

児童期のうつ病

—その要因に着目して—

Childhood Depression :
Focusing on primary factors

松 田 久 美
Kumi MATSUDA

1. うつ病とは

うつ病は、気分障害の一種であり、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥、食欲低下、不眠、持続する悲しみ・不安などを特徴とする精神障害である。その分類は、うつ病性障害（大うつ病、気分変調症）と双極性障害（双極Ⅰ、Ⅱ型障害）に大別される。

うつ病性障害は、典型的なうつ病である「大うつ病」と、軽い抑うつ気分が（ほとんど毎日）年単位で持続する気分障害の「気分変調症」に分類される。気分変調症の経過中に大うつ病が合併する場合は重複うつ病と呼ばれ、大うつ病が反復する場合は反復性うつ病と呼ばれる。双極性障害は、大うつ病と躁病を繰り返す双極Ⅰ型障害と、大うつ病と軽躁病を繰り返す双極性Ⅱ型に分類される。

うつ病は、近年増加しており、人類の6～7人に1人が一生に一度はうつ病にかかる時代になったともされる（傅田，2002，2004，2005a）。しかしそのことには、1980年に米国精神医学会が新しい診断基準を示して以降、「うつ」、「うつ状態」の多くが「うつ病」と捉えられるようになったこと、及び新しい抗うつ薬の発売、うつ病治療の啓発活動が関わっているという見解もある（青木，2012）。

2. うつ病の生物学的・心理学的背景

うつ病の発症には、モノアミン類であるノルアドレナリン、セロトニンなどの脳内神経伝達物質の低下が関与しているとされる。特に、選択的セロトニン再取り込み阻害剤であるフルオキセチンがうつ病に効果があることから、セロトニンの欠乏によるともされているが、現段階においては、その根拠を示す研究結果は得られていない。一方、近年におけるfMRIなどの画像診断の診断に伴い、大脳辺縁系の海馬領域での神経損傷との関連が指摘されている（例えば、山脇，2005）。この海馬の神経損傷は、幼少期に心的外傷体験を持つ症例に認められている研究結果も示されている（例えば、友田，2006）。コルチゾールは副腎皮質ホルモンであり、ストレスによっても発散される。このコルチゾールが、過剰なストレスにより多量に分泌され

た場合、海馬を萎縮させることが、心的外傷後ストレス障害（PTSD）・うつ病患者にはその萎縮が確認されている（例えば、山脇，2005）。

一方、うつ病の心理学的要因として、日本では1980年代まで「几帳面である」ことが定説とされていた。これは、病前性格論におけるメランコリー親和型性格や循環性格を指したものであった（西園，2009）。Tellenbach, H. (1983/1985)によれば、メランコリー親和型性格は、几帳面・生真面目・小心的な性格であり、職場での昇進などをきっかけに、責任感から無理を重ね、うつ病を発症するという。従来は、メランコリー親和型性格がうつ病の特徴とされ、薬に反応しやすく、休養と服薬で警戒しやすいものであった（松尾，2009）。しかし、近年ではうつ病概念の拡大や社会状況の変化に伴い、これらの性格に該当しないディスチミア親和型と呼ばれるタイプの患者が増加しているとされる（樽味，2009）。また、Silberg, Pickles, Rutter, Neale, and Eaves (2001)は、うつ病の心理学的要因として、「ライフイベントへの脆弱性」を、Silberg, Pickles, Rutter, Hewitt, Simnoff, Maes, Carbonneau, Murrelle, Foley, and Eaves (1999)は、「うつ病を引き起こしやすいライフイベントの持ちやすさ」を挙げ、個人が持つ特性と環境との相互作用が、うつ病を引き起こす可能性を示唆している。

3. 子どものうつ病

1960年代までは、子どもがうつ病に罹患することなどないと考えられていた。それは、人格形成の未熟な時期には「うつ気分」は経験されないと考えられていたことに起因する。しかしながら、1970年代後半から子どものうつ病に関する研究（大井，1978；村田，1979）も現れ、わが国における子どものうつ病の存在が知られるようになった。さらに、米国精神医学会が作成したDSM-III（1980）、及び世界保健機構によるICD-10の第8版（1980）に示された「操作的診断基準」が用いられるようになると、大人の症状に類似した抑うつ状態をもつ子どもの存在が認識されるようになった。

児童期のうつ病に関しては、調査方法やサンプルによって変動はあるものの、欧米ではおよそ2～5%程度の出現率であることが明らかにされている（Kashani, Orvaschel, Rosenberg, & Reid, 1989；Fleming, David & Offord, 1990；Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994）。また、日本の一般人口中の小学校低学年児童（7～8歳）を対象とした精神科診断面接を実施した研究においても、DSM-III-R（1987）に照らして2.7%の大うつ病の出現率が示された（Sugawara, Mukai, Kitamura, Toda, Shima, Tomoda, Koizumi, Watanabe & Ando, 1999）。傅田（2005b）は、「子どものうつ病は、適切な治療が行われなければ、大人になってから再発したり、他のさまざまな障害を合併したり、対人関係や社会生活における障害が持ち越される場合も少なくない」（傅田，2005b, p.42）と述べている。

また、抑うつの子どもたちに関する臨床的な研究や経験によると、家族全体の機能不全とともに夫婦関係の問題が大きな危険因子であることが報告されている（Stark, Humphrey, Crook

& Lewis, 1990)。このことを、子どもが3歳から14歳になるまで、その発達的变化を継続的に捉えた縦断研究 (Block, Block & Gjerde, 1986) が、両親の夫婦関係が子どもに与える影響に関する結果から裏付けている。この研究への協力者は、子どもが3歳の時点で128名であり、14歳になった時点でも101名の子どもに関する調査が実現した。そのうちの41名が、14歳以前のいずれかの年齢で親の離婚や別居を経験していた。彼らを残りの60名(経験のない群)と、社会性や知的特徴を中心として、いろいろな指標で比較した。その中で、最も際立ったのは、両親が実際に別居するかなり前から、中には何年も前から、離婚群の子どもたちが示した以下のような特徴であった。経験群の子どもたちには、3歳の時点で、落ち着かなさ、強情さ、情緒的な不安定さが示されやすく、7歳の時点では、攻撃性、衝動性、非協力的な態度、自制心の失いやすさといった特徴を示す傾向が見出された。こうした結果とデータをさらに分析した結果から、Block, Block, and Morrison (1988) は、「子どもの心理状態に影響を与えるのは、両親の結婚が崩壊そのものよりも、それをはるかに超えて、それ以前に家庭の中で続いた『角付き合わせる雰囲気』」と結論づけている。すなわちこれらの結果は、家庭の雰囲気や夫婦関係が、子どもの精神状態を危うくさせる因子であることを示唆している。

4. 子どものうつ病の特徴

児童期は、学校生活や課外活動を通して、生活空間及び人間関係が飛躍的に広がり、社会的な発達が著しい時期である。身長や体重といった目に見える変化も大きい。幼児期の終わり頃には平均1.1m程度であった身長も、小学校の6年間で40cm以上伸びる。20kg足らずであった体重も、6年間でおよそ2倍になる。こうした「体が驚異的に大きくなる」という特徴と併せて、この身体の大きさの変化が「運動能力の変化」にもつながるというもう1つの特徴も持っている。

こうした目覚ましい発達を遂げる児童期に、うつ病を発症する子どもがいる。そうした子どもには、自己イメージの悪さ、自己評価の低さが多く認められ、「悪いことは自分のせい」、「私は悪い子」といった自責を抱きやすいともされる (Goodyer, I., 2002)。また発症後は、頭痛や腹痛などの身体症状、及びうつ気分を苛立ちとして表現することが多いとされ、自身の行動を抑制する傾向にもある (例えば、磯部, 2010)。

子どもの精神状態を捉える方法には、動物を主人公とする主題統覚検査CATやロールシャッハ・テストなどの投影法があると考えられるが、「抑うつ」そのものを測定する指標(質問紙法)として、村田・清水 亜紀・森 (1996) が作成した「子ども抑うつ自己評価尺度」(Table 1)がある。これは、「私たちは、楽しい日ばかりではなく、ちょっとさみしい日も楽しくない日もあります。みなさんがこの1週間どんな気持ちだったか、当てはまるものに○をつけてください。よい答え、わるい答えはありません。思った通りに答えてください」という教示の後、質問項目に対する回答を得る。回答は、「0 = そんなことはない」、「1 = とき

どきそうだ」, 「2 =いつもそうだ」の3件法である。18項目の合計得点によって、抑うつ程度を測定できるようになっている。*項目1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16は逆転項目である。得点範囲は、0~36点であり、16点を超えるとリスクがやや高く、24点を超えるとうつ病の可能性がかなり高いとされている（佐藤, 2010）。

Table 1 子ども用抑うつ自己評価尺度

1. 楽しみにしていることがたくさんある*	[0	1	2]
2. とてもよくねむれる	[0	1	2]
3. 泣きたいような気がする	[0	1	2]
4. 遊びに出かけるのがすきだ*	[0	1	2]
5. にげ出したいような気がする	[0	1	2]
6. おなかがいたくなることがよくある	[0	1	2]
7. 元気いっぱいだ*	[0	1	2]
8. 食事が楽しい*	[0	1	2]
9. いじめられても自分で「やめて」と言える*	[0	1	2]
10. 生きていてもしかたがないと思う	[0	1	2]
11. やろうと思ったことがうまくできる*	[0	1	2]
12. いつものように何をしても楽しい*	[0	1	2]
13. 家族と話すのが楽しい*	[0	1	2]
14. こわい夢をみる	[0	1	2]
15. ひとりぼっちの気がする	[0	1	2]
16. 落ち込んでいてもすぐに元気になる*	[0	1	2]
17. とても悲しい気がする	[0	1	2]
18. とてもたいくつな気がする	[0	1	2]

5. 子どものうつ病の治療

子どもの「うつ病」の治療には、まず環境調整が必要である。次に、家族療法が重要となる。家族療法とは、家族を、個々の成員が互いに影響を与えあうひとつのシステムとして捉え、家族成員に生じた問題は単一の原因に起因するものではなく、互いに影響を与え合う中で原因と結果の悪循環がもたらされているとして、家族自身の力で問題解決していくことを援助していく方法である。また、年齢が長じるにつれ、プレイセラピーや描画療法、箱庭療法などによる治療は減り、言語を媒介する小精神療法（支持的精神療法）、認知行動療法や精神分析治療が増える。

薬物療法については、「大人のうつ病には選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が治療の第一選択とされているが、子どものうつ病には、SSRIをはじめとする抗うつ薬を安易に投与すべきではない」（原田, 2012, p.46-47）という指摘がある一方で、実際には、子ども

の「うつ病」への抗うつ薬の投与率は50%を超える（例えば、倉本，2014）。またそれは、環境調整や精神療法などの非薬物療法から開始した後、本人と家族への十分な説明と同意を得た上で行われ、少量から様子を見ながら増量される（減量する必要が生じた場合にも同様の過程を踏む）という。子どもの「うつ病」は、「抑うつ気分」や「興味・喜びの喪失」、「易疲労性、活動の低下」、「気力・意欲の低下」、「食欲（体重）の増減や不眠・過眠」、「無価値感・自責感」、「思考・集中力の低下」、「自殺念慮」といった症状をもたらす。これらの症状は芳しくない予後や深刻な結末にも繋がる可能性を持つことから、子どもの「うつ病」は、決して楽観視できない。子どもの未来を守るためにも、薬物療法もまた、やむを得ない治療方法であると考えられる。

引用文献

- 青木 省三. (2012) 子どものうつとはどういうものだろうか. *こころの科学*, 162, 18-23.
- Block, J. H., Block, J., Gjerde, P. E. (1986) The personality of children prior to divorce: a prospective study. *Child Development*, 57, 827-840
- Block, J. H., Block, J., Gjerde, P. E. (1988) Parental functioning and the home environment in families of divorce: prospective concurrent analyses, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 207-213.
- 傅田 健三. (2002) *子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患*. 東京：金剛出版.
- 傅田 健三. (2004) *子どものうつ, 心の叫び*. 東京：講談社.
- 傅田 健三. (2005a) *子どものうつ病と現代社会*. 東京：至文堂.
- 傅田 健三. (2005b) *子どものうつ病—その心に何が起きているのか—*. *児童青年精神医学とその近接領域*, 46(3), 248-258.
- Fleming, J. E., Offord, D. R. (1990) Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, 571-580.
- Goodyer, I. (2002) Symptom of depression, In Lewis M. edited: *Child and Adolescent Psychiatry 3rd edition*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 352-358.
- 原田 譲. (2012) 子どもの表情から読みとる精神的健康—子どものうつ病の特徴と治療. *児童心理*, 66(14), 42-48.
- 磯部 潮. (2010) 子どもに「うつ病」はあるか. *児童心理*, 64(8), 12-24.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K. (1989) Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Lewinsohn, P. M., Clark, G. N., Seeley, J. R., Rohde, P. (1994) Major depression in community adolescents: age onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc*

Psychiatry, 33, 809-818.

倉本 英彦. (2014) 子どものうつをめぐって. *児童心理*, 68(3), 90-95.

松尾 信一郎. (2009) ディスチミア親和型うつ病を通してみる現代うつ病医療. *現代うつ病の臨床*. Pp.123-154. 東京：創元社.

村田 豊久・清水 亜紀・森 陽二郎. (1996) 学校における子どものうつ病—Birlenson の小児期うつ病スケールからの検討. *最新精神医学*. 1 (2), 131-138.

西園 昌久. (2009) うつ病の多様性と力動的理解. *現代うつ病の臨床*. Pp.12-28. 東京：創元社.

大井 正己. (1978) 若年者のうつ状態に関する臨床的研究—年齢と病像の変遷との関連を中心に. *精神神経学雑誌*, 80, 431-469.

佐藤 寛. (2010) 子どものうつ・情緒不安定への適用と留意点. *児童心理*, 64(18), 41-47.

Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, j., Simnoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D., Eaves, L. (1999) The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry* 56(3), 225-232.

Silberg, J., Rutter, M., Neale, M., Eaves, L. (2001) Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 179, 116-121.

Stark, K., Humphrey, L.L., Crook, K., Lewis, K. (1990) Perceived family environment of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.

Sugawara, M., Mukai, T., Kitamura, T., Toda, M., Shima, S., Tomoda, A., Koizumi, t., Watanabe, K., & Ando, A. (1999) Psychiatric disorders among Japanese children. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 38, 444-452.

樽味 伸. (2005) 現代社会が生む「ディスチミア親和型」. *臨床精神医学*. 34(5), 687-694.

Tellenbach, H. (1985) メランコリー. 木村 敏 訳. 東京：みすず書房. (*Problemgeschichte Endogenitat Typologie Pathogenese Klinik*, 1983)

友田 明美. (2006) いやされない傷：児童虐待と傷ついていく脳. 東京：診断と治療社.

山脇 成人. (2005) うつ病の脳科学的研究：最近の話題. *日本医学会シンポジウム*, 8-9.