

反抗挑戦性障害・素行障害 診断治療ガイドライン

分担研究者

信州大学医学部 附属病院 子どものこころ診療部

原田 謙

目次

はじめに	1
<症例1 青年期のCDへと発展した ODD>	2
診断と病理	
I 反抗挑戦性障害 (ODD) の診断	3
II 素行障害 (CD) の診断	4
III 疫学	5
IV CD のリスクファクター	7
V ODD/CD の発現過程	8
<症例2 ADHD と PDD-NOS を併存した小児期発症の CD>	10
<症例3 ADHD をベースに青年期に発症した CD>	11
VI 予後と予防	13
引用文献	14
治療と支援	
I ODD と小児期発症の CD に対する治療ストラテジー	16
<ADHD をベースとした ODD 症例, K 君の治療経過>	18
II 青年期発症の CD に対する治療ストラテジー	19
<症例1 S 君の治療経過>	20
III ペアレントトレーニング	21
IV SST	24
V 自立支援施設での CD への支援	27
VI 入院治療	28
VII 統合的治療	29
引用文献	31
おわりに	33

はじめに

ある程度他者の意思を拒絶したり大人に反抗することは、子どもの精神発達において正常でも認められる現象である。こうした反抗的行動は、特に2-3歳頃と思春期において顕著になる。幼児期の反抗的行動は、子どもが親から分離し自立した人間として個体化するために¹、思春期の反抗的行動は、親から心理的に分離し自律した人間として同一性を獲得するために²、重要な役割を果たすと考えられる。

このような正常に認められる反抗とは異なる、より極端な反抗的行動は、反社会的行動との関連で古くから注目されていた。しかし、明確な定義付けがないために“反社会的行動をとる子どもは反抗的”という常識のなかに埋没していた。

一方、操作的診断基準が一般的となる以前に反社会的行動を論じる際には、医学論文であっても delinquency（非行）や arrest や police contact（補導・逮捕）といった司法領域の概念が用いられていた。非行は『(正しい) 行いに非ず』と書くように、正常の発達では認められないものであるが、“何が正しいか”は、国や地域によって考え方がさまざまである。したがって、同じ行動であっても適合したりしなかったりする曖昧さを有していた。例えば、思春期の子どもがどのくらい「非行」行動をとるかといった

調査を行った場合、その定義は、調査者や国によってまちまちであり、客観的に比較をするのは容易ではなかった。

こうした状況に変化を生じさせたのが、1980年DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 精神疾患の診断統計マニュアル第3版) に登場した反抗挑戦性障害(DSM-IIIやIII-Rでは反抗性障害と呼ばれた。Oppositional Defiant Disorder; ODD)と素行障害(以前の行為障害, Conduct disorder; CD)という概念である³。これらの概念の導入によって、反抗的心性や反社会的行動を語る際の基準が明確になり、客観的かつ科学的議論が可能となったのである。

今回、奥山眞紀子先生が主任研究者となり3年間にわたって行われた「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的な人材育成に関する研究」の中で、筆者は、「反抗挑戦性障害、素行障害の標準的診療」を分担した。自分の取りまとめたものが「標準的」であるかどうかは甚だ心許ないところもあるのだが、3年間の成果をここに記したい。

なお、このガイドラインは、あくまでも病院での診療を基準に据えてある。その点をご配慮いただきたい。また、文中の症例は過去の複数の事例から特徴を集めた架空のものである

<症例1 青年期のCDへと発展した ODD> S 初診時 13歳 男

【家族歴】 実父母兄弟との5人家族。親族の精神障害、物質依存や犯罪歴の既往はない。

【既往歴】 1歳で熱性けいれんあり。外傷、骨折数回。現在まで運動性チックがある。

【病前性格】 気分の変化が激しい。穏やかな時は人なつっこく、優しい。

【生活歴】 妊娠分娩に特記なし。始語は1歳半、二語文は2歳半と言語発達は平均より半年ほど遅れ気味であった。ら行の構音障害があった。幼少時より活発で、興味があることがあるとそっちにどんどん行ってしまい、他には目が向かない傾向があった。小さい時から言い出すと聞かない頑固な子であったため、両親は頭ごなしに怒ることが多かった。4歳から保育園に入園したが、興味がないことはやろうとせず、集団行動がとれないために、たびたびトラブルを起こしていた。

【現病歴】 小学校に上がっても授業を座って聞くことはできず、たびたび席を離れては先生に注意された。集中時間は短く、一つのことを続けられるのは10分ほどであった。連絡ノートを書かない、宿題はやらない、忘れ物が多い、自分の部屋は散らかしっぱなしで約束や決まりは守れない子だった。こうしたSを父母は何度も叱りつけたが、反省を口にしてもすぐに同じことの繰り返しであった。

学年があがるにつれて、Sは次第に大人に対して反抗的になっていった。とくに3年生になり担任が代わってクラスが荒れると、Sは先頭に立って担任に反発した。家でも「部屋を片づけなさい」などと母親が注意すると「うっせえクソババア」と罵るため、親子喧嘩が絶えなかった。明らかに自分に非があることでも謝らず、他人のせいにするため、父親はSを殴ってしつけたという。

2学期に入ってもこうした傾向が続いたため、近在の小児科医を受診した。そこでADHDとODDと診断され、メチルフェニデートの投与が開始された。服薬後は落ち着きがみられるようになり、集中時間も長くなった。4年生からの担任にはSもなつき、反抗的な言動も影を潜め、小学校を卒業した。

けれども中学に入学すると、「自分は普通だから」と服薬を拒否しだした。すると、きめんに落ち着きがなくなり、再び反抗的態度を示すようになった。授業を抜け出して保健室や体育館で過ごし、隠れてたばこを吸い、仲間と夜遅くまで街を徘徊した。些細なことからカッとなり、気に入らないといきなり殴ったり、蹴飛ばすこともあった。教師が注意しても「やってない」と平然としらを切り、嘘をついた。それでも教師が追及すると、逆に激昂し、教師に殴る蹴るの暴行を加えた。

2学期からは病院への通院も拒否し、反抗的行動もさらにエスカレートした。自転車で校内を暴走し、制止した教師に暴力を振るった。深夜、無人の学校に侵入し、文具などを持ち出した。万引きも頻回となり、店員に捕まると暴言を吐いた。自転車・バイク盗、無免許運転、放火で数回補導された。父母が注意しても、逆に興奮状態となって暴力を振るうし、何度警察で説教されても、こうした行動はいつこうに収まらなかった。

親と学校は危機感を募らせ、12月、児童相談所に相談し、筆者の外来の受診をした。

診断と病理

I 反抗挑戦性障害 (ODD) の診断

A. 少なくとも6カ月持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、以下のうち4つまたはそれ以上が存在する
(1)しばしばかんしゃくを起こす
(2)しばしば大人と口論をする
(3)しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗、または拒否する
(4)しばしば故意に他人をいらだたせる
(5)しばしば自分の失敗、不法な振る舞いを他人のせいにする
(6)しばしば神経過敏、または他人からイライラさせられやすい
(7)しばしば怒り、腹を立てる
(8)しばしば意地悪で執念深い
注: その問題行動がその対象年齢及び発達水準の人に通常認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ、基準が満たされたとみなすこと
B. その行為の障害は、社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害を引き起こしている
C. その行為の障害は精神病的または気分障害の経過中にのみ起こるのではない
D. 行為障害の基準を満たさず、また患者が18歳以上の場合であれば、反社会的人格障害の基準も満たさない

表1 DSM-IV-TRによる反抗挑戦性障害の診断基準

S君に特徴的なことは、発達障害をベースに小学校入学前後から非常に反抗的となっていることであるが、こうした状態はDSM-IV-TR¹に基づけばODDと診断される。

表1にDSMにおけるODDの診断基準を示した。この診断基準を一読すれば、これを“精神疾患”と考える方は少ないであろう。そこにあげられているのは、「拒絶的、敵対的、挑戦的な行動様式」であり、CDのような他者の基本的人権を蹂躪することのないものとされる¹。

ODD診断の一番の問題点は、どうやって症状を認定するかである。各項目の反抗的行動は、「同じ年齢や発達段階の子どもに認められるよりもはる

かに多い」と判断された場合に認定される。しかし、この客観性を担保するのが難しい。子どもを病院に連れてくる親は、子どもの反抗に辟易していることが多く、親の見方だけで「はるかに多い」と判断はできない。逆に学校ではとても反抗的で、受診を勧められた場合でも、親の前では大人しいこともある。そもそもDSMは「はるかに多い」基準を規定していないため、判断は主治医の主観に委ねられてしまう。

これに対してはなるべく多くの関係者から情報を得ることと、客観的指標を取り入れることが大切である。すなわち、表2に示した手順によって、この子どもの反抗挑戦性を総合的に判断する。

1	親から詳細な生歴を聴取する
2	教師から学校での様子について情報を得る
3	少なくとも2つの異なる場面(例えば診察室と心理検査)において観察を行う
4	各種の心理検査(特にPF-study, HTP)から反抗の度合いを評価する
5	複数の評価尺度(CBCL; Child Behavior Check List, ODBI; Oppositional Defiant Behavior Inventory ⁶)を行う

表2 反抗挑戦性障害の総合的診断

¹ WHOによるICD-10(International Classification of Mental and Behavioral Disorders 10th ed)⁵では、反抗挑戦性障害という名称こそ用いるものの、それはCDの軽症型と位置づけているのに対し、DSMでは、極端な反抗そのものを“障害”として定めているのが特徴である。

A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範を侵害する ことが反復し持続する行動様式で、以下の基準のうち少なくとも3項目が過去12カ月の間に存在する
人や動物に対する攻撃性
(1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する
(2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめる
(3) 他人に重大な身体的危害を加えるような武器を使用したことがある
(4) 人に対して身体的に残酷だったことがある
(5) 動物に対して身体的に残酷だったことがある
(6) 被害者と面と向かって行う盗みをしたことがある
(7) 性行為を強いたことがある
所有物の破壊
(8) 故意に放火したことがある
(9) 故意に他人の所有物を破壊したことがある
嘘・窃盗
(10) 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある
(11) ものや好意を得たり義務を逃れるためにしばしば嘘をつく
(12) 被害者と面と向かうことのない盗みをしたことがある
重大な規則違反
(13) 13歳未満で始まり親の禁止にも関わらずしばしば夜遅く外出する
(14) 少なくとも2回以上の無断外泊・家出
(15) 13歳未満で始まり、しばしば学校を怠ける
B. その行為の障害は、社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害を引き起こしている。
C. 患者が18歳以上の場合であれば、反社会的人格障害の基準を満たさない。
表3 DSM-IV-TRによる素行障害の診断基準

II 素行障害 (CD) の診断

S君はODDと診断され、治療・支援を受けたことによって、小学校高学年は問題なく過ごしていた。けれども中学に入り治療が中断したことでADHD症状が再び増悪し、反社会的行動が始まった。S君に認められた他人に対する暴力、放火、建物への無断侵入、人をだます嘘、万引きや恐喝、怠学、街を徘徊するなどの反社会的行動は、DSM-IV-TRによればCDと診断される(表3)。CDの定義は「他人の基本的人権または、社会的規範を侵害することが反復し持続する行動様式」である。診断基準は「人や動物に対する攻撃性」「所有物の破壊」「うそをつくこと

や窃盗」「重大な規則違反」の4つのカテゴリーに分けられ、その下位項目として15の行動が挙げられている。これらの行動が1年間に3項目以上認められるとCDと診断される規定になっている。すなわちCDとは、「慢性的で多岐にわたる反社会的行動を呈する状態」と言い換えることができる。ODDとは異なり、こうした行動は通常の発達ではあまり認めないものであり、判別は容易である。ただし事実が隠ぺいされていることも多いので、やはり、親、教師、児童相談所など複数の情報源から情報を集めるべきであろう。

CDが導入された当初は、従来の“非行”との異同が話題になった。この点について野村は、「行為障害という概

念は非行・犯罪に比べて広い概念であるが、少年少女の非行犯罪のすべてを含むわけではない」と説明している⁷が、その生い立ちを考えればCDと非行が重なり合うことは当然のことである。筆者が行った調査によれば、対象となった大学病院受診者及び矯正施設入所児童 64 名中 57 名 (89.1%) が CD と診断された⁸。

III 疫学

表 4 に、これまでに欧米の community sample を対象とした疫学研究の結果を示す⁹。各研究はサンプルの取り方などによって値が異なっているが、(桁違いの Cohen らのデータを除けば) 大まかには ODD は男児 2-5% 女児 2%，CD は男児 6% 女児 1% 程度となろう。なお、我が国においては ODD/CD の大規模な疫学調査は行われていない。

破壊的行動障害は決して稀ではなく、むしろ身近な問題である。

著者	調査年	年齢	反抗挑戦性障害		素行障害	
			男児	女児	男児	女児
Cohen et al.	1993	10-13y	14.2	10.4	16	3.8
		14-16y	15.4	15.6	15.8	9.2
		17-21y	12.2	12.5	9.5	7.1
Feehan et al.	1994	11	3.6	2.1	2.6	0.8
Loeber et al.	1998	7	2.2		5.6	
		11	4.8		5.4	
		13	5		8.3	
Costello and Angold	1998	9-15y	4.5	2.5	4.8	1.2

表4 コミュニティーサンプルにおける反抗挑戦性障害・素行障害の疫学

IV CD のリスクファクター

A. 生物学的に規定されると考えられる因子
・遺伝・男性
・胎内での毒物への暴露
・周産期障害
・多動(衝動性)
・認知機能の障害
・低い言語機能
B. 心理社会的因子
・虐待に代表される貧困な親機能
・夫婦の不和に代表される貧困な家族機能
・家庭内の物質乱用や精神障害の存在
・家庭内の劣悪な経済状況
・通常の友人からの拒絶／反社会的な仲間関係
・慢性疾患への罹患
C. 両者が関与すると考えられる因子
・気質
・低年齢での不適切な攻撃性

表5 素行障害のリスクファクター

表5は、CDのリスクファクターとしてコンセンサスが得られているものである¹⁰。これらのリスクファクターは、遺伝に代表される生物学的要因と養育を主とする心理社会的要因に分けることができる。

心理社会的要因はかねてより反社会的行動を生じる原因として重視されてきた。子供の反抗的行動の発現要因に関する研究^{10,11}は、過度に制限や要求の多い養育、不十分な親のしつけや監督、制限と自立を巡る適切に解決されない親子間の葛藤などを子供の反抗の促進要因としてあげている。いわば、「氏より育ち」を原因として重視するのが従来の心理学的立場であった。

一方、表5にあげられた生物学的要因は、注意欠如多動性障害(ADHD)をはじめとする発達障害の特徴と見なすことができる。ADHDとCDの密接な関係は、多くの研究者が指摘しているところである。複数の疫学研究¹³⁻¹⁵によれば、ADHDの30%から45%がODDを、

18から23%がCDを合併し、逆にCDと診断された子どもを診察すると55~85%はADHDを合併していたという。DSMでODD/CDが、ADHDと共に注意欠陥および破壊的行動障害(Disruptive Behavior Disorder; DBD)としてグループ化されているのはこうした理由による。

精神遅滞や学習障害の併存も指摘されている。Zagarら¹⁶は、約2000人の非行少年を調査し、注意欠陥障害の子どもは55%に、IQ70以下の子どもは15%、70-79が26%に認められるとした。杉山ら¹⁷は、アスペルガー症候群と暴力行為の関連を報告している。彼らによれば、アスペルガー症候群の中のごく一部の子どもは、ファンタジーと現実の切り替えが困難であること、対人的過敏性やいじめ体験から暴力行為に至るとしている。十一-05思春期¹⁸は、広汎性発達障害に観られる症候を医療的観点から分類するとともに、基本契機に基づいて触法行動をa.従来型、b.性衝動型、c.理科実験型、d.高次対人過負荷型に分類している。筆者が国内で行った調査⁸では、対象となった18歳以下の57名のCD児のうち、26名(46%)がADHDを、12名(21%)が広汎性発達障害(Pervasive developmental disorder; PDD)を併存していた。ADHDの併存は欧米のデータを追認するものであったが、PDDが併存しているCDも少なからず存在することが確認された²。

2 海外でCDの併存症としてPDDが取り上げられない理由としては日米での発達障害に対する視点の違いが一因として考えられる

しかし、どの発達障害にしても行為障害を呈さない子どもの方が大多数であるから、発達障害のもつ本来的な特性が ODD・CD の直接の原因とは考えにくい。

「氏か育ちか？」その答えを導くいくつかの研究がある。

Cloningerら¹⁹は養子研究において、犯罪を犯していない(生物学的要因を持っていないと考えられる)親から生まれ、社会経済的に安定した親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は3%であるのに対し、犯罪を犯した(生物学的要因を持っていると考えられる)親から生まれ、社会経済的に不安定な親に養子に出された子どもが思春期に犯罪を犯す危険性は40%にも上ることを示した。Maziadeら²⁰は、7歳時の難しい気質(新しい刺激からの引きこもり、低い適応性、気性の激しさ、不機嫌)の子どもを思春期(12歳と16歳)まで前方視野的に追跡した結果、こうした子どもは、親が子どもの行動を適切に制御できない家庭においては、精神疾患、特に反抗性障害を発症したという。神庭ら²¹によれば、気質の分散においては、遺伝の効果が33~65%、共有環境(双生児双方に共通している環境)の効果は0~11%、非共有環境のそれは44~55%であり、遺伝と環境は相互に影響し合って個々の精神病理を発現させるという。

すなわち近年は、「氏も育ちも」という観点が主流となってきている。養育の問題は依然、反抗的心性や反社会的行動の原因として重要であるし、発達障害に強く現れるような個体の特

性も ODD・CD の発現に影響を及ぼす。さらに、個体の特性が不適切な養育を誘発する一方、不適切な養育は遺伝子に基づく形質の発現(個体の特性)を引き出すという相互作用も ODD・CD の原因として注目されている。

V ODD/CD の発現過程

以上をもとに、生物学的脆弱性を持つ子どもが CD に至る経過を就学前後に分けて考えてみたい。

1. 就学前=発達障害と不適切な養育の悪循環(図1)

CD のリスクファクターとしての養育の問題は、暴力を含む過度の厳しさ、拒絶、一貫性のなさがあげられている。一方、多動・衝動性、不注意、認知障害、言語機能障害などの発達障害的特性をもつ子どもは、何度も同じような間違いを繰り返す、失敗から学習しない、こだわりが強い、周りの迷惑を考えない行動をとる、人の気持ちを逆なですることを言う、などの言動を示すためにこのような不適切な養育を受けることが多くなる。親自身に発達障害的特性(子どもの気持ちを適切に捉えられない、こだわりが強い、被害的に受けとめるなど)があったり、不適切な養育を受けて育っていれば、なおさらこの傾向が強まる。不適切な養育を受けた子どもは、内面的には自己評価が下がって抑うつ的となり³、外面的には自分を受け入れてくれない親に対する怒りを抱く。

³この程度が強ければ、気分障害や不安障害といった情緒障害の発症につながるだろう

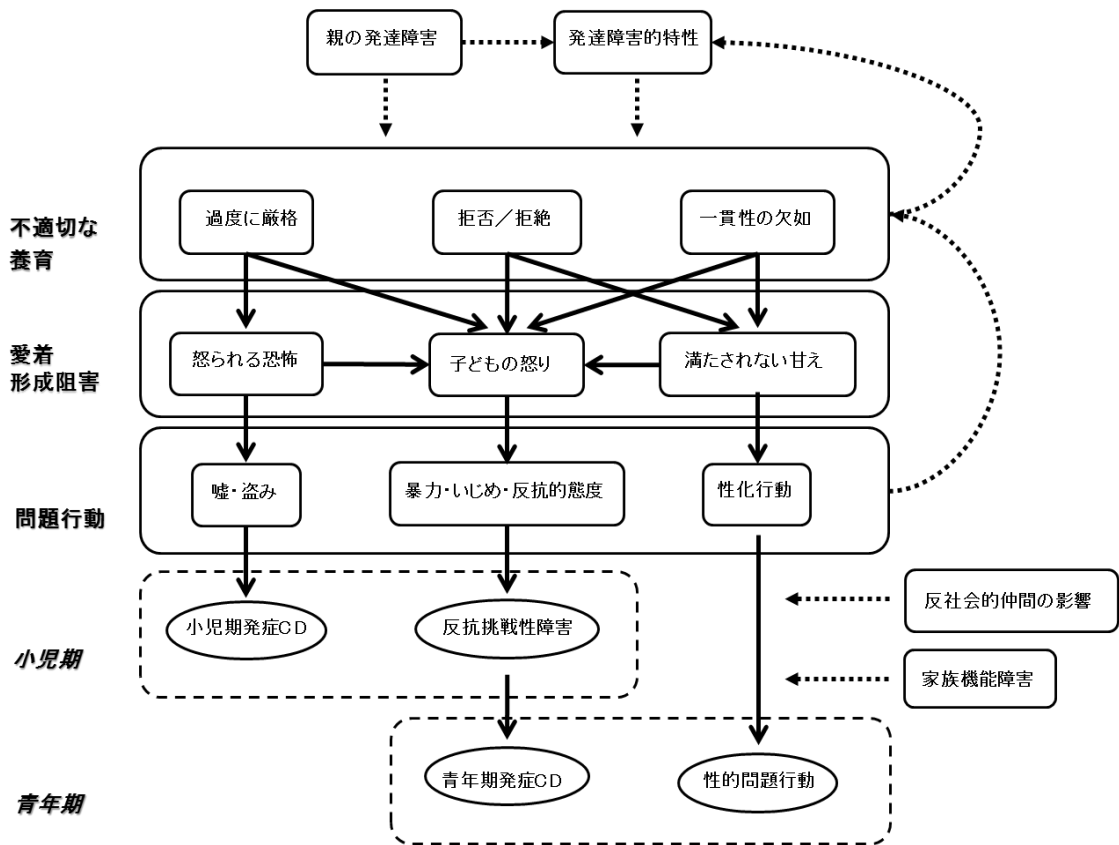


図1 発達障害と愛着形成障害の経過 実線は移行, 点線は影響を示す。

通常、怒りを直接表現するとさらなる親の怒りを招くため、それは抑圧される代わりに行動で表現されることになる。例えば、行動が粗暴、やる気がない、弱い者いじめなどである。親はこれらの行動を抑えようと躍起になり、さらに不適切な養育を重ねることとなりやすい。それが強まれば、虐待と呼ばれるレベルとなる。逆に虐待的養育が遺伝子に基づく形質を発現させるトリガーとなり、子どもの大脳や神経回路の機能に異常をもたら

す可能性も示唆されている

こうして特性⇒不適切な養育⇒行動の問題⇒不適切な養育という悪循環が繰り返されると、親子の愛着は適切に形成されることなく幼児期を過ごすこととなる。子どもの怒りが強く“恨み”となって性格に根付くほどになれば、ODDと診断されるレベルに至る。

2. 就学後にCDに至る経過

(1) 小児期発症のCDへの発展

<症例2 ADHDとPDD-NOSを併存した小児期発症のCD>

【主訴】 お金の持ち出し、万引き、集中力が悪い、集団でのトラブル

【家族歴】 母方祖母、母、2歳上の兄との4人家族。普段養育している祖母は何かと口を出し過干渉な人。母親は会社員。eye contactが悪く、話しのまとまりが乏しい。終始眉をひそめ言葉少な。別れた父親は日頃は大人しいのだが、怒ると激昂したとのこと。

【生育歴・病歴】 妊娠分娩に特記なし。合視あり。良く笑う子だった。人見知りあり。後追いあり。夜泣きはひどかった。真似あり。共同注視あり。

1歳で両親が離婚。その後、保育園に入園した。園では落ち着きがなく集団で行動できなかった。思い通りにならないと手が出たり石を投げた。友達に相手にしてもらえないとイライラして友達の邪魔をした。このため保育所からは毎日のように連絡があった。始語2歳。2語文3歳。会話が可能になってからも、「何を言っているのか分からない」と保母さんに言われた。ものを良くなくした。自分の作ったものを見せたり、できないときに助けを求めることはなかった。母親は指示が通らない息子を厳しく怒って育てた。保母からは「自分だけを見てもらいたがっている。親の愛情不足」と言われた。

年長さんの時、園で飼っているウサギを持って帰ったことがあった。厳しく叱られたが気にしている風ではなく、泣いたり反省したりしなかったという。

小学校2年生頃から見え透いた嘘が始まった。学年が上がるにつれてトラブルが多くなり、友達とも些細なことから喧嘩するようになった。小遣いを渡してもすぐに使ってしまう、家のお金を持ち出すことが始まった。7月に入り、万引き（カード、クワガタ）が発覚したため子どものこころ診療部を受診した。

【診断】 ADHD（混合型）、PDD-NOS, CD

愛着形成が不十分な子どもは小学校就学時期にCDを呈することがある。DSM-IV-TRによれば「小児期発症例は通常男性にみられ、身体的攻撃性を伴い、仲間関係が破綻している。より早期にODDと診断されるかもしれない。成人後も問題が持続しやすく、後に反社会性人格障害に発展するリスクが高い」とされる⁴。CDの重症型とも言える。筆者の経験から言うと、日本における小児期発症のCDは、直接暴力に訴えるということは少なく、症例のように嘘や盗みといった形で現れるものが多い印象がある。ちなみに“怒ら

れるのが怖い”という恐怖が強いと、子どもは嘘を付くようになる。嘘を付くことで得をする事を覚えると、子どもは得をするために嘘を付くようになる。その延長線上に盗みがある。

(2). 青年期発症のCDへの発展

子どもがODDを呈する背景には様々な家族機能の障害が存在することが多い。こうした場合、それらは親子関係をさらに悪化させる方向に働くと同時に、子どもを家庭外の交流へと促す。ODD児やCD児はこうした経過全般において、通常の友人・教師に

受け入れてもらえず孤立しやすいが、この時、彼らを受け入れてくれるのは同じような特性・境遇をもつ子ども達である。このため彼らは青年期に入る頃から反社会的な集団に属することが多くなる。一方、家族機能の障害はしばしば、同一化すべき適切な大人像が得られないことにつながる。実行機能や言語・認知機能が低く、被影響性の高い彼らは、これらの結果、容易に反社会的な先輩や大人に同一化し、CD（青年期発症型）を呈すると考えられ

る。ODDの25-46%は後年CDを呈すると言われている¹³⁻¹⁵。

一部には愛着を巡る親子の葛藤がそれほど強くなかったり、強固な抑圧によって、思春期まで怒りや攻撃性が顕在化しない子どももいる。こうした子どもはどちらかというといわゆる「いい子」で小学生時代を過ごすことが多いと思われる。また、女兒のCDの大半はODDの診断を満たさず、直接CDを呈するという²²

<症例3 ADHDをベースに青年期に発症したCD>

中学2年生 M 男子

【生育環境】父母、きょうだい、祖父母との7人家族。妊娠分娩に異常なし。言語運動発達にも異常なし。家庭内ではMの出生前から父母間、嫁姑間で諍いが絶えることがなかった。父親は過度に厳格で、子どもたちを殴ったりけったりすることに躊躇しなかった。

幼少児より多動。3年保育。保母さんにしがみついて離れなかった。友達が少ないがよく遊んだ。小学校では授業に集中できず、立ち歩いた。一対一で話をすると、落ち着いて人懐っこくよく話したが、丁寧に伝えないと話の内容を理解できない面が見られた。特定の友達とゲーム等でよく遊んでいた。素直で人の事を思いやる子だった。学習意欲があり、積極的に何でも取り組んでいた。先生との信頼関係もあり、学校に行く事が楽しそうだった。

【現病歴】5年生の担任は型にはめたい先生で、Mは反抗した。ゲームセンターへ通うようになり、親の財布から金銭を持ち出すようになった。注意しても嘘をつき、しらをきった。自分がやりたいことがあると、悪いことだと分かっているつもりでもやり、注意すると逆ギレした。その頃、兄が非行に走るようになり、暴言を吐かれたり暴力を振るわれた。

平成20年4月中学校入学当初は、部活にも参加し張り切っていた。しかし、5月頃母親が家庭内のトラブルで実家に帰らなかった頃から、遅刻が目立ち、素行の悪い友達とグループ化し、授業を妨害した。校内の徘徊、教師への反抗、友達への暴力、服装の乱れ、タバコの常習化、外泊、異性関係、上級生との関わり等退学傾向が1年生の後半になるにつれ強くなった。家庭での諍いは相変わらずで、それまでは逆らわなかった父親に反抗するようになり、父親と取っ組み合いのケンカをするようになった。優しく接していた母親に対してもキレて突き倒すこともあった。学校の勧めで子どものこころ診療部を受診した。

【診断】ADHD（混合型）、CD

VI 予後と予防

Storm-Mathisen²³は、75例のCDを20年追跡し、その1/2は、社会的に適応しているものの、1/3は反社会性人格障害と診断され、1/4が薬物を乱用し、1/4が不安障害を呈していたと報告している。また、Zoccolilloらの総説によれば、精神障害の併存は、不安障害が7.1~30.5%、うつ病が15~31%と報告される²⁴。アルコールをはじめとする物質依存の併存も多い²⁵。このように、CDの予後は決して楽観できるものではない。

一方治療効果に関しては、思春期における重症のCDに単独で有効な治療法はないといわれており、できるだけ早い段階からの介入・治療が推奨されている¹⁰。これに対してLoeber²⁶は、CD治療の有効性の低さから、可塑性のあるODD段階での治療の重要性を主張した。また、齊藤²⁷は、ADHDの一部が、学童期にはODDの診断基準を満たし、その一部が思春期に入る前後からCDを呈し、その一部は成人以降、社会的に予後不良な経過をたどる可能性を指摘し、破壊的行動障害の変遷を“DBDマーチ”と概念化することが臨床上有用であるという知見を示した(図2)。すなわち、ODDはDBDマーチを停止させ

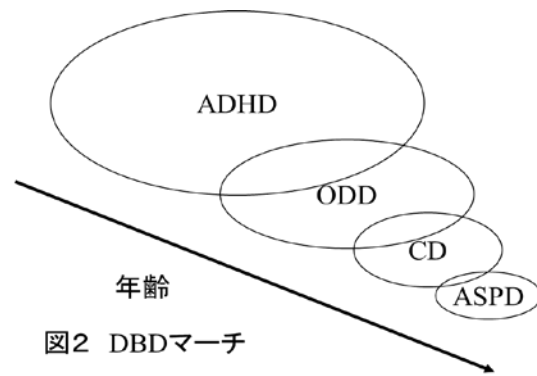


図2 DBDマーチ

Note: DBD: Disruptive behavior disorder, ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder, ODD: Oppositional defiant disorder, CD: Conduct disorder, ASPD: Antisocial personality disorder.

る臨界点であると考えられ、ADHD児の中でODDを適切に診断し治療することによって、CDを予防ないし軽症化する可能性が存在する。このことこそODDという臨床概念が必要とされる最大の理由であると筆者は考えている。

さらに近年、破壊的行動障害の予防効果の報告がなされ始めており²⁸、「予防こそ最善の治療」という原則がCDにも当てはまる。そのためには遅くとも小学校低学年までに発達障害を正しく診断し、周囲の人間が正しい理解と対応をとることが大切であると筆者は考えている。それによって発達障害児は、低い自己評価を抱かずに済み、親や周囲の人間は不必要に彼らを追い込むことがなくなり、CDへの展開を予防することが期待される。

引用文献

1. Mahler MS, Pine F, Bergman A : The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York, 1975 (高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀訳: 乳幼児の心理的誕生. 黎明書房, 名古屋, 1981)
2. Bros P : On adolescence. The Free Press, New York, 1962 (野沢英司訳: 青年期の精神医学. 誠信書房, 東京, 1971)
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third-ed.. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth-text revision. American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000.
5. World Health organization.: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, WHO, 1992.
6. 原田 謙.: 反抗挑戦性評価尺度 (ODBI) の作成経過とその使用法. 齊藤万比古、渡辺京太 (編). 注意欠陥多動性障害の診断治療ガイドライン. 東京:じほう社;2008. pp 61-64.
7. 野村俊明, 奥村雄介. : 行為障害と少年非行. *精神科治療学* 1999; **14**:147-152.
8. Harada, Y., Hayashida, A., Hikita, S. et al.: Impact of behavioral/developmental disorders comorbid with conduct disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **63**; 762-768, 2009.
9. Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B. et al.: Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **39**; 1468-1484, 2000.
10. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **36** (Suppl.10); 122S-139S, 1997.
11. Gard, G.C., Berry, K.K.: Oppositional children : taming tyrants. *J. Clin. Child Psychol.*, **15**; 148-158, 1986.
12. Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., Ramsey, E.: A developmental perspective on antisocial behavior. *Am. Psychol.*, **44**; 329-335, 1989.
13. Faraone, S.V., Biederman, J., Keenan, K. et al.: Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychol. Med.*, **21**; 109-121, 1991.
14. Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greenslade, K.E. et al.: Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **31**; 210-218, 1992.

15. Spitzer, R.L., Davies, M., Barkley, R.A. : The DSM-III-R field trial of disruptive behavior disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **29**; 690-697, 1990.
16. Zagar R., Arbit J., Hughes J.R., Busell R.E., Busch K. : Developmental and disruptive behavior disorders among delinquents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; **28**: 437-440.
17. 杉山登志郎, 辻井正次, 石川道子, 神谷真巳 : 暴力的な噴出を繰り返す Asperger 症候群の症例検討. *小児の精神と神経*. 2000 ; **40** : 303-312.
18. 十一元三 : 広汎性発達障害を持つ少年の鑑別・鑑定と司法処遇-精神科疾患概念の歴史的概観と現状の問題点を踏まえ-. *児童青年精神医学とその近接領域*. 2004; **45**: 237-245.
19. Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. et al. : Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: II. Cross-fostering analyses of gene-environmental interactions. *Arch. Gen. Psychiatry*, **39**; 1242-1247, 1982.
20. Maziade, M., Caron, C., Cote, R. et al. : Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. *Am. J. Psychiatry*, **147**; 1531-1536, 1990.
21. 神庭重信, 杉山暢宏 : 精神病理の進化・発達論的観点. *臨床精神医学*, **31**; 481-487, 2002.
22. Keenan, K., Loeber, R., Green, S. : Conduct disorder in Girls: A Review of the literature. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, **2**; 3-19, 1999.
23. Storm-Mathisen, A., Vaglum, P. : Conduct disorder patients 20 years later: A personal follow up study. *Acta. Psychiatr. Scand.*, **89**; 416-420, 1994
24. Zoccolillo M. : Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depression and anxiety disorders: A review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; **31**: 547-556.
25. Weinberg N.Z., Rahdert E., Colliver J.D., Glantz M.D. : Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; **37**: 252-261.
26. Loeber R., Lahey B.B., Thomas C. : Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnor Psychol*, 1991; **100**: 379-390.
27. 齊藤万比古, 原田 謙. : 反抗挑戦性障害. *精神科治療学* 1999; **14**: 153-159.
28. Reid J.B., Eddy J.M., Fetrow R.A. et al. : Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *Am J Commun Psychol* 1999; **27**: 483-517.

治療と支援

診断と病理編で述べたようなODD/CDの成り立つ過程を考えれば、治療は子どもの年齢や病態と、親のニーズや治療を受け入れる柔軟さに合わせて複合的に行うべきである。

I. ODDと小児期発症のCDに対する治療ストラテジー

ODDや小児期発症のCDであれば親が適切な対応を学ぶことによって相応の変化が期待できる。また、子ども自身に対するソーシャルスキルトレーニング(SST)も有効である。薬物療法は、併用した方が攻撃性の改善に効果的であると考えられている。

(1) ペアレントトレーニング

ペアレントトレーニング(PT)^{1,2,3}は、オペラント条件づけの原理-望ましい行動には正の強化子(ほめる、ごほうびなど)を用いて強化し、望ましくない行動には、後続刺激を遮断する(無視するなど)か、負の強化子(罰則)を与えて消去する-を利用し、子どもに対する適切な養育方法を親が学ぶものである。原則としては、以下のものがあげられる。

- ・適切な行動を誉める
- ・改善を期待する行動やルールは、スモールステップで目標を定め視覚化する。
- ・反省を求めるよりも適切な行動を明確に指示する

・良くない行動や反抗的態度をとった場合には、明確、非暴力的な態度で注意を与える。

・注意を与えた後は一定時間、注目を取り去り、子どもが望ましい行動をとった場合には完璧でなくとも必ずそれをほめる

・注意を反復しても改善がない場合や自分や他人を傷つける素行には警告を与えた上で、罰を与える。

・スケジュール表やトークンエコノミーを有効に活用する

当部で施行し有効性を確認したPTの詳細は第Ⅲ章で詳述する。

(2) ソーシャルスキルトレーニング(SST)

SST^{4,5}は、問題行動を引き起こすような状況において対処するスキルを教えることで、子どもの不適切な行動を減らすものである。子ども自身に焦点を当てて認知的および行動的なテクニックを用いた治療であり、社会的強化をする(誉める、注目される)ことで必要なソーシャルスキル(生活技能)を学習していく。子どもが自らの考えや気持ちをコントロールし、新たな解決法をみつけていくことで他者と適切にかかわれるようになることを目標としている。

内容としては、発達障害的特性を考慮し感情の表現、困った時の助けの求め方など集団での適応を高めるためのスキルと、怒りをコントロールするス

キルを学ぶ。当部では第IV章で詳述する内容を講義と遊びの中での実践を通して習得してもらっている。

(3) 薬物療法

近年、攻撃性の治療において薬物療法が重要な役割を担っていることを示すデータが増えてきているが、薬物療法単独と比べると心理社会的治療を併用した方が攻撃性の改善に効果的であることが報告されている。薬物療法は、PT、SST、学校や家庭での適切な対応などによって代わるものではない。

Pappadopulos⁶らによる meta-analysisによると、攻撃性のある児童青年期に薬物療法を行った場合、それぞれの治療薬における effect sizeは以下の通りである。

- 非定型抗精神病薬 0.90
- 中枢刺激薬 0.78
- 定型抗精神病薬 0.70
- 気分安定薬 0.40
- 抗うつ薬 0.30

CDに対する報告では、リチウム^{7,8}と非定型抗精神病薬⁹の有効性を示す報告が多い。また、Pappadopulosらの meta-analysisで用いられた中枢刺激薬についての研究のほとんどはADHDで攻撃性がみられた症例を対象としているが、ADHDの併存症がないCDに対してもMPHが有効であるとする報告もある¹⁰。

非定型抗精神病薬については、リスペリドンがもっともよく研究されていて、多くの文献でCDや他の破壊性行動障害に対する有効性が示されている¹¹⁻¹³。また、ADHDが併存する破壊性行動障害において、中枢神経刺激薬の使

用の有無に関わらずリスペリドンが有効性であることが示されている¹⁴。経路上、少量(0.1~1mg)1日1回投与で効果を示す例が多い。数は少ないが、オランザピン^{15,16}、クエチアピン^{17,18}についても有効性を示唆する報告がある。これらも副作用に注意して少量を用いる。

激しい攻撃性を示す子どもの一部には脳波異常を示すものがあるが、経路上、こうした症例は痙攣を起こしていてもバルプロ酸、カルバマゼピンなどの抗てんかん薬の投与が有効なことがある。また、時に統合失調症と同量程度の抗精神病薬を必要とする例もある。

(4) 学校との連携

学級担任を中心に、養護教諭、発達障害コーディネーター、スクールカウンセラーらと連携をはかる。発達障害を含めて、その子どもに関する共通認識を持ってもらい対応を協議する。子どもに対する対応は、ペアレントトレーニングと同様の説明を行う。この年代の素行の問題は嘘や盗みで始まることが多いが、これらに関しては明確な証拠がなければ深く追求することはせず、正直さや適応的な行動をほめて強化してもらおう。係や委員会活動において子どもに役割を与え、達成感を感じさせる、勉強以外の得意分野(運動、芸術など)で子どもの能力を引き出すなどの配慮も願います。

<ADHD をベースとした ODD 症例, K 君の治療経過>

初診時, K は入室するなりおもちゃを見つけて遊びだした。母親は苦虫を嘔み潰したような顔で, いかに K が乱暴な悪い子で自分が苦勞しているかを語った。

2 回目の診察までの間に WISC を含む心理検査を行った。知能は正常範囲であったが読解力の低さが認められた。また, 文章完成法テストや H T P などの心理検査からは, 自己評価の低さ, 母親に対する両価的な感情が認められた。DSM-IV に基づいて ADHD, ODD, 学習障害 (読字障害) と診断した。母親に対して, K の性質を ADHD の特徴から説明し, コンサータ 18mg/day の内服を勧めた。また, 改善したい点を一つに絞り紙に書いて目立つところに貼る, K に対する要求水準を下げ, 人を傷つけること以外怒ることは控える, できたことをほめることを勧めた。けれども母親は「この子にはほめることなんかない」と溜息をついた。

次の面接では父親に来院してもらい話を聞いた。父親は「殴って言うことをきかせてもいいか」と真顔で尋ねてきたため, K の特徴を ADHD という観点から説明し, 「今は殴れば言うことをきくだろうが, 思春期になった時, 彼は必ず殴って自分の要求を通す子どもになるだろう」と話をした。さらにコンピュータが得意という父親に行動評価表を作り, できたことにシールを貼ってもらい, 週末にポイントに応じて遊んでもらうことにした。また, 担任にも来院してもらい学校での様子を聞いた。筆者は担任に, 学習に対する要求水準を下げ結果よりも努力をほめてあげて欲しいこと, K の得意な運動で活躍の場を与えて欲しいこと, クラスの係などで達成感を味わえるような配慮をお願いした。

治療開始から 3 ヶ月を過ぎたころ, 友達に馬鹿にされ衝動的に突き飛ばしてケガを負わせる事件が起きた。行動評価表や関わり方の指導での改善が不十分だと感じたため, Risperidone 0.5mg/day を処方に加えた。さらに K には SST, 母親にはペアレントトレーニングの参加を勧めた (詳細は第 III, IV 章参照)。

こうして半年を過ぎた頃から母親の評価に変化が生じてきた。以前ほど怒らなくても済むし, 自分で宿題をやるようになったなどの肯定的な評価が聞かれるようになった。治療を開始して 1 年が経過する頃には, 授業中はほとんど問題ないと担任からの報告があった。母親も朝のトラブルで怒ることがなくなり, 行動評価表も「パーフェクト」が多くなった。友達とのトラブルも減少した。運動会の徒競走で一等になり, みんなの喝采を浴びたりした。親子ともに「1 年前に比べるとずっと良い」と笑顔を見せた。

II. 青年期発症の CD に対する治療ストラテジー

小児期発症のCDへの治療・支援法は青年期発症例でも同様に有効であり得る。ただし、この時期の治療は、親と子どもの動機付けが明確でないと難しい。しかし、これはかなり稀である。

(1) PT

青年期で病院を受診する症例は、親だけが途方に暮れていることが多い。親にはPTで適切な対応を学んでもらうにしても、子どもは親の変化に疑心暗鬼となることが多い。このため、親は焦らず、諦めず、地道な努力を続けることが求められるし、治療者はそれを支え続ける必要がある。

(2) SST, 薬物療法

青年期のCDに対するSSTは矯正施設などかなり強固な枠組みのある状況でないと施行しがたい。彼らは大人の意思に従って改善しようという動機づけが乏しいからである。薬物も有効であり得るが、自己評価の低い彼らは薬をのむことイコール“異常”と解釈し、薬を飲みたがらない。このため、丁寧な説明をした上で、本人の同意が得られれば投薬する。

(3) 学校との連携

親との関係はこじれていることも多いので、親とは違う大人が子どもを支え、親に協力する必要がある。昨今学校スタッフはとても忙しく、申し訳ない気もするが、それは彼らの役目となる。

スタッフが、発達障害を正しく理解し、適切な対応を学んでおくことは前提条件であり、その上で学校側に以下

のような配慮を依頼する。

- ・子どもの居場所（相談室、保健室など）を確保する
- ・子どもが信頼でき、話ができる大人を見つける
- ・結果よりも努力に対して賞賛を与える
- ・成績に対する要求水準を下げ、学力に見合った目標を設定する
- ・部活動、特に運動部への参加を薦める。これは、身体を動かすことが気分を改善するからであるのと、反社会的でない仲間との交流を増やすためである。

彼らが示す反社会的な行動は適度に律しなければならない。その上で、表面的には受け入れがたい行動に惑わされることなく、その行動の基底にある「ありのままの自分を受け入れて欲しい」という欲求を受けとめる必要がある。

(4) ケア会議

親や学校スタッフだけでCDの子どもを支援することはたやすいことではない。この時役に立つのはケア会議である。ケア会議とは、支援センター、児童相談所、警察、司法関係者など、その子どもに関わる人間が集まり、複数の視点からその子の特徴を理解し対応を協議するものである。行き詰まった状況を打開するために誰がどんな役割を担うかを検討し、確認する。例えば、家で暴れる子どもに関しては、いつ警察を呼ぶのかに関するコンセンサスを得ておく必要がある。

児童相談所の一時保護や少年鑑別所

への入所は、医療では出来なかった枠組みを作る意味で有効に働くことがある。明らかに医学的治療の有効性が予想される場合には、子どもと通院や服薬を約束してもらうこともある。筆者

の経験では、少年院に入ることによって劇的に行動が変化し、以後の治療がスムーズになった子どももいる。これらの連携を潤滑に運ぶためには日頃の関係づくりが重要である。

<症例1 S君の治療経過>

初診時Sは、診察室で漫画を読み出し、それを制止されるとポケットから取り出したライターをつけたり消したりした。そのふてくされた態度には強い攻撃性が感じられた。継続した治療は困難と思われたが、親や児童相談所の強い要望と、過去には薬物療法が有効であったことに一縷の望みをかけ治療を試みることにした。そして、Sにこのままでは施設入所するしかないが、いろいろな問題の元には多動と不注意の問題があり、治療を受ければ状態が改善する可能性があることを話した。Sは、治療受諾の意思を問う筆者を睨み付け、「(病院に)来るしかねえじゃねえか」と吐き捨てた。そこで筆者は不注意と衝動性に対する服薬の有効性を説き、コンサータとリスパダールを投薬を開始した。父母に対しては、必ず薬を飲ませることを約束させ、厳しい叱責は控え、以前できなかったことができればほめることに加えて、Sが必要な存在であるというメッセージを送り続けることを勧めた。

教頭、担任、養護教諭、児童相談所の担当者とは2ヶ月に1度のケア会議を開き、その都度問題点をあげ対応を協議した。患児が唯一信頼を寄せている担任に対しては、Sへの言葉掛けを増やすことと学校に居場所を作ることを確認した。教頭による父親、養護教諭による母親面接も並行して行われるようになった。

初めは服薬を渋っていたSも、筆者や親からの再三の促しによって次第に規則正しく内服するようになっていった。担任は患児の訴えをよく聞いてくれ、休日には一緒に釣りに行くなど献身的につきあってくれた。7月に入る頃から、さまざまな達成感が患児の口にもぼるようになった。投げやりだった言動が変わり、自分の将来に対する前向きな発言もみられ、周囲の大人に対する反発が薄れてきた。以前の仲間とも遊ぶことが減り、暴力行為や深夜の徘徊もなくなった。夏休み明けには、診察室でもいらいらすることはなくなり、穏やかに話ができるようになった。親からも「以前は注意されるとすぐに反発してきたが、考える余裕が出てきた」との報告がなされた。学校では、相談室にいたことが多くなり、担任らとお喋りしたりギターを弾いたりする毎日であった。

年末、薬の服用を怠り、半年ぶりに教師に対する暴力事件を起こしたが、この事件はSの自覚を促す結果となり、以後は自らすすんで内服するようになった。

中学3年生になると将来は大工になるという目標を立て、授業に出て勉強するようになった。カッとなることはあるがトラブルはなくなり、県立高校を受験して合格した。

III ペアレントトレーニング

PT は、オペラント条件づけの原理-望ましい行動には正の強化子(ほめる、ごほうびなど)を用いて強化し、望ましくない行動には、後続刺激を遮断する(注目を取り去るなど)か、負の強化子(罰則)を与えて消去する-を用いて、適切な養育方法を親が学ぶものである。

この章では、子どものこころ診療部

で実践している PT について詳述する。概要、1 回の流れ、テーマを表 1-3 に示す。

参加者	発達障害児をもつ親6-10名
実施時間	隔週1回, 1回1時間半, 全7回。
実施者	医師1名, 看護師1名, 心理士2名
実施場所	子どものこころ診療部外来プレイルーム

表1 ペアレントトレーニングの概要

時間	項目	内容
0: 00	ふりかえり	前回の宿題をもとに、感想や家庭で実践してみて困った点を聞きとる。参加者のがんばりをねぎらう。
0: 10	講義	各回の内容についてレジュメをもとに講義。第3回はポイント表作成のワーク、第5回・第6回はDVDによるモデリングを含む。
0: 40	ロールプレイ	各回の講義を実際の場面で使うための演習。①スタッフの実演、②各家庭の子どもに言って聞かせるセリフをスタッフと考える、③参加者の演習、④シェアリング
1: 10	ティータイム	講義の内容についての質疑応答、ロールプレイを終えての感想、その他フリートーク
1: 15	宿題の提示	宿題の提示。次回の予告。

表2 PTの1回の流れ

回	学ぶスキル	内容
1	オリエンテーション・行動を3つに分ける・上手なほめ方	行動を3つに分け上手なほめ方を学ぶ
2	注目を取り去る・ほめるの組み合わせ	不適切な行動は注目せず、適切な行動に変わったらほめる
3	ポイント表の作り方・効果的な指示の出し方・親子タイム	ポイント表、効果的な指示の出し方などを学ぶ
4	警告と制限の与え方	許し難い行動に対する警告と制限の与え方を学ぶ
5	予防する	適切な行動を前もって伝えることで不適切な行動を減らす
6	問題行動を正す	問題行動が起こった時の対処法を学ぶ
7	まとめと振り返り	全体のまとめと振り返り

表3 信大におけるPTプログラム

1. 基本的態度

子どもの行動が改善されるためには、いくつかののポイントがある。まず、子どもの行動をよく観察し、特徴を理解する必要がある。いきなり高望みせず、できることから、一歩ずつ着実に進んでいく。子どもは注目を欲しが

っている。いい行動をして肯定的な注目が得られない場合、トラブルになる行動をして否定的な注目を得ようとする。このため、親は出来ないことを叱責するのではなく、具体的でわかりやすい指導を行い、できたことをほめて自己肯定感を持たせるべきである。

子どもに接する態度としては、以下の3点に気をつける。

① きちんと子どもと向かい合う。
まず、子どものそばに行くか、子どもをそばに呼ぶ。子どもの名前を呼び、視線を合わせ、子どもがこちらを見るまで待つ。繰り返し名前を呼ぶことも有効。

② 指示は、短く、具体的に、わかりやすく

「やることあるでしょ?」「何する時間だった?」などの曖昧な言い方は適切ではない。説教やくどくど小言を言うのはもちろん、子どもに「～してくれる?」という質問形で聞くのも不適切である。

③ 口調は、CCQ

指示を繰り返すときはCCQを心がける。CCQとは、Calm, Close, Quietの頭文字であり、声のトーンをおさえて、子どもに近づいて、静かに話す

指示を出したら子どもが従うべきだと思っている親が多いが、それは大きな誤解である。1回指示を出したら視線をそらして、子どもが従うまで少し時間を与える必要がある。最低でも3回は指示を繰り返す。そして、どんな小さなことでも子どもが従おうとしたらすぐにほめるのがコツである。

2. 行動を4つに分ける、

発達障害の子どもを適切に養育するためには、行動を4つに分けて対応する必要がある。

(1) 好ましい行動はほめて増やす

好ましい、増やしたい行動を増やす

為には子どもをほめるべきである。

この時、課題が完全に終わった時だけほめるのではない。好ましい行動を始めた時、しようとしている時、している時、指示に従った時にほめる。100%を待つのではなく25%でほめるようにする。

ほめる時には、行動の直後に、簡潔に、何をほめているのかを明確に伝えるのがコツである。ほめるだけで十分なことも多いが、場合によっては、行動に見合ったごほうびを付け加えてもよい。

どんなほめ方が自分の子どもに合っているのかは模索する必要がある。「やればできるじゃない」「もっと早くやればお母さんだって怒らなくてもすむのよ」などいったと皮肉や批判は避けるのは言うまでもない。

(2) 能動的な好ましくない行動は注目を取り去る・ほめるの組み合わせ

能動的な好ましくない行動(ぐずる、泣く、せがむなど)を減らすためには、子どもへの注目を取り去り、好ましい行動が出てくるのを待つべきである。あらかじめ宣言(例:「お母さんはわめくのを止めるまで話しません」)したのちに、子どもと視線を合わさず、何も言わず無関心に振る舞う。注目を取り去ると、子どもは不安に駆られて確かめる反応が生じるので、一時的に問題行動が強まることは覚えておく。徹底しないとその行動をかえって増やしてしまうため、注目を取り去る時は徹底して行う必要がある。難しい時には何か他の事をして感情をコントロールす

るのがよい。そして、好ましくない行動を止めたらすぐにほめる。これが効果を発揮する。

(3) 受動的な好ましくない行動は指示の出し方を工夫する

受動的な好ましくない行動（片づけない、宿題をしない、用意ができないなど）には予告と予防、自分で選択させる、ポイント表などのスキルを用いる。

A. 予告と予防

予告は、今していることをもうすぐやめて、他のことをしなければならないことを知らせるものである。予告することで、子どもは行動を切り替える準備ができ、数分後にその指示が繰り返されたときに受け入れやすくなる。予防は、子どもに未来におこりうる状況と対処法を話し、より効果的に対応できるようにするものである。新規場面、これまで不適切な行動を繰り返している場面、今までと違う展開が予測される場面で使用する。

B. 自分で選択させる

選択とは、2 つ以上の可能性のあるやり方を提案し選ばせるものである。子ども、特に発達障害児は、人に指示されることを嫌うことが多いため、自分で選ぶことができると命令されるよりも気持ちよく行動できる。子どもが別の提案をしてきて、それが親にとって受け入れられるものであれば、それを受け入れることもできる。

C. ポイント表

ポイント表は、朝の時間や夕方から寝るまでの時間といった毎日の特別な

時間帯で、特定の行動を増やす、あるいは減らすのに役立つものである。

この表を作ることで、小言を言うことが減り、その時間帯がよりスムーズに進められるようになる。

ポイント表に取りあげる行動は、何も言わなくてもできる行動を3つ、だいたいできている行動を2つ、あまりできていない（できるようになって欲しい）行動を1つ選ぶ。これを時系列に並べて表にする。子どもがその行動をした時は、すぐに○やシール、星印などをつけてほめる。毎日の終わりには、子どもと一緒に表を見て子どもがその日にやれた事をほめる。週末には、○の数に応じてあらかじめ決めておいたごほうびや特典を与える。ごほうびは高価でないものにする。子どもと遊ぶ、外出するなどの行動でもいい。目安として○が8割つくように配慮する。うまくいかなかったことは重視せず、子どもがやれた行動にだけ注目するのがコツである。

(4) 許しがたい行動への対処

暴言・暴力、兄弟げんかなど、自分や人を傷つける行動には、まず、注目を取り去る・ほめるの組み合わせで対応できる行動にはそれで対処する。それでも改善が見られない場合には、まず警告を与える。警告は一回だけに留め、従わなかった時の罰を明確に伝える。子どもが指示に従える最後のチャンスであり、従ったらほめる。それでも改善がなければ罰を与える。

罰は、子どもにとって意味があるもの、親がコントロール出来るもの、心

おきなく取り去れるもので、問題行動と結びついている方が望ましい。体罰を避けるのは言うまでもない。

内容としては、

①楽しみにしていることに制限を加える（例：ゲーム15分禁止）

②やり直させる（例：散らかしたものを片づける）

③簡単な家事をさせる（例：風呂掃除）などがあげられる。

注目を取り去ったり、罰を与える際には親子ともに緊張が生じる。無用な対立にならないためには子どもを落ち着かせる以上に、親自身が落ち着く必要がある。もっとも一般的であるのは、一旦その場を離れることである。他には深呼吸をする、好きな飲み物を飲む、

雑誌を読んだり音楽を聴くなどがある。どうしたら自分が落ち着けるかについては、あらかじめ考えておくのがよい。

IV SST

この章では、こどものこころ診療部で施行しているODD児に対するSSTプログラム「わっかの会」¹⁹について詳述する。

参加者	小学5年生-中学3年生ODD児 数名
実施時間	隔週1回、1回1時間半、全8回。
実施者	作業療法士1名、看護師1名、心理士2名
実施場所	子どものこころ診療部外来プレイルーム

表4 SSTの概要

る。

時間	テーマ	内容
0:00	挨拶、今の気持ち	出席確認。今の気持ちについて、表情、気持ちに当てはまる言葉をワークシートから選択し、その理由について記述し、発表する。
0:10	宿題の確認	2週間の間で、①嬉しかったこと、②楽しかったこと、③腹が立ったこと、④悲しかったこと、⑤大変だったこと、⑥困ったこと、についてどれか一つ書いてくることを宿題とし、それを発表する。
0:15	ルールの提示	わっかの会に参加するためのルールと会話の基本についての確認を行う。
0:20	トークタイム	ルールや会話の基本を意識しながら、くじ引きに書かれたお題について話をする。共感した場合には、自分の共感ボールをその話し手に転がす。
0:30	前回までの復習	前回のスキルの内容を説明する。
0:55	今回のスキルの学習	各回のテーマに沿って講義、ロールプレイなどを行う。
1:10	風船バレー	ネットの設定、10点マッチの試合、ネットの片付け。
1:25	今の気持ち、宿題提示	今の気持ちについて、表情、気持ちに当てはまる言葉をワークシートから選択し、その理由について記述し発表する。宿題を提示する。

表5 SST 1回の流れ

回	テーマ	目的	内容
第1回	オリエンテーション	会の目的を理解する	会の目的について説明
	グループのルール	グループのルールの理解する	①座って静かに②話し終わってから話すの2つを提示
第2回	自己紹介	お互いのことを知りあう	自己紹介ゲーム
	会話の基本	人と会話をするときのコツについて理解する	人と会話をするときのポイントとして、①相手の顔を見る、②最後まで聞く、③あいづちをうつ、④話かけるときは「話しかけてもいい？」と聞くの4つを提示
第3回	気持ちに気付こう(イライラとハイテンション)	イライラする場面、ハイテンションになる場面を挙げ、その時の体の変化、気持ちの変化、考えの変化について学ぶ。	イライラする場面、ハイテンションになる場面を挙げてもらう
		イライラやハイテンションという気持ちが続くと気持の「爆発」が起こることについて学ぶ。	イライラ、ハイテンション、それぞれについて、その時の体の変化、気持ちの変化、考えの変化について、選択式のワークシートに記入し、発表してもらう
第4回	気持ちが言葉にしよう	気持ちが「爆発」しないための工夫について挙げる。	膨らませた風船を割り、このような気持ちが続くと気持の「爆発」が起こり、自分も周りも傷つくことを説明する
		気持ちが言葉にすることで「爆発」が防げる可能性について学ぶ。	気持ちが爆発しないための工夫の書かれたワークシートから、自分が行えるものを選択してもらい、発表してもらう。
第5回	気持ちが爆発してしまったら(1)	気持ちが「爆発」してしまったらまず気持ちを落ち着けることを学ぶ	気持ちを落ち着けるポイントとして、①その場から離れる、②体を動かす、③深呼吸をする、④目を閉じて10数える、の4つを提示し、実際に行ってもらった
		物を壊してしまったり、誰かを傷つけてしまったら「謝る」ことを学ぶ。	・物を壊してしまったり、誰かを傷つけてしまったら謝ることの大切さを伝え、ロールプレイを行ってもらう。
第6回	気持ちが爆発してしまったら(2)	気持ちの「爆発」によって起こる、3つのソンについて学ぶ。	・気持ちの「爆発」によって、①時間とエネルギーの無駄遣い、②人との関係が壊れる、③自分も傷つく、というソンをすることを説明する。
			・絵カードを用いて、3つの「ソン」に当てはまる状況を答えてもらう。
第7回	空気を読む	気持ちの「爆発」が怒らなくても「ソン」をすることについて学ぶ。	・気持ちの「爆発」が怒らなくても「ソン」をすることについて説明し、「ソン」しない為には、①相手の表情をよく見る、②相手の言っていることをよく聞く、③場面をよく見る、という3つのポイントに注目することを説明する。
		いいタイミングと悪いタイミングを見分ける。	・絵カードを用いて、3つのポイント使って、お願いするのに、いいタイミングか、悪いタイミングか、を判断してもらう。
第8回	言い方や行動を変えてみよう	自分の言い方や行動を変えることで、悪いタイミングの時にも上手に自分の気持ちを伝えることができることを学ぶ。	・絵カードを用いて、悪いタイミングだと判断された時でも、自分の言い方や行動を変えると上手に伝えられるということを絵カードを用いて見せる。
			・ある状況を提示し、自分の言い方や行動を変える方法を考え、ロールプレイを行ってもらう。

表6 SSTのテーマと内容

参加者の経過例

A：中学3年生 女児。

8回のプログラムのうち3回欠席(第1, 5, 8回)があった。自分の気持ちやその理由についての言語化が可能だった。衝動的な発言をしてしまう傾向があり、話題が広がりすぎると修正する必要があった。ルールや会話の基本を提示すると意識して話をする事ができ、他者の話を妨害することはなかった。共感ボールを積極的に転がし、他者の話に共感している様子だった。毎回のテーマについては概ね理解している様子であり、特に「ハイテンション」についての回では良く発言していた。宿題はやってこなかったが、毎回その場で考え、そつなく発表することができていた。風船バレーでは、「ごめんね。」や「(チームメイトが失敗したときに)大丈夫。」と声をかけるなど、他者を気遣っての発言が聞かれた。

B：中学2年生 女児

1回も休むことなく参加したが、8回のプログラムのうち5回は遅刻した(15分以内)。「(わかかの会を)楽しみにしてきた」との発言があったり、毎回宿題をやってくるなど、積極的に参加している面も見られた。確認が必要なこともあったが、自分の気持ちやその理由についての言語化は可能だった。会話のルールは守れているが、聞く態度として姿勢が悪く、個別の介入が必要だった。話の内容によっては他者へ共感ボールを転がすことができていた。毎回のテーマについては概ね理解している様子だったが、間隔があい

てしまうと、思い出すのにヒントが必要だった。風船バレーでは、当初は勝つことにこだわり、チームメイトにトスを上げることは少なかったが、徐々にトスを上げ、連携してプレイができるようになった。しかし、ネットの準備やサーブを打つ順番を決める際など、他者とのやり取りが必要な場面で意見を述べたりすることが難しく、自然な場面での交流には消極的だった。わかかの会の感想については、嫌だったことは一つもなく、ほとんどすべての内容について「勉強になった」「分かりやすかった」とのことだった。

C：小学6年生 男児

1回も休むことなく参加した。開始当初は緊張した様子で自分の気持ちを言語化することが難しかったが、「緊張」「疲れている」などを選べるようになり、理由も言語化できるようになっていった。周りの状況を見ながら共感ボールを転がすことも多かったようだが、時に「おれも…」と発言しながらボールを転がすことができていた。毎回のテーマの内容は理解できておらず、名札をいじったり、靴下をいじったり、共感ボールを関係ない場面で転がすなど集中力も続かないため、第5回目からは、一定時間ごとに①話をしている人の顔を見る、②手遊びをしない、という2点が守れていたらシールを貼る、という個別の新しいルールを導入した。また、注意引き行動には「無視」で対応し、グループの進行を妨げるような行動はなくなった。風船バレーは楽しみにしている様子で、準備から積極的

に参加していた。サーブを打つ順番を決めるときには、チームメイトに断りもなく自分がじゃんけんをしようとし、その場で「やってもいい？」と聞くことを練習するなどの介入が必要だった。

わっかの会の感想では、楽しかったこととして風船バレーを唯一選んだが、その他難しかったことや大変だったことなどは自発的に選ぶことができなかった。

・児童の生活、対人関係、社会性の問題については、支援が曖昧にならないよう日常生活の中で支援する
・訓練者は特定のスタッフが、定期的に行うのではなく、職員全員がトレーナーとしてSST的対応を行っていく
・職員間の支援に差が生じないよう、月に1回スーパーバイズを受け、内容の検討を行っていく
・入所時に主訴のふり返り(事実確認と入所目的の確認)を行い、退所のための目標設定を行う
・同時に、背景にある児童の生活、対人関係、社会性の問題を明らかにする(囑託医の診断面接を含む)
・対人関係上の課題や生活の取り組みについて、月間目標、週間目標を決め公開する
・特定の主訴に関わる課題については、生活場面とは異なる個別支援を行う(特に性加害)
・生活チェック表:改善する行動を5つに絞り、獲得ポイントでもらえるごほうび(例:週末のキャッチボール)を設定する
・1日の終わりの反省会で、目標の達成確認を『生活チェック表』の記入と話し合いで行う
・1週間のまとめを、面接の中で児童と職員と一緒に確認し、次の目標設定につなげていく
・日課の中でのトラブル発生時は複数の職員で事実確認とふり返りの面接を行う。トラブル内容によっては特別日課を組む

表7 児童自立支援施設で行ったSST的支援

V 自立支援施設でのCDへの支援

これまでの児童自立支援施設は、夫婦小舎制を基盤として「育て直し」を行う事を基板としていた。しかし、交代勤務制の導入や発達障害児の入所の増加によって、その構図が崩れ、問題点を指摘するだけの指導や具体性に欠ける概念レベルの助言に陥っていた。

このため、自己肯定感を獲得し、他者を尊重することと、社会的スキルを身につけ生活を営む力を身につける事を目標に、SST的支援として表7の内容を導入した。評価尺度等を用いた客観的な検討は行っていないが、職員からの聞き取りでは、日常生活の中で子どもに対して柔軟な対応ができるようになったとの声が多かった。また、月1回のスーパービジョンで主治医からアドバイスを貰えることが安心感につ

ながるとのことであった。

支援体制の変化や発達障害児の増加によって、従来の指導法が有効性を失い、対応に苦慮していた児童自立支援施設に、日常生活でのSST的指導法を導入した。

この際、病院のように定期的にセッションを設けて、テーマを決めてスキルを学ぶ、というやり方ではなく、日常生活の中にポイント表を含むSSTの概念を取り入れた。1日の終わり、1週間の終わり、あるいは問題が生じたときに随時子どもとの話し合いがもたれたことは職員にとっても子どもにとっても有用であった。また、こうした支援を行うためには月1回のスーパービジョンなど、職員に対する支援も不可欠であることが確認された。

VI. 入院治療

本章では家庭内暴力を例に、専門施設における入院治療について述べる。本章は、神奈川県立こども医療センターの新井卓先生によるエキスパートオピニオンに基づいている。

家庭内暴力は、ICD においては家庭内限局性素行障害として CD の一亜型と位置づけられている。その概念はどこからを障害と位置づけるのかという点において曖昧であり、治療法も確立されたものはない。基本的に理解や治療・支援法は ODD と同様に考えて良いが、本人が登場することは少ないため、より親や家族への支援に重点が置かれる。

1. 短期の入院治療

現実問題として、小学校高学年から中学生年齢の男児の暴力的問題を抱えた症例の入院治療への導入は慎重に行っている。また、昨今の医療経済的問題などから長期入院が困難な社会状況があるため、中学生年齢で他の精神障害（神経症性障害、精神病性障害など）を抱えておらず、自己愛や境界性の人格傾向あるいは高機能の広汎性発達障害など人格の性質に関わる問題のみの場合、長期の入院治療は計画しにくい。

家庭内暴力の場合、外来のみでは治療関係を構築することが難しいために、短期間の入院をレスパイト的に行うことがある。逆に行動化が容易に促進される可能性が高い症例の場合、外来治療である程度治療関係を作り、本人の治療動機を明確にして任意入院で入院

治療を行う場合もある。

自宅での暴力症状とは対照的に行為症状が入院後全くなくなる症例もあるが、中学生年齢の男児で特に衝動性が高く、暴力症状が入院後も継続する場合はスタッフの性質（女性中心の病棟）も勘案すると限界がある。このような症例の場合、成人の精神科病院（閉鎖病棟）への比較的短期間の入院治療依頼を行い、外来のみこちらが担当する方が良い。

2. 長期の入院治療

多くの家庭内限局行為障害児は広汎性発達障害の要素あるいは愛着形成上の問題（いわば個体の生得的問題と家族との相互悪循環的な関係の悪化）を複合して抱えていることが少なからず見られる。すべての子どもが入院初期から退院時まで対人機能あるいは人格的問題の状態像が変化しないわけではなく、健康的なスタッフとの関係（生活療法）の継続により、諸症状が緩和され、発達障害の症状（こだわり、対人相互性など）や対人関係上の問題が軽減することも見られる。治療継続が可能な場合、こうした諸症状の変化・改善の可能性を重視した治療をおこなう。しかしこうした長期入院の場合、地元への退院について地域支援協力が難しくなることがあるので、注意が必要である。

VII 統合的治療

さまざまな心理社会的治療を含む統合的治療としては Parent-child interaction therapy²⁰、Coping power program²¹、multisystemic therapy²² などがある。これらの治療法は相応の知識と訓練を要するが、それが担保されれば有効性が報告されている。ただし、そのために相応のコストがかかることが欠点でもある。

1. Parent-child interaction therapy²⁰

ペアレントトレーニングを、古典的な遊戯療法に統合した形で成立している。問題行動を呈する2歳から7歳程度の子どもと親のために開発された治療プログラム。親と子どもへの治療者からの介入手段として、実況指導という手法を取り入れ、プログラムは、前半に CDI (Child-Directed Interaction)、後半に PDI (Parent-Directed Interaction) という2部で構成される、約12回の構造化面接である。CDIは、子どもを中心にいき、親は、子どもの行動を修正し、親子関係を強化するために、これまでとは異なった強化手段を学ぶ。親は子どもの肯定的な行動に注目し、危険性が明白ではない限り、子どもに見られる否定的な行動の全てを無視することが義務付けられている。PDIは、子どもではなく親が主導で行われる。親は、CDIで学んだ手法を使用し子どもと遊びながら、効果的な指示の出し方や、特定の行動管理手法を学ぶ。子どもの行動修正に効果的であるタイムアウト

の手続きや、実生活上での子どもの行動を管理する手法を学ぶ。

CDI、PDI共に、親のためのティーチングセッションを行う。治療者は、教示した手法を親が十分に理解したことを確認し、その上でコーチングセッション（治療者、親、子ども）に進む。ティーチングセッションにおいて、治療者から親に教示された手法が、コーチングセッションでは親から子どもに対して使用される。治療者は、マジックミラー越しに、子どもと関わりを持つ親を援助する。

2. Coping power program²¹

親のセッションと子どものセッションをそれぞれ行う認知行動療法プログラムで、小学校高学年から中学校の前半にかけての子どもに行われる。もともとは学校で行われるために開発されたプログラムであるが、メンタルヘルス施設でも行われる。子どもの攻撃性は、その後の危険行動（たとえば物質依存など）につながるリスクであるということを前提としていて、このリスクを抑えるために、将来の危険行動と関連があるといわれる4つの領域に焦点をあてて行う。すなわち、技能を獲得するセッションを親と子どもで別々に行い、社会能力、自己コントロール、学校とのつながり、親のかかわりを促進させる。

Coping power programにより物質依存や非行は減り、子どもの社会能力や行動は改善することが示されている。

3. Multisystemic therapy (MST)²²

短期間で集中的に家庭で行う治療方

法。MST の治療チームは 24 時間対応で家族をサポートする。治療者は、家族の長所やサポート（たとえば親戚、近所、学校など）を特定し、それによって家族を強める。また、家族と一緒にあって障害となるもの（たとえば、強いストレス、両親の物質依存、不良な家族関係）を探し出す。行動療法、認知行動療法などのエビデンスに基づく治療法を用いる。家族が自ら治療ゴールを設定し、MST 治療者が目標を達成

できるように手助けする。

また、MST は以下の領域において家族と一緒に有効な戦略を考える

- ・ 門限や規則を設ける
- ・ 悪影響をもたらす友人らとのかかわりを減らす
- ・ 良好な友人関係を促す
- ・ 登校と学業を改善させる
- ・ 物質依存など、法的処置が必要な状態を減らす
- ・ 個々の家族に合わせた対策を考える

引用文献

1. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Aug;76(4):607-21.
2. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technol Assess*. 2005 Dec;9(50):iii, ix-x, 1-233.
3. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 May;36(4):567-89. Epub 2008 Jan 19.
4. Kazdin AE. Child parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behav Res Ther*. 1995 Mar;33(3):271-81.
5. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Oct;42(7):943-52.
6. Pappadopulos E, Woolston S, Chait A, Perkins M, Connor DF, Jensen PS. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Feb;15(1):27-39.
7. Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Cater J, Campbell M. A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jul;57(7):649-54.
8. Campbell M, Small AM, Green WH, Jennings SJ, Perry R, Bennett WG, Anderson L. Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate. A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Jul;41(7):650-6.
9. Findling RL. Atypical antipsychotic treatment of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 2008;69 Suppl 4:9-14.
10. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Dec;54(12):1073-80.
11. Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A; Risperidone Conduct Study Group. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Sep;41(9):1026-36.
12. Reyes M, Buitelaar J, Toren P, Augustyns I, Eerdeken M. A randomized, double-blind,

- placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry*. 2006 Mar;163(3):402-10.
13. Pandina GJ, Aman MG, Findling RL. Risperidone in the management of disruptive behavior disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Aug;16(4):379-92.
 14. Aman MG, Binder C, Turgay A. Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004 Summer;14(2):243-54.
 15. Handen BL, Hardan AY. Open-label, prospective trial of olanzapine in adolescents with subaverage intelligence and disruptive behavioral disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Aug;45(8):928-35.
 16. Masi G, Milone A, Canepa G, Millepiedi S, Mucci M, Muratori F. Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. *Eur Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):51-7.
 17. Findling RL, Reed MD, O'Riordan MA, Demeter CA, Stansbrey RJ, McNamara NK. Effectiveness, safety, and pharmacokinetics of quetiapine in aggressive children with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jul;45(7):792-800.
 18. Kronenberger WG, Giauque AL, Lafata DE, Bohnstedt BN, Maxey LE, Dunn DW. Quetiapine addition in methylphenidate treatment-resistant adolescents with comorbid ADHD, conduct/oppositional-defiant disorder, and aggression: a prospective, open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Jun;17(3):334-47.
 19. 福島佐千恵, 疋田祥子, 原田 謙, 小林正義 : 広汎性発達障害児に対するソーシャルスキルトレーニングプログラムの有効性の検討. *作業療法*, 29: 152-160, 2010.
 20. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *J Clin Child Psychol*. 1998 Mar;27(1):34-45.
 21. Lochman JE, Wells KC. The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Aug;72(4):571-8.
 22. Timmons-Mitchell J, Bender MB, Kishna MA, Mitchell CC. An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006 Jun;35(2):227-36.

おわりに

自分が反抗挑戦性障害や素行障害の臨床，研究に携わるようになってはや15年が経とうとしている。研修に行った国立精神神経センター国府台病院での厚生労働省の班研究に参加したことが始まりであった。大学病院での診療と，情緒障害児短期治療施設や自立支援施設での嘱託医をする中で出会った症例を診る中で積み上げた知識と経験の集大成がこのガイドラインである。

冒頭でも述べたように，矯正施設や司法領域の精神医学ではない一般臨床を診る中で，反社会的行動をとる子どもたちの理解と治療・支援に役立てていただければこれに勝る幸せはない。

最後に，こうした機会を与えてくださった奥山先生，これまで出会った子どもたちとその親御さん，今まで自分を支えてくれた皆さんと家族に感謝の意を表明したい。

分担研究者

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 准教授 原田 謙

研究協力者

信州大学医学部精神医学教室 今井淳子

信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 板橋真理子, 大西智美, 疋田祥子

信州大学保健学部作業療法学科 福島佐知恵

国立精神神経センター精神保健研究所 篠山大明

村井病院 益谷幸里

問い合わせ先

390-8621 長野県松本市旭 3-1-1

信州大学医学部附属病院 子どものこころ診療部

TEL/FAX : 0263-37-3390