

特集2 第19回広島大学心理臨床セミナー

「子どものうつと不安へのエビデンスベーストアプローチ」

講演1

子どものうつ

— 発達障害の視点から —

傳田健三

(北海道大学大学院保健科学研究院)

I. はじめに

近年、発達障害、特にアスペルガー障害などの広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorders: PDD) や注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) に対する関心が高まっている。発達障害という概念は現代精神医学に大きなパラダイムの変換をもたらしたといえる。精神疾患の診断において、従来の内因性、外因性、心因性という要因に、新たな発達障害の視点を加える必要性が生じてきたことは間違いのない事実である。

一方、うつ病臨床においても、うつ病像の多様性が指摘され、非定型的な病態やサブクリニカルな状態に対する議論が起こっており、診断の重要性が改めて問題になっている。また、双極性障害においても、児童期双極性障害の特異な臨床像、うつ病からの移行、成人期との連続性、そして双極スペクトラム障害という概念などに注目が集まっている。

本稿では、まず子どものうつ病の診断基準について述べる。次に子どものうつ病の臨床的特徴を解説し、その治療について述べてみたい。最後に小児期の双極性障害について述べてみたい。

II. 子どものうつ病の診断基準

米国精神医学会の診断基準である DSM-IV-TR では、うつ病の症状を「大うつ病エピソード」として記載している。すなわち、うつ病の症状を9つ提示し、そのうち「主症状」として、(1) 抑うつ気分と (2) 興味または喜びの喪失をあげ、「副症状」として、(3) 食欲障害、(4) 睡眠障害、(5) 焦燥感あるいは行動制止、(6) 易疲労感、気力減退、(7) 無価値感、罪責感、(8) 集中困難、決断困難、(9) 自殺念慮をあげている。そして、このうちの5つ以上の症状が存在し、それらの症状のうち少なくとも1つは「主症状」であり、同時に2週間のあいだ持続し、病前の機能から変化を起こしている状態を「大うつ病エピソード」と定義した。また、これが児童・青年期の症例に適用される場

合、(1)の抑うつ気分は、児童・青年期の場合、いらいらした気分であってもよく、(3)の体重減少は、成長期にある児童の場合、期待される体重増加がみられないことでもよいとされる。

Ⅲ. 子どものうつ病の臨床的特徴

1. 子どものうつ病は決して稀な病態ではない

子どものうつ病の有病率は児童期では2.8%、青年期では5.9%と見積もられている。

2. 子どものうつ病の臨床症状の特徴

基本的には成人のうつ病と同じ症状（興味・喜びの減退、気力低下、集中力減退、睡眠障害、食欲障害、易疲労感など）が出現する。子どもの場合、成人と比較すると、社会的引きこもり（不登校など）、身体愁訴（頭痛、腹痛など）、イライラ感などが特徴的である。子どもは抑うつ気分は表現しにくい。

3. 併存障害 comorbidity について

子どものうつ病は、うつ病単独で出現するよりも、他の精神障害と併存して出現することが多い。併存障害としては、素行障害、注意欠如・多動性障害（ADHD）、不安障害（社会不安障害、強迫性障害、パニック障害など）、摂食障害、広汎性発達障害などがあげられる。

4. 診断分類について

子どものうつ病においても、成人と同じように、大うつ病性障害、気分変調性障害、小うつ病性障害、双極性障害などが出現する。子どものうつ病は成人と比較して、双極性障害へ発展する可能性が高いといわれている。

5. 予後について

児童・青年期のうつ病の経過は、1年以内に軽快する症例が多いが、数年後あるいは成人になって再発する可能性が高い。

Ⅲ. 児童期発症のうつ病と青年期発症のうつ病の違い

児童・青年期のうつ病は、児童期発症のうつ病と青年期発症のうつ病に大別することが可能である。児童期発症のうつ病は青年期発症のうつ病に比べて、発症頻度は少なく、男子優位を示し、他の精神障害（とくに、ADHD、反抗挑戦性障害、素行障害）を併存することが多く、家族機能の障害（虐待など）と強く関連し、成人のうつ病へ移行する可能性が少ないと考えられている。そして、その予後はうつ病ではなく、併存するADHD、反抗挑戦性障害、素行障害などの予後に近似しているという。

一方、青年期発症のうつ病は児童期発症型とは対照的に、発症率は高く、成人の発症率に近似し、

女性優位であり、ADHD、反抗挑戦性障害、素行障害などの併存率は少なく、家族機能の障害も少なく、気分障害の家族歴が高く、成人のうつ病へ移行する可能性が高く、その予後もうつ病の予後に一致していくと考えられている。このように、近年の研究によると、児童期発症のうつ病は青年期以降に発症するうつ病と異なる臨床単位である可能性がある。

IV. 子どものうつ病の治療

1. 十分な休養

成人と同様に、子どものうつ病においても十分な休養なしには他のどんな治療も成功しない。現在の状態は、単に嫌なことがあって落ち込んでいる状態ではなく、怠けや性格や親の養育のせいではなく、うつ病という身体の病気だから十分に休ませる必要性を説く。

2. 薬物療法

子どものうつ病に対して抗うつ薬のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）の有効性が報告されている。抗うつ薬の効果があらわれるまでに1～2週間かかることが多い。SSRIは稀に情動不安定、イライラ感、自傷行為が増加する可能性があるので注意を要する。

現時点では、第1選択薬としてSSRIのセルトラリンを25mg/日から使用していく。副作用としては、嘔気、食欲低下などの消化器症状が投与初期に出現しやすい。副作用の程度を考慮しながら、その後1～2週間単位で漸増していく。小学生であればセルトラリン50mg/日まで、中学生であれば100mg/日まで増量する。セルトラリンで十分な効果が得られなかった場合、他の抗うつ薬に変更する。使用方法および投与量はセルトラリンと同様である。

抗うつ薬によって多くの場合3ヶ月間以内で症状が改善することが多い。しかし症状が消失しても、その後最低でも6ヶ月間は投与量を減らさずに服薬を継続する必要がある。その後、抗うつ薬は漸減中止することができる。

3. 精神療法

子どものうつ病に対しては、原則として支持的精神療法を用いる。面接では、治療者はまず、子どもの苦しかった生活に耳を傾け、つらかった状況を理解することにつとめる。そして、本人にあなたは何も悪くないことを伝え、そんな状態でも頑張ってきたことをたたえ、今はしばらくの休養と薬物療法が必要であること、必ず治る状態であることを説明する。治療が進むにしたがい、子どもの真の感情や考えを言葉で表現するように援助していく。

支持的精神療法だけでは改善しない場合には、認知行動療法を行っていく。思考記録表をつけながら、自分の考え方のクセに気づき、適応的な思考ができるように練習していく。また、発達障害を考慮した対応は不可欠である。

4. 家族療法・学校との連携

子どものうつ病治療において家族の協力は不可欠である。両親には、これまでの苦勞をねぎらい、当面の対応の仕方を話し、ともに情報を交換し、協力関係を作っていくようにする。子どもが何を感じ、何を考え、なぜそのような行動をとるのか助言していく。励ましたりすることは逆効果であることを説明し、温かく見守る必要性を伝える。家族が疲労し自責的になっていることがあるので、家族の精神衛生にも配慮していく必要がある。

また、学校との連携も非常に重要である。家族、学校、医療が協力して、その子に応じた段階的な学校復帰・社会復帰プログラムを作っていく必要がある。

V. 子どもの双極性障害

かつて、児童期発症の双極性障害はほとんど存在しないと考えられてきた。しかしここ数年にわたり、米国の一部の研究者を中心に、児童期・前思春期の双極性障害に関する論文が数多く報告されるようになった。さらに、その臨床像はこれまで認識されていた成人における躁うつ病像、すなわち躁病相とうつ病相の明らかな対比、その明瞭な交代と月単位の周期、各病相に特徴的な臨床症状、などの古典的な病像とは大きく異なり、子ども特有の臨床像を呈することが明らかになってきたのである。その特徴を述べてみたい。

1. うつ症状と躁症状のきわめて急速な交代

子どもの双極性障害の第1の特徴は、うつ症状と躁症状の極めて急速な交代である。Gellerらによれば、平均8.1歳で発症した、平均11.0歳の小児双極性障害児60名のうち、50名(83.3%)が急速交代型、超急速交代型、あるいは日内交代型であり、そのほとんど(45名)を占める日内交代型では、年間の病相回数数は平均1,440回で、1日平均4回の病相がみられたという。DSM-IV-TRでは特定不能の双極性障害と診断されることになる。

2. うつ病相と躁病相が明瞭に区別しにくく、双方の症状が混在する多彩な病態

第2の特徴は、とくに躁病エピソードにおいて、うつ病相と躁病相が明瞭に区別しにくく、双方の症状が混在する多彩な病態を示すことである。いわゆる混合状態であるが、DSM-IV-TRの混合性エピソードの診断基準は完全には満たさない場合が多い。

具体的な躁病エピソードの症状としては、易刺激性 irritability、気分変動、情緒不安定、攻撃性、衝動性などである。このうち、とくに易刺激性 irritability が最も特徴的であるとされる。

3. 他の精神障害、とくにADHD、反抗挑戦性障害、行為障害などを併存しやすい

第3の特徴は、他の精神障害、とくにADHD、反抗挑戦性障害、行為障害などの破壊的行動障害を併存しやすいことである。その他の併存障害としては、不安障害、物質乱用障害が多い。報告は

様々であるが、児童・青年期の双極性障害の少なくとも4分の3に明らかな併存障害が存在するといわれている。

小児の双極性障害は、いまだに議論の多い病態である。しかし、そのような状態を呈する子どもは間違いなく存在し、彼らの多くをわれわれはこれまで見逃してきており、また、彼らはやはり双極性障害というカテゴリーに含まれるもので、かつ治療抵抗性で、臨床的にも基礎的にも研究の必要性があることは間違いのない事実なのである。今後のさらなる研究が望まれる。