

参考文献

- 1) Adams, P. (1973) : Obsessive children ; A sociopsychiatric study. New York, Brunner/Mazel. (山田真理子, 山下景子訳(1983) : 強迫的な子どもたち. 東京, 星和書店.)
- 2) Robins L, Helzer J, Crougham J, et al. The NIMH Epidemiological Catchment Area study. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-389
- 3) Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, et al. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. Am J Psychiatry 1992; 149 (9): 1244-1251
- 4) Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. Aust N Z J Psychiatry 1995; 29 (1) : 114-117
- 5) Sciahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, et al: Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. J. Am. Acad. Psychiatry 1997; 36(6): 844-852
- 6) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. JAMA 2004; 292 (16): 1969-1976

推薦図書

1. John S. March, Karen Mulle (1998): OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual. Guilford (原井宏明, 岡嶋美代訳 (2008) : 認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム—OCDをやっつけろ!. 岩崎学術出版)
2. 飯倉康郎 (1999) : 強迫性障害の治療ガイド. 二瓶社
3. 成田善弘 (2002) : 強迫性障害—病態と治療. 医学書院
4. 田村浩二 (2003) : 実体験に基づく強迫性障害克服の鉄則35. 文芸社
5. 飯倉康郎 (2005) : 強迫性障害の行動療法. 金剛出版
6. 広沢正孝、広沢郁子 (2005) : 現代の子どもと強迫性障害. 岩崎学術出版社
7. 原田誠一 (2006) : 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版

II-1) 子どもの心の診療にみられる各病態

9) チック障害・習癖

障害の要約

チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声であると定義されている。チックは不随意運動とされるが、部分的には随意的抑制が可能であり、半随意と考えられる¹⁾。最もよく知られた運動チックは目をパチパチッとさせる瞬きであろう。身体疾患がないのに咳払いや鼻鳴らしを繰り返すことも比較的よく認められる音声チックである。これらの典型的な特徴を有する単純チックに比べて、やや持続時間が長くて目的を持って行っているように見えるチックがあり、複雑チックと呼ばれる。特異的な複雑音声チックとしては罵りの言葉や卑猥な言葉を言ってしまうコプロラリア（汚言症）が有名である。

子どもの 10~20%がチックを有することがあるとされるが、多くの場合は持続期間が短い。チックで定義される症候群がチック障害であり、持続期間が 1 年未満であると、一過性チック障害とされる。1 年以上であると慢性となり、中でも多様性の運動チックと 1 つ以上の音声チックを有する場合にトゥレット症候群となる。トゥレット症候群の症状としてコプロラリアが有名であるが、必ずしも必須の症状ではない。

習癖とは、繰り返されることで身について固定された行動である²⁾。狭義の習癖としては指しやぶり、爪かみ、抜毛癖がよく知られているが、広義には、睡眠の問題（睡眠驚愕障害：夜驚症、睡眠時遊行症：夢中遊行症など）、食事に関する問題（過食、異食など）、排泄に関する問題（遺尿症、遺糞症など）、言語上の問題（吃音症、選択性緘默など）までも含む。

チックや様々な習癖は、発達の過程で認められて、併発する場合が少なくない。これらは長らく“心因性”であり、親の育て方などに問題があるとされていたが、神経系の発達に対応した好発年齢があること、しばしば素因が関与することなどから、子ども側の生物学的要因の関与が大きいと考えられるようになった³⁾。そういう点でもチックと習癖には共通性がある。

基本的治療技法

薬物療法 A- 認知行動療法 A- 家族ガイダンス及び心理教育 B
環境調整 B

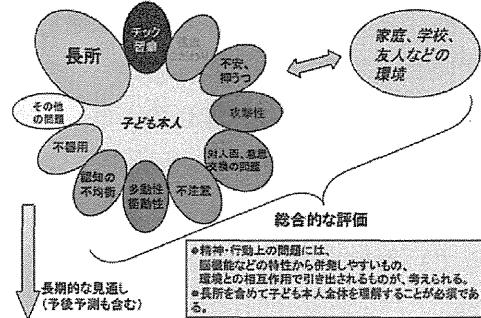
障害理解へのチェックリスト

- チックには、運動チックと音声チックがあり、それぞれが単純チックと複雑チックにわかかれると知っている。
- チックには、チックをせずにはいられないという抵抗しがたい感覚（前駆衝動）⁴⁾が伴うことがあると知っている。

- チックは自然の経過で変動しやすいと同時に、心理的な影響でしばしば変動することを理解している。
- 必要に応じて YGTSS⁵⁾などを用いてチックの重症度が評価できる。
- チック障害に強迫性障害（OCD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）をしばしば併発する⁶⁾と知っている。
- チック障害に伴う強迫症状には“まさにぴったり”しないと気がすまないという特徴があると知っている。
- 指しやぶりは幼児期に、爪かみは学童期に、抜毛癖は学童期から思春期に多いという発達的な特徴を理解している。
- 抜毛癖は年齢によって異なり、年齢が上がると抜いていけないと思うほど抜いてしまう傾向が目立つことを知っている。
- 選択性緘默には非言語的なコミュニケーションを求める場合とそうでない場合もあることを理解している。
- チックまたは習癖と併発症状を総合的に評価して治療の優先順位を立てることができる。
- チックまたは習癖は“心因性”ではないが心理的な影響を受けるという特徴を本人や家族などに説明することができる。
- チックに対する薬物療法としては少量の抗精神病薬から開始することが最もエビデンスがある⁷⁾と知っている。
- チックや抜毛癖に対してハビットリバーサルを中心とする認知行動療法がしばしば有効である^{8,9)}と知っている。

障害理解のための自由ノート

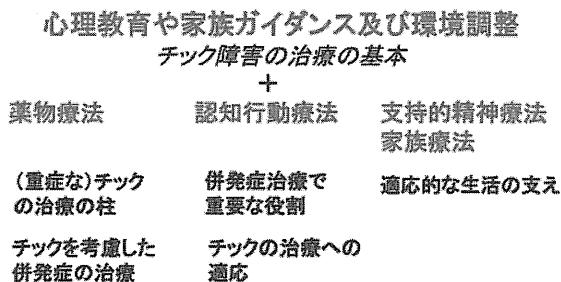
チックや習癖を有する子どもの包括的把握



チック障害の併発症の広がり

高率に併発する疾患	
●強迫性障害(obsessive-compulsive disorder: OCD)	
●注意欠如・多動性障害(attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD)	
●学習障害(learning disabilities: LD)	
習癖や強迫スペクトラム障害に含まれる疾患	
●吃音症	●分離不安障害
●拔毛癖	●パニック障害
●身体醜形障害	●その他の不安障害
●摂食障害	●気分障害
●自閉症スペクトラム障害(autism spectrum disorders: ASD)	●睡眠障害
その他疾患、症状	
●“怒り発作”	

チック障害の治療の基本的な構成



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

チックや習癖に関する総説や書籍に目を通したことがある。チックや習癖の主な症状を列挙することができる。チックや習癖について、「たかが」と思われるがちであるが「されど」見逃せない問題であることを知識としては理解している。生物学的要因の関与が大きいと同時に、家庭や学校などの環境からの影響を受けやすいこと、チックや習癖そのものだけでなく併発症や本人の自己評価などに配慮すべきであることも同様に理解している。しかし、重症な症例や複雑な症例を体験したことがなく、実感を伴ってはいない。また、複雑チックと強迫行為との鑑別点について知識を持っていても、“まさにぴったり”感覚のために実際には鑑別が容易ではないことは十分に理解できていない。チックに対する主な薬物療法について知っていても、実際の使用経験はまだない。

研修中級（研修 proper）：

チックを有する患者を数名以上経験しており、そのうち少なくとも 1 名は、トウレット症候群を含めた慢性のチック障害である。習癖が主訴でなくてもその有無を確認することが身についており、チックや習癖との親和性から患者を見なおすことができる。

チックや習癖を有する場合に、OCD、ADHD、自閉症スペクトラム障害などとの関連について検討して診断を深めることができる。

チックや習癖をどのように理解してどのように対応しているかについて一般的な記載を参考にして本人や家族などに心理教育や家族ガイダンスを行うことができる。

チックに対する薬物療法の必要性を判断して、アリピプラゾールやリスペリドンなどの抗精神病薬を少量から開始して治療を行うことを経験している。その際に、薬物の効果と副作用を説明して、チックのよりよい対応の助けになるとの理解を促すことができる。

研修上級（研修 master）：

激しいチックを有するトウレット症候群患者を 1 名は経験している。同時に、チックは軽症でも、抜毛癖を含めた習癖、強迫症状、ADHD 症状など多様な問題を併せ持つ複雑な症例も経験している。

複雑な症例が薬物療法を要する場合に、その軸となる抗精神病薬を定め、治療の優先順位に沿って、セロトニン再取り込み阻害薬、ADHD 治療薬などを順次組み合わせて治療できる。その際に、各々の薬物の効果と副作用を適切に説明することによって、本人や家族の疾患に対する包括的な理解を促して、治療がより円滑に進むようになる。

チックや習癖には生物学的要因の関与が大きいとの前提に立ち、症状の維持・増悪に影響している可能性のある家族関係の調整に取り組むことができる。その際には、本人や家族が、こだわりやすさ、行ってはいけないとむしろ行ってしまう傾向などをしばしば有することに配慮できる。チックや習癖に伴う他児からのいじめや学校での不適応が生じた場合に適切に介入できると同時に、その予防のために周囲に理解を促すことについて本人や家族に助言できる。

ハビットリバーサルやリラクセーションの基本的な知識を有しており、本人のチックや習癖に対する認識にからそれらが活用できると判断したら、状態に合わせた助言ができる。

参考文献

- 1) 金生由紀子. トウレット障害～「不随意」と「随意」の間～. 加藤忠史編. 精神の脳科学. 東京: 東京大学出版会, 2008: pp35-69.
- 2) 金生由紀子. 子どもの習癖異常. こころの科学増刊: こころの医学事典, 2010: 313-24.
- 3) Swain JE, Scahill L, Lombroso PJ, King RA, Leckman JF. Tourette syndrome and

- tic disorders: a decade of progress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):947-68
- 4) Leckman JF, Walker DE, Cohen DJ. Premonitory urges in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(1): 98-102.
 - 5) Inoko K, Nishizono-Maher A, Tani S, Kano Y, Kishimoto J, Hayakawa N, Honjo S, Kasahara M, Saito K, Ishii K, Osawa M. Reliability and Validity of a Japanese Version of the Yale Global Tic Severity Scale: A Preliminary Study. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; Suppl.47: 38-48.
 - 6) 金生由紀子. 小児のトウレット障害（2）その併存症. *小児の精神と神経* 2008; 48: 318-325.
 - 7) Scahill L, Erenberg G, Berlin CM Jr, Budman C, Coffey BJ, Jankovic J, Kiessling L, King RA, Kurlan R, Lang A, Mink J, Murphy T, Zinner S, Walkup J; Tourette Syndrome Association Medical Advisory Board: Practice Committee. Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx* 2006; 3: 192-206.
 - 8) Piacentini J, Woods DW, Scahill L, Wilhelm S, Peterson AL, Chang S, Ginsburg GS, Deckersbach T, Dziura J, Levi-Pearl S, Walkup JT. Behavior therapy for children with Tourette disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 303(19): 1929-37.
 - 9) Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Pittenger C, Leckman JF, Coric V. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2007; 62(8):839-46.

推薦図書

1. 金生由紀子, 高木道人監修: トウレット症候群(チック)一脳と心と発達を解くひとつの鍵一心のライブラリー(7), 星和書店, 2002.
2. 日本トウレット協会(編集): チックをする子にはわけがある—トウレット症候群の正しい理解と対応のために, 大月書店, 2003.
3. 飯田順三(編), 岡崎祐士 他(監修): 習癖異常 子どもの困ったくせ. こころの科学 130, 2006.
4. 金生 由紀子, 宮倉 久里江(編集): 子どものチックとこだわり. こころのりんしょう a・la・carte 27(1), 2008.
5. 星加 明徳(監修): チックとトウレット症候群がよくわかる本. 講談社, 2010.

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

10) 睡眠関連障害

障害の要約

一般人口を対象とした調査によれば、日本成人の 21.4%が不眠の訴えをもち、14.9%が日中の眠気に悩み 6.3%が寝酒あるいは睡眠薬を常用していることが報告されている。睡眠障害は、うつ病などの精神疾患だけでなく糖尿病や高血圧といった生活習慣病などとも密接な関係があり、併存症状であるとともに発症の危険因子である。こうしたことから近年になって睡眠障害に対する認識が高まり、適切な診断・治療が必要であると考えられるようになった。小児においても成人と同様に、睡眠状態の悪化が身体面および精神面に影響を及ぼすことが知られているが、成人と比較してまだ睡眠障害に対する認識が充分であるとはいえない。小児の睡眠は発達段階によって変化すること、小児の睡眠障害は成人と異なる病状を示すことなどから、睡眠障害が認識されにくいことがその理由として考えられる。したがって児童精神科臨床の中においても多くの子どもの睡眠の問題が見過ごされている可能性がある。睡眠障害国際分類 第2版 (The International Classification of Sleep Disorders Second Edition:ICSD-2) では睡眠障害を 1.不眠症 2.睡眠呼吸障害 3.中枢性過眠症 4.概日リズム障害 5.睡眠随伴症 (パラソムニア) 6.睡眠関連運動障害 7.単独の諸症状・正常範囲内と思われる異型症状・未解決の諸症状、8.その他に分けている。

基本的治療技法

薬物療法 高照度光療法

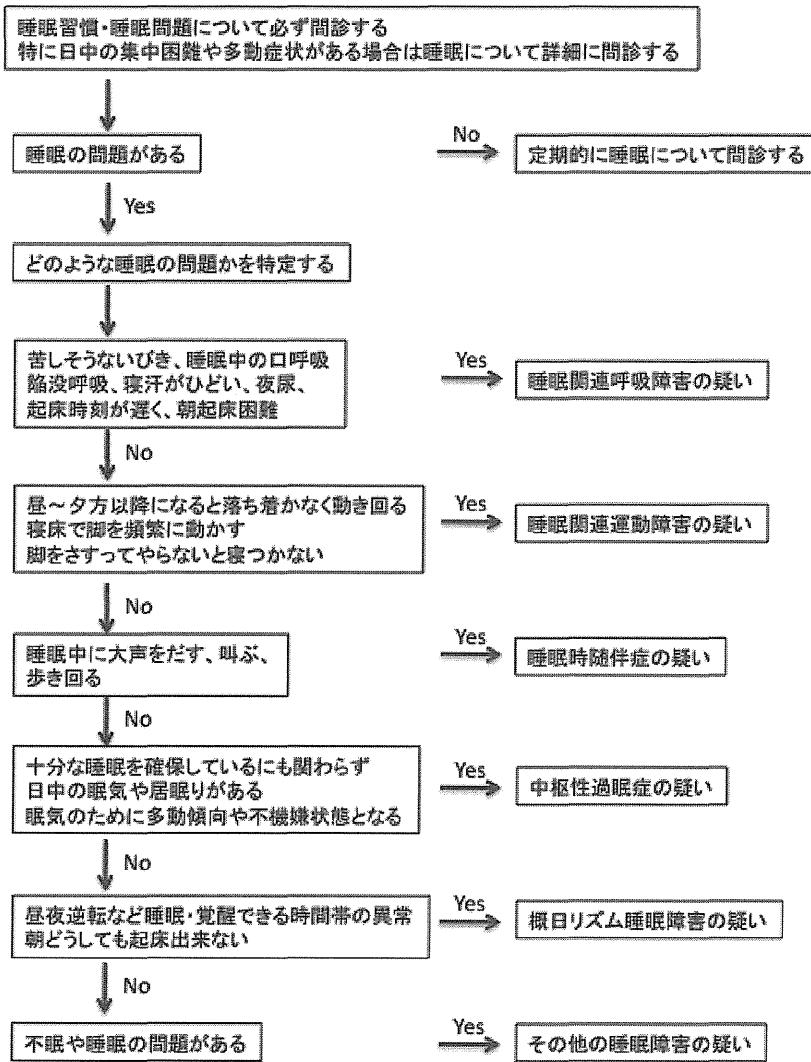
その他の治療 (SASにおける扁桃腺摘出術、口腔内装置など)

障害理解へのチェックリスト

- 我が国の小児の睡眠の現状についての基本知識がある
- 小児期の睡眠が身体および行動面に与える影響についての知識がある
- 小児の睡眠障害についての検査法についての知識がある
- 睡眠時無呼吸症候群 (SAS;Sleep Apnea Syndrome) の(成人/小児)の診断基準について知っている
- ナルコレプシーの診断基準について知っている
- ナルコレプシーの薬物療法についての知識がある
- むずむず脚症候 (RLS:Restless Legs Syndrome) の診断基準 (成人/小児) について知っている
- むずむず脚症候 (RLS:Restless Legs Syndrome) の薬物治療に関する知識がある
- 睡眠関連運動障害の診断および治療についての知識がある
- 睡眠覚醒リズム障害についての診断および治療についての知識がある

障害理解のための自由ノート

小児睡眠障害のスクリーニングガイドライン



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

各年代の睡眠脳波から睡眠段階の判定ができる。睡眠障害と聞いて何となくそのイメージはつくが、小児の睡眠障害についての治療経験がない。International Classification of Sleep Disorders Second Edition (ICSD-2) (睡眠障害国際分類 第2版) についての存在は知っているものの、その内容についてまでは知らない。睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班が推奨する「睡眠障害対処 12 の指針」などを参考にして不眠を訴える患者についての適切な生活指導が可能である。睡眠障害を判定する検査 (PSG:

PolySomnoGraphy,MSLT: Multiple Sleep Latency Test)についてその存在は知っているが実際の経験はない。

研修中級（研修 proper）：

ICSD-2に記載されている疾患についての知識をおおよそイメージできる。自他覚症状がはっきりとしている睡眠障害については、評価・診断・治療が可能である。その上で適切な専門機関への紹介が可能である。発達障害児に睡眠障害を合併することが多いことを治療者自身が自覚し診療にあたっている。PSG や MSLT の検査経験があり、判読がされているものであれば、その後の治療方針がおおよそ頭に浮かぶ。簡易ポリグラフィー (PG) についての利点・欠点についても知っている。ナルコレプシー、むずむず脚症候群 (RLS:Restless Legs Syndrome)、睡眠時無呼吸症候群 (SAS;Sleep Apnea Syndrome) を診断したことがあるものの、一人で診断をするには自信がない。パラソムニアについての診断、治療についてはある程度の自信がある。睡眠障害についての薬物治療についての知識を一通りもつ。

研修上級（研修 master）：

自覚症状がはっきりしない子どもの睡眠障害の評価・診断・治療ができる。成人と小児の睡眠障害についての差異を理解している。小児の RLS,SAS の診断・治療についてまだまだ課題が多いことを自覚しており、迷いながらも過去の文献を参考にしながら臨床を行うことができる。PSG や MSLT の RawData の判読ができるものの、小児にこのような検査を行い判定することの限界点についての知見も持ち合わせている。概日リズム睡眠障害の高照度光療法、時間療法についての治療経験を持つ。（思春期以降の患者に対して）ラメルテオン（商品名：ロゼレム）を適切に使用することができる。

参考文献

- 1) Sinha, D. & Guilleminault, C. Sleep disordered breathing in children. Indian J Med Res 131, 311–320 (2010).
- 2) Picchietti, M.A. & Picchietti, D.L. Advances in pediatric restless legs syndrome: Iron, genetics, diagnosis and treatment. Sleep Med 11, 643–651 (2010).
- 3) Konofal, E., Lecendreux, M. & Cortese, S. Sleep and ADHD. Sleep Med (2010).doi:10.1016/j.sleep.2010.02.012
- 4) Owens, J.A. A clinical overview of sleep and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 18, 92–102 (2009).

- 5) Hoshino, Y., Watanabe, H., Yashima, Y., Kaneko, M. & Kumashiro, H. An investigation on sleep disturbance of autistic children. *Folia psychiatria et neurologica japonica* 38, 45–51 (1984).
- 6) Corkum, P., Tannock, R. & Moldofsky, H. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37, 637–646 (1998).
- 7) Goodlin-Jones, B. et al. Six-month persistence of sleep problems in young children with autism, developmental delay, and typical development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48, 847–854 (2009).
- 8) 星野 恭子 , 【子どもの睡眠】日本の子どもの睡眠事情. 保健の科学 51, 43–48 (2009).
- 9) Kaneita, Y. et al. Insomnia among Japanese adolescents: a nationwide representative survey. *Sleep* 29, 1543–1550 (2006).
- 10) Peterson, P.C. & Husain, A.M. Pediatric narcolepsy. *Brain Dev* 30, 609–623 (2008).

推薦図書

1. 米国睡眠医学会 睡眠障害国際分類: 診断とコードの手引. 296 (2010).
2. 日本睡眠学会.臨床睡眠検査マニュアル.226 (ライフサイエンス : 2006)
3. 睡眠障害の対応と治療ガイドライン研究会.睡眠障害の対応と治療ガイドライン.269 (じほう.2002)
4. 前垣 義弘.実践小児脳波入門—日常診療に役立つ脳波アトラス.164 (永井書店.2007)
5. Ivanenko, A. Sleep and psychiatric disorders in children and adolescents. 432 (Informa HealthCare: 2008).
6. Mindell, J.A. & Owens, J.A. A Clinical Guide to Pediatric Sleep. 352 (2009).
7. Stephen H. Sheldon DO. Principles and practice of pediatric sleep medicine. 368(Saunders.2005)

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

11) パーソナリティ障害

障害の要約

パーソナリティ障害というカテゴリーが精神科臨床のなかに入ってきたのはDSM-III(1080)からである。それまで、もっぱらK.Schneiderの精神病質という概念が流布していた。そこでは、正常から逸脱した変異、つまり精神疾患の壇外の様態と考えられていた。それだけに、古い世代の精神科医には、今なおそうした考えをもった人が少なくない。

DSM診断体系によると、パーソナリティ障害の様態は、認知、感情性、対人関係、衝動制御において、一般的に期待されるより著しく偏った内的体験および行動様式をもち、それが長年続いていること、生活全般に及んで生活の破綻をきたしていることだとされている。いわば、Pathological、Persistence、Pervasiveの3Pは基本的要因である。

一般に、ひきこもり(年齢相応の社会参加の欠如)、ないしは繰り返される対人関係でのトラブルがある、家庭内暴力、過食、過量服薬、物質乱用、性依存的行動、あるいは、犯罪に代表される触法行為といった行動障害が前面に出ることが多いが、忘れてならないのは、反社会性パーソナリティ障害など一部を除いて、それらが疎外感、慘めさ、屈折感、怒り、自責感などの内的な不安焦燥、葛藤などの内的な苦悩を伴っていることである。

児童青年期の子どもでは、彼らの存在そのものが親がかりなため、ともすれば状況反応的(適応障害的)な様相を呈しやすいので、18歳以下では少なくとも1年以上は同じ状態が続いていることが診断の要件とされている。

診断に際して注意すべきは、思春期青年期になって浮上してくる発達障害(ADHD、広汎性発達障害等)との鑑別である。しばしば、誤診の原因となる。発達障害では、詳細な生活史の聴取で幼児期から学童期にかけて何らかの異常があって親子関係が歪になっているものだが、本障害では比較的従順な親子関係の様相を呈していたことで鑑別される。

基本的治療技法

認知行動療法非常に C 薬物療法 C 力動的個人精神療法 C

未開拓な領域なだけに、いわゆるエビデンスに基づいた基準を示すことができない。

障害理解へのチェックリスト

- パーソナリティ障害の概念を説明できる
- パーソナリティ障害と発達障害の違いを説明できる
- I 軸診断の背後にパーソナリティ障害が隠れていることを知っている
- パーソナリティ障害に対する大方の薬物療法を説明できる
- 見捨てられる不安を認定し、説明できる
- 多衝動性障害を認定し、説明できる
- 自己愛性噴怒を認定し、説明できる
- 誇大的自己を認定し、説明でき
- ひきこもりの種々を鑑別し、説明できる
- 自閉の心理を読み込むことができる
- 同調性、一体化の心理を読み込むことができる

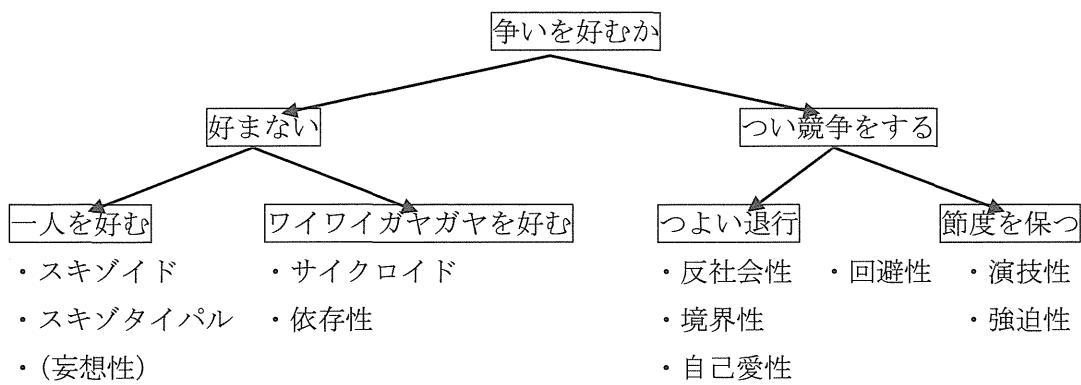
障害理解のための自由ノート

成人でのパーソナリティ障害の、一般人口での発症率は、10～13%とされるが、精神科通院中の患者の30～50%、入院患者の15%は診断基準を満たすとされているが、児童青年期ケースではエビデンスはない。

通常、パーソナリティ障害の人は、I 軸診断、不安障害、気分障害（うつ病）、身体表現性障害、解離障害などをもって受診することがほとんどで、そうしたいわゆる精神疾患の背後に隠れたこの障害を感じ取る能力が求められることを知っておく必要がある。

次いで、現代的なパーソナリティ障害の分類は、古典的な精神病質に加えて、精神医学の歴史の中であきらかにされた病前性格、E. Kretschmer のスキゾイド（失調病質）、サイクロイド（循環病質）、さらには精神分析が構造化したヒステリー（演技性）性格、強迫性格、さらには20世紀後半になって解明された境界性、自己愛性パーソナリティといった境界水準の病態が並列して作成されたものである。それだけに、それぞれの古典的パーソナリティがどのような構造をもったものかを理解しておくことは、臨床的活動を進める上で重要である。

その上で、以下のときフローチャートを使用した診断を考えておくと全体を構想しやすいであろう。



ここで必要なのは、症状の把握と心理の読み取りである。境界性パーソナリティ障害では、複数の衝動行為の他に「見捨てられる不安」という心理が鍵疑念になっているし、自己愛性パーソナリティ障害では、自己愛的噴怒、誇大自己といった心理が読めないことは診断はつかない。同じように、スキゾイドの診断では自閉の心理を、サイクロイドの診断では同調性、一体化の心理を読み込む必要がある。

治療については、ベテランでも苦労していることが多い。この際、留意しておきたいのは、パーソナリティ障害と呼ばれるほどの人では、社会性、自己表現、コミュニケーション能力がひどく低下していることである。したがって、治療的手技の基本は、社会的場面でそうした能力の発達に如何に支援をいくかにある。なお、薬物療法に関しては、軽い不安には抗不安薬を。うつ症状に対してはSSRIを使用することもあるが、パーソナリティ障害を基盤して起こっている状態に対しては、非定型抗精神病薬の使用が中心となる。時に、バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピンなどの抗けいれん薬を使用する。

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

臨床場面で、パーソナリティ障害というカテゴリーがあり、それはI軸診断の精神疾患に関連した諸症状を訴える背景に隠れていることが多いことを知っている。さらに、過食、手首自傷を始めとする自傷行為、過量服薬、物質乱用、家庭内暴力など、多衝動性障害が前面に出ているケースではパーソナリティ障害を疑うことができる。

その際、発達障害にも近似した諸症状を呈することのあることを知っている。

そして、パーソナリティ障害の薬物療法では、抗不安薬よりも、非定型抗精神病薬が中心になることを知っている。

研修中級（研修 proper）：

種々の苦訴をもって受診したケースの背後に、パーソナリティ障害が隠れていることの嗅覚をもつことができるまでになっている。ことに、未熟型と呼ばれる境界性、自己愛性、

回避性パーソナリティ障害といった最近の類型に対する診断的対応が出来るようになっている。つまり、ある程度は、その存在を確かめるべく見捨てられる不安、自己愛性噴怒、といった心理を認定し、他の特徴の存在を確かめる努力をすることができる。そして、多衝動性障害をもつケースでは、境界性パーソナリティ障害だけではなしに、スキゾタイプル、サイクロタイプル（非定型な双極性障害）にも生じることを知っている。あるいは発達障害とパーソナリティ障害との鑑別をある程度はできる。

そして、薬物療法では、非定型抗精神病薬を中心とした処方箋を出すことができる。

研修上級（研修 master）：

臨床場面で、I軸診断の背後にパーソナリティ障害が隠れてはいないかの目配りができるようになっている。そして、最近の華々しい境界性、自己愛性、あるいは回避性パーソナリティ障害だけではなしに、精神病の病前性格であるスキゾイド、サイクロイドをめぐるパーソナリティ障害があり、さらには神経症水準のパーソナリティ障害（強迫性、演技性）もまたあることを知っている。さらには、各パーソナリティ障害の大分の類型的な諸特徴を知っていて、臨床的にその鑑別上の努力をしてみるだけの姿勢をもっている。

治療的には、薬物療法では自信をもって非定型抗精神病薬を使用することができる。そして、社会的技能の指導が有用であることを知っていて、ある程度は現在の生活指導的な治療態度をもつことができる。

参考文献

- 1) Beck, A., Freeman, A. : Cognitive Therapy and Personality Disorders. Guilford Press, New York, 1990. (井上和臣監訳：人格障害の認知療法、岩崎学術出版、1997.)
- 2) Gabbard, G. O. : Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice Vol. 3, American Psychiatric Press, Washington, 1994. (館哲朗監訳：精神力動的精神医学③. 岩崎学術出版、東京、1997.)
- 3) Gunderson, J. G. : Borderline Personality Disorder; A Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington, 2001. (黒田章史訳：境界性パーソナリティ障害－クリニックルガイド. 金剛出版、2006.)
- 4) 市橋秀夫編：精神科臨床ニューアプローチ5. パーソナリティ障害・摂食障害. Medical View、東京、2006.
- 5) Kernberg, O. F. : Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Jason Aronson, New York, 1975.
- 6) Kohut, H. : The Analysis of Self; A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. Hogarth Press, London, 1971. (水野信義・笠原嘉監訳：自己の分析)
- 7) Kretschmer, E : Koerperbau und Charakter. Springer-Verlag, 1955. (相場均訳：体

- 格と性格. 光文堂、東京、1960.)
- 8) Phillips, K. A., Gunderson, J. G. : Personality Disorders. In Essentials of Clinical Psychiatry III Edition (Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. ed). American Psychiatric Press, Washington, 1999.
 - 9) Schneider, K. : Klinische Psychopathologie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.
(平井静也、鹿子木敏範訳：臨床精神病理学、光文堂、1965.)
 - 10) 牛島定信編：境界性パーソナリティ障害：日本版ガイドライン. 今剛出版、東京、2008.
 - 11) 牛島定信：パーソナリティ障害. 専門医をめざす人の精神医学-III版（山内俊雄、小島卓也、倉知正佳、鹿島晴男編）. P506-514、医学書院、東京、2011.
 - 12) 牛島定信：現代のパーソナリティ障害. 講談社現代新書、2012 (印刷中).

推薦図書

- 1. Allen, JG, Fonagy P: Handbook of Mentalization-Based Treatment. Wiley-Blackwell, 2006 (狩野力八郎監訳『メンタライゼーション・ハンドブック—MBTの基礎と臨床』岩崎学術出版社 2011)
- 2. Derkzen, J. : Personality Disorder ; Clinical & Social Perspectives. John Wiley & Son, New York, 1995.
- 3. 福島章、町沢静夫、大野裕編：人格障害. 金剛出版、東京、1995.
- 4. Guntrip, H. : Schizoid Phenomena Object-Relations and the Self. Hogarth Press, London, 1968.
- 5. Horowitz, M. J. (ed) : Hysterical Personality. Jason Aronson, New York, 1977.
- 6. Millon, T. : Disorders of Personality DSM-IVTM and Beyond. Wiley-Interscience Press, New York, 1996.
- 7. Linehan, M. M. : Skills Training Manual for the Treating Borderline Personality Disorder. Gilford Press, New York, 1993. (小野和哉監訳：弁証法的行動療法実践マニュアル. 今剛出版、2007.)
- 8. Sperry, L. : Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders. Routledge, 2003. (近藤喬一、増茂尚志監訳：パーソナリティの診断と治療ハンドブック、金剛出版、2012.)
- 9. Williams, N. M. : Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. Guilford Press, New York, 1994. (成田善弘監訳：パーソナリティ障害の診断と治療. 創元社、大阪、2005.)

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

12) 心身症

障害の要約

- ✓ 心理的ストレスによって様々な身体症状が現れることはよく知られている。日本心身医学会によると心身症は、『身体疾患のうちその発症と経過に心理社会的因素が密接に関与し、器質的ないしは機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし、神経症やうつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される（1991）。』と定義されている。
- ✓ 心身症は疾患カテゴリーであり、小児では起立性調節障害、慢性頭痛、過敏性腸症候群、摂食障害、心因性頻尿などが多い。
- ✓ ストレス反応は、ストレス負荷量がそれに対する処理能力を越えたときに生じ、その反応に行動化（問題行動）と心身症がある。
- ✓ 心理的ストレスには、急性ストレス、日常的にくり返す慢性ストレスがある（後述）。
- ✓ ストレス対処能力（コーピング）には合理化、言語化などがあるが、子どもでは未発達で感情を抑圧しやすい。
- ✓ ストレス対処を高めるソーシャルサポート（家族、地域社会支援など）機能が不充分であれば容易に心身症を発症するので、その評価は重要である。
- ✓ 成人では心理社会的背景との関係が比較的明瞭で特定の臓器に質的病変や機能的障害が出現する特徴があるが、小児では不明確である。
- ✓ 心身症は、自律神経系、内分泌系、免疫系などを介して、器質的病変や機能的障害を生ずるが、後者の方が頻度が高く一般的医学検査では異常を認めにくい。往々にして過剰な検査を施したり、逆に未検査のままに不適切な治療になりやすい。
- ✓ 小児心身症の診療を支援するため、日本小児心身医学会ガイドライン集があり、起立性調節障害、不登校、神経性無食欲症、くり返す子どもの痛みの診療指針が収載されている。
- ✓

基本的治療技法

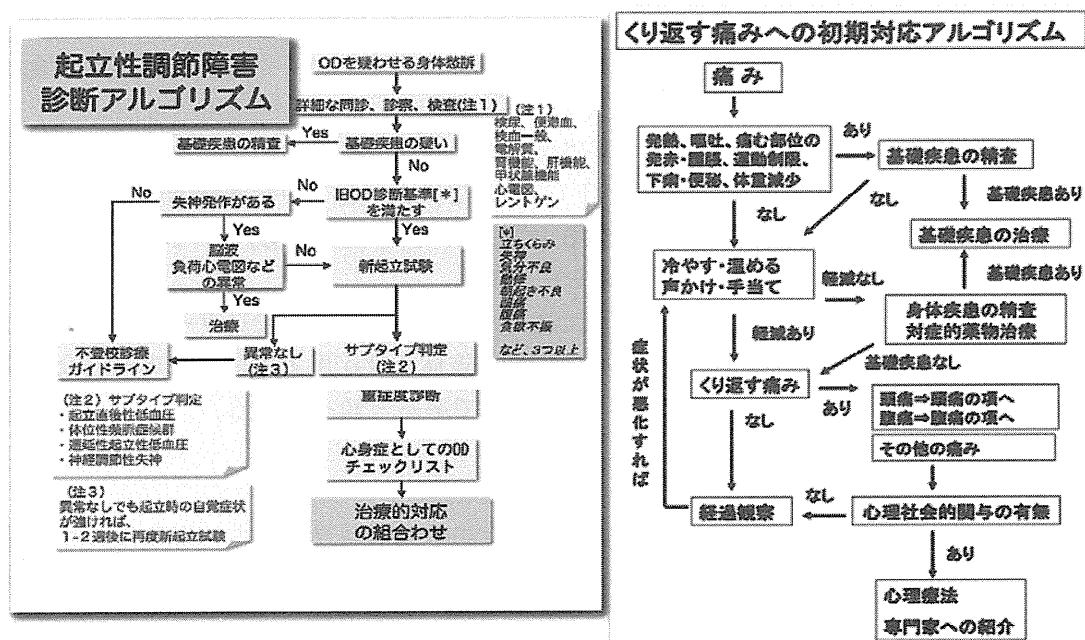
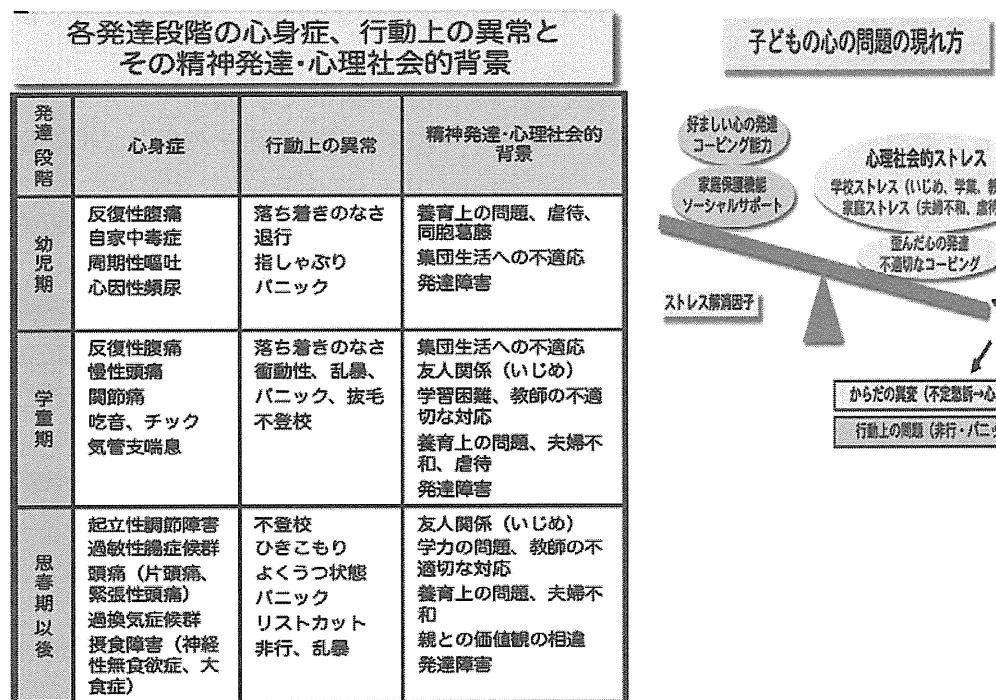
起立性調節障害の非薬物療法 B 起立性調節障害の薬物療法 B
神経性無食欲症の薬物療法 C 頭痛・腹痛の薬物療法 A⁺（海外では）

障害理解へのチェックリスト

- 各種心身症の症状を説明できる
- 鑑別すべき身体疾患と該当検査ができる
- 心身症の心理社会的因素を熟知し、程度を評価できる
- 子どもへの面接方法を習熟している
- 心身症の標準的治療に習熟している
- 保護者への介入方法を習熟している

- 教育・福祉機関との連携方法とタイミングに習熟している

障害理解のための自由ノート



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

- ✓ 不定愁訴の診たてができる（初発症状が不定愁訴の身体疾患を診断する事ができる）
 - ①全身倦怠感をきたす身体疾患、失神を生ずる身体疾患を列挙し、検査を含めて初期診断ができる。
 - ②微熱を生ずる身体疾患を列挙し、検査を含めて初期診断ができる。
- ✓ 摂食障害を鑑別するために、食欲不振、体重減少を生ずる身体疾患を列挙し、検査を含めて鑑別診断できる。
- ✓ 頭痛を起こす重篤な身体疾患、腹痛を起こす重篤な身体疾患を列挙し、検査を含めて初期診断ができる。
- ✓ 上記のような様々な身体症状を伴う患者の診療において、これまでに日本小児心身医学会ガイドライン集（心身症 GL）を使用したことがある。ガイドライン集には、起立性調節障害（OD）、不登校、神経性無食欲症、くり返す頭痛や腹痛が掲載されていることを知っていて、診察室に常備して該当患者ではよく参考にしている。
- ✓ 医療面接において心理社会的背景を明らかにするための質問項目を列挙できて、信頼関係を損なわないように聴取できる。

研修中級（研修 proper）：

- ✓ 身体症状を伴う患者、あるいは心身症患者への診療や対応に、自分一人でも不安がなくなった。
- ✓ このような患者には心身症 GL を参考に診療を行っており、ほぼ自由自在に使いこなせるようになった。その結果、精神科医でありながら患者の身体症状に対しても、「身体の病気の事はわからないなあ」などの不安を覚えることが少ない。中等症の神経性無食欲症の入院治療を複数、経験している。
- ✓ 不定愁訴の患者の診療で非常に重篤な基礎疾患に出会って肝を冷やした経験（神経疾患（脳腫瘍による頭痛、OD 症状、食欲低下）、内分泌代謝疾患（甲状腺機能亢進による動悸や発汗、糖尿病による多飲）、循環器疾患（心筋症による慢性疲労））が 1～2 回あり、不定愁訴を軽く考えてはいけないと実感している。
- ✓ 心身症 GL を使いこなしているが、それに従った診療でも改善しないケースを数多く知っている。心身症 GL は初期診療のためであり、重症心身症患者ではより専門的な身体機能異常への治療と強力な心理社会的介入が必要であると知っている。

研修上級（研修 master）：

- ✓ 1 年以上にわたり継続診療している難治性心身症患者を複数受け持ち、悪化の心身相関の機序を理解し、その対応ができる。例えば、不登校児の約半数は OD を併発し難治性になっているが、その機序として、OD→朝起き不良、入眠困難→睡眠リズム障害→欠席の長期化→社会からの孤立・親からの圧力→新たな心理社会的要因の発生→自律神経機能の悪化→OD の悪化、という悪循環を理解し、適切な介入を行っている。
- ✓ 入院期間が長い難治性神経性無食欲症患者の診療経験がある。精神症状に対して病棟看護士、心理士を含めたチーム医療によって患児と家族へのサポートを実施できる。また

医療チームのスキルアップ教育を実施できる。

- ✓ 必要に応じて教育機関や福祉行政などの連携を行い、社会資源を効果的に利用できる
- ✓ 上記の専門的診療支援のために、院内診療マニュアルを整備している。
- ✓ 日本小児心身医学会編の専門医向けガイドラインを利用している。

参考文献 推薦図書

1. 小児心身医学会ガイドライン集：日常診療に活かす4つのガイドライン 日本小児心身医学会編 南江堂 2009年 東京
2. 子どもの心の診療入門 斎藤万比古 編
3. Japanese Clinical Guidelines for Child Orthostatic Dysregulation Ver.1 Ped Internat 2009; 51:169-179
4. 自律神経機能検査法。日本自律神経学会編 第3版、文光堂、2000
5. 子どもの心身症ガイドブック。Pp80-89, 小林陽之助編 中央法規出版 2004年
6. American Psychiatric Association 「 Eating Disorders」 『 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. (DSM-IV)』 American Psychiatric Association、539-550,1994.
7. Bryant-Waugh R: Overview of the eating disorders: Lask B, Bryant-Waugh R(eds),Anorexia Nervosa and eating disorders in childhood and adolescence 2nd ed. Psychology Press, East Sussex, 2000;27-40
8. APA: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders(revision). Am J Psychiatry 157 (1)suppl.:1-39,2000.
9. Stellefson E.J. : Winning the War Within: Nutrition Therapy for Clients with AN or BN, Lake Dallas: Helm Publishing. 1999
10. 『起立性調節障害の子どもの正しい理解と対応』 田中英高著 中央法規出版 2009年
11. 小児科臨床ピクシス 起立性調節障害 総編集 五十嵐隆、専門編集 田中英高 中山書店 東京 2009年
12. 『起立性調節障害の子どもの日常生活サポートブック』 田中英高著 中央法規出版 2010年
13. Dahlquist, LM & Switkin, MC 第12章 慢性反復性疼痛 p 180-196,マイケル・C・ロバーツ編,奥山真紀子,丸光恵監訳,小児医療心理学,エルゼビアジャパン,2007 .
14. Blount, RL, Pira, T., & Cohen, LL 第13章 小児の医療処置における痛みと苦痛のマネージメント, p 197-212,マイケル・C・ロバーツ編,奥山真紀子,丸光恵監訳,小児医療心理学,エルゼビアジャパン,2007 .
15. 英国小児医学・保健学会編著 片田範子監訳：子どもの痛みーその予防とコントロール,日本看護協会出版会,東京,2000.
16. <http://romecrierteria.org/>
17. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA et al.: Childhood functional gastrointestinal

- disorders: neonate/toddler. *Gastroenterol* 130:1519-26, 2006
- 18. Rasquin A, Lorenzo CD, Forbes D et al.: Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterol* 130:1527-37, 2006
 - 19. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The international classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalgia* 24(suppl.1): 1-160, 2004
 - 20. 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会訳:国際頭痛分類第2版 新訂増補日本語版. 医学書院, 東京, 2007
 - 21. 日本頭痛学会(編) : 慢性頭痛の診療ガイドライン, 医学書院, 東京, 2006
 - 22. Michelle M Ernst, Scott W Powers. Nonpharmacologic Treatment of Headache: Hidden Opportunities. Winner Lewis Rothner, *Headache in Children and Adolescents* Second Edition 255-281, BC Decker Inc, Hamilton, 2008