

health, and that this is determined by internal (e.g., positive perception and skills obtained during parenting training) and external (e.g., social support) factors. In the following section, we also review other factors that may lead to adaptation.

V. Possible factors of resilience

A construct of resilience generally includes internal and external factors. For example, Werner (1989) examined resilient children exposed to adversities (e.g., poverty, perinatal stress, and parental psychopathology), and found that resilience was associated with internal factors (e.g., activity level and sociability) as well as external factors (e.g., family and external support system). Although resilience in parents of children with developmental disorders is not yet understood, previous studies have shown many variables that affect parent mental health. Here, we speculate on factors related to parenting resilience for parents of children with developmental disorders based on previous findings.

In addition to positive perception and skills acquired during intervention (see, IV. Adaptation), previous studies have reported several internal factors related to parent mental health. Dabrowska and Pisula (2010) found that emotion-oriented coping increased stress levels in mothers of children with autism. Moreover, the effect of severity of autistic behavior on parental pessimism was alleviated by parent beliefs about the efficacy of the intervention (Hasting & Johnson 2001). Harrison & Sofronoff, (2002) reported that the mothers of children with ADHD who perceived control over child behavior showed lower levels of parental stress and depression.

External factors (e.g., social support) are associated with parental mental health (for a review see Boyd 2002). Lack of social supports predicted an increase in depression and stress for parents of children with autism (Konstantareas & Homatidis, 1989, Sanders & Morgan, 1997). Specifically, informal supports (e.g., spouse, relative, and other parents of children with developmental disorders) were found to be effective resources for parents (Boyd 2002).

Therefore, it is important for parents of children with developmental disorders to have internal and external resilience factors. Although this article does not directly study these factors in parents of children with developmental disabilities, it will be important for future research on resilience to confirm these factors.

VI. Summary

Throughout our review, we proposed the construct of parenting resilience as it relates to parenting children with developmental disorders (Fig. 1). We operationally defined resilience as the process of adaptation to the difficulties of rearing a child caused by child behavior problems. The process is considered to be carried out by internal and external

factors.

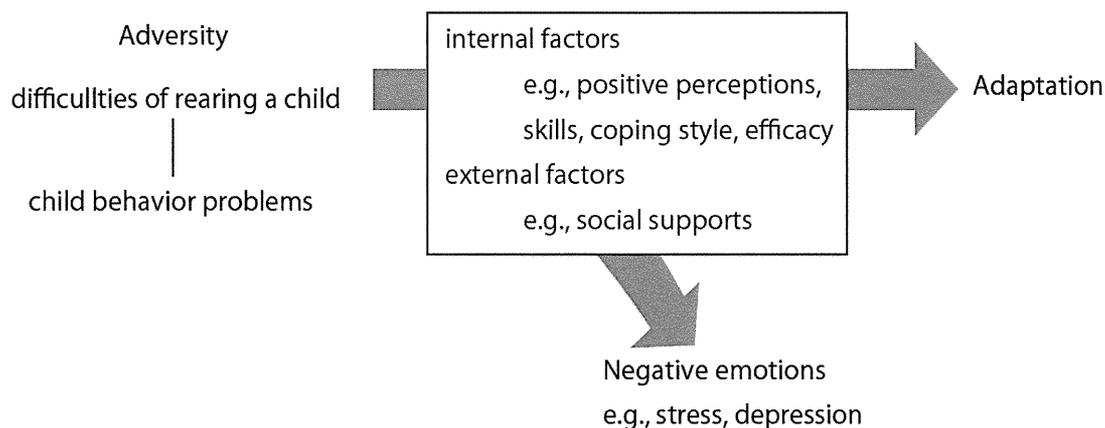


Fig. 1 A possible construct of resilience for parents of children with developmental disorders

VII. Future directions

Our proposed construct of parenting resilience is based on previous findings in the areas of general resilience and mental health in parents of children with developmental disorders. In the future, the construct of parenting resilience for parents of children with developmental disorders should be confirmed based on empirical data. However, currently, parenting resilience is not measurable. A reliable and valid rating scale will help researchers to investigate characteristics of parenting resilience for parents of children with developmental disorders. Therefore, the development of such rating scales seems necessary to continue research in this area.

In discussing resilience in this article, we have used the term “developmental disorders” to include disorders such as ASD and ADHD. Because symptoms vary according to the type of developmental disorder, we expect that parents will experience different difficulties depending on their child’s specific developmental disorder. For example, children with ASD often have sensory sensitivities, characteristics of which are diverse among individuals. Hence, parents of children with ASD need knowledge about both ASD itself and the specific way it is manifested in their child. Knowledge might be a more important factor of parenting resilience for parents of children with ASD than those with ADHD. Therefore, it is important for future research to investigate how factors associated with resilience vary among developmental disorders.

Additionally, the reviewed articles include samples of children with a wide range of intelligent quotient (IQ). High IQ children with developmental disorders have the ability to succeed well in studies and jobs, so that their parents sometimes have lofty ideals, but these expectations are not always realized. Thus, the difference between the ideal image and reality leads to negative emotions in parents. When considering

parenting resilience in parents of children with high IQ, therefore, it is necessary to discuss negative emotions that may arise when there is a discrepancy between the ideal image and reality.

Although we described parenting resilience to be independent of chronic sorrow, a relationship between them is speculated. In addition, the process of adaptation to the diagnosis of developmental disorders (Lutz et al., 2012) also may be involved with parental resilience. We need to examine the relationship between these factors and parenting resilience.

As noted above, there are several problems to solve in future resilience studies, including the development rating scales to measure resilience, the clarification of the differences among developmental disorders and the range of IQ, the relationship between parental resilience and chronic sorrow, and factors associated with parental adaptation to diagnosis. Further assessment and understanding in these areas is integral to helping clinicians understand parental resilience and create appropriate interventions for this subset of parents.

VIII. Acknowledgements

This work was supported by a Health and Labour Sciences Research Grant for Comprehensive Research on Disability Health and Welfare (H24 - SHINTAI/CHITEKI – IPPAN - 007) from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare.

Reference

- 1) Koegel, R. L., Schreibman, L., Loos, L. M., Dirlich-Wilhelm, H., Dunlap, G., Robbins, F. R., & Plienis, A. J. (1992). Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(2), 205-216.
- 2) Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(2), 265-280.
- 3) Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- 4) Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological Medicine*, 6(2), 313-332.
- 5) Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- 6) Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1) 97-111.
- 7) Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study

- from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- 8) Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827.
 - 9) Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.
 - 10) Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.
 - 11) Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298.
 - 12) Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265-267
 - 13) Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-10.
 - 14) Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.
 - 15) Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.
 - 16) Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having mentally defective children. *Social Casework*, 43, 190-193.
 - 17) Nakata, Y. (2002). Kosodate to kenko shirizu Kodomo no shogai o do juyosuruka. Otsuki shoten (in Japanese).
 - 18) Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *Journal Information*, 107(2), 116-127.
 - 19) Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Coffin, B. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 24(1), 41.
 - 20) Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
 - 21) Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.
 - 22) Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of*

- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(6), 703-711.*
- 23) Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17(4), 208-215.*
- 24) Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30(3), 459-470.*
- 25) Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy, 19(4), 15-32.*
- 26) Lutz, H. R., Patterson, B. J., & Klein, J. (2012). Coping with autism: A journey toward adaptation. *Journal of Pediatric Nursing, 27(3), 206-213.*

Received

August 30,2013

Accepted

October 12,2013

Published

October 30,2013

Asian Journal of Human Services

VOL.5 October 2013

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

-
- A Research Study on the Disaster Consciousness of Employees of
Rehabilitation Facilities for the Disabled in Japan..... Keiko KITAGAWA,et al. · 1
-
- The Quantity and Quality of Information and the Levels of
Satisfaction on the CSI Mentoring Services for Children.....Euna JUNG,et al. · 12
-
- Study on the Needs of Health, Medical and Welfare Services for the Elderly and
the Actual Status of Using Those Services in South Korea
-In the Aspect of Building the Connecting System of Health, Medical and Welfare Services-.....Changwan HAN,et al. · 39
-
- A Study on the Calculate of Korea Mandatory Rate of the Disabled..... Moonjung KIM,et al. · 54
-
- A Survey on Teachings and Supports for Children with Developmental Disabilities in
Children's Self-Reliance Support Facilities
-The Educational Support in the Branch School Attached to the Facility-.....Ko TAMASHIRO,et al. · 64
-
- A Study on the Assignments and Factors Affecting the Qualitative Digital Divide of
People with Disabilities in South Korea.....Sunhee LEE,et al. · 78
-

REVIEW ARTICLES

-
- The Review of the Studies on Exercise Programs for Cancer Patients..... Jaejong BYUN · 91
-
- A Framework for Resilience Research in Parents of Children with Developmental Disorders..... Kota SUZUKI,et al. · 104
-
- Bibliographical Consideration about the Cooperation with Hospital Classrooms and Other Staffs
-From Previous Report in the Conference of the Japanese Association of Special Education-.....Kohei MORI,et al. · 112
-

SHORT REPORTS

-
- A Study on the Research of the Social Work of Early Intervention of the Children with
Disabilities in Taiwan
-Focusing on the Social Work with the "Involuntary" Family-..... Liting CHEN · 121
-
- Approach to the Educational Needs of Severe Motor and Intellectual Disabilities by
Visiting Education.....Nagako KASHIKI,et al. · 133
-

Published by
Asian Society of Human Services
Okinawa, Japan

研究

子どもの行動特性と母親の抑うつ傾向の関連性： 母性意識の効果について

鈴木 浩太¹⁾, 北 洋輔²⁾, 加我 牧子³⁾
三砂ちづる⁴⁾, 竹原 健二⁵⁾, 稲垣 真澄³⁾

〔論文要旨〕

学童期（産後約7年6か月）の子どもをもつ母親の抑うつ傾向に子どもの行動特性と母親自身の要因が与える影響について検討した。出生コホート調査で得られたデータを用いて、母親122名の抑うつ傾向を従属変数とした階層的重回帰分析を実施した。その結果、子どもの多動・不注意は、母親の抑うつ傾向に関連していた。すなわち、子どもの多動・不注意が高いほど、母親の抑うつ傾向が高くなることが示された。さらに、母性意識と多動・不注意の交互作用項が認められ、産後2年6か月で母性意識が高かった母親において、抑うつ傾向と子どもの多動・不注意の関係性がみられないことが明らかになった。したがって、幼児期前期に母親役割を肯定的に受容することは、育児困難による精神的健康の悪化を軽減することにつながると考えられた。

Key words：母性意識, 多動・不注意, 抑うつ傾向, コホート研究, レジリエンス

I. 背景と目的

これまでに、著者らは出生コホート調査を通じて、母親の養育態度が子どもの発達にさまざまな影響を与えることを明らかにしてきた¹⁾。逆に、先行研究では、子どもの行動によって、親の育児ストレスや抑うつ傾向が変化することも報告されており²⁾、困難さのある子どもの親において精神的健康が悪化することが想定される。さらに、精神的健康の悪化は、養育態度に負の影響を及ぼすことが指摘されている³⁾。したがって、育児発達支援においては、母親と子どもの相互作用の中で生じている悪循環を断ち切り、関係を改善させる取り組みが重要となると考えられる。

本コホート調査において、竹原らは、出産からの母親自身の心理的状态について報告している⁴⁾。そこで、本研究では、子どもと母親の相互作用から生じる悪循環を変化させるような要因が、母親自身に認められるのか否かに注目して検討を行った。まず、①母親の抑うつ傾向を高める（ないし、低める）子どもの行動特性を明らかにし、次いで、②子どもの行動特性と母親の精神的健康の関連を変化させる母親自身の要因について検討した。

II. 方法

1. 調査手続きと対象

本研究は、「豊かな出産体験」がその後の母子の身

Effects of the Mother's Acceptance of Her Maternal Role on the Association between the Child's Behavior and Maternal Depression

[2459]

受付 12. 9. 27

Kota SUZUKI, Yosuke KITA, Makiko KAGA, Chizuru MISAGO, Kenji TAKEHARA, Masumi INAGAKI

採用 13. 3. 7

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（研究職）

2) 日本学術振興会特別研究員, 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（研究職）

3) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部（研究職 / 医師（小児神経科））

4) 津田塾大学学芸学部国際関係学科（研究職）

5) 独立行政法人国立成育医療研究センター研究所成育政策科学研究部（研究職）

別刷請求先：鈴木浩太 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-341-2711 Fax : 042-346-2158

体的・精神的健康状態に及ぼす影響を明らかにするためにデザインされたコホート調査^{4,5)}の一部である。これまでに、ベースライン調査および計9回の追跡調査が実施されている⁹⁾。ベースライン調査は、2002年5月～2003年8月の期間に出産を経験した女性1,453名を対象にし、9回目の追跡調査は2011年11月に実施された。本研究では、①産後4か月に実施したエジンバラ産後うつ病評価尺度 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)⁶⁾、②産後2年6か月に実施した母性意識尺度⁷⁾、③産後約7年6か月 (産後7.50±0.35年) に実施した母親の日本語版自己評価式抑うつ性尺度 (Self-rating Depression Scale: SDS)⁸⁾ および、④日本語版 Strength and difficulties questionnaire (SDQ)⁹⁾ の4尺度の回答が完全であった122名のデータを用いた。子どもの生年月日に従い調査員を派遣する (①, ②) ことで、または、同時に質問紙を郵送する (③, ④) ことでデータを収集した。対象となった子どもの性別は、男児54.1%、女児45.9%であり、出産場所は、助産院39.3%、産院60.7%であった。また、産後約7年6か月までの出生児数は、2.11±0.73人であった。このような基本属性は、出産直後と産後約7年6か月時点において大きな違いがみられないことが確認されている¹¹⁾。

2. 質問項目

i. 抑うつ傾向

母親の抑うつ傾向を測定するために、日本語版 SDS を用いた⁸⁾。本尺度は、Zung¹⁰⁾によって作成された抑うつ尺度を福田らが邦訳したものであり、20項目で構成される⁸⁾。「ほとんどない」～「いつもある」の4件法で回答を求めた。SDS 得点が高いほど、抑うつ傾向が高いことを示す。

ii. 子どもの行動特性

子どもの行動特性は、SDQ により評価した^{9,11)}。これは、行為面、多動・不注意、情緒面、仲間関係、向社会性の5因子、計25項目から構成される尺度である。「あてはまる」～「あてはまらない」の3件法で回答を求めた。行為面、多動・不注意、情緒面、仲間関係は、子どもの困難さを計測し、得点が高いほど各項目における支援の必要性があることを示す。一方、向社会性は、子どもの強みを評価する項目であり、得点が高いほど、支援の必要性があることを示す。

iii. 母親自身の要因

産後4か月に実施した EPDS を用いて、産後うつ傾向を評価した。本尺度は Cox¹²⁾らが開発し、岡野ら⁶⁾が日本語版を作成したものである。EPDS の10項目について4件法で回答を求め、加算して分析に用いた。EPDS 得点が高いほど、産後うつ傾向が高かったことを示す。

また、大日向が作成した母性意識尺度を用いて、母親役割の受容について評価した⁷⁾。母性意識尺度は、母親役割受容の肯定感に関する6項目と否定感に関する6項目によって構成される。各項目は、「そのとおり」～「違う」の4件法で回答を求めた。本研究では、否定感に関する項目を逆転項目として扱い、肯定感の項目と否定感の項目を加算し、母性意識を計測する指標として分析に用いた。すなわち、母性意識得点が高いほど、産後2年6か月において母親の役割を肯定的に受容していたことを示す。

3. 倫理的配慮

本コホート調査の開始時点で、継続した調査を依頼することを含めた十分な説明を2,314名に行い、書面によるインフォームドコンセントを1,453名から得た。また、本コホート調査の内容は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会にて審査を受けて、承認された。

4. 分析

統計的分析は、PASW Statistics 18 (SPSS 社) および R ver 2.14.1¹³⁾を用いて行った。

III. 結 果

1. 子どもの行動特性および母親自身の要因と抑うつ傾向の関係

子どもの行動特性および母親自身の要因と抑うつ傾向の相関係数を算出した (表1)。各尺度について分布を確認したところ、母親自身の要因に関する尺度の得点は、正規分布に近似していたため、Pearson の積率相関係数を用いた。一方、子どもの行動特性の尺度については、Spearman の順位相関係数を用いた。子どもの行動特性と抑うつ傾向の関係では、子どもの困難さを表す行為面 ($p < .01$)、多動・不注意 ($p < .01$)、情緒面 ($p < .05$) において有意な正の相関が認められた。さらに、母親自身の要因との関係では、母性意識との間に有意な負の相関が、産後うつ傾向との間に

表1 抑うつ傾向と各変数の相関関係

カテゴリー	変数	相関係数	p値
子どもの行動特性 ^a (産後約7年6か月)	行為面	0.28	**
	多動・不注意	0.27	**
	情緒面	0.22	・
	仲間関係	0.18	†
	向社会性	-0.05	ns
母親自身の要因 ^b	産後うつ傾向 (産後4か月)	0.29	**
	母性意識 (産後2年6か月)	-0.30	**

a : Spearman, b : Pearson, ns: not significant
 † : $p < .1$, * : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

表2 抑うつ傾向に関する重回帰分析

カテゴリー	独立変数	β	p値
基本属性	出産児数	-0.02	ns
	子どもの年齢	-0.07	ns
	出産場所	0.07	ns
	子どもの性別	-0.16	†
子どもの行動特性	行為面	0.16	ns
	多動・不注意	0.27	**
	情緒面	0.09	ns
	仲間関係	-0.02	ns
	向社会性	0.14	ns
母親自身の要因	産後うつ傾向 (産後4か月)	0.22	・
	母性意識 (産後2年6か月)	-0.18	・
	R ²	0.30	
	adj R ²	0.23	***

ns: not significant † : $p < .1$, * : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

有意な正の相関が認められた ($p < .01$)。

2. 子どもの行動特性と母親自身の要因の抑うつ傾向に及ぼす影響

子どもの行動特性と母親自身の要因の抑うつ傾向に対する影響を検討するために、抑うつ傾向を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った(表2)。その結果、本モデルは有意となり ($F(11, 111) = 4.26, p < .001$)、子どもの行動特性の中では、多動・不注意のみが母親の抑うつ傾向を予測することが示された。一方、母親自身の要因の中では、産後うつ傾向と母性意識が抑うつ傾向を予測することが示された。また、交絡因子になり得ることが想定された基本属性の影響は大きいものではなかった。

3. 子どもの多動・不注意と母性意識の関連が抑うつ傾向に及ぼす影響

母性意識と子どもの多動・不注意の関連が、抑うつ傾向にどのような影響を与えるのか、階層的重回帰分

表3 抑うつ傾向に関する階層的重回帰分析

独立変数	モデル			
	1	2	3	4
産後うつ傾向	0.29 **	0.23 *	0.25 **	0.24 **
母性意識		-0.25 **	-0.15 †	-0.12 ns
多動・不注意			0.30 **	0.28 **
母性意識×多動・不注意				-0.24 **
R ²	0.08	0.14	0.22	0.28
ΔR^2	0.08 **	0.06 **	0.08 **	0.06 **
adj R ²	0.07 **	0.12 ***	0.20 ***	0.25 ***

ns: not significant, † : $p < .1$, * : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

析を用いて検討した。また、子どもの多動・不注意と母性意識の得点は、平均からの偏差に変換し、分析に用いた¹⁴⁾。母親の抑うつ傾向を独立変数に設定し、データ取得順に、第1ステップでは、産後うつ傾向、第2ステップでは、母性意識、第3ステップでは、子どもの多動・不注意を投入し、第4ステップでは、母性意識と子どもの多動・不注意の交互作用項を投入した(表3)。各ステップにおいて、決定係数の増加量が有意となった(第1ステップ; $F(1,120) = 10.68, p < .01$, 第2; $F(1,119) = 7.89, p < .001$, 第3; $F(118) = 12.13, p < .01$, 第4; $F(1,117) = 9.12, p < .01$)。また、最終的なモデルである第4ステップにおいて、産後うつ傾向、子どもの多動・不注意、母性意識と子どもの多動・不注意の交互作用項が有意であった。

母性意識と子どもの多動・不注意の交互作用項について詳細に検討するために、母親の抑うつ傾向と子どもの多動・不注意(平均からの偏差)の散布図に母性意識得点の平均値および平均値±1SD別の単回帰直線を示す(図)。母性意識得点が平均から1SD低い場合には(図 黒色の点線)、子どもの多動・不注意が抑うつ傾向を有意に予測する一方($\beta = 0.48, p < .001$)、1SD高い場合(図 黒色の実線)には、子どもの多動・不注意と抑うつ傾向の有意な関連が認められなかった($\beta = 0.04, p = .71$)。

IV. 考 察

本研究において、子どもの行動特性(SDQ各因子)と母親の抑うつ傾向の関連性を検討したところ、産後約7年6か月時点における子どもの行動特性の中で、「多動・不注意」が、母親の抑うつ傾向に関連することが明らかになった。この関連性は、産後2年6か月時点において母性意識が高かった母親で低下するこ

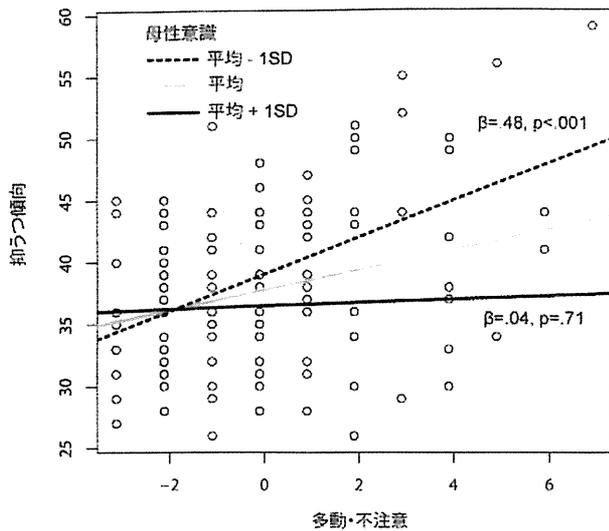


図 母親の抑うつ傾向に対する子どもの多動・不注意と母性意識の交互作用の効果

122名の抑うつ傾向と多動・不注意(平均からの偏差)の得点をプロットした。黒色の点線は、母性意識得点が平均から1SD低い場合の回帰直線を示す。灰色の実線は、母性意識が平均値の場合の回帰直線を示す。黒色の実線は、母性意識得点が平均から1SD高い場合の回帰直線を示す。

と、すなわち、母親役割を肯定的に受容している母親は、子どもの多動・不注意が高くて抑うつ傾向が低いことが示された。また、産後うつ傾向は、産後7年6か月時点の母親の抑うつ傾向に影響していた。

多動性や不注意などを特徴とする発達障害には注意欠如・多動性障害(attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)があげられる。これらの児において、ADHD的行動特徴が顕著であればあるほど、母親の育児ストレスは高い、ということが報告されている¹⁵⁾。本研究においては、対象児の多くは定型発達児と想定されるが、子どもの行動特性の中で、多動・不注意が母親の抑うつ傾向に関連していることが示された。つまり、定型発達児においても、多動性や注意散漫などの行動特性は、育児の困難さに関連し、そして、母親の抑うつ傾向を高めていることが考えられる。

また、産後2年6か月に母性意識が高かった母親は、産後約7年6か月における子どもの行動特性と抑うつ傾向の関連性が認められなかった。すなわち、母性意識が高い母親は、母親役割を肯定的に捉えた育児にあたっていることが想定され¹²⁾、子どもの行動特性によって生じる育児の必要性を、「困難さ」や「苦勞」として感じるが少ない、というように考えられる。幼児期前期に母性意識が高かった母親は、子どもが学

童期に達した段階においても母性意識が高いまま継続しており、一般的には、子どもの行動特性によって抑うつ傾向が高められる状況においても、健康的な精神状態を維持できているものと示唆される。

産後うつリスク要因には通常のうつに関与する要因も多く、産後に特定のなものではないとする考え方がある¹⁶⁾。したがって、産後うつ傾向が高かった母親は、抑うつに対する脆弱性が高いのかもしれない。そして、育児における困難さや他の環境要因というような各種ストレスにさらされることで抑うつ傾向が高まり、産後約7年6か月時点で抑うつ症状が生じやすいと考えられる。

本研究の解析対象については限界がある。本コホート調査は、母親の出産体験の影響を明らかにするために計画されたので、助産院で出産をした割合が高い。これまでに、助産院での出産が、出産体験の豊かさを高め¹⁷⁾、その出産体験は、母性意識を高めることが報告されている⁴⁾。したがって、本研究の結果を解釈する際に、母性意識が比較的高い集団であることを考慮しなければならない⁴⁾。また、本研究の解析対象は、ベースライン調査の対象の10%以下である。研究の継続には、対象者の研究に対する関心に関係していることが推察されるので、追跡調査で扱ってきた育児や子どもに関する事柄に関心が高い対象であると想定され、この点も結果を解釈するうえで考慮する必要がある。

以上のように少なからず限界はあるが、子どもと母親の関係における悪循環を断ち切る要因の一つとして母性意識が指摘できることを示した本研究の結果は、育児支援、特に、子育ての困難さに関連する多動・不注意が高い発達障害児の支援において重要な示唆を与える。つまり、母性意識に着目することで、養育態度の評価や介入の一助となる可能性があると考えられる。

また、本研究では、育児が困難になる状況での精神的健康の悪化を「母性意識」が阻止している可能性を示したが、近年、レジリエンス(弾力性、立ち直る力)という概念が注目されている。レジリエンスは、困難な状況を克服する能力や回復する過程の指標として扱われ、多くの研究がなされている。従来から研究されてきた事故や災害におけるレジリエンスだけではなく、子育てなどの日常的なライフイベントに対してもレジリエンスの考え方が適用されてきている¹⁸⁾。その

中では,レジリエンスの要因を,「I am」(内的強さ),「I can」(対人関係スキル),「I have」(ソーシャルサポート)に分けるものもある¹⁹⁾。本研究で用いた母性意識尺度は,育児場面における自身の役割に関わるものなので,育児において,「I am」に関連するレジリエンスの要因であることが考えられる。したがって,対人関係スキルやソーシャルサポートなどの他のレジリエンス要因を加味したうえで,適切な母子関係構築策や保育環境改善策を提案していくことも,今後は必要となるかもしれない。

謝 辞

本研究の一部は,国立精神・神経医療研究センター精神・疾患研究開発費21委-8「精神・神経疾患に関わる大規模コホートスタディの構築に関する研究(主任研究者:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)」および厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「発達障害児を持つ家族の支援ニーズに基づいたレジリエンス向上に関する研究(主任研究者:国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 稲垣真澄)」の援助を受けた。なお本稿の要旨は,第59回日本小児保健協会学術集会(岡山)にて発表した。

本コホート研究において,長期間にわたり調査にご協力頂いているお母さま,お子さまに厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 鈴木浩太, 北 洋輔, 井上祐紀, 他. 豊かな出産体験が母親の養育態度と学童期における子どもの行動に与える影響. 脳と発達 2012; 44: 368-373.
- 2) Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 703-711.
- 3) Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 561-592.
- 4) 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 他. 豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響. 日本公衆衛生雑誌 2009; 56: 312-321.
- 5) 三砂ちづる, 竹原健二. いいお産とはどのような体験か—豊かな出産経験を定義し, お産について再考する(特集 いいお産・再考). 助産雑誌 2009; 63: 22-31.
- 6) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表(EPDS)の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 1996; 7: 525-533.
- 7) 大日向雅美. 母性の研究—その形成と変容の過程: 伝統的母性観への反証. 第1版. 東京: 川島書店, 1988.
- 8) 福田一彦, 小林重雄. 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神神経学雑誌* 1973; 75: 673-679.
- 9) Matsushima T, Nagano M, Araki Y, et al. Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. *Bra Dev* 2008; 30: 410-415.
- 10) Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- 11) Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38: 581-586.
- 12) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Course and recurrence of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
- 13) R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2005.
- 14) Aiken LS, West SG. Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA: Sage, 1991.
- 15) Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, et al. Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20: 503-520.
- 16) Whiffen VE. Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clin Psychol Rev* 1992; 485-508.
- 17) 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 他. 助産所と産院における出産体験に関する量的研究—「豊かな出産体験」とはどのようなものか?—. 母性衛生 2008; 49: 275-285.
- 18) 石井京子. レジリエンスの定義と研究動向. 看護研究 2009; 42: 3-14.
- 19) Grotberg. A guide to promoting resilience in chil-

dren : Strengthening the human spirit. The Hague, Holland : Bernard van Leer Foundation, 1997.

[Summary]

Using longitudinal data, we examined how maternal depression approximately 7 years and 6 months after childbirth is affected by the child's behavior and other factors pertaining to the mother. In hierarchical regression analyses, the mother's depression was accounted by her postnatal depression, the acceptance of her maternal role, the child's inattention/hyperactivity and the interaction of the child's inattention/hyperactivity with

the acceptance of her maternal role. Furthermore, we confirmed that mothers with a more positive cognition of their maternal role were less likely to be depressed owing to inattention/hyperactivity in their children. These results show that the mother's acceptance of her maternal role moderates the association between the child's behavior and maternal depression.

[Key words]

the mother's acceptance of her maternal role, inattention/hyperactivity, depression, cohort study, resilience

オーダーの
出しかた実施の
手続データの
読みかた

X. 発達・心理

ADHDや自閉症の評価方法

稲垣真澄 小林朋佳 安村 明 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部

ADHD-RS
(ADHD Rating Scale)

オーダーの出しかた

学校や家で落ち着きがない、忘れ物が多い、授業に集中できないなど複数の症状を呈して受診した小児の背景病態に、注意欠陥/多動性障害 (attention deficit/hyperactivity disorder: ADHD) の存在を疑った場合に用いられる行動評価質問票の一つである。日本語版は、ADHD評価スケールとして書籍が出版されている¹⁾。

保護者あるいは教師の観察視点から、子どもの行動面の問題の頻度と程度について、簡単な記入を求めて判定することができる。子どもの不注意症状または多動性/衝動性症状、あるいはその両方の領域のスコアが標準集団のスコアよりも有意に高ければ、ADHD診断を考慮することとなる。

臨床の現場で、領域ごとに存在する症状の数を合計するだけで、DSM-IVに記載されているADHDの3種類のサブタイプのそれぞれの基準を満たしているかどうかを即座に示される利点がある。しかしながら臨床上で重要な点は、ADHD Rating Scale-IVのスコアのみでADHDと診断しないことであり、あくまでも補助的に使用することが求められる。

ADHD-RS-IVは家庭版と学校版の2種類の行動評価紙があり、子どもの保護者または教師が個別

に回答する形式になっている。回答者には、まず子どもの名前、性、年齢、学年、回答者属性といった基本情報を記入してもらう。次に、ADHD評価スケールに表記されている各項目について、過去6か月（または、教師が子どものことを知っている期間が6か月未満の場合は学年の初頭から）の子どもの家庭（または学校）での行動をもっともよく表している番号を○で囲むように説明する。

家庭版、学校版はそれぞれ18の項目で構成されており、4件法、すなわち各設問には0～3のスケールがある。スコアが「2」または「3」であれば症状が「存在」するものと解釈され、スコアが「0」または「1」であれば症状がないことを意味する（0：ない・もしくはほとんどない、1：ときどきある、2：しばしばある、3：非常にしばしばある）。奇数番号項目に不注意症状が、偶数の項目に多動性/衝動性症状が記載されている（回答の偏りを軽減するために、項目を交互に配置してある）。

家庭版の具体的な質問項目は文献¹⁾を参照されたい。依頼者は回答内容をひとつお確認し、回答者がいずれかの項目を飛ばしたとき（つけ忘れや評価漏れ）には、必ずその項目も評価するよう指示する必要がある。特定の行動を観察する機会がないために、回答者が項目を飛ばしたときは、その項目は採点に含まない。省略された項目が三つ以上あるとき、主治医はスクリーニング、診断、治療の評価を目的とするスケールの解釈に細心の注意をはらう必要がある。なお、評価スケールは

個人的な使用目的のみで購入した者にかぎり、複写が許諾されている。

データの読みかた

家庭版および学校版には、それぞれ9項目からなる不注意と多動性/衝動性のサブスケールがある。ADHD評価スケールからは、それぞれ三つのスコア（不注意、多動性/衝動性、合計）が算出される¹⁾。不注意のサブスケールの素点は奇数項目のスコアを小計し、多動性/衝動性のサブスケールは偶数項目のスコアを小計して算出する。合計スケールの素点は、不注意のサブスケールと多動性/衝動性のサブスケールの素点を合算したものになる。

素点は、子どもの性別および年齢群（たとえば、5歳～18歳までが四つの群に分けられている）に基づいて、スコア分析シートの該当するパーセンタイル値に換算することができる。男女別の分析シートの該当する年齢欄に表示されているスケールの素点を○で囲むと、分析シートの両端に対応するパーセンタイル値が示されている。

ADHDの診断におけるカットオフに関しては、家庭版、学校版ごとの表として示されている。たとえば不注意型ADHDは、不注意サブスケールが90あるいは93パーセンタイル以上（それぞれ教師評定、親評定）であることとされている。また、混合型ADHDは、上記に加えて多動性/衝動性のサブスケールが98パーセンタイル以上、と示されている。

ASQ (Autism Screening Questionnaire)

オーダーの出しかた

元来、RutterやLordを中心とするチームにより開発された高機能自閉症やAsperger症候群など自閉症スペクトラムのスクリーニング質問票であ

る²⁾。幼児期にみられた行動特徴について、保護者に尋ねる形式をとる。DSM-IVやICD-10のための自閉症の面接基準であるADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) をもとに質問項目が作成されている。

したがって、自閉症の三つの基本的障害である対人相互作用、コミュニケーション、常同的・反復的な行動様式についての質問項目からなっている。項目数は合計40問で、5～10分で実施できる。4～5歳用と6歳以上用の2種類があり、どちらも基本的に質問項目は同じであるが、4～5歳頃に顕著な行動特性について、4～5歳児用では現在形で、6歳以上用では過去形で質問しているところが異なっている。

Berumentら²⁾によれば、自閉症を含む広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders:PDD) と、PDDを伴わない発達障害（行為障害、言語発達遅滞、知的障害など）とがカットオフ点を境にきれいに分かれるだけでなく、PDDの中でも自閉症とそれ以外のPDD（非定型自閉症、Asperger症候群など）の平均がはっきり異なるなど、軽微な障害の検出という点でも優れているとされる。

大六ら³⁾によると、日本語版ASQはRutterらによる原版からかなり修正されて開発され、全部で39項目ある。構成も5歳以下用と6歳以上用の二つからなり、原版から変更されている。それぞれの項目に子どもの行動などがあてはまれば「はい」、あてはまらなければ「いいえ」を○で囲む。2～3語文の出現していない子どもについては、項目33～39は回答しなくてよいとされる。なお、「自閉症スクリーニング質問紙 (ASQ) 日本語版」の項目の一部または全部について使用するにあたり、著者らに事前に了解を求めるように指示されているので、注意されたい。

データの読みかた

項目1～11、および35～39については「はい」

の場合に1点、それ以外の項目については「いいえ」の場合に1点とする³⁾。5歳以下用、6歳以上用ともに39点満点である。なお、「はい」と「いいえ」の間に○をつけている、回答に迷ったと思われる項目については、その行動が顕著でなかったものとみなし、すべて「いいえ」として扱うこととされる。また、無記入の項目についてはすべて0点として扱う。カットオフ点は13点に設定されている。すなわち、13点以上を自閉症リスクありとみなす³⁾。

ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire)

オーダーの出しかた

高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙である。医学的診断をねらうものではなく、あくまでもスクリーニングのため利用する尺度であり、親あるいは教師が評定する。全部で27項目(0, 1, 2の3件法のため、満点は54)あり、対象年齢7歳~16歳の子どもに対して、外来診療の待ち時間などを利用して10分程度でつけてもらうように保護者に依頼できる。初回診療の後に、学校担任教師に依頼することも可能である。

データの読みかた

スクリーニングのためのカットオフとして、井伊ら⁴⁾は「教育相談」場面のように、学校における困難の評価のためには、保護者評価13点、教師評価11点をあげている。これらのカットオフは、自閉症スペクトラムではないが社会性の問題をもつ子どもを検出することに優れていると解釈できる。一方、小児科外来などの臨床場面で利用するにあたっては、診断の参考となるカットオフポイントが望ましく、両親評定で19点、教師評定で22点が高機能自閉症スペクトラムの同定にもっとも有用であろうと結論されている。

なお、日本語版として通常は、ASSQ-R(社会性・言語・行動・興味に関する質問紙)が児童、生徒や青年の現在の様子を教師や保護者に尋ねるものとして用いられることが多く、ASSQと同様のカットオフポイントで判断されている。

CBCL (Child Behavior Checklist)

オーダーの出しかた

幼児期から思春期にいたる子どもの「情緒や行動」を包括的に評価する質問紙として米国のAchenbachが開発した。子どもの生活を観察している保護者あるいは養育者が記入するものである。CBCLは、2~3歳の幼児版(CBCL/2-3)と年長児版(CBCL/4-18)とに分かれる⁵⁾。

冒頭には、子どもの年齢、性別、記入者の名前、子どもとの関係(母親、父親、養父母など)を記入する欄がある。記入者は、第1, 2頁の適性に関する質問項目に続いて、第2頁後半では子どもの病気や障害、もっとも心配な点、長所について自由記述法にて回答する。得点だけでなく評価対象の子どもの種々の特異的な情報も得ることができる。臨床場面では、これらの情報を親たちとの面接に役立てることができる。

データの読みかた

子どもの行動、情緒、社会性の問題を採点化する部分について、記入者はそれぞれの項目(およそ100項目)を最近6か月の子どもの様子に鑑みて、0:あてはまらない、1:ややまたは時々あてはまる、2:よくまたはしばしばあてはまる、と0~2点の3件法で評価する。

日本語版CBCL/4-18は「社会的能力尺度」と「問題行動尺度」から構成される⁵⁾。社会的能力尺度は、子どもの趣味や友達関係、家族関係など生活状況について明らかにするものである。後者の

問題行動尺度は、118の質問項目と書きこみ可能な1項目から構成される。これらの質問により評価される症状群尺度は「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安/抑うつ」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「注意の問題」、「非行的行動」、「攻撃的行動」の八つの軸からなり、さらに「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安/抑うつ」からなる内向尺度、「非行的行動」と「攻撃的行動」からなる外的尺度と総得点が得られる。これらの得点を標準化されたプロフィール表にプロットするとT得点に換算される。このプロフィール表には二つの点線が記入されており、二つの点線に挟まれた領域は境界域、その下は正常域、その上は臨床域（異常域）と評価される。

比喩・皮肉文テスト (MSST)

オーダーの出しかた

ADHDやPDDなどの自閉症スペクトラムでは、基本的な病態は異なっているとされてはいるものの、両者ともに落ち着きがない、衝動的な行動をとるなど、行動上の類似性を示すことが報告されている。実際、適切な鑑別診断が困難であることも少なくない。ADHDとPDDの違いを明確にし、適切に鑑別診断を行うための補助診断ツールとして比喩・皮肉文テスト (Metaphor and Sarcasm Scenario Test: MSST) が開発された⁶⁾。

安立らの報告⁶⁾⁷⁾によると、ADHDとPDDの違いは、皮肉文の理解とその誤りかたであり、PDDの中でも知的な遅れが明らかでない自閉症 (high functioning autism: HFA) や Asperger 症候群 (Asperger syndrome: AS) では、比喩に比べてとくに皮肉文の内容理解が不正確で、皮肉を込めた文章を聞いたとしても文字どおり受けとってしまうため、褒められたと勘違いしていることが示されたとしている。

テストの構成は、比喩文を奇数番号で5問、皮肉文を偶数番号で5問の計10問とされている⁶⁾。テストに用いる単語や構文は小学校1~3年用の国語の教科書から選ばれている。実際のMSST用紙には、すべての漢字にふりがながふられている。文構成は小学校用の表現文辞典を参考にし、場面全体を把握することではじめて意味がわかるような工夫がされている。

基本的には、黙読により五者択一方式で行う。選択肢のうち、正答は一つのみで誤答が四つとなっている。皮肉文の選択肢の一つには、字義どおりに解釈し皮肉られたのに褒められたと勘違いした解答（以下、皮肉誤答と称する）を設けている。たとえば下記の例では、ア) が皮肉誤答である。比喩文と皮肉文の正答数をそれぞれ比喩得点、皮肉得点としている。また、皮肉誤答を回避できた数を回避得点とし、各1点を与える。

設問の例

お母さんが家に帰ってみると、脱ぎすてられた次郎の洋服が部屋中に散らばっていました。それを見てお母さんは「次郎はいつもきちんとしているわ。」と言いました。

お母さんは次郎のことを

- ア) きちんとしている子供だと思っています。
- イ) だらしないと思っています。
- ウ) 男の子だと思っています。
- エ) お風呂に入ったと思っています。
- オ) わかりません。

データの読みかた

一般的に比喩とは、類似点や関係を概念化して新たに表現したものであり、文字どおりではなく事実と反するものである。一方、皮肉とは、ことばとは正反対の非難や嘲笑などの否定的な意味を含んでいるものである。事実とは正反対であるという価値判断が、皮肉を言う人と言われた人との

間に共有されてはじめて皮肉が成立する。つまり包含されている意味を理解する能力は、比喩文では事実の判断であり皮肉文では価値の判断であるという、質的に異なる判断能力が基盤となっている。

Asperger症候群では、知的能力や言語能力が良好であり、比喩文で求められる事実の判断は比較的良好である一方、価値の判断である皮肉文の理解は特異的に困難であるという特徴がある。

また、健常児集団のMSSTの各得点と年齢や言語能力との関係についてみると、比喩文の理解は年齢や言語能力に依存的であり、学年の進行とともに比喩得点は上昇する。一方、皮肉文の理解は比喩文に比べると言語能力に対する依存性が低く、学年間の差がほとんどないとされている⁸⁾。8~12歳(平均10.0歳)の通常学級に在籍する健常学童199名の調査では、比喩得点、皮肉得点、回避得点の平均値(±SD)は、それぞれ4.1(±1.2)、3.3(±1.7)、4.2(±1.2)であった⁷⁾。

PARS (PDD-Autism Society Japan Rating Scale)

オーダーの出しかた

PDDの診断自体は米国精神医学会のDSM-IV-TR⁹⁾などの操作的な診断基準に基づいて専門医が実施していくべきものであるが、わが国では熟練したPDDの専門医の不足などの実態を考えると、現状の診断システムの補完的なツールが必要である。そこで日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scale)が作成された¹⁰⁾。略称からPARS(パース)と呼称される。幼児期、児童期、青年・成人期の各年齢段階でのPDDの特徴を考慮しつつ、認知発達水準にかかわらずPDD特有の行動に関する項目からなる。PDDへの支援を考えるうえで有用な評価尺度である。

PDDもしくはPDDが疑われる当事者(子ども、青年、成人)の保護者(母親など)に専門家が直接面接して、各項目の評定を行うことになっている。

評定項目は、①対人、②コミュニケーション、③こだわり、④常同行動、⑤困難性、⑥過敏性、⑦不器用さ、⑧併発症、のPDDに特徴的な8領域からなる¹⁰⁾¹¹⁾。なお、⑤困難性の項目はPDDに特有の適応困難特性であり、⑦不器用さやPDDにみられやすい⑧併発症を含み、6領域とも解釈される。

PARS尺度は、年齢段階別に、幼児期34項目、児童期33項目、成人期33項目からなる。三つの年齢帯すべてに共通する10項目と、幼児期と児童期において共通して評価する4項目および児童期と成人期に共通の19項目があるため、合計57項目で構成される。

データの読みかた

評定においては、項目に示された行動のみられる頻度について、なし(0点)、多少目立つ(1点)、目立つ(2点)、の3段階で点数化を行う。幼児期の場合は幼児期のみを、児童期の場合は幼児期(過去をふり返って評定)と児童期の項目、成人期の場合は幼児期・児童期(過去を振り返って評定)・成人期の三つの年齢帯すべての項目の評定を行う。この手順によって、幼児期の行動特徴についての評価から、現状の支援ニーズや要介護度の評価に必要な現在の対象者の年齢帯における評価を加えることができる。すなわち、診断確定には専門医の診察が前提となるが、就学前(幼児期)の場合は、幼児期ピーク得点(幼児期の症状がもっとも顕著なときの評定)が9点以上、小学生(児童期)の場合は、幼児期ピーク得点9点以上かつ児童期得点13点以上、中学生以上(思春期・成人期)の場合は、幼児期ピーク得点9点以上かつ思春期・成人期得点が20点以上において、PDDが

強く示唆される。

項目数を減らしたPARS短縮版もあり、幼児期12項目、児童期12項目、思春期12項目で、より簡易に評定ができるようにしている。幼児期項目は、現在評定および児童期回顧評定で5点以上、思春期・成人期回顧評定で7点以上、児童期項目現在評定では7点以上、思春期・成人期項目現在評定では8点以上において、PDDが強く示唆される。

■文献■

- 1) DuPaul GJ・他著, 市川宏伸・他監, 坂本 律・訳: 診断・対応のためのADHD評価スケールADHD-RS (DSM準拠). 明石書店, 9-15, 2008
- 2) Berument SK et al.: Autism screening questionnaire: diagnostic validity. Br J Psychiatry 175:444-451, 1999
- 3) 大六一志・他: 自閉症スクリーニング質問紙 (ASQ) 日本語版の開発. 国立特殊教育総合研究所分室一般研究報告書 平成16年3月, 19-34, 2004
- 4) 井伊智子・他: 高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙 (ASSQ) について. 自閉症とADHDの子どもたちへの教育支援とアセスメント 平成14年度科学研究費補助金 (基盤研究B) 「自閉症児・ADHD児における社会的障害の特徴と教育的支援に関する研究」報告書 (主任研究者 東條吉邦), 39-45, 2003
- 5) 井澗知美・他: Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発. 小児の精神と神経 41:243-252, 2001
- 6) 安立多恵子・他: 比喩・皮肉文テスト (MSST) を用いた注意欠陥/多動性障害 (AD/HD), Asperger障害, 高機能自閉症の状況認知に関する研究. 脳と発達 38:177-181, 2006
- 7) Adachi T et al: The metaphor and sarcasm scenario test: a new instrument to help differentiate high functioning pervasive developmental disorder from attention deficit/hyperactivity disorder. Brain Dev 26:301-306, 2004
- 8) 小枝達也・他: 学童期から思春期における心の理論の発達に関する研究. 成長科学協会年報 24:223-227, 2000
- 9) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. text revision. American Psychiatric Association, 2000
- 10) 安達 潤・他: 日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度 (PARS)・児童期尺度の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学 35:1591-1599, 2006
- 11) 辻井正次・他: 日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度 (PARS)・幼児期尺度の信頼性・妥当性の検討. 臨床精神医学 35:1119-1126, 2006

著者連絡先

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立精神・神経医療研究センター
 精神保健研究所知的障害研究部
 稲垣真澄

特集：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

渡部 京太, 齊藤 万比古

子どもの不安障害

特集：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

渡部 京太*, 齊藤 万比古**

子どもの不安障害

児童青年精神医学とその近接領域 54(2) : 148—158 (2013)

子どもの不安障害の診断は、ICD-10とDSM-IV-TRといった診断基準に基づいて行うのが標準的であり、子ども、親への問診から、①主な不安障害の診断、②併存する不安障害やうつ病性障害の診断、③パーソナリティ傾向の評価、④発達障害の評価、⑤不安障害の重症度の評価から、不安障害の重症度、併存障害を考慮して治療計画を立てる。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うこと、軽症では薬物療法よりもcognitive-behavioral therapy : CBTを推奨している。不安障害の子どもへの薬物療法のfirst-lineはセロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)であること、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が報告されている。子どもの強迫性障害(OCD)以外の不安障害では、米国食品医薬品局(FDA)が承認している薬物はない。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などについては、いわゆるactivation syndromeに対して注意を喚起している。このため薬物療法を開始する時には慎重な姿勢が必要である。CBTを始めとする精神療法や薬物療法は、症状が軽減した後も1年間は継続する。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の課題と思われる。

Key words : anxiety disorder, children and adolescents, cognitive-behavioral therapy (CBT), parent-guidance, pharmacotherapy

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(Connolly et al., 2007)。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、薬物乱用に発展しうる。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。本稿では、子どもの不安障害の標準的診療指針について考えてみたい。

II. 子どもの不安と抑うつ

子どもが感じる不安は、分離不安障害の主症状としての分離不安、全般性不安障害の予期不安、社交恐怖の社交不安、そして抑うつ状態があげられる(齊藤, 2010)。

1. 分離不安

分離不安は小学校入学まもなくに出現するといった年少者の不登校では一次的な発現要因そのものとして強まっている例が多い。また、前思春期年代の不登校においても、その経過中に進行する心理的退行に伴って二次的に分離不安

*国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
〒272-8516 市川市国府台1-7-1
e-mail: kyotaw@spice.ocn.ne.jp
**恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育医院