

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

## 児童・思春期におけるうつ病と自殺行動

Depression and suicidal behavior in child and adolescent

清田 晃生

Akio Kiyota

### I はじめに

1980年以降、DSMに代表される操作的診断基準が広く用いられるようになり、それ以前は極めてまれと考えられていた児童・思春期のうつ病が、実際には高い頻度で観察されると報告されるようになった。現行のDSM-IV-TRにおける基本的立場は、大うつ病エピソードの中心症状は、小児や青年でも同じである、という考え方である。しかし、大うつ病エピソードを特定する際に、小児や青年においては抑うつ気分の代わりに「いらだたしい気分」もありうるとし、体重に関しては期待される体重増加が見られない場合を含めるなど、子どものうつ病についての修正を加えてある。またテキスト中には、主体をなす症状が年齢により変化することや他の精神疾患との合併が多いことを指摘している。つまりある程度、子どものうつ病の特殊性を認めているといえよう。

操作的診断基準を用いた多くの研究から、疫学的には学齢期におけるうつ病の有病率は1~2%、思春期での有病率は2~5%で、青年期になると14~25%にのぼる<sup>22)</sup>とされている。また子どものうつ病は決して楽観視できない疾患であり、適切な治療が行われないと容易に再発したり、他の精神疾患を合併したり、対人関係や社会生活に大きな障害を

来しうる<sup>5,14)</sup>ことが指摘されている。したがって、将来における不適応状態や社会的損失防止の意味からも早期の介入が必要であろう。

うつ病に関して、もう1つ注意が喚起されるのは自殺行動との関連においてである。これまでの心理学的剖検などから、成人と同様に子どもにおいても自殺とうつ病との関連<sup>12)</sup>が認められている。わが国では20歳未満の自殺は少なく、図1に示すように、ここ20年の自殺死亡者数はほぼ400~800人、自殺死亡率も対人口10万人あたり10人以下で安定している。思春期年代(15~19歳)においても若干の増減があるものの安定していると言える。しかし平成15年の死因別自殺死亡者数で見ると、15~19歳における第2位の死因(女子では第1位)となっている。生後20年に満たない若年者の自殺は、本人にとって悲劇であるのみならず、家族を始めとして周囲の人間にも多大な心理的動揺を与える。したがって、児童・思春期における自殺の兆候を早期に見極め、適切な介入を心がける必要がある。

こうした状況をふまえながら、本稿でははじめに児童精神科受診患者についてのデータを示し、その後児童・思春期におけるうつ病と自殺に関するいくつかの点について私見を含めて述べたい。

### II 児童精神科受診患者における抑うつと自殺企図

実際に、どの程度のうつ病あるいは自殺企図の患者が精神科を受診するのか、限られたデータではあるが検討を試みたい。対象は2002年から2004年に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科を初診した2,234名である。初診時のDSM-IV診断のうち、第I軸診断の主診断によって分類した。なおここで示すデータは、新来患者統計の基礎データを筆者が分類、整理しなおしたものであり、数値等の責

国立精神・神経センター精神保健研究所  
児童・思春期精神保健部  
Department of Child and Adolescent Mental Health  
National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8533 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1 Ogawa-Higashi Kodaira, 187-8553, Japan  
Tel: 042 - 341 - 2711 Fax: 042 - 346 - 1944

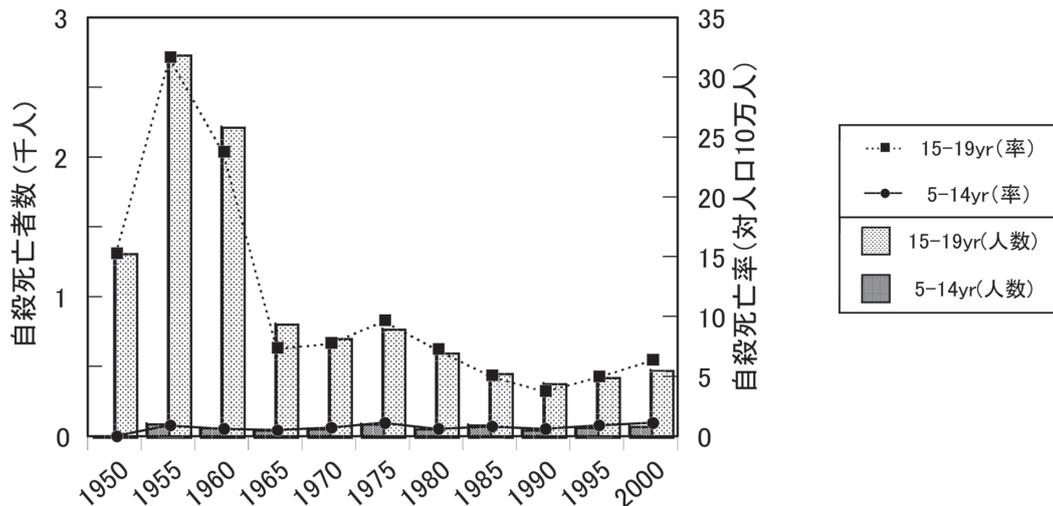


図1 若年者の自殺死亡者数・死亡率の推移  
(厚生労働省人口動態統計より作成)

任はすべて筆者にある。

初めにうつ病について検討する。単一エピソードまたは反復性の大きいうつ病性障害と診断されたものは36名で1.6%であり、気分変調性障害の診断を受けたものは20名、0.9%であった。また特定不能のうつ病性障害または特定不能の気分障害と診断されたものが7名、0.3%であった。したがって、うつ病群と考えられるものは63名、2.8%であった。近年、児童精神科受診者に占める発達障害圏の比重が大きくなっているため、この数値からうつ病群が多いか少ないかを論じることは困難である。

児童・思春期では、様々な心理的要因によって抑うつ気分が生じやすく、例えば不登校児童・生徒における抑うつレベルは高いことが知られている<sup>20)</sup>。臨床的にも、何らかのストレス因子により不適応状態を呈した者の相当数が抑うつ状態に至ることを経験する。そこで、児童・思春期患者における抑うつ全体の全体像をより明らかにするため、DSM-IVの適応障害のうち抑うつ気分を伴うもの(54名)、および不安と抑うつ気分の混合を伴うもの(39名)を含めて抑うつ群(155名、6.9%)とした。また児童精神科受診者のうち、広汎性発達障害などの発達障害群と統合失調症を主体とする統合失調症群はその症状の独自性が強いいため、今回は抑うつ群と神経症群とを比較した。ここでいう神経症群は、不安障害や適応障害(前述の2群を除く)、身体表現性障害、摂食障害などを含むものとした。

表1に、抑うつ群155名と神経症群724名について、

性比、年齢、初診時随伴症状を示した。抑うつ群の方が、発症年齢、初診時年齢とも高く、発症から初診までの期間は短くなっている。年齢に関しては、神経症群では分離不安障害などの低年齢で好発する疾患が含まれるため神経症群で低くなっていると思われる。また今回のデータでは、うつ病群の方がより早期に受診行動に結びついているようである。それでも約1年の間隔が存在しており、この間における社会生活上の不利益を考えると、より早い段階で受診につながるものが望ましく、家庭や学校等の関係者への一層の啓発が必要であろう。随伴症状に関しては、抑うつ群で不登校や自殺企図の割合が有意に高くなっており、抑うつ症状が社会機能の低下を来すとともに、自殺行動の危険因子であることを示している。前述のうつ病群63名と神経症群を比較しても同等の結果であった。

次に自殺行動の既往をみると、初診時に自殺行動を認めたものは70名、3.1%であった。その診断別の人数を図2に示す。抑うつ群が最多で25名、次いで神経症群が21名、発達障害群13名、統合失調症群11名となっていた。疾患ごとの患者全体に占める割合は、抑うつ群で約16%、統合失調症群が約26%、神経症群が約3%、発達障害群では約1%であった。抑うつ群のうち、うつ病群63名における自殺企図率は約26%であり、統合失調症群と並んで高値を示した。したがって、同じ抑うつ症状を呈しているものでも、症状がより重篤な方が自殺行動は多いことが予想される。今回のデータから統合

表1 抑うつ群と神経症群の比較

	抑うつ群 (n=156)	神経症群 (n=724)	p 値
性比 (男/女) <sup>2)</sup>	62 / 94	310 / 414	NS
初診時年齢 (yr) <sup>*1)</sup>	13.3 ± 4.10	11.8 ± 4.06	0.000
発症年齢 (yr) <sup>*1)</sup>	12.2 ± 3.94	10.2 ± 4.38	0.000
発症から初診までの期間 (yr) <sup>*1)</sup>	1.0 ± 1.77	1.61 ± 2.63	0.004
初診時の随伴症状 (Y/N) <sup>2)</sup>			
・身体症状	87 / 69	350 / 365	NS
・不登校	120 / 36	424 / 299	0.000
・自殺企図	25 / 128	21 / 688	0.000
・強迫症状	4 / 144	145 / 541	0.000
・不安発作	11 / 140	115 / 570	0.003
・抑うつ症状	125 / 25	199 / 461	0.000

\*平均±標準偏差

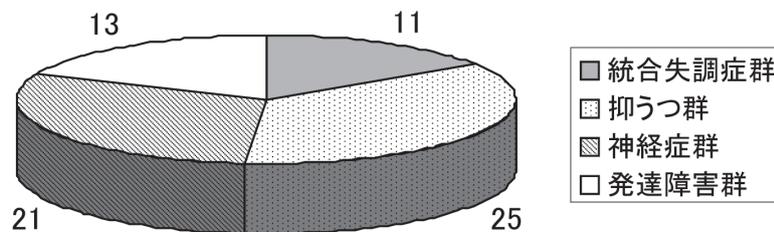
1) t 検定 2)  $\chi^2$  検定または Fisher の直接法

図2 自殺行動を示した者の診断カテゴリー別人数

失調症とうつ病では自殺行動の危険が高く、早期に医療機関受診につながるように啓発していくこと、および関係者はこれらの患者に対してより注意深い観察を心がけることが必要であると考えられる。

### Ⅲ うつ病をめぐる問題点

児童・思春期におけるうつ病に関して、併存障害と関連させながら治療に関して若干の検討を行いたい。

多少の修正はあっても、子どものうつ病は成人の診断基準を当てはめられる<sup>3,14)</sup>というのが現在の考え方の主流である。そして操作的診断基準では、他の疾患について閾値以上の症状があれば併存障害として記載されることになる。実際の臨床場面では、抑うつを主訴として来院した患者が、実は不安障害に続発する二次性のうつ病であったり、ベースに注意欠陥/多動性障害が存在していたりすることをま

れならず経験する。これまでの報告でもこの併存障害の多さが子どものうつ病の特徴<sup>3)</sup>とされ、特に不安障害や行為障害が多いと指摘されている。

Angold と Costello<sup>1)</sup> は、構造化面接と DSM-Ⅲ あるいは DSM-Ⅲ-R を用いた研究において、21～83% に行為障害および反抗挑戦性障害が、30～75% に不安障害が、0～51.7% に注意欠陥/多動性障害が合併していたと報告した。他の疫学調査でも気分変調性障害と不安障害の合併が30～80%で最も多く、破壊的行動障害が10～80%に、物質使用障害が20～30%に併存する<sup>3)</sup>とされている。そして併存障害がある場合の方が、うつ病単独の場合よりも社会的障害の程度が大きく<sup>15)</sup>、また成人期での予後にも関与する。うつ病はこれらの併存障害の後に発症することも多く、また行為障害はうつ病寛解後も持続する可能性があるといわれている。

児童・思春期のうつ病に対する治療に関する研究は少ない。そのため薬物療法も精神療法も、各治療

法の有効性や有害作用に関して限定的な知見しか得られていない。その制限を前提として治療について考察したい。まず子どもの治療における一般的特徴として、発達段階や各種のライフイベントへの暴露の有無を考慮することが必要<sup>22)</sup>であり、さらに親(養育者)へのガイダンスや教育機関との連携といった環境への介入も重要な因子である。そのため多職種が関与する治療プログラムとなることも多く、医療者にはコーディネーターとして機能する覚悟が必要である。

うつ病に対する精神療法として認知行動療法の有効性<sup>7,16)</sup>が報告されているが、プラセボと差がないとするコントロール研究もある。また対人関係療法<sup>18,21)</sup>が思春期うつ病患者に対し効果があったという報告もある。精神療法に関する研究では、治療待機患者あるいは通常の診察のみ受ける患者を対照群とする方法をとるため、プラセボ投与を行う薬物療法の研究とは厳密に比較することは困難である。薬物療法では、三環系抗うつ薬の効果が乏しく、SSRIが有効であるとの報告が多い<sup>28)</sup>。ただしSSRIと自殺との関連<sup>26,27)</sup>が指摘されており、アカシジア症状の発現などに十分な注意が必要である。子どものうつ病ではプラセボの有効性が高く、例えばSSRIの有効性を認める報告でもプラセボ反応率は33～59%に上り、また精神療法においても対照群における非特異的治療への反応性が30%あるいはそれ以上と高くなっている<sup>22)</sup>。

併存障害が多いことは、うつ病が不安障害や行為障害のいわば随伴症状であり、治療における真の標的症狀を不安や行為の問題にすべき事例が存在することを示唆しているのではないと思われる。不登校に関する研究では、不登校児童、生徒に不安や抑うつ症状を認めるものが多く、臨床経験でも対人関係等に起因する不登校であっても容易に二次的に抑うつ状態を生じうる。この場合、治療では原因となった事案に十分配慮した精神療法や環境調整が不可欠であり、結果として極めて個別性の高い治療となる。プラセボ反応率の高さも環境調整や親ガイダンスのような非特異的治療の重要性を示唆すると思われる。結果として、児童・思春期におけるうつ病治療は成人に比べはるかに事例特異的であり、子どもに関与する様々な要因や標的症狀を念頭においたオーダーメイド的治療となるよう心がける必要がある。

## IV 自殺行動をめぐる問題点

自殺行動については、その危険因子を同定ししかに防止するかが重要である。わが国では若年者を対象にした包括的な自殺予防の実践が乏しいため、ここでは自殺の危険因子及び自殺防止への介入に絞り、欧米の報告に依拠して概説したい。

### 1. 危険因子

まず危険因子に関して、個人の性格、精神疾患、家庭・家族要因、メディアという視点で検討する。

個人の性格という観点では、衝動性の関与があげられる。多くの研究は思春期から青年期患者についてのものであるが、例えばKerfootら<sup>12)</sup>は過量服薬者の中でその3時間前に服薬の計画を決めていたのは20%に過ぎないと報告した。衝動性は、病歴の中で危険を顧みない性向としても観察されている。第二の側面は絶望感である。抑うつあるいはうつ病は自殺行動の重要な危険因子であるが、その両者を関連づけるものが絶望感<sup>11)</sup>と考えられる。自殺行動をする子どもは、より絶望的であり、また自尊感情が低い。さらに、反社会行動歴のある過量服薬者の方がはるかに反復が多い<sup>8)</sup>という報告から、怒り(易怒性)が特徴の1つとされている。成人の自殺企図者において、問題解決能力の欠落<sup>17)</sup>が特徴の1つとされているが、13歳から18歳の思春期の子どもを対象にした研究で、Hawtonら<sup>9)</sup>は自傷や過量服薬を反復するものは、自己の解決能力を低く評価する傾向があると報告した。性格という面では、衝動性、絶望感、怒り、問題解決能力がキーワードと考えられる。

精神疾患に関しては多くの研究がなされている。例えば、ニュージーランドで行われたケース・コントロール研究<sup>2)</sup>では、方法論的な問題も指摘されてはいるものの、自殺行動を示した13歳から25歳の患者の89.5%で何らかの精神疾患を有していたと報告されている。併存障害を有する者も54.3%に達していた。心理学的剖検の研究でも、既遂した思春期患者の約90%で精神疾患を認めた<sup>4,24)</sup>と報告されている。その中でも、うつ病は自傷行為を反復する思春期患者において最も共通して認められる精神疾患である。思春期の過量服薬者の67%で大うつ病性障害を認めたとする報告<sup>12)</sup>や、自殺既遂者の

52%が大うつ病性障害と診断されたとする報告<sup>25)</sup>がある。さらに抑うつ的思考<sup>19)</sup>は自殺の最も有力な予測因子である。他の精神疾患では、薬物乱用や行為障害との関連が報告されている。

家族・家庭要因については種々の危険因子が報告されている。単親家族、機能不全家族、不良な母子関係、不安定な家族関係、貧困、家族の自殺行動など様々である。その中で、Houstonら<sup>10)</sup>は夫婦間の破綻が最も寄与度の高い要因と報告している。

児童・思春期の自殺に関して、集団化やメディアの影響が大きいといわれる。わが国でも、アイドルの自殺が生じた1986年をみると、10～14歳で0.4ポイント、15～19歳では1.9ポイント前年より死亡率が増加している。その翌年には各々0.5ポイント、1.9ポイント減少しており、そうした傾向を現していると考えられる。自殺の要因は複合的であり、断定することは慎重であらねばならない。しかし、メディアには自殺モデルを提供する働きがあるという考え<sup>23)</sup>があり、近年の練炭による集団自殺などを考えると報道との関連については今後も注視していく必要があると思われる。

## 2. 自殺予防プログラム<sup>6)</sup>

若年者の自殺予防を考えると、その目標はいかに専門機関への紹介が必要な事例を発見するか、そしてどのようにして危険因子を減らすか、という点にある。そして介入領域には学校、地域、保健システムの3つが考えられる。

学校における自殺予防戦略として、1つには授業を通じて自殺についての意識を高める方法、すなわち自殺予防教育がある。過去の研究では効果が認められたとする報告もあるが、現在ではその有効性については疑問視するものも多い。むしろ近年ではスキル・トレーニングへと重点が移ってきている。これは、危険因子でも述べた問題解決能力や対処行動を向上することを目的としており、効果について有望な報告がなされている。事例発見の方法としては自記式のスクリーニング検査があり、抑うつや物質使用、自殺念慮、過去の自殺企図について聴取するものである。スクリーニング検査の有効性を検討した研究は少ないものの、感度が83～100%、特異度が51～76%という報告がある。スクリーニング検査で有意であったものに対しては面接による評価を行う。ただし通常希死念慮は時間によって変動す

るため、スクリーニング検査は万全でないという点は常に念頭におかねばならない。

地域に立脚した自殺予防活動あるいは保健システムとしての自殺予防活動は、対象を若年者に限ったものではない。例えば、危機ホットラインの創設や一般臨床医へのうつ病に関する啓発のような、他年代における自殺予防プログラムと同等のものが想定されている。こうした方法によって自殺企図しようとしている事例の発見が増加していると報告されてきている。

上述した学校における自殺予防戦略は一定の効果が期待できるとはいえ、現在のわが国における教育現場の実情からは、自殺予防教育やスキル・トレーニングの時間や機会の確保、あるいはスクリーニング検査の導入は困難な面が多いように思える。モデル地区での試行により、効果判定していくことが現実的であろう。一方で、現場教員からは自傷行為を反復する生徒への対応に困窮している様子が窺われる。筆者らは教員が把握した自傷行為の生徒について事例検討を行い、教員の自傷行為や自殺行動への理解および対処方法の向上を通じて、間接的ではあるが生徒の自殺行動を減少させるプログラムを始めたところである。こうした事例検討は各地でなされていると思われるが、開催の頻度や理解のポイント、教員のニーズに応じた助言などの点について意見を集約し、標準的な事例検討のあり方について今後検討していく必要があると考えている。

## V まとめ

児童・思春期におけるうつ病と自殺に関して、児童精神科外来受診者のデータからうつ病が自殺企図の危険因子であることを示した。治療においては、環境調整や親ガイダンスなどの非特異的治療を含めてオーダーメイド的治療にすることの重要性を指摘した。また、自殺行動に関与する危険因子と学校を中心とした予防プログラムを概説した。わが国でも、自傷行為などの問題行動や抑うつ状態を示す事例は臨床上よく経験することであり、一層の研究の進展が望まれる。

## 参考文献

- 1) Angold A, Costello EJ : Depressive comorbidity in children and adolescents : empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 150 : 1779-1791,1993.
- 2) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT : Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J* 111 : 44-48,1998.
- 3) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. : Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 1427-1439,1996.
- 4) Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. : Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 581-588,1988.
- 5) Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al. : Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 : 785-792,1997.
- 6) Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al. : Youth suicide risk and preventive interventions : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 : 386-405,2003.
- 7) Harrington R, Campbell F, Shoebridge P et al. : Meta-analysis of CBT for depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 : 1005-1007,1998.
- 8) Hawton A, Osborn M, O'Grady J et al. : Classification of adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry* 140 : 124-131,1982.
- 9) Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K et al. : Repetition of deliberate self-harm by adolescents : the role of psychological factors. *J Adolesc* 22 : 369-378,1999.
- 10) Houston K, Hawton K, Shepperd R : Suicide in young people aged 15-24 : A psychological autopsy study. *J Affect Disord* 63 : 159-170,2001.
- 11) Kazdin AE, French NH, Unis AS et al. : Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol* 51 : 504-510,1983.
- 12) Kerfoot M, Dyen E, Harrington V et al. : Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 168 : 38-42,1996.
- 13) King NJ, Bernstein GA : School refusal in children and adolescents : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40 : 197-205,2001
- 14) Kovacs M : Presentation and Course of Major Depressive Disorder During Childhood and Later Years of the Life Span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 705-715,1996.
- 15) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR : Adolescent psychopathology : III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 : 510-519,1995.
- 16) Lewinsohn PM, Clarke GN : Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review* 19 : 329-342,1999.
- 17) McLeavey BC, Daly RJ, Murray CM et al. : Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav* 17 : 33-49,1987.
- 18) Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P et al. : A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 61 : 577-584,2004.
- 19) Myers K, Mc Cauley E, Calderon R et al. : The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 : 804-810,1991.
- 20) Neville KJ, Bernstein GA : School Refusal in Children and Adolescents : A Review of the

- Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40 : 197-205, 2001
- 21) Rossell J, Bernal G : The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 67 : 734-745,1999.
- 22) Ryan ND : Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet* 366 : 933-940,2005.
- 23) Schmidtke A, Häfner H : The Werther effect after television films : new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 18 : 665-676,1988.
- 24) Shaffer D, Garland A, Gould M et al. : Preventing teenage suicide : a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 675-687,1988.
- 25) Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. : Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53 : 339-348,1996.
- 26) 竹村玲子, 山本美智子, 村勢敏郎 et al. : 小児大うつ病への薬物療法の有効性と安全性. *医学のあゆみ* 210 : 943-960,2004.
- 27) 十一元三 : 児童青年期の抑うつ状態への薬物療法. *臨床精神薬理* 8 : 1705-1712,2005.
- 28) Wogner KD : Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 29 : 819-826, 2005