



北海道大学病院
HOKKAIDO UNIVERSITY HOSPITAL



子どもの不安について

齊藤卓弥
北海道病院
子どものこころと発達センター

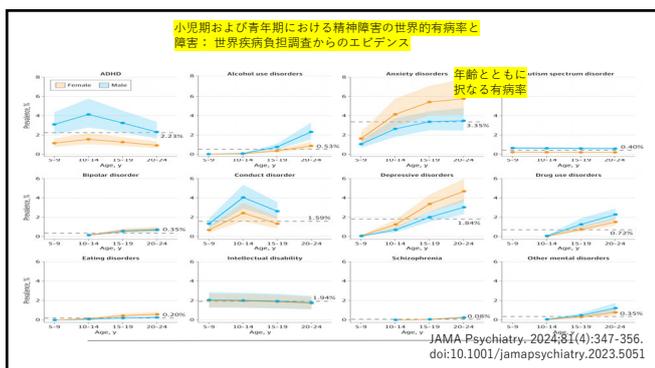


1

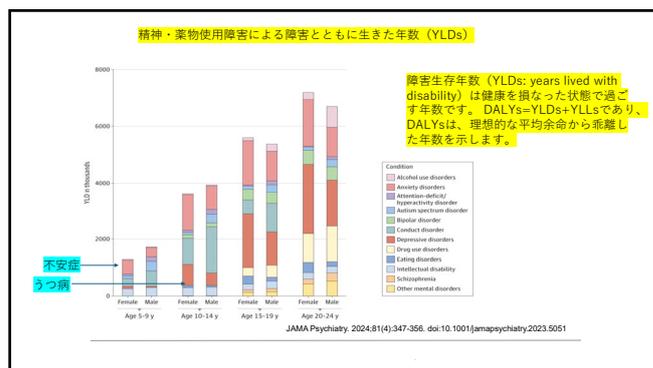
なぜ不安？



2



3



4

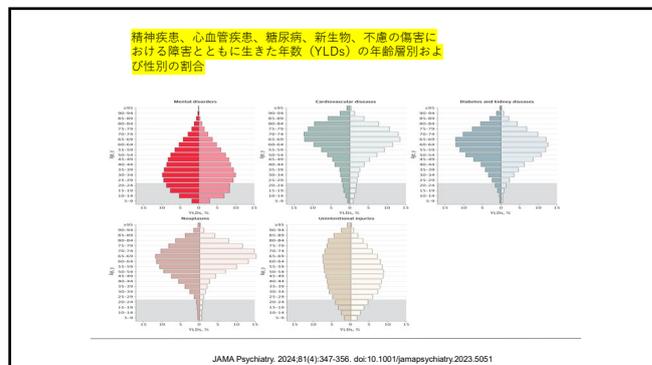
非致死的精神障害と薬物使用障害のランキング (年齢層別)

Age 5-9 y	Age 10-14 y	Age 15-19 y	Age 20-24 y
8th Anxiety disorders	3rd Conduct disorder	2nd Depressive disorders	2nd Depressive disorders
9th Conduct disorder	4th Anxiety disorders	3rd Anxiety disorders	4th Anxiety disorders
17th Intellectual disability	8th Depressive disorders	8th Conduct disorder	6th Drug use disorders
23rd Autism spectrum disorder	19th Intellectual disability	11th Bipolar disorder	11th Schizophrenia
24th ADHD	22nd Autism spectrum disorder	16th Drug use disorders	17th Alcohol use disorders
40th Depressive disorders	32nd Bipolar disorder	25th Intellectual disability	13th Bipolar disorder
65th Eating disorders	24th ADHD	27th Eating disorders	25th Eating disorders
95th Alcohol use disorders	47th Eating disorders	29th Autism spectrum disorder	30th Other mental disorders
NA Bipolar disorder	76th Schizophrenia	31st Alcohol use disorders	31st Intellectual disability
NA Other mental disorders	78th Alcohol use disorders	35th Schizophrenia	34th Autism spectrum disorder
NA Schizophrenia	79th Other mental disorders	45th Other mental disorders	62nd ADHD
NA Drug use disorders	90th Drug use disorders	52nd ADHD	NA Conduct disorder

障害生存年数 (YLDs: years lived with disability) は健康を損なった状態で過ごす年数です。DALYs=YLDs+YLLsであり、DALYsは、理想的な平均余命から乖離した年数を示します。

JAMA Psychiatry. 2024;81(4):347-356. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051

5



6

Anxiety (不安)は症状を表現するためには優れた用語ではない

- 他の用語の方がより適切に表現できる場合もある。
 - 過度な対人関係の敏感さ
 - 恐怖
 - 予期不安
 - 恐れ
 - 過剰な自己意識あるいは羞恥心
 - 心配

7

7

不安は連続的

正常範囲の不安と病的な不安を区別することは難しい。

- しばしば不安は適応的
- 発達の適正な行動を制限し機能障害を生ぜしめる場合には病的。

8

8

子どもの不安

- 非常に頻回にみられる問題：8 - 10%
- 診断されることが少ない
- 治療されることが少ない
- 見つけ出さないといけない
- 最もよく見られる児童期の疾患

9

DSM 5 における不安症(障害)の変化

- 従来のDSM-IV-TRが3つのグループに細分化
 - ・不安症群,
 - ・強迫症および関連障害群
 - ・心的外傷及びストレス因関連症群
- “乳幼児期、児童期、および青年期に発症する障害から不安症(障害)群は削除された。”

10

DSM-IV-TRとDSM-5-TRの診断構造の違い

DSM-5-TR	DSM-IV-TR
1. 神経発達症群	1. 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
2. 統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害	2. せん妄、痲呆、健忘性障害、および他の認知障害
3. 双極性障害および気分障害	3. 一般身体疾患による精神疾患
4. うつ病	4. 物質関連障害
5. 不安症群	5. 統合失調症および他の精神病性障害
6. 強迫性障害および関連障害群	6. 気分障害
7. 心的外傷およびストレス因関連障害群	7. 不安障害
8. 解離症群	8. 身体表現性障害
9. 身体症状および関連障害群	9. 性障害および性同一性障害
10. 実行機能障害および強迫性障害	10. 虚偽性障害
11. 躁鬱症群	11. 解離性障害
12. 睡眠-覚醒障害群	12. 摂食障害
13. 情緒不安群	13. 睡眠障害
14. 性的違和	14. 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
15. 表層建設的・衝動制御・実行症群	15. 適応障害
16. 物質関連障害および中毒性障害	16. パーソナリティー障害
17. 神経認知障害	
18. パーソナリティー障害	
19. パラソフィア障害群	
20. 他の精神疾患群	
21. 医薬品誘発性運動障害および他の医薬品有害作用	
22. 臨床的関心の対象となることのある他の状態	

11

DSM-5-TRの不安症(障害) (非OCD性不安障害: 狭義の不安障害)

- 限局性恐怖症 Specific phobia
- 選択性緘黙 Selective mutism
- 分離不安症 Separation anxiety disorder
- 全般不安症 Generalized anxiety disorder
- 社交不安症 Social anxiety disorder
- パニック症 Panic disorder
- 広場恐怖症 Agoraphobia
- 他の医学的疾患による不安症 Anxiety disorder associated with another medical condition
- 物質・医薬品誘発性不安症 Substance/Medication-induced anxiety disorder
- Unspecified anxiety disorder

子どもでは
しばしば
鑑別困難

12

不安

- 不安症群は、共通して、過剰な恐怖および不安と、関連する行動の障害特徴をもつ障害を含んでいる。恐怖は、現実の、または切迫していると感じる脅威に対する情 反応であり、一方、不安は、将来の脅威に対する予期である。
- これらの2つの状態は明らかに重複しているが、以下の点で異なっている。恐怖は、闘争または逃避のために必要な自律神経系興奮の高まり、危険が差し迫っている と思う、および逃避行動とより多く関連しており、不安は、将来の危険に対処 するための筋緊張および覚性状態、および警戒行動または回避行動とより多く 関連している。恐怖または不安のレベルは、広範な回避行動によって軽減されることがある。
- パニック発作は別な型の恐怖反応として不安症群の中で際立って特徴的である。パニック発作は不安症群に制限されず、他の精神疾患でもみることができる。

13

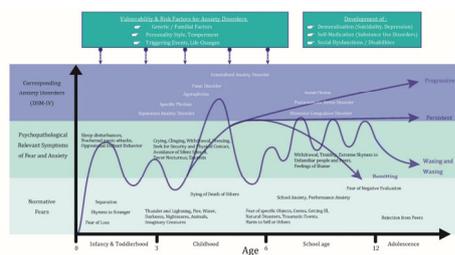
13

子どもの不安症

- 子どもにおける不安症の発症は、遺伝、児童の性格、環境 を含む様々な要素の相互作用の結果と考えられている。
- 一般的には、遺伝/気質、世話をする人へのアタッチメント、親の不安、育児様式、人生における経験(心的外傷を受ける出来事や否定的な体験などを含む)の5つの領域が挙げられている (Bernstein ら, 2004)。

14

不安症群と発達



15

15

不安症群の共有する症状

- 過覚醒
- 新規の刺激への反応
- 状況へのバイアス
- 回避行動
- 破壊的な反応
- 身体症状 (Midline)

16

16

どんなサインを大事にするか

- 身体的な訴え – 頭痛、腹痛、下痢、痛み
- 入眠困難および中途覚醒
- 食行動の問題
- 過度の保証の必要性 – 入眠時、学校、天候、何か悪いことが起きないか
- 不注意や学業の不振
- かんしゃく
- 外出の回避や対人関係の回避 – 学校、行事、お泊り
- 必ずしも不安は広汎ではない

17

疫学

- 子どもでは、8-10%（生涯有病率は10-27%）
- 診断を見逃されやすい
- 治療のチャンスを見逃されやすい
- 不安症状を見つける必要性
- おそらく最も多くみられる子どもの問題である思春期前の情緒障害。発症は就学前期から始まり、最もよく見られるのは7-8歳頃。学童期の全般性不安症の有病率は約3%、社交不安症は1%、限定性恐怖症は2.4%。青年期では生涯有病率はパニック症で、0.6%、全般性不安症で3.7%。
- アメリカの疫学調査では未就学児の9.5%が何らかの不安症の診断基準に合致し、6.5%は全般性不安症、2.4%は分離不安症、2.2%は社交不安症の診断基準に合致した。

18

17

18

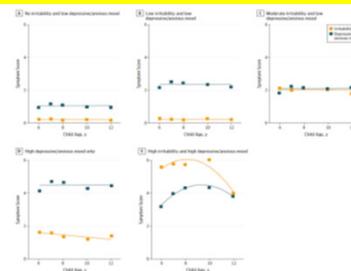
不安とイライラ(易怒性)と自殺行動



19

19

不安と易怒性（イライラ）の関連から5つパターン



Each column represents a different profile in the multivariate model and is defined by the trajectory of irritability and depression/anxiety level at 1, 5, 10, and 15 years of age. Each row represents a different time point. The x-axis represents the depression/anxiety score. The y-axis represents the irritability score. The lines represent the predicted trajectories of irritability and depression/anxiety level over time. The legend indicates that the blue line represents irritability and the orange line represents depression/anxiety level.

20

20

易怒性（イライラ）が存在する不安群は自殺行動が高い

Table 3. ORs for Suicide Ideation by Childhood Profile of Irritability and Depressive/Anxious Mood Assessed at 11 to 17 Years of Age*

Profile	Participants (n=951) (CI)			Girls			Boys		
	Unadjusted	Adjusted†	Adjusted‡	Unadjusted	Adjusted†	Adjusted‡	Unadjusted	Adjusted†	Adjusted‡
Low irritability and depressive/anxious mood	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Moderate irritability and low depressive/anxious mood	1.22 (0.83-1.79)	1.55 (1.05-2.29)	1.51 (1.02-2.23)	1.30 (0.80-2.11)	1.29 (0.79-2.13)	2.05 (1.02-4.10)	2.05 (1.02-4.10)	2.05 (1.02-4.10)	2.05 (1.02-4.10)
High irritability and low depressive/anxious mood	0.97 (0.49-1.93)	1.15 (0.57-2.33)	0.96 (0.47-1.97)	1.15 (0.49-2.69)	0.89 (0.39-2.12)	1.21 (0.34-4.33)	1.21 (0.34-4.42)	1.21 (0.34-4.42)	1.21 (0.34-4.42)
High irritability and high depressive/anxious mood	1.60 (0.99-2.59)	2.43 (1.46-4.04)	2.22 (1.32-3.74)	3.97 (1.34-6.12)	2.34 (1.27-4.30)	2.13 (0.95-4.79)	2.13 (0.95-4.94)	2.13 (0.95-4.94)	2.13 (0.95-4.94)

Abbreviations: CI, odds ratio; SES, socioeconomic status. *Adjusted for child sex. †Adjusted for child sex, SES, and race + SES interaction. ‡Adjusted for SES.

Table 4. ORs for Suicidal Ideation and Suicide Attempt by Childhood Profile of Irritability and Depressive/Anxious Mood at 11 to 17 Years of Age*

Profile	Suicidal Ideation			Suicide Attempt		
	Unadjusted	Adjusted†	Adjusted‡	Unadjusted	Adjusted†	Adjusted‡
Low irritability and depressive/anxious mood	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)	1 (Reference)
Moderate irritability and low depressive/anxious mood	1.21 (0.71-2.02)	1.44 (0.85-2.41)	1.44 (0.85-2.43)	1.18 (0.70-2.01)	1.56 (0.95-2.67)	1.51 (0.88-2.64)
High irritability and low depressive/anxious mood only	1.14 (0.47-6.74)	1.29 (0.53-3.13)	1.31 (0.53-3.13)	0.80 (0.28-2.26)	0.87 (0.34-2.19)	0.65 (0.22-1.92)
High irritability and high depressive/anxious mood	1.56 (0.82-2.96)	2.07 (1.06-4.03)	2.07 (1.05-4.10)	1.51 (0.78-2.90)	2.48 (1.23-4.98)	2.03 (1.09-4.15)

Abbreviation: CI, odds ratio. *Adjusted for child sex. †Adjusted for child sex, socioeconomic status, and race + socioeconomic status interaction. ‡Adjusted for SES.

不安症群と頻度

Table 1. Prevalence estimates for anxiety disorders among US adolescents (NCS-A)

DSM-IV Disorder	Lifetime Prevalence by Sex %		Lifetime Prevalence by Age %			Lifetime Prevalence Total %	Lifetime Prevalence-Severe Impairment %	12-Month Prevalence %	1-Month Prevalence %
	Female	Male	13-14 y	15-16 y	17-18 y				
Agoraphobia	3.4	1.4	2.5	2.5	2.0	2.4	2.4	1.9	0.8
Generalized anxiety disorder	3.0	1.5	1.0	2.8	3.0	2.2	0.9	1.1	0.4
Social phobia	11.2	7.0	7.7	9.7	10.1	9.1	1.3	8.2	4.6
Specific phobia	22.1	16.7	21.6	18.3	17.7	19.3	0.6	15.8	9.5
Panic disorder	2.6	2.0	1.8	2.3	3.3	2.3	2.3	1.9	0.8
Posttraumatic stress disorder	8.0	2.3	3.7	5.1	7.0	5.0	1.5	3.9	1.6
Separation anxiety disorder	9.0	6.3	7.8	8.0	6.7	7.6	0.6	1.6	0.6
Any anxiety disorder	38.0	26.1	31.4	32.1	32.3	31.9	8.3	24.9	14.9

Data from Refs. 12,13

DSM-5による初発時期と経過

- 全般不安症 完全寛解の割合は非常に低い
- パニック症 完全寛解の割合は非常に低い
- 分離不安症 成人期まで持続することはまれである
- 社交不安症 時間とともに寛解するが、未治療の患者の約60%では数年間続くことがある。
- 限局性恐怖症 しかし、成人期まで持続するものは、寛解する可能性は低い。
- 広場恐怖 青年期以前に発症することは稀であるが、完全寛解は未治療例の10%未満である

病因

- 生物心理社会的要因
 - 親の精神疾患と養育スタイル
 - 親の過保護や不安定な愛着
 - 子どもの気質—行動抑制（極度の内気さ）
 - 扁桃体の活動
- 社会的学習要因
 - 直接的モデリング
 - 親の過保護
- 遺伝因
 - 不安症の遺伝率は、36-65%
 - 行動抑制と生理的過覚醒

社交不安症

社交場面で他人の注目を集めたり恥をかいたりすることを恐れ、強い不快感と苦痛を経験する。

- A) 他社の中止を浴びる可能性なる場面で1つ以上の社交場面に対する著しい恐怖または不安。
- B) ある振る舞いをするか、不安症状を見せることが否定的な評価を受けことになることを恐れている。
- C) その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する
- D) その社交的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる。
- E) その恐怖、不安は、その社交的状況がもたらす現実の危険や、その社会文化的背景に釣り合わない。
- F) その恐怖は、不安、または回避は持続的であり、典型例では6か月間以上続く
- G) その恐怖、不安、または回避、臨床的に意味のある苦痛、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障害を引き起こしている。

29

29

選択性緘黙(場面緘黙症)

- ある環境では全くしゃべらないが、別の環境では適切な言語能力を発揮することが明らかな疾患。
- 発症は4-8歳。
- 家の外や学校で緘黙になることが多いが、稀に家で緘黙になることもある。
- 時点有病率は0.03-1%
- 10歳までに症状がよくなる場合には予後が不良。

30

30

限定性恐怖症

	男性(%)	女性(%)	合計(%)
米国 (全米疾病調査委)	6.7	15.7	11.3
全米 (疫学的医療圏調査)	7.7	14.4	11.2
オランダ	6.6	13.6	10.1
エドモント・カナダ	4.6	9.8	7.2
韓国	2.6	7.9	5.4

動物	自然環境	血液	状況	その他
犬恐怖	高所恐怖	血液注射	閉所恐怖 (エレベーター、飛行機)	大きな音
猫恐怖	広場恐怖	負傷		着ぐるみ
動物恐怖 (蜘蛛、虫など)	水恐怖			窒息・嘔吐につながる状況

31

31

精神療法

- 認知行動療法
- 行動療法

32

32

子どもの不安症への心理社会的治療

- "Coping Cat": 不安感や不安思考の認知、不安に対する身体反応の確認、症状を処理するための計画立案などの認知構成要素と、行動的技法は、認知モデリング、ロールプレイ、リラクゼーションの強化を含んでいる。CBTを受けた対象の64%が介入の後、不安障害の診断基準を満たしていなかったのに対して、待機中の対照群では不安障害の診断基準を満たしていなかったのは1人だけであった。さらに、1年後、3年後の追跡調査においても、治療効果は維持されていた (Kendall and Southam-Gerow 1996).
- Coping Cat治療のプロトコールに基づいた個人CBTを受けた群と集団CBTを受けた群との比較研究 (Kendall 1990) では、個人CBT群と集団CBT群の間での治療効果には有意差がなかった。治療効果は、3ヵ月後の追跡調査においても継続していた。

33

診察室でのCBT（認知行動療法）

- 不安と回避の教育
 - 不安障害の特徴
 - 回避の問題
 - 重大な問題
 - 疾患の予後
 - 生涯にわたる適応の悪さと問題解決の問題
- 治療は効果的であり、比較的単純、早期治療が重要

34

回避の問題

- 回避は一時的な不安の改善を引き起こすが、不安は戻ってきて更なる不安の悪化を引き起こす。
- 行動を伴わない安心感は役に立たない
- 行動を伴わない安心感は役に立たない

35

不安の軌道

- 3つの軌道
 - 持続しない早期の不安
 - 成人期に持続する持続的な不安
 - 不安はうつ病に変化し、うつ病は他の成人の気分障害と関連する。



早期の評価・治療

36

治療のkeyエレメント 1

•変化の主体として親をターゲットにする

- 親は何をすべきかよく分かっていない
- 直感的に言えば、親は回避対処を支持し、子どもの不安に合わせる。
- 子供は親のサポートなしには変わらない
- 親が乗り気でない場合は、紹介が必要。

37

治療のkeyエレメント 1

親の不安への配慮が、不安を悪化させる

- 例えば、家の外での活動やスポーツに参加するかどうかを、親が子どもに選択させることがある。子どもが自分で話すことを恐れているのに、人前で子どもを代弁したり、子どもが不安になるからと来客を避けたりする。過剰に子どもを安心させた後、恐怖に関する質問に繰り返し答えたりする。子供が欲求不満になると、その感情を消すために、ストレス要因を取り除こうとしたり、必要な物や活動を提供し、ようすを整えたりする。適切な家庭では、不安を避けるために日常生活が調整されることよりも、子どもが心地よく感じる特定の場所にしか行かなかったり、子どもがニーズや要求に応えるために仕事やその他の責任を調整したりするため、家族のテリトリーは狭くなる。

38

治療の主な要素

- 子どもの納得
 - 不安は解決できる問題であり、苦しむ必要はない
 - 子供が不安によってどのような悪影響を受けているかを特定する。
 - 友達を作る - 子供にとって非常に難しいことでも、子供がやっているときは褒めてあげる。

39

行動計画

- 避けるべきことのリストを作る
- 簡単なことから行う計画を立てる
- 難易度の高い課題に進む
- たくさん褒めてサポートする

40

薬物療法の基本

- 抗うつ薬は非常に効果的
 - SSRIs は第一選択薬
 - 非定型の抗うつ薬は、セカンドラインの治療薬だが、考慮の価値がある
 - 増強療法の可能性
 - **ベンゾジアゼピン系薬物は限られたエビデンスしかない**
 - buspirone の有効性は期待できない
 - しかし、適応外処方である
- CBT も適切な訓練を受けた治療者から受けた場合は非常に効果的
- 薬物療法と認知行動療法は併用は極めて有効

41

41

Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS)

- NIMH-funded
- SAD, GAD and SoP, N=488
- 12 週; COMB vs Med vs CBT vs PBO
- 結果
 - COMB 81%
 - CBT 59%
 - SRT 56%
 - PBO 24%

42

42

その他の CAMS の結果

- 不安を持つ低年齢の子どもは、すべての治療に反応した
- 薬物は一般的に忍容性は高かったが、若年群は副作用が多かった – sertraline 130-40 mg/day が安全な最高量
- 思春期群は心理社会的な介入が必要であった

43

43

不安の長期予後

- 必ずしも子どもの不安症が成人期の不安症に連続しない
- しかし、成人期の不安症の多くは小児期に不安の既往がある。

44

44