

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

13) PTSD 関連障害

障害の要約

トラウマ(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、非可逆性を伴つたものである。個人の対処能力に差異があるため、トラウマの定義は相対的なものにならざるを得ないが、DSM-IV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。一般の子どもたちの25~80%が何らかのトラウマを体験していると報告されており、身体外傷と同様にごくありふれたできごとである。

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大部分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。さらに、トラウマ体験後に症状を示す子どもは、その後の人生において新たなトラウマ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ことが判明している。

子どものトラウマを適切に評価するためには、保護者など周囲の大人からの情報収集に加えて、子ども自身からの聴取が不可欠であるといわれている。日頃から非侵襲的・非誘導的な面接技法を身につけておくことが必要である。トラウマ体験は子どもにとってそれまでの信頼を断ち切るような理不尽な出来事であり、自責感や恥の感情・無力感などの認知の歪みを引き起こしやすい。治療に際しては、子どもと保護者双方に対して、安心できる環境の保障や自己効力感の回復を目指すことが重要である。治療のあらゆる過程においてトラウマに関する心理教育が不可欠である。

基本的治療技法

トラウマ焦点化認知行動療法 A⁺ 薬物療法 B 力動的親子精神療法 A⁻

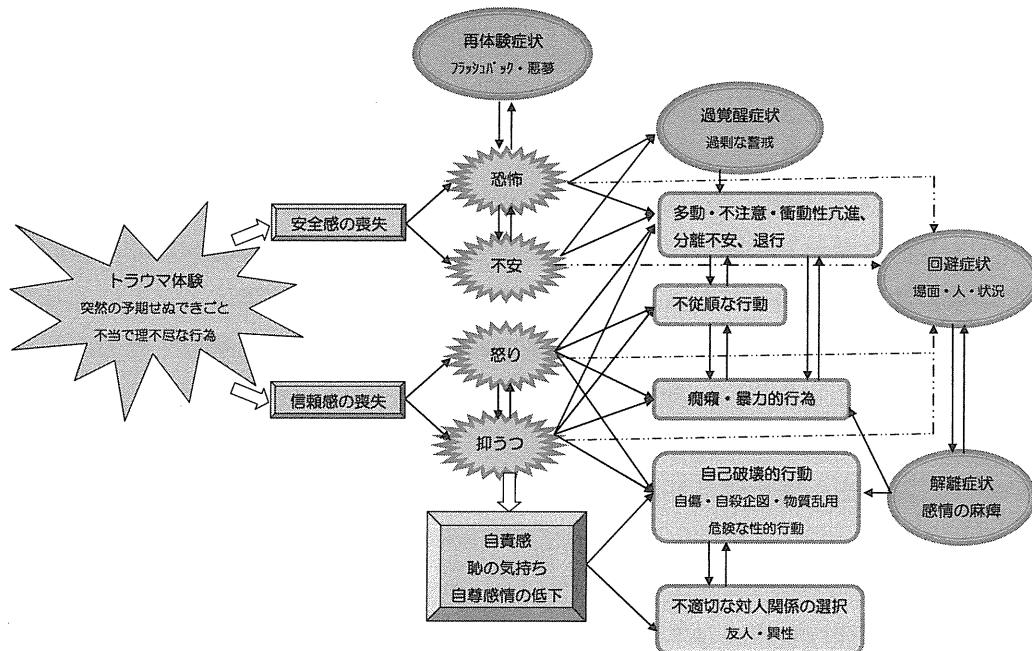
障害理解へのチェックリスト

- 子どもにとってどのような体験がトラウマとなりうるのかを知っている
- 子どものトラウマ体験が稀なものではないということを知っている
- 子どもの体験したトラウマ体験を見逃さずに適切に評価できる
- トラウマ体験によっておこるトラウマ反応について各年齢層における特性を知っている
- トラウマ体験が感情・認知・行動面にどのような長期的影響を与えるかを知っている

- トロウマ体験によって PTSD だけでなくさまざまな病態が引き起こされることを知っている
- トロウマを体験した子どもの面接において留意すべき点を理解している
- 子どものトロウマ治療において保護者の評価と協力が重要であることを理解している
- トロウマによって引き起こされる病態を適切に評価できる
- トロウマ焦点化認知行動療法の基本要素を知っている
- 心理教育の重要性を理解し、子どもと保護者に最低限の範囲で実施できる
- 症状の重篤度に応じて薬物療法を導入できる
- トロウマに付随して起こる家族の問題を適切に評価し対応できる

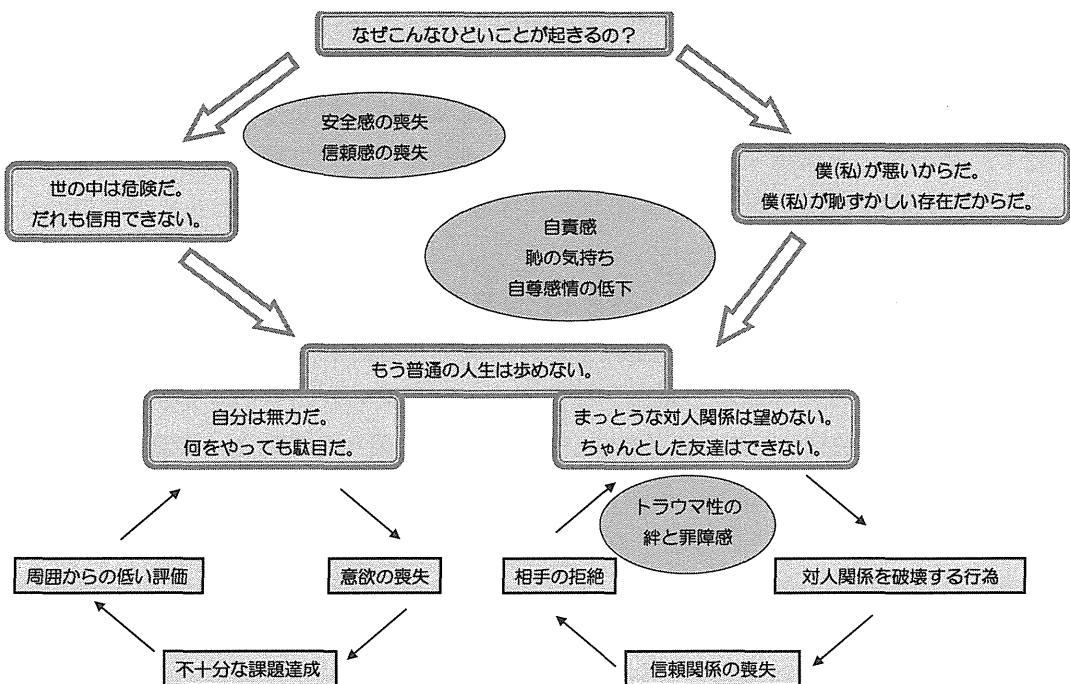
障害理解のための自由ノート

【トロウマによる感情・行動面への影響と症状形成】



(亀岡智美： 子どもの人格発達の障害. 中山書店, p 54)

【非機能的な認知の発展】



(亀岡智美： 子どもの人格発達の障害、中山書店、p 56)

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

一般の児童青年期精神科臨床で比較的対応が困難なケース（養育者が治療に拒否的な場合、養育者のパーソナリティに偏りが大きい場合、家族病理が重篤な場合、子どもの治療意欲が乏しく関係づくりが困難な場合など）において、何とか治療関係を維持し、子どもとのコミュニケーションを最低限継続できる。さらには、より望ましい治療関係を構築するために、限界を設定するなど、適切な治療関係に向けて努力しようとしている。

時系列が混乱した話し方・断片的な描写・児童青年の一見投げやりでいい加減な態度の裏に隠されている解離症状、自傷他害行為の際に認められる再演やフラッシュバックなどの再体験症状や解離症状について、最低1例でしっかりと同定できた経験を持つ。

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

児相で虐待と認定されているケースなど、第三者機関でトラウマ体験が明らかにされているケースの保護者・子ども本人との面接診察に際し、二次的ストレスを与えるような対応を回避できる。子ども本人からどのようなトラウマを体験し、現在どのような症状があるのかについて適切に聴取するために、信頼関係の構築や環境設定の工夫をしようとする。非侵襲的・非誘導的な面接法について、教科書の知識を慎重に実践しようと試みる。

トラウマと関連する症状を同定したら、そのケースの状況に応じて保護者や本人に説明し、心理教育ができる。適切な治療の枠組みを作るために、関係機関と継続的な連携体制を構築することが重要であることを理解しており、実践しようと努力することができる。それぞれのケースに応じて、持続する症状や重篤な症状に対して、十分な心理教育をしたうえで、薬物療法を実施することができる。入院治療ケースでは、衝動行為や自傷他害行為、その他の逸脱行為を適切にコントロールすることが重要であることを学んでいる。

研修上級（研修 master）： 目安：外来主治医経験 5 例以上、入院主治医経験 1 例程度

日常臨床において、トラウマ関連障害以外の診断がなされているケースの中にも、過去のトラウマが現在の精神症状の原因となっていると考えられるケースがあることに気づくことができる。ADHD などの発達障害や素行障害、自殺や自傷行為、解離や転換性症状などへの理解が深まって来ると、トラウマ関連障害が明確な境界を持つ概念ではなく、不均一な病態から構成されるということを実感するようになる。

トラウマ関連障害の治療において、子どもがトラウマ体験を語る、あるいは他の方法で表出した時に、動搖せず支持的に聴取することができる。心理教育と薬物療法以外に、リラクセーション法や認知の修正など、認知行動療法の要素を部分的に実践できる。自傷・他害などの重篤な症状を呈するケースについて、入院治療への導入の時期などを上級医と相談しながら検討することができる。

治療の全経過を通して、他機関との連携を維持し、医療の立場から適切な評価と見通しを伝えることが重要であることを理解し、ある程度実践できる。

参考文献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org , 2009.
- 2) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006.
- 3) Copeland WE, et al: Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. Arch Gen Psychiatry 64:577-584, 2007.
- 4) 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.
- 5) Lanius RA, Vermetten E, Pain C ed.: The Impact of Early Life Trauma on Health

- and Disease The Hidden Epidemic. Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- 6) National Institute for Clinical Excellence: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk, 2005.
 - 7) The National Child Traumatic Stress Network : Understanding Child Traumatic Stress. www.NCTSN.org , 2010.

推薦図書

- 1. van der Kolk, McFarlane AC, Lars Weisaeth: Traumatic Stress-The Effexts of Overwhilming Experience on Mind, Body, and Society. The Guilford Press, 1996.
(西澤哲訳：トラウマティック・ストレス-PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて. 誠信書房, 2001)
- 2. Donovan DM, McIntyre D:Healing the Hurt Child: A Developmental-Contextual Approach. WWNorton& CoInc, 1990. (西澤哲訳：トラウマをかかえた子どもたち-心の流れに沿った心理療法. 誠信書房, 2000)

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

14) 解離性障害・転換性障害

障害の要約

まず、解離という言葉は、①解離したその症状や状態、②その症状や状態を形成する心的機制、③症状によって形成される症候群である解離性（転換性）障害を示す場合に用いられている。文脈によってどの意味で使用されているのかしっかりと捉え、使用する際にはどの意味で用いるのかを明確にしておくべきである。すなわち、「解離」という心的機制は健康者にも催眠や熱狂状態として認められることがあり、「解離状態」「解離症状」は急性ストレス障害、心的外傷後ストレス障害、境界型パーソナリティ障害やその他の精神疾患に認められる。解離性（転換性）障害はこれらを除外した上で、解離症状が強度、時間、空間的に精神症状の前景を占め、そのために機能的、社会的、職業的に障害されている状態を指すことを理解しておく必要がある。

解離性（転換性）障害はその病態の捉え方、疾病分類における位置づけが操作的診断基準の中でさえ異なっている（下表）。ICD-10⁽¹⁾では解離症状と転換症状が同一患者に同時にあるいは交代で生じることがしばしば観察されることから解離性障害と転換性障害は同一の病理によるものと考えられて同じカテゴリーに属するが、DSM-IV⁽²⁾では症状の表現形における差異によって転換性障害は身体表現性障害の下位に位置づけられている。この相違はかつてヒステリーと呼ばれた病態概念の変遷、ヒステリーという語のもつスティグマや病因論を廃した DSM-III の成立などに関連している。しかし、解離についての捉え方は、ICD-10 では「過去の記憶、同一性と直接感覚の意識、身体運動のコントロールの間の正常な統合が部分的あるいは完全に失われること」と定義され、一方 DSM-IV では、「意識、記憶、同一性、または周囲の知覚についての通常は統合されている機能の破綻」と定義し、病態の捉え方には大きな差異はない。

表.DSM および ICD における解離性障害・転換性障害の位置づけ

| ICD-10 | DSM-IV |
|---|---------------------------------|
| 他の神経症性障害(F48) 離人・現実感喪失症候群(F48.1) | 解離性障害 離人症性障害(300.6) |
| 解離性(転換性)障害(F44) 解離性健忘(F44.0) 解離性遁走(F44.1) 解離性昏迷(F44.2) トランスクルーピング(憑依)障害(F44.3) ガンザー症候群(F44.80) 多重人格障害(F44.81) | 解離性健忘(300.12) 解離性とん走(300.13) |
| 混合性解離性(転換性)障害(F44.7) 解離性けいれん(F44.5) | 解離性同一性障害(300.14) |
| 解離性運動障害(F44.4) 解離性知覚麻痺および知覚[感覚]脱出(F44.6) | 身体表現性障害 転換性障害(300.11) |

| | |
|------------------------------|---------------|
| 身体表現性障害(F45) 身体化障害(F45.0) | 身体化障害(300.81) |
|------------------------------|---------------|

ICD-10 では解離性(転換性)障害の下位に解離性健忘、解離性遁走、解離性昏迷、トランスおよび憑依障害、解離性運動障害、解離性けいれん、解離性知覚麻痺および知覚[感覚]脱出、混合性解離性(転換性)障害を分類し、加えて他の解離性(転換性)障害として、ガンザー症候群および多重人格障害を位置づけている。一方、DSM-IV では解離性障害の下位に離人症性障害、解離性健忘、解離性とん走、解離性同一性障害を分類し、身体表現性障害の下位に転換性障害を分類している。

児童青年期の精神科臨床では、「心因性」疾患として例えば心因性視力障害、心因性聴力障害、心因性運動障害などを診ることがあるが、これらは ICD-10 では解離性運動障害や解離性運動障害に該当する。また「こっくりさん遊び」後のトランス及び憑依状態が報告されることもある。すなわち、児童青年患者に解離性(転換性)障害を診ることは稀ではない。吉田ら³⁾は児童思春期の解離性障害において解離性運動性障害は児童思春期全般にみられ、解離性けいれんが思春期中期から、解離性知覚麻痺および知覚脱出が前思春期に多いことを報告している。一般に解離しやすさ(解離傾性)は年少で高く、成人よりも児童は解離しやすいと考えられている。また、低年齢児では転換症状が多く、年齢が上がるに従って減少し、解離症状が増えるとされている。

一般に、解離(転換)症状は現れている症状と身体的所見の不一致、症状や訴えや検査結果の浮動性、状況反応性などによって気付かれ、その背景にみられる心理的要因を把握することが診断、治療をする上で求められる。このために患者の家庭や学校など社会的状況、それらの場での対人状況、またそうした事態への対処能力などを評価し、さらに言語化されにくい心的外傷の徵候を見落とさないことが必要である。このために丹念な面接を繰り返し要することが多い。

診断は前項に述べた ICD-10 あるいは DSM-IV-TR などの操作的診断基準に沿って行われる。しかし解離症状が先述した他の精神障害にも認められること、児童青年期の問題行動や逸脱行動の中にみられること、いわゆる「キレル」といった状態に共通する部分があることなどに留意して、慎重に診断する。また、青年期における解離(転換)症状が統合失調症、気分障害などの前駆症状や随伴症状として出現することがある。逆に、解離症状が統合失調症や双極性障害、転換症状が身体器質的な疾患、てんかんなどと誤診されることもあることに注意し鑑別診断を行う。さらに重要なことは、身体疾患との鑑別である。頭蓋内腫瘍、多発性硬化症、てんかん、神経変性疾患、ミトコンドリア病など進行性疾患や症状変動のある神経疾患を常に鑑別診断対象として経過観察し、疑いがあれば身体医学的検査を行うことが求められる。

ところで、幼児期から学童期における「想像上の仲間 imaginary companion(IC)」やトランス状態といった解離症状類似あるいは軽度の解離症状は健康な子どもにも認められ、それ自体を病的といえないことは多い。とはいえ、正常範囲の解離と病的な解離の位置づ

けについては、連続スペクトラムにあるという連続体仮説と、それらが異質であるとする類型学的モデルとの論争の結論はさておらず、折衷モデルも提案されている⁽⁴⁾。

解離性障害の一般人口における有病率は1～5%程度とされているが、児童思春期における有病率は明らかではない⁽⁵⁾。男女比は年齢が上がるとともに女性の比率が高くなり、青年期後期には成人の男女比（1:6～1:9）とほぼ同率となるとの報告がある⁽⁶⁾。

また、ICD-10では「解離性（転換性）障害」の成因について「起源において心因性であり、外傷的な出来事、解決しがたく耐えがたい問題、障害された対人関係と時期的に密接に関連している」と記しているが、本障害の成因の一つとして「心的外傷（トラウマ）」がしばしば取り上げられる。これは戦争、災害や犯罪、虐待などに遭遇した人の精神医学的、心理学的影響についての知見の蓄積による。特に米国における解離性同一性障害(DSM-IV)の患者に性的虐待歴が高いという多数の報告も影響している。しかし、わが国の状況は必ずしも同じではなく、岡野は母娘間の「関係性のストレス」の関与を述べている。ICD-10で述べる要因は、DSM-IVにおける心的外傷後ストレス障害のA基準を満たすような深刻な外傷体験と同じではない。児童青年期の解離性(転換性)障害にあっては「解決しがたく耐えがたい問題」や「障害された対人関係」との関連が多くみられる。これは顕著な心的外傷を排除するものではないが、出現した解離症状から直ちに深刻な外傷体験を探査しようとするような愚を犯してはならない。先述したように、症状の背景にある心理的要因を把握するための丁寧で細やかな面接が必要である。

スクリーニングには自記式の解離体験尺度(第2版)(Dissociative Experience Scale : DES-II)⁽⁷⁾がしばしば用いられ、DIS-Q(Dissociation Questionnaire)⁽⁸⁾も日本語化されている。DES-IIの青年期版(Adolescent Dissociative Experience Scale : A-DES-II)⁽⁶⁾⁽⁹⁾、さらに観察者による評価に基づく子ども版解離評価表(The Child Dissociative Checklist : CDC)⁽¹⁰⁾も作成されている。いずれの日本語版も臨床群とのカットオフはまだ決定されていない。

解離性(転換性)障害の治療に関してエビデンスのある治療法はないが、国際学会(International Society for the Study of Trauma and Dissociation)のガイドライン⁽¹¹⁾によれば治療の中心は精神療法であり、補助的に家族療法、催眠療法、薬物療法、芸術療法、集団療法を用いるとされている。臨床的には、症状アセスメントおよび診断の過程で症状の背景にある本人の困っている問題を推測、理解し、それを患者との関係の中で明確化しつつ、解離症状の適応的な側面や症状をもちらんこれまでやってこれを支持、評価していく⁽¹²⁾。家庭や学校での不適応が背景にある場合にはそれらの環境調整だけでも奏功することがある。また対人関係の問題をもつ場合には力動的精神療法や精神分析的精神療法が用いられることがある。児童期においては遊戯療法や芸術療法などの非言語的療法が適応となることが多い。健忘やとん走、けいれん、精神運動興奮などが見られる場合には抗精神病薬、気分変調や抑うつ気分に対して気分安定薬や抗うつ薬と共に抗不安薬などが患者の状態に応じて使用されることがある。

家庭内での虐待などが存在する症例では、患者の安全を確保することが最初に必要とな

り、児童相談所などと連携を図る必要が生じることもある。深刻な心的外傷が背景にある場合には、解離症状の安定化とともに心的外傷へのアプローチを考慮するが、解離症状が頻発するなかでは心的外傷を取り扱うことは勧められない。心的外傷に気づいていることを伝え、精神症状が落ち着いてからその問題を改めて取り扱うことを説明しておく。その上で解離症状がある程度コントロールされた段階で、心的外傷を取り扱う技法（トラウマ焦点化認知行動療法、EMDRなど）を用いる。また児童期青年期の解離性同一性障害の治療においては、交代人格に関してはそれを実態のあるものとして取り扱うのではなく患者の一部分として扱い、患者を幾つかの部分から成るのではなく全体として一人の人間として扱っていく態度が薦められる⁽⁶⁾。

基本的治療技法

支持的精神療法 力動的精神療法 トラウマ焦点化認知行動療法 EMDR 薬物療法など
(解離性障害そのものへの治療技法についてのエビデンスはない)

障害理解へのチェックリスト

- 「解離」という心的機制を簡単に説明できる。
- 解離性障害以外の解離症状を呈する疾患をあげることができる。
- 正常範囲の解離や解離の適応的な側面について理解している。
- 本人の訴え、行動から解離症状の存在を推測、把握することができる。
- 器質性疾患との鑑別を念頭におき、適宜必要な検査を施行し、結果を評価できる。
- 広汎性発達障害での解離様体験や注意欠如多動性障害(ADHD)での不注意症状との鑑別が念頭にある。
- 必要に応じて CDC、A-DES や DIS-Q などで解離症状を評価できる。
- 解離症状の背景としての家族病理あるいは不適応状態について評価できる。
- 解離症状の背景としての本人の対処能力の程度について評価できる。
- 解離症状と心的外傷体験の関連について理解している。
- 年少児においては適切な環境調整のみで改善する症例が多いことを知っている。
- 解離性障害の治療がすなわち心的外傷体験の治療ではないことを理解している。
- 適応を認められた薬物療法はないことを理解し、随伴症状に対して適切な薬物療法を行うことができる。
- 改善が見られない場合や緊急時における入院治療に向けたマネジメントができる。
- 患者の安全を確保することを目的として、現在の患者のおかれた状況についてマネジメントできる。
- 背景に不適切な養育環境などが存在する場合には、必要に応じて関係機関と連携することができる。

障害理解のための自由ノート

解離の機能(Ludwig)⁽¹³⁾

- (1)行動の自動化
- (2)労力の節約と効率向上
- (3)妥協できない葛藤の解消
- (4)現実の制約からの逃避
- (5)破局的な体験の切り離し
- (6)感情のカタルシス的減圧
- (7)群衆感覚の増強

正常な解離と病的な解離(Putnam)⁽⁶⁾

| 正常な解離 防衛、合目的的症候として | 病的な解離 強度や期間が正常限界を超える |
|---------------------------|--|
| 没我体験 | 健忘・遁走エピソード |
| 自動化現象 | 自分の来歴の健忘 |
| 白昼夢 | 解離性幻覚 フラッシュバック 離人症状 交代人格現象 身体化症状 |
| 正常から病的解離までの連続か不連続か議論されている | |

児童青年期の解離性障害の行動上の問題と精神医学的症候(n=64)⁽⁶⁾

- 感情の不安定 (98%)
- 爆発気質 (96)
- 嘘・否認(94)
- 抑うつ(88)
- 破壊性(86)
- 焦燥(82)
- 所有物紛失(80)
- 喧嘩(70)
- 自殺願望(66)
- 性的行動(62)
- 睡眠の問題(62)

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：解離性（転換性）障害の概念が概ね理解できており、診察や問診のなかで症状を同定することができる。また解離症状の背景にある本人が直面している困難や家族背景、また本人の対処能力を評価し、症状の出現に関して仮説を立てることができる。

しかし、解離性幻覚と統合失調症性幻覚との鑑別や、境界性パーソナリティ障害における解離症状との鑑別など上級医との相談が必要である。外来、入院においての症状の取り扱いや限界設定などについて難しさを感じることもある。

解離症状が心的外傷体験に関連していることがあると認識しているが、解離症状の出現に際しては身構えてしまうところもある。実際の治療のなかでの心的外傷体験の取り扱いには困難が伴う。

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

統合失調症性の幻覚体験や、広汎性発達障害の解離様体験なども経験し、文献的に情報収集を行ない、患者の状態に応じて、鑑別診断が可能となる。また、症状評価のため必要に応じて症状評価尺度を使用することができる。解離性(転換性)障害の治療がすなわち心的外傷の治療ではないことを認識したうえで、外傷に焦点をあてた治療についても学ぶことを試みている。

背景に不適切な養育環境を認める症例を経験し、教育、福祉などの関係機関と連携をとる必要性を認識している。上級医の指導の下で、それらのシステムについて理解し、連携方法を学んでいる。入院症例の主治医経験をもち、家族介入や集団力動の治療への活用も行うことができる。

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 2 例程度

解離症状が見逃されやすい症例やそれまでの治療過程で症状が複雑化したと思われる症例も経験している。症状評価について、不明瞭な症状であっても注意深い継時的に観察することを心がけている。同時に、治療者の関与が解離症状を固定化、明確化していく可能性についても認識している。解離性同一性障害の症例も経験したことがあるかもしれない。解離症状について身構えることは少なくなり、治療関係では患者との距離を程良く保ち、安心感を示すことができる。

外傷体験に焦点化した治療についても学び、試みることもあるが、外傷体験の取り扱いが症例によって異なることを知っており、外傷体験を取り扱わないことの治療的意義も理解している。

必要な場合には児童相談所、福祉事務所などの関係機関との連携をスムーズに行うことができる。

参考文献

- 1) World Health Organization(1992) : The ICD-10classification of mental and behavioral disorders. Geneva, World Health Organization. (融道夫、小見山実、大久保善朗他訳 (2005) ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン、医学書院)
- 2) American Psychiatric Association (2000) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) 4th ed. American Psychiatric Association, (高橋三郎、染矢俊幸、大野裕訳 (2003) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 3) 吉田公輔,鎌田尚子,藤内栄太,永井宏,松嶋圭,西村良二:福岡大学病院精神神経科外来における児童思春期患者の解離性障害の臨床的特徴について,九州精神神経誌,48,160-174 , 2002.
- 4) 岩井圭司、小田麻美：解離性同一性障害の解離性障害における位置づけ—解離現象の連続体モデルと類型学的モデル—、精神科治療学、22(4) ; 423－429、2009
- 5) 杉下和行、岡村毅、柴山雅俊:解離性障害の疫学と最近の動向、臨床精神医学、38(10)、1433－1441、2009
- 6) Putnam FW. (1997) Dissocation in Children and Adolescents – A Developmental Perspective. Guilford Press (中井久夫訳 (2001) : 解離—若年期における病理と治療 : みすず書房)
- 7) 田辺肇 : DES-尺度による病理的解離性の把握-, 臨床精神医学, 33(増), p.293-307,2004.
- 8) 松井裕介,田中究,内藤憲一ら:解離症状に対する DIS-Q 日本語版での評価 精神医学 52 49-54,2010.
- 9) Armstrong,J.,Putnam,FW et al : Development and validation of a measure of adolescent dissociation : The Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES). J Nerv Ment Dis. 185:491-497,1997.
- 10) 田中究 : 子ども版解離評価表 心的外傷のケアと理解(第 2 版) pp321-323 じほう 2006.
- 11) <http://www.isst-d.org/education/ChildGuidelines-ISSTD-2003.pdf> を参照。
- 12) 青木省三 : 思春期の心の臨床、金剛出版、2001.
- 13) Ludwig,A.M., Brandsma,J.M., Wilbur,C.B., Bendfeldt,F., Jameson,H.: The object study of a multiple personality. Archives of General Psychiatry, 26; 298-310. 1970.

推薦図書/参考資料

1. 岡野憲一郎(2007)：解離性障害—多重人格の理解と治療：岩崎学術出版社
2. 岡野憲一郎(2011)：続 解離性障害—脳と身体からみたメカニズムと治療：岩崎学術出版社
3. Putnam FW. (1989) Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. Guilford Press (安 克昌、中井久夫訳 (2000)：多重人格性障害—その治療と診断：岩崎学術出版社)
4. 柴山雅俊 (2007)：解離性障害—「うしろに誰かいる」の精神病理：筑摩書房
5. 柴山雅俊 (2010)：解離の構造—私の変容と“むすび”の治療論：岩崎学術出版社
6. 西村良二、樋口輝彦(2006)：解離性障害：新興医学出版社
7. 岡野憲一郎 (編) (2009) 解離性障害 専門医のための精神科臨床リュミエール 20 : 中山書店
8. 村瀬聰美：児童期の解離、児童青年精神医学とその近接領域、46(5) ; 508-511、2005
9. 河村雄一、村瀬聰美：解離性障害、精神科治療学、23(増)、356 - 359、2008
10. 亀岡智美：解離・転換性障害、精神医学 52(5)、461–466、2010
11. 吉川徹、金田昌子：広汎性発達障害と解離性障害、児童青年精神医学とその近接領域、52(2) ; 178 - 185. 2011.

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

15) てんかん

疾患の要約

てんかんとは、種々の原因により起こる脳の慢性疾患で、大脳神経細胞の突然で過剰な同期性の興奮による一過性かつ常同性発作を反復し、様々な臨床症状、検査所見を伴うものと定義されている。13歳未満での有病率は0.5-0.9%と高く、自閉症においては25%とさらに高い。てんかんは、臨床症状と脳波所見の特徴に基づき各種てんかん症候群に分類される。また遺伝素因性を特発性、中枢神経奇形、周産期障害、代謝性疾患などの基礎疾患有するものを症候性と大別しているが、全てんかんの約60%が特発性である(図1)。さらに、発作起始部位に基づき部分発作、全般発作にさらに部分てんかんと全般てんかんに分類されている(図2、3)。これらの分類は予後と治療方針に直結しており重要である。小児てんかんには、年齢依存性の特異的てんかん症候群が存在し、その多くは予後良好で思春期までに軽快しやすい(図4)。また、そのてんかん性脳波異常は、一般に多彩で顕著である。

てんかんの薬物治療では、前述のてんかん症候群と発作型により薬剤を選択する(図5、6)。小児では、抗てんかん薬による精神・行動障害などの副作用に注意し、抗てんかん薬による治療は単剤治療を原則とする。しかし、睡眠不足や光刺激などの誘発因子を避け、充分な血中濃度を維持しても発作抑制できなければ、2剤目を追加する。3剤併用しても発作抑制できない場合には精査の上、ACTH療法、ケトン食療法や外科治療も考慮する。

発達障害(認知・学習や行動面の障害)では、てんかん、脳波異常を合併する頻度が高いとされている。てんかんが主たる疾患である場合には以下のことが考えられ、てんかん発症前の病歴が参考になる。①てんかん発症に関連した脳の機能障害(前頭葉てんかん、側頭葉てんかん)、②てんかん発作、発作波の影響(前頭葉てんかん、側頭葉てんかん、徐波睡眠期持続棘徐波)、③抗てんかん薬の中枢神経系副作用(フェノバルビタール、クロナゼパム、クロバザム、エクセグラン)、てんかん発作が原因である場合には、積極的に治療を行う必要がある。

基本的治療技法

内科治療 A⁻(抗てんかん薬以外にACTH療法 A⁻、ケトン食療法 A⁻)

外科治療 A⁻(迷走神経刺激術(VNS) Bも含む)

疾患理解へのチェックリスト

- てんかんの定義を知っている
- 機会性けいれんを除外できる
- てんかん症候群に分類でき、その特徴を知っている

- 小児てんかんの特徴を知っている
- 精神症状を呈するてんかんの基礎疾患を知っている
- 代表的な抗てんかん薬の適応と副作用を含めた特徴を知っている
- 抗てんかん薬の一般的な治療期間を知っている
- てんかん外科の手術適応を知っている
- 緊急時を含めた患者への生活指導ができる
- 発達障害ではてんかん、脳波異常が多いことを知っている

疾患理解のための自由ノート

てんかんの分類

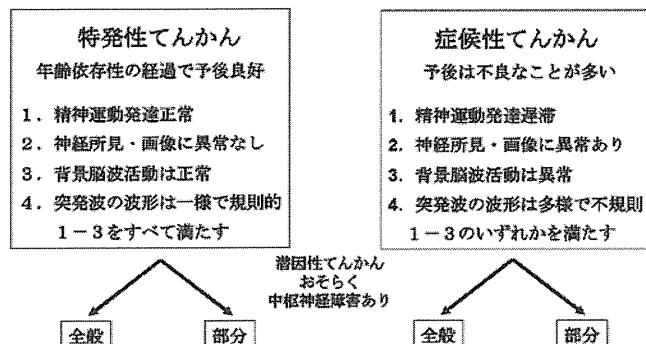


図1 てんかんの分類

てんかん発作の分類(1981年国際発作型分類)

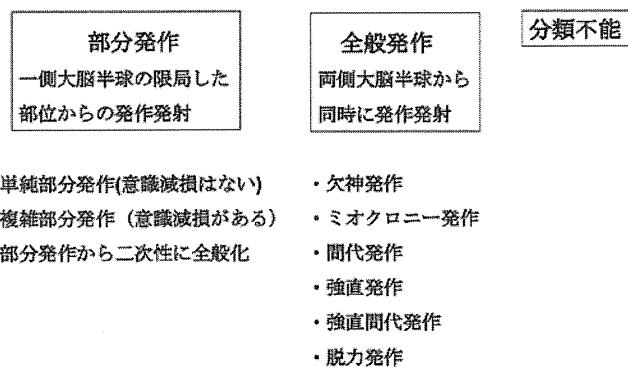


図2 てんかん発作の分類

てんかんおよびてんかん症候群の国際分類(1989年)

- 局在関連性てんかん
 - 特発性
 - ・中心側頭部に棘波をもつ良性小児てんかん
 - ・側頭葉てんかん
 - ・潜因性
- 全般性てんかん
 - 特発性
 - ・欠神発作
 - ・覚醒時大発作てんかん
 - ・潜因性あるいは症候性
 - ・West症候群
 - ・Lennox-Gastaut症候群
 - ・潜因性
- 焦点性か全般性か決定できない
- 特殊症候群

図3 てんかんおよびてんかん症候群の国際分類

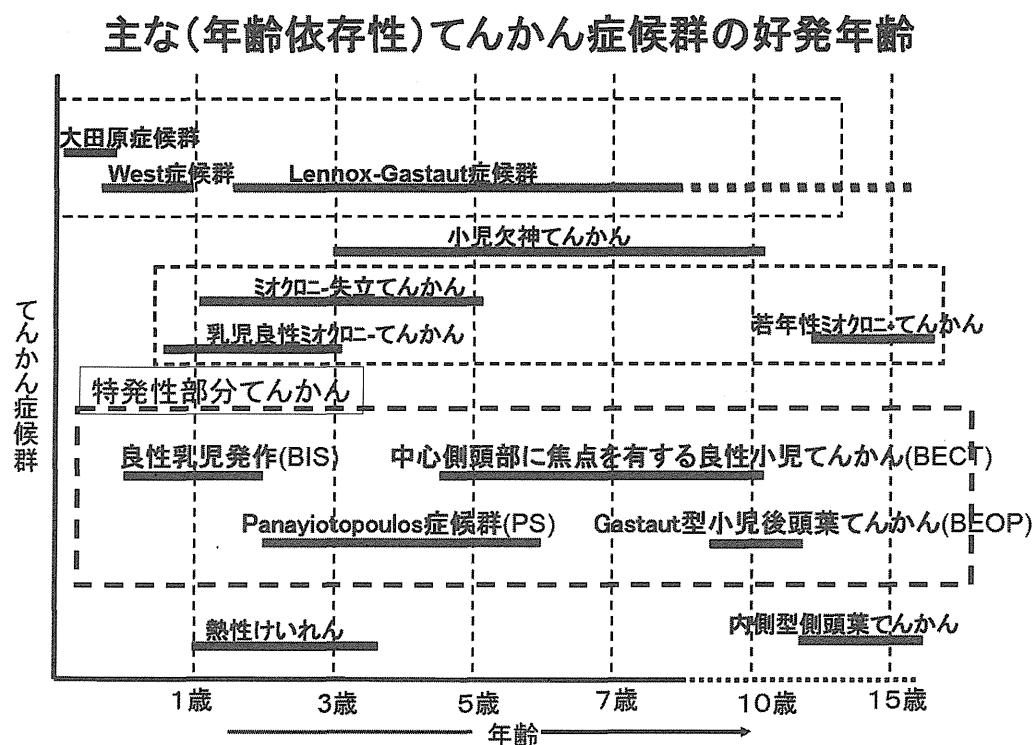


図4 主な年齢依存性てんかん症候群の好発年齢

発作型による抗てんかん薬の選択

| 発作型 | 第一選択薬 | 第二選択薬 | 第三選択薬 |
|-------------|-------|-------------------------------------|--------------|
| 1. 部分発作 | CBZ | ZNS,CLB <i>LTG,TPM,LEV,GBP</i> * | PHT,CZP,PRM |
| 2. 全般発作 | | | |
| 全般性強直(間代)発作 | VPA | CZP,PB <i>LTG,(TPM,LEV)</i> | |
| 欠神発作 | VPA | ESM <i>LTG</i> | CZP |
| ミオクロニー発作 | VPA | CZP,CLB <i>LTG,(LEV)</i> | **ACTH, ケトン食 |

**LTG, TPM, LEV, GBP*に関しては日本において発売されたばかりで選択順位は未定。()は日本国内では適応外
**幼児期発症の治療抵抗性のミオクロニー発作の場合、

図5 発作型による抗てんかん薬の選択

抗てんかん薬の主な副作用

| 一般名 | 副作用 |
|-----------------|------------------------------|
| カルバマゼピン(CBZ) | めまい、発疹、低Na血症 |
| バルプロ酸ナトリウム(VPA) | 肝機能障害、肥満、脱毛、血小板減少、高NH3血症、肺炎、 |
| フェノバルビタール(PB) | 眠気、多動、発疹 |
| フェニトイン(PHT) | 眼振、歯肉増生、他門、肝機能障害 |
| ゾニサミド(ZNS) | 食欲低下、発汗低下、精神症状、発疹、腎結石 |
| クロナゼパム(CZP) | 眠気、精神活動低下、筋緊張低下、気道分泌物増加 |
| クロバザム(CLB) | 眠気、精神活動低下、筋緊張低下、気道分泌物増加 |
| ラモトリギン(LTG) | 眠気、めまい、肝機能障害、発疹 |
| トピラマート(TPM) | 眠気、認知機能低下 |
| レペチラセタム(LEV) | 傾眠、頭痛、めまい、消化器症状 |
| ガバペンチン(GBP) | 眠気、めまい、頭痛 |

図6 抗てんかん薬の主な副作用

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）： 指導者と共に診療する。てんかんを診断できる。

まず、てんかんの定義を理解し、その他の非てんかん性発作を除外できることが肝心である。小児では特有の非てんかん性発作があり、てんかん発作と鑑別を要する疾患は多岐わたる。てんかんの定義より電解質異常や中枢神経感染症による一過性の急性けいれん性疾患は除外される。失神発作は、鑑別を要する疾患の中でも多く、小児期においては起立性調節障害、QT延長症候群、息止め発作も鑑別する必要がある。また、もやもや病や片麻痺性片頭痛の脱力発作にも注意する。その他にはチック、入眠時ミオクローヌス、発作性運動誘発性ジスキネジアなどの不随意運動、精神発作、睡眠障害の中では夜驚症、夢中歩行が鑑別となる。これらの鑑別およびてんかん症候群を分類するためも、詳細な問診(家族歴、既往歴、誘因、前兆、発作中・後の状況、持続時間)に加えて、脳波、画像検査、神経心理学検査などが必要である。

研修中級（研修 proper）：ひとりで判断し、その上で指導者に相談する。てんかん症候群分類ができる。

詳細な問診を聴取し、てんかん症候群に分類することができて治療へつながる。小児期のてんかん症候群には発達に伴う年齢依存性があり、てんかん症候群の分類に有用である。Panayiotopoulos症候群、中心側頭部に焦点を有する良性小児てんかん、小児欠神てんかん、熱性けいれんプラス、若年性ミオクロニーてんかんなどの特発性てんかんは頻度が高く、よく遭遇するので精通しておく必要がある。思春期前発症の特発性てんかんは予後良好と言われているが、知的障害や発達障害の合併例では非典型的で発作頻度が多く、注意が必要である。部分発作では、発作起始時から進展する症状・徵候を脳の機能局在とあわせて、てんかん焦点部位を推定できる。てんかん発作の他に精神症状を呈する場合には腫瘍性側頭葉てんかんや視床下部過誤腫、Landau-Kleffner症候群を、ミオクロニー発作では代謝変性疾患の鑑別が重要である。

研修上級（研修 master）： ある程度ひとりで診療する。てんかんの治療ができる。

最終的には生活指導を含めた適切な治療ができることが目標である。てんかんの薬物療法では、欠神てんかんを除いて2回目以降の発作から投薬を開始した方がよい。てんかん診断の不確実性による不利益が考慮されること、初回発作後の再発率は高くなく、2回目以降治療開始しても発作抑制率は変わらないことが理由である。発作型から適切な抗てんかん薬を選択し、全般発作か部分発作か不明な場合はパルプロ酸を投与してよい。投与中の抗てんかん薬の副作用は必ず把握し、血中濃度、一般検査を最低半年毎に行う。中止の基準は以下のとおりである。①発作消失後2-4年経過、②てんかん性脳波異常の消失(ローランド発射を除く)、③神経学的異常なし、④再発率の高いてんかん症候群でない、⑤家族、

本人の同意。生活指導としては、睡眠不足を避け規則正しい生活を行い、ひとりでの水泳や入浴は禁止する。また、緊急時の搬送先についても予め決定しておく。

参考文献

- 1) J Roger et al. (2005) : Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence.
John Libbey Eurotext; 4th Revised
- 2) J Aicardi (1994) : Epilepsy in children(the international review of child neurology).
Raven Pr; 2nd

推薦図書

1. 藤原健樹、高橋幸利(2010)：小児てんかん診療マニュアル. 診断と治療者
2. T. R. Browne, G. L. Holmes, 松浦雅人訳 (2004) : てんかんハンドブック. メディカル・サイエンス・インターナショナル
3. P. W. Kaplan, R. S. Fisher, 吉野相英、立澤賢孝訳 (2010) : てんかん鑑別診断学. 医学書院
4. Deonna T et al, Autistic spectrum disorder : evaluation a possible contributing or causeal role of epilepsy:2006 (47) Suppl 2:79-82
5. Saemundsen E et al, Autism spectrum disorders in children with seizure in the first of life- a population-base study: 2007 (48) 1724-30
6. Hermann B et al, The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy: 2007 (130) 3135-48
7. Hara H, Autism and epilepsy: a retrospective follow-up study: 2007 (29) 489-90

II- ii) 子どもの心の診療特有の問題

1) 児童虐待

要約

児童相談所に寄せられる子ども虐待相談件数は平成 22 年度には 55,000 件を超え、20 年前の 50 倍、10 年まえの 3 倍以上に達し、市町村で扱った相談約 5,5000 件を合わせ、約 1 割が重複という報告を踏まえると、約 10 万人の子どもが年間に虐待によって保健福祉機関に相談されているという結果となっている。一方、子どもの頃受けた虐待体験が、境界性人格障害、反社会性人格障害、解離性障害、食行動障害、物質依存などの精神障害の危険因子であることはよく知られている。小児期でも、ADHD 様症状、解離症状、反抗や反社会的行動などが見られることが多い。子ども虐待が精神障害の危険因子となる背景には乳幼児期からの（或いは妊娠期からの）不適切な養育によるアタッチメントの歪みと恐怖体験によるトラウマが複合し、安全でなく常に警戒する状態が続き、結果として感情の自己調節障害や自己の連續性の障害を主体とする自己感の障害が生じる。アメリカでは「小児の複雑性トラウマ」「発達性トラウマ障害」などの障害名の提案もなされているが、DSM 等には採用はされていない。加えて、これらの発達上の問題は育て難さに繋がり、親子・家族の関係に影響し、虐待のエスカレートにもつながり、更に悪循環を起こしていく。危険因子としての虐待への早期発見早期介入は将来の精神障害の予防にあたるのみならず、被害の悪化を防ぎ、他者への加害への連鎖を防ぐことにもなる。

子ども虐待は一般に、身体への暴力が加えられる身体的虐待、子どもにとって必要なケアが与えられないネグレクト、年齢不相応な性的刺激を受ける性的虐待、心理的圧迫や必要な心理的対応がなされない心理的虐待（家庭内暴力の目撃を含む）に分類されるが、重複が多い。子どもが何らかの虐待を受けている可能性があるときには「児童虐待の防止等に関する法律」に基づき、児童相談所もしくは市町村福祉事務所に通告し、地域保健・福祉・教育と連携して子どもを守り、家族を支援して虐待を防ぐ手立てをとる。子どもの心の診療医としては子どもの精神医学的評価、親の養育能力の評価、家族の関係性の評価などを行い、それに基づいて、子どもの治療、親子関係治療、家族支援などを行うが、常に地域と連携して総合的な支援計画の一部として行う必要がある。子どもの安全を守るために親子分離が行われる際も、親への支援、子どもの治療（認知行動療法、遊戯療法など）、子どもと代替親の関係性への支援などを行い、子どものアタッチメント形成支援、トラウマからの回復支援を行う役目を負う。また、子ども虐待はできるだけ予防したいものであり、妊娠中の家族の問題や妊婦さんの精神的問題を早期に発見して対応したり、新生児期や乳児期早期の養育支援も重要である。更に、子ども虐待への対応はストレスの多いものであり、支援者への支援も重要な役割の一つである。