを伝えて安心を得る。また、チックの変動しやすさや経過の特徴を伝えて、些細な変化で一喜一憂しないように促す。チックを完全に止めることを目標とせずに、本人の特徴の一つとして上手に付き合っていくことを勧める。子どもの生活における比重を考えると、家庭と並んで学校で理解を得ることが重要である。

3) 薬物療法

薬物療法は主な標的症状がチックか併発症かで大別される。チックに対する薬物の中心は抗精神病薬である。アメリカトゥレット協会医療アドバイス委員会による薬物療法のガイドラインによると、我が国で使用できる薬物の中で、チックに対して十分にエビデンスのある抗精神病薬は、ハロペリドール、ピモジド、リスペリドンであり、チックに対していくらかのエビデンスがある抗精神病薬は、フルフェナジン、チアブリドである。ヨーロッパのチック障害の臨床ガイドラインでは、スルピリド、オランザピンもいくらかエビデンスがあるとされている。最近では、アリピプラゾールの有効性を示す報告が複数あり、鎮静などの副作用が少ないとから、注目されている。非抗精神病薬の中でいくらかエビデンスがあるとされるクロニジンは α 2ノルアドレナリンリセプター作動性の降圧薬である。抗精神病薬よりも有効性が低く、効果の出現まで数週間かかることがあるとされるが、抗精神病薬よりも副作用が軽度であること、ADHD 症状に有効であることから使用される。

併発症の中でも、強迫症状、ADHD 症状、情動不安定、“怒り発作”を含めた攻撃性などを標的とした薬物療法がある。

4) CBT

エビデンスが確立したチックに対する行動療法または CBT の代表が、ハビットリバーサルである。ハビットリバーサルを含むチックに対する統合的な行動的介入方法であるチックへの包括的行動療法(Comprehensive Behavioral Intervention of Tic Disorders: CBIT)の有効性は大規模研究で支持されている。CBIT は、①親及び本人への心理教育、②リラクセーション法、③機能分析、④ハビットリバーサルからなる。ハビットリバーサルは、前駆衝動への意識を高めるトレーニングと、チックに対する拮抗反応の形成という二つの段階から形成される。

2. OCD

1) 治療の構成

本人及び家族が OCD に対応できるような基盤を作つて、CBT や薬物療法を行っていくのが基本となる。アメリカ児童青年精神医学会は、軽症から中等症ではまず CBT を単独で実施し、中等症から重症では CBT と薬物療法を組み合わせること、CBT のみでは効果に乏しい場合に薬物療法を追加することを勧めている。

2) 家族ガイダンス、心理教育及び環境調整

家族が OCD についての理解を深めて、子どもに対して支持的に対応できるように促すことが大切である。そのためにも、強迫症状がどこでどのように起こっているかを子どもや家族と確認しながら OCD を外在化することは有用である。また、家族が OCD のみに目を奪われずに子どものよい点を見出してほめて、子どもの自信回復を助けることを勧める。家族が強迫症状に巻き込まれて子どもの肩代わりをすることによって OCD を持続させていることを確認して、適切な対応に導くことも必要である。

3) 薬物療法

子どもの OCD においても大人と同様に SRI の有効性が確立している。メタ解析から、クロミプラミンが選択的 SRI(selective SRI: SSRI)よりもやや効果が高く、SSRI 間では大差がなかったとの報告があるが、クロミプラミンは大量服薬による心毒性の問題に加えて、口渴、眠気などの副作用が高率であり SSRI の方が好まれる。我が国では、使用経験も踏まえて、併発症のない OCD に対しては、4種の SRI (フルボキサミン、パロキセチン、セルトラリン、クロミプラミン) の中から最初に使用する薬物を選択することが勧められている。子ども及び若年成人では抗うつ薬によって、賦活症候群や自殺関連現象を生じる危険性が高いとされるので、十分な説明を行つて同意を得ると共に、服薬開始及び服用量変更の直後には受診間隔を縮めて慎重に観察することが望まれる。SRI で十分な効果が得られない場合には少量の抗精神病薬の追加などが考慮される。

4) CBT

CBT にあたっては、まず詳細に症状評価を行い、次に行動分析によって、先行刺激、強

迫観念、強迫行為、不安や不快感などがどのような連鎖を形成し、OCD を成立させているかを明らかにするケース・フォーミュレーションを行う。OCD を維持、悪化させる悪循環を止めるための方法が曝露反応妨害法である。曝露法は、不安を引き起こす刺激に直面することによって不安が減弱するという馴化の原理に基づいており、不安階層表を作成して刺激のヒエラルキーを調べた上で段階的に実施する。反応妨害法は、曝露の状態を保つために、それまで不安を一時的に引き下げるためにしてきた強迫行為をあえてしないようにさせることである。曝露反応妨害法を中心に、自分自身の症状を観察したり記録したりするセルフモニタリング、治療者のデモンストレーションをまねるなどのモデリングなどの技法を組み合わせて治療効果を高める。CBT の効果を高めるには家族の機能を高めることも必要である。

まとめ

子どものチック障害と OCD の診断にあたっては、主症状であるチックまたは強迫症状の評価に加えて、併発症の評価も重要である。両者ともに治療の基本は、包括的な評価に基づいた家族ガイダンス、心理教育及び環境調整である。症状の重症度を考慮して、CBT や薬物療法を組み合わせる。高率な併発症が示唆するように、チックや強迫症状以外を主訴として児童精神科を受診する子どもがチック障害や OCD を併せ持っていることも少なくない。チック障害と OCD の視点を持つことによって児童精神科診療がより充実すると思われる。

参考文献

金生由紀子：子どものチック障害及び強迫性障害. 児童青年精神医学とその近接領域（印刷中）

児童青年期の心的外傷関連障害（PTSDなど）の 標準的診療を目指して

亀岡智美 兵庫県こころのケアセンター

はじめに

最近の報告では、子ども期の何らかの心的外傷体験は、身体外傷と同様に頻繁に認められることが判明している。たとえば、米国ノースカロライナ州で実施された The Great Smoky Mountains Study⁶⁾では、9歳・11歳・13歳でリクルートされた男子790人・女子630人とその両親が、16歳までの毎年評価を受けたところ、68.2%の子どもが16歳までに1つ以上の心的外傷を体験していた。また、米国48州の18歳以上の英語スピーカー5692人を対象とした疫学調査（NCS-R National Comorbidity Study-Replication）においても、40%が13歳以前に少なくとも一つの心的外傷を体験していた⁹⁾。

わが国では、子ども期に限定した心的外傷に関する疫学調査は報告されていないが、世界精神保健日本調査において、20歳以上の地域住民4134人の約4割が、「暴力被害」や「大切な人の不慮の死」、「死や重症に関わる目撃体験」を有しており、心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder, PTSD）発症との関連が報告されている⁸⁾。

このように、子ども期はさまざまな心的外傷に曝されるリスクが高い時期であるといえる。もちろん、心的外傷を体験した子どものすべてが病理的になるわけではない。The Great Smoky Mountains Studyによると、13.4%が何らかの心的外傷症状を示していたが、PTSDの診断基準に完全に合致するケースは0.5%以下だった。しかし、心的外傷体験後に症状を示す子どもは、その後の人生においてさらに心的外傷に曝露されるリスクが高く、曝露回数が増えるに従って、PTSDのみならず不安障害や気分障害などさまざまなタイプの精神疾患のリスクが高くなると報告されている⁶⁾。

一方NCS-Rでは、子ども期の心的外傷体験の危険因子をいくつか挙げている。すなわち、性的マイノリティや身体障害者は性的虐待の、低体重出生児は乳児期の怪我のリスクが高くなる。また、家族の低収入・親の教育レベルが低い・単身家庭や継親家庭・親の精神病理や犯罪・物質乱用など、家族機能不全も危険因子に挙げられている。また、過去の心的外傷体験や精神健康不全を有する子どもや、物質乱用や性的逸脱行動を示す子どもは、その後の心的外傷のリスクが高まるとしている。

これらの結果から、子どもの心的外傷関連障害を適切に治療することは、将来の精神疾患予防の観点からも非常に重要であると考えられる。

I 障害群の概要

心的外傷とは、「本来個人が持っている能力では対処できないような外的なできごとを体験した時に被るストレス」を意味する。一般的なストレスとは異なり、非可逆性を伴った

ものである。DSM-IV²⁾の PTSD 診断基準 A 項目では、「(1) 危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を 1 度以上体験、または目撃した。(2) 強い恐怖や無力感または戦慄などの反応を示す。子どもの場合は、まとまりのない興奮した行動として表出されることもある。」と規定されている。さらに、年齢不相応な性的体験はトラウマ体験にあたると考えられている。

トラウマを体験したあとにさまざまな心身の反応を示すことは当然のことであり、その半数以上は自然に回復するが、一部は PTSD を始め気分障害や不安障害などさまざまな病態に発展する。また、PTSD とその他の病態が合併することも多い¹⁾。

II 診断・評価の標準的な在り方

子どもの心的外傷関連障害を適切に評価するためには、子どもが安心できる環境で、心的外傷体験の有無と、それによってひき起こされた症状を評価することが不可欠である。そのために、保護者など周囲の大人からの情報収集が必要なことは言うまでもないが、子ども自身からの聴取も不可欠であるといわれている¹⁾。その際に留意する点は、①心的外傷の重篤度とタイプの評価 ②複合的な障害の評価 ③子どもの行動評価 ④家族の評価 ⑤子どもの機能状態 ⑥年齢と発達段階による差異 ⑦危険因子と保護因子、などである。欧米のガイドラインでは、信頼性・妥当性が検証されたさまざまな評価尺度が紹介されている³⁾が、実際の使用にあたっては、個別的な配慮が必要である。

一方、評価の際に配慮すべき点は、①心的外傷関連障害の症状が一般に十分知られていないために、漠然とした質問では、子どもや保護者が何を問われているのかを理解できることがあること ②重篤な PTSD では回避症状が強いために、子ども本人が「トラウマに関連する考え方や感情、会話を避けようと」したり、心的外傷体験の「重要な場面を思い出すことができない」ために、その体験について語りたがらない、あるいは、語れなくなること、である。この点への配慮を欠いた評価では、子どもの心的外傷関連障害が見逃されたり、過小評価されやすい。適切な評価と診断のためには、事前の十分な心理教育と、個々の子どもに応じた具体的な質問をすることが推奨されている¹⁾。

III 治療・支援の標準的な在り方

欧米のいくつかの子どもの心的外傷関連障害に対する治療ガイドライン¹⁾⁵⁾¹⁰⁾では、治療の第一選択は、トラウマフォーカスト認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT)⁴⁾であるとされている。TF-CBT は、心的外傷により引き起こされた子どもの PTSD・うつ・不安・恥の感情や問題行動を改善し、保護者のストレスやうつを改善することができる、いくつかの RCT で実証されている。TF-CBT は、様々な治療原理に基づいており、「PRACTICE」の頭文字 (Psychoeducation & Parenting skill ; 心理教育・ペアレンティング・スキル、Relaxation; リラクセーション、Affect expression & modulation ; 感情表現と調整、Cognitive coping & Processing ; 認知処理とプロセッシング、Trauma narrative ;

トラウマナラティブ、In vivo mastery; 実生活内の統制、Conjoint session; 親子合同セッション、Enhancing future safety and development ; 将来の安全感とその強化で表される治療要素) から構成されている。この中で、心理教育とペアレンティング・スキルは最も重要な要素であり、心的外傷関連障害を有する子どもを支援するあらゆる機関で、適切に実践されるべきものであると思われる。

一方薬物療法は、子どもの症状が重篤な場合や、TF-CBT などの効果が実証された心理治療へのアクセスが困難な場合に、選択されうる治療として推奨されている。第一選択薬は、不安・気分・再体験症状に効果のある選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) である。薬物を処方する際には、これらの薬物が、現段階ではラベル外使用であることも含め、子どもと保護者への十分な説明と同意が必要である⁷⁾。

まとめ

子どもの心的外傷関連障害を適切に診断・評価し、有効な治療を提供することは、子どもの精神健康の増進の観点からも、成人期の精神科疾患の予防の観点からも、非常に重要であると思われる。

文献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009) : Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org .
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision, APA , Washington DC, 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.)
- 3) Balaban V: Assessment of Children. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed. : Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. P62–80. The Guilford Press, New York, 2009.
- 4) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E(2006) : Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
- 5) Cohen JA, et al:Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed. : Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. P223–244. The Guilford Press, New York, 2009.
- 6) Copeland WE, Keeler G, Angold A, et al(2007) :Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. Archives General Psychiatry, 64, 577–584.

- 7) Craig LD: Psychopharmacotherapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. P269–278. The Guilford Press, New York, 2009.
- 8) 川上憲人、土屋雅雄(2008)：トラウマティックイベントと心的外傷後ストレス障害のリスク. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)報告書, 18-27. (主任研究者：金吉晴「大規模災害や犯罪被害などによる精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」)
- 9) Koenen KC, Roberts AL, et al :The epidemiology of early childhood trauma. In Lanius RA, Vermetten E, Pain C : The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. Cambridge University Press, New York, 2010.
- 10) National Institute for Clinical Excellence(2005): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk .

うつ病と双極性障害の標準的診療を目指して

分担研究者名 所属先

齊藤卓弥 日本医科大学精神医学教室

はじめに

近年、子どもの気分障害の認知が高まっている(Kessler 2001)。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(傳田、2004)、また子どもの双極性障害に関しても注目されるようになった。一方で、子どもの気分障害は、大人と異なる臨床像を示し、治療への反応性が異なることから、臨床現場では混乱が認められる(Dubicka B. 2008)。このことから子どもの気分障害の診断・治療の標準化が強く求められている。しかし、本邦では子どもの気分障害に関しての臨床的な研究が乏しく、本邦での精神療法や薬物療法に関する臨床試験のエビデンスは認められない。

現在、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指針の作成を目指して、現在存在する臨床的なエビデンスを系統的に理解することが不可欠である。

I 障害群の概要

A) うつ病の概要：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ることが少ない。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が伴うことが多く、31%から50%の子どものうつ病で精神病症状を伴い、特に幻聴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つていたと報告されている。

B) 子どもの双極性障害の頻度は0.6-1.0%と推定されている。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、子ども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。

II 診断・評価の標準的な在り方

A) 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ことでも子どもの場合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る（欧米ではある）。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」が連続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 (Depression Rating scale for children : DSRS-C)を抑うつ症状の自記式尺度として用いることが多い。治療の効果判定においても評価尺度を適切に用いることは不可欠である。DSR-Cには子どものうつ病に特徴的な「いらいら気分」についての記載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。

B) 子どもの双極性障害の診断においては DSM-IV-TR では、子ども双極性障害および大人の双極性障害診断は、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時がある。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、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診断・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。

III 治療・支援の標準的な在り方

A) うつ病の治療・支援の標準的な在り方：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、NICE のガイドラインで推奨されているように、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イを十分に説明の上で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。

(ア) 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。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、うつ病は、認知の障害と考えられている。認知行動療法ではうつ病者の認知の歪みに治療の焦点をあてる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に焦点を置いている。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、子どもの生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、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。

(イ) 薬物療法（適応外）：子どものうつ病に対する 30 の臨床試験をプールしたメタ解析では、抗うつ薬群のプラセボ群に対する rate ratio (RR) は、1.22 で、抗うつ薬群はプラセボ群より有効であることが示され ($p<0.001$) 抗うつ薬による治療の有効性が示された。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。しかしながら、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% の差しか認められず、プラセボ効果が高かった。

個々の抗うつ薬を検討した場合、プラセボを用いた RCT で大人で有効な抗うつ薬が児童期では必ずしも有効ではない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った。一方、選択的セロトニン取り込み阻害薬 (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 の有効性が見られるが、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 14 の SSRI とプラセボとの RCT 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, escitalopram, citalopram, citalopram, sertraline である。特に、fluoxetine は比較的大規模な RCT、特にアメリカ連邦政府の研究費によって行われた臨床試験でも有効性を示していることから他の SSRI よりも有効性が高いと考えられ、第一選択に使われることが多い。メタ解析の結果もこれを支持している。現在、アメリカ連邦医薬品局 (FDA) から fluoxetine, escitalopram が児童思春期うつ病の治療薬として認可されている。成人では有効性が示されている paroxetine, mirtazapine, venlafaxine, duloxetine は、RCT でプラセボと比較し有効性が示されなかった。16 の思春期群を対象とした臨床試験での RR は 1.27 と抗うつ薬群がプラセボ群より有効性であることを示し ($p<0.001$)、NNT は 8.33 であった。一方、児童群では RR は 1.11 とプラセボ群と有効性に差を認めず ($p=0.596$)、NNT は 21.3 であった。個々の臨床試験でも児童群と思春期群の有効性の違いが報告されており、年齢が低くなるほど抗うつ薬の有効性が低くなる傾向が認められる。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、子どもへの SSRI の使用による危険性に対する分析が複数なされた。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。

B) 双極性障害の治療・支援の標準的な在り方

(ア) 精神療法：躁病相に関しては日常生活、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。子どもの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。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。成人の臨床エビデンス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、今まで非定型抗精神病薬や気分安定薬の単剤使用が多く治療アルゴリズムやガイドラインで推奨されている。

(イ) 薬物療法（適応外）：アメリカでは複数の非定型抗精神病薬 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ことが推奨されている。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つた場合が多い。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が必要となる場合大人より高いとされている。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。子どもの双極性うつ病の治療に関してのエビデンスは乏しく、Lithium と lamotrigine で open study が報告されているのみである（表4）。急性期の双極性うつ病にはSSRIに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。

まとめ

子どものうつ病および双極性障害の診断・治療に関しての知見が増えてきている。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た結果が得られていない。従って、気分障害を持つ子どもに関しては障害から引き起こされる機能上の障害やリスクを説明し治療介入の必要性を適切に本人、家族とコミュニケーションすることが推奨される。現時点では、家族への介入、学校などの環境への介入などの心理社会的な教育に加えて、エビデンスが存在する薬物療法あるいは、ともに精神療法を臨床症状の重症度に応じて複合的なアプローチとして行っていくことが推奨される。もし、薬物治療が選択された場合には、いずれの薬物も子どもでは適応外であることを十分に説明し、リスクとベネフィットを十分に説明し同意を受けた場合に処方することが推奨される。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。子どもの特有の有害事象もあり十分な観察と説明が推奨される。

文献

参考文献

齊藤卓弥：子どものうつ病と双極性障害の臨床における標準的な診療指針を目指して（印刷中）

統合失調症を中心とする精神病性障害の標準的診療を目指して

新井 卓 神奈川県立こども医療センター

はじめに

統合失調症を中心とする精神病性障害は主に青年～成人期にかけて発症する決して稀でない病気である。一部は重篤な病状を呈して成人期以降の社会参加が困難な事例が数多く存在する。自殺や就労困難など諸問題もはらみ社会経済的にも損失は甚大である。国内外の長年の研究をもってしても完全な病態解明には至っていない。知識の普及は不十分で偏見・差別の対象となりやすく我が国の精神保健医療が取り組むべき重要な課題のひとつである。我が国では成人期を対象とする統合失調症の治療ガイドラインは既に出版されているが、児童青年期の統合失調症に関するものは存在しない。本治療指針は児童青年期特有の特徴から統合失調症に対象を限定せず、20歳未満の児童期から青年期までの精神病症状を呈する患者を対象として作成された。その理由として、児童青年期例の早期診断の困難性（松本 2009a、Hollis 2008）、治療の遅延や重篤な諸問題が併存するリスクを減らすためにも確定診断がされる以前から病状に応じた治療・支援の指針作成を行うことの必要性（International early psychosis association writing group, 2005）があげられる。

本指針は①. 非特異的症状を呈する時期、②. 精神病発症危機状態 ③. 初回エピソード精神病 ④. 急性期治療開始後から回復期以降 の4つの臨床病期に焦点をあてた。

I 障害群の概要

4つの臨床病期の概要を以下に示す。

①非特異的症状を呈する時期

精神病症状が顕在化する前に、患者は非特異的な症状を呈する。

②精神病性障害を数年以内に発症する危険性が高い状態を精神病発症危機状態（At risk mental state：以下 ARMS）と呼び、当該症状を呈する一群を超ハイリスク（Ultra high risk：UHR）群と呼んで各国で研究がなされている。

③ここでは活発な幻聴・幻覚・妄想が出現し、これらの精神病症状のため日常生活に支障をきたしてはじめて精神科的治療が必要になる場合を初回エピソード精神病（First episode psychosis 以下 FEP）とする。

④精神病性障害の急性期治療開始後から回復期以降を指す。

II 診断・評価の標準的な在り方

①. 非特異的症状を呈する時期の診断・評価

精神病症状が顕在化する前に、患者は社会的孤立、特異で奇妙なとらわれ、行動異常、学習の問題、セルフケア低下などの機能低下など非特異的な症状を生じる時期を経験する。このような問題が生じると統合失調症かどうかの懸念が生じがちであるが、正確な診断を

下すためには一定期間の精神病症状の存在が必要である。一方、一過性の精神病様症状体験 (Psychotic-Like Experiences : PLEs) は一般人口中に広く存在する精神症状であり、精神的不調の徵候と捉えることが重要である (Nishida2008)。

②. 精神病発症危機状態 (At Risk Mental State ARMS) の診断・評価 (Yung1998)

精神病性障害を数年以内に発症する危険性が高い状態を精神病発症危機状態 (At risk mental state: 以下 ARMS) と呼び、当該症状を呈する一群を超ハイリスク (Ultra high risk: UHR) 群と呼んで各国で研究がなされている。診断には CAARMS (精神病発症危機状態に関する包括的評価尺度) や SIPS (精神病前駆状態に関する構造化面接) が一般的に使用される。なお、この概念は未だ研究段階にあることに留意する。若年者で ARMS と同定される一群の精神病移行率は成人群に比較して低いため、児童青年期のうちから統合失調症に準じた過剰な治療を行うことや誤解を生じるような不完全な情報発信は慎むべきである。

③. 初回エピソード精神病の診断・評価 (van Os J 2009)

1. 精神医学的評価

ここでは活発な幻聴・幻覚・妄想が出現し、これらの精神病症状のため日常生活に支障をきたしてはじめて精神科的治療が必要になる場合を初回エピソード精神病 (First episode psychosis 以下 FEP) とする。

患者および家族と治療者がはじめて精神病症状につき話し合うときである。待たせるこなく診断・評価を行い、注意深い問診で精神病症状を明らかにする。操作的診断基準を用いて鑑別を慎重に行い精神病性障害の確定診断を行う。さらに自傷他害や治療中断のリスクを減らすためにも情報を十分に収集・吟味する。

2. 身体医学的評価

精神病症状をきたしうる身体疾患を鑑別する。十分な問診および身体診察を行い、所見に沿ってCT・MRIなどの脳画像評価、脳波、一般採血、尿検査、中毒性物質スクリーニング、染色体検査などの追加検査が必要である。さらに、その後使用される可能性のある抗精神病薬の副作用を観察するため、心電図や一般採血によって主要臓器の機能評価も必要である。

3. 心理学的評価

可能であればIQおよび認知機能特性の把握を目的に知能検査、現実検討能力や思考障害の査定を目的にロールシャッハテストを行う。

④. 急性期治療開始後から回復期以降の評価

再発を予防し最大限の回復を図るため、定期的に患者の病状と患者および家族の心理社会的背景を繰り返しながら治療支援を続ける。

III 治療・支援の標準的な在り方

①. 非特異的症状を呈する時期の治療・支援

非特異的症状を呈する時期には症状に応じた治療・支援を提供し、患者と家族が抱える困難に応じた対応を行う。

②. ARMS の治療・支援

ARMS はあくまで精神病発症リスクが高い状態という概念である。治療者は将来の発症を念頭に置く程度の意識にとどめ、患者と家族の抱える問題に応じた支援・治療を行う。偏見を助長しうる不適切な情報発信は避ける。患者や家族が病状について抵抗なく話ができるような関係作りと十分な情報提供を行う。なお、ARMS 患者は必ずしも医療機関への援助を求めない。医療・福祉・教育・司法等の各支援機関が連携して患者・家族と十分に関わって評価、観察および支援を行う。危機的状況以外の場面で抗精神病薬は使用しない (International early psychosis association writing group 2005)。

③. 初回エピソード精神病の治療・支援

治療者は悲観主義を捨て前向きな治療態度で患者・家族に接する。訪問看護・デイケア・心理治療・ケースマネジメントをあわせた外来診療が基本的な診療体制である。初期評価時から心理社会的介入を含めた、多職種が連携した支援を行う。自傷・他害の恐れがある場合、社会的孤立が著しい場合、あるいは家族機能に大きな問題がある場合には入院治療が選択される。児童青年期の年代に馴染みやすい雰囲気と安静を保ちやすい落ち着いた入院環境が望ましい。抗精神病薬を使用する場合、非定型抗精神病薬が第一選択である。副作用に配慮して十分な観察を行いながら単剤・低用量で開始し、数週間単位でゆっくり增量する。なお、投与時には患者・家族の合意が得られるよう最大限努力する。6~8 週間の治療で効果不十分と判断される場合は代替の抗精神病薬が検討され、2 種類の非定型抗精神病薬を単剤でそれぞれ 6~8 週間以上継続しても反応が無い場合に治療抵抗性と判断する。その場合、十分な再評価の上でクロザピンの使用を使用基準に沿って検討する。気分障害を合併する場合は当該疾患に応じた薬物療法を組み合わせる他、重症例には電気けいれん療法も考慮する。合併する抑うつ・不安・希死念慮・薬物治療後も残存する精神病症状と治療アドヒアランスが低い場合には認知行動療法を実施する。急性期における家族の負担をできる限り軽減するために家族支援を実施する。患者・家族の心理教育を行い、治療支援の必要性についての理解を促した上で患者と治療者が協働して治療支援計画をたてる⁷⁻¹²⁾。医療・家族・学校・地域の連携協力体制を整える。

④. 急性期治療開始後から回復期以降の治療・支援

再発回数を減らしてよりよい予後を目指すための十分な対策が必要である。連携体制と治療進捗状況を十分に把握し、患者・家族の心理社会的支援を行う。さらに、病状悪化時の相談窓口の確保を行う。就学や就労への希望を持てるように働きかける。詳細な評価を行った後に、就労・就学リハビリテーションへの参加を促す。治療継続のために各児童青年精神科治療施設は成人精神科医療施設との円滑な連携を保っておく。

まとめ

児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診療に関する標準的指針として、早期精神病概念に基づいて 4 つの臨床病期について「診断・評価編」および「治療・支援編」を記載した。今後の展望としては、本指針に挙げられている治療の実践報告や児童期

における精神病症状の頻度や予後の調査研究などの積み重ねを踏まえて、児童青年期の精神病性障害の診断治療の標準化および治療ガイドラインとして発展していくことが望まれる。

なお、本稿は児童青年精神医学とその近接領域に投稿中の「現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目指して—子どもの統合失調症を中心とする精神病性障害—」の抜粋であり、当論文では「診断と評価」および「治療・支援」の各項についてその根拠と解説に加え、各臨床病期の事例を載せた。

文献)

- Hollis C. (2008) : Schizophrenia and allied disorders, Rutter M, Taylor E ed., Child and adolescent psychiatry fifth edition, Oxford, Blackwell Publishing Ltd. pp737-758.
- International early psychosis association writing group. (2005) : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*, 187, s120 - s124.
- 松本英夫. (2009) : 概念・症候学・診断基準と病因仮説, 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. 2-18), 東京, 中山書店.
- Nishida A, Tanii H, Nishimura Y, et al. (2008) : Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathologies among Japanese early teens. *Schizophr Res*, 99, 124-133.
- Yung, A R Phillips IJ, McGorry PD et al (1998) : Prediction of psychosis A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172, s14-20.
- Van Os J, Kapur S. (2009) : Schizophrenia, *Lancet*, 374: 635-645.

不安障害の標準的診療をめざして

渡部京太

国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

I. はじめに

子どもの不安障害の有病率は6～20%といわれており、男児よりも女児に多く、特に特定の恐怖症、パニック障害、広場恐怖、分離不安障害で顕著といわれている²⁾。発症時期はさまざまであり、重症であるほど社会機能は悪く、新たな不安障害、大うつ病、薬物乱用に発展し、二次的な問題として社会、学業、家庭での機能障害に陥り、低い問題解決能力、低い自己評価にも結びついていくといわれている。

II. 子どもの不安障害の診断

子どもの不安障害の診断は、世界保健機構によるICD-10と米国精神医学会によるDSM-IV-TRといった診断基準に沿って行うのが標準的であり、現在どの不安障害が存在しているのかを判断すること、不安障害の重症度を評価すること、併存障害については併存している他の不安障害、うつ病性障害、発達障害などを評価することが必要である。

①子ども、家族を見立てること^{6) 7)}

診断面接では疾患の診断だけではなく、多元的なアセスメントを行うことが重要であり、アセスメントの基本は子ども自身と家族への十分な問診である。子ども、親との問診を通して、乳幼児期からの生育歴、現在の症状や問題行動とその背後にある葛藤やパーソナリティの特徴、家族状況などを聴いていく。それと同時に診察場面での診察者との関わり方を観察する。不安症状が出現し始める直前の時期に外傷的な体験をしていたかを確認しておくことも大切である。子どもが現在どのような問題に直面しているのか、それらの問題がどのような発達課題と関連しているのか、その子どもがどのような環境の中で育ち、家族や自分自身についてどのような思いや願いを抱いてきたのか、についての理解を得るようにする。

②質問紙評価尺度と半構造化面接

子どもの精神状態を総合的に評価する親記入用の子どもの行動チェックリスト（Child Behavior Checklist : CBCL）、本人が回答する自記式の質問紙であるYouth Self Report (YSR)、教師が回答するTeacher's Report Form (TRF)、

児童期の不安障害の症状を正確に査定するスペンス児童用不安尺度（Spence Children's Anxiety Scale : SCAS）や抑うつ状態の自記式評価尺度には Depression Self Rating Scale for Children (DSRS-C) を用いる。

子どもの精神症状を広評価する半構造化面接として K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) と M.I.N.I. KID (Mini-International Neuropsychiatric Interview KID) があるが、子どもの全体像をより正確に把握できるという利点がある。

③医学的検査

身体症状を認める場合には、頭部 MRI 検査、脳波検査、血液検査などを行う。薬物療法を行う際には血液検査、心電図検査を定期的に行なうことが望ましい。

④心理発達検査

治療方針の決定、治療経過の予測、発達障害との鑑別などを目標に全般的発達水準、学習能力、パーソナリティ傾向などを客観的に評価する心理発達検査を適宜組み合わせて実施する。

⑤不安障害の重症度の評価

DSM-IV-TR の第 5 軸にある「機能の全体的評定 (GAF) 尺度」は心理社会的な適応上の障害度を数値化したもので、治療・支援法の選択に際して重要な指標となるため、不安障害と併存障害をあわせた全体像を評価する。

⑥診断面接のまとめ

子ども、家族の問診から、 i) 主な不安障害の診断、 ii) 併存する不安障害やうつ病性障害の診断、 iii) パーソナリティ傾向の評価を行う。発達障害が疑われる場合には、発達障害の評価を進めていく。

III. 子どもの不安障害の治療

治療は不安障害の重症度、併存障害を考慮して組み立てていく。うつ病性障害、発達障害の併存を認める場合には、不安障害の重症度と併存障害や問題行動の重症度を考慮して、どの障害に対する治療・支援を優先するかという判断が必要になる²⁾。米国児童青年精神医学会の臨床指針では、親への心理教育を十分に行なうこと、軽症では薬物療法よりも CBT を推奨している²⁾。

①子ども、親に見立てを伝えること^{6) 7)}

子どもの治療では親の協力は不可欠であり、並行して親面接（親ガイダンス）を行う。両親にできるだけ来てもらうとよい。診断面接を通して治療者が考えた見立て、不安障害の特徴や治療方法、治療の目的を子どもや親に伝える。親ガイダンスでは、親の子どもの発達への理解を助け、親が親として適切な態度をとれるように援助することが大切である。

②認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy : CBT)

子どもの不安障害に対する CBT の有効性については、ランダム化比較試験を含めて多くのデータが集積している⁸⁾。「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら¹¹⁾) は併存障害によって効果が左右されず、IQ は 80 以上の知的能力があることが望ましいとされている。このプログラムで治療が成功した子どもの 80~90%が追跡時に不安障害を示していなかったと報告され、Flannery-Schroeder と Kendall³⁾は、個人 CBT 群と集団 CBT 群の間での治療効果には有意差はなく、治療効果は 3 ヶ月後も継続していたと報告している。

③遊戯療法・力動的精神療法・集団精神療法

学童期までの不安障害の子どもが、養育環境や学校環境において大きいトラウマを経験している場合、あるいは大人への不信感や愛着の混乱がみられる場合には、遊戯療法が用いられることがある。思春期以降で、言葉のやりとりを中心とした対話を用いた精神療法が可能と考えられる子どもの場合には、その子どもの抱えている対人関係や発達課題に関する葛藤を扱う目的で、力動的・精神療法が行われることもある。

不安障害を抱えた子どもの不登校・ひきこもりの支援では、不安障害の治療に加えて、家庭にひきこもった生活に伴う回避的・依存的な心性と、学校生活をなどの社会活動に参加している能動的な心性とのあいだをつなぐ橋渡し機能、すなわち「たまり場」といった少人数の集団精神療法の提供が有効な場合がある¹⁶⁾。こうした集団精神療法は、停止あるいは回避していた同年代集団との再会の機会を提供する場になり、かつて挫折の苦い思いを与えた仲間集団体験や学校体験のやり直しの機会を提供し、思春期の課題である親、特に母親からの適切な距離を置くための必須のエネルギーと支援となり、他者と折り合いをつける経験を与えてくれる意義がある。

こうした精神療法は、不安症状の軽減後もできれば 1 年程度の追跡を行うことが望ましい。

④ 薬物療法 (本稿では、わが国では投薬可能な薬物については下線をつけた)

a) 不安障害の子どもへの無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験の結果

RUPP Anxiety Study⁹⁾ が代表的な試験であり fluvoxamine がプラセボに対して有意な改善率を示した。

b) 不安障害の子どもへの RCT デザインの薬物療法と精神療法（主に CBT）による治療の効果

Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS)¹⁰⁾ 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。CAMS の対象では、78.6%が分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖のうち 2つ、35.9%が 3 つの診断を満たしており、併存障害としては 46%が内在化障害、11.9%が ADHD、9.4%が反抗挑戦性障害 (ODD) を認めた。経過が良好であることと関連した要因としては、年齢が若いこと、複数の不安障害やうつ病性障害を認めないこと、治療開始時の不安の重症度が低いこと、社交不安を認めないことがあげられている⁴⁾。

c) 子どもの不安障害への薬物療法のアルゴリズム

これまでの結果から、i) 不安障害の子どもへの薬物療法の first-line は SSRI であること、ii) CBT 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、併用療法の治療効果は持続していること、とまとめられる。Kodish ら⁵⁾は、子どもの不安障害への薬物療法のアルゴリズムを提案している。①SSRI を選択し、2～4週ごとに効果、副作用を観察しながら增量する。全般性不安障害では sertraline、社交不安で抑うつ症状を認めない場合には paroxetine の投与を考慮する。②効果がなかったり副作用が出現した時には、他の SSRI を試す。③2種類の SSRI を試して効果がみられなかった時には、診断について再評価したり、コンサルトを求める。強迫性障害 (OCD) であれば clomipramine、OCD でなければセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) である velafaxine XR の投薬を考慮する。④効果がない時には、セロトニン作動性抗不安薬である buspirone、あるいはノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA) である mirtazepine を単独、もしくは augmentation として投薬する。⑤様々な試みで効果がない時には、ベンゾジアゼピン系薬物で急速な症状軽減をめざすとなっている。薬物療法は効果的な用量で症状が軽減した後も、再発があれば効果的に用量に戻すように観察しながら徐々に減量し、1年間は継続することが推奨されている。米国食品医薬品局 (FDA) は子どもの OCD の治療薬として sertraline、fluoxetine、fluvoxamine

を承認しているが、OCD 以外の不安障害では承認していない。すべての抗うつ薬の使用上の注意として「24 歳以下の患者で自殺念慮、自殺企図のリスクが増加する」と記載され、SSRI などについていわゆる activation syndrome に対して注意を喚起しており、薬物療法を開始する時には慎重な姿勢が必要である。

IV. おわりに

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。

文献：

- 1) Beidas,RS, Podell,JL,Kendall,PC.(2008):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.
- 2) Connolly,SD., Bernstein,GA.: Work Group on Quality Issues.(2007) : Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder.,46,267-283.
- 3) Flannery-Schroeder,E.,Kendall,PC.(2000):Group and individual cognitive-behavioral treatment for youth with anxiety disorders:A randomized clinical trial.Cognitive Therapy and Research,24,251-278.
- 4) Ginsburg,GS., Kendall,PC., Sakolsky,D.,et al.(2011): Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS.J Consult Clin Psychol. ,79,806-13.
- 5) Kodish I, Rockhill C, Varley C.(2011) : Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci.,13,439-452.
- 6) 生地新 (2009) : 力動的精神療法. 子どもの心の診療シリーズ1 子どもの心の診療入門 (総編集 責任編集 齊藤万比古). 中山書店, 東京, 248-254.
- 7) 生地新 (2010) : 不安障害・抑うつと心理療法. 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, 268-279, 2010
- 8) Reynolds,S., Wilson,C., Austin, J.,et al.(2012):Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review.Clin Psychol Rev. ,32,251-62.