

- 必要に応じて CBCL や ODBI で反抗挑戦性を評価できる
- 虐待的な養育が愛着形成を阻害し、両障害に発展する素地を作ることを理解している
- 発達障害と様々な心理社会的リスクファクターの相互関係から両障害が生じる過程を理解している
- 治療は、ペアレントトレーニング、SST が比較的有効であることを知っている。
- 薬物療法は、文献的にはエフェクトサイズが大きいが、実際の症例では適応が限られることを理解している。
- 学校・児童相談所などの地域の関係機関とのケア会議の重要性を理解している
- 治療は個々のケースに応じて組み立てる必要があることを理解している。
- 青年期以降の CD への治療支援は困難であり、ODD や小児期発症の CD の段階での介入が重要であることを理解している

#### 障害理解のための自由ノート

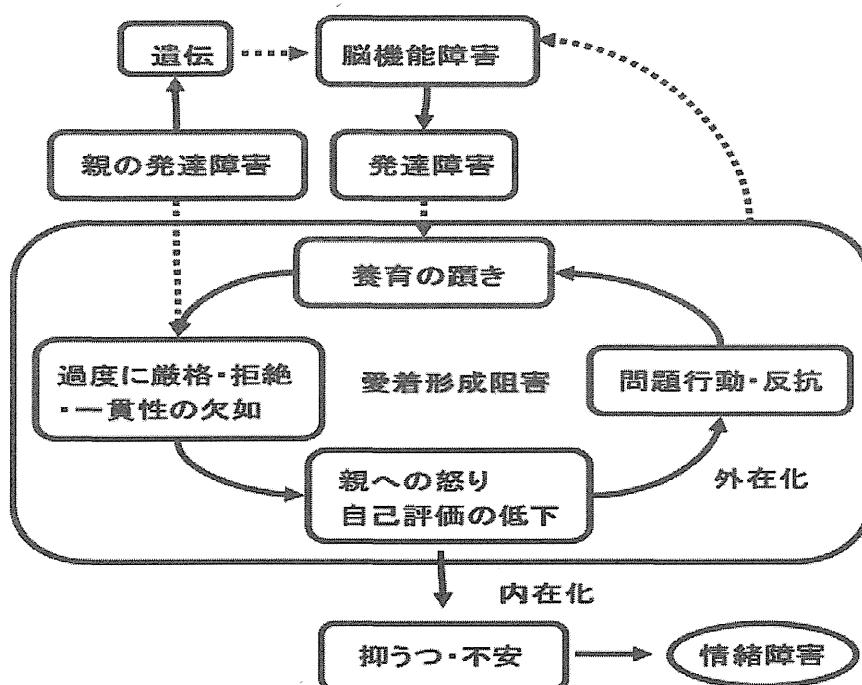


図1 発達障害と愛着形成阻害の経過  
実線は移行、点線は影響を示す。

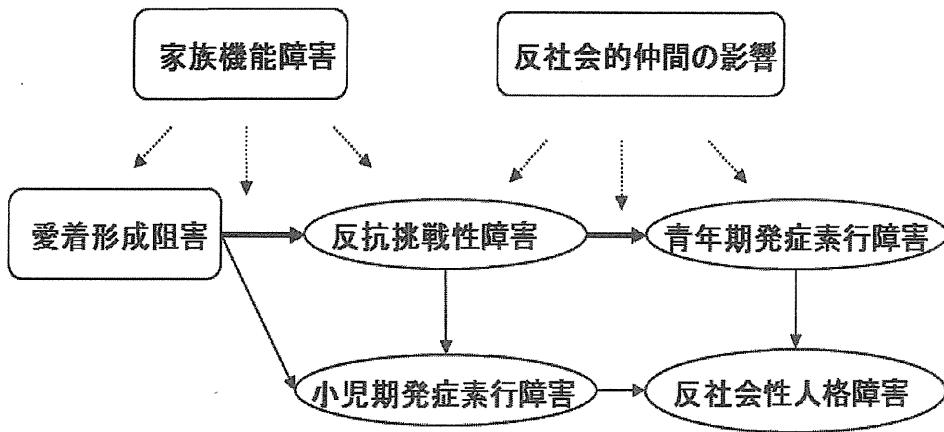


図2 愛着形成阻害から反抗挑戦性障害・素行障害への展開

#### 研修レベルを評価するために

##### 研修初級（研修 beginner）：

発達障害をベースに不適切な養育の相互関係から反抗挑戦性障害や素行障害が生じる過程を理解している。各障害の診断基準を理解し大まかに説明することができる。しかし、それらは概念的なものであり、実際の症例に接したことはない。外勤先などで、これらの症例を診断した際には専門医に紹介できる。

##### 研修中級（研修 proper）：

目安：外来主治医経験 5 例程度、診断経験あり

発達障害が基底にない症例において、虐待的な養育が愛着形成を阻害することを理解し、説明することができる。実際に外来で、反抗挑戦性障害・素行障害の患者を受け持ち、診断した経験がある。各障害の診断基準を理解し鑑別診断を説明することができる。上級医の治療を陪席・見学した経験がある。治療には、SSTやペアレントトレーニング、薬物療法など、個々のケースに応じて組み立てる必要があることを理解している。

##### 研修上級（研修 master）：

目安：外来主治医経験 10 例以上、治療経験あり

外来で、反抗挑戦性障害・小児期／青年期発症の素行障害の患者を受け持ち、診断しその治療を主体的に行った経験がある。親子のニーズをとらえ、治療を組み立て、適切な薬物を選択し、必要に応じて SST やペアレントトレーニングへの参加を親子に勧めるとともに、自分もそれらの治療のスタッフとして参加した経験がある。学校・児童相談所を始めとする地域の関係機関のニードを捉え、必要に応じて上級医とともにケア会議を主催しないし開催を呼びかけ)、主治医として参加することができる。

## 参考文献

- 1) Rey J.M.: Oppositional defiant disorder. Am. J. Psychiatry, 1993; 150: 1769-78.
- 2) American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36 (Suppl. 10): 122S-139S.
- 3) Earls, F. and Mezzacappa, E. (2002): Oppositional-defiant and Conduct disorders. In: Rutter, M. Taylor, E.(eds) Child and Adolescent Psychiatry. 4<sup>th</sup> edition. Blackwell Science, Oxford (宮本信也、長尾圭三、氏家武監訳. 児童精神医学 明石書店, pp.419-436.)
- 4) 原田 謙, 今井淳子, 酒井文子 : 反抗挑戦性障害と行為障害の精神医学. 思春期青年期精神医学 15 : 59-70, 2005
- 5) 原田 謙 : 反抗挑戦性障害と行為障害. 児童青年精神医学とその近接領域精神科 46 : 285-295, 2005
- 6) 篠山大明、原田 謙 : ADHD症状の変遷と治療. 臨床精神医学 35 : 597-602, 2007
- 7) 吉本美央、吉本隆明、原田 謙 : ADHDの思春期. 精神科治療学 26 : 735-741, 2011

## 推薦図書

1. Bloomquist, M.L. and Schell, S.V. : Helping children with aggression and conduct problems. Guilford Press, New York.
2. 齊藤 万比古, 本間 博彰, 小野 善郎 (編) : 子どもの攻撃性と破壊的行動障害 (子どもの心の診療シリーズ 7) 中山書店
3. 齊藤 万比古 (著) : 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート 学研
4. 宮本信也 (編) : 発達障害医学の進歩〈2 3〉発達障害における行動・精神面の問題 二次障害から併存精神障害まで. 診断と治療社
5. ロバート・L ヘンドレン(著), 田中 康雄 (監修) : 子どもと青年の破壊的行動障害—ADHDと素行障害・反抗挑戦性障害のある子どもたち— 明石書店

## II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

### 5) 大うつ病性障害および自殺関連事象

#### 障害の要約

抑うつ状態は誰でも経験する可能性があり、誰でも仕事、学校生活、家庭、人間関係上の失敗や失恋などで一時的にうつ状態に陥ることは容易に想像できる。当然それらは精神障害としての扱いを受けることはない。一方で、大うつ病性障害は生物学的変化とともに精神疾患としての特異性を備えた病態像を示し、古くから「うつ病」として知られる精神疾患の一つである。近年ではこれまでに考えられていたよりも子どもにうつ病が多く存在していると考えられ、その存在に注目が集まっている<sup>1)2)</sup>。

DSM-IV-TRにおける大うつ病性障害の診断基準では①抑うつ気分、②興味や喜びの減退、③体重減少、④不眠あるいは過眠、⑤精神運動性焦燥あるいは制止、⑥疲労感あるいはエネルギーの減少、⑦無価値感あるいは過剰な罪責感、⑧思考・集中力の低下あるいは不判断、⑨死についての反復思考という9項目が主症状として考えられている。特に児童期におけるうつ病に関しては抑うつ気分に代わってイライラした気分をしめることがあり、体重減少に関しても成長期にある子どもにおいては期待される程の体重増加がなくてもこれに当たる事が明記されている。

児童・思春期の大うつ病性障害の有病率は一般的には7歳～12歳未満の児童期では1-2%、思春期（13-18歳）では1-7%の有病率である<sup>3)</sup>。児童期では性差はないが、思春期になると女性の割合が多くなる。わが国では小学校4年生から中学1年生までの一般児童において大うつ病性障害の診断基準を満たした児童が1.5%、双極性障害の診断基準を満たした児童が1.1%であり、中学校1年生では大うつ病が4.1%に認め成人と同程度であるとされている<sup>4)</sup>。

#### 基本的治療技法

認知行動療法 A<sup>-</sup> 薬物療法 A<sup>-</sup> 力動的個人精神療法 A<sup>-</sup>

#### 障害理解へのチェックリスト

- 成人における大うつ病性障害、気分変調性障害、双極性障害の病態、治療、経過を理解している
- 大うつ病性障害の児童期特有の臨床症状を説明できる
- 自己記入式質問紙や構造化面接などを用いた定期的な評価を心がけている
- 軽症の場合には、薬物療法よりも休養や支持的精神療法を心がけている
- 薬物療法としては選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を中心であることを理解している
- SSRIのアクチベーションに常に注意している
- 大うつ病性障害に対する認知行動療法について理解している

- 思春期の力動的発達論について説明できる
- 休養を取らせる場合に学校などの環境調整も行うことができる
- 発達障害、破壊的行動障害を並存障害として認める場合があることを知っている
- 様々な介入をしても改善が見られない場合や、自殺企図の可能性が高い場合には、入院治療に向けたマネージメントができる

### 障害理解のための自由ノート

大うつ病性障害の診断は、DSMでは診断基準に記載されたうつ症状をチェックすることでその診断に至ることができる。そのため ICD-10 に比べて、精神病理学的な知識などの精神医学的な素地を持たない医師にとってもその利用が容易である。ただし、DSM を用いてうつ病もしくはうつ状態に関する診断する際には幾つかの注意が必要である。一つは気分障害と適応障害の鑑別であり、もう一つは病歴を聞き取る際に双極性障害を疑わせる躁病エピソードの評価を欠かさないことである。

適応障害の診断基準についてはストレス因子に反応した形式で三ヶ月以内に出現した症状が明記されているだけである。その抑うつ症状の程度や具体的な内容については、「ストレス因子に暴露されたときに予想されるものをはるかに超えた苦痛」とだけ明記されているため、その診断には臨床医個人の判断に委ねられる問題がある。また、気分障害や不安障害などの他の精神疾患を除外することが診断基準の一つとなっていることから、安易に適応障害の診断名を確定せずに必ず他の精神疾患の罹患について十分な吟味をした上で診断に至らなくてならない。

双極性障害は躁状態とうつ状態を繰り返すことが臨床的な特徴であり、初診時にはうつ症状しか認めない症例もある。そのため、大うつ病性障害と診断したとしても、その経過から双極性障害を疑うのならばその後の経過を注意深く観察する必要がある。躁状態とうつ状態を繰り返す双極I型障害と、軽躁状態とうつ状態を繰り返す双極II型障害があることにも留意が必要である。

治療ガイドライン：児童・思春期の気分障害に対する欧米の代表的なガイドライン①Texas Children's Medication Algorithm Project<sup>5)</sup>と②英国の NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)による Depression in Children and Young People<sup>7)</sup>がある。いずれのガイドラインにおいても軽症例では心理・社会的治療の重要性が強調して示されており、児童・思春期にうつ病・うつ状態に対する薬物療法は、その副作用と抗うつ効果といったリスク・ベネフィットの関係から極めて慎重に考えられている。

臨床医は気分障害に関する評価およびその診断確定を行なうことから始めるべきである。そして気分障害と診断された児童に対しては、休養・環境調整・親ガイダンスなどの薬物療法に変わる心理・社会的な治療法の可能性を必ず検討するべきである。

安易な薬物療法は避け、心理・社会的な治療法の検討もしくは施行を試みた後に、薬物療

法が初めて選択されるべきである。治薬物療法は単剤療法が基本であり、無効の場合には他剤への変更や増強療法が勧められる。

### 研修レベルを評価するために

#### 研修初級（研修 beginner）：

成人を対象としたうつ病という疾患概念が理解できている。抑うつ症状についてたずねられると「気分が落ち込むこと」と答えることはできる。しかし、失恋による落ち込みとうつ病による抑うつ気分の違い、児童思春期のうつ病と成人のうつ病の違い、思春期とは何かと問われると黙ってしまう。すなわち、児童思春期のうつ病の特徴についてはあまり知らない。

SSRI による Activation Syndrome や自殺念慮の高まりは聞いたことがあり、児童思春期のうつ病には薬物療法は躊躇してしまう。だが、思春期の精神発達論や子どものうつ病の病理を踏まえた精神療法的アプローチや認知行動療法をする知識がないため、薬物療法以外の治療論が思い浮かばず、初診時から向精神薬の処方を行いたい気持ちが強い。

#### 研修中級（研修 proper）： 目安：外来主治医経験 10 例程度、入院主治医経験 2 例程度

休養や支持的精神療法だけでは改善しない症例を何例か経験している。そのため、子どものうつ病に関する情報<sup>5),8,9)</sup>などを教科書や文献などで複数回収集している。これらの情報収集によって、児童思春期のうつ病では成人のうつ病とは異なる特徴を呈することや薬物療法の是非、精神療法の有用性について知っている。背景となる自立を巡る思春期の精神力動について理解できているので、そのあたりについては多少念入りに情報聴取している。

薬物治療に関しては SSRI を慎重投与した症例を数例経験している。その中で、苛々などの Activation Syndrome についても実際に経験していないが、充分に保護者に説明することができ、その経過を理解している。薬物療法だけでなく認知行動療法に関しても少し勉強かが必要と感じており、改めて成書などでの学習を試みている。

入院ケースでの主治医の経験も有しており、外来での治療に限界があることを理解している。入院ケースでは認知行動療法以外にも家族への介入や、病棟内の集団力動などを治療に用いたりしている。

#### 研修上級（研修 master）： 目安：外来主治医経験 10 例程度、入院主治医経験 3 例程度

双極性障害や気分変調性障害などの気分障害だけでなく、大うつ病性障害に関連する障害(適応障害、広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、反抗挑戦性障害、素行障害など)<sup>3)</sup>への理解も深まっている。児童思春期のうつ病に関してはそれなりの苦労も経験している。抑うつ症状の評価に関してはどうしてもはつきりしない部分があることをよく理解

しているので、改めて症状評価尺度などを定期的に導入し、できる限り客観的に評価することをこころがけている。

成人の大うつ病性障害と同様の病態を示す児童がいることや、大うつ病性障害と診断された児童のうちにその後統合失調症を発病する児童がいることも知っている。また、初診時には重度の大うつ病性障害のように見えても、その後の経過で環境要因による適応障害と判断される児童がいることも知っている。

軽症例は支持的・精神療法および休養でよい場合もあるが、認知行動療法だけでなく、家族療法的観点や場合によっては力動的発達論なども考慮に入れた視点を持つべきだと思ったりもする。認知行動療法に関しても数冊の成書を読破しており、本人や家族に図解したりしながら丁寧に説明ができる。当初に比べると困ったら薬物増量とは考えなくなっています、よく考えつつ投薬を行う傾向にある。

入院が必要なケースなどでは、常にある程度の見通しを持って対応している。外来患者への入院治療の導入や、入院患者への退院設定など、数歩先のイメージを多少家族に提供できる。

## 参考文献

- 1) 村田 豊 久 子どものうつ病. 現代うつ病の臨床 : 神庭重信、黒木俊秀編, 212-218, 創元社、(2009).
- 2) 傳 田 健三 小児・思春期のうつ病の疫学・診断・治療. 臨床精神薬理 9, 780-790 (2006).
- 3) Birmaher, B. et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46, 1503-1526 (2007).
- 4) 傳 田 健三 児童青年精神医学の診断学をめぐって 児童・青年期の気分障害の診断学 MINI-KID を用いた疫学調査から. 児童青年精神医学とその近接領域 49, 286-292 (2008).
- 5) Hughes, C.W. et al. Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46, 667-686 (2007).
- 6) Pliszka, S.R. et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45, 642-657 (2006).
- 7) society, T.B.P. Depression in Children and Young People Identification and management in primary, community and secondary care. Depression in Children and Young People (2005).

- 8) Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R. & Furukawa, T. A. Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta psychiatica Scandinavica* 116, 84–95. (2007)
- 9) Isacsson, G., Rich, C. L., Jureidini, J. & Raven, M. The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 196, 429–433. (2010)

#### **推薦図書**

1. 現代うつ病の臨床：神庭重信、黒木俊秀編 創元社、2009
2. 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患：傳田健三著、金剛出版、2002
3. 思春期の「うつ」がよくわかる本：笠原麻里（監修）（健康ライブラリー イラスト版）、2009

## II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

### 6) 統合失調症

#### 障害の要約

子どもの統合失調症は15歳以下の顕在化（発症）を指すことが多い。当初は自閉症との異同が問題となつたが、現在では両者は明確に区別されている。また、成人発症の統合失調症と病因・病態が連續性のあるものと考えられており、年齢に関係なく同一の診断基準を用いている。核磁気共鳴画像（Magnetic Resonance Imaging）によって、早期発症の統合失調症では成人発症のそれに比べて脳の形態学的な異常の度合いが大きく、さらに発症後も成人早期までその形態学的な変化が進行する所見が得られており、progressive neurodevelopmental disorderとも称されている<sup>1)</sup>。

診断には幻覚あるいは妄想の存在が重要な要素であるため、子どもの場合、臨床経過などから統合失調症が強く疑われる場合でも確定診断できない場合が多い。そのような症例では、統合失調症スペクトラム障害として統合失調症に準じて慎重に対応し経過を追う必要がある。また、子どもの気分障害の双極I型障害（bipolar I disorder）では発症時に幻覚・妄想を呈するが多く、その場合には統合失調症との鑑別が困難である。いずれにしても子どもの統合失調症の診断は経過を追いながら慎重に再評価していく必要がある。

臨床症状では、①幻視のみられるものがある、②幻聴内容が不鮮明なものや一過性のものが多い、③妄想構築は稀である、④感情易変性を示すものが多い、⑤強迫行為を示すものが多い、などを特徴として挙げることができる<sup>2)</sup>。予後は成人と比べて重篤な経過を辿ることが多い。約2/3の症例が乳幼児期から神経症・心身症的症状、多動や発達の歪みなど、何らかの非特異的な症状を呈する<sup>3)</sup>。

統合失調症の数%が15歳以下の発症である。さらに10歳以下は極めて稀であり、発症年齢の下限は7、8歳前後である。性比は認められない。

#### 基本的治療技法

認知行動療法 C 薬物療法 A-

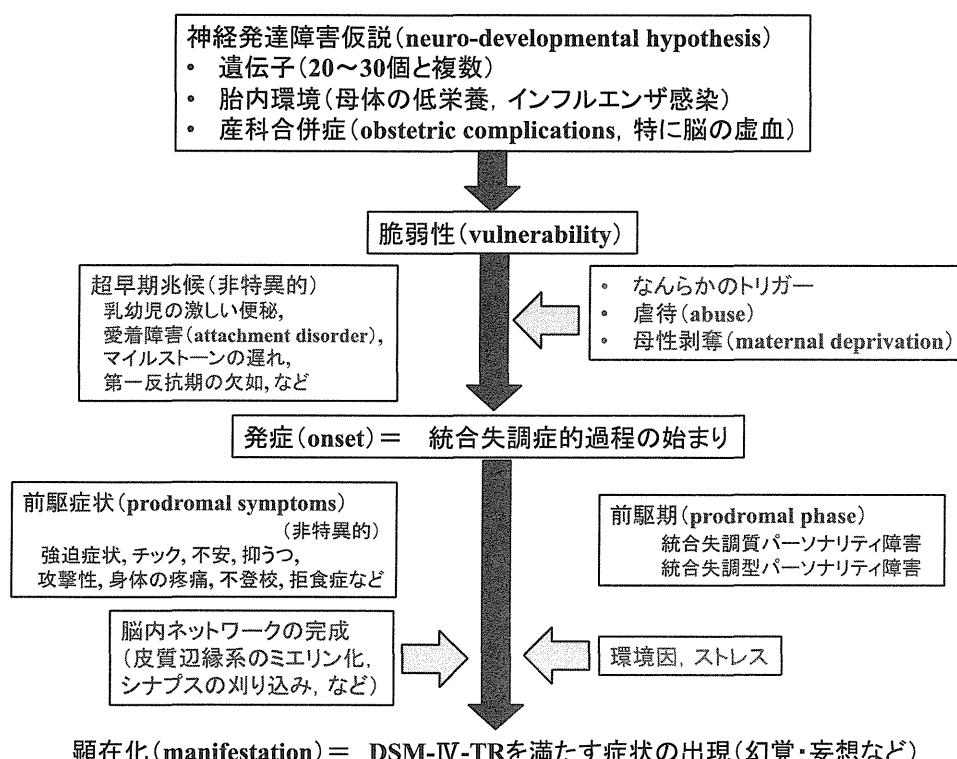
#### 障害理解へのチェックリスト

- 広汎性発達障害との関係について歴史的な背景を含めて理解している
- 陽性症状が子どもでは成人と異なり特有の表現になることを知っている
- 前駆症状として頻度の多いものを知っている
- 病因は生物学的要因を中心に多因子であることを理解している
- 必要に応じてBPRSなどで症状の重症度評価ができる
- 子どもでは、特に発症初期に双極性障害との鑑別が困難であることを知っている
- 失調型（質）パーソナリティ障害が前駆期に相当することを知っている
- 子どもでは明確な幻覚・妄想の欠如のために診断が困難なことを理解している。

- 治療は成人のそれに準じて第二世代抗精神病薬が中心であることを知っている
- 第二世代抗精神病薬で子どもに多い副作用が代謝に関連することを知っている
- 様々な介入をしても改善が得られない場合に入院治療に向けたマネージメントができる

### 障害理解のための自由ノート

統合失調症の展開について<sup>3)</sup>



### 研修レベルを評価するために

#### 研修初級（研修 beginner）：

統合失調症が子どもでも発症することは知っているが診断には自信がない。子どもが幻聴あるいは幻聴様の訴えをすると統合失調症の初発ではないかと考えうろたえる。しかし抗精神病薬を処方するのには躊躇し、上級医に相談をすることはできる。子どもと成人は同じ診断基準をもとに統合失調症を診断することは知っており、それにも関わらず両者で症状やその表出の仕方が異なることは知っている。

統合失調症が成人のそれと同様に、生物学的な要因を基盤に発症することは理解できている。成人では一卵性双生児の一一致率が 50%強程度であることを知っていて、環境因も発症に関与することは理解できている。治療には第二世代抗精神病薬であることを知っている。

### **研修中級（研修 proper）：目安：外来主治医経験 3 例程度、入院主治医経験 1 例程度**

中学生の年代になれば失調型（質）パーソナリティ障害に相当する子どもがいることをしっていて、診断することもできる。彼らに対する治療的アプローチも恐々ではあるが行った経験を持っている。子どもの統合失調症の治療経験が数例あり、親への治療・教育的アプローチに大きな労力を要することも知っている。子どもであっても、発症から間もない新鮮な時期での初診なのか、かなり時間が経ってしまってからの初診なのか、いわゆる罹病期間に大きな差があることに気づいている。

入院症例での主治医の経験もしている。その際に疾病教育や環境調整以外にも病棟内の集団活動などについて配慮し、治療にも利用できる。

### **研修上級（研修 master）：目安：外来主治医経験 10 例程度、入院主治医経験 3 例程度**

生育歴が従来の神経症圏のそれとは異なることが少しづつ理解できている。そのため不安症状などを主訴に受診した子どもを診察した際に、確定的とは言えないまでも前駆期を疑い、統合失調症に発展する危険性を感じることができる。幻聴や幻聴様の訴えをする子どもをみても、病態が重くなければ薬物療法をせずに精神療法的アプローチを続けることができる。治療では、第二世代抗精神病薬のいくつかを自由に使うことができ、副作用についても熟知している。発症初期の親の動揺をある程度、緩和する術を身に着けており、親子に付き合う覚悟を自覚することができる。入院が必要な症例では、治療経過をある程度見通すことができる。

病因は多因子であることを理解した上で、各症例によって脆弱性や発症に関わる要因が異なることを理解し指摘することができる。

### **参考文献**

- 1) Arango C, et al. Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. Schizophr Bull 2008; 34: 341-353.
- 2) 松本英夫. 児童期に発症した精神分裂病に関する臨床的研究. 精神経誌 1988; 90: 414-435.
- 3) 松本英夫. I. 統合失調症 1. 概念・症候学・診断基準と病因仮説. 松本英夫・飯田順三（責任編集）. 子どもの診療シリーズ 8 子どもの精神病性障害 - 統合失調症と双極性障害を中心に -. 東京. 中山書店 ; 2009 : 2-18.

### **推薦図書**

1. 松本英夫, 飯田順三（責任編集）: 子どもの診療シリーズ 8 子どもの精神病性障害 - 統合失調症と双極性障害を中心に -. 東京. 中山書店 ; 2009
2. 山崎晃資 他編集: 現代児童青年精神医学. 東京. 永井書店 ; 2002

## II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

### 7) 摂食障害

#### 障害の要約

摂食障害は、青年期中期から後期の女子に多くみられる食行動異常を主症状とする疾患である（男女比は約1:10）。近年増加傾向であり、発症年齢の幅も拡がっており、小学生年齢の低年齢や結婚後などより高い年齢での発症例もみられるようになっている。

DSM-IV-TR<sup>1)</sup>による診断は、正常体重の最低限の維持の拒否を主徴とする神経性無食欲症(AN)と、むちや食いエピソードの繰り返しとそれに付随する代償行動を主徴とする神経性大食症(BN)に大別され、ともに体型と体重の認知の障害が特徴である（詳細は後述）。かつてはANが主体であったが、1980年代前後からBNが増加しており、近年の海外の報告では女性の有病率はAN0.3～1%<sup>2)</sup>、BN1～1.5%<sup>3)</sup>である。本邦でも同様と推定されるが、摂食障害患者は医療機関に訪れないことが多いことや、病型が移行する例が多いことから、正確な有病率は把握しにくい。児童期においては、拒食とやせが主症状であるが、肥満恐怖や身体イメージの障害などの定型的な症状を表出しない例が多く、成人例に比べて無茶食いや盗食などの食行動異常が少ないとされる<sup>4)</sup>。

病因は特定されておらず、生物学的脆弱性、心理的脆弱性および文化社会的影響などさまざまな要因が複合的に関与して発症すると考えられている。発症契機もさまざまであり、患者自身の葛藤や低い自己評価への対処行動としてのダイエットから食行動異常に発展し、その後の飢餓状態から種々の生理的・精神的変化が生じて悪循環的に摂食障害が維持されると考えられる。

栄養障害があるにもかかわらず、患者自身の病識が乏しく活動的であるため、周囲からは日常生活に支障がないように見えることが多い。そのため周囲が身体的危機状態を看過し、身体的危機状態に陥ってからようやく医療機関を受診することも少なくない。また摂食障害自体の症状である食行動異常に加え、不安や抑うつなど他の精神症状や、自傷行為や家庭内暴力、万引きなどの行動上の問題など多彩な併存症を伴い、治療の標的症候群が経過中に変遷することも多い。

#### 基本的治療技法

摂食障害の治療は、内科治療と精神科治療を患者の状態に合わせて行う。脱水や栄養障害、電解質異常などの身体的危機状況においては、内科治療が優先される。精神科治療は特異的なものではなく、ANとBNでエビデンスも異なり、実際は個々の患者背景、病態に応じて多角的に治療技法を組み合わせて行うことが必要である。

(以下、ANのエビデンス度 / BNのエビデンス度で記載)

身体的治療 A<sup>-</sup> / B 心理教育 B / B

行動療法（オペラント条件付け技法） B / B 認知行動療法 B / A<sup>-</sup>

対人関係療法 B / A<sup>-</sup> 家族療法 B / B 集団療法 B / B

### 障害理解へのチェックリスト

- 摂食障害の診断は、症状により AN と BN に大別されることを知っている
- 摂食障害は症状が変遷して病型が移行することを知っている
- 児童期では BN より AN が多く、症状が非定型的であることが多いことを知っている
- 摂食障害には、他の精神症状や行動上の問題が高率に併存することを知っている
- 栄養障害時における身体的変化、合併症を理解している
- 飢餓状態において、食行動異常や情緒的変化など摂食障害と同様の症状が起こりうることを知っている
- 患者背景の違いに応じて、多角的な治療計画を立てる必要があることを理解している
- 身体的危機状態に対する入院治療、食行動異常や併存する精神症状に対する入院治療の適応を理解している
- 摂食障害はしばしば生命の危機を及ぼす身体状態に陥る可能性があり、身体的治療が優先されることが多いことを理解している
- 再栄養症候群(refeeding syndrome)を理解している

### 障害理解のための自由ノート

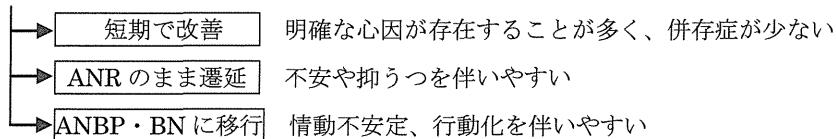
#### I. DSM-IV-TR<sup>1)</sup>による摂食障害の診断基準のまとめ

神経性 無食欲症 (AN)	A.正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否（期待される体重の 85%以下など）	病型	制限型(ANR) :
	B.体重が不足している場合でも、体重が増えることまたは肥満することに対する強い恐怖		規則的なむちや食い、排出行動（自己誘発嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸の誤った使用）がない。
	C.自分の体重や体型についての感じ方の障害：自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認		むちや食い/排出型(ANBP) :
	D.初経後の女性の場合は無月経（月経周期が連続して少なくとも 3 回欠如）		規則的なむちや食い、排出行動がある。
神経性 大食症 (BN)	A.むち食いエピソードのくり返し B.体重増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す（自己誘発嘔吐、下剤などの薬剤の誤った使用、絶食、過剰な運動） C.むちや食いおよび不適切な代償行動が少なくとも 3 ヶ月以上	病型	排出型(BNP) : 定期的な排出行動がある。

	<p>にわたり、平均週2回以上起こる。</p> <p>D.自己評価は体型および体重の影響を過剰に受ける。</p> <p>E.障害はANエピソードの期間中にのみ起こるものではない</p>	<p>非排出型(BNNP) :</p> <p>絶食または過剰な運動はあるが、定期的な排出行動はない。</p>
特定不能の 摂食障害 (EDNOS)	どの特定の摂食障害(AN,BN)の基準も満たさない摂食の障害	

## II. 児童思春期の摂食障害の一般的な経過

ANR (EDNOS でむちや食いや排出行動を伴わない) で発症



## III. 併存する精神疾患、行動上の問題

精神疾患	行動上の問題
気分障害（ただし飢餓状態の抑うつとは区別）	自傷行為、自殺企図
強迫性障害、社会不安障害などの不安障害	家庭内暴力
アルコールや薬物などの物質関連障害	万引き、性的逸脱行為など
パーソナリティ障害	
広汎性発達障害など	

## **研修レベルを評価するために**

### **研修初級（研修 beginner）：**

摂食障害は神経性無食欲症(AN)と神経性大食症(BN)に大別されること、不食が続くことによる重篤な栄養障害や、無茶食いや自己誘発嘔吐に伴う電解質異常などにより、生命に危機を生じる可能性がある疾患であることを知っている。また不安や抑うつなどの精神症状や、自傷行為や万引きなどの行動上の問題が併存する場合があることも知っている。疾患の原因を母子関係の問題などの家族病理に求めがちであり、治療に際しては「手のかかる疾患」と感じて躊躇がみられる。

### **研修中級（研修 proper）： 目安：外来主治医経験 5 例程度、入院主治医経験 2 例程度**

身体的危機状態を判断して、患者の内科治療の必要性を判断できる。また摂食障害の患者背景は多様であることを理解して、摂食障害の病型の変化や精神科併存症を捉えることができる。それにより内科治療あるいは精神科治療の入院適応を判断できる。

患者や家族に対して心理教育を行い、患者の治療動機を高め、家族の協力体制を作るよう配慮する。AN 患者に対する行動療法(オペラント条件づけ技法)のプログラムを作り、同時に体重増加のみにとらわれない精神療法を意識して行うようになる。但し食行動異常や体重値に目が奪われるがちである。ANBP や BN の患者に対して、食行動異常やさまざまな行動上の問題に向き合い、治療動機を持てるように意識して対応する。但し患者の行動化には治療者として辟易としがちで、枠付けの名の下に患者にとって管理的な接し方となりがちである。

### **研修上級（研修 master）： 目安：外来主治医経験 10 例程度、入院主治医経験 5 例程度**

内科治療と精神科治療のバランスを考えて、治療に取り組むようになる。個々の患者の食行動異常と併存する精神症状や行動上の問題、パーソナリティ傾向について多角的に評価できるようになる。心理教育、支持的精神療法、行動療法、認知行動療法、対人関係療法などの精神療法の特徴を知り、個々の患者に対して各療法の適応を考えて行うようになる。また、家族に加え、患者の所属する学校や職場などの環境調整を行うことができる。患者の状態によっては、自助グループや家族会などの医療機関以外の治療資源の利用も考慮する等、長期経過を意識した精神科治療を組み立てることができる。

## **参考文献**

- 1) American Psychiatric Association : DSM - IV - TR 精神疾患の診断・統計マニュアル
- 2) Hoek HW , van Hoeken D. : Review of the prevalence and correlates of eating disorders. International Journal of Eating Disorder.2003; 34: 383-396
- 3) Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC : the prevalence and correlates of

eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry 2007; 61, 348-358

- 4) 傳田健三：子どもの摂食障害—拒食と過食の心理と治療—、新興医学出版社、2008

#### 推薦図書

1. 下坂幸三(2001)：摂食障害治療のこつ、金剛出版
2. 厚生労働科学研究（こども家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班(2005)：思春期やせ症の診断と治療ガイド、文光堂
3. 切池信夫(2009)：摂食障害—食べない、食べられない、食べたら止まらない、医学書院
4. 西園マーハ文編(2010):専門医のための精神科臨床リュミエール28「摂食障害の治療」、中山書店

## II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

### 8) 強迫性障害

#### 障害の要約

強迫症状とは、不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくることである強迫観念と、ある行動に驅り立てられて、それを行わないと気が済まないことである強迫行為とに分けられる。強迫行為に関しては「繰り返し手を洗う」といった平均的な行動よりも行動量が増えている場合と、「汚い場所は触らない」といった平均的な行動よりも行動量が減っている場合とがある。子どもにおいては、発達過程にみられる正常の範疇に属する強迫から強迫性障害とされる強迫までスペクトラムとして理解することが可能であり、児童期にみられる正常レベルの強迫は子どもが発達するために経過しなければならない課題ともいえる側面を持っている<sup>1)</sup>。よって「それが悩ましく、長時間続き、社会活動を害していること」をもって障害と特定している。

児童期発症 OCD と成人期発症 OCD の有病率は、それぞれ 1~2.3%、1.9~3.3% と似た値となっている<sup>2)</sup>。児童期発症 OCD に限ると、発症年齢は 10 歳前後と報告しているものが多い。ただし児童期発症 OCD と成人期発症 OCD との区分はそれほど明確ではなく、思春期前の子どもにおいて大人の特徴を有していることも多分にあるため、このサブタイプ分けは未だ十分な検証がなされているとは言い切れない部分もある。児童期発症 OCD と成人期発症 OCD の境界線は、強迫症状の出現が思春期の前であるか、後であるかで区別されている。OCD 患者の男女比は、思春期を境に男性優位から女性優位へと移行していく。思春期までの男女比は 2-3 : 1 の比率であり<sup>3)</sup>、思春期とそれ以後ではその比率は逆転し、男女比は 1 : 1.35 である<sup>4)</sup>。男児の方が女児に比べ多い特徴としては、チック障害の併存が高い、疾患への遺伝子の関与する割合が高いといったことが挙げられる。

#### 基本的治療技法

認知行動療法 A<sup>+</sup>

薬物療法 A<sup>=</sup>

力動的個人精神療法 C

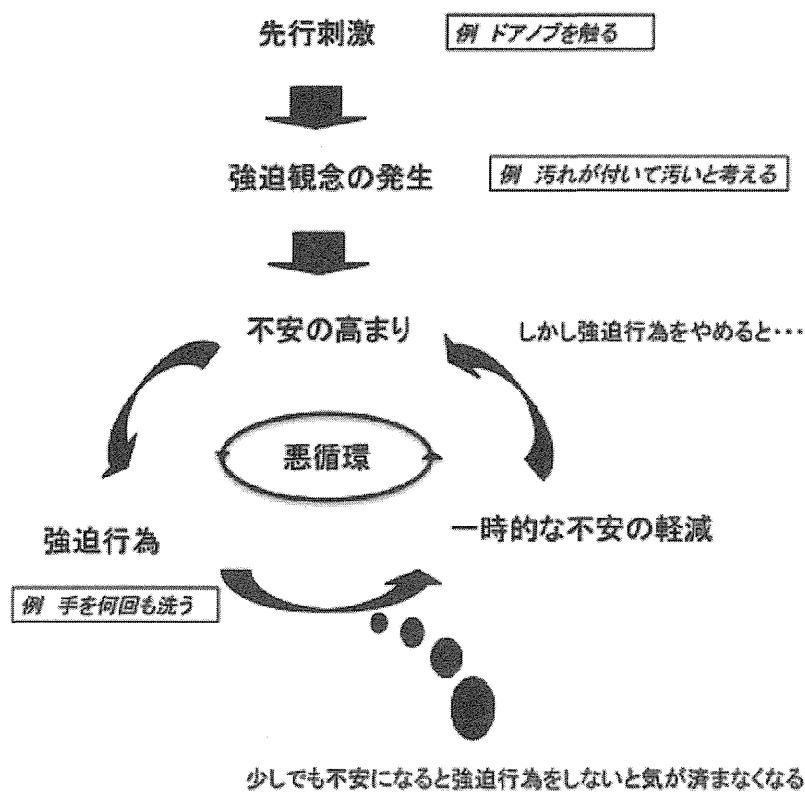
#### 障害理解へのチェックリスト

- 症状を強迫観念と強迫行為とに分類できる
- 広汎性発達障害 (PDD) のこだわり行動や複雑性チックとの鑑別が念頭にある
- 必要に応じて CY-BOCS<sup>5)</sup> や NIMH-OCGS などで症状の重症度評価ができる
- 強迫症状の行動療法的症状形成モデルが理解できている
- 生物学的要因と心理学的要因とが関係しあった障害だと理解できてる
- 子どもの OCD ではしばしば症状に対して「自我異和的」でないことを知っている
- 子どもの OCD では自身の強迫症状に他者を巻き込むことが多いことを知っている
- 子どもの OCD ではチック障害や注意欠如多動性障害の併存が多いことを知っている
- 認知行動療法が最も効果的であり、次いで薬物療法の順であること<sup>6)</sup>を知っている

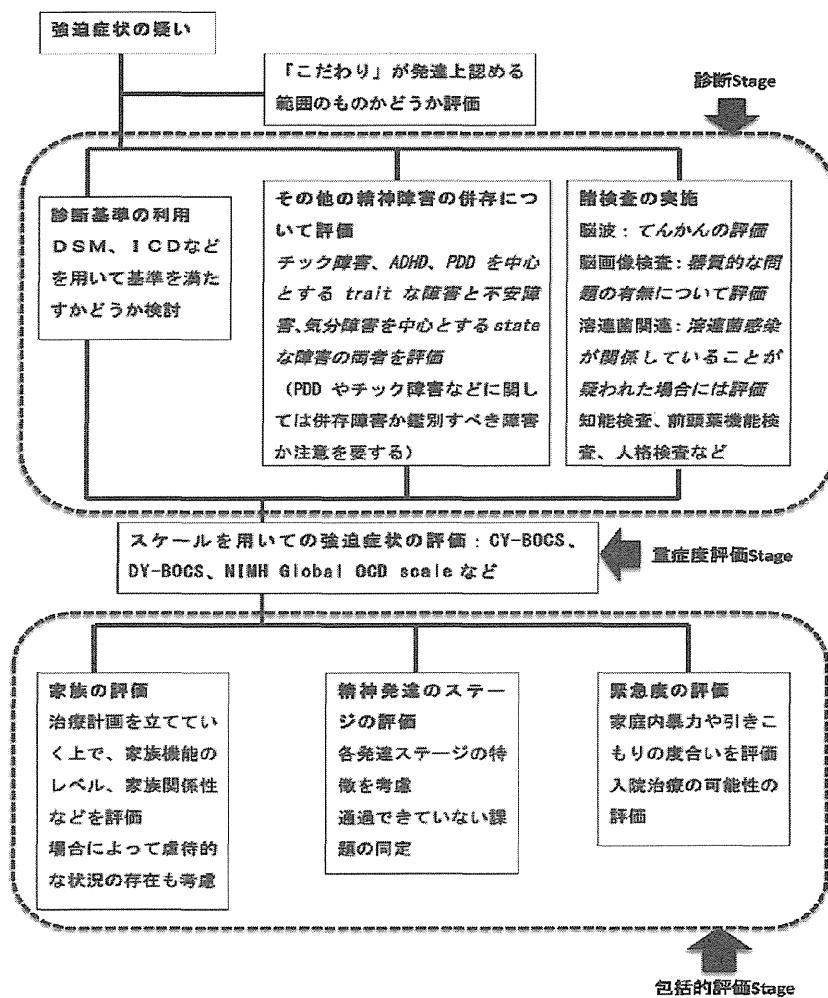
- 薬物療法としては選択的セロトニン再取り込み阻害薬が中心であることを理解している
- 強迫症状から始まって絡み合った家族病理を状況に応じて評価できる
- 様々な介入をしても改善が見られない場合に入院治療に向けたマネジメントができる

### 障害理解のための自由ノート

#### 行動療法的症状形成モデルについて



## 強迫症状を評価するために



## 研修レベルを評価するために

### 研修初級（研修 beginner）：

OCDという障害が概念的には理解できている。強迫症状についてたずねられると「やりたくないのに何度も同じ行動をしてしまうこと」と答えることはできる。しかしPDDの常同行動やトゥレット障害の複雑性チック症状、統合失調症の自生思考などとは何が違うのかと問われると黙ってしまう。成人のOCDと児童思春期のOCDとの相違についてはあまり知らない。

全体に統合失調症や気分障害に比べると「軽症」な障害であると理解しており、基本的には選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の投与でよく反応し、治療していくところを信じている。認知行動療法については教科書的には理解しているので、患者からた

すねられると「認知を変えていくことが大事です」と答えるが、実際にはどうやっていいのか実は分からぬ。

**研修中級（研修 proper）：** 目安：外来主治医経験 5 例程度、入院主治医経験 1 例程度

SSRIの投与だけでは改善しない症例を何例か経験している。そのためOCDに関する情報を教科書や文献などで複数回収集している。児童思春期のOCDでは成人のOCDとは異なる特徴を呈することを知っている。常同行動や複雑性チックとの鑑別が難しい場合が時折あることが理解できているので、そのあたりについては多少念入りに情報聴取している。

印象としては決して軽症な障害ではないという実感を有している。薬物治療に関してはSSRIに加え、抗精神病薬や気分安定薬の併用を何度か経験している。認知行動療法に関しても少し勉強が必要と感じており、改めて成書などでの学習を試みている。

入院ケースでの主治医の経験も有しており、外来での治療に限界があることを理解している。入院ケースでは認知行動療法以外にも家族への介入や、病棟内の集団活動などを治療に用いたりしている。

**研修上級（研修 master）：** 目安：外来主治医経験 10 例以上、入院主治医経験 3 例程度

関連する障害（PDDやトウレット障害、注意欠如多動性障害など）への理解も深まっている。OCDに関してはそれなりの苦労も経験しており、重症例の紹介を受けると気の乗らない感覚を自身の中に多少感じる。症状の評価に関してはどうしてもはつきりしない部分があることをよく理解しているので、改めて症状評価尺度などを導入しできる限り客観的に評価することをこころがけている。

外来初診者数でみるとあまり多くはないが、入院患者の中ではかなりの難治例患者が多いことがよく知っており、児童思春期精神医療の中核的な障害でないかとさえ感じてきている。そのため認知行動療法だけでなく、家族療法的観点や場合によっては力動的発達論なども考慮に入れた視点を持つべきだと思ったりもする。認知行動療法に関しては数冊の成書を読破しており、本人や家族に図解したりしながら丁寧に説明ができる。当初に比べると困ったら薬物増量とは考えなくなつておらず、よく考えつつ投薬を行う傾向にある。

入院が必要なケースなどでは、常にある程度の見通しを持って対応している。外来患者への入院治療の導入や、入院患者への退院設定など、数歩先のイメージを多少家族に提供できる。