



Title	児童・青年期の気分障害，広汎性発達障害に関する臨床的研究
Author(s)	佐藤，祐基
Degree Grantor	北海道大学
Degree Name	博士(保健科学)
Dissertation Number	甲第10969号
Issue Date	2013-03-25
DOI	https://doi.org/10.14943/doctoral.k10969
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/52585
Type	doctoral thesis
File Information	theses_Sato.pdf



2012年度

学 位 論 文

児童・青年期の気分障害，広汎性発達障害に関する臨床的研究

佐 藤 祐 基

北海道大学大学院保健科学院
保健科学専攻保健科学コース

2012 年 12 月提出

目 次

要約

第1章 緒言	1
1.1 児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害について	1
1.1.1 児童・青年期のうつ病性障害	1
1.1.2 児童・青年期の双極性障害	1
1.1.3 児童・青年期の広汎性発達障害	2
1.1.4 児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害	3
1.1.5 発達障害の視点からみたうつ病分類	3
1.1.6 気分障害と広汎性発達障害の生物学的関連性	5
1.2 本論文の目的	5
1.3 診断の方法	5
1.4 倫理的配慮	6
1.5 用語の説明	6
1.5.1 併存障害 comorbidity	6
1.5.2 児童期と青年期の分け方	7
1.6 気分障害と広汎性発達障害の分類	7
1.6.1 気分障害の分類	7
1.6.2 広汎性発達障害の分類	7
1.7 気分障害と広汎性発達障害の診断	8
1.7.1 気分エピソード	8
1.7.2 うつ病性障害の診断	9
1.7.3 双極性障害の診断	9
1.7.4 広汎性発達障害の診断	10
1.8 本論文の構成	11
第2章 児童・青年期の大うつ病性障害の併存障害に関する臨床的研究	12
2.1 はじめに	12
2.2 目的	12
2.3 対象と方法	12
2.3.1 対象	12
2.3.2 方法	13
2.4 結果	13
2.4.1 診断	13
2.4.2 臨床的特徴	14
2.4.3 転帰	14
2.5 考察	15

2.5.1	文献的考察	15
2.5.2	大うつ病性障害と併存障害の関連	16
2.5.3	臨床的特徴	16
2.5.4	転帰	17
2.5.5	大うつ病性障害と広汎性発達障害の関係	17
2.5.6	研究の限界	19
2.6	まとめ	19

第3章 児童・青年期の双極性障害に関する臨床的研究 21

3.1	はじめに	21
3.2	目的	21
3.3	対象と方法	22
3.3.1	対象	22
3.3.2	方法	22
3.4	結果	22
3.4.1	診断	22
3.4.2	患者背景	23
3.4.3	併存障害	23
3.4.4	臨床的特徴	24
3.4.5	転帰	25
3.5	考察	25
3.5.1	診断	25
3.5.2	併存障害	27
3.5.3	転帰	27
3.5.4	臨床的特徴	27
3.5.5	児童期発症群と青年期発症群の比較	28
3.5.6	研究の限界	29
3.6	まとめ	29

第4章 大うつ病性障害、拔毛癖、選択性緘黙といった複数の精神疾患に罹患した後、解離状態を呈した広汎性発達障害をもつ男子中学生への心理面接に関する事例研究 30

4.1	はじめに	30
4.1.1	事例研究の意義	30
4.1.2	解離状態としての「ファンタジーへの没頭」	31
4.2	目的	31
4.3	事例の概要	32
4.4	面接過程	33
4.5	考察	37
4.5.1	併存障害の再発の可能性	37

4.5.2	ファンタジーへの没頭の意味	38
4.5.3	本事例における技法的工夫	40
4.6	まとめ	42
第5章 結論		44
謝辞		46
文献		47
図表		56
資料		90
業績		91

要約

本論文では、児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害に関する臨床的研究を行った。

まず、第1章では、児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害の概要について紹介し、本論文の目的について述べた。

第2章では、小児科発達障害クリニックの中にある児童精神科外来を初診した児童・青年期のうつ病性障害の症例47例を対象に、後方視的なカルテ調査を行った。児童・青年期のうつ病性障害は、広汎性発達障害や不安障害、注意欠如・多動性障害などの併存障害と、相互に密接な関係があることが推察された。特に、従来考えられてきたよりも広汎性発達障害との併存率は高いと思われた。また、うつ病性障害で受診し、社会的ひきこもりの症状をもつ場合は併存障害に注意して診断を検討する必要があると考えられた。転帰については、1年以上の治療を継続することが症状の改善に有効であることが明らかとなった。ただし、併存障害がある場合は、ない場合と比べて、症状が改善しづらい傾向があることが示唆された。

第3章では、児童・青年期の双極性障害について、児童期と青年期の比較をしながら、診断や併存障害、経過、および転帰について検討することを目的とした。児童・青年期の双極性障害の症例30例を対象に、後方視的なカルテ調査を行った。診断については、特定不能の双極性障害が最も多かった。併存障害として、広汎性発達障害が最も高い割合で確認された。転帰については、平均して約2年7カ月の治療期間に、半数以上の症例が改善を示した。児童期発症の双極性障害は、広汎性発達障害と注意欠如・多動性障害の併存が多く見られ、躁病相とうつ病相が混合した経過をたどりやすいと考えられた。青年期発症の双極性障害は、不安障害を単独で併存するケースが多く、経過については児童期と比べて躁病相とうつ病相の区別が明瞭となりやすいと考えられた。

第4章では、気分障害と広汎性発達障害を併存した青年期の事例について、筆者が臨床心理士の立場から臨床心理学的援助を行うことで、学校適応が高まった経過について振り返り、効果的な支援について検証することを目的とした。心理面接は週1回、1時間という枠組みで、約2年間に渡って行われた。心理支援を独自に工夫することによって、学校など社会的な場面での適応が改善されるようになった。

結論として、第5章で本論文のまとめを行った。児童・青年期の気分障害は、広汎性発達障害などの併存障害と、相互に密接な関係があることが推察された。児童・青年期の気分障害の転帰については、一定期間の治療を行うことで、半数以上の症例が改善していた。気分障害と広汎性発達障害が併存した場合の実際の支援については、臨床心理学的援助を個人の症状に合わせて行うことによって、社会適応の改善に繋がる場合があることが示された。

第 1 章

緒言

1.1 児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害について

1.1.1 児童・青年期のうつ病性障害

1980 年以前，児童・青年期のうつ病はほとんど脚光を浴びることなく，きわめて稀な疾患であると考えられてきた．DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) に代表される操作的基準が用いられるようになると，成人と同じ抑うつ症状をもつ子どもの存在が注目されるようになり，児童・青年期のうつ病がこれまで認識されているよりかはるかに多く存在することが明らかになってきた (傳田, 2008)．児童・青年期のうつ病性障害の有病率について，Harrington (1994) は気分障害の総説において，欧米でのこれまでの疫学研究をまとめると，うつ病性障害の一般人口における有病率は，児童期では 0.5～2.5%，青年期では 2.0～8.0% の範囲にあると述べている．Costello ら (2006) は構造化面接を用いた研究のメタ解析を行い，その有病率は児童期では 2.8%，青年期では 5.6% と報告している．Hasin ら (2005) の疫学調査では，15 歳における有病率は成人とほぼ同じという結果となっている．DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) によると，成人における時点有病率は大うつ病性障害では女性で 5～9%，男性で 2～3% とされ，気分変調性障害では約 3% とされる．性差は，児童期では男性優位という報告がみられ，青年期までには成人と同じような女性に多い現象がみられるようになるという (傳田, 2008)．

このように，児童・青年期のうつ病の有病率は，児童期は少ないが，12 歳頃から急激に増加して，15～16 歳では成人並みの割合になると指摘されている (Hasin ら, 2005; 傳田ら, 2012)．しかし，傳田 (2002; 2008) によると，わが国においては，精神科医の間でさえ，児童・青年期のうつ病に対する認識は依然乏しく，現在においても児童・青年期のうつ病という現象は見逃されていると言わざるを得ない状況にあるという．

近年，うつ病の状態像の多様性が指摘され，非定型的な病態やサブクリニカルな状態に対する議論が起こっており，診断の重要性が改めて問題になっている (傳田, 2008; 傳田ら, 2011; 樽味, 2005)．児童・青年期のうつ病は適切な治療が行われなければ，成人になって再発したり，対人関係や社会生活における障害が持ち越されてしまう場合もあるため，きちんと診断し，適切な治療と予防を行うことが急務とされている．

1.1.2 児童・青年期の双極性障害

児童・青年期の双極性障害についても，これまで欧米においては，きわめて稀な疾患と考えられてきた．DSM-IV-TR では大うつ病性障害の診断基準に児童・青年特有の症状項目が設けられ，テキストにも子どものうつ病性障害の臨床的特徴が詳しく記載されるようになった．一方，双極性障害においては，DSM-IV-TR では，平均発症年齢が 20 歳と記載されているにもかかわらず，児童・青年特有の臨床像の記載はなく，成人の診断基準をそのまま使用することになっている (傳田, 2011a)．

児童・青年期の双極性障害の有病率について、Lewinsohn ら(1995)は、一般人口の 14 歳から 18 歳の青年 1,709 人を対象として調査した結果、双極性障害の生涯有病率は 0.94%、時点有病率は 0.64%であった。これは成人における有病率とほぼ同じである。また、Lewinsohn ら(1995)はエピソード的な高揚気分または易刺激性をとともうが、双極性障害の診断基準を満たさないものを閾値下双極性障害(subsyndromal bipolar disorder: SUB)として定義しており、5.7%に認められたという。Costello ら(1996)による、9 歳から 13 歳までの児童 4,500 人を対象とした有病率の調査では、双極 I 型障害の児童は 0.0%であり、双極 II 型障害の児童は 0.1%であった。Kessler ら(1998)の調査では、15 歳から 24 歳までの 1,769 人の双極 I 型障害の生涯有病率は 0.5%であった。成人を含めた有病率は、DSM-IV-TR によると、双極 I 型障害の生涯有病率は 0.4~0.6%、双極 II 型障害の生涯有病率はおよそ 0.5%と報告されている。以上をまとめると、大規模な疫学調査の結果からは、双極性障害の診断を満たす児童期の症例はきわめて少なく、青年期になって診断基準を満たす症例が出現し、0.5~1%と成人の有病率に近くなっていくといえることができる(傳田, 2011a)。

一方、最近になって病院への外来受診あるいは入院レベルにおける双極性障害の患者数が増加しているという報告がされるようになってきた(傳田, 2011a)。Blader ら(2007)は、1996 年から 2004 年までの米国の国立病院の入院患者における精神科主診断を調査した。その結果、双極性障害という診断がついた患者は直線的に増加していた。特に児童期においては 1996 年の割合が一般人口 1 万人あたり 1.4 人であるのに対し、2004 年では 7.3 人と 5 倍以上に増加していた。青年期では 1996 年が 1 万人あたり 5.1 人に対し、2004 年では 20.4 人と約 4 倍増加していた。成人期の場合は 1 万人あたり 10.4 人が 16.2 人と増加していた。Moreno ら(2007)は、1994~1995 年と 2002~2003 年における米国の国立病院の外来患者の精神科主診断を調査した。その結果、一般人口 10 万人に対して、19 歳以下の児童・青年期の双極性障害は 1994~1995 年の 25 人から、2002~2003 年では 1,003 人と、8 年間で約 40 倍に増加していた。一方、20 歳以上の成人期では 10 万人あたり 905 人から 1,679 人に増加していた。このように児童・青年期の双極性障害の有病率は増加傾向にあるといえる。

また、2000 年以降になってから、北米の一部の研究グループを中心に、児童期および前青年期の双極性障害に関する論文が数多く報告されるようになった(Biederman ら, 2003; Geller ら, 2005)。児童・青年期の双極性障害の臨床像はこれまで認識されていた成人における古典的な躁うつ病像とは大きく異なり、児童・青年期特有の臨床像を呈することが明らかとなってきた。

このように、ようやく最近になって、児童・青年期特有の双極性障害の存在が認められるようになり、うつ病からの移行、双極スペクトラム障害という概念などに注目が集まってきている(傳田ら, 2011)。しかしながら、児童・青年期の双極性障害に関する臨床研究は少なく、診断や経過、転帰などについては未だ不明な点が多いというのが現状である。

1.1.3 児童・青年期の広汎性発達障害

近年、広汎性発達障害、特にアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害に対する関心が高まっている。広汎性発達障害の過剰診断の問題も生じているが、精神疾患の診断におい

て、従来の内因性、心因性、外因性という要因に、新たな発達障害の視点を加える必要が生じてきたことは間違いのない事実である（傳田，2008；傳田ら，2010）。

児童・青年期の広汎性発達障害の有病率について、DSM-IV-TRでは、疫学研究による自閉性障害の有病率の中央値は、10,000人に対して5例であり、報告された値は10,000人に対して2～20例の範囲にある。ここで、高い値が方法論の違いを反映しているのか、この疾患の頻度の増加を反映しているのか明らかではないとしている。また、自閉性障害以外の広汎性発達障害の有病率は不明とされている。Bairdら(2006)によって発表された英国の調査では、9～10歳の56,946人の中で、広汎性発達障害と診断されている255例と、可能性のある1,515人について検討が行われた。その結果、10,000人あたり116.1例という多くの広汎性発達障害の子どもたちが存在することが明らかとなった。わが国でも、河村ら(2009)が行った豊田市における12,589人の児童（診断確定時の平均年齢は3歳4カ月）に対する調査では、広汎性発達障害の累積発生率は1.81%、すなわち10,000人あたり181例という高い値が示された。近年の欧米の疫学調査を概観すると、広汎性発達障害の有病率は約1%という値がコンセンサスとなっていると考えられる（栗田，2008）。

1.1.4 児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害

DSM-IV-TRによると、広汎性発達障害をもつ者が、いじめ被害を受けること、対人的に孤立させられること、自己を認識する能力が増大することにより、抑うつや不安が発現する場合があるとされる。広汎性発達障害に気分障害が併存した場合、広汎性発達障害の症状そのものをねらいとした薬物はなく、薬物療法は対症的なものとならざるを得ない（牛島ら，2011）。気分障害が一度寛解しても、社会性の障害による対人関係の問題から、再度、いじめ被害や対人的孤立の状態に置かれ、気分障害が再発する可能性がある。DSM-IV-TRによると、広汎性発達障害は持続的で一生続く障害とされており、広汎性発達障害をもつ児童・青年は、成人になってからも対人関係の問題から、気分障害を発症するリスクを抱えているといえる。治療的アプローチについては、傳田ら（2010）が診断を確定したら、適切な心理教育を行い、治療の動機づけをうながしていく必要があること、そして精神療法の工夫と原則、集団プログラムへ参加することの利点について、具体例を交えながら紹介している。

広汎性発達障害に伴う気分障害の治療については単発の症例報告は多数あるが、体系的な研究報告はないともいわれている（牛島ら，2011）。児童・青年期気分障害と広汎性発達障害はともに近年になってから注目を集めるようになった障害であり、その関連性については未だ不明なことが少なくないのである。

1.1.5 発達障害の視点からみたうつ病分類

従来わが国では、笠原・木村分類（1975）のI型が内因性うつ病の基本形と考えられてきた（傳田ら，2010）。すなわち、メランコリー親和型性格をもつ者が、転勤や昇進、家族成員の移動などの生活状況変化に際して発症し、抗うつ薬にはよく反応し、経過もよくて単極性のうつ病が多いというものである。メランコリー親和型性格者は戦後の復興とそれに続く高度経済成長を支えたものであり、その破綻としての近年のうつ病の増加は多くの臨床医の支持を集めた。

ところが特に1990年以降、従来のメランコリー親和型性格の破綻では説明がつかない症例が外来を訪れるようになったのである。その病態は古くはstudent apathy, 退却神経症, 逃避型抑うつ（広瀬, 1977）と呼ばれたものと共通する部分が多く、未熟型うつ病（安部ら, 1995）、現代型うつ病（松浪ら, 1991）、ディスチミア親和型うつ病（樽味, 2005）などと命名されている（表1.1）。これらは、かつて抑うつ神経症といわれた病態と重なる面も多い。彼らはさほど規範的ではなく、自己自身への愛着がある。過度の自負心や漠然とした万能感がうかがえる。もともと仕事熱心ではないが、趣味には独特のこだわりをもち、強迫的な側面もあわせ持つ。症候学的特徴としては、不全感と倦怠感を訴えることが多く、回避傾向が強い。罪業感は薄くときに他罰的であり、衝動的な自傷をしたりする。症状レベルでは軽症例が多く、症状が出揃っていない場合が少なくない。抗うつ薬への反応はメランコリー親和型に比べて部分的な効果にとどまり、病態のどこまでが性格かどこからが症状なのかが不分明である。しかし、なかには抗うつ薬が奏効し、独特の性格傾向が目立たなくなる場合や、時には躁転して双極II型障害へ移行する症例も認められる。

このように、青年期以降の非メランコリー親和型うつ病は主にパーソナリティーの側面から検討されてきたとすることができる。しかし、未熟で、自己中心的で、こだわりが強い傾向を、パーソナリティーではなく、何らかの発達障害の側面から理解する必要もあるのではないだろうか（傳田ら, 2010; 傳田ら, 2011）。

発達障害という視点からもう一度成人のうつ病分類を見てみよう。上述した近年の様々な命名されたうつ病分類は、なぜ抑うつ神経症としなかったのだろうか。その背景には時代に逆行する神経症という名称をよしとしないだけでなく、命名者たちは、従来にはない「何らかの違和感」を感じているように思われるのである。

すなわち、職場への帰属意識が希薄、罪責感の表明が少ない、当惑ないし困惑、自己中心的、対他配慮性が少ない、強迫的な反復性と持続、私的生活におけるリズムに固執（現代型うつ病）、社会的規範の取り入れが弱い、自己中心的で顕示的、不安・焦燥が優位、自責性に乏しく他者に攻撃を向ける、基本的に双極スペクトラムに属する（未熟型うつ病）、自己自身への愛着、社会的秩序や役割意識の希薄化、規範に対してストレスであると感じる、漠然とした万能感、自責や悲哀よりも輪郭のはっきりしない不全感と心的倦怠を呈する、回避と他罰的感情、衝動的な自傷（ディスチミア親和型うつ病）、などの記載が目立つ。

従来、（抑うつ）神経症の心因の形成に最も大きく関与しているのは性格要因と環境要因である。これらが総合的に働いて内的葛藤がいとなまれ、不安が形成されて、発症準備状態がつくられる。このような状態において、何かの事件をきっかけとして症状があらわれる。そしてその症状が心因に基づいているものであることが概ね了解可能であり、彼らはその状況に悩み苦しんでいると考えられてきたのである。

従来にはない「何らかの違和感」とは、上記の古典的な性格要因、環境要因だけでは説明がつかない了解不能性なのではないだろうか。さまざまに命名された現代の青年を中心とするうつ病を解く鍵概念は「発達障害という視点」であると思われる。上述した現代型うつ病、未熟型うつ病、ディスチミア親和型うつ病の諸特徴は高機能の発達障害の青年の示す特徴に当てはまる部分が少なくない。もちろんアスペルガー障害、高機能自閉症、注意欠如・多動性障害（attention-deficit/ hyperactivity disorder: ADHD）などの診断基準

を完全には満たさない症例も多いだろう。しかしながら、その背景に軽度の発達障害の存在を想定すると理解しやすくなる場合もあるのではないだろうか（傳田ら、2010；傳田ら、2011）。

1.1.6 気分障害と広汎性発達障害の生物学的関連性

広汎性発達障害の家族研究では自閉性障害の子どもを持つ家族における気分障害の集積の報告が多い（Bolton ら、1998；Piven ら、1999）。Smalley ら（1995）の研究では、自閉性障害児の家族では 37.5%に第一親等内でうつ病の発症がみられ、40.3%の親が生涯のある時点で大うつ病性障害を発症し、その 64%は自閉性障害の子どもが出生前の発症であった。対象群となった自閉性障害以外の遺伝疾患（結節性硬化症やけいれん性疾患など）を持つ子どもの家族でのうつ病発症と生涯有病率はそれぞれ 11.1%および 19.2%で一般人口と同程度であった。DeLong ら（2002）は選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI）の治療効果の研究に参加した自閉性障害児の家族歴を調査した結果、74%に二親等以内に大うつ病性障害または双極性障害の病歴がみられ、子どもの SSRI への治療反応性、家族内のうつ病発症、理数系の特別な高い能力を持つ親族の存在の 3 要因に強い相関が見られたという。

また近年、MRI などの脳画像を用いた病態研究が行われるようになり、広汎性発達障害に認められる扁桃体体積減少などの所見は、併存する気分障害や不安障害との関連が示唆されている（山末、2008）。このように MRI 画像解析研究の結果から、広汎性発達障害における精神機能の非定型発達が形態レベルでも存在していることが示されるようになり、こうした非定型発達には複数の遺伝要因が想定されている（山末、2010）。

1.2 本論文の目的

上記のように児童・青年期のうつ病や双極性障害は近年になって存在が知られるようになり、臨床的研究は少なく、診断や併存障害、経過、および転帰については不明な点が多く存在する。また、児童・青年期の広汎性発達障害と気分障害との関連については、治療に関する体系的な研究報告はなく、単発の症例報告が多く行われている（牛島ら、2011）。

本論文では、小児科発達障害クリニックの中にある児童精神科外来を受診した児童・青年期の気分障害のうち、大うつ病性障害と双極性障害の症例について、後方視的なカルテ調査を行い、診断や併存障害、経過、および転帰について検討することを目的とする。また、広汎性発達障害に加えて、気分障害などの併存障害を発症したことのある青年に対して、筆者が心理相談室の臨床心理士として行った臨床心理学的援助について事例研究を行い、効果的な支援について検討することを目的とする。

1.3 診断の方法

第 2 章と第 3 章の研究では、楡の会こどもクリニック児童精神科外来を初診した 17 歳以下の児童・青年期症例が対象となった。児童精神科外来は週 1 日、1 名の児童精神科医が勤務し、主に児童・青年期の気分障害、不安障害および広汎性発達障害や ADHD を含む発達障害などを対象としている。DSM-IV-TR を基準に併存障害に注意しながら、主治医と筆者によって診断分類を検討した。診断および症例の検討にあたっては、主治医と筆

者によって、各症例の診断分類、病歴、経過、および、転帰について合議形式で討議を行った。診断に際しては特定の質問紙への回答や構造化面接は行われていないが、DSM-IV-TR の診断基準に準拠し、症状の確認を行い、診察時に保護者から生育歴、発達歴を詳細に聴取した。さらには紹介者である医師、スクールカウンセラー、学校教師といった医療・教育の専門家からの紹介状などの情報提供の資料についても精査し、家庭や学校での問題行動の把握の参考とした。また必要に応じて、当院の心理士によって WISC-III (Wechsler intelligence scale for children-third edition)や K-ABC (japanese Kaufman assessment battery for children)、統合型 HTP (house-tree-person)テスト、P-F スタディ (picture-frustration study)、PARS (pervasive developmental disorders autism society japan rating scale) (神尾ら, 2006; 安達ら, 2006)などの心理・知能・発達検査を施行した。そのため、広汎性発達障害と ADHD の診断については数回の診察、心理士との検査・面接を経たのちに、情報を総合的に判断して診断名を確定した。

DSM-IV-TR では、広汎性発達障害の症例に ADHD 症状が確認された場合は広汎性発達障害の診断名のみとなり、ADHD の診断名は記載されないという基準がある。しかし、本研究では、広汎性発達障害の症例において、明らかに ADHD の診断基準を満たしている場合は、別の病態が併存すると考え、双方の診断名を併記した (吉田, 2009)。

1.4 倫理的配慮

児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究 (第 2 章, 第 3 章) は、北海道大学大学院保健科学研究院の倫理委員会の承認 (10-18) を得ている。本研究は後向き観察研究であり、厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」の規定により、患者・家族への説明と同意は必ずしも要しない。そのため、本研究の目的を含む研究の実施に関する文書を当クリニック内に掲示することにより、情報の公開を行った。情報公開用の文書には、(1) 本研究の意義、目的、方法、(2) 研究機関名、(3) 研究に係るデータ類等を取扱う際は、研究対象者の秘密保護に十分配慮し、研究成果を公表する際は、研究対象者を特定できる個人情報を含まないこと、(4) 保有する個人情報に関して、研究対象者などからの求めに応じる手続き、(5) 本研究に対する問い合わせ、苦情などの窓口の連絡先を明記した。

事例研究 (第 4 章) では、日本心理臨床学会の倫理綱領・倫理基準に則り、本人と保護者に事例の研究発表について説明し、同意を得た。また、プライバシー保護のため、研究協力者の氏名、居住地、年齢、家族構成、職業、生活歴などの識別特徴を本質的な部分を損なわないように削除または改変した。

1.5 用語の説明

1.5.1 併存障害 comorbidity

併存障害とは comorbidity と呼ばれ、時間的関連や因果関係を問わず、一人の患者が二つ以上の障害・疾患を経験することを指して用いる。操作的・機械的に診断をつける米国の疫学研究で用いられるようになった用語である。DSM-III が発刊された 1980 年移行、併存障害の概念が急速に広まっていった。併存障害という概念は、各疾患と併存障害との内的関連性の研究に繋がり、病態解明に大きな貢献をもたらしただけでなく、治療方針を立てる上でも、治療転帰を考える上でも有用な情報を提供してきた。今後も目の前の患

者の病態の本質は何か、患者はいま何に困っているのか、どのような経過が予測され、どんな対応が必要なのかを考える上で、併存障害の概念が寄与することが期待されている(傳田, 2011b)。

1.5.2 児童期と青年期の分け方

本論文では「児童・青年期」ということばを用い、「児童期」を12歳以下、「青年期」を13歳以上17歳以下の時期に分けた。児童期と青年期の区別については、欧米では“childhood”または“very-early-onset”が12歳以下、“childhood and adolescence”または“early-onset”が17歳以下と使用されていることが多いことを参考とし、また、小・中・高校という学校文化の影響についても考慮した分け方となっている。

1.6 気分障害と広汎性発達障害の分類

本研究では、DSM-IV-TRの分類に従って、精神疾患の診断が行われた。本論文のテーマである気分障害と広汎性発達障害の分類と診断基準について紹介する。

1.6.1 気分障害の分類

DSM-IV-TRにおける気分障害の分類を図1.1に示した。

a) 気分障害は基本的に「うつ病性障害」と「双極性障害」という2つの障害に分けられる。

b) 「うつ病性障害」は、大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害(月経前不快気分障害、小うつ病性障害、反復性短期うつ病性障害、精神病後うつ病性障害など)という下位分類に分けられる。このうち、大うつ病性障害(major depressive disorder)が一般的な「うつ病」の診断とされる。大うつ病性障害の「大」とは「major(主要な、目立った)」の訳であり、症状の重症度を示すものではない。

c) 「双極性障害」は、双極I型障害、双極II型障害、気分循環性障害および特定不能の双極性障害という下位分類に分けられる。

d) その他の気分障害として、一般身体疾患による気分障害(例：パーキンソン病、脳卒中、甲状腺機能低下症など)および物質誘発性気分障害(例：乱用薬物、投薬、または毒物への暴露など)がある。

e) 現在のエピソードを記述する特定用語として、重症度(軽症、中等症、重症)、精神病性(気分一致しているか否か)、寛解(部分寛解、完全寛解)があげられている。

f) 病型として慢性型、緊張病型、メランコリー型、非定型、産後の発症があげられている。さらに、縦断的経過の記述用語として、季節型と急速交代型があるとされる。

1.6.2 広汎性発達障害の分類

広汎性発達障害は、相互的な対人関係技能、コミュニケーション能力、または常同的な行動・興味・活動の存在といった発達のいくつかの面における重症で広汎な障害によって特徴づけられる。広汎性発達障害には、自閉性障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、および特定不能の広汎性発達障害が含まれる。診断カテゴリーは「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」とされる。広汎性発達障害をも

つ人のほとんどは小児期あるいは青年期に臨床的関与を求めて受診するが、時には成人期まで診断されない場合もある。

1.7 気分障害と広汎性発達障害の診断

1.7.1 気分エピソード

気分障害では、気分エピソード（大うつ病エピソード、躁病エピソード、軽躁病エピソード、混合性エピソード）を疾患の診断の構成部分として用いており、ほとんどの気分障害の基準では気分エピソードの有無が必要とされている。以下、4つの気分エピソードについて説明する。

1) 大うつ病エピソード

DSM-IV-TR でうつ病性障害を診断する基準となる大うつ病エピソードを表 1.2 に示した。大うつ病エピソードの基本的特徴は、主症状として、①抑うつ気分と、②興味・喜びの喪失を、副症状として、③食欲障害、体重障害、④睡眠障害、⑤精神運動性焦燥または制止、⑥易疲労性・気力減退、⑦無価値感、罪責感、⑧思考力・集中力の減退、⑨自殺念慮、自殺企図をあげ、これらの症状のうち 5 つ以上（少なくとも 1 つは主症状）が 2 週間以上存在し、その症状は新しく出現したか、または病前の機能に比較して明らかに悪化していなければならないとされている。これが児童・青年期に適応される場合、①の抑うつ気分は、いらいらした気分であってもよく、③の体重障害は、期待される体重増加がみられないことでもよいとされている。

2) 躁病エピソード

DSM-IV-TR で躁病エピソードの診断基準を表 1.3 に示した。躁病エピソードを特徴づける症状としては、「高揚した」、「開放的な」、または「易刺激的・易怒的」な気分が 1 週間以上続くことである（入院治療が必要な場合はそれ以下でもよい）。そして、その間に、①自尊心の肥大または誇大、②睡眠欲求の減少、③多弁または喋り続けようとする心迫、④観念奔走、⑤注意散漫（注意の転導性）、⑥目標志向性の活動増加、⑦まずい結果になる可能性の高い快楽的活動への熱中、の 7 項目のうち 3 項目（単に易刺激的・易怒的な場合は 4 項目）以上の症状があることである（傳田，2011a）。

3) 軽躁病エピソード

軽躁病エピソードの診断基準を表 1.4 に示した。躁病エピソードと軽躁病エピソードを区別するのは症状の重症度と持続期間である。躁病は重症の躁病エピソードが 7 日間以上続く必要があるが、軽躁病は軽躁病エピソードが少なくとも 4 日間持続すればよいとされる。

4) 混合性エピソード

混合性エピソードの診断基準を表 1.5 に示した。DSM-IV-TR によると、混合性エピソードはほとんど毎日躁病エピソードと大うつ病エピソードの両方の基準を満たす一定の期間（少なくとも 1 週間持続）によって特徴づけられる。その期間、躁病エピソードや大う

うつ病エピソードの症状を伴って、急速に交代する気分（悲哀，易刺激性，多幸福感）を経験する．症状にはしばしば，焦燥，不眠，食欲の不調，精神病性の特徴，自殺念慮が含まれる（傳田，2011a）．

1.7.2 うつ病性障害の診断

1) 大うつ病性障害

大うつ病性障害は，躁病，混合性，または軽躁病エピソードの病歴がなく，1 回以上の大うつ病エピソードにより特徴づけられる臨床的経過である．

2) 気分変調性障害

気分変調性障害の基本的特徴は，ほとんど 1 日中の慢性的抑うつ気分で，児童・青年期においては 1 年以上（成人期では 2 年以上）続くとされ，抑うつ気分が存在しない日よりも存在する日のほうが多い．そして，抑うつ気分の期間中の付加的症状として，①食欲減退または過食，②不眠または過眠，③気力の低下または疲労感，④自尊心の低下，⑤集中力低下または決断困難，⑥絶望感があり，このうち少なくとも 2 つが存在する．

3) 特定不能のうつ病性障害

特定不能のうつ病性障害は，抑うつ性の特徴をもちながら，大うつ病性障害，気分変調性障害，「適応障害，抑うつ気分を伴うもの」や「適応障害，不安と抑うつ気分の混合を伴うもの」の基準を満たさないものが含まれる．

1.7.3 双極性障害の診断

1) 双極 I 型障害

双極 I 型障害の基本的特徴は，1 つ以上の躁病エピソードまたは混合性エピソードが起ることで特徴づけられる臨床経過である．大うつ病エピソードの存在は必須ではないが，ほとんどの人は 1 つ以上の大うつ病エピソードをもつ．

2) 双極 II 型障害

双極 II 型障害の基本的特徴は，少なくとも 1 回の軽躁病エピソードを伴う，1 回またはそれ以上の大うつ病エピソードの発症によって特徴づけられる臨床経過である．

3) 気分循環性障害

気分循環性障害の基本的特徴は，多数の軽躁病症状の期間と多数の抑うつ症状の期間をもつ，慢性で変動する気分の障害である．軽躁病症状は躁病エピソードの基準を完全に満たすには不十分な症状数，重症度，広がり，持続期間のものであり，抑うつ症状も大うつ病エピソードの基準を満たすには不十分な症状数，重症度，広がり，持続期間のものである．この状態が児童・青年期においては 1 年以上（成人期では 2 年以上）続くとされる．

4) 特定不能の双極性障害

特定不能の双極性障害には，双極性の特徴をもつ疾患で，どの特定の双極性障害の基準

も満たさないものが含まれる。例えば，“躁病症状とうつ病症状との間の，非常に急速な交代（数日）で，躁病，軽躁病，または大うつ病エピソードの症状閾値の基準は満たすが最小持続期間の基準を満たさないもの”，“軽躁病エピソードの反復で，エピソード間に抑うつ症状を伴わないもの”などが含まれる。児童・青年期の双極性障害の多くは，DSM-IV-TRにおける診断基準を満たさず，多くの場合，特定不能の双極性障害となってしまうとされる（Findling ら，2003；Leibenluft ら，2008）。

1.7.4 広汎性発達障害の診断

1) 自閉性障害

自閉性障害の診断基準を表 1.6 に示した。自閉性障害は，①対人的相互反応における質的な障害，②コミュニケーションの質的な障害，③限定された反復的で，常同的な行動，興味，活動様式をもつことが基本的特徴とされる。自閉性障害の発症は 3 歳以前とされ，①対人的相互反応，②対人的コミュニケーションに用いられる言語，③象徴的または想像的遊び，といった 3 つの領域のうち，少なくとも 1 つにおける機能の遅れまたは異常が確認される。

2) レット障害

レット障害は女子にのみ見られ，少なくとも 6 カ月間の正常な発達の後，常同的な手の動き，無目的な運動，社会的関与の減少，協調性の乏しさ，言語使用の減少などを特徴とする。

3) 小児期崩壊性障害

小児期崩壊性障害は，生後 2 年間の正常な発達の後，言語の使用，社会応答性，遊戯，運動能力，排便・排尿のコントロールのうち 1 つないし 2 つの領域で獲得された能力が喪失される。能力の喪失後は自閉性障害の子どもと非常に酷似する。

4) アスペルガー障害

アスペルガー障害の診断基準を表 1.7 に示した。アスペルガー障害の基本的特徴は，重症で持続する対人的相互反応の障害（基準 A）と，限定的，反復的な行動，興味，活動の様式（基準 B）であり，臨床的に著しい社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしていなければならない（基準 C）とされる。自閉性障害とは対照的に，臨床的に明らかな言語習得の遅れがない（基準 D）。しかし，社会的交流のより微細な局面は，コミュニケーションの困難を受けることがある。加えて，環境への正常な好奇心を示すことによって明らかとなる認知の発達や，年齢にふさわしい学習能力や，対人関係以外の適応行動の習得に関して，生後 3 年間で臨床的に著しい遅れがみられないという特徴がある。

5) 特定不能の広汎性発達障害

対人的相互反応の発達に重症で広汎な障害があり，言語的または非言語的なコミュニケーション能力の障害，または常同的な行動・興味・活動の存在を伴っているが，特定の広

汎性発達障害，統合失調症，失調型パーソナリティー障害，または回避性パーソナリティー障害の基準を満たさない場合に，特定不能の広汎性発達障害と診断される。

1.8 本論文の構成

第 1 章では，本論文の背景として，児童・青年期のうつ病，双極性障害，広汎性発達障害について紹介し，気分障害と広汎性発達障害の関係について述べる．その中で，本研究の目的について述べる．以降，第 2 章から第 3 章では，児童・青年期気分障害に関する臨床的研究について報告する．第 2 章では，児童・青年期のうつ病性障害の併存障害の特徴に焦点を当てながら，診断，臨床的特徴，転帰について検証を行う．第 3 章では，児童・青年期の双極性障害について，児童期と青年期の比較を行いながら，診断や併存障害，臨床的特徴，転帰について検討する．第 4 章では，実際に気分障害と広汎性発達障害を併存したことがある男子中学生に対して心理的援助を行い，効果的な支援について事例研究を通じて検討する．以上の構成のもとに本論文を記述し，最後の第 5 章では本研究から得られた知見をまとめ，本論文の結びとする．

第 2 章

児童・青年期の大うつ病性障害の併存障害に関する臨床的研究

2.1 はじめに

児童・青年期の大うつ病性障害(major depressive disorder)の特徴として、併存障害(comorbidity)が多いことが挙げられる。DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000)によると、大うつ病エピソードは単独で起こるより、他の精神疾患と合併して起こることが多く、児童期においては、破壊的行動障害、注意欠如・多動性障害(attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD)、および不安障害との合併が多いとされ、青年期では大うつ病エピソードは、破壊的行動障害、ADHD、不安障害、物質関連障害、および摂食障害と関連することが多くみられるという。

一方、他の精神疾患、ADHD、不安障害、広汎性発達障害(pervasive developmental disorder)などの併存障害として、大うつ病性障害が併存するという報告も多い(Bernstein ら, 1986; Strauss ら, 1988; Bernstein, 1991; Biederman ら, 1995; Biederman ら, 1998; Ghaziuddin ら, 1998; American Psychiatric Association, 2000; Leyfer ら, 2006; Simonoff ら, 2008; Taurines ら, 2010)。

このように児童・青年期の大うつ病性障害は他の精神疾患と密接かつ複雑に関連していることが明らかになってきている。しかし、疾患相互の関連、それから転帰および、治療に関しては未だに不明なことが少なくない。

2.2 目的

本研究では小児科発達障害クリニックの中にある児童精神科外来を受診した児童・青年期の大うつ病性障害症例について、後方視的なカルテ調査を行い、児童・青年期における大うつ病性障害と併存障害に関して検討することを目的とする。

2.3 対象と方法

2.3.1 対象

2008 年 4 月 1 日から 2010 年 3 月 31 日までの 2 年間に、榆の会こどもクリニック児童精神科外来を初診した 17 歳以下の児童・青年期症例は 176 例であった。そのうち、DSM-IV-TR の診断基準に準拠して気分障害と診断された 75 例(男子 34 例, 女子 41 例)の内訳は、大うつ病性障害 60 例, 気分変調性障害 2 例, 双極 I 型障害 2 例, 双極 II 型障害 3 例, 気分循環性障害 1 例, 特定不能の双極性障害 7 例であった(表 2.1)。大うつ病性障害と診断された 60 例の中から、初診のみの症例 13 例を除き、継続的に治療を受けた 47 例(男子 21 例, 女子 26 例, 平均初診時年齢 14.3 ± 2.3 歳, 年齢範囲 7~17 歳)を本研究の対象とした。対象者の年齢分布を図 2.1 に示した。

初診のみの症例については、さまざまな情報から併存障害の診断について精査したが、複数回の診察や治療をした症例と比べると、やはり正確性に限界があると思われたため対

象から除外した．初診のみの 13 例の転帰は，遠隔地からの受診のため近隣の医療機関を紹介した症例が 4 例，入院を必要としたため他の医療機関を紹介した症例が 1 例，セカンド・オピニオンを求めにきた症例が 4 例，診断書の希望が 2 例，中断が 2 例であった．

2.3.2 方法

DSM-IV-TR を基準に併存障害に注意しながら，主治医と筆者によって診断分類を検討し，後向き観察研究を行った．大うつ病性障害の臨床的特徴の検討においては，Present Episode Version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Kiddie-SADS-P (K-SADS-P) (Chambers ら, 1985) を参考に抑うつ症状を 20 項目選び，チェックリストとして用いた．

転帰の評価は寛解，改善，軽度改善，不変，悪化の 5 段階の評定を用いた．「寛解」は症状はほとんど改善し，社会適応も良好な場合，「改善」は症状は概ね改善したが，少し残っており，社会適応もまだ完全ではない場合，「軽度改善」は初診時より改善しているが，症状はなお不安定で，社会適応も不十分な場合，「不変」は初診時とほとんど変化しない場合，「悪化」は初診時よりもむしろ悪化した場合とした．系統的な転帰調査は行われていないため，カルテに記載されている内容から評価を検討した．治療継続中の患者は最終診察時の状態を採用した．

統計解析は SPSS20.0J for Windows を用いて，臨床的特徴の分析には Fisher の正確確率検定を行い，転帰の分析には Mann-Whitney の U 検定と多重ロジスティック回帰分析を用いた． $P<0.05$ を統計学的に有意差ありと判定した．

2.4 結果

2.4.1 診断

対象となった児童・青年期の大うつ病性障害の併存障害の内訳について，表 2.2 に示した．大うつ病性障害を単独で診断された症例は 11 例(23.4%)，何らかの併存障害が確認された症例は 36 例(76.6 %)であった．

大うつ病性障害をもつ児童・青年に併存障害が 1 つ確認された症例は 27 例 (57.5%) であった．広汎性発達障害は 17 例 (36.2%) に確認され，その内訳はアスペルガー障害 9 例(19.2%)，特定不能の広汎性発達障害 8 例(17.0%)であった．不安障害は 6 例(12.8%)に認められ，その内訳はパニック障害 2 例(4.3%)，社会不安障害 2 例(4.3%)，強迫性障害 1 例(2.1%)，分離不安障害 1 例(2.1%)であった．その他に，身体表現性障害，神経性無食欲症，トゥレット障害，概日リズム睡眠障害が各 1 例(2.1%)に認められた．

大うつ病性障害をもつ児童・青年に併存障害が 2 つ確認された症例は 9 例(19.2%)であった．広汎性発達障害+ADHD (反抗挑戦性障害を含む) は 3 例(6.4%)に確認され，その内訳はアスペルガー障害+ADHD が 2 例(4.3%)，アスペルガー障害+反抗挑戦性障害が 1 例(2.1%)であった．なお，ADHD を併存した 2 例のサブタイプは，不注意優勢型 1 例，混合型 1 例であった．広汎性発達障害+不安障害などは 6 例(12.8%)に認められ，その内訳は，アスペルガー障害+強迫性障害が 3 例(6.4%)，アスペルガー障害+社会不安障害が 1 例(2.1%)，特定不能の広汎性発達障害+社会不安障害が 1 例(2.1%)，特定不能の広汎性発達障害+神経性大食症が 1 例(2.1%)であった．

2.4.2 臨床的特徴

大うつ病性障害と診断された症例が示した症状を K-SADS-P (Chambers ら, 1985) のリストにしたがって確認した結果を表 2.3 に示した。

大うつ病性障害の診断を受けた47例の症状は、易疲労感・気力低下が全例にみられ、集中力の減退が93.6%，日内変動・朝の悪化，低い自己評価が87.2%，抑うつ気分が85.1%，身体的愁訴・心気症が80.9%，興味・関心の喪失，うつ的な表情が78.7%，不眠，社会的ひきこもりが76.6%であった。

大うつ病性障害単独の診断を受けた 11 例の症状は、易疲労感・気力低下，身体的愁訴・心気症が全例にみられ，抑うつ気分および集中力の減退，日内変動・朝の悪化，うつ的な表情がそれぞれ 90.9%，興味・関心の喪失，不眠，低い自己評価がそれぞれ 81.8%となった。

大うつ病性障害に加えて何らかの併存障害が確認された 36 例の症状は，易疲労感・気力低下が全例に確認され，集中力の減退が 94.4%，低い自己評価が 88.9%，日内変動・朝の悪化，社会的ひきこもりが 86.1%，抑うつ気分が 83.3%，興味・関心の喪失が 77.8%，不眠およびうつ的な表情，身体的愁訴・心気症がそれぞれ 75.0%であった。

大うつ病性障害の各臨床症状に対して，併存障害がない場合とある場合の間で，Fisher の正確確率検定を行った。その結果，「社会的ひきこもり」($P=0.01$) の項目のみ，有意差が得られ，大うつ病性障害の児童・青年が併存障害をもつ場合は，社会的ひきこもりの症状を呈する症例が多くなることがうかがえた。「社会的ひきこもり」の症状項目は K-SADS-P では明確な定義がされていないが，本研究では対象となった全症例が学校に在籍していたため，連続して 2 週間以上の欠席が確認され，また，通院や近所への短時間の買い物などの用事以外は外出しない状態が持続している場合を「社会的ひきこもり」とした。

2.4.3 転帰

転帰について，併存障害の有無と治療期間，年齢を含めた全体像を把握するために，本研究で対象となった全症例について図 2.2 のように表した。

1) 転帰と併存障害の関係

大うつ病性障害の転帰について表 2.4 に示した。大うつ病性障害単独の診断を受けた 11 例の転帰は，寛解 4 例，改善 4 例，軽度改善 3 例であった。大うつ病性障害に併存障害が確認された 36 例の転帰は，寛解 6 例，改善 18 例，軽度改善 8 例，不変 4 例となった。

全 47 例の転帰について，併存障害の有無による比較のため，Mann-Whitney の U 検定を行ったところ，有意差は認められなかった (表 2.4)。

治療期間について，「1 年未満」(平均 154 日間) と「1 年以上 2 年以内」(平均 546 日間) の 2 つの期間に分けて，期間ごとに併存障害の有無による転帰の比較をするため，Mann-Whitney の U 検定を行った (表 2.4)。その結果，「1 年以上 2 年以内」($U=21.000$, $P=0.025$) の場合に併存障害の有無による有意差が認められ，併存障害のない場合よりも，併存障害のある場合の方が，転帰が不良となることが示された。治療期間を 1 年で区切った理由は，成人の大うつ病性障害の場合，DSM-IV-TR に 1 年後の経過が具体的に記載されていることを参考としたためである。また児童・青年期の大うつ病性障害の場合，Kovacs

ら（1984）や Emslie ら（1997）が 1 年から 1 年数カ月という期間を一つの目安として転帰を報告していることも参考とした。

年代について、児童期と青年期の区別と学校文化の影響を考慮して、「小学生」と「中学生以上」の時期に分けての比較を考えたが、小学生の症例数が少なかったため、統計処理は行わずに、併存障害の有無による転帰の結果のみを表 2.4 に示した。

2) 転帰に影響を及ぼす要因

児童・青年期の大うつ病性障害の転帰に影響を及ぼす要因の分析として、多重ロジスティック回帰分析を行った。転帰の寛解と改善を「良好」、軽度改善と不変を「不良」と置き換えて目的変数とし、説明変数を「性別」、「年代」、「併存障害」、「治療期間」とした。なお説明変数はいずれもダミー変数（0, 1）とし、「年代」は「小学生」と「中学生以上」に分け、「併存障害」は「なし」と「あり」、「治療期間」は「1 年未満」と「1 年以上 2 年以内」に分けた。多重ロジスティック回帰分析に先立ち、単変量のロジスティック回帰分析を各変数に行った。その結果、「性別」、「年代」、「併存障害」には有意な関連性は認められず、「治療期間」（ $P=0.026$, 5.14, 1.21—21.82）のみが有意となり、転帰に影響を与えていた。多重ロジスティック回帰分析を行う際は、説明変数をすべて解析に用いた。多重ロジスティック回帰分析を行った結果、「治療期間」（ $P=0.047$, 4.59, 1.02—20.62）のみが有意となり、治療期間が 1 年未満だった患者群に比して、1 年以上 2 年以内の治療をした患者群の方が転帰が良好となる割合が高かった（表 2.5）。

2.5 考察

2.5.1 文献的考察

児童・青年期の大うつ病性障害に併存障害が存在することは、DSM-IV-TRを始め、多くの研究者によって報告されている（Hershbergら, 1982; Puig-Antich, 1982; Gellerら, 1985; Andersonら, 1987; Alessi ら, 1988; Birdら, 1988; Costelloら, 1988; Kovacsら, 1988; Kovacsら, 1989; Mitchellら, 1988; Velezら, 1989; McGeeら, 1990; Borstら, 1991; Harringtonら, 1991; 傳田ら, 2001; 傳田ら, 2010; 傳田ら, 2011）。それをまとめると、大うつ病エピソードは単独で起こるより、他の精神疾患と合併して起こることが多く、児童期においては破壊的行動障害、ADHD、および不安障害との合併が多く、青年期では破壊的行動障害、ADHD、不安障害、物質関連障害、および摂食障害と関連するといわれている（American Psychiatric Association, 2000; 傳田, 2008a, b, c）。

Angoldら(1993)は、近年報告された文献の中で、構造化面接とDSM-IIIあるいはDSM-III-Rを診断基準に用いた疫学研究を調査し、児童・青年期の大うつ病性障害（気分変調性障害を含む）の併存障害を調査した。一般人口における大うつ病性障害（気分変調性障害を含む）の併存障害は高率に存在し、素行障害および反抗挑戦性障害は21～83%、不安障害は30～75%、ADHDは0～57%に合併していた。臨床研究でも同様の結果となっており、素行障害が6～40%、不安障害が8～86%、ADHDは13～24%に合併していた。

Fordら(2003)は、英国の一般の児童・青年における精神障害と併存障害の有病率についてDSM-IVを診断基準にして調査・検討を行った。10,438人の一般児童・青年（5～15歳）を対象とし、評価尺度としては、子ども、両親、教師からの情報を統合して評価する構造

化面接法のThe Development and Well-Being Assessment (DAWBA)を用いた。その結果、一般児童・青年全体の9.5%が何らかの精神障害を有していた。うつ病性障害を有する子どもは全体の0.92%であり、その内訳は大うつ病性障害0.68%、特定不能のうつ病性障害0.24%であった。性差はなく、年齢とともに有病率は高くなっていた。うつ病性障害は単独で出現するもの34.7%、不安障害（分離不安障害、社会不安障害、外傷後ストレス障害、強迫性障害など）と合併するもの27.4%、破壊的行動障害（ADHD、素行障害、反抗挑戦性障害など）と合併するもの24.2%、3つが合併するもの13.7%であった。

2.5.2 大うつ病性障害と併存障害の関連

本研究における大うつ病性障害と併存障害の関連については表 2.2 に示したが、相互の関係をわかりやすくするために図 2.3 のように図示した。大うつ病性障害は単独で出現するのは 23.4%、広汎性発達障害と併存するのは 36.2%、不安障害（身体表現性障害、摂食障害、トゥレット障害、睡眠障害を含む）と併存するのは 21.3%であった。ADHD（反抗挑戦性障害を含む）と併存するのは 6.4%で、それらの対象は同時に広汎性発達障害も併存していた。大うつ病性障害と広汎性発達障害、不安障害（身体表現性障害などを含む）の3つが併存するのは 12.8%であった。

今回の調査結果は Ford ら(2003)による一般の児童・青年に対する調査結果と比べると、概ね同様の結果となった。しかし、Ford ら(2003)が述べている破壊的行動障害（ADHD、素行障害、反抗挑戦性障害など）は本研究では極めて少なく、ほとんどが広汎性発達障害と診断されていた。この点が本研究とこれまでの研究の大きく異なる点である。わが国と海外の違いとしては、海外では ADHD が過剰診断の傾向にあり、広汎性発達障害の診断は厳しい。それに比べて、わが国では広汎性発達障害がやや過剰診断の傾向にあることが影響しているのかもしれない(傳田, 2011)。大うつ病性障害と広汎性発達障害との関係についての詳細は後述する。

2.5.3 臨床的特徴

大うつ病性障害と診断された症例が示した症状を K-SADS-P (Chambers ら, 1985) のリストで確認したところ、大うつ病性障害の臨床的特徴については併存障害の有無にかかわらず、ほぼ同様の症状が認められ、易疲労感・気力低下、集中力の減退、日内変動・朝の悪化、低い自己評価、抑うつ気分、身体的愁訴・心気症、興味・関心の喪失、うつ的な表情、不眠がいずれも多く認められた。大うつ病性障害の各臨床症状に対して、併存障害がない場合とある場合の差について検討したところ、ほとんどの症状に有意差は認められなかったため、大うつ病性障害の症状を確認するだけでは、大うつ病性障害の併存障害の有無を判別することは難しいと考えられる。唯一の特徴としては「社会的ひきこもり」の症状項目のみ併存障害を有する群が有意に高かった。社会的ひきこもりの子どもたちの中には、大うつ病性障害に加えて併存障害を併存してもつために、学校生活に適応できず、日常生活を送ることも困難になっている場合があると考えられる。また、広汎性発達障害あるいは不安障害などの症状をもった子どもが社会的ひきこもりを続けることによって、社会的接触が閉ざされて、次第に大うつ病性障害に発展していく場合もあると考えられる。とくに社会的ひきこもりで受診し、大うつ病性障害の診断基準を満たす場合は併存障害に

注意して診断を検討する必要があると考えられる。

2.5.4 転帰

1) 転帰と併存障害の関係

児童・青年期の双うつ病性障害の転帰は、全症例でみた場合、併存障害の有無によって統計的な有意差は認められなかった。寛解 21%，改善 47%，軽度改善 23%，不変 9%となり、併存障害の有無にかかわらず、全体的に双うつ病性障害の症状に改善がみられたと考えられる。

治療期間を含めた転帰と併存障害の関係では、「1年以上2年以内」の期間では、併存障害のない場合よりも、併存障害がある場合の方が、転帰が不良となることが示唆された。

「1年以上2年以内」の治療期間では、併存障害がない場合は、寛解と改善がそれぞれ 50%となり、全例で改善がみられた。一方、併存障害がある場合では、寛解が 7%，改善が 73%，軽度改善が 20%となった。併存障害がある場合でも、治療を1年以上継続すれば、症状は概ね改善するといえるが、併存障害のない場合に比べて、寛解まで至る症例は少ないと考えられる。また、併存障害がある場合は、併存障害がない場合に比べて、1年以上の治療をしても、わずかな改善しか示さない症例が現れやすいと考えられる。

2) 転帰に影響を及ぼす要因

児童・青年期の双うつ病性障害の転帰は、多重ロジスティック回帰分析の結果から、治療期間の影響を受けており、1年以上という一定期間の治療を行った方が、治療期間が1年未満の場合よりも転帰が良好となる可能性が高いことが明らかとなった。成人の双うつ病性障害の治療期間と転帰の関係については、双うつ病エピソードの自然史追跡研究によると、双うつ病エピソードと診断された1年後に、40%の者が完全寛解、20%の者が部分寛解、40%の者が依然として双うつ病エピソードの基準を完全に満たすほど重篤な症状をもっているという(American Psychiatric Association, 2000)。児童・青年期の双うつ病性障害の場合では、Kovacs ら(1984)は8歳から14歳の双うつ病性障害をもつ65例の経過を観察した結果、発症から1年3カ月から1年6カ月で寛解することが多く、発症後1年6カ月後には92%が回復と報告した。Emslie ら(1997)は8歳から17歳の双うつ病性障害をもつ70例を対象として経過を観察したところ、98%が1年以内に回復したという。児童・青年期の双うつ病性障害は1~2年で軽快する症例が多いとされる(傳田, 2002)。児童・青年期の双うつ病性障害には、1年以上の治療期間を目安に継続的な治療を行うことが症状の改善に有効であると考えられる。

2.5.5 双うつ病性障害と広汎性発達障害の関係

児童・青年期の広汎性発達障害の症例を対象とした研究では、双うつ病性障害との併存がみられることが確認されている。Ghaziuddin ら(1998)はアスペルガー障害をもつ米国の35例(8~51歳、平均年齢15.1歳)のうち22.9%に双うつ病性障害の併存がみられたと報告している。Kim ら(2000)の調査ではアスペルガー障害または高機能自閉症をもつカナダの児童・青年59例(9~14歳、平均年齢12.0歳)の16.9%にうつ病が確認された。Leyfer ら(2006)の調査では広汎性発達障害をもつ米国の児童・青年109例(5~17歳、平均年齢

9.2 歳)のうち、10.1%に大うつ病性障害が併存していた。Simonoff ら(2008)の調査では広汎性発達障害をもつ英国の児童・青年 112 例(10~14 歳、平均年齢 11.5 歳)の中で、大うつ病性障害を併存障害としてもつものは 0.9%であった。Mattila ら(2010)によると、アスペルガー障害または高機能自閉症をもつフィンランドの児童・青年 50 例(9~16 歳、平均年齢 12.7 歳)の中で、大うつ病性障害は 6.0%に確認された。以上から、広汎性発達障害をもつ児童・青年が大うつ病性障害を併存する比率は概ね 1~20%と様々である。これは一般人口の児童・青年を対象としたか、または臨床例を対象としたか、さらには観察期間が短期のものから、長期に及ぶものまでであるために併存率の結果が多様になったものと思われる。

しかし、反対に大うつ病性障害から広汎性発達障害をみた場合、併存障害としての広汎性発達障害の指摘をしている研究はほとんど認められない。Angold ら(1993)による児童・青年の大うつ病性障害(気分変調性障害を含む)を対象とした併存障害の疫学研究のレビューでは広汎性発達障害は確認されていない。Ford ら(2003)による 10,438 人の一般児童・青年(5~15 歳)を対象とした精神障害と併存障害有病率の調査においても広汎性発達障害は全体でわずか 0.29%(男子 0.47%, 女子 0.09%)しか該当せず、大うつ病性障害との併存も確認されなかった。The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team(2003; 2004; 2005)が 12~17 歳の大うつ病性障害をもつ青年 439 例を対象に行った調査では 51.7%に少なくとも 1 つの併存障害が確認されたが、広汎性発達障害は確認されなかった。DSM-IV-TR においても、広汎性発達障害から大うつ病性障害をみた場合、大うつ病性障害は併存障害の対象として扱われているが、大うつ病性障害からみた併存障害として広汎性発達障害は記載されていない。このように大うつ病性障害からみた広汎性発達障害の報告はほとんどないが、実際には本研究の結果のように併存率は高いのではないだろうか。

大うつ病性障害からみた広汎性発達障害の場合は、幼いころから受診していない子どもが、うつ病と診断され、そのときに臨床医が広汎性発達障害に注意を払えば、幼いころの生育歴や発達歴を確認することで、初めて広汎性発達障害の診断をされる。大うつ病性障害からみた広汎性発達障害の併存障害についての研究がないのは、これまでそういう視点でうつ病で初めて受診した人に広汎性発達障害を確認するような面接が行われてこなかったためではないだろうか。一方、ADHD の合併が多く指摘されてきたのは、ADHD が不注意、多動性、衝動性といった目に見えやすい障害のため、併存障害として指摘されてきた可能性がある。

DSM-IV-TR に述べられている広汎性発達障害の症状は幼児期、小児期に最も特徴的に現れる症状であるため、青年期になってから他の精神障害で受診したときに初めて広汎性発達障害と診断することは困難な場合が少なくない。本研究では受診者すべてに対して、詳細な生育歴、発達歴を確認し、多くの場合は必要な心理検査などを施行しているために、広汎性発達障害と診断することが可能であった。大うつ病性障害の併存障害としてよく指摘される ADHD の場合においても、大うつ病性障害や不安障害が併存障害として存在するときは、ADHD の確定診断に遅れが生じるといった調査結果がある(Purper-Ouakil ら, 2007)。広汎性発達障害の場合、大うつ病性障害を主訴に受診した場合に、より一層、背景にある広汎性発達障害が見落とされる場合があるだろう。

幼少期に広汎性発達障害の診断を受けていれば、より適切な療育を受け、周囲の理解も早い時期から得られるため、必要以上に環境からのストレスを受けないで済む側面がある。一方、幼少期に広汎性発達障害の診断を受けていない子どもは、通常学級で過ごすことが多く、社会的スキルの未熟さから学校生活で不適応を起こしやすく、環境から受け続けたストレスは大きいと思われる（佐藤, 2010）。否定的体験の累積から社会状況での困難さへの気づきが増し、自己評価の低下や混乱をきたすことがうつ病発症の準備状況となると考えられる（山下, 2008）。DSM-IV-TR では広汎性発達障害をもつ者は、いじめを受けること、対人的孤立に置かれること、そして自己を認識する能力が増大することにより、青年期に抑うつが発現すると記載されている。広汎性発達障害の診断をされていない児童・青年が大うつ病性障害を罹患するような場合は、背景に広汎性発達障害を想定して、生育歴や発達歴を詳細に確認することが必要であると考えられる。

2.5.6 研究の限界

本研究の限界として考えられることは、まず対象者が単一のクリニックの症例であるため、サンプルに偏りがあることである。当クリニックでは重症例が紹介されやすい傾向があるため、必ずしも本研究の結果が、大うつ病性障害と併存障害の関連のすべてを示すわけではない。

転帰の判定では系統的な評価が行われておらず、経過も最大で 2 年以内しか経っていないため、転帰を正確に評価するためには今後のフォローアップが必要である。転帰と併存障害の関係について、年代を小学生と中学生以上の 2 つに分けたが、小学生の症例数が少なかったため、統計処理を行ったとしても、臨床的に意味のある結果とはならないと判断し、転帰について表で示すのみとした。今後は症例数を増やして統計的な検討を行うことが必要だろう。

2.6 まとめ

第 2 章では、児童・青年期の大うつ病性障害の併存障害の特徴に焦点を当てながら、診断、臨床的特徴、転帰について検証することを目的とした。楡の会こどもクリニック児童精神科外来を初診し、大うつ病性障害と診断された 7～17 歳までの児童・青年 47 例（男子 21 例、女子 26 例）を対象に後方視的なカルテ調査を行った。DSM-IV-TR を基準に併存障害を確認し、疾患相互の関連を検討した。また、併存障害の有無によって、大うつ病性障害の臨床的特徴や転帰に差が現れるかについて検討を行った。大うつ病性障害の臨床的特徴の検討には、K-SADS-P の抑うつ症状の 20 項目を用いた。その結果、児童・青年期の大うつ病性障害に併存障害が確認された症例は 76.6%であった。その内訳は広汎性発達障害が 36.2%、不安障害が 21.3%、広汎性発達障害と不安障害が併存するものは 12.8%、広汎性発達障害と ADHD が併存するものは 6.4%であった。児童・青年期の大うつ病性障害の併存障害として、広汎性発達障害、不安障害およびその両者が高率に併存していた。特に広汎性発達障害との併存が 55.3%と最も高い割合であり、従来考えられてきたよりも広汎性発達障害との併存率は高いと考えられた。大うつ病性障害の臨床的特徴については、唯一、「社会的ひきこもり」の症状のみ併存障害を有する群が有意に高かった。大うつ病性障害で受診し、社会的ひきこもりの症状をもつ場合は広汎性発達障害や不安障害などの併

存障害に注意して診断を検討する必要があると考えられた。治療期間が「1 年以上 2 年以内」の場合に併存障害を有する群が、有意に転帰が不良となった。併存障害がある場合は 1 年を経過しても転帰が不良となりやすいと考えられた。児童・青年期全体の転帰について、多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、1 年以上の治療を行うことが有意に良好な転帰に影響していた。児童・青年期の双うつ病性障害には、1 年以上の継続的な治療を行うことが、症状の改善に有効であることが示唆された。

第 3 章

児童・青年期の双極性障害に関する臨床的研究

3.1 はじめに

これまで、児童・青年期の双極性障害はきわめて稀であると考えられてきた。しかし、ここ数年にわたり、児童期発症の双極性障害が以前考えられてきたよりもずっと多く存在することを示す実証的研究が報告されるようになった(Blader ら, 2007; Moreno ら, 2007)。また、北米の一部の研究グループを中心に、児童期および前青年期の双極性障害に関する論文が数多く報告されている (Biederman ら, 2003; Geller ら, 2005)。彼らは、その臨床像について、これまで認識されていた成人における古典的な躁うつ病像とは大きく異なり、児童・青年期特有の臨床像を呈すると主張している。しかし、彼らの提示する児童期および前青年期の双極性障害は、独自の診断基準を用いており、DSM-IV-TR によれば、双極 I 型・II 型障害の診断基準を満たさず、多くの場合、特定不能の双極性障害という診断となってしまう (Findling ら, 2003; Leibenluft ら, 2008a)。一方、Leibenluft ら(2008b)は、児童・青年期の双極性障害は DSM-IV-TR の成人の診断基準に従うべきと主張しているが、診断基準を満たす双極 I 型・II 型障害の数はきわめて稀ということになる。

また、うつ病の場合は、児童期のうつ病と青年期のうつ病の間では重要な相違点が見出されるようになってきた (傳田ら, 2012)。Harrington(2002)によると、青年期のうつ病と比較すると、児童期のうつ病は成人のうつ病へ移行する可能性が少なく、他の精神疾患を併存することが多く、より発症頻度は低く、性差は男子優位を示し、そして虐待などの家族機能の障害とより強く関連している。そのため、児童期のうつ病と青年期および成人期のうつ病とは異なる臨床単位であるある可能性があると考えられるようになった (傳田ら, 2012)。一方、双極性障害の場合は、研究グループによって臨床像が微妙に異なり、児童期の双極性障害と青年期の双極性障害の間の相違点について、十分なコンセンサスは得られていないのが現状である。

わが国においても徐々に、児童・青年期の双極性障害についての理解が浸透し始めてきたが、児童・青年期の双極性障害に関する臨床研究は少なく、診断や経過、転帰などについては未だ不明な点が多い。

3.2 目的

本研究では小児科発達障害クリニックの中にある児童精神科外来を受診した児童・青年期の双極性障害の症例について、後方視的なカルテ調査を行い、児童期と青年期の比較を通じて、児童・青年期の双極性障害の診断や遺伝歴、併存障害、経過、および転帰について検討することを目的とする。

3.3 対象と方法

3.3.1 対象

2008年4月1日から2011年3月31日までの3年間に、榆の会こどもクリニック児童精神科外来を初診した17歳以下の児童・青年期症例は281例であった。そのうち、DSM-IV-TRの診断基準に準拠して気分障害と診断された109例（男子42例、女子67例）の最終診断の内訳は、うつ病性障害79例、双極性障害30例であった。双極性障害の診断を受けた30例を本研究の対象とした。

3.3.2 方法

DSM-IV-TRを基準に、主治医と筆者によって診断分類を検討し、後向き観察研究を行った。診断および症例の検討にあたっては、主治医と筆者によって、各症例の診断分類、病歴、経過、および転帰について合議の形式で討議を行った。

転帰の評価は、2つの評価基準を用いて行なった。1つ目は、2012年3月31日現在の時点における全般的な機能の評価としてGAF (global assessment of functioning scale) (American Psychiatric Association, 2000)を測定した。治療が終結した患者は治療終了時点の状態をGAFで評価した。GAFは、心理的、社会的、および職業的機能について評価する尺度である。精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って10の機能範囲に分割されており、得点可能範囲は0～100点である。得点が高いほど良好な機能を示す。最も優れた機能レベルは「広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人に多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない」状態であり、91～100点の得点がつけられる。最低の機能レベルは「自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、はっきりと死の可能性を意識した重大な自殺行為」とされ、1～10点で示される。情報不十分の場合は0点がつけられる。

2つ目は、過去2カ月間の気分障害の状態を5段階（寛解、改善、軽度改善、不変、悪化）に分けて評価したものである。期間を過去2カ月間としたのは、DSM-IV-TRで気分（大うつ病、躁病、混合性）エピソードの完全寛解の基準が“過去2カ月間に、この障害のはっきりした徴候や症状がみられない”場合とされていることによる。「寛解」は症状はほとんど改善し、社会適応も良好な場合、「改善」は症状は概ね改善したが、少し残っており、社会適応もまだ完全ではない場合、「軽度改善」は初診時より改善しているが、症状はなお不安定で、社会適応も不十分な場合、「不変」は初診時とほとんど変化しない場合、「悪化」は初診時よりもむしろ悪化した場合とした。系統的な転帰調査は行われていないため、カルテに記載されている内容から評価を検討した。

統計解析はSPSS20.0J for Windowsを用いて、Mann-WhitneyのU検定、Fisherの正確確率検定を行った。P<0.05を統計学的に有意差ありと判定した。

3.4 結果

3.4.1 診断

気分障害と診断された109例の診断分類を表3.1に示した。うつ病性障害の内訳は、大うつ病性障害が77例(70.6%)、気分変調性障害が2例(1.8%)であった。双極性障害30例

の内訳は、特定不能の双極性障害が 17 例（15.6%）と最も多く、双極 II 型障害が 12 例（11.0%）、双極 I 型障害が 1 例（0.9%）であった。全症例の詳細を表 3.2 に示した。

初診時は大うつ病性障害であったが経過観察中に双極性障害へ移行した症例が 23 例（76.7%）、初診時に明らかに双極性障害の診断基準を満たした症例は 5 例（16.7%）、他院からの紹介時にすでに双極性障害の診断を受けていた症例は 2 例（6.7%）であった。

3.4.2 患者背景

患者背景を表 3.3 に示した。対象症例 30 例の性別は男子 8 例、女子 22 例であった。初診時年齢の平均は 14.1 ± 2.5 歳であった。対象者の年齢分布を図 3.1 に示した。12 歳以下では、8 歳で 3 名、11 歳で 1 名、12 歳で 3 名が確認された。12 歳以降に症例数が増加している。

12 歳以下の児童期発症群は 7 例（男子 3 例、女子 4 例、平均初診時年齢 10.6 ± 2.0 歳）、13 歳以上 18 歳未満の青年期発症群は 23 例（男子 5 例、女子 18 例、平均初診時年齢 15.2 ± 1.4 歳）であった。本研究では小学生と中学生はそれぞれ同じ文化に含まれていると考えて、12 歳以下を児童期、13 歳以上を青年期とした。

双極性障害の診断の内訳は、双極 I 型障害が 3.3%、双極 II 型障害が 40.0%、特定不能の双極性障害が 56.7%であった。

性差と年齢の関連について Mann-Whitney の U 検定で比較したところ、 $P=0.061$ となり、有意差は認められなかったが、児童期では性差はなく、青年期には女子が増加する傾向が認められた（表 3.3）。

第 1 度親族における精神疾患の家族負因歴は全体で 10 例（33.3%）であり、その内訳は、大うつ病性障害 7 例（23.3%）、広汎性発達障害や注意欠如・多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD）といった発達障害 4 例（13.3%）であった。大うつ病性障害の遺伝歴は、児童期発症群では 5 例（71.4%）、青年期発症群では 2 例（8.7%）に確認された。また、発達障害の遺伝歴は児童期発症群では 2 例（28.6%）、青年期発症群では 2 例（8.7%）に認められた。

双極性障害をもつ児童期発症群と青年期発症群の遺伝歴について、Fisher の正確確率検定を行った。その結果、大うつ病性障害の遺伝歴について、児童期発症群の方が青年期発症群よりも有意に高い（ $P=0.003$ ）ことが示された。

3.4.3 併存障害

児童・青年期の双極性障害の全対象者の併存障害について表 3.4 に示した。併存障害がない症例は 5 例（16.7%）、1 つ以上の併存障害が確認された症例は 25 例（83.3%）であった。併存障害が 1 つ確認された症例は 17 例（56.7%）であった。広汎性発達障害が 9 例（30.0%）に確認され、その内訳はアスペルガー障害が 7 例（23.3%）、自閉性障害が 1 例（3.3%）、特定不能の広汎性発達障害が 1 例（3.3%）であった。不安障害が 7 例（23.3%）に確認され、その内訳はパニック障害が 6 例（20.0%）、社会不安障害が 1 例（3.3%）であった。その他に、ADHD 1 例（3.3%）が併存障害として確認された。併存障害が 2 つ確認された症例は 8 例（26.7%）であった。広汎性発達障害+ADHD が 3 例（10.0%）に確認され、その内訳はアスペルガー障害+ADHD が 2 例（6.7%）、自閉性障害+ADHD が 1 例（3.3%）であった。広汎性発

達障害+不安障害などが 5 例(16.7%)に認められ、その内訳はアスペルガー障害+強迫性障害が 2 例(6.7%)、アスペルガー障害+社会不安障害が 1 例(3.3%)、アスペルガー障害+外傷後ストレス障害が 1 例(3.3%)、特定不能の広汎性発達障害+解離性同一性障害が 1 例(3.3%)であった。

児童期発症群と青年期発症群の双極性障害の併存障害の特徴について比較するため、Fisher の正確確率検定を行った(表 3.5)。その結果、広汎性発達障害 ($P=.010$) と ADHD ($P=.031$) にそれぞれ有意差がみられ、児童期発症群の方が青年期発症群よりも有意に広汎性発達障害と ADHD を併存しやすいことが示された。不安障害の有無については有意な差が認められなかったが、青年期発症群は不安障害が単独で併存する症例が 7 例(30.4%)に認められ、児童期発症群では不安障害が単独で併存する症例は認められなかった。

3.4.4 臨床的特徴

1) 急速交代型の下位分類としての混合状態と日内交代型

双極性障害の診断の内訳をみると、特定不能の双極性障害の診断は 56.7%にみられたが、その中で児童・青年期特有と考えられる特徴が認められた。本研究の特定不能の双極性障害の症例の特徴では、症状の数や持続期間が双極 I 型障害および双極 II 型障害の診断基準を満たさず、躁・うつ病相の急速な交代あるいは躁状態とうつ状態の混合した状態となる場合があると考えられた。

DSM-IV-TR の混合性エピソードの診断基準は、“少なくとも 1 週間の間ほとんど毎日、躁病エピソードの基準と大うつ病エピソードの基準を(期間を除いて)ともに満たす”とある。本研究の対象の中では、躁状態とうつ状態の混合した状態はあっても、混合性エピソードの基準を満たす症例は認められなかった。Findling ら(2003)によると、多くの児童・青年では、躁病エピソード、および大うつ病エピソードの診断基準をすべて満たさないで、混合性エピソードの診断基準を満たさないことが多いとされている。

児童・青年期の双極性障害の臨床的特徴を検討するために、混合性エピソードの基準を満たさないが、うつ状態が前景に見えて、躁的な成分が混入している場合、あるいは躁・軽躁状態でありながらうつ的な成分が含まれている場合に、本研究では「混合状態」とした。

DSM-IV-TR における急速交代型の基準は“過去 12 カ月間に少なくとも 4 回の大うつ病、躁病、混合性、または軽躁病エピソードの基準を満たす気分の障害のエピソードがあった”場合とある。本研究の症例では、数時間から 1 週間と短期間で、急速に躁・うつ症状が交代する場合が見られ、Geller ら(1998b)の主張する日内交代型(躁状態が 1 日に 4 時間以上持続、1 年間に 365 回以上のサイクル)や超急速交代型(1 年間に 5~364 回のサイクル)の概念に該当すると考えられた。

以上の理由で、本研究では、DSM-IV-TR の基準に則って急速交代型を検討し、混合状態と日内交代型が認められた場合は下位分類として、表 3.2 の臨床的特徴の項目に示した。超急速交代型については、DSM-IV-TR の急速交代型に含まれると判断した。

2) 対象者の臨床的特徴

児童・青年期の双極性障害の経過の特徴を表 3.6 に示した。児童期は急速交代型が全 7 例に認められ、その内訳は双極 II 型障害 1 例、特定不能の双極性障害 6 例であった。このうち、日内交代型が 1 例、混合状態が 4 例に認められた。青年期は急速交代型が 15 例で、その内訳は、双極 I 型障害 1 例、双極 II 型障害 4 例、特定不能の双極性障害 10 例であった。また、成人型が 8 例で、その内訳は、双極 II 型障害 7 例、特定不能の双極性障害 1 例であった。青年期の急速交代型の中で、日内交代型が 3 例に認められ、activation syndrome（田中ら, 2007）が 1 例に確認された。

児童期と青年期の経過の特徴について、Fisher の正確確率検定で比較した。その結果、混合状態は児童期の方が青年期に比べて、有意（ $P=0.001$ ）に多くみられた。また、日内交代型は児童期と青年期の間に有意な差は認められなかった（ $P=1.000$ ）。

3.4.5 転帰

GAF の平均得点は 66.7 ± 12.3 点であった。得点範囲は最低 45 点から最高 90 点までであった。10 点ごとに分けると、81～90 点 3 例、71～80 点 8 例、61～70 点 6 例、51～60 点 10 例、41～50 点 3 例となっていた。全般的に機能が良好とされる 61 点以上は 17 例（56.7%）であった。

過去 2 カ月間の気分障害の状態を 5 段階で評定したものを表 3.7 に示した。全症例では、寛解 3 例（10.0%）、改善 14 例（46.7%）、軽度改善 10 例（33.3%）、不変 3 例（10.0%）となった。児童期発症群では、寛解 2 例（28.6%）、改善 2 例（28.6%）、軽度改善 3 例（42.9%）であった。青年期発症群では、寛解 1 例（4.4%）、改善 12 例（52.2%）、軽度改善 7 例（30.4%）、不変 3 例（13.0%）となった。

初診からの治療継続期間の平均は、全症例では 31.4 ± 10.9 カ月、児童期発症群は 32.1 ± 12.8 カ月、青年期発症群は 31.2 ± 10.6 カ月であった。児童期と青年期はほぼ同様であり、全体として 2 年 7 カ月ほどの平均治療継続期間であった。最短治療期間は 1 カ月、最長治療期間は 46 カ月であった。症例 No.10 の転帰評価については、初診時に症状が軽度であり、約 1 カ月間の経過で改善が認められたため、治療終了とし、治療終結時点の GAF と、過去 1 カ月間の気分障害の状態の評価を行った。

児童期発症群と青年期発症群の間の転帰の差異をみるため、Mann-Whitney の U 検定を行ったところ、GAF（ $P=0.412$, $U=64.000$ ）、気分障害の 5 段階評価（ $P=0.398$, $U=64.500$ ）はともに有意差が認められなかった。

3.5 考察

3.5.1 診断

従来の研究を概観すると、児童・青年期の双極性障害の多くは、特定不能の双極性障害となってしまうとされている（Findling ら, 2003; Leibenluft ら, 2008a）。本研究の児童・青年期の双極性障害の診断についても、特定不能の双極性障害が 56.7%と多く、同様の傾向がみられたと考えられる。

児童・青年期の双極性障害では、気分エピソードの期間が短く、躁・うつ状態の交代が頻回であるなど、診断基準を満たさない場合が多いといわれる。DSM-IV-TR の基準によ

ると、特定不能の双極性障害は、“双極性障害の特徴をもつ疾患で、どの特定の双極性障害の基準も満たさないものが含まれる。”基準を満たさない例として、“躁病症状とうつ病症状との間の、非常に急速な交代（数日）で、躁病、軽躁病、または大うつ病エピソードの症状閾値の基準は満たすが最小持続期間の基準を満たさないもの”、“軽躁病エピソードの反復で、エピソード間に抑うつ症状を伴わないもの”など広範囲の基準が設けられている。本研究では、特定不能の双極性障害の診断は DSM-IV-TR に準拠したが、混合状態と日内交代型がみられる場合は、急速交代型の下位分類として追加記載する方法をとった。

広義の双極性障害として、研究グループによっては、独自の診断基準を設けて、成人とは異なる児童・青年期特有の病像について報告を行っている。

Biederman ら（1996）は DSM-III の躁病エピソードにおける基準 A を緩和して診断基準を作成した。気分症状が易刺激性だけでも可とし、易刺激性が慢性に経過する場合でも双極性障害と診断できる基準を作成している。

Geller ら（1998b）は児童期・前青年期の双極性障害（prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype: PEA-BP）という概念を提唱し、気分症状には基本的な高揚気分と誇大性が必須であるとしながら、躁症状が慢性に経過する症例も基準に含めている。また、急速に病相が交代することが児童・前青年期に特有であるとし、病相の交代を最低 4 時間続く気分の変動と定義して、独自の診断基準（WASH-U-KSADS）を作成している（Geller, 1998a）。

Leibenluft ら（2003）は成人期と児童・青年期の双極性障害の境界領域の研究を促進するために、SMD（severe mood dysregulation）という病態を提唱した。SMD は高揚気分や誇大性・開放性がなく、重篤な易刺激性・易怒性を基本症状とし、慢性に経過する。病相は 12 カ月以上持続するとされる。また、ADHD 症状をもつことが多いという。SMD の児童・青年をフォローすると成人期早期に双極性障害ではなく、大うつ病性障害と関連するという。本症例では 1 名（症例 No.2）が慢性的な易刺激性を呈し、一日の中で躁・うつ状態が交代し、激しいかんしゃくが頻回する状態が持続していた時期があり、SMD に近い症状をもつと考えられた。

年齢と性別の関係についての差は認められなかったが、青年期に女子が多くなる傾向がみられた。児童期は発達障害の併存が多いため、男子も一定の人数が含まれるが、青年期は発達障害の併存は少なくなり、うつ病の症状のみを訴えて受診する女子が多くなるためと考えられる。

遺伝歴については、従来の臨床遺伝学的研究により、双極性障害には家族内集積性があり、養子研究などから環境因を除外しても発症率に変わりがないことから、双極性障害の成因には遺伝が関与するといわれている（河茂ら, 2008）。双極性障害患者の第 1 度親族の子どもへの罹患率は 10 倍になるという報告もある（Hodgins ら, 2002; Kelsoe, 2003; Smoller ら, 2003）。児童期発症群と青年期発症群の遺伝歴について比較したところ、児童期発症群の方が青年期発症群よりも第 1 度親族における大うつ病性障害の遺伝歴が有意に高いことが示唆された。児童期に発症する双極性障害は、青年期に発症する双極性障害に比べて、遺伝的な要因が多い可能性があると考えられる。

3.5.2 併存障害

児童・青年期の双極性障害と併存障害の関連について、表 3.4 を参考にして、相互の関係を図 3.2 のように図示した。双極性障害が単独で出現するものは 16.7%に認められた。1 つ以上の併存障害が確認された症例は 83.3%であった。広汎性発達障害が単独で併存するのは 30.0%，不安障害が単独で併存するのは 23.3%，ADHD が単独で併存するのは 3.3%であった。広汎性発達障害と不安障害などが併存するのは 16.7%，広汎性発達障害と ADHD が併存するのは 10.0%であった。DSM-IV-TR では、双極性障害と関連する疾患として ADHD, 不安障害が指摘されているが、広汎性発達障害との関連は記載されていない。本研究の症例では広汎性発達障害との併存が 56.7%と高率であり、児童・青年期の双極性障害の特徴として、広汎性発達障害との強い関連があるのではないかと考えられる。

児童期発症の双極性障害と青年期発症の双極性障害の比較では、青年期よりも児童期の方が広汎性発達障害と ADHD を併存しやすいことが示唆された。また、青年期発症の双極性障害では、児童期発症群よりも不安障害が単独で併存しやすくなる可能性が示唆された。児童・青年期の双極性障害の臨床像は双極性障害だけで説明できるものではなく、併存障害と混合し、双方の症状が重なり合った病態を呈しているのではないかと考えられる。児童・青年期の双極性障害の正確な診断のためには、併存障害の存在を念頭に置き、総合的な診察を行うことが望ましいと思われる。

3.5.3 転帰

現在の GAF の評価では、61 点以上が 56.7%を占め、全体の平均得点が 66.7 点であった。61～70 点は「いくつかの軽い症状がある、または、社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難はあるが、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある」ことを示す。過去 2 カ月間における気分障害の状態の 5 段階評価においても、児童期と青年期はともに半数以上が改善あるいは寛解を示し、双極性障害の症状が概ね改善していることがわかる。また、平均治療期間は約 2 年 7 カ月であった。

児童期発症群では 7 例中 2 例が寛解し、気分安定薬を 1 年以上中止している。将来、再発する可能性はあるが、診断名は広汎性発達障害のみに変更となる可能性が考えられる。青年期発症群の場合は、寛解が 1 例確認されたが、気分安定薬は中止しておらず、青年期全体でみても双極性障害の診断名の変更を検討すべき症例は認められなかった。

児童期発症群と青年期発症群との間で転帰の比較をしたところ、有意な差は認められなかったが、今後、長期的な経過を観察することによって、児童期発症群と青年期発症群の転帰に差異が生まれてくる可能性も考えられる。

3.5.4 臨床的特徴

1) 急速交代型について

本対象群の急速交代型には、主に 3 つのタイプがあると考えられた。1 つ目のタイプは、ほぼ毎日、躁状態および軽躁状態とうつ状態が同時に出現するタイプで、いわゆる混合状態である。このタイプは児童期発症群に 4 例が認められた。2 つ目のタイプは、毎日、躁状態および軽躁状態とうつ状態を交代して繰り返すタイプで、いわゆる日内交代型である。Geller ら(1998b)による日内交代型は、1 日のうちでも躁病相とうつ病相の交代が頻回に繰

り返される周期のことであり、このタイプは児童期発症群に 1 例、青年期発症群に 3 例が確認された。3 つ目のタイプは、年間 4～364 回の範囲で躁病相とうつ病相の交代が繰り返されるタイプである。Geller ら(1998b)による急速交代型（1 年間に 4 回のサイクル）と超急速交代型（1 年間に 5～364 回のサイクル）の基準を合わせたタイプであり、児童期に 2 例、青年期に 12 例が認められた。

本研究の対象では、混合状態と日内交代型を呈した症例はすべて広汎性発達障害を併存しており、加えて ADHD や不安障害などを併存してもつ症例は 8 例中 5 例であった。このように混合状態は広汎性発達障害や ADHD、不安障害などの併存障害の症状が背景に存在することが多いのではないかと考えられる。

2) 児童期発症の双極性障害の特徴

Geller ら(1998b)は本研究の児童期に相当する平均年齢 8.1 ± 3.5 歳の小児双極性障害児 60 例のうち、超急速交代型が 8.3%、日内交代型は 75.0%を占めたと報告している。本研究の児童期の双極性障害では、全例に急速交代型が認められ、日内交代型は 14.3%、混合状態は 57.1%であった。児童期発症の双極性障害は、青年期発症の双極性障害と比べて、混合状態が多くなりやすいことが示唆された。混合状態の概念は、本研究で児童・青年期の双極性障害の臨床的特徴を検討するため、急速交代型の下位分類として用いたものだが、この概念は児童期の双極性障害の特徴をよく表す状態像であると考えられる。

3) 青年期発症の双極性障害の特徴

青年期発症の双極性障害では、児童期にみられた混合状態は認められなかった。一方、成人の双極性障害と同様の経過を示す症例は、児童期には確認されなかったのに対し、青年期は 34.8%に認められた。青年期は急速交代型を中心としながら、一部、日内交代型や成人型が含まれると考えられる。すなわち、青年期は児童期に比べて、周期は次第に明瞭で長くなり、躁病相とうつ病相の区別が明らかになっていくと考えられる。青年期の経過については、下位分類として、病相が月経周期と概ね一致する場合（3 例）、不安障害と併存する場合（7 例）が確認された。

3.5.5 児童期発症群と青年期発症群の比較

児童期発症の双極性障害と青年期発症の双極性障害の特徴を比較したものを表 3.8 にまとめた。遺伝歴について、児童期発症群の方が青年期発症群よりも第 1 度親族における大うつ病性障害の遺伝歴が多いことが示唆された。併存障害については、児童期発症の双極性障害は、青年期発症の双極性障害よりも広汎性発達障害と ADHD を併存しやすいことが示唆された。青年期発症群は、不安障害を単独で併存しやすくなる可能性が示唆された。経過の特徴については、児童期発症の双極性障害は、青年期発症の双極性障害と比べて、混合状態が多くなりやすいことが示唆された。青年期は急速交代型を中心としながら、一部、日内交代型や成人型が含まれると考えられた。

3.5.6 研究の限界

本研究の限界として考えられることは、まず単一のクリニックの症例であり、対象者に偏りがある。当クリニックでは重症例が紹介されやすい傾向があるため、必ずしも本研究の結果が、児童・青年期の双極性障害の特徴のすべてを示すわけではない。

診断については、最終受診日の診断を採用したが、本研究で対象となったケースの多くが経過途中であるため、今後も継続的に経過観察を行う必要がある。

遺伝歴については、本研究は後方視的なカルテ調査であり、系統的な聞き取りを保護者に行っておらず、カルテに記録されている情報のみから結果の分析と解釈をしているため、双極性障害の遺伝歴について、一般化するには限界があると思われる。

転帰の判定では、系統的な評価が行われておらず、経過も最大で4年以内しか経っていないため、正確に転帰を判定するには今後のさらなる経過観察が必要である。

3.6 まとめ

第3章では、児童・青年期の双極性障害の症例について、診断や遺伝歴、併存障害、経過、および転帰について検討することを目的とした。楡の会こどもクリニック児童精神科外来を初診し、双極性障害と診断された8～17歳までの児童・青年30例（男子8例、女子22例）を対象に後方視的なカルテ調査を行った。その結果、診断の内訳は、双極I型障害が1例(3.3%)、双極II型障害が12例(40.0%)、特定不能の双極性障害が17例(56.7%)であった。遺伝歴は、児童期発症群(8～12歳)の方が青年期発症群(13～17歳)よりも第1度親族に大うつ病性障害をもつ場合が有意に多いことが示された。併存障害については児童期発症群の方が青年期発症群よりも有意に広汎性発達障害とADHDを併存しやすいことが示された。また、不安障害が単独で併存する割合は、青年期発症群で30.4%であったが、児童期発症群では0.0%であった。経過の特徴として、児童期発症群の方が青年期発症群に比べて、うつ病相と躁病相の混合状態が有意に多くみられることが示された。転帰については、児童期発症群と青年期発症群の間に有意な差は認められなかった。児童期発症群は、大うつ病性障害の遺伝歴が多く、広汎性発達障害とADHDの併存が多く見られ、躁病相とうつ病相が混合した経過をたどりやすいと考えられた。青年期発症群は、不安障害を単独で併存するケースが多く、経過については児童期と比べて躁病相とうつ病相の区別が明瞭となりやすいと考えられた。

第4章

大うつ病性障害，拔毛癖，選択性緘黙といった複数の精神疾患に罹患した後，解離状態を呈した広汎性発達障害をもつ男子中学生への心理面接に関する事例研究

4.1 はじめに

DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000)で指摘されているように，アスペルガー障害など高機能の広汎性発達障害をもつ児童・青年は，いじめ被害を受けたり，集団から孤立するなどした結果，抑うつ状態へと至る場合が少なくない。

広汎性発達障害に伴う気分障害の治療については単発の症例報告は多数行われているが，体系的な研究報告はされていない（牛島ら，2011）。また，臨床心理学の分野では，事例研究が行われることが多いが，広汎性発達障害自体への支援についての報告は少なく，さらに広汎性発達障害に気分障害などが併存した場合の効果的な支援についての報告はほとんどみられない。

児童・青年期の広汎性発達障害の場合，併存障害の有無やその影響の強弱によってさまざまな病像が出現し，虐待や暴力などの家庭の問題やいじめや疎外などの学校の問題が複雑に絡まり合う場合がある。そうした場合，個々の子どもの問題を解決するには，それぞれの問題に合わせたオーダーメイドの支援を工夫することが求められる（村瀬，2003）。そのため，効果的な支援について，体系的な研究を行うとともに，多様な問題をもつ個別の症例についての治療報告や事例研究の成果を積み重ねることが必要である。

4.1.1 事例研究の意義

事例研究とは，一事例または少数事例について，各事例の個別性を尊重し，その個性を研究していく方法である（下山，2000）。臨床心理士が行う事例研究の多くは，面接者がさまざまな介入をしながらクライアントの観察を行うため，面接者とクライアントの相互作用の結果として生起する二者間の事態の記録といえる。推測統計学に依拠する科学主義からみると，単なる一事例を扱うだけの事例研究は，科学的ではないとされ，独立した研究方法としては認められず（山本ら，2001），事例研究は本格的研究の前段階に行う探索的研究としての位置づけとなってしまう（吉村，1989）。しかし，臨床心理学の歴史にあっては，フロイト(Freud, S)やロジャーズ(Rogers, C. R.)をはじめとして，それぞれの学派の創始者は，事例研究を用いて自らの理論モデルを提示しており，臨床心理学研究において，事例研究はけっして探索的研究というのではなく，心理学理論の形成のための主要な研究方法となっている（下山，2000）。臨床心理学は次のような主要特質を備えている（村瀬，1991）。①対象の広さ，②実践の学（心の働きや行動の改善にとって実際に役立つ心理学でなければ価値がない），③技術の学（実証性が求められる技術の学である一方で，心理臨

床家の人間観や人間性といった技術とは異質の要素が重要な役割を演じる点がある学問)である。これらの特質を考えれば、臨床心理学の研究が普遍性、客観性、論理性を備えることは望ましいものの、数量化データにもとづいてその正しさを実証するという自然科学的手法のみでは不十分であるのは否めない(村瀬, 2003)。星野(1970)、河合(1986)は、臨床心理学における事例研究が研究方法としての意味をもつ条件として、①新しい技法の提示、②新しい理論や見解の提示、③治療困難とされるものの治療記録、④現行学説への挑戦、⑤特異例の紹介といったものをあげている。このような場合は、一事例であつてもそこに示された内容は、多くの読者にとって意味のある情報を提供することができる(下山, 2000)。

4.1.2 解離状態としての「ファンタジーへの没頭」

広汎性発達障害を持つ人に見られる解離状態は、すべての症例に見られるものではなく、広汎性発達障害の基本的特性に含まれるものとは考えられていない。しかし、解離状態は広汎性発達障害をもつ人において広く観察され、彼らの生活の中において特有の意味を持つものである(吉川ら, 2011)。解離状態には、①交代人格、②想像上の仲間、③タイムスリップ現象、記憶の時系列の混乱、フラッシュバック、④ファンタジーへの没頭、⑤離人感といったものが含まれる。虐待の既往、いじめの被害などの心的外傷体験が広汎性発達障害において、解離状態をもたらす原因・誘因となりうる。

「ファンタジーへの没頭」は「普通の」広汎性発達障害児に見られる解離状態といわれている(野邑, 2007)。杉山(2001)は“大多数の場合には、没頭している興味の対象であったり、好きなアニメのキャラクターであったり、ビデオの一場面であったりするが、一人で何役も演じぶつぶつと独り言を繰り返すようになる”と述べ、また“ファンタジーへの没頭は通常小学校中学年から中学生年齢まで続き、幻覚妄想があるかのように誤診される場合もある”と指摘している。吉川ら(2011)によると“広汎性発達障害に強いファンタジーへの没頭傾向があるということはしばしば報告される。種々の場面で物思いにふけり、多くは自分の好きなキャラクターや物語に思いを馳せ、周囲からの働きかけに容易には反応しない状態となる。”“この間に周囲で起こっていることは意識に上らず、記憶されていないことが多い”と述べている。このように、広汎性発達障害の児童・青年はファンタジーの世界に没頭するあまり、他者とのコミュニケーションに深刻な問題をもたらしてしまう場合がある。

4.2 目的

ここに報告するのは、広汎性発達障害をもつ男子中学生との心理面接の経過である。本研究では、小学生のときに大うつ病性障害、抜毛癖、選択性緘黙といった複数の精神疾患に罹患した後、ファンタジーへの没頭を示したクライアントが、現実世界との繋がりを形成していった過程を提示し、広汎性発達障害の子どもたちが示すファンタジーへの没頭にはどのような意味があるのか、また、彼らが現実世界との繋がりを形成するためには、どのような援助が有効なのかについて検討したい。

4.3 事例の概要

クライアント (client) : 男性, 中学 2 年生.

主訴 (母親からの主訴) : 会話の内容が年齢の割に幼いため, 同学年の子どもと日常的な人間関係が結べない. 言葉のキャッチボールが上手にできない. 家族や心を許した人以外と接するときに緊張感が強い.

家族構成 : 父 (50 代, 公務員), 母 (50 代, 援助職), 姉 (高校生), クライアントの 4 人家族.

生育歴・問題歴 (母親からの情報) : 普通分娩, 体重 3500g. 比較的高齢での出産であり, 待望の男の子だったので, 両親の喜びもひとしおだった. 乳幼児期の発育や知恵づきは「普通」. ただし記憶力には目を見張るものがあり, 2~3 歳時には絵本を丸暗記して話していた. このことに両親は将来を期待させるものを感じた. 小 1~小 2 では「変わった子」として級友などからいじめられた. いじめの詳しい内容はわからないが, あるとき「字を汚く書いたら指をへし折るぞ」「答えを間違ったら頭をがち割るぞ」と担任から言われたとクライアントが母親に語った. 母親が担任に抗議したが, 「変わっているクライアントが悪い」と取り合ってくれなかった. 小 3 頃, 教室で孤立し, 表情は暗く, 思考力や集中力が低下し, 勉強が手につかなくなった. 疲れやすく, 食欲は減退し, 登校への不安から夜, 眠れなくなり, 登校を渋るようになった. このような大うつ病エピソードの基準を満たす大うつ病性障害が長期間に渡って続いた. また, 自分で頭髪を抜く抜毛癖, 爪を噛む行為が見られた. 小 4 になると, 家庭では話をするが, 学校で何を聞かれても口を閉ざすようになり, 小児科医から, 選択性緘黙と診断を受けた. 小 5 から, 心のケアと勉強の両方ができる場所として, フリースクールに週 1 回通うようになった. 掛け算のような計算問題はものすごい速さで正確に解けたが, そうした能力は学校の成績に反映されず, 成績は下の方だった. この時期, 緘黙症状は消え, 慣れない人にも片言の会話ができるようになっていたが, 反面, 漫画やアニメなどファンタジーについての語りが趣味や遊びの範囲を超え, 周囲が当惑するほどになった. 中学に入学した頃から, クライアントの興味の対象が他の生徒に比べて幼い印象を母親は受けた. 母親が仕事から帰ると毎日のようにファンタジーの話をし, 家事で忙しいときにも話しかけるので, 「後で」と言うと, 「お母さんが僕の話聞いてくれないということは, 僕のことを愛していないんだ」と言い, 頭を何度も壁に打ちつけたことがあった.

来談経緯 : 筆者はフリースクールの指導員として小 6~中 1 までクライアントを担当した. 筆者が就職のためフリースクールを辞めるのに伴い, 母親の希望とクライアントの同意により, 就職先の心理相談室においてクライアントの面接者 (therapist) として個人面接を行うことになった.

フリースクールでの関わり : 前任者からの引き継ぎのとき「すごくおしゃべり好き」だと聞いた通り, クライアントはひっきりなしにファンタジーを語り続けることが多かった. フリースクールでの指導は数学と漢字ドリルを教えることが中心であった. 他の生徒との関わりは, 一方的に漫画などの内容を話しかけることがほとんどだった. 最初は関心を持って聞いてもらえるが, 次の機会も繰り返し同じ内容を話すので, 相手から「それは前に聞いた」と言われ, 会話が途切れることが多かった. また特定の生徒から, からかいの対象になることもあったが, 押し黙って抵抗することはなかった. クリスマス会の出し物で,

皆の前で話す機会があったときは、2年続けて本番で口をつぐみ、一言も発せなかった。

面接構造：クライアントの来談は週1回（1時間）、母親面接は他の面接者が担当した（隔月1回）。

面接方針：コミュニケーションスキルの向上を念頭に置きながら、特定の学派や技法にこだわらず、クライアントの変化を見極めながら柔軟な対応を行うことを基本方針とした。

4.4 面接過程

来談期間はX年5月からX+2年3月までの1年11ヶ月。62回の経過を4期に分け、特に重要と思われる回をピックアップする形で記述する。以下、「」はクライアントの発言、『』はクライアントの絵日記（後述）の記述、<>は面接者の発言、《》は母親の発言。

第1期（X年5月～7月、#1～#10）：ファンタジーへの没頭

この時期は、コミュニケーションスキルの向上をねらいとする独自の課題を考えた。これは、構成的グループエンカウンターの小ワーク集などを参考に簡単な内容から始め、イラストつきで視覚的に理解できるように配慮するなど、クライアントのコミュニケーション能力に即応するように工夫した。クライアントの対話形式については、一方通行の話しかけが、対話に変化することを意図した。例えば、「インタビューゲーム」と称して、面接者と手製のボールを実際にキャッチボールしながら、ボールを渡す側が質問し、受ける側が答えるといった遊びを行った。また、対話内容については、ファンタジーではなく現実生活にまつわる内容を取り上げるようにし、級友との会話で実際に使えるような話題を考えた。例えば「猫と犬のどちらが好きですか」「好きな色は何ですか」など簡単な質問をいくつか準備した（図4.1）。また、まずクライアントが安堵感を持てるよう、面接時間の約半分はファンタジーの話をしてできる限り関心をもって受容的に聞いた。

#1：受付の女性と挨拶するときは緊張が強く、遠慮がちだったが、面接者と二人になると笑顔で語り始める。自分の好きなアニメやTVゲーム、映画の内容を話す（ドラえもん、ピーターパンや白雪姫などのディズニーアニメ、児童向けコミックなど）。登場するキャラクターになりきり、動作や口調までそっくり真似る。一人で何役もこなす。台詞や映像を丸暗記しており、ビデオテープを再生するように物語の最初から最後まで途切れることなく話し続ける。それらを語っているときは生き生きとしているが、学校や家庭での日常の出来事を聞こうとすると口ごもり、片言の返事をして「それでね」とまたアニメ等の話を再開する。クライアントに、日常会話とは何か、どのように行えばいいのかを「インタビューゲーム」と称して説明し、先述の課題をやってもらう。面接後、面接者と母親が次の予約の話をしている間に、クライアントは箱庭の真ん中に大きな砂山を作って遊び、「見て」と面接者に呼びかけ、砂山を掘りはじめる。透明で緑色のガラス石が掘り出される。<石が埋まってたんだ。これはどんな石なの？>「（少し考えて）ソニック・ザ・ヘッジホッグ（というゲーム）のカオス・エメラルド」。後日調べたところ、「カオス・エメラルド」とは、すべての生物にエネルギーを与える神秘の石であった。ゲームでは、悪役がその石の力を兵器に使い世界を支配しようとするので、主人公はそれを阻止しようと冒険の旅に出る。クライアントの願望やこれからの未来を思い描いているのではないかと面接者はふと思った）。#2で、WISC-III (Wechsler intelligence scale for children-third

edition)を行った。結果は全検査 IQ76, 言語性 IQ65, 動作性 IQ94 で、両 IQ の間に大きな差がみられた。四季がわからないなど、日常生活の基本知識に関する質問に答えられなかった。数唱では順唱より逆唱の得点が高かった。#4: 欲求不満場面での対応とコミュニケーションの特徴を見るため P-F スタディ(絵画欲求不満テスト: picture-frustration study)を実施。#5: クライエントの内的世界の把握のため HTPP (house-tree-person-person)テスト(家屋・樹木・人物・その人物と反対の性別の人物を順番に描画する心理テスト)を実施。男性画はレントゲンのように全身の骨が透けて見える左を向いた中学3年生(図 4.2)。#6: 夜に見た夢の話をする。夢: 友達と二人で東京ディズニーランドに行った。小さい船の形をした乗物に乗ろうとすると、友達が先に行ってしまう置いて行かれてしまった。後れて乗物に乗ったが、なんと乗物が床に沈んでしまった。床下を落下し、水にパシオンと落ちて「助けてくれ」と叫んだ。警備員が助けに来たところで夢から覚めた。「ああ、怖かった」と必死の表情で飛び起きた。#9: WISC-III の言語性 IQ が低かったので、どの程度の文章が書けるのか、どのような内容の刺激文に反応するのか、といった側面を調べるために SCT(文章完成法テスト: sentence completion test)を実施。ほとんどの項目が空欄だが、家族のことなど、自分から距離の近い事柄のみ簡潔に記入する。#10: 「将来は声優か画家になりたい」<画家になるならどんな絵を描きたいの?>「こういうの(漫画風の絵を描く)」。

第2期(X年8月~X+1年2月, #11~#29): 現実世界との繋がり形成

この時期は、まず WISC-III, P-F スタディ, SCT の情報をもとに、面接方針の再検討を行った。その際、特に着目した点は P-F スタディの結果であった。欲求不満場面でのどの程度一般的、常識的な反応をするかをみるための指標である GCR (group conformity rate) は 75%と高く、常識的対応の知識を平均以上に備えていることが示されたが、クライエントの場合、現実場面でそうした知識が活かされていないことが伺えた。また、社会的な場面では自分の気持ちを抑制する傾向が伺われたため、面接場面で情動の表現を安心して行え、かつ、それが日常生活に般化できるような関わり方を考える必要があると判断した。当初から行っていたコミュニケーションスキルの練習に加えて、誘発線法(松井ら, 1983)(○など4つの定型刺激パターンを用いた投影描画法)(図 4.3)やスキグル法(相互なぐりがき法: squiggle)などの描画法と、箱庭での合同砂遊び(図 4.4)を取り入れ、さらに、特殊な絵日記¹⁾を用いた関わりの方を考案し、導入した。絵日記の内容は、コミュニケーションの練習になると共に、日常生活における情動体験を表現できるようにと意図した。市販のノートを用い、文章の型を穴埋め式に設定して情動を表現しやすくした。回答に用いる文章の基本型は“ぼくは(人)から(行為)されるのが、(情動)と思います”とした。この文章を提示するだけでは記述できなかったのが、情動に当たる部分を面接者が指定して問いかけた。最初は「嬉しい」こと、「嫌な」ことのみを質問した。慣れてきた頃に「驚いた」、「悲しい」など情動の種類を変えた。クライエントが人と行為の部分の穴埋めすると、記入された内容をもとに面接者からさらに質問と感想を述べ、現実生活の出来事について対話のキャッチボールを増やすようにした。最後に、書いた内容から連想する絵を描いてもらった。クライエントは隙間なくファンタジーを語り続けるので、面接者から合同砂遊びや描画法、絵日記を提示して行わせるようにした。クライエントはそれら

の作業を集中して速く的確にこなした。もともと面接者の前では楽しそうに笑顔でいることが多かったが、課題を行うときは、達成感のためか、一つ終わるごとに一層表情が明るく和らぐようにみえた。この時期の平均的な面接内容の流れは、絵日記（10 分）、ファンタジーの話を聞く（20 分）、描画法（15 分）、合同砂遊び（5 分）であった。

#11: クライエントの好きなドラえものの絵が入った A6 サイズのノートに絵日記として使用。〈最近、嬉しかったことを書いてみようか〉『ぼくは友達からゲームでメダルをくれたのが、よかったと思います』〈メダルはどのくらいもらったの?〉「30 枚もらった」〈へー、そんなにもらったんだ。じゃあ、それもノートに書いておこうか〉『（書き込む）30 枚もらった』〈いつ行っただの?〉「うーん、ずっと前」〈そうか、ずっと前かあ。せっかくだから、それも書いておこうか〉『（書き込む）ずっと前』（中略）〈絵日記みたいに、絵で表現すると、どうなるかな?〉（ゲームにメダルを入れる場面を描く）〈これはどんな絵なの?〉「メダル入れてるところ」〈ああそうか、なるほど。色は塗るかい?〉「いや、いい」（1 ページ目完成）〈次は、嫌だったことを書いてみようか〉『ぼくはお姉ちゃんから、やってることを邪魔されるのが、嫌だ』（以後、書いた内容をもとに面接者から質問し、クライエントが回答して記入する作業を続ける。面接者は初めてクライエントとスムーズに対話している感覚を覚える）。#13: 面接が始まってすぐに「父さんと二人で旅行に行って、ひどい目にあった」と語る（日常の出来事について自発的に話すことは絵日記以前には見られなかった）。合同砂遊びでは、クライエントと面接者が対面して砂に手を入れ、かき混ぜたり、砂の感触を味わったり、砂山や団子を作ったりした。箱庭の作品してみると、山や大地が地殻変動によって作られる場面のような、原初的で力強く、大きなうねりが感じられるものであった。#15: 『のび太のように、テストで悪かった点数を袋に入れて（親に）隠している』。#21: 初めて相互ぐるぐる描き物語統合（mutual scribble story making: MSSM）法（山中，1999）の変法で物語を作れた。それに呼応するように単語が繋がるようになり、『春休みに家族で遊園地』に行く予定について、絵日記に 5 行程度の長い文章に書く（それまでは 1～3 行しか書いていなかったのが驚いた）。また、『保育園児のときに見たミッキーのビデオ』が地元のレンタル店にあったことを話しながら、自然と話題が広がって、型になる文章がなくても自分から進んで絵日記に書き込む。合同砂遊びは箱庭の前までは来るのだが、砂には触らずに、楽しそうにドラえもんの話をする（面接者もここで砂に触るのは、くどいように感じた）。#23: 絵日記は前回の面接で話した内容と関連のある話題から始まった。「前回話したレストランなんだけど」『バイキングだった』『ハンバーグ、ピザ、ケーキ、アイス』等を「たくさん食べた」と、それらの絵を描く（面接者の促しがなくても自発的に絵日記へ書き込む）。母親によると、最近のクライエントの《変化が著しく、自分の考えを主張できるようになってきた。友達にも自分の意見を言えるようになった。定期試験も目標を持ち、やる気になっている》。#25: これまで書き溜めたノートを降り返って感想を書く。『日記を全部かいてすごい』。#26: 新しい無地のノート二つ（前と同じサイズと、一回り大きいサイズ）を用意すると、クライエントは大きい方を選ぶ。すると、文章量が急に増え、『懐かしいゲームがあった』『お姉ちゃんが引っ越すからさみしい』『学校で女子たちに話かけられて照れちゃう』等、5 つの話題について会話ができた。#27: 8 ヶ月ぶりに HTTP テストの 2 回目を実施。男性画はスーツを着た 20 歳の会社員で、正面を向き、腰に手を当て自信のある表情（図 4.5）。#28: 夢で、

クライアントをいじめていた小学校の先生に会ったが、「嫌な気持」がして、「非常口」から好きなゲームの世界に入って行ったと語る。

第3期（X+1年2月～7月，#30～#44）：学年の人気者になる

描画法は8ヶ月間（#7～#29）に誘発線法→スキグル法→MSSM法へと変化した。クライアントの表現が豊かになり、描画を用いてさらに情動面に接近できる方法はないかと面接者は考え、新しく考案したのが情動イメージ物語法²⁾（情動に関する刺激語、刺激絵から連想した絵を繋ぎ合わせて物語を作る描画法）であった。この方法には、カード版とポスター版という2種類の施行法があり、この時期はカード版を用いた。52枚あるカードをトランプのように伏せて並べて一枚引き、例えばカードに「悲しい」とあれば、クライアントは「おじいさんが亡くなって悲しい」というイメージを連想して、その場面をさっと絵で描いた。思いつかない場合はカードを捨てて新しいカードを引いた。絵を5回程描いたところで、今度は絵を繋げて物語にした。クライアントは漫画が好きなので、＜漫画家になったつもりで絵を繋げて、シナリオを書いてください＞と伝えると、やる気になる様子だった。まず漫画の作品のように絵を繋げ、ときには2ページに渡る長いシナリオを一気に書きあげることもあった。カードから連想された絵とシナリオは絵日記の中に書き込まれた。熱中して一気に作業をこなすので、完成後はやや疲れた様子を見せるが、その分満足しているようにも見えた。この時期の平均的な面接の流れは、絵日記（10分）、ファンタジーの話を聞く（25分）、情動イメージ物語法カード版（15分）であった。

#30：『みんなの前で歌を歌った。みんなはすごいと思った』。流行りの人気グループの歌を教室で歌ったとのこと。母親の話では、最近では若者の使う言葉使いが出てきたという。

#36：修学旅行のレクリエーションでクライアントが歌を歌うことになった。＜今の気持ちは？＞「恥ずかしい」。各学級から一人の代表を選び、カラオケ大会をすること。『（学年全員の前で）自分が歌おうと決めている』。#40：『修学旅行のレクはもり上がった』。『キャー』『ワー』と歓声を受けた。アンコールで2曲目を歌った。歌に合わせてダンスも踊った。『サインを書いた。ファンクラブも作った』。情動イメージ物語法カード版の題名：『強くなろう大計画』（図4.6）。物語の内容（以下、○の中の数字はカードを引いた順番、「」は引いたカードの内容）：『母は勉強会でA君を一人にしまいました。母はA君がさらわれたのかな？と思って心配していました（⑤「心配」）。でも、A君はゲームをしていました。A君は勉強が嫌いでした。母からいつも勉強しろとガミガミされて、A君は腹が立ってきました（①「面倒くさい」）。こういうときは強くなろうと思っていました。本当は、A君は好きなタレントみたいに強くなりたいと思っていました（②「好き」）。悪いやつにばかにされてばかりいました。A君は怒って悪いやつを殴りました。悪いやつは棒で叩こうとしていました（④「怒る」）。そのとき友達BとCがやってきました。助けに来たのです。悪いやつは逃げました（⑥「強気」）。A君は帰ったあと、ごはんは野菜料理です。A君は野菜が嫌いでした（③「嫌い」』。#41：『オレは人気者になった。たまに教室や廊下で歌っている』（図4.7）『どんどんサインが来る』。#43：「サインの横にたまに（生徒の似顔絵などの）絵をつける」。

第4期 (X+1年7月～X+2年3月, #45～#62) : 受験勉強への集中

この時期の平均的な面接の流れは、第3期と大きくは変わらないが、情動イメージ物語法の施行法をカード版からポスター版(52種類ある情動カードが一覧表となっている)へ変更した。カード版を行う中で、当初は1～2枚で即座に連想が浮かんでいたが、だんだんと捨てカードが5～10枚と多くなり、表現したい情動項目を探している様子が見られた。そこで、自分でカードを選べた方がよいかをクライアントに確認をし、同意を得てから変更を行った。クライアントは物語の展開に合わせて一覧表の中から好きな情動の項目を選びながら、即座に物語を作っていた。

#46: 合唱コンクールでリーダーを任せられる。真面目に練習しない生徒から『バカにされた』。『お前なんか使いものにならねえ。帰れ! へんな声になっちゃう』と言われ、怒ってラジカセを殴り壊して家に帰った。また、自分の将来について「オレはコックになる」と言う。情動イメージ物語法ポスター版の題名:『3人のなが～い家出』(図4.8)。物語の内容:『A君は母から勉強しろとガミガミ言われ、B君は家庭教師をよばれ、C君は店番を頼まれ、3人はいらいらしていました。家出をして3人は家を作って、うれしくなりました。夜になり、3人はがっかりしました。母のことが、心配になったのです。(子を探している)母たちは悲しくなり、3人も悲しくなる。家に帰り、母と子が再開する(抱き合っ泣く)。(帰ってきた父親がその様子を見て)どうしたんだ?(A君の弟が)さあ?』(『母たちは、悲しくなり』の部分で、クライアントは文章を書きながら気持が高まり、目を赤くして涙を浮かべる。声のトーンも低く、押し殺したような声になる。このような情動表出がされたのは初めてである)。#48: 夢の中で『魔法で人形を人間に変えた』。クライアントが主役となり、夢の中で元人形たちと遊んだ。漫画のように面白おかしく展開していく夢の物語を語る(以後数回にわたって、クライアントと元人形達の夢を見てはその展開を語る)。『(通知表の)成績が1ランク上がった』。#49: «(クライアントが)最近は何に見えて変わってきて、いろいろな話をしてくるようになった。閉ざされていたものが、開かれた感じがする»と、クライアントの通う音楽教室の先生から母親に伝えられる。両親も同様の意見とのこと(音楽教室の先生とは、クライアントの姉が教室に通っていた縁で、クライアントが2歳頃からの知り合い)。#50:『ゲームを平日はしないことにした。休みのときはする。自分で決めた』。#56:『英語で(自己最高の)62点取れた。(うれしいけど)つらかった』。#59: 12月から、塾が面接の曜日と重なるため、高校受験が終わるまで面接は月1回となる。母親から、クライアントに塾で新しい友達が何名かできたと聞く。#60: クライアントは中学校での三者面談のときに担任と母親が考えていた私立高校ではなく、受ける予定をしていなかった1ランク上の公立高校を志望する。『ゲームを封印。毎日勉強している』。#62:『(1ランク上の)公立合格(下に「やった!」と泣いて喜ぶ本人のイラストを描く)』。「高校楽しんでくるぜ」。クライアントの高校進学とともに面接は終結となる。

4.5 考察

4.5.1 併存障害の再発の可能性

児童・青年期のうつ病の予後について、Kovacsら(1984)は8歳から14歳の大うつ病性障害をもつ65例の経過を観察した結果、発症後1年6カ月後には92%が回復するが、2

年で40%、5年で70%の再発が認められたと報告した。Emslieら(1997)は8歳から17歳のうつ病性障害をもつ70例を対象に経過を観察したところ、98%が1年以内に回復したが、回復後1年以内に47.2%が、2年以内に69.4%が再発したと報告した。このように児童・青年期のうつ病は再発する可能性があり、一度、うつ病性障害を発病したことがあれば、長期的に支援を行い続けることが大切となる。

クライアントは小3頃にうつ病エピソードの基準を満たすうつ病性障害を発症したが、フリースクールで面接者と出会った小6頃には、ほぼ寛解していたと思われる。しかし、心理面接を開始した中2のとき、クライアントは依然として対人関係の問題を抱えていた。クライアントは仲間関係を希求するが、主訴にあるように同学年の子どもと日常的な人間関係が結ばず、集団内で孤立し、落ち込むことがみられた。極端ないじめはなくなったが、話し方について馬鹿にされるなど、からかいの対象となることもあった。DSM-IV-TRには広汎性発達障害をもつ青年がいじめ、社会的孤立に置かれたときに、抑うつや不安が生じるとあるが、このような環境に居続ければ、うつ病性障害が再発する可能性が十分にあると考えられた。

また、家族や心を許した人以外と接するときに緊張感が強いといった選択性緘黙の症状の名残りがみられた。当時通っていたフリースクールのクリスマス会で、皆の前で話す機会があったときに急に声を発せなくなることもあった。学校などの社会的場面で、過度なからかいを受けたり、対人面での失敗経験が積み重なることで、再び、心を閉ざす可能性も考えられた。

4.5.2 ファンタジーへの没頭の意味

クライアントの場合、広汎性発達障害に一般的にみられるファンタジーへの没頭という解離状態が、他者とのコミュニケーションに深刻な問題をもたらし、併存障害の再発の可能性も高めていたと考えられた。そのため、まずクライアントにとってのファンタジーへの没頭の意味を検討したい。クライアントは小1から「変わった子」としていじめられ、教室で孤立するようになった。小3頃に見られたうつ病、抜毛や爪噛みといった行動はそのストレスによるものと思われる。その後、小4になると緘黙症状が出現した。緘黙症状は対人関係における脅威から自我を守るための最も未熟で幼児的な防衛手段である(弘中, 1983)。クライアントは、いじめられ体験から他者への不安や警戒心を持ち、防衛として緘黙症状を形成したのであろう。しかし、小5になると、フリースクールに通うようになったことも影響したのか、かたくなに心を閉ざすことをやめ、他者と関わろうとするようになった。すなわち、緘黙症状が消えるのと入れ替わるようにファンタジーを語るようになったのである。小中学生の子どもにとって、好きなゲームや漫画などの話題を語ることは自然なことであり、子どもたちは仲間同士で想像を共有し、語り合いを楽しむものである。だが、クライアントの語りは周囲が当惑するほどのものであった。内容が年齢に比べて幼い上、一方的に話してしまうため、他者と想像を共有することが難しかった。さらに、物語の最初から最後までを録画の再生のように話し、しかもそれを何度も繰り返すので、聞き手は「それは前に聞いた」とクライアントの話を遮ることになり、クライアントは押し黙ってしまう結果になった。クライアントに友達ができにくいのは、このような話し方のために双方向的関係を作りにくいからであったと考えられる。

クライアントに見られたファンタジーへの没頭は、Winnicott (1971) の言う “空想をすること” (fantasying) に関連づけて考えることができる。Winnicott によれば、空想をすることは “本当の自己” (true self) と “偽りの自己” (false self) が解離された状態の中で起こる現象である。クライアントにとって、ファンタジーに没入しながら語るという行為は、偽りの自己を支える柱となっていると思われる。つまり、ファンタジーへの没頭は緘黙に代わって、本当の自己を守る「覆い」の役割を果たしていると考えられるのである。

また、アニメや映画といった既存の作品は不変なものなので、他者から何を言われようとも変わることのない強固な性質を持っている。それがクライアントを安定させることに繋がっているとも考えられる。さらに、ファンタジーの内容を一方的に語るという対話形式は、他者が自己に干渉することを拒むものであり、この点でもクライアントは本当の自己を守ることができる。

しかし一方、ファンタジーを他者に語るという行為は、未熟な形ではあっても他者と関係を持つとする動きでもある。面接者は、ファンタジーを語ることがクライアントにとって大切な意味を持つと考え、忍耐強く聞くよう努めた。クライアントにとって自己を守る心の「覆い」としてのファンタジーを受容し、可能な限りの関心をもって聞くことで、クライアントの声量と身振りが段々と大きくなり、クライアントが頬を高潮させ、汗をかきながら語ることが度々見受けられた。日常場面において、クライアントは自分が関心を持っている漫画などのファンタジーを他者と共有したい気持ちが強かったのだが、会話の内容と方法が他者には受け入れられず、分かち合うことができなかった。これに対し、面接者がファンタジーの語りを受容することで、面接場面ではクライアント自身はファンタジーの中で存分に遊ぶことができたと思われる。ここで大切なことは、そうした経験を通じて、「よき理解者がいる」という安心感をもつことであろう。自らの自閉的な世界を共有してもらえたという思いが、自発性を促し、主体性を育む一助となったと考えられる。クライアントはまた、面接者が自分の世界と折り合ってくれたのだから、自分も面接者のいる現実世界と折り合ってみようと思い始めたのかも知れない。

また、面接者が忍耐強くクライアントのファンタジーを聞いていると、現実とファンタジーがときに繋がるときがあった。例えば、#15 でクライアントは『のび太のように』と現実の自己の行動をファンタジーに例えて話した。こうした表現は、ファンタジーが単に本当の自己を隠すだけではなく、本当の自己の代理的表現ともなり得ることを示している。このようにファンタジーへの没頭は、対人関係における脅威から自己を守りながら自己を表現し、他者と関係を持つことを可能にするという意味で、緘黙よりも優れた防衛と言える。

ところで、面接終了時においてもファンタジーへの没頭は消失しなかった。ファンタジーへの没頭を残しながらも、充実した現実生活を送れるようになったのはなぜだろうか。まず、ファンタジーの性質に変化がみられた。クライアントの関心を向けるファンタジーの内容は、年齢に比べて幼い内容のアニメや漫画といった他者と共有しにくい内容だけでなく、流行の音楽のように年齢に相応した内容へも関心が開かれたものも見られるようになった。他者と共有しやすい内容を取り入れたことにより、他者との繋がりを形成しやすくなっただろう。また、日常生活においてファンタジーへ没頭する時間が減少し、受験勉

強のように社会的な現実生活に関わることへ大幅に注意を向けられるようになった。ゲームを制限したり（#50, 60）、面接の回数を減らして塾に通う時間を増やしたり（#59）と、社会的現実へ没頭できる環境作りをクライアント自身が主体となって行っている。

#48 で人形から人間に変わる夢を見て、数回にわたって物語が展開されたことは、借り物ではない「クライアント固有のファンタジー」が展開し、ここで既製品から脱したクライアントの自発性や創造性が予見できる性質へと変わったと思われる。つまり、アニメや映画のような「既成のファンタジー」に没頭していた時期から、「クライアント固有のファンタジー」が展開する時期に移行したと言える。Winnicott（1971）は“患者が完全な人間になり始め、強固に組織された解離を失い始めるにしたがい……空想をすること fantasizing は、夢と現実の双方に関連する想像 imagination へと変化していく”と述べている。本事例において、Winnicott による“空想をすること”は「既成のファンタジーに没頭すること」と概念的に関連し、“夢と現実の双方に関連する想像”は「クライアント固有のファンタジー」と関連するのではないかと考えられる。“空想をすることのもつ固着性 fixity の中に封じ込められていた素材”（Winnicott, 1971）を解放するにつれて、クライアントは次第に、本当の自己を生きられるようになっていき、そうして初めて、“空想をすることの中に保っていた全能感”と適度に距離を置き、“現実原則に伴う欲求不満を十分に処理することが可能”になったと考えられる。

4.5.3 本事例における技法的工夫

この事例においては、合同砂遊び、絵日記、描画法といった手法を独自に工夫した。これらの手法はクライアントが必要としている表現を遊びながら行える表現の“窓”（山中、1978）の役割を果たしたと考えられる。これらの手法は、心理査定の結果などを踏まえつつ、自我発達、言語、イメージ、情動といったさまざまな側面についてのクライアントの能力を考慮しながら導入した。また、同時期に複数の手法を用いるにあたっては、組合せによる和音のような相乗効果をねらった。クライアントの表現が次第に豊かになっていくのに応じて用い方を変えることにより、面接過程の進展が促されたと思われる。以下、これらの手法の持つ意味について考察する。

1) 合同砂遊び

合同砂遊びは、クライアントと面接者が箱庭の砂に同時に手を入れて遊ぶ、皮膚感覚を用いた手法である。これは、自我を育む土壌となる部分を砂という象徴の次元で体験し、その部分がより確固としたものになるようにという意図で行った。面接者が同じ世界に存在することがクライアントに精神的な安堵感をもたらし、ファンタジーへの没頭の背景にある脆い自我を支えることに繋がったのではないだろうか。#21 で、スキグル法から MSSM 法へと描画法が進展すると同時に、クライアントは面接者が促しても砂に触らなくなった。それに呼応するように、単語が文章として繋がり、絵日記に長い文章を書いた。酒木ら（1997）は、MSSM 法によって言語機能が開発された広汎性発達障害児の事例を報告したが、本事例においてもクライアントの言語表出の広がりが見受けられた。クライアントから合同砂遊びをやめたことは、描画法によって散在するイメージを物語として線で繋げられたことが言語面での単語の繋がりを喚起したため、砂遊びという原初的感覚を味わう段階を脱したことを示唆している。

2) 絵日記

絵日記はこの事例で最も多用した手法であり、#11 から面接終了時の#62 まで用いた。面接全体で 4 冊のノートを使用し、用紙サイズは A6→B6→A5→B5 と、クライアントの表現の豊かさに応じて次第に大きくなった。絵日記は、2 冊目を終えた頃から、まるで内面世界の近似的な姿を呈するようになった。クライアントは絵日記に対して、落書帳でもあるという認識をもっていたので、日常の出来事以外にも、漫画などのファンタジー、夢内容などが自由に書き込まれ、自然と等身大のクライアントが表現された。それゆえ次第に絵日記はクライアント自身の「自己の象徴」としての意味を持つようになったと面接者には感じられた。また、ノートのサイズが大きくなる度にクライアントの「自己の器」も成長していったようにも感じられた。絵日記を器であると考えれば、内容をクライアントが提供し、それを面接者が二重の器として内包することによって、現実世界との繋がりを形成する一助となっただろう。

ところで面接者は、絵日記が遊びの道具であると同時に現実と繋がる行動に結びつく契機となるように心掛けた。それには、以下の二つの意味でクライアントに自信をつけさせることが必要だと考えた。一つは、その時期におけるクライアントの能力に適した難易度の「課題」となっていることで達成感が得られ、それが自信に繋がるということである。もう一つは、気持をありのままに表現し、それを面接者と分かち合えた経験が自己表現についての自信を増すということである。このような関わりを通じ、小さな達成感が積み重なったことが、第 3 期における修学旅行時の舞台での成功に繋がったと考えられる。絵日記という容器を基点として、面接の空間が安全基地として機能していたようにも感じられる。

3) 描画法

描画法は連想が容易な誘発線法から始め、それに慣れてきた頃にスクイグル法へと移行した。さらに、スクイグル法で関連性のある描画がいくつか登場するようになった頃に、＜漫画のストーリーのように絵を繋げて物語を作ったらどうなるか＞と面接者から何度か提案したところ、#21 で初めて MSSM 法の物語を作ることができた。それに呼応するように、単語が文章として繋がり、絵日記に長い文章を書いた。

さらに、情動イメージ物語法という独自の描画法では、劣等感や母親に関するコンプレックスのようなテーマが表現された。特に#46 では、母親に反発し家出をするが、「悲しく」なって、母親と再会し、愛情を再確認するという母子分離やアタッチメントにまつわるような物語が表現された。クライアントは内容を語りながら実際に涙を浮かべた。この情動表出をきっかけとして、《まるで閉ざされていたものが開かれた》(#49) ように現実生活が変化したとも捉えられる。情動をイメージに置き換えて表現し、さらに物語にして繋ぐことによって、眠っていた体験が再構成されて整理されたようだった。母親の話では、過去にクライアントは「お母さんが僕の話聞いてくれないということは、僕のことを愛していないんだ」と言い、頭を壁に打ち付けたことがあったという。クライアントの場合、他の生徒への関わり方と同様に、母親に対しても相互交流がうまくできなかったことが伺える。情動イメージ物語法を通じて、忘れていた母親との繋がりの再認識をわずかにでもできたのかもしれない。その基本的信頼ともいえる感覚が、精神的な安定をもたらし、中

学生の本業ともいえる受験勉強の集中を促したのかもしれない。

4.6 まとめ

第4章では、大うつ病性障害、抜毛癖、選択性緘黙といった複数の精神疾患に罹患した後、解離状態を呈した広汎性発達障害をもつ男子中学生に対する心理面接の事例研究を行った。筆者が臨床心理士の立場から臨床心理学的援助を行うことで、学校適応が高まった経過について振り返り、効果的な支援について検証することを目的とした。心理面接は週1回、1時間という枠組みで、約2年間（全62回）に渡って行われた。

広汎性発達障害をもつ男子中学生であるクライアントは、小3～小4にかけて大うつ病性障害や抜毛癖、選択性緘黙といった複数の精神疾患に罹患したことがあり、中2になって来談したときは、「ファンタジーへの没頭」と呼ばれる解離状態を呈していた。クライアントはアニメや漫画などのファンタジーに対して、周囲が当惑するほどの没頭を示し、他者とのコミュニケーションに問題を生じさせていた。他の生徒から、からかいを受け、対人的に孤立し、落ち込む様子が確認され、大うつ病性障害や選択性緘黙といった併存障害が再発する可能性が考えられた。

独自に心理支援の技法を工夫することによって、クライアントの言語と描画の表現が次第に豊かになっていき、それに合わせるように、学校など社会的な場面での適応も改善を見せるようになった。クライアントは面接者との関わりを通じて、アニメなどの「既成のファンタジー」を存分に遊び、借り物ではない自己の内面からの自発性や創造性を伴う「クライアント固有のファンタジー」を展開させ始めた。他者と想像を共有できるようになり、級友を含む学年の生徒と繋がることに成功し、いじめ被害者から、学年の人気者へと転身した。さらに、母親との繋がりを再認識することで、現実的な将来へと目を向け、受験勉強に集中できるようになった。このようにクライアントは大うつ病性障害などの併存していた障害を再発することなく、段々と現実生活との繋がりを形成していったと考えられる。

<注>

1) 文章の型を考える際に、構成的グループエンカウンターの“1日5分の自分さがし”（飯野，1999）という小ワークで使用する課題文をクライアント用に手を加えて用いた。慣れに合わせて、文章の型を変化させた。絵を描く目的は、文章にされた現実の対人関係や日常生活で生じるさまざまな思いをイメージに置き換えて、漫画風の絵で表現して昇華させることであった。

2) 情動イメージ物語法は、主に MSSM 法（山中，1999）や、ロールシャッハ・テストの反応内容を描画し、物語を構成していく方法（酒木，2003）を参考にしている。Jung の言語連想検査には情動についての刺激語（例えば、怒り、軽蔑する、悲しいなど）が多く登場する（河合，1967）が、散らばった情動イメージを繋ぎ合わせるという点で、言語連想検査もまた情動イメージ物語法のヒントのひとつであった。絵日記と情動イメージ物語法は、どちらも言語、イメージ、情動という三水準を扱っている。絵日記は言語によるコミュニケーションが中心となり、情動イメージ物語法は情動とイメージを中心に扱うため、二つの手法は相補的な組合せとなるように意図された。なお、本研究では「感情表現

ビンゴ」(ライフデザイン総合研究所)という，ゲームを通して感情表現を豊かにすることをねらった商品に含まれる感情表現カードと感情表現ポスターを使用し，本来のビンゴゲームとは異なる独自の描画法として用いた．

第 5 章

結論

本論文では、児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害に関する臨床的研究を試みた。まず、児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害について概観し、本論文の目的を述べた（第 1 章）。次に、児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究を行い、診断や併存障害、臨床的特徴、転帰についてまとめた（第 2 章、第 3 章）。さらに、気分障害と広汎性発達障害を併存したことのあつた中学生に対して、実際に臨床心理学的援助を行い、効果的な支援について検討した（第 4 章）。

児童・青年期の気分障害は近年まで稀な疾患であると考えられてきたが、国際的な診断基準が用いられるようになった頃から、児童・青年期の気分障害は、これまで認識されているよりも、はるかに多く存在することが明らかになった。また近年、アスペルガー障害などの広汎性発達障害に対する関心も、高まりをみせている。児童・青年期の気分障害と広汎性発達障害はともに近年になってから注目を集めるようになった障害であり、その関連性については未だ不明なことが少なくない。そこで、本論文では、児童・青年期の気分障害のうち、大うつ病性障害と双極性障害の症例について、診断や併存障害、経過、および転帰について検討することを目的とした。さらに、気分障害と広汎性発達障害を併存したことのあつた中学生に対し、筆者が心理相談室の臨床心理士として臨床心理学的援助を行い、事例研究を通して効果的な支援について検討することを目的とした。

第 2 章では、小児科発達障害クリニックの中にある児童精神科外来を受診した児童・青年期のうつ病性障害の症例 47 例について、後方視的なカルテ調査を行った。児童・青年期のうつ病性障害の併存障害として、広汎性発達障害、不安障害およびその両者が高率に併存していた。広汎性発達障害との併存が 55.3%と高い割合で確認され、従来考えられてきたよりも広汎性発達障害との併存率は高いと考えられた。うつ病性障害で受診し、「社会的ひきこもり」の症状をもつ場合は広汎性発達障害や不安障害などの併存障害に注意して診断を検討する必要があると考えられた。治療期間が「1 年以上 2 年以内」の場合に併存障害を有する群が、有意に転帰が不良となったため、併存障害がある場合は 1 年を経過しても転帰が不良となりやすいと考えられた。一方、児童・青年期全体の転帰について、多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、児童・青年期のうつ病性障害には、1 年以上の継続的な治療を行うことが、症状の改善に有効であることが示唆された。

第 3 章では、児童・青年期の双極性障害の症例 30 例について、後方視的なカルテ調査を行った。児童・青年期の双極性障害の症例では広汎性発達障害との併存が 56.7%と高率であり、児童・青年期の双極性障害の特徴として、広汎性発達障害との強い関連があるのではないかと考えられた。児童期発症の双極性障害は、広汎性発達障害と注意欠如・多動性障害の併存が多く見られ、躁病相とうつ病相が混合した経過をたどりやすいと考えられた。青年期発症の双極性障害は、不安障害を単独で併存する場合が多く、経過については児童期と比べて躁病相とうつ病相の区別が明瞭となりやすいと考えられた。

第2章と第3章の結果から、児童・青年期の気分障害には、広汎性発達障害が併存しやすいことが考えられた。第4章では、実際に気分障害と広汎性発達障害を併存したことがあり、現在は気分障害の症状が改善したが、再発する可能性がある青年期の事例について、筆者が臨床心理士の立場から臨床心理学的援助を行うことで、気分障害の再発を予防し、学校適応が高まった経過について事例研究を行った。心理面接は週1回、1時間という枠組みの中で、2年間に渡って行われた。独自の心理支援の技法を工夫することによって、言語とイメージの表現が次第に豊かになっていき、それに合わせるように、学校など社会的な場面での適応も改善を見せるようになった。

本論文のまとめとして、①児童・青年期の気分障害の診断について、大うつ病性障害の診断が最も多く認められた。また、双極性障害の診断では、特定不能の双極障害の診断が最も多くみられた。②児童・青年期の気分障害は、広汎性発達障害や不安障害、注意欠如・多動性障害などの併存障害と、相互に密接な関係があることが推察された。児童・青年期の気分障害の併存障害の特徴として、大うつ病性障害をもつ症例では、社会的ひきこもりの症状がある場合に、広汎性発達障害や不安障害などの併存障害の存在に特に注意すべきと考えられた。児童期に双極性障害を発症したときは、広汎性発達障害と注意欠如・多動性障害が併存することが多いと考えられた。青年期に双極性障害を発症した場合は、広汎性発達障害や不安障害の併存を確認することが望ましいと考えられた。③児童・青年期の気分障害の転帰については、一定期間の治療を行うことで、半数以上の症例が改善していた。大うつ病性障害の場合は、1年以上の治療を継続することが良好な転帰に繋がるということが明らかとなった。ただし、治療期間が「1年以上2年以内」であるとき、併存障害がある場合は、ない場合と比べて、症状が改善しにくい傾向があることが示唆された。④児童期発症の双極性障害の経過の特徴として、躁病相とうつ病相が混合した経過をたどりやすいと考えられた。一方、青年期発症の双極性障害の経過は、児童期と比べて躁病相とうつ病相の区別が明瞭となりやすいと考えられた。⑤気分障害と広汎性発達障害が併存した場合の実際の支援について、臨床心理学的援助を個人の症状に合わせて行うことによって、社会適応の改善に繋がる場合があることが示された。

謝辞

本研究は、筆者が北海道大学大学院保健科学院保健科学専攻博士後期課程在学中に、同大学大学院保健科学研究所生活機能学分野傳田健三教授の指導のもとで行われたものです。傳田健三教授には、主任指導教員として本論文の全般に渡って、終始一貫して丁寧なご指導ご鞭撻を賜りました。また、榆の会こどもクリニック児童精神科外来の児童精神科医のお立場から、カルテを眺めながら、一人ひとりの患者様の症状の特徴について懇切丁寧なご指導をいただきました。傳田健三教授に心より敬意と感謝の意を表します。

社会福祉法人榆の会こどもクリニック院長の石川丹先生には、当院における研究について、多大なるご支援、ご指導を賜りましたこと、厚く御礼申し上げます。また、カルテを取り扱う際にいろいろとご配慮いただいた看護師や事務職員などのクリニック・スタッフの皆様に、心より感謝申し上げます。そして、本調査にご協力いただきました患者様、保護者の皆様に深く感謝申し上げます。

北海道大学大学院保健科学院保健科学専攻の先生方と大学院生の皆様には、リサーチ・カンファレンスなどを通じて、研究に関する多くの有益なコメントをいただきましたこと、心より感謝申し上げます。また、統計解析のご指導を賜りました北海道大学病院高度先進医療支援センター大庭幸治助教に謝意を表します。

事例研究では、心理相談室のスーパーバイザーとしてご指導いただいた徳田完二先生と長島明純先生、また、母親面接担当の佐藤至英先生、当時の相談室長の稲田尚史先生、論文投稿の際にご指導いただいた日本臨床心理士会会長の村瀬嘉代子先生に、心より御礼申し上げます。そして、事例の公表を快諾してくださったクライアントとお母様に心より感謝申し上げますとともに、今後のご健勝をお祈り申し上げます。

最後に、院生生活を支えてくれた妻と幼い息子、妻の両親と私の両親に心からの謝意を記します。

2012年12月26日

文献

第 1 章

- 阿部隆明, 大塚公一郎, 永野満 他(1995): 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造力動論(W. Janzarik)からみたうつ病の病前性格と臨床像. 臨床精神病理, **16**, 239-248.
- 安達潤, 行廣隆次, 井上雅彦 他(2006): 日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度(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.
- American Psychiatric Association(1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition (DSM-III)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association(2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A. et al. (2006): Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs Autism Project (SNAP). *Lancet*, **368**, 210-215.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. et al. (2003): Current concepts in the validity, diagnosis and treatment of pediatric bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, **6**, 293-300.
- Blader, J.C. & Carlson, G.A. (2007): Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, **62**, 107-114.
- Bolton, P., Pickles, A., Murphy, M. et al. (1998): Autism, affective and other psychiatric disorders: Pattern of family aggregation. *Psychological Medicine*, **28**, 385-395.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J. et al. (1996): The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 1129-1136.
- Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006): Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **47**, 1263-1271.
- DeLong, G. R., Ritch, C. R. & Bursch, S. A. (2002): Fluoxetine response in children with autistic spectrum disorders: Correlation with familial major affective disorder and intellectual achievement. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **44**, 652-659.
- 傳田健三(2002): 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患. 東京, 金剛出版.
- 傳田健三(2008): 児童・青年期の気分障害の臨床的特徴と最近の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, **49**, 89-100.

- 傳田健三(2011a): 子どもの双極性障害—DSM-5への展望. 東京, 金剛出版.
- 傳田健三(2011b): 巻頭言 (特集:広汎性発達障害とcomorbidity). 児童青年精神医学とその近接領域, **52**, 101-102.
- 傳田健三, 佐藤祐基(2010): 児童・青年期における難治性うつ病—発達障害とbipolarityの視点から. 精神療法, **36**, 621-626.
- 傳田健三, 佐藤祐基, 井上貴雄 他(2011): 広汎性発達障害と気分障害. 児童青年精神医学とその近接領域, **52**, 143-150.
- 傳田健三, 大澤茉莉恵, 大宮秀淑 他(2012): 児童期の抑うつ—臨床的特徴と治療ガイドライン. 精神科治療学, **27**, 283-288.
- Findling, R., Kowatch, R., Post, R.(2003): *Pediatric Bipolar Disorder: A Handbook for Clinicians*. London, Martin Dunitz. (十一元三, 岡田俊監訳(2008): 児童青年期の双極性障害—臨床ハンドブック. 東京, 東京書籍.)
- Gellar, B. & Tillman, R.(2005): Prepubertal and early adolescent bipolar I disorder: Review of diagnostic validation by Robins and Guse criteria. *Journal of Clinical Psychiatry*, **66**, 21-28.
- Harrington, R. (1994): Affective disorders. In: Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (eds.): *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, 3rd edition, Chapter 19* (pp.330-350). Oxford, Blackwell Science.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S. et al. (2005): Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, **62**, 1097-1106.
- 広瀬徹也(1977): 「逃避型抑うつ」について. 宮本忠雄編: 躁うつ病の精神病理2 (pp.61-86). 東京, 弘文堂.
- 神尾陽子, 行廣隆次, 安達潤 他(2006): 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト—日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PARS)の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学, **48**, 495-505.
- 笠原嘉, 木村敏(1975): うつ状態の臨床的分類に関する研究. 精神神経学雑誌, **77**, 715-735.
- 河村雄一, 高橋脩, 石井卓(2009): 広汎性発達障害の累積発症率—豊田市での支援システム確率後の再評価. 精神神経学雑誌, **111**, 479-485.
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998): Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, **7**, 3-14.
- 栗田広(2008): 診断を中心に: 広汎性発達障害評定システム(PDDAS). 精神神経学雑誌, **110**, 962-967.
- Leibenluft, E. & Dickstein, D.P.(2008): Bipolar disorder in children and adolescents. In: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D. et al.: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition, Chapter 38* (pp.613-627). Oxford, Blackwell Science.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995): Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course.

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 454-463.
- Moreno, C. Laje, G. Blanco, C. et al. (2007): National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 1032-1039.
- 松浪克文, 山下喜弘(1991): 社会変動とうつ病. 社会精神医学, **14**, 193-200.
- Piven, J. & Palmer, P. (1999): Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 557-563.
- Smalley, S. L., McCracken, J. & Tanguay, P. (1995): Autism, affective disorders and social phobia. *American journal of medical Genetics*, **60**, 19-26.
- 樽味伸(2005): 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学, **34**, 687-694.
- 牛島洋景, 宇佐美政英, 齊藤万比古(2011): 発達障害に伴ううつ病の治療, 臨床精神医学, **40**(4), 523-536.
- 山末英典(2008): 広汎性発達障害の脳形態異常とその起源について. 精神神経学雑誌, **110**, 893-899.
- 山末英典(2010): 広汎性発達障害の脳画像研究. 市川宏伸(編): 広汎性発達障害－自閉症へのアプローチ(精神科臨床リュミエール, No.19) (pp.40-46), 東京, 中山出版.
- 吉田友子(2009): 広汎性発達障害－適切な診断と支援のために. 児童青年精神医学とその近接領域, **50**, 298-306.

第2章

- Alessi, N.E. & Magen, J. (1988): Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed, psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, **145**, 1582-1584.
- American Psychiatric Association(2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. et al. (1987): DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 69-77.
- Angold, A. & Costello, E.J. (1993): Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, **150**, 1779-1791
- Bernstein, G.A.(1991): Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 43-50.
- Bernstein, G.A. & Garfinkel, B.D.(1986): School phobia: The overlap of affective and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **26**, 303-315.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E. et al. (1995): Psychiatric comorbidity among

- referred juveniles with major depression: fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 579-590.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S.V. (1998): Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: “true” depression or demoralization? *Journal of Affective Disorders*, **47**, 113-122.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M. et al.(1988): Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico:the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 1120-1126.
- Borst, S.R., Noam, G.G. & Bartok, J.A.(1991): Adolescent suicidality: a clinical-developmental approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 796-802.
- Chambers, W.J., Puig-Antich, J., Hirsch, M. et al. (1985): The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 696 -702.
- Costello, E.J., Costello, A.J. & Edelbrock, C.(1988): Psychiatric disorders in pediatric primary care: prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 1107-1116.
- 傳田健三(2002): 子どものうつ病－見逃されてきた重大な疾患. 東京, 金剛出版.
- 傳田健三(2008a): 児童・青年期の気分障害の臨床的特徴と最近の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, **49**, 89-100.
- 傳田健三(2008b): 子どものうつ病－発達障害とbipolarityの視点から. 精神科治療学, **23**, 813-822.
- 傳田健三(2008c): うつ病, 不安障害と広汎性発達障害の関係. 臨床精神医学, **37**, 1535-1541.
- 傳田健三(2011): 子どもの双極性障害－DSM-5への展望. 東京, 金剛出版.
- 傳田健三, 佐々木幸哉, 朝倉聡 他(2001): 児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域, **42**, 277-302.
- 傳田健三, 佐藤祐基(2010): 児童・青年期における難治性うつ病－発達障害とbipolarityの視点から. 精神療法, **36**, 621-626.
- 傳田健三, 佐藤祐基, 井上貴雄 他(2011): 広汎性発達障害と気分障害. 児童青年精神医学とその近接領域, **52**, 143-150.
- Emslie, G., Rush, A.J., Weinberg, W.A. et al. (1997): Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 785-792.
- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003): The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **42**, 1203-1211.
- Geller, B., Chestnut, E.C. & Miller, M.D.(1985): Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, **142**, 643-644.

- Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., & Ghaziuddin, N. (1998): Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, **42**, 279-283.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M. et al. (1991): Adult outcomes of childhood and adolescent depression, II: links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 434-439.
- Hershberg, S.G., Carison, G., Cantwell, D.P. et al. (1982): Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children. *Journal of Clinical Psychiatry*, **43**, 358-361.
- Kim, J.A., Szatmari, P., Bryson, S.E. et al. (2000): The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, **4**, 117-132.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A. et al. (1984): Depressive disorders in childhood, I: a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 229-237.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S.L. et al. (1989): Depressive disorders in childhood, IV: a longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, **46**, 776-782.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C. et al. (1988): Depressive disorders in childhood, III: a longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, **15**, 205-217.
- Leyfer, O. T., Folstein, S.E., Bacalman, S. et al. (2006): Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **36**, 849-861.
- Mattila, M.L., Hurtig, T., Haapsamo, H. et al. (2010): Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-functioning Autism: A Community and Clinic-based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **40**, 1080-1093.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S. et al. (1990): DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 611-619.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M. et al. (1988): Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **27**, 12-20.
- Puig-Antich, J. (1982): Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **21**, 118-128.
- Purper-Ouakil, D., Cortese, S., Wohl, M. et al. (2007): Predictors of diagnostic delay in a clinical sample of French children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **16**, 505-509.
- 佐藤祐基 (2010): ファンタジーへの没頭を示したクライアントが現実世界との繋がりを形成するまで—高機能広汎性発達障害が疑われる男子中学生の事例. *心理臨床学研究*, **28**, 279-290.

- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T. et al. (2008): Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **47**, 921-929.
- Strauss, C.C., Last, C.G., Hersen, M. et al. (1988): Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **16**, 57-68.
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T. et al. (2010) : Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, **2**, 267-289.
- The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2003): Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): rationale, design and methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **42**, 531-542.
- The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2004): Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *Journal of the American Medical Association*, **292**, 807-820.
- The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2005): The treatment for adolescents with depression study (TADS): Demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **44**, 28-40.
- Velez, C.N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989): A longitudinal analysis of selected risk factors of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **28**, 861-864.
- 山下洋(2008): 気分障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学, **37**, 1525-1533.

第3章

- American Psychiatric Association(2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C., 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.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. et al. (2003): Current concepts in the validity, diagnosis and treatment of pediatric bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, **6**, 293-300.
- Blader, J.C. & Carlson, G.A. (2007): Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, **62**, 107-114.
- 傳田健三 (2011): 子どもの双極性障害－DSM-5への展望. 東京, 金剛出版.
- 傳田健三, 大澤茉莉恵, 大宮秀淑 他(2012): 児童期の抑うつ－臨床的特徴と治療ガイドラ

- イン. 精神科治療学, **27**, 283-288.
- Findling, R., Kowatch, R., Post, R.(2003): *Pediatric Bipolar Disorder: A Handbook for Clinicians*. London, Martin Dunitz. (十一元三, 岡田俊監訳(2008): 児童青年期の双極性障害—臨床ハンドブック. 東京, 東京書籍.)
- Gellar, B. & Tillman, R.(2005): Prepubertal and early adolescent bipolar I disorder: Review of diagnostic validation by Robins and Guse criteria. *Journal of Clinical Psychiatry*, **66**, 21-28.
- Geller, B., Warner, K., Williams, M. et al.(1998a): Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *Journal of Affective Disorder*, **51**, 93-100.
- Geller, B., Williams, M., Zimmerman, B. et al.(1998b): Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorder*, **51**, 81-91.
- Harrington, R.(2002): Affective disorders. In: Rutter, M., T aylar, E.(eds.): *Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition, Chapter 29* (pp.463-485). Oxford, Blackwell Science.
- Hodgins, S., Faucher, B., Zarac, A. et al.(2002): Children of parents with bipolar disorder. A population at high risk for major affective disorders. *Child and Adolescent psychiatric Clinics of North America*, **11**, 533-553.
- 河茂聖哉, 菊山裕貴, 米田博(2008): 臨床遺伝学と分子遺伝学. 大森哲郎(編), 双極性障害 (精神科臨床リュミエール, No.6) (pp.108-116), 東京, 中山書店.
- Kelsoe, J.R.(2003): Arguments for the generic basis of the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, **73**, 183-197.
- Leibenluft, E., Charney, D.S., Towbin, K.E. et al.(2003): Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, **160**, 430-437.
- Leibenluft, E. & Dickstein, D.P.(2008a): Bipolar disorder in children and adolescents. In: Rutter, M., Bishop, D., Pine, D. et al.: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition, Chapter 38* (pp.613-627). Oxford, Blackwell Science.
- Leibenluft, E. & Rich, B.A.(2008b): Pediatric bipolar disorder. *Annual review of clinical psychology*, **4**, 163-187.
- Moreno, C. Laje, G. Blanco, C. et al. (2007): National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, **64**, 1032-1039.
- Smoller, J.W. & Finn, C.T.(2003): Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics. C. Seminars in Medical Genetics*, **123**, 48-58.
- 田中輝明, 井上猛, 鈴木克治 他(2007): 抗うつ薬による activation syndrome の臨床的意義—双極スペクトラム障害の観点から. 精神神経学雑誌, **109**, 730-742.

第4章

American Psychiatric Association(2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Emslie, G., Rush, A.J., Weinberg, W.A. et al. (1997): Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 785-792.

Erikson, E.H., Erikson, J.M. (1997): *The life cycle completed*. W.W.Norton. (村瀬孝雄, 近藤邦夫訳(2001): ライフサイクル, その完結. 東京, みすず書房.)

弘中正美(1983): 緘黙症における萎縮した自我と肥大した自我—ある緘黙症男児の遊戯治療の分析. 心理臨床学研究, **1**, 18-29.

星野命(1970): 事例研究の意義と諸問題. 片岡安史, 星野命, 岡部祥平(編), ロールシャッハ法による事例研究(pp.583-595). 東京, 誠信書房.

飯野哲朗(1999): 1日5分の自分さがし. 林伸一, 飯野哲朗, 築瀬のり子 他(編) エンカウンターで学級が変わるショートエクササイズ集 (pp.190-191). 東京, 図書文化社.

河合隼雄(1967): ユング心理学入門. 東京, 培風館.

河合隼雄(1986): 事例研究の意義と問題点—臨床心理学の立場から. 心理療法論考, 東京, 新曜社.

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A. et al. (1984): Depressive disorders in childhood, I: a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 229-237.

松井律子, 鶴田真理, 杉林稔 他(1990): 誘発線法についての新しい方法と解釈について. 芸術療法学会誌, **21**, 5-15.

村瀬嘉代子(2003): 統合的心理療法の考え方—心理療法の基礎となるもの. 東京, 金剛出版.

村瀬孝雄(1991): 臨床心理学. 東京, 放送大学出版会.

野呂健二(2007): アスペルガー障害と解離. 精神科治療学, **22**, 381-386.

酒木保(2003): イメージと言葉の生かし方—自閉症児の事例から. 臨床心理学, **3**, 200-205.

酒木保, 今川民雄(1997): 広汎性発達障害の子どもに対する芸術療法的接近. 心理臨床学研究, **15**, 337-348.

下山晴彦編(2000): 臨床心理学研究の技法. 東京, 福村出版.

杉山登志郎(2001): アスペルガー症候群および高機能広汎性発達障害をもつ子どもへの援助. 発達, **85**, 46-67.

牛島洋景, 宇佐美政英, 齊藤万比古(2011): 発達障害に伴ううつ病の治療, 臨床精神医学, **40**, 523-536.

Winnicott, D.W.(1971): *Playing and reality*. London: Tavistock Publications. (橋本雅雄訳(1979): 遊ぶことと現実. 東京, 岩崎学術出版社.)

山本力, 鶴田和美(2001): 心理臨床家のための「事例研究」の進め方. 東京, 北大路書房.

山中康裕(1978): 少年期の心—精神療法を通してみた影. 東京, 中央公論新社.

山中康裕(1999): 心理療法と表現療法. 東京, 金剛出版.

吉川徹, 金田晶子(2011): 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**, 178-185.

吉村浩一(1989): 心理学における事例研究法の役割. 心理学評論, **32**, 177-196.

図表

第 1 章 図

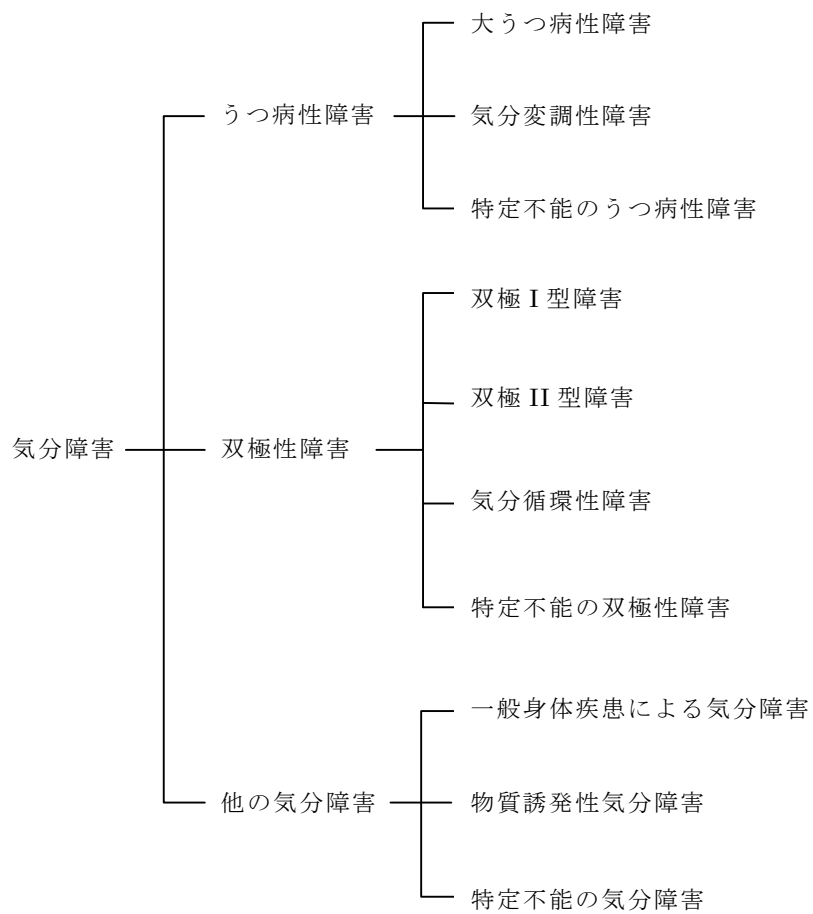


図 1.1 気分障害の分類 (DSM-IV-TR)

第1章 表

表 1.1 うつ病の精神病理（樽味（2005）より引用，一部改変）

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
関連する気質・病態	執着性格 メランコリー性格 笠原・木村分類のⅠ－Ⅰ型	スチューデント・アパシー 退却神経症，抑うつ神経症，逃避型うつ病，現代型うつ病，未熟型うつ病
病前性格	社会的役割・規範への従順， 規範に対して好意的同一化， 秩序を愛し，配慮的で几帳面， 基本的に真面目，努力家，仕事（勉強）熱心，完璧主義，強迫性，凝り性	自己自身（役割抜き）への愛着， 規範に対して「ストレス」と感じる， 秩序への否定的感情と漠然とした万能感，過度の自負心，自己中心的， こだわり，強迫性，未熟，固執
症候学的特徴	焦燥と抑うつ 疲弊と罪悪感（申し訳なさの表明） 深刻な自殺念慮	不全感と倦怠 回避と他罰的感情（他者への非難） 衝動的な自傷，軽やかな自殺企図
治療関係	適切な距離感	依存的，ときに回避的，両価的
薬物への反応	多くは良好（病み終える）	多くは部分的効果（病み終えない）
認知と行動特性	疾病による行動変化が明らか 真面目だが要領の悪さも目立つ	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明
予後と環境	休養と服薬で全般に軽快しやすい 場・環境の変化に対する反応はさまざまな場合がある	休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善することがある

表 1.2 大うつ病エピソード (DSM-IV-TR)

A. 以下の症状のうち 5 つ（またはそれ以上）が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは、（1）抑うつ気分、あるいは（2）興味または喜びの喪失である。

注：明らかに、一般身体疾患、または気分不一致の妄想または幻覚による症状は含まない。

（1）その人自身の言明（例：悲しみまたは空虚感を感じる）か、他者の観察（例：涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど 1 日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

注：小児や青年ではいらだたしい気分もありうる。

（2）ほとんど 1 日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（その人の言明、または他者の観察によって示される）

（3）食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例：1 カ月で体重の 5% 以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加

注：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ。

（4）ほとんど毎日の不眠または睡眠過多

（5）ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）

（6）ほとんど毎日の疲労感または気力の減退

（7）ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）

（8）思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言明による、または他者によって観察される）

（9）死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C. 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が 2 カ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

表 1.3 躁病エピソード (DSM-IV-TR)

-
- A. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的でまたはいらだたしい、いつもとは異なった期間が、少なくとも 1 週間持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）。
- B. 気分障害の期間中、以下の症状のうち 3 つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単にいらだたしい場合は 4 つ）、はっきりと認められる程度に存在している。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3 時間眠っただけでよく休めたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 - (4) 観念奔走、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないかまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例：抑制のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた商売への投資などに専念すること）
- C. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。
- D. 気分の障害は、職業的機能や日常の社会活動または他者との人間関係に著しい障害を起こすほど、または自己または他者を傷つけるのを防ぐため入院が必要であるほど重篤であるか、または精神病性の特徴が存在する。
- E. 症状は、物質（例：薬物乱用、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない。
-

注：身体的な抗うつ治療（例：投薬、電気けいれん療法、光療法）によって明らかに引き起こされた躁病様のエピソードは、双極 I 型障害の診断にするべきではない。

表 1.4 軽躁病エピソード (DSM-IV-TR)

-
- A. 持続的に高揚した、開放的な、またはいらだたしい気分が、少なくとも 4 日間続くはっきりとした期間があり、それは抑うつのない通常気分とは明らかに異なっている。
- B. 気分障害の期間中、以下の症状のうち 3 つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単にいらだたしい場合は 4 つ）、はっきりと認められる程度に存在している。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3 時間眠っただけでよく休めたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 - (4) 観念奔走、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないかまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例：抑制のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた商売への投資などに専念すること）
- C. エピソードには、その人が症状のない時の特徴とは異なる明確な機能変化が随伴する。
- D. 気分の障害や機能の変化は、他者から観察可能である。
- E. エピソードは、社会的または職業的機能に著しい障害を起こすほど、または入院を必要とするほど重篤ではなく、精神病性の特徴は存在しない。
- F. 症状は、物質（例：薬物乱用、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない。
-

注：身体的な抗うつ治療（例：投薬、電気けいれん療法、光療法）によって明らかに引き起こされた躁病様のエピソードは、双極 II 型障害の診断にすべきではない。

表 1.5 混合性エピソード (DSM-IV-TR)

-
- A. 少なくとも 1 週間の間ほとんど毎日、躁病エピソードの基準と大うつ病エピソードの基準を（期間を除いて）ともに満たす。
- B. 気分の障害は、職業的機能や日常の社会活動、または他者との人間関係に著しい障害を起こすほど、あるいは自己または他者を傷つけるのを防ぐため入院が必要であるほど重篤であるか、または精神病性の特徴が存在する。
- C. 症状は、物質（例：薬物乱用、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない。
-

注：身体的な抗うつ治療（例：投薬、電気けいれん療法、光療法）によって明らかに引き起こされた躁病様のエピソードは、双極 II 型障害の診断にするべきではない。

表1.6 自閉性障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

-
- A. (1), (2), (3) から合計 6 つ (またはそれ以上), うち少なくとも (1) から 2 つ, (2) と (3) から 1 つずつの項目を含む.
- (1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも 2 つによって明らかになる.
- (a) 目と目で見つめ合う, 顔の表情, 体の姿勢, 身振りなど, 対人的相互反応を調節する多彩な非言語的行動の使用の著明な障害
 - (b) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗
 - (c) 楽しみ, 興味, 達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如 (例: 興味のある物を見せる, 持って来る, 指差すことの欠如)
 - (d) 対人的または情緒的相互性の欠如
- (2) 以下のうち少なくとも 1 つによって示されるコミュニケーションの質的な障害:
- (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如 (身振りや物まねのような代わりのコミュニケーションの仕方により補おうという努力を伴わない)
 - (b) 十分会話のある者では, 他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語
 - (d) 発達水準に相応した, 変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如
- (3) 行動, 興味, および活動の限定された反復的で常同的な様式で, 以下の少なくとも 1 つによって明らかになる.
- (a) 強度または対象において異常なほど, 常同的で限定された型の 1 つまたはいくつかの興味だけに熱中すること
 - (b) 特定の機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである.
 - (c) 常同的で反復的な衝動的運動 (例: 手や指をばたばたさせたりねじ曲げる, または複雑な全身の動き)
 - (d) 物質の一部に持続的に熱中する.
- B. 3 歳以前に始まる, 以下の領域の少なくとも 1 つにおける機能の遅れまたは異常: (1) 対人的相互反応, (2) 対人的コミュニケーションに用いられる言語, または (3) 象徴的または想像的遊び
- C. この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない.
-

表1.7 アスペルガー障害の診断基準 (DSM-IV-TR)

-
- A. 以下のうち少なくとも 2 つにより示される対人的相互反応の質的な障害：
- (1) 目と目で見つめ合う，顔の表情，体の姿勢，身振りなど，対人的相互反応を調節する多彩な非言語的行動の使用の著明な障害
 - (2) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗
 - (3) 楽しみ，興味，達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如（例：他の人達に興味のある物を見せる，持って来る，指差すなどをしない）
 - (4) 対人的または情緒的相互性の欠如
- B. 行動，興味，および活動の，限定的，反復的，常同的な様式で，以下の少なくとも 1 つによって明らかになる．
- (1) その強度または対象において異常なほど，常同的で限定された型の 1 つまたはそれ以上の興味だけに熱中すること
 - (2) 特定の機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである．
 - (3) 常同的で反復的な衝動的運動（例：手や指をぱたぱたさせたり，ねじ曲げる，または複雑な全身の動き）
 - (4) 物質の一部に持続的に熱中する．
- C. その障害は社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の臨床的に著しい障害を引き起こしている．
- D. 臨床的に著しい言語の遅れがない（例：2 歳までに単語を用い，3 歳までにコミュニケーション的な句を用いる）．
- E. 認知の発達，年齢に相応した自己管理能力，（対人関係以外の）適応行動，および小児期における環境への好奇心について臨床的に明らかな遅れがない．
- F. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症の基準を満たさない．
-

第2章 図

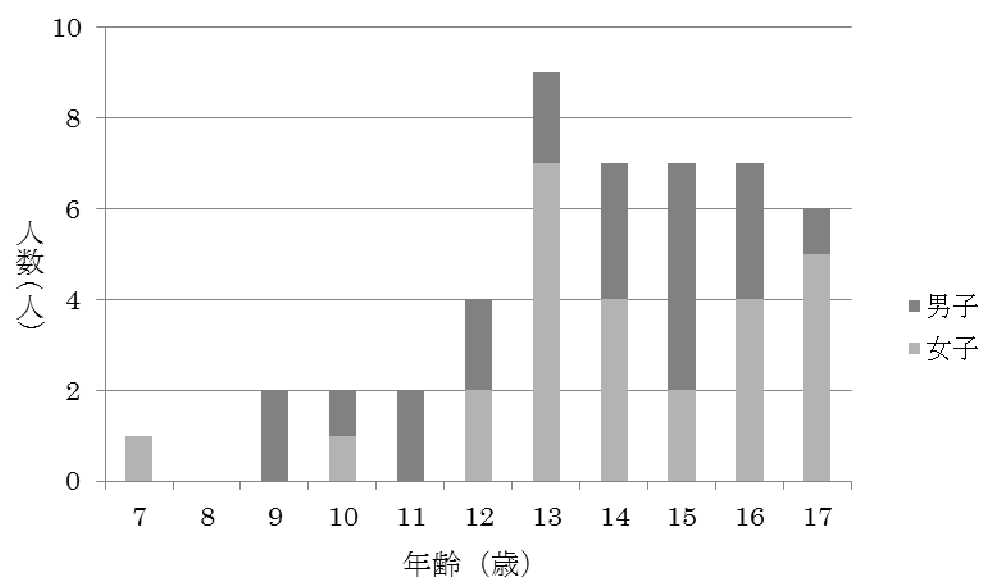


図2.1 初診時年齢の分布

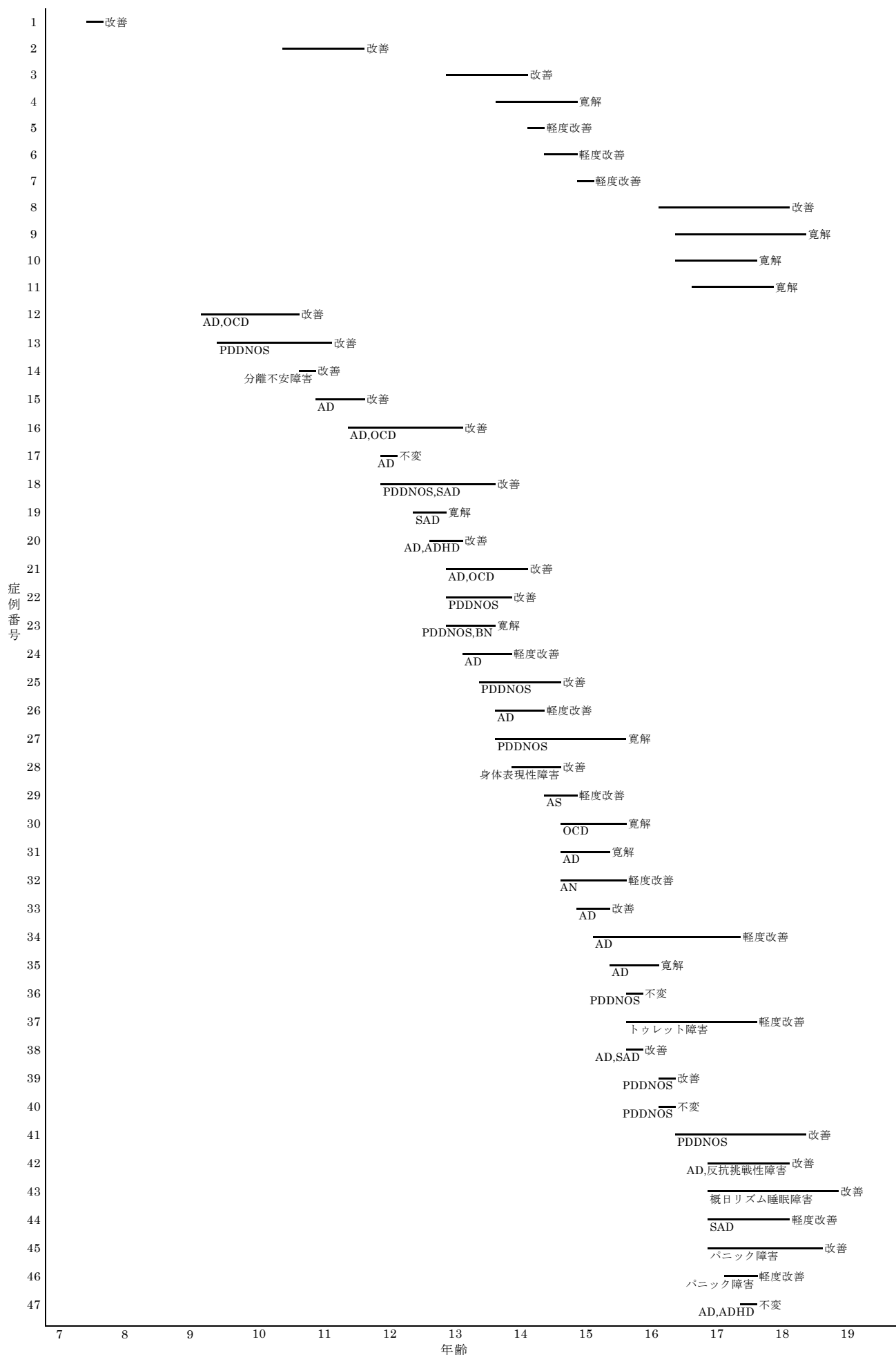


図2.2 大うつ病性障害の転帰,治療期間および併存障害

症例番号1～11は併存障害のない症例。症例番号12～47は併存障害のある症例で,治療期間を示す線分の下に併存障害を記載した。

AD: アスペルガー障害, PDDNOS: 特定不能の広汎性発達障害, OCD: 強迫性障害, SAD: 社会不安障害, AN: 神経性無食欲症, BN: 神経性大食症

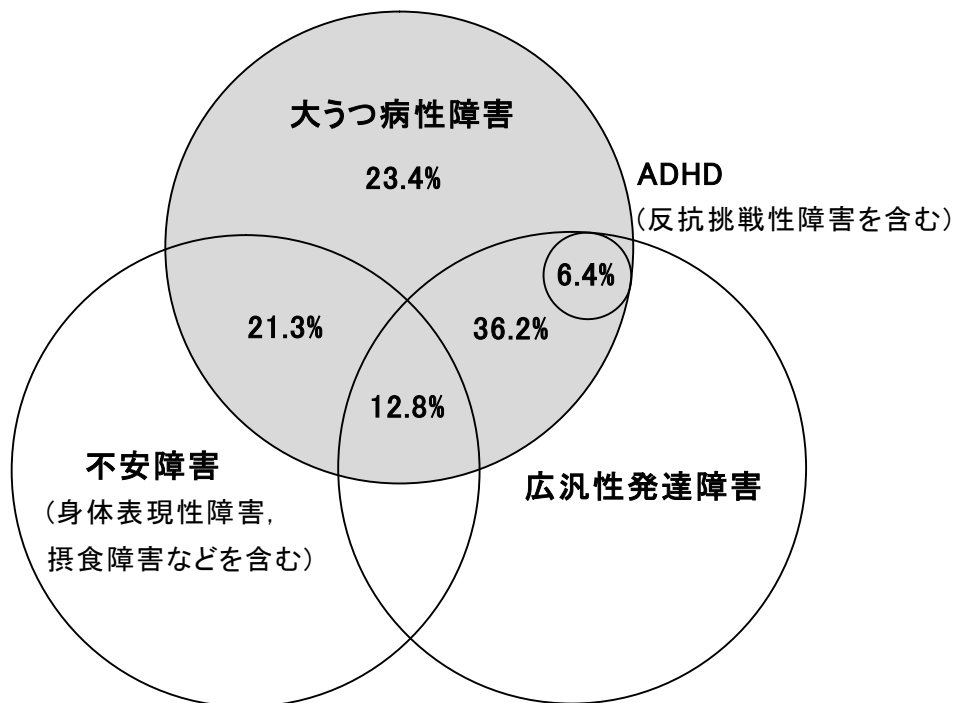


図 2.3 児童・青年期における大うつ病性障害の併存障害の相互関係

第 2 章 表

表 2.1 気分障害の内訳

診断分類	症例数(男/女)
気分障害(N=75)	
大うつ病性障害	60(27/33)
継続治療を受けた症例	47(21/26)
初診のみの症例	13(6/7)
気分変調性障害	2(0/2)
双極Ⅰ型障害	2(0/2)
双極Ⅱ型障害	3(2/1)
気分循環性障害	1(0/1)
特定不能の双極性障害	7(5/2)

表 2.2 大うつ病性障害における併存障害の詳細

診断分類	症例数	%
併存障害がない場合(n=11, 23.4%)	11	23.4
併存障害が 1 つの場合(n=27, 57.5%)		
PDD(n=17, 36.2%)		
アスペルガー障害	9	19.2
PDDNOS	8	17.0
不安障害(n=6, 12.8%)		
パニック障害	2	4.3
社会不安障害	2	4.3
強迫性障害	1	2.1
分離不安障害	1	2.1
その他(n=4, 8.5%)		
身体表現性障害	1	2.1
神経性無食欲症	1	2.1
トゥレット障害	1	2.1
概日リズム睡眠障害	1	2.1
併存障害が 2 つの場合(n=9, 19.2%)		
PDD+ADHD(反抗挑戦性障害を含む)(n=3, 6.4%)		
アスペルガー障害+ADHD	2	4.3
アスペルガー障害+反抗挑戦性障害	1	2.1
PDD+不安障害など(n=6, 12.8%)		
アスペルガー障害+強迫性障害	3	6.4
アスペルガー障害+社会不安障害	1	2.1
PDDNOS+社会不安障害	1	2.1
PDDNOS+神経性大食症	1	2.1

PDD : 広汎性発達障害, PDDNOS : 特定不能の広汎性発達障害

表 2.3 大うつ病性障害の症状

症状	全症例 (N=47)		併存障害なし (n=11)		併存障害あり (n=36)		P 値
	n	%	n	%	n	%	
抑うつ気分	40	85.1	10	90.9	30	83.3	1.00
罪責感	6	12.8	1	9.1	5	13.9	1.00
興味・関心の喪失	37	78.7	9	81.8	28	77.8	1.00
易疲労感, 気力低下	47	100	11	100	36	100	-
集中力の減退	44	93.6	10	90.9	34	94.4	0.56
精神運動性焦燥	8	17.0	3	27.3	5	13.9	0.37
精神運動性制止	9	19.2	4	36.4	5	13.9	0.18
不眠	36	76.6	9	81.8	27	75.0	1.00
過眠	6	12.8	1	9.1	5	13.9	1.00
食欲減退, 体重減少	26	55.3	4	36.4	22	61.1	0.18
食欲亢進, 体重増加	8	17.0	1	9.1	7	19.4	0.66
自殺念慮, 自殺企図	13	27.7	1	9.1	12	33.3	0.15
日内変動, 朝の悪化	41	87.2	10	90.9	31	86.1	1.00
反応性の欠如	25	53.2	5	45.5	20	55.6	0.73
絶望感, 無力感	8	17.0	0	0.0	8	22.2	0.17
社会的ひきこもり	36	76.6	5	45.5	31	86.1	0.01*
怒り, イライラ感	25	53.2	5	45.5	20	55.6	0.73
うつ的な表情	37	78.7	10	90.9	27	75.0	0.41
身体的愁訴, 心気症	38	80.9	11	100	27	75.0	0.09
低い自己評価	41	87.2	9	81.8	32	88.9	0.61

*: P<0.05

表 2.4 大うつ病性障害の転帰

		併存障害(人)		P 値
転帰		なし	あり	
全対象者 (N=47)	寛解	4	6	0.259
	改善	4	18	
	軽度改善	3	8	
	不変	0	4	
治療期間				
1 年未満	寛解	1	5	0.893
	改善	1	7	
	軽度改善	3	5	
	不変	0	4	
1 年以上 2 年以内	寛解	3	1	0.025*
	改善	3	11	
	軽度改善	0	3	
	不変	0	0	
年代				
小学生	寛解	0	0	
	改善	2	6	
	軽度改善	0	0	
	不変	0	1	
中学生以上	寛解	4	6	
	改善	2	12	
	軽度改善	3	8	
	不変	0	3	

* : P<0.05

表 2.5 大うつ病性障害の転帰に影響する要因(多重ロジスティック回帰分析による)

変数	基準	オッズ比	95%信頼区間		Wald	P 値
			下限	上限		
性別	女性	0.47	0.12	1.89	1.12	0.290
年代	小学生	0.20	0.02	1.99	1.88	0.170
併存障害	なし	0.81	0.15	4.30	0.06	0.807
治療期間	1 年未満	4.59	1.02	20.62	3.95	0.047*

*: P<0.05

第3章 図

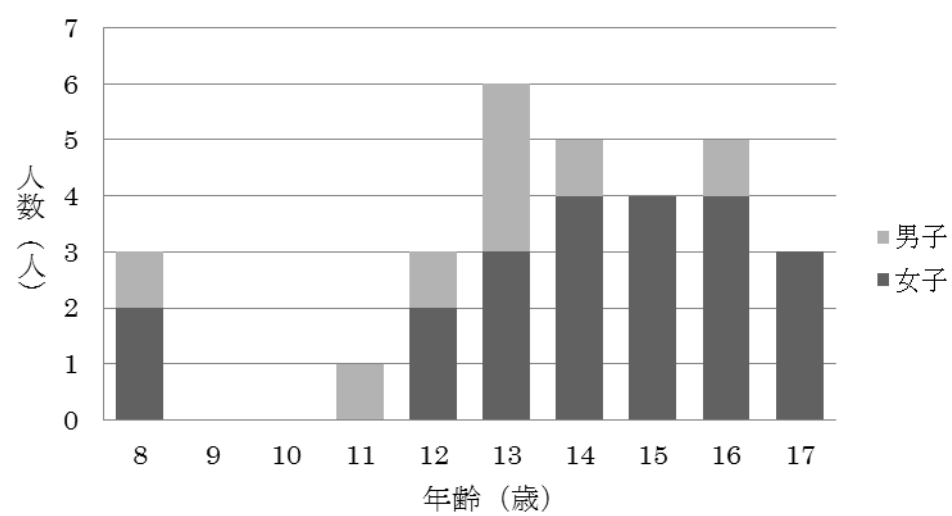


図3.1 初診時年齢の分布

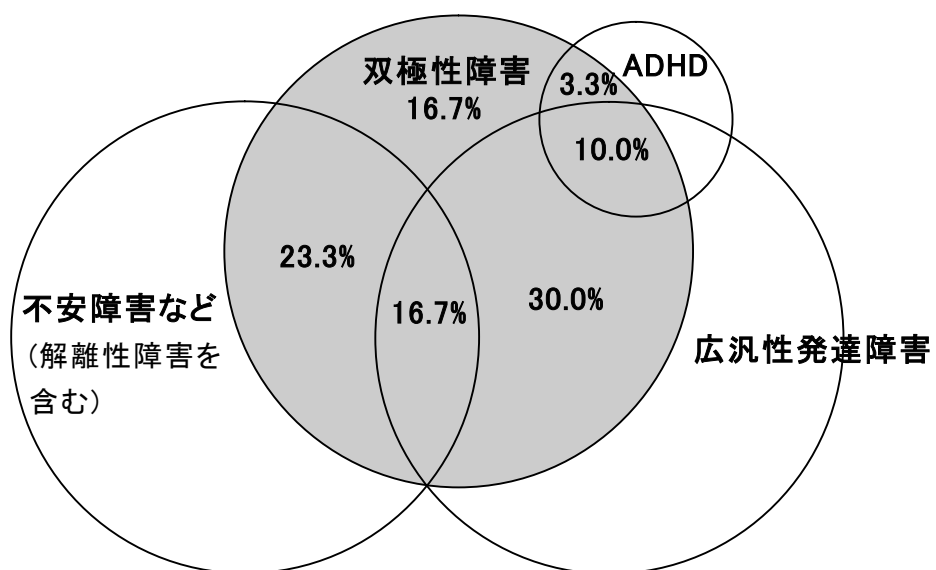


図 3.2 児童・青年期における双極性障害の併存障害の相互関係

第3章 表

表 3.1 児童・青年期の気分障害の内訳

診断分類	全症例		児童期 (12 歳以下)		青年期 (13 歳以上)	
	n(男/女)	%	n(男/女)	%	n(男/女)	%
気分障害	109(42/67)		22(12/10)		87(30/57)	
うつ病性障害	79(34/45)		15(9/6)		64(25/39)	
大うつ病性障害	77(34/43)	70.6	15(9/6)	68.2	62(25/37)	71.3
気分変調性障害	2(0/2)	1.8	0(0/0)	0	2(0/2)	2.3
双極性障害	30(8/22)		7(3/4)		23(5/18)	
双極Ⅰ型障害	1(0/1)	0.9	0(0/0)	0	1(0/1)	1.2
双極Ⅱ型障害	12(2/10)	11.0	1(0/1)	4.6	11(2/9)	12.6
特定不能の双極性障害	17(6/11)	15.6	6(3/3)	27.3	11(3/8)	12.6

表3.2 症例の概要

症例 No.	性別	初診 年齢	診断名	併存障害	遺伝歴・生育歴	臨床的特徴	治療 年 ： 期 月 間	現在 G A F	気分障害の 転帰 (過去2ヵ月)
1	女	8:03	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害, ADHD	母：MDD, PDD	急速交代型(混合状態), 抗うつ薬による躁転	2:11	75	改善
2	女	8:05	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害, PTSD	母：MDD	急速交代型(日内交代型), 不機嫌の爆発	2:11	55	軽度改善
3	男	8:09	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害, ADHD	母：MDD, 父のDV	急速交代型(混合状態), 衝動性, 性的逸脱行動	3:10	85	寛解
4	男	11:04	特定不能の双極性障害	自閉性障害, ADHD	姉：PDD	急速交代型(混合状態), 不登校, 夜になると軽躁状態で興奮, 暴力	1:3	75	改善
5	女	12:01	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害	母：MDD	急速交代型, 高揚気分, 上機嫌	1:2	55	軽度改善
6	男	12:02	特定不能の双極性障害	自閉性障害		急速交代型(混合状態), 高揚気分, 衝動性, 不機嫌の爆発	3:8	85	寛解
7	女	12:10	双極II型障害	アスペルガー障害, 強迫性障害	母：MDD, 父のDV	急速交代型, 夜間の高揚気分, 上機嫌	2:9	60	軽度改善
8	男	13:03	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害	母と姉：MDD	急速交代型(日内交代型), 夜になると軽躁状態, 高揚気分, 上機嫌	2:3	80	改善
9	女	13:06	双極II型障害	アスペルガー障害		急速交代型, 過眠, 過食, 自殺企図	2:9	60	軽度改善
10	男	13:07	双極II型障害	アスペルガー障害		急速交代型, 高揚気分, 上機嫌	0:1	75	改善
11	男	13:08	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害		急速交代型(日内交代型), SSRIによる activation syndrome	3:2	70	改善
12	女	13:08	双極II型障害	なし		成人型, 高揚気分, 上機嫌	3:3	90	寛解
13	女	13:09	双極II型障害	なし		成人型, 高揚気分	1:4	55	軽度改善
14	女	14:00	特定不能の双極性障害	パニック障害		成人型, ひきこもり	2:11	75	改善
15	男	14:01	特定不能の双極性障害	ADHD		急速交代型, 攻撃性, 規則違反	2:9	45	不変
16	女	14:01	特定不能の双極性障害	PDDNOS, 解離性同一性障害	弟：ADHD	急速交代型(日内交代型), うつ状態のときに解離症状	3:8	60	軽度改善
17	女	14:04	特定不能の双極性障害	なし	父のDV	急速交代型, 解離症状	1:0	60	軽度改善
18	女	14:10	双極II型障害	アスペルガー障害		急速交代型, 衝動性, 不機嫌の爆発	0:2	45	不変
19	女	15:03	双極I型障害	なし		急速交代型, 月経周期に一致, うつ状態のときに幻覚妄想状態	3:9	60	軽度改善
20	女	15:04	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害	母：MDD	急速交代型, 自殺企図, 衝動性	2:1	55	軽度改善
21	女	15:07	特定不能の双極性障害	なし		急速交代型, 月経周期に一致	1:9	70	改善
22	女	15:08	特定不能の双極性障害	アスペルガー障害, 社会不安障害		急速交代型, ひきこもり	2:6	70	改善
23	女	16:05	双極II型障害	パニック障害		成人型, 高揚気分, 上機嫌	2:1	70	改善
24	男	16:08	双極II型障害	パニック障害		成人型, 衝動性, 不機嫌の爆発	3:4	55	軽度改善
25	女	16:08	双極II型障害	PDDNOS	弟：ADHD	成人型, 躁状態となると性的逸脱行動	3:9	70	改善
26	女	16:08	特定不能の双極性障害	パニック障害		急速交代型, 高揚気分	1:4	80	改善
27	女	16:09	双極II型障害	アスペルガー障害		成人型, 衝動性, 不機嫌の爆発	0:1	45	不変
28	女	17:02	特定不能の双極性障害	パニック障害		急速交代型, 高揚気分	3:8	75	改善
29	女	17:02	双極II型障害	社会不安障害		成人型, 月経周期に一致	1:11	70	改善
30	女	17:05	双極II型障害	パニック障害		急速交代型, 解離症状	2:6	75	改善

ADHD：注意欠如・多動性障害，PDD：広汎性発達障害，PDDNOS：特定不能の広汎性発達障害，MDD：大うつ病性障害，PTSD：外傷後ストレス障害，DV：ドメスティック・バイオレンス

表 3.3 患者背景（人）

	全症例	児童期 (12 歳以下)	青年期 (13 歳以上)	P 値
症例数	30	7	23	
男/女	8/22	3/4	5/18	
初診時年齢	14.1±2.5 歳	10.6±2.0 歳	15.2±1.4 歳	.061
双極 I 型障害	1(3.3%)	0	1(4.4%)	
双極 II 型障害	12(40.0%)	1(14.3%)	11(47.8%)	
特定不能の双極性 障害	17(56.7%)	6(85.7%)	11(47.8%)	
精神疾患の家族負因歴	10(33.3%)	6(85.7%)	4(17.4%)	
大うつ病性障害	7(23.3%)	5(71.4%)	2(8.7%)	.003*
発達障害	4(13.3%)	2(28.6%)	2(8.7%)	.225

*:P<0.05

表 3.4 双極性障害における併存障害の詳細

診断分類	全症例 (N=30)		児童期 (n=7)		青年期 (n=23)	
	n	%	n	%	n	%
併存障害がない場合	5	16.7	0	0	5	21.7
併存障害が 1 つの場合(n=17, 56.7%)						
PDD(n=9, 30.0%)						
アスペルガー障害	7	23.3	1	14.3	6	26.1
自閉性障害	1	3.3	1	14.3	0	0
PDDNOS	1	3.3	0	0	1	4.4
不安障害(n=7, 23.3%)						
パニック障害	6	20.0	0	0	6	26.1
社会不安障害	1	3.3	0	0	1	4.4
その他(n=1, 3.3%)						
ADHD	1	3.3	0	0	1	4.4
併存障害が 2 つの場合(n=8, 26.7%)						
PDD+ADHD(n=3, 10.0%)						
アスペルガー障害+ADHD	2	6.7	2	28.6	0	0
自閉性障害+ADHD	1	3.3	1	14.3	0	0
PDD+不安障害など(n=5, 16.7%)						
アスペルガー障害+強迫性障害	2	6.7	1	14.3	1	4.4
アスペルガー障害+社会不安障害	1	3.3	0	0	1	4.4
アスペルガー障害+外傷後ストレス障害	1	3.3	1	14.3	0	0
PDDNOS+解離性同一性障害	1	3.3	0	0	1	4.4

PDD：広汎性発達障害，PDDNOS：特定不能の広汎性発達障害

表 3.5 児童期と青年期の併存障害の比較

	児童期 (n=7)		青年期 (n=23)		P 値
	n	%	n	%	
併存障害あり	7	100	18	78.3	.304
広汎性発達障害	7	100	10	43.5	.010*
ADHD	3	42.9	1	4.4	.031*
不安障害	2	28.6	9	39.1	1.000

*: P<0.05

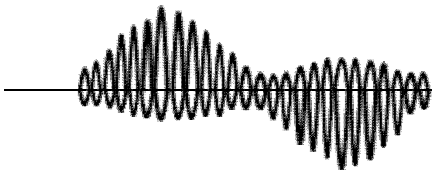
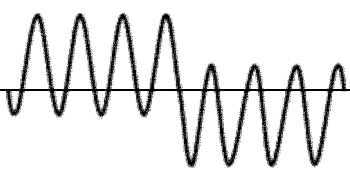
表 3.6 児童期・青年期の双極性障害の特徴

経過	n	診断
児童期(n=7)		
急速交代型	7	双極 II 型障害 1, 特定不能の双極性障害 6 (混合状態 4, 日内交代型 1)
成人型	0	
青年期(n=23)		
急速交代型	15	双極 I 型障害 1, 双極 II 型障害 4, 特定不能の双極性障害 10 (日内交代型 3)
成人型	8	双極 II 型障害 7, 特定不能の双極性障害 1

表 3.7 双極性障害の転帰

	全症例 (N=30)		児童期 (n=7)		青年期 (n=23)	
	n	%	n	%	n	%
寛解	3	10.0	2	28.6	1	4.4
改善	14	46.7	2	28.6	12	52.2
軽度改善	10	33.3	3	42.9	7	30.4
不変	3	10.0	0	0	3	13.0

表 3.8 児童期発症群と青年期発症群の比較

	児童期発症群	青年期発症群
遺伝歴	青年期より大うつ病性障害が多い	児童期より大うつ病性障害が少ない
併存障害	青年期より広汎性発達障害，ADHD の併存が多い	児童期より広汎性発達障害，ADHD の併存が少ない．児童期より不安障害の併存が多い
経過の特徴	青年期より急速交代型の混合状態が多い	急速交代型が主病像であるが，成人型も存在する
		

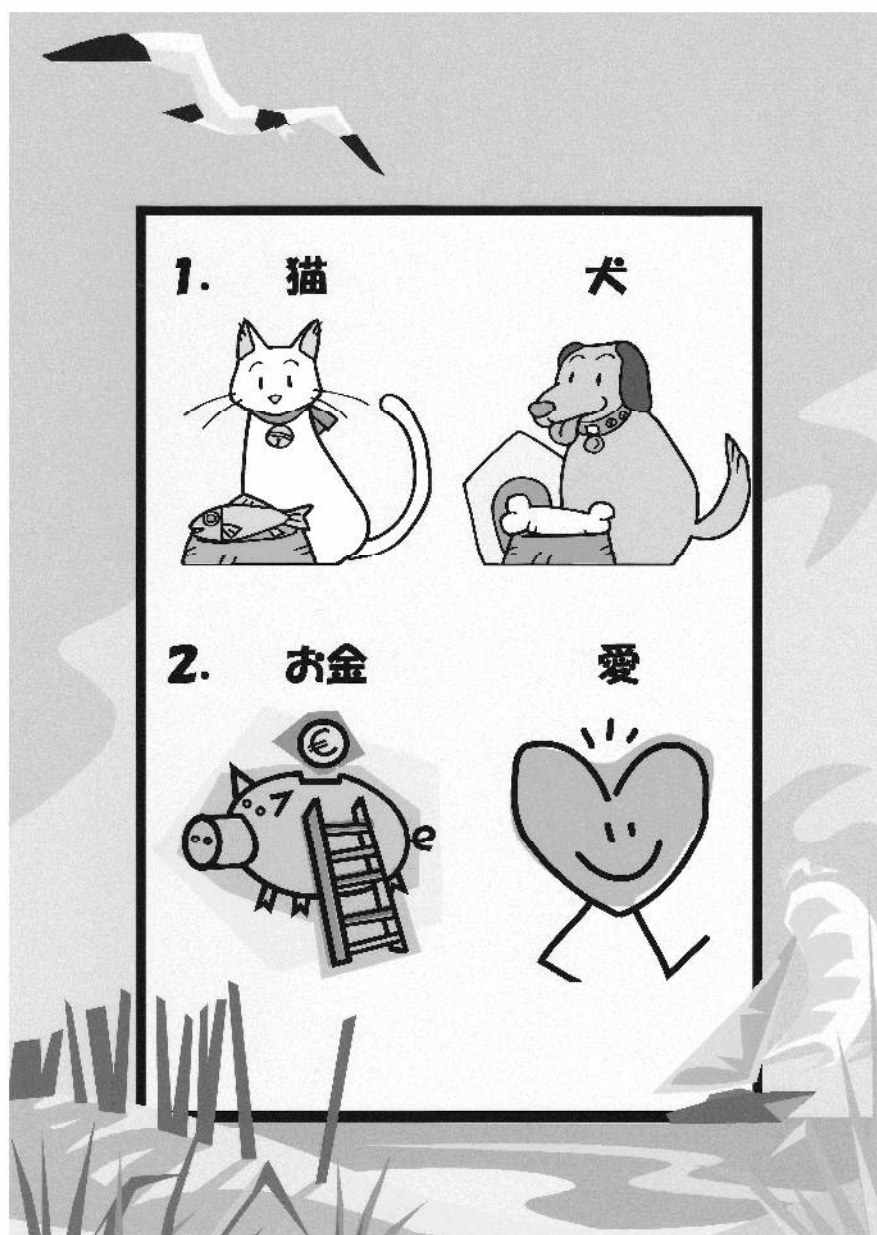


図 4.1 コミュニケーションスキル課題の一例



図 4.2 HTPP テストの男性画(#5)

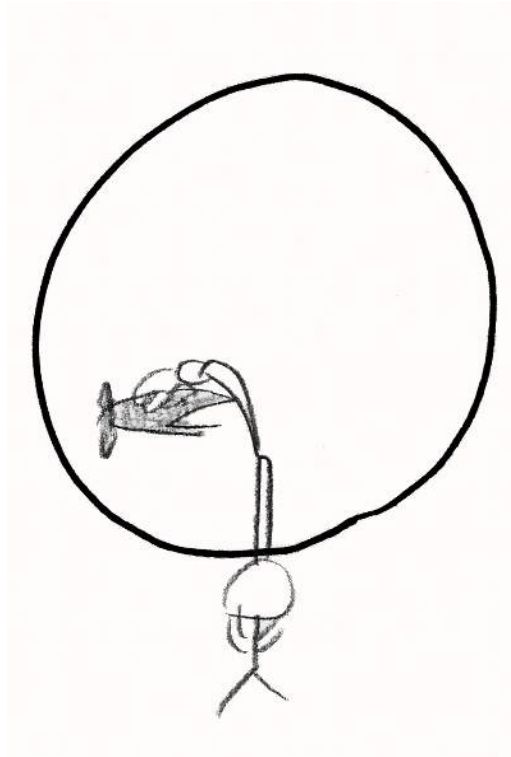


図 4.3 誘発線法の一例『ドラえものの秘密道具で魚釣り』



図 4.4 合同砂遊びの一例(写真)



図 4.5 HTTP テストの男性画(#27)

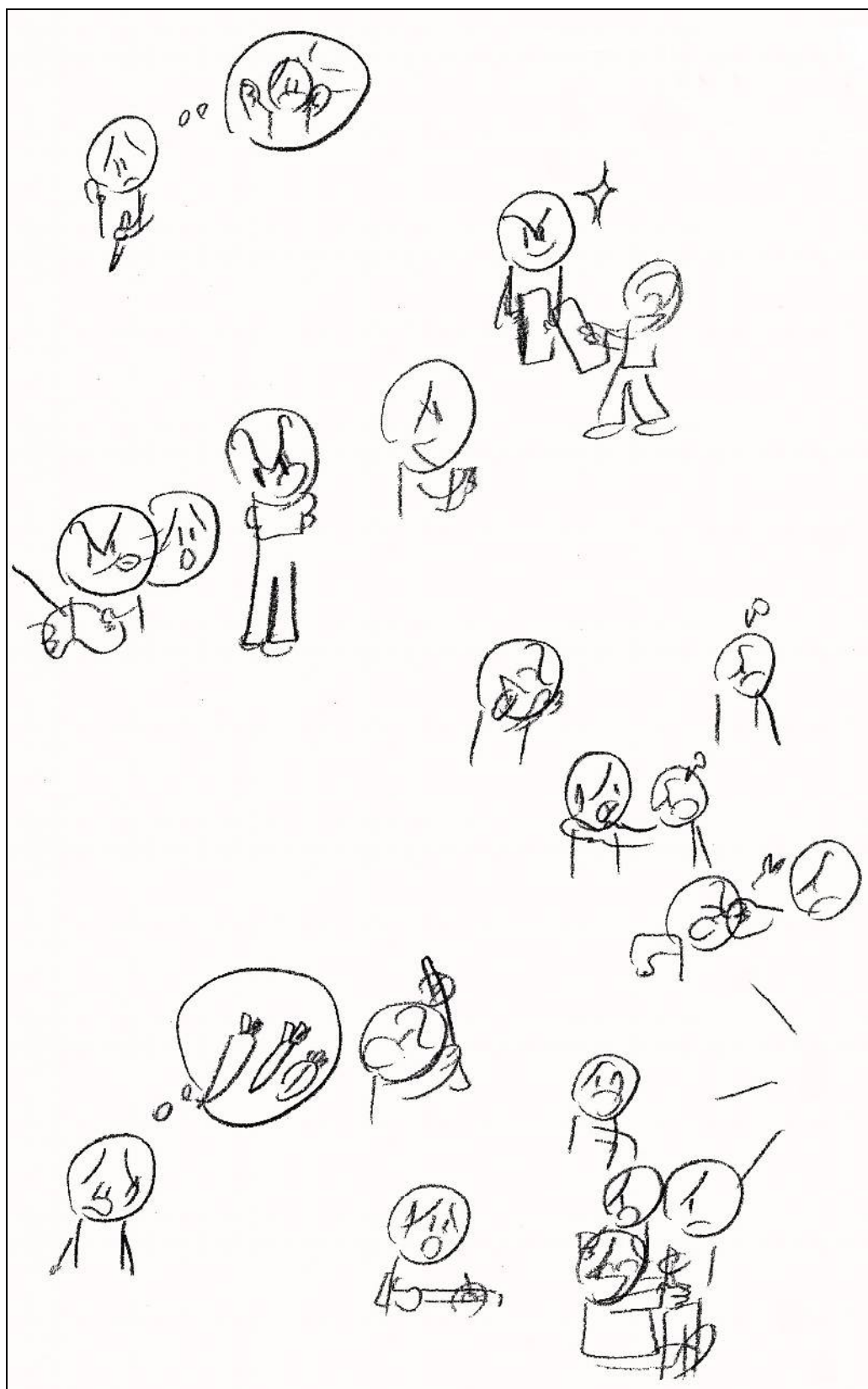


図 4.6 情動イメージ物語法『強くなろう大計画』(#40)



図 4.7 学校での自己のイメージ(#41)

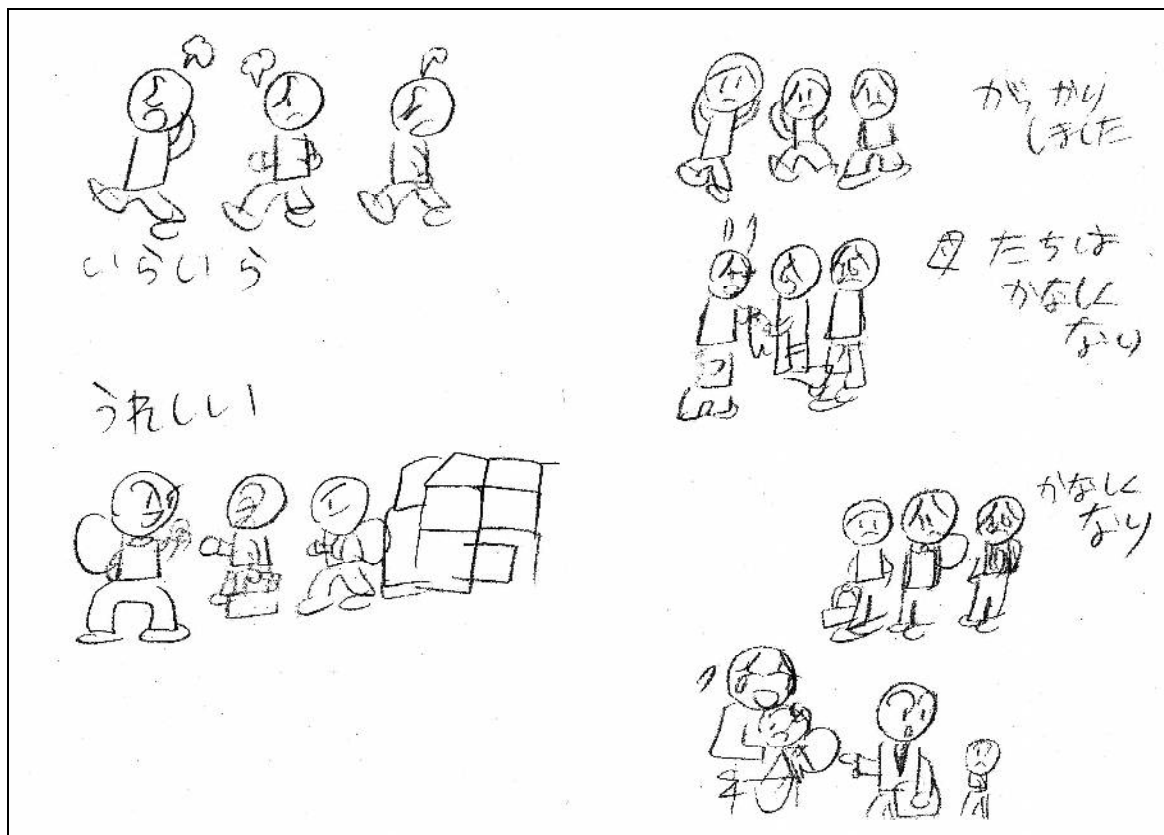


図 4.8 情動イメージ物語法『3 人のなが〜い家出』(#46)

資料

(楡の会こどもクリニック内に掲示した研究内容説明文書)

平成 年 月 日

児童精神科外来を受診された皆さまへ（臨床研究に関する情報）

当院では、以下の臨床研究を実施しております。この研究は、通常の診療で得られた過去の記録をまとめることによって行います。このような研究は、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」の規定により、対象となる患者様のお一人ずつから直接同意を得るのではなく、研究内容の情報を公開することが必要とされております。この研究に関するお問い合わせなどがありましたら、以下の「問い合わせ先」へご照会ください。

【研究課題名】 児童・青年期の気分障害、神経症性障害および広汎性発達障害に関する臨床的研究

【研究機関】 北海道大学大学院保健科学研究院

【研究責任者】 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 教授）

【研究の目的】 児童・青年期の気分障害、神経症性障害および広汎性発達障害の関連について調査するため

【研究の方法】

●対象となる患者様

平成 20 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日の間に気分障害、神経症性障害および広汎性発達障害の診断がついた方

●利用するカルテ情報

診断名、年齢、性別、合併精神障害、心理検査所見、初診時と現在の心理社会的適応状況（精神状態、社会的適応度、家族関係など）

【個人情報の取り扱い】

利用する情報からは、お名前、住所など、皆さまを直接同定できる個人情報は削除します。また、研究成果は学会や学術雑誌で発表されますが、その際も皆さまを特定できる個人情報は利用しません。

【問い合わせ先】

北海道札幌市北 12 条西 5 丁目

北海道大学大学院保健科学研究院 担当医師 傳田健三

電話 011-706-3387 FAX 011-706-3387

業績

1. 学術論文

- 1) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(査読中): 児童・青年期の双極性障害に関する臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域.
- 2) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(2013): 児童・青年期のうつ病性障害の comorbidity に関する臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域, **54**, 27-41.
- 3) 傳田健三, 大澤茉莉恵, 大宮秀淑, 井上貴雄, 佐藤祐基(2012): 児童期の抑うつ—臨床的特徴と治療ガイドライン. 精神科治療学, **27**, 283-288.
- 4) 宮島真貴, 井上貴雄, 佐藤祐基, 久住一郎, 傳田健三(2012): 小・中・高校生の自閉傾向に関する実態調査—自閉症スペクトラム指数日本語版(AQ-J)を用いて. 最新精神医学, **17**, 364-370.
- 5) 傳田健三, 佐藤祐基, 井上貴雄, 宮島真貴(2011): 広汎性発達障害と気分障害. 児童青年精神医学とその近接領域, **52**, 143-150.
- 6) 傳田健三, 佐藤祐基(2010): 児童・青年期における難治性うつ病—発達障害と bipolarity の視点から. 精神療法, **36**, 621-626.
- 7) 佐藤祐基(2010): ファンタジーへの没頭を示したクライアントが現実世界との繋がりを形成するまで—高機能広汎性発達障害が疑われる男子中学生の事例. 心理臨床学研究, **28**, 279-290.

2. 学会発表

- 1) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(2012): 児童・青年期の双極性障害に関する臨床的研究. 日本精神科診断学会第 32 回大会, 宜野湾市.
- 2) 佐藤祐基(2012): 広汎性発達障害にうつ状態が併存した不登校の中学生の回復過程. 日本心理臨床学会第 31 回大会, 愛知県日進市.
- 3) Takao Inoue, Yuki Sato, Maki Miyajima, Kenzo Denda(2012): Depressive and manic symptoms and autistic tendencies in childhood and adolescence. The 20th World IACAPAP Congress, Paris, France.
- 4) Kenzo Denda, Yuki Sato, Maki Miyajima, Takao Inoue(2012): Clinical Features and Comorbidities of Children and Adolescents with Bipolar Disorders in Japan. The 20th World IACAPAP Congress, Paris, France.
- 5) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(2012): 児童・青年期のうつ病性障害の comorbidity に関する臨床的研究. 日本心身医学会北海道支部第 37 回例会, 札幌市.
- 6) 井上貴雄, 佐藤祐基, 傳田健三(2012): 小・中・高校生における抑うつ症状, 躁症状および自閉傾向. 日本心身医学会北海道支部第 37 回例会, 札幌市.
- 7) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(2011): 児童・青年期の気分障害の comorbidity に関する臨床的研究. 日本児童青年精神医学会第 52 回大会, 徳島市.
- 8) Kenzo Denda, Yuki Sato, Takao Inoue(2011): Phenomenology of Children and

- Adolescents with Bipolar Disorders in Japan. 14th International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Helsinki, Finland.
- 9) 佐藤祐基, 傳田健三, 石川丹(2010): 児童・青年期の気分障害, 神経症性障害および広汎性発達障害に関する臨床的研究. 日本児童青年精神医学会第 51 回大会, 群馬県前橋市.