

# 精神医学講義

## 児童思春期その7

Selective Mutism  
Separation Anxiety Disorder

福田西病院  
森 則夫

# 児童思春期の不安障害

- 不安の定義は、
  - 古典的なわが国の教科書では、恐怖と対比させ、「恐怖は具体的なものを恐れること。これに対して、不安は対象のない漠然とした不安定な感情」と定義されてきた。しかし、恐怖は不安を伴うので、恐怖と不安を峻別するのは実際には難しい。
  - The American Psychological Association (アメリカ心理学会)の定義は、「an emotion characterized by feelings of tension, worried thoughts and physical changes like increased blood pressure」。すなわち、緊張、心配事、血圧上昇のような生理的変化を特徴とする情動のありよう、を不安と定義している。
- 不安障害は児童思春期の子どもの10～30%に出現し、女性に多い(Patel et al, 2018)。
  - 限局性恐怖症(Specific Phobia: 具体的なものに対する恐怖症)、社交不安障害(Social Anxiety Disorder: 森田の対人恐怖)、全般性不安障害(Generalized Anxiety Disorder)、分離不安障害(Separation Anxiety Disorder)の発症率は、それぞれ2.2～3.6% (Bhatia & Goyal, 2018)。
  - 広場恐怖、PTSD、広場恐怖、パニック障害、強迫性障害は1～1.5% (Bhatia & Goyal, 2018)。
  - 選択性緘黙(Selective Mutism) はさらに少なく1% (Bhatia & Goyal, 2018)。
  - 子どもの代表的な不安障害は3つ: 社交不安障害、全般性不安障害、分離不安障害。
  - 選択性緘黙はほぼ子どもに限定される。
- 発症年齢は障害によって違う。
- 不安障害の長期経過の詳細はなお不明だが、近年の研究によれば、多くの子どもの不安障害は成年後に持ち越される。
- 子どもの不安障害は通常、他の不安障害と重複診断される。また、うつ病との併存例が多い。

# Selective Mutism

## 今日的理解にいたるまで

- Selective Mutism は、自分の意志とは関係なく、幾つかの状況下で話すことができない、という病像を示すのが特徴である。しかし、下記のように、古典的論文では、自分の意志で話さない、と理解されていた。
  - 1877年、クスマウル型呼吸で知られる Kussmaul (1822-1902) が “absence of speech without disturbance of speech” を特徴とする3症例を報告した。これが Selective Mutism に関する最初の論文とされている。Kussmaul は自分の意志で話さない、という特徴をもつ、一種の失語と考えた。まだ定義はあいまいだった(A review by Driessen et al, 2020)。
  - 1934年、Tramer (1882-1963)が、限定された状況でしか話さない7歳の少年について詳細な病歴を報告し、*elektriver Mutismus* (Elective Mutism)という診断名をあてた(A review by Driessen et al, 2020)。**Elective Mutism** という用語を創ったことから、Tramerの名前がSelective Mutismの関連論文で常に引用されることになった。
  - 1950年、Salfield が “Observations on Elective Mutism in Children”の中で、elective mutism の子どもは臆病で、恥ずかしがりやで、皮肉やかからかいに敏感などの特徴をもつとした。これがelective mutism という用語を用いた英語圏における最初の論文。
- DSM-IV (1994)で、Elective Mutismは**Selective Mutism**という呼称に変更された
- DSM-5(2013)で、**不安障害と位置づけられた**。

# DSMにおける用語と診断基準の変遷

- Elective Mutism が最初に収載されたのはDSM-III (1980)。「Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence 幼児期、小児期または青年期の他の障害」の下に置かれた。DSM-III-R (1987)の診断基準も同じ(ただし、診断基準Cが除外されている)

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)
A 学校を含む社会的状況で話すのを拒否 B 話し言葉を理解し話す能力がある C 他の障害(精神的および身体的)障害がない	A 学校を含む社会的状況で話すのを拒否 B 話し言葉を理解し話す能力がある

- DSM-IV (1994)では大きな変更点が2つあり、DSM-IV-TR (2000)にも継承された。
  - 「Selective Mutism Foundation」の共同創設者/代表のSue Newmanの要請により、DSM-IV work group は Elective Mutism を Selective Mutism に呼称変更した (Electは個人、役職、組織を選挙で選ぶ。Selectは複数の環境を選ぶ。すなわち、場面を選ぶ)。
  - この障害をもつものは話すのを拒否しているのではなく、話せない、と修正された。しかし、これまでと同様、「幼児期、小児期または青年期の他の障害」の下に置かれた。
  - DSM-IV以降、研究論文がゆっくりと増えていった。
- DSM-5(2013)の診断基準はDSM-IVおよびDSM-IV-TRと同じ。しかし、DSM-5では Selective Mutismは「不安障害 Anxiety Disorder」と位置づけられた。

# DSM-IV、DSM-IV-TR、DSM-5の診断基準

- DSM-5では、Selective Mutismは「不安障害 Anxiety Disorder」のひとつとされた。このことは、Selective Mutism の根底に不安があること、また、この障害は大人にもみられることを示唆しているという点で重要である。診断基準はこれまでと同じ。

DSM-IV (1994)、DSM-IV-TR (2000)、DSM-5 (2013)
A 特定の社会的状況(学校)で話すことが一貫してできない。
B 学業、職業、対人的コミュニケーションを妨げている。
C 持続期間が少なくとも1ヶ月。
D 話し言葉の知識、話すことの楽しさの不足によるものではない。
E コミュニケーション障害ではない。また、自閉症スペクトラム障害、統合失調症、他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

参考：わが国では、医学以外の領域(教育学や心理学)で場面緘黙という用語が使用されている。Situational Mutism の邦訳と思われる。選択性緘黙の病像の特徴である「選択された場面」の「場面」を強調しているのが場面緘黙、「選択された」を強調しているのが選択性緘黙。場面緘黙(Situational Mutism)は選択性緘黙(Selective Mutism)の病像を言いあてているが、世界的には、Elective Mutism 同様、歴史的用語となっている。

# 研究論文の推移

PubMedのデータを再構成



年	1980	1987	1994	2000	2013	2020
DSM	III	III-R	IV	IV-TR	5	—
論文数	1	3	1	7	22	63

## 当事者による日本のWebサイト

- [かんもくの会 | 緘黙症体験記集 \(asmjapan.org\)](http://asmjapan.org)
- [お勧め読み物～場面緘黙症Journal \(smjournal.com\)](http://smjournal.com)
- [場面緘黙症とは？ - 静岡 場面かんもくの会 \(kanmokushizuoka.org\)](http://kanmokushizuoka.org)

# 選択性緘黙(Selective Mutism)の臨床的特徴 (1)

## □ 臨床像

- 一般には、家庭内では普通の声で流暢に話せるのに、話すことが期待されている場面、たとえば、学校では話すことができない。家族以外の一部の友人と話すことができるケースもあれば、ほとんどすべての場面で話せないケースもある (Sharkey & McNicholas, 2008)。
- 学業成績は平均レベルのことが多い(Sharkey & McNicholas, 2008)。

## □ 発症率

比較的稀な疾患とされてきた。しかし、現在では子ども1%前後と見積もられており、従来考えられていたほど稀ではない(Muris & Ollendick, 2021; Steffenburg et al, 2018; Xe et al, 2018)。むしろ、一般的と言ってよい。これは診断基準と診断技術が向上にしたことによると考えられている。

## □ 発症年齢と診断年齢

多くは就学前に発症し、就学後にその存在が明らかになる(Overbeck et al, 2018)。しかし、ASDがあると診断は遅れる(Steffenburg et al, 2018)。

- 発症年齢は平均4.5歳 (1～16歳)。ASDを併存すると平均発症年齢は5歳。ないと3.7歳。診断年齢は平均8.8歳 (4～18歳) (Steffenburg et al, 2018)。
- 診断年齢は平均8.8歳 (4～18歳)。ASDを併存すると平均発症年齢は5歳。ないと6.9歳。



## 選択性緘黙(Selective Mutism)の臨床的特徴 (2)

### □ 性差

女性に多く、男性の2倍強。

### □ 不安障害との関係

DSM-5(2013)のリリース前のデータによれば、選択性緘黙のほぼ100%が**ひとつ以上の不安障害(特に社交不安障害)**を有していた。これらのデータにより選択性緘黙は不安障害のひとつに位置付けられた。また、選択性緘黙は独立した疾患ではなく、社交不安障害の症状あるいは重症例としたほうがよい、という意見の根拠となった(Black & Uhde, 1995)。

最近のメタ解析によると(Driessen et al, 2020)、

- 社交不安障害 69%
- 全般性不安障害 6%
- **20%には不安がない** ⇒ 自閉症スペクトラム障害(ASD)との併存例?
- 限局性恐怖症 19%
- 強迫性障害 6%
- 分離不安障害 18%

### □ 自閉症スペクトラム障害(ASD)との関係

ASDは選択性緘黙の除外診断となっている。しかし、ASDの併存率は高い。

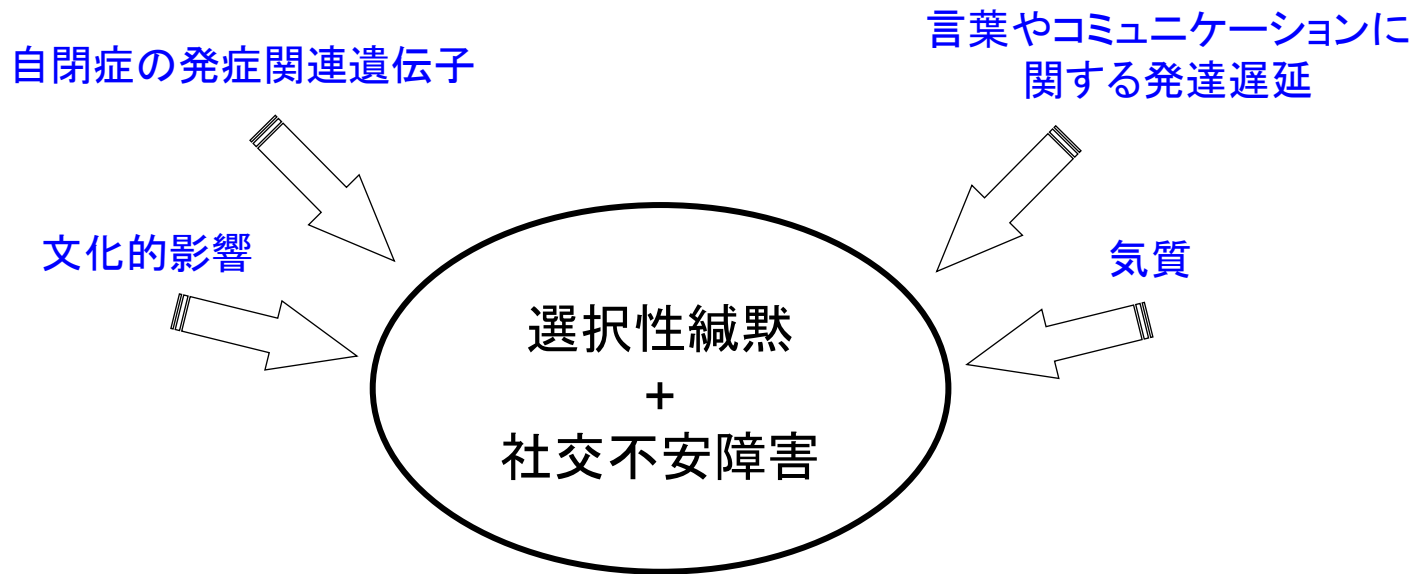
- アスペルガー症候群 (“mild” ASD)は、一般人口の0.3%。これに対し、選択性緘黙では、7~10% (Andersen & Thomsen, 1998; Kopp & Gillberg, 1977; Kristensen, 2000。 **20~30倍**。
- 最近のSteffenburgら(2018)の研究によれば、**医療機関を受診した**選択性緘黙を者のうちASDと診断できる割合は実に63%、subclinical autistic traitsを有する者は20%。驚くべき数値だが、実地臨床上の印象と矛盾しない。

# 選択性緘黙の発症危険因子

- 自閉症スペクトラム障害(ASD)  
自閉症の発症要因としての遺伝子(*CNTNAP2*)。
- 移民(文化の違い)  
親が移民し、その国で生まれた子どもはネイティブの子どもと同じようにその国の言葉を流暢に話すことができる。しかし、選択性緘黙になる割合が高いことがイスラエル、オランダ、ドイツ、アメリカで確認されている。約4倍(Elizur & Perednik, 2003)。
- 言葉やコミュニケーションに関する発達の遅れ
  - 医療機関を受診した選択性緘黙の子どもの30%以上に言葉の発達の遅れや、はっきりした発音ができない、などの特徴がみられた(Steinhausen & Juzi, 1996; Wilkins, 1985)。
  - こういった特徴は聴覚や視覚の処理機構の障害と関係している(Cohan et al, 2008)。
  - ここでいう「遅れ」は「障害」ではない。しかし、少なくない割合の選択性緘黙の子どもがコミュニケーション障害の基準を満たす、とする論文もある(Kristensen, 2000)。
  - DSM-5では**コミュニケーション障害は除外診断**となっていることに注意。
- 反抗挑戦性障害(ODD)
  - 医療機関を受診した選択性緘黙の子どもの20~30%にODDの症状がみられた、とする報告がある(Steinhausen & Juzi, 1996; Yeganeh et al, 2006)。
  - しかし、そのような関係を明確に否定した論文があり(Cunningham et al, 2006)、ODDとの関係については現在は関心がもたれていない。
- 気質(temperament)
  - 内気で、恥ずかしがりやで、引っ込み思案である(Steinhausen & Juzi, 1996)。
- 回避行動とする説明がDSM-5の解説書に載っている。これはScott & Beidel (2011)が提唱した情動調節理論(emotional regulation theory)のことと思われる。

# 選択性緘黙の成因

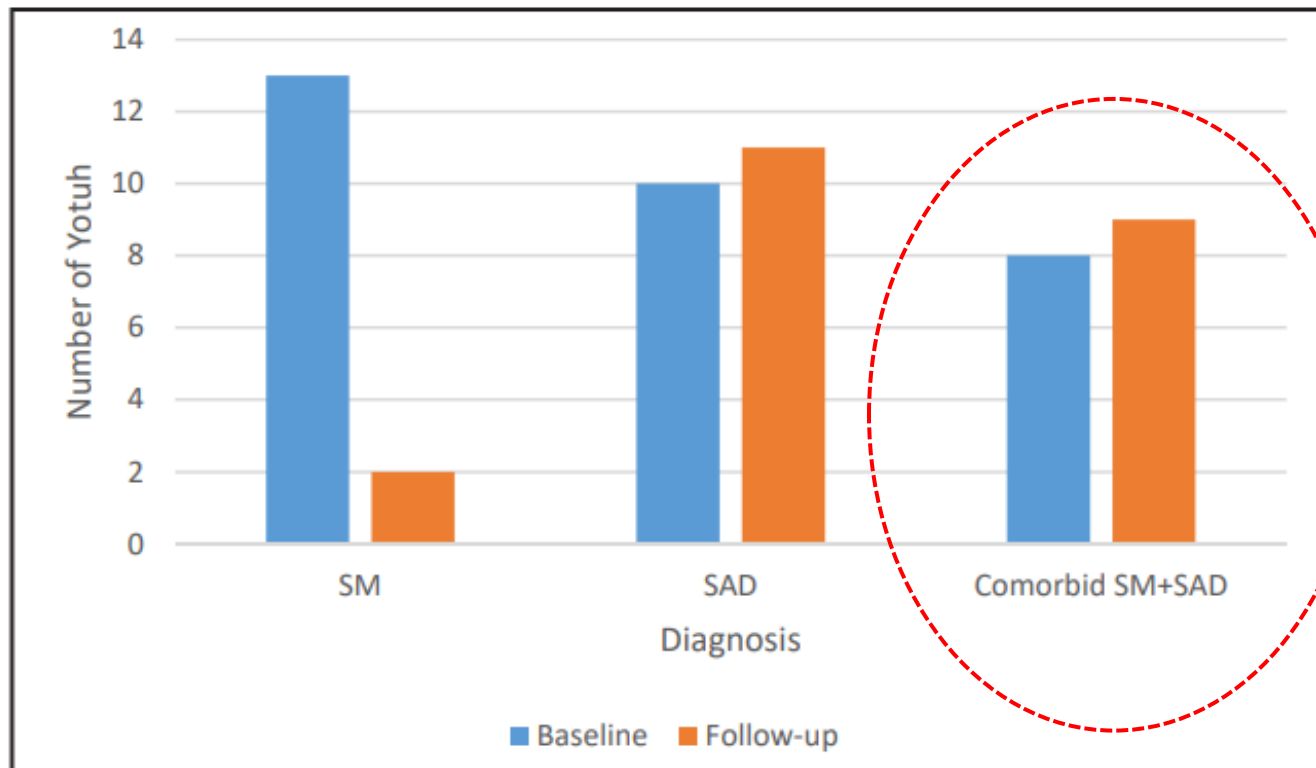
- 危険因子は多様であり、したがって、選択性緘黙は多因子疾患である。
- 選択性緘黙は回避行動ではない。
- 20%は不安を伴わない。ASDの特徴が強い例と推測される。
- コミュニケーション障害と自閉症スペクトラム障害は除外診断とされている。しかし、実地臨床ではこの制限にこだわる必要はないだろう。



## 選択性緘黙の経過

- A follow-up study of 45 patients with elective mutism (Reschmidt et al, 2001) スイス
  - 45名(男児23、女児22)を12年間追跡した。
  - 発症年齢は3～4歳。Philips大学病院に紹介されたときの年齢は平均8歳。
  - 16名(39%)は完全寛解。29名(61%)には何らかのコミュニケーションの問題が残っていた。
  - 以前の状況について次のように語った。自主性に乏しく、学業に意欲がなく、自身がなく、精神的に未成熟だった。
- A long-term outcome study of selective mutism in childhood (Steinhausen et al, 2006) ドイツ
  - 33名(男児13、女児20)を13年間追跡した。
  - 平均発症年齢は8.5歳。病前に言葉やコミュニケーションに問題があった例が30%。
  - 寡黙な家族をもつ例が40%。
  - 精神障害を家族に持つ例が40%。精神障害の詳細は不明。
  - 100%が改善した。軽度改善18%、中等度改善24%、完全寛解58%。
- Understanding the outcome of children who selectively do not speak: A retrospective approach (Kamani & Monga, 2020) カナダ
  - 選択性緘黙児13名、社交不安障害10名、選択性緘黙+社交不安恐怖8名の計31名。診断年齢4～14歳。追跡期間4年。
  - 22名(77%)がなお診断基準を満たしていた。9名(29%)は診断基準を満たさなかった。
- まとめると、長期的には予後は良いようにみえる。しかし、短期的には(義務教育期間中の)治療成績はよくない。したがって、選択性緘黙については効果的なCBTの導入が必要である。

- 実地臨床では、選択性緘黙は社会不安障害を伴う。その治療成績は芳しくない。それは社会不安障害の治療成績がよくないことに起因すると思われる。
- 森田療法を学んだ者にはすぐわかることことだが、SSRI が利くのは軽症の社会不安障害に限られる。重症例には森田療法のような強力な行動療法が必要である。当然のことだが、選択性緘黙に併存する社会不安障害は重度である。
- 選択性緘黙は、緘黙と重症の社会不安障害を有するので、この点に留意したCBTの導入が必要。



SM = selective mutism; SAD = social anxiety disorder.

- 実地臨床では、多くの治療が行われているのがわかる。このうち、よく用いられるのは(論文が多いのは)、CBT、Speech-language therapy。School supportは特別支援教室をイメージすればよいと思う。これらのデータをみると、欧米も選択性緘黙の治療や対応に苦慮しているのがわかる。

Table 2. Types of treatments or supports received	
Treatment/Support Type	Number (%) of youths
CBT – individual	8 (26)
CBT – group setting	15 (48)
Speech-language therapy	9 (29)
Anxiety medication (i.e. SSRI) – current; past <sup>a</sup>	4 (13); 9 (29)
School supports (e.g. resource time, IEP) – current; past <sup>a</sup>	13 (42); 5 (16)
Private therapy	8 (26)
Individual counselling with therapist, social worker, or psychologist	6 (20)
Play therapy	2 (6)
Other – school drop-in program for parents and children	1 (3)
Other – community improv/drama	1 (3)
Other – Big Brother/Big Sister	1 (3)
CBT = cognitive behaviour therapy; SSRI = Selective serotonin reuptake inhibitor; IEP = individual education plan.	
<sup>a</sup> Past refers to treatment/support received anytime between baseline assessment and follow-up, but not received currently.	

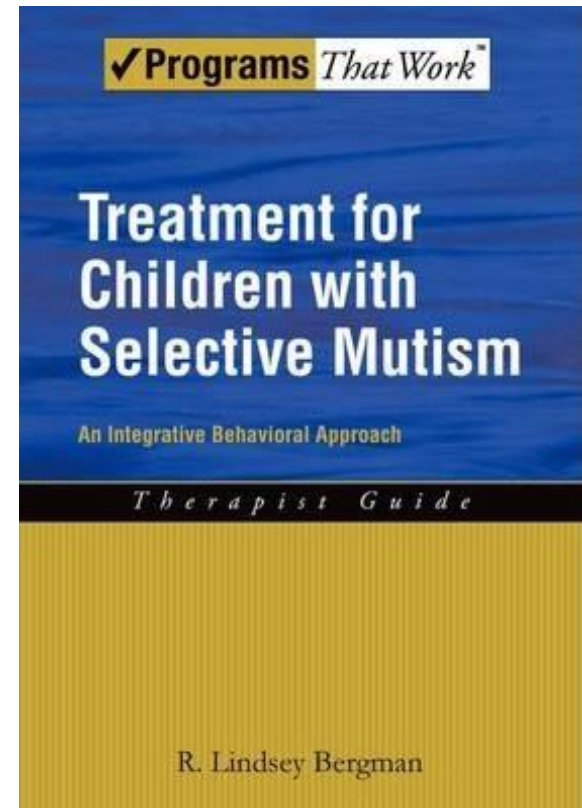
# 選択性緘黙の治療

## □ 薬物療法

- SSRI が有効。しかし、報告の多くがケースレポート。二重盲検テストが行われたSSRIはない。Fluoxetine (プロザック)が有効とされているが、症例報告がいちばん多いため。
- Phenelline (MAO阻害剤)が有効とする報告がある(Berger et al、2002)。Fluoxetine 同様、Phenelline もわが国では認可されていない。

## □ 認知行動療法 (CBT)

- Bergman (2013) による「Integrated Behavioral Therapy for Selective Mutism (IBTSM) が USAではよく使用されているようだ。それを応用したCBTの報告も複数みられる。



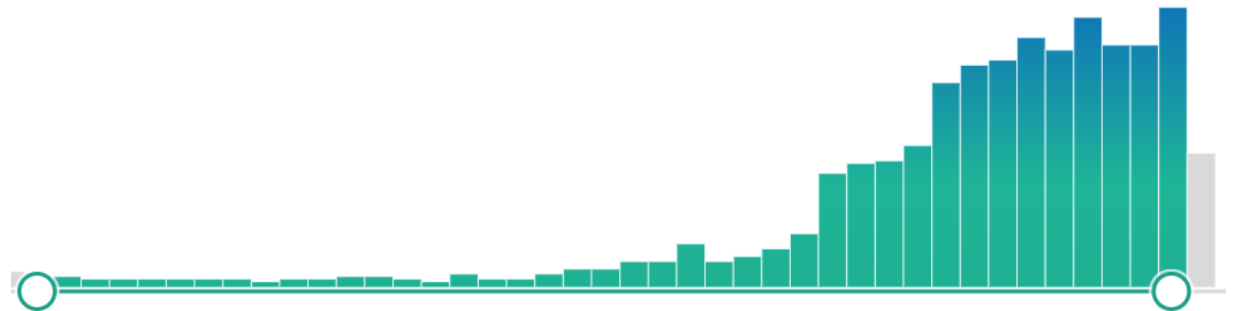
# Separation Anxiety Disorder



# 分離不安と分離不安障害

- 分離不安(separation anxiety)とはBowlbyによって整理された精神分析学の概念(Bowlby、1959; Guthrie、1997)。
  - 不安があると乳児は理由なく母親を求めて泣くようになる。この行動を分離不安といい、生後10～12か月から始まり、2歳前後まで続く。この時期はFreudの口唇期に相当する。
  - 分離不安は発達過程に現れる正常な現象で、人間が最初に味わう不安。
- 分離不安障害(separation anxiety disorder)とは2歳以降も分離不安が続き、社会生活上の機能が障害されるものをいう。
  - 1964年、Kleinが**分離不安障害**を初めて記載した。正確には、Separation Anxiety Disorderとは表現していない。Separation Anxiety と表現し、成年後に発症するパニック障害の危険因子の可能性があったとした。  
**注:** Kleinの論文(Delineation of Two Drug-response Anxiety Syndromes)はパニック障害に対するイミプラミンの有効性を検証したのもので、分離不安障害は論文の主題ではなかった。しかし、この論文とその他の著書に基づき分離不安障害という疾患の存在が明らかにされ、分離不安障害はDSM-IIIに収載された。
- しかし、**DSM-III(1980)の診断基準がどのようにしてつくられたのかは不明である。**診断基準を提案した論文がない。診断基準の妥当性を統計学的に検討した論文もない。いきなり、DSM-IIIの診断基準が登場し、それが世界公認の診断基準となった。  
DSM-IIIの診断基準が発表されてからも(1980年以降も)分離不安障害の研究論文は少ない(分離不安の論文は1980年以前から一定数発表されている)。

# 分離不安障害に関する研究論文数の推移



年	1980	1987	1994	2000	2013	2020
DSM	III	III-R	IV	IV-TR	5	—
論文数	0	1	3	5	86	109

PubMedより

## DSM-III以降のDSMの診断基準の変遷

- DSM-III(1980)以降、分離不安障害は小児期または青年期の不安障害に分類された。これは、分離不安障害は18歳以下の未成年者(Child SepAD)に特有の障害とされてきたからである。しかし、
- DSM-5(2013)でこの障害は不安障害群のひとつに分類され、成人にも存在することが強調された(Adult SepAD)。DSM-5にいたるまでに、
  - Manicavasagar & Silove(1993)が大人の分離不安障害の3症例を発表。
  - Siloveら(1993、2012)やShearら(1998)による Adult SepADの評価尺度の開発とそれらを用いた研究があった(後述)。
  - 現在では、Adult SepADはChild SepSDと同程度の割合で存在すると考えられている。
- DSMでは分離不安が生じる対象を家または「major attachment figures」と表現されている。「major attachment figures」は日本語版では「愛着を持っている主要人物」と訳されている。しかし、分離不安障害はBowlbyの学説に基づいてつくられた疾患概念であり、「attachment figures」は「(乳幼児が)attachした人物」のことである。すなわち、養育者のことである。しかし、分離不安障害が成人にも出現することがわかった今、養育者と訳すのも適切ではない。「愛する人」、「身近な人」、「親しい人」と理解したほうがよい。

# DSM-5の分離不安障害の診断基準

- DSM-5では不安障害として分類。下記の「愛する人」は原文では「major attachment figures」。日本語版では「愛着を持っている主要人物」。しかし、DSM-5では成人例も含まれることになったので、「愛する人」と理解したほうがよい。
- 「A」はDSM-IV、DSM-IV-TRと同じ。「B」がDSM-5では成人にも対応。

A 次の8項目から3つ：

- ① 家や愛する人から離れる際の苦痛。
- ② 愛する人を失うかもしれない([愛する人の]事故、病気、災害、死などで)という持続的で過剰な心配。
- ③ 愛する人から離されるかもしれない([自分自身の]誘拐、迷子、病気などで)という持続的で過剰な心配。
- ④ 家や愛する人から離れるが恐ろしくて、学校、仕事、その他の場所に行けない。
- ⑤ 愛する人がいない環境で過ごすに対する持続的で過剰な心配。
- ⑥ 愛する人が近くにいない場所で寝ることへの持続的で過剰な心配。
- ⑦ 愛する人を失う悪夢
- ⑧ 愛する人から離れる際のまたは、それを考えたときの頭痛、腹痛、吐き気、嘔吐などの身体症状を呈してしまう。

B 持続期間は子どもでは少なくとも4週間、**成人では6か月**。

C、D 省略

## 参考(その5より): Attachment theory の創出と発展

- Bowlbyは「Maternal deprivation hypothesis」を基に「Attachment theory」を提案し、この仮説は共同研究者によって発展した。
  - Bowlbyの学説によれば、attachmentとは乳幼児が母親に接近する本能的行動で、多くの生物がこの特性をもっている。
  - Attachmentの邦訳「愛着」は情動や感情という概念を濃密に含むので適切とはいえない。しかし、愛着という用語は心理学上の用語として定着している。そこで、精神医学上は、「アタッチメント」という用語をあて(DSM-5はそのようになっている)、それに近い日本語として「接近」や「接触」を念頭におくのがよいと思う。それだけで、わが国におけるAttachment Disorderに関する誤解と誤用は避けられると思う。
  - Bowlbyによれば、Attachmentの障害は極度に不適切な養育環境(不適切な養育や孤児院での養育)によるもので永続的である。その後、この仮説は誤りであることが明らかにされた。
  - Mary Ainsworth(1978)が開発した「Strange Situation Procedure」は精神医学に多くの示唆を与えた。これは、12-18歳の子どもを対象に行った実験で、知らない人に対する反応をみる方法(「[Mary Ainsworth | Strange Situation | Simply Psychology](#)」で実験の様子が具体的に理解できる。① 子ども、母親、評価者が小さい部屋に入る、② 評価者がでていき、子どもと母親だけになる、③知らない人が入ってきて3人になる、④母親がでていき、子どもと知らない人だけになる、⑤母親が戻り、知らない人が出ていく、⑥母親もでていき、子どもだけになる、⑦知らない人が戻ってくる、⑧母親が戻り、知らない人がでていく。これらの実験を通して、
  - Attachmentをsecure(type B、安心)、insecure-avoidant(type A、回避)、insecure-anxious/ambivalent(type C、不安/両価)、disorganized-disoriented(type D、無秩序)に分類されるようになった。その後、「Strange Situation Procedure」がASDの研究などに応用されるようになった(Martin et al, 2020)。

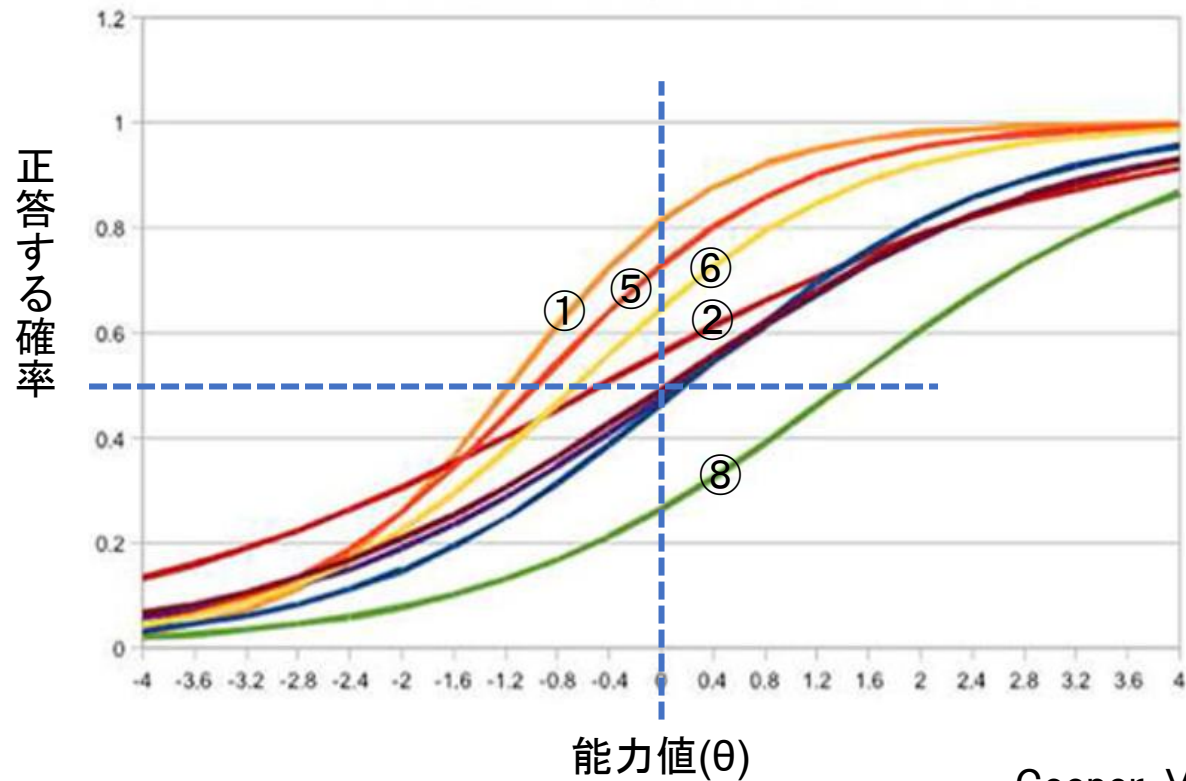
## Child Sep ADの症状 (1)

- Child Separation Anxiety Disorder (Child SepAD)は18歳未満のSepAD。
- 4～15歳を対象にしたドイツからの調査報告によると、
  - ⑥「ひとりでは就寝できない」、⑤「ひとりで居られない」、①「離れるのが苦痛」が多い。
  - しかし、分離不安障害に特異的と思われる②や③が少ない。

	子ども		親	
	N	%	N	%
A-1 離れるのが苦痛	63	52.4	103	87.4
A-2 相手が離れる	63	39.7	101	60.4
A-3 自分が離れる	63	34.9	99	40.4
A-4 家をでない	63	22.2	105	51.4
A-5 ひとりでいられない	63	61.9	105	81.0
A-6 ひとりで就寝できない	63	71.4	105	85.7
A-7 悪夢	61	11.5	97	7.2
A-8 身体症状	61	29.5	103	48.5A-

## Child Sep ADの症状 (2)

- 平均11.17歳 (7歳以下が3.6%、7~9歳が23.4%、9~11歳が26.8%、11~13歳が27.6%、13歳以上が27.6%)を対象にしたアメリカからの調査報告によると、
  - 項目反応理論 (Item Response Theory: IRT) による解析でも、項目①、⑤、⑥が多い。



## Child Sep ADの症状 (3)

- 発症年齢(Shear et al, 2006; Eisen et al, 2011)
  - 未成年の分離不安障害の70%は10歳までに発症する。
  - 未成年の分離不安障害の好発年齢は7~12歳で、平均発症年齢は8.6歳。
  - 他の不安障害の平均発症年齢は、全般性不安障害が11.4歳、強迫性障害が13.7歳、社交不安障害が14.3歳。⇒不安障害の中で分離不安障害の発症年齢が一番低い。
  - 女児が男児の2倍。
- 併存症の割合は非常に高い(Shear et al, 2006; Eisen et al, 2011)
  - 分離不安障害の80%が少なくとも1つ、55%がふたつ以上の不安障害と併存する。
  - もっとも多いのはパニック障害で、その70%が分離不安障害を併存する (Masi et al, 2000; Battaglia et al, 2009)。
  - 全般性不安障害や強迫性障害の30%前後が分離不安障害と併存する。すなわち、後者が前者ふたつの発症予測因子あるいは発症危険因子。
  - 分離不安障害はうつ病(約30%)、注意欠陥多動性障害(約20%)、反抗挑戦性障害(約20%)を併存。
  - 併存の割合は成長とともに増えていく傾向にある(Brükel et al, 2007)。
  - 以上より、分離不安障害は他の不安障害や感情障害の“paves the way”(筋道をつける、地固めをする)とされている(Mohr & Schneider, 2014)。
- 発症は突然あるいは潜行性。
  - 突然発症する割合が多い。
  - 潜行性は次のようなOverprotectionのケース。身体症状や悪夢が先行し、親が不安を惹起する場面(スポーツ大会や親せきのお葬式への参加)を避けるように接しているうちに分離不安障害の発症へと発展するケース(Eisen et al, 2011)。



# Adult SepADの症状 (1)

The University of New South Wales の先駆的研究から

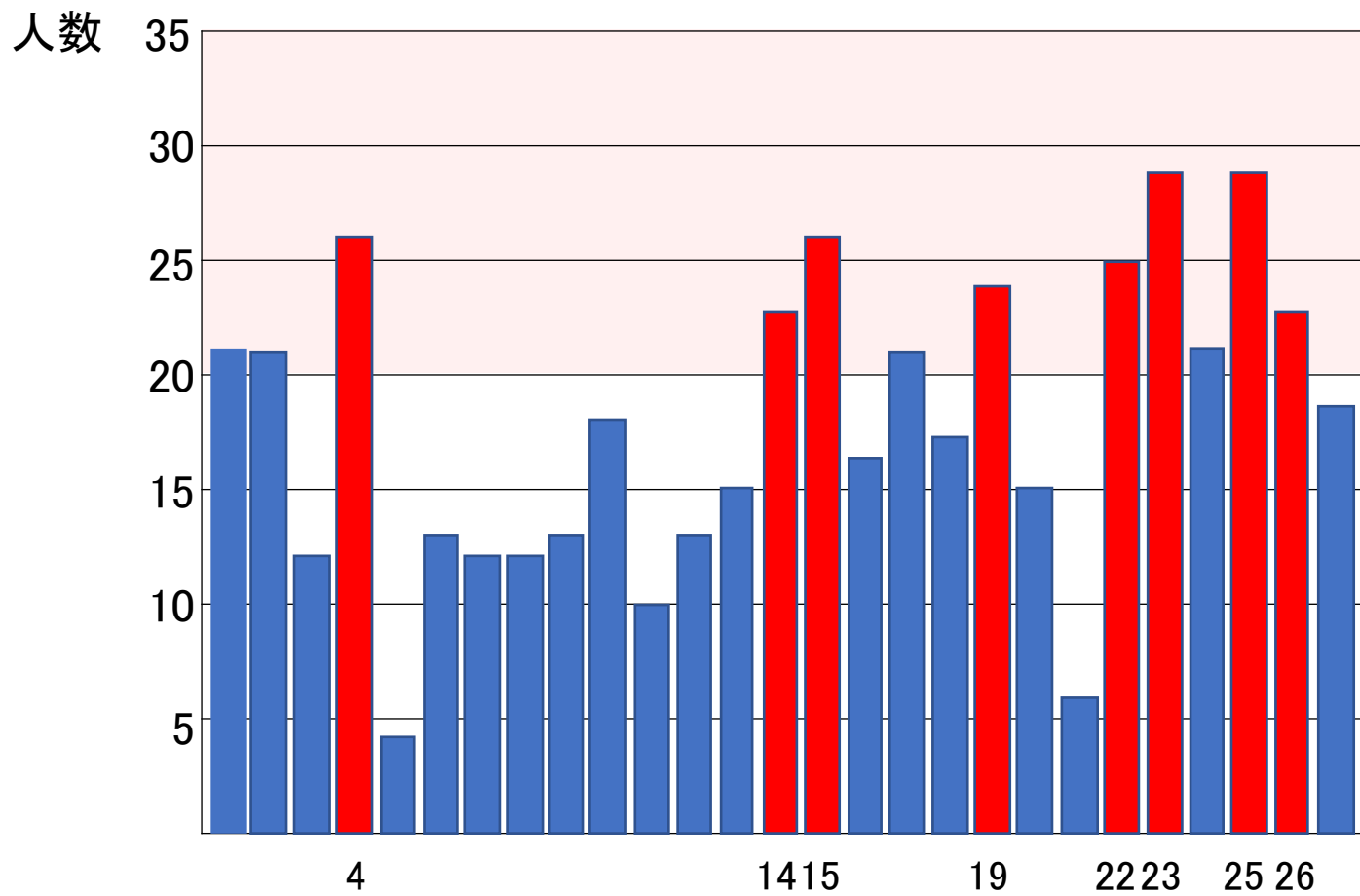
- Manicavasagar & Silove (1993) は成人のAdult SepADの3症例を発表した。これがAdult SepAD 研究の嚆矢とされる。
  - Case 1はパニック障害の23歳の女性。彼女は子どもの頃からひとりで寝ることができず、学校に行くときに大きな不安を覚えた。両親がいなくなる、災難に遭うのではないかと想像していた。結婚後は分離不安の対象は両親から夫に移った。夫が薬物を使用しているの知ってからは過量使用や感染症で死ぬのではないかと恐れ、いつも夫に同伴して、薬物を使用していないかを確認した。影のようについて回るので夫は彼女から離れると(離婚)、彼女はパニック障害を発症し、分離不安は悪化した。パニック障害に対するCBTは無効だった。
  - Case 2は広場恐怖を伴うパニック障害の28歳の男性。現在の彼は、ひとりになるとパニック発作が起こるのではないかと恐れるのではなく、ひとりになることを恐れている。彼は子どもの頃から内気で、ひとりで寝ることができず、両親がいなくなるのではないかと恐れていた。成人後も寝室のドアが開いてないと眠れず、家の中に誰かがいないと眠れなかった。ガールフレンドができると、彼女が分離不安の対象になった。婚約破棄後にパニック障害を発症した。依存性パーソナリティ障害の基準は満たさなかった。
  - Case 3は50歳の成功したビジネスマン。彼は海外出張すると、妻や子どもに電話していた。彼らから離れるのが辛かった。(再婚した)妻が婦人科のがんの検査を受けていると知ったときからこの恐怖が悪化し、一晩の出張でも妻を伴った。そして、最初の妻のようにこのことを重荷に感じていると思っていた。彼はこの10年間、さまざまな精神科医の診察を受けてきた。“旅行恐怖症”とされ、治療を受けたこともあるが、よくならなかった。

## Adult SepADの症状 (2)

The University of New South Wales の先駆的研究から

- Adult Separation Anxiety Questionnaires (ASA-27) による解析 (Manicavasagar et al, 1997)。
  - ASA-27 は自己申告型のAdult SepADのチェックリスト。
  - 対象は専門家によりAdult SepADと診断された18歳以上の35名の成人。
  - 頻度の高い項目は、項目25、23、4、15、22、19、26、14。
    - 項目25: 身近な人がいないと不安に対処できないと心配。 A-1
    - 項目23: 身近な人が大変な目にあうのではないかと心配。 A-2
    - 項目4: ひとりで寝るのが難しい。 A-6
    - 項目15: 家で身近な人といると安心。 A-5
    - 項目22: 身近な人がいなくなるんじゃないかと非常に心配。 A-1
    - 項目19: 身近な人と離れる、身近な人がいなくなると考えるとパニック発作が起こる。 A-1
    - 項目26: 身近な人との絆の強さへの心配。 A-1
    - 項目14: 身近な人との別離を考えるととても苦しい。 A-1
  - 頻度の高い症状はAdult SepADもChild SepADも同じ。
- 2/3はChild SepADが成人後に持ち越した。1/3は18歳以降に発症。
- 67%がうつ病、パニック障害、広場恐怖を過去に経験、あるいは現時点で併存していた。

# ASA-27の項目分布



Manicavasagar et al, 1997

# Adult SepADの症状 (3)

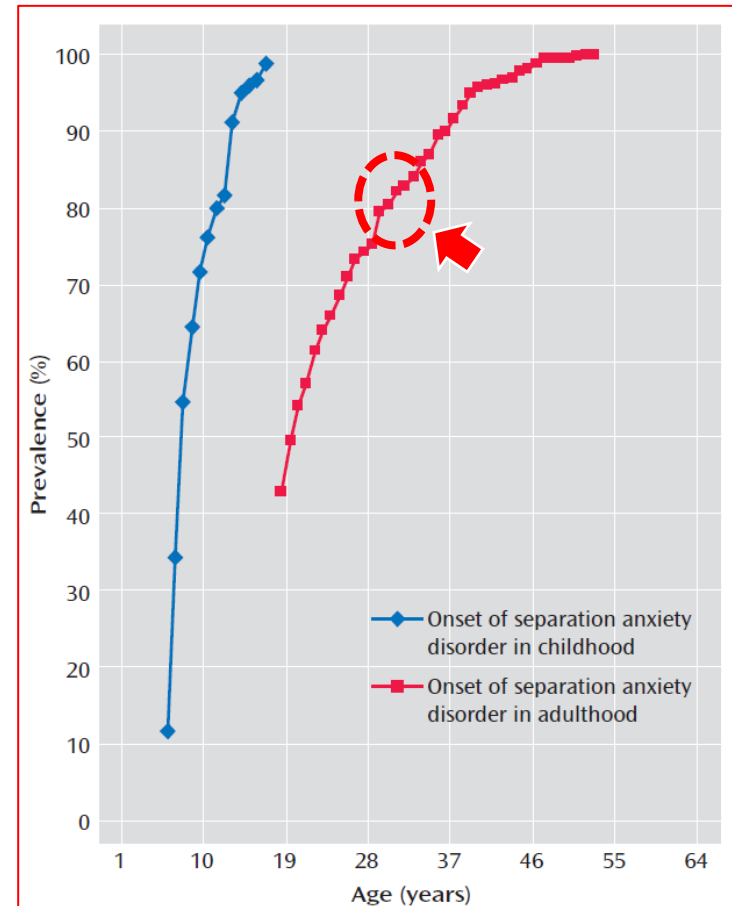
## UNSW の先駆的研究以降

- 大人の分離不安障害(Adult SepAD)は、① 18歳未満で発症し成年後に持ち越した例、および、② 18歳以降に発症した例、の双方を含む。
  - 通常、精神障害の前に年代を冠する場合、冠した年代は発症した年齢(初発年齢)を指す。たとえば、老年期うつ病といえ、老年期に発症したうつ病をいう。**大人の分離不安は初発年齢を指すのではなく、分離不安障害をもつ大人、という意味であることに注意。**
  - Child SepADの36.1%は成年後に症状をもちこす(Adult SepADとなる)(Shear et al、2006)。⇒ 18歳未満の発症例の60%以上が成人に達する前に治癒する。
  - Adult SepADの43%～77.5%が18歳以降に発症する(Shear et al、2006; Silove et al、2015)。
  - 大多数が10代後半から20代前半に発症し、**80%が30歳までに発症する**(Shear et al、2006)。
  - **Adult SepADはChild SepADより重症で、治療抵抗性。とにかく不安が強く、パニック障害のようにみえることがある**(Manicavasagar et al、2010)。
- Adult SepADの症状はChild SepADの症状と同じとされているが、幾つかの点で違いがある(Pini & Abelli、2008)。
  - 大人では身体症状は出現しない、あるいは、少ない。
  - 大人では長期間の出張が困難。
  - 大人では愛する人の健康や安全を気遣う。
  - Child SepADでは養育者と離れるのを恐れる。Adult SepADでは子どもや配偶者、親友と離れることを恐れ不安になる。
  - Child SepADでは不登校や学業成績の不振がみられるが、Adult SepADでは仕事上の作業能力や社会的義務を果たす能力の低下が現れる。

# 疫学調査

## The US National Prevalence Study

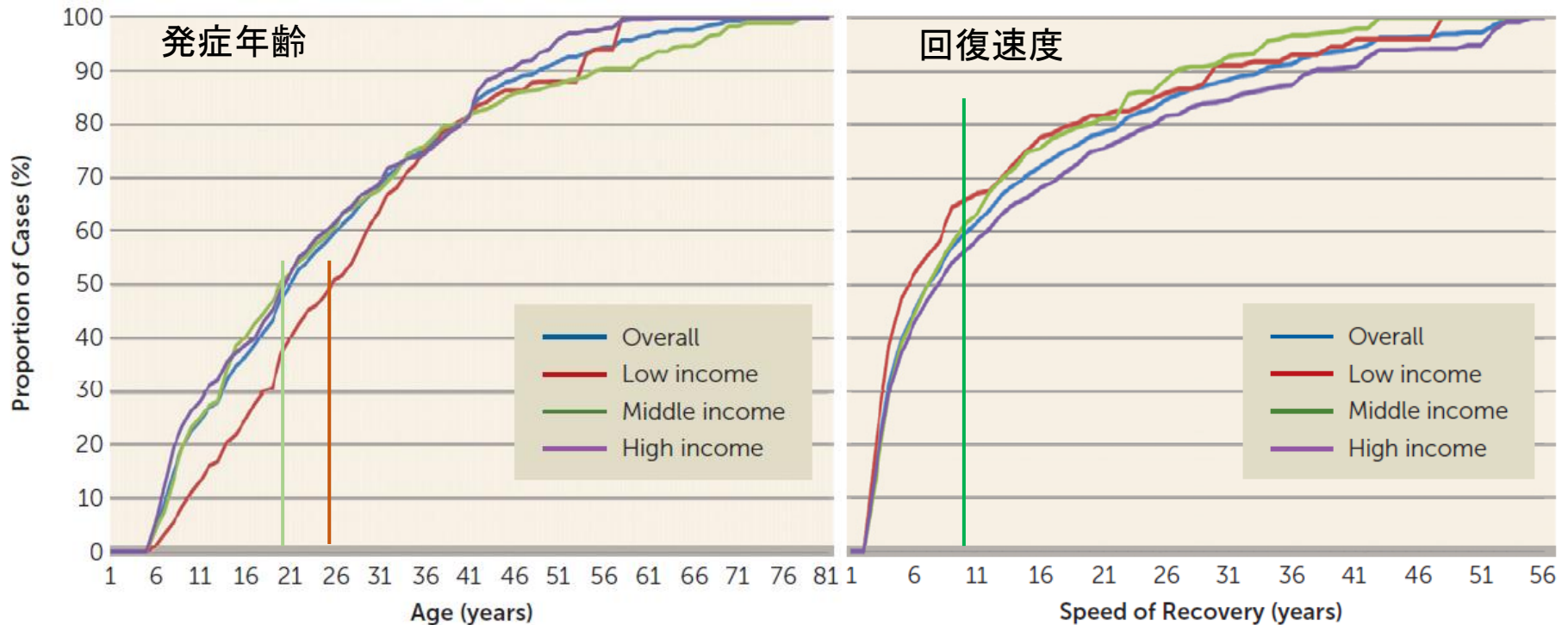
- 18歳以上の9,282名について面接調査を行った。子どものときの情報はretrospectiveに行った聞き取り調査。
- 子ども(18歳未満)の生涯有病率は4.1%。成人(18歳以上)の有病率は6.6%。
- 未成年発症例の36.1%は成年後も症状をもつ。  
⇒ 18歳未満の発症例の60%以上が成人に達する前に回復する。
- 大人の分離不安障害の77.5%が18歳以降に発症。大多数が10代後半から20代前半に発症し、80%が30歳までに発症する。
- 分離不安障害を併存する割合は、不安とうつを持つ者で43%、パニック障害で49.5%、ADHDで53.3%。
- 分離不安障害を併存する例は難治の傾向を示す。



# 疫学調査

## WHO World Mental Health Surveys (1)

- 18か国、38,993名を対象に行ったWHOの調査研究。
- 分離不安障害の生涯有病率は平均4.8%で、43.1%は18歳以降に発症する。おおよそ、18歳未満/18歳以上=6:4。
- 分離不安障害は女性に多い。
- 分離不安障害の発症年齢の中央値は10代後半。
- 分離不安障害の約60%は10年以内に回復する。しかし、10年を過ぎると回復は遅れる。



# 疫学調査

## WHO World Mental Health Surveys (2)

□ 分離不安障害は内在化障害、外在化障害のいずれとも併存する。その割合は非常に高い。

### 分離不安障害 ⇒ 他の障害

### 他の障害 ⇒ 分離不安障害

Disorder	Temporally Primary Separation Anxiety Disorder Predicting Subsequent Onset and Persistence of Other Disorders				Temporally Primary Other Disorders Predicting Subsequent Onset and Persistence of Separation Anxiety Disorder			
	Onset <sup>a</sup>		Persistence <sup>b</sup>		Onset <sup>c</sup>		Persistence <sup>d</sup>	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
<b>Internalizing</b>								
Major depressive disorder	1.4*	1.3–1.6	1.3*	1.1–1.7	1.7*	1.4–2.0	1.4	0.9–2.1
Bipolar disorder	1.8*	1.4–2.3	1.3	0.8–2.2	1.9*	1.4–2.4	1.6	0.9–2.7
Panic disorder without agoraphobia	1.3*	1.0–1.7	1.0	0.6–1.8	1.8*	1.4–2.2	1.4	0.8–2.5
Generalized anxiety disorder	1.5*	1.2–1.9	1.4	1.0–1.9	1.1	0.8–1.6	0.9	0.5–1.6
Posttraumatic stress disorder	1.6*	1.3–2.1	1.8*	1.2–2.6	0.9	0.7–1.2	0.9	0.5–1.6
Social phobia	1.6*	1.2–2.0	1.2	0.8–1.7	1.4*	1.2–1.7	1.3	0.9–2.0
Specific phobia	1.7*	1.2–2.2	1.3	0.7–2.5	2.1*	1.8–2.4	1.0	0.7–1.4
Agoraphobia with or without panic	1.2	0.9–1.6	2.6*	1.4–4.7	1.3	0.9–1.8	1.1	0.6–1.9
<b>Externalizing</b>								
Attention deficit hyperactivity disorder	2.8*	1.6–4.6	0.8	0.4–1.9	1.1	0.8–1.5	1.2	0.7–2.0
Oppositional defiant disorder	1.6*	1.1–2.6	1.0	0.4–2.3	1.7*	1.3–2.2	1.4	0.8–2.4
Conduct disorder	1.4*	1.0–1.8	0.7	0.3–1.4	1.4*	1.1–1.9	0.8	0.4–1.6
Intermittent explosive disorder	1.3	1.0–1.7	0.7	0.5–1.2	1.3*	1.0–1.7	0.8	0.5–1.4
Substance abuse with or without dependence	1.0	0.8–1.2	1.3	0.9–1.8	1.4*	1.0–1.9	0.8	0.5–1.5
Substance dependence with abuse	1.0	0.8–1.4	1.3	0.8–2.1	1.0	0.7–1.4	1.0	0.4–2.2

# 疫学調査

## WHO World Mental Health Surveys (3)

前の図に示されたデータから、

- 小児期の分離不安障害は、後の(成年後の)内在化障害や外在化障害の発症予測因子ではない。
  - 不安障害、感情障害の発症危険因子内在化障害のうつ病、双極性障害、広場恐怖を伴わないパニック障害、全般性不安障害、社会恐怖(社交不安障害)、限局性恐怖症)は相互に関係する(互いに、一方が他方の予測因子)。
  - 反抗挑戦性障害、行為障害、間欠性爆発性障害は相互に関係する(互いに、一方が他方の予測因子)
  - これらから、分離不安障害とその併存障害は共通の発症要因に立っていることが示唆される。
- PTSDとADHDは例外。分離不安障害はこれらの発症予測因子。

その他のデータとして、

- 分離不安障害の誘因あるいは危険因子は、
  - 家族機能が破綻し不幸な子ども時代を送った
  - 人生のいずれかの時点で精神的外傷を受けた
  - これらは子ども分離不安障害のみならず成人の分離不安障害の発症危険因子となっている。また、障害が長引く。



# 分離不安障害の発症危険因子

- 未成年者の行動発達に関するバージニア双生児研究(The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development) (Topolski et al, 1997)によると、
  - 分離不安障害については、遺伝要因と環境要因の関与に有意差がなかった(同程度に関与)。しかし、
  - 過剰不安障害(Overanxious Disorder) (DSM-Rの定義でDSM-5の全般性不安障害)、顕在性不安(Manifest Anxiety)については、遺伝要因の関与が大きかった。
  - この研究は、8~16歳の一卵性と二卵性双生児について、分離不安障害、分離不安障害について調べたもので、以後、類似の調査研究はない。
- 未成年者を対象にしたスモーキーマウンテン疫学調査(Smoky Mountain Epidemiological Study) (Shanahan et al, 2006)によると、
  - 冷淡(cold)、(超)過保護(overprotection)、権威主義(authoritarian)などの養育者の態度は不安障害の危険因子。
  - 殊に、過保護は分離不安障害の特異的危険因子。しかし、全般性不安障害や社交不安障害の危険因子ではない(Wood, 2006; Ehrenreich et al, 2008)。
  - すなわち、環境要因として重要なのは養育者、すなわち、(常識を外れたほどの)親の過保護(overprotection)である。
- 成人の分離不安障害では依存性パーソナリティ障害の関与が示唆されている (Mroczkowski et al, 2015)。
- 機能不全に陥った家族の中で不幸な子ども時代を送った、あるいは、人生のいずれかの時点で精神的外傷を受けた(Silove et al, 2015)。

# 分離不安障害と不登校(School Refusal)

- 1941年にJohnsonらがSchool Phobia の症例を報告した(全文の邦訳が公表されている。佐藤純一、2018)。
- その後、不登校は分離不安の立場から論じられた(Estes et al、1956; Bowlby、1973) (Bowlby については中野明德(2017)の解説を参照)。
- 分離不安障害を持つ子どもは75%が登校拒否の症状を示す(Last et al、1987; Kearney、2008)。登校拒否、あるいは不登校は分離不安障害の診断基準に含まれている(DSM-5の診断基準⑤)。しかし、この項目は必須要件ではない。分離不安の子どもが不登校になるのは症状によるもの。
- 分離不安障害以外の不安障害(全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害)でも不登校の行動を示すが、1/3には不安がない(Egger et al、2003)。このように、不登校の原因や誘因は多様である(Figueroa et al、2002)。
- 登校拒否あるいは不登校は医学用語ではなく、よって、診断名として用いてはならない。
- わが国では、登校拒否とは言わずに不登校というのが一般的だが、不登校に該当する英語はない。Truancyと表現されることもあるが、これは怠学(ずる休み)のことである。  
以上より、わが国ではSchool Refusal を登校拒否とも不登校とも訳すとするのがよいと思う。
- 文部科学省の取り組みについては、同省のHPを参照。

# 治療: Child SepAD (1)

- Child SepADは他の不安障害や感情障害の“paves the way” (Mohr & Schneider, 2014)。

## CBT

- The Coping Cat Program (“**Coping Cat**”) (Kendall, 1990)
  - 子どもの不安に対する最もポピュラーなCBT。
  - 7～13歳を対象にしたCBT。14～17歳を対象としたヴァージョンもある。
  - 分離不安障害、全般性不安障害、社会不安障害、その他の不安を対象。
  - 4つの構成要素からなる。
    - 不安と不安に対する体の反応を理解する。
    - 不安になる状況で起こる考えと感覚を知る。
    - コーピング技術を段階的に育てる。
    - 実行しながら強化していく。
  - 16セッションからなる。
  - 多くの場面、症状に応用されている。さまざまなヴァージョンがある。ワークブックもある。
  - 有効性が多くの研究で確認されている。
  - わが国では、石川信一らの報告がある(不安症研究 9(1)、57-64、2017)。
- メタ解析(In-Albon & Schneider, 2007)
  - ほとんどが複数の技法を組み合わせた治療法で、90.5%が暴露療法を、66.7%が認知再構成を、52.4%がリラックス技法を、38.1%がポジティブ・セルフ・トークを用いていた。
  - 個人精神療法と集団精神療法の間には差がなかった。
  - 子どもに焦点をあてた治療と家族に焦点をあてた治療の間にも差はなかった。しかし、年齢が低い子どもには、子どもと親に焦点をあてたCBTが有効。

Departmental Papers (Psychiatry)

Department of Psychiatry

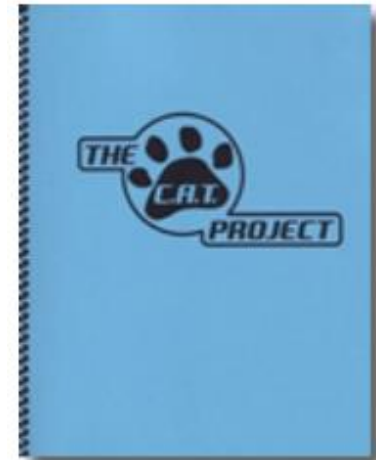
2008

# Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: *The Coping Cat Program*

Rinad S. Beidas  
*University of Pennsylvania, rbeidas@upenn.edu*

Jennifer L. Podell  
*Temple University*

Phillip C. Kendall  
*Temple University*



**Workbooks for participant youth**

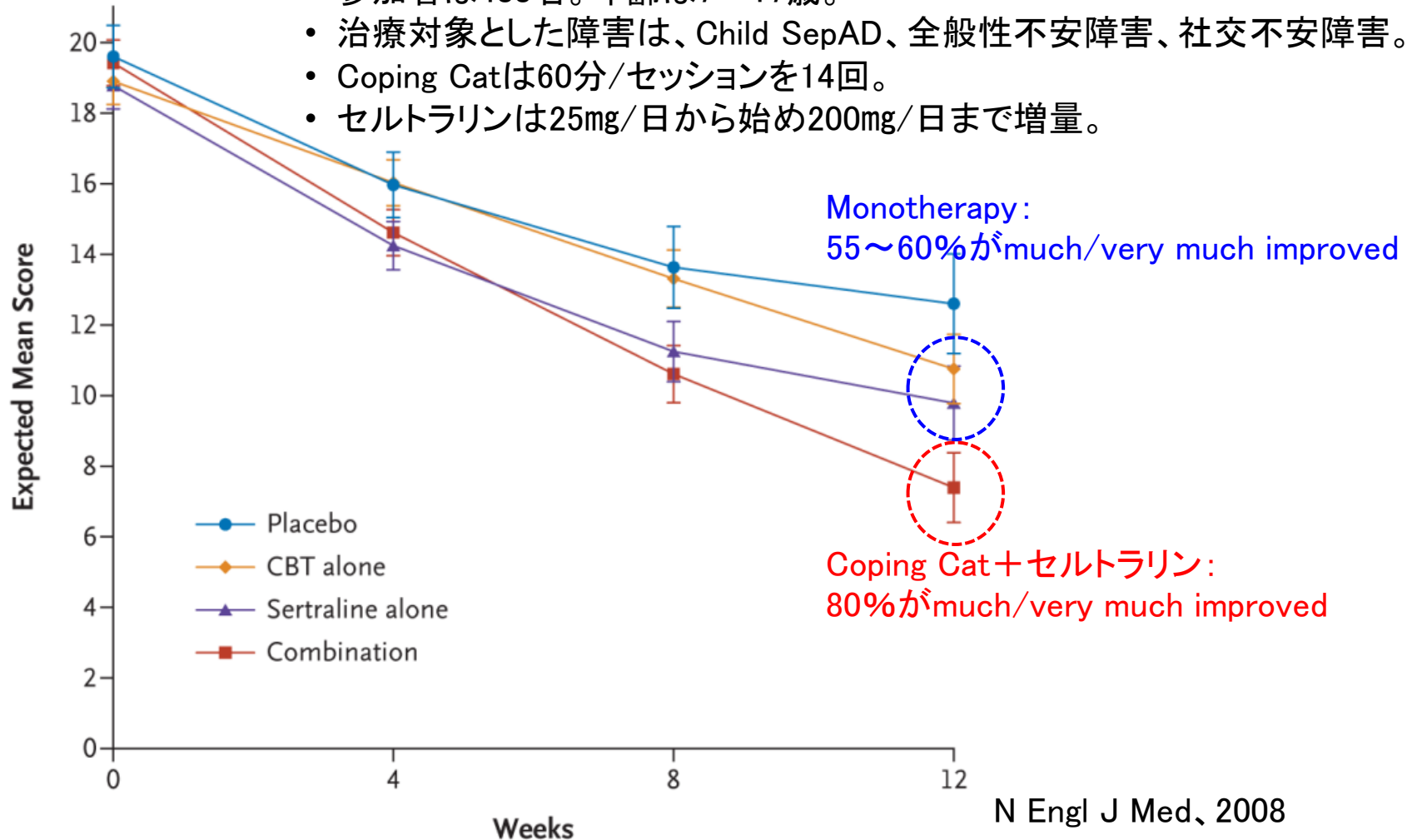
## Interactive Computer Programs



**Treatment manuals for therapists**

## 治療: Child SepAD (2)

- The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS) (Walkup et al, 2008)
  - Coping Cat、セルトラリン、Coping Cat+セルトラリンの短期効果を検討。
  - 参加者は488名。年齢は7~17歳。
  - 治療対象とした障害は、Child SepAD、全般性不安障害、社交不安障害。
  - Coping Catは60分/セッションを14回。
  - セルトラリンは25mg/日から始め200mg/日まで増量。



## 治療 : Child SepAD (3)

- CAMSの長期経過 (Swan et al, 2018)
  - 448名のうち319名について、平均6.5年後 (3~12年後)の社会機能を評価した。
  - much/very much improved だと、追跡評価時に寛解に至っている者が多かった。
  - 寛解は治療法とは関係なかった。
  - 寛解していた者では、学業への取り組みも良好で、人生の満足度も高かった。

### 薬物療法

- 薬物療法はCBTが十分に奏功しない場合に使用する。
  - RCTではセルトラリンとフルオキセチンが検討され有効(A review by Baldwin et al, 2014)。

## 治療 : Adult SepAD

- Adlt SepADを併存していると、不安障害やうつ病はCBTに対しても薬物療法対しても難治性 (Aaronson et al, 2008; Miniati et al, 2012)。
- 上記の状況への対応策は未解決だが下記が考えられる。
  - ECT。
  - Ketamine。Ketamineは不安を軽減させる(Taylor et al, 2018)

Thank You

## 補足: Separation Anxiety Disorderの代表的な評価方法

UNSWとUniversity of Pittsburghの先駆的研究の過程で開発された

- The Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) (Silove et al, 1993) UNSW
  - DSM-III-R に準拠した15項目からなる自己評価尺度。
  - 4段階で答えるリッカート尺度。
  - 大人が子どものときを振り返ってChild SepAD を評価。
  - クロンバックの  $\alpha$  係数は0.89。
- Adult Separation Anxiety Questionnaires (ASA-27) (Manicavasagar et al, 1997) UNSW
  - DSM-IVに準拠して開発された27項目からなる現時点のAdult SepAD のチェックリスト。
  - 4段階で答えるリッカート尺度。クロンバックの  $\alpha$  係数は0.93。
- A structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS) (Shear et al, 1998) University of Pittsburgh
  - DSM-IVに準拠して開発された2部構成の面接法。
  - 1部はChild SepADをretrospectiveに評価する。
  - 2部は現時点のAdult SepADを評価する。
  - クロンバックの  $\alpha$  係数はChild SepADが0.79、Adult SepADが0.85。



# SASI

## (A) Excluded items

I felt uncomfortable about leaving home alone

I wanted to be very close to my mother

I felt unloved and uncared for

I was worried that I might be rejected by my family

I was not keen to sleep at friends

I wanted to be very close to my father

I was homesick when I was far away from home

## (B) Included items

1. I did not want to go to school

2. I feared that one of my parents might come to harm when I was away from home

3. I did not want to be left alone at home

4. I had physical symptoms like stomach aches, nausea, headaches, before going to school

5. I had fears that accidents might happen to members of my family when I was not with them

6. I was afraid of getting lost when I was in strange places

7. I imagined that monsters or animals might attack me when I was alone at night

8. I was very afraid of strangers when I was on my own

9. I had nightmares about violence towards me or my family

10. I was very unhappy if I was separated from my family

11. I was afraid of being harmed or kidnapped when I was alone

12. I daydreamed about being with my family when I was away from home

13. I was afraid to go to sleep alone

14. I was very tense before going to school

15. I was afraid of the dark

# SCI-SAS

## Childhood Separation Anxiety Disorder

**項目① Criterion (DSM-5のA-1):** Recurrent excessive distress when separation from home or major attachment figures occurs or is anticipated. 自宅や母親から離れるのが苦痛。

Did you ever feel very upset or sad if you were separated from your mother? For example, when she went out, or went on a trip, did you cry, beg her to stay, have a temper tantrum, try to stop her from leaving, or try to follow her? When you were away from home or from your mother did you feel very sad or upset or like you didn't care about anything? Did you want to come home early? Did you often call your mother?

お母さんから離れて苦しいとか辛いと思ったことがありましたか？たとえば、お母さんが出かけた時や旅行に行ったとき、いかないでと泣いたり、頼んだり、かんしゃくを起こしたり、止めたり、追いかけてきたりしたことがありますか？あなたが家やお母さんから離れたときに苦しいとか辛いと思ったり、どうでもいいと思ったことはありますか？早く家に帰りたかったですか？しょっちゅうお母さんに電話しましたか？

**項目② Criterion (A-2):** Persistent or excessive worry about losing or possible harm befalling major attachment figure. 母親がいなくなる、母親に危害が及ぶ。その結果、母親と引き離されるという心配。

Did you ever worry that something bad would happen to your mother, and you might lose her? (for example, did you worry a lot if she had an illness, or worry that she would be hurt in an accident or some other bad thing would happen)? Did you ever worry that your mother would go away and never come back? Did you ever worry that she would die?

お母さんに何か悪いことが起こって、いなくなるんじゃないかと心配したことはありませんか? (たとえば、お母さんが病気になるのでは、お母さんが事故にあって怪我をするのでは、悪いことがお母さんの身の上にかかるんじゃないか、などと心配したことがありますか?) お母さんがどこかに行って帰ってこないんじゃないか、お母さんが死ぬのではないかと心配したことはありますか?

**項目③ Criterion (A-3):** Persistent or excessive worry that an untoward event will lead to separation from a major attachment figure. (自分に)悪いことが起こる。その結果、母親と引き離されるという心配。

Did you ever worry that something bad would happen to you and separate you from this person (like getting lost, being kidnapped, have an accident, or being killed)?

自分に何か悪いこと(迷子、誘拐、事故、殺害など)が起こって、母親から引き離されるのではないかと心配したことはありますか?

**項目④ Criterion (A-4):** Persistent reluctance or refusal to go to school or elsewhere because of fear of separation. 母親と離れるのを恐れて学校などにいけない。

Did you have trouble going to school because of fear of leaving home or just wanting to be at home? Did you ever refuse to go to school so you could stay home to be with your mother? Did your parents ever have to make you go to school? Did someone from home need to stay with you when you went to school?

家を離れるのが怖い、家にいたいというだけで学校にすんなり行けなくなったことはありませんか? 学校を休んでお母さんと一緒に家にいたいと思ったことは? 学校に行くのに親がかかわらなければならなかったことは? 家族と一緒にないと学校に行けなかったことは?

**項目⑤ Criterion (A-5):** Persistently and excessively fearful or reluctant to be alone or without significant attachment figures at home or without significant adults in other settings. 母親かだれか頼れる人がいないとひとりではられない。

Was it very difficult for you to be alone, even alone in a room by yourself? Did you ever follow your mother or other people around at home so you wouldn't need to be alone? Did your mother ever complain because you were too “clingy?”

ひとりでいられなかったことは? たとえば、自分から部屋にひとりでいたいと言ったのに結局はひとりであるのができなかったことは? 家の中で母親か誰かにつきまとして、自分がひとりにならないようにしたことは? あなたがつきまとうので、お母さんからやめて、といわれたことは?

**項目⑥ Criterion (A-6):** Persistent reluctance or refusal to go to sleep without being near a major attachment figure or to sleep away from home. 母親がいないと眠れない。

Did you ever feel like you didn't want to go to sleep without your mother near, or like you didn't want to sleep away from home? Did you ever wake up in the middle of the night and go to sleep near your mother or go to check to see if she was OK?

お母さんが一緒じゃないと眠れない、家以外では眠れない思ったことはありませんか？夜中に目が覚めてお母さんの近くで寝たことや、お母さんが大丈夫かどうか調べに行ったことはありましたか？

**項目⑦ Criterion (A-7):** Repeated nightmares involving the theme of separation. 分離を主題とする悪夢。

Did you ever have repeated nightmares about bad things happening that would separate you from your family or your mother (including things like fire, murder or other catastrophe)?

何か悪いこと(火事、殺人、大災害)が起こって家族やお母さんから引き離される夢を何度もみたことはありませんか？

**項目⑧ Criterion (A-8):** Repeated complaints of physical symptoms when separation from major attachment figures occurs or is anticipated. お母さんから離れる際の身体症状。

Did you ever feel physically ill when you had to go to school (for example, have a headache or stomach ache or feel sick to your stomach)? Would you feel better if you stayed home? Did you get physically ill if you were away from home or away from your mother for other reasons? Would you feel better at home?

学校に行かなければならないときに頭痛、腹痛、気持ちが悪いなどの症状が起こったことはありませんか？ 学校を休むことにしたらよくなりましたか？ 家やお母さんから離れるときに体の調子が悪くなったことは？ それは家に帰るとよくなりましたか？

# SCI-SAS

## Adult Separation Anxiety Disorder

**項目⑨ Criterion (DSM-5のA-2) :** Persistent or excessive worry about losing or possible harm befalling major attachment figure. 愛する人がいなくなる、愛する人に危害が及ぶ。その結果、愛する人と引き離されるという心配。Criterionと質問内容は項目と同じ。

Did you ever worry that something bad would happen to this person and you might lose him/her (for example, did you worry a lot if you quarreled, if he/she had an illness, that he/she would be hurt in an accident or injured in some other way)? Did you ever worry a lot that he or she would leave you or that he/she would die?

この人(愛する人)に何か悪いことが起こるんじゃないかとか、失うんじゃないかと心配したことがありますか? (たとえば、喧嘩したり、具合が悪くなったり、何らかの事情があって事故で怪我をしたりするのではないかと心配したことがありますか?) あなたの許を去るのではないかと、死ぬのではないかと、とても心配したことがありますか?

**項目⑩ Criterion (A-3):** Persistent or excessive worry that an untoward event will lead to separation from a major attachment figure. (自分に)悪いことが起こる。その結果、母親と引き離されるという心配。Criterionと質問内容は項目③と同じ。

Did you ever worry that something bad would happen *to you* and separate you from this person (like getting lost, being kidnapped, have an accident, or being killed)?

何か悪いこと(遭難、監禁、事故、殺害など)があなたに起こり、この人(愛する人)から引き離されるのではないかと、と心配したことがありますか?

**項目⑪ Criterion (A-4):** Persistent reluctance or refusal to go out, away from home, because of fear of separation. 別れが恐れて外出しない、家を離れない。Criterionと質問内容は項目④とほぼ同じ。

Did you have trouble going out because of fear of leaving home or just wanting to be at home? Did you ever stop going out so you could stay home? Did you need to have someone else do out-of-the-house chores? Did someone need to be with you when you went out?

家を離れるのが怖い、家にいたいというだけですんなりと外出できなくなったことはありませんか? 外出できずに家にいたいと思ったことは? 誰かいないと外で用事を済ませることができなかったことは? 誰かが一緒にないと外出できなかったことは?

**項目⑫ (A-5):**

質問内容は項目⑤とほぼ同じ

Was it very difficult for you to be alone, even alone in a room by yourself? Did you ever follow anyone around so you wouldn't need to be alone? Did anyone ever complain because you were too "clingy," "dependent" or that you were "suffocating" him or her?

ひとりでいられなかったことは? たとえば、自分から部屋にひとりでいたいと言ったのに結局はひとりでいるのができなかったことは? あなたがつきまとして邪魔をするので不平不満をいわれたことは?

**項目⑬ Criterion (A-6):** Persistent reluctance or refusal to go to sleep without being near a major attachment figure or to sleep away from home. 愛する人がいないと眠れない。Criterionと質問内容は項目⑥と同じ。

Did you ever feel like you didn't want to go to sleep without a loved one near, or like you didn't want to sleep away from home? Did you ever wake up in the middle of the night and check to see if he/she was OK?



**項目⑭ Criterion (A-7):** Repeated nightmares involving the theme of separation.分離を主題とする悪夢。Criterionと質問内容は項目⑦と同じ。

Did you ever have repeated nightmares about things (項目⑥では、bad things) happening that would separate you from your family or from other important persons (including things like fire, murder or other catastrophe)?

**項目⑮ Criterion (A-8):** Repeated complaints of physical symptoms when separation from major attachment figures occurs or is anticipated. 。Criterionは項目⑧と同じ。質問内容は項目⑧とほぼ同じ。

Did you ever feel physically ill when you had to go to out (for example, have a headache or stomach ache or feel sick to your stomach, or have other physical symptoms)? Would you feel better if you stayed home?

外出しなければならぬときに頭痛、腹痛、気持ちが悪いなどの症状が起こったことはありませんか？ 家にいればよくなりますか？

**項目⑯ (A-1?):**

Have you ever avoided having a close relationship for fear of losing that person?

その人を失うことを恐れて、親密な関係を持つことを避けたことがありましたか？

**項目⑰ (A-1?):**

Have you ever avoided having a close relationship for fear of having anxiety, or worries like the ones we have been talking about, when you are separated from that person?

あなたがいないときに我々がその人と何を話しているのか、不安になったり心配するのを恐れて、親密な関係を持つのを避けたことがありましたか？