

表1 新潟大学医歯学総合病院における
うつ病新患の動向
～専門医を受診するうつ病患者の変化～

	2004年	2007年	2010年
初診患者数	836	875	790
うつ病性障害	206	178	151
大うつ病性障害	132	88	63
その他のうつ病	74	90	88
双極性障害	13	11	17

単位：人

その他のうつ病＝特定不能のうつ病性障害＋気分変調性障害＋適応障害(うつ症状をとまなうもの)

が、その内訳をみると典型的なうつ病である大うつ病性障害の数が減少し、それ以外の割合が相対的に増加している。その中には、ディスチミア親和型うつ病と言われる病態も多く含まれている。こうした病態は前述のように難治化しやすいため、専門外来を受診する患者は治療者からみれば「治りにくくなった」と感じる。おそらく大うつ病性障害は、薬物療法に反応しやすいため、クリ

ニックでの治療で十分改善し、より難治の患者が専門外来を受診するようになって来ていると考察できる。このように、専門外来では見かけ上のうつ病病態の変化も観察される。

結 語

うつ病診断の混乱とうつ病の増加・難治化について筆者の考えも入れて概説した。うつ病は自殺の大きな原因であるが、自殺予防のためには同疾患の正しい理解と適切な治療法選択が必要である。

文 献

- 1) 厚生労働省 患者調査。
- 2) 富高辰一郎：なぜうつ病の人が増えたのか。幻冬舎ルネッサンス、東京、2010。
- 3) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”。臨床精神医学 34: 687-694, 2005。

2 発達障害の併存症

— 気分障害と不安障害を中心に —

遠藤 太郎・染矢 俊幸

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

Comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Taro ENDO and Toshiyuki SOMEYA

Department of Psychiatry, Niigata University Graduate School of
Medical and Dental Sciences

Reprint requests to: Taro ENDO
Department of Psychiatry Niigata University
Graduate School of Medical and Dental Sciences
1-757 Asahimachi - dori Chuo - ku,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先：〒951-8510 新潟市中央区旭町通1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
遠藤 太郎

要 旨

広汎性発達障害や注意欠如・多動性障害などの一見気付かれにくい発達障害は、適切な診断や治療的教育を受けることなく成人し、社会に出てから不適応を繰り返して精神科を受診するケースが少なくない。実際にこれらの発達障害を抱えた当事者は、一般人口に比しかなり高率に、うつ病や不安障害を併発している。発達障害を持つものは、うつ病や不安障害を発症しやすい生物学的脆弱性を抱えていることがこれまでの研究で明らかにされているが、発達障害に特有の心理社会的要因の影響も見逃すことは出来ない。発達障害の併存症は適切な支援が不十分であったことによる二次的な障害とも考えられ、長期的な視点にたった社会全体による包括的支援が必要であると考えられる。

キーワード：広汎性発達障害, 注意欠如・多動性障害, うつ病, 不安障害

はじめに

発達障害は、乳幼児期より発達の「遅れ」や質的な「歪み」が顕在化し、機能獲得の困難さが生じる心身の障害である。古くは、脳性麻痺による肢体不自由などの身体機能の問題や、精神発達の遅れである精神遅滞（知的障害）がその範疇とされていたが、1980年代より、社会性の発達の歪みを来す自閉症や注意や衝動制御の困難さを来す注意欠如・多動性障害（ADHD）が、1990年代からは、コミュニケーションの障害が比較的軽微であるものの自閉症と同質の社会性の障害を認めるアスペルガー障害や、読み・書き・計算など特定の領域における学習の困難さを認める学習障害などが発達障害の領域に含まれるようになり、そのカテゴリーは拡大傾向にある。

古典的な発達障害は概念の歴史が古く、また気付かれやすい発達障害であるため、利用できる社会資源も多く、乳幼児期から医療・福祉の支援を受けている事が多い。しかし、アスペルガー障害、ADHD、学習障害などは、2005年に発達障害者支援法が制定され公的な支援の対象になったものの、まだまだ利用できる社会資源に乏しく、専門家でも容易に診断することが可能ではなかったり、当事者が幼児期にその疾患概念が存在していなかったりすることで、適切な診断や支援を受けることなく成人し、社会に出てから不適応を繰り返し、二次的に抑うつや不安を呈する事例も多々ある。本稿では、成人期になり二次的に出現しや

すい併存症を中心に紹介し、代表的な発達障害である広汎性発達障害とADHDを抱える当事者が不適応に至る背景について考察をしたい。

広汎性発達障害

広汎性発達障害（PDD）とは、乳幼児期より社会性やコミュニケーションの障害が顕在化する生来の発達障害であり、その有病率は人口の1～2%に及ぶとされている。その診断カテゴリーには、自閉症（自閉性障害）、アスペルガー障害、小児期崩壊性障害、レット障害、特定不能のPDDが含まれる。小児期崩壊性障害とレット障害は、頻度が稀な疾患で重度の精神遅滞が必発であり、その他のPDD亜型とは疾患概念が異なる議論があり、本稿ではその詳細を述べることは省く。自閉症は、社会性の障害、コミュニケーションの障害、および常同反復的な興味・行動の三徴が3歳以前より明らかとなることにより診断される。アスペルガー障害はコミュニケーションの障害が軽微であること、特定不能のPDDは症候が自閉症の診断閾値以下であったり顕在化が3歳以降であったりすることで区別される。さらに、アスペルガー障害は原則的に精神遅滞を伴わないと規定されているため、アスペルガー障害や特定不能のPDDは比較的障害の程度が軽微であると見なされ、前述の通り幼児期・学童期に診断を受けることなく経過し、成人になってから不適応が生じ、うつ病や不安障害を来して精神科を受診する事例

が多々ある。

PDD と併存症

PDD 者は、以前よりうつ病を発症しやすいことが指摘されている。海外の横断的な調査では、成人 PDD 者の 37% に大うつ病性障害を認めるという報告がある¹⁾。国内の調査でも、精神遅滞を伴わない高機能の PDD 者の 11% に、大うつ病性障害や気分変調性障害などのうつ病性障害を認めると報告されており、さらに年齢が高くなること、アスペルガー障害であることが、よりうつ病の頻度を高めると指摘している²⁾。これらの調査結果は、いずれも一般人口におけるうつ病の時点有病率に比し高い数値であるが、海外と本邦の有病率の間に大きな開きがあり、マニュアル的に操作的診断基準が使用される傾向のある欧米では、PDD 者のうつ病は過剰診断されている可能性は否定できない。これまでに行われた唯一の長期的な縦断研究では、幼児期に PDD と診断されたものを成人期（平均 40 歳）まで追跡した結果、自閉症や一般人口群では 3% 前後がうつ病の診断で精神科の治療を受けていたのに対し、アスペルガー障害や特定不能の PDD 群では 11% に及ぶと報告されており³⁾⁴⁾、やはりアスペルガー障害や特定不能の PDD などの周囲の認知度が低いことが推測される障害で高率にうつ病を認めることが示唆される。

また不安障害に関しても、横断研究にて PDD 者の 40～55% に、社交不安障害、全般性不安障害、パニック障害などの不安障害を認めると報告されている⁵⁾⁶⁾ が、やはりかなりの高頻度であることから過剰診断されている可能性も否定できない。また他の報告では、うつ病と同様にアスペルガー障害であることや PDD の重症度が軽いものほど不安障害を併存する頻度が高いことも指摘されている⁷⁾。

PDD 者がうつ病や不安障害に至りやすい生物学的背景としては、抑うつや不安の調整に関与するセロトニン神経系の異常が示唆されている。PDD を対象とした研究では、血小板中のセロト

ニン濃度の上昇や脳内セロトニン・トランスポーターの減少などの定型発達者との生物学的な差異が報告されている⁸⁾。また、自閉症児の親の 40%、第一親等の 38% が大うつ病性障害を発症することが報告されているが、このうち 64% は自閉症児の出生前より大うつ病を発症していることから、自閉症児を抱えたことによる心理的要因のみでは説明がつかず、遺伝的な素因も強く影響することが想定されている⁹⁾。

前述のような生物学的な脆弱性はあるものの、それでもやはり、PDD 者がうつ病や不安障害に至る背景として心理社会的要因も強く影響すると思われる。PDD 者は、こころの理論（他者の心理状態を推測する力）獲得後の思春期以降（定型発達者では 4 歳前後に獲得）に、自己と他者の違いに気付くようになるが、生来の共感性の乏しさ、客観的視点の乏しさから、「自分だけどうしてこんなに大変なのか？」と否定的な自動思考を認めることが多い。また、併存率の高いアスペルガー障害や特定不能の PDD 者では、診断を受けていないか、もしくは診断を受ける時期が遅く、その特性に合った療育を受けておらず、社会的な困難さを対処するソーシャルスキルも身に付いていない。このため、内因性というより二次的な適応障害的に抑うつや不安を発症することが想定される。

注意欠如・多動性障害（ADHD）

一方、ADHD は、不注意、多動、および衝動制御困難の中核症状が 7 歳未満から複数の場面で認められ、それにより社会的活動や学業の機能に支障を来す発達障害である。有病率は人口の 5% といわれ、かなり頻度の高い疾患であり、経過としては、多動、衝動性は思春期以降に軽快するが、不注意の症状は成人期以降も残存することが多く、成人してからも職業的な困難さを伴うことが多い。

ADHD と併存症

これまでの報告では、ADHD 者の35-50%が、障害のうち少なくとも1回の大うつ病エピソードを経験するといわれている。うつ病ではなく双極性障害（躁うつ病）についても生涯有病率が9.5%に上り、一般人口の1%に比しかなり高い有病率が報告されている¹⁰⁾。また同様に、ADHD 者では不安障害の併存も非常に多く、生涯有病率は40-60%と推定されており、PDDと同様、不安障害の中でも社交不安障害、全般性不安障害、パニック障害の頻度が高いと報告されている¹⁰⁾。

ADHD 者が気分障害を併存しやすい生物学的要因として、うつ病の症状に関与する他の神経伝達物質であるドーパミンやノルアドレナリンの神経伝達異常が指摘されている。ADHD 者では大脳基底核のドーパミン・トランスポーターが過剰であることが報告されており、薬物治療でもドーパミン・トランスポーター阻害薬やノルアドレナリン・トランスポーター阻害薬が有効である。

さらにADHD 者の心理社会的な要因としては、自尊心の低下が大きな要因となることが指摘されている。ADHD 者は、特有の不注意、衝動性の高さ、落ち着きの無さから、学童期より失敗体験を繰り返し、周囲の理解が乏しければ叱責され続け、「自分は何をやっても叱られる」と自尊心を低下させることが少なくない。成人してからも不注意症状は残存するため、就労後も些細なミスを繰り返したり、約束を忘れてしまったりと失敗体験を繰り返し、周囲にも本人の怠けと取られ、理解がなかなか得られない。そんな中で自信を喪失し自責的になり、適応障害的に抑うつ、不安を呈するようになると考えられる。

発達障害の併存症（二次障害）を予防する

現在の社会資源では、今回取り上げたPDDやADHDは、義務教育課程までは2007年より開始された特別支援教育の枠組みで対応が可能である。小中学校の現場では、これらの発達障害に対する認識は非常に高まってきている。しかし、高

校に入学した途端、このような支援はほぼなくなり、市や県の教育センターや児童相談所、および発達障害支援センターがその役割を担うことになるが、その対応は自治体によりばらつきがあり、特別支援学校（従来の養護学校）を選択しなければ、学校現場で受けられる支援は担任や養護教諭の個人的な技術に委ねられてしまう。知能の高い発達障害者で大学に進学するものも多いが、個人に応じた特別な配慮はさらに乏しくなり、発達障害に熟知している教員も皆無になると言っているだろう。このように、発達障害者は長期的視点による一貫した支援を受けることが出来ないため、包括的な支援体制の構築が望まれる。例えば、高校までであれば教育センターがその役割を担い一貫した支援を行い、就労後は自治体の発達障害支援センターがその立場として相応しいと思われる。大学へ進学する場合でも、発達障害支援センターと連携を行いながら将来の進路を考えた支援が必要であり、時には保健管理センター等で専門家の助言を受けながら支援の方向性を決定することも必要であろう。我々発達障害の専門家は、二次障害を呈して受診する当事者の対応に追われるばかりではなく、二次障害を呈さないような社会を目指し、関係機関との連携を強め、適切な支援が行われるよう啓発に力を注がなければならないと考える。

文 献

- 1) Ghaziuddin M, Weidmer - Mikhail E and Ghaziuddin N: Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *J Intellect Disabil Res* 4: 279 - 293, 1998.
- 2) 並木典子, 杉山登志郎, 明翫光宣: 高機能広汎性発達障害にみられる気分障害に関する臨床的研究. *小児の精神と神経* 46: 257 - 263, 2006.
- 3) Mouridsen SE, Rich B, Isager T and Nedergaard NJ: Psychiatric disorders in individuals diagnosed with infantile autism as children: A case control study. *J Psychiatr Pract* 14: 5 - 12, 2008.
- 4) Mouridsen SE, Rich B and Isager T: Psychiatric disorders in adults as diagnosed as children

- with atypical autism: A case control study. *J Neural Transm* 115: 135 - 138, 2008.
- 5) de Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PF and Verheij F: High rates of psychiatric co-morbidity in PDD - NOS. *J Autism Dev Disord* 37: 877 - 886, 2007.
- 6) Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T and Baird G: Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47: 921 - 929, 2008.
- 7) Gadow KD, Devincent CJ, Pomeroy J and Azizian A: Comparison of DSM - IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism* 9: 392 - 415, 2005.
- 8) 遠藤太郎, 染矢俊幸: 広汎性発達障害の脳画像研究. *分子精神医学* 7: 249 - 253, 2007.
- 9) Smalley SL, McCracken J and Tanguay P: Autism, affective disorders, and social phobia. *Am J Med Genet* 60: 19 - 26, 1995.
- 10) Sobanski E: Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 Suppl 1: i26 - 31, 2006.

3 うつ病と産業保健

福島 昇

新潟市こころの健康センター

Depression and Industrial Health

Noboru FUKUSHIMA

Mental Health Center City of Niigata

キーワード：うつ病, 産業保健, 労働災害, 職場復帰支援, リワーク支援プログラム, ニート

近年, 経済状況や雇用環境が急激に変化する中で, ストレスを感じる労働者の割合が高くなっている¹⁾. 平成 11 年に精神障害にかかる労災認定の判断指針が示されてから, 労災請求件数及び労災認定件数ともに年々増加する傾向にある²⁾.

新潟県上越地域において企業を対象として行われた調査では, 54%の企業が過去 3 年間に心身の不調等により業務に支障を生じた事例を有してい

た. その要因としては, うつ病がもっとも多く, 全体の 53%を占めていた³⁾.

その一方で, メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業の数は, 平成 19 年の全国調査では全体の 34%にとどまった. とくに従業員数が 50 人未満の企業では取り組みが遅れていた¹⁾.

企業で行われるメンタルヘルス対策は, ①労働者に対する教育研修・情報提供, ②職場環境の把

Reprint requests to: Noboru FUKUSHIMA
Mental Health Center City of Niigata
1-57-1 kawagishi-cho Chuo-ku,
Niigata 951-8133 Japan

別刷請求先: 〒951-8133 新潟市中央区川岸町 1-57-1
新潟市こころの健康センター 福島 昇