

子どもたちへ

こんなことが幾つかあったら「うつ」の相談をして下さい

- いろいろ、気持ちが不安定、些細なことで涙が出てく
- 引きこもってしまう：友達や家族を避ける、普段の活動が面倒
- 自分を責めてしまう、何でも自分のせいに感じられる
- 幸せに感じられない、一人ぼっちに感じる。何をやっても楽しくない。
- 希望が持てない、生きていたくない
- 集中できない
- 自分自身に必要なことができない
- 食欲がない、あるいは食べ過ぎてしまう
- 意欲が出ない
- 眠れない。あるいは起きられない
- 疲れやす。体調が悪い

本パンフレットは、平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」（研究代表者：奥山真紀子）分担研究「子どもの感情障害の診断および自殺企図・せん妄などの危機介入の標準化に関する研究」（研究分担者：齊藤卓弥）により作成した。

子どものうつ病



うつに悩むのは大人だけではありません。子どものうつにも気づいてあげてください。

うつ病の概念

- 約30年前までは、子どもは大うつ病性障害(以下うつ病)を経験することはないと考えられていました。最近の欧米疫学調査では子どもの約5から8%にうつ病がみられ、年齢が高くなるにつれて頻度が増加していることがわかってきました。

疫学

- うつ病の頻度、小児で2%、思春期で4から8%と報告されています。
- 性別は、小児期では1:1ですが、思春期には1:2で女性に多く見られます。
- 18歳までの累積頻度は、20%といわれ、5人の子どもの1人がうつ病を経験します。

うつ病の発見と症状(DSM-IV-TR)

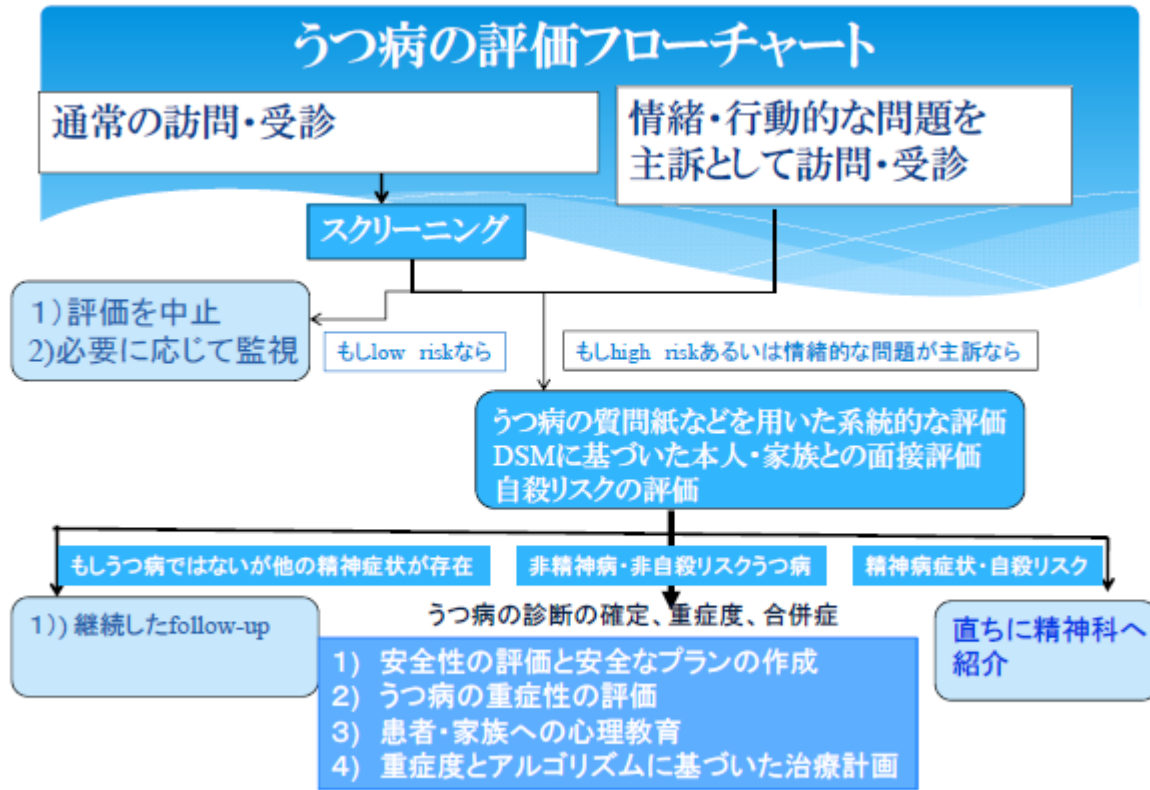
- 中核症状
 - 抑うつ気分(いらいら気分)または興味または喜びの喪失である。
- 関連症状
 - 体重の変化、食欲の障害
 - 睡眠障害
 - 精神運動性の焦燥または制止
 - 易疲労性、または気力の減退
 - 無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感
 - 思考力や集中力の減退、または決断困難
 - 自殺行動

うつ病の診断

- ✓ 子どものうつ病も成人と同じで中核症状の一つと他の症状が5項目以上あることで診断がされます。成人と同様に一日のうちほとんどで症状があり、症状が2週間以上続くことが必要です。
- ✓ 成人のうつ病とは以下の点で違うことがあります。
 - ✓ 抑うつ気分の代わりに、しばしばいらいらが中心の症状とすることがあります。成人と異なり周囲のことに無関心にならず些細なことに反応しやすく過敏であったり、反応しやすいことがあります。
 - ✓ 自殺行動が成人より多く見られます。
 - ✓ 幻聴を始めとした精神病症状を伴いこともあります。
 - ✓ 過眠や過食もみられます。
 - ✓ 不安性障害、発達障害など併存する精神疾患が多くみられます。

うつ病の治療フローチャート

うつ病を疑ったら下のフローチャートに従って評価してください。

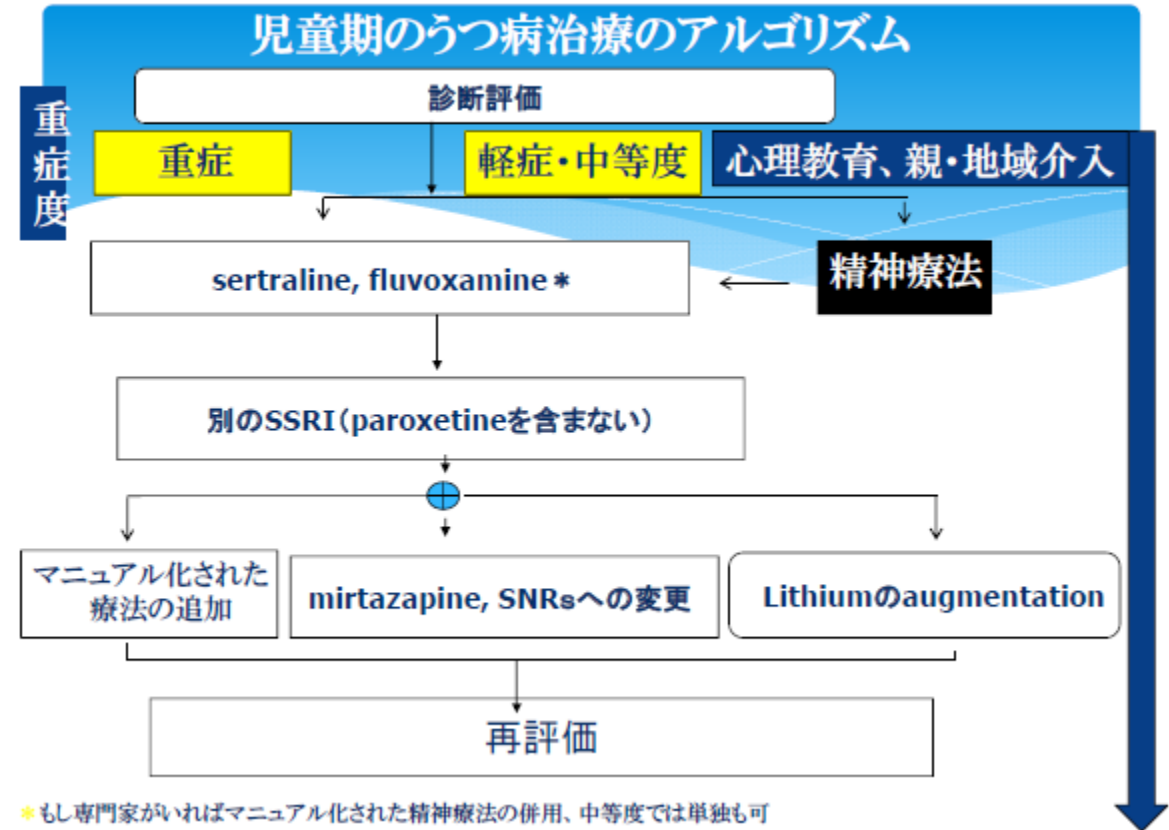


Zuckerbrot, R. A. et al. Pediatrics 120:1299-1312 2007より変更

もし精神病症状(幻覚・妄想)がある場合、自殺行動が認められる場合には児童精神科医あるいは子どもの治療経験のある精神科医へ紹介することが望ましい。

重症度の評価には標準化された評価尺度を(パルソン自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)など)を使用するのが、その後の治療への反応を評価するためにも重要です。

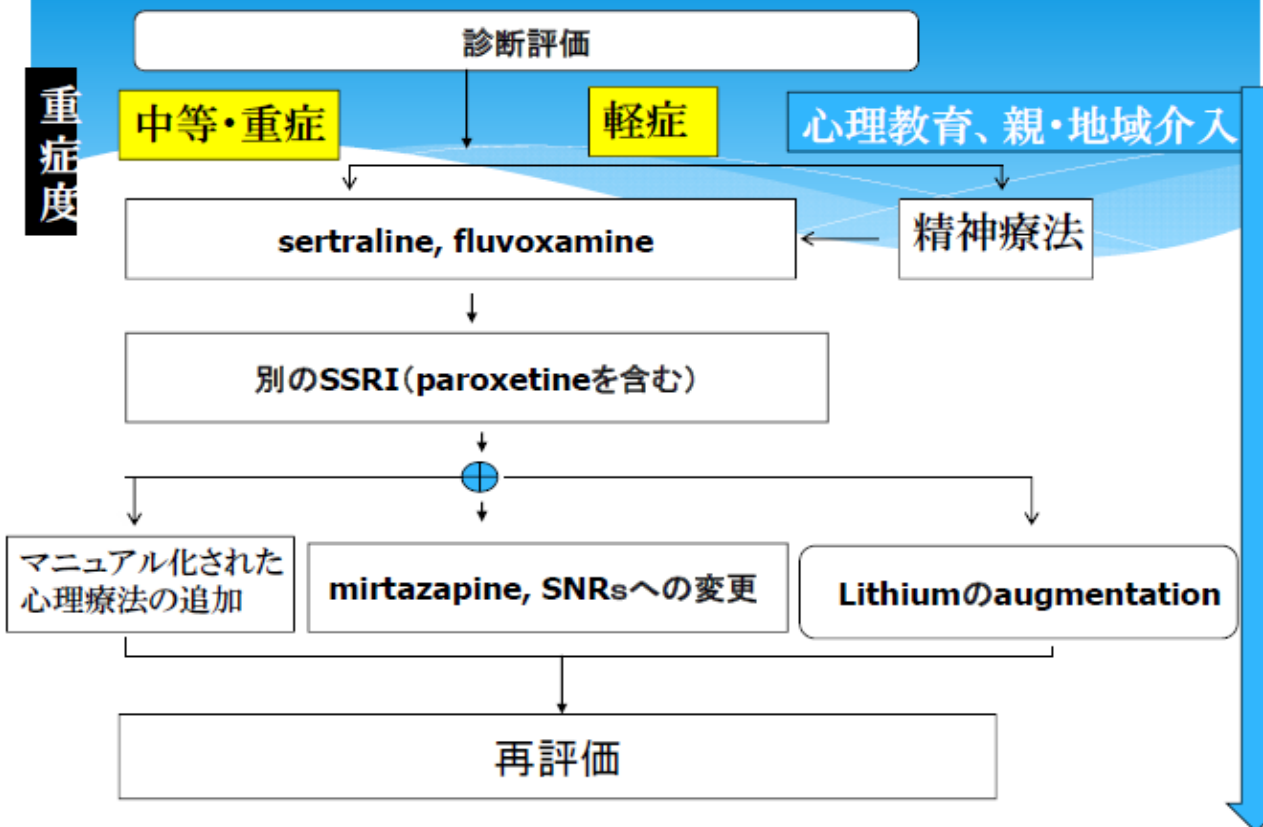
12歳未満の治療マニュアル



児童期(12歳未満)のうつ病に関しては、軽症・中等度では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましいと考えられています。しかし、十分な心理療法を行うことができない状況では中等度でも薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられます。子どもの抗うつ薬の治療としては日本では子どもへうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しませんが、海外のエビデンスよりSSRIが第一選択として考えられます。しかし、児童期ではparoxetineによる有害事象の報告が多く児童期のうつ病へのparoxetineの使用は同じSSRIでも下位におかれる。児童期の抗うつ薬への反応は思春期より低いと報告されています。精神療法には、認知行動療法や対人行動療法があります。

12歳以上の療マニュアル

思春期のうつ病治療のアルゴリズム



思春期(12歳以上)のうつ病への治療では、軽症では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。中等度以上の症例では薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられる。しかし、同時に心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。日本では思春期のうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しないが、海外のエビデンスよりSSRIが第一選択として考えられる。精神療法には、認知行動療法や対人行動療法があります。

- 精神療法・心理的なアプローチ：大人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法が、子どもでも有効であることが報告されている。子どもにこれらの精神療法を用いる際には、子どもでは、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考える能力)や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。大人で実施されている治療技法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含め、視覚的な技法を用い非言語的なアプローチを加えるなどの修正が必要である。

薬物療法の適応：子どものうつ病に抗うつ薬を開始する時期に関してはさまざまな議論があり一致していない。海外では、抗うつ薬による治療前に必ず精神療法を数週間行うことを推奨しているところもあります。一方、中等度から重症のうつ病に関してはすぐに抗うつ薬を処方することも推奨しているものもあります。診断・評価の後、薬物療法が必要と判断された場合には、第一選択とし、もし、副作用により服用が困難であったり、無効であった場合には第二のステップとして他のSSRIに変更することを推奨している。特定のSSRIが他のSSRIよりも有効性が高い可能性があることは、成人のうつ病の違いと大きく異なる点です。

第三のステップとして、多剤での増強療法あるいはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)など異なる種類の抗うつ薬を選択することが薦められています。さらに、第三ステップまでの薬物治療を行って改善しない場合には再度評価を行い、診断の見直しや症状を遷延させている要因について評価することが推奨されている。

従来、三環系抗うつ薬は、薬物療法の選択肢に含まれていましたが子どものうつには無効であることが明らかになっています

子どもの抗うつ薬の使用に関しては、処方時には正確な攻撃性・自殺行動など副作用についての情報を子どもと保護者に伝えインフォームド・コンセントをすることが必要です。

子どもの抗うつ薬の有害事象：子どもへの抗うつ薬による副作用は、頭痛、消化器症状、眠気、アクチベーションといった成人と同様の症状に加えて、自殺行動について注意を要する。抗うつ薬による治療と自殺関連行動が示唆され、子どもへの慎重な投薬も必要である。服薬開始後1-9日までの自殺行動のodds ratioが、最も高く、時間が経過するにつれ減少し、投与開始後90日以降ではプラセボ群との間に差が認められなくなった。子どもへのSSRIを含めた抗うつ薬の使用に関しては、処方時には正確な副作用についての情報を子どもと保護者に伝えることが重要である。慎重な経過観察を要する。抗うつ薬の使用への安全性と効果についての個別の評価が重要である。

治療の終結：症状が寛解したのち約半年から1年有効であった治療を継続するようにします。特に薬物は急に中止することは様々な有害事象をひきおこすことがあるのでゆっくりと減らして中止するようにしましょう。

子どものうつ病は、双極性障害の始まりであることがあります。子どもの気分の変化には十分注意をして観察をしていく必要があります。その際には、家族歴や過去の治療への反応や精神病症状の有無が鑑別のポイントとなります。もし、躁症状が出現したらすぐに抗うつ薬を中止し、気分安定薬や非定型抗精神病薬の投与を考慮しましょう。遷延化あるいは治療抵抗性のうつ病は双極性うつ病かもしれません。