子供の神経症の諸相

子供のうつ病

小林隆児
（福岡大学医学部精神医学教室）

「教育と医学」
第30巻第8号別刷

子供のうつ病

小林隆児
（福岡大学医学部精神医学教室）

一、はじめに

最近、児童精神科の臨床場面で、見るからに無意欲、無気力であったり、もの悲しさや淋しさを訴えたりする子供をよく見かけるようになりました。こうした現象に対して、大人のうつ病理解の深まりにつれ、こうした子供たちが大人のうつ病とどう違うのかという点に関心が高まってきています。このように、従来大人にのみ出現すると考えられていたうつ病が、今では青年期はもちろんのこと、小児期にまでも姿をみせるまでになっています。まさにこの世は「不安の時代」から「うつ病の時代」へと推移しているとも言えましょう。

このうつ病の若年化の現象がなぜ生じたのかについては非常に難しい問題であり、簡単に結論は出せないことはもちろんですが、大人のうつ病と小児のうつ病がはたして同じものとして一緒に語れるかどうかについても、多くの賛否両論があることも確かです。しかし、一九七〇年代になって欧米の児童精神医学の分野の中で、子供のうつ病（depression in childhood, childhood depression）は必ずといってよいほど教科書に記載されるようになっています。こうした欧米の傾向が、一〇年ほど遅れてわが国にも徐々に波及してきていると考えられます。では子供のうつ病がどのような概念でとらえられているかを述べて、実際のケースを通して、その力動的特徴や、治療のあり方などを述べてみたいと思います。

二、子供のうつ病の診断

子供のうつ病に関する臨床的研究の歴史はまだ非常に浅く、そのためその疾病概念をめぐって多くの学者の間で意見を異にしています。そのひとつは、大人にみられるうつ病は子供に出

現しないとする考え方です。その理由として、うつ病が自責感を中心とした超自我の病理であり、子供のように自我、超自我の未発達な段階にはうつ病はみられないということを主張しています。二番目の考えは、仮面うつ病と言われるもので、子供にもうつ病は存在するけれども、発達段階の違いにより他の症状（身体症状、非社会的行動など）によって抑うつ感情が被い隠されていると考えられています。最後のそれは、大人の場合と同様の診断基準であてはめても、子供にうつ病は存在するという考え方です。Cytryn, L.は大人と子供のうつ病の診断基準の類似性を強調し、両者のうつ病概念を統一化することが大切であると主張しています。その根拠として、アメリカ精神医学協会が一九八〇年に出版したDSM-III（診断と統計のための手引き第三版）での診断基準の妥当性をあげています。このDSM-IIIでのうつ病診断では子供の場合もほぼ同様の基準でもって診断してよいとされています。その診断基準の要点は次のようになっています。

A　不快気分、またはほとんどすべての興味や歓びの喪失（六歳以下の小児では、不快気分は持続する悲しそうな表情から類推されねばならないかも知れない）

B　以下の症状のうち少なくとも四症状のそれぞれが、少なくとも二週間の間ほとんど毎日持続する（六歳以下の小児では、少なくとも最初の四症状のうち三症状）

①食欲の変化（食欲低下または食欲過多）、②睡眠障害、③精神運動焦燥または渋滞、④日常活動への興味または歓びの喪失、⑤気力の減退、易疲労性、⑥無価値、自責、罪責感、⑦思考力または注意集中力の減退、⑧死についての繰り返す考え、自殺念慮。

このように大人の診断基準をもとにして、小児の場合の年齢による病像の変化も考慮されています。しかし、子供のうつ病の存在については認めていても、その表現型については発達段階によりずいぶん異なっていることも確かであり、Katz, J.は各々の発達段階での症状の特徴を次のように述べています。

乳児での抑うつ反応はしばしば食欲や睡眠の障害、疝痛、泣き叫び、頭を打ちつける行為などに示され、学童期前の子供では悲しみやイライラ感、引きこもり、周囲に対する興味の喪失、退屈で不満そうに見え、楽しむことができないように見えたり、遺尿症、遺糞症、爪かみ、いつもじっとしておれない状態などを呈しやすく、学童期では仮面うつ病ないし抑うつ代理症の形をとり、抑うつ感情は被い隠され、問題行動（学業成績の低下、怠学、家出、自己破壊的行為など）といった表現型をとりやすいとし、発達段階によって抑うつの表出には大きな差異があると主張しています。

筆者は子供のうつ病について、現段階はまだ疾病論その他について過渡的段階であることは認めながらも、現象学的に「抑うつ」と思える感情障害を呈する子供が現われ増加していること、しかしその表現型は様々であって大人の「抑うつ」との異同が問題になるような状態があること、うつ病の精神力動的理解が進むにつれ、うつ病の発症契機には「対象喪失」があること、そして子供のある種の精神病理あるいは情緒障害にもこの「対象喪失」が認められるものがあること。以上の二点から、子供のうつ病の存在について肯定的にならざるを得ません。

三、症例と治療経過からみた特徴

最近数年間に筆者らが子供のうつ病と診断した一四例の内訳を表に示してみました。六歳から一二歳まで様々な年齢層に出現していますが、自分の感情を言語的に語ることが困難であることから、五歳以下にはこうしたうつ病は認め難いと言えましょう。

次に具体的に、子供のうつ病と診断することが妥当であると考えられたものの中からその代表的な例について述べてみたいと思います。

表　対象児(小児うつ病)の年齢構成
(初診時年齢)

性別＼年齢	6歳	7	8	9	10	11	12	計
男	1例	3	1	1	1	0	2	9
女	0	0	0	3	1	1	0	5
計	1	3	1	4	2	1	2	14

症例1：Y君（中学一年生の男児、一二歳）

主訴：悲しい気持ちになる。暗い気持ちに襲われる。ボーッとして勉強が手につかない。

生活歴および家族歴：胎生期、周産期特に異常はなかった。人見知りが強く、他人の家に行くと、とても緊張が高まりやすい子だった。小学三年生の時、実母は姉とY君を道連れにして鉄道飛び込み自殺をはかり、Y君は幸い一命をとりとめたが、姉と実母はその場で即死するという悲惨な事故を体験した。小学五年生の時、父は再婚し、その条件として祖母は精神病院に性格障害ということで入院するという不幸な結果になり、以後継母がY君の養育にあたり現在に至っている。

治療経過から明らかになったこと：祖母はとてもわがままで細かいことにすぐ口出しをする人であったが、実母は我慢強く、よく辛抱していた。しかし、ある日実母が洗濯物を干すとき、洗濯バサミを片方つけるのを忘れたからといって祖母は実母をひどく叱りつけ、髪を引っぱるなどの乱暴をした。母は耐えきれなくなって家を出たいと言い出すこともあった。姉は小学五年生の時、自律神経失調症になり、ノイローゼ気味になった。こんな状況が重なり、母子心中という不幸な結末を招いて

しまった。こうした悲惨な体験をY君は面接場面で感情移入することなく淡々と話す口ぶりがとても印象的であり、悲しみの感情が強く抑圧されていると思われた。継母が入籍してからは退行が強まり、学校から帰ると継母の膝に頭を置いて、彼女の親指を吸ったりするほどまでになった。日常生活の中でも、風呂で背中を流しきれない。夜ひとりで寝られない。夜尿をしたらいけないからとトイレットペーパーを厚くしてパンツの中に入れて寝るなど、生活全体に退行が目立っていた。他人に何を言ったらよいか、自分の感情表現ができず、《かなしい》とか《うれしい》という言葉に感情がこもらず、心が動かない。継母は、この子は本当に子守唄を聞いて育ったんだろうかと疑問に思ったという。治療は抗うつ剤と精神療法を行ない、その中でY君の気持ちをゆっくり聞き、悲しみが何から来ているのかを理解するよう心がけ、継母には、Y君の悲しみを共感的に理解してもらい、退行状態からの自立を、依存心を満たしてゆきながら、育ててゆくように協力してもらった。継母の努力も実を結び、三ヵ月ほどの治療で学校に元気に通えるようになった。その後は以前よりも活発で少年らしい生活を送っている。

症例2：T子さん（小学六年生の女児、一一歳）

主訴：もの悲しくなる、淋しい、ゆううつ気分、強迫行為

（前に進んではあともどりすることを繰り返す）

生育歴：父親二九歳、母親三〇歳の時出生。両親共働きで母は高卒後すぐに郵便局に勤め、本児の出生後もすぐに働きはじめ、七歳年下の妹は保育所に通っている。本児は出生して一ヵ月半後、近所のやさしいオバチャンに預けられ面倒をみてもらうことになった。そこでは家族ぐるみで本児をかわいがってくれた。そのためオバチャンを〈ママ〉と呼んでなついていた。母が夕方連れて帰ろうとすると嫌がり、淋しそうな表情をみせていた。一歳一〇ヵ月の時、オバチャンが引越してしまったため、他の人に預けられた。この人は潔癖な性分で、本児はなつかず、〈前のオバチャンが好き〉と言っていた。二ヵ月たってまた別の人に預けられた。しかし、ここでもうまくゆかず、〈オバチャンがいい〉と言っていた。その後は保育所に通い始めたが、オバチャンをなつかしみ、泊まりに出かけてゆくのをとても楽しみにしていた。小学校に入学。元気が良く、おてんばでいたづらっ子だった。外から帰ると必ずうがいや手洗いを強迫的にやる子だった。一年生の終りまで指しゃぶりが続いていた。四年生の時自宅の引越しのため転校し、急におとなしくなった。同時に爪かみが出現した。五年生できびしい担任に変わり、ますますおとなしくなった。楽しいのか淋しいのかわからない子だという担任の評だった。他方、勝気で強情な一面を母にはみせていた。

発病経過：小学五年生の終りから腹痛がひどく、膵炎といわれ治療を受けた。六年生になって登校しはじめたが、どことなく元気がなかった。成績も下がった。よく泣くようになった。〈私の病気は治るんだろうか〉と母に尋ねて心配する。こんな時、夏に父が狭心症発作で緊急入院。このころからイライラしてきた。余りものを言わなくなり、かんしゃくもよく起こす。かと思うと、父が薬を飲んでいるかどうか心配で夜中に父に確認する。雷を異常にこわがるようになった。夏休み、両親が本児を気分転換にと奈良に旅行させた。しかし旅行中から不眠を訴え、帰ってからは疲労感を強く訴えはじめた。ぐったりして眠そうにしている。強迫行為がこのころ出現。前に進んだり、あともどりして何度もそれを繰り返す。〈ひょっとしたら何か嫌なことがおこりそうだから〉と理由を話す。雨が降り続いてゆううつ気分になってきた。昼間は両親は仕事、妹は保育所に行っているため、本児ひとり家に居た。母が居てくれたら、と思って悲しくなり泣くようになった。八月末、急にメソメソしてきた。何か悪いことが起こりそうな気分になる。夜になると淋しくなり、自分だけとり残されたような気持ち。周囲の人が楽しく幸せそうにみえると訴える。食欲もなくなった。こうして精神科Mクリニックを受診することになった。その後福岡大学病院精神科に入院となった。

治療経過から明らかになったこと：現在の心境を本児はよく言語化して語り、〈自分が気になるのよ。自分の不幸を想像して気になるのよ。現在の自分の不幸を想像してしまうから。〉と不幸感を訴える。人の話を聞いていると自分の悪口を言われているのではないかと気になり、母が他人に電話したあとひどくかんしゃくを起こし、自分の悪口を言ったと母を責める一幕もあった。女性治療者との間で昔の話がずいぶん語られるようになって、幼児期の親子関係が浮かび上がってきた。〈お父さん、お母さんは病気の子供の方をいつもかわいがる。妹は喘息で身体が弱かった。妹が赤ちゃんの時、学校から帰ったら家に居るはずのお母さんが居なかった。妹はとても重かったが、一生懸命力を出しておしめを取り換えてやった。それでもお母さんは帰って来なかったので、仕方ないから近所のおばさんの所へ妹を抱きかかえて預けに行った。とても重かった。〉と過去の淋しさの源泉とも思われる場面の想起をしたが、感情表出は乏しく、その時の感情体験は表現せず淡々と語る姿は先述したY君と共通する特徴であった。母親は主治医との面接でよく夫への不満をぶつけ、本児の生育歴については余りにも知性化された事実経過を詳しく語るが、情緒的触れ合いに乏しいことを想像させた。入院治療でのびのびふるまい、活動意欲も回復し退院となったが、母親が本児の悲しみを感じとれず、情緒的つ

ながりがうまく形成されないため、その後しばらくして抑うつ状態が再び出現し、現在も治療中である。

症例3：K子さん（小学四年生の女児、一〇歳）

主訴：嘘言、盗み、無気力、無意欲。

生育歴及び発病経過：東京で生まれ東京で育つ。二歳四ヵ月の時、実母が妊娠中毒症で死亡。継母が一年後に入籍。その間、父の兄嫁と祖母がよく面倒をみてくれた。かんしゃくが強く育てにくい子だといわれた。継母が来てから非常に甘え、食欲が旺盛。強情でよくかんしゃくを起こしていた。その反面、無気力で自分から創造的な遊びをするということがなく、じっとすわって絵をかくということもできない。三歳～四歳、少しずつ明るくなってきた。しかし欲しい物は我慢できない。落ちている物でも持って帰る。欲しい物が買ってもらえないとひどく泣いていた。自分から友達と遊ぶこともなかった。幼稚園でもわけもなく泣き出し、なかなか止まらないと言われた。四歳の時弟が生まれた。嫉妬反応がひどく、母がいないと頭をこづいたり、母にかみつくこともあった。父の気を引こうとし、良いところだけをみせようとする。小学一年生、嘘をよくつくようになった。自分の良いところだけみせようとして日記にも嘘を書く。自分の態度によって大人がどんな反応をするか、よくわかっているようだった。一年生の終りに母親の財布からお金を取ったり、すきがあるとつまみ食いをする。店の物をポケットに黙って入れる。学校でも人の物を借りて返さない。物を忘れた時は人の物を取って相手を困らせる。いろんな物を買っては人に与え関心を引こうとする。自分の家の物を学校に持ってゆき、友達に見せびらかす。盗みや嘘をつくことが次第に増加してきた。しかし盗みが目立たない時期は、全く無気力で意欲がみられず、だらしなくしている時が多い。このように各々特徴的な状態が交互に起こってきている。

治療経過から明らかになったこと：男性治療者には警戒的で、自分をみせようとも援助を求めようともしない。かしこまって応答するだけ。しかし女性治療者には〈私は淋しかった。誰もわかってくれなかった。〉と心の中を少しずつ語ることが出来、その中で本児は悲しみを乗り越えきれていないこと、その悲しみを両親がわかってくれないこと、思う存分甘えてみたい、悲しんでみたいといった心性が次第に明らかになってきた。知的にはわかっていても、感情体験が乏しく、弟のように淋しさを素直に表現できず、感情の未分化のために自我の統合がうまく出来ていないと考えられた。そのためこの子の抑うつ感情は抑圧され、多様な問題行動の形をとっていると思われた。家族には親が子供の気持ちまで退行をおこして相手をすることでもって、この子の悲しみを共感的に理解できるように心

がけてもらい、子供には現実をつきつけないで空想の中で子供らしさを豊かにしてゆくように工夫しながら治療を進めていった。

以上三人のケースについて述べましたが、病像からみると年齢によりかなりの相違がみられることが子供のうつ病のひとつの大きな特徴でしょう。Y君の場合は抑うつ症状が一貫して続いてますが、M子さんの場合は分離不安と抑うつ感情が渾然一体となって流動的に変化しています。しかしこの二人の場合の症状の中心をなすものは「抑うつ」であり、この抑うつ症状は不安症状のように一時的で外部の条件に伴って動揺するという浅い層の情動障害ではなく、ある一定期間持続し、外的条件で動揺することのない、いわゆる気分の層、つまりより深い層の情動障害であるといえます。子供のうつ病の診断はこうした場合に行なうことが適当だと思われます。しかし、K子さんのように抑うつ感情が主観的には表現されず、行動面の特徴からこちらがその悲しみを読みとれるといった場合の診断は非常に意見の分かれるところだと思います。抑うつ感情は被い隠されて、嘘つき、盗み、過食、何か人の注意を引こうとする傾向といった行動特徴が前景に出現しています。子供の仮面うつ病はこれに該当するのではないかと思います。

四、子供のうつ病の概念提起がもたらした今日的意義

以上筆者が経験したケースについて述べてきましたが、共通する家庭内の力動的特徴として、特に一歳半から三歳までの間に（時にはそれ以後に）かなりのケースで「対象喪失」に伴う悲哀体験をもっていることは重要な点だと思われます。大人のうつ病が「対象喪失」と深い関連性をもって発症することが最近の精神力動的理解の中で次第に明らかにされていることを考えますと、この現象は非常に示唆的なことだと言えましょう。なぜなら、この時期は Mahler, M.S. の述べる自我心理学的発達理論からみますと、分離個体化の最後の段階に該当します。すなわち幼児は母親から次第に外界へと関心が広がり万能感に満ちている状態が、母親と分離しているという現実に関心が向くようになり、もはや母子が一心同体の状態でないことに気づき分離不安が強まってゆく時期であると言われています。この時期は欲求不満に耐える力も弱まり、すぐにメソメソしてしまいますし、母親がどこに居るかに絶えず関心を向けるのです。母親への接近欲が再び活発になるため、この時期が再接近期とも呼ばれる所以です。こうした特徴のため、母子関係はたいへん微妙なものになります。そのためにこの時期は、再接近危機

として子供の心理発達上たいへん重要視されてきました。

次に、子供のうつ病に対する精神療法的接近を行なう上での留意点について考えてみたいと思います。今回報告したケースでも明らかになったことは、彼らは自分の感情を表現することができず、「心を閉じている」ともいえる状態で、面接場面でも容易にカタルシスをおこしません。感情閉鎖的とも言えます。この点は大人のうつ病とも共通するところです。そのため面接ではこの子の悲しみをいかにいやすかということに重点を置き、悲しみの源泉は何かを家族と一緒に考えてゆくような工夫が必要であると思われます。

これまでの乳幼児の精神衛生は一歳までの母性愛剝奪が重視されてきましたが、子供のうつ病の場合のように「対象喪失」に伴った悲哀体験を一歳半から三歳ごろの時期に体験し、その後の情緒発達の中で破綻がきていることは今後大いに関心をもって取り組まねばならないところだと思います。なぜなら、この時期から母親のイメージの内在化が確立し、不快・不満の状態になってもこの安定したイメージによって子供の精神的安定が保たれるようになるからです。こうした基盤があって初めて子供は自己の世界を広げてゆけますし、言語発達をはじめ、多くの感覚認知機能が発達してゆきます。ですから母親のイメージを不安定にするような心理的外傷体験をこの時期に受けた子供は、その後の周りの世界との関わりを安心して持てなくなるわけです。こうした点をみてみますと、子供の心理発達の過程で分離個体化の時期がいかに重要な役割を果たしているか考えさせてくれます。

（今回述べたケースの治療については当教室サイコロジスト皿田洋子女史の協力を得ました。心より感謝致します。最後に西園昌久教授、村田豊久客員教授の御助言、御指導に対し、ここにあらためて御礼申し上げます。）

〔参考文献〕

(1) Cantwell, D. P. & Carlson, G.: Problems and prospects in the study of childhood depression. J. Nerv. Ment. Dis., 167; 522-529, 1979.

(2) Katz, J.: Depression in the young child. (Howells, J. G. ed. Modern perspectives in the psychiatry of infancy, 435-449' Brunner/Mazel, New York, 1979)

(3) 小林隆児・今地智子：前思春期における抑うつの意味——小児うつ病の前思春期発症例を通して——、児童精神医学とその近接領域、二二、一一三—一二四頁、一九八一。

(4) 村田豊久：小児期の抑うつ状態、教育と医学、二九、三五八—三六四、一九八一。

(5) 西村良二、牛島定信：自我心理学からみた親離れの心理過程——とくにM・S・マーラーの分離個体化理論を中心に——教育と医学、三〇、二三八—二四五、一九八二。