

していますが、上記症状のうち、③過覚醒症状（ADHD様症状）が診断基準に含まれないという点で異なるものです。SMDとDMDは非常に近似の概念であり、SMDに関するさまざまなデータがDMDの妥当性の検証に使われたのです。

結論を述べれば、DMDは双極性障害とは生物学的指標も異なり、性差などの患者背景も異なり、転帰調査による連続性もなく、異なる病態と考えられます。転帰はむしろうつ病性障害と関連があるため、うつ病性障害の章に属することになったのです。ただし、併存障害が高率に存在し、ADHD、反抗挑戦性障害、うつ病性障害、不安障害、自閉性スペクトラム症（ASD）など広範囲な病態と併存するといえます。今後も議論の多い疾患と考えられます。

3 死別反応と大うつ病性障害

DSM-IVでは、死別反応は人間体験に本来備わっているものであり、たとえ基準を満たしていても、それが二カ月を超えて持続していたり、著明な機能の欠陥、無価値感への病的ならわれ、自殺念慮、精神病症状、精神運動制止などを示さない限りは大うつ病エピソードとはしないという見解でした。

ところがDSM-5では、「正常な死別反応と思われるものに大うつ病エピソードが重複すれば、重大な喪失に対する正常な反応に大うつ病エピソードが重複したと慎重に判断すべきである」という注釈がついており、さらに両者の区別について詳細な脚注がつけられています。

4 うつ病性障害における改訂の主旨は何か

「重篤気分調節症（DMD）」という新しい概念を設置したのは、先にも述べた通り、子どもの双極性障害における過剰診断を抑制するという意味が存在します。すなわち、これまでビードマンらが提唱していた「重度の非エピソード性の易刺激性を主症状とする症例」は双極性障害と診断せずに、DMDと診断してうつ病性障害の中に含めることにしたのです。

また、DMDという概念を登場させたことは、他の精神障害（ADHD、反抗挑戦性障害、うつ病性障害、不安障害、ASDなど）との関連を検討し、縦断的経過や転帰なども解明する必要があることを意味します。さらに、このような症例に対する正しい治療の方法を検討していかなければなりません。

3

気分障害の子どもたちを
どのように支援していくか

1 正確な診断をしていくこと

子どもが示す症状や不適応の問題を何でも精神障害と関連づけるべきではないことは言うまでもないことです。しかし実地臨床において診断を行う目的は、ただ一つ、治療方針を決定するためです。たとえば、うつ病と双極性障害の診断の違いは治療方針に直結するきわめて重要な課題です。薬物療法も違えば精神療法も異なってきます。さらに、どのような他の精神障害が併存しているか、それがどの程度の重症度で併存しているかによっても治療に大きな違いが出てくるのです。気分障害と発達障害は併存することが少なくありません。この場合も、うつ病が主病態なのか、発達障害が主病態なのかによつて治療的対応は大きく異なってきます。また、真の診断とは単にラベルを貼るのではなく、その子どもを取り巻く家族、学校、その他の環境の状態、そのレベル、長所、短所などの全体像を把握し、その子どもに最適な治療的アプローチを提供していくことです。

2 デイメンジヨナルな(連続体としての)診断をすること

DSM-5ではデイメンジヨナル診断がトピックスとしてあげられました。精神医学における診断は、カテゴリーカルな診断かデイメンジヨナルな診断かという二つに大別することができません。たとえば、癌か否か、あるいはインフルエンザか否かは、十分な検査を行えば明らかにすることが出来ます。これをカテゴリーに分類できるカテゴリーカルな診断といえます。一方、うつ病や発達障害は、正常から障害とよばれる状態まで連続したものと考えられます。これをデイメンジヨナルな診断といえます。つまり段階的に移行していきます。一応診断基準は設けられていますが、これはあくまで便宜的なものです。当然その中間にはグレーゾーンの人たちがいます。うつ病や発達障害の特徴をいくらか持っているか、その程度が軽い人たちです。

DSM-5ではたとえば広汎性発達障害が自閉症スペクトラム症(ASD)に変更になりましたが、軽症、中等症、重症に分けて、具体的な症状や状態が詳しく述べられています。上述した死別反応が大うつ病性障害かという問題においても、その違いがかなり詳細に述べられた

うえで、正常な反応に大うつ病エピソードが重複したと判断すべき場合もあることが明記されています。これらは具体的な治療方針に直結する問題であり、DSM-5の優れた点であるといえることができるでしょう。

3 発達精神病理学を学ぶこと

子どもの場合、発達にもなつて診断が変遷していくことがしばしば見られます。これを学ぶ分野を発達精神病理学とよびます。たとえば、小学校低学年でADHDと診断された子どもが、小学六年生のときに友人関係のトラブルからうつ病を発症し、中学に入ると双極性障害に発展し、両親の離婚が重なって反抗挑戦性障害へ移行していく場合があります。しかし、自然にこのような発展を示すわけではなく、それぞれの発達段階において、同年代との対人交流や子育て不全などの家族関係の状況などが、この発展を促進したり防いだりするのです。

発達精神病理学は、発達に沿った病理の展開を明らかにします。リスク因子となる要因を明らかにし、さらにその相互関係を解明していきます。このような作業によって、はじめて、介入および予防の可能性が明らかになっていくのです(森ら、二〇一四)。一人の人間の発達や成

長、あるいは障害を縦断的な視点から見ると、それに関与する環境の影響を検討し、必要な介入や治療を適切に行っていくのです。新しいDSM-5にはさまざまな評価がありますが、少なくとも上記のような視点を与えてくれたことはきわめて重要であると考えられます。

文献

- American Psychiatric Association 2013 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Ed.*
American Psychiatric Association.
Biederman, J., Faraone, S., & Mick, E. et al 1996 Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 997-1008.
傳田健三二〇一一年子どもの双極性障害——DSM-5の展覧 金剛出版
Leibenluft, E., Charney, D.S., & Towbin, K.E. et al 2003 Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160, 430-437.
森則夫・杉山登志郎・岩田泰秀(編著)二〇一四 臨床家のためのDSM-5 虎の巻 日本評論社

でんだ けんどう

1957年生まれ。北海道大学大学院保健科学研究院教授。『子どもの双極性障害——DSM-5への展覧』(金剛出版)『若者の「うつ」——新型うつ病とは何か』(筑摩新書)。

研究報告

統合失調症患者に対する前頭葉/実行機能プログラム(FEP)を用いた認知機能改善療法(CRT)に関する実践的研究

大宮 秀 淑^{1,2)} 山下 聖 子¹⁾ 宮田 友 樹¹⁾
 畠山 雪 恵¹⁾ 山家 研 司¹⁾ 松本 出³⁾

抄録：前頭葉・実行機能プログラム(Frontal/Executive Program : FEP)が慢性期統合失調症患者の認知機能および社会機能に及ぼす影響を調査した。統合失調症と診断された4名に対して同意のもと、認知機能障害に対する週2回、全44回の介入を1対1で行った。介入前後に、神経心理学的評価、社会機能評価、精神症状評価を実施した。結果として、BACS-Jの総合得点や言語性記憶が改善し、SCoRS-Jの患者全般評価において改善を認めた。この結果から、FEPがターゲットとした認知機能検査および社会機能検査の成績を改善することが示された。FEPは統合失調症患者の認知機能改善療法(CRT)の1つのツールとして有用であると考えられた。

臨床精神医学 43 : 1525 ~ 1532

Key words : 統合失調症(schizophrenia), 前頭葉/実行機能プログラム(Frontal/Executive Program : FEP), 方略学習(strategy learning), 言語化(verbalization), 内発的動機づけ(intrinsic motivation)

(2014年4月22日受理)

共同研究者一覧

氏名	所属
松井 三枝	富山大学医学薬学研究部(医学)心理学教室
豊巻 敦人	北海道大学大学院医学研究科神経病態学講座精神医学分野
傳田 健三	北海道大学大学院保健科学研究院生活機能学分野

就労や社会生活の自立といった患者の社会的機能や転帰に多大な影響を及ぼすことが明らかになっており¹⁹⁾、認知機能障害が機能的転帰の20~60%を説明するという報告もなされ⁸⁾、障害の改善を図ることが期待されている。

はじめに

統合失調症は陽性症状や陰性症状など多彩な精神症状によって特徴づけられる、慢性化し社会生活に障害をきたす精神疾患である²³⁾。近年、統合失調症患者を対象として、認知機能のさまざまな領域に関する検討がなされてきており、記憶、言語学習、ビジランス、遂行機能など多岐にわたる領域において、機能低下が認められることが示されてきた^{6,15,20)}。これらの認知機能障害は1900年代の前半に臨床的に記述がなされていたことに加えて^{2,14)}、最近の研究からは前駆期から存在することも明らかとなってきている^{7,22)}。さらには、

A practical study on Cognitive Remediation Therapy (CRT) using the Frontal/Executive Program (FEP) for patients with schizophrenia

¹⁾ OMIYA Hidetoshi, YAMASHITA Kiyoko, MIYATA Tomoki, HATAKEYAMA Yukie and YAMBE Kenji 医療法人北仁会旭山病院 [〒064-0946 北海道札幌市中央区双子山4-3-33]

²⁾ 北海道大学大学院保健科学院 ³⁾ MATSUMOTO Izuru まつもとメンタルクリニック

プログラムは認知的柔軟性(cognitive flexibility), ワーキングメモリ(working memory), 計画(planning)という3つのモジュールで構成されており, 課題内容はセッションが進むにつれて複雑さが増すような内容である。認知的柔軟性モジュールにおいては, 患者の注意と認知の柔軟性を高めることを目的としており, 特定のセットの維持と切り替えを繰り返し行う。ワーキングメモリモジュールにおいては, 同時の処理課題を用いてトレーニングを行い, 二重課題に特に重点が置かれている。計画モジュールでは, 方略形成や行動の自己順序付けを促進する訓練を提供する。課題の具体例としては, 線分二等分や記号の模写, 数字の配列, 指先を合わせる練習などがある。

また, 今回の介入はトレーナー4名が1人1名ずつ患者を担当する研究方法を採用したため, トレーナーによって介入方法に差が生じないように, トレーナー4名を含む研究実施者が合同で計9回にわたる研修会を実施し, ほぼ同様の介入が可能となるようトレーニングを実施した。研修会においては, おのおのがFEP開始前にマニュアルを熟読したうえで参加し, 各章ごとにプレゼンテーションを行うことでFEPの共通理解を図った。さらに, 実際のFEPの介入方法についてロールプレイを行い, その様子をビデオ撮影しトレーナー全員が視聴可能とすることで共通認識を深めた。

3. 評価

患者の認知機能, 社会機能および精神症状について, 介入前後で下記の評価を行った。

1) 認知機能評価

統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-Japanese version (BACS-J)¹⁰⁾およびウィスコンシン・カード分類テスト Wisconsin card sorting test (WCST)¹²⁾, 持続的注意集中力検査 Continuous Performance Test (CPT)²⁾を実施した。なお, BACSについては, ベースラインではAバージョンを実施し, 終了時にはBバージョンを実施した。

2) 社会機能評価

統合失調症認知評価尺度日本語版 Schizophrenia Cognition Rating Scale-Japanese version (SCoRS-J)¹¹⁾,

および精神障害者社会生活評価尺度 Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI)⁹⁾, および機能の全体的評価 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)¹⁾による評価を行った。なお, 評価の客観性を高めるため, GAFについては各主治医による評価を得た。

3) 精神症状評価

陽性・陰性症状評価尺度 Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)¹³⁾を実施した。

なお, 認知機能評価およびGAFを除くほかの社会機能評価, 精神症状評価は, 筆頭著者が実施した。

3 症例

以下に4名の概要を提示する。症例の記載については, プライバシーの保護に配慮し, 個人情報の一部を改変してある。

[症例A] 30代, 男性

高校時代は成績優秀でスポーツ万能の優等生であった。20代前半に妄想を主体とする症状が出現し, 統合失調症と診断された。発症後は, 出産時の処置が原因でさまざまな症状が生じていると考え, 両親に対して刃物を突きつけて, 「腹を切れ」と迫るなど激しい暴力行為が認められた。症状除去を求め国内のみならず海外の著名病院に治療を求めたりした。その後, デイケアに通所する中で, 「本が集中して読めない」など自らの認知機能の低下に問題意識を持つようになった。

[症例B] 40代, 女性

高校中退後は定職には就かず, コンビニなどでアルバイトをしながら生活していた。その後就職するが, 同僚とのトラブルをきっかけに「お前は死んでしまえ」などといった本人を批判する幻聴が出現し, 飛び降り自殺も悪くないと思ったこともあったという。外来受診時には, 自らが通院するために必要な時間を適切に予測することができず, 予約時間より1時間以上も早く到着してしまうなど生活上での困り事を感じるようになっていた頃に, FEPが導入された。

[症例C] 50代, 男性

有名大学に進学し, 卒業後は公務員として就職した。しかし, 職場の人間関係に強いストレスを感じるようになり, 「怖い」といった強い不安感, 焦燥感

表1 4名の背景情報

症例	性別	年齢	教育年数	罹病期間 (年)	通院期間 (年)	知能指数 (WAIS-III)	抗精神病薬 (CP換算)	抗コリン薬 (BPD換算)
A	男	37	12	10	4	95	735	4
B	女	46	9.5	4	5	91	500	1
C	男	52	16	21	18	92	2,837.5	3
D	女	61	12	40	31	62	1,550	7

CP: クロルプロマジン, BPD: ピペリデン

表2 抗精神病薬リスト (CP換算)

症例	服薬量 (mg)	定型	非定型
A	735	レボメプロマジン (35)	アリピプラゾール (600), プロナンセリン (100)
B	500	なし	パリペリドン (400), プロナンセリン (100)
C	2,837.5	レボメプロマジン (50), ゾテピン (450)	アリピプラゾール (225), プロナンセリン (400), クエチアピン (712.5), リスベリドン (1,000)
D	1,550	ハロペリドール (150)	オランザピン (800), リスベリドン (600)

認知機能障害は治療のための直接のターゲットとして捉えられるようになってきており、障害を改善するために認知機能リハビリテーションが試みられ、その効果が報告されている^{18,24,25)}。認知機能リハビリテーションは、認知機能改善療法 (CRT)として定義されているものの、トレーニングの実施方法は、既存のコンピュータゲームソフトを利用したものや、オリジナルのプログラム構成をしているものなど多様であり、ターゲットとしている認知機能も記憶や遂行機能などさまざまなものであるのが現状と考えられる¹⁶⁾。

本研究の目的は、CRTの1つである前頭葉/実行機能プログラム (Frontal/Executive Program: FEP)¹⁷⁾を使用した介入によって認知機能、社会機能および精神症状に改善が認められるか否かを検討することである。

2 方法

1. 対象

対象は、医療法人北仁会旭山病院の精神科外来に通院中の統合失調症と診断されている4名である。FEP試行時は維持療法期にあり、精神症状はおおむね安定しており、デイケア通所が適用と考

えられる患者である。認知症、薬物依存症、アルコール依存症、脳器質性疾患などの精神疾患を合併している者は含まれていない。また、日常生活上で患者本人が認知機能に関する問題を自覚しており、機能改善のためにFEPへのモチベーションが高い患者を対象とした。はじめに、各患者の主治医に対してFEPに関する説明を行い、実施の同意を得た。そのうえで患者に対して研究説明書を用いてFEPの内容や目的、研究について文書と口頭によって説明し、同意書に署名を得た。なお、本研究は医療法人北仁会旭山病院倫理委員会および北海道大学大学院保健科学研究院倫理委員会の承認を得て実施された。4名の背景情報および抗精神病薬のリストについては表1、表2に示した。

2. 実施方法

対象となった患者4名に対しては、1対1で週2回、1回約1時間ずつのFEPを44セッション行った。FEPとは、Delahuntyらによって開発され松井らによって日本語版が作成された、統合失調症患者を対象とするCRTの1つであり、紙と鉛筆 (paper-and-pencil)を主な媒体としているが、セッション中には積木の使用や手の運動も含まれている。

表3 認知機能の変化

症例	BACS-J							WCST			CPT	
	総合	言語記憶	数字順列	トークン	語流暢性	符号	ロンドン	CA	PEN	PEM	RT	誤答
A	-0.96	-3.29	-0.14	0.42	-0.61	0.23	0.08	6	1	1	483.4	5
	0.09	-1.50	-0.14	-0.49	0.22	1.02	1.18	0	6	6	434.8	5
B	-0.73	-1.29	0.02	-1.00	0.29	-0.50	-0.29	6	0	1	459.3	2
	0.41	0.76	0.02	-0.28	1.21	0.12	-0.29	6	0	0	478.2	3
C	-0.14	0.38	0.08	-0.74	0.08	-0.03	-0.29	6	1	1	600.7	2
	0.87	1.63	-0.44	0.22	0.90	0.33	0.66	6	1	1	793.0	3
D	-4.68	-3.64	-2.59	-1.58	-1.88	-2.27	-4.73	2	4	4	892.1	4
	-1.54	-0.61	-0.92	-1.68	-0.18	-0.93	-1.31	0	12	12	832.5	1

上段：介入前，下段：介入後

BACS-J：Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-Japanese version, WCST：Wisconsin card sorting test,

CPT：Continuous Performance Test

が出現し退職した。その後も「トイレに行くな」といった幻聴などがあり，自身の首を切って救急搬送されたこともあった。入院中よりデイケアに参加し，退院後も継続して参加する中で，「以前よりも優先順位がつけられなくなった」と話すようになり，認知機能の改善に高い意欲を示した。

〔症例D〕60代，女性

高校卒業後正社員として就職したが，「同僚に『早く帰りなさい』と言われた」，「察知されている」といった妄想や幻聴が出現したことに加えて「死にたい」と訴え包丁を持ち出すなど希死念慮も高まり，精神科受診となった。その後も，無為自閉，感情鈍麻などが著明であり意欲低下も認められたが，デイケアプログラムに参加する中で徐々に活動性を取り戻してきた。FEP導入時は，「記憶力が悪くなった」という自覚を持っていた。

4 結果

1. 認知機能の変化

結果については表3，図1に示す。

BACS-Jについては，ほぼすべての検査項目で改善が認められた。特に，総合得点と言語性記憶に関しては4名全員に明確な改善が認められた。総合得点に関しては，介入前は全員が年齢平均を下回る結果であったが，介入後には全症例に改善

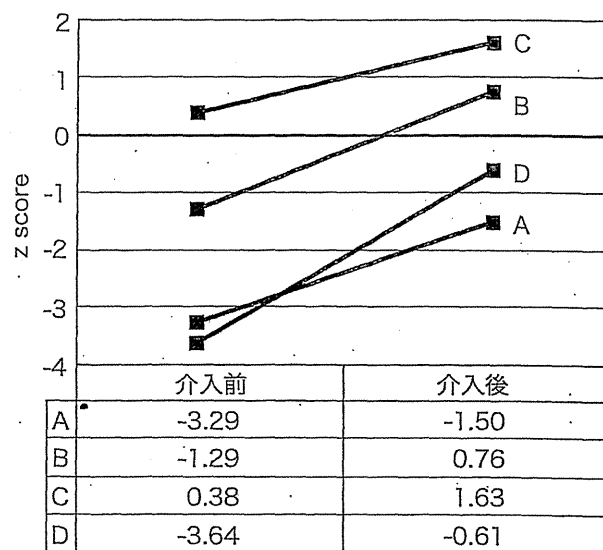


図1 BACS-Jの変化（言語性記憶）

が認められ，4名中3名については，年齢平均を上回る結果が得られた。残りの1名についても，3SD以上の大幅な改善が認められた。また，言語性記憶に関しては，介入前は症例Cを除く3名について，-1.29から-3.64までの著しい低下が認められた。介入後には，全症例で改善が認められ，4名中2名については，平均以上の得点となった。症例AとDについても，2SD以上の大幅な改善が認められた。

WCSTに関しては，症例Bについては改善が認

表4 社会機能および精神症状の変化

症例	SCoRS-J						LASMI						GAF 点数	PANSS			
	20項目平均			全般評価得点			生活	対人	課題	持続	自己	合計		陽性	陰性	総合	合計
A	2.00	1.80	1.60	6	4	5	1.3	1.2	1.7	3.0	2.7	9.9	35	16	19	42	77
	1.60	1.40	1.60	3	3	2	0.8	1.0	0.9	3.0	2.0	7.7	35	15	16	32	63
B	2.65	1.95	2.60	6	4	6	1.7	1.1	1.3	3.5	1.7	9.3	40	17	17	38	72
	1.50	1.35	2.15	2	2	4	0.8	0.9	1.0	3.5	1.3	7.5	70	10	15	29	54
C	2.05	2.25	1.60	6	6	4	1.3	1.2	1.5	5.5	2.0	11.5	35	21	18	42	81
	1.70	1.55	1.10	3	3	2	1.2	1.1	0.9	3.5	1.3	8.0	51	17	17	37	71
D	2.00	2.55	1.60	2	7	4	1.8	2.2	2.5	3.0	2.3	11.8	55	18	25	53	96
	1.35	1.45	1.95	3	3	6	1.6	2.0	2.0	3.0	2.3	10.9	61	17	24	46	87

上段：介入前，下段：介入後

SCoRSJ : Schizophrenia Cognition Rating Scale-Japanese version, LASMI : Life Assessment Scale for the Mentally Ill, GAF : Global Assessment of Functioning Scale, PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

められたが、症例Cについては不変であり、症例AとDに関しては誤答数が増加した。CPTについては、症例AとDに関しては反応時間が改善したが、症例BとCについては改善が認められなかった。

2. 社会機能および精神症状の変化

結果については表4、図2に示した。

社会機能評価であるSCoRS-Jについては、最も信頼性の高い評価者評価の20項目平均で改善が認められたことに加え、全般評価得点に関しても4名中3名で得点が半減した。また、患者自身が行う自己評価にも改善が認められ、特に、全般評価については4名中3名で介入前よりも困難さが半減しているという明らかな改善結果が得られた。介護者評価についても4名中2名で改善が認められた。LASMIに関しては、多くの項目で改善が認められ、特にW（労働または課題の遂行）に関して最も大きな改善が認められた。GAFについては3名で改善が認められた。残りの1名についても介入前と同得点であり、一定の機能が維持されていたと考えられる。

精神症状評価であるPANSSについても各項目について改善が認められ、特に総合精神病理に関して最も大きな改善が認められた。

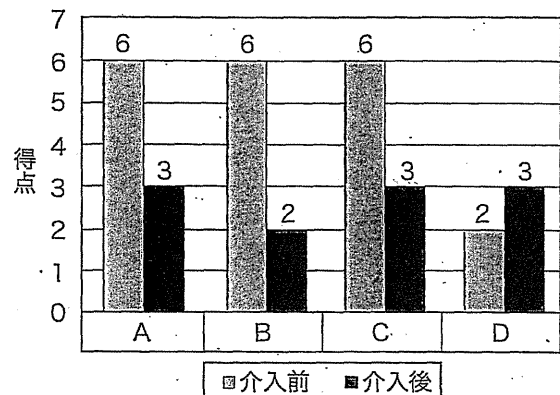


図2 SCoRS-Jの変化（患者全般評価）

5 考察

1. 認知機能評価の介入前後の変化

1) 改善した項目

結果に示したように、BACSJにおいては、総合得点と言語性記憶に関して、明確な改善が認められた。Ciceroneら⁹⁾が示しているように、知覚や運動が関与する認知処理の練習効果によって脳の可塑的变化が生じ、認知機能が改善した可能性が考えられる。

特に、言語性記憶が改善した要因には、記憶の容量と効率を上げるために必要とされる方略学習 (strategy learning)²⁶⁾の内在化が図られたことが

あげられる。統合失調症患者は情報の意味的な組織化が適切ではないという指摘があるが⁹⁾、FEPを終えた患者が「2つの単語をつなげて覚えた」と報告したように、方略学習の1つである情報のカテゴリー化によって記憶が促進されたと考えられる。

また、方略学習によって視覚的イメージの利用が促された可能性もある。ターゲット項目を頭の中で視覚的にイメージし、維持することで記憶が改善したことが推定される。これらの点に関しては、FEPの中で徹底して繰り返される言語化の効果が影響を与えている可能性があるだろう。

CPTの結果からは、症例AとDに関しては、介入前よりも介入後のほうが刺激に対して素早く反応できるようになった結果反応時間が短縮したと考えられる。症例BとCについては、FEPの1つの特徴である「ゆっくりと、正確に」課題を処理するという方略を取り入れたため、改善が認められなかった可能性があるだろう。

なお、検査自体の練習効果については、BACS-Jに関してはベースラインと終了時でバージョンを変えることによって練習効果の減弱が期待できるという指摘¹⁰⁾があり、ほかの認知機能検査についても6カ月以上の間隔をあけて検査を実施していることを考慮すると練習効果を超える改善がみられたと考えることが可能である。

2) WCSTについて

結果に示したように、1例が改善し、1例は不変、他の2例については誤答数が増加した。以下にこの結果の意味について考察を加える。改善した症例に関しては、誤答数が減少しており、FEPにより適切なルール理解に基づいたセットの転換が可能になったと考えることができる。不変であった症例に関しては、介入前に達成カテゴリー数が満点の結果であり、天井効果が存在していたと考えられる。

一方で、誤答数が増加した2例は、WCSTの課題構造から逸脱する方略を選択するように変化したと考えられる。具体的には、介入前よりも課題の解決方法を複雑に考えるようになった可能性⁴⁾や、課題解決過程の中で得られた正答に対する強化が低下した可能性があるだろう。これらの背景

には、FEPにより思考が賦活したことで課題解決のために探索的になった可能性が考えられる。

2. 社会機能および精神症状の介入前後での改善

社会機能および精神症状に関しては、SCoRS-Jの項目のうち、患者の自己評価に明らかな改善が認められたことは、患者自身が日常生活において困難さを自覚する場数が減少していることを示唆している。FEPでは言語による統制(verbal regulation)を図ることが期待されているが、患者はこのことを通して自己統制の感覚を高めることができ、自己評価が改善した可能性があるだろう。

また、GAFスコアの改善については、GAFの評価が独立したそれぞれの主治医による評価であるため、客観的観点から判断しても各患者の社会機能に改善が認められたと考えられる。LASMIとPANSSに関しても、4名全員のW(労働または課題の遂行)と総合精神病理得点で改善が認められたが、患者による「FEPを受けたことで意欲が高まった」という報告からも、患者の発動性や内発的動機づけ(intrinsic motivation)が向上した可能性がある。FEPが従来のCRTとは異なり、トレーニングを能動的かつ主体的に進めていくプログラム構成であることも影響を及ぼしていると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本稿においては、前頭葉/実行機能プログラム(Frontal/Executive Program: FEP)による介入によって認知機能、社会機能および精神症状に改善が認められたことを報告した。本研究の限界としては、今回の対象患者が4名と少人数であり、今後コントロール群を設定した多数例の効果研究を行っていく必要があると思われる。また、今回の4名は罹病期間が4年から40年と非常に幅広い対象であったため、均質の患者群ではなかった可能性がある。今後、罹病期間を考慮した患者群を対象とした研究を行っていく必要があるだろう。

また、今回の対象患者は慢性期の統合失調症患者であったが、根本ら²¹⁾が「認知機能への介入を疾患早期に適切に行うことで、比較的短期間に認知機能のみならず社会機能にまで及ぶ改善が得られる可能性が示唆される」と指摘しているように、

FEPを導入する時期を検討することも課題の一つと考えられる。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2004)
- 2) BECK LH, BRANSOME ED Jr, MIRSKY AF et al : A continuous performance test of brain damage. *J Consul Psychol* 20 : 343-350, 1956
- 3) Bleuler E : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig, 1911 (飯田眞, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳: 早発性痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974)
- 4) Charles JG, Patricia EP, Jana WF : Neuro-psychological Interpretations of Objective Psychological Tests. New York, 2000 (櫻井正人訳: 高次脳機能検査の解釈過程—知能, 感覚—運動, 空間, 言語, 学力, 遂行, 記憶, 注意—. 協同医書出版社, 東京, 2004)
- 5) Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K et al : Evidence-based cognitive rehabilitation : recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 81 : 1596-1615, 2000
- 6) Evans JJ, Chua SE, McKenna PJ et al : Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med* 27 : 635-646, 1997
- 7) Frommann I, Pukrop R, Brinkmeyer J et al : Neuropsychological Profiles in Different At-Risk States of Psychosis : Executive Control Impairment in the Early-and Additional Memory Dysfunction in the Late-Prodromal State. *Schizophr Bull* 374 : 861-873, 2011
- 8) Green MF, Kern RS, Braff DL et al : Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the "right stuff?" *Schizophr Bull* 26 : 119-136, 2000
- 9) 岩崎晋也, 宮内 勝, 大島 巖ほか: 精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討 (第1報). *精神医学* 36 : 1139-1151, 1994
- 10) Kaneda Y, Sumiyoshi T, Keefe R et al : Brief assessment of cognition in schizophrenia : validation of the Japanese version. *Psychiatry Clin Neurosci* 61 : 602-609, 2007
- 11) 兼田康宏, 上岡義典, 住吉太幹ほか: 統合失調症認知評価尺度日本語版 (SCoRS-J). *精神医学* 52 : 1027-1030, 2010
- 12) 鹿島晴雄, 加藤元一郎 : Wisconsin Card Sorting Test (Keio Version) (KWCST). *脳と精神の医学* 6 : 209-216, 1995
- 13) Kay SR, Opler LA, Fiszbein A : Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) Multi-Health systems. NY, 1991 (山田 寛, 増井寛治, 菊本弘次監訳: 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル. 星和書店, 東京, 1991)
- 14) Kraepelin E : PSCHIATRIE: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳: 精神分裂病. みすず書房, 東京, 1986)
- 15) Levin S, Yurgelun-Todd D, Craft S : Contributions of clinical neuropsychology to the study of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 98 : 341-356, 1989
- 16) 松井三枝 : 臨床心理学の最新知見. 第34回統合失調症の認知リハビリテーション. *臨床心理学* 6 : 687-692, 2006
- 17) 松井三枝, 柴田多美子, 少作隆子 : 前頭葉・実行機能プログラム—統合失調症のための認知機能改善療法プログラム—. 新興医学出版社, 東京, (印刷中)
- 18) McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI et al : A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164 : 1791-1802, 2007
- 19) Morice R : Cognitive inflexibility and prefrontal dysfunction in schizophrenia and mania. *Br J Psychiatry* 157 : 50-54, 1990
- 20) Morice R, Delahunty A : Frontal/executive impairments in schizophrenia. *Schizophr Bull* 22 : 125-137, 1996
- 21) 根本隆洋, 水野雅文 : 統合失調症の早期介入へ向けた包括的な研究の推進. *日本生物精神医学会誌* 22 : 3-8, 2011
- 22) Niendam TA, Bearden CE, Johnson JK et al : Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophr Res* 84 : 100-111, 2006
- 23) Wykes T, Reeder C : Cognitive remediation therapy for schizophrenia. *Theory & Practice*, London, 2005 (松井三枝監訳: 統合失調症の認知機能改善療法. 金剛出版, 東京, 2011)
- 24) Wykes T, Reeder C, Landau S et al : Cognitive remediation therapy in schizophrenia : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 190 : 421-427, 2007
- 25) Wykes T, Huddy V, Cellard C et al : A meta-anal-

ysis of cognitive remediation for schizophrenia :
methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 168 :
472-485, 2011

future cognitive remediation therapy-what works
and could we do better? *Schizophr Bull* 37 : S80-
90, 2011

26) Wykes T, Spaulding WD : Thinking about the

Summary

A practical study on Cognitive Remediation Therapy (CRT) using the Frontal/ Executive Program (FEP) for patients with schizophrenia

*OMIYA Hidetoshi, YAMASHITA Kiyoko, MIYATA Tomoki,
HATAKEYAMA Yukie, YAMBE Kenji and MATSUMOTO Izuru*

The effects of the Frontal/Executive Program (FEP) on the cognitive and social functions of patients with chronic schizophrenia were investigated. Interventions for cognitive impairment were conducted on a one-on-one basis twice weekly for a total of 44 times for four patients diagnosed with schizophrenia after obtaining their consent. Neuropsychological assessment and assessments of social function and psychiatric symptoms were made before and after the interventions. The results showed improvements in the total score and verbal memory subscale score of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia – Japanese version (BACS-J) as well as the overall patient assessment of the Schizophrenia Cognition Rating Scale – Japanese Version (SCoRS-J). These results indicate that FEP improves scores on cognitive function and social function tests, which are its targets. FEP is thus considered a useful tool in Cognitive Remediation Therapy (CRT) for patients with schizophrenia.

* * *

村瀬嘉代子(1998):心理療法のかんどころ。

金剛出版。

武井 明(2005):多動,チック,円形脱毛症を呈した男子小学生に対する箱庭療法。

箱庭療法学研究 18, 37-48.

徳田良二(1978):芸術療法. 笠原 嘉, 島 蘭安雄編:現代精神医学体系5A, 精神科治療学I. pp319-340, 中山書店。

やまだようこ(1987):ことばの前のことば—ことばが生まれるすじみち. 新曜社。

子どものうつへの精神療法的アプローチ

北海道大学大学院 保健科学研究院

傳田 健三

I. はじめに

海外では子どものうつ病に対する認知行動療法や対人関係療法の有効性を示す実証的研究がいくつか報告されるようになった(Clarke et al., 1999; Mufson et al., 2004; Rossello et al., 1999)。そこでは、子ども一人ひとりに十分な時間をかけて精神療法が行われている。しかし、わが国の児童精神科医は1日の外来で診察しなければならない患者数が多く、1回の診察にあまり時間を割くことができないのが現状である。私の1日の診察では、新患は1日平均2人、再患は1日平均30人である。新患診察は1人30分、再患診察は15分を原則としている。わが国の保険診療内で治療を行う限り、1回の診察に1時間かける正式な認知行動療法や対人関係療法を実施することはなかなか困難と言わざるを得ない。

そうした短時間の診察では精神療法は不可能かという、そうではないと私は思っている。短時間の一般診療の中で、私は、認知行動療法や対人関係療法の治療技法を応用しながら、また家族療法の要素を織りまぜながら診療を行っている。ここでは、子どものうつ病に対するごく一般的な治療的アプローチに

ついて、症例を提示しながら述べてみたい。症例の報告に関して本人および家族の同意を取得し、匿名性に十分な配慮を行った。

II. 症例呈示

症例 A:女子、初診時12歳、中学1年生
主症状:不登校、気力低下、易疲労感。

家族歴:両親、双子の姉との4人暮らし。父親は49歳、技術職、うつ病の治療歴がある。母親は43歳。双子の姉は明朗、活発で、友達も多かったが、Aは内向的、神経質なところが目立った。

生育歴:初期運動発達は正常。始語は姉に比べて遅く(1歳6ヶ月)、母親への愛着行動も少なかった。姉以外の子どもとの交友関係は乏しかった。幼稚園における集団行動は自ら加わることは少なく、姉に促されて参加していた。自分のおもちゃへのこだわりや整理整頓への執着が認められた。幼稚園の頃から機械を分解したり組み立てたりすることが好きで、とくにカメラの型番や機能について詳しい知識を持っていた。

現病歴:小学6年生までは内向的・神経質で、種々のこだわりがあったが、姉の助けもあり、概ね順調に過ごした。姉以外の友達もでき、楽しい小学校生活であったという。

中学に入学後、吹奏楽部に入部した(姉は別の部活に入部)。部活は多忙で、友人関係では仲のよい友達もできたが、何人かの友人から嫌がらせを受けたりした。5月の連休明けから、身体がだるい、朝起きることができない、部活へ行くことができないことなどを主訴に近医小児科を受診したところ、起立性調節障害との診断で昇圧剤を処方され通院服薬していた。ところが、症状は改善せず、夏休みも同じ症状は続いた。2学期になってから次第に夜眠ることができなくなり(入眠障害、中途覚醒)、食事は朝はほとんど食べることができないが、夜はやや過食気味となった。気力も低下し、好きな漫画やゲームにも

興味が無くなり、集中力も低下した。勉強もまったくする気になれず、成績は低下していった。朝起きることができず、登校もほとんどできない状態となった。また、家においても手洗いを繰り返したり、引き出しの中を何度も確認するという強迫症状が出現した。さらに、家ではイライラすることが多く、突然泣き出したり、はさみで手首を傷つけることが認められたため、10月に小児科からの紹介で精神科を受診した。

初診時所見：動作は緩慢で、疲れ果てた表情をしている。うつむきがちで、声は小さいが、質問にはできる限り答えようと努力する姿勢が見られる。Aは現在の状態に陥った原因は友達関係にあると思うと述べた。睡眠障害、食欲障害、抑うつ気分、気力低下、集中力低下、興味・喜びの減退、イライラ感などの抑うつ症状が存在し、自殺念慮も認められた。現在の状態を詳しく説明し、今後の方針を伝えると、治療への同意を示し、通院・服薬にも納得した。初診時の状態は重症の大うつ病性障害と考えられた。背景に広汎性発達障害の傾向は認められるが、診断には至らない程度であると推察された。自殺行動、自傷行為はしないことを約束して外来通院から治療を開始した。

Ⅲ. 治療経過

1. 治療導入期

当初は治療関係の構築につとめ、毎週通院し、心理教育を中心に治療を行う方針とした。同時に薬物療法もセルトラリン25mgから開始し、徐々に増量していった。治療関係は比較的速やかに成立し、自らの状態を素直に話すようになった。診察はAと両親の同席面接を行い、初めにAから自身の最近の状態を聞き、その後両親の意見を聞く方法とした。

治療開始1ヶ月後（セルトラリン50mg）、睡眠が安定し、朝起きることができるよう

なり、少しずつ登校が可能となった。気分も改善し、気力も出て、好きなことも楽しめるようになった。そのため、自己判断で服薬を中止したところ、再び状態が悪化して、不登校が続くようになった。面接でも泣きながら不調を訴えるため、現在の状態、薬物療法の意味、いま心がけること、今後の見通しなどについて、詳しい心理教育を時間をかけて行った。その後も、治療の節目において、心理教育を繰り返し行っていった。

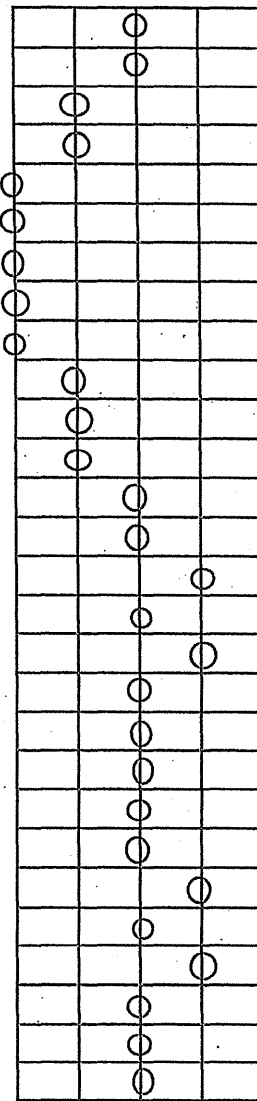
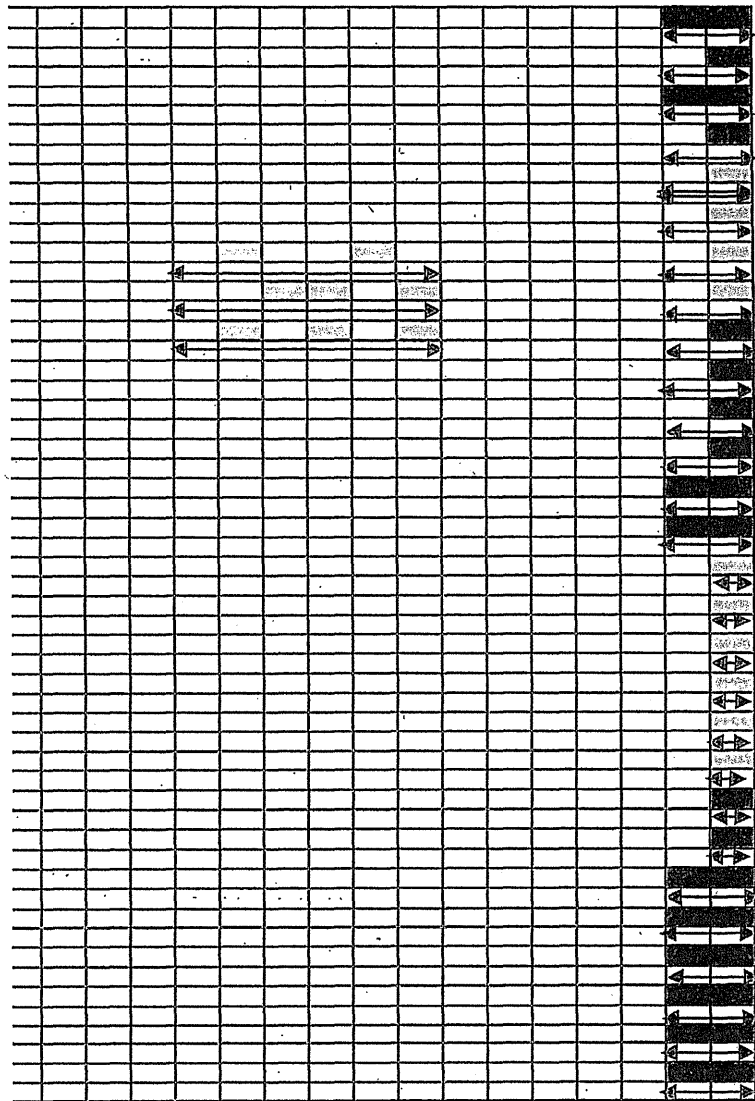
このような心理教育的アプローチによって、Aが自分の現在の状態を確認することができ、自分は何のために通院しているのか、状態を改善するために何をすべきかに気づき、治療に対するモチベーションを高めていったと考えられる。とくに児童・青年期の症例において、服薬を中断したり、通院が滞ったり、状態に変化が生じたときに、タイミングを見計らって積極的に心理教育的アプローチを行うことは、きわめて重要なことであると考えられる。

2. 真の感情の表現について

治療2ヶ月後にはセルトラリン75mgとして、これを維持量とした。良いときと悪いときの波ばあるものの、概ね本来の状態となり、週に半分以上の登校が可能となった。面接では、自らの状態を的確に話すようにはなったが、なかなか自分の本当の気持や、考えを診察室で述べることは容易ではなかった。そこでAの希望により、面接は初めにAのみが診察室に入って面談を行い、その後家族との同席面接を行うという方法とした。

治療開始6ヶ月後ころから、主治医に話したいことが十分には話せないと述べ、自ら面接で話したいことをノートに記載し、睡眠覚醒リズム表（図1）もつけてくるようになった。まずそのノートを治療者が読み、その中からその日に話題として取りあげたいものを選んで話すこととした。Aの話題として

PM 8 10 0 2 4 6 8 10 10 気分 -2 -1 0 +1 +2



月経 今日の出來事

	部活, ほぼ本来の状態.
	部活, ほぼ本来の状態.
	部活休む, やる気が出ない.
	部活休む, 感情不安定.
	元気がない, 口数少ない, 食欲低下.
	元気がない, 感情不安定, イライラ感, 食欲低下.
	自責感, 不登校, 不眠.
	自責感, 不登校, 不眠.
	自責感, 不登校, 不眠.
	表情よくなる, 食事可能, 会話可能.
	登校, 疲れ気味, 部活早退.
	登校, 疲れ気味, 部活早退.
	部活, 元気, 試験勉強開始.
	本来の状態に回復, 笑顔, 楽しめる, 勉強.
	やや気分高揚, 友達とトラブル, 不眠.
	試験勉強, 落ちついた, 集中力出てきた.
	やや気分高揚, 母親とけんか, 不眠.
	試験勉強, 落ちつく, 集中力出てきた.
	試験勉強, 落ちついた, 集中力出てきた.
	テスト, 落ちついている, やや疲れぎみ.
	テスト, 落ちついている, やや疲れぎみ.
	テスト終了, 落ちついている, 本来の状態.
	部活, やや気分高揚, やや多弁, 友達と外出.
	部活, ほぼ本来の状態, 睡眠安定.
	部活, やや気分高揚, やや多弁, 友達と外出.
	部活, ほぼ本来の状態.
	部活, 友達と外出, 本来の状態.
	部活, 家族と食事に外出, 本来の状態.

とうとしていた 眠らずに床にっていた 床にいていなかった
 少し悪い (0) 普通 (+1) 好調 (+2) 絶好調

図1 睡眠覚醒リズム表

は、①皆の前では気をつがって陽気に振る舞い、誰とでも仲良くしようとするため、とても疲れてしまうこと、②クラスの委員や部活の役割を何でも引き受けてしまい、結局うまくできなくて皆に迷惑をかけてしまうこと、③自分の何気ない行動が友達を傷つけてしまったり、反感を買ったりして、一部の級友たちから悪口を言われていること、④双子の姉に対する依存と反発、⑤両親に対する依存と反発などである。

中学3年生になり、高校受験のことが話題にのぼるようになった。欠席日数や遅刻が多く、成績も十分ではないため、学校側からは通信制高校を推されていたが、本人は双子の姉と同じ進学高校を強く希望した。主治医としては現実的には学校側の意見は妥当だと思われるが、なぜAが姉と同じ高校を希望するのか聞きたいと伝えた。

Aは「これまでつねに姉と比較されてきた。自分も一人でできることを皆に示したい。中学も姉とは別の部活に入ったが、結局調子を崩してしまった。姉を頼りにするために同じ高校を希望するわけではない。同じレベルで一人でもできるのだということを示したい」のだと泣きながら語った。親に対しても「心配されればされるほど辛くなる。少し自分にまかせてほしい」と述べた。Aは以上を述べたあと、「初めて主治医に本当の気持ちや考えを伝えることができた」と話した。

それに対して治療者は、「お姉さんはとても頼りになるけれど、つねに比較されてきたのですね。中学から自分一人でやろうと思って一念発起したけれど、頑張りすぎてしまったのかもしれないね。今は元気になったのもう一度自分一人で頑張りようと思ったのですね。両親に対しても、心配してくれることはありがたいけれど、自分にまかせてほしいと思っているのですね。その気持ちはすごくわかりました。無理しすぎず、自分のできる範囲でやってみましょう。でも、本当に困っ

たら、お姉さんや両親に相談することも自立した人としては大切なことだと思います」と、姉や両親に対する両面的な側面を意識して返答した。このエピソード以降、Aは自らの気持ちや考えを主治医に率直に話すことが可能になっていった。

3. 問題解決的アプローチ

Aはその後、1日も欠席せず、家庭教師をつけて猛勉強を行った結果、双子の姉と同じ高校へ入学することができた。この体験はAにとって大きな自信となったと考えられた。

高校入学後は吹奏楽部(姉は別の部活)に入部し、とても仲のよい友達もでき、当初は元気に通学していた。ところが、1学期の4月下旬ころから、同じ部活の一人の女子から嫌がらせを受けるようになった。友達と仲良く話しているところを妨害されたり、担任でもあり吹奏楽部の顧問でもある教師と話している時に楽器を隠されたりしたという。Aは「なぜか分からないが、これまでも同じように誰かと仲良く話していると、嫌がらせを受けたり、いじめられたりした」と述べた。これまではこのようなエピソードをきっかけとして、どうしてよいか分からなくなり、気分が落ち込み、気力が低下し、学校へ行けなくなるというパターンであったという。

話を聞いていくと、嫌がらせをした女子とAが仲よく話していた女子は同じ仲良しグループのメンバーであること、顧問の教師は若くて女子から人気のある先生であることがわかった。「友達がとられるような気がしたり、先生を独占されているように感じて妬ましかったのかもしれないね」と説明すると、Aはようやく嫌がらせをした女子がどのような感情を抱いているかについて気づくことができた。そして、顧問の先生に相談してみることを課題としたところ、うまく問題が解決した。困ったときに教師に相談することも初めての体験であった。

このように、高校時代の面接は、なるべく具体的なテーマについて話し合い、その解決策をとともに考えていった。すなわち、その後もAはしばしば友達関係や進路の問題で「どうしてよいか分からない状態」に陥った。そのようなとき、①まず問題をはっきりさせ、状況を分析する、②自分はその問題をどのようにしたいのか、つまり解決目標を考える、③具体的な問題の解決方法を模索し、試してみる、という手順で問題解決をはかるようにした。

次に、気分・感情や思考のコントロールについて述べたい。正式な「思考記録表」を書くことはしなかったが、Aは睡眠覚醒リズム表(図1)をつけて、ノートに面接で話したいことや困っていることを書いてくることは続けていた。睡眠覚醒リズム表をつけることによって、週単位、月単位の気分の変化や出来事を自らモニターすることができるようになっていった。また、上記のように、困っている事態に陥ったら、まず具体的な解決策をとともに考えるようになった。そして行動に移してみて、そのあとで気分や感情がどのように変化したか、マイナス思考はどのように変わったかを確認していった。すると、問題の根本的な解決には至らなくても、どうしてよいか分からない状態に陥ったら、一歩立ち止まって、いま自分でできることをできる範囲で行っていくことによって、「まあいいか」と思えるようになることに少しずつ気づいていった。

4. 薬物療法の工夫と診断について

当初、高校入学後に状態が安定していたら抗うつ薬を減量・中止する方針を立てていた。ところが、抗うつ薬を減量するとうつ状態は悪化するため、減量せずに継続していた。またAの病像は睡眠覚醒リズム表(図1)をつけることによって、以下のような特徴をもっていることが明らかになった。①月

経5日前から気分が落ち込み、感情が不安定になり、自責的になることもある。しかし月経開始3日後頃より徐々に改善すること、②朝は気分が落ち込むことが多く、食欲もないが、夜には元気になり、やや高揚ぎみのときもたまにみられ、過食気味になること、③毎年秋から冬には全体的に元気がなく、春から夏にかけてとても元気な状態が続くこと、などである。主治医は以上のことから、これまで明らかな躁状態を呈したことはないが、今後双極性障害へ移行していく可能性は考えられると認識していた。

高校2年生の秋にとくに誘因なく、軽度の抑うつ状態が続き、月経1週間前に突然自殺念慮が出現した。その後も月経周期に一致して同様の状態が続くため、リチウムを追加し、400mgを維持量とした。リチウムは奏効し、以後季節による変動も、1日の中での変動もおさまった。バルプロ酸は無効であった。また、リチウム単剤にするとうつ状態の悪化がみられた。そのため、最終的な処方方はセルトラリン50mg、リチウム400mgである。

5. 生き方や特性・性格をテーマとした面接

高校3年生になり、将来の進路について考えることになった。高校の欠席日数や遅刻は少なく、成績も上位であり、試験の日に緊張しやすいことから、学校側は推薦やAO入試で入学できる大学をすすめた。双子の姉は私立大学への入学が決まった。

Aは友達関係がうまくいかないことをつねに気にしていた。大学に入ってもまた同じ問題を抱えるのではないかと不安を訴えた。そして、自分の性格に問題があるのではないかと述べたため、一度心理検査を受けることをすすめ、その結果を以下のようになるべく分かりやすく説明した。①知能は平均以上だが、言語性IQと動作性IQに差があること、②下位項目においてもばらつきが見られ、得意なことと不得意なことの差が大きい

こと、③人にとっても気をつけているが、人の気持ちを察したり想像することは苦手かもしれない、④視覚的に物事をとらえる能力には秀でている、人にはない感性をもっている、⑤好きなことにはすぐれた集中力を発揮し、一定の作業を正確にかつ緻密にこなすことができる、⑥これらは広汎性発達障害の特徴であるが、あなたの場合は障害というより、特性・性格として考えた方がよいと思う、などである。そして、青木の「ぼくらの中の発達障害」(2012)を紹介した。

Aは以上の話を神妙に聞いていたが、最後に「これまでの自分の生きづらさの意味がようやく分かった」と述べた。そして自分の特性を生かした生き方を考えてみようと思うようになっていった。結局、Aは大学進学をせずに、就職を選択した。自分の好きなカメラの会社を自ら探してきて、面接を受け、入社が決まった。現在は、対人関係にも恵まれ、自分の得意分野を生かして順調に経過している。

IV. 子どものうつ病に対する精神療法

1. 子どものうつ病に対する精神療法の実証的研究

先にも述べたように、子どものうつ病に対する精神療法の実証的研究は、大人の研究に比べて限られているが、認知行動療法や対人

関係療法の有効性を示す実証的研究が報告されるようになった (Clarke et al., 1999; Mufson et al., 2004; Rossello et al., 1999)。

英国のNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) による児童・青年期のうつ病治療ガイドラインを表1に示した (National Collaborating Center for Mental Health, 2013)。それまでのさまざまな実証的研究を詳細に検討した上で考案されたものである。軽症の場合には薬物を使わずに支持的個人精神療法か集団認知行動療法を行う。中等症・重症の場合にも、まず個人認知行動療法または対人関係療法を行う、そして多職種で経過を検討しながら親への治療や他の精神療法を行うことが推奨されている。薬物療法は fluoxetine を使用してよいが、精神療法と併用治療としている。難治性うつ病に対しては、他の精神療法を試みるか、薬物療法として sertraline または citalopram の使用を推奨している。NICE の治療ガイドラインは抗うつ薬の評価が低く、実地臨床においては適用が難しい場合も存在すると考えられる。

2. うつ病に対する妥当で現実的な精神療法
ただし、わが国の児童・青年期精神科臨床において、認知行動療法や対人関係療法を日常的に行うことは困難と言わざるを得ない。現在の保険診療内で治療を行う限り、認知行

表1 NICE による児童・青年期のうつ病に対する推奨治療

軽症うつ病 (併存精神障害および自殺念慮なし)	4週間の詳細な経過観察 支持的精神療法または集団認知行動療法 薬物治療は行わない
中等症～重症うつ病	3ヶ月以上の個人認知行動療法、対人関係療法あるいは短期の家族療法 多職種での経過の検討 (親・家族への治療、他の精神療法) 薬物療法 (fluoxetine) と精神療法との併用治療 (5-11歳の児童にはとくに注意が必要である)
難治性うつ病	他の精神療法 (まだ行われていない人に対して CBT、IPT、短期家族療法、隔週15セッション以上の系統的家族療法、週1回の個人精神療法を30セッション) 薬物療法: sertraline、citalopram

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

動療法や対人関係療法の要素を取り入れながら、現実即ち折衷的で時間のかからない方法を行わざるを得ないのが現状である。

さて、鍋田(2012)はうつ病に対する妥当で現実的な精神療法として「3ステップ・アプローチ」を提唱している。それは、症状が明確にある場合には、それらを解決あるいは軽減する、あるいは少なくともそれらの症状とのあるべき対応や付き合い方をターゲットにする「心理教育的アプローチ」、ある時期から発症するうつ病に関しては発症に関与する「問題点の明確化と解決的なアプローチ」、そして精神分析やユング心理学を代表とする従来からの精神療法における「生き方や人生全体をターゲットとするアプローチ」である。

3. 子どものうつ病に対する精神療法：5ステップ・アプローチ

鍋田(2012)のうつ病に対する「3ステップ・アプローチ」を参考にして、子どものうつ病に対する「5ステップ・アプローチ」を以下に提唱したい。

1) 第1ステップ：見立て・診断的アプローチ

第1ステップは「見立て・診断的アプローチ」である。うつ病治療では診断はとても重要な要因であるが、とくに子どものうつ病治療においては診断の重要性は大きい。子どものうつ病は単独で生じることはむしろ稀で、注意欠如多動性障害(ADHD)、素行障害、広汎性発達障害などの発達障害や不安障害を併存する場合は多いことは周知の通りである(傳田、2002)。本症例においても、幼少時から広汎性発達障害の傾向が認められていた。すなわち、いわゆる発達障害の傾向があるのかどうか、あるとしたらその程度はどのくらいなのか、について確認することは不可欠である。詳細な生育歴の聴取や心理検査は必須である。以上の診断を含めた全体の「見立

て」を初期にきちんと行うかどうかには治療の成否がかかっている。私は治療の初期に「見立て」として400字程度の症例の要約を作ることになっている。症例Aの見立ては以下の通りである。

「Aは生来的に広汎性発達障害の傾向は認められるが、診断には至らない程度である。技術職の父親も同様の傾向を持っている。現時点ではそのことには触れず、本人がその問題に直面したときに取りあげるべきと考ええる。そのような傾向を有しながらも姉の手助けや両親の援助によって小学校までは対人関係能力も含めて順調に発達してきた。中学になって、何でも一人で取り組もうという気持ちが強まり、頑張りすぎて疲弊してしまったと考えられる。姉や両親にあえて頼らなかったことも行き詰まってしまった要因かもしれない。同性の親友ができたことは大きなプラスの要因であるが、他の友達との関係は複雑すぎたかもしれない。姉や両親と距離をとろうとしたことは評価すべきことであるが、無理しすぎた印象がある。母親はバランスがとれた人であり、父親も治療に熱心で、うつ病に対する知識も持っており、この点もプラスの要因である」

2) 第2ステップ：心理教育的アプローチ

第2ステップは「心理教育的アプローチ」である。鍋田(2012)が述べているように、「うつ病にかかった人は、ある意味でうつ病を直すための『うつ病教室』に入った新入生のようなもの」である。治療者は専門家として診断を伝えるとともに、病気の性質、経過、予想される予後などの情報をパンフレットを用いて提供する。それとともに、薬物療法の必要性、副作用の注意、日常生活においてどのように病気と付き合うことが適切なのか、してはならないこと、したほうがよいことなどをしっかりと教育する必要がある。ここには家族への心理教育を含めたアプローチも含まれている。

3) 第3ステップ：真の感情を表現させるアプローチ

第3ステップは「真の感情を表現させるアプローチ」である。子どもの精神療法的アプローチにおいて、治療関係が成立すると、子どもは治療者に対して次第にさまざまな気持ちや感情、あるいは考えを表現するようになる。そこには、保護され、安心・安全を感じることができる治療環境が必要である。子どもにとって安心できる治療環境のもとで自由に自己表現ができ、それがそのまま受け入れられるという体験が重要なことは言うまでもないことである。

しかしそれでも、子どもにとって自分の本当の気持ちや、考えを言葉で表現することは容易なことではない。そこで、子どもに真の感情を表現させるさまざまな「設え」「枠組み」が必要になってくる。例えば、言葉で表現することが困難な幼児や年少児では、絵画や箱庭、あるいはさまざまな遊びなどの非言語的な手段を用いることがあってもよい。話したいことをメモに書いてもらったり、ノートに書いてきてもらったり、日記や睡眠覚醒リズム表（傳田、2011）を書いてきてもらうこともあるだろう。もう少し進んで、認知行動療法のように思考記録表を書いてきてもらう場合もある。いずれにしても、本人にもっとも相応しく、自分がうまく出せる方法で表現してもらうことが重要である。

子どもが言葉で表現するのが難しいからといってすぐに絵画療法や箱庭療法というのはどうだろうか。援助者としては、それでもなるべく言葉で表現するように促していく必要があるのではないか。話すことが困難でも文章にすると能弁な子どもも多い。子どもが書いた文章を読んで、始めて目の前の子どもの真の苦しみをすることも少なくない。そこから治療が急速に進展していく場合もある。子どもにおいても、言葉で自分の真の感情や考えを表現してもらうことが精神療法の最大の

目標であることはつねに念頭におく必要がある。

また、種々のエピソードがトラウマになっていてなかなか表現できないという場合も少なくない。子どものうつ病においても同様のことは意外に多いことを認識しておく必要がある。子どもが何らかのトラウマを抱えている可能性を察した場合は、決して侵襲的にならずに、「今あなたが困っていることや、つらいことがあれば聞かせてほしい。でも、無理に話す必要はない。話しても大丈夫という気持ちになったら聞かせてほしい」と伝え、その時期が来るのを焦らずに待つことが大事である。そして、ひとたび子どもがトラウマについて話したら、治療者も同じつらさや苦しさを体験し、それと対峙する覚悟が必要になるのである。

症例Aのように、トラウマとはいえないが、誰にもいえず、ずっと心に秘めてきた事柄を、あるタイミングで思い切って話し出すというエピソードが存在する。それがターニングポイントとなって治療関係が深まり、自分の感情を言葉で客観的に述べるようになることも少なくない。

4) 第4ステップ：問題解決的アプローチ

第4ステップは「問題解決的アプローチ」である。自分がうつ状態に陥った状況を認識して、それを明確化し、その解決を治療者とともに考えていくことが目的である。そのためには、自分がうつ状態であることを客観的に認識できる必要がある。自分の状態や問題を少し冷静に考えることができる程度には改善していること、睡眠覚醒リズム表や日記、あるいは思考記録表などをつけることができる状態であることが条件となる。ただし子どもの場合、正式な認知行動療法へ導入することは容易ではない。思考記録表を書くことができるのは中学生でまれに存在する程度である。そのため私は睡眠覚醒リズム表や本人独自の日記を用いることが多い。それであって

も、それを書くことができるまでには十分な準備期間と治療者の地道な働きかけが不可欠である。

まず、治療者の態度は、大人に対する場合よりも積極的であり、スポーツのコーチ的な態度で臨むことが望ましい。基本的な心構えとしては、子どもの場合は認知面を無理に変えようとしないう方がよい。むしろ行動面に働きかけ、思い切ってさまざまな行動に踏み切ることをすすめる(例えば、「運動をしてみよう」「フリースクールを見学してみよう」とすすめる)、本人が自ずと気分や状態の変化に気づくのを待つ姿勢が必要である。そして、「まだ無理をすると疲れる」「漫画を読むことはできるが、集中力を要する小説を読むことは困難だ」という自分の心理状態を認識させていくことが必要である。大人では容易に認識できることが、子どもでは治療者の計画的で地道な努力と本人のモチベーションがないと容易には進まないのである。

自分の心理状態が認識できたら、その「困った状態」がどのような状況において生じるのかを明確化し、それに対してどのように対応するか、どのような対処法があるかをともに考えていくことになる。例えば、Aが高校入学後、同じ部活の一人の女子から嫌がらせを受けて「困った状態」に陥ったとき、その状況を詳しく聞いていくと、嫌がらせをする女子は、Aが仲良くしている友達と同じグループに属していること、Aが気軽に話をする顧問の教師のことを好きなのではないかということが明らかになってきた。そこで治療者がAに、「友達がとられるような気がしたり、先生を独占されているように感じて妬ましかったのかもしれないね」と状況を説明すると、Aはようやく嫌がらせをした女子がどのような感情を抱いているかについて気づくことができた。そして、自分は相手の気持ちを察することが苦手かもしれないことに思い至ったのである。Aは「そう

いえば、これまでも同じように誰かと仲良く話していると、嫌がらせを受けたりいじめられたりした」ことに気づいていった。そして、顧問の先生に対応を相談することができるようになったのである。

このように面接では、なるべく具体的なテーマについて話し合い、その解決策を、①まず問題をはっきりさせ、状況を分析する、②自分はその問題をどのようにしたいのかという解決目標を考える、③具体的な問題の解決方法を模索し試してみる、という手順で考えていった。

治療者とともに問題の解決策を考えることにより、患者がこのように考えれば何とかなるかもしれない、あるいはこの問題が解決すればこの状況を抜け出せるかもしれないというひとすじの希望が見えてくることが重要である。いうまでもなく、その背景には良質な治療者・患者関係が必要であり、「この人と一緒にあれば何とかかなりそうだ」という安心感が治療を促進していると思われる。

5) 第5ステップ：生き方や特性・性格へのアプローチ

第5ステップは「生き方や特性・性格へのアプローチ」である。子どもと生き方や性格・特性をテーマとした話し合いが可能かと疑問に思う人もいるかもしれない。しかし、子どもにとっては、好むと好まざるにかかわらず進学や就職の問題が次々と迫ってくるのである。人生や生き方を考えざるを得ない状況におかれていると言ってよい。ところが、家族はうつ病の子どもを抱えて、多かれ少なかれ腫れ物に触るような対応にならざるを得なくなっている。学校でも教師、親、子どもを交えた三者面談が行われるが、進学可能な高校や大学の名前は出るが、生き方が話題になることはほとんどないと言ってよい。

しかし、子どもも人生を悩んでいる。一度、うつ病というつまずきを体験した子どもは、進学してもまた同じ状態になってしまう

のではないかと、友達関係で同じ失敗を繰り返してしまうのではないかと悩んでいる。友達とのトラブルがトラウマのような深刻な体験となっている子どもも少なくない。また、「役割をきちんとこなさないといけないとつねに考えてしまう」「いつも何かに追われているように過度に無理をしてしまう」などと自分の特性や性格を述べる子どもも多い。話を聞いていくとその背景に母親との関係や父親との関係が見えてくることも稀ではない。このような場合は、時間をかけてじっくりと丁寧に傾聴する必要があるだろう。

症例 A においては、友達関係がいつもうまくいかないことをつねに気にしており、自分の性格に問題があるのではないかと治療者に疑問をぶつけてきた。治療者はこれを機に特性として広汎性発達障害の傾向があることをきちんと説明する必要があると考え、心理検査を受けることをすすめ、その結果を本人および両親に伝えた。その結果、A は「これまでの自分の生きづらさの意味がようやく分かった」と述べ、自分の特性を生かした生き方を考えるようになり、大学進学をせずに就職を選択したのである。

V. おわりに

うつ病の子どもへの精神療法的アプローチについて、症例をあげて論じた。子どものうつ病への精神療法として、海外では認知行動療法や対人関係療法が推奨されているが、わが国の保険診療内で行うことが可能な、一般的な精神療法的アプローチについて検討した。そして、①見立て・診断的アプローチ、②心理教育的アプローチ、③真の感情を表現させるアプローチ、④問題解決的アプローチ、⑤生き方や特性・性格へのアプローチからなる「5ステップ・アプローチ」を提唱した。うつ病の子どもが、うつ状態から回復し、自分がおかれた状況を理解して、一つひとつ問題を解決して行き、最後に今後の生き

方を考えていくプロセスを、症例を用いて解説した。このようなステップをつねに念頭に置けば、一般外来の中でもうつ病の精神療法は十分に可能であると考えられる。

【文献】

- 青木省三：ぼくらの中の発達障害。ちくまブリマー新書，2012。
- Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, et al.: Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 272-279, 1999.
- 傳田健三：子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患—。金剛出版，東京，2002。
- 傳田健三：子どもの双極性障害—DSM-5への展望—。金剛出版，東京，2011。
- Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, et al.: A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61: 577-584, 2004.
- 鍋田恭孝：うつ病がよくわかる本—うつ病の本質・うつ病からの立ち直り方・うつ病のあるべき治療—。日本評論社，東京，2012。
- National Collaborating Center for Mental Health: Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, (National clinical practice guideline 28, 2013). www.nice.org.uk/, (accessed on 2013/12/30).
- Rossello J, Bernal G: The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67: 734-745, 1999.