

# 精神医学講義

## 児童思春期その1

Disruptive Behavior Disorders

福田西病院  
森 則夫

# Definition of Disruptive Behavior Disorders

## Disruptive behavior:

It means conduct that materially and substantially interferes with or obstructs the teaching or learning process in the context of a classroom or educational setting.

## Disruptive behavior disorders:

A group of mental disorders of children and adolescents consisting of behavior that violates social norms and is disruptive, often distressing others more than it does the person with the disorder. It includes conduct disorder and oppositional defiant disorder and is classified with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Disruptiveは英語圏の精神医学ではExternalizingと同義で、他者に向かう怒りや暴力をさしている。Disruptive Behavior Disordersは、DSM-III-Rでは「崩壊性行動障害」、DSM-IV-TRでは「破壊的行動障害」と訳されている。DSM-5ではDisruptive Behavior Disordersという用語は出てこないが、Disruptiveという単語は出てくる。「重篤」や「秩序破壊性」と訳されている。因みに、Disruptiveの対語はInternalizingで、抑うつ、不安などが相当する。これらから演繹されるように、Disruptive behavior disordersは周囲(家庭、学校、友人)への迷惑行為を主症状とする児童思春期の精神障害のことであり、「崩壊性」あるいは「破壊的」といった抽象的な意味の(学術)用語ではない。「外在化行動障害」とするのがよい。

# Disruptive behavior disorder (外在化行動障害)

## Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

- 2/3以上が他の精神障害と併存。
- 併存例は予後がよくない。

## Oppositional Defiant Disorder (ODD)

- 年齢による症状の違い。5歳未満では毎日、5歳以上なら週に1回。
- 重症度を症状発現の場所によって定義。
- DSM-5はDSM-IV-TRより明快。大きく2つのカテゴリーに分類。
- MDDと90%以上重複。
- ICD-11の定義はDSM-IV-TRに近く、したがって、DMDDを含まない。

## Conduct Disorder (CD)

- 発症年齢による病型分類。10歳未満の発症はODDから始まり、反社会性パーソナリティ障害へ。
- 重症度は症状の数。10歳未満の発症は重症。
- DSM-IV-TRと同じ定義。しかし、DSM-5では limited prosocial emotions を定義。

## ADHD研究の歴史：DSMまで

- 1798 Alexander Crichton  
今日のADHDの不注意タイプに似た症例を記述。
- 1902 Georg Frederic Still  
Moral (徳性、対語はMental) control を失った子供の症例を提示し、脳の生物学的変化の存在を想定した。
- 1917～1926  
嗜眠性脳炎後の行動異常の観察。脳障害による行動障害に示唆を与えた。
- 1932 Kramer & Pollnow  
“子どもの多動症” (Kramer-Pollnow syndrome)
- 1937 Chales Bradley  
中枢刺激剤(アンフェタミン)の臨床効果を発見。
- 1944 Leandro Panizzon  
リタリンを合成。
- 1950代後半  
“Minimal Brain Damage (MBD)”の提唱。
- 1963 Oxfordの研究者グループが“微細脳機能障害 Minimal Brain Dysfunction (MBD)”を提唱を提唱し、以後、広く用いられた。しかし、1970年代になると影を潜めた。以後、診断カテゴリー、診断基準の議論はDSMに移された。

# 1937年

## Charles Bradleyが治療法を発見

- 気脳写後の頭痛の治療法の開発を行っているとき、ベンゼドリンを試用。頭痛には効果がなかったが、子どもの行動障害を著明に改善した。
- ベンゼドリンはアンフェタミン。気脳写後の頭痛は脈絡叢を刺激して髄液の産生を上げれば治ると考えられていた。ベンゼドリンにはそのような作用があると考えられていた。
- 彼の大叔父(George Bradley)はベルが発明した電話機の営業を担当していたが、一人娘が脳炎になり、その治療とケアのため全米初の小児神経病院を設立。



Charles Bradley (1902–1979)

## George Bradley (1883 — 1906)



George Bradley



Emma Bradley

9歳の時に脳炎に罹患し、  
後遺症として、てんかん、  
知的障害、麻痺を残す。  
21世紀になって新たに発  
見されたNMDA抗体脳炎と  
思われる。



1930年代のBradley Home

1944年

Leandro Panizzonがmethylphenidate (リタリン)を合成



1937年のLeandro Panizzon

- 1994年にLeandro Panizzonが合成し、1954年に中枢刺激作用が確認された。リタリンは妻(Marguerite)のニックネーム(Rita)に由来。
- 1961年、FDAが多動への使用を認可。DSM-IIで多動性反応という病名が収載されると(1968)、処方件数が増えた。

## ADHD研究の歴史 : DSM-II 以降

- |      |           |                                                                                                                                                                                    |
|------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1968 | DSM-II    | 子どもの多動反応(Hyperkinetic Reaction of Childhood)を採用。Kramer & Pollnow (1932)の子どもの多動症(Hyperkinetic Disorder in Childhood (Kramer-Pollnow syndrome)、Bradley Homeの研究者、カナー(自閉症の発見者)の影響を受けた。 |
| 1980 | DSM-III   | ADD (Attention-Deficit Disorder) with or without hyperactivity (注意欠損障害 : 多動を伴う、あるいは、伴わない)。                                                                                         |
| 1987 | DSM-III-R | ADHDを採用。サブタイプなし。                                                                                                                                                                   |
| 1994 | DSM-IV    | ADHDを採用。3つのサブタイプを設定(inattention 不注意、hyperactivity 多動性、impulsivity 衝動性)。                                                                                                            |
| 2013 | DSM-5     | ADHDを採用。2つのサブタイプに分類(inattention 不注意、hyperactivity & impulsivity 多動性及び衝動性)。成人( <u>17歳以上</u> )の診断基準が設定(診断項目が少ない)。                                                                    |



# ADHDの診断基準: DSM-5

子ども 6項目、大人5項目

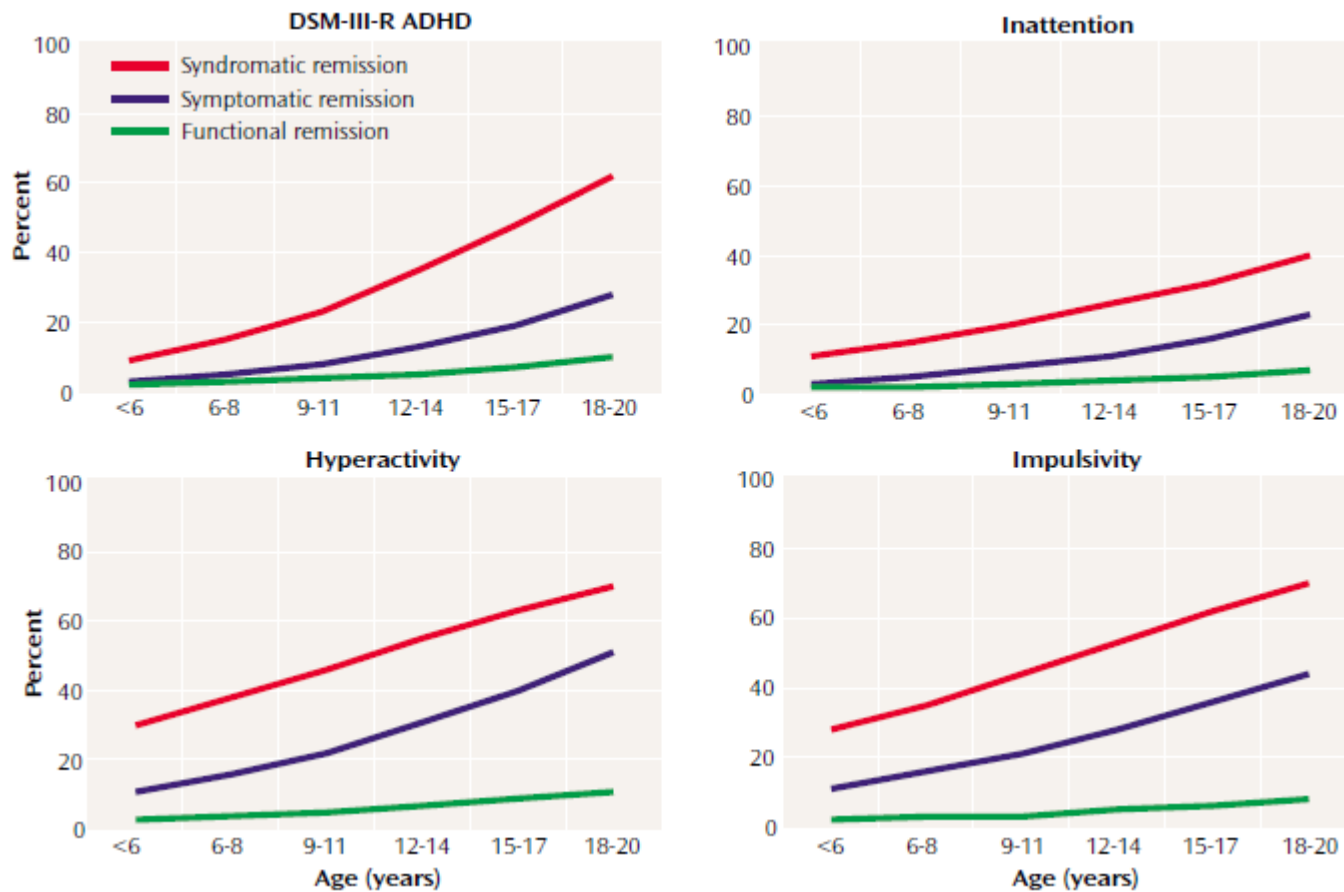
## 不注意

- (a) ケアレスミスが多い
- (b) 集中できない
- (c) 話を聞いてない
- (d) 指示通りにできない
- (e) 段取りが悪い
- (f) やるべきことをやらない
- (g) 物をなくす
- (h) すぐ気が散る
- (i) 用事や約束を忘れる

## 多動性・衝動性

- (a) 手足や体を動かす
- (b) じっと座ってられない
- (c) 走り回る
- (d) 静かにできない
- (e) じっとしていない、すぐ行動する
- (f) 喋りすぎ
- (g) 相手の話が終わらないうちに応える
- (h) 順番を待てない
- (i) 他人の邪魔をする

# 成長に伴い、多動・衝動は軽減する しかし、不注意は軽減しない



# 子どもと成人のADHD

## □ 子どものADHDのサブタイプ

- 混合型 50～75%
- 不注意優勢型 20～30%
- 多動・衝動優勢型 15%以下

## □ 成人期の症状の特徴

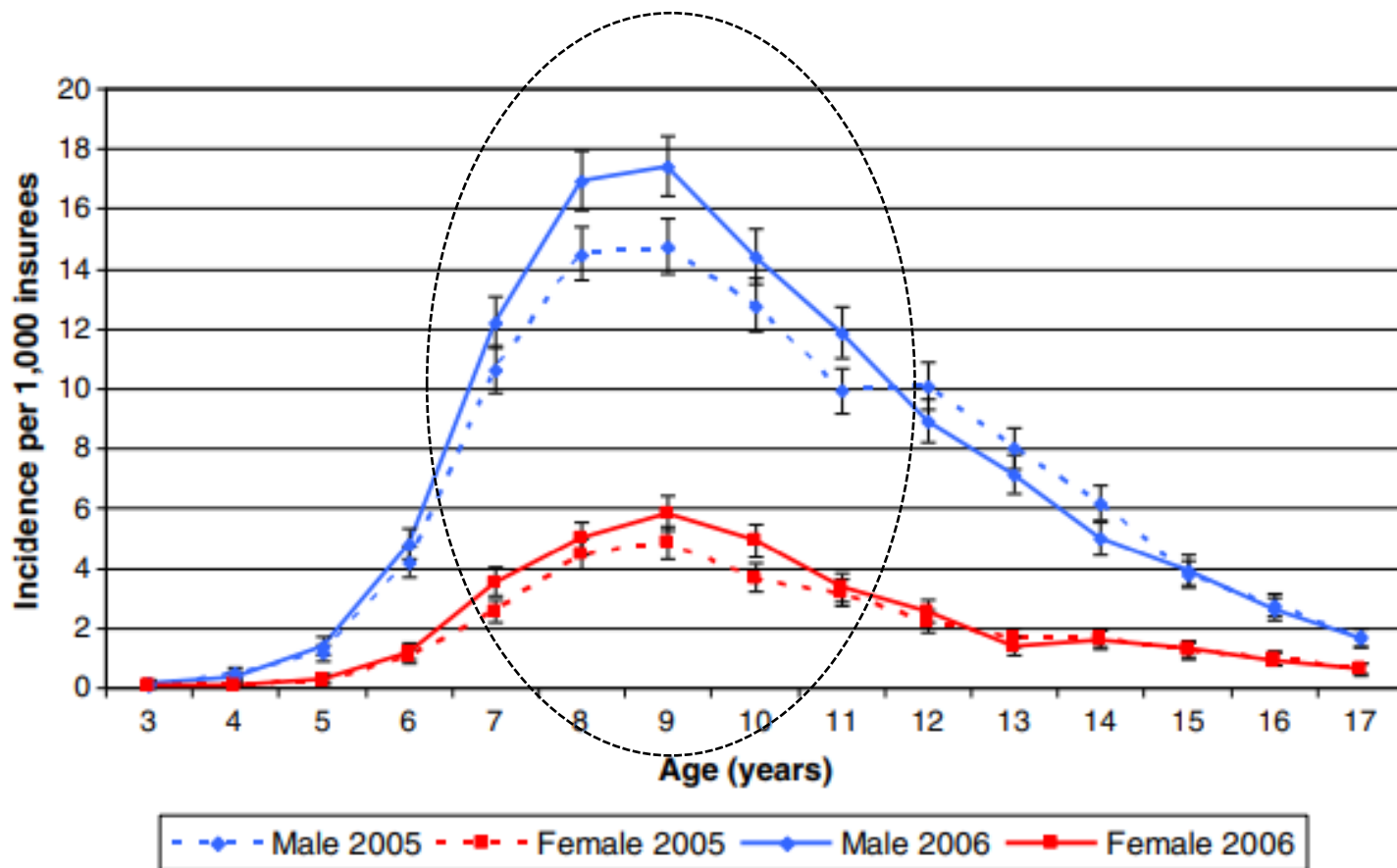
- 不注意優勢型が圧倒的に多い。ケアレスミス、気が散る、まとめられないなど。
- 学業不良や仕事上のミスが多い、という特徴が目立つ。

ADHDの病態生理に関する研究は、ADHDは脳の障害によるものであることを示唆している。換言すれば、ADHDの脳の機能障害は出生時にすでに存在していることを物語っている。しかし、ADHDの症状が明らかになるのは、通常、学齢期(6歳)になってからである。学齢期の前の幼児は非常にエネルギッシュで、気が散りやすく、衝動的であり、この時期に明確な診断をするのは難しい。

医療機関を訪れるきっかけは多動性の症状が目立つかどうか、また、不注意や集中力低下が目立つかどうかである。前者は小学生になる前に周囲が気づくが、後者は小学生にならないと周囲がはっきりとは気づきにくい。このようなことから、ADHDの診断の平均年齢が7歳(6～8歳)になる。

多くの場合、子どもたちが成長するにつれて、ADHDの症状の重症度は低下する。しかし、ADHDの子どもたちの30%から70%は成年以降も症状が持ち越される。

# Incidence of methylphenidate prescriptions per 1,000 children and adolescents by age and sex in 2005 and 2006



図の年齢から2歳を引いたものがADHDのおおよそのOn-set age

# ADHDの有病率

子ども(明確な定義はない。一般的には17歳あるいは18歳未満まで)

- ❑ DSM-5では子どもの約5%。
- ❑ National Survey of Children's Health (USA 2003~2011)  
子どもの有病率 (男児が女児の約2倍、8年間で5%増加)

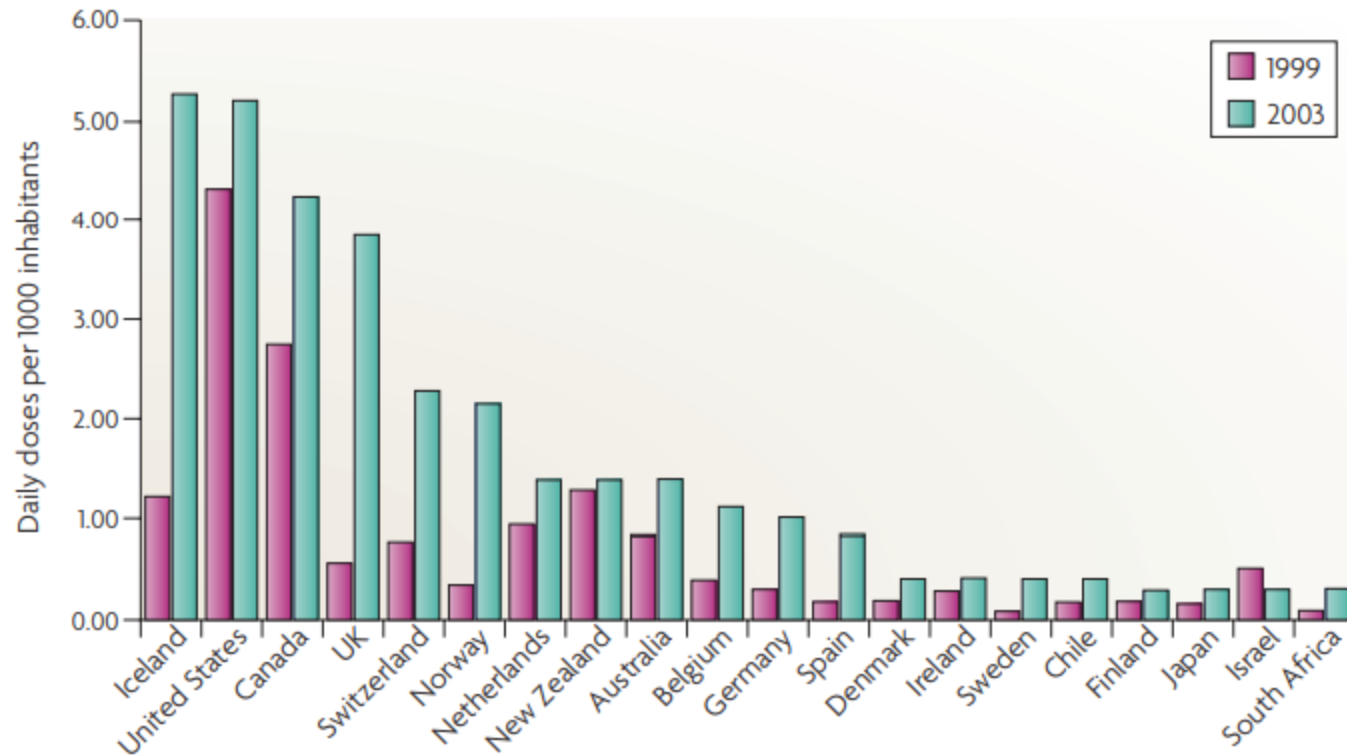
4~17歳	8.8%	およそ11人にひとり
4~10歳	6.8%	1/15人
11~14歳	11.4%	1/9人
15~17歳	10.2%	1/10人
- ❑ 世界中のデータのメタ解析では5.29% (Polanczyk et al, 2007)。
- ❑ 総合的にみて、子どもの5~8% (Gnanabel et al, 2019)。地域差が大きい。男子は女子の5倍。発症年齢の平均は7歳。

## 成人

- ❑ DSM-5では成人の約2.5%。
- ❑ National Survey of Children's Health (USA 2003~2011)  
18~44歳の成人を対象 (N=3,199)  
4.4% 年代別の有病率は不明

# Worldwide consumption of methylphenidate

国、地域による差が大きい



## ADHDは他の精神障害を併存する

- ADHDの症状は個人差が大きい(extremely clinically heterogenous)。
- 子どものADHDの60～90%他の精神障害を併存し、それを成年後に持ち越す(Review by Gnanavel et al、2019)。
  - ASD:DSM-IV(-TR)では、ADHDはASDの一部とされ、同時診断は不可とされたが、SSM-5では可。ADHDの20～50%がASDの診断を満たし、ASDの30～80%がADHDの診断を満たす (Rommelse et al、2010; Stevens et al、2016)。臨床上の印象では、(PARSとConnersで)ADHDとASDの同時診断が適用される子どもは90%以上。ASDのみであれば一般に軽症、しかし、併存例は重度の傾向にある(Mansour et al、2017)。
  - LD:約1/2にLDがある。性差はなく、書字表出の障害が多い(Mayes et al、2000)。
  - ODD、CD:30～50%がODDまたはCDを併存する。
  - Anxiety Disorder:15～30%が不安障害を併存する(Arnold et al、2011)。
  - Depression:15%にうつ病。ADHDがないと、1%。ADHDの発症から数年後に発症する例が多く、ADHDによる不適應のため二次的に発症するケースが多い(Daviss & Bond、2016)。その10%以上はBipolar Disorderへと移行する。
  - Bipolar Disorder:研究によりバラツキが著しい(0.5～30%)。しかし、子どものBipolar Disorder の18.6～40%がADHD(Pataki & Carlson、2013)。
  - IED:大人のADHDの20%がIED。IEDはODDやCDと併存する (Gelegen & Tamam、2018)。
  - Tic:ADHDの子どもがTic様の運動を示すことは少なくない(調べた範囲では頻度不明)。Ticはコンサータで誘発、強化されることがある。Tourette's Syndrome の55%がADHDを持つ。

# Disruptive behavior disorder (外在化行動障害)

## Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

- 2/3以上が他の精神障害と併存。
- 併存例は予後がよくない。

## Oppositional Defiant Disorder (ODD)

- 年齢による症状の違い。5歳未満では毎日、5歳以上なら週に1回。
- 重症度を症状発現の場所によって定義。
- DSM-5はDSM-IV-TRより明快。3つのカテゴリーに分類。
- 3つのカテゴリーのうち、Angry/Irritable MoodはDMDDと重複する。
- ICD-11の定義はDSM-IV-TRに近く、したがって、DMDDを含まない。

## Conduct Disorder (CD)

- 発症年齢による病型分類。10歳未満の発症はODDから始まり、反社会性パーソナリティ障害へ。
- 重症度は症状の数。10歳未満の発症は重症。
- DSM-IV-TRと同じ定義。しかし、DSM-5では limited prosocial emotions を定義。



# ODDの診断基準の変遷

- 1968 DSM-II 社会学的研究成果に基づいて非行少年を3つに類型化。
- Runaway reaction subtype (家出、夜遊び、家から金品を持ち出す)
  - Unsocialized aggressive subtype (個人的特徴として、敵愾心、怒り、窃盗、虚言。不安定な家庭にみられる)
  - Group delinquent reaction subtype (非行グループの仲間に入り、強盗などの犯罪を行う。このタイプは貧困化するのが問題)。
- 1980 DSM-III ODD(DSM-IIIではOppositional Disorder)を独立した疾患として収載。
- 診断基準: **5項目**(規則違反、かんしゃく、理屈っぽい、突っかかる、強情)のうち2つ以上を満たす。ODDとCDは同時には診断できない。
  - 問題提起(1): ODDはCDよりも症状が少ない(軽症)だけなので、ODDはCDと区別できない。この診断基準は、正常の発達段階にある子どもと区別できない。
- 1987 DSM-III-R 新しい診断項目(怒り、執拗、意地悪など)を加え9項目の症状を設定。
- 診断基準: **9項目**のうち5つ。各項目(症状)は普通の子どもよりかなり頻繁におこること。→診断は医師の裁量にゆだねられた。
  - 問題提起(1): 別途設定された診断基準を満たすCDのうち、ODDの診断を満たさないのは16%に過ぎなかった。すなわち、ODDとCDは発達段階上に起こる、同じ疾患の異なる病像にすぎない。ODDはCDのprecursorとされた。
  - 問題提起(2): 9項目から9番目の症状(一番頻度の少ない症状)であるswearing(あくたれ、ためぐち)を除外すると、診断精度と特異性があがった。CDとODDの診断が該当する例が1/2になった。
  - 問題提起(3): 社会機能の障害と重症度は相関する。→重症度が重要。

# DSM-III-R ODD

- A. 以下の行動のうち、少なくとも5項目が存在する期間が少なくとも6か月持続する障害。
- 1 しばしばかんしゃくを起こす。
  - 2 しばしば大人と口論する。
  - 3 しばしば大人の要求、または規則に積極的に反抗または拒否する。例、家の用事をするのを拒否する。
  - 4 しばしば故意に他の人をいらだたせることをする。例、他の子供の帽子をつかむ。
  - 5 しばしば自分の失敗を他人のせいにする。
  - 6 しばしば神経過敏で他の人からいらいらさせられやすい。
  - 7 しばしば腹をたてたり怒る。
  - 8 しばしば意地悪で執念深い。
  - 9 しばしば悪態をつき、ひわいな言葉を使う。⇒DSM-IVでは削除

注:上の項目は崩壊性行動障害(disruptive behavior disorder)のDSM-III-R 基準の全国臨床思考によるデータに基づいて、識別力の大きいものから順にならべられている。

注:その行動が、同じ精神年齢にある大多数の者より、かなり頻繁にある場合にのみ、基準を満たすものとする。(すなわち、診断は医師の裁量に任せられていた)

- B. 行為障害の基準を満たさず(すなわち、CDの診断を優先する)、精神病性障害、気分変調症、または大うつ病、軽躁病または躁病エピソードの経過中にのみ起こるものではない。

重症度の基準:

軽症:症状が必要項目数を少し上回るだけで、学校や社会機能における障害がないか、極めて少ない。

中等症:軽症と重症の間。

重症:症状が必要項目数を大幅に上回り、しかも、家庭、学校、仲間での機能に著明で一般的な障害がある。

## DSM-IV(-TR) ODD

A. 少なくとも6か月持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、以下のうち(8項目)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、不作法を他人のせいにする。
- 6 しばしば神経過敏または他人によって容易にいらだつ。
- 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、その対象年齢および発達水準の人に普通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. その行動上の障害は、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。
- C. その行動上の障害は、精神病性障害または気分障害の経過中にのみ起こるものではない。
- D. 行為障害の基準を満たさず、またその者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準は満たさない。

重症度の定義と記述がないことに注意！

# DSM-5を構築する前のODDとCDをめぐる議論

- 2007年に「DSM-5 ADH & Disruptive Behavior Disorders Work Group」が招集された。Work Group は関連論文のレビューを行い、次の問題点を浮き彫りにした。
  - 女兒におけるODD/CDのデータ不足。性差の有無が不明。⇒女子が青年期にCDを発症するのは稀で、半数はどの時期であってもODDの診断基準を満たす。
  - ODDとCDの両方の診断がついた際にはCDを優先してよいのか。すなわち、「ODD→CD」は正しいのか。⇒「ODD→CD」はそれほど多くないので、同時診断を可能とした。
  - Stringaris & Goodman (2009)によれば、ODDは3つのクラスター(angry/irritable mood、defiant/headstrong behavior、vindictiveness)に分類でき、defiant/headstrong behaviorがCDと関連性がある。また、angry/irritable mood は内在化症状に関係する。⇒3つのクラスターに分類し、DMDDとの重複を避けるようにした。
  - 非情で冷淡な特性(Callous-unemotional (CU) traits) (良心の呵責を感じない、共感性の欠如、他人に冷酷)は子どもから青年期を通して安定しており、重度の易怒性や反社会的行動と関係している、という精神病理学所見が得られた(Frick & White、2008)。⇒この観点がCDの「該当すれば特定せよ」として組み込まれた。この観点からの生物学的研究の進展を望む目的がある。
  - 症状をディメンションでとらえるか、それとも、カテゴリーでとらえるかは重要な課題。ODDとCDについてはディメンションからの研究が多い。しかし、診断分類はカテゴリーで概念化しなければならない。⇒カテゴリー分類を採用した。
  - DSM-IIIからDSM-IVに移る際にODDの重症度が削除された。⇒再び採用した。

## DSM-5 ODD (1)

A. 同胞以外の少なくとも1人以上にたいして4つ以上。

怒りっぽく/易怒的な気分(Angry/Irritable Mood)

1 しばしばかんしゃくを起こす。

2 しばしば神経過敏または他人によって容易にいらだつ。

3 しばしば怒り、腹を立てる

口論好き/挑発的行動(Augmentative/Defiant Behavior)

4 しばしば大人と口論をする。

5 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。

6 しばしば故意に他人をいらだたせる。

7 しばしば自分の失敗、不作法を他人のせいにする。

執念深さ(Vindictiveness)

8 しばしば意地悪で執念深い。

注: 正常範囲の行動を症状とみなされる行動と区別するためには、これらの行動の持続性と頻度が用いられるべきである。5歳未満の子どもでは、ほかに特に記載がない場合、その行動は1週間に1回、少なくとも6ヶ月間にわたって起こっていなければならない。このような頻度の基準は、症状を定義する最小限の頻度を示す指針となるが、一方、その他の要因、たとえばその人の発達水準、性別、文化の基準に照らして、行動が、その頻度と強度で範囲を超えているかどうかについても考慮すべきである。

## DSM-5 ODD (2)

- B. その行動上の障害は、その人の身近な環境(例:家族、同世代集団、仕事仲間)で本人や他者の苦痛と関連しているか、又は社会的、学業的、職業的、または他の重要な領域における機能に否定的な影響を与えている。
- C. その行動上の障害は、精神病性障害、物質使用障害、抑うつ障害、または双極性障害の経過中にのみ起こるものではない。同様に、重篤気分調節性障害(DMDD)の基準は満たさない。

現在の重症度を特定せよ

軽度:症状は1つの状況に限定(例:家庭、学校、仕事、友人関係)

中等度:少なくとも2つの状況

重度:3つ以上の状況

# Disruptive behavior disorder (外在化行動障害)

## Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

- 2/3以上が他の精神障害と併存。
- 併存例は予後がよくない。

## Oppositional Defiant Disorder (ODD)

- 年齢による症状の違い。5歳未満では毎日、5歳以上なら週に1回。
- 重症度を症状発現の場所によって定義。
- DSM-5はDSM-IV-TRより明快。大きく2つのカテゴリーに分類。
- MDDと90%以上重複。
- ICD-11の定義はDSM-IV-TRに近く、したがって、DMDDを含まない。

## Conduct Disorder (CD)

- 発症年齢による病型分類。10歳未満の発症はODDから始まり、反社会性パーソナリティ障害へ。
- 重症度は症状の数。10歳未満の発症は重症。
- DSM-IV-TRと同じ定義。しかし、DSM-5では limited prosocial emotions を定義。

# CDの診断基準の変遷

- 1968 DSM-II 社会学的研究成果に基づいて非行少年を3つに類型化。
- Runaway reaction subtype (家出、夜遊び、家から金品を持ち出す)
  - Unsocialized aggressive subtype (個人としての敵愾心、怒り、窃盗、虚言)。
  - Group delinquent reaction subtype (非行グループとして犯罪を行う)。
- 1980 DSM-III CDとODD(DSM-IIIではOppositional Disorder)を独立した疾患として収載。
- CDはODDの重症型と考えられていた。したがって、CDはODDを包含するので、CDとODDの同時診断はできない。
  - 病型として、集団型(Group type)と単独攻撃型(Solitary aggressive type)。後者は犯罪を犯して収監される可能性が高い。DSM-II を念頭に置いたと病型と思われる。
  - DSM-IIIのCDとODに関する診断や病型については現実的でないとして評判が悪かった。
- 1987 DSM-III-R 診断項目に次の変更を加えた。
- 「怒り」、「執拗」、「意地悪」などを加え9項目とした。
  - DSM-III-R field trial の結果、CDとODDの区別はなお困難とされた。
- 1994 DSM-IV CDとODDに変更を加えた。
- ODDの診断項目から、swearing(あくたれ、ためぐち)を除外して8項目とした。
  - CDの症状に、「いじめ・脅迫・威嚇」、「13歳以前に始まる夜間外出」を追加し、13項目を15項目とした。5つのクラスターに分類。
  - ODDとCDの診断精度と特異性が向上した。
  - DSM-IIIの病型を削除し、発症年齢による病型を採用。
- 2013 DSM-5 非情で冷淡な特性(Callous-unemotional (CU) traits)を収載。



# DSM-IV(-TR) CD (1)

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または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の15の基準のうち、どの基準群からでも少なくとも3つが過去12カ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6カ月の間に在したことによって明らかになる。

## 人および動物に対する攻撃性 Aggression to People and Animals

(1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、または威嚇する。← 追加された項目

(2) しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。

(3) 他人に重大な身体的危害を与えるような凶器を使用したことがある(例: バット、煉瓦、割れた瓶、ナイフ、銃)。

(4) 人に対して身体的に残酷であった。

(5) 動物に対して身体的に残酷であった。

(6) 被害者の前で盗みをしたことがある(例: 人に襲いかかる強盗、ひったくり、強奪、凶器を使っでの強盗)。

(7) 性行為を強いたことがある。

## 所有物の破壊 Destruction of Property

(8) 重大な損害を与えるために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(放火以外で)。

## 虚偽性や窃盗 Deceitfulness or Theft

(10) 他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。

(11) 物または好意を得たり、義務を免れるためしばしば嘘をつく(例: 他人をだます)。

(12) 被害者の面前ではなく、多少価値のある物品を盗んだことがある(例: 万引き、ただし破壊や侵入のないもの、文書偽造)。

## DSM-IV(-TR) CD (2)

### 重大な規則違反 Serious Violations of Rules

(13)親の禁止にもかかわらず、夜間に外出する行為が13歳未満から始まる。← 追加された項目

(14)親または親代わりの家に住んでいる間に、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回、または長期にわたって家に帰らないことが1回あった。

(15)学校を怠ける行為が13歳未満から始まる。

B その行動の障害は、臨床的に意味のある社会的、学業的、職業的機能の障害を引き起こしている。

C その人が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準を満たさない。

### ▶いずれかを特定せよ ← 追加された病型

小児期発症型 Childhood-onset type: 10歳になるまで素行症に特徴的な基準の少なくともひとつの症状が発症。

青年期発症型 Adolescent-onset type: 10歳になるまで素行障害に特徴的な症状はまったく認められない。

特定不能の発症年齢 Unspecified onset: 素行症の基準は満たしているが、最初の症状の出現時期が10歳より前か後か判断するのに十分な情報がない。

### ▶現在の重症度を特定せよ

軽度、中等度、重度

軽度は診断基準が3つと少々。重度は多数。中等度はその間。

# Childhood-onset vs Adolescent-onset

- DSM-IVからCDは2つの病型に分類された。おおよそ10歳を境に、それ以前の発症とそれ以降の発症では、臨床像が大きく異なることが複数の研究で明らかにされた。
  - 小児期発症型は小学入学前から小学低学年にかけて、カンシャク発作を起こすようになり、それが重症化していく。青年期発症型は最初から(発症時点で)反社会的行為や非行を示す(Review by Frick、2016)。
- 要約は下記の通り(Barry et al、2012)

	小児期発症型	青年期発症型
認知機能	実行機能の低下、低IQ	異常なし
気質/パーソナリティ	CU特性、衝動的、むこうみず(恐怖心がない)、とても感情的	反抗的で権威や序列を拒否する
環境	家族間の機能が破綻、貧困/低い経済的な社会的立場	非行仲間との付き合い
経過/予後	攻撃的かつ重度の素行上の問題が持続、反社会的行動は成年後も維持されやすい  気質の問題や機能不全に陥った養育環境により、衝動コントロールや実行機能が障害され、善悪の判断ができなくなる	反社会的行動は成年後は消失しやすい  青年期のアイデンティティ形成の過程が混乱する
性差	男:女=10:1	男:女=1.5:1

# DSM-5 CD

## □ DSM-IV(-TR)に以下の病型が追加された

- ▶ 向社会的な情動が限られている With limited prosocial emotions: 過去12カ月以上にわたって持続的に以下の2つ以上をさまざまな対人関係や状況で示したことがなければならない。
  - 後悔または罪責感の欠如 Lack of remorse or guilt
  - 冷淡-共感の欠如 Callous-lack of empathy
  - 自分の振る舞いを気にしない Unconcerned about performance
  - 感情の浅薄または欠如 Shallow or deficient affect

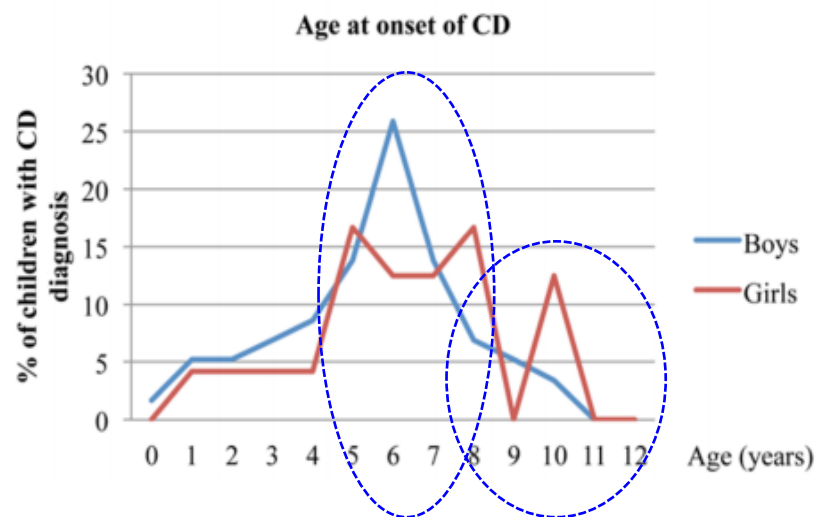
} Callous-Unemotional (CU) Traits

## With limited prosocial emotions (CU-traits)

- 次の4項目のうち2つがあると、CU-traitsがある、または、limited prosocial emotions(向社会的情動が不足している)と特定する。
  - 後悔または罪責感の欠如 Lack of remorse or guilt
  - 冷淡-共感の欠如 Callous-lack of empath
    - 自分の行為で他者が害を被っても相手の感情に配慮しない。自分を心配する。
  - 自分の振る舞いを気にしない Unconcerned about performance
    - 自分の悪いふるまいを直そうとせず、自分でやったことを他人のせいにする。
  - 表層的あるいは感情の欠如 Shallow or deficient affect
    - 浅薄で不誠実で表面的な方法以外では他者に気持ちを表現したり感情を示さないか(例: 本当の気持ちとは裏腹に感情を入れたり切ったりできる)、感情や行動は自己利益のために使う。
- CDをもつ子どもの25～30%がCU-traitsをもつ。
- CU-traitsがあると反社会的行動や攻撃性が強い(重症)。計画的な攻撃や武器を使用する。
- CU-traitsがあると治療成績が悪い。
- CU-traitsには遺伝要因が関与している可能性が高い。また、親の養育態度も関係しているようだ。
- CU-traitsのあるものは罰を受けても何も感じないし、自分の行動が罰を受けるだろうと思っても、それを重要なこととは考えない。

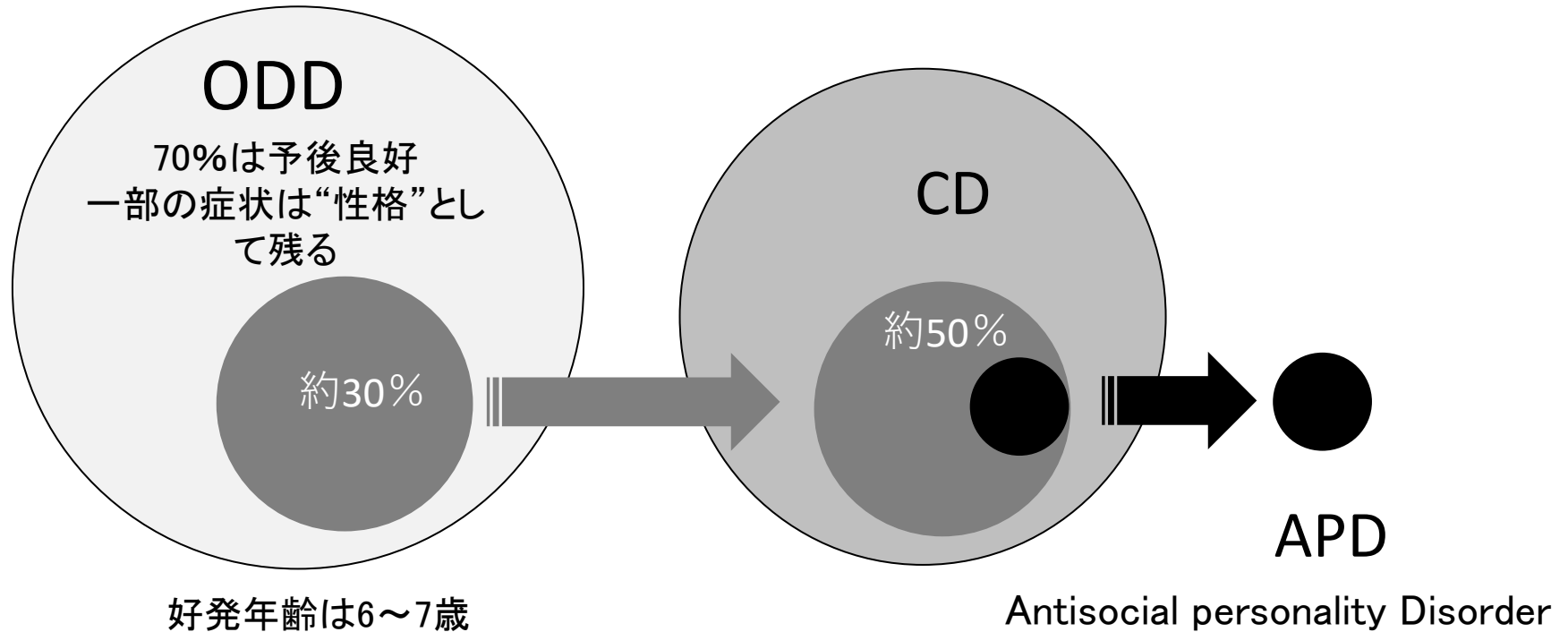
## Age at onset of ODD- and CD-like problems in the Twin Study in Sweden

- ODDは一般に、8歳までに発症する(Swedenの研究ではピークは6~7歳。12歳以降の発症はまれ。
- ODDの70%弱で症状は次第に軽減し、30%強がCDに発展する。
- CDでも類似の傾向。しかし、一般に、ODDはCDに先んじて発症する。



# ODD、CD、ASPの関係

- ODDからCDへの移行は少ない。CDの少なくとも1/2はODDの既往がない。しかし、ODDがCDの危険因子であることにはかわりはない。
- ODD⇒CD⇒APDと発展するのは学齢期に達する前に発症したODDの一部



# Antisocial Personality Disorder (APD)

- A. 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で、15歳以降起こっており、以下のうち3つ(またはそれ以上)によって示される。
- (1) 法にかなった行動という点で社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返し行うことで示される。
  - (2) 虚偽性。これは繰り返し嘘をつくこと、偽名を使うこと、または自分の利益や快樂のために人をだますことによって示される。
  - (3) 衝動性、または将来の計画を立てられないこと。
  - (4) いらだたしさおよび攻撃性。これは身体的な喧嘩または暴力を繰り返すことによって示される。
  - (5) 自分または他人の安全を考えない無謀さ。
  - (6) 一貫して無責任であること。これは仕事を安定して続けられない、または経済的な義務を果たさない、ということを示される。
  - (7) 良心の呵責の欠如。これは他人を傷つけたり、いじめたり、または他人のものを盗んだりしたことによって示される。
- B. その人は少なくとも18歳以上である。
- C. 15歳以前に発症した素行症に証拠がある。
- D. 反社会的な行為が起こるのは、統合失調症や双極性障害の経過中のみではない。



# ODD/CD: DSM-5の診断基準の構築まで

- DSM-III-R field trial の成果に基づき ODDとCDの診断項目を変更した  
⇒ODDとCDの診断精度と特異性が向上
- 2つの病型を設定
  - 小児期発症型
  - 青年期発症型

1994 DSM-IV  
2000 DSM-IV-TR

2013 DSM-5

- C-U traitsを追加

1980 DSM-III  
1987 DSM-III-R

- ODDとCDを独立した疾患として収載  
実際には区別できなかった
- 2つの病型を設定
  - 集団型(Group type)
  - 単独攻撃型(Solitary aggressive type)

1968 DSM-II

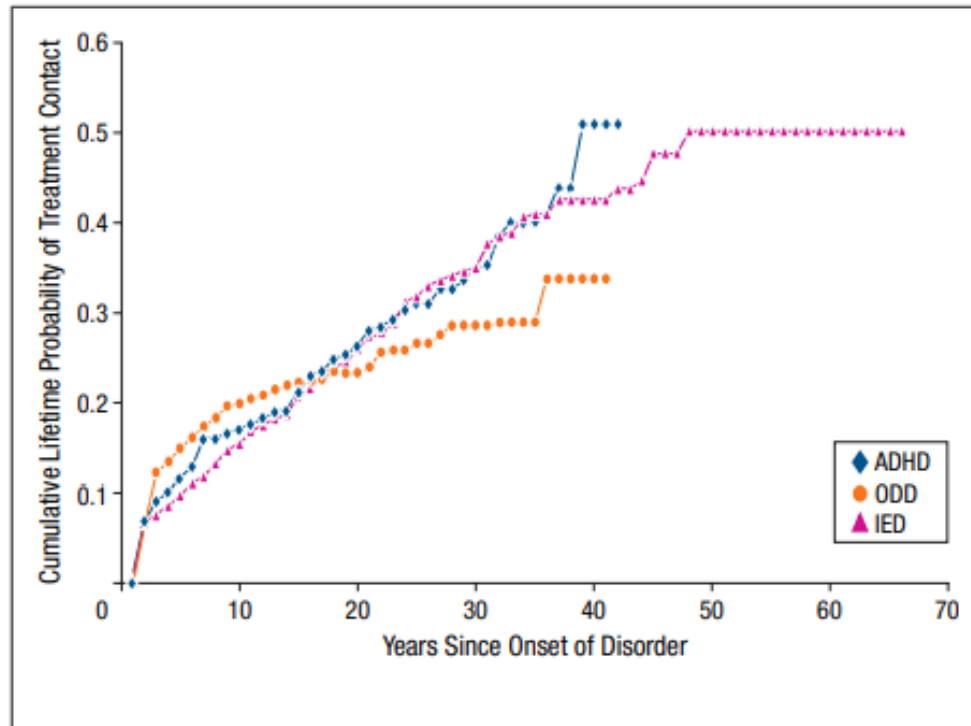
- 3つのsubtypeを収載
  - Runaway Reaction
  - Unsocialized aggressive
  - Group reaction

## Prevalence, Comorbidity, & Treatment of ADHD/ODD/CD

- 生涯有病率は、ODD 12.6% > ADHD 8.1% > IED 7.8% > CD 6.8% (Review by Radwan & Coccaro in *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2020))
- ODD/CD/ADHDは併存率が高い。ADHDの50%がODDを、40%がCDを、30%が不安・抑うつを併存。ODDは25~75%が、CDは1/3がADHDを併存 (Review by Singh in *Nature Reviews Neuroscience* (2008); Canino et al in *ISoc Psychiat Epidemiol* (2010); *Clinical Psychiatry* (2015))。
- ODDは一般に8歳までに発症する。12歳以降の発症はまれ。70%弱で症状は次第に軽減し、30%強がCDに発展する。
- ODD/CDの治療は同じ。ADHDの治療薬(コンサータ>アトモキチン>インチュニブ)を用いる。USAではクロニジン(カタプレス)を付加。aggressionやirritabilityに抗精神病薬(リスペリドン>アリピプラゾール)やSSRI(経験的には、パロキセチン>レクサプロ≒セルトラリン)を投与する。効果不十分なら、感情調整剤(LiCO<sub>3</sub>、CBZ、VPA)を追加。  
これらの効果は(コンサータを含め)ADHDが併存するか、ADHDは軽症か重症か、には関係しない。
- 家族個人心理療法(CBT)、家族療法(ペアレントトレーニング)を併せて行う。
- 12歳前(小学生のうち)に治療を始めるのがよい。予後が違うようだ。

# Cumulative lifetime probability of treatment contact for impulse control disorders from year of onset

- Disruptive behavior disorderの発症累積数は重複する。  
⇒ Comorbidityが高い。
- カテゴリーからの理解とディメンションからの理解が重要。  
⇒ 今後の課題。



Thank You