

## 第8回旭川市医師会女性医師 部会市民講演会「うつ」報告

旭川市医師会女性医師部会 副部会長

宮本 晶 恵

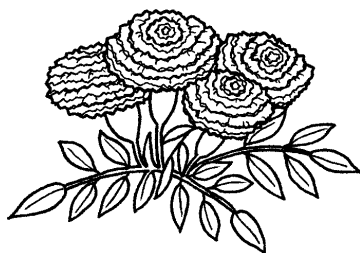
(北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター)

第8回旭川市医師会女性医師部会市民講演会を、平成22年7月10日土曜日、旭川グランドホテルで開催いたしました。

眠れない、気持ちがしずむ、やる気がでない……そんな症状に、悩む人が大人にも、子どもにも増えています。こんな症状は「うつ」であることがあります。また、日本では毎年3万人以上の方が自殺していますが、「うつ」と自殺は関係が深いと言われております。そこで、今年は「うつ」をテーマとし、お二人の精神科の先生から講演をしていただきました。

まず、北海道大学大学院保健科学研究院 生活機能学分野 教授 傳田 健三先生から「思春期のうつ」と題して、思春期のうつ病の疫学、診断、特徴、治療、薬物療法、そして、最後にはユーモアを交えてメンタルヘルスの方法を伝授していただきました。次に、朋友会石金病院副院長 精神科 香坂 雅子先生から「働き盛りのうつと睡眠の問題」と題して、働き盛り世代におけるうつと自殺の問題、勤労者の睡眠をめぐる問題と睡眠の確保についてお話していただきました。講演後の質問も活発にあり、講師の先生から丁寧にお答えしていただきました。参加は、201名にのぼり、第6回の甲状腺疾患227名につぐ多さでした。また、アンケートには153名（回収率76%）からお答えをいただき、大変、好評であったことがわかりました。アンケートの分析では、初めての方68%、男性15%、年齢も10歳～80歳代と幅広い市民の方に聴いていただけました。アンケートの結果は、来年からの市民講演会に生かしていきたいと存じます。

以下にお二人の講師からそれぞれ、講演をまとめていただきました。



## 思春期のうつ —その心に何が起きているのか—

北海道大学大学院保健科学研究院  
生活機能学分野教授

傳田 健 三



### 1. 子どものうつ病は見逃されてきた

近年、子どものうつ病が一般に認識されているよりもずっと多く存在するということが明らかになってきた。しかも、従来考えられてきたほど楽観はできず、適切な治療が行われなければ、青年あるいは大人になって再発したり、他の様々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てしまう場合も少なくない。今や子どものうつ病を正確に診断し、適切な治療と予防を行うことが急務となっている<sup>2,3)</sup>。

ところがわが国では、いまだに子どものうつ病に対する認識は乏しいと言わざるを得ない。これまで、わが国では子どものうつ病という現象は見逃されてきたといえることができるだろう。言うまでもなく、子どもの不適応を何でも精神障害と関連づけて考えることには慎重でなければならないが、近年みられる不登校やいじめの問題において、不適応を起こして落ち込んだり、引きこもったり、自殺を試みたりする子どもたちを、今一度、うつ病という視点から検討する必要もあるのではないだろうか。

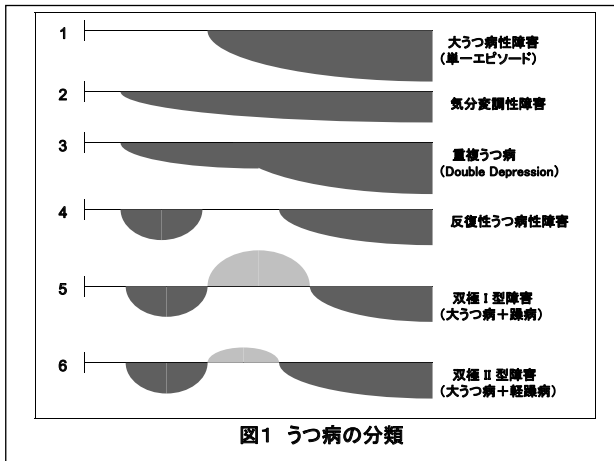
### 2. 子どものうつ病に関する一般的事項

#### 1) 有病率、性差

一般人口における子どものうつ病の有病率（6ヶ月有病率）は、児童期で0.5～2.5%、思春期で2.0～8.0%と報告されている<sup>2,4)</sup>。思春期ではほぼ大人と同じ有病率であるといえることができる。子どものうつ病の性差は、児童期ではほとんどみられないが、思春期になると女性の割合が多くなり、次第に大人と同じ性差（男女比1：2）になっていく。

## 2) うつ病の分類

子どものうつ病の分類は基本的に大人と同じであり、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（図1）。うつ病性障害は、典型的なうつ病である大



うつ病と、軽症の抑うつ状態が長期間（児童青年期では少なくとも1年間）持続する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び、大うつ病が反復する場合は反復性うつ病と呼ぶ。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Ⅱ型障害に分類される。

### 3) うつ病の経過、予後

子どものうつ病の予後は、発症後1～2年で多くが寛解するが、その後再発する症例が多い。軽症まで含めると大人になって60～75%がうつ病を再発すると報告されている<sup>6)</sup>。きちんとした治療を行えば治りやすいが、再発もしやすいのが特徴といえる。

## 3. どんな症状を呈するのか？

### 1) 基本症状は大人と同じである

アメリカ精神医学会の診断基準であるDSM-IV-TR<sup>1)</sup>では、うつ病の症状を9つ提示し、そのうち「主症状：A」として、①抑うつ気分と②興味・喜びの喪失の2つをあげ、「副症状：B」として、③食欲不振、体重減少、④睡眠障害、⑤焦燥感または行動制止、⑥易疲労感、気力減退、⑦無価値感、罪責感、⑧思考力・集中力減退、決断困難、⑨自殺念慮、自殺企図の7つをあげている。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：A」であり、症状は同時に2週間持続し、病前の機能の障害を起している状態を「大うつ病エピソード」と定義した。また、これが小児や青年に適応される場合、①の抑うつ気分は、いらいらした気分で

あってもよく、③の体重減少は、成長期に期待される体重増加がみられないことでもよいとされている。

### 2) 子どもに出現しやすい症状とは何か

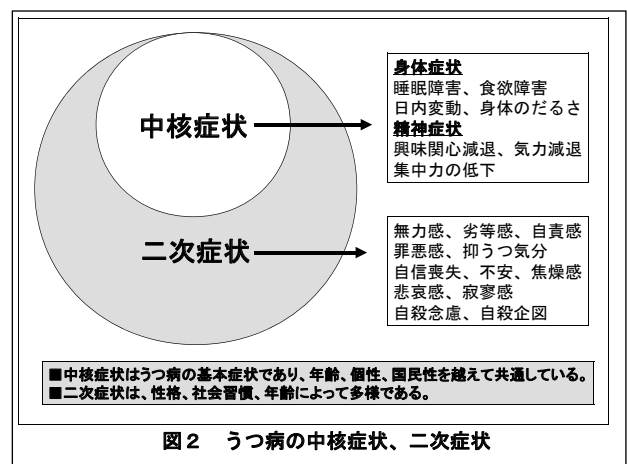
大人と比べて子どものうつ病に多い症状は、イライラ感、身体的愁訴、社会的ひきこもり（不登校など）である。子どもは抑うつ気分をなかなか言語化できず、イライラ感や身体症状、あるいは不登校などの行動面で表現すると考えると理解しやすいだろう。

また、子どものうつ病は単独で出現するより、注意欠陥多動性障害（ADHD）、行為障害、広汎性発達障害（PDD）、不安障害、摂食障害などに合併して出現することが多い。上記の諸障害の背後にうつ病が隠れていることが稀ではない。

### 3) うつ病の本質的な症状とは何か？

同じうつ状態に陥っても、ある子どもは学校へ行けなくなり、家に引きこもって動きも乏しくなるが、別の子どもはむしろイライラして親に当たり散らし落ち着かない状態が続くこともある。また、頭痛や腹痛などの身体症状の訴えが中心で、執拗な訴えを繰り返す子どももいれば、いかにももの悲しそうにめそめそする子どももいる。時には、何事においても自分を責めて、自殺を考える子どももいる。このように、同じうつ病でも、個々の子どもが表面にみせる症状はそれぞれに異なっていることが少なくない。すべての子どもに共通するうつ病の本質的な症状はどのようなものなのだろうか。

うつ病の症状を、最も基本的で、皆に共通して存在する中核症状と、個人の人間性（性格、年齢、国民性など）を介してあらわれる二次症状に分類して説明したい（図2）。中核症状とは、身体症



状として、睡眠障害、食欲障害、日内変動、身体のだるさがあり、精神症状として、興味・関心の減退、気力減退、知的活動の低下からなる。これらの症状は年齢、個性、国民性を越えて共通している。人間の全体のエネルギーが低下したような

状態ととらえると考えやすい。おそらく脳の生物学的変化を直接反映する症状と考えられる。

一方、二次症状とは、中核症状の体験が各個人によって様々な形で表れたものであり、不安、抑うつ気分、焦燥感、悲哀感などの感情や、自傷、自殺、引きこもりなどの行動が含まれる。つまり、二次症状は中核症状の存在を前提とすると、ある程度理解できるもので、性格、個性、生活経験、社会的習慣による差異が大きく、多様である<sup>2,3)</sup>。

子どもの場合、同じうつ状態に陥っても表面にあらわれる症状は異なっていることが多いが、丁寧に問診していくと、いずれの場合も中核症状は共通して存在することがほとんどである。前景に見える症状だけでなく、その裏に潜む中核症状の存在に注意することが、うつ病を見逃さない重要なポイントである。

以上に述べた子どものうつ病の臨床的特徴をまとめると表1のようになる。

表1 子どものうつ病の臨床的特徴

1. 児童・青年期のうつ病は決して稀な病態ではなく、児童期では0.5~2.5%、青年期では2.0~8.0%の有病率である。
2. 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。
3. 大人と比較すると、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。
4. 児童・青年期では抑うつ気分は表現しにくい。
5. 不安障害(社会恐怖、強迫性障害、パニック障害)、摂食障害、行為障害、注意欠陥多動性障害などに合併して出現することが多い。
6. 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。
7. 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。
8. 薬物療法はSSRIが有効であるが、副作用には十分な注意が必要である。

#### 4. 子どものうつ病の治療

##### 1) 心理教育的アプローチ

子どもと家族に病気の説明および治療の方法について分かりやすく説明する。治療の方針として、薬物療法と精神療法的アプローチを行っていくこと、休養が不可欠であること、叱咤激励はしないこと、焦らないこと、重大な決定はうつ病が回復するまで保留することを説明し、決して自傷や自殺をしないことを約束する。

##### 2) 十分な休養

大人の場合と同じように、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、怠けでも、性格の問題でもなく、親の養育のせいでもなく、うつ病という身体の病気だから十分に休ませる必要を説く。

##### 3) 薬物療法

うつ病の治療は薬物療法が基本である。この原則は子どもにおいても同様であると筆者は考えている。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。抗うつ薬の効果は1~2週間であられる。ところが副作用は投与直後に出現することが多い。治療期間は、図3に示すように、

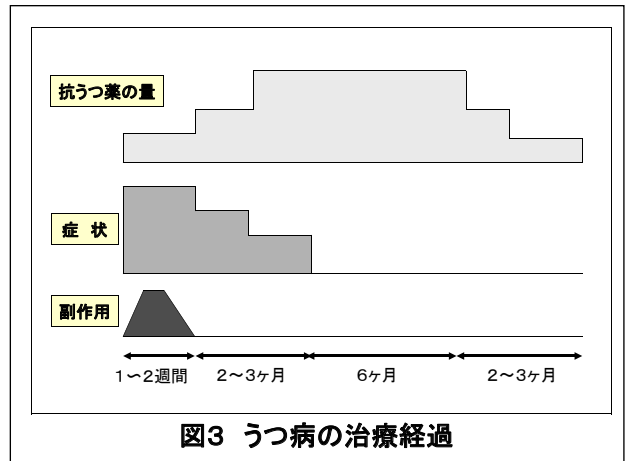


図3 うつ病の治療経過

今のうつ状態が治って本来の状態まで回復するのに平均約3ヶ月かかる。症状がほとんど消失しても、抗うつ薬の量は減らさないでその後約6ヶ月は服薬を続けるべきと考えられている。服薬を早くやめてしまうと、再発する可能性が高くなる。その後、2~3ヶ月かけて徐々に抗うつ薬を減量していき、それでも状態が安定していれば服薬を中止し、治療を終結することができる。この治療をきちんと行うかどうか予後を決める重要なポイントであると考えられる。ところが最近、SSRIが情動不安定、自傷行為を増加させるとして子どものうつ病に対して使用禁忌となったので注意が必要である。

##### 4) 精神療法

子どものうつ病に対しては、大人の場合より精神療法的アプローチが重要な意味をもつ。子どものうつ病の精神療法に特別な方法はない。子どものうつ病に対する精神療法は、きわめて常識的なアプローチが最も適している。すなわち、心身ともに疲れ果てている子どもに休息をすすめる、干渉的にならぬように傍らに寄り添い、症状を確認しながら、つらかったこれまでの状況を理解し、元

気が出てきたら、焦らずに少しずつ、これからできることをともに考えていくのである。

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。また症状の改善に伴って、少しずつ行動範囲を広げながら、回復の度合いを慎重に確認していく。治療の終盤では、発症の契機となった出来事が患児にとってどのような意味をもったのかをともに検討していく。

また、子どもであっても、認知行動療法が適応の場合もある。筆者は「気分ノート」という日記あるいはワークブックをつけてもらうことが多い。原理は大人と同じであるが、子ども自身が楽しく取り組めるように、わかりやすく、かつ遊びの要素を取り入れた工夫をしていく。年齢によっては、非言語的精神療法（絵画療法、箱庭療法など）が適応の場合もある。

### 5) 家族へのアプローチ

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、はっぱをかけ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。家族が疲労困憊になっていたり、自責的になっていることがあるので、それを支え、家族自身の精神衛生にも配慮していくことが重要である。

## 5. 発達障害という視点

近年、発達障害、とくにアスペルガー障害などの広汎性発達障害に対する関心が高まっている。広汎性発達障害の過剰診断の問題も生じているが、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ない事実である。

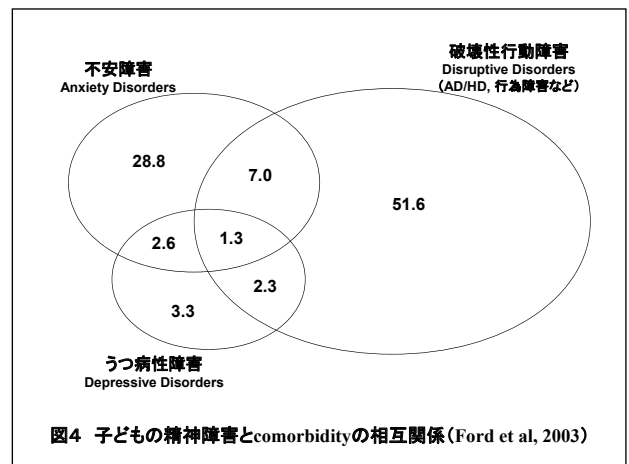
うつ病と発達障害は併存しやすい病態である。児童・青年期のうつ病に最も併存しやすい疾患としては、行為障害、注意欠陥多動性障害 (AD/HD)、不安障害、広汎性発達障害、物質関連障害、摂食障害などが挙げられる。広汎性発達障害や AD/HD に最も併存しやすい疾患もうつ病なのである<sup>1)</sup>。

したがって、子どものうつ病を診たとき、臨床医はつねに発達障害を併存していないかを疑う必要がある。とくに高機能の広汎性発達障害や AD/HD の子どもは青年期以降には発達障害の徴候は痕跡を残すだけになっており、表面的には不適応やパーソナリティの問題として受診することが少なくないのである。高機能の発達障害の青年・成人のうつ病はパーソナリティの問題に誤解される可能性がある<sup>5)</sup>。

Ford ら<sup>7)</sup> は、英国の一般の児童・青年における精神障害と comorbidity の有病率について調査・検討を行った。10,438人の一般児童・青年（5～15歳）を対象とし、評価尺度としては、子ども、両親、教師からの情報を統合して評価する構造化面接法の The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) を用いた。

その結果、一般児童・青年全体の9.5%が何らかの精神障害を有していた。うつ病性障害を有する子どもは全体の0.92%であり、その内訳は大うつ病性障害0.68%、特定不能のうつ病性障害0.24%であった。性差はなく、年齢とともに有病率は高くなっていった。

他の合併精神障害との相互関係は図4に示すよう



になっていた。うつ病性障害は単独で出現するもの34.7%、不安障害（分離不安障害、社会恐怖、単一恐怖、外傷後ストレス障害：PTSD、強迫性障害：OCD、全般性不安障害：GAD、パニック障害、広場恐怖など）と合併するもの41.1%、破壊性行動障害 disruptive disorders (AD/HD、行為障害、反抗挑戦性障害など）と合併するもの38.9%、3つが合併するもの13.7%であった。

すなわち、児童・青年期のうつ病性障害は、単独で発症するものは約3分の1にすぎず、不安障害と41%が、何らかの発達障害とは38%が合併する。うつ病と不安障害の合併は広く知られているが、発達障害との合併は見逃されやすいことに注意が必要である。

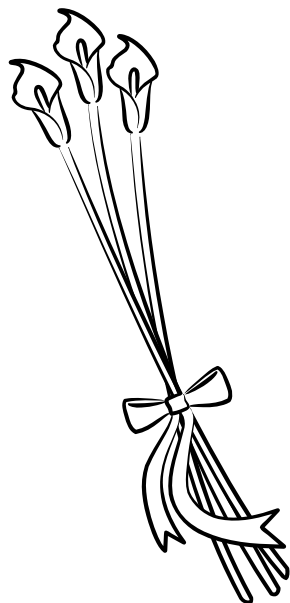
図4に示した子どもたちが現在学校で問題になっている子どもたちなのではないだろうか。彼らは、性格の問題といわれたり、落ち着きがない子といわれたり、いわゆる非行といわれたりしている可能性がある。今一度、うつ病と発達障害の視点から現代の子どもを見直す必要があるのではないだろうか。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, 4th Edition, Text Revision. (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000

- 2) 傳田健三：子どものうつ病－見逃されてきた重大な疾患－. 金剛出版, 東京, 2002
- 3) 傳田健三：子どものうつ, 心の叫び. 講談社, 東京, 2004
- 4) 傳田健三：小・中学生の抑うつ状態に関する調査－Birlleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて－. 児童青年精神医学とその近接領域, 45: 424-436, 2004
- 5) 傳田健三：子どものうつ病－発達障害と bipolarity の視点から－. 精神科治療学, 23: 813-822, 2008
- 6) Fombonne E, Wostear G, Cooper V, et al: The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. British Journal of Psychiatry 179: 210-217, 2001
- 7) Ford T, Goodman R, Meltzer H: The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42: 1203-1211, 2003



## 働き盛りのうつ

朋友会石金病院副院長精神科

香坂雅子



### はじめに

今年に入りテレビなどでよく宣伝されていたのが、「働き盛りのお父さんに問いかけましょう、よく眠れていますか」でした。春はとくに自殺率が高いとのことで、この季節に集中して放映されていたように思います。本来、うつ病は女性に多いと言われていたのですが、最近10年間の自殺者が毎年3万人を超え、とくに50代を中心にした働き盛りの男性が多いということで、「働き盛りのうつ」が社会問題化しました。以下、講演の概略を記します。

### 【最近の勤労者のうつ状態、うつ病の背景】

心の健康を保つために本来必要な睡眠時間の確保が困難なこと、ストレスの増加、労働環境の変化などの、社会的問題が背景にあると考えられる。

24時間社会となり、昼夜の別なく働かなければならない環境に加え、長時間労働が当たり前になってきたことが、心身に大きな弊害を生むようになったと考えられる。すなわち、睡眠のリズムが変化する交替勤務などにより、体温などの概日リズムにも乱れが生じ、このため自律神経症状も出現しやすくなる。倦怠感、集中力の低下なども認められるようになる。一方、長時間労働は夜間になっても交感神経活動が鎮まることなく高まったままの状態を生み出し、うまく眠れなくなるなど睡眠の質の劣化や、高血圧などの身体合併症を増加させる。

リストラによる解雇や倒産による失業など経済的に追い込まれていくこと、それに伴い不安や不眠が出現することや、人員削減により長時間労働、過重労働が増加してくることなどが「うつ」を引き起こす背景として考えられる。また、心理的ストレスが

あっても語れない職種や、愚痴をこぼしたり悩みを言語化したりすることが難しい労働環境の存在も関連すると考えられる。これには性差もあり、男性で顕著であると指摘されている。

### [うつ病の診断]

診断基準 (DSM IV) によると、下記の1か2を含む5つ以上の症状があると、大うつ病として診断されるが、専門医による診察が必須である。

1 抑うつ気分、2 興味の消失、3 体重減少・食欲低下、4 不眠あるいは過眠、5 精神運動抑制あるいは焦燥感、6 倦怠感、7 自責感、8 思考力、集中力の低下、9 自殺念慮

### [予防法]

「うつ」については、自分ではなかなか気がつきにくいことが多く、地域職域保健連携が行政から提案されている。そのなかで静岡県富士市による取り組みを紹介する。

富士モデル事業とは、働き盛り世代のうつ・自殺を予防するために、気分の落ち込みを標的にするのではなく、睡眠についてのアプローチにより「うつ」を早期に発見し、治療に結びつける試みである。

具体的には、睡眠キャンペーンリーフレットを作成し、1)「お父さん、ちゃんと眠れている？」と家族が(娘さんが)気づいて聞いてみる、2) 2週間以上続く不眠や、食欲もない、だるくて意欲がわかない、は「うつ」のサインかもしれない、3) そんなときは、かかりつけ医に相談しよう、4) かかりつけ医・産業医が、専門医である精神科医を紹介する、という取り組みである(静岡県精神保健福祉センター、松本晃明氏による)。

### [治療法]

専門医による治療が大切であるが、うつ病では種々の身体症状が前景に出ることが多く内科を受診する患者が多い。そのようなときには、かかりつけ医から専門医を紹介してもらおう。診断がいたら、睡眠薬と抗うつ剤を服用する。最近の抗うつ剤は副作用も少なく気力低下や抑うつ感の改善が期待できる。ただし、2、3日で効果がでることは少ないので服用を続けて診察を受けることが大切である。うつの症状が改善するまでは早朝覚醒などの睡眠障害を伴うことが多く、睡眠薬を服用することが望ましい。うつ病は治る病気であるが再発しやすいため、無理をしない生活をしばらく続け、よくなってもすぐ抗うつ剤を中止しない。うつ病が改善すると眠れるようになるので医師と相談しながら睡眠薬は漸減中止する。主治医がいると困ったときにすぐ相談でき、病状が悪化しないよう早期に薬剤を調整することができる。支援体制としての家族、職場の関与も

重要である。家族は主治医との面談を通して、病状をよく理解し見守っていけるよう心構えを築いていく。職場も主治医や産業医と連携をとり、復職にむけて支援を進めていく。また、休んでいるときの生活の仕方も大切で、早寝早起きなど生活リズムが夜型化しないように気をつけ、日中も光環境を確保するように心がける。



## アンケート集計結果

参加者201名中アンケート回収数153枚／回収率76%

### 1) 性別

(回答者150名／回答率98%)

	人 数	割 合
男 性	23	15%
女 性	127	85%

### 2) 年齢

(回答者151名／回答率99%)

	人 数	割 合
10代	1	1%
20代	5	3%
30代	13	9%
40代	35	23%
50代	41	27%
60代	40	26%
70代	15	10%
80代	1	1%

### 3) 職業

(回答者143名／回答率93%)

	人 数	割 合
主 婦	66	46%
会 社 員	17	12%
公 務 員	8	6%
自 営 業	9	6%
学 生	3	2%
医 師	5	4%
歯科医師	0	0%
薬 剤 師	2	1%
看 護 師	17	12%
そ の 他	16	11%

※その他内訳 (無回答7名)

保健師：2名、ヘルパー：2名、  
以下各1名 介護士、児童デイサービス職員、  
生活指導員、家事手伝い、無職

### 4) 講演会は何でお知りになりましたか？

(回答者151名／回答率99%)

	人 数	割 合
所属団体への案内	29	19%
病院・診療所にて	45	30%
友人に誘われて	18	12%
医師会からの手紙	34	22%
そ の 他	25	17%

※その他内訳 (無回答4名)

ななかまど：13名、家族の誘い：3名、  
市役所・公民館：3名  
以下各1名 医師会のホームページ、庁内  
メール

### 5) 今までに旭川市医師会女性医師部会が主催する市民講演会に参加したことはありますか？

(回答者152名／回答率99%)

	人 数	割 合
初 め て	104	68%
2 回 目	28	19%
3 回 目	9	6%
4 回 目	5	3%
5 回 目	1	1%
6 回 目	0	0%
7 回 目	0	0%
8 回 目	5	3%

### 6) 講演会の評価

#### 講演 1

(回答者149名／回答率97%)

	人 数	割 合
と っ て も 良 い	77	52%
良 い	62	42%
ま あ ま あ	8	5%
少 し 不 満	2	1%
不 満	0	0%

## 講演 2

(回答者136名／回答率89%)

	人 数	割 合
とても良い	58	43%
良 い	55	40%
まあまあ	20	15%
少し不満	3	2%
不 満	0	0%

## 7) 講演時間はいかがでしたか？

### 講演 1

(回答者146名／回答率95%)

	人 数	割 合
大 変 長 い	7	5%
少し長い	22	15%
丁 度 よ い	108	74%
少し短い	9	6%
大 変 短 い	0	0%

### 講演 2

(回答者140名／回答率92%)

	人 数	割 合
大 変 長 い	8	6%
少し長い	23	16%
丁 度 よ い	107	77%
少し短い	2	1%
大 変 短 い	0	0%

